

우리나라 정신보건정책의 효율성 제고를 위한
정책수단에 관한 연구

연세대학교 보건대학원
보건정책 및 관리학과
김 인 천

우리나라 정신보건정책의 효율성 제고를 위한
정책수단에 관한 연구

지도 강혜영 교수

이 논문을 보건학석사학위 논문으로 제출함

2004 년 7 월 일

연세대학교 보건대학원
보건정책 및 관리학과

김 인 천

김인천의 보건학 석사학위논문을 인준함.

심사위원 _____ ①인

심사위원 _____ ①인

심사위원 _____ ①인

연세대학교 보건대학원

2004 년 7 월 일

차 례

국문요약	iii
I. 서 론	
1. 연구의 필요성	1
2. 연구 목적	11
II. 연구 방법	
1. 연구의 틀	12
2. 조사방법 및 내용	13
III. 우리나라의 정신보건서비스 전달체계의 현황 및 문제점	
1. 지역사회 정신보건사업의 이론적 배경	
가. 지역사회정신보건의 개념	14
나. 지역사회정신보건의 목적	15
다. 지역사회정신보건의 접근방법	19
라. 지역사회정신보건의 발전과정	22
2. 우리나라 정신보건 서비스 전달체계의 현황 및 문제점	
가. 우리나라 지역사회정신보건의 의의	25
나. 정신보건서비스 전달체계 현황	30
다. 지역사회정신보건서비스 전달체계의 문제점	57

IV. 외국의 정신보건서비스 전달체계 비교 및 시사점	
1. 미국의 정신보건서비스 전달체계	66
2. 영국의 정신보건서비스 전달체계	80
3. 일본의 정신보건서비스 전달체계	86
4. 정신보건서비스 전달체계 비교를 통한 시사점	98
V. 결론 및 고찰	104
VI. 요약	121
참고문헌	125
영문초록	130

표 차 례

<표 1> 전세계의 10대 장애요인	2
<표 2> 정신질환의 1년 유병율 및 추정환자수	31
<표 3> 정신보건 관련시설 유형별 비교	34
<표 4> 정신보건시설 현황	35
<표 5> 정신보건시설 운영주체 현황	36
<표 6> 정신보건시설 병상수 현황	37
<표 7> 연도별 정신보건시설별 정신병상수 증가추이	39
<표 8> OECD 국가의 정신병상수 변화추이	42
<표 9> 정신보건시설의 평균병상이용율	43
<표 10> 정신보건시설에 입원(소)한 정신질환자 수	44
<표 11> 정신보건시설별 입원환자의 진단별 분포	45
<표 12> 정신보건시설 입소환자의 재원기간 분포	46
<표 13> 정신보건시설별 의료보장 비율	47
<표 14> 정신보건시설별 정신보건 상임인력 현황	48
<표 15> 시도별 정신보건의료 상임인력 현황	49
<표 16> 정신보건센터 사업내용(모델형)	53
<표 17> 정신보건센터 사업내용(기본형)	54
<표 18> 지역사회정신보건조직의 기능 비교	56
<표 19> 지역사회지지체계 유형별 특성 비교	69
<표 20> 미국과 한국의 정신보건관련 예산 비교	72
<표 21> 미국의 정신보건사업의 재원조달	74
<표 22> 일본의 지역사회정신보건 시설현황	92
<표 23> 일본의 사회복지시설 등 이용현황	94

<표 24> 일본의 사회복지시설 이용현황	94
<표 25> 우리나라와 일본의 사회복지시설 종류별 비교	95
<표 26> 일본의 사회복지시설 등 인력현황	96
<표 27> 각국의 정신보건센터 운영형태의 비교	97

그 립 목 차

<그림 1> 연구의 틀	12
<그림 2> 정신보건서비스 전달체계	33

국문요약

본 연구에서는 우리나라의 지역사회정신보건서비스 전달체계의 수립을 위한 정책 방향을 모색하기 위하여 문헌고찰을 통하여 지역사회정신보건서비스에 관한 이론적 배경, 우리나라 지역사회정신보건서비스의 현황 및 문제점, 일부 선진국의 지역사회정신보건서비스 전달체계를 검토함으로써 정신보건서비스체계 개선을 위한 시사점과 향후 발전방향을 위한 정책적 함의를 제시하고자 하였다.

우선, 지역사회정신보건서비스에 관한 이론적 배경을 살펴보면 정상화·사회통합·최소한의 규제 이념을 바탕으로 지역사회를 기반으로 정신질환자에 대한 통합적 서비스를 제공함을 의미한다.

이러한 지역사회정신보건체계는 1990년대를 전후하여 서울·경기지역을 중심으로 시범사업 형태로 발전하다가 1995년 정신보건법 제정을 계기로 제도화되었으며, 그 역사가 일천함에도 불구하고 보건소와 정신보건센터를 중심으로 지속적으로 확대되고 있다. 10여년의 짧은 지역사회정신보건의 발전과정에서 수용(입원)위주의 치료에 중점을 둔 지역정신보건서비스 전달체계의 부재와 정신보건센터 및 사회복지시설의 중복성 그리고 정신보건시설간 프로그램의 획일화 등 여러 가지 문제점이 대두되었다.

또한, 우리나라 지역사회정신보건체계의 문제점을 해결할 수 있는 방안을 마련하기 위하여 1960년대 이후 지역사회정신보건서비스 전달체계를 확립하고 그 국가의 특성을 반영한 정신보건서비스전달체계 모형을 개발한 미국, 영국, 일본의 서비스전달체계를 비교함으로써 우리나라 정신보건정책 수립에 반영할 수 있는 시사점과 정책제언을 도출하였다.

정신보건서비스체계 비교연구를 통하여 도출한 시사점으로는 지역사회정신

보건체계 도입 초기에 선진국의 경험에서와 같이 국가의 적극적 개입이 필요하고, 정신질환자의 지역사회 재활을 위하여 참여를 통한 공공·민간부문간의 협조체계를 유지하여야 하며, 지역사회정신보건센터 중심의 서비스 조정과 서비스 제공을 위하여 다양한 전문가로 구성된 다학제적 팀접근방법이 효과적임을 알 수 있었다.

이와 같은 시사점을 바탕으로 우리나라 정신보건서비스체계 발전을 위한 정책적 함의를 아래와 같이 요약할 수 있다.

첫째, 정신보건서비스 전달체계의 확립을 위하여 국가는 정신보건정책목표를 명확하게 설정하고, 정신질환자의 탈시설화와 사회통합을 위한 지역사회내 지지체계를 형성하여야 한다.

둘째, 정신보건서비스체계의 변화를 위해서 지역사회내에서의 정신의료서비스체계와 사회경제적 지지체계를 통해 지역사회 거주를 지탱할 수 있는 유인체계를 구축하고, 정신요양시설의 기능재정립을 위해서는 정신보건법 등의 제도적 변화가 필요하며, 정신질환에 대한 사회적 편견 해소를 위하여 적극 노력하여야 한다.

셋째, 정신보건의료기관간의 역할 분담과 연계체계를 유지하여야 하며, 이를 위하여는 정신보건센터의 역할이 강화되어야 한다.

넷째, 정신질환자의 성공적인 사회재활을 위하여 사회복지시설을 중심으로 재활프로그램이 강화되어야 하며, 정신보건서비스 전달체계에 지역주민, 자원봉사자, 관계전문가 등 민간부문의 적극적인 참여를 통하여 서비스를 개발·평가함으로써 향후 지역사회 정신보건의 발전방향에 커다란 영향을 미칠 수 있을 것이다.

핵심어 : 지역사회정신보건서비스, 정신보건서비스 전달체계

I. 서 론

1. 연구의 필요성

가. 정신질환에 대한 질병부담 경감

최근 WHO 와 World Bank가 공동으로 주관한 ‘세계의 질병 부담 (Global Burden of Disease)’이란 대형 연구에서 사망과 질병에 의한 장애를 동시에 감안한 질병부담 척도를 개발하였는데, 이 연구에 의하면 가장 부담이 큰 3대 질병이 1990년에는 폐렴, 설사, 출산과 관련된 질병이었으나, 2020년에는 허혈성심장질환, 우울증, 교통사고가 3대 주요 질병이 될 것으로 예측되었다. 그리고 우울증을 포함한 정신질환이 전체 질병 부담의 15%에 이를 것으로 예측되었고, 허혈성심장질환이 상당부분 스트레스 등 심리·사회적 요인에 의한 경우가 많고, 교통사고 또한 음주나 불안 및 스트레스 가중 등에 의해 발생하는 비율이 높아지는 것을 보면, 정신질환으로 인한 사회적 부담의 비중은 매우 크다는 것을 알 수 있다. (한국보건 의료관리연구원, 1997)

그리고 질병에 의한 장애만을 고려하는 경우 5세 이상의 아동과 성인들에게 나타나는 장애의 10대 요인 중에서 정신질환이 네 가지 - 우울증, 조울증, 정신분열증, 강박증 - 차지하는 것으로 나타났다. 그리고 광의의 정신장애라 할 수 있는 알코올 남용까지 포함할 경우 10대 장애요인의 과반수를 차지하는 것으로 나타났으며, 특히 우울증은 세계 전체 질병으로 인한 장애의 10%이상을 차지하는 것으로 알려졌다. (표 1 참조)

한편, 우리나라는 수십 년 간의 짧은 기간 동안에 압축경제성장을 통해 급격한 경제적, 사회적 변화를 경험해 왔다. 이러한 급속한 변화 속에 야기

된 도시화, 산업화, 핵가족화는 전통적인 가족의 기능과 역할을 상당부분 약화시켰고 동시에 이와 관련된 다양한 스트레스의 증가는 국민들로 하여금 정신질환과 장애를 쉽게 겪게 하였고, 전반적인 국민들의 정신건강은 심각한 수준의 도전을 받게 되었다. 그리고 사회경제의 발전에 따른 저출산율·저사망율의 인구구조의 변화와 더불어 각종 성인병 등 만성퇴행성 질환과 정신질환, 알콜 및 약물남용 등이 증가하는 선진국형 질병구조로 변화하고 있다(보건복지부·지역정신보건사업기술지원단, 2001).

<표 1> 전 세계의 10대 장애요인(1990년)

질 병	비 율
1. 단극성 우울증	10.7
2. 철결핍성 빈혈	4.7
3. 추락(Falls)	4.6
4. 알코올 남용	3.3
5. 만성폐색성 폐질환	3.1
6. 양극성 정동장애(조울증)	3.0
7. 선천성 기형	2.9
8. 골관절염	2.8
9. 정신분열증	2.6
10. 강박장애	2.2
총 건수	100.0

자료: Murray & Lopez, *The Global Burden of Disease*, Harvard U. Press, 1996.

(한국보건의료관리연구원, 국립서울정신병원 장기발전계획연구, 1997에서 재인용)

게다가 최근 들어 1997년의 외환이후 경제가 불안해지면서 많은 실업자들이 발생하고 전반적인 경제와 고용 상황이 불안해지면서 각종 사회문제가 발생하였다. 특히 이 중에 자살의 증가와 더불어 가족의 해체 및 가족 기

능의 약화 등이 심각해지면서 이혼, 아동유기, 청소년을 포함한 성인들의 알콜 및 약물 남용 등이 사회적 문제로 대두되고 있다. 이러한 가족 및 사회적 기능의 약화 및 스트레스 원인의 증가로 인해 국민들이 경험하는 정신적 질환과 정신적 불건강에 대해서 국가적 차원의 사회적 대처가 절실히 요구되고 있는 실정이다. 따라서 국민들의 정신보건에 대한 문제 해결과 정신건강 증진을 위한 국가 정책이 합리적으로 수립되어야 할 것이다.

한 국가의 정신질환으로 인한 사회적 비용을 정확히 추산하기란 쉬운 일이 아니다. 그럼에도 불구하고 정신질환 및 장애에 대한 사회적 관심과 적절한 대처 수단을 마련하기 위해서는 반드시 선행되어야 할 과정임에는 틀림없다.

우리나라에서 정신질환의 사회적 비용을 추산한 연구는 최근까지 전무하다가 2000년 한양대 지역사회보건연구소가 최초로 시도하였다. 이 연구소에 의하면 1997년 우리나라 정신질환으로 인한 사회적 비용은 약 6조 2천억으로 추산되었으며,¹⁾ 이는 국민 총생산(GDP)의 약 1.5%에 해당되는 것이다. 그리고 의료보험 및 의료보호 자료를 기초한 정신질환 진료비(본인부담금 제외)는 1997년 약 3,600억원으로 전체 진료비의 3.9%, 1998년의 경우 약 4,160억원으로 전체의 4.07%를 차지한 것으로 나타났다(한양대지역사회보건연구소·보건복지부, 2000).

그러나 다양한 연구 경험을 갖고 있는 미국의 경우를 보면 1990년 정신질환의 사회적 비용이 약 1,480억 달러로 GDP의 약 2.7%를 차지하는 것으

1) 이 추계 결과는 미국의 추산 모델인 Rice, et al(1990)방식에 따른 것이지만 기존 자료의 부족으로 인해 상당히 낮게(conservative) 추산된 것으로 볼 수 있다. 특히 미국의 경우 직접비용과 간접비용의 비율이 4:6 인데 반해 이번 추계결과는 1:9로 나타나 직접비용이 상당부분 누락된 것으로 볼 수 있다.

로 나타났는데 이 비용은 모든 암으로 인한 사회적 비용의 1.5배에 달한다고 볼 수 있다(서동우, 1999) 그리고 정신질환으로 직접 지출되는 의료비는 전체 의료비 지출의 약 10%를 차지하는 것으로 나타났다.

따라서, 점증하는 정신질환의 질병부담에 효율적으로 대처하고, 정신질환자의 장기 입원(수용)을 위한 대형 정신의료기관 및 요양시설의 유연한 기능전환을 통한 비용절감을 도모하기 위하여 정신질환자의 요구에 따라 쉽게 접근할 수 있는 지역사회내 소규모 정신보건시설을 체계적으로 연계될 수 있는 지역사회정신보건서비스 전달체계 확립이 반드시 필요하다고 하겠다.

특히 지역사회정신보건서비스의 인프라 구축을 통해 장기입원과 장기수용이 감소할 경우 정신의료기관 입원과 수용에 소요되는 정부의 의료급여 및 국민기초생활보장제도의 운영에 소요되는 예산의 절감 또는 증가억제 효과를 달성할 수 있다.

나. 수용중심의 정신보건서비스 전달체계 변화

우리나라에서 정신보건에 대한 중요성이 부각된 것은 1983년에 한 TV방송국의 사회고발 프로그램에서 기도원에 수용된 정신질환자의 실태를 방영한 이후라고 할 수 있다. 정신질환자들의 비인간적이고 처참한 수용현실을 보도한 이 방송 이후로 이들에 대한 사회적 관심이 높아지고 체계적인 정신보건정책의 필요성이 제기되었다. 그리하여 1984년에는 「정신질환관리 종합대책」이 수립되어 정신과의원, 보건소(보건지소), 상담소를 1차 기관으로 하여 정신질환자의 발견, 진료, 상담을 담당하고 정신병원, 일반병원 정신과, 정신요양시설을 2차 기관으로 하여 진료, 재활, 훈련을 전담하는 정신질환관리체계를 확립하였다. 그러나 전문적인 연구 결과에 기초한 국

가정신보건정책이 아니어서 그 실행효과는 매우 미미하였다.

한편, 1990년대에 들어서에는 정신보건업무가 보건국 질병관리과로 이관되어 정신보건업무가 질병관리 차원에서 다루어지기 시작했다. 그리고 정신보건정책도 이전부터 지속되어 온 정신질환 진료시설의 확충 및 정신질환 관리체계 확립에 더하여 정신보건법의 제정 및 지역사회정신보건사업 등에도 관심을 두게 되었다.

그러나 이러한 정신보건정책에 대한 사회적 관심과 더불어 다양한 제도상의 변화를 시도해 왔지만 오랫동안 우리나라의 정신보건정책은 정신보건시설 즉 정신의료기관 및 정신요양시설의 병상 수를 증설하는데 치중해 왔다. 그 결과 1984년에는 12,392병상에 불과 하던 것이 1998년에는 51,840병상으로 4배 이상 증가했다. 이러한 병상 수의 증가는 주로 사립정신병원의 병상 수가 1984년 약 1,000병상에서 1998년 12,500여 병상으로 무려 12배 가까이 증가한 데 그 주된 원인이 있다 할 수 있다.

이것은 우리나라의 일반의료기관이 민간위주로 운영되는 것과 마찬가지로 정신보건 분야에서도 그 책임을 민간부문에 위임시키고 있다는 것을 입증하는 결과라 하겠다.

그리고 정신질환에 대한 전반적인 의료보험의 급여가 매우 제한적이며, 급여의 항목도 세분화되어 있지 않고 동시에 급여 항목에 대한 급여 청구 횟수도 제한되어 있다. 이러한 상황은 정신의료에 대한 진료서비스의 수준과 질을 떨어뜨리는 주요 원인이 되어 왔다. 즉 재활치료를 포함한 각종 정신과 진료에 대한 수가 항목과 청구 횟수의 제한으로 인해 정신질환자들에 대한 진료서비스의 내용이 면담과 약물처방으로 매우 단순화되어 왔으며, 이는 다시 장기입원으로 연결되어 결국 환자의 만성화와 입원 진료비의 증

가로 이어져왔다(김용익, 1994).

이러한 사실은 정신질환자의 장기입원 경향과 전문정신병원 (특히 사립병원)의 대형화 추세에서 잘 나타난다고 하겠다. 최근의 연구에 의하면 국·공립정신병원 환자의 평균 재원기간은 262일, 사립정신병원의 경우 962일, 정신요양시설의 경우 2,526일로 나타나 있다(정영기, 1994). 그리고 이들 전문병원과 요양원을 포함한 정신의료시설에 입원 또는 수용중인 환자의 약 55%정도는 입원이 적절치 않은 환자들로 밝혀졌다(정영기, 1994). 그리고 정신병원의 대형화 추세는 200병상 이상의 정신병원이 전체의 약 75%를 차지하며 400병상 이상 규모의 정신병원도 36%나 차지하고 있다는 사실에서 잘 알 수 있다(서동우 외, 1999). 이러한 상황은 정신요양시설의 경우에도 마찬가지로 볼 수 있다.

이러한 가운데 그나마 다행인 것은 최근에 정신보건법이 제정되었다는 사실이다. 정신보건법의 주요 골자는 무엇보다도 정신질환과 정신보건시설에 대한 규정을 명확히 했으며, 입·퇴원 절차의 법제화와 정신보건심의위원회 설치 등을 통해 정신질환자의 치료 및 인권보호에 대한 규정을 구체화시킨 점이다. 그리고 미흡하나마 지역사회를 중심으로 하는 새로운 정신보건체제를 도입하려는 내용을 담고 있다. 이는 지금까지 정신병원과 정신요양시설을 통해 장기입원, 수용 중심의 정신보건정책에서 벗어나 탈원화를 통한 지역사회중심의 정신보건서비스체도를 추구하는 선진국의 정신보건정책을 지향하는 획기적인 전환이라 할 수 있다.

최근 정신보건법의 제정과 더불어 정신보건에 있어 새로운 변화가 조성되고 있는데, 이는 1995년부터 시작된 지역정신보건센터와 정신보건법에 의해 도입된 사회복지시설의 설립, 운영이라고 할 수 있다.²⁾ 1997년 정신

보건법이 실행에 들어간 이후 정부에서는 보건소와 지역정신보건센터를 중심으로 하는 정신보건서비스시스템을 도입하고 있다.

그리고 정신보건법에 규정된 사회복지시설에 대한 관심도 증가하여 최근 사회복지시설이 괄목할 만한 수준으로 증가 추세에 있으며, 장기적으로는 모든 시,군,구에 1개씩 모두 200개 이상의 사회복지시설을 설치할 것을 계획하고 있다.³⁾ 이러한 변화는 아직은 시작단계에 불과하지만 지역사회 만성정신질환자의 보호와 관리에 일차적인 목표를 두고, 정신질환의 예방, 조기발견 및 정신보건의 증진을 위한 지역사회정신보건사업이 이 두 유형의 지역정신보건시설을 중심으로 점차 확대, 발전되고 있다는 사실을 잘 보여주고 있다고 하겠다.

다. 정신보건서비스간 연계촉진 및 중앙정부 역할제고

최근 정신보건의 동향은 지역사회를 바탕으로 정신건강의 증진은 물론 정신장애의 예방과 치료, 재활이 통합적으로 고려되는 지역사회정신보건이라 할 수 있다. 우리나라에서 지역사회정신보건의 구체화되기 시작한 것은 1995년에 정신보건법이 제정되면서부터이다. 정신보건법은 우리나라의 정신보건서비스가 기존의 병원치료와 요양위주에서 벗어나 지역사회 중심의 사후관리와 재활을 강조하는 방향으로 전환하는 실제적인 계기가 되었으며, 기존에 없던 새로운 정신보건기관을 설치하는 근거가 되었다.

보건복지부의 최근통계(2003.3월)에 따르면, 우리나라의 정신보건기관 현황은 정

2) 물론 정신보건법 제정 이전부터 복지부에서는 정신보건시범사업과 재원환자재분류사업, 그리고 정신보건센터를 이용한 지역사회정신보건사업연구 등을 통해 새로운 정책의 방향을 모색해왔다.

3) 2001년 1월 현재 전국적으로 46개의 정신보건센터가 운영 중이며, 사회복지시설은 모두 60개 이상이 운영중인 것으로 나타났다.

신의료기관이 792개소, 정신요양시설이 55개소, 정신보건센터가 48개소, 사회복지시설이 95개소, 알콜 상담센터 17개소, 그리고 보건소에서 정신보건센터 기본형의 사업을 진행하고 있는 곳은 53개소에 이른다.

이와 같이 정신보건법 제정이후 정신보건기관이 크게 증가하고 있는 점은 매우 고무적이나, 이 시점에서 제기되는 중요한 과제는 다양한 기관의 정신보건서비스를 어떻게 효과적으로 조정하고 통합할 것인가의 문제라고 하겠다.

정신보건영역에서 연계는 관련 기관들 간의 협력, 다른 전문직 혹은 다 학제적 협력 등 다양한 측면에서 논의되고 있는 것이 사실이다.

정신보건서비스가 연계되어야 하는 필요성은 다음의 두 가지 측면에서 살펴볼 수 있다. 먼저 서비스 대상자의 측면에서 보면, 정신질환자와 가족들이 매우 다양하고 복잡한 욕구를 갖고 있다는 점이다. 정신질환자들은 질환의 증상을 통제하려는 의료적 욕구를 비롯하여 사회적 기능수행을 위한 일상생활훈련의 욕구, 주거의 욕구, 직업재활의 욕구, 생계보장의 욕구, 여가생활의 욕구를 갖고 있다(Test & Scott, 1990)

이러한 욕구는 정신장애인이 병원에서 퇴원하여 지역에서 생활할 때 더욱 강조되는 것들이다. 또한 그 가족들도 심리사회적 욕구, 교육 및 훈련의 욕구, 재가복지의 욕구 등 다양한 욕구를 갖고 있다.

따라서 정신질환자 및 가족들의 보건의료 및 복지욕구를 충족시키고, 지역에 흩어져 있는 다양한 서비스에 대한 접근가능성을 높이기 위해서는 정신보건서비스 연계가 절실히 필요하다.

또한 서비스전달자 측면에서 볼 때 기존 정신보건서비스들이 통합되지 못하고, 기관간 협력도 매우 부족한 상태이다.

이러한 문제는 정신보건기관들이 제 역할과 정체성을 찾는 과정에서 발생한 문

제와 밀접한 관련이 있다. 즉 각 기관의 기능과 역할이 분화되지 못하고, 중복되어 있으며 프로그램도 획일화되어 있다. 또한 각 기관을 조정하고 통합하는 서비스전달체계가 확립되어 있지 못하기 때문에 서비스 연계를 어렵게 만들고 있다.(양옥경, 2000)

따라서 신설되는 정신보건기관들의 양적인 확대에서 발생하는 이러한 현실적 장애물을 극복하고, 정신장애인 및 가족에게 보다 양질의 서비스를 효과적으로 전달하기 위해서는 관련기관들의 역할 정립과 정신보건서비스 연계가 현실적으로 매우 필요한 상태이다.(박미은, 1999)

지역사회에서 독립적으로 생활하는 것에 비해 장기입원이나 장기수용에 대한 의료급여제도 및 국민기초생활 보장제도의 유인 동기가 상대적으로 큰 우리나라에서 지역사회정신보건 서비스 중심의 선진적 정신보건서비스 체계를 구축하기 위해서는 중앙정부의 역할이 중요하다.

즉, 정신질환자에게 적합한 보완책을 마련하는 등 의료급여제도 및 국민기초생활보장제도의 개선과 함께 지역사회정신보건서비스에 대한 공공부문의 투자를 중앙정부가 주동하여 확대시키는 것이다. 공공부문의 지역사회정신보건에 대한 중앙정부의 지원을 확대하여 이에 대한 지방정부의 투자를 유도하는 것이 필요하다.

특히 지역사회정신보건 서비스 체계 구축 초기의 투자는 선진국의 경우와 같이 중앙정부가 지원하는 공공부문을 중심으로 하는 지역사회정신보건 서비스 인프라 확충이 필요하다. 이는 탈원화가 진행되지 않은 상태에서 시행되는 초기의 지역사회정신보건서비스 시장은 소비자라고 할 수 있는 만성정신질환자의 수가 작고, 소비자인 정신질환자와 가족이 지역사회정신보건서비스의 필요성에 대해 충분히 인식을 하고 있지 못하고 이들의 구매

력 또한 매우 낮은 편(대부분 경제적으로 어려움을 겪고 있는 저소득 계층)이기 때문에 서비스 시장에서 구매력 있는 현실적인 수요가 작아 규모의 경제상 민간부문에서 수익을 낼 수 없기 때문이다.

또한 지역사회정신보건사업의 성격상 시·군·구청, 보건소, 경찰, 동사무소, 학교 등 공공부문간의 연계체계의 구축이 필수적이며, 지방정부 공무원의 의식전환과 관심을 매우 중요한 것도 중앙정부에서 공공부문의 지역사회정신보건사업을 우선적으로 확대시켜야 하는 긴급한 이유라 할 수 있다.

정신보건서비스가 더 이상 치료를 목적으로 하는 입원수용의 범위에 한정되지 않게 됨에 따라 서비스대상자로 하여금 지역사회라는 새로운 맥락에서 사회적으로 기능할 수 있도록 원조하는 재활프로그램에 대한 수요증가가 예측되고 있다. 즉, 치료, 재활, 보호 및 예방의 욕구에 부응하는 서비스를 지역사회에서 제공할 수 있는 포괄적인 서비스전달체계의 필요성이 증대된 것이라 하겠다.(이선희, 1999)

이러한 정신보건 환경의 변화에 보다 적극 대응하기 위해서는 국가 정신보건정책의 개발과 역학조사 등을 포함한 정신질환의 원인과 치료에 대한 과학적인 조사연구, 그리고 정신보건 전문 인력의 수급, 조절에 관한 체계적인 연구가 이루어져야 할 것이다. 그리고 이러한 과학적인 조사연구의 결과를 바탕으로 포괄적이면서 장기적인 정신보건정책과 프로그램이 수립, 시행되어야 할 것이다.

특히 지역사회정신보건서비스의 인프라 구축을 통해 장기입원과 장기수용이 감소할 경우 정신의료기관 입원과 수용에 소요되는 정부의 의료급여 및 국민기초생활보장제도의 운영에 소요되는 예산의 절감 또는 증가억제 효과가 있기 때문에 이에 대한 예산지출 비중이 상대적으로 큰 중앙정부가 보다 적극적으로 지역사회정신보건 사업을 지원할 필요가 있는 것이다.

2. 연구목적

이 연구의 주요목적은 보건소와 정신보건센터를 중심으로 전개되고 있는 우리나라의 지역사회정신보건사업의 현황을 분석하고 그 문제점을 파악하여 향후 정신보건 정책 방향과 서비스 전달체계 수립을 위한 정책수단을 제시하고자 한다.

이 연구의 주요 목적을 달성하기 위한 구체적 세부 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 지역사회정신보건사업의 정신보건환경, 전문인력, 프로그램내용, 서비스기관간의 역할 및 서비스 전달체계 현황을 분석한다.

둘째, 지역사회 정신보건사업에 관련된 각종 문헌 등을 통해 현재 우리나라 지역사회정신보건사업의 문제점을 파악한다.

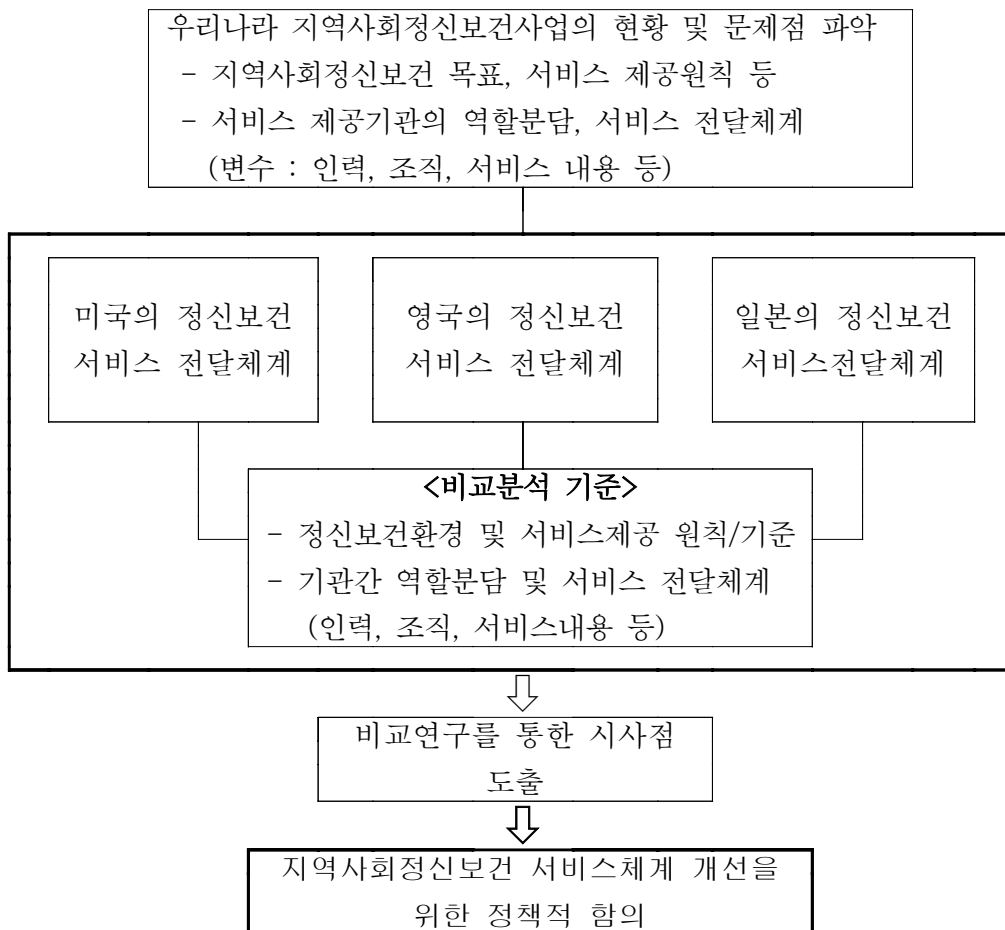
셋째, 일부 선진국가의 정신보건 서비스 전달체계 비교분석을 통한 시사점을 도출하고 향후 발전방향을 위한 정책적 함의를 제시한다.

II. 연구 방법

1. 연구의 틀

본 연구에서는 우리나라 정신보건사업의 현황과 문제점을 파악하고 일부 선진국가의 정신보건서비스 전달체계 비교 분석을 통한 시사점을 도출하여 향후 우리나라 정신보건정책 발전을 위한 정책적 함의를 제시하고자 한다.

이에 관한 연구의 틀을 간략히 도표로 제시하면 아래의 <그림 1>과 같다.



<그림 1 연구의 틀>

2. 조사방법 및 내용

가. 조사방법

‘정신보건’을 검색어로 하여 한국교육학술정보연구원(KERIS)의 문헌 데이터베이스에 축적된 연구목적에 부합되는 선행연구 결과와 각종 보고서, 통계자료, 보건복지부 연구용역 결과물을 비롯한 내부자료 등을 근거로 하여 우리나라 지역사회정신보건사업의 현황과 미국, 영국, 그리고 일본의 정신보건서비스 전달체계와 관련된 자료를 대상으로 하였으며 그 중 1994년도부터 2004년까지 발표된 문헌만을 선정하였다.

나. 조사내용

1) 우리나라 정신보건사업의 현황 및 문제점

- 첫째, 지역사회정신보건사업 조직 및 인력구조
- 둘째, 정신보건서비스 전달체계
- 셋째, 정신보건사업 내용
- 넷째, 정신보건시설 운영실태(문제점 포함)

2) 일부 선진국가의 정신보건서비스 전달체계

- 첫째, 정신보건행정전달체계(중앙정부-광역-기초자치단체 수준)
- 둘째, 정신보건서비스 제공체계
- 셋째, 정신보건관련 시설별 사업내용
- 넷째, 자원조달체계

Ⅲ. 우리나라 정신보건서비스 전달체계의 현황 및 문제점

1. 지역사회정신보건사업의 이론적 배경

가. 지역사회정신보건의 개념

지역사회정신보건이란 정신보건이라는 이름으로 지역사회에서 이루어지는 모든 활동을 의미하는 것으로(Bloom, 1984) 협의의 의미에서만 정신질환에 개입해 오던 것을 좀 더 넓은 의미에서의 정신질환의 예방, 치료 및 재활, 사회복귀의 차원으로 도약시킨 것이다. 따라서 치료 장소의 이동이라는 가장 객관적이고 가시적인 부분에서의 변화를 시작한 지역사회정신보건은 정신보건의 모든 차원에서 아래와 같은 개념적인 변화를 초래하였다.

