

한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare, vol. 29, 1996, 191-217

한국 정신보건제도의 실태 및 개선방안에 대한 연구*

황 성 동**

- I. 정신질환자의 현황
- II. 정신보건시설 및 인력의 현황
- III. 정신보건정책 및 관련제도의 현황
- IV. 한국정신보건제도의 개선 방안
- V. 결 론

우리나라의 헌법 제9조와 32조에서는 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가지며, 동시에 모든 국민은 누구나가 인간으로서 존엄과 가치를 가지고 자신의 행복을 추구할 권리를 가지고 있다고 규정하고 있다. 물론 이러한 권리는 정신적 질환이나 장애를 가진 개인들에게도 적용되는 주지의 사실이다. 어느 국민 개개인과 마찬가지로 정신질환자들도 그들의 인권이 존중되고 인간다운 처우를 받을 수 있는 사회적 환경 속에서 적절한 치료와 각종 재활서비스를 통해 사회적 기능을 회복하여 정상적인 생활을 영위할 수 있도록 지원되고 배려되어야 함은 물론이다. 그러나 우리 사회에서는 다수의 정신질환자나 정신장애자가 그들에게 꼭 필요한 치료나 서비스를 제공받기 보다는 대체적으로 일반사회와 격리된 정신병원이나 정신요양시설에서 장기간 수용된 채 그들 생애의 대부분을 보내거나 아니면 지역사회내에서 숨겨진 채로 소외된 삶을 영위하고 있다. 이들은 인간다운 생활을 영위하지 못할 뿐만 아니라 정상인과 같이 생활할 수 있는 재활의 기회마저 제대로 갖지 못하고 있다.

이러한 실정에 비추어 보아 우리 사회는 이들에게 보다 많은 관심과 적절한 서비스를 제공하여 공동체의 구성원으로서의 최소한의 인권과 생활이 보장될 수 있도록 노력하여야 할 것이다. 그러나 한국의 정신보건제도의 현실은 이러한 당위

* 이 논문은 1994년도 한국학술진흥재단의 공모과제 연구비에 의하여 연구되었음

** 건국대학교 사회복지학과 부교수

성 및 목적과는 괴리가 크며 이 분야에 대한 제반 연구도 그다지 활발하게 이루어지고 있지 못한 실정이다. 따라서 본 연구는 이러한 현상 상황을 극복하고 기존 연구의 미진한 부분을 보완해야 할 필요성에 기초하여 한국의 정신보건제도를 체계적으로 분석하여 새로운 정신보건서비스 전달체계를 제시하고 이를 통해 정신질환자들이 보다 적절한 치료를 통해 건강한 삶을 누릴 수 있도록 하고자 하는데 그 목적이 있다.

본 연구의 주요 내용으로는 사회복지제도의 일반적 분석틀인 서비스수혜자(service users), 서비스제공자(service providers) 그리고 이 양자를 연결하며 둘러싸고 있는 환경적 구성인 정책(policy) 이 세가지 측면에서 정신질환자, 정신보건시설 및 정신보건전문인력의 현황 그리고 정신보건정책 및 관련제도의 현황과 각종 문제점들을 파악하고 이를 기초로 한국의 정신보건제도의 발전적 과제를 제시하고자 한다. 연구의 방법으로는 문헌연구를 중심으로 하여 기존의 선행연구들을 분석하고 또 각종 관련 통계 및 법령들을 정리, 재구성하고자 한다.

I. 정신질환자(service users)의 현황³⁷⁾

1. 정신질환자의 수

점점 다변화되어가고 복잡해져가는 현대 사회에 있어서 정신질환을 앓고 있거나 정신장애로 인해 고통을 받고 있는 자들을 위한 종합적인 정신보건정책과 서비스 프로그램을 개발하고 실행하기 위해서는 무엇보다 먼저 정신보건서비스를 필요로 하는 정신질환자에 대한 정확한 파악이 이루어져야 한다. 즉 정신질환자의 수와 환자들의 특성, 진단명, 의료이용형태 및 의료비 규모 등에 대한 정확한 자료나 정보를 토대로 정신의료병상의 확보, 전문인력의 양성, 정신보건 서비스프로그램 및 전달체계의 확립, 예산확보등에 관한 포괄적인 정신보건정책이 합리적으로 수립될 수 있기 때문이다.

보편적으로 정신질환자의 수나 그 규모를 파악하는 데에는 대체로 세가지 방법을 이용해왔다. 첫째는 국제적 평균 유병률을 적용하여 환자수를 추정하는 것과 둘째, 일반주민들을 대상으로 역학조사를 실시하는 것과 셋째, 정신질환에 대한 의료이용 자료로부터 환자 수를 추정하는 방법이 있다. 이상의 세가지 방법 중 정신질환자의 의료이용 자료를 활용하는 방법이 비교적 현실적인 방법으로 인정되어

37) 정신질환자 수 및 정신보건시설의 현황은 한국보건사회연구원의 최근 조사(남정자,한영자,최정수,한충길, 『정신보건의 현황과 정책과제』, 1994)를 주로 참고했음을 밝혀둔다.

을 대상으로 그들의 의료이용 자료를 통한 연구와 또 1988년 1년간 의료보험 피보험자들의 정신의료 이용자료를 통해 정신질환자의 수를 추정한 연구가 있었다.³⁷⁾ 그리고 최근에 보건사회연구원(이하 보사연)에서는 1993년 1년동안 정신질환으로 인한 의료이용 자료를 활용하여 정신질환자들의 특성과 규모를 파악하였다.³⁸⁾ 물론 이보다 이전인 1984년과 1985년에 DIS-III를 이용하여 일반 주민들을 대상으로 역학조사를 실시한 적은 있지만 극히 일부 지역에서만 소규모의 표본을 통해 이루어졌기 때문에 그 결과의 타당성에는 많은 의문이 제기되었다.³⁹⁾ 따라서 의료이용 자료를 활용하여 정신질환자들의 수를 추정하는 방법이 자비진료의 경우나 비의료기관을 이용한 경우에는 추정이 곤란하다는 제한이 있긴 하지만 현실적으로 용이한 방법이라 할 수 있다.

보사연에서 연구한 결과에 의하면 1993년 1년간 의료보험 및 의료보호를 이용한 정신질환자는 총 1,190,860명으로 나타났다.⁴⁰⁾ 이는 인구 10만명당 정신질환자의 수가 2,703명에 해당되는 것으로 유병율⁴¹⁾은 2.70%에 해당된다고 볼 수 있다. 그러나 이 분석 결과에는 자비치료자와 정신요양원 및 기타 수용시설(예: 기도원, 치료감호소 등)에 수용되어 있기는 하지만 정신의료서비스를 받지 못하는 정신질환자들과 그리고 지역사회에 거주하면서 의료기관을 이용하지 않은 정신질환자들을 고려하지 않고 있기 때문에 이들을 모두 포함하면 최소한 145만명 이상으로 추정된다 (표 1 참조). 즉 인구 10만명당 정신질환자 수는 약 3,300명으로 이는 1986년의 조사에서 밝힌 1,450명 그리고 1988년 연구에서 밝힌 2,160명보다 큰 폭으로 증가한 수치이다.⁴²⁾ 그러나 이 결과만으로는 지난 5-7년만에 정신질환자 수가 급격히 늘어났다고 판단할 수는 없고, 오히려 1989년 이전에는 전체 국민이 의료보험 적용대상 인구가 아니었기 때문에 정신질환자의 수가 실제보다 과소 측정된 것으로 볼 수 있다.

37) 문옥륜,김정순,서동우, 『정신질환의 이환 상태 및 관리방안에 대한 조사연구』, 보건사회부, 1989.

38) 남정자,한영자,최정수,한충길, 『정신보건의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.

39) 이동모, “우리나라 정신보건의 현황과 정책”, 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나 자료집, 1994, pp. 6-7.

40) 남정자의, 전게서, 1994, p. 31.

41) 일반적으로 정신질환의 경우 그 속성상 평생 유병율(lifetime prevalence rate)이 사용되고 있으나 이 연구에서 밝히고 있는 것은 연구의 제한상 1993년 1년간 정신질환으로 인해 의료기관을 이용한 환자에 국한하고 있어 엄밀한 의미에서 기간·치료유병율(period & treated prevalence rate)이라고 할 수 있다.

42) 참고로 최근 미국에서의 한 연구에 의하면 12개월 동안에 성인 인구의 5.7%(11.4백만명)가 중증정신질환을 겪고 있는 것으로 나타났으며 이중 약 47%에 해당되는 5.4백만명이 만성중증정신질환자인 것으로 밝혀졌다 (Psychiatric Services, vol. 47, no. 5, May 1996, pp. 546-547).

<표 1> 정신질환자의 추정 규모, 1993

시 설 구 분	환 자 구 분	환 자 수	비 고
전 체		1,458,242	
병·의원	계	1,434,771	
	의료보험	1,085,933	
	의료보호	104,927	
	자비, 기타	243,911 ¹⁾	
정신요양원		17,605 ²⁾	
부랑인시설		4,000 ³⁾	
기타시설(치료감호소등)		500 ⁴⁾	
기도원		5,000 ⁵⁾	

자료: 남정자의, 정신보건 현황과 정책과제, 1994, p. 31.

- 주 : 1) '92 환자조사(보건복지부)결과의 특수병원 진료비지불방법별 외래환자수로부터 추정(전체환자 구성비 → 의료보험/보호:83%, 자비:15%, 기타:2%)
 2) 정신요양원 수용환자중 3,634명은 병·의원을 이용한 환자로 파악됨.
 3) 전국 39개 부랑인시설 수용자의 약 30%정도가 정신질환자로 추정(이동모, 1994)
 4) 대한신경정신의학회, 『대한신경정신의학회년보』, 제9호, 1993년
 5) 비공식자료에 의해 파악한 수를 기초로 추정했음 : 충남의 경우 41개 기도원에 853명의 정신질환자가 수용되어 있는 것으로 파악됨.

