



발간등록번호

11-1620000-000764-01

2019년 정신장애인 인권증진을
위한 실태조사 연구용역 최종보고서

중증·정신장애인 의료체계 실태조사

중증·정신장애인 의료체계 실태조사

이 보고서를 “중증·정신장애인 의료체계 실태조사” 과제의
최종보고서로 제출합니다.

2019. 12.

연구수행기관 고려대학교 의료원 산학협력단
연구책임자 윤 석 준 고려대학교 의과대학 예방의학교실 교수
공동연구원 김 영 은 고려대학교 의과대학 예방의학교실 연구교수
이 해 국 가톨릭대학교 의정부성모병원 정신건강의학과 교수
정 슬 기 중앙대학교 사회복지학과 교수
최 명 민 백석대학교병원 사회복지학과 교수
하 경 희 아주대학교 공공정책대학원 교수
연구보조원 김 아 림 고려대학교 의과대학 예방의학교실 연구원
김 지 선 중앙대학교 사회복지학과 연구원
정 윤 선 고려대학교 의과대학 예방의학교실 연구원
최 지 희 중앙대학교 사회복지학과 연구원

이 보고서는 연구용역 수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다.

목 차

제1장 연구개요	1
제1절 연구배경 및 목적	3
제2절 연구내용 및 방법	10
제2장 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태	11
제1절 연구배경	13
제2절 연구내용 및 방법	16
제3절 중증 정신질환자·정신장애인 규모	22
제4절 중증 정신질환 유병자의 특성 및 의료이용 실태	26
가. 중증 정신질환 유병자수 및 유병률	26
나. 중증 정신질환자의 의료이용 실태: 외래	42
다. 중증 정신질환자의 의료이용 실태: 입원	51
라. 중증 정신질환자의 의료이용 실태: 의료비	85
제5절 초발 중증 정신질환자의 의료이용 실태	92
가. 초발 중증 정신질환자 규모 및 특성	92
나. 2012년 초발 조현병·분열형 및 망상장애 환자의 장기입원 현황	101
다. 2012년 초발 조현병·분열형 및 망상장애 환자의 최초 입원 이후 의료보장 상태 변동	102
제6절 정신장애인 특성 및 의료이용 실태(장애인실태조사 분석)	103
가. 정신장애인 규모 및 현황	103
나. 재가 정신장애인의 보건의료와 건강	106

다. 재가 정신장애인의 생활 및 폭력·차별경험	109
라. 재가 정신장애인의 주거와 복지, 경제상태	113
제7절 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표	115
제8절 소결	122
제3장 시설 거주 정신장애인 및 정신질환자의 의료이용 특성	127
제1절 연구배경	129
제2절 정신요양시설 거주 정신질환자의 의료이용 특성	132
가. 연구내용 및 방법	132
나. 조사대상 시설 및 거주 정신질환자 현황	135
다. 정신요양시설 거주 정신장애인 및 정신질환자의 의료이용 실태	141
제3절 지적장애인 거주시설 및 노숙인 시설거주 정신질환자의 의료이용 특성	154
가. 연구내용 및 방법	154
나. 노숙인 시설 종사자 인터뷰 분석 결과	156
다. 지적장애인 시설 종사자 인터뷰 분석 결과	165
라. 정신과 전문의 인터뷰 분석 결과	175
제4절 소결	185
제4장 중증 정신질환자·정신장애인과 가족의 의료서비스 및 정신보건서비스 욕구파악	191
제1절 연구배경	193
제2절 초발 중증 정신질환자·정신장애인 당사자의 욕구파악	195
가. 연구내용 및 방법	195
나. 의료서비스 이용경험과 개선제안	197
다. 정신보건서비스 이용경험과 개선제안	206

제3절 초발 중증 정신질환자 · 정신장애인 가족의 욕구파악	214
가. 연구내용 및 방법	214
나. 의료서비스 이용에 대한 가족의 경험과 개선제안	217
다. 정신보건서비스 사용에 대한 가족의 경험과 개선제안	224
라. 초발 중증 정신질환자 · 정신장애인 가족을 위한 서비스 욕구	227
제4절 소결	230
제5장 장기입원, 재입원, 입 · 퇴원절차, 계속입원심사제도 문제점 및 개선방안	235
제1절 연구배경	237
제2절 의료현장에서 바라본 입 · 퇴원 제도에 관한 경험과 인식	240
가. 연구내용 및 방법	240
나. 장기입원과 재입원 현황과 문제점	242
다. 입 · 퇴원절차 및 계속입원심사제도 현황과 문제점	253
라. 의료현장에서 제시하는 입 · 퇴원 관련 개선방안	261
제3절 지역사회에서 바라본 입 · 퇴원 제도에 관한 경험과 인식	269
가. 연구내용 및 방법	269
나. 지역사회에서 바라본 입 · 퇴원 관련 현황과 문제점	271
다. 지역사회에서 제시하는 입 · 퇴원 관련 개선방안	285
제4절 소결	289
제6장 중증 정신질환자 · 정신장애인의 지역사회 중심 치료모델	295
제1절 연구내용 및 방법	297
제2절 초발 정신질환자 · 정신장애인의 의료체계 현황	299
가. 국내 현황 및 문제점	299

나. 국외 현황 및 시사점	301
제3절 중증 정신질환자·정신장애인의 의료체계 현황	303
가. 국내 현황 및 문제점	303
나. 국외 현황 및 시사점	307
제4절 중증 정신질환자·정신장애인의 퇴원 후 지역사회 연계 및 지원체계 현황	311
가. 국내 현황 및 문제점	311
나. 국외 현황 및 시사점	312
제5절 커뮤니티케어 및 공적관리체계 구축	314
가. 국내 현황 및 문제점	314
나. 국외 현황 및 시사점	315
제6절 소결	319
제7장 결론 및 제언	321
참고문헌	341
부 록	347
제1절 정신요양시설 종사자 대상 조사지	349
제2절 촉탁의 대상 조사지	357
제3절 대만 정신질환자 의료체계 및 지역사회서비스 관련 견학 보고서	361

표 차례

〈표 1-1〉 정신건강증진기관·시설 현황 (2017.12.31.기준)	3
〈표 1-2〉 정신건강복지법 주요 개정내용: 정신의료기관 입원제도 비교	6
〈표 1-3〉 정신건강복지법 주요 개정내용: 보호의무자에 의한 입원(강제입원) 관련 ..	7
〈표 2-1〉 장애인복지법에 따른 정신장애인 판정기준	17
〈표 2-2〉 연구에 포함된 중증 정신질환 범위	17
〈표 2-3〉 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태 연구내용	19
〈표 2-4〉 질환별 유병자수 (단독, 중복 유병 구분)	24
〈표 2-5〉 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장유형 및 성별에 따른 유병률	30
〈표 2-6〉 조현병·분열형 및 망상장애 1년, 3년, 5년, 10년 유병률	31
〈표 2-7〉 양극성 정동장애 의료보장유형 및 성별에 따른 유병률	34
〈표 2-8〉 양극성 정동장애 1년, 3년, 5년, 10년 유병률	34
〈표 2-9〉 재발성 우울장애 의료보장유형 및 성별에 따른 유병률	36
〈표 2-10〉 재발성 우울장애 1년, 3년, 5년, 10년 유병률	37
〈표 2-11〉 조현병·분열형 및 망상장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포 ..	54
〈표 2-12〉 양극성 정동장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포	57
〈표 2-13〉 재발성 우울장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포	60
〈표 2-14〉 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포	64
〈표 2-15〉 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)	66
〈표 2-16〉 조현병·분열형 및 망상장애 1년, 3년, 5년, 10년 평균 입원일수	67
〈표 2-17〉 조현병·분열형 및 망상장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수	67
〈표 2-18〉 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포	71
〈표 2-19〉 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별) ..	72
〈표 2-20〉 양극성 정동장애 1년, 3년, 5년, 10년 평균 입원일수	73
〈표 2-21〉 양극성 정동장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수	73

〈표 2-22〉 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포	77
〈표 2-23〉 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별) ..	78
〈표 2-24〉 재발성 우울장애 1년, 3년, 5년, 10년 평균 입원일수	79
〈표 2-25〉 재발성 우울장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수	79
〈표 2-26〉 조현병·분열형 및 망상장애 입원환자의 퇴원을 및 재입원을	81
〈표 2-27〉 양극성 정동장애 입원환자의 퇴원을 및 재입원을	82
〈표 2-28〉 재발성 우울장애 입원환자의 퇴원을 및 재입원을	84
〈표 2-29〉 조현병·분열형 및 망상장애 퇴원자 중 1개월내 외래 방문을	84
〈표 2-30〉 양극성 정동장애 퇴원자 중 1개월내 외래 방문을	85
〈표 2-31〉 재발성 우울장애 퇴원자 중 1개월내 외래 방문을	85
〈표 2-32〉 조현병·분열형 및 망상장애 외래 및 입원 1일당 평균 청구급여비용 ..	87
〈표 2-33〉 양극성 정동장애 외래 및 입원 1일당 평균 청구급여비용	89
〈표 2-34〉 재발성 우울장애 외래 및 입원 1일당 평균 청구급여비용	91
〈표 2-35〉 조현병·분열형 및 망상장애 발생자수 및 발생률	92
〈표 2-36〉 조현병·분열형 및 망상장애 발생자가 유병자에서 차지하는 비중	92
〈표 2-37〉 양극성 정동장애 발생률	93
〈표 2-38〉 양극성 정동장애 발생자가 유병자에서 차지하는 비중	94
〈표 2-39〉 재발성 우울장애 발생률	95
〈표 2-40〉 재발성 우울장애 발생자가 유병자에서 차지하는 비중	95
〈표 2-41〉 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 특성	97
〈표 2-42〉 양극성 정동장애 발생자 특성	98
〈표 2-43〉 재발성 우울장애 발생자 특성	99
〈표 2-44〉 초발 중증 정신질환자의 의료이용: 첫 번째 의료이용이 입원인 유병자의 비율	100
〈표 2-45〉 초발 조현병·분열형 및 망상장애 입원자의 의료보장 형태 변동	102
〈표 2-46〉 장애인 수 및 출현율	103
〈표 2-47〉 장애 종류별 재가 장애인 수 및 출현율	104
〈표 2-48〉 정신장애 발생연령	105
〈표 2-49〉 정신장애인의 주된 정신질환명	105
〈표 2-50〉 정신장애인의 의료보장 형태	106

〈표 2-51〉 정신장애인 현재 치료, 재활, 건강관리 목적으로 정기적, 지속적 진료받고 있는지 여부	106
〈표 2-52〉 정신장애인 현재 정기적, 지속적 진료받고 있는 곳	107
〈표 2-53〉 가장 최근 이용한 의료기관의 의료진(의사, 간호사)의 장애에 대한 이해 여부	107
〈표 2-54〉 최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적 유무 (치과 제외)	108
〈표 2-55〉 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적 있는지 여부, 실제로 자살시도 경험 여부	108
〈표 2-56〉 거주지역 내 건강관련 서비스 받은 경험 유무	109
〈표 2-57〉 정신보건 서비스 이용 유무	109
〈표 2-58〉 생활만족도	110
〈표 2-59〉 장애로 인한 문제 발생 여부	110
〈표 2-60〉 문제 발생 시 주 상담자	111
〈표 2-61〉 장애인에 대한 가족 내 차별·폭력 정도	111
〈표 2-62〉 사회적 차별을 받은 비율	112
〈표 2-63〉 장애인등록 여부	113
〈표 2-64〉 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표 ..	118
〈표 2-65〉 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표 산출 결과	121
〈표 3-1〉 조사 응답 시설 종사자 특성	133
〈표 3-2〉 조사 응답 촉탁의 특성	134
〈표 3-3〉 정신요양시설 조사 내용	135
〈표 3-4〉 조사대상 시설의 인력 현황	136
〈표 3-5〉 조사대상 시설의 수입·지출 현황	137
〈표 3-6〉 조사대상 시설의 생활인 입·퇴소 현황	138
〈표 3-7〉 조사대상 시설의 생활인 현황	139
〈표 3-8〉 조사대상 시설의 생활인 현황	140
〈표 3-9〉 촉탁의 운영 현황	141
〈표 3-10〉 촉탁의 활동 현황	142
〈표 3-11〉 정신건강서비스 제공 정도 및 주 담당	143

〈표 3-12〉 정신건강서비스 현황에 대한 의견: 시설종사자	144
〈표 3-13〉 정신건강서비스가 잘 이루어지지 않는 이유: 시설종사자	144
〈표 3-14〉 정신과 약물치료 현황: 시설 종사자	145
〈표 3-15〉 정신과 약물치료가 적절하게 이루어지지 않는 이유: 시설 종사자 ..	145
〈표 3-16〉 촉탁의 운영 현황: 시설 종사자	145
〈표 3-17〉 촉탁의 운영이 효과적이지 않은 이유: 시설 종사자	146
〈표 3-18〉 촉탁의 1회 진료인 수의 적절성: 시설 종사자	146
〈표 3-19〉 촉탁의 1인당 적정 생활인 규모: 시설 종사자	146
〈표 3-20〉 촉탁의 활동 비용의 적정성: 시설 종사자	147
〈표 3-21〉 촉탁의 활동 비용의 개선 방향: 시설 종사자	147
〈표 3-22〉 촉탁의 운영 개선방안: 시설 종사자	147
〈표 3-23〉 촉탁의 활동 현황 1: 촉탁의	148
〈표 3-24〉 촉탁의 활동 현황 2: 촉탁의	149
〈표 3-25〉 촉탁의 활동 현황 3: 촉탁의	150
〈표 3-26〉 촉탁의 운영 현황 : 촉탁의	150
〈표 3-27〉 촉탁의 운영이 효과적이지 않은 이유: 촉탁의	151
〈표 3-28〉 1회 방문시 진료인 수의 적절성: 촉탁의	151
〈표 3-29〉 촉탁의 1인당 적정 생활인 규모: 촉탁의	151
〈표 3-30〉 촉탁의 활동 비용의 적정성: 촉탁의	152
〈표 3-31〉 촉탁의 활동 비용의 개선 방향: 촉탁의	152
〈표 3-32〉 촉탁의 운영 개선방안: 촉탁의	152
〈표 3-33〉 정신과 약물치료 현황: 촉탁의	153
〈표 3-34〉 정신과 약물치료가 적절하게 이루어지지 않는 이유: 촉탁의	153
〈표 3-35〉 인터뷰 참여자 특성	154
〈표 3-36〉 인터뷰 질문	155
〈표 3-37〉 노숙인 시설 종사자 인터뷰 분석 주제 범주표	157
〈표 3-38〉 지적장애인 시설 종사자 인터뷰 분석 주제 범주표	167
〈표 3-39〉 정신과 전문의 인터뷰 분석 주제 범주표	176
〈표 3-40〉 시설 거주 정신질환자 의료이용의 어려움과 개선방안	189
〈표 4-1〉 초발 중증 정신질환자 · 정신장애인 당사자 초점집단인터뷰 참여자 특성	196

〈표 4-2〉 초점집단인터뷰 참여자의 이용서비스 현황	196
〈표 4-3〉 의료서비스 이용에 대한 당사자 FGI 진술문 범주화	198
〈표 4-4〉 정신보건서비스에 대한 당사자 FGI 진술문 범주화	206
〈표 4-5〉 초발 중증 정신질환자 정신장애인 가족 초점집단인터뷰 참여자 특성 ..	215
〈표 4-6〉 초점집단인터뷰 참여자 가족의 이용서비스 현황	215
〈표 4-7〉 의료서비스 이용에 대한 가족대상 FGI 진술문 범주화	217
〈표 4-8〉 정신보건서비스 이용에 대한 가족대상 FGI 진술문 범주화	224
〈표 4-9〉 가족을 위한 서비스에 대한 FGI 진술문 범주화	228
〈표 4-10〉 초발 중증 정신질환자 및 가족의 의료서비스와 정신보건서비스의 문제와 개선제안	234
〈표 5-1〉 인터뷰 참여자 특성	241
〈표 5-2〉 인터뷰 질문	242
〈표 5-3〉 장기입원·재입원에 대한 병원 소속 연구참여자 FGI 진술문 범주화 ..	244
〈표 5-4〉 입·퇴원절차 및 계속입원심사제도에 대한 병원 소속 연구참여자 FGI 진술문 범주화	253
〈표 5-5〉 병원소속 연구참여자의 개선제안 FGI 진술문 범주화	261
〈표 5-6〉 인터뷰 참여자 특성	269
〈표 5-7〉 인터뷰 질문	271
〈표 5-8〉 입·퇴원에 대한 센터 실무자와 경찰의 FGI 진술문 범주화	271
〈표 5-9〉 경찰과 센터인력 연구참여자의 개선제안 FGI 진술문 범주화	285
〈표 5-10〉 초발 중증 정신질환자 및 가족의 의료서비스와 정신보건서비스의 문제와 개선 제언	293
〈표 6-1〉 국내 초발 정신질환 치료 프로그램	300
〈표 6-2〉 국외 초발 정신질환 치료 프로그램	302
〈표 6-3〉 한국-미국 간 보건의료 및 정신건강증진을 위한 재정지원의 비교 ..	309
〈표 6-4〉 국외 초발 정신질환 치료 프로그램	318
〈표 7-1〉 정책적 제언과 구체적 개선방안(요약)	338

그림 차례

[그림 1-1] 인구 1천명당 정신병상수	4
[그림 1-2] 2015-2017년 조현병 및 양극성 정동장애의 초과사망비	4
[그림 1-3] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국제비교	5
[그림 1-4] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국제비교	7
[그림 2-1] 2015년 우리나라 질병부담 순위 (상위 30개 질환)	14
[그림 2-2] 중증 정신질환자 및 정신장애인 규모	22
[그림 2-3] 중증 정신질환자 및 정신장애인 유병률	23
[그림 2-4] 질환별 유병자수	24
[그림 2-5] 질환별 유병률	25
[그림 2-6] 2008년과 2017년 질환별 유병자수	25
[그림 2-7] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 유병자수	26
[그림 2-8] 양극성 정동장애 성별에 따른 유병자수	27
[그림 2-9] 재발성 우울장애 성별에 따른 유병자수	27
[그림 2-10] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 유병률	28
[그림 2-11] 조현병·분열형 및 망상장애 연령대별 유병률	29
[그림 2-12] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장유형에 따른 유병률	30
[그림 2-13] 양극성 정동장애 성별에 따른 유병률	32
[그림 2-14] 양극성 정동장애 연령대별 유병률	32
[그림 2-15] 양극성 정동장애 의료보장유형에 따른 유병률	33
[그림 2-16] 재발성 우울장애 성별에 따른 유병률	35
[그림 2-17] 재발성 우울장애 연령대별 유병률	35
[그림 2-18] 재발성 우울장애 의료보장유형에 따른 유병률	36
[그림 2-19] 조현병·분열형 및 망상장애 건강보험가입자의 소득수준에 따른 분율 · 38	
[그림 2-20] 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 의료보장 형태별 정신장애인 비율	38
[그림 2-21] 양극성 정동장애 건강보험가입자의 소득수준에 따른 분율	39
[그림 2-22] 양극성 정동장애 유병자의 의료보장 형태별 정신장애인 비율	40

[그림 2-23] 재발성 우울장애 건강보험가입자의 소득수준에 따른 분율	40
[그림 2-24] 재발성 우울장애 유병자의 의료보장 형태별 정신장애인 비율	41
[그림 2-25] 조현병·분열형 및 망상장애의 유병자수와 외래 이용자수	42
[그림 2-26] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 외래이용률	43
[그림 2-27] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 외래이용률	43
[그림 2-28] 양극성 정동장애의 유병자수와 외래 이용자수	44
[그림 2-29] 양극성 정동장애 성별에 따른 외래이용률	44
[그림 2-30] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 외래이용률	45
[그림 2-31] 재발성 우울장애의 유병자수와 외래 이용자수	45
[그림 2-32] 재발성 우울장애 성별에 따른 외래이용률	46
[그림 2-33] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 외래이용률	46
[그림 2-34] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 평균 내원일수(외래)	47
[그림 2-35] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 평균 내원일수(외래)	48
[그림 2-36] 양극성 정동장애 성별에 따른 평균 내원일수(외래)	48
[그림 2-37] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 평균 내원일수(외래)	49
[그림 2-38] 재발성 우울장애 성별에 따른 평균 내원일수(외래)	50
[그림 2-39] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 평균 내원일수(외래)	50
[그림 2-40] 조현병·분열형 및 망상장애 유병자수와 입원자수	51
[그림 2-41] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 입원율	52
[그림 2-42] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 입원율	53
[그림 2-43] 양극성 정동장애 유병자수와 입원자수	54
[그림 2-44] 양극성 정동장애 성별에 따른 입원율	55
[그림 2-45] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 입원율	56
[그림 2-46] 재발성 우울장애 유병자수와 입원자수	57
[그림 2-47] 재발성 우울장애 성별에 따른 입원율	58
[그림 2-48] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 입원율	59
[그림 2-49] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 1년 평균 입원일수	61
[그림 2-50] 조현병·분열형 및 망상장애 연령군에 따른 1년 평균 입원일수	61
[그림 2-51] 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 정신장애인 등록여부에 따른 1년 평균 입원일수	62

[그림 2-52] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 1년 평균 입원일수	63
[그림 2-53] 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포	64
[그림 2-54] 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)	65
[그림 2-55] 양극성 정동장애 성별에 따른 1년 평균 입원일수	68
[그림 2-56] 양극성 정동장애 연령군에 따른 1년 평균 입원일수	69
[그림 2-57] 양극성 정동장애 유병자의 정신장애인 등록여부에 따른 1년 평균 입원일수	69
[그림 2-58] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 1년 평균 입원일수	70
[그림 2-59] 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포	71
[그림 2-60] 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)	72
[그림 2-61] 재발성 우울장애 성별에 따른 1년 평균 입원일수	74
[그림 2-62] 재발성 우울장애 연령군에 따른 1년 평균 입원일수	75
[그림 2-63] 재발성 우울장애 유병자의 정신장애인 등록여부에 따른 1년 평균 입원일수	75
[그림 2-64] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 1년 평균 입원일수	76
[그림 2-65] 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포	77
[그림 2-66] 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)	78
[그림 2-67] 조현병·분열형 및 망상장애 각 연도말 입원 유지자수 및 퇴원자수	80
[그림 2-68] 양극성 정동장애 각 연도말 입원 유지자수 및 퇴원자수	81
[그림 2-69] 재발성 우울장애 각 연도말 입원 유지자수 및 퇴원자수	83
[그림 2-70] 조현병·분열형 및 망상장애 청구급여비용총액	86
[그림 2-71] 조현병·분열형 및 망상장애 외래환자 및 입원환자 1인당 평균 청구급여비용	86
[그림 2-72] 양극성 정동장애 청구급여비용총액	88
[그림 2-73] 양극성 정동장애 외래환자 및 입원환자 1인당 평균 청구급여비용	88
[그림 2-74] 재발성 우울장애 청구급여비용총액	90
[그림 2-75] 재발성 우울장애 외래환자 및 입원환자 1인당 평균 청구급여비용	90
[그림 2-76] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 발생률	93
[그림 2-77] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 발생률	94

[그림 2-78] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 발생률	95
[그림 2-79] 초발 중증 정신질환자의 의료이용: 첫 번째 의료이용이 입원인 유병자의 비율	101
[그림 6-1] 2019년 보건복지부 소관 지출예산	304
[그림 6-2] 단위사업별 정신보건 예산 현황 (2015-2019년)	306
[그림 7-1] 거버넌스와 예산 부족에 의한 악순환의 구도	324
[그림 7-2] 의료급여환자의 시설화 구도	325



제 1 장 연구개요



제1절 연구배경 및 목적
제2절 연구내용 및 방법

제1절 연구배경 및 목적

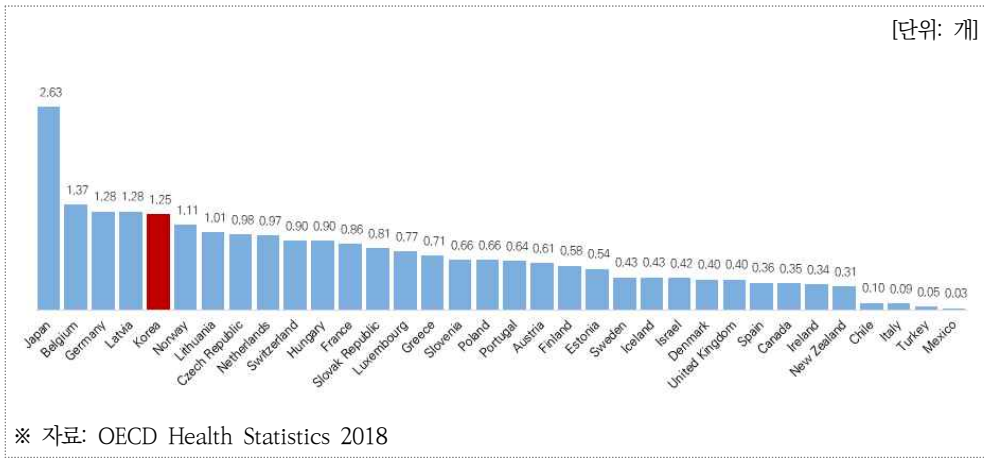
전 세계적으로 정신보건 패러다임은 입원·보호 위주에서 지역사회 치료로 전환되고 있는 추세에 있으며, 정신보건 전문가들 역시 지역사회 치료의 중요성을 말하고 있다. 그러나 우리나라 정신보건서비스는 여전히 정신의료기관이나 정신요양시설 수용에서 크게 벗어나지 못하고 있다. 2017년 말 전국 정신건강증진기관 및 시설 2,255개 중 정신의료기관의 비중이 70%에 육박하고 있으며(1,554개), 이 중 민간 정신의료기관이 98% 이상(1,534개)이다.

〈표 1-1〉 정신건강증진기관·시설 현황 (2017.12.31.기준)

구분		기관수	주요기능
계		2,255	
정신건강복지센터		243	- 지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·정신 재활훈련 및 사례관리 - 정신건강증진시설 간 연계체계 구축 등 지역사회 정신건강 사업 기획·조정 ※ 광역 16(국비 15, 지방비 1) 기초 227(국비 201, 지방비 26)
정신 의료기관	국·공립	20	- 정신질환자 진료, 지역사회정신건강증진사업 지원
	민간	1,534	- 정신질환자 진료
정신요양시설		59	- 만성 정신질환자 요양·보호
정신재활시설		349	- 병원 또는 시설에서 치료·요양후 사회복귀촉진을 위한 훈련 실시
중독관리통합지원센터		50	- 중독 예방, 중독자 상담·재활훈련

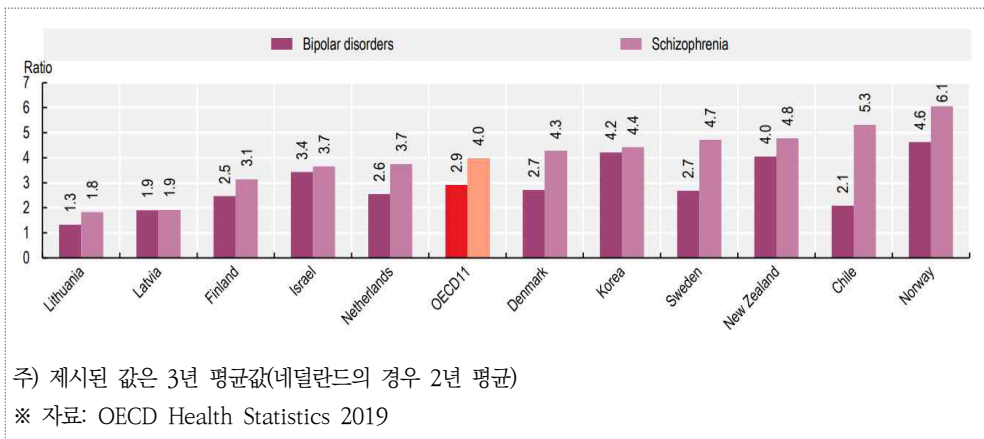
※ 자료: 보건복지부 (2019). 2019년 정신건강사업 안내.

뿐만 아니라 우리나라 정신병상수는 2016년 기준 인구 1천명당 1.25개로 일본(2.63개), 벨기에(1.37개), 독일(1.28개), 라트비아(1.28개) 다음으로 많은 정신병상수를 가지고 있는 실정이다(OECD, 2018). OECD에서는 입원 중심 치료에서 지역사회 기반 치료로 전환을 권고한 바 있으며, 이는 세계적인 추세이기도 하다(OECD 대한민국 정책센터, 2015). 그러나 일각에서는 정신질환에 대한 편견이 팽배하고 지역사회 기반 치료 및 회복 인프라가 갖추어지지 않은 상태에서 병상 수 감축과 입원장벽 강화만을 추진할 경우 회전문 현상에 의한 재입원이 증가하고 탈시설화가 탈사회화로 귀결될 수 있다고 지적하고 있다(최명민 외, 2016).



[그림 1-1] 인구 1천명당 정신병상수

경제협력개발기구(OECD)에서 발표한 보건의료성과(2017년 기준)에 따르면, 우리나라 조현병 환자 초과사망비¹⁾는 4.42, 양극성 정동장애 환자는 4.21로 OECD 회원국 평균(각각 4.0, 2.9) 보다 높았다 (OECD, 2019).

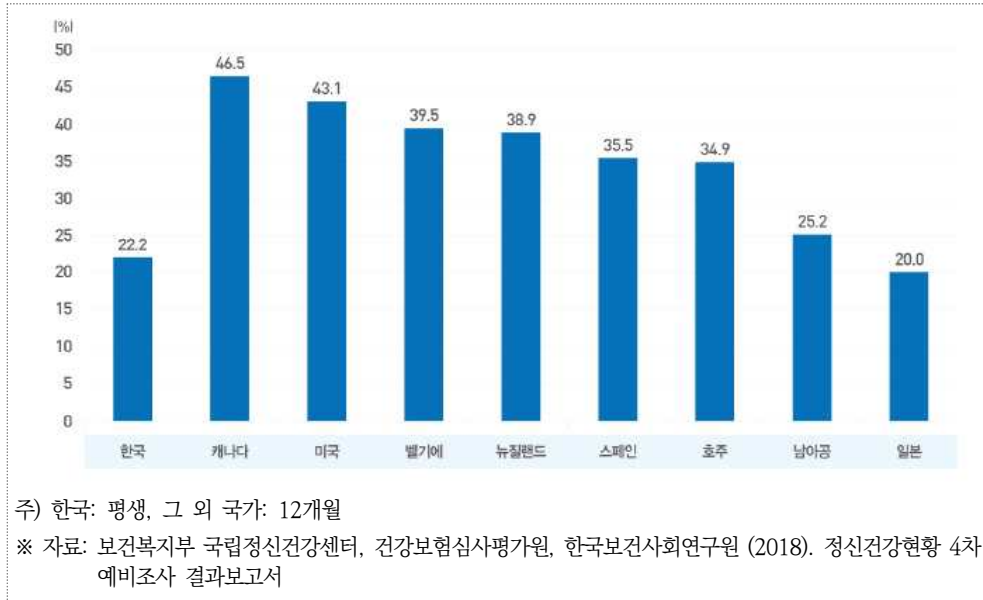


[그림 1-2] 2015-2017년 조현병 및 양극성 정동장애의 초과사망비

또한 2016년 우리나라에서 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률은 22.2% 수준이었다. 캐나다 46.5%로 가장 높은 수준이며 일본은 20.0%로 가장 낮

1) 일반인구집단(15-74세)의 사망률(사망인구 수/일반인구 수) 대비 정신질환자 사망률의 비

은 수준이었다. 우리나라는 다른 나라에 비해 낮은 수준으로 분석 된다 (보건복지부 국립정신건강센터, 2018).



[그림 1-3] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국제비교

2017년 5월 30일 개정된 ‘정신건강복지법’은 강제입원제도의 개선으로 인권보호 장치를 획기적으로 강화하고 정신질환자에 대한 차별해소 및 복지서비스 근거 마련을 목적으로 개정되었다. 특히 보호의무자에 의한 입원(강제입원, 비자의 입원)의 기준과 절차를 대폭 강화하였다. 그러나 개정된 법은 여러 가지 현실적인 문제점이 발생하고 있다. 특히 보호입원의 경우 보호의무자(배우자 또는 직계가족) 2인의 신청과 동의로 입원이 가능한데 보호자 확인 등 서류 및 절차가 복잡할 뿐만 아니라 핵가족화 등 사회적 흐름에 맞지 않고 보호의무자의 책임이 과중하다는 지적이 있다. 또한 응급입원의 경우 자·타해 위험이 크고 급박한 경우 의사·경찰관의 동의를 받아 정신의료기관에 3일간 입원이 가능하다. 그러나 병상 부족 등의 이유로 입원 거절 사례가 많이 발생하고 있다. 실제로 2018년 수행된 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자에 대한 설문조사에 따르면, 75.3%의 응답자가 응급입원을 시키려 하였으나 병상 부족 등으로 응급입원을 시키지 못한 경험을 가지고 있다고 응답하였으며, 응급입원 시 경찰 및 소방의 협조가 원활하지 않다고 응답한 비율도 47.9%로 조사된 바 있다(이상영 등, 2018).

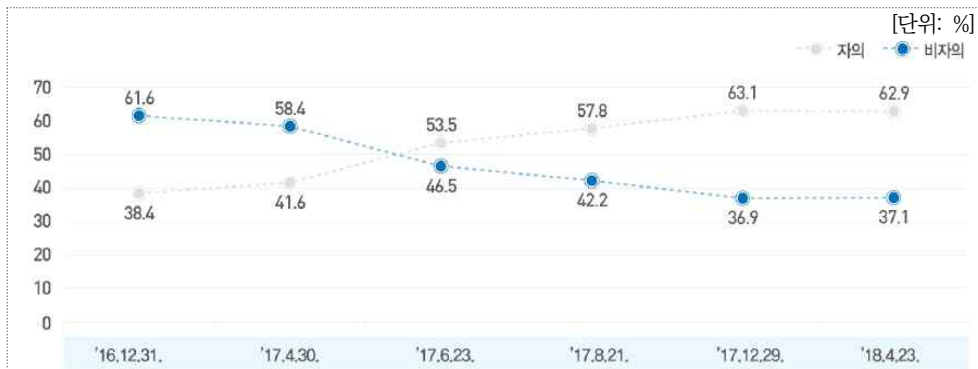
〈표 1-2〉 정신건강복지법 주요 개정내용: 정신의료기관 입원제도 비교

	자의입원 (제41조)	동의입원 (제42조)	보호의무자에 의한 입원 (제43조)	행정입원 (제44조)
유형	자발적		비자발적	
요건	정신질환 또는 정신건강상 문제가 있는 사람	정신질환자	입원치료 필요한 정신질환 및(and) 자·타해 위험	정신질환으로 자·타해 위험 발견 → 정신관전문의 또는 정신보건전문요원의 신청
입원신청	본인이 입원신청서 제출	본인의 신청 + 보호의무자 동의	보호의무자 2인의 신청	시장·군수·구청장
입원절차	별도절차 없음		정신과 전문의 1인 입원 권고 ⇒ 2주간 진단입원 ⇒ 소속인 다른 정신과 전문의 2인이 일치된 소견으로 입원(치료입원) 확정	정신과 전문의 1인 입원권고 ⇒ 2주간 진단입원 ⇒ 정신과 전문의 2인이 일치된 소견으로 입원(치료입원) 확정
기간	제한없음		3개월간	
입원신고	해당없음		3일 내 신고	
입원적합성 심사	해당없음		최초 입원일부터 1개월 이내 입원적합성 심사위원회 심사	
퇴원의사 표시	본인의 신청 (2개월마다 퇴원의사 확인 필요)		본인 또는 보호의무자의 신청	시장·군수·구청장의 입원해제
퇴원제한	신청하면 지체없이 퇴원	정신과 전문의 진단으로 최대 72시간 제한가능	입원요건 충족 시 퇴원거부 가능	해제하면 지체없이 퇴원
입원연장의 요건	해당없음	해당없음 (72시간 내 비자발적 입원으로 전환 필요)	소속 다른 정신과전문의 2인 소견+보호의무자 2명 이상 동의 *3개월(1차)+6개월 연장	2인 이상의 전문의 판단 *3개월(1차)+6개월 연장

〈표 1-3〉 정신건강복지법 주요 개정내용: 보호의무자에 의한 입원(강제입원) 관련

구분	개정 전	개정 후
요건	입원치료가 필요한 정신질환 또는 자·타해 위험	입원치료가 필요한 정신질환 및 자·타해 위험
입원절차 (진단요건)	보호의무자 2인의 동의 + 정신과전문의 1인 진단 ⇒ 입원(6개월)	보호의무자 2인의 신청 + 정신과 전문의 권고 ⇒ 진단입원(2주) + 소속이 다른 정신과 전문의 2인 일치 소견 ⇒ 치료입원(최초 입원일 기준 3개월)
입원적합성 심사	-	최초 입원 3일 이내 입원사실 신고 최초 입원 1개월 내 입원적합여부 판단
계속입원심사	정신과전문의 1인 판단 + 보호의무자의 동의 (주기) 6개월	소속이 다른 정신과 전문의 2인 소견 + 보호의무자 2명 이상 동의 (주기) 3개월, 2회 실시 후 6개월

보건복지부 보도자료에 의하면, 정신의료기관 입원환자의 비자의 입원율은 2017년 4월 30일까지 자의입원을 보다 높게 나타냈으나 2017년 6월 23일 큰 폭으로 감소하면서 자의 입원율이 더 높아지는 것으로 나타났다. 이는 2017년 5월 30일 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(약칭: 정신건강복지법)’의 개정에 따른 변화라고 추정해 볼 수 있으나, 이에 대한 효과는 면밀한 분석이 필요하다.



주) 정신의료기관 입원자만 해당됨.

※ 자료: 정신의료기관·정신요양시설 비자의 입원·입소에 대한 입원적합성심사 시행 [2018.5.25. 보건복지부 보도자료]

〔그림 1-4〕 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국제비교

이러한 상황에서 우리나라에서는 최근 조현병 등의 중증 정신질환자의 강력범죄가 잇달아 일어나고 기사화됨에 따라 중증 정신질환자에 대한 사회적 편견과 낙인은 커져가고 있으며, 사회적 인식이 오히려 후퇴하고 있는 실정이다. 보건복지부 보도자료(2018.7.19.)에 의하면 정신장애인 범죄율은 0.136%로 전체 범죄율 3.93%에 비해 낮은 수준이며, 강력범죄율(0.014%) 역시 전체 강력범죄율(0.065%)에 비해 낮은 수준임에도 불구하고 중증 정신질환자에 대한 사회적 불안과 공포는 계속 커져가고 있다.

중증 정신질환자가 잠재적 범죄자라는 사회적 편견 속에 초기 증상이 발현되었을 때 진단 및 치료의 시기를 놓치게 되어 증증도가 높아지고 사회와 격리되어 버리는 악순환이 발생할 우려가 있다. 실제로 강력범죄를 일으키고 있는 중증 정신질환자의 경우, 적시 치료가 이루어지지 않았거나 임의로 치료가 중단된 환자들이 대부분이다. 전문가들은 조현병 등 정신질환은 조기진단 및 꾸준한 치료 시 자·타해 위험성이 매우 낮다고 판단하고 있다. 그럼에도 불구하고 중증 정신질환에 대한 부정적 인식은 초기 집중치료 시기를 놓치는 결과를 초래하고 지속관리도 어렵게 만들고 있다. 또한 중증 정신질환자가 퇴원 시 본인의 동의를 통해 퇴원 사실을 지역사회에 있는 정신건강복지센터에 통보하면 센터에서 사례관리를 하도록 하고 있으나 본인 동의 및 센터 연계 과정이 원활하지 못해 지역사회 기반 치료가 어려운 실정이다.

이러한 배경 하에 2018년 7월 보건복지부에서는 중앙정신건강복지사업지원단 및 관계부처 협의를 거쳐 중증 정신질환자의 지역사회 치료지원을 강화하기 위한 ‘지역사회 중증 정신질환자 치료지원 방안’을 발표하였다. 주요 지원 방향으로 지속치료·관리가 필요한 경우 환자 동의 없이도 사례관리체계 가동, 외래치료명령제 강화 및 운용 활성화, 퇴원환자 방문 관리 시범사업 등 사례관리 강화, 정신과적 응급상황에 대한 대응 능력 제고, 커뮤니티케어를 통한 지역사회 정신질환자 지원, 정신건강복지센터 인프라 및 전문 인력 확충이다.

2018년 12월 31일 중증 정신질환자 진료 도중 환자에게 피습당하여 사망하신故 임 세월 교수 사건, 2019년 4월 진주에서 발생한 조현병 환자의 방화 살해사건이 발생하여 중증 정신질환자의 지역사회 관리가 사회적으로 큰 문제로 떠올랐다. 특히 정신병력이 있는 범인에 대한 보건소(정신건강복지센터) 미통보 등이 문제로 지적되고 보건당국과 경찰과의 협조체계 구축 필요성 등이 제기되었다. 보건복지부에서도 관계부처와 협력하여 제도 개선 사항을 발굴하고 추진하기 위해 노력하고 있지만, 이를 집중적으로 추진할 국가 거버넌스와 재원의 부족으로 많은 한계에 직면하고 있는 실정이다.

또한 지적장애인 거주시설 또는 노숙인 시설 등에서 생활하고 있는 정신장애인 중 상당수는 촉탁의에게 처방받은 정신과 약물을 장기간 복용하다가 정신질환이 부각 되면 정신의료기관으로의 입원을 반복하는 등 체계적인 의료지원을 받고 있지 못함에도, 이에 대한 실태조차 제대로 파악된 적 없다.

따라서 본 연구에서는 중증 정신질환자 및 정신장애인, 시설 거주 정신장애인의 의료 이용 실태 파악을 통해 적시 치료 및 효율적인 지역사회 관리 방안 마련을 목적으로 한다. 특히 초발 정신장애인과 중증(만성) 정신장애인이 시의적절한 의료서비스를 받고 있는지, 정신건강증진시설 외 다수인 보호시설에서 생활하고 있는 정신장애인이 제대로 된 치료를 받고 있는지를 점검하여 개선점을 도출하는 것을 목적으로 하였다. 또한 중증 정신장애인의 장기입원 및 재입원의 구조적 원인을 파악하여 정신장애인의 지역사회 중심의 치료 방안 제안을 목적으로 한다.

제2절 연구내용 및 방법

본 연구에서는 중증 정신질환자 및 정신장애인의 치료서비스 이용실태를 파악하고, 시의적절한 치료 및 지역사회 관리방안을 도출하기 위하여 5가지 중점 연구주제를 중심으로 연구를 수행하고, 결론을 도출하였다.

첫째, ‘국민건강정보DB(건강보험 청구자료 및 자격자료)’를 활용하여 중증 정신질환자의 치료서비스 이용현황을 파악하였으며, ‘장애인실태조사’를 활용하여 재가 정신장애인의 현황과 건강, 생활 및 폭력·차별 경험 등에 대해 파악하였다. (제2장)

둘째, 정신요양시설을 대상으로 한 ‘설문조사’를 토대로 정신요양시설 거주 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 특성을 파악하였다. (제3장)

셋째, ‘표적집단면접법(Focus Group Interview: FGI)’과 면접내용에 대한 질적 분석을 통해 지적장애인 거주시설 및 노숙인 시설 거주 중증 정신질환자·정신장애인의 의료이용 특성을 파악하였다. (제3장)

넷째, ‘FGI’와 면접내용에 대한 질적 분석을 통해 초발 중증 정신질환자·정신장애인 당사자와 가족의 의료서비스와 정신보건서비스에 대한 욕구를 파악하였다. (제4장)

다섯째, 중증 정신질환자·정신장애인의 입원에 대한 제도적 문제점 파악을 위하여 ‘FGI’와 면접내용에 대한 질적 분석을 통해 장기입원, 재입원, 입·퇴원절차, 계속입원 심사제도에 대한 문제점과 개선방안을 도출하였다. (제5장)

여섯째, ‘국내·외 문헌고찰 및 사례·제도 고찰’ 및 ‘국외 현장방문’을 통해 중증 정신질환자·정신장애인의 지역사회 중심 치료서비스 제공체계를 파악하고 발전적 대안을 제시하고자 하였다. (제6장)



제 2 장

중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태



- 제1절 연구배경
- 제2절 연구내용 및 방법
- 제3절 중증 정신질환자 · 정신장애인 규모
- 제4절 중증 정신질환 유병자의 특성 및 의료이용 실태
- 제5절 초발 중증 정신질환자의 의료이용 실태
- 제6절 정신장애인 특성 및 의료이용 실태(장애인실태조사 분석)
- 제7절 중증 정신질환자 · 정신장애인 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표
- 제8절 소결

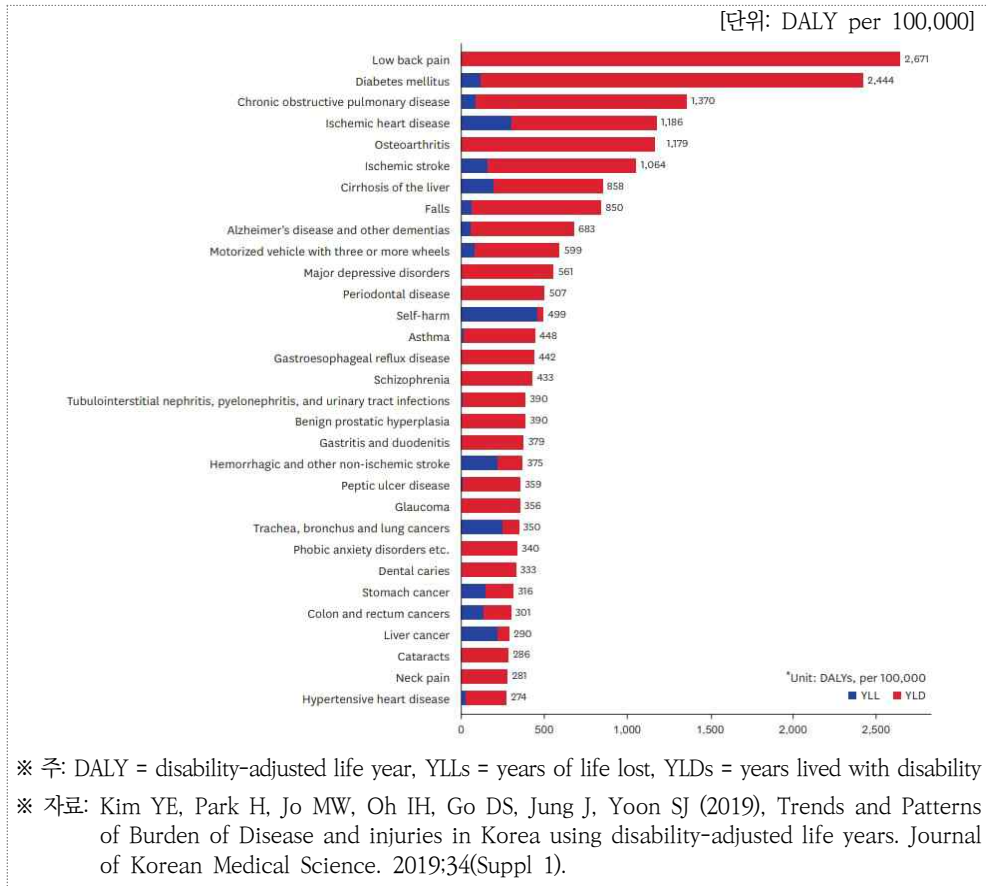
제1절 연구배경

□ 연구목적

- 본 장에서는 우리나라 중증 정신질환자 및 정신장애인의 규모를 파악하고, 입원과 외래, 장기입원 등 의료이용 현황을 파악하는 것으로 목적으로 수행되었다.

□ 현황 및 관련 선행연구

- 2017년, 정신 및 행동장애(ICD-10 코드: F00-F99)로 의료이용한 환자 수는 약 321만명(건강보험 280만명, 의료급여 41만명)으로 전체 진료인원 대비 건강보험 5.9%, 의료급여 26.9%를 차지하고 있다.
 - 정신 및 행동장애의 진료비는 2017년 기준, 건강보험 대상 35,307억원, 의료급여 대상 12,959억원으로 전체 진료비 중 5.2%, 27.5%를 차지하고 있다.
- 윤석준 등(2018)의 연구결과에 의하면 한국인의 정신질환으로 인한 질병부담(장애보정생존년수, DALYs)은 전체 질병부담의 6.3% 수준¹⁾으로 21개 중 분류 질환군 중 6번째로 부담이 큰 질환군이었으며, 2007년 대비 25% 증가하였다(여 28.8%, 남 20.7%).
 - 특히 주요 우울장애의 질병부담은 교통사고(Motorized vehicle with three or more wheels) 다음으로 질병부담이 높았으며, 조현병은 위 식도 역류질환 다음으로 높은 질병부담을 보였다 (Kim YE, 2019).



[그림 2-1] 2015년 우리나라 질병부담 순위 (상위 30개 질환)

- 또한, 정신질환으로 인한 사회경제적 질병부담은 전체 사회경제적 질병부담 중 5.1%를 차지하였으며, 이환으로 인한 비용(38%)보다 생산성 손실로 인한 비용(62%)이 큰 것으로 나타났다.

- 특히, 조현병의 사회경제적 질병부담 비용은 3조 1,411억원으로 허혈성 뇌졸중(3조 4,289억원), 폐암(3조 287억원) 수준이었다.

○ 우리나라는 정신질환에 대한 지역사회 서비스는 부족한 반면 정신입원 병상수는 상대적으로 많기 때문에 지역사회나 병원 외래진료보다 입원치료가 보편적이다. 즉, 상당수의 정신질환에 대한 치료가 입원에 의존하고 있는 실정이다 (OECD, 2015).

- 반면, 정신질환에 대한 부정적 인식과 사회적 편견으로 인해 정신질환자들

은 적극적 치료나 관리를 기피하고 있다.

- 2016년 기준, 정신질환에 이환된 경험이 있는 대상자 중 22.2%가 정신의료서비스를 이용하고 있다 (2011년 기준 15.3%). 2011년 기준 국제비교를 해보면 미국(39.2%), 뉴질랜드(38.9%), 호주(34.7%)에 비해 우리나라는 15.3% 수준으로 매우 낮은 수준이다.
- 2016년 정신질환 실태조사에서 조현병 스펙트럼 장애의 일년 유병률을 0.28%로 약 113,850명으로 추계하였다.
- 2016년 정신질환 실태조사에서 산출한 유병률은 실태조사에서 진단된 지역 사회 거주 성인 3명(추정 환자수 15,021명)과 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설, 노숙자 부랑인시설 환자를 모두 포함하여 추계한 결과이다.
 - 실태조사에서는 실제보다 유병률이 과소 추정되었을 가능성이 있다.
 - 그 이유로는 첫째, 조현병 스펙트럼 장애는 증상의 심각성과 만성적인 특성으로 인하여 사회적 편견과 낙인이 가장 심한 정신질환 중 하나이다. 이에 따라, 조현병 스펙트럼 장애가 있거나 유사한 증상을 경험한 적이 있음에도 불구하고, 남에게 이야기 하지 않아 유병률이 과소 추정될 수 있다.
 - 둘째, 조사도구(CIDI)는 질문을 정확히 이해하고 이에 적절히 응답할 수 있는 인지적 능력이 요구된다. 조현병 스펙트럼 장애의 경우 인지기능의 저하 및 사고 장애 등이 동반되는 경우가 흔하여 질문에 적절히 응답하지 못하였을 수 있다.
 - 이러한 상황을 고려해보면, 지역사회에서 조현병 스펙트럼 장애 유병률이 과소 추정되었을 가능성이 충분히 있다. 또한 조현병 스펙트럼 장애가 있는 환자들은 시설에 입소되어 지내는 경우가 많아 지역사회 조사만으로는 정확한 유병률 파악이 어렵다 (홍준표 등, 2016).
- NIH National Institute of Mental Health에 의하면, 가구 기반 조사와 인터뷰, 의료 기록 등을 통해 도출된 유병률(미국)은 0.25%~0.64% 규모일 것으로 예측하고 있다(Kessler RC, 2005; Wu EQ 2006; Desai 2013). 또한, 조현병 유병률과 관련된 연구들을 종합하여 분석한 체계적 문헌고찰(메타분석) 결과, 병원 입원 및 시설 입소를 제외한 조현병의 유병률(international)은 0.33%~0.75%일 것으로 예측하였다 (Saha S, 2005; Moreno-Küstner B, 2018).

제2절 연구내용 및 방법

□ 대상자 정의

○ 본 장에서 중증 정신질환자와 정신장애인은 아래와 같이 정의하였다.

- 「장애인복지법」 제2조 및 동법 「시행규칙」 제2조제2항의 규정에 의한 「장애등급판정기준」의 ‘정신장애 판정 기준’과 전문가 자문 의견을 토대로 중증 정신질환의 질환 코드(ICD-10 코드2))를 조현병3)과 조현 정동장애를 포함하고 있는 F20-F29(조현병·분열형 및 망상장애), F31(양극성 정동장애), F33(재발성 우울장애)로 하였다.
- 중증 정신질환 유병자는 해당 질환코드를 주상병4)으로 1회 이상 의료이용(입원 또는 외래)을 한 사람으로 정의하였으며, 한방 의료기관에서의 의료이용은 제외하였다. 유병률 산출 시 해당 연도의 전체 의료보장인구를 적용하였다 (2017년 기준 의료보장인구는 52,426,625명).
- 초발 중증 정신질환자의 경우, 2008년부터 2011년까지 중증 정신질환으로 의료이용을 하지 않은 사람 중 2012년에 처음으로 중증 정신질환으로 의료이용을 한 사람으로 정의하였다.
- 정신장애인의 경우 정신장애를 주 장애로 등록한 사람으로 정의하였으며, 재가 정신장애인 분석에서는 장애인 실태조사에서 정신장애를 가지고 있다고 응답한 사람을 대상으로 하였다.

2) ICD-10은 질병 및 관련 건강 문제의 국제 통계 분류(International Classification of Diseases: ICD) 10차 개정판으로, 세계 보건 기구(WHO)에서 질병과 증상 등을 분류해놓은 것임. 우리나라에서는 ICD-10을 기반으로한 한국표준질병·사인분류(KCD)를 사용하고 있으며, 현재 제7차 개정판을 사용하고 있음.

3) ‘정신분열병(精神分裂病)’은 2011년 조현병(調絃病)으로 변경하기로 결정하였고 2012년 1월 국회에서 공표되었음.

4) 주상병은 진료기간 중 최종적으로 진단받은 병태로서 치료나 검사에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 병태를 주상병으로 기재함. 위와 같은 병태가 둘 이상 있을 때는 의료자원을 가장 많이 사용한 한 가지 병태를 주상병으로 기재함. 진료 개시 후 주된 상병과 관련된 질환이나 합병증이 발생하였을 경우에는 이로 인한 자원소모가 많다고 할지라도 기존 주상병을 유지. 단, 진료 개시 후 요양기관을 방문하게 만든 병태와는 관련이 없는 새로운 병태가 발견되고, 이로 인한 자원소모가 더 클 때에는 새로운 상병을 주상병으로 기재함. (건강보험심사평가원, 2017)

〈표 2-1〉 장애인복지법에 따른 정신장애인 판정기준

- ▶ 장애진단 직전 1년 이상 지속적으로 진료한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 (지속적으로 진료받았다 함은 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미)가 진단서, 소견서, 진료기록 등을 확인하여, 적절한 치료 중임에도 불구하고 장애가 고착된 경우 진단함.
- ▶ 정신장애의 장애등급 판정은 (1) 현재 치료 중인 상태를 확인, (2) 정신질환의 진단명 및 최초 진단 시기에 대한 확인, (3) 정신질환의 상태 (impairment)의 확인, (4) 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability) 상태의 확인, (5) 정신장애 등급의 종합적인 판정의 순서를 따라 함.
 - 여기서 정신질환 진단명은, ICD-10 코드의 F20 정신분열병, F25 분열형 정동장애, F31 양극성 정동장애 및 F33 반복성 우울장애로 진단된 경우에 한하여 정신장애 판정을 함.
- ▶ 정신장애 급수의 경우, 1급에서 3급까지로 함.

주) 정신분열병은 2012년 조현병으로 질환명칭이 변경되었음.

※ 자료: 「장애인복지법」 제2조 및 동법「시행규칙」 제2조제2항의 규정에 의한 「장애등급판정기준」

〈표 2-2〉 연구에 포함된 중증 정신질환 범위

ICD-10 코드	질환명	
	한글	영문
F20-F29	조현병 · 분열형 및 망상장애	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
F20	조현병	Schizophrenia
F21	조현형장애	Schizotypal disorder
F22	지속성 망상장애	Persistent delusional disorders
F23	급성 및 일과성 정신병장애	Acute and transient psychotic disorders
F24	유도망상장애	Induced delusional disorder
F25	조현정동장애	Schizoaffective disorders
F28	기타 비기질성 정신병장애	Other nonorganic psychotic disorders
F29	상세불명의 비기질성 정신병	Unspecified nonorganic psychosis
F31	양극성 정동장애	Bipolar affective disorder
F33	재발성 우울장애	Recurrent depressive disorder

□ 연구내용

○ 중증 정신질환자 및 정신장애인의 규모 및 특성

- 2008년부터 2017년까지 중증 정신질환자 및 정신장애인의 연도별 규모를 파악하고, 대상자의 일반적인 특성(성, 연령, 진단명, 소득분위 등)에 대해

분석하였다.

- 소득분위의 경우, 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 건강보험정책심의위원회의 규정 등에 따라 부과되어 국민건강보험공단에 등록되어 있는 의료급여구간(0분위)⁵⁾, 1~20분위의 보험료 분위 코드를 기준으로 분석하였다.

※ 의료급여 수급권자의 진료내역 정보가 2006년부터 국민건강보험공단 시스템으로 통합되어 2007년 이전 의료급여 수급권자의 진료내역이 완결하지 않기 때문에 본 연구에서는 2008-2017년 까지 10년간의 현황을 제시함.

- 또한 중증 정신질환자의 해당 연도 정신장애인 등록 비율, 사망률 등을 산출하였다.

○ 중증 정신질환자의 의료이용 실태

- 중증 정신질환자의 입원 및 외래 이용현황, 재원 기간, 재입원, 의료비에 대한 분석을 수행하였다.
- 재입원의 경우 퇴원 후 3일, 7일, 14일, 30일(1개월), 60일(2개월), 90일(3개월), 180(6개월)을 기준으로 산출하였다.
- 또한, 퇴원 후 1개월 내 외래 방문율을 산출하였다.

○ 초발 중증 정신질환자의 의료이용 실태

- 2012년부터 2017년까지 초발 중증 정신질환자의 규모를 파악하였으며, 첫 의료이용의 형태(입원, 외래)에 따른 비율을 산출하였다.
- 2012년 초발 중증 정신질환자의 일반적인 특성(성, 연령, 의료보장 형태 등)과 장기입원자의 일반적인 특성(성, 연령, 의료보장 형태 등)을 분석하였다. 특히 초발 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 및 입원자의 질환 발생 전·후 의료보장 형태 변화를 분석하였다.
- 2012년 초발 중증 정신질환 입원자 분석은 2012년에 질병이 최초로 진단되었으며, 당해 연도에 해당질환으로 입원경험이 있는 사람을 대상으로

5) 의료급여구간의 경우 의료급여 수급권자(의료급여 세대주와 의료급여 세대원)는 아니나, 불상의 이유로 건강보험료가 부과되지 않아 의료급여구간으로 분류된 인구가 포함되어 있을 수 있다.

로 하였다.

- 장기입원의 경우, 입원 후 180일(6개월)이 경과한 사람을 장기입원자로 정의하였으며, 퇴원 후 재입원까지의 기간이 30일 이내인 경우에도 입원 기간이 지속되는 계속입원으로 간주하였다⁶⁾.

○ 재가 정신장애인의 현황과 건강, 생활 및 폭력·차별 경험 등

- 재가 정신장애인의 규모 및 장애 발생 시기, 주된 정신 질환명 등에 대한 일반적인 특성을 파악하였다.
- 또한 재가 정신장애인의 의료이용과 관련된 건강보험 가입 여부, 치료, 의료 서비스에 대한 만족도, 미충족 의료 등 재가 정신장애인의 보건의료와 건강에 대한 실태를 파악하였다.
- 재가 정신장애인의 생활 및 폭력, 차별 경험, 주거 및 복지, 경제상태 등에 대한 실태를 파악하였다.

〈표 2-3〉 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태 연구내용

구분		연구내용
전체 대상자 규모		중증 정신질환자 및 정신장애인 연도·질환별 규모
유병자 특성		유병자수, 유병률, 사망자수, 정신장애인 비율 등
의료이용 실태	외래	외래이용률, 평균 내원일수 등
	입원	입원율, 평균 입원일수, 재입원율, 장기입원율 퇴원 후 1개월 내 외래 방문율 등
	의료비	입원 및 외래 청구급여비용 총액(보험자 및 본인부담금) 등
초발 중증 정신질환자	대상자 규모 및 유병자 특성	연도·질환별 유병자수, 유병률 등 발병 전·후 의료보장상태 변화, 사망자수 등
	의료이용 실태	입원율, 장기입원율 등
정신장애인	규모 및 특성	재가 정신장애인 규모, 정신장애 발생 시기, 주된 질환명
	의료이용	건강보험 가입여부, 치료, 의료서비스에 대한 만족도, 미충족 의료 등
	생활	자살 생각 여부 및 자살 시도 여부, 폭력 및 차별 경험(가족 및 사회적 차별), 주거, 복지, 경제상태

6) 박종익 등(2008)의 연구에서 사용한 장기입원의 정의를 차용하였음.

□ 연구방법

○ 본 장에서 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태를 파악하기 위하여 국민건강보험공단의 ‘국민건강정보 DB’⁷⁾를 이용하여 분석하였다.

- 본 연구에서는 ‘국민건강정보 DB’ 중 의료급여 수급권자와 및 건강보험 가입자의 ‘자격 및 보험료 DB’와 ‘진료내역 DB’를 활용하여 분석하였다.

• ‘자격 및 보험료 DB’는 건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자의 개인별 자격 및 보험료 정보를 포함하고 있다. 각 연도의 자격 및 보험료는 해당 연도 말 기준이기 때문에 의료이용 시점의 자격 및 보험료 정보와는 차이가 있을 수 있다.

• ‘진료내역 DB’는 건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자가 요양기관에 방문하여 진료받은 내역에 대해 요양기관으로부터 요양급여가 청구된 자료(이하 청구자료)이다.

• 청구자료는 요양기관을 방문한 환자의 비급여를 제외한 모든 의료서비스 이용 정보가 포함되어있기 때문에 분석결과의 일반화가 가능하며, 익명화된 고유 식별자가 있어 환자의 추적 자료 구축이 가능하다는 장점이 있다. 다만, 전액 비급여로 입원 또는 외래 의료이용을 한 경우는 청구자료로는 파악이 어렵기 때문에, 일부 극단적인 진료사례는 누락 되었을 가능성이 있다.

- 국민건강보험공단의 ‘맞춤형 연구 DB’ 신청·심의·승인 절차를 통해 ‘국민건강정보 DB’에서 2008년부터 2017년까지 중증 정신질환으로 한 번이라도 의료이용 한 사람의 2002년부터 2017년까지 모든 의료이용기록에 대해 분석하였다(공단 연구관리번호: NHIS-2019-1-378).

• 제공 받은 자료는 개인 및 의료기관을 특정할 수 없도록 익명화된 데이터 셋을 국민건강보험공단 내 폐쇄된 PC에서 분석하였다.

○ 또한 본 장에서는 재가 정신장애인의 규모 및 관련 현황을 파악하기 위하여 ‘장애인 실태조사’를 분석하였다.

- ‘장애인 실태조사’는 우리나라 장애인구 및 장애출현율을 파악하고 장애인

7) 전 국민의 자격 및 보험료, 건강검진결과, 진료내역, 노인장기요양보험 자료, 요양기관 현황, 암 및 희귀난치성질환자 등록정보 등 1조 3천억 건에 달하는 방대한 빅데이터임.

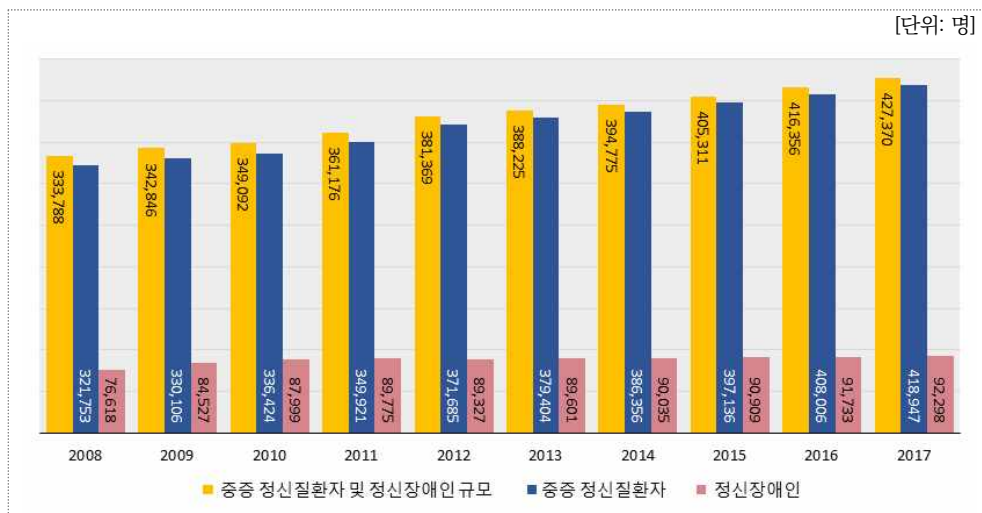
의 생활실태 및 복지욕구를 파악하여 장·단기 장애인복지정책 수립 및 시행을 위한 기초자료를 생산하기 위한 목적으로 3년 주기로 시행되고 있다.

- 2017년 기준, 전국 250개 지역의 44,161가구를 대상으로 조사하여 36,200가구, 91,405명의 가구원에 대해 조사를 완료 하였으며(완료율 81.9%), 이 중 장애인은 6,549명이었으며, 정신장애인은 203명이었다.

제3절 중증 정신질환자 · 정신장애인 규모

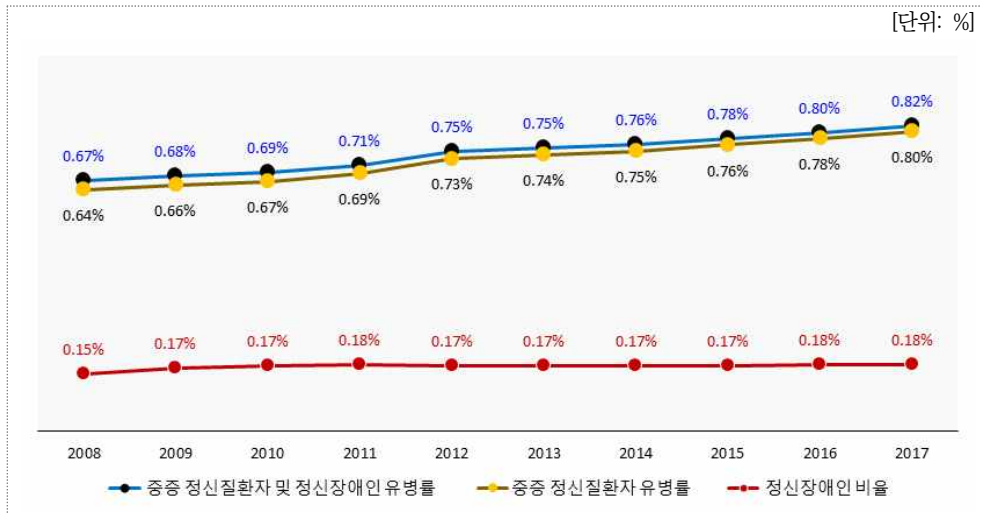
□ 중증 정신질환자 및 정신장애인의 연도별 규모

- 2008년 중증 정신질환자와 정신장애인 규모(중복 제외)는 333,788명으로 전체 의료보장인구의 0.67% 수준이었으나 2017년 427,370명으로 전체 의료보장인구의 0.82%까지 지속적으로 증가하였다.
 - 이 중 정신장애인⁸⁾은 2008년 76,618명에서 2017년 92,298명으로 증가하였다.
 - 중증 정신질환 유병자수는 2008년 321,753명에서 2017년 418,947명으로 연평균 3.0%씩 증가하였다. 동일기간 의료보장인구는 연평균 0.5% 증가한 것에 비하면 중증 정신질환 유병자수의 증가는 빠른 것으로 판단된다.
 - 2017년 기준 중증 정신질환 및 정신장애인 유병자는 427,370명이었으므로 8,423명은 정신장애인 이지만 중증 정신질환으로 인한 의료이용을 하지 않은 것으로 파악되었다. 이는 2017년 정신장애인 92,298명 중 9.1%에 해당된다.



[그림 2-2] 중증 정신질환자 및 정신장애인 규모

8) 보건복지부 등록 장애인 현황에 따르면, 2008년 정신장애인은 86,624명, 2017년 101,175명



[그림 2-3] 중증 정신질환자 및 정신장애인 유병률

○ 정신장애인 중 조현병·분열형 및 망상장애, 양극성 정동장애, 재발성 우울증으로 의료이용을 하지 않은 사람은 2008년에는 12,035명에서 2017년 8,423명으로 감소하는 추세를 보였다 (2008년 정신장애인 76,618명 중 15.7%이며, 2017년은 9.1%).

□ 중증 정신질환자의 질환별 규모

○ 질환별 유병자수를 살펴보면(17년 기준), 조현병·분열형 및 망상장애 중증 정신질환자 전체 유병자의 54.9%(234,595명)를 차지하고 있으며, 양극성 정동장애가 24.3%(103,656명), 재발성 우울장애가 22.3%(95,423명)이었다(중복질환자 포함).

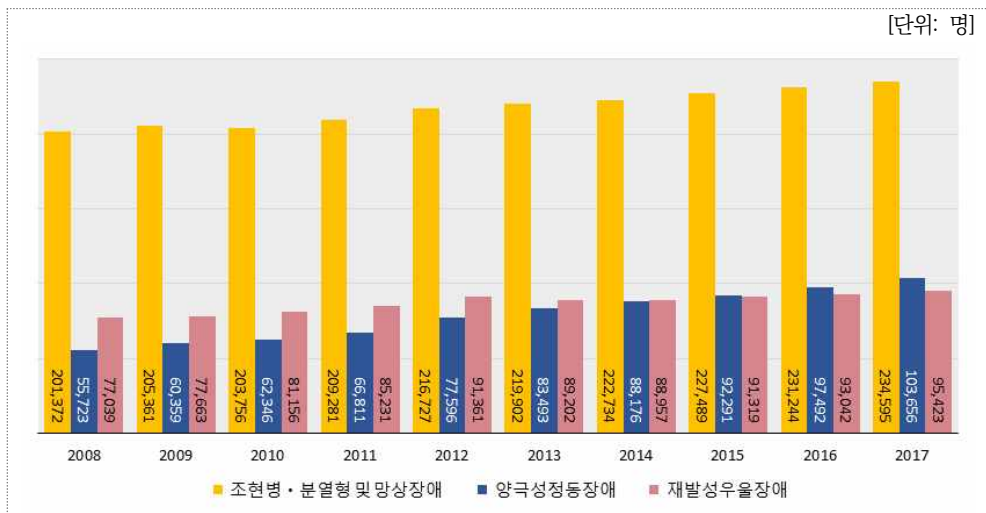
- 전체 중증 정신질환자 조현병·분열형 및 망상장애와 양극성 정동장애를 동시에 가지고 있는 사람은 2017년 기준 9,750명이며, 조현병·분열형 및 망상장애와 재발성 우울증을 동시에 가지고 있는 사람은 1,613명이었다. 양극성 정동장애와 재발성 우울장애를 동시에 가지고 있는 사람은 2,838명이었으며, 조현병·분열형 및 망상장애와 양극성 정동장애 재발성 우울장애를 모두 가지고 있는 사람은 263명으로 분석되었다.

〈표 2-4〉 질환별 유병자수 (단독, 중복 유병 구분)

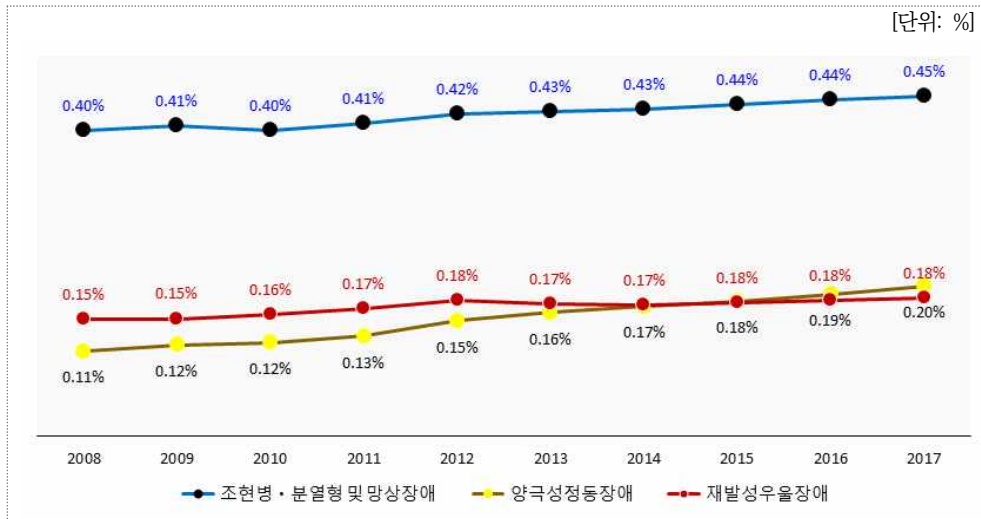
[단위: 천명]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
중증 정신질환자수		321.8	330.1	336.4	349.9	371.7	379.4	386.4	397.1	408.0	418.9
조현병·분열형 및 망상장애		201.4	205.4	203.8	209.3	216.7	219.9	222.7	227.5	231.2	234.6
양극성 정동장애		55.7	60.4	62.3	66.8	77.6	83.5	88.2	92.3	97.5	103.7
재발성 우울장애		77.0	77.7	81.2	85.2	91.4	89.2	89.0	91.3	93.0	95.4
단독	조	190.8	193.8	194.7	200.0	206.0	209.7	212.2	216.5	220.4	223.0
	양	45.3	49.0	53.1	57.1	65.8	72.1	76.5	80.1	85.5	90.8
	재	73.6	74.2	78.0	81.5	86.2	84.6	84.4	86.7	88.6	90.7
중복	조+양	8.7	9.6	7.4	7.5	8.5	8.4	8.7	9.1	9.0	9.8
	조+재	1.7	1.7	1.4	1.5	1.9	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6
	양+재	1.5	1.5	1.6	2.0	2.9	2.8	2.7	2.8	2.7	2.8
	조+양+재	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3

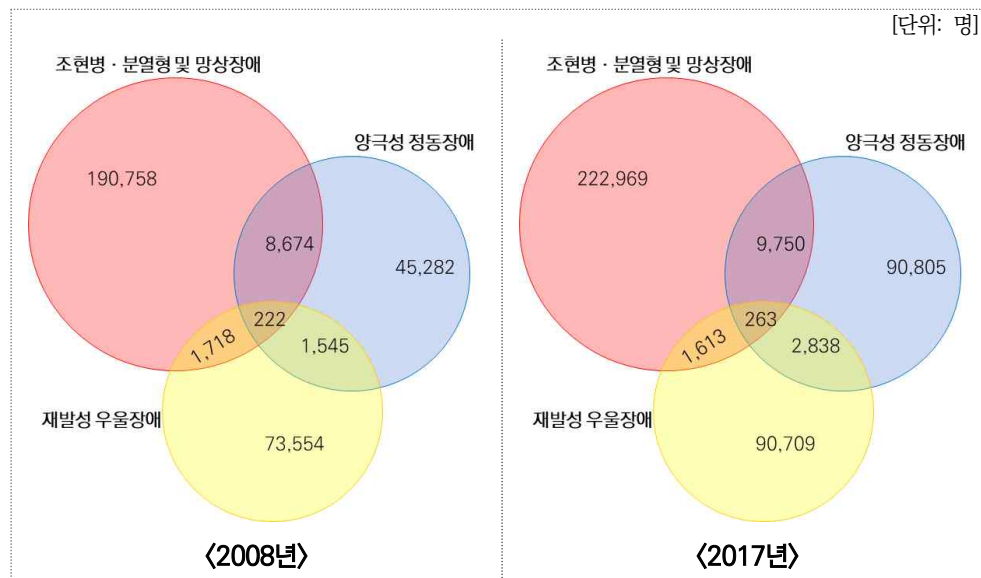
※ 조 (조현병·분열형 및 망상장애), 양 (양극성 정동장애), 재 (재발성 우울장애)



[그림 2-4] 질환별 유병자수



[그림 2-5] 질환별 유병률



[그림 2-6] 2008년과 2017년 질환별 유병자수

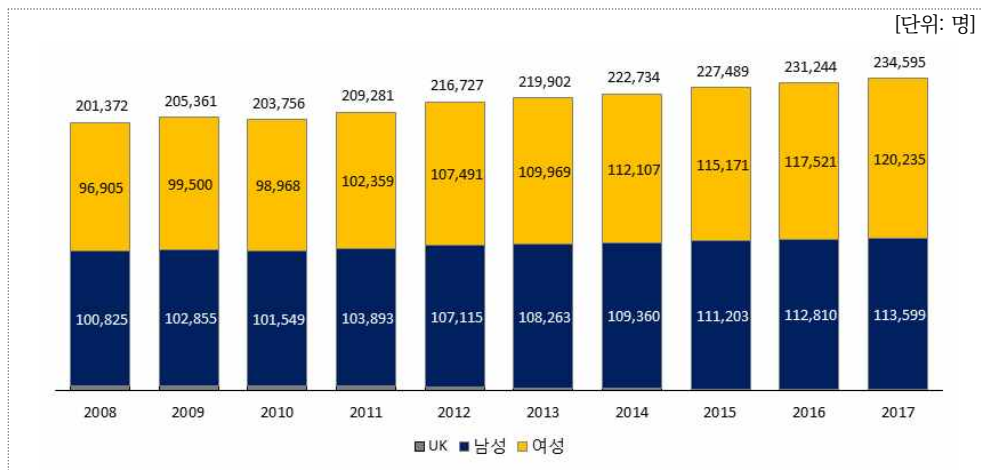
제4절 중증 정신질환 유병자의 특성 및 의료이용 실태

가. 중증 정신질환 유병자수 및 유병률

□ 유병자수

○ 조현병·분열형 및 망상장애

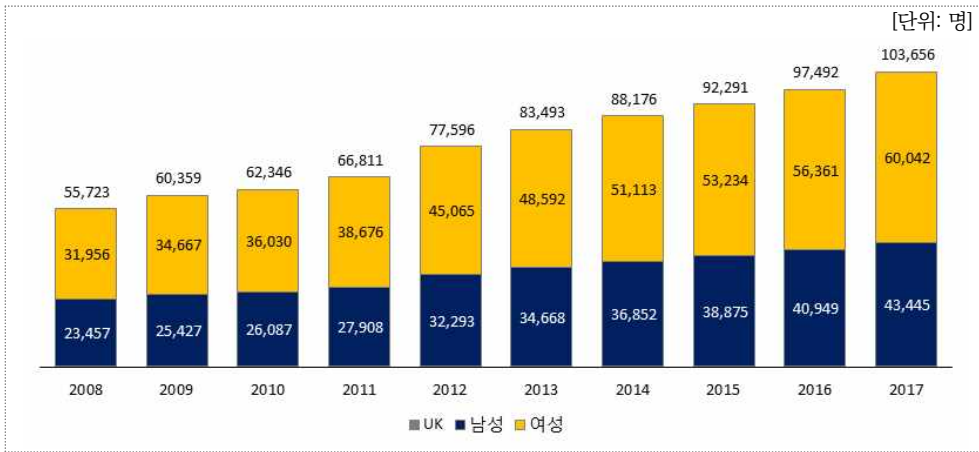
- 조현병·분열형 및 망상장애 유병자수는 2008년 201,372명에서 2017년 234,595명으로 16.5% 증가하였다.
- 성별로 나누어 살펴본 결과, 남성의 경우 100,825명('08년)에서 113,599명('17년)으로 12.7% 증가하였으며, 여성은 96,905명('08년)에서 120,235명('17년)으로 24.1% 증가하였다.



[그림 2-7] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 유병자수

○ 양극성 정동장애

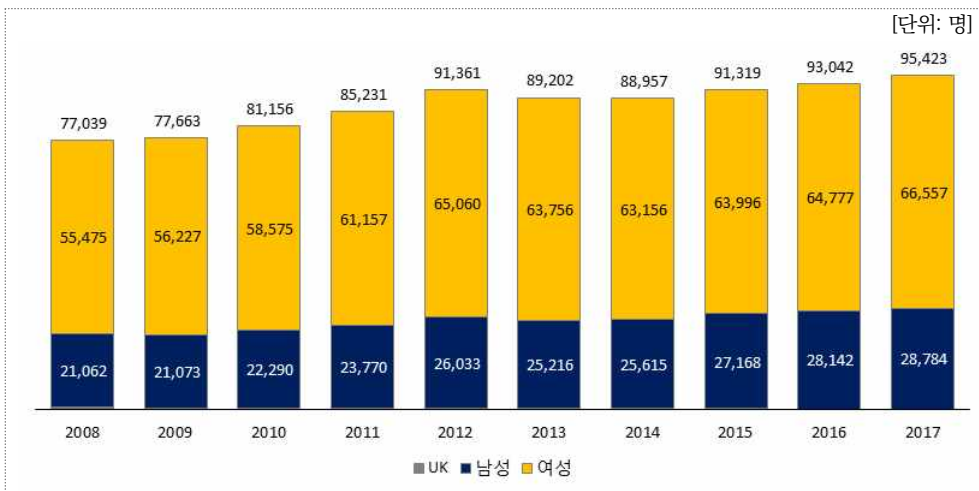
- 양극성 정동장애 유병자수는 2008년 55,723명에서 2017년 103,656명으로 86.0% 증가하였다.
- 성별로 나누어 살펴본 결과, 남성의 경우 23,457명('08년)에서 43,445명('17년)으로 85.2% 증가하였으며, 여성은 31,956명('08년)에서 60,042명('17년)으로 87.9% 증가하였다.



[그림 2-8] 양극성 정동장애 성별에 따른 유병자수

○ 재발성 우울장애

- 재발성 우울장애 유병자수는 2008년 77,039명에서 2017년 95,423명으로 23.9% 증가하였다.
- 성별로 나누어 살펴본 결과, 남성의 경우 21,062명(08년)에서 28,784명(17년)으로 36.7% 증가하였으며, 여성은 55,475명(08년)에서 66,557명(17년)으로 20.0% 증가하였다.



[그림 2-9] 재발성 우울장애 성별에 따른 유병자수

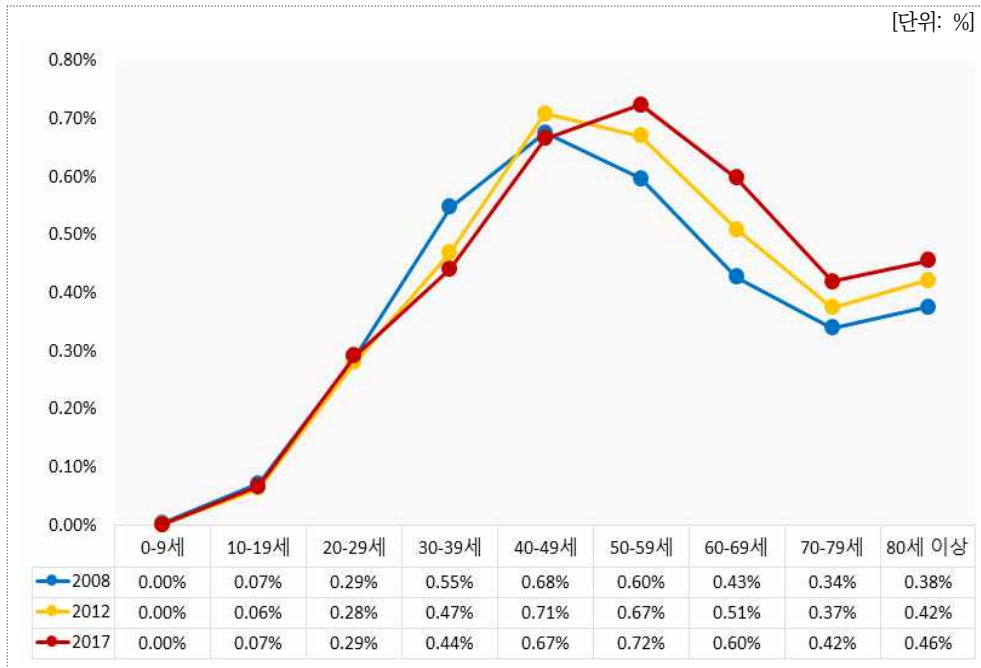
□ 유병률

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 조현병·분열형 및 망상장애의 유병률은 2008년 0.40%에서 2017년 0.45%까지 지속적으로 증가하는 추세를 보였다.
- 성별로 나누어 살펴보면, 남성 유병률 2008년 0.40%에서 2017년 0.43%로 10년간 0.03%p 증가하였으며 여성은 0.39%(08년)에서 0.46%(17년)으로 10년간 0.07%p 증가하였다.
 - 2011년 이전까지는 여성보다 남성의 유병률이 높았으나 이후 남성의 유병률이 여성보다 높아졌으며, 그 격차는 점차 커지는 것으로 나타났다.
- 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 평균 연령은 2008년 43.6세에서 2017년 48.5세로 약 4.9세 증가하였다(중앙값은 43세에서 49세로 약 6세 증가).
 - 연령대별 유병률을 살펴보면, 2017년 50대의 유병률이 0.72%로 가장 높은 것으로 분석되었다.
 - 유병자들의 연령분포를 살펴본 결과, 2017년 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 50대가 26.5%를 차지하고 있으며, 40대가 25.0%, 60대가 14.5%, 30대가 14.3% 순이었다. 20세 미만 1.5%, 20-30대 23.0%, 40-60대 66.0%, 70대 이상 9.1%로 구성되어 있는 것으로 분석되었다.

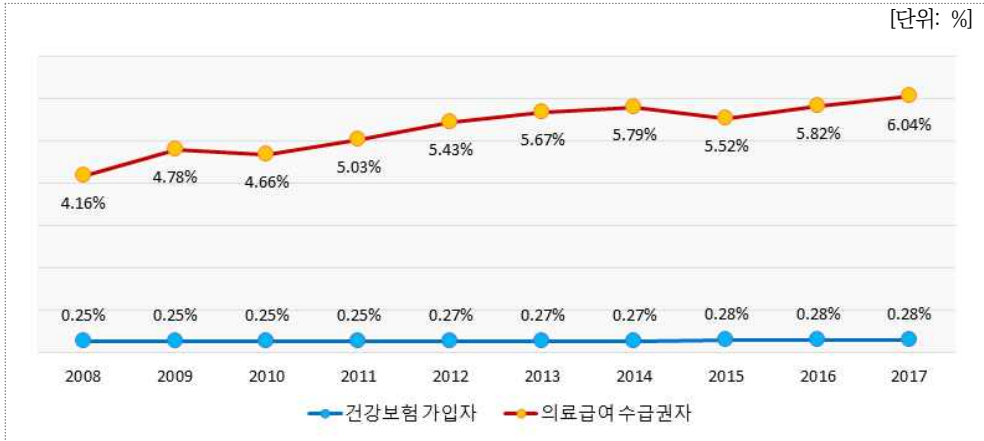


[그림 2-10] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 유병률



[그림 2-11] 조현병·분열형 및 망상장애 연령대별 유병률

- 유병자의 의료보장 형태에 따라 유병률에 큰 차이를 보이는 것으로 나타났다.
 - 건강보험 가입자의 경우, 2008년 유병률이 0.25%에서 2017년 0.28%로 10년간 0.03%p 증가하였다. 반면 의료급여 수급권자의 경우, 2008년 유병률이 4.16%에서 2017년 6.04%로 10년간 1.87%p 증가하였다.
 - 2008년 의료급여 수급권자의 유병률은 건강보험 가입자에 비해 약 16.6배 높았으며, 이 차이는 점차 증가하여 2017년 21.3배까지 증가하는 것으로 분석되었다.



[그림 2-12] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장유형에 따른 유병률

- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 여성보다 남성에서 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자의 조현병·분열형 및 망상장애의 유병률의 차이가 더 큰 것으로 나타났다(2017년 기준 남성은 27.8배 의료급여 수급권자의 유병률이 높으며, 여성은 16.6배 높음).

<표 2-5> 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장유형 및 성별에 따른 유병률

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
건강보험		0.25	0.25	0.25	0.25	0.27	0.27	0.27	0.28	0.28	0.28
의료급여		4.16	4.78	4.66	5.03	5.43	5.67	5.79	5.52	5.82	6.04
건강보험	남성	0.24	0.24	0.24	0.24	0.25	0.25	0.26	0.26	0.26	0.26
	여성	0.26	0.26	0.26	0.27	0.28	0.29	0.29	0.30	0.30	0.31
의료급여	남성	5.22	6.01	5.85	6.23	6.72	6.97	7.03	6.66	6.95	7.14
	여성	3.34	3.83	3.74	4.09	4.43	4.66	4.80	4.61	4.90	5.13

- 앞서 살펴본 유병률은 해당 연도 의료이용을 한 사람을 유병자로 하여 산출한 결과이다(1년 유병률). 유병률의 범위를 넓혀 과거 의료이용자를 포함하여 산출해보았다. 2017년 1년 유병률은 2017.1.1.~2017.12.31.까지 1년간 조현병·분열형 및 망상장애로 의료이용을 한 사람을 이용하여 산출하였다. 2017년 3년 유병률은 2015.1.1.~2017.12.31.까지 3년간 해당 질환으

로 의료이용을 한 사람을 이용하여 산출하였으며, 5년 유병률은 2013.1.1.~2017.12.31.까지 5년, 10년 유병률은 2008.1.1.~2017.12.31.까지 10년간 의료이용을 한 사람을 이용하여 산출하였다.

- 2017년 조현병·분열형 및 망상장애 1년 유병률은 0.45%, 3년 유병률은 0.54%, 5년 유병률은 0.61%, 10년 유병률은 0.75%였다.

〈표 2-6〉 조현병·분열형 및 망상장애 1년, 3년, 5년, 10년 유병률

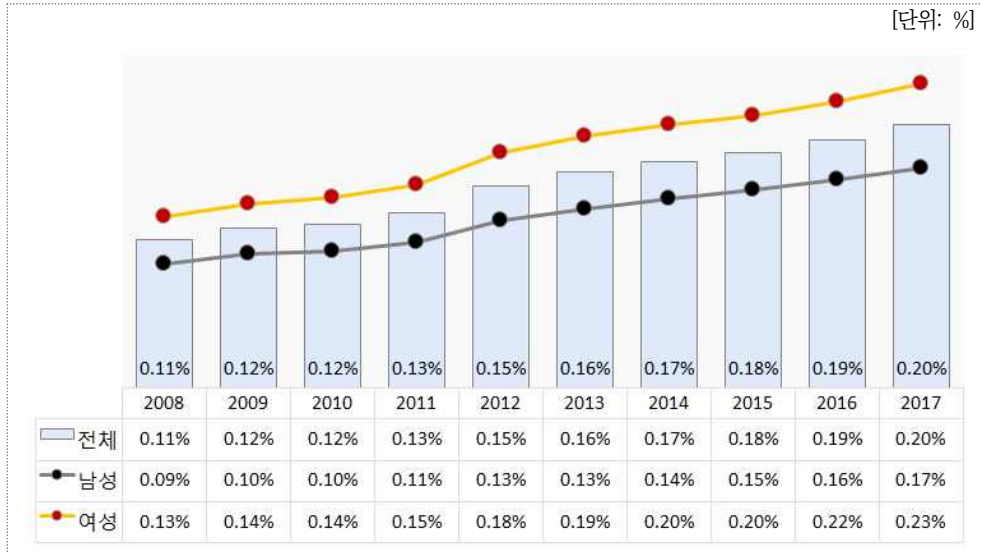
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1년 유병률	0.40	0.41	0.40	0.41	0.42	0.43	0.43	0.44	0.44	0.45
3년 유병률	0.52	0.52	0.51	0.51	0.51	0.52	0.52	0.53	0.53	0.54
5년 유병률	0.59	0.60	0.60	0.60	0.60	0.59	0.59	0.60	0.60	0.61
10년 유병률	-	-	-	0.75	0.76	0.76	0.76	0.76	0.76	0.75

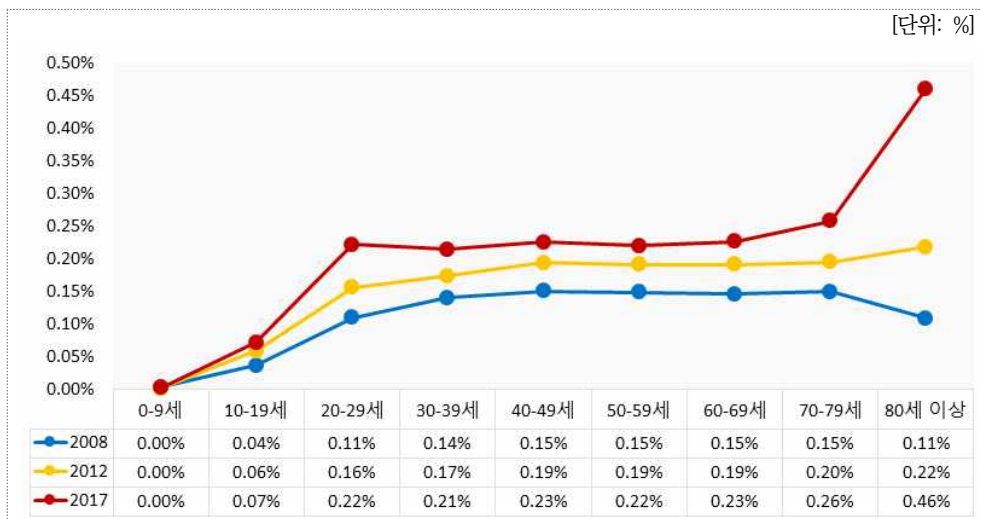
○ 양극성 정동장애

- 양극성 정동장애의 유병률은 2008년 0.11%에서 2017년 0.20%까지 지속적으로 증가하는 추세를 보였다.
- 성별로 나누어 살펴보면, 남성 유병률 2008년 0.09%에서 2017년 0.17%로 10년간 0.07%p 증가하였으며 여성은 0.13%(‘08년)에서 0.23%(‘17년)으로 10년간 0.10%p 증가하였다.
 - 전체 연도에서 여성의 유병률이 남성의 유병률보다 꾸준히 높았으며, 그 격차는 2008년 0.03%p에서 2017년 0.06%p로 커지는 양상을 보였다.
- 양극성 정동장애 유병자의 평균 연령은 2008년 43.7세에서 2017년 47.0세로 약 3.2세 증가하였다(중앙값은 43세에서 47세로 약 4세 증가).
 - 연령대별 유병률을 살펴보면, 2017년 80세 이상 연령대에서 유병률이 0.46%로 가장 높았다. 80세 이상 연령대의 양극성 정동장애 유병률은 2008년 0.11%였으나 유병률이 급격히 증가하여 2017년 0.46%까지 증가하였다(유병자수는 9.3배 증가하였음).
 - 유병자들의 연령분포를 살펴본 결과, 2017년 양극성 정동장애 유병자 중 40대가 19.2%를 차지하고 있으며, 50대가 18.3%, 30대가 15.7%, 60대

가 12.5% 순이었다. 20세 미만은 3.8%, 20-30대 30.7%, 40-60대 49.9%, 70대 이상 15.4%로 구성되어 있는 것으로 분석되었다.

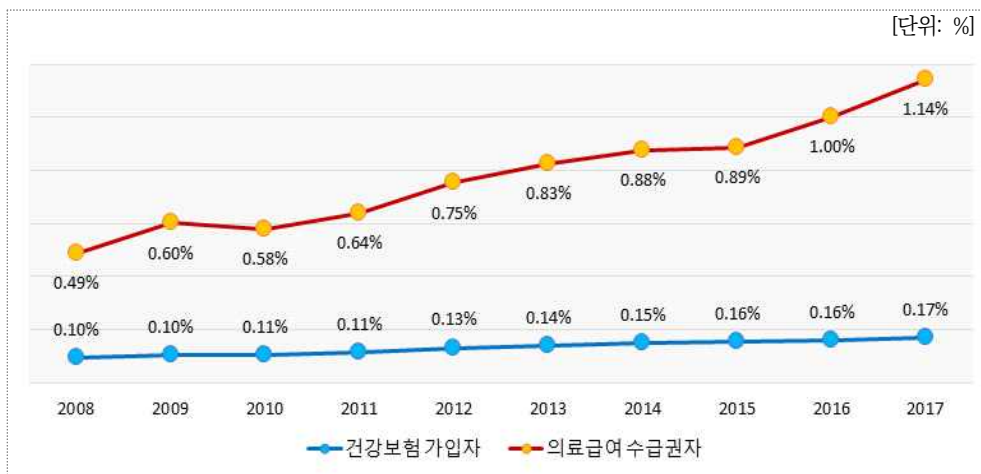


[그림 2-13] 양극성 정동장애 성별에 따른 유병률



[그림 2-14] 양극성 정동장애 연령대별 유병률

- 유병자의 의료보장 형태에 따라 유병률에 큰 차이를 보이는 것으로 나타났다.
 - 건강보험 가입자의 경우, 2008년 유병률이 0.10%에서 2017년 0.17%로 10년간 0.07%p 증가하였다. 반면 의료급여 수급권자의 경우, 2008년 유병률이 0.49%에서 2017년 1.14%로 10년간 0.65%p 증가하였다.
 - 2008년 의료급여 수급권자의 유병률은 건강보험 가입자에 비해 약 5.1배 높았으며, 이 차이는 점차 증가하여 2017년 6.7배까지 증가하는 것으로 분석되었다.



[그림 2-15] 양극성 정동장애 의료보장유형에 따른 유병률

- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 여성보다 남성에서 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자의 양극성 정동장애의 유병률의 차이가 더 큰 것으로 나타났다(2017년 기준 남성은 8.1배 의료급여 수급권자의 유병률이 높으며, 여성은 5.7배 높음).

〈표 2-7〉 양극성 정동장애 의료보장유형 및 성별에 따른 유병률

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
건강보험		0.10	0.10	0.11	0.11	0.13	0.14	0.15	0.16	0.16	0.17
의료급여		0.49	0.60	0.58	0.64	0.75	0.83	0.88	0.89	1.00	1.14
건강 보험	남성	0.08	0.09	0.09	0.09	0.11	0.12	0.12	0.13	0.13	0.14
	여성	0.11	0.12	0.13	0.13	0.16	0.17	0.18	0.18	0.19	0.20
의료 급여	남성	0.49	0.61	0.58	0.65	0.77	0.83	0.88	0.90	1.00	1.14
	여성	0.49	0.60	0.58	0.63	0.74	0.82	0.87	0.88	1.00	1.15

- 2017년 양극성 정동장애 1년 유병률은 0.20%, 3년 유병률은 0.30%, 5년 유병률은 0.38%, 10년 유병률은 0.50%였다.

〈표 2-8〉 양극성 정동장애 1년, 3년, 5년, 10년 유병률

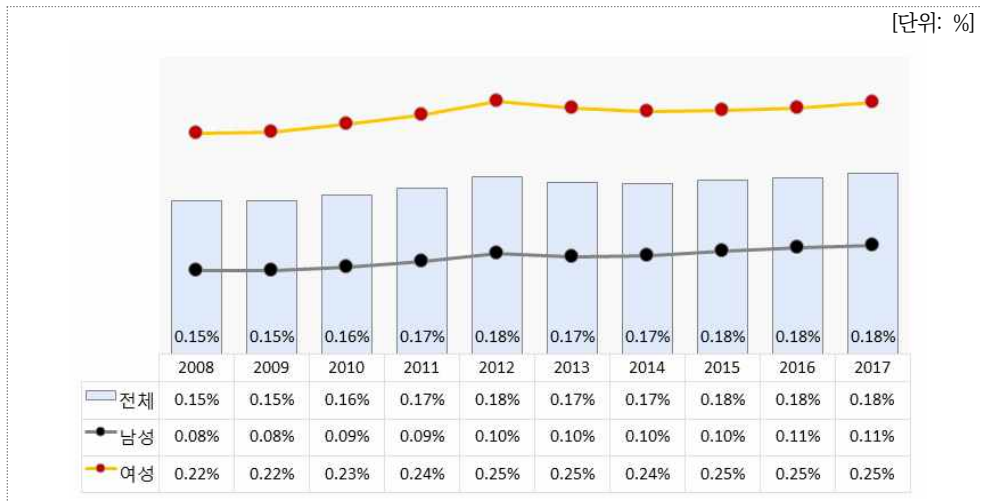
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1년 유병률	0.11	0.12	0.12	0.13	0.15	0.16	0.17	0.18	0.19	0.20
3년 유병률	0.17	0.18	0.19	0.20	0.22	0.24	0.26	0.27	0.28	0.30
5년 유병률	0.21	0.23	0.24	0.25	0.28	0.30	0.32	0.34	0.36	0.38
10년 유병률	-	-	-	0.33	0.36	0.39	0.42	0.45	0.47	0.50

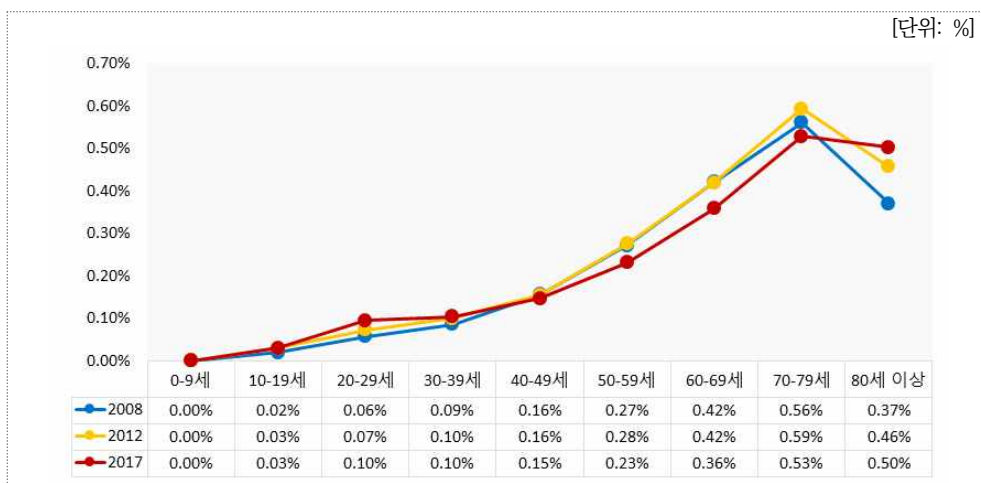
○ 재발성 우울장애

- 재발성 우울장애의 유병률은 2008년 0.15%에서 2017년 0.18%까지 지속적으로 증가하는 추세를 보였다.
- 성별로 나누어 살펴보면, 남성 유병률 2008년 0.08%에서 2017년 0.11%로 10년간 0.03%p 증가하였으며 여성은 0.22%(08년)에서 0.25%(17년)으로 10년간 0.03%p 증가하였다.
 - 전체 연도에서 여성의 유병률이 남성의 유병률보다 꾸준히 높았으며, 그 격차는 0.14%p-0.15%p 수준으로 유사하였다.
- 재발성 우울장애 유병자의 평균 연령은 2008년 55.8세에서 2017년 57.2세로 약 1.4세 증가하였다(중앙값은 56세에서 58세로 약 2세 증가).

- 연령대별 유병률을 살펴보면, 2017년 70대에서 유병률이 0.53%로 가장 높았다.
- 유병자들의 연령분포를 살펴본 결과, 2017년 재발성 우울장애 유병자 중 60대가 21.4%를 차지하고 있으며, 50대가 20.8%, 70대가 18.6%, 40대가 13.6% 순이었다. 20세 미만이 1.7%, 20-30대 15.3%, 40-60대 55.9%, 70대 이상 27.0%로 구성되어 있는 것으로 분석되었다.

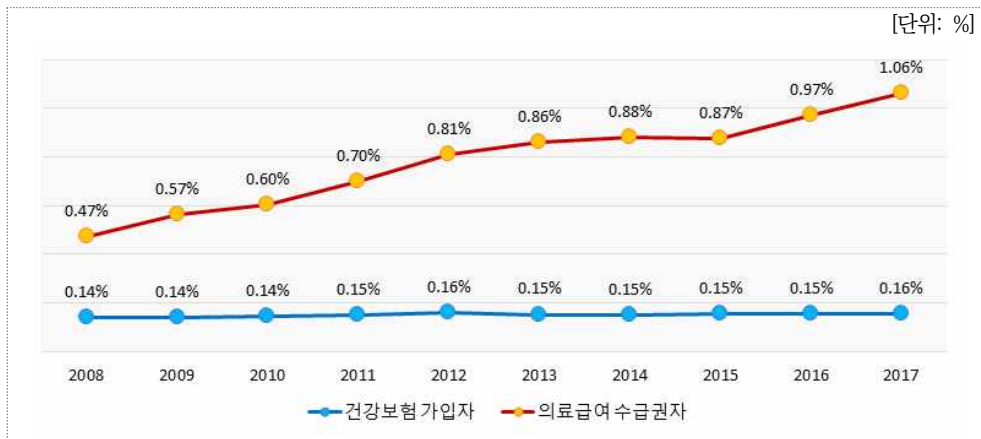


[그림 2-16] 재발성 우울장애 성별에 따른 유병률



[그림 2-17] 재발성 우울장애 연령대별 유병률

- 유병자의 의료보장 형태에 따라 유병률에 큰 차이를 보이는 것으로 나타났다.
 - 건강보험 가입자의 경우, 2008년 유병률이 0.14%에서 2017년 0.16%로 10년간 0.02%p 증가하였다. 반면 의료급여 수급권자의 경우, 2008년 유병률이 0.47%에서 2017년 1.06%로 10년간 0.59%p 증가하였다.
 - 2008년 의료급여 수급권자의 유병률은 건강보험 가입자에 비해 약 3.4배 높았으며, 이 차이는 점차 증가하여 2017년 6.8배까지 증가하는 것으로 분석되었다.



[그림 2-18] 재발성 우울장애 의료보장유형에 따른 유병률

- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 여성보다 남성에서 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자의 양극성 정동장애의 유병률의 차이가 더 큰 것으로 나타났다(2017년 기준 남성은 9.2배 의료급여 수급권자의 유병률이 높으며, 여성은 5.6배 높음).

<표 2-9> 재발성 우울장애 의료보장유형 및 성별에 따른 유병률

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
건강보험		0.14	0.14	0.14	0.15	0.16	0.15	0.15	0.15	0.15	0.16
의료급여		0.47	0.57	0.60	0.70	0.81	0.86	0.88	0.87	0.97	1.06
건강보험	남성	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.08	0.08	0.09	0.09	0.09
	여성	0.21	0.21	0.21	0.22	0.23	0.22	0.22	0.22	0.22	0.22
의료급여	남성	0.31	0.37	0.41	0.49	0.59	0.63	0.65	0.68	0.75	0.83
	여성	0.60	0.72	0.75	0.86	0.98	1.04	1.06	1.03	1.15	1.25

- 2017년 재발성 우울장애 1년 유병률은 0.20%, 3년 유병률은 0.31%, 5년 유병률은 0.42%, 10년 유병률은 0.67%였다.

〈표 2-10〉 재발성 우울장애 1년, 3년, 5년, 10년 유병률

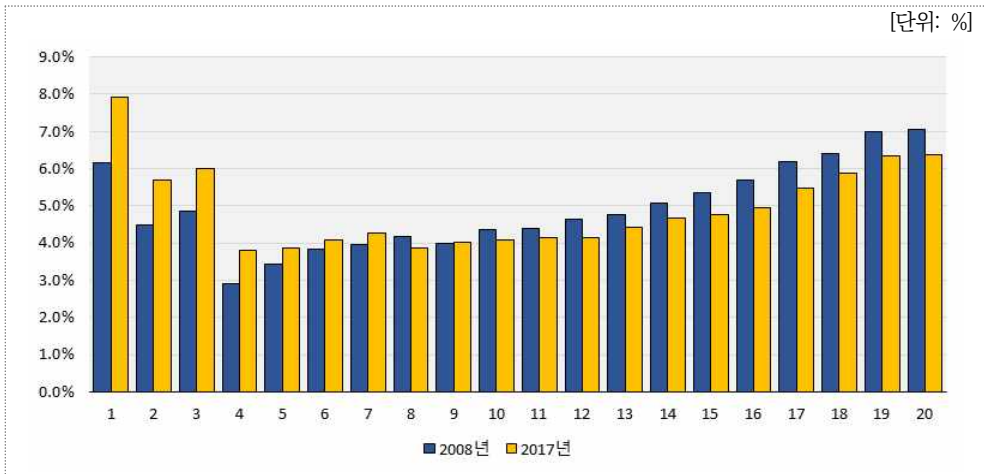
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1년 유병률	0.11	0.12	0.12	0.13	0.15	0.16	0.17	0.18	0.19	0.20
3년 유병률	0.28	0.28	0.29	0.30	0.31	0.31	0.31	0.30	0.30	0.31
5년 유병률	0.37	0.38	0.40	0.41	0.42	0.43	0.43	0.42	0.42	0.42
10년 유병률	-	-	-	0.62	0.64	0.65	0.66	0.66	0.67	0.67

□ 유병자 분포

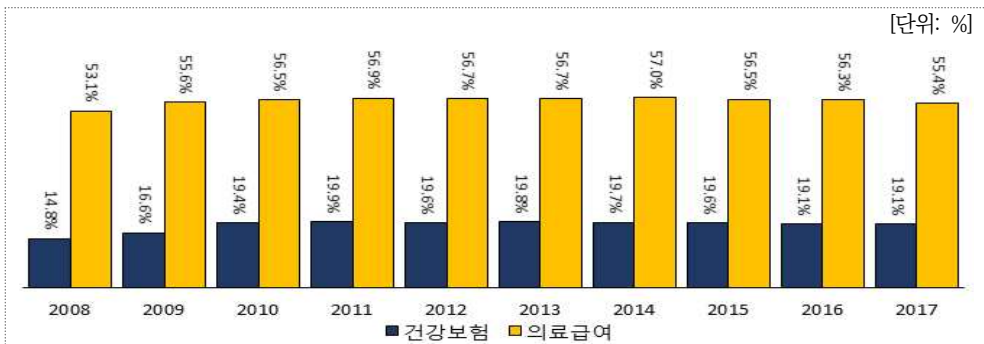
○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 조현병·분열형 및 망상장애는 ICD-10 코드로 F20-F29로 이루어져 있는데, 이를 세부 질환 코드별로 나누어 살펴본 결과(중복 포함), 2017년 전체 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 조현병(F20) 유병자수는 79.9%를 차지하고 있었으며, 조현정동장애(F25)는 7.1%를 차지하고 있는 것으로 분석되었다.
 - 조현병(F20)의 유병자수는 2008년 165,110명이었으나 2017년 187,407명으로 증가하여, 2017년 기준 조현병(F20)의 유병률은 0.36%로 산출되었다.
- 조현병·분열형 및 망상장애의 유병자들을 소득수준에 따라 살펴본 결과 2017년 전체 유병자 중 0분위(의료급여 수급권자)가 전체 유병자의 38.2%를 차지하고 있었다.
 - 건강보험 가입자의 건강보험료 분위를 1~20분위로 나누어 살펴본 결과, 2008년에 비해 2017년이 저소득층이 차지하는 비율이 증가하였으며, 중·고소득층의 경우 비율이 감소하는 경향을 보이는 것으로 분석되었다.