그 주요한 변화의 특징으로는,

첫째, 치료 장소의 이동이다. 디스(Dorothea Dix)의 개혁운동에 의해 세워진 대단위 정신병원에서 입원을 위주로 치료를 행하던 것에서 환자가 태어나고 성장한 지역사회에서의 치료로 치료 장소를 이동한 것이다.

따라서 정신질환자는 구속이나 규제가 거의 없는 일반인들과 마찬가지로 생활할 수 있는 자유롭고 친근한 최소한의 규제가 보장되는 지역사회에서 치료를 받게 된 것이다.

둘째, 정신질환 정의의 변화이며 발병이론의 발전이다. 정신질환이란 무엇이며 그 원인은 무엇인가를 규정짓는 데 있어 정신장애인 한 개인의 정신병리에서 그 원인을 찾던 것에서 환경속의 개인 또는 상황속의 개인으로 관점의 초점을 돌리게 되었다.

셋째, 정신질환을 치료하기 위한 개입대상의 확대이다. 정신질환의 발병 원인을 주변상황에 두게 됨에 따라 정신장애를 치료하기 위한 개입대상도 환경 즉 사회전체로 변화하게 된 것이다.

넷째, 정신질환을 치료하기 위한 개입내용의 확장이다. 기존의 정신질환의 증상치료에만 개입의 목적을 두었으나, 지역사회정신보건 차원에서의 접근은 지역사회에 사는 모든 개인의 정신보건 증진과 정신질환으로부터의 예방 등 그 영역을 확대하게 되었다.

다섯째, 정신질환을 치료하는 접근방법의 다양화이다. 지역사회에서의 치료가 주류를 이루면서부터는 단기치료와 위기개입으로 그 종류가 변화하였다 뿐만 아니라 정신질환자 개인에 대한 직접적인 서비스만을 제공하던 것에서 정신질환자를 위한 다양하고 다 체계적이며 포괄적인 서비스까지 포함하는 더욱 넓은 범위의 개입으로 확대되었다. 정신분석에 입각한 치료를 주로 하였으나, 지지치료, 교육치료, 그리고 각종 기술훈련을 포함하는 재활치료 등으로 치료의 종류가 다양해졌으며, 주거제공, 생계보조 등 비 치료적인 요소들도 포함하게 되었다.

여섯째, 정신질환자 치료를 제공하는 전문인 범주의 확장이다. 정신과의사 단독으로 치료를 제공하였으나, 정신과 전문의를 포함한 사회복지사, 간호사, 임상심리사 등 다양한 전문가집단이 개별적으로 또는 하나의 다학문적 팀을 이루어서 치료 및 재활서비스와 예방을 위한 다차원적 서비스를 제공하게 되었다.

나. 지역사회정신보건의 목적

지역사회정신보건의 목적은 1차, 2차 그리고 3차 예방이며(Kaplan &

Sadock, 1988), 삶의 질 증진이다. 즉 1차 예방은 정신질환의 발생을 저지하는 것으로 새로운 정신질환 발생사례를 감소시키는 것에 그 목적이 있으며, 2차 예방은 정신질환의 총 사례수와 유병기간을 줄이기 위하여 정신질환의 조속한 발견 및 신속한 치료를 목적으로 한다. 이에 반해 3차 예방은 정신질환으로 인해 부차적으로 갖게 되는 정신적 결함이나 사회적 장애를 줄이는 데 목적이 있다. 즉 예방, 치료, 그리고 재활이다.

이 세 가지의 목적은 결국 삶의 질 향상이라고 하는 최고의 복지수준을 의미하는 것이다. 따라서 이를 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1) 질병 관리

정신질환은 장기간동안 증상의 상당부분이 장애로 남아 있기 때문에 정신질환자로 하여금 자신의 증상에 관하여 기능한 한 정확히 이해하고 그 증상에 효과적으로 대처해 나가는 방법을 터득하도록 하여 자신의 질병을 잘 관리할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 정신질환은 만성화의 경향이 강하므로 오랜 기간 동안 증상의 정도를 달리하면서 앓게 되는데, 정신질환자로 하여금 질병과 함께 생활해 나가는 방법을 터득하는 것이 매우 중요하다. 뿐만 아니라 증상관리를 위하여 약물복용을 하게 되는데 이는 거의 일생동안 지속될 수 있는 것으로 약물의 효과에 대한 정확한 이해와 약물복용에 대한 수용의 태도도 매우 중요하다. 증상관리와 약물복용으로 요약되는 질병관리는 2차 예방인 치료에 해당되는 것으로 방법으로는 약물치료, 상담치료 등을 포함할 수 있다.

2) 기능적 기술재활

정신질환자는 입원치료 후 퇴원하더라도 지속적으로 치료와 재활서비스를 받아야 하는 사회적 기능이 저하된 사람들이기 때문에 손상된 사회적

기능을 다시 습득할 수 있도록 도와주어야 한다. 즉 일상적인 개인생활에서 필요한 일상생활기술, 대인관계 형성 및 유지를 위해 필요한 대인관계기술, 직업을 갖기 위한 작업기술 및 직업적응기술, 그리고 여가를 선용할 수 있는 여가활용기술 등을 만성정신질환자가 재축적할 수 있도록 하는 것이다.

3) 삶의 질 증진

정신의약품의 발견으로 정신질환의 증상조절이 가능해지자 정신질환자는 정신병원에서 지역사회로 복귀하게 되었다. 이에 따라 정신질환자의 진정한 사회복귀에 관심을 가지면서 이들의 연령과 사회적 배경에 부합하는 일반인과 비슷한 환경에서 살면서 질적인 삶을 살고 있는지, 또 만족스런 삶을 살고 있는지가 관심의 초점이 되었다.

이러한 지역사회정신보건의 목적은 정신질환자의 정상화, 사회통합 및 최소한의 규제라는 지역사회정신보건의 근본이념에 바탕을 두고 있다.

첫째, 정상화의 이념이다. 정상화는 사회통합의 전제조건으로서 모든 사람이 차별 없는 동등한 기회를 보장받는 것으로서 삶의 질 향상에 그 목표를 두고 있다. 정상화는 영국, 일본 등에서 지역사회보호, 통합이라는 개념이 제기되면서 정립된 것이다. 즉 정신장애인의 생활조건이나 환경을 정상화하면서 장애 및 사회적 불리(social handicap)로 인해 파생되는 문제를 최소화하여야 한다는 것을 의미한다.

정신장애인에게 적용되는 정상화원칙을 예시적으로 정리하면 다음과 같다.(Nirje, 1969)

(a) 정상화는 하루, 일주일, 그리고 일년을 사는 데 있어 생활의 정상적인 리듬을 갖고 활동하며, 상호책임을 나누는 것을 의미한다.

(b) 정상화는 인생주기의 정상적인 성장을 경험할 수 있는 기회를 의미한다.

다. 즉 정신질환자도 한 인간으로서 일반인이 경험하는 성장발달과정을 통한 인생주기에 맞추어 경험하고 있음이 인식되어야 하며, 전문가들은 이들에게 다양한 경험을 할 수 있도록 도와주어야 한다.

(c) 정상화는 정신장애인이 가지는 표현되지 않은 바람이나 표현된 자기의 사에 대한 정상적인 이해와 존중을 의미한다.

(d) 정상화는 만약 정신장애인이 더 이상 자신의 주거에서 가족과 함께 살 수 없을 때 사회에서 제공되는 주거 역시 정상적인 가정의 크기여야 하며, 정상적인 주거지역에 위치해야 한다는 것을 뜻한다.

둘째, 사회통합의 이념이다. 정신질환자의 사회통합은 정상화 개념에 기반을 두고 있다.(Wolfensberger, 1972) 무엇보다도 정신장애인을 장애와 사회적 불리를 가진 인간으로 보기보다는 특수한 증상과 어려움을 지닌 사람으로서 이해하여야 한다는 것이다. 사회통합은 사회적 상호작용의 달성을 의미하는 것으로서 이를 위해서는 정신장애인이 생활하는 데 익숙한 환경에서 행해지는 것을 전제로 한다. 따라서 지역사회에서의 물리적인 통합이 전제되며, 이를 위해서는 주거지 마련이 결정적이다. 또한 지역사회 자원과의 활발한 교류도 매우 중요하게 작용한다.

셋째, 최소한의 규제 이념이다. 지역사회정신보건은 격리와 수용을 전제로 하는 대단위 시설중심의 입원치료에서 ‘최소한의 규제’를 보장하는 자유로우면서 친근한 환경에서의 치료와 재활 및 보호자로서의 전환을 의미한다. 즉 지역사회정신보건은 한 개인이 자신의 치료나 서비스를 받는 데 있어 자유, 자기결정권, 자율성, 존엄성 그리고 몸과 마음과 정신의 통합이 최대한으로 보장되도록 하는 것이라는 자유의지의 선택을 강조하는 인간주의적인 이념에 기초하고 있다.(Folley & Sharfstein, 1983) 최소한의

규제를 보장하는 친근한 환경이란 정신장애인이 태어나고 성장한 지역사회를 말하는 것으로, 대규모 정신병원에서 퇴원하게 되면 자신의 고향으로 돌아가서 사후관리서비스를 받게 되는 것을 의미한다. 실제로 서구 선진국의 경우 70%이상이 정신병원으로부터 나와 지역사회로 보내졌으며 각 지역사회에서 치료 및 사후관리를 위한 정신보건서비스를 제공받게 되었다. 치료와 보호의 소재지의 전환으로 인한 사회의 역할은 지역사회 내에서 이들을 치료 보호하고 재활시켜 사회에 통합시켜야 하는 것임에도 불구하고 그 역할을 수행해내지 못하였다는 비판의 소리가 높다.(Bassuk et al., 1984)

지역사회에서 통합되지 못한 채 이른바 ‘지역사회의 폐쇄병동’ 이라는 또 다른 후미진 곳으로 전락되면서 다시 한번 자유로운 물리적 환경에서의 규제를 받는다는 것이다. 원래의 이념처럼 자유의사에 따라 자기 스스로가 결정하는 치료 및 사회복지서비스의 수혜는 이들의 자기결정권에 전적으로 맡겨 놓을 수 없는 정신질환이라는 실제적 상황에서 아무런 서비스도 받지 못한 채 방치됨으로써 최대한의 규제를 경험하게 되는 아이러니를 낳고 있다.(Munetz & Geller, 1993) 최소한의 규제이념이 실제 상황에서 최대한의 방치 즉, 또 다른 형태의 규제로 나타난다는 것이다.

다. 지역사회정신보건의 접근방법

지역사회정신보건은 인근 지역사회를 거점으로 다양한 서비스 연계활동을 추진하고 정신질환자에 대한 일차적인 정신사회재활서비스를 기반으로 지역사회 일반주민의 정신건강에 대한 예방활동을 전개하는 것을 원칙으로 하고 있다. 또한 지역의 다양한 자원을 적극 활용하여 정신질환자의 권익을 옹호해주고, 그들이 사회에 나가 정상적인 사회구성원의 일원으로

서 살아갈 수 있도록 지역사회 내에 존재하는 정신질환자에 대한 사회적 편견을 해소하는 홍보도 절실히 요구하고 있다.

따라서 지역사회정신보건의 핵심원칙은 환자의 치료 장소가 지역사회라는 것과 직업재활을 비롯한 정신질환자의 재활을 강조하는 것이고 할 수 있다. 이러한 측면에서 H.R. Lamb은 다음과 같은 지역사회정신보건의 원칙을 기술하고 있다.⁴⁾

첫째, 지역주민에 대한 책임(Responsibility to a Population)으로 지역사회 정신보건센터가 일정지역내의 전체인구에 대한 정신보건에 대하여 궁극적인 책임을 부담하는 것을 말한다.

둘째, 환자의 가정에서 가까운 곳에서 치료(Treatment close to the Patient's Home)한다는 원칙으로 정신보건서비스를 쉽게 이용할 수 있어야 하며, 가족들의 참여가 보장되어야 하며, 이는 정신질환의 치료에 효과적이다.

셋째, 포괄적인 서비스(Comprehensive Services)제공 원칙으로 입원과 외래 서비스에서 벗어나 환자의 요구를 충족할 만한 자문 및 교육과 추후관리(aftercare), 입원전 심사, 거주시설 제공, 사례관리와 더불어 더욱 다양한 주거서비스를 제공하여야 한다.

넷째, 정신질환 치료에 관련된 다양한 분야의 전문 인력간의 다학제적팀 접근방법(Multidisciplinary Team Approach)으로 정신과 의사, 간호사 이외에 임상사회복지사, 임상심리사, 작업요법사 등 다양한 정신보건 전문 인력의 참여와 인력간 협조적인 팀워크에 의한 접근방법이 요구된다.

다섯째 치료의 연속성 보장(Continuity of Care)으로 재발 및 재입원을 반복하는 만성정신질환자의 경우 서로에게 익숙할 때 치료에 효과적이므로

4) H.R.Lamb, Textbook of Psychiatry-Community Psychiatry and Prevention, 1988

치료의 연속성이 보장되어야 한다.

여섯째, 지역주민의 참여(Consumer Participation)로 정신보건 전문가들만으로는 지역사회의 정신보건 요구를 충족시킬 수 없으므로 지역사회의 참여를 유도하여 요구를 파악하고, 프로그램이 그러한 요구를 어느 정도 충족시켰는지를 평가하여 차후의 프로그램 개발에 반영하여야 한다..

일곱째, 정신보건사업에 대한 평가 연구(Program Evaluation & Research)로 지역정신보건사업에 대한 평가는 과학적이고 효과적인 프로그램과 모형을 개발하는데 매우 중요하다.

여덟째, 예방(Prevention)으로 정신질환의 발생을 막기 위한 적극적인 활동으로 1차 예방과 치료 및 증상의 악화를 방지하는 의미를 내포하는 2차 예방, 질환으로 인한 사회적 장애를 최소화하기 위한 재활의 개념인 3차 예방이 포함된다.

아홉째, 정신보건 자문(Mental Health Consultation)으로 정신보건과 관련된 문제 또는 다른 분야의 전문가가 자신의 전문적인 지식과 경험을 바탕으로 조언, 논의 등을 하는 과정으로 어려운 문제에 대한 해결책을 제시해 주기도 하고, 예측할 수 없는 상황에 대한 예방적인 역할도 수행한다.

마지막으로 보건의료와 사회복지서비스의 연결(Linkage to Health & Human Services)로 정신질환자의 사회복귀를 위하여 지역사회정신보건사업의 목표에 부합하는 재활서비스를 포함하는 사회복지서비스를 제공하고 자 할 때 보건의료서비스와의 연계가 필수적이다.

라. 지역사회정신보건의 발전과정

1) 역사적 변천

가) 19세기까지

선사시대는 샤머니즘이 우세한 시대였기에 일상의 거의 모든 생활이 신과 연결되었으며, 일상생활에서 발생하는 문제나 질병을 신이나 정령을 거역한 데 대한 결과라고 생각하였다. 정신질환도 예외는 아니었으며 그 치료방법으로는 무당굿을 하거나 악령이 빠져나가도록 때리거나 불태우거나 기도하였으며, 극단적으로는 두개골에 구멍을 뚫기까지 하였다.

그리스·로마시대로 오면서 정신질환에 대한 히포크라테스의 의학적 모형이 제시되었으나 샤머니즘적 치료가 우세하여 질병의 개념적 발전에는 성과가 있었어도 치료로까지 발전하지 않았다.

중세의 유럽은 암흑과 혼돈의 시기로 정신장애는 종료적인 차원에서 이해되었다. 정신질환자를 마귀로 여겼고, 특히 종교적 망상의 증상을 보이는 경우 이단으로 간주하거나 마귀로 취급하여 고문을 하거나 엑소시즘을 연출하거나 사형을 집행하였다.(Cockerham, 1981)

16세기에 접어들면서 중세기의 마녀사냥 및 처형도 막을 내리고, 그 대신 떠돌아다니는 정신장애인을 대거 수용하기 시작하면서 수용과 감금의 시대가 개막되었고, 이는 20세기초까지 지속되었다.

이 당시 병원에서의 치료란 쇠사슬 채우기, 투구 옷 입히기, 특수 의자에 앉히기, 독방에 가두기 등 물리적인 방법을 사용하는 것이 전부였다. 즉 사회적 관심이 정신질환자의 치료보다는 정신질환자의 위협으로부터 일반시민을 보호하기 위한 경제사회적 의미를 중요시한 때문이기도 하

다.(Compton,1980) 반면에 억류, 감금, 규제만이 주어지는 보호수용소의 상태에서 몇몇 인도주의 혁명가들은 정신질환자를 규제에서 풀어주고 인도주의적 치료 및 처우를 해야 한다고 주장하기 시작하였다.

필립 피넬(Phillippe Pinel)과 같은 정신과의사는 인도주의적 도덕치료를 주장하였다. 즉 피넬은 정서적 불안을 열정의 조화의 문제라고 생각함과 동시에 수용된 정신질환자에게 정서적 안정을 갖게 하기 위해서는 자유롭고 포근한 환경을 조성해 주어야 한다고 주장하며 도덕치료를 행하였다. 도덕치료는 환자들의 쇠사슬을 풀어주고, 친근하고 포근한 환경을 마련해 주면서 치료자는 자신의 아버지적 이미지를 활용하여 환자와 도덕적 관계 형성의 환경을 조성하는 것을 주된 방법으로 사용하였다.

피넬의 도덕치료는 방법론이 체계화되지 못하여 실패를 초래하였으며 이에 따라 정신질환자들은 특별한 치료 없이 다시 방치되기 시작하였다. 이들은 거지나 부랑배들과 같이 배회하거나 빈민구제소 등에서 숙식을 해결하고, 범죄자들과 같이 감옥에 갇혀 아무런 치료나 보호없이 방치되었다.

이와 같이 방치된 정신질환자를 위해 미국의 Dorothea Dix는 치료나 보호를 보장하는 대단위 정신장애인 보호시설(asylum)을 세우는데 앞장섰다. 디스는 정신질환자의 처우환경에 관하여 1년 이상 실태조사를 통하여 정부의 도덕적·법률적 책임을 강조하였으며, 이런 노력은 1841년부터 약 40여년간 32개 주립정신병원의 설립을 가능하게 하였다.

이 주립병원들은 초기에 도덕치료를 제공하여 정신질환자가 아주 쾌적한 분위기에서 작업, 독서, 공놀이, 취미활동 등을 즐길 수 있도록 배려하였으며 인간의 존엄성이 보장되었다. 그러나 이 시설들은 도시와 멀리 떨어진 외곽지대에 설립됨으로써 환자가 그들의 가족이나 지역사회로부터 격리되

어 지역주민들의 무관심을 조성하는 상황을 낳게 되었다.

나) 20세기의 변혁 : 탈시설화와 지역사회정신보건

20세기는 치료의 시대라고 부를 정도로 다양한 치료방법이 제공되었다. 프로이트의 심리치료방법은 20세기 초 정신질환치료의 주류를 이루었으며 20세기 후반에는 정신의약물의 발견 및 활발한 사용으로 의학모델이 절정을 이루었다. 뿐만 아니라 20세기의 복잡한 사회변동에 따른 사회에서의 스트레스나 자극이 정신장애의 원인이라는 사회스트레스이론도 정신질환을 이해하고자 하는 중요한 이론으로 여겨지고 있으며, 병적체질-스트레스이론 역시 다차원적인 원인을 설명하는데 유세한 이론으로 여겨지고 있다.

20세기는 또한 탈시설화의 시대이다. 탈시설화 정책에 기초를 제공한 당시의 상황적 배경은 향정신성 의약물의 발견, 치료적 사회 그리고 경제적 조건이었다. 1950년대 전후로 발견된 정신의약물은 정신질환자를 더 이상 시설에 수용시킬 이유를 없애 주었으며, Maxwell Jones가 주창한 ‘치료적 사회’ 개념은 환자와 치료자가 치료의 책임을 분담하는 인권보장의 환경을 마련하였다. 이 개념은 환자가 스스로 치료할 수 있는 잠재력을 갖고 있다고 믿고 병원을 치료적 지역사회로 개조하여 환자에게 많은 결정권을 부여하는 것이다.

정신의약물의 발견과 동시에 등장한 탈시설화 정책과 지역사회정신보건 이념에 입각한 치료접근법이 전인적인 치료를 목적으로 하며, 재발방지 및 정신보건에도 힘을 기울임으로써 정신질환 치료분야는 절정기를 이루게 되었다.

2. 우리나라 지역사회정신보건의 현황 및 문제점

가. 우리나라 지역사회정신보건의 의의

1) 지역사회정신보건 시작 이전(1995년도 이전까지)

1970년대까지 우리나라에서는 농경사회에서 흔히 보이는 정신질환에 대한 질병관을 갖고 있었다. 다소의 미신적인 질병관이 있었으나 정신질환자는 대가족제도와 농촌형 지역사회에서 비교적 통합되어 살아가고 있었다. 정신질환으로 인한 가족의 부담은 대가족제도에서 공동으로 흡수되었고, 평균수명도 짧은 편이어서 일부 부랑인이 있었지만 정신질환이 사회적 부담이나 사회적 문제로 발전하지 않는 편이었다.

그러나 1970년대에 들어서 우리나라는 몇 십 년간의 짧은 기간에 선진외국에서 몇 세기동안 경험했던 사회경제적 변화를 압축적으로 경험하기 시작하면서 짧은 기간동안 농경사회에서 자본주의적 산업사회로 전환되었다. 이에 따라 우리나라는 광범위한 변화가 사회의 전 분야에서 빠르게 일어나게 되었다. 산업화와 도시화가 빠른 속도로 일어나면서 전통적인 가족형태인 대가족제도가 붕괴되면서 빠른 속도로 핵가족화가 진행되었다. 이에 따라 정신질환자에 대한 가족의 역할이 점차로 축소되기 시작하였다.

또한 공업화와 함께 진행된 도시화는 인구의 유동성을 증가시키면서 전통적 지역사회의 공동체적 기반을 약화시키면서 정신질환자에 대한 시각에도 변화를 맞게 되었다. 산업화의 진행은 정신질환자가 참여할 수 있는 생산활동의 범위를 급속히 감소시켰고, 이에 따라 정신질환자들의 생산성(지역사회와 가족 내에서의 효용성)이 감소하면서 사회와 가족의 '무거운 짐'으로 여겨지기 시작하였다.

그동안 전통적인 가족제도와 지역사회가 흡수하던 정신보건 서비스에 대한 수요가 사회로 표출되기 시작하면서 체계적인 정신보건서비스 체계의 미비는 무허가기도원으로 하여금 정신질환자 관리를 담당하도록 하였다. 무허가시설에서의 비치료적이며, 비인권적인 관리가 매스컴에 방영되면서 국가는 정신병상 확대정책을 통하여 정신질환자의 국가적 관리를 추진하게 되었다.

정신병상 확대정책은 핵가족화로 인한 정신질환자에 대한 부양의무자 감소 및 급속한 도시화의 물결을 타고, 의료급여제도 및 국민기초생활보장제도의 확충과 맞물리면서 급속히 진행되었고, 정신질환자를 지역사회에서 보이지 않는 시설과 병원으로 이동시키면서 정신질환자를 위험한 잠재적 범죄자로 보면서 사회격리를 지향하는 사회 방위적 시각을 확대재생산하였다. 1980년대 중반이후 2000년대에 이르기까지 지속된 정신병상 확대정책은 많은 대형 정신병원과 정신요양시설을 탄생시켰고, 우리나라의 정신보건서비스 체계를 장기입원과 수용위주의 서비스 체계로 만들면서 우리나라를 OECD 국가 중에서 정신병상수의 증가가 가장 빠른 나라로 만들어 놓았다.

2) 지역사회정신보건의 시작(1990년대 ~ 1995년 정신보건법 제정)

1970년대부터 몇몇 대학병원에 낮병동이 설치되면서 시작된 재활프로그램과 1986년부터 운영을 시작한 '태화 샘솟는 집', 1980년대 후반에 시행되었던 강화도 지역사회정신보건 시범사업 등의 지역사회정신보건서비스 제공이 1990년대 이전부터 시작되었으나, 1990년대의 지역사회정신보건의 확대를 위한 개별적 역량 축적의 의미만을 가졌고 보편화된 국가 정신보건복지 서비스 체계로 구조화되지는 못하였다. 1980년대 중반이후 WHO 등의 국제기구로부터의 우리나라 정신보건

서비스 체계의 후진성에 대한 지적과 지역사회정신보건서비스의 확대에 대한 권고가 지속되었으며, 많은 정신보건 전문가와 공무원들이 선진외국의 선진적 정신보건 서비스 체계를 접할 기회가 많아지기 시작하였다.

외국에서 지역사회정신보건서비스에 대한 직접 또는 간접적으로 경험한 정신보건 전문가가 증가하였고, 지역사회정신보건에 대한 이론적 토대를 정리하면서 이를 사회적 아젠다(agenda)로 이슈화하고 정부를 설득하였다. 이에 따라 1994년부터 보건복지부가 ‘지역사회정신보건사업체계 개발 및 정신보건의 현황과 정책개발’(서울의대 의료관리학교실), ‘정신질환자 재분류 및 정신의료시설기준 개발연구’(아주의대 정신과학교실), ‘정신보건의 현황과 정책과제’(한국보건사회연구원), ‘학교정신보건사업’(연세의대 정신과학교실), ‘정신요양원 수용자의 사회복지 및 거주시설 운영’(아주의대 정신과학교실), ‘도시재가환자를 위한 지역사회정신보건 시범사업’(아주의대 정신과학교실), ‘농촌 재가환자를 위한 지역정신보건 시범사업’(서울의대 정신과학교실) 등의 용역연구를 실시하면서 지역사회정신보건에 대한 이론적 토대를 구축하고 지역사회정신보건서비스 이념의 시범적 적용을 시도하였다.

1980년 이후 강제입원 조항과 관련된 인권침해 소지에 대한 오랜 논란은 문민정권이 등장하면서 1995년 12월 정신보건법이 제정되었다. 정신보건법의 제정은 보건복지부에서 지원한 지역사회정신보건 시범사업을 통해 지역사회중심의 정신보건체계에 대한 필요성과 가능성을 확인하면서 정신보건정책의 중심을 ‘지역사회정신보건’으로 합의하였다. 즉, 병원 및 수용시설에서의 장기입원이나 장기수용위주의 정신질환자 관리가 국가 정신보건정책의 주요한 중심축이었으나, 정신보건법에서는 정신질환자를 지역사회에서 관리하고 치료하며 재활시키는 지역사회정신보건을 주요한 정책방향으로 지향하게 되었다.

지역사회정신보건으로의 국가정신보건정책의 전환과 함께 정신보건법을 통해

정신질환자의 치료와 재활이 획기적으로 개선될 수 있는 국가예산의 투자를 기대하면서 대한신경정신의학회, 한국정신사회재활협회, 두 정신보건가족협회 등이 그 제정을 위해 노력하였으나 실제 정신보건법은 정신질환자의 인권과 사회복지 등에 대한 선언적 의미 이상으로 정신질환자에 대한 치료 및 삶의 질 개선을 위한 국가정책 우선순위의 상향적 조정이 미흡한 편이었다.

3) 지역사회정신보건의 확대(1995년 정신보건법 제정 이후)

지역사회정신보건을 위한 정신보건법의 실질적 지원은 미흡했으나 정신보건법 제정을 기점으로 해서 잠재되었던 정신질환자와 가족의 재활을 포함한 포괄적인 서비스에 대한 욕구가 분출되고, 정부의 노력과 정신보건센터 등을 통한 지역사회 내에서의 대국민 홍보를 계기로 지역사회정신보건사업에 대한 일반국민과 공무원의 인식의 폭이 넓어지게 되었다. 지역사회정신보건 서비스에 대한 투자도 적게나마 시작되었고, 서울과 경기지역을 중심으로 지역사회정신보건 서비스를 제공하는 인프라가 구축되고 연결되기 시작하였다. 1997년 효과적인 정신보건정책의 추진을 위해 중앙정부에 정신보건복지 서비스의 기획과 추진을 담당하는 정신보건과가 출범하기에 이르렀고, 1998년부터 일부 지방정부에서도 정신보건 업무를 담당하는 주무부서(계)가 출범하였다. 그러나 중앙정부단위에서 청(廳) 단위의 조직이 있고, 정신보건연구를 위한 국립연구기관이 설립되어 중앙 및 지방정부의 정신보건사업을 지원하며, 지방정부 단위에서도 우리나라의 국(局) 단위의 조직이 있는 미국 등에 비하면 정신보건문제에 대한 사회적 우선순위가 아직 부족한 실정이다.

1995년 정신보건법 제정과 함께 서울특별시와 경기도가 주도하는 지역사회정신보건사업이 출발하였고, 2000년말 현재 서울특별시에 7개, 경기도에 19개, 서울 및 경기도를 제외한 전국에 20개, 총 46개의 정신보건센터가 운영되고 있으며, 이 중

16개소는 중앙정부에서 사업비의 일부를 지원하고 있다. 또한 정신보건법에 의해서 설치된 정신질환자 사회복지시설이 약 60개가 운영되고 있으며, 보건소에서도 기본적인 정신보건 서비스를 제공하기 위한 기초적인 작업이 1998년부터 서울과 경기도의 보건소를 중심으로 시작되었고, 각 보건소에 정신보건전문요원이 배치되기 시작하였다. 특히 2001년부터는 보건복지부에서 국민건강증진기금을 통해 48개 지역의 보건소에 기본적인 정신보건사업을 수행하도록 예산지원을 시작하였다. 2000년 1월부터 장애인복지법의 법정장애에 정신분열증, 양극성정동장애 및 반복성 우울장애 등 정신장애와 자폐증 등이 포함되어 2000년 9월 30일 현재 정신장애 19,795명과 자폐증 1,190명이 등록하였다. 이에 따라 지역사회에 거주하는 정신장애인과 자폐증 아동 및 청소년은 장애인복지법에 따른 기본적인 복지서비스를 통해 지역사회 거주 시 필요한 사회경제적 지지체계가 미흡하나마 보완이 되었다.

4) 최근의 사회 환경과 국민의 정신건강

그러나 1997년말 이후 시작된 경제위기 속에서 실업률의 증가와 노동시장의 유연성 증가 및 빈부격차의 심화 등으로 인하여 국민의 정신건강은 더욱 나빠지고 있다. 1999년 다소 회복될 기미를 보이던 국내 경제는 다시 2000년 하반기부터 경기가 하강되고, 실업이 증가하는 양상을 보이고 있다. 1997년 이후 두드러지게 증가하는 노동의 강도는 직무와 관련된 스트레스를 증가시켜 다양한 정신적·신체적 스트레스 질환과 사고의 유병률을 증가시키고 있다.

최근에는 인터넷 자살사이트의 범람과 폭력적이고, 엽기적인 대중문화의 유행 등 정보사회의 폐해가 국민의 정신건강에 점점 큰 영향을 미치고 있으며, 1998년 국가 전체를 뒤흔들었던 벤처 열풍 속에 형성된 투기를 통한

소위 '대박심리'는 국가경제의 불안정성 속에서 급속히 확대되어가고 있고, 이에 따라 대다수 국민의 상대적 박탈감과 우울증을 증가시키고 있다.

더욱이 투기적 주식투자 뿐 아니라 카지노 도박, 경마, 경륜, 전자오락, 복권의 범람 등 도박과 관련된 경제규모의 급격한 팽창과 함께 국민의 정신건강은 심각한 위험수위에 이르고 있다.

또한 다른 국가에 비해 높은 알코올 중독 유병률을 보이고 있는 상황에서 지속적으로 국민의 술 소비량이 증가하고 있고, 특히 청소년의 음주량이 빠른 속도로 증가하여 알코올로 인한 정신건강문제도 보다 심각해지고 있는 실정이다.

나. 정신보건서비스 전달체계의 현황

1) 정신질환자 현황 및 서비스 전달체계의 구성

현행 정신보건법 제4조의2의 규정에 의하여 국민의 정신건강 증진을 위하여 2001년도에 보건복지부가 실시한 “정신질환실태 역학조사”에 의하여 정신질환자를 추정할 때, <표 2>에서 제시된 바와 같이 정신질환 1년 유병율은 18세 이상, 64세 이하 인구의 14.4%. 매년 약 466만 명이 정신질환으로 이환되고 있으며, 그 가운데 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애의 1년 유병율은 8.4%(약 273만명), 알코올사용장애의 1년 유병율은 6.8%(약 221만명)으로 추정되고 있다.

지역사회정신보건서비스가 더 이상 치료의 목적으로 입원과 수용의 범위에 한정되지 않게 됨에 따라 정신질환자로 하여금 지역사회에서 제공할 수 있는 포괄적인 서비스 전달체계의 필요성이 증대된 것이라 하겠다.⁵⁾

5) 이선희, 정신보건서비스전달체계의 강화방안에 관한 연구, 강남대 사회과학논총, 1999.8권

<표 2> 정신질환의 1년 유병율 및 추정환자 수

(단위:%,천명)

구 분	남 자		여 자		전 체	
	유병율	환자수	유병율	환자수	유병율	환자수
○정신질환(알코올제외)	4.1	674	12.9	2,052	8.4	2,726
- 불안장애	2.8	451	9.5	1,525	6.1	1,976
- 기분장애	0.9	149	3.6	568	2.2	717
- 정신병적 장애	0.3	59	0.7	118	0.5	176
○알코올사용장애	11.0	1,800	2.6	413	6.8	2,212

* 출처 : 보건복지부, 2004년도 정신보건사업안내

전달체계라는 용어는 연구자에 따라 다양한 방식으로 정의되고 있는데, Gilbert & Terrel(1988)에 의하면, 수요·공급자간의 직접적 관계 형성이 가능한 지역사회 맥락에서 수요자와 공급자를 연결시키는 조직적 배열을 일컫는다.