그러나 이 145만명이라는 환자의 규모는 다소 비과학적인 추정치에 불과하며 지금까지 한 번도 전국적 규모의 역학조사를 실시하여 정신질환자의 수를 정확히 파악해본 적이 없다는 점이 문제라고 하겠다. 더구나 현재 환자의 기본적 인권 문제가 논란이 되고 있는 다수의 기도원등 비정신보건시설에 수용되어 있는 정신질환자들과 또 지역사회내에서 숨겨진 채로 방치되어 있는 정신질환자들에 대한 조사나 연구는 더 더욱 전무하다는 점이 오늘날 한국의 정신질환자 현황에 대한 정확한 논의를 어렵게 만드는 주된 요인이 된다고 하겠다. 따라서 본 연구에서는 추정된 전체 정신질환자보다는 의료보험, 보호의 요양급여 자료에서 확인된 약 1,190,000명에 한정하여 세부적으로 이들의 진단별 유병률, 진료비, 의료이용 형태, 그리고 만성중증정신질환자의 수와 규모를 분석하고자 한다.

2. 정신질환의 유병률

우리나라에서는 정신질환을 분류하는데 있어서 임상적으로 널리 쓰이는 DSM-III를 사용하기 보다는 세계보건기구(WHO)에서 개발된 국제질병분류(ICD)를 이용하고 있다. 이 ICD에 따른 정신질환(ICD 290 -319)의 전체 유병률은 인구 10만명당

<표 2> 국제질병분류에 따른 정신질환군의 종류 및 인구 10만명당 정신질환 유병율, 1993

진단분류	질 환 명	환자수	유 병 율	
			남	여
계		1,190,860	2,703.46 1,902.9 3,493.6	
290-294	기질적정신병 상태	32,169	73.03	
295-299	기타 정신병	156,288	281.77	
300-316	신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 장애	1,030,731	2,339.94	
317-319	정신발육 지연	3,841	8.72	
295	정신분열증 정신병	80,051	181.73 200.7 162.9	
300	신경증성 장애	633,401	1,437.9 896.6 1,972.2	
301	인격장애	7,957	18.06 23.1 13.0	
303	알코올 의존성 증후군	8,484	19.26 33.5 5.1	

자료: 남정자의, 정신보건의 현황과 정책과제, 1994, pp. 32-36.

2,703명이며 질병군 중에서는 「신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 정신장애」가 약 2,340명으로 가장 높고 다음으로 「기타 정신병」이 282명, 「기질적정신병」이 73명, 「정신발육지연」이 약 9명의 순으로 나타났다. (표 2 참조) 그리고 질병별로는 신경증성 장애(ICD 300)가 전체 정신질환자의 53.2%로 유병률은 1,438명이며 대표적 정신질환인 정신분열증(ICD 295)은 전체 환자의 6.7%로 유병률은 182명이었다.⁴³⁾

성별로 본 정신질환유병률에서는 남자보다 여자가 약 1.8배 높은 것으로 나타났는데 특히 신경증성 장애(ICD 300)에서는 여자가 남자보다 2배이상 높았으며 반면 정신분열증, 인격장애, 알콜성 정신병에서는 남자의 유병률이 여자에 비해 높았다. 그리고 성·연령별로 구분해서 보면 전체적으로 20대부터 급격히 증가하여 50-60대에 정점을 이루다가 다시 감소하는 경향이 있으며, 여자의 경우 특히 50대에서 남자와 큰 차이를 보여 인구 10만명당 남자 3,942명보다 2.3배가 높은 9,271명으로

43) 남정자의, 전계서, 1994, pp. 33-37.

나타났다. 정신질환의 유병률을 의료보장의 종류별로 (의료보험 대 의료보호) 살펴보면 인구 10만명당 정신질환 유병률은 의료보험의 경우 평균 2,440명이고 의료보호의 경우에는 4,435명으로 의료보호의 유병률이 전체유병률보다 1.6배가 높으며, 질병분류 별로는 가장 대표적 정신질환은 정신분열증의 경우 의료보호의 경우에는 975명으로 이는 전체 평균 181명보다 무려 5.4배나 높은 것으로 나타났다. 그러나 신경증의 경우는 의료보험 환자나 의료보호 환자에게서나 그 유병률은 비슷했다 (1,430 대 1,628).⁴⁴⁾

이처럼 의료보호대상자들이 의료보험대상자들보다 높은 유병률을 보이는 것을 기초로 빈곤한 계층의 정신질환 발생률이 일반계층에 비해 특별히 높다고 판단하기는 어렵다. 물론 빈곤이라는 것이 사람들로 하여금 스트레스를 유발할 가능성을 높이고 사회적 문제에 대한 대처능력을 약화시키며, 또 사회적 지지체계를 미약하게 만들기 때문에 정신질환의 가능성이 높을 것으로 추정할 수는 있겠지만, 이것은 오히려 사회적 환경 즉 제도적·구조적 요인에 의해 설명될 수 있는 부분이 더 많다고 하겠다. 즉 입원을 대체할 수 있는 진료 및 재활서비스 프로그램이 거의 전무한 실정에서 저소득계층의 정신질환자는 정신병원이나 정신요양원에 입원 또는 수용되었을 때 한해 의료보호의 혜택을 쉽게 받게 되고, 그리고 한 번 퇴원하게 되면 다시 의료보호의 자격을 취득하기가 어려워 가족들은 경제적, 심리적 부담 때문에 환자의 퇴원을 기피하게 됨으로 말미암아 입원이 장기화되는 경향이 있다. 이에 따라 환자들은 발병 초기에 집중적인 단기입원 치료와 후속 재활치료를 통해 회복될 수 있는 사회적 기능을 점차 상실하게 되어 장기간 입원이나 수용이 불가피하게 되고 결과적으로 의료보호 환자의 유병률이 상대적으로 높은 것으로 인식될 수 있는 것이다.⁴⁵⁾

3. 정신질환자의 의료이용 및 진료비 실태

보사연의 조사에 의하면 1993년 1년동안 정신질환으로 인한 의료보험 및 의료보호 진료비 청구 건수는 약 3,477,000건으로서 이중 입원이 7.0%, 외래가 93.0%를 차지하고 있다. 이를 정신질환의 4대분류로 구분하면 입원진료의 경우 정신분열증을 포함한 「기타 정신병」이 전체 입원건수의 약 70%를 차지하며, 외래의 경우 신경증을 포함한 「신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 장애」가 총 외래건수의 약 78%를 차지하고 있다. 그리고 정신질환자 1인당 평균 입원일수는 전체적으로 볼때 연 83일이며 남자의 경우 91일로, 여자의 72일에 비해 19일이 더

44) 상계서, pp. 37-45.

45) 김용익, "정신보건의 정책방향", 정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나 자료집, 1994, pp. 95-126.

<표 3> 전체 진료비에 대한 정신의료진료비 및 정신질환별 진료비

(단위 : 백만원)

	전 체 (A)		정신질환 (B)		B/A (%)	
	입원	외래	입원	외래	입원	외래
계	4,656,938		183,547		3.9	
입원	1,752,355		107,335		6.1	
외래	2,904,582		76,212		2.6	
정신질환의 유형	진료비		총정신진료비에 대한 비율(%)			
	입원	외래	입원	외래		
계	183,547		100.0			
	107,335	76,212	100.0	100.0		
기질적 정신병 (290-294)	9,180		5.0			
	7,289	1,891	6.8	2.5		
기타 정신병 (295-299)	97,995		53.4			
	77,790	20,205	72.5	26.5		
신경증성 장애, 인격장애 및 기타 비정신병적 장애 (300-316)	73,997		40.3			
	20,114	53,883	18.7	70.7		
정신발육지연 (317-319)	2,373		1.3			
	2,141	232	2.0	0.3		
정신분열증 (295)	80,665		43.9			
	67,141	13,523	62.5	17.7		
신경증성 장애 (300)	43,119		23.5			
	4,870	38,248	4.5	50.2		

자료: 남정자의, 『정신보건 현황과 정책과제』, 1994. pp. 58-60
 의료보험연합회, 『'93 의료보험통계연보』, 제15호, 1993. p.320.
 의료보험관리공단, 『'93 의료보호통계』, 제2호, 1993. p.320.

길었다. 반면 평균 외래 방문일수는 연간 5일로써 남녀간에 별 차이가 없었다. 한편 대표적 정신질환인 정신분열증의 경우 평균 입원일이 126일이나 되었다.⁴⁶⁾

한편 1993년 한 해 동안 정신의료기관의 이용 현황을 보면 입원의 경우 환자의 과반수 이상(56.2%)이 전문정신병원을 이용했으며 그 다음으로는 종합병원(17.4%), 일반병원(14.2%)의 순이었다. 반면 외래의 경우는 신경정신과의원의 이용률이 44.4%로 가장 높았고 그 다음으로는 비신경정신과의원(23.8%) 종합병원(18.4%)의 순이었다. 여기서 주목할 점은 외래인 경우 비신경정신과의원이 전문정신병원이나 종합병원보다 이용률이 높다는 점이다. 이것은 일반의료 인력에 대한 정신과 교육

46) 남정자의, 전제서, 1994, pp. 52-54.

이나 훈련의 필요성을 시사하고 있다. 즉 일반의료인력이 자체적으로 담당할 수 있는 부분과 또 정신과의사들에게 의뢰를 해야만 할 경우에 관한 기준이나 지침 등에 대한 교육과 훈련이 필요하다는 것이다. 그렇게 함으로서 정신의료서비스에 대한 질을 높일 수 있을 것이다. 한편 정신질환자의 의료기관 이용에서 두드러진 양상은 입원의 경우 주로 전문정신병원(56.2%)을 이용했으며 외래는 주로 신경정신과의원(52.1%)을 이용하고 있다는 사실이다. 단 종합병원만이 이용률 20%내외로 입원과 외래치료의 균형을 이루고 있다.⁴⁷⁾

그리고 1993년 전체 정신질환진료비는 총 의료보험진료비 4조 6,569억원의 3.9%에 해당되는 1,835억으로 나타났다. 이 중 입원의 경우는 전체의 6.1%, 외래는 2.6%를 차지했다. (표 3 참조) 이를 다시 세부진단별로 보면 정신분열증이 총 진료비의 약 44%를 차지하며, 입원의 경우에도 정신분열증으로 인한 진료비가 전체 진료비의 62%를 차지했다. 그러나 외래의 경우 신경증성 장애가 전체의 50%를 차지했다. 이것을 다시 의료기관별로 살펴보면 입원진료비는 전문정신병원에 전체의 51% 정도가 지급되고, 외래진료비는 신경정신과의원에 32%가 지급되어 가장 많이 지급된 의료기관으로 밝혀졌다.⁴⁸⁾

4. 만성중증정신질환자의 규모

만성중증정신질환자는 정신질환자 중에서도 우선적으로 관심을 기울여야 할 대상이다. 일반적으로 정신질환자 집단 중에서 만성중증정신질환자의 크기 및 성격을 결정짓는 것은 매우 어려운 일이다. 하지만 정신보건서비스 체계를 마련하고 각종 정신보건서비스 프로그램을 개발하고 관리하기 위해서는 이들에 대한 정확한 파악이 필요하다. 대체로 만성중증정신질환 및 장애를 결정짓는 기준은 크게 진단(diagnosis), 무능력(disability), 기간(duration) 이 세가지로 나눌 수 있는데⁴⁹⁾ 이중 비교적 현실적으로 타당하고 연구자들 간에 가장 논란이 적은 기준이라고 할 수 있는 진단⁵⁰⁾만을 기준으로 했을 때 우리나라의 만성중증정신질환자의 수는 약 166,700명으로 파악되어 전체 정신질환자의 약 14%에 해당하며 인구 10만명당 유

47) 상계서, pp. 55-57.