[그림 2-19] 조현병·분열형 및 망상장애 건강보험가입자의 소득수준에 따른 비율

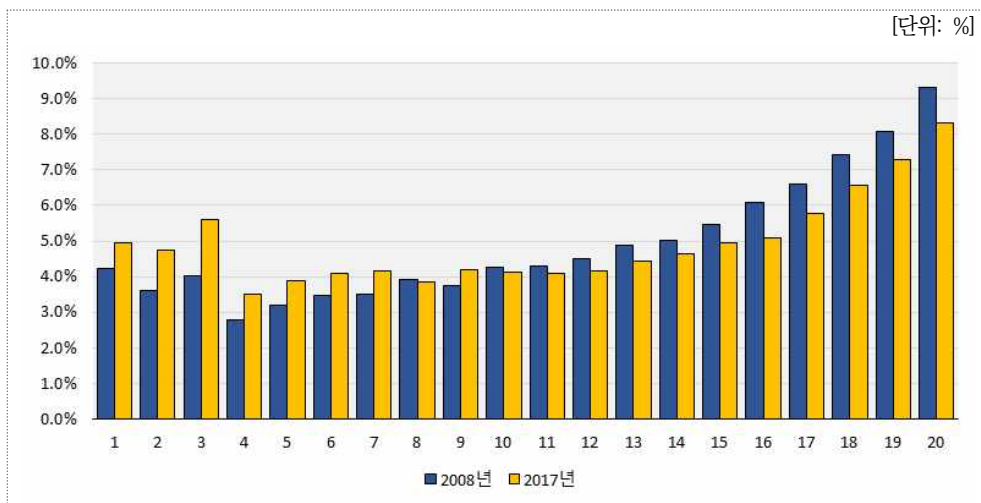
- 2008년 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 44.8%는 장애인(장애유형 무관)인 것으로 분석되었다. 이 비율은 2011년 49.5%까지 증가하다가 이후 감소하는 경향을 보여 2017년에는 44.8%로 분석되었다.
- 유병자 중 정신장애인은 2008년 29.1%에서 2011년 33.9%까지 증가하다가 이후 정체·감소하는 경향을 보였다(2017년 32.9%).
- 이를 의료보장 형태에 따라 살펴본 결과, 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자가 약 2.9배(17년 기준) 높은 것으로 분석되었다. 2017년 의료급여 수급권자 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 55.4%는 정신장애인으로 등록되어 있으나, 건강보험 가입자의 경우 19.1%에 그쳤다.



[그림 2-20] 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 의료보장 형태별 정신장애인 비율

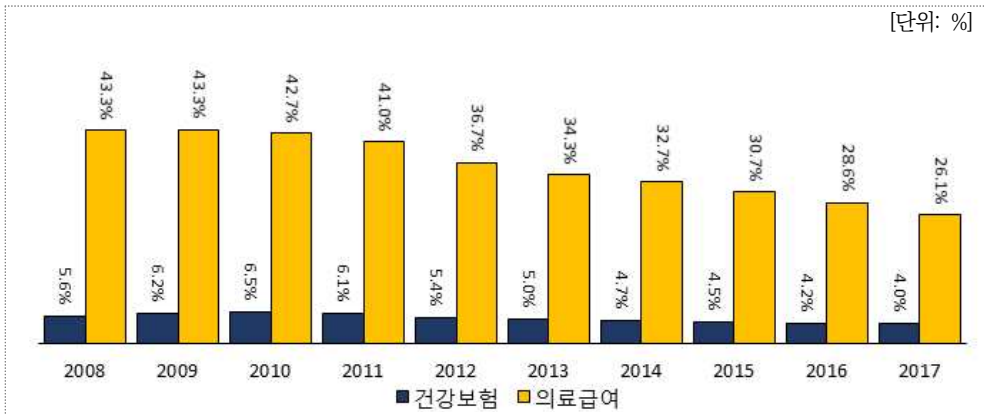
○ 양극성 정동장애

- 양극성 정동장애의 유병자들을 소득수준에 따라 살펴본 결과 2017년 전체 유병자 중 0분위(의료급여 수급권자)가 전체 유병자의 16.4%를 차지하고 있었다.
- 건강보험 가입자의 건강보험료 분위를 1~20분위로 나누어 살펴본 결과, 2008년에 비해 2017년이 저소득층이 차지하는 비율이 증가하였으며, 중·고소득층의 경우 비율이 감소하는 경향을 보이는 것으로 분석되었다.



[그림 2-21] 양극성 정동장애 건강보험가입자의 소득수준에 따른 비율

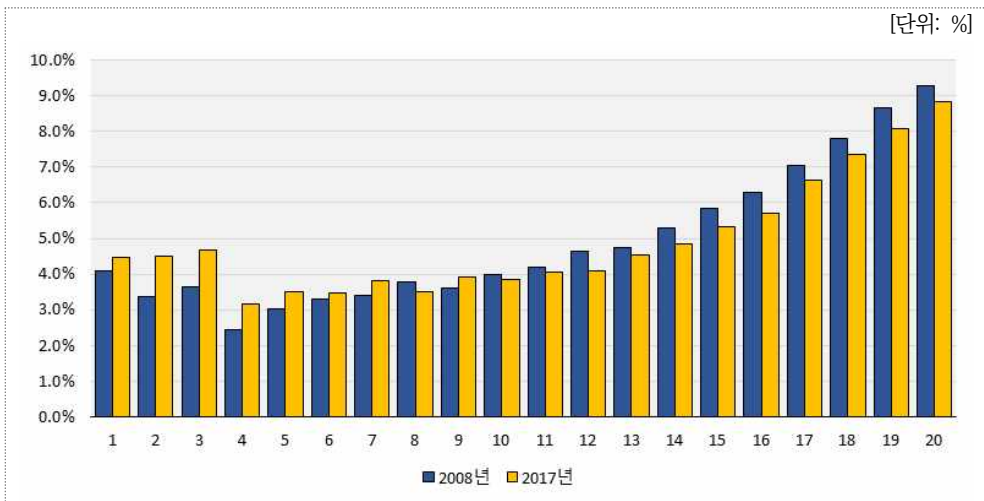
- 2008년 양극성 정동장애 유병자 중 21.5%는 장애인(장애유형 무관)인 것으로 분석되었다. 이 비율은 지속적으로 감소하여 2017년 18.9%로 분석되었다.
- 마찬가지로 유병자 중 정신장애인은 2008년 11.7% 지속적으로 감소하여 2017년 7.6%로 분석되었다.
- 이를 의료보장 형태에 따라 살펴본 결과, 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자가 약 6.5배(17년 기준) 높은 것으로 분석되었다. 2017년 의료급여 수급권자 양극성 정동장애 유병자 중 26.1%는 정신장애인으로 등록되어 있으나, 건강보험 가입자의 경우 4.0%에 그쳤다.



[그림 2-22] 양극성 정동장애 유병자의 의료보장 형태별 정신장애인 비율

○ 재발성 우울장애

- 재발성 우울장애의 유병자들을 소득수준에 따라 살펴본 결과 2017년 전체 유병자 중 0분위(의료급여 수급권자)가 전체 유병자의 16.5%를 차지하고 있었다.
- 건강보험 가입자의 건강보험료 분위를 1~20분위로 나누어 살펴본 결과, 2008년에 비해 2017년이 저소득층이 차지하는 비율이 증가하였으며, 중·고소득층의 경우 비율이 감소하는 경향을 보이는 것으로 분석되었다.



[그림 2-23] 재발성 우울장애 건강보험가입자의 소득수준에 따른 비율

- 2008년 재발성 우울장애 유병자 중 12.8%는 장애인(장애유형 무관)인 것으로 분석되었다. 이 비율은 2010년까지 증가하다가 이후 지속적으로 감소하여 2017년 12.2%로 분석되었다.
- 마찬가지로 유병자 중 정신장애인은 2008년 2.1%였으나 2011년까지 2.5%로 증가하였다가 이후 지속적으로 감소하여 2017년 1.0%로 분석되었다.
- 이를 의료보장 형태에 따라 살펴본 결과, 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자가 약 10.3배(17년 기준) 높은 것으로 분석되었다. 2017년 의료급여 수급권자 재발성 우울장애 유병자 중 4.2%는 정신장애인으로 등록되어 있으나, 건강보험 가입자의 경우 0.4%에 그쳤다.



[그림 2-24] 재발성 우울장애 유병자의 의료보장 형태별 정신장애인 비율

□ 중증 정신질환자의 사망

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 당해 연도에 사망한 환자는 평균 1.3-1.5% 수준(2017년 유병자 중 3,369명이 당해 연도에 사망)이며, 연도 별로 큰 폭의 증감 없이 일정한 수준을 유지하고 있는 것으로 나타났다.

○ 양극성 정동장애

- 양극성 정동장애 유병자 중 당해 연도에 사망한 환자는 2008년 1.1%에서 2017년 1.6%로 증가하고 있는 것으로 나타났다.

○ 재발성 우울장애

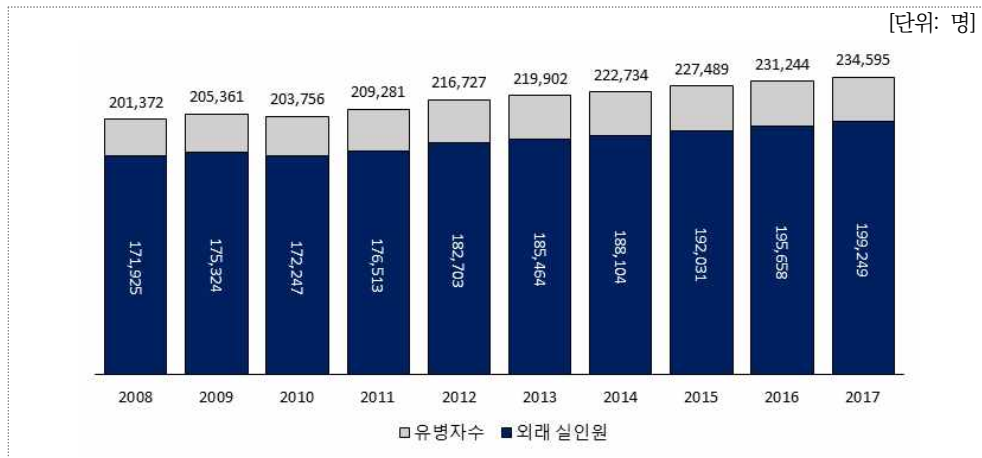
- 재발성 우울장애 유병자 중 당해 연도에 사망한 환자는 2008년 1.1% 수준이며, 연도별로 큰 증감없이 일정한 수준을 유지하고 있는 것으로 나타났다.

나. 중증 정신질환자의 의료이용 실태: 외래

□ 외래이용률

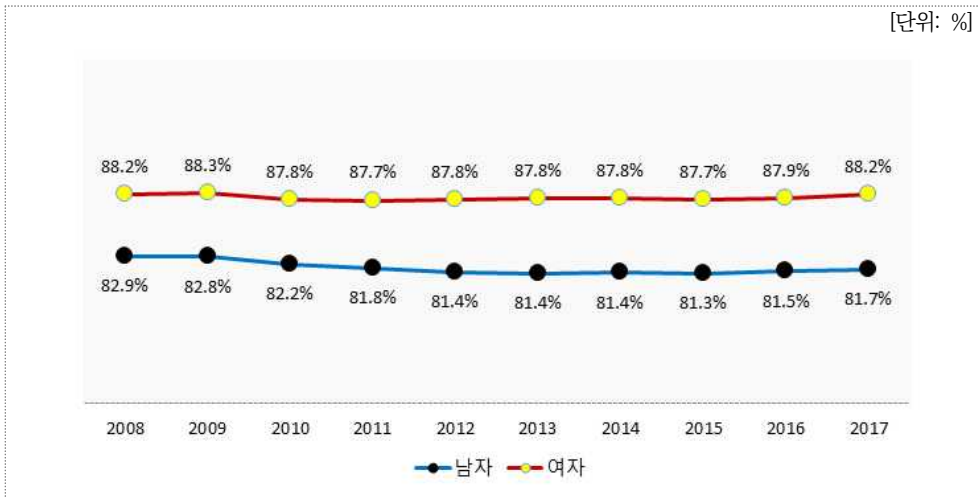
○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 2017년 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 84.9%(199,249명)는 외래를 1회 이상 이용한 것으로 분석되었다. 2008년 유병자 중 외래이용 비율은 85.4%였으나 2012년 84.3%까지 감소하다가 이후 증가하는 경향을 보였다.



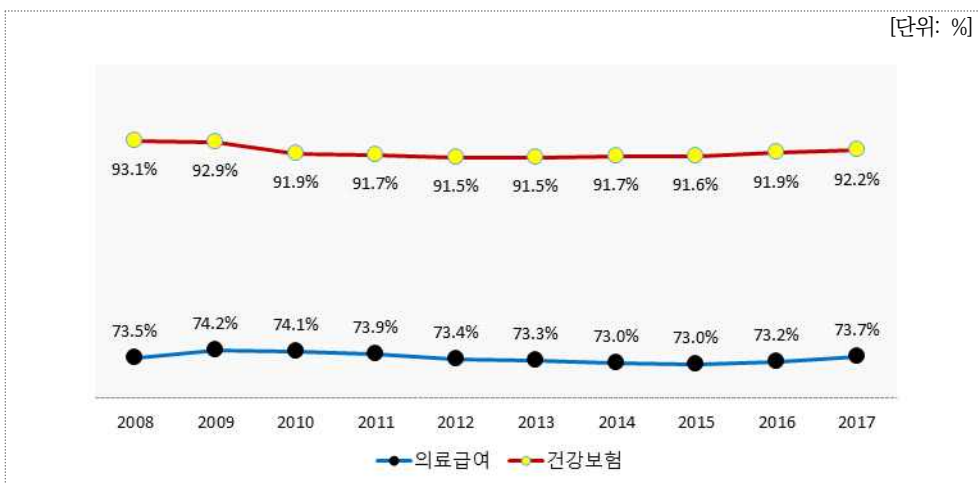
[그림 2-25] 조현병·분열형 및 망상장애의 유병자수와 외래 이용자수

- 2017년 남성 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 외래이용자 비중은 82.9%, 여성은 88.2%였다. 전체 연도에 걸쳐 남성에 비해 여성의 외래이용자 비중이 높았다.



[그림 2-26] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 외래이용률

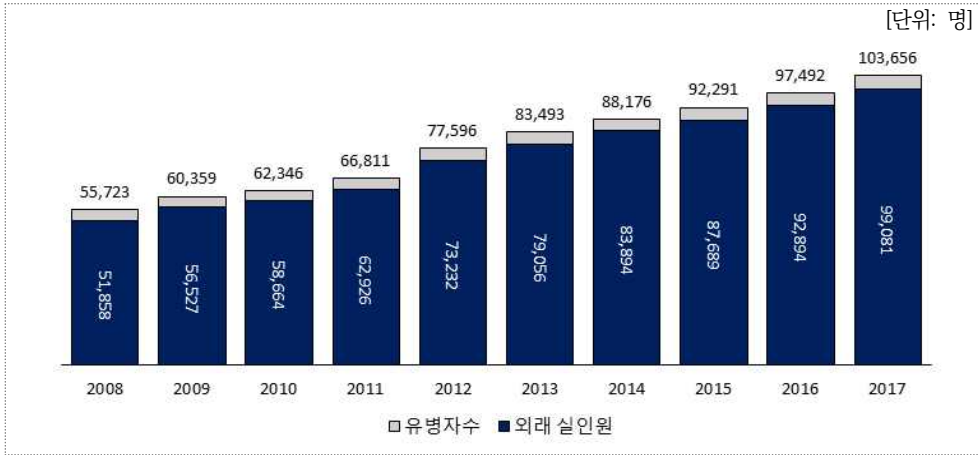
- 의료보장 형태별로 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 외래이용자 비중을 살펴본 결과, 의료급여 수급권자에 비해 건강보험 가입자의 외래이용자 비중이 큰 것으로 나타났다. 2017년 기준, 조현병·분열형 및 망상장애 건강보험 가입자의 외래이용자 비중은 92.2%였으며, 의료급여 수급권자 유병자의 외래이용자 비중은 73.7%로 약 18.5%p 차이를 보이는 것으로 분석되었다.



[그림 2-27] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 외래이용률

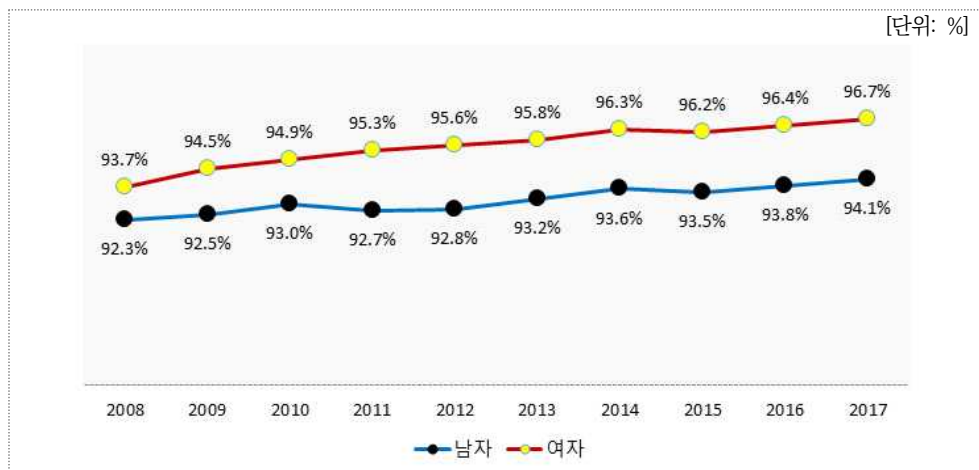
○ 양극성 정동장애

- 2017년 양극성 정동장애 유병자의 95.6%(99,081명)는 외래를 1회 이상 이용한 것으로 분석되었다. 2008년 유병자 중 외래이용 비율 93.1%부터 지속적으로 증가하고 있는 추세를 보이고 있다.



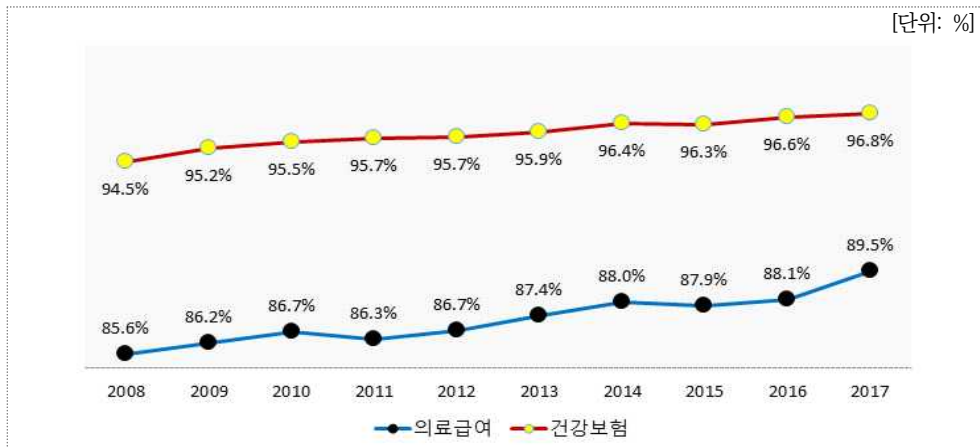
[그림 2-28] 양극성 정동장애의 유병자수와 외래 이용자수

- 2017년 남성 양극성 정동장애 유병자 중 외래이용자 비중은 94.1%, 여성은 96.7%였다. 전체 연도에 걸쳐 남성에 비해 여성의 외래이용자 비중이 높았다.



[그림 2-29] 양극성 정동장애 성별에 따른 외래이용률

- 의료보장 형태별로 양극성 정동장애 유병자 중 외래이용자 비중을 살펴본 결과, 의료급여 수급권자에 비해 건강보험 가입자의 외래이용자 비중이 큰 것으로 나타났다. 2017년 기준, 양극성 정동장애 건강보험 가입자의 외래이용자 비중은 96.8%였으며, 의료급여 수급권자 유병자의 외래이용자 비중은 89.5%로 약 7.3%p 차이를 보이는 것으로 분석되었다.



[그림 2-30] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 외래이용률

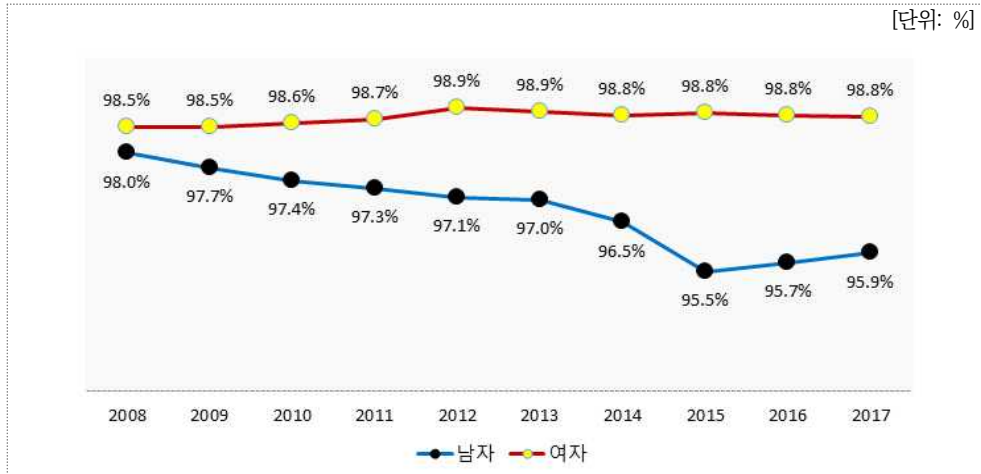
○ 재발성 우울장애

- 2017년 재발성 우울장애 유병자의 97.9%(93,417명)는 외래를 1회 이상 이용한 것으로 분석되었다. 2008년 유병자 중 외래이용 비율 98.4%였으나 다소 감소하고 있는 추세를 보이고 있다.



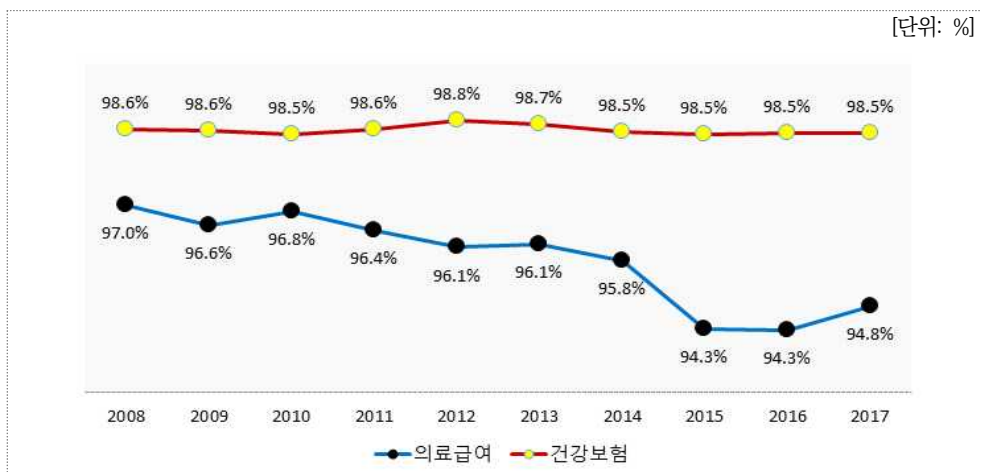
[그림 2-31] 재발성 우울장애의 유병자수와 외래 이용자수

- 2017년 남성 재발성 우울장애 유병자 중 외래이용자 비중은 95.9%, 여성은 98.8%였다. 전체 연도에 걸쳐 남성에 비해 여성의 외래이용자 비중이 높았다.



[그림 2-32] 재발성 우울장애 성별에 따른 외래이용률

- 의료보장 형태별로 재발성 우울장애 유병자 중 외래이용자 비중을 살펴본 결과, 의료급여 수급권자에 비해 건강보험 가입자의 외래이용자 비중이 큰 것으로 나타났다. 2017년 기준, 재발성 우울장애 건강보험 가입자의 외래이용자 비중은 98.5%였으며, 의료급여 수급권자 유병자의 외래이용자 비중은 94.8%로 약 3.7%p 차이를 보이는 것으로 분석되었다.



[그림 2-33] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 외래이용률

□ 평균 내원일수(외래)

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 해당연도에 외래이용 경험이 있는 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 1년 평균 내원일수(외래)가 2008년 11.3일에서 2017년 11.8일로 0.5일 증가하였다.
- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 여성에 비해 남성의 평균 내원일수(외래)가 약간 높은 것으로 분석되었다. 2017년 기준 남성은 12.1일이었으며, 여성은 11.7일로, 여성에 비해 남성의 평균 내원일수(외래)가 0.4일 많았다.



[그림 2-34] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 평균 내원일수(외래)

- 조현병·분열형 및 망상장애로 외래이용 경험이 있는 유병자의 1년 평균 내원일수(외래)를 의료보장 형태별로 분석해본 결과, 2008년에는 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자의 평균 내원일수(외래)가 유사하였으나 이후 의료급여 수급권자의 평균 내원일수(외래)는 지속적으로 증가하여 2008년 11.3일에서 2017년에는 14.3일로 3.0일 증가하였다. 반면 건강보험 가입자의 평균 내원일수(외래)는 점차 감소하여 2008년 11.3일에서 2017년에 10.6일로 0.7일 감소하는 것으로 나타났다.



[그림 2-35] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 평균 내원일수(외래)

○ 양극성 정동장애

- 해당연도에 외래이용 경험이 있는 양극성 정동장애 유병자의 1년 평균 내원 일수(외래)가 2008년 9.4일에서 2017년 9.3일로 0.1일 소폭 감소하였으나 연도별로 큰 변화는 없는 것으로 판단된다.
- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 남성에 비해 여성의 평균 내원일수(외래)가 약간 높은 것으로 분석되었다. 2017년 기준 남성은 9.1일이었으며, 여성은 9.5일로, 남성에 비해 여성의 평균 내원일수(외래)가 0.4일 많았다.



[그림 2-36] 양극성 정동장애 성별에 따른 평균 내원일수(외래)

- 양극성 정동장애로 외래이용 경험이 있는 유병자의 1년 평균 내원일수(외래)를 의료보장 형태별로 분석해본 결과, 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자의 평균 내원일수(외래)가 더 많은 것으로 분석되었다.



[그림 2-37] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 평균 내원일수(외래)

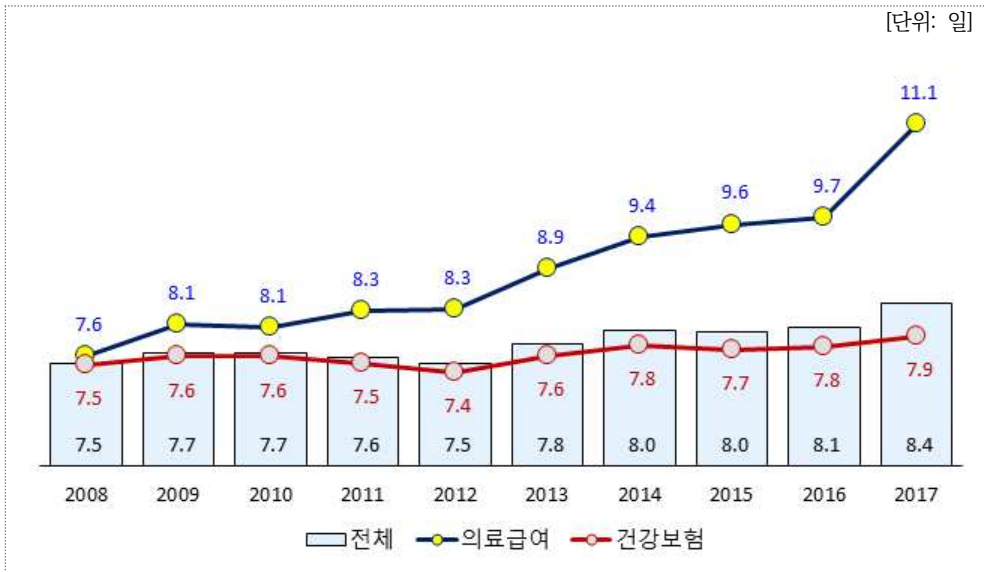
○ 재발성 우울장애

- 해당연도에 외래이용 경험이 있는 재발성 우울장애 유병자의 1년 평균 내원일수(외래)가 2008년 7.5일에서 2017년 8.4일로 0.9일 증가하였다.
- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 남성에 비해 여성의 평균 내원일수(외래)가 약간 높은 것으로 분석되었다. 2017년 기준 남성은 8.3일이었으며, 여성은 8.5일로, 남성에 비해 여성의 평균 내원일수(외래)가 0.2일 많았다.



[그림 2-38] 재발성 우울장애 성별에 따른 평균 내원일수(외래)

- 재발성 우울장애로 외래이용 경험이 있는 유병자의 1년 평균 내원일수(외래)를 의료보장 형태별로 분석해본 결과, 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자의 평균 내원일수(외래)가 더 많은 것으로 분석되었다.



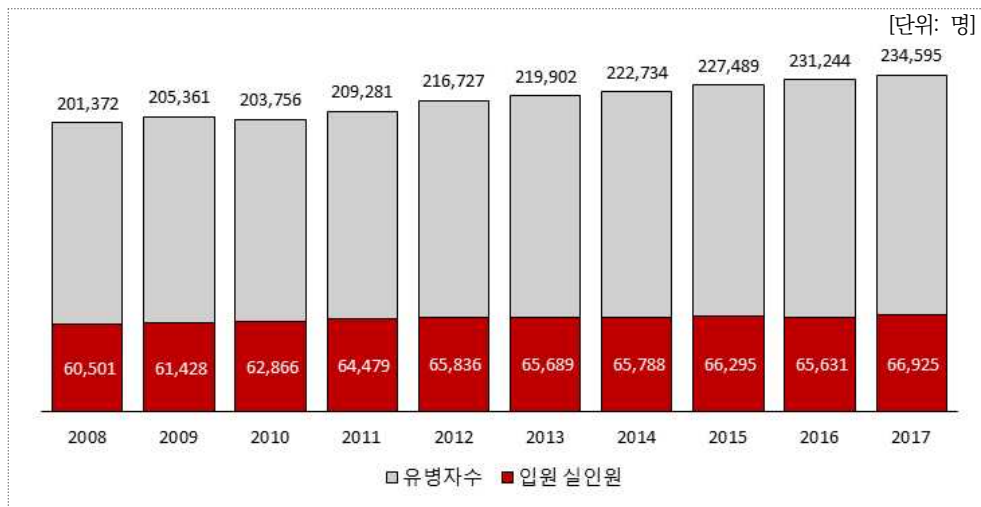
[그림 2-39] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 평균 내원일수(외래)

다. 중증 정신질환자의 의료이용 실태: 입원⁹⁾

□ 입원을

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 2017년 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 28.53%(66,925명)는 입원을 1회 이상 경험한 것으로 분석되었다.



[그림 2-40] 조현병·분열형 및 망상장애 유병자수와 입원자수

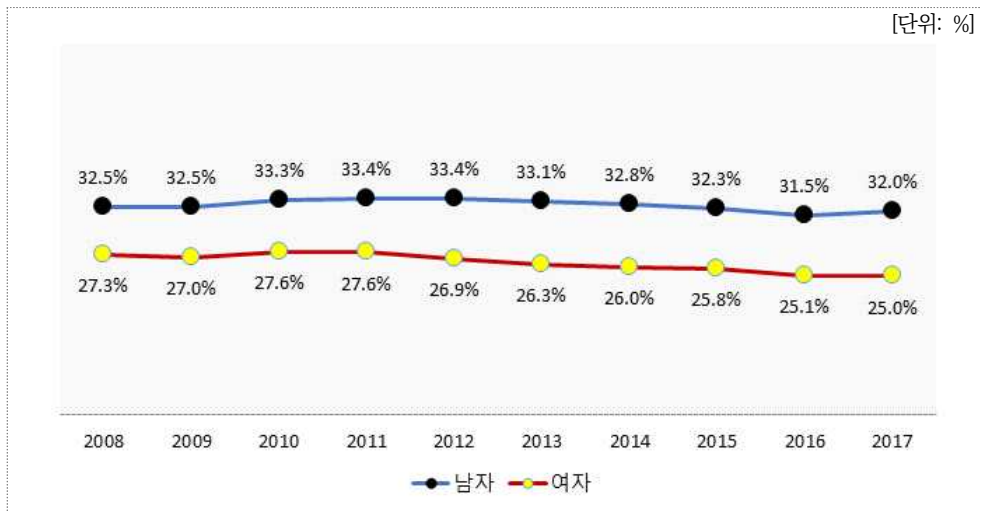
- 조현병·분열형 및 망상장애 입원횟수를 산출하기 위하여 입원 청구건에 대하여 에피소드로 구축하여 분석한 결과, 2017년 1년 동안 1회만 입원한 환자는 전체 입원환자 중 69.8%를 차지하였으며, 2회 19.2%, 3회 5.8%, 4회 이상 5.2%였다. 즉, 2회 이상 재입원한 환자가 20,187명으로 전체 입원환

9) 건강보험 청구자료는 요양기관에서 청구한 명세서를 청구건 단위로 누적한 자료임. 청구건은 요양기관의 청구형태에 따라 다를 수 있으므로 특히 입원 청구자료를 분석할 경우에는 동일 입원건에 대한 에피소드(episode) 형태로 분석해야 함.

- 입원 청구명세서는 월 단위로 청구되며, 입원 시작과 종료일자가 아닌 요양개시와 종료일자를 기입하여 청구됨. 즉, 요양개시일자와 종료일자는 실제 환자의 입원 시작과 종료일자를 의미하지 않음. 따라서 입원 자료를 분석할 경우에는 청구건 단위의 건강보험 청구자료를 입원 단위로 재구축할 필요가 있음.
- 본 연구에서는 2개 이상의 입원 명세서의 요양개시일과 종료일의 차이가 1일 이하인 경우, 동일한 입원으로 간주하였음.

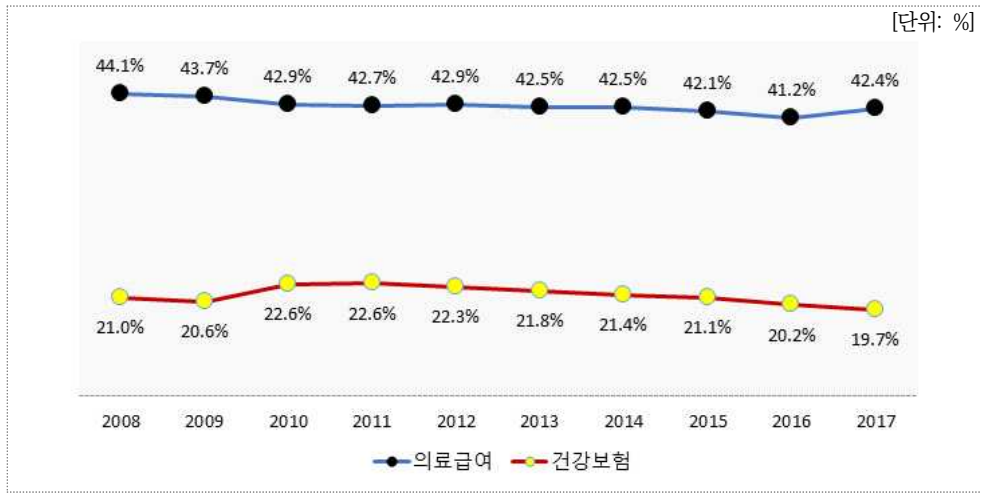
자의 30.2%를 차지하는 것으로 분석되었다. 이는 전체 유병자 중 8.6%에 해당된다. 2017년 입원환자 1인당 약 1.71번의 입원 에피소드를 경험하고 있으며, 이는 연도별로 증가하는 추세를 보이고 있다 (2008년 대비 0.23%p 증가)

- 2017년 남성 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 입원환자 비중은 32.0%, 여성은 25.0%인 것으로 분석되었다. 전체 연도에 걸쳐 여성에 비해 남성의 입원환자 비중이 높았으며, 남녀 모두 감소하는 경향을 보이고 있다.



[그림 2-41] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 입원율

- 의료보장 형태별 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 입원환자 비중을 살펴본 결과 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자의 입원환자 비중이 큰 것으로 분석되었다.



[그림 2-42] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 입원을

- 2017년 전체 입원건을 입원 시 이용한 의료기관 종별로 구분하여 살펴본 결과, 5.3%는 상급종합병원, 종합병원 8.8%, 병원 86.0%, 의원 6.1%로 대부분의 입원건이 병원에서 이루어지는 것으로 분석되었다.
- 의료보장 형태에 따라 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포에 차이를 보였는데, 의료급여 수급권자의 경우 병원이 92.9%인 반면 건강보험 가입자의 경우 76.5%였다. 반대로 상급종합병원과 종합병원이 전체 입원건에서 차지하는 비중은 의료급여 수급권자에서는 8.5%, 건강보험 가입자에서는 21.9%로 분석되었다.

〈표 2-11〉 조현병·분열형 및 망상장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포

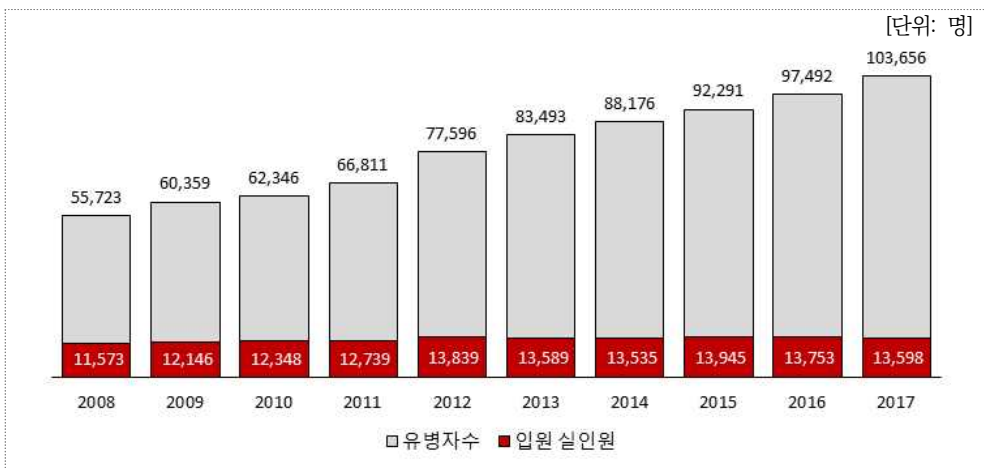
[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
상급종합병원		6.9	6.6	6.4	6.2	5.9	5.8	5.6	5.6	5.9	5.3
종합병원		11.2	10.3	9.4	9.3	8.8	8.8	9.6	9.1	9.0	8.8
병원		74.1	75.3	77.6	78.6	79.8	81.0	81.0	84.8	82.7	86.0
의원		13.0	12.9	11.6	11.1	10.2	9.3	8.8	7.9	7.3	6.1
의료 급여	상급종합병원	1.0	1.0	0.9	0.9	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
	종합병원	9.3	8.9	8.0	7.9	7.6	7.8	8.4	8.1	8.1	7.8
	병원	84.0	84.4	86.2	86.8	87.7	88.3	88.5	92.4	89.4	92.9
	의원	10.5	10.3	9.3	9.0	8.2	7.6	6.9	6.3	5.9	4.7
건강 보험	상급종합병원	15.1	14.6	13.5	13.0	12.3	12.0	11.6	11.6	12.6	11.7
	종합병원	14.0	12.3	11.1	11.0	10.3	10.0	11.0	10.4	10.1	10.2
	병원	60.1	61.8	66.3	67.8	69.9	71.9	71.7	75.2	73.9	76.5
	의원	16.8	16.9	15.0	14.1	12.9	11.7	11.2	9.9	9.1	8.2

주1) 의료기관 종별 합계 입원건수를 연도별 입원 실인원으로 나누어 산출하였음. 입원건이 입원 실인원보다 많기 때문에(재입원) 의료기관 종별 합계는 100%를 초과함.

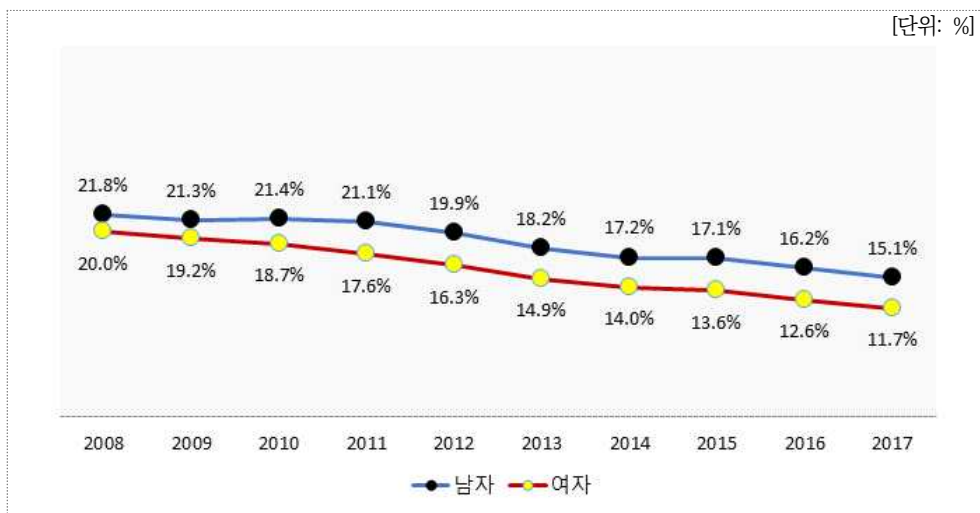
○ 양극성 정동장애

- 2017년 양극성 정동장애 유병자의 13.12%(13,598명)는 입원을 1회 이상 경험한 것으로 분석되었다.



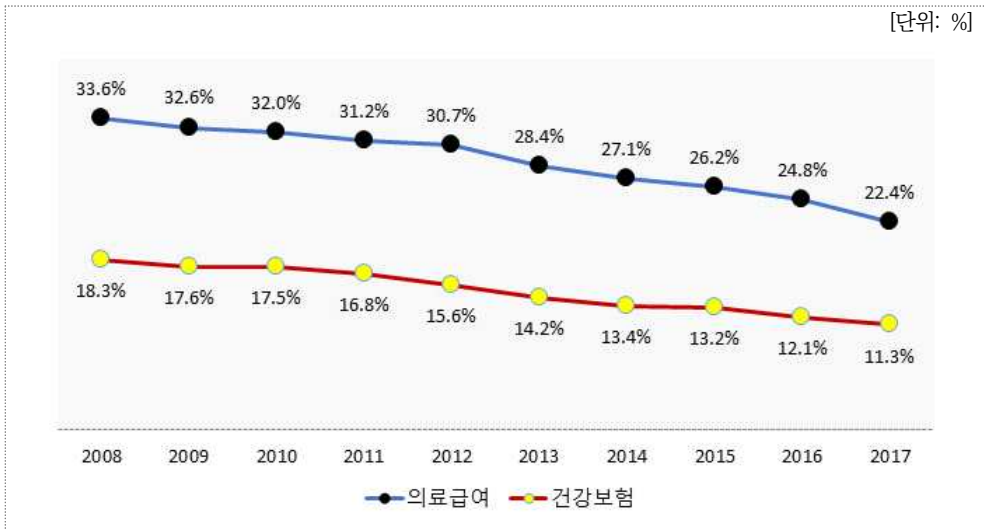
[그림 2-43] 양극성 정동장애 유병자수와 입원자수

- 양극성 정동장애 입원횟수를 산출하기 위하여 입원 청구건에 대하여 에피소드로 구축하여 분석한 결과, 2017년 1년 동안 1회만 입원한 환자는 전체 입원환자 중 75.1%를 차지하였으며, 2회 16.7%, 3회 4.7%, 4회 이상 3.5%였다. 즉, 2회 이상 재입원한 환자가 3,392명으로 전체 입원환자의 24.9%를 차지하는 것으로 분석되었다. 이는 전체 유병자 중 3.3%에 해당된다. 2017년 입원환자 1인당 약 1.47번의 입원 에피소드를 경험하고 있으며, 이는 연도별로 증가하는 추세를 보이고 있다 (2008년 대비 0.10%p 증가)
- 2017년 남성 양극성 정동장애 유병자 중 입원환자 비중은 15.1%, 여성은 11.7%인 것으로 분석되었다. 전체 연도에 걸쳐 여성에 비해 남성의 입원환자 비중이 높았으며, 남녀 모두 감소하는 경향을 보이고 있다.



[그림 2-44] 양극성 정동장애 성별에 따른 입원율

- 의료보장 형태별 양극성 정동장애 유병자 중 입원환자 비중을 살펴본 결과 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자의 입원환자 비중이 큰 것으로 분석되었다.



[그림 2-45] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 입원율

- 2017년 전체 입원건을 입원 시 이용한 의료기관 종별로 구분하여 살펴본 결과, 18.7%는 상급종합병원, 종합병원 11.8%, 병원 68.1%, 의원 7.5%로 전체 입원건 3건 중 2건이 종합병원 이상 의료기관에서 이루어지는 것을 확인할 수 있었다.
- 의료보장 형태에 따라 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포에 차이를 보였는데, 의료급여 수급권자의 경우 병원이 85.8%인 반면 건강보험 가입자의 경우 61.2%였다. 반대로 상급종합병원과 종합병원이 전체 입원건에서 차지하는 비중은 의료급여 수급권자에서는 11.4%, 건강보험 가입자에서는 38.0%로 분석되었다.

〈표 2-12〉 양극성 정동장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
상급종합병원		18.4	20.4	19.9	19.2	18.7	18.3	18.7	17.2	17.5	18.7
종합병원		18.3	13.5	12.9	13.9	13.1	12.5	13.3	12.7	12.4	11.8
병원		54.4	56.8	58.8	60.0	62.0	63.5	63.7	67.5	67.4	68.1
의원		14.4	14.4	13.3	12.5	11.5	11.1	9.7	8.8	8.4	7.5
의료 급여	상급종합병원	2.8	2.9	2.8	2.7	1.9	2.8	2.6	2.5	2.8	3.0
	종합병원	12.3	10.0	8.3	9.7	9.9	9.3	9.4	9.2	8.2	8.4
	병원	74.1	76.7	79.5	80.6	81.4	81.2	83.7	86.7	85.4	85.8
	의원	15.3	15.0	13.9	12.4	11.6	11.3	9.4	8.8	8.0	7.3
건강 보험	상급종합병원	23.9	27.0	25.7	24.8	24.4	23.7	24.1	22.3	23.0	24.8
	종합병원	20.4	14.8	14.4	15.3	14.1	13.6	14.6	13.9	13.9	13.2
	병원	47.3	49.3	51.8	52.9	55.5	57.4	56.8	60.9	60.6	61.2
	의원	14.0	14.2	13.1	12.5	11.5	11.0	9.9	8.9	8.6	7.5

주1) 의료기관 종별 합계 입원건수를 연도별 입원 실인원으로 나누어 산출하였음. 입원건이 입원 실인원보다 많기 때문에(재입원) 의료기관 종별 합계는 100%를 초과함.

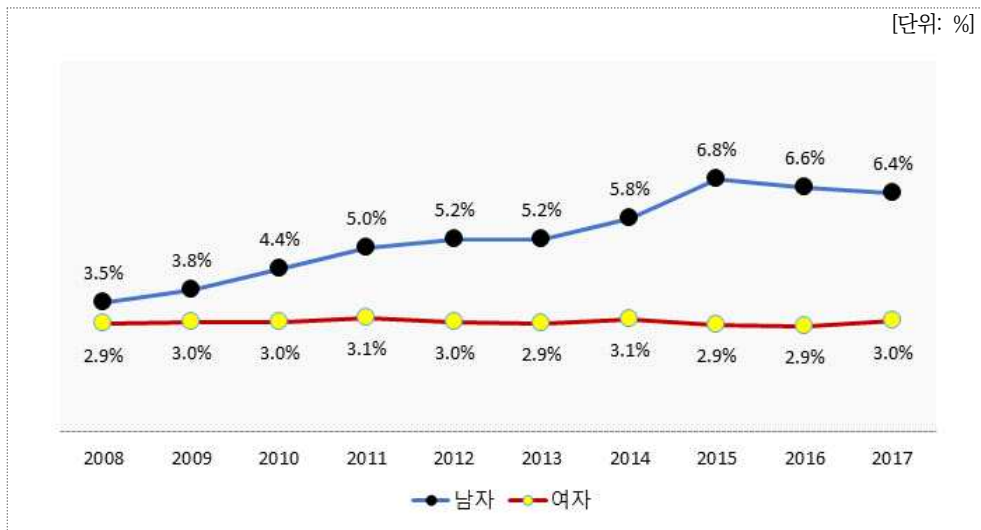
○ 재발성 우울장애

- 2017년 재발성 우울장애 유병자의 4.03%(3,849명)는 입원을 1회 이상 경험한 것으로 분석되었다.



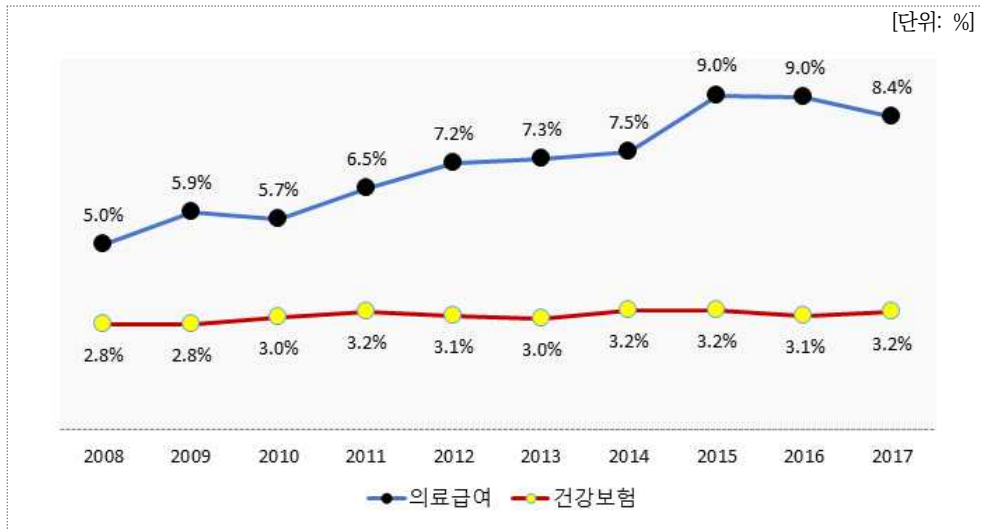
[그림 2-46] 재발성 우울장애 유병자수와 입원자수

- 재발성 우울장애 입원횟수를 산출하기 위하여 입원 청구건에 대하여 에피소드로 구축하여 분석한 결과, 2017년 1년 동안 1회만 입원한 환자는 전체 입원환자 중 76.9%를 차지하였으며, 2회 14.9%, 3회 4.4%, 4회 이상 3.9%였다. 즉, 2회 이상 재입원한 환자가 891명으로 전체 입원환자의 23.1%를 차지하는 것으로 분석되었다. 이는 전체 유병자 중 0.9%에 해당된다. 2017년 입원환자 1인당 약 1.45번의 입원 에피소드를 경험하고 있으며, 이는 연도별로 증가하는 추세를 보이고 있다 (2008년 대비 0.09%p 증가)
- 2017년 남성 재발성 우울장애 유병자 중 입원환자 비중은 6.4%, 여성은 3.0%인 것으로 분석되었다. 전체 연도에 걸쳐 여성에 비해 남성의 입원환자 비중이 높았으며, 남성은 증가하는 경향을 보이거나 여성은 유병률에 큰 변동이 없었다.



[그림 2-47] 재발성 우울장애 성별에 따른 입원율

- 의료보장 형태별 재발성 우울장애 유병자 중 입원환자 비중을 살펴본 결과 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자의 입원환자 비중이 큰 것으로 분석되었다.



[그림 2-48] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 입원율

- 2017년 전체 입원건을 입원 시 이용한 의료기관 종별로 구분하여 살펴본 결과, 20.8%는 상급종합병원, 종합병원 15.3%, 병원 58.4%, 의원 6.1%로 분석되었다.
- 의료보장 형태에 따라 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포에 차이를 보였는데, 의료급여 수급권자의 경우 병원이 84.4%인 반면 건강보험 가입자의 경우 44.6%였다. 반대로 상급종합병원과 종합병원이 전체 입원건에서 차지하는 비중은 의료급여 수급권자에서는 10.0%, 건강보험 가입자에서는 49.9%로 분석되었다.

〈표 2-13〉 재발성 우울장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별 분포

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
상급종합병원		24.9	22.2	24.7	24.1	21.1	20.7	19.7	16.6	18.0	20.8
종합병원		16.4	15.1	16.0	15.6	16.2	16.7	19.1	16.5	16.4	15.3
병원		32.6	38.0	37.9	41.4	48.9	50.5	51.5	58.7	58.4	58.4
의원		27.2	25.5	22.2	20.7	14.8	13.0	10.5	9.6	8.0	6.1
의료 급여	상급종합병원	3.2	3.4	2.1	3.7	2.5	2.2	2.8	1.6	1.9	2.8
	종합병원	8.3	7.4	6.8	8.2	9.0	9.1	10.2	8.4	8.5	7.2
	병원	50.5	58.9	59.0	63.1	68.8	73.7	75.3	82.0	81.7	84.4
	의원	39.0	31.2	32.8	27.7	20.7	16.0	12.2	10.3	8.7	6.3
건강 보험	상급종합병원	29.9	27.6	30.7	30.4	27.9	28.2	26.2	24.0	26.8	30.4
	종합병원	18.3	17.4	18.5	18.0	18.9	19.9	22.7	20.4	20.6	19.6
	병원	28.5	31.8	32.3	34.6	41.5	41.1	42.2	47.3	45.7	44.6
	의원	24.4	23.9	19.3	18.5	12.6	11.7	9.8	9.3	7.6	6.0

주1) 의료기관 종별 합계 입원건수를 연도별 입원 실인원으로 나누어 산출하였음. 입원건이 입원 실인원보다 많기 때문에(재입원) 의료기관 종별 합계는 100%를 초과함.

□ 평균 입원일수

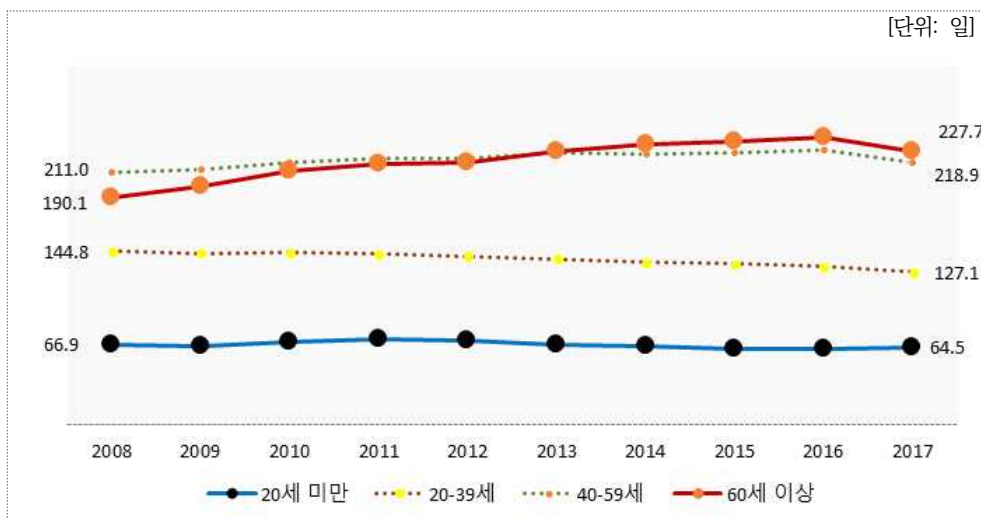
○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 해당연도에 입원경험이 있는 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 1년 평균 입원일수가 2008년 184.2일에서 2017년 201.5일로 17.3일 증가하였다.
- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 여성에 비해 남성의 평균 입원일수가 많은 것으로 분석되었다. 2017년 기준 남성은 212.1일이었으며, 여성은 187.3일로 여성에 비해 남성의 1년 평균 입원일수가 24.8일 많았다.



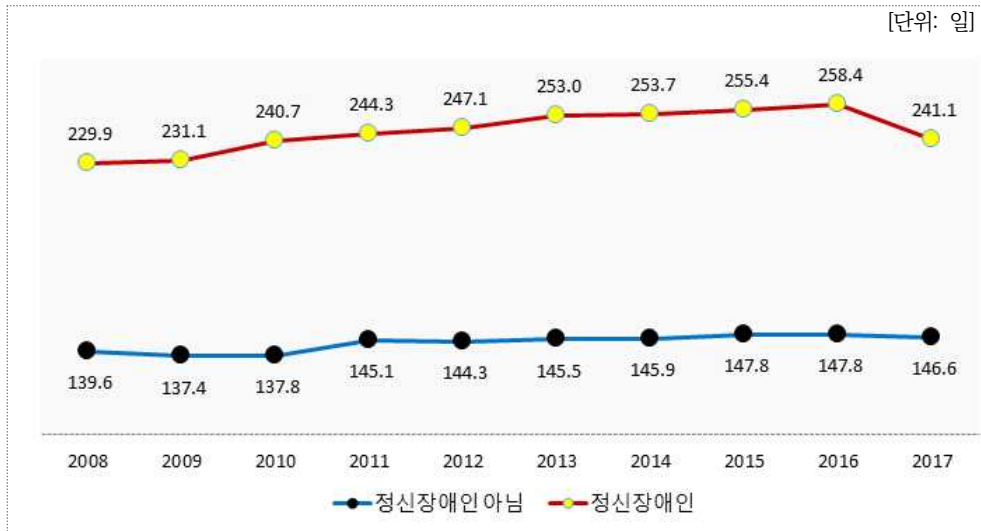
[그림 2-49] 조현병·분열형 및 망상장애 성별에 따른 1년 평균 입원일수

- 연령대별로 나누어 살펴보면, 2017년 기준 20세 미만에서는 평균 입원일수가 64.5일, 20-39세는 127.1일, 40-59세는 218.9일, 60세 이상에서는 227.7일로 연령이 증가할수록 1년 평균 입원일수가 증가하는 것으로 분석되었다.



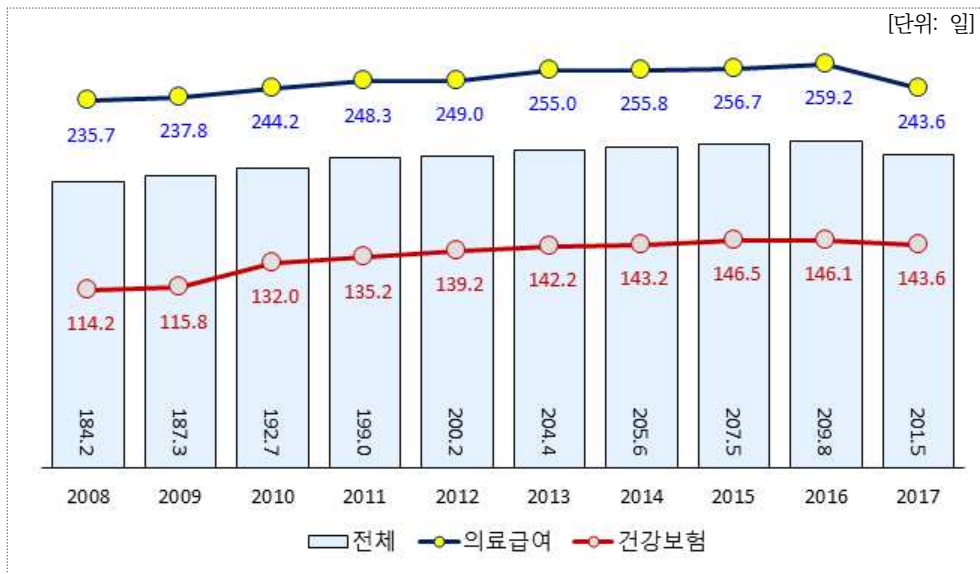
[그림 2-50] 조현병·분열형 및 망상장애 연령군에 따른 1년 평균 입원일수

- 정신장애인 등록 여부에 따라 살펴보면, 2017년 입원자 중 정신장애인에 등록되어 있는 유병자는 1년 평균 입원일수가 241.1일이었으나 정신장애인으로 등록되지 않은 유병자는 146.6일로 정신장애인 등록된 유병자의 1년 평균 입원일수가 94.5일 많은 것으로 분석되었다.



[그림 2-51] 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 정신장애인 등록여부에 따른 1년 평균 입원일수

- 조현병·분열형 및 망상장애로 입원경험이 있는 유병자의 1년 평균 입원일수를 의료보장 형태별로 분석해본 결과, 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자에 비해 평균 입원일수가 높았다. 2017년 기준 건강보험 가입자의 1년 평균 입원일수는 143.6일인데 반해 의료급여 수급권자는 243.6일로 건강보험 가입자의 평균 입원일수에 비해 100일(약 1.7배) 많이 입원하는 것으로 분석되었다.



[그림 2-52] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 1년 평균 입원일수

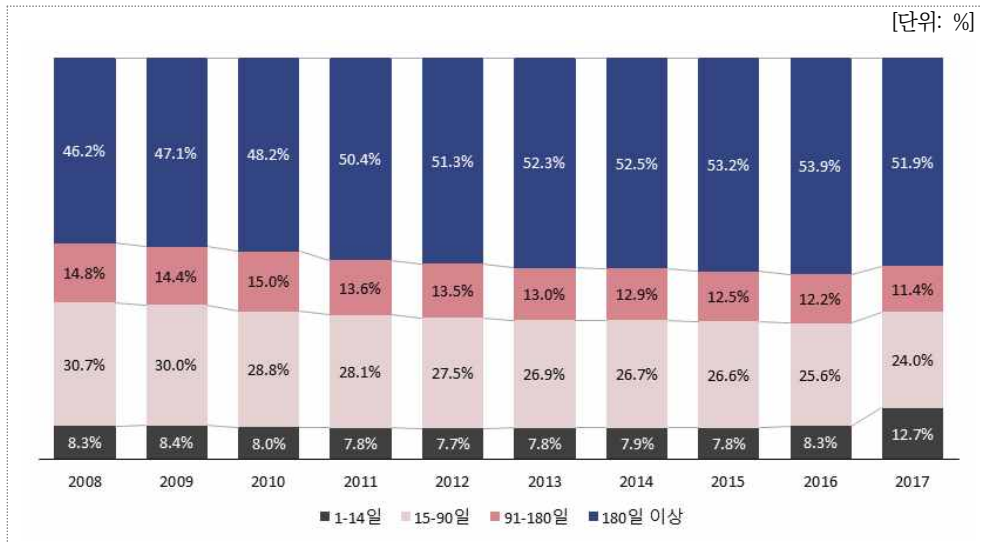
- 조현병·분열형 및 망상장애 입원자의 당해 연도 입원기간에 대해 분석해 본 결과, 2008년 입원자의 입원기간이 1-7일인 비중은 4.1%였다. 2016년까지 일정수준을 유지하다가 2017년 9.3%로 증가하였다 (2016년 대비 4.8%p 증가). 1-14일(2주) 비중은 2008년 8.3%가 2016년까지 유지되다가 2017년 12.7%로 증가하는 경향을 보였다 (2016년 대비 4.5%p 증가). 반면, 180일(6개월) 이상 입원자 비중은 2008년 46.2%에서 2016년 53.6%까지 증가하다가 2017년 51.9%로 약 2.1%p 감소하였다. 즉, 법 개정 이후 장기입원(6개월 이상)은 감소하고 단기입원(2주 이하)이 증가하는 것으로 분석된다¹⁰⁾.

10) <참고> '장기입원의 구조적 원인과 지속요인(2008, 박종익)' 연구에서 도출된 결과와 비교 (설문조사)
 - 2008년 정신보건시설에서의 재원기간 중앙값 153일 (이 중 6개월 이상 장기입원자는 46% (2006년 52%))

〈표 2-14〉 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포

[단위: %]

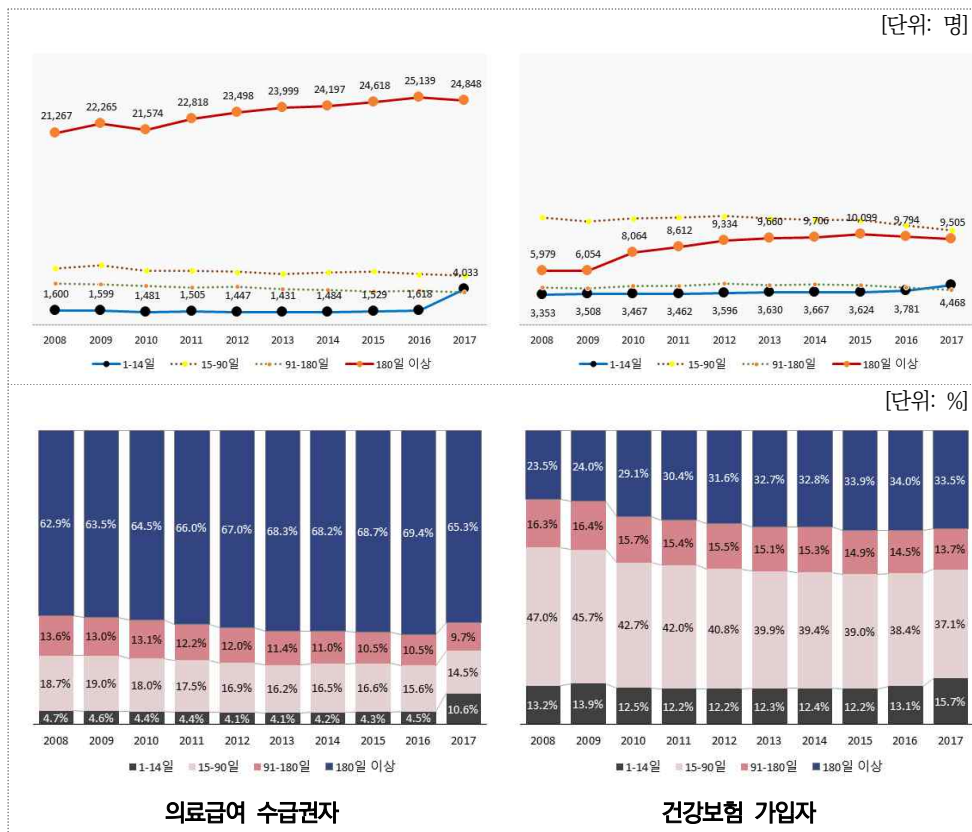
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-7일	4.1	4.2	4.1	3.9	4.0	4.1	4.1	4.1	4.5	9.3
8-14일	4.2	4.3	3.9	3.9	3.7	3.7	3.7	3.7	3.7	3.4
15-30일	9.6	9.3	8.8	8.7	8.7	8.5	8.8	8.6	8.4	7.6
31-60일	13.0	12.6	12.2	11.7	11.7	11.3	11.0	10.8	10.6	10.0
61-90일	8.1	8.2	7.8	7.7	7.1	7.1	6.9	7.2	6.5	6.5
91-120일	6.2	6.0	6.6	5.4	5.4	5.4	5.4	5.2	5.0	4.7
121-150일	4.6	4.3	4.4	4.2	4.3	4.0	3.9	3.8	3.8	3.4
151-180일	4.0	4.1	4.0	4.0	3.9	3.7	3.6	3.5	3.4	3.3
181-270일	8.9	8.8	8.4	8.5	8.3	8.1	7.7	7.8	7.5	7.2
270일 이상	37.4	38.4	39.8	42.0	43.0	44.2	44.8	45.4	46.4	44.7



[그림 2-53] 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포

- 이를 의료보장 형태에 따라 나누어 살펴본 결과, 의료급여 수급권자 입원의 경우 1-14일(2주) 비중은 2008년 4.7%가 2016년까지 유지되다가 2017년 10.6%로 증가하였다(2016년 대비 6.1%p 증가). 반면, 180일(6개월) 이상 입원자 비중은 2008년 62.9%에서 2016년 69.4%까지 증가

하다가 2017년 65.3%로 약 4.1%p 감소하였다. 건강보험 가입자 입원의 경우 1-14일(2주) 비중은 2008년 13.2%가 2016년까지 유지되다가 2017년 15.7%로 증가하였다(2016년 대비 2.6%p 증가). 반면, 180일(6개월) 이상 입원자 비중은 2008년 23.5%에서 2016년 34.0%까지 증가하다가 2017년 33.5%로 약 0.5%p 감소하였다.



[그림 2-54] 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)

〈표 2-15〉 조현병·분열형 및 망상장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
의료 급여 수급권자	1-7일	2.3	2.2	2.3	2.2	2.2	2.1	2.2	2.1	2.3	8.8
	8-14일	2.4	2.4	2.2	2.1	1.9	1.9	2.0	2.1	2.2	1.8
	15-30일	5.0	5.1	4.7	4.6	4.6	4.4	5.1	5.1	4.7	4.2
	31-60일	7.7	7.7	7.6	7.3	7.1	6.7	6.5	6.4	6.3	5.9
	61-90일	6.0	6.2	5.7	5.7	5.2	5.1	4.9	5.1	4.6	4.4
	91-120일	5.3	4.9	4.9	4.4	4.5	4.4	4.3	4.1	4.1	3.7
	121-150일	4.4	4.0	4.0	3.9	3.9	3.5	3.4	3.3	3.2	3.0
	151-180일	4.0	4.0	4.1	3.8	3.7	3.5	3.3	3.1	3.2	2.9
	181-270일	9.7	9.4	8.7	8.7	8.5	8.2	7.6	7.7	7.5	7.0
	270일 이상	53.3	54.0	55.8	57.3	58.4	60.0	60.6	61.0	61.9	58.3
건강 보험 가입자	1-7일	6.6	7.0	6.5	6.1	6.3	6.4	6.5	6.5	7.4	10.1
	8-14일	6.6	6.9	6.1	6.1	5.8	5.9	5.9	5.6	5.7	5.7
	15-30일	15.9	15.4	14.1	14.0	13.8	13.6	13.4	12.9	13.2	12.2
	31-60일	20.1	19.4	18.1	17.6	17.5	16.6	16.5	16.3	16.2	15.6
	61-90일	11.0	10.9	10.5	10.4	9.5	9.7	9.5	9.7	9.1	9.3
	91-120일	7.4	7.5	6.9	6.7	6.6	6.6	6.7	6.5	6.2	6.0
	121-150일	4.8	4.7	4.9	4.7	4.7	4.6	4.6	4.5	4.5	4.1
	151-180일	4.0	4.1	3.9	4.1	4.1	3.9	4.0	3.9	3.7	3.6
	181-270일	7.6	7.6	7.8	8.2	8.1	8.0	7.8	7.9	7.7	7.4
	270일 이상	15.9	16.4	21.3	22.2	23.5	24.7	25.0	26.0	26.3	26.1

- 해당 연도에 입원경험이 있는 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 유병기간 산출 시 과거 1년을 포함하여 산출한 2년 평균 입원일수는 2017년 기준 384.4일이었으며, 3년 평균 입원일수는 548.4일, 4년 평균 입원일수는 699.6일, 5년 평균 입원일수는 841.0일로 분석되었다. 즉, 2017년 기준 입원자의 과거 입원일수까지 합산하여 5년간 평균 2.3년을 입원하고 있다는 의미이다. 연도별로 살펴보면 2008년부터 2016년까지 평균 입원일수가 증가하다가 2017년 감소하였다.

〈표 2-16〉 조현병·분열형 및 망상장애 1년, 3년, 5년, 10년 평균 입원일수

[단위: 일]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1년 평균 입원일수	184.2	187.3	192.7	199.0	200.2	204.4	205.6	207.5	209.8	201.5
2년 평균 입원일수	333.3	342.5	351.4	363.7	371.9	381.5	386.1	389.2	396.0	384.4
3년 평균 입원일수	452.7	472.9	486.7	503.7	517.6	536.7	545.0	551.5	561.5	548.4
4년 평균 입원일수	480.1	582.8	605.4	628.7	646.8	674.2	689.8	699.5	714.6	699.6
5년 평균 입원일수	494.3	608.2	707.3	739.6	763.7	797.6	819.6	836.1	855.7	841.0

- 조현병·분열형 및 망상장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수를 산출해본 결과, 2017년 기준 상급종합병원은 32.6일, 종합병원은 121.5일, 병원은 208.0일, 의원은 171.4일로 분석되었다. 특히 병원에서의 평균 입원일수가 가장 길었는데, 상급종합병원의 평균 입원일수에 비해 약 6.4배 긴 것으로 분석되었다.
- 연도별로 살펴보면, 상급종합병원에서의 평균 입원일수는 감소하는 경향을 보였다. 특히 종합병원과 병원의 경우 2008년부터 2016년까지 지속적으로 평균 입원일수가 증가하다가 2017년에 감소하였다.

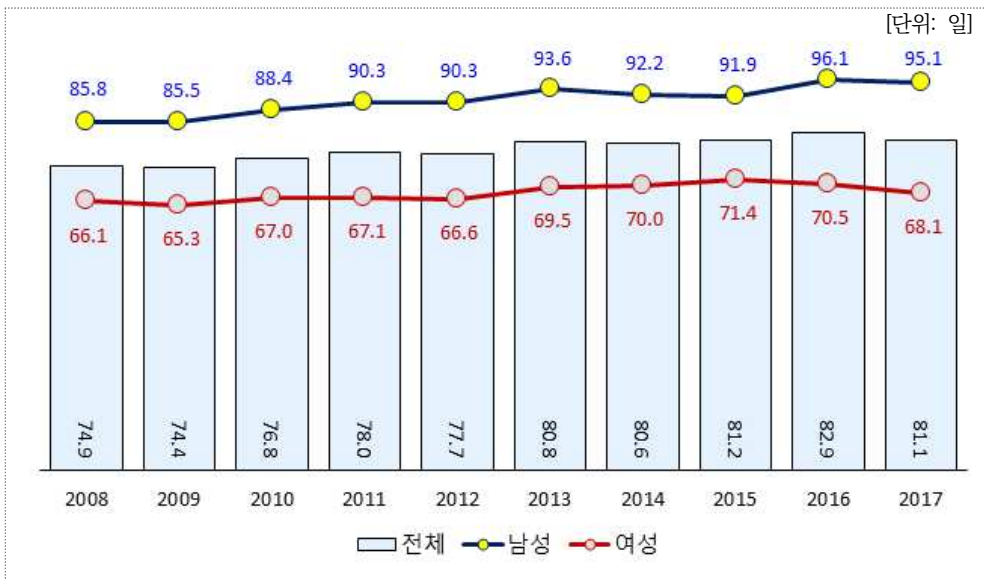
〈표 2-17〉 조현병·분열형 및 망상장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수

[단위: 일]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
상급종합병원	40.8	37.8	37.5	37.6	35.9	34.6	33.9	34.1	32.8	32.6
종합병원	104.5	112.5	113.8	116.8	116.1	119.1	119.9	123.3	125.1	121.5
병원	205.2	206.0	209.1	215.1	215.7	218.9	220.2	214.2	223.3	208.0
의원	138.1	143.7	152.7	154.5	157.0	161.2	163.3	166.8	170.8	171.4

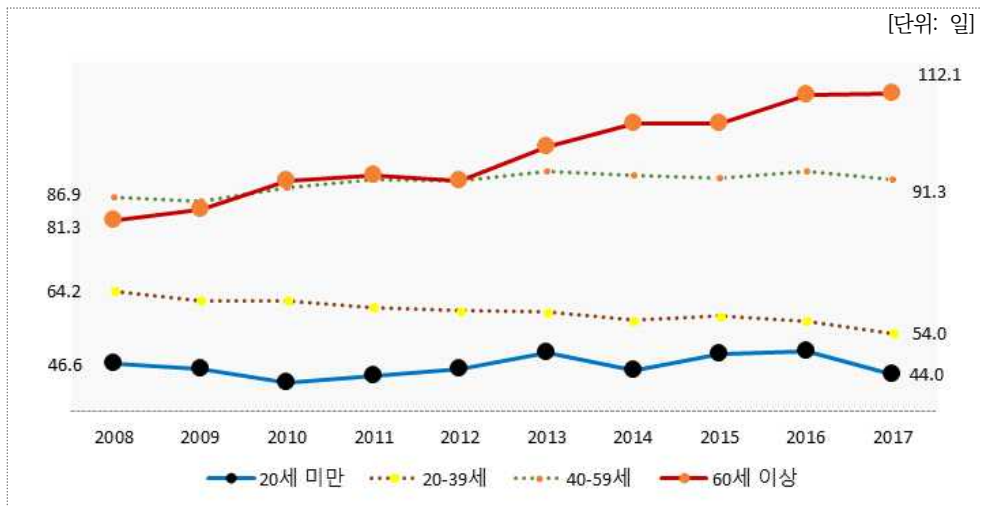
○ 양극성 정동장애

- 해당연도에 입원경험이 있는 양극성 정동장애 유병자의 1년 평균 입원일수가 2008년 74.9일에서 2017년 81.1일로 6.2일 증가하였다.
- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 여성에 비해 남성의 평균 입원일수가 많은 것으로 분석되었다. 2017년 기준 남성은 95.1일이었으며, 여성은 68.1일로 여성에 비해 남성의 1년 평균 입원일수가 27.0일 많았다.



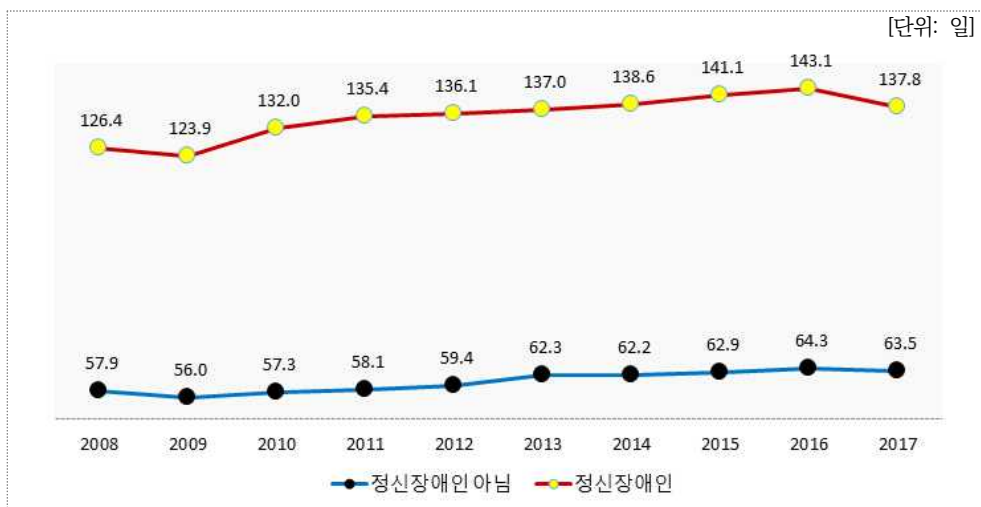
[그림 2-55] 양극성 정동장애 성별에 따른 1년 평균 입원일수

- 연령대별로 나누어 살펴보면, 2017년 기준 20세 미만에서는 평균 입원일수가 44.0일, 20-39세는 54.0일, 40-59세는 91.3일, 60세 이상에서는 112.1일로 연령이 증가할수록 1년 평균 입원일수가 증가하는 것으로 분석되었다.



[그림 2-56] 양극성 정동장애 연령군에 따른 1년 평균 입원일수

- 정신장애인 등록 여부에 따라 살펴보면, 2017년 입원자 중 정신장애인에 등록되어 있는 유병자는 1년 평균 입원일수가 137.8일이었으나 정신장애인으로 등록되지 않은 유병자는 63.5일로 정신장애인 등록된 유병자의 1년 평균 입원일수가 74.3일 많은 것으로 분석되었다.



[그림 2-57] 양극성 정동장애 유병자의 정신장애인 등록여부에 따른 1년 평균 입원일수

- 양극성 정동장애로 입원경험이 있는 유병자의 1년 평균 입원일수를 의료보장 형태별로 분석해본 결과, 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자에 비해 평균 입원일수가 높았다. 2017년 기준 건강보험 가입자의 1년 평균 입원일수는 60.0일인데 반해 의료급여 수급권자는 135.2일로 건강보험 가입자의 평균 입원일수에 비해 75.1일(약 2.3배) 많이 입원하는 것으로 분석되었다.



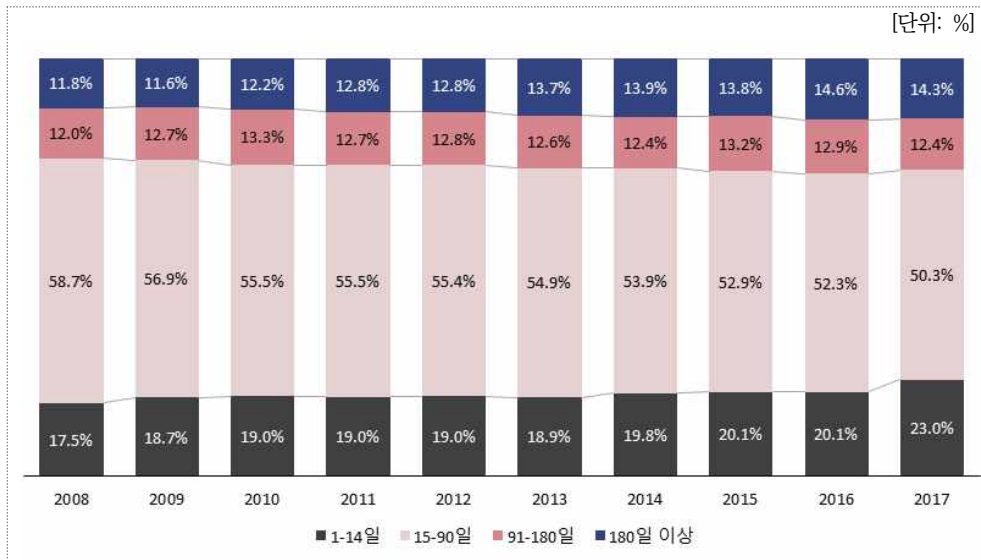
[그림 2-58] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 1년 평균 입원일수

- 양극성 정동장애 입원자의 당해 연도 입원기간에 대해 분석해본 결과, 1-7일인 비중은 2008년부터 2017년까지 지속적으로 증가하였다. 180일(6개월) 이상 입원환자의 비중은 2008년 11.8%에서 2016년 14.6%까지 증가하다가 2017년 다소 감소하였다(0.3%p 감소). 즉, 법 개정 이후 단기입원(2주 이하)이 증가하는 것으로 판단된다.

〈표 2-18〉 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포

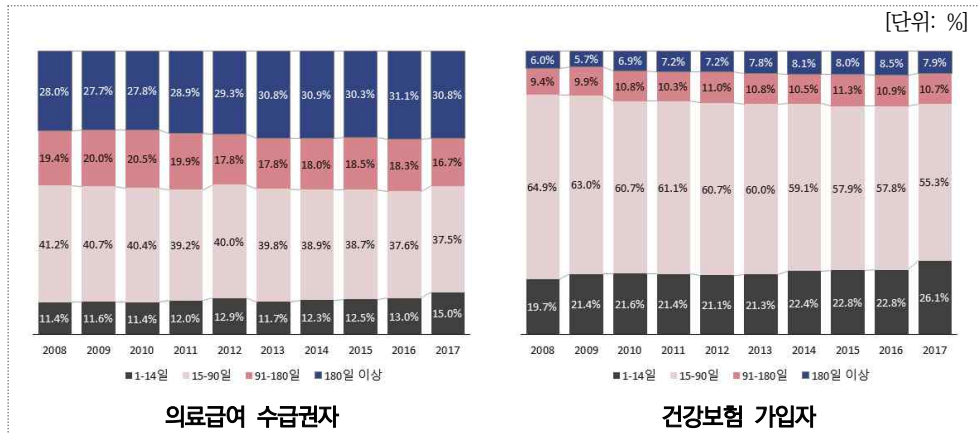
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-7일	8.4	8.8	9.0	9.1	9.4	9.4	9.9	10.5	10.5	12.9
8-14일	9.1	10.0	10.0	9.9	9.6	9.4	9.9	9.6	9.6	10.1
15-30일	22.3	22.2	21.8	21.9	21.7	21.3	21.3	20.5	20.9	20.4
31-60일	25.5	23.7	23.2	23.0	23.2	22.5	22.1	22.1	22.1	20.5
61-90일	10.9	11.0	10.5	10.5	10.5	11.0	10.5	10.3	9.3	9.4
91-120일	5.9	6.5	6.0	5.9	5.9	6.0	5.8	6.3	6.0	5.7
121-150일	3.5	3.3	4.2	3.8	4.0	3.5	3.8	3.8	4.1	3.7
151-180일	2.7	2.9	3.0	3.1	2.8	3.2	2.8	3.0	2.8	3.0
181-270일	4.6	4.8	4.7	5.0	4.9	5.0	5.1	4.9	5.0	4.8
270일 이상	7.2	6.8	7.5	7.8	7.9	8.7	8.8	8.9	9.6	9.5



〈그림 2-59〉 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포

- 이를 의료보장 형태에 따라 나누어 살펴본 결과, 의료급여 수급권자 입원과 건강보험 가입자의 입원 모두 1-14일(2주) 비중은 증가하는 경향을 보였다.



[그림 2-60] 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)

<표 2-19> 양극성 정동장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
의료 급여 수급권자	1-7일	5.5	6.0	6.2	5.6	6.9	6.0	6.7	6.6	7.3	8.6
	8-14일	6.0	5.7	5.2	6.4	6.0	5.7	5.5	5.8	5.7	6.4
	15-30일	11.5	12.6	12.6	12.0	11.6	11.7	12.3	12.6	12.3	12.2
	31-60일	18.0	16.4	17.0	15.7	17.1	16.2	15.5	15.8	15.5	15.7
	61-90일	11.6	11.7	10.8	11.6	11.3	11.9	11.1	10.3	9.7	9.6
	91-120일	8.2	9.0	8.9	8.2	7.4	8.3	7.7	7.9	7.4	6.5
	121-150일	6.1	5.8	6.7	6.1	6.1	5.1	5.6	6.0	6.1	4.9
	151-180일	5.1	5.3	4.9	5.6	4.4	4.4	4.6	4.6	4.9	5.3
	181-270일	9.2	10.0	9.0	9.7	9.9	10.2	9.9	9.6	9.0	9.1
270일 이상	18.8	17.6	18.7	19.2	19.3	20.6	20.9	20.7	22.1	21.8	
건강 보험 가입자	1-7일	9.5	9.8	10.0	10.3	10.3	10.6	11.1	11.9	11.7	14.6
	8-14일	10.2	11.6	11.6	11.1	10.7	10.7	11.3	10.8	11.1	11.6
	15-30일	26.2	25.9	24.9	25.3	25.2	24.6	24.3	23.3	24.0	23.6
	31-60일	28.1	26.4	25.3	25.6	25.2	24.7	24.4	24.3	24.6	22.4
	61-90일	10.6	10.7	10.5	10.2	10.3	10.7	10.3	10.4	9.2	9.4
	91-120일	5.0	5.5	5.0	5.1	5.4	5.2	5.1	5.8	5.5	5.4
	121-150일	2.5	2.4	3.4	3.0	3.3	2.9	3.1	3.1	3.2	3.2
	151-180일	1.8	2.0	2.4	2.3	2.3	2.8	2.2	2.4	2.1	2.1
	181-270일	3.0	2.9	3.2	3.3	3.2	3.2	3.4	3.3	3.5	3.2
270일 이상	3.1	2.7	3.7	3.9	4.1	4.7	4.6	4.7	4.9	4.7	

- 해당 연도에 입원경험이 있는 양극성 정동장애 유병자의 유병기간 산출 시 과거 1년을 포함하여 산출한 2년 평균 입원일수는 2017년 기준 134.8일이었으며, 3년 평균 입원일수는 173.6일, 4년 평균 입원일수는 204.7일, 5년 평균 입원일수는 231.0일로 분석되었다.

〈표 2-20〉 양극성 정동장애 1년, 3년, 5년, 10년 평균 입원일수

[단위: 일]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1년 평균 입원일수	74.9	74.4	76.8	78.0	77.7	80.8	80.6	81.2	82.9	81.1
2년 평균 입원일수	116.0	116.1	120.9	123.0	122.2	129.5	130.7	130.7	134.5	134.8
3년 평균 입원일수	143.5	144.5	150.8	154.7	153.5	163.4	166.7	167.2	171.7	173.6
4년 평균 입원일수	153.3	167.3	174.4	179.0	178.2	190.6	195.1	196.7	202.1	204.7
5년 평균 입원일수	158.6	175.7	193.9	198.6	197.9	212.6	219.0	220.7	227.1	231.0

- 양극성 정동장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수를 산출해본 결과, 2017년 기준 상급종합병원은 22.3일, 종합병원은 40.7일, 병원은 96.3일, 의원은 93.3일로 병원과 의원에서의 입원일수가 긴 것으로 분석되었다.
 - 연도별로 살펴보면, 상급종합병원에서의 평균 입원일수는 감소하는 경향을 보였다.

〈표 2-21〉 양극성 정동장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수

[단위: 일]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
상급종합병원	30.3	28.0	27.9	27.4	26.7	25.3	24.8	25.0	23.3	22.3
종합병원	44.8	46.1	42.7	42.8	41.5	41.9	39.6	41.1	41.0	40.7
병원	92.6	90.2	93.7	94.2	93.1	97.3	97.9	95.2	98.3	96.3
의원	76.5	79.3	81.9	84.1	84.6	86.3	88.1	90.7	97.2	93.3

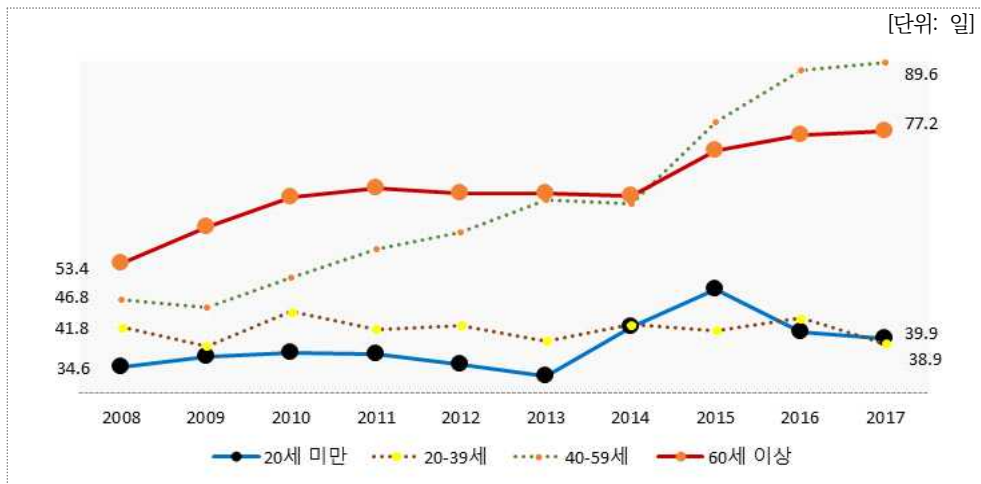
○ 재발성 우울장애

- 해당연도에 입원경험이 있는 재발성 우울장애 유병자의 1년 평균 입원일수가 2008년 48.2일에서 2017년 74.9일로 26.8일 증가하였다.
- 성별에 따라 나누어 살펴보면, 여성에 비해 남성의 평균 입원일수가 많은 것으로 분석되었다. 2017년 기준 남성은 100.5일이었으며, 여성은 51.1일로 여성에 비해 남성의 1년 평균 입원일수가 49.4일 많았다.



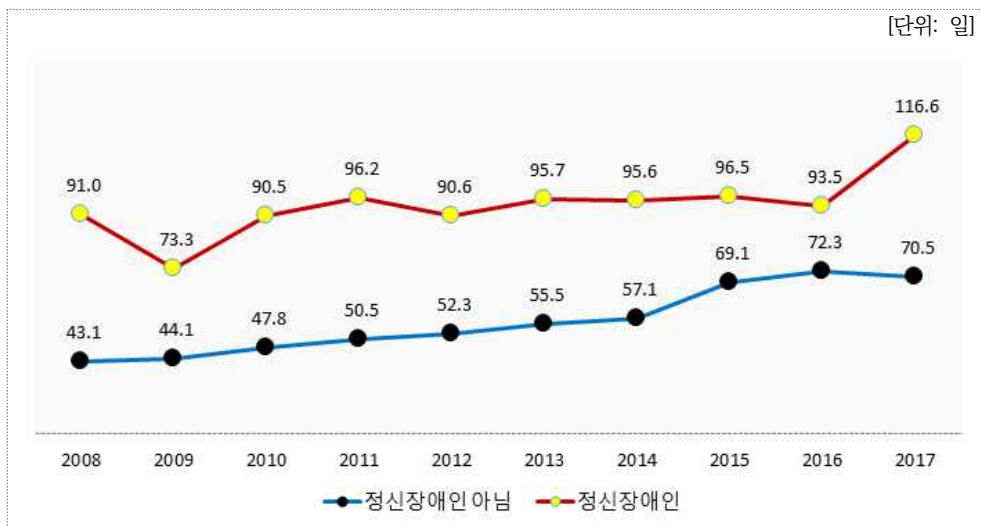
[그림 2-61] 재발성 우울장애 성별에 따른 1년 평균 입원일수

- 연령대별로 나누어 살펴보면, 2017년 기준 20세 미만에서는 평균 입원일수가 39.9일, 20-39세는 38.9일, 40-59세는 89.6일, 60세 이상에서는 77.2일로 연령이 증가할수록 1년 평균 입원일수가 증가하는 경향이 있는 것으로 분석되었다.



[그림 2-62] 재발성 우울장애 연령군에 따른 1년 평균 입원일수

- 정신장애인 등록 여부에 따라 살펴보면, 2017년 입원자 중 정신장애인에 등록되어 있는 유병자는 1년 평균 입원일수가 116.6일이었으나 정신장애인으로 등록되지 않은 유병자는 70.5일로 정신장애인 등록된 유병자의 1년 평균 입원일수가 46.1일 많은 것으로 분석되었다.



[그림 2-63] 재발성 우울장애 유병자의 정신장애인 등록여부에 따른 1년 평균 입원일수

- 재발성 우울장애로 입원경험이 있는 유병자의 1년 평균 입원일수를 의료보장 형태별로 분석해본 결과, 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자에 비해 평균 입원일수가 높았다. 2017년 기준 건강보험 가입자의 1년 평균 입원일수는 51.4일인데 반해 의료급여 수급권자는 119.4일로 건강보험 가입자의 평균 입원일수에 비해 68.0일(약 2.3배) 많이 입원하는 것으로 분석되었다.



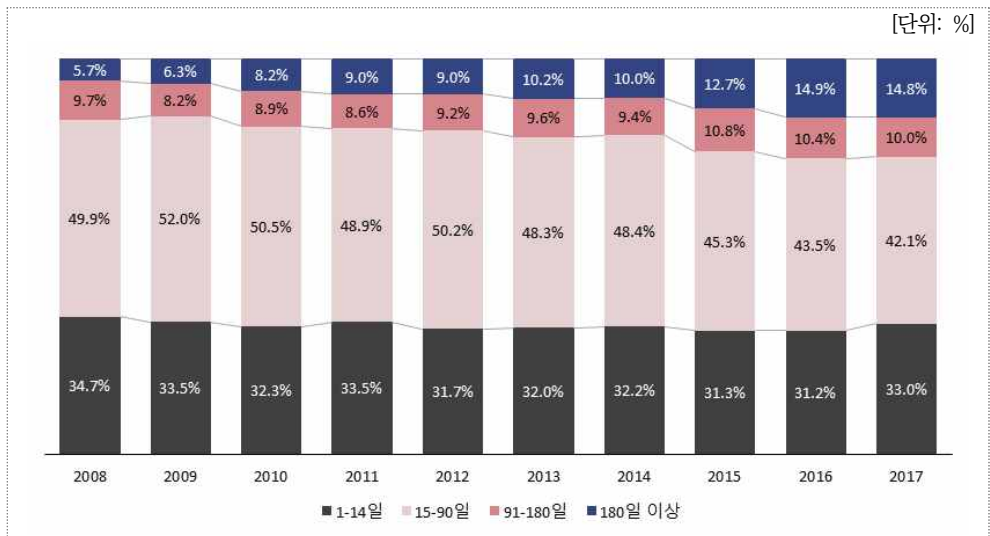
[그림 2-64] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 1년 평균 입원일수

- 재발성 우울장애 입원자의 당해 연도 입원기간에 대해 분석해본 결과, 1-7일인 비중과 18일(6개월) 이상 입원환자의 비중은 지속적으로 증가했다.

〈표 2-22〉 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포

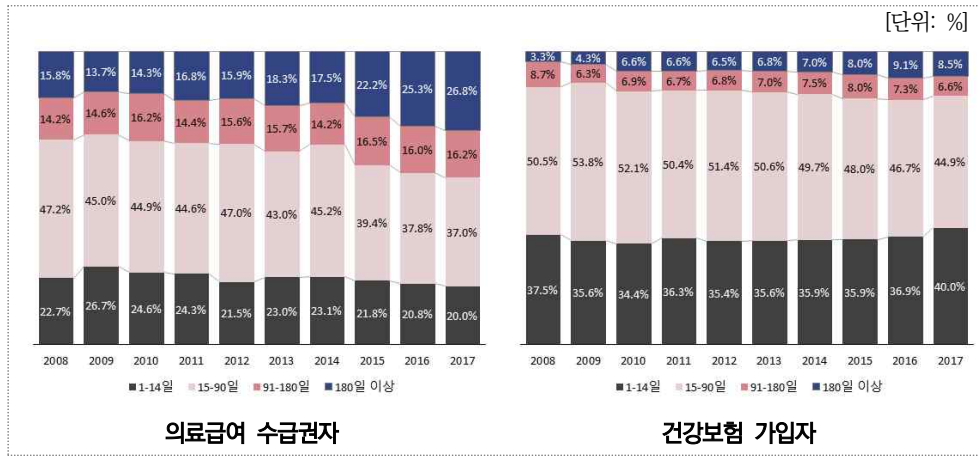
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-7일	18.3	16.2	17.1	17.1	16.1	17.3	17.6	17.2	18.1	20.1
8-14일	16.4	17.3	15.3	16.4	15.6	14.7	14.7	14.1	13.1	13.0
15-30일	25.4	24.7	24.8	23.6	23.5	24.6	24.0	20.6	20.4	19.9
31-60일	17.2	20.0	19.1	18.5	19.3	17.1	16.8	16.5	16.5	15.3
61-90일	7.3	7.2	6.7	6.8	7.3	6.6	7.6	8.2	6.6	7.0
91-120일	4.7	3.2	4.3	4.0	4.5	4.0	4.7	5.0	3.9	4.5
121-150일	2.9	3.0	2.4	2.6	2.8	3.0	2.6	2.9	3.1	3.2
151-180일	2.2	2.1	2.1	2.1	1.9	2.7	2.1	2.9	3.4	2.2
181-270일	2.7	3.2	3.7	3.8	3.8	4.7	4.2	5.2	6.1	5.4
270일 이상	2.9	3.2	4.5	5.2	5.1	5.5	5.8	7.5	8.8	9.4



[그림 2-65] 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포

- 이를 의료보장 형태에 따라 나누어 살펴본 결과, 의료급여 수급권자 입원과 건강보험 가입자의 입원 모두 1-14일(2주) 비중에서는 큰 변동이 없었다. 그러나 의료급여 수급권자에서 180일 이상(6개월) 비중이 꾸준히 증가하는 것으로 분석되었다.



[그림 2-66] 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)

<표 2-23> 재발성 우울장애 입원 기간에 따른 입원자 분포 (의료보장 형태별)

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
의료 급여 수급 권자	1-7일	13.3	14.2	16.4	12.7	11.5	13.0	13.1	13.1	12.2	12.6
	8-14일	9.4	12.4	8.2	11.6	10.0	10.0	10.0	8.7	8.6	7.4
	15-30일	20.2	16.8	15.9	17.3	15.8	14.9	16.1	13.7	13.9	12.3
	31-60일	17.7	18.7	18.0	18.3	20.9	17.7	17.1	14.9	16.0	15.9
	61-90일	9.4	9.5	11.0	9.0	10.2	10.4	12.0	10.8	7.8	8.9
	91-120일	7.1	5.6	7.2	6.5	7.6	6.6	7.7	7.1	5.8	6.8
	121-150일	3.2	4.5	4.0	4.2	5.2	5.2	4.0	4.4	4.9	5.2
	151-180일	3.9	4.5	5.1	3.7	2.7	3.9	2.5	4.9	5.3	4.2
	181-270일	6.7	6.7	6.3	7.4	7.2	8.3	7.5	7.9	9.4	8.9
270일 이상	9.2	7.0	8.0	9.4	8.8	10.0	10.0	14.4	15.9	17.8	
건강 보험 가입자	1-7일	19.4	16.9	17.3	18.5	17.7	19.0	19.3	19.2	21.3	24.0
	8-14일	18.1	18.7	17.2	17.9	17.7	16.6	16.5	16.7	15.6	16.0
	15-30일	26.7	26.9	27.2	25.7	26.4	28.5	27.1	24.0	24.0	23.9
	31-60일	17.1	20.5	19.4	18.5	18.6	16.9	16.7	17.1	16.8	15.0
	61-90일	6.8	6.4	5.5	6.1	6.3	5.1	5.9	6.9	5.9	6.0
	91-120일	4.2	2.5	3.6	3.2	3.2	2.9	3.6	4.0	2.9	3.3
	121-150일	2.8	2.5	2.0	2.0	1.9	2.1	2.1	2.1	2.1	2.2
	151-180일	1.7	1.3	1.4	1.5	1.7	2.1	1.8	1.9	2.3	1.2
	181-270일	1.9	2.2	3.1	2.7	2.6	3.2	2.9	3.9	4.2	3.5
270일 이상	1.5	2.1	3.5	3.8	3.8	3.6	4.1	4.1	4.9	5.0	

- 해당 연도에 입원경험이 있는 재발성 우울장애 유병자의 유병기간 산출 시 과거 1년을 포함하여 산출한 2년 평균 입원일수는 2017년 기준 74.9일이었으며, 3년 평균 입원일수는 120.0일, 4년 평균 입원일수는 145.8일, 5년 평균 입원일수는 166.7일로 분석되었다.

〈표 2-24〉 재발성 우울장애 1년, 3년, 5년, 10년 평균 입원일수

[단위: 일]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1년 평균 입원일수	48.2	49.9	55.0	57.1	58.0	60.5	61.0	70.7	75.5	74.9
2년 평균 입원일수	65.1	70.2	75.7	81.4	85.9	91.4	91.6	102.3	119.1	120.0
3년 평균 입원일수	73.0	79.2	85.2	91.8	97.8	107.0	106.9	119.4	138.1	145.8
4년 평균 입원일수	76.0	84.9	91.2	98.1	103.8	115.8	115.3	129.6	150.1	158.2
5년 평균 입원일수	77.3	87.5	95.3	101.9	107.9	120.2	120.0	135.8	157.9	166.7

- 재발성 우울장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수를 산출해본 결과, 2017년 기준 상급종합병원은 19.5일, 종합병원은 28.8일, 병원은 104.2일, 의원은 98.1일로 분석되었다. 특히 병원에서의 평균 입원일수가 가장 긴 것으로 분석되었는데, 상급종합병원의 평균 입원일수에 비해 약 5.5배 많았다.
- 연도별로 살펴보면, 상급종합병원에서의 평균 입원일수는 감소하는 경향을 보였으며, 병원과 의원에서의 평균 입원일수는 증가하는 경향을 보였다.

〈표 2-25〉 재발성 우울장애로 입원 시 이용한 의료기관 종별에 따른 평균 입원일수

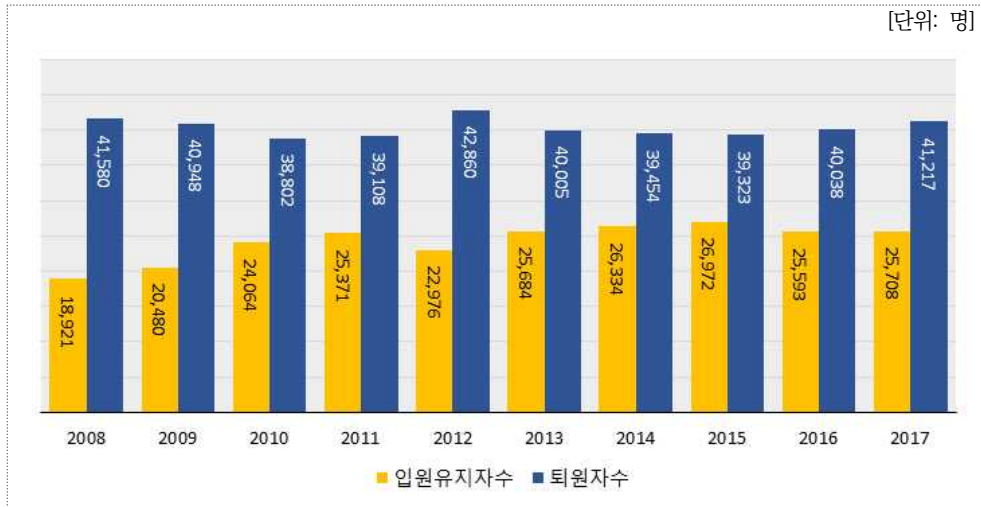
[단위: 일]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
상급종합병원	25.0	23.9	22.6	21.7	23.2	20.3	21.4	22.0	20.0	19.0
종합병원	27.5	24.3	25.1	26.9	26.6	25.9	27.8	30.1	29.0	28.8
병원	64.9	69.4	80.8	80.8	78.5	82.5	81.6	93.1	103.4	104.2
의원	60.2	57.9	66.9	68.9	71.5	80.7	90.6	78.2	92.0	98.1

□ 재입원

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 조현병·분열형 및 망상장애로 퇴원율¹¹⁾은 2017년 기준 61.6%였으며, 2017년 말 입원 중인 사람은 25,708명이었다.



[그림 2-67] 조현병·분열형 및 망상장애 각 연도말 입원 유지자수 및 퇴원자수

- 재입원율을 해당 연도 퇴원자 중 재입원을 경험한 환자수로 정의하여 산출해본 결과, 2017년 기준 재입원율은 49.0%였으며, 연도별로 증가하는 추세를 보이고 있는 것으로 분석되었다.
- 2017년 기준, 3일 내 재입원을 경험한 환자는 전체 재입원 환자의 10.1%를 차지하였다. 7일 이내는 18.5%, 14일 이내는 26.1%, 30일 이내는 33.1%에 달하는 것으로 분석되었다. 즉, 2017년 퇴원자 2명 중 1명은 2017년 내 재입원을 경험하며, 퇴원자 5명 중 1명은 일주일(7일) 내 재입원을 한다는 의미이다.

11) 퇴원자는 당해 연도 입원자 중 당해 연도 말일에 입원 중이 아닌 사람수로 정의하였으며, 퇴원율은 당해 연도 입원환자 중 퇴원환자의 비율로 산출하였음.

