

## 지역사회정신보건의 현황과 전망

서 동 우(한국보건사회연구원)

### 1. 우리나라 정신보건의 역사

#### 1) 지역사회정신보건 시작 이전(1990년대 초반까지)

1970년대까지 우리나라에서는 농경사회에서 흔히 보이는 정신질환에 대한 질병관을 갖고 있었다. 다소의 미신적인 질병관이 있었으나 대가족제도와 씨족사회가 발전한 농촌형 지역사회에서 비교적 통합되어 살아가고 있었다. 특히 농사일은 노동의 특성상 공간적·시간적 제약이 적어 정신질환자가 수행하기에는 큰 어려움이 없었고, 이로 인해 기본적인 생산성을 소유한 노동력으로 활용되면서 살아갈 수 있었다. 정신질환으로 인한 가족의 부담은 대가족제도에서 공동으로 흡수되었고, 평균수명도 짧은 편이어서 정신질환이 사회적 부담이나 사회적 이슈나 문제로 발전하지 않는 편이었다.

그러나 1970년대에 들어서 우리나라는 몇 십년간의 짧은 기간에 선진외국에서 몇 세기동안 경험했던 사회경제적 변화를 압축적으로 경험하기 시작하면서 짧은 기간동안 농경사회에서 자본주의적 산업사회로 전환되었다. 이에 따라 우리나라는 광범위한 변화가 사회의 전 분야에서 빠르게 일어나게 되었다. 산업화와 도시화가 빠른 속도로 일어나면서 전통적인 가족형태인 대가족제도가 붕괴되면서 빠른 속도로 핵가족화가 진행되었다. 이에 따라 정신질환자에 대한 가족의 역할이 점차로 축소되기 시작하였다. 또한 공업화와 함께 진행된 도시화는 인구의 유동성을 증가시키면서 전통적 지역의 공동체적 기반을 약화시키면서 정신질환자에 대한 시각에도 변화를 맞게 되었다. 산업화의 진행

은 정신질환자가 참여할 수 있는 생산활동의 범위를 급속히 감소시켰고, 이에 따라 정신질환자들의 생산성(지역사회와 가족내에서의 효용성)이 감소하면서 사회와 가족의 '무거운 짐'으로 여겨지기 시작하였다.

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

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

## 2) 지역사회정신보건의 시작(1990년대 초반부터 1995년 정신보건법 제정까지)

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

1980년대 중반이후 WHO 등의 국제기구로부터의 우리나라 정신보건 서비스 체계의 후진성에 대한 지적과 지역사회정신보건서비스의 확대에 대한 권고가 지속되었으며, 많은 정신보건 전문가와 공무원들이 선진외국의 선진적 정신보건 서비스 체계를 접할 기회가 많아지기 시작하였다. 외국에서 지역사회정신보건서비스에 대한 직접 또는 간접적으로 경험한 정신보건 전문가가 증가하였고, 이들 중 일부가 1992년 정신보건연구회를 만들어 지역사회정신보건에 대한 이론적 토대를 정리하면서 이를 사회적 아젠더(agenda)로 이슈화하고 정부를 설득하였다. 이를 통해 정부 내에서도 지역사회정신보건

에 대한 기본적인 관심이 시작되었다.

이에 따라 1994년부터 보건복지부가 ‘지역사회정신보건사업체계 개발 및 정신보건의 현황과 정책개발’(서울의대 의료관리학교실), ‘정신질환자 재분류 및 정신의료시설기준 개발연구’(아주의대 정신과학교실), ‘정신보건의 현황과 정책과제’(한국보건사회연구원), ‘학교 정신보건사업’(연세의대 정신과학교실), ‘정신요양원 수용자의 사회복귀 및 거주시설 운영’(아주의대 정신과학교실), ‘도시재가환자를 위한 지역사회정신보건 시범사업’(아주의대 정신과학교실), ‘농촌 재가환자를 위한 지역정신보건 시범사업’(서울의대 정신과학교실) 등의 용역연구를 실시하면서 지역사회정신보건에 대한 이론적 토대를 구축하고 지역사회정신보건서비스 이념의 시범적 적용을 시도하였다.

1995년 3월 정신보건전문가들의 연합체인 한국정신사회재활협회가 출발하여 정신장애인에 대한 재활여건 조성 및 재활프로그램 개발, 정신장애인의 인권보호와 가족들에 대한 교육과 지원 등을 하면서 지역사회정신보건을 추동하는 NGO가 처음 탄생하였다. 또한 1994년 부산 및 경남지역에서 한국정신보건가족협회가 설립되었고, 1995년 한국정신사회재활협회의 가족교육 등의 지원을 받아 경인지역에 대한정신보건가족협회가 창립되었다. 비록 가족협회가 두 단체로 분리되었으나 이들은 정신보건법의 통과과정을 계기로 정신장애인과 가족들의 권리와 책임을 자각하기 시작하였고, 지부와 회원수를 늘리면서 점차 영향력을 확대해나가고 있다.

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

지역사회정신보건으로의 국가 정신보건정책의 전환과 함께 정신보건법을 통해 정신질환자의 치료와 재활이 획기적으로 개선될 수 있는 국가예산의 투자를 기대하면서 대한신경정신의학회, 한국정신사회재활협회, 두 정신보건가족협회 등이 그 제정을 위해 노력하였으나 실제 정신보건법은 정신질환자의 인권과 사회복귀 등에 대한 선언적 의미 이상으로 정신질환자에 대한 치료 및 삶의 질 개선을 위한 국가정책 우선 순위의 상향적 조정이 미흡한 편이었다.

### 3) 지역사회정신보건의 확대(1995년 정신보건법 제정 이후)

지역사회정신보건을 위한 정신보건법의 실질적 지원은 미흡했으나 정신보건법 제정을 기점으로 해서 잠재되었던 정신질환자와 가족의 재활을 포함한 포괄적인 서비스에 대한 욕구가 분출되고, 한국정신사회재활협회나 정신보건센터 등에서 실시한 가족교육을 통해 가족들의 의식화가 진행되었다. 또한 정부의 노력과 정신보건센터 등을 통한 지역사회내에서의 대국민 홍보를 계기로 지역사회정신보건사업에 대한 일반국민과 공무원의 인식의 폭이 넓어지게 되었다.

지역사회정신보건 서비스에 대한 투자도 적게나마 시작되었고, 서울과 경기지역을 중심으로 지역사회정신보건 서비스를 제공하는 인프라가 구축되고 연결되기 시작하였다. 1997년 효과적인 정신보건정책의 추진을 위해 중앙정부에 정신보건복지 서비스의 기획과 추진을 담당하는 정신보건과가 출범하기에 이르렀고, 1998년부터 충청남도와 광주광역시 등의 지방정부에서도 정신보건 업무를 담당하는 주무부서(계)가 출범하였다. 그러나 중앙정부단위에서 청(廳) 단위의 조직이 있고, 정신보건연구를 위한 국립연구기관이 설립되어 중앙 및 지방정부의 정신보건사업을 지원하며, 지방정부 단위에서도 우리나라의 국(局) 단위의 조직이 있는 미국 등에 비하면 정신보건문제에 대한 사회적 우선 순위가 아직 부족한 실정이다.

2000년 1월부터 장애인복지법의 법정장애에 정신분열증, 양극성정동장애 및 반복성 우울장애 등 정신장애와 자폐증 등이 포함되었고, 이에 따라 지역사회에 거주하는 정신장애인과 자폐증 아동 및 청소년은 장애인복지법에 따른 기본적인 복지서비스를 통해 지역사회 거주시 필요한 사회경제적 지지체계가 미흡하나마 보완이 되었다.

1995년 정신보건법 제정과 함께 서울특별시와 경기도가 주도하는 지역사회정신보건사업이 출발하였다. 1998년부터는 서울특별시와 경기도에서 운영하던 정신보건센터 모델을 보건복지부가 이어 받아 전국 16개소의 거점 정신보건센터 운영을 지원하고 있다. 2002년 현재 서울특별시에 7개, 경기도에 21개, 서울 및 경기도를 제외한 전국에 20개, 총 48개의 정신보건센터가 운영되고 있다. 보건소에서도 기본적인 정신보건 서비스를 제공하기 위한 기초적인 작업이 1998년부터 서울과 경기도의 보건소를 중심으로 시작되었고, 각 보건소에 정신보건전문요원이 배치되기 시작하였으며, 특히 2001년부터는 보건복지부에서 국민건강증진기금을 통해 48개 지역의 보건소에 기본적인 정신보건사업을 수행하도록 예산지원을 시작하였다.