48) 상계서, pp. 58-60.

49) Bachrach, L., "The chronic patient: in search of a title", *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 43, No. 9, 1992, pp. 867-868; Bachrach, L., "Defining chronic mental illness: a concept paper", *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 39, No. 4, 1988, pp. 383-388.

50) 일반적으로 진단에 대한 기준은 일과성, 기질적 정신병 상태(293)를 제외한 모든 기질적 정신병(290-292, 294), 기타 정신병 (295 -299), 인격장애(301), 성도착 및 성적 장애(302), 정신발육지연(317 -319)을 포함한다.

병률은 378명으로 나타났다.

일반적으로 정신질환의 치료에 대한 비용을 생각할 때는 실제 환자의 치료 및 재활서비스에 투입된 직접적 비용과 환자를 돌보는데 있어서 가족들의 부담 및 정신질환으로 인한 경제력 상실을 포함한 간접적 비용으로 구분할 수 있다. 정신질환의 치료에는 직접적 비용을 줄이는 데에 물론 관심을 쏟아야 하지만 정신질환자의 사회복지귀를 통한 간접 비용의 감소 내지 생산활동의 참여에 따른 경제적 효과의 측면도 반드시 고려되어야 할 것이다. 따라서 정부에서는 정신보건정책을 수립할 때 만성정신질환자들 중에서 상당수가 경제활동이 가능한 연령 집단이라는 점을 깊이 인식하여 이들의 사회복지귀에 보다 많은 관심과 배려를 기울여야 할 것이다.

II. 정신보건시설 및 인력(service providers)의 현황

일반적으로 우리나라에서 정신보건시설이라 함은 정신의료기관, 정신요양원, 사회복지시설로 구분할 수 있다.⁵¹⁾ 정신의료기관에는 의료법에 의한 정신병원, 정신과의원, 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과를 말한다.⁵²⁾ 한편 현행 의료법에서는 300병상 이상의 종합병원에서는 정신과의 설치를 의무화하고 있다. 정신요양원은 “장기입원을 요하는 정신질환자를 입원시켜 요양 또는 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설”을 말하며, 사회복지시설은 “정신질환자를 입원시키지 아니하고 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설”을 말한다 (정신보건법 제3조). 1995년 6월말 현재 우리나라의 정신보건시설(사회복지시설 제외)은 560개소로 총 40,492병상이 있다. 이 중 정신의료기관은 485기관에 22,048병상으로 전체의 54.5%를 차지하고 있으며 정신요양원은 75개소에 18,444병상으로 45.5%를 차지하고 있다.⁵³⁾ (표 4 참조) 이밖에도 보건복지부에서는 정신질환자의 수용시설로 전국 39개 부랑인시설과 (여기에 수용된 자들의 30%인 약 4000명이 정신질환자로 추정된다) 전혀 의료인의 손길이 닿지 않고 또 그 숫자도 파악하기 어려운 다수의 기도원에 상당수의 정신질환자가 수용되어 있는 것으로 파악하고 있다.⁵⁴⁾

51) 현재 운영중인 사회복지시설로는 전국적으로 1-2개에 불과해 이 장에서는 정신의료기관과 정신요양원에 대한 논의로 한정한다.

52) 최근 제정된 정신보건법에서는 정신요양병원을 정신의료기관에 포함시키고 있으며 사회복지법인인 정신요양원은 법 시행 7년 이내에 정신요양병원 또는 사회복지시설로 전환토록 규정하고 있다. (제32조, 부칙 제3조)

53) 보건복지부, 『보건사업지침』, 1996, pp. 429-439.

54) 이동모, 전계서, 1994, p. 8.

한국 정신보건제도의 실태 및 개선방안에 대한 연구

한 나라에 있어서 정신질환자에 대한 적절한 치료와 서비스를 위한 필요 적정 병상 수를 파악하기란 매우 힘들다. 왜냐하면 나라마다 각기 문화와 제도가 다르고 특히 정신보건정책의 방향이 다르기 때문이다. 그러나 최근들어 대형 정신병원 중심의 입원치료보다는 지역사회 중심의 정신보건서비스제도가 세계적인 추세에 있기 때문에 이 접근법에 따르면 필요 적절한 병상 수는 인구 1만명당 4-5병상으로 파악된다.⁵⁵⁾ 따라서 한국의 현행 정신의료기관의 정신병상수는 인구 1만명당 5.0병상으로서 기본적인 필요 병상수는 대체적으로 구비되어 있다고 보아야 할 것이다

<표 4> 정신보건시설의 현황 (1995년 6월 30일 현재)

구		분	기관수	병상 수	정신의료기관 단독구성비 (%)	구성비(%)	비고
전		체	560	40,492		100.0	
정신 의료 기관	소		485	22,048	100.0	54.5	
	전문 정신병원	국립정신병원	4	2,350	10.6	5.8	
		공립정신병원	11	2,910	13.3	7.2	
		사립정신병원	25	8,010	36.3	19.8	
	소		40	13,270	60.2	32.8	
	일반정신 의료기관	종합병원정신	118	4,358	19.8	10.8	
		과	15	3,079	14.0	7.6	
병원 정신과		312	1,341	6.0	3.3		
정신과 의원							
소		445	8,778	39.8	21.7		
정신 요양원			75	18,444		45.5	

자료: 보건복지부, 보건사업지침, 1996, p. 429.

1. 정신의료기관의 현황

한국의 정신의료기관은 크게 전문정신병원과 일반정신의료기관으로 구분할 수 있다. 전체 정신의료기관의 병상 수에서 전문정신병원이 차지하는 병상 수는 약 60% 정도이다. 전문정신병원을 다시 운영의 주체상 국·공립 병원과 민간병원으로 나뉘어 있는데 이 양자간의 병상수 비율은 39.6% 대 60.4%로 민간이 차지하는 비율이 크다. (표 4 참조) 한편 정신병원의 병상규모를 보면 200병상 미만이 37.1%, 200-500병상이 42.9%, 그리고 500병상이상이 20.0%를 차지하고 있어 전문

55) 정신보건연구회, 우리 나라 정신보건 정책 수립을 위한 제안, 1993; Gittleman, M., "정신질환자 치료에 있어서 방향전환", 한국정신사회재활협회 창립 총회 및 학술대회 자료집, 1995.

<표 5> 시·도별 전문정신병원 및 정신요양원 현황 (1995.6.30.현재)

	전문 정신병원		정신 요양원		비 고
	기관 수	병상 수	기관 수	병상 수	
서울	5	2,079	1	640	
부산	7	1,943	10	2,965	
대구	1	395	3	803	
인천	1	503	2	326	
광주	0	0	3	620	
대전	2	500	4	1,252	
경기	11	3,449	7	1,814	
강원	1	400	1	165	
충북	2	750	7	1,909	
충남	2	720	12	2,264	
전북	1	180	5	1,090	
전남	1	600	4	1,198	
경북	2	380	7	1,326	
경남	4	1,371	8	1,922	
제주	0	0	1	150	
계	40	13,270	75	18,444	

자료: 보건복지부, 보건사업지침, 1996, pp. 430-432.

정신병원의 대형화 현상을 알 수 있다. 그리고 이들 정신병원의 지역적 분포를 보면 경기, 서울, 부산의 순으로 병상수가 많으며 이들 세 지역의 정신병상수는 7,471개로 전체 병상수 13,270개의 56.3%를 차지한다. 이중 특히 경기도에는 전문병원이 11개, 3,449개의 병상으로 전체 병상수의 1/4이상을 차지하고 있다. (표 5 참조) 그러나 광주 및 제주에는 전문정신병원이 전무하며 전북, 강원, 경북등은 모두 각각 500병상 이하로 지역간 격차가 매우 크다고 하겠다.

한편 보사연의 최근 연구에 의하면 정신병·의원이 전혀없는 중진료권이 전체 140개 중진료권 중 82개로 무려 59%에 달한다는 사실이다. 여기에 정신요양원을 포함한 정신보건시설의 경우에는 전체 중진료권중 정신보건시설이 전혀 없는 곳이 64개로 45.7%에 달하고 있다.⁵⁶⁾ 이는 분명 정신보건전달체계상 문제가 있는 것으로 이러한 지역적 불균형 분포로 인한 정신보건서비스의 불접근성(unaccessibility)은 반드시 해결되어야 할 과제라 하겠다.

그리고 최근에 31개 전문정신병원을 대상으로한 실태조사에 의하면 정신과 전문의 1인당 환자 수는 평균 79명에 달하며 (전공의 포함시 48명) 간호사 인력은

56) 남정자의, 전게서, 1994, pp. 69-71.