〈표 2-26〉 조현병·분열형 및 망상장애 입원환자의 퇴원율 및 재입원율

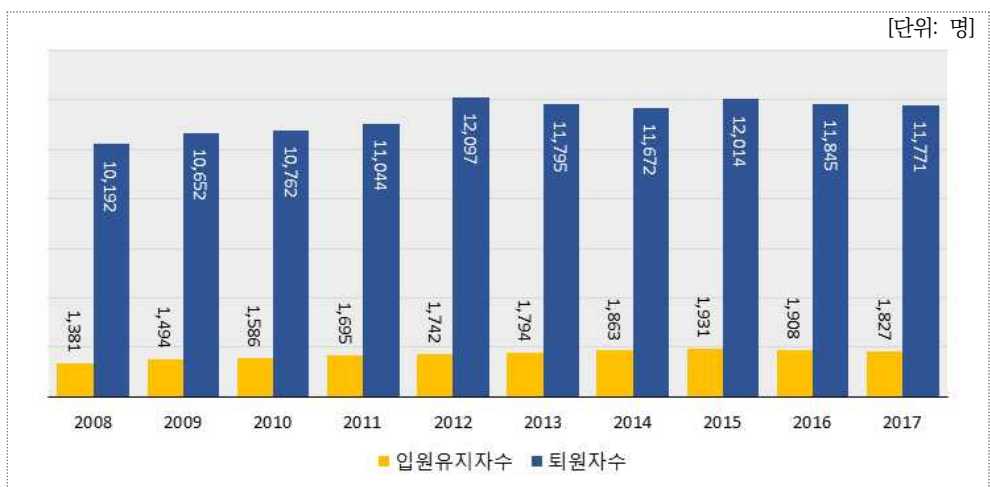
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
퇴원율	68.7	66.7	61.7	60.7	65.1	60.9	60.0	59.3	61.0	61.6
재입원율	40.2	41.1	42.3	42.3	47.5	44.1	44.2	44.7	45.5	49.0
3일 이내 재입원율	6.6	6.3	7.4	7.6	7.7	8.5	8.8	9.0	9.6	10.1
7일 이내 재입원율	12.9	13.3	14.9	14.9	14.4	15.8	16.2	16.4	17.3	18.5
14일 이내 재입원율	18.3	18.8	21.0	21.2	20.1	22.2	22.6	23.0	23.9	26.1
30일 이내 재입원율	23.6	24.2	26.5	27.1	25.8	28.3	29.1	29.4	30.9	33.1
60일 이내 재입원율	30.6	31.3	32.0	32.3	38.4	34.2	34.7	35.1	36.3	38.5
90일 이내 재입원율	33.4	34.3	34.8	35.0	40.9	37.2	37.3	37.9	38.9	41.0
180일 이내 재입원율	37.8	38.6	39.5	39.7	45.0	41.7	41.8	42.3	43.2	46.8

- 본 연구에서 입원 에피소드는 의료기관에 상관없이 1일 이내 재입원(또는 전원)이 이루어진 경우로 정의하였다. 1회 입원 에피소드 내 입원이 이루어진 의료기관수를 산출해본 결과, 2017년 전체 입원 에피소드 중 4.0%는 2개 이상 의료기관에서 입원 청구가 있었던 것으로 분석되었다. 뿐만 아니라 전체 입원 에피소드 중 0.2%는 3개 이상 의료기관에서 입원 청구가 있었다.

○ 양극성 정동장애

- 양극성 정동장애로 퇴원율은 2017년 기준 86.6%였으며, 2017년 말 입원 중인 사람은 1,827명이었다.



[그림 2-68] 양극성 정동장애 각 연도말 입원 유지자수 및 퇴원자수

- 재입원율을 해당 연도 퇴원자 중 재입원을 경험한 환자수로 정의하여 산출해본 결과, 2017년 기준 재입원율은 28.8%였으며, 연도별로 증가하는 추세를 보이고 있는 것으로 판단된다.
- 2017년 기준, 3일 내 재입원을 경험한 환자는 전체 재입원 환자의 4.6%를 차지하였다. 7일 이내는 9.1%, 14일 이내는 13.4%, 30일 이내는 17.8%에 달하는 것으로 분석되었다. 즉, 2017년 퇴원자 10명 중 3명은 2017년 내 재입원을 경험하며, 퇴원자 10명 중 1명은 일주일(7일) 내 재입원을 한다는 의미이다.

〈표 2-27〉 양극성 정동장애 입원환자의 퇴원율 및 재입원율

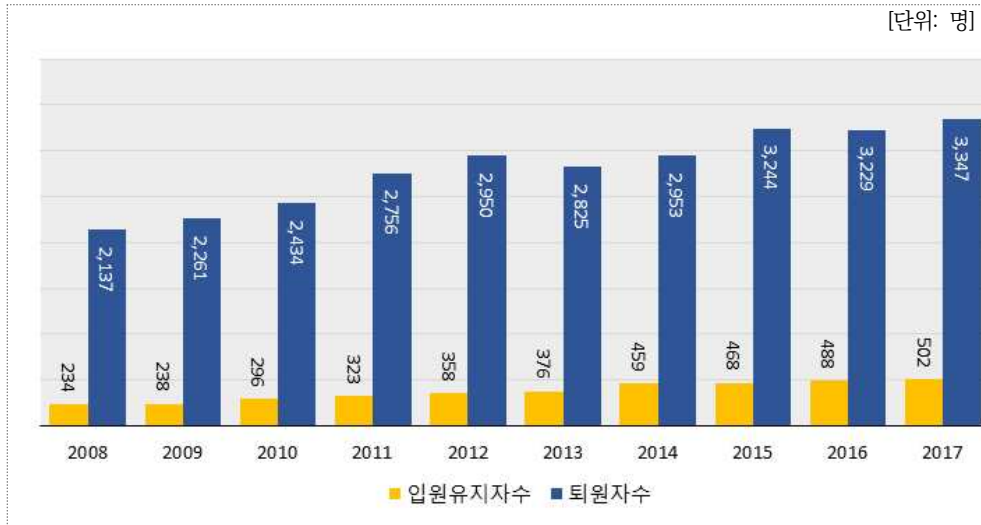
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
퇴원율	88.1	87.7	87.2	86.7	87.4	86.8	86.2	86.2	86.1	86.6
재입원율	26.7	25.7	25.8	26.4	28.0	26.6	27.5	27.7	28.2	28.8
3일 이내 재입원율	3.3	3.0	3.1	3.2	3.4	3.7	3.6	3.8	4.2	4.6
7일 이내 재입원율	7.3	6.6	6.9	7.0	7.2	7.9	7.7	8.2	8.4	9.1
14일 이내 재입원율	11.1	10.4	10.6	10.8	11.0	12.0	12.2	12.1	12.3	13.4
30일 이내 재입원율	15.0	14.5	14.5	14.9	15.1	15.8	16.2	16.3	16.6	17.8
60일 이내 재입원율	19.0	18.5	18.1	18.6	20.5	19.4	20.1	20.2	20.5	21.5
90일 이내 재입원율	21.1	20.3	20.2	20.6	22.6	21.5	22.0	22.2	22.6	23.3
180일 이내 재입원율	24.7	23.5	23.3	24.1	25.8	24.6	25.4	25.5	26.1	26.7

- 본 연구에서는 입원 에피소드 의료기관에 상관없이 1일 이내 재입원(또는 전원)이 이루어진 경우로 정의하였다. 1회 입원 에피소드 내 입원이 이루어진 의료기관수를 산출해본 결과, 2017년 전체 입원 에피소드 중 3.2%는 2개 이상 의료기관에서 입원 청구가 있었던 것으로 분석되었다. 뿐만 아니라 전체 입원 에피소드 중 0.2%는 3개 이상 의료기관에서 입원 청구가 있었다.

○ 재발성 우울장애

- 재발성 우울장애로 퇴원율은 2017년 기준 87.0%였으며, 2017년 말 입원 중인 사람은 502명이었다.



[그림 2-69] 재발성 우울장애 각 연도말 입원 유지자수 및 퇴원자수

- 재입원율을 해당 연도 퇴원자 중 재입원을 경험한 환자수로 정의하여 산출해본 결과, 2017년 기준 재입원율은 26.6%였으며, 연도별로 증가하는 추세를 보이고 있는 것으로 판단된다.
- 2017년 기준, 3일 내 재입원을 경험한 환자는 전체 재입원 환자의 3.9%를 차지하였다. 7일 이내는 9.4%, 14일 이내는 13.2%, 30일 이내는 17.3%에 달하는 것으로 분석되었다. 즉, 2017년 퇴원자 4명 중 1명은 2017년 내 재입원을 경험하며, 퇴원자 10명 중 1명은 일주일(7일) 내 재입원을 한다는 의미이다.

〈표 2-28〉 재발성 우울장애 입원환자의 퇴원을 및 재입원을

[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
퇴원을	90.1	90.5	89.2	89.5	89.2	88.3	86.5	87.4	86.9	87.0
재입원을	20.1	19.7	18.4	20.0	21.1	21.7	22.5	26.7	25.3	26.6
3일내 재입원을	3.1	2.4	2.4	3.0	2.6	3.5	3.5	4.5	3.5	3.9
7일내 재입원을	6.3	5.2	5.4	6.6	6.1	7.0	6.6	8.9	8.1	9.4
14일내 재입원을	8.8	7.6	8.1	9.3	9.3	10.2	10.0	13.1	11.8	13.2
30일내 재입원을	11.5	11.0	10.9	12.3	12.0	13.3	13.3	17.1	16.2	17.3
60일내 재입원을	15.1	14.3	14.1	15.6	16.0	16.6	16.5	20.6	19.4	20.8
90일내 재입원을	16.5	15.6	15.6	16.9	17.3	17.9	18.4	22.3	21.3	22.8
180일내 재입원을	18.8	18.0	17.2	18.9	19.6	20.5	21.2	25.4	23.5	25.2

- 본 연구에서는 입원 에피소드 의료기관에 상관없이 1일 이내 재입원(또는 전원)이 이루어진 경우로 정의하였다. 1회 입원 에피소드 내 입원이 이루어진 의료기관수를 산출해본 결과, 2017년 전체 입원 에피소드 중 0.8%는 2개 이상 의료기관에서 입원 청구가 있었던 것으로 분석되었다.

□ 퇴원 후 1개월 내 외래 방문율

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 조현병·분열형 및 망상장애 퇴원자 중 1개월 내 외래 방문율은 2017년 기준 54.9%로 분석되었다.

〈표 2-29〉 조현병·분열형 및 망상장애 퇴원자 중 1개월내 외래 방문율

[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
퇴원 후 1개월 내 외래방문율	50.2	52.0	55.0	55.6	50.9	54.3	55.1	54.6	53.4	54.9

○ 양극성 정동장애

- 양극성 정동장애 퇴원자 중 1개월 내 외래 의료이용을 하는 환자는 2008년 55.9%에서 2010년 60.9%까지 증가하였다가 이후 감소하여 2017년 58.0% 수준인 것으로 분석되었다.

〈표 2-30〉 양극성 정동장애 퇴원자 중 1개월내 외래 방문율

[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
퇴원 후 1개월 내 외래방문율	55.9	57.8	60.9	60.6	59.8	59.6	60.0	58.7	58.3	58.0

○ 재발성 우울장애

- 재발성 우울장애 퇴원자 중 1개월 내 외래 의료이용을 하는 환자는 2008년 35.0%에서 2012년 44.8%까지 증가하였다가 이후 감소하여 2017년 38.8% 수준인 것으로 분석되었다.

〈표 2-31〉 재발성 우울장애 퇴원자 중 1개월내 외래 방문율

[단위: %]

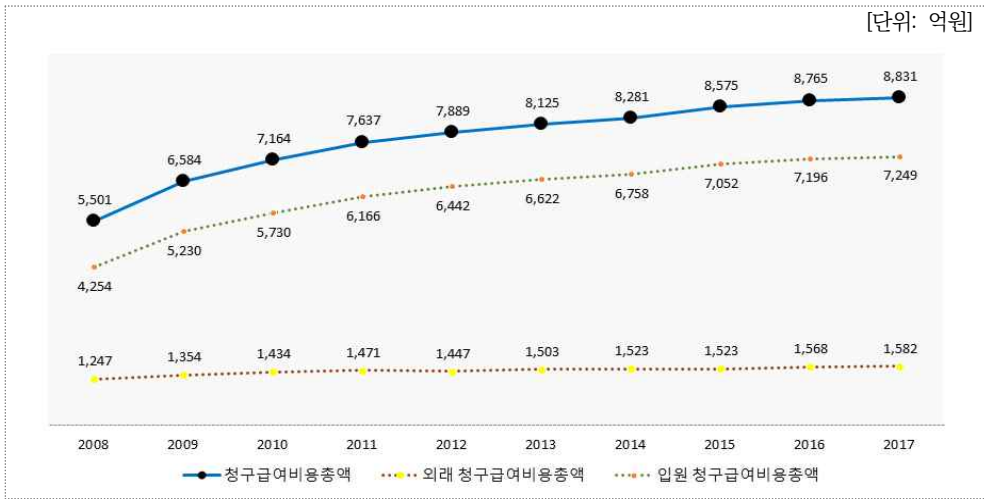
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
퇴원 후 1개월 내 외래방문율	35.0	35.9	37.3	43.0	44.8	43.8	42.6	38.3	37.2	38.8

라. 중증 정신질환자의 의료이용 실태: 의료비

□ 외래 및 입원 관련 의료비

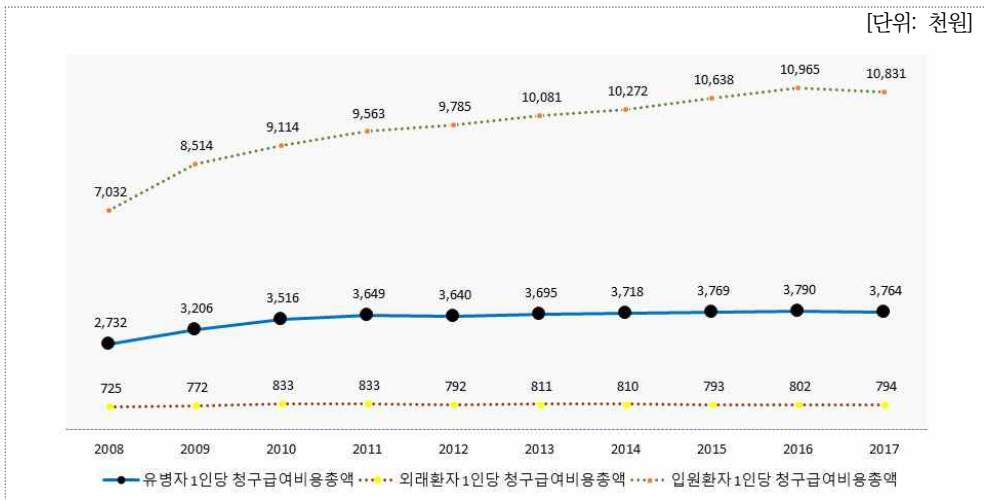
○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 조현병·분열형 및 망상장애로 인한 2008년 총 청구급여비용총액(보험자 부담금과 본인 부담금 합계, 단 비급여 진료비는 제외)은 약 5,501억원에서 2017년 약 8,831억원으로 지속적으로 증가하였다(10년간 3,330억 증가).
- 외래 청구급여비용총액은 10년간 336억원 증가하였으며, 입원 청구급여비용총액은 2,994억원 증가하여, 외래보다 입원 청구급여비용 총액의 증가속도가 더 빠른 것으로 분석되었다.
- 2017총 청구급여비용총액 중 본인부담금은 약 8.5%였으며, 외래는 12.9%, 입원은 7.5% 수준이었다.



[그림 2-70] 조현병·분열형 및 망상장애 청구급여비용총액

- 유병자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 2,732천원에서 2017년 3,764천원으로 10년간 약 1,033천원 증가하였다.
- 외래환자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 725천원에서 2017년 794천원으로 큰 변화없이 일정한 수준을 유지하였으며, 입원환자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 7,032천원에서 2017년 10,831천원으로 10년간 3,799천원 증가하였다.



[그림 2-71] 조현병·분열형 및 망상장애 외래환자 및 입원환자 1인당 평균 청구급여비용

- 입내원일수 당 의료비 실태를 살펴보면, 2017년 외래 내원 1일당 평균 청구급여비는 67,056원이었으며, 입원 1일당 53,755원으로 분석되었다.
- 이를 의료보장 형태별로 나누어 살펴보면, 의료급여 수급권자의 경우 외래 이용 시 1일당 진료비는 56,720원, 입원 시 1일당 43,621원이었다. 즉, 입원보다 외래 진료비가 더 큰 것으로 분석되었다. 반대로 건강보험 가입자의 경우 외래 이용 시 1일당 진료비는 74,013원, 입원 시 1일당 77,132원으로 입원보다 외래 진료비가 더 적은 것으로 분석되었다.

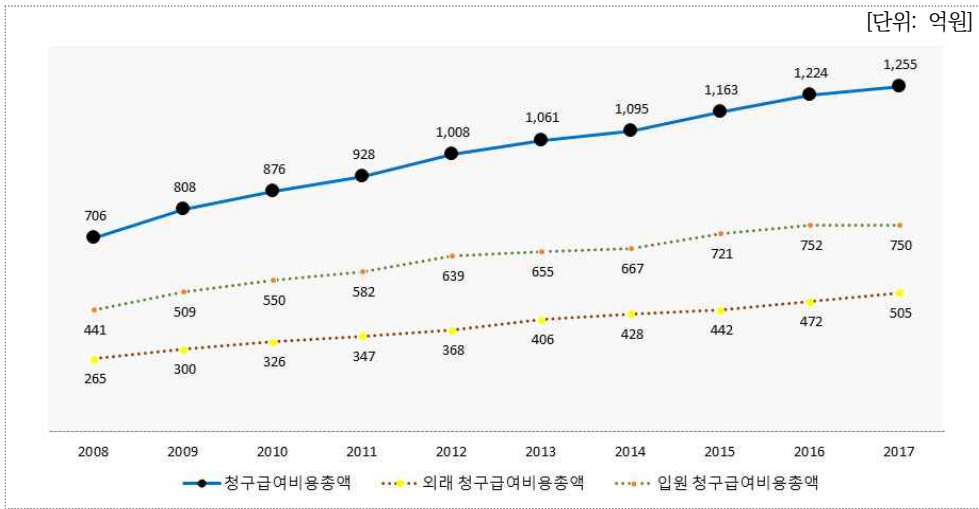
〈표 2-32〉 조현병·분열형 및 망상장애 외래 및 입원 1일당 평균 청구급여비용

[단위: 천원]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	입내원일수 1일당	42.0	48.9	50.8	51.5	51.8	52.3	52.9	53.8	54.8	55.7
	외래 1일당	64.2	68.6	72.7	73.0	70.7	71.8	71.6	70.0	70.3	67.1
	입원 1일당	38.2	45.5	47.3	48.1	48.9	49.3	50.0	51.3	52.3	53.8
의료급여	입내원일수 1일당	61.8	63.7	65.3	65.8	65.3	66.5	67.9	70.2	73.4	76.3
	외래 1일당	67.7	69.6	75.1	75.6	72.1	73.5	73.2	71.3	71.9	74.0
	입원 1일당	59.3	61.1	61.9	62.5	63.1	64.2	66.1	69.9	73.9	77.1
건강보험	입내원일수 1일당	32.6	42.1	43.1	43.9	44.3	44.5	44.6	44.6	44.7	44.8
	외래 1일당	56.9	66.4	68.0	68.2	67.9	68.6	68.8	67.8	67.7	56.7
	입원 1일당	30.7	40.1	41.0	41.9	42.4	42.5	42.6	42.6	42.7	43.6

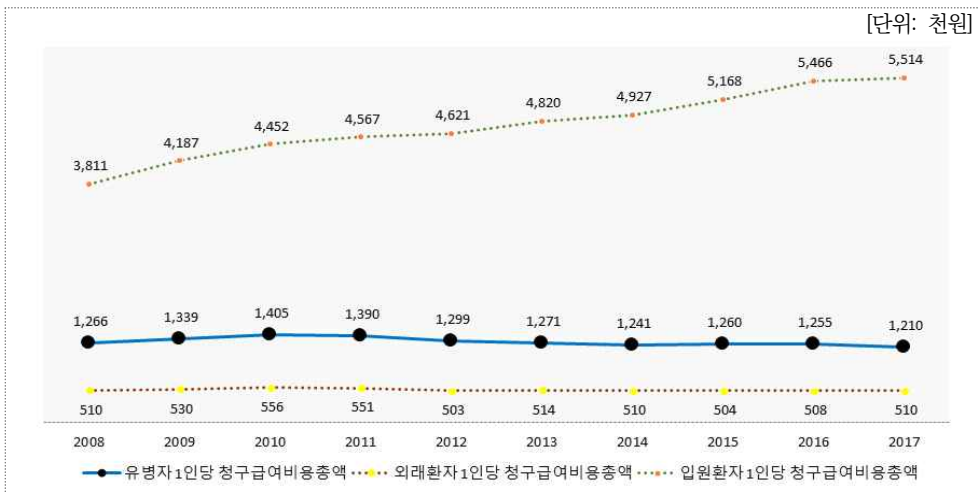
○ 양극성 정동장애

- 양극성 정동장애로 인한 2008년 총 청구급여비용총액(보험자 부담금과 본인 부담금 합계, 단 비급여 진료비는 제외)은 약 706억원에서 2017년 약 1,255억원으로 지속적으로 증가하였다(10년간 549억원 증가).
- 외래 청구급여비용총액은 10년간 240억원 증가하였으며, 입원 청구급여비용총액은 309억원 증가하여, 외래보다 입원 청구급여비용 총액의 증가 속도가 더 빠른 것으로 분석되었다.
- 2017총 청구급여비용총액 중 본인부담금은 약 21.5%였으며, 외래는 29.9%, 입원은 15.9% 수준이었다.



[그림 2-72] 양극성 정동장애 청구급여비용총액

- 유병자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 1,266천원에서 2017년 1,210천원으로 10년간 약 56천원 감소하였다.
- 외래환자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 510천원에서 2017년 510천원으로 큰 변화 없이 일정한 수준을 유지하였으며, 입원환자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 3,811천원에서 2017년 5,514천원으로 10년간 1,703천원 증가하였다.



[그림 2-73] 양극성 정동장애 외래환자 및 입원환자 1인당 평균 청구급여비용

- 입내원일수 당 의료비 실태를 살펴보면, 2017년 외래 내원 1일당 평균 청구급여비는 54,678원이었으며, 입원 1일당 67,992원으로 분석되었다.
- 이를 의료보장 형태별로 나누어 살펴보면, 의료급여 수급권자의 경우 외래 이용 시 1일당 진료비는 54,685원, 입원 시 1일당 44,666원이었다. 즉, 입원보다 외래 진료비가 더 큰 것으로 분석되었다. 반대로 건강보험 가입자의 경우 외래 이용 시 1일당 진료비는 54,683원, 입원 시 1일당 88,469원으로 입원보다 외래 진료비가 더 적은 것으로 분석되었다.

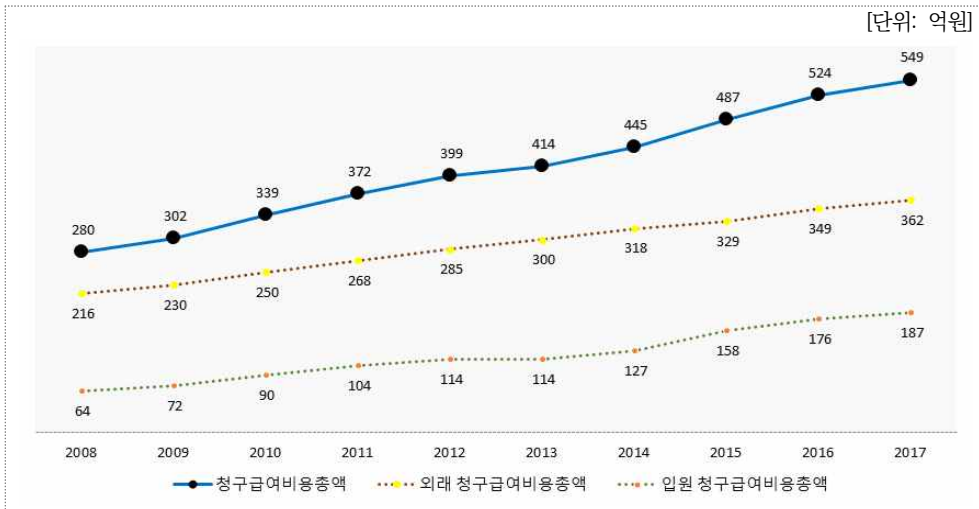
〈표 2-33〉 양극성 정동장애 외래 및 입원 1일당 평균 청구급여비용

[단위: 천원]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	입내원일수 1일당	52.1	56.4	58.1	58.5	57.8	58.1	58.9	60.0	61.4	61.9
	외래 1일당	54.2	56.7	58.5	58.5	55.1	55.8	55.8	54.9	55.3	54.7
	입원 1일당	50.9	56.3	57.9	58.6	59.5	59.6	61.2	63.6	65.9	68.0
의료 급여	입내원일수 1일당	34.4	44.5	45.4	46.3	46.6	47.0	47.2	47.5	47.6	47.1
	외래 1일당	52.3	61.1	62.7	62.9	62.7	63.8	63.6	63.6	63.4	54.7
	입원 1일당	30.9	41.2	41.8	42.8	43.3	43.2	43.3	43.5	43.6	44.7
건강 보험	입내원일수 1일당	61.5	63.0	64.4	64.6	63.0	63.2	64.3	65.8	68.1	69.4
	외래 1일당	54.6	55.8	57.7	57.7	53.9	54.5	54.4	53.4	53.8	54.7
	입원 1일당	67.6	69.7	70.1	70.7	71.4	71.9	74.7	79.0	84.5	88.5

○ 재발성 우울장애

- 재발성 우울장애로 인한 2008년 총 청구급여비용총액(보험자 부담금과 본인 부담금 합계, 단 비급여 진료비는 제외)은 약 280억원에서 2017년 약 549억원으로 지속적으로 증가하였다(10년간 269억원 증가).
- 외래 청구급여비용총액은 10년간 146억원 증가하였으며, 입원 청구급여비용총액은 123억원 증가하였다.
- 2017총 청구급여비용총액 중 본인부담금은 약 21.9%였으며, 외래는 25.8%, 입원은 14.4% 수준이었다.



[그림 2-74] 재발성 우울장애 청구급여비용총액

- 유병자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 364천원에서 2017년 575천원으로 10년간 약 212천원 증가하였다.
- 외래환자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 285천원에서 2017년 388천원으로 10년간 102천원 증가하였으며, 입원환자 1인당 청구급여비용총액(연간)은 2008년 2,691천원에서 2017년 4,856천원으로 10년간 2,165천원 증가하였다.



[그림 2-75] 재발성 우울장애 외래환자 및 입원환자 1인당 평균 청구급여비용

- 입내원일수 당 의료비 실태를 살펴보면, 2017년 외래 내원 1일당 평균 청구급여비는 46,040원이었으며, 입원 1일당 64,794원으로 분석되었다.
- 이를 의료보장 형태별로 나누어 살펴보면, 의료급여 수급권자의 경우 외래 이용 시 1일당 진료비는 50,228원, 입원 시 1일당 44,515원이었다. 즉, 입원보다 외래 진료비가 더 큰 것으로 분석되었다. 반대로 건강보험 가입자의 경우 외래 이용 시 1일당 진료비는 44,926원, 입원 시 1일당 89,686원으로 입원보다 외래 진료비가 더 적은 것으로 분석되었다.

〈표 2-34〉 재발성 우울장애 외래 및 입원 1일당 평균 청구급여비용

[단위: 천원]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	입내원일수 1일당	41.0	42.5	44.5	45.7	46.0	47.1	49.0	49.9	51.7	51.1
	외래 1일당	38.0	39.2	40.8	41.9	42.2	43.8	45.4	46.1	47.5	46.0
	입원 1일당	55.9	58.1	59.6	59.2	59.4	59.0	61.0	60.2	62.7	64.8
의료 급여	입내원일수 1일당	42.8	48.4	50.5	51.2	52.2	53.4	54.5	53.0	53.2	47.4
	외래 1일당	49.3	54.0	57.5	58.7	59.9	62.1	63.2	63.4	64.2	50.2
	입원 1일당	31.3	38.9	38.9	40.4	42.2	42.2	43.0	43.3	43.5	44.5
건강 보험	입내원일수 1일당	40.6	41.3	43.2	44.4	44.4	45.4	47.4	48.7	51.1	52.6
	외래 1일당	36.5	37.1	38.3	39.2	39.2	40.3	41.9	42.5	43.7	44.9
	입원 1일당	67.6	68.4	69.2	69.9	70.6	72.0	73.7	76.8	84.9	89.7

제5절 초발 중증 정신질환자의 의료이용 실태

가. 초발 중증 정신질환자 규모 및 특성

□ 발생률(초발 중증 정신질환자 규모)

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 2017년 조현병·분열형 및 망상장애 발생자는 26,952명이며, 발생률은 0.05% 수준으로 2008년 0.06%에 비해 감소하였다. 유병자 중 차지하는 비중을 살펴본 결과 2008년 16.1%에서 2017년 11.5%로 감소하였다.
- 유병자 중 발생자가 차지하는 비중을 소득수준으로 나누어 살펴본 결과, 2017년 기준 0분위 6.0%, 1-3분위 12.7%, 4-17분위 15.2%, 18-20분위 16.5%로 소득수준이 높아질수록 비중이 높아지는 것으로 분석되었다.
- 의료보장 형태에 따른 발생률을 살펴보면 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자에서 발생률이 높음을 알 수 있다.

〈표 2-35〉 조현병·분열형 및 망상장애 발생자수 및 발생률

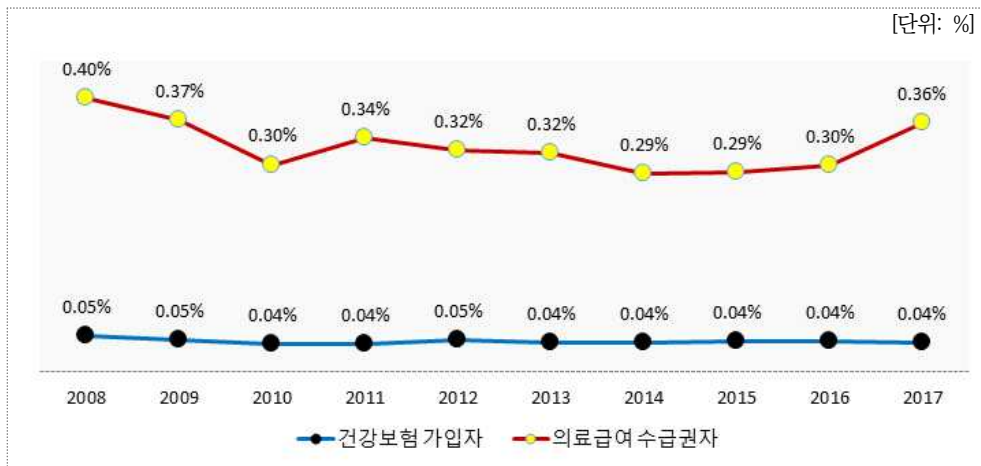
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
발생자수	32,366	28,487	25,064	25,326	27,734	25,738	25,271	26,757	26,996	26,952
발생률	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05

〈표 2-36〉 조현병·분열형 및 망상장애 발생자가 유병자에서 차지하는 비중

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
조현병·분열형 및 망상장애		16.1	13.9	12.3	12.1	12.8	11.7	11.3	11.8	11.7	11.5
소득수준	0분위	9.6	7.6	6.4	6.7	5.9	5.6	5.0	5.3	5.1	6.0
	1-3분위	20.0	18.1	13.2	13.3	14.1	12.9	12.8	13.0	13.0	12.7
	4-17분위	20.3	18.0	16.0	16.0	17.4	15.8	15.5	16.1	16.1	15.2
	18-20분위	20.3	17.9	16.0	16.3	18.6	16.5	16.5	16.8	17.0	16.5



[그림 2-76] 조현병·분열형 및 망상장애 의료보장 형태에 따른 발생률

○ 양극성 정동장애

- 2017년 양극성 정동장애 발생자는 31,621명이며, 발생률은 0.06%로 2008년 0.04%에 비해 증가하였다. 발생자 수 측면에서 살펴보면 2008년에 비해 2017년에 약 1.7배 증가하였다. 유병자 중 차지하는 비중을 살펴본 결과 2008년 32.9%에서 2017년 30.5%로 감소하는 경향을 보였다.
- 유병자 중 발생자가 차지하는 비중을 소득수준으로 나누어 살펴본 결과, 2017년 기준 0분위 27.9%, 1-3분위 30.8%, 4-17분위 31.0%, 18-20분위 31.0%로 분석되었다.
- 의료보장 형태에 따른 발생률을 살펴보면 건강보험 가입자에 비해 의료급여 수급권자에서 발생률이 높았으며, 의료급여 수급권자에서 발생률은 증가하는 경향을 보이는 것으로 나타났다.

<표 2-37> 양극성 정동장애 발생률

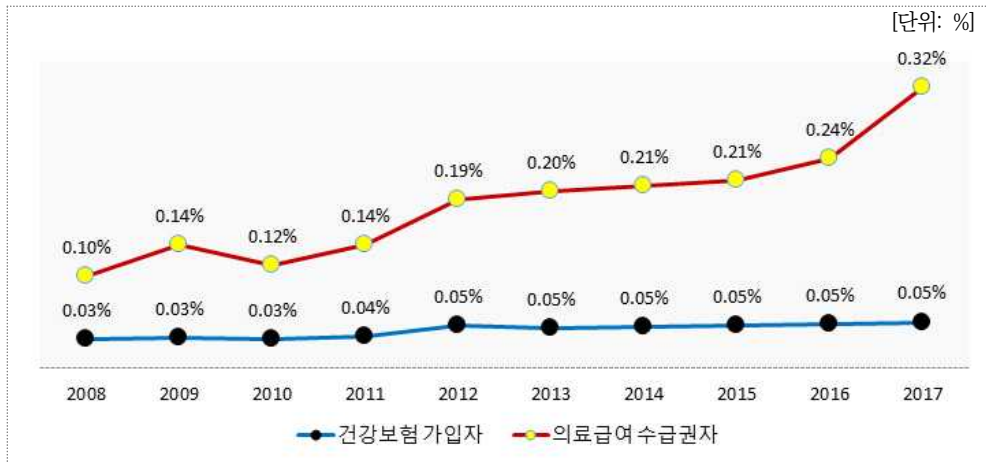
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
발생자수	18,358	19,092	17,951	20,256	26,945	26,163	26,622	27,667	29,217	31,621
발생률	0.04	0.04	0.04	0.04	0.05	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06

〈표 2-38〉 양극성 정동장애 발생자가 유병자에서 차지하는 비중

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
양극성 정동장애		32.9	31.6	28.8	30.3	34.7	31.3	30.2	30.0	30.0	30.5
소득수 준	0분위	21.4	23.3	20.2	21.8	25.4	24.4	23.6	24.1	23.9	27.9
	1-3분위	33.9	32.2	29.5	30.3	35.9	31.3	30.7	31.0	30.4	30.8
	4-17분위	35.0	33.5	30.5	32.3	36.6	32.7	31.5	30.9	31.1	31.0
	18-20분위	35.8	33.3	30.6	31.7	35.5	32.5	31.0	30.9	31.3	31.0



[그림 2-77] 양극성 정동장애 의료보장 형태에 따른 발생률

○ 재발성 우울장애

- 2017년 재발성 우울장애 발생자는 32,491명이며, 발생률은 0.06%로 2008년 0.07%에 비해 감소하였다. 유병자 중 차지하는 비중을 살펴본 결과 2008년 42.3%에서 2017년 34.0%로 감소하는 경향을 보였다.
- 유병자 중 발생자가 차지하는 비중을 소득수준으로 나누어 살펴본 결과, 2017년 기준 0분위 24.7%, 1-3분위 36.0%, 4-17분위 36.8%, 18-20분위 33.6%로 분석되었다.
- 의료보장 형태에 따른 발생률을 살펴보면 건강보험 가입자에 비해 의료급여

수급권자에서 발생률이 높았으며, 의료급여 수급권자에서 발생률은 증감은 반복하다가 최근 다시 증가하는 경향을 보이는 것으로 나타났다.

〈표 2-39〉 재발성 우울장애 발생률

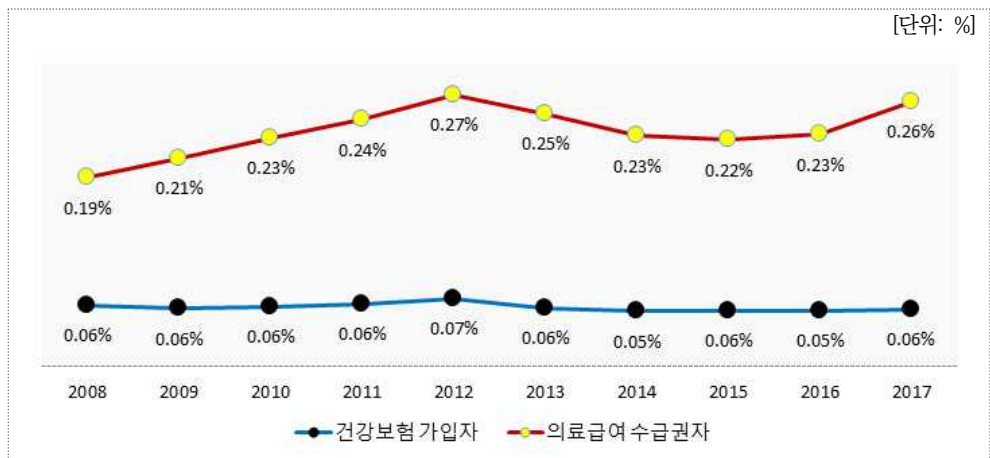
[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
발생자수	32,564	31,372	33,040	34,799	37,608	32,804	30,799	31,578	31,422	32,491
발생률	0.07	0.06	0.07	0.07	0.07	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06

〈표 2-40〉 재발성 우울장애 발생자가 유병자에서 차지하는 비중

[단위: %]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
재발성 우울장애		42.3	40.4	40.7	40.8	41.2	36.8	34.6	34.6	33.8	34.0
소득수 준	0분위	39.3	36.4	37.5	34.8	33.1	29.1	25.8	25.6	23.5	24.7
	1-3분위	44.9	44.0	42.4	41.8	42.4	38.1	36.4	37.0	35.7	36.0
	4-17분위	43.1	41.5	42.2	42.9	43.5	39.0	36.9	37.0	36.5	36.8
	18-20분위	40.5	38.2	38.0	38.9	39.9	35.7	33.7	33.5	33.5	33.6



[그림 2-78] 재발성 우울장애 의료보장 형태에 따른 발생률

□ 초발 중증 정신질환자 특성

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 조현병·분열형 및 망상장애 발생자는 남성보다 여성이 많았으며, 여성의 비중 또한 점차 증가하는 것으로 분석되었다. 2008년 발생자 중 여성이 51.1%였으나 2017년 54.5%로 증가하였다.
- 연령 분포를 살펴보면, 2008년 발생자 중 20세 미만 연령이 차지하는 비중이 7.5%였으나 이후 감소하여 2017년 6.0% 수준으로 분석되었다. 비중이 감소하는 연령대는 10대, 30대, 40대였으며, 반대로 20대, 70대, 80세 이상 연령대가 차지하는 비중은 증가하였다. 또한 발생자의 평균 연령(중앙값)은 지속적으로 증가하는 경향을 보였다.
- 발생자의 의료보장 형태에 따른 비중을 살펴보면 건강보험 가입자가 차지하는 비중은 2016년까지 증가하는 경향을 보이다가 2017년 감소하였다. 반대로 의료급여 수급권자가 차지하는 비중은 2016년까지 감소하다가 2017년 다소 증가하였다. 2017년 기준 전체 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 중 건강보험 가입자가 79.9%이며, 의료급여 수급권자가 19.9%를 차지하였다.

〈표 2-41〉 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 특성

[단위: %, 세]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
성별	남성	47.6	47.7	45.9	47.4	46.1	46.1	46.4	46.4	46.5	45.4
	여성	51.1	51.2	50.1	51.5	53.2	53.3	53.1	53.2	53.2	54.5
연령	0-9	0.4	0.3	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
	10-19	7.5	7.7	7.5	7.1	7.2	6.9	6.7	6.4	6.9	6.0
	20-29	14.3	14.5	14.6	14.7	14.7	14.4	15.1	14.9	15.5	15.9
	30-39	16.6	16.5	15.7	15.2	14.5	14.5	14.9	13.7	13.6	13.8
	40-49	20.1	19.0	17.7	17.1	16.8	16.4	15.9	14.8	14.6	14.7
	50-59	15.8	15.8	15.8	17.6	15.9	16.1	15.9	15.6	14.9	15.2
	60-69	10.5	10.7	9.9	10.5	10.4	10.0	10.2	10.8	11.3	11.0
	70-79	8.4	8.8	8.8	9.9	11.2	11.7	11.2	11.7	11.3	10.9
	80+	5.0	5.6	5.8	6.7	8.5	9.3	9.5	11.5	11.5	12.1
평균		45.9	46.3	46.4	47.5	48.4	49.0	48.9	50.2	49.9	50.2
표준편차		19.0	19.3	19.5	19.8	20.7	20.9	20.9	21.5	21.7	21.7
중앙값		45	45	45	47	47	48	48	49	49	49
의료 보장 형태	건강 보험	76.0	77.4	75.9	77.4	81.9	81.5	83.2	82.8	83.0	79.9
	의료 급여	22.6	21.5	20.1	21.5	17.4	18.0	16.3	16.8	16.7	19.9

- 발생 당해 연도에 사망하는 환자의 비율은 2008년 2.1%에서 2017년 2.6%로 다소 증가하는 경향을 보인다.

○ 양극성 정동장애

- 양극성 정동장애 발생자는 남성보다 여성이 많았으나, 여성의 비중은 점차 감소하는 경향이 있는 것으로 분석되었다. 2008년 발생자 중 여성이 59.6%였으나 2017년 58.1%로 다소 감소하였다.

- 연령 분포를 살펴보면, 2008년 발생자 중 20세 미만 연령이 차지하는 비중이 8.4%였으나 이후 감소하여 2017년 6.9% 수준으로 분석되었다. 비중이 감소하는 연령대는 10대, 30대, 40대, 50대, 60대였으며, 반대로 20대, 70대, 80세 이상 연령대가 차지하는 비중은 증가하였다. 또한 발생자의 평균 연령(중앙값)은 지속적으로 증가하는 경향을 보였다.

- 발생자의 의료보장 형태에 따른 비중을 살펴보면 건강보험 가입자가 차지하는 비중은 2016년까지 서서히 감소하는 경향을 보이다가 2017년 대폭 감소하였다. 반대로 의료급여 수급권자가 차지하는 비중은 지속적으로 증가하는 경향을 보였다. 2017년 기준 전체 양극성 정동장애 발생자 중 건강보험 가입자가 84.8%이며, 의료급여 수급권자가 15.0%를 차지하였다.

〈표 2-42〉 양극성 정동장애 발생자 특성

[단위: %, 세]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
성별	남성	39.7	40.7	40.0	39.9	40.2	40.5	41.6	42.8	42.1	41.6
	여성	59.6	58.9	59.6	59.7	59.4	59.1	58.1	56.9	57.7	58.1
연령	0-9	0.8	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3
	10-19	8.4	8.8	9.7	9.2	9.0	8.1	7.6	6.9	6.9	6.9
	20-29	18.5	18.3	18.4	18.6	16.4	16.4	16.4	16.6	18.0	19.3
	30-39	18.8	19.2	18.3	17.7	17.2	17.1	15.8	15.6	15.2	14.7
	40-49	18.8	18.1	17.5	16.7	17.2	16.4	15.6	14.7	14.1	13.7
	50-59	13.9	14.5	14.3	15.1	15.3	15.1	14.5	14.3	13.1	12.5
	60-69	10.3	10.1	9.7	9.1	9.8	9.3	9.5	10.1	9.4	9.1
	70-79	7.5	7.1	7.7	7.9	9.1	9.7	10.4	10.2	10.2	9.6
	80+	2.4	3.1	3.7	5.0	5.4	7.2	9.6	11.2	12.7	13.6
평균		42.8	43.1	43.2	43.9	45.1	46.3	47.8	48.7	48.9	48.8
표준편차		18.2	18.3	18.9	19.5	19.8	20.5	21.4	21.7	22.4	22.8
중앙값		41	41	41	42	43	44	46	47	46	46
의료 보장 형태	건강 보험	88.9	87.2	88.7	88.5	88.9	88.3	88.4	87.8	87.4	84.8
	의료 급여	10.5	12.3	10.9	11.1	10.7	11.2	11.2	11.9	12.3	15.0

- 발생 당해 연도에 사망하는 환자의 비율은 2008년 1.3%에서 2017년 2.4%로 지속적으로 증가하는 경향을 보인다.

○ 재발성 우울장애

- 재발성 우울장애 발생자는 남성보다 여성이 월등히 많았으나, 여성의 비중은 점차 감소하는 경향이 있는 것으로 분석되었다. 2008년 발생자 중 여성

- 이 71.7%였으나 2017년 67.6%로 다소 감소하였다.
- 2017년 발생자 중 50대가 차지하는 비중이 18.5%로 가장 많았다. 비교적 고령층이 차지하는 비중이 큰 것으로 보인다(50대 이상이 차지하는 비중이 57.8%). 발생자의 연령은 2008년 52.0세에서 2015년 54.1세까지 증가하는 경향을 보이다가 이후 감소하는 것으로 분석되었다.
 - 2017년 발생자의 의료보장 형태에 따른 비중을 살펴보면 건강보험 가입자가 차지하는 비중은 87.9%, 의료급여 수급권자가 차지하는 비중은 12.0%인 것으로 분석되었다.

〈표 2-43〉 재발성 우울장애 발생자 특성

[단위: %, 세]

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
성별	남성	27.7	27.7	29.0	29.6	30.3	29.6	30.9	32.9	33.3	32.3
	여성	71.7	71.8	70.7	70.1	69.3	70.1	68.9	66.9	66.6	67.6
연령	0-9	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1
	10-19	3.2	3.5	3.5	3.6	4.1	3.1	3.0	2.8	3.3	3.6
	20-29	8.8	9.5	8.9	8.8	8.5	8.6	8.8	8.9	10.9	12.2
	30-39	12.3	12.4	12.6	11.8	12.0	11.8	11.9	11.6	11.6	11.8
	40-49	18.3	17.2	17.0	16.4	15.8	16.1	15.5	14.9	14.9	14.5
	50-59	20.2	20.3	20.8	21.5	21.8	21.3	21.0	20.3	19.2	18.5
	60-69	18.7	17.7	17.6	17.3	17.0	17.1	17.1	17.9	17.6	17.2
	70-79	14.3	14.8	14.9	15.6	15.8	16.6	16.9	16.7	15.6	14.9
	80+	3.5	4.1	4.2	4.6	4.6	5.2	5.7	6.8	6.8	7.2
평균		52.0	52.0	52.1	52.6	52.4	53.2	53.5	54.1	53.1	52.5
표준편차		17.2	17.7	17.6	17.8	17.9	17.8	18.0	18.2	18.7	19.1
중앙값		53	53	53	54	54	54	55	56	55	54
의료 보장 형태	건강 보험	88.8	88.6	88.2	88.4	88.9	88.6	89.1	88.9	88.8	87.9
	의료 급여	10.5	11.0	11.4	11.3	10.7	11.1	10.7	10.9	11.0	12.0

- 발생 당해 연도에 사망하는 환자의 비율은 2008년 0.9%에서 2017년 1.0%로 큰 변화 없이 일정한 수준을 보인다.

□ 초발 중증 정신질환자의 의료이용

○ 조현병·분열형 및 망상장애

- 초발 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 첫 번째 의료이용 기록이 입원인 사람의 비율을 살펴본 결과 2008년 초발 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 24.5%는 외래이용 없이 바로 입원을 경험하는 것으로 분석되었다. 이 비율은 2010년 31.0%까지 증가하였다가 이후 감소하여 2017년 22.4%까지 감소하는 것으로 분석되었다.

○ 양극성 정동장애

- 초발 양극성 정동장애 유병자 중 첫 번째 의료이용 기록이 입원인 사람의 비율을 살펴본 결과 2008년 초발 양극성 정동장애 유병자 중 19.3%는 외래이용 없이 바로 입원을 경험하는 것으로 분석되었다. 이 비율은 이후 지속적으로 감소하여 2017년 10.9%까지 감소하는 것으로 분석되었다.

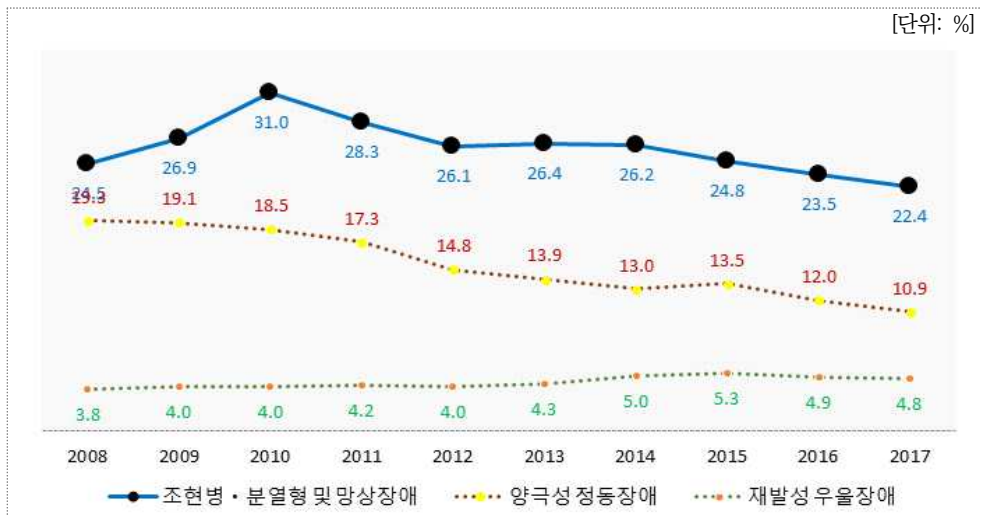
○ 재발성 우울장애

- 초발 재발성 우울장애 유병자 중 첫 번째 의료이용 기록이 입원인 사람의 비율을 살펴본 결과 2008년 초발 재발성 우울장애 유병자 중 3.8%는 외래이용 없이 바로 입원을 경험하는 것으로 분석되었다. 이 비율은 이후 2015년 5.3%까지 증가하였다가 이후 감소하여 2017년 4.8%인 것으로 분석되었다.

〈표 2-44〉 초발 중증 정신질환자의 의료이용: 첫 번째 의료이용이 입원인 유병자의 비율

[단위: %]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
조현병·분열형 및 망상장애	24.5	26.9	31.0	28.3	26.1	26.4	26.2	24.8	23.5	22.4
양극성 정동장애	19.3	19.1	18.5	17.3	14.8	13.9	13.0	13.5	12.0	10.9
재발성 우울장애	3.8	4.0	4.0	4.2	4.0	4.3	5.0	5.3	4.9	4.8



[그림 2-79] 초발 중증 정신질환자의 의료이용: 첫 번째 의료이용이 입원인 유병자의 비율

나. 2012년 초발 조현병·분열형 및 망상장애 환자의 장기입원 현황

□ 장기입원 경험을

○ 2012년 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 중 입원을 경험한 사람은 8,821명(31.8%)이었다. 이들을 대상으로 2017년까지 입원의 경험을 추적해본 결과, 장기입원(180일 이상)을 경험하는 환자는 2,118명으로 2012년 초발 조현병·분열형 및 망상장애 환자의 24.0%에 달한다.

- 2012년부터 2017년까지 약 6년간 장기입원의 경험횟수를 산출해 본 결과, 1번만 장기입원 하는 사람은 발생자의 18.9%이며, 2번이 4.2%, 3번 이상이 0.9%를 차지하는 것으로 분석되었다 (입원자 1인당 평균 장기입원 횟수는 0.30회).

○ 장기입원 경험자 1인당 2012년부터 2017년까지 평균 입원기간은 1,253일(3.43년)에 달하는 것으로 분석되었다.

다. 2012년 초발 조현병·분열형 및 망상장애 환자의 최초 입원 이후 의료보장 상태 변동

□ 의료보장 상태 변동

- 2012년 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 중 입원자를 대상으로 직전 연도인 2011년과 질환발생 이후 연도에서 의료보장 형태가 어떻게 변화하는지를 살펴보았다.
 - 2011년(질환발생 직전 연도)에는 건강보험 가입자 중 2012년(질환발생 연도)에 의료급여 수급권자로 변화된 사람은 약 2.0%였다. 반대로 2011년에는 의료급여 수급권자였으나 2012년에 건강보험 가입자로 변경된 사람은 약 5.9%였다.
 - 2011년 건강보험 가입자에서 의료급여 수급권자로 변화하는 사람은 2013년에는 8.0%, 2014년에는 9.4%, 2015년에는 9.9%로 연도가 지남에 따라 의료급여로 전환되는 환자가 많아지는 것으로 분석되었다.

〈표 2-45〉 초발 조현병·분열형 및 망상장애 입원자의 의료보장 형태 변동

[단위: %]

	질환발생 이후 연도			
	2012년	2013년	2014년	2015년
2011년 건강보험⇒x년 의료급여	2.0	8.0	9.4	9.9
2011년 의료급여⇒x년 건강보험	5.9	9.0	9.7	10.3

제6절 정신장애인¹²⁾ 특성 및 의료이용 실태(장애인실태조사 분석)¹³⁾

가. 정신장애인 규모 및 현황

□ 정신장애인 규모

- 장애인 출현율은 2011년 5.61%, 2014년 5.59%, 2017년 5.39%로 다소 감소하고 있는 추세에 있다.

〈표 2-46〉 장애인 수 및 출현율

[단위: 명, %]

		재가장애인	시설장애인	전체
2011년	장애인수	2,611,126	72,351	2,683,477
	출현율	5.47		5.61
2014년	장애인수	2,646,064	80,846	2,726,910
	출현율	5.43		5.59
2017년	장애인수	2,580,340	88,071	2,668,411
	출현율	5.21		5.39

12) 1999년 장애인복지법 개정으로 새로이 장애범주에 포함되기 시작한 정신장애는 장애인복지법 시행령에 의하면, “지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障礙: 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람”으로 정의하고 있다.

우리나라에서 공식적인 정신질환 분류체계로 사용하고 있는 국제질병분류표 ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Version)의 지침에 따라 ICD-10의 F20 조현병, F25 분열형 정동장애, F31 양극성 정동장애 및 F33 반복성 우울장애로 진단된 경우에 한하여 정신장애 판정을 하며, 정신장애 판정을 받기 위해서는 장애판정 직전 1년간 지속적으로 치료하였다는 것을 증명하는 치료력을 제출하여야 한다.

13) 보건복지부·한국보건사회연구원 (2017), 2017년 장애인실태조사.
 보건복지부·한국보건사회연구원 (2014), 2014년 장애인실태조사.
 보건복지부·한국보건사회연구원 (2011), 2011년 장애인실태조사.

○ 정신장애인 출현율은 2011년 0.23%, 2014년과 2017년은 0.22% 수준으로 2017년 기준 정신장애인은 111,031명으로 추산되었다.

- 이 중, 재가 정신장애인은 2011년 109,839명, 2014년 111,740명, 2017년 108,029명으로 추산되었다.

〈표 2-47〉 장애 종류별 재가 장애인 수 및 출현율

[단위: %, 개, 명]

	2011년 ¹⁾		2014년 ²⁾		2017년 ³⁾	
	출현율	추정수	출현율	추정수	출현율	추정수
전체	5.61	2,683,477	5.59	2,726,910	5.39	2,668,411
지체장애	2.72	1,303,032	2.71	1,319,132	2.51	1,242,785
뇌병변장애	0.59	290,180	0.48	234,675	0.52	258,121
시각장애	0.51	245,917	0.53	257,492	0.51	252,046
청각장애	0.50	240,695	0.50	245,935	0.52	256,018
언어장애	0.04	17,010	0.03	15,252	0.03	15,790
지적장애	0.28	131,648	0.36	173,296	0.38	187,300
자폐성장애	0.01	5,880	0.02	10,572	0.03	13,215
정신장애	0.23	109,817	0.23	112,632	0.22	111,031
신장장애	0.10	48,741	0.12	60,790	0.15	72,722
심장장애	0.04	17,852	0.02	8,331	0.01	6,176
호흡기장애	0.04	17,068	0.03	14,965	0.02	11,485
간장애	0.02	8,314	0.02	11,162	0.02	10,609
안면장애	0.00	2,111	0.01	2,702	0.01	3,073
장루요루장애	0.03	14,096	0.03	14,833	0.03	14,309
뇌전증장애	0.02	9,895	0.01	6,610	0.02	8,299
중복장애	0.48	231,222	0.49	238,532	0.42	205,431

주: 1) 시설 거주 장애인 중 중복 장애를 반영함

2), 3) 재가장애인은 중복장애를 별도 산정하였으나, 시설장애인은 행복e음을 통해 파악하여 중복장애에 대한 정보가 없어 한 가지 장애만 가지고 있는 것으로 추정함

□ 정신장애 발생시기

○ 정신장애의 발생시기는 20대에서 가장 높은 것으로 분석되었다.

〈표 2-48〉 정신장애 발생연령

[단위: %, 명]

	2011년		2014년		2017년	
	추정수	비율	추정수	비율	추정수	비율
0-9세	3,997	(3.64)	2,998	(2.68)	1,363	(1.26)
10-19세	19,957	(18.17)	30,986	(27.73)	24,929	(23.08)
20-29세	41,401	(37.69)	44,158	(39.52)	37,904	(35.09)
30-39세	22,483	(20.47)	18,104	(16.20)	22,392	(20.73)
40-49세	13,752	(12.52)	9,650	(8.64)	11,151	(10.32)
50-59세	6,630	(6.04)	2,679	(2.40)	8,076	(7.48)
60-69세	624	(0.57)	2,630	(2.35)	1,778	(1.65)
70세 이상	995	(0.91)	535	(0.48)	436	(0.40)
계	109,839	(100.0)	11,740	(100.0)	108,029	(100.0)

□ 주된 정신질환명

○ 정신장애의 주된 질환명은 조현병이 제일 많은 것으로 나타났다. 2017년 기준 조현병, 반복성 우울장애, 양극성 정동장애가 전체 정신장애의 95.58%를 차지하고 있다.

〈표 2-49〉 정신장애인의 주된 정신질환명

[단위: %, 명]

	2011년		2014년		2017년	
	추정수	비율	추정수	비율	추정수	비율
조현병	79,733	(72.59)	75,541	(67.6)	76,030	(70.38)
양극성 정동장애(조울병)	9,424	(8.58)	14,013	(12.54)	12,050	(11.15)
반복성 우울장애	15,189	(13.83)	12,754	(11.41)	13,022	(12.05)
분열정동장애	1,700	(1.55)	8,802	(7.88)	4,494	(4.16)
미상	919	(0.84)	198	(0.18)	166	(0.15)
기타	2,875	(2.62)	433	(0.39)	2,267	(2.10)
계	109,839	(100.0)	11,740	(100.0)	108,029	(100.0)

나. 재가 정신장애인의 보건의료와 건강¹⁴⁾

□ 정신장애인 의료보장 형태

- 2017년 기준 정신장애인의 45.82%는 건강보험에 가입되어 있으며, 나머지 54.18%는 의료급여 수급권자였다.

〈표 2-50〉 정신장애인의 의료보장 형태

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
직장건강보험	22.1	19.6	25.0
지역건강보험	20.4	25.4	19.4
의료급여1종	49.1	50.5	48.5
의료급여2종	7.9	4.4	7.1
기타	0.5	0.2	0.0
계	100.0	100.0	100.0
전국 추정수	103,894	105,002	103,628

□ 장애 및 기타 질환에 대한 진료

- 2017년 기준 치료나 재활, 기타 건강관리 목적으로 1년에 1회 이상 정기적 진료를 받고 있는 정신장애인은 97.8%였다. 이 비율은 2011년 96.1%에서 증가하고 있는 추세에 있다.

〈표 2-51〉 정신장애인 현재 치료, 재활, 건강관리 목적으로 정기적, 지속적 진료받고 있는지 여부

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
예	96.1	97.4	97.8
아니오	3.9	2.7	2.2
계	100.0	100.0	100.0

14) 정신장애인은 '장애등록 여부 및 장애유형과 관계없이 주된 장애'를 기준으로 함.

○ 2017년 기준 정기적 진료를 받고 있는 장소는 병·의원이 57.8%로 가장 많았으며, 종합병원 33.0%, 상급종합병원 7.0% 순이었다.

〈표 2-52〉 정신장애인 현재 정기적, 지속적 진료받고 있는 곳

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
상급종합병원			7.0
종합병원	30.1	26.7	33.0
재활병원	0.3	3.2	0.8
병·의원	69.1	68.1	57.8
보건소	0.4	0.0	0.2
한방병·의원	0.0	0.0	0.0
장애인복지관	0.0	0.1	0.0
기타	0.2	1.9	1.2
계	100.0	100.0	100.0

□ 의료서비스 만족도

○ 2017년 기준 가장 최근 이용한 의료기관의 의료진(의사, 간호사)의 장애에 대한 이해 여부에 대한 설문결과, 66.7%는 긍정적(그렇다 또는 매우 그렇다)으로 응답하였으며, 8.0%는 부정적(그렇지 않다 또는 매우 그렇지 않다)으로 응답하였다. 2011년에 비해 긍정적으로 응답한 비율이 증가하였으며, 부정적으로 응답한 비율은 감소하였다.

〈표 2-53〉 가장 최근 이용한 의료기관의 의료진(의사, 간호사)의 장애에 대한 이해 여부

[단위: %]

	2014년	2017년
매우 그렇다	13.2	13.0
그렇다	53.8	53.7
보통	21.7	25.3
그렇지 않다	8.9	6.5
전혀 그렇지 않다	2.4	1.5
계	100.0	100.0

- 2017년 기준 의료기관 종사자들이 제공한 서비스(친절도, 진료·처치·검사·투약 등 전에 이해를 돕는 설명 등)에 대한 설문결과, 63.3%는 만족한다고 응답한 반면 7.5%는 만족하지 않는다고 응답하였다.

□ 미충족 의료

- 2017년 최근 1년간(2016.9.~2017.8.) 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 경험이 있느냐는 물음에 7.6%는 그렇다고 응답하였다. 2014년에는 미충족 의료 비율이 16.6%인 것에 비해 9.0%p 감소하였다.

〈표 2-54〉 최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적 유무 (치과 제외)

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
예	10.3	16.6	7.6
아니오	89.7	83.4	92.4
계	100.0	100.0	100.0

□ 자살 생각 여부 및 자살 시도 여부

- 2017년 기준 정신장애인 중 20.9%는 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다고 응답하였으며, 정신장애인 중 2.4%는 최근 1년간 실제로 자살 시도를 해본 적이 있다고 응답하였다. 2014년에 비해 자살 생각 여부 및 자살 시도 여부 모두 감소한 것으로 분석되었다.

〈표 2-55〉 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적 있는지 여부, 실제로 자살 시도 경험 여부

[단위: %]

		2014년	2017년
죽고 싶다는 생각	예	34.9	20.9
	아니오	65.1	79.1
	계	100.0	100.0
자살시도 여부	예	4.5	2.4
	아니오	95.6	97.6
	계	100.0	100.0

□ 건강관련 서비스 이용 여부

- 2017년 기준 정신장애인 2.2%는 지난 1년 동안 보건의료 및 건강 관련 서비스를 받은 적이 없는 것으로 나타났다. 대부분의 정신장애인은 거주지역 내 건강 관련 서비스를 받고 있는 것으로 보인다.

〈표 2-56〉 거주지역 내 건강관련 서비스 받은 경험 유무

[단위: %]

	2014년	2017년
예	98.6	97.8
아니오	1.4	2.2
계	100.0	100.0

- 2107년 정신장애인 중 81.5%는 지난 1년 동안 정신보건 서비스를 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다. 2014년 67.3%에서 14.2%p 증가하였다.

〈표 2-57〉 정신보건 서비스 이용 유무

[단위: %]

	2014년	2017년
예	67.3	81.5
아니오	32.7	18.5
계	100.0	100.0

다. 재가 정신장애인의 생활 및 폭력·차별경험

□ 생활만족도 및 장애로 인한 문제

- 정신장애인의 생활만족도에 대한 설문결과, 2017년 기준 ‘거주지(살고 있는 집)’에 대한 만족도가 73.2%로 가장 높았다. 가족과의 관계 만족도는 2011년에 비해 2017년 감소하는 경향을 보였으며 거주지, 한달 수입, 현재 하는 일에 대한 만족도는 증가하는 경향을 보였다.

〈표 2-58〉 생활만족도

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
가족과의 관계 만족도	63.8	62.1	58.0
친구들의 수 만족도	28.3	25.7	27.5
거주지(살고 있는 집)에 대한 만족도	59.9	68.2	73.2
요즘 건강상태 만족도	35.9	34.0	38.7
한달 수입 만족도	21.0	30.2	40.0
여가활동 만족도	39.2	39.5	45.1
현재 하는 일 만족도	34.0	61.2	68.1
현재 결혼생활 만족도	73.0	44.4	67.1
현재의 삶 만족도	37.3	32.9	41.5

- 2017년 기준 정신장애인 중 57.1%는 생활하면서 장애로 인한 문제가 자주 발생한다고 응답하였다.

〈표 2-59〉 장애로 인한 문제 발생 여부

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
예	58.2	56.5	57.1
아니오	41.8	43.5	42.9
계	100.0	100.0	100.0

- 2017년 기준 장애로 인한 문제 발생 시 '가족'과 상담한다는 비율이 69.4%로 가장 높았다. 문제 발생 시 주 상담자가 없다고 응답한 비율도 16.0%에 달했다.

〈표 2-60〉 문제 발생 시 주 상담자

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
가족	60.5	66.2	69.4
친척, 친구, 이웃	6.5	6.4	6.1
장애인 동료	1.7	1.5	1.2
종교인	1.9	2.5	1.3
사회복지관련 기관 직원	6.7	7.6	2.1
행정공무원	0.0	0.0	0.2
장애인단체·자립 생활센터 직원	1.4	1.0	0.0
없음	14.9	14.1	16.0
기타	6.3	0.6	3.8
계	100.0	100.0	100.0

○ 2017년 기준 정신장애인 중 19.2%는 가족으로부터 장애인이라는 이유로 무시를 당하거나 폭력을 당한 적이 있는 것으로 분석되었다.

- 이 중 언어 폭력이 93.4%로 가장 많았으며, 정신적 폭력 53.1%, 신체적 폭력 32.1% 순이었다.

〈표 2-61〉 장애인에 대한 가족 내 차별·폭력 정도

[단위: %]

	2017년	
가족들로부터 장애인이라는 이유로 무시당하거나 폭력을 당한 경험 有	19.2	
내용*	언어 폭력	93.4
	정신적 폭력	53.1
	신체적 폭력	32.1
	성적 학대	3.0
	방임 및 유기	7.1
	경제적 폭력	17.6
	기타	0.8

주) 각 항목은 중복선택이 가능함

- 무시하고 폭력을 가하는 가족에 대한 설문결과 ‘형제, 자매’가 40.1%로 가장 많았으며, ‘배우자’ 30.0%, ‘부모’ 25.3% 순이었다.

□ 장애로 인한 사회적 차별

○ 장애 때문에 본인이 차별받고 있다고 느끼는 정신장애인은 2017년 기준 51.8%인 것으로 분석되었다. 사회적 차별을 가장 크게 느끼는 부분은 보험제도상(계약시) 차별을 경험했다는 비율이 63.4%로 가장 높았다. 뒤이어 취업 시 차별을 느꼈다고 응답한 정신장애인은 61.5%였다.

〈표 2-62〉 사회적 차별을 받은 비율

[단위: %]

		2011년	2014년	2017년
장애 때문에 차별을 받고 있다고 느끼는 정도		54.3	63.1	51.8
입학, 전학	유치원(보육시설)	49.5	20.2	-
	초등학교	33.5	38.3	54.5
	중학교	46.8	42.1	35.7
	고등학교	57.6	40.5	25.2
	대학교	57.0	19.8	30.1
학교생활	교사로부터	42.4	30.5	15.0
	또래 학생으로부터	76.1	58.2	42.2
	학부모로부터	23.4	10.2	6.6
결혼		50.9	51.8	38.0
취업		59.5	69.8	61.5
직장생활	소득(임금)	35.8	56.8	34.4
	동료와의 관계	44.8	64.7	44.0
	승진	25.2	48.6	27.3
운전면허 제도(취득시)		31.1	26.1	14.4
보험제도상(계약시)		60.3	59.4	63.4
의료기관 이용시		5.2	9.0	8.7
정보통신이용시(방송 포함)		1.1	2.6	1.3
지역사회생활(음식점, 극장, 공연장, 체육시설 등)		10.0	13.2	17.1

라. 재가 정신장애인의 주거와 복지, 경제상태

□ 주거

- 2017년 기준, 현재 살고 있는 집의 형태 중 단독주택(다가구용, 영업겸용 단독주택)이 48.5%로 가장 많았으며, 아파트(오피스텔) 38.9%, 다세대 주택 11.6% 순이었다.
- 집의 소유형태는 자가 49.2%, 보증금 있는 월세가 21.5%, 전세가 10.3% 순이었다.

□ 복지서비스

- 2017년 기준, 정신장애인 중 96.4%는 장애인 등록을 한 것으로 분석되었으며, 장애인 등록 후 국가나 사회로부터 지원을 받고 있다고 생각하는 경우는 57.6%였으며, 나머지 42.4%는 지원을 받고 있지 못하다고 응답하였다.
- 장애등록을 하지 않은 이유에 대해 설문한 결과, 남에게 장애인임을 알리고 싶지 않아서라는 응답이 36.3%로 가장 많았다. 다음으로 등록해도 별 소용이 없을 것 같아서 25.9%, 장애인이라고 생각하지 않아서 17.1% 순이었다.

〈표 2-63〉 장애인등록 여부

[단위: %]

	2011년	2014년	2017년
예	96.4	95.2	96.4
아니오	2.8	3.9	3.4
신청 중	0.4	0.7	0.2
보훈처 등록	0.4	0.2	-
계	100.0	100.0	100.0

- 정신장애인이 정신재활시설(지역사회전환시설 등) 이용 경험여부에 대한 질문에 6.40%만이 이용한 경험이 있다고 응답하였으며, 41.85%는 향후 이용을 희망하는 것으로 나타났다.

- 사회나 국가에 대한 가장 필요한 요구사항(1순위)은 '소득보장'이 48.0%로 가장 많았으며, '의료보장' 21.5%였다.

□ 경제상태

- 본인의 경제상태가 '하층'이라고 생각하는 비율이 72.0%, '중층' 26.8%, '상층' 1.2%였다.
 - 월 평균 소득에 대하여 가구 기준 198만원이었으며, 개인기준 54만원 수준이었다.

제7절 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표

□ 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표 설정

○ 본 연구에서는 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용 실태와 관련한 여러 가지 지표를 제시하였다. 다양한 지표 중에서도 중증 정신질환자·정신장애인의 의료이용 실태에 대한 모니터링을 위한 지속 관찰 지표 선정 필요성이 제기됨에 따라 본 연구에서는 전문가 자문 및 정신건강현황 제4차 예비조사 결과보고서(보건복지부 국립정신건강센터, 2018) 등을 토대로 아래 <표 2-64>와 같이 10대 모니터링 지표를 제안하고자 한다.

- 지표는 크게 중증 정신질환 규모, 중증 정신질환자의 치료서비스, 중증 정신질환자의 지역사회 서비스 이용 3가지 파트로 구분하였으며, 각 지표별 정의 및 산출방법은 다음과 같다.
 - 중증 정신질환 치료 유병률(1년)은 우리나라 거주 인구 중 중증 정신질환 유병자가 차지하는 비율로 정의하였다. 분모로 사용하는 우리나라 거주 인구는 주민등록 인구 뿐만 아니라 국내 장기 체류하는 외국인 등을 모두 포함하기 위하여 의료보장인구로 설정하였다. 분자의 중증 정신질환 유병자수는 건강보험 청구자료를 이용하여 해당 연도에 조현병·분열형 및 망상장애(F20-F29), 양극성 정동장애(F31), 재발성 우울장애(F33)로 치료받은 사람 수로 정의하였다.
 - 인구 10만명당 중증 정신질환자의 자살률은 중증 정신질환 유병자 중 자살로 사망한 사람의 수로 정의하였다. 분자는 중증 정신질환 유병자 중 해당 연도에 국제질병사인분류체계(ICD)에 따라 질병이환 및 사망의 외인 요인 내 고의적 자해(자살)로 인한 사망자 수로 정의하였다. 이 지표는 건강보험 청구자료와 사망원인자료 연계를 통해 산출 할 수 있다.
 - 중증 정신질환자의 정신건강 치료서비스 이용률은 해당 연도를 포함하여 5년간 중증 정신질환으로 치료를 받은 경험이 있는 유병자들 중 해당 연도에 중증 정신질환으로 치료서비스를 이용한 사람의 비율로 정의하였다. 이 지표는 건강보험 청구자료를 통해 산출 가능하다.

- 중증 정신질환자의 비자의 입원율은 해당 연도 중증 정신질환 입원자들 중 비자의 입원자 비율로 정의한다. 분모에 해당하는 중증 정신질환 입원자수는 건강보험 청구자료로 산출하며 분자인 중증 정신질환 비자의 입원자수는 입원적합성심사위원회 심사자료를 이용하여 중증 정신질환 비자의 입원자수의 산출이 가능하다.
- 중증 정신질환자 평균 재원기간은 중증 정신질환으로 입원한 사람의 당해 연도 평균 입원일수로 산출한다. 중증 정신질환 입원환자수와 연간 입원일수 합계는 건강보험 청구자료를 통해 산출 가능하다.
- 중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 내 외래방문율은 당해 연도에 퇴원한 중증 정신질환자 중 퇴원 후 1개월 이내 동일 상병으로 외래를 방문한 재입원한 환자수의 비율로 정의한다. 이 지표는 건강보험 청구자료를 통해 산출 가능하다.
- 중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 재입원율은 당해 연도에 퇴원한 중증 정신질환자 중 30일 이내 동일 상병으로 재입원한 환자의 비율로 정의하였다. 이 지표는 건강보험 청구자료를 통해 산출 가능하다.
- 초발 중증 정신질환자의 의료이용 현황에 대한 모니터링 지표로서 최초 의료이용이 입원일 비율을 설정하였다. 이는 초발 중증 정신질환자 중 최초 의료이용이 입원인 환자 비율로 정의되며, 건강보험 청구자료를 통해 산출 가능하다.
- 중증 정신질환자의 재원 적절성 지표는 중증 정신질환 입원 또는 입소 환자 중 재원 적절자의 비율로 정의하였다. 이 지표는 중증 정신질환자 중 불필요한 입원 규모 파악을 목적으로 생성한 신규지표이다. 중증 정신질환 입원·입소 환자는 정신건강 예비조사 결과보고서에서 제시하는 수치를 인용하며, 재원 적절 환자는 환자의 임상 증상을 평가하여 산출한다. 박종익 등(2008)의 보고서에서 2008.8.1.~ 11.15. 까지 전국 각지의 6개 권역별 조사대상 기관의 입원자를 대상으로 임상적 평가를 수행하였다. 여기서 임상적 평가는 지난 1개월 간의 환자의 증상을 6가지 차원으로 나누어서 각 차원별로 3개의 등급(0 없다, 1 조금있다, 2 자주있다)으로 평가하였다. 6개의 차원은 자해 및 타해의 위험도, 현저한 사고 및 지

각장애, 기억력·지남력의 심한 손상, 기괴한 행동이나 현저한 퇴행, 정신과 약물 종류·용량의 주된 변화 또는 부작용·한시적 프로그램, 치료가 필요한 신체증상 동반 등이었다. 정신의료기관 입원자의 경우 6가지 항목의 점수 합이 2점 이상인 경우 재원 적절한 것으로 분류하였으며, 정신요양원이나 주거사회복지시설의 경우 평가의 합이 5점 이상인 경우로 정의하였다. 따라서 중증 정신질환자의 재원 적절 비율은 중증 정신질환자가 입원 또는 입소하고 있는 기관의 현지조사를 통해 산출 가능하다.

- 중증 정신질환자의 지역사회 서비스 이용률은 10년간 중증 정신질환으로 치료를 받은 경험이 있는 환자들 중 지역사회 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 이용자 비율로 정의하였다. 10년간 중증 정신질환 유병자수는 건강보험 청구자료를 통해 산출 가능하며, 지역사회 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 이용자수는 정신건강 예비결과 보고서에서 제시되는 수치를 이용할 수 있다.

〈표 2-64〉 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표

#	지표	지표산출방법
Part 1. 중증 정신질환 규모		
1	중증 정신질환 치료유병률(1년) = $\frac{\text{해당 연도 중증 정신질환 유병자수}}{\text{의료보장인구}} \times 100$	건강보험 청구자료
2	중증 정신질환자의 자살률(인구 10만명당) = $\frac{\text{중증 정신질환자 중 자살자 수}}{\text{중증 정신질환 유병자수}} \times \text{유병자 } 100,000$	- 분자 건강보험 청구자료와 시망원인자료 연계 - 분모 건강보험 청구자료
Part 2. 중증 정신질환자의 치료서비스		
3	중증 정신질환자의 치료서비스 이용률 = $\frac{\text{해당 연도 중증 정신질환으로 치료서비스를 이용한 사람수}}{\text{중증 정신질환 유병자수(5년)}}$	건강보험 청구자료
4	중증 정신질환자의 비자의 입원율 = $\frac{\text{중증 정신질환 비자의 입원환자수}}{\text{중증 정신질환 입원환자수}} \times 100$	- 분자 입원적합성심사위원회 심사자료 - 분모 건강보험 청구자료
5	중증 정신질환자 평균 재원기간 = $\frac{\text{연간 입원일수 합계}}{\text{중증 정신질환 입원환자수}}$	건강보험 청구자료
6	중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 내 외래방문을 = $\frac{\text{퇴원 후 1개월 내 동일질환 외래 방문자수}}{\text{중증 정신질환 퇴원환자수}} \times 100$	건강보험 청구자료
7	중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 재입원을 = $\frac{\text{퇴원 후 최소한 한번 이상 30일 이내 동일질환으로 재입원한 환자수}}{\text{중증 정신질환 퇴원환자수}}$	건강보험 청구자료
8	초발 중증 정신질환자의 최초 의료이용 입원 비율 = $\frac{\text{최초 의료이용이 입원인 환자수}}{\text{초발 중증 정신질환자수}} \times 100$	건강보험 청구자료
9	중증 정신질환자의 재원 적절성 = $\frac{\text{'재원 적절' 환자수}}{\text{중증 정신질환 입원·입소 환자수}} \times 100$	- 분자 현지조사 - 분모 정신건강 예비조사 결과보고서
Part 3. 중증 정신질환자의 지역사회 서비스 이용		
10	중증 정신질환자의 지역사회 서비스 이용률 = $\frac{\text{지역사회 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 이용자수}}{\text{중증 정신질환 유병자수(10년)}}$	- 분자 정신건강 예비조사 결과보고서 - 분모 건강보험 청구자료

□ 중증 정신질환자·정신장애인의 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표 산출 결과

○ 앞서 제시한 의료이용 실태 모니터링 지표를 조현병·분열형 및 망상장애 유병자를 대상으로 지표를 산출하였다.

- 조현병·분열형 및 망상장애 치료유병률(1년)의 경우, 2008년 0.40%에서 2017년 0.45%로 약 0.05%p 증가하였다.
- 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 자살률의 경우 본 연구에서는 건강보험 청구자료와 사망원인통계가 연계되지 않아 지표 산출이 어렵다. 다만 서울특별시 자살사망 분석결과 결과를 인용하면 2013년 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 10만명당 자살자수는 362.4명이었으며 2017년에는 386.7명으로 증가하였다 (보건복지부·중앙심리부검센터, 2019).
- 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 치료서비스 이용률 지표는 5년간 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 마지막 연도에 치료서비스를 이용한 비율로 산출된다. 다시 말해 과거 유병자들이 현재 시점에 얼마나 치료를 받고 있는지를 산출한 지표로 지속치료의 대리지표로 사용하고자 설정하였다. 산출 결과 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 치료서비스 이용률은 2008년 68.3%에서 2017년 73.4%로 증가하였다. 즉 이 조현병·분열형 및 망상장애 유병자들의 지속치료가 증가하고 있다고 유추해 볼 수 있다. 참고로 3년 유병률을 분모로 하여 치료서비스 이용률을 산출해 본 결과도 마찬가지로 2008년 77.8%에서 2017년 82.6%로 증가하는 경향을 보였다.
- 조현병·분열형 및 망상장애 비자의 입원율은 입원적합성심사위원회 심사자료 분석이 별도로 필요하지만, 공개된 자료가 아니기 때문에 현재는 정확한 수치를 도출할 수 없다. 보건복지부 국립정신건강센터(2018)에 따르면 2008년 비자의 입원율은 84.2%였으나 2016년 61.7%까지 지속적으로 감소하였고, 정신건강복지법 개정이 이루어진 2017년 말 비자의 입원율은 37.9%로 크게 감소하였다. 이 수치는 연도말 기준 정신의료기관 입원자 중 비자의 입원자의 비율이지만 향후 중증 정신질환자만을 대상으로 비자의 입원율을 별도로 산출할 필요가 있다.
- 조현병·분열형 및 망상장애 1년 평균 재원기간은 2008년 184.2일에서 2017년 201.5일로 약 17.3일 증가하였다. 참고로 해당 연도 입원자의 3년

평균 재원기간(2017년 유병자의 경우 2015-2017년 동안 평균 입원일수)은 2008년 452.7일(1.24년)에서 2017년 548.4일(1.50년)으로 증가하는 경향을 보였다.

- 조현병·분열형 및 망상장애로 해당 연도에 퇴원한 환자 중 1개월 내 외래 이용을 하는 비율은 2008년 50.2%였고 2017년 54.9% 수준이었다. 2008년부터 2017년까지 지표의 변화 양상을 살펴보면 큰 증감의 경향을 보이지는 않는 것으로 판단 된다. 즉, 퇴원자 2명 중 1명은 여전히 퇴원 후 1달 이내 동일 질환으로 입원과 외래를 이용하지 않는 것으로 보인다.
- 조현병·분열형 및 망상장애로 해당 연도에 퇴원한 환자 중 30일(1달) 이내 동일 질환으로 재입원을 경험한 비율은 2008년 23.6%에서 점차 증가하여 2017년 33.1%였다. 참고로 2017년 기준, 3일 내 재입원을 경험한 환자는 전체 재입원 환자의 10.1%를 차지하였으며, 7일 이내는 18.5%, 14일 이내는 26.1%였다. 즉, 2017년 퇴원자 2명 중 1명은 2017년 내 재입원을 경험하며, 퇴원자 5명 중 1명은 일주일(7일) 내 재입원을 한다는 의미이다.
- 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 중 최초 의료이용이 입원인 환자 비율은 2008년 24.5%였으나 이후 감소하여 2017년 22.4%로 분석되었다.
- 조현병·분열형 및 망상장애 입원 및 입소 환자의 재원 적절성은 현지조사를 통해 재원 적절 환자가 도출되어야 산출 가능하다. 본 연구에서는 이 수치를 도출할 수 없지만, 박종익 등(2008)의 보고서에 따르면 2008년 정신의료기관에 입원하고 있는 환자 중 35.5%는 입원이 필요 없다는 판단에도 불구하고 입원을 유지하고 있는 것으로 조사되었다.
- 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 지역사회 서비스 이용률을 산출하기 위해서는 지역사회 정신건강증진시설 및 사회재활기관 등록자의 진단명이 연계되어야 한다. 본 연구에서 조현병·분열형 및 망상장애 유병자의 중 지역사회 서비스 이용률을 산출하기 위하여 보건복지부 국립정신건강센터(2018)에서 제시하고 있는 정신건강증진시설 및 사회재활기관 등록(이용)자 중 조현병 진단을 받은 환자수(2017년 기준 33,161명)를 차용하였다. 2003년-2012년간(10년) 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 2012년 정신건강증진시설 및 사회재활기관 등록(이용)자 비율은 8.7%에 불과하였으며, 2017년에는 8.4%로 감소하였다.

〈표 2-65〉 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 의료이용 실태 모니터링을 위한 지표 산출 결과

#	지표	산출 결과		
		2008	2012	2017
Part 1. 중증 정신질환 규모				
1	중증 정신질환 치료유병률(1년)	0.40%	0.42%	0.45%
2	중증 정신질환자의 자살률(인구 10만명당) ¹⁾ : 서울특별시	-	362.4 (2013년)	386.7
Part 2. 중증 정신질환자의 치료서비스				
3	중증 정신질환자의 치료서비스 이용률	68.3%	71.0%	73.4%
4	중증 정신질환자의 비자의 입원율 ²⁾ ▶연도말 정신의료기관 입원환자 중 비자의 입원자수 비율	84.2%	73.5%	37.9%
5	중증 정신질환자 평균 재원기간	184.2일	200.2일	201.5일
6	중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 내 외래방문을	50.2%	50.9%	54.9%
7	중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 재입원율	23.6%	25.8%	33.1%
8	초발 중증 정신질환자의 최초 의료이용 입원 비율	24.5%	26.1%	22.4%
9	중증 정신질환자의 재원 적절성 ³⁾	35.5%	-	-
Part 3. 중증 정신질환자의 지역사회 서비스 이용				
10	중증 정신질환자의 지역사회 서비스 이용률 ⁴⁾	-	8.7%	8.4%

- 주 1) 본 연구에서는 건강보험 청구자료와 사망원인통계가 연계되지 않아 지표가 산출되지 못하였음.
제시된 수치는 서울특별시에서 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 10만명당 자살자수를 인용하였음.
- 2) 제시된 수치는 보건복지부 국립건강정신센터(2018) 보고서에서 제시하고 있는 '비자의 입원율'(해당 시점 비자의 입원환자수/해당시점 입원환자수×100)을 인용하였음.
- 3) 제시된 수치는 박종익 등(2008)의 보고서의 조사결과를 인용하였음.
- 4) 제시된 수치는 보건복지부 국립건강정신센터(2018) 보고서에서 제시하고 있는 조현병 정신건강증진 시설 및 사회재활기관 등록(이용)자 현황의 수치를 인용하였음.

제8절 소결

□ 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태

- 2017년 중증 정신질환(조현병·분열형 및 망상장애, 양극성 정동장애, 재발성 우울장애)으로 치료를 받은 경험이 있는 유병자는 418,947명이었으며, 등록된 정신장애인까지 합산하면 427,370명에 달한다. 이는 전체 의료보장인구의 0.82%에 해당된다.
 - 2017년 기준 정신장애인으로 등록된 사람 중 약 9.1%는 의료이용을 하지 않은 것으로 나타났다. 기능이 회복되어 의료이용을 중단하였을 수도 있으며, 임의로 치료를 중단하였을 가능성도 배제할 수 없다. 따라서 이들이 어떠한 이유에 의해 의료이용을 하지 않은 것인지에 대한 면밀한 연구가 필요하다.
- 중증 정신질환자의 56%는 조현병·분열형 및 망상장애를 가지고 있다. 조현병·분열형 및 망상장애와 양극성 정동장애를 동시에 가지고 있는 사람이 약 9.8천명으로 전체 중증 정신질환자의 2.3%에 해당하지만, 이에 대한 연구나 조사는 부족한 실정이다. 따라서 중복적인 중증 정신질환자에 대한 추가적인 연구가 필요하다.
- 중증 정신질환 유병율을 증가하고 있는 추세에 있으나, 발생률은 감소하고 있다.
 - 이러한 유병률의 증가는 신규로 질환자가 발생하여 증가 되는 것이 아니라 지속관리되고 있는 과거 유병자의 증가에 기인하는 것으로 판단된다.
 - 유병자들의 평균 내원일수(외래) 역시 증가하고 있다. 그러나 의료보장 형태에 따라 다른 양상을 보이는데 의료급여 수급권자의 경우 평균 내원일수(외래)가 지속적으로 증가하는 경향을 보이고 있으나 건강보험 가입자의 경우 감소하는 경향을 보인다.
- 유병률의 경우 건강보험가입자와 의료급여 수급권자에서 큰 격차를 보였다. 2017년 기준 조현병·분열형 및 망상장애 유병률은 0.45%였다. 건강보험 가입자의 경우 0.28%, 의료급여 수급권자의 경우 6.04%로 약 21.3배 차이를 보이는 것으로 분석되었다. 발생률에서도 의료보장 형태에 따라 차이를 보였다. 이러한 차이를 보이는 원인에 대해 건강보험 자료를 통해서는 규명하기 어렵

다. 따라서 초발 중증 정신질환의 질환 발현 시점부터 질환이 진행됨에 따라 변화하는 건강상태, 경제상태, 사회적지지 체계 등에 대해 시간의 흐름에 따라 관찰할 수 있는 코호트 연구 및 패널 연구가 필요하다.

- 2017년 의료급여 정신질환 외래환자의 약제차별 등을 개선하기 위하여 외래 정액수가제를 폐지하였다. 구체적으로, 의료급여 정신질환 외래환자를 행위별 수가제로 전환하고 입원환자에 대한 수가를 4.4% 인상하였다. 또한 의료급여 수급자의 정신질환에 대해 초기 단계의 적극적인 외래진료를 활성화하기 위하여 의료급여 2종 수급자의 정신질환에 대한 병원급 이상 외래 진료시 본인부담률을 15%에서 조현병은 5%, 그 외 정신질환은 10%로 인하하였다. 본 연구에서 분석한 결과 중증 정신질환 유병자의 평균 내원일수(외래)의 경우 2016년에 비해 2017년 증가가 있었다. 특히 의료급여 수급권자에서 증가폭이 큰 것으로 분석되었다. 이러한 변화는 정책변화의 효과인 것으로 추정되지만 일시적인 현상이었는지, 이러한 효과가 지속적으로 유지되고 있는지에 대해서는 추가 연구를 통해 규명이 필요할 것으로 생각된다.
- 중증 정신질환자의 입원과 관련된 분석 결과, 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 해당 연도에 입원을 경험하는 비중은 연도별로 큰 차이를 보이지 않고 일정하게 유지되는 경향을 보였다. 반면 양극성 정동장애의 경우 입원 비중이 감소하는 경향을 보였으며, 재발성 우울장애는 다소 증가하는 경향을 보였다. 평균 입원일수 측면에서 살펴보면, 조현병·분열형 및 망상장애, 양극성 정동장애, 재발성 우울장애 모두 2016년까지는 증가하다가 2017년 감소하였다.
 - 2017년 5월 30일 불필요한 입원을 줄이고 환자 인권을 보호하는 취지와 치료와 회복 과정에서 자기의사결정권과 복지서비스를 보장하기 위한 목적으로 ‘정신건강복지법’이 전면 개정되어 보호의무자에 의한 입원(법 제43조) 기준과 절차가 대폭 개선되었다. 본 연구의 분석결과 2016년까지 꾸준히 1년 평균 입원일수는 증가하는 경향을 보였으나 2017년 감소하는 추세로 변화하였다. 특히 의료급여 수급권자의 1년 입원일수의 감소폭이 컸는데, 이는 법 개정의 긍정적인 효과로 보여질 수 있다. 하지만 입원자수와 입원율이 감소하지 않고 유지되고 있지만, 비자의 입원은 감소하고 있다. 이는 비자의 입원이 자의입원으로 전환되는 것으로 보여질 수 있다.
 - 법 개정의 효과와 비판이 공존하고 있지만 1년 평균 입원일수가 분명히 감

소하는 경향으로 돌아선 점, 특히 유병자 중 정신장애인과 의료급여 수급권자 집단에서의 감소 경향이 두드러진 점 등은 고무적이라 할 수 있다.

- 입원기간(장기입원) 측면에서 살펴보면, 1년 평균 6개월 이상 입원하고 있는 유병자의 비중이 2016년까지 증가하다가 2017년 감소하였다. 반면 14일(2주) 이하 입원하는 비중은 기존 증가추세에 비해 2017년 큰 폭으로 증가하였다. 즉, 법 개정 이후 장기입원은 감소하고 단기입원은 증가하는 것으로 분석되었다.

- 이러한 추세는 의료보장 형태로 구분하여 살펴보면 더 극명히 드러난다. 의료급여 수급권자의 입원에서 2주 이하 입원 비중이 2배 이상 증가하였으며, 6개월 이상 장기입원 비중은 감소하였다. 건강보험 가입자에서도 2주 이하 입원 비중이 커지기는 하였으나 그 증가 크기가 의료급여 수급권자에서 보다 작았다.

- 2주 이하 입원 비중이 증가함에도 불구하고 2017년 기준 6개월 이상 장기입원 비중은 조현병·분열형 및 망상장애 입원자의 51.9%로 입원자의 절반 이상이 6개월 이상 장기입원을 하고 있는 실정이다. 특히 의료급여 수급권자에서 6개월 이상 장기입원 비중이 65.3%로 5명 중 3명은 장기입원 상태에 있음을 알 수 있다.

○ 퇴원자 중 재입원을 경험한 사람은 점차 증가하는 경향을 보였다. 조현병·분열형 및 망상장애의 경우 2017년 퇴원자 중 재입원을 경험하는 환자는 49.0%이며 연도별로 증가하는 추세를 보였다. 재입원을 경험한 환자의 33.1%는 30일 이내 동일질환으로 재입원하는 것으로 분석되었으며, 7일 이내 재입원 하는 비율도 18.5%, 3일 이내 재입원하는 비율은 10.1%에 달했다.

○ 본 연구에서는 1일 미만 입원과 퇴원을 한 경우(전원 등을 포함) 동일 입원건으로 정의하였다(입원 에피소드). 1회 입원 에피소드에 청구되는 의료기관 수에 대해 분석해 보았다. 조현병·분열형 및 망상장애의 경우 1회 에피소드에 1개 기관만 청구한 비율이 96.0%였으나, 2개 이상 의료기관에서 입원 청구가 있었던 비율도 4%에 달했다. 즉 1일 이내 입원과 퇴원을 반복하는 유병자들에 대한 면밀한 분석이 필요하다.

○ 조현병·분열형 및 망상장애 초발 질환자의 24.5%(6,046명)는 외래 이용 없

이 바로 입원을 경험하는 것으로 분석되었다. 이 비율은 2010년 이후 감소하는 경향을 보이는데, 이러한 경향은 중증 정신질환의 입원 치료에 있어 좀 더 신중한 결정이 이루어지고 있다고 해석할 수 있다. 즉, 불필요한 초기 입원이 감소하고 있다고 해석될 수 있다. 다른 측면으로는 실제 의료현장에서 중증 정신질환의 초기 치료 지연으로 인해 증상이 악화 되어 의료기관을 방문하는 환자가 감소하고 있는 것으로 해석이 가능하다.

- 이러한 긍정적인 해석에도 불구하고 아직도 초발 조현병·분열형 및 망상장애 환자 5명 중 1명은 바로 입원치료를 해야 할 만큼 증상이 악화된 상태에서 초기 치료를 시작하고 있다. 바꾸어 말하면 약 6천명에 달하는 조현병·분열형 및 망상장애 유병자는 치료를 받지 않고 지역사회에서 증상을 악화시키고 있다는 의미로도 해석될 수 있다. 이러한 대상자를 감소시키기 위해서는 이들의 특징과 조기 치료를 유도하기 위한 사회적 시스템에 대한 연구가 필요하다.

○ 재가 정신장애인의 경우 2017년 기준 약 2.2%는 정기적인 관리를 받고 있지 않는 것으로 분석되었다. 또한 7.6%는 의료기관에 가고 싶은 때 가지 못한 경험이 있다고 응답하였다. 재가 정신장애인의 20.9%는 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있다고 응답하였으며, 실제로 2.4%는 최근 1년간 자살 시도를 해본 적이 있다고 하였다.

- 재가 정신장애인의 경우 42.9%가 장애로 인해 문제가 발생하고 있는 것으로 분석되었다. 주 상담원으로는 가족이 가장 많았는데, 상담할 곳이 없다고 응답한 비율도 16.0%에 달했다.
- 반면 정신장애인에 대한 가족 내 차별과 폭력을 당한 경험이 있다고 응답한 비율이 19.2%로 다른 장애유형에 비해 높은 편으로 분석되었다. 특히 언어폭력과 정신적 폭력이 주를 이루었으며, 형제·자매로부터 이루어지는 비율이 큰 것으로 분석되었다.

○ 본 연구에서는 초발 중증 정신질환자의 규모를 파악하였다. 2017년 기준 조현병·분열형 및 망상장애 유병자 중 11.5%는 초발 질환자였으며, 소득수준이 높아질수록 초발 질환자가 차지하는 비중은 커지는 것으로 분석되었다. 양극성 정동장애와 재발성 우울장애의 경우 소득수준에 따라 일부 변화가 있는 것으로

보이지만 그 크기는 크지 않았다. 향후 초발 중증 정신질환자의 의료이용에 대해 추가적인 연구가 필요할 것으로 판단된다. 특히 소득수준과 같은 사회경제적 상태, 거주 및 가족지지 체계 등에 따른 입원일수 분석 등이 필요하다.

- 뿐만 아니라 자원 적절성에 대한 연구가 필요하다. 특히 중증 정신질환자 중 조현병·분열형 및 망상장애 입원자의 경우 장기입원율이 높은 실정이다. 소득수준, 사회적 지지체계 등을 포함한 대상자 특성에 따른 자원 적절성에 대한 연구가 필요하다. 자원 적절성을 파악하기 위해서는 의무기록 조사, 환자 단위 평가가 수반되어야 하는데, 특정 집단에 편중되어 자원 적절 수준이 평가되지 않도록 조사 대상자의 대표성이 요구된다.



제 3 장

시설 거주 정신장애인 및 정신질환자의 의료이용 특성



제1절 연구배경

제2절 정신요양시설 거주 정신질환자의 의료이용 특성

제3절 지적장애인 거주시설 및 노숙인 시설거주 정신질환자의
의료이용 특성

제4절 소결

제1절 연구배경

□ 연구목적

- 본 연구는 각종 시설에 거주하고 있는 정신장애인 및 정신질환자의 의료이용 특성을 파악하기 위하여 수행되었으며 크게 두 부분으로 구성된다.
 - 첫째는 정신요양 시설에 거주하고 있는 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태와 문제점을 파악하고자 하는 것이다. 정신요양시설 운영자 및 촉탁의를 대상으로 설문조사를 실시함으로써, 생활인에 대한 정신건강 서비스와 촉탁의 운영이 어떻게 이루어지고 있으며, 개선방안은 무엇인지를 파악하고자 한다.
 - 둘째는 지적장애인 시설과 노숙인 시설에 거주하고 있는 정신질환자의 의료이용 실태와 문제점을 조사하고자 하는 것이다. 시설 종사자를 대상으로 FGI를 실시함으로써, 생활인들의 정신질환 실태가 어떠한지, 그로 인해 경험하는 어려움과 개선방안은 무엇인지를 파악하고자 한다.

□ 관련 선행연구 검토

- 정신건강사업안내(보건복지부, 2019)에 제시된 정신요양시설의 촉탁의 관련 규정은 다음과 같다.
 - 인력기준 상 시설당 정신건강의학과 전문의 또는 촉탁의를 1명 이상 배치해야 하며, 촉탁의에 대한 기본급 권고 기준은 월 2,593천원이다. 시설장은 입소자가 정신건강의학과 전문의 진료 및 처방 등을 적절하게 받을 수 있도록 조치하여야 한다. 또한 시설장은 계약의 및 촉탁의가 주당 총 8시간 이상 정기적으로 진료를 실시하도록 하고, 방문시에는 투약관련 의학적 지도를 실시하도록 하여야 한다.
 - 별지 제Ⅲ-2-1호에 따라 촉탁의 업무 협약서를 작성해야 한다. 협약서에는 협약기간, 활동내용, 근무시간, 비밀유지, 수정 및 해지 관련 사항에 대해 규정하고 있다. 또한 촉탁의 근무상황(업무범위, 근무요일 및 근무시간, 진료 기록 등)에 대해 시군구청장은 연 1회 이상 지도·감독을 실시하여야 한다.

○ 홍선미(2013)는 정신요양시설 기능과 입소자 인권보호에 대해 논의하면서, 생활인에 대한 의료적 지원이 부족함을 지적하고 있다.

- 정신요양시설의 정원이 평균 200평이 넘으나 대부분의 시설이 시설내에 정신과 전문의가 상주하지 않고, 촉탁의가 주 1회 정도 정신요양시설을 직접 방문하여 다수의 입소자를 진료함으로 인해 치료의 질적 저하가 우려되는 실정이다. 촉탁의 1명이 한달에 1~4회씩 평균 수백명의 입소자 진료를 담당하면서 치료적 접근성이 용이하지 않을 수 있다.

- 정신요양시설에는 전문의료진과 정신건강전문인력이 적정하게 배치되어 있지 못한 상황이다. 정신요양시설의 인력기준과 처우수준을 살펴보면, 요양과 사회복지촉진을 위한 훈련을 제공하기 위한 시설의 기능에 비해 전문적인 서비스를 제공하도록 훈련을 받은 정신건강 전문가들이 확보되기 어려운 실정이다. 정신건강전문요원 1인 이외에 상시적인 프로그램 지원을 할 전문인력이 부족하다. 또한 정신장애인의 재활서비스 및 직업재활서비스 등의 재활훈련에 필요한 인적 자원이 다른 직능 사회복지생활시설에 비해 열악하다.

- 정신요양시설 입소자의 절반 이상이 50대 이상으로 고령화가 진행되고 있다. 이들 노인 정신질환자는 만성적이고 장기적인 문제에 노출되어 있으나 이에 대한 지원이 부족한 실정이다.

○ 한국장애학회(2018)에서는 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’에서 강조하는 정신질환자의 인권보호와 복리 증진에 대한 실효성을 평가하고 인권증진 방안을 제시하고자 중증장애인 거주시설 45개소, 정신요양 시설 30개소를 무작위 추출하여, 총 75개소 대상 시설 거주인 1,500명 무작위 추출하여 조사를 수행하였다.

- 그 결과 거주인들 중 몸이 아파도 진료를 받지 못한 경험 15.3%, 자신이 원할 때 정신과 의사 또는 정신건강 전문가와 상담할 수 없는 경우가 35.4%, 매일 복용 약이 있다고 응답한 비율 41.9%로 나타났다.

- 또한 개인 의료기록 검토 결과 99.2%가 정신과적 약물을 복용하고 있었으며 약, 부작용 정보를 충분히 제공 받지 못하는 경우가 42.3%, 약 부작용 호소해도 신속한 조치를 받지 못하는 경우가 18.1%로 파악된 바 있다.

- 한국장애인복지학회에서는 2019년 춘계학술대회에서 ‘발달장애인의 정신과 약물복용에 대한 고찰’이라는 주제로 토론이 이루어졌다.
 - 김재용(2019)은 2015년부터 3년간 발달장애인에 대한 정신과 약물 처방을 분석한 결과, 지적장애인의 45.9%가 정신과 약물을 처방받았고, 연평균 처방일수는 280일이었다. 자폐성 장애인은 49.6%가 정신과 약물을 처방받았고 연평균 처방일수는 278일이었다. 이 둘을 합산하면 전체 발달장애인의 46.3%가 정신과 약물을 처방받았다. 하지만 발달장애인에 대한 정신과 약물처방에서 전문성과 경험, 관심을 지닌 의료인도 드물고 입소시설이나 일반 가정에서 보호자가 이를 잘 관리할 수 있도록 지원하는 시스템은 사실상 없었다.
 - 이수연(2019)는 발달장애인의 정신건강 지원사례를 통해, 현장에서는 정신과적 증상에 대한 이해부족으로 조기발견 및 위기관리가 미흡하다고 지적하였다. 정신건강영역에 대한 이해가 없다 보니 증상이 심각해지고, 위험한 사건이 반복적으로 발생하면 그제서야 정신과 진료를 시도하게 되니 치료 시기를 놓치게 되는 경우가 많다고 하였다.

제2절 정신요양시설 거주 정신질환자의 의료이용 특성

가. 연구내용 및 방법

□ 연구방법

- 정신요양시설 거주 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 특성을 파악하기 위하여 정신요양시설을 대상으로 설문조사를 실시하였다.
 - 조사는 정신요양시설의 사무국장 및 촉탁의를 대상으로 이루어졌다.
 - 조사는 2019년 9월 18일부터 10월 31일까지 정신요양시설 59개소의 사무국장 및 촉탁의 각각을 대상으로 우편조사를 실시하였다. 최종적으로 사무국장 35개소(59.3%), 촉탁의 27부(45.8%)가 수거되었다.
 - 조사 응답자의 특성은 다음 <표 3-1, 3-2>와 같다.

〈표 3-1〉 조사 응답 시설 종사자 특성

구분		인원수(명)	비율(%)
성별	남	21	60.00
	여	14	40.00
연령	30대 이하	5	14.29
	40대 이하	16	45.71
	50대 이하	13	37.14
	60대 이상	1	2.86
학력	고졸	1	2.86
	대졸	23	65.71
	석사	10	28.57
	박사	1	2.86
결혼상태	미혼	3	8.57
	기혼	32	91.43
직급	시설장	3	8.57
	사무국장	31	88.57
	직원	1	2.86
전문분야	사회복지사	27	77.14
	간호사	1	2.86
	정신건강사회복지사	5	14.29
	정신건강간호사	2	5.71
	정신건강사회복지사	4	11.43
현 시설 재직기간	1년 미만	2	5.71
	1-3년 미만	4	11.43
	3-5년 미만	2	5.71
	5-10년 미만	14	40.00
	10-20년 미만	9	25.71
	20년 이상	2	5.71
	정신건강분야 재직기간	1-3년 미만	1
3-5년 미만	3	8.57	
5-10년 미만	2	5.71	
10-20년 미만	13	37.14	
20년 이상	14	40.00	

〈표 3-2〉 조사 응답 촉탁의 특성

구분		인원수(명)	비율(%)
성별	남	20	80.00
	여	5	20.00
연령	30대 이하	8	32.00
	40대	9	36.00
	50대	5	20.00
	60대 이상	7	28.00
학력	대졸	5	20.00
	석사	12	48.00
	박사	8	32.00
결혼상태	미혼	5	19.23
	기혼	21	80.77
소속기관	국공립	0	0.00
	민간	26	100.00
의사경력	1년 미만	2	8.00
	1-5년 미만	0	0.00
	5-10년 미만	3	12.00
	10-20년 미만	7	28.00
	20년 이상	15	60.00

□ 연구내용

○ 사무국장 대상 설문조사

- 시설 및 생활인 현황, 질병 및 의료이용실태, 의료이용실태에 대한 의견 등을 조사하였다.

○ 촉탁의 대상 조사

- 촉탁의 활동 현황, 촉탁의 운영에 대한 의견 등을 포함하였다.

〈표 3-3〉 정신요양시설 조사 내용

구분	조사항목	조사내용
사무국장	시설 및 생활인 현황	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 종사자 현황: 정원, 현원, 지원 ▪ 결산 현황: 수입, 지출 ▪ 입·퇴소 현황: 입소정원, 현원, 입·퇴소 누계, 입소유형, 퇴소사유 ▪ 입소 생활인 분류: 성별, 연고여부, 연령, 입소기간, 의료보장, 장애등록
	질병 및 의료이용실태	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 질병 현황 : 정신과적·신체적 질병분류, 약물복용 여부 ▪ 촉탁의 현황 <ul style="list-style-type: none"> - 위촉기간, 업무협약서 작성여부, 월방문 횟수, 1회 진료시간, 1회 진료인원, 월 지급 활동 비용, 1인당 진료 횟수, 모집방법, 진료방식, 활동내용, 진료기록지 작성 및 보관, 의료 자원봉사 분야 ▪ 정신건강 서비스 제공정도 및 주담당자 <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강 욕구사정, 집중적 사례검토회의, 정신과 상담, 정신과 약물 처방, 증상 및 약물관리 교육, 정신과약물 투약 지도, 심리상담 및 치료, 증상약화 등에 대한 위기개입, 자·타해 위험에 대한 응급개입, 신체질환에 대한 치료
	의료이용실태에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 정신건강 서비스 제공 <ul style="list-style-type: none"> - 서비스 제공 정도, 서비스가 잘 이루어지지 않는 이유, 정신과 약물치료의 적절성, 적절하지 않은 이유, ▪ 촉탁의 운영 <ul style="list-style-type: none"> - 운영의 효과성, 효과적이지 않은 이유, 1회 방문시 진료 인원의 적절성 정도 및 적절한 인원, 활동 비용의 적정성 정도 및 개선방향, 촉탁의 운영의 개선방안
	응답자 특성	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 직급, 전문분야, 현시설 재직기간, 정신건강분야 총 재직기간
촉탁의	촉탁의 활동 현황	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 업무협약 시설 개수, 활동 기간, 활동시작 계기, 업무협약서 작성 여부, 월평균 방문 횟수, 1회 방문시 소요시간, 면담 인원, 진료방식, 활동 비용, 활동 내용, 진료기록지 작성 및 보관, 교육 경험
	촉탁의 운영에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 운영의 효과성, 효과적이지 않은 이유, 1회 방문시 진료 인원의 적절성 정도 및 적절한 인원, 활동 비용의 적정성 정도 및 개선방향, 약물치료의 적절성 및 적절하지 않은 이유, 촉탁의 운영의 개선방안
	응답자 특성	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 소속기관, 경력

나. 조사대상 시설 및 거주 정신질환자 현황

□ 연구 방법 및 내용

○ 조사대상 시설의 인력 현황

- 시설장, 사무국장, 영양사, 작업지도원의 경우만 총원비율이 100%이었다.

- 가장 낮은 충원비율을 나타낸 인력은 위생원, 조리사, 사무원, 그리고 간호사였다.
- 간호사 인력을 세부적으로 살펴보면, 정원대비 간호사 충원율이 60%로 가장 낮게 나타나서 건강관리의 측면에서는 취약함을 알 수 있다.

〈표 3-4〉 조사대상 시설의 인력 현황

구분	평균 정원 (명)	평균 현원 (명)	총원 기관 수 (개)	총원 기관 비율 (%)	
시설장	1	1	35	100	
사무국장	1	1	35	100	
정신과전문의	1	1	34	97.14	
영양사	1	1	35	100	
사무원	1.89	1.66	28	80	
간호사	계	4.69	4.6	30	85.71
	전문요원	0.26	0.63	35	100
	간호사	3.46	2.71	21	60
	조무사	0.97	1.26	34	97.14
생활 지도원 /복지사	계	11.23	11.71	32	91.43
	전문요원	0.03	0.46	35	100
	사회복지사	10.89	10.89	27	77.14
	기타	0.31	0.37	34	97.14
정신건강 전문요원	계	1.94	1.91	33.67	96.19
	간호사	1.29	1.37	34	97.14
	사회복지사	0.66	0.54	32	91.43
	임상심리사	0	0	35	100
작업지도원	1	1.03	35	100	
조리원	3.8	3.57	27	77.14	
위생원	1.54	1.09	22	62.86	
관리인	1.06	1.03	34	97.14	
안전관리요원	1	0.91	32	91.43	
기타	0.91	0.94	34	97.14	

○ 조사대상 시설의 수입·지출 현황

- 수입 중 90% 이상을 보조금이 차지하고 있다.
- 지출은 인건비가 70% 정도로 가장 많고, 그다음이 생계비이며, 프로그램비는 1.21%에 불과하다.

