

발간등록번호

11-1620000-000139-01

2008년도 인권상황 실태조사  
연구용역보고서

# 장기 입원의 구조적 원인과 지속 요인

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,  
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

# 장기 입원의 구조적 원인과 지속 요인

2008년도 국가인권위원회 정신장애인인권실태조사  
연구용역보고서를 제출합니다

2008. 12.

연구수행기관 강원대학교병원 정신과

연구책임자 박종익 (강원대학교 의과대학 신경정신과학교실)

연구원 장홍석 (인천광역시 의료원 정신과)

연구원 이진석 (서울대학교 의과대학 의료관리학교실)

연구원 이명수 (서울시정신보건센터)



---

# 요약문

---

본 연구는 “정신질환자에 대한 장기입원의 구조적 원인과 지속요인”에 대한 실태 조사를 통해 장기입원을 예방하기 위한 제도적 정비방안을 모색하기 위하여 시행되었다. 여러 가지 다양한 각도에서 그 요인을 알아보기 위하여 몇 가지 소연구로 나뉘어져 있다. 첫째, 정신보건시설 입소자를 대상으로 한 재원기간분석, 둘째 장기입원 환자들의 특성에 대한 조사, 셋째 대안으로서의 지역사회정신보건서비스 이용자의 특성과 서비스현황에 대한 조사, 넷째 계속입원심사를 청구한 장기입원자의 보호자 요인과 대안에 대한 조사, 다섯째 정신질환치료경로에 대한 분석을 통하여 조기 개입의 현황과 장기입원과의 관련성 연구, 여섯째 정신보건심판위원회의 운영 현황과 대안에 대한 연구 등이다.

2008년 현재 정신보건시설에서의 재원기간은 중앙값 153일이었으며, 이 중 6개월 이상의 장기입원자는 46%를 차지하였다. 그러나 2년간 입원했던 기간을 합산하여 보면 6개월 이상이 75.8%로 4명에 3명꼴로 장기적인 입원을 하고 있는 것으로 조사되었다. 이는 반복적인 재입원과 횡수용화에 기인하며, 장기입원을 억제하는 데 있어서 정신보건심판위원회의 낮은 기각률뿐만 아니라 계속입원심사청구제도 자체도 거의 효과가 없음을 보여주고 있다.

재원기간에 유의하게 영향을 주는 중요한 요인은 재원기관의 유형, 의료보장의 형태, 보호자의 유형 및 태도, 진단명, 입원의 형태 등이었다. 그 중 특히 강력한 지속요인은 의료급여 1종과 보호자 동의입원이었다. 즉 의료급여의 일당정액제와 보호자에 의한 동의입원이 지속되는 한 장기입원은 근절되기 어려울 것으로 평가된다.

장기입원의 보호자에게는 거주시설이 가장 선호되었으며, 주간보호사례관리에는 매우 부정적인 태도를 보였다. 반면 지역사회에서 거주하는 환자군과의 비교를 통하여 임상증상의 차이보다는 가족이나 사회의 지지체계 정도가 장기입원에 끼치는 영향이 더 크다는 것을 알 수 있었다.

초발 입원 정신질환자에 대한 건강보험심사평가원 자료 분석은 초발 3년 내에 장기입원을 경험한 환자는 전체의 18.8%에 이르는 것으로 나타났으며, 이 중 78.3%가 발병 첫 해에 이미 장기입원을 경험하는 것으로 나타나서 첫 입원 후 상당히 빠른 시간 내에 장기입원으로 이어진다는 것을 보여 주었다. 아울러 초기 단계에서 어떤 식의 정신의료 서비스가 제공될 것이냐는 것이 장기입원을 줄이는데 매우 결정적인 것으로 평가된다.

장기입원을 억제하기 위한 정신보건심판위원회의 기능은 단순한 퇴원심사 뿐만 아니라 비자의적입원에 대한 심사, 재입원에 대한 적절성 평가, 퇴원 후 지속적인 관리 체계심사 등이 제안되었다.

결론적으로 장기입원은 여러 의료적, 사회적, 제도적 요인이 결합된 산물이나 궁극적으로 한 인간의 존재를 영원히 사회에서 격리시키는 반인권적인 행위이다. 이의 개선을 위해서는 정신병원에서 지역사회로의 회귀를 기본축으로 하는 새로운 패러다임의 정신보건체계를 구축해야 한다.

---

# Abstract

---

We conducted the survey as to the structural causes and maintenance factors affecting long-term hospitalization of the mentally ill in order to search for several ways in terms of systemic renovation which put a curb on long stay in institutions. This research project is divided into half a dozen of subjects in diverse perspectives. First of all, the analysis of factors affecting the length of stay with inmates in institutions singled out by multistage cluster sampling method. Secondly, the features of so-called long-term hospitalized inmates past two years. Thirdly, the features of customers outside institutions and services provided by the community mental health system, Fourthly, the features of de facto caretakers whose family members are confined and requested for extension of hospitalization more than twice. Fifthly, the path analysis of psychiatric inpatients with a first episode and factors related to long-term hospitalization. Lastly, the alternative policies to strengthen the function of the Mental Health Review Board to hold back long stay.

According to the data, the median length of the stay among the inmates was 153 days in surveyed institutions, even the proportion of the hospitalized over 6 months leading to 46%. However, about three-quarters of inmates have been institutionalized for more than six months, by summing each hospitalized period of past two years. This phenomenon should be attributed to readmission and transinstitutionalization, proving that the Mental Health Review Board seldom

played an effective role to prevent long-term stay in terms of review system about extension of hospitalization with low rejection rate.

Several factors affecting the length of stay were type of institution, type of reimbursement system, the attitude of caretakers against patients, type of diagnostic groups, and mode of admission. Two of them such as Medicaid 1 type and admission by caretakers were the strongest factors to deter discharge in time.

Caretakers of long-term inmates preferred residential facilities as alternatives to admission, shunning services by community mental health center like day-time programs. On the other hand, the survey regarding patients living in community showed that positive attitude of caretakers and social support system strongly influenced the length of stay rather than severity of clinical symptoms did.

The path analysis of the psychiatric inpatients with a first episode collaborated with Health Insurance Review and Assessment Service revealed that 18.8% of the registered newly in 2005 have already experienced long-term hospitalization within 3 years since first admission, surprisingly, 78.3% of them, even in the first year. These data suggest that the cycle of long-term hospitalization may be activated no later than expected. In addition, the intervention at early stage is crucial to lessen the length stay depending on how much of high quality services are provided to the admitted.

The role of the Mental Health Review Board should be diversified and strengthened to curb down the long-term hospitalization by adding new functions such as review of involuntary admission, evaluation of admission appropriateness, and post-discharge monitoring system to intrinsic one.

In conclusion, long-term institutionalization has been regarded as a hotchpotch mixed up with medical, social, and systematic factors, nevertheless, judged to be an antihumanistic crime to destroy the dignity of human being. Mental health system with new paradigm should be built by converting hospital-based axis into community-based one, which is the only exit to escape from vicious cycle of long-term admission.

# 목 차

---

요약문 .....	i
Abstract .....	iii
제1장 서론 .....	1
1. 연구 배경 및 목적 .....	1
2. 연구의 필요성 .....	4
제2장. 연구 방법 및 구성 .....	7
제3장. 정신보건시설 입원/ 입소자 재원기간 분석 .....	9
1. 연구의 필요성 .....	9
2. 선행연구 .....	10
가. 국외연구 .....	10
나. 국내연구 .....	11
3. 연구방법 및 연구내용 .....	12
가. 조사대상기관의 선정 .....	12
나. 조사 일정 및 면접표집대상 .....	15
다. 재원기간의 정의 .....	18
라. 장기입원의 정의 .....	18
마. 조사의 도구 .....	19
바. 재원적절성의 정의 .....	21
사. 조사 분석 방법 .....	21
4. 정신보건시설 입원/입소자의 재원기간 분석 .....	21
가. 정신보건시설 종류별 재원기간 .....	22

나. 사회인구학적 특성에 따른 재원기간 분포 .....	25
다. 사회경제적 지지정도에 따른 재원기간 분포 .....	29
라. 진단 및 병력에 따른 재원기간 분포 .....	32
마. 임상증상 및 기능장애 정도별 재원기간 분포 .....	35
바. 지역사회정신보건서비스체계와 재원기간의 분포 .....	46
사. 계속입원심사관련사항과 재원기간의 분포 .....	51
아. 가족체계 및 특성과 재원기간의 분포 .....	53
자. 재원기간 관련 요인 .....	58
5. 입소자의 계속입원심사 및 법적 권리의 이해 .....	58
6. 입소자의 회수용화 경험 .....	58
7. 재원적절성 결과 .....	59
8. 심층면접사례 유형별 분류 및 분석 .....	60
<b>제4장. 장기 입원/입소자의 특성 .....</b>	<b>71</b>
1. 연구 배경 및 목적 .....	71
2. 연구방법 및 내용 .....	72
가. 분석대상 .....	72
나. 조사 분석 방법 .....	72
3. 장기입원/입소자의 특성 .....	72
가. 사회인구학적 특성 .....	72
나. 입원/입소기관 유형 .....	73
다. 사회경제적 지지체계 .....	73
라. 진단과 입원력 .....	73
마. 임상증상 및 기능장애의 정도 .....	75
바. 지역사회정신보건서비스 체계 .....	76
사. 계속입원심사관련사항 .....	76
아. 보호자·가족체계 .....	77
4. 고찰 .....	78
<b>제5장. 장기 입원/입소군의 보호자의 특성 .....</b>	<b>81</b>
1. 연구 배경 및 목적 .....	81

2. 연구방법과 내용 .....	82
가. 조사대상 및 응답률 .....	82
나. 조사 일정 및 방법 .....	83
다. 조사도구 .....	83
라. 분석방법 .....	84
3. 장기입원군의 보호자 특성 및 장기입원 요인 .....	84
가. 보호자의 사회인구학적 특성 .....	84
나. 장기입원군의 입·퇴원에 관한 특성 .....	87
다. 장기입원군의 지역사회 거주를 위한 대안 .....	91
라. 장기입원의 법적 이해 및 강제 퇴원에 대한 반응 .....	95
4. 고찰 .....	96
<b>제6장. 지역사회정신보건서비스 이용군의 특성 .....</b>	<b>99</b>
1. 연구 배경 및 목적 .....	99
2. 연구 방법과 내용 .....	100
가. 지역사회이용군의 정의 .....	100
나. 조사 일정 및 대상표집방법 .....	100
다. 조사의 도구 .....	100
라. 조사 분석 방법 .....	102
3. 지역사회서비스 이용군의 특성 .....	102
가. 지역별 분포 및 응답률 .....	102
나. 대상자 인적사항 .....	103
다. 조사대상자의 각 항목별 평가 수준 .....	108
라. 지역사회 정신보건서비스체계 평가 .....	114
마. 조사대상자의 입퇴원 관련조사 .....	116
바. 조사대상자의 가족체계 및 특성평가 .....	118
사. 퇴원 후 지역사회 연계체계 .....	122
4. 전체 재원환자군과의 특성 비교 .....	124
가. 사회인구학적 특성 .....	124
나. 병력 및 입원력 .....	125
다. 임상증상, 기능 그리고 사회지지체계 .....	125

라. 가족체계 및 특성 .....	126
5. 입원/입소시설과의 연계성 .....	127
가. 치료시설과의 연계상황에 대한 실태 .....	127
나. 입·퇴원 과정 - 지역정신보건센터의 개입 .....	127
6. 이용자의 과거 입원/입소 서비스와 계속입원심사 현황 .....	128
7. 고찰 .....	128
<b>제7장. 초발 정신질환자의 치료 경과 분석 .....</b>	<b>131</b>
1. 연구배경과 목적 .....	131
2. 분석 내용 및 방법 .....	132
3. 초발 입원 정신질환 발생 및 의료이용 현황 .....	132
4. 초발 입원 정신질환의 장기입원 현황 .....	136
5. 초발 시기의 의료이용 양상에 따른 의료서비스 이용 현황 .....	137
6. 초발 입원 이후의 의료보장 상태 변동 .....	141
7. 고찰 .....	143
<b>제8장. 심판위원회 제도 개선 방안 .....</b>	<b>145</b>
1. 연구 배경 .....	145
나. 심판위원회 퇴원심사 및 퇴원명령 현황 .....	147
다. 서울시 정신보건심판위원회 운영 결과 분석 .....	148
라. 심판위원회 운영방안 개선에 대한 사전 연구 .....	150
2. 연구 목적 .....	151
3. 연구 방법 .....	151
가. 1차 심판위원 설문조사 .....	151
나. 2차 간담회 .....	151
4. 연구 결과 .....	152
가. 응답자 현황 .....	152
나. 설문 결과 .....	152
다. 기타 의견 요약 .....	163
5. 결과 요약 및 고찰 .....	165
가. 보호의무자에 의한 부적절 재원에 대한 대책 .....	165

나. 퇴원 이후의 지속관리 체계 .....	166
다. 비자의적 입원에 대한 통제 기능 강화 .....	166
라. 자의입원제도에 대한 고찰 .....	166
마. 외래치료명령제 .....	167
바. 정신요양원에 대한 심판위원회의 역할 .....	168
사. 면접평가에 대한 의견 .....	168
<b>제9장. 결론: 장기 입원의 구조적 원인과 지속요인 .....</b>	<b>169</b>
1. 들어가는 말 .....	169
2. 장기입원에 관련된 요인 .....	169
3. 정책적 대안 .....	173
가. 지역사회 정신보건 체계로의 적극적 전환 .....	173
나. 의료비 지불제도의 개선 .....	175
다. 정신보건시설 서비스 평가 .....	176
라. 정신보건심판위원회 기능 전환 및 강화 .....	178
4. 맺음말 .....	179
<b>참고문헌 .....</b>	<b>181</b>
<b>부 록 .....</b>	<b>185</b>
A. 입소자 설문지 .....	155
B. 지역사회 설문지 .....	161
C. 계속입원심사청구 서류 양식 .....	168
D. 보호자전화설문지 .....	169
E. 장기재원 문제 개선을 위한 심판위원회 운영방안에 대한 설문 .....	175
F. 심층면접사례요약지 .....	184
G. 정신의료이용경로 별첨자료 .....	186

# 표 목차

---

표 1 정신보건시설 등급 .....	13
표 2 조사대상시설 .....	13
표 3 정신보건시설 현황(2006. 6. 30. 현재) .....	14
표 4 조사대상 정신보건시설의 입원(입소) 정신장애인 현황 .....	14
표 5 표집전체 대상자 .....	15
표 6 입원/입소자의 지난 2년간 합산 자원 기간별 구성비 .....	21
표 7 정신보건 시설 종류별 자원기간 .....	22
표 8 정신보건시설 종류별 자원기간(요양원, 사회복지시설제외) .....	23
표 9 정신보건시설 종류별 자원기간(1개 모 의료원 제외) .....	23
표 10 1994년 현재 정신보건기관 유형별 평균 자원일수 .....	24
표 11 1999년 현재 정신보건시설 종류별 자원기간 .....	24
표 12 성별 자원기간 분포 .....	25
표 13 성별 자원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	25
표 14 연령별 자원기간 분포 .....	26
표 15 연령별 자원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	26
표 16 결혼경력별 자원기간 .....	27
표 17 결혼경력별 자원기간(요양원, 사회복지시설제외) .....	27
표 18 교육정도별 자원기간 .....	27
표 19 교육정도별 자원기간(요양원, 사회복지시설제외) .....	28
표 20 종교별 자원기간 분포 .....	28
표 21 종교별 자원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	28
표 22 경제상태별 자원기간 분포 .....	29
표 23 경제상태별 자원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	29
표 24 의료보장형태별 자원기간 분포 .....	30
표 25 의료보장형태별 자원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	30
표 26 가족지지체계 정도별 자원기간 분포 .....	31

표 27 가족지지체계 정도별 재원기간 분포 .....	31
표 28 이전 거주형태별 재원기간 분포 .....	32
표 29 이전 거주형태별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	32
표 30 주진단명별 재원기간 .....	33
표 31 주진단명별 재원기간(요양원, 사회복지시설제외) .....	33
표 32 발병연령별 재원기간 분포 .....	34
표 33 발병연령별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	34
표 34 입원·입소 횟수별 재원기간 분포 .....	35
표 35 입원·입소 횟수별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	35
표 36 임상증상 정도별 재원기간 분포 .....	36
표 37 임상증상 정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	36
표 38 종합적 기능장애 정도별 재원기간 분포 .....	36
표 39 종합적 기능장애 정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	37
표 40 GAF 척도 점수별 재원기간 분포 .....	37
표 41 GAF 척도 점수별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	37
표 42 자살·자해 및 타해 위험도별 재원기간 분포 .....	38
표 43 자살·자해 및 타해 위험도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	38
표 44 현저한 사고 및 지각장애 정도별 재원기간 분포 .....	39
표 45 현저한 사고 및 지각장애 정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	39
표 46 기억력 및 지남력의 심한 손상 정도별 재원기간 분포 .....	40
표 47 기억력 및 지남력의 심한 손상 정도별 재원기간 분포 (요양원, 사회복지시설제외) .....	40
표 48 기괴한 행동 및 현저한 퇴행정도별 재원기간 분포 .....	40
표 49 기괴한 행동 및 현저한 퇴행정도별 재원기간 분포 (요양원, 사회복지시설제외) .....	41
표 50 적절한 식사 기능정도별 재원기간 분포 .....	41
표 51 적절한 식사 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	41
표 52 신체위생관리 기능정도별 재원기간 분포 .....	42
표 53 신체위생관리 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	42
표 54 의사소통 및 대인관계 기능정도별 재원기간 분포 .....	43

표 55 의사소통 및 대인관계 기능정도별 재원기간 분포 (요양원, 사회복지시설제외) .....	43
표 56 정기적 통원치료·약물복용 기능 및 병식 정도별 재원기간 분포 .....	44
표 57 정기적 통원치료·약물복용 기능 및 병식 정도별 재원기간 분포 .....	44
표 58 소지품 및 돈관리 기능정도별 재원기간 분포 .....	44
표 59 소지품 및 돈관리 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외) .....	45
표 60 대중교통·공공시설 이용 기능정도별 재원기간 분포 .....	45
표 61 대중교통·공공시설 이용 기능정도별 재원기간 분포 (요양원, 사회복지시설제외) .....	46
표 62 지역사회정신보건시설 이용 경험 유무별 재원기간 분포 .....	46
표 63 지역사회정신보건시설 이용 경험 유무별 재원기간 분포 .....	47
표 64 지역사회정신보건시설 이용 기간별 재원기간 분포 .....	47
표 65 지역사회정신보건시설 이용 기간별 재원기간 분포 .....	47
표 66 거주지 지역사회정신보건센터 존재 유무별 재원기간 분포 .....	48
표 67 거주지 지역사회정신보건센터 존재 유무별 재원기간 분포 .....	48
표 68 거주지 사회복지시설(전체) 존재 유무별 재원기간 분포 .....	49
표 69 거주지 사회복지시설(전체) 존재 유무별 재원기간 분포 .....	49
표 70 거주지와 입소시설의 지역 일치도에 따른 재원기간 분포 .....	49
표 71 거주지와 입소시설의 지역 일치도에 따른 재원기간 분포 .....	50
표 72 입원직전 지역사회 거주 기간에 따른 재원기간의 분포 .....	50
표 73 입원직전 지역사회 거주 기간에 따른 재원기간의 분포 .....	51
표 74 입원의 형태에 따른 재원기간의 분포 .....	51
표 75 입원의 형태에 따른 재원기간의 분포(요양원, 주거사회복지시설제외) .....	52
표 76 처우 개선 요구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포 .....	52
표 77 처우 개선 요구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포 .....	52
표 78 퇴원 청구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포 .....	53
표 79 퇴원 청구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포 (요양원, 주거사회복지시설제외) .....	53
표 80 생존 가족에 따른 재원기간 분포 .....	54
표 81 생존 가족에 따른 재원기간 분포(요양원, 주거사회복지시설제외) .....	54
표 82 주보호자에 따른 재원기간 분포 .....	55

표 83	주보호자에 따른 재원기간 분포(요양원, 주거사회복지시설제외)	55
표 84	지난 1개월간 면회횟수에 따른 재원기간 분포	56
표 85	지난 1개월간 면회횟수에 따른 재원기간 분포 (요양원, 주거사회복지시설제외)	56
표 86	주보호자의 입소자의 퇴원에 대한 태도에 따른 재원기간 분포	57
표 87	주보호자의 입소자의 퇴원에 대한 태도에 따른 재원기간 분포 (요양원, 주거사회복지시설제외)	57
표 88	환자가 생각하는 보호자가 퇴원에 부정적인 이유	57
표 89	정신보건시설 종류별 정신의료기관 입원 필요성 여부 (임상증상에 따른 분류)	59
표 90	1994년 현재 종합평가에 의한 정신보건시설 종류별 입원·입소환자의 재원적절성	59
표 91	1999년 현재 정신보건시설 종류별 재원적절 여부	60
표 92	장기입소자의 특성 1(전체 재원군과 비교)	72
표 93	장기 입소자의 특성 2(전체 재원군과 비교)	75
표 94	장기 입소자의 특성 3(전체 재원군과 비교)	75
표 95	장기 입소자의 특성 4(전체 재원군과 비교)	76
표 96	장기 입소자의 특성 5(전체 재원군과 비교)	77
표 97	한국과 일본의 입원형태별 정신의료기관 입원환자 분포의 비교	82
표 98	장기입원군 주보호자의 구성	85
표 99	장기입원군 주보호자의 연령대 분포	85
표 100	장기입원군 보호자의 성별 분포	86
표 102	장기입원군 보호자의 교육수준 분포	86
표 103	장기입원군 보호자의 거주지역 분포	87
표 104	장기입원군 보호자의 직업분포	87
표 105	장기입원군의 총입원횟수	88
표 106	장기입원군의 최고 입원기간	89
표 109	장기입원군에서 환자가 퇴원 요구시 보호자의 반응	90
표 110	장기입원군의 퇴원시 거주할 장소의 분포	90
표 111	장기입원군 환자를 위한 주거공간의 여부	91

표 112	정책대안으로 무료주거시설이 제안되었을 때 보호자의 환자퇴원에 대한 의견 .....	91
표 113	장기입원군 퇴원시 주간에 돌봐줄 가족의 유무 .....	91
표 114	정책대안으로 주간보호·사례관리가 제안되었을 때 보호자의 환자퇴원에 대한 의견 .....	92
표 115	장기입원군 보호자의 환자를 돌 볼 경제력 여력 .....	92
표 116	장기입원군 보호자가 느끼는 환자 퇴원시 경제적 부담감 .....	93
표 117	정책대안으로 경제적 지원이 제안되었을 때 보호자의 환자 퇴원에 대한 의견 .....	93
표 118	장기입원자의 보호자가 느끼는 환자의 증상의 심각도 정도 .....	94
표 119	정책적 대안으로 중증질환시에 국공립정신병원 전원이 제안되었을 때 보호자의 환자 퇴원에 대한 의견 .....	94
표 120	장기입원군 보호자가 느끼는 잦은 재발의 정도 .....	95
표 121	정책적 대안으로 외래치료명령제가 제안되었을 때 보호자의 환자 퇴원에 대한 의견 .....	95
표 122	장기입원군 보호자의 계속입원심사제도에 대한 이해도 .....	96
표 123	장기입원군 보호자의 강제퇴원명령시에 기대되는 반응 .....	96
표 124	응답 기관의 지역별 분포 및 응답률 .....	103
표 125	지역이용군의 인구사회학적 특성 .....	103
표 126	지역이용군의 진단명 분포 .....	105
표 127	지역이용군의 발병연령분포 및 유병기간(년) .....	105
표 128	지역이용군의 총 입원횟수 .....	106
표 129	지역이용군의 최근 2년간 입원횟수 .....	107
표 130	지역이용군의 최근 2년간 입원기간 .....	107
표 131	지역이용군의 직전퇴원후 지역사회거주기간1) .....	108
표 132	지역이용군의 임상적 증상 평가 .....	109
표 133	지역이용군의 재원적절성 분류기준 적용 결과 .....	110
표 134	지역이용군의 임상적 증상 수준 분류 .....	110
표 135	지역이용군의 기능 평가 .....	111
표 136	지역이용군의 기능 평가 수준 분류 .....	112
표 137	지역이용군의 GAF 분포 .....	112

표 138	지역이용군의 사회지지체계 평가 .....	113
표 139	지역이용군의 사회지지체계 평가 수준 분류 .....	114
표 140	지역이용군의 이용 지역사회정신보건시설 유형 .....	114
표 141	지역이용군의 취업 현황 .....	115
표 142	지역이용군의 주치의와 의사소통·협력정도 .....	115
표 143	지역이용군의 최근 입원 형태 .....	116
표 144	지역이용군의 첫입원기관 유형 분류 .....	117
표 145	지역이용군이 가장 오래 입원한 기관 유형 분류 .....	117
표 146	지역이용군이 최근 입원한 기관 유형 분류 .....	118
표 147	지역이용군 주된 보호자의 인구학적 특성 .....	119
표 148	지역이용군 주보호자의 퇴원에 대한 태도 .....	121
표 149	지역이용군이 생각하는 주보호자가 퇴원에 대해 부정적이었던 이유 .....	122
표 150	퇴원과정 개입시 장애요인 제 1순위 .....	123
표 151	퇴원과정 개입시 장애요인 제 2순위 .....	123
표 152	퇴원과정 개입시 장애요인 제 3순위 .....	124
표 153.	2005년 상반기 초발 입원 정신질환자 현황 (단위: 명, 건) .....	133
표 154.	2005년 상반기 초발 입원 정신질환자의 의료이용 현황 (단위: 일, 원) .....	134
표 155.	초발 입원 정신질환자의 첫 입원 의료기관 유형: 2005년 (단위: 일) .....	135
표 156.	초발 입원 정신질환자의 외래 이용 현황: 2005년 ~ 2007년 .....	135
표 157.	초발 입원 정신질환자의 장기입원 현황: 2005년 ~ 2007년 .....	136
표 158.	초발 시기의 의료이용 유형 구분 .....	137
표 159.	초발 시기의 의료이용 양상에 따른 환자 1인당 의료이용 현황: 2005년~2007년 (단위: 일, 원) .....	138
표 160.	초발 시기의 의료이용 양상에 따른 장기입원 현황: 2005년 ~ 2007년 .....	139
표 161.	2005년과 2007년 사이의 의료이용 유형 변동 (단위: 명) .....	139
표 162.	초발 입원 이후의 의료보장 상태 변동 현황 1 (단위: 명, 일) .....	140
표 163.	초발 시기의 의료이용 유형별 의료보장 상태 변동 (단위: 명) .....	141
표 164	지역사회 치료명령제도의 비교 .....	146
표 165	미국의 각 주의 지역사회명령제도 비교 .....	146
표 166	정신보건심판위원회 퇴원청구 심사 및 퇴원명령(환자) 현황 .....	147
표 167	서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원 관련 현황 .....	149

표 168	심판위원회 운영에 대한 문제영역 및 대안에 대한 심판위원들의 동의율	150
표 169	응답 심판위원의 지역별 분포	152
표 170	설문 결과(평균과 중앙값)	164

# 그림 목차

---

그림 1 입원(입소) 환자의 평균 재원기간(중앙값)분포 .....	3
그림 2 서울시정신보건심판위원회 운영 체계도 .....	127



---

# 제1장 서론

---

## 1. 연구 배경 및 목적

대한민국 헌법은 대한민국 국민 모두를 위한 법이다. 헌법 제11조 제1항에서 “모든 국민은 법 앞에 평등하다. 누구든지 성별·종교 또는 사회적 신분에 의하여 정치적·경제적·사회적·문화적 생활의 모든 영역에 있어서 차별을 받지 아니한다”고 규정하고 있다. 이런 평등권을 보장하기 위하여 국가인권위원회법 제30조 제2항은 보다 구체적으로 평등권침해의 차별행위를 “합리적인 이유 없이 성별, 종교, 장애, 나이, 사회적 신분, 출신지역, 출신국가, 출신민족, 용모 등 신체조건, 혼인여부, 임신 또는 출산, 가족 상황, 인종, 피부색, 사상 또는 정치적 의견, 형의 효력이 실효된 전과, 성적(性的) 지향, 병력(病歷)을 이유로 한” 일정한 행위로 규정하고 있다.

남녀고용평등법, 장애인차별금지법, 전면적인 가족법 개정 등의 법적인 노력을 통하여 성별이나 장애인에 대한 차별은 점진적으로 개선되고 있는 반면 정신보건법의 여러 차례에 걸친 개정에도 불구하고 여전히 사각지대로 남아 있는 것이 바로 정신장애인에 대한 차별이다. 특히 장기간에 걸쳐 수용되고 있는 정신장애인의 경우 헌법에서 규정하고 있는 신체의 자유는 물론이고 거주이전, 사생활의 비밀과 자유, 통신의 비밀 등이 치료라는 명목 하에 자주 침해당하고 있는 것이 작금의 현실이다. 대한민국 국민이면 누구나 다 존중되어야 할 인권이 보장받지 못하는 이유는 정신장애인에 대한 차별에 근거하며, 그런 편견은 일반인과는 본질적으로 다르다는 뿌리 깊은 잘못된 인식에서 출발하여 점점 그들을 경원시하고 소외시키는 분리정책으로 이어져, 그로 인해

사회에 적응을 어렵게 하고 격리가 더욱 더 가속화되는 악순환의 고리가 재생산되어서 결국은 영원히 사회로부터 탈락되는 결과를 낳게 되었다.

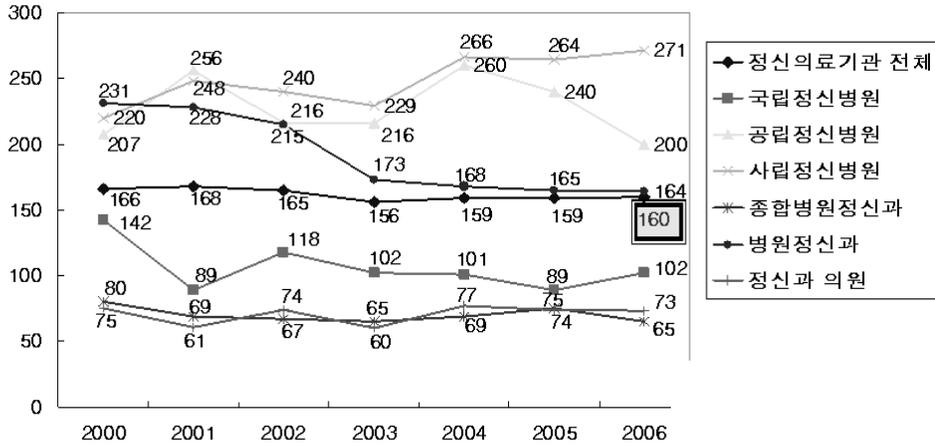
이러한 맥락에서 사회적 역할수행을 구조적으로 저해하는 장기입원은 정신장애인들의 인권실현을 더욱더 어렵게 만들고 있다는 점에서 반드시 개선되어야 할 부분이며, 탈수용화와 지역사회 정신보건 서비스의 도입은 정신장애인의 인권을 회복하기 위한 첫 단계가 될 수 있다. 실제로 우리나라 정신보건복지서비스 체계의 가장 큰 문제점은 장기입원 및 수용위주의 서비스체계라는 지적이 있었으며(서동우 등, 1999), 이에 대한 국가적 차원의 대처와 학계 및 의료계의 관심이 촉발되어 장기입원과 관련된 요인들에 대한 원인분석과 대처방법에 대한 다양한 연구들이 미흡하나마 지속되어 온 점은 다행한 일이라 할 수 있다.

1995년 정신보건법의 제정은 우리나라 정신보건의 지역사회 중심으로 변하기 시작하는 전기가 되었다. 정신보건센터가 처음으로 지역사회 정신보건서비스를 담당하기 시작하였고, 정신보건심판위원회가 설립되어 장기입원의 억제를 위한 계속입원심사제도가 도입되었다. 그러나 정신보건법의 취지와는 다르게 요양원 같은 미인가 시설의 양성화, 정신보건법 상 최소 의료인 수의 강제화, 유명무실한 처벌조항의 현실적인 한계 등이 오히려 정신병상의 증가 요인으로 작용하였고, 일본을 제외하고는 세계적으로 유례없이 지난 10여 년간 정신과 병상 수는 매우 빠르게 증가하였다.

이런 병상 수의 증가는 의료급여의 일당정액제 수가 하에 보다 많은 환자를 보다 오랫동안 수용하는 것이 공급자측의 이익을 증가시킨다는 단순한 경제논리가 악용되어 장기입원의 비율을 증가시키고, 퇴원한 환자가 다시 재입원하는 악결과를 유발하게 되었다. 또 정신보건법에 명문화된 정신과 환자의 권리 등이 별다른 제재를 받지 않고 쉽게 침해되면서 많은 장기입원 환자들이 소위 “수용화증후군”을 경험하게 되고 이것은 회복에 대한 의지를 약화시키고 장기입원을 더욱 가속화시켰다. 결국 지역사회로의 복귀가 가장 빨리 회복에 이르는 길이라는 수많은 외국의 연구결과에 역행하는 장기입원이 일반화되면서 정신장애인의 인권침해라는 부작용을 낳게 되었다고 볼 수 있다.

2006년을 기준으로 우리나라 정신장애인의 입원일수는 평균 247일이며(정신요양시설의 경우 2630일), 평균 재원기간이 시설 유형에 따라 65~271일에 이르고 있다(서동우 등 2007). 이 같은 수치는 평균 재원기간이 10~35일 수준인 다른 OECD국가들에 비해서 지나치게 높은 편이다(그림 1).

그림 1. 입원(입소)환자의 평균 재원기간(중앙값)분포(단위: 일)



특히 문제는 이 중 6개월 이상 장기입원자가 55.5%, 3개월 이상도 68.9%에 이르는 사실이다. 이 수치는 2004년도의 재원일수 중앙값 267일, 6개월이상 장기입원자 56.2%에 비해 거의 비슷한 수치이며, 여전히 장기입원을 선호하는 구조적 요인이 전혀 개선되지 않았다는 것을 반영하고 있다. 인권 측면에서 또다른 문제가 되는 것은 자의 입원의 비율이 10.7%에 불과해서 한국과 더불어 장기입원이 문제가 되고 있는 일본의 64.2%에 비하여 매우 낮다는 사실이다. 비자발적 장기 입원의 비율이 높다는 것은 기본적으로 보호받아야 할 자기결정권을 박탈당하고 있다는 것을 반영하는 것이며, 당연히 입원 기간 중 삶의 질의 저하를 수반할 수 밖에 없다. 즉 강제입원은 치료에 대한 순응도를 떨어뜨리는 이유가 되기도 하고, 강압적인 치료 방법이 자주 동반될 가능성을 높이기 때문에 치료자와의 신뢰 관계 형성에도 손상을 주어서 결국 임상증상의 악화나 재활치료의 효과를 감소시켜서 궁극적으로 장기입원으로 이어지는 경우가 많게 된다. 이로 인하여 다시 파생되는 인권 침해, 질병의 만성화, 사회기술의 퇴행은 지역사회에서의 적응을 더 어렵게 만드는 악순환의 구조를 재생산하게 된다.

따라서 장기입원의 근본적인 원인 및 영향을 주는 수많은 요인들을 조사하고 분석하는 것은 매우 중요한 일이라고 할 수 있다. 외국의 선행연구에 의하면 재원일수에 영향을 주는 요인들로 고려될 수 있는 것은 수십 가지에 이르나 평가방법이나 적용범위에 따라 달라질 수 있으며, 요인상호간의 작용으로 인하여 일관된 결과를 도출하지는

못하고 있다. 그러나 Medicaid 환자들에서 재원기간에 영향을 미치는 요인을 연구한 모델이 정신과에서 의료급여 환자의 비중이 상대적으로 매우 높은 우리나라의 현실을 고려할 때 비교적 타당할 가능성이 높다. 그 요인들은 환자의 요인, 진단, 정신병리의 심각도, 병원의 특성, 의료비 지불형태 등으로 크게 나누어 볼 수 있다고 한다(Frank RG et al, 1985).

우리나라의 경우 종합병원 정신과와 정신과 의원이 비교적 짧은 재원기간을 보인 반면, 공립 및 사립정신병원에서 재원기간이 긴 것으로 보아 병원의 특성이 매우 중요한 영향을 끼쳤다고 평가되며, 진단군과 의료비 지불형태가 장기입원에 영향을 주는 요인이었다는 연구가 있다(박종익 등 2003). 그러나 단면적 연구의 특성상 장기입원의 요인을 밝히는 데는 많은 한계가 있다. 따라서 보다 다양한 측면에서의 접근이 필요하다고 할 수 있다.

## 2. 연구의 필요성

장기입원의 요인에 대한 연구를 위해서는 크게 몇 가지 측면으로 나누어 보는 것이 필요하다. 외국의 경우를 보더라도 정신장애인의 장기입원에서 지역사회 서비스로의 전환은 어느 한두 가지의 요인을 개선해서 이루어진 것은 아니다. 첫째 제도 혹은 시스템적인 요인이다. 호주나 이탈리아가 비교적 빠른 시간 내에 성공적인 전환이 가능했던 것은 지방자치제도가 이미 잘 발달되어 있었기 때문이다. 각 지방에 가장 적합한 지역사회 정신보건 시스템이 재정적인 뒷받침과 맞물려서 효과적으로 정착되었기 때문에 가능했던 반면 우리나라처럼 중앙집권체계가 여전히 강력한 힘을 발휘하고 있는 상황에서는 재정이나 의료비 지불제도 또는 지역사회 정신보건서비스체계가 어느 정도 유기적이고 효율적으로 작동하느냐에 성패가 달려 있다.

둘째 경제적인 요인이다. 보건경제학은 고전적인 의미에서의 시장경제가 그대로 적용되기 어려운 특수한 분야를 다루고 있지만 여전히 수요와 공급은 가장 중요한 기본 요소이다. 특히 한국처럼 정신병상의 상당수가 국가가 아닌 개인에 의하여 운영되고 있으며, 의료보험의 경우에 상당한 자기부담금을 지불해야 하는 독특한 의료전달체계를 가진 나라에서는 시장경제의 원칙이 어느 정도 적용된다고 볼 수 있다. 공급자는 최대한의 이익을 얻고자 할 것이고, 소비자는 최소한의 지출을 하려고 할 것이다. 그렇지만 정신병상이 가지고 있는 특수한 문제는 시장에 나오는 가장 매력적인 상품이 환

자를 짧은 시간 내에 빨리 회복시키는 것이 아닐 수도 있다는 점이다. 즉 정신병원의 입장에서는 최소한의 자본과 노동을 투입하되 가능하면 신속히 회복되지 않고 오래 병원에 머무는 것이 최대한의 효율을 얻는 것이라는 계산을 할 수 밖에 없는데 이 점이 바로 장기입원의 중요한 유인 중의 하나라고 할 수 있다. 이는 정신보건 서비스의 질적인 저하라는 필연적인 결과를 낳게 되며, 의료급여 지불제도의 일당정액제 하에서는 너무나 당연하다고 볼 수 있다. 더구나 가족의 입장에서는 하루 빨리 집으로 돌아오기를 바라는 기대가 환자가 점점 만성화되면서 차츰 체념으로 바뀌게 되는데 입퇴원이 반복되고 사회 적응에 실패하게 되면 결국은 병원에 그냥 두는 것이 비용효과적으로 가장 최선이라는 결론에 도달하게 것 역시 무리는 아니라고 볼 수 있다. 그렇다면 장기입원은 경제적인 측면에서 현재 주어진 제도적 하에 최선은 아닐지라도 불가피한 결과물일 수도 있다. 그럼에도 불구하고 지역사회 정신보건 서비스는 입원치료보다 비용효과면에서 우위에 있다(Weisbrod BA et al. 1980).

마지막으로 사회적 혹은 형이상학적인 요인이다. 누구나 차별의 타파를 이야기하지만 정작 님비현상으로 인하여 공공정신병원의 가장 중요한 축인 서울국립병원의 향배는 몇 십 년 째 표류하고 있다. 장애인차별금지법의 좋은 취지에도 불구하고 정신장애인에 대한 막연한 편견은 차별 속의 차별을 만들고 있다. 정신장애인의 삶의 질이나 정서적인 만족감 같은 간접 혹은 무형의 비용이 국가의 정신보건정책에서 중요한 요소로 진지하게 고려되어야 한다. 아울러 장기입원을 줄이기 위해서는 정신장애인에 대한 편견을 타파하는 인식 개선이 동반되어야 한다.

이에 따라 장기입원의 구조적 요인 및 지속요인을 체계적으로 이해하고 해결방안을 모색하기 위해서는 다양한 측면에서의 조사가 필요하며 서로 얽혀져 있는 여러 요인의 상관관계를 분석하고 통합적으로 해석하는 것이 요구된다. 먼저 지금까지 주로 이루어져 왔던 시설 조사만으로는 장기입원의 요인에 대하여 단편적인 면밖에 알 수가 없다. 따라서 지역사회 서비스를 이용하며 생활하고 있는 환자와 비교를 한다면 보다 더 효과적일 것이다. 또 시설에 입원해 있는 환자 중에서 장기입원을 하고 있는 경우를 따로 구별하여 비교를 하는 것도 중요하다.

한편 자의입원이 전체의 10%에 불과한 현실에서 보호자는 매우 중요한 소비자의 역할을 하고 있다. 시설 입소자만을 대상으로 하는 조사는 실질적으로 아무런 권한이 없는 소비자의 취향을 알아보는 것에 그칠 수 있다. 이에 따라 장기입원을 하고 있는 환자의 보호자를 따로 조사하여 보호자 입장에서 장기입원에 영향을 주는 요인을 알아 보아야 한다.

또다른 측면에서 단면적인 조사의 한계를 극복할 수 있는 추적연구가 필요하다. 현실적으로 매우 어렵긴 하지만 환자가 입원한 후에 시간이 경과함에 따라 어떤 경로를 거치는지를 안다면 매우 유용한 자료가 될 수 있다. 이에 대하여 차선책으로 모든 입원 환자들의 의료비 청구 및 지불과 관련된 기관인 심사평가원의 자료를 분석할 수 있다면 제한적이거나 전체적인 흐름을 파악하는 데 도움이 될 수 있을 것이다.

6개월 이상의 장기입원이 전체 입원 환자의 반 이상인 현실에서 정신보건심판위원회의 계속입원연장심사제도는 사실상 장기입원의 유일한 억제책이지만 그 효과에 대해서는 다소 회의적이다. 특히 빈번한 재입원과 횡수용화는 이 기능조차도 유명무실하게 하고 있다. 이런 문제점을 해소하기 위하여 2008년에 이루어진 정신보건법의 개정은 시군구 단위의 정신보건심의위원회를 새로 만들고 심판위원회의 기능을 이양하였다. 그러나 이런 시도가 과연 얼마나 장기입원을 억제할 수 있을 지는 여전히 미지수이며, 보다 현실적인 대안을 찾기 위해서 현재 정신보건심판위원으로 일하고 있는 전문가들의 의견을 수렴하는 것이 필요하다.

정리하면 장기입원의 원인 및 지속 요인을 알기 위해서는 다양한 측면에서 영향을 끼치는 요인을 분석하여 한다. 이를 위해서는 제도적, 경제적, 사회적 측면에서 장기입원군과 그렇지 않은 군 또는 지역사회 거주군과 각각 비교할 필요가 있으며, 환자뿐만 아니라 보호자 입장에서의 요인도 분석되어야 한다. 또 단면적인 조사에 대한 분석뿐만 아니라 시간경과에 따른 자료의 분석도 요구되며, 유일한 억제책이라고 할 수 있는 정신보건심판위원회의 개선에 대한 연구도 추가되어야 한다. 이런 모든 요인에 대한 점진적인 개선은 장기입원을 억제하는 데 영향을 줄 수 있을 것이며 궁극적으로 정신장애자의 인권을 증진시키는 데 기여를 할 것이다.

---

## 제2장. 연구 방법 및 구성

---

본 연구는 크게 6가지 소연구로 구성되었다. 첫째 정신보건시설 입소자를 대상으로 한 재원기간분석, 둘째, 장기입원 환자들의 특성에 대한 조사, 셋째, 대안으로서의 지역사회정신보건서비스 이용자의 특성과 서비스현황에 대한 조사, 넷째, 계속입원심사를 청구한 보호자들에 대한 장기입원과 관련된 보호자 요인과 대안에 대한 조사, 다섯째, 정신질환치료경로에 대한 분석을 통하여 조기 개입을 현황과 장기입원과의 관련성 연구, 여섯째, 정신보건심판위원회의 운영 현황과 대안에 대한 연구 등이다.

첫째, 재원기간분석은 전국의 모든 정신보건시설을 지역별, 유형별, 입소자수별로 층화하여 입소자를 무작위로 추출한 이후 정신과전문의 또는 정신보건전문가가 직접 시설을 방문하여 입소자를 면담하고, 준비된 설문지를 작성하는 방식으로 진행되었다. 설문지를 통한 양적조사 뿐 아니라 각 시설별로 1사례 이상의 장기입원의 구조적 요인과 관련된 심층면접을 수행함으로써 질적연구도 병행하여 양적연구의 단점을 보완하도록 노력하였다. 이 연구를 통하여 재원기간에 영향을 주는 입원 및 입소시설의 종류, 사회인구학적 특성, 사회경제적 지지체계, 특히 가족적 특성, 진단 및 병력, 임상증상 및 기능장애의 정도, 지역사회서비스체계 등에 대한 자료를 수집하여 관련성을 조사하였고, 입소자의 계속입원심사 및 법적권리의 이해정도, 횡수용화의 비율 등을 측정하였다.

둘째, 입소자 중 조사시점을 기준으로 지난 2년 동안 입원 합산 기간이 1년을 초과하는 초점집단을 선정하였고, 이 집단의 입소시설의 종류, 사회인구학적 특성, 사회경

제적지지체계, 진단, 임상증상 및 기능의 정도, 퇴원의 조건 등을 조사하였다.

셋째, 지난 1년간 정신보건심판위원회에 계속입원심사를 청구한 장기입원환자군 중 무작위추출을 통해, 보호자와 설문지를 바탕으로 한 전화면접을 실시하여 보호자의 사회인구학적 특성, 입원의 결정 요인, 퇴원을 저해하는 요인, 퇴원을 촉진하는 대안 등에 대해 조사하였다.

넷째, 장기입원을 하는 입소자와 대비한 통제집단을 보기 위하여 현재 지역사회에서 서비스를 받고 있는 집단을 대상으로 하여 첫째 연구에서 사용된 설문지를 기본으로 한 지역사회서비스수혜자의 사회인구학적 특성, 사회경제적 지지체계, 특히 가족적 특성, 진단 및 병력, 임상증상 및 기능장애의 정도, 지역사회서비스 연계서비스체계를 조사하였다.

다섯째, 정신질환의 조기발견, 조기개입 및 집중적인 치료서비스의 제공이 정신질환의 만성화를 예방하고 사회적응력을 높인다는 이론과 가설을 바탕으로 하여 2005년 상반기 6개월 동안의 초발정신장애인을 코호트로 구성하여 2005년부터 2007년까지 3년간의 치료경로와 재원기간을 분석하였다.

여섯째, 현재 환자의 부적절한 장기입원을 통제하고 관리하기 위한 법적장치의 하나로 운영되는 가장 중요한 개념은 정신보건심판위원회의 강제퇴원명령이다. 정신보건심판위원회를 구성하는 심판위원을 대상으로 현 제도의 문제점에 대해 파악하고 발전적 대안에 대해 조사하였다.

---

## 제3장. 정신보건시설 입원/ 입소자 재원기간 분석

---

### 1. 연구의 필요성

전통적인 수용 위주의 정신보건정책은 필연적으로 장기입원을 유발하게 된다. 아무리 치료적인 목적으로 입원을 하게 되더라도 입원과정부터 입원해 있는 기간 그리고 퇴원결정이 나는 과정까지 정신장애인에 대한 직간접적인 인권침해는 무수히 이루어지고 있다. 강박, 격리, 폭행이나 부당한 처우와 같은 구체적인 사례 이외에 강제입원, 퇴원결정권 박탈 및 부적절한 장기 입원 자체가 정신장애인의 인권에 대한 근본적인 침해라고 볼 수 있다. 이것은 비단 현재적 시점에서의 인권문제를 야기하는 것 뿐 아니라, 장기적인 입원에 따른 수용화증후군(institutionalization syndrome)에 의한 사회부적응, 인격의 황폐화 및 질환의 만성화를 초래하여 정당한 치료과정을 저해하며, 한 인간으로서 사회 속에서 살아갈 수 있는 근원적 권리를 박탈하는 미래적 시점에서의 중대한 인권침해라고 볼 수 있다. 이러한 장기 입원의 구조적 원인과 지속요인을 밝히기 위해서는 먼저 현재 우리나라의 입원/입소 현황에 대한 파악이 가장 기본이라고 생각이 된다. 그러므로 우선 시설에 입소해 있는 사람들을 대상으로 하여 재원기간에 영향을 미치는 다양한 요인을 조사하는 것이 장기입원의 원인 및 구조적인 요인을 밝히는데 기본적인 토대가 될 것이다.

## 2. 선행연구

### 가. 국외연구

외국에서는 재원기간에 미치는 요인에 대하여 다양한 측면에서 연구를 하였다. 이러한 연구결과를 요약해 보면 증상이 심할수록, 정신분열병 진단을 받을수록, 사회적인 지지도가 적을수록 재원기간이 길어지는 양상을 보였다.

그럼에도 불구하고 하나의 요인이 재원기간에 절대적 영향을 미치지 못하며, 복합적 상호작용의 결과로 장기입원이 유도된다고 추론할 수 있다. 또한 각 나라가 처한 사회문화적인 환경과 제도의 차이, 일반 대중의 정신질환과 정신장애인에 대한 인식의 차이, 의료제도의 상이성 때문에 외국의 연구결과를 국내에 그대로 적용하기에는 무리가 따를 수 있다. 다만 외국의 선행 연구는 본 연구에서 어느 요인에 중점을 둘 것인가에 대한 중요한 정보를 줄 수는 있다.

#### 1) 진단명 또는 진단군 요인

진단명이 재원기간에 영향을 미치는지에 대한 여부는 연구에 따라 상이하게 나타나고 있다. 그러나 최근의 연구에서는 젊은 층에서는 정신분열병이나 인격장애가, 노인 층에서는 치매 환자에서 장기재원을 하는 경향이 있는 것으로 조사되기도 하였다 (Caton CLM과 Gralnick A., 1987)

#### 2) 질환의 중증도

Horn 등(1989)에 의해 개발된 전산화된 정신질환 중증도 척도(Computerized Psychiatric Severity of Illness, CPSI)를 이용할 경우 재원기간의 변이를 좀 더 정확하게 유추할 수 있다는 주장도 있다. Mezzich와 Coffiman 등(1985)은 진단명 보다는 정신과적 증상, 기능상태, 사회적 지지정도 등이 재원기간에 더 큰 영향을 미친다고 보고하였다.

#### 3) 서비스 공급자(provider) 요인

입원진료비의 지불 방법(Taube C et al., 1984), 정신의료기관의 유형(Caton CL M

과 Gralnick A, 1987; Kiesler CA et al., 1990), 의료기관 및 의료인의 태도(Mezzich JE. 과 Coffiman GA, 1985), 진료행태(Durbin J et al, 1999) 등이 영향을 미친다는 연구 결과가 있다.

#### 4) 진료비 지불제도

Kiesler 등(1990)은 의료보험 또는 의료급여 대상자인지 여부에 따라 재원기간에 영향을 주는 변수들이 달라진다고 보고하였고, Taube 등(1984)은 행위별수가제와 포괄수가제간에 재원기간의 차이가 있다고 하였다.

### 나. 국내연구

국내에서 재원기간에 영향을 미치는 변인들에 대한 연구로서는 1994년에 이호영 등이 발표한 것이 최초의 심층적인 연구라고 할 수 있다. 그 이후 1999년에 서동우 등이 보다 보완되고 심층의 연구를 수행하여 발표한 이후 재원기간에 대한 연구가 다양한 집단을 대상으로 이루어졌으나 정신의학의 다른 영역에 비해서 발표된 논문의 수나 질적 차원에서 큰 관심을 끌지는 못하였다. 기존 연구들에서 재원기간 혹은 입원적절성과 관련된 요인으로 관찰되는 변인들 중 진단명과 의료보장의 형태에 대해서는 대체로 일치된 의견을 보이며, 재원기관별 차이는 일관된 결과를 보이고 있다. 사회인구학적 특성, 사회경제적 지지정도, 임상증상 및 중증도의 차이에 따른 재원기간의 차이는 연구설계, 조사대상의 특이성, 조사의 시점 등에서 상이한 결과를 보이기도 한다. 기존의 연구자들은 이러한 각각의 연구결과를 바탕으로 하여 재원기간을 단축하고 적절한 입원을 담보하기 위하여 의료급여 환자들의 진료비보상제도의 개선, 지역사회정신보건체계의 확충 및 개선, 외래치료명령제의 도입, 정신보건심판위원회의 개선, 정신보건시설에 대한 관리체계의 변화, 효율적인 억제나 유인정책의 도입 등을 정책적 방안으로 제시하였다(이호영 등, 1994; 서동우 등, 1999; 김운과 홍진표, 1999; 조성진 등, 2001; 정인원 등, 2003; 서동우 등, 2006)

### 3. 연구방법 및 연구내용

#### 가. 조사대상기관의 선정

전국 정신보건시설 및 미인가 시설에 입원/입소하고 있는 정신질환자의 입·퇴원 현황 및 인권상황의 실태를 정확하게 파악하기 위한 현장방문조사의 방법으로써, 본 연구과제의 연구비 및 기간 등을 감안하여 전국적인 상황을 적절하게 대표할 수 있는 표본추출방법을 적용하고자 하였다.

다만, 표본추출 시에는 연구비가 허락하는 한 가급적 많은 수의 대상기관이 선별되어야 하는 동시에, 그 선별된 기관이 전체 모집단을 대표할 수 있는 대표성이 있도록 무작위로 추출되어야 한다는 두 가지 원칙이 반드시 지켜지도록 하였다.

본 연구에서는 이러한 점을 고려하여 표본추출방법으로 최근에 전국 규모의 대규모 역학연구에서 가장 널리 쓰이고 있는 다단계 집락추출(multistage cluster sampling) 방법을 사용하였다. 우선 전국을 서울, 경기, 충청, 전라, 강원, 경남의 6개 권역(primary sampling unit)으로 나누고, 각 권역에서 각각 10개의 시 내지는 군을 추출하고(secondary sampling unit), 각각의 시/군에서 1개 내지 2개씩의 정신보건시설을 무작위로 선별하여 전체 70개의 정신보건시설을 표본추출 하였다.

정신보건시설을 추출함에 있어 시설종류별, 계층별로 입소자수에 비례하여 추출하였는데, 계층별 기준은 최근 의료급여수가제도 개선안에 나온 정신의료기관 등급 제도를 사용하여 아래와 같은 기준으로 시설을 상중하의 세 등급으로 나누어 계층별 추출을 하였다.

- 정신과의사 1인당 입원환자수 = (폐쇄입원+개방입원) / (상임전문+상임전공\*1/2)
- 간호사 1인당 입원환자수 = (폐쇄입원+개방입원)/(상임정간+상임간호+조무사)
- 정신보건전문요원 1인당 입원환자수 = (폐쇄입원+개방입원)/(상임정복+상임임심)

위 수식으로 계산 한 뒤 표 1와 같은 등급기준에 따라 등급을 정해서 등급별로 계층별 추출을 하였다. 표본 추출된 시설종류를 표 2에 제시하였다.