환자 15명당 1인으로 나타났다. 그리고 조사대상 정신병원 중에서 전문의 1인당 환자 100명을 초과하는 병원 수는 전체의 약 1/4에 달하고 있는 것으로 드러났다.⁵⁷⁾ 같은 연구에서 밝힌 정신병원의 서비스프로그램의 실시현황을 살펴보면 낮 병원을 실시하고 있는 병원은 전체의 약 16%이며, 작업치료는 65%의 기관에서 실시하고 있어 비교적 높은 실시율을 보이고 있다. 이밖에도 환자가족을 위한 프로그램(39%), 알콜중독 치료프로그램(74%), 약물중독 치료프로그램(26%), 심리극(42%) 등을 실시하고 있는 것으로 나타났다. 한편 1병실당 병상수를 보면 전체 병실의 41.4%가 9인실 이상의 병실이며 33인 이상도 전체의 15%나 되는 것으로 나타났다. 현재의 의료법에서는 1병실당 병상수를 제한하고 있지는 않으나 현재의 병실당 환자수준은 과밀하다고 할 수 있다. 그리고 병상의 개방정도를 보면 전체 병상의 약 11%만이 개방병동이고 나머지 89%의 병동이 폐쇄병동이어서 환자의 자유로운 활동이나 권익옹호에 상당히 의문이 제기될 수 있는 현실임을 알 수 있다.

2. 정신요양원의 현황

정신보건시설로서 정신병·의원과 함께 정신질환자 관리의 주축이 되어 온 정신요양원은 의료법인이 아닌 사회복지법인으로서 95년 6월말 현재 전국적으로 75개가 있으며 전체 입원 정신질환자의 45%에 해당되는 18,400명 정도가 수용되어 있다. 그러나 정신요양원은 정신질환자를 단순 격리, 수용하는 비의료적 시설로서 낮은 수가와 전문인력의 부족등으로 인해 환자의 인권과 적절한 서비스의 제공이라는 측면에서 많은 사회적 문제를 야기해 왔다. 이 시설의 지역적 분포를 보면 <표 5>에서 보는 바와 같이 부산, 충남, 경남, 충북의 순으로 병상 수가 많으며 이들 지역이 전체 병상수의 약 49%를 차지하고 있다. 그러나 서울, 강원, 제주 등에는 요양원이 각 1개소 밖에 없고 전체 병상수의 5%에 불과해 지역적 불균형이 매우 심한 편이다.

최근 실시한 정신요양원의 실태조사에 의하면 요양원당 평균 재원환자는 336명이며 이 중 의료보호 환자가 3/4이상을 차지하고 있으며 성별로는 남자가 여자보다 1.7배 많고 진단별로는 정신분열증 환자가 대부분을 차지하며(88%) 3년 이상의 장기 수용 환자가 73%나 되고, 30-40대의 환자가 전체의 60% 이상을 차지하고 있는 것으로 나타났다.⁵⁸⁾ 특이할 만한 것은 현재 수용중인 환자의 1/3정도가 연고자가 전혀 없거나 가족이 있음에도 불구하고 연락이 가능하지 않은 것으로 나타났으며 의료보호대상자는 거의 평생동안 이곳에 수용되고 있다는 사실이다. 그리고 이

57) 상계서, pp. 81-82.

58) 상계서, pp. 86-110.

들의 관리는 대부분 주 1회 3-4시간 정도의 촉탁이나 공중보건 의사에 의존하고 있으며 간호사도 환자 100명당 1명꼴로 배치되어 있어 전문인력의 부족으로 인해 정신치료 및 재활서비스가 거의 전무한 상태이고 정부의 재정적, 행정적 지원도 미약하여 그 수용환경 또한 매우 열악한 수준에 있다고 볼 수 있다. 따라서 우리나라의 정신요양원은 치료서비스나 재활서비스가 거의 전무한 상황에서 만성화된 환자들과 기타 경제적인 이유로 정신의료기관을 이용하지 못하는 처지에 놓여 있는 환자들을 주로 수용하여 단순 관리하고 있는 시설에 불과하다 하겠다. 게다가 정신요양원에 대한 수요는 정신질환자에 대한 별다른 사회복지대책이 적극적으로 강구되지 않는 한 증가할 수 밖에 없는 현실이라 하겠다.

3. 정신보건인력의 현황

한편 정신보건 분야의 인력으로는 정신과 의사 외에도 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 간호조무사 등이 필요하다.⁵⁹⁾ 1994년 6월말 현재로 정신과전문의사(전공의 포함)는 1,398명으로 인구 10만명당 3.1명 수준이다. 한편 정신과에 근무하고 있는 간호사 수는 약 1,800명 정도이나 이 중에서 1990년부터 자격규정에 따라 배출되기 시작한 정신간호사는 58명에 이르고 있다.⁶⁰⁾ 정신질환의 특성상 전문인력 간에 팀 접근은 반드시 필요하며 정신보건서비스팀의 일원으로 중요한 역할을 하는 것이 바로 사회복지사와 임상심리사이다. 정신질환자의 심리, 사회적 문제 해결과 재활 및 사회복지 서비스의 중심적 역할을 담당하고 있는 정신보건분야의 사회복지사는 현재 약 140여명에 이르고 있다. 그리고 환자의 임상 심리검사 업무를 주로 담당하고 있는 임상심리사는 약 130명이 정신보건영역에 종사하고 있는 것으로 나타났다. 이외에도 정신과 영역에서 활동하고 있는 간호 조무사는 약 1,300명에 달하고 있다. (표 6 참조) 정신보건인력의 필요 규모와 구성인력간의 적정 균형은 정신보건서비스체계의 방향과 구성에 따라 달라진다고 할 수 있다. 입원중심의

<표 6> 정신보건의 인력 현황 (1994. 6. 현재)

계	정신과전문의사*	사회복지사	정신간호사	임상심리사	작업치료사	간호조무사
1,736 (명)	1,398	144	58	129	7	1,287

*정신과 전공의 포함.

자료: 보건복지부, '95 정신보건사업지침, 1995.

59) 정신보건법에서는 정신보건전문요원으로 정신보건임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사로 규정하고 있다.

60) 이동모, 전게서, 1994, pp. 9-10

임상적, 의학적 모델 위주의 서비스체계에서는 많은 수의 정신과 의사가 필요할 것이고 세계적 추세인 지역사회중심의 정신보건서비스체계에서는 단기입원과 재활 중심의 후속서비스(after care)를 강조하기 때문에 상대적으로 적은 수의 정신과 의사와 비교적 많은 수의 사회복지사나 간호사 및 임상심리사와 같은 정신보건전문인력을 필요로 하고 있다.

III. 정신보건정책(mental health policy) 및 관련제도의 현황

1. 정신보건정책 및 전달체계의 현황

우리나라에서 정신보건에 대한 중요성이 부각된 것은 1983년에 모 TV방송국의 사회고발 프로그램에서 기도원에 수용된 정신질환자의 실태를 방영한 이후라고 할 수 있다. 정신질환자들의 비인간적이고 처참한 수용현실을 보도한 이 방송 이후로 이들에 대한 사회적 관심이 높아지고 체계적인 정신보건정책의 필요성이 제기되었다. 그리하여 1984년에는 「정신질환관리종합대책」이 수립되어 정신과의원, 보건소(보건지소), 상담소를 1차 기관으로하여 정신질환자의 발견, 진료, 상담을 담당하고 정신병원, 일반병원정신과, 정신요양원을 2차기관으로하여 진료, 재활, 훈련을 전담하는 정신질환관리체계를 확립하였으나 그 실시는 매우 미미하였다. 1980년대 후반에는 정신요양원에 정신과전문의를 촉탁의로 배치하고 1980년대 말에는 정신요양원에 공중보건의를 배치하고 순회진료를 위한 노력을 시작하였다. 1990년대에 들어서는 1991년부터 정신보건업무가 보건국 질병관리과로 이관되어 정신보건업무가 질병관리 차원에서 다루어지기 시작했다. 그리고 정신보건정책도 이전부터 지속되어 온 정신질환 진료시설의 확충 및 정신질환 관리체계 확립에다가 정신보건법 제정 및 지역사회정신보건사업

등에도 관심을 두게 되었다. 그러나 이러한 정신보건정책에 대한 사회적 관심과 더불어 다양한 제도상의 변화를 시도해 왔지만 그동안 우리나라의 정신보건 정책은 단순히 정신보건시설 즉 정신의료기관 및 정신요양원의 병상 수를 증설하는데 치중해 왔다고 해도 과언이 아니다.

<표 7>에서 보는 바와 같이 그동안 정부에서는 정신보건시설의 병상 수 확충 작업에 치중해온 결과 1984년에는 12,392병상에 불과 하던 것이 1995년에는 40,492병상으로 3배이상 증가했다. 이러한 병상 수의 증가는 주로 사립정신병원의 병상 수가 1984년 약 1,000병상에서 1995년 8,000병상으로 무려 8배 가까이 증가한 데 그 주된 원인이 있다 할 수 있다. 이것은 우리나라의 일반의료기관이 민간위주인

<표 7> 정신보건시설의 병상 수 증가 추이

단위 : 병상 수 / ()안은 1984년 기준 상대 지수(%)

		1984	1986	1988	1990	1992	1995
총	계	12,392 (100.0)	24,410 (197.0)	27,857 (224.8)	31,541 (254.5)	33,804 (272.8)	40,492 (326.7)
전 문 정 신 병 원	소 계	2,952 (100.2)	5,205 (176.3)	6,890 (233.4)	8,672 (293.8)	9,611 (325.6)	13,270 (449.5)
	국 립	950 (100.0)	1,150 (121.1)	1,850 (194.7)	1,950 (205.3)	2,350 (247.4)	2,350 (247.4)
	공 립	980 (100.0)	1,513 (154.4)	1,513 (154.4)	1,758 (179.4)	1,934 (197.3)	2,910 (296.9)
	사 립	1,022 (100.0)	2,542 (248.7)	3,527 (345.1)	4,964 (485.7)	5,327 (521.2)	8,010 (783.7)
일 반 정 신 의 료 기 관	소 계	3,155 (100.0)	4,370 (138.5)	4,717 (149.5)	5,437 (172.3)	6,538 (207.6)	8,778 (278.2)
	병원 및 종합병원	2,064 (100.0)	3,371 (163.3)	3,681 (178.3)	4,219 (204.4)	5,303 (256.9)	7,437 (360.3)
	의 원	1,091 (100.0)	999 (91.6)	1,036 (95.0)	1,218 (111.6)	1,235 (113.2)	1,341 (122.9)
정 신 요 양 원	8,349 (100.0)	14,835 (177.7)	16,250 (194.6)	17,432 (208.8)	17,655 (211.5)	18,444 (220.9)	

자료: 보건복지부, 『보건사업지침』, 1996, p. 429.