〈표 3-5〉 조사대상 시설의 수입·지출 현황

구분		평균 금액(원)	평균 비율(%)
수입	계	84,356,026,821	100.00
	보조금	76,434,003,828	90.32
	입소자수탁료	2,588,835,118	3.16
	후원금	1,765,025,043	2.26
	법인지원금	1,438,779,838	1.35
	기타 잡수입	2,129,382,994	2.91
지출	계	102,514,413,626	100.00
	인건비	76,487,988,458	69.39
	시설/장비비	4,118,376,204	4.84
	생계비	12,960,182,342	15.36
	관리운영비	6,778,191,706	7.94
	프로그램비	1,095,828,196	1.21
	기타	1,073,846,720	1.26

○ 조사대상 시설의 생활인 입·퇴소 현황

- 입소 정원은 7,067명이나 현원은 4,789명으로 67.76%이다.
 - 그 중 폐쇄병상이 70% 정도, 자의 입소가 68% 정도를 차지하고 있다.
- 연간 입소는 총 458명, 시설 평균 13.47명이다.
- 퇴소는 총 514명, 시설 평균 15.53명이었으며, 연고자의 퇴소신청이 가장 많았고 사망도 75명이었다.

〈표 3-6〉 조사대상 시설의 생활인 입·퇴소 현황

구분			합계(명)	평균(명)	비율(%)
입소정원			7,067	207.85	-
입소 현원	계		4,789	179.33	100
	폐쇄병상		3,396	121.29	70.91
	개방병상		1,393	58.04	29.09
입소 유형	자의입소		3,105	91.32	68.65
	보호 의무자	가족	1,294	43.13	28.61
		후견인	124	6.89	2.74
원외취업자수			102	4.08	-
입소환자누계(연 인원)			458	13.47	-
퇴소환자누계(연 인원)			514	15.58	-
퇴소사유	연고자인도	치유	1	0.12	0.19
		퇴소신청	198	6.83	36.73
		심판위	26	2.6	4.82
	전원		44	2.75	8.16
	사망		75	3.12	13.91
	기타		195	8.48	36.18

○ 조사대상 시설의 생활인 현황

- 생활인 중 남성이 절반이 넘고, 연고자가 있는 무료 입소자가 2/3를 차지하였다.
- 연령은 50대 이상이 80%를 차지하며, 65세 이상도 1/4 정도 되었다.
- 입소기간은 30년 이상과 1-3년 미만이 가장 많았고, 의료급여 1종과 장애인 등록이 대부분을 차지하고 있다.

〈표 3-7〉 조사대상 시설의 생활인 현황

구분		합계(명)	평균(명)	비율(%)	
성별	남	2,810	80.29	56.48	
	여	2,165	61.86	43.52	
연고여부	연고자	유료	881	25.17	17.7
		무료	3,340	95.43	67.11
	무연고자	756	21.6	15.19	
연령	20-29세	65	1.86	1.31	
	30-39세	196	5.6	3.94	
	40-49세	720	20.57	14.47	
	50-59세	1,826	52.17	36.7	
	60-64세	976	27.89	19.61	
	65세 이상	1,193	34.09	23.98	
입소 기간	6개월 미만	191	5.46	4.00	
	6-12개월 미만	192	5.49	4.02	
	1-3년 미만	1,102	31.49	23.04	
	3-5년 미만	340	9.71	7.11	
	5-10년 미만	813	23.23	17	
	10-20년 미만	837	23.91	17.5	
	20년 이상	1,307	37.34	27.33	
의료 보장	건강보험	728	20.8	12.91	
	의료급여(1)	4,887	139.63	86.63	
	의료급여(2)	16	0.46	0.28	
	기타	10	0.29	0.18	
장애 등록	1급	329	9.4	6.62	
	2급	2,291	65.46	46.09	
	3급	1,827	52.2	36.75	
	미등록	524	14.97	10.54	

○ 조사대상 시설의 생활인 질병 상태

- 조현병이 80% 이상으로 대부분을 차지하고 있으며, 지적장애도 5% 정도이며, 94.47%가 정신과 약물을 복용하고 있는 것으로 나타났다.
- 신체적 질병으로는 갑상선 질환이 27.05%로 가장 많았고, 고혈압, 고지혈증, 당뇨 등도 나타났으며, 88%가 약을 복용하고 있었다.

〈표 3-8〉 조사대상 시설의 생활인 현황

구분		합계(명)*	평균(명)*	비율(%)	
정신과적	질병분류	조현병	4,438	126.8	81.64
		조울증	140	4	2.58
		중독	79	2.26	1.45
		우울증	21	0.6	0.39
		지적장애	282	8.06	5.19
		뇌전증	74	2.11	1.36
		치매	98	2.8	1.8
		신경증	22	0.63	0.4
		기타	282	8.06	5.19
	약물복용	복용	3,228	92.23	94.47
		미복용	189	5.4	5.53
신체적	질병분류	고혈압	833	23.8	17.95
		당뇨	565	16.14	12.18
		고지혈증	667	19.06	14.38
		갑상선질환	1,255	35.86	27.05
		간질환	205	5.86	4.42
		뇌경색	77	2.2	1.66
		비뇨기질환	415	11.86	8.94
		산부인과질환	38	1.09	0.82
		기타	585	16.71	12.61
	약물복용	복용	2,105	60.14	88
		미복용	287	8.2	12

* 중복응답

다. 정신요양시설 거주 정신장애인 및 정신질환자의 의료이용 실태

□ 연구 방법 및 내용

○ (시설 종사자 대상) 촉탁의 운영 현황

- 촉탁의 위촉기간은 평균 34.85개월이며, 월 방문 횟수는 6.1회, 1회 진료시간은 5.63시간, 1회 진료인원은 40명, 월 활동비용은 250만원 정도였다.

〈표 3-9〉 촉탁의 운영 현황

구분	최소	최대	평균
위촉기간(개월)	4	203	34.85
월 방문 횟수(회)	1	18	6.1
1회 진료시간(시간)	2	8	5.68
1회 진료인원(명)	6	244	40
월 활동 비용(원)	1,296,500	2,794,900	2,518,692.86

○ (시설 종사자 대상) 촉탁의 활동 현황

- 입소자 1인당 진료횟수가 월 1회가 가장 많고, 대부분 업무협약서를 작성한 것으로 나타났다.
- 모집방법은 기타가, 방문 진료방식은 모든 생활인을 1:1로 진료가, 촉탁의 활동내용으로는 정신과 상담 및 처방이 대부분이었으며, 그다음으로는 증상악화 등에 대한 위기개입, 자·타해 위험에 대한 응급개입의 순으로 나타났다.
- 진료기록지는 대부분 작성하고 있었으며, 시설 내 보관이 가장 많았다.
- 촉탁의 외 의료봉사활동이 있는 분야는 치과가 가장 많았다.

〈표 3-10〉 촉탁의 활동 현황

구분		기관 수	비율(%)
입소자 1인당 진료 횟수	월 2회	11	32.35
	월 1회	21	61.76
	2개월에 1회	2	5.88
업무협약서 작성 여부	작성	31	96.88
	미작성	1	3.12
모집방법	지역 의사회를 통해 추천	4	13.79
	인맥을 통해 개인적으로 부탁	10	34.48
	기타	15	51.72
방문진료방식 (중복응답)	모든 생활인을 1:1로 진료	29	85.29
	증상 악화 등 건강상태의 변화가 있는 생활인을 진료	11	32.35
	시설에서 별도로 요청하는 생활인을 진료	3	8.82
	간호관리기록지 등의 기록을 확인 후 생활인을 선별하여 진료	0	0.00
	간호관리기록지 등의 기록만 확인하고 별도 요청 없을 시 진료종료	0	0.00
촉탁의 활동내용 (중복응답)	정신과 상담 및 처방	33	97.06
	증상 및 약물관리 교육	21	61.76
	간호지시	19	55.88
	작업치료 및 사회복귀훈련 지도	21	61.76
	심리 상담 및 치료	15	44.12
	증상악화 등에 대한 위기개입	24	70.59
	자·타해 위험에 대한 응급개입	22	64.71
	기타	5	14.71
진료기록지 작성	작성	32	94.12
	미작성	2	5.88
진료기록지 보관장소 (중복응답)	의료기관 보관	7	21.21
	시설 내 보관	22	66.67
	모두 보관	4	12.12
촉탁의 외 의료자원봉사 분야 (중복응답)	내과	3	16.67
	치과	14	77.78
	피부과	1	5.56
	안과	2	11.11
	이비인후과	1	5.56
	비뇨기과	0	0.00
	산부인과	0	0.00
	가정의학과	0	0.00
	한의학	3	16.67
	기타	3	16.67

○ (시설 종사자 대상) 정신건강서비스 제공 정도 및 주 담당

- 대부분의 항목에서 어느 정도 이루어지고 있다고 응답하였다.
- 가장 점수가 높은 항목은 정신과 약물 처방과 투약, 신체질환에 대한 치료였다. 가장 낮은 항목은 심리상담 및 치료, 집중적 사례검토회의, 정신건강 욕구 사정으로 나타났다.
- 각 영역별 주 담당자에서는 촉탁의의 경우 정신과 상담 및 약물 처방을 담당하고 있으며, 그 외의 항목들은 대부분 간호사나 전문요원이 담당하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-11〉 정신건강서비스 제공 정도 및 주 담당

구분	서비스 제공 정도					주 담당 (중복응답)				
	전혀 잘 이루어지지 않음	별로 잘 이루어지지 않음	어느 정도 이루어지고 있음	매우 잘 이루어지고 있음	평균	촉탁의	간호사	전문요원	기타 내부 관리자/직원	외부 의료인/기관
정신건강 욕구사정	0 (0.0)	1 (3.03)	18 (54.55)	14 (42.42)	3.39	9	24	26	11	1
집중적 사례검토회의	0 (0.0)	3 (9.09)	15 (45.45)	15 (45.45)	3.36	10	13	34	16	1
정신과 상담	0 (0.0)	4 (12.12)	8 (24.24)	21 (63.64)	3.52	30	21	21	13	3
정신과 약물 처방	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (12.5)	28 (87.5)	3.88	29	3	3	0	7
증상 및 약물관리 교육	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (39.39)	20 (60.61)	3.61	12	29	20	1	0
정신과약물 투약 지도	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (21.88)	25 (78.12)	3.78	13	31	16	8	0
심리 상담 및 치료	1 (3.03)	5 (15.15)	20 (60.61)	7 (21.21)	3	19	21	28	19	3
증상악화 등에 대한 위기개입	0 (0.0)	2 (6.06)	14 (42.42)	17 (51.52)	3.45	24	32	31	21	5
자·타해 위험에 대한 응급개입	0 (0.0)	2 (6.25)	12 (37.5)	18 (56.25)	3.5	22	31	31	25	7
신체질환에 대한 치료	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (27.27)	24 (72.73)	3.73	6	35	16	15	13

○ (시설 종사자 대상) 의료이용실태에 대한 의견조사

- 정신건강서비스는 대부분이 잘 이루어지고 있는 편이라고 응답하였다.
- 정신건강서비스가 잘 이루어지지 않는 이유를 사업비 부족과 의료전문인력 활용의 어려움이라고 보았다.

〈표 3-12〉 정신건강서비스 현황에 대한 의견: 시설종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)	평균
매우 잘 이루어지고 있음	8	23.53	3.09
잘 이루어지고 있는 편임	24	70.59	
잘 이루어지지 않는 편임	2	5.88	
전혀 잘 이루어지지 않고 있음	0	0.00	

〈표 3-13〉 정신건강서비스가 잘 이루어지지 않는 이유: 시설종사자

구분	1순위	2순위
사업비 부족	6 (25.0)	2 (11.11)
종사자의 전문성 부족	3 (12.5)	2 (11.11)
의료전문인력 활용의 어려움	6 (25.0)	2 (11.11)
과도한 행정업무	5 (20.83)	8 (44.44)
시설의 관심 부족	0 (0.0)	0 (0.0)
장기입소로 인해 필요성이 없음	1 (4.17)	2 (11.11)
기타	3 (12.5)	2 (11.11)

○ (시설 종사자 대상) 정신과 약물치료 현황

- 정신과 약물치료 또한 대부분 적절하게 잘 이루어지고 있는 편이라고 보았다.
- 치료가 적절하지 않은 이유로는 효과가 좋은 신약 사용이 제한된다는 것과 증상의 변화에 민감하게 반응하지 못하는 것이라고 보았다.

〈표 3-14〉 정신과 약물치료 현황: 시설 종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)	평균
매우 적절하게 이루어지고 있음	11	31.43	3.2
적절하게 이루어지고 있는 편임	20	57.14	
적절하게 이루어지지 않는 편임	4	11.43	
전혀 적절하게 이루어지지 않고 있음	0	0.00	

〈표 3-15〉 정신과 약물치료가 적절하게 이루어지지 않는 이유: 시설 종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)
증상의 변화에 민감하게 반응하지 못함	10	50
개인별 차이를 고려하지 못하고 일괄 처방함	1	5
증상안정을 위해 다소 과다 처방되는 경향이 있음	2	10
약물 변경이나 선택 시 생활인의 의견을 반영하지 못함	3	15
약물 부작용에 대해 적극적으로 개입하지 못함	5	25
효과가 좋은 신약 사용이 제한됨	15	75
기타	3	15

○ (시설 종사자 대상) 촉탁의 운영의 효과성

- 촉탁의 운영이 효과적으로 이루어지지 않는다는 의견이 상대적으로 많았으며, 그 이유로는 '지역에서 정신과 전문의를 구하기 어렵다', '응급상황 등 필요할 때 도움을 받기 어렵다', '촉탁의 비용 기준이 낮다'의 순으로 나타났다.

〈표 3-16〉 촉탁의 운영 현황: 시설 종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)	평균
매우 효과적으로 이루어지고 있음	3	8.57	2.63
효과적으로 이루어지고 있는 편임	19	54.29	
효과적으로 이루어지지 않는 편임	10	28.57	
전혀 효과적으로 이루어지지 않고 있음	3	8.57	

〈표 3-17〉 촉탁의 운영이 효과적이지 않은 이유: 시설 종사자

구분	1순위	2순위
지역에서 정신과전문의를 구하기 어렵다	13 (50.0)	3 (13.64)
진료하는 인원이 너무 많다	6 (23.08)	3 (13.64)
응급상황 등 필요할 때 도움을 받기 어렵다	1 (3.85)	8 (36.36)
촉탁의 비용 기준이 낮다	3 (11.54)	6 (27.27)
촉탁의가 소극적이다	2 (7.69)	1 (4.55)
시설의 관심이나 의지가 부족하다	1 (3.85)	1 (4.55)
기타	0 (0.0)	0 (0.0)

○ (시설 종사자 대상) 촉탁의 진료인 수 및 활동 비용의 적절성

- 촉탁의 1회 진료인 수는 적절하다가 더 많았으며, 적정 규모는 53.60명으로 나타났다.
- 촉탁의 활동 비용은 적절하다가 더 많았으며, 비용 지급 개선 방향으로는 진료 인원별 진료비용 지급과 인건비 기준을 상향이 높게 나왔다.
- 촉탁의 운영 개선방안으로는 촉탁의에 대한 세부 규정 마련, 촉탁의 수 및 진료 시간 확대, 촉탁의 비용 지원 확대가 많았다.

〈표 3-18〉 촉탁의 1회 진료인 수의 적절성: 시설 종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)
적절하다	19	57.58
많다	14	42.42

〈표 3-19〉 촉탁의 1인당 적정 생활인 규모: 시설 종사자

최소값	최대값	평균
10.00	150.00	58.60

〈표 3-20〉 촉탁의 활동 비용의 적정성: 시설 종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)
적절하다	20	60.61
많다	13	39.39

〈표 3-21〉 촉탁의 활동 비용의 개선 방향: 시설 종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)
인건비 기준을 현실적으로 상향	6	37.50
진료인원별 진료비용 지급	7	43.75
여비 등의 추가적 비용 지급	1	6.25
기타	2	12.50

〈표 3-22〉 촉탁의 운영 개선방안: 시설 종사자

구분	응답자수(명)	비율(%)
촉탁의에 대한 세부 규정 마련	18	56.25
촉탁의 수 및 진료시간 확대	17	53.12
촉탁의 비용 지원 확대	17	53.12
촉탁의 교육 강화	5	15.62
촉탁의 위촉의 투명성 강화	3	9.38
촉탁의 활동에 대한 지도·점검 강화	6	18.75
기타	3	9.38

○ (촉탁의 대상) 촉탁의 활동 현황(1)

- 촉탁의 대상 조사 결과, 협약시설은 모두 1개소였으며, 활동 기간은 대부분 이 5년 미만이었고, 활동 시작계기는 요양시설의 요청이 가장 많았다.
- 협약서는 대부분 작성하였으며, 2명은 작성하지 않았다고 응답하였다.

〈표 3-23〉 촉탁의 활동 현황 1: 촉탁의

구분		응답자수(명)	비율(%)
협약시설 수	1개소	27	100.00
	2개소 이상	0	0.00
촉탁의 활동 기간	1년 미만	10	37.04
	1년~5년 미만	9	33.33
	5년~10년 미만	2	7.41
	10년 이상	6	22.22
활동 시작 계기 (중복응답)	요양시설의 요청으로	22	81.48
	본인이 자원하여	2	7.41
	지역사회의 추천으로	1	3.70
	지인이나 기관 등의 소개	5	18.52
	지역사회 봉사차원에서	1	3.70
	기타	5	18.52
협약서 작성여부	작성	25	92.59
	미작성	2	7.41

○ 촉탁의 활동 현황(2)

- 월 평균 시설 방문 횟수는 3~4회가 가장 많았으며, 평균 6.19회였다.
- 일회 방문 소요시간은 3~4시간이 가장 많았고, 평균 5.44시간으로 나타났다.
- 일회 방문시 면담 생활인 수는 30~50명 미만이 가장 많았고, 평균 44.3명 이었다.
- 월평균 활동비용은 250~300만원 미만이 가장 많았고, 평균 233.43만 원 이었다.

〈표 3-24〉 촉탁의 활동 현황 2: 촉탁의

구분		응답자수(명)	비율(%)	평균(표준편차)
월평균 시설 방문횟수	1~2회	0	0.00	6.19 (2.39)
	3~4회	12	44.44	
	5~6회	3	11.11	
	7~8회	7	25.93	
	9회 이상	5	18.52	
일회 방문 소요시간	1~2시간	2	8.00	5.44 (2.33)
	3~4시간	12	48.00	
	5~6시간	1	4.00	
	7~8시간	9	36.00	
	9시간 이상	1	4.00	
일회 방문시 면담 생활인 수	10명 미만	1	3.70	44.3 (34.9)
	10~30명 미만	6	22.22	
	30~50명 미만	13	48.15	
	50~80명 미만	5	18.52	
	80~100명 미만	1	3.70	
	100명 이상	1	3.70	
월 평균 활동비	150만원 미만	2	8.70	233.43 (39.5)
	150~200만원 미만	1	4.35	
	200~250만원 미만	4	17.39	
	250~300만원 미만	16	69.57	

○ 촉탁의 활동 현황(3)

- 촉탁의 활동내용은 정신과 상담 및 처방이 가장 많았고, 증상악화 등에 대한 위기개입, 증상 및 약물관리 교육, 심리상담 및 치료의 순이었다.
- 진료기록지는 대부분 작성하였으며 시설 내 보관이 많았다. 촉탁의 관련 교육은 절반 이상이 없는 것으로 나타났다.

〈표 3-25〉 촉탁의 활동 현황 3: 촉탁의

구분		응답자수(명)	비율(%)
활동내용 (중복응답)	정신과 상담 및 처방	26	100.00
	증상 및 약물관리 교육	19	73.08
	간호지시	14	53.85
	작업치료 및 사회복귀훈련 지도	15	57.69
	심리상담 및 치료	18	69.23
	증상악화 등에 대한 위기개입	23	88.46
	자·타해 위험에 대한 응급개입	17	65.38
	사례회의	11	42.31
	기타	0	0.00
진료기록지 작성	작성함	26	96.30
	작성하지 않음	1	3.70
진료기록지 보관 (중복응답)	의료기관	10	38.46
	시설내 보관	22	84.62
촉탁의 관련 교육 경험	있음	8	32.00
	없음	17	68.00

○ (촉탁의 대상) 촉탁의 운영의 효과성

- 촉탁의 운영에 대해 대부분 효과적이라고 인식하였다.
- 효과적이지 않은 이유로는 ‘진료하는 인원이 가장 많다’와 ‘지역에서 정신과 전문의가 부족하다’, ‘응급상황 등 필요할 때 도움을 주기 어렵다’가 높게 나타났다.

〈표 3-26〉 촉탁의 운영 현황 : 촉탁의

구분	응답자수(명)	비율(%)	평균
매우 효과적으로 이루어지고 있음	5	14.29	3.12
효과적으로 이루어지고 있는 편임	18	51.43	
효과적으로 이루어지지 않는 편임	2	5.71	
전혀 효과적으로 이루어지지 않고 있음	0	0.00	

〈표 3-27〉 촉탁의 운영이 효과적이지 않은 이유: 촉탁의

구분	1순위	2순위
지역에서 정신과전문의가 부족하다	3 (30)	1 (11)
진료하는 인원이 너무 많다	5 (50)	0 (0)
응급상황 등 필요할 때 도움을 주기 어렵다	1 (10)	8 (89)
촉탁의 비용 기준이 낮다	0 (0)	0 (0)
촉탁의가 소극적이다	0 (0)	0 (0)
시설의 관심이나 의지가 부족하다	0 (0)	0 (0)
기타	1 (10)	0 (0)

○ (촉탁의 대상) 촉탁의 진료인 수 및 활동 비용의 적절성

- 1회 방문시 진료인 수의 적절성은 대부분은 적절하다고 인식하였으며, 1인당 적정 생활인 규모는 평균 72.5명으로 나타났다.
- 촉탁의 활동 비용 또한 대부분 적절하다고 응답하였으며, 개선 방향으로는 진료인원별 진료비용 지급과 인건비 기준을 현실적으로 상향이 많이 나타났다.
- 촉탁의 운영 개선방안으로는 촉탁의 수 및 진료시간 확대가 가장 많았고, 그 다음의 촉탁의 비용 지원 확대, 그리고 촉탁의에 대한 세부 규정 마련의 순으로 나타났다.

〈표 3-28〉 1회 방문시 진료인 수의 적절성: 촉탁의

구분	응답자수(명)	비율(%)
적절하다	20	83.33
많다	4	16.67

〈표 3-29〉 촉탁의 1인당 적정 생활인 규모: 촉탁의

최소값	최대값	평균
20.00	150.00	72.50

〈표 3-30〉 촉탁의 활동 비용의 적정성: 촉탁의

구분	응답자수(명)	비율(%)
적절하다	21	80.77
적다	5	19.23

〈표 3-31〉 촉탁의 활동 비용의 개선 방향: 촉탁의

구분	응답자수(명)	비율(%)
인건비 기준을 현실적으로 상향	4	40.00
진료인원별 진료비용 지급	5	50.00
여비 등의 추가적 비용 지급	1	10.00
기타	1	10.00

〈표 3-32〉 촉탁의 운영 개선방안: 촉탁의

구분	응답자수(명)	비율(%)
촉탁의에 대한 세부 규정 마련	5	20.83
촉탁의 수 및 진료시간 확대	12	50.00
촉탁의 비용 지원 확대	10	41.67
촉탁의 교육 강화	3	12.50
촉탁의 위촉의 투명성 강화	0	0.00
촉탁의 활동에 대한 지도·점검 강화	0	0.00
기타	3	12.50

○ (촉탁의 대상) 정신과 약물치료 현황

- 정신과 약물치료는 대부분 효과적으로 이루어지고 진다고 인식하였다.
- 치료가 적절하지 않은 이유로는 증상의 변화에 민감하게 반응하지 못함이 가장 많았다.

〈표 3-33〉 정신과 약물치료 현황: 촉탁의

구분	응답자수(명)	비율(%)	평균
매우 효과적으로 이루어지고 있음	6	22.22	3.11
효과적으로 이루어지고 있는 편임	18	66.67	
효과적으로 이루어지지 않는 편임	3	11.11	
전혀 효과적으로 이루어지지 않고 있음	0	0.00	

〈표 3-34〉 정신과 약물치료가 적절하게 이루어지지 않는 이유: 촉탁의

구분	응답자수(명)	비율(%)
증상의 변화에 민감하게 반응하지 못함	11	73.33
개인별 차이를 고려하지 못하고 일괄 처방함	2	13.33
증상안정을 위해 다소 과다 처방되는 경향이 있음	1	6.67
약물 변경이나 선택 시 생활인의 의견을 반영하지 못함	0	0.00
약물 부작용에 대해 적극적으로 개입하지 못함	2	13.33
효과가 좋은 신약 사용이 제한됨	6	40.00
기타	3	20.00

제3절 지적장애인 거주시설 및 노숙인 시설거주 정신질환자의 의료이용 특성

가. 연구내용 및 방법

□ 연구방법

- 지적장애인 거주시설 및 노숙인 시설 거주 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 특성을 파악하기 위해서 시설 종사자를 대상으로 인터뷰를 실시하였다.
 - 인터뷰 참여자는 시설에서 5년 이상 근무하고, 정신질환(조현병, 우울증, 조울증 등)을 가지고 있는 생활인을 담당한 경험이 있는 자로서, 시설 협회 및 장애인복지 전공 교수로부터 추천을 받았다.
 - 인터뷰는 2019년 10월 2일부터 1개월간 진행되었으며, 지적장애인 및 노숙인 시설 종사자, 그리고 전문의 각각 3명씩 총 9명을 대상으로 실시하였다.
 - 9명 중 2명은 집단 인터뷰로 진행하였으며, 나머지는 모두 연구자가 시설 및 병원을 방문하여 인터뷰를 실시하였다.
 - 참여자의 특성은 다음 표와 같다.

〈표 3-35〉 인터뷰 참여자 특성

기관종류	번호	성별	연령대	학력	전문자격	근무경력
노숙인 시설 종사자	3-1-1	여	50대	전문대졸	정신건강간호사	19년
	3-1-2	여	50대	대학원졸	사회복지사	26년
	3-1-3	남	40대	대졸	사회복지사	15년
장애인시설 종사자	3-2-1	남	40대	대학원졸	사회복지사	18년
	3-2-2	여	50대	대학원졸	사회복지사	26년
	3-2-3	여	50대	대학원졸	사회복지사	37년
정신과 전문의	3-3-1	남	30대	대학원졸	정신과전문의	9년
	3-3-2	여	40대	대학원졸	정신과전문의	11년
	3-3-3	여	40대	대학원졸	정신과전문의	13년

- 인터뷰 질문은 정신질환을 가지고 있는 생활인 및 치료 현황, 시설에서 경험하는 어려움 및 지원 방안 등으로 구성하였다.
- 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈표 3-36〉 인터뷰 질문

구분	인터뷰 질문
시설 종사자	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 귀하의 시설에 중증 정신질환을 가지고 있는 생활인이 어느 정도 있으며, 주로 어떤 증상이나 진단을 가지고 있습니까? ▪ 정신질환으로 인해 생활인이나 시설에서 경험하는 어려움은 무엇입니까? ▪ 정신질환에 대한 약물처방 등 정신과적 치료는 어떻게 하고 있습니까? ▪ 치료는 효과가 있습니까? 도움이 되고 있습니까? ▪ 정신과적 위기상황에 대해 어떻게 대처하고 있습니까? ▪ 정신과적 의료이용에 있어서 생활인이나 시설에서 경험하는 어려움이나 한계점은 무엇입니까? ▪ 정신질환이 있는 생활인에게 필요한 의료적 지원은 무엇입니까?
전문의	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 귀하께서 진료하신 노숙인 및 지적장애인은 주로 어떤 증상이나 진단을 가지고 있습니까? ▪ 시설에 거주하는 노숙인 및 지적장애인의 외래 진료시 주로 누가 함께 방문하며, 정보를 제공합니까? ▪ 노숙인 및 지적장애인을 치료하는 과정에서 경험하는 어려움이나 한계점은 무엇입니까? ▪ 입원 치료가 필요한 경우, 입원과정에서의 어려움은 무엇입니까? ▪ 시설에서의 정신질환 관리 및 위기개입은 어떠하다고 생각하십니까? ▪ 정신질환이 있는 시설 거주 노숙인 및 지적장애인에게 필요한 의료적 지원 및 제도적 개선점은 무엇입니까?

나. 노숙인 시설 종사자 인터뷰 분석 결과

□ 입소 및 평가과정

○ 무조건적인 입소 의뢰

- 정신질환에 대한 판단이나 치료 없이 무조건 입소 의뢰함
- 노숙인 시설에서는 입소과정에서 정신질환에 대한 제대로 된 판단이나 치료가 없이 입소되는 경우들이 많았다. 물론 서울과 같이 다시서기지원센터 등을 통해 의료적 개입이 일차적으로 이루어지는 경우도 있었지만, 대부분의 지역에서는 경찰이나 행정에서 일방적으로 의뢰하는 경우 그대로 입소절차가 이루어질 수밖에 없다.

“이렇게 돌아다니다가 결국 이제 이렇게 뭐 경찰관서나 행정관서로부터 이 사람 어떻게 좀 해달라 했을 때 그분들이 모셔왔을 때에 어떤 그 정말 불분명한 그런 부분들. 그러니까 저희한테 그 몫을 다 줘버려요. 왔을 때. 어. “니들이 이 사람을 받아서 알아서 해라” 이렇게 네. 그러니 처음에 우리는 아, 이렇게 정신적으로 아까 경증은 바로 보호를 하고 하기는 하는데, 우리가 봤을 때도 좀 경증을 넘어섰다고 생각했을 때는 저희가 컨택하는 것 보다는 뭐 지역 내에 정신건강증진센터나 아니면 응급 뭐 입원이 가능한, 행정입원이나 이런 보건소에서 나름대로 좀 컨택을 해서 경찰하고의 어떤 이런 응급입원도 필요한 사람을 저의 원에 모시고 오는 경우도 있거든요. 네. 난리를 쳐요. 누가 봐도 정신적으로 너무 이 도를 넘어서는 사람인데 지역 안에서는 이 사람이 불편하다 그러면은 우리 시설로 데리고 와서 “어떻게 네들이 처리를 해달라”(참여자 3-1-1)

“그런 경우가 더 많아요. 병원 의뢰 보다는 지자체 의뢰가 더 많고 그 00도 내에서 발생하는 노숙인의 경우에 제대로 된 치료가 안 되고 오는 경우가 많아요. 사실 그것 때문에 시간을 좀 많이 쓰거든요. 정신건강 뿐 아니라 신체 건강에 대해서도 치료가 완전히 안 되고 오시는 경우 거기에 대한 의료보험을 책정하기가 시간이 좀 걸리기 때문에, 3개월 동안 의료비용을 어떻게 할 것인지...갑자기 입원을 하게 되거나 이런 경우도 많은데...그것 때문에 치료가 다 끝나고 오시면 좋겠다라는 생각을 많이 해요. 말씀은 드리는데 지자체 쪽에서도 여의치 않는 경우들이 많나 봐요.”(참여자 3-1-3)

○ 초기 평가의 어려움

- 과거력에 대한 정보 제한으로 인하여 초기 평가의 어려움
- 노숙인은 과거력에 대한 정보가 전혀 없기 때문에, 본인이 정확하게 의사

표현을 하지 않는 이상 초기평가가 어려울 수 밖에 없다. 단지 입소 상태만으로 판단을 내려야하기 때문에 애매모호한 경우 그대로 입소될 수 밖에 없다.

“처음에 입소하실 때 아무런 과거력을 저희가 알 수 없을 때. 본인은 얘기를 하지만 이게 정확하지 않고. 그 다음에 봤을 때 정신과적인 문제가 지금 현재 대두되는 것도 아니고 과거부터 있었던 것 같은데 과거를 본인이 표현하지도, 정확하게 표현하지도 못하는 경우에 그거를 예측하기가 어려움이 있어서. 네. 그게 되게 조금 어렵습니다. 첫 인터뷰가 되게 중요한 거 같고요. 네, 네. 그래서 아까 말씀하셨듯이 저희도 이제 첫 인터뷰 했을 때 정신과적인 문제가 있는 경우에 구별 딱 해서 진료를 보기가 쉽지 만 거기서 애매모호한 경우에 진료를 안 보고 생활 층으로 올라갔을 때는 그 다음에 진료 보기는 훨씬 어렵습니다.” (참여자 3-1-2)

〈표 3-37〉 노숙인 시설 종사자 인터뷰 분석 주제 범주표

범주	주제
입소 및 평가 과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환에 대한 판단이나 치료 없이 무조건 입소 의뢰됨 과거력에 대한 정보가 없어서 초기 평가가 어려움
정신건강 서비스로의 접근 과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환으로 인해 타 생활인과 직원이 고통 받음 본인이 동의하지 않는 경우 병원에 가기까지가 매우 힘듦 위험부담을 온전히 시설에서 다 져야 함 정신의료기관의 부족과 거부로 정신건강서비스 이용이 매우 어려움
정신건강 서비스 이용과정	<ul style="list-style-type: none"> 짧은 면담으로 판단이 어려움 정신과 약물치료의 딜레마 행정입원 절차가 까다롭고 시간이 많이 걸림
시설에서의 지원과정	<ul style="list-style-type: none"> 위기상황에 대한 대처의 어려움 책임지고 도와줄 수 있는 기관이 없음 정신건강 전문인력이 없어서 판단과 대처가 어려움 축택의 규정은 있으나 예산지원이 안됨 정신요양시설 입소가 어려워 열악한 인력으로 대체 기능을 하고 있음

□ 정신건강 서비스로의 접근 과정

○ 공동생활에서 발생하는 주변인의 고통

- 정신질환으로 인해 타 생활인과 직원이 고통 받음
 - 일단 입소가 이루어진 후 정신과적 증상이 드러나기 시작하면, 그로 인해

공동생활을 하는 나머지 생활인과 종사자들의 고통이 클 수밖에 없다. 특히 공격적인 행동이나 자·타해의 행동이 나타날 경우 같은 공간에서 함께 지내는 생활인들이 참고 견뎌야 하는 고통이 크다.

“그 법으로 정신장애인들이 보호받는 부분도 있지만 너무 어...방치 아니면 누가 손댈 수 없을 뭐 어떤 그런 상황도 더 많다 저는. 인권을 중심에 뒀을 때는 그 사람의 인권은 보호되지만. 그 사람으로 하여금 다른 사람의 인권은 보호되는 게 하나도 없어요. 우리는 인권이 없어요. 그 사람들이 그냥 말 그대로 와서 뭐 XX 뭐야? 어? 네들이 뭔데 나한테 이래? 하면 거기에 둘러싼 저희의 인권은 그냥 바닥을 쳐요. 네. 그리고 경찰이나 뭐 그런 사람들한테도 “네들이 하는 일이 뭐냐? 네들이 이 사람 보호하는 게 네들이 하는 일이 아니냐?” 이렇게 얘기를 할 때 정신장애인 금방 그냥 어떤 정신적인 문제로 팔팔뛰는 사람을 우리가 보호할 수는 없잖아요. 우리가 치료기관이 아니기 때문에. 사회복지시설이고, 노숙인시설인데.” (참여자 3-1-1)

“그런데 저희가 이제 그 안에서 열 분되는 분하고 같이 생활을 하려고 하면 그 기간까지 같이 생활하는 생활인들이 그거를 참아주고 인내해주는 게 아니다 보니까. 그게 어려움이 있는 거예요. 어떤, 어떤 방인 경우에는 그래도 좀, 이렇게 조금 점잖으신 분들이 좀 많은 방에는 아, 그러려니 이렇게 하지만. 조금 까탈스럽고 좀 예민한 분들이 있는 방인 경우에는 조금 그거를 어렵고.” (참여자 3-1-2)

“사실 근무자들 입장에서는 그런 분들이 있으면 자진 퇴소 해주기를 더 바라는 입장이에요. 여기에 있으시면 감당이 안되고 다른 분들이 너무 힘들어하시고...저희가 또 모시고 가려면 완강히 거부하시고 그런 경우에는 경찰을 부르는데 그런 분들을 모시고 가게 되면 그때부터 협박 아닌 협박을 계속 받아야 되고...조금 인지가 잘 되시는 분들은 소송을 하겠다는 분들도 계시고 그래도 모시고 가는데 거기에 대한 직원들의 불편사항이 너무 많으니까 아예 그런 것을 안하고 싶어해요. 왜 내가 괜히 여기에 개입해가지고 그런 이야기 듣고...내가 불안해 할 필요도 없고...”(참여자 3-1-3)

○ 의료기관 방문을 위한 당사자 동의 구득의 어려움

- 본인이 동의하지 않는 경우 병원에 가기까지가 매우 힘들
- 정신과적 증상이 나타나지만 본인이 동의하지 않거나, 인식이 부족한 경우 정신의료서비스를 받기까지가 매우 힘들다. 시설에서 치료를 강제로 할 수 있는 권한이 전혀 없기 때문에 본인이 동의할 때 까지 설득하고 기다려야 하는 과정이 어렵다.

“본인이 어떤 자기 병에 대한 인식이 부족하고 이럴 때는, 그런 사람들이 더 어렵습니다. 진단이 없는 사람. 근데 저희가 육안으로 봤을 때도 저희가 뭐 아주 전문가가 아니

지만 거의 뭐 20년 넘게 근무를 하다보니까 분명히 봤을 때 이 사람은 치료가 필요한데도 본인이 “어, 나는 아니야” 라고 했을 때는 누구든 간에 그 사람한테 “당신 필요, 어, 치료가 필요합니다”라고 얘기할 수 있는 사람은 정신과 의사나, 근데 정신과 의사 앞에 데려다 놓기가, 그 절차가 너무 어렵다는 거죠.”(참여자 3-1-1)

“오시는 분들이 병식이 있으시거나 치료를 받아본 경험이 있으시면 괜찮은데 그렇지 않은 경우가 생각보다 많아서...경계선상에 있으신 분들도 많으시고...그런 경우에 정신과 진료에 대한 거부감이 있으시고 그럼 이것을 설명을 드리고 말씀 드리는 것이 굉장히 어려워요. 그래서 이야기를 해서 도움을 좀 받자 라고 하는데 그렇지 않은 경우도 있고...”(참여자 3-1-3)

○ 노숙인 시설의 위험부담

- 위험부담을 온전히 시설에서 다 져야 함

- 시설에 정신과적 증상이 있는 생활인이 있으면 온전히 시설에서 그 책임을 다 떠안아야 함. 치료에 대한 동의가 되지 않는 상황에서, 정신건강복지센터나 전문 의료인력의 지원이 없고, 시설에서 위험부담을 안을 수밖에 없음.

“그래서 뭐 지역의 정신건강증진센터의 어떤 역할도 좀 해주고. 보건소가 행정임원이든 뭐든 해가지고 뭔가 좀 행정에서 책임지고 “아, 이 사람, 어, 어. 병원에 보냅니다” 이렇게 해, 처리를 해줘야 될 사람까지 “네들이 데리고 있어. 아무 문제없을 거야. 우리가 잘 있으라고 했어” 잘 있어요?. 근데 우리는 모시려고 최선을 다했는데 딱 그 순간에 “네들이 관리부실이다” 이렇게. 근데 그런 일이 언제 터질지도 모르잖아요. 그래서 이제는 좀 정신적으로 좀 문제가 있다하면 저희가 이제, 이제, 딱 이제 거부하는 거예요.”(참여자 3-1-1)

“그러면 우리는 뭐 나름대로 지역 안에서 이 사람을 도와줄 수 있는 기관에다가 하면 그 기관은 어? 뭐 회원이 아니다. 아니면 우리가 지금 해줄 수 있는 건 없다. 뭐 어쩌고, 우리도 절차가 필요하다. 그거를 무슨 응급으로 할 수 있는 사람이 아무도 없는 거예요. 그런데 저희는 노숙인 재활이잖아요. 그럼에도 불구하고. 우리가 할 수 있는 건 그럼 이 사람을 설득해서 병원에 가야되는데 우리가 설득이 안 되면 정말 그 사람은 공중에 뜨는 거예요.”(참여자 3-1-2)

○ 이용 가능한 정신의료기관 부족

- 정신의료기관의 부족과 환자 거부로 인해 정신건강 서비스 이용이 매우 어려움
- 본인이 치료에 대한 동의를 하더라도, 치료를 받아주는 정신의료기관을 찾기가 어렵다. 노숙인에 대한 거부감이 크고, 신변처리가 안 되는 경우 다른 환자에게도 피해를 주기 때문에 치료나 입원을 거부하는 경우가 많다.

“어떤 정신과 진료를 하는 기관들이 있죠. 저희 00 같은 경우에는 뭐 좀다보니까 그냥 뭐 병원이 한 서너개 있어요. 네, 정신과 병원이. 네, 네. 그 병원에, 어, 어. 나름대로 그 사람한테 맞는다고 생각되는 병원에 의뢰를 하죠. 그런데 병원에서조차 저희는 몰랐는데 병원에 데리고 갔을 때. “어? 이 사람 우리 입원한 적이 있어. 이 사람 그냥 아웃이야. 못 받아줘. 뭐 이런 상황이죠. 그 지역에서 이미 아웃된 환자이예요. 너무 이 문제를 많이 일으켜서. 그니까 노숙인 시설은 그런 게 많이 돌고 돌아요. 그래서 아, 그러면 이게 우리도 어쩔거나 그 사람을 해결해줘야 되잖아요. 그럼 다른 병원에 전화를 들고 와요. 뭐 흥길동 있는데 지금 우리가 봤을 때는 의사 상담이 필요하고 입원이 필요하다. 우리도 못 받아요. 이렇게 하지. 그러면 최후의 수단은 그러면 최근에 살던 곳은 어디냐? 근데 이 사람도 이제 이렇게 돌고 돌다가 그러면은 어디 다른 데에 도와 줄 수 있는 곳. 어떤 다른 시설을 우리가 한 번 우리가 소개해줄까? 뭐 이렇게. 네. 저희는 이제 너무 60명이고 너무 보이는 곳이니깐 그 사람을 모시고 있을 수가 없어요. 그러면은 어떤 뭐 00도 인근이라든가 00도 인근에.”(참여자 3-1-1)

*“저그 다음에 저희가 인근에 있는 00병원에 모시고 가도 거기서 입원을 안 시켜줘요. 그러다보면은 저희가 이제 주로 가는 그 시립 **정신병원에 가는데. 거기는 또 관할이 ##도다보니까 관할이 아니다. 네. 이래서 저희가 되게 힘들어요. 그런 부분에 있어서요.”(참여자 3-1-2)*

□ 정신건강 서비스 이용과정

○ 외래 진료의 한계

- 짧은 면담으로 판단 및 치료가 어려움
- 정신과 외래를 가더라도 짧은 면담으로 충분한 판단과 치료가 이루어지는 어렵다. 노숙인 스스로 자신의 증상이나 불편함에 대해 잘 표현하지 못할 뿐만 아니라 종사자도 어떠한 정보를 제공해야하는지 잘 모르기 때문에, 의사가 잠깐 보고 판단내리기란 더욱 어렵다.

“정확히 하실 수가 없는 상황이어서...짧은 면담... 한 10분? 내외? 또 그런 면담 가지는 파악하기가 힘드시고...면담하실 때는 다 좋아요. 컨디션도 다 좋으시고. 그나마 만성적으로 오래 계신 분들 같은 경우 병식이 좀 있으시면 자기가 이런저런 이야기 편하게 하시는 분들도 계신데 그렇지 못한 분들이 많은 것 같아요”(참여자 3-1-3)

○ 정신과 약물치료의 딜레마

- 종사자들은 정신과 약물치료에 대한 딜레마 경험함

- 정신과적 증상이나 문제행동을 조절하는 데에는 약이 매우 효과적이기는 하지만, 그로 인한 부작용으로 오히려 더 일상생활이 안 되거나 망가진다고 느끼고 있었다.

“안타까워요. 그래서 저번에는 이제 그런 분이 계셨어요. 그런데 약을 좀, 좀 더 하나까 부딪힘은 없는데 너무 가라앉아서 화장실 가다가도 넘어지고. 막 이러니까. 그러면 우리 그냥 의사선생님하고 얘기해서 그냥 약을 먹이지 말자. 넘어져서 다치는 것보다는 좀 싸우는 게 낫지 않아? 오죽하면.”(참여자 3-1-1)

“저희는 약으로 어떤 그런 거를 좀 뭐... 너무 사람 가라앉게 하는 건 아니라고 보는데. 그런데 이제 일상생활이 안 될 때는 저희도 어쩔 수 없이 선생님이 약 조절도 해야 되고 하나까 당분간 입원을 좀 시키자라고 하는 경우도 있어요. 저희는 최대한 장기 입원은 안될려고 최대한 최소한 입원 기간을 잡자고 하거든요. 그러면은 약만 조... 잘 조절되면 어... 뭐 한 달이라도... 그런데 뭐 보름이라도 하는데... 뭐 사실 이게 보름동안이라도, 보름동안도 약 조절이 잘 안 되는 경우도 많더라고요. 여지껏 제가 했던 경험들 봤을 때. 그래서 저희 같은 경우는 그게 약이 좋기도 한데. 약이 또 사람을 망가뜨리기도 하거든요. 일상생활이 안 될 정도로. 그래서 그게 참 딜레마예요.”(참여자 3-1-1)

○ 행정입원의 문제점

- 행정입원 절차가 까다롭고 시간이 많이 걸림

- 정신과적 증상이 심해져서 입원이 필요한 경우 응급입원은 거의 어렵고, 행정입원 절차를 거쳐야 한다. 그런데 행정입원 절차가 매우 복잡하고, 최소 10일 이상이 소요되기 때문에 현실적으로 어렵고, 그 기간까지 시설에서 견디는 과정 또한 쉽지 않다.

“저희가 진료 보는 분들이라 하더라도 갑자기 상태가 안 좋아지잖아요. 근데 이제 행정 입원 절차도 시일이 많이 걸리다 보니까 입원을 상태가 안 좋아서 입원을 해야 되는데 그 행정입원이라고 해도 그 기간이 길게 음...걸리니까 그게 행정 입원일까? 최

소 열흘 이상 걸려요. 일단은 저희는 그게 되게 어려워요. 절차가 어려운 게 아니라 시간이 많이 걸려요. 그러니까 구청에서 이제 저희가 공문을 만들어서 구청에 발송을 하면 구청에 담당자가 그거를 이제 병원으로 보내고. 병원에서 이제 연락을 받아서 대면을 가요. 대면을 가는데도 시간이 걸리고. 그 다음에 이제 대면진료를 보고나서 다시 그 병원에서 구청에 상황에 대해서 결과보고 하면 그 결과보고에 따라서 저희한테 통보도 해주고. 병원에 통보해주는데 그러고 나서 다시 임원을 하는데 걸리는 시간이 최소 10일 이상 걸려요. 그리고 구청에 담당자가 휴가를 갔거나 그러면 대책이 없는 거예요.”(참여자 3-1-2)

□ 시설에서의 지원과정

○ 위기상황 대처의 어려움

- 인프라, 가이드라인 부재 등으로 인해 위기상황에 대한 대처의 어려움
- 시설에서는 정신과적 증상이 심해지거나, 갑자기 재발하는 경우 즉각적으로 대처하기가 어렵다. 필요할 때 지원받을 수 있는 전문가가 없고, 정기적인 외래 진료 때까지 기다려야 하기 때문에 시설에서 온전히 부담을 져야 하는 상황이다.

“네. 저희가 이제 조금이라도 변화가 있으면 그 때, 그 때 진료를 보면서 본인 상황에 맞춰서 얘기를 하긴 하지만. 그런데 갑작스럽게 돌변하는 경우에는 저희가 예측하지 못한 상황이었을 때는 어... 그때는 좀 당황스럽기도 하는 데. 그럴 때가 제일, 그때 이제 평일인 경우에는 진료를 보러 가지만 휴일이나 아니면 연휴 이럴 때 이제 조금 어려움이 있어요.”(참여자 3-1-2)

“(의사가 상주를 할 때는) 빨리빨리 협조가 되어가지고 바로 확인하는게 되었는데 굳이 우리가 멀리까지 가다 보면 그사이에 이야기가 달라지고 그러니까...그것이 제일 어려운 것 같아요. 저희 여기 오시는 분들 상황도 여기 계시는 분들 같으면 잘 알고 계시는데 이런 문제가 있겠구나 잘 아실 텐데 그런 것이 빨리빨리 캐치가 안 되니까...그게 어렵고...”(참여자 3-1-3)

○ 제한적 인프라

- 책임지고 도와줄 수 있는 기관이 없음
- 시설에서는 정신과적 증상이나 자·타해 행동에 대해 온전히 부담을 져야 하지만, 지역사회에서 이를 책임지고 도와줄 수 있는 기관이 없다. 오히려 시설에 책임을 미루거나, 소극적으로 대처하는 경우가 많다.

“정말 당장 난리치고 “너 죽일 거야” 칼을 잡아 드는 데도 경찰을 불러요. 아니 경찰이 “우리도 어쩔 수 없다” “이 사람이 직접 위해를 가해야 된다.” 이렇게 얘기할 때가 있어요. 그럼 누구하나 죽어야 민원처리를 할 거냐. 그러면 보호소 불러서 72시간 동안 만이라도 응급입원을 시켜라. 행정입원을 시켜라 그런데 그거조차도 이게 나중에 이 사람이 뭐라고 할 때 어떤 책임 소재 때문에 다 싫다고 하는 거예요. 그러면 “우리가 단지 노숙인 시설일 뿐인데 우리가 할 수 있는 게 뭐가 있겠냐?” 그래서 지역에 뭐 경찰이나, 뭐 행정기관이나 늘상 싸우는 게 그거예요. 도와는 쥐야되는데. 한계가 있는 거죠. 그러면 서로 협업만 하면 충분히 가능한데 그 협업이 책임 소재 때문에 늘 딜레마예요”(참여자 3-1-1)

“제가 생각하기에는 의사소통이 빨리빨리 되었으면 좋겠다는 생각도 들고 자문하고 협조는 잘해주시기는 한데 거기가 바빠보이시기도 하고...문제가 생겼을 때 적극적으로 같이 개입을 해주셨으면 해요. 우리가 감정적인 리스크가 제일 크잖아요. 입원을 하셔야 하는데 거기서 오는 마찰도 분명히 있고 그랬을때 누군가 대신 해줬으면 하는게 마음 속 깊이 누구나 다 있고요...거기에 따른 책임소재에 대해 자유롭게 못한 것도 그렇고...그래서 피해를 안 받는 선에서 소극적으로 대처하는 것 같고...그러다 문제를 키우는 것도 있는 것 같고...”(참여자 3-1-3)

○ 정신건강 전문인력의 부족

- 정신건강 전문인력이 없어서 판단과 대처가 어려움
- 시설내에서 가장 필요로 하는 것은 정신건강 전문인력이 배치되는 것이다. 요양시설의 경우 인력규정에 정신건강 전문인력이 없으며, 재활시설의 경우 포함은 되어 있으나 낮은 처우로 인해 인력을 확보하기가 현실적으로 어렵다. 시설내에 인력이 배치된다면, 초기 평가나 적절한 서비스 연계가 보다 효과적으로 이루어질 것으로 기대하였다.

“사실 제일 필요하다 생각했던 것은 전문 인력인것 같아요. 상황을 좀 빨리 캐치하고 저희가 만성환자들도 있지만 아예 초기진료 자체를 안 보신분들도 좀 있어가지고...분명히 증상은 있으신데...한번도 진료 경험이 없으신 분들이 있어서...거기에 대한 판단을 빨리 못하는 것 같아요. 경계선 상에 모호할 때...빨리빨리 모르니까 대처가 안 되는거고 결국에는 그것이 나중에 만성화되기도 하고...그래서 그런 것을 초기 면접할 때 같이 좀 적극적으로 개입할 수 있는 사람이 있으면 좋겠다는 생각이 들어요. 초기 면접 뿐만 아니라 여기 계시면서도 증상관리가 잘 되다가 어느 순간 또 안되고 그러시니까 안되셨을때 이분들에게 어떤 조치를 취할 수 있는지...그런 프로그램을 할 수 있고...재활쪽으로...인력이 있으면 결국 정신보건요원 이야기인데 안 오니까...”(참여자 3-1-3)

“재활시설은 이제 정신건강전문요원을 추가하게 해줬단 말이에요. 그런데 공고를 내도 이력서를 안내요. 왜? 노숙인 시설에서 일하는 거는 뭐 이... 경력 인정도 안 해주고, 메리트가 없는 거예요. 그리고 페이도 저희 지금 현재 노숙인 시설이 다른 공통 기준에 비해서 좀 낮거든요. 그래서 전문요원들이 안 오려고 해요.”(참여자 3-1-1)

○ 예산지원의 한계

- 촉탁의 규정은 있으나 예산지원이 안됨
- 촉탁의의 경우 규정은 있으나 예산지원이 없는 상태에서 실제적으로 활용하는데 한계가 있다. 촉탁의를 둘 경우 기존 인건비 내에서 비용지출이 이루어져야 하므로, 현실적으로 활용이 어렵다.

“근데 이제 만약에 예전에 노숙인 법이 없을 때는 촉탁의가 생길 때는 예산을 다 지원을 해가지고 촉탁의를 쓰는 시설들이 많았어요. 그런데 중간에 이게 촉탁의 예산이 좀 낭비다. 어떤 실... 실효성이 없다. 병원에 갈 수 있는데 뭐 처방을 못해주면 이중적으로 병원 가서 다시 처방을 받아서 투약을 한다 그러면 그거는 좀 낭비 아니냐. 여러가지로 저희 같은 작은... 소도시는 그런 부분들이 많아가지고 중간에 예산을 그냥 잘랐단 말이에요. 그런데 이제 법이 바뀌고 법안에 촉탁의가 있는데 촉탁의를 안 쓰냐. 이렇게 이제 뭐 이렇게 지도점검이 오면 지적을 해요. 그런데 예산을 줘야지. 다른 직원 인건비에서 촉탁의 인건비를 줄 수는 없잖아요.”(참여자 3-1-1)

○ 정신요양시설 입소의 제한

- 정신요양시설 입소가 어려워 열악한 인력으로 대체 기능을 하고 있음
- 노숙인 시설에 입소 후 일상생활이 어느 정도 이루어지고 나면, 오히려 정신과적 증상에 대한 개입이 더 중요해진다. 따라서 노숙인시설보다는 정신요양시설 입소가 더 적절할 수 있지만 대부분 무연고자인 상황에서 정신요양시설의 입소가 제한된다. 노숙인시설인 많은 경우 정신질환자이지만, 정신요양시설보다 더 열악한 인력 기준으로 이들을 지원하고 있는 상황이다.

“요양시설이 뭔가 연고자나 그런 것을 일일이 다 확인을 해야하고...그런 입원동의나 이런 것이 없으면 제가 대중 알기로는 어렵다고 알고 있어요. 아주 심한 경우에는 저희가 의뢰를 해보기는 하는데 아까 말씀 드렸드시피 그런 기준점을 못 맞추는 경우가 더 많은 것 같아요. 저희가 봤을때 심하신분들은 정신요양시설에 들어가는게 맞는 것 같은데... 조건이 생각보다 많이 까다로운 것 같았어요. 연고자에 대한 부분을 하나하나 확인해야하고 동의를 있어야하고 정신요양시설이 노숙인 시설보다 더 안 좋더라고

요. 폐쇄병동같은 느낌을 가지고 계실거고...늘 우리가 이야기하는 것들 중 하나가 노숙인 시설에서의 인력배치에 대해서 이야기를 하거든요. 생활지도인이 50인당 1인이예요. 저희가 240분 계신데 총 직원이 40명인데 조리원 7명, 원장 사무국장 경비 등 등 다 합쳐서요. 인력이 사실 너무 적은게 문제고 그걸 자부담 비율, 지자체에서 허가해주는 범위 안에서 조금씩 늘리기는 하는데 아직은 좀 많이 부족해요. 또 정신요양시설 수준은 되야하지 않을까..."(참여자 3-1-3)

다. 지적장애인 시설 종사자 인터뷰 분석 결과

□ 입소 및 평가과정

○ 복합 정신질환에 대한 입소 제한

- 정신질환이 중복으로 있는 경우 입소가 어려움
- 최근 지적장애인 시설에서는 정원을 줄이고 신규입소를 제한하는 상황에서 정신질환이 중복되어 있으면, 시설 입소가 어렵다. 이럴 경우 정신질환자 시설에도 지적장애가 중복되면 입소 제한이 크기 때문에 사각지대에 놓일 가능성이 높다.

"정원을 줄이는 추세라 입소하기가 힘들어요. 물론 심하지 않으면 크게 제한은 없을 것 같아요. 보통 시설에서 1달에서 3달정도 체험 기간이 있는 곳도 있으니까, 심하신 분들은 안 받게 되는 거죠. 특히 단체생활이 힘들면 지내기 힘들죠"(참여자 3-2-1)

○ 발달장애인의 정신질환 진단의 어려움

- 발달장애인의 의사표현과 정보 한계로 인해 진단이 어려움
- 발달장애인의 경우 의사표현이 제한되기 때문에 자신의 증상이나 불편함에 대해 언어로 표현하는데 한계가 있다. 또한 가족이나 주변 사람들의 관찰이나 정보에 차이가 있을 수 있어 정확한 평가나 진단이 어렵다.

"발달장애의 특성상 당사자의 의사표현이 어려운 경우에 가장 큰 한계를 느낌. 이용인이 본인의 병식을 자각하거나 증상을 언어로 표현하기 어려우므로 주변에서 관찰하는 지원자의 안목과 생각에 영향을 많이 받게 됨. 또한 약물 부작용이 있더라도 본인이 표현하지 못하거나 부작용이 장애의 특성과 비슷하여 관찰이 어려운 경우도 있음"(참여자 3-2-3)

"저희는 부모님들이 상담할 때에는 주관적인 판단으로 이야기하는 경우가 있어요. 그

래서 최근 여성장애인 부모님께 어떻게 이야기하냐면, 진료를 저희랑 같이 가자고 해요. 저희는 핸드폰 촬영을 하거든요, 부정적 행동을 하거나 가해 행동을 할 때, 촬영을 해서 의사선생님한테 보여주고, 이런 모습이 보였다...이러면 부모님이 이야기하는 거와 다르니까...그렇게 하는 경우가 있어요.”(참여자 3-2-2)

“발달장애는 정말 의사선생님이 관찰할 수 있는 시간을 드리는 것도 좋을 것 같아요. 우리가 이야기해봤다 교대근무하면서 직원들이 그때 잠깐잠깐 본 것만 이야기하거든요...그것도 다 제대로 관찰한 것이 아니라...그러니까 진단을 위한 입원 정도는 가지고 진단을 받아야지...”(참여자 3-2-3)

○ 발달장애인의 정신과적 증상 구분의 한계

- 정신과적 증상과 발달장애 특성을 혼재하여 인식함
- 발달장애의 특성과 정신과적 증상을 구분하기가 쉽지 않다. 특히, 정신과적 증상을 모두 발달장애의 특성으로 이해하여, 증상을 더욱 악화시키거나 적절하지 않은 개입을 할 가능성이 있다.

“지적장애로 몰아놓고...자폐성 장애는 공격적이다...이런 말이 나오는데 이게 사실은 자폐성 장애가 공격적인 것이 아니거든요. 분명히 정신적인 어떤 증상을 가지고 있는 거거든요. 그러니까 이런 오해까지 불러 일으키는거죠. 그러니까 발달장애 안에 두가지는 뭐라고 말할 수 없는 장애를 다 발달장애에다가 그 범주안에 집어넣고...”(참여자 3-2-3)

“전문가가 아닌 상태에서 인권적인 부분만 배워서 오셔서 엉뚱한 소리를 하는 경우가 많거든요. 오히려 모든 병력이나 양상들을 이해하지 못하니까 악화시키는 경우가 많아요. 그래서 힘들게 하는 경우가 있거든요.”(참여자 3-2-2)

〈표 3-38〉 지적장애인 시설 종사자 인터뷰 분석 주제 범주표

범주	주제
입소 및 평가 과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환이 중복으로 있는 경우 입소가 어려움 의사표현과 정보 한계로 인한 진단의 어려움 정신과적 증상과 발달장애 특성을 혼재하여 인식함
정신건강 서비스로의 접근 과정	<ul style="list-style-type: none"> 나머지 생활인의 피해보다 한 사람의 보호가 더 우선시 됨 정신과적 개입에 대해 인권 침해의 두려움이 큼 가족동의가 안 되는 경우 시설에서의 권한은 없음
정신건강 서비스 이용과정	<ul style="list-style-type: none"> 발달장애에 대한 정신과전문의의 낮은 이해 약물치료의 딜레마 신변처리가 안 되는 경우 입원을 받아주는 병원이 없음 지적장애인을 위한 의료서비스가 확충되어야 함 입원치료 후 좋아져도 시설에 돌아오면 다시 반복 재발됨
시설에서의 지원과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신과적 증상에 대한 대처를 하기 어려움 지역사회에서 지원받을 곳이 없음 정신건강 전문인력을 배치할 수 있는 규정 마련이 필요함 일상 생활 속에서의 통합적인 개입이 필요함 정신과증상이 심한 경우 결국 갈 곳이 없음

□ 정신건강 서비스로의 접근 과정

○ 당사자 인권 우선의 문제

- 나머지 생활인의 피해보다 한 사람의 보호가 더 우선시 됨

- 발달장애인 시설의 경우 인권에 대한 민감성이 높아지면서, 정신과적 증상을 보이는 생활인의 보호가 더 우선시 된다. 따라서 별도의 독립적인 생활 공간을 제공하여 다른 생활인과의 접촉이나 자극을 줄이려고 노력하고 있다.

“그래서 입원해야 하는데 못하고 저렇게 단독으로...일반 사람들 같으면 저 사람은 문제를 일으키는데 혼자 집 쓰게 해주고...이게 상대적으로 다 그렇게 쓰고 싶은 사람도 있을 텐데...저 사람은 피해를 주는데 저렇게 쓰게 하고...자기들은 참고 있는데...저는 여기서도 분노가 일어날 것 같아요. 그런데 문제부터 우선은 해결해야 하니까...발달장애인들은 자기 그런 권리도 찾지 못하고 주장도 못하니까...”(참여자 3-2-3)

“그것이 문제가 다른 이용인들을 보면 어떻게 해야 하는데, 그렇다고 약을 쓰는 것은 최후의 방법이기도 하니까. 그분이 기분이 안 좋을 때 다른 분들과 격리하는 방법을 취해요. 요즘은 형사적인 문제가 될 수 있어요. 잘못해서 폭력사태가 생기면 법적으로

문제가 될 수도 있어요. 상대방에서 폭력사태에 대해서 심하게 나오면 퇴소를 해야하는 경우가 있을 수 있다. 그래서 많이 조심하고 있어요”(참여자 3-2-1)

○ 인권 침해에 대한 두려움

- 정신과적 개입에 대해 인권 침해의 두려움이 큼

- 발달장애인의 문제행동에 대해 정신과적 개입을 한다는 것이 인권 침해가 될 수 있다는 두려움이 있었다. 특히 약물치료에 대한 불편함이나 거부감으로 인해 오히려 적절한 치료를 미루게 된다.

“도전적 행동을 했을 때 어떻게…대부분 그것도 행동치료예요. 행동치료에 대한 이야기이지 이게 약물치료와 접목한다…이렇게 접근하지는 않는 것 같아요. 그런데 그렇게 접근하면 이게 대부분 무슨 인권적인 부분의 침해라고 생각하니까. 약물은 보존적인 행동을 해야하는게 맞거든요. 그런데 보호자분들도 약 늘어나는 거 싫어하고. 우리도 약을 투약하는 거에 대해서 미안한 마음을 가지고…”(참여자 3-2-2)

“일반 사회복지사들은 정신증을 가지고 있으나 가지고 있지 않으나 참 성숙하지 못한 인권이 너무 강요된 것 같아요. 그러니까 우리만이 아니라 다른 곳도 마찬가지인데, 그러니까 뭘지 모르니까 그냥 조심만 하는 거예요. 그런데 이분은 딱 방법을 쓰시더라고요.”(참여자 3-2-3)

“실재적이고 위협적인 타해가 발생할 때, 거주시설에서 직원이 신체적으로 개입하는 데는 한계와 제약이 큼. 폭력피해 자체 뿐만 아니라 신체적 제지시 만일 발달 장애인이 다치게 되면 이는 인권문제의 소지가 다분하기 때문에 소극적 방어와 폭력피해를 당하는 것 외에는 취할 수 있는 대처가 없음”(참여자 3-2-3)

○ 가족 동의의 중요성

- 가족 동의가 안 되는 경우 시설에서의 권한은 없음

- 가족이 있는 경우 가족이 동의하지 않으며 정신과 치료를 받게 할 수 있는 권한이 시설에는 없다. 후견인도 마찬가지이다. 따라서 가족을 설득하고, 가족의 참여를 이끌어 내는 어려움 또한 시설의 몫이다.

“지금 시설에서는 권한이 없어요. 입원을 시킬 수 있는 권한도 없고, 최근에는 가족까지 불러와야 하는 이런 상황이에요. 그러다 보니까 어머니…이제 뭐 이분은 이래서 저런 기관을 찾아야 할 것 같습니다. 그러면, 우리 아이가 왜요? 지적 장애가 이런 특성을 가진다고만 생각하지 전문적인 진단이나 이런 것을 필요성을 못 느끼는 거죠.”(참여자 3-2-3)

“관계를 묻고, 간호사라고 하는데도, 우리가 여기 간호사라고 하는데도 예... 안된다 고...그래서 차트가 우리 00에서 출발해서 계속 장기간 해온 것은 의사가 이력라는데 이제 저쪽에서 살다가 누나가 보호하다가 병원을 다녔고 시설에 입소했다가 그럼 그 누나가 와서 하는 거예요. 이런 어려움이 있죠.”(참여자 3-2-3)

□ 정신건강 서비스 이용과정

○ 의료진의 발달 장애에 대한 낮은 이해도

- 정신과 전문의가 발달장애에 대한 이해가 낮음

- 지역사회와 정신의료기관의 경우 발달장애인을 치료해 본 경험이 없고, 발달장애인의 특성에 대해 잘 알지 못해서 적절한 치료가 이루어지지 못하는 경우가 있다. 따라서 협력적인 의료기관이나 전문가를 찾아야 하는 것도 시설에서의 어려움 중 하나이다.

“정신과 병원은 대부분 지역사회는 의원이잖아요. 그런 분들이 이런 발달 장애인에 대해서 이해를 하실까라는 생각이 들거든요. 물론 알겠죠. 아시겠지만 그렇게 잘 이해 할거라고 보지는 않거든요. 그리고 실제로 저희도 진료를 받았는데, 다시 다른 병원으로 의뢰를 해 주시더라고요.”(참여자 3-2-2)

“주로 그런 병원은 안 가는데요, 그냥 환자인 거죠. 그런 이런 특성이 있는 것이 안되고, 그런 설명만 듣고, 장애인이 표현을 못하니까...그러니까 약 주고, 이런 분들도 만나기도 하고...좀 더 발달 장애인들의 특성을 좀 고민하면서 만나 주시는 분들...그래도...그런데도 아직 같이 사는 사람 성향에는 차지 않는데 일단은 그런 곳만 찾아다니는 곳이 이런 곳이에요.”(참여자 3-2-3)

○ 정신과 약물치료의 딜레마

- 가족, 시설 종사자, 의료인들은 정신과 약물치료에 대한 딜레마 경험함

- 약물치료에 대해 거부하거나 소극적인 태도로 인해 적절한 약물치료가 이루어지지 않거나, 오히려 정신과 약물을 행동통제의 수단으로 적극적으로 활용하는 경우가 있다.

“의사선생님은 일단 이용자의 입장에 선 거죠. 저는 그렇게 보고 있어요. 약을 너무 약하게 처방해서 전혀 도움이 안 되었거든요, 그 약을 몇 달 동안 복용해도 바뀌지가 않았어요. 오히려 더 심해졌지, 그런데 그 의사선생님은 약을 늘리지는 않았어요. 결국 병원을 옮기고, 약을 변경 하고 나서 조금 그런 행동들이 줄었거든요.”(참여자 3-2-2)

“왜냐하면 저희는 시설 기간이 오래 되었잖아요. 24년 되었거든요, 24년 되면서 실수를 반복하고 그러면서 이용자들에게 대한 메뉴얼을 만들고, 저희 나름대로 성찰도 하고 하면서 변화를 한 거죠. 그런데 지역사회에서 또 그런 기준이 없는 시설들이 있죠. 그러다보면 보호자들에게 못 받는다 이렇게 거부 의사를 하거나 그럴 경우에는 보호자들이 약을 늘리는 경우가 있죠. 약을 더 늘려서 계속 그 행동을 약물로만 치료를 하는 경우가 있어요. 저희는 약물과 응용행동분석을 같이 접목해서 치료를 같이 하거든요.”(참여자 3-2-3)

○ 정신질환 동반 장애인 이용 가능한 정신의료기관 부족

- 신변처리가 안 되는 경우 입원을 받아주는 병원이 없음

- 입원치료가 필요한 경우 입원을 받아주는 병원을 찾기가 매우 어렵다. 지적장애가 있다는 이유만으로 거부하거나, 특히 중증 장애로 신변처리가 안될 경우 입원할 수 있는 정신의료기관은 현실적으로 부재하다.

“이 약이 심한 분들은 약을 조정 할 때 부작용이 있는 경우가 많은데, 병원에서는 입원해서 조정하는 것이 좋다고 하지만 입원 자체가 너무 힘들어요. 자리도 안 나고 자기 신변 처리를 못하면 갈 수 있는 곳이 한두 곳 있기는 하지만 환경이 너무 안 좋아요. 우리도 보내고 싶지 않은데 어쩔 수 없이 선택 해야 할 때도 있어요. 가끔 조그맣게 정신과분들이 관리하도록 해둔 곳이 있는데 환경이 썩 좋지는 않아요. 지원도 그렇고.. 갔다 오면 말리시기도 하고 이번에도 한 분이 너무 심해서 잠깐 분리를 해야하는데 집에 못 가고, 약도 조절해야해서 병원에 가야하는데 다 물어보면 신변처리를 본인이 할 수 없으면 안된다고 해요”(참여자 3-2-1)

“없어요. 현장에서 경찰이 왔는데, 경찰이 왔을 때는 행동이 없어진 거예요. 다 저질러 봤으니까. 자기가 현장목격을 해야 입원이 가능하데요. 그래서 다음에는 현장목격을 했어요. 그래서 갔는데 병원에서 거절당한거죠. 이걸 지적장애가 있고 저기 00구에 있는...거기까지 **구에서 간 거죠. 근데 거기서 거절 당한거예요. 현장목격이 되었는데...지적장애도 같이 가지고 있어서 자기가 할 수 없다고...”(참여자 3-2-3)

○ 지적장애인 특성 고려한 의료서비스 확충 필요

- 지적장애인을 위한 의료서비스가 확충되어야 함

- 지적 장애인의 특성을 고려하여 치료할 수 있는 의료서비스가 확충되어야 한다. 지금처럼 시설에서 임의로 찾아다니며 협조를 요청하는 것이 아니라, 지역사회에서 일정 정도 지정된 의료기관이 있어야 한다.

“제도나 인프라가 바뀌지 않으면 발달장애인의 정신증에 대한 건 특별히 병원에서도

일반 정신과에서도 한쪽에 조금 더 특성을 살려서 치료할 수 있는...이런 거라도 있고...그리고” (참여자 3-2-3)

“저희가 아플 때에는 지역사회 병원에 가죠. 그런 부분은 별 문제가 없어요. 그런 거는 대학병원을 가면 되니까. 이런 정신과는 수시로 항상 상담을 해야하는 거잖아요. 그런데 큰 병원 예약하기도 힘든데 지역사회 가까이 있으면 거기 있는 의사와 계속 이야기를 하고...그 의사가 변하지 않는다면 계속 상담을 할 수가 있죠” (참여자 3-2-2).

○ 퇴원 후 재발의 문제

- 입원치료 후 좋아져도 시설에 돌아오면 다시 반복 재발됨

- 시설 종사자들은 발달장애인은 입원을 해서 일시적으로 좋아지더라도 다시 시설로 돌아오면 재발하거나 문제행동이 반복되는 경우가 많다고 하였다. 폐쇄된 정신의료기관에서는 비교적 통제되던 행동들이 좀 더 자유로운 시설에 오면 다시 나타나는 경우가 많다고 인식하였다.

“입원치료의 효과가) 크게는 없는 것 같아요. 한 분이 다녀왔는데 1달 정도 지나니까 다시 재발했어요. 거기서는 약으로 많이 누른 듯 해요. 나오면 약을 세계 안 드시니까. 나와서 기운 차리고 적응하면 다시 재발하기도 하고...”(참여자 3-2-1)

“입원치료를 하더라도 이게 기한이 있잖아요. 정신과나 자폐성 장애들은 거기 분위기에 압도되어서 순화되고 적응하고 오신다고해요. 근데 다시 오면 한동안은 좋아지지 않, 또다시 반복되는 거죠, 보면 입원과 퇴원이 계속 반복되고 더 심한 경우에는 무슨 주간보호 이용자, 제가 컨설팅을 갔거든요, 거기서 한 이용자는 너무 심해서 정신과 병원에 입원을 시켰는데, 하루만에 그 병원에서 못 보겠다고 퇴원을 시켰대요. 결국은 다시 시설로 왔다고...”(참여자 3-2-2)

□ 시설에서의 지원과정

○ 정신과적 증상에 대한 대처의 어려움

- 전문성 부족, 가이드라인 부재 등으로 인해 위기상황에 대한 대처의 어려움
- 시설에서는 정신과적 증상에 어떻게 대처해야할지 난감한 상황들이 많이 발생한다. 정신과적 증상이나 개입방법에 대해 교육 받을 수 있는 기회가 없고, 인권이 강조되면서 적극적인 대처를 하는 것에도 한계가 있다고 하였다. 정신과에 대한 좀 더 전문적인 지원을 필요로 하였다.

“그 분들이 흥분을 했을 때 대처방법이 난감했어요. 요즘은 인권을 많이 강조하고 메 뉴얼도 있어야 하고, 전담으로 하시는 분들도 있어야 하고 우리가 정신과 전문이 아니 니까 파악해서 정확한 약을 조정하는 것도 전달사항에서 문제가 있는 것 같기도 해 요..(중략)..다니는 병원에 여쭙 보기도 하는데 우리가 심리적으로 안정 지원을 빼고 는 시설에서 도움을 줄 수 있는게 없다. 왜냐하면 의사 진단 없이, 처방 없이 우리가 무엇을 하는 것은 나중에 심각한 문제가 될 수 있어가지고...”(참여자 3-2-1)

“의사 말고도 정기적으로 상담을 해주거나 교육지원을 해주는 것이 있으면 좋겠어 요. 지적장애인들의 도전적인 행동을 관리하는 방법에 대한 교육은 있으나 정신과적 으로는 찾아서 보기 전에는 교육 접하기가 어렵고 아니면 그 쪽에서 일하셨다 오신 분 들은 아시는데 이쪽에서 계속 일하셨던 분들은 많이 무지해요”(참여자 3-2-2)

○ 지역사회 지원의 한계

- 지역사회에서 지원받을 곳이 없음

- 시설에서 효과적으로 대처할 수 있도록 지역사회에서 지원받을 수 있는 자원이 거의 부재하였다. 정신건강복지센터의 경우 발달장애가 중복되는 경우 아예 대상에서 제외될 뿐만 아니라, 정신과 전문의로부터의 자문을 얻을 수 있는 기회도 없다.

“그러면 이런 정신과 장애인 분에 대해서 정신과, 자폐가 같이 있는 분에 대해서 지역 에 정신보건센터가 있다 했잖아요. 그러면 거기서 그런 역할을 과연 해 줄 수 있느냐 는 거죠. 지역사회에 있는 정신보건센터에서 그런 역할을 같이 해줘서 이런 복합성 장 애가 있는 분이 그곳과 연계해서, 자문 받지 않고 거기서 자문을 받고, 거기서 일정 부 분 이분들을 위한 서비스를 지원해주고 그러면 정부에서 이야기하는 커뮤니티케어가 되는 거겠죠. 하지만 사실 저희가 이런 인프라가 적잖아요.”(참여자 3-2-2)

“정신과 선생님이 협력 안 구하면 안된다고 강력하게 이야기 했어요. 그런 전문가의 의견도 듣지 않고, 그냥 판단하고, 도전적 행동이라 정하고...그냥 가는 거 이건 인권 침해예요. 그래서 저보고 누구를 소개를 해 달래요. 그래서 000선생님에게 여쭙봤더 니 다 못한다고...어떡하냐고”(참여자 3-2-3)

○ 정신건강 전문인력의 부족

- 정신건강 전문인력을 배치할 수 있는 규정 마련이 필요함

- 가장 좋은 대안은 시설에 정신건강 전문인력을 배치하는 것이라고 보았 다. 현재 시설 인력규정에는 정신건강 전문요원에 대한 규정이 없다. 한 시설의 경우 자체 예산을 가지고 어렵게 인력을 채용했을 때, 큰 도움이

되었다고 하였다. 최소한 정신과적 진단을 받은 생활인이 일정 규모 이상 일 때는 전문요원을 채용할 수 있도록 규정의 개선이 필요하다.

“전문가를 배치해야한다. 정신건강 전문의로부터 진단 받은 사람이 몇 퍼센트 이상일 때에는 정신건강 사회복지사를 채용하는 것에 대해서…복지부가 돈이 없으면 기존의 언어치료사나 이런 분들은 치료센터 가면 되거든요, 차라리 그 TO로 돈 안들어가기도 언어치료사 채용도 못해요. 그냥 비어 있어요. 그런 자리로 채용할 수 있게 하면 되니까. 예산보다 중요한 것은 별표처럼…이건 장애인 복지법에서 제시되지 않는데 그 범위에서 쓰라고 하면 도움이 안 되는 거죠. 그래서 할 수 없다 국가인권위원회에서 정책권고를 해주는 방법밖에 없다…복지부에…이래서 이런 현실을 들고가서 이 60%의 장애인이 이렇게 고통받고 있는데 인권 차원에서 접근해야 한다. 이것을 하려고…”(참여자 3-2-3)

“그리고 이제 방법, 지원방법이 다르다는 거? 특수한 상황에…그리고 한가지는 약물에 대한 분석. 저희도 인터넷에 다 알려지니까 약의 부작용까지는 알 수 있죠. 증세가 부작용에서 나타나는 거구나, 이렇게만 알아도 이게 또 뭐냐 하지 않고…그 약에 대한 기준에 가지고 있는 전문상식 이런 것들이 다르니까 정신과 의사선생님 만나러 갈 때도…의사선생님과 중간 역할, 약 사용에 대한 전문지식, 그리고 그 증상과 약 복용과 상태를 정신건강 차원에 보면서 어떻게 대해야 하는지, 이 3가지가 제일 뚜렷했던 것 같아요.”(참여자 3-2-3)

○ 의료적 접근 이외 일상생활 속 다양한 증재 부족

- 일상 생활속에서의 통합적인 개입이 필요함

- 발달장애인의 정신과적 증상도 결국 일상생활 속에서 변화시켜 나가야 한다. 정신과 약물치료만으로도 해결되지 않는다. 생활환경 속에서 다양한 접근들이 통합적으로 이루어질 필요가 있다. 그러기 위해서는 시설 안에서 종사자의 역량이 중요하다.

“너무 약물에 의존하기 보다는 지금 어떤 환경에 맞추어가고 같이 어울려 살아가는거를 가르쳐야하는 부분이 있으니까 자문을 받아서 그분이 저희에게 자분을 준 내용을 한 번 해보고…그러는데 큰 효과는 없었어요. 결국은 약물을 하고 나서 좀 행동이 줄어든다고 그래도 이제 저희 기관의 입장에서는 같이 회의하고 관찰을 통해서 좋게 긍정적으로 바꾸어나가는 것도 맞지만, 일단 전문가의 의견을 듣고 객관적으로 바라보는 것도 중요하기 때문에 양쪽을 다 하고 있어요. 직원들과 회의도 하고, 자문도 받고…”(참여자 3-2-2)

“그냥 사는 거야 이렇게…그런데 쫓아다녀서 되는게 뭐지? 이런 것도 있고…했다 한

들 제도나 인프라가 바뀌지 않으면 발달장애인의 정신증에 대한건 특별히 병원에서도 일반정신과에서도 한쪽에 조금 더 특성을 살려서 치료할 수 있는...이런 거라도 있고...그리고 이걸 적극적으로 치료해서 나아지기 보다 생활속에서 이거를 같이 안고 가면서 어떻게 사느냐 이런 것을 지원해야되는 거지...보니까...병원가서 적극적인 치료를 받았다고 해서 이게 몇 년 했더니 나아졌다...이게 안 되는 거예요”(참여자 3-2-3)

○ 중증 정신질환자 이용 가능한 서비스 부족

- 정신과 증상이 심한 경우 결국 갈 곳이 없음

- 시설에서 정신과 증상이 심하지만, 증상이 조절이 안 되고, 입원치료도 가능하지 않고, 정신장애 시설로도 갈 수 없으면, 결국 갈 수 있는 대안은 없다. 다시 가정으로 돌아갈 수 밖에 없다. 발달장애와 정신질환이 중복된 장애인을 위한 서비스와 시설 대안이 필요하다.

“이“우리도 같이 생활을 못할 정도로 문제가 많이 있거나 도전적 행동을 많이 하시면 우리도 회의를 거쳐서 퇴소를 할수밖에 없어요. 다른 시설을 한동안 같이 알아봐 드리고 안된다면 정신과쪽 병원을 알아보기도 하는 식으로 도움을 주지만 사실 지적장애가 있으며 자기신변처리가 안되면 병원 쪽에 가는 것도 힘들다. 찾으면 가끔은 있긴 하지만 요즘은 많이 없는 편이기도 하고 안되면 어쩔 수 없이 본인 집으로 간다.”(참여자 3-2-1)

“결국 이 이용자가 몇 날 며칠 잠 안자고 소리지르고, 이 동네 민원이 끊이지가 않았어요. 그리고 여기는 8 가구가 살지만 3 가구가 비장애 가구거든요. 결국은 이분들이, 저희 때문에 본인이 정신과 약을 먹게 생겼다...이렇게 해서 그 이용자를 양평에 있는 기관으로 의뢰를 했어요. 저는 우리나라 탈시설 정책이 좋지만 어떠한 차선택도, 방안 없이 무조건 법제화를 시키면 방법이 나올거라고 생각을 하는데 실제로 이런 이용자들 같은 경우에는 갈 곳이 없는 거예요.”(참여자 3-2-2)

라. 정신과 전문의 인터뷰 분석 결과

□ 입소 및 평가과정

○ 신체 및 정신 전반에 대한 종합적 평가

- 입소과정에서 신체 및 정신건강에 대한 종합적인 평가가 필요함
- 전문의들은 시설에 입소하는 과정에서 종합적인 평가가 필요하다고 제안하였다. 정신건강 뿐만 아니라 신체건강에 대한 전반적인 평가가 초기에 정확하게 이루어짐으로써, 이후 시설에서의 효과적인 개입이나 치료 연계에 대한 계획이 수립될 수 있다.

“시설 쪽에도 사실상 입소할 당시에 그런 입소... 현재 있는 사람들은 어쩔 수 없고, 입소부터 무언가 그런 단순히 감염병만 검사하는 게 아니라... 감염 질환만 검사하잖아요? 감염병만 검사하는 게 아니라, 구체적으로 의료적인 어떤 평가 거기에서 그 시설에 계신 분들이 할 수 있는 평가들도 있죠. 우리가 복지 카드에 지적장애나 뭐 이런 것도 체크하고, 그런 품을 좀 매뉴얼로 만드셔서 그 매뉴얼 안에 어떤, 어떤 체크들이 이루어지고 시설장들이, 시설 관계자가 체크에 대한 그런 환자 대상자에 대한 입소자에 대한 행동 문제, 들었던 내용들을 체크하게 해서 그 기본 정보와 함께 좀 어세스먼트를 해서 초기에 플랜들을 병원을 그 사람들이 모두 다 다녀야 된다는 게 아니라 통합적으로 다각도적(?)으로 플랜을 짜 놓고, 그 시설 입소자가 지내시는 걸 보면서 위기상황이 발생을 하거나 이러면 다시 한번 더 이렇게 연계를 하면 훨씬 더 정보들이 풍부하고.”(참여자 3-3-2)

〈표 3-39〉 정신과 전문의 인터뷰 분석 주제 범주표

범주	주제
입소 및 평가 과정	<ul style="list-style-type: none"> 신체 및 정신건강에 대한 종합적인 평가가 필요함
정신건강 서비스로의 접근 과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신과적 문제가 있는 경우 시설에서는 큰 부담이 됨 정신건강서비스 이용에 대한 이해가 필요함 정신과적 증상과 복합된 장애인의 치료에 대한 인센티브가 있어야 함
정신건강 서비스 이용과정	<ul style="list-style-type: none"> 과거 정보의 부재 혹은 정보제공의 한계로 인한 어려움 시설에서의 종합적인 정보 제공이 중요하며 이를 위한 도구가 필요함 약물치료에 대한 과도한 기대와 의존 약물치료에 있어 훨씬 섬세한 접근이 요구됨 발달장애인을 위한 정신과 약물 사용의 가이드라인이 필요함 병원에서의 거부와 입원절차의 복잡함으로 입원이 매우 어려움 당사자 및 서비스제공자와 함께하는 의사결정 과정이 중요함
시설에서의 지원과정	<ul style="list-style-type: none"> 다학제적인 통합적인 접근이 필요함 시설 종사자에 대한 교육을 통해 게이트키퍼로서의 역할을 지원함

□ 정신건강 서비스로의 접근 과정

○ 정신질환 동반 시설 입소자 관리에 대한 부담

- 정신과적 문제가 있는 경우 시설에서는 큰 부담이 됨
 - 노숙이나 발달장애인 시설에서 정신과적 증상이 동반되는 생활인이 있으면, 시설에서 큰 부담이 된다. 많은 사람이 공동생활을 하는 시설에서는 다른 생활인에 대한 피해도 클 뿐만 아니라, 인권침해의 문제까지 맞물려 시설 안에서 모든 것을 해결해 나가야 되는 부담을 지게 된다.

“너무 힘들어하세요. 진짜로. 진짜로 힘들어하시고... 많이 맞기도 하시고... 그리고 그 안에서 다른 사람을 때려서 상해를 입히면 그거 처리하시느라 또 그거 때문에 또 많이 심리에 부담이 되시고... 행동 문제로 나타나게 해야 되니까...거기 안에서 경계 강박을 할 수 있는 것도 아니고...”(참여자 3-3-2)

○ 정신건강서비스 이용에 대한 이해 부족

- 시설 종사자들의 정신건강서비스 이용에 대한 이해가 필요함
 - 무엇보다 시설 종사자들이 정신건강의료 이용에 대한 정확한 이해를 가지는 것이 중요하다고 제안하였다. 정신과적 치료를 통해 조절할 수 있는 증

상이 무엇인지를 이해하는 것, 그리고 치료서비스를 효과적으로 활용할 수 있도록 이해를 높일 필요가 있다고 하였다.

“제 생각에 제일 시급한 건, 어떤 경우에 우리가 어떻게 이용할 수 있다라는 것을 아는 것인 것 같아요. 일단은, 시설 선생님들이, 그걸 자세하게 잘 아시는 경우가 많지 않거든요. 사실 웬만한 도전적 행동이나 웬만한 정신 증상에는 이용할 수 있는 여지는 있다고 보거든요. 마치 약간의 우울이나 약간의 불안이 있는 경우에 얼마든지 정신과 진료를 잘 활용하면 도움을 받을 수 있는걸 비슷한 측면에서..”(참여자 3-3-1)

“많이 어려워하시고, 그리고 되게 적절하지 않은 정보를 제시하시는 시설 관계 종사자들도 많으시고, 그리고 이해들도 많이 떨어지시는 경우들도 많고, 하지만 이제 외래 진료를 쪽 하다가... 사실상 그 지적장애인이거나 노숙인 분들을 직접 진료하는 것보다 그분들을 컨택하는 그 인력들을 교육하는 게 나을 것 같아요”(참여자 3-3-2)

○ 정신질환 동반 장애인 치료에 대한 보상체계 미흡

- 정신과적 증상과 복합된 장애인의 치료에 대한 인센티브가 있어야 함

- 민간 의료기관이 대부분인 현실을 고려할 때, 정신과적 증상이 복합된 장애인의 정신과적 치료에 대한 인센티브가 있어야 한다. 의료기관이나 의료인의 참여만을 강요해서는 안되며, 실제로 투입되는 시간이나 에너지 만큼의 인센티브가 수가 등의 방법으로 마련되어 한다.

“좀 적절한 어떤 보상체계도 필요하다고 봐요. 섬세하게 하려면 시간이 필요하고, 근데 이제 이분들 같은 경우는 특히 보호자 내원이 많거든요. 오늘 오전에도 첫 번째 케이스... 제 진료 첫 번째 케이스가 그 뇌전증있고, 오티즘있고 지적장애 있는 20대 여성분의 어머니셨는데, 30대 여성, 20대 여성의 어머니셨는데, 본인은 이제 동의하지 않아서 못 오고, 상담을 한 40분 정도 했어요. 근데 이제 습관은 그거거든요. 가족치료, 개인 이거 하나, 사실 5분... 3분, 5분에도 넣을 수 있는 그런... 그런 적절한 보상이 있어야 작동하지 않을까 하는 생각이 드는 거고, 또 책임감 있게 하지 않을까 하는...”(참여자 3-3-1)

“로컬병원에서 노숙인, 취약계층, 정신장애인이 오시면 진료가... 건강한 사람 한 명 진료하는 거의 두세 배 걸리거든요. 두세 배가 됩니까. 그리고 또 하나는, 외래진료가 품비박산이 나오. 왜냐하면, 위생관리가 잘 안되는 경우들도 많고, 행동 문제들도 있으셔서, 뭐... 서울 의료원이야 뭐 그렇다 치더라도, 로컬병원의... 제가 로컬 의사인데 이런 환자를 봤다. 하... 제가 이제 민간병원을 활용하셔야 된다고 얘기는 했지만, 그런면에 있어서는 그런 의지를 가지고 있는 병원들을 잘 이 네트워크 안으로 끌어들이는 전략에 대한 고민이 필요하죠. 세심한 고민이 필요한거죠. 한번 왔다 가시

면, 진료한 저는 5분에서 10분 이상 쉬어야 되거든요. 왜냐하면 다음 환자분들이 너무 너무 너무 힘들어 하세요.”(참여자 3-3-2)

□ 정신건강 서비스 이용과정

○ 진료과정에서 노숙인 또는 장애인 환자의 과거력 수집의 한계

- 과거 정보의 부재 혹은 정보제공의 한계로 인한 어려움
- 진료과정에서 우선적으로 과거력 등의 정보가 부족하기 때문에 진단과 치료에 어려움이 있다고 하였다. 노숙인의 경우 정보 자체가 부재하며, 장애인의 경우에도 적절한 정보제공이 어렵고, 스스로 의사표현이 안되기 때문에 정보에 의존하는 정신과의 특성상 어려움이 크다.

“진료현장에서도 힘들죠. 왜냐하면, 히스토리테이킹이 안되니까요. 왜 현재부터 그리고 그 기관에서 의뢰하신 기관에서 관찰되신 모습들, 그리고 의뢰기관으로 어떻게 들어오게 됐는지에 대한 제한된 병력을 이용해서 이제 현재 병동 안에서 관찰되거나 외래 진료 시 관찰되거나 그다음에 평가되는 모습들을 기초로 해서 진단을 내려가고 지속적인 팔로우업을 통해서 그 진단이 바뀔 수도 있고, 아니면은 확진이 될 수도 있고, 그렇게 변화가 되는 거죠.”(참여자 3-3-2)

“아무래도 그... 보호자가 정확하게 있는 게 아니라서, 그 정보를 정확하게 알기가 사실은 쉽지 않은 부분들이 있어요. 그래서... 정보를 사실 그... 특히 여기가 지금 서울시 병원이긴 하... 서울시 기관이긴 하지만, 그... 서울시 다른 아마 시설들하고 연계나 정보연계 같은 게 잘 안되는 걸로 알고 있거든요. 그래서 그런 부분들이 좀 어렵고... 아무래도 또 자기 그... 기능이 좀 떨어지는 분들이 많다 보니까 병 전 상황이나 이런 것들을 알 수 없는 부분들, 그런 부분들이 좀 많이 아쉬운 부분들이고... 네. 오래된 분들은 이제 그런 것들까지 알게 되니까. 이제, 여기서 이제 히스토리를 알게 돼서 이제 조금 괜찮은데. 이제 신규로 들어오신 분들 같은 경우에 조금 정보를 수납하기 어려운 부분도 있습니다.”(참여자 3-3-3)

○ 진료에 필요한 종합적 정보제공 필요

- 시설에서의 종합적인 정보 제공이 중요하며 이를 위한 도구가 필요함
- 정신과 진단이나 치료를 위해서는 무엇보다 시설에서 정확한 정보를 제공하는 것이 매우 중요하다. 간호, 복지, 그리고 시설 생활에 대한 종합적인 정보가 함께 제공되어야 한다. 이를 위해 시설에서 어떠한 정보를 수집하고 제공할지에 대한 평가도구나 작성양식을 제공할 필요가 있다.

“그래서 제가 왕진을 갈 때는 그런 걸 알고 저한테 얘기해주셔야 된다고 말씀을 드려서 미리 그 전에 그... 예를 들어서 서로 인계된 상황들을 확인해서 저한테 말씀을 해주셨... 달라고 요청을 해드렸었어요. 그런 부분들이 지금 제가 나가는 시설에서는 간호사, 사회복지사가 같이 들어와서 제가 면담할 때 같이 계시거든요. 그래서 그런 부분들에 대해서 아무래도 신체적인 부분이나 약간 간호사분들이 잘 하시는 게 있고, 또 사회복지 쪽에서 예를 들어 가족관계라던가, 어떤 외부하고의 연계라던가 이런 것도 잘 아시는 부분들이 있으셔서 그런 부분들을 같이 잘해주는 상황이라”(참여자 3-3-3)

“시범사업처럼 해보면서 그 효과성을 보고 그 평가 안에 이제 의료, 간호, 복지 이런 팀이 아예 함께 그거에 대한 논의들이 이루어지고, 저는... 제... 저희 공공의료팀 간호 사랑 같이 하고 있거든요. 사회복지사 한 명, 간호사, 저 해가지고 이렇게 셋이서 리포트를 주고, 리포트 양식이 있어요. 제가 쓰는 이런 이런, 이런, 이런 점수면 제가 그걸 다 볼 수가 없으니까. 이런 점수면 이렇게 리포트를 해라. 폼을 만들어서 그분을 위한 건강검... 정신건강검진 리포트? 결과지? 이런... 있잖아 검진 결과처럼 그걸 이제 기관으로 보내드려요. 그런데 오실 때도 그걸 들고 들어오시니까. 훨씬 더 저는 정보가 많은 거예요. 훨씬 더 편하고, 의료인으로써 정보 히스토리테이팅하기도 편하고, 빠르고, 그래서 우선은 할 수 있는 게 그런 부분들 통해서 입소하시는 분들부터 먼저 그런 것들을 좀 시작을 하고, 그런데 그게 이미 작년에 노숙인 관리 현황이나 이런 거 할 때 노숙인 쪽은 이미 하고 있거든요? 알코올 문제... 이런 것을 하고 있어요.”(참여자 3-3-2)

○ 시설종사자나 가족들의 정신과 약물치료에 대한 선입견

- 약물치료에 대한 과도한 기대와 의존

- 시설종사자나 가족들은 약물치료에 대한 과도한 기대와 의존을 가지는 경우가 있다. 약물치료를 통해 정신과적 증상이나 도전적인 행동을 보다 잘 통제할 수 있다고 본다. 따라서 부작용 등으로 인해 약의 용량을 줄이는 시도에 대해서도 두려움이나 거부감이 있다.

“시설 관계자분들은 계속 약, 약 얘기만 하시더라고요, 그거는 아닌 것 같은데, 본인들이 힘드시니까. 어떻게든 통제를 하기 위해서, 컨트롤 하기 위해서 그런 얘기를 하시는 거예요, 또, 저 외래 오셔가지고도 그런 얘기 많이하세요. 주로 많이들... 어떡하겠어요. 때리지만 알게 해주세요. 왜냐하면 때리시거든요. 시설관계자도 때리고 옆에 있는 사람도 때리고, 계속 때리시니까...”.(참여자 3-3-2)

“저는 그래도 약 좀 줄일까요? 이런 얘기 되게 많이 하거든요. 환자들한테도 하고, 저도 약 많이 써서 처지는 걸 보면 저도 기분이 나빠서, 그리고 그걸로 인한 부작용도 사

실은 많고, 저희는... 이 0000 같은 경우에는 중증장애도 마찬가지고, 약간 이... 약한 분들이 많아서 약을 좀 줄이고 싶죠. 사실은... 그런데 약을 변경하는 거에 대해서 두려움이 많아요. 종사자들이... 약 좀 변경한다 하면은 굉장히 그때부터 막 어텐션이 모이면서, "이분 아직까지 좀 그러신데..." 막 이렇게 얘기 하면 저희가 "아, 그러면 조금 더 보자." 이렇게 얘기하게 되기도 하고..."(참여자 3-3-3)

○ 정신질환 동반 발달장애인 특성에 맞는 정신과 약물치료 필요

- 정신질환 동반 발달장애인에 대한 약물치료를 있어 훨씬 섬세한 접근이 요구됨

- 참여자들은 발달장애가 중복되는 경우 약물치료를 있어 훨씬 섬세한 접근이 요구된다고 하였다. 약물의 선택이나 용량 조절에 있어서 발달장애에 맞는 방식이 고려되어야 한다. 실제로 외국의 경우 이에 대한 가이드라인이 제시되기도 한다고 하였다.

"실제로 그런 면이 있기도 하죠. 어떤 면에서는, 그렇기 때문에 너무나 쉽게 쓰이고, 그리고 그냥 처방하고 있으니까 되겠지 하는 바람도 있는 것 같고, 근데 뭐 꼭 그렇지는 또 없어서, 오히려 더 섬세하게 써야 되는 측면이 있겠죠. 어쨌든 타겟 심통이 있으면 거기에 효과적인 약물이 있을 것이고, 그 약물들을 어떻게 하면 더 부작용이 적으면서 효과가 클 수 있게 접근하느냐 그런 과정들이 있어야 되는 거니까 그 과정을 섬세하게 가져가는 사례가 얼마나 있을까 하는 염려가 있는 거죠."(참여자 3-3-1)

"약물도 좀 다르기도 해요. 그게 컨벤셔널 드럭이 더 맞는 경우도 있고요. 그게... 저희가 신약들을 써보면, 오히려 더 안 맞을 때도 있고... 오히려 비만해지지만 하고, 오히려 증상은 하나도 안 잡히고, 그래서 저희는 신약 쓴다고 좋게 된다고, 좋게 했는데, 사실은 오히려, 증상 악화돼서 입원해야 되... 재발하는 경우도 있고 그래서, 약 쓰는 것도 사실은 그냥 아마 그냥 보통 보면 요즘 뭐 제일 많이 쓰는 약들을 그냥 써가지고는 잘 안들을 수도 있을 것 같다는 생각도 들기도 하고 "(참여자 3-3-3)

- 한 참여자는 외국의 발달장애인 약물사용의 가이드라인을 제시하면서 한국에서도 이러한 가이드라인이 제시될 필요가 있다고 하였다. 시설 종사자 뿐만 아니라 전문의나 가족에게도 약물 선택이나 사용에 대해 알아야 할 내용을 제공해야 한다.

"이제 그래서 필요하다고 제가 주장하는 것 중의 하나가 발달장애인을 위한 정신과 약물 사용의 가이드라인. 이게 연구 같은 경우는 한 2~3년 전부터 스톱프라고 여기 글에도 있는데 stopping medication over people with a learning disability, autism or both 해가지고, 과도하게 정신과 약물이 지속적으로 사용되는 것을 좀 줄

여보자, 왜냐하면 남용되는 경우가 많고, 아시다시피 항정신병약물의 특히 2세대 항정신병약물의 대표적인 부작용은 대사장애, 체중 증가, 더 나아가서는 심혈관 쪽의 문제까지는 사실은 정말 무분별하게 뿌려질 때는 그런 게 나타날 수도 있는 거잖아요. 그런 것들. 영국에도 그런 캠페인이 있고, 월드 사이키아트리즈 2009년 정도에 가이드라인이 발표가 됐더라고요, 지적장애가 있는 분들에게 있어서 정신과 약을 어떤 식으로 사용하고 정신과 진료를 어떻게 활용할지에 대한 의사들에게 혹은 의사들과 가족들, 조력자들이 알아야 될 내용.”(참여자 3-3-1)

○ 노숙인과 발달장애인의 정신의료기관 입원 제한의 문제

- 병원에서의 거부와 입원절차의 복잡함으로 입원이 매우 어려움

- 병원에서는 노숙인이나 발달장애인을 입원시키는 것이 매우 어렵다. 정신과 입원병동에서는 간병인을 쓸 수 없기 때문에 신변처리가 안되거나 다른 환자들에게 피해가 되는 경우에는 입원 자체가 어렵다. 또한 행정입원 처리를 해야 할 때 시설 생활인의 경우 행정적인 절차가 복잡하고 기간도 오래 걸리기 때문에 쉽지 않다.

“혼자선 일상 ADL도 불가능해요. 누가 그걸 케어... 그것도 클로즈 워드에서... 불가능하죠. 그래서 그런 경우에 대부분 다 간병인을 쓸 수도 없어요. 병원 안에서 요새 이제 간호 간병 통합서비스라고 해가지고 하긴 하지만, 정신과는 간호 간병 통합서비스 대상도 아니고, 그리고 그런 환자분들이 일반 병동으로 넘어가는 순간 안 받아요. 그 병동에서... 간호사 선생님들이 요새는 환자를 걸러서 받으시거든요. 저는 의사가 오더권이 있는데도... 수간호사님이 “노”해서 참 많은 생각을 한 적이 있어요. 있기 때문에 안 받아요. 그런 부분들 까지도 고려했을 때, 그 환자들이 대학병원을 가면 입원할 수 있냐? 아니거든요. 아주대병원에도...”(참여자 3-3-2)

“절대 안 받아주죠. 저희 **병원도 안 받아줘 가지고, 00병원에서 저희 너무 힘든 환자 한 명을 **병원에서 한... 몇 개월을 데리고 있다가 조금 좋아졌다고 해서 입원... 퇴원을 했는데, 다시 또 재발 금방 해가지고 **병원에 데리고 갔더니 일주일도 안 데리고 있다가 그때 정말 안 좋았는데 퇴원시키려고 막 그렇게 하려 하면서, 아니 이렇게 안 좋은데 어떻게 퇴원시키냐... 아니 여기 이런 환자 보는 병원으로 보내라 이렇게 해가지고는 저희 병원으로 다시 왔어요. 하... 그래서 저희 병원은 되게 힘들거든요. 사실 그 환자 병동 보는 것 자체가 굉장히 힘들어서... 종사자들... 저희 간호사, 보호사, 간호조무사 전부 다 사실은 의사 선생님들도 다 같이 마찬가지로 힘들지만, 그래도 오래 보다 보니까 이제 오시는 분들은 오실 때쯤 됐다 하면 또 오시고, 오래 밖에서 공동생활도 잘 안되시는 분들이니까 다시 오실 수밖에 없거든요. 그러면은 다시 입원해서 지내다가 또다시 가지고, 다시 또 오시고...”(참여자 3-3-3)

○ 치료적 의사결정 과정에 당사자와 서비스 제공자의 참여

- 당사자 및 서비스 제공자와 함께하는 의사결정 과정이 중요함

- 당사자의 의사표현의 한계, 정보의 부족, 치료 접근의 어려움을 고려할 때, 당사자 및 서비스 제공자와 함께하는 의사결정 과정이 중요하다. 다양한 의견과 정보들을 소통하면서 치료적 결정을 내리는 과정이 이루어져야 한다.

“진료현장도 많이 바뀌어야 될 것 같아요. 그니까 정말 함께하는 의사결정 모델에 의거한 정보를 공유하고 같이 결정해 나가는 과정들이 당사자분은 발달 장애가 있으시고 해서 의견제시가 어려울 수도 있지만 적어도 여건을 조성해주셔야 되는 선생님들의 경우에 책임감 있게 해주시는 그런 경우에 그분들이랑 의사가 얼마나 잘 소통하고 잘 같이 결정해 나가고 하는 것도 되게 중요할 것 같고, ”(참여자 3-3-1)

“제가 갈 때는 그런 걸 알고 저한테 얘기해주셔야 된다고 말씀을 드려서 미리 그 전에 그... 예를 들어서 서로 인계된 상황들을 확인해서 저한테 말씀을 해주셨... 달라고 요청을 해드렸었어요. 그런 부분들이 지금 제가 나가는 시설에서는 간호사, 사회복지사가 같이 들어와서 제가 면담할 때 같이 계시거든요. 그래서 그런 부분들에 대해서 아무래도 신체적인 부분이나 약간 간호사분들이 잘 하시는 게 있고, 또 사회복지 쪽에서 예를 들어 가족관계라던가, 어떤 외부하고의 연계라던가 이런 것도 잘 아시는 부분들이 있으셔서 그런 부분들을 같이 잘해주는 상황이라 저는 조금 괜찮은 상황입니다. 그리고 저쪽 중증장애시설에서도 옆에서 보호하는 요양보호사 분들한테 그런 부분들에 대해서 인계 상황들을 잘 알고, 그니까 한 명의 어떤 생각으로 얘기를 하시면 안 되니까 그런 부분들에 대해서 잘 확인해서 저한테 알려달라고 얘기를 하고, 그런데 가끔 안될 때도 있어서 아직까지는 뭐 그런 게 있지만, 그런 거는 뭐 시각 차이가 항상 있으니까 고려해서... ”(참여자 3-3-3)

□ 시설에서의 지원과정

○ 의료, 교육, 상담, 복지 등 다학제적인 접근의 중요성

- 다학제적인 통합적인 접근이 필요함

- 정신과적 증상이든 도전적인 행동이든 이를 변화시켜 나가는 데에는 통합적인 접근이 중요하다. 정신과 치료나 행동요법 등 어느 하나만으로 해결되지는 않는다. 의료, 교육, 상담, 복지 등 다학제적인 접근이 함께 이루어져야 한다.

“쉽게 말하면은 당사자의 행동을 잘게 쪼개서 조금이라도 잘하는 것은 긍정강화를 해 주고, 어떤 부정적인 게 나오면 거기에 대해서는 좀 무반응 하도록 노력하고, 저는 약에 대해서 얘기하고, 이 선생님은 이런 쪽에 대해서 조력해주시고, 결국은 정말로 요약하자면, 적절한 약과, 이런 적절한 ABA프로그램 이런 것들이 각 시설에 필요한 것 아닌가 생각이 들어요. 의사들도 사실 저도 이 공부를 해야겠다고 생각을 하는데, 어쨌든 시설에서 오는 부분만이 아니고 가족분들도 오시고 하니까 종종, 교육을 하니까 또 듣고 보시고 그러더라고요.”(참여자 3-3-1)

“최대한 조절될 수 있는 부분들 행동 문제든, 정신과적인 증상에 의한 질환들이 어쨌든지 간에, 의료적 치료를 통해서 회복이 가능하고, 컨트롤 가능한 수준으로 되어야, 그 다음이 이 사람에게 소셜 리해비리테이션이든, 단체생활에서의 적응 능력을 키우든, 무언가가 그다음 단계로 이루어지는 건데, 그게 이루어지지 않은 상태에서 관심과 보살핌으로 이 사람들에게 대해서 무언가를 해줄 수 있는 것은 아니다. 이게 모두 다 만병통치약이라고 얘기를 드리는 것은 아니지만, 그다음 단계로 나아가기 위한 이제 가장 기본적인게, 보건 의료적인 접근이다 라는 생각인 거고 그렇게 진행이 되는 과정에서 신체적 질환들이 발견되는 경우도 꽤 있어요.”(참여자 3-3-2)

○ 게이트 키퍼로서 시설 종사자 역할의 중요성

- 시설 종사자에 대한 교육을 통해 게이트 키퍼로서의 역할을 지원함

- 참여자들은 시설 종사자의 역할이 무엇보다 중요하다고 하였다. 정신과 증상이나 치료에 대한 교육을 통해 시설 종사자들이 정확한 판단을 내리고, 정보를 제공하고, 치료를 연계하고, 지속적으로 관리해 나갈 수 있는 역할을 할 수 있도록 지원해야 한다. 현실적으로 모든 시설에 정신건강 전문가를 배치할 수 없다면, 종사자들의 역량을 강화하여 정신과 치료에 대한 게이트키퍼로서의 역할을 수행할 수 있도록 해야 한다.