또한 1997년 정신보건법이 시행되면서 정신질환자사회복귀시설이 증가하기 시작하여

2000년과 2001년에는 시설의 수가 대폭 증가하였다. 기존에 의과대학생 교육 및 정신과 전공의 수련에 기여해오던 대학병원 정신과의 낮병원도 의료보험제도와 의료보호제도 등의 제도적 변화와 함께 많은 정신과 의원에서 설치되어 운영되기 시작하고 있다.

## 2. 우리나라 정신보건시설의 현황

### 1) 정신보건시설 및 정신병상 현황

#### (1) 정신보건시설 정신병상 및 입원(입소) 정신질환자수

2001년 6월 30일 현재 우리나라의 전국 정신보건시설의 정신병상수 현황은 <표 1>과 같다. 정신보건시설의 정신병상수(정신의료기관이 아닌 사회복지시설은 정원수)는 총 60,733개로 2000년 6월말에 비해 2,480개의 증가가 있었다. 이 중 정신의료기관이 46,472개로 76.5%를 차지하였는데, 정신의료기관의 정신병상수가 2000년에 비해 2,600병상 정도가 증가하였다.

종합병원 정신과의 정신병상수는 7,267개로 2000년에 비해 약 1,100개 정도의 병상증가가 있었고, 정신과 의원은 3,621개로 2000년에 비해 약 1,400여개가 증가하였다. 병원 정신과의 정신병상수는 7,753개로 2000년에 비해 그 증가는 미비하였다.

부랑인시설은 현재 6천명 이상의 정신질환자를 수용하고 있으나 정신질환자를 대상으로 정해진 정원이 있지 않기 때문에 일부 정신병상의 기능을 포함하고 있으나 정신보건시설의 정신병상수의 통계에서는 제외시켰으나 2001년 9월 30일 현재의 부랑인시설 전체 입소자 11,435명의 57.4%인 6,563명이 정신질환을 갖고 있다.

무인가시설은 현재 그 숫자와 입소한 정신질환자수가 파악되고 있지 않은 상태이다. 지난 1994년 남정자 등의 연구에서 무허가기도원에 수용된 정신질환자수를 5,000명으로 추정된 바 있다. 그러나 최근 의료보장제도의 확충과 사립정신병원을 중심으로 하는 급속한 정신병상의 확충 등의 변화로 인하여, 무허가기도원에 수용된 정신질환자수가 다소 준 것으로 추측되며, 본 원고에서는 1999년 서동우 등이 수행한 '전국 정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원환자의 정신건강실태조사'에서와 같이 무허가기도원에 수용된 정신질환자수를 3,000명으로 추정하였다.

정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설 등의 정신보건시설과 부랑인시설과 무인가 시설에 수용된 정신질환자를 모두 합하면, 2001년 6월 30일 현재(정신요양시설은 9월 30

일 현재) 63,277명의 정신질환자가 정신보건시설 또는 관련시설에 입원·입소되어 있는 것으로 추정되는데, 이는 2000년에 비해 1,245명이 증가한 수치이다. 2000년에 비해 사립정신병원, 종합병원 정신과, 병원 정신과, 정신과 의원 등의 입원환자는 증가하였고, 정신요양시설, 부랑인시설 등의 입소환자는 다소 줄었다.

<표 1> 정신보건시설 및 관련시설에 입원·입소한 정신질환자수(2001년 6월 30일 현재)

(단위: 개소, 병상, 명, %)

정신보건시설 및 관련시설		기관수	병상(정원)수	입원·입소 정신질환자수	구성비
계		1034 <sup>2)</sup>	60,733 <sup>2)</sup>	63,277(추정)	100.0
정신 의료 기관	소 계	822	46,472	40,792	67.7
	국립정신병원	6	3,874	3,008	5.0
	공립정신병원	11	3,677	3,430	5.7
	사립정신병원	56	20,280	19,156	31.8
	종합병원 정신과	154	7,267	5,305	8.8
	병원 정신과	53	7,753	7,295	12.0
	정신과 의원	542	3,621	2,601	4.3
정신요양시설 <sup>1)</sup>		55	13,960	12,668	21.0
사회복지시설		66	301	254	0.4
정신보건센터 <sup>1)</sup>		46	-	-	-
부랑인시설 <sup>1)</sup>		45	-	6,563	10.9
무허가기도원		?	-	3,000(추정)	5.0

주: 1) 2001년 9월 30일 현재

2) 무허가기도원 제외

3) 부랑인시설 및 무허가기도원 제외

## (2) 정신병상수의 변화추이

<표 2>는 1984년 이후 2001년까지 정신보건시설 종류별 정신병상수의 증가추이를 보여주고 있다. 1984년은 1983년 KBS '추적 60분'의 무허가기도원에서의 정신질환자 인권 침해 사례를 보도한 뒤 시작된 국민의 경악과 분노가 정부의 정신병상 확충정책으로 이어지게 된 역사적인 해라고 할 수 있다. 1984년 이후 정부가 추진한 정신병상 확충정책은 이후 대가족제도와 전통적 지역사회의 해체가 가속화되는 사회적 흐름과 정신병원의 신증설을 유도하는 의료수가제도 등의 시장조건의 변화 흐름을 타면서 민간의 정신병상에 대한 투자로 이어졌고, 21세기에 이른 지금까지 정신병상의 급격한 증가로 이어지고 있다. 특히 보건복지부가 지역사회정신보건으로의 정책을 전환하기 시작한 1994년 이후에도 그 이전의 시기보다 정신병상 신·증설이 더욱 가속화되어 왔다. 이는 최근 정신보

건법 제정이후 지역사회정신보건 이념이 빠르게 확산되고 활발한 지역사회정신보건사업이 시작되고 있으나 아직은 우리나라 정신병상수에 실질적인 변화가 일어나지 못하고 있음을 시사하고 있다.

1984년 이후 2001년까지의 17년 동안 우리나라의 인구는 1984년 대비 18% 증가에 그치고 있으나 전체 정신보건시설의 정신병상수는 1984년 14,456개에서 2001년 60,733개로 무려 420% 증가했다.

종합병원과 병원의 정신과의 증가속도도 17년 간 7.3배에 달하고 있는데, 지역사회정신보건에서 중요하다고 생각되는 일반병원내의 개방병동 또는 소규모의 폐쇄병동에 의한 증가도 있었으나, 대부분의 종합병원 또는 병원의 정신병상 증가는 대형 사립정신병원과 유사하게 운영되는 종합병원 또는 병원의 정신과에 의한 증가였기 때문에 바람직하지 않은 요소가 많다고 할 수 있다. 즉, 최근 일반병원의 운영난이 계속되면서 신체질환자를 대상으로 하는 중소규모의 종합병원 또는 병원이 경영난을 타개할 목적으로 기존의 신체질환자 병동을 의료급여 환자를 주 대상으로 하는 대규모 정신과 병동으로 전환되거나 증설하여 운영하는 경우가 많아진 것이다.

정신과 의원은 지역사회내에서 정신보건의료 서비스를 이용하는 소비자(정신질환자 및 그 가족)의 높은 접근성으로 인해 흔히 지역사회정신보건을 위해서 매우 중요한 정신의료기관으로 평가되어 왔으나, 1984년 1,091명상에서 2000년 2,245명상으로 2배의 증가에 그쳐 모든 정신의료기관 중에서 가장 낮은 증가율을 보였으나, 2001년 3,621명상으로 증가속도가 두드러졌다. 2001년 이전에는 정신과의원에서의 의료급여 환자의 입원이 제도적으로 금지되었던 것과 지역사회내에서의 정신과 병동을 운영하기가 지역주민의 편견과 규모의 경제 등의 이유로 쉽지 않았기 때문에 활성화되지 않았으나 최근 의료급여 환자의 입원이 가능해졌고, 의약분업 이후 외래환자만으로는 의원경영이 어려워지면서 입원병동을 운영하기 시작한 의원이 증가한 것과 여러 명의 정신과 의사가 공동개원하는 경우가 증가하면서 입원병상이 증가한 것으로 보인다.