이동모, 『우리 나라 정신보건의 현황과 정책』, 1994, pp. 8-9.

이러한 가운데 그나마 다행인 것은 최근에 정신보건법이 제정되었다는 사실이다. 정신보건법 제정을 위한 노력은 1980년대초부터 시작되었으며 1985년에 정부안이 국회에 제출되었으나 각 계에서 인권침해 소지 등의 이견이 제기되어 입법화가 이루어지지 못했고 그 후 1990년대 들어 다시 각계의 의견을 수렴하여 1992년 11월 국회에 제출되었다. 그 후 많은 논란과 수정작업을 거쳐 지난해 1995년 12월에 최종적으로 국회를 통과하게 되었다. 정신보건법의 주요 골자는 정신질환과 정신보건시설에 대한 규정을 명확히 했으며 정신질환자의 치료 및 인권보호에 대한

규정을 구체화시켰고, 또 그동안 논란의 대상이 되어왔던 정신요양원을 법 시행 7년 이내에 정신요양병원 또는 사회복지시설로 전환할 수 있는 근거를 마련한 점이라 하겠다. 그 밖에 또 중요한 사항으로는 정신보건전문인력에 대한 규정과 정신보건심의위원회의 설치 그리고 사회복지시설의 설치, 운영에 대한 법적 당위성 등을 부여한 점을 들 수 있다. 물론 이 법이 한국의 최초의 정신보건법이며 정신보건이라는 문제를 공식적으로 법령 및 제도속에 밝힌 점, 그리고 무엇보다 정신질환 및 정신장애를 겪는 다수의 환자들에게 최적의 치료 및 재활 서비스를 받을 수 있도록 법적으로 규정하여 사회복지유도하도록 명시한 점은 큰 의미를 가진다고 할 수 있다. 그러나 앞으로 만들어지게 될 그 시행령과 시행규칙에서 정신보건법에서 명시하고 있는 적절한 치료와 서비스 및 환자의 인권등을 얼마나 지켜줄 수 있을 것인가 하는 것은 우리 모두 함께 관심을 가지고 지켜보아야 할 것이다.

2. 의료제도의 현황

이제 정신보건과 관련된 우리 나라 의료제도상의 현황과 문제점을 살펴보면, 먼저 아주 최근까지만 해도 정신보건 서비스에 관한 법적 제도적 장치가 마련되어 있지 않아 정신보건에 관한 전반적인 사항이 의료법의 관리하에 있었고, 그리고 앞으로도 당분간 정신보건법 시행령과 시행규칙이 완성되어 실시될 때까지는 현행의 의료법의 적용을 받도록 되어 있다. 그런데 이 의료법에서는 일반의료와는 구별되어야 하는 정신보건의료의 특성을 고려하지 않아 정신보건의료에 대한 별도의 인력기준이 마련되어 있지 않다는 것이다. 따라서 그동안 한국의 정신보건제도는 정신과의사 및 간호사를 중심으로 하는 권위적 형태의 의료적 모델로 운영되어 왔으며 동시에 사회복지사나 임상심리사 등 정신보건전문인력이 현 의료법에서 제대로 인정을 받지 못함에 따라 자연스럽게 이들에 대한 양성이나 확보가 간과되어 왔다. 게다가 이들 정신보건전문인력이 제공하는 서비스에 대한 의료보장 수가가 세분화되어 있지 않으며, 진료비를 청구 할 수 있는 회수도 매우 제한되어 있어서 정신의료기관에서는 이들의 고용을 회피할 수 밖에 없는 현실이다.⁶¹⁾

두번째 의료제도상의 문제로는 정신과 질환에 대한 전반적인 의료보험의 급여가 매우 제한적이라는 것이다. 일반진료와 비교해 볼 때 상대적으로 제한되어 있는 급여의 항목도 세분화되어 있지 않고 동시에 급여 항목에 대한 급여 청구 횟수도 제한되어 있다. 이러한 상황은 정신의료에 대한 진료서비스의 수준과 질을 떨어뜨리는 주요 원인이 되고 있다. 즉 재활치료를 포함한 각종 정신과 진료에 대한 수가 항목과 청구 횟수의 제한으로 인해 정신질환자들에 대한 진료서비스의 내용이 면담과 약물처방으로 매우 단순화 되고 있다는 점이다. 이것은 다시 고식적인 치

61) 김용익, 전게서, 1994, pp. 106-107.

료와 장기입원으로 연결되어 결국 환자의 만성화와 입원 진료비의 증가로 이어지게 된다. 이러한 현상은 정신과 진료에 대한 수가가 낮은 것과 밀접한 관련이 있으며, 특히 정신과의 경우 일반진료에 비해 상대적으로 많은 수익을 보장하는 고가 투약이나 각종 임상 및 방사선 검사 등의 검사 서비스를 제공하는 경우가 거의 없고 투약도 싼 약 위주로 되어 있다. 따라서 정신과에서는 서비스의 질을 낮추어 장기간에 걸쳐 진료함으로서 낮은 수가의 문제를 보상하고 해결하려는 경향이 나타난다고 볼 수 있다.⁶²⁾

이러한 사실은 정신질환자의 장기 입원경향과 전문정신병원 (특히 사립병원)의 대형화 추세에서 잘 나타난다고 하겠다. 최근의 연구에 의하면 국·공립정신병원 환자의 평균 재원기간은 262일, 사립정신병원의 경우 962일, 정신요양원의 경우 2,526일로 나타나 있다.⁶³⁾ 그리고 이들 전문병원과 요양원을 포함한 정신의료시설에 입원 또는 수용중인 환자의 약 55% 정도는 입원이 적절치 않은 환자들로 밝혀졌다.⁶⁴⁾ 정신병원의 대형화 추세는 앞에서도 언급한 바와 같이 200병상 이상의 정신병원이 전체의 약 63%를 차지하며 500병상 이상 규모의 정신병원도 20%나 차지하고 있다는 사실에서 잘 알 수 있다. 이러한 현실은 정신 요양원의 경우에도 마찬가지로 나타나는 현상이다.⁶⁵⁾

마지막으로 의료보호제도의 문제점을 들 수 있는데 현재 우리나라의 정신병원과 정신요양원에는 의료보호 환자들이 집중해서 입원치료를 받고 있다. 정신병원의 경우 전체 입원환자의 64.0%, 정신요양원의 경우 전체 입원환자의 87.9%가 의료보호 환자로 구성되어 있는 것으로 밝혀졌다.⁶⁶⁾ 물론 의료보호 대상자 중 정신질환자는 4.4%(1993년)로 의료보험 대상자의 약 2.6% 비해 높은 유병률을 나타내고 있긴 하지만 이것만으로는 정신병원과 정신요양원의 의료보호 환자의 구성 비율이 지나치게 높은 사실이 설명될 수는 없을 것이다. 이것은 의료보호의 낮은 수가수준 및 의료보호 요양기관의 제한⁶⁷⁾ 등에 원인을 찾을 수 있을 것이다. 즉 낮은 의료보호 진료비와 입원 진료비의 정액제로 인해 의료보호 환자들은 낮은 질의 서비스, 더욱 단순화된 서비스를 받고 있다. 그리고 의료보호 환자의 입·퇴원 및 진료의 전반에 대한 관리체계가 미흡하기 때문에 의료보호 환자의 장기 입원은 자연스

62) 상계서, pp. 107-108.

63) 정영기, "입원 및 수용환자의 재원 적절성", 정신보건정책 및 지역사회정신보건사업의 발전방향에 대한 세미나 자료집, 1994, p. 85.

64) 정영기, 『정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준 개발 연구』, 보건복지부 및 아주대학교 의과대학 정신과학교실, 1994, pp. 83-84.

65) 남정자의, 전계서, 1994, p. 65.

66) 김용익, 전계서, 1994, p. 98.

67) 의료보호의 경우 정신병원 입원시 월 60만원, 정신요양원의 입원시 월 15만원 수준으로 지급되고 있다 (보건복지부, 『1995년 보건복지백서』, 1995).

러운 현상으로 나타난다. 즉 일반적으로 가족이 있는 경우보다는 행려환자가 되면 쉽게 의료보호 환자가 되고, 그리고 의료보호의 경우 진료기간에 제한이 없고 진료수가가 낮기 때문에 정신의료기관에서는 낮은 수가 문제를 보상하기 위해서라도 장기 입원을 유도하지 않을 수 없게 되는 경우가 많다. 그리고 의료보호 진료비가 체납되는 것도 장기입원을 낳는 또 다른 원인이 된다고 할 수 있다. 게다가 환자가 한 번 퇴원하게 되면 의료보호 자격을 상실하게 되고 그 후 이것을 다시 취득하기가 매우 힘들어 환자 가족들이 환자의 퇴원을 기피하는 현상도 장기입원을 유발하는 큰 요인으로 작용한다고 볼 수 있다.⁶⁸⁾ 이러한 요인들이 복합적으로 작용하여 정신의료시설에다 의료보호 환자들의 장기 입원을 유도하고 있으며 따라서 장기입원으로 인한 환자의 사회복귀 가능성은 그만큼 줄어들고, 의료보호 진료비는 매년 증가해 정부의 재정적 부담은 커지고 있는 실정이다.⁶⁹⁾

IV. 한국 정신보건제도의 개선 방안

이 장에서는 지금까지 논의된 현황과 드러난 문제점들을 중심으로 향후 한국의 정신보건제도가 확립되고 발전되기 위한 과제들을 제시하고자 한다. 여기에는 크게 1) 기존 의료제도의 개선, 2) 지역사회중심의 정신보건서비스전달체계의 확립, 3) 제도적 지원 및 사회적 지지기반의 구축 이 세가지로 나누어 논의할 수 있겠다.

1. 의료제도의 개선

여기에서 말하는 의료제도란 곧 의료보험과 의료보호를 지칭하는 것으로 우선 의료보험제도부터 논의하면 의료보험제도의 개선책으로서 무엇보다도 정신과 진료에 대한 수가가 현실화되어야 할 것이다. 앞서서도 언급한 바와 같이 정신질환에 대한 급여항목이 일반진료에 비해 세분화되어 있지 않고 또 급여 청구 횟수도 제한되어 있다. (표 8 참조) 이러한 의료수가의 문제가 정신과 진료에 있어서 대량의 환자들에게 약물치료와 짧은 상담위주의 질 낮은 서비스를 제공하도록 만드는 주된 요인이 되기 때문에 이 수가문제는 향후 정신과의 특성을 반영하여 보다

68) 김용익, 전게서, 1994, pp. 108-109.