“그런 것들을 시설 관계자들에게 교육을 해서… 이렇게, 이렇게, 체크하시면 된다. 근데 이런 건 할 수 있잖아요. 역량 강화 교육처럼… 역량 강화 교육처럼 평가를 하실 때 이런 평가를 하시면 되고, 이럴 때, 이런, 이런 옆으로 하시면 되고, 그랬을 때 모두 다 약을 먹는 게 아니라, 엑세스를 해놓고 좀 더 지켜보는 사람도 있고, 약을 먹어야 되는 사람도 있고, 아니면 시설 관계자들에게 뭔가 해줄 수도 있고, 이런 어떤 티칭이 조금 필요하지 않나?(중략) 그 교육이 그분들한테는 당신이 다 책임져야 한다라는 교육이 아니라 잘 디렉션해서 이분들에게 서비스를 제공하기 위한 하나의 데이터 키퍼의 역할인 거다라는 메시지를 전달하면… 안 그러면 이분들 되게 부담스러워 하신단 말이죠. “내가 다 매니지 하라는 거냐? 내가 다 책임지라는 거냐? 전문가가 필요한 건데?” 이런… 그 부분… 뒤에 있는 네트워킹을 마련해주고, 이게 필요한 것 같아요.”(참여자 3-3-2)

“시설 정신장애인들의 경우 일반 생활인과 함께 있을 경우 생활인들 사이에서도 정신과 진료를 받는다고 무시당하거나 차별 받는 경우가 있습니다. 정신장애에 대한 이해가 있는 직원들의 케어를 받을 수 있는 시설의 경우 오히려 안정적으로 생활하는 경우들을 많이 경험했습니다. 가능하다면 시설내에서 생활인 특성에 맞게 구분하여 생활할수 있도록 지원해주시길”(참여자 3-3-3)

제4절 소결

□ 정신요양시설 거주 정신질환자의 의료이용 특성

- 조사대상 요양시설의 입소현원은 최소 95명, 최대 294명, 평균 179명으로 나타나서, 현재 시설당 촉탁의 1명이 담당해야 하는 생활인의 수에 편차가 컸다. 생활인은 조현병이 80% 이상으로 가장 많고, 대부분 정신과 약물을 복용하고 있으며, 절반 이상이 장기입소에 고연령이었다.
- 정신건강서비스 제공 정도에서는 대부분의 항목에서 어느 정도 이루어지고 있다고 응답하였으나, 심리상담 및 치료, 집중적 사례검토회의, 정신건강 욕구 사정은 상대적으로 낮게 나타났다. 정신건강서비스가 잘 이루어지지 않는 이유로는 사업비 부족과 의료전문인력 활용의 어려움으로 나타났다. 시설의 인력 현황에서 간호사의 인력충원비율이 85.71%로 낮게 나타났으며, 지출 현황 중 프로그램의 비율은 1.21%인 것으로 나타났다.
- 촉탁의 위촉 기간은 평균 3년 정도이며, 월 평균 방문횟수는 6회, 1회 방문시 소요시간은 5시간, 1회 방문시 면담 생활인 수는 40여명, 월평균 활동비는 약 250만원 수준이었다. 촉탁의가 매주 8시간 이상의 활동을 수행하도록 규정하고 있는 정신건강사업 기준을 고려할 때, 월 32시간 이상 활동하는 기관은 26개소(74.3%)였으며, 그 이하도 6개소(17.1%)로 나타났다. 이를 다시 시설별 생활인 1인당 평균 진료시간으로 계산해 보면, 최소 2.58분에서 최대 25.56분으로 평균 13.62분인 것으로 나타났다.
- 촉탁의의 주된 활동은 정신과 상담 및 처방이었으며, 그 외에 증상 악화 등에 대한 위기개입, 자·타해 위험에 대한 응급개입, 증상 및 약물 관리 교육이었다. 상대적으로 심리상담이나 사례회의에 대해서는 종사자보다 촉탁의가 높은 응답을 나타냈다. 정신과 약물치료는 비교적 적절하게 이루어지고 있다는 의견이 높았고, 적절하지 않은 이유로는 증상의 변화에 민감하게 반응하지 못하는 것과 효과가 좋은 신약 사용이 제한되기 때문이라고 보았다.
- 촉탁의 운영의 효과성은 효과적인 편이라고 응답하였으며, 효과적이지 않은 이유로 지역에서 정신과 전문의를 구하기 어려운 것과 응급상황 등 필요할 때 도움받기 어렵다, 그리고 진료 인원이 너무 많다는 의견이었다. 촉탁의 1인당 적

절한 생활인 수는 60~70명 규모로 의견을 제시하였다. 촉탁의 활동 지급 비용의 적정성은 상대적으로 적절하다는 의견이 많았으며, 개선 의견으로는 진료 인원 별 진료비용 지급이 많았다. 촉탁의 운영 개선방안으로는 촉탁의에 대한 세부 규정 마련, 촉탁의 수 및 진료시간 확대, 촉탁의 비용 지원 확대에 높은 의견을 나타냈다.

- 결론적으로, 정신요양시설의 촉탁의 운영이 효과적이기 위해서는 생활인 수에 따른 촉탁의 배치 기준 등 보다 세부적인 규정이 마련될 필요가 있다. 또한 촉탁의 확보를 위한 지역사회 전문의 협회와의 협력을 강화하고, 응급시 도움을 받을 수 있는 지역사회 응급치료 체계와의 연계도 필요하다.

□ 지적장애인 및 노숙인 시설 거주 정신질환자의 의료이용 특성

- 지적장애인의 경우 입소 과정에서 정신질환이 중복되어 있으면 입소에 제한이 있었다. 노숙인의 경우에는 정신질환에 대한 판단이나 평가, 그리고 치료가 이루어지지 않은 상태에서 무조건 입소가 이루어지게 된다. 지적장애인이나 노숙인의 경우 과거력에 대한 정보가 부재하거나, 생활인 스스로 의사 표현이 어렵기 때문에 증상을 정확하게 판단하기가 쉽지 않다. 따라서 입소 시 신체 및 정신건강에 대한 종합적인 평가를 통해 향후 지원 계획이나 의료서비스 연계에 대한 계획이 세워져야 한다.
- 일단 입소가 이루어진 후 정신과적 증상이 나타나면, 시설에서의 부담은 매우 커지게 된다. 특히, 자·타해의 행동이 나타날 경우, 다른 생활인이나 종사자에게 큰 고통을 주게 된다. 하지만 시설에서는 인권침해에 대한 민감성이 높아지고 있는 상황에서 나머지 생활인의 피해보다 한 사람의 보호가 더 우선시 된다. 이러한 상황에서 가족이나 본인이 정신과 치료에 대해 동의를 하지 않을 경우, 시설에서는 이를 강제할 수 있는 권한이 없기 때문에 병원에 가기까지의 과정이 매우 힘들 수 밖에 없다. 이 과정에서 정신건강의료 이용에 대한 종사자의 이해가 중요하다. 정신과적 증상을 노숙 및 지적장애의 특성으로 이해하거나, 정신과 치료의 필요성을 인식하지 못하거나, 혹은 치료에 거부감을 가지고 있는 경우 적절한 의료이용이 이루어지지 못할 수 있다.
- 설득을 통해 막상 치료의 동의를 얻더라도 이용할 수 있는 정신의료기관을 찾기가 어렵다. 지방에서는 정신의료기관 자체가 별로 없을 뿐만 아니라, 노숙인

이나 지적장애인에 대한 치료를 거부하는 경우도 많다. 이에 각 시설에서는 자체적으로 의료기관을 찾아서, 치료의 협력을 요청해야 하는 어려움이 있다. 따라서 지적장애인이거나 노숙인이 이용할 수 있는 정신의료기관을 지역에 일정 정도 지정할 필요가 있다. 또한 실제로 정신의료기관에서 노숙인이나 지적장애인을 치료하는 데에는 더 많은 시간과 노력, 여건이 필요하기 때문에 이에 대한 적절한 인센티브가 마련되어야 한다.

- 정신의료서비스를 이용하는 과정에서 지적장애인이거나 노숙인에 대한 정신과 전문의의 이해가 낮다. 또한 전문의의 입장에서는 생활인 스스로 의사 표현에 한계가 있기 때문에 가족이나 종사자가 주는 정보에 의존해야 하며, 면담시간도 짧아 적절한 정신과 진료나 판단이 어렵다. 문제행동이나 도전적 행동을 정신과 약물로 모두 통제할 수 있다고 기대하거나, 반대로 정신과 약물 사용에 대해 불편감이나 두려움을 가지는 등 약물치료에 대한 딜레마가 존재한다. 가장 공통적으로 호소하는 어려움은 입원의 어려움이였다. 정신의료기관이 거부하거나, 행정입원 절차가 복잡하여 현실적으로 입원에 큰 제한이 있었다. 정신의료이용이 보다 효과적으로 이루어지기 위해서는 시설에서 종합적인 정보를 제공하는 것이 중요하며, 이를 위해 시설에서 활용할 수 있는 도구를 제공할 필요가 있다. 지적장애인에 대한 약물치료는 보다 섬세하게 이루어져야 하며, 이를 위한 가이드라인을 제공할 필요가 있다.
- 시설에서는 정신과적 증상이나 위험상황에 대해 대처하는 것이 매우 힘들다고 호소한다. 무엇보다 시설에 정신건강 전문인력이 있는 것이 가장 중요하다고 하였다. 하지만 인력규정에 정신건강전문요원이 아예 포함되어 있지 않거나, 규정이 있어도 처우가 낮아 인력 확보가 어렵다. 촉탁의의 경우에도 규정은 있으나 예산지원이 안되어 현실적으로 활용할 수 있다. 시설 외부의 지역사회에도 정신건강복지센터와의 연계나, 정신건강 전문가의 자문을 받기란 쉽지 않다. 시설 생활인에 대해서는 결국 일상생활 속에서의 통합적인 개입이 중요하다. 정신과 치료 뿐만 아니라 심리·행동적 접근, 가족 및 사회적 지원까지 함께 이루어져야 한다. 이를 위해 시설내에서 정신건강 전문인력을 활용할 수 있도록 제도적 지원이 강화되어야 하며, 종사자들의 정신과적 증상이나 치료에 대한 이해를 높일 수 있도록 교육이 필요하다.
- 결론적으로, 노숙인 및 지적장애인 시설의 생활인들은 정신건강에 대한 적절한

의료서비스를 이용하는데 장애요인이 많은 것으로 나타났다. 무엇보다 정신질환에 대한 종사자의 이해를 높일 수 있는 교육과 지원이 필요하며, 시설에서 정신건강전문요원 배치 및 전문의 활용을 위한 제도적, 재정적 지원이 이루어져야 한다. 노숙인 및 지적장애인의 특성을 고려하여 치료할 수 있는 정신의료기관의 지정 및 인센티브 부여, 그리고 치료 가이드라인의 마련 등이 필요하다.

〈표 3-40〉 시설 거주 정신질환자 의료이용의 어려움과 개선방안

범주	어려움	개선방안	
정신 요양 시설	시설내 건강 관리	<ul style="list-style-type: none"> 전문인력 및 프로그램비의 부족으로 개별적인 정신건강지원이 잘 이루어지지 못함 응급시 도움을 받기 어려움. 	<ul style="list-style-type: none"> 개별적인 정신건강지원을 위한 인력 및 예산 지원 응급시 도움을 받을 수 있는 지역 사회 응급치료 체계와의 연계
	촉탁의 운영	<ul style="list-style-type: none"> 촉탁의를 구하기 어려움 촉탁의 1명당 진료인원이 너무 많음 	<ul style="list-style-type: none"> 촉탁의 확보를 위한 지역사회 전문의 협회와의 협력 촉탁의 수 및 진료시간 확대 생활인 수에 따른 촉탁의 배치 기준 등 세부 규정 마련
지적 장애인 및 노숙인 시설	입소 및 평가 과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환이 중복되는 경우 입소에 제한이 있음 입소과정에서 정신질환에 대한 판단이나 평가가 이루어지지 않음 정보의 부족과 의사표현의 한계로 판단이 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환이 중복되는 대상을 위한 특화된 서비스 및 기관이 필요함 입소시 신체 및 정신건강에 대한 종합적인 평가가 필요함
	정신건강 서비스로의 접근 과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환으로 인해 타 생활인과 종사자의 고통이 큼 가족이나 본인의 동기가 안 되는 경우 병원에 가기까지가 매우 힘들 정신의료기관의 부족과 거부로 정신건강서비스 이용이 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강의료 이용에 대한 종사자의 이해가 중요함 지적장애인이거나 노숙인을 치료할 수 있는 정신의료기관 지정이 필요함 정신과적 증상과 복합된 장애인의 치료에 대한 인센티브가 있어야 함
	정신건강 서비스 이용과정	<ul style="list-style-type: none"> 생활인의 특성에 대한 정신과전문 의의 이해가 낮음 정보의 한계와 짧은 면담만으로 판단이 어려움 정신과 약물치료의 딜레마 정신의료기관의 거부와 입원절차의 복잡함으로 입원이 매우 힘들 	<ul style="list-style-type: none"> 시설에서의 종합적인 정보제공이 중요하며, 이를 위한 도구가 필요함 약물치료에 대한 섬세한 접근과 이를 위한 가이드라인이 필요함
	시설에서의 지원과정	<ul style="list-style-type: none"> 정신과적 증상이나 위험상황에 대한 대처가 어려움 시설내 정신건강 전문인력에 대한 규정이나 지원이 미흡함 지역사회에서의 지원이나 대안이 부재함 	<ul style="list-style-type: none"> 일상생활 속에서의 통합적인 개입이 필요함 시설내 정신건강 전문인력 활용을 위한 제도적 지원이 강화되어야 함 정신과적 개입에 대한 종사자 교육이 필요함



제 4 장

중증 정신질환자 · 정신장애인과 가족의 의료서비스 및 정신보건서비스 욕구파악



제1절 연구배경

제2절 초발 중증 정신질환자 · 정신장애인 당사자의 욕구파악

제3절 초발 중증 정신질환자 · 정신장애인 가족의 욕구파악

제4절 소결

제1절 연구배경

□ 연구목적

- 본 연구는 초발 중증 정신질환자·정신장애인 및 가족의 의료서비스 욕구와 정신보건서비스 욕구를 파악하기 위해 시행되었다.
- 조현병, 양극성 정동장애는 주로 10대 후반에서 성년기 초반에 발병하여 학업, 취업 등 일상생활에 문제를 유발한다. 조현병 등은 초기 집중치료를 통해 예후가 호전되고, 사회적, 직업적 기능이 향상될 수 있지만 초발 조현병 발병 후 첫 6개월, 12개월간 약 52%, 48%가 정기치료를 받지 않는다(보건복지부, 2019).
- 국내의 초발 정신질환 치료 프로그램은 만성 정신질환 치료에 비해 제한적으로 이루어지며, 일부 대학병원과 지역사회 정신건강복지센터에서만 시행되고 있다(최지숙 등, 2015).
 - 또한 만성 중증 정신질환자·정신장애인의 의료서비스 및 지역사회서비스와 관련한 연구는 많이 이루어진 것에 반해 초발 중증 정신질환자를 대상으로 하는 연구는 상대적으로 저조한 편이다.
 - 본 연구는 이러한 현실을 반영하여 초발 정신질환자·정신장애인에 초점을 맞추고 당사자와 가족의 의료서비스 욕구와 정신보건서비스 욕구를 파악하였다. 본 연구에서 초발 중증 정신질환자·정신장애인은 정신병적 증상이 발병한 지 3년 이내인 경우로 첫 발병 후 현재까지 재발없이 증상관리를 잘 하고 있는 이들로 정의하였다.

□ 중증 정신질환자·정신장애인 및 가족의 정신보건서비스 욕구 관련 문헌고찰

- 중증 정신질환자·정신장애인 당사자 및 가족의 욕구에 관련한 연구는 대부분 만성 정신질환자들을 대상으로 이루어졌다.
 - 만성정신질환자의 회복과 사회적 복귀를 위한 요구도를 파악한 전현주 등(2018)에 따르면 당사자들은 독립적인 생활(자립)을 위해 경제적 지원, 일자리 지원, 주거 지원에 대한 욕구를 가지고 있었다. 이를 위해 독립생활 경험과 정보취득의 필요성도 제기되었다. 만성정신질환자 가족은 큰 부담을 느끼며 이들의 부담을 낮추기 위해 정신보건 서비스의 필요성이 제안되었다.

- 중증 정신질환의 가족을 대상으로 한 정보경 등(2013)의 연구에서는 조현병 환자를 돌보는 가족의 부담감이 다른 질환에 비해 큰 것으로 나타났으며, 가족들은 생애주기별 단계에 따른 서비스의 필요성을 제기하였다.
 - 또한 정신장애인의 형제자매에 대한 가족교육과 지지모임(자조그룹)에 대한 욕구, 정신장애인 가족의 위축 경험과 사회적 낙인 및 편견을 감소시킬 수 있는 인식개선의 중요성도 제안되었다.
- 지역사회 정신보건서비스를 이용하는 정신장애인 가족들의 만족도를 연구한 김희정 등(2009)은 정신건강복지센터를 이용하는 가족들이 전체적으로 보통 이상의 만족도를 나타냈다고 보고했다.
 - 하지만 전문가 옹호활동, 사회복지 혜택을 위한 지원서비스, 의료비 지원서비스, 직업재활과 주거 재활 서비스에 대한 만족도는 상대적으로 낮은 것으로 보고되었다.
- 이 밖에도 당사자 및 가족들의 정신보건서비스 요구에 대한 다양한 실태조사 및 연구들이 진행되었지만(권오용 외, 2018; 조한진 외, 2017; 홍선미 외, 2010) 대부분 만성 정신질환자들을 중심으로 이루어졌고, 초발 정신질환자와 가족의 욕구는 상대적으로 관심을 덜 받아왔다.

제2절 초발 중증 정신질환자·정신장애인 당사자의 욕구파악

가. 연구내용 및 방법

□ 연구방법

- 초발 중증 정신질환자·정신장애인 당사자의 의료서비스 및 정신보건서비스에 대한 욕구를 파악하기 위하여 당사자를 대상으로 초점집단면접(FGI)을 실시하였다.
- 지역사회 정신재활기관의 도움을 받아 지역사회에 거주하고 있는 5명의 초발 중증 정신질환자를 추천받은 후 본인의 동의를 받아 구성하였다.
- 연구발주처가 희망한 조사내용을 토대로 연구진이 구성한 조사 질문지를 사전에 연구참여자에게 배부하여 그 내용을 숙지하고 기초적인 답변을 생각한 상태에서 인터뷰에 참여하도록 하였다.
 - 인터뷰는 연구참여자의 서면 동의를 받은 후 2019년 10월 9일 서울 시내 정신재활기관의 독립된 공간에서 약 2시간에 걸쳐 진행하였다. 인터뷰는 1급 정신건강사회복지사이자 사회복지학 교수 1인과 정신건강이 주 전공영역인 사회복지학 교수 1인이 공동 진행하였고, 당사자들이 편안하게 생각하는 지역재활기관의 실무자 1명이 함께 참여하였으며, 연구보조원이 그 내용을 기록하며 녹음하였다.

□ 집단 참여자

- 참여자의 특성과 이용하는 의료 및 정신보건서비스는 다음과 같다. 초발 중증 정신질환자 및 정신장애인을 대상으로 했기 때문에 참여자는 모두 20대, 30대의 청년들이었다. 서울과 경기지역에 거주하고 있으며 정신재활기관의 도움을 받아 추천을 받은 이들이기 때문에 모두 의료서비스와 지역 정신보건서비스를 이용하고 있었다.

〈표 4-1〉 초발 중증 정신질환자 · 정신장애인 당사자 초점집단인터뷰 참여자 특성

번호	성별	연령대	학력	거주지역	첫 발병나이	입원회수	입원기간
4-1-1	남	20대	고졸	경기도	17	0	-
4-1-2	남	20대	고졸	서울	19	0	-
4-1-3	남	30대	대학 수료	서울	30	1	3주
4-1-4	여	20대	대학 중퇴	경기도	22	0	-
4-1-5	여	20대	대졸	서울	27	1	3개월

〈표 4-2〉 초점집단인터뷰 참여자의 이용서비스 현황

번호	이용하는 의료서비스	이용하는 지역사회정신건강서비스
4-1-1	대학병원 외래	정신건강복지센터, 지역사회재활시설
4-1-2	대학병원 외래	지역사회재활시설
4-1-3	대학병원 외래	정신건강복지센터, 지역사회재활시설
4-1-4	개인병원 외래	지역사회재활시설
4-1-5	대학병원 외래	정신건강복지센터, 지역사회재활시설

□ 조사내용 및 핵심질문

- 인터뷰 질문은 의료서비스 및 지역정신보건서비스 이용까지의 과정, 의료이용 서비스 경험에서 받은 도움과 보완할 점, 지역정신보건서비스 이용 경험에서 받은 도움과 보완할 점 등으로 구성하였으며 구체적인 내용은 다음과 같다.
 - 처음 의료서비스(정신과) 이용까지의 과정에 대해 얘기해주세요.
 - 의료이용서비스는 어떻게 도움이 되었습니까?
 - 어떤 어려움들을 경험하셨습니까?
 - 의료이용서비스 경험에 비추어 보아 어떤 점이 개선되어야 한다고 생각하십니까?
 - 의료이용서비스와 관련하여 어떤 것들이 더 필요하다고 생각하십니까?
 - 처음 지역정신보건서비스 이용까지의 과정에 대해서 말씀해주세요.
 - 지역정신보건서비스는 어떻게 도움이 되었습니까?

- 어떤 어려움들을 경험하셨습니까?
- 지역정신보건서비스 경험에 비추어 보아 어떤 점이 개선되어야 한다고 생각하십니까?
- 지역정신보건서비스와 관련하여 어떤 것들이 더 필요하다고 생각하십니까?

□ 분석방법

- 녹취자료를 전사한 기록을 NVivo 12 프로그램을 활용하여 반복적으로 읽으며 주제에 맞춰 범주화시키는 방식으로 분석하였다.

나. 의료서비스 이용경험과 개선제안

□ 당사자 FGI 내용 범주화

- 본 연구에 참여한 당사자들의 의료서비스 이용과 관련한 진술문은 크게 면접 질문에 따라 정리되었으며 그 질문 항목별 답변들은 범주화 작업을 통해 다음과 같이 주제가 도출되었다. 그 내용을 요약하면 다음 <표 4-3>와 같다.

□ 의료서비스 이용까지의 과정

- 성장과정에서 경험한 적응문제
 - 성장과정에서 폭력이나 따돌림 등 트라우마 경험
 - 많은 정신장애인들이 청소년기에 처음 발병을 하게 되는데, 연구에 참여한 당사자들은 대부분 10대 때 처음으로 적응이나 관계의 문제를 경험하였다. 어린 시절부터 가족 내에서 정서적 학대와 폭언을 경험하고, 중고등학교 학교생활을 힘들어 하고 또래로부터 따돌림을 당하는 일을 겪기도 한다. 한 당사자는 성장기에 아버지의 정서적 학대와 언어폭력에 시달려왔고, 타인 앞에서 수줍고 자신감 없는 모습으로 성장해왔다. 이러한 점은 또래로부터 인정받지 못하고 따돌림 당하는 결과를 가져왔다. 부모의 학대나 폭력이 없었던 이들도 중고등학교 시절에 따돌림이나 학교폭력을 경험했고 학교에 적응하는 것을 어려워했다.

“어렸을 때부터 좀 아빠가 저한테 폭언을 하는 게 있었어요. 저랑 오빠에게. 그래서

그게 잠재적인 무서움으로 저에게 그게 잠재적으로 있다고 하시는 거예요. 나중에 알고 보니까는. 그러다... 그러다 오빠가 저를 많이 놀렸어요. 오빠가 딱 그러는 거예요. 너는 친구 없지? 생일인데 연락 오는 친구 없지? 이러면서 저한테 뭐라고 막 하는 거예요. 그런 식으로 친구를 데려와도 오빠는 너는 무슨 저런 애랑 친구를 하냐? 이러면서 놀리기 시작했어요. 그게 쪽 고등학교 때까지 이어졌고. 중학교 때부터 그러고. 그러다가 친구의... 친구의 배신을 좀 많이 당했어요. 그러다 왕따도 당했어요. 그래서 제가 학교에서는 선택적 함구증처럼 말을 안 하다가 그러다가 고등학교 때까지도 소극적인 아이로 자랐어요”(참여자 4-1-5)

“그런 아빠랑 안 좋은 상황에서 아빠랑 엄마랑 짜고 나를 죽일 것 같다는 생각이 드는 거예요” (참여자 4-1-5)

“중학교 때부터 어릴 때부터 왕따 당하고 중학교부터 누가 막 해칠라고 하는 것 같고.” (참여자 4-1-2)

〈표 4-3〉 의료서비스 이용에 대한 당사자 FGI 진술문 범주화

질문항목	범주	주제	하위주제
의료서비스 이용까지의 과정	성장과정에서 경험한 적응문제	성장과정에서 폭력이나 따돌림 등 트라우마 경험	아버지와 오빠로부터 폭언과 놀림당함. 학교 또래 친구들로부터 따돌림. 적응하기 어려웠던 학교
		병원보다 쉽게 접근한 상담	학교에서 한 검사를 통해 상담으로 연결 정신건강복지센터에서 개인상담
	편견과 정보부족	왜 그런 행동을 하는지 이해하지 못함	조현병에 대한 지식이 전혀 없었음. 왜 그런 행동을 하는지 이해하지 못함. 병에 대한 가족의 무지
		편견으로 인해 의료이용을 결정하지 못함	정신과에 대한 거부감으로 선뜻 병원에 안 가게 됨. 본인이나 주변에서 증상 인지한 후 정신과 의료서비스 이용까지 3개월에서 1년
가족의 역할	첫 의료서비스 이용까지 가족이 중요한 역할을 함	본인이나 주변에서 증상 인지한 후 정신과 의료서비스 이용까지 3개월에서 1년 가족이 증상 인지하고 병원가자고 제안 이상한 증상을 인지하고 부모에게 이야기	
의료서비스 이용경험	가족과 함께 가까운 병원으로	최초방문은 주로 주거지 근처 의료기관	거주지에서 가까운 병원 내원. 작은 의원에서 큰 병원 갈 것을 권유받음.
		최초방문은 보호자(부모나 친지)와 함께	함께 사는 부모, 형, 이모가 병원에 대한 정보를 알아보고 함께 방문함. 병원에 대해 회의적인 부모도 있음.

질문항목	범주	주제	하위주제
	의료서비스로 인한 도움	증상완화에 도움	여러 약물을 시도한 후 비로소 조금 나아지는 증상 큰 병원에 가서 정확하게 병명을 알게 되어 혼란 감소
	약물처방 중심의 의료서비스	심한 약물 부작용	심한 약물 부작용 경험 지속적 약물복용에 걸림돌이 되는 부작용 약에 대한 정보 부족
		약물처방 중심의 의료서비스에 대한 아쉬움	설명없는 약처방. 대화보다는 일방적 질문에 가까운 의사면담 상담 없는 의료서비스. 만족하지 않지만 어쩔 수 없어서 가는 곳
		종합병원 의료진 변경에 따른 관계 단절경험	자주 바뀌는 의료진으로 인한 신뢰관계 형성 어려움.
의료서비스 관련 개선제안	정확한 정보	환자에게 필요한 정보에 대한 욕구 충족	진단명, 증상, 부작용, 퇴원 후 이용기관 등에 대한 정보가 필요함. 병원에서 상담을 받고자 하는 기대
	인간적인 대우	환자 이전에 한 인간으로 대우받고 싶은 욕구	경직된 의사-환자 관계 개선 잘 설명해주지 않는 의료진에 대한 불만 정확한 설명에 대한 욕구 친절하지 않은 의료진 내 삶에 대해 관심이겨주는 의료진에 대한 욕구

- 병원보다 쉽게 접근한 상담

- 학교생활을 하면서 알게 된 문제들도 있다. 학교에서 진행되는 심리검사의 결과 위험도가 높게 나와 학교상담센터로 의뢰되는 경우도 있고, 병원보다는 문턱이 낮은 지역의 정신건강복지센터에서 상담을 시도하기도 한다.

“학교에서 우리 아빠에게 애가 수업에 집중을 못하고 딴청을 한다. 심리 상담을 받아 봐야 하는 거 아니냐” (참여자 4-1-4)

“저는 고등학교 때부터 좀 뭐랄까 안 좋았어요. 제가 그 학교에서 뭐 자살징후... 그 검사 아시죠? 그걸 했더니 자살고위험군으로 나왔어요. 그래서 위클래서에서 상담 받고요. 거기서 받아줄 수 없다고 큰 위클래스로 가라고 하셨거든요. 그러가지고 거기서도 아... 제가 거기 있는 상담사랑 얘기해보니까 그 좀 조현병 같다고 하시더라고요. 그러가지고 병원에 가게 되거죠.”(참여자 4-1-2)

“OO에 있는 정신건강복지센터가 하나 있거든요. 제가 거기에서 이제 팀장님한테.. 아버지가 팀장님한테 부탁을 해가지고 팀장님이랑 저랑 이제 개인 상담을 하면서..”
(참여자 4-1-1)

○ 편견과 정보부족

- 왜 그런 행동을 하는지 이해하지 못함

- 일반적으로 한국사회는 정신질환에 대한 인식이 매우 낮고 편견은 매우 심하다. 정신질환 중에서도 중증 정신질환에 대한 이해는 더욱 낮은 편인데, 이러한 이유로 초기에 제대로 증상을 이해하지 못한 경우가 대부분이다. 당사자는 조현병에 대한 지식이 전무하고, 자신이 왜 그런 것을 경험하는지(환청, 망상 등) 이해할 수 없어했고, 가족도 조현병에 대한 지식이 전혀 없어 이해하지 못했다.

“저희 부모님은 병식도 모르시고. 약을 왜 먹어야 되는지 이해를 못하세요.” (참여자 4-1-4)

“저는 솔직히 발병 초기증상을 몰랐어요.”(참여자 4-1-1)

- 편견으로 인해 의료이용을 결정하지 못함

- 정신과에 대한 거부감으로 처음부터 병원에 간다는 것은 대부분 생각하지 않았다. 참여자들이 처음 증상을 인지하고 정신과 치료를 받기까지는 대략 3개월에서 1년 정도가 소요되었다. 정신과 방문이라는 말에 충격 받을 것을 염려하여 부모가 당사자에게 제대로 이야기해주지 않고 병원에 데려가는 경우도 있었다.

솔직히 거부감 너무 심해가지고 초반엔 안 간다고 그랬거든요.

○ 가족의 역할

- 첫 의료서비스 이용까지 가족이 중요한 역할을 함

- 연구에 참여한 당사자들은 상대적으로 안정된 가족을 가지고 있었다. 조현병에 대한 지식이 없다고 해도, 뭔가 이상하다고 느껴지면 가족에게 도움을 청했다. 의료서비스 이용까지 가족이 가장 중요한 역할을 하고 있다는 것을 확인할 수 있었다. 참여자들은 상대적으로 어린 나이였기 때문에 주로 부모에게 이야기 했다. 아버지와 관계가 좋지 않은 당사자는 어머니

에게 이야기했고, 부모와 떨어져 지내는 당사자의 경우 함께 살던 이모에게 이야기했다. 가족구성원이 (때로는 학교 관계자가) 증상을 인지하고 병원에 갈 것을 제안한 경우도 있었다. 이처럼 초발 정신질환자들이 첫 의료 서비스를 이용하기까지는 가족들이 절대적인 역할을 한다.

“형이 좀 깨달은 것 같아요. 애가 좀 정신적으로 문제가 있구나. 그걸 깨달아서 정신과를 찾아가라고 계속 했거든요.”(참여자 4-1-3)

“소리가 들리는 걸 인지하면서 아버지한테 말씀드렸더니만..”(참여자 4-1-1)

“환청이 들리고. 환시가 보여 가지고. 이제 주변 가족들한테 말했어요.”(참여자 4-1-4)

□ 의료서비스 이용 경험

○ 가족과 함께 가까운 병원으로

- 최초방문은 주로 주거지 근처 의료기관

- 처음 병원치료는 거주지에서 가까운 곳에 위치한 의원이나 병원을 방문하는 것으로 시작되었다. 그리고 초발환자들의 경우 비교적 낮은 연령대의 청년, 청소년이었기에 부모나 친지와 함께 내원하였다. 증상이 심해지면서 병원치료에 대한 필요성을 느끼자 우선은 집에서 가까운 병원을 알아보고 찾아갔다. 인터넷을 통해 검색하는 경우도 있었고, 종교시설에서 만난 사람을 통해 소개받아 가기도 했다. 이렇게 찾아간 의원에서 증증 정신질환이 의심되자 당사자와 가족에게 큰 병원(대학병원)에 갈 것을 권유했고, 이런 과정으로 대학병원을 찾아가게 되었다.

“일단은 OO병원에 먼저, 맨 처음에 갔어요. 집에 그때 상계동에 살고 있을 때였거든요. 그래서 OO병원이 좀 그나마 큰 병원이라서. 거기를 들리게 됐죠.”(참여자 4-1-4)

“동네 의원 갔더니 여기 말고 큰 병원에 가서 어, 아마 입원까지 해야 될 것 같다.”(참여자 4-1-3)

- 최초방문은 보호자(부모나 친지)와 함께

- 함께 사는 아버지나 어머니, 형, 이모가 병원에 대한 정보를 알아보고 최초방문도 함께 하였다. 부모 중 한 명(아버지)이 병원에 가는 것에 대해 회

의적인 경우가 있었는데, 이럴 때는 어머니가 당사자를 데리고 내원하였다. 증상이 심해지면 정신과 병원에 대한 편견에도 불구하고 치료가 필요하다는 생각을 하게 되는 것을 알 수 있다. 주변에서도 증세가 심한 경우에는 가급적 큰 병원을 가라는 인식들을 가지고 있었다.

“아버지가 직접 다 찾아보시고 가신 거예요. OO로 옮긴 것도 아버지가 다 일일이 알아보고 정보를 수집한거죠.”(참여자 4-1-1)

○ 의료서비스로 인한 도움 : 증상완화에 도움

- 당사자들이 느끼는 의료 서비스의 가장 큰 도움은 주로 증상완화에 관련된 부분이었다. 물론 처음부터 증상이 완화되는 경우보다는 여러 약물을 시도해보고, 그 결과로 증상이 감소되거나 없어지는 경우가 더 많았다. 자신의 증상에 따라 약을 맞춰주고 시간이 지나면서 약을 줄여나가며 맞는 걸 찾아가는 과정이 도움이 되었다. 한 참여자(참여자 #4)는 여러 병원을 다니다가 결국 자신을 잘 이해해주는 의사를 찾았고, 그 의사를 만나기 위해 왕복 4시간이 넘게 걸리는 병원에서 외래치료를 받고 있었다. 정확한 병명을 알기까지 시간이 좀 걸리는 경우도 있었다. 하지만 병원에서 의사를 만나고, 정확한 병명을 알게 되고, 자신이 경험하는 증상이 조현병의 결과라는 것을 알게 되면 한편으로는 허무하기도 하고, 한편으로는 그간의 혼란이 감소되기도 한다.

“큰 병원에 가서야 이제 ‘아, 이 병이 조현병이구나’는 걸 알게 됐죠.”(참여자 4-1-3)

“망상이랑 환청이 확실히 잡혀가지고 그런 혼란들이 없어졌고요. 최근에 이제 약을 다시 바꾸면서 잡히기 시작했고. 그게 지금 이게 좀 괜찮아지기도, 이게 약을 먹으면서 조금 만족스러운 거는 얼마 안 됐어요.”(참여자 4-1-1)

“이 병이 뭔지 되게 혼란스러웠거든요. 이 병은 과연 치료할 수 있는 병 이고, 그런 혼란스러웠는데 큰 병원에 가니까 이 병이 조현병이라는... 그 명확한 병명이 있는 병이고 처방도 명확하게 이렇게 매뉴얼 돼있어 가지고 혼란을 좀, 혼란이 없어졌던 것 같아요.”(참여자 4-1-3)

“일단 약 조절이 잘 되가지고 증세가 많이 완화 되가지고.”(참여자 4-1-4)

○ 약물처방 중심의 의료서비스

- 심한 약물 부작용

- 참여한 당사자 대부분이 생각하는 의료서비스의 주된 내용은 약물처방이었다. 병원을 가는 이유는 자신의 삶을 변화시키고 건강해지기 위한 것보다는 단순히 약을 처방받기 위한 것이라고 생각했다. 자신과 잘 맞는, 혹은 증상을 잘 다스릴 수 있는 의료서비스를 찾아 몇 개의 병원을 다녀본 당사자와 가족도 있지만, 병원과 의료진이 마음에 들지 않아도 다른 선택의 여지가 없었고, 약 처방을 받기 위해서는 어쩔 수 없이 가는 경우도 있었다. 참여자들이 공통적으로 호소하는 어려움은 약물 부작용과 관련한 문제였다. 우선 약물에 대한 정보가 많지 않다는 것이 공통된 의견이었다. 복용하는 약물이 어떤 것이고, 지속적으로 복용해야 함에도 불구하고 이에 대한 설명을 거의 듣지 못했다는 것과, 심한 부작용을 경험하는 것이 큰 괴로움이었다. 부작용이 심한 경우 호흡이 곤란해지고 이로 인해 응급실에 간 경우도 있었다. 식욕억제가 어려운 점, 나른해지고 힘이 없어서 일상생활에 지장이 되는 점들이 약물 복용을 꺼리게 되고 방해하는 요인으로 작용했다.

“약 먹고 나른해진다고 느꼈고, 두 번째 다른 정신과 찾아갔을 때 거기 받은 약을 안 먹었어요. 약을 먹으면 숨이 제가 억지로 쉬어야지 쉬는 경우가 있어요. 특히 잘 때, 특히 자기 직전에 더 그러더라고요.” (참여자 4-1-3)

“약 처방이 다 좋는데 이제 다음 날 정신을 못 차릴 정도로 이 약이 심하더라고요. 너무 독하게 지어주시는 거예요. 아침, 밤으로 먹다 보니까 정신을 못 차리겠더라고요” (참여자 4-1-4)

“약을 먹었는데 갑자기 몸이 딱 나른해지면서 힘이 빠지는 거예요. 아. 그래서 정신과 약 먹으면 안 되겠다.”, “입원하면서 막 약을 올리고, 약을 조절하는 과정에서 갑자기 책도 읽다가 책이 하나도 안 들어오고 머리에, 잠도 거의 한 10시간 이상 잠만 자고 퇴원해서도 한 1년 동안 아무것도 못했어요.”(참여자 4-1-3)

“그래서 제가 폭식을 하게 돼요. 과식을, 폭식을 하게 되가지고 살이 급격하게 쪼어 요” (참여자 4-1-1)

- 약물처방 중심의 의료서비스에 대한 아쉬움

- 당사자들이 정신건강의학과를 찾을 때 기대하는 것은 증상을 완화시켜주는 약물처방과 함께 질환으로 인해 삶에서 겪는 어려움들에 대한 공감과 대처방법에 대한 상담이다. 하지만 의료서비스는 대부분 약물처방을 중

심으로 이루어졌고 이마저도 부작용 등에 대한 충분한 설명 없이 이루어지고 있는 것에 대한 아쉬움을 표현했다. 특히 정신질환을 가진 당사자들은 의료서비스 앞에서 약자인 경우가 많으며, 이용자로서의 목소리를 내기 어렵다. 따라서 의료서비스가 마음에 들지 않아도 다른 선택지가 없어서 어쩔 수 없이 갈 수 밖에 없는 경우도 있었다.

“아무 얘기도 안 해주시고 그냥 약만 주시더라고요.” (참여자 4-1-3)

“그래도 병원이 ‘이제 남은 병원은 이거밖에 없다’라고 생각을 했기 때문에.”(참여자 4-1-5)

- 종합병원 의료진 변경에 따른 관계단절 경험

- 참여자들은 대부분 종합병원에서 치료를 받았는데, 의료진이 바뀌는 경우가 종종 있어 신뢰관계를 형성하는데 어려움을 경험했다. 상대적으로 관계형성이 쉽지 않은 당사자들의 입장에서 주기적으로 담당의사가 바뀌는 것이 심도 있는 치료를 방해하는 요인이 된다고 설명했다.

“심도 있는 치료가 불가능해요, 저 같은 경우에는 1년마다 주치의 선생님이 바뀌니까. 좀 진행이 될라 그러면 주치의 선생님이 바뀌고”(참여자 4-1-2)

□ 의료서비스 관련 개선제안

○ 정확한 정보 : 환자에게 필요한 정보에 대한 욕구 충족

- 당사자들이 의료서비스와 관련하여 요구하는 것은 정신질환에 대한 상세한 정보였다. 처음 증상을 의심하면서부터 혼란을 경험했고, 그 과정에서 당사자 뿐 아니라 가족들도 정보부족으로 인해 (“너무 몰라서”) 많은 어려움을 경험하게 된다. 정신질환의 범주에 어떤 것이 포함되는지, 증상은 각각 어떠한지, 예후는 어떠한지, 약물의 부작용은 무엇이 있는지 등에 대한 상세한 정보제공과 설명이 필요하다. 특히 초발환자의 경우 상대적으로 젊은 연령대이기 때문에 사회에 대한 경험도, 질병에 대한 경험도 매우 제한적이다. 초기에 약물치료에 대한 순응도를 높이고 치료동기를 증가시키기 위해서도 충분한 정보제공은 매우 중요하다.

“거의 1년 동안 아버지가 제 병원을 진료 날마다 같이 가주셔가지고, 제가 못 할 설명을 다 설명해 주시면 선생님이 이렇게 집중해서 잘 들어주시는데, 저 혼자 가가지고 그 증상이 뭐 몇 시부터 몇 시까지 무슨 증상이 있었는데 지금은 괜찮아졌고 어땠다. 이런 식으

로 설명을 못하면, 근데 교수님이 이제 대중 '알았어, 알았어, 네, 알겠습니다, 약을 이렇게 바꿔 볼테니까 다음 날 다시 와주세요', 뭐 이런 식으로 얘기를 해가지고. 그러가지고 저는 솔직히 아쉬웠던 적도 있었던 것 같아요."(참여자 4-1-1)

○ 인간적인 대우

- 환자 이전에 한 인간으로 대우받고 싶은 욕구

- 당사자들은 자신의 상태에 대해 잘 설명해주지 않는 의료진에 대한 아쉬움을 표현했으며, 친절하고 따뜻한 대우를 받고 싶어 했다. 경직된 의사와 환자의 관계가 아닌 수용적 태도로 환자의 삶에 관심을 갖는 의료서비스가 필요하다고 설명했다. 의료진을 만날 때 증상 위주의 문진이 아닌 삶에 대한 관심을 표명했으면 하는 바람을 이야기했다. 면담시간을 단축시키려는 의사의 태도를 경험할 때 느끼는 상처를 설명하며 자신을 좀 더 성의 있게 대해주기를 원했다.

"좀 내 자식이라면 절대 그렇게 하지 않았을 거라고 생각이 들어요. 아무리 자기가 힘들고 피곤하다는 거 아는 데, 이미 자기는 한 의사고 그런 특별한 사명의식이 없는 것 같아요", "외래 선생님도 이렇게 그냥 안부 묻고. 그리고 깊은 대화는 못 나누고, 제가 어... 선생님 저는 무슨 어떤 일을 겪었는데 그 겪은 것만 얘기하고. 그 속에 제 감정이 어땠고, 뭐뭐 어땠고, 뭐 교회 친구들은 어땠고. 막 이렇게 이야기를 하고 싶은데. 그 선생님은 저를 빨리빨리 하려는 것 같고. 그냥 성의 없이 저를 대해가지고.."(참여자 4-1-5)

"결론을 말씀드리면 뭔가 좀 개선이 됐으면 싶다하는 거는 의사가 환자를 좀 딱딱하게 대하려 말고 좀 따뜻하게..", "집에서 어느 정도 무슨 일이 있었는지, 상세하게 물어봐주고 좀 뭔가 좀 다정한 면... 그런 것까지 바라지 않는데 좀 그랬으면 좋겠다라는 게 있던 것 같아요."(참여자 4-1-1)

"무조건 환자라고 생각하지 말고 사람 대 사람으로 생각해주시면 좋겠고요. 조금 더 친절해지고" (참여자 4-1-4)

다. 정신보건서비스 이용경험과 개선제안

□ 정신보건서비스에 대한 당사자 FGI 내용 범주화

- 본 연구에 참여한 당사자들의 정신보건서비스 이용과 관련한 진술문은 크게 면접 질문에 따라 정리되었으며 그 질문 항목별 답변들은 범주화 작업을 통해 다음 <표 4-4>와 같이 주제가 도출되었다.

<표 4-4> 정신보건서비스에 대한 당사자 FGI 진술문 범주화

질문항목	범주	주제	하위주제
정신보건 서비스 이용까지의 경험	퇴원 후 부딪힌 장벽	퇴원계획 서비스 못 받음	퇴원 후 어떻게 지역에서 회복할 수 있는지에 대한 정보 부족
		퇴원 후 무료한 일상	퇴원 후 할 것이 없는 삶. 매일 집에서 느끼는 무료함. 계획없는 삶. 가족과 마찰. 회복예배 참여
	여러 통로로 알게 된 지역정신건강서비스	절대적 정보의 부족	본인, 가족이 직접 정보검색. 부모가 알아본 지역서비스. 주거지 근처 정신건강복지센터와 복지관 이용 시작
		지역센터 주 1회 프로그램의 한계	지역정신건강복지센터의 주 1회 프로그램으로는 부족한 일상적 서비스욕구
		병원, 지역센터 소개로 참여한 재활시설	퇴원 시 조건으로 재활시설 참여 독려. 센터에서 소개한 재활시설. 교회에서 소개한 재활시설
	정신보건 서비스 이용경험	개인의 삶을 변화시키는 지역사회서비스	지속적 공감과 지지
사람들과 어울리는 일상생활을 통한 자존감 회복			사람들과 교류할 수 있는 장. 신뢰할 수 있는 사람들과 관계 맺을 수 있는 재활시설. 비슷한 처지의 다양한 사람들과 관계형성 통한 사회적지지 형성. 직업훈련으로 인해 자존감 증가
규칙적 생활이 가능해짐			매일 출근하면서 케어받는 것이 도움이 됨. 일정하게 할 일이 생김
절대적으로 부족한 서비스		가까운 지역 서비스 기관 부족으로 장거리 이동	지역재활시설 부족으로 경기도에서 서울로 매일 장거리 통근. 가까운 곳에 이용할 만한 서비스 기관 구축 필요. 재활시설이나 기관이 좀 더 많아지기를 기대함

질문항목	범주	주제	하위주제
정신보건 서비스 관련 개선제안	서비스를 제한하는 제도의 개선	지역센터와 사회재활시설의 중복 이용 가능 희망	한 개 이상 기관에 등록할 수 없는 서울시 제도
		행정구역으로 제한하는 서비스 규제 완화	자치구 주민으로 제한하라는 압박
	지역서비스의 전문적, 지속적 상담기능 강화	다양한 서비스가 필요	서로 다른 욕구들을 충족할 수 있는 서비스가 필요. 초발 환자들을 대상으로 하는 서비스. 가족교육 등
		전문성 강화의 필요성	정신건강서비스 아닌 일반 지역사회서비스 이용시 경험한 차별. 아쉬운 서비스의 질. 심도있는 개인상담에 대한 욕구. 센터의 주 2회 제한적 서비스 확대

□ 정신보건서비스 이용까지의 과정

○ 퇴원 후 부딪힌 장벽

- 퇴원계획 서비스 못 받음

- 중증 정신질환을 경험하는 이들은 집중병원치료를 받을 때는 치료에 집중하지만, 증상이 안정되어 퇴원을 하거나 간헐적으로 외래치료를 시작하게 되면서부터 오히려 큰 장벽에 부딪히게 된다. 입원을 경험한 당사자들은 병원에서 퇴원하면서 퇴원계획 서비스를 제대로 받지 못했다고 보고했다. 또한 퇴원 후 외래치료 외에 어떤 서비스가 있는지에 대한 정보를 얻지 못했다. 그래서 대부분 혼자서 알아보거나 가족이 알아보는 과정을 통해 지역 정신건강서비스에 대한 정보를 얻게 되었다.

“병원에도 사회복지사들이 있어서 지역사회 기관이랑 이렇게 연결해드리는 것도 원래 하게 되어있는데, 병원에서 그런 서비스 받으신 적 있으세요?”(진행자)

“아뇨. 병원에도 사회복지사들이 있어요? 저는 사실 몰랐어요.”(참여자 4-1-2)

- 퇴원 후 무료한 일상

- 중증 정신질환·정신장애인에게 퇴원 후 큰 어려움이 시작된다. 질감이 없는 사람들처럼 생활하기는 어렵다보니 주로 집에서 생활을 하게 되었는데, 집에서 매일 느끼는 무료함이 큰 괴로움이었다. 특별한 계획이 없는 삶이 주는 무력감은 삶의 큰 무게였고, 그렇다고 해도 무슨 방법이 있

는지 알지 못했다. 주로 집에서 생활하다보니 가족과의 마찰도 생길 수밖에 없었다. 종교를 가진 한 당사자는 교회에서 제공하는 회복예배에 참여했다. 이 교회는 정신건강문제를 가진 이들을 위한 예배를 따로 제공하고 있었고, 이런 예배는 당사자에게도 위로가 되었다.

“저는 퇴원하고 집에 있는데 그 갈 곳이 없는 거예요. 계속 집안에만 있고...그래서 맨날 집에서 누워서 잠자거나 핸드폰만 보거나 하니까 부모님하고도 갈등이 좀 있었어요.”(참여자 4-1-3)

“대부분 생활은 1시간 정도 운동을 하고 나머지는 집에 있는 시간이 거의 대부분이었어요.”(참여자 4-1-1)

“저희 OO교회 OO회복예배, 회복사역이 있어요. 거기는 오랫동안 다녔거든요.”(참여자 4-1-4)

○ 여러 통로로 알게 된 정신보건서비스

- 절대적 정보의 부족

- 일상적인 생활이 쉽지 않은 초발 중증 정신질환자들에게는 지역에서 이용할 수 있는 정신건강서비스에 대한 정보가 절대적으로 부족하다. 하지만 초발환자들은 상대적으로 젊은 층이어서 의지가 있다면 인터넷 검색이 가능하고, 가족들도 적극적으로 정보를 검색하여 지역사회 서비스를 물색한다. 그 결과로 주거지 근처 정신건강복지센터와 복지관 이용을 시작하게 되는 경우도 있다.

“어디 기관이나 이런 데서는 정확하게 알려주질 않아요. 어머니가 그걸 개인적으로 알려주셔서 가지고, 저한테 이렇게 이런, 이런 데를 가르쳐주고 하셔서 가지고... 인터넷 검색해보니까. 지푸라기라도 잡는 심정으로 저는... 거기라도 안가면 갈 데가 없으니까.. OO정신건강센터가 있고, 주소를 찾아보니까 되게 가깝더라고요. 집에서”(참여자 4-1-3)

“복지관이라든가 센터라든가 기관이나 다 아버지가 알아보고 연결해주셨어요.”(참여자 4-1-1)

- 지역센터 주 1회 프로그램의 한계

- 어렵게 찾아서 정신건강복지센터 서비스를 받지만, 이는 주로 주 1회 혹은 2회 상담이나 프로그램으로 진행되었고, 규칙적으로 생활할 수 있는 발판을 제공하는 데에는 제한적이다. 중증 정신질환을 가진 당사자들은

주로 일상을 함께 할 수 있는 지역서비스를 필요로 하였다. 이는 사회재활 시설을 모색하게 된 계기로 작용했다.

“상담만 이제 1시간 동안만 받지 그 이외의 대부분 생활은 1시간 정도 운동을 하고 나머지 집에 있는 시간이 거의 대부분이었어요.”(참여자 4-1-1)

- 병원, 지역센터 소개로 참여한 재활시설

- 경우에 따라 병원에서 퇴원할 때 조건으로 재활시설 참여를 독려하기도 한다. 하지만 구체적으로 재활시설에 대한 정보를 제공하지는 않았고, 이는 당사자나 가족이 직접 알아봐야 했다. 지역정신건강복지센터에서 재활시설을 연계하는 경우도 있고, 종교단체에서 만난 사람이 자신이 아는 정보를 제공하며 재활시설을 소개하는 경우도 있다.

“OO병원에서 퇴원했을 때 조건이 한 가지가, 조건이 딱 한 가지가 있었는데 그 조건이 사회재활 시설에 다니는 거였어요.”(참여자 4-1-5)

“저희 OO예배에 어떤 권사님이 계시는데 그 재활시설을 소개를 해주신 거예요.”(참여자 4-1-4)

“담당사회복지사께서 여기를 추천. 정확히 여기 시설을 추천해주신 거는 저희 담당 OO정신건강복지센터 선생님이셨어요.”(참여자 4-1-1)

“바편 의사선생님이 2년전 쯤에 선생님이 이 재활시설을 소개시켜 주시더라고요.”(참여자 4-1-2)

□ 정신보건서비스 이용경험

○ 개인의 삶을 변화시키는 지역사회서비스

- 지속적 공감과 지지

- 지역재활시설을 이용하면서 당사자들에게 가장 큰 의미로 다가왔던 것은 자신들을 따뜻하게 인간답게 맞이해주는 사람들을 만난다는 것이다. 이들이 관심을 가지고 격려해주는 것은 큰 위로가 되고, 이를 통해 많은 격려를 받게 된다. 특히 자신의 일처럼 공감해주고 도와주려는 정신건강 전문가들과 당사자들을 만나면서 삶의 큰 위로를 경험한다.

“사람들이 참 따뜻하구나 생각했어요. 밝게 인사해주시고. 여유로운 분위기니까 그곳에 가고 싶은 마음이 들게 되었고”(참여자 4-1-2)

“일주일마다 한 번씩... 1~2주마다 한 번씩. 그렇게 이제 편하게 이야기할 수 있는 데가 선생님밖에 없다고 느껴지는 거예요.”, “거의 00정신건강복지센터의 선생님한테 저는 있는 것, 없는 것 다 이야기를 해드렸더니 무슨 이야기인지 이해간다면 공감도 해주시고.”(참여자 4-1-1)

“너는 초발이고 만성이 아니라 훨씬 예후도 좋을 것이다, 뭐 이런 격려도 많이 해주셔서 좋았어요.”(참여자 4-1-3)

- 사람들과 어울리는 일상생활을 통한 자존감 회복

- 초발 중증 정신질환을 경험하는 이들이 공통적으로 어려워하는 점은 사람들과 교류할 수 있는 장의 부족이다. 이런 면에서 일상적으로 이용하는 재활시설은 신뢰할 수 있는 사람들과 관계를 맺을 수 있는 장이 되고, 비슷한 경험을 하는 다양한 사람들과 관계를 형성하면서 사회적 지지를 얻게 된다. 특히 직업훈련을 하게 되는 경우 스스로에 대한 자존감이 증가하는 계기가 되기도 한다.

“그니까 병원 같은 경우에는 약을 처방해주지 의지를, 제 욕구를 해주시지는 못하잖아요. 그걸 직접적으로 해줄 수 있는 게 지역센터(기관)라고 생각을 해요”, “구성원들도 재밌고 또 얘기하는 게 저는 재밌고 사람들 대하고, 이렇게 응대하는 것도 저는 즐겁더라고요. 되게 좋은 분들인 것 같기도 하고 좀 따뜻하게 좀 잘 대해주는 것 같기도 하고, 여기 회원 분들조차도 각자 뭐가 각자의 어려움이 있을지라도 좀 뭔가 따뜻한 면이 있는 것 같고”(참여자 4-1-1)

“제가 받았던 게 직업훈련이었는데. 직업훈련을 상세하게 시켜줘서 시너지가 높았어요. 자존감이 좀 높아지더라고요.”(참여자 4-1-4)

- 규칙적 생활이 가능해짐

- 퇴원 후 무력감과 무료함으로 어려웠던 일상을 겪은 이들에게 재활시설 이용은 매일 할 수 있는 일이 생기는 중요한 활력소이다. 규칙적으로 생활하는 방식을 익히고, 어딘가 가야할 곳이 있다는 점도 큰 위안이 된다. 이러한 서비스가 재발과 입원예방을 위해 필요하다는 점을 시사한다.

“패턴도 일정해지고 또 뭐가 활력도 생기고 해가지고 그런 생각을 좀 동의를 했어요.”, “그러면서 이제 규칙적인 생활하게 되면서 되게, 되게 네. 지금 엄청 많이 좋아졌어요. 규칙적인 생활 패턴이 있다 보니까. 하는 게 재밌더라고요. 학교 다닐 때는 되게 잠만 자는 편이었어요. 근데 재활시설을 다니고 규칙적인 생활이 되니까 일어나는데 조금 귀찮음이 있어도 저는 되게 재밌더라고요”(참여자 4-1-1)

“재활시설에 가게 되면서 이제 매일 매일 케어를 해주시거든요. 그래서 매일 오는지, 안 오는지 아침마다 전화와서 ‘출근하고 계세요?’ 뭐 이렇게 매일 이렇게 전화도 와주시고. 그리고 제가 막 잔다고 안 오면 집까지 와가지고 데려간 적도 있거든요.”(참여자 4-1-3)

○ 절대적으로 부족한 서비스

- 가까운 지역 서비스 기관의 부족으로 장거리 이동

- 이처럼 재활시설이 중증 정신질환을 가진 이들에게 도움이 되고 있지만, 가장 큰 문제는 이러한 지역 재활시설이 절대적으로 부족하다는 것이다. 가까운 곳의 서비스 기관의 부족으로 경기도에서 서울까지 매일 출퇴근하는 당사자도 있지만, 그럼에도 불구하고 기꺼이 그 거리를 왕복한다. 당사자들은 지역에서 이용할 수 있는 기관이 좀 더 많아지기를 기대하며, 이런 기회를 갖지 못하는 이들도 접근할 수 있는 많은 서비스와 시설의 필요성을 이야기한다.

“병원보다는 이제 지역적인, 지역센터가 많이 발전했으면, 생기고 그런 부분이 좀 심도있고 발전이 많이 됐으면 좋겠다는...”, “등록절차를 거치려고 하는데 OO는 2년이 걸린대요...그나마 여기가 짧은 거예요. 그래서 제가 여기로 오게 된 거죠.”, “그래서 제가 사실 여기를 등록을 할 때도 사실 할머니 집으로 저희가 주소를, 전입신고를 했어요. 그래서 여기 다닐 수 있게 된 거예요. 집이 의정부인데도 불구하고.”(참여자 4-1-1)

“(주변의 다른 정신장애인에게 지역센터 이용과 관련하여 질문했을 때) 왜 지역사회센터 이용 안 하나 하는 게... 멀어서 그렇다고 하더라고요.”(참여자 4-1-1)

□ 정신보건서비스 관련 개선제안

○ 서비스를 제한하는 제도의 개선

- 지역센터와 사회재활시설의 중복 이용가능 희망

- 현재 서울시의 규정은 지역센터와 재활시설의 중복등록을 불가한다. 따라서 지역센터에 등록하여 서비스를 받으면서 재활시설을 이용하고자 할 때는 지역센터 등록을 포기해야한다. 지역정신건강복지센터와 재활시설의 기능은 서로 다르다는 점을 고려할 때, 당사자들은 지역정신건강복지센터와 재활시설을 모두 등록하여 이용할 수 있는 제도개선을 요구했다.

“처음에는 OO센터와 병행하다가 이제 옮겨야 된다고 하더라고요. 그래서 얼마 전에 퇴소 처리를 했어요.”(참여자 4-1-3)

“그게 중복으로 강북구가 또 OO정신복지센터나 이런 데나 이렇게 중복으로 서비스를 받지 못하잖아요. 그래서 그거는 개인의 몫이에요.”(참여자 4-1-5)

- 행정구역으로 제한하는 서비스 규제 완화

- 현재 우리나라는 중증 정신질환자를 대상으로 하는 서비스가 절대적으로 부족하며, 특히 지역에서 이용할 수 있는 서비스는 더욱 그러하다. 서울이나 수도권을 벗어나면 이러한 서비스 부족이 심각한 수준이다. 이러한 현실에서 각 지자체는 지자체 예산이 투입된다는 것을 이유로 지자체에 위치한 시설을 타지역 주민이 이용하는 것을 규제하려는 압력을 행사한다. 시설 확대나 확충없이 행정구역으로 서비스를 제한하는 규제는 완화될 필요가 있다.

“사실 그 경기도에 있는 분들이 다닐 수는 있는데 계속 구로부터 압박은 있어요. 왜냐하면 마포구에 있는데 마포구에 있는 사람 대상으로 서비스 하지 않고 왜 경기도에 있는 사람을 대상으로 하나” (지역재활시설 직원)

○ 지역정신보건서비스의 전문적, 지속적 상담기능 강화

- 다양한 서비스가 필요

- 중증 정신질환자가 가지고 있는 서로 다른 욕구들을 충족할 수 있는 서비스가 필요하다. 연령이나 생애주기별 서비스나 증상의 정도에 맞추는 다양한 서비스에 대한 필요성이 제안되었다. 또한 다양한 서비스를 제공하는 지역 내 기관도 많아지기를 희망하였다.

“그래서 저는 제가 가진 상처나 그런 아픔들이 뭐 음악치료, 상담치료(가 필요한데), 다른 사회복지시설에는 있잖아요 많이. 그런데 어려웠던 것 같아요. 그런 게 없어서 상처가 치유가 난 아직 덜 됐는데. 나가서 또 사람들에게 상처받으면서 일하면 어떻게 하지.”, “막막하기도 하고. 그래서 그거를 지원해줄 수 있는 그런. 감정을 좀 잘 케어해줄 수 있는... 멘토도 굉장히 좋은 제도라고 생각해요.”(참여자 4-1-5)

“기억력이 점점 나빠지고 있어요. 그러가지고 기억력 향상 프로그램을 하나 만들어가지고 좀 계속 이렇게 막 덧셈, 사칙연산도 좀 하고 그런 프로그램 있었으면 좋겠어요”(참여자 4-1-4)

- 전문성 강화의 필요성

- 정신건강서비스가 아닌 일반 지역사회서비스(복지관 등)를 이용할 때 중증 정신질환에 대한 이해의 부족으로 인해 차별을 경험하는 경우가 있다. 또한 심도 있는 개인상담을 원한 당사자의 경우 지역의 센터에서 충분히 그 욕구를 충족시켜주지 못했다고 느끼는 경우도 있다. 즉, 전문적, 지속적 상담기능 강화에 대한 욕구를 가지고 있다. 또한 중증 정신질환을 가진 이들에게는 지역센터에서 제공하는 주 1회 또는 2회의 서비스가 부족하며, 보다 다양한 서비스를 받을 수 있는 기회를 확대시켜줄 것을 희망한다.

“일반 지역사회서비스 같은걸 이용할 때 사회복지사가 오히려 차별을 좀 그렇게 하더라고요. 새로 바뀐 선생님은 제가 병이 있는걸 아시니까 오히려 저를 차별하고 거기서 그냥 그 결과, 뭐 계속 다닐지 말지 거기서 결정하잖아요.”, “보건소나 위클래스나 거의 비슷해요. 보건소에서는 그냥 대강 듣고 시간 때우려고 온 사람이 많은데.”(참여자 4-1-2)

“창동에서 처음 상담 받았는데 거기 선생님도 막, 반응만 좋지, 맞장구 치는 것만 좋지. 그 질에 대해서는 뭔가... 자기 증상에 대해서 근본적인 질문에 대한 그런 개입도가 조금 떨어지는”, “그냥 공감만 해주지. 질문을 안 해요. 그 질문 안하면 어떻게 해요. 자기는 이런, 이런, 이런 상처가 있고 하는데, 아픔이 있는데 그런 걸 질문 안 해주면 뭐해요.”(참여자 4-1-1)

- 그 외에도 당사자들은 장기입원, 재입원 등을 예방하기 위해서 필요한 점으로 인식개선과 편견해소의 필요성을 설명한다. 지역에서 일반인들이 정신건강문제를 가진 이들에 대해 편견 없는 따뜻한 시선과 관심을 지속적으로 보여주면 도움이 될 것이고, 처음부터 정신질환을 겪지 않을 수도 있다는 점을 강조한다.

“지역사회가 좀 더 사람들, 지역주민들에게 좀 더 많은 관심과 사랑을 주면 어떤 어떤 데서 있는 아이를 꺼내듯이 그렇게 자기 자식을 돌보듯이”, “지역사회나 주변 사람들, 뭐 친척뿐만 아니라 따뜻하게 관심을 가져주고 지속적으로 어떤지 봐주고 전화해주고, 그랬으면 저는 병에 걸릴 수도 있는 사람에게는 그게 도움이 많이 된다고 생각을 해요. 한편으로는 그 병에 안 걸릴 수도 있었다고 생각해요.”(참여자 4-1-5)

제3절 초발 중증 정신질환자·정신장애인 가족의 욕구파악

가. 연구내용 및 방법

□ 조사과정

- 초발 중증 정신질환자·정신장애인 가족의 의료서비스 및 정신보건서비스에 대한 욕구를 파악하기 위하여 가족을 대상으로 초점집단면접을 실시하였다.
- 지역사회 정신재활기관과 정신장애인 가족협회의 도움을 받아 지역사회에 거주하고 있는 5명의 초발 중증 정신질환자의 가족을 추천받은 후 본인의 동의를 받아 구성하였다.
- 연구발주처가 희망한 조사내용을 토대로 연구진이 구성한 조사 질문지를 사전에 연구참여자에게 배부하여 그 내용을 숙지하고 기초적인 답변을 생각한 상태에서 인터뷰에 참여하도록 하였다. 인터뷰는 연구참여자의 서면 동의를 받은 후 2019년 10월 17일 서울 시내 정신재활기관의 독립된 공간에서 약 2시간에 걸쳐 진행하였다. 인터뷰는 1급 정신건강사회복지사이자 사회복지학 교수 1인과 정신건강이 주 전공영역인 사회복지학 교수 1인이 공동 진행하였고, 가족모임을 담당하는 지역재활기관의 실무자 1명이 함께 참여하였으며, 연구보조원이 그 내용을 기록하며 녹음하였다.

□ 집단 참여자

- 참여한 가족의 특성과 초발 중증 정신질환을 가진 자녀가 이용하는 의료 및 지역사회서비스는 다음 표와 같다. 참여자 모두 수도권에 거주하고 있는 이들로써 상대적으로 초기에 자녀의 증상을 인지하고 의료서비스를 이용하기 시작하였으며, 모두 국내에서 인정받는 대학병원에서 외래치료를 받고 있다. 또한 참여자의 자녀 모두 지역사회 재활시설을 이용하고 있으며, 가족의 지지가 높은 편이었다.

〈표 4-5〉 초발 중증 정신질환자·정신장애인 가족 초점집단인터뷰 참여자 특성

번호	성별	연령대	당사자 나이	당사자와 관계	거주지역	당사자 첫 발병시기
4-2-1	여	50대	20대	어머니	서울	2018년
4-2-2	여	50대	30대	어머니	서울	2018년
4-2-3	여	50대	20대	어머니	서울	2016년
4-2-4	남	50대	20대	아버지	서울	2014년
4-2-5	여	60대	20대	이모	경기도	2011년

〈표 4-6〉 초점집단인터뷰 참여자 가족의 이용서비스 현황

번호	당사자가 이용하는 의료서비스	당사자가 이용하는 지역사회정신건강서비스
4-2-1	대학병원 외래	지역사회재활시설
4-2-2	대학병원 외래	정신건강복지센터, 지역사회재활시설
4-2-3	대학병원 외래	개인상담소, 지역사회재활시설
4-2-4	대학병원 외래	개인상담소, 지역사회재활시설
4-2-5	대학병원, 개인병원 외래	지역사회재활시설

□ 조사내용 및 핵심질문

○ 인터뷰 질문은 가족들의 입장에서 경험한 당사자의 의료서비스 및 정신보건서비스 이용까지의 과정, 의료이용서비스 경험에서 받은 도움과 보완할 점, 지역 정신보건서비스 이용 경험에서 받은 도움과 보완할 점 등 당사자 초점집단면접 질문과 유사하게 구성하였고, 가족을 위해 필요한 서비스에 대한 항목을 추가하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 처음 의료서비스(정신과) 이용까지의 과정에 대해 얘기해주세요.
- 의료이용서비스는 어떻게 도움이 되었습니까?
- 어떤 어려움들을 경험하셨습니까?
- 의료이용서비스 경험에 비추어 보아 어떤 점이 개선되어야 한다고 생각하십니까?
- 의료이용서비스와 관련하여 어떤 것들이 더 필요하다고 생각하십니까?
- 처음 지역정신보건서비스 이용까지의 과정에 대해서 말씀해주세요.

- 지역정신보건서비스는 어떻게 도움이 되었습니까?
- 어떤 어려움들을 경험하셨습니까?
- 지역정신보건서비스 경험에 비추어 보아 어떤 점이 개선되어야 한다고 생각하십니까?
- 지역정신보건서비스와 관련하여 어떤 것들이 더 필요하다고 생각하십니까?
- 중증 정신질환자 및 정신장애인 가족을 위해 필요한 서비스는 무엇입니까?

나. 의료서비스 이용에 대한 가족의 경험과 개선제안

□ 가족대상 FGI 내용 범주화

- 본 연구에 참여한 가족들의 의료서비스 이용과 관련한 진술문은 크게 면접 질문에 따라 정리되었으며 그 질문 항목별 답변들은 범주화 작업을 통해 다음과 같이 주제가 도출되었다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다.

〈표 4-7〉 의료서비스 이용에 대한 가족대상 FGI 진술문 범주화

질문항목	주제	하위주제
의료서비스 이용까지의 경험	어린 시절부터 경험한 적응문제	어린 시절부터 경험한 또래와의 차이. 따돌림과 학교폭력. 학교적응의 어려움. 적응문제
	정신과에 대한 편견, 두려움, 낯설, 군대나 학교의 몰이해	편견, 두려움, 학교의 무지. 군대의 무지 등으로 인한 치료지연
	편견으로 인해 병원 외 다양한 방법을 모색: 병원은 최후의 선택	중요에 의존하여 이겨보려고 시도함. 다른 다양한 방법(상담, 기도원, 한의원, 굿) 모색. 최대한 정신병원에는 가고 싶지 않음. 위급 상황으로 인한 강제입원. 병원에 가기까지 많은 시간이 소요됨.
	정보의 부족: 스스로 알아본 정보	주 정보 획득 통로 : 인터넷 카페, 인터넷 검색
의료서비스 이용경험	물리적 환경이 나쁘지 않았던 병원	생각보다 나쁘지 않았던 폐쇄병동. 자유로운 만남이 좋았던 개방 병동. 비슷한 또래가 있었던 병동
	보호자들과 정보교환	병원에서 만났던 환자의 보호자들과의 정보교환이 도움됨. 이해해주는 사람을 만났다는 안도감
	정신과에 대한 기대와 다른 기계적 서비스로 인한 상처	기대했던 자세한 설명, 정보 제공, 전문적 상담이 이루어지지 않음. 제대로 설명하지 않는 의료진. 보호자와 소통이 부족한 의료진
	약물처방에 집중되어 있는 서비스	병원은 약타러 가는 곳. 약 부작용에 대한 불충분한 설명. 심한 약 부작용으로 약복용 지속의 어려움. 일상생활이 어려움.
의료서비스 관련 개선제안	환자의 마음을 헤아리는 서비스	인간적으로 대하는 마음. 따뜻한 말투. 집중적 케어의 부족
	국가의 관심이 필요	통합적 도움에 대한 욕구. 가족교육. 국민들 인식도 개선되어야 함. 정보도 절대적으로 부족함. 비용 부담 완화

□ 의료서비스 이용까지의 과정

○ 어린 시절부터 경험한 적응문제

- 참여자의 자녀는 모두 초발 정신질환자라는 특성을 가지고 있어서 연령대가 모두 20대에서 30대 초반이다. 이들은 성장기부터 학교생활에 어려움을 겪었고, 또래의 따돌림이나 학교폭력을 경험하기도 한다. 하지만 이런 문제들이 정신질환과 관련되었거나 정신질환의 전조증상일 수도 있다는 것을 생각하지 못한다. 어려움을 경험하면서 부모가 상담에 대한 필요성을 느끼고 상담센터를 방문하거나, 스스로의 양육태도를 의심하며 부모교육, 어머니학교 등을 찾아보기도 한다.

“제일 미안한 건 정상적인 가정에서 엄마 사랑을 받지 못하고 자랐다는 게 그게 제일 미안해요. 가정이 붕괴 되면서 이런 병이 오는 건가 이런 생각도 하고 있어요.”, “고등학교 입학하고 나서 고등학교 상담하는 곳에서 학교 적응을 못해 선생님이라 상담도 자주 했죠.”, “그리고 학교를 가니까 적응을 못한 상태에서 저희가 덩치도 있고 그러니까 짓궂은 장난을 계속 하는거죠. 가만히 있으니까 계속 하는거예요.”(참여자 4-2-4)

“학교폭력을 당하면서 가해자들이 형사처벌도 받고 일부는 강제전학도 처분이 되어서 그런 과정을 거치면서 상담을 받게 되었어요.”(참여자 4-2-3)

○ 정신과에 대한 편견, 두려움, 낭설, 군대나 학교의 몰이해

- 우리 사회는 정신건강문제에 대한 편견이 심하고 중증 정신질환에 대해서는 더욱 그렇다. 정신과에 대한 편견과 두려움, 낭설 등으로 인해 치료시기가 길게는 3, 4년까지도 지연된다. 정신과 진단을 가지고 신경을 받아도, 군대의 이해부족으로 인해 병무청에서 진단을 무시하는 경우도 발생한다. 선택의 여지 없이 군대를 보내고 나면 매일이 가시방석이다. 복무 중 중간에 정신건강 문제로 의병제대를 하게 되면 그나마 다행이지만 그렇지 않으면 제대 때까지 노심초사할 수밖에 없다. 학교의 인식부족도 당사자와 가족에게 큰 상처를 준다. 서비스를 연계하기는커녕 학교를 떠나라는 터무니없는 일을 겪기도 했다.

“약이 과해서 아이 머리를 나빠지게 할 수 있다.’ 난무하는 이야기들이 많이 있고, 불안한 마음이었거든요. 부작용도 많고 그런 이유 때문에 망설였던 거 같아요.”, “정신과 치료를 받으면 결혼할 때 신원조회하면 나온다는 말을 들었어요.”(참여자 4-2-3)

“군대를 갈 때도 생활상태가 안 좋으니까 저희가 걱정을 많이 했어요. 군대는 규칙적인 생활을 해야 하고 단체생활을 잘 할 수 있을지 걱정이 되었는데 4, 5개월까지는 했는데 또 잠을 못 자고 업무수행을 못 하는 거예요. 거기서 본인이 못 버티는 상황이 온 거 같아요. 본인이 입원하겠다고 해서 군병원에 입원해서 6개월 정도 하고 의병제대를 하게 되었는데..”(참여자 4-2-1)

“병원을 가서 진단을 내리는데 신검을 받는 와중에 진단서가 효력이 없어요. 무시가 되는 거예요. 이 병이 누구한테 옮는 병이 아니잖아요. 본인이 괴로운 병인데.. 그런데 병 무척 담당하시는 분이 눈에는 멀쩡하게 보이니까 가라고 하시는 거예요. 그래서 훈련소 가서 이야기를 하는데 뽕뽕이를 돌리는 거예요.”, “저희 애는 고등학교 다닐 때 교감 선생님이 자퇴를 요구하시는 거예요. 제가 화가 나서 어떻게 ‘선생님 입에서 나올 소리냐.’ 그래서 제가 교육청에 이야기를 해보겠다고 했어요.”(참여자 4-2-4)

○ 편견으로 인해 지연되는 병원 외 다양한 방법 모색 : 병원은 최후의 선택

- 정신질환에 대한 편견은 부모들로 하여금 병원에 가기 전까지 최대한 다양한 방식으로 문제해결을 모색하게 한다. 그 과정에서 많은 경제적 손실이 생길 뿐 아니라 초기 치료가 지연된다. 학교상담, 부모교육, 독서모임, 종교집회, 심리상담센터 등의 방법을 모색하고, 한의원을 찾아가서 처방을 받거나 곳에 의존하는 경우도 있다. 이런 방법들은 1-3개월에 수 백 만원의 비용이 들어가는데 이는 당연히 경제적 부담으로 작용한다. 정신과는 최후의 수단으로 생각하고 있었기 때문에, 위급할 때는 수면제를 사용한 적도 있지만 최대한 병원치료 받는 것은 지양한다. 부모 중 한 사람이 병원치료를 생각할 때도 배우자가 인정하지 않거나 동의하지 않는 경우가 있고, 자녀 역시 정신과에 대해서는 강한 거부감을 가지고 있었다. 또한 자식에게 정신과에 가자는 말을 하는 것이 부모의 입장에서는 매우 어려운 일이다. 그러다가 위급상황으로 인해 강제입원을 하는 경우도 있다.

“그러니까 처음에 케치를 빨리해서 판단을 하는 게 굉장히 힘들고 조심스러워요. 그리고 내 자식이지만 ‘정신병원 같이 가자.’ 라고 말하는 게 너무 힘들어요.”(참여자 4-2-4)

“상담을 다니고 나서 병원을 가고 싶었는데 아빠가 ‘정신과는 절대 가면 안 된다.’ 가면 큰일 나는 줄 알더라고요. 그리고 병원 의료보험도 받고 싶었는데 그걸 반대 하더라고요.”(참여자 4-2-2)

“저 혼자 상담을 받았어요. 비용이 너무 비싸더라고요. 그 당시 10만원이었으니까요. 비용 때문에 하기가 어려워서 어머니학교, 부모교육, 독서모임 여러가지 하다가 애가 중

학교 때 촉발되서 힘들었을 때 교회를 데려가도 안되고, OO집회를 데려가도 안되서 그리고 인지행동치료센터를 가서 급한 불을 끄게 되었어요. 중학교도 대안학교를 세 군대를 다니고”(참여자 4-2-3)

○ 정보의 부족 : 스스로 알아본 정보

- 정신과에 대한 편견과 더불어 치료에 걸림돌이 되는 것은 절대적으로 부족한 정보이다. 병원 자체에 대한 정보도 부족하지만 병원에서 어떤 치료를 하는지에 대해 모르기 때문에 두려움이 있다. 어렵게 키운 자녀가 정신 질환 증상이 의심되고 여러 어려움을 겪는 것을 경험하며 가족들은 세상이 무너지는 듯한 절망감에 빠진다. 하지만 중증 정신질환에 대한 정보를 구할 곳은 막막하고 누구에게 마음 터놓고 물어볼 수도 없다. 절실한 마음으로 인터넷 검색을 하고 카페에 가입한다. 이렇게 주로 인터넷 카페나 검색을 통해 정보를 획득한다. 이런 여러 방법을 전전하다가 진전이 없으면 최후의 방법으로 정신과를 찾는다. 이때 주로 가까운 개인 정신과를 먼저 찾아가고, 그곳을 통해 큰 병원을 의뢰받아 가게 된다.

“반신반의하다가 우리 큰놈 다니는 개인 정신과 병원을 갔더니 큰놈도 OO의료를 소개시켜 주셨고, 작은놈도 OO의료를 소개시켜 주셨어요.”, “그리고 부모님도 상담도 받고 해야 하는데 막상 나가면 누구한테 이야기할 사람이 없어요.” (참여자 4-2-4)

“조기발견이 중요하죠. 캐치를 하면 빨리 병원을 데리고 갈텐데.. 저는 조현이라는 걸 처음 들어봤어요.” (참여자 4-2-2)

□ 의료서비스 이용 경험

○ 물리적 환경이 나쁘지 않았던 병원

- 정신과 병원에 간다는 것, 그리고 폐쇄병동에 입원한다는 것은 누구에게나 두렵고 피하고 싶은 경험이다. 어떤 곳인지, 무슨 치료를 받는지에 대한 정보가 없는 상태에서는 더욱 그럴 수밖에 없다. 하지만 규모가 상대적으로 큰 대학병원에서는 두려워하는 가족에게 폐쇄병동 안을 보여주며 안심을 시키기도 한다. 가족들이 생각했던 폐쇄병동과 조금은 다른 모습에 안심을 하기도 하고, 자신들이 어떻게 자녀를 도와야 할지 모르는 가족에게 입원은 오히려 치료에 대한 희망을 가지게 한다. 초발 환자들은 연령대가 어린 경우가

많기 때문에 부모들은 폐쇄병동보다 개방병동을 선호하며, 개방병동은 특히 자유롭게 면회가 허락되어 마음을 놓을 수 있었다. 또한 비슷한 또래들을 만날 수 있는 병동은 조금은 가족들의 마음을 달래주었다.

“저는 입원을 안 좋게 생각했었어요. 폐쇄 병동부터 들어간다고 보니까 제가 걱정을 너무 많이 하니깐 구경을 시켜주시더라고요. 이상하지 않고 나쁘지 않다고 하시더라고요.”, “창살이 있고 그런 게 아니더라고요. 드라마에서 보던 그런 게 아니더라고요.”(참여자 4-2-1)

“그리고 1주일에 한 번 저희 큰놈이 폐쇄 병동에 입원을 했는데 병원을 가면 점심시간에 만났는데. 표정이 나쁘지 않았어요.”(참여자 4-2-4)

○ 보호자들과 정보교환

- 자녀와 함께 병원에 가면 대기실에서 종종 정신질환이 있는 다른 환자들의 보호자를 만나는 기회가 생긴다. 누구에게도 쉽사리 고민을 터놓지 못했던 부모들은 이런 기회를 반갑게 받아들이고 이들과의 대화를 통해 많은 정보를 획득한다. 실제로 경험을 한 이들의 정보는 초발 환자들의 부모에게 큰 도움이 되고 위안이 된다.

“대기하는 동안에도 보호자 분들이랑 정보교환도 하고, 이렇게 정보교환도 많이 되고 있어요. 공통점이 있다 보니까 정보를 이런 쪽에서도 얻고, 여기와서도 얻고.”(참여자 4-2-4)

○ 기대했던 것과 다른 기계적 서비스로 인한 상처

- 초발 정신질환을 앓고 있는 자녀를 데리고 병원에 갈 때 가족들은 의료진의 상세한 설명과 가족들의 마음을 충분히 알아주고 공감해주는 서비스를 기대한다. 하지만 종종 기대했던 것과 다른 기계적 서비스로 인해 실망하고 상처 받는 경험을 하게 된다. 특히 전문적인 상담을 통해 예후와 치료에 대한 이야기를 듣고 싶었던 가족들은 시간에 쫓기는 듯 진행되는 의료진의 딱딱한 설명에 실망했던 경험을 토로했다. 특히 젊은 나이에 발병한 초발환자들의 부모는 더욱 딱딱한 상황임에도 불구하고 의료진과 부모 간의 소통이 충분하게 이루어지지 않는 것에 대한 서운함이 많다. 이러한 의료서비스에 대한 불만이 있어도 의료서비스에 의존할 수 밖에 없는 상황이며, 의료진의 권위에 도전하는 것은 생각하기 쉽지 않다. 때로는 다른 선택의 여지가 없다는 생각에 좌절을 경험하기도 한다.

“의사 선생님이 저희가 처음 개인 정신과를 갔을 때 불분명하지만 제가 들은 이야기는 ‘스트레스 잘 관리하세요.’ 이 정도뿐이거든요. 조금 더 저한테 아이가 수면이 잘 이루어 지지 않았을 때 전조증상이라는 걸 아셨을 거 같은데 저한테 그런 이야기를 안 해주신게 안타깝더라고요. 말씀해주셨으면 치료적인 부분을 생각했을 텐데..”, “의사 선생님은 오로지 약, 그리고 아이의 삶에 대한 이해는 전혀 없어요.”(참여자 4-2-1)

“병원 가면 의사들은 보호자 생각 안하거든요. 몇 가지 질문을 하려고 하니깐 밀어내고 그러면 기분이 정말 안 좋더라고요.”(참여자 4-2-2)

○ 약물처방에 집중되어 있는 서비스

- 정신과에 가면 왜 이런 증세가 나타나는지, 왜 이런 질환이 발생하는지 등에 대한 자세한 내용을 듣고 상담을 할 수 있을 것으로 기대한 가족들은 의료서비스가 주로 약물처방에 집중되어 있다는 점에 실망하고 답답한 마음을 토로한다. 자녀가 약물을 복용하기 시작하면서부터 심한 부작용으로 많은 어려움을 겪기 시작했다. 힘이 빠져 쳐지거나 잠을 많이 자면서 일상생활이 어려워지고, 이러한 어려움들은 약물복용을 지속하는 데 큰 장애요인이 된다. 당사자들은 약물 복용을 회피하려고 하고 약물 복용이 중요하다고 생각하는 가족과 당사자 간에 갈등이 생기기도 한다. 하지만 이러한 부작용에 대한 충분한 설명이 없고, 부작용에 어떻게 대처해야 하는지에 대한 설명이 충분하지 않은 것이 가족들이 겪는 공통적인 어려움이다. 정보가 부족하다보니 약을 줄인다는 이야기에도 불안하게 생각하는 경우가 있다. 가족들은 약물교육이나 가족교육의 필요성을 강하게 주장했다.

“잠을 많이 자고 못 일어나는게 부작용.. 그리고 누구는 살피고.. 치료목적이 아니라 약이 아이를 재워두는 거 같아요.”(참여자 4-2-5)

“처음에는 잠이 많이 오고 하니깐 약을 줄여달라고 하더라고요. 그 말을 안 들어줬으면 좋겠는데 그 말을 들어주시더라고요. 약을 너무 약하게 먹으면... 이번에도 갖는데 내년 6월까지 보고 약을 줄이던가 끝자고 이야기하는 거예요. 그럼 아들이 기대를 걸잖아요. 저는 그 소리가 엄청 불안해요.”(참여자 4-2-2)

“그런데 약물 교육, 가족 교육 이런 프로그램은 전혀 없었어요. 가족 교육을 많이 시켜주셨으면 좋겠어요... 아이를 앞으로 사회적으로 적응시키고, 앞으로 어떤 일을 하고 독립된 사람으로 살아가게 하는 게 목표인데.. 말 한마디가 중요한데 이런 부분을 하나도 가르쳐 주는 곳이 없어요. 의사 선생님은 오로지 약, 그리고 아이의 삶에 대한 이해는 전혀 없어요. 싫어도 가는 거예요. 교육을 받을 수 있는 곳이 하나도 없어요.”(참여자 4-2-1)

□ 의료서비스 관련 개선제안

○ 인간적 관계 : 환자의 마음을 헤아리는 서비스

- 가족들은 아이가 어린 자녀를 대하는 의료진에게 당사자의 마음을 헤아려주는 태도를 요청한다. 가족들은 공감하는 어투와 진정으로 환자의 건강을 생각하는 의료진에 대한 갈망을 표현했다. 기계적인 말투나 증상확인 중심의 대화보다는 마음으로 대하는 서비스, 그리고 환자의 삶에 관심을 가져주는 것에 대한 바람이 있다. 특히 입원하는 환자들의 경우 집중적으로 보호받고 치료받을 수 있는 환경을 요구했다.

"정신과 선생님들은 환자의 마음을 헤아려주시는 그런 교육을 받으셔야 할 거 같아요. 회진 들면서 하시는 말씀이 '소리 들려? 안 들려?' 이런 식인 거예요. 굉장히 듣기 싫은 말투잖아요. 그래서 공감을 해주시는 분이 계시면 너무 좋은 거예요.", "제가 (아이의) 정신병원 병동에 있으면서 2주 정도 관찰한 결과 회진 도는 의사선생님도 없고요, 의사 선생님 얼굴도 못 본 사람들도 많았어요. 어쨌든 레지던트 선생님이 면담은 하지만 아이의 상황을 살피기에는 역부족이에요." (참여자 4-2-1)

○ 국가의 관심이 필요

- 정신질환에 대한 우리사회가 가지고 있는 편견, 낮은 인식, 그리고 몰이해는 당사자는 물론 가족에게 큰 어려움으로 작용한다. 처음으로 생소한 증상을 목격하고 정신이상을 의심하면서부터 가족들의 두려움과 근심이 시작되고, 어디에서부터 어떻게 도움을 받아야 할지 우왕좌왕할 수밖에 없다. 필요한 서비스가 어떤 것인지 모르는 상황에서 이런 저런 방법을 모색하느라 불필요한 경제적 비용을 부담한다. 가족들은 정신질환에 대해 국가적으로 좀 더 많은 관심이 필요하다고 주장한다. 편견이 해소될 수 있도록 정신질환에 대한 인식개선사업도 적극적으로 수행되어야 한다. 또한 부모들이 개별적으로 정보를 찾아다니지 않아도 되도록 국가 차원의 통합적 서비스를 마련하는 것에 대한 욕구도 있었다. 정신건강 영역의 전문가들이 모두 각자 분리되어 있는 것에 대해 문제를 제기하며, 통합적 서비스를 받기 위해서 시스템이 마련되어야 함을 피력했다.

"그냥 자연스럽게 아프게 가면 가는 병원으로 바뀌면 좋겠다는 생각을 가끔씩 해요. (정신질환은) 특별한 병 이렇게 치부가 되는 거 같아요."(참여자 4-2-4)

"우리나라는 통합이 안 되어 있는 거 같아요. 의사, 사회복지사, 심리상담 분리되어 있어

서 보호자 입장에서는 통합적인 도움을 받고 싶는데, 그게 전혀 안되어 있더라고요. 의사는 의사 입장 이야기만 하고, 부모들은 정보를 개별적으로 얻어야 하고.. 통합시스템이 안되어 있다는 게 너무 안 좋아요.”(참여자 4-2-1)

다. 정신보건서비스 사용에 대한 가족의 경험과 개선제안

□ 정신보건서비스에 대한 가족대상 FGI 내용 범주화

- 본 연구에 참여한 가족들의 지역정신건강서비스 이용과 관련한 진술문은 크게 면접 질문에 따라 정리되었으며 그 질문 항목별 답변들은 범주화 작업을 통해 다음과 같이 주제가 도출되었다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다.

〈표 4-8〉 정신보건서비스 이용에 대한 가족대상 FGI 진술문 범주화

질문항목	주제	하위주제
지역정신보건 서비스 이용까지의 경험	퇴원 후 막막한 상황에 직면	퇴원 후 더 어려운 현실에 직면. 계속 집에 혼자 있는 환자. 모든 것이 가족의 몫이 됨. 부모가 문화생활, 외식 등 모든 것을 책임지는 생활
	퇴원 후 연계서비스 부족	가족이 할 수 있는 일에 한계가 있음. 병원소개가 없는 경우 직접 인터넷 등 검색 통해 정보획득
지역정신보건 서비스 이용경험	일상의 삶을 살게 해주는 지역재활시설	퇴원 후 집 밖으로 외출하는 기회와 장소가 생겼다는 것의 의미. 규칙적 생활을 가능하게 해주는 지역사회재활서비스. 매일 갈 곳이 생김. 문화체육활동에 참여
	낙인 없이 지지해주는 사람들을 만나는 장	관계형성의 기회. 비슷한 환자들이 지역에서 살아가는 모습을 보며 받는 격려와 희망. 환자를 이해하는 사람들과의 만남을 통해 지지 받음. 관계형성. 병에 대해 알고 공감해주는 지역사회 전문가들
	부모들 간의 교류와 모임	가족을 위한 힐링 프로그램이 도움을 줌. 자조모임을 통해 힘을 얻음
지역정신보건 서비스 관련 개선제안	절대적으로 부족한 지역서비스	지방에서는 더욱 부족한 지역사회 사회복귀 프로그램. 가까운 곳에서 정기적으로 자주 참여할 수 있는 지역서비스의 필요. 의료보험이 되는 지역서비스가 필요
	생애주기, 질환정도에 따른 서비스가 필요	비슷한 또래를 대상으로 하는 시설. 질환의 정도에 따라 세분화된 서비스 필요. 통합적 도움에 대한 욕구

□ 지역정신보건서비스 이용까지의 경험

○ 퇴원 후 막막한 상황에 직면

- 가족들은 자녀가 퇴원한 후 오히려 더욱 막막한 상황에 직면한다. 중증 정신 질환을 앓는 자녀들은 바깥에서의 일상생활이 제한적이며, 따라서 모든 것이 가족의 몫으로 돌아온다. 매일 집에 있기 때문에 문화, 여가 등 생활의 24 시간이 가족의 책임이 된다.

"밥도 혼자 못 나가서 먹으니까.. 밥 먹으러 같이 다니고 그러는 거예요. 그래서 계속 외식을 했어요. 외식을 한다고 하면 그래도 나가요. 연극도 많이 보고 영화도 보고."(참여자 4-2-2)

"퇴원하고 오니까 전부 다 제 몫이더라고요. 1년 동안 제가 노력을 많이 했어요. 하다가 '이걸 내가 언제까지 할 수 있을까?' 이런 생각이 들더라고요."(참여자 4-2-1)

○ 퇴원 후 연계서비스 부족

- 가족이 문화, 식생활, 여가 등을 책임질 수 있는 여건이 된다고 해도 가족이 해줄 수 있는 일에는 한계가 있다. 정신질환을 앓는 가족이 일상생활을 영위할 수 있기 위해서는 지역에서 규칙적으로 정신건강서비스를 받을 수 있어야 하는데, 이에 대한 정보가 거의 없다. 병원에서 퇴원 시 지역에 센터나 재활 시설이 있다는 것을 언급하기는 하지만 구체적인 정보를 제공하지 않는 경우가 많아 지역의 자원을 검색하고 알아보는 것도 당사자나 가족의 몫이 된다.

"아들이 병원에서 교육이 있더라고요. 센터가 있다는 걸 들었나 봐요. 찾아보더니 센터가 가까이 있다는 걸 알았나 봐요.", "초기에는 어쩔 수 없이 하지만 그 이상 가면 저희가 할 수 있는 게 없는 거예요. 보듬어 주는 건 하지만 그 이상은 못해요."(참여자 4-2-2)

"그러다가 가족 자조 모임 카페랑 오프라인 강의도 들어보고 하다가 센터를 다녀야겠다는 생각이 들더라고요. 제가 하루종일 같이 프로그램을 하기가 어렵고. 저도 찾아보니까 OO 이랑 OO(20대 환우들이 이용하는 재활시설) 두 군데가 있었어요."(참여자 4-2-1)

□ 지역정신보건서비스이용 경험

○ 일상의 삶을 살게 해주는 지역재활시설

- 처음에는 자녀가 재활시설에 가야한다는 것이 익숙하게 느껴지지 않았던 가족들이지만 매일 혼자 지내는 자녀를 보며 결심을 하게 됐고, 이후에는 오히

려 좀 더 빨리 알아서 보냈더라면 하는 생각을 한다. 재활시설을 이용한다는 것은 퇴원 후 집 밖으로 외출하는 기회와 장소가 생겼다는 것과 규칙적 생활이 가능하게 된다는 것을 의미한다. 매일 갈 곳이 있다는 것이 회복에 도움이 되며, 재활시설에서 문화체육활동에 참여하기도 한다.

“(가장 도움이 되는 것은) 규칙적인 생활이요. 본인이 알람 맞춰서 자고, 밥 먹고, 챙겨 입고 가면 3시 정도에 끝나요. 그리고 바깥 활동이 많아서 공원 유적지도 가고, 저희 아이는 체육 스포츠 동아리를 들어서 스포츠 활동을 많이 해요.”(참여자 4-2-1)

○ 낙인 없이 지지해주는 사람들을 만나는 장

- 당사자들은 자신과 비슷한 어려움을 겪는 이들을 만나고, 안전한 곳에서 관계를 형성한다. 이들은 비슷한 사람들이 지역에서 살아가는 모습을 보며 격려받는다. 가족들 자신도 이해하기 어려운 자녀를 지역재활시설에서는 당사자의 입장을 이해하며 공감하고 지지해준다. 당사자들은 이런 교류에서 만족을 얻는다. 또한 가족들은 이를 통해 당사자를 어떻게 대해야 하는지에 대해서도 배우게 된다.

“본인의 입장을 이해하면서 질문을 해주시니까... 항상 좋은 소리를 해주시니까.. 그렇게 좋다고 해요. 그런데 초기에는 입장을 들어주는게 중요하고 맞는 거 같아요. 저는 그렇게 해주지 못해서 맨날 싸웠거든요. 병을 몰라서 싸웠어요.”(참여자 4-2-2)

“격려가 되죠. 힘이 되고. 여기 계신 선생님들은 아이들의 입장에서 생각해주시고 들어 주시는데..”(참여자 4-2-4)

“여기 다니면서 선생님들이 맞춰서 케어를 해주시니까 이해도 많이 해주시고 어쨌든 사랑으로 다듬어 주고, 칭찬으로 굉장히 용기를 갖더라고요.”(참여자 4-2-5)

○ 부모들 간의 교류와 모임

- 지역재활시설은 가족들을 위한 만남의 장을 제공하는 중요한 플랫폼이 되어 준다. 서로 지지가 되어주고 정보를 교환하고 교류할 수 있는 가족모임은 초발 환자의 가족들에게 큰 위로가 되고, 가족들의 자조모임 역시 큰 힘이 된다. 재활시설은 가족을 위한 힐링 프로그램을 운영하기도 하며, 가족들이 만날 수 있는 기회를 정기적으로 제공한다.

“저도 자영업을 하고 있어서 최대한 참여해서 이야기를 들으려고 하는데 그래도 이런 분위기의 장이 없고요, 소모임이라도 하는게 도움이 많이 되는거 같아요.”(참여자 4-2-4)

□ 지역정신보건서비스 관련 개선제안

○ 절대적으로 부족한 지역서비스

- 가족들은 부족한 지역사회 정신건강 서비스를 개선되어야 할 제안사항으로 주장했다. 참여자들은 대부분 서울에 거주하고 있는 가족들이었고, 조현병을 가진 자녀에 대한 지지가 높은 부모들이어서 적극적으로 정보를 검색하여 현재 재활시설을 이용하고 있었다. 하지만 지역사회서비스가 너무 없다는 점을 공통적으로 지적하고, 서울을 벗어나면 더 열악하다는 것을 알고 있었다. 중증 정신질환을 가진 이들에게 주 1-2회로 이루어지는 상담중심서비스는 비용부담 면에서 그리고 간헐적 서비스라는 점에서 제한적이다. 의료보험이 되는 지역서비스에 대한 욕구가 있고, 정기적으로 자주(매일) 참여할 수 있는 서비스의 필요성을 피력했다.

“지역사회 서비스가 너무 없어요. 너무 없어서 연계성 있게 병원에서 퇴원하면 도와줄 수 있는 국가적인 차원이 많이 필요한데 없어요. 발달 장애 쪽은 너무 잘 되어 있다는 거예요. 그런데 저희는 어려워요.”(참여자 4-2-1)

○ 생애주기, 질환정도에 따른 서비스가 필요

- 초발 정신질환자들은 대부분 젊은 층이다. 가족들은 비슷한 또래를 대상으로 하는 시설이나 프로그램의 필요성을 이야기했고, 질환의 정도에 따라서도 세분화된 서비스가 필요하다는 점을 주장했다.

“조현병이 스펙트럼이 넓잖아요. 중증도 있지만 너무 다양해요. 그래서 저는 조금 세분화 시켜주셨으면 좋겠어요.”(참여자 4-2-1)

라. 초발 중증 정신질환자·정신장애인 가족을 위한 서비스 욕구

□ 가족을 위한 서비스에 대한 FGI 내용 범주화

- 본 연구에 참여한 가족들의 가족을 위한 서비스욕구와 관련한 진술문은 크게 면접 질문에 따라 정리되었으며 그 질문 항목별 답변들은 범주화 작업을 통해 다음과 같이 주제가 도출되었다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다.

〈표 4-9〉 가족을 위한 서비스에 대한 FGI 진술문 범주화

질문항목	주제	하위주제
가족을 위해 필요한 서비스	지지와 공감을 나눌 수 있는 가족모임	가족만의 힘으로 헤쳐 나가야 하는 과정에서 감당해야 하는 고충 심각. 연대와 협력할 수 있는 가족 모임. 체계적이고 구조화된 가족단체의 필요
	정확한 정보 제공	중증 정신질환에 대해 너무 무지함. 가족교육 필요
	환자 뿐 아니라 가족(보호자)을 위한 정신보건서비스	부모의 몸과 마음이 약해짐. 가족의 정신건강을 위한 상담
	지역정신보건서비스 확대	지역사회 기관이 많아지는 것 자체가 가족을 위한 서비스

□ 가족을 위해 필요한 서비스

○ 지지와 공감을 나눌 수 있는 가족모임

- 중증 정신질환은 현재 한국사회에서는 가족들만의 힘으로 헤쳐 나가야 하는 과정이고, 이 과정에서 감당해야 하는 가족들의 고충은 심각한 상황이다. 가족들은 무엇보다 서로를 이해하고 공감하는 가족모임을 통해 많은 위로와 지지를 받는다. 정보가 부족한 현실에서 다른 가족들과의 교류를 통해 중요한 정보를 교환하기도 한다. 따라서 다른 가족들과 신뢰관계를 형성하고 연대할 수 있는 모임이 필요하다. 미국의 정신장애인가족단체인 NAMI는 세계적으로도 유명하며 정신장애인들의 삶의 질을 향상시키고 이들을 옹호하는데 결정적인 역할을 담당하고 있다. 연구 참여자들은 한국도 보다 체계적이고 구조화된 가족단체가 필요하다는 점을 설명했다.

“그리고 자조 단체들도 많이 있는데 미국 NAMI처럼 같이 뭔가를 해야 하는데 전혀 안 되어 있더라고요. 구심점이 생겼으면 좋겠어요.”(참여자 4-2-1)

○ 정확한 정보 제공

- 가족들은 정신질환자를 가족으로 두고 있지만 여전히 정신질환에 대해 무지하다고 주장한다. 기본적인 정보를 전문가들로부터 들을 수 있는 기회가 많아야 한다. 누구에게 쉽게 물어볼 수 없는 질환이기에 더욱 그렇다. 질환을 가진 자녀도 중요하지만 자녀를 어떻게 케어하고 키워야 하는지에 대한 조언을 받을 곳이 너무나 부족한 현실이다.

“기본적인 정보이죠. 누구를 통해서 들을 곳이 없어요. 여기라도 와야 이야기라도 한마

디 하고 가는 거지 기본적인 정보를 얻을 데가 없어요.”, “아픈 애들도 중요하지만 이 아이들을 어떻게 케어하고 키울 건지 조언을 받을 곳이 없어요. 그래서 참 힘들어요.”(참여자 4-2-4)

○ 환자 뿐 아니라 가족(보호자)을 위한 정신보건서비스

- 중증 정신질환자의 부모가 된다는 것은 몸과 마음이 모두 만신창이가 되는 것을 의미한다. 힘들다고 하소연하고 자신의 삶을 이야기할 곳이 필요하다. 신체적 건강 뿐 아니라 정신건강도 악화되는 것을 경험한다. 앞으로 어떻게 버텨야할 지에 대한 불안감에 시달린다. 병원의 의료진은 보호자에 대해서는 관심이 없다고 느껴 속상한 적도 있다. 하지만 의사에 따라 다른데, 한 참여자의 주치의는 환자와 별도로 가족을 위해 따로 상담을 하는데 이에 대한 만족도가 높았다.

“더 환자가 되는 거 같아요. 갑자기 확 불안하고 매일 매일이 걱정되고.. 매일 신경쓰다 보니까 거의 한 달 동안 잠을 못 잤어요. 지금 기억력도 없고 몸도 약해졌어요. 버틸 수 있을지 모르겠어요.”, “병원 가면 의사들은 보호자 생각 안하거든요. 몇 가지 질문을 하려고 하니깐 밀어내고 그러면 기분이 정말 안 좋더라고요.”(참여자 4-2-1)

“내가 너무 힘들고 하소연 하고 싶은데 울고 싶고, 복장 터지는 소리도 하고 싶은데 할 사람이 없어요. 그러다 보니 환자도 환자지만 보호자가 더 힘들어지는 거죠.”, “환자 말도 듣고, 저와도 별도로 10분 정도 상담을 해요. 약에 대한 부작용은 있었는지, 생활은 어떤지, 아이 기분은 어떤지, 세세하게 해주세요.”(참여자 4-2-4)

○ 지역정신보건서비스 확대

- 가족들은 무엇보다 지역사회정신보건서비스가 확대되는 것 자체가 가족을 위한 최대의 서비스라고 이야기했다. 중증 정신질환을 가지고 있는 당사자도 그들의 가족도 자신의 터에서 삶을 영위할 수 있어야 한다. 그 터에서 살아가며 필요에 따라 의료서비스와 지역서비스를 받을 수 있고 그 부담이 가족에게 고스란히 돌아가지 않는다면 그 자체가 가족을 위한 서비스이다.

제4절 소결

□ 초발 중증 정신질환자·정신장애인 당사자의 의료서비스 욕구

- 본 연구에 참여한 초발 중증 정신질환자는 비교적 젊은 연령대로서 성장기부터 관계문제나 적응문제를 경험했으나, 이러한 문제가 임상적 증상으로 나타난 이후까지도 정신질환에 대한 지식 부족·사회적 편견 등으로 인해 의료서비스보다는 접근이 용이한 일반 상담 등으로 문제해결을 시도했던 것으로 보고되었다. 결국 증상 인지 후 최소 3개월에서 1년이 흐른 시점에서 의료서비스를 이용하기 시작한 것으로 나타났다.
- 참여자들은 모두 가족의 지지가 어느 정도 뒷받침되는 초발 정신질환자들로서 첫 의료서비스까지 가족의 역할이 절대적이었다. 의료서비스이용에 대해 덜 부정적인 가족들이 주거지에서 가까운 의원이나 병원에 대한 정보를 찾는 것으로 의료서비스 이용이 시작되었다.
- 치료는 곧 증상완화에 도움이 되는 약물을 찾는 과정이었다. 이 과정에서 정확한 병명을 알게 되고 증상이 감소하면서 그 간의 혼란이 감소되는 효과를 경험하였다. 그러나 이 과정에서 심한 약물부작용에도 불구하고 그에 대한 충분한 설명을 제공받지 못하고 대화보다는 일방적 질문에 가까운 치료에 실망감을 느끼기도 했다. 약물부작용에 대한 이해부족은 투약 중단이나 임의복용의 위험성을 증가시키는 것으로 보고되었다.
- 종합병원을 이용하는 중증 정신질환 당사자들에게 또 다른 어려움은 수련의 제도에 따라 자주 바뀌는 의료진이었다. 관계형성이 어려운 이들에게 주기적으로 의료진이 교체되는 것은 신뢰관계 형성에 장애물로 작용했던 것으로 파악되었다.

□ 초발 중증 정신질환자·정신장애인 당사자의 정신보건서비스 욕구

- 연구 참여자들에게는 퇴원 후 지역사회에서 어떻게 회복할 수 있는지에 대한 정보가 절대적으로 부족했고, 퇴원 과정에서 이에 대한 구체적 정보를 제공받은 경우는 드물었다. 따라서 퇴원 후 매일 무료한 일상이 반복되다 보니 가족과 마찰을 경험하기도 했는데 결국 스스로 인터넷 검색이나 가족의 도움으로 주거

지 근처의 정신건강복지센터나 복지관을 이용하기 시작하였다. 하지만 주 1-2회의 서비스는 일상적 서비스 욕구를 채우기에는 역부족이었다.

- 당사자들은 정신건강복지센터나 정신재활기관을 통해 자신들의 삶에 공감해 주고 지지해주는 사람들과 교류하기 시작하고 신뢰관계를 형성하는 장을 경험한 것으로 보고하였다. 무엇보다 매일 갈 곳이 있다는 것이 규칙적 생활을 가능하게 해주었으며 비슷한 상황의 동료들과 관계를 형성하고 지지적인 스텝들과 상호작용 하면서 무너진 자존감을 회복할 수 있었다. 하지만 거주 지역에 기관이 없어 멀리 통원을 해야 할 정도로 지역사회 서비스가 부족하기 때문에 가까운 곳에서도 좀 더 쉽게 자신에게 맞는 서비스를 받을 수 있기를 희망하였다.
- 이처럼 정신건강서비스가 부족한 현실에서 센터와 정신재활기관 중 한 기관 이상에 등록하는 것을 금지하는 제도, 해당 지자체/지역구민에게만 서비스를 제공하도록 규제하고 있는 지자체의 방침 등으로 인해 정신재활서비스의 접근은 더욱 어려운 실정이다. 게다가 일반 복지서비스 이용과정에서 차별을 경험한 경우도 있었다.
- 의료서비스에 대한 당사자들의 개선요구는 첫째, 정확한 정보에 대한 욕구이다. 일반 시민의 입장에서 정신질환에 대한 기초적인 정보를 접하기는 매우 어렵다. 진단명, 증상, 약물 부작용, 퇴원 후 이용할 수 있는 의료서비스에 대한 정보와 이에 대해 상담을 제공하는 서비스의 필요성을 지적했다. 둘째, 환자 이전에 인간으로 대우받고자 하는 욕구이다. 경직된 ‘환자-의사’ 관계를 개선하고, 삶에 대한 관심을 가져주고 공감하고 지지해주는 의료진에 대한 욕구가 강했다.

□ 초발 중증 정신질환자·정신장애인 가족의 의료서비스 욕구

- 본 연구에 참여한 가족들 역시 초기 치료는 정신과에 대한 편견, 두려움, 낭설 등으로 지연되었다고 보고했다. 여기에는 가족 뿐 아니라 주요 질환의 발병시기에 중요하게 작용하는 학교, 군대의 무지도 작용했다. 가족들은 정신과 이용까지 다양한 방법을 시도하고 이 과정에서 많은 비용을 소모하기도 했는데 여기에는 정신과 진료에 대한 편견과 정보부족이 큰 영향을 미쳤던 것으로 파악된다.

- 가족들이 경험한 대학병원의 환경은 생각보다 나쁘지 않았고 특히 자유롭게 환자를 만날 수 있는 개방병동은 위안이 되었다. 하지만 초발 환자인 만큼 치료 내용, 예후, 앞으로의 삶에 대해 궁금한 점들이 많았음에도 불구하고 기대했던 것과는 다르게 의료진의 설명이나 전문적 상담이 이루어지지 않았고, 의료서비스는 결국 약물처방에 집중된 서비스라는 것을 인식하게 되었다고 한다. 가족들에게는 오히려 병원에서 만났던 보호자들과의 교류가 정보획득과 지지 차원에서 도움이 되었다고 보고하였다.
- 가족들이 제안하는 의료서비스 개선은 무엇보다 적응문제, 관계문제를 가진 환자를 한 인간으로서 따뜻한 마음으로 대하는 것이었다. 연구에 참여한 환자들은 모두 서울에 위치한 대학병원에서 진료를 받고 있기 때문에 두드러진 인권 침해문제는 보고되지 않았다. 하지만 국내 최고의 의료서비스로 간주되는 치료 환경에서도 인간적인 교감이나 공감이 부족하다는 지적이 당사자나 가족으로부터 반복적으로 대두되고 있다는 점에서 혼란을 경험하는 초발 환자와 가족에게 보다 신뢰를 주고 공감해주는 서비스가 절실하다는 것을 알 수 있다.
- 또한 가족들은 중증 정신질환에 대한 국가의 관심을 촉구했다. 통합적 서비스, 질환에 대한 지식 뿐 아니라 대처방안을 알 수 있는 정보제공과 가족교육, 사회적 인식개선을 위한 노력도 필요하다고 주장했다.

□ 초발 중증 정신질환자 · 정신장애인 가족의 정신보건서비스 욕구

- 가족들은 환자 퇴원 후 더 어려운 현실을 직면하게 되었다. 퇴원 후 연계서비스가 부족한 현실에서 일상을 책임지는 것은 물론 대안을 찾는 것 역시 가족과 당사자의 몫이었다.
- 가족들은 지역재활서비스가 중증 정신질환자들에게 일상의 삶을 살 수 있는 기회를 제공했다고 평가하였다. 이는 규칙적으로 외출하는 기회, 당사자를 지지해주는 사람들과의 교류, 가족끼리 교류할 수 있는 장을 갖게 됨을 의미한다. 그러나 대한민국의 수도권 서울에서도 지역사회정신건강서비스를 이용하기 어려운 것이 당사자나 가족이 당면한 현실이다. 결국 정신질환은 대부분 가족만의 힘으로 헤쳐나가야 하는 문제이고, 이 과정에서 가족들이 감당해야 하는 고충은 심각한 수준으로 파악되었다.