정신요양시설은 1984년 이후 수년동안 약 40개에 달하는 무허가시설이 정신요양시설로 양성화되면서 급격한 증가를 보이다가 1990년 이후 신설되는 정신요양시설이 거의 없어 정원의 증가가 미미하였다. 1997년 말 1개 시설의 인권침해 사건이 사회문제화되면서 폐쇄되고, 1997년 정신보건법 시행이후 2000년까지 22개 시설이 사립정신병원으로 전환하면서 시설 수 및 정원(정신병상)수가 감소추세를 보이고 있다. 정신보건법 개정으로 인해 더 이상 정신요양시설의 정신병원으로의 전환은 불가능해졌다.

〈표 2〉 연도별 정신보건시설 종류별 정신병상수 증가 추이(1984~2001)

(단위: 병상, 천명)

		1984	1990	1993	1996	1999	2000	2001
정신 병원	국·공립	1,930 (100)	3,708 (192)	4,284 (221)	5,570 (289)	7,611 ( 394)	7,570 ( 392)	7,551 ( 391)
	사립	1,022 (100)	4,964 (485)	5,763 (563)	9,360 (916)	16,908 (1,654)	20,667 (2,022)	20,640 (1,984)
	소계	2,952 (100)	8,672 (293)	10,047 (340)	14,930 (506)	24,519 ( 831)	28,237 ( 957)	27,831 (943)
병 의 원	(종합)병원 정신과	2,064 (100)	4,219 (204)	5,488 (265)	7,754 (376)	10,391 ( 503)	13,393 ( 649)	15,020 (728)
	정신과의원	1,091 (100)	1,218 (111)	1,384 (126)	1,492 (137)	1,927 ( 177)	2,245 ( 206)	3,621 (332)
	소계	3,155 (100)	5,437 (172)	6,872 (217)	9,246 (293)	12,318 ( 390)	15,648 ( 496)	18,587 (589)
소계		6,107 (100)	14,109 (231)	16,919 (277)	24,176 (396)	36,837 ( 603)	43,885 (719)	46,472 (761)
정신요양시설		8,349 (100)	17,432 (208)	17,696 (211)	18,182 (218)	16,584 ( 199)	14,135 ( 169)	13,960 (167)
사회복지시설		-	-	-	-	85	243	301
총계		14,456 (100)	31,541 (218)	34,615 (239)	42,358 (293)	53,506 ( 370)	58,263 ( 403)	60,733 (420)
전체인구		40,406 (100)	42,869 (106)	44,056 (109)	45,248 (112)	46,868 ( 116)	47,274 ( 117)	47,676 ( 118)

## 2) 정신보건시설 입원(입소)환자 현황

### (1) 의료보장 종류별 분포

정신보건시설에 입원(입소)한 환자의 의료보장 종류별 분포는 의료보험이 전체 환자의 29.9%였고, 의료급여 1종 및 2종이 모두 65.3%를 차지하여 전체 입원(입소)환자의 2/3정도가 의료급여 환자였다.

의료보장별 정신보건시설 입원율을 제시한 <표 3>을 보면, 2001년 의료보장 인구 대비 의료보장 종류별 입원환자수를 보면, 의료보험 환자는 12,713명으로 인구 10만 명당 입원환자수가 27명(정신요양시설과 사회복지시설 입소자를 포함시 35명)이었고, 의료보호 1종은 정신의료기관 입원자 21,912명으로 인구 10만 명당 입원환자수가 2,608명(정신요양시설과 사회복지시설 입소자 포함시 3,742명)으로 의료보험에 비해서 95배(정신요양시설과 사회복지시설 입소자 포함시 108배)정도 많은 것으로 나타났으며, 의료보호 2종



은 3,616명으로 인구 10만 명당 입원환자수가 486명(정신요양시설과 사회복지시설 입소자 포함시 492명)으로 의료보험에 비해서 18배(정신요양시설과 사회복지시설 입소자 포함시 14배) 정도 많은 것으로 나타났다.

2001년 결과를 2000년도와 비교해서 보면, 의료보험 환자와 의료급여 1종 환자의 입원율은 소폭 증가하였으나 의료급여 2종은 입원율이 감소하였고, 의료보험 대상자 대비 의료급여 대상자의 정신의료기관 입원율의 격차가 다소 감소하였고, 특히 의료급여 2종은 많이 감소한 편이었다. 이는 의료급여 2종 정신질환자가 기초생활보장제도 및 정신질환자의 장애인복지법상의 법정장애 포함 등의 제도적 변화속에서 상당수 의료급여 1종으로 전환되면서 의료급여 2종 전체 인구대비 입원율이 감소한 것으로 보인다.

〈표 3〉 의료보장별 정신보건시설 입원환자수(2001년 6월 30일 현재)

(단위 : 명)

	2001년 의료보장 인구	2001년 정신의료기관 (정신보건시설) 입원(입소)환자수	인구 10만 명당 입원(입소)환자수			상대구성비		
			1999	2000	2001	1999	2000	2001
의료보험	46,321,704	12,713(16,057)	25.5	24.6	27.4( 34.7)	1.0	1.0	1.0( 1.0)
의료보호 1종	840,118	21,912(31,433)	2,125.9	2,410.6	2,608.2(3,741.5)	83.4	98.2	95.2(107.8)
의료보호 2종	743,539	3,616( 3,656)	481.5	727.4	486.3( 491.7)	18.9	29.6	17.7( 14.2)

### 3) 정신보건시설 입원(입소)환자의 재분류

1999년 실시된 정신보건시설 입원(입소)환자의 재분류 연구에서 정신보건시설 입원(입소)환자를 정신의학적 증상, 일상생활 및 사회생활기능, 사회지지체계에 따라 적절한 서비스 형태를 재분류하였을 경우, 약 10,000명 정도의 입원(입소)환자가 지역사회정신보건서비스 체계가 구축되었을 경우 탈원화가 가능할 것으로 추정되었으며, 주거문제가 해결될 경우 탈원화가 가능한 환자도 약 4,000명 정도로 추산되었다.

또한 전국의 정신보건시설에 입원(입소)한 환자를 이에 따라 재분류하여 재배치할 경우 약 1만 병상의 정신병상이 감소될 수 있을 것으로 추산되었다. 그러나 지역사회내 방치되어 있는 정신질환자가 상당수 있기 때문에 이들을 적절한 시설로 옮길 경우 감소 가능 병상수가 1만 병상보다는 다소 줄어들을 것으로 보인다.

<표 4> 정신보건시설 종류별 재분류 시설(1999년 6월 30일 현재)

(단위 : 명, %)

	전 체	재분류 시설				
		정신 의료기관	가정복귀 (+사례관리서 비스)	그룹홈 (+사례관리 서비스)/사회 복귀입소시설	개방적 정신요양시설 또는 부랑인시설	반개방적 정신요양시설 또는 부랑인시설
전 체	59,054 (100.0)	26,905 (45.6)	10,124 (17.1)	3,800 ( 6.4)	5,421 ( 9.2)	12,804 (21.7)
국립정신병원	3,202 (100.0)	2,466 (77.0)	480 (15.0)	128 ( 4.0)	32 ( 1.0)	96 ( 3.0)
공립정신병원	3,580 (100.0)	2,665 (74.4)	557 (15.6)	80 ( 2.2)	119 ( 3.3)	159 ( 4.4)
사립정신병원	15,888 (100.0)	7,708 (48.5)	2,517 (15.8)	629 ( 4.0)	2,045 (12.9)	2,989 (18.8)
대학병원	1,626 (100.0)	1,409 (86.7)	157 ( 9.6)	20 ( 1.2)	20 ( 1.2)	20 ( 1.2)
(종합)병원	7,952 (100.0)	5,725 (72.0)	1,113 (14.0)	239 ( 3.0)	318 ( 4.0)	557 ( 7.0)
정신과의원	1,402 (100.0)	1,179 (84.1)	127 ( 9.1)	32 ( 2.3)	32 ( 2.3)	32 ( 2.3)
정신요양시설	15,287 (100.0)	2,511 (16.4)	4,062 (26.6)	1,625 (10.6)	1,403 ( 9.2)	5,686 (37.2)
부랑인시설	7,117 (100.0)	1,472 (20.7)	631 ( 8.9)	1,017 (14.3)	1,122 (15.8)	2,875 (40.4)
무허가기도원	3,000 (100.0)	1,770 (59.0)	480 (16.0)	30 ( 1.0)	330 (11.0)	330 (13.0)

자료 : 서동우 등(1999). 전국 정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사

### 3. 우리나라 지역사회정신보건 현황

#### 1) 地域社會精神保健施設의 種類別 差異

<표 5>는 우리나라 지역사회정신보건 시설의 종류별 차이를 시설의 공공성, 지역적 책임성 정도, 주요 이용계층, 일반보건과의 통합정도, 정신질환의 특수성 고려정도, 프로그램의 종류, 구체적 프로그램, 약물치료와 재활치료와의 통합정도, 인력, 인력의 다학제적 구성, 장점 및 단점, 자원, 재원지원방법, 사업에 대한 평가방법으로 제시하였다.