69) 1993년의 경우 의료보호의 지출중 정신질환으로 인한 지출은 약 661억으로 전체의 13.7%를 차지한 반면, 의료보험의 경우에는 1,030억으로 전체 지출의 2.8%에 불과했다.

<표 8> 정신의료서비스의 의료보험 청구항목 및 수가 (1996년 현재)

분류 번호	항 목	수가 (원)	비 고
아-1	<개인정신치료> a. 지지요법 b. 심층분석요법	5,570 20,000	외래의 경우 a,b를 합하여 주2회 이내 ; 입 원의 경우 a,b를 합하여 주6회 이내 하지만 b는 2회이내
아-2	<집단정신치료> *a. 일반집단치료 b. 분석집단치료 *c. 정신치료주	1,980 2,760 2,090	a,b,c 각각 주 2회 이내
아-3	<가족치료> a. 개인치료 b. 집단치료	5,540 4,260	a,b 각각 주 1회만
아-4	* <작업 및 오락요법(음 악, 서화, 조각, 운동, 작 업 등)>	1,520	종목수에 관계없이 외래 주1회; 입원 주 3회
아-5	<약물이용 면담>	8,680	치료기간 중 2회 이내
아-6	삭제		
아-7	<쇼크치료> a. 일반전기충격요법 b. 특수전기충격요법 c. 인슐린 요법	3,310 6,640 13,520	치료기간 중 a는 10-20회, b는 10회, c는 30회 이내
아-8	<지속적 수면요법> a. 전기 b. 약물 c. 마취	4,730 2,710 5,690	
아-9	* <정신과적 재활요법>	1,920	2-3개월이상 입원 치료후 퇴원전 10회정도
아-10	* <정신과적 응급처치>	6,710	
아-11	> # <정신의학적사회사업> a. 개인력 조사 b. 사회사업지도 c. 사회조사 d. 가정방문	4,000 4,000 4,000 8,800	a는 치료기간 중 1회; b,c,d는 각각 주 1회 단 치료기간 중 2회 이내

자료: 보건복지부, 보건복지부 고시 제1995-12호 "의료보험 진료수가 기준", 1995.

* 정신과전문의 지도하에 정신과전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 청구할 수 있다.

사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정한다.

세부적으로 수가항목이 규정되고 청구횟수 제한문제도 상당부분 완화되어야 할 것이다. 그리고 정신과 진료의 특성상 환자에 대한 재활치료의 중요성이 어느 분야보다 강조되어야 함에도 불구하고 재활치료에 대한 수가와 항목이 매우 제한되어

있어 이 부분 역시 반드시 개선되어야 할 것이다. 현행 의료보험제도에서 규정하고 있는 재활치료란 “2-3개월 이상 정신과 입원 치료후 퇴원전에 10회정도 실시할 수 있는 치료”로 규정되어 있고 (보건복지부 고시 제 1995-12호 의료보험 진료수가 기준) 1회에 1,920원(1996년)이 청구가능한 정신과 진료서비스에 불과하다. 물론 재활치료의 효과란 것이 단기간에 나타나기가 어렵고 그 효과를 계량화하는 것도 쉽지 않다는 것은 인정할 수 있다. 그러나 재활치료를 통해 장기입원을 방지하고 환자의 사회적 기능의 회복을 촉진하여 정상인으로서의 사회복귀를 도모한다는 점에서는 분명 그 직접적비용을 줄일 뿐만 아니라 경제활동 참여를 통해 사회적·경제적 효과도 얻을 수 있다.⁷⁰⁾ 따라서 의료보험제도에 있어서 재활치료 서비스에 대한 비중을 높이기 위해서는 구체적 서비스 항목의 제시와 더불어 수가의 수준이 현실화 되어야 할 것이다.

한편 이러한 수가문제와 더불어서 반드시 짚고 넘어가야 할 부분이 있는데 이것은 바로 정신보건전문인력 즉 사회복지사나 임상심리사가 제공하는 정신과 진료서비스에 대한 적절한 수가체계의 확립이다. 현재 사회복지사가 정신과 의료서비스를 제공하고 의료보험에 청구할 수 있는 서비스는 4가지에 불과하고 그 수가 또한 낮으며 게다가 청구할 수 있는 신청횟수도 매우 한정되어 있다. (표 8 참조) 이러한 현실 때문에 정신의료기관에서는 사회복지사 등을 채용하는데 있어 소극적이며 자연스럽게 이들 전문인력의 양성이 간과될 수밖에 없는 현실이다.⁷¹⁾ 그러므로 이들 전문인력에 대한 적절한 교육과 훈련을 통해 정신보건제도에서 적극 활용하기 위해서는 이들이 제공하는 진료서비스에 대한 수가가 조정되고 현실화되어야 할 것이다. 특히 기존의 의료법에서는 최근의 정신보건법에서 규정한 정신보건전문요원에 대한 내용을 적극 반영하여 이들 전문인력의 인정과 양성에 대한 제도적 배려를 아끼지 말아야 할 것이다.

다음으로 의료보호 제도의 개선책을 제시할 수 있겠다. 앞장에서 언급한 바와 같이 우리나라의 정신병원과 정신요양원에는 의료보호환자들이 과다하게 수용·입원되어 있다. 이러한 현상에는 크게 두가지의 원인이 있는데 첫째는 의료보호의 진료수가가 낮은데 있다. 즉 입원의 경우 단일 수가 정액제로 하루 진료비가 1996년의 경우 19,940원으로 정해져 있어 여타 진료서비스를 제공해도 이에 대해서는 별도로 청구할 수 없다. 이것은 의료보험의 경우 (1일 입원 11,800원 + 각종 진료비 청구 가능)와 비교해 볼 때 전체 입원진료비의 50%에도 못 미치는 실정이다.⁷²⁾ 그리고 의료보호의 외래수가도 초진일 경우에만 보험수가와 비슷하고 재진일 경우

70) 이충순,한은선,황태연, 현대 정신보건과 지역사회, 용인정신병원, 1996, pp. 78-79.

71) 현재의 의료보험법하에서는 1명의 사회복지사를 채용하기 위해서는 입원환자가 100명은 되어야 한다는 설명도 있다. (김병후, “정신보건법과 재활”, 미발표논문, 1996)

72) 김용익, 전계서, 1994, p. 108.

에는 의료보험의 67% 정도에 (2,850원 대 1,900원) 불과한 실정이다. 따라서 의료보호 환자들이 의료보험환자들과 동질의 서비스를 제공받고 결과적으로 장기 입원 및 수용문제를 해결하려면 일반의료의 경우처럼 의료보호 진료비가 의료보험 진료비와 동일하게 책정되어야 할 것이다.

둘째는 의료보호 환자의 관리체계가 부실한 데 원인이 있다. 즉 의료보호의 진료기간에 있어 그 제한이 없고 의료보호의 자격취득이 가족이나 연고자들이 있는 경우 어렵기 때문이라고 할 수 있다. 따라서 의료보호 환자의 장기입원을 방지하려면 우선 의료보호관리체계가 제대로 정비되어야 할 것이다. 그 과업중의 하나로 우선 의료보호 환자의 정신과 진료기간 제한 문제를 신중히 검토할 수 있을 것이다. 즉 모든 정신과 의료보호 환자에게 진료기간을 무제한적으로 적용하는 것이 과연 환자들의 재활을 위해 바람직한 것인지를 심사숙고 해야 할 것이다. 물론 여기에는 의료보호 환자의 정신병원 및 요양원에의 입·퇴원에 대한 엄격한 심사와 치료의 진척상황에 따른 후속조치를 적절히 강구하는 관리체계가 확립될 때 환자의 장기 입원을 방지하고 각 환자들에게는 적합한 치료와 재활서비스가 제공될 수 있을 것이다. 그리고 병원이나 요양원에서 퇴원을 하더라도 일정기간 즉 환자의 사회적 기능이 제대로 회복될 때까지는 의료보호 자격을 유지할 수 있는 자격유예제도를 두는 것이 환자 가족들의 퇴원 기피현상을 막을 수 있는 대안이 될 것이다. 이와 더불어 의료보호 진료비의 지불제도 또한 개선되어야 할 것이다. 현행의 제도하에서는 의료보호의 비용을 국가와 지방자치단체가 공동으로 부담하고 있으며, 청구심사는 의료보험관리공단에 그리고 지불주체는 자치단체로 되어 있어 진료비의 지불이 항상 체납되어 정신병원이나 요양원의 운영에 어려움을 주고 있는 현실이다. 따라서 향후 의료보호 진료비가 적기에 지불될 수 있도록 지급제도의 개선이 뒤따라야 할 것이다.

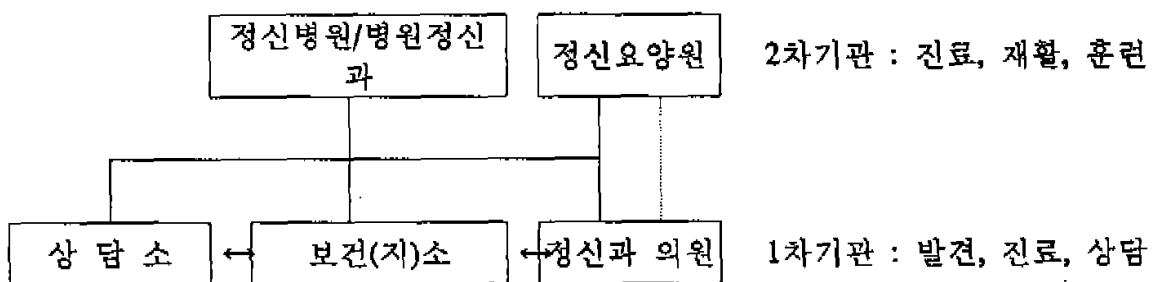
2. 지역사회정신보건서비스전달체계의 확립

앞에서도 언급한 바와 같이 우리나라의 정신보건정책은 그동안 단순히 정신의료기관과 정신요양원의 병상 수 증설에만 치중해 왔다. (표 7 참조) 이것은 정부의 정신보건에 대한 이해와 오리엔테이션이 정신질환이라는 문제를 단순히 약물치료나 정신치료에만 의존하여 해결하려는 의학적, 임상적 모델이었다는 것을 단적으로 증명한다고 하겠다. 그리고 정신보건인력의 중심이 되어 온 정신과의사들의 학문적, 실천적 경향이 이 모델의 한계를 벗어나지 못했다는 것을 간접적으로 밝혀주고 있다.