- 가족들은 가까운 곳에서 정기적으로 참여할 수 있는 정신보건서비스에 대한 욕구가 높았으며, 의료보험이 되는 지역 정신보건서비스에 대한 필요성도 주장했다. 특히 본 연구참여자들은 초발 정신질환자들의 부모의 입장에서 비슷한 생애주기를 가진 이들을 위한 서비스, 질환의 정도에 따라 세분화된 서비스의 필요성을 주장하였다. 초발 중증 정신질환자가 지역에서 적절한 정신건강 서비스를 받으면서 살아가는 것이 당사자 뿐 가족의 삶을 정상화시키는 데 가장 중요하고 핵심적인 요소이다.
- 가족들은 서로 연대하고 협력하며 지지와 공감을 나누는 가족모임과 더 체계적이고 구조화된 가족단체가 필요하다는 점을 주장하였다. 또한 정신질환자를 돌보는 과정에서 심신이 지친 가족을 달래줄 수 있는 서비스의 필요성도 언급되었다.
- 연구에 참여한 초발 중증 정신질환자 당사자와 가족은 모두 수도권에 거주하고 있고, 당사자들은 비교적 치료를 잘 받아 예후가 좋은 이들이었다. 이들에게는 치료 뿐 아니라 문화, 교육, 오락 모두를 해결하는 주체로서 가족이 존재하고 넉넉하진 않지만 여러 방법을 모색할 경제적 여건도 허락된 상태였다. 이는 초발 중증 정신질환자·정신장애인들이 의료서비스를 이용하고 지역에서 삶의 질을 유지하며 살아가기 위해서는 경제적 여건, 가족의 지지체계, 접근할 수 있는 의료 및 정신건강서비스 모두가 충족되어야 한다는 것을 의미한다고 하겠다.

□ 초발중증정신질환자 당사자와 가족이 제안하는 개선방안

- 지금까지 본 연구에 참여한 당사자와 가족들의 진술문을 통해 드러난 주요 어려움과 개선요구사항을 정리해 보면 다음과 같다.

〈표 4-10〉 초발 중증 정신질환자 및 가족의 의료서비스와 정신보건서비스의 문제와 개선제안

범주	문제	개선제안
치료접근	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전 사회적으로 정신질환에 대한 정보 접근성 낮음 ▪ 특히 발병시기와 맞물리는 학교나 군대의 정신질환에 대한 낮은 이해도 ▪ 무지로 인해 첫 치료까지 너무 많은 시간과 비용 소요 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전 사회적인 정신질환 및 정신건강에 대한 정보 접근성 강화 ▪ 학교 및 군대의 정신질환에 대한 이해도 제고 ▪ 정신질환과 정신건강서비스에 대한 편견 감소
치료	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 약물중심이지만 정작 부작용에 대한 설명은 부족 ▪ 짧은 진료시간과 잦은 의료진 교체로 기대에 미치지 못하는 치료관계 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 의료진의 약물 부작용에 대한 설명 노력 강화 ▪ 치료관계 형성 가능한 진료구조 및 치료진의 전인적 접근 노력 강화
퇴원	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 퇴원후 삶이나 예후에 대한 정보 부족 ▪ 지역사회 재활 서비스에 대한 연결 부족 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 퇴원계획 서비스 추가화 ▪ 퇴원과정에서 지역사회서비스 기관의 참여 및 연계 촉진
퇴원이후	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 지역사회에서 이용할 수 있는 발달주기에 따른 세분화된 맞춤형 자원의 절대적 부족 ▪ 재활 정보 및 비용 부담은 전적으로 환자와 가족의 몫 ▪ 지자체의 제한규정, 이용권의 제한 등으로 접근성 더 떨어짐 ▪ 일반 사회복지자원 이용에서의 차별 ▪ 가족을 위한 서비스 전무 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 지역사회에서 이용 가능한 정신재활서비스의 다양화, 세분화 필요 ▪ 재활서비스에 대한 의료보험 추가화 적극적 검토 ▪ 재활서비스 이용에 대한 규제 완화와 사회복지자원 이용에 있어서 차별조항 철폐 ▪ 가족을 위한 지지체계 및 돌봄서비스 개발 및 시행



제 5 장

장기입원, 재입원, 입·퇴원절차, 계속입원심사제도 문제점 및 개선방안



제1절 연구배경

제2절 의료현장에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식

제3절 지역사회에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식

제4절 소결

제1절 연구배경

□ 연구목적

- 본 연구는 현행 정신과 병동 입·퇴원 제도와 관련된 현황을 파악하기 위하여 시행되었다.
 - 특히 본 조사는 2008년도 수행된 국가인권위원회 정신장애인권실태조사 “장기 입원의 구조적 원인과 지속요인” (박종익 외, 2008) 이후 약 10년 만에 이뤄지는 정신건강의학과 병동 입원 관련 연구로서, 2016년 개정된 정신보건법 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’의 시행(2017년) 이후 변화된 입·퇴원제도가 실제 정신건강현장에서 어떻게 시행하고 있으며 어떤 변화를 가져오고 있는지에 초점을 두고 진행되었다.
- 본 연구는 이와 같이 정신건강의학과 병동 입·퇴원 관련 현황 뿐 아니라 그 문제점과 개선점 등을 파악하는 것이 주목적이므로, 질적인 조사방법에 의해 정신과 병동 입·퇴원 과정에 관여하고 있는 다양한 직역의 종사자들의 경험과 인식을 병원과 지역사회 차원으로 분류하여 수집하고 분석하였다.
- 본 조사에서 파악하고자 하는 주제의 범위는 다음과 같다.
 - 장기입원과 재입원
 - 입·퇴원절차
 - 계속입원심사제도

□ 현행 입·퇴원 관련 제도와 운영체제

- 현재 정신건강의학과 입원 유형은 환자가 입원을 원하는 자의적 입원으로서 자의입원, 동의입원이 있고, 환자가 입원을 원하지 않을 경우 집행되는 비자의 입원으로서 보호입원, 행정입원, 응급입원 등이 있다. 그 각각의 입원유형별 개념을 정리해 보면 다음과 같다.
 - 자의 입원 : 정신질환자 또는 정신건강상 문제가 있는 사람이 스스로 신청하여 입원하는 유형으로서 전문의 면담 후 자의입원 신청서를 제출하면 되며 입원 기간 중 환자 본인이 퇴원을 신청하면 바로 퇴원을 하게 된다.
 - 동의입원 : 정신질환자 본인이 정신건강의학과 전문의와 면담하여 입원의

필요성을 인지하고 보호의무자의 동의를 받아 입원을 신청하는 자의적 입원 유형으로서 환자 본인이 퇴원을 신청하고 보호의무자가 동의하면 바로 퇴원이 가능하다. 단, 환자는 퇴원을 원하지만 계속 치료가 필요하다고 판단되는 경우에는 다른 유형의 입원으로 전환 될 수 있다.

- 보호입원 : 정신질환이 심각하여 입원치료의 필요성이 있다는 정신건강의학과 전문의의 진단이 있으나 환자가 입원치료를 거부하는 경우, 보호의무자 2인의 신청으로 진행되는 비자의적 입원 유형이다. 여기에는 전문의 진단 및 입원결정 이후 2주 내 다른 정신과 전문의 추가소견이 필요하다.
- 행정입원 : 자·타해의 위험이 높은 정신질환자가 발견되었을 때 시도지사, 시장, 군수, 구청장 등 지자체 장에 의해 진행되는 비자의 입원의 유형이다.
- 응급입원 : 정신질환자로 추정되는 자·타해 위험이 큰 사람을 발견한 사람은 의사나 경찰관의 동의를 받아 해당 정신질환 추정자를 정신의료기관에 입원하도록 의뢰할 수 있다. 이 경우 3일 이내에 다른 유형의 입원으로 전환하거나 퇴원시켜야 한다.

○ 현재 우리나라에서 정신의료기관의 입원 연장이나 퇴원 및 처우개선 청구 등을 심사하는 기관으로 ‘정신건강심사위원회’를 두고 있다.

- 정신건강심사위원회는 시도지사 또는 시군구청장에 소속되어 법이 정한 정신건강에 관한 주요사항을 서면심사를 통해 심의 또는 심사하는 합의체 심의기관이다. 여기서는 강제입원의 연장, 퇴원 및 처우개선 청구, 외래치료명령청구에 관한 심사와 재심사를 수행한다.
- 구 정신보건법에 비해 현행법은 위원자격 중 정신질환을 경험한 당사자와 인권전문가를 추가하여 정신건강복지법이 기본이념인 정신장애 당사자의 의사결정 및 정책결정 과정에 참여할 권리를 존중하도록 하고 있다(신권철, 2018: pp633-538).

□ 입·퇴원 현황 관련 문헌 고찰

○ 본 연구의 선행연구라고 할 수 있는 박종익 등(2008)의 연구에서는 정신과 병동 입원으로 인한 재원기간에 영향을 주는 주요인은 기관유형, 의료보장 형태, 보호자 유형과 태도, 진단명, 입원형태 등으로 나타났으며, 가장 강력한 지속요

인은 의료급여 1종과 동의입원으로 나타난 바 있다.

- 또한 환자의 임상 증상보다는 가족이나 사회의 지지체계 정도가 장기입원에 끼치는 영향이 크다는 것도 보고되었다.
- 한편, 장기입원을 억제하기 위한 정신보건심판위원회의 기능이 퇴원심사 뿐 아니라 비자의 입원에 대한 심사, 재입원의 적절성평가, 퇴원 후 지속관리체계심사 등의 기능이 보장되어야 한다는 개선점도 제안되었다.

○ 이후 만성 조현병 환자의 장기입원 요인에 관한 장옥진 등(2015)의 연구에서도 후보호자와의 관계나 동거 여부 등 보호자 요인이 가장 강력한 요인이며, 그 다음으로 음성증상의 심각성과 일상생활기능 정도 등이 장기입원에 영향을 미치는 것으로 조사된 바 있다.

○ 조현병 환자의 강제입원과 자의입원을 3년 간 추적관찰한 연구(정승호 외, 2009)에서는 자의입원에 비해 강제입원의 경우 치료 탈락의 위험이 높고 다시 강제입원을 할 가능성이 높으므로, 강제입원을 대체할 수 있는 효과적인 방안이 강구될 필요하다는 결과가 도출되었다.

○ 정신보건심판위원회 계속입원치료 심사제도 운영현황과 개선방안에 관한 박선주 등(2017)의 연구에 따르면 지자체별로 심사 건수, 지역 내 자원 등이 달랐고 이로 인해 심판위원회 계속입원치료 심사방법은 매우 상이하지만 퇴원승인 판정기준은 ‘정신의학적 상태’를 가장 중요하게 보는 것으로 어느 정도 합의된 것으로 나타났다.

- 정신보건심판위원회 계속입원치료 심사제도의 문제점으로는 ‘서류심사에 의한 형식적인 심사,’ ‘운영체계 한계로 인한 신뢰성 문제,’ ‘퇴원승인명령 집행의 한계,’ ‘퇴원명령 수행 여부에 대한 모니터링부재,’ ‘정신보건심판위원회 대상 교육 부재’ 등이 지적되었다.
- 이를 개선하기 위해서는 ‘심사과정의 표준화,’ ‘대면검사 확대 실시,’ ‘심사 시스템 재설정,’ ‘지역사회 인프라 구축,’ ‘정신건강 통합관리체계 확립,’ ‘심판위원 대상 교육 제공’ 등이 제안되었다.

제2절 의료현장에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식

가. 연구내용 및 방법

□ 연구방법

- 본 정신건강의학 입원병원 현장에서 경험하고 인식하는 입·퇴원 제도와 관련된 현황과 문제점, 그리고 개선점을 파악하기 위하여 관련자들을 대상으로 초점집단인터뷰(Focus Group Interview)를 시행하였다.
- 본 조사를 위한 초점집단은 입원병실이 있는 정신건강의학과 병원 소속 전문의, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사로서 각 지역의 학회 및 전문가 단체로부터 관련 주제에 대해 전문적 식견을 갖고 있는 종사자를 추천을 받은 후 본인의 동의를 받아 구성하였다.
 - 초점집단에 참여한 인터뷰 참여자는 각 지역별로 5명이었으며 그 개요는 다음 <표 5-1>과 같다.
- 본 조사과정에서는 연구발주처가 의뢰한 조사내용을 토대로 연구진이 구성된 조사 질문지를 사전에 연구참여자에게 배부하여 그 내용을 숙지하고 기초적인 답변을 생각한 상태에서 인터뷰에 참여하도록 하였다.
 - 초점집단 인터뷰는 2019년 9월 21일 부터 한 달간, 서울, 부산, 충청 지역에서 각 지역별로 150분 정도 진행되었다.
- 인터뷰 진행은 의사집단의 경우는 정신과전문의 1인과 정신건강사회복지 전공 교수 1인의 공동 진행으로, 간호사집단은 정신건강사회복지 전공 교수 2명의 공동진행으로, 그리고 사회복지사집단은 정신건강사회복지 전공 교수 1인의 진행으로 수행되었다.
- 모든 인터뷰 내용은 기록을 전담하는 대학원생의 메모와 녹취를 통해 기록되었으며, 인터뷰 종료 후 그 내용을 곧바로 전사하였다.
- 분석방법은 전사된 녹취록을 수차례 반복적으로 읽으며 귀납적 주제 분석을 실시하는 질적 연구방법론을 활용하였다.

〈표 5-1〉 인터뷰 참여자 특성

직역	번호	성별	연령대	소속병원과 병상규모	소속 지역	관련 근무경력	참고사항
정신과 전문의	5-1-1	남	40대	민간정신병원 약 200병상규모	경기	23년	정신건강 심의위원
	5-1-2	남	30대	민간정신병원 약 200병상규모	인천	9년	
	5-1-3	남	40대	민간정신병원 약 250병상규모	경기	18년	
	5-1-4	여	40대	민간정신병원 약 200병상 규모	경기	12년	
	5-1-5	남	40대	민간정신병원 약 300병상규모	부산	12년	정신건강 심의위원
정신 건강 간호사	5-2-1	여	40대	민간정신병원 약 300병상규모	부산	24년	
	5-2-2	여	40대	민간정신병원 약 200병상규모	부산	24년	정신건강 심의위원
	5-2-3	여	30대	민간정신병원 약 200병상규모	부산	6년	
	5-2-4	여	50대	공공정신병원 약 300병상규모	부산	30년	
	5-2-5	여	40대	민간정신병원 약 300병상규모	부산	24년	
정신 건강 사회 복지사	5-3-1	여	30대	민간정신병원 약 200병상규모	경기	8년	
	5-3-2	여	20대	민간정신병원 약 800병상 규모	경기	5년	
	5-3-3	남	30대	민간정신병원 약 800병상규모	경기	4년	
	5-3-4	남	40대	공공정신병원 약 300병상규모	충청	17년	
	5-3-4	여	20대	공공정신병원 약 300병상규모	충청	5년	입원적합성 심사위원

□ 조사항목

- 인터뷰 질문은 장기입원과 재입원요인, 입·퇴원 절차 적절성, 그리고 계속입원심사제도에 대한 내용으로 구성하였으며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈표 5-2〉 인터뷰 질문

구분	인터뷰 질문
장기입원과 재입원	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강복지법 도입 이후 장기 입원과 재입원 현황에 변화가 있습니까? 있다면 어떤 변화가 있습니까? • 환자가 '장기입원'하게 되는 데에는 주로 어떤 요인들이 영향을 미친다고 보십니까? (주로 어떤 환자들이 장기입원하게 됩니까?) • 환자가 '재입원'하는 데에는 주로 어떤 요인들이 영향을 미칩니까? (주로 재입원하는 환자들은 어떤 특성을 가지고 있으며 어떤 환경에 놓여있습니까?) • 불필요한 장기 입원이나 회전문 현상을 감소시키기 위해서는 어떤 제도나 지원이 필요하다고 생각하십니까? • 장기 입원'이나 '재입원'문제를 해결하기 위하여 해당 직역 전문가 차원에서 해야 할 일이 있다면 무엇이라고 생각하십니까?
입·퇴원 절차 적절성	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 정신의료기관의 다양한 입원제도, 특히 입원절차를 어떻게 평가하십니까? • 현재 정신의료기관의 퇴원 절차를 어떻게 평가하십니까? • 입원과정에서 동료지원가 참여에 대해 어떻게 생각하십니까? • 입·퇴원 절차의 적정성 향상을 위해 반드시 개선되어야 할 사항은 무엇이라고 생각하십니까?
계속입원심사제도	<ul style="list-style-type: none"> • 계속입원심사위원회의 기능에 대해 어떻게 생각하십니까? • 정신건강심의위원으로 활동한 경험은 어떠했습니까? • 어떤 점이 개선되어야 한다고 생각하십니까?

나. 장기입원과 재입원 현황과 문제점

□ 법 개정 이후 일부 의미있는 입원 관련 변화들

○ 입원 양상의 통계수치 변화

- 연구참여자들은 모두 법 개정 이후 통계상 비자의 입원이 감소하고 자의입원이 증가하는 현상을 경험하고 있다고 하였다. 또한 입원기간 규제에 따라 평균 재원일수도 단축되는 현상이 일어나고 있다고 보았다.

“법 개정되기 전에는 저희 병동에는 자의입원반 보호입원반이었거든요. 그런데 동의입원이 생기고 나서부터는 보호입원이 많이 줄고 자의와 동의가 늘었어요. 법이 바뀌면서

동의를 자의로 치게 된 거니까 보호입원은 많이 줄고 자의가 많아졌다고 할 수 있을 거 같아요.”(참여자 5-3-2)

“저는 만성병동에 있는데요. 저도 체감하기에 큰 변화는 없었던 거 같고요. 다만 입원 유형이 변화가 있었으니까 원래부터 자의로 입원한 비중은 크게 변화가 없는데, 보호입원의 절반 정도는 동의입원으로 바꾸더라고요. 사실 전체 구성원으로 보면 개개인으로 보면 새로운 유입이 없고 그 안에서 입원유형의 변화만 있었던 거 같아요. 하지만 그게 그냥 통계적 변화이지 크게 환자들의 변화가 실감될 정도의 변화는 아닙니다.”(참여자 5-3-3)

○ 통계수치 변화 유발 요인

- 이러한 변화를 가져오게 된 주요 요인에는 여러 가지가 있지만 가장 주된 요인은 입원과정에서 담당 치료진이나 병원직원들이 가능하면 자의입원이나 동의입원의 형태로 입원하도록 지속적인 설명과 설득의 노력을 기울이거나 서류상의 변화를 가져온 것을 들었다. 이러한 시도들은 비자의 입원에 대해 엄격해진 제도 때문에 더 강화되고 있다.

“제가 전에 있던 병원에서는 법 도입 이후의 시기랑 맞물리는데요. 예를 들어 서류가 적합하지 않거나 나가야 하는 분들 같이 퇴원해야 하는 환자분들은 내보냈다가 다시 이틀 날 24시간 지나면 다시 입원할 수 있기 때문에 그렇게 진행을 했었어요. 그 때 당시 굉장히 혼란스러웠어요. 다 자의입원으로 와야 한다고 하고 그렇게 서류를 다시 작성했죠. 환자분들도 혼란스러워하셨고 당시에 어수선했던 상황이었던 거 같아요. 당시에 다시 들어오신 분들은 병원생활이 익숙해져서 병원생활이 그리워서 돌아왔다.’고 하신 분들도 계셨고요. 약간의 병식이 있으신 분들은 ‘여기 나가면 계속 술먹고 나 죽을 수도 있다.’ 해서 오신 분들도 계시고, 주거지도 병원으로 되어 있으신 분들도 계셨으니까 ‘마땅히 갈데가 없어서 왔다.’고 하신 분들도 계셨어요. 물론 안 돌아오신 분들도 한 반은 되는 거 같아요. 그분들은 그냥 밖이 너무 좋아서 안 돌아오신 것 같은데 그 이후로 어디에 계신지도 모르고 파악이 안 된 상태로 있는 거죠.”(참여자 5-3-1)

“병원에서 주로 더 설득해요. 법이 도입이 되고 나서 서류가 굉장히 강화되다 보니까.. 보호자가 없는 경우에는 설득을 시키는 거죠. 자의입원으로 바꾸자. 그래서 자의입원으로 돌리고 그러는 거죠.”(참여자 5-3-1)

〈표 5-3〉 장기입원·재입원에 대한 병원 소속 연구참여자 FGI 진술문 범주화

범주	주제	하위주제
법 개정 이후 일부 의미있는 입원 관련 변화들	입원양상의 통계수치 변화	<ul style="list-style-type: none"> 입원기간 단축 자의입원 증가와 비자의 입원 감소
	통계수치 변화 유발 요인	<ul style="list-style-type: none"> 입원과정에서의 의사결정 위한 설명과 설득 노력 증가 비자의 입원에 대해 엄격해진 제도에 따른 서류상의 변화 공공병원의 정책 변화 만성환자의 노화에 따른 변화 퇴원제도의 변화 <ul style="list-style-type: none"> 퇴원 주기별 의사 확인제도로 퇴원 활성화와 학습효과 계속입원심사에 따른 퇴원명령
	정신병원의 폐쇄구조 및 환자처우 개선	<ul style="list-style-type: none"> 환자의 자기결정권 강화 효과 입원적합성심의위원회 방문조사에 따른 개선 보고
실질적 지원 없는 규제강화로 형식은 변했지만 본질적 모습은 지속됨	선진국의 정신건강 인프라와 지원은 무시하고 결과적 지표만 중시하고 있음	<ul style="list-style-type: none"> 선진국의 입원기간 단축 가능한 과정요인 무시 <ul style="list-style-type: none"> 초기 치료에 집중적인 지원으로 치료효과 제고 급성환자와 만성환자에 따른 개별적 접근 병원과 지역사회 간 협력 구조 구축 지역사회정신건강사업에 대한 적극적 투자 재원기간, 자의입원 등 결과적 지표만 매달림
	기본적 치료권 박탈하는 정신질환에 대한 저비용 저수가 구조 지속	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환에 대한 정책결정자의 구시대적 인식은 치료포기수준 정신건강 영역에 대한 재정지원 터무니없이 부족 좋은 서비스 제공할수록 손해가 발생하는 구조 <ul style="list-style-type: none"> 서비스 질 개선을 가로막음 서비스 질에 따른 차별화된 수가체계 부재로 하향 평준화 <ul style="list-style-type: none"> 초기 집중치료와 만성치료 차이 부재 서비스 인력 투입에 따른 차이 부재 다른 진료과 수가체계가 적용되지 않는 정신과 수가 인권침해적 의료급여환자 차별제도 병원 간 격차 큼 <ul style="list-style-type: none"> 서비스 질은 운영자의 개인적 의지와 희생에 기대고 있음 좋은 병원들도 있지만 소수이고 여전히 낙후된 병원들이 많음
	지역사회 복귀지원 서비스자원 부족	<ul style="list-style-type: none"> 병원과 지역사회 간 환자 중심의 협력 체계 부재 지역사회에서의 삶 지원하는 서비스와 시설의 절대적 부족 책임 있는 사례관리 서비스 부족 투자 없이 퇴원만 강조하는 데서 오는 부작용 환자와 가족 부담 방치

범주	주제	하위주제
결과적으로 법 개정 후에도 여전히 지속되고 있는 사회적 입원	기대하거나 우려했던 대규모 탈시설화는 일어나지 않음	<ul style="list-style-type: none"> • 수치는 변화해도 실질적 변화는 미진 • 기대만큼 높지 않은 퇴원환자의 재활 성공률 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 기관도 고기능 회원 선호 - 만성화된 환자는 재활도 어려움
	단기입원환자의 특성	<ul style="list-style-type: none"> • 스스로 퇴원을 희망하는 젊은 발병 초기 및 급성기 환자들 • 지지적인 가족지원이 있는 환자들
	장기입원환자의 구성	<ul style="list-style-type: none"> • 퇴원할 수 있지만 안 하는 환자들 <ul style="list-style-type: none"> - 장기입원으로 이미 시설화된 환자들 - 스스로 변화노력 필요한 퇴원과 재활 거부하고 자의입원 선택 • 퇴원할 수 있지만 못 하는 환자들 <ul style="list-style-type: none"> - 보호자 거부 : 폭력 트라우마 경험, 가족 이해 부족 등 - 부호자 부재 • 퇴원하면 안 돼서 못 하는 환자들 <ul style="list-style-type: none"> - 치료 안 된 혼란상태의 환자들 - 장기입원이 꼭 필요한 환자도 일부 존재
	장기입원환자의 공통점	<ul style="list-style-type: none"> • 웬만한 치료진보다 더 긴 병동생활 • 보호자 등 지지체계 부재 • 자기관리 역량이나 의지 부족 • 대부분은 기초생활수급자 • 노화 진행으로 5,60대 환자들

- 또한 법개정에 따라 많은 병상수를 갖고 있는 국공립 병원 등 대규모병원들이 장기입원구조 개선하려는 노력을 기울이면서 변화를 이끌고 있다고 보았다.

“원장님께서 국립병원 역할이 치료적인 것만 있는 게 아니라 지역에 있는 사업들, 예방, 재활까지 포괄하는 거라고 생각하고 계세요. 그런 마인드가 있어서인지 병원 내 재활시설, 공동가정시설 만들고, 사례관리팀 만들어서 운영하시고, 그런 가운데 계속 병상수도 줄이고 있어요. 2015년, 16년보다 17, 18, 19년 확실히 줄었어요. 정신건강복지법이 2017년 시행됐잖아요. 그 차이에서도 보면 줄어든 게 확실히 보여요. 아무래도 그건 정신건강복지법으로 바뀌는 부분에서 영향이 있지 않았을까 생각도 들었습니다.”(참여자 5-3-5)

- 뿐만 아니라 환자의 노화와 그에 따른 신상의 변화도 만성입원환자의 문제를 조금씩 완화하는 기제로 작용하고 있다.

“장기 입원으로 묶여있는 환자분들 그대로 계시고, 그러면서 조금 줄고, 왜 주느냐 하면 연세가 들다 보니까 이제 더 이상 신체질환 때문에 정신과 병원에서 이제 간병이나 이런

어떤 서비스를 할 수 없고, 정신과 병원의 특성상 고령화로 인해서 그 분들이 이제 요양 병원이나 이렇게 이제 전원을 가져야 돼서 자연 감소하는 그런, 그런 이제 경향이고...”
(참여자 5-2-4)

- 또한 퇴원제도의 변화도 전체 입·퇴원 관련 통계수치의 변화에 영향을 주었다. 특히 허용되는 입원기간의 종료시점에서 환자와 가족의 의사를 재확인하는 과정이 퇴원을 촉진하고 있으며, 이를 학습한 환자들이 더 자주 입·퇴원을 반복하는 증가하면서 재원일수가 단축되고 있다고 보았다. 또한 퇴원 조건이 완화되고 계속입원심사제도가 운영되면서 좀 더 많은 퇴원이 이뤄지고 있다고 하였다.

“저희는 병동 환자분들 사이에서는 총동적인 퇴원이 자주 일어나요. 병동 안에서 다른 환자분들이랑 싸운다거나, 병원 규칙을 어기거나 할 때 갑자기 퇴원한다고 하시는 분들도 계시고. 그리고 대부분 자의입원이던 동의입원이던 거의 자의입원이나 마찬가지로 병동에서 이 분이 밤늦게 퇴원한다고 해도 붙잡을 수가 없는 거죠. 치료자가 권유를 하는데도 불구하고 계획 없이 퇴원하는 경우가 저희 병동에서는 많은 거 같아요. 그런 것도 재원기간 단축에 영향을 주겠죠.”(참여자 5-3-2)

“저희 병동의 경우에는 그래도 법이 개정되고 나서부터는 퇴원통지 명령이 비율이 높아졌거든요. 그래서 퇴원하신 분들 중에 이제 밖에서 회복하겠다고 해서 나가시는 분들도 있긴 하지만 퇴원통지명령이 나서 나가시는 분들이 꽤 많아졌어요.”(참여자 5-3-3)

○ 정신병원의 폐쇄구조 및 환자 처우 개선

- 연구참여자들 중에는 이와 같이 환자와 더 소통하고 설득하는 과정에서 환자의 자기결정권이 더 보장되는 효과를 가져오고 있으며 입원적합성심사제도를 통해 외부 인력이 현장을 방문하게 되면서 병원의 폐쇄성이 완화되고 환자에 대한 처우도 이전보다 더 개선되었다는 평을 듣고 있다고 하였다.

“동의입원이 좀 병원입장에서도 좀 무리가 더 가고 그런 건 사실인데, 환자분들 입장에서 뭔가 입원에 대한, 치료에 대한 주체성을 본인한테 이제 부여한다는 그 의미로 입원이 조금 더 순조롭고 치료로 이어지는데 있어서 조금 퀄리티가 보장이 되는 부분도 있는 거죠. 보호입원과 자의입원의 절충이고 환자입장에서는 나도 이 치료에 대해서 결정권이 있다는, 물론 퇴원을 함부로 할 수는 없지만... 예전에 그 때는... 차라리 병원보다는 감옥소가 낫다, 왜? 거기는 그래도 형이라도 정해져있지 않느냐. 여기 정신과는 입원을 하면 형량이 언제인지를 모른다, 이런 표현을 했었거든요. 특히 알코올환자들은 더 많이 심했거든요. 근데 지금 그런 부분에서는 많이 이렇게 동의입원의 형태로 가면 심적으로 저항이 조금 덜해지는 건 있는 거 같아요.”(참여자 5-2-4)

“환자분들을 만나보면 실제로 그런 이야기를 하세요. 옛날보다 처우가 좋아졌다. 조사원 대면 조사 신청한 이유가 뭐냐 물어보면 전화했을 때 부당해서 신청했는데, 있어보니까 괜찮네요, 하시는 분들도 있고, 민간병원들이 사실 감사 같은 것을 주기적으로 받는 게 아니라서 누가 병원 안으로 들어와서 환자를 만난 적이 없잖아요. 인증평가 같은 거 아니 고선. 그래서 입원적합성 조사위원이 들어가는 것만으로도 병원에서도 좀 신경 쓰시고, 환자들한테 뭘 물어볼지 모르니까 조금 더 처우도 좋아진 부분 그런 게 있다고 저는 그렇게 실제로 느끼거든요.”(참여자 5-3-4)

□ 실질적 지원 없는 규제강화로 형식은 변했지만 본질적 모순은 지속됨

○ 선진국의 정신건강 인프라와 지원은 무시하고 결과적 지표만 중시하고 있음

- 연구참여자들은 선진국의 짧은 입원기간이나 높은 자의입원비율은 고비용의 초기치료 집중지원, 급성환자와 만성환자에 맞는 개별적 접근, 병원과 지역사회 간 긴밀한 협력체계, 지역사회정신건강사업에 대한 적극적 투자 등과 같은 과정의 결과적 산물이지만 우리는 이러한 과정은 무시한 채 재원기간과 자의입원 등 결과적 지표만을 갖고 비교하기 때문에 여러 모순이 발생하게 되었다고 지적하였다.

“외국은 실제로 2주, 3주만 입원시키고 퇴원을 시키거든요. 2주, 3주만 입원하는 병원을 가보면 의사 1명당 환자가 3,4 명씩 이에요. 그리고 환자와 간호사 비율이 거의 1:1 이에요. 초기에 1주일에서 2주일 사이에 굉장히 집중적인 서비스가 이루어지는 거예요. 그리고 이 사람들이 퇴원하게 되면 지역에 있는 병원들도 이렇게 서비스를 하거든요. 대신에 1인당 수가 우리나라와 비교가 안 될 정도로 높기 때문에 이런 서비스가 이루어질 수 있는 거고 이런 게 되어야 저희도 입원 기간을 줄일 수 있는거죠.”(참여자 5-1-1)

○ 기본적 치료권 박탈하는 정신질환에 대한 저비용 저수가 구조 지속

- 연구참여자들은 그동안 정신질환에 대한 정책결정자들의 인식이 구시대적 수준에 머무르면서 적정 치료보다는 수용 가능 수준에서 재정을 지원해 왔다고 비판하였다. 한 마디로 당근은 없이 채찍만 강화했다는 것이다.

“우리나라 정신과 의료 제도는 과거 60,70년대에 ‘정신과 환자들은 위험하다.’ 그리고 ‘평생 좋아질 수 없는 그냥 미친X들이다.’, 그러니까 ‘어차피 낫지도 않고 평생 데리고 있을 건데 너희가 무슨 좋은 의료서비스를 해공해주냐.’, ‘특히 저런 사람들 의료급여 환자들 많으니까 이 정도 돈만 줄테니까 너네 다른 급성기처럼 무슨 정신과가 의사가 20명씩 봐’, ‘그냥 너네는 60명 봐. 어차피 해주는 거 없잖아.’ 그러면서 모든 시스템과 수가를 거기에 맞춰놓았거든요. 근데 법은 바뀌고 인식을 바뀌었는데 제도는 60, 70년대 제

도를 유지하면서 지금에 와서 만성화가 되고 장기입원이 되니 큰일 났다고 하고..”(참여자 5-1-4)

- 결국 이러한 구조 하에서 좋은 서비스를 제공하려고 노력하는 병원은 그만큼 재정적인 손해를 감수해야 하므로 결과적으로 정신과적 서비스 질의 하향평준화를 가져오고 있는 상황이다.
- 다시 말해 급성기 환자의 초기 집중치료와 만성환자를 위한 서비스 간 수가 차이가 없고, 치료진의 수를 늘려서 치료진 대 환자 비율을 줄여도 그에 상응하는 수가 보전이 불가능하다.
- 다른 진료과는 서비스 질에 따른 수가 차등이 인정받고 있지만 정신건강의학과 수가만이 예외적이라는 점에서 이것도 하나의 차별이라고 하겠다.
- 이런 상황에서 정신건강의학과 서비스의 질은 정책적 담보해 가는 것이 아니라 개별 운영자나 전문가의 개인적 의지와 희생을 요구하다 보니 전체적인 정신질환에 대한 의료서비스 수준을 제고하는 것이 난제가 될 수밖에 없는 상황이 여전히 지속되고 있다.

“첫 번째로 모든 책임을 환자와 보호자에게 돌린다. 두 번째로는 장기입원을 하는 제일 큰 요인은 의료급여 정액제 제도이다. 다 알다시피 건강보험과 의료급여 정액제 제도에 따라서 입원 기간이 현저하게 달라지는데 의료급여 정액제를 너무나 싼 값에 저수가로 딱 고정을 해놨고, 의사 1인당 60명을 보고 정신건강 전문의는 1인당 100을 보는 제도에서 무슨 인권과 치료를 논할 수 있냐는 거죠. 이 제도가 이미 국가가 장기입원을 양산하는 제도로 하고 있다. 이 두 가지 요인 때문에 장기입원이 되는 거다.”(참여자 5-1-1)

“지금 주제가 인권위원회에서는 장기입원을 계속 줄여야 한다고 주장을 하는 거잖아요. 사실 우리나라에서 현재 입원을 오래 하기 때문만은 문제라고 볼 수 없고, 입원을 오래 하는 게 아니라 환자분들한테 개별화해서 맞춰서 서비스할 수 있는 시스템이 아니라 하는 걸 이야기하고 싶은 거예요.”(참여자 5-1-1)

“건강보험환자 대비 58% 정도의 수가를 책정해놨어요. 그 이야기는 뭐냐면 국가에서 이 사람들을 어떤 이유든 간에 58%의 서비스만 해줘도 된다고 유도한 거잖아요. 예를 들어 대형정신 병원들을 저도 욕을 하는 입장이었는데, 제가 경영을 해보니까 한편으로는 이해가 되는 게 의료급여 병동을 따로 뒀단 말이에요. 그리고 대학병원과 같은 고퀄리티 병원은 의료급여 환자들을 안 받기 시작하고, 의료급여 병동을 따로 둔 이유가 58% 안에서 적자를 덜 보려고 하든 뭔가의 경영적인 노력의 일환이라고 봐야겠죠. 의료니까 경영을 생각하지 말라고 할 수는 없잖아요. 그러면 그렇게 했을 때 인

권이라는 단어를 붙여서 밥이 다르고, 헌 옷을 주고 이런 식으로 인권의 측면에서 바라봤을 때 당연히 안 좋죠. 좋게 볼 수 없어요. 그렇다면 인권의 측면에서 그렇게 만든 정부에게 책임을 물어야 하는 거 아닙니까?”(참여자 5-1-3)

“일반 피지컬 파트는 일반 신체질환 같은 경우에는 간호사 확보 비율이 높으면 수가 가 달라요. 똑같은 처치를 하더라도 간호관리로 차등제에 의해서 간호사, 간호인력 확보 수준이 높으면 수가 높고, 그 다음에 간호사 확보 수준이 낮으면 낮은 거죠. 그게 1등급부터 7등급까지가 있거든요. 그러면 이 등급에 따라서 이거는 병상수가 아니고 환자 수... 재원 환자 수로 등급을 매겨서 심평원에서 수가 다르다 보니까 병원 입장에서는 간호사 수를 조금 더 많이 확보해가지고 등급을 높이면 사실 환자들이 더 좋은 서비스를 받게되는 건데 정신과만 이게 예외로 되어 있어요.”(참여자 5-2-2)

“그러다 보니 정말 안 좋은 병원은 정말 너무 안 좋고요. 차이가 너무 커요. 화장실에 칸막이 없는 병원도 봤고요. 그냥 베드 없이 바닥에서 생활하시는 병원들도 들었고, 다른 조사원들한테, 그런데 비슷한 조건에서도 어떤 병원은 깔끔하게 잘 되어있는 병원도 있고요.”(참여자 5-3-4)

○ 지역사회복귀 지원 서비스 부족

- 부적절한 장기입원과 재입원을 방지하기 위해서는 퇴원 후 지역사회에서 정신질환자 및 정신장애인의 삶을 지원하는 서비스가 갖춰져야 한다.

- 하지만, 현재는 병원과 지역사회 간 환자 중심의 협력체계가 부족하고 지역사회에서 정신장애인의 삶을 지원하는 서비스 인프라나 책임성 있는 사례관리 인력도 적절히 갖춰져 있지 않은 상태이다. 그러다 보니 준비 없는 지역사회로의 퇴원이 회복이나 재활로 이어지지 못하고 오히려 여러 가지 부작용을 낳고 있으며, 정신질환에 대한 공공의 책임 부재 하에서 환자와 가족의 부담만 가중되고 있는 현실이 이어지고 있다.

“좀 다른 이야기이지만 우리나라가 복지시설이 상당히 적기 때문에 탈원화가 잘 안되고 있다고 보는 시선도 있지만 한편으로는 그 시설들도 수가 적다보니 사실 환자들 중에서 기관에 맞는 사람들만 엄선해서 받더라고요. 증상이 안정화 되어 있고, 기능도 양호하고, 이런 환자들만 골라서 받는 경향이 있죠. 어떻게 보면 선택받은 환자들만 재활을 받을 수 있거든요. 부족하거나 증상이 조금 있거나 이런 분들이 ‘우리나라 복지시설에서 과연 생활하고 재활을 받으실 수 있는 기회가 있을까.’ 그럴만한 시설들도 아직 안 된다고 저는 생각을 하거든요. 그러다 보니 병원에서 거주하시는 분들은 그냥 차라리 병원에 있는 게 안정적인 거죠. 괜히 나가서 또 한 번 좌절당하고 싶지 않으니까 그냥 여기 있는 게 적당히 타협하면서 낫다고 생각하시는 분들도 있어요.”(참여자 5-1-5)

“00시 같은 경우에도 사회복지시설이 전혀 없어요. 퇴원계획을 하면서 지역사회 연
결해드리고 싶어서 알아봤는데 전혀 없어서 지역사회 인프라 구축도 중요한 거 같고
요. 안 그러면 또 재발해서 오시거든요. 그래서 그나마 가장 가까운 지역으로 연결하
는데, 너무 멀고 그러다보니 결국 실패하게 되는 거 같아요.”(참여자 5-3-1)

□ 결과적으로 법 개정 후에도 여전히 지속되고 있는 사회적 입원

○ 기대 또는 우려했던 대규모 탈시설화는 일어나지 않음

- 입원 관련 수치는 변화했지만 실질적인 내용상의 변화는 거의 일어나지 않았고, 환자의 삶에 실질적인 개선은 잘 관찰되지 않으며, 일부 퇴원한 만성 환자들도 적절한 지지체계 부재나 준비 부족으로 사회복귀에 상당한 어려움을 겪는 것으로 보고되었다.

“전에도 자의 입원의 형태를 유지할 수는 경우가 많은데 그런 분들은 아예 계속 장기로
쪽 가는 거 같아요. 동의서만 두 달에 한 번씩 받는 걸로 된 거지 ‘어차피 나는 갈 데 없고
여기서 있어야 해.’ 라고 생각해서 있는 사람은 자의의 형태로 해서 기간이 쪽 이어지는
거 같아요. 자발적인 동기가 있으니 강제로 쫓아내지 않는 이상 그런 입원은 별로 변화
가 없을 거고. 보호의무자에 의한 입원은 확실히 조항 규정이 엄격해졌고, 이것의 완충
역할을 하는 것으로 동의입원이 들어가서 자의 반, 타의 반, 집에 가기는 뭐하고, 긴가 민
가 하는 사람들은 동의입원으로 바뀌면서 입원 형태를 쪽 유지해가는 거죠. 입원의 전체
적인 structure가 바뀌지 않았다고 이야기하는 게 이런 걸로 볼 수 있지 않을까요.”(참
여자 5-1-2)

“다 다르긴 한데 10년 넘게 입원하고 계신 분들도 많으세요. 그분들은 제가 입사하기 전
부터 보지 않아서 잘 모르겠지만 계속 연장을 하신 경우도 있으시고, 퇴원을 하셨다가 다
시 들어오신 경우도 있기 때문에 최장으로 10년 넘게들 계세요. 그러다 보니 제가 맡고
있는 만성병동은 실질적으로 퇴원하시는 경우가 사실 거의 없어요. 그러다보니 병원이
집처럼 되서 장기입원하시는 분들이 많아요.”(참여자 5-3-3)

“시설을 만들잖아요. 입원환자분들 중에 괜찮으신 분들 추천받아서 그쪽으로 보냈는데
그분들 중에 유지하신 분도 있지만 실패하신 분들도 있어요. 실패하신 분들 같은 경우 대
부분 어떤 상황이냐면 병원에 있으면 다 해줘요. 오래 있을수록 병원에 너무 이제 익숙해
지신 거예요. 그런데 나가보니 내가 혼자 다 해야 하는 거예요. 그러니까 그게 싫은 거예
요.”(참여자 5-3-5)

○ 단기입원환자의 특성

- 현재 입원일수가 길지 않고 신속히 퇴원하는 환자들은 스스로 퇴원을 희망

하는 젊은 발병 초기 및 급성기 환자들로서 환자와 마찬가지로 퇴원을 기다리고 돌봄을 제공할 수 있는 지지적인 가족지원이 있는 경우가 대부분이다.

“최근에 이제 대표적으로 자의입원 환자분들은 좀 짧게, 퇴원이 좀 원활하게 가고요. 그리고 스키조프레니아 이런 분들도 되도록 조금 입원해서 퇴원이 가능하신 분들은 조금 짧게... 옛날처럼 길게 가지는 않아요. 지금 새로 오신 분들은 웬만하면... 그래도 조금은 줄이려고 하는 그런 경향인 것 같고요. 경향은 그쪽으로 가고. 조금만 뭐 퇴원 요구하면 그냥 웬만하면 조금이라도 그 분들은 그냥 퇴원 시키는 쪽으로 하는 것 같고요.”(참여자 5-2-5)

“젊은 분들은 거의 한 달 안에 금방 나가시는 거 같아요. 왜냐하면 보호자분들이 일단 젊으세요. 젊고 가족의 지지가 있기 때문에 적극적으로 커뮤니케이션하고, 상태가 좋아지면 바로 데리고 가시더라고요. 그리고 워낙에 젊으신 분들은 상태가 좋기도 하고.. 답답해서 나가는 경우도 있고요.”(참여자 5-3-1)

○ 장기·단기입원환자의 구성

- 단기입원환자와 달리 장기입원환자들은 주로 이미 시설화되어 재활을 거부하는 환자군, 본인은 퇴원을 희망해도 지지체계의 부재나 거부로 퇴원하지 못하는 환자군, 그리고 증상이 심해서 퇴원할 수 없는 환자군으로 구성된다 고 한다.

“재입원도 마찬가지로예요. 가족이 있는 사람, 관심이 있는 사람, 자기가 기능이 있어 센터를 다닐 수 있는 사람은 재입원을 안 해요. 진짜 resource가 없고 기능이 떨어지고 주변에 가정도 없고, 그리고 의료급여인 사람이 재입원을 하게 되는 거예요. 본인부담금을 완전 면제 시켜준 상태에서 돈 내지 말고 병원에 계속 있으면 안 써어도 되고, 안 빨아도 되고, 밥도 자기가 안 해도 되고, 이런 제도를 하고서 ‘너네는 아무것도 하지 말고 조용히 병원에 있어라.’ 라고 하는 게 우리나라 의료급여 정액제 제도이기 때문에 그걸로 인해 재입원을 양산 시키더라. 병원도 가족도 마찬가지로 나가면 자기가 다 챙겨줘야 하는데 ‘너 돈 한 푼도 안내도 되니까 병원으로 다시 들어가.’ 라고 잘 구슬려서 동의입원을 하든 자의입원의 형태로 변경을 하더라. 법하고 관계 없이.”(참여자 5-1-1)

“저는 완전 구분이 되어있다고 생각합니다. 제가 이해하는 장기입원은 입원했을 때의 기간이 긴 환자를 장기입원이라고 본다면 여차피 그 환자들은 법과 상관없이 계속 병원에 계시거든요. 결국에 입·퇴원을 반복하는 환자들은 당연히 그럴 테고, 일부 증상이 좋았는데 재발이 반복되는 환자들에 한해서만 해당되는 이야기이지, 결국은 사회적 입원이었던 치료가 잘되지 않았든 환자들은 지금 이 제도에서는 장기입원은 계속 갈 거라고 생각합니다. 예전에 비하면 장기입원은 크게 세 가지 형태인데 방금 말씀하신 사회적 입원과 치료가 안 되는 케이스 뿐만 아니라 보호자가 생각할 때는 퇴원을 시키면 안될 거 같

은 환자들도 사실 있는데 이런 비율이 이 법에서 조금 환자들을 밖으로 내보낸다든지 동 의입원으로 바뀌는 비율이 있을 뿐이지 결국 큰 변화는 없는 거 같습니다. 저희 병원에는 club house라고 있는데 환자분 여기 계시지 말고 저기 가시라고 말해도 싫어해요. 저기 가면 밥도 혼자 차려야하고, 청소도 해야 하고, 당번 정해서 해야 하니까 여기서 수동적 으로 생계비 적당히 받으면서 있는 게 좋다고 하시는 환자분들이 의외로 많거든요.”(참 여자 5-1-5)

“일단은 보호자 분들 입장에서는 증상이 계속 좋은 상태를 유지해야 하잖아요. 그래서 가족이 보기에 가장 최적화된 장소가 병원이라고 생각하시더라고요. 어쨌든 병원이라는 곳은 대다수가 폐쇄병동이고, 직원이 상주해있고, 환자분들 개별관리를 해주기 때문에 가장 최적화된 장소라고 보는 거죠. 저는 이것도 장기입원에도 영향을 미치지 않을까 생 각했어요.”(참여자 5-3-3)

- 이들의 공통점은 대부분 기초생활수급자들로서 가족 등 지지체계가 부재하 며 장기간 병동생활로 이미 상당히 시설화되고 노화가 진행된 분들이라는 것이다.

“저희는 가족이 전혀 없고, 거의 노숙자이신 분들이 많으신데, 그런 분들은 오래 계셨던 분들이 많으세요. 병원치료진 분들보다 더 오래 계신 분들도 계세요. 거주지도 없고 가 족도 없고, 오래 계신 분들을 보면 가족 해체가 많이 되신 분들이예요. 그래서 병원에서 나가면 거의 아사확률 100%이신 분들이 많이 계세요. 이분들은 모두 자의입원이신데 사실 자기 의사결정을 할 수 없는 분이세요. 그래서 계속 병원에 있으시고...대부분 생활 보호대상자이신데 대부분 아나가 5,60대세요.”(참여자 5-3-1)

“증상이 좋은면 약을 먹고 좋아진 환자면 보호자가 지지체계가 조금 없어도 자의로 바뀌 서 외출도 하고 외박도 하고. 뭐 여관에서 자고 오고, 쇼핑도 하고 그렇게 하거든요. 그런 데 증상이 안 좋으면 보호자한테 데리고 가라해도 절대 안 데려가는 거예요. 무서우니 까.”(참여자 5-2-3)

다. 입·퇴원절차 및 계속입원심사제도 현황과 문제점

〈표 5-4〉 입·퇴원절차 및 계속입원심사제도에 대한 병원 소속 연구참여자 FGI 진술문 범주화

범주	주제	하위주제
입·퇴원 제도 변화로 입원치료 필요해도 입원하기 힘든 환자들 증가	비자의 입원 받는 병원의 고충이 입원거부현상 초래	<ul style="list-style-type: none"> • 폭력적 환자 입원과정에서 의료진의 위험 감소 - 폭력적, 복합적 문제 가진 환자 치료해도 어떤 보상도 없음 - 결과적으로 인력 이탈 초래 • 재정적 부담 - 행정처리 강화로 서류업무부담이 인건비 상승요인으로 작용 - 행정입원 비용에 대한 지자체의 무책임한 처리로 병원재정부담 • 결국 응급과 행정 입원 받을 이유 없음
	행정입원 증가에 따른 과도한 요구사항과 모호한 규정들	<ul style="list-style-type: none"> • 행정입원이 민원처리의 수단으로 남발되는 경향 • 퇴원절차 까다로운 행정입원 - 보건소 등 외부 기관의 지도감독과 허락받아야 하는 구조 - 새로운 인권침해의 영역 출현 우려 • 행정입원은 책임소재 등 규정이 모호함
	입원기준 적절성에 대한 회의	<ul style="list-style-type: none"> • 환자 상태보다 서류과 가족여부가 중요 • 증상에 대한 전문가 판단보다 법규정이 더 중요하게 취급됨
바람직한 입·퇴원 수리적 변화 뒤에 가려진 현실	퇴원, 실제로는 외출일 뿐	<ul style="list-style-type: none"> • 기초수급자는 수급비 받으러 잠시 퇴원 • 몇 시간만에 복귀하지만 재원기간 단축효과 • 잦은 입·퇴원으로 인한 병원의 행정처리부담 증가
	입원기간 제한으로 치료중단 사례 증가	<ul style="list-style-type: none"> • 치료에 결정적 시기에 퇴원하는 사례 증가 • 양날의 칼로 작용: 자율성과 치료의 맥 끊김
	입원기간 단축정책의 풍선효과	<ul style="list-style-type: none"> • 회전문현상 증가 • 치료 적기 놓쳐 증상 악화로 정신과적 위기상황 증가 • 기초생활수급 필수 증가 • 가장 편리하게 사용하는 주체는 알콜중독환자들 • 가족부담 증가에 따른 부작용들 • 교도소로 간 환자들
	병원 종사자의 소진과 회의감 증가	<ul style="list-style-type: none"> • 고충 많지만 지원은 없이 규제에 의한 의무만 강조 • 지원은 없이 전문가에게 책임과 비판만 묻는 상황 • 수감하기 어려운 병원과 지역사회와 병원의 이분법적 논리
여전히 큰 실질적 효과 거두지 못하는 계속입원심사제도	정신건강심의위원회 결정구조의 한계	<ul style="list-style-type: none"> • 법 개정 이전과 달라진 것 별로 없음 • 서류 중심으로 판단해야 하는 한계 • 일부에 대한 일회적 면담이 갖는 한계 - 지자체 상황에 따라 일부만 선발 - 환자가 면담 거부하는 경우도 있음 • 결국 의료 중심의 결정구조
	퇴원 필요해도 결정내릴 수 없는 외부조건 한계	<ul style="list-style-type: none"> • 퇴원 결정 이후를 책임지는 서비스 부재 • 대안 없는 퇴원 압력은 퇴원결정이 곧 징벌이 됨 • 무책임한 결정 내리기 어려워 엄두 못 냄 • 실질적으로 이 제도 통해 퇴원하는 사례는 극소수
	퇴원결정에 따른 부작용 사례들이 미치는 학습효과로 방어적이 됨	<ul style="list-style-type: none"> • 퇴원결정에 따른 퇴원 후 범죄 발생 • 알콜환자의 남용

□ 입·퇴원 제도 변화로 입원치료 필요해도 입원하기 힘든 환자 증가

○ 비자의 입원 받는 병원의 고충이 입원거부 현상 초래

- 비자의 입원 환자의 상당수를 차지하는 폭력적 환자를 입원시키는 과정에서 의료진도 위험을 감수해야 하지만, 이런 환자의 입원치료에 대한 보상이 없기 때문에 종사자의 직장 만족도가 하락하면서 퇴사나 이직으로 이어지고 있다고 한다.

“가장 큰 것은 자·타해 위험성이 동반되어야 하니까 아시다시피 경찰이 출동하면 환자들은 순간이라도 정신을 바짝 차리거든요. 그래서 경찰에 의해서 응급입원이 잘 안 되는 경우도 많고, 보호자는 또 경찰 간 다음에 난리 쳐서 데려왔는데 그럼 이 사람은 자·타해의 위험성이 확실하다고 정신과 전문의가 본인 보는 앞에서 acting out을 하지 않는 이상 판단하기는 어렵죠. 그러기 때문에 입원이 안되는 경우가 더 많아졌고요. 병원 입장에서 사실은 나중에 법적으로 문제가 되는 건 부담이 되기 때문에 더 방어적으로 입원의 기준을 더 tight 하게 하는 경향이 있는 거 같아요.”(참여자 5-1-4)

“간호사들은 응급 때문에 지금 사직서를 들고 와도 저희 병원은 여태껏 응급입원, 행정입원 받아 왔었거든요. 근데 우리도 큰 이벤트가 있어가지고 조금 지금 이렇게 사정이 그래서 저희가 많이 못 받고 있어요. 그래서 떠나려는 간호사들 붙들면서 이제 우리도 응급 안 받을 거니까 좀 있어봐라, 이라는 거죠. 정말 응급 때문에 그만두겠다는 간호사도 있었어요.”(참여자 5-2-5)

○ 재정적 부담

- 비자의 입원의 경우 행정처리 강화로 여러 가지 업무 부담이 증가하며 특히 행정입원의 경우 지자체로부터 치료비용을 보전받지 못하여 손해를 보는 상황이 발생하고 있다.

“이 복잡한 행정절차에 대한 비용을 병원에게 다 감당하라고 하는 거예요.”(참여자 5-1-4)

“지자체가 책임이 있는데도 다 병원에 떠맡기고 지불을 안 해요. 저희 병원은 행정입원도 받아주려고 해왔는데 그걸로 인한 적자가 억 단위예요. 병원에서 알아서 하라는 식이에요. 그러니 주변에서 다들 행정입원 받다가 병원 망하는 거 아니냐고 해요.”(참여자 5-1-3)

○ 행정입원 증가에 따른 과도한 요구사항과 모호한 규정들

- 현재 정신질환과 관련된 민원에 대해 공권력이 행정입원으로 대응하면서 행

정입원이 남발되고 있다는 것이 현장의 보고이다.

- 또한 행정입원은 입원에 대한 규정은 있지만 책임 소재에 대한 부분이 모호하고 퇴원이 까다로워서 병원에는 막대한 손해를, 환자에게는 인권 침해를 가져오는 입원형태로 지적받고 있다.

“최근 행정입원의 비율이 굉장히 높아지고 있다. 그런데 행정입원의 절차에서 지나치게 행정입원 기관이 지도 감독을 너무 많이 하는 거예요. 입원하고 심지어 퇴원할 때도 보건 소의 허락을 받고 퇴원을 시켜야하는 제도 인거죠. 그리고 현재 입원 중 가장 강력한 입원은 행정입원이예요. 왜냐하면 행정입원은 외출을 못 시켜요. 외출도 못하고 병에 걸려 퇴원을 하려 해도 허락을 받고 해야 해요. 퇴원을 해서 가거나 그렇게 해야 해요. 행정당국이 보호의무자가 되었으니까 더 진짜로 문제를 일으키면 안된다고 생각하는 거예요. 그러면서 이렇게 진짜로 행정입원이 가장 비인권적인 입원 형태가 되어가고 있는 거예요”(참여자 5-1-1)

“행정입원은 어떻게 보면 문제는 입원 조항만 있고, 그럼 이 환자를 누가 관리하고 어떻게 지원을 할 건지가 하나도 없는 거죠. 입원시킬 때만 공권력을 활용하고, 병원에 가둬두는 제도가 된 거죠. 그러면서 행정입원에 대해서 입원비도 지원이 안 되고, 한 번도 한 적이 없어요. 원래는 행정입원이 당연히 행정기관에서 입원비를 지원하게 되어있는데..”(참여자 5-1-3)

“입·퇴원 할 때 해야 하는 서류가 너무 많더라고요. 기본적인 지침에 나와 있는 서류와 병원 나름대로 해야 하는 업무가 많으니까 이 두 개를 병행하다보니 입원환자 한명을 받을 때 너무 많은 시간과 에너지가 들어간다고 하시더라고요.”(참여자 5-3-3)

○ 입원기준 적절성에 대한 회의

- 특히 이러한 비자의적 입원에 대한 기준이 환자의 상태나 그에 대한 전문가 판단보다 가족의 유무나 법 규정이 더욱 중시되면서 의료현장에서는 자괴감을 호소하고 있었다.

“사실 이전에는 아까 말씀하신 ‘여러 사회 제반적인 것들을 고려해서 입원을 해야 되는 거 아닌가.’ 라고 해서 설득을 해서 보호자와 환자 모두 어떻게든 병원에서 입·퇴원요구를 받아가면서 입원치료를 했던 부분이 많았는데, 이제는 그렇게 하면 안 되는 시대가 된 거고요. 이제는 입원하는데 가장 중요한 것이 서류와 가족관계가 된 거죠. 보호자의 유무가 굉장히 중요하고, 그 보호자가 실질적인 것이냐, 서류적인 것이냐, 친모, 양모, 동거인 이런 것들이 사실 정립이 안 된 상황에서 버려져서 20년 이상 보지 못한 부모나 자식이 보호자가 되어야 하는 상황이 되니까 정말 중요한 필요한 입원이 그 사람에게 불가능해지고 아무도 그 환자한테 입원치료를 제공하고 싶지 않은 상황이 되는 거죠. 왜냐

하면 너무 복잡해지니까요. 책임 자체가 너무나 중요해져 버렸으니까요. 특히나 정신과 질환을 가지고 있는 환자들에게서는 이런 가족 관계가 문제가 있거나 여러 가지 사정이 있는 경우가 많을 수 있는데 특이케이스가 아니고 모야보면 이런 케이스가 굉장히 많기 때문에 일일이 그분들에 대해 대응하는 건 어려운거죠. 그렇게 되면 자의를 어떻게든 하게 한다거나 정말 열심히 설득해서 하겠다고 하면 다행인데, 안 하면 그냥 가는 거죠. 운 좋은 가족들은 support 받는 것도 빈익빈 부익부가 될 수 있어서 굉장히 supportive 한 환자들은 치료가 잘 되지만 가정에서 단절이 된 사람들은 치료받을 수 있는 기회조차 없는 거죠. 그렇게 되면 어디 숨어 있다가 사건, 사고를 내서 행정입원이든 응급입원이든 범죄자가 되는 식으로 되니까 저는 굉장히 패러다임도 많이 바뀌면서 치료받지 못하는 피해자들이 많다고 생각해요. 사실 어떻게 보면 보호자의 부담을 더 늘려버렸고, 또 여기에 따른 보호입원을 오히려 확실하지 않으면 국가는 이제 정신과 의사의 판단보다는 어떻게 보면 객관적 증거를 더 요구하는 법이잖아요. 객관적 증거 중에 행정입원이나 경찰 같은 분들이 동의한 거는 인정하겠다는 거잖아요. 그러다 보니 책임이 가족들에게 더 가중되었고요.”(참여자 5-1-4)

□ 바람직한 입·퇴원 수치적 변화 뒤에 가려진 현실

○ 퇴원, 실제로는 외출일 뿐

- 대부분 기초생활수급자인 장기간 입원환자들은 수급일에 맞춰 퇴원하고 출해서 수급비를 수령한 후 몇 시간 만에 다시 돌아오는 경우가 있는데, 이것이 모두 퇴원으로 처리되면서 재원기간이 단축된 것처럼 보이기도 한다는 것이다.
- 한 마디로 실질적인 퇴원이 아니며 곧바로 재입원으로 연결되는 환자들인데 병원은 이로 인한 행정처리 부담을 안아야 하는 상황도 문제라고 한다.

“계속 입, 퇴원이 반복이 되고 그 인터벌이 짧아졌어요. 그래서 예전보다는 이 법 때 문인 것 같은데 이게 뭐 한 석 달, 넉 달 있을 걸 한 달, 한 달 반만 있게 된다든지. 거 기에는 그런 것도 있죠. 수급비가 나오는 어떤 날짜에 그분들은 그게 또 중요하니까. 그래서 아예 한 달 정도 걱정하고 입원하고 수급비 나오는 날 맞춰서 퇴원하신다거나, 그걸 조건으로 입원하지는 않지만 그렇게 이용하는 거죠. 병원 서비스를. 그런 분들이 어... 비율이 조금, 조금씩 많아지는 거 같아요.”(참여자 5-2-4)

“실제로 퇴원을 하시기도 하는데, 밖에서 생활유지를 하는 것이 길지 못하니까 퇴원 이 아니라 거의 외출 같은 느낌이 되어버리는 거 같아요.”(참여자 5-3-2)

○ 입원기간 제한으로 치료중단 사례 증가

- 3개월이라는 입원기간 제한이 환자의 입·퇴원에 대한 결정권을 제공한다는 긍정적 측면도 있지만, 한편으로 일부 환자들은 치료와 회복의 결정적 시기와 맞물리면서 치료의 맥이 끊어지는 사례도 발생하고 있다고 한다.

“보호입원의 경우에 환자들이 예전에는 연장을 6개월 단위로 했잖아요. 그런데 지금은 3개월 단위로 초반에 하다 보니까 한 달에서 두 달 사이에 연장심을 올려야 하거든요. 그러다보니까 환자들이 거기에 대해서 오히려 조금 영향을 받는 거 같아요. 왜냐하면 예전에는 그냥 치료 받고 하시던 분들이 연장한다고 심사하고 1차 진단, 2차 진단하고, 서류 쓰라고 하고, 이런 식의 자극을 주잖아요. 그런데 이 시기가 증상이 완전히 안정되지 않은 시기인 경우가 많거든요. 예를 들어 한 달 정도 치료하고 나면 어느 정도 약물 반응이 있어요. 하지만 완전히 좋아지지 않은 경우가 많은데 조금 좋아진 듯하고 현실감이 조금 돌아온 듯 하지만 아직 증상에 휩싸여 있는 경우가 많아요. 이때 연장한다고 통보하는 거죠. 그럼 환자들은 거기에 대한 거부감을 갖고 퇴원하겠다고 하는 거죠. 그렇게 치료 가 중단되는 경우가 법이 시행되고 나서 좀 늘어난 거 같아요”(참여자 5-1-4)

○ 입원기간 단축정책의 풍선 효과

- 의료현장에서는 입원기간이 줄어든 대신 입·퇴원의 반복 주기가 빨라지는 회전문 현상이 가속화되고 있고, 기초생활수급자들의 수급을 위한 꼼수를 활용되기도 하며 오히려 알코올 중독환자들이 가장 빈번히 이용하는 제도로 사용되고 있다고 한다.
- 또한 복잡한 절차로 인해 조기에 입원이 안 된 환자들이 더 악화되어 온다가 나 증상조절이 안 된 상태에서 선불리 퇴원한 환자들의 상당수를 교도소에 수감된 상태로 만나게 되는 경우도 늘었다는 보고이다.

“이 법이 만약 ‘회전문을 막자’ 이런 취지로 만들어졌다면 저는 fail이라고 생각해요. 왜냐하면 아까도 말씀드렸지만 ‘실제로 나가서 잘 지낼 수 있을 거 같다.’ 내지는 ‘사회복지 시설에 들어갈 수 있는 정도의 기능이고, 사회적으로 갈 데가 없고 능력이 없어서 입원을 해야겠다.’ 라고 생각하는 사람들은 병원에서 계속 살아야 한다고 생각을 하니까 오히려 자의나 동의나 이런 식으로 해서 빠져 나가고 오히려 진짜 insight 없고 문제 있는 사람들만 인권의 문제를 말하고, 오히려 나가는 통로로 이용이 되어서 진짜 치료받아야 할 사람은 나가버리고 dweller는 혜택을 받으면서 살고 있는 거죠. 그래서 이런 목적으로 지었다면 저는 완전 fail이라고 생각해요”(참여자 5-1-2)

“입원했을 때 중증도가 높아진 거 같고 치료의 기간도 길어지고 난폭성도 높아진 부분이 있어요. 앞으로 따지면 1, 2기 때 빨리 치료해 주려고 했는데 3,4기가 되어야 할 수 있다

고 만들어 놔기 때문에 그때까지 굶아야 하는 거죠. 보호자들은 조울증 같은 경우에는 말 많아지고, 잠 안자고, 도벽이 있거나 때리거나 이게 코스로 보이는데 이걸 약으로도 되지 않고 빨리 주사를 쓰거나 입원을 하거나 자극을 줄이거나 해야 하는데, 훨씬 지나서 들어와서 오래 걸리고 중증도가 높아진거죠.”(참여자 5-1-4)

“수급비가 나오는 어떤 날짜에 그분들은 그게 또 중요하니까. 그래서 아예 한 달 정도 작정하고 입원하고 수급비 나오는 날 맞춰서 퇴원하신다거나, 그걸 조건으로 입원하지는 않지만 그렇게 이용하는 거죠. 병원 서비스를. 그런 분들이 어... 비율이 조금, 조금씩 많아지는 거 같아요.”(참여자 5-2-4)

“입원기간이 단축되면서 명확한 수치는 봐야할 것 같지만 체감상 재입원하시는 분들이 확실히 많이 오세요.”(참여자 5-3-5)

○ 병원종사자의 소진과 회의감 증가

- 규제강화로 인한 의료현장의 종사자들의 고충은 많지만 지원은 없이 의무만 강조되고 있고, 열악한 의료현장의 상황을 감내하며 환자를 돌보지만 돌아오는 것은 책임추궁과 비판이라는 인식이 형성되면서 이직이나 사직 등으로 병원 근무에 대한 회의감이 표출되고 있다고 한다.

“입원과정에서 규정이 많다보니 치료진의 소진이 너무 많은 거예요. 사실 인권을 지키다는 명목으로 전문가들의 소진이 너무 많고 그렇게 우리가 그렇잖아도 인력도 적는데 치료적 역할 외에 나머지 역할들에 에너지를 많이 쓰다 보니까 이제 선순환이 안 이루어지는 거죠”(참여자 5-2-2)

“그러니까 법이 바뀌면서 우리보고 하지 말라는 게 너무 많은데, 또 그러면서 동시에 잘 해줘야 해요, 그러니까 지금 정말 십 몇 년째 간호사는 진짜 100명, 120명을 늘 혼자 봐 온 건데...그러다 보니 간호사들을 잘 대해주지도 못하면서 그냥 붙드는 거예요. 그래도 자꾸 떠나서 이제 중간 그레이드가 빵 떠요. 저희 같은 경우는. 여기는 또 케이스가 조금 달라요. 국립병원하고 급성기 많은 곳하고 또 달라요. 우리같이 만성, 대형, 스키조프레니아 환자들은 사실은 급성기부터 해도 또 다른 게 생기겠지만. 우리는 중간 그레이드 정말 일해 줄 사람들이 조금 익숙해지니까 갈등을 하는 거예요, 비전이 없어 여기는, 여기서 더 있다 보면 나중에 나이가 들면은 다른데 가서 이 경력 인정받을 수도 없다는 또 그런 것들도 있고. 하여튼 굉장히 갈수록 하지말라는 건 많고 해주라는 건 많고 현실은 너무너무 힘든 거죠.. 사실 현실은”(참여자 5-2-5)

□ 여전히 큰 실질적 효과 거두지 못 하는 계속입원심사제도

○ 정신건강심의위원회 결정구조의 한계

- 법 개정 이후에도 계속입원심사제도를 통한 퇴원의 활성화는 이뤄지지 않고 있다.
- 여전히 서류 중심으로 판단하고 있고 일부 면담이 있더라도 일부 표집에 의한 형식적인 일회성 면담으로 상황을 정확히 파악하기 힘들 뿐 아니라 아무래도 의료진의 의견이 힘을 갖기 때문에 다른 직역의 의견이 고르게 수렴되기는 어려운 구조이다.

“계속입원심사제도는 예전에 비해 바뀐 게 하나도 없어요. 한달에 한번 하면 한 20~50명을 심사하는데 그 중에서 ‘안돼 퇴원해야 해.’ 하는 사람은 거의 없죠.”(참여자 5-1-5)

“네 계속심사위원회 같은 경우 문제가 뭐냐면 일단 병원 측에서 환자 측에서 요청했을 때 돈을 내야하잖아요 근데 이게 여기서 부당하다고 하면 대면조사가 가능해요. 그렇지 않은 경우에는 대부분 서류거든요. 그런데 서류는 증상 이런 게 많이 기재되다 보니 의사의견 중심으로 이뤄진다는 거예요. 심사위원회 참여하는 위원의 포지션이 대부분 의사가 많고 물론 법조인도 있지만 의사가 많고, 법조인이 있어도 아무것도 모르는 분들이 추천되다 보니까 서류만 가지고 과연 이 분이 적절하다 부적절하다 판단할 수 없는 이러한 어려운 경우가 많고요. 그러다보니 실질적인 계속심사위원회 역할 자체가 한계가 있어 왔거든요. 지역마다 다른데 어떤 지역은 병원에가서 하는 경우가 있다고 하더라고요. 병원에서 돌아가면서 직접적으로 할 경우에는 퇴원율이라는게 제재가 될 경우 있어요.(참여자 5-3-5)

○ 퇴원 필요해도 결정 내릴 수 없는 외부조건의 한계

- 또한 퇴원 결정이 내려진다고 해도 결정 이후를 책임지고 지원하는 서비스가 부재한 상황에서 자칫 대안 없는 퇴원 결정은 오히려 환자에게 해가 될 수 있기 때문에 엄두를 내기 어렵다고 한다.
- 그러다 보니 이 제도를 통해 실질적으로 퇴원하는 환자들은 극소수에 불과하다는 것이다.

“예를 들어 ‘이 사람을 퇴원 시켜라.’ 라고 하면 퇴원해서 이 사람이 도대체 어떻게 될 지에 대한 책임을 질 수 없는 거예요. 그러니까 실질적으로 퇴원시킬 수 없어요. 그럴 때 여기서 앞으로는 외래치료명령도 여기서 할 수 있다고 하잖아요. 그런데 현재로서는 불가능한 일이에요. 그걸 안 지켜도 어떻게 할 건지가 안 정해져 있잖아요.”(참여자 5-3-5)

자 5-1-1)

“퇴원을 하게 하면 그 분들이 오히려 험악한 인생을 살아야 되는 그런 걸 이제 제공하는 거라서, 퇴원에 대한 거를 염두를 내면서 심사를 할 만한 대상들이 아닌 그런 경우도 있기는 하시더라고요.”(참여자 5-2-4)

“3개월, 6개월은 기간이 있으니까 심사를 하는 거고, 난 정말 더 이상 입원 안 할래요, 하고 신청하는 경우도 있으면 대면조사까지도 가요. 근데 사실 정말 장기적으로 만성화되어서 입원하는 환자들은 대부분은 의료보호 환자들이고 이분들의 나가려고 하지 않아서 대면조사 신청이 많이 이뤄지지 않아요”(참여자 5-3-4)

○ 퇴원결정에 따른 부작용 사례들이 미치는 학습효과로 방어적이 됨

- 한편 퇴원결정에 따라 퇴원했던 일부 사례들에서 친족살인이나 폭력 등의 문제가 발생하는 경우들이 보고되면서 심사위원들의 결정은 더욱 방어적인 경향을 띠게 된다고 한다.

“저희 봉직의 선생님이 굉장히 솔직하게 ‘자해 위험은 있지만 타해 위험은 없다.’ 라고 썼다가 그냥 퇴원결정이 내려졌어요. 그냥 나가라고 해서 그 다음 날 퇴원시켰는데 나간 즉시 큰 사고 쳐서 다시 재입원을 했죠.”(참여자 5-1-4)

라. 의료현장에서 제시하는 입·퇴원 관련 개선방안

〈표 5-5〉 병원소속 연구참여자의 개선제안 FGI 진술문 범주화

범주	주제	하위주제
정신질환에 대한 차별적인 수가제도 개선	타 진료과처럼 서비스 질에 따른 수가 차등화 도입	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 질 개선을 위한 수가 차등화는 필수 <ul style="list-style-type: none"> - 급성기 집중 치료 인정 - 더 많은 인력이 투입되는 질 높은 서비스 인정 행위별 수가제 도입 필요
	보험-보호 환자 간 차별적 제도 계지	<ul style="list-style-type: none"> '보험-보호' 환자 수가차별은 시정 인권침해적 저비용 수용 구조 개선
입·퇴원절차 개선 방안	응급 및 행정 입원 전담 병원 지정	<ul style="list-style-type: none"> 국공립병원 중심으로 응급 및 행정 입원 수용 시스템 구축 국공립 병원이 부족할 경우 민간병원과 협력 행정입원에 대한 재정지원 필요
	급·만성 병동 구분	<ul style="list-style-type: none"> 급성환자 병동 만성환자 병동 구분 급성기 환자 조기 치료에 집중하여 단기치료 가능성 제고
	사법입원제도 검토	<ul style="list-style-type: none"> 비자의 입원의 경우 사법적 판단 필요 보호자 부담 및 병원 부담 감소효과 시대
	절차보조인 제도 활성화	<ul style="list-style-type: none"> 참여자에 대한 충분한 교육훈련 필요 전문가와 동료지원가 팀워크 필요
퇴원 및 지역사회 복귀 지원하는 서비스 강화	지역사회 정착을 돕는 지원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 조건부 병원기반/가교적 사례관리 도입 <ul style="list-style-type: none"> - 일정 기간에 한정 - 공공병원 중심 - 지역사회참여 필수 퇴원계획의 활성화 지역사회에서의 삶의 핵심인 주거 및 취업 프로그램 중심
	가족대상 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 가족 트라우마 치유 위한 중재 서비스 가족에게 대안적 서비스 정보 제공
	지역사회 서비스 인프라 보강	<ul style="list-style-type: none"> 주거서비스 직업서비스 개별화된 서비스
보다 근본적인 구조적 변화와 지원 필요	인권은 실질적인 서비스 질 향상 통해 보장되어야	<ul style="list-style-type: none"> 교육이나 규제하는 인권보호는 한계 근본적인 변화 위한 재정지원 필요
	정신질환 관련 편견해소	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환과 치료에 대한 편견이나 오해 해소

□ 정신질환에 대한 차별적인 수가제도 개선

○ 타 진료과처럼 서비스 질에 따른 수가 차등화 도입

- 정신질환에 대한 의료서비스 질 개선을 위해 급성기 환자 치료에 집중할 수 있도록 만성환자 치료와 수가를 차별화하고 더 많은 인력이 투입되어 더 우수한 서비스를 제공하는 경우 그만큼의 비용을 수가로 보전해 주는 것이 필요하다.

“행위별 수가로 반드시 가야 하는 거죠. 그게 잘 되면 퇴원계획을 세울 때 지역사회에서 재발하지 않도록 재활치료를 병원에서 잘 해줄 거 아니에요. 그리고 재활치료를 잘 해준다는 건 지역사회에 있는 유관기관과 지역사회에 있는 시설들과의 연결 시스템을 만들어주는거예요”(참여자 5-1-3)

“급성기 병동과 만성 병동. 낮 병동이 조금 더 다양화된 서비스를 제공할 수 있도록 수가 체계를 현실화 해야하는데 지금은 병원을 전문성 없이 요양시설 정도로 생각하고 그냥 넘어가니까 다 그저 그런 병원이 되어있거든요. 사실 이게 정액제 문제예요. 열심히 하든 농땡이를 치든 돈은 똑같이 받는데 이런 부분에서 해도, 안 해도, 대충해도 아무 벌도 없으니까. 열심히 할 이유가 없는 거죠.”(참여자 5-1-4)

○ ‘보험-보호’ 환자 간 차별적 제도 폐지

- 정신건강의학과에 적용되고 있는 보험환자와 보호환자 수가 차별화는 인권 침해를 가져오면 저비용에 따른 수용과 만성화의 문제를 초래하는 주요인이므로 이를 반드시 수정할 것이 요구된다.

“정신의료기관의 가장 큰 문제는 의료보험 환자하고 의료보호 환자의 수가 차이가 나는 거예요. 이게 정신과만 유일하게 남아있는 거잖아요. 다른 신체질환처럼 병원 입장에서는 수익이 똑같아야죠. 의료보험환자하고 보호환자하고 똑같아야 되는데 정신과만 보험과 보호 차이가 많이 나고 지금 의료보호가 보험의 한 60% 정도거든요. 그 정도 수입을 얻으니까 병원입장에서는 차별하게 되는 거죠. 예를 들면 식대에 대한 차이가 많단 말이에요. 그러면 의료보험 환자는 반찬을 네 개를 주고, 의료보호환자는 반찬을 두 개를 주고, 뭐 의료보험 환자가 먹다 남은 반찬을 준다, 버리기가 아까우니까, 그렇게 했을 때 이거를 인권위원회나 이런 데서는 그 병원의 문제로 취금을 해버리는데, 사실은 이게 병원의 문제 이전에 차별적인 국가 제도의 문제라는 거죠. 이런 부분이 꼭 개선되었으면 좋겠습니다.”(참여자 5-2-2)

□ 입·퇴원 절차 개선방안

○ 응급 및 행정 입원 전담 병원 지정과 책임소재 명확화

- 필요한 입원치료를 저해하는 정신과적 응급상태의 환자 기피현상을 해결하기 위하여 이러한 환자 치료를 우선 국공립 병원의 의무로 규정하고 그에 따른 치료 여건을 개선할 필요가 있으며, 필요시에는 민간병원을 지정하는 방식도 병행하는 안이 제시되었다.
- 더불어 현재 지자체가 입원을 의뢰하는 주체임에도 불구하고 책임을 회피하고 있는 비용부담에 대한 부분도 명확히 할 필요가 있다.

“응급입원은 우선적으로 국공립에서 해야죠. 그렇기 때문에 국립이라는 이름이 붙는거죠. 물론 국공립에서 그 많은 사람들을 다 cover할 수는 없는거니까 그럴 수는 있다고 생각해요. 어쨌든 행정입원 자체가 공공성이 있는 입원이기 때문에 당연히 공공병원에서 당연히 해줘야 하는 거고 지역별로 편차가 있어서 거기에서 감당하기 어려운 지역일 때 예를 들어 민간병원하고 협약을 맺든지, 이런 형태로 해서 외국처럼 PPM(Public Private MOU)의 개념으로 가던가 해야”(참여자 5-1-3)

○ 급·만성 병동 구분

- 급성환자와 만성환자의 특성이 다르고 그만큼 서비스의 성격도 달라야 하는 만큼 보다 개별화된 서비스가 제공될 수 있어야 하며, 아무래도 초기에 집중적인 치료를 요하는 급성기 치료에 대한 수가 역시 차별화되어야 한다.
- 조기치료 효과를 높이는 것이 장기적으로 만성화를 예방하고 비용효과도 거둘 수 있기 때문이다.

“우리나라도 어떤 병원이든지 급성기 병동과 만성 병동을 나눠서 치료하는 정신과 시스템이 필요하다. 환자의 캐릭터에 맞게 급성기 치료서비스로 이뤄지는 곳, 만성환자면 만성서비스로 나눠서 하는 시스템이 도입될 수 있도록 노력을 해야 한다. 그리고 두 번째로는 의료급여 환자도 의료급여 정액제로 통으로 써서 다 할 게 아니라 의료급여 환자도 급성과 만성으로 나눠서 치료를 받을 수 있는 인권이 존중되는 의료급여 서비스가 되어야 한다. 이게 저는 대안이라고 봅니다. 이러면 장기입원이 줄어들 수밖에 없어요.”(참여자 5-1-4)

○ 사법입원제도 검토

- 비자의 입원에 대한 보호자와 병원의 부담이 또 다른 부작용을 낳고 있는 상황이므로 선진국의 사례와 같이 사법제도를 통해 인신구속의 성격을 갖는

비자의 입원 여부를 결정하는 것이 필요하다는 의견도 제기되었다.

- 다만 사법입원에 의한 입원은 강제입원으로 잡히지 않는 통계방식이 고려되어야 한다면 설명도 덧붙여졌다.

“결국 행정입원 같은 것도 사법입원으로 가야 하는 거지 애매한 걸로 가서는 행정력이 전혀 확보가 안 되기 때문에 결국 의료기관만 고생 할 것이다. 그래서 아주 강력한 행정 governance를 가지고 입원 결정을 하고 초기 급성기 서비스를 공공에서 책임을 지는 시스템이 되어야 한다. 이런 이야기 인거죠. 결국 지금은 정신과 의사가 판단하고, 보호자가 판단하고, 보호자가 서류 준비하잖아요. 응급, 행정입원 빠고. 거기에 대해서 인권측면에서 ‘돈 때문에 입원시킬 수 있다.’, ‘보호자들도 다른 목적으로 입원시킬 수 있다.’, ‘아무리 어렵게 해봤자 문제가 있을 것 같다.’ 이런 식의 관점만 강화하지 말고 그렇다면 ‘제 3의 사법기관에 맡기자.’ 그러면 우리도 그 결정에 따르겠다는 입장이지요. 게다가 사법입원은 강제입원 통계에서 빠져요. 그러니까 자의 입원이 비율이 훨씬 높아 보일 수 있는 거죠. 영국도 독일도 마찬가지고요 판사가 입원 결정을 해주면 이걸 강제입원으로 해당되지 않아요.”(참여자 5-1-4)

“저도 똑같은 생각인 게 사법 입원을 병원이나 의사들이 원하는 이유는 사법 입원이 되기 전까지는 계속 인권 문제가 정신 병원한테 딸려 오거든요. 환자분들이 입원장 반아서 가고 싶은 병원 갔으면 치료를 열심히 했으면 좋겠다고 생각하는데 또 반대로 하나는 그렇게 되면 정신병원이 정말로 환자들과 국민들이 느끼기에 감옥 같이 받아들이게 될까봐... 판결을 받아 가야하는 곳이 되어버리기 때문에.”(참여자 5-1-5)

○ 절차보조인 제도 활성화와 적절성 보장

- 동료지원가 등이 참여하는 절차보조인 제도는 효과성이 보고되고 있는 만큼 활성화 하되 부작용 예방을 위해 서비스의 적절성을 보장할 수 있는 교육훈련과 협력체계 등의 장치를 마련할 필요가 있다고 보았다.

“이 제도는 좋은 경우가 많은데 그렇지 않은 결과를 낳는 경우도 가끔 있어서 지금처럼 동료지원가 활동이 NGO나 당사자 단체도 가능할 수 있지만 center base로 하거나 가까이서 모니터도 하고 치료자나 지역사회가 같이 갈 수 있는 파트너십 모형으로서의 동료지원가도 고민해 봐야 한다고 생각해요 같이 협력하는 경우에 효과도 더 좋더라고요. 자격증까지는 아니더라도 그런 협력이 좀 필요하죠.”(참여자 5-1-2)

“전문요원 한 명이랑 동료상담, 동료지원가 한 명이랑 그 당사자랑 면담을 하고. 필요한 경우에는 가족 상담도 하고. 조금 전에 이야기했던 그 케이스 환자 분은 보호자분들이 만나는 것도 어려워하고 보호자분들도 사실 굉장히 까다로운 분들이예요. 보호자 자체가 굉장히 까다롭고. 그리고 환자 때문에 워낙 겁을 많이 먹으니까 연세도 많으시고 하다보니깐. 초반에 정말 협조가 잘 안됐었거든요. 절차보조사업팀에서 가정방문도 가고, 집에

서 상담을 하고. 많이 누그러졌어요. 그래서 이제 퇴원하고 아주 잘 된, 좋은 케이스인데. 이런 게 잘 활용되면 좋죠.. 예를 들면 좋아지고 나서 아까 기도원에 간다. 굿하러 간다. 이럴 때 전문가들이 백날 얘기해봐야 소용없잖아요. 동료지원가들의 한마디가 훨씬 더 효과가 좋거든요. 치료 과정에서도. 그래서 동료지원가나 가족상담지원가를 잘 양성을 해서, 교육을 잘 해서 이 분들이 좀 치료에 협조할 수 있는 방향으로 회복을 잘 할 수 있도록 지원해주는 그런 제도는 어... 있으면 참 좋을 것 같아요.”(참여자 5-2-2)

“저희(입원적합성 조사원)가 아무리 서류를 봐도 모든 사람들을 100% 다 대변할 수 없기 때문에 정말 환자를 대변할 수 있는 사람이 그 자리에, 입원하는 과정에, 사실 입적심도 한 달 후에 하는 거잖아요. 그러니까 동료지원가인 절차보조인처럼 한 자리에서 지켜볼 사람이 있으면 좋겠다. 그리고 이 환자가 어떻게 왔는지, 정말 어떠한 이익도 볼 수 없는 사람이 지켜봤으면 좋겠다고 생각해요.”(참여자 5-3-4)

□ 퇴원 및 지역사회 복귀 지원하는 서비스 강화

○ 지역사회 정착을 돕는 지원 서비스

- 우선 환자의 퇴원과 지역사회 서비스로의 연결을 지원하기 위한 병원기반 사례관리 또는 가교적 사례관리의 도입이 검토되고 있는 상황에 대한 의견이 제시되었다.
- 연구참여자들은 이 제도가 유용할 수 있으나 자칫 본 목적과 달리 퇴원 후에도 환자들이 병원 시스템에서 탈피하지 못 하는 상황을 가져올 수 있다는 점에서 전제조건이 충족될 필요가 있다고 보았다.
- 그것은 기한을 정하고 영리목적과 연결되지 않도록 공공병원 중심으로 운영하며 그 과정에 반드시 지역사회기관과 연계하고 이들이 함께 참여하도록 하는 조건을 갖추도록 해야 한다는 것이다.

“외국의 경우에는 이런 거 관련된 의뢰를 하거나 병원에 입원해서 퇴원하기 전에 센터를 이용하게 해서 잘 적응훈련을 시키는데 이게 다 수가로 건강보험재정에서 다 세밀하게 있어요. 그런데 우리는 ‘그냥 병원에서 알아서 해라.’ 예요. 관련된 제도를 만들어줘야죠. 지금은 환자 데리고 밖에 나가면 병동이 비고 오히려 손해만 나요.”(참여자 5-1-4)

“병원기반 사례관리가 되면 좋지 않을까. 하지만 지금은 센터랑 시설이 있는데 서로 분리돼서 지역사회 쪽으로 보내도 충분히 될 것을 병원에 묶어두어서 퇴원했다고 해도 완전한 퇴원은 아닐 거라는 우려도 있죠. 그런데 저희 같은 경우는 공공이다 보니까 조금 생각이 다른 게, 지금 현재 가장 큰 문제점은 병원에서 퇴원했을 때, 퇴원사실

확인통지서 자체가 병원에서 원하면, 동의자에 의해서 퇴원계획을 하고, 지역사회로 전달률이 그렇게 많지가 않다는 거죠. 예를 들어서, 했다하더라도 유실될 확률이 높고 거부할 확률도 높고, 병원에서도 보내면 땀이고 하니까. 오히려 그게 사각지대에 있는 사람들이 꽤 상당수 있었다는 거죠. 그래서 병원기반 사례관리가 오히려 그런 걸 완화 시켜줄 수 있다는 거죠. 연스럽게 센터하고 연계해서 같이 하다보면 인계도 자연스럽게 될뿐더러 튕겨져 나가는 사람들도 좀 더 줄어들지 않을까 하는 거죠. 대신 시간을 좀 정해놓고 그 과정에서 반드시 지역사회가 꼭 참여할 수 있도록...”(참여자 5-3-5)

- 이와 더불어 퇴원계획의 수가화 등을 통해 입원기간 동안에도 퇴원을 준비하고, 지역사회 주거나 취업 프로그램과 연계되도록 지원할 필요가 있다고 보았다.
- 또한 이러한 병원과 지역사회 간 서비스가 환자 중심으로 상호협력할 수 있는 체계가 마련되어야 하겠다.

“ 퇴원사실 통지서에 환자분들이 퇴원하면서 내가 모르는 사람이 나한테 연락 하는 게 싫으니까 동의를 안 하는 거예요. 비동시에 체크하시는 경우가 많아서 저희가 이제 몇 년 전에 이 동의율을 높이려고 광역센터랑 저희랑 하면서 저희도 이제 희망 노크 프로, 그 정신건강교육 매뉴얼을 만들었거든요. 희망노크사업을 준비하면서. 그래서 저희 병원 같은 경우에는 이걸 좀 더 활성화하고 동의율을 높이기 위해서 병동에 간호사들 대상으로 사실 간호사들이 24시간 같이 있으니까. 환자 분들한테 설명할 수 있는 기회도 훨씬 치료적 설명이 가능할거란 생각에 이제 간호사들한테도 그 내용 교육시키고. 그 다음에 이제 재활센터 담당자가 정신건강교육 프로그램을 병동에서 입원 환자 대상 진행하고. 이런 걸 계속 하면서 실제 동의율을 많이 높였거든요.”(참여자 5-2-2)

“저는 정책적인 부분도 있고, 치료를 담당하는 병원도 있고, 재활을 담당하는 센터나 시설도 존재하는데 과연 이게 선순환구조인가라는 생각이 문득 들더라고요. 이런 구조가 잘 맞춰진다면 저희가 문제라고 느껴지는 이런 부분들이 조율이 되고 조금 더 나은 방향으로 나아갈 수 있지 않을까 생각이 들어요. 그래서 큰 방향에서는 크게 한 가지 방향으로 가고 있는 거 같아요. 결국 환자분들을 위한 조금 더 나은 서비스를 바라보고 가야하지 않을까 싶어요.”(참여자 5-3-3)

○ 가족 지지체계 구축을 위한 서비스

- 사회적 입원 환자의 상당수가 가족지지체계가 부재하거나 거부적인 경우에 해당하는데, 특히 후자의 경우를 위해 입원 전 환자의 폭력에 대한 트라우마로 인한 공포감이 잔존해 있는 가족에 대한 치료적 개입이 필요하며, 가족에게 지역사회정신건강 시스템에 대한 정보를 제공할 필요가 있다.

“이제 환자가 젊을 때 부모님을 대상으로 이제 난폭하게, 칼부림 이런 게 있어서... 그런 아주 어려운 에피소드로 증상 때문에 입원을 했어요. 그렇게 하고 그 한 번에 결정적인

그 난폭한 행동이 가족들한테는 너무나 큰 데미지였기 때문에 부모는 살아생전에 이제 이 자녀가 집에 들어와서 또 같은 일이 벌어질 거에 대한 부모의 두려움이 있고 다른 형제들도 이 당사자로 해서 이 집으로 들었을 때, 또 그런 일을 부모가 겪어야 하는 예기불안 때문에 어찌지를 못하고 그냥 면회 오고 간식비 보내고, 이러면서 있다가 이제 부모님 돌아가시고 본인들이 이제 그걸 감당을 해야 될 때 절대 하고 싶지 않죠. 그래서 한 번 슬뚜껑 보고 놀란 그 가슴을 이제 계속 평생 잊지를 않아요. 근데 그렇게 하다가 어느 날 우연히 이 환자가 다른 타과적인 문제 때문에 외진을 가야되고 병원이 그걸 해줄 수 없기 때문에 아주 작심하고 무리해서 이제 외진을 데리고 나갔다가 이제 escape을 하고 그래서 어쩔 수 없이 퇴원처리가 됐고, 그래서 어쩔 수 없이 그런 일을 계기로 어찌다 함께 지내게 됐을 때 너무 그렇게 위험하지 않거든요. 그래서 그 뒤로는 따로 방을 하나 내주고 그래서 퇴원을 시켜서 사는 거죠. 그런 걸 보면 만성화되기 전에 가족의 트라우마를 치유하고 중재하고 가족의 태도를 바꿔주는 것도 정말 중요한 거 같아요. 그런 거 없이 그냥 데리고 나가기는 힘들잖아요.”(참여자 5-2-4)

“결국 우리나라에서 지지체계는 가족이죠. 좀 극단적으로 말해서 병원 아니면 가족이에요. 그러니까 보호자가 중요하거든요. 그런데 가족이 입원시킨 경우 다시 퇴원시키거나 외출부터 데리고 가기까지 거기에는 사실 몇 사람의 에너지가 소진이 돼요. 이제 우리도 이 사람을 그래도 외출도 보내고 그런 안타까움이 있잖아요. 특히 스키조프레니아 환자는 좀 그렇잖아요. 증상이 가라앉으면 순하고 그러니까 그렇게 조금씩 시도해보면 좋겠는데 근데 보호자는 과거에 증상이 심할 때 폭력적이었던 그 경험의 트라우마가 너무 커서 이제 좋아졌는데도 절대 안 데려 가려 하는 거예요. 그래도 주치의가 꾸준히 try, try, try 하면서 계속 중재를 하면 결국은 외출부터 성공해서 데리고 가는 경우가 가끔 또 있기도 해요.”(참여자 5-2-5)

○ 지역사회 인프라 보강

- 계속 강조되어 온 바와 같이 불필요한 장기입원과 재입원을 방지하기 위해서는 지역사회에서 정신장애인이 삶을 영위할 수 있도록 주거서비스, 직업 재활서비스, 환자의 상태에 따라 다양하게 제공될 수 있는 개별화된 서비스 인프라가 고르게 갖춰져야 한다.

“사실 지금 우리나라에서는 지역사회 시스템이 사실 정신건강사회복지센터에서 사례관리를 하고 있고. 뭐 정신재활시설, 주간재활시설도 있고, 공동생활가정도 있고 이런 제도에서는 많이 있는데. 실제로는 우리가 당장 병원에 입원한 환자를 아주 오래된 환자분들을 보호자 지지체계가 없는 환자를 내보려고 했을 때 당장 연계해줄 곳은 사실은 없거든요, 예를 들면 사실은 사례관리 서비스와 예를 들어 주간 재활과 주거 재활이 같이 이루어져야 하는데...”(참여자 5-2-2)

“특히 저희 병동은 여성분들이 계시는데 여자분들은 갈 데가 더 없어요. 예를 들면 남,여 믹스되어 있는 공간은 힘들어하셔서 여자분들만 계시는 데를 가고 싶어하시는데 그런데

도 없어요. 너무 없어요. 남자 분들 위주의 시설이 많고, 환자수도 남자가 많기도 하고.. 그런 부분도 문제가 되는 거 같아요.”(참여자 5-3-1)

“환자분들이 대부분 수도권에 거주하고 계시고 시설도 수도권에 포진되어있을 텐데.. 그럼에도 불구하고 갈 수 있는 시설이 많지 않고 제한이 되는 거 같더라고요. 시설을 찾다 보면 병원과 가까운 거리, 주소지와 가까운 거리를 찾다보면 지역별로 나누다 보면 3군 데로 좁혀지고 거기서 갈 수 있냐 없느냐로 좁혀지고 결국 문의 드리면 자리가 없거나 대기인원이 많다고 하시고.. 그러면 결국에는 가족이 이런 역할을 해야 하는데 현실적으로 어려움이 많으니까 전문 인력에 비해서는 질이 낮을 수밖에 없으니까 결국에는 재입원 하게 되고 장기입원으로 이어지는 거 같아요. 그런 면에서 장기입원 문제를 해결하기 위해서는 센터나 시설이 많이 확충이 되어야 할 거 같아요. 특히 지역별로 균등하게 체계가 잡혀야 한다고 생각했습니다.”(참여자 5-3-3)

□ 보다 근본적인 구조적 변화와 지원 필요

○ 인권은 실질적인 서비스 질 향상을 통해 보장되어야

- 현재 정신건강 현장에서 인권보호는 규제강화와 인식개선을 통해 추진되었으나 이는 일정한 한계가 존재하므로 실질적인 인권보장이 가능하도록 하는 인프라 구축을 통해 이뤄내는 것이 필요하다.
- 그동안 열악한 수준에 머물러 있었던 정신건강영역에 적절한 재정과 인력을 지원함으로써 근본적인 문제해결을 도모해 갈 필요가 있다.

“인권문제가 입원자체의 정당성, 환자에 대해 부당한 행동을 하지 않을 것. 이런 얘기들이 대다수인데 우리들이 관심이 있는 건 이제는 이런 이야기들이 아니라는 거죠. 말씀하신 대로 quality가 담보가 되어서 말씀하신대로 치료에 정말 전념할 수 있고, 환자에게 치료를 할 수 있고 재활서비스를 할 수 있을 만큼 quality improvement가 이루어져야 정신과 병원이 quality가 담보가 되어야 해요.”(참여자 5-1-1)

- 이와 더불어 정신질환 및 정신장애, 그리고 정신질환 치료나 서비스에 대한 편견을 감소하도록 하는 정책을 통해 편견이나 오해를 바로 잡아가는 노력 또한 절실하다.

“이제 정신과 치료에 대해서도 사회적으로 인식을 좀 달라질 필요가 있다고 봅니다. 사실 병원 중에는 정신과 외에도 격리를 하는 곳은 많거든요. 응급실이나 중환자실도 그렇고.. 치료도 의사의 판단에 따라 수술을 하는 곳도 있는데 정신과적 처치만 너무 다르게 생각하는 것도 정신질환에 대한 편견의 일환인 거 같아서 그런 부분도 개선해 갔으면 좋겠습니다.”(참여자 5-1-5)

제3절 지역사회에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식

가. 연구내용 및 방법

□ 연구방법

- 지역사회정신건강 현장에서 입·퇴원 제도와 관련된 현황과 문제점, 그리고 개선점을 파악하기 위하여 관련자들을 대상으로 초점집단인터뷰(Focus Group Interview)를 시행하였다.
- 본 조사를 위한 초점집단의 연구참여자는 정신질환자의 입원, 특히 응급입원과 행정입원 등 비자의 입원 과정에 관여하고 있는정신건강복지센터 정신건강전문요원과 경찰로 구성하였다.
 - 연구참여자는 각 지역 단체와 행정기관으로부터 관련 주제에 대해 전문적 식견을 갖고 있는 종사자를 추천을 받은 후 본인의 동의를 받아 구성하였다.
 - 초점집단의 인터뷰 참여자는 각 지역별로 5명이었으며 그 개요는 다음과 같다.

〈표 5-6〉 인터뷰 참여자 특성

구분	번호	성별	연령대	소속지역	직위	지역	관련 경력
정신건강 복지센터 정신건강 전문요원	5-4-1	남	30대	경기	팀장	정신건강 사회복지사	12년
	5-4-2	여	30대	경기	상임팀장	정신건강 사회복지사	13년
	5-4-3	남	30대	서울	팀원	정신건강 사회복지사	10년
	5-4-4	남	30대	경기	팀장	정신건강 간호사	10년
	5-4-5	여	40대	서울	팀장	정신건강 사회복지사	14년
지구대 경찰	5-5-1	남	30대	충청	경사	경찰	5년
	5-5-2	남	30대	충청	순경	경찰	2년
	5-5-3	남	40대	서울	경장	경찰	9년
	5-5-4	남	50대	서울	경장	경찰	12년
	5-5-5	남	40대	서울	경사	경찰	12년

- 본 조사과정에서는 연구발주처가 의뢰한 조사내용을 토대로 연구진이 구성한 조사 질문지를 사전에 연구참여자에게 배부하여 그 내용을 숙지하고 기초적인 답변을 생각한 상태에서 인터뷰에 참여하도록 하였다.
 - 초점집단 인터뷰는 2019년 9월 16일부터 15일 달 간 서울과 충청 지역에 서 각 직역별로 150분 정도 진행되었다.
- 인터뷰 진행은 정신건강복지센터 종사자집단의 경우는 정신건강사회복지 전공 교수 2인의 공동 진행으로, 경찰집단은 정신건강사회복지 전공 교수 1인의 진행으로 수행되었다.
- 모든 인터뷰 내용은 기록을 전담하는 대학원생의 메모와 녹취를 통해 기록되었으며 인터뷰 종료 후 그 내용을 곧바로 전사하였다.
- 분석방법은 전사된 녹취록을 수차례 반복적으로 읽으며 귀납적 주제분석을 실시하는 질적 연구방법론을 활용하였다.

□ 조사항목

- 인터뷰 질문은 입·퇴원 절차 참여 현황과 경험에 대한 내용으로 구성하였으며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

〈표 5-7〉 인터뷰 질문

구분	인터뷰 질문
정신건강 복지센터 전문요원 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 정신과적 위기상황에서 응급입원이나 행정입원과 관련하여 센터 종사자로서 어떤 경험을 하고 계십니까? • 이러한 입원제도와 관련하여 어떤 문제들이 있다고 보시는지 말씀해 주십시오. • 정신과 입원(특히 정신과적 위기상황에서 입원)과 관련하여 제도 개선 측면에서 제안하고 싶은 내용이 있으면 말씀해 주십시오 : 센터 종사자 입장과 중증 정신질환자·정신장애인 입장에서 • 정신과 입원환자의 퇴원과 관련된 논란(자·타해 위험 환자의 퇴원 시 정신건강복지센터에 고지의무화 등)에 대해 어떤 의견을 갖고 계십니까? • 퇴원환자를 위한 서비스 제공에 어떤 문제들이 있는지 말씀해 주십시오. : 센터 종사자 입장과 중증 정신질환자·정신장애인 입장에서 • 퇴원제도나 퇴원 절차의 개선 측면에서 제안하고 싶은 내용이 있습니까? • 중증 정신질환자 및 정신장애인의 장기입원, 재입원과 관련하여 평소 갖고 계신 경험이나 의견이 있으면 말씀해 주십시오.
경찰 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 경찰로서 정신질환자 위기상황에 출동하면 주로 어떤 상황을 마주하게 되십니까? • 정신과적 응급상황에서 어떤 경우에 정신과 입원을 추진하게 되십니까? • 정신과 입원은 어떤 방식으로 진행하고 있으며 이 과정에서 경찰로서 어떤 경험을 하십니까? : 응급입원 또는 행정입원 진행과정 • 특히 이 과정에서 경찰로서 어떤 어려움이나 문제가 있다고 생각하셨는지 말씀해 주십시오. • 적절한 응급입원을 위해 제도의 개선이나 지원 측면에서 경찰로서 제안하고 싶은 내용이 있으면 말씀해 주십시오.

나. 지역사회에서 바라본 입·퇴원 관련 현황과 문제점

〈표 5-8〉 입·퇴원에 대한 센터 실무자와 경찰의 FGI 진술문 범주화

범주	주제	하위주제
지역사회에서 발생하는 정신과적 응급상황의 전형	정신과적 응급으로 신고 되는 주요 상황들	<ul style="list-style-type: none"> • 자해나 자살 위기 상황 • 폭력성을 보이는 타해 위기 상황 • 직접적 자·타해위험 없으나 황실수설하고 예측불허한 상황
	고질적인 정신과적 위기 사례 존재	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 내 알려진 고질적인 문제 환자 있음 • 입원조치 해도 돌고 돌아 다시 문제를 일으키는 환자
진주방화살인사건 이후 정신과적 응급상황과 관련된 뚜렷한 변화들	정신질환 관련 민원과 행정입원 요구 증가	<ul style="list-style-type: none"> • 웬만한 문제를 다 정신질환과 연관시켜 신고함 • 정신질환에 대한 공포감 증가로 행정입원 등 격리 요구증가
	경찰의 방어적 대응으로서 행정입원 요구증가	<ul style="list-style-type: none"> • 진주사건의 교훈은 경찰 판단의 결과적 책임을 묻는다는 것 • 과거에 비해 경찰의 용동성이 감소함 • 응급입원보다 공문서로 진행되는 행정입원 선호하게 됨
	센터의 업무 가중	<ul style="list-style-type: none"> • 경찰에 의해 센터에 현장출동 의뢰되는 사례들이 증가함 • 행정입원에 따른 공문처리 업무 증가

범주	주제	하위주제
뜨거운 감자 돌리기와 같은 자·타해 환자의 비자의적 입원 추진과정	경찰이 겪는 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 애매한 상황에 대한 판단의 어려움 <ul style="list-style-type: none"> - 경찰이 가면 진정되기 때문에 적극적 조치의 어려움 - 환자 정보 모르는 상태에서 판단하기 어려움 - 매뉴얼로 감당되지 않는 현실 • 응급입원은 사후 환자의 소송과 협박 등 부담 • 행정입원은 지자체의 협조받기 어려움 <ul style="list-style-type: none"> - 치안현장과 달리 정신건강 서비스의 이분화된 구조 : 정신질환-자살 - 문제는 주로 야간 발생하는데 야간 근무 안 하는 센터 - 센터의 인력 및 예산 부족
	센터 실무자가 겪는 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 요구받는 역할에 대한 법적 근거 없이 공무수행해야 하는 모순적 상황 • 안전조치 미비 상태에서 업무수행 <ul style="list-style-type: none"> - 폭력상황에 무방비 노출 - 인력 부족으로 2인 출동조차 지켜지지 않는 현실 • 보호자 없는 경우 입원 조건 충족시키기 어려운 경우들 있음 • 환자를 보내고 싶은 좋은 병원이 많지 않음
	경찰과 센터 공통의 어려움 “병원 찾아 삼만리”	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 가능 병원 찾기 어려움 <ul style="list-style-type: none"> - 병원도 문제 환자 기피 - 신체질환이나 상해가 있는 환자 받는 병원 절대 부족 - 야간에는 판단해줄 담당 의사가 없음 - 입원 가능 병원 정보 시스템과 다른 현실 • 이 일 처리에 너무 많은 시간이 소요되어 다른 업무 차질 초래
	모순적 구조의 피해는 환자와 가족에게	<ul style="list-style-type: none"> • 가족의 부담이 너무 크고 보호자 없으면 필요한 입원도 어려움 • 치료기회 놓치고 극단적 상태에서 비자의 입원으로 귀결 • 증상악화로 인한 주변 민원으로 인권침해 발생하는 악순환 • 종사자의 안전장치 미비는 곧 환자의 안전보장 미비를 의미 • 실무자가 응급출동에 동원되면서 정작 필요한 서비스는 제공받지 못 함
퇴원 관련 문제점	퇴원환자 지역사회서비스 위한 병원-지역사회 간 협조체계 부족	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회와 함께 하는 퇴원계획 부족 • 환자 정보 없이 동의만 받아서 통보하는 사례로 인한 난관
	퇴원하면 방치되는 환자의 도돌이표	<ul style="list-style-type: none"> • 하루종일 혼자 지내는 환자가 문제 • 재활서비스가 너무나 부족함 • 결국 입원해도 또 비슷한 문제 발생

□ 지역사회에서 발생하는 정신과적 응급상황의 전형

○ 정신과적 응급으로 신고 되는 주요 상황들

- 연구참여자들의 진술에 의하면 지역사회에서 정신과적 응급상황으로 신고 되는 사례들은 크게 세 가지 정도로 구분할 수 있는데, 여기에는 자해나 자살 위기 상황, 폭력성을 보이는 타해 위기 상황, 그리고 직접적인 자·타해 위험은 없으나 횡설수설하고 예측 불허한 상황 등이었다.
- 특히 자해의 경우에는 본인과 가족 등 지인에 의한 신고가 많고, 타인에 대한 폭력 상황은 그 직접적 피해자가 되기 쉬운 가족이나 주민에 의한 신고가 많으며, 예측불허의 상황에 대해서는 지역주민에 의한 신고가 많다는 것이 경험적인 보고였다.
- 경찰 입장에서는 특별한 자·타해의 위험이 없지만 주민의 불안감에 의해 신고 되는 사례들이 많은데 이에 대한 대응방안이 모호하다는 어려움을 호소하였다.

“보통 제일 많은 게 자해랑 난동 거의 이 두 가지 밖에 없었던 것 같은데요. 자해 같은 경우는 주변 지인에서, ‘이제 나 굶는다’고 그런 내용을 보내나 봐요, 그러면 지인들이 신고를 하기도 하고, 뛰어 내리려고 하는 건 거의 가족들이 하고, 난동이랑 이런 건 주변 사람들이 보고 신고를 하는데 혼자 횡설수설 한다던가, 조금 그런 거 보고 아무도 없는데 막 대화하고, 아무 말도 안 했는데 저희보고 ‘그때 왜 그랬냐’고 이런식으로 처음 만났는데 ‘그때 나한테 왜 뭐라고 했냐’고 이런 식으로 하는 경우도 있고..”(참여자 5-5-1)

“보통 자기 위협, 자해하거나 가족관계에서 한 명이 정신질환 가지고 있는데 뭐 물건을 부수면 신고 들어와서 나가는 경우도 있고요.”(참여자 5-5-3)

“그러니까 방금 말씀하신 것처럼 혼자 막 이상한 소리를 하면서 떠돌고 이런 상황인 거예요. 깽해봤자 아무리 한다고 해도 인근 소란, 경범 이상은 되지 않는. 근데 사람들은 되게 불안해하잖아요. 저 사람 또 언제 이상한 짓 할지 모르는데 좀 잡아가면 안 되냐 요구를 하시는데 경찰관이 함부로 잡아갈 수는 없지 않습니까”(참여자 5-5-5)

○ 고질적인 정신과적 위기 사례 존재

- 대부분 지역사회에는 경찰에 신고가 자주 들어오는 사례들이 있다고 한다. 이런 분들은 문제가 반복되다 보니 이미 관련자들은 어느 정도 알고 존재이다.
- 문제는 경찰이 어렵게 이들에 대해 입원조치를 포함한 어떤 치료적 개입을

연계해도 얼마 후에 비슷한 문제를 갖고 다시 마주하게 된다는 것이다.