표 1 정신보건시설 등급

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신과 의사 1인당 입원환자	정신과 간호사 1인당 입원환자	정신보건전문요원 1인당 입원환자
상	4점	4점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
중	3점 이상 4점 미만	3점	21명 이상 -61명 미만	6명 이상 -14명 미만	51명 이상 -101명 미만
하	3점 미만	0-2점	61명 이상	14명 이상	101명 이상

표 2 조사대상시설

(단위: 개소)

시설종류	등급	서울	경기	충청	경상	전라	강원	계	
정신 의료 기관	국립정 신병원	상	1						3
		중	2						
		하							
	공립정 신병원	상					1		3
		중		1					
		하				1			
	사립정 신병원	상		1					19
		중	2	2	1	3	1	1	
		하		1	3	3	1		
	종합병 원정신 과	상	1	2		1			7
		중			1		1		
		하				1			
	병원정 신과	상	1	1					16
		중		1	2	4	1	1	
		하		1		3	1		
	정신과 의원	상	1	1		1			12
		중	1	2	2	2	1	1	
		하							
정신요양시설		1	1	1	1	1		5	
사회복귀시설		1	1	1	1	1		5	
계		8	15	11	22	10	4	70	

표 3 정신보건시설 현황(2006. 6. 30. 현재)

(단위: 개소, 병상, %)

구 분		기관수	병상(정원)수	전체 병상구성비	
2006년 합계		1,333	79,131	100.0	
정신 의료 기관	소 계	1,124	63,760	81.6	
	정신병원	국 립	6	3,648	5.6
		공 립	12	4,185	5.3
		사 립	68	23,856	30.1
		소 계	86	31,689	41.0
	병·의원	종합병원정신과	167	7,419	9.4
		병원정신과	104	19,354	24.5
		정신과의원	767	5,298	6.7
		소 계	1,038	32,071	40.6
	정신요양시설		57	14,296	18.0
사회복귀시설		151	1,075	1.4	

자료: 2006. 중앙정신보건사업지원단

표 4 조사대상 정신보건시설의 입원(입소) 정신장애인 현황

(단위: 명, %)

	시설수	입원환자 수	자의입원	보호의무자에 의한 입원		응급입원
				보호의무자가 가족	보호의무자가 시장, 군수, 구청장	
총계	72	12,889(100.0)	2,258(17.5)	9,183(71.2)	1,436(11.1)	11(1)
정신의료기관 소계	60	11,334(100.0)	2,014(17.8)	8,742(77.1)	566(5.0)	11(1)
국립정신병원	3	1,167(100.0)	261(22.4)	897(76.9)	1(1)	7(6)
공립정신병원	3	854(100.0)	247(28.9)	604(70.7)	3(4)	0
사립정신병원	19	5,587(100.0)	765(13.7)	4,387(78.5)	431(7.7)	4(0.6)
종합병원 정신과	7	558(100.0)	177(31.7)	380(68.1)	1(1.8)	0
병원 정신과	16	2,635(100.0)	495(18.8)	2,016(76.5)	124(4.7)	0
정신과의원	12	533(100.0)	69(12.9)	458(85.9)	6(1.13)	0
정신요양시설	5	1,285(100.0)	23(1.8)	392(30.5)	870(67.7)	0
사회복귀시설	5	221(100.0)	221(100.0)	0	0	0
미인가시설	2	49(100.0)	0	49(100.0)	0	0

## 나. 조사 일정 및 면접표집대상

본 조사 일정은 2008년 8월 1일부터 동년 11월 15일까지 전국 각지의 6개 권역별 조사 대상 기관에서 진행되었다. 권역별 조사팀은 연구원을 중심으로 관련 전문가들(정신과 전문의 및 전공의, 정신보건 사회복지사, 정신보건 임상심리사)로서 구성되었다. 1일 1개의 기관 조사가 진행되었고 조사 대상 기관 내에서 대상자 선정은 성별, 병동, 의료 보장 종류에 따른 할당 표집법을 사용하였다(표 5).

조사 일정 전에 2일간 조사원 교육이 실시되었고 면접과 설문 및 시설 평가 조사 지침과 업무 역할 분담에 대해 교육하였다.

표 5 표집전체 대상자

(단위: 명, %)

	종류	빈도수	퍼센트
성별	남	1506	66.8
	여	747	33.2
나이 (46.91±11.66세)	20세미만	19	.8
	20대	127	5.6
	30대	445	19.8
	40대	725	32.2
	50대	589	26.1
	60대	321	14.2
	무응답	27	1.2
입원기간 (662.83±1355.00일)	3개월 미만	831	36.9
	4-6개월	383	17.0
	7-12개월	301	13.4
	13-24개월	277	12.3
	25-48개월	189	8.4
	49-72개월	79	3.5
	73-96개월	49	2.2
	97-120개월	46	2.0
	121개월 이상	97	4.3
	무응답	1	2.1
의료보장형태	보 험	674	29.9
	의료급여 1종	1189	52.8
	의료급여 2 종	184	8.2
	행 려(노숙자)	44	2.0
	무응답	162	7.2

표 5 표집전체 대상자(계속1)

(단위: 명, %)

학력	중졸이하	926	41.1
	고졸이하	804	35.7
	전문대이상	368	16.4
	무응답	154	6.8
결혼상태	결혼경력없음(미혼)	1076	47.8
	결혼상태유지(기혼,동거)	485	21.5
	결혼후이별(이혼,별거,사별)	557	24.7
	무응답	165	6.0
종교유무	있음	1245	55.3
	없음	819	36.4
	무응답	189	8.4
재원기관유형	국립정신병원	120	5.3
	공립정신병원	120	5.3
	사립정신병원	726	32.2
	종합병원정신과	188	8.3
	병원정신과	621	27.6
	정신과의원	225	10.0
	요양원	195	8.7
	사회복귀시설	58	2.6
진단명	정신분열병	1176	52.2
	정동장애	151	6.7
	알콜장애	613	27.2
	기타	187	8.3
	무응답	126	5.6
경제상태	전혀 문제없다	604	26.8
	조금 문제있다	756	33.6
	매우 문제 많다	662	29.4
	무응답	231	10.3

표 5 표집전체 대상자(계속2)

(단위: 명, %)

가족지지체계	같이살가족거주지있음	1353	60.1
	필요시도움줄가족친지있음	309	13.7
	필요시도움줄가족친지도 없음	363	16.1
	무응답	228	10.1
발병연령 (33.46±13.36세)	20세미만	195	8.7
	20-29세	418	18.6
	30세이상	764	33.9
	무응답	876	38.9
입원횟수 (5.01±5.67회)	1회	281	12.5
	2회	395	17.5
	3-5회	664	29.5
	6회이상	498	22.1
	무응답	415	18.4
임상증상 (3.22±2.66점)	증상경미(0~1)	639	28.4
	증상중간(2~4)	810	36.0
	증상심각(5점이상)	581	25.8
	무응답	223	9.9
종합기능 (2.74±2.95점)	고기능(0~1)	952	42.3
	중기능(2~4)	590	26.2
	저기능(5점이상)	509	22.6
	무응답	202	9.0
GAF (Global Assessment of Functioning) (49.03±16.20점)	40점이하	650	28.9
	41-60	964	42.8
	61점이상	434	19.3
	무응답	205	9.1

표 5 표집전체 대상자(계속3)

(단위: 명, %)

입원직전 지역사회거주기간	1개월미만	380	16.9
	1개월이상	384	17.0
	해당없음(첫입원)	259	11.5
	무응답	1230	54.6
입원형태	보호의무자입원	1508	66.9
	시도지사입원	125	5.5
	기타 자의입원 등	350	15.5
	무응답	270	12.0
생존가족	부나 모 생존	1196	53.1
	부모 없으나 배우자생존	293	13.0
	그 외 가족(부모, 배우자없음)	479	21.3
	기타	285	12.6
주보호자	부모	724	32.1
	배우자	289	12.8
	형제자매	630	28.0
	자녀	201	8.9
	기타	100	4.4
	본인	66	2.9
	무응답	243	10.8

## 다. 재원기간의 정의

본 조사에서 재원기간이라 함은 해당 정신보건시설에 입원(입소)한 시점부터 조사 시점까지로 정의하였다.

## 라. 장기입원의 정의

본 조사에서 장기입원이라 함은 현재 정신보건법상 계속입원심사의 기준이 되는 입원 후 6개월이 넘는 경우로 정의하였으며, 본문의 어떤 부분에서는 지난 2년간 합산

재원기간이 1년이 넘는 경우를 장기입원으로 기술하기도 하였다. 이런 경우는 혼선을 막기 위해 따로 표기하였다.

## 마. 조사의 도구

본 조사에서 사용한 조사도구는 서동우 등(1999)의 연구에서 개발한 것을 바탕으로 하여 연구목적에 필요한 가족요인을 평가하기 위한 내용을 추가하여 수정보완한 것이다. 조사는 정신보건전문가가 적용할 수 있도록 반구조화된 형태로 구성되었다. 면접조사로 파악하기 불가능한 사항에 대해서는 병원측의 협조를 구하여 원무과 자료와 환자의 의무기록을 참조하였다. 조사 도구에 포함된 내용은 아래와 같다.

### 1) 재원자의 사회·인구학적 구성

성별, 나이, 결혼의 상태, 학력, 의료보장의 형태, 종교 등이 포함되었다.

### 2) 재원 정신보건시설의 종류

재원하고 있는 시설을 국립정신병원, 공립정신병원, 사립정신병원, 종합병원정신과, 병원정신과, 정신과의원, 정신요양원, 사회복지시설 등으로 분류하였다.

### 3) 사회경제적 지지체계

경제상태, 가족지지체계, 입원/입소전 거주형태, 의료보장의 형태 등에 따라 분류하였다.

### 4) 진단과 입원력

진단명, 발병/진단연도, 총 입원횟수, 지난 2년간의 입원기간 합산 및 입원횟수, 직전 퇴원 이후 현 입원까지의 지역사회 거주 기간 등을 조사하였다.

### 5) 임상증상 및 기능장애의 정도

임상적 평가는 지난 1개월간의 환자의 증상을 6가지의 차원으로 나누어서 각 차원

별로 3개의 등급(없다 0점, 조금있다 1점, 자주있다 2점)으로 평가하였다. 6개의 차원은 자해 및 타해의 위험도, 현저한 사고 및 지각장애, 기억력/지남력의 심한 손상, 기괴한 행동이나 현저한 퇴행, 정신과약물 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/한시적 프로그램, 치료가 필요한 신체증상 동반 등이었다. 전체적인 임상증상의 정도는 각 차원별 점수를 합산하여 증상경미(평가합 0~1점), 중간 증상(평가합 2~4점), 증상 심각(평가합 5점 이상)으로 나누어서 재원기간을 분석하기도 하였다.

기능장애의 정도의 경우 지난 1개월간의 환자의 기능의 정도를 6개 차원(식사, 신체위생, 의사소통/대인관계, 약물관리/병식, 소지품 및 돈 관리, 교통/공공시설 이용)을 3개의 등급(도움없이 잘한다 0점, 조금만 도와주면 할 수 있다 1점, 혼자서 거의 못한다 2점)으로 나누어서 평가하였다. 임상증상의 정도에서와 마찬가지로 기능의 정도도 각 차원별 점수를 합산하여 고기능(평가합 0~1점), 중기능(평가합 2~4점), 저기능(평가합 5점이상)의 세군으로 분류하여 재원기간 분석을 시도하였다.

전반적기능평가척도(Global Assessment of Functioning, GAF)의 경우 점수에 따라 40점 미만, 41~60점, 61점 이상의 세군으로 분류하였다.

## 6) 지역사회정신보건서비스체계

정신보건센터의 인지, 이용여부를 물었고, 환자의 입원전 거주지를 파악하여 지역사회정신보건센터의 유무, 사회복지시설의 유무, 개방된 형태의 지역사회주거시설의 유무 등에 대하여 사후 조사하였다. 사후조사에 사용된 자료는 2007년 중앙정신보건사업지원단 보고서를 참조하였다.

## 7) 계속입원심사관련사항

환자의 입원의 형태, 6개월기한의 계속입원심사제도의 인지 유무, 정신보건법상의 처우개선/퇴원청구에 대한 권리의 인지에 대하여 조사하여 재원기간과의 관련성을 분석하였다.

## 8) 보호자·가족체계

생존한 가족 구성원, 주된 보호자의 특성(성별, 연령, 환자와의 관계, 경제력, 직업), 환자에 대한 지지정도(면회의 횟수, 퇴원에 대한 태도)에 대하여 조사하여 재원기간과

의 연관성을 분석하였다.

## 바. 재원적절성의 정의

재원적절성을 평가하기 위해서 위에서 소개한 환자의 임상증상을 참조하여 평가하였다. 정신의료기관에 입원하고 있는 환자의 경우 임상증상의 6가지 항목의 점수합이 2점 이상인 경우 재원적절한 것으로 분류하였으며, 정신요양원이나 주거사회복지시설의 경우 평가의 합이 5점 이상인 경우로 정의하였다. 이러한 분류는 가장 완화된 형태의 재원적절성의 분류를 적용한 것이다.

## 사. 조사 분석 방법

위에서 설명한 여러 변인에 따른 재원기간의 분포를 평균, 25 퍼센타일(percentile), 중앙값(50 퍼센타일), 75 퍼센타일 및 최대값으로 나누어 제시하였다. 또한 각 구분된 범주별 재원기간의 평균의 차이를 일원배치 분산분석(ANOVA, One-way Analysis of Variance)을 통해 전체 범주간에 통계적으로 유의한 평균의 차이가 있는지를 검증하고, 사후검정(post-hoc test)을 통해 구체적인 범주별 평균의 차이를 확인하였다. 자료의 분석은 SPSS 12.0을 사용하였다.

## 4. 정신보건시설 입원/입소자의 재원기간 분석

2008년 현재 정신보건시설에서의 재원기간은 중앙값 153일로 2006년에 비해 많이 감소된 편으로 조사되었으며, 6개월 이상의 장기입원자도 2006년의 52%에 비해 감소된 46%로 조사되었다. 그러나 환자들이 지난 2년간 입원했던 기간을 합산하여 보면 6개월 이하가 24.2%, 6개월에서 1년이 15.1%, 1년에서 2년이 60.7%로 반 이상의 환자들이 1년 이상을 입소시설에서 생활했던 것으로 조사되었다(표 6). 이런 현상은 평균재원기간과 6개월 이상의 장기입원이 줄어들었을 뿐 반복적인 재입원에 의하여 전체적인 입원 기간은 큰 변화가 없었다는 것을 의미한다.

표 6 입원/입소자의 지난 2년간 합산 채용 기간별 구성비

단위(명, %)

채용기간	빈도	퍼센트
6개월이하	465	24.2
7-12개월	290	15.1
13개월 이상	1168	60.7

## 가. 정신보건시설 종류별 채용기간

정신보건시설 종류별 채용기간의 분포는 표 7~표 9와 같다.

표 7 정신보건 시설 종류별 채용기간

(단위: 명, 일)

정신보건시설 종류	조사대상자수 <sup>1)</sup>	평균 <sup>2)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>3)</sup>
계	2252	662.83	55	153	534.25	9285	
국립정신병원	120	121.83	43	90	131.50	2046	A
공립정신병원	120	649.74	84.50	237	726.50	6603	B
사립정신병원	726	523.44	58	162	508.25	8287	A,B
종합병원 정신과	188	738.57	35	96	509.25	9285	B
병원정신과	621	301.41	42	108	334.50	3733	A,B
정신과 의원	225	305.85	57.50	145	325	3194	A,B
정신요양시설	194	3016.21	389	2036.50	5092	9097	C
사회복지시설	58	691.47	164.25	572.50	992.25	3580	B

주: 1) 각 시설의 전체 입원·입소 환자수

2) 그룹간 채용기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

3) 사후검정: 국립정신병원 <공립정신병원, 종합병원정신과, 사회복지시설 <정신요양시설

표 8 정신보건시설 종류별 재원기간(요양원, 사회복귀시설제외)

(단위: 명, 일)

정신보건시설 종류	조사대상자수 <sup>1)</sup>	평균 <sup>2)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>3)</sup>
계	2000	433.72	49	130	390.75	9285	
국립정신병원	120	121.83	43	90	131.50	2046	A
공립정신병원	120	649.74	84.50	237	726.50	6603	B,C
사립정신병원	726	523.44	58	162	508.25	8287	B
종합병원 정신과	188	738.57	35	96	509.25	9285	C
병원정신과	621	301.41	42	108	334.50	3733	A
정신과 의원	225	305.85	57.50	145	325	3194	A

주: 1) 각 시설의 전체 입원·입소 환자수

2) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

3) 사후검정: 국립정신병원, 병원정신과, 정신과의원 < 사립정신병원 < 종합병원정신과

표 9 정신보건시설 종류별 재원기간(1개 모 의료원 제외)

(단위: 명, 일)

정신보건시설 종류	조사대상자수 <sup>1)</sup>	평균 <sup>2)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>3)</sup>
계	2212	628.09	54.25	150.50	505.75	9097	
국립정신병원	120	121.83	43	90	131.50	2046	A
공립정신병원	120	649.74	84.50	237	726.50	6603	B
사립정신병원	726	523.44	58.00	162.00	508.25	8287	A,B
종합병원 정신과 <sup>4)</sup>	148	239.74	35	66	173.25	2809	A,B
병원정신과	621	301.41	42.00	108.00	334.50	3733	A,B
정신과 의원	225	305.85	57.50	145.00	325.00	3194	A,B
정신요양시설	194	3016.21	389	2036.50	5092	9097	C
사회복귀시설	58	691.47	164.25	572.50	992.25	3580	B

주: 1) 각 시설의 전체 입원·입소 환자수

2) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

3) 사후검정: 국립정신병원 < 공립정신병원, 사회복귀시설 < 정신요양시설

4) 1개 모 의료원은 제외함

정신요양시설이 가장 긴 재원기간을 보였고, 사회복귀시설, 공립, 사립정신병원 순이었다. 종합병원 정신과의 경우 일부 대학병원이 포함되어 있기 때문에 중앙값이 가장 적게 나타났다. 모 의료원의 경우 종합병원 정신과이기는 하나 입원 환자 대부분의

입원기간이 10년 가까이 되어 전체 자료를 왜곡시키고 있어 제외하고 분석하여 표 9에 제시하였다. 참고로 1994년, 1999년 연구에서의 기관유형별 재원일수 자료를 표 10, 표 11에 제시하였다.

표 10 1994년 현재 정신보건기관 유형별 평균 재원일수

(단위: 일)

정신보건기관 유형		평균재원일수	25%	중앙값	75%	95%
일반병의원	대학병원 정신과	60	11	20	46	158
	종합병원 정신과	60	22	41	88	166
	정신과의원	60	16	45	120	273
정신병원	국공립 정신병원	262	30	83	167	1,209
	사립 정신병원	962	241	483	1,462	2,870
정신요양시설		2,526	985	2,303	3,695	5,818
평균		1,528	85	761	2,613	5,177

자료: 이호영·정영기·김병후 외, 『정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설기준개발 연구』, 보건복지부, 1994.

표 11 1999년 현재 정신보건시설 종류별 재원기간

(단위: 명, 일)

정신보건시설 종류	조사대상자수 <sup>1)</sup>	평균 <sup>2)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>3)</sup>
계	1,028	1,319.4	93.0	380.0	1,900.0	9,815.0	
(가중치 적용 <sup>4)</sup> )	(59,054)	(1,368.3)	(62.0)	(274.0)	(1,900.0)	(9,815.0)	-
국립정신병원	100 ( 3,202)	111.2	62.0	93.0	154.0	519.0	A
공립정신병원	90 ( 3,580)	152.0	32.0	62.0	161.0	943.0	A
사립정신병원	101 (15,888)	711.8	93.0	244.0	943.0	7,001.0	B
대학병원 정신과	83 ( 1,626)	48.3	32.0	32.0	62.0	182.0	A
종합병원 정신과	100 ( 7,952)	193.5	32.0	93.0	274.0	1,278.0	A
정신과 의원	44 ( 1,402)	138.1	62.0	93.0	154.0	639.0	A
정신요양시설	207 (15,287)	3,003.6	896.0	2,541.0	4,702.0	9,815.0	D
부랑인시설	203 ( 7,117)	2,539.1	684.0	2,237.0	4,398.0	7,351.0	C
무허가기도원	100 ( 3,000)	929.7	154.0	562.5	1,249.0	4,688.0	B

주: 1) 각 시설의 전체 입원·입소 환자수, 2) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$ , 3) 사후검정: 대학병원 정신과, 국립정신병원, 정신과의원, 공립정신병원, 종합병원 정신과 <사립정신병원, 무허가기도원 <부랑인시설 <정신요양시설, 4) 전체 입원·입소한 정신질환자 중에서 표본추출된 확률에 의한 가중치를 적용하여 1999년 6월 30일 현재 각 정신보건시설에 입원·입소되어 있는 환자수로 환산하였을 경우(Weighted Values by Sampling Probability), 자료: 서동우 외, 『전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사』, 보건복지부, 1999

## 나. 사회인구학적 특성에 따른 재원기간 분포

### 1) 성별 재원기간 분포

남성이 여성보다 입소비율이 높으나, 성별에 따른 재원기간의 차이는 확인되지 않았다. 요양원과 사회복지시설을 제외한 정신보건시설 입소자만 대상으로 한 경우에도 성별간의 차이는 없었다.

표 12 성별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

성 별	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2252	662.83	55.00	153.00	534.25	9285
남 자	1506	630.65	56.00	151.00	509.00	9285
여 자	746	727.79	52.75	160.00	619.00	8945

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

표 13 성별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

성 별	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2000	433.72	49	130	390.75	9285
남 자	1345	433.92	49.50	126.00	389.00	9285
여 자	655	433.31	46.00	133.00	395.00	8287

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

### 2) 연령별 재원기간 분포

나이가 어릴수록 재원기간 짧아졌다. 특히 20대 미만과 40대 이후는 사후검정에서도 뚜렷한 차이를 보이고 있었다.

표 14 연령별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

연령	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	50%	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2225	658	54	152	530	9285	-
20세미만	19	120.11	24	71	141	528	A
20-29	127	234.43	27	81	208	3451	A, B
30-39	445	501.24	47	146	437	8945	A, B
40-49	724	750.94	56	174	672	8975	B
50-59	589	742.39	65	184	630	9285	B
60세이상	321	710.30	52	125	426	9097	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 20세 미만 < 40-49, 50-59, 60세 이상

표 15 연령별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

연령	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1984	432.01	48	129	390	9285	-
20세미만	19	120.11	24.00	71.00	141.00	528	A
20-29	118	207.94	27.00	80.00	177.75	3451	A,B
30-39	396	344.75	43.00	129.50	359.75	5212	A,B
40-49	630	497.20	48.75	132.50	494.00	7497	B
50-59	514	423.69	57.75	149.50	404.00	9285	A,B
60세이상	307	526.61	51.00	116.00	360.00	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 20세 미만 < 40-49, 60세 이상

### 3) 결혼경력별 재원기간 분포

결혼한 적이 있는 군이 미혼군에 비해 유의하게 재원기간이 짧았다. 결혼 생활을 유지할 정도의 기능이 있기 때문일 수도 있으며, 젊은 연령에 발병한 경우 사회적 기능과 직업을 가질 수 있을 정도의 기능의 발달이 이루어지지 못했기 때문일 수도 있다.

표 16 결혼경력별 재원기간

(단위: 명, 일)

결혼경력	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2117	635.20	54	152	513	9285	
결혼경력 없음	1076	829.23	64	192.50	754.50	9285	B
결혼상태 유지	484	366.39	42	104.50	306.75	8372	A
결혼 후 이별	557	493.97	50	130	433.50	8761	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 결혼경력 없음, 결혼상태 유지 < 결혼 후 이별

표 17 결혼경력별 재원기간(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

결혼경력	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1903	439.71	49.00	130.00	395.00	9285	
결혼경력 없음	919	531.95	57.00	153.00	535.00	9285	B
결혼상태 유지	463	311.68	42.00	99.00	273.00	8287	A
결혼 후 이별	521	390.80	47.00	123.00	360.00	7250	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 결혼상태 유지, 결혼 후 이별 < 결혼 경력 없음

#### 4) 교육정도별 재원기간

교육정도에 따른 재원기간의 차이의 경향을 보이기는 하였으나, 통계적으로 유의하지 않았다.

표 18 교육정도별 재원기간

(단위: 명, 일)

	조사대상자(N)	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2098	658.84	55	155	547.25	9285
중졸이하	925	694.03	58	175	594.50	9285
고퇴·고졸	804	646.38	53	146.50	564	9097
전문대이상	369	597.76	53	125	423.50	8160

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

표 19 교육정도별 재원기간(요양원, 사회복귀시설제외)

(단위: 명, 일)

	조사대상자(N)	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1873	440.83	49.00	131.00	396.00	9285
중졸이하	819	487.12	53.00	148.00	442.00	9285
고퇴·고졸	715	406.59	46.00	129.00	403.00	6430
전문대이상	339	401.20	43.00	112.00	345.00	7497

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

### 5) 종교별 재원기간 분포

종교의 유무에 따른 재원기간의 차이를 보이지 않았다.

표 20 종교별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

종교	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2064	650.09	54.25	152.50	522	9285
종교 유	1245	642.70	54	152	552	8945
종교 무	819	661.34	55	156	482	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

표 21 종교별 재원기간 분포(요양원, 사회복귀시설제외)

(단위: 명, 일)

종교	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1848	443.04	49.00	130.00	359.00	9285
종교 유	1107	424.27	48.00	131.00	407.00	6430
종교 무	741	471.09	49.00	130.00	373.00	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

## 다. 사회경제적 지지정도에 따른 재원기간 분포

### 1) 경제상태별 재원기간 분포

경제적 어려움에 따른 재원기간의 차이는 통계적으로 유의하였다. 특히 정신의료기관만을 대상으로 한 분석에서는 경제상태에 따른 재원기간의 차이가 강한 상관관계를 보이고 있었다.

표 22 경제상태별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

경제상태	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2021	645.80	54	152	536.50	9285	-
전혀 문제없다	604	467.71	42	104	297	8887	A
조금 문제있다	756	552.79	55	154.50	511.75	9285	A
매우 문제많다	661	914.93	66	253	876	8945	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 전혀 문제없다, 조금 문제있다 < 매우 문제많다

표 23 경제상태별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

경제상태	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1816	439.78	48.00	130.00	395.00	9285	-
전혀 문제없다	562	271.07	38.75	93.50	216.25	4085	A
조금 문제있다	687	442.43	51.00	136.00	421.00	9285	B
매우 문제많다	567	603.78	63.00	187.00	642.00	8287	C

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 전혀 문제없다 < 조금 문제있다 < 매우 문제많다

### 2) 의료보장형태별 재원기간 분포

의료급여 1종의 경우 장기재원의 요인으로 유의한 결과를 보였다. 정신의료기관만을 대상으로 하였을 때는 행려가 제일 재원기간이 길었으며, 의료급여 1종, 급여 2종, 건강보험의 순으로 재원기간이 짧아졌다.

표 24 의료보장형태별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

의료보장	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2090	657.41	54	152	535.25	9285	-
의료보험	674	318.99	38	90	256	7985	A
의료보호1종	1188	839.58	65	211.50	743.25	9285	B
의료보호2종	184	488.22	60	153	445.50	7506	A, B
행려	44	1630.41	183.25	713.50	2226.50	9097	C

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 의료보험 < 의료보호1종 < 행려

표 25 의료보장형태별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

의료보장	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1859	434.03	48.00	130.00	390.00	9285	-
의료보험	630	249.28	36.00	80.50	208.25	6603	A
의료보호1종	1032	540.76	59.00	165.50	534.25	9285	A
의료보호2종	167	387.26	58.00	130.00	366.00	3752	A
행려	30	935.33	156.50	433.00	1662.00	5212	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 의료보험, 의료보호1종, 의료보호 2종 < 행려

### 3) 가족지지체계 정도별 재원기간 분포

가족지지체계에 따라 같이 살 가족과 거주지가 있는 경우 재원기간을 단축하는 요인으로 조사되었다.

표 26 가족지지체계 정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

사회지지체계	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2024	643.97	54	152	535.75	9285	-
같이 살 가족과 거주지 있음	1353	506.81	45.50	123	389	9285	A
필요시 도움 줄 가족·친지만 있음	309	703.82	65	232	802.50	7368	B
필요시 도움 줄 가족·친지도 없음	362	1105.53	92.25	327.50	1045	8945	C

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 같이 살 가족과 거주지 있음 < 필요시 도움 줄 가족·친지만 있음 < 필요시 도움 줄 가족·친지도 없음

표 27 가족지지체계 정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

사회지지체계	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1819	438.07	48.00	130.00	395.00	9285	-
같이 살 가족과 거주지 있음	1253	359.67	42.00	111.00	316.00	9285	A
필요시 도움 줄 가족·친지만 있음	272	567.90	64.00	180.50	624.25	6430	B
필요시 도움 줄 가족·친지도 없음	294	652.09	69.75	221.00	695.75	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 같이 살 가족과 거주지 있음 < 필요시 도움 줄 가족·친지만 있음, 필요시 도움 줄 가족·친지도 없음

#### 4) 이전 거주형태별 재원기간 분

이번 입원직전의 거주형태에 따른 재원기간의 차이를 살펴보면, 정신의료기관만을 대상으로 한 분석에서는 가족친지와 같은 거주하는 경우가 횡수용화로 인한 입원에 비해 유의하게 재원기간이 짧았다. 그러나 요양원과 사회복지시설을 포함한 경우 경향성을 관찰되었으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

표 28 이전 거주형태별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

이전거주형태	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1924	597.79	55	151	499.50	9285
단독거주	354	496.82	45	125.50	422	8263
가족친지와 거주	1234	598.10	49	139	448	8887
병원 및 시설 거주	291	693.98	114	373	766	9285
기타	45	761.58	51	297	685	8332

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

표 29 이전 거주형태별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

이전거주형태	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1761	441.79	49.50	132.00	397.50	9285	-
단독거주	343	420.64	42.00	122.00	385.00	7250	
가족친지와 거주	1148	401.15	47.00	119.00	342.00	8287	A
병원 및 시설 거주	230	665.65	94.00	314.50	762.25	9285	B
기타	40	502.20	44.00	225.00	666.50	2810	

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 가족친지의 거주 < 병원 및 시설 거주

## 라. 진단 및 병력에 따른 재원기간 분포

### 1) 주진단명별 재원기간 분포

정신분열병의 경우 유의하게 재원기간이 타 질환에 비해 길었다.

표 30 주진단명별 재원기간

(단위: 명, 일)

주진단명	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2126	672.44	55	156	547.25	9285	-
정신분열증	1176	969.95	88.50	299	943.50	9285	C
정동장애	151	292.98	29	61	212	7368	A
알코올중독	613	224.57	40	84	186	4678	A
기타	186	575.56	51.50	178	506.25	8123	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$   
 2) 사후검정: 정동장애, 알코올중독 < 기타 진단 < 정신분열증

표 31 주진단명별 재원기간(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

주진단명	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1883	441.99	49.00	130.00	395.00	9285	-
정신분열증	993	635.30	70.00	212.00	693.50	9285	B
정동장애	139	147.22	28.00	57.00	152.00	1654	A
알코올중독	602	214.79	40.00	83.50	181.75	4678	A
기타	149	346.70	40.00	116.00	459.00	3733	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$   
 2) 사후검정: 정동장애, 알코올중독, 기타진단 < 정신분열증

## 2) 발병연령별 재원기간 분포

발병연령이 어릴수록 재원기간이 길어졌다. 학습과 사회적 기능이 완숙되기 이전에 발병한 경우 사회적응력이 떨어지고 병으로 인한 후유증이 심각해지는 기존 연구의 결과와 일치하는 결과이다. 정신의료기관만을 분석의 대상으로 했을 경우 20세 미만의 평균재원일수가 감소하였는데, 하위군 분석을 실시한 결과, 정신요양원에 입원하고 있는 20세 미만 발병의 정신장애인은 36명으로 대부분 주상병이 정신분열병이었으며, 평균 재원기간이 3425.19(SD=2868.30)일이었다. 이는 의료기관에 있는 같은 조건의 환자 159명의 466.63(SD=779.41)일과 큰 차이를 보이고 있는 것에 기인한 것이다. 조발 정신

분열병으로 제대로 치료받지 못해 병의 만성화가 진행된 상태로 장기적으로 정신요양원에 방치되고 있는 상태를 반영하는 것으로 해석된다.

표 32 발병연령별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

발병나이	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1377	685.18	55	156	570.50	9285	-
20세 미만	195	1012.83	49	214	976	8945	B
20~29세	418	880.72	65	202	823.75	9285	B
30세 이상	764	494.57	50.25	130	442	8887	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$   
 2) 사후검정: 30세 이상 < 20-29, 20세 미만

표 33 발병연령별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

발병나이	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1237	450.09	49.00	132.00	418.00	9285	-
20세 미만	159	466.63	42.00	145.00	471.00	4085	A,B
20~29세	362	572.57	59.00	157.50	502.75	9285	B
30세 이상	716	384.50	47.00	116.00	359.50	7250	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$   
 2) 사후검정: 30세 이상 < 20-29

### 3) 입원·입소 횟수별 재원기간 분포

입원횟수가 늘어날수록 재원기간은 짧아지고 있다. 퇴원을 할 수 있는 병의 경과를 보이는 경우일 수도 있고, 잦은 사회접촉으로 인해 수용화증후군과 같은 기능의 저하가 상대적으로 적기 때문일 수도 있다. 단기입원이후 퇴원하여 지역사회에서 치료할수록 사회복지의 가능성이 높아지는 것으로 해석할 수도 있다.

표 34 입원·입소 횟수별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

입원횟수	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1838	639.59	53	147	536	9285	-
1회	281	694.24	46	109	551	8835	B
2회	395	771.27	59	181	753	9097	B
3~5회	664	723.14	58	188.50	680.50	9285	B
6회 이상	498	392.91	45	119.50	314.50	7250	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 6회이상 < 1회, 2회, 3-5회

표 35 입원·입소 횟수별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

입원횟수	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1669	449.49	48.00	129.00	395.00	9285	-
1회	264	494.42	42.00	102.50	411.00	8287	
2회	354	490.29	55.00	154.00	488.00	6430	
3~5회	582	491.78	49.75	145.00	454.75	9285	B
6회 이상	469	340.94	42.50	114.00	284.00	7250	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 6회 이상 < 3-5회

## 마. 임상증상 및 기능장애 정도별 재원기간 분포

### 1) 종합적 임상증상 정도별 재원기간 분포

증상이 심각할수록 재원기간이 길어진다는 것은 어느 정도 예상했던 결과이다. 요양원과 사회복지시설을 포함한 경우 경미한 증상을 가진 경우가 중간정도의 증상과 비슷하거나 조금 더 긴 평균재원기간을 보이는 것은 통계적으로 의미가 없었지만, 상대적으로 증상이 경미한 정신장애인이 요양원과 사회복지시설에 있는 것을 감안할 때 논리적인 결과라고 할 수 있다.

표 36 임상증상 정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

정신과적 증상 정도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2029	656.59	55	153	539	9285	
증상 경미(0~1점)	639	603.70	55	139	431	8887	A
증상 중간(2~4점)	809	592.04	49	130	459.50	9285	A
증상 심각(5점 이상)	581	804.63	64	231	809.50	9097	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$   
 2) 사후검정: 증상 경미, 증상 중간 < 증상 심각

표 37 임상증상 정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

정신과적 증상 정도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1815	437.33	49.00	131.00	395.00	9285	
증상 경미(0~1점)	583	366.69	53.00	125.00	318.00	6430	A
증상 중간(2~4점)	729	421.78	43.00	114.00	360.00	9285	A
증상 심각(5점 이상)	503	541.74	55.00	169.00	574.00	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$   
 2) 사후검정: 증상 경미(0~1점), 증상 중간(2~4점) < 증상 심각(5점 이상)

## 2) 종합적 기능장애 정도별 재원기간 분포

기능장애의 정도가 심각할수록 재원기간은 길게 나타났다.

표 38 종합적 기능장애 정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

기능장애정도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2050	656.67	55	152	538	9285	
고기능(0~1점)	952	546.48	47	116	388	8887	A
중기능(2~4점)	590	602.98	55	160	509.25	9285	A
저기능(5점 이상)	508	925.54	84.25	316	879.25	9097	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$   
 2) 사후검정: 고기능(0~1점), 중기능(2~4점) < 저기능(5점 이상)

표 39 종합적 기능장애 정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

기능장애정도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1837	435.56	49.00	130.00	395.00	9285	
고기능(0~1점)	851	303.97	42.00	101.00	264.00	3752	A
중기능(2~4점)	542	475.39	52.75	140.50	418.00	9285	B
저기능(5점 이상)	444	639.13	65.25	236.00	692.25	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 고기능(0~1점) < 중기능(2~4점), 저기능(5점 이상)

### 3) GAF 척도 점수별 재원기간 분포

앞에서 설명한 바와 같이 GAF라 함은 일반적기능평가 척도이다. 40점 이하인 경우 일반적 기능의 저하가 심각함을 의미한다. 심각한 기능의 장애가 있는 경우 재원기간이 길게 나타났다.

표 40 GAF 척도 점수별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

GAF점수	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2047	663.60	54	152	537	9285	-
40점 이하	649	796.34	71	268	772	9097	B
41~60점	964	636	49	130	444.50	9285	A, B
61점 이상	434	526.40	47	124	438.75	8887	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 61점 이상 < 40점 이하

표 41 GAF 척도 점수별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

GAF점수	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1832	439.95	48.00	130.00	395.00	9285	-
40점 이하	570	591.11	64.00	205.00	621.75	7497	B
41~60점	857	374.06	42.50	111.00	310.00	9285	A
61점 이상	405	366.66	43.50	114.00	327.00	6430	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 61점 이상, 41~60점 < 40점 이하

#### 4) 자살·자해 및 타해 위험도별 재원기간 분포

자살, 자해 및 타해와 같은 심각한 증상을 가진 경우 평균재원기간의 차이가 통계적으로 유의하지 않았다. 위와 같은 정신병리상태는 지속적으로 존재한다기 보다는 급성기에 나타나는 증상들이며 대부분의 경우 치료의 초기에 조절되는 증상이기 때문이라고 해석할 수 있다.

표 42 자살·자해 및 타해 위험도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

자살·타해위험	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2074	654.53	54	152	536	9285
없다	1020	601.58	54	136	415	9285
조금 있다	761	684.11	53	162	622.50	9097
자주 있다	293	762.03	55	202	685	8945

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 43 자살·자해 및 타해 위험도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

자살·타해위험	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1859	437.00	48.00	130.00	395.00	9285
없다	920	398.56	49.00	119.00	332.75	9285
조금 있다	679	458.94	46.00	139.00	468.00	7497
자주 있다	260	515.72	46.25	153.50	491.75	8287

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

#### 5) 현저한 사고 및 지각장애 정도별 재원기간 분포

현저한 사고 및 지각의 장애는 정신분열병에서 특히 많이 관찰되는 증상이며 병의 급성기에 상대적으로 많이 나타나지만, 난치성 혹은 만성화된 경우 급성기 이외에도 흔히 관찰되는 증상이다. 증상의 정도가 평균재원기간의 유의한 차이를 낳고 있다.

표 44 현저한 사고 및 지각장애 정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

현저한 사고 및 지각장애	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2071	652.62	54	152	536	9285	-
없다	1023	531.40	47	116	360	8887	A
조금 있다	660	716.90	59	191	666.50	9285	B
자주 있다	388	862.86	77.25	301.50	859.50	8945	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$   
 2) 사후검정: 없다 < 조금 있다, 자주 있다

표 45 현저한 사고 및 지각장애 정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

현저한 사고 및 지각장애	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1856	436.65	48.75	130.00	393.50	9285	-
없다	932	332.36	43.00	108.00	264.00	6218	A
조금 있다	588	528.05	52.00	152.00	514.50	9285	B
자주 있다	336	566.01	63.25	213.50	581.25	7250	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$   
 2) 사후검정: 없다 < 조금 있다, 자주 있다

## 6) 기억력 및 지남력의 심한 손상 정도별 재원기간 분포

기억력 및 지남력의 심한 손상은 기질성뇌증후군이나 치매와 같은 노인성 질환의 특징이다. 또한 지적장애와 같은 경우에서도 볼 수 있다. 드물게는 아주 만성화가 진행된 정신분열병에서도 관찰되지만 흔하지 않다. 정신의료기관의 경우 상기 차원의 증상이 심한 경우 요양병원이나 노인병원 혹은 정신요양원으로 전원하기 때문에 심각한 증상을 지닌 환자의 수와 재원기간이 일부 감소 경향을 보이는 듯 하다.

표 46 기억력 및 지남력의 심한 손상 정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

기억력·지남력의 심한 손상	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2072	653.38	54	152	536	9285	-
없다	1271	598.15	47	130	432	9285	A
조금 있다	614	712.57	64	193	720	8945	A, B
자주 있다	187	834.39	91	293	840	9097	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 없다 < 자주 있다

표 47 기억력 및 지남력의 심한 손상 정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

기억력·지남력의 심한 손상	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1857	437.62	48.00	130.00	395.00	9285	-
없다	1168	390.48	42.00	116.00	331.25	9285	A
조금 있다	537	524.32	58.50	166.00	549.50	8287	B
자주 있다	152	493.57	64.00	197.50	563.50	6603	

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 없다 < 조금 있다

## 7) 기괴한 행동 및 현저한 퇴행정도별 재원기간 분포

기괴한 행동 및 현저한 퇴행은 급성의 정신분열병의 증상이기도 하지만, 만성화된 정신분열병의 특이 소견이다. 자주 있는 경우 재원기간이 늘어나는 것으로 조사되었다.

표 48 기괴한 행동 및 현저한 퇴행정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

기괴한 행동·현저한 퇴행	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2061	650.53	54	152	533.50	9285	-
없다	1375	575.67	49	130	437	9285	A
조금 있다	528	733.69	64	201.50	704	9097	A
자주 있다	158	1024.10	108.50	364	948	8945	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 없다, 조금 있다 < 자주 있다

표 49 기괴한 행동 및 현저한 퇴행정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

기괴한 행동· 현저한 퇴행	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1846	433.15	48.75	130.00	391.50	9285	-
없다	1256	382.73	45.00	114.00	337.00	9285	A
조금 있다	466	517.03	56.75	162.00	539.00	7250	A,B
자주 있다	124	628.69	88.50	238.50	742.50	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 없다 < 자주 있다

## 8) 적절한 식사수행 기능정도별 재원기간 분포

적절한 식사 수행을 못하는 경우 정신전문병원에 입원자체가 되지 못하는 경우가 있다. 본 조사에서는 재원기간에 유의한 영향이 없는 것으로 조사되었다.

표 50 적절한 식사 기능정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

적절한 식사	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2068	653.74	54	152	536	9285
도움 없이 잘한다	1822	627.32	53.75	147	505.25	9285
조금만 도와주면 할 수 있다	209	872.17	53	186	809.50	9097
혼자는 거의 못한다	37	721.14	82.50	339	878.50	6478

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

표 51 적절한 식사 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

적절한 식사	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1855	434.43	48.00	130.00	395.00	9285
도움 없이 잘한다	1642	435.16	49.00	130.00	379.50	9285
조금만 도와주면 할 수 있다	178	411.26	42.75	135.50	481.50	3913
혼자는 거의 못한다	35	518.20	72.00	300.00	777.00	2427

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의하지 않음

## 9) 신체위생관리 기능정도별 재원기간 분포

만성화된 정신분열병 환자에게서 음성증상으로 인해 개인위생을 챙기지 못하는 등의 신체위생관리의 기능 저하가 발생할 수 있다. 재원기간의 차이를 보이는 것으로 조사되었다.

표 52 신체위생관리 기능정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

신체위생	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2072	652.76	54	152	535.75	9285	
도움 없이 잘한다	1688	591.79	53	140	462.50	9285	A
조금만 도와주면 할 수 있다	314	821.48	64	251	726.75	9097	A
혼자는 거의 못한다	70	1366.26	93.75	486	2069.25	8945	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다, 조금만 도와주면 할 수 있다. < 혼자는 거의 못한다.

표 53 신체위생관리 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

신체위생	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1858	433.94	48.75	130.00	393.50	9285	
도움 없이 잘한다	1521	400.85	47.00	122.00	357.00	9285	A
조금만 도와주면 할 수 있다	281	578.28	55.50	212.00	610.50	8287	B
혼자는 거의 못한다	56	608.11	65.00	249.00	933.25	3353	

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 도움없이 잘한다 < 조금만 도와주면 할 수 있다

## 10) 의사소통 및 대인관계 기능정도별 재원기간 분포

현저한 정신병적 양상이나 지적장애와 같은 상태에서는 의사소통 및 대인관계의 어려움이 발생할 수 있다. 급성의 상태에서 발생하기도 하지만, 상대적으로 만성화된 경과 결과라고 볼 수 있다. 증상의 정도에 따라 재원기간에 차이를 보이는 것으로 조사되었다.

표 54 의사소통 및 대인관계 기능정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

의사소통 및 대인관계 기능	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2067	653.26	54	152	536	9285	-
도움 없이 잘한다	1242	591.51	49	130	422	9285	A
조금만 도와주면 할 수 있다	649	685.09	57.50	187	631	8975	A
혼자는 거의 못한다	176	971.66	94	339.50	886.75	9097	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다 < 조금만 도와주면 할 수 있다 < 혼자는 거의 못한다

표 55 의사소통 및 대인관계 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

의사소통 및 대인관계 기능	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1853	433.90	49.00	130.00	394.00	9285	-
도움 없이 잘한다	1121	377.29	46.00	111.00	315.00	9285	A
조금만 도와주면 할 수 있다	583	510.32	49.00	158.00	500.00	8287	A,B
혼자는 거의 못한다	149	560.85	81.00	246.00	612.00	7497	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다 < 혼자는 거의 못한다

## 11) 통원치료·약물복용 및 병식별 재원기간 분포

통원치료가 기본적으로 가능하여야 입원상태에서 상대적으로 퇴원이 수월할 것이다. 병에 대한 인식이 있어 스스로가 치료를 받으려 다닐 정도가 된다면 역으로 꼭 입원하고 있어야 할 필요성이 사라진다는 것을 의미한다. 정신의료기관 입원환자의 경우 통계적으로 유의한 것으로 조사되었다.

표 56 정기적 통원치료·약물복용 기능 및 병식 정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

정기적 통원치료 ·약물복용 및 병식	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2070	652.39	54	152	535.25	9285
도움 없이 잘한다	904	612.48	52.25	132	470	8887
조금만 도와주면 할 수 있다	706	633.61	48	137	476.25	9285
혼자는 거의 못한다	460	759.66	69	256.50	705.25	9097

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 57 정기적 통원치료·약물복용 기능 및 병식 정도별 재원기간 분포

(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

정기적 통원치료 ·약물복용 및 병식	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1856	433.29	49.00	130.00	392.50	9285	-
도움 없이 잘한다	796	355.48	47.00	114.00	321.75	5212	A
조금만 도와주면 할 수 있다	639	425.73	43.00	121.00	352.00	9285	A
혼자는 거의 못한다	421	591.90	64.00	221.00	637.50	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다, 조금만 도와주면 할 수 있다 < 혼자는 거의 못한다

## 12) 소지품 및 돈관리 기능정도별 재원기간 분포

소지품 및 돈관리는 사회생활의 기본적인 요소이다. 재원기간의 차이가 통계적으로 유의하였다.

표 58 소지품 및 돈관리 기능정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

소지품 및 돈 관리	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2069	653.47	54	152	536	9285	-
도움 없이 잘한다	1238	558.96	47	120.50	389	9285	A
조금만 도와주면 할 수 있다	450	706.02	64.25	211	671	8975	A
혼자는 거의 못한다	291	958.01	96	345	1020	9097	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다, 조금만 도와주면 할 수 있다 < 혼자는 거의 못한다

표 59 소지품 및 돈 관리 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

소지품 및 돈 관리	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1855	434.37	49.00	130.00	393.00	9285	-
도움 없이 잘한다	1110	331.84	42.00	104.00	270.50	9285	A
조금만 도와주면 할 수 있다	483	508.50	57.00	173.00	545.00	7497	A
혼자는 거의 못한다	262	732.12	92.75	292.00	826.00	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다, 조금만 도와주면 할 수 있다 <혼자는 거의 못한다

### 13) 대중교통 및 공공시설 이용 기능정도별 재원기간 분포

대중교통을 이용할 수 있다는 것은 어디든지 본인이 원하면 갈 수 있다는 것을 의미한다. 이 기능이 떨어진다면 병원에 통원을 하는 것도 불가능할 것이다. 본 조사에서는 재원기간과 통계적으로 유의한 관련성을 보이고 있다. 외국의 경우 정신장애인의 여행의 자유를 위하여 지역내에서 정신장애인이 수월하게 이용할 수 있는 순환버스를 운행하기도 한다.

표 60 대중교통·공공시설 이용 기능정도별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

대중교통·공공시설 이용	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2064	654.71	54.25	152	536.75	9285	-
도움없이 잘한다	1245	489.35	43.50	114	367	8887	A
조금만 도와주면 할 수 있다	485	791.72	69	222	787.50	9285	B
혼자는 거의 못한다	334	1072.18	108	363	1060.25	9097	C

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다 <조금만 도와주면 할 수 있다 <혼자는 거의 못한다

표 61 대중교통·공공시설 이용 기능정도별 재원기간 분포(요양원, 사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

대중교통· 공공시설 이용	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1850	435.17	49.00	130.00	395.00	9285	-
도움없이 잘한다	1132	297.88	41.00	99.00	267.75	3752	A
조금만 도와주면 할 수 있다	442	613.44	64.75	193.50	631.25	9285	A
혼자는 거의 못한다	276	712.75	91.00	257.00	759.00	8287	B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 도움 없이 잘한다, 조금만 도와주면 할 수 있다 < 혼자는 거의 못한다

## 바. 지역사회정신보건서비스체계와 재원기간의 분포

### 1) 지역사회정신보건시설 이용 경험 유무별 재원기간 분포

지역사회정신보건센터를 이용한 경험이 있는 경우 유의하게 재원기간이 짧았다. 특히 의료기관 입원 정신장애인의 경우 그 유의성이 더 높은 결과를 보였는데, 지역사회정신보건서비스가 장기입원을 예방하는 요인으로 작동할 수 있음을 조심스럽게 예측하게 한다.

표 62 지역사회정신보건시설 이용 경험 유무별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

이용유무	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1912	645.05	55	152	537	9285
없 음	1758	682.58	54.75	153	563.75	9285
있 음	154	328.40	57.25	138	397.25	3580

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

표 63 지역사회정신보건시설 이용 경험 유무별 재원기간 분포  
(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

이용유무	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1718	446.81	49.00	130.00	398.00	9285
없 음	1597	461.30	49.00	131.00	415.50	9285
있 음	121	255.50	48.50	108.00	281.00	2367

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

## 2) 지역사회정신보건시설 이용 기간별 재원기간 분포

이용기간별 재원기간의 분포는 통계적으로 유의한 결과를 보이지 않았다. 전체 조사대상자 2253명 중 지역정신보건센터 이용 경험이 있는 정신장애인은 154명(6.8%)으로 조사되었다. 조사 대상자수가 적어 결론을 추정하기가 힘들다.

표 64 지역사회정신보건시설 이용 기간별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

이용기간	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	154	328.40	57.25	138	397.25	3580
1개월이하(단순이용)	89	274.75	47	116	330.50	3580
2-3개월	33	395.00	56.50	152	389.50	2367
4개월이상	32	408.91	90	204.50	594	6696

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 65 지역사회정신보건시설 이용 기간별 재원기간 분포  
(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

이용기간	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	121	255.50	48.50	108	281	2367
1개월이하(단순이용)	77	223.68	47.00	90.00	276.50	1302
2-3개월	22	322.73	59.50	119.00	372.00	2367
4개월이상	22	299.64	65.25	122.50	435.50	1696

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

### 3) 거주지 지역사회정신보건센터 존재 유무별 재원기간 분포

재원환자들의 정신보건센터 이용경험이 적은 것에서 보는 바와 같이 입소 정신보건시설과 지역정신보건시설 사이에 원활한 연계서비스가 제대로 이루어지지 않고 있음을 추론할 수 있다. 그럼에도 불구하고 정신의료기관만을 대상으로 한 분석에서는 정신장애인의 주소지에 지역정신보건센터가 존재하는 것만으로도 재원기간이 유의하게 짧게 나타나는 결과를 보였다.

표 66 거주지 지역사회정신보건센터 존재 유무별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

존재	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2012	642.75	54.00	152.00	514.50	9285
있다	1303	605.08	54.00	152.00	510.00	9097
없다	709	711.98	53.00	150.00	550.50	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 67 거주지 지역사회정신보건센터 존재 유무별 재원기간 분포

(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

존재	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1796	437.39	49.00	130.00	392.50	9285
있다	1151	395.14	49.00	130.00	363.00	7250
없다	645	512.80	47.00	130.00	467.00	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

### 4) 거주지 사회복지시설(전체) 존재 유무별 재원기간 분포

지역사회정신보건센터와 같이 주소지에 사회복지시설이 설치되어 있는 것이 정신의료기관 입원 정신장애인에게서 재원기간의 유의한 차이를 보이고 있다.

표 68 거주지 사회복지시설(전체) 존재 유무별 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

존재	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2012	642.75	54.00	152.00	514.50	9285
있다	1181	666.89	60.00	175.00	561.00	9097
없다	831	608.45	47.00	130.00	468.00	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 69 거주지 사회복지시설(전체) 존재 유무별 재원기간 분포  
(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

존재	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1796	437.39	49.00	130.00	392.50	9285
있다	1009	408.62	54.00	140.00	401.00	5212
없다	787	474.29	44.00	116.00	385.00	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

## 5) 거주지와 입소시설의 지역 일치도에 따른 재원기간 분포

거주지와 입소시설의 행정구역의 일치도에 따른 재원기간의 차이는 관찰되지 않았다. 연구이전에 설정한 가설에서는 주소지에서 멀리 떨어진 정신보건시설에 입소해 있을수록 재원기간이 길어질 것이라고 추정하였으나, 조사결과 차이가 없는 것으로 나타났다.

표 70 거주지와 입소시설의 지역 일치도에 따른 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

일치	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2252	662.83	55.00	153.00	534.25	9285
일치	1770	659.12	55.00	160.50	547.25	9285
불일치	482	676.45	53.00	132.00	504.50	8835

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 71 거주지와 입소시설의 지역 일치도에 따른 재원기간 분포  
(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

일치	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	2000	433.72	49.00	130.00	390.75	9285
일치	1569	439.05	49.00	133.00	392.00	9285
불일치	431	414.34	47.00	115.00	395.00	6603

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

## 6) 입원직전 지역사회 거주 기간에 따른 재원기간의 분포

지역에 머무르는 기간이 길수록 재원기간이 짧은 것으로 조사되었다. 이는 횡수용 화와도 연관된 현상인데, 한 시설에서 퇴원한 직후 타기관으로 옮겨가기도 하지만, 퇴원하였다가 짧은 시간내에 타기관으로 가는 경우도 흔하다. 어떤 경우이든 정신장애인의 입장에서는 지역사회에 적응하는 기회를 박탈당하는 것이다.

표 72 입원직전 지역사회 거주 기간에 따른 재원기간의 분포

(단위: 명, 일)

입원직전 지역사회거주기간	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1023	616.30	45.00	126.00	413.00	9285	-
1개월 미만	380	794.65	61.25	202.00	642.00	9285	B
1개월 이상	384	449.52	40.25	104.00	278.75	8332	A
해당없음(첫입원)	259	601.92	42.00	101.00	468.00	8835	AB

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

2) 사후검정: 1개월 이상 < 1개월미만

표 73 입원직전 지역사회 거주 기간에 따른 재원기간의 분포  
(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

입원직전 지역사회거주기간	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	911	407.89	42.00	107.00	327.00	9285
1개월 미만	294	482.33	47.75	139.50	386.50	9285
1개월 이상	371	326.68	38.00	92.00	255.00	4797
해당없음(첫입원)	246	441.39	41.00	97.00	365.50	8287

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

## 사. 계속입원심사관련사항과 재원기간의 분포

### 1) 입원의 형태에 따른 재원기간의 분포

본인 스스로가 원해서 치료를 받기 위해 입소하는 경우 유의하게 재원기간이 짧았다. 보호의무자의 구성에서도 가족이 보호자의무자인 경우에 비하여 시도지사가 보호의무자인 경우 재원기간이 늘어남을 알 수 있었다.

표 74 입원의 형태에 따른 재원기간의 분포

(단위: 명, 일)

입원형태	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1982	646.49	53.00	152.00	525.25	9285	-
보호의무자입원	1507	690.21	55.00	160.00	574.00	9285	A,B
시도지사입원	125	981.62	190.50	389.00	966.00	9097	B
자의입원	350	338.55	39.75	93.00	304.00	5131	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 자의입원 < 시도지사 입원

표 75 입원의 형태에 따른 재원기간의 분포(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

입원형태	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1797	445.14	48.00	130.00	410.00	9285	-
보호의무자입원	1387	469.15	51.00	138.00	437.00	9285	A,B
시도지사입원	85	688.20	141.00	348.00	937.50	5212	B
자의입원	325	279.09	38.00	86.00	222.50	3752	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 자의입원 < 시도지사 입원

## 2) 처우 개선 요구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포

재원한 정신장애인 스스로가 자신의 권리를 인지하고 있더라도 현실적으로 자신의 권리를 주장하고, 퇴원을 하게 되는 과정에 여러 절차와 어려움이 존재하는 것으로 해석할 수 있겠다.