그러나 1960년대 이후로 정신보건에 대한 세계적인 추세는 그동안 많은 연구와 실험을 거쳐 정신질환이라는 것이 결코 환자주변의 사회적 환경을 외면한 단순히

정신의학적, 임상적치료모델로는 해결될 수 없다는 신념을 가지고 지역사회를 중심으로 하는 정신사회재활서비스를 강조하는 지역사회정신보건모델로 전환하게 되었다. 그래서 많은 환자들을 장기간 정신병원에 수용하는 것을 지양하고 환자의 생활거점인 지역사회내에서 생태학적인 관점에서의 다양한 재활치료를 통해 사회적 기능을 회복하고 사회에 복귀시키려는 움직임이 보편적인 정신보건의 정책이자 실천방향이 되었던 것이다. 한국에서도 최근들어 정신의학분야에서 지역사회정신보건모델에 대한 관심이 높아지고 이 모델을 활용하려는 움직임이 점차 일고 있다. 그리고 정부에서도 지역사회정신보건 시범사업과 연구사업을 통해 점차 이 모델에 관심을 보이고 있다.⁷³⁾ 그래서 이제 한국의 정신보건제도는 종래의 천통적인 모델에서 지역사회모델 또는 정신사회재활모델로 전환할 수 있는 시점에 와있다고 하겠다. 왜냐하면 정신질환의 속성상 발병초기에 집중적인 단기입원치료를 제공하고 그리고 나서 지역사회내에서 약물치료를 받으면서 후속 재활치료(after care)를 받을 경우 재발율을 가장 낮출 수 있고 따라서 환자의 사회복귀 가능성이 가장 높다는 것이 그동안 많은 연구를 통해 여러차례 증명되어 왔기 때문이다.⁷⁴⁾ 게다가 최근 제정된 정신보건법에서는 환자의 재활 및 사회복귀를 위한 여러 조항들이 포함되어 있다. 따라서 지금 우리는 한국의 정신보건 모델을 지역사회중심의 정신사회재활모델로 전환할 수 있는 좋은 기회에 있다 하겠다. 그러면 어떤 방식으로 정신보건서비스전달체계가 조직되어야 과연 원하는 지역사회정신보건모델이 정착될 수 있을까? 본 연구자는 여기에서 한국의 정신보건제도가 앞으로 지향해야 할 지역사회중심의 정신보건서비스전달체계의 모형을 제시하고자 한다.

<그림 1> 기존의 정신보건서비스 전달 및 관리 체계

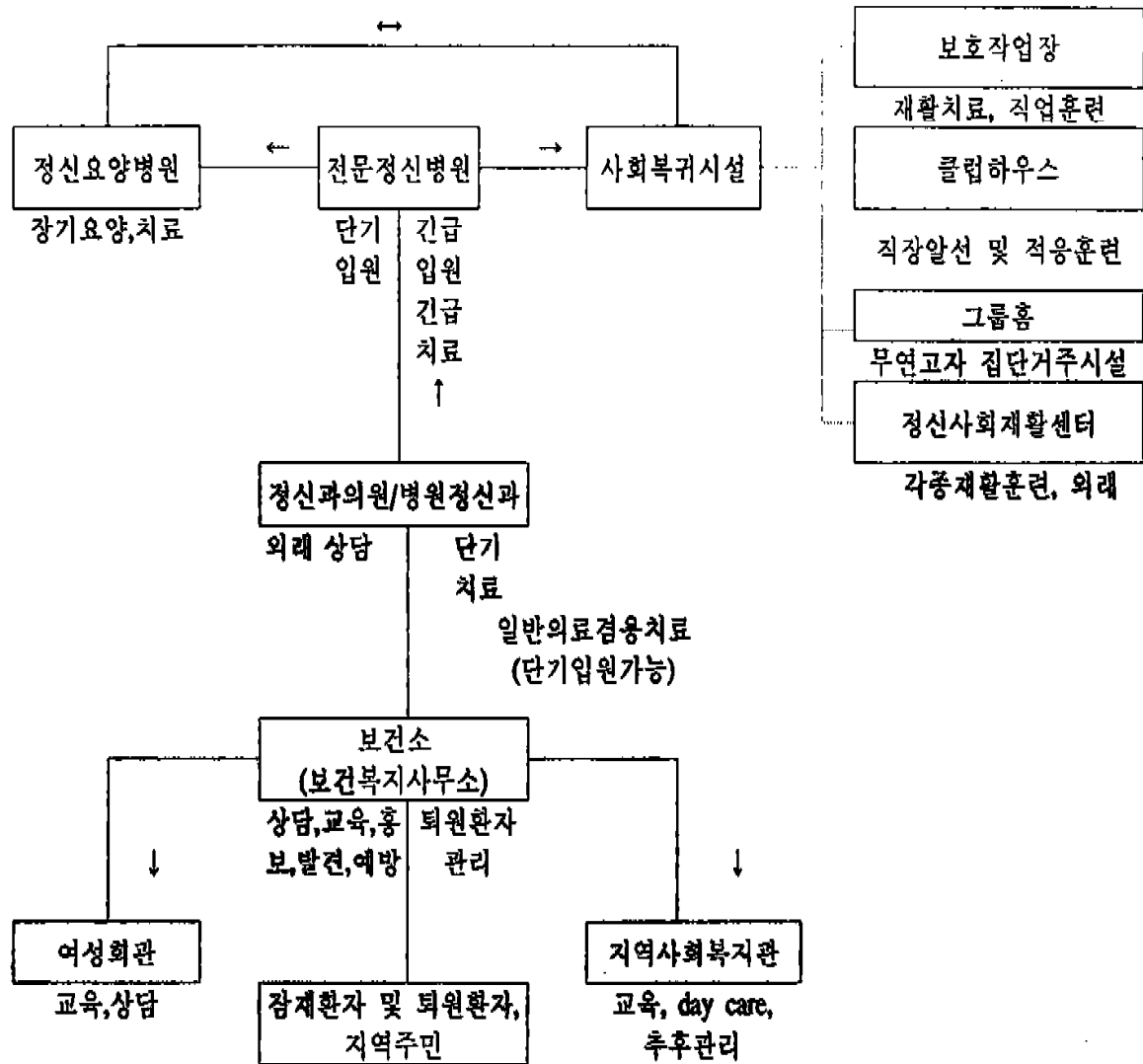


자료 : 이동모, 우리나라 정신보건의 현황과 정책, 1994, p. 11.

73) 예를 들면 도시형 및 농촌형 정신보건시범사업과 재원환자재분류 연구사업 그리고 정신보건센터를 이용한 지역정신보건접근법 등을 1994년부터 시도해오고 있다.

74) Gittleman, 전게서, 1995.

<그림 2> 지역사회정신보건서비스전달체계의 모형



기존의 정신보건서비스 전달체계는 <그림 1>에서 보는 바와 같이 2단계의 전달 관리체계로 구성되어 있다. 그러나 이러한 2단계의 정신의료전달관리체계로는 환자의 적절한 관리 및 서비스의 개선이 이루어지기가 어렵다. 그래서 지역사회를 중심으로 하는 새로운 전달체계를 만들어야 한다. 이 새로운 전달체계에서는 기존의 정신보건시설의 기능과 역할이 적극적으로 분화되는 것이 가장 큰 특징이다. 새로운 모형은 <그림 2>에서 보는 바와 같이 우선적으로 보건소의 기능을 확대, 개편하는데서부터 시작된다고 하겠다. 최근 제정된 정신보건법에서 규정된 바와 같이 기존의 보건소 기능을 확대하여 정신질환자의 발견, 상담, 일차적 진단 및 진료의 기능을 맡아야 할 것이다. 그리고 퇴원환자의 사후관리(after care)의 역할도 담당해야 한다. 이렇게 될때 지역사회정신보건서비스의 1차적 기관으로서 지역정신보건소 또는 지역사회정신보건센터로서의 기능이 부여될 것이다. 물론 여기에는 정신보건 인력의 확보와 지원이 따라야 하며, 특히 기존의 보건소가 보건복지사무

소로⁷⁵⁾ 확대 개편될 때 사회복지 요원들을 적극 활용할 수 있는 정책적 배려가 있어야 할 것이다. 그리고 보건소에서는 일반주민의 정신보건 교육 및 홍보, 정신질환 예방등의 프로그램을 기존의 지역사회복지관이나 여성회관등을 적극 활용해야 하며 특히 지역사회복지관을 이용하여 만성환자나 퇴원환자의 주간보호프로그램도 실시할 수 있을 것이다.

정신과의원과 일반병원정신과에서는 외래환자의 치료 및 상담기능을 주로 담당하며 여기에는 보건소로부터 위탁된 환자들이 주종을 이룰 수 있을 것이다. 그리고 병원정신과에서는 정신과 환자중에서 일반의료도 필요로 하는 또는 일반의료적 니드에서 병원을 찾았다가 정신과 진료를 필요로 하는 경우를 포함해서 다중진단 환자들을 주로 외래중심의 치료 내지 단기입원 시키는 역할을 담당할 수 있다. 그리고 전문정신병원에서는 정신과의원이나 병원정신과에서 다루기 어려운 환자들 즉 입원을 통해 집중적 치료를 요하는 환자들을 주로 담당하게 되며 그리고 정신과적 응급진료를 요하는 응급환자들도 전문적으로 담당해야할 것이다. 그러나 정신병원에서는 집중치료 위주의 단기입원을 원칙적으로 해야 할 것이다. 그렇게 해야만 환자의 장기입원을 방지하고 병상의 효율적 사용이 가능하기 때문이다. 만일 장기 입원을 요하는 환자가 있는 경우는 정신요양병원 (기존의 정신요양원중에서 기능전환을 한 시설)에 수용하여 장기적 요양 치료를 받게 해야 할 것이다.