공공성은 보건소가 공공기관으로서 가장 강하며, 정신보건센터는 반관반민의 시설로 낮병동과 사회복지시설의 중간형태를 띤다. 지역별로 운영되는 보건소와 정신보건센터가 지역적 책임성을 갖고 운영되고 있으며, 주요 이용계층도 보건소와 정신보건센터는 저소득층이 중심이며, 민간시설은 의료보험대상자가 중심이 되고 있다.

일반보건과의 통합정도는 보건소가 통합되어 있는 반면, 정신보건센터와 낮병동은 부

분적인 일반보건 서비스를 제공하며, 사회복지시설은 일반보건서비스는 거의 없다. 보건소를 제외한 지역사회정신보건시설은 정신질환의 특수성이 우선적으로 고려되는 조직이라고 할 수 있다.

〈표 5〉 우리나라 地域社會精神保健 서비스 提供機關의 差異點

	보건소	정신보건센터	낮병동	사회복지시설
공공성	• 공공기관(++)	• 반관반민(+)	• 민간(-)	• 민간(-)
지역적 책임성	+	+	-	-
주요 이용계층	• 저소득층	• 저소득층	• 의료보험대상자	• 의료보험대상자
일반보건과의 통합 정도	++	+	+	-
정신질환의 특수성 고려	-	+	+	+
프로그램의 종류 <sup>1)</sup>	• 간접서비스 • 직접서비스	• 간접서비스 • 직접서비스	• 직접서비스	• 직접서비스
프로그램	• 가정방문 • 주간재활 • 정신건강증진사업 • 정신보건관련행정	• 가정방문 • 주간재활 • 직업재활 • 관련인력 교육 • 정신건강증진사업 • 알코올중독자관리 • 치매 • 학교정신보건	• 주간재활 • 약물치료	• 주간재활 • 직업재활 • 주거제공
약물치료와 재활치료 통합	-(가능)	-(가능)	+	-
인력	• 간호사 상근 (비전임/전임) (+임시직)	• 정신과 의사 비상근 • 간호사 상근 • 사회복지사 상근 • 임상심리사 상근	• 정신과 의사 상근 (비전임) • 간호사 상근 • 사회복지사 상근	• 사회복지사 상근 • 임상심리사 상근 • 간호사 상근
다학제적 인력구성	• 대개 1직종	• 대개 3직종이상	• 대개 2-3직종	• 대개 1직종
재원	• 자치단체예산 • 건강증진기금	• 건강증진기금 • 자치단체예산	• 의료보험기금 • 의료보호기금	• 정신보건예산 • 자치단체예산
재원지원방법	• 지역별 일률적 (인구수 일부고려) • 프로그램별 예산	• 지역별 일률적 (인구수 일부고려) • 프로그램별 예산	• 이용인원당 지원 (6시간이상 내소만 인정)	• 이용인원당 지원 (내소, 취업장/가정 방문 인정)

	보건소	정신보건센터	낮병동	사회복지시설
사업/재원 지원의 적절성 평가/감독	<ul style="list-style-type: none"> <li>기술지원단/시·도 평가</li> <li>상급기관 감사</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>기술지원단/시·도 평가</li> <li>보건소와의 협의/감독(상급기관 감사)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>건강보험공단 수진자 조회/진료비 심사 및 방문실사</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>기술지원단의 수진자 조회/시설 평가(1회/3년)(감사)</li> </ul>
장점	<ul style="list-style-type: none"> <li>공공성</li> <li>행정력</li> <li>지역적 책임성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>공공성과 전문성/유연성 통합</li> <li>지역적 책임성</li> <li>보건소와의 협조체계</li> <li>다학적 접근</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>유연성</li> <li>약물치료와 재활 치료 통합(원스탑 서비스)</li> <li>다학적 접근</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>유연성</li> <li>지역자원동원</li> <li>후원금모금</li> <li>직업재활</li> </ul>
단점	<ul style="list-style-type: none"> <li>전문인력 부재</li> <li>담당자 순환보직</li> <li>공공조직의 경직성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>법적 근거 미약</li> <li>보건소와 민간기관의 갈등 가능성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역자원활용미흡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>다학적 접근 부족</li> <li>의료서비스와의 연계 부족</li> <li>응급대처능력 부족</li> </ul>

주 : 1) 간접서비스 : 지역사회 대상 서비스로 민간시장이 형성되기 어려운 프로그램 (예를 들면, 주민교육, 편견해소 행사, 홍보책자 배포, 보건복지인력교육, 응급입원 지원, 일반주민 상담, 지역내 유관기관에 대한 정신보건자문, 관내 정신보건서비스 조정 및 평가, 정신보건관련행정 등)

2) 직접서비스 : 환자 대상 서비스로 서비스 단위당 경제가치(이용인원당 수가/치료행위별 수가)의 산정이 가능하여 소비자와 공급자간 서비스 매매 시장이 형성된 프로그램(예를 들면, 외래상담, 주간재활, 직업재활, 사례관리 등)

- : 적음 + : 있음 ++ : 매우 많음

프로그램은 공공부문이 직접서비스와 간접서비스를 동시에 제공하며, 민간부문은 직접서비스를 제공하고 있으며, 낮병원만 약물치료와 재활치료가 통합되어 제공되고 있다.

인력은 보건소가 대개 간호사 1명이 전임 또는 비전임으로 근무하고 있으며, 정신보건센터와 낮병원은 2직종 이상의 전임 간호사/사회복지사/임상심리사가 2명 이상 상근하면서 정신과 의사가 비상근으로 근무하고 있으며, 사회복지시설은 1직종의 간호사/사회복지사/임상심리사가 3명 이상 근무하고 있다.

장점은 보건소의 경우 공공성이 강하고, 행정력과 지역적 책임성이 있다는 것이며, 정신보건센터는 공공성과 전문성, 유연성이 통합되면서 지역적 책임성이 있으며, 보건소와의 협조체계 및 다학적 접근이 장점이다. 민간부문인 낮병원은 민간부문으로서의 유연성과 약물치료와 재활치료의 통합, 다학적 접근이 장점이며, 사회복지시설은 유연성과 함께 지역자원동원 능력과 후원금 모금능력, 직업재활 등이 장점이다.

반면 단점은 보건소가 전문인력이 부재하고 담당자가 순환보직에 의해 자주 바뀔 수 있으며, 공공조직의 경직성이 있다는 것이며, 정신보건센터는 현재 정신보건법상 법적 근거가 미약하다는 것과 보건소와 민간기관의 갈등 가능성이 단점이다. 낮병원은 지역

자원활용이 미흡한 것이 단점이며, 사회복지시설은 다학적 접근이 부족한 것과 의료기관과의 연계가 부족한 것, 응급상황시 대처능력이 부족한 것 등이 단점이다.

재원은 공공부문은 건강증진기금과 자치단체예산으로, 낫병원은 의료보험 및 의료보호예산으로, 사회복지시설은 정신보건과 일반예산 및 자치단체예산으로 조달되고 있으며, 보건소와 정신보건센터가 프로그램별 예산으로 지역별로 일률적으로 지원되는 데 반해 낫병원과 사회복지시설은 이용인원당 일정액으로 지원되고 있다.

사업의 평가나 감독체계는 보건소와 정신보건센터가 기술지원단 및 시·도에 의한 평가 및 상급기관 감사를 통해, 낫병원은 건강보험공단의 수진자조회 및 진료비심사 등에 의해, 사회복지시설은 기술지원단의 수진자조회 및 시설평가 등으로 이루어진다.

## 2) 외국과 우리나라 지역사회정신보건 체계 비교

### (1) 미국, 일본, 한국의 지역사회정신보건 체계 비교

지역사회정신보건서비스 중 직접서비스는 Catchment area를 갖고 지역적 책임성을 갖고 지역별로 독점적으로 운영되는 agency 형태의 공공적 민간기관(우리나라의 정신보건센터와 사회복지시설, 낫병원 등의 구분이 의미가 없음)에게 위탁운영을 하거나 카운티정부가 직접 정신보건센터를 설치운영하고 있다. 지역사회를 대상으로 하는 간접서비스는 기본적인 정신보건행정을 카운티정부가 수행하면서 상당한 부분을 위탁운영중인 정신보건센터에게 사업 형태로 위탁을 주거나 직영 정신보건센터에 위임하여 수행하고 있다.