현재 우리나라의 정신보건서비스 전달체계는 정신의료기관, 정신질환자 사회복지시설, 정신요양시설, 정신보건센터의 크게 4가지 유형으로 구성된다.

정신의료기관이라 함은 의료법에 의한 정신병원, 정신과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과를 의미하며 지난 50년간 만성정신질환자의 수용관리를 골자로 하는 정신보건정책의 상당부분이 이들 기관에서 실행되었다. 정신질환자의 발견·진료·사후관리를 위한 1차 의료기관(정신과 의원, 보건소)과 요양·재활을 위한 2차기관(정신병원, 종합병원, 요양원)으로 구성된 진료·관리체계가 오랫동안 존속해 왔다고 볼 수 있다.

의료전달체계상 1차 진료기관인 보건소는 그간 법적 근거가 미약했던 이유로 지역사회정신보건 서비스전달체계상에서의 역할이 불분명하였으나, 정신보건법 제정이후 지역주민의 정신건강 증진사업을 직접 또는 민간위탁을

통하여 수행하게 되었다.

정신요양시설은 정신보건법에 의하면 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 의미한다. 2002. 6월말 현재 정신질환자 병상 수 64,000여개 중 약 22%에 해당하는 13,800여 병상을 점유하며 환자의 수용관리에 지속적으로 상당한 비중을 담당하고 있다.

최근 정신보건법에 의해 서비스전달체계의 새로운 구성요소로 등장한 정신질환자 사회복귀시설은 정신의료기관 또는 정신요양시설 등에서 치료·요양 후 상태가 호전되어 퇴원(소)한 정신질환자에게 사회적응훈련, 작업훈련 등 재활훈련을 실시함으로써 사회복귀 촉진을 도모하는 시설로 그 유형으로는 생활훈련시설, 작업훈련시설, 종합훈련시설 등으로 구분된다.⁶⁾

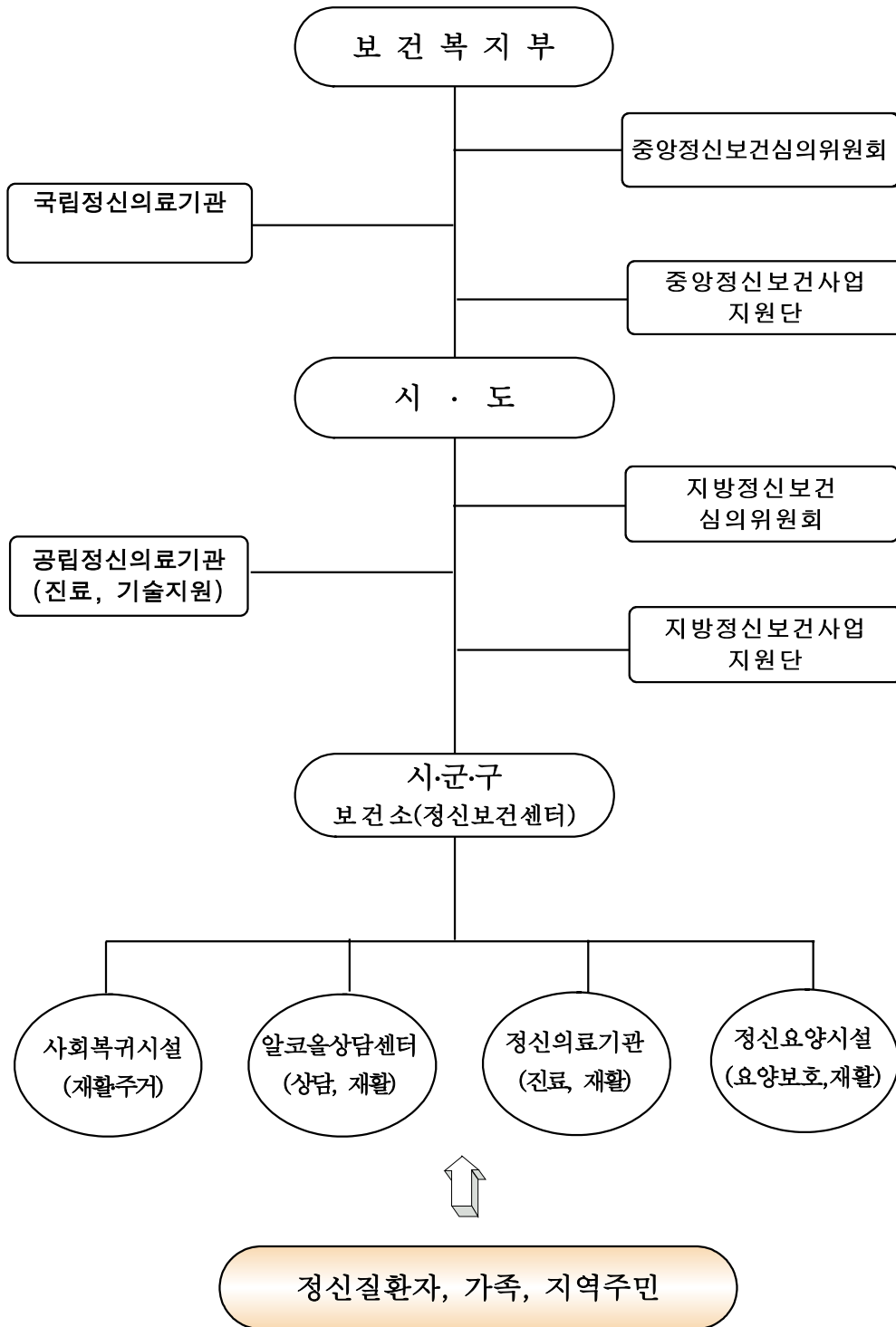
정신보건센터는 지역사회를 중심으로 하는 정신보건서비스 전달체계의 주축이 되는데, 정신보건센터를 중심으로 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복귀시설, 알코올상담센터 등 정신보건 관련자원의 효율적인 연계·조정을 통하여 지역사회 중심의 통합적인 정신질환자 관리체계를 구축함으로써 정신질환의 예방, 정신질환자의 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀를 도모한다. 국내에서는 강화도 시범사업(1988~1992)이 그 효시가 되며 1990년대 정신보건법의 입법이후 그 필요성에 대한 공감대가 형성되면서 지속적으로 확대되고 있는 추세이며, 재정조달 측면에서는 공공부문에 의존하고 있으나 예산규모가 다양하여 운영상 공공·민간의 참여가 혼재되어 있다.

2) 지역사회정신보건서비스 전달체계

2004년도 현재 우리나라 공공부문의 지역사회정신보건 서비스전달체계는 <그림 2>과 같이 제시할 수 있다.⁷⁾

6) 보건복지부, 2004년도 정신보건사업 안내

7) 보건복지부, 2004년도 정신보건사업 안내,



<그림 2> 정신보건서비스 전달체계

우리나라의 지역사회정신보건 서비스 전달체계는 시군구의 보건소나 정신보건센터가 사업주체가 되어 일정지역내의 정신질환자 및 지역주민을 대상으로 정신의료기관, 사회복지시설, 알콜 상담센터 및 정신요양시설과의 역할 분담과 기능 연계를 통하여 다양한 정신보건서비스 및 사업을 수행하는 체계를 형성하고 있다.

또한 지역사회정신보건 사업과 관련된 공공 및 민간기관들은 수직적·수평적 그리고 기능적·권력적으로 연계를 지니면서 지역사회정신보건 서비스의 전달에 관여하고 있는 바, 이들 중 지역사회정신보건 서비스의 전달과 관련하여 핵심적인 역할을 수행하는 기관들을 살펴보면 <표 3>과 같다.

<표 3> 정신보건관련시설 유형별 비교

(단위:개소,병상,명)

구 분	기관수	병상/정원 /이용자수	주 요 기 능
계	1,098	-	-
정신보건센터	50	17,434/연	정신질환자, 가족 및 지역주민 대상 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·진료의뢰·사후관리 및 인식개선 사업 등 수행
사회복지시설	89	1,689(입소) 2,234/ 월(이용)	정신의료기관 또는 정신요양시설 치료·요양 후 퇴원(소)한 정신질환자 대상 사회복지훈련 실시
정신의료기관	904	51,852	급성 정신질환자 대상 의료서비스 제공
정신요양시설	55	13,970	만성 정신질환자 대상 요양서비스 제공

가) 정신보건시설 운영실태

2002년 6월 30일 현재 우리나라 정신보건시설은 <표 4>에서 보는 바와 같이 국립정신병원, 공립정신병원, 사립정신병원, 종합병원 정신과, 병원 정신과, 정신과 의원 등의 정신의료기관과 정신요양시설, 사회복지시설, 정신

보건센터로 구분된 정신보건시설의 총 기관수는 모두 1,098개로 2001.6월말에 비하여 109개소 증가가 있었으며, 주로 정신과의원과 사회복지시설에 의한 증가였다.⁸⁾

〈표 4〉 정신보건시설 현황

(단위: 개소, %)

구분	국립정신 병원	공립정신 병원	사립정신 병원	종합병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원	정신요양 시설	정신보건 센터 ¹⁾	사회복지 시설	전체
2001	6	11	57	154	53	541	55	46	66	989
총계	(0.6)	(1.0)	(5.8)	(15.6)	(5.4)	(54.7)	(5.6)	(4.7)	(6.7)	(100.0)
2002	6	12	59	156	48	623	55	50	89	1,098
총계	(0.5)	(1.1)	(5.4)	(14.2)	(4.4)	(56.7)	(5.0)	(4.6)	(8.1)	(100.0)

* 출처 : 2002년도 지역사회정신보건사업 기술지원단 보고서, 보건복지부

정신보건시설의 운영주체를 보면 <표 5>와 같이 국가·지방자치단체, 의료법인, 학교법인, 종교법인, 사회복지법인, 비영리법인, 개인으로 분류하였는데, 개인은 정신과전문의, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사 및 기타 개인으로 나누었다. 공립정신병원도 의료법인이나 종교법인이 위탁하여 운영할 경우 운영자를 지방자치단체로 분류하지 않고, 실질적인 운영자인 의료법인이나 종교법인으로 분류하였다.

전체 정신보건시설 중 정신과의원의 수가 가장 많은 이유로 운영주체에 있어 정신과전문의가 671개소(61.1%)로 가장 많았으며, 의료법인이 128개소(11.7%), 사회복지법인 111개소(10.1%), 학교법인 74개소(6.7%), 국가 및 지방자치단체 62개소(5.6%)순으로 나타났다.

8) 보건복지부, 2002년 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서, 2003. 2

〈표 5〉 정신보건시설 운영주체 현황(2002.6.30현재)

구분	국가, 지방자치단체	의료법인	학교법인	종교법인	사회복지법인	기타 비영리법인	개인					전체
							의사	정신보건간호사	정신보건사회복지사	정신보건임상심리사	기타	
전체 (%)	62 (5.6)	128 (11.7)	74 (6.7)	16 (1.5)	111 (10.1)	10 (0.9)	671 (61.1)	9 (0.8)	5 (0.5)	4 (0.4)	8 (0.7)	1,098 (100.0)
국립정신병원	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
공립정신병원	8	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	12
사립정신병원	-	34	1	2	9	-	13	-	-	-	-	59
종합병원정신과	23	44	56	8	7	5	13	-	-	-	-	156
병원정신과	2	22	2	2	5	-	15	-	-	-	-	48
정신과의원	-	1	2	-	1	-	619	-	-	-	-	623
정신요양시설	-	-	-	-	55	-	-	-	-	-	-	55
정신보건센터	23	14	6	-	-	-	7	-	-	-	-	50
사회복지시설	-	10	7	3	34	5	4	9	5	4	8	89

* 출처 : 2002년도 지역사회정신보건사업 기술지원단 보고서, 보건복지부

정신보건시설의 정신병상수(정신의료기관이 아닌 정신요양시설과 사회복지시설은 정원수)는 총 64,237개로 꾸준히 증가추세에 있으며, 이 중 정신의료기관이 49,868개로 77.6%를 차지하였다. 2002. 6.30 현재 우리나라의 전국 정신보건시설의 병상수 현황은 <표 6>과 같다.

또한, 부랑인시설은 현재 6천명 이상의 정신질환자를 수용하고 있으나 정신질환자를 대상으로 정해진 정원이 있지 않기 때문에 일부 정신병상의 기능을 포함하고 있으나 정신보건시설의 정신병상수의 통계에서는 제외시켰다.

〈표 6〉 정신보건시설 병상 수 현황

(단위: 개소, 병상, %)

구 분		기관수	병상(정원)수	병상구성비	전체 병상구성비	
합 계		1,098	64,237	-	100.0	
정신 의료 기관	소 계	904	49,868	100.0	77.7	
	정신 병원	국 립	6	3,850	7.7	6.0
		공 립	12	3,955	8.5	6.6
		사 립	59	21,880	43.6	33.9
		소 계	77	29,685	59.8	46.5
	병,의원	종합병원정신과	156	7,897	15.7	12.2
		병 원 정 신 과	48	8,291	16.5	12.8
		정 신 과 의 원	623	3,995	8.0	6.2
		소 계	827	20,183	40.2	31.2
	정 신 요 양 시 설		55	13,840	-	21.4
사 회 복 귀 시 설		89	529	-	0.8	
정 신 보 건 센 터		50	-	-	-	

* 출처 : 2002년도 지역사회정신보건사업 기술지원단 보고서

나) 정신병상수의 변화추이

〈표 7〉은 1984년 이후 2000년까지 정신보건시설 종류별 정신병상수의 증가추이를 보여주고 있다. 1984년은 1983년 KBS ‘추적 60분’의 무허가기도 원에서의 정신질환자 인권침해 사례를 보도한 뒤 시작된 국민의 경악과 분노가 정부의 정신병상 확충정책으로 이어지게 된 역사적인 해라고 할 수 있다.

1984년 이후 정부가 추진한 정신병상 확충정책은 이후 대가족제도와 전통적 지역사회의 해체가 가속화되는 사회적 흐름과 정신병원의 신증설을 유도하는 의료수가제도 등의 시장조건의 변화 흐름을 타면서 민간의 정신병상에 대한 투자로 이어졌고, 21세기에 이른 지금까지 정신병상의 급격한 증가로 이어지고 있다. 특히 보건복지부가 지역사회정신보건으로의 정책을 전환하기 시작한 1995년 이후에도 그 이전의 시기보다 정신병상 신·증설이

더욱 가속화되어 왔다. 이는 최근 정신보건법 제정 이후 지역사회정신보건 이념이 빠르게 확산되고 활발한 지역사회정신보건사업이 시작되고 있으나 아직은 우리나라 정신보건 서비스 전달체계에 실질적인 변화가 일어나지 못하고 있음을 시사하고 있다.

종합병원과 병원의 정신과의 증가속도도 18년간 7.8배에 달하고 있는데, 최근 일반병원의 운영난이 계속되면서 신체질환자를 대상으로 하는 중소규모의 종합병원 또는 병원이 경영난을 타개할 목적으로 기존의 신체질환자 병동을 의료보호 환자를 주 대상으로 하는 대규모 정신과 병동으로 전환되거나 증설하여 운영하는 경우가 많아진 것이다.

정신과 의원은 지역사회 내에서 정신보건의료 서비스를 이용하는 소비자(정신질환자 및 그 가족)의 접근성으로 인해 흔히 지역사회정신보건을 위해서 매우 중요한 정신의료기관으로 평가되어 왔으나 1984년 1,091명상에서 2000년 2,245명상으로 2배 증가에 그쳤으나, 2001년부터 정신과 의원의 정신병상의 급격히 증가하였다. 지역사회 내에서 정신과 병동운영이 지역 주민의 편견과 규모의 경제 등의 이유로 쉽지 않았으나, 2001년 이후 의료 급여 환자입원이 가능해졌고, 의약분업 이후 외래환자만으로는 경영이 어려워지면서 입원병동을 운영하기 시작하였고, 또한 공동개원으로 인한 입원병상이 증가하였기 때문이다.

정신요양시설은 1984년 이후 수 년 동안 약 40개에 달하는 무허가시설이 정신요양시설로 양성화되면서 급격한 증가를 보이다가 1990년 이후 신설되는 정신요양시설이 거의 없어 정원의 증가가 미미하였다. 정신보건법 개정으로 인해 더 이상 정신요양시설의 정신병원으로의 전환은 불가능해졌다.

〈표 7〉 연도별 정신보건시설별 정신병상수 증가 추이(1984~2002)

(단위: 병상, 천명)

구 분		1984	1990	1993	1996	1999	2000	2002
정신병원	국·공립	1,930 (100)	3,708 (192)	4,284 (221)	5,570 (289)	7,611 (394)	7,570 (392)	7,805 (404)
	사 립	1,022 (100)	4,964 (485)	5,763 (563)	9,360 (916)	16,908 (1,654)	20,667 (2,022)	21,880 (2,140)
	소 계	2,952 (100)	8,672 (293)	10,047 (340)	14,930 (506)	24,519 (831)	28,237 (957)	29,685 (1,005)
병의원	(종합)병원 정신과	2,064 (100)	4,219 (204)	5,488 (265)	7,754 (376)	10,391 (503)	13,393 (649)	16,188 (784)
	정신과의원	1,091 (100)	1,218 (111)	1,384 (126)	1,492 (137)	1,927 (177)	2,245 (206)	3,995 (366)
	소 계	3,155 (100)	5,437 (172)	6,872 (217)	9,246 (293)	12,318 (390)	15,648 (496)	20,183 (640)
소 계		6,107 (100)	14,109 (231)	16,919 (277)	24,176 (396)	36,837 (603)	43,885 (719)	49,868 (817)
정신요양시설		8,349 (100)	17,432 (208)	17,696 (211)	18,182 (218)	16,584 (199)	14,135 (169)	13,840 (166)
사회복지시설		-	-	-	-	85	243	529
총 계		14,456 (100)	31,541 (218)	34,615 (239)	42,358 (293)	53,506 (370)	58,263 (403)	64,237 (444)
전 체 인 구		40,406 (100)	42,869 (106)	44,056 (109)	45,248 (112)	46,868 (116)	47,274 (117)	47,925 (119)

* 출처 : 2002년도 지역사회정신보건사업 기술지원단 보고서, 보건복지부

다) 적정 정신병상 수

과도한 병상 공급은 초기 투자비용 이외에도 폐쇄 시까지 지속적으로 운영비용을 발생시키므로 불요불급한 병상의 확충은 의료기관 차원에서나 사회적 차원에서 상당한 비효율을 초래한다. 특히 정신보건의료 서비스는 공급자와 소비자의 지식 차이가 더욱 크며, 본인부담금이 전혀 없는 의료보호 환자들이 다수를 차지하고 있기 때문에 공급자에 의한 수요창출이 일어날 수 있는 경향이 강한 부문이다. 또한 일단 장기적으로 입원 또는 수용

이 되었을 경우에는 수용소 증후군이라고 하는 사회적응능력의 저하로 이어지는 경우가 많아 사회복귀가 어렵게 되고 다시 장기적 입원과 수용으로 이어지게 되어 정신병상의 수요 증가를 초래하는 악순환을 낳게 된다는 것은 선진 외국의 역사적 경험을 통하여 알게 되었다. 더욱이 우리나라는 민간정신병원 위주로 확대된 정신병상을 국가가 비효율적이라 하여 줄이기도 어려운 실정이다.

따라서 적절한 정신병상수의 추계와 확보, 그리고 그 유지가 매우 중요하다. 우리나라에서 정신병상수가 빠른 속도로 증가하고 있는 것은 가족제도의 변화와 함께 가족의 지지체계가 급속히 무너지고 있으나 이를 대체할 지역사회 내에서의 정신보건 서비스의 개발이나 가족에 대한 사회경제적 지지체계의 구축이 매우 미미하기 때문이라 할 수 있다.

이와는 반대로 거의 대부분의 선진국에서는 지역사회정신보건 정책을 도입하여 적극적인 지역사회에서의 정신보건서비스 제공체계를 구축하고 지역사회내의 정신질환자에 대한 사회경제적 지원을 한 1960년대 이후 정신병상수가 매우 빠른 속도로 감소하고 있는 상태이다.

적정 정신병상수에 대해서는 연구자에 따라 견해가 다양한데 인구 천 명당 1.0병상이 최적이라는 WHO의 기준과 인구 천 명당 0.4~0.5병상이면 충분하다는 Talbott 등의 주장 등이 대표적이다.

그러나 우리나라는 1980년 이후 세계에서 가장 빠른 속도로 정신병상이 증가하고 있다. 특히 1990년대에 들어서는 정신병상 증가속도가 더욱 빨라졌는데, 2002년 6월 30일 현재의 우리나라의 정신병상수는 정신요양시설의 정원수를 제외하면, 인구 천 명당 1.04병상이다. 그러나 정신요양시설은 비록 제공되는 정신보건의료 서비스의 질이 낮다고 하지만, 실질적으로 만성정신질환자의 장기병상의 역할을 수행하고 있기 때문에 포함하여 계산하는 것이 합리적이므로 정신요양시설을 포함하여 계산하면, 인구 천 명당 1.34

병상이 된다. 이 정도의 정신병상수는 Talbott 등의 의견이나 WHO의 권고치, 또한 다른 선진국의 정신병상수의 변화추이를 감안할 때 다소 많은 편에 속하기 시작하였다.

하지만 전체 정신병상수보다 중요한 문제는 정신병상의 성격과 지리적 분포라고 할 수 있다. 전체 정신병상수가 실제 우리나라에 존재하는 정신질환자의 수요 특성, 예를 들어, 급성치료병상, 만성치료병상, 장기 거주지로서의 병상수요특성, 치매나 알코올 및 약물중독치료, 소아청소년을 위한 병상 등 특정 정신질환이나 특정 연령층의 병상수요특성, 신체 합병증 여부에 따른 병상수요특성, 폐쇄 병동 또는 개방병동 등의 병상수요특성 등에 따라 적절히 그 구성비가 분포되어 있는가가 중요하다.

또한 정신병상은 지리적으로 형평성 있게 분포되어 있는 것이 중요한데, 형평성 있는 병상 분포를 통해 정신질환의 조기발견 및 조기치료 가능성이 높아지고 지역사회 내에 있는 병상을 이용함으로써 교통비나 교통시간에 대한 기회비용을 줄이며, 외래 통원치료율을 높일 수 있게 된다. 특히 접근성이 확보된 병상의 균등분포는 입원한 환자와 가족 및 지역사회와의 연대를 유지시킨 상태에서 입원치료를 받게 함으로써 장기입원 및 수용을 통한 만성화를 예방할 수 있게 하며 재원기간을 줄일 수 있게 한다. 따라서 정신병상이 지리적으로 균형적으로 분포되는 것은 지역사회정신보건정책을 위하여 필수적인 조건이라 할 수 있다.

그러나 우리나라는 이제까지 정신병상 정책을 단순한 양적 확대 위주로 전개하여, 대형 민간정신병원 위주로 병상이 확대되면서 장기요양병상이 지나치게 높은 비중을 차지하게 되었으며, 지리적 불균등 분포를 촉진하는 결과를 낳았다. 특히 최근의 정신요양시설의 정신병원으로의 변화는 우리나라의 정신병상 정책의 문제점이 더욱 증폭된 결과를 낳게 되었다.

<표 8>은 OECD 국가들의 정신병상수 변화 추이를 보여주고 있다. 1960

년부터 1970년에 걸쳐 대부분의 선진국의 정신병상수는 감소하고 있는 것을 알 수 있으며, 일본도 1960년대 후반에 급격한 정신병상수의 증가를 경험한 뒤 최근에는 정신병상수의 감소추세를 보이고 있다.

〈표 8〉 OECD국가의 정신병상수의 변화추이

(단위: 천 명당 병상)

국 가	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	2000	1960~2000년 의 20년 평균 병상증감률 ²⁾
한국 ¹⁾ 정신요양시설 제외	-	-	-	-	0.11	0.19	0.33	0.93 (1.04)	+0.41
한국 ¹⁾ 정신요양시설 포함	-	-	-	-	0.25	0.47	0.74	1.23 (1.34)	+0.49
터어키	-	0.15	0.14	0.14	0.11	0.08	0.11	0.12	+0.01
오스트레일리아	-	-	-	-	-	0.91	0.58	0.31	-0.55
미 국	3.80	3.36	2.45	1.47	0.91	0.69	0.62	0.31	-0.3
덴마크	-	-	-	2.10	1.82	1.49	0.71	0.78(*98)	-0.58
스페인	-	-	-	1.33	1.15	0.92	0.76	0.57	-0.34
이태리	-	-	-	1.84	1.39	0.99	0.77	0.16	-0.65
노르웨이	-	-	-	-	1.85	1.21	0.84	0.69	-1.30
오스트리아	-	-	-	-	1.29	1.09	0.85	0.61	-0.34
포르투갈	1.00	1.10	1.19	1.20	1.04	0.89	0.90	0.70(*98)	-0.19
그리스	-	1.13	1.30	1.43	1.35	1.20	1.04	1.00(*98)	-0.18
영 국	-	-	-	-	2.30	1.92	1.84	1.00(*99)	-0.72
네덜란드	-	-	-	-	1.74	1.80	1.64	1.44	-0.15
독 일	0.92	1.89	2.04	2.04	1.97	2.50	1.70	1.28	-0.35
스웨덴	-	-	-	4.00	3.24	2.50	1.70	0.63	-1.30
스위스	3.49	3.16	2.99	2.80	2.22	2.01	1.75	1.20	-0.51
프랑스	-	-	-	-	-	2.07	1.76	1.11	-0.66
벨기에	-	-	-	-	-	2.15	1.95	1.64	-0.41
아일랜드	-	-	-	-	3.95	3.42	2.28	1.10	-1.43
일 본	1.02	1.77	2.39	2.49	2.64	2.77	2.91	2.82	+0.09

주 : 1) 2002 6월 30일 현재 우리 나라의 인구 천명당 정신병상수는 정신요양시설을 제외할 경우 1.04병상, 정신요양시설을 포함할 경우 1.34병상(자료: OECD, *OECD Health System: Facts and Trends*, 1993.)

2) 2002년도의 인구 천명당 정신병상수 통계

* 출처 : OECD, *OECD Health System : Facts and Trends*, 2002.

정신보건시설 종류별로 정신병상(정원)수와 입원(입소)환자 수 및 평균 병상이용률을 제시한 <표 9>를 보면, 우리나라 전체 정신보건시설 평균 병상

이용률은 85.0%로 나타났다. 2002년도 병상 이용율은 사립정신병원이 91.0%로 가장 높은 것으로 나타났고, 그 다음으로 공립정신병원과 정신요양시설의 병상이용률이 89.9%로 동일하게 높게 나타났다.

정신의료기관의 평균 병상이용률 83.7%는 우리나라 전체 의료기관의 병상 이용률인 76.2%(한국병영경영연구원·한국보건사회연구원, 2000)에 비해 상당히 높은 것이라고 할 수 있다. 이는 정신의료기관의 병상은 장기재원환자가 많기 때문에 병상회전율이 낮고, 단일한 성격의 병상이 대규모로 존재하면 입원과 퇴원과정에서 발생하는 병상비이용 기간을 최소화하여 병상 이용을 극대화시킬 수 있기 때문으로 판단된다.

〈표 9〉 정신보건시설의 평균 병상이용률(2002.6.30현재)

(단위: 병상, 명, %)

구 분		병상(정원)수	입원(입소)환자수	평균 병상이용률		
				2002	2000	1999
총 계		64,237	54,604	85.0	87.5	91.6
정신의료기관	소 계	49,868	41,757	83.7	86.7	91.3
	국립정신병원	3,850	2,961	76.9	75.4	79.1
	공립정신병원	3,955	3,554	89.9	96.4	100.5
	사립정신병원	21,880	19,916	91.0	88.8	94.0
	종합병원 정신과	7,897	4,869	61.7	76.1	82.6
	병원 정신과	8,291	7,162	84.4	94.8	91.7
	정신과 의원	3,995	3,295	82.5	75.2	72.8
정신요양시설		13,840	12,449	89.9	90.0	91.6
사회복지시설		529	398	75.2	85.2	85.9

* 출처 : 2002년도 지역사회정신보건사업 기술지원단 사업보고서

9) 정신병원은 전체병원 병상회전율의 13.9%정도임(한국병영경영연구원·한국보건사회연구원, 『'98 병원경영통계』, 2000).

라) 정신보건시설 입원(입소) 정신질환자 수

우리나라 전체 정신보건시설 및 관련시설에 입원·입소되어 있는 정신질환자수가 <표 10>에 요약제시 되어있다.

부랑인시설은 현재 정신보건시설에 포함되어 있지 않으나 2002년 6월 30일 현재의 부랑인시설 전체 입소자 10,429명의 62%인 6,462명이 정신질환을 갖고 있기 때문에 포함하여 통계를 산출하였다.

따라서 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설 등의 정신보건시설과 부랑인시설과 미 인가시설에 수용된 정신질환자를 모두 합하면, 2002년 6월 30일 현재 61,973명의 정신질환자가 정신보건시설 또는 관련시설에 입원·입소되어 있는 것으로 파악된다.

그러나 장애인 입소시설에 수용중인 정신 지체자, 노인성질환 중 치매로 인하여 노인요양시설·노인양로시설 등에 수용된 노인성질환자 등을 감안할 경우 시설에 수용되어 있는 환자를 추가적으로 산출할 수 있을 것이다.

<표 10> 정신보건시설 등에 입원·입소한 정신질환자 수

(단위: 개소, 병상, 명, %)

정신보건시설 및 관련시설		기관수	병상(정원)수	입원·입소 정신질환자수	구성비
계		1,164	64,237	61,973(추정)	100.0
정신 의료 기관	소 계	904	49,868	41,757	67.4
	국립정신병원	6	3,850	2,961	4.8
	공립정신병원	12	3,955	3,554	5.7
	사립정신병원	59	21,880	19,916	32.1
	종합병원 정신과	156	7,897	4,869	7.9
	병원 정신과	48	8,291	7,162	11.6
	정신과 의원	623	3,995	3,295	5.3
정신요양시설		55	13,840	12,449	20.0
사회복지시설		89	529	398	0.6
정신보건센터		50	-	-	-
부랑인시설		45	-	6,462	10.4
무허가기도원		21(?)	-	907(추정)	1.5

* 출처 : 2002년도 지역사회정신보건사업 기술지원단 사업보고서

마) 입원(입소)환자의 진단별 분포

정신보건시설 종류별 입원(입소)환자의 진단별 분포를 제시한 <표 11>을 보면, 우리나라 전체 입원(입소)환자 54,604명 중 정신분열증 환자가 가장 많아 약 62.3%인 34,027명이었고, 그 다음이 알코올중독으로 전체 입원 환자의 약 15.8%인 약 8,615명(부랑인시설 입소자를 포함하면 9,280명)이었다. 조울증과 우울증을 합한 정동장애는 약 6.5%를 차지하였고, 치매와 정신지체가 각각 4%의 비율을 차지하고 있었다. 일년 치료 유병률이 가장 높은 신경증 환자는 전체 입원환자의 1.3%밖에 차지하고 있지 않아 주로 외래치료 위주의 진료를 받고 있는 것으로 보인다.

<표 11> 정신보건시설별 입원환자의 진단별 분포(2002. 6. 30현재)

(단위: 명, %)

구 분	전체	정신 분열증	조울증	알코올 중독	우울증	정신 지체	치매	신경증	간질	기타
2002 총계	54,604 (100)	34,027 (62.3)	2,006 (3.7)	8,615 (15.8)	1,512 (2.8)	2,243 (4.1)	2,297 (4.2)	714 (1.3)	750 (1.4)	2,440 (4.5)
2000년도 총계	50,990	32,740 (64.2)	1,929 (3.8)	6,803 (13.3)	1,575 (3.1)	1,960 (3.8)	1,824 (3.6)	497 (1.0)	837 (1.6)	2,825 (5.5)

* 출처 : 2002년도 사업보고서, 보건복지부

바) 재원기간별 분포

정신보건시설 종류별 입원환자의 재원기간 분포를 제시한 <표 12>을 보면, 전체 입원(입소)환자의 57%를 넘는 환자가 6개월 이상의 장기입원을 하고 있는 것으로 나타났고, 1년 이상 입원하고 있는 환자도 전체 입원환자의 44%에 달했다.

재원기간이 가장 짧은 정신보건시설은 종합병원 정신과와 정신과 의원으로 전체 입원환자의 60% 이상이 3개월 미만의 재원기간을 보이고 있었고, 반면, 재원기간이 가장 긴 정신보건시설은 정신요양시설과 공립·사립정신

병원 및 병원 정신과로 재원기간이 6개월이 넘는 입원환자의 비율이 50%가 넘었다. 특히, 정신요양시설은 6개월 이상 입소하고 있는 환자의 비율이 90% 이상인 것으로 나타났다.