- 경찰은 의료적 서비스에 연계하는 등의 조치를 취해도 문제는 개선되지 않고 돌아오는데 관련된 어떤 정보도 공유 받지 못 하는 데서 오는 어려움을 호소하였다.

“그러니까 애초에 아예 일면식도 없는 사람들이 신고당하는 경우는 좀 드물었고요. 저는 드물었고요. 대부분 그 동네에서 유명한 정신질환자들, 뭐 그런 사람들, 리스트에 오른 사람들.”(참여자 5-5-3)

“다시 오면 퇴원했나 보구나 이려고선. 한동안 잠잠했는데 또 왔네. 저희는 뭐로 진단받아서 치료를 받은 건지 뭐한 건지도 모르고 좀 허탈하고 답답하죠.”(참여자 5-5-1)

□ 진주방화살인사건 이후 정신과적 응급상황과 관련된 뚜렷한 변화들

○ 정신질환 관련 민원과 행정입원 요구 증가

- 진주방화살인사건 이후 정신질환자 범죄가 강조되어 보도면서 지역사회 내 정신질환자에 대한 일반 시민의 인식이 상당히 부정적으로 변화된 것으로 보고되었다.
- 따라서 경찰 뿐 아니라 정신건강복지센터에 접수되는 민원들 중 정신질환과 연관시켜 신고하는 사례들이 증가하고 있으며 행정입원과 같은 구체적인 방식을 제시하며 지역사회로부터 정신질환자를 격리시켜 줄 것을 요구하는 경우도 늘었다고 한다.
- 결과적으로 정신질환자라는 이유만으로 인권을 침해 당하는 일이 증가한 것이다.

“진주 사건 이후에 인권침해를 많이 당하고 계시지 않을까 라는 생각이 들어요. 야까도 온갖 사례 다 의뢰하신다고 하셨잖아요. 정말 그래요. 층간 소음도 저희한테 의뢰하시고, 동네를 그냥 돌아다니는 거고 놀이터에 앉아있는 건데 신고하고 이런 식이에요. 그러면 저희는 가족들 컨택하게 되는데, 그분들한테는 그런 것들이 당연히 불쾌할 수 있는 일 이죠. 진주 사건 이후 행정입원 하신 분이 계시면 그분 퇴원 날짜를 알려달라고 입주민 대표부터 시작해서 민원 넣으시고, 공문까지 보내세요. 저희 입장에서는 대상자가 안쓰러운 거예요.”(참여자 5-4-2)

“또 한 가지 사례는 행정입원에 대한 판단은 주민들이 하시는 게 아닌데 민원을 계속 넣으시는 거예요. 도장을 결국 받아서 이분 행정입원 해야 한다고 하고 담당 주무관 계속 무시

하는 거죠.”(참여자 5-4-3)

“신고 자체가 그쪽으로 의심하는 신고들이 많은 거죠. 조금만 이상행동을 보여도 그렇고 사람들이 불안하니까. 그런데 저희가 막상 나가보면 아닌 경우도 있고, 그러다보니 이제 그 이후에 인식이 좀 바뀌었다고 보는 거죠. 신고 자체를 옛날에는 싸운다고 신고하는데 요즘에는 ‘정신병자가 어떻게 한다’ 이런 식으로 내용이 바뀐 거예요. 막상 나가서 보면 흥분해서 하는 건데 그렇게 신고하는 경우도 있더라고요. 한 마디로 정신질환과 연결 짓는 신고가 많아진 거죠.”(참여자 5-5-2)

“좀 그런 것 같아요. 제가 뭐 다 일일이 대답하긴 그렇지만 예전에는 그런 사람들이 눈에 띄면 뭐야 하고 그냥 갔잖아요. 그런데 요즘에는 그런 게 워낙 이슈화가 되니까 보면 신고하는 거예요. 길거리 지나가는 사람들도 예전에는 그냥 속된 표현으로 아, 이건가보다 (손가락으로 머리를 가리켜 돌리면서) 하고 갔는데 요즘엔 ‘괜히 이상한 사람 다니는데 혹시 무슨 일 생길 것 같아서 걱정돼서 신고한다,’ 이런 것들이 꽤 많아졌죠.”(참여자 5-5-5)

○ 경찰의 방어적 대응으로서 행정입원 요구 증가

- 경찰에게 진주 사건은 경찰의 판단에 따른 결과적 책임을 묻는다는 것을 학습하는 효과를 갖게 되었다고 한다.
- 따라서 경찰은 신고가 들어오는 정신질환 관련 사례들을 좀 더 지켜보거나 현장지도로 대응하기보다는 입원조치에 보다 적극성을 갖게 되었고 특히 입원 중에서도 경찰의 판단에 의한 응급입원보다는 공문서로 처리되고 책임을 공유할 수 있는 행정입원을 선호하는 경향이 증가하고 있다고 한다.

“저희도 나가면 부담스러워요. 이거를 어떻게 판단해야 할지. 나가면 저희도 오롯이 저희 책임이 되기 때문에, 말 한마디 잘못했다가는...저희가 보기엔 괜찮은데 주민들이 보시기에는 심했다고 하고, 어떻게 저희가 ‘지금 괜찮으니까 가볼게요,’ 할 수 있는 게 아니에요. 어떻게든 조치를 하고 가야 하는데. 그러니까 저희가 어떤 신고를 받고 나가든 다 달래서 하는데, 안 되는 경우도 있죠. 끝까지 완강하게, 그럼 뭐 어떻게 저희도 답답하고 그러면 강제입원을 진행하게 되는데 그런 사례는 한 10건 중 1건이 될까 말까 할 거 같은데 주로 응급입원이 아니라 행정입원으로 처리하려고 하죠. 그럼 저희가 강제적으로 하려면 자해, 타해 위험성이 현저하게 높아야 하는데 그렇지 않은 경우에는 행정입원을 하죠. 저희가 공문을 보내서 검사를 해달라, 이런 분이 있으니까 이렇게 하면 보건소에서 나와서 하니까요.”(참여자 5-5-1)

“저희도 비슷해요. 경찰 쪽에서 그 사건 이후 비난을 받았으니까 그쪽에서는 나름의 대응을 하게 된 거 같아요. 그런 부분이 법이 바뀐 부분도 있지만, 본인들이 대처하는 방식

자체가 마지막 수단 자체가 공문이 된 거예요. 그 공문에 수신처가 저희 센터거든요. 근데 센터에서 받으면 저희 실무자들도 받을 수밖에 없어요. 저희가 생각 했을 때 행정입원은 응급인 거잖아요. 그러면 저희는 행정입원이면 무조건 나가야하기 때문에 8월 동안 저희가 경찰에서 공문 받은 게 최소 10건은 되는 거 같아요. 그래 버리면 10건에 대해 전부 대응을 해야하고, 회신을 해야하고.”(참여자 5-4-3)

○ 센터의 업무 가중

- 경찰이 정신과적 문제에 대한 민감성이 증가하면서 보건소나 정신건강복지센터에 현장출동을 의뢰하는 사례들이 증가하고 행정입원에 따른 센터의 공문처리 업무가 증하고 있지만, 센터 내에 위기대응 전담팀이 없는 경우가 대부분이고 이런 요구에 부응할 수 있는 인력이 더 충원된 것이 아니기 때문에 정신건강복지센터 실무자들이 느끼는 압박감이 상당한 것으로 파악되었다.

“그런데 저는 이게 법 개정이 아니라 진주 사건 이후 너무 뚜렷하게 진단 및 보호 요청이 하루에 두 세건 씩 오고 있으니까 사실 저희 센터 같은 경우에는 위기대응팀이 따로 있으니까 망정이지 위기대응팀이 없는 팀은 죽어난다고 하더라고요. 진단 및 보호 요청이 들어오면 가서 봐줘야 하고 무조건 행정입원을 진행할 수 없으니까 가서 만나야 하고, 한번으로 부족하면 두 번 세 번을 이제 중증 팀에서 해결해야 하고 저희는 위기대응 팀에서 주로 낮 시간 동안 그걸 해결하고요. 그러다 보니까 행정적인 문제들이 로딩이 많아졌어요. 어쨌든 그거에 대해 보건소에서 이 사람에 대한 회신 같은 부분을 올려야하고, 그걸 가지고 보건소는 판단을 하는 상황이다 보니 위기대응팀이 그전에는 출동 나가고.. 이제 현장대응 이쪽이 좀 더 주었다면 지금은 행정 부분도 굉장히 많아졌어요.”(참여자 5-4-2)

“기존에 없었던 행정업무들이 늘어나게 되니까 실질적으로 저희가 부담감이 너무 커진 거 같아요. 실무자 입장에서는 힘들죠. 그런데 확실히 작년과는 달라요. 공문으로 오는 게 너무 많고, 지적장애부터 시작해서 고성방가까지 당사자들의 동의 없이 의뢰가 오는 경우도 많죠. 그러다 보니 사실은 저희 센터의 고유 업무가 있는데 그것을 벗어나는 일들까지 해야 하는 상황인 거죠.”(참여자 5-4-3)

□ 뜨거운 감자 돌리기 같은 자·타해 위험환자의 비자의적 입원 추진과정

○ 경찰이 겪는 어려움

- 경찰들은 정신과적 위기 상황에서 어떤 판단을 내리기 힘든 상황을 자주 마주하게 된다고 하였다.
- 그 이유는 주로 통제가 안 되던 환자들도 경찰이 가면 진정이 되는 경우가

많기 때문에 이미 진정된 상태에서 어떤 적극적인 조치를 취하기 어렵고 또한 환자의 질병상태에 대한 어떤 정보가 없다보니 눈앞의 상황만으로 어떤 결정을 내리기가 어렵기 때문이라고 하였다.

- 또한 진주사건 이후 경찰 내에 매뉴얼이 생겼지만 연구참여 경찰들은 실제 상황과 달라서 큰 도움이 되지 않는다는 것에 의견을 같이 하였다.

“정신병력이 있다고 해도 그 정도 소리치고 한다고 해서 뭘 할 수 있는 건 없거든요. 그러다 아까도 말씀드렸다시피 갑자기 올라와서 범행을 저지르는 건데, 그걸 현장에서 판단하기가 쉽지 않죠. 저희가 가면 안전해지고 그러면 강제로 할 수 있는 게 아무 것도 없거든요. 항상 보면 자타위험성이 현저하게 높아야 해요. 현저하다는 표현이 정말 센 거거든요. 현장에서 정말 굵는 정도여야 해요, 손을. 그 정도까지 아니면 저희가 강제적으로 조치할 방법이 없는 거예요. 그러니까 답답한거죠. .의심이 된다거나 이런 걸로 움직일 수 없고, 액션이 있어야 하는 거니까.”(참여자 5-5-2)

“위에서는 이런 매뉴얼, 저런 매뉴얼 하달을 하는데 일선에서는 소화하기가 힘들어요. 왜냐면 저희가 전문적인 교육받은 것도 아니고 그냥 매뉴얼 던져주면 우리는 일단 받았으니까 어떻게 꾸역꾸역 그 매뉴얼대로 따라갈 수밖에 없기는 한데 그런데 현장에서는 이게 안 통하잖아요. 일을 해보면 안 통해요. 전화해도 안 되고 뭐 안 되고 하니 서로 간에 부처 입장만 하고 있지, 밑에 있는 사람만 죽어나는 거예요. 솔직히.”(참여자 5-5-5)

- 한편 경찰은 자·타해 위험에 대한 자체 판단으로 응급입원을 시킨 경우 강제입원 처리에 의해 입원했던 환자들이 퇴원 후에 담당 경찰을 찾아와 항의를 하거나 협박을 당하기도 하고 소송 등 법적 분쟁까지 이어지는 일이 있다 보니 정신질환자와 관련된 사건은 골치 아프고 회피하고 싶은 것이 솔직한 심정이라고 하였다.

“경찰이 응급입원시킨 걸로 소송에 걸렸단 이야기 많이 들었어요. 그런데다가 저도 응급입원 시켜 놓으신 분이 한 달 만에 퇴원을 하셔 가지고 다른 출동 가서 그 사람을 만난 거예요. 얼굴을 알잖아요. 딱 보자마자 첫 마디가 ‘또 오셨네’ 그래요. 그런 얘기 들으면 저희도 모골이 송연해지죠.”(참여자 5-5-3)

- 이런 애매한 상황 때문에 보건소나 정신건강복지센터 등을 통해 전문적 시견에 의한 검토가 가능한 행정입원을 의뢰하고 싶지만 정신질환과 자해의 위험이 공존하는 치안상황과 달리 정신건강서비스 전달체계는 정신질환과 자살을 별도로 취급하고 있고 응급상황은 주로 야간에 발생하는데 정신건강

복지센터나 자살예방센터는 야간에는 당직자가 없어서 실질적인 도움을 받기 어렵다고 하였다.

- 또한 경찰도 센터와 함께 일을 하는 과정에서 센터의 인력과 예산이 부족한 현실을 간접적으로 체감하고 있었다. 따라서 연구에 참여한 경찰 중에서는 행정입원을 한 번도 추진해 보지 못했다고 하는 경우도 있었다.

“지자체에 전화를 하더라도 거기서는 행정입원을 안 해주려고 해요. 지자체에서는. 그리고 제가 센터도 만나봤는데 일단 거기도 인원이 없어요. 한 명당 100명 정도를 관리한 다더라고요. 그리고 예산도 없어요. 그 세 가지를 말씀하시던데요. 행정입원을 해도 시킬 예산이 없다고 하더라고요. 센터 거기서는. 그러니까 협조가 잘 안 되죠.”(참여자 5-5-3)

“지자체마다 다르겠지만 저희 구에 있는 센터에서는 나오는 경우 한 번도 없었는데요. 야간에는 전화도 거의 안 받는데 나오지도 않죠. 게다가 심지어 자살 거기 상담도 전화하면 주말에도 안 받고 야간에도 안 받고. 자살도 안 받아요. 또 자살은 자살만 한다고 그러더라고요. 그러니까 자살 그쪽은 정신과적, 또 그런 쪽으로는 자기들은 안 한 데요. 거기 는 멀쩡한 사람 중에 자살하려는 사람만 하는 거더라고요. 그럼 자살예방 거기 해당하는 사람들이 정신적으로 문제가 있으면 저희는 그걸 뭐 어떻게 봐야 될까요. 그거를?”(참여자 5-5-4)

○ 센터 실무자가 겪는 어려움

- 경찰 연구참여자는 보건소나 센터의 협조를 받기가 어렵다고 하지만 정신건강복지센터 실무자들은 현장에서 경찰로부터 출동요청이나 행정입원에 대한 요청이 증가하면서 여러 가지 어려움을 경험하고 있다고 호소하였다.
- 경찰 요청을 받으면 기대되는 역할을 수행해야 하지만 그에 걸 맞는 공권력을 행사할 수 있는 어떤 법적 근거나 권한이 주어진 게 아니기 때문에 모호한 상황에서 판단을 내리고 여러 관계자들과 소통해야 하는 어려움을 경험하고 있을 뿐 아니라 어떤 보호 장치도 없이 환자를 이송해야 하는 등의 모순적 상황에 내몰리고 있다는 것이다.

“종사자 입장에서 현장에 의뢰받고 나갔을 때 경찰을 설득하고 공무원을 설득해야 하는데 그 두 명이 다 저희에게 물어보거든요. 그럼 그 환자자분의 대변인처럼 설명을 또 해드려야 하는 거예요. 사실 저희도 그 환자분을 잘 모르는데... 나가서 몇 마디 해본 게 다인데.. 그걸로 평가하고 주변 환경 보고 이런 게 전부인데..그런데 응급입원이면 경찰한테 행정입원이면 보건소한테 설명을 해야 하는 거죠. 이런 불편한 과정들이 있어요. 그리고 후송 이야기는... 법을 아무리 봐도 후송은 누가 해야 한다는 게 없는

거예요. 그래서 병원, 응급실, 중환자실에서 만나든 딱 만나는 곳은 경찰, 소방, 센터...그래서 경찰은 책임을 질 수 있는 사람들이 와야 이야기가 된다고 하는데 다른 병원으로 후송을 해야 할 때는 의사 또는 치료진이 탑승을 해야 하더라고요. 그것 때문에 또 119는 거절하고, 그 중간에서 저희 보고 컨트롤 타워 역할을 해 달라고 하는데 저희에게는 그럴 권한이 없는 거죠. 제일 문제는 후송은 해야 하는데 후송할 방법이 없으니까... 저희는 최대한 센터 차에는 안 태우려고 하거든요. 안전장치도 없고, 후송할 때 사건 사고가 생길 수도 있고, 그런데 어쩔 수 없으면 위험을 무릎 쓰고 태우고 가는 거예요. 누군가가 이런 걸 확실히 해주면 좋을 텐데.. 그게 안 되니까 설명하고, 설득하고, 부탁하는 게 저희 일인 거 같아요. 답답한 심정이죠.”(참여자 5-4-1)

- 또한 센터 실무자도 응급상황에 출동해서 업무를 수행해야 하지만 자신들을 위한 안전이나 보호조치가 미진하다보니 폭력상황에 노출되기도 하고 인력부족으로 2인 출동이라는 기본조차 지켜지지 않는 경우도 있다고 호소하였다. 그러다 보니 아무래도 이러한 출동을 기피하고 싶고 출동을 나가도 불안하다는 것이다.

“제가 2년 전 환자분한테 굉장히 심하게 맞은 적이 있어서 형사 고발까지 가고 그랬는데.. 안전 장치가 너무 없는 거예요. 대상자분들이 사무실에 수시로 드나들고 그럴 때 증상관리자 자칫 조금이라도 안 된다면 폭행이 있고 안전장치를 아무리 만들어도 우리가 생각하는 안전장치는 없죠. 제가 대상자 분을 제압하면서 같이 넘어졌는데 저만 가해라는 거예요. 제가 맞지 않기 위해 같이 넘어졌는데.. 그리고 조사를 받을 때도 저만 조사를 받고 대상자는 돌려보내고... 경찰서에서 진술서를 쓸 때 설명도 하나도 없고.. 저 자신도 내가 가해자인가? 라는 생각이 들면서 방패를 가지고 다녀야 하나? 맞고만 있어야 하나? 이런 생각도 했어요.”(참여자 5-4-1)

“원래 출동은 2인이 기본인데 1인으로 나가는 경우도 많아요. 혼자 상담하고, 환경 중재하고, 자원 파악하고 하니 너무 어렵죠. 인력 부족 때문에 그래요.”(참여자 5-4-5)

- 보호자가 있어야 입원이 순조롭게 진행되지만 보호자를 찾기가 어려운 경우도 많고 보호자가 있어도 의사결정 능력이 없는 경우도 있어서 보호입원이나 동의입원진행이 어려울 뿐 아니라 이런 방식의 입원제도가 과연 적절한 가라는 의문이 제기된다고 하였다.

“저희가 OO지역에 있다 보니까 시골이 당면한 어려움은 고령의 보호자 분들의 판단력이 전혀 고려되지 않은 채 주변에서 입원한다고 해야 한다고 하니깐 정말 알고 서명을 하시는 건지 의문이 들 때가 있어요. 90이 넘으신 분도 아버님 막내 일곱째 딸, 보청기 껴는데도 못 알아들으세요. 정말 이런 행정적인 걸 요구하는 동의입원이 맞는지 센터에 있으니까 이런 게 당면한 문제인거 같아요.”(참여자 5-4-4)

“고령의 분들 그리고 멀리 떨어져 있는 분들은 멀리서 모시고 와야 하나? 이런 고민이 들더라고요. 응급입원 상태이고, 입원연장이 필요할 경우 입원한 병원은 서울권인데, 어머니가 제주도 계시면 어머니를 모시고 와야 하나? 그런 게 고민이 되더라고요.”(참여자 5-4-5)

○ 경찰과 센터 공통의 어려움 “병원 찾아 삼만리”

- 경찰과 센터 종사자 모두 가장 일관되게 호소하는 문제는 비자의 입원의 경우 입원 가능한 병원을 찾기가 너무 어렵다는 것이었다.
- 병원도 서류행정이 복잡하고 이후 입원적합성 심사 등 절차가 까다로운 환자, 기초수급대상, 폭력적인 환자의 입원은 기피하는 경향이 있다고 보았다. 그리고 환자에게 신체질환이나 상해가 있는 경우에 이를 병행해서 볼 수 있는 병원이 극소수라서 이런 문제가 있는 경우에는 필요한 입원치료를 받기가 불가능에 가까운 현실이다.
- 또한 주로 문제가 야간에 발생하는데 야간에는 병원에 입원 여부를 판단해줄 의사가 없는 경우도 많아서 입원치료가 필요해도 입원하지 못하고 방치될 수밖에 없는 문제들이 제기되었다.

“병원에서도 문제 환자 받는 것을 좀 꺼려한다는 조금 그런 느낌이 있는 것 같아요. 대학병원도 그래서 저희가 보호자 해가지고 같이 가려고 했는데 거기도 꼭 두 명이 있어야 한다고, 환자 본인이 가서 진료를 받겠다고 하는데도 보호자 두 명이 꼭 데려오라는 거예요. 병원에서도 부담이 되는 거예요. 아무래도 인식이, ‘뭐가 있으니까 끌려왔다’ 라는 게 있으니까 난동을 부릴 수도 있고 그러면 병원 쪽에서 제지할 수 있는 방법이 없으니까 보호자를 대동해달라 요청하는 거죠..”(참여자 5-5-1)

“병원도 골라 받아요. 저희도 알고 있어요. 이 분이 기초수급자나 그러면 병원 측 입장에서는 안 받으려고 해요. 이해가 되는 면도 있죠. 결국 돈 되는 환자, 안전한 환자 받으려고 하지, 가난하고, 가족 없고, 난동 부리는 환자는 병원에서도 안 받으려고...”(참여자 5-5-3)

“내곡동 국립정신건강센터인가 거기가 그래도 수용성은 제일 좋은데 근데 거기는 또 내외상 치료할 수 있는 응급시설이 없어요. 그러면 가더라도 그 치료는 받고 오라해요. 그럼 그 사람 데리고 치료받고 또 가요. 또 갔는데 그럼 이번엔 또 밤이라서 의사가 없대요. 그럼 결국 보호자한테 인계를 해야 하죠. 결국 서울 시내 투어를 하고 다시 데려다주는 경우도 있고.”(참여자 5-5-3)

“경찰에서 병원 리스트를 짰어요. 이젠이라고 시스템이라고 만들어 놓고 했는데 있는 병실이 없어요. 막상 가면은. 그리고 전화 받는 병원도 없고, 뭐 여자 안 받는다.

뭐 집중치료실 없다, 당직의사 없다, 그러니까 그 응급입원 한 건 하는데 거의 뭐 한 3~4시간, 길게는 7시간까지 해봤는데, 한 명 가지고. 그거하고 하면은 진이 빠지는데, 그 다음에 또 행정입원 요청하는 건 엄두가 안 나는 거예요.”(참여자 5-5-4)

“OO센터 간호사분이 베드가 있다고 하셔서 후송을 결정하고 가려고 하는데, 다른 간호사분은 없다고 하시는 거죠. 보호자가 난리가 나서 컴플레인을 건거죠. 처음부터 이야기를 해주셔서 저희가 어느 병원에 베드가 몇 개 있다고 파악하는 것도 문제인데 각자가 해석하는 게 다르고, 베드 정보를 알려주지 못하는 병원도 있는데... 언젠는 알려주고 언젠는 못 알려주고.. 저희가 응급입원을 진행하려고 했는데 막상 그게 안 되는 경우가 많죠.”(참여자 5-4-3)

- 결국 아무리 입원의 필요성이 있어도 이런 환자를 받아줄 병원을 찾아서 환자를 입원시키는 일이 너무 어렵기 때문에 경찰도 정신건강전문요원에게도 비자의 입원을 처리하는 일이 너무 품이 많이 드는 일이 되고 있었다.

- 병원 찾기에만 최소 3~4시간에서 반나절이 소요되는 경우도 있어서 다른 업무에 상당한 지장을 초래할 뿐 아니라 종사자의 소진을 가져온다는 것이다. 현장에서는 제발 일할 수 있는 구조를 만들어 달라는 목소리가 높았다.

“앞에서 말씀하신 대로 그나마 지방보다 나은 게 서울이 나은게 이 정도인데 저희는 한 번 나가면 최소 4~5시간 예상을 하고, 야간에는 특히 야에 저희가 봤을 때는 처리하는 기관 자체가 없으니까. 저희밖에는. 구청도 안 되고, 담당자 없다 하고.”(참여자 5-5-4)

“이런 상황들 자체가 신규직원 같은 경우는 너무 힘들어 하는 거예요. 그러다 보니 경력 있는 직원들이 또 현장에 가게 되고, 그러면 신규직원들은 경험이 없으니 계속 두렵기만 하는 거죠. 경력 직원들은 소진되고...”(참여자 5-4-1)

- 또한 궁극적인 어려움은 정말 환자들을 보내도 좋다고 생각되는 병원이 그렇게 많지 않다는 것이다. 그렇다보니 당사자들도 가기 싫어하는 병원에 입원시키는 것이 더 힘들다.

- 좀 좋은 병원은 다 차 있고 너무 소수이고 비용적인 부담, 거리의 부담이 있다 보니 적절한 환경에서 환자들이 제대로 치료받을 수 있는 곳을 찾기가 너무 힘들다는 것이다.

“병원은 가기 싫다는 분들이 계시거든요. 병원 가면 약만 준대요. 정말 대상자분들은 치료받고 싶은 병원이 없다고 말씀하세요. 시설적인 부분과 치료적인 부분에 있어서 괜찮은 병원이 있지만 너무 소수이고, 비용적인 부담, 거리적인 부담도 있으니까요.

(참여자 5-4-1)

“서울만 해도 끔찍한 곳이 많고요. 침대도 없이 매트리스 있고 한사람 누울 수 있는 정도이죠. 정말 좋은 병원이 없어요. 정신과는 돈이 안되니까.. 열악해질 수 밖에 없는 거 같아요. 국립정신건강센터에 들어갔다고 하면 행운이다.. 라고 할 정도로 이야기해요. 저희도 자신 있게 병원 소개해드리고 싶은데 어렵죠.”(참여자 5-4-2)

○ 모순적 구조의 피해는 환자와 가족에게

- 연구참여자들은 결국 이와 같은 구조가 환자와 가족에게 피해를 가져오고 있다고 입을 모았다.
- 입원과정에서 가족이 지는 부담이 너무 크고 또 가족이 없으면 입원도 하기 힘들기 때문에 치료 기회를 놓치고 환자의 상태가 극단적으로 악화된 상태에서 응급입원이나 행정입원과 같은 조치나 형사상 조치가 내려지게 되는 경우가 많다.
- 그럼 결국 이렇게 방치되는 환자에 대해 주변에서 민원이 제기되고 이것이 또 다른 인권침해를 가져오는 악순환이 형성된다는 것이다.

“정신건강복지법이 5월에 개정됐는데 6월에 어머니가 돌아가시니까 환자 보호자가 없는 거예요. 그리고 이분이 형제자매 집에 주소지가 되어 있었는데 본인이 그걸 아시고 주소를 아무 연고 없는 곳으로 변경해 놓으셨더라고요. 그러니까 가족들은 다른 조치를 못 하니까 차라리 이제 행정입원을 기다리면서 일이 터질 때까지 기다리고 있었던 거예요. 과연 강제적인 입원이 좋으나, 나쁘냐를 떠나서 치료를 잘 받게끔 하는 다른 어떤 방법이 있다면 좋았을 텐데 이분은 결국 망상도 심하고 지남력도 상실하고 난폭해져서 교도소에 수감이 되셨더라고요.”(참여자 5-4-4)

“저희도 사례가 있는데, 영향력이 있으신 이장님에 의해 파출소에 민원을 넣으셔서 저희 쪽에 경과보고를 해달라는 거죠. ‘옆집 정신과 약물을 복용하는 사람이라는 걸 아니까 입원을 시켜라!’ 결국 민원에 의해서 저희를 오라 가라 하시는 거죠. ‘진주 방화사건처럼 불 질러야 입원시킬 거냐’ 하시는 거죠. 반대의 경우에는 입원이 필요한 사례임에도 불구하고, 보호자가 동의하지 않으면 행정입원 못 시키시는 사례도 있어요.”(참여자 5-4-4)

“사람들이 엄청 모여 있는 상황에서 정신이상자를 보고 경찰관이 출동을 했는데 이 사람을 적극적으로 대처하지 않으면 시민들은 경찰관이 뭐하는 거냐라고 얘기를 할 수 밖에 없는 상황이 생기죠. 그럼 이 사람을 제지를 해야 하는데 이 사람이 말을 한다고 들을 수 있는 상황이 아니잖아요. 그럼 일단은 저희가 보호조치 차원에서 수갑을 채워서 지구대로 데려오거나...”(참여자 5-5-3)

- 결국 앞에서 살펴본 바와 같이 실무자의 역할이나 수행에 대한 법적 근거가 없는 상황에서 업무가 진행되다 보니 환자의 안전보장도 어려워지는 경우가 있으며, 응급출동에 많은 시간이 소요되면서 정작 경찰이나 정신건강전문요원이 수행해야 할 다른 역할들이 소홀해 지는 문제가 발생하고 있다.

“어느 순간부터 사례관리를 해야 하는 센터의 역할은 줄어들게 되고 2년전부터 찾동 시작하면서 의뢰를 받게 되면 서비스를 제공하기보다는 문제를 요청해달라는 요청을 받고 출동하는 경우가 많아요. 예를 들어 ‘이 사람 입원시켜줘’ 이런 건으로 출동을 할 때가 더 많고요. 이런 상황이 안타깝죠.”(참여자 5-4-5)

“아까 말씀드린 4층에서 뛰어내린 여자분 같은 경우는 뛰어내려서 다칠 수 있잖아요. 그럼 그거를 치료를 받고 와야 된다고 해요. 거기서 저희가 간신히 데려왔는데, 응급, 구급대원들은 딱 거기까지만 하고 가요. 거기서 따로 119 부르래요. 저보고. 그래서 그거를 치료를 받고 다시 입원시키라는데 그거를 저희가 현실적으로 할 수가 없죠. 그럼 병실 알아보고, 입원시키고, 또 거기서 그 여자분 같은 경우는, 그 경우는 동거하다 가신 분이 계셨는데 배가 약간 나오셨어요. 누가 봐도 임신이 약간 의심이 되니까 병원에서 임신테스트를 안 하면 못 들여보내 준다는 거예요. 소변을 받아야 되는데, 뭐 보호자도 없고 아무도 없고 또 여자니까 저희가 강제로 들어갈 수도 없고, 그래서 그분이 들어가서 수돗물 받고 뭐하고, 하여튼 그래서 저희가 병원에 7시간을 있었어요. 결국 그러다가 외상 때문에 입원 안 되고 보호자 연락해서 그 분이 모시고 갔는데 그러니까 병원에서도 이거를 시스템이 환영하는 분위기가 아니어서 이런 걸 처리하기가 너무 힘들죠. 경찰이 해야 하는 다른 일들도 많은데...”(참여자 5-5-4)

□ 퇴원 관련 문제점

○ 퇴원환자의 지역사회서비스를 위한 ‘병원-지역사회’ 간 협조체계 부족

- 제도 변화에 따라 탈시설화와 지역사회로의 복귀가 강조되지만 실제로 환자가 퇴원을 하고 지역사회에 잘 정착하기 위해 필요한 퇴원계획이 실효성 있게 진행되지 못 한다고 평가하였다.
 - 적절한 퇴원을 위해서는 병원에서의 퇴원계획부터 지역사회 서비스 기관이 참여하도록 하여 협력적인 과정으로 진행되어야 하지만 실제로는 이런 협조가 이뤄지기 어려운 구조라는 것이다.
 - 연구참여자들은 가끔 수련생이 있는 경우 수련과제를 위해서 퇴원계획을 수행하는 경우가 있지만 현재 병원 시스템 내에서 퇴원계획이 활발히 이뤄지지 않는 것 같다고 평가하였다.

“퇴원계획은 병원 사회복지사의 역량 차이인거 같아요. 그런데 또 센터도 병원에까지 들어갈 여력이 안돼요. 인력이 부족하고 다른 일이 많다보니깐 시간을 내서 병원에 가서 지속적으로 커뮤니케이션을 한다는 것 자체가 여력이 안돼요. 수련생이 있는 병원은 모르겠는데 어렵죠.”(참여자 5-4-5)

- 한편 병원에서 지역사회정신건강복지센터로 환자 정보를 보낼 때 동의만 받아서 통보할 분 연락처나 주소지 같은 정보를 같이 주지 않고 신속하게 진행되지 않기 때문에 지역사회에서 환자와 다시 연계되기까지 많은 어려움이 있다고 호소하였다.

“퇴원통지에 주소 불분명, 전화번호 불분명, 그것은 1번으로 개선이 되고 나머지가 이야기 되어야 할 거 같아요. 주소나 전화번호 없이도 사인만 하시고 보내는 거죠. 그럼 보건소에서 푸쉬가 들어오죠. 저희한테 그걸 복지 연계해서 다 알아낼 수 있는 건데 ‘왜 주소지 불분명으로 결과보고를 하나.’, ‘왜 노력을 안 하고 어떻게 할거냐.’ 이런 식인 거죠.”(참여자 5-4-2)

“퇴원통지 같은 경우가 센터에서 받는 게 조금 시간이 걸리지 않나요? 보통 원본을 받으면 1주일, 빨리 보내준다 하더라도 퇴원하고 나서 하면 연락이 안 되거나 그런 경우가 많아서 고민을 해봤더니 퇴원통지서 같은 경우에 저희 센터로 유입해서 등록할 수 있는 비율이 높아야 한다고 생각은 드는데 정말 정작 되게 낮은 거예요. 분석해보면 말해주신대로 주소지 불분명, 전화번호 불분명.. 저는 주소지 찾아 다닌 적도 있어요.”(참여자 5-4-4)

○ 퇴원 이후 방치되는 도돌이표

- 퇴원제도도 문제지만 퇴원 이후 준비가 안 되어있고 재활과 지역사회 통합을 위한 인프라가 너무 부족하다 보니 어렵게 입원을 해도 다시 지역사회로 돌아오면 도돌이표처럼 또다시 유사한 문제가 발생하는 일이 빈번하다.
- 전반적인 대상별 복지지원 수준을 볼 때 정신질환자들은 너무 차별을 받고 있다는 생각이 든다고 한다.

“정신장애인 관련한 인프라가 너무, 전혀 없어요. 너무 없으니까 이분들이 갈 곳이 없어 병원, 케어 할 수 있는 주 보호자가 없어도 병원, 증상이 없어도 병원, 이런 상황인 거죠. 복지 혜택 중에 정말 역차별인 부분이 정신장애인 제일 심하지 않을까? 정신질환자분들도요. 장애진단 받지 못하신 분들 사실상 장기입원과 입·퇴원 반복, 재입원에 노출되어 있는 거죠. 사실 어르신들을 낫시간 동안 시간을 보낼 곳이 되게 많거든요. 문화센터, 복지관 등 많은데 우리 대상자분들은 낮에 갈데가 없어요. 할 거리가 없어요. 재활 관련된 게 지역사회에 전혀 없어요. 인분들은 가사지원도 되지 않아요. 바우처 사업도 있고 그런데 정신장애인은 없는 거죠.”(참여자 5-4-2)

다. 지역사회에서 제시하는 입·퇴원 관련 개선방안

〈표 5-9〉 경찰과 센터인력 연구참여자의 개선제안 FGI 진술문 범주화

범주	주제	하위주제
정신과적 위기상황 대응 인프라 구축	원스탑 통제시스템 구축	<ul style="list-style-type: none"> 범부처 간 컨트롤 타워 필요 책임전가 대신 역할 분담과 협력으로 교육이나 매뉴얼 보다 지원과 시스템 구축 필요 시스템 내에서 자·타해 위험 관련 정보공유
	연계 시스템 구축	<ul style="list-style-type: none"> 응급입원과 행정입원 전담 병원 지정 위기쉼터 필요 타부서 시스템 벤치마킹 필요 퇴원계획 시스템 구축
정신과적 위기상황 예방 체계 강화	정신과 치료 접근용이성 강화	<ul style="list-style-type: none"> 입원경험이 너무 부정적이지 않도록 좋은 병원 지원 정신질환에 대한 정보 접근성 강화 정신질환에 대한 편견 감소
	지자체의 정신질환자 지원 시스템 강화	<ul style="list-style-type: none"> 환자 혼자두지 않는 시스템 정신질환자에 대한 정부와 지자체 책임성 강화

□ 정신과적 위기상황 대응 인프라 구축

○ 원스탑 통제시스템 구축

- 연구참여자들은 정신과적 응급상황에 대처하기 위해서는 다양한 부처와 기관의 협력이 필요한 만큼 이를 총괄하여 통제할 수 있는 범부처 간 컨트롤 타워가 필요하다고 보았다.
- 또한 경찰과 구급대원, 지자체 보건소와 정신건강복지센터, 병원들이 서로 책임을 전가하거나 역할 혼란을 경험하지 않도록 역할을 구분해 주되 상호 협력이 가능할 수 있는 시스템을 구축해 주기를 희망하였다.

“저희가 역할 구분이 명료하지 않은 거 같아요. 실제로 현장에서 위기대응은 늘어나는 추세인데, 실질적으로 우리는 어떻게 해야 하나 라는 생각이 드는 거죠. 그러면 과연 센터의 역할은? 경찰의 역할은? 완벽할 순 없지만 역할이 구분되어야 하는 거죠”(참여자 5-4-3)

“학교에서 학교폭력전담반 경찰관을 뽑으셨던 것처럼 응급대응팀 정신과적 분야에 SPO(스쿨 폴리스)처럼 경찰을 배치해 달라는 말을 저희끼리 한 적 있어요. 아니면 아예 경찰 안에 정신과 전문의나 정신건강전문요원이 들어가는 것도 필요할 거 같아요. 경찰

내에 이런 판단을 내릴 분이 들어가야 해요”(참여자 5-4-1)

“경찰이 현장 가서 그 사람이랑 실랑이하고 또 다른 한 명은 보낼 병원 찾느라 알아보고. 이게 무슨 낭비냐고요. 시스템이 바뀌어야죠. 이게 원스탑으로 필요해요. 경찰이 현장에 나가서 언제까지 거길 지키거나 어디 보낼지 일일이 알아보고 있을 수 없는 건데, 이걸 뭐 거기 매달리느라 다른 업무를 못 보는 상황이니깐요.”(참여자 5-5-2)

“이게 좀 넓게 보자면 국가적인 문제잖아요. 근데 이게 지금 사실은 각 부처의 입장이 다 달라요. 경찰 내부에서도 사실 이 문제가 논의된 게 그렇게 오래되지 않았어요. 내부에 전문가도 없어요. 비난 여론이 막 쏟아지니까 울며 겨자 먹기로 어떻게든 찾는데 당연히 중구난방일 수밖에 없어요. 차라리 그럴 거면 국가적으로 자꾸 이런 문제가 발생을 하면 좀 상급 기관에서 각 부처를 아우를 수 있는 데서 역할 분담을 할 수 있겠끔 나눠주고 서로 부처 간에 그게 다르니까 조정역할을 해줘야 하는데, 부처 간에 싸우기만 하지 누구도 자기 것을 양보하려고 안 하거든요. 근데 그거에 대해서는 아무도 관심이 없잖아요. 사실은.”(참여자 5-5-3)

- 특히 교육이나 매뉴얼을 강화하는 방향보다 일할 수 있는 실질적인 지원과 시스템을 구축하는 것이 더 필요하다는 점을 강조하였다.
- 또한 경찰을 관련 직무 수행을 위해서는 자·타해 위험 관련 정보정도는 공유하는 것이 반드시 필요하다고 보았다.

“저는 개인적으로는 이런 문제가 있다고 해서 매뉴얼을 너무 상세하게 해서 내리는 것은 오히려 반대예요 왜냐면 매뉴얼이 구체적이고 체계화될수록 그 매뉴얼 순서대로 안에서 어디선가 미스가 나면 그건 그 사람 책임이에요. 왜냐하면 상황은 정형화되어 있지 않은데 매뉴얼은 정형화되어 있으니까요 가이드는 주고 현장판단을 존중해 주면 좋겠어요”(참여자 5-5-2)

“다시 오면 퇴원했나 보구나 이려고선 한동안 잠잠했는데 또 왔네 그러죠. 그런데 저희는 위로 진단받아서 치료를 받은 건지 그동안 무슨 일이 있었는지도 전혀 모르고...저희도 내부적으로 그분들 인적사항 정도는 있어야 일을 하는데 안 알려주시거든요. 사실 문제환자는 고정적인데 그걸 집중관리 해야 하기 때문에 이 분이 어느 정도 치료가 된 건지, 아니면 무슨 병명으로 입원이 된 건지 그 정도는 알아야 일을 하죠. 경찰 쪽에 요구하는 건 많잖아요. 물론 소방도 그렇겠지만 요구는 많은데 요구에 합당한 권한은 주지 않는 거예요. 그러면 일을 할 수가 없어요. 일을. 제도는 좋아요, 하지만 일을 실질적으로 하게 해줘야지요.”(참여자 5-5-1)

○ 연계 시스템 구축

- 연구참여자들은 정신과적 위기상황 대응 인프라 구축을 위해서는 연계 시스

템을 구축하는 것이 필요하며 이를 위해서는 응급입원과 행정입원 등을 전담하는 병원을 지정하고 경찰력 동원 이전에 이용할 수 있는 위기쉼터 마련, 병원과 지역 간 연계를 도모하는 퇴원계획 서비스 강화 등을 추진해 가기를 희망하였다.

- 이 때 타 부서의 좋은 시스템을 벤치마킹 하자는 의견도 개진되었다.

“사실 지역에서는 국립 병원들 같은 병원들이 좀 많이 생겼으면 좋겠죠. 신체질환이랑 같이 볼 수 있도록 하고요 그런 병원이 생겼으면 좋겠어요.”(참여자 5-4-2)

“예전에 쉼터 같은, 경찰에서 운영하는 주취자센터 이런 거 있었잖아요. 술 많이 드신 분들 방지할 수 없고 주취자보호실 이런 거 운영했었는데 그것도 사실은 사고가 있고 이래서 없어졌죠. 왜냐하면 경찰관이 거기서 주취자들을 지킬 수 없잖아요. 그런데 사실은 응급이, 정신질환자 같은 경우에도 갈수록 너무 많아지잖아요. 감당이 안 되거든요, 현장에서. 그리고 뭐 그런 사건 한 번 당해보리면 아예 그 사람은 거기 묶어버리는 거예요. 신고 진짜 많거든요. 그러니까 저희는 빨리빨리 해야 되니까 앞에 분 말씀하신 것처럼 어디 지자체별로 다 할 수 없으면 어디 구역마다 최소한 그분들 안정화할 수 있는 보호실 같은 거라도 있으면 좋겠습니다”(참여자 5-5-3).

“병원에서부터 환자분들이 센터에 등록하고 지역사회에서 서비스 받도록 충분히 좀 동의를 구해주면 좋겠어요 이것도 현재 병원에서 다 하고 있는 퇴원계획이잖아요. 퇴원계획 안에 조금 더 개입해서 책임감을 가지고 해주면 좋겠어요.”(참여자 5-4-2)

□ 정신과적 위기상황 예방 체제 강화

○ 정신과 치료 접근 용이성 강화

- 궁극적으로 정신과적 위기를 예방하고 비자의적 입원을 줄이기 위해서는 평소 정신과 치료의 접근 용이성을 강화해야 한다.
- 이를 위해서는 입원경험이 너무 부정적이지 않고 치료에 도움이 되는 경험을 제공할 수 있는 좋은 병원이 많아져야 하며 정신질환에 대한 정보 접근성 강화와 편견 해소가 병행되어야 한다고 보았다.

○ 지자체의 정신질환자 지원시스템 강화

- 또한 지역사회 내에서 환자가 고립된 채 증상이 악화되지 않도록 지자체 차원에서 정신질환자와 정신장애인의 지원시스템을 더욱 강화할 필요가 있다고 주장하였다.

“요새 추세는 응급입원 쪽이 아니라 그 사람이 나와서 사회에 적응할 수 있는 시스템이 가야 한다고 하더라고요. 그럼 그건 지자체에서 해야죠. 솔직히. 이걸 근본적으로 해결하려면 병원에 환자가 계속 있을 수 없기 때문에 나왔을 때 지역사회에서 좀 관리하는 시스템이 많이 있어야 될 거 같아요. 병원에서 좋아져서 나와도 혼자 지내다보면 다시 안 좋아지는 반복인 것 같아서 근본적으로는 그런 게 필요한 것 같습니다.”(1-5-1)

제4절 소결

□ 장기입원, 재입원, 입·퇴원절차, 계속입원심사제도 문제점 및 개선방안

○ 배경 및 연구방법

- 그동안 중증 정신질환자와 정신장애인의 의료서비스 이용과 관련하여 지속적으로 문제가 제기되어 온 강제입원과 장기입원, 그리고 그로 인한 인권침해 상황을 개선하고자 정신건강복지법의 개정이 추진되었으며 이에 따라 입원절차를 강화하고 퇴원을 장려하는 방향의 제도가 시행되고 있다.
- 본 연구에서는 법개정 이후 실제로 이러한 취지의 변화가 일어나고 있는지, 또 이와 관련된 현장의 경험과 의견에는 어떤 것들이 있는지 알아보기 위하여 초점집단면접을 통해 병원 소속의 다양한 직역 전문가들과 지역사회에서 입·퇴원에 관여하고 있는 정신건강복지센터 실무자 및 경찰의 의견을 수렴하고 질적인 방법을 통해 분석해 보았다.

○ 의료현장에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식: 장기입원·재입원

- 병원 소속 의사, 간호사, 사회복지사 등 다양한 직역의 종사자들을 대상으로 한 연구수행 결과, 실제로 수치적인 측면에서 비자의 입원과 재원일수가 감소하고 있는 것으로 파악되었다.
 - 이러한 현상은 비자의 입원에 대해 엄격해진 정책으로 인해 입원과정에서 비자의 입원을 동의입원으로 돌리려는 의료진의 설득 노력이 강화되고 퇴원도 보다 용이해졌기 때문인 것으로 파악되었다.
 - 이러한 변화에 따라 일부 당사자의 자기결정권이 강화되고 환자에 대한 처우도 향상되는 경향을 보인다는 보고들이 있었다.
- 그러나 또 한편으로는 이러한 변화는 통계수치의 변화일 뿐 실질적인 환자의 삶이나 입원의 구조가 확연히 달라진 것은 아니라는 지적이 주를 이루었다.
 - 특히 실질적인 지원이 없는 상태에서 규제를 강화하는 방식으로 접근하고 있기 때문에 형식은 변했을지 몰라도 저비용 구조가 지속되면서 서비스의 질 제고나 지역사회로의 복귀와 같은 본질적인 변화는 일어나지 않고 있다는 것이다.
- 결과적으로 10년 전 지적된 우리나라 정신과 입원의 다수를 차지하는 사회

적 입원은 2019년 현재도 계속되고 있으며, 법 개정을 통해 예상했던 탈시설화도 거의 이뤄지지 않았다고 할 수 있다.

- 단지 기존 입원환자의 노화 현상 등에 따라 미미한 변화가 있는 것으로 보고되었다.

○ 의료현장에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식: 입·퇴원 절차 및 계속입원심사제도

- 법 개정 이후 입·퇴원 제도 변화로 입원치료가 필요한 환자들이 입원할 병원을 찾기 힘든 현상이 두드러지게 나타나고 있는 것으로 파악되었다.

- 그 이유는 비자의 입원의 경우 병원이 감당해야 할 행정적, 재정적, 인력적 부담이 너무 크기 때문인 것으로 나타났다.

- 또한 통계수치는 바람직한 방향으로 변하고 있지만 한편으로는 그에 대한 풍선 효과로 회전문 현상이 증가하고 있으며 적기에 입원치료 기회를 놓친 사례들이 교도소 등 법률적 공간에서 발견되는 현상도 늘어난 것으로 보고되었다.

- 또한 이러한 일련의 규제가 강화되면서 본연의 업무에 더 소홀해질 수밖에 없는 구조가 형성되어 병원 종사자의 소진과 직무에 대한 회의감이 증가하고, 이것이 퇴직과 이직으로 이어지고 있는 현상도 관찰되었다.

- 한편, 정신건강심의위원회를 통한 계속입원심사제도는 일부 효과에도 불구하고 결정구조의 한계와 연계할 수 있는 정책 및 인프라 부족으로 큰 변화를 주도하지는 못하고 있는 것으로 평가되었다. 특히 이러한 문제점은 2017년에 수행된 박선주 등(2017)의 연구결과와 유사하며 10여 년 전 수행된 국가인권위원회 연구결과(박종익 외, 2008)에서 지적된 문제와도 크게 다르지 않다는 점에서 근 10여년 동안 이 부분에 대해 체감할 수 있는 실질적 변화는 일어나지 않았다고 볼 수 있겠다.

○ 의료현장에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식: 개선방안

- 결과지표만을 통제하는 방식이 아니라 과정에 대한 변화가 있어야겠다는 것이 가장 중요한 내용이라고 하겠다.

- 다시 말해서, 정신질환에 대한 차별적인 수가제도를 개선하여 타 진료과와 마찬가지로 행위별 수가제를 도입하고, 보험환자와 보호환자 대상 수

가의 차등을 없애는 방향으로 제도를 개선할 필요가 있겠다.

- 입·퇴원 절차와 관련해서 정신과적 응급상태에서의 입원은 국공립 병원 등을 지정하는 안이 강력히 제안되었고, 급·만성 병동의 구분, 사법입원제도의 검토, 절차보조인 제도의 활성화 등도 대안으로 제시되었다.
- 또한 퇴원 및 지역사회 복귀를 지원할 수 있는 서비스와 인프라를 확충하는 것도 중요한 만큼 지역사회 정책을 돕는 지원 서비스, 가족 대상 서비스, 그리고 서비스 인프라로서 다양한 주거, 직업 서비스가 제공되어 한다는 사실이 다시 한 번 강조되었다.
- 마지막으로 이러한 개선은 궁극적으로 실질적인 재정지원과 인식개선을 통해 달성될 수 있다는 의견도 제시되었다.

○ 지역사회에서 바라본 입·퇴원 제도에 관한 경험과 인식

- 지역사회에서 정신과적 응급상황에 개입하여 입원, 특히 비자의 입원 과정에 관여하는 정신건강복지센터 실무자와 경찰의 경험과 의견을 수렴한 결과, 지역사회에서 발생하는 정신과적 응급상황은 주로 자·타해 위험과 예측불가 상태에서 자타에 의한 신고로 대면하게 된다.
 - 대부분 지역사회 내에 이런 문제를 보이는 사례는 고정적인 양상을 보이고 있으며, 강제입원조치 등 공권력의 개입이 이루어져도 다시 문제는 반복되는 경향이 있는 것으로 파악되었다.
- 주목할 점은 최근 정신건강현장의 변화는 정신보건법의 개정 즉 정신건강복지법에 의한 것뿐 아니라 진주방화살인사건 등 일련의 정신질환과 관련된 강력 범죄에 상당한 영향을 받은 것으로 드러난 점이다.
 - 사건 이후 지역사회에서 정신질환 관련된 민원과 신고가 증가하면서 정신질환자에 대한 편견과 배제가 더욱 심각한 상태에 이르고 있음을 단적으로 보여주고 있었다. 연구참여자들은 이러한 민원과 신고가 정신질환자의 인권을 침해하는 수준에 이르고 있다고 우려를 나타내었다.
 - 한편 경찰도 그 사건 이후 자체 판단에 의한 응급입원보다는 판단을 전문가에게 의뢰할 수 있는 행정입원을 선호하는 경향이 증가하고 있는 것으로 드러났다.
 - 그러나 요청을 받는 정신건강복지센터 실무자의 입장에서도 이러한 판단

은 상당한 부담이 될 뿐 아니라 인력부족으로 어려움을 겪고 있는 것으로 조사되었다.

- 정신과적 응급상황에서 진행되는 비자의적 입원 과정에서는 경찰도, 센터 실무자도, 병원도 모두 각자의 입장에서 상당한 어려움을 호소하고 있었는데, 결국 이러한 문제는 애매한 상황 판단에 대한 책임에 따른 부담, 강제력 행사에 따른 책임 추궁에 대한 우려, 개입에 대한 법적인 근거나 직역별 역할 구분 미비, 관련 부처 간 단절적인 소통구조, 정신과적 응급상황에 처한 다양한 조건의 환자를 수용할 수 있는 의료 시스템 부족 등에서 초래되고 있는 것으로 보고되었다.
- 결국 이러한 모순적 구조는 환자와 가족에게 고스란히 전가되어 적절한 치료 기회를 놓치고 증상악화와 여러 위험노출에 처하게 되는 것을 알 수 있었다.
- 한편 퇴원 시에도 병원과 지역사회가 여전히 분절적이며 퇴원 후 정신질환자 및 정신장애인이 이용할 수 있는 서비스가 매우 부족하여 증상 재발과 일상에서의 문제가 반복되는 양상으로 이어지고 있는 문제들이 보고되었다.

○ 장기입원, 재입원, 입·퇴원제도, 계속입원심사제도에 관한 개선방안

- 입·퇴원 제도와 현황과 관련된 인권 침해적 요소를 줄이고 보다 인권 친화적 의료서비스 환경을 조성하기 위해서는 관련 결과지표만을 통제하는 방식이 아니라 과정에 대한 실효성 있는 지원과 변화가 있어야겠다는 것이 가장 중요한 내용이라고 하겠다.
- 그 구체적 내용을 표로 제시하면 다음과 같다.

〈표 5-10〉 초발 중증 정신질환자 및 가족의 의료서비스와 정신보건서비스의 문제와 개선 제언

범주	문제	개선제안
장기입원 재입원	<ul style="list-style-type: none"> 법 규제에 따른 현상적 수치 개선에도 불구하고 가족 지지체계 없는 의료보호 환자의 사회적 입원 지속 형식적 퇴원에 의한 회전문현상 심화 주원인은 저수가 구조와 지역사회정신건강 자원 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 의료의 질 개선을 위해 타 진료과와 형평성 있게 행위별수가제 적용 의료보험-의료보호 환자 수가 차별 개선 급·만성 병동 구분 퇴원 후 활용가능한 지역사회정신건강 자원 보강 및 연계 시스템 강화
입원제도	<ul style="list-style-type: none"> 응급입원은 경찰, 행정입원은 일선 센터와 보건소에 결정에 따른 부담으로 책임기피 현상 정신과적 위기에 따른 입원 과정에서 행정, 재정, 인력의 부담 증가로 입원 거부 현상 최근 연이은 정신질환 관련 범죄로 지역사회의 정신질환 관련 민원 및 입원 요구증가로 인권침해 우려 증가하는 행정입원에 비해 지원체계 부족 병원과 센터의 인력 소진 및 이탈 현상 및 본연의 업무 소홀 현상 가족 부담 증가 	<ul style="list-style-type: none"> 정신과적 응급상황에 대처하는 원스탑 시스템 및 관련 기관 연계와 정보 공유 체계 보강 정신과적 응급입원 전담하는 국공립 병원 지정과 필요시 민간병원 협력체계 구축 증가하는 행정입원에 대한 지자체 행정적, 재정적 책임성 강화 사법입원 제도 도입 검토 절차보조인 제도의 적절한 활용 센터 인력 충원과 처우 개선 정신질환 및 정신건강에 대한 언론보도 개선과 적극적인 인식개선
퇴원제도	<ul style="list-style-type: none"> 입원기간 단축에 따른 형식적인 퇴원 증가 퇴원계획 및 퇴원 과정에서 지역사회정신재활기관 참여 부족 만성환자 연계 가능한 지역사회 자원 부재 병원에서 지역사회로 환자정보 이전 시 충분한 동의와 고지 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 실효성 있는 퇴원 방안 위해 퇴원계획 수가화 퇴원계획 시 지역사회정신재활기관 참여 의무화 병원기반사례관리 등 검토 병원에서 지역사회로 환자정보 이전 시 충분한 동의와 고지 부족
계속입원 심사제도	<ul style="list-style-type: none"> 낮은 퇴원결정률 퇴원결정 후 삶에 대한 책임성 부재 	<ul style="list-style-type: none"> 퇴원결정에 따른 관리시스템 보강 지역사회정신건강자원 확충



제 6 장

중증 정신질환자 · 정신장애인의 지역사회 중심 치료모델



제1절 연구내용 및 방법

제2절 초발 정신질환자 · 정신장애인의 의료체계 현황

제3절 중증 정신질환자 · 정신장애인의 의료체계 현황

제4절 중증 정신질환자 · 정신장애인의 퇴원 후 지역사회 연계 및
지원체계 현황

제5절 커뮤니티케어 및 공적관리체계 구축

제6절 소결

제1절 연구내용 및 방법

□ 연구내용

○ 초발 정신장애인의 의료체계 현황

- 국내 초발 및 조기 정신증 치료 현황 및 문제점, 국내외 초발 정신질환 조기 중재 서비스 프로그램을 살펴보고, 국외 초발 정신질환 조기 중재 서비스의 효과에 대해 고찰해보았다.

○ 중증 정신질환자·정신장애인의 의료체계 현황

- 국내 중증 정신질환자·정신장애인의 의료체계 현황 및 문제점을 급성기 응급 중증 정신질환자 대상 서비스 부족, 급·만성기 병상의 혼재, 회복 수준과 증상 수준에 따른 맞춤형 서비스 부재, 정신보건복지 재원 부족, 수가체계 및 지역사회 예산 분배의 구조적 문제를 중심으로 살펴보았다.
- 국외 현황은 정신응급시스템 사례, 대만의 정신의료기관의 대상자 특화 서비스 제공, 국외 근거 중심의 맞춤형 서비스 모델 개발 및 적용 사례, 정신보건예산, 정신건강 증진을 위한 투자, 수가체계 등에 대해 알아보고 시사점을 도출하였다.

○ 중증 정신질환자·정신장애인 퇴원 후 지역사회 연계 및 지원체계 현황

- 국내 정신의료기관 퇴원 후 지속적 서비스 제공 단절, 지역사회 기반 회복 지원 서비스 취약과 관련된 현황 및 문제점을 조사하였다.
- 의료인에 의한 지역사회 연계, 지역사회 기반 맞춤형 서비스 제공, 고용 지원의 효과에 대한 국외 현황을 확인하였다.

○ 커뮤니케이터 및 공적관리체계 구축

- 먼저 탈시설·커뮤니케이터에 대한 사회적 요구를 알아보고, 한국의 커뮤니케이터에 대해 검토했다.
- 국제 커뮤니케이터정책 동향과 함께 이탈리아, 영국, 미국, 일본, 대만의 커뮤니케이터사례를 살펴보았다.

□ 연구방법

- 본 장에서는 국내외 중증 정신질환자·정신장애인 의료체계 현황을 파악하고 비교 분석하기 위하여 문헌 조사, 전문가 자문을 실시하였다.
 - 국내외 초발 정신질환 및 중증 정신질환자·정신장애인 의료체계 현황과 지역사회 중심 치료모델 운영 사례 관련 최신 문헌을 고찰하였고, 각국의 특성을 비교 분석하였다.
 - 관련 전문가를 대상으로 자문회의를 실시하여 임상 및 지역사회 현장의 문제점, 개선에 대한 요구를 파악하였다.
- 또한 중증 정신질환자·정신장애인의 재활, 치료, 중간집 등 관련 지역사회 전달체계 등에 대한 벤치마킹을 위해 대만의 주요 기관을 방문하였다.
 - 관련 기관 방문과 정책 전문가 및 지역사회 실무 전문가를 대상으로 인터뷰를 진행하여 대만 정신보건시스템 현황을 파악하고, 국내 시사점을 도출하였다.

제2절 초발 정신질환자 · 정신장애인의 의료체계 현황

가. 국내 현황 및 문제점

□ 초발 및 조기정신증 치료 지연

- 조현병 증상에 대한 인지가 늦어 조기 치료가 늦어지는 경우가 많고, 최근에는 전통적인 진단 및 치료 기준에서 벗어나는 유형의 초발 정신증 환자가 증가하고 있는 추세이다.
 - 정신건강 문제 발생 시 약 22.2%만 정신보건서비스를 이용하며(삼성서울병원 · 보건복지부, 2016), 정신병 증상이 발현한 후부터 첫 치료를 받기 전까지의 기간(Duration of Untreated Psychosis, 이하 DUP)이 우리나라가 약 84주로 영국의 30주, 호주의 74주보다 상대적으로 치료 시작 시기가 늦은 편이다 (서울시정신보건사업지원단, 2008).

□ 국내 초발 정신질환 프로그램

- 국내의 초발 정신질환 치료 프로그램은 일부 대학병원과 지역사회 정신건강센터에서 제한적으로 시행되고 있는 문제가 있다 (최지숙 등, 2015).

〈표 6-1〉 국내 초발 정신질환 치료 프로그램

프로 그램	서울 청년클리닉	STEP	마음꽃 서비스	초발 정신병 조기중재사업
주관 기관	서울대학교 병원	서울시 정신건강 증진센터	전주시 정신건강 증진센터	광주 북구 정신건강 증진센터
도입 연도	2004년	2008년	2010년	2012년
대상자 기준	<ul style="list-style-type: none"> 연령: 16-39세 진단: DSM기준 조현병 발병 이후 5년 이내 제외기준: 뚜렷한 대뇌병변 또는 신경과적·내과적 문제가 있는 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 연령: 만14-29세 서울시 거주자 진단: ICD-10 기준 조현병 (F20-29) 또는 F30-39중 정신병적 증상을 동반한 조기 정신병으로 발병 후 3년 미만 제외기준: 기질성 정신장애, 약물(알콜)로 인한 정신병, 지적장애 	<ul style="list-style-type: none"> 연령: 13-35세 전주시민 진단: 정신병 고위험군, ICD-10 기준 조현병 (F20-29), 우울증, 사고지각민감증 중 발병 후 5년 이내 	<ul style="list-style-type: none"> 연령: 14-35세 진단: 치료 전 임상 고위험군, ICD-10 기준 F 2 0 - 2 9 , F30-31로 발병 후 5년 이내, 지속적 치료 받고 있는 경우
주요 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 정신과 전문의의 개별적, 지속적 면담 지지정신치료 임상평가, 약물치료 신경인지기능검사 자기공명영상검사 사건유발전위검사 인지행동치료 대상자·보호자 교육 사례관리 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> 정신과적 위기 및 자원소개 증상약물 교육 개별 또는 집단 인지치료 지역사회 연계 가족에 대한 정서적 개입 치료에 대한 정보 및 거부감 감소를 위한 사례관리 	<ul style="list-style-type: none"> 메타인지훈련 가족교육(연4회) 체력증진프로그램 힐링캠프 사례관리 	<ul style="list-style-type: none"> 그룹인지치료 문화산책 가족교육 병원-지역사회 연계 구축을 통한 지역연계 활성화 스마트 웹 통합서비스 구축을 통한 집중 사례 관리서비스
성과	<ul style="list-style-type: none"> 뇌자도 검사를 통해 조현병 환자처럼 고위험군도 청각기억 기능이 정상인에 비하여 저하되어 있음을 제시 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 참여자 중 78.1%가 약물 치료 유지 의미 있는 사회 활동에 참여하는 비율이 프로그램 등록시점 25%에서 종결 시점에 81%로 향상 	<ul style="list-style-type: none"> 2013년 상반기 및 하반기에 메타인지훈련을 받은 결과, 편집성 척도를 제외하고 사전-사후 척도검사에서 사후에 긍정적인 효과가 나타남 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 전후 참여자의 동일기간 입원횟수가 14회에서 1회로, 입원일수가 600일에서 10일로 감소 등록관리 환자의 95.8%가 치료유지, 재발 환자 없음

※ 자료: 서울대병원 청년클리닉 홈페이지; 서울시정신보건센터(2009); 전주시 정신건강증진센터 홈페이지; 전주시 정신건강증진센터(2013); 이명수 등(2013); 광주북구정신건강증진센터(2013)

나. 국외 현황 및 시사점

□ 국외 초발 정신질환 조기 중재 서비스 체계

- 전 세계적으로 조기 중재 서비스가 확대되고 있는데, 공통적으로 발병 2~5년 이내 정신증 환자를 대상으로 가족 중재, 직업재활, 인지행동치료, 사회기술훈련 등을 집중적으로 제공하고 있다. 기존에 구축되어 있는 만성 재활서비스와 구별하여 조현병의 호발 연령대인 청소년과 청년들의 서비스 공간을 독립하고, 서비스 강도를 높여 집중적인 서비스를 제공하는 경우가 많다.
- 최근 10여 년간 조기 중재에 대한 투자 증가는 조기 중재의 비용-효율성으로 사회경제적 부담을 경감 할 수 있다는 정책적 판단에 기인하는 것으로 보인다.
- 또한 조기 중재 서비스는 재입원을, 재발률, 입원 기간, 입원횟수, 음성 증상을 포함한 증상의 심각도를 낮추고 관해와 회복, 기능의 개선 및 삶의 질 증진에 유의하게 효과적인 것으로 보고되고 있다 (Kim SW, 2018).

〈표 6-2〉 국외 초발 정신질환 치료 프로그램

구분	호주	영국	일본
프로그램	Early Psychosis Prevention and Intervention Center(EPPIC)	Lambeth Early Onset(LEO)	Sendai At-risk mental state and First Episode Service(SAFE), Comprehensive early intervention
주관 기관	<ul style="list-style-type: none"> Orygen Health Center South 	<ul style="list-style-type: none"> South London and Maudsley NHS Foundation Trust 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기관(대학병원, 병원)
재원 조달	<ul style="list-style-type: none"> 정부예산 	<ul style="list-style-type: none"> NHS trust 	<ul style="list-style-type: none"> 자체예산(연구비)
인력 구성	<ul style="list-style-type: none"> 시니어 정신과 전문의의 감독 하에 사례관리자(임상심리사, 사회복지사, 작업치료사, 정신전문간호사 중에서 선정)와 정신과 전문의로 구성된 팀 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회팀: 10명(팀 리더, 시간제 상담사, 반일제 임상심리학자, 정신과수련의, 케어 코디네이터, 행정/접수 직원) 입원병동: 28명(팀리더, 시간제 상담 정신과의사, 22명의 간호사 및 간호보조원, 2명의 주니어 수련 정신과의사, 반일제 임상심리학자, 반일제 작업치료사, 행정원 	<ul style="list-style-type: none"> SAFE 프로그램의 경우 자세히 제시되어 있지 않음 Comprehensive early intervention: 정신과의사, 간호사, 심리학자, 사회사업가, 정신 사회사업가, 약사 등으로 구성된 팀
대상자 기준	<ul style="list-style-type: none"> 연령: 15~24세 진단: 정신병 	<ul style="list-style-type: none"> 연령: 16~35세 진단: 정신병 	<ul style="list-style-type: none"> 연령: 13~35세 진단: 정신병, 정신병 위험군, (ICD-10) F2 또는 F3 발병 이후 5년 이내 제외기준: IQ 80이하, 비자발적 입원인 경우
주요 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 평가 정신요법, 약물 치료 위기중재 필요시, 전문화된 입원병동(16 병상)에서 급성기 치료 가족/보호자를 위한 심리교육 사례관리 교육/직업/사회적 활동에 재참여 	<ul style="list-style-type: none"> 초기평가 24시간 응급진료 급성기 입원서비스 가정치료팀, 재활서비스 행동 가족요법 사례관리(매일) 거주 및 위탁시설 지원 지역사회 기반 후속서비스 	<ul style="list-style-type: none"> 위험군에 대한 종합 평가, 검사 입원병동(unit) 약물치료, 인지행동요법 사례관리, 교육 가족 중재 자원 네트워크 연계 직업훈련
성과	<ul style="list-style-type: none"> 초고도 위험집단에 대해 임상시험한 결과, 인지행동요법과 저용량항정신병약물을 결합하여 치료받은 환자그룹보다 일반 지지요법을 받은 그룹에서 정신병 발현이 더 많았고, 치료집단의 약물 복용 순응도가 더 좋았음 	<ul style="list-style-type: none"> LEO 사례관리를 받은 환자들이 지역일반서비스통해 관리 받은 환자보다 성과가 더 좋았음 발병 후 18개월 동안의 일반적인 서비스를 받은 환자의 입원률이 82%, LEO 서비스를 이용한 환자는 63%였음 	<ul style="list-style-type: none"> 사례관리사가 최소 한달에 한번 환자를 만났고, 사회적 참여 지지, 정신 및 약물 치료 제공을 통해 임상적 회복을 도왔음

※ 자료: 최지숙 등 (2015), 국내외 초발 정신질환자의 치료체계 고찰 연구, 서울: 건강보험심사평가원.

제3절 중증 정신질환자·정신장애인의 의료체계 현황

가. 국내 현황 및 문제점

□ 급성기 응급 중증 정신질환자 대상 서비스 부족

- 2019년 4월 진주사건 이후 지역사회 정신건강 현장에서 응급출동 및 행정입원 요청이 증가하고 있지만, 급성기 환자에 대한 서비스가 적절히 제공되고 있지 않다.
 - 병원 전 단계에서는 24시간 정신질환자에 대한 전문 상담 전화 부재, 정신건강전문요원, 경찰, 응급구조인력 간 협력 및 연계의 문제, 정신건강복지법의 한계, 환자 보호자가 연락이 안 되거나 병원이 준비가 안 되어 있는 이유 등 정신질환자 응급후송 체계 취약 문제로 여러 병원을 전전하거나 불필요한 지체가 발생하고 있다.
 - 병원 단계에서는 자살 및 자해 등 정신 응급 환자가 정신건강의학과를 주 진료과로 배정되는 비율이 낮고, 병상이 부족한 문제가 있다. 병원 내 별도의 격리시설이 필요하지만 이와 관련된 예산 지원이 없어 운영이 어려운 실정이다.
 - 상급종합병원 정신질환 입원 시 신체질환 입원 치료비의 평균 33% (종합병원 49%) 정도의 진료비가 지불되는 상대적 저수가 구조로 인하여, 초발 및 급성기 치료에 중요한 역할을 하는 상급종합병원과 종합병원의 정신과 입원치료 병상은 감소할 수밖에 없는 것이다 (윤석준, 2019a; 이상민, 2019; 대한신경정신의학회 정책연구소, 2019).

□ 급·만성기 병상의 혼재

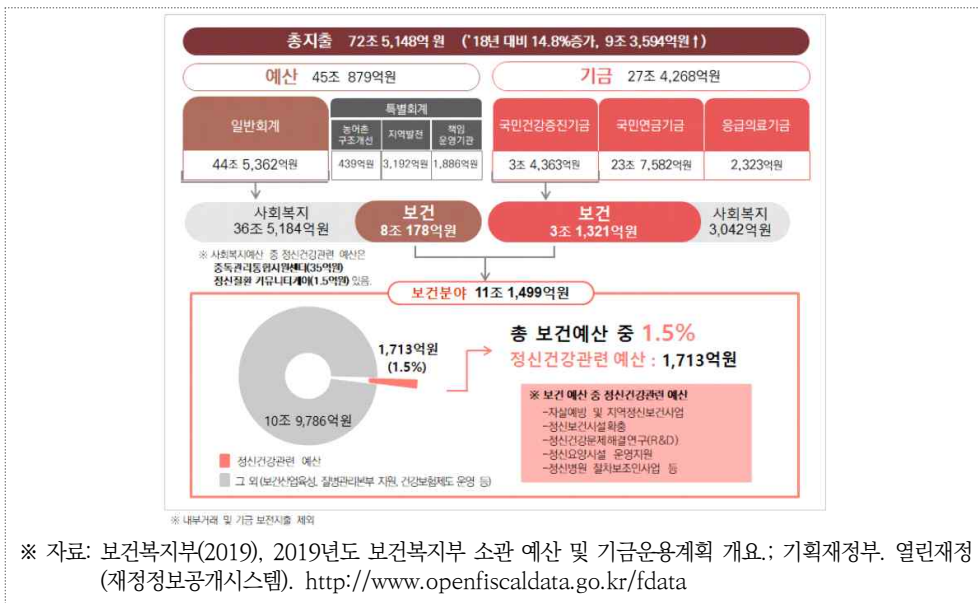
- 의료 현장에서 급성기·만성기 병상 혼재와 인력 부족으로 인해 의료진들이 무력감을 느끼고, 적절한 서비스 제공에 어려움을 겪고 있다.
 - 특히 정신질환을 동반한 치매 환자에 대해 요양시설에서 입소를 기피하는 경향이 있고, 의료기관에서도 정작 제대로 된 서비스를 받지 못하고 있는 실정이다.

□ 회복 수준과 증상 수준에 따른 맞춤형 서비스 부재

- 50-60대 만성환자의 경우 일상생활능력 수준이 떨어지는 반면, 20-30대 환자의 경우 일상생활능력 수준이 높아 동일한 치료 프로그램 적용의 한계가 있다.
- 서비스 제공자 입장에서도 환자 개별 기능 수준에 맞는 치료 프로그램 및 재활 서비스를 제공하고 싶지만, 그에 맞는 수가체계 미비, 지역사회 제도의 한계, 지역사회에서 제공하는 제한된 서비스 등의 이유로 어려움이 있다.

□ 정신보건복지 재원 부족

- 2019년도 보건복지부 소관 지출예산은 총 72조 5,148억 원(전년대비 14.8% 증가)으로 예산(일반회계, 특별회계)과 기금(국민건강증진기금, 국민연금기금, 응급의료기금)으로 구분된다.
 - 일반회계와 국민건강증진기금의 보건예산은 11조 1,499억 원이며, 그 중 정신건강 관련 예산은 1,713억 원으로 보건예산 대비 1.5% 수준이다. 일반회계 사회복지 분야 중 정신건강복지 관련 36.5억 원(중독관리통합지원센터, 정신질환자 대상 커뮤니티케어예산)을 포함하더라도 1,749억 원으로 전체의 1.56% 수준이다.



[그림 6-1] 2019년 보건복지부 소관 지출예산

- 우리나라 정신건강 관련 예산 비중은 2011년 기준 0.3%에 비하면 증가하였으나, WHO에서 권고하고 있는 5%에 비교하면 낮은 비중의 수준이다 (권오용 등, 2018; 윤석준, 2019b).
 - 2019년 정신건강복지 예산은 2018년 대비 약 12% 증가했다. 그 중에서도 가장 많이 증가한 사업은 정신보건시설확충(35억 원→105억 원, 200% 증가)과 자살예방사업(168억 원→218억 원, 29.8% 증가)이다.
 - 또한, 지역사회 정신보건사업 예산이 16.9% 증가(432억 원→505억 원)하였으며, 공공후견활동비지원 보호의무자가 없거나 보호의무 수행이 어려운 환자들에 대한 공공후견인 선임 예산이 175% 증가(4억 원→11억 원), 정신요양시설 운영지원예산이 2.7% 증가(785억 원→806억 원)했다. 지역정신보건사업은 광역·기초정신건강복지센터 예산이 포함된 것이며, 공공후견활동비지원 예산은 2018년 공공후견제도 신설에 따른 예산이다.
 - 2019년 신규 시범사업인 커뮤니티케어 중 정신질환대상 시범사업 예산으로 1.5억 원이 확정되었다.
 - 전년대비 정신건강관련 R&D, 국가 입·퇴원관리시스템, 절차보조사업 예산은 감액되었다.
 - 2007년부터 2019년까지 정신보건 예산 추이를 보면, 2007년 923억 원에서 2019년 3,019억 원으로 증가 추세를 보였다.
 - 특히, 2016년 국립정신건강센터 설립을 앞두고 2015년부터 예산이 큰 폭으로 확대된 것을 알 수 있으며, 정신건강증진사업의 재원인 기금의 규모가 눈에 띄게 확대되었다. 또한 2018년부터 사회복지 예산 투입(중독관리통합지원센터, 커뮤니티케어)이 시작되었다.
 - 정신건강복지 예산은 2007년 이후 증가하고 있으나, 시설 운영지원 중심으로 예산이 증가하고 있고, 지역의 인구구조, 정신건강 문제의 특성 등의 고려 없이 일률적 지원이 이루어지고 있다.
 - 한편 2014~2016년의 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산 현황을 살펴보면, 1인당 예산 전국 평균값은 2014년 2,936원, 2015년 3,349원, 2016년 3,657원이다.
 - 3년 연속 전국 평균 값 보다 높은 지역은 서울, 광주, 대전, 강원도, 충청북

도, 충청남도, 전라북도, 제주도였다.

- 3년간 지역별 예산 평균값이 가장 높은 지역은 광주(6,898원), 전라북도 (5,316원)였고, 가장 낮은 지역은 경남(1,958원)으로 지역 간 편차를 확인할 수 있다.

회계	부문	단위사업	2015	2016	2017	2018	2019
국민건강 증진기금	보건의료	자살예방 및 지역정신보건사업	441	443	482	604	729
일반회계	보건의료	정신요양시설 운영지원	725	734	731	789	817
		정신보건시설 확충	-	-	-	35	105
		마약치료 및 정신건강증진 사업관리	-	6	11	30	9
		국립 트라우마 치유센터 조성	-	-	-	8	-
		정신건강기술개발(R&D)	60	66	53	53	9
		정신건강 문제해결 연구(R&D)	-	-	-	-	35
	기타(미분류)	62	63	48	9	9	
	사회복지	중독관리통합지원센터(45)	-	-	-	35	35
커뮤니티케어		-	-	-	-	2	
책임 운영기관	책임 운영기관 계		1,367	1,259	1,183	1,223	1,269
	국립정신건강센터(국립서울병원)		697	544	338	375	395
	국립공주병원		139	145	146	154	154
	국립나주병원		183	189	192	202	206
	국립마산병원		105	117	235	191	191
	국립목포병원		87	96	99	110	131
	국립부곡병원		156	167	172	192	192
정신보건 예산 계			2,654	2,571	2,508	2,787	3,019

※ 자료: 보건복지부(2019), 2019년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.; 기획재정부. 열린재정 (재정정보공개시스템). <http://www.openfiscaldata.go.kr/fdata>; 윤석준. 2019년 정신건강복지 관련 재원분석. 중앙정신건강복지사업지원단. 정신건강동향 vol.5 2019.1.11.

[그림 6-2] 단위사업별 정신보건 예산 현황 (2015-2019년)

□ 수가체계 및 지역사회 예산 분배의 구조적 문제 (윤석준, 2019a)

- 현재 정신보건서비스 내에서 건강보험 및 의료급여 수가 구조가 입원을 통해 수익이 발생하는 구조이다.
 - 입원 기간에 따른 입원료 삭감 폭이 작아 입원의 장기화 가능성이 크며, 의료급여 기관 입원료 차등제의 기능은 이미 상실되었다고 볼 수 있다.
- 법·제도의 문제로 인해 정신의료기관에 비해 지역사회 재활서비스 기관에서 사용되는 재원이 부족한 것도 있지만, 기본적으로 전환시설 및 지역사회 재활 서비스를 위한 시설 예산은 지방정부 이양사업으로 중앙정부 지원이 최소화되

어 있다.

- 지역사회 사례관리를 위해 기초자치단체마다 설치되어 있는 정신건강복지센터도 오랜 기간 예산이 동결되어 훈련된 인력이 근무하지 못하는 근본적인 문제가 있다.

나. 국외 현황 및 시사점

□ 국외 정신응급시스템 사례

- 정신응급시스템의 대표적인 국외 사례로 미국 뉴욕주의 「Comprehensive Psychiatric Emergency Program(CPEP)」을 들 수 있다 (이상민, 2019).
 - 정신과적 응급에 대한 전화상담과 전문 의료서비스로 의뢰가 이루어지며, 불필요한 입원을 줄이기 위해 24시간 이내 병원에 체류하면서 초기 안정화 및 진단·평가받을 수 있는 ‘24시간 관찰구역’이 있다.
 - 또한, 병원 입원 치료가 필요하지 않지만, 사회·경제적 지원이 필요한 경우 2주 이내 단기간 체류할 수 있는 공간을 제공하기도 한다.
 - ‘이동 평가팀’은 지역사회 내 환자 발생 위치로 방문하는 정신보건 전문인력으로 정신과적 평가와 의뢰 등의 역할을 수행한다.
 - 법적으로 정신과적 응급치료 및 평가가 필요한 경우에는 경찰 혹은 다른 공무원이 협력하는 공적 서비스를 제공할 수 있도록 강제한 것이 특징이다.
- 대만 타이베이 시 정신응급시스템은 시 차원에서 전문의가 경찰과 119를 지원하는 체계로, 시립정신병원은 정신응급병동 16병상을 운영하고 있다.

□ 대만의 정신의료기관의 대상자 특화 서비스 제공

- 타이베이 시립 송더 병원은 병동을 급성·만성으로 구분하여 운영하고 있다. 급성·만성 병동의 역할을 구분하여 수가를 다르게 적용하고(Day Hospital 714 NTD/day, Chronic Hospital 816 NTD/day), 급성 병동에 집중적으로 시설 및 인력을 투입하여 입원 시 집중 서비스 제공이 가능하게 하고 있다.
- 일반적으로 급성 병동에 45일 이내 입원 후, 병원 내 재활 병동에 3개월 정도 입원 기간을 거쳐 퇴원한다. 환자가 급성기 치료를 끝낸 후 퇴원을 하거나 재활

서비스를 받는 중 기능이 떨어져 독립적 생활이 불가능하거나 사회에 적응이 어려운 경우, 투약순응도가 떨어지는 등의 사유로 만성 병동에 가게 된다.

- 또한 고령의 만성 중증 정신질환자를 대상으로 하는 정신요양시설을 병원 내 운영하여 지역사회 복귀가 필수적인 젊은 층의 환자와 차별화된 서비스를 제공하고 있다.

□ 국외 근거 중심의 맞춤형 서비스 모델 개발 및 적용 사례 (권오용 등, 2018)

- 대표적으로 미국은 정부 차원에서 근거 중심(Evidence-based practice, EBP) 서비스 모델개발 및 적용을 제도화하고 있다.
- 연방정부의 약물 및 정신보건서비스국(substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)과 국립보건원(National Institutes of Health, NIH)이 주도하는 정신보건서비스 연구 시스템에서 다양한 근거 중심 서비스 모델을 개발하고, 개발된 서비스 모델들이 현장에서 사용되어 소비자들이 효과성을 체감할 수 있도록 지원하고 있다.

□ 정신보건지표와 보건의료지출 추이 국제비교

- 국제적으로, 정신보건지출액이 가장 많은 지역은 유럽(\$21.7), 그다음으로 아메리카 지역(\$11.8), 동지중해 지역(\$2.0), 서태평양 지역(\$1.1), 아프리카 지역과 동남아 지역(각 \$0.1) 순으로 나타나 지역적 편차가 큰 것을 알 수 있다 (보건복지부·국립정신건강센터, 2018).
- OECD 국가들의 정신보건지표와 정신건강 증진을 위한 투자지표를 비교해 보면, 우리나라는 자살사망률의 증가속도가 OECD 국가 중 가장 높으며, 다른 OECD 국가에 비해 정신병원 병상 수는 월등하지만, 정신과 의사 수는 매우 부족한 실정이다.
 - 이는 우리나라가 병상 수 증가와 같은 양적 투자가 정신건강 증진에 큰 도움이 되지 않을 수 있음을 시사한다 (홍석철, 2011).

□ 보건예산 중 정신보건예산 비중 국제비교

- 국가별 재정 수준에 따라 평균 비중이 다르나, 2011년 기준 68개국 평균은

2.82% 수준이다 (WHO, 2011; WHO, 2017).

- 미국의 정신건강 예산은 인구 1인당 22,782원(2012년 기준)인 반면, 우리나라의 정신건강 예산은 인구 1인당 458원(2011년 기준)이다. 경제 규모의 차이를 감안하더라도 보건의료 및 정신건강 투자 규모가 미국에 비해 현저히 부족한 것을 알 수 있다 (홍석철, 2012).

〈표 6-3〉 한국-미국 간 보건의료 및 정신건강증진을 위한 재정지원의 비교

비교항목	한국(A)	미국(B)	미국에 대한 한국의 비중 (A/B*100)
2010년 1인당 GDP	\$30,000	\$42,000	71.4%
보건복지예산 (총예산 대비 비중)	10.3%	24.1%	42.7%
1인당 보건의료발전을 위한 지출	30,878원	111,271원	2.0%
1인당 정신건강증진을 위한 지출	458원	22,782원	2.0%
보건의료발전지출 중 정신건강증진지출의 비중	1.4%	9.6%	14.6%
인구 10만명당 자살 사망률	31명	10.5명	29.5%

□ 정신질환 질병부담과 정신보건예산 국제비교

- 2015년 WHO 지역별 1인당 정신보건 자원 및 질병부담 수준을 보면, 우리나라는 1인당 정신보건 자원 2.3 USD, 국가 질병부담 중 정신질환 부담 비중 6.45%로 예산대비 질병부담 비가 0.4로 주요 국가 대비 현저히 낮은 수준을 보였다 (WHO, 2018; Ministry of Health, Labour and Welfare, 2015).
- 최근 아메리카 국가 대상 정신질환 질병부담(DALY)과 정신보건예산을 비교한 연구에서, 국가별 정신질환 질병부담 비중(%) 대비 예산 비중(%) 비율이 캐나다 3.2:1, 미국 2.7:1, 영국 1.5:1인데 반해, 2015년 기준 우리나라는 4.9:1(정신질환 질병부담 6.4%: 예산 1.3%)로 상대적으로 높게 나타나는 것을 알 수 있었다 (Vigo, D. V., et al., 2018).

□ 미국의 정신건강 증진을 위한 질적 투자 현황

- 2012년 회계연도 기준 미국의 정신보건 예산은 보건의료 관련 지출의 6.1%에

해당했다(홍석철, 2012).

- 보건복지부의 연간 예산은 8,916억 달러, 이 중 사회복지지출 등을 제외한 순수 보건의료 관련 지출 규모는 569억 달러(약 61조 원)에 달한다. 이 중 34.8억 달러(37조 원)이 약물과용 및 정신건강관리(Substance Abuse and Mental Health Services)를 위한 예산으로 편성되었다.
- 미국 국립보건원(National Institute of Health)에 대한 지원은 총 보건의료 관련 지출의 59.38%(338억 달러)로 전체 예산에서 큰 비중을 차지하였다.
 - 이 중 정신건강에 관련한 연구개발 예산은 정신건강(mental health), 약물중독(drug abuse)과 알코올 중독(alcohol abuse) 관리 등을 포함하여, 총 3.29조 원(인구 1인당 10,666원)으로 전체 예산의 9.6%에 해당하는 규모였다.
 - 국립보건원은 의료와 건강 관련 정책과 연구를 총괄하는 기관으로, 보건원 산하에 27개의 독립된 연구원을 운영하고 있다. 특징적인 것은 정신질환이나 뇌에 관한 연구가 미국 전역의 대학 및 연구소에서 활발히 진행되어오고 있기 때문에, 외부연구지원에 많은 투자가 이루어지고 있으며, 미국 국민의 정신건강 상태의 특성에 맞게 약물 또는 알코올 중독과 같은 부문에 많은 투자가 이루어지고 있다는 점이다.

□ 대만 정신의료기관의 수가체계

- 대만에서는 병원 내 급성·만성 병동을 구분하여 운영하며, 수가를 다르게 적용하여 제도적으로 장기입원을 예방하고 있다.

제4절 중증 정신질환자·정신장애인의 퇴원 후 지역사회 연계 및 지원체계 현황

가. 국내 현황 및 문제점

□ 퇴원 후 지속적 서비스 제공 단절

- 우리나라 정신보건복지서비스 체계는 의료와 지역사회 정신건강복지서비스가 분리되어 있어 서비스가 분절되는 경우가 빈번하다 (Kim SW, 2018; 이상민, 2019; 보건복지부·국립정신건강센터·사회보장정보원, 2018).
 - 고위험군이 방치되어 퇴원하거나, 퇴원 이후 외래 및 전문병원 연계율이 낮고, 지역사회 정신건강복지 통합서비스 접근성이 부족한 실정이다.
 - 2017년 전국 공통의 사례관리시스템 통합·구축 사업을 추진하여 지역 간 혹은 정신의료기관·복지 창구와의 정보 연계 확대 도모할 수 있는 기반을 마련하였다.
 - 하지만 광역 및 기초 정신건강복지센터 역할 미흡으로 퇴원 후 지역사회에서 치료 연속성이 없고, 정신건강 및 사회서비스를 연계하여 통합적으로 제공하는 정책이 미흡한 문제가 있다 (권오용 등, 2018).
 - 또한 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 사례관리 인력은 4명 내외이며, 1인당 70 ~ 100명 정도의 중증 정신질환자를 담당하고 있어(경기도의 경우 1인당 사례관리 부담 평균 76명, 최소 34명~최대 152명 부담), 적절한 지원과 관리의 한계가 명확하다고 볼 수 있다 (보건복지부 보도자료, 2018).

□ 지역사회 기반 회복 지원 서비스 취약

- 중증 정신질환자·정신장애인의 고용과 주거 지원이 부족한 현실이다(윤석준, 2019a; 의협신문, 2019).
 - 국내 조현병 평생 유병률 약 1% 수준으로, 50만 명에 가까운 중증 정신질환자 가운데 정신의료기관에 입원 또는 정신요양시설에 입소하고 있는 8만 명과 지역사회에서 등록·관리되고 있는 8만 명을 제외한 약 30만 명의 소재

가 불분명한 것을 알 수 있다.

- 2016년 기준, 보건당국이 추정한 지역사회 중증 정신질환자 43만 4015명 가운데 정신건강복지센터를 비롯한 지역 정신보건기관에 등록된 중증 정신질환자는 8만 2776명으로, 등록관리율이 19%에 불과하다.
- 전체 장애인의 4대 보험 가입률 63%, 등록된 정신장애인의 국민연금 가입률 4.5%로, 정신장애인이 직업을 가진 비율이 전체 장애인의 10분의 1도 안 되는 수준이다.
- 최근 정부는 커뮤니티케어를 강조하며 2019년부터 새롭게 예산을 편성하였지만, 커뮤니티케어가 제대로 작동하기 위해서는 중증 정신질환자 정신장애인의 고용이 우선적으로 이루어져야 한다.

나. 국외 현황 및 시사점

□ 의료인에 의한 지역사회 연계

- 해외의 지역사회 정신보건 서비스는 의료인에 의한 정신의학적 치료와 정신사회적 중재를 함께 제공하는 경우가 많다.
 - 대만과 미국의 경우, 제도적으로 건강보험에서 정신보건서비스를 포괄적으로 보장함으로써 지역사회 연계 및 지역사회 내 치료의 연속성 유지가 원활할 수 있게 하고 있다 (Kim SW, 2018).

□ 지역사회 기반 맞춤형 서비스 제공

- 미국의 의료보장제도인 국민건강보험과 의료급여가 다양한 제도적 장치를 통해 소비자의 욕구에 적합한 정신재활서비스를 생산 및 제공하는 모습은 입원서비스와 진찰 및 약 처방만으로 지역사회 케어를 하고 있는 대한민국 의료보장제도와 큰 대비를 이룬다고 볼 수 있다 (Kim SW, 2018; 권오용 등, 2018; 하경희, 2010; 김영희, 2012).
 - 미국 대부분의 주에서는 정신장애인 대상으로 「집중적인 지역사회 치료 (Assertive Community Treatment, 이하 ACT)」서비스를 제공하고 있다. 캐나다, 호주, 덴마크, 스코틀랜드에서도 ACT를 근거 기반 정신사회적

중재 지침에 제시하고 있다.

- ACT는 사례관리와 적극적인 치료 중재가 통합된 팀 접근법을 통해 대상자가 지역사회에 적응할 수 있도록 돕는 서비스로, 개별화된 서비스, 시간 제한이 없는 서비스 제공, 가족 및 직업 재활서비스 제공, 일상에서 발생하는 문제 최소화 및 빠른 문제해결방안 제공이 특징적이다.
- ACT는 특히 기능 수준이 낮고 치료에 대한 순응도 저하로 빈번하게 재발하는 환자나 노숙자들에게 제공될 때 지역사회 적응과 입원 기간의 감소에 효과적인 것으로 알려져 있다.

□ 고용 지원의 효과

- 캐나다, 호주, 영국, 미국에서 제시하고 있는 근거 기반 정신사회적 중재 지침에 따르면, 고용 지원(Supported employment)은 근거 수준이 상당히 높은 중재에 해당한다 (Kim SW, 2018).
 - 이 서비스는 직업 기능을 증진시켜 경쟁적 유급 고용에 이르고 직업을 유지하는 데 효과적인 것으로 알려져 있다.
 - 또한 조기에 직업 활동을 하고 유지하는 것이 자존감과 사회 기술의 향상을 가져오고 친밀한 인간관계 경험을 통해 긍정 정서를 유발하며 정신의학적 증상 및 인지기능 저하를 예방할 수 있다.
 - 재활 작업장이 아닌 지역사회 현장에서 이루어지는 개입으로 개별적 직업 개발, 빠른 일자리 탐색, 정신건강 서비스와 직업 재활의 통합 등이 핵심요소라 할 수 있다.

제5절 커뮤니티케어 및 공적관리체계 구축

가. 국내 현황 및 문제점

□ 탈시설·커뮤니티케어에 대한 사회적 요구

- 국내에 만연해지는 ‘사회적 입원’, ‘케어 사이클(급성기 치료-회복기-장기요양의 과정)’에 대한 체계적 대응 부재, 시설을 벗어나 다시 시설로 가게 되는 ‘회전문 현상’ 등 의료기관·복지시설 중심의 서비스 체제의 한계에 봉착하였고, 지역사회 돌봄체계 미흡으로 인한 불충분한 사회서비스, 분절된 사례관리와 서비스 제공이 지속적으로 문제가 되고 있다 (김승연, 권혜영, 2018).
- 더불어 우리나라에서는 오랜 기간 동안 탈시설이 해결해야 할 핵심 과제로 설정되어 있다. 이는 다른 나라의 경험과 달리 한국 사회복지서비스의 빠른 성장으로 인하여 이전 단계의 서비스 모델을 새로운 서비스 모델에 통합하지 못하고, 각 단계가 함께 공존하고 있는 특징 때문으로 이해할 수 있다. 이런 현상을 잠금(lock-in) 현상으로 칭할 수 있는데, 잠금 현상은 제도적 틀을 패러다임 변화에 맞게 근본적으로 제도를 바꾸기보다는 새로운 서비스 요구에 대해서 새로운 제도로 대응한 결과라고 할 수 있다 (김영중, 2012).

□ 한국의 커뮤니티케어

- 2018년 3월, 보건복지부는 취약계층 돌봄 체계를 ‘커뮤니티케어(community care)’로 전환한다고 선언한 바 있다. 이는 ‘탈시설을 통한 커뮤니티케어’가 정부의 중요한 정책과제로 설정되었다고 볼 수 있다.
 - 정부의 커뮤니티케어는 ‘돌봄을 필요로 하는 사람들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리 고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하는 혁신적인 사회서비스 체계’로 정의할 수 있다 (김용득, 2018).
 - 커뮤니티케어는 단순히 새로운 제도를 도입하거나 기존의 제도를 개선하는 것이 아니라 시설 중심의 서비스를 지역사회 중심의 서비스로, 국가 제도 중심에서 지역 주도로, 수요자의 선택권을 확대하는 방식으로 복지서비스 시

시스템을 재정비하여 한국의 복지서비스 체제를 전환(Modernizing Care Service)하는 것으로 받아들여야 할 것이다 (김승연, 권혜영, 2018).

나. 국외 현황 및 시사점

□ 국제 커뮤니티케어정책 동향 (김용득, 2018)

- 커뮤니티케어는 서구에서 1990년대에 시설 중심의 서비스를 지역사회 중심으로 전환하면서 등장한 슬로건으로, 2000년대 중반기 이후 사회복지서비스가 지역사회의 참여와 지지를 받아야 한다는 점을 강조하면서 지역사회는 다시 한번 중요성이 부각 되었다.
- 이렇듯 서구 국가들을 중심으로 많은 국가에서 현재 커뮤니티케어를 주요 정책 방향으로 채택하고 있다.
 - 원래 살던 집에서 살도록 지원하는 정책이 강조되고 있으며, 최근에는 서비스 이용자들이 지역사회 활동에 참여하는 기회를 확대하고, 지역사회가 취약한 사람들과 함께하도록 촉진하는 다양한 시도들이 함께 이루어지고 있다.

□ 이탈리아의 커뮤니티케어 (백종우, 2019)

- 이탈리아는 다른 국가에 비해 지역사회센터가 운영하는 지역사회 거주시설의 비율이 높은 편이다.
 - 73%의 지역사회 거주시설은 24시간 서비스가 제공되며, 전체 시설의 절반은 지역사회센터가 직접 운영하며, 전체의 75%는 국가 차원(National Health Service, NHS)에서 운영 재원을 제공하고 있다.
 - 지역센터의 주요 활동은 ① 간호사 외래상담 및 방문과 약물투여, ② 정신과 전문의 외래진료와 법적 평가, ③ 재활과 사회화 활동, ④ 가족참여, 정신치료, 사회적 지지활동, 사회적 지지체계 연결 등이 있다.

□ 영국의 커뮤니티케어 (전용호, 2012)

- 1991년 커뮤니티케어법을 제정하여 돌봄 체계 내 시설보호 의존도를 줄이고 지역사회 중심의 케어매니지먼트 시스템으로 재편하였다.

- 이렇게 재편된 돌봄서비스 제도를 통칭하여 ‘커뮤니티케어’로 부르고 있으며, 현재 영국의 사회복지서비스는 커뮤니티케어라는 이름으로 운영되고 있다.
- 시설케어에서 커뮤니티케어로 정책변화가 이루어지면서, 정신보건복지 분야에서도 새로운 변호가 시작되었다.
 - 지역사회정신건강팀(Community Mental Health Teams, CMHTs), 집중아웃리치팀(Assertive Outreach Teams), 위기개입서비스팀이 개발되었고, 이러한 팀들의 서비스는 ①다학제적 ②지역사회 기반 ③정신과 진료의 리더쉽 ④정신건강문제의 조기개입 원칙에 기반하여 제공되고 있다 (Angermeyer, M., et al., 2013).

○ 영국의 커뮤니티케어는 국가가 서비스의 질적 수준을 보장하는 등 돌봄 책임의 핵심을 담당하되, 가족 등 지역사회의 적극적 참여를 유도하고, 대규모 거주공간에서 탈피하여 보편적인 거주공간을 보장하는 한편, 서비스 이용자와 보호자는 주체적으로 자기 삶을 영위하는데 필요한 서비스 이용에의 주체성에 기반하여 선택과 통제를 행사할 수 있는 유연화(personalisation)와 자기주도지원(self-directed support) 기반을 구축하였다.

○ 또한 영국의 커뮤니티케어추진은 보건·복지의 연계 및 통합을 위한 노력과 함께 해왔다. 보건 및 사회서비스 연계를 위해 공동 프로젝트와 행정체계 개편을 시도하였고, 보건·사회서비스 협력증진을 위해 1970년대, 1999년 두 차례의 통합재정 실시가 있었다 (김승연, 권혜영, 2018).

□ 미국의 커뮤니티케어 및 공적관리체계 (김용득 등, 2013)

○ 미국에서는 주정부가 시설입소 대신에 지역사회기반 서비스(Home and Community Based Services, HCBS)를 우선적으로 제공하도록 하는 다양한 조치들을 시행하였다.

- 대표적으로 Waiver 프로그램을 들 수 있는데, 의료기관이나 시설에 거주할 요건을 갖춘 Medicaid 대상자들에게 입소권리를 포기하는 대신 지역사회 기반 서비스(HCBS)의 이용자격을 부여하는 제도이다.

○ 한편 미국에서는 대통령령에 따라 연방 및 주 정부의 자원을 최대한 활용하면

서 정신장애인의 치료 및 서비스의 협력관계를 개선하고 지역사회의 통합적 노력을 촉진하는 미국의 정신보건 서비스 시스템을 제안한 바 있다.

- 2003년 부시 보고서 'Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America'에서는 “정신질환(mental illness)을 지닌 모든 이들이 회복되는 미래, 정신질환을 예방하고 치료할 수 있는 미래, 정신장애인 모두가 효과적인 치료와 지원을, 지역 사회 내에서 생활하고 일하며 배우고 참여하기 위해 필요한 지원을 받는 미래”를 지향하는 국가적 목표와 함께 구체적인 개혁목표와 개혁방안을 제시했다 (United States, 2003).

□ 일본의 커뮤니티케어

- 일본의 지역사회 중심 서비스 정책은 2000년에 실시한 사회복지기초구조개혁 이후 본격화 되었고, 지원비 방식의 제도 전환과 함께 재택서비스 이용자의 급격한 증가가 이루어졌다 (김용득 등, 2007).
 - 공동체적 접근 강화의 필요성을 주장한 한 연구에서는, 평등과 상호존중의 정신을 기반으로 하는 좋은 지역사회(decent community)가 '대안 공동체(intentional community)'를 통해 실현 가능하다고 보았다.
 - 정신장애인들이 공동체를 이루어 사는 일본 '베텔의 집'도 대안 공동체 원리로 운영되고 있다.
 - 정신장애의 어려움을 함께 공유하면서 정부의 제도에 포함되어 있는 여러 개의 공동생활형 거주시설을 하나의 마을에 만들어서 함께 살고, 정부의 지원으로 운영되는 작업장에서 자유롭게 시간을 보내고, 함께 음식을 나누고 살고 있다 (김은정, 2015).

□ 대만의 커뮤니티케어

- 국민건강보험(National Health Insurance)에서 의료이용 뿐 아니라 정신질환 관련 서비스(재활, 중간집, 가정방문 등)를 포괄적으로 보장하고 있다.
- 1986년부터 Mental Health Network Projects 일환으로 지역사회기반 정신보건의료서비스 사업을 실시하여, 전국 7개 지역의 정신보건 시스템과 네트워크를 정비하여 각 지역의 거점병원과 보건소에서 질병을 관리하고 있다.

- 도시지역을 중심으로 정신과 진료소(clinic), 낮병동, 재활시설, 중간집 (Half way house), 너싱홈(Nursing home)이 증가하고 있는 추세를 보인다 (오은혜 등, 2017).

〈표 6-4〉 국외 초발 정신질환 치료 프로그램

연도	낮병동	재활시설	중간집	너싱홈
1990	559	461	71	-
1995	1,969	630	286	-
2000	4,045	724	1,735	-
2005	5,694	1,931	2,899	917
2015	6,233	3,281	5,519	3,494

- 1986, Mental Health Network Projects
 - 1995, National Health Insurance, covered OPD, admission and rehabilitation
 - 2004, Encourage setting up of rehabilitation centers and half way houses
- ※ 자료: Happy Kuy-Lok Tan (2018.03.22.), 대만 정신의료기관 서비스 현황 및 시사점, 환자중심의 정신 보건의료서비스 제공을 위한 정책토론회 발표자료.

제6절 소결

□ 중증 정신질환자 및 정신장애인의 지역사회 중심 치료모델

○ 초발 정신질환자·정신장애인의 의료체계 현황

- 정신질환 증상 발현 후 첫 치료 받기 전까지 기간(DUP)이 우리나라는 84주로, 영국 30주, 호주 74주에 비해 치료 지연이 나타나고 있고, 국내 초발 정신질환 치료 프로그램은 제한적으로 시행되고 있다.
- 전 세계적으로 초발 정신질환에 대한 조기 중재의 비용·효율성이 확인되어 조기 중재 서비스가 점차 확대되고 있는 추세이다.

○ 정신질환자·정신장애인의 의료체계 현황

- 국내 급성기 응급 중증 정신질환자 대상 서비스가 적절히 제공되고 있지 않으며, 의료 현장에서 급성기·만성기 병상 혼재로 적절한 서비스 제공에 어려움을 겪고 있고, 회복 수준과 증상 수준에 따른 맞춤형 서비스가 부족하다.
- 우리나라 정신보건복지 예산은 2019 복지부 보건예산 대비 1.5% 수준으로 WHO 권고 수준인 5%에 못 미친다. 현재 정신보건서비스 수가 구조가 입원을 통해 수익이 발생하는 구조로 탈원화의 한계로 작용하고 있고, 지역사회 예산 분배에 있어서도 구조적 문제가 존재한다.
- 국외 정신응급시스템의 대표적 예인 미국의 CPEP는 전화상담, 전문의료서비스, 24시간 관찰구역, 이동평가 등 포괄적 정신응급서비스를 제공하며, 대만의 경우도 시 차원에서 정신응급시스템을 지원하고 있다. 대상자 맞춤형 서비스와 관련하여 미국은 정부차원의 근거 중심 맞춤형 서비스 모델 개발 및 적용을 제도화하고 있고, 대만은 급·만성 병동을 구분하여 운영하고 이에 따라 수가를 차등화하여 장기입원을 예방하는 특징이 있다.

○ 중증 정신질환자·정신장애인의 퇴원 후 지역사회 연계 및 지원체계 현황

- 우리나라는 의료와 지역사회 정신건강복지서비스가 분리되어 유기적 연계의 어려움이 있고, 지역사회 기반 회복 지원 서비스가 취약한 편이다.
- 미국과 대만의 경우 제도적으로 건강보험에서 정신보건서비스 포괄적 보장하여 지역사회 연계를 원활하게 유지하며, 캐나다, 호주, 스코틀랜드, 덴마

크 등의 국가에서는 집중적 지역사회 치료서비스 제공을 통해 퇴원 후 지역사회 복귀를 지원하고 있었다.

○ 커뮤니티케어 및 공적관리체계 구축

- 2018년, 탈시설 통한 커뮤니티케어가 한국 정부의 주요 정책과제로 선정되었다.
- 커뮤니티케어는 돌봄을 필요로 하는 사람들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 개인의 욕구에 맞는 급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동할 수 있도록 하는 혁신적 사회서비스 체계를 의미한다.
- 서구 국가를 중심으로 많은 국가에서 현재 커뮤니티케어를 주요 정책 방향으로 채택하고 있다.
- 영국은 1991년 커뮤니티케어법을 제정하여 보건·복지 연계 및 통합 노력을 지속하고 있고, 미국은 Medicaid 대상자가 입소권리를 포기하는 대신 지역사회기반 서비스 이용자격 부여하는 'Waiver 프로그램'을 운영하고 있다. 일본은 대안 공동체 원리로 운영되고 있는 정신장애인 공동체 '베넬의 집'이 대표적 사례다.



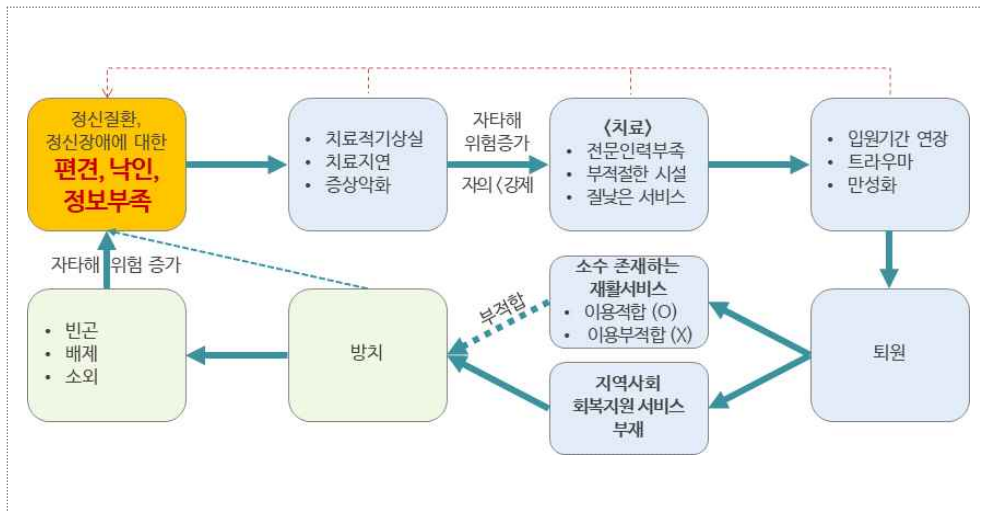
제 7 장 결론 및 제언



□ 결론

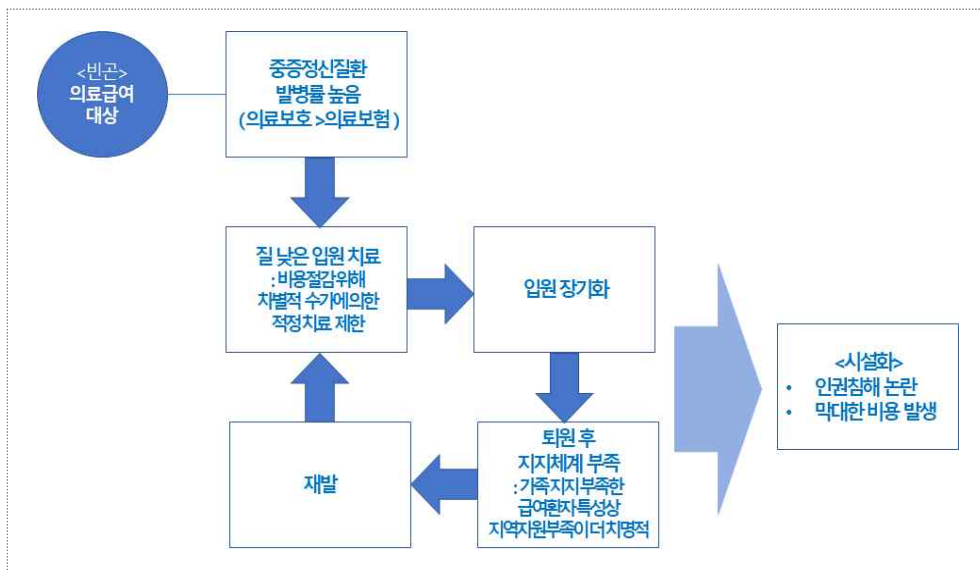
- 본 연구는 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 실태를 파악하고 시의적절한 치료 및 지역사회 관리방안을 도출하는 것을 목적으로 하였다.
 - 이를 위하여 건강보험 빅데이터 및 이차자료원을 이용하여 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 현황을 파악하였다.
 - 또한 기관대상 설문조사를 통해 정신요양시설 거주 중증 정신질환자 및 정신장애인 의료이용 특성을 파악하고자 하였으며, 지적장애인 거주시설 또는 노숙인시설 거주 중증 정신질환자 및 정신장애인의 의료이용 특성을 파악하기 위하여 기관 근무 사회복지사 및 시설장, 촉탁의 대상 FGI를 실시하였다.
 - 초발 중증 정신질환자·정신장애인 당사자와 가족의 의료 및 정신보건서비스에 대한 욕구를 파악하기 위하여 당사자 및 가족 대상 FGI를 실시하였다.
 - 장기입원과 재입원, 입·퇴원절차, 계속입원심사제도의 문제점을 파악하고 개선방안을 도출하기 위하여 정신과 소속 의료진(의사, 간호사)과 사회복지사, 지역사회 정신건강복지센터 소속 정신건강전문요원, 경찰 대상 FGI를 실시하였다.
 - 마지막으로 국내외 중증 정신질환자·정신장애인 의료체계와 지역사회 중심 치료모델 현황을 비교·고찰하였다.
- 본 연구를 통해 현재 우리나라의 정신건강은 조금씩 개선되고 있기는 하지만 여전히 사회적 몰이해와 그에 따른 저비용 구조 속에서 당사자와 가족은 물론이고 전문직 종사자들도 상당한 고충을 경험하고 있는 것으로 파악되었다.
 - 정보부족과 사회적 편견으로 인해 적기에 치료기회를 놓친 환자들은 증상이 악화된 상태에서 어렵게 입원치료를 연결되기 때문에 상대적으로 강제입원 비율이 높고 그만큼 치료에 대한 접근이 트라우마가 되는 경우들이 빈번하다.
 - 치료에 연결되었다 하더라도 비현실적인 수가제도에서 기인하는 인력 부족, 부적절한 시설여건, 불충분한 서비스 질은 기대하는 치료 효과를 거두기 어려운 구조이기 때문에 이 안에서 환자치료 기간이 길어지면서 입원 기간의 장기화를 초래하고 이는 다시 병원 입원 치료에 대한 부정적 인식과 만성화로 귀결되곤 한다.