일본은 정신보건센터를 광역자치단체인 도도부현(Prefecture)에서 직영하고 있으며, 광역자치단체 이하에서는 보건소에서 기본적인 정신보건사업과 일반보건사업을 통합하여 제공하고 있다. 미국과 일본 모두 단기입원과 외래를 포함한 포괄적인 서비스를 제공하고 있으나, 우리나라의 정신보건센터는 직접서비스 중에는 주간재활과 가정방문 서비스 등을 중심으로 일부만을 제공하는 정도라고 할 수 있다. 우리나라는 미국과 달리 정신과 의원 등 정신보건센터 주위에 기존의 정신과 외래 및 단기입원을 제공하는 자원이 있기 때문에 이 부분의 중복투자를 줄이고 많은 정신질환자를 관리하고 있는 민간부문의 협력체계를 구축하기 위해 단기입원 및 외래서비스를 정신보건센터의 기본사업에서 제외시킨 것이다.

〈표 6〉 美國, 日本, 韓國의 公共部門 地域社會精神保健事業 運營形態 比較

	미 국	일 본	한 국
지역화 수준 (진료권크기)	정신보건센터 (기초자치단체 단위 또는 기초자치단체 이하) 의료보험환자이용 낮병동 (진료권 없음)	정신보건센터 (광역자치단체 단위) 보건소 사업 (광역과 기초자치단체 사이) 보건지소 사업 (기초자치단체) 낮병동/사회복지시설 (진료권 없음)	정신보건센터/보건소사업 (기초자치단체 단위) 일부 정신보건센터 (광역자치단체 단위 또는 광 역과 기초자치단체 사이) 낮병동/사회복지시설 (진료권 없음)
정신보건센터 서비스의 포괄 성 정도	포괄적 (알코올/약물 및 소아정신 보건 등까지 포함했으나 최 근 알코올·약물, 소아정신 보건의 분리추세)	포괄적 (정신건강증진사업/외래/재활/ 단기거주/호텔/가정방문 등)	부분적 (단기입원/거주시설/외래 등 제외)
정신보건과 일 반보건의 통합 정도	광역자치단체와 기초자치 단체에서 모두 분리	광역자치단체에서는 정신보건 센터로 분리 광역자치단체 이하는 보건소/ 기초자치단체에서는 시정촌사 무소에서 통합	민간위탁형은 일반보건과 부 분적 통합 보건소 직영형은 일반보건과 통합
정신보건센터 운영주체	반관반민의 Agency 형태의 공공적 민간부문과 일부 기 초자치단체가 직영하는 공 공부문 병존	광역자치단체가 직영하는 공공 부문	미국보다 공공성 강한 Agency 형태의 민간위탁형과 보건소가 직영하는 공공부문 병존
지역사회 정신보건시설 의 재원조달	저소득층 이용시설(정신보 건센터/사회복지시설/낮병 동 구분없이 동일재원의 정신보건예산) 의료보험환 자이용 낮병원(의료보험/본 인부담금)	정신보건센터(광역자치단체 예산), 낮병동(의료보험/의료보 호/광역자치단체 예산/본인부 담금) 사회복지시설(정신보건 예산/본인부담금)	정신보건센터(건강증진기금/ 자치단체예산) 낮병동(의료보 험/의료보호/본인부담금) 사 회복지시설(정신보건예산/본 인부담금)

(2) 일본과 한국의 사회복지시설 운영비교

일본의 사회복지시설 및 관련시설의 설치주체별 현황을 보면, 의료법인이 가장 많아 약 40%를 차지하고, 그 다음이 사회복지법인이 27.8%순이다. 의료법인은 특히 생활훈련 시설과 복지홈, 입소수산시설, 그룹홈 등 입소시설의 비율이 높는데, 이는 입소시설이 병원 근처에 있어야 야간이나 돌발적인 응급상황시 정신의료서비스를 효과적으로 제공

하고 응급시에 곧바로 재입원이 가능하고, 다소 상태가 불안정한 환자라도 조기에 퇴원하여 중간시설(Halfway house)로서의 기능을 수행하려면 병원 근처에 있는 것이 필요하다고 하여 많은 입소시설을 의료법인이 운영한다고 한다.

이에 반해 사회복지법인은 통소수산시설, 복지공장, 생활지원센터 등 직업재활시설의 비율이 높은 것을 알 수 있으며, 정신의학적 상태와 기능이 상대적으로 높은 환자들이 이용하는 시설을 주로 운영한다.

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

〈표 7〉 일본의 社會復歸施設 및 關聯施設 設置主體 現況

(단위: 명)

	사회복귀시설						생활지원센터	그룹홈	합계	한국현황
	생활훈련시설	복지홈	통소수산시설	입소수산시설	복지공장	소계				
지방공공단체	8 (5.5)	1 (1.2)	17 (14.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (7.0)	13 (11.1)	7 (1.4)	46 (4.7)	0 (0.0)
사회복지법인	38 (26.2)	24 (29.3)	84 (69.4)	8 (44.4)	4 (50.0)	158 (42.2)	48 (41.0)	68 (13.8)	274 (27.8)	27 (40.9)
의료법인	88 (60.7)	49 (59.8)	12 (9.9)	9 (50.0)	1 (12.5)	159 (42.5)	41 (35.0)	188 (38.1)	388 (39.4)	8 (12.1)
사단·재단법인	10 (6.9)	4 (4.9)	7 (5.8)	1 (5.6)	2 (25.0)	24 (6.4)	12 (10.3)	39 (7.9)	75 (7.6)	4 (6.1)
비영리법인	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.6)	3 (0.3)	12 (18.2)
기타법인	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	3 (0.6)	4 (0.4)	0 (0.0)
임의법인	1 (0.7)	2 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.8)	1 (0.9)	126 (25.5)	130 (13.2)	0 (0.0)
개인	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (5.5)	27 (2.7)	11 (16.7)
기타	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (12.5)	3 (0.8)	2 (1.7)	29 (5.9)	34 (3.5)	4 (6.1)
불명	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.8)	4 (0.4)	0 (0.0)
합계	145 (100.0)	82 (100.0)	121 (100.0)	18 (100.0)	8 (100.0)	374 (100.0)	117 (100.0)	494 (100.0)	985 (100.0)	66 (100.0)

자료: 후생노동성·국립정신신경센터 정신보건연구소(2000). 정신보건복지자료

일본 사회복지시설의 이용자현황을 보면, 생활훈련시설은 20인, 복지홈은 10인, 통소수산시설 및 입소수산시설은 20~30명, 복지공장은 20~50명, 그룹홈은 5~6명으로 최대

정원을 두고 있다. 이는 시설의 규모를 표준화하여 예산지원을 효율적으로 하기 위함이며, 대규모시설을 운영하기 보다 소규모시설을 많이 설치함으로써 이용하는 정신질환자들에게 접근성을 제고시키고자 하는 목적을 갖고 있다.

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

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

〈표 8〉 日本의 社會復歸施設 利用現況

(단위: 명)

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

자료: 후생노동성·국립정신신경센터 정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000.

〈표 9〉 우리나라와 日本의 社會復歸施設 種類 比較

(단위: 명, %)

	우리나라1)	일본	비고
종합/생활훈련입소시설	7(10.0)	159(14.7)	생활훈련시설(입소)
종합/생활훈련이용시설	45(64.3)	95(12.0)	생활지원센터
작업훈련입소시설	0( 0.0)	19( 1.8)	
작업훈련이용시설	2( 2.9)	148(13.2)	통소수산시설과 복지공장
주거시설	16(22.9)	721(58.4)	복지홈과 그룹홈
합계	70(100.0)	1,142(100.0)	

주: 1) 우리나라 사회복지시설 중 입소 및 이용시설을 병설 운영하는 시설은 독립 운영하는 것으로 계산  
 자료: 후생노동성·국립정신신경센터 정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000.



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

정신과전문의는 모든 사회복지시설에서 주 3~4일 정도(또는 2개 시설에 한 명의 상근)로 근무하고 있으며, 사회복지사는 복지홈과 그룹홈을 제외한 모든 시설에 1명 내지 2명이 근무하고 있고 복지홈과 그룹홈에는 2개 시설에 한 명정도가 근무하고 있다. 간호사는 생활훈련시설, 입소수산시설, 복지공장 등의 사회복지시설에 주로 1명 정도씩 근무하고 있다. 전문기능직은 특정 직업기술을 갖고 있는 기능직으로서 주로 직업재활시설에 1~2명씩 근무하면서 정신질환자에게 전문적인 직업기술을 가르치고 있다.