표 76 처우 개선 요구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

처우개선 인지	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1841	637.89	55.00	157.00	548.00	9285
예	725	576.55	50.00	140.00	415.00	9285
아니오	1116	677.74	58.00	173.50	641.75	8975

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 77 처우 개선 요구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포

(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

처우개선 인지	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1679	451.28	50.00	136.00	426.00	9285
예	670	445.29	47.00	127.00	366.25	9285
아니오	1009	455.26	53.00	143.00	482.00	8287

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

### 3) 퇴원 청구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포

퇴원청구 권리를 알고 있더라도 실제 퇴원청구를 하는 경우도 드물었으며, 질적 조사에서 보면 퇴원을 하게 되더라도 또 다른 기관에 횡수용화가 되거나 회전문 현상으로 반복 입원하게 되는 현실을 이야기하면서 퇴원 자체에 대해 포기하는 경우도 볼 수 있었다.

표 78 퇴원 청구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

퇴원청구 권리인지도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1863	647.32	55.00	159.00	553.00	9285
예	755	586.54	50.00	140.00	482.00	9285
아니오	1108	688.74	58.00	170.00	623.25	8975

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

표 79 퇴원 청구 권리 인지도에 따른 재원기간 분포(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

퇴원청구 권리인지도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1696	459.66	49.25	136.50	437.00	9285
예	705	464.44	47.00	129.00	390.50	9285
아니오	991	456.26	53.00	141.00	471.00	8287

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증: 95% 수준에서 유의한 차이 없음

## 아. 가족체계 및 특성과 재원기간의 분포

### 1) 생존 가족에 따른 재원기간 분포

배우자가 보호자인 경우 재원기간이 가장 짧았으며, 이는 결혼생활을 유지하는 환자의 기능적인 강점으로 인한 것 일수도 있으나, 보호자가 누구냐에 따라 재원기간이 달라지는 점도 발견되었다.

표 80 생존 가족에 따른 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

생존가족	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2252	662.83	55.00	153.00	534.25	9285	-
부나 모 생존	1196	640.79	53.00	142.00	509.75	9285	A,B
배우자 생존 <sup>3)</sup>	293	373.82	46.00	101.00	302.00	7250	A
그 외 가족 <sup>4)</sup>	479	747.52	62.00	203.00	775.00	8975	B,C
기타 <sup>5)</sup>	284	910.98	87.25	227.50	707.75	9097	C

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

- 2) 사후검정: 배우자 생존 < 그 외 가족 생존 < 기타
- 3) 부나 모가 생존하지 않은 군에서 배우자가 생존하는 군
- 4) 부, 모, 배우자가 생존하지 않은 군에서 기타 가족 생존하는 군
- 5) 가족이 아닌 다른 보호자 혹은 가족이 없다고 응답한 군

표 81 생존 가족에 따른 재원기간 분포(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

생존가족	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2000	433.72	49.00	130.00	390.75	9285	-
부나 모 생존	1061	414.25	46.00	124.00	366.50	9285	A, B
배우자 생존 <sup>3)</sup>	286	349.13	44.50	99.00	293.00	7250	A
그 외 가족 <sup>4)</sup>	434	534.32	53.00	175.00	573.75	8287	B
기타 <sup>5)</sup>	219	439.16	62.00	147.00	393.00	6603	A,B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.05$

- 2) 사후검정: 배우자 생존 < 그 외 가족 생존
- 3) 부나 모가 생존하지 않은 군에서 배우자가 생존하는 군
- 4) 부, 모, 배우자가 생존하지 않은 군에서 기타 가족 생존하는 군
- 5) 가족이 아닌 다른 보호자 혹은 가족이 없다고 응답한 군

## 2) 후보호자에 따른 재원기간 분포

생존가족에서 본 바와 같이 후보호자가 형제, 자매, 기타인 경우 재원기간이 유의하게 길어졌다.

표 82 후보호자에 따른 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

주보호자	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	2010	646.05	53	151.50	537	9285	-
조부모, 부모	724	628.86	52.25	138.50	474	9285	A,B
배우자	289	345.20	40	88	275	4797	A
형제, 자매	630	833.28	69	247.50	864.25	8975	B,C
자녀	201	412.44	41.50	104	233.50	8761	A,B
기타 <sup>3)</sup>	100	1094.29	161.50	389	1372.25	9097	C
본인	66	397.11	37	93	272.50	5131	A, B

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 배우자<형제, 자매, 기타

3) 시도지사입원 또는 행려가 포함됨

표 83 후보호자에 따른 재원기간 분포(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

주보호자	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1807	441.33	48.00	130.00	398.00	9285	-
부모	645	383.79	46.00	116.00	342.00	9285	A,B
배우자	285	320.95	40.00	87.00	261.00	4797	A,B
형제, 자매	555	621.80	64.00	202.00	672.00	8287	B,C
자녀	191	260.18	41.00	100.00	215.00	4085	A,B
기타 <sup>3)</sup>	72	716.56	111.25	352.00	966.75	5212	C
본인	59	204.83	34.00	85.00	224.00	2033	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 본인, 자녀, 배우자, 부모 < 형제, 자매, 기타

3) 시도지사입원 또는 행려가 포함됨

### 3) 지난 1개월간 면회횟수에 따른 재원기간 분포

면회를 자주 온다는 것은 보호자가 환자에 대해 그만큼 관심을 많이 가지며 지지적이라는 것이라고 추론할 수 있다. 면회에 횟수에 따라 재원기간이 유의한 차이를 보였다. 면회횟수가 많아질수록 재원기간은 감소하였다.

표 84 지난 1개월간 면회횟수에 따른 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

면회 횟수	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1773	620.61	53.00	146.00	511.50	9285	
면회없음	709	752.09	53.00	169.00	622.50	8975	B
1회	653	650.27	58.50	175.00	585.00	9285	A,B
2~3회	300	375.24	44.00	102.50	321.00	7250	A,B
4회 이상	111	269.42	50.00	80.00	177.00	8761	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 4회 이상 < 면회 없음

표 85 지난 1개월간 면회횟수에 따른 재원기간 분포(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

면회 횟수	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값	사후검정 <sup>2)</sup>
계	1615	436.33	48.00	130.00	395.00	9285	-
면회없음	614	447.10	47.00	132.50	408.50	8287	A,B
1회	606	531.85	54.00	159.00	500.00	9285	B
2~3회	287	304.84	42.00	94.00	278.00	7250	A,B
4회 이상	108	188.60	49.25	80.00	175.75	2049	A

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

2) 사후검정: 4회이상 < 1회

#### 4) 후보호자의 입소자의 퇴원에 대한 태도에 따른 재원기간 분포

보호의무자에 의한 입원의 상황에서는 보호자가 퇴원에 대해 어떠한 태도를 취하는가가 정신장애인의 퇴원에 결정적 요인으로 작용할 수 있다고 가정해 보았는데, 퇴원에 긍정적일수록 재원기간이 유의하게 감소되어 있었다.

표 86 후보호자의 입소자의 퇴원에 대한 태도에 따른 재원기간 분포

(단위: 명, 일)

퇴원에 대한 태도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1784	624.14	53.00	147.00	521.25	9285
긍정적	633	369.45	41.50	92.00	270.00	8887
부정적	1151	764.21	64.00	202.00	726.00	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

표 87 후보호자의 입소자의 퇴원에 대한 태도에 따른 재원기간 분포

(요양원, 주거사회복지시설제외)

(단위: 명, 일)

퇴원에 대한 태도	조사대상자	평균 <sup>1)</sup>	25%	중앙값	75%	최대값
계	1624	441.77	48.25	130.00	395.00	9285
긍정적	596	277.13	39.00	86.00	208.75	5031
부정적	1028	537.22	59.00	171.50	522.00	9285

주: 1) 그룹간 재원기간 평균차이 검증:  $p < 0.001$

## 5) 환자가 생각하는 보호자가 퇴원에 부정적인 이유

정신장애인이 느끼기에 보호자가 퇴원에 부정적인 경우, 보호자 입장에서 퇴원을 꺼리는 이유에 대해서 조사하였다. 증상이나 재발에 대한 두려움이 가장 많이 응답을 받은 문항이었으며, 돌봐줄 사람이 없는점, 경제적 어려움 등의 순으로 조사되었다.

표 88 환자가 생각하는 보호자가 퇴원에 부정적인 이유

퇴원에 대한 태도	순위	응답빈도	비율(%)
계		2501	100
나의 정신증상을 두려워해서 (혹은 재발을 걱정해서)	1	801	32.0
돌봐줄 사람이 없어서	2	461	18.4
경제적으로 어려운 상황이어서	3	402	16.1
모르겠다	4	310	12.4
같이 살 공간이 부족해서	5	296	11.8
평소 사이가 원만치 못해서	6	139	5.6
기타	7	80	3.2
먼 친척이기 때문에(가족이 없다)	8	12	0.5

## 자. 재원기간 관련 요인

재원기간에 유의하게 영향을 주는 요인은 환자가 입원·입소한 시설의 종류(정신요양시설, 사회복지시설, 사립정신병원, 공립정신병원)가 국립정신병원보다 유의하게 장기재원)였으며, 이외에도 환자의 나이(고연령), 결혼의 상태(미혼 혹은 이별), 경제상태(낮은 경제력), 의료보장 형태(의료급여 1종), 가족지지정도(같이 살 가족이 없고, 거주지가 없음), 진단명(정신분열병), 발병연령(30세 미만), 입원횟수(1회~5회), 증상정도(심한증상), 기능정도(저기능, GAF 40점이하), 입원의 유형(행려, 보호의무자 입원), 지역사회정신보건시설 이용경험(경험없음), 부모의 생존여부(부모생존하지 않음), 보호자의 지난 1개월간의 면회횟수(1회) 등 이었다( $p < 0.001$ ).

## 5. 입소자의 계속입원심사 및 법적 권리의 이해

계속입원심사제도에 대해 인지하고 있는 환자의 비율은 42.9%였으며, 6개월 이상 입원하고 있는 환자의 경우에는 적어도 1회 이상 계속입원심사서류를 제출했음에도 불구하고 인지율이 50%미만으로 조사되어 전반적으로 제도에 대한 환자의 이해도는 낮은 편이었다. 아울러 퇴원청구권리에 대한 인지도 역시 40.5%로 절반에 미치지 못했다. 대체로 환자들이 자신의 입원에 대한 법적 절차와 권리에 대해 제대로 이해를 하지 못하고 있었다. 한편 재원기간이 증가할수록 계속입원심사제도에 대한 인지도는 증가하였으며 퇴원청구권리의 인지 여부가 평균재원기간의 감소와 다소 관계가 있는 것처럼 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

## 6. 입소자의 횡수용화 경험

횡수용화란 한 기관이나 시설에서 퇴원한 환자가 지역사회에 머물지 못하고 바로 다른 기관에 입원하는 것을 말한다. 본 조사 당시 다른 병원이나 시설에서 퇴원 후 바로 입원한 경우는 15.1%로 조사되었으며, 이전의 입원/입소를 포함할 때 횡수용화를 경험하였다고 보고한 비율은 27.8%였다.

## 7. 재원적절성 결과

과거에 비해 공립병원, 종합병원 정신과의 재원일수가 늘었으나 의료기관 입원적절성 분석에서 입원필요가 각각 82.6%, 76.5%정도로 부적절비율이 가장 낮은 것으로 조사되었다. 오히려 과거에 비해 병원 정신과, 정신과의원, 국립병원에서의 부적절입원 비율이 증가되었다(표 88, 표 89, 표 90). 앞서서도 언급했듯이 본 조사에서는 가장 완화된 입원기준을 적용하였음에도 불구하고 부적절재원의 비율이 높았다는 사실은 입원할 필요가 없는 환자들이 많기 때문에 장기입원의 비율이 높다는 것을 반증하고 있다.

표 89 정신보건시설 종류별 정신의료기관 입원 필요성 여부(임상증상에 따른 분류)

(단위: 명, %)

	전 체	의료기관 입원	
		입원 불필요	입원 필요
전 체	2030 (100.0)	721 (35.5)	1309(64.5)
국립정신병원	109 (100.0)	47 (43.1)	62 (56.9)
공립정신병원	115 (100.0)	20 (17.4)	95 (82.6)
사립정신병원	660 (100.0)	197 (29.8)	463 (70.2)
종합병원 정신과	166 (100.0)	39 (23.5)	127 (76.5)
병원 정신과	507 (100.0)	182 (35.9)	325 (64.1)
정신과의원	256 (100.0)	97 (37.9)	159 (62.1)
정신요양시설	169 (100.0)	101 (59.8)	68 (40.2)
사회복지시설(주거)	48 (100.0)	38 (79.2)	10 (20.8)

표 90 1994년 현재 종합평가에 의한 정신보건시설 종류별 입원·입소환자의 재원적절성

(단위: %)

시설 종류	재원적절성		합계
	부적절	적절	
계	54.9	45.1	100.0
대학병원 정신과, 종합병원 정신과, 정신과 의원	46.1	53.9	100.0
국공립정신병원	46.7	53.3	100.0
사립정신병원	54.5	45.5	100.0
정신요양원	60.0	40.0	100.0

자료: 이호영·정영기·김병후 외, 『정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준 개발 연구』, 1994.

표 91 1999년 현재 정신보건시설 종류별 재원적절 여부

(단위: 명, %)

	전 체	재원적절 여부	
		적절	부적절
전 체	59,051 (100.0)	32,239 (56.8)	26,812 ( 43.2)
국립정신병원	3,202 (100.0)	2,466 (77.0)	736 ( 23.0)
공립정신병원	3,580 (100.0)	2,665 (74.4)	915 ( 25.6)
사립정신병원	15,888 (100.0)	7,708 (48.5)	8,180 ( 51.5)
대학병원	1,624 (100.0)	1,409 (86.7)	215 ( 13.3)
종합병원	7,951 (100.0)	5,725 (72.0)	2,226 ( 28.0)
정신과의원	1,402 (100.0)	1,179 (84.1)	223 ( 15.9)
정신요양시설	15,287 (100.0)	7,090 (46.4)	8,197 ( 53.6)
부랑인시설	7,117 (100.0)	3,997 (56.2)	3,120 ( 43.8)
무허가기도원	3,000 (100.0)	-	3,000 (100.0)

자료: 서동우 외, 『전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사』, 보건복지부, 1999

## 8. 심층면접사례 유형별 분류 및 분석

질적조사를 위하여 몇 가지 사례에 대한 심층면접을 통하여 장기입원의 유형을 분석하였다. 대표적인 경우로는 환자의 잦은 재발이나 증상의 악화를 보호자가 두려워해서 퇴원을 시키지 않거나 반복적으로 입원을 시키는 경우, 거주지가 불안정하여 증상과 기능이 회복되었음에도 스스로가 나가지 않으려는 경우, 가족구성원의 변화로 지역에서 돌봐줄 가족이 여의치 않아 계속적으로 입원하는 경우, 의료급여로 전환된 이후 입원해 있는 것이 오히려 경제적인 유인이 되어 장기입원으로 바뀐 경우, 알코올환자의 경우 반복적인 재발로 인해 중독전문치료없이 장기입원으로 가는 경우 등이 보고되었다.

### <유형 1: 의료급여>"의료급여 전환 후 5년간 병원을 전전하는 환자"

현재 경기도지역의 사립정신병원에 입원중인 여자로 의료보장은 의료급여 1종이며, 나이는 49세(59년생), 학력은 고등학교 졸업, 결혼상태는 7년 전 이혼하였다.

처음 발병연도는 1990년도이며, 그 해 첫 진단을 받았다고 한다. 주 진단은 조울증으로, 조사 당시의 입원을 포함하여 총 10회 이상 국립정신병원, 사립정신병원 등에 입원했었고, 2003년도 이후로는 여러 병원을 옮겨 다니며, 계속적으로 입원된 상태였다. 최근 2년간은 아예 지역사회에서 거주한 경험이 거의 없었다. 입원 전에는 가족과 거주하였고, 이번 입원 직전의 입원은 국립서울병원에 2006년 5월 2일에서 2006년 10월 28일까지였다. 현재 입원기간은 2006년 11월 1일 이후 1년 11개월째라고 한다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 54세인 언니로 전세로 거주하고 있으며, 직업은 보험설계사로 월수입은 100만원정도라고 한다. 생존해 있는 가족은 어머니와 언니로 최근 1개월간 2회의 면회가 있었으며, 환자의 퇴원에 부정적이라고 했다. 그 이유로 환자가 생각하기에 자신의 정신과 증상을 두려워하고 있고(혹은 재발을 걱정해서), 같이 살 공간이 부족해서인 것 같다고 하였습니다.

평가 척도상 환자의 일반적 기능평가(GAF)는 55점으로 비교적 괜찮은 상태였다. 임상평가에서 약간의 사고의 이완, 기능적 평가에서 의사소통/대인관계, 약물관리/병식에서 조금의 도움으로 유지할 수 있을 정도였고, 사회지지체계평가에서 거주지, 경제자원, 가족친지의 도움에 조금 문제가 있는 것으로 평가되었다. 환자는 지역사회정신보건서비스를 1회 정도 상담한 적은 있었지만 본격적으로 이용한 적은 없었다고 한다. 환자와 가족을 지원하고, 지속적 사례관리와 주간보호를 한다면 지역사회에서도 생활해 나갈 수 있는 상태로 평가되었다.

조사자와의 면담에서 환자는 발병 이후 수차례 입퇴원을 반복하였으며 결혼 상태를 간신히 유지하면서 지역사회에서 통원치료를 받으면서 지낼만한 수준이었다고 한다. 환자의 계속되는 투병 생활로 인하여 남편과는 10년전부터 별거상태로 환자는 친정에서 살고 있었는데 2003년 Y병원에 입원하고 있을 당시에 계속되는 경제적 부담으로 인하여 정부의 도움(의료급여 1종)을 받고자 남편과 이혼을 하였고, 그 이후로는 한 병원에서 6개월이 되면 타 병원으로 옮기는 방식으로 계속하여 장기입원상태에 있게 되었다고 한다. 이번 병원에서 퇴원하고 싶지만, 어머니가 "또 재발하면 다른 병원에 가야 하니까 좀 오래 있어라"라고 하여 입원을 하고 있는 것이라고 하였다. 가족은 환자가 상태가 나쁠 때에 집을 나가라는 환청에 반응하여 가출을 하였기 때문에 병원에 있는 것이 환자에게 안전할 것이라고 설명하였다고 한다. 이 환자의 경우 건강보험을 유지할 때는 입원기간이 짧고 주로 통원치료를 이용하였으나, 의료급여로 전환된 이후

장기입원으로 전환된 전형적인 사례로 생각된다. 지역사회 내에서 가족들에게 경제적, 정서적 지지를 제공하고 환자에게 집중적인 서비스가 이루어질 수 있다면 지역사회로 복귀할 수 있는 여력이 있을 것으로 판단되었다. 이와 동시에 보호자에 대한 적절한 정보제공과 환자와 함께 생활할 수 있는 경제적 유인 및 편의의 제공, 정서적지지 등이 장기입원을 억제하는 데 영향을 줄 수 있는 요인으로 평가되었다.

## <유형 2: 알코올의존> “알코올 의존으로 인해 반복적으로 입원 중인 환자”

현재 경북지역의 사립정신병원에 입원중인 남자로 의료급여 1종이며, 66세(42년생), 학력은 무학, 결혼상태는 기혼이며, 군대는 만기제대 하였다고 한다.

처음 발병연도는 미상이며, 첫 진단을 받은 연도는 1989년으로 추정된다. 주 진단은 알코올의존으로 조사 당시의 입원을 포함하여 총 15회 이상 정신병원에 입원한 적이 있었고, 그 중 6개월 이상의 장기 입원은 2차례였다고 한다. 현재 입원 기간은 2007년 9월 이후 1년 1개월째로 입원 전에는 가족과 함께 거주하였다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 아내이며, 나이는 44세이다. 전세로 거주하고 있으며, 부인의 직업은 공사장 노동일로 월수입은 50만원 정도이다. 나머지 가족으로 어머니와 아들이 있으며, 최근 1개월간은 면회를 오지 않았다고 하는데 환자의 퇴원에 부정적이라고 했다. 환자가 생각하는 이유는 환자의 증상이 자주 재발하여 입퇴원을 지속적으로 반복하여서 더 이상 가족이 자신의 회복을 믿어주지 않는 것 같다고 하였다.

평가 척도상 환자의 일반적 기능평가(GAF)는 70점이며, 임상평가와 기능평가에서 독립된 생활이 가능하나 사회지지체계평가에서 거주지, 경제자원, 가족친지의 도움에 문제가 있는 것으로 평가되었다. 환자는 지역사회정신보건서비스에 대해 이야기를 들은 적은 있지만 이용한 적은 없었다고 한다. 환자와 가족을 지원하고, 지속적 사례관리와 주간보호를 한다면 지역사회에서도 잘 해 나갈 수 있는 상태로 평가되었다.

조사자와의 면담에서 환자는 처음 발병이후에는 수차례 입퇴원을 반복하였지만 직업을 지속적으로 가지고 결혼 상태를 유지하였기 때문에 지역사회에서 통원치료를 받으면서 지낼만한 수준이었다고 한다. 그러나 환자의 알코올 의존으로 인해 퇴원을 하면 또다시 술을 마시고 집안에서 물건을 부수며 아내에게 폭행을 행하는 문제가 반복

되었다고 한다. 현재 환자는 증상이 호전되고 스스로도 병을 극복하고자 하는 의지를 보이고 있고, 외래 통원 치료 및 알코올 상담센터 등의 도움을 받아 금주하는 것에 대하여 긍정적으로 생각하면서 퇴원을 원하고 있지만, 환자의 아내가 "환자가 다시 술을 마시고 폭력적인 행동을 하면 감당할 수가 없을 것 같다."고 해서 계속입원을 하고 있는 것이라고 하였다. 가족들은 환자가 이전에도 퇴원 후에 수개월 가량은 생활을 잘하다가 다시 술을 마시면 난폭한 행동을 했기 때문에 현재 상태가 호전 되었다고 해서 퇴원을 시켰다가 증상이 다시 재발하게 되어서 재산상, 신체상 손해가 생길까봐 두려워서 퇴원을 시키지 못하고 있다고 한다. 이 환자의 경우 현재는 증상이 호전된 상태이나 보호자가 환자의 재발을 두려워하여 장기 입원을 하고 있는 전형적인 사례로 평가된다. 조사자의 입장에서는 알코올센터 같은 지역사회재활시설이 환자에게 제공된다면 퇴원하여 지역사회에서 정착할 수 있을 가능성이 높다고 판단하였다. 보호자에 대한 교육과 정신적인 지지를 통하여 입원외의 대안에 대한 정보를 제공하는 것이 중요하다고 평가되었다.

**<유형 3-1: 거주지 문제> "거주지가 없어 퇴원을 하지 않고 계속 병원에 있으려는 환자"**

현재 대구지역의 정신요양원(사회복지시설)에 입원중인 여자로 의료급여 1종이며, 나이는 37세(71년생), 학력은 고등학교 졸업, 미혼이었다.

처음 발병연도는 1998년이며, 그 해 진단을 받았다. 주 진단은 정신분열병으로 조사 당시의 입원을 포함하여 총 3회 정신병원, 정신요양원에 입원하였으며, 이번에는 2005년 9월 이후 3년째 입원 중이었다. 입원 전에는 혼자 살고 있었으며, 마지막 입원은 정신병원에 2004년 8월경부터 2005년 9월경까지였다고 한다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 언니로 41세이다. 전세 주택에 살며, 과거 사업을 하였으며 현재는 주부로 월수입은 없다고 한다. 부모님은 두 분 모두 사망한 상태로 생존한 가족은 언니와 남동생이 한명씩 있다. 최근 1개월간 한 번 면회를 왔었으며, 환자의 퇴원에 부정적인 이유로 환자가 생각하기에 자신이 갈 곳이 없어서인 것 같다고 하였다.

평가척도상 환자의 일반적 기능평가(GAF)는 55점이며, 임상평가에서 사고의 이완,

피해망상이 조금 있었으며 기능적 평가에서 의사소통/대인관계, 약물관리/병식에서 조금의 도움으로 유지할 수 있을 정도였고, 독립된 생활은 불가능하나, 사회지지체계가 뒷받침 된다면 생활이 가능할 것으로 조사되었다. 하지만 사회지지체계가 열악하여 형제, 자매가 생존해 있으나 환자를 돌봐 줄 여력이 되지 않는 상태였다. 환자는 지역사회정신보건서비스가 있다는 말을 들은 적도 없고 이용한 적도 없다고 하였다.

조사자와의 면담에서 환자 자신은 이전보다 증상이 많이 좋아졌지만, 자신의 증상에 대하여 어느 정도의 병식이 있어서 치료의 필요성에 대해서 인정하고 있었다. 환자는 입원 기간이 너무 길지만 갈 곳이 없어 퇴원을 하고 싶지 않다고 하였으며 다만 큰 언니가 면회를 좀 더 자주 왔으면 한다고 하였다. 환자의 언니는 환자가 이전에 환청과 망상이 심했으며 현재는 증상이 많이 호전되었다고 하여도 같이 살 수 있는 형제들이 없기 때문에 퇴원 하는 것에 대해 부정적이었다. 또한 언니는 남편이 환자의 병에 대해서 거부감을 가지고 있다고 하였다. 조사자의 판단에는 환자가 현재 증상을 가지고 있는 상태지만 지역사회 주거재활시설이 환자에게 제공된다면 어느 정도 퇴원이 가능하다고 판단하였다. 보호자에 대해서는 정신질환에 대한 교육이 매우 시급하며, 지역사회에서 이용 가능한 정신보건 서비스에 대한 정보를 제공하여 실제적인 도움을 주고 정서적인 부담감을 경감시키는 일이 급선무로 평가되었다.

**<유형 3-2: 거주지와 경제력> "아이를 위해서라도 시내에서 살고 싶은데, 경제력이 없고 살 집이 없어요"**

현재 충청도지역의 작은 시설에 입소중인 여자로 의료보장은 의료급여 1종이다. 나이는 49세(1959년생), 학력은 중학교, 결혼상태는 사별이다.

처음 발병연도는 2002년이고, 첫 진단을 받은 해도 2002년이다. 주 진단은 정신분열병이고 정신병원, 정신요양원 등에 총 여러 번 입원된 적이 있었지만 이번에 처음으로 장기입원하게 되었다. 입소하기 전의 거주 형태는 가족과 함께 살았었고, 지금도 딸아이는 100m 떨어진 집에서 혼자 생활하고 있다. 현재 입소 기간은 2005년 2월 말경 이후 3년 8개월째이다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이고, 현재 주된 보호자는 오빠이며 나이는 60세이다. 자가의 주택에 살고, 월수입은 잘 모르지만, 직업은 사무직이다. 생존한 가족은 자매, 그리고 자녀로써 딸 한 명이 있다. 최근 1개월간 1회의 면회도 없었고, 환자의 퇴원에 부정적인데, 그 이유는 환자가 생각하기에 환자의 정신과 증상

을 두려워해서(혹은 재발을 걱정해서)이기도 하고, 경제적으로 어려운 상황이거나 혹은 돌봐줄 사람이 없다는 것 같다고 하였다.

평가척도상 환자의 일반적 기능평가(GAF)는 80점이며, 임상평가와 기능평가에서 독립된 생활이 가능하나, 사회지지체계가 다소 문제가 있는 것으로 조사되었으며 나가서 살 곳이 없고 딸이 중학교 1학년이어서 자신을 돌봐 줄 여력이 되지 않는 상태였다. 환자는 지역사회정신보건서비스가 있다는 말을 들은 적은 있지만 이용한 적은 없었다. 딸의 장래를 위해서도 시내에서 같이 살기를 바라지만 지역사회에 나가더라도 돌봐줄 오빠하고도 거리가 멀고, 생활비 마련이 어렵다고 생각하고 있다.

현재, 일반적인 기능이 좋아 옆에 있는 기도원에 가서 식당일을 돌봐 주고, 수입으로 약 5만원을 받고 있지만 지역사회에서 생활하기에는 아직도 힘들다고 생각하고 있었다. 그렇지만 딸이 성장하여 엄마가 정신질환이 있어 시설에 입소하여서, 엄마 때문에, 시설 근처에서 혼자 살게 되면서, 학창시절에 해볼 수 있는 것을 마음대로 못했다고 모든 탓을 자신에게 돌리거나 앓을까하고 걱정하고 있었다. 사실 딸이 시골 한적한 곳에 살고 있기 때문에 학교를 파하고 집에 오면, 친구도 없고 대화를 나눌 사람도 없으며, 엄마가 입소한 시설에 놀러 와도 같은 방을 사용하고 있는 다른 입소자들이 싫어하기 때문에 거의 혼자서 지내는 편이다.

증상이 여러 차례 재발하였기 때문에 오빠가 퇴원을 못하게 하고, 자신도 꺼리는 면이 있지만 지역사회에 나가서 생활하는 것이 가능하다고 평가된다. 이를 위하여 우선 주거문제가 해결되어야 할 것이다. 따라서 도시에 있는 공동가정생활이나 모자원에 연결시켜주거나 오빠의 명의로 전세를 얻고, 자녀는 지역아동센터로 연결시킬 수 있을 것이다. 그리고 자활후견기관에서 취업 혹은 직업훈련을 받는다면 기능평가에서 높은 적응을 보이기에 별 문제가 없으리라고 판단된다.

#### **<유형 4: 입원과정의 문제, 행려> “간질로 쓰러져 신원이 확인 되지 않아 정신병원으로 이송되어 행려로 처리된 환자”**

현재 대구지역의 정신전문병원에 입원중인 남자로 의료보장은 건강보험이다. 나이는 29세(78년생), 학력은 중학교, 결혼 상태는 기혼이다.

처음 발병연도는 1993년이며, 그 해 첫 진단을 받았다. 주 진단은 간질 및 알코올 의존이다. 이번이 처음 입원이었다. 입원 경위는 2006년 6월 도로변에 간질로 쓰러진

채로 경찰에 의해 발견되어 정신병원으로 이송되었으며 당시 보호자가 없어 행려 환자로 간주되어 입원하였다. 현재 입원 기간은 그때부터 2년 5개월째이다. 입원 3개월 후 보호자를 찾아서 환자의 신원이 확인되었으나 보호자가 환자를 퇴원시키지 않은 상태였다. 현재 주된 보호자는 환자의 누나이며 나이는 32세이다. 전세 아파트에 살며, 회사원이고 월수입은 200만원 정도로 추정된다. 환자의 생존한 가족은 누나들만이 있다. 최근 1개월간 1회의 면회도 없었으며, 가족들은 환자의 퇴원에 부정적이며, 그 이유는 환자가 생각하기에 잘 모르겠다고 하였다.

평가적도상 환자의 일반적 기능평가(GAF)는 65점이며, 임상평가에서 사고 장애 및 기억력 감퇴가 있었으며 기능적 평가에서 의사소통/대인관계, 약물관리/병식에서 거의 도움 없이 스스로 유지할 수 있을 정도였고, 독립된 생활은 가능할 것으로 조사되었다. 하지만 가족이 생존해 있으나 환자를 돌봐 줄 의지가 없는 상태였다. 환자는 지역 사회정신보건 서비스가 있다는 말을 들은 적도 없고 이용한 적도 없다고 하였다.

조사자와의 면담에서 환자는 자신은 이전보다 증상이 호전되었으며, 자신의 증상에 대해서 인정하고 치료의 필요성에 대해서도 인식하고 있었다. 환자는 입원 기간이 너무 길고 힘들다고 하면서 퇴원을 하고 싶다고 하였으나 가족들이 자신을 퇴원시키려 하지 않는다고 하였다. 퇴원을 요구하여도 가족의 동의가 없어 퇴원하지 못 하였다. 가족들은 환자를 돌볼 사람이 없어 퇴원해서 생활하는 것이 안전하지 않다고 하며 퇴원하는 것에 대해 부정적인 입장인 것으로 확인되었다. 이 환자의 경우 쓰러진 채 발견되어 당시에는 보호자가 없어 행려로 처리되어 입원되었고 이 후 보호자가 나타나 신원이 확인 되었으나 보호자의 뜻에 따라서 장기 입원을 하고 있는 전형적인 사례로 생각된다. 조사자의 판단에는 지역사회 재활시설이 환자에게 제공된다면 퇴원하여 성공적으로 지역사회에 정착할 수 있을 것으로 생각되었다. 보호자에게는 환자가 앓고 있는 정신질환의 증상과 지역사회 정신보건에 대한 정보를 제공해서 환자를 입원시키는 것보다 더 나은 방법이 있다는 것에 대한 교육이 필요할 것으로 판단되었다. 이와 동시에 정신질환에 대한 편견 및 거부감에서 오는 정서적인 문제를 다루어 주는 것이 동반되어야 할 것으로 생각되었다.

### <유형 5-1: 정신질환에 대한 오해와 편견> "환자의 심했던 증상 때문에 보호자에 의하여 장기 입원 하는 환자"

현재 대구경북지역의 정신병원에 입원중인 여자로 의료보장은 의료급여 1종이다. 나이는 42세(66년생), 학력은 중학교, 결혼상태는 미혼이다.

1993년에 첫 발병 후에 정신분열병으로 진단을 받았다. 이번 입원을 포함하여 총 4회 정신병원, 정신요양원 등에 입원 된 적이 있었으며 장기입원은 한차례 있었다. 최근 2년 동안 지역사회 거주기간은 없었다. 입원 전 거주 형태는 가족과 함께 거주하고 있었다. 이번 입원 직전의 입원은 지금의 병원에 2005년 1월부터 2005년 6월까지였다. 현재는 2006년 9월 이후 2년 1개월째 입원 중이다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 주된 보호자는 아버지이며 나이는 67세이다. 자가 주택에 살며, 과거 상업을 하였지만 현재는 무직이지만 월수입은 100만원 정도라고 한다. 생존한 가족은 부, 모, 형제, 자매가 있다. 최근 1개월간 1회의 면회도 없었으며, 환자의 퇴원에 부정적이며, 그 이유는 환자가 생각하기에 환자의 정신과 증상을 두려워해서(혹은 재발을 걱정해서)인 것 같다고 하였다.

평가척도상 환자의 일반적 기능평가(GAF)는 55점이며, 임상평가에서 사고의 이완, 망상이 조금 있었으며 기능적 평가에서 의사소통/대인관계, 약물관리/병식에서 조금의 도움으로 유지할 수 있을 정도였고, 독립된 생활은 불가능하나, 사회지지체계가 뒷받침 된다면 생활이 가능할 것으로 조사되었다. 하지만 사회지지체계가 열악한 것으로 조사되었으며 가족은 생존해 있으나 환자를 돌봐 줄 여력이 되지 않는 상태였다. 환자는 지역사회정신보건서비스가 있다는 말을 들은 적은 있지만 이용한 적은 없었다.

조사자와의 면담에서 환자는 자신은 이전보다 증상이 많이 좋아졌으며, 자신의 증상에 대해서 인정하고 치료의 필요성에 대해서도 인식하고 있었다. 환자는 입원 기간이 너무 길고 힘들다고 하면서 퇴원을 하고 싶다고 하였으나 가족들에게 퇴원에 대한 이야기를 하면 회피하는 것 같다고 하였다. 퇴원청구를 할 경우 가족들이 자신을 싫어하게 될까봐 걱정이 되어서 퇴원청구도 하지 않는다고 하였다. 가족들은 환자가 이전에 환청과 망상이 심했고, 난폭한 행동을 했기 때문에 환자가 증상이 완전하게 호전이 되지 않으면 퇴원해서 생활하는 것이 안전하지 않다고 하며 퇴원 하는 것에 대해 부정

적이었다. 또한 가족들은 환자의 병에 대해서 거부감을 가지고 있다고 하였다. 실제로 퇴원 이후에 약을 잘 먹지 않거나 약을 먹어도 다시 재발하였기 때문에 다시 집으로 데리고 가고 싶지는 않다고 하였다.

### **<유형 5-2: 정신질환에 대한 오해와 편견>"현재 증상이 없으나 가족들의 두려움 때문에 입원 중인 환자"**

현재 경북지역의 정신병원에 입원중인 남자로 의료보장은 의료급여 1종이다. 나이는 51세(57년생), 학력은 고등학교, 결혼상태는 2년 전 이혼한 상태이며, 군대는 만기제대 하였다.

처음 발병연도는 1998년도이며, 그 해 알콜의존으로 진단을 받고, 이번 입원을 포함하여 총 8회 이상 정신병원에 입원된 적 있었으나 장기 입원은 없었다. 입원 전 거주형태는 가족과 거주하였다. 직전의 입원은 현재의 병원에 2007년 5월에 2개월 정도 입원하였던 것이며, 현재는 2007년 11월 이후 1년째 입원 중이다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 어머니이며, 나이는 73세이다. 전세로 거주하고 있으며, 농사일이 직업이며, 월수입은 50만원 정도이다. 생존한 가족은 어머니, 아들, 딸이 있다. 최근 1개월간에는 면회가 없었으며, 환자의 퇴원에 부정적이며, 그 이유는 환자가 생각하기에 재발을 걱정해서와 같이 살 공간이 부족해서인 것 같다고 하였다.

평가척도상 환자의 일반적 기능평가(GAF)는 70점이며, 임상평가와 기능평가에서 독립된 생활이 가능하나 사회지지체계평가에서 거주지, 경제자원, 가족친지의 도움에 문제가 있는 것으로 평가되었다. 환자는 지역사회정신보건서비스를 1회 상담한 적은 있었지만 본격적으로 이용한 적은 없었다고 한다. 환자와 가족을 지원하고, 지속적 사례관리와 주간보호를 한다면 지역사회에서도 잘 해 나갈 수 있는 상태로 평가되었다.

조사자와의 면담에서 환자는 발병이후 수차례 입퇴원을 반복하였고 그로 인하여 아내와는 3년 전부터 별거상태로 지내다가 2년 전 이혼한 후 어머니와 함께 살고 있었다. 환자는 외래 통원 치료에 대해서 긍정적으로 생각하고 있어서 병원에서 퇴원하고 싶지만, 어머니가 "환자가 다시 술을 마시고 폭력적인 행동을 하면 감당할 수가 없을 것 같다."고 해서 입원을 하고 있는 것이라고 하였다. 가족들은 환자가 이전에도 퇴원

후에 수개월 가량은 생활을 잘하다가 다시 술을 마시면 난폭한 행동을 했기 때문에 현재 상태가 호전 되었다고 해도 퇴원 후 다시 재발할 가능성이 높아서 퇴원을 꺼린다고 하였다.

**<유형 6: 횡수용화>"난 병이 없다. 6개월 만기 되면 다른 병원에 또 입원시킬것 같다, 죽을 것 같다"**

인천의 한 정신병원에 입원중인 환자는 54세(1954년생) 남성으로 군복무 의무를 마쳤으며, 부인과는 이혼하였고, 학력은 고등학교, 의료보장은 의료보험이고, 종교는 없으며 정신분열병으로 입원한 상태이다. 발병연도와 진단연도에 대한 기억은 없으며, 현 병원에는 직전병원에서 6개월 만기로 퇴원이 되어서 바로 본 병원으로 이송되었고 직전 병원과 본 병원을 합해 2회의 입원 경력이 있으며 현 병원에는 2008년 9월 1일에 입원하였다.

평가척도에 따르면 일반적 기능평가(GAF)는 51점이며 기능평가상 일상적인 생활은 가능하나 병식부족으로 약물치료를 거부한 상태여서 약물관리나 소지품 관리 대중교통이용은 약간의 문제가 있는 것으로 보였다. 임상평가에서는 약간의 사고이완과 약물의 종류와 용량의 변화로 약물의 부작용이 보이며 퇴원 후 함께 살 가족은 있으나 생활비 및 의료비조달에 문제가 있으며 가족의 지지도 열악한 것으로 보여 사회지지체계에서도 문제가 있었다. 입원경위는 보호의무자에 의한 입원으로 입원 후 보호자와는 연락이 되지 않는다고 하였다. 6개월 후 계속 입원심사에 관하여는 전혀 알고 있지 않았으며 어떠한 설명도 듣지 못했고 6개월 만기 후 본 병원으로 입원하였다. 후보호자는 남동생으로 52세이고 대학교를 졸업하였고 번역일을 하고 있으며, 지금까지 환자를 면회한 적이 없다고 한다.

조사자와 면담에서 환자는 처음 입원당시 곧 퇴원할 수 있을 것이라고 생각했으나 6개월 후 퇴원하는 줄 알고 병원을 나갔다가 129 구급차를 타고 바로 지금의 병원으로 이송되어서 상당히 불안하고 화가 난 상태였다. 강제 이송된 후 보호자와 연락을 취하려고 보호사에게 부탁하여 전화를 하였지만 전화번호 바뀌었다고 하고 직원은 보호자의 연락처를 모른다고 하는 것으로 보아, 아마도 병원과 환자 보호자가 서로 계획하여 환자의 퇴원을 막는 것 같다고 하였다. 환자는 이렇게 계속해서 입원을 시키지 않을까

두려하고 있으며, "평생 이렇게 병원을 6개월 마다 돌려서 입원시킬것 같다, 죽을 것 같고 답답하다, 난 병이 없다"고 얘기하였다. 환자는 입원 후 보호자와는 연락이 두절된 상태며 직원도 일부러 알려주지 않는 것으로 믿고 있으며, 동생이 자신의 돈을 쓰고 이를 숨기기 위해 입원시켰다고 생각하였다. 병원에서의 생활도 불안해하고 병원 시설이 비좁고 더운물도 나오지 않는 상태에서 목욕을 강요하기도 하며, 화장실 3~4개로 40~50명이 사용하고, 음료수대는 잦은 고장으로 불편하고, 인권함, 건의함은 원무과 직원이 보고 버리는 것을 본 후로는 건의하지 않는다고 하였다. 병원 내에서 진행되는 프로그램도 성의가 없고 힘들어서 참가하고 싶지 않지만 강요당한다고 하였다. 환자는 이런 병원생활이 연속될까 두려워 하고 있으며 하루 빨리 퇴원하기를 간절히 바라고 있었다. 일단 보호자와의 면담이 급선무이며, 환자의 임상 증상을 잘 평가한 후에 지역사회 정신보건서비스에 대한 정보를 제공하고 지역내 주거시설이 있다면 활용할 수 있게 연결해 주는 등 적극적인 개입이 필요할 것으로 보였다.

---

## 제4장. 장기 입원/입소자의 특성

---

### 1. 연구 배경 및 목적

현행 정신보건법에서는 6개월 이상 입원하기 위해서는 정신보건심판위원회에 계속입원 심사를 청구하여 승인을 받도록 되어 있다. 그래서 계속입원심사가 필요한 6개월을 기점으로 하여 통상적으로 장기입원이라고 정의한다. 최근 수 년 동안 정신질환으로 인한 장기입원에 대한 관심이 증가하고, 인권적 측면에서 재원기간을 단축하고, 부적절 장기입원을 억제하기 위한 논의가 활발해짐에 따라 전체 입소시설에 있어 평균 재원일수도 감소하는 추세에 있다. 그러나 계속입원심사를 피하기 위하여 6개월 시점에서 일단 퇴원을 시킨 이후 바로 다음 날 동일 기관에 재입원을 하거나 타 기관으로 옮겨서 입원하는 편법이 이루어지고 있다. 이런 경우 재원기간은 단축되는 결과를 얻을 수 있으나, 실질적으로 정신장애인의 입장에서는 지속적인 입원을 하고 있는 것과 다름 아니다. 따라서 본 연구에서는 조사 시점을 기점으로 지난 2년간 입원이나 입소한 기간을 합산하여 1년 이상 입원한 경우를 장기입원으로 정의하고 이러한 군의 특성을 알아봄으로써 장기입원에 미치는 요인을 보다 명확하게 파악하려 한다.

## 2. 연구방법 및 내용

### 가. 분석대상

제3장 재원기간 분석에 쓰인 입소자의 자료 중 지난 2년간의 입원기간 합산이 1년을 초과하는 경우를 장기입원의 대상자로 하였다.

### 나. 조사 분석 방법

여러 변인에 따른 기술적(descriptive) 통계를 구하였다. 자료의 분석은 SPSS 12.0을 사용하였다.

## 3. 장기입원/입소자의 특성

### 가. 사회인구학적 특성

장기 입원군은 전체 재원군에 비해 성별의 차이는 없으며, 연령대의 구성에서 40, 50대가 많은 양상이었다. 의료급여 1종의 비율이 상대적으로 많았고(52.8% 대 64.2%), 결혼상태에 있어 결혼상태를 유지하는 군은 적었다(21.5% 대 15.6%).

표 92 장기입소자의 특성 1(전체 재원군과 비교)

(단위: 명, %)

변인	항목	전체 재원군		장기 입원군	
		빈도수	퍼센트	빈도수	퍼센트
성별	남	1506	66.8	790	67.6
	여	747	33.2	378	32.4
나이	20세미만	19	0.8	4	0.3
	20대	127	5.6	37	3.2
	30대	445	19.8	221	18.9
	40대	725	32.2	413	35.4
	50대	589	26.1	330	28.3
	60대	321	14.2	142	12.2
	무응답	27	1.2	21	1.8
	평균 ± 표준편차		46.91 ± 11.66	47.41 ± 10.38	

입원	3개월 이하	831	36.9	194	16.6
	4-6개월	383	17.0	106	9.1
	7-12개월	290	12.9	119	10.2
	13-24개월	283	12.6	283	24.2
	25-48개월	193	8.6	193	16.5
	49-72개월	79	3.5	79	6.8
	73-96개월	47	2.1	47	4.0
	97-120개월	44	2.0	44	3.8
	121개월 이상	102	4.5	102	8.7
	무응답	1	0.0	1	0.1
	평균 ± 표준편차	662.83 ± 1355.00일		1188.18 ± 1721.84일	
의료보장형태	보 험	674	29.9	230	19.7
	의료급여 1종	1189	52.8	750	64.2
	의료급여 2 종	184	8.2	88	7.5
	행 려(노숙자)	44	2.0	33	2.8
	무응답	162	7.2	67	5.7

## 나. 입원/입소기관 유형

입소기관의 유형은 국립정신병원, 종합병원정신과, 병원정신과, 정신과의원의 비율은 감소하고, 공립정신병원, 사립정신병원, 요양원, 사회복지시설의 비율은 증가하였다.

## 다. 사회경제적 지지체계

경제상태의 문제가 많은 비율이 증가하고, 가족지지체계에서도 같이 살 가족도 있으며, 거주지도 있는 비율이 감소하였다.

## 라. 진단과 입원력

진단명에서 정신분열병의 비율이 증가하고, 알코올장애의 비율이 감소하였다. 발병연령은 감소하여, 20대미만의 비율이 증가하였다. 입원횟수는 증가하였으며, 특히 3-5회 입원의 비율이 증가하였다.

표 93 장기 입소자의 특성 2(전체 재원군과 비교)

(단위: 명, %)

변인	항목	전체 재원군		장기 입원군	
		빈도수	퍼센트	빈도수	퍼센트
학력	중졸이하	926	41.1	508	43.5
	고졸이하	804	35.7	421	36.0
	전문대이상	368	16.4	177	15.2
	무응답	154	6.8	62	5.3
결혼상태	결혼경력없음(미혼)	1076	47.8	645	55.2
	결혼상태유지(기혼,동거)	485	21.5	182	15.6
	결혼후이별(이혼,별거,사별)	557	24.7	277	23.7
	무응답	165	6.0	64	5.5
종교유무	있음	1245	55.3	649	55.6
	없음	819	36.4	430	36.8
	무응답	189	8.4	89	7.6
재원기관유형	국립정신병원	120	5.3	38	3.3
	공립정신병원	120	5.3	74	6.3
	사립정신병원	726	32.2	395	33.8
	종합병원정신과	188	8.3	75	6.4
	병원정신과	621	27.6	273	23.4
	정신과의원	225	10.0	87	7.4
	요양원	195	8.7	184	15.8
진단명	사회복지시설	58	2.6	42	3.6
	정신분열병	1176	52.2	769	65.8
	정동장애	151	6.7	50	4.3
	알콜장애	613	27.2	208	17.8
	기타	187	8.3	107	9.2
	무응답	126	5.6	34	2.9
경제상태	전혀 문제없다	604	26.8	237	20.3
	조금 문제있다	756	33.6	387	33.1
	매우 문제많다	662	29.4	443	37.9
	무응답	231	10.3	101	8.6

## 마. 임상증상 및 기능장애의 정도

임상 증상에서 평균점수가 증가하여 심각한 환자가 많아지는 양상이었으며, 심각한 증상의 비율도 증가하였다. 기능의 측면도 비슷한 양상을 보였다. GAF(Global Assessment of Functioning)도 구간별로 보았을 때 40점 이하가 증가하였으나, 총점은 2점정도 감소하였다.

표 94 장기 입소자의 특성 3(전체 재원군과 비교)

(단위: 명, %)

변인	항목	전체 재원군		장기 입원군	
		빈도수	퍼센트	빈도수	퍼센트
가족지지체계	같이살가죽겨주지있음	1353	60.1	606	51.9
	필요시도움줄가죽친지있음	309	13.7	206	17.6
	필요시도움줄가죽친지도 없음	363	16.1	256	21.9
	무응답	228	10.1	100	8.6
발병연령(세)	20세미만	195	8.7	129	11.0
	20-29세	418	18.6	255	21.8
	30세이상	764	33.9	361	30.9
	무응답	876	38.9	423	36.2
	평균±표준편차	33.46 ± 13.36		31.21 ± 12.21	
입원횟수	1회	281	12.5	87	7.4
	2회	395	17.5	198	17.0
	3-5회	664	29.5	398	34.1
	6회이상	498	22.1	278	23.8
	무응답	415	18.4	207	17.7
	평균±표준편차	5.01 ± 5.67		5.49 ± 6.33	
임상증상	증상경미(0~1)	639	28.4	306	26.2
	증상중간(2~4)	810	36.0	404	34.6
	증상심각(5점이상)	581	25.8	362	31.0
	무응답	223	9.9	96	8.2
	평균±표준편차	3.22 ± 2.66		3.53 ± 2.77	

종합기능	고기능(0~1)	952	42.3	424	36.3
	중기능(2~4)	590	26.2	314	26.9
	저기능(5점이상)	509	22.6	343	29.4
	무응답	202	9.0	87	7.4
	평균±표준편차	2.74 ± 2.95		3.28 ± 3.17	
GAF (Global Assessment of Functioning)	40점이하	650	28.9	410	35.1
	41-60	964	42.8	473	40.5
	61점이상	434	19.3	198	17.0
	무응답	205	9.1	87	7.4
	평균±표준편차	49.03 ± 16.20		47.35 ± 16.55	

## 바. 지역사회정신보건서비스 체계

입원직전 지역사회거주기간은 평균 231.49개월에서 134.50개월로 감소를 보였으며, 직전지역사회거주기간이 1개월 미만인 군이 16.9%에서 24.8%로 증가하였다. 정신보건 센터 이용경험의 차이는 없었다.

## 사. 계속입원심사관련사항

계속입원심사제도에 대해 알고 있는 군이 증가하였다.

표 95 장기 입소자의 특성 4(전체 자원군과 비교)

(단위: 명, %)

변인	항목	전체 자원군		장기입원군	
		빈도수	퍼센트	빈도수	퍼센트
입원직전 지역사회거주기간	1개월미만	380	16.9	290	24.8
	1개월이상	384	17.0	132	11.3
	해당없음(첫입원)	259	11.5	72	6.2
	무응답	1230	54.6	674	57.7
	평균 ± 표준편차(개월)	231.49±382.81		134.50±311.88개월	
입원형태	보호의무자입원	1508	66.9	793	67.9

	시도지사입원	125	5.5	91	7.8
	기타 자의입원 등	350	15.5	164	14.0
	무응답	270	12.0	120	10.3
계속입원심사제도 인지여부	예	825	36.6	509	43.6
	아니오	1097	48.7	518	44.3
	무응답	331	14.7	141	12.1
정신보건센터 이용경험여부	예	154	6.8	84	7.2
	아니오	1759	78.1	922	78.9
	무응답	340	15.1	162	13.9
생존가족	부나 모 생존	1196	53.1	607	52.0
	부모 없으나 배우자생존	293	13.0	115	9.8
	그 외 가족(부모, 배우자없음)	479	21.3	298	25.5
	기타	285	12.6	148	12.7
주보호자	부모	724	32.1	359	30.7
	배우자	289	12.8	96	8.2
	형제자매	630	28.0	404	34.6
	자녀	201	8.9	90	7.7
	기타	100	4.4	76	6.5
	본인	66	2.9	31	2.7
	무응답	243	10.8	112	9.6

## 아. 보호자 · 가족체계

부나 모가 생존해 있는 비율은 약간 감소하였으나, 배우자의 경우 13%에서 9.8%로 감소하였다. 주 보호자가 배우자인 부모 혹은 배우자일 비율이 감소하였고, 형제 · 자매인 비율은 28.0%에서 34.6%로 증가하였다. 보호자가 지난 1개월간 면회 온 횟수에서 면회오지 않은 경우가 증가하였고, 2회 이상 면회온 비율이 감소하였다. 퇴원에 대한 태도에서 긍정적인 비율도 감소하였다. 퇴원에 부정적인 이유로 추정된 항목에서 보인 차이점은 없었다.

표 96 장기 입소자의 특성 5(전체 재원군과 비교)

(단위: 명, %)

변인	항목	전체 재원군		장기입원군	
		빈도수	퍼센트	빈도수	퍼센트
지난 1개월동안 면회 횟수	면회없음	709	31.5	416	35.6
	1회	653	29.0	361	30.9
	2~3회	300	13.3	106	9.1
	4회 이상	111	4.9	32	2.7
	무응답	480	21.3	253	21.7
	면회횟수 ± 표준편차	1.12 ± 1.83		0.87 ± 1.55	
보호자의 퇴원에 대한 태도	긍정적	633	28.1	246	21.1
	부정적	1151	51.1	685	58.6
	무응답	469	20.8	237	20.3
퇴원에 부정적인 이유 (다중응답)	경제적으로 어려워서	402	16.1	260	16.9
	정신증상, 재발이 두려워서	801	32.0	470	30.6
	같이 살 공간 이 부족	296	11.8	218	14.2
	돌봐줄 사람이 없어서	461	18.4	323	21.0
	평소 사이가 원만하지 않아서	139	5.6	62	4.0
	먼친척, 가족이 없음	12	0.5	3	0.2
	모르겠다	310	12.4	169	11.0
	기타	80	3.2	32	2.1

## 4. 고찰

재원기간 분석에서 예측된 바와 같이 장기입소자의 경우는 사립·공립정신병원이 나 요양원에 많이 있었고, 주로 의료급여 1종이었으며, 결혼한 적이 없고, 이른 나이에 발병하였으며, 유병기간이 긴 정신분열병 환자일 가능성이 높았다. 임상증상과 기능장애가 더 심각하긴 했으나, 전반적 기능척도에서 볼 때 모집단과 큰 차이는 보이지 않았다. 다만 사회경제적 지지체계와 가족의 특성에 있어 환자에 대한 면회횟수와 부모, 배우자의 비율이 감소함으로써 환자가 지역사회내에서 머무를 수 있는 시간도 같이 감소되는 양상이었다. 지역사회정신보건센터에 대한 이용경험율에서는 큰 차이가 없었는데

이는 기왕에 이용을 해 본 경험 자체가 적은 것에 기인할 수도 있다고 보인다.

요약하면 장기입소자의 경우 전체재원군의 재원기간 분석에서 장기입원에 기여할 것으로 예측된 요인들과 부합되는 결과를 보여주고 있다. 이는 전체 재원군과 크게 다르지 않은 양상이었다. 이는 전체재원환자의 60%정도가 장기입소이기 때문에 오는 결과일 수도 있고, 장기입원에 기여하는 요인들이 한 두 개의 요인이 크게 작용한다기 보다는 여러 요인들이 서로 얽혀서 복합적으로 기여하기 때문이기도 할 것이다. 장기입원을 하는 군이 뚜렷한 차이점을 보이지 않는다는 점은 역설적으로 보아서 군이 장기입원을 할 필요가 없는 정신장애인이 많이 입원하고 있다는 반증일 수도 있다.