한편 지역사회중심의 정신보건모델에 있어서 중요한 요소인 사회복지시설에⁷⁶⁾ 대해서는 우선 기존의 정신요양원중에서 기능을 전환하게 될 사회복지시설이든 아니면 새롭게 사회복지시설을 설립할 경우이든 대체적으로 4가지 정도의 유형으로 나눌 수 있다. 정신병원이나 정신요양병원에서 치료 후 퇴원한 환자들의 사회복지를 위한 시설로 첫째 유형은 환자가 거주하는 보호작업장(sheltered-care workshop) 중심의 사회복지시설을 들 수 있다. 이곳에서는 병원에서 퇴원한 환자가 상주하면서 각종 재활치료 프로그램에 참여하고 그중에서도 특히 직업재활에 치중하는 시설을 말한다. 둘째는 주로 가족이나 보호자가 있는 퇴원환자들이 지역사회에 거주하면서 출퇴근이 가능한 클럽하우스(club house)모델 사회복지시설이 있다. 이곳에서는 환자의 직장준비훈련, 직장알선, 직장적응재훈련 등을 제공하여 환자가 독립적으로 직장생활을 영위해 나갈 수 있도록 돕는 시설을 말한다. 세번째는 퇴원정신질환자들 만의 집단거주시설인 그룹홈을 들 수 있다. 이곳에서는 퇴원 후 연고

75) 1995년 7월부터 시범적으로 실시된 보건복지사무소는 현재 전국 5곳에서(서울 관악구, 대구 달서구, 경기 안산시, 전남 완주군, 강원 홍천군) 운영되고 있으며 97년 6월까지의 시범 실시의 평가에 따라 1998년부터는 전국적으로 확대 실시될 예정이다.

76) 현재의 사회복지시설로는 회원제 중심의 클럽하우스 모델인 태화샘솟는집과 정신요양원을 겸한 재활시설인 사랑발재활원 이 두곳 정도 밖에 없어 정신질환자들의 사회복지를 담당할 수 있는 전문적인 사회복지시설은 극히 미약하다고 하겠다.

가 없거나 연고가 있어도 함께 살기가 어려운 환자들이 서로 모여 작은 집단을 이루면서 반독립적 생활을 영위해나가는 그룹 홈을 말한다. 물론 이곳에서는 상황에 따라 전문요원이 함께 상주하거나 아니면 상시 지도, 감독을 할 수 있는 시스템을 갖추어야 할 것이다. 네번째의 유형은 정신사회재활센터(psychosocial rehabilitation center)로서 퇴원한 환자들이 지역사회내에서 거주하면서 수시로 언제든지 이용할 수 있는 종합재활센터를 말한다. 이곳에서는 클라이언트들이 외래 위주로(drop-in based) 각종 재활프로그램(사회기술훈련, 작업치료, 기본생활훈련등)을 이용하게 되며 경우에 따라서는 주간보호(day treatment)프로그램에 참여할 수도 있을 것이다.

이러한 모형의 지역정신보건전달체계가 확립되기 위해서는 물론 몇가지 충족되어야 할 전제가 있다. 우선 정신요양원이 기능을 전환하기로 한 정신요양병원과 사회복지시설에 대한 재정적, 행정적 지원이 비슷한 수준에서 이루어져야만 균형 있는 역할 분담과 더불어 보다 많은 사회복지시설이 확립될 수 있을 것이다. 그렇지 않으면 대부분의 요양원이 정신요양병원을 선호하게 되고 따라서 자연히 사회복지시설은 그 역할과 기능이 미미하게 될 것이기 때문이다. 그리고 사회복지 및 재활치료를 담당할 수 있는 정신보건전문인력의 양성과 확보가 선행되어야 하며 이들이 제공하는 서비스에 대한 적절한 수가제도도 물론 수립되어야 할 것이다. 마지막으로 이러한 지역사회 중심의 정신보건제도가 정착되기 위해서는 이를 정책적으로 지원할 수 있는 중·장기 정신보건정책이 구체적으로 수립되어 단계별 발전을 유도해야 할 것이다.

3. 제도적 지원 및 사회적 지지 기반의 구축

이러한 지역사회 중심의 사회복지를 강조하는 지역정신보건체계가 정착되기 위해서는 각종 제도적 지원과 사회적 지지 기반이 확충되어야 한다. 정신보건 관련 제도적 지원에 있어서 무엇보다 중요한 것은 정신질환자의 관리에 있어서 우선적 고려의 대상이 되는 만성중증환자들을 장애인 범주에 포함시키는 일이다. 현재의 장애인복지법에서는 신체적 장애외에 정신지체(mental retardation)만을 장애인 범주에 포함시키고 있다. 일반적으로 만성중증질환자들은 지속적인 증상과 장기입원, 수용 등으로 신체·사회적기능의 약화 및 상실로 인해 독립적인 사회생활이 어렵기 때문에 일반인과 같은 정상적인 사회적, 경제적 기능을 충분히 할 수 없는 경우가 많다. 따라서 이들 만성중증질환자들을 새롭게 분류하고 판단할 수 있는 기준을 만들어서 정상인과 같은 사회생활이 어려운 대상자들을 장애인 범주에 포함시켜 장애인으로서 각종 세제상의 혜택과 의료서비스의 제공 그리고 고용지원등을 통해 반독립적인 생활을 유지해 나갈 수 있도록 제도적 지원을 아끼지 말아야 할 것이다.

그리고 또 지역정신보건서비스체계가 발전해 나가기 위해서는 정신질환 및 정신보건에 대한 연구의 기능이 강화되어야 할 것이다. 이를 위해서는 정부주도의 정신보건 전담 연구소가 설립되어 다양한 연구의 수행과 프로그램의 개발이 집중적으로 이루어져야 할 것이다. 그리고 그동안 미미했던 정신보건관련 각종 연구와 정책개발의 기능이 강화되어 지역정신보건제도가 정착되는데 기여해야 할 것이다. 여기에서는 그동안 실시되지 못했던 전국적 규모의 역학조사를 실시하여 정신질환 및 장애를 겪고 있는 환자의 규모와 특성을 정확히 파악해야 할 것이다. 특히 본 연구에서 논외로 할 수 밖에 없는 비정신보건시설에 수용되어 있거나 지역사회에서 노출되지 않은 채 숨겨져 있는 환자들에 대한 조사가 제대로 이루어질 때 각종 정신보건 프로그램 및 정책들이 합리적으로 수립될 수 있을 것이다. 또 정신질환의 예방 및 관리에 대한 연구를 지속적으로 진행하며, 동시에 각종 사회복지 및 재활서비스 및 프로그램등을 개발해낼 때 한국의 정신보건제도는 순조롭게 발전되어 갈 수 있을 것이다.

마지막으로 간과하지 말아야 할 사항은 지역정신보건제도에 대한 범국민적인 이해와 협조 및 지지를 구하는 일이다. 일반적으로 정신질환에 대한 편견은 동·서양, 선·후진국을 막론하고 어느 사회에서나 나타나는 현상이다. 그러나 특히 한국에서는 정신질환과 정신질환자에 대한 편견과 터부시하는 경향이 어느 나라보다 강하다고 할 수 있다. 우리는 이러한 사회적 편견과 물이해를 극복해야만 한다. 그러기 위해서는 정신질환과 정신보건에 대한 국민적 계몽과 홍보 및 교육을 적극적으로 실시해야 한다.⁷⁷⁾ 즉 정신질환도 신체적질환과 마찬가지로 질환중의 하나이며 조기에 발견하여 적절히 치료하기만 하면 얼마든지 회복될 수 있는 질병이라는 인식과 이해가 확산되어야 한다. 그리고 정신질환자도 얼마든지 사회복지가 가능하며 정상인과 같은 건강한 삶을 누릴 수 있는 권리가 있고 또 그렇게 할 수 있다는 것을 증명해 보여야만 할 것이다. 그간 정신질환자에 대한 사회적 편견과 더불어 정신보건서비스 프로그램의 부족 및 정신보건정책의 부재에서 빚어진 가족의 환자 기피 및 사회적 낙인 등을 이제는 더이상 뒤로 미룰 수 없는 적극적으로 해결해야 할 과제임을 인식해야 할 것이다. 따라서 언론매체 등을 활용하여 과감하게 국민의 인식전환 및 공감대 형성, 이해의 증진을 이루어 낼 때 지역정신보건제도에 대한 폭넓은 사회적 지지기반을 구축할 수 있을 것이다.

77) 이호영, "한국 정신사회재활치료의 미래", 미발표논문, 1996.

V. 결 론

그동안 우리나라의 정신보건에 대한 사회적, 제도적 환경은 매우 미약하고 비협조적이었다. 그러나 최근 제정된 정신보건법을 계기로 하여 그간 정신보건에 대한 사회적 인식을 과감히 새롭게 전환함과 동시에 점차 사회문제로 대두되는 정신질환이라는 사회적 문제에 대해 적절히 대처해야만 할 시점에 와 있다. 하지만 정신보건법을 제정하고 그 시행령과 시행규칙을 마련한다고 해서 우리나라의 정신보건제도가 하루 아침에 바뀌질 수는 없을 것이다. 아니 어쩌면 여태껏 노출되지 않았던 더 많은 문제들이 등장할지도 모른다. 그리고 이러한 변화로 인해 정신질환자들의 삶이 급작스럽게 개선되리라는 선부른 기대를 하기도 힘들 것이다. 그럼에도 불구하고 우리는 이제부터 한국의 정신보건제도에 있어서 새로운 비전이 제시되고 있으며 또 고통받고 있는 정신질환자들도 이제는 사회의 구성원으로서 적절한 치료와 재활 서비스를 통해 사회에 복귀하여 건강한 생활을 가꾸어 나갈 수 있는 기본적인 토대를 마련할 수 있다는 데에 많은 의미를 부여하지 않을 수 없다. 본 연구에서 논의된 많은 문제점들과 그에 따른 개선책들이 한국의 지역사회중심의 정신보건제도 확립에 기여할 수 있기를 바라면서, 또 이를 위해 정부를 위시하여 각계 전문가집단과 그리고 모든 국민들이 합심하여 노력하기를 기대해 본다.