우리나라 사회복지시설의 인력 근무현황을 일본의 현황과 비교해 보면, 시설별 인력의 차이가 거의 없는 일본에 비해 시설별 차이가 꽤 있는 편이며, 전체 사회복지사와 임상심리사의 비중이 상대적으로 높고, 정신과의사와 간호사의 비중이 적으며, 기타 전문직이나 인력은 상대적으로 일본보다 적거나 거의 없는 상태이다.

〈표 10〉 日本 社會復歸施設 및 關聯施設의 人力現況

(단위 : 명)

	사회복지시설						생활지원 센터	그룹홈	합계	한국 현황
	생활훈 련시설	복지홈	통소수 산시설	입소수 산시설	복지 공장	소계				
시설수 (%)	144 (14.7)	81 (8.3)	121 (12.4)	18 (1.8)	8 (0.8)	372 (38.0)	117 (12.0)	490 (50.1)	607 (100.0)	66 -
정신과전문의	84 (0.58)	10 (0.49)	63 (0.52)	8 (0.44)	5 (0.63)	200 (0.54)	9 (0.08)	31 (0.06)	410 (0.40)	25 (0.07)
사회복지사	211 (1.47)	37 (0.46)	173 (1.43)	27 (1.50)	17 (2.13)	465 (1.25)	168 (1.44)	212 (0.43)	1,310 (1.39)	179 (2.60)
간호사	98 (0.68)	11 (0.14)	27 (0.22)	10 (0.56)	6 (0.75)	152 (0.41)	46 (0.39)	133 (0.27)	483 (0.54)	29 (0.44)
작업치료사	10 (0.07)	0 (0.00)	55 (0.45)	10 (0.56)	0 (0.00)	75 (0.20)	5 (0.04)	13 (0.03)	168 (0.16)	0 (0.00)
영양사	20 (0.14)	0 (0.00)	9 (0.07)	10 (0.56)	4 (0.50)	43 (0.12)	6 (0.05)	16 (0.03)	108 (0.11)	0 (0.00)
심리사	52 (0.36)	7 (0.09)	39 (0.32)	2 (0.11)	0 (0.00)	100 (0.27)	29 (0.25)	52 (0.11)	281 (0.22)	32 (0.44)
일반사무직	90 (0.63)	13 (0.16)	76 (0.63)	14 (0.78)	8 (1.00)	201 (0.54)	39 (0.33)	80 (0.16)	521 (0.52)	0 (0.00)

	사회복지시설						생활지원 센터	그룹홈	합계	한국 현황
	생활훈 련시설	복지홈	통소수 산시설	입소수 산시설	복지 공장	소계				
전문기능직	61 (0.42)	12 (0.15)	100 (0.83)	17 (0.94)	13 (1.63)	203 (0.55)	59 (0.50)	83 (0.17)	548 (0.57)	0 (0.00)
기타	61 (0.42)	60 (0.74)	217 (1.79)	45 (2.50)	18 (2.25)	401 (1.08)	176 (1.50)	491 (1.00)	1,469 (1.76)	85 (1.20)
합계	687 (4.77)	180 (2.22)	759 (6.27)	143 (7.94)	71 (8.88)	1840 (4.95)	537 (4.59)	1111 (2.27)	5,328 (5.75)	350 (4.73)

주: ( )안은 평균 근무자수(단위: full-time equivalent)

자료: 후생노동성·국립정신신경센터 정신보건연구소, 정신보건복지자료, 2000.

### 3) 市·道別 지역사회정신보건시설 운영현황

#### (1) 시도별 지역사회정신보건사업 실시현황

시·도별 지역사회정신보건사업 실시 현황은 <표 11>과 같다. 전국의 지역사회정신보건시설은 공공부문과 민간부문을 합쳐서 모두 361개가 운영중인 것으로 나타났다.

공공부문은 전국 242개 시·군·구 중에서 지역사회정신보건사업을 수행하고 있는 지역이 211개였으며, 이 중에 정신보건센터 형태로 공공부문의 지역사회정신보건사업을 수행하고 있는 곳이 46개소, 정신보건센터 형태가 아닌 형태로 공공부문의 지역사회정신보건사업을 추진하고 있는 시·군·구가 165개소였고, 31개 시·군·구는 공공부문에서 필요한 지역사회정신보건사업을 수행하고 있지 않은 것으로 조사되었다.

민간부문의 지역사회정신보건시설인 사회복지시설과 낮병원은 각각 66개소, 낮병원이 84개소가 운영되고 있어 전체 150개소가 운영되고 있는 것으로 조사되었다.

16개 시·도별로 지역사회정신보건시설의 분포를 보면, 서울시가 66개소(18.3%)로 가장 많은 비율을 차지하고 있으며, 그 다음으로 경기도가 56개소(15.3%)를 차지하고 있다.

공공부문에서는 정신보건센터를 설치하여 정신보건사업을 수행하고 있는 시·군·구가 가장 많은 지역은 경기도로 19개소(40.4%)가 있으며, 다음으로 서울이 7개소(14.9%), 전북이 3개소(6.4%)이며, 비센터형으로 정신보건사업을 수행하는 시·군·구가 많은 지역은 경기, 전남, 서울, 강원, 경북 순으로 많았다.

민간부문에서는 사회복지시설의 경우 서울과 경기도에 각각 16개와 10개가 운영되고 있으며, 부산과 전북이 7개를 운영하여 4개 지역이 전체 사회복지시설의 약 60%를 운영하고 있는 것으로 나타났다. 민간부문의 낮병원은 서울, 부산, 대구가 각각 25개(29.8%),

13개(15.5%), 13개(15.5%)로 주로 대도시에 많은 것으로 나타났으며, 인천지역과 제주지역에는 낮병원이 하나도 없는 것으로 조사되었다.

〈표 11〉 市·道別 地域精神保健事業 施設 現況

(단위 : 개소, %)

시·도	시·군·구 <sup>1)</sup>	공공부문 <sup>2)</sup>				민간부문 <sup>3)</sup>		전체
		소계	비센터형	센터형	미수행	사회복지시설	낮병원	
총계	242	211(100.0)	165(100.0)	46(100.0)	31(100.0)	66(100.0)	84(100.0)	361(100.0)
서울	25	25( 11.8)	18( 11.0)	7( 14.9)	0( 0.0)	16( 24.2)	25( 29.8)	66( 18.3)
부산	16	14( 6.6)	13( 8.0)	1( 2.1)	2( 6.5)	7( 10.6)	13( 15.5)	34( 9.4)
대구	8	3( 1.4)	1( 0.6)	2( 4.3)	5( 16.1)	6( 9.1)	13( 15.5)	22( 6.1)
인천	10	4( 1.9)	3( 1.8)	1( 2.1)	6( 19.4)	1( 1.5)	0( 0.0)	5( 1.4)
광주	5	5( 2.4)	3( 1.8)	2( 4.3)	0( 0.0)	3( 4.5)	3( 3.6)	11( 3.0)
대전	4	4( 1.9)	2( 1.2)	2( 4.3)	0( 0.0)	1( 1.5)	2( 2.4)	7( 1.9)
울산	5	2( 0.9)	1( 0.6)	1( 2.1)	3( 9.7)	3( 4.5)	1( 1.2)	6( 1.7)
경기	39	39( 18.5)	20( 12.3)	19( 40.4)	0( 0.0)	10( 15.2)	7( 8.3)	56( 15.5)
강원	18	18( 8.5)	17( 10.4)	1( 2.2)	0( 0.0)	1( 1.5)	4( 4.8)	23( 6.4)
충북	12	12( 5.7)	11( 6.7)	1( 2.1)	0( 0.0)	1( 1.5)	1( 1.2)	14( 3.9)
충남	15	15( 7.1)	14( 8.6)	1( 2.1)	0( 0.0)	1( 1.5)	3( 3.6)	19( 5.3)
전북	14	14( 6.6)	11( 6.7)	3( 6.4)	0( 0.0)	7( 10.6)	3( 3.6)	24( 6.6)
전남	22	21( 10.0)	20( 12.3)	1( 2.1)	1( 3.2)	1( 1.5)	1( 1.2)	23( 6.4)
경북	25	18( 8.5)	16( 9.2)	2( 4.3)	7( 22.6)	3( 4.5)	5( 5.9)	26( 7.2)
경남	20	14( 6.6)	13( 8.0)	1( 2.1)	6( 19.4)	3( 4.5)	3( 3.6)	20( 5.5)
제주	4	3( 1.4)	2( 1.2)	1( 2.1)	1( 3.2)	2( 3.0)	0( 0.0)	5( 1.4)

주 : 1) 보건소 단위의 시·군·구 행정구를 별도로 구분

2) 2001년 9월 30일 현재

3) 2001년 6월 30일 현재

### (3) 市·도별 市·郡·구의 공공부문의 정신보건사업 수행율

시·도별 공공부문의 정신보건사업 수행현황을 제시한 <표 12>를 보면, 전국 242개의 보건소가 설치된 시·군·구 중에서 정신보건센터형으로 사업을 수행하는 시·군·구의 비율은 우리나라 전체적으로 19%의 비율을 보이고 있었고, 가장 높은 지역은 경기도, 대전, 광주 등으로 전체 시·군·구의 50%정도가 정신보건센터를 설치하여 정신보건사업을 수행하고 있다.