---

## 제5장. 장기 입원/입소군의 보호자의 특성

---

### 1. 연구 배경 및 목적

정신보건법에서 규정하고 있는 입원의 유형에는 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시도지사에 의한 입원, 응급입원의 네 가지 유형이 있다. 그러나 대부분의 입원은 보호의무자에 의한 입원 방식으로 이루어지고 있다(표 97). 한편 자의입원이 전체의 10%에 불과한 현실에서 보호자는 매우 중요한 소비자의 역할을 하고 있다. 시설 입소자만을 대상으로 하는 조사는 실질적으로 아무런 권한이 없는 소비자의 취향을 알아보는 것에 그칠 수 있다. 이에 따라 장기입원을 하고 있는 환자의 보호자를 따로 조사하여 보호자 입장에서 장기입원에 영향을 주는 요인을 알아보아야 한다.

표 97 한국과 일본의 입원형태별 정신의료기관 입원환자 분포의 비교

(단위: %)

입원 형태	한국										일본		
	1994	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1993	1999	2002
자의입원	4	9.5	8.4	8.4	8.1	7.9	8.4	9.7	10.7	10.3	62.6	68.6	64.2
보호의무자에 의한 입원 (가족이 보호의무자)	71	72.2	73.1	74.1	75.9	74.8	76.8	77.4	78.1	77.0	32.6	28.2	34.1
보호의무자에 의한 입원 (보호의무자가 시장·군수·구청장 또는 시·도지사)	15	16.2	16.4	15.7	14.0	15.6	13.3	11.7	10.1	11.8	2.1	1.6	0.8
기타	10	2.1 <sup>2)</sup>	1.8 <sup>2)</sup>	1.8 <sup>2)</sup>	1.9 <sup>2)</sup>	1.7 <sup>2)</sup>	1.5 <sup>2)</sup>	1.2	10.9	1.0 <sup>2)</sup>	2.7	1.8	0.8

주: 1) 우리나라와 일본의 통계생산방식의 차이(일본통계는 입원환자의 입원형태, 한국은 재원환자의 입원형태)로, 우리나라는 재원기간이 짧은 자의입원환자 비율이 일본보다 과소평가됨. 따라서 우리나라와 일본의 자의입원비율의 실제적 차이는 제시된 통계보다 작을 것임. 2) 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등

자료: 남정자·한영자·최정수 외, 『정신보건의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994. 후생성 보건 의료국 정신보건과. 『日本の 精神保健』, 1993. 2003. Asai, K. A., “New Mental Health and Welfare Law in Japan”, 제9차 환태평양 정신의학회 학술대회 발표자료, 1999. 서동우 외, 『지역사회정신보건 사업기술지원단 보고서』, 2000, 2001, 2002. 2003, 2004. 서동우 외, 『중앙정신보건사업지원단 보고서』, 2005

## 2. 연구방법과 내용

### 가. 조사대상 및 응답률

지난 1년 동안 계속입원심사를 제출한 환자들의 보호자를 대상으로 하였다. 구체적으로는 경기도 지역의 경우 1개의 공립정신병원과 1개의 사립정신병원을 선정하여 지난 1년간 계속입원심사청구를 한 적이 있는 모든 환자들의 계속입원심사청구 서식에 기재된 보호자를 대상으로 하였다. 서울지역의 경우에는 서울지역의 각 병원에서 지난 3개월간 서울시 정신보건심판위원회에 제출된 계속입원심사청구서에 기재된 모든 보호자를 대상으로 하였다. 보호자 중 시·도지사가 보호자인 경우는 제외하였다.

경기도 지역의 경우, 1개 공립정신병원에서는 총 대상자 192명 중에 병원에서 사회복지사가 전화를 여러 차례 시도해서 86명(44.8%)이 연결되었으며, 연락처가 변경되었

거나 부재인 경우가 106명(55.2%)이었다. 연결된 86명 중에 43명(50.0%)은 조사를 거부하였으며, 43명(50.0%)이 응답하였으며, 1개 사립정신병원에서는 총 87명의 대상자 중에서 41명(47.1%)이 연락이 되었으며, 이 중 20명이 조사를 거부하여 21명이 조사를 완료하였다. 전체 대상자(279명) 중 최종 조사 완료율은 19.4%였고, 연락이 닿은 대상자(127명)의 응답률은 42.5%였다.

서울지역의 경우 전체 대상자 196명중에서 연락처가 없거나, 결번, 부재중이었던 경우가 115명이었으며, 연락이 닿은 81명중에서 9명이 조사거부를 하여 72명이 조사를 완료하였다(조사완료율 36.7%, 응답률 88.9%).

## 나. 조사 일정 및 방법

조사는 구조화된 설문지를 바탕으로 하여 전화설문을 실시하였다. 경기지역의 경우 2008년 12월에 조사를 시행하였고, 서울지역은 2009년 1월초에 전화설문을 시행하였다.

## 다. 조사도구

조사 도구는 전화설문을 위하여 개발 되었으며, 설문지 내용에는 환자의 입원에 대한 일반적 사항, 입원의 결정, 퇴원의 결정과 대안, 장기입원의 법적 이해로 구성되었다.

### 1) 일반적 사항

대상이 된 환자의 입원횟수와 가장 오래 입원한 기간 등에 대해 조사하였다.

### 2) 입원의 결정

환자를 입원시키는 상황에서 보호자의 입원의 결정이 내려진 당시의 환자의 상태와 환자의 입원에 대한 동의여부를 조사하였다.

### 3) 퇴원의 결정과 대안

퇴원에 대한 의향과 퇴원 후 거주지 등에 대해 묻고, 퇴원을 시키지 못하고 있는 보호자 입장에서의 어려움에 대해 조사를 한 이후 각각의 저해 요인에 대한 대안을 제시한 이후 퇴원에 대한 결정여부를 질문하였다. 대안으로서는 무료주거시설, 주간보호와 사례관리, 경제적 부담의 경감, 중증 환자 재평가 및 집중치료, 외래치료명령제 등이었다.

#### 4) 장기입원의 법적 이해

계속입원심사제도에 대한 이해와 강제퇴원명령이 내려졌을 때 보호자의 반응에 대해 조사하였다.

### 라. 분석방법

위에서 설명한 여러 변인에 따른 기술적(descriptive) 통계를 구하고, 특정 변인에 대해서는 재원정신장애인군의 자료와 병합하여 통계적으로 비교하였다. 변인의 평균의 차이에 대해서는 T-검정을 실시하였고, 비율의 차이를 보기위해서는 교차분석을 실시하였다. 자료의 분석은 SPSS 12.0을 사용하였다.

## 3. 장기입원군의 보호자 특성 및 장기입원 요인

### 가. 보호자의 사회인구학적 특성

설문에 응한 보호자의 인적 구성은 형제자매가 65명(48.1%), 부모가 44명(32.6%), 자녀 10명(7.4%), 배우자 10명(7.4%) 등의 순이었다. 이는 시설입소군 2253명 중 결측치를 제외한 630명(31.3%)이 주보호자가 형제·자매인 점과 비교하면 장기입원군의 보호자는 부모보다는 형제자매인 경향이 많다고 할 수 있다. 이에 대한 해석으로는 부모가 주보호자 역할을 하다가 늙고 죽은 이후에는 장기입원의 가능성이 높아지고 있다고 볼 수 있다. 보호자의 연령대에 40대와 60대 이상의 두개의 피크는 이를 뒷받침한다고 볼 수 있다.

보호자의 주거형태로는 자가가 63명으로 반 이상을 차지해서 경제적인 요인은 크게 작용하지 않을 가능성을 시사했다. 학력은 고졸이상이 50.4%로 역시 학력이 높은 편

이었고, 직업은 판매서비스직, 무직이 높은 비율을 차지하였다.

표 98 장기입원군 후보호자의 구성

(단위: 명, %)

주보호자	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
조모	1	0.7	0.7
부	12	8.8	8.9
모	32	23.5	23.7
배우자	10	7.4	7.4
형제자매	65	47.8	48.1
자녀	10	7.4	7.4
기타	5	3.7	3.7
합계	135	99.3	100.0
결측	1	0.7	
합계	136	100.0	

표 99 장기입원군 후보호자의 연령대 분포

(단위: 명, %)

연령대	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
30대이하	9	6.6	7.1
40대	39	28.7	30.7
50대	27	19.9	21.3
60대이상	52	38.2	40.9
합계	127	93.4	100.0
결측	9	6.6	
합계	136	100.0	

표 100 장기입원군 보호자의 성별 분포

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
남	60	44.1	44.4
여	75	55.1	55.6
합계	135	99.3	100.0
결측	1	0.7	
합계	136	100.0	

표 101 장기입원군 보호자의 주거형태 분포

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
자가	63	46.3	53.4
전세	19	14.0	16.1
월세	36	26.5	30.5
합계	118	86.8	100.0
결측	18	13.2	
합계	136	100.0	

표 102 장기입원군 보호자의 교육수준 분포

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
무학	17	12.5	13.2
초졸	29	21.3	22.5
중졸	18	13.2	14.0
고졸	43	31.6	33.3
대졸	22	16.2	17.1
합계	129	94.9	100.0
결측	7	5.1	
합계	136	100.0	

표 103 장기입원군 보호자의 거주지역 분포

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
서울경기인천	128	94.1	94.8
강원도	3	2.2	2.2
충청도	2	1.5	1.5
대구경북	1	0.7	0.7
부산울산경남	1	0.7	0.7
합계	135	99.3	100.0
결측	1	0.7	
합계	136	100.0	

표 104 장기입원군 보호자의 직업분포

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
전문직	5	3.7	3.7
관리직	2	1.5	1.5
사무직	8	5.9	5.9
판매서비스직	44	32.4	32.6
생산직	14	10.3	10.4
농어축산업	2	1.5	1.5
가정주부	28	20.6	20.7
무직	32	23.5	23.7
합계	135	99.3	100.0
결측	1	0.7	
합계	136	100.0	

## 나. 장기입원군의 입·퇴원에 관한 특성

장기입원권의 의료보장유형을 살펴보면 건강보험 30명(22.1%), 의료급여1종 98명(72.1%), 의료급여 2종(5.9%)로 월등히 의료급여 1종의 비율이 많았다. 이전 장에서 서술한 장기재원으로 선정한 초점집단과 비슷한 분포이다.

장기입원군의 지난 입원횟수는 1회가 20명, 2-5회가 52명, 6-10회가 26명, 10회를 초과하는 사람도 38명이나 있었다. 병력에서 최고 오래 입원한 기간은 1년 이하가 31명, 1년 초과 입원하고 있는 사람이 105명이었다. 1년 초과 하여 입원한 군을 의료보장의 형태에 따라 분류하여 보면 의료급여 1종이 82명(83.7%), 건강보험이 20명(66.7%)으로 역시 의료급여에서 장기입원이 많음을 알 수 있었다.

입원 이유에 대하여 보호자 중 65명이 자해, 타해의 위험이 있기 때문이라고 했고, 60명은 증상이 심각하게 악화되었기 때문이라고 답을 해서 입원자체에 대하여는 매우 필요하다는 입장이었다. 입원시 자의입원은 4명이었고, 나머지는 동의 혹은 강제 입원이었다. 이 중에서 본인이 동의를 한 경우는 57명으로 실제로는 자의입원의 형태도 가능하다고 판단되었다. 이는 시설입소자에서 40%정도가 자의입원은 아니지만 본인의 의견이 반영되어서 입원하였다는 응답과 비교했을 때 별 차이는 없었다.

퇴원 요구에 대한 반응에서 26명은 환자의 퇴원 요구가 아예 없었다고 응답하였고, 59명은 상태가 나빠서 계속 입원해야 한다고 응답하였다고 한다. 퇴원시 어디로 갈 것이냐는 질문에 부모사는 곳이 51명, 갈 곳이 없다가 30명으로 응답해서 주보호자로 가장 많은 비율을 차지하고 있는 형제자매의 집은 23명에 불과했다. 시설재원군에 대한 설문에서는 거주지에 '전혀 문제 없다'는 응답은 55%, 매우 문제 많다가 24.3%로 이는 퇴원 후에 갈 곳이 마땅치가 않다는 것이 장기입원의 중요한 요인이 될 수 있음을 시사하고 있다.

표 105 장기입원군의 총입원횟수

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
1회	20	14.7
2-5회	52	38.2
6-10회	26	19.1
그이상	38	27.9
합계	136	100.0

표 106 장기입원군의 최고 입원기간

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
3-6개월	2	1.5
7-12개월	29	21.3
1년초과	105	77.2
합계	136	100.0

표 107 장기입원군의 입원시 보호자가 인지한 환자의 입원 필요성

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
자해타해위험성	65	47.8
증상의 심각한 악화	60	44.1
재발의 기미	5	3.7
상태는 좋으나 다른 이유로	2	1.5
기타	4	2.9
합계	136	100.0

표 108 장기입원군의 입원의 자발성<sup>1)</sup>

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
자의입원	4	2.9	3.0
동의입원	57	41.9	43.2
강제입원	74	54.4	54.8
합계	135	99.3	100.0
결측	1	0.7	
합계	136	100.0	

주석: 1) 정신보건법상의 입원 유형이 아닌 입원시에 환자가 원한 것을 자의, 환자가 입원의 필요성을 공감하고 입원에 동의한 것의 동의, 환자는 입원을 받아들이지 못한 상태에서 본인의 의사에 반하여 입원한 경우를 강제 입원으로 정의함.

표 109 장기입원군에서 환자가 퇴원 요구시 보호자의 반응

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
퇴원요구없었다	26	19.1
퇴원후 상태나빠재입원	9	6.6
상태나빠계속입원	59	43.4
의학외적이유로계속입원	20	14.7
의사와병원의권유	21	15.4
기타	1	0.7
합계	136	100.0

보호자의 구성비율에서 형제, 자매가 가장 많으나 만약 퇴원하게 된다면 누구랑 살게 되는가라는 질문에서는 부모 또는 지낼 곳 없다는 반응이 가장 많았다. 현실적으로 결혼하여 가정을 가진 형제, 자매가 정신질환을 가진 형제, 자매를 보살피기는 힘든 상황 때문인 듯 하다. 주보호자가 부모인 경우에는 대부분 퇴원을 하게 되면 데리고 살겠지만, 주 보호자가 부모가 아닌 경우에도 부모가 생존해 있으면 부모가 환자를 데리고 살 가능성이 높다고 이해가 된다.

표 110 장기입원군의 퇴원시 거주할 장소의 분포

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
부모님	51	37.5
형제자매	23	16.9
자녀	3	2.2
본인집	24	17.6
기타 친척집	1	0.7
지낼곳 없음	30	22.1
기타	4	2.9
합계	136	100.0

## 다. 장기입원군의 지역사회 거주를 위한 대안

표 111 장기입원군 환자를 위한 주거공간의 여부

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
거주지 있다	64	47.1
거주지 없고 퇴원에 영향이 있다	61	44.9
거주지 없으나 퇴원에 영향 없다	11	8.1
합계	136	100.0

환자가 거주할 방 자체가 없는 경우가 많았다. 아래에 여기에 대한 대안으로 따로 기거할 수 있는 시설이 퇴원의 결정에 도움이 되는지를 물어보았을 때,

표 112 정책대안으로 무료주거시설이 제안되었을 때 보호자의 환자퇴원에 대한 의견

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
예	30	49.2
아니오	31	50.8
합계	61	83.7

긍정적으로 대답한 사람이 반, 별 도움이 되지 않는다는 대답이 반이었다. 하위집단분석(subgroup analysis)에서 보호자가 어머니인 경우 주거시설에 대한 긍정적인 대답이 44.4%인 반면, 아버지의 경우 100%, 배우자의 경우 85.7%, 형제, 자매의 경우 찬성율이 39.5%정도였다.

표 113 장기입원군 퇴원시 주간에 돌봐줄 가족의 유무

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
돌봐줄 가족있다	31	22.8
가족이 없고, 퇴원에 영향이 있다	93	68.4
가족이 없으나, 퇴원에 영향이 없다	12	8.8
합계	136	100.0

돌봐줄 가족이 없는 경우가, 전체 재원환자군에서 '주중에 돌봐줄 가족에 전혀문제 없다'고 대답한 군의 43.5%에 비해서 많았다. 돌봐줄 자원이 없는 경우 이에 대한 대안으로 주간보호와 사례관리를 제시한 경우, 퇴원에 도움이 된다는 응답은,

표 114 정책대안으로 주간보호·사례관리가 제안되었을 때 보호자의 환자퇴원에 대한 의견

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
예	30	32.3
아니오	63	67.7
합계	93	100.0

부정적인 응답이 높았는데, 보호자 종류별로 보았을 때는 어머니의 경우 26.7%만이 장기입원의 대안으로 선택하였으며, 이는 서비스 자체에 대한 이해부족에 기인할 듯 하다. 배우자의 경우만 71.4%로 높은 비율을 보였다.

표 115 장기입원군 보호자의 환자를 돌 볼 경제력 여력

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
있다	39	28.7
없고, 퇴원에 영향 있다	67	49.3
없으나, 퇴원에 영향 없다	30	22.1
합계	136	100.0

퇴원후 환자를 돌볼 경제력 여력을 묻는 항목에서 과반이 여력이 없다고 답하였으며, 전체 재원환자군에서는 '전혀문제없다'가 29.9%, '경제력이 아주 문제 많다'가 32.7%, '조금 문제 있다'가 37.4%로 비슷하다고 보여 진다. 어쩌면 보호자의 경제적 여력자체가 장기입원의 주된 요인이 아닐 가능성이 있음을 시사하는 소견일 수 있다. 즉 형제, 자매 혹은 다른 친척의 경우 자신의 경제력은 되나 현실적으로 퇴원한 상태에서 환자를 돌볼 수 있는 여건이 안되는 경우가 있을 수 있겠다.

표 116 장기입원군 보호자가 느끼는 환자 퇴원시 경제적 부담감

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
퇴원전보다상당하다	32	23.5	47.8
퇴원전보다다소된다	16	11.8	23.9
비슷하다	17	12.5	25.4
부담이 덜 된다	2	1.5	3.0
합계	67	49.3	100.0
결측	69	50.7	
합계	136	100.0	

또한 보호자들은 퇴원시 경제적 부담이 적어도 비슷하거나 증가하는 방향으로 경험하고 있었다. 건강보험의 경우 경제적 부담감을 더 많이 느낀다고 응답하였다(47.3% vs. 62.5%). 이러한 경우 정책적 대안으로 입원시와 비슷한 경제적 지원을 받는 경우 퇴원에 대한 의견은,

표 117 정책대안으로 경제적 지원이 제안되었을 때 보호자의 환자 퇴원에 대한 의견

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
예	22	32.8
아니오	45	67.2
합계	67	100.0

67.2%에서 부정적으로 이 역시 단순한 경제적 지원만으로는 보호자의 입장에서 환자를 자신의 가정에서 돌보는 것을 결정할 수 없음을 나타낸다고 보여진다. 다만 환자가 건강보험인 경우 급여 1종인 경우에 비하여 경제적 지원에 따른 퇴원 찬성 비율이 증가되는 양상이었으나 그 차이는 크지 않았다(37.5% vs. 30.9%).

표 118 장기입원자의 보호자가 느끼는 환자의 증상의 심각도 정도

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
증상이 경미	63	46.3
증상이 심각하고, 퇴원에 영향이 있다	72	53.0
증상이 심각하나, 퇴원에 영향이 없다	1	0.7
합계	136	100.0

보호자들중 현재 환자의 증상이 심각하다고 여기는 비율이 53.7%이며, 이러한 경우 정책적 대안의 하나로 환자를 국공립병원으로 옮겨서 좀 더 집중적인 치료와 재활을 받게 하는 것에는,

표 119 정책적 대안으로 중증질환시에 국공립정신병원 전원이 제안되었을 때 보호자의 환자 퇴원에 대한 의견

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
예	44	61.1
아니오	28	38.9
합계	72	100.0

긍정적인 반응이 높았다. 부정적인 반응은 보호자가 누구냐에 따라 나누어졌다. 즉, 보호자가 배우자, 자녀인 경우 집중치료에 대한 찬성율이 75%이상으로 높은 반면, 보호자가 모, 형제, 자매인 경우 찬성율이 50%대였다. 이것은 환자를 돌보는 형제, 자매의 부담감을 반영하는 것으로 이해된다. 즉, 형제, 자매의 부담감은 환자의 증상이 일정 정도 회복되더라도 퇴원시켜 자신이 돌보는 것의 현실적인 한계를 반영하는 것으로 생각이 된다. 의료보장의 형태에 따라서 재분류를 해 보았을 때는 건강보험의 경우 찬성율이 의료급여 1종에 비해 높게 나타났다(76.5% vs. 53.8%). 이는 환자의 증상이 보다 더 심각한 것에 기인한 듯 하다. 건강보험의 경우 본인부담금으로 인해 경제적 부담이 장기입원을 제한하는 요인이 뭍에도 불구하고 장기입원을 선택할 수밖에 없다는 점이 감안할 때 보다 더 증상이 심각할 수 있고, 보호자도 응답에서 심각한 심각성이 퇴원을 저해한다고 응답한 비율이 높았기 때문이다.

표 120 장기입원군 보호자가 느끼는 잦은 재발의 정도

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
재발이 잦고, 퇴원에 영향을 미친다	88	64.7
재발이 잦지만, 퇴원에 영향을 미치지 않는다	6	4.4
재발이 잦지 않다	42	30.1
합계	136	100.0

잦은 재발을 경험하는 비율이 높으며, 이에 대한 정책적 대안으로 제시된 외래치료 명령제에 대해서는,

표 121 정책적 대안으로 외래치료명령제가 제안되었을 때 보호자의 환자 퇴원에 대한 의견

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
예	32	36.4
아니오	56	63.6
합계	88	100.0

대부분 외래치료 명령제가 퇴원의 결정에 도움이 되지 않는다는 반응이었다. 아버지의 경우에만 50%이상의 찬성율을 보이고, 나머지 보호자는 저조한 찬성율을 보였다.

## 라. 장기입원의 법적 이해 및 강제 퇴원에 대한 반응

대부분이 본인들이 하는 서명의 의미를 이해하고 있었고, 강제로 퇴원명령이 날 경우에는 단 23.5%만이 집에서 외래치료를 받겠다고 하였을 뿐 나머지는 다른 병원으로 전원을 하거나 수용시설로 보내겠다고 하였다.

표 122 장기입원군 보호자의 계속입원심사제도에 대한 이해도

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트
예	127	93.4
아니오	9	6.6
합계	136	100.0

표 123 장기입원군 보호자의 강제퇴원명령시에 기대되는 반응

(단위: 명, %)

	빈도	퍼센트	유효 퍼센트
집에서외래치료	32	23.5	23.7
다른병원전원	68	50.0	50.4
소규모주거시설	14	10.3	10.4
대규모수용시설	10	7.4	7.4
기타	11	8.1	8.1
합계	43	99.3	100.0
결측	1	0.7	
합계	136	100.0	

## 4. 고찰

본 조사에서 보호자가 누구냐에 따라 환자의 장기입원이 쉽게 결정되는 결과를 보였다는 것은 매우 시사적이다. 그렇다고 해서 장기입원의 원인이 모두 보호자의 잘못에 기인한 것이 아니라는 것은 분명히 밝혀두고자 한다. 즉 어느 보호자가 처음부터 자기 가족을 평생 정신병원에 가두기를 원하겠으며, 따라서 보호자가 그런 선택을 할 수 밖에 없는 상황이 어디서 기인하였는지를 파악하는 것이 중요하다.

조사 결과가 시사하는 것은 지역 사회에서의 복귀에 대하여 보호자들이 매우 부정적으로 생각하고 있었고 장기입원과 직접적인 연관이 있었다. 특히 환자가 가족들과 같이 사는 것에 대해서는 거부 반응이 심했다. 이는 형제자매의 경우가 특히 그랬으며 이에 따라 장기입원의 선호도가 비례해서 높았다.

가족들이 장기입원을 시키는 이유는 임상증상의 악화나 자해, 타해의 위험이라고 했는데 일부 정신과 증상의 비예측성과 위험성을 고려하더라도 보호자들이 정신질환에 대한 정보가 매우 부족하고 편견을 가지고 있다는 것을 시사하고 있다. 또 증상의 악화를 장기입원의 기회로 삼는 경향도 있었다.

입원경로 역시 환자 스스로 입원한 경우는 거의 없었고 대부분 보호자에 의한 동의입원이었다. 이 중 40%는 자의입원의 형태를 취하더라도 별 문제가 없었을 것으로 사료되며 본인이 선택권을 가진다는 의미에서 장기입원을 어느 정도 억제하는 역할을 기대할 수 있다. 반면 한 번의 입원이 장기입원으로 이어질 수 있다는 사실 때문에 환자들이 입원에 강하게 저항했을 가능성을 생각하면 이런 경우는 불신이 더욱 축적되어 장기입원을 고착화시키는 악순환의 고리로 이어지는 양상을 보였다.

본 조사에 의하면 거주시설은 장기입원의 대안으로 가장 가능성이 높았다. 현재의 정신보건센터나 사회복지시설의 주간보호사례관리는 집에서 같이 살아야 된다는 점 때문에 많은 보호자들이 부정적으로 생각하고 있었다. 또 퇴원 이후의 경제적인 부담에 대해서는 많은 비율의 보호자가 긍정하였으나 경제적인 지원에 대해서는 67.2%가 부정적인 반응을 보여서 환자를 집에서 부양하는 것이 단순히 경제적인 측면에서의 고려만으로는 어렵다는 것을 반영하였다.

강제 퇴원명령이 날 시에 거의 대부분은 다른 병원에 입원시키겠다고 대답해서 정신보건심판위원회의 현재 기능을 강화하는 것만으로는 장기입원의 해결에 전혀 도움이 되지 않는다는 것을 시사하고 있다. 특히 형제·자매와 같은 보호자의 경우 다양한 정책적 대안에 대해서 거의 대부분 거부적이었다는 현실을 고려해야 될 것이다. 이는 단기간 내에 해결될 수 있는 부분은 아니며, 장기적인 안목에서 일반인들이 정신질환에 대한 올바른 이해와 편견 없는 태도를 가지게 될 수 있는 정신보건정책이 요구된다.



---

# 제6장. 지역사회정신보건서비스 이용군의 특성

---

## 1. 연구 배경 및 목적

재원기간에 영향을 주는 요인에 대한 국내연구(이호영 등, 1994; 서동우 등, 1999)에서는 시설이나 병원에 입소해 있는 정신장애인만을 대상으로 하였다. 비록 어려운 환경에서 가치 있는 데이터를 얻을 수 있었으나 단면적이고 비교가능하지 않은 연구라는 점에서 제한점이 있다. 또한 1990년대 후반의 시기는 정신보건법이 제정되면서 수용 위주의 정책을 지역사회로 전환하기 위한 여러 정책적인 대안이 제시되었을 뿐 실제로 지역사회 정신보건서비스는 그 뿌리가 매우 미약했던 시절이다. 따라서 전국의 정신보건센터가 140여개로 늘어나고 기타 지역사회 정신보건이 어느 정도 활성화된 지금의 시점에서 재원기간의 연구에 반드시 지역사회정신보건서비스의 영향력을 변인으로 조사할 필요성이 있다.

이러한 필요성은 시설에 입소해 있는 정신장애인의 장기입원에 대한 연구를 보면 수많은 변인이 영향을 주었다고 하는데 실제로 정말로 유효한가하는 의문에서 출발한다. 지역사회에서 정신보건서비스를 받으면서 생활하는 정신장애인과 장기입원을 하는 정신장애인은 본질적으로 다른 특성을 가지고 있는가? 재원정신장애인에서 도출된 장기입원 촉진 요인들이 지역사회에 거주하는 정신장애인에게도 그대로 적용될 수 있는가? 이러한 의문에 대한 답을 얻기 위해서는 재원정신장애인을 대상으로 한 재원기간 연구에서 도출된 유효한 요인들이 지역사회정신보건서비스를 받는 정신장애인에게도 그대로 유효한지 다시 한번 검증하고 고려할 필요가 있다. 이런 비교연구를 통하여 우

리나라에서 장기입원에 영향을 주는 요인에 대한 보다 정확한 분석이 가능해질 것으로 기대된다.

## 2. 연구 방법과 내용

### 가. 지역사회이용군의 정의

지역사회이용군은 정신보건센터에서 정신보건 서비스를 이용하고 있는 환자군으로 정의하였다.

### 나. 조사 일정 및 대상표집방법

조사는 전국의 140여개 센터의 등록되어 서비스를 이용하는 정신장애인과 정신장애인의 사례관리자 및 주간보호프로그램 운영자를 대상으로 진행되었다. 2008년 10월부터 12월에 걸쳐 전국 140여개 센터에 우편으로 설문지를 보내서 회신이 온 64개의 센터 총 461명의 자료를 분석하였다.

### 다. 조사의 도구

본 조사에서 사용한 조사의 도구는 시설에 재원하고 있는 정신장애인을 대상으로 한 설문지와 같은 내용과 형식에 지역사회특성에 맞는 추가 항목을 포함하여 구성되었다. 포함된 내용은 아래와 같다.

#### 1) 재원자의 사회·인구학적 구성

성별, 나이, 결혼의 상태, 학력, 의료보장의 형태, 종교 등이 포함되었다.

#### 2) 재원 정신보건시설의 종류

재원하고 있는 시설을 국립정신병원, 공립정신병원, 사립정신병원, 종합병원정신과, 병원정신과, 정신과의원, 정신요양원, 사회복지시설 등으로 분류하였다.

### 3) 사회경제적 지지체계

경제상태, 가족지지체계, 입원/입소전 거주형태, 의료보장의 형태 등에 따라 분류하였다.

### 4) 진단과 입원력

진단명, 발병/진단연도, 총 입원횟수, 지난 2년간의 입원기간 합산 및 입원횟수, 직전 퇴원 이후 현 입원까지의 지역사회 거주 기간 등을 조사하였다.

### 5) 임상증상 및 기능장애의 정도

임상적 평가는 지난 1개월간의 환자의 증상을 6가지의 차원으로 나누어서 각 차원별로 3개의 등급(없다 0점, 조금있다 1점, 자주있다 2점)으로 평가하였다. 6개의 차원은 자해 및 타해의 위험도, 현저한 사고 및 지각장애, 기억력/지남력의 심한 손상, 기괴한 행동이나 현저한 퇴행, 정신과약물 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/한시적 프로그램, 치료가 필요한 신체증상 동반 등이었다. 전체적인 임상증상의 정도는 각 차원별 점수를 합산하여 증상 경미(평가합 0~1점), 중간 증상(평가합 2~4점), 증상 심각(평가합 5점 이상)으로 나누어서 재원기간을 분석하기도 하였다.

기능장애의 정도의 경우 지난 1개월간의 환자의 기능의 정도를 6개 차원(식사, 신체위생, 의사소통/대인관계, 약물관리/병식, 소지품 및 돈 관리, 교통/공공시설 이용)을 3개의 등급(도움없이 잘한다 0점, 조금만 도와주면 할 수 있다 1점, 혼자서 거의 못한다 2점)으로 나누어서 평가하였다. 임상증상의 정도에서와 마찬가지로 기능의 정도도 각 차원별 점수를 합산하여 고기능(평가합 0~1점), 중기능(평가합 2~4점), 저기능(평가합 5점이상)의 세 군으로 분류하여 재원기간 분석을 시도하였다.

전반적기능평가척도(GAF)의 경우 점수에 따라 40점 미만, 41~60점, 61점 이상의 세 군으로 분류하였다.

### 6) 지역사회정신보건서비스체계

이용하는 지역사회정신보건서비스 시설, 취업의 현황, 주치와의 의사소통 및 협력 정도에 대해서 조사하였다.

## 7) 입·퇴원 관련사항

최근 입원의 형태, 입원력, 강제퇴원명령 및 지역사회연계 등에 대해서 조사하였다.

## 8) 보호자·가족체계

생존한 가족 구성원, 주된 보호자의 특성(성별, 연령, 환자와의 관계, 경제력, 직업), 환자에 대한 지지정도(면회의 횟수, 퇴원에 대한 태도)에 대하여 조사하여 재원기간과의 연관성을 분석하였다.

## 9) 퇴원 후 지역사회 연계 체계

퇴원 후 지역사회 연계의 정도와 시설과 지역사회간의 연계 체계의 작동정도와 저해요인에 대해서 조사하였다.

## 라. 조사 분석 방법

위에서 설명한 여러 변인에 따른 기술적(descriptive) 통계를 구하고, 특정 변인에 대해서는 재원정신장애인군의 자료와 병합하여 통계적으로 비교하였다. 변인의 평균의 차이에 대해서는 T-검정을 실시하였고, 비율의 차이를 보기위해서는 교차분석을 실시하였다. 자료의 분석은 SPSS 12.0을 사용하였다.

# 3. 지역사회서비스 이용군의 특성

## 가. 지역별 분포 및 응답률

지역별 기관의 응답률을 살펴보면, 제주지역이 100%의 응답률을 보였고, 대구지역이 37.5%로 가장 낮은 응답률을 보였다.

전체 응답자의 지역분포를 살펴보면 서울 87명(18.9%), 경기 89명(19.3%)으로 수도권에 거주하는 응답자의 비율이 가장 높았으며, 다음으로 광주전라 85명(18.4%), 부산 경남 68명(14.8%)순이었다.

표 124 응답 기관의 지역별 분포 및 응답률

(N=461)											
	서울	인천	경기	충청	광주 전라	부산 경남	대구	경북	강원	제주	합계
기관수	13	3	12	5	13	8	3	4	2	1	64
지역별 응답률(%)	72.2	50.0	44.4	38.5	81.3	42.1	37.5	80.0	66.7	100.0	-
N	87	25	89	35	85	68	19	25	18	10	461
%	18.9	5.4	19.3	7.6	18.4	14.8	4.1	5.4	3.9	2.2	100.0

## 나. 대상자 인적사항

### 1) 조사대상자의 인구사회학적 특성

표 125 지역이용군의 인구사회학적 특성

(N=461)<N=2253> <sup>1)</sup>			
변수		빈도수	백분율(%)
성별	여성	192 <747>	41.6 <33.2>
	남성	267 <1506>	57.9 <66.8>
	미상	2	0.4
연령	10대	5 <19>	1.1 <0.8>
	20대	82 <127>	17.8 <5.6>
	30대	158 <445>	34.3 <19.8>
	40대	146 <725>	31.7 <32.2>
	50대	47 <589>	10.2 <26.1>
	60대이상	8 <321>	1.7 <14.2>
	미상	15 <27>	3.3 <1.2>
평균: 38.32세(SD=9.13) <46.91±11.66세>			
결혼상태	결혼경력없음 (미혼)	335 <1067>	72.7 <47.8>
	결혼상태유지 (기혼,동거)	45 <485>	9.8 <21.5>
	결혼후이별 (이혼,별거,사별)	79 <557>	17.1 <14.7>
	미상	2 <165>	0.4 <6.0>

최종학력	중학교졸업이하	76 <926>	16.5 <41.1>
	고등학교졸업이하	235 <804>	51.0 <35.7>
	전문대졸업이상	143 <368>	31.0 <16.4>
	미상	7 <154>	1.5 <6.8>
의료보장형태	건강보험	206 <674>	44.7 <29.9>
	의료급여1종	193 <1189>	41.9 <52.8>
	의료급여2종	41 <184>	8.9 <8.2>
	없음	6 <44>	1.3 <2.0>
종교여부	미상	15 <162>	3.3 <7.2>
	종교없음	153 <1245>	33.2 <36.4>
	종교있음	297 <819>	64.4 <55.3>
	미상	11 <189>	2.4 <8.4>

주: 1) 꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

표를 읽는데 있어 꺾은 괄호(< >)속의 수치는 전체 재원군의 수치이다. 지역이용군과 비교의 편의성을 위해 제시하였으며, 이에 대한 비교분석은 아래의 별도의 장에서 다루었음을 미리 밝혀둔다.

응답자의 성별분포를 살펴보았을 때, 남성은 267명(57.9%)이었고, 여성은 192명(41.6%)을 차지하여 남성의 비율이 여성보다 약 1.4배 많았다. 또한 전체 응답자의 평균 연령은 약 38.32세로 나타났으며, 표준편차가 약 9.13로 응답자의 연령은 전반적으로 넓게 분포되어 있음을 알 수 있다.

조사대상자의 결혼상태를 3개의 범주로 조사한 결과, 미혼인 경우가 335명(72.7%)으로 가장 높았고, 그 다음으로는 결혼 후 이별한 경우 79명(17.1%)의 순이었다. 최종학력 상태는 고등학교 졸업 이하인 응답자가 235명(51.0%)로 가장 많았고, 전문대 이상의 고학력자도 143명(31.0%)으로 조사되었다.

현재 응답자의 의료보장형태를 살펴보면, 건강보험 206명(44.7%), 의료급여1종 193명(41.9%), 의료급여2종 41명(8.9%)으로 전체의 약 95%가 어떠한 형태로든 의료보장을 받고 있는 것으로 조사되었다. 마지막으로 조사대상자의 종교유무를 조사한 결과, 종교를 가지고 있는 응답자가 297명(64.4%)로 종교를 가지고 있지 않은 응답자 153명(33.2%)보다 약 2배정도 높게 조사되었다.

## 2) 조사대상자의 진단명 분포

9개의 범주로 구성된 진단명을 4개로 그룹화하여 그 빈도를 알아본 결과, 정신분열이 364명(79.0%)로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 우울증·조울증을 포함하는 정동장애가 57명(12.4%)로 조사되었다.

표 126 지역이용군의 진단명 분포

(N=461)<N=2253>		
구 분	N	%
정신분열병	364 <1176>	79.0 <52.2>
정동장애(우울·조울증)	57 <151>	12.4 <6.7>
알코올중독	3 <613>	0.7 <27.2>
기타	24 <187>	5.2 <8.3>
미상	13 <126>	2.8 <5.6>

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## 3) 조사대상자의 발병연령 및 유병기간 분포

조사대상자의 평균 유병기간은 13.92년(SD=8.15)이었으며, 중위수 13년으로 나타났다. 구체적인 발병연령 분포를 살펴보면, 20대 미만에 발병한 응답자가 271명(58.8%)로 절반이상을 차지하였으며, 반대로 30대 이상일 때 발병한 응답자는 15명(3.3%)로 조사되었다.

표 127 지역이용군의 발병연령분포 및 유병기간(년)

(N=461)<N=2253>		
구 분	N	%
20대미만	271 <195>	58.8 <8.7>
20대	78 <418>	16.9 <18.6>
30대이상	15 <764>	3.3 <33.9>
미상	97 <876>	21.0 <38.9>
평균	13.92 <12.43>	
중위수	13.00 <10>	
SD	8.15 <9.97>	

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

#### 4) 조사대상자의 총 입원횟수

조사대상자의 총 입원횟수는 평균 4.02회(SD=4.43), 중위수 3회로 나타났다. 구체적 빈도는 3회~5회인 대상자가 133명(28.9%)로 가장 높았고, 다음으로 6회이상과 1회가 87명(18.9%)로 동일한 비율을 나타냈다. 또한 입원경험이 없는 응답자는 23명(5.0%)으로 조사되었다.

표 128 지역이용군의 총 입원횟수

(N=461)<N=2253>		
구분	N	%
입원경험없음	23	5.0
1회	87 <281>	18.9 <12.5>
2회	73 <395>	15.8 <17.5>
3회~5회	133 <664>	28.9 <29.5>
6회이상	87 <498>	18.9 <22.1>
미상	58 <415>	12.6 <18.4>
평균	4.02 <5.01>	
중위수	3.00 <3.00>	
SD	4.43 <5.67>	

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

#### 5) 조사대상자의 최근 2년간 입원

##### (1) 최근 2년간 입원여부

최근 2년간 입원 경험이 있는 응답자는 전체 응답자 461명 중 205명(44.5%)이었으며, 입원경험이 없는 응답자는 119명(25.8%)로 조사되어, 최근에 입원 경험이 있는 사람의 비율이 조금 더 높은 것으로 나타났다.

##### (2) 최근 2년간 입원횟수

최근 2년간 입원 경험이 있는 205명을 대상으로 최근 2년간의 입원횟수를 알아본 결과, 평균 1.57회(SD=0.96), 중위수 1회로 나타났다. 구체적인 빈도는 1회가 116명

(56.6%)으로 절반 이상을 차지하였고, 다음으로 2회 40명(19.5%)의 순이었다.

표 129 지역이용군의 최근 2년간 입원횟수

(N=205)<N=2253>		
구 분	N	%
1회	116 <909>	56.6 <40.3>
2회	40 <566>	19.5 <25.1>
3회~5회	23 <281>	11.3 <12.5>
6회이상	1 <25>	0.5 <1.1>
미상	25 <472>	12.2 <20.9>
평균	1.57 <1.81>	
중위수	1.00 <1.00>	
SD	0.96 <1.20>	

주:1) 꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

### (3) 최근 2년간 입원기간

전체 461명 중 최근 2년간 입원경험이 있는 응답자 205명을 대상으로 하여 최근 2년간의 입원기간을 조사한 결과 평균 6.45개월(SD=6.42), 중위수 4.0개월로 나타났으며, 구체적인 결과는 아래의 표와 같다.

표 130 지역이용군의 최근 2년간 입원기간

(N=205)<N=2253>		
구 분	N	%
6개월미만	109 <487>	53.2 <21.6>
6개월이상 12개월미만	47 <311>	22.9 <13.8>
12개월이상	37 <1077>	18.0 <47.8>
미상	12 <378>	5.9 <16.8>
평균	6.45 <15.07>	
중위수	4.00 <16.00>	
SD	6.42 <8.82>	

주: 1) 꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## 6) 퇴원 이후 지역사회거주기간

조사일을 기준으로 마지막으로 퇴원한 시기와 의 차이를 살펴본 결과, 평균 43.25개월(SD=56.73), 중위수 21.9개월로 나타났다.

이 때 언급된 표준편차에서 알 수 있듯 1-2회 입원 경험이 있는 응답자의 퇴원시기가 극단값으로 작용하여 평균 수치를 왜곡할 수 있으므로, 본 연구에서는 중위수 1년을 대표성 있는 중앙값으로 보았다. 구체적 범주로 구분한 결과는 아래의 표와 같다.

표 131 지역이용군의 직전퇴원 후 지역사회거주기간<sup>1)</sup>

(N=461)<N=1994> <sup>2)</sup>		
구 분	N	%
6개월이하	85<548>	18.4<27.48>
7개월이상 12개월미만	36<90>	7.8<4.51>
13개월이상 24개월미만	44<69>	9.5<3.46>
25개월이상 36개월미만	32<10>	6.9<0.50>
37개월이상	112<47>	24.3<2.36>
미상	152<1230>	33.0<61.69>
평균	43.25<8.93>	
중위수	21.90<2>	
SD	56.73<19.46>	

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 재원군 직전퇴원 후 현입원때까지의 지역사회거주 기간임. 비교를 위해 제시함. 2) 첫입원한 환자 259명 제외

## 다. 조사대상자의 각 항목별 평가 수준

### 1) 임상적 평가

#### (1) 임상적 증상 평가 수준

임상적 증상을 평가하기 위한 6개의 질문에서, 자해(자살) 및 타해의 위험도에 대한 문항은 '없다'라고 응답한 응답자가 316명(68.5%)으로 가장 높았고, 현저한 사고 및 지각장애를 평가하는 문항 또한 '없다'라고 응답한 응답자가 249명(54.0%)으로 가장 높았다.

다음으로 기억력/지남력의 심한 손상에 대한 문항과 기괴한 행동이나 현저한 퇴행에 관한 문항에서 '없다'라고 응답한 응답자는 329명(71.4%), 348명(75.5%)으로 가장 많았다.

마지막으로 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/한시적 프로그램에 해당하는 문항과 치료가 필요한 신체증상 동반에 대한 문항에서도 '없다'라고 응답한 응답자가 264명(57.3%), 339명(73.5%)로 임상적 평가에 해당하는 문항은 전체적으로 '없다'는 응답이 과반을 넘는 것으로 조사되었다.

표 132 지역이용군의 임상적 증상 평가

(N=461)<N=2253>

	평가근거	평가			
		없다 0점	조금 있다 1점	자주 있다 2점	결측
1. 자해(자살) 및 타해의 위험도	- 자해(자살)/타해와 관련된 정신상태 (망상, 환청, 정동상태 등) - 최근 병력(자살시도력 또는 주위사람에 대한 심한 적대감/ 난폭행동)	316 <1021>	122 <761>	21 <293>	2 <178>
2. 현저한 사고 및 지각장애	- 현저한 사고이완(지리멸렬) 및 망상 - 일상/사회생활이 어려울 정도의 환청	249 <1024>	168 <660>	42 <388>	2 <181>
3. 기억력/지남력의 심한 손상	- 기억력 및 지남력(특히 장소, 사람) 심한 손상	329 <1271>	112 <615>	15 <187>	5 <180>
4. 기괴한 행동이나 현저한 퇴행	- 이해하기 어려운 기괴한 행동 - 극도의 거부증 또는 현저한 퇴행	348 <1376>	93 <528>	15 <158>	5 <191>
5. 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/한시적 프로그램	- 최근 1개월 내 정신과 약물의 종류나 용량의 주된 변화여부 - 일상 및 사회생활에 어려움을 주나 조절되지 않는 약물의 부작용 - 한시적 치료 프로그램 중	264 <1154>	169 <717>	24 <192>	4 <190>
6. 치료가 필요한 신체증상 동반	- 의료시설에서의 지속적 치료가 필요한 신체증상	339 <1381>	88 <543>	26 <207>	8 <185>

주:1)격은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## (2) 의료기관 입원의 필요성

앞서 실시된 임상적 증상 평가를 토대로 하여 응답자의 의료기관 입원의 필요성(합산점수 2점이상)에 대해 알아본 결과, 입원이 필요한 응답자는 245명(53.1%)였고, 입

원이 불필요한 응답자는 214명(46.4%)으로 조사되었다.

표 133 지역이용군의 재원적절성 분류기준 적용 결과

(N=461)<N=2253>

구 분	N	%
입원불필요	214<721>	46.4<32.0>
입원필요	245<1309>	53.1<58.1>
미상	2<223>	0.4<9.9>

주: 1) 꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

### (3) 조사대상자의 임상적 증상 수준 분류

조사대상자의 임상적 평가를 위해 6개의 해당문항을 합산하여 그 결과를 세 개의 군으로 나눈 결과, 입원이 불필요하다고 판단되는 증상이 경미한 응답자는 214명(46.4%), 입원이 필요하다고 판단되는 245명 중 증상이 중간 수준인 응답자는 174명(37.7%), 증상이 심각한 응답자는 71명(15.4%)로 나타났다.

표 134 지역이용군의 임상적 증상 수준 분류

(N=461)<N=2253>

구 분	N	%
증상경미	214 <639>	46.4 <28.4>
증상중간	174 <810>	37.7 <36.0>
증상심각	71 <581>	15.4 <25.8>
미상	2 <223>	0.4 <9.9>

주: 1) 꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## 2) 기능적 평가

### (1) 기능 평가 수준

조사대상자의 기능적 평가를 위해 구성된 6개의 질문에서는 식사, 신체위생, 의사소통/대인관계, 약물관리/병식, 소지품 및 돈 관리, 교통/공공시설 이용 등의 모든 문항에서 '도움없이 잘한다'라는 응답이 모두 절반 이상이 넘었다. 구체적인 비율은 앞서

언급된 문항 순서대로 389명(84.4%), 382명(82.9%), 277명(60.1%), 322명(69.8%), 347명(75.3%), 378명(82.0%)로 나타났다.

표 135 지역이용군의 기능 평가

(N=461)<N=2253>

기능영역	평가근거	평가			
		도움없이 잘한다	조금만 도와주면 할 수 있다	혼자는 거의 못한다	결측
1. 식사	- 적절한 식사	389 <1822>	64 <209>	6 <38>	2 <184>
2. 신체위생	- 대소변 처리, 생리처리 - 양치, 세수, 면도, 목욕 - 옷갈아입기 - 청소	382 <1688>	74 <314>	4 <71>	1 <180>
3. 의사소통/대인관계	- 기본적 대화기술(적절한 질의, 응답가능) - 협조적 대인관계	277 <1242>	166 <650>	16 <176>	2 <185>
4. 약물관리/병식	- 정기적 통원치료 및 약물복용	322 <904>	114 <706>	24 <461>	1 <182>
5. 소지품 및 돈 관리	- 개인물품 관리 - 돈의 가치인식 - 혼자 물건사고 지불가능	347 <1238>	93 <540>	20 <292>	1 <183>
6. 교통/공공시설 이용	- 대중교통 수단 이용 - 공공시설 이용	378 <1245>	64 <485>	18 <335>	1 <188>

주:1)격은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## (2) 조사대상자의 기능 평가수준 분류

조사대상자의 기능적 평가에 있어 6개의 해당문항을 합산하여 그 결과를 세 개의 군으로 나눈 결과, 고기능으로 분류된 1군에는 298명(64.6%)으로 절반 이상을 차지하였고, 중기능으로 분류된 2군은 108명(23.4%)으로 나타났다.

표 136 지역이용군의 기능 평가 수준 분류

(N=461)<N=2253>		
구 분	N	%
고기능	298 <952>	64.6 <42.3>
중기능	108 <590>	23.4 <26.2>
저기능	54 <509>	11.7 <22.6>
미상	1 <202>	0.2 <9.0>

주: 1) 꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

### 3) 조사대상자의 GAF 분포

사례관리자가 설문지에 제시된 GAF 채점표를 참고하여 응답자의 GAF 수치를 기록하도록 한 결과, 응답자의 GAF 분포는 평균 59.28점(SD=11.34)이었고, 중위수는 60점으로 나타났다. 조사 대상자의 GAF 분포는 아래 표와 같다.

표 137 지역이용군의 GAF 분포

(N=461)<N=2253>		
구 분	N	%
40점미만	17 <650>	3.7 <28.9>
40점이상 60점미만	165 <964>	35.8 <42.8>
60점이상	243 <434>	52.7 <19.3>
미상	36 <205>	7.8 <9.1>
평균	59.28 <49.03>	
중앙값	60.00 <50.00>	
SD	11.34 <16.20>	

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

### 4) 사회지지체계 평가

#### (1) 사회지지체계 평가 수준

응답자의 사회지지체계의 평가를 위한 질문은 지지체계영역을 가족/친지, 거주지, 경제자원, 주간프로그램 이용 등으로 나누어 측정하였다. 가족/친지(주중, 주간), 거주지, 경제자원, 가족/친지(야간, 주말), 주간 재활 프로그램이용, 가족/친지(도움 필요시)

등 6개의 문항으로 이루어진 평가항목 또한 앞서 진행된 평가항목과 마찬가지로 '전혀 문제없다'의 응답이 절반이상을 차지하였다. 각 문항별 비율은 그 순서대로 216명(46.9%), 343명(74.4%), 229명(49.7%), 282명(61.2%), 367명(79.6%), 268명(58.1%)로 조사되었다.

표 138 지역이용군의 사회지지체계 평가

(N=461)<N=2253>

지지체계영역	평가근거	평가			
		전혀 문제 없다	조금 문제 있다	매우 문제 많다	결측
1. 가족친지 (주중, 주말)	낮 동안 같이 지낼 가족친지	216 <881>	193 <555>	48 <590>	4 <227>
2. 거주지	살고 있는 곳	343 <1115>	96 <419>	18 <492>	4 <227>
3. 경제자원	생활비 및 의료비 조달	229 <604>	186 <756>	39 <662>	7 <231>
4. 가족친지 (야간, 주말)	같이 살면서 야간 및 주말에 돌봐줄 가족친지	282 <814>	124 <629>	47 <575>	8 <235>
5. 주간재활 프로그램 이용	1시간 거리 내에 낮병원, 정신보건센터나 사회복지 시설 등 주간재활시설 이용가능	367 <723>	75 <725>	13 <563>	6 <242>
6. 가족친지 (도움 필요시)	같이 살지는 못하지만 필요하면 도움을 줄 수 있는 가족친지	268 <846>	151 <683>	31 <492>	11 <232>

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## (2) 조사대상자의 사회지지체계 평가 수준 분류

사회지지체계에 대한 6개의 문항 중 가족친지와 관련한 2문항, 거주지와 관련한 1 문항만을 조합하여 그 결과를 3개의 군으로 나눈 결과, 사회지지체계가 제대로 형성되어 있다고 판단되는 응답자는 203명(44.0%)이었으나, 반대로 사회지지체계가 거의 형성되어 있지 않은 응답자 또한 146명(31.7%)로 나타났다.

표 139 지역이용군의 사회지지체계 평가 수준 분류

(N=461)<N=2253>		
구 분	N	%
같이 살 가족과 거주지 있음	203 <1353>	44.0 <60.1>
필요시 도움 줄 가족친지는 있음	101 <309>	21.9 <13.7>
필요시 도움 줄 가족친지도 없음	146 <363>	31.7 <16.1>
미상	11 <228>	2.4 <10.1>

주:1)끼은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## 라. 지역사회 정신보건서비스체계 평가

### 1) 대상자가 이용하고 있는 시설(복수응답가능)

현재 조사 대상자가 이용하고 있는 시설을 조사한 문항에는 461명 중 2명을 제외한 459명이 응답하였다. 그 결과, 455명(82.0%)이 정신보건센터를 기본적으로 이용하고 그 외 추가적으로 다른 시설을 이용하고 있었다. 그 중 장애인 혹은 사회복지관을 이용하는 사람의 비율은 7.2%였고, 사회재활프로그램·직업재활프로그램을 이용하는 응답자의 비율은 2.5%로 동일하게 나타났다.

표 140 지역이용군의 이용 지역사회정신보건시설 유형

(N=555)		
구 분	N	%
정신보건센터	455	82.0
사회복지시설(사회재활프로그램)	14	2.5
사회복지시설(직업재활프로그램)	14	2.5
주거 및 입소시설	2	0.4
장애인 혹은 사회복지관	40	7.2
기타	30	5.4

## 2) 조사대상자의 취업현황

현재 직업이 없는 응답자는 315명(68.3%)로 직업을 가지고 있는 응답자 141명(30.6%)보다 2배 정도 높았다. 현재 취업상태에 있는 응답자 141명의 취업형태를 살펴 보면, 보호작업장에서 일하는 응답자가 78명(55.3%)으로 절반을 차지하였고, 지지취업 22명(15.6%), 경쟁취업 21명(14.9%)은 비슷한 분포를 보였다.

표 141 지역이용군의 취업 현황

(N=141)		
구 분	N	%
보호작업장	78	55.3
임시취업	17	12.1
지지취업	22	15.6
경쟁취업	21	14.9
미상	3	2.1

## 3) 주치의와의 의사소통, 협력 정도

응답자의 외래치료를 담당하고 있는 주치의와의 의사소통/협력정도를 알아본 결과 “주기적인 의사소통은 없지만 비정기적인 소통에 응하며 협조적이다”가 209명(45.3%), “주기적인 쌍방향의 의사소통이 잘 되고 있다”라고 응답한 사람이 93명(20.2%)로 응답자의 절반 이상이 주치의와 긍정적인 의사소통 및 협력관계를 유지하고 있는 것으로 나타났다.

표 142 지역이용군의 주치의와 의사소통 · 협력정도

(N=461)		
구 분	N	%
환자의 정보에 대한 의사소통이 거의 없다	62	13.4
소견서만 제출받았고, 주기적/비주기적인 의사소통이 되지 않는다	78	16.9
주기적인 의사소통은 없지만 비정기적인 소통에 응하며 협조적이다	209	45.3
주기적인 쌍방향의 의사소통이 잘 되고 있다	93	20.2
미상	19	4.1

## 마. 조사대상자의 입퇴원 관련조사

### 1) 대상자의 최근 입원 형태

최근 2년 동안 입원 경험이 있는 응답자 205명을 대상으로 하여 가장 최근의 입원 형태를 조사한 결과, 보호의무자에 의한 입원이 159명(77.6%)이었으며, 다음으로 자의 입원 31명(15.1%) 순이었다.

표 143 지역이용군의 최근 입원 형태

구 분	(N=205) <N=2253>	
	N	%
보호의무자에 의한 입원	159 <1508>	77.6 <66.9>
시도지사예 의한 입원	1 <125>	0.5 <5.5>
자의입원	31 <350>	15.1 <15.5>
시군구청장이 보호의무자인 입원	1	0.5
미상	13 <270>	6.3 <12.0>

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

### 2) 대상자의 입원력

응답자의 입원력을 알아보기 위해 첫 입원기관, 가장 오래 입원한 기관, 최근 입원 기관 등 3개의 시점을 기준으로 ① 국립정신병원, ② 공립정신병원, ③ 사립정신병원, ④ 종합병원정신과, ⑤ 병원정신과, ⑥ 기타 등 해당 기관을 6개의 범주로 나누어 조사하였다.