〈표 12〉 정신보건시설 입원(입소)환자의 재원기간 분포(2002.6.30현재)

(단위: 명, %)

구 분	전체	1개월 미만	1~3개월미만	3~6개월미만	6개월~1년미만	1~3년 미만	3~5년 미만	5~10년 미만	10년 이상
총 계	54,604 (100.0)	6,713 (12.3)	8,857 (16.2)	7,565 (13.9)	7,245 (13.3)	10,502 (19.2)	5,025 (9.2)	3,773 (6.9)	4,833 (8.9)
국립정신병원	2,961	504 (17.0)	865 (29.2)	726 (24.5)	314 (10.6)	241 (8.1)	187 (6.3)	80 (2.7)	44 (1.5)
공립정신병원	3,554 (100.0)	451 (12.7)	679 (19.1)	547 (15.4)	537 (15.1)	863 (24.3)	399 (11.2)	75 (2.1)	3 (0.1)
사립정신병원	19,916 (100.0)	2,279 (11.4)	3,315 (16.6)	3,281 (16.5)	3,494 (17.5)	4,761 (23.9)	1,969 (9.9)	632 (3.2)	185 (0.9)
종합병원 정신과	4,869 (100.0)	1,642 (33.7)	1,355 (27.8)	677 (13.9)	414 (8.5)	455 (9.3)	154 (3.2)	90 (1.8)	82 (1.7)
병원 정신과	7,162 (100.0)	867 (12.1)	1,216 (17.0)	1,291 (18.0)	1,169 (16.3)	1,429 (20.0)	574 (8.0)	406 (5.7)	210 (2.9)
정신과 의원	3,295 (100.0)	822 (24.9)	1,010 (30.7)	639 (19.4)	426 (12.9)	294 (8.9)	98 (3.0)	5 (0.2)	1 (-)
정신요양시설	12,449 (100.0)	128 (1.0)	369 (3.0)	407 (3.3)	802 (6.4)	2,315 (18.6)	1,635 (13.1)	2,485 (20.0)	4,308 (34.6)

* 출처 : 2002년도 사업보고서, 보건복지부

사) 의료보장 종류별 분포

정신보건시설에 입원(입소)한 환자의 의료보장 종류별 분포를 제시한 <표 13>를 보면, 건강보험이 전체 환자의 25.6%였고, 의료급여 1종 및 2종이 모두 65.1%를 차지하여 전체 입원(입소)환자의 2/3이상이 의료급여 환자임을 알 수 있다.

〈표 13〉 정신보건시설별 의료보장 비율

(단위: 명, %)

구 분	전체	건강보험	의료급여1종	의료급여2종	기타
2002 총계	61,066(100)	15,658(25.6)	39,781(65.1)	2,750(4.5)	2,877(4.7)
2000 총계	50,990 (100.0)	14,234(27.9)	34,545(67.7)		2,211(4.3)

* 출처 : 2002년도 사업보고서, 보건복지부

아) 정신보건시설 종류별 상임인력 현황

정신보건시설 종류별로 정신보건의료 상임인력의 현황을 <표 14>에서 제시하고 있다. 여기에 제시되어 있는 정신보건 의료 인력은 정신의료기관, 정신요양시설, 정신보건센터, 사회복지시설 등의 정신보건시설에 근무하고 있는 인력을 포함하며, 정신보건센터를 직영하고 있는 경우를 제외한 보건소에 근무하고 있는 인력은 제외되었다. 정신보건시설에 근무하고 있는 인력은 여기에 제시한 정신과 전문의, 정신과 전공의, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사 및 간호조무사 이외에도 일반 의사, 언어치료사, 작업치료사, 보호사 등의 인력과 많은 행정인력이 더 있으나 이번 분석에서는 제외되었다.

전체 정신보건시설에 근무하고 있는 정신과전문의는 모두 1,425명이며 (군 병원이나 보건지소에 근무하는 공중보건의 등은 제외), 정신과전공의는 모두 553명이었다. 정신보건간호사는 783명, 정신보건사회복지사는 272명, 정신보건임상심리사는 152명으로 모두 합하여 1,207명의 정신보건전문요원이 정신보건시설에서 근무하고 있는 것으로 나타났다. 정신보건전문요원을 포함한 각 인력의 수를 보면, 정규간호사가 3,415명, 사회복지사는 752명, 임상심리사는 240명이었다.

정신과전문의는 정신과의원 및 종합병원 정신과에 각각 551명, 408명으로 가장 많이 근무하고 있으며, 정신과전공의는 종합병원 정신과에 389명

으로 가장 많았다. 정신보건간호사는 종합병원 정신과와 사립정신병원에 각각 249명, 182명으로 많은 수가 근무하고 있으며, 정신보건 사회복지사는 사립정신병원에 75명으로 가장 많았고, 정신보건임상심리사는 종합병원 정신과에 65명이 근무하여 가장 많은 것으로 나타났다. 일반 간호사는 사립정신병원에 가장 많았고, 사회복지사는 정신요양시설과 사립정신병원에 가장 많았으며, 임상심리사도 정신보건임상심리사와 같이 종합병원 정신과에 가장 많았다. 간호조무사는 정신과의원에 가장 많았고, 다음이 사립정신병원이었다.

〈표 14〉 정신보건시설별 정신보건의료 상임인력 현황

(단위: 명)

구 분	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보건 간호사	정신보건 사회복지사	정신보건 임상심리사	간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
총 계	1,425	553	783	272	152	2,632	480	88	2,234
국립정신병원	64	73	110	9	6	291	9	1	253
공립정신병원	47	12	52	12	6	175	10	4	83
사립정신병원	251	64	182	75	30	935	91	10	536
종합병원정신과 병원 정신과	408	389	249	30	65	611	71	43	256
정신과 의원	100	13	55	20	9	417	35	7	261
정신요양시설 ¹⁾	551	2	46	33	21	123	33	17	743
정신보건센터 ¹⁾	2	-	12	3	-	60	147	-	102
정신보건센터 ¹⁾	2	-	60	22	5	17	35	2	-
사회복지시설 ¹⁾	-	-	17	38	10	3	49	4	-

주: 1) 2000. 9. 30. 현재

자) 시·도별 정신보건의료 상임인력 현황

시·도별 정신보건의료 상임인력의 현황을 제시한 <표 15>를 보면, 대부분 서울이 가장 많고 경기도가 그 다음으로 수도권에 집중되어 있으면서, 정신병상수가 상대적으로 많은 부산과 경남에도 많은 인력이 있는 것을 알 수 있다. 정신보건간호사와 일반 사회복지사는 서울보다 경기도에 더 많았으며, 일반 간호사는 오히려

경남에 더 많은 것으로 나타났다.

〈표 15〉 시·도별 정신보건의료 상임인력 현황

(단위 : 명)

구 분	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보 건 간호사	정신보건 사회복지 사	정신보건 임상심리 사	간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
총 계	1,425	553	783	272	152	2,632	480	88	2,234
서울	397	230	177	81	42	350	64	33	397
부산	140	46	56	34	12	346	52	3	321
대구	82	29	48	12	9	122	38	3	92
인천	37	14	27	6	7	55	12	5	40
광주	52	19	18	10	9	80	10	1	52
대전	48	8	22	10	3	94	15	-	64
울산	14	1	5	4	-	28	6	-	36
경기	217	77	189	60	27	329	91	24	294
강원	40	17	23	1	3	85	7	1	73
충북	57	8	16	6	2	128	17	6	130
충남	63	22	40	7	4	177	27	1	122
전북	60	25	32	5	11	62	25	5	104
전남	43	14	41	8	4	137	30	-	137
경북	58	4	20	11	8	212	34	3	86
경남	105	39	64	16	10	410	45	3	281
제주	12	-	5	1	1	17	7	-	5

3) 정신보건시설의 기능분류

가) 정신의료기관의 기능

정신의료기관은 의료법에 의한 정신병원, 정신과의원, 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 의료기관을 말한다. 정신의료기관의 설치주체는 국가 또는 지방자치단체, 의료법인, 비영리법인, 지방공사 등이며 급성 정신질환자를 정신의료기관에 입원 또는 통원 치료함으로써 이들의 재활 및 사회복지 도모를 그 주요 기능으로 하고 있다.

2002.6.30 현재 전국적으로 정신의료기관은 904개소(병상수 49,868병상)로 전체 병상수 64,237병상의 77.6%를 차지하고, 입원 환자수에 있어서 총 61,973명중 67.4%인 41,757명이 정신의료기관에 입원하고 있는 실정이다. 정신보건법 제정이후 정신의료기관에 입원한 환자의 인권보호를 위하여 강제입원 금지, 강제노역 금지, 특수치료시 법적 절차 및 기록유지 준수, 격리방법의 적법성 확보 등을 의료기관의 장이 준수하도록 규정하고 있다. 정신의료기관은 입원 및 외래환자에 대한 적정 진료 및 투약서비스를 위주로 하고, 치료대상자 본인의 신청 또는 동의에 의하여 정신과전문의의 지시에 따라 정신질환자의 일상생활 유지와 사회적응능력 향상을 위하여 일상생활기술훈련, 여가활동훈련, 사회기술훈련을 포함한 작업치료 및 사회복지훈련을 실시하고 있다.

나) 정신질환자 사회복지시설의 기능

정신질환자 사회복지시설은 정신의료기관 또는 정신요양시설 등에서 치료·요양 후 상태가 호전되어 퇴원(소)한 정신질환자에게 사회적응훈련, 작업훈련 등 재활훈련을 실시함으로써 사회복지 촉진을 도모하는 시설로 그 종류로는 생활훈련시설, 작업훈련시설, 종합훈련시설로 분류된다.

생활훈련시설은 정신질환 때문에 가정에서 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 정신질환자를 위하여 일상생활에 적응할 수 있도록 저렴한 요금으로 거실 기타 시설을 이용하게 하고 필요한 훈련 및 지도를 함으로써 정신질환자의 사회복지 촉진을 꾀하는 시설을 말한다.

또한, 작업훈련시설은 고용되기 곤란한 정신질환자가 자활할 수 있도록 저렴한 요금으로 시설을 이용하게 하고 필요한 훈련을 통하여 직업을 알선함으로써 사회복지 촉진을 꾀하는 시설을 말하고, 종합훈련시설은 생활훈련과

작업훈련 등을 실시하는 시설을 지칭한다.

이들 사회복지시설 입소대상자는 만 15세이상으로 정신의료기관의 정기적인 치료를 받고 있는 정신분열증, 조울증 등 만성정신질환자로서 사회적응 훈련이 필요하고 자해 및 타해의 우려가 적은 자와 주치의가 기능상의 장애로 사회적응훈련이 필요하다고 입소를 의뢰한 자를 대상으로 한다.

사회복지시설 입소·이용자는 사회생활 적응을 쉽게 하도록 일상생활훈련, 약물관리교육, 여가활동훈련, 사회기술훈련 등의 생활훈련과 정신질환자의 작업능력 향상과 작업재활을 위하여 사회복지시설 내·외에서 실시하는 직업재활 관련훈련을 받도록 하고 있다.

2002.6.30 현재 89개소(입소정원 529명)를 운영하고 있으며, 입소 환자수는 398명으로 전체 정신질환자 61,973명의 0.6%를 차지할 정도로 사회복지시설의 기능이 미약한 형편이다.

다) 정신보건센터의 기능

지역사회 정신보건사업에 대한 공공부문의 역할에 대하여 현행 정신보건법은 국가 및 지방자치단체에 대하여 보건소를 통하여 정신보건 시설 연계체계 구축, 정신질환의 예방, 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복지훈련 및 이에 관한 사례관리 등 지역사회정신보건사업을 기획·조정 및 수행할 수 있도록 하고, 국·공립 정신의료기관을 통하여 지역사회정신보건사업을 지원하고, 시군구간 연계체계 구축, 응급정신의료서비스 제공 등 광역단위의 사업을 수행하고 그 외 지역사회정신보건사업의 활성화를 위하여 필요한 사업을 수행하도록 규정하고 있다.

또한, 지역사회정신보건사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 보건소 또는 국·공립정신의료기관에 정신보건센터를 설치하거나 그 사업을 기관

또는 단체에 위탁할 수 있도록 하고 있다.

정신보건센터는 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설 등 정신보건 관련 자원의 효율적인 연계·조정을 통해 지역사회 중심의 통합적인 정신질환자 관리체계를 구축함으로써 정신질환의 예방, 정신질환자의 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복지를 도모하는 역할을 수행한다.

정신보건센터의 이용대상은 지역사회내의 정신질환자와 그 가족 및 지역주민 전체를 대상으로 하나, 한정된 정신보건 관련자원을 감안하여 사업대상에 우선순위를 부여하고 있다. 즉 입원환자의 약 70%가 정신분열병 및 조울병 등 만성정신질환자인 우리나라 정신보건현황을 고려할 때 만성중증 정신질환자 및 그 가족(표적인구)을 우선으로 하면서 위험인구(정신건강 위협요인 보유 주민)와 일반주민을 위한 정신보건사업을 적절히 배치하여야 할 것이다.

정신보건센터의 종류로는 크게 표와 같이 모델형과 기본형으로 분류할 수 있으며, 그 유형에 따라 사업의 종류와 인력기준 등이 상이함을 알 수 있다. 2003년도말 현재 운영되고 있는 정신보건센터는 69개소(모델형 16개소, 기본형 53개소)이며, 재원조달 형태에 따라 국비지원과 자치단체지원(국비 미지원)으로 나눌 수 있다.

<표 16> 정신보건센터(모델형) 사업내용

	사 업 내 용	비 고
기본필수사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정신보건자원 파악을 위한 지역사회 진단 ○ 지역내 정신보건자원의 기획 및 자원조정 ○ 대상자 발견·등록 및 의뢰체계 구축 ○ 주간보호(day care) 프로그램* ○ 사례관리 ○ 직업재활프로그램* ○ 정신질환 예방 및 정신건강증진사업(지역주민 대상 정신건강 상담·교육 및 홍보) ○ 정신질환 편견해소 홍보 ○ 지역내 보건복지인력에 대한 정신보건교육 및 자문 ○ 정신질환자 가족 교육 및 모임 지원 ○ 자원봉사자 관리 및 연결 ○ 자문위원회 및 운영위원회 ○ 거점정신보건센터 기능** 	<ul style="list-style-type: none"> - 연 1회 이상 - 주 2일 이상, 1일 6시간이상 - 2차년도부터 사업시행 - 수시 정신보건자문 - 보건소 공무원, 사회복지전담 공무원, 양호교사, 자원봉사자 등 대상 연 2회이상 교육 - 가족교육은 연 6회이상 - 자문위원회 연 2회, 운영위원회 월 1회 정도 - 타 정신보건시설/보건소에 대한 기술지원 및 평가, 교육훈련, 홍보책자 개발 등 시·도의 정신보건사업 지원
선택사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정신보건사업 관련 세미나 ○ 알코올 및 약물중독환자 재활프로그램 ○ 조건부수급자 재활프로그램 ○ 정신보건 조사·연구사업 ○ 정신질환자 거주시설 운영 또는 운영 지원 ○ 정신과 응급진료 또는 응급상담서비스 ○ 소아·청소년 정신보건(학교정신보건) ○ 산업정신보건(직장인 대상) ○ 노숙자, 무인가시설 정신질환자 진료 ○ 외래상담 및 투약진료 ○ 가족지원사업(후원금품 연결, 저소득층 환자 및 가족에 대한 사회경제적 지원) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2년에 1회 정도 - 투약진료는 인근에 정신의료기관이 없거나 치료비 부담이 어려운 환자 대상

* 주간보호 및 직업재활 프로그램은 인근에 기존의 우수 프로그램이 있는 경우 축소하거나 하지 않을 수 있음.

** 보건복지부 지원 정신보건센터 이외의 정신보건센터를 시·도에서 광역정신보건센터/거점정신보건센터로 활용하고 있는 경우 제외

<표 17> 정신보건사업(기본형) 사업내용

구분	사업내용	비고
필수사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정신보건자원 파악을 위한 지역사회 진단 ○ 지역내 정신보건사업 기획 및 조정 ○ 대상자 발견·등록 및 의뢰체계 구축 ○ 사례관리 ○ 정신질환자 및 가족 교육 ○ 정신질환 예방 및 정신건강증진사업 ○ 정신질환 편견해소 홍보 ○ 지역내 보건복지인력에 대한 정신보건자문 및 교육 ○ 자원봉사자 관리 및 연결 ○ 자문위원회 및 운영위원회 	<ul style="list-style-type: none"> - 자문위원회 연 1회, 운영위원회 월 1회 정도
선택사업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 주간보호(day care) 프로그램* ○ 직업재활프로그램 ○ 정신질환자 가족 모임 지원 ○ 정신보건사업 관련 세미나 ○ 알코올 및 약물중독환자 재활프로그램 ○ 정신보건 조사·연구사업 ○ 정신질환자 거주시설 운영 지원 ○ 정신과 응급진료 또는 응급상담서비스 ○ 아동·청소년 정신보건(학교정신보건) ○ 산업정신보건(직장인 대상) ○ 노숙자, 무인가시설 정신질환자 진료 ○ 외래상담 및 투약진료 ○ 가족지원사업(후원금품 연결, 저소득 환자 및 가족에 대한 사회경제적 지원) 	<ul style="list-style-type: none"> - 주1일에서 주3일까지 수행 - 투약진료는 차량으로 1시간 내 정신의료기관이 없거나 치료비부담이 어려운 환자 대상

* 주간보호프로그램은 인근에 낮 병원이나 사회복지시설 등 기존 프로그램에의 접근성에 따라 사업량 조절 가능

라) 정신요양시설의 기능

정신요양시설은 가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 시설에 입소시켜 요양·보호서비스를 제공함으로써 이들의 삶의 질 향상과 사회복귀를 도모하는 시설이다. 시설의 입소대상자는 정신과전문의에 의하여 요양시설에 입소가 필요하다고 진단된 정신질환자이며, 시설의 인력구성은 정신과전문의 및 간호사, 생활지도원, 작업지도원, 영양사 등으로 구성된다.

정신요양시설은 진료 및 투약과 건강유지와 정서 함양 및 효과적인 요양을 위하여 일정표에 의한 적절한 운동과 오락 등 규칙적인 생활을 통하여 입소자에게 적절한 요양·보호서비스를 제공한다.

또한, 입소자의 신청이나 동의에 의하여 정신과전문의의 지시에 따라 사회적응을 위한 작업치료 및 사회복귀훈련을 실시할 수 있다.

입소자의 인권보호를 위하여 시설 운영의 공개원칙에 따라 요양 보호에 지장이 없는 범위 내에서 지역주민 등에게 개방하여 요양시설에 대한 부정적인 의식을 전환하도록 하고 있으며, 자원봉사자, 종교 및 각종 사회단체 등의 민간자원을 적극 활용하도록 권장하고 있다.

위에서 살펴본 지역사회정신보건 서비스 전달체계에서 주요한 역할을 수행하는 정신보건센터, 사회복귀시설, 정신요양시설에 관한 기능을 <표 18>과 같이 요약할 수 있다.

<표18 > 지역사회정신보건조직의 기능비교

구분	정신보건센터	사회복지시설	정신요양시설
사업목적	지역사회내의 포괄적인 정신보건서비스 제공 및 조정	정신질환자의 사회복지를 위한 훈련 혹은 사회적 기능회복	가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 요양보호
사업대상	정신질환자와 그 가족 지역사회주민 전체	-만 15세 이상 정신분열증, 조울증 등 만성정신질환자 -알콜 및 치매, 만15세 미만 소아정신질환자	만성정신질환자
공공성	반관반민(Agency형태)	민간부문	민간부문
인력구성	-비상근 정신과 의사 -간호사/사회복지사/임상심리사 상근(2-4명) -3직종이상의 인력구성	-사회복지사/임상심리사/간호사 상근 -대체로 1직종 근무	-비상근정신과 의사/간호사/정신보건전문요원으로 구성
재원지원	-건강증진기금 -자치단체 예산	-정신보건예산 -자치단체예산	-정신보건예산 -자치단체예산
사업내용 (프로그램)	-지역사회진단 -정신보건자원 조정기획 -대상자 발견, 등록 및 의뢰체계 구축 -사례관리 -정신질환자 및 가족교육 -정신건강예방홍보사업 -지역내 보건복지인력에 대한 자문 및 교육 -자원봉사자 관리 -자문위원회 및 운영위원회 -주간보호프로그램	-생활훈련 ·일상생활기술훈련 ·약물관리훈련 ·긴장이완훈련 ·여가 활용훈련 ·사회기술훈련 ·작업훈련 ·주거제공	-진료, 투약 및 건강관리 -요양보호 -작업치료 및 사회복지훈련

* 출처 : 보건복지부, 2004년도 정신보건사업 안내

다. 지역사회정신보건서비스 전달체계의 문제점

1) 시설의 중복성 및 지역간 불균형 분포

지역사회정신보건의 대표적인 시설로 정신보건센터와 사회복지시설이 있다. 정신보건센터는 보건소를 통하여 민간의료기관에 위탁하는 형태로 이루어지고 있으며, 2003년도말 현재 69개소가 운영되고 있다.

반면에 사회복지시설은 이용시설, 입소시설 등을 모두 포함하여 총 89개소에 불과하며 서울의 경우는 이용시설이 많이 차지하고 있으나, 기타 지역의 경우 입소시설이 많으며 요양시설에서 전환된 경우가 대부분이다. 그나마 이들은 전국에 고르게 분포되지 못하고 서울, 경기, 전북 등 몇 개 지역에 밀집되어 있는 현상을 보이고 있다. 이와 같이 현재 운영되고 있는 정신보건시설은 다음과 같은 문제점을 내포하고 있다.

첫째, 시설들의 지역적 분포가 불균형하다는 점이다. 서울과 경기도에 위치한 정신보건센터와 사회복지시설은 101개소로 상대적으로 다른지역에 비하여 정신보건사업이 활성화되어 있으며, 그 외 지역은 매우 소수만 존재하거나 전무한 상태이다. 특히 정신보건센터는 관할구역을 책임지고 포괄적인 서비스를 제공하여야 하며 지역사회정신보건의 핵심적인 기능을 수행하여야 한다.

둘째, 사회복지시설의 유형별 구분이 미약하다. 사회복지시설 중 생활훈련시설, 작업훈련시설, 종합훈련시설의 구분이 불분명하다. 작업훈련시설과 생활훈련시설의 숫자에 비하여 종합훈련시설이 월등히 많은 것은 생활과 작업이 별도로 행해지지 않고 있음을 보여주는 것이다. 이는 정신질환자의 사회복지개념을 정확히 알지 못하고 시설을 나열한 결과이며, 따라서 모두 종합훈련시설의 형태로 시정하는 것이 현실적이다.

셋째, 정신보건센터와 사회복지시설의 구분이 미약하다. 정신보건센터나 사회복지시설 모두 그 주된 대상이 만성정신장애인이고, 프로그램의 내용에 있어서도 일상생활과 지역사회 적응 그리고 직업재활을 위한 훈련을 제공하고 있어 기능에 차별이 없을 뿐만 아니라 다양하지 못한 실정이다.

넷째, 사회복지시설 중 주거시설의 부족이다. 현재 주거시설은 2003년도 현재 전체 사회복지시설 97개소 중 23개소에 불과할 뿐이다. 소규모 주거시설의 부족은 병원 또는 시설에의 재수용화의 가능성을 시사한다. 퇴원하고도 돌아갈 가족이 없어 다시 입원하게 되는 이들을 위해 소규모 주거시설을 증설하여 가정적 분위기에서 재활, 사회복지를 도모하여야 한다. 소규모 주거시설의 부족이 지역사회정신보건사업의 걸림돌이 된다는 것은 이미 선진국에서의 경험으로 잘 알려져 있는 사실이다.¹⁰⁾ 현재 요양원에 대하여 환경개선을 통해 일정지역에 걸친 vilage형식의 자치운영주거센터로 전환하는 방법도 생각해 볼 수 있겠다.

2) 전달체계의 부재

우리나라 지역사회정신보건사업의 서비스전달체계는 존재하지 않는다고 해도 과언이 아니다. 즉 지역적으로 불균형하게 설립되는 정신보건센터와 사회복지시설에서 체계내에서 서비스에 대한 조정·통합을 거치지 않고 편의주의에 입각한 서비스를 제공하고 있다. 즉 어떤 전달체계를 거쳐 서비스가 전개되는 것이 아니라 각 시설단위의 서비스전달이 골간을 이루는 체계를 갖고 있을 뿐이라는 것이다.

센터와 사회복지시설은 각자의 운영조직과 체계만을 갖추고 있을 뿐이며, 이 각각의 운영체계가 전체의 틀 속에서 어떻게 통합, 조정되어야 하는지

10) 양옥경, 공중정신보건을 위한 지역사회정신건강 모형개발에 관한 연구, 2000

에 관해서는 아무런 대책을 갖고 있지 못하다. 이 같은 전달체계의 부재는 서비스 제공의 중복과 누락이라는 커다란 문제를 불러일으킬 뿐 아니라 예산의 낭비도 가져온다.

기본적으로 모든 센터는 국가나 자치단체의 전적인 지원 하에 운영되고 있으므로 전달체계의 핵심이 될 수 있으나 그 기능을 해내지 못하고 있다. 정신보건과 복지의 협력의 틀로서 양 체제를 통합, 조정, 관리하는 전달체계를 갖추어야 함에도 불구하고 아직까지 단위프로그램 제공에 머무르고 있는 실정이다.(양옥경, 2000)

정신보건서비스체계에서 입원환자의 대부분을 수용하고 있는 정신의료기관과 요양시설에서 퇴원하여 지역사회에 복귀하는 정신질환자에 관한 정보가 공유되지 않을 뿐만 아니라 기관간의 협조체계도 미약하여 정신보건센터는 한정된 등록환자에 대한 부분적인 서비스를 제공하고 있는 실정이다.

정신의료기관은 급성기 환자나 증상이 다소 심한 환자들의 치료와 간호를 주업무로 하고 정신보건센터는 의료기관에서 퇴원하여 지역사회로 나온 지 일정기간이 경과하지 않고 일상생활에 지장을 주는 어느 정도 증상을 가지고 있어 지속적인 치료의 개념과 정신사회재활이 병용되어야 하며, 사회복귀시설은 잔존증상은 있지만 혼자서도 생활이 가능한 환자들을 대상으로 하여 본격적인 직업재활까지의 역할을 담당하여 기관간의 연계성확보와 역할분담이 이루어져야 할 것으로 본다.

그러나 현재의 운영실태를 보면 각각의 시설이 정보공유도 없이 각각의 시설단위로 바람직하지 않은 경쟁관계를 유지하고 있을 뿐이다.

3) 수용중심의 정신보건서비스체계

우리나라 정신보건서비스체계의 가장 큰 문제점은 장기입원 및 수용위주의

서비스체계라고 할 수 있다. 부적절한 장기입원은 입원서비스를 통하여 얻게 되는 편익보다 정신질환 관리비용 증가, 생산적 노동력이 활용되지 못하여 발생하는 생산성 감소와 같은 장기입원을 통해 잃게 되는 손실이 더 커진다고 할 수 있다. 개인적인 차원에서는 장기입원 및 수용을 통한 수용소증후군¹¹⁾으로 사회생활능력이 저하되고 인격이 황폐화되어 사회복귀가 어렵게 되는 것이며, 결국 인권이 침해된다고 볼 수 있다.

특히 최근 우리나라에서는 의료급여 정신질환자의 장기입원으로 인해 의료급여 재정수요가 급격히 팽창하여 국가적인 정책이슈가 되고 있다. 1999년 보건복지부의 건강증진기금으로 수행된 한 연구¹²⁾에 의하면, 우리나라 정신보건시설의 평균재원기간 1,368일은 미국의 53일에 비해 무려 26배에 달한다고 할 수 있다. 그러나 우리나라 국공립정신병원에 해당하는 주립·카운티정신병원의 평균재원기간은 116일로 우리나라와 큰 차이는 나지 않는다고 할 때 외국에 비해 긴 재원기간은 사립정신병원과 정신요양시설, 부랑인시설 등의 만성입원(소)시설이 주원인이라고 할 수 있다. 즉 이들 시설에는 재원적절성이 부족한 입원(소)환자의 비율이 높다고 할 수 있다.

따라서, 우리나라 정신질환자의 재원기간을 적정화하는 위해서는 사립정신병원과 정신요양시설 및 부랑인시설의 입원 및 입소환자의 재원기간을 줄일 수 있는 방안을 적극 마련해 나가야 할 것이다. 이들 시설이 퇴원이 가능한 입원 및 입소환자를 조기에 지역사회시설이나 가정으로 퇴원시킬 수 있는 공급자 측 유인책이 필요하며 이를 통해 각 정신보건시설의 재원적절성을 제고시킬 수

11) Wing JK, Brown G(1970), Institutionalism and schizophrenia:a comparative study of three mental hospitals 1960-1968. Cambridge : Cambridge University Press

12) 서동우, 사회인구학 및 임상적 특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의 재원기간 분포, 신경정신의학 제41권제6호, 2002

있는 정신보건체계 구축이 필요하다. 또한 이들 시설에 입원되어 있는 환자가 대체로 사회지지체계가 약화 또는 와해된 상태임을 고려할 때 이들의 재원기간을 줄이기 위해서는 의료급여제도와 기초생활보장제도 등의 개선을 통해 지역사회에 거주하는 정신질환자와 그 가족에게 필요한 의료 및 사회경제적 지원정도가 정신병원 입원이나 시설 입소로 인해 얻어지는 혜택보다 더 강해야 할 것으로 보인다. 이를 통해 OECD국가 중에서 가장 빠른 속도로 증가하고 있는 정신병상수도 감소시키거나 최소한 증가속도를 늦출 수 있을 것으로 보인다.

4) 재정의 취약성

우리나라의 지역사회 정신보건센터의 운영비는 대부분 중앙정부 또는 지방자치단체의 재원으로 충당되고 있으며, 정신보건센터 장소임대료와 인건비 일부를 민간협력기관이 부담하고 있다. 지역사회 정신보건센터의 이용료는 기초생활보장 수급자의 경우 무료이고, 비수급자인 환자는 정신질환자 사회복지시설(종합훈련시설)의 비용수납한도 고시액 범위 내에서 이용료를 부담시킬 수 있도록 되어 있으나, 수입에 대한 회계처리 방침이 명확하지 않아 식대의 일부를 부담시키는 정도에 그치고 있어 사실상 별도의 수입원은 없는 실정이다.

1999년도에 지역사회 정신보건센터에 투입된 예산은 총 37억원이었다. 서울시의 경우 센터 1개소당 8,000만원의 운영비 지원을 원칙으로 하고 있으며, 경기도는 민간의료기관 참여형의 경우 6,000만원~1억원, 보건소중심형의 경우 약 1,000만원~3,000만원(지방비 포함)을 지원하는 것을 원칙으로 하고 있다. 보건복지부 시범사업의 경우 국비와 지방비를 포함하여 정신보건센터의 총예산은 약 11억원이었다. 2001년도 지역사회 정신보건 예산은 전년도에 비하여 증가하여 우리나라 전체 사업비는 총 50억원에 이르고 있다.¹³⁾

13) 황태연외, 지역사회정신보건사업의 현황과 전망, 사회정신의학 제6권제1호, 2001

결국 정신보건센터의 사업비 규모는 연간 1억원내외이나 사업비 중 60%내외가 인건비로 지출되고 있는 현실을 감안하면 지역사회에 거주하는 정신질환자를 위한 일상생활 및 직업재활을 위한 프로그램의 개발·운영에 투입되는 재원규모는 턱없이 부족한 실정이다.

2004년도 사회복지시설에 대한 재정지원 현황을 보면, 시설장(1인), 전문요원(입소시설, 15인당 1인, 이용시설 30인당 1인), 보조원(입소시설 10인당 1인, 이용시설 20인당 1인) 등에 대한 인건비와 시설의 일반적인 관리운영비(420천원-610천원)를 인원에 따라 정액으로 지원하고 있다.

그러나, 입소 및 이용인원의 재활 및 사회복지를 지원하기 위한 각종 서비스 및 프로그램 비용으로 지원하는 금액은 1인당 170천원(국고 및 지방비/연간)에 불과하여 정신질환자의 사회복지 지원을 위한 재정지원의 취약성을 여실히 입증하고 있다고 하겠다.

5) 서비스 프로그램의 획일성

현재 입원 및 수용중심의 서비스체계에서 정신의료기관에서의 약물중심적인 치료는 입원 및 통원치료에 중요한 것은 사실이다. 그러나 약물치료만으로는 사회적 고립, 대인관계의 철회, 퇴행된 행동양식, 사회적응기술의 부족에 효과적으로 기여하지 못하며 사회복지에 필요한 생활 및 직업적응기술을 습득하지 못한다. 이러한 한계점을 극복하고 만성정신질환자의 지역사회로의 복귀를 촉진하기 위하여는 정신보건센터, 사회복지시설 등을 중심으로 생활훈련 및 직업적응을 위한 재활프로그램이 강화되어야 한다.

그러나, 정신보건시설이 중복적으로 설립된 것과 유사하게 거의 동일한 프로그램이 획일적으로 제공되고 있다. 지역사회정신보건의 개념적 몰이해와 서비스 전달체계의 부재에 기인한다. 지역적 특성을 살린 프로그램이 부족하며 시설간

차별화된 프로그램이 제한적이다. 따라서 대부분 사례관리, 주간보호, 직업재활, 주거시설 운영 등의 프로그램들을 핵심프로그램으로 하고 있으며, 주간보호를 중심으로 많은 서비스가 제공되고 있다.

사실 사례관리는 프로그램이 아니라 하나의 방법론인 것이다. 사례로서 전문가에게 다가온 정신질환자를 관리하여 가장 효율적인 서비스를 받을 수 있도록 하는 방법론이다. 따라서 사례관리를 프로그램이 하나로 분류하는 것만 보더라도 지역사회정신보건의 기본개념조차 파악하지 못하고 있음을 말하는 것이라고 하겠다.

거의 모든 센터나 사회복지시설에서 주간보호를 통하여 사회기술훈련과 지역사회적응훈련을 포함한 다양한 생활 및 여가활용 기술훈련을 시행하고 있다. 문제는 지역사회적응훈련을 제외한 대부분의 프로그램들이 폐쇄병동에서 해오던 방법을 그대로 활용하여 진행하고 있다는 것이다(양옥경, 2000).

또한 시설이 위치한 지역사회의 특성과 환경을 고려하지 않고 일상적으로 시행되는 획일화된 프로그램 운영으로 현실성이 결여된 것도 큰 문제라 할 수 있다.