비센터형으로 정신보건사업을 수행하고 있는 시·군·구는 전체 242개의 시·군·구 중 165개로 약 70%를 차지하였는데, 비율이 가장 높은 지역은 강원, 충남, 충북, 전남 순으

로 90% 이상의 시·군·구가 보건소에서 정신보건센터를 설치하지 않은 채 정신보건사업을 수행하고 있다. 그 다음으로 부산, 서울, 전북 등이 70 내지 80% 내외의 비율의 시·군·구가 비센터형으로 정신보건사업을 수행하고 있다.

정신보건센터형이나 비센터형으로 공공부문의 정신보건사업을 수행하고 있지 않는 것으로 조사된 정신보건사업 미수행 시·군·구는 전체 242개의 시·군·구 중 31개로 12.8%를 차지하였다. 즉, 아직도 31개의 시·군·구에서 공공부문이 해야 하는 기본적인 정신보건사업이 전혀 실시되고 있지 않은 상태인데, 대구, 인천, 울산 등의 광역시가 사업 미수행 시·군·구의 비율이 가장 높아 60% 이상이었다.

〈표 12〉 市·道別 市郡區의 地域社會精神保健事業 遂行率(2001年 9月 30日 現在)

(단위 : 개소, %)

시·도	시·군·구	사업수행			사업미수행
		소계	비센터형	센터형	미수행
총계	242(100.0)	211( 87.2)	165( 68.2)	46( 19.0)	31( 12.8)
서울	25(100.0)	25(100.0)	18( 72.0)	7( 28.0)	0( 0.0)
부산	16(100.0)	14( 87.5)	13( 81.3)	1( 6.3)	2( 12.5)
대구	8(100.0)	3( 37.5)	1( 12.5)	2( 25.0)	5( 62.5)
인천	10(100.0)	4( 40.0)	3( 30.0)	1( 10.0)	6( 60.0)
광주	5(100.0)	5(100.0)	3( 60.0)	2( 40.0)	0( 0.0)
대전	4(100.0)	4(100.0)	2( 50.0)	2( 50.0)	0( 0.0)
울산	5(100.0)	2( 40.0)	1( 20.0)	1( 20.0)	3( 60.0)
경기	39(100.0)	39(100.0)	20( 51.3)	19( 48.7)	0( 0.0)
강원	18(100.0)	18(100.0)	17( 94.4)	1( 5.6)	0( 0.0)
충북	12(100.0)	12(100.0)	11( 91.7)	1( 8.3)	0( 0.0)
충남	15(100.0)	15(100.0)	14( 93.3)	1( 6.7)	0( 0.0)
전북	14(100.0)	14(100.0)	11( 78.6)	3( 21.4)	0( 0.0)
전남	22(100.0)	21( 95.5)	20( 90.9)	1( 4.5)	1( 4.5)
경북	25(100.0)	18( 72.0)	16( 64.0)	2( 8.0)	7( 28.0)
경남	20(100.0)	14( 70.0)	13( 65.0)	1( 5.0)	6( 30.0)
제주	4(100.0)	3( 75.0)	2( 50.0)	1( 25.0)	1( 25.0)

#### 4) 등록환자의 의료보장 종류별 현황

정신보건센터, 보건소 및 사회복지시설 등록환자의 의료보장 종류별 현황을 제시한 <표 13>을 보면, 전체적으로 의료보험 대상자가 44.3%로 의료급여 대상자보다 약간 적은 것으로 나타났고, 의료급여 대상자는 대부분이 의료보호 1종이었다.

보건소 등록환자의 의료보험 대상자 비율이 가장 적었고, 정신보건센터가 그 다음이었으며, 사회복지시설의 의료보험 대상자는 66.7%로 가장 높았다.

즉, 민간시설인 사회복지시설이 유료로 서비스를 제공하는 의료보험 대상자를 주 대상으로 하고 있는 반면, 공공시설인 정신보건센터와 보건소에서는 주로 사회경제적으로 저소득층인 의료보호 대상자들에게 사업의 우선 순위를 두고 있기 때문으로 보인다.

<표 13> 정신보건센터 및 사회복지시설 등록환자의 의료보장 종류별 분포

(단위: 명, %)

	전체	의료보험	의료급여1종	의료급여2종	기타
총 계	32,165 (100.0)	14,259 (44.3)	11,586 (36.0)	5,397 (16.8)	923 (2.9)
정신보건센터	10,740 (100.0)	4,930 (45.9)	3,198 (29.8)	1,998 (18.6)	614 (5.7)
사회복지시설	1,866 (100.0)	1,244 (66.7)	474 (25.4)	118 (6.3)	30 (1.6)
보건소기본형사업	19,559 (100.0)	8,085 (41.3)	7,914 (40.5)	3,281 (16.8)	279 (1.4)

## 4. 우리나라 정신보건사업의 필요성 및 전망

### 1) 지역사회정신보건사업의 비용효과성

정신보건센터 사업의 비용편익 분석을 위해서는 정신보건센터에 투입된 예산과 함께 정신보건센터가 수행한 다양한 사업에 대한 효과를 분석하고, 이를 금전적인 단위로 환산하는 작업이 필요하다. 그러나 정신보건센터의 사업중에는 지역사회주민의 정신질환에 대한 편견감소 등 그 효과를 금전적인 단위로 환산하기 어려운 사업이 많이 있으며,

특히 장기간에 걸쳐 그 효과를 나타내는 사업도 많기 때문에 정신보건센터의 사업효과를 모두 추계하여 포괄적인 비용편익분석을 수행하기에는 여러 가지 제한점이 많다.

따라서 이 연구에서는 앞서 분석한 등록전후의 정신보건센터 등록회원의 변화에 따른 효과 중 금전적인 단위로 환산이 가능한 재원기간 감소와 노동수입 증가만을 포함시켜 정신보건센터에게 투입된 예산과 비교하는 비용편익분석을 시도하였다(표 14 참조).

2,278명의 16개 정신보건센터 등록회원이 정신보건센터 이용후 감소한 0.75개월(23일)의 연평균 재원기간은 모두 1,708개월(51,240일 또는 140년)으로 16개 정신보건센터 1개소당 1년에 106개월의 재원기간 감소라는 효과를 산출하였다. 이를 의료보호 1개월 입원비 약 80만원을 적용하여 금액으로 환산할 경우 정신보건센터 1개소당 8천480만원의 국가예산을 절감한 것이며, 정신보건센터 16개소를 모두 합할 경우 13억 5천 680만원의 국가예산을 절감한 것이 된다. 물론 건강보험 대상자가 상당수 포함되었기 때문에 이를 반영할 경우 보다 많은 의료비 절감 효과를 거두고 있다고 할 수 있기 때문에 사업효과 부문이 저평가 되었다고 할 수 있다.

정신보건센터에 등록한 회원의 연평균 노동수입 증가는 1인당 213,600원(등록후 12개월 시점의 월평균 노동수입 증가 17,800원×12개월)으로 추계되었다. 따라서 2,278명의 16개 정신보건센터 등록회원이 정신보건센터 이용후 증가한 노동수입은 모두 486,580,800원으로 16개 정신보건센터 1개소당 등록회원의 수입을 1년에 30,411,300원 증가시켰다.