#### (1) 첫 입원기관

응답자의 첫 입원기관은 사립정신병원 96명(20.8%), 종합병원정신과 93명(20.2%)이 비슷한 비율을 보이며 가장 높게 나타났고, 다음으로는 국립정신병원 69명(15.0%)의 순이었다. 응답자가 처음으로 입원한 기관의 분포는 다음 표와 같다<sup>1)</sup>.

- 1) 환자의 입원력에 해당하는 문항에 대해 응답자는 주어진 범주에 해당하는 번호를 기재하기 보다는 병원의 이름을 직접 기재하거나 앞의 질문인 입원 형태와 맥락을 같이하여 최근 입원 경험이 있는 사람만이 주로 응답하여 응답률이 낮은 것으로 사료된다.

표 144 지역이용군의 첫입원기관 유형 분류

(N=461)		
구 분	N	%
국립정신병원	69	15.0
공립정신병원	19	4.1
사립정신병원	96	20.8
종합병원정신과	93	20.2
병원정신과	34	7.4
정신과의원	39	8.5
기타	8	1.7
미상	103	22.3

## (2) 가장 오래 입원한 기관

응답자가 가장 오랜 기간 동안 입원한 기관은 사립정신병원으로 95명(20.6%)이 응답하였다. 다음으로는 국립정신병원 73명(15.8%), 종합병원정신과 66명(14.3%) 순이었다.

표 145 지역이용군이 가장 오래 입원한 기관 유형 분류

(N=461)		
구 분	N	%
국립정신병원	73	15.8
공립정신병원	26	5.6
사립정신병원	95	20.6
종합병원정신과	66	14.3
병원정신과	41	8.9
정신과의원	35	7.6
기타	8	1.7
미상	117	25.4

### (3) 최근 입원한 기관

응답자의 최근 입원했던 기관을 살펴본 결과, 사립정신병원이 86명(18.7%)으로 응답이 가장 많았다. 다음으로는 국립정신병원 65명(14.1%), 종합병원정신과 65명(14.1%)이 같은 응답률을 보여 앞서 살펴본 가장 오래 입원한 기관과 비슷한 패턴을 보였다.

표 146 지역이용군이 최근 입원한 기관 유형 분류

(N=461)		
구 분	N	%
국립정신병원	65	14.1
공립정신병원	22	4.8
사립정신병원	86	18.7
종합병원정신과	65	14.1
병원정신과	30	6.5
정신과의원	46	10.0
기타	4	0.9
미상	143	31.0

### 3) 강제퇴원명령 및 이후 지역사회연계 유무

대상자 중 계속입원심사제도에 의해 강제퇴원명령을 받은 적이 있는 사람은 14명(3.0%)이었으며, 그렇지 않은 사람은 347명(75.3%)로 조사되어 대체적으로 응답자는 강제퇴원명령을 경험하지 않은 것으로 나타났다.

강제퇴원명령을 받은 14명 중 퇴원 이후 지역사회로의 연계가 이루어진 응답자는 9명(64.3%)이었고, 연계가 이루어지지 않았다고 응답한 사람은 4명(28.6%)으로 나타났다.

### 바. 조사대상자의 가족체계 및 특성평가

#### 1) 주된 보호자의 인구학적 특성

가족체계 수준을 알아보기 이전에 응답자의 가족여부를 살펴본 결과, 452명(98.0%)은 가족이 있었으나 6명(1.3%)은 현재 생존하고 있는 가족이 없다고 응답했다.

응답자의 생존한 가족의 분포를 4개의 군으로 나누어 조사한 결과, 부모님이 생존하고 있는 응답자는 383명(83.1%)로 가장 높았고, 다음으로 그 외 가족이 살아 있는 응답자가 53명(11.5%)으로 조사되었다. 보다 구체적으로 현재 응답자의 주된 보호자를 알아본 결과, 부모님에 해당하는 어머니가 203명(44.0%), 아버지 129명(28.0%)로 약 72%를 차지하였다. 그 다음으로 형제·자매 69명(15.0%)이었고, 본인 스스로가 보호자인 경우도 6명(1.3%)나 나타났다.

주보호자의 평균 연령은 59.80세(SD=13.54)이고, 중위수는 60세였다. 이러한 주보호자의 연령을 범주로 나누어 살펴본 결과, 70대 이상이 128명(27.8%)로 가장 높았고, 다음으로 60대인 보호자가 107명(23.2%), 50대인 보호자가 101명(21.9%)이었다. 이처럼 주된 보호자의 70% 이상이 50대 이상인 것은 대체로 대상자의 부모 혹은 형제·자매가 주된 보호자의 역할을 한다는 위의 결과와 일치하는 것으로 볼 수 있다.

주 보호자의 경제력을 살펴보기 위해 월수입을 조사한 결과, 평균 월수입은 118.45만원(SD=105.85), 중위수는 100만원이었다. 보다 구체적으로 그 범주를 나누어 살펴본 결과, 100만원미만인 보호자가 107명(23.2%)로 가장 많았으며, 반대로 수입이 없는 보호자도 31명(6.7%)로 조사되었다.

응답자의 주보호자의 학력분포(졸업·중퇴·재학포함)를 조사한 결과, 중학교졸업 이하인 보호자가 163명(35.4%)로 가장 높았다. 또한 무학인 보호자는 45명(9.8%)이었으며, 반대로 전문대 이상의 학력을 가지고 있는 보호자는 101명(21.9%)으로 나타났다.

주보호자 직업분포를 살펴보면, 판매·서비스직에 종사하는 보호자가 107명(23.2%)로 상대적으로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 다음으로 생산직 72명(15.6%), 가정주부 63명(13.7%)의 순이었으며, 무직인 보호자도 46명(10.0%)으로 조사되었다.

표 147 지역이용군 주된 보호자의 인구학적 특성

(N=461)<N=2253>			
변수		빈도수	백분율(%)
생존가족	부나 모가 생존	383 <1196>	83.1 <53.1>
	부모 없지만 배우자가 생존	16 <293>	3.5 <13.0>
	부모, 배우자없고 그외 가족생존	53 <479>	11.5 <21.3>
	기타	7 <285>	1.5 <12.6>
	미상	2	0.4

주보호자의 관계	본인	6 <66>	1.3 <2.9>
	조부	0 <2>	0 <0.1>
	조모	0 <5>	0 <0.2>
	부	129 <317>	28.0 <14.1>
	모	203 <400>	44.0 <17.8>
	배우자	34 <289>	7.4 <12.8>
	형제,자매	69 <630>	15.0 <28.0>
	자녀	11 <201>	2.4 <8.9>
	미상	9 <243>	2.0 <10.8>
주보호자의 연령	40대미만	31 <238>	6.7 <10.6>
	40대	53 <323>	11.5 <14.3>
	50대	101 <451>	21.9 <20.0>
	60대	107 <379>	23.2 <16.8>
	70대이상	128 <376>	27.8 <16.7>
	미상	41 <486>	8.9 <21.6>
주보호자의 경제력	없음	31 <195>	6.7 <8.7>
	100만원미만	107 <165>	23.2 <7.3>
	200만원미만	92 <118>	20.2 <5.2>
	200만원이상	71 <266>	15.4 <11.8>
	미상	160 <1509>	34.7 <67.0>
주보호자의 최종학력	무학	45 <149>	9.8 <6.6>
	중학교졸업이하	163 <670>	35.4 <29.7>
	고등학교졸업이하	104 <449>	22.6 <19.9>
	전문대졸업이상	101 <290>	21.9 <12.9>
	미상	48 <695>	10.4 <30.8>
주보호자의 직업	전문직	31 <86>	6.7 <3.8>
	관리직	13 <48>	2.8 <2.1>
	사무직	21 <178>	4.6 <7.9>
	판매,서비스직	107 <499>	23.2 <22.1>
	생산직	72 <226>	15.6 <10.0>
	농업축산업	31 <187>	6.7 <8.3>
	가정주부	63 <232>	13.7 <10.3>
	무직	46 <224>	10.0 <9.9>
	기타	29 <72>	6.3 <3.2>
	미상	48 <501>	10.4 <22.2>

주: 1) 꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## 2) 입원시 퇴원에 대한 주 보호자의 긍정여부 및 부정요인

### (1) 대상자가 입원시에 퇴원에 대한 긍정여부

주 보호자가 응답자의 입원 시 퇴원에 긍정적이었는지에 대한 질문에서 절반이 넘는 284명(61.6%)가 긍정적이었다고 응답한 반면, 74명(16.1%)이 모르겠음, 56명(12.1%)이 아니오라고 응답하였다.

표 148 지역이용군 주보호자의 퇴원에 대한 태도

(N=461)<N=2253>		
구 분	N	%
긍정적	284 <633>	61.6 <28.1>
부정적	56 <1151>	12.1 <51.1>
모름	74	16.1
입원한적 없음	19	4.1
미상	28 <469>	6.1 <20.8>

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

### (2) 퇴원시 주 보호자의 부정적인 이유(복수응답가능)

주보호자가 응답자의 퇴원에 대해 부정적이었다고 대답한 응답자 56명을 대상으로 주보호자가 부정적이었던 요인을 알아보았다. 56명 중 48명이 응답한 결과, 증상의 두려움 혹은 재발에 대한 걱정 때문이라고 응답한 사람이 32명(27.6%)으로 가장 많았다. 다음으로는 경제적 어려움 22명(19.0%), 돌봐줄 사람이 없어서 22명(19.0%) 이 같은 비율을 보였다. 즉 주보호자가 퇴원에 대해 부정적인 이유는 환경적, 상황적 원인보다는 증상에 대한 지식부족으로 인한 두려움 혹은 재발에 대한 대처능력 부재 등의 원인이 더 크게 작용한다고 해석할 수 있다.

표 149 지역이용군이 생각하는 후보호자가 퇴원에 대해 부정적이었던 이유

(N=116)<N=2253>

구 분	순위	N	%
경제적으로 어려운 상황	2 <3>	22 <402>	19.0 <16.1>
나의 정신과 증상의 두려움, 재발걱정	1 <1>	32 <801>	27.6 <32.0>
같이 살 공간 부족	6 <5>	8 <296>	6.9 <11.8>
돌봐줄 사람의 부재	2 <2>	22 <461>	19.0 <18.4>
평소 사이가 원만하지 못함	4 <6>	17 <139>	14.7 <5.6>
가족이 없음	8 <8>	2 <12>	1.7 <0.5>
모르겠음	5 <4>	9 <310>	7.8 <12.4>
기타	7 <7>	4 <80>	3.4 <3.2>

주:1)꺾은 괄호<>안의 기울어진 숫자는 재원군의 수치임. 비교를 위해 제시함

## 사. 퇴원 후 지역사회 연계체계

### 1) 퇴원과정에 사례관리자로서 개입하는 경우(%)

사례관리자의 경험적 근거를 토대로 하여 사례관리하고 있는 응답자들의 퇴원과정에 개입하는 정도를 묻은 질문에 평균 24.62%(SD=23.95), 중위수 17.50%라고 응답하였다.

### 2) 퇴원과정 개입을 시도할 때 장애요인(1,2,3순위로 구분)

퇴원과정 개입 시 장애요인을 6개의 주어진 범주 내에서 사례관리자가 경험적으로 가장 큰 장애요인으로 생각하는 순서대로 기입하게 하여 각각의 순위별 그 빈도를 알아보았다. 각각의 빈도는 아래의 표와 같다.2)

#### (1) 1순위 요인

사례관리자가 생각하는 장애요인의 1순위 요인은 “보호자의 비협조”로 155명

2) 퇴원과정 개입 시 장애요인에 대한 문항은 순위를 “1,2,3” 등의 숫자로 응답해야 하는 질문임에도 불구하고 “√” 등의 체크만 한 응답이 많아 결측값이 전체의 20~23%를 차지하였다. 이에 개입의 장애요인은 유효 %로 나타내었다.

(44.0%)이 응답하였다. 다음으로는 “업무 부담으로 인한 개입여력 부족” 71명(20.2%), “의료기관의 비협조” 66명(18.8%) 등으로 비슷한 비율을 보였다.

표 150 퇴원과정 개입시 장애요인 제 1순위

(N=461)

구 분	N	%
의료기관의 비협조	66	18.8
보호자의 비협조(퇴원에 동의하지 않음 등)	155	44.0
행정적 비협조(동사무소, 보건소 등)	1	0.3
지역사회 내 제공할 적절한 서비스가 없음	47	13.4
업무부담으로 인한 개입여력부족	71	20.2
기타	12	3.4
미상	109	-

## (2) 2순위 요인

2순위 요인으로는 “보호자의 비협조” 와 “의료기관의 비협조”가 94명(28.7%), 93명(28.4%)로 거의 비슷한 비율을 보였고, 다음으로 “지역사회 내 제공할 적절한 서비스가 없음”이 79명(24.1%)이었다.

표 151 퇴원과정 개입시 장애요인 제 2순위

(N=461)

구 분	N	%
의료기관의 비협조	93	28.4
보호자의 비협조(퇴원에 동의하지 않음 등)	94	28.7
행정적 비협조(동사무소, 보건소 등)	15	4.6
지역사회 내 제공할 적절한 서비스가 없음	79	24.1
업무부담으로 인한 개입여력부족	43	13.1
기타	4	1.2
미상	133	-

### (3) 3순위 요인

장애요인의 3순위 요인으로는 “지역사회 내 제공할 적절한 서비스가 없음”이 100명(31.4%)로 가장 높은 비율을 차지하였다. 다음으로는 “업무 부담으로 인한 개입역력 부족” 90명(28.3%), “의료기관의 비협조” 42명(13.2%) 순이었다.

표 152 퇴원과정 개입시 장애요인 제 3순위

(N=461)		
구 분	N	%
의료기관의 비협조	42	13.2
보호자의 비협조(퇴원에 동의하지 않음 등)	41	12.9
행정적 비협조(동사무소, 보건소 등)	32	10.1
지역사회 내 제공할 적절한 서비스가 없음	100	31.4
업무부담으로 인한 개입역력부족	90	28.3
기타	13	4.1
미상	143	-

### 3) 정신보건센터 신규 등록회원 중 정신의료기관에서 퇴원하면서 의뢰된 비율

정신보건센터에 신규 등록되는 회원 중 의료기관에서 퇴원하면서 의뢰된 비율은 사례관리자 평균 21.94%(SD=20.27), 중위수 10%로 나타났다.

## 4. 전체 재원환자군과의 특성 비교

### 가. 사회인구학적 특성

지역이용군에서 남성의 비율이 감소하였는데( $\chi^2=12.675$ ,  $df=1$ ,  $p<0.000$ ), 이는 서동우 등(1999)의 연구에서 적절한 서비스 형태별로 재분류하였을 때 탈원화의 대상자가 남성에서 상대적으로 많다고 한 것과 부합하는 결과라고 할 수 있다.

평균연령은 재원환자군에 비해 8세 정도 적은 38.32세였다( $p<0.001$ ). 젊은 연령이

많은 이유로는 정신보건센터에 등록을 받을 때 가능하면 재활의 가능성이 높은 젊은 환자들을 선호하는 것과 관련이 있을 수도 있고, 다른 측면에서는 젊은 환자일수록 미혼비율이 73.0%였고( $\chi^2=77.977$ ,  $df=2$ ,  $p<0.000$ ) 교육수준도 높았다( $\chi^2=123.942$ ,  $df=2$ ,  $p<0.000$ ). 의료보장의 형태를 보면, 지역사회군이 건강보험의 비율이 높았다(46.2% vs. 32.3%,  $\chi^2=34.238$ ,  $df=3$ ,  $p<0.000$ ).

## 나. 병력 및 입원력

상병의 분포를 보면 지역군의 경우 정신분열병이 70%로 거의 대부분을 차지한 반면 알코올 장애 환자는 1.6%에 불과하였다. 이에 비하여 재원환자군은 정신분열병이 55%로 가장 많았지만, 알코올장애가 29%로 상당한 비중을 차지하였다( $\chi^2=184.103$ ,  $df=3$ ,  $p<0.000$ ).

지역이용군의 경우 발병연령이 20대이하인 경우가 많았는데, 이는 젊은 연령층이 많은 점과 정신분열병의 비율이 높은 것에 기인하는 듯 하다. 반면 유병기간은 재원환자에 비해 오히려 1.49년 정도 긴 평균 13.92년이었지만 통계적으로 차이가 없었다.

총 입원횟수는 3회로 동일하였다. 지난 2년간의 입원횟수는 중위수 1회로 동일한 반면, 입원기간은 지역사회 중위수 4개월, 재원환자군 16개월로 큰 차이를 보이고 있었다( $p<0.000$ ). 입원의 횟수는 같은 데 비해 지역이용군의 입원기간이 상대적으로 짧다는 것을 의미한다. 재원기간 변인 분석에서도 정신보건센터 이용경험이 있는 군에서 유의하게 재원기간이 단축되는 결과를 관찰할 수 있었다. 이 뿐 아니라 입원과 다음 입원 사이의 지역사회거주기간의 측면에서도 지역이용군은 중위수 21.9개월로 재원군 2개월에 비해 10배이상 차이를 보였다( $p<0.000$ ). 이런 차이를 재원군과 지역이용군이 완전히 특성이 다른 환자들로 구성되어 있기 때문인지를 따져보기 위해서는 각군의 임상증상, 기능, 사회지지체계에서 차이를 확인해 볼 필요가 있다.

## 다. 임상증상, 기능 그리고 사회지지체계

임상증상, 기능의 정도, 종합적 기능상태 등에서 지역이용군이 재원군에 비해 유의한 차이를 보이고 있었다. 그러나, 그 차이의 정도를 재원적절성의 기준을 이용하여 분

류하면 입원필요성에 대해 지역이용군 53.1%, 재원군 58.1%로 조사되었다 ( $\chi^2=19.687$ ,  $df=1$ ,  $p<0.000$ ). 비록 통계적으로 유의하기는 하나 가장 완화된 형태의 입원필요성 기준으로 판단한 두 군의 임상적 증상의 차이가 본질적으로 존재하는지에 대해서는 좀 더 여러 상황을 종합하여 평가할 필요는 있다. 즉, 지역이용군은 상대적으로 임상증상 상태가 안정된 환자가 포함되어 있고, 재원군 중에는 증상이 급성 악화되어 입원한 환자들이 포함되어 있다는 것을 감안할 때 본 조사에서 보이는 통계적으로 유의한 차이가 지역이용군과 재원군이 임상적으로 전혀 다른 군일 가능성은 떨어진다고 볼 수 있다. 가족과 거주지의 유무로 판단한 사회지지체계의 면에서는 오히려 지역이용군이 재원군에 비해 열악한 상황임을 알 수 있었다. 이렇게 주어진 조건이 열악하더라도 지역사회정신보건서비스를 적절하게 이용한다면 지역 내에서 잘 머무를 수 있음을 반증한다고 하겠다.

## 라. 가족체계 및 특성

가족체계를 볼 때 부 또는 모의 생존 비율이 지역이용군에서 유의하게 높았다( $\chi^2=152.853$ ,  $df=3$ ,  $p<0.000$ ).

보호자의 퇴원에 대한 긍정적 태도도 지역사회군 61.6%, 재원군 28.1%로 큰 차이를 보였다( $\chi^2=629.827$ ,  $df=3$ ,  $p<0.000$ ). 보호자가 퇴원에 부정적인 경우 퇴원에 대해 부정적인 이유에서, 정신증상에 대한 두려움(재발 걱정등), 경제적 어려움, 돌봐줄 보호자의 부재, 공간의 부족 등 비슷한 순위를 보이고 있었다.

생존 보호자나 주보호자의 측면에서 볼 때도 지역이용군은 부나 모가 더 많이 생존해 있으며 주 보호자일 가능성이 높은 반면, 재원군은 부나 모가 안계시고 주보호자가 형제나 자녀가 되는 경우가 많은데, 이런 경우 부모에 비해 환자에 대한 부담을 많이 느낄 수 있으며, 환자 관리의 현실적인 측면보다는 심리적 거리감이나 부담으로 인한 관념적 측면에서 환자의 퇴원에 부정적일 수 있겠다고 추측해 볼 수 있겠다. 이 부분은 보호자를 직접적 대상으로 한 설문에서 좀 더 심도 있게 논의 될 것이다.

## 5. 입원/입소시설과의 연계성

### 가. 치료시설과의 연계상황에 대한 실태

강제퇴원명령을 받은 14명 중 퇴원 이후 지역사회로 연계가 이루어진 응답자는 9명(64.3%)이었고, 연계가 이루어지지 않았다고 응답한 사람은 4명(28.6%)으로 나타났다. 사례관리하고 있는 대상자들의 퇴원과정에 개입하는 정도에 대한 질문에 평균 24.62%(SD=23.95), 중위수 17.50% 라고 응답하였다. 정신보건센터에 신규 등록되는 회원 중 의료기관에서 퇴원하면서 의뢰된 비율은 사례관리자 평균 21.94%(SD=20.27)로 나타났다. 주치의와 협조가 비교적 좋은 경우는 65.5%였다. 퇴원 연계서비스에 있어 가장 큰 장애요인으로 지적된 부분은 보호자의 비협조, 개입여력의 부족, 의료기관의 비협조, 적절한 서비스 부족 등의 순이었다.

본 조사의 결과를 고찰하여 볼 때 입소 정신보건시설과 지역사회정신보건서비스 간에 유리벽과 같은 보이지 않은 장벽이 있어 서로 무관하게 작동하는 2개의 닫힌 계(two closed systems)를 구성하고 있는 것으로 생각된다. 이렇게 추론된 모델은 입·퇴원이라는 현실적 과정에서 기존의 지역사회정신보건서비스가 제대로 개입이 이루어지지 못하도록 막고 있다고 볼 수 있다. 기존의 지역사회정신보건서비스를 보다 활성화하고 부적절한 장기입원을 줄이기 위해서는 입·퇴원 과정에서 지역사회정신보건센터가 개입하여 현재는 서로 분리된 두개의 계를 이어주는 소통로(channels)를 확보하는 것이 필요할 것으로 여겨진다.

### 나. 입·퇴원 과정 - 지역정신보건센터의 개입

입퇴원 과정에 있어 보호자 2인의 동의를 구하는 것이 새로 개정된 정신보건법에서 규정되어 시행예정이지만, 정보의 비대칭성, 정신질환에 대한 왜곡된 지식, 전통적인 시설 입소 위주의 치료방식의 익숙함 등을 극복하기 위해서는 보호자 2인의 동의만으로는 적절한 입원이 유도될 것이라고 예측하기 힘들다. 오히려 이러한 소비자 측면에서 보호자-환자 양자(dyad)간의 힘의 불균형을 바로잡고, 보호자-환자-입소정신보건시설 삼자(triad)간의 균형을 잡아주기 위해서는 환자의 권리를 옹호하는 동시에 보호자에게 올바른 지식을 전달하고, 보호자 측면에서의 여러 어려움을 해결하도록 지원

하는 전문가나 기관이 필요할 것으로 보인다.

현실적으로 타당한 방법으로는 기존의 지역사회정신보건시설, 특히 정신보건센터의 조직과 인력을 이용하는 방법이다. 본 조사에 의하면 현재 지역사회정신보건센터에 등록되어 지역사회서비스를 받고 있는 대상자 중에서도 의료기관 등에서 강제퇴원명령 후 연계가 이루어진 경우가 64.3%밖에 되지 않는다. 이는 등록도 되지 않은 경우를 합치면 수치가 더 낮아질 것으로 예측된다. 또한 기등록자의 경우도 의료기관에 입원하였다 퇴원할 시에 이 과정에 개입하는 비율이 평균 24.62%로 저조하게 조사되었다. 이렇게 저조한 퇴원연계서비스의 장애요인으로 응답된 이유를 살펴보면 보호자의 비협조, 개입 여력의 부족, 의료기관의 비협조, 적절한 서비스의 부족 등이다. 입퇴원의 삼자인 보호자, 환자, 의료기관 중에서 보호자, 의료기관의 비협조가 지적되었고, 현재의 정신보건센터의 역량의 부족이 지적된 것이다.

## 6. 이용자의 과거 입원/입소 서비스와 계속입원심사 현황

최근 2년간 입원한 적이 있는 대상자는 205명(44.5%)이었다. 입원기관의 유형을 볼 때 국공립정신병원과 사립정신병원의 비율이 비슷하였고(18.9% vs. 18.7%), 자의입원 비율은 15.1%, 총 입원횟수 중앙값 3회, 최근 2년간 입원횟수는 평균 1.57회였으며, 입원기간은 중앙값 4개월이었다. 계속입원심사에 의해 퇴원명령을 받은 적이 있는 사람은 14명(3%)이었으며, 그렇지 않은 사람은 347명(75.3%)로 조사되었다.

## 7. 고찰

본 조사에 의하면 지역사회군이 비교적 젊고, 부모가 생존해 있는 경우가 많으며, 임상증상이 더 안정되어 있는 반면 입원 횟수는 비슷하였고, 유병기간은 오히려 더 길었으며, 상대적으로 정신분열병의 비율이 높다는 것을 알 수 있었다. 또 지역사회군은 입원기간이 훨씬 짧았고, 보호자의 태도가 더 긍정적이었으며, 지역사회 정신보건 서비스의 이용 등이 상대적으로 더 많았다.

실제로 임상기능의 평가에서 두 군의 차이가 있었지만 대부분의 정신과 증상의 경우 급성기에 입원을 하면 1-2 주 내에 비교적 안정이 되는 것을 감안할 때 현재의 장기 입원군이 지역사회군과 별개의 집단일 가능성은 매우 적다고 볼 수 있다. 따라서 장기 입원하는 환자들이 지역사회 정신보건 서비스를 거의 이용하지 않고 있다는 사실을 감안할 때 정신보건센터의 기능을 보다 확대해 나간다면 장기입원을 억제하는 하나의 대안이 될 수 있다고 판단된다. 또 정신보건심판위원회가 보호자 동의입원에 대한 아무런 억제기능을 하지 못하고 있다는 사실을 감안할 때 정신보건센터의 입퇴원 개입서비스를 필수사업으로 정해놓고 여기서 발행한 '입원적절성평가지'를 지참하였을 시에만 입원이 가능하거나 퇴원 후 정신보건센터로 연계되지 않을 경우 재입원이 불가능하게 법적으로 정해놓는 방안 등이 고려될 수 있다.

외국에 비하여 빈약한 지역사회 정신보건 서비스 체계가 그나마도 효과를 잘 발휘하지 못했던 이유로 보호자의 비협조가 높았던 점은 정보의 부족에 기인하기도 하지만 실제로 제공받을 서비스가 부족했다는 점이 중요한 이유이기도 하다. 또 의료기관에서 협조하지 않았던 점도 적지 않은 비율을 차지했다. 따라서 장기입원의 보호자를 대상으로 했던 조사에서도 드러났듯이 대부분의 보호자들이 부정적으로 여기고 있는 주간 재활프로그램 수준에서 벗어나야 한다. 따라서 장기입원을 대체할 수 있는 대안으로의 지역사회 서비스에 대하여 보호자가 불만족스러워 하고 있다는 점을 고려하여 개선하지 않는다면 아무리 퇴원을 시켜도 재입원과 횡수용화의 사슬을 끊기는 쉽지 않을 것이다.

지역사회 정신보건 서비스에는 외국의 예에서처럼 병원과 연계된 환자관리체계(case-management)가 도입되어야 한다. 전구증상의 조기개입부터 시작해서 응급입원과 입원의 적절성 평가, 입원기간 내에 지역사회로 돌아가면 연계될 정신보건센터 혹은 사회복지시설의 담당자가 환자와 미리 접촉하여야 하며, 환자-보호자-병원-지역사회 담당자의 협의 하에 퇴원계획이 결정되어야 한다. 이런 일련의 과정은 장기입원을 줄이면서 발생하는 예산절감이 미리 투입되는 것을 전제로 한다. 향후 지역사회 정신보건이 장기입원의 사슬을 끊는 유일한 대안이라는 것을 고려할 때 적극적으로 도입해야 될 정책이라고 생각된다.



---

# 제7장. 초발 정신질환자의 치료 경과 분석

---

## 1. 연구배경과 목적

중증정신질환자의 장기입원에 영향을 미치는 요인은 매우 다양하다. 발병 초기 단계에 환자에게 집중적이고 효과적인 치료서비스와 지역사회서비스를 제공하는 것 역시 중증정신질환자의 장기입원을 억제하는 중요한 요인 중의 하나로 강조되고 있다. 그러나 우리나라의 경우에는 초발 정신질환자에 대한 효과적인 치료서비스 제공체계가 구축되어 있지 못한 실정이다. 그 이유로는 첫째 초발 시기의 치료 중요성에 대한 국민의 인식이 불충분한 점을 들 수 있다. 정신질환에 대한 사회적 편견이 심각한 수준이기 때문에 정신질환으로 치료를 받는 것 자체에 대한 거부감이 여전히 높은 실정이다. 둘째는 초발 시기에 집중적이고 효과적인 서비스를 제공할 수 있는 시설을 갖추지 못하고 있는 점을 들 수 있다. 정신질환자 입원치료의 대부분을 차지하고 있는 상당수 병원급 의료기관은 환자의 상태 악화를 예방하고, 현 상태를 유지하는데 치중된 서비스를 제공할 뿐, 초발 환자에 대한 집중 서비스를 제공할 수 있는 역량을 갖추지 못하고 있다는 평가가 일반적이다. 셋째는 초발 시기의 집중 서비스 제공을 가로막는 수가 구조의 문제점을 들 수 있다. 의료급여 수급권자의 입원치료에 대해서는 일당 정액제가 적용되고 있기 때문에 의료공급자 입장에서는 이들을 위한 적극적인 치료서비스를 제공할 경제적 동기가 부족한 상황이다.

최근 호주, 영국, 캐나다 등과 같은 정신보건 선진국들은 중증정신질환자의 장기입원을 억제하고, 지역사회 복귀를 촉진하기 위한 주요 전략으로 초발 정신질환자에 대

한 적극적인 서비스 제공을 강조하면서 이를 위한 프로그램을 개발·실행하고 있다. 그러나 우리나라의 경우에는 이 같은 장기입원 억제 전략의 중요성에 대한 인식이 부족할 뿐 아니라 이를 위한 국내 현황 파악과 객관적 근거 축적 역시 충분하지 않은 실정이다.

이에 본 연구에서는 국내 초발 정신질환자의 치료 경과와 이들의 장기입원 현황을 파악하고, 초발 시기의 의료이용 유형에 따른 치료 경과의 차이를 분석함으로써 초발 정신질환자에 대한 효과적인 서비스 제공체계 정립의 필요성과 근거를 제시하고자 하였다.

## 2. 분석 내용 및 방법

건강보험심사평가원의 협조로 2003년 1월 1일부터 2007년 12월 31일까지 5개년 동안 건강보험 및 의료급여로 건강보험심사평가원에 심사·의뢰되어 심사가 끝난 후 요양급여비용 지급을 위해 건강보험공단에 통보된 자료를 기본 분석자료로 활용하였다. 본 연구 분석에 활용한 주요 변수의 정의는 다음과 같다.

- ▶ 초발입원환자: 2003-2004년 2개년 동안 F20-29, F30,31,32,33 및 F10 진단코드를 주·부상병명으로 의료이용을 한 실적이 없는 환자 중 2005년 1월부터 6월 사이에 해당 진단코드를 주상병으로 입원 의료이용을 한 환자를 초발입원환자로 정의하였다.
- ▶ 정기적 외래이용: 해당 상병을 주상병으로 외래를 통해 진찰받은 횟수가 60일에 한번 이상을 충족하는 경우를 정기적 외래이용으로 정의하였다.
- ▶ 장기입원환자: 정신보건법 24조 3항에서 치료를 위한 입원기간을 6개월 이내로 명시하고 있으며, 계속입원이 필요한 경우에도 6개월마다 시장·군수·구청장에게 입원 치료에 대한 계속연장 심사를 받도록 되어 있다. 따라서 입원 후 180일이 경과한 자를 장기입원자로 정의하였으며, 퇴원 후 재입원까지의 interval이 30일 이내인 경우에도 입원기간이 지속되는 계속입원으로 간주하였다.

### 3. 초발 입원 정신질환 발생 및 의료이용 현황

2005년 상반기 동안 입원치료를 받은 초발 중증정신질환자는 총 30,678명이며, 이들의 입원건수는 총 35,301건이었다. 총 30,678명의 초발 입원 중증정신질환자 중 정신분열병(F20)은 10,037명, 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)는 9,086명, 우울병 에 피소드(F32)는 6,436명, 양극성 정동장애(F31)는 2,427명으로 이들 4개 상병이 전체 초발 입원 중증정신질환의 91.2%를 차지하고 있었다. 입원 건수 기준으로는 이들 4개 상병이 전체 입원 건의 91.5%를 차지하였다.

2005년 상반기 동안 입원치료를 받은 초발 중증정신질환자의 연간 평균 입원기간은 110일로, 발병 2차년도인 2006년의 입원기간이 125.0일로 가장 길었으며, 발병 3차년도에는 입원기간이 85.3일로 줄어드는 경향을 보였다. 이들의 연 평균 입원비용은 약 437만원으로 입원기간과 마찬가지로 발병 2차년도의 입원비용이 519만원으로 가장 많았으며, 발병 3차년도의 입원비용은 388만원이었다.

표 153. 2005년 상반기 초발 입원 정신질환자 현황 (단위: 명, 건)

	입원 환자 수(명)			입원 빈도(건)		
	2005년	2006년	2007년	2005년	2006년	2007년
전체	30,678	6,190	5,225	35,301	7,788	6,668
F10	9,086	2,387	1,997	11,060	3,222	2,759
F20	10,037	2,162	1,907	11,401	2,593	2,296
F21	65	19	5	72	20	6
F22	341	42	29	367	50	32
F23	472	32	32	508	36	36
F24	7	1	1	8	1	1
F25	274	85	91	323	98	114
F28	173	26	20	199	32	24
F29	599	95	75	672	112	86
F30	126	22	20	144	23	24
F31	2,427	615	557	2,791	721	671
F32	6,436	609	418	7,042	767	523
F33	635	95	73	714	113	96

표 154. 2005년 상반기 초발 입원 정신질환자의 의료이용 현황 (단위: 일, 원)

	환자당 재원일수(일)				환자당 입원비(원)			
	평균	2005년	2006년	2007년	평균	2005년	2006년	2007년
전체	110.0	111.2	125.0	85.3	4,366,185	4,283,476	5,186,940	3,879,465
F10	113.0	114.1	128.6	89.5	4,292,244	4,186,961	5,129,184	3,770,879
F20	157.9	170.7	152.7	96.6	5,992,794	6,300,074	6,085,909	4,269,940
F21	112.8	106.8	152.6	40.4	4,476,220	4,360,904	5,294,126	2,867,286
F22	103.4	104.4	112.8	78.4	4,634,253	4,515,517	5,520,398	4,747,048
F23	53.9	54.0	61.1	44.4	2,617,458	2,549,855	3,701,167	2,530,896
F24	89.1	84.3	134.0	78.0	3,761,277	3,244,790	6,348,520	4,789,440
F25	88.9	94.7	81.6	78.1	4,183,014	4,018,071	4,454,108	4,426,435
F28	152.8	161.3	133.1	105.2	5,535,612	5,748,599	4,356,989	5,225,477
F29	115.6	116.9	137.7	77.3	4,539,891	4,420,868	6,152,003	3,448,478
F30	87.4	84.4	94.4	99.0	3,793,615	3,502,705	4,529,405	4,816,979
F31	70.9	67.9	89.6	63.0	3,487,889	3,193,352	4,511,004	3,641,615
F32	43.1	40.2	66.1	53.6	2,109,094	1,946,620	3,241,943	2,960,234
F33	54.1	52.4	62.0	58.4	2,707,606	2,549,283	3,413,202	3,166,550

초발 입원 정신질환자의 첫 입원 의료기관을 분석한 결과, 입원기간 기준으로 병원이 차지하는 비중이 69.0%로 가장 많았으며, 의원과 종합병원이 각각 12.3%와 12.2%를 차지하였다. 종합전문요양기관이 차지하는 비중은 5.8%였다. 상병별로는 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)의 종합전문요양기관 입원이 다른 상병에 비해 특히 낮은 것으로 나타났으며, 기분(정동)장애(F30-33)가 상대적으로 종합전문요양기관에 입원하는 비중이 높은 것으로 나타났다.

초발 입원 정신질환자의 정기적 외래 이용 현황을 분석한 결과, 발병 첫 해인 2005년에는 전체 환자의 76.0%가 정기적인 외래 이용을 했지만, 3년 동안의 정기적인 외래 이용률은 42.8% 수준으로 치료 중도 탈락률이 높은 것으로 나타났다.

표 155. 초발 입원 정신질환자의 첫 입원 의료기관 유형: 2005년 (단위: 일)

		초발 입원 중증정신질환자의 첫 입원 의료기관 유형										
		전체	종합전문요양기관			종합병원		병원		의원		요양병원
첫 입원 주 상 병	전체	4,763,301	274,797	( 5.8%)	580,572	(12.2%)	3,287,146	(69.0%)	584,056	(12.3%)	36,730	( 0.8%)
	F10	1,562,668	27,917	( 1.8%)	153,601	( 9.8%)	1,185,768	(75.9%)	186,099	(11.9%)	9,283	( 0.6%)
	F20	2,271,546	132,469	( 5.8%)	257,804	(11.3%)	1,630,937	(71.8%)	239,264	(10.5%)	11,072	( 0.5%)
	F21	10,171	336	( 3.3%)	2,069	(20.3%)	5,096	(50.1%)	2,670	(26.3%)	0	( 0.0%)
	F22	46,199	4,269	( 9.2%)	4,060	( 8.8%)	31,425	(68.0%)	5,705	(12.3%)	740	( 1.6%)
	F23	37,033	6,231	(16.8%)	9,217	(24.9%)	15,809	(42.7%)	5,463	(14.8%)	313	( 0.8%)
	F24	869	51	( 5.9%)	665	(76.5%)	51	( 5.9%)	102	(11.7%)	0	( 0.0%)
	F25	38,458	5,604	(14.6%)	5,849	(15.2%)	19,674	(51.2%)	7,297	(19.0%)	34	( 0.1%)
	F28	37,737	550	( 1.5%)	1,786	( 4.7%)	32,135	(85.2%)	3,035	( 8.0%)	231	( 0.6%)
	F29	91,744	2,543	( 2.8%)	14,228	(15.5%)	61,396	(66.9%)	12,632	(13.8%)	945	( 1.0%)
	F30	14,202	1,592	(11.2%)	1,022	( 7.2%)	7,060	(49.7%)	4,500	(31.7%)	28	( 0.2%)
	F31	252,129	37,089	(14.7%)	33,234	(13.2%)	143,466	(56.9%)	36,892	(14.6%)	1,448	( 0.6%)
	F32	355,631	48,820	(13.7%)	87,576	(24.6%)	143,689	(40.4%)	68,387	(19.2%)	7,159	( 2.0%)
	F33	44,914	7,326	(16.3%)	9,461	(21.1%)	10,640	(23.7%)	12,010	(26.7%)	5,477	(12.2%)

표 156. 초발 입원 정신질환자의 외래 이용 현황: 2005년 ~ 2007년

		05~07년 정기적 외래이용 현황		05년 정기적 외래이용 현황	
		환자수(명)	비율	환자수(명)	비율
첫 입원 주 상 병	Total	13,139	42.8%	23,326	76.0%
	F10	4,343	47.8%	7,096	78.1%
	F20	4,091	40.8%	7,623	75.9%
	F21	21	32.3%	43	66.2%
	F22	147	43.1%	255	74.8%
	F23	215	45.6%	371	78.6%
	F24	3	42.9%	6	85.7%
	F25	110	40.1%	191	69.7%
	F28	85	49.1%	137	79.2%
	F29	282	47.1%	467	78.0%
	F30	44	34.9%	81	64.3%
	F31	826	34.0%	1,744	71.9%
	F32	2,749	42.7%	4,838	75.2%
	F33	223	35.1%	474	74.6%

## 4. 초발 입원 정신질환의 장기입원 현황

2005년 상반기 동안 입원치료를 받은 초발 입원 중증정신질환자 중에서 2005~2007년 3년 동안 6개월 이상의 장기입원을 경험한 환자 수는 총 5,507명으로 전체 초발 입원 중증정신질환자의 18.8%에 이르는 것으로 나타났다. 장기입원 경험률이 가장 높은 상병은 정신분열병(F20)과 기타 비기질적 정신병적 장애(F28)로 각각 장기입원 경험률이 27.7%에 이르는 것으로 나타났으며, 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)도 장기입원 경험률이 20.6%에 이르는 것으로 나타났다.

표 157. 초발 입원 정신질환자의 장기입원 현황: 2005년 ~ 2007년

	전체 입원	05-07년 장기입원 현황				05년 장기입원 현황			
		환자 당 평균 장기입원 횟수(건)	장기입원 환자수(명)	장기입원 경험률	장기입원 경험자의 입원기간(05-07)	환자 당 평균 장기입원 횟수(건)	장기입원 환자수(명)	장기입원 경험률	장기입원 경험자의 입원기간(05-07)
전체	30,678	0.21	5,507	(18.0%)	575.6	0.14	4,334	14.1%	603.0
F10	9,086	0.25	1,876	(20.6%)	562.9	0.16	1,414	15.6%	591.4
F20	10,037	0.32	2,779	(27.7%)	602.0	0.23	2,282	22.7%	627.0
F21	65	0.18	11	(16.9%)	546.0	0.12	8	12.3%	588.0
F22	341	0.16	53	(15.5%)	538.1	0.13	44	12.9%	544.8
F23	472	0.07	31	( 6.6%)	542.4	0.04	20	4.2%	594.7
F24	7	0.29	1	(14.3%)	654.0	0.29	1	14.3%	654.0
F25	274	0.14	37	(13.5%)	516.0	0.09	26	9.5%	534.6
F28	173	0.31	48	(27.7%)	582.2	0.24	42	24.3%	582.6
F29	599	0.21	114	(19.0%)	551.0	0.15	92	15.4%	568.9
F30	126	0.13	14	(11.1%)	561.6	0.10	12	9.5%	585.1
F31	2,427	0.10	218	( 9.0%)	499.9	0.06	144	5.9%	536.2
F32	6,436	0.05	283	( 4.4%)	500.5	0.03	214	3.3%	528.9
F33	635	0.07	42	( 6.6%)	495.5	0.06	35	5.5%	479.7

초발 입원이 발생한 2005년 첫 해 동안 장기입원을 경험한 비율도 14.1%에 이르는 것으로 나타나, 3년 동안 장기입원을 경험한 환자의 78.3%가 발병 첫 해에 이미 장기입원을 경험하는 것으로 나타났다. 발병 첫 해에 장기입원 경험률이 가장 높은 상병은 기타 비기질적 정신병적 장애(F28)와 정신분열병(F20)으로 각각 발병 첫 해 장기입원 경

험률이 24.3%, 22.7%에 이르는 것으로 나타났으며, 알콜 사용에 의한 정신 및 행동장애 (F10)도 발병 첫 해 장기입원 경험률이 15.6%에 이르는 것으로 나타났다.

## 5. 초발 시기의 의료이용 양상에 따른 의료서비스 이용 현황

초발 시기의 의료이용 양상에 따른 치료경과를 분석하기 위해 본 연구에서는 발병 첫해의 의료이용 양상을 다음과 같이 분류하였다.

표 158. 초발 시기의 의료이용 유형 구분

		정기적 외래이용 여부(2005년)	
		정기적 이용	비정기적 이용
초발 입원 의료기관	종합전문요양기관	A	B
	종합병원	C	D
	병원	E	F
	의원	G	H

초발 시기의 의료이용 양상에 따른 의료서비스 이용 현황을 분석한 결과, 초발 시기에 종합전문요양기관이나 종합병원에서 입원 치료를 받은 환자군의 전반적인 의료이용량이 병원과 의원에서 입원 치료를 받은 환자군에 비해 낮은 것으로 나타났다. 이 같은 경향은 발병 2년차와 3년차에도 동일하게 유지되는 것으로 나타났다. 또한 초발 입원 정신질환자의 의료이용 양상은 '정기적인 외래 이용 여부'보다 '초발 시기의 첫 입원 의료기관 유형'에 보다 많은 영향을 받는 것으로 나타났다.

초발 시기의 의료이용 양상은 장기입원에도 유의한 영향을 미치는 것으로 파악되었다. 초발 시기에 종합전문요양기관에서 첫 입원 치료를 받고 정기적 외래이용을 한 경우에는 장기입원 경험률이 2.9%에 불과했다. 그러나 병원에서 첫 입원 치료를 받은 경우에는 정기적 외래이용 여부에 상관없이 장기입원 경험률이 27.4%와 21.4%에 이르는 것으로 나타났다. 종합병원에서 첫 입원 치료를 받은 경우에도 병원이나 의원에서 입원 치료를 받은 경우에 비해 장기입원 경험률이 유의하게 낮은 것으로 나타났다.



표 160. 초발 시기의 의료이용 양상에 따른 장기입원 현황: 2005년 ~ 2007년

		장기입원 환자 수(명)	장기입원 경험률	환자당 장기입원횟수
의료이용 그룹	Total	5,507	18.0%	0.21
	종합전문요양기관 입원 + 정기적 외래	99	2.9%	0.03
	종합전문요양기관 입원 + 비정기적 외래	47	3.7%	0.04
	종합병원 입원 + 정기적 외래	432	8.7%	0.10
	종합병원 입원 + 비정기적 외래	115	7.0%	0.08
	병원 입원 + 정기적 외래	3,357	27.4%	0.32
	병원 입원 + 비정기적 외래	764	21.4%	0.24
	의원 입원 + 정기적 외래	550	20.5%	0.24
의원 입원 + 비정기적 외래	143	16.5%	0.20	

초발 시기의 의료이용 유형은 시간 경과 이후에도 비슷한 경향으로 유지되는 것으로 나타났다.

표 161. 2005년과 2007년 사이의 의료이용 유형 변동 (단위: 명)

05년 유형 \ 07년 유형		종합전문, 정기외래	종합전문, 비정기외래	종합병원, 정기외래	종합병원, 비정기외래	병원, 정기외래	병원, 비정기외래	의원, 정기외래	의원, 비정기외래
		종합전문, 정기외래	3,427	2,959 86.3%	0 0.0%	81 2.4%	0 0.0%	305 8.9%	0 0.0%
종합전문, 비정기외래	1,272	0 0.0%	1,020 80.2%	0 0.0%	58 4.6%	0 0.0%	162 12.7%	0 0.0%	32 2.5%
종합병원, 정기외래	4,959	82 1.7%	0 0.0%	4,268 86.1%	0 0.0%	502 10.1%	0 0.0%	107 2.2%	0 0.0%
종합병원, 비정기외래	1,641	0 0.0%	38 2.3%	0 0.0%	1,262 76.9%	0 0.0%	271 16.5%	0 0.0%	70 4.3%
병원, 정기외래	12,263	123 1.0%	0 0.0%	253 2.1%	0 0.0%	11,489 93.7%	0 0.0%	398 3.2%	0 0.0%
병원, 비정기외래	3,571	0 0.0%	63 1.8%	0 0.0%	109 3.1%	0 0.0%	3,263 91.4%	0 0.0%	136 3.8%
의원, 정기외래	2,677	50 1.9%	0 0.0%	52 1.9%	0 0.0%	464 17.3%	0 0.0%	2,111 78.9%	0 0.0%
의원, 비정기외래	868	0 0.0%	15 1.7%	0 0.0%	34 3.9%	0 0.0%	218 25.1%	0 0.0%	601 69.2%

전체 환자의 약 70~90%는 초발 시기의 의료이용 유형이 발병 3년차인 2007년도에도 동일하게 유지되었다. 그러나 각 유형별로 약 10~25%는 '병원'으로 입원 의료기관이 변동하였다. 이 같은 결과는 중증정신질환자들이 시간 경과에 따라 '병원'으로 수렴되면서 장기입원의 코스로 점차 진입하는 경향을 반영하고 있는 것으로 추정된다.

## 6. 초발 입원 이후의 의료보장 상태 변동

초발 입원 시기와 마지막 입원 시기의 의료보장 상태를 기준으로 초발 입원 이후의 의료보장 상태 변동을 분석한 결과, 전체 환자의 18.9%에 이르는 5,786명이 2005년 초발 입원 이후부터 2007년 마지막 입원 사이에 의료보장 상태가 변동한 것으로 나타났다.

표 162. 초발 입원 이후의 의료보장 상태 변동 현황 1 (단위: 명, 일)

의료보장 상태 변동	Total		변동까지의 기간
	환자수	비율	
총계	5,786	100.0%	313
소계	3,808	65.8%	301
건강보험→의료급여 1종	2,306	39.9%	298
건강보험→의료급여 2종	1,496	25.9%	306
건강보험→행려	6	0.1%	217
소계	706	12.2%	375
의료급여 1종→건강보험	392	6.8%	394
의료급여 1종→의료급여 2종	277	4.8%	374
의료급여 1종→행려	37	0.6%	178
소계	1,194	20.6%	325
의료급여 2종→건강보험	297	5.1%	422
의료급여 2종→의료급여 1종	896	15.5%	294
의료급여 2종→행려	1	0.0%	232
소계	78	1.3%	131
행려→건강보험	6	0.1%	143
행려→의료급여 1종	69	1.2%	122
행려→의료급여 2종	3	0.1%	295

이 중에서 초발 입원 당시에는 건강보험 적용대상자이었으나 질병 치료 과정 중에 의료급여 혹은 행려로 계층이 하락한 경우가 총 3,808명으로 의료보장 상태가 변동한 환자의 65.8%를 차지하는 것으로 나타났다. 이에 반해 의료급여 혹은 행려에서 건강보험 적용대상자로 계층이 상승한 경우는 총 695명으로 의료보장 상태가 변동한 환자의 12.0%에 불과한 것으로 나타났다. 건강보험 적용대상자가 의료급여 혹은 행려로 계층이 하락하는데 소요되는 기간은 평균 301일로 대부분 초발 입원 이후 1년 이내에 의료급여 혹은 행려로 계층 하락이 이루어지는 것으로 나타났다.

초발 시기의 의료이용 양상에 따른 의료보장 상태 변동을 파악한 결과, 첫 입원 의료기관이 종합전문요양기관이었던 환자군의 경우에 상대적으로 건강보험 적용대상자의 비중이 높았으며, 병원과 의원이 첫 입원 의료기관인 환자군의 경우에는 상대적으로 건강보험 적용대상자의 비중이 적었다. 첫 입원 당시에는 건강보험 적용대상자였으나 치료 과정 중에 의료급여 혹은 행려로 계층이 하락한 비율은 첫 입원 의료기관이 병원 혹은 의원인 경우가 더 높은 것으로 나타났다.

표 163. 초발 시기의 의료이용 유형별 의료보장 상태 변동 (단위: 명)

	환자수	마지막 입원 시 의료보장 상태 구분							
		건강보험		의료급여 2종		의료급여 1종		행려	
		환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율
소계	3,427	3,266	95.3%	70	2.0%	85	2.5%	6	0.2%
건강보험	3,355	3,266	97.3%	48	1.4%	41	1.2%	0	0.0%
A 의료급여 2종	27	0	0.0%	22	81.5%	5	18.5%	0	0.0%
의료급여 1종	39	0	0.0%	0	0.0%	39	100.0%	0	0.0%
행려	6	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%
소계	1,272	1,231	96.8%	16	1.3%	25	2.0%	0	0.0%
건강보험	1,268	1,230	97.0%	16	1.3%	22	1.7%	0	0.0%
B 의료급여 2종	1	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
의료급여 1종	3	1	33.3%	0	0.0%	2	66.7%	0	0.0%
행려	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
소계	4,959	3,653	73.7%	239	4.8%	960	19.4%	107	2.2%
건강보험	3,892	3,642	93.6%	83	2.1%	167	4.3%	0	0.0%
C 의료급여 2종	206	4	1.9%	154	74.8%	48	23.3%	0	0.0%
의료급여 1종	749	6	0.8%	2	0.3%	741	98.9%	0	0.0%
행려	112	1	0.9%	0	0.0%	4	3.6%	107	95.5%

	환자수	마지막 입원 시 의료보장 상태 구분							
		건강보험		의료급여 2종		의료급여 1종		행려	
		환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율
소계	1,641	1,331	81.1%	81	4.9%	224	13.7%	5	0.3%
건강보험	1,435	1,328	92.5%	39	2.7%	68	4.7%	0	0.0%
D 의료급여 2종	63	0	0.0%	41	65.1%	22	34.9%	0	0.0%
의료급여 1종	139	3	2.2%	1	0.7%	134	96.4%	1	0.7%
행려	4	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%
소계	12,263	6,792	55.4%	966	7.9%	3,966	32.3%	539	4.4%
건강보험	7,915	6,728	85.0%	394	5.0%	792	10.0%	1	0.0%
E 의료급여 2종	841	26	3.1%	536	63.7%	278	33.1%	1	0.1%
의료급여 1종	2,947	36	1.2%	35	1.2%	2,865	97.2%	11	0.4%
행려	560	2	0.4%	1	0.2%	31	5.5%	526	93.9%
소계	3,571	2,358	66.0%	313	8.8%	891	25.0%	9	0.3%
건강보험	2,809	2,349	83.6%	169	6.0%	291	10.4%	0	0.0%
F 의료급여 2종	202	3	1.5%	128	63.4%	71	35.1%	0	0.0%
의료급여 1종	546	6	1.1%	15	2.7%	525	96.2%	0	0.0%
행려	14	0	0.0%	1	7.1%	4	28.6%	9	64.3%
소계	2,677	1,880	70.2%	182	6.8%	606	22.6%	9	0.3%
건강보험	2,097	1,873	89.3%	78	3.7%	146	7.0%	0	0.0%
G 의료급여 2종	143	2	1.4%	100	69.9%	41	28.7%	0	0.0%
의료급여 1종	426	5	1.2%	3	0.7%	418	98.1%	0	0.0%
행려	11	0	0.0%	1	9.1%	1	9.1%	9	81.8%
소계	868	671	77.3%	60	6.9%	137	15.8%	0	0.0%
건강보험	740	667	90.1%	29	3.9%	44	5.9%	0	0.0%
H 의료급여 2종	50	2	4.0%	30	60.0%	18	36.0%	0	0.0%
의료급여 1종	78	2	2.6%	1	1.3%	75	96.2%	0	0.0%
행려	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

## 7. 고찰

2005년 초발 입원 정신질환자에 대한 건강보험심사평가원 자료 분석 결과, 2005년 상반기 동안 입원치료를 받은 초발 정신질환자는 총 30,678명에 이르며, 이들 중 2007년까지 장기입원을 경험하는 환자는 총 5,507명으로 전체 환자의 18.8%에 이르는 것으로 나타났다. 이들의 초발 시기(2005년) 의료이용 양상에 따른 장기입원 현황을 분석한 결과, 종합전문요양기관이나 종합병원에서 초기 입원치료를 받은 환자군은 전반적인

의료이용량이 낮을 뿐 아니라 장기입원율도 현저히 낮은 것으로 나타났다. 종합전문요양기관이나 종합병원은 병원이나 의원급 의료기관에 비해 초발 정신질환자에 대한 집중 치료서비스가 보다 효과적으로 제공된다는 점을 감안할 때, 초기 단계의 집중적인 치료서비스를 적절하게 제공하는 것이 장기입원을 줄이는데 기여할 것으로 예상된다. 그러나 초발 정신질환자의 69.0%가 첫 입원의료기관으로 병원급 의료기관을 이용하고 있는 현실에서도 알 수 있는 것처럼 우리나라에서는 아직까지 초발 환자에 대한 적절한 치료서비스 공급체계가 구축되어 있지 않은 실정이다. 향후 초발 정신질환자에 대한 효과적 서비스 제공을 통해 이들의 장기입원을 억제하고, 지역사회 복귀를 촉진하기 위해서는 첫째, 정신질환에 대한 사회적 편견 해소를 통해 정신질환 치료에 대한 일반 국민의 거부감을 완화하는 노력이 지속적으로 추진되어야 할 것이다. 둘째, 초발 정신질환자에 대한 집중적이고 효과적인 서비스 제공 능력을 갖춘 의료기관이 양성되어야 한다. 이를 위해 초발 정신질환에 대한 집중적이고 효과적인 서비스 제공 능력을 갖춘 의료기관을 인증하고, 이들 의료기관에 대한 재정적·행정적 지원체계를 마련할 필요가 있다. 셋째, 초발 시기의 효과적인 서비스 제공을 저해하고, 장기입원을 유도하는 건강보험·의료급여 수가체계를 개선할 필요가 있다. 특히, 초발 시기의 의료급여 수급권자의 경우, 일당 정액제 형태가 아니라 적극적인 치료서비스 제공이 가능한 형태로 보수지불제도를 개편할 필요가 있다.