6) 전문 인력의 부족

정신보건사업의 수행에서 양질의 인력 확보는 서비스의 질과 성과에 영향을 미치는 중요한 요소이다. 정신보건센터에 얼마나 많은 전문 인력이 필요할 것인가에 대해서는 많은 논란이 있을 수 있다. 그러나 정신보건센터가 지역사회 내에 거주하는 수백 명의 정신질환자에 대한 지속적이고 포괄적인 서비스를 제공하기 위해서는 정신과 의사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건 임상심리사, 작업치료사 등 다양한 전문직종의 인력이 필요하다.

그러나 정신보건센터의 예산이 한정되어 있어 서비스를 제공하기에 충분한 인

력은 아직 확보하기 어려운 일이며(모델형 정신보건센터 상근인력 4인, 기본형 정신보건센터 상근인력 2인 배치기준), 특히 정신과의사는 현재 상근인력이 공중보건의를 제외하면 1명도 없는 형편이다.

보건복지부는 총 사업비중 인건비가 차지하는 비율을 65% 이내로 제한하고 있다. 전체 예산이 증가하지 않고 있는 상황에서 정신보건전문인력의 근무년수가 증가함으로 인하여 이들에 대한 사회보험 부담금 등이 계속 늘어나고 있는 실정에 있다. 각 시설에서 근무하고 있는 정신보건전문요원에 대한 현실성 있는 보수와 전문성을 가지고 업무에 전념할 수 있는 신분보장이 이루어져야 할 것이며, 만약 인건비 문제가 해결되지 않는다면 전문 인력의 직무만족도가 떨어지고, 이직율의 증가로 서비스의 질과 성과는 오히려 저하될 것으로 생각된다.

7) 정신질환에 관한 사회적 편견

우리 사회의 정신질환에 관한 사회적 편견은 전근대적이라고 할 만큼 낙후되어 있다. 이러한 편견으로 인하여 정신질환자는 재활 등 적절한 진료를 받을 기회를 상실하고 오히려 사회로부터 소외되어 병원이나 시설에서 장기간 격리되고 있으며, 이는 세계에서 정신과 병상이 가장 빠르게 증가하는 나라라는 오명을 갖게 만들었다. 정신질환자를 병원이나 시설에 장기 수용하면서 환자들의 인권침해 사례가 자주 발생하고 사회복지를 위한 재활의지를 좌절시키면서 정신질환의 만성화 경향을 촉진시킨다.

정신질환자 중 전문가와 상담을 받은 사람은 8.9%에 불과하며, 그나마 약물치료를 받은 사람은 8.1%뿐이다. 일단 정신질환자로 낙인 찍히면 사회는 물론 가족에게까지 집단따돌림을 당할 뿐 아니라 영원히 사회구성원으로 복귀할 수 없는 구조 탓에 치료는커녕 상담조차 받지 않는 것이다.

이러한 사회적 편견은 정신질환자를 무방비상태로 방치하는 사회적 문제를 낳

고 이는 결국 더 큰 사회적 비용을 초래하는 악순환을 반복할 것이다.

만성정신장애인의 사회복귀에 있어 가장 큰 장애중의 하나는 사회적 냉대와 편견이라 할 수 있다(한재경, 2001). 지역주민의 편견해소를 위해 적극적인 홍보 프로그램을 개발하고 대중매체(TV신문 등)를 활용함으로써 이에 대한 지속적인 인식변화의 유도가 필요하다. 특히 정신질환에 대하여 자극적인 내용이나 극단적인 표현을 삼가하고 긍정적인 측면의 가족드라마를 제작, 방영하여 일상 속에서 지속적으로 접하게 한다면 정신질환에 대한 지역주민의 편견과 낙인을 자연스럽게 해소할 수 있는 효과적인 방안이 될 것으로 생각된다.

IV. 외국의 지역사회정신보건서비스 전달체계 비교 및 시사점

1. 미국의 정신보건서비스 전달체계

가. 지역사회지지체계(Social support system)의 의의

미국의 정신보건 전달체계를 구성하는 조직으로는 주립정신병원, 공립병원 정신병동, 사립병원(전문정신병원 및 종합병원 정신병동),보훈병원정신병동, 정신과외래 지역정신보건센터, 사후관리시설이 포함된다.¹¹⁾

이들 시설들은 체계를 구성하여 포괄적인 정신보건에 필수적인 요소가 되는 다양한 서비스들이 전달되는데, 24시간위기서비스, 사례관리, 낮 치료, 외래치료, 장기입원, 단기입원, 지지체계 구축 및 유지 등이다.

전달체계는 주립 공립 보훈병원을 포함하는 공공전달체계와 사립병원을 포함하는 민간전달체계로 이분적 형태를 취하고 있으나 실질적으로 이러한 구분은 서비스에 대한 재정조달 방식에 의해 결정된다.

아울러 정신보건서비스는 교육 종교 교정 복지·의료·노동관련 체계 등의 인접 전달체계와 긴밀하게 연계되어 서비스는 이들 체계와의 연계 속에서 전달되며 그 과정에서 조정(coordination)이 결정적인 요인으로 작용하고 있다.

1980년대 미국의 정신병원의 병상수가 50~70%정도 감소됨으로써 탈 시설화라는 측면에서 지역사회 정신보건사업이 성공적이었으나, 정신보건센터나 정신병원이 일반 의료기관과 분리되어 정신질환 관리가 일반보건과 이원화되었다. 또한 지역사회 정신보건센터의 프로그램이 예방에서 위기개입 식 치료나 재활에 이르기까지 포괄적으로 분포되어 인력이나 재정여건에 따라 접근이 용이한 프로그램에만 치중함으로써 지역사회정신보건에서 우선적으로 다루어야 할 만성정신질환자의 사후관리나 재활서비스가 미약하였다.

이러한 한계점을 극복하기 위하여 좀 더 포괄적이고 사회 복지적 개입이 강조되며 만성정신질환자의 욕구에 대처하기 위한 접근이 적극 모색되었는데 이것이 지역사회지지체계 모델이다. 이 접근방법은 심리사회재활 측면을 강조하여 현장접근과 지지자원의 관계망 활용 등을 활성화하는데 주안점을 둔다.

지역정신보건센터 중심의 사업에 대한 평가이후 1970년대 국립정신보건연구원(NIMH)에서 새롭게 발전된 개념으로 장기간의 입원으로 사회적 기능에 손상을 입은 만성정신질환자가 지역사회에서 소외나 배척됨이 없이 각자의 욕구와 잠재능력을 개발할 수 있도록 보호하고 지원하는 책임감 있는 사람들의 조직망(Network)이다(Terner & Tenhoo, 1978).

아울러 만성정신질환자들을 개별적인 욕구를 지닌 한 개인으로서 인정할 뿐만 아니라 시민으로서 권리를 인정하여 적극적이고 다양한 서비스 제공을 통해 그들의 잠재력을 개발하고 지역사회에서 이를 발휘할 수 있도록 동등한 기회를 부여함으로써 독립적인 사회인으로서 역할을 할 수 있도록 한다는 이념을 가지고 있다.

지역사회지지체계는 정신장애인 특히, 만성적인 정신장애를 가진 사람에게 적합한 치료와 심리사회적 지지를 포함한 각종 서비스를 확실하게 제공하는 것을 목적으로 하고 있다(Test, 1984).

이 목적을 달성하기 위해 이 체계는 10가지 기능을 수행하게 된다.

- ①클라이언트 찾기(정신장애인을 찾아내어 그들이 있는 곳으로 가서 이용가능한 서비스에 대한 정보를 제공한다.)
- ②기본적인 욕구해결(주거 음식물 의료 의약 등 여러 가지 혜택을 제공한다.)
- ③24시간 위기개입(응급적인 위기상황에 적절히 대처한다.)
- ④심리사회 및 작업서비스(자연적인 환경에서 일상생활의 훈련 지역사회에 참여할 수 있는 사회기술을 발전시키고 고용의 기회를 제공한다.)
- ⑤재활을 위한 지지적 주거(지지를 제공하는 주거지를 재활단계별로 제공)

- ⑥건강 및 정신건강 보호(약물통제, 정신의학적 심리학적 치료 및 상담제공)
 - ⑦상호지지체계(친구, 친척, 교회 등 자연발생적인 지지집단을 활용한다.)
 - ⑧자문 및 옹호(교육과 상담을 통하여 정신장애에 관한 주민들의 이해를 도모할 수 있도록 옹호활동 전개)
 - ⑨클라이언트 권리보호
 - ⑩사례관리(정신장애인이 자원을 효과적으로 사용할 수 있게 치료팀을 구성하여 욕구충족 및 목적달성을 위한 다양한 서비스 및 자원을 통합 조정한다)
- 이러한 지역사회지지체계 모델을 사회복지서비스 측면에서 보면 관계망 개입(Network Intervention), 사례관리(Case Management), 체계개발(System Development)의 유형으로 제시할 수 있다. 이 세 가지 특성을 비교한 것이 <표 19>이다.¹⁴⁾
- 특히, 이 분야에서 중심이슈는 서비스의 연속성인데, 이것은 탈 시설화된 환자가 지역사회로의 성공적인 진입과 함께 비공식적·공식적 지지의 원천들을 묶어내는 것을 포함한다.

14) Maguire.L, Social Support Systems, 1996, pp.57-58

<표 19 > 지역사회지지체계 유형별 비교

개입 유형	치료모델 (자원)	치료과정	지지이론	경험적 기초	가치 전제
관계망 개입 (임상적 개입)	가족, 친구, 전문가로 구성된 관계망	확대가족, 사회적 관계망을 통합하여 치료적 실체구성	가족치료	가족치료 결과에 의한 일반화이외에는 매우 제한적	가족단위와 확대된 관계망이 치료자원으로 중시
사례관리 (조직관리적 개입)	사례관리자에 의해 조정된 전문적서비스 제공자들의 조직화	다수의 분리된 서비스를 관리하여 고객의 다양한 심리사회적 욕구를 충족	조직이론	경영 및 행정 관리에 관한 연구	다수의 다양한 자원은 조정되어야 함
체계개발 (체계적 접근)	사회복지사에 의해 조직된 가족과 친구. 이차적으로 다른 전문가에게 의지	지역사회지지 체계를 개발하기 위하여 비공식자원이나 자조를 활용	체계이론 (임상이론)	정신건강, 지역사회지지 체계에 관한 학제적연구와 사회서베이연구	비공식적 자원과 자조노력은 치료, 재활, 예방에 사용될 수 있음

현재 미국에서 지역사회지지체계의 기능을 기본적 틀로 설정하고 있는 대표적인 정신보건서비스 모형¹⁵⁾을 보면 일상생활훈련모델, Fountain House모델¹⁶⁾, 숙박모델¹⁷⁾, 동병상련모델¹⁸⁾, 이웃 만들기 모델¹⁹⁾ 등이 있다.

15) 문인숙양옥경, 「정신장애와 사회사업」, 일신사, 1991, pp.143-150

16) 직업이 없는 퇴원환자들을 위한 직업프로그램과 직업이 있는 퇴원환자를 위한 저녁프로그램을 제공한 사회재활센터로 정신분열증 환자를 심리사회적 장애로 규정하고 그 원인을 부적절한 사회화로 인식함.

17) 장기입원환자가 퇴원당시 돌아갈 곳이 없을 때 거주지를 제공하면서 소 사회 내에서 직업을 보장해주고 동료간에 지지를 제공해주는 프로그램

18) 정신질환을 가진 환자 서로에게 상호간의 지지와 친구에 등을 나눌 수 있는 기회를 마련함으로써 자신들이 경험하는 고독감, 좌절감, 차별대우 등을 극복하려는 데 목적을 둔 프로그램

19) 일반인들에게 정신질환에 관한 기본적인 지식을 교육한 후 정신질환자에게 정서적인 지지를 제공하는데 목적을 둔 프로그램

나. 정신보건행정 전달체계

1) 중앙정부 수준

미국의 중앙정부 단위의 정신보건행정은 정신보건청(SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Service Administration)에서 담당하고 있다.

1974년부터 알코올 및 약물중독을 포함한 정신보건 영역의 연구와 행정을 모두 담당하던 ADAMHA(Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration)가 1992년 Public Law 102-321에 의해 산하의 국가연구기관인 NIMH(National Institute of Mental Health), NIAAA(National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism), NIDA(National Institute of Drug Abuse)를 NIH 산하로 이전시키면서 SAMHSA가 출범하였다.

SAMHSA는 우리나라의 보건복지부라고 할 수 있는 Department of Health and Human Services(HHS) 산하에 있는 독립된 기구(independent agency)로 우리나라의 식품의약청과 같은 행정적 위치의 독립된 廳의 형태를 갖고 있다. 2002년도의 정신보건청의 예산은 30.6억 달러(3조 9천8백억원)이며, 직원은 모두 560명이다. 정신보건청의 1년 예산 30.6억 달러는 NIMH, NIAAA, NIDA 등의 국가 정신보건관련 연구기관의 연구예산을 제외한 정신보건서비스 및 행정관련 예산이다.

중앙정부의 정신보건 관련기관의 예산 및 직원 수를 국립기관별로 보면(표 참조), 총 55.9억달러(7조 2천7백억원)의 예산에 2,038명의 중앙정부 직원이 정신보건관련 국립기관에서 근무하고 있다. 우리나라 중앙정부의 정신보건예산은 285억원으로 미국의 0.4%, 정신보건관련 국립기관의 직원도 미국의 0.8%에 지나지 않는다.

그러나 미국의 GDP가 우리나라 GDP의 24.8배이고, 인구가 우리나라의 6.1배인 것을 고려하면, 미국 중앙정부의 정신보건 예산이 GDP 대비 0.0566%인데 반해 우리나라는 GDP 대비 0.0055%로 미국의

10분의 1수준이다. 또한 미국 중앙정부 정신보건관련 국립기관 직원은 인구 10만명당 0.72명인데 반해 우리나라는 0.03명으로 미국의 24분의 1수준이다. 즉, 우리나라의 정신보건에 대한 중앙정부의 관심정도는 절대액수는 물론, 경제규모나 인구의 차이를 고려한다 하더라도 극히 적은 수준이다. 정신보건문제에 대해 미국과 같은 정도의 관심이 있다고 할 경우 예산은 지금의 약 10배인 2,931억원으로, 중앙정부 단계의 정신보건 분야 종사인력 수는 지금의 약 24배 정도인 384명으로 되어야 한다는 것을 의미한다. 더구나 미국은 주정부에서 거의 모든 정신보건사업을 주관하면서 상당히 많은 예산을 부담하고 있기 때문에 우리나라보다도 중앙정부의 비중이 적은 편이다.

2) 광역자치단체 수준

미국의 광역자치단체(State, 주) 수준의 정신보건행정은 우리나라 광역자치단체의 국(局) 정도의 조직 및 인력을 갖추어 상당히 높은 수준에서 일반 보건과 분리되어 있다. 최근에는 정신보건국(Department of Mental Health)과 알코올/약물중독국(Department of Alcohol and Drug Abuse)이 분리되어 운영되고 있다. 캘리포니아 주정부의 정신보건국에는 350명 정도의 인력이 있으며, 주에서 운영하는 주립정신병원의 인력까지 포함할 경우 약 8,500명의 인력이 정신보건분야에서 종사하고 있다. 알코올/약물중독국에도 약 300명의 인력이 있다. 텍사스 주정부의 정신보건국은 약 250명의 인력이 일하고 있는데, 지역사회정신보건과 함께 정신보건에 투자가 시작되던 1970년대에는 12명의 직원이 과단위에서 일하다가 30년 동안 약 20배의 확대가 되었다. 이처럼 모든 주정부에서 인구 증가보다 훨씬 빠른 정신보건조직의 확대가 있었으며, 이에 따라 정부조직 중에서도 가장 빠른 증가를 보인 분야의 하나가 되었다.

<표 20> 미국과 우리나라 중앙정부의 정신보건관련 예산(2001-2002년 회기)

구 분	예산(억달러)	직원수(명)
정신보건청(SAMHSA)	30.6	560
국립정신보건연구원(NIMH)	12.4	827
국립알코올중독연구원(NIAAA)	3.8	264
국립약물중독연구원(NIDA)	9.1	387
미국 중앙정부 총계	55.9억 달러 (GDP 대비 0.057%)	2,038 (인구 10만명당 0.72명)
우리나라 중앙정부 총계	293.1억원 (GDP 대비 0.0057%)	16 (인구 10만명당 0.03명)
보건복지부 정신보건과	(소계) 289.9억원 (일반회계) 272.6억원 (건강증진기금예산) 17.3억원	8
식품의약품청 마약관리과	3.2억원	6
한국보건사회연구원	(건강증진기금예산에 포함)	2

* 출처 : 서동우, 지역사회정신보건서비스체계 구축방안, 2001

2001-2002년도 회기의 캘리포니아 주정부 정신보건예산은 정신질환 예산이 20.3억 달러, 알코올/약물중독 예산이 6.8억 달러로 모두 27.1억 달러(3조 5,230 억원)에 달해 중앙정부 단위의 정신보건예산의 반에 해당하는 막대한 예산을 주정부에서 투입하고 있다. 이는 우리나라와는 달리 미국은 많은 주립정신병원과 지역사회정신보건시설 등을 운영하거나 예산을 지원하는 등 정신보건서비스 제공에 핵심적인 책임을 주정부가 지고 있기 때문으로 보인다.

캘리포니아는 미국의 50개주 중에서 비교적 1인당 정신보건예산이 많은 주에 속하는데, 우리나라에서 가장 많은 정신보건예산을 투입하고 있는 경기도(2002년 예산 94.9억)와 비교했을 때 인구차이를 보정해도 약 100배, GDP 차이를 보정할 경우 약 5배 정도의 예산규모이다. 인구차이를 보정하는 경우는 1인당 투입되는 정신보건예산의 차이라고 할 수 있고, GDP 차이를 보정하는 경우는 정부의 예산에서 차지하는 상대적 비율의 차이라고 할 수 있기 때문에, 우리나라의 1인당 투입되는 광역자치단체의 정신보건예산은 미국에 비해 약 100

분의 1, 정신보건 분야에 대한 광역자치단체의 우선순위는 미국의 5분의 1수준임을 알 수 있다.

3) 기초자치단체 수준

미국의 기초자치단체의 county/city 수준의 정신보건행정은 보건국 (Department of Public Health) 아래 정신보건과와 알코올/약물중독과 분리되어 있다. 정신보건과에는 약 50명의 직원이 일하고 있으며, 샌프란시스코시에서 직영하는 정신보건센터 등에서 일하는 서비스 직접 제공자 350명을 합쳐 모두 400명 정도가 정신보건 분야에 종사하고 있다.

샌프란시스코시의 정신보건과 예산은 약 1.5억 달러(약 1,950억원), 알코올/약물중독과 예산은 0.5억 달러(약 650억원)로 비슷한 인구를 갖고 있으면서 우리나라에서 가장 많은 정신보건예산을 투입하고 있는 기초자치 단체 중의 하나인 부천시 정신보건예산의 약 800배를 사용하고 있으며, GDP의 차이를 보정할 경우 부천시의 약 30배 이상의 예산을 정신보건에 투입하고 있다.

다. 지역사회정신보건서비스 제공체계

1) 자원조달체계

미국의 정신보건서비스에 대한 자원조달은 일반국민들은 개인 사 보험을 통해 서비스를 제공받고 있으며, 노인과 일부장애인들의 입원, 외래 등의 정신의료서비스는 Medicare를 통해 자원조달이 되고 있다. 또한 저소득층과 장애인의 입원, 외래 등 지역사회서비스는 Medicaid가 주요 재원이거나 18세 미만의 소아들을 제외한 주립정신병원 입원은 제외된다. 이외에도 중앙정부에서 제공하는 block grant는 1960년대 중반이후 정신보건센터 설치 및 운영을 위한 재원으로 사용되고 있는데, 1960년대 지역사회정신보건사업이 시작하던 초기에 중앙정부가 지원하던 정신보건센터의 운영예산이 줄면서 주정부와 county에서 지원하는 예산이 증가하였다. 물론 1960년대 이전부터 주정부는 주립정신병원

의 운영과 카운티정부는 카운티 정신병원의 운영비를 지원하고 있다.

일반보건 분야는 Medicare, Medicaid, 중앙정부 예산, 주정부예산, 카운티정부 예산 등 공공부문에서의 재원조달이 약 30%를 점유하는 반면, 정신보건 분야는 이들 공공부문의 재원조달비율이 60%를 점유하고 있다.

<표 21> 미국의 정신의료/정신보건사업의 재원조달

재원종류	예산분담비율	주요 사용처
사보험	피보험자, 보험자	피보험자의 입원, 외래 등 지역사회서비스
Medicare	중앙정부 100%	노인/일부 장애인을 입원 및 외래
Medicaid	주마다 차이가 있으나 대체로 중앙정부 50%, 주정부 40%, 카운티정부 10%	저소득층/장애인을 위한 입원, 외래, 낮병원 등 정신의료재활서비스, 18세 미만의 소아의 주립정신병원 입원비용(18세 이상의 주립정신병원 입원비용 제외)
Block grant	중앙정부 100%(예산에 따라 주에서 matching해야 하는 경우 있음)	지역사회정신보건사업(입원비용 제외)
주정부 예산	주정부 100%(간혹 county에서 일부예산 matching)	주립정신병원 운영 및 환자입원비용, 정신보건센터 지원 등 지역사회정신보건사업
카운티 예산	카운티 100%	정신보건센터 지원 등 지역사회정신보건사업, 카운티정신병원 운영 및 환자입원비용

* 출처 : 서동우, 지역사회정신보건서비스체계 구축방안

캘리포니아 정부는 1993년부터 중앙정부에서 내려오는 Medicaid 예산 중 정신과진료예산을 분리하여 운영하기 시작하였고, 1995년부터는 이 예산의 사용권한을 카운티로 넘겼다. 또한 1997년부터는 정신과 Medicaid 예산과 기존의 정신보건예산을 합쳐서 단일 정신보건예산으로 운영하면서 Managed care 체계를 운영하고 있다. Managed care 체계를 도입하면서 서비스의 양과 질의 감소 등을 방지하기 위해 주정부는 카운티정부의 정신보건사업을 평가하기 시작하였다. 평가내용으로는 정신보건서비스의 접근성, 이용주민 비율, 서비스의 질, 기본적인 서비스의 제공여부, 소비자 만족도, 재입원을 및 재원기간 등으로 측정되는 서비스 효과가 포함되어 있다.

통합된 정신보건예산으로 Medicare 수혜계층과 사 보험 수혜계층을 제외한 저소득층의 정신보건서비스 비용을 지출하고 있는데, 여기에는 주립정신병원 입원비용, 정신과 외래치료 비용, 정신보건센터 비용, 주거시설, 직업재활서비스 비용 등이 모두 포함되어있다. 따라서 카운티정부는 다양한 정신보건서비스에 대한 통합된 예산을 갖게 되면서 카운티에 사는 저소득층을 위해 가장 효과적이고 효율적인 정신보건서비스의 양과 질을 결정하여 지원할 수 있게 되었고, 서비스 전달체계에 따른 합리화할 수 있는 정책적 기전을 갖게 되었다.

일반보건부분보다 공공재원의 비중이 큰 정신보건 분야에서도 중산층 이상의 국민들은 사 보험을 통해 치료비를 지원받고 있으며, 사 보험은 대체로 의료시설 및 외래시설을 중심으로 치료비를 지원한다. 사 보험은 1990년대 중반 이전에는 보험사에서 적절한 치료여부에 대한 심사가 이루어졌으나, 1990년대 중반이후에는 HMO를 중심으로 하는 Managed care가 도입되면서 일차의료를 담당하는 가정의의 문지기(gate keeper) 역할이 강조되고 있다.

2) 일반보건과의 관계

미국은 18세기 경부터 주립정신병원을 중심으로 하는 정신보건체계의 개선에서 정신보건행정이 시작되었다. 이에 따라 일반보건체계와 일정한 거리가 있었으며, 지역사회정신보건사업을 시작하면서 지역사회에 정신보건서비스 인프라를 투자하기 시작할 때에도 일반보건체계와의 분리되어 추진되었다. 정신보건예산이 증가하고, 사업이 확대되면서 일반보건행정조직과 일정정도의 연계가 있으면서 같은 부의 국(局) 단위로 운영되던 정신보건행정조직이 정신보건청의 형태로 독립되었고, 연구기관도 1960년 이후 일반보건 분야(NIH)로부터 국립정신보건연구원(NIMH)가 분리 독립되어 운영되기 시작하였다.

주정부에서도 정신보건사업이 확대되면서 과단위의 행정조직이 국(局) 단위로 승격되었고, 일반보건과는 같은 국(局) 안에서의 연계정도보다 느슨한 같은 부내에서의 연계정도로 변화하였다. county 정부에서는 같은 국(局) 내의 다른

과로 분리되어 운영되고 있다. 특히 미국의 대부분의 보건소는 일부 행정력을 갖고 있으나 저소득층을 위한 공공보건 서비스 제공기관으로서의 역할비중이 높고, county/city 정부안에 과단위로 행정조직이 따로 있다. 따라서 일반보건과에서 직영 또는 위탁 운영하는 보건소와 정신보건과에서 따로 직영 또는 위탁 운영하는 정신보건센터는 동등한 위치의 관계를 갖고 있으며, 과거에 정신보건센터 내에서 운영되던 알코올/약물중독센터도 알코올/약물중독과에서 위탁 운영하는 형태로 되어있다. 따라서 이들 간에는 직접적인 협력관계라기 보다는 상호연계하면서 협력하는 간접적인 관계를 갖고 있다.

3) 광역자치단체 vs. 기초 자치단체

미국은 1960년대 지역사회정신보건사업이 시작되기 이전에는 사 보험에서 일부 역할을 담당했지만 주로 주정부가 정신질환자의 치료에 대한 최종적인 책임이 있었고, 이에 따라 모든 주에서 주립정신병원을 운영하며 정신질환자의 입원치료 등을 담당하였다. 그러나 1960년대 이후 지역사회정신보건사업이 시작되어 정신보건센터법이 제정되면서 중앙정부가 막대한 재원을 지원하면서 주도적 역할을 수행하였다.

이후 주정부가 주립정신병원의 폐쇄와 축소를 통해 지역사회정신보건사업에 대한 재원마련의 여유가 생겼고, Medicare와 Medicaid를 통한 중앙정부의 지원이 증가하면서 중앙정부의 정신보건센터 지원예산은 계획대로 점차 감소하였고, 현재는 많은 예산이 주정부에서 조달되고 있는 상황이다.

지역사회정신보건사업에 있어서의 주정부의 역할은 주마다 다양한 역할을 수행하고 있다. 캘리포니아 주정부는 카운티로 지역사회정신보건센터의 운영과 지원책임을 이양(decentralization model)하여 카운티 정부에서 정신보건센터를 직영하거나 위탁운영하고 있는 반면, 텍사스 주정부는 주정부가 직접 민간 서비스 제공자와 지역사회정신보건서비스 위탁계약을 체결하며 주도하고 있다.

캘리포니아 주는 카운티정부로의 이양을 위해 주의 지방세보다 카운티 지방세를 늘이는 등 세금체계도 카운티 정부에서 지역사회정신보건사업에 대한 재원조달이 보다 가능하도록 하였고, 정신보건사업 예산을 카운티정부가 자율적으로 집행하도록 하면서 카운티정부가 지역 내의 저소득층 정신질환자의 입원치료와 지역사회정신보건서비스 제공에 일차적인 책임을 지도록 하고 있다.

4) 민간위탁과 직영체계

미국은 지역사회정신보건사업의 수행에 있어서 정부에서 직영하거나 민간기관을 통해 위탁하는 경우는 주마다 다양한 편이다. 정신의료기관이나 NGO 등이 부족한 Nevada주의 경우는 모든 지역사회정신보건서비스를 주정부 또는 카운티정부에서 직영하며 주도적으로 제공하고 있는 반면 캘리포니아 주는 약 400개의 지역사회정신보건사업을 카운티정부가 직영하고, 약 1700개는 위탁운영하고 있는 혼재형이라고 할 수 있다. 반면, New Mexico 같은 주는 모든 지역사회정신보건서비스를 민간에게 위탁하여 운영하도록 하고 있다.

직영형태로 운영하는 경우 약 20명에서 30명 정도의 직원이 근무하며, 정신보건센터 근무 직원은 비상임 인력을 제외하고 인력변동이 거의 없이 정신보건센터에서만 근무하게 된다. 예를 들어, 샌프란시스코 시에서 직영하는 Sunset 정신보건센터는 22명의 상임 및 비상임직원이 근무하고 있으며, 2명의 정신과 의사, 3명의 간호사, 3명의 임상심리사, 7명의 사회복지사가 전임 근무자였고, 7명의 비상임 정신과 의사가 참여하고 있었다.

정신보건센터를 주정부 또는 카운티정부에서 직영하는 경우 사업에 대한 보다 직접적인 통제가 가능하며, 책임성과 공공성이 높은 것으로 알려져 있다. 반면, 민간기관에게 위탁을 하는 경우 공공성과 책임성이 상대적으로 약한 반면, 보다 유연성이 있는 사업을 수행하고, 특히 관료주의적 경직성 문제가 해결된다고 알려져 있다. 또한 직영하는 정신보건센터 예산에는 위탁기관의 인건

비보다 높은 정규 공무원의 인건비가 포함되어 있기 때문에 민간에게 위탁하는 경우보다 예산소요가 큰 것으로 알려져 있다.

미국은 정부 직영 정신보건센터의 경우도 매우 전문화된 인력을 채용하여 십년이상 직원의 이동 없이 안정적으로 운영하고 있기 때문에 정부의 직접 운영여부에 있어서 우리나라와는 달리 서비스의 전문성이 문제가 되지 않는다고 하더라도 정신보건센터 운영에 있어서 관료주의적 경직성과 이로 인한 예산집행의 비효율성, 높은 인건비 등으로 인한 문제점이 크게 부각되면서 최근에는 점차 직영하는 정신보건센터보다 민간에게 위탁 운영하는 정신보건센터의 수가 증가하고 있는 추세이다.

5) 정신보건센터 운영형태 및 인력

미국은 지역별로 catchment area를 정하고 주정부 또는 카운티 정부에서 지역사회정신보건사업(프로그램)에 대해 확보된 예산을 직영형태로 운영하거나 위탁형태로 운영하고 있다. 기초자치단체라고 할 수 있는 인구 7만 내지 30만 정도의 시(市)나 County 단위에서 일반보건사업 조직과는 별도로 정신보건센터를 운영하고 있는데, 대부분의 대도시에는 중증정신질환자를 위한 정신보건센터가 인구 10만 정도의 소지역별로 있다. 1960년대 정신보건센터 법에 의해 정신보건센터가 운영되기 시작할 때 통합되어 같이 운영하던 알코올/약물중독 프로그램과 소아정신보건 프로그램은 주에 따라 다소의 차이가 있으나 최근에는 알코올/약물중독센터나 소아정신보건센터 등으로 분리되어 운영되기 시작하고 있다.

우리나라의 정신보건센터와 사회복지시설, 낮 병원과 같은 시설종류별 구분은 의미가 없으며, 직영 또는 위탁 운영하는 지역사회정신보건사업 또는 프로그램의 계약내용에 있어서의 차이만 존재한다. 반면 Day care 프로그램과 Day hospital 프로그램은 지원예산에 차이를 두고 지원한다. 즉 치료적 프로그램의

비중이 높은 Day hospital 프로그램은 지원하는 인건비에 인력의 의무적 근무 시간의 비중이 오락 등의 여가활동 프로그램의 비중이 큰 Day care 프로그램에 비해 높은 편이라 지원 단가를 서비스의 질에 따라 차등지원하고 있는 셈이다.

주정부 또는 카운티 정부는 직영을 하는 경우는 직접 사업수행정도를 지도 감독하고, 위탁 운영하는 정신보건센터는 계약을 통해 사업의 가이드라인을 정한 뒤 이를 후에 평가하여 사업수행정도를 평가하고 있다. 정신보건센터에 대한 평가는 카운티정부가 직영하는 경우는 주정부에서 평가하며, 카운티정부에 의해 위탁되어 운영되는 경우에는 카운티정부가 평가하도록 되어있다.

계약서에는 그 사업을 수행하는데 필요한 인력의 양을 다 학제적인 직종별로 주당 근무시간을 정해주고, 사업비는 구체적인 사업량을 명시하게 된다. 대부분의 지역사회정신보건사업(프로그램)은 정신과의사와 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 가족치료사 등이 모두 포함되며(예를 들어, 정신과의사 주 80시간, 간호사 주 140시간, 사회복지사 주 160시간, 임상심리사 주 80시간 등), 할당된 시간이 주 80시간인 경우 주 40시간 전일제 근무자를 두 명 쓰던 주 20시간 근무자를 네 명 쓰던 기관이 자율적으로 정한다. 사업의 내용에 따라서는 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 가족치료사의 근무시간은 상호 호환적으로 설정되기도 하며, 이들 직종별로 각 인력에 대한 인건비 산정기준이 있는데, 이 기준은 시장에서의 수요공급에 따라 다소의 변동이 있게 된다.

위탁을 준 경우 예산지원이 우리나라의 낮 병원이나 사회복지시설과 같이 이용인원에 따라 산정되고 있기 때문에 카운티정부는 실제 서비스를 이용한 환자 수나 환자가 받은 서비스의 만족도를 전화 및 우편조사 등을 통해 확인 평가하며, 이용인원 산정은 일당 인원으로 하는 경우도 있으나 대개 이용시간에 따라 2-3등급으로 나누어 계산하고 있다.