정신보건센터 이용이후 절감한 입원의료비 총 13억 5천 680만원과 증가한 노동수입 약 4억 8천 658만원을 합칠 경우 1,843,380,800원의 사업효과를 보였다. 이를 정신보건센터 수인 16개소로 균등하게 분할할 경우 정신보건센터 1개소당 115,211,300원의 사업효과를 거두고 있는 것으로 추산되었다.

〈표 14〉 정신보건센터 사업의 비용편익 분석 결과

	연간비용1)		편익	
	총 비용		총 편익	
전체 16개 정신보건센터 (총 등록회원 2,278명)	총 비용 중앙정부예산 지방정부예산 기타 예산2)	1,558,289,000원 720,000,000원 756,369,000원 81,920,000원	총 편익 재원기간 감소 노동수입 증가 기타 편익3)	1,843,380,800원 1,356,800,000원 486,580,800원 ?
정신보건센터 1개소 (1개소당 평균 등록회원 142명)	총 비용 중앙정부예산 지방정부예산 기타 예산2)	97,393,063원 45,000,000원 47,273,063원 5,120,000원	총 편익 재원기간 감소 노동수입 증가 기타 편익3)	115,211,300원 84,800,000원 30,411,300원 ?
정신보건센터 등록회원 1인	총 비용 중앙정부예산 지방정부예산 기타 예산2)	684,060원 316,067원 332,032원 35,961원	총 편익 재원기간 감소 노동수입 증가 기타 편익3)	809,210원 595,610원 213,600원 ?
비용대비 편익	100.0		118.3(기타 편익 제외)	

주 : 1) 연간비용은 2000년도에 투입된 중앙정부, 지방자치단체 및 협력기관의 예산

2) 협력기관의 지원예산 등 국가와 지방자치단체 이외의 정신보건센터 예산

3) 기타 편익에는 가족의 부담감소로 인한 생산성 증가편익, 지역내 환자의 조기발견과 조기치료로 인한 장기적 치료비 감소, 생산성 증가, 사고감소로 인한 편익, 지역내 정신보건서비스 전달체계 및 연계체계 구축을 통한 효율성 증가편익, 지역내 주민대상의 상담 등의 정신건강증진사업을 통한 삶의 질 및 생산성 증가, 동사무소 사회복지사 등 지역내 보건복지인력의 교육을 통한 업무생산성 증가 효과 등 현실적으로 측정하기 힘든 다양한 사업효과가 포함.

중앙정부와 지방자치단체 및 협력기관 등의 예산을 모두 합친 2000년의 16개소 정신보건센터 예산이 총 1,558,289,000원이었고, 정신보건센터 1개소의 평균 예산이 약 9천 7백만인 것을 감안하면, 정신보건센터에 투입된 예산보다 훨씬 많은 효과를 거두었다고 할 수 있다. 즉, 정신보건센터 100원을 투입하여 118원의 편익을 보였다는 것을 알 수 있다.

특히 치료가 방치되어 만성화되고 있었던 환자의 입원을 지원하여 평균 재원기간이 증가된 부분을 제외하면, 정신보건센터 사업은 더욱 큰 비용편익 결과를 보였을 것이며, 주간보호 프로그램을 통하여 직접적인 보호자의 노동시간이 연장되거나 환자의 기능과 정신증상이 개선됨으로써 보호자의 노동시간이 연장되어 수입이 증가하고, 가족의 삶의 질이 증진되는 것 등도 본 정신보건센터 사업의 비용편익분석에 포함되지 않았기 때문에 이들을 포함할 경우 정신보건센터 사업의 비용편익은 더욱 상승할 것으로 보인다.

더욱이 정신보건센터 사업으로 인한 재원기간 감소는 정신병상 건립비용 등의 장기적

인 국가와 사회의 예산절감 효과가 있으며, 비효율적인 정신보건서비스 체계를 효율화하고, 인권의 신장에도 긍정적인 효과가 크므로 이러한 장기적이고, 간접적인 효과 등도 고려하면, 정신보건센터 사업은 그 비용편익이 매우 큰 사업이라고 할 수 있다.

## 2) 향후 지역사회정신보건의 전망

최근 우리나라는 지역사회정신보건 인프라가 급격히 확대되고 있다고 할 수 있다. 특히 정신보건법이 개정되어 정신보건센터가 보다 확실한 법적 근거를 갖게 되면서 대부분의 시군구에서 공공부문의 지역사회정신보건 체계가 구축될 것으로 보인다.

그러나 이러한 지역사회정신보건 시설의 양적 확대에도 불구하고, 여전히 우리나라의 정신병상수는 세계에서 가장 빠른 속도로 증가하고 있고, 장기입원 및 수용환자의 재원 기간은 좀처럼 감소하고 있지 않고 있다. 즉, 실질적인 지역사회정신보건 정책의 효과가 가시적으로 나타나지 않고 있는데, 이는 아직도 지역사회 내에서 정신질환자가 거주하면서 생활하도록 하기에는 지역사회정신보건 서비스 체계가 효과적으로 운영되고 있지 못하다는 증거가 될 수 있다.

따라서 정신보건법 제정 초기에 추진하였던 기본적인 지역사회정신보건 인프라의 확충 정책은 이들 지역사회정신보건 시설이 빠른 속도로 확대되고 있는 이 시점에서는 단순한 양적 확대를 넘어서 지역사회정신보건 서비스 전달체계의 확립을 통한 정신보건서비스 체계의 효율화 문제가 중요한 정책적 이슈로 대두되는 상황이 되었다. 특히 지역사회정신보건 서비스의 질적 측면을 강화하면서 확충되어야 할 것이다.

향후 지난 10년간의 경험을 토대로 볼 때 우리나라 지역사회정신보건 서비스 체계는 미국과 일본의 정신보건체계를 모델로 하면서 우리나라 상황에 맞는 모델을 찾아갈 것으로 보인다. 즉, 외국에서 경험하면서 체득한 '지역사회정신보건'의 바람직한 원칙과(text) 독특한 역사적 유산과 문화를 안고 있는 우리나라 상황(context)이라는 두 가지 가치를 어떻게 조화시켜 나가야 할지가 과제라 할 수 있다.



## ■ 參 考 文 獻

- 김용익·조맹제·김병후 외, 『지역사회정신보건사업체계 개발』, 서울대학교 의과대학, 1994.
- 남정자·한영자·최정수 외, 『정신보건의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 보건복지부, 『정신보건법』, 2000.
- 서동우·이영문·김윤 외, 『전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 1999.
- 서동우·변용찬·김동진·이선영, 『2단계 장애범주 확대방안 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2000.
- 서동우·김윤희·배정규·신영전·윤명숙·이광자·이종국·이선영·김동진, 『2000년도 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서』, 지역정신보건사업 기술지원단·한국보건사회연구원·보건복지부, 2001.
- 서동우·이선영·김동진, 『보건소, 정신보건센터, 사회복지시설의 지역사회정신보건 활성화 방안 연구』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2001.
- 서동우·김수지·김윤희·배정규·신영전·윤명숙·이봉원·이종국·이선영·김동진, 『2001년도 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서』, 지역정신보건사업 기술지원단·한국보건사회연구원·보건복지부, 2002.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2001.
- 이호영·김병후·양옥경 외, 『도시형 지역사회정신보건 사업체계 및 프로그램 개발에 관한 연구』, 보건복지부·서대문지역정신보건 시범사업팀·아주대학교 의과대학 정신과학교실, 1995.
- 이호영·이영문·이은설 외, 『정신요양시설 수용자의 사회복지 및 거주시설 운영에 관한 연구』, 보건복지부·아주대학교 의과대학 정신과학교실, 1995.
- 이호영·정영기·김병후 외, 『정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설기준개발 연구』, 보건복지부 용역사업 연구보고서, 1994.
- 장혜정·이신호·서동우 외, 『전국 병상수급 및 적정배치에 관한 연구』, 한국보건의료관리연구원, 1997.
- 후생노동성, 『我國의 精神保健福祉』, 2000.
- 후생노동성·국립정신신경센터 정신보건연구소, 『精神保健福祉資料』, 2000.
- Asai, K. A., "New Mental Health and Welfare Law in Japan", 『제9차 환태평양 정신의학 회 학술대회 발표자료』, 1999.
- OECD, *OECD Health System : Facts and Trends*, 1993.
- Talbot J. A., Hales R. E., Yudofsky S. C., *Textbook of Psychiatry*, Washington D.C. : American Psychiatric Association, 1988.