---

# 제8장. 심판위원회 제도 개선 방안

---

## 1. 연구 배경

### 가. 정신보건법 개정

#### 1) 정신보건심판위원회의 시군구 이양

2008년 3월 개정된 정신보건법 제27조에 의해 시장·군수·구청장 소속으로 기초 정신보건심의위원회를 설치 운영하게 되었고 심의위원회 안에서 심판위원회를 구성하게 되었다. 기초정신보건심판위원회의 업무는 아래와 같다

- 이의 제기된 치료행위의 심사
- 처우개선에 대한 심사
- 퇴원 및 계속입원에 대한 심사
- 외래치료명령에 관한 사항

#### 2) 외래치료명령제의 신설

개정 정신보건법에서는 "정신의료기관의 장은 보호의무자에 의한 입원이나 시장·군수·구청장에 의한 입원을 한 환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원 등을 하기 전 자신 또는 타인을 해한 행동을 한 자로서 대통령령으로 정하는 자에 대하여 보호의무자의 동의를 받아 시장·군수·구청장에게 1년 이내에서 외래치료명령을 청구할 수 있

다"고 언급하고 있으며 (정신보건법 제37조의2), 개정 시행령(안)에서는 외래치료명령의 청구대상을 다음과 같이 규정하고 있다. 외래치료명령제의 구체적 절차는 보건복지가족부령으로 제정하도록 되어 있으나 아직 구체적인 사안은 나오지 않은 상태

1. 의료급여법에 의한 의료급여 수급자
2. 국가·지방자치단체·민간기부금 등에 의해서 진료비 지원을 받을 수 있는 자
3. 기타 국민건강보험법에 의한 건강보험가입자인 보호의무자가 외래치료에 따른 비용을 지불할 의사가 있고, 정신의료기관의 장이 외래치료명령이 필요하다고 인정하는 자

### 3) 외국의 외래치료명령제(지역사회치료명령제) 운영 현황

지역사회 치료명령제(Community Treatment Order) 운영 체계는 나라마다 조금씩 다르지만 치료 불순응 대상자에 대해서 지역사회 차원에서 강제적으로 치료할 수 있는 근거로서 활용되어 지고 있다는 점은 공통적인 부분이라고 할 수 있다.

표 164 지역사회 치료명령제도의 비교

	호주 / 뉴질랜드
명칭	Community Treatment Order
명령 주체	지역사회 정신보건 서비스 팀(정신과 전문의)
유효 기간	6개월마다 재판정
적용	외래, 입원

자료: 정신장애자 인권 개선을 위한 법제연구 보고서, 국가인권위원회, 2006

표 165 미국의 각 주의 지역사회명령제도 비교

구분	뉴욕	일리노이	아이오와
신청	지역 또는 주(州)법원에 신청서 제출	주(州)변호사 사무실에 신청서 제출	주(州)법원에 신청서 제출
법원심사	신청서 접수 후 3일~6일 동안 실시 의사의 의료적 진술 필요 적법한 의사의 치료계획 필수	주(州)변호사 정신의학평가서 제출 의사진단증명서 법원제출 증명서 제출 후 5일 동안 심사	신청 사실 환자에게 통지 후 48시간 이후에 심사시작

구분	뉴욕	일리노이	아이오와
입원치료 명령	최초입원 : 최대 6개월 즉각구류·구금 : 최대 72시간	최초입원 : 최대 90일	
계속입원/ 퇴원결정	환자, 신청인, 법원 대리인들이 치료 기간연장, 연기, 취소, 변경명령신청 -> 법원심사로 결정	치료기관 장 판단에 의해 결정	

자료 : 2007년 국감자료(김춘진 의원 발의안)

## 나. 심판위원회 퇴원심사 및 퇴원명령 현황

### 1) 전국 정신보건심판위원회 퇴원심사 및 퇴원명령 현황

전국의 정신보건심판위원회에서 심사하고 있는 퇴원청구건수는 지난 4·5년간 큰 차이를 보이고 있지 않다. 퇴원명령에 따른 퇴원환자의 비율은 점차 증가하고 있는 추세이나 아직 5%에도 미치지 못하고 있는 상황이라고 할 수 있다.

표 166 정신보건심판위원회 퇴원청구 심사 및 퇴원명령(환자) 현황

	2004	2005	2006	2007	2008.6월
퇴원청구건수 (명)	75,780	75,078	78,614	75,945	40,184
퇴원환자 수 (명)	1,681	2,133	3,054	3,087	1,946
퇴원환자 비율 (%)	2.2	2.8	3.9	4.1	4.8
서울	2.3	7.4	8.0	7.4	6.7
부산	1.0	0.9	1.4	1.0	1.1
대구	1.1	2.6	2.8	4.5	4.2
인천	0	0	0.9	7.7	11.4
광주	0.2	0	0	0.6	0.8
대전	1.2	1.2	0.6	0.7	0.2
울산	0.9	0.8	0.7	1.1	1.0
경기	1.5	2.9	3.9	4.2	3.5
강원	14.5	13.0	13.2	12.5	12.5
충북	1.9	4.5	7.8	9.4	6.9
충남	0.4	0.7	0.8	1.1	0.4
전북	11.4	12.2	12.9	11.4	10.9
전남	1.8	2.8	4.8	5.1	5.0
경북	5.2	5.6	7.9	9.3	15.0
경남	0.6	0.7	0.7	0.7	1.4
제주	0.4	0.9	1.0	0.5	0.0

## 다. 서울시 정신보건심판위원회 운영 결과 분석

서울시 정신보건심판위원회는 정신보건법에 의거, 서울시에 소재한 정신의료기관에 입원하고 있는 정신질환자의 계속입원에 대한 심사를 수행하고 필요한 경우 퇴원 명령을 내리고 있다. 서울시와 정신보건심판위원회는 서울시 광역정신보건센터를 통하여 계속입원심사 대상자에 대한 현장평가를 지원하도록 하고 있고, 이에 대한 보고를 받아 퇴원명령을 내리고 있으며 퇴원명령 대상자의 실질적 지역사회 연계를 위해 광역정신보건센터로 하여금 퇴원명령 대상자의 지역사회 연계업무를 수행하게 하고 있다.

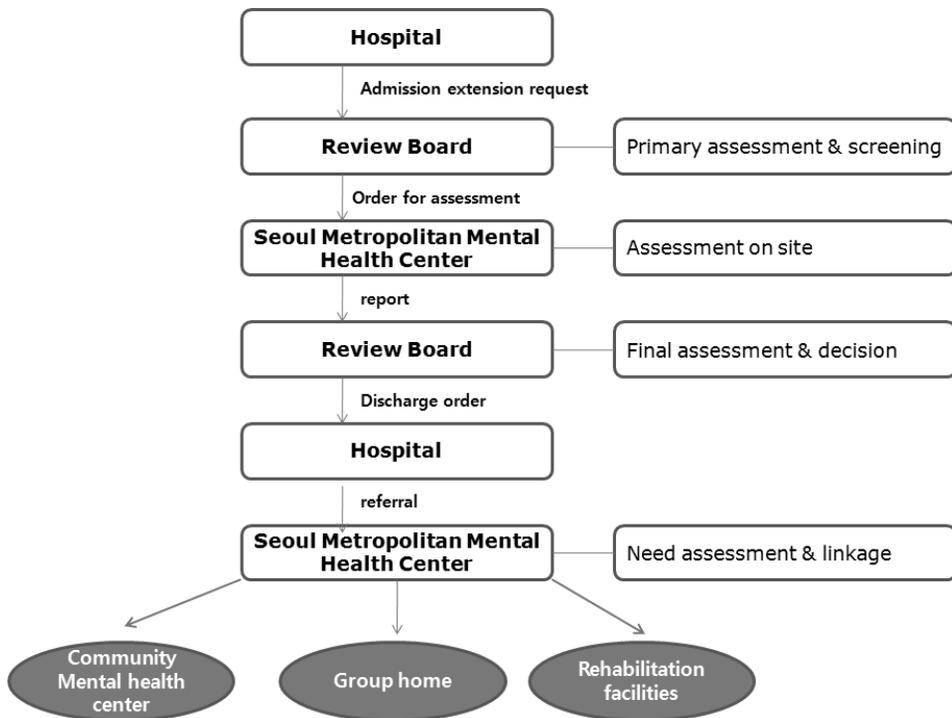


그림 2 서울시정신보건심판위원회 운영 체계도

2005년 8월부터 2007년 7월까지 서울 지역에 소재해 있는 정신의료기관에서 서울시정신보건심판위원회에 계속입원심사 청구를 한 대상자 중 퇴원 명령을 받은 121명을 대상으로 추적조사를 실시하였고 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

## 1) 지역사회정신보건서비스 연계 현황

조사대상자 중 지역서비스로 연계된 대상자는 51명(44.0%)으로 나타난 반면 연계에 실패한 경우는 65명(56%)으로 나타났다. 연계된 지역서비스 기관 유형으로는 쉼터(17명, 14.7%), 입소 및 주거시설(11명, 9.5%), 정신보건센터(10명, 8.6%), 사회복지이용시설(2명, 1.7%), 보건소(2명, 1.7%)의 순으로 나타났으며, 실패한 65명의 경우 36명(55.4%)은 퇴원 명령 후의 즉각적인 재입원이 그 사유였고, 17명(26.2%)은 서비스를 거부하였으며, 퇴원 후 연락이 두절된 경우가 9명(13.8%)이었다.

## 2) 재입원 현황 및 관련 요인 분석

퇴원 후, 첫 번째 재입원까지의 평균기간은 51.7일(최소 1일에서 최대 570일)로 나타났다. 재입원을 경험한 환자 중 33명(55.9%)이 퇴원 후 1일 만에 재입원한 것으로 나타났다. 지역사회 서비스로 연계가 된 군에서 재입원을 경험하는 빈도가 연계되지 않은 군보다 통계적으로 유의미하게 적게 나타나고 있었고( $p<0.001$ ), 지역사회 서비스로 연계가 된 경우 첫 번째 재입원까지의 평균기간은 150.2일로 연계되지 못한 경우의 평균 11.8일보다 길게 나타나고 있었다. ( $P<0.001$ ).

표 167 서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원 관련 현황

	변수	N (%)	재입원 현황 비교	
			연계군	비연계군
재입원	no	57 (49.1%)	43	24
	yes	59 (50.9%)	18	41
	빈도	1	16	36
		2	1	4
		3	1	1
	재입원까지의 기간	1일	0	33
		2일	0	2
		7일	0	3
		14일	1 (1.6)	0
		30일	2 (3.3)	1
		60일	5 (8.4)	4
		180일	7 (11.8)	6
		> 180일	6 (10.1)	5

상관분석 결과 의료보장 형태가 불안정할수록(행려일수록), 연고자가 없을수록 재입원까지의 기간이 길게 나타나고 있어 보호의무자의 존재가 퇴원정신질환자의 지역사회 유지에 부정적으로 작용하고 있는 것으로 나타나고 있었으며 기타 다른 변수들은 의미있는 상관관계를 보이고 있지 않았다.

## 라. 심판위원회 운영방안 개선에 대한 사전 연구

2006년 국가인권위 연구과제로 대구대학교 배정규 교수팀 (세부과제 책임 ; 서울대학교 강상경 교수)에서 수행한 정신보건심판위원회 관련 연구 결과를 요약해 보면 다음과 같다. 당시 연구는 1단계 한 지역의 심판위원들을 대상으로 집중 인터뷰를 한 후 2단계로 제시된 아젠다에 대해 전국의 심판위원들에게 설문조사를 시행하였고, 총 54명의 심판위원들이 설문에 응답했었다.

표 168 심판위원회 운영에 대한 문제영역 및 대안에 대한 심판위원들의 동의율

문제 영역	문제에 대한 동의율(%)	대안	대안에 대한 동의율(%)
과다한 청구건수	63	심판위원회 상설	38
		의료기관의 자체적 활동 유도 <sup>3)</sup>	70
		사법체계	14
		소위원회 또는 복수 운영	29
사회지지체계 부족으로 계속입원을 증가	91	지역사회 인프라 확충	92
		개방병동 활성화	42
퇴원 후 사후관리 미흡	62	지역정신보건센터의 사후관리 책임성 강화	57
		통합정보관리 시스템 도입	56
퇴원청구서류 작성의 객관성 미흡(특히 의사의 경우)	48	평가서류 작성 시 다양한 직종이 참여	24
		일정 입원기간 후 일정기간 사회에서 생활해야 하는 기준 도입	15
심판위 운영체계의 경직성 (정족수 참여 어려운 경우 존재)	17	운영체계 유연화	25
제 3자에 의한 입원 등의 경우 퇴원명령을 내리기 어려움	67	전문가의 판단에 의한 퇴원할 수 있도록 제도화	85

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은, 기존 정신보건심판위원회 운영의 한계를 기반으로, 정신보건법의 개정으로 시군구 단위로 이양된 정신보건심판위원회의 운영 체계 내에서,

- 1) 장기재원을 막는 기전으로서의 정신보건심판위원회의 미래지향적 운영 체계에 대한 전문가 합의를 도출하고자 하였다.
- 2) 새로이 신설된 외래치료명령제의 효과적 운영체계에 대한 전문가 합의를 통해 발전적 정책 제언을 하고자 하였다.
- 3) 비자의적 입원에 대한 통제 기전으로서의 심판위원회 운영 방안에 대한 전문가 의견을 구하고자 하였다.

## 3. 연구 방법

### 가. 1차 심판위원 설문조사

전국의 정신보건심판위원에게 설문지를 이메일 발송하고 이메일로 설문지를 수합하였다. 거부 의사를 밝힌 심판위원과 연락이 되지 않는 위원을 제외하고 총 68명의 심판위원에게 발송하였고 최종 27명(39.7%)의 심판위원이 설문에 응답하였다

### 나. 2차 간담회

설문에 응답한 위원 중 지역과 직역을 감안하여 5명의 심판위원을 선정하여 심층 인터뷰를 시행하였다.

- 
- 3) 예를 들어, 입원병원에서 자체적으로 퇴원 가능한 환자에 대한 퇴원이 자발적으로 이루어져서 심판위원회에서 처리해야할 건수를 줄여야 한다

## 4. 연구 결과

### 가. 응답자 현황

심판위원으로서의 평균재직기간은 53.4개월(4.4년)이었으며 정신과 의사가 15명(45.5%) 교수가 10명(30.3%)의 순으로 나타났다. 관련 공무원이 2명이었으며 법조인은 1명만이 설문에 응답하였다.

표 169 응답 심판위원의 지역별 분포

지역	강원	경기	경남	경북	광주	대구	대전	부산	서울	울산	인천	전남	제주	충남	충북	합계
빈도	1	2	3	1	1	2	4	3	3	1	2	1	1	1	1	27

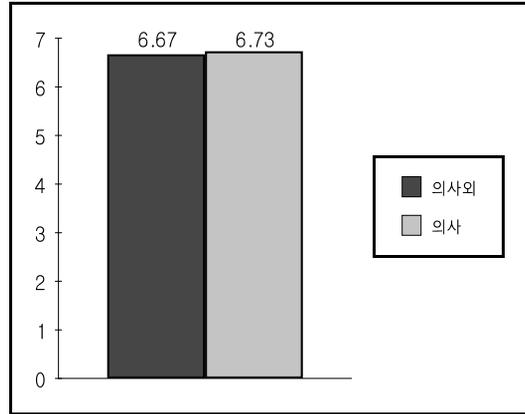
### 나. 설문 결과

중요하지 않다	가장 중요하다
동의할 수 없다.	강력하게 동의한다
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

**설문 영역 1. 보호의무자에 의한 부적절 재원**

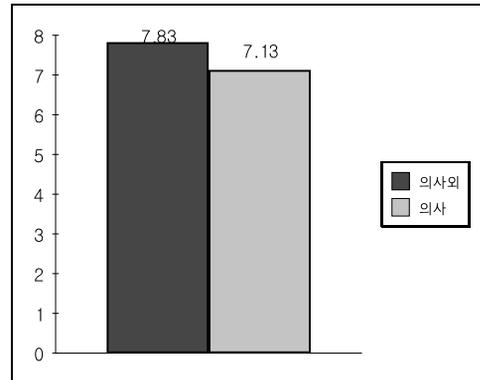
1-1. 정신의료기관에서의 의학적 판단으로 퇴원이 가능하다고 판단되는 경우, 보호의무자의 의지와 상관없이 퇴원이 가능할 수 있는 기반을 마련해야 한다.

	빈도	%
1	2	7.4
2	1	3.7
3	1	3.7
5	2	7.4
6	5	18.5
7	2	7.4
8	8	29.6
9	4	14.8
10	2	7.4
합계	27	100.0
평균	6.70	
중위수	8.00	
표준편차	2.52	



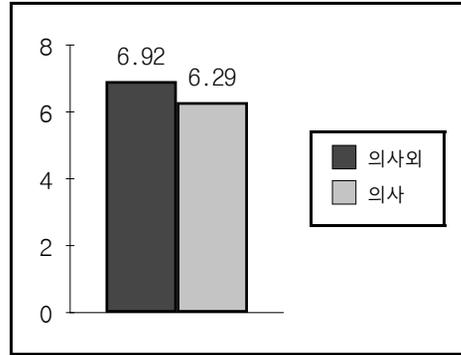
1-2. 이에 대한 심사는 심판위원회에 의뢰하고 심사 결과에 따라 조치할 수 있도록 함으로서 공공 책임성을 강화해야 한다

	빈도	%
1	1	3.7
5	1	3.7
6	2	7.4
7	7	25.9
8	11	40.7
9	4	14.8
10	1	3.7
합계	27	100.0
평균	7.44	
중위수	8.00	
표준편차	1.67	



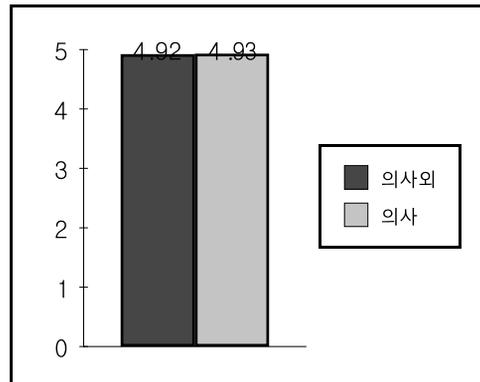
**1-3. 심사평가의 방식 ; 책임성 강화의 부담을 최소화하기 위해서는 평가과정의 적절성이 중요하기에 필히 면접평가로 해야 한다**

		빈도	%
유효	2	1	3.7
	3	3	11.1
	4	1	3.7
	5	5	18.5
	6	4	14.8
	7	3	11.1
	8	1	3.7
	9	2	7.4
	10	6	22.2
	합계	26	96.3
결측값	1	3.7	
합계	27	100.0	
평균	6.58		
중위수	6.00		
표준편차	2.56		



**1-4. 중장기적으로는 보호의무자에 의한 입원 조항을 삭제하고 비자발적 입원은 외국과 같이 공공시스템과 공공후견인을 통해서만 가능하게 해야 한다**

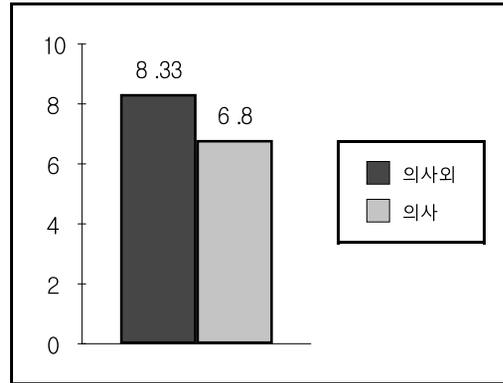
	빈도	퍼센트
1	2	7.4
2	3	11.1
3	4	14.8
4	1	3.7
5	6	22.2
6	4	14.8
7	4	14.8
8	1	3.7
9	1	3.7
10	1	3.7
합계	27	100.0
평균	4.93	
중위수	5.00	
표준편차	2.37	



## 설문 영역 2. 퇴원 명령 후의 지속관리 체계

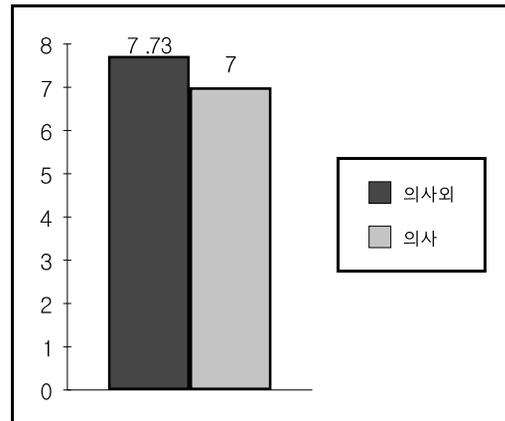
2-1. 심판위원회 결정에 대한 실행조직으로 광역 및 지역정신보건센터가 적합하며 퇴원 명령된 정신질환자에 대한 지역사회 연계, 모니터링 등의 기능을 담당해야 하며, 이를 공식 업무로 채택하여 심판위원회에 보고하도록 해야 한다

	빈도	%
3	2	7.4
4	2	7.4
6	2	7.4
7	7	25.9
8	5	18.5
9	3	11.1
10	6	22.2
합계	27	100.0
평균	7.48	
중위수	8.00	
표준편차	2.12	



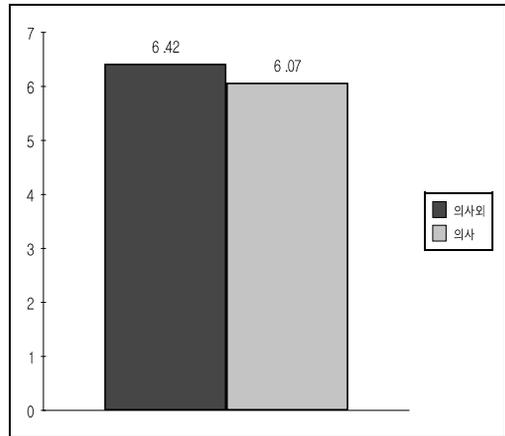
2-2. 지역사회 입소 및 주거시설 운영 지원에 있어 일정 부분 이상의 TO를 병원에서 의뢰되는 대상으로 하도록 하며, 이에 대한 차등지원체계를 마련해야 한다.

	빈도	%
2	1	3.7
3	1	3.7
5	3	11.1
6	2	7.4
7	3	11.1
8	9	33.3
9	2	7.4
10	4	14.8
합계	25	92.6
결측값	2	7.4
합계	27	100.0
평균	7.32	
중위수	8.00	
표준편차	2.10	



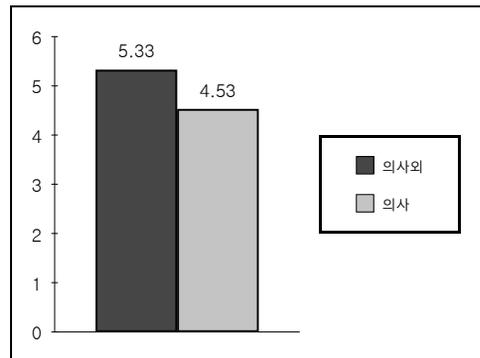
**2-3.** 퇴원명령 후 일정기간(3개월 혹은 6개월)이내 재입원하는 경우 지체없이 심판위원회에서 심사할 수 있도록 해야 한다

	빈도	%
1	1	3.7
2	3	11.1
3	2	7.4
5	3	11.1
6	4	14.8
7	3	11.1
8	6	22.2
9	3	11.1
10	2	7.4
합계	27	100.0
평균	6.22	
중위수	7.00	
표준편차	2.62	



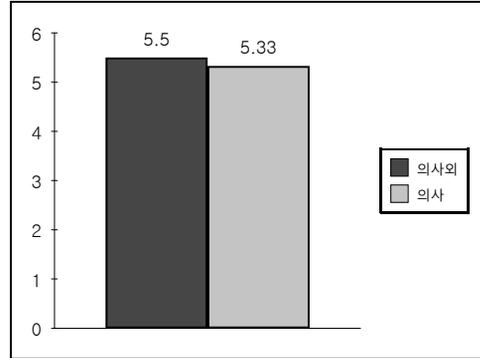
**2-4.** 퇴원명령 후 일정기간 (3개월 혹은 6개월) 이내 재입원하는 경우, 의료급여대상자라도 본인부담을 발생시키도록 해야 한다

	빈도	%
0	1	3.7
1	2	7.4
2	4	14.8
3	5	18.5
5	3	11.1
6	3	11.1
7	3	11.1
8	2	7.4
9	3	11.1
10	1	3.7
합계	27	100.0
평균	4.89	
중위수	5.00	
표준편차	2.90	



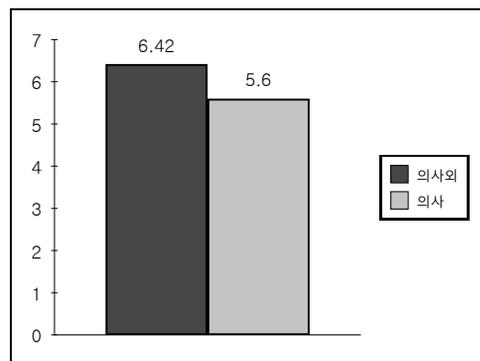
2-5. 일정 기간 이상 장기 재원하는 경우의 적절성 평가와 평가 결과에 따른 본인부담금 부담을 검토해야 한다

	빈도	%
0	1	3.7
2	5	18.5
3	3	11.1
5	5	18.5
6	4	14.8
7	2	7.4
8	1	3.7
9	4	14.8
10	2	7.4
합계	27	100.0
평균	5.41	
중위수	5.00	
표준편차	2.86	



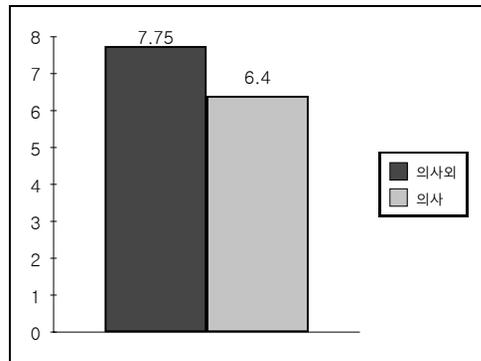
2-6. 따라서 퇴원명령을 위한 계속입원 심사의 적절성 제고를 위해 심판위원회의 평가를 면접평가로 해야 한다

	빈도	%
2	5	18.5
3	3	11.1
4	2	7.4
5	3	11.1
6	2	7.4
8	5	18.5
9	3	11.1
10	4	14.8
합계	27	100.0
평균	5.96	
중위수	6.00	
표준편차	2.97	



2-7. 통합적 정보관리시스템 도입으로 횡수용화 등의 부정적 문제해결을 도모해야 한다

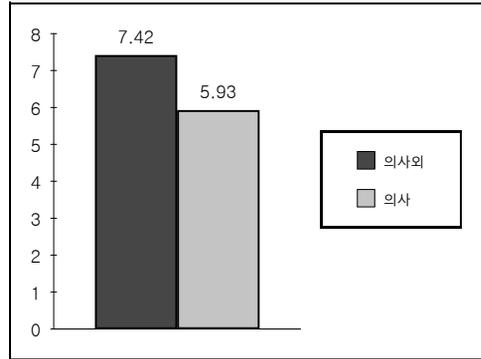
	빈도	%
2	1	3.7
5	8	29.6
6	2	7.4
7	4	14.8
8	5	18.5
9	3	11.1
10	4	14.8
합계	27	100.0
평균	7.00	
중위수	7.00	
표준편차	2.08	



### 설문영역 3. 외래치료명령제

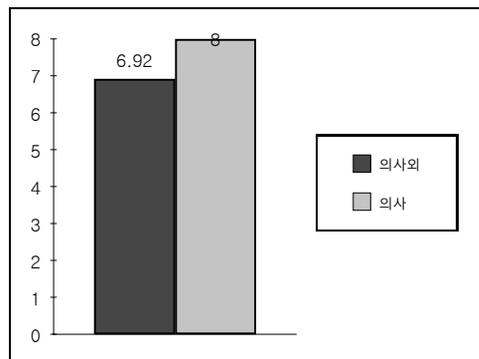
3-1. 외래치료명령제의 심사는 특성 상 의료기관 소재지가 아닌 환자 거주지의 심판위원회에서 담당해야 한다

	빈도	%
2	2	7.4
3	2	7.4
5	5	18.5
6	2	7.4
7	4	14.8
8	6	22.2
9	5	18.5
10	1	3.7
합계	27	100.0
평균	6.59	
중위수	7.00	
표준편차	2.27	



3-2. 퇴원을 시키려는 의료기관의 의지가 반영되어 있고 보호의무자가 동의한 경우이기에 반드시 면접평가를 진행할 필요는 없다

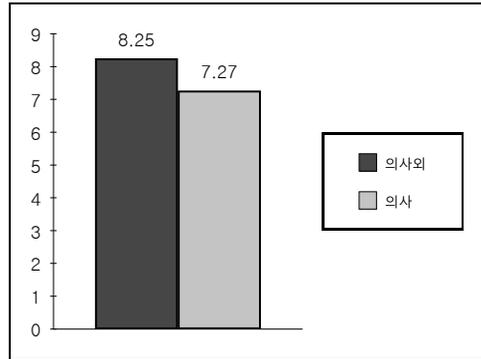
	빈도	%
2	1	3.7
3	1	3.7
4	1	3.7
5	2	7.4
7	4	14.8
8	9	33.3
9	6	22.2
10	3	11.1
합계	27	100.0
평균	7.52	
중위수	8.00	
표준편차	2.06	



**3-3. 자타해의 위험성을 반복적으로 보이는 대상자에서 보다 확대하여 예방적 의미의 외래치료명령제로 확대할 필요가 있다**

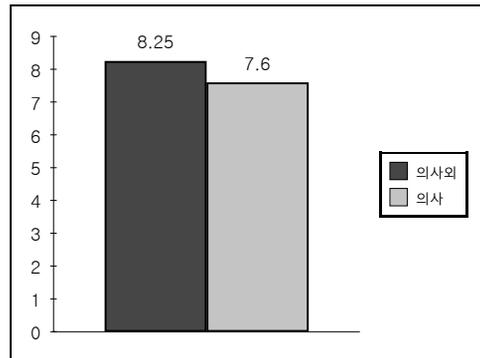
**3-3-1. 자타해의 위험은 분명하지 않으나 잦은 치료중단으로 반복적으로 재입원하는 경우**

	빈도	%
3	1	3.7
5	1	3.7
6	4	14.8
7	5	18.5
8	6	22.2
9	7	25.9
10	3	11.1
합계	27	100.0
평균	7.70	
중위수	8.00	
표준편차	1.66	



**3-3-2. 치료받지 않은 정신질환자로 입원치료까지 필요하지는 않으나 분명히 정신과적 치료가 필요한 경우**

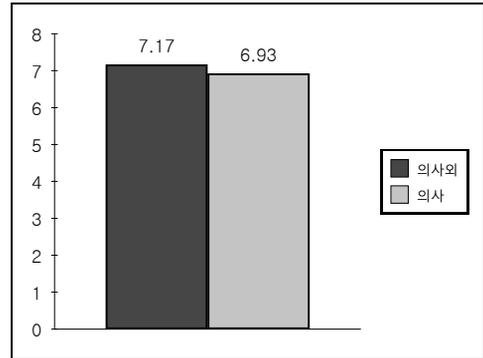
	빈도	%
6	5	18.5
7	5	18.5
8	7	25.9
9	8	29.6
10	2	7.4
합계	27	100.0
평균	7.89	
중위수	8.00	
표준편차	1.25	



## 설문영역 4. 비자의적 입원에 대한 통제체계

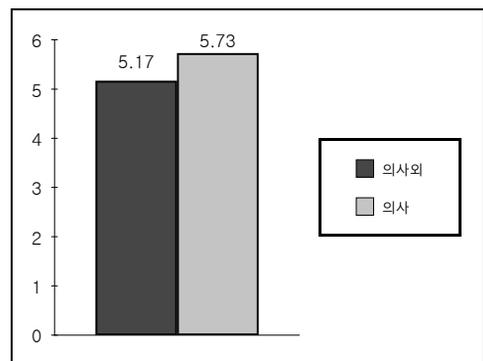
- 4-1. 중장기적으로는 비자의적 입원에 대한 입원초기(예를 들어 1달 이내)의 입원적절성 평가 과정이 필요하다

	빈도	%
1	1	3.7
3	2	7.4
5	1	3.7
6	3	11.1
7	7	25.9
8	8	29.6
9	3	11.1
10	2	7.4
합계	27	100.0
평균	7.04	
중위수	7.00	
표준편차	2.08	



- 4-2. 정신요양원의 경우, 계속입원에 대한 평가보다는 입소단계의 적절성을 평가해야 한다. 즉, 입소 적절성 평가에 대한 기전이 마련된다면 의료기관처럼 매 6개월마다 심사평가할 필요는 없다

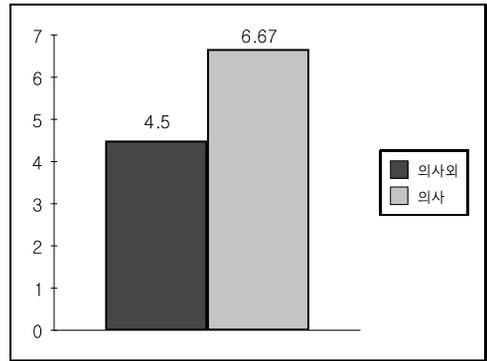
	빈도	%
1	1	3.7
2	5	18.5
3	1	3.7
4	4	14.8
5	3	11.1
6	1	3.7
7	2	7.4
8	8	29.6
9	1	3.7
10	1	3.7
합계	27	100.0
평균	5.48	
중위수	5.00	
표준편차	2.67	



### 4.3. 자의입원 제도

#### 4-3-1. 자의입원인 경우 환자가 원하면 즉각 퇴원시켜야 한다는 조항은 개정되어야 한다

	빈도	%
1	1	3.7
2	4	14.8
3	3	11.1
4	2	7.4
5	3	11.1
6	2	7.4
7	3	11.1
8	1	3.7
9	8	29.6
합계	27	100.0
평균	5.70	
중위수	6.00	
표준편차	2.80	

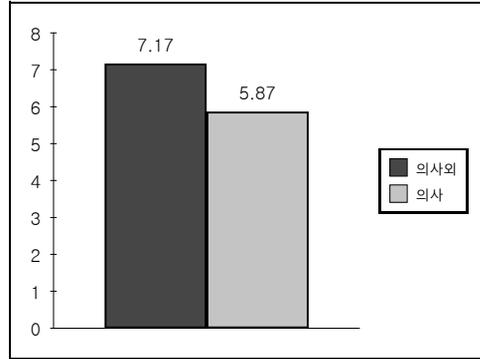


#### 4-3-2. 만약 개정되어야 한다고 생각하신다면 어떻게 되어야 한다고 생각하십니까?

- '즉시' 라는 표현의 삭제
- 퇴원 시기의 유예가 필요
  - 자의입원환자라도 전문의가 계속 입원치료가 필요하다고 판단될 경우 퇴원이 미루어져야 함.
  - 퇴원에 대한 주치의 의견을 환자와 보호자에게 제시하고 약 일주일정도 입원 지속 후 환자와 보호자 상의 하에 결정함.
  - 서면청구 및 퇴원 준비를 위한 시간 설정(72시간 내 등) 기준마련 필요함
- 퇴원 요청에 대한 평가 절차가 필요
  - 자의입원이라도 병이 호전을 보이지 않고 일상생활 및 사회생활에 장애를 초래할 위험성이 예상되는 경우, 정신과 의사 2인의 의견이 입원을 필요로 한다고 생각되면 지속적인 입원이 필요하다고 사료됨

4-3-3. 환자도 동의하고 보호의무자도 동의하는 경우, 보호의무자에 의한 입원으로 분류되고 있는데, 환자가 동의하는 경우는 자의입원으로 분류하거나, 입원분류체계를 더 세분화할 필요가 있다

	빈도	%
2	2	7.4
3	2	7.4
5	6	22.2
6	3	11.1
7	3	11.1
8	5	18.5
9	5	18.5
10	1	3.7
합계	27	100.0
평균	6.44	
중위수	7.00	
표준편차	2.28	



#### 다. 기타 의견 요약

심판청구서의 수정 보완이 필요하다는 의견이 가장 많았다. 질환에 따른 청구서 작성에 필요하다는 의견이 있었고, 정신분열병의 경우 심판청구서 작성 내용을 좀 더 강화해야 한다는 의견도 제시되었다. 평정(rating)을 실시한 원자료(law data)는 꼭 의무 기록에 기재되어 있어야 한다는 전제하에 간편정신의학적평정척도(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)나 정신분열병의 양성과 음성증상 척도(Positive and Negative Symptom Scale, PANSS) 수준의 평정을 반영하자는 의견도 있었다. 그 외 심판위원회의 상설화를 통한 면접평가 강화, 지역사회 인프라 확대의 선행, 보호자가 정기적으로 면회를 안 할 경우의 조치가 필요하다는 의견 등이 제시되었다.

표 170 설문 결과(평균과 중앙값)

항목	문항	전체평균 점수	중앙값
1. 보호의무자에 의한 부적절 재원	1-1. 보호의무자 동의 없이 퇴원	6.7	8
	1-2. (1-1) 심판위에 의뢰	7.44	8
	1-3. 면접평가	6.58	6
	1-4. 보호의무자 입원 조항 삭제	4.93	5
2. 퇴원명령 후의 지속관리 체계	2-1. 지역센터의 참여	7.48	8
	2-2. 주거시설 TO	7.32	8
	2-3. 퇴원명령후 재입원시 심사	6.22	7
	2-4. 재입원 시 본인부담금	4.89	5
	2-5. 장기재원시 본인부담금	5.41	5
	2-6. 면접평가	5.96	6
	2-7. 정보관리시스템 도입	7	7
3. 외래치료 명령제	3.1. 거주지 심판위원회 담당	6.59	7
	3.2. 면접평가 필요없음	7.52	8
	3.3.1. 치료중단으로 재입원	7.7	8
	3.3.2. 입원은 불필요하나 치료는 필요한 경우	7.89	8
4. 비자의적 입원에 대한 통제체계	4.1. 입원초기 평가	7.04	7
	4.2. 요양원 평가 시기	5.48	5
	4.3.1. 자의입원제도 개정	5.7	6
	4.3.3. 입원분류체계 세분화	6.44	7

## 5. 결과 요약 및 고찰<sup>4)</sup>

### 가. 보호의무자에 의한 부적절 재원에 대한 대책

1) "보호의무자가 의료기관의 퇴원결정에도 불구하고 퇴원을 시키지 않는 경우 의학적 평가에 따라 퇴원을 시킬 수 있도록 해야 한다"는 의견에 8점의 강도로 동의를 하는 것으로 나타났으며, "결정에 대한 권한과 책임을 공공 영역인 정신보건심판위원회 회로 의뢰할 수 있도록 한다"라는 의견에도 역시 8점의 강도로 동의를 하는 것으로 나타났다.

→ 의학적 판단에 따른 퇴원 권고는 상식적으로 당연한 과정임에도 불구하고 현실적으로 수행되지 못하고 있는 경우가 있으므로 상황에 따라 필요한 경우에 공적 구조인 정신보건심판위원회에 의뢰하는 것이 타당하다는 의견이 논의되었다.

2) 퇴원을 시키는 것이 최종 목표가 아니라 궁극적으로 의미있는 퇴원을 시키기 위해서는 퇴원 후 즉각적인 재입원에 대한 모니터링이 필요한데, "의료급여 대상자에 대한 정보관리시스템 도입"에 대해서는 7점의 강도로 동의하는 것으로 나타났다.

→ 개인정보 보호에 대한 인권 침해적 요소에 대한 우려가 제기되었으나, 왜곡된 형태의 의료서비스 이용 행태에 대한 통제의 필요성도 거론되었고 궁극적인 인권 보호적인 측면에서의 정보시스템 도입의 필요성도 제기되었다.

→ 독립적 형태의 정보시스템이 아닌, 건강보험공단자료에의 접근권 부여 방안도 논의되었다. 제한된 인력에게 철저한 공인인증체계와 책임성을 부여한 뒤 접근권을 허용하는 방안이 논의되었으며, 이를 통해 퇴원 후 즉각적인 재입원 등을 모니터링 하는 방안이 논의되었다.

→ 중기적인 정책 연구과제로서 향후 심층적으로 논의해야 할 과제로 정리하였다.

3) 소비자의 도덕적 해이를 감소시키기 위해 "의료급여 대상자라도 일정기간 이상 입원하는 경우 본인부담금 발생이 필요한지"에 대한 질문에는 5점 정도의 동의를 하고 있었다.

---

4) 고찰은 2차 간담회의 논의사항을 중심으로 기술함

## 나. 퇴원 이후의 지속관리 체계

1) "심판위원회 결정에 대한 퇴원 후 지속관리체계의 주체로서 정신보건센터가 그 기능을 담당해야 한다"라는 의견에 8점의 강도로 동의하고 있는 것으로 나타났다.

2) 퇴원 연계체계 구축에서 가장 필요한 부분은 주거서비스이나 이는 절대적으로 부족하고 기존 주거시설에는 지역사회로부터 의뢰된 입소자가 다수를 차지하고 있다. "장기재원으로부터 지역사회로의 유입을 증대시키기 위하여 서비스 강도 및 난이도를 고려하여 퇴원명령대상자의 입소에 대한 예산 차등지원체계 구축 필요성"에 대해서는 8점의 강도로 동의하는 것으로 나타났다.

## 다. 비자의적 입원에 대한 통제 기능 강화

"퇴원 후 일정기간(3개월 혹은 6개월) 이내 재입원하는 경우, 입원 후 바로 심판위원회에서 재입원 적절성에 대한 평가를 해야 한다"는 의견에 7점의 강도로 동의하고 있었으며, 유사한 질문으로 "비자의적 입원에 대해 1달 이내에 적절성 평가를 해야 한다"는 의견에도 7점의 강도로 동의하고 있었다. 이는 정신과 의사 집단과 아닌 집단 간의 평균점수의 차이를 거의 보이고 있지 않고 있었다.

## 라. 자의입원제도에 대한 고찰

1) "자의입원제도에서 환자가 원하면 즉시 퇴원시켜야 한다"라는 조항의 개정 필요성에 대해서는 6점의 강도로 동의하고 있었다.

→ 정신과 의사와 아닌 집단 간에 가장 큰 의견 차이를 보이는 항목이며 정신과 의사는 평균 6.7, 정신과 의사가 아닌 그룹은 평균 4.5점의 동의 정도를 나타내고 있었다.

→ ①치료진과 환자 모두가 입원치료의 필요성을 인정해서 입원한 경우, 퇴원 시점에 대한 의견 차이를 어떻게 조율할 것인지에 대한 방안 마련이 필요하며, ②치료진은 입원이 필요없다고 판단해도 환자 본인의 의지대로 입원하고 퇴원하는 이용 행태를 어떻게 조정할 것인지(주로 알코올 의존 대상자의 경우) 세분화해서 접근할 필요성이 제기되었다.

→ ①의 사례의 경우, 퇴원유예 제도 검토 필요성이 제기되었으며, 사안에 따라 의료기관의 신청에 따라 판단을 내리는 구조로서 정신보건심판위원회가 역할을 수행할 필요성도 제기되었다.

2) 관련하여, 환자도 동의하고 보호의무자도 동의하는 경우 현재 보호의무자에 의한 입원으로 분류되고 있는데 이를 자의입원으로 분류한다던지 아니면 다른 세분화된 입원분류체계를 도입할 필요성에 대한 질문에는 7점의 강도로 동의하고 있었다.

→ 현재 자의입원 대상자의 진단분류 등 세부적인 사항 검토 필요성이 제기되었다.

3) 관련하여 장기적으로 보호의무자에 의한 입원 조항을 삭제하고 공공정신보건시스템이나 공공후견인을 통한 입원제도 확립에 대한 의견에는 5점의 강도로 동의하는 것으로 나타났다.

→ 공공후견인의 경우 환자에 대한 비자의적 입원에 대한 결정권을 가지는 존재로서가 아닌 공공시스템에 대한 협조적 보조자로서의 기능이 중요하다는 의견이 제기되었다.

## 마. 외래치료명령제

외래치료명령제는 크게 두 가지의 의미를 가지고 있다. 첫 번째는 최소한의 제한적 환경(least restrictive)에서의 치료를 목적으로 하고 있으며, 두 번째는 비자의적 입원 등의 입원치료를 사전예방(prevention)하기 위한 목적을 가지고 있다. 지역사회에서 치료를 받지 않고 방치되어 있는 대상자를 외래치료 명령제에 등록시키는 경우 두 번째의 경우에 해당하며, 우리나라의 경우에는 정신보건법상 첫 번째의 의미를 주로 담고 있다고 볼 수 있다. 자타해의 반복적 위험을 보인 대상자를 장기 입원시키는 것이 아니라 외래치료명령제를 통해 덜 제한적인 지역사회에서 관리할 수 있도록 하는 법적 근거를 마련했다고 볼 수 있고 법에서는 외래치료명령제의 운영에 있어 적용 타당성 심사와 외래치료명령이 잘 시행되지 않을 경우의 심사를 심판위원회에 위임하고 있다.

"자타해의 위험은 분명하지 않으나 잦은 치료중단으로 반복적으로 재입원하는 경우에도 외래치료명령제를 적용해야 한다"는 의견에 8점의 강도로 동의하고 있으며, 치료받지 않고 있는 정신질환자의 경우, "치료는 필요하나 환자는 거부하고 입원은 불필

요한 경우에도 입원을 예방하기 위해 외래치료명령제를 적용해야 한다"는 의견에 역시 8점의 강도로 동의하고 있는 것으로 나타났다.

→ 잦은 치료중단의 기준이 필요하다는 의견이 제시되었으며, 위의 두 경우, 결국 환자가 거부하는 경우에 대안이 불명확하다는 의견이 제기되었다. 자타해의 위험이 있는 경우(현행 법령) 국공립병원에 입원시켜 평가를 한다는 후속조치가 있으나, 입원을 예방하는 측면에서의 외래치료명령제의 경우 후속조치를 가동시키기 애매한 부분이 존재하고, 현실적으로 가능한 옵션은 입원 혹은 치료명령 해제, 두가지 중 하나일 수밖에 없다. 따라서 외래치료명령제 자체가 현재 우리나라의 지역사회 사례관리 시스템으로는 구현하기 어려운 제도라는 본질적 문제제기도 있었다. 약물치료적인 요소가 빠져 있는 사례관리 체계가 가지는 한계라고 사료된다.

## 바. 정신요양원에 대한 심판위원회의 역할

"정신요양원의 경우 계속입원에 대한 평가보다는 입소과정의 적절성이 우선적으로 평가되어야 한다"라는 의견에는 5점의 강도로 동의하고 있음

→ 정신요양원에 대한 심판위원회의 기능을 논하기에 앞서 의료기관, 요양원 등의 기능 및 역할 설정에 대한 정책적 합의와 이를 실현하기 위한 정책적 의지가 우선되어야 한다는 의견이 제기되었다.

## 사. 면접평가에 대한 의견

전반적으로 면접평가에 대해서는 6점 정도의 동의정도를 보이고 있었다. 기타 의견에서 심판위원회의 상설화를 거론할 만큼 업무의 중요성과 필요성을 제기하고 있음에도 또한 개정 법령에 의해 시도단위에서 시군구 단위로 기능이 이양되어 더 많은 심판위원회가 구성될 수 있고 접근성도 향상될 수 있는 여건이 조성되었음에도, 행정비용, 시군구 단위의 심판위원회 구성, 심사 업무의 과다 등 현실적인 한계점을 인식해서 인지 면접평가에 대해서는 강력한 동의를 표명하지 않고 있는 것으로 나타났다.

---

# 제9장. 결론:

## 장기 입원의 구조적 원인과 지속요인

---

### 1. 들어가는 말

본 연구는 국가인권위원회에서 발주한 “정신질환자에 대한 장기입원의 구조적 원인과 지속요인”에 대한 실태조사를 통해 장기입원을 예방하기 위한 제도적 정비방안을 모색하기 위하여 시행되었다. 이를 위하여 현재 입소해 있는 사람들을 대상으로 장기입원의 실태를 조사하였고, 장기입원을 억제하기 위한 법률적 제도의 하나인 정신보건심판위원회 기능의 강화를 위한 전문가의 의견을 수렴하였으며, 장기입원을 대체할 수 있는 지역사회 정신보건서비스체계를 발전시킬 수 있는 방법을 모색하고자 하였다. 본 연구는 크게 6가지 소연구로 나누어서 구성되었다. 첫째 정신보건시설 입소자를 대상으로 한 재원기간분석, 둘째, 장기입원 환자들의 특성에 대한 조사, 셋째, 대안으로서의 지역사회정신보건서비스 이용자의 특성과 서비스현황에 대한 조사, 넷째, 계속입원심사를 청구한 보호자들에 대한 장기입원과 관련된 보호자 요인과 대안에 대한 조사, 다섯째, 정신질환치료경로에 대한 분석을 통하여 조기 개입을 현황과 장기입원과의 관련성 연구, 여섯째, 정신보건심판위원회의 운영 현황과 대안에 대한 연구 등이다.

### 2. 장기입원에 관련된 요인

첫째, 재원기간에 유의하게 영향을 주는 요인은 환자가 입원·입소한 시설의 종류, 환자의 나이, 결혼의 상태, 경제상태, 의료보장 형태, 가족지지정도, 진단명, 발병연령,

입원횟수, 일반적 임상증상(GAF), 기능장애 정도, 보호자의 퇴원에 대한 태도 등이었다. 그러나 재원기간과 관련된 단일 변수가 영향을 주기 위해서는 그 외의 변수가 일정하다는 전제 조건이 있어야 하고, 다른 변수와 공선성이 있는 문제가 있기 때문에 실제 영향을 주었을 가능성을 조사하기 위해서 다변량 회귀분석을 실시하였다. 다중회귀분석 상 재원기간을 주로 설명해 주는 것은 재원기관형태, 나이, 의료보장형태, 입원형태, 주보호자 유형, 기능장애 중 병원을 다닐 수 있는 정도 등이 가장 영향을 주는 요인이었다. 다시 말하면 요양원이나 사회복지시설에 있는 경우, 나이가 많은 경우, 의료급여 1종인 경우, 보호자에 의한 동의입원인 경우, 혼자 병원을 다닐 수 없는 경우가 장기입원을 하는 주요한 요인이었다.

특히, 의료급여 1종과 보호자 동의입원은 입원에 대한 문턱을 낮추는 강력한 원인일 수 있다는 점이다. 임상증상이 독립변인으로서의 차이를 보였지만 회귀분석에서는 유의하지 않았다는 점과 재원적절성 여부에서 상당수가 불필요하게 입원하고 있다는 결과는 장기입원이 증상이 심해서 병원에 오래 입원해야 된다는 기본상식에 의한 것이 아니라는 결론을 내릴 수 있다.

정신보건법에 명시된 계속입원심사청구에 대하여 환자가 인지하고 있는 비율은 반이하였으며, 설사 퇴원명령을 받더라도 대부분은 같은 기관에 재입원하거나 횡수용화를 경험하는 비율이 상대적으로 꽤 높다는 결과는 현재의 정신보건법이 장기입원을 억제하는 장치로 제 역할을 하지 못하고 있다는 것을 반증하고 있었다. 이는 정신보건심판위원회의 낮은 기각률과 맞물려서 장기입원이 지속되는 상당한 요인으로 작용하고 있었다.

질적 조사 결과에 의하면 의료보장의 형태(1종 의료급여)와 가족의 태도는 장기입원의 강력한 지속요인이었다. 가족이 지지적일수록 재원기간이 짧았지만 입원이 장기화되면서 대부분 그 효력이 약화되고 있었다. 가족의 태도는 입원 횟수 및 증상 정도와 어느 정도 연관이 있었으며, 경제적인 상태 및 정신질환에 대한 이해도와도 밀접한 관련이 있었다.

둘째, 정신보건법 상 6개월 이상의 입원 시에는 계속입원연장심사를 받는 것을 명문화하고 있음에도 불구하고 여전히 전체 입원 중의 반 가까이는 6개월 이상 입원하고 있는 사실을 발견할 수 있었다. 더구나 퇴원 후 재입원이 빈번한 사실을 고려하면 실제

로는 훨씬 더 많은 환자가 장기입원을 하고 있었다. 따라서 입소자 중 지난 2년 동안 입원 합산 기간이 1년을 초과하는 초점집단을 장기입원군으로 선정하여 조사한 결과 사립·공립정신병원이나 요양원에 많이 있었고, 주로 의료급여 1종이었으며, 결혼한 적이 없고, 이른 나이에 발병하였으며, 유병기간이 긴 정신분열병 환자일 가능성이 높았다. 반면 임상증상과 기능장애가 더 심각하긴 했으나, 전반적 기능척도에서 볼 때 큰 차이는 보이지 않았다.

장기입소자의 경우 전체재원군의 재원기간 분석에서 장기입원에 기여할 것으로 예측된 요인들과 별로 다르지 않았다. 다시 말하면 전반적인 기능의 차이가 별로 없는 환자들이 임상외적 요인들로 인하여 장기입원의 악순환으로 들어가게 된다는 사실을 보여주고 있다.

셋째, 지난 1년간 정신보건심판위원회에 계속입원심사를 청구한 장기입원환자군의 보호자에 대한 조사 결과는 보호자가 환자의 장기입원에 매우 강력한 영향을 발휘하는 요인이라는 것을 보였다. 보호자가 부모인 경우에 비하여 형제, 자매인 경우 퇴원에 매우 부정적이었다. 장기입원의 이유로 임상증상의 악화나 자해, 타해의 위험이 있었지만 실제로는 한 두 번의 증상의 악화를 기회로 퇴원을 거부하는 보호자의 태도가 바로 장기입원으로 이어지는 지속요인이었다.

보호자에 의한 동의입원 역시 매우 중요한 장기입원의 요인이었다. 한 번의 입원이 바로 장기입원으로 이어진다는 사실은 동의입원에 대하여 어떤 형태로든지 심사제도가 필요함을 보여주고 있었다.

장기입원의 대안으로 거주시설을 가장 선호하였으나 정신보건센터나 사회복지시설의 주간보호사례관리는 매우 부정적이었다. 따라서 장기입원을 선호하는 보호자들에게 현재의 지역사회 정신보건 서비스는 장기입원을 억제할 수 있는 역할을 별로 하지 못하고 있었으며, 이에 대한 교육과 홍보가 필요하다고 볼 수 있다.

정신보건심판위원회의 강제 퇴원명령에 대하여 거의 대부분 재입원을 시키겠다는 의견을 보여서 정신보건심판위원회의 현재 기능을 강화하는 것만으로는 장기입원의 해결에 전혀 도움이 되지 않는다는 것을 시사하고 있었다.

넷째, 장기입원환자를 지역에서 생활하는 환자와 비교하였을 때 여러 가지 차이를 보이고 있었다. 인구학적인 차이를 보정하고 비교하였을 때 장기입원환자에서는 알코올 장애가 상당한 비율을 차지하고 있었다. 심한 알코올 장애의 경우 지역사회에서 적응하기가 매우 어렵기 때문에 장기입원이 될 가능성이 상대적으로 높다는 해석이 가능하다. 반면 정신분열병은 장기입원을 하지 않고 지역사회에서 성공적으로 정착해서 살아가는 비율이 적지 않다는 것을 보여주는 증거이기도 하다.

두 군 간에 기능의 차이는 존재하였지만 이는 증상이 호전되어서 퇴원하였거나 지역 사회에 거주하면서 기능이 더 좋아졌을 가능성이 있다는 점을 고려하면 큰 점수 차이는 아니었으며, 따라서 앞에서도 언급하였듯이 임상 증상이 심하기 때문에 장기입원이 촉진된다는 결론은 유보적이다. 반면 사회적 지지의 정도나 보호자의 퇴원에 대한 태도는 큰 차이가 있었으며, 상대적으로 돌보아줄 가족의 존재의 비율이 지역사회군에서 더 높았다. 다시 말하면 임상증상의 차이를 고려하지 않는다면 가족이나 사회의 지지체계 정도가 장기입원에 끼치는 영향은 매우 크다고 할 수 있다.