2. 영국의 정신보건서비스 전달체계

가. 지역사회보호모델

영국의 정신보건시스템은 보건의료를 국가가 책임지고 일반세금(조세)으로 운영되는 NHS(National Health Service)하에서 국가 주도로 서비스를 제공한다. 일반의(GP)에 의한 1차 보건과 2차 보건체계로 명확히 구분되어 운영되며, 정신보건서비스체계도 일반보건과 같이 지역별 독립채산제로 운영되는 NHS조합(Trust)이라고 하는 민간화한 공공조직에서 입원서비스에서 지역사회서비스까지 모든 서비스의 재원조달, 계획, 제공, 평가 등을 담당한다. 지역별 NHS조합은 건강(의료)보험 지역조합과 유사하다고 할 수 있는데 일반조세를 인구크기, 지역특성에 따라 지급받아 이 재원을 어떻게 쓸 것인지에 대한 기획과 직접적인 서비스 운영을 위한 의료기관의 운영, 서비스 조정 및 평가 등의 기능을 수행하고 있으며 그 구성원의 신분은 공무원은 아니나 준공무원의 신분을 유지하고 있다.

영국은 일부 민간보험 환자를 치료하는 의사를 제외하고는 모든 일반의나 병원소속 의사가 모두 NHS소속 준공무원 의사이며, 정신병원이나 정신보건센터 등 거의 모든 정신보건시설도 모두 NHS조합 소속이며 NHS에서 지급되는 인건비와 진료비 또는 사업비를 지급받아 운영하고 있다.

정신질환자는 1차적으로 일반의에 의해 정신과로 의뢰되며, 일부는 사회복지부서의 공무원이나 경찰에 의해 진료가 의뢰된다.

전문적인 치료서비스는 2차 보건체계라고 할 수 있는 종합병원 내 정신과와 정신과 전문병원이 담당한다. 정신과 전문병원은 그 질환의 정도에 따라 Top security 정신병원(중증 및 범법 정신질환자 입원, 평균 10년 정도

의 입원기간 소요), Mid security 정신병원(3년 정도의 입원기간 소요), 지역사회정신병원으로 구분된다.

지역사회정신병원은 일반적인 정신과병원이며, 일부 폐쇄병동이 있으나, 가능한 한 개방적인 형태로 운영되고 있다. 모든 지역정신병원은 지역 내 진료권의 정신보건센터와 입원서비스 및 지역사회정신보건 서비스를 연계하여 제공하고 있다.

영국의 지역사회정신보건 서비스체계는 전국을 인구와 행정구역을 고려하여 진료권(catchment area)으로 나누고, 각 진료권마다 지역적 책임성을 갖고 있으면서 공공성과 전문성이 조화되어 운영되는 지역사회정신보건센터가 가장 중요한 역할을 수행한다.

정신보건서비스 제공에 있어서 철저히 다 학제적 접근을 하고 있으며, 정신질환자의 인권을 중요시 하고 있다. 다만 미국이 보다 민간화한 agency (법인)가 정부로부터 운영을 위탁받아 지방정부와 협력하면서 운영하는데 반하여 영국은 민간화한 공조적인 NHS조합에 의해 정신보건센터가 운영되고 있다. 즉 전국적 조직망을 갖고 있으며 국가 세금으로 운영되는 공조직에 소속된 정신과 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사 등의 인력이 서비스를 제공한다. 또한, 각 지역사회정신보건센터는 NHS조합이 허용하는 이용가능한 정신과병상이 정해져 있어서 입원이 필요한 환자를 입원시킬 수 있으며, 우리나라에 비하여 고가인 입원진료비를 NHS조합에서 지불하기 때문에 조합은 입원을 가능한 한 억제하려는 유인 체계를 갖고 있다

지역사회정신보건센터 인력현황은 정신과 의사(1명), 비상근 정신과 의사(1명), 정신과 전공의(1명, 6개월 단위 순환), 간호사(5명), 사회복지사(4명), 임

상심리사(1명), 작업치료사(2명), 행정요원 등 18명으로 구성된다.

각 정신보건센터는 약 3~4만 명의 인구에 대하여 책임성을 갖고 서비스를 제공하는 센터는 센터 당 약 300명(사례관리 요원 당 35~40명)의 중증 정신질환자를 관리한다. 센터의 가장 중요한 기능은 중증정신질환자가 어떤 서비스가 필요한 지에 대한 결정을 팀 적 접근에 따라 판단하여 의뢰하는 것이며, 직접 운영하는 기관 또는 외부에서 운영하는 기관 모두 낮 치료, 거주시설, 입원시설을 이용할 시에는 반드시 정신보건센터에서 의뢰받은 경우에만 이용이 가능하다.(2002 ; 김덕중 외 1인, 보건복지부 내부자료)

영국의 지역사회정신보건 발달은 미국과 마찬가지로 탈 시설화의 경로를 거쳤지만, 국가의 적극적 개입이 중요하게 대두되었다.

특히, 영국은 2차 세계대전 이후 지역사회 복지가 국가적 책임 하에 수행 되기 위한 지방정부기구의 구성, 전문적 사회사업제도의 확립, 시설보호의 문제를 개선하기 위한 재가서비스 확대를 위한 지역사회보호 서비스 확충 등 다른 국가에 앞서 다양한 지역사회 복지의 발전과정을 보이고 있다.

지역사회보호의 정책이념은 장기입원 환자의 대부분에게 지역사회 내에서 대인 사회복지서비스를 제공하는 것이 가능하다고 판단하여 수용시설보호에서 지역사회보호를 권고하면서 국가 정책의 초점이 되었다.

영국의 대표적인 지역사회보호(Community Care)모델은 보호를 필요로 하는 정신질환자에게 가능한 가정이나 지역사회 환경에서 서비스가 제공되도록 하는 사회적 보호의 형태를 띠고 있다. 1980년대 이후 노인, 장애인 및 보호를 필요로 하는 아동 등에 대한 서비스 제공을 위해 자조의 개념을 강조한 것이 특징이다. 기존 수용시설의 열악한 환경에 대한 사회적 관심의 증대는 비판을 초래하여 수용자의 인권회복을 위한 움직임으로 탈 시설화

와 함께 그룹 홈, 주간보호, 단기보호 등 다양한 서비스를 도입하는 결과를 낳았다. 영국의 지역사회보호는 가정방문 간호사업 등 재가복지서비스 이용 활성화를 통해 가능한 한 가정환경 및 개인특성에 맞는 전문적인 치료 및 재활서비스를 제공하는데 그 특징이 있다. 이러한 특징은 장기간 병원에 수용된 정신질환자의 퇴원을 장려하고 낮은 환경에서 생활하는 것을 피하며 가능한 자신의 집에서 머물면서 비공식적인 보호를 좀 더 탄력적인 방법과 독립적인 지원을 얻을 수 있도록 하기 위한 조치에서 비롯된 것이다.²⁰⁾ 또한, 개인·가족 등의 비공식적인 부분의 책임 장려와 지역사회 중심의 개입을 강조한다. 영국의 지역사회보호모델은 다양한 욕구 중 하나로 정신질환에 대한 서비스 제공을 고려하고 있으므로 정신보건이 미국처럼 특수하게 부각되지는 않는다.

나. 지역사회정신보건 제공체계

1) 중앙정부 수준

영국의 정신보건서비스는 별도의 조직체계를 갖추지 않고 국영화된 의료서비스체계 하에서 각 지역주민들이 해당 가정의(general doctor)를 통하여 일상적이고 예방적인 의료서비스의 한 형태로 정신보건서비스를 받고 있다.

영국의 국가보건서비스(NHS)는 국가가 운영하는 사회화된 보건의료서비스 체계로 서비스를 전달하는 시점에서의 수요자의 비용부담은 무료이다.

노인, 장애인, 정신질환자의 치료는 병원의 장기입원보다는 가정이나 시설에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지원하는데 정책의 주안점을 두고 있다. 따라서 보건서비스 외에 사회서비스가 필요하므로 사회보호를 담당하

20) 오혜경, □영국의 지역사회보호서비스의 전개와 기본조건□, 「사회복지리뷰」, 카톨릭대 사회복지연구소, 1996, pp.73-99

는 지방정부와의 긴밀한 협조체계를 구축하여 왔으며, 특히 1990년 국가보건서비스 및 지역보호법에서 이를 체계화하였다.

정신보건서비스와 관련된 중앙정부 조직으로 보건부가 있으며, 이는 보건서비스 전달에 대한 정치적 책임을 지고 보건청에 대한 집행지시, 보건의료서비스에 대한 실적평가 및 재원배분의 역할을 담당하고 있다.

국가보건서비스 조직으로 보건부 장관의 직접 관할하는 지역보건청(100개)과 NHS 지역사무소 관할의 병원신탁(450개), 지역보건원 등이 있다.

지역사회보호서비스와 밀접하게 관련된 지역보건당국은 NHS의 지역사무소 관할로 '98.12월 현재 100개에 이르며, 그 기능은 지역에 필요한 보건의료서비스를 계획, 구매, 관리하고 노인·아동·정신질환자·장애인 등을 대상으로 하는 대인사회서비스는 지역의 사회서비스 당국이 관장하며, 주요 서비스 내용은 주거, 주간보호 및 각종 서비스이다.

2) 인력구조

영국의 일차의료집단(Primary Care Groups)은 의사, 간호사, 보건전문가 등을 포함하여 지역서비스를 수행하게 한다. 이 조직은 일반의들이 지역사회에서 함께 일할 수 있는 방법들을 변화시킴으로써 환자에 대한 서비스를 개선하고 진료의 질을 높이며 의료서비스의 불평등을 보다 효과적으로 다룰 수 있도록 한다.

영국은 정신과 환자들을 위한 훈련된 전문 간호사가 존재하고 있는데, 이들 간호사는 지역사회정신보건 전문가중 가장 경험이 많은 인력자원이라는 점에서 다른 국가와 차별된다.

'92년 현재 국가보건서비스의 인력 중 의사 및 치과의사의 비중이 약

5.9%, 간호사 및 조산사가 48.4%, 전문·기술직이 11.1%, 행정·사무직이 18.7%, 보조직이 10.6% 기타 인력 5.3%로 구성되어 있다.

3) 재원조달 구조

영국의 정신보건서비스는 국가보건서비스의 한 부분으로서 외래서비스와 입원서비스는 무료 제공이 원칙이며, 일부 투약서비스는 비용부담을 할 수 있다. 국가보건서비스는 중앙정부의 조세로 재원이 마련되며, 재원은 보건국에서 광역보건당국으로 할당되며 광역보건당국은 다시 지역보건당국으로 할당된다. 지역의 크기는 인구 10만 명 정도의 시 정도의 작은 행정구역에서부터 100만 명 규모의 행정구역까지를 포함하며, 각 지역은 포괄적인 정신보건서비스를 제공해야 한다.

영국의 보건의료비 지출은 NHS, 사회보장 급여체계 등 공공기금을 사용해서 직접 국가가 보건의료서비스 공급체계를 운영하면서 시설설립·장비구입·인력채용 및 비용지출을 부담하고 있다.

물론 포괄적이고 기초적인 사회복지서비스의 전달주체는 중앙정부가 담당하지만 점차적으로 지방정부의 몫이 증대하고 있다.²¹⁾

4) 정신보건서비스 프로그램

국가보건서비스의 한 분야로 제공되고 있는 영국의 정신보건서비스 중 특이한 점은 자원봉사단체가 정신보건서비스를 제공하는데 있어서 중요하고 독립된 부분으로 존재한다는 점이다. 또는 지역사회에서 장기 간호와 지지 제공을 국가보건서비스보다는 지역보건당국의 책임으로 규정하고 있다.

21) 현외성, □사회복지정책 주체의 유형과 기능적 특성연구□, 한국사회복지정책학회, 사회복지정책 제10집, 2000, p.131.

3. 일본의 정신보건서비스 전달체계

가. 정신보건서비스 전달체계의 의의

일본의 정신보건법은 1950년에 의원입법으로 제정되었지만 구미에서 정신위생에 관한 최신지식이 도입되고, 정신장애인의 의료보호와 단순히 치료뿐만 아니라 예방과 국민의 정신보건의 증진이 필요하다는 이념이 대두되면서 의료보호의 확대 및 예방대책을 강조하는 법적 조치라는 특성을 지니고 있다.

1960년대에 정신의학의 진보라는 상황을 맞이하여 정신장애의 예방으로부터 치료, 사회복귀까지 일관된 정책을 목적으로 일부 개정된 정신위생법 및 보건소에서의 정신위생업무 운영요강을 만들었다.

그 후 정신질환자의 인권옹호, 의료서비스 확보, 사회복귀, 사회참여에 대한 요청이 대두되면서 보건소를 중심으로 한 지역정신위생체계가 마련되었다.

일본의 지역사회정신보건 서비스체계는 전국에 45개소의 독립 지역사회정신보건센터와 852개의 보건소를 중심으로 이루어 지고 있는데, 명목상으로는 정신보건서비스가 정신질환자를 관리하는 것으로 지침이 정해져 있으나 아직은 만성정신질환자의 관리는 병원위주의 치료에 의존하고 있으며, 소수의 환자만이 지역사회정신보건센터를 이용, 전체 유병환자의 79%가 정신병원에서 수용·치료되고 있는 현실이다. 현재 보건소의 정신보건서비스 활동이 조직화되어 있지 않고 지역단위의 정신병원과도 협력체계가 원활하지 못하다.²²⁾

정신병원의 대부분이 민간사립병원으로 정부가 관할하기 어려워 기존의 보건소가 전환되어 지역사회정신보건센터로서의 역할을 수행하였으며, 센터에는 정신위생상담원을 배치하고 재가환자들의 방문지도 및 상담사업을 실시하였다.²³⁾ 그 뒤 1984. 3월에 정신질환자 구타사망사건을 계기로 정신보건법을 대폭 개정하면서 정신질환자의 인권에 대한 5원칙을 확립하였다.

22) 한양대학교 지역사회보건연구소, 국가정신보건전달체계 개발에 관한 연구, 2000

23) 박미은, □정신보건법에서 사회사업가의 역할에 관한 연구□, 이화여대 석사학위논문, 1989, pp.8-9

그 내용은 정신장애자의 인간으로서의 존엄성 중시 및 전문적 치료제공, 정신장애자의 차별대우 금지, 자발적 입원의 권장, 비자발적 입원치료자에 대한 입원의 적절성 판단을 위한 독립적 심사회에 의한 청문실시, 입원환자에 대한 자유로운 환경 및 의사소통 보장으로 구성되어 있다.

나. 정신보건행정 전달체계

1) 중앙정부 수준

일본은 최근 행정개혁을 통해 후생성과 노동성이 통합되어 후생노동성이 되었는데, 정신보건행정조직은 변화가 없었다. 현재 중앙정부 단위의 정신보건행정은 후생노동성의 사회원호국 산하 장애보건복지부의 정신보건복지과에서 담당하고 있다. 일본의 정신보건복지과는 정신과의사 1명을 포함한 의무직 공무원 2명, 행정직 공무원 15명, 비서 1명 등의 18명의 직원이 근무하고 있다.

일본은 정신보건부문에서의 국가적 정책연구의 필요성을 실감하고 1952년부터 국립정신보건연구원(NIMH, National Institute of Mental Health)을 운영하고 있는데, 미국의 NIAAA와 NIDA가 분리되기 이전의 NIMH와 유사한 기능을 하고 있다. 현재 10부 23실의 조직으로 운영되고 있는데, 10부는 정신보건계획부, 약물의존연구부, 심신의학연구부, 아동사춘기정신보건부, 성인정신보건부, 노인정신보건부, 사회정신보건부, 정신생리부, 지적장애(정신지체)부, 사회복지상담부 등이다. 국립정신보건연구원의 현재 인력은 29명의 정규 연구직 이외에 계약직 연구원 등을 포함하여 모두 140여명의 직원이 근무하고 있으며, 연구생도 약 70명 가까이 있다.

2) 광역자치단체 수준

일본의 광역자치단체(도도부 현, prefecture)는 모두 54개로 동경 도를 제외하고는 미국이나 우리나라보다도 대체로 면적이나 크기가 작은 편이다. 일본의 광역자치단체 수준의 정신보건행정은 우리나라 광역자치단체와 유사하여 미국

과 같이 일반보건과 분리된 독자적인 과 단위 정도의 정신보건행정조직을 갖고 있지 못하다. 그러나 우리나라는 경기도와 충청남도, 광주 등 일부 시도에서만 정신보건부문(정신의료기관, 정신보건센터, 보건소의 정신보건사업, 정신요양시설, 사회복지시설 등)의 행정이 통합되어 운영되고 있으나 일본은 거의 모든 광역자치단체에서 정신보건주관국과 정신보건주관과가 단일화되어 있는데, 대개 보건관련 국산하의 보건 예방과와 건강증진과 등에서 담당하고 있다.

일본의 모든 광역자치단체는 1965년 정신위생법 개정과 함께 광역정신보건센터를 설치운영하고 있는데, 최근 정신보건법이 개정되면서 정신보건심의(심판)위원회의 기능 등 일부 행정기능을 광역자치단체의 주관 과에서 광역정신보건센터로 이양하여, 일반보건과 정신보건행정이 광역자치단체 수준에서 일부 분리되고 있는 상황이다. 특히 동경은 국립정신보건연구기관 규모의 큰 정신보건연구원(동경도 정신의학종합연구소)을 독자적으로 운영하고 있다. 이 연구소는 정신질환 연구 계(정신분열병연구부, 노년정신질환연구부, 스트레스장애연구부, 약물 의존연구부, 수면장애연구부), 사회정신의학 연구 계(아동사춘기연구부, 자살예방연구부, 정신보건의료서비스연구부, 정신의학자문/심신의학연구부, 정신간호연구부), 정신생물학 연구 계(분자정신의학연구부, 뇌기능해석연구부, 뇌세포정보전달연구부, 신경가역성연구부, 분자신경생물학연구) 등의 3계 15부로 구성되었고, 직원은 모두 73명이며, 2001년도 예산은 1,271억원에 이른다.

3) 기초자치단체 수준

일본의 보건소는 광역자치단체의 직접적인 산하기관이며, 기초 자치단체(시·정·촌)의 행정단위와 일치하지 않는 경우가 많다. 즉, 여러 개의 시·정·촌이 한 개의 보건소의 관할지역인 경우가 많은데, 이는 일본의 시정촌의 크기나 관할 인구가 우리나라의 기초 자치단체(시·군·구)와 동사무소 중간정도의 지역과 인구를 관할하고 있어서 규모가 작기 때문인 것으로 보인다. 보건소에서는 한

명 정도의 정신보건상담원이 가정방문, 상담, 주에 1회 정도의 여가프로그램 수준의 기본적인 정신보건사업을 수행하고 있다.

보건서비스를 제공하는 독립적인 행정조직이 없는 일본의 기초자치단체인 시·정·촌에서는 일반적인 행정조직 속에 포함되어 있다. 따라서 기초 자치단체 수준의 정신보건행정은 아주 미약한 편이며, 기초 자치단체(시·정·촌) 단위에서는 보건지소에 근무하는 보건부(지역사회간호사)가 일부 정신보건상담과 의료기관이나 시설이용의뢰를 위한 안내 정도의 역할을 수행한다.

다. 지역사회정신보건서비스 제공체계

1) 재원조달체계

일본의 정신보건서비스에 대한 재원조달은 우리나라와 유사하여 일반국민들은 의료보험을 통해 치료비를 조달하며, 저소득층은 의료보호를 통해 치료비를 조달한다. 의료보험환자라 하더라도 의료비중 외래와 낮 병동 치료비의 본인부담금의 대부분을 광역자치단체에서 자체예산으로 지원해주어 입원보다는 비 입원치료를 유도하기 위한 정책적 배려를 하고 있다.

정신보건센터는 광역자치단체에서 직영하고 있기 때문에 광역자치단체에서 그 운영비를 부담하되, 정신보건센터 안에 부설로 운영되는 사회복지시설은 중앙정부의 예산에 광역자치단체가 matching하여 지원한다. 사회복지시설은 중앙정부와 광역자치단체가 5대 5으로 예산을 분담하여 지원한다.

2) 일반보건과의 관계

일본은 정신보건행정이나 정신보건서비스 체계가 광역자치단체 수준에서는 광역정신보건센터에게 행정적 기능을 일부 이양하면서 점차 일반보건과 분리되어가는 추세이다. 그러나 광역자치단체 이하의 수준에서는 보건소 또는 보건지소에서 정신보건과 관련된 행정적인 기능을 일반보건과 통합하여 수행하고 있다.

3) 광역자치단체 vs. 기초자치단체

일본은 1965년 이후 광역자치단체 수준에서 정신보건센터를 통한 지역사회 정신보건서비스 체계를 구축하고 있는데, 정신보건센터의 서비스가 매우 포괄적이고 그 서비스의 질이 매우 높고, 서비스의 양과 규모도 큰 편이어서 많은 광역자치단체 주민이 이용하고 있다. 광역자치단체와 기초 자치단체 사이의 수준에서 보건소의 정신보건사업과 사회복지시설을 통해 사업을 수행하고 있으며, 기초자치단체에서는 보건지소의 보건요원이 아주 기본적인 상담을 수행하고 있다.

사회복지시설에 대한 지도감독은 정신보건센터에서 수행하고, 보건소의 정신보건사업은 광역자치단체의 지역보건 과에서 수행하고 있으며, 시·정·촌의 정신보건사업은 보건소에서 지원하고 있다.

4) 일본의 정신보건센터 운영형태

일본의 광역정신보건센터는 1965년 정신위생법의 개정과 함께 설치·운영되기 시작하였다. 광역정신보건센터의 인력과 프로그램은 도도부현마다 차이가 있으나 대체로 미국의 정신보건센터보다 규모가 큰 경우가 많은데 이는 관할하는 인구가 많기 때문인 것으로 보인다.

정신보건센터는 지역주민을 위한 정신건강증진사업, 정신질환 편견해소를 위한 홍보계몽활동, 정신보건관련 조사연구, 상담, 외래치료, 데이케어, 단기입원시설, 14일 이내 머무를 수 있는 단기거주(short-stay)시설, 3개월 이내 머물 수 있는 호스텔, 직업재활, 가정방문 등의 포괄적 지역사회정신보건사업을 수행한다. 또한 많은 정신보건센터가 정신보건센터 안에 생활훈련시설이나 수산시설(직업재활시설)과 같은 사회복지시설을 부설로 운영하고 있다. 정신보건센터 운영예산은 광역자치단체에서 전액지원하고 있으며, 부설로 운영하는 사회복지시설은 중앙정부와 지방정부가 반반씩 부담하고 있다.

동경도의 한 정신보건센터는 3층 건물을 사용하고 있으며, 상담실, 직원 연수실, 세미나실(10-15인수용), 홍보과, 기획조사과, 연수과, 정보자료실, 데이케어실, 사회복지 병실, 호스텔, 작업훈련 집회실, 약국, 세탁 작업훈련실, 컴퓨터 훈련실, 영어회화실, 청소년 데이케어실, 공작실, 목공실 등의 시설을 보유하고 있고, 인력은 5명의 정신과 의사, 25명의 간호사, 10명의 사회복지사, 5명의 임상심리사, 영양사, 약사, 기타 행정직 등 70여명의 직원이 근무하고 있다. 일본의 지역사회정신보건시설의 현황은 <표22>와 같이 제시하듯이 부분입원시설과 사회복지시설이 커다란 비중을 차지하고 있다.

5) 낮병동 운영형태

일본의 정신의료기관의 지역사회정신보건시설인 부분입원시설은 낮 병원과 밤 병원, 낮/밤 병원, 치매 낮 병원 등이 있으며 모두 947개나 있어 우리나라의 10배 이상이나 많다. 일본은 세계에서 인구 당 정신병상수가 가장 많은 나라이며 1960년대 이후 급속한 속도로 정신병상이 증가해왔다. 1960년대 중반이후 정신보건센터를, 1980년대 중반이후 보건소의 정신보건사업과 사회복지시설의 운영을 증가시켜왔으나 정신병상은 지속적으로 증가하였다. 이에 일본정부는 1990년대 이후 장기입원을 감소시키기 위해 낮 병동 수가를 입원수가에 비해 유리하게 조정하고 본인부담금을 정부예산으로 지원함으로써 많은 정신병원이 입원병동을 폐쇄시키고 낮 병동을 개설하고 낮 병동 이용환자가 증가하면서 1994년 이후 정신병상의 지속적인 감소를 유도하였다.

6) 사회복지시설 운영형태

일본의 사회복지시설은 1980년대 후반부터 증가하기 시작하였고, 생활훈련시설(입소시설), 통소수산시설(직업훈련이용시설), 입소수산시설(직업훈련입소시설), 복지 홈, 복지공장(보호작업장) 등 5가지 종류가 있으며, 1998년 현재 전국에 427개가 있다.

이외에 지역생활원조센터와 그룹 홈이 있는데, 이 시설은 정신질환자뿐 아니라 다른 장애인에게도 적용되는 일반적인 제도이기 때문에 사회복지시설로 분류하지 않는 것으로 보인다. 지역생활원조센터라고 하는 일종의 환자들의 여가 활용을 위한 클럽하우스가 약 95개가 있으며, 대개 다른 용도의 시설과 공동으로 사용하고 있다. 그룹 홈은 평균 5명 정도가 기거하는 가족적인 주거시설로서 복지 홈과 구별되며, 1998년 현재 620개가 운영중이다.

<표 22> 일본의 지역사회정신보건 시설

시설종류	시설수	기능	
합계	2,143		
정신보건센터	54	포괄적 지역사회정신보건 서비스(정신건강증진사업, 편견해소 홍보계몽, 정신보건조사연구, 상담/외래치료, 데이케어, 단기입원, 단기거주시설, 호스텔, 직업재활, 가정방문 등)	
부분입원시설	낮병동	652	낮에 운영하는 부분입원(재활프로그램, 질병관리, 약물치료)
	밤병동	68	밤에 운영하는 부분입원(질병관리, 수면관리, 약물치료)
	낮/밤병동	107	낮과 밤 모두 운영하는 부분입원(낮병동, 밤병동 기능병행)
	치매낮병동	120	치매환자를 위한 낮병원(치매 주간보호, 약물치료, 신체관리)
사회복지시설	생활훈련시설	159	일상생활적응훈련 입소시설(3년이내 입소)
	복지홈	101	주거시설(약간의 일상생활훈련)
	통소수산시설	140	직업훈련이용시설(직업재활프로그램)
	입소수산시설	19	직업훈련입소시설(직업재활프로그램, 주거제공)
	복지공장	8	보호작업장(보호된 환경에서의 직업제공)
그룹홈	620	그룹홈(가족적인 주거지 제공)	
생활지원센터	95	생활상담, 치료기관 의뢰, 여가활동	

* 자료 : 후생노동성·정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000

한편, 일본의 사회복지시설 및 관련시설의 설치주체별 현황을 보면, <표 23>에서와 같이 의료법인이 가장 많아 약 40%를 차지하고, 그 다음이 사회복지법인인 27.8%순이다. 의료법인은 특히 생활훈련시설과 복지 홈, 입소수산시설, 그룹 홈 등 입소시설의 비율이 높는데, 이는 입소시설이 병원 근처에 있어야

야간이나 돌발적인 응급상황 시 정신의료서비스를 효과적으로 제공하고 응급 시에 곧바로 재입원이 가능하고, 다소 상태가 불안정한 환자라도 조기에 퇴원하여 중간시설(Halfway house)로서의 기능을 수행하려면 병원 근처에 있는 것이 필요하다고 하여 많은 입소시설을 의료법인이 운영한다고 한다.

이에 반해 사회복지법인은 통소수산시설, 복지공장, 생활지원 센터 등 직업 재활시설의 비율이 높은 것을 알 수 있으며, 정신의학적 상태와 기능이 상대적으로 높은 환자들이 이용하는 시설을 주로 운영한다.

우리나라의 운영주체별 현황과 일본의 현황을 비교하면, 우리나라는 일본에 비해 사회복지법인과 비영리법인, 개인의 비중이 높으며, 의료법인과 사단(재단)법인의 비중이 낮은 편이다.

일본 사회복지시설의 이용자현황을 보면, 생활훈련시설은 20인, 복지 홈은 10인, 통소수산시설 및 입소수산시설은 20-30명, 복지공장은 20-50명, 그룹 홈은 5-6명으로 최대정원을 두고 있다. 이는 시설의 규모를 표준화하여 예산지원을 효율적으로 하기 위함이며, 대규모시설을 운영하기보다 소규모시설을 많이 설치함으로써 이용하는 정신질환자들에게 접근성을 제고시키고자 하는 목적을 갖고 있다.

우리나라와 일본의 사회복지시설 종류현황을 비교하면, 우리나라는 일본에 비해 직업재활시설과 그룹 홈이 현저히 적은 반면, 이용시설이 많은 것으로 나타났다. 우리나라의 경우 많은 생활훈련이용시설이 직업재활프로그램도 포함되어 있으나 일본에 비해 직업재활만 전담하는 시설은 부족한 것이 사실이다.

일본의 사회복지시설의 예산지원은 표준화된 시설별 인건비 지원에 추가하여 일평균 입소환자 또는 일평균 내소환자 당 추가예산을 지원하고 있으며, 국비와 지방비가 50대 50 비율로 지원되고, 행정 및 기술적인 지도감독은 광역정신보건센터에서 수행한다.

<표 23> 일본의 사회복지시설 등 설치주체 현황

구 분	사회복지시설						생활지원센터	그룹홈	합계	한국 현황
	생활 훈련 시설	복지홈	통소 수산 시설	입소 수산 시설	복지 공장	소계				
지방공공단체	8 (5.5)	1 (1.2)	17 (14.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (7.0)	13 (11.1)	7 (1.4)	46 (4.7)	0 (0.0)
사회복지법인	38 (26.2)	24 (29.3)	84 (69.4)	8 (44.4)	4 (50.0)	158 (42.2)	48 (41.0)	68 (13.8)	274 (27.8)	27 (40.9)
의료법인	88 (60.7)	49 (59.8)	12 (9.9)	9 (50.0)	1 (12.5)	159 (42.5)	41 (35.0)	188 (38.1)	388 (39.4)	8 (12.1)
사단·재단법인	10 (6.9)	4 (4.9)	7 (5.8)	1 (5.6)	2 (25.0)	24 (6.4)	12 (10.3)	39 (7.9)	75 (7.6)	3 (4.5)
비영리법인	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.6)	3 (0.3)	12 (18.2)
기타법인	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	3 (0.6)	4 (0.4)	0 (0.0)
임의법인	1 (0.7)	2 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.8)	1 (0.9)	126 (25.5)	130 (13.2)	0 (0.0)
개인	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (5.5)	27 (2.7)	12 (18.2)
기타	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (12.5)	3 (0.8)	2 (1.7)	29 (5.9)	34 (3.5)	4 (6.1)
불명	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.8)	4 (0.4)	0 (0.0)
합계	145 (100.0)	82 (100.0)	121 (100.0)	18 (100.0)	8 (100.0)	374 (100.0)	117 (100.0)	494 (100.0)	985 (100.0)	66 (100)

* 자료 : 후생노동성·정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000

<표 24> 일본의 사회복지시설 이용현황

시설종류		시설수	정원	시설당 정원	시설당 일평균 입소/이용자수	연중운영일수
사회 복지 시설	생활훈련시설	159	3,151	20	10.6	331.3
	복지홈	101	995	10	5.7	340.1
	통소수산시설	140	3,169	20-30	12.2	224.9
	입소수산시설	19	524	20-30	16.8	314.6
	복지공장	8	230	20-50	11.9	277.1
그룹홈		620	3,357	5-6	3.8	333.9
생활지원센터		95	-	-	15.1	68.5
합계		1,142	11,832	-	6.4	298.3*

* 자료 : 후생노동성·정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000

<표 25> 우리나라와 일본의 사회복지시설 종류 비교

구 분	우리나라*	일본	비고
종합/생활훈련입소시설	7(10.0)	159(14.7)	생활훈련시설(입소)
종합/생활훈련이용시설	45(64.3)	95(12.0)	생활지원센터
작업훈련입소시설	0(0.0)	19(1.8)	
작업훈련이용시설	2(2.9)	148(13.2)	통소수산시설과 복지공장
주거시설	16(22.9)	721(58.4)	복지홈과 그룹홈
합 계	70(100.0)	1,142(100.0)	

* 자료 : 후생노동성·정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000

* 우리나라 사회복지시설 중 입소 및 이용시설 병설 운영하는 시설은 독립 운영하는 것으로 계산

일본 사회복지시설 및 관련시설의 인력현황을 보면, 전체 인력은 복지공장이 가장 많아 약 9명의 인력이 있고, 다음으로 입소수산시설 약 8명, 통소수산시설 약 6명, 생활훈련시설과 생활지원 센터 약 5명, 복지 홈과 그룹 홈이 가장 작아 약 2명의 인력이 근무하고 있다. 일본 사회복지시설을 볼 때 전체적으로는 사회복지사가 가장 많이 근무하고 있으나, 간호사, 정신과의사, 일반사무직, 전문기능직, 심리사 등 다 학문적인 인력이 골고루 근무하고 있는 것을 알 수 있다.

정신과전문의는 모든 사회복지시설에서 주 3-4일 정도(또는 2개 시설에 한 명의 상근)로 근무하고 있으며, 사회복지사는 복지 홈과 그룹 홈을 제외한 모든 시설에 1명 내지 2명이 근무하고 있고 복지 홈과 그룹 홈에는 2개 시설에 한 명 정도가 근무하고 있다. 간호사는 생활훈련시설, 입소수산시설, 복지공장 등의 사회복지시설에 주로 1명 정도씩 근무하고 있다. 전문기능직은 특정 직업 기술을 갖고 있는 기능직으로서 주로 직업재활시설에 1-2명씩 근무하면서 정신 질환자에게 전문적인 직업기술을 가르치고 있다.