- 이러한 상황에 이르면 퇴원도 쉽지 않지만 설혹 퇴원을 한다 하더라도 제한적인 지역사회 인프라로 인해 역시 적절한 지역사회 복귀지원 서비스를 받기 어려운 현실이다.
- 결국 중증정신질환자 또는 정신장애인은 지역사회에서 사회적 고립과 소외, 경제적 빈곤, 기본적인 안전 위협 등에 내몰리고 있으며 이것이 증상의 악화로 재귀결 되면서 대중의 편견과 낙인 구조를 더욱 강화하는 악순환을 형성하고 있다고 볼 수 있다.
- 이러한 구조 속에서 가족의 지지체계와 경제적 자원, 그리고 지역적 정신의료 및 재활서비스 여건이 허락한다면 비교적 조기에 우수한 치료적 혜택을 받고 적절한 재활서비스를 경험하면서 최소한의 인간다운 삶을 영위할 수 있으나 이러한 조건을 충족하지 못할 경우 중증정신질환자와 정신장애인의 삶은 회복의 길을 걷기 어려운 구조에 갇히게 된다.
- 그러나 이제까지 국가는 이러한 문제를 근원적으로 해결하려 하기보다 관련 기관의 종사자 인식개선과 규제강화를 통해 이 문제들을 해결하려고 하면서 근본적인 문제는 잔존하는 상황에서 또 다른 부작용을 낳고 있는 것이다. 현재 반복되고 있는 이러한 악순환의 구조를 그림으로 나타내면 다음과 같다.



[그림 7-1] 거버넌스와 예산 부족에 의한 악순환의 구조

- 본 연구에서는 특히 이러한 문제가 의료급여환자들에게 더 극명하게 드러나고 있다는 점을 확인할 수 있었다.
 - 상대적으로 빈곤층에 해당하는 의료급여 수급권자는 건강보험 가입자에 비해 중증정신질환을 경험할 가능성이 높지만 차별적 수가구조 속에서 적절한 치료를 받기 어렵기 때문에 입원기간도 훨씬 더 장기화되는 경향을 보이고 있다.
 - 또한 이들의 경우 가족의 지원체계가 결여되어 있고 그만큼 자립 기반도 취약하기 때문에, 치료와 재활의 책임의 상당 부분을 가족이 부담해야 하는 우리나라의 상황 속에서 지역사회정신건강 자원이 결핍은 더욱 치명적으로 작용하는 것으로 파악되었다.
 - 결국 이러한 문제들이 정신질환을 경험하는 의료급여환자의 증상 악화, 치료지연, 지역사회 복귀의 장애물로 작용하면서 이들의 ‘시설화 (institutionalization)’ 현상을 견고히 하는 구조를 형성하고 있으며 이것이 장기적인 시설보호라는 막대한 사회적 비용을 발생시키는 요인으로 분석되었다 [그림 7-2].



[그림 7-2] 의료급여환자의 시설화 구조

- 따라서 우리나라 정신보건 시스템의 장기입원, 재입원 문제들의 핵심에는 사실상 ‘빈곤한 정신질환자 및 정신장애인’이 존재하고 있다고 해도 과언이 아니며 이들의 문제를 얼마나 사회적 책임으로 인식하고 공공 차원에서 대처해 가느냐가 한국 사회의 정신질환과 관련된 인권문제와 경제적 문제를 해결하고 더 이상의 악순환을 방지하는 관건이라고 할 수 있겠다.

- 결론적으로 한국의 정신건강현장이 당면한 정신질환자 및 정신장애인의 인권 보장이라는 오래된 과제를 풀어가기 위해서는 종사자의 인식개선이나 규제강화와 같은 말초적인 정책에 매몰되기보다는 보다 과감한 지원을 통해 정신건강 서비스의 불평등 구조를 개선하고 병원 및 지역사회에서의 서비스 질을 향상시키려는 노력을 경주해야 한다는 점을 강조하고자 한다.

□ 정책적 제언

- 중증 정신질환은 초기 치료 지연으로 급성기 집중치료가 적기에 이루어지지 못한다는 문제점이 있으며, 유지기에는 불안정한 병식으로 인한 치료 중단 위험성을 관리할 체계가 부족하며, 회복기에는 충분한 회복을 이룰 수 있는 고강도 치료가 제공되지 못한다는 점이 문제점으로 지적되어 왔다(대한신경정신의학회 정책연구소, 2019). 연구의 내용을 종합하여 중증 정신질환 경과 스펙트럼 전 주기에 걸친 시의적절한 치료 및 지역사회 관리방안에 대해 아래와 같이 제언하고자 한다¹⁵⁾.

○ 중증 정신질환의 발생 및 진행 단계별 맞춤형 서비스 제공체계 구축

- 현황 및 문제점

- 초발 및 급성 재발기의 중증 정신질환자는 정신질환에 대한 편견, 차별, 정보부족 등의 치료 지연 요인으로 인해 시의적절한 치료가 이루어지지 못하는 문제가 있다. 연구결과에 따르면, 2017년 조현병·분열형 및 망상장애 발생자의 22.4%는 첫 번째 의료이용 기록이 입원으로 분석되었다. 즉 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 5명 중 1명은 입원으로 첫 치료를 시작한다는 의미이다. 첫 치료가 입원인 비율은 점차 감소하는 추세

15) 2019년 5월 대한신경정신의학회에서 발표한 「중증 정신질환 정책 백서」의 ‘중증 정신질환 보건의료복지시스템 혁신 전략’에 대한 내용을 바탕으로 연구팀 내부 토론을 거쳐 정리한 내용임

를 보이고 있는데, 이것은 의료 공급자가 중증 정신질환자의 입원을 보다 신중하게 결정한다는 의미로 해석될 수 있지만, 여전히 초기 입원치료 비율이 높은 것은 증상이 나타난 후 행동 문제가 심해질 때까지 집중적 외래 치료나 지역사회기반의 치료적 접근이 제대로 이루어지지 못하고 있다고 해석할 수 있다.

- 실제 의료현장에서도 중증 정신질환의 초기 발견이 늦고 급성기에 집중적인 치료가 제대로 이뤄지지 않아 치료가 지연되고 증상이 악화되는 경우가 많고, 어느 정도 회복되더라도 치료가 중단되어 재발하는 사례가 많다. 본 연구에 참여한 초발 중증 정신질환자는 증상 인지 후 최소 3개월에서 1년이 흐른 시점에서 의료서비스를 이용하기 시작한 것으로 나타났다. 다른 연구에서도 정신질환 증상 발현 후 첫 치료받기 전까지 기간(DUP)이 우리나라는 84주로 보고되고 있다. 이는 다른 국가의 경우보다 치료 지연 현상이 뚜렷하게 나타나고 있는 것을 알 수 있으며, 초발 정신질환 프로그램 역시 국외 사례에 비해 제한적으로 시행되고 있었다.
- 한편, 정신질환 급성기 위기에 대한 응급개입이 필요할 때 이용할 수 있는 정신응급 시스템이 미흡하다. 미국, 대만이 정부 차원에서 포괄적 정신응급시스템을 제공하고 있는데 반해, 우리나라는 권역응급의료센터, 상급 종합병원 등에 의한 급성기 치료가 취약하고, 급성기 병상 수와 급성기 집중치료에 투입될 인력 또한 부족한 실정이다. 본 연구에서 인터뷰한 지역사회 정신건강서비스 관계자들의 의견에 따르면, 정신과적 응급상황에 처한 다양한 조건의 환자를 수용할 수 있는 의료시스템 부족은 실제 현장에서 당사자뿐만 아니라 현장 인력들에게도 상당한 부담으로 작용하고 있어 정신과적 위기상황에 대응할 수 있는 인프라 구축하는 등의 안이 강력히 제안되고 있었다.
- OECD 국가 중 우리나라의 정신병상 수는 꾸준히 증가하고 있으며, 재원 기간 또한 높은 수준이지만 개방 병동 수와 낮병동 운영기관은 감소 추세에 있다. 국제 동향과 달리 국내에서는 사회적 요구에 발맞춰 회복 지향적 치료기능을 강화하기 위한 정신의료기관과 지역사회 인프라의 기능 분화에 대한 구체적 전략이 수립되지 못하고 있는 것이다. 이는 정신의료에 대한 저수가 구조가 주원인으로 파악된다. 급·만성 병동 구분, 낮병동 운영

등 환자 증상에 따른 의료기관 내 기능분화 인프라 체계를 갖추고 있는 대
만의 사례 등을 참고할 필요가 있다.

- 이와 관련하여 최근 정부차원에서 적극적 개선 의지를 보인 바 있다. 지난 11월 말, 정신질환자 지속 치료 지원을 위해 '정신응급의료기관 지정 시
범사업'과 '낮병동 관리료 시범사업'에 참여할 의료기관을 모집했다. 정
신응급의료기관 시범기관으로 선정되면, 정신건강복지법 제50조에 따라
응급입원 시 입원료 및 정신의학적 응급처치료 가산을 적용받게 되고, 급
성기 집중치료기간 동안 정신의학적 집중관리료 가산도 적용받게 된다.
낮병동 관리료 시범기관으로 선정될 경우, 6시간 이상인 경우에만 일률적
으로 적용되던 낮병동 입원료 대신 시간대별로 세분화된 낮병동 관리료를
적용받게 된다.
 - 한편, 지적장애인 및 노숙인 시설에 거주하는 정신질환자 현황에 대해 조
사한 결과에 따르면 대상자 특성에 맞는 서비스 제공 및 인력이 부족하고
대안마저 부재하여 환자뿐만 아니라 시설 종사자들도 많은 어려움을 겪고
있는 것으로 나타났다.
- (개선방안 ①) 초발 중증 정신질환자의 치료 접근성 향상 및 치료 지연 예방
을 위한 구체적 실천전략 수립이 필요하다.
- 먼저, 치료 접근성 향상 전략으로 건강보험급여차별과 같은 제도적 차별
해소와 인터넷, 신문, 방송, 버스 광고, 질환 호발 연령대 대상 교육, 게이
트 키퍼(교사 및 상담사) 대상 교육 등을 포함하는 전방위적 인식개선 운
동을 고려해볼 수 있겠다.
 - 또한 광주의 마인드 링크와 같은 청년 대상의 정신건강센터 확대, 전문적
치료 제공이 가능한 거점 조기 중재 센터 설립도 중요하다. 충분한 인력과
기술을 갖춘 의료기관을 조기 중재 센터로 지정한다면 초발 중증 정신질
환자들에게 보다 특화된 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 조기 중재 서비
스는 연령대에 따라 서비스의 종류가 다르다는 점을 고려해 지역사회 청년
조기 중재 센터를 기존 정신건강센터와 구분하여 운영할 필요가 있다.
 - 치료 지연 예방전략으로는 온라인 자가검진 활용 등 선별검사를 통한 조
기발견, 질환 조기발견을 위한 의료·보건 종사자 심화 전문교육 등을 고

려해볼 수 있겠다. 나아가 조기 정신증 및 고위험군의 발견과 관리를 위해 의료기관과 지역사회 정신건강센터가 적극적으로 연계하고 협력하여 통합적 조기 중재 서비스를 제공해야 한다.

- (개선방안 ②) 정신응급시스템 개선과 급성기 정신의료체계 강화를 통해 급성기 조기 집중치료 제공이 필요하다.

- 정신응급시스템 개선을 위해 우선 응급입원 및 행정입원, 위기 개입에 대한 국가 사법 및 안전행정 책임이 강화되어야 할 것이다. 응급입원 및 행정입원에 대한 보다 구체적이고 명문화된 가이드라인 제시가 동반되어야 한다.
- 한국형 정신응급의료센터는 권역 응급의료센터 내에 세팅하여 위기 개입 후 기존 정신보건시스템으로 연결하는 방안을 고려할 수 있다. 권역 응급의료센터와 같이 상급종합병원 등에 정신응급의료센터를 지정 운영하여 해당 의료기관에 급성 재발기 집중치료가 가능한 보호 병상을 운영하도록 하고 필요한 인력과 시설을 지원하는 것이다. 필요시 민간병원 협력체계를 구축한다. 필요시 민간병원 협력체계를 구축해야 하며 이를 위한 유인책(예:인증평가 시 가점 등)이나 보상 방안 등이 모색되어야 한다.
- 권역 응급의료센터 내 정신질환 관리 정책의 경우 응급의료기금 활용이 가능한 장점이 있다. 이때, 정신과 응급 수가 차별화와 응급의료 관리료 신설 등의 수가 차원의 지원이 동반되어야 하고, 더불어 법적 안전망도 검토되어야 할 것이다.

- (개선방안 ③) 정신의료기관과 지역사회 인프라 모두 대상자 특성에 맞는 기능 분화가 이루어져야 한다.

- 대상자 특성에 맞는 서비스 제공과 궁극적으로 대상자의 탈원화 및 지역사회 복귀를 이루기 위해 정신의료기관뿐만 아니라 지역사회 인프라 모두 급성기, 아급성기, 만성기로 구분하여 운영할 필요가 있다.
- 급성기 병동에서는 입원치료 기간을 제한하여 단기간 내에 신속하고 집중적인 치료를 받을 수 있도록 하고, 만성기 병동에서는 재활치료 제공을 보다 활성화할 수 있도록 해야 하며, 만성 중증 정신질환자의 자기주도적 건강관리에 대해서는 인센티브를 제공하여 환자 스스로 자기 관리를 할 수

있는 동기를 부여하는 것도 좋은 방안이 될 수 있겠다.

- 정신질환을 동반한 지적장애인이거나 노숙인과 같이 일반 정신질환자와 다른 특성을 지닌 대상자의 특성을 고려한 전문적 서비스 제공에 대한 접근과 가이드라인, 인센티브 제도 등을 제고할 필요가 있다.
- (개선방안 ④) 환자 개별적 기능 수준 등 대상자 특성을 고려한 맞춤형 서비스 제공이 원활히 이루어지기 위해서는 그에 따른 의료비 지불제도(수가체계) 개편방안 검토가 선행되어야 한다.
 - 단기입원 유도를 위한 지불제도(수가체계) 개선을 위해 우선 입원일수에 따른 수가 차별화(입원 초기 수가 상향, 장기화에 따른 수가 하향)와 현행 가산제도를 활용한 중증도 및 입원일수에 따른 차등 적용을 시도해 볼 수 있겠다. 곧 시행 예정인 정신응급의료 수가개선 시범사업, 낮병동 관리료 시범사업 등의 정책 효과를 객관적으로 판단하고 제도를 정교하게 보완해 나가야 할 것이다.
 - 또한 정신의료기관 입원 병동 시설 및 인력 기준을 강화하고 이에 맞는 수가체계 개선도 필요하다. 의료급여 적정성 평가의 평가항목을 다각화(시설 및 인프라에 대한 평가 확대 등)하고, 적정성 평가 결과 공개 활성화도 함께 이루어져야 한다.
 - 한편, 의료급여 정신질환자가 건강보험 정신질환자와 동일한 수준의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 한시적 재정지원을 실시하고, 점진적 수가체계 개선이 필요하다.
 - 장기적으로는 정신의료기관과 지역사회 인프라 기반의 정신·사회적 중재를 건강보험체제로 포함시켜 적정 수가 지원 아래 시행하는 방안을 고려해볼 수 있다.

○ 중증 정신질환 치료와 지역사회 정신보건복지서비스의 유기적 연계 시스템 구축

- 현황 및 문제점

- 중증 정신질환의 특성상 급성기 치료로부터 지역사회 복귀와 재활까지 상호 원활히 연계되는 시스템이 필수적이다. 그러나 본 연구 결과 현재 병원 치료와 지역사회 회복 간 연계가 미비한 상태로 지속적 치료 관리를 위한 서비스의 단절과 재발 및 재입원이 반복되고 있는 상황이라 할 수 있다.

- 급성기 치료로부터 지역사회기반의 복귀와 회복으로까지 원활히 이어지지 못하는 시스템 속에서 지속적 치료 관리를 위한 지역사회 치료 및 적응 지원서비스로의 연계가 준비되지 않은 상태로 퇴원하고, 이후 재입원이 반복되고 있는 문제가 해결되고 있지 않는 상황이라 할 수 있다. 본 연구에서 초발 중증 정신질환자를 대상으로 인터뷰한 결과, 퇴원 후 지역사회 복귀를 위한 준비에 대한 정보가 절대적으로 부족했고, 퇴원계획 서비스를 제대로 받은 적이 없다고 응답했다.
 - 미국과 대만의 경우 제도적으로 건강보험에서 정신건강서비스를 포괄적으로 보장하는 방법으로 지역사회 연계를 보다 원활하게 유지하며, 캐나다, 호주, 스코틀랜드, 덴마크 등의 국가에서는 적극적 치료 중재와 사례관리가 통합된 팀 접근법인 집중적 지역사회 치료서비스(ACT) 제공을 통해 퇴원 후 지역사회 복귀를 지원하고 있다.
- (개선방안 ①) ‘병원에서부터 시작되는 지역친화적 정신보건서비스’를 제안한다.
- 이는 재발 위험과 자타해 위험이 높은 대상자에 한해서 치료를 유지할 수 있도록 의무적으로 외래치료 및 지역사회사례관리서비스를 권고하는 제도이다.
 - 그 일환으로 2018년 보건복지부에서 의료기관과 지역사회 정신건강 서비스 기관 간의 연계 강화와 체계적인 사례관리를 도모하기 위해 병원기반 사례관리(또는 가교적 사례관리)시범사업을 진행하고 있으므로, 이에 대한 효과평가를 통해 사업의 확대 운영을 검토할 필요가 있다. 여기에는 외래 방문 점검, 투약관리, 가족 교육을 포함한 기본적인 정신·사회적 서비스 제공, 정신건강센터로의 연계 등이 포함된다. 정신건강 및 지역사회 서비스를 통합적으로 연계하여 제공하기 위해서는 다학제적 접근이 필수적이다.
 - 또한, 퇴원한 환자가 지역사회에서 삶을 영위하는 것을 목표로 한다는 점에서 병원 기반의 접근은 한정된 기간 동안 제공되어야 하며, 이 과정에서 지역사회서비스 기관의 적극적인 참여가 반드시 수반되어야 한다. 특히 퇴원 후 지역사회 자원과의 적절한 연계 및 지원 방안은 치료 초기 단계에

서부터 미리 수립되어야 한다. 실효성 있는 방안이 되기 위해서는 퇴원계획을 수가화하고 퇴원계획 시 지역사회정신재활기관의 참여도 의무화할 필요가 있다.

- 질병의 급성기 증상을 경험하는 개인과 지역사회에서 거주하는 개인의 필요와 욕구에는 상당한 차이가 존재하므로 이를 충족시키기 위해서는 의료적 개입과 함께 지역사회서비스 개입이 필수적이며, 이와 더불어 당사자의 자기결정과 참여를 보장하고 삶에서 누릴 수 있는 기본적 권리를 누리며 주체적인 삶을 살아가도록 돕는 것을 목표로 하는 회복관점의 통합적인 개입이 필요한 것이다.
 - 퇴원 후 지역사회 자원과 연계할 때까지 연속성 있게 집중사례관리서비스를 받도록 하는 것은 외래치료 지속성을 향상시켜 증상악화나 재발을 방지할 뿐 아니라 지역사회 서비스 기관으로 단절 없이 연결되도록 함으로써 회복과 재활에 기여할 수 있다.
- (개선방안 ②) ‘지역사회를 중심으로 한 정신보건서비스와 복지서비스의 적극적인 연계’를 제안한다.
- 2019년도 보건복지부에서 장기 정신의료기관 입원자 및 정신요양시설 입소자에 대한 지역사회복귀 지원을 위해, 정신건강복지센터 중심의 퇴원연계 서비스를 포함한 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업을 진행하고 있으므로, 이에 대한 효과성 평가를 통해 사업의 확대 운영을 검토할 필요가 있다. 여기서는 불필요한 입원을 지역사회로 전환함으로써 주민들이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 지원을 통합적으로 제공받을 수 있도록 하는 것을 핵심으로 한다.
 - 기초정신건강복지센터는 의료급여 관리센터와의 협력을 통해 지역사회 복귀가 가능함에도 불구하고 정신의료기관에 6개월 이상 입원 중인 의료급여환자를 발굴하고 이들에 대한 상담 및 퇴원 적정성 평가를 시행하여 사회복귀에 필요한 정신건강 및 사회서비스로 연계한다. 이러한 접근은 중증정신질환자 및 정신장애인에게 요구되는 보건과 복지서비스 간 연계를 원활히 함으로써 의료급여환자의 장기입원 및 재입원 문제를 해결하고 보건과 복지의 통합서비스 제공을 통한 당사자의 삶의 질 전반의 향상에 기여할 것으로 기대된다.

○ 장기입원 및 반복적 재입원 방지를 위한 지역사회 기반 회복지원 체계 구축

- 현황 및 문제점

- 더 이상 치료 목적의 입원이 필요하지 않음에도 불구하고 퇴원 후의 정신건강관리와 자립의 기반이 없기 때문에 장기입원과 반복적 재입원의 문제가 지속되고 있다. 실제로 초발 정신질환을 비롯한 지역사회 중증 정신질환자의 지역사회 정신건강서비스 등록관리율이 낮고, 지역사회 기반 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 서비스 절대량 또한 부족한 문제가 있다. 본 연구결과에 따르면 특히 가족 지지체계가 없는 경우 사회적 입원이 지속되며, 입원기간 단축에 따른 형식적 퇴원이 증가하는데 결국 재입원하게 되는 회전문현상이 심화되고 있다고 한다.
- 정신재활시설의 경우 전국적으로 시설 수가 적어서 가까운 지역사회에서 이용할 수 있는 시설이 전혀 없는 지역이 많다. 그리고 초기 투입비용이 높은 정신재활시설의 설치를 민간에서 맡겨 놓음으로써, 시설 확대에 큰 한계가 있다.
- 지역사회 서비스 양이 절대적으로 부족한데다, 제도적으로 한 기관 이상에 등록하는 것이 불가능하며, 지자체에서도 서비스를 한정할 것을 강하게 요구하는 실정이다.
- 이러한 지역사회 서비스 양의 부족은 전반적 질적 수준의 저하로도 이어져, 중증 정신질환자들이 재발하지 않고 지역사회에서 회복해 나아가도록 지원하는데 역부족이다. 정신요양시설 및 재활시설 종사자를 대상으로 조사한 결과, 시설 내 정신건강 전문인력이 없어 판단과 대처가 어렵거나 낮은 처우로 인해 인력 확보가 현실적으로 어려운 한계가 있다고 한다.
- 한편, 정신건강복지법의 개정으로 복지서비스 제공에 대한 규정이 마련되었으나, 아직까지 실제적인 정책은 이루어지지 못하고 있다. 또한 장애인복지법 15조 등 장애인 복지서비스로부터도 차별과 배제를 받고 있다.
- 본 연구결과에서 당사자들이 실제 재활시설 등의 지역사회서비스 이용을 통해 규칙적 생활로 활력소가 되고 사람들과 어울리는 일상생활을 통한 자존감 회복의 경험을 할 수 있다고 보고하여 당사자들에게는 재발과 입원 예방을 위해 지역사회 기반 회복지원 체계가 반드시 필요하다는 점을

시사하였다.

- (개선방안 ①) 중증 정신질환자가 지역사회에서도 지속적인 정신건강관리가 이루어질 수 있도록 정신건강복지센터의 사례관리 기능을 강화하고, 정신재활시설의 양적 확충이 이루어져야 한다.
 - 현재 생애주기별·영역별로 너무나 많은 사업을 수행하고 있는 정신건강복지센터의 기능을 사례관리에 보다 집중하고, 질적인 서비스가 이루어질 수 있도록 인력의 확보와 고용 안정 방안을 마련해야 한다.
 - 장기입원 환자의 경우 정신건강관리 뿐만 아니라 소득과 주거 등 자립을 위한 통합적인 지원이 이루어져야 하므로, 사례관리 과정에서 공공 복지 전달체계와의 적극적인 협력 또한 중요하다.
- (개선방안 ②) 시군구별 정신재활시설 설치의 가이드라인을 제시하고, 공공형 설치를 통해 기본 토대를 구축해야 한다.
 - 시설의 유형 또한 중증 정신질환자의 특성에 따라 더욱 다양화해야 한다. 특히, 정신질환자·정신장애인의 탈원화를 위해서는 거주 서비스의 강화와 선택권 보장이 중요하다. 권역별 전환시설(half way house) 설치 지원을 통해 급성기 치료 후 지역사회로 복귀하는 환자 중 주거복지 및 가족 지지 등의 회복 환경이 취약한 대상자가 사회복귀 준비를 위해 머무를 수 있는 환경이 확대되어야 한다.
 - 주거시설의 경우 현재 입소 기간을 3년으로 제한하고 있으나, 자립이 어려운 장기입원 환자의 경우 퇴원 후에 지속적으로 거주할 수 있는 그룹홈 형태의 장기거주시설 유형 또한 필요하다.
- (개선방안 ③) 정신장애인의 복지서비스 제공체계가 마련되어야 한다.
 - 정신장애인의 고용·주거·평생교육·문화·여가 등을 위한 실제적인 제도가 구축되어야 한다. 더불어 정신장애인 및 가족이 참여하는 동료지원활동, 절차보조사업 등의 당사자 주도 서비스 확대를 통해 회복을 지원해야 한다.
 - 증상의 안정된 상태이나, 기능손상의 고정적인 정신장애인들이 일반적 복지체계의 서비스를 차별 없이 이용할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 이를 위해 지역장애인복지서비스 계획 내에 일정 부분이 정신장애인을 위

한 서비스에 반영될 수 있도록 제도적 개선이 필요하다.

- (개선방안 ④) 정신요양시설, 노숙인 및 지적장애인 시설에 거주하는 생활인들이 적절한 정신건강 서비스를 이용할 수 있도록 지원이 강화되어야 한다.

- 정신요양시설에는 생활인 규모에 따른 촉탁의를 추가적으로 배치하고, 노숙인 및 지적장애인이 이용할 수 있는 정신의료기관의 지정이나 인센티브 제공, 그리고 치료 가이드라인을 마련하여야 한다.
- 또한 시설에서 정신과적 위기가 발생하였을 때 이를 적시에 효과적으로 지원할 수 있는 지역사회 응급치료 시스템도 함께 연계되어야 한다.

- (개선방안 ⑤) 지역정신건강심사위원회가 탈원화에 실질적 기여할 수 있는 체계로 개선되어야 한다.

- 일차적으로 장기 재원환자에 대한 계속입원심사를 담당하는 위원회에서 실효성 있는 조사와 퇴원 후 지역사회 연계계획이 검토될 수 있어야 한다.
- 이를 위해 심사위원회에 전담 정신보건전문요원 조사원과 경찰 등 행정협조체계 등이 설치되어야 한다.
- 또한 정확한 지역사회 자원추계에 따른 탈원화 계획에 따라 심사 및 판단이 이루어질 수 있어야 한다.

○ 국가의 정신건강정책 실행기반 강화 및 정신보건 예산 확충 전략 모색

- 현황 및 문제점

- 현재 정신건강서비스 및 정책의 효과적 수행을 위한 범부처 거버넌스 체계가 공백 상태라 할 수 있다.
- 2016년 2월 보건복지부에서 발표한 ‘정신건강 종합대책’은 주체적 실행 계획, 예산추계 미비로 그 실효성에 한계가 있다.

- (개선방안 ①) 정신건강의 포괄성과 중요성에 부합하는 범부처 거버넌스 구축이 시급하다.

- 정신건강복지 정책에 대한 방향성을 제시하고 실효성 있는 추진을 위해 국가실행 단위로서 보건복지부 내 정신건강국을 분리·설치하는 것을 고려해보아야 한다.
- 정신장애인복지 담당 부서를 신설 하는 등 정신보건과 장애인복지 간 장

벽을 허물고 협력할 수 있는 체계 마련이 필요하다.

- 더불어 범부처와 민간이 참여하는 공공, 민간 거버넌스로 국가조정위원회 설치가 필요하다고 본다.
- (개선방안 ②) 정신건강복지법에 의한 국가 및 광역단위 기본계획의 수립과 수반되는 재정 확보에 대한 범부처 차원의 세부계획이 필요하다.
- 재정 측면에서 우리나라도 OECD 평균 수준인 5%까지 예산을 확보하고 관련 사업을 확장해 치료와 지원의 연속성을 보장해야 한다. 이를 위해 정책수혜대상의 인구구조, 정신건강 문제의 특성(질병부담 등)에 따른 근거 중심의 체계적인 자원 확대가 중요하다. 정신질환 질병부담을 반영한 1인당 정신보건 예산 및 보건예산 대비 정신보건 예산의 비율 확대가 필요하며, 정신보건 예산 확대를 위한 다양한 자원 모색이 필요하다.
 - 중증 정신질환자정신장애인의 인권증진을 위해서 행정입원 및 외래치료명령 등 규제적 성격의 제도개선뿐만 아니라, 장기입원과 재입원의 구조적 문제를 개선할 수 있는 지역사회 인프라 확장을 위한 실질적 자원 투자가 절실하다.
 - 최근 지역사회 내 정신질환자 집중사례관리 및 질 높은 서비스의 중요성이 부각되고 있는 만큼 중앙부처 자원과 지방비 모두 지속적인 증가가 필수적이다. 지역사회 내 다양한 치료 및 서비스 제공을 위해 중앙정부와 지방정부의 재정 부담에 대한 조정이 필요하나, 지역사회 재활서비스와 정신건강 증진사업 등은 중앙정부 예산에서 시급히 충분한 재정이 확보되어야 할 것이다.
 - 지역사회 기반 정신보건복지서비스 제공을 위해 제한된 자원으로 효과적인 사업을 수행하기 위해서는 우선순위에 따른 자원의 적절한 배치가 중요하다. 이런 측면에서 중증 정신질환과 고위험 단계 및 위기 상태에 놓인 대상자에 대한 사업에 자원을 우선적으로 투자해야 한다. 중증 정신질환자 대상의 정신·사회적 중재는 기능개선과 재입원 감소에 효과적이다. 특히 정신건강 관련 사회적 비용이나 의료비 비중에서 중증 정신질환이 차지하는 정도가 크기 때문에 이들 대상의 사업을 정신건강센터에서 우선적으로 시행하는 것이 효율적일 것으로 판단된다.

○ **정신질환 및 정신장애에 대한 인식개선과 정보 접근성 강화 방안 마련**

- 현황 및 문제점

- 최근 정신질환자와 관련된 연이은 사건 및 자극적인 언론 보도에 의해 정신질환과 정신장애에 대한 편견이 급격히 악화된 것으로 나타나고 있다.
- 정신질환에 대한 편견도 문제지만 일반인이 정신질환 및 정신건강과 관련하여 정확한 정보에 접근할 수 있는 기회가 제한적이다.

- **(개선방안 ①) 정신질환 및 정신장애에 대한 차별적 인식을 개선할 수 있는 대국민 교육이 필요하다.**

- 현재 ‘장애인 인식개선 교육’이 의무화되고 있는 추세이나 여기에 정신장애에 대한 내용이 포함되어 있지 않으므로 향후 정신장애에 대한 내용을 반드시 포함시켜 장애인 인식개선 교육을 시행하도록 한다.
- 언론의 정신질환과 관련된 보도내용이 사건·사고에 집중되기보다 인식 개선을 위한 내용을 다룰 수 있도록 언론관계자에 대한 교육과 협력을 강화한다.

- **(개선방안 ②) 정신질환 및 정신과적 치료에 대한 정보 접근성을 높인다.**

- 정신질환과 정신과적 치료에 대한 정확한 정보를 인터넷을 통해 손쉽게 접근할 수 있는 다양한 경로를 개발한다.
- 학교 교육에서부터 정신건강 및 정신과적 치료 등에 대한 올바른 정보를 제공할 수 있는 시스템을 구축해야 한다.

〈표 7-1〉 정책적 제언과 구체적 개선방안(요약)

제언	문제점	구체적 개선방안
① 중증 정신질환의 발생 및 진행 단계별 맞춤형 서비스 제공체계 구축		
	<p>① 초발 중증 정신질환자의 치료 접근성 향상 및 치료 지연 예방을 위한 구체적 실천 전략 수립</p> <ul style="list-style-type: none"> 정신질환에 대한 편견, 차별, 정보부족 등으로 인한 치료지연 <ul style="list-style-type: none"> - 조현병·분열형 및 망상장애 발생자 5명 중 1명 입원으로 첫 치료 시작(2017년 기준) - 늦은 초기 발견, 급성기 집중적 치료 불이행, 치료 중단으로 인한 재발 	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험급여차별과 같은 제도적 차별 해소 전방위적 인식개선 운동 거점 조기 중재센터 설립 치료지연 예방전략 수립 조기 정신증 및 고위험군의 발견과 관리 전략 수립
	<p>② 정신응급시스템 개선과 급성기 정신의료체계 강화를 통해 급성기 조기 집중치료 제공</p>	<ul style="list-style-type: none"> 응급입원 및 행정입원, 위기 개입에 대한 국가 사법 및 안전행정 책임 강화 한국형 정신응급의료센터 구축 <ul style="list-style-type: none"> - 권역 응급의료센터 또는 상급종합병원 등의 지정정신응급의료센터 운영 - 정신응급수가 차별화, 응급의료관리료 신설 등 수가차원의 지원 동반 - 법적 안전망 검토 필요
	<p>③ 대상자 특성에 맞는 정신의료기관 및 지역사회 인프라의 기능 분화와 의료비 수가체계 개편</p>	<ul style="list-style-type: none"> 정신의료기관과 지역사회 인프라 모두 급성기, 아급성기, 만성기로 구분 운영 <ul style="list-style-type: none"> - 급성기 병동의 입원치료 기간 제한 - 만성기 병동의 재활치료서비스 활성화 - 만성중증정신질환자 자기주도적 건강관리 위한 동기 부여 정신질환 동반 지적장애인, 노숙인 등 대상자 특성 고려한 전문적 서비스 제공 <ul style="list-style-type: none"> - 가이드라인, 인센티브 제도 등 단기입원 유도를 위한 수가체계 개선 <ul style="list-style-type: none"> - 입원일수 및 중증도에 따른 수가 차별화 - 의료급여환자에 대한 차별 없는 의료서비스 제공 위한 한시적 재정지원, 점진적 수가체계 개선
	<ul style="list-style-type: none"> 급성기 치료 취약 <ul style="list-style-type: none"> - 관련 시설 인프라 및 인력자원 부족 정신의료기관과 지역사회 인프라의 기능 분화 전략 수립 미비 <ul style="list-style-type: none"> - 높은 수준의 정신병상 수와 재원기간 - 개방 병동수와 낮병동 운영기관 감소 추세 낮병동 관리료 시범사업 시행 예정 	

② 중증 정신질환 치료와 지역사회 정신보건복지서비스의 유기적 연계 시스템 구축

- 병원 치료와 지역사회 회복 간 연계 미비
- 지속적 치료 및 관리를 위한 서비스 단절
- 재발 및 재입원 반복의 악순환
- 병원으로부터 시작하는 지역친화적 정신보건서비스
 - 재발 및 자타해 고위험 대상자에 대한 의무적 외래치료 및 지역사회 사례관리서비스 권고
 - 병원기반 사례관리 시범사업 확대 운영
 - 병원기반 접근서비스 제공 기간 한정
 - 퇴원계획 수가화
 - 지역사회정신재활기관의 퇴원계획 참여 의무화
 - 회복 관점의 통합적 개입 필요
- 지역사회 중심의 정신보건서비스와 복지서비스 연계
 - 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 확대 운영 검토
 - 지역사회복귀 가능한 장기 입원 중인 의료급 여환자 발굴과 정신건강 및 사회서비스 연계

③ 장기입원 및 반복적 재입원 방지를 위한 지역사회 기반 회복지원 체계 구축

- 퇴원 후 정신건강 관리와 자립의 기반 부재로 인한 장기입원과 반복적 재입원 문제 지속
 - 낮은 지역사회 정신건강서비스 등록관리율
 - 지역사회 기반 서비스 절대량 부족
- 지역사회 기반 서비스의 질적 수준 문제
 - 중증정신질환자 재발 방지 및 지역사회 회복 지원 역량 부족
- 정신건강복지법 개정에 따른 복지서비스 제공 규정 있지만 실질적 정책 수행 미흡
- 장애인 복지서비스와의 차별 및 배제
- 정신건강복지센터 사례관리 기능 강화와 정신재활시설의 양적 확충
 - 정신건강복지센터의 여러 기능 중 사례관리에 보다 집중
 - 인력확보와 고용 안정 방안 마련
 - 사례관리 과정에서 공공복지전달체계의 협력 중요
 - 장기입원 환자의 소득과 주거 등 자립 위한 통합적 지원
- 시설 설치 가이드라인 제시 및 공공형 설치
 - 중증정신질환자 특성에 따른 시설유형 다양화
 - 권역별 전환시설(halfway house) 설치 지원 등 통한 거주 서비스 강화와 선택권 보장
 - 그룹형 형태의 장기거주시설 유형 필요
- 정신장애인 복지서비스 제공체계 마련
 - 실제적인 제도 구축
 - 당사자 주도 서비스 확대
- 시설 거주 생활인 지원 강화
 - 시설 거주 생활인 규모에 따른 촉탁의 추가 배치
 - 시설 지원 가능한 지역사회 응급치료 시스템 연계
- 지역정신건강심사위원회가 탈원화에 실질적 기여할 수 있는 체계 개선
 - 전담 정신보건전문요원 조사원과 경찰 등 행 정협조체계 등 설치
 - 지역사회 자원 추계에 따른 탈원화 계획

④ 국가의 정신건강정책 실행기반 강화 및 정신보건 예산 확충 전략 모색

- 정신건강서비스 및 정책의 효과적 수행 위한 범부처 거버넌스 체계 부재
- 2016년 정신건강 종합대책의 실효성 한계
- 정신건강의 포괄성과 중요성에 부합하는 범부처 거버넌스 구축
 - 정신건강복지 정책 방향성 제시와 실효성 있는 추진 위한 정신건강국 분리 설치
 - 범부처와 민간 참여하는 공공, 민간 거버넌스로 국가조정위원회 설치
- 재정 확보에 대한 범부처 차원의 세부계획 수립
 - OECD 평균 수준인 5%까지 예산 확보
 - 근거 중심의 체계적 재원 확대
 - 다양한 재원 모색 필요
 - 규제적 성격의 제도 외 장기입원과 재입원의 구조적 문제 개선 위한 실질적 재원투자 중요
 - 우선순위에 따른 적절한 배치 중요

⑤ 정신질환 및 정신장애에 대한 인식개선과 정보접근성 강화 방안 마련

- 일반인이 정신질환 및 정신건강과 관련하여 정확한 정보에 접근할 수 있는 기회가 제한적
- 정신질환 및 정신장애에 대한 차별적 인식을 개선할 수 있는 대국민 교육 실시
 - '장애인 인식개선 교육'에 정신장애에 대한 내용 추가
- 정신질환 및 정신과적 치료에 대한 정보 접근성 향상
 - 인터넷을 통한 다양한 정보접근 경로 개발
 - 학교교육에서부터 정보제공 시스템 구축

참 고 문 헌

- 2018년 한국보건행정학회 후기학술대회. 커뮤니케이션과 보건의료서비스 토론자료 재구성
- Angermeyer, M., Matschinger H., & Schomerus, G.. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 2013; 203: 146-151.
- Desai, PR, Lawson, KA, Barner, JC, Rascati, KL (2013). Estimating the direct and indirect costs for community-dwelling patients with schizophrenia. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 2013 Jul;4(4):187-194
- Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IR, Gagnon E, Guyer M, Howes MJ, Kendler KS, Shi L, Walters E, Wu EQ (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*. 2005 Oct 15;58(8):668-76
- Kim SW(2018), Psychosocial Intervention for Patients with Schizophrenia. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 57(3):235-243.
- Kim YE, Park H, Jo MW, Oh IH, Go DS, Jung J, Yoon SJ (2019), Trends and Patterns of Burden of Disease and injuries in Korea using disability-adjusted life years, *Journal of Korean Medical Science*, 2019;34(Suppl 1).
- Ministry of Health, Labour and Welfare(2015), FY2014 Budget.
Available URL <https://www.mhlw.go.jp/english/policy/other/budget/>
- Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2018;13(4):e0195687
- NIH National Institute of Mental Health
Available URL <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia>.노석
- OECD (2015), 정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대(Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care)
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*
- OECD Health Statistics 2018
- OECD 대한민국 정책센터 (2015). OECD 보건의료정책연구 정보보건의료의 중요성에 대한 인식증대. OECD
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005 May;2(5):e141

- United States. Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003.
- Vigo, D. V., Kestel, D., Pendakur, K., Thornicroft, G., & Atun, R. (2018), Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *The Lancet Public Health*.
- WHO. Mental Health Atlas. 2011
- WHO. Mental Health Atlas. 2017.
- Wu EQ, Shi L, Birnbaum H, Hudson T, Kessler R (2006). Annual prevalence of diagnosed schizophrenia in the USA: a claims data analysis approach. *Psychol Med*. 2006 Nov;36(11):1535-40
- 건강보험심사평가원 (2017). 보건의료 근거 생산을 위한 건강보험 청구자료 분석 매뉴얼.
- 권오용·오현성·김민·최희승·박인환·김혜성·박동진(2018), 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사, 국가인권위원회·예인법률사무소.
- 김성완(2019), 지역사회 정신보건의 나아갈 길, 2019년 대한사회정신의학회 춘계학술대회(발표자료). 2019.07.12.
- 김승연, 권혜영(2018), 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어개념 정립 필요성 및 추진 방향. 2018년 보건사회연구 콜로키움: 커뮤니티케어와 보건복지서비스의 재편.
- 김영종(2012), 한국 사회서비스 공급체계의 역사적 경로와 쟁점, 개선방향. *보건사회연구*, 32(2), 41-76.
- 김영희(2012), 중증 정신장애인의 정신재활을 위한 한국형 ACT 프로그램 개발 및 효과. 아주대학교 대학원. 박사학위논문.
- 김용득(2018), 탈시설과 지역사회 중심의 복지서비스 구축 방안: 자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티케어. 2018년 보건사회연구 콜로키움: 커뮤니티케어와 보건복지서비스의 재편.
- 김용득·김은정·조남경·이동석·황인매·오홍진·김경임(2013), 사회서비스 재정지원방식과 공급주체의 성격 및 품질관리기제에 대한 국가 간 비교연구: 성인 재가돌봄서비스를 중심으로. OECD대한민국정책센터·성공회대학교 사회복지연구소.
- 김용득·변경희·임성만·강희철·이정호·장기성·전권일·조순주(2007), 장애인거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안. 보건복지부·성공회대학교 사회복지연구소.
- 김은정(2015), 사회적 돌봄체계 구축에서 공동체적 접근에 관한 연구. *사회복지연구*, 46(2): 153-176.
- 김재용(2019), 발달장애인의 특성과 정신과 약물복용 현황: 빅데이터 활용, 2019년 한국장애인복지학회 춘계학술대회 자료집, pp, 229-286.
- 김희정(2009), 경기도 정신보건센터 서비스에 대한 가족 만족도 조사. *대한간호학회지*, 39(1): 124, 135.

- 남은우, 류황진, 신승호(2000) 부산지역 보호시설 입소 노숙자의 건강생활에 관한 연구. 대한 보건연구, 26(2), 189-200.
- 대한신경정신의학회 정책연구소 (2019). 중증정신질환 정책 백서-중증정신질환 건강복지서비스 국가책임제-.
- 민소영, 이병석(2010). 전문재활시설 이용 정신장애노숙인의 특성에 대한 추이 분석. 재활복지, 14(4), 99-123.
- 박상운. 회복 및 재활을 위한 정신의료기관의 전략. (2019.1.11) 중앙정신건강복지사업지원단 발표자료 부분 인용.
- 박선주·남윤영·황태연·조근호·전진용·김은진·김철웅(2017). 정신보건심판위원회 계속입원치료 심사제도 운영현황 및 개선방안. 보건행정학회지, 27(4): 347-358.
- 박종익, 장홍석, 이진석, 이명수. 장기입원의 구조적 원인과 지속요인. 국가인권위원회 2008. 백종우(2019), 바자리아의 교훈, 2019년 대한사회정신의학회 춘계학술대회(발표자료). 2019.07.12.
- 보건복지부 (2019). 2019년 정신건강사업 안내.
- 보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서
- 보건복지부 보도자료 (2018.7.19.). 퇴원 후에도 지속 치료 필요 시 환자 동의 없이도 사례관리 추진
- 보건복지부 보도자료 (2019.4.19.). 관계부처와 함께 정신질환자 관리체계 강화한다
- 보건복지부 보도자료. 2018.07.23.
- 보건복지부(2019), 지역사회 중심 정신질환 지속치료를 위한 자기주도 치료지원방안. 정신건강정책과 발표자료.
- 보건복지부·국립정신건강센터(2018), 정신건강현황 4차 예비조사.
- 보건복지부·국립정신건강센터·사회보장정보원(2018), 정신건강사례관리시스템 표준사용자 메뉴얼.
- 보건복지부·중앙심리부검센터 (2019). 5개년(2013~2017) 서울특별시 자살사망 분석 결과보고서.
- 보건복지부·한국보건사회연구원 (2011), 201년 장애인실태조사.
- 보건복지부·한국보건사회연구원 (2014), 2014년 장애인실태조사.
- 보건복지부·한국보건사회연구원 (2017), 2017년 장애인실태조사.
- 서울시정신보건사업지원단(2008). 정신과 내원 초발정신증 환자의 정신증 미치료기간과 치료 경로 조사결과.
- 서흥란, 정소연, 김정인(2017). 거주시설 주거환경에 대한 중고령 지적장애인의 인식과 경험: 대면인터뷰를 활용한 탐색적 연구. 한국사회복지교육, 40, 79-108.
- 신권철(2018), 정신건강복지법 해설 : 입원편, 파주 : 법문사.

- 오은혜, 타나카 히데타, 왕은우, 백다은(2017), 동아시아의 정신보건복지의 현황과 과제. 사회 복지정책과 실천. 3(1): 159-237.
- 윤석준 등 (2018), 한국인의 질병부담 측정 및 미래예측에 관한 연구, 한국보건산업진흥원·고려대학교 산학협력단.
- 윤석준(2019a). 가까이에서 보면 누구나 정상은 아니다. 범문에듀케이션.
- 윤석준(2019b). 2019년 정신건강복지관련 재원분석. 중앙정신건강복지사업지원단. 정신건강 동향 vol.5 2019.1.11.
- 의협신문, “중증정신질환자, 10명 중 8명 관리 사각지대에 방치”. 2019.01.09.
- 이상민(2019). 정신응급, 2019년 대한사회정신의학회 춘계학술대회(발표자료). 2019.07.12.
- 이상영, 채수미, 전진아, 윤시문, 차미란, 정진욱 등. 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 - 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로. 한국보건사회연구원 2018.
- 이수연(2019), 발달장애인의 정신건강 지원 사례, 2019년 한국장애인복지학회 춘계학술대회 자료집, pp, 295-314
- 이은환, 김욱(2017), 정신보건법 개정으로 인한 정신질환자 탈원화, 지역사회 유입에 대한 대책. 이슈&진단, 279: 1-20.
- 장옥진, 이병대, 정영인(2015). 만성조현병 환자의 장기입원 요인에 대한 연구. 신경정신의학. 54(1): 76-83.
- 전용호(2012), 영국 케어매니지먼트 시스템의 운영과 발전에 관한 연구. 한국케어매니지먼트 연구, 7: 1-24.
- 전진아 등(2017), 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제. 한국보건사회연구원.
- 전현주·허유정·고영훈·이재현(2018), 만성정신질환자의 자립 및 주거 서비스에 대한 요구도 조사. 정신신체의학, 26(2): 145-151.
- 정보경·윤명숙(2013), 중장년기 정신장애인 형제자매의 경험. 한국정신정보사회복지학회 학술 발표논문집, 11: 413-438.
- 정승호·김원형·최혜진·이명지·강민희·이정섭·배재남·김철웅(2009). 정신분열병에서 강제입원과 자의입원 환자군의 3년 추적관찰을 통한 비교분석. 신경정신의학, 48(4): 225-231.
- 조한진·김기룡·김예원·김정하·김은애·송효정·이승홍·이용표·조경미(2017), 중증·정신장애인 시설생활원에 대한 실태조사, 국가인권위원회·대구대학교.
- 중앙정신건강복지사업지원단(2018), 정신건강동향 vol.2 2018.05.
- 최명민, 권자영, 김기덕, 2016, “정신보건영역의 탈시설화에 대한 사회적 공간이론의 탐색적 적용”, 한국사회복지학 68권 4호, pp.225-246.
- 최지숙, 정은선, 안보령(2015). 국내외 초발 정신질환자의 치료체계 고찰 연구. 서울: 건강보험심사평가원.
- 하경희(2010), 정신장애인 대상 ACT (Assertive Community Treatment) 사례관리의 적용

- 에 관한 연구. 재활복지, 14: 67-92.
- 한국장애학회(2018).중증·정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사 결과보고 및 정책토론회.
한국장애학회 2018년 춘계학술대회 발표집, 1-70.
- 홍석철(2011), 보건의료 재정지원의 현황과 과제: 국민정신건강 증진 분야를 중심으로. 국회예산정책처 정책연구용역사업, 국회예산정책처.
- 홍석철(2012), 정신건강증진을 위한 재정지원의 현황과 과제. 예산정책연구 제 1권 제 1호.
pp.67-102.
- 홍선미(2013), 정신요양시설의 제도적 보완과 장기 발전방안, 정신장애인 인권증진을 위한 토론회 자료집, pp,3-44,
- 홍선미·김문근·하경희·김수영·김병수(2010), 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사: 기초생활보장·주거권을 중심으로, 국가인권위원회·한신대학교.
- 홍진표 (2017), 2016년도 정신질환실태 조사, 보건복지부·삼성서울병원



부 록



제1절 정신요양시설 종사자 대상 조사지

제2절 촉탁의 대상 조사지

제3절 대만 정신질환자 의료체계 및 지역사회서비스 관련 견학
보고서

제1절 정신요양시설 종사자 대상 조사지

[첨문지 1] 정신요양시설 종사자 대상 조사

정신요양시설 거주 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용실태 조사

1. 귀 시설의 기본 정보에 대한 질문입니다. 각 항목에 대해 현황을 작성해 주시기 바랍니다. (2018. 12월 기준)

1. 종사자 현황

구분	시설장	사무국장	정신과전문의	일반의	방양사	사무원	간호사			생활지원·도원·사회복지사			정신건강전문요원			재업지도원	조리원	유관영역	관리·감독·요원	안전관리·요원	기타
							전담요원	간호사	조무사	전담요원	사회복지사	기타	간호사	사회복지사	임상심리사						
정원																					
현역																					
지원																					

2. 결산 현황

수입						지출						
계	보조금	입소자 수탁료	후원금	법인 지원금	기타 잡수입	계	인건비	시설개선/장비 구입	생계비	관리 운영비	프로그램비	기타

Ⅲ. 귀 시설 입소 생활인의 질병 및 의료이용실태에 대한 질문입니다. 각 항목에 대해 현황을 작성해 주시기 바랍니다.

1. 질병 현황 (중복응답 가능)

구분	정신과적										신체적											
	질병분류									약물복용		질병분류									약물복용	
	조현병	조울증	중독	우울증	지적장애	뇌전증	치매	신경증	기타	복용	미복용	고혈압	당뇨	고지혈증	갑상선질환	간질환	뇌경색	비뇨기질환	산부인과질환	기타	복용	미복용
인원																						

2. 촉탁의 현황 (정신과 포함 모든 촉탁의 기재)

연번	위촉기간	전문의 과목	업무협약서 작성여부	월 방문 횟수	1회 방문시 평균 진료시간	1회 방문시 평균 진료인원	월 지급 활동 비용
1	년 개월						
2	년 개월						

3. 입소자 1인당 월 평균 몇 회 정도 촉탁의의 진료를 받습니까?

- ① 월 2회 ② 월 1회 ③ 2개월에 1회 ④ 3개월에 1회 이상



9. 촉탁의 외에 의료자원봉사를 하는 분야가 있으면 해당하는 곳에 모두 표시해 주시기 바랍니다

- ① 내과 ② 치과 ③ 피부과 ④ 안과 ⑤ 이비인 후과
 ⑥ 비뇨기과 ⑦ 산부인과 ⑧ 가정의학과 ⑨ 한의학 ⑩ 기타 ()

10. 생활인들에 대한 정신건강서비스가 어느 정도로 이루어지고 있습니까? 그리고 각각에 대해 주로 누가 담당을 하고 있습니까?

구분	서비스 제공 정도				주 담당 (해당하는 곳에 모두 표시)				
	전혀 잘 이루어지지 않음	별로 잘 이루어지지 않음	어느 정도 이루어지고 있음	매우 잘 이루어지고 있음	촉탁의	간호사	전문 요원	기타 내부 관리자/ 직원	외부 의료인/ 기관
정신건강 욕구사정									
집중적 사례검토회의									
정신과 상담									
정신과 약물 처방									
증상 및 약물관리 교육									
정신과약물 투약 지도									
심리 상담 및 치료									
증상악화 등에 대한 위기개입									
자·타해 위험에 대한 응급개입									
신체질환에 대한 치료									

제2절 촉탁의 대상 조사지

[실문지 2] 촉탁의 대상 조사

정신요양시설 거주 중증 정신질환자·정신장애인 의료이용실태 조사

1. 귀하의 귀하의 촉탁의 활동에 대한 질문입니다. 각 항목에 대해 현황을 작성해 주시기 바랍니다.
- 현재 촉탁의로 업무 협약이 이루어진 시설은 몇 개소입니까? ()개소
 - 촉탁의를 하신지는 얼마나 되셨습니까? ()년 ()개월
 - 촉탁의 활동을 시작하게 된 계기는 무엇입니까? (중복응답 가능)

① 요양시설의 요청으로	② 본인이 자원하여
③ 지역의사회의 추천으로	④ 지인이나 기관(교회 등)의 소개로
⑤ 지역사회 봉사 차원에서	⑥ 기타 ()
 - 촉탁의 위촉시 업무 협약서를 작성하십니까?

① 작성하였다	② 작성하지 않았다
---------	------------
 - 촉탁의로서 요양시설 방문횟수는 월 평균 몇 회 정도입니까? 월 ()회
 - 1회 방문시 총 소요시간은 얼마입니까? ()시간
 - 촉탁의로서 시설을 방문하여 어떤 방식으로 입소생활인을 진료하십니까?

① 모든 생활인을 1:1로 진료한다
② 증상 악화 등 건강상태의 변화가 있는 생활인을 진료한다
③ 시설에서 별도로 요청하는 생활인을 진료한다
④ 촉탁의가 간호관리기록지 등의 기록을 확인 후 생활인을 선별하여 진료한다
⑤ 촉탁의가 간호관리기록지 등의 기록만 확인하고 시설의 별도 요청이 없으면 진료를 종료한다
 - 보통 일회 방문시 직접 면담하는 생활인은 몇 명입니까? 평균 ()명
 - 촉탁의 활동에 대한 비용은 월 평균 얼마를 받고 계십니까? ()원

10. 촉탁의로서의 활동내용은 무엇입니까? 해당하는 곳에 모두 표시해 주시기 바랍니다.

- ① 정신과 상담 및 처방 ② 증상 및 약물관리 교육
- ③ 간호지시 ④ 작업치료 및 사회복귀훈련 지도
- ⑤ 심리 상담 및 치료 ⑥ 증상악화 등에 대한 위기개입
- ⑦ 자·타해 위험에 대한 응급개입 ⑧ 사례회의
- ⑨ 기타 ()

11. 요양시설을 방문하여 입소생활인을 진료하신 후 진료기록지를 작성하십니까?

- ① 작성한다 ② 작성하지 않는다

12. 진료기록지를 작성하시면 어디에 보관하십니까?

- ① 의료기관 ② 시설내 보관

13. 촉탁의 관련 교육을 받으신 경험이 있으십니까?

- ① 있음 (= 10번으로) ② 없음 (= 19번으로)

14. 어디에서 주최하는 교육을 받으셨습니까? ()

II. 정신요양시설에서의 촉탁의 운영에 대한 귀하의 의견에 대한 질문입니다.

전체적인 정신요양시설의 현황을 고려하여 해당하는 곳에 표시해 주시기 바랍니다.

15. 현재 촉탁의의 운영은 효과적이라고 생각하십니까?

- ① 매우 그렇다 ② 그런 편이다
- ③ 그렇지 않은 편이다 ④ 전혀 그렇지 않다

16. 촉탁의 운영이 효과적이지 않은 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

1순위 _____ 2순위 _____

- ① 지역에 정신과전문의가 부족하다 ② 진료하는 인원이 너무 많다
- ③ 응급상황 등 필요할 때 도움을 주기 어렵다 ④ 촉탁의 비용 기준이 낮다
- ⑤ 촉탁의가 소극적이다 ⑥ 시설의 관심이나 의지가 적다
- ⑦ 기타 ()

Ⅲ. 귀하의 인적사항에 대한 질문입니다. 해당하는 곳에 표시해 주시기 바랍니다.

성별	① 남 ② 여	연령	만 ()세
학력	① 학사 ② 석사 ③ 박사	결혼 상태	① 미혼 ② 기혼 ③ 기타 ()
소속 기관	① 국공립 ② 민간 ③ 기타 ()	의사 경력	()년 ()개월

제3절 대만 정신질환자 의료체계 및 지역사회서비스 관련 견학 보고서

2019 「중증정신장애인 의료체계 실태조사」 대만 출장 결과보고

Taiwan



일 시 | 2019.08.11.(일) ~ 08.14.(수)

방문지 | 타이베이(Taipei), 타오위안(Taoyuan)

■	개요	01
■	대만 일반 현황	02
■	대만 정신건강서비스 현황	04
	I. 대만의 보건의료	04
	II. 대만의 정신보건정책	05
	III. 대만의 정신보건복지 전달체계	09
■	방문기관별 세부내용	13
	I. 보건복지부 Department of Mental and oral health	13
	II. Taipei City Hospital, Sonde Branch	18
	III. Fu-Zhong Occupatoinal Center	24
	IV. Taoyuan Psychiatric Center	28

개 요

■ 목 적

- 대만의 정신보건시스템 이해 및 중증 정신장애인의 재활, 치료, 중간집 등 관련 프로그램 벤치마킹을 통한 시사점 도출
- 초발 중증 정신장애인의 입원 및 퇴원, 지역사회 관리 등 전달 체계에 대한 벤치마킹 모델 설정

■ 개 요

- 일시: 2019.08.11.(일) ~ 2019.08.14.(수)
- 방문지: 대만 타이베이, 타오위안
- 방문자: 총 8명

번호	성명	소속
1	윤석준	고려대학교 의과대학 예방의학교실/중앙정신건강복지사업지원단
2	최명민	백석대학교 사회복지학과
3	정슬기	중앙대학교 사회복지학과
4	신권철	서울시립대학교 법학전문대학원
5	권미진	국가인권위원회 차별시정국 장애차별조사2과
6	이인영	국가인권위원회 차별시정국 장애차별조사2과
7	김영은	고려대학교 의과대학 예방의학교실
8	김아림	고려대학교 의과대학 예방의학교실

■ 방문기관 및 일정

일정	방문기관
8월12일(월)	福中職能工作坊 Fu-Zhong Rehabilitation Center
	衛生福利部桃園療養院 Taoyuan psychiatric center
8월13일(화)	Ministry of Health and Welfare, Department of Mental and oral health
	臺北市立聯合醫院松德院區 Taipei City Hospital, Songde Branch

대만 일반현황

■ 개요

- 1912년 쑨원의 신해혁명 이후 청나라를 멸하고 중국 내륙에 세워진 공화국임.
- 건국 초기, 내분과 외침 등으로 불안하였고, 국공 내전으로 쫓겨나 현재는 타이완 등 몇 개의 도서 지역만을 통치하는 상황으로 변화함. 따라서, 통상적으로는 영토 중 가장 큰 섬의 이름인 타이완 또는 대만이라고 불리기도 함.
- 1949년 이래 중화민국은 이미 국공내전에서 패한 채 망명되었고, 따라서 이 나라와 중국 본토에 있는 중화인민공화국과의 관계를 흔히 '양안'이라고 함.
 - 중화인민공화국은 1949년에 중화민국이 멸망하였으므로 중화민국이 가진 모든 권리의 승계를 주장하고 있으며, 반대로 중화민국은 중화인민공화국을 중국 공산당의 반란으로 세운 불법정권으로 간주하여 본토 수복 입장을 밝히고 있음.

■ 명칭

- 정식국호는 '중화민국(中華民國, Republic of China)'이며, 자국 내에서는 '타이완 또는 대만(臺灣, Taiwan)'이라고 부름.
- '중화 타이베이(Chinese Taipei, 中華臺北 또는 中華台北)'라는 별칭을 1980년대부터 올림픽 등의 국제 대회나 국제기구 등에서 사용하고 있음.
 - 중화인민공화국은 하나의 중국 원칙을 주장하며 타이완에 대한 영유권을 주장하고 있으며 중화민국 정부를 인정하지 않음. 1983년 6월 26일, 덩

사오핑 이론에 따라 중화인민공화국 타이완 특별행정구(中華人民共和國台灣特別行政區)라는 이름을 제시하였고, 타이완 지구를 홍콩, 마카오와 같은 자국의 특별행정구처럼 간주하고 있음.

- 이런 중국의 압력에 의하여, 중화민국은 국제적으로 '중화 타이베이'라는 명칭을 사용하기도 함.



[그림 1] 중화민국 국기



[그림 2] 중화 타이베이 올림픽 위원회기

■ 사회 및 경제 현황

인구	23,588,932명 ('18 기준)	※ 한국의 1/2
면적	36,193 km ²	※ 한반도의 1/6, 한국의 1/3
수도	타이베이시(台北市, Taipei City)	※ 서울의 1/2 크기
언어	중국어(표준어) 위주, 민남어(민남 방언)도 통용	
화폐	신타이완달러 (NT\$)	
시차	한국보다 1시간 느림 (한국 오전 9시 → 대만 오전 8시)	
민족	중국 본토 출신 97% (민남인)·객가인) 다른 성 출신자 순), 원주민 2%, 중국인·외국인 배우자 1%	
종교	불교(35%), 도교(33%), 기독교(2.6%), 천주교(1.3%) 등	
주요도시	(북부) 타이베이시(台北市, Taipei City), 신베이시(新北市, New Taipei City) (중부) 타이중시(台中市, Taichung City) (남부) 가오슝시(高雄市, Kaohsiung City), 타이난시(台南市, Tainan City)	
원수	총통: 차이잉원(蔡英文·Tsai, Ing-wen/1956년생, 여성) 부총통: 천젠런(陳建仁·Chen, Chien-Jen/1951년생, 남성) - '16년 1월 16일 제14대 총통대선에서 당선, '16년 5월 20일 취임(임기 4년)	
경제성장률	2.60%(2018년 예상치)	
GDP	5,882억(2018년 예상치)	
1인당 GDP	25,546달러(2018년 예상치)	
실업률	3.63%(2018년 5월)	
환율	1 NT\$은 약 40원 (38.60원) / 환전시 환율 43.14원	
교민규모	4,328명(2018년 5월)	

I. 대만의 보건의료

1) 현황

[표 1] 대만의 보건의료 기본 현황

	2002년	2017년
기본지표		
- 인구 (백만)	22.5	23.6
- 인구 일인당 GNP (US\$)	13,000	24,408
- 사망률 (1/1000)	5.7	7.3
- 기대여명: 남/여 (year)	73.0/78.8	77.3/83.7
- 65세 이상 노인인구비율 (%)	9.0	14.1
보건의료자원		
- 인구 1,000명당 의사 수 (명)	1.4	2.0
- 인구 1,000명당 병상 수 (Beds)	5.3	7.0
보건의료재정		
- 인구당 보건의료비 (US\$)	669	1,430
- GDP대비 보건의료비율 (%)	6.1	6.3
- 공공보건지출 비율 (%)	65.0	59.5

* 출처: Chiang TL, Health care policy in Taiwan, 2003; Ministry of Health and Welfare, R.O.C (Taiwan), 2017.

2) 보건의료제도의 특징

○全民건강보험제도 (National Health Insurance)

- 1995년, 12개 공적보험을 통합하여 단일보험자에 의한 전 국민 의료보장 체계 달성
- 국가사회보험방식(National Health Insurance, NHI)으로 중앙건강보험국이 관리운영을 맡고 있음
- 2013년, 제2세대全民건강보험 시작: 보험료 부과체계 개편, 정부 재정 책임 확대, 운영조직 재정비, 의료자원 효율적 관리, 소외계층 지원 및 자격취득 기준 강화, 주요 정보의 투명화 등
- 정신질환 관련 서비스(재활, 중간집, 가정방문 등) 포괄적으로 보장

○ 중대상병제

- 암 등 중증질환의 경우 본인부담금 면제해 주는 제도, 무려 100여개 넘는 중증만성질환을 중대상병 리스트에 올려 본인부담을 완전히 없애줌
- 전체 국민의 2.9%가 중대상병 등록자로 올라 있으며, 이들의 총 의료비의 25% 사용(2007년 기준)

○ 빈곤층 보호대책

- 사회적 약자계층과 사회적 빈곤층으로 구분해 지원하는 NHI 구제기금에 의한 대부제도
- 소득 능력이 높은 그룹, 자선단체가 기부금으로 지원하는 프로그램 강화

○ 진료비 지불방식

- 총액예산제
 - ▶ 전국민 의료보험 실시 후 늘어나는 의료비 관리 위해 1998년부터 실시
 - ▶ 건강보험국과 공급자협회가 협상을 하여 전체 의료기관에 지불할 수 있는 예산 총액의 상한선을 설정해 놓은 후에, 공급자 협회 내에서 이를 각각의 의료기관에 나누는 제도총액예산 내에서 개별의료기관은 행위별 수가제에 기초, 질 저하를 방지하기 위해 의사협회와 협조하여 의료공급자 질을 평가
- 포괄수가제
 - ▶ (총액예산제 下) 신투석, 분만, 제왕절개 등 53개 질병군에 적용

II. 대만의 정신보건정책

1) 연혁

- 1985년, Hospital Accreditation, '정신의료개혁' 시작
 - 매 3-4년마다 정신보건의료서비스 질 향상 위한 병원 인증
 - 53개였던 정신의료기관 감소세
- 1986년, Mental Health Network Projects
 - 정신 보건 관련 예산 확대, 정신보건의료서비스 접근성 및 질 향상
- 1989년, 정신과 전문의 자격 인증

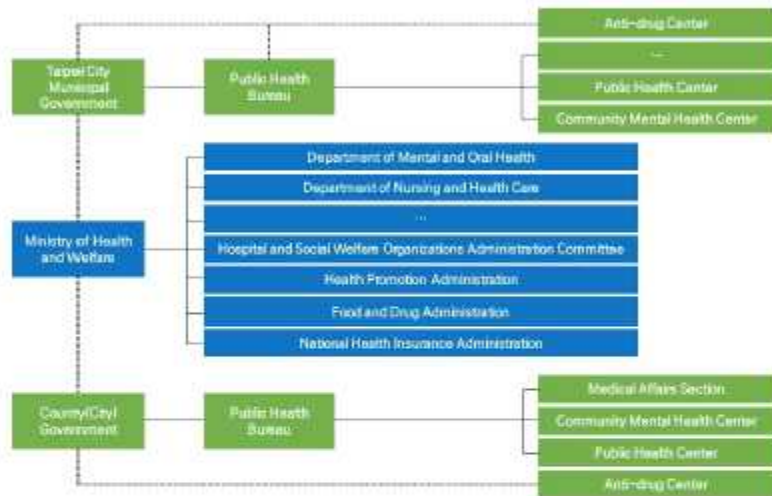
- 1990년, '정신보건법(Mental Health Law)' 제정
 - 정신질환자 인권 강화, 위험한 정신질환자 강제입원
- 1995년, '장애인 보호법(Disabilities Protection Act)' 정신 장애인 포함
- 1997년, 작업치료사(occupational therapists) 자격 인증
- 1998년, 아동 정신과 전문의 자격 인증
- 2001년, 심리치료사(psychologists) 자격 인증
- 2004년, 타이베이시 '긴급의료제도' 제정
 - 정신과 진료 필요해 보이는 환자에게 즉각적인 의료서비스 지원할 수 있도록 시립병원 정신과 의사의 의무사항 규정
- 2005년, '국가 자살예방센터(National suicide prevention center)' 설립
- 2006년, '약물중독관리 프로그램(Methadone program)' 시작
- 2007년, '정신보건법(Mental Health Law)' 개정

2) 대만의 정신보건 관련 기관

- 중앙행정기관
 - Department of Mental and Oral Health, Ministry of Health and Welfare
 - ▶ 2013년, 통합된 '부'로 승격, 의료서비스와 사회서비스 기관들 간의 원활한 상호작용 위함.
 - ▶ 정신건강 증진, 정신질환에 대한 케어(care), 약물 및 알코올남용 치료, 가정폭력 및 성폭력 가해자의 치료, 총 4개의 정신건강 관련 부서로 구성
- 시군 단위 보건국(22)
 - 1999년, Mental Health Center at each county and city
- 국공립 정신병원
 - 대만의 보건복지부(Ministry of Health and Welfare)에서 국립병원을 설치·운영하는 한편, 시도의 공공병원 및 지역의료기관도 총괄함.
 - ▶ 7개 권역으로 나뉘어, 대만 보건복지부 직속 병원 4곳, 보훈청 1곳, 타이

베이 시 1곳, 가오슝 시 1곳으로 운영됨.

- ▶ 4년마다 독립된 별도의 기관에서 정신의료기관에 대한 평가 인증 실시함.
- ▶ 핵심병원은 공공병원을 평가하여 선정되는 경쟁체제를 취하고 있음.
- 2010년 기준, 보건부와 시도에서 직접 설치운영하는 급성기 정신과 병상의 비율은 전체 병상의 35%에 달함.



[그림 3] Organization chart of Mental Health in Taiwan

3) 정책방향

○ 탈수용화에 따른 지역사회 중심 서비스 제공

- 1990년대 이전 수용 중심의 서비스 → 탈수용화
- ▶ 1985년 정신건강 네트워크 프로젝트 시행을 계기로 "정신보건 예산의 확대", "지역사회 재활센터 설치" 등 공공중심의 정신보건 서비스가 추진 되기 시작함.
- ▶ 1998년 "병원인증제 시행", 1990년 "정신위생법 제정", 1995년 "국민 건강보험법 제정", 2007년 "정신위생법 개정" 등이 진행되면서 지역사회 정신보건서비스가 더욱 안정적으로 발전하게 되었음.
- 정부 주도로 장기 입원 지양 및 지역사회 정신보건·재활 서비스에 중점

- ▶ 국립병원 중심으로 국가의 정신보건정책 개발, 공공기관 중심으로 연구와 정신건강증진, 지역사회 정신보건 서비스 등의 사업도 활발하게 추진하고 있음.
- ▶ 진료 형태도 병상 수를 줄이고, 재활시설 등 지역사회 서비스의 비율을 늘려 불필요한 자원일수를 줄이고 치료의 질을 높이는데 주력하고 있음.

4) 비자의 입원 관련 정책

○ 기준¹⁾

- 자신 또는 타인을 심각하게 해할 염려가 있고 종일 입원 치료의 필요성이 있는 경우에만 비자의 입원을 허용하고 있으므로 자·타해 위험 및 치료 필요성 두 가치를 만족해야 함.
- 국가 간 차이
 - ▶ 자·타해 위험과 치료필요성 모두 충족을 요구하는 국가는 3개 국가(루마니아, 노르웨이, 대만)
 - ▶ 자·타해 위험 기준만을 따르고 있는 국가는 13개 국가(미국, 오스트리아, 불가리아, 벨기에, 키프러스, 체코, 에스토니아, 헝가리, 리투아니아, 룩셈부르크, 말타, 네덜란드, 독일)
 - ▶ 치료 필요성만을 따르는 국가는 2개 국가(스페인, 이탈리아)
 - ▶ 자·타해 위험 또는 치료필요성 기준 중 하나의 충족을 요구하는 국가는 18개 국가(캐나다, 브라질, 영국, 프랑스, 덴마크, 스웨덴, 아일랜드, 그리스, 핀란드, 폴란드, 라트비아, 포르투갈, 슬로베니아, 슬로바키아, 호주, 뉴질랜드, 일본, 홍콩)

○ 관련 법

- 1990년, 강제입원 제도를 담고 있는 정신위생법 제정
- 2007년, 정신보건법 개정에 따라 강제입원 제도 내용 또한 대폭 개정
 - ▶ 이후 강제입원률 감소 시작
- 장애인의 권리에 관한 협약 (The Convention on the Right of Person with Disabilities, CRPD)

1) Yoon SJ, Kim CY, Ahn JH. Critique of Mental Health Welfare Law in Korea : Focusing on Involuntary Hospitalization Criteria. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 2018;57(2):145-156.

- ▶ 신체 장애, 정신 장애, 지적 장애를 포함한 모든 장애가 있는 이들의 존엄성과 권리를 보장하기 위한 유엔 인권 협약으로, 2006년 12월 13일 유엔 총회에서 채택됨.
- ▶ 대만에서 국가법 차원으로 2014년 'Act to Implement CRPD' 채택
- ▶ 이에 따라, 입원기간은 30일로 제한되어 있으며, 강제입원 역시 2달 이내에서만 가능하나 7인의 전문가(의사, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 작업치료사, 가족, 변호사)와 환자가 반드시 화상 회의를 통해 입·퇴원 여부 결정

III. 대만의 정신보건복지 전달체계

1) 정신보건 네트워크 프로젝트 (Mental Health Network Projects, MHNP)

○ 개요

- 대만은 1985년 시작된 '정신보건 네트워크 프로젝트'를 통해 핵심병원 지정 등 지역사회 정신보건의 체계적 틀을 마련함.
- 전국을 7개 지역으로 나누어 각 지역마다 핵심병원을 두고, 시스템과 네트워크 정비, 법적으로 사회사업부, 노동부, 교육부와의 조율을 의무화함.

○ 연혁

- 1986-1990, 1st MHNP: 급성입원환자에 대한 자원 확대(보조금 지급), 지역사회기반 정신보건의료서비스 시범사업 실시(재활센터, 중간집 등)
- 1991-1996, 2nd MHNP: 1994년까지 급성입원환자 보조금 지급, 정신의료기관 및 지역사회 정신보건의료서비스 제공기관 증가, 지역사회 네트워크 확장
- 1997-2001, 3rd MHNP: 지역사회 중심 서비스 제공, 중간집 프로그램 (halfway house program)
- 2002-2004, 4th MHNP: 환자 안전, 재난 관련 정신건강, 법의학 정신과 의사(Forensic psychiatry)
- 2005-2008, 5th MHNP: 자살예방, 약물 오남용, 지역사회 중심 서비스 제공
- 2009-2012, 6th MHNP: 시스템 통합, 질 평가 지표, 정신건강 증진

- 2013-2018, 7th MHNP: 자살예방, 정신건강증진, 재난 관련 정신건강, 약물 오남용 예방 및 치료



[그림 4] Mental Health Network Projects in Taiwan

* 출처: Happy Kuy-Lok Tan, 대만 정신의료기관 서비스 현황 및 시사점, 환자중심의 정신보건의료서비스 제공을 위한 정책토론회 발표자료, 2018.03.22.

○ 특징

- 각 지역의 거점병원(core hospital)은 대학병원 정신과나 도시지역의 공립 정신병원을 중심(병상비율 공립 2.4 : 사립 1.0)으로 함
 - ▶ 거점병원의 주요업무: 지역 네트워크 연계, 지역 보건/사회/정책 부서 간 협업, 정신과 전문의 훈련, 지역 정신보건의료서비스 제공 시설 자문, 자살예방, 약물오남용 예방 및 치료, 가정폭력 및 성폭력 피해자 치료 프로그램, 재난 관련 정신건강서비스, 학교 정신건강 관리
- 서비스 제공주체: 정신과 의사, 간호사, 임상심리사, 사회복지사(social worker), 작업치료사가 팀을 이루어 질병관리
- 서비스 내용: 평가, 교육, 장기지속형 주사제 제공 등 의료적 처치, 스트레스 관리, 재발예방, 지역사회 적응 지원 등
- 효과: 도시지역 중심으로 정신과 진료소(clinic), 낮병동, 재활시설, 중간 집(Half way house), 너싱홈(Nursing home) 증가 추세 → 정신과 병상 수 완만하게 감소

[표 2] 대만 정신보건 네트워크 프로젝트의 효과

연도	낮병동	재활시설	중간집	너싱홈
1990	559	461	71	-
1995	1,969	630	286	-
2000	4,045	724	1,735	-
2005	5,694	1,931	2,899	917
2015	6,233	3,281	5,519	3,494

• 1986, Mental Health Network Projects
 • 1995, National Health Insurance, covered OPD, admission and rehabilitation
 • 2004, Encourage setting up of rehabilitation centers and half way houses

* 출처: Happy Kuy-Lok Tan, 대만 정신의료기관 서비스 현황 및 시사점, 환자중심의 정신보건의료서비스 제공을 위한 정책토론회 발표자료, 2018.03.22.

2) 정신보건서비스 제공체계

○ 제공주체

- 정신과 의사, 간호사, 임상심리사, 사회공작사(사회복지사), 작업치료사

○ 제공기관

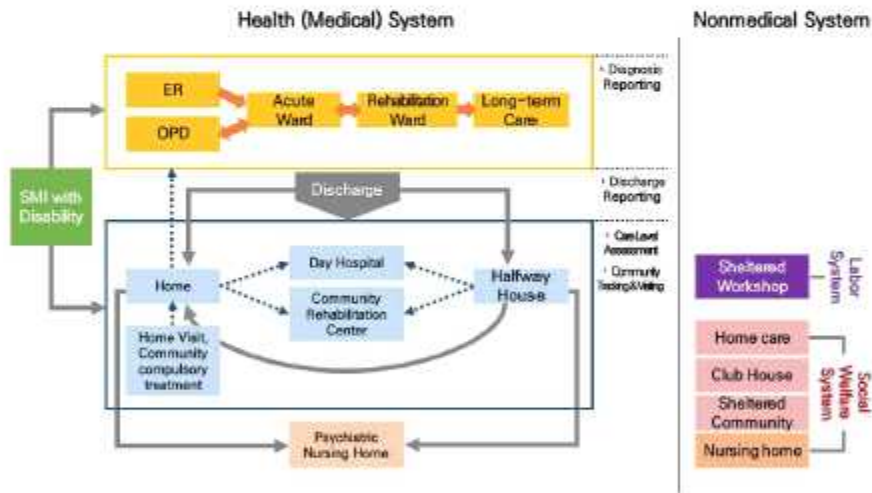
- 급성 및 만성 병원 45개소(수련병원 10개소), 정신재활시설 211개소(67개소 Day

rehabilitation center, 144개소 Recovery home), Nursing home 42개소

- ▶ Long term care 서비스(nursing home)는 고령의 정신질환자 care를 위한 서비스로, 간호사에 의한 care가 이루어지며 별도의 사회보험제도로 지원받아 운영 (참고) 현재 대만에는 '장기요양보험' 없음. 3년 전 산실 고려했으나 정부 차원에서 '예방' 서비스에 집중하여 우선순위에서 밀려남.

○ 서비스 내용

- 대상에 따라 서비스의 내용 달리하여 제공
- ▶ 일반시민: 교육, 인식도 향상, 홍보 등의 일반적인 서비스 제공
- ▶ 임산부, 아동, 청소년, 노인 등: target 그룹으로 정하여 특화 서비스 제공
- ▶ 정신질환자: 입원치료 및 지속적인 사례관리서비스 제공
- ▶ 자살시도나 가정폭력 등 고위험군 대상: 사회복지사에 의한 아웃 리치 서비스를 포함한 집중 서비스 제공



[그림 5] Care Systems for Severe Mental Illness (SMI) in Taiwan

○ 성과관리

- 인센티브 제도 활용한 질 관리 시행

방문기관별 세부내용

I. 보건복지부 Department of Mental and Oral health

<https://www.mohw.gov.tw>

No.488, Sec. 6, Zhongxiao E. Rd., Nangang Dist., Taipei City 11558 / 886-2-8590-6666

1) 개요

○ 독립된 부서 설립의 배경

- 2013년, '정신건강 관련 전문가의 강한 의지'를 바탕으로 정신보건 부서의 규모 확장 및 독립 가능
 - ▶ 2008년 보건복지부 장관이 정신보건 분야에 관심이 많았고, 정신과 의사들이 다른 분과로부터 독립을 원했음.
 - ▶ 또한, 정신보건서비스 분야와 사회복지서비스 분야의 결합 필요성이 대두됨.

○ 부서 구성

- 정신건강증진(Mental Health Promotion)
 - ▶ 정신건강증진 전략 및 프로그램 개발
 - ▶ 자살예방전략
 - ▶ 재난관련 정신 건강
 - ▶ 정신건강증진 네트워크 개발
- 정신질환관리(Mental Illness Care)
 - ▶ 정신보건 시설 및 인력 강화와 개발
 - ▶ 정신질환 예방 및 관리를 위한 정신보건 지역사회 네트워크 수립
 - ▶ 비자의입원과 지역사회 치료
 - ▶ 지역사회 내 정신질환자 사례관리
- 약물 및 알코올 남용 치료(Drug and Alcohol abuse treatment)
- 가정폭력 및 성폭력 피해자 치료(Domestic violence and Sexual assault offenders treatment)

2) 정신건강서비스 분야의 예산 및 재원

○全民건강보험

- 정신질환자를 위한 응급, 외래, 입원 서비스, 홈케어, 데이케어, 재활센터와 중간집(half way house) 서비스 모두 포함
 - ▶ 단, 의사진단 및 의뢰서 필수
- 연간 약 260~280억 NTD

○정부예산

- 공무예산(Regular Budget)
- 의료발전기금(Medical care developing funds)
- 공익채권회귀금(Feedback Fund of Public Welfare Lottery)
 - ▶ 지방 보건국의 공중보건 관련 계획 집행 및 재정 보조금으로 활용
- 연간 약 22억 NTD
 - ▶ 의료서비스 보다 일상적 지원 시스템 관련 분야 포괄
 - ▶ 단, 정신장애 외 장애와 관련된 일상적 지원 및 재활은 복지기금에서 지급

3) 비자의입원

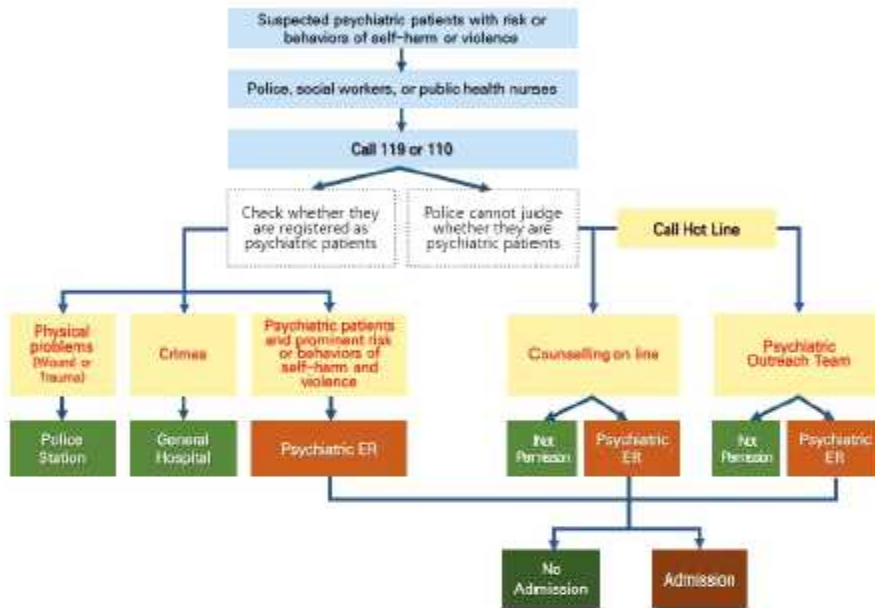
○ 관련 정신보건법(Mental Health Act)

- Escort Medical Care (Article 32)
- Mandatory Hospitalization (Article 41, 42)

○ 비자의입원 관련 통계

- 비자의입원 건수(Escort Medical Care Process): 지난 3년 동안 연평균 약 5,000건
 - ▶ 2018년, 4,286 건
 - ▶ 2019년 6월까지, 1,591 건 (자해 14.7%, 타해 27.3%, 자해 위험 16.3%, 타해 위험 27.4%)
- 입원 심의 건수(Review Committee Cases)
 - ▶ 2018년, 642 건 (승인 592건, 전체 92.2%)
 - ▶ 2019년 5월까지, 230 건 (승인 214건, 전체 93%)
 - ▶ 실제 비자의입원을 4~5%로 추정

○ 비자의입원 절차(Escort Medical Care Process)



[그림 6] Escort Medical Care Process

4) 정신질환자 대상 지역사회 서비스 모델

○ 국가 정신질환자 등록 시스템 (National Psychotic patients registration system)

- 30여 년 전부터 시작
- 등록 기준은 따로 없으며, 대부분 의료기관에서 퇴원 시 지역사회 보건국(health bureau)에 보고하면 등록되는 시스템
- 질환별 분포는 조현병 및 양극성 장애가 75%로 제일 많이 차지하며, 그 다음으로 약물 및 알코올 중독자 비율이 높음.

[표 3] Community Psychotic patients

Year	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	Total
2013	14,678 (10.9%)	5,837 (4.4%)	34,480 (25.7%)	78,104 (58.2%)	1,189 (0.9%)	134,321
2015	13,720 (9.6%)	21,162 (14.9%)	37,506 (26.3%)	69,208 (48.6%)	815 (0.6%)	142,416
2017	17,928 (12.9%)	17,239 (12.4%)	42,812 (30.7%)	60,823 (43.6%)	767 (0.6%)	139,569
2019	21,842 (15.5%)	19,917 (14.2%)	37,596 (26.7%)	60,463 (43.0%)	972 (0.7%)	140,790

○ 사례관리자 (Case Manager)

- 지역사회 정신보건서비스 제공자로서 역할
 - ▶ 가정방문/전화 통한 의료서비스 제공(투약, 의료기관 정기 방문 등 지속치료 독려, 강제치료, 지역사회 관리위한 질 향상 프로그램 등)
 - ▶ 기타 사회적 지지 제공
- 대상자 대비 사례관리 인력 비(Caseload) 1:360 → 목표 1:80
- 사례관리자 고용은 지역사회 보건국 예산(Funds local Health Bureau)에서 부담

5) 최근 대만의 정신보건 정책 이슈

○ 정신보건법 개정

- 목표
 - ▶ 장애인에 대한 권리 관련 협약(CRPD) 정신에 부합하도록 정신보건법 일부 조항 개정 필요
 - ▶ 개정안에 따라 장애인 인권에 대한 관심과 존엄성 증대 기대
- 주요 내용
 - ▶ 사전 동의(Informed consent) 관련 7개 조항 개정
 - ▶ 개인의 자유(Personal freedom) 관련 5개 조항 개정
 - ▶ 평등한 삶(Equal life) 관련 2개 조항 개정
- 진행 사항

- ▶ 2016-2017년, 1차 개정안 전문가 회의
- ▶ 당사자, 전문가, NGO 단체 등 다양한 그룹의 의견 취합
- ▶ 2018년, 공청회 개최 후 개정안 수정
- ▶ 2019년 12월, 최종 개정안 도출 예정

○ 기타

- 만성기 병상 축소 문제: 그동안 우선순위 밖 문제영역으로 최근 문제제기 시작
- 지역사회 인력 확보 문제: 특히 가족 부담 감소 방안 모색 필요

6) 시사점

- 대만의 보건복지부 내 정신보건국이 독립된 부서로 존재하며 관련 전문 인력을 확보하여 적극적으로 정책을 추진한 것은 대만의 지역사회 기반 정신보건 체계 발전의 중요한 원동력이었음.
- 또한 제도적으로全民건강보험에서 정신보건서비스를 포괄적으로 보장함으로써 지역사회 연계 및 지역사회 내 치료의 연속성 유지가 원활할 수 있게 함.
- 중증·정신장애인의 인권 증진을 위해 지속적으로 정신보건법 개정 노력을 기울이고 있으며, 그 결과 낮은 비자의입원율(4~5%)을 달성할 수 있었던 것은 우리나라에도 많은 시사점을 줌.



[사진 1] 대만 보건복지부

II. Taipei City Hospital, Sonde Branch

<https://tpech.gov.taipei/mp109201>

No. 309, Songde Road, Xinyi District, Taipei City 110 / 886-2-2726-3141

1) 타이베이 시의 정신보건 체계

○ 개요

- 인구 2,668,572명, 면적 2,717,997km² (2018년 기준)
- 약 18,000명 중증정신질환자 등록
- 타이베이 시립 병원 7개, 보건소(Health Center) 12개

○ 사례 관리(Case Management)

- 구성: 사례관리사 1명, Head Nurse 1명, Senior nurse 2명, Public Health Nurse 7명, 정신건강전문가 1명, 정신건강사회복지사 1명

○ 자원

- 외래 서비스: 23개 병원, 48개 개인의원(Private Clinic)
- 급성기 병동: 11개 병원/ 1,245병상
- 만성기 병동: 4개 병원/ 495병상
- 낮 병동: 17개 기관/ 1,228병상
- 지역사회 재활 센터: 6개/ 368병상
- 정신질환 너싱홈: 1개/ 60병상
- 중간집: 43개/ 1,256병상
- 가정방문: 7개 기관

2) 기관개요

○ 역사

- 1969.04.15. 창립 (National Taiwan University Hospital)
- 1981, 최초 정신과 전문의 수련 병원 지정

- 2005, Taipei City Psychiatric Center(TCPC) 포함 8개 병원이 타이베이 시립 병원으로 통합

○ 특징

- 대만 북부 지역의 740만 거주자에게 통합적 정신건강서비스 제공(급성기 관리, 응급 서비스, 낮병동, 지역사회 관리 등)
- 24시간 정신 응급 서비스 운영

○ 미션

- 최상의 정신보건의료 서비스 제공
- 훌륭한 정신과 전문의 양성프로그램 제공
- 타이베이 의과대학에 정신과 커리큘럼 제공(clerkships, internships 포함)
- 정신과 분야 연구 수행

○ 부서

- Adult Psychiatry
- Child and Adolescent Psychiatry
- Addictive Science
- Community Psychiatry
- Psychosomatic Medicine

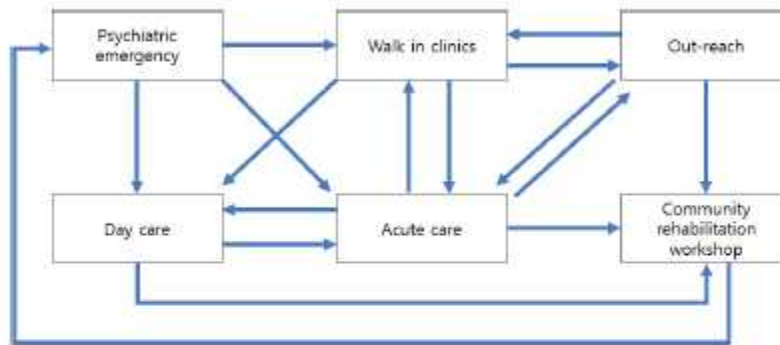
○ 시설 및 인력

[표 4] Beds for TCPC

Ward		Beds
General bed	Acute psychiatric ward	245
	Intensive rehabilitation ward	120
	Chronic rehabilitation ward	133
Special bed	Emergency room	16
	Psychiatric ICU	12
Total		526
Day hospitalization (Day Care)		240
Psychiatric nursing home		60
Community Rehabilitation Center		273

- 인력: 정신과 전문의 31/수련의 23, 일반의 1, 신경과 전문의 2, 간호사 225, 약사 21, 임상심리사 11, 사회복지사 18, 작업치료사 20, 의료기사 10 등)

3) TCPC의 정신보건서비스



[그림 7] Integrated psychiatric services of TCPC

- Outpatient clinics
- Emergency services
- Admission services

- Acute adult psychiatric ward (including psychiatric ICU)
 - ▶ 환자가 급성기 치료를 끝낸 후 퇴원을 하거나 재활서비스를 받는 중 기능이 떨어져 독립적 생활이 불가능하거나 사회에 적응이 어려운 경우, 투약순응도가 떨어지는 등의 사유로 만성병동에 가게 된다고 함.
 - ▶ Day Hospital 714 NTD/day , Chronic Hospital 816 NTD/day
 - ▶ 일반적으로 급성 병동에 45일 이내 입원 후, 병원 내 재활 병동에 3개월 정도 입원 기간을 거쳐 퇴원을 하게 됨.
- Geriatric ward
- Substance and alcohol detoxification ward
- Child and adolescent ward
- Neurosis ward

- Active rehabilitation services
- Day hospitalization (Child and adolescent, adults, elderly)
- Rehabilitation ward
- Psychiatric nursing home
- Community psychiatric services
 - Outreach services (Home visit)
 - ▶ 중증정신질환자(치매, 조현병, 섬망 등) 대상으로 지역적 책임성을 갖고 정신과 의사 또는 간호사가 가정방문 교육, 투약, 간호 및 재활활동 등의 서비스를 제공함.
 - ▶ 2014년 1,156건 → 2018년 2,102건
 - ▶ 효과: 관련 연구결과, 서비스 시행 2년 이내 입원, 입원기간, 응급실 방문이 유의하게 감소함.
 - Compulsory community treatment
 - ▶ 지역에서 강제성을 띠고 외래 치료를 하도록 하며 치료 안할 시 입원 시키도록 함.
 - Emergency outreach services
 - ▶ 지역사회 급성환자 발생 시 정신보건법 의거하여 정신과 의사가 직접 현장에 가서 관여함. 현재 타이베이 시 2개 병원만 운영 중임 (Beitou Armed Forces Hospital, Taipei City Psychiatric Center).
 - ▶ 43% 경찰에 의해 연락이 옴.
 - 지역사회에서 정신과적 상담 및 치료 활동 증진, 12개 보건소에서 상담 서비스 진행, 고민, 관계 어려움, 경미한 우울증 문제를 가진 대상, 정부에서 저소득층에게 일반 시민보다 저렴한 상담료를 지원함.
- Community rehabilitation centers

4) 비자의 입원 및 치료

- 비자의 입원 기준 및 심의절차
 - 심각한 증상, 자·타해 위험 있는데 입원에 동의하지 않는 경우
 - 2명 이상의 전문의가 신청(자·타해 위험 없는 경우 1명의 의사 신청 가능)

- 7인의 전문개(정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 변호사, 인권 전문가 등)로 구성된 심의위원(전체 pool 200-300명) 신청 2일 이내 위원회 개최, 5일 이내 판정 → 5명이상 동의해야 비자의입원 가능
- 심의위원회는 환자의 비자의 입원을 반드시 대면 회의를 통해 결정하며, 환자의 상태를 비디오 영상 또는 전화 인터뷰 보고 판단해야 함
- 심의위원회는 거의 매일 개최됨 (연간 700건 정도)
- 심의 결과를 받아들이지 않을 경우도 있고, 심의과정 중에 환자 설득 되어 자의입원으로 변경되기도 함.
- 한계
 - ▶ (심의 절차 상 어려움) 과거에는 심의결과 비자의입원 허가가 나지 않을 경우 재심의를 가능했지만, 현재는 재심의 불가능
 - ▶ (정신보건법의 한계) 심의위원회의 부담이 커서 사법판단에 맡겨지는 의견도 있음
 - ▶ (병원호송의 문제) 호송을 결정하는 주체(경찰, 의료전문가)에 대한 현실적인 어려움에 대해 개선하고자 하는 노력 지속되고 있음.

○ 강제치료(Compulsory Community Treatment)

- 정신보건법 개정 이후 비자의입원율은 급격히 감소한 반면, 강제치료 건 수는 개선되고 있지 않음.
- 비용 문제가 원인일 것으로 추정됨.

5) 시사점

- 병원 내 병동 운영을 급성·만성으로 구분하여 운영하고 있음. 급·만성 병동의 역할을 구분하고 수가를 다르게 적용하고, 급성 병동에 시설 및 인력을 집중 투입하여 입원 시 집중 서비스 제공이 가능하게 함.
- 고령의 만성 중증정신질환자(대부분 조현병) 대상의 정신요양시설(Nursing home)을 운영하여 지역사회에 복귀가 필수적인 젊은 층 환자와 차별화된 서비스 제공을 하고 있음.
- 조기개입 중재 및 고위험군 프로그램은 2018년에 시작하여 향후 프로그램 발전과정 및 효과를 관심 있게 지켜보아야 할 것임.



- 병원 안내도



- Acute Ward



- Nursing Home



- 병원관계자들과 함께

[사진 2] 타이베이 시립 송더 병원

III. Fu-Zhong Occupational Center

5F., No. 151, Fugang St., Shilin Dist., Taipei City 111 / 886-2-2880-1300

1) 기관개요

○ 특징

- Taipei City Hospital, Sonde Branch에서 운영하는 기관
- 지역 거점 재활 센터의 할 수행(직업 재활 중점)
 - ▶ 타이베이 시, 51개 정신재활시설 중 하나 (Day rehabilitation center 6개, Recovery home 45개)
- 출퇴근 개념으로 보호자 동행 없이 등교
 - ▶ 월요일부터 토요일, 오전 9시부터 오후 4시까지 이용
 - ▶ 센터 내에서 대상자는 '학생'으로 불림

○ 등록 대상자

- 총 75명(정원 110명)
- 증상이 없는 안정된 상태의 성인 정신질환자 등록 가능
 - ▶ 취업 원하지만 구직 어려운 자, 정기적으로 치료받으며 본인 스스로 센터 등록 원하는 자
 - ▶ 이용 경로: 다양한 의료기관의 의뢰(의사진단서 필수), 지역주민 이외 대중교통으로 30분 이내 거리의 거주자도 이용 가능

○ 인력 구성

- 센터장 1명
- 사례관리자(Case Manager) 5명
- 직업치료사(Occupational Therapy) 1명(Full time)
- 사회복지사 1명(Full time)
- 간호사 1명(Part time, 6시간/주): 전반적 건강관리, 위생관리, 질병교육 (참고) 약물투약은 대상자 스스로 관리
- 심리치료사 1명(Part time, 4시간/주)

- 자원봉사자

○ 서비스 내용

- 직업훈련: 영수증 등 롤 제작 업무, 베어링 작업, 컴퓨터, 꽃꽂이, 제빵, 미술활동 등 다양한 프로그램 운영
 - ▶ 별도의 고정 수입은 없고, 특별행사 개최 시 해당 수익은 참가자에 분배
- 질 관리
 - ▶ 시설 및 인력, 프로그램에 대한 평가 지표 따라 질 평가 수행
 - ▶ 시 정부에서 연 1회, 국가 차원(Symbol of National Quality, SNQ)에서 4년마다 1회씩 수행

2) 회복 과정 (Recovery Process)

[표 5] Recovery Process in Community Rehabilitation Center

① 계획 (Plan)	② 실행 (Do)
<ul style="list-style-type: none"> - 다학제적 평가(작업치료사, 간호사, 사회복지사) - 대상자와 가족의 요구 사정 	<ul style="list-style-type: none"> - 개별화된 서비스 제공 - 등급별 취업 전 훈련 - 정기적 면담
③ 검토 (Check)	④ 실행 종료 (Act)
<ul style="list-style-type: none"> - 훈련 과정 중 대상자 능력 확인 - 문제 확인 후 계획 및 훈련내용 수정 	<ul style="list-style-type: none"> - 결과 분석 및 퇴소 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 취업(50%) ▶ 원활한 기능 수행으로 지역사회 복귀(30%) ▶ 재입원, 낮은 동기화(20%)

- 센터 이용자 중 약 60% 정도 취업 성공
 - ▶ 구직 방법: 직업 소개 기관 연계(Vocational Rehabilitation Case Management Services for Person with Disabilities), 구직활동 교육, 센터에 직접 구직, 대상자 스스로 구직
- 회복 기간: 평균적으로 전체 25% 정도의 대상자가 4-5년 정도 훈련 후 퇴소, 기간 제한 없이 이용 가능, 일상생활 가능하다고 판단되면 언제든지 퇴소 가능
 - ▶ 센터 이용 중 돌발상황 발생 시 병원 응급 대응팀 호출
 - ▶ 대상자 증상 악화 되거나 부적응 시 다시 병원에 의뢰

3) 예산 및 재원 (약 1,200 만 NTD/년)

- 全民건강보험 지원
 - 대상자 본인부담금 없음
 - 센터 경상운영비(인건비, 운영비 등) 지원
 - 따라서 '정신보건법'에 의거 하여 운영
- 정부예산
 - 경상운영비 이 외 비용 지원

4) 시사점

- 타이베이 시립 병원 소속이지만, 의료기관 및 지역사회 등 다양한 경로를 통해(의사 의뢰에 따라) 센터에 등록하여 치료의 연속선 상에서 지역사회 적응 훈련을 제공함.
- 지역사회 주민과 화합을 위해 적극적으로 노력함.
 - 시설 설립에 대한 주민의 반대에 대해서는 설립 전 지역대표를 적극적으로 설득하는 과정을 거침.
 - 시설 운영 과정에서도 지역주민과 함께 활동하는 프로그램 개설하여, 지역 주민에게 센터를 개방하고 직접적인 홍보를 통해 정신질환자에 대한 인식 개선 노력을 함.



- 센터 내부 안내도



- 주간 프로그램



- 센터 출퇴근 기록지



- Group Therapy



- Workshop



- 질 관리(SNQ)



- 지역주민과 함께하는 연극활동



- 센터장과 함께

[사진 3] 대만 지역사회 재활센터 (Fu-Zhong Occupational Center)

IV. Taoyuan Psychiatric Center

<http://www.tytc.mohw.gov.tw/english>

No. 71號, Longshou Street, Taoyuan District, Taoyuan City / 886-9-2177-6685

1) 기관개요

○ 역사 및 특징

- 1934년 설립, 대만 최초의 공립 정신병원
- 現, Northern Psychiatric Service Network의 핵심 정신과 병원

○ 부서

- 일반 정신의학, 아동·청소년 정신의학, 지역사회 정신의학, 노인 정신의학, 약물 및 중독의학, 정신신체의학, 법정정신의학 팀으로 나누어 운영
 - ▶ 아동·청소년 정신보건서비스: 외래치료, 입원치료 뿐만 아니라 학교를 방문하여 상담 및 치료서비스 제공
 - ▶ 지역사회 정신의학 부서: 낮 병원, 홈케어, 조현병 환자에 대한 사례관리, 지역사회 정신건강 교육, 자살예방 등의 서비스 제공
 - ▶ 정신신체장애부서: 신경증 환자를 위한 특수 클리닉, 재난정신건강, 학교 상담, 가정폭력 및 성폭력 가해자에 대한 치료 등의 서비스 제공

○ 시설 및 인력

- 병상 총 1,111개(응급 10개, 집중치료 4개, 급성 282개, 재활 380개, 성인 낮 병원 200개, 청소년 낮 병원 50개, 소아 낮 병원 50개, 지역사회센터 90개, halfway house 45개)
 - ▶ 응급서비스: 10개의 Observation 베드, 4개의 집중관리 베드 운영. 10개의 Observation 베드의 경우 24시간 운영되며, 급성 정신과 환자 및 자살시도자의 평가 및 치료 진행
 - ▶ 급성 병동: 일반 정신의학과 병상 240개, 노인 정신의학과 병상 30개, 아동·청소년 정신의학과 병상 12개로 구성
 - ▶ 정신재활병동: 6개로 총 380개의 병상
- 전문 인력 총 473명(정신과 의사 40명, 간호사 186명, 사회복지사 20명,

임상심리사 15명, 작업치료사 21명, 약사 18명 등)

2) 타오위안 병원의 정신보건서비스

○ 응급실

- 10개의 병상을 운영하고 있으며, 약물중독자, 자살시도자의 경우는 4개 병상의 집중치료실에서 초기 중재 역할을 수행함.
- 응급실 내원환자 중 약물중독자는 지문 Scan을 통해 신원확인 후, Methadone 치료를 실시하고 있으며 법에 의해 치료명령을 받은 중독 환자에 대해 관리(2주마다 내원하여 검사) 기능을 수행함.
- 응급실 입원기간에 제한은 없으며, 밤 12시부터 오전 8시까지를 제외하고는 언제든지 입원실로 올라갈 수 있음.
- 비용부담이 어려운 경우 전담사회복지사가 사회복지모금 등에서 지원함.

○ 낮병원

- 넓은 공간에 다양한 재활프로그램이 운영. 총 45개의 프로그램이 진행되고 있으며, 이 중 환자들이 희망하는 프로그램을 치료자와 의논하여 선택적으로 참여함.

○ 재활치료 프로그램

- 작업치료분야의 재활프로그램으로 4단계로 구분하여 운영(1단계는 급성병동, 2단계는 만성병동, 3단계는 재활센터, 4단계는 직업재활 단계로 구성하며 직업재활프로그램은 보호작업장, 지지고용, 완전고용 형태로 세분하여 운영)
- 1단계에서는 환자의 기본상태 및 능력을 개선하기 위한 목적으로 기능 및 활동 평가를 진행 하고, 주로 활동 요법(댄스, 캘리그래피 등) 위주의 프로그램을 진행
- 2단계는 자조적이고 독립적인 생활훈련 및 직업을 갖기 위한 훈련 진행. 만성 환자를 대상으로 실시하며 단순하고 반복되는 작업 훈련을 통해 병원 내 단순 업무를 지원하는 역할을 담당하도록 함.
- 3단계는 재활센터에서 입원환자 대상으로 진행되며 베어링 작업, 종이공예, 베이커리 등의 직업훈련과 자존감 향상을 위한 다양한 활동지원

- 4단계는 실제 취업과 연결되는 단계로 퇴원 환자들을 대상으로 지속적으로 세차 업무, 컴퓨터 교육, 중식당 지원업무 등을 훈련하며 이 중 연간 1명 정도는 실제 외부 업체 취업
- ▶ (보호 작업장) 베이커리, 종이공예, 베어링, 세차장에서 진행되는 직업 재활훈련 진행함. 특히 세차장은 국가에서 보조금을 지원받아 병원에서 직영 운영하는 곳으로 기능이 높은 환자들을 대상으로 직업 훈련을 하며 매년 1명 정도의 환자가 완전고용에 성공함.
- 직업 치료팀은 총 41명의 직원으로 구성, 현재 122명의 환자가 훈련 중
- 2013년 ~ 2016년도 재활프로그램 서비스 결과, 총 299명의 환자가 서비스를 받았고, 그 중 183명의 환자가 재활단계를 거쳐 직업현장으로 추천 되었으며, 추천에 의한 고용율은 61.2%, 안정고용은 총 142명 47.5%의 고용율을 보임. 취업한 환자들의 2017년도 월 평균 임금의 경우 평균 950 US\$.

○ Half way house

- 독립적으로 생활하기 이전에 퇴원 환자들이 머무는 중간 집으로 평균 2~3년 정도 거주(3인 1실)
- 총 45개의 병상이 있고, 일상생활 기술훈련, 정신질환에 대한 이해, 직업 상담, 독립생활 준비 의 서비스 제공.
- 이용료는 대부분 정부 지원으로 이루어지고 경제 수준에 따라 본인부담금의 차이가 있음.

4) 시사점

- 병원 내 통합적 정신보건서비스가 다양한 프로그램 형태로 제공되고 있음을 확인할 수 있었음.
- 특히 낮병동, 재활치료 프로그램 활성화로 환자의 지역사회 적응 훈련에 적극적으로 참여할 수 있도록 유도함.
- 중간집과 같은 주거시설과 보호작업장 또한 병원 내 위치하여 환자가 독립되지 않고 독립적인 생활을 준비해나갈 수 있는 환경이 조성되어 있음.



- Emergency Room

- Adult Day Hospital



- Children Day Hospital

- Half-Way House

[사진 4] 타오위안 정신병원 (Taoyuan Psychiatric Center)



- Occupational Department (2nd Stage Recovery Ladder)



- Vocational Rehabilitation (Sheltered workshop)



- Community Rehabilitation Center



- 병원관계자들과 함께

[사진 5] 타오위안 정신병원 (Taoyuan Psychiatric Center) (계속)



중증·정신장애인 의료체계 실태조사

| 인쇄일 | 2019년 12월
| 발행일 | 2019년 12월
| 발행처 | 국가인권위원회
| 주 소 | 04551 서울특별시 중구 삼일대로 340(저동1가)
나라키움 저동빌딩
<http://www.humanrights.go.kr>
| 전 화 | 차별시정국 장애차별조사2과 02)2125-9984
| F A X | 02)2125-0925
| 제 작 | (주)두루행복한세상 (070) 5080-2080

ISBN 978-89-6114-734-7 93510 비매품