다섯째, 2005년 초발 입원 정신질환자에 대한 건강보험심사평가원 자료 분석 결과, 2005-2007년 3년 동안 장기입원을 경험한 환자는 전체의 18.8%에 이르는 것으로 나타났다. 특히 이 중 78.3%가 발병 첫 해에 이미 장기입원을 경험하는 것으로 나타났다. 이는 이 자료가 가지고 있는 한계를 고려하더라도 입원 후 상당히 빠른 시간 내에 장기입원으로 이어진다는 점에서 매우 충격적이다. 종합전문요양기관이나 종합병원에서 초기 입원치료를 받은 환자군은 전반적인 의료이용량이 낮을 뿐 아니라 장기입원율도 현저히 낮은 것으로 나타나서 병원별 차이가 있음을 알 수 있었다.

초발 입원 당시에는 건강보험 적용대상자이었으나 질병 치료 과정 중에 의료급여 혹은 행려로 계층이 하락한 경우가 의료보장 상태가 변동한 환자의 65.8%를 차지하는 것으로 나타났다. 이는 장기입원으로 인한 경제적인 하락에 기인함과 동시에 일당정액제를 빌미로 다시 장기입원의 원인이 될 가능성이 병존한다. 물론 정신장애가 2000년 이후 장애혜택을 받게 된 것은 고무적이거나 그 덕택으로 상당수의 환자가 쉽게 의료급여로 전환되었다는 점에서 장기입원과의 연관은 분명히 존재한다. 아울러 초기 단계에서 어떤 식의 정신의료 서비스가 제공될 것이냐는 것이 장기입원을 줄이는데 매우 결정적인 것으로 평가된다.

여섯째, 장기입원을 억제하기 위하여 정신보건심판위원회의 기능을 강화하는 발전적 대안으로는 의학적 평가에 따른 강제퇴원, 재입원에 대한 적절성 평가, 비자의적 입원에 대한 심사, 퇴원 후 지속적인 관리체계심사, 외래치료명령제의 주체기능 등이 제안되었다. 이는 심판위원회가 법적인 강제성을 통하여 보다 적극적으로 장기입원을 억제하여야 한다는 것을 의미한다.

그러나 상기 언급한 기능을 가지기 위해서는 정신보건심판위원회의 상설화가 이루어져야 하며, 기관 방문 및 대면 평가는 외국의 예에서 볼 때 필수적이다. 그러나 예산상의 과도한 부담과 전문인력의 부족 그리고 일부 정신과 의사의 정서적인 거부감 등을 고려할 때 단계적인 시도가 요구된다.

### 3. 정책적 대안

#### 가. 지역사회 정신보건 체계로의 적극적 전환

일단 정신병원에 입원을 한 후 수년 내에 장기입원으로 이어지는 확률이 매우 높다는 사실은 현재의 병원체계가 지역사회로의 빠른 회귀를 목표로 하는 재활치료 중심이 아니라는 것을 보여주고 있다. 비록 아무리 치료를 잘한다고 해도 정신과 증상은 재발을 자주 하고 점차적으로 기능저하를 유발하기 때문에 입원이 불가피한 경우가 적지 않지만 그렇다고 수용위주정책을 유지하는 것은 증상의 개선이나 기능의 회복에 전혀 효과적이지 않다. 현재 반복적인 재입원과 횡수용화의 비율이 높다는 것은 지역사회의 정신보건 시스템이 아직 빈약하다는 것을 반증하지만 지역사회에서 생활하는 환자군의 연구결과에서 보여주는 것처럼 유일한 대안임을 부정할 수 없다.

지역사회 정신보건 시스템의 강화를 위해서 몇 가지 제언을 하고자 한다. 첫째 정신보건센터의 기능 변환 및 강화이다. 2008년 정신보건법의 개정으로 정신보건센터는 법 제 13조 2에 비로소 그 존재를 제대로 인정받았으며, 정신질환자의 발견, 상담, 진료, 사회복지훈련 및 이에 관한 사례관리 등 기능을 명문화하였다. 그러나 실제로 정신보건센터는 부족한 예산과 인력, 효율적인 연계체계의 미비 등으로 인하여 환자등록, 주간재활, 사례관리 등의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있으며 이마저도 사회복지시설

과 그 기능이 중복되고 있다. 또 예산을 국가와 지방자치단체가 부담하기로 한다는 조항이 삽입되었지만 실제 예산은 일반회계가 아닌 특별회계에서 지출되고 있다. 따라서 현재 전국에 140 여개이며 향후 모든 시군구로 확대될 정신보건센터를 충분히 활용하는 것이 지역사회 정신보건 시스템을 정착시키는 데 가장 핵심적이다.

둘째 정신보건예산의 축은 정신병상보다는 지역사회로 전환되어야 한다. 그러나 정신병원에 지불되는 돈은 의료보험관리공단이 관리하는 의료비이며, 정신과를 위하여 따로 책정된 것이 아니기 때문에 지역사회 예산을 위하여 단순히 여기를 떼어다가 저기로 붙이자는 것은 합리적이지 않다. 따라서 병원과 연계된 거주시설이나 낮병원, 주간보호기관에서 입원 대신 환자를 관리하는 것에 대한 새로운 수가를 창출해서 단계적으로 의료비를 일부 전용할 수 있게 된다면 정신병원이 지역사회에 참여하고 병상을 줄일 수 있는 유인책이 될 수 있을 것이다. 본 연구의 입소자 질적조사와 보호자 조사에서도 드러났듯이 보호자가 가장 걱정하는 것이 환자의 증상이 잘 관리되느냐는 부분이기 때문에 반드시 병원과의 연계를 기본축으로 하는 체계를 구축하는 것이 합리적이다. 현재처럼 병원 따로, 지역기관 따로 운용이 된다면 보호자들은 증상관리에 대한 불신을 가지고 퇴원을 꺼리게 되고 장기입원을 선택하게 될 것이다.

셋째 보호의무자에 의한 입원은 환자의 자기 결정권 박탈 및 장기입원의 첫 단추이다. 현재의 계속입원연장심사나 앞으로 시행될 외래치료명령제는 입원을 선호하는 보호자를 통제하는 역할을 하기 어렵다고 판단된다. 따라서 정신보건센터가 입퇴원에 대한 제어기능을 가지도록 하는 것이 하나의 방안이 될 수 있다. 즉 정신보건센터의 입퇴원 개입서비스를 필수사업으로 정해놓고 환자가 정신보건센터가 연계가 되지 않았을 경우에는 재입원을 원칙적으로 허용하지 않는 방안 등이 고려될 수 있다. 다만 응급환자의 경우에는 4주 이내의 입원만을 위한 허용하는 정신병원을 따로 구분해서 운영하도록 법제화한다면 입원이 꼭 필요한 급성환자는 해결될 수 있을 것이다. 아울러 입원부터 퇴원까지 지역사회기관과의 연계를 의무적으로 하도록 법제화하는 것이 초기부터 장기입원화하는 것을 예방할 수 있다. 대부분 정신과 입원 자체를 숨기려는 보호자가 많기 때문에 퇴원 후 증상관리가 거의 이루어지지 않고 있으며, 이는 재발 및 재입원으로 이어지는 악순환이 되는 중요한 원인이다. 따라서 개인의 프라이버시는 최대한 보장하되 국가적인 차원에서 퇴원 후 모니터링 체계가 시급히 정착되어야 한다.

넷째 심사평가원의 자료가 보여주듯이 정신질환은 쉽게 만성화되고 장기입원으로 이어지는 특성이 있다. 이를 위하여 지역사회에서 조기정신병사업이 전국적으로 확대되어야 한다. 일단 발병하면 입원을 하지 않을 수 없지만 정신질환에 대한 편견과 오해로 인하여 증상을 자꾸 숨기거나 치료를 회피하는 경향이 매우 많기 때문에 DUP(duration of untreated psychosis)가 길어지고 궁극적으로는 장기입원으로 이어지게 된다. 따라서 호주, 미국, 홍콩 등 많은 나라에서 실시하는 것처럼 조기정신병사업을 통하여 발병 초기에 개입하는 것을 필수사업으로 한다면 질환의 만성화를 억제할 수 있고, 선별검사와 함께 홍보를 통하여 정신질환에 대한 이해를 넓히는 것이 장기입원을 어느 정도 효과적으로 막을 수 있는 대안이 될 수 있다.

## 나. 의료비 지불제도의 개선

의료비 지불제도는 반드시 근본적으로 개선되어야 한다. 장기입원의 지속요인 중에서 매우 강력한 것은 의료급여 1종이다. 정신병원에 환자를 입원시키면 보호자는 입원비를 한 푼도 내지 않고 오히려 외래를 다니며 치료를 할수록 경제적인 부담이 느는 현실에서 어느 보호자가 집으로 데려가려고 할 것인지는 자명하다. 본 조사에서도 보였듯이 의료보험 환자의 상당수는 장기입원을 하면서 의료급여로 전환되어 가고 있으며, 이는 다시 장기입원을 가속화시키고 있었다. 또 일당정액제 하에서 병원은 많은 환자를 오래 입원시키면서 최소한의 서비스를 제공하려는 동기를 부여받게 되며 장기입원으로 이어지는 강력한 하나의 동력이 된다. 따라서 이 제도가 개선되지 않는 한 장기입원을 막기는 쉽지가 않다고 판단된다. 현재 입원일수가 6개월을 넘어가면 수가가 차등 지급되는 지불제도를 적용하고는 있지만 그 차이는 미미하다. 그렇다고 6개월 이상 입원하는 경우 의료비를 지불하지 않겠다고 하는 극단적인 방법도 재입원과 횡수용화를 고려할 때 효과적이지 않을 것이다. 따라서 현재 시점에서 향후 시행될 가능성을 염두에 두고 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째 장기적으로는 의료급여의 일당정액제는 행위별수가제로 전환되어야 하며 현재의 낮은 서비스의 구조적인 원인을 그대로 방치한다면 장기입원 환자의 기능저하와 인권유린은 너무나 당연한 귀결이다. 그러나 현재 정부는 오히려 미국에서 의료비절감에 어느 정도 효과를 거두었던 DRG(diagnosis-related group)를 도입하여 정신과 외의 영역까지 정액제를 확대하려 하고 있다. 따라서 OECD국가 중에서도 보건예산의 비중

이 낮은 우리나라에서 보험재정의 절감을 위한 여러 정책이 검토되는 상황에서 행위별 수가제를 주장하는 것은 현실적이지 않을 수 있다. 그럼에도 불구하고 현재의 제도는 정신장애인에 대한 수용정책을 그대로 방관하겠다는 정부의 시각을 보여주고 있기 때문에 어떤 형태로든 개선이 필요하다.

둘째 정해진 예산 내에서 차등지급을 통한 장기입원의 억제도 하나의 대안이다. 이미 정부는 2008년 의료급여법 제 7조 제 2항에 근거하여 고시를 개정하고 정신과 정액 수가를 인상하되, 의료인력 확보수준에 따라 수가를 차등화하여 의료급여 정신질환자에 대한 서비스 질을 개선하고자 하였다. 물론 인력이 많이 확보되어 있을수록 서비스의 질이 올라가게 되고 그에 따라 수가를 더 많이 받는 것은 바람직하다. 따라서 이런 차등수가를 재원기간에 따라 지불하도록 하되 일정기간 내에 재입원하거나 횡수용화일 경우에는 입원이 연장되는 것으로 계산한다면 공급자 측에 장기입원을 억제하는 상당한 유인책이 될 것이다.

셋째 의료급여법은 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 제정된 법이다. 제 7조 제 1항 의료급여의 내용을 보면 입원 외에 예방·재활이 분명히 존재한다. 그렇다면 정신장애자의 예방과 재활을 위하여 의료급여의 예산이 사용될 수 있어야 한다. 현재 의료 급여의 입원에 대한 지출은 30% 이상 정신과질환이 차지하고 있다. 따라서 앞에서도 언급했듯이 예방이나 재활에 대한 수가를 보다 많이 개발해서 정신병원이 입원을 지양하고 예방이나 재활 수가를 통해 수익을 창출할 수 있도록 유인해야 한다. 만약 환자들의 기능이 향상되어서 지역사회로 나간다면 자연스럽게 입원에 대한 수요는 줄어들 수 있을 것이다.

## 다. 정신보건시설 서비스 평가

의료법 제 58조에 의하면 의료의 질을 높이기 위하여 의료기관 평가를 하게 되어 있으며, 그 평가 결과를 공표하고 우수한 의료기관에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있도록 규정하고 있다. 이 평가는 2004년에 처음 시작되어 여러 비판에도 불구하고 병원의 서비스 개선에 많은 기여를 하였으나 그동안 정신병원은 제외되었었다. 그러다 개정된 정신보건법 제 18조 3에 정신보건시설의 평가를 3년마다 실시하여야 한다는 조항이 삽입되었고, 정신병원은 의료기관평가를 받지 않았기 때문에 2010년부터 처음으

로 평가를 받게 된다. 의료기관 평가와 마찬가지로 평가 결과를 공표하여야 하며, 우수한 기관은 지원을 받을 수 있게 된다. 따라서 현재까지의 어떤 유인책도 장기입원을 억제하는 데 별로 효과적이지 않았다는 것을 고려할 때 이런 평가와 그 결과의 공표는 병원의 수준을 차별화하고 질을 높이는 데 기여할 것이다. 그러나 의료기관평가의 예를 거울삼아 장기입원을 억제하기 위한 효과를 거두기 위한 전제조건을 위하여 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째 현재의 의료기관평가는 의료 서비스의 질에 대한 평가라기보다는 시설이나 인력에 대한 평가 그리고 실제의 서비스보다는 서류작업을 평가한다는 비판을 받아 왔다. 물론 정신과의 현실을 감안할 때 그런 평가도 분명한 의미가 있다. 그러나 병원의 궁극적인 존재이유는 의료서비스의 제공이며, 그 수준이 높다면 장기입원으로 이어지거나 인권이 유린될 이유가 하나도 없다. 또 평가가 제대로 이루어지기 위해서는 평가도구가 중요하며, 우리 현실에 맞으면서도 분명한 목표를 가진 도구로 평가를 해야 진정한 의미가 있다. 단순히 수박 겉핥기식의 평가라면 오히려 서비스의 수준이 낮은 기관에 면죄부를 주는 꼴이 될 수도 있다.

둘째 서비스 평가의 결과는 단순히 언론에 공표하는 정도로 끝나서는 안되고 차등 수가로 분명히 반영되어야 한다. 충분한 인력이 갖추어지고 질 좋은 서비스를 제공하는 기관은 높은 수가를 받아야 하며, 반대로 인력이 부족하고 서비스의 질이 형편없다면 틀림없이 인권유린이나 장기입원이 만연할 것이 분명하며 수가를 삭감해서 궁극적으로 퇴출되는 시장원칙(market principle)이 적용되도록 하여야 한다. 그러나 기본적으로는 전체 정신보건예산이 지역사회로 전환될 수 있는 유인책이 있어야 하며, 평가체계에 그런 항목이 단계적으로 포함되도록 해야 한다.

셋째 의료기관평가의 경우 평가 때만 준비하다가 다시 원점으로 돌아가는 경우가 빈번하다. 현재까지 정신보건시설의 인력기준에 대한 지방자치단체의 평가도 갑자기 환자를 대거 퇴원시키는 편법이 동원되는 경우가 많았다. 따라서 평가는 법에 정해진 3년에 한 번씩 시행되었지만 성적이 저조한 기관은 주기적인 모니터링과 관계기관에 개선결과를 정기적으로 보고하는 방안이 모색되어야 한다. 지속적인 질 관리는 궁극적으로 불필요한 입원을 줄이는 정책이 될 수 있을 것이다.

## 라. 정신보건심판위원회 기능 전환 및 강화

마지막으로 정신보건심판위원회의 기능 전환 및 강화이다. 개정된 정신보건법은 시군구 단위로 심판위원회의 기능을 이양했지만 부족한 전문인력과 반복적인 재입원 및 횡수용화로 인한 계속입원연장심사제도 자체의 무력화는 장기입원의 억제책으로 얼마나 효과를 발휘할 수 있을 지 다소 회의적이다. 현재 심평원이나 건강보험공단에서도 재입원이나 횡수용화에 대하여 제대로 실태 파악도 하지 않고 있는 현실에서 이를 구조적으로 막을 수 없다면 단순히 재원일수를 줄이는 것은 별로 의미가 없기 때문이다. 따라서 정신보건심판위원회는 현재의 계속입원연장심사제도를 유지하는 것만으로는 미약하며, 다른 기능이 보장되어야 한다. 이에 대하여 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째 정신보건심판위원회는 퇴원뿐만 아니라 입원에 대한 심사기능을 가져야 한다. 특히 모든 비자발입원에 대해서는 호주의 예에서처럼 원칙적인 면접심사를 통해서 그것을 통제해야 한다. 만약 이 기능이 제대로 작동할 수 있다면 장기입원은 입구에서부터 거의 완벽하게 억제될 수 있다. 또 재입원에 대한 적절성 평가, 의학적 평가에 따른 강제퇴원, 외래치료명령제의 주체기능 등이 추가되어야 한다. 예산과 전문인력의 부족 등 현실적인 한계를 극복하는 것은 명확한 철학과 효율적인 인적, 물적 자원의 배분에 달려 있다.

둘째 정신보건심판위원회가 보다 효과적으로 운용되기 위해서는 정신보건센터와의 연계가 이루어져야 한다. 위원회가 모든 일을 직접 다 할 수는 없으므로 앞에서도 언급했듯이 정신보건센터에 입퇴원 개입서비스에 대한 기능을 부여하고, 불가피한 입원 시 그것에 대한 평가를 미리 정신보건센터가 작성해서 제출하도록 법제화한다면 대면평가를 최대한 줄일 수 있는 대안이 될 수 있을 것이다. 또 정신보건센터에 퇴원 후 지속적인 관리체계심사를 보고하게 한다면 입원적절성 평가나 외래치료명령제를 시행하는 데 도움이 될 것으로 평가된다.

마지막으로 상기 언급한 기능이 실제로 작동하려면 정신보건심판위원회의 상설화는 필수적이다. 또 현재 같은 서류 심사만으로는 그 기능을 제대로 할 수가 없으며, 기관 방문 및 대면 평가는 외국의 예에서 볼 때 필수적이다. 호주의 빅토리아주 전체에서 연간 17,000 여명의 비자발입원이 있으며, 정신보건심판위원회를 위해서 사용되는 1년

예산은 약 23 억원 정도이다. 우리나라 정부가 일 년에 정신과 의료급여로 지불하는 예산이 수 천 억원임을 고려할 때 결코 많은 액수가 아닐 수 있다. 한편 빅토리아주 정신보건심판위원회에서 비상근으로 활동하는 정신과 의사가 30여명인데 현재 정신과 전문의가 3,000명에 육박하고 있고 매년 150명씩 새로운 전문의가 나오는 한국의 현실을 볼 때 우리의 전문 인력이 결코 부족한 것은 아니다. 따라서 부족한 지방자치단체의 예산을 중앙정부차원에서 지원하는 방안과 정신보건심판위원회에 정신과 전문의가 상근하는 제도를 운영한다면 상설화가 전혀 불가능하지는 않을 것으로 판단된다.

## 4. 맺음말

장기입원은 어느 한 요인의 개선에 의하여 해결될 수 없는 복잡한 사회적 산물이다. 그러나 환자 입장에서는 인격을 황폐화시키고 영원히 사회로부터 격리시키는 형벌과도 같다고 할 수 있다. 흔히 정신장애인의 환청이나 망상을 무서워하거나 게으르고 노력하지 않게 되는 음성증상을 비난하는 경우가 있다. 그러나 의학적인 측면에서 그들은 환자이며, 상기 증상들은 치료되어야만 한다. 그럼에도 불구하고 이런 사실이 장기입원을 정당화시키지는 않는다. 오히려 정신과 증상의 특성상 빨리 사회로 복귀해서 일상생활을 할 때 더 호전된다고 한다. 따라서 잘못된 지식과 다름에 대한 차별이 장기입원을 당연한 산물로 여기게 한 것도 부인할 수 없다.

“세상에 공짜 점심은 없다”는 경제학의 기본적인 원리가 있다. 즉 하나를 얻기 위해서는 다른 것에 대한 기회비용을 지불하여야 한다. 우리는 보통 어느 하나를 취했을 때 잃을 수 있는 다른 것의 존재를 쉽게 무시한다. 예를 들면 “환자의 인권” 만을 강조한다면 “적극적인 치료”는 위축될 수 있다. 따라서 환자의 인권을 지키기 위해서 입원 치료가 효율적으로 이루어지도록 동기부여를 하여야 한다. 또다른 예로 “장기입원”이 반드시 근절되어야 한다는 점을 부각시키다가 증상을 간과한다면 “급성 환자”를 놓치는 결과를 낳을 수 있다. 즉 망상이나 환청이 보호자나 지역사회 종사자의 정성만으로 좋아지지 않는 의학적 증상이기 때문에 지역사회에서 치료할 수는 없다. 따라서 이를 모니터하고 입퇴원에 개입할 수 있는 지역사회 정신보건 시스템을 구축하되 반드시 병원과 연계되어야 한다. 마지막으로 “재활치료”를 활성화한다고 해서 “약물 복용”을 소홀히 할 수는 없다. 이미 뇌의 퇴행이 시작된 환자를 재활치료를 한다고 예전의 기능으로 돌려놓을 수는 없다는 것은 자연의 섭리이다. 재활치료의 중요성은 약물치료의 한

계를 보완하지만 조기정신병 선별검사 같은 예방책은 장기입원을 막는데 훨씬 비용효  
과적이다.

가족을 버리는 것은 유교사상이 아직도 사회를 지배하는 대한민국의 현실에서 천  
륜을 어기는 일이다. 장기입원을 시키는 보호자는 과연 어떠한 마음 상태에서 환자를  
병원에 방치하는 것일까 하는 생각을 하는 동시에 정신과 전문의로서 20년 가까이 그  
들을 옆에서 지켜보았던 본 연구자가 정말로 그들의 아픔에 공감해 오고 있었는지 반  
성해보며 글을 맺는다.

---

## 참고문헌

---

- 김윤, 박종익, 강위창, 홍진표. 정신의료서비스 제공량에 영향을 미치는 요인. 신경정신의학 2000;39(5):860-9
- 박종익, 이광섭, 방수영, 서동우, 홍진표. 일 시립병원 정신과 폐쇄병동에서 재원기간에 영향을 미치는 요인. 사회정신의학 2003;8(2):110-5
- 서동우, 이영문, 김윤, 임정기, 김동진. 전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사. 한국보건사회연구원, 보건복지부 1999
- 서동우, 조맹제, 김윤희, 김진학, 김광기, 문용훈, 배안, 양수, 조현섭, 안동현, 이선영, 이지영. 2006년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서. 중앙정신보건사업지원단, 한국보건사회연구원, 보건복지부 2006
- 이호영, 이영문, 정영기, 김병후. 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설기준개발 연구. 보건복지부 용역사업 보고서 1994
- 조성진, 이병조, 조맹제, 김용익, 서동우, 정인과. 정신보건관련 시설의 재원기간 및 관련 요인에 대한 연구. 신경정신의학 2001;45(4):372-381
- 정인원, 박환규, 정연복, 김수일, 원구연, 김교형, 신철진. 만성질환자의 계속입원치료심사에 대한 연구. 신경정신의학 1999;38(6):1282-1292
- 정인원, 신철진, 손정우, 서동우. 정신보건심판위원회의 계속입원치료 심사에 관한 연구. 신경정신의학 2003;42(4):520-527
- 홍진표, 이동은, 김병후, 최용성, 서동우, 김진학, 박종익, 정은기. 외래치료명령제-정신질환자의 재활을 돕는 제도. 사회정신의학 2001;6:58-63

- Allen JG, Coyne L, Beasley C, Spohn HE. A conceptual model for research on required length of psychiatric hospital stay. *Compr Psychiatry* 1987;28: 131-140.
- Ashcraft M. LF, Fries BE, Nerenz DR, et al. A Psychiatric Classification System: An alternative to Diagnosis-Related Group. *Med Care* 1989;27(5):543-557
- Borchardt CM, Garfinkel BD. Predictors of length of stay of psychiatric adolescent inpatient. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30: 994-998.
- Brugha TS, Cragg D. The List of Threatening Experiences : the reliability and validity of brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:77-81.
- Caton CL, Gralnick A. A review of issues surrounding length of psychiatric hospitalization. *Hosp Comm Psychiatry* 1987;38:853-863.
- Chang G, Brenner L, Bryant K. Factors Predicting Inpatient Length of Stay in CMHC. *Hosp Comm Psychiatry* 1991:853-855.
- Choca JP, Peterson CA, Shanley LA, et al. Problems in Using Statistical Models to Predict Psychiatric Length Stay: An illustration. *Hosp Comm Psychiatry* 1998;39(2):195-197
- Clifford P, Charman A, Webb Y, et al. Planning for Community Care Long-stay Populations of Hospitals Scheduled for Rundown or Closure. *Br J Psychiatry* 1991;158:190-196
- Creed F, Tomenson P, Anthony P, Tramner M. Predicting length of stay in psychiatry. *Psychol Med* 1997;27:961-966.
- Cyr JJ, Haley GA. Use of demographic and clinical characteristics in predicting length of psychiatric hospital stay: a final evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:637-40
- Durbin J, Goering P, Pink G, et al. Classifying Psychiatric Inpatients: Seeking Better Measure. *Med Care* 1999;37(4):415-423
- Elliott K, Stein BA, McKeough M. Adolescents in a general hospital psychiatric unit. *Can J Psychiatry* 1980;25:545-552.
- English JT, Sharfstein SS, Scherl DJ, Astrachan B, Muszynski IL. Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry: the APA Study. *Am J Psychiatry* 1986;143:131-139.

- Faden VB, Taube CA. Length of stay of discharges from non-federal general hospital inpatient units, US 1975. Rockvill, Md, US Department of Health, Education, and Welfare, 1977: Mental Health Statistical Note 133.
- Frank RG, Lave JR. The impact of Medicaid benefit design on length of hospital stay and patient transfers. *Hosp Comm Psychiatry* 1985;36(7):749-53
- Gordon RE, Jardioli P, Gordon KK. Predicting length of hospital stay of psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1985;142:235-7
- Gruber JG. Paths and gates: the sources of recidivism and length of stay on a psychiatric ward. *Med Care* 1982 Dec;20(12):1197-208
- Heiman EM, Shanfield SB. Length of stay for patients in one city's hospitals with psychiatric units. *Hosp Comm Psychiatry* 1980;31:632-4
- Hopko DR, Lachar D, Bailey SE, Varner RV. Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatr Serv* 2001;52:1367-73
- Horgan C, Jencks SF. Research on Psychiatric Classification and Payment Systems. *Med Care* 1987;25(1):23-36
- Horn SD, Chambers AF, Sharkey PD, Horn RA. Psychiatric severity of illness. A case mix study. *Med Care* 1989;27:69-84
- Huntley DA, Cho DW, Christman J, et al. Predicting Length of Stay in an Acute Psychiatric Hospital. *Psychiatr Serv* 1998;49(8):1049-53
- InterQual Co., Adult ISD Criteria, Reference Guide, 1994.
- Keefler J, Duder S, Lechman C. Predicting length of stay in an acute care hospital: the role of psychosocial problems. *Soc Work Health Care* 2001;3:1-16
- Kiesler CA, Simpkins C, Morton T. Predicting Length of Stay for Psychiatric Hospital. *Hosp Comm Psychiatry* 1990;41(2):149-54
- Lamb HR, Weinberger LE. Conservatorship for gravely disabled psychiatric patients: A four-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1992;149:909-13
- Lyons JS, O'Mahoney MT, Larson DB. The Attending Psychiatrist as a Predictor of Length of Stay. *Hosp Comm Psychiatry* 1991;42(10):1064-6
- McCrone P, Phelan M. Diagnosis and Length of Psychiatric In-patient Stay. *Psychol Med* 1994;24(4):1025-30

- Mezzich JE, Coffiman GA. Factors influencing length of hospital stay. *Hosp Community Psychiatry* 1985;36:1262-4,1270.
- Michalon M, Richman A. Factors Affecting Length of Stay in a Psychiatric Intensive Care Unit. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:303-8
- Stevens A, Hammer K, Buchkremer G. A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:203-11
- Stoskopf C, Horn SD. The Compurized Psychiatric Severity Index as a Predictor of Inpatient Length of Stay for Psychosis. *Med Care* 1991;29(3):179-95
- Taube C, Lee ES, Forthofer RN. Diagnosis-Related Groups for Mental Disorders, Alcoholism, and Drug Abuse: Evaluation and Alternatives. *Hosp Comm Psychiatry* 1984;35(5):452-5
- Torrey EF, Kaplan RJ. A national survey of the use of outpatient commitment. *Psychiatric Service* 1995;46:778-84
- Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternatives to mental hospital treatment: economic cost-benefit analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:400-5

---

## 부 록

---



## A. 입소자 설문지

### 정신보건시설 입소자 실태조사를 위한 환자 면접지

조사월일	/ /	시설명	설문지번호				
------	-----	-----	-------	--	--	--	--

안녕하십니까?

저는 동국대학교 의과대학에서 국가인권위원회의 용역위탁사업으로 정신 장애인의 인권현황 실태과약을 위한 연구조사를 하게 된 책임연구원 \_\_\_\_\_ 입니다. 지금부터 면담할 내용들은 환우 여러분들의 입원생활 및 치료의 발전과 환우의 인권 신장을 위한 자료로 쓰기 위해 사용될 것입니다.

본 조사는 전국 정신보건시설을 표본추출하여 그 입소자를 대상으로 실시하는 것으로 귀하가 면담 대상으로 선정되었습니다. 귀하께서 응답해주신 내용은 앞으로 우리나라 정신보건서비스 및 정신보건 서비스 이용자를 위해 귀중한 정책자료로 활용될 것이며, 개별적인 내용은 통계자료로만 이용되며 절대 외부로 나가지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 정확하고 솔직한 응답을 바랍니다. 협조해 주셔서 감사합니다.

국가인권위원회/동국대학교 의과대학

#### 【입소자 인적사항】

면담가능여부	<input type="checkbox"/> ① 가능	<input type="checkbox"/> ② 불가능	불가능시 이유는?	
1. 성명			2. 성별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
3. 나이	_____년 _____월 생			
4. 군필 여부	<input type="checkbox"/> ① 해당없음 <input type="checkbox"/> ② 군필 <input type="checkbox"/> ③ 군면제 <input type="checkbox"/> ④ 정신질환으로 의병제대 <input type="checkbox"/> ⑤ 기타 _____			
5. 결혼하셨습니다가?	<input type="checkbox"/> ① 미혼 <input type="checkbox"/> ② 기혼 <input type="checkbox"/> ③ 동거 <input type="checkbox"/> ④ 이혼 <input type="checkbox"/> ⑤ 별거 <input type="checkbox"/> ⑥ 사별			
6. 공부는 어디까지? (졸업·중퇴·재학 포함)	<input type="checkbox"/> ① 무학 <input type="checkbox"/> ② 초등학교 <input type="checkbox"/> ③ 중학교 <input type="checkbox"/> ④ 고등학교 <input type="checkbox"/> ⑤ 전문대·대학교 <input type="checkbox"/> ⑥ 대학원 이상			
7. 의료보호대상자입니까?	<input type="checkbox"/> ① 의료보험 <input type="checkbox"/> ② 의료보호 1종 <input type="checkbox"/> ③ 의료보호 2종 <input type="checkbox"/> ④ 행려			
8. 종교	<input type="checkbox"/> ① 기독교 <input type="checkbox"/> ② 천주교 <input type="checkbox"/> ③ 불교 <input type="checkbox"/> ④ 기타 <input type="checkbox"/> ⑤ 없음			
9. 진단명 (주: _____ 부: _____)	<input type="checkbox"/> ① 정신분열증 <input type="checkbox"/> ② 우울증 <input type="checkbox"/> ③ 조울증 <input type="checkbox"/> ④ 알콜중독 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑤ 강박증 <input type="checkbox"/> ⑥ 정신지체 <input type="checkbox"/> ⑦ 간질 <input type="checkbox"/> ⑧ 기질성 뇌증후군 <input type="checkbox"/> ⑨ 기타 _____			
10. 처음 발병연도는?	_____년 기억없음( )	11. 처음진단연도는?	_____년 기억없음( )	
12. 총 입원(소) 횟수는?	_____회	13. 이번입원(소)일은?	_____년 _____월 _____일	
14. 최근 2년간 입원(소) 기간(합산) 및 횟수는?	_____년 _____개월, _____회	13-1. 이번 입소전 지역사회거주기간은?	직전퇴원일 기재 혹은 몇 년 몇주 몇일로 기재	
15. 이전 거주형태 (입소전 가장 최근)	<input type="checkbox"/> ① 혼자 거주(독립적 가구) <input type="checkbox"/> ② 가족과 거주 <input type="checkbox"/> ③ 친척과 거주 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ④ 병의원(의료기관) 입원 <input type="checkbox"/> ⑤ 사회복지시설(주거시설) <input type="checkbox"/> ⑥ 요양시설 <input type="checkbox"/> ⑦ 부랑인시설 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타 _____			
16. 주민등록 주소지는?	_____시(도) _____구(시, 군) _____동(구)			

## <임상적 평가>

	평가근거	평가		
		없다 0점	조금있다 1점	자주있다 2점
1. 자해(자살) 및 타해의 위험도	- 자해(자살)/타해와 관련된 정신상태 (망상, 환청, 정동상태 등) - 최근 병력(자살시도력 또는 주위사람에 대한 심한 적대감/난폭행동)			
2. 현저한 사고 및 지각장애	- 현저한 사고이완(지리멸렬) 및 망상 - 일상/사회생활이 어려울 정도의 환청			
3. 기억력/지남력의 심한 손상	- 기억력 및 지남력(특히 장소, 사람) 심한 손상			
4. 기괴한 행동이나 현저한 퇴행	- 이해하기 어려운 기괴한 행동 - 극도의 거부증 또는 현저한 퇴행			
5. 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/한시적 프로그램	- 최근 1개월내 정신과 약물의 종류나 용량의 주된 변화여부 - 일상 및 사회생활에 어려움을 주나 조절되지 않는 약물의 부작용 - 한시적 치료 프로그램 중			
6. 치료가 필요한 신체증상 동반	- 의료시설에서의 지속적 치료가 필요한 신체증상			

## <기능적 평가>

기능영역	평가근거	평가		
		도움없이 잘한다 0점	조금만 도와주면 할 수 있다 1점	혼자는 거의 못한다 2점
1. 식사	- 적절한 식사			
2. 신체위생	- 대소변 처리, 생리처리 - 양치, 세수, 면도, 목욕 - 옷갈아입기 - 청소			
3. 의사소통/대인관계	- 기본적 대화기술(적절한 질의, 응답가능) - 협조적 대인관계			
4. 약물관리/병식	- 정기적 통원치료 및 약물복용			
5. 소지품 및 돈 관리	- 개인물품 관리 - 돈의 가치인식 - 혼자 물건사고 지불가능			
6. 교통/공공시설 이용	- 대중교통 수단 이용 - 공공시설 이용			

\* GAF 점

## GAF 채점표

정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해 본다. 신체적(환경적) 제한으로 인한 기능손상은 포함되지 않는다.

(주의: 필요한 경우는 중간 점수도 사용된다. 예 : 45. 68. 72 등)

100~91	전반적인 활동에서 최우수 기능, 생활의 문제를 잘 통제하고 있고 개인의 많은 긍정적인 특질로 인하여 타인의 모범이 되고 있음. 증상 없음.
90~81	증상이 없거나 약간의 증상(예: 시험전 약간의 불안)이 있음. 모든 영역에서 잘 기능하고 다양한 활동을 하고 있고 흥미를 느끼고 있음. 사회적인 효율성이 있고, 대체로 생활에 만족, 일상의 문제나 관심사 이상의 심각한 문제는 없음(예: 가족과 가끔 말싸움).
80~71	만약 증상이 있다면, 일시적이거나 심리 사회적 스트레스에 대한 예상 가능한 반응임 (예: 가족과의 논쟁 후 집중하기가 어려움). 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 손상 정도 이상은 아님(예: 일시적인 성적 저하).
70~61	가벼운 몇몇 증상(예: 우울한 정서와 가벼운 불면증) 또는 사회적, 직업적, 학교기능에서 약간의 어려움 있음(예: 일시적인 무단 결석, 또는 가정 내에서 흠잡). 그러나 일반적인 기능은 잘되는 편이며, 의미있는 대인관계에서 약간의 문제가 있음.
60~51	중간 정도의 증상(예: 무감동한 정서와 우회증적인 말, 일시적인 공황상태) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서 중간 정도의 어려움이 있음(예: 친구가 없거나 일정한 직업을 갖지 못함).
50~41	심각한 증상(예: 자살 생각, 심각한 강박적 의식, 빈번한 소매치기) 또는 사회적, 직업적, 학교기능에서의 심각한 손상이 있음(예: 친구가 없거나 일정하게 직업을 갖지 못함).
40~31	현실 검증력과 의사소통에서의 장애(예: 말이 비논리적이고, 모호하고, 부적절) 또는 일이나 학교, 가족 관계, 판단, 사고, 정서 등 여러 방면에서 주요 손상이 있음 (예: 친구를 피하는 우울한 사람, 가족을 방치하고, 일을 할 수 없고, 나이 든 소아는 나이 어린 소아를 빈번하게 때리고 집에서 반항하고, 학업에 실패함).
30~21	망상과 환각에 의해 심각하게 영향받는 행동 또는 의사소통과 판단에 있어서 심각한 손상, 지리멸렬, 전반적으로 부적절하게 행동하기, 자살에의 몰입이 있거나, 또는 거의 전 영역에서 기능할 수 없음(예: 하루 종일 침대에 누워 있음, 직업과 가정과 친구가 없음).
20~11	자신이나 타인을 해칠 약간의 위험(예: 죽음에 대한 명확한 예견 없이 자살을 시도, 빈번하게 폭력적이고 조증의 흥분상태) 또는 최소한의 개인 위생을 유지하는 데 실패(예: 대변을 묻힘) 또는 의사소통의 광범위한 손상(예: 대개 부적절하거나 말을 하지 않음)이 있음.
10~1	자신이나 타인을 심각하게 해칠 지속적인 위험(예: 재발성 폭력) 또는 최소한의 개인위생을 유지함에 있어서 지속적인 무능, 또는 죽음에 대해 명확한 기대없는 심각한 자살행동이 있음.
0	불충분한 정보

### [사회지지체계 평가]

지지체계영역	평가근거	평가		
		전혀 문제 없다 0점	조금 문제 있다 1점	매우 문제 많다 2점
1. 가족친지 (주중, 주간)	- 퇴원후 살 곳에서 낮동안 같이 지낼 가족친지			
2. 거주지	- 퇴원후 살 곳			
3. 경제자원	- 퇴원후 생활비 및 의료비 조달			
4. 가족친지 (야간, 주말)	- 퇴원후 같이 살면서 야간 및 주말에 돌봐줄 가족친지			
5. 주간재활 프로그램 이용	- 1시간 거리내에 낮병원, 정신보건센터나 사회복지시 설 등 주간재활시설 이용가능			
6. 가족친지 (도움 필요시)	- 같이 살지는 못하지만 필요하면 도움을 줄 수 있는 가족친지			

### [지역사회정신보건서비스체계 평가]

1. 시설 입소 전 주된 거주지?	_____시(도) _____구(시)
2. 거주지에 정신보건센터(혹은 사회복지시설)가 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 있다 <input type="checkbox"/> (2) 없다 <input type="checkbox"/> (3) 모르겠다
3. 정신보건센터(혹은 사회복지시설)를 이용한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 있다 <input type="checkbox"/> (2) 없다
3번의 응답이 (1) 있다 일때만 답하십시오.	3-1 명칭은? _____
	3-2 어떤 서비스를 이용하였습니까? <input type="checkbox"/> (1) 상담만 <input type="checkbox"/> (2) 주간재활 <input type="checkbox"/> (3) 사례관리(가정방문) <input type="checkbox"/> (4) 주거서비스 <input type="checkbox"/> (5) 직업재활 <input type="checkbox"/> (6) 기타
	3-3 서비스를 이용한 총 기간은? _____주(혹은 _____개월)

—아래는 사후 조사를 적는 란입니다—

4. 거주지에 정신보건센터가 존재합니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
5. 거주지에 사회복지시설이 존재합니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
6. 거주지에 개방된 형태의 정신장애인을 위한 주거시설이 존재합니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오

## [계속입원심사관련조사]

1. 입원의 형태가 어떠합니까?	<input type="checkbox"/> (1) 보호의무자에 의한 입원 <input type="checkbox"/> (2) 시도지사에 의한 입원 <input type="checkbox"/> (3) 기타 _____
(*보호의무자가 해당 동사무소 공무원인 경우 시도지사에 의한 입원으로 분류)	
2. 6개월마다 계속입원치료 여부에 대한 심사제도를 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
3. 6개월마다 계속입원치료 신청에 대해 통보받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
3-1 실제 계속입원치료 심사 청구 여부	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
4. 지금까지 연속해서 몇 회 계속입원치료 서류를 제출하였습니까?	총 ____회 <input type="checkbox"/> 잘모르겠음
5. 입원(소) 동안 처우 개선에 대한 요구를 하실 수 있다는 것을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
5-1. 실제로 처우 개선 요구를 제출하신적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
6. 본인이 원하면 퇴원을 청구할 권리가 있다는 것을 아십니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
6-1. 실제로 퇴원 청구를 제출하신 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
6-2. 심사 결과에 대해 재심을 청구한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오

## [가족체계 및 특성 평가]

1. 현재 생존한 가족들에 표시시오	조부( ) 조모( ) 부( ) 모( ) 배우자( ) 형제, 자매( ) 자녀( ) 손자, 손녀( )
2. 주된 보호자와의 관계는?	( )
3. 후보호자의 성별은? <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	4. 후보호자의 연령은? _____세
5. 주된 보호자의 경제력은?	월수입 _____만원 (자가, 전세, 월세)거주 방( )개, 화장실( )개
6. 주된 보호자의 학력정도는(졸업, 중퇴, 재학 포함)?	<input type="checkbox"/> (1) 무학 <input type="checkbox"/> (2) 초등학교 <input type="checkbox"/> (3) 중학교 <input type="checkbox"/> (4) 고등학교 <input type="checkbox"/> (5) 전문대, 대학교 <input type="checkbox"/> (6) 대학원 이상
7. 주된 보호자의 직업(정년퇴임자의 경우 과거직업)은?	( ) *직업분류표 참조
8. 주된 보호자가 지난 1개월간 몇 번 면회를 왔습니까?	( )회
9. 주된 보호자가 입소자의 퇴원에 긍정적입니까?	(1) 예 (2) 아니오
10. 만약 퇴원에 부정적이라면 이유는?	( ) - ( ) - ( ) *지문참조, 우선순위3가지

### \*직업분류표(7번관련)

- (1)전문직(의사, 약사, 변호사, 법조인, 교사, 교수, 언론인, 예술가, 종교인 등)
- (2)관리직(기업체 경영주, 대기업체 간부, 5급이상 공무원, 사회단체 간부, 군장교, 경정급 이상 경찰 등)
- (3)사무직(회사원, 은행원, 6급이하의 공무원, 사회단체 직원, 위간급 군인, 경감이하 경찰 등)
- (4)판매/서비스직(소규모 가게, 음식점, 다방, 숙박업소, 이미용업소, 부동산, 보험설계사, 도소매 판매원, 행사, 노점상, 외판원, 운전기사, 파출부, 경비, 청소원 등)
- (5)생산직(숙련공, 기능공, 건설현장 인부, 막노동자, 취로사업 등)
- (6)농어축산업
- (7)가정주부
- (8)무직
- (9)기타\_\_\_\_\_

### \*퇴원에 부정적인 이유(10번관련)

- (1) 경제적으로 어려운 상황이어서
- (2) 나의 정신과 증상을 두려워해서(혹은 재발을 걱정해서)
- (3) 같이 살 공간이 부족해서
- (4) 돌봐줄 사람이 없어서
- (5) 평소 사이가 원만하지 못해서
- (6) 먼 친척이기 때문에(가족이 없음)
- (7) 모르겠다
- (8) 기타 \_\_\_\_\_

\* 이상의 내용들은 차트를 참고하시고, 필요시 환자와의 면접을 통해 평가하십시오.

## B. 지역사회 설문지

### 지역사회정신보건서비스 이용자 실태조사를 위한 환자 면접지

조사월일	/ /	시설명		설문지번호				
------	-----	-----	--	-------	--	--	--	--

안녕하십니까?

저는 강원대학교 의과대학에서 국가인권위원회의 용역위탁사업으로 정신 장애인의 인권현황 실태파악을 위한 연구조사를 하게 된 연구원 \_\_\_\_\_입니다. 지금부터 면담할 내용들은 환우 여러분들의 지역사회정신보건서비스 이용 및 치료의 발전과 환우의 인권 신장을 위한 자료로 쓰기 위해 사용될 것입니다. 귀하께서 응답해주신 내용은 앞으로 우리나라 정신보건서비스 및 정신보건 서비스 이용자를 위해 귀중한 정책자료로 활용될 것이며, 개별적인 내용은 통계자료로만 이용되며 절대 외부로 나가지 않을 것을 약속드립니다.

선정된 대상자에 대한 귀하의 정확하고 솔직한 응답을 바랍니다. 협조해 주셔서 감사합니다.

국가인권위원회  
강원대학교 의과대학

#### 【대상자 인적사항】

면담가능여부	<input type="checkbox"/> ① 가능 <input type="checkbox"/> ② 불가능	
1. 성명		2. 성별 <input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
3. 나이	_____년 _____월 생	
4. 군필 여부	<input type="checkbox"/> ① 해당없음 <input type="checkbox"/> ② 군필 <input type="checkbox"/> ③ 군면제 <input type="checkbox"/> ④ 정신질환으로 의병제대 <input type="checkbox"/> ⑤ 기타 _____	
5. 결혼하셨습니다?	<input type="checkbox"/> ① 미혼 <input type="checkbox"/> ② 기혼 <input type="checkbox"/> ③ 동거 <input type="checkbox"/> ④ 이혼 <input type="checkbox"/> ⑤ 별거 <input type="checkbox"/> ⑥ 사별	
6. 공부는 어디까지? (졸업·중퇴·재학 포함)	<input type="checkbox"/> ① 무학 <input type="checkbox"/> ② 초등학교 <input type="checkbox"/> ③ 중학교 <input type="checkbox"/> ④ 고등학교 <input type="checkbox"/> ⑤ 전문대·대학교 <input type="checkbox"/> ⑥ 대학원 이상	
7. 의료보호대상자입니까?	<input type="checkbox"/> ① 건강보험 <input type="checkbox"/> ② 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> ③ 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> ④ 없음	
8. 종교	<input type="checkbox"/> ① 기독교 <input type="checkbox"/> ② 천주교 <input type="checkbox"/> ③ 불교 <input type="checkbox"/> ④ 기타 <input type="checkbox"/> ⑤ 없음	
9. 진단명 (주: _____부: _____)	<input type="checkbox"/> ① 정신분열증 <input type="checkbox"/> ② 우울증 <input type="checkbox"/> ③ 조울증 <input type="checkbox"/> ④ 알콜중독 <input type="checkbox"/> ⑤ 강박증 <input type="checkbox"/> ⑥ 정신지체 <input type="checkbox"/> ⑦ 간질 <input type="checkbox"/> ⑧ 기질성 뇌증후군 <input type="checkbox"/> ⑨ 기타 _____	
10. 처음 발병연도는?	_____년 기억없음( )	11. 처음 진단연도는?    _____년 기억없음( )
12. 총 입원(소) 횟수는?	_____회	13. 최근 퇴원(소)일은?    _____년 _____월 _____일
14. 최근 2년간 입원(소)기간(합산) 및 횟수는?	_____년 _____개월, _____회	
15. 현재 거주형태	<input type="checkbox"/> ① 혼자 거주(독립적 가구) <input type="checkbox"/> ② 가족과 거주 <input type="checkbox"/> ③ 친척과 거주 <input type="checkbox"/> ④ 병의원(의료기관) 입원 <input type="checkbox"/> ⑤ 사회복지시설(주거시설) <input type="checkbox"/> ⑥ 요양시설 <input type="checkbox"/> ⑦ 부랑인시설 <input type="checkbox"/> ⑧ 기타 _____	
16. 주민등록 주소지는?	_____시(도) _____구(시, 군) _____동(구)	

## <임상적 평가>

	평가근거	평가		
		없다	조금 있다	자주 있다
1. 자해(자살) 및 타해의 위험도	- 자해(자살)/타해와 관련된 정신상태 (망상, 환청, 정동상태 등) - 최근 병력(자살시도력 또는 주위사람에 대한 심한 적대감/난폭행동)			
2. 현저한 사고 및 지각장애	- 현저한 사고이완(지리멸렬) 및 망상 - 일상/사회생활이 어려울 정도의 환청			
3. 기억력/지남력의 심한 손상	- 기억력 및 지남력(특히 장소, 사람) 심한 손상			
4. 기괴한 행동이나 현저한 퇴행	- 이해하기 어려운 기괴한 행동 - 극도의 거부증 또는 현저한 퇴행			
5. 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/한시적 프로그램	- 최근 1개월내 정신과 약물의 종류나 용량의 주된 변화여부 - 일상 및 사회생활에 어려움을 주나 조절되지 않는 약물의 부작용 - 한시적 치료 프로그램 중			
6. 치료가 필요한 신체증상 동반	- 의료시설에서의 지속적 치료가 필요한 신체증상			

## <기능적 평가>

기능영역	평가근거	평가		
		도움없이 잘한다	조금만 도와주면 할 수 있다	혼자는 거의 못한다
1. 식사	- 적절한 식사			
2. 신체위생	- 대소변 처리, 생리처리 - 양치, 세수, 면도, 목욕 - 옷갈아입기 - 청소			
3. 의사소통/대인관계	- 기본적 대화기술(적절한 질의, 응답가능) - 협조적 대인관계			
4. 약물관리/병식	- 정기적 통원치료 및 약물복용			
5. 소지품 및 돈 관리	- 개인물품 관리 - 돈의 가치인식 - 혼자 물건사고 지불가능			
6. 교통/공공시설 이용	- 대중교통 수단 이용 - 공공시설 이용			

\* GAF

점

## GAF 채점표

정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해 본다. 신체적(환경적) 제한으로 인한 기능손상은 포함되지 않는다.

(주의: 필요한 경우는 중간 점수도 사용된다. 예 : 45. 68. 72 등)

100~91	전반적인 활동에서 최우수 기능, 생활의 문제를 잘 통제하고 있고 개인의 많은 긍정적인 특질로 인하여 타인의 모범이 되고 있음. 증상 없음.
90~81	증상이 없거나 약간의 증상(예: 시험전 약간의 불안)이 있음. 모든 영역에서 잘 기능하고 다양한 활동을 하고 있고 흥미를 느끼고 있음. 사회적인 효율성이 있고, 대체로 생활에 만족, 일상의 문제나 관심사 이상의 심각한 문제는 없음(예: 가족과 가끔 말싸움).
80~71	만약 증상이 있다면, 일시적이거나 심리 사회적 스트레스에 대한 예상 가능한 반응임 (예: 가족과의 논쟁 후 집중하기가 어려움). 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 손상 정도 이상은 아님(예: 일시적인 성적 저하).
70~61	가벼운 몇몇 증상(예: 우울한 정서와 가벼운 불면증) 또는 사회적, 직업적, 학교기능에서 약간의 어려움 있음(예: 일시적인 무단 결석, 또는 가정 내에서 흠칫). 그러나 일반적인 기능은 잘되는 편이며, 의미있는 대인관계에서 약간의 문제가 있음.
60~51	중간 정도의 증상(예: 무감동한 정서와 우회증적인 말, 일시적인 공황상태) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서 중간 정도의 어려움이 있음(예: 친구가 없거나 일정한 직업을 갖지 못함).
50~41	심각한 증상(예: 자살 생각, 심각한 강박적 의식, 빈번한 소매치기) 또는 사회적, 직업적, 학교기능에서의 심각한 손상이 있음(예: 친구가 없거나 일정하게 직업을 갖지 못함).
40~31	현실 검증력과 의사소통에서의 장애(예: 말이 비논리적이고, 모호하고, 부적절) 또는 일이나 학교, 가족 관계, 판단, 사고, 정서 등 여러 방면에서 주요 손상이 있음 (예: 친구를 피하는 우울한 사람, 가족을 방치하고, 일을 할 수 없고, 나이 든 소아는 나이 어린 소아를 빈번하게 때리고 집에서 반항하고, 학업에 실패함).
30~21	망상과 환각에 의해 심각하게 영향받는 행동 또는 의사소통과 판단에 있어서 심각한 손상, 지리멸렬, 전반적으로 부적절하게 행동하기, 자살에의 몰입이 있거나, 또는 거의 전 영역에서 기능할 수 없음(예: 하루 종일 침대에 누워 있음, 직업과 가정과 친구가 없음).
20~11	자신이나 타인을 해칠 약간의 위협(예: 죽음에 대한 명확한 예견 없이 자살을 시도, 빈번하게 폭력적이고 조증의 흥분상태) 또는 최소한의 개인 위생을 유지하는 데 실패(예: 대변을 묻힘) 또는 의사소통의 광범위한 손상(예: 대개 부적절하거나 말을 하지 않음)이 있음.
10~1	자신이나 타인을 심각하게 해칠 지속적인 위협(예: 재발성 폭력) 또는 최소한의 개인위생을 유지함에 있어서 지속적인 무능, 또는 죽음에 대해 명확한 기대없는 심각한 자살행동이 있음.
0	불충분한 정보

## [사회지지체계 평가]

지지체계영역	평가근거	평가		
		전혀 문제 없다	조금 문제 있다	매우 문제 많다
1. 가족친지 (주중, 주간)	낮동안 같이 지낼 가족친지			
2. 거주지	살고 있는 곳			
3. 경제자원	생활비 및 의료비 조달			
4. 가족친지 (야간, 주말)	같이 살면서 야간 및 주말에 돌봐줄 가족친지			
5. 주간재활 프로그램 이용	1시간 거리 내에 낮병원, 정신보건센터나 사회복지시설 등 주간재활시설 이용가능			
6. 가족친지 (도움 필요시)	같이 살지는 못하지만 필요하면 도움을 줄 수 있는 가족친지			

## [지역사회정신보건서비스체계 평가]

Q1. 대상자가 이용하고 있는 시설을 모두 표시해 주십시오 (복수 응답 가능).

- \_\_\_ ① 정신보건센터
- \_\_\_ ② 사회복지시설(사회재활프로그램)
- \_\_\_ ③ 사회복지시설(직업재활프로그램)
- \_\_\_ ④ 주거 및 입소시설
- \_\_\_ ⑤ 장애인 혹은 사회복지관
- \_\_\_ ⑥ 기타 \_\_\_\_\_

Q2. 대상자가 현재 직업을 가지고 있거나 어떤 형태로든 일을 하고 있습니까?

- \_\_\_ ① 아니오
- \_\_\_ ② 예

**Q3. 대상자가 일하는 형태는 다음 중 어떤 것입니까? (Q2의 2번에 답한 경우만)**

- \_\_\_① 보호작업장(sheltered house)
- \_\_\_② 임시취업(transient employment)
- \_\_\_③ 지지취업(supportive employment)
- \_\_\_④ 경쟁취업(competitive employment)

**Q4. 이 대상자의 외래치료를 담당하고 있는 주치의와의 의사소통/협력정도는 어느 정도입니까?**

- \_\_\_① 환자의 정보에 대한 의사소통이 거의 없다
- \_\_\_② 소견서만 제출받았고, 주기적/비주기적인 의사소통이 되지 않는다
- \_\_\_③ 주기적인 의사소통은 없지만 비정기적인 소통에 응하며 협조적이다
- \_\_\_④ 주기적인 쌍방향의 의사소통이 잘 되고 있다

**[입퇴원 관련조사]**

- 귀 기관의 전반적 체계가 아닌 본 대상자에 대한 부분입니다.