우리나라 사회복지시설의 인력 근무현황을 일본의 현황과 비교해 보면,

시설별 인력의 차이가 거의 없는 일본에 비해 시설별 차이가 꽤 있는 편이며, 전체 사회복지사와 임상심리사의 비중이 상대적으로 높고, 정신과의사와 간호사의 비중이 적으며, 기타 전문직이나 인력은 상대적으로 일본보다 적거나 거의 없는 상태이다.

<표 26> 일본 사회복지시설 및 관련시설의 인력현황

(단위 : 명)

구 분	사회복지시설						생활 지원 센터	그룹홈	합계	한국 현황
	생활 훈련 시설	복지홈	통소 수산 시설	입소 수산 시설	복지 공장	소계				
시설수 (%)	144 (14.7)	81 (8.3)	121 (12.4)	18 (1.8)	8 (0.8)	372 (38.0)	117 (12.0)	490 (50.1)	1,351 (100.0)	66 -
정신과 전문의	84 (0.58)	10 (0.49)	63 (0.52)	8 (0.44)	5 (0.63)	200 (0.54)	9 (0.08)	31 (0.06)	410 (0.40)	25 (0.07)
사회복지사	211 (1.47)	37 (0.46)	173 (1.43)	27 (1.50)	17 (2.13)	465 (1.25)	168 (1.44)	212 (0.43)	1,310 (1.39)	179 (2.60)
간호사	98 (0.68)	11 (0.14)	27 (0.22)	10 (0.56)	6 (0.75)	152 (0.41)	46 (0.39)	133 (0.27)	483 (0.54)	29 (0.44)
작업치료사	10 (0.07)	0 (0.00)	55 (0.45)	10 (0.56)	0 (0.00)	75 (0.20)	5 (0.04)	13 (0.03)	168 (0.16)	0 (0.00)
영양사	20 (0.14)	0 (0.00)	9 (0.07)	10 (0.56)	4 (0.50)	43 (0.12)	6 (0.05)	16 (0.03)	108 (0.11)	0 (0.00)
심리사	52 (0.36)	7 (0.09)	39 (0.32)	2 (0.11)	0 (0.00)	100 (0.27)	29 (0.25)	52 (0.11)	281 (0.22)	32 (0.44)
일반사무직	90 (0.63)	13 (0.16)	76 (0.63)	14 (0.78)	8 (1.00)	201 (0.54)	39 (0.33)	80 (0.16)	521 (0.52)	0 (0.00)
전문기능직	61 (0.42)	12 (0.15)	100 (0.83)	17 (0.94)	13 (1.63)	203 (0.55)	59 (0.50)	83 (0.17)	548 (0.57)	0 (0.00)
기타	61 (0.42)	60 (0.74)	217 (1.79)	45 (2.50)	18 (2.25)	401 (1.08)	176 (1.50)	491 (1.00)	1,469 (1.76)	85 (1.20)
합계	687 (4.77)	180 (2.22)	759 (6.27)	143 (7.94)	71 (8.88)	1840 (4.95)	537 (4.59)	1111 (2.27)	5,328 (5.75)	350 (4.73)

* 괄호는 평균 근무자수(단위 : full-time equivalent)

* 자료 : 후생노동성·정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000

이상에서 살펴본 미국, 영국, 일본의 지역사회정신보건서비스 전달체계 및 지역사회정신보건센터 운영형태를 다음의 표에서 제시된 바와 같이 요약할 수 있다.

<표 27> 각국의 지역사회정신보건센터 운영형태 비교

구분	미 국	영 국	일 본	한 국
서비스	-입원, 외래, 응급진료, 부분입원 -자문과 교육	-가정내 지원 -주간보호 -데이케어 센터 서비스	-정신보건지식보급 -조사연구 -상담, 지도 -기술원조	-직업재활프로그램 -정신과 응급의료 -외래진료 -상담 및 교육 -전문요원교육훈련
지역화 수준	-기초자치단체 수준	-국가→보건청 (병원책임 : 1차 보건의료팀)	-광역자치단체직영 -기초자치단체는 보건소에서 사업	-기초자치단체 수준
포괄성 정도	-포괄적 (단기입원, 외래, 재활, 알콜·약물 남용 등)	-포괄적 (보건과 복지서비스 통합)	-포괄적 (단기입원, 외래, 재활 등)	-부분적 (단기입원, 거주 시설 등 제외)
일반보건과의 관계	-분리	-통합	-광역자치단체에서는 분리 -기초자치단체에서는 통합	-민간위탁형은 보건소와 부분통합 -보건소직영형은 일반보건과 통합
운영 주체	-반관반민 (Agency 형태의 공공적 민간부문)	-지방정부와 보건청	-공공부문 (정신보건센터 직원은 공무원 신분 유지)	-민간위탁형은 공공 민간부문 -보건소직영형은 공공부문

* 자료 : 한국보건사회연구원, 전국정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원환자의 정신건강실태조사, 1999, p.475

4. 정신보건서비스체계 비교를 통한 시사점

가. 서비스체계 준비를 위한 국가의 적극적 개입

1960년 미국 등의 선진국이 추진해왔던 급속한 지역사회정신보건서비스의 확대는 중앙정부의 상당한 투자가 전제되었기 때문에 가능하였고, 특히 정신보건센터에 대한 막대한 투자와 장애수당과 같은 지역사회에 거주하는 정신질환자에 대한 사회경제적 지원, 그리고 정신질환에 대한 편견해소 캠페인의 적극적 실시 등의 노력이 결정적으로 중요했다.(보건복지부·한국보건사회연구원, 2003)

중앙정부 단위의 정신보건행정을 총괄하는 미국의 정신보건청(SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Service Administration)의 독립적인 조직규모, 일정한 지역단위를 기준으로 다양한 전문인력으로 운영되는 지역사회정신보건센터와 포괄적이고 연속적인 서비스 제공이 가능한 사회복지시설 등 다양한 정신보건기관 설치 등 광역 및 지방정부수준의 정신보건서비스체계와 정신보건부문에 투입되는 예산규모를 감안할 때 정신질환의 지역사회 관리를 위한 최소한의 서비스 전달체계의 조속한 준비를 위하여 정부는 정신질환의 중요성과 사회적 부담에 관하여 적극적으로 국회 등 정책결정자들을 설득하는 한편 정신보건 관계전문가, 정신보건가족협회 등 민간단체의 조직적인 노력을 통하여 정신보건부문에 대한 좀 더 과감한 투자가 이루어질 수 있도록 재원이 확보되어야 할 것이다.

아울러 미국의 국립정신보건연구원(NIMH), 일본의 국립정신신경센터내 정신보건연구소 설립 운영의 예와 같이 국민의 정신건강의 유지 증진을 도모하기 위한 사회적 대처와 노력이 절실한 시대적 요청과 정신보건환경의

변화로 인해 정신보건에 관한 연구를 전담하는 전문연구기관의 설립에 대해서는 폭넓은 공감대를 형성해오고 있으며, 이에 대한 정신보건전문가들의 견해도 다양하게 나타나고 있다.

1995년에 제정된 정신보건법 제14조에 정신보건에 관한 전문연구기관을 설치할 것을 명시하고 있으므로 국가는 정신질환에 대한 사회적 부담의 심각성과 이에 대한 국가적 차원의 적극적인 대책으로서 정신보건에 관한 국가정책의 개발과 정신질환에 대한 치료·예방 등에 관한 연구기관의 설립이 필수적임을 널리 알리고 적극적인 지지를 얻어야 할 것이다.

그리고 국회와 정부의 정책결정자들이 연구기관의 설립을 적극 지원할 수 있도록 정신보건전문가들 뿐만 아니라 정신질환과 장애로 고통받는 환자와 그 가족들의 조직적인 노력도 필요할 것이다.²⁴⁾

나. 참여를 통한 공공·민간부문간의 협조체계 유지

서구사회를 통해 일반적인 정신보건정책 수립과정을 보면 공적구조와 민간구조는 상호 대립 보완적인 성격으로 발전하여 왔다.

미국의 정신보건정책에서 공공분야의 재원은 아직도 70%를 상회하며 많은 시설들이 여전히 공공의료적 성격을 띠고 있다. 그러나 지역사회정신보건에 대한 권한위임으로 서비스 전달체계에 실질적으로 권한과 책임을 부담하는 주정부 및 지방정부가 운영하는 지역사회정신보건센터의 경우와 같이 민간에 위탁하여 유연성 있는 사업을 수행하고 관료주의적 경직성에서 오는 문제를 해결하고 있다.

지역사회정신보건은 정신질환과 정신보건서비스의 특성상 공공부문의 공공

24) 황성동의 2인, 국립정신보건연구원의 설립방향과 운영방안에 관한 연구, 2001

성과 행정력을 필요로 함과 동시에 민간부문의 전문성과 유연성을 동시에 요구하는 사업이라고 할 수 있다.

또한, 서비스 제공원칙의 하나인 지역주민의 참여에서도 알 수 있듯이 환자 및 그 가족의 권익을 대변하는 자조집단, 비영리 민간단체 등 지역주민과 자원봉사자, 정신보건 이외의 다양한 전문가의 적극적인 참여는 정부활동의 보충적 자원으로서 이를 통해 서비스에 대한 수요자가 증가하고 수요에 따른 서비스 선택의 폭이 확대될 수 있다.

우리나라도 정신보건서비스의 90%이상을 민간에 의존하고 있는 상황을 감안할 때 서비스의 효율성 제고를 위하여는 정신보건센터의 민간위탁 활용, 대형민간정신병원 및 정신요양시설의 병상수 감축 및 개방화 유도, 지역별로 균형적인 정신병상의 확보 등 정신보건정책의 차질없는 추진을 위하여는 공공부문과 민간부문의 협조관계 형성이 필수적이라고 할 수 있다.

정신보건센터 및 보건소들이 지역사회내의 정신보건문제를 스스로 해결하고자 노력하는 자조집단을 비롯한 민간단체의 움직임과 유기적으로 결합될 수 있다면 국가정신보건체계의 민간부문과의 협력체계 유지에 기여할 수 있을 것이다.²⁵⁾

다. 지역사회정신보건센터 중심의 서비스 조정 및 다학제적 팀 접근

정신질환자가 장기입원이나 수용없이 지역사회내 거주하면서 독립적인 생활을 유지하기 위해서는 단기입원에 이은 외래 및 재활서비스는 물론 정신질환의 예방, 조기발견 및 개입, 상담, 사례관리, 가정방문, 응급상황에서의 위기개입, 약물관리 및 증상관리 교육, 환자 및 가족에 대한 사회지지체

25) 이영문, 민간협력체계 중심의 국가정신보건체계 모형구축, 2001

계 등 사회참여를 위한 다양한 서비스 욕구가 충족되어야 한다.²⁶⁾

정신보건 선진국의 경우, 지역사회정신보건센터를 중심으로 지역사회내 정신질환자가 필요로 하는 다양한 서비스 욕구를 충족시킬 수 있도록 정신과 의사, 사회복지사 등 다양한 전문인력으로 구성된 팀에 의한 사례관리를 통하여 지역사회내 정신보건 관련시설 및 자원을 이용할 수 있다.

정신보건센터는 전달체계내 서비스 조정의 중재자로서 핵심적인 역할을 담당할 뿐만 아니라 정신질환자의 다양한 복지서비스 욕구 충족을 위하여 정신보건서비스체계와 인접한 교육·종교·노동·교정 등과의 연계체계를 형성하고 있다.

우리나라도 지역사회정신보건서비스 전달체계가 확립되려면 일정한 인구를 단위로 지역사회내에 정신보건센터를 균형적으로 배치하여 정신질환을 예방함과 동시에 문제를 조기 발견 치료하는 전달체계가 정착되어야 한다. 이와 함께 퇴원한 환자들의 지역사회 복귀와 재적응을 위해서 주거시설을 포함한 사회복지시설 등의 설립을 활성화하여 각종 지역사회의 서비스와 자원을 연결하고 조정하여 정신질환자 및 그 가족들의 권익을 옹호하는 포괄적이고 지속적인 정신보건서비스체계를 만들어야 한다.

또한, 지역사회 정신보건센터는 정신과 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사 등 정신보건분야 훈련을 받은 3~5명으로 팀을 구성하여 정신질환자 관리의 전과정에 걸쳐 발생된 문제를 함께 해결해 나가는 접근방법을 취하여야 할 것이다.

또한 정신보건센터가 제공하는 서비스는 지역사회내의 기존 정신보건 관련 시설이 제공하는 직업, 교육, 운동, 일상생활 서비스와 가능한 한 중복되지

26) 서동우, 우리나라 정신보건전달체계 모형, 2001

않도록 기존 시설과 상호 연계체계를 갖추어 운영하여야 한다.²⁷⁾

라. 광역 및 기초자치단체 단위의 정신보건행정 지원 강화

미국의 정신보건서비스체계에서 광역자치단체의 정신보건행정은 우리나라 시·도의 국(局) 단위의 조직 및 인력규모를 갖추고 지역사회정신보건의 추진과 함께 모든 주정부에서 정신보건조직의 확대가 있었으며 많은 주립정신병원과 지역사회정신보건시설 등을 운영하거나 예산을 지원하는 등 정신보건서비스 제공에 핵심적인 책임을 부담하고 있다.

또한, 일본의 경우도 광역정신보건센터를 설치 운영하고 정신보건심의위원회의 기능 등 일부 행정기능을 이관받아 수행하고 있을 뿐만 아니라 동경도의 경우 독자적인 정신보건연구원을 운영하고 있다.

지역사회정신보건은 정신보건에 관한 중앙정부의 권한을 주정부나 기초자치단체의 권한과 책임으로 위임하는 지역분권화 개념의 도입이다.(이영문, 민간협력체계중심의 국가정신보건체계 모형 구축, 아주대 정신과학교실, 2001) 즉 정신보건에 관한 책임과 예산, 결과에 대한 권력의 재분배 등이 포함되기 때문이다.

이에 반해, 시·군·구의 정신보건센터와 보건소를 중심으로 전개되고 있는 지역사회정신보건사업의 실태를 고려할 경우 우리나라의 광역자치체인 시·도는 서울·경기 등 지역사회정신보건사업이 활성화된 일부 지역을 제외하고는 광역자치단체의 기능의 매우 취약한 실정이다.

지역사회정신보건서비스의 다양한 사업중 시·도립 정신병원 및 지방공사의료원 등 공공보건의료기관을 중심으로 광역정신보건센터를 설립·운영함

27) 조홍식, 미국의 지역사회정신보건서비스 전달체계와 지역사회지원서비스 모델에 관한 연구, 재활복지 제2권제1호, 1997

으로써 정신과 외래서비스, 부분입원(낮/야간병원), 단기입원프로그램, 정신과 응급서비스, 관할지역 보건소 및 정신보건관련시설 인력 교육훈련, 정신보건관련 시설에 대한 조정 및 기술지원 등 광역단위의 사업을 전개하여야 할 것이다.

국가정신보건체계의 수립을 위하여는 중앙, 지방(시도), 시군구간의 정신보건에 관한 권한과 책임을 재조정하고, 업무의 구분이 필요하다.

가급적 실행적 업무는 지역의 시군구 단위에 위임하고, 지방정부는 블록화된 지역들의 체계를 관리하며 중앙정부는 이에 대한 정보와 자료를 근간으로 국회 및 정부의 정책결정과정에서 정신보건분야의 자원 확충을 위하여 노력하여야 할 것이다.

V. 결론 및 고찰

지금까지 우리나라 정신보건서비스 전달체계의 문제점과 정신보건의 역사적 발전과정에서 우리나라보다 일찍 지역사회정신보건사업을 시작한 일부 선진국의 서비스전달체계의 비교를 통하여 시사점을 도출하였다.

끝으로 이러한 시사점을 바탕으로 향후 우리나라 정신보건서비스 전달체계 개선을 위한 정책방향 및 수단을 제시하며 연구를 마무리하고자 한다.

1. 국가정신보건서비스체계 확립

미국, 일본, 영국 등 선진국들은 이미 20~30년전부터 정신보건법을 제정하여 국가정신보건정책의 방향을 수용위주에서 지역사회 정신보건사업으로 전환하고 중앙정부 및 지방정부 등 공공부문이 중심이 되어 지역사회정신보건센터 등의 설치를 통해 적극적이고 전문적인 정신보건사업을 수행해 오고 있다. 최근 미국의 Healthy 2000계획, 일본의 Active 80 Plan, 영국의 Our Healthier Nation Target 등 국가의 중점 보건문제 해결을 위한 전략에서도 정신질환은 중요한 부문으로 간주되고 있다.²⁸⁾

우선 국가정신보건서비스 체계의 목표를 명확하게 수립할 필요성이 있다. 우리나라는 지역사회정신보건 정책목표를 “국민의 정신건강수준 향상” 또는 “정신질환 관리수준의 개선” 등과 같이 정책의 결과(Output)를 목표로 설정하고 이를 달성하기 위한 구체적인 정책 및 사업을 추진하였다. 이러한 정신보건정책의 불명확성은 국가전체의 정신보건활동에 목적의식적인 노력이 없었으며, 정책에 일정한 목표를 부여하고 이의 달성정도를 파악하고 평가하지 못하는 결과를 낳았을 뿐만 아니라 국가가 수행할 정책이 명

28) 신영전, 국가정신보건체계의 새로운 모색, 한양의대 예방의학교실, 2001

료하지 않기 때문에 국립정신병원, 시도립정신병원, 지방공사의료원, 정신보건센터, 보건소 등의 공공부문이 해야 할 사업내용이 불명확함으로 인하여 정책의 비효율성을 초래하는 원인을 제공하였다.

따라서 미국의 Healthy 2000(자살율 10만명당 9.6명으로 감소, 정신보건에 관한 일차의료인의 비율을 60% 증가 등), 영국의 Our Healthier Nation Target(국가, 광역, 지방정부단위의 정신보건목표와 지표설정, 서비스제공자 및 환자를 위한 정신보건목표·지표설정)과 같이 국가정신보건정책에 목표를 설정하고 이에 준하여 공공보건의료기관에 명확한 임무를 부여하여야 그 존재이유를 가질 수 있다.

또한, 국가정신보건서비스 전달체계를 정비하는 일이 급선무일 것이다. 정신질환자의 탈시설화와 사회통합을 위하여 지역사회내 지지체계를 형성하여야 한다. 이는 국가의 적극적인 정신보건정책 추진의지와 지역사회정신보건센터가 담당하여야 하는데, 정신보건체계내에 다양한 정신보건자원을 통합, 조정, 관리기능을 수행하고 민간부문의 자원을 활용하려면 공공부문이 그에 관한 권한과 책임을 부담하여야 한다.

지역사회내에 존재하는 정신의료기관, 사회복지시설 및 정신요양시설 등과 유기적인 연계체계를 형성하면서 정신질환자에게 요구되는 다양한 욕구를 충족시킬 수 있도록 서비스전달체계가 확립되어야 한다.

따라서 지역사회에서 이용가능한 정신보건자원을 파악하고, 자체에서 공급할 수 없는 서비스에 대하여는 인근 지역사회와의 협조체계를 형성하여 광역단위에서 확보할 수 있도록 정신보건서비스체계가 정비되어야 한다.

공공부문의 정신보건사업체계는 미국과 유럽, 일본 등 대부분 선진국의 지역사회내에서 가장 중요한 정신보건서비스 제공기관으로 뿌리를 내리고

있다. 특히 정신보건사업이 갖고 있는 공공성과 행정적 지원의 필요성, 지역에 대한 책임성, 서비스의 전문성과 융통성 있는 운영의 필요성 등은 공공부문과 민간부문이 협력하여 운영되는 현재의 정신보건센터의 운영체계의 현실적 당위성과 타당성을 지지하고 있다고 할 수 있다.

2. 정신보건서비스체계 개선을 위한 정책수단

우리나라는 지역사회정신보건을 위한 재원조달과 정신질환자에 대한 사회경제적 지원이 부족하고 정신질환에 대한 사회적 편견도 쉽게 해소되지 않는 상황이며, 정신의료수가체계와의 정책수단화도 미흡한 실정이다.

장기입원위주의 서비스체계의 주요한 통제수단으로 정신보건법의 계속입원 심사제도와 같은 행정적 규제에 의존하고 있으나 지역사회정신보건체계의 구축 없이는 이 수단도 실질적인 효과를 거두기는 어려운 상황이다

따라서 선진국에서 이룩한 정신보건서비스체계의 변화를 위해서는 다음과 같은 정신보건정책이 우선적으로 추진되어야 할 것이다.

첫째, 정신질환자와 가족이 장기입원과 수용위주의 서비스체계에 편입되기 이전에 지역사회내에서의 정신의료서비스체계와 사회경제적 지지체계를 통해 지역사회 거주를 지탱할 수 있는 유인체계를 구축하여야 한다.

정신질환자의 최저한의 생활 및 의료보장을 위한 의료급여제도를 비롯한 기초생활보장제도 등 사회보장제도의 미흡과 취약한 지역사회 지지체제로 인하여 정신질환으로 인한 부담은 전적으로 환자 자신이나 가족들에게 맡기고 있는 실정이다. 이로 인하여 수용환자 중 많은 수(장기입원 환자의 54%)²⁹⁾가 지역사회에서 생활이 가능함에도 불구하고 오랜 기간을 정신병

29) 이주의대, 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준 개발연구, 1994

원이나 요양시설 등에 수용되어 있다.

특히 의료급여 대상자들은 장기입원으로 인한 본인부담금 증가라는 견제 장치가 없기 때문에 정신질환자와 가족의 정서적인 유대관계가 약화되기 전에 정신질환자들을 조기에 발견하고 이들을 지원하는 공공서비스가 적극적으로 제공되어야 장기입원서비스 체계로의 흡수가 최소화될 수 있다.

지역사회 정신보건체계란 단순히 보건소에 정신보건요원을 배치한다거나 병원 및 요양시설의 환자를 탈원화시키는 것만을 의미하는 것이 아니다. 이는 정신보건에 관련된 시설 및 인력의 기능, 프로그램의 내용, 국민의 가치관 및 사고의 방향 등을 지역사회 중심으로 바꾸고, 이를 뒷받침할 수 있도록 재원이 재배분되어야 함을 의미한다.³⁰⁾

지역사회정신보건사업의 핵심적인 역할을 수행할 정신보건센터(또는 보건소)의 시·군·구별 조기 확충, 지역별로 편중되고 수요에 비하여 공급이 절대적으로 부족한 사회복지시설의 확대, 정신질환자 및 그 가족의 경제적 부담을 경감시켜 줄 사회경제적 지지체계 확립 등을 통하여 정신질환자가 지역사회로 복귀할 수 있는 최소한의 여건을 마련하는데 정책의 초점을 두어야 할 것이다.

둘째, 정신병원과 정신요양시설의 대형화와 집중화를 막기 위한 정신병상에 대한 공급정책이 효과적으로 운용되어야 한다.

일본을 제외한 모든 선진국은 정신질환자의 치료와 재활을 중앙정부와 지방정부의 책임이라고 받아들이고, 입원부터 지역사회 정신보건서비스의 대부분을 공공부문에서 제공해왔다. 따라서 대형정신병원의 축소를 통한 정신보건서비스체계의 구조조정은 비교적 단시일내에 효과적으로 추진할 수

30) 남정자의 3인, 정신보건의 현황과 정책과제, 한국보건사회연구원, 1994

있었다. 우리나라는 전체 병상의 90% 정도를 민간의료기관에서 소유하고 있고 일본과 같이 정신질환에 대한 편견과 인구밀도가 높은 사회적 특성으로 인해 병상 축소를 통해 과감한 탈원화정책을 추진할 수 없는 한계를 갖고 있다. 현재의 정신병상 보유수를 감안할 때 정신보건법상의 300병상 이상의 정신의료기관의 신증설 금지조항은 원칙적으로 존속되어야 한다.

이와 함께 정신의료기관과 정신요양시설은 모두 규모의 경제상 대형화가 수익률과 밀접한 관계가 있기 때문에 의료기관 수가나 예산지원시 규모가 대형화될수록 차감지급하는 시장내의 유인책이 보다 효과적으로 추진될 수 있다. 이를 통해 정신병상의 지역적 편중 분포가 해소되고, 정신병상에 대한 접근성이 형평성있게 제고되면 거시적인 정신보건서비스체계의 효율화가 확보될 수 있을 것이다.

특히 정신요양시설은 중장기적으로 개방적인 장기거주시설로의 기능변환을 목표로 단계적인 준비를 해야 하며, 이를 위해 대형시설부터 정원을 점차로 줄여가는 정책이 필요하다.

셋째, 가족과의 사회지지체계가 끊어진 채로 정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설, 무허가기도원에 장기 수용중이거나 노숙하고 있는 정신질환자에 대한 대책이 필요하다. 현행 정신보건법은 시장, 군수, 구청장 등이 무연고환자 또는 행려정신질환자에 대한 보호의무자의 의무를 수행하도록 하고 있으나, 실질적인 보호의무자의 의무이행에 대한 제도적 뒷받침이 없이 방치되고 있는 실정이다. 따라서 보건소에 위촉하는 정신보건자문의와 정신보건센터 또는 보건소의 정신보건전문요원으로 하여금 자치단체장의 보호의무자 역할을 지원하여야 한다. 또한 자치단체장과 보건소장은 퇴원시 이들의 사회복귀와 재활을 위하여 가족의 지지를 체체할 수 있는 공적

지지체계를 구축하는 등 이들을 적극적으로 지원해야 할 것이다.

지속적인 사례관리, 위기상황에 개입할 수 있는 시설과 인력, 종교적 지지체계, 후원 및 결연사업 등 공공부문과 민간부문의 자원을 연결하여 약화된 가족의 역할을 대체할 수 있는 지역사회지지체계 구축은 지지체계 부족으로 인한 장기 입원·입소를 감소시키는 방법이 될 것이다.³¹⁾

무허가기도원 등 무인가시설의 정신질환자중 일부는 당장 치료가 필요하나 치료를 받지 못하고 정신질환이 만성화되고 있다. 그러나 현실적으로 보호자의 협조없이 무인가시설에 대한 전면적인 단속을 통한 해결이 쉽지 않기 때문에 개방적으로 운영하는 시설과 폐쇄적으로 운영하는 시설을 분리하여 인권침해가 없을 것으로 보이는 개방적시설은 정신보건센터나 보건소를 통해 치료를 지원하는 것이 바람직하고, 폐쇄적 시설은 인권침해 사례에 대한 감시를 강화하고 약물치료가 필요한 환자의 입소를 금지하는 방향으로 대책을 모색하여야 할 것이다.

넷째, 의무적인 외래치료를 강제할 수 있는 외래치료명령제 도입을 긍정적으로 검토해야 한다. 미국이나 호주, 뉴질랜드 등의 많은 선진국에서 비교적 활성화되어 있는 외래치료명령제는 우리나라에서도 가정폭력방지법과 아동학대방지법 등에서 일부 도입되어 시행되고 있는데, 알콜문제나 정신분열병 등을 포함한 정신질환으로 인해 가정폭력 등 법을 위반했을 경우 의무적인 외래치료를 조건으로 사법적 처벌보다 치료체계에 편입시키는 제도라고 할 수 있다. 이 제도는 특히 정신의료적 증상의 충분한 개선을 되었으나 퇴원 이후 투약 중지와 치료 중단으로 인한 재입원과 사고가능성 때

31) 서동우, 사회인구학 및 임상적특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의 재원기간 분포, 신경정신의학 제41권제6호, 2002

문에 보호의무자가 퇴원을 반대하여 장기입원중인 많은 환자를 조기에 퇴원시킬 수 있는 현명한 제도라고 할 수 있으며, 이 제도가 도입될 경우 탈원화정책이 보다 탄력을 받을 수 있을 것으로 기대된다.

특히 2002년 발생한 선교원어린이 집단상해사건이나 대구 지하철참사와 같이 정신질환과 관련된 범죄나 사고를 일으킨 정신질환자를 적극적으로 관리함으로써 이로 인한 사고가 반복되지 않도록 하는 데 필요한 제도이며, 이는 결국 정신질환에 대한 편견이 증가하지 않도록 하는데 기여하게 된다.

다섯째, 정신요양시설의 기능재정립을 위해서는 정신보건법 등의 제도적 변화가 필요하다. 특히 현재 기능이 낮고 만성화된 정신질환자가 많으며 지역사회와 멀리 떨어져 개방적 정신요양시설로의 기능전환이 어려운 시설을 제외하고 지역사회내 또는 지역사회와 아주 근거리에서 비교적 개방적으로 운영되고 있는 시설을 중심으로 정신요양시설을 개방적 거주시설로 유도하기 위한 제도적 유인책이 필요하다.

개방적 거주시설로의 전환이 어려운 정신요양시설은 당분간 기본적인 보호서비스를 위주로 제공하는 현재의 시설로 존치하게 하되, 개방적 거주시설로 운영할 수 있는 정신요양시설은 사회복지입소시설과 통합하는 것이 바람직하다.

3. 정신질환에 대한 사회적 편견 해소

정신질환 치료의 장소가 지역사회로 이동하는 지역사회정신보건서비스의 조기 정착을 도모하고, 정신질환자를 조기 발견하고 적기에 치료할 수 있도록 하기 위해서는 정신질환에 대한 사회적 편견을 해소하는 것이 급선무이다. 정신질환에 관한 국민들의 바람직한 지식, 태도, 행동을 증진시키는

일을 지속적으로 전개해 나가야 한다.

우리 사회는 정신장애에 대한 사회적 편견이 심하여 환자 및 가족이 적절한 치료를 받을 기회를 놓치게 되어 개인과 가정 더 나아가 사회에 심각한 문제를 야기하고 있다. 아직도 대부분의 사람들은 정신질환에 대하여 오래된 고정관념에서 벗어나지 못하고 있다. “정신장애는 100% 유전된다” “정신장애는 한번 발생하면 완치되지 않는다” 등의 오해와 편견으로 정신장애를 가진 환자를 더욱 위험하게 만들고 있다.

대형정신병원 및 정신요양시설이 지역사회내 위치하지 못하고 혐오시설로 인식되어 교통이 불편한 오지에 위치해 있고, 최근 국립서울병원의 경기도 일산이전이 지역주민의 반대로 좌절된 사례에서 알 수 있듯이 우리 사회의 정신질환에 관한 편견은 매우 심각한 수준이라고 할 수 있다.

이러한 정신질환에 대한 사회적 편견을 해소하기 위하여는, 우선 정신질환자에 대한 외래치료명령제 등을 조기에 도입하여 조기발견 조기치료할 수 있는 체계를 정비함으로써 정신질환의 만성화를 차단하고, 증상으로 인한 안전사고를 감소시킴으로써 정신질환에 대한 비관적 인식을 개선하여야 한다.

또한, 한정된 자원으로 효과를 극대화하기 위하여 사회의 주요 의사결정집단(Opinion Leader)인 의사, 변호사, 언론인, 교육자, 사회복지사, 종교인 등을 대상을 집중적인 교육과 홍보를 실시함과 아울러 일반인의 인식 개선을 위한 홍보효과의 극대화를 기하기 위하여 정신질환자 및 그 가족을 주축으로 민간단체가 적극적으로 나서야 하며 정부차원에서도 TV방송, 언론매체 활용, 리플렛 등 지속적인 대국민 홍보를 전개하여야 할 것이다(보건복지부, 2002)

정신질환자 문제는 단순히 가족차원의 문제가 아니라 가족을 대신하여 환자들을 돌볼 수 있는 사회적인 시스템과 치료이후의 관리체계가 절실히 필요하다. 이를 위하여 정신질환에 대한 사회적인 관심을 이끌어 낼 수 있는 정부차원의 대책과 지원이 있어야 한다.

4. 외래치료 활성화 등 단기치료 위주로의 전환 유도

산업화와 핵가족화로 인하여 가정에서 환자를 돌보기 힘들고 지역사회의 정신보건 인프라가 부족한 우리의 현실을 감안할 때 정신질환자는 병원이 아니면 갈 곳이 없으므로 장기 입원은 불가피한 선택이라고 할 수 있다. 정신질환자의 약 70%가 의료급여 환자로 경제적으로 절대 빈곤층에 속하므로 장기 입원을 선호하고, 퇴원을 하더라도 재발 방지를 위한 관리를 받기 어려워 사실상 방치상태에 있으므로 또 다시 질병이 악화되어 입원을 반복하는 악순환을 거듭하고 있다.

장기 입원 정신질환자의 상당수가 의료급여 환자로 공급자측에서는 정액제 방식에 의한 진료비 지급으로 입원환자 수는 늘리고 의료인력 투입을 줄이면 더 많은 수익을 얻을 수 있을 뿐만 아니라 치료내용과 시설의 개선을 기대하기 힘든 등 의료공급자의 적극적인 치료의지를 이끌어 내지 못하고 건강보험환자에 비하여 낮은 질의 의료서비스를 제공받을 가능성이 높으므로 장기입원으로 이어지게 되며, 수요자측에서는 환자 및 가족이 부담하는 본인부담금이 경감 또는 면제되고, 퇴원 후 가족들의 부담감으로 인하여 조기 퇴원을 유인할 기제가 마련되어 있지 않다.

정신질환으로 인한 진료비 부담도 상당하여 건강보험심사평가원의 2001년도 진료비 자료에 의하면 전체 의료급여 총진료비 2조원의 12.2%를 정신과 진료비에 충당하고 있다.

수요를 초과하는 정신병상의 공급을 억제하기 위하여 장기입원을 유도할 수록 병원의 경제적 이익이 체감하는 단기입원 또는 외래치료 위주로의 수가체계로 변경함으로써 집중적인 양질의 단기 치료위주로 운영되도록 하여야 할 것이다.

우리나라와 같이 민간 정신병상의 비율이 높은 일본에서는 낮병원의 수가체계 개선 및 정신질환자의 외래와 낮병원에 대한 본인부담금 인하 같은 정신의료체계의 변화와 정신의료기관과 연계된 입소 및 주거시설을 확충하면서 장기입원 및 장기수용체계의 변화를 시도하고 있다.

이러한 장기 입원은 지역사회정신보건체계에서 발견되고 의뢰되는 신규 입원대상 환자의 입원을 어렵게 하는 요인으로 작용할 수 있다.

2001년도 전국정신보건시설 실태조사에서 의료보장 형태별 입원(소)환자는 의료급여2종 환자는 수급권자 10만명당 491.7명, 의료급여1종 환자는 10만명당 3,741.5명, 건강보험 입원환자는 10만명당 34.7명으로 의료보장 형태별로 재원기간의 차이가 현격함을 알 수 있다.

의료급여 1종 환자의 장기입원·입소경향을 줄이기 위해 정신질환자에게 제공되는 사회경제적 지지체계를 구축해 나가는 것은 물론 의료기관에 대한 지불보상체계에 대한 변화가 필요하다는 것을 의미한다. 즉, 입원의 불필요한 장기화를 막고 병상 활용의 극대화를 위하여는 차감수가제의 적용 등을 긍정적으로 검토해 볼 필요가 있다.³²⁾

그리고 우리나라 정신질환자의 입원(소)기간이 장기간(평균 1,368일)인 것은 국공립정신병원을 제외한 사립정신병원, 정신요양시설, 부랑인시설 등의 만성 입원(소)시설이 주원인이라고 할 수 있다.

32) 신영전, 국가정신보건체계의 새로운 모색, 한양의대 예방의학실, 2001

즉 이들 시설에는 재원적절성이 부족한 입원(소)환자의 비율이 높다고 할 수 있다. 따라서 우리나라 정신질환자의 재원기간을 적정화하기 위해서는 사립정신병원과 정신요양시설 및 부랑인시설 입원 및 입소환자의 재원기간을 줄일 수 있는 방안을 적극적으로 마련해 나가야 할 것이다.

이들 시설에 입원되어 있는 환자가 대체로 사회지지체계가 약화 또는 와해된 상태임을 고려할 때 이들의 재원기간을 줄이기 위해서는 의료급여제도와 기초생활보장제도 등의 개선을 통해 지역사회에 거주하는 정신질환자와 그 가족에게 필요한 의료 및 사회경제적 지원정도가 병원 입원이나 시설 입소로 인해 얻는 혜택보다 더 강해야 할 것으로 보인다.³³⁾

아울러 정신질환자의 장기 입원을 예방하기 위하여 정신보건법에 의하여 각 시·도에 설치된 정신보건심위원회의 기능을 활성화함으로써 병원 및 시설의 장기입원 유혹을 차단할 수 있는 법 제도적 관행의 개선이 시급히 요청된다.

5. 정신보건의료기관간의 역할 분담 및 연계체계 유지

지역사회정신보건서비스의 다양한 활동과 프로그램을 분류하는 일반적 기준은 그 성격에 따라 예방, 치료, 재활사업으로 분류하는 것이다. 정신보건의료기관 중 보건소는 예방중심의 조직이라는 특성을 가지며, 정신의료기관은 본질적으로 치료기능을 수행하고, 사회복지시설은 재활기능을 주로 수행하도록 제도화되었기 때문에 조직간 역할분담 논의의 중요한 기준이 될 수 있다는 것이다.³⁴⁾

33) 서동우, 사회인구학 및 임상적특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의 재원기간 분포, 신경정신의학 제41권제6호, 2002

34) 이용표, 지역사회정신보건조직간의 역할분담 및 연계체계 형성방안에 관한 연구, 지역사회정신보건제2호, 2002

지역사회정신보건사업의 효율적 수행을 위하여 공공-민간 역할분담에 관한 이론적 견해와 정신보건의료조직의 특성을 토대로 조직간 역할 분담의 원칙을 다음과 같이 설정할 수 있다.

첫째, 서비스대상자들의 기본적 욕구충족을 위한 보호적, 경제적서비스는 보건소 또는 정신보건센터에서 제공하고, 전문적 치료나 재활서비스는 의료기관, 사회복지시설 등 민간조직이 담당한다.

둘째, 지역주민 전체를 대상으로 하는 보편적 서비스는 보건소나 정신보건센터에서 담당하고, 개별적인 서비스 제공이 필요한 특정집단에 관한 서비스는 사회복지시설 등 민간조직이 담당한다.

셋째, 정신보건 관련전문가와 조직대상 서비스의 기획과 조정은 보건소 또는 정신보건센터에서 수행한다.

넷째, 정신보건진단, 기획, 조사, 홍보 등과 같은 간접서비스는 정신보건센터에서 담당하고, 서비스대상자들과 대면적 접촉을 통해 이루어지는 직접서비스는 정신의료기관, 사회복지시설 등 민간조직이 담당한다.

즉 서비스체계내에서 관련기관간의 적절한 역할분담을 통하여 서비스 공급의 중복을 방지함으로써 자원을 낭비를 방지하고 직종간의 갈등 발생을 예방할 수 있으며 서비스간 조정이 원활히 수행될 수 있는 기반이 조성될 수 있다. 정신보건조직 중 핵심적인 역할을 수행할 정신보건센터는 지역사회보건복지인력 교육, 정신보건자문 및 운영위원회 운영, 지역사회 정신보건진단, 정신보건자원에 관한 기획 조정업무, 정신보건서비스 대상자 발견·등록·의뢰체계 구축, 등록 정신질환자에 대한 사례관리 등을 통하여 정신보건체계내 조직간 연계를 체계화하는 활동에 초점을 두어야 한다.

아울로 정신보건체계외에 교육·종교·교정·복지·의료·노동관련체계 등의

인접 전달체계와 긴밀하게 연계되어 서비스는 이들 체계와의 연계속에서 정신 질환자가 요구하는 다양한 서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다.

특히, 학교, 교정시설, 사업장 등의 인접서비스체계는 서비스대상자가 정신보건체계로 유입되는 과정에서 통로역할을 하거나 지역사회로 진출하는 과정에서 매개역할을 하기 때문에 정신보건체계와의 연계중요성은 아무리 강조해도 지나침이 없다고 하겠다.

6. 정신보건센터의 역할 강화

지금까지 우리나라의 정신보건센터는 지역사회에서 자원연결 및 조정역할을 수행하고 있지 않을 뿐 아니라 오히려 등록 정신질환자(300~400명/개소)에 비하여 턱없이 부족한 전문인력(2~4명)과 빈약한 재원으로 사회복지시설과 동일한 프로그램을 실시하여 정신보건자원의 낭비를 초래하며 사회복지시설과의 갈등 소지를 제공하고 있어 서비스 체계가 그 기능을 상실하고 있다.³⁵⁾ 따라서 정신보건센터는 정신보건서비스체계 내외의 조직들과 어떻게 연계하고 협력해야 공동의 목적을 효율적으로 달성할 수 있는가에 관한 서비스조정·통합에 역점을 두어야 한다.

이를 위한 전략으로 Baker(1991)가 알콜중독, 약물중독, 정신보건의 세분야에 관한 조정을 논의함에 있어 활용한 동일장소 배치³⁶⁾, 정보와 의뢰³⁷⁾, 중앙접수 및 의뢰³⁸⁾, 기관간 네트워크 형성³⁹⁾, 사례관리⁴⁰⁾, 직원 공유⁴¹⁾, 경제

35) 이용표, 지역사회정신보건조직간의 역할분담 및 연계체계 형성방안에 관한 연구, 2002

36) 다수의 독립적인 기관에서 파견된 서비스제공자들이 동일한 물리적 환경에 배치되어 있는 상태로 서비스대상자의 물리적 접근성을 향상시키고, 직원간의 관계를 용이하게 한다.

37) 서비스를 필요로 하는 대상자를 그에 대한 자원을 보유한 기관으로 유도해주는 프로그램을 말하며, 전문가에 대한 서비스 의뢰가 가능하며 서비스 중복을 방지할 수 있는 장점이 있다.(Murphy)

38) 조정된 서비스계획에 따라 사정, 치료계획, 연계, 모니터, 평가, 사후관리과정에서 다양한 서비스간의 효과적인 중재자 역할을 함으로써 보호의 연속성을 담보할 수 있다.

적 보상모델⁴²⁾ 등 다양한 방법이 있으나, 우선, 지역사회 정신보건 서비스 전달체계에 관계자간의 연계업무를 공식화 즉 기관간의 연계업무를 공식화 할 수 있도록 모임이나 협의체를 구성해야 한다.

또한, 정신보건서비스 연계의 장애요인을 극복하는 방안을 마련해야 한다. 기존 관련기관들에 대한 목록과 서비스 내용에 대한 정보를 구체적으로 확보할 뿐만 아니라 환자의 연령과 기능, 치료단계에 맞추어 활용이 가능하도록 정보망을 만들어야 한다. 특히 장기적으로는 정신장애인이 치료를 받는 동안 그의 가족을 지원하고, 퇴원후 교육, 직업 등의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 분야의 기관까지 적극 개발함으로써 연계의 내용과 범위를 확대하는 노력을 병행해야 하는 것이다.(박미은, 1999)

정신보건서비스 관계자의 서비스 연계에 대한 교육과 훈련이 뒷받침되어야 한다. 즉 기관간, 전문직간, 다학제간에 이루어지는 것이므로 관련 단체, 학회등은 서비스대상자의 이익을 위해 전문직들이 협력해야 하는 공동의 신념과 목적에 대한 합의를 이끌어내는 데 주도적 역할을 담당해야 한다.

정신보건센터의 인력구성을 살펴보면, 선진국의 경우 다양한 직종의 3~5명의 전문인력으로 팀이 구성되어 여러 개의 팀을 운영하고 있으나, 시·군·구의 정신보건센터와 보건소를 중심으로 전개되고 있는 지역사회정신보건사업의 정신보건전문인력(정신보건센터 상근인력 2~4명)의 배치현황과 사회복귀시설(비상임 정신과전문의 1인, 정신보건전문요원 1명/입소자

39) Wilson(1977)에 의하면 다학제팀, 쌍방계약, 협의회를 기관간 네트워크모델의 유형이 될 수 있다.

40) 개인이 필요로 하는 서비스가 조정된 상태에서 효율적으로 전달되도록 도모하는 과정으로, 이 모델은 보호의 연속성, 접근성, 책임성의 목표를 지향하며 사례관리자 또는 팀에 의해 제공된다.

41) 둘이상의 기관이 직원을 공동으로 고용하는 방식을 마하며, 서비스 조정이 향상되는 장점이 있다

42) 기관의 협조에 대한 보상을 제공하고 조정에 대한 관심을 자극하며 부분적으로 중복되거나 동일한 서비스를 반복 제공함으로써 발생하는 비용을 줄이고, 책임성을 향상시키며 서비스의 중앙통제를 원조하기 위해 사용되며, 수행계약예산의 일원화매칭비율 조정 등이 이 모델에 해당된다.

15명기준)의 인력기준을 고려할 때 정신병원 및 정신요양시설에 입원한 정신질환자의 상당수가 탈원화가 이루어질 경우 정신보건전문인력의 수요에 상응하는 인력충원은 시급히 요청되는 사항이다.

2003.4월 현재 100개수준인 정신보건센터를 2010년까지 시군구별로 1개씩 242개이상 설립하고 예산과 인력을 대폭 확대하려는 정부 당국의 계획과 아울러 지역사회정신보건사업의 활성화를 위한 재원조달 기전의 변화가 필요하다. 정신보건분야의 정책우선순위를 제고를 통하여 일반예산의 확보를 보다 적극적으로 유도해야 함을 물론 보건복지부의 국민건강증진기금을 통한 재원마련도 적극 추진해야 할 것이다.

급격한 사회경제적 변화와 함께 빠르게 증가하는 국민의 정신건강 문제에 대한 사회적 부담의 해결을 지역화하고, 지역화된 정신건강문제를 정신보건센터를 통해 효율적으로 해결하는 선진국형 정신보건서비스체계와 같이 우리나라의 공공부문의 정신보건서비스체계도 향후 지역사회내에서 전통적인 정신분열병 환자는 물론 알콜과 약물남용문제, 치매를 포함한 노인의 정신건강문제, 소아청소년의 정신건강문제를 포함한 포괄적인 정신보건영역에서의 서비스 조정자와 제공자로서 중심적 역할을 수행하는 선진국형 정신보건서비스체계로의 발전이 기대된다.

7. 사회복지시설의 재활프로그램 개발 등 재활기능 강화

지역사회에서나 대규모 입원시설에서 만성정신질환자의 사후관리와 사회복지를 위한 욕구는 매우 다양하다. 만성정신질환자들을 포괄적으로 관리하는 차원에서 서비스전달체계가 확립되어야 하고, 퇴원한 환자의 추후관리와 사회복지를 위한 프로그램이 마련되어야 외래 및 단기입원이 활성화

될 수 있다.

선진국의 경험에서도 알 수 있듯이, 지역사회 차원에서도 탈원화의 혼란과 부작용을 최소화하려면 환자들의 사회복귀를 위한 준비작업이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회내에 다양한 사회재활프로그램이 개발과 - 예를 들면, 정신사회재활센터의 설립과 운영, 보호작업장을 비롯한 각종 사회복귀시설의 설립·운영 - 이를 담당할 전문인력의 양성 등이 요구되며 특히 그룹홈, 임시주거시설, 직업훈련시설 등 주거와 직업재활을 위한 다양한 프로그램이 개발되어야 할 것이다.⁴³⁾

우리의 경우, 정신질환자의 사회복귀를 위하여 중요한 기능을 수행할 사회복귀시설이 절대적으로 부족할 뿐만 아니라 지역적으로도 편재되어 있다.

또한, 국가나 지방자치단체로부터의 재정적 지원이 빈약하여 정신질환자의 사회생활기술 및 직업재활을 위한 다양한 프로그램을 공급하지 못하고 내용상 획일적인 수준에 머물러 있다. 일본의 다양한 사회복귀시설 설치·운영과 프로그램 운영을 위한 다양한 전문인력 배치 등을 거울삼아 지역사회정신보건 서비스전달체계는 기존의 수용중심의 병원에서 지역사회에 초점을 두는 방향으로 나가는 것이 세계적 추세이므로 지역사회에서 정신질환자를 보호하거나 재활시키는데 있어서 필요한 다양한 서비스가 절대적으로 부족하며, 지역사회 중심의 치료·재활체계로의 전환속도 지연되고 있다. 따라서 기능이 다양한 지역사회정신보건서비스가 필요하며 이를 위해 그룹홈 형태의 사회복귀시설에 대해서는 설치를 용이하게 하는 등의 제도적 보완이 필요할 것이다.

43) 황성동, 캘리포니아주립병원들의 입원환자 변화추이와 한국정신보건제도 발전을 위한 정책적 함의, 한국사회복지학 39권, 1999.

8. 민간부문의 참여 유도

지역정신보건서비스체계가 정착되려면 우선 그동안 치료의 중심이라고 할 수 있는 요양시설 또는 전문정신병원에의 장기입원을 지양해야 할 것이다. 앞으로 지역사회를 중심으로 하는 정신보건체계가 정착되는 과정에 전문정신병원 병상수의 필연적인 감소가 예상되므로 정신병원의 서비스 프로그램의 다양화가 적극 모색되어야 할 것이다. 즉 전문정신병원은 장기입원을 위한 병상수를 과감하게 줄이고, 환자들의 단기입원 및 집중치료를 중심으로 응급환자나 치료하기 어려운 환자들을 위한 치료기관으로 그 주된 역할을 전환하고, 동시에 환자들의 다양한 수요에 대응하도록 낮병원, 부분입원, 외래서비스, 재활서비스, 주거훈련프로그램 등 다양한 서비스 프로그램을 도입 운영하는 변화를 도모해야 할 것이다.⁴⁴⁾

즉, 정신보건서비스체계에서 공공부문이 차지하는 비중이 취약하여 서비스 공급의 90%이상을 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설 등 민간부문이 담당하고 있는 이상 정신보건정책의 효율적인 추진을 위하여 민간부문의 참여를 유도하는 것은 정책의 성과를 좌우한다고 할 것이다.

정신질환자와 그 가족을 주축으로 하는 자조모임과 자원봉사자 단체 등 민간비영리 단체를 국가가 재정적으로 지원하여 활성화함으로써 지역사회 정신보건사업과 정신보건정책 결정과정에 참여를 보장하여 그들의 의견을 수렴하고, 프로그램에 대한 평가를 통하여 그 결과를 반영함으로써 서비스의 효율성을 높일 수 있다.

44) 황성동, 캘리포니아주립병원들의 입원환자 변화추이와 한국정신보건제도 발전을 위한 정책적 함의, 한국사회복지학 39권, 1999.

VI. 요약

지금까지 본 연구에서는 우리나라의 지역사회정신보건서비스 전달체계의 수립을 위한 정책 방향을 모색하기 위하여 문헌고찰을 통하여 지역사회정신보건서비스에 관한 이론적 배경, 우리나라 지역사회정신보건서비스의 현황 및 문제점, 일부 선진국의 지역사회정신보건서비스 전달체계를 검토함으로써 정신보건서비스체계 개선을 위한 시사점과 향후 발전방향을 위한 정책적 함의를 제시하고자 하였다.

문헌 연구를 통하여 우리나라 정신보건서비스 전달체계의 현황과 문제점과 일부 정신보건서비스 선진국의 비교분석을 통하여 나타난 우리나라 정신보건서비스체계 발전을 위한 시사점 및 정책적 함의를 아래와 같이 요약할 수 있다.

첫째, 미국, 일본, 영국 등 선진국들은 이미 20~30년전부터 정신보건법을 제정하여 국가정신보건정책의 방향을 수용위주에서 지역사회 정신보건사업으로 전환하고 중앙정부 및 지방정부 등 공공부문이 중심이 되어 지역사회 정신보건센터 등의 설치를 통해 적극적이고 전문적인 정신보건사업을 수행해 오고 있다. 따라서 정신보건서비스 전달체계의 확립을 위하여 국가는 정신보건정책목표를 명확하게 설정하고, 정신질환자의 탈시설화와 사회통합을 위한 지역사회내 지지체계를 형성하여야 한다. 이는 국가의 적극적인 정신보건정책 추진의지와 지역사회정신보건센터가 담당하여야 하는데, 정신보건체계내에 다양한 정신보건자원을 통합, 조정, 관리기능을 수행하고 민간부문의 자원을 활용하려면 공공부문이 그에 관한 권한과 책임을 부담

하여야 한다.

둘째, 정신보건서비스체계의 변화를 위해서는 다음과 같은 정신보건정책이 우선적으로 추진되어야 할 것이다.

우선, 정신질환자와 가족이 장기입원과 수용위주의 서비스체계에 편입되기 이전에 지역사회내에서의 정신의료서비스체계와 사회경제적 지지체계를 통해 지역사회 거주를 지탱할 수 있는 유인체계를 구축하여야 한다.

또한, 정신병원과 정신요양시설의 대형화와 집중화를 막기 위한 정신병상에 대한 공급정책이 효과적으로 운용되어야 한다.

그리고 정신요양시설의 기능재정립을 위해서는 정신보건법 등의 제도적 변화가 필요하다. 특히 현재 기능이 낮고 만성화된 정신질환자가 많으며 지역사회와 멀리 떨어져 개방적 정신요양시설로의 기능전환이 어려운 시설을 제외하고 지역사회내 또는 지역사회와 아주 근거리에서 비교적 개방적으로 운영되고 있는 시설을 중심으로 정신요양시설을 개방적 거주시설로 유도하기 위한 제도적 유인책이 필요하다.

셋째, 정신질환에 대한 사회적 편견 해소를 위하여 노력하여야 한다.

정신질환 치료의 장소가 지역사회로 이동하는 지역사회정신보건서비스의 조기 정착을 도모하고, 정신질환자를 조기 발견하고 적기에 치료할 수 있도록 하기 위해서는 정신질환에 대한 사회적 편견을 해소하는 것이 급선무이다. 정신질환에 관한 국민들의 바람직한 지식, 태도, 행동을 증진시키는 일을 지속적으로 전개해 나가야 한다.

우선 정신질환자에 대한 외래치료명령제 등을 조기에 도입하여 조기발견 조기치료할 수 있는 체계를 정비함으로써 정신질환의 만성화를 차단하고, 증상으로 인한 안전사고를 감소시킴으로써 정신질환에 대한 비관적 인식을

개선하여야 한다.

또한, 한정된 자원으로 효과를 극대화를 도모하기 위하여 사회의 주요 의사결정집단(Opinion Leader)인 의사, 변호사, 언론인, 교육자, 사회복지사, 종교인 등을 대상을 집중적인 교육과 홍보를 실시함과 아울러 일반인의 인식 개선을 위한 홍보효과의 극대화를 기하기 위하여 정신질환자 및 그 가족을 주축으로 민간단체가 적극적으로 나서야 하며 정부차원에서도 TV방송, 언론매체 활용, 리플렛 등 지속적인 대국민 홍보를 전개하여야 할 것이다

넷째, 외래치료 활성화 등 단기치료 위주로의 전환을 유도하여야 한다.

시설에 장기간 입원되어 있는 환자가 사회지지체계가 약화 또는 와해된 상태를 고려할 때 이들의 재원기간을 줄이기 위해서는 의료급여제도와 기초생활보장제도 등의 개선을 통해 지역사회에 거주하는 정신질환자와 그 가족에게 필요한 의료 및 사회경제적 지원정도가 병원 입원이나 시설 입소로 인해 얻는 혜택보다 더 강해야 할 것으로 보인다.

아울러 정신질환자의 장기 입원을 예방하기 위하여 정신보건법에 의하여 각 시·도에 설치된 정신보건심위원회의 기능을 활성화함으로써 병원 및 시설의 장기입원 유혹을 차단할 수 있는 법 제도적 관행의 개선이 시급히 요청된다.

다섯째, 정신보건의료기관간의 역할 분담과 연계체계를 유지하여야 한다. 서비스체계내에서 관련기관간의 적절한 역할분담을 통하여 서비스 공급의 중복을 방지함으로써 자원을 낭비를 방지하고 직종간의 갈등 발생을 예방할 수 있으며 서비스간 조정이 원활히 수행될 수 있는 기반이 조성될 수 있다.

여섯째, 정신보건센터의 역할을 강화하여야 한다.

정신보건센터는 정신보건서비스체계 내외의 조직들과 어떻게 연계하고 협력해야 공동의 목적을 효율적으로 달성할 수 있는가에 관한 서비스조정·통합에 역점을 두어야 한다.

급격한 사회경제적 변화와 함께 빠르게 증가하는 국민의 정신건강 문제에 대한 사회적 부담의 해결하기 위하여 공공부문의 정신보건서비스체계도 향후 지역사회내에서 전통적인 정신분열병 환자는 물론 알콜과 약물남용문제, 치매를 포함한 노인의 정신건강문제, 소아청소년의 정신건강문제를 포함한 포괄적인 정신보건영역에서의 서비스 조정자와 제공자로서 중심적 역할을 수행하는 선진국형 정신보건서비스체계로의 발전이 기대된다.

이 연구는 문헌연구로 일부 선진국의 사례연구 및 우리나라 정신보건서비스 실태와 관련하여 인터넷을 통한 데이터 검색을 통하여 얻어진 연구보고서, 통계자료, 정부간행물 등을 활용하였다.

지역사회정신보건에 관한 수많은 선행연구 결과물중에서 연구자의 가치관에 의하여 최근 한정된 자료를 근거로 연구가 진행되었기에 이 연구결과는 한계점을 가질 수 밖에 없다.

이러한 연구의 한계점을 조금이나마 보완할 수 있는 향후의 연구방향은 보다 풍부한 자료원을 바탕으로 비교분석의 준거틀을 활용하여 연구를 진행할 경우에는 좀 더 객관적이고 합리적인 타당성을 갖는 연구결과를 얻을 수 있을 것으로 판단된다.

참 고 문 헌

<국내 문헌>

- 권순범, 정신보건서비스 전달체계의 개선방안에 관한 연구 : 서울시 서부지역을 중심으로, 서강대 공공정책대학원 석사학위논문, 2002
- 김문근, 지역사회정신보건서비스 전달체계 대안 비교연구, 지역사회정신건강 제2호, 2002
- 김성상, 지역사회 정신보건사업의 실시에 따른 문제점과 대책. 동아대 정책과학대학원 석사학위논문, 2000
- 김용익외, 정신보건 현황과 정책개발, 서울대학교 의대 의료관리학교실, 1994
- 남정자 외, 정신보건의 현황과 정책과제, 한국보건사회연구원, 1994
- 문성미, 지역사회정신보건제도에 관한 비교분석, 중앙대 사회개발대학원 석사학위논문, 2000.
- 문인숙·양옥경, 「정신장애와 사회사업」, 일신사, 1991
- 박미은, 도시지역 정신병원에 근무하는 사회복지사들의 서비스연계에 영향을 미치는 개인변인 연구, 정신보건과 사회사업 제15집, 2003
- 박미은, “정신보건법에서 사회사업가의 역할에 관한 연구”, 이화여대 석사학위논문, 1989
- 보건복지부, 2002년 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서, 2003
- 보건복지부, 2004년도 정신보건사업 안내, 2004
- 보건복지부, 정신보건관련법령집, 2003
- 보건복지부, 정신보건 국외출장자료(영국), 2002
- 보건복지부, 국가정신보건정책 평가와 개선전략 개발, 2004
- 보건복지부, 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준 개발연구, 1994
- 서동우 외, 지역사회정신보건 서비스체계 구축방안, 지역사회정신보건사업 기술지원

- 단 세미나자료집, 2001
- 서동우, 사회인구학 및 임상적 특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설
입원환자의 재원기간분포, 신경정신의학 제41권제6호, 2002
- 서동우, 우리나라 정신보건전달체계 모형, 지역정신보건사업 기술지원단 세
미나자료집, 2001
- 신영전, 지역사회정신보건센터의 위상과 전망, 평택시 지역정신보건세미나
자료집, 1999.
- , 국가정신보건체계의 새로운 모색, 한양의대 예방의학교실, 2001
- 양옥경, 지역사회정신건강, 서울 나남출판사, 1996
- , 지역사회 정신보건의 모형 : 공중보건모델의 적용, 정신보건과 사회사업,
2000
- 양옥경, 공중정신보건을 위한 지역사회정신건강 모형개발 연구, 정신보건과 사회사
업 제9집, 2000
- 오혜경, “영국의 지역사회보호서비스의 전개와 기본조건”, 「사회복지리뷰」, 카톨
릭대 사회복지연구소, 1996
- 윤향숙, 지역사회 정신보건사업의 현황과 활성화방안연구 : 군 단위 보건소를 중심
으로, 대구카톨릭대 사회복지대학원, 2003
- 이선혜, 농촌지역사회정신보건사업체계 개발 및 정신보건의 현황과 정책개
발, 서울의대 의료관리학교실, 1996
- 이선혜, 정신보건서비스전달체계의 강화방안에 관한 연구, 강남대학교 사회
과학논총 제8권, 1999
- 이영문, 민간협력체계 중심의 국가 정신보건체계 모형구축, 아주대 정신과
학교실, 2001
- 이영문, 김정훈, 정영기, 정신의료시설 입원환자의 인구통계학적 특성, 「용
인정신의학보」 제3권제1호, 1996

- 이영문, 한국정신보건개혁을 위한 담론, 용인정신의학보 제8권, 2001
- 이용표, 지역사회 정신보건조직 간의 역할 분담 및 연계체계 형성방안에 관한 연구, 지역사회정신보건 제2호, 2002
- 이충순·한은선·황태연, 지역사회 정신보건의 역사와 이론, 현대정신보건과 지역사회, 1996
- 임혁, 정신장애인을 위한 정신보건서비스의 개선방안, 부산대학교 일반대학원 사회복지학과 석사학위논문, 2001
- 정영문, 정신요양시설의 운영현황과 기능전환에 관한 연구, 연세대 보건대학원 석사논문, 2002
- 조홍식, 미국의 지역사회정신보건서비스 전달체계와 지역사회지원서비스 모델에 관한 연구, 재활복지 제2권 제1호,
- 최일섭·최성재, 사회문제와 사회복지, 서울 : 나남출판사, 1999
- 한국병영경영연구원·한국보건사회연구원, 『'98 병원경영통계』, 2000
- 한국보건의료관리연구원, 국립서울정신병원 장기발전계획연구, 1997
- 한성현, 지역사회 정신보건사업의 개선방안에 관한 연구. 단국대학교 정책경영대학원 석사학위논문, 2001
- 한양대 지역사회보건연구소·보건복지부, 국가정신보건전달체계 개발에 관한 연구, 2000
- 한재경, 지역사회 정신보건과 정신장애에 대한 주민의 인식조사. 대구 카톨릭대학교 사회복지대학원 석사학위논문, 2001
- 현외성, “사회복지정책 주체의 유형과 기능적 특성연구”, 한국사회복지정책학회, 사회복지정책 제10집, 2000
- 홍경수, 지역정신보건사업의 효율화 방안에 관한 연구, 전북대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001
- 황성동, 캘리포니아주립병원 입원환자들의 변화추세 및 한국정신보건제도

의 발전을 위한 정책적 함의, 한국사회복지학, VOL.39, 1999
황성동외, 국립정신보건연구원의 설립방향과 운영방안에 관한 연구, 건국대
사회정책연구소, 2001
황태연 외, 지역사회정신보건사업의 현황과 전망, 사회정신의학 제6권제1호,
2001

<외국 문헌>

Baker, Frank & James Intalglita, Case Management, in Robert.. P.
Lieberman(ed), Handbook of Psychiatric Rehabilitation, Boston, 1992
Cockerham. W. C, Sociology of Mental Disorder, N.Y. : Prentice Hall,,
1981
Compton. A, “Development in the Psychoanalytic Theory of Anxiety”
in K.L.Schlesinger(ed.), Handbook on Stress and Anxiety,
Sanfrancisco : Jossey Bass, 1980
Sharfstein. S. S, Health Care Delivery in the United States(4th ed.), NY :
Springer Publishing Company, 1990
Gilbert & Terrel, Dimension of Social Welfare Policy, 4th ed, 1988
H.R.Lamb, Textbook of Psychiatry-Community Psychiatry and Prevention, 1988
Maguire.L, Social Support Systems, 1996, pp.57-58
Munetz & Geller, “The Last Restrictive Alternative in the
Post-institutional Era” , Hospital and Community Psychiatry,
Vol.44,1993
Murray & Lopez, *The Global Burden of Disease*, Harvard U. Press, 1996.
OECD, *OECD Health System: Facts and Trends*, 1993.

- Test, Mary Ann & R. Scott, Theoretical and Research Basis of Community Care Program, Cambridge University Press, 1990
- Test. M. A, Continuity of care in community treatment, New Directions in mental health services, 1979
- Wing J. K & Brown. G, Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960-1968. Cambridge : Cambridge University Press
- Wolfensberger. W, A Principle of Normalization I Human Services, Toronto : National Institute on Mental Retardation

= Abstract

A Study on Mental Health Policy in Korea

**In-Cheon, Kim
Graduate School of
Public Health
Yonsei University**

(Directed by Professor Hye-Young Kang)

The purpose of this study was to suggest a policy to improve a community mental health service delivery system in Korea and to offer some suggestions to enhance mental health service system. To achieve this purpose, this study reviewed previous literatures on community mental health services, and based on the review, examined theoretical background of the system and identified status and problems of Korean community mental health services and the community mental health service delivery systems of some developed countries.

At first, according to theoretical roots of community mental health services, it means the system that provides the mentally handicapped with integral services in the community, based on normalization, social integration, or the concept of the minimum regulations.

The community mental health service system was established in Seoul and Kyunggi province in around 1990s as a pilot project, and in 1995, it was

institutionalized with legislation of the Mental Health Act. Even though it has been less than 10 years since its establishment, the system has been gradually expanded centering upon public health centers and community mental health centers. In the process of development of community mental health services, many problems such as the absence of the community mental health service delivery system that provides patients with hospital treatments, overlapping of mental health centers and rehabilitation institutions, and the absence of various program have been appeared.

In addition, to make a suggestion to solve problems of community mental health service system of Korea, this study compared service delivery system of three countries, the U.S, the U.K, and Japan that had established community mental health service delivery system and developed their own models for the system. As a result, this study intended to suggest some implications and policy making proposals that were helpful to establish a policy related to mental health.

Implications investigated through comparative study of mental health service systems were as follows: firstly, Korean government needs to intervene in the system actively, just as developed countries did when they established their systems for the first time. Secondly, national and local management organizations should keep their partnership to help the mentally handicapped to rehabilitate into their community. Thirdly, it is necessary to organize teams consisting of interdisciplinary professionals so that community mental health centers can control contents of services and provide more effective services in their own way.

Based on these implications, this study offers some suggestions to improve

mental health service systems in Korea, and they are as follows:

Firstly, to establish a mental health service delivery system, government should set a definite goal of mental health policy and make a plan that supports local communities in order to help the mentally handicapped to rehabilitate and integrate into society.

Secondly, to make changes in mental health service system, it is required to establish a system that encourages people to reside in a community through mental medical service system and social and economic supporting systems in communities. Institutional changes of the Mental Health Act is necessary to reorganize capacity of mental sanatoriums, and all of us make an effort to get rid of social prejudice against mental diseases.

Thirdly, medical institutions for mental health should share their roles and keep their partnership. To do this, the role of community mental health centers should be improved by enhancing various professionals and financial resources.

Finally, programs for rehabilitation should be developed to help the mentally handicapped succeed in rehabilitation. Also local residents, volunteers, and professionals related to the mental health service try to participate in mental health service delivery system and they will have a positive influence on community mental health system by developing various services and or evaluating them.

Key words : community mental health service, mental health service system