1. 대상자의 가장 최근 입원의 형태가 어떠합니까? (최근 2년 동안 입원이 없었다면 응답하지 않으셔도 됩니다)	<input type="checkbox"/> (1) 보호의무자에 의한 입원 <input type="checkbox"/> (2) 시도지사에 의한 입원 <input type="checkbox"/> (3) 자의입원 <input type="checkbox"/> (4) 시군구청장이 보호의무자인 입원	
(*보호의무자가 해당 동사무소 공무원인 경우 (4)번에 해당)		
2. 환자의 입원력에서 아래 사항을 채워주십시오. 입원이 한번인 경우는 동일하게 기입하시면 됩니다. (1=국립정신병원, 2=공립정신병원, 3=사립정신병원, 4=종합병원정신과, 5=병원정신과, 6=정신과의원, 7=기타)		
첫입원기관	가장 오래 입원한 기관	최근 입원 기관
(        )	(        )	(        )
3. 대상자는 계속입원심사제도에 의해 강제퇴원명령을 받은 적이 있습니까?		<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오
3-1. 대상자는 강제퇴원이후에 지역사회로 연계가 이루어져 실제적인 개입이 이루어졌습니까?	<input type="checkbox"/> (1) 예 <input type="checkbox"/> (2) 아니오	

**[퇴원 후 지역사회 연계체계] - 사례관리자에 해당하는 부분입니다.**

1. 귀하가 사례관리하고 있는 대상자들의 퇴원과정에 사례관리자로서 개입을 하는 경우는 몇 % 정도 되십니까?	(        ) %
2. 사례관리 대상자들의 퇴원과정 개입을 시도할 때, 장애요인은 어떤 것이 있었습니까? 경험적으로 가장 큰 장애요인이라고 생각하시는 순으로 3가지를 순서대로 (1,2,3) 기입해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 의료기관의 비협조 <input type="checkbox"/> 보호자의 비협조 (퇴원에 동의하지 않음 등) <input type="checkbox"/> 행정적 비협조(동사무소, 보건소 등) <input type="checkbox"/> 지역사회 내 제공할 적절한 서비스가 없음 <input type="checkbox"/> 업무 부담으로 인한 개입 여력부족 <input type="checkbox"/> 기타 _____
3. 의료기관에서 퇴원하면서 귀 기관으로 의뢰된 경우는 경험적으로 전체 중증정신질환자 신규 등록 사례의 몇 % 정도 된다고 생각하십니까?	(        ) %

**[가족체계 및 특성 평가]**

1. 현재 생존한 가족들에 표하십시오	조부(   ) 조모(   ) 부(   ) 모(   ) 배우자(   ) 형제, 자매(   ) 자녀(   ) 손자, 손녀(   )
2. 주된 보호자와의 관계는?	대상자의 (   )
3. 주보호자의 성별은? <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	4. 주보호자의 연령은?    _____세
5. 주된 보호자의 경제력은?	월수입 _____만원 (자가, 전세, 월세)거주 방(   )개, 화장실(   )개
6. 주된 보호자의 학력정도는(졸업, 중퇴, 재학 포함)?	<input type="checkbox"/> (1) 무학 <input type="checkbox"/> (2) 초등학교 <input type="checkbox"/> (3) 중학교 <input type="checkbox"/> (4) 고등학교 <input type="checkbox"/> (5) 전문대, 대학교 <input type="checkbox"/> (6) 대학원 이상
7. 주된 보호자의 직업(정년퇴임자의 경우 과거직업)은?	(   ) *직업분류표 참조
8. 주된 보호자는 대상자가 입원시에 퇴원에 긍정적이었습니까?	(1) 예 (2) 아니오 (3) 모름 (4) 입원한적 없음
8-1. 만약 퇴원에 부정적이었다면 이유는?	(   ) -- (   ) -- (   ) *지문참조, 우선순위3가지

### \*직업분류표(7번관련)

- (1)전문직(의사, 약사, 변호사, 법조인, 교사, 교수, 언론인, 예술가, 종교인 등)
- (2)관리직(기업체 경영주, 대기업체 간부, 5급이상 공무원, 사회단체 간부, 준장교, 경정급 이상 경찰 등)
- (3)사무직(회사원, 은행원, 6급이하의 공무원, 사회단체 직원, 위간급 군인, 경감이하 경찰 등)
- (4)판매/서비스직(소규모 가게, 음식점, 다방, 숙박업소, 이미용업소, 부동산, 보험설계사, 도소매 판매원, 행사, 노점상, 외판원, 운전기사, 파출부, 경비, 청소원 등)
- (5)생산직(숙련공, 기능공, 건설현장 인부, 막노동자, 취로사업 등)
- (6)농어축산업
- (7)가정주부
- (8)무직
- (9)기타\_\_\_\_\_

### \*퇴원에 부정적인 이유(10번관련)

- (1) 경제적으로 어려운 상황이어서
- (2) 나의 정신과 증상을 두려워해서(혹은 재발을 걱정해서)
- (3) 같이 살 공간이 부족해서
- (4) 돌봐줄 사람이 없어서
- (5) 평소 사이가 원만하지 못해서
- (6) 먼 친척이기 때문에(가족이 없음)
- (7) 모르겠다
- (8) 기타 \_\_\_\_\_

\* 이상의 내용들은 차트를 참고하시고, 필요시 환자와의 면접을 통해 평가하십시오.

### C. 계속입원심사청구 서류 양식

계속입원치료심사청구서						
환 자	성 명		주민등록 번호		생활보호 대상여부	대상자( ) 유 료( )
	입 원 전 소	[전화 : _____]				
	증 상					
	최 발 병 일		금 회 입원일		입 원 총 회 수 (다른기관에 입원한 횟수 포함)	회
<b>1. 환자의 상태</b>			아 높	주 음	높 음	낮 음
① 자해 및 타해의 위험성 정도						
② 일상생활 및 위생관리능력의 장애정도						
③ 기이한 행동이나 퇴행정도						
④ 비현실적 및 비논리적 사고의 정도						
⑤ 거부증						
⑥ 기업력·지남력(시간·장소·사람에 대한 분별력) 및 판단력의 손상정도						
<b>2. 퇴원가능여부에 대한 전문의 소견</b>						
년 월 일		정신과전문의 :			(서명 또는 인)	
보 호 의 무 자	성 명		주민등록번호		환자와의 관 계	보호자의( )
	주 소	[전화 : _____]				
본인은 정신보건법 제24조 제3항 및 동법시행규칙 제14조 제2항의 규정에 의하여 위 환자가 귀 정신의 료기관에 계속입원할 것을 동의합니다.						
년 월 일		보호의무자			(서명 또는 인)	
귀하						
정신보건법 제24조 제3항 및 동법시행규칙 제14조 2항의 규정에 의하여 위와 같이 계속입원치료의 심사 를 청구합니다.						
년 월 일		병 원 장				
귀하						

## D. 보호자전화설문지

### 장기입원 요인구조에 대한 보호자용 설문지

<일반적 사항>

성명:                    생년월일:    년    월    일    남/여

ID:                    □□ □□ □□ -□\*\*\*\*\*

1. 지금까지 발병 후 총 몇 회 입원했습니까?(현재 입원 포함)

- ① 한번   ② 2회~5회   ③ 6회~10회   ④ 그 이상

2. 가장 오래 입원한 경우는 몇 개월 가량 입원을 하였습니까?

- ① 3개월 미만   ② 3개월 - 6개월   ③ 6개월 - 1년   ④ 1년 이상

※ 아래는 현재 혹은 최근의 입원상황을 기준으로 답해주시시오. 병원퇴원 후 1주일 이 내에 같은 병원이나 다른 병원으로 입원이 된 경우 계속 입원해 있었던 것으로 생각하시면 됩니다.

### <입원의 결정>

3. 입원을 시키기로 결심을 하였을 때, 환자의 상태가 어느 정도였습니까?

- ① 자신을 해치거나 다른 사람에게 폭력을 쓸 위험성이 아주 높았다. (알코올 환자의 경우 7일이상 지속적으로 음주를 하고 감당이 되지 않았다)
- ② 자해나 타해의 위험성은 없어 보였으나 상태가 상당히 나빠져서 신경을 많이 써야 하고 힘들었다 (알코올 환자의 경우 3일이상 술을 많이 마시고 자제하지 못하였다)
- ③ 평소와 상태가 다르고 재발의 기미가 보이는 상태였다. (알코올 환자의 경우 한 번만이라도 술을 마시는 것이 발견되었다)

- ④ 상태는 평소와 비슷하나 여러 가지 이유(좀 쉬고 싶거나, 장기여행을 가거나, 가족간에 불화가 심해지거나 등등)로 환자를 집에 둘 수 없었다.
- ⑤ 입원시킬 생각이 없었는데, 의사가 입원을 권유하여서
- ⑥ 기타 \_\_\_\_\_

4. 당시 환자가 입원권유에 동의하였습니까?

- ① 본인 스스로가 입원을 하고 싶어했다(자의입원)
- ② 처음에 입원을 원하지 않았지만 설득하여 동의를 얻은 후 입원시켰다(동의입원)
- ③ 한참을 설득하였으나 받아들이지 못해 결국 강제적으로 입원을 시켰다(강제입원)

<퇴원의 결정과 대안>

5. 중간에 환자가 퇴원을 시켜달라고 한 적이 있다면 그때 어떻게 하셨습니까?

- ① 퇴원시켜달라고 한 적 없다
- ② 환자 의견을 존중해서 퇴원을 시켰지만, 상태가 좋지 않아 다시 입원이 되었다.
- ③ 퇴원할 때가 되지 않았다고 생각하여 더 입원해 있도록 했다
- ④ 퇴원할 때는 되었다고 생각했지만 여러사정으로 어려워서 어쩔수 없이 입원시켜 두고 있다
- ⑤ 퇴원시키려고 했지만 의사(병원)가 더 있으라고 해서 입원시켜두고 있다.
- ⑥ 기타 \_\_\_\_\_

6. 현재 환자가 입원해 있다면, 퇴원시켜서 외래치료를 받게 할 의향이 있습니까?

- ① 예            ② 아니오            ③ 현재 외래치료중이다.

7. 만약 퇴원하여 외래치료를 받게 된다면 누구와 같이 살게 됩니까(퇴원해 있다면 누구와 같이 살고 있습니까)?

- ① 부모님 ② 형제 또는 자매의 집 ③ 자녀의 집 ④ 본인의 집 ⑤ 기타친척
- ⑥ 지낼 곳 없음 ⑦ 기타 \_\_\_\_\_

8. 아래의 도표를 묻고 연결된 질문을 하십시오.

※ "평가"에서 ⇒ 문항에 답을 하면 표(V)하고, "그런 이유가 퇴원시키지 못하는 원인중 하나입니까?"라고 질문하십시오. 그런 후 "예"라는 대답이 나오면 표(V)하고, 도표의 질문을 끝낸 후 연결된 질문을 하십시오(퇴원영향에 '아니오'답변이 나오면 연결질문을 하지 않아도 됩니다).

평가영역	질문	평가		퇴원영향	
		예	아니오	예	아니오
1. 거주환경	환자가 퇴원 후 들어가서 살 방이 있습니까?		⇒	8-1	
2. 주간동거가족	낮 동안에 같이 지내면서 환자를 돌봐줄 가족이 있습니까?		⇒	8-2	
3. 야간동거가족	낮에는 같이 지내지 못하지만 저녁으로는 같이 지내면서 돌봐 줄 가족이 있습니까?		⇒	8-1	
4. 경제지원	퇴원 후 환자의 생활비와 의료비를 대줄 여력이 있습니까?		⇒	8-31 8-32	
평가영역	질문	아니오	예	예	아니오
5. 심각한 증상	환자가 현재 자해 혹은 타해의 위험이 크고, 정신과적 증상이 심각합니까?		⇒	8-4	
6. 잦은 재발	현재 상태는 양호하나 퇴원하면 금방 재발하여 또 입원을 시켜야 할 것 같습니까?		⇒	8-5	
7. 소진	환자의 증상은 호전되었으나 환자와 가족간에 불화가 있거나 환자에게 너무 지쳐 가능하면 환자의 치료과정에 개입하고 싶지 않으십니까?		⇒	8-1	

<주거재활시설>

8-1. 환자가 가족과 떨어져 사회재활을 하면서 먹고 자고 지낼 수 있는, 무료주거재활시설을 이용할 수 있다면, 퇴원을 결정하실 수 있겠습니까?

① 예

② 아니오



수 있겠습니까?

① 예

② 아니오

<장기입원 법적 이해>

9. 6개월 이상의 장기 입원을 시켜야 하는 경우 법적으로 **계속입원심사**를 받도록 되어 있습니다. 이런 경우 그 서류에 보호자의 동의 서명(싸인)이 필요한데, 그런 사실을 알고 계셨습니까?

①예

②아니오

10. 계속입원심사를 하여 퇴원명령이 결정되면 병원과 보호자는 지체없이 퇴원을 시켜야 합니다. **퇴원명령**으로 환자를 병원에서 퇴원시켜야 한다면 그 후 어떻게 하고 싶으십니까?

① 집에 데리고 있으면서 외래치료를 시키겠다

② 어쩔수 없이 입원시킬 수 있는 다른 병원을 알아보겠다

③ 10명내외의 소규모 정신장애인 주거시설을 알아보겠다(현재 본인부담금이 20만원정도 든다)

④ 정신요양원(대규모 수용시설)을 알아보겠다

⑤ 기타 기술\_\_\_\_\_

\* 수고하셨습니다. 다음은 귀하의 일반적 사항에 대한 질문입니다.

1. 환자를 중심으로 현재 생존하신 가족들을 표시하십시오	조부( ) 조모( ) 부( ) 모( ) *이혼하여 따로살면 제외 배우자( ) *이혼한 경우 제외 형제, 자매( ) 자녀( ) *이혼하여 따로살면 제외 손자, 손녀( )
2. 환자와 관계는 어떻게 되십니까?	환자의 ( )
3. 성별은 어떻게 되십니까?	(1) 남 (2) 여
4. 나이는 어떻게 되십니까?	__세
5. 경제력은 어느정도 되십니까?	월수입 ____만원 (자가, 전세, 월세)거주 방( )개, 화장실( )개
6. 학력은 어느정도 되십니까 (졸업, 중퇴, 재학 포함)?	(1) 무학 (2) 초등학교 (3) 중학교 (4) 고등학교 (5) 전문대, 대학교 (6) 대학원 이상
7. 현재 거주하시는 지역은 어디입니까?	(1) 서울, 인천, 경기 (2) 강원도 (3) 충청도 (4) 광주, 전라도 (5) 대구, 경북 (6) 부산, 울산, 경남 (7) 제주도
8. 직업(정년퇴임자의 경우 과거직업)이 무엇입니까?	( ) * 아래의 직업분류표 참조

**\*직업분류표(7번관련)**

- (1)전문직(의사, 약사, 변호사, 법조인, 교사, 교수, 언론인, 예술가, 종교인 등)
- (2)관리직(기업체 경영주, 대기업체 간부, 5급이상 공무원, 사회단체 간부, 군장교, 경정급 이상 경찰 등)
- (3)사무직(회사원, 은행원, 6급이하의 공무원, 사회단체 직원, 위간급 군인, 경감이하 경찰 등)
- (4)판매/서비스직(소규모 가게, 음식점, 다방, 숙박업소, 이미용업소, 부동산, 보험설계사, 도소매 판매원, 행사, 노점상, 외판원, 운전기사, 파출부, 경비, 청소원 등)
- (5)생산직(숙련공, 기능공, 건설현장 인부, 막노동자, 취로사업 등)
- (6)농어축산업
- (7)가정주부
- (8)무직
- (9)기타\_\_\_\_\_

설문에 응해주셔서 감사합니다.<끝>

## E. 장기재원 문제 개선을 위한 심판위원회 운영방안에 대한 설문

안녕하십니까?

한국의 정신보건사업의 원활한 운영을 위하여 수고하고 계신 위원님들의 노고에 감사드립니다. 다음의 설문지는 현재 심판위원회에서 활동하고 계시는 심판위원님들의 경험과 전문성을 빌어, 2008년 개정된 정신보건법과 현재 진행 중인 시행령, 시행규칙 개정안에서 제시되고 있는 심판위원회 운영체계의 변화 속에서 정신질환자의 장기입원 문제를 해결하는데 도움이 되는 대안을 찾아보고자 구성되었습니다.

장기입원의 문제를 개선하고 정신장애인에 대한 권익을 강화하기 위한 국가정책 보고서를 준비하며 소중한 정책 자료로 참고하고자 하오니 바쁘시겠지만 성실하게 대답해 주시기를 간곡히 부탁드립니다.

참고로 본 설문은 델파이 조사방법에 맞추어 2회에 걸쳐 진행될 예정입니다. 1차 설문 후 통계자료를 각 위원님들께 보내드리고 동일한 내용으로 2차 설문을 수행한 뒤, 몇 분을 모시고 토론회도 진행할 예정입니다. 따라서 본 설문은 기명으로 진행될 예정입니다.

완성된 설문은 서울광역정신보건센터 이명수 센터장에게 이메일로 회신 부탁드립니다. 이메일 주소는 [mslee1010@hanmail.net](mailto:mslee1010@hanmail.net) 입니다.

감사합니다.

국가인권위원회 배상

## 설문의 배경

심판위원들께서 잘 아시는 것처럼 2008년 정신보건법이 개정되고 현재 시행령, 시행규칙 작업 중에 있습니다. 개정된 정신보건법에서는 시도 단위의 심판위원회를 시군구로 이양하였으며 새로이 외래치료명령제를 도입하였습니다. 심판위원회의 시군구 이양은 그 논리적 타당성과 실효성에 대한 논의는 열외로 하고, 과도한 청구건수와 광범위한 지역을 담당함으로써 생기는 물리적 접근성의 한계, 그로 인한 심판위 기능의 분명한 한계를 극복하기 위한 시도로 보입니다. 외래치료명령제도의 도입은 인권침해의 위험요소를 감내하면서도 장기적 입원보다 지역사회 기반의 치료를 활성화하기 위한 시도라고 생각합니다.

의료급여 수가 정책의 변화를 통해 치료적질성을 향상시키고, 지역사회 인프라 확충과 정신보건심판위원회 기능 강화를 통해 '사회적 입원'을 최소화시키는 것이 중기적 목표라고 생각합니다. 물론 장기입원을 결정하는 요인은 복잡하게 얽혀 있고 현행 제도가 그 모든 문제에 대한 해결책을 담고 있지는 못합니다. 서울시 정신보건심판위원회의 퇴원명령을 통해 퇴원한 정신질환자를 의료보장 형태가 불안정할 수록, 즉 보호의무자가 없을수록 재입원까지의 기간이 길게 나타나는 것을 알 수 있었습니다. 즉, 보호의무자의 존재가 오히려 재입원 가능성을 높이고 있다고 볼 수 있습니다. 의료급여와 기초생활수급 정책의 모순적 요인으로 인한 도덕적 해이 등 소비자와 정신의료서비스 공급자의 행동변화를 유발할 동기 요인이 여전히 취약한 상황에서 심판위원회 기능 강화와 지역사회 인프라 확충으로 충분히 실효성을 볼 수 있다는 근거는 미약해 보입니다.

그럼에도 불구하고 우리는 현행 법령이 담고 있는 제도적 요소를 최적화시킬 필요가 있으며 만약 현행법에 반영되어 있지 않다면 다음 개정 법안에 담을 수 있도록 합리적 정책 대안을 제시해야 할 것입니다. 이에 여러 심판위원 여러분들의 전문적 경험과 고견을 빌어 정신보건심판위원회 운영과 관련된 정책적 합의 사항을 도출하고 개선하고자 합니다.

## 선행 연구 요약

2006년 국가인권위 연구과제로 대구대학교 배정규 교수팀 (세부과제 책임 ; 서울대학교 강상경 교수)에서 수행한 정신보건심판위원회 관련 연구 결과를 요약해 보면 다음과 같습니다. 당시 연구는 1단계 한 지역의 심판위원들을 대상으로 집중 인터뷰를 한 후 2단계로 제시된 아젠다에 대해 전국의 심판위원들에게 설문조사를 시행하였고, 총 54명의 심판위원들이 설문에 응답했었습니다.

표 1. 문제영역 및 대안에 대한 심판위원들의 동의율

문제 영역	문제에 대한 동의율(%)	대안	대안에 대한 동의율(%)
과다한 청구건수	63	심판위원회 상설	38
		의료기관의 자체적 활동 유도 <sup>5)</sup>	70
		사법체계	14
		소위원회 또는 복수 운영	29
사회지지체계 부족으로 계속입원을 증가	91	지역사회 인프라 확충	92
		개방병동 활성화	42
퇴원 후 사후관리 미흡	62	지역정신보건센터의 사후관리 책임성 강화	57
		통합정보관리 시스템 도입	56
퇴원청구서류 작성의 객관성 미흡(특히 의사의 경우)	48	평가서류 작성 시 다양한 직종이 참여	24
		일정 입원기간 후 일정기간 사회에서 생활해야 하는 기준 도입	15
심판위 운영체계의 경직성 (정족수 참여 어려운 경우 존재)	17	운영체계 유연화	25
제 3자에 의한 입원 등의 경우 퇴원명령을 내리기 어려움	67	전문가의 판단에 의한 퇴원할 수 있도록 제도화	85

5) 예를 들어, 입원병원에서 자체적으로 퇴원 가능한 환자에 대한 퇴원이 자발적으로 이루어져서 심판위원회에서 처리해야할 건수를 줄여야 한다



## 설문 영역 1. 보호의무자에 의한 부적절 재원

앞에서도 간략히 언급했듯이 서울시 심판위원회에서 퇴원명령을 받은 대상자를 추적 조사해 본 결과, 전체 퇴원명령대상자의 29%, 재입원대상자의 59%가 퇴원 하루 만에 재입원한 것으로 나타났습니다. 또한 퇴원 후 지역사회 유지기간과 의료보장형태와는 의미있는 상관관계가 있는 것으로 나타났는데, 보호의무자가 있는 경우가 오히려 재입원까지의 기간이 짧게 나타나고 있습니다. 단편적으로 살펴보았을 때, 사회지지체계 부족으로 인한 사회적 입원이 중요한 문제로 부각되고 있기는 하지만, 가장 중요한 사회지지체계인 가족의 존재가 정신질환자의 장기재원 문제 해결에 효력이 없거나 오히려 역기능을 보이고 있다고 해석할 수도 있습니다.

이에 관련하여 질문을 드리겠습니다. 최대한 관련된 선행요인에 대한 질문도 동시에 포함시키려 노력했으나 감안하시고 응답해 주시면 감사하겠습니다.

- 1-1. 정신의료기관에서의 의학적 판단으로 퇴원이 가능하다고 판단되는 경우, 보호의무자의 의지와 상관없이 퇴원이 가능할 수 있는 기반을 마련해야 한다 ( )
- 1-2. 이에 대한 심사는 심판위원회에 의뢰하고 심사 결과에 따라 조치할 수 있도록 함으로서 공공 책임성을 강화해야 한다 ( )
- 1-3. 심사평가의 방식 ; 일반적 계속입원심사 평가는 해당하지 않습니다.  
(1-1과 1-2의 경우), 책임성 강화의 부담을 최소화하기 위해서는 평가과정의 적절성이 중요하기에 필히 면접평가로 해야 한다 ( )
- 1-4. 중장기적으로는 보호의무자에 의한 입원 조항을 삭제하고 비자발적 입원은 외국과 같이 공공시스템과 공공후견인을 통해서만 가능하게 해야 한다 ( )
- 1-5. 기타 방안 (기타방안에 제시하신 안건은 2차 설문조사에서 설문문항으로 채택하여 의견을 물을 계획입니다)

---

---

---

## 설문 영역 2. 퇴원 명령 후의 지속관리 체계

서울시 조사에서 나타난 결과를 보면, 퇴원명령 후의 재입원 경험률은 50.9%로 나타나고 있고 재입원까지의 평균 기간은 51.73일(S.D.=103.5)로 나타났으며, 최소 1일에서 최대 570일의 분포를 나타내고 있습니다. 지역사회 서비스로 연계가 된 경우 첫 번째 재입원까지의 평균기간(150.24±142.5일)이 연계되지 못한 경우의 평균 (11.86±3.8일) 보다 길게 나타나고 있었으며 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있었습니다(P<0.001). 2006년 연구에서도 지역사회 인프라 개선이 중요한 항목으로 나타나고 있습니다(동의율 92%). 따라서 필요한 인프라가 있고 적절한 연계가 이루어지면 최소한 그렇지 못한 경우보다는 지역사회 유지 가능성이 높아진다고 보여집니다. 이를 실효성 있는 정책화하기 위해 몇 가지 질문을 드립니다.

\* 현재의 시도단위의 운영에서 시군구 단위로 이양됨으로서 업무부담의 감소가 조심스럽게 예측되고, 물리적 접근성도 개선될 수 있다고 전제하고 질문을 드립니다. 심판위원회 구성의 애로사항 등은 일단 염두에 두지 마시기 바랍니다.

- 2-1. 심판위원회 결정에 대한 실행조직으로 광역 및 지역정신보건센터가 적합하며 퇴원 명령된 정신질환자에 대한 지역사회 연계, 모니터링 등의 기능을 담당해야 하며, 이를 공식 업무로 채택하여 심판위원회에 보고하도록 해야 한다 ( )
- 2-2. 지역사회 입소 및 주거시설 운영 지원에 있어 일정 부분 이상의 TO를 병원에서 의뢰되는 대상자로 하도록 하며, 이에 대한 차등지원체계를 마련해야 한다( )
- 2-3. 퇴원명령 후 일정기간(3개월 혹은 6개월)이내 재입원하는 경우 지체없이 심판위원회에서 심사할 수 있도록 해야 한다 ( )
- 2-4. 퇴원명령 후 일정기간 (3개월 혹은 6개월) 이내 재입원하는 경우, 의료급여 대상자라도 본인부담을 발생시키도록 해야 한다 ( )
- 2-5. 일정 기간 이상 장기 재원하는 경우의 적절성 평가와 평가 결과에 따른 본인부담금 부담을 검토해야 한다( )
- 2-6. 따라서 퇴원명령을 위한 계속입원 심사의 적절성 제고를 위해 심판위원회의 평

가를 면접평가로 해야 한다 ( )

2-7. 통합적 정보관리시스템 도입으로 횡수용화 등의 부정적 문제해결을 도모해야 한다 ( )

2-8. 기타 방안 (기타방안에 제시하신 안건은 2차 설문조사에서 설문문항으로 채택하여 의견을 물을 계획입니다)

---

---

---

### 설문영역 3. 외래치료명령제

이번 법 개정안의 큰 특징 중 하나는 외래치료명령제가 도입되었다는 것입니다. 외국에서 운영되어지고 있는 외래치료명령제는 크게 두 가지의 의미를 가지고 있습니다. 첫 번째는 최소한의 제한적 환경(least restrictive)에서의 치료를 목적으로 하고 있습니다. 두 번째는 비자의적 입원 등의 입원치료를 사전예방(preventive)하기 위한 목적입니다. 지역사회에서 치료를 받지 않고 방치되어 있는 대상자를 외래치료 명령제에 등록시키는 경우 두 번째의 경우에 해당하며, 우리나라의 경우에는 정신보건법상 첫 번째의 의미를 주로 담고 있다고 볼 수 있습니다. 자타해의 반복적 위험을 보인 대상자를 장기 입원시키는 것이 아니라 외래치료명령제를 통해 덜 제한적인 지역사회에서 관리할 수 있도록 하는 근거를 마련했다고 볼 수 있습니다. 법에서는 외래치료명령제의 운영에 있어 적용 타당성 심사와 외래치료명령이 잘 시행되지 않을 경우의 심사를 심판위원회에 위임하고 있습니다. 이에 몇 가지 질문을 드리려고 합니다.

\* 법과 시행령, 시행규칙에 외래치료명령제 운영과 관련하여 구체적인 사항이 결정되지 않았기에 일부 운영적 측면의 질문도 포함되어 있습니다.

- 3-1. 외래치료명령제의 심사는 특성 상 의료기관 소재지가 아닌 환자 거주지의 심판위원회에서 담당해야 한다 ( )
- 3-2. 퇴원을 시키려는 의료기관의 의지가 반영되어 있고 보호의무자가 동의한 경우이기에 반드시 면접평가를 진행할 필요는 없다 ( )
- 3-3. 자타해의 위험성을 반복적으로 보이는 대상자에서 보다 확대하여 예방적 의미의 외래치료명령제로 확대할 필요가 있다
  - 3-3-1. 자타해의 위험은 분명하지 않으나 잦은 치료중단으로 반복적으로 재입원하는 경우 ( )
  - 3-3-2. 치료받지 않은 정신질환자로 입원치료까지 필요하지는 않으나 분명히 정신과적 치료가 필요한 경우 ( )
- 3-4. 기타 방안 (기타방안에 제시하신 안건은 2차 설문조사에서 설문문항으로 채택하여 의견을 물을 계획입니다)

---



---



---

#### 설문영역 4. 비자의적 입원에 대한 통제체계

우리와 같이 높은 인구 당 병상수와 장기재원일수를 보이고 있는 일본의 경우 만성장기재원환자의 탈원화도 중요하지만 새로운 장기재원환자의 발생을 예방하는데 초점을 모으고 있습니다. 우리나라의 사회경제적 수준과 보건의료체계의 특성, 지불방식의 다원화, 정신보건의 우선순위를 감안할 때 필요 충분한 비용과 인프라 투입은 어쩌면 가까운 미래에 달성되기 어려울 수 있습니다. 새로운 장기입원을 예방하는 구조로서의 정신보건심판위원회! 아직 법안에 구체적으로 기능이 명시되지는 않고 있습니다만 정책대안 제시를 위해 질문을 드립니다.

**4.1.** 중장기적으로는 비자의적 입원에 대한 입원초기(예를 들어 1달 이내)의 입원적절성 평가 과정이 필요하다( )

**4.2.** 정신요양원의 경우, 계속입원에 대한 평가보다는 입소단계의 적절성을 평가해야 한다. 즉, 입소 적절성 평가에 대한 기전이 마련된다면 의료기관처럼 매 6개월 마다 심사평가할 필요는 없다( )

**4.3.** 자의입원 제도

**4-3-1.** 자의입원인 경우 환자가 원하면 즉각 퇴원시켜야 한다는 조항은 개정되어야 한다 ( )

**4-3-2.** 만약 개정되어야 한다고 생각하신다면 어떻게 되어야 한다고 생각하십니까?

---

---

**4-3-3.** 환자도 동의하고 보호의무자도 동의하는 경우, 보호의무자에 의한 입원으로 분류되고 있는데, 환자가 동의하는 경우는 자의입원으로 분류하거나, 입원분류체계를 더 세분화할 필요가 있다 ( )

**4.4.** 기타 방안 (기타방안에 제시하신 안건은 2차 설문조사에서 설문문항으로 채택의견을 물을 계획입니다)

---

---

---

## 설문 영역 5. 기타

앞에서 제시되지 않은 사항 중에서 심판위 운영 및 제도개선과 관련해서 아젠더로 삼았으면 좋겠다고 생각하시는 사안이 있으시면 개진해 주시기 바랍니다. 2차 조사와 간담회에서 심판위원들과 공유하는 기회를 가져보도록 하겠습니다.

---

---

---

---

## F. 심층면접사례요약지

<sample> "더 무서운 곳으로 보내질까 두려워 스스로 원해서 장기입원 하는 환자"(환자의 상황을 요약하는 제목)

현재 경기도지역의 정신전문병원에 입원중인 여자로 의료보장은 의료급여 1종입니다. 나이는 46세(62년생), 학력은 고등학교, 결혼상태는 미혼입니다(남자는 병력사항 포함).

처음 발병연도는 1990년이며, 첫 진단을 받은 해도 1990년입니다. 주 진단은 조울증입니다. 이번 입원을 포함하여 총 9회 정신병원, 대학병원 정신과, 정신요양원 등에 입원(입소) 된 적이 있었지만 장기입원은 없었습니다. 최근 2년동안 지역사회 거주기간은 2개월이었습니다. 입원(입소)전 거주 형태는 독립적 가구로 혼자 거주하고 있었습니다. 이번 입원 직전의 입원(입소)은 현재의 병원에 2006년 11월 29일부터 2008년 5월 26일까지였습니다. 현재 입원된 기간은 2008년 5월 27일 이후 4개월째입니다. 입원 경위는 보호의무자에 의해서이며, 현재 주된 보호자는 아버지이며 나이는 78세입니다. 자가의 주택에 살며, 월수입은 50만원정도입니다. 과거 막노동을 하였으며 현재는 무직입니다. 생존한 가족은 부, 모, 형제, 자매가 있습니다. 최근 1개월간 1회의 면회도 없었으며, 환자의 퇴원에 부정적이며, 그 이유는 환자가 생각하기에 환자의 정신과 증상을 두려워해서(혹은 재발을 걱정해서)인 것 같다고 하였습니다.

평가척도상 환자의 일반적기능평가는 70점이며, 임상평가와 기능평가에서 독립된 생활이 가능하나, 사회지지체계가 열악한 것으로 조사되었으며 나가서 살 곳이 없고 가족은 생존해 있으나 돌봐 줄 여력이 되지 않는 상태였습니다. 환자는 지역사회정신보건서비스가 있다는 말을 들은 적은 있지만 이용한 적은 없었습니다(평가척도를 고려할 때 지역사회로 나갈 수 있는 정도와 그럴 경우 필요한 수준을 기술).

조사자와의 면담에서 (자유롭게 환자가 장기입원을 하고 있는 구조적, 현실적 상황에 대한 기술, 환자의 의견을 인용, 조사자의 개인적인 판단도 기술, 퇴원후 지역사회적응을 위한 최선의 치료재활서비스에 대한 판단, 구조적 해결책도 같이 제시)환자는 사랑발재활원이나 다른 시설로 보내질 것을 두려워하고 있었으며, 퇴원청구를 할 경우

가족들이 자신을 더 무서운 곳으로 보내지 않을까 걱정이 되어서 퇴원청구도 하지 않는다고 하였습니다. 그래서 2008년 5월 26일 퇴원 당시 아버지가 방문하였으며, 퇴원 직후 병원 인근의 여관에서 하룻밤을 자고 바로 아버지와 함께 병원을 방문하여 재입원을 하였다고 합니다. 지금은 익숙해지고 그래도 있을만한 현 병원에 살 생각으로 있다고 하였습니다. 조사자의 판단에는 지역사회주거재활시설이 환자에게 제공된다면 퇴원하여 성공적으로 지역사회에 정착할 수 있을 것으로 생각되었습니다. 보호자에게는 적합한 정신질환과 지역사회정신보건에 대한 정보가 제공되고, 환자를 돌보는 부담감을 경감시켜 환자를 입원시키는 것보다 더 나은 방법이 있음을 알리는 것이 중요할 듯 하였습니다.

## G. 정신의료이용경로 별첨자료

표 1. 초발 의료이용 그룹별 의료이용 양상(2005년)

초발 의료 이용 그룹	연령 구분	환자수 (명)	성별		첫 입원 에피소드의 입원기간	환자당 입원기간	환자당 재원일수	환자당 외래내원일 수	환자당 외래요양일 수	환자당 총진료비	환자당 입원비	환자당 외래진료비	환자당 원외처방 약제비	환자당 입원횟수
			남성	여성										
Total	Total	30,678	17,386	13,292	43.3%	98.4	113.8	111.2	10.0	93.3	4,283,476	486,356	23,324	1.15
	연령 미상	272	203	69	25.4%	428.6	510.1	500.6	9.9	87.7	16,386,766	387,149	11,287	1.39
	10세 미만	10	3	7	70.0%	21.9	21.9	21.9	3.5	18.0	1,394,466	1,374,138	0	1.00
	10~19세	916	455	461	50.3%	51.6	57.5	54.1	12.0	92.3	3,228,186	2,784,479	71,706	1.08
	20~29세	3,612	1,833	1,779	49.3%	80.2	94.0	90.1	10.9	95.8	4,423,687	4,019,689	50,154	1.15
	30~39세	6,563	3,532	3,031	46.2%	89.2	103.3	100.3	10.7	101.0	4,256,399	3,971,283	28,307	1.15
	40~49세	8,133	4,935	3,198	39.3%	109.8	128.1	125.4	9.7	93.4	4,691,094	4,523,998	456,781	1.17
	50~59세	5,099	3,085	2,014	39.5%	105.0	120.3	118.3	9.2	88.2	4,563,513	4,412,385	421,221	1.15
	60~69세	3,499	2,021	1,478	42.2%	95.2	110.4	109.0	8.5	81.5	4,538,700	4,404,047	374,109	1.14
	70~79세	2,140	1,160	980	45.8%	85.1	94.1	92.7	8.0	81.1	3,630,583	3,541,842	327,690	1.09
A	80세 이상	434	159	275	63.4%	83.5	87.8	86.5	6.3	67.6	3,599,493	3,554,551	231,722	1.08
	Total	3,427	1,435	1,992	58.1%	35.1	39.9	38.3	10.3	98.5	3,152,943	2,682,835	634,037	1.08
	연령 미상	3	2	1	33.3%	23.0	65.3	60.7	4.5	58.5	4,922,120	4,622,810	351,560	2.00
	10세 미만	7	3	4	57.1%	22.7	22.7	22.7	3.5	18.0	1,665,274	1,636,234	101,640	1.00
	10~19세	251	124	127	50.6%	38.8	44.5	41.8	12.6	99.5	3,482,008	2,865,417	758,761	1.09
	20~29세	664	314	350	52.7%	40.6	48.1	46.0	11.0	95.2	3,810,055	3,201,122	701,793	1.13
	30~39세	774	339	435	56.2%	38.6	42.4	40.7	11.2	108.5	3,363,354	2,789,464	711,706	1.07
	40~49세	651	259	392	60.2%	39.7	45.9	44.0	9.2	101.8	3,356,121	2,915,418	619,952	1.08
	50~59세	505	193	312	61.8%	24.3	28.3	27.5	9.5	91.8	2,466,244	2,112,741	528,247	1.06
	60~69세	370	133	237	64.1%	30.0	31.8	31.0	8.9	86.4	2,545,538	2,272,278	459,772	1.05
B	70~79세	172	59	113	65.7%	21.8	23.5	22.9	9.2	93.1	2,045,170	1,825,873	407,612	1.08
	80세 이상	30	9	21	70.0%	19.8	19.9	19.9	4.1	59.4	1,590,308	1,520,781	194,436	1.03
	Total	1,272	513	759	59.7%	32.8	41.6	39.6	7.1	63.3	3,167,942	2,822,364	397,089	1.18
	연령 미상	4	2	2	50.0%	49.8	194.5	191.8	3.3	34.0	10,643,995	10,478,700	198,017	1.75

조발 의료 이용 그룹	연령 구분	환자수 (명)	성별		첫 임원 에프소드의 임원기간	환자당 임원기간	환자당 채원일수	환자당 외래내원일 수	환자당 외래요양일 수	환자당 총진료비	환자당 입원비	환자당 외래진료비	환자당 원외처방 약제비	환자당 입원횟수
			남성	여성										
C	10세 미만	0	0	0.0%										
	10~19세	77	42	54.5%	44.9	52.3	49.8	7.5	53.5	4,005,433	3,544,252	434,735	116,781	1.13
	20~29세	277	143	51.6%	37.5	47.3	43.9	7.7	64.4	3,504,345	3,075,868	439,550	58,747	1.20
	30~39세	295	114	38.6%	36.5	44.4	42.5	7.6	65.8	3,378,120	3,006,676	426,084	58,019	1.19
	40~49세	219	75	34.2%	30.8	40.3	38.8	6.8	66.8	3,074,400	2,758,896	386,917	36,358	1.20
	50~59세	179	63	35.2%	25.0	34.1	32.8	6.4	64.6	2,634,541	2,353,050	369,076	36,128	1.13
	60~69세	137	46	33.6%	28.0	33.6	32.5	6.4	58.2	2,718,045	2,448,936	334,559	37,116	1.20
	70~79세	77	23	29.9%	23.0	29.1	27.8	5.7	56.4	2,404,545	2,172,690	277,524	40,832	1.17
	80세 이상	7	5	71.4%	11.1	14.4	12.0	6.3	65.8	1,282,977	1,149,166	230,495	2,100	1.14
	Total	4,959	2,459	49.6%	55.7	60.9	59.3	10.4	97.3	2,887,210	2,630,416	550,069	35,502	1.07
	연령 미상	18	10	55.6%	390.3	401.9	397.8	13.2	81.7	13,146,053	12,797,743	591,467	151,155	1.22
	10세 미만	2	0	0.0%	9.5	9.5	9.5	9.5		512,470	512,470		0	1.00
	10~19세	201	104	51.7%	41.5	43.2	41.3	12.2	99.9	2,506,170	2,103,028	653,248	52,142	1.06
20~29세	588	273	46.4%	55.6	62.8	60.2	11.4	99.0	3,496,579	3,057,393	650,506	73,000	1.09	
30~39세	944	447	47.4%	59.0	64.4	62.5	10.9	103.8	3,231,285	2,869,641	622,815	44,299	1.08	
40~49세	1,250	651	52.1%	64.9	71.8	70.0	10.0	95.7	3,048,992	2,829,840	505,463	29,502	1.08	
50~59세	791	398	50.3%	51.6	54.4	53.2	10.2	96.9	2,435,051	2,247,448	497,176	20,411	1.04	
60~69세	649	312	48.1%	42.2	49.1	48.4	8.9	87.9	2,489,474	2,315,198	428,392	27,078	1.07	
70~79세	448	241	53.8%	43.7	45.1	44.1	9.2	93.2	2,064,992	1,960,033	408,179	14,759	1.04	
80세 이상	68	23	33.8%	53.3	53.8	52.2	4.8	42.8	2,820,732	2,761,214	261,979	13,286	1.01	
Total	1,641	748	45.6%	37.8	59.5	57.0	6.8	60.3	3,042,326	2,797,470	351,852	32,586	1.32	
연령 미상	9	8	88.9%	65.8	313.0	265.0			8,082,541	8,082,541		0	2.22	
10세 미만	0	0	0.0%											
10~19세	55	27	49.1%	30.1	44.4	41.9	8.1	51.6	2,860,505	2,463,031	433,157	66,700	1.25	
20~29세	188	83	44.1%	47.6	63.9	62.3	7.8	69.6	3,473,959	3,111,399	449,549	32,572	1.21	
30~39세	366	153	41.8%	42.2	62.5	59.1	7.3	66.9	3,347,315	3,054,916	403,890	29,761	1.31	
40~49세	407	210	51.6%	35.6	67.4	65.1	6.6	58.7	3,129,861	2,938,896	320,895	23,816	1.45	
D	10세 미만	0	0	0.0%										
	10~19세	55	27	49.1%	30.1	44.4	41.9	8.1	51.6	2,860,505	2,463,031	433,157	66,700	1.25
	20~29세	188	83	44.1%	47.6	63.9	62.3	7.8	69.6	3,473,959	3,111,399	449,549	32,572	1.21
	30~39세	366	153	41.8%	42.2	62.5	59.1	7.3	66.9	3,347,315	3,054,916	403,890	29,761	1.31
	40~49세	407	210	51.6%	35.6	67.4	65.1	6.6	58.7	3,129,861	2,938,896	320,895	23,816	1.45

조발 의료 이용 그룹	연령 구분	환자수 (명)	성별		첫 임원 에피소드의 임원기간	환자당 임원기간	환자당 채원일수	환자당 외래내원일 수	환자당 외래요양일 수	환자당 총진료비	환자당 입원비	환자당 외래진료비	환자당 원외처방 약제비	환자당 입원횟수
			남성	여성										
E	50~59세	280	133	47.5%	147	52.5%	59.5	6.2	52.3	2,940,507	2,705,290	321,321	41,276	1.29
	60~69세	214	82	38.3%	132	61.7%	45.3	6.0	53.7	2,637,772	2,460,030	249,504	37,833	1.23
	70~79세	111	48	43.2%	63	56.8%	28.3	6.2	60.2	1,801,894	1,610,903	277,360	28,573	1.17
	80세 이상	11	4	36.4%	7	63.6%	18.7	4.0	63.2	2,043,198	1,866,225	279,277	24,641	1.45
	Total	12,263	7,946	64.8%	4,317	35.2%	156.0	11.4	113.0	5,866,723	5,732,855	526,305	8,977	1.08
	연령 미상	149	108	72.5%	41	27.5%	609.1	7.8	84.6	20,384,855	20,344,607	348,724	461	1.13
	10세 미만	1	0	0.0%	1	100.0%	41.0	.	.	1,262,800	1,262,800	.	0	1.00
	10~19세	184	88	47.8%	96	52.2%	66.8	15.1	113.9	3,118,548	2,783,522	722,740	40,431	1.03
	20~29세	1,090	601	55.1%	489	44.9%	122.0	12.0	114.2	5,479,818	5,143,526	624,178	25,921	1.11
	30~39세	2,492	1,510	60.6%	982	39.4%	131.0	12.3	121.2	5,150,746	4,946,947	564,305	14,263	1.09
40~49세	3,530	2,425	68.7%	1,105	31.3%	167.2	173.9	112.8	5,926,730	5,819,647	498,328	5,158	1.07	
50~59세	2,168	1,517	70.0%	651	30.0%	174.2	182.2	107.1	6,384,742	6,298,984	445,246	5,457	1.08	
60~69세	1,377	962	69.9%	415	30.1%	161.7	171.8	104.8	6,429,955	6,357,037	434,201	4,177	1.07	
70~79세	1,035	649	62.7%	386	37.3%	129.3	134.5	85.3	4,707,111	4,677,139	301,642	2,576	1.04	
80세 이상	237	86	36.3%	151	63.7%	110.1	110.3	100.1	4,359,355	4,341,597	277,976	1,338	1.04	
Total	3,571	2,217	62.1%	1,354	37.9%	74.1	123.2	61.9	4,782,978	4,649,811	293,936	11,262	1.48	
연령 미상	55	47	85.5%	8	14.5%	112.7	308.2	9.0	10,324,414	10,269,809	375,408	0	2.02	
10세 미만	0	0	0.0%	0	0.0%	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10~19세	63	30	47.6%	33	52.4%	70.8	76.1	11.2	88.9	3,760,728	3,369,950	623,265	14,841	1.13
20~29세	372	216	58.1%	156	41.9%	85.6	110.7	7.1	65.1	4,781,619	4,561,496	343,372	23,515	1.28
30~39세	860	509	59.2%	351	40.8%	84.6	119.5	6.6	63.0	4,500,906	4,343,931	307,039	10,596	1.40
40~49세	1,049	685	65.3%	364	34.7%	69.6	130.0	6.4	58.4	4,831,441	4,723,562	267,707	10,392	1.56
50~59세	601	396	65.9%	205	34.1%	64.0	117.6	6.2	61.3	4,624,649	4,522,909	270,436	6,795	1.55
60~69세	385	247	64.2%	138	35.8%	67.2	119.4	6.1	61.4	4,955,482	4,855,599	247,482	8,605	1.50
70~79세	152	75	49.3%	77	50.7%	70.1	124.7	5.4	52.7	5,140,823	5,036,552	210,306	18,489	1.47
80세 이상	34	12	35.3%	22	64.7%	42.6	73.5	5.7	51.6	2,613,016	2,541,974	140,040	9,259	1.35
Total	2,677	1,574	58.8%	1,103	41.2%	106.2	115.5	15.9	133.0	4,302,180	4,082,266	518,602	15,727	1.10

조발 의료 이용 그룹	연령 구분	환자수 (명)	성별		첫 임원 에피소드의 임원기간	환자당 임원기간	환자당 채원일수	환자당 외래내원일 수	환자당 외래요양일 수	환자당 총진료비	환자당 입원비	환자당 외래진료비	환자당 원외처방 약제비	환자당 입원횟수		
			남성	여성												
H	연령 미상	26	20	76.9%	6	23.1%	384.7	456.0	446.4	25.7	192.0	14,243,668	14,176,808	579,450	0	1.27
	10세 미만	0	0	0.0%	0	0.0%										
	10~19세	64	34	53.1%	30	46.9%	89.8	90.4	83.2	15.5	124.1	3,401,202	3,042,323	570,714	20,017	1.02
	20~29세	317	140	44.2%	177	55.8%	112.8	131.6	122.7	17.4	136.9	4,818,308	4,398,492	569,253	48,096	1.14
	30~39세	595	332	55.8%	263	44.2%	96.8	103.1	100.0	16.9	141.8	3,931,274	3,629,483	563,712	18,514	1.08
	40~49세	783	482	61.6%	301	38.4%	112.1	125.2	122.6	15.7	129.9	4,328,597	4,165,417	505,913	6,819	1.11
	50~59세	438	297	67.8%	141	32.2%	98.9	113.9	111.4	14.2	133.3	4,031,150	3,879,874	477,500	7,372	1.09
	60~69세	291	193	66.3%	98	33.7%	105.1	122.8	121.3	13.1	102.6	4,662,548	4,537,517	386,912	9,356	1.07
	70~79세	120	57	47.5%	63	52.5%	79.0	83.9	81.9	14.6	146.1	3,217,246	3,074,457	409,461	19,951	1.05
	80세 이상	43	19	44.2%	24	55.8%	95.7	96.2	94.9	9.2	91.6	3,828,040	3,739,509	293,329	20,315	1.05
	Total	868	494	56.9%	374	43.1%	65.0	101.0	96.3	8.4	68.6	3,790,733	3,634,515	271,780	11,248	1.38
	연령 미상	8	6	75.0%	2	25.0%	217.1	334.1	328.9	11.6	91.6	14,370,599	14,178,436	303,730	2,331	1.25
	10세 미만	0	0	0.0%	0	0.0%										
	10~19세	21	6	28.6%	15	71.4%	73.7	112.9	109.4	9.4	44.8	4,053,921	3,861,743	288,720	13,447	1.14
	20~29세	116	63	54.3%	53	45.7%	87.9	107.2	99.7	9.3	73.5	4,219,988	3,976,070	311,579	20,977	1.23
	30~39세	237	128	54.0%	109	46.0%	70.7	111.5	106.7	8.6	78.1	4,278,353	4,081,688	308,153	10,734	1.36
40~49세	244	148	60.7%	96	39.3%	57.4	97.6	92.0	8.4	71.2	3,404,161	3,271,375	270,599	8,577	1.44	
50~59세	137	88	64.2%	49	35.8%	53.7	81.9	79.1	7.4	52.7	3,034,098	2,931,077	203,820	9,294	1.45	
60~69세	76	46	60.5%	30	39.5%	56.1	90.9	88.1	7.0	55.0	3,524,056	3,434,753	184,266	11,717	1.45	
70~79세	25	8	32.0%	17	68.0%	20.4	69.9	68.2	5.2	33.8	2,722,658	2,652,168	141,430	8,260	1.32	
80세 이상	4	1	25.0%	3	75.0%	17.5	29.8	29.8	2.0	14.0	1,147,429	1,133,058	35,390	5,524	1.50	

표 2. 상병별 초발 시기의 의료이용 유형별 의료보장 상태 변동 (단위: 명)

		마지막 입원 시 보혈자 구분													
		Total			건강보험			의료급여 2종			의료급여 1종			행려	
		환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율
F10	Total	9,086	100.0%	5,565	61.2%	813	8.9%	2,278	25.1%	430	4.7%				
	건강보험	6,442	100.0%	5,524	85.7%	341	5.3%	577	9.0%	0	0.0%				
	의료급여 2종	741	100.0%	22	3.0%	455	61.4%	263	35.5%	1	0.1%				
	의료급여 1종	1,450	100.0%	17	1.2%	15	1.0%	1,414	97.5%	4	0.3%				
	행려	453	100.0%	2	0.4%	2	0.4%	24	5.3%	425	93.8%				
F20	Total	10,037	100.0%	5,955	59.3%	657	6.5%	3,221	32.1%	204	2.0%				
	건강보험	6,924	100.0%	5,913	85.4%	325	4.7%	685	9.9%	1	0.0%				
	의료급여 2종	470	100.0%	10	2.1%	301	64.0%	159	33.8%	0	0.0%				
	의료급여 1종	2,430	100.0%	31	1.3%	30	1.2%	2,362	97.2%	7	0.3%				
	행려	213	100.0%	1	0.5%	1	0.5%	15	7.0%	196	92.0%				
F21	Total	65	100.0%	45	69.2%	5	7.7%	15	23.1%	0	0.0%				
	건강보험	54	100.0%	45	83.3%	5	9.3%	4	7.4%	0	0.0%				
	의료급여 2종	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%				
	의료급여 1종	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%	0	0.0%				
	행려	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%				
F22	Total	341	100.0%	282	82.7%	16	4.7%	41	12.0%	2	0.6%				
	건강보험	303	100.0%	281	92.7%	12	4.0%	10	3.3%	0	0.0%				
	의료급여 2종	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%				
	의료급여 1종	32	100.0%	1	3.1%	0	0.0%	31	96.9%	0	0.0%				
	행려	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%				

마지막 임원 시 보혈자 구분

	Total		건강보험		의료급여 2종		의료급여 1종		행려		
	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	
F23	Total	472	100.0%	406	86.0%	24	5.1%	41	8.7%	1	0.2%
	건강보험	440	100.0%	406	92.3%	15	3.4%	19	4.3%	0	0.0%
	의료급여 2종	10	100.0%	0	0.0%	9	90.0%	1	10.0%	0	0.0%
	의료급여 1종	21	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	21	100.0%	0	0.0%
	행려	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
F24	Total	7	100.0%	5	71.4%	0	0.0%	2	28.6%	0	0.0%
	건강보험	5	100.0%	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	의료급여 2종	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
	의료급여 1종	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
	행려	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
F25	Total	274	100.0%	216	78.8%	15	5.5%	42	15.3%	1	0.4%
	건강보험	236	100.0%	216	91.5%	6	2.5%	14	5.9%	0	0.0%
	의료급여 2종	10	100.0%	0	0.0%	9	90.0%	1	10.0%	0	0.0%
	의료급여 1종	27	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	27	100.0%	0	0.0%
	행려	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
F28	Total	173	100.0%	86	49.7%	13	7.5%	69	39.9%	5	2.9%
	건강보험	102	100.0%	86	84.3%	4	3.9%	12	11.8%	0	0.0%
	의료급여 2종	11	100.0%	0	0.0%	9	81.8%	2	18.2%	0	0.0%
	의료급여 1종	54	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	54	100.0%	0	0.0%
	행려	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	5	83.3%

마지막 임원 시 보혈자 구분

	Total		건강보험		의료급여 2종		의료급여 1종		행려		
	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	
F29	Total	599	100.0%	384	64.1%	36	6.0%	164	27.4%	15	2.5%
	건강보험	423	100.0%	383	90.5%	14	3.3%	26	6.1%	0	0.0%
	의료급여 2종	29	100.0%	1	3.4%	21	72.4%	7	24.1%	0	0.0%
	의료급여 1종	132	100.0%	0	0.0%	1	0.8%	131	99.2%	0	0.0%
	행려	15	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	15	100.0%
F30	Total	126	100.0%	102	81.0%	6	4.8%	17	13.5%	1	0.8%
	건강보험	111	100.0%	102	91.9%	2	1.8%	7	6.3%	0	0.0%
	의료급여 2종	6	100.0%	0	0.0%	4	66.7%	2	33.3%	0	0.0%
	의료급여 1종	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	0	0.0%
	행려	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
F31	Total	2,427	100.0%	1,989	82.0%	121	5.0%	310	12.8%	7	0.3%
	건강보험	2,173	100.0%	1,986	91.4%	67	3.1%	120	5.5%	0	0.0%
	의료급여 2종	62	100.0%	1	1.6%	47	75.8%	14	22.6%	0	0.0%
	의료급여 1종	185	100.0%	2	1.1%	7	3.8%	176	95.1%	0	0.0%
	행려	7	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	100.0%
F32	Total	6,436	100.0%	5,604	87.1%	199	3.1%	624	9.7%	9	0.1%
	건강보험	5,733	100.0%	5,595	97.6%	55	1.0%	83	1.4%	0	0.0%
	의료급여 2종	174	100.0%	2	1.1%	140	80.5%	32	18.4%	0	0.0%
	의료급여 1종	521	100.0%	7	1.3%	4	0.8%	509	97.7%	1	0.2%
	행려	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%

마지막 임원 시 보혈자 구분

	Total		건강보험		의료급여 2종		의료급여 1종		행려	
	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율	환자수	비율
Total	635	100.0%	543	85.5%	22	3.5%	70	11.0%	0	0.0%
건강보험	565	100.0%	541	95.8%	10	1.8%	14	2.5%	0	0.0%
F33 의료급여 2종	15	100.0%	1	6.7%	12	80.0%	2	13.3%	0	0.0%
의료급여 1종	55	100.0%	1	1.8%	0	0.0%	54	98.2%	0	0.0%
행려	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

## 장기 입원의 구조적 원인과 지속 요인

| 인쇄일 | 2008년 12월

| 발행일 | 2008년 12월

| 발행처 | 국가인권위원회

| 주 소 | 100-842 서울시 중구 무교동길 41 금세기빌딩

<http://www.humanrights.go.kr>

| 문의전화 | 장애차별팀 02)2125-9852

| FAX | 02)2125-9848

| 제작 | 한기획 (02)2268-1324(代)

ISBN : 978-89-6114-147-5 93330 비매품















