

캘리포니아주 주립병원 입원환자들의 변화 추세 및 한국 정신보건제도의 발전을 위한 정책적 함의*

황성동**

이 연구는 미국내에서도 지역 정신보건제도가 가장 잘 확립되어 있는 것으로 평가를 받는 캘리포니아주의 주립병원에 입원한 환자들이 어떻게 변화되어 왔는가, 특히 탈 시설화운동이 시작된 1960년대 이후 입원환자의 추세를 고찰하는 데 연구의 목적이 있다. 그리고 이를 토대로 앞으로 한국의 정신병원에서 예견되는 변화를 포함한 정신 보건제도의 발전을 위한 정책적 함의를 도출하고자 한다. 연구의 방법으로는 각종 통계자료를 비롯한 문헌조사를 시작으로 직접 현지를 방문하여 주 정신보건국과 카운티 정신보건국의 각종 데이터를 이용하였으며, 또 실제 주립병원들을 직접 답사하여 각종 시설 및 프로그램의 현황 등을 분석하였다.

1851년 최초의 주립병원이 설립된 이후 입원환자의 수는 계속 증가하여 1959년에는 10개의 병원에 37,489명으로 최고에 달하였다. 그러다가 1970년 12,240명, 1980년 5,314명, 그리고 1997년에는 4개의 병원에 약 89%가 줄어든 4,263명으로 환자의 수가

* 이 논문은 1997년 연암문화재단 해외연구교수 지원사업에 의해 연구되었음.

Dorothea Dix에 의해 주창된 정신병원 설립운동은, 19세기 후반 이후로 많은 주에서 주정부의 재정지원과 책임하에 많은 정신병원들이 설립되는 결과를 낳았다. 따라서 미국에서 주립병원 (*state hospital*)은 보통 주립정신병원을 의미한다.

** 건국대학교 사회복지학과 부교수

감소하였다. 이처럼 입원환자의 급격한 감소에 따라 주립병원의 존립에 대한 논란은 많지만, 당분간은 늘어나는 사법 처리된 환자들의 주 치료기관으로 존속될 전망이다. 이러한 연구결과로 보아 한국의 전문정신병원의 입원환자들도 지역 정신보건제도가 발전하게 됨에 따라 향후 감소될 것이 일반적인 전망이므로 정신병원의 서비스프로그램의 다양화와 지역사회 중심의 재활 및 사회복귀를 위한 다각적인 노력이 요청된다.

최근까지 우리나라의 정신보건정책은 단순히 정신의료기관과 정신요양시설의 병상 수 증설에만 치중해 왔으며, 정신질환이라는 문제를 약물치료나 정신치료에만 의존하여 해결하려는 의학적, 임상적 모델에 의존해왔다(황성동, 1996). 그러나 미국에서는 탈시설화(*deinstitutionalization*) 운동이 본격적으로 일어나기 시작한 1960년대 초반 이후로 지역사회를 중심으로 각종 정신사회재활서비스를 적극적으로 제공하는 지역사회 정신보건서비스가 보편적인 모델로 정착되었다. 그래서 많은 환자들을 주립병원에 1) 장기간 수용하는 것을 지양하고 환자의 생활거점인 지역사회 내에서 다양한 재활치료를 통해 사회적 기능을 회복하고 사회에 복귀시키려는 접근법이 보편적인 정신보건정책이자 실천방향이 되었던 것이다(Bell, 1989; Torrey, 1997; Watkins & Callicutt, 1997). 그리고 이러한 미국의 정신보건제도의 변화는 곧 세계적인 추세가 되었다.

다행히 최근 들어 한국에서도 정신의학계와 정부에서 지역사회 정신보건모델에 대한 관심이 높아지고 있으며, 1997년부터 시행된 정신보건법에는 이 모델의 활용에 대한 조항들이 구체적으로 명시되어 있다. 그러므로 이제 한국의 정신보건제도도 종래의 장기입원 중심의 전통적 모델에서 지역사회중심의 정신보건서비스 모델로 전환을 시도하고 있다고 하겠으며, 이에 따라 그 동안 정신보건치료의 중심이 되어온 전문 정신병원의 역할과 기능에 많은 변화가 있을 것이라는 예측이 가능할 수 있다.

이러한 때에 선진 각국의 정신보건제도가 지역 정신보건체제로 전환되면서 그 동안 정신치료의 중심적 역할을 맡아 온 전문 정신병원에 어떠한 변화가 일어났는가에 대한 고찰은 앞으로 우리나라의 정신보건정책을 수립하는 데 매우 유익할 것이다. 따라서 이 연구는 미국 내에서도 지역 정신보건제도가 가장 잘 확립되어 있는 것으로 평가받고 있는 캘리포니아주를 연구 지역으로 하여, 종래에 정신치료의 중심이 되어 온 주립

1) Dorothea Dix에 의해 주창된 정신병원 설립운동은, 19세기 후반 이후로 많은 주에서 주정부의 재정지원과 책임하에 많은 정신병원들이 설립되는 결과를 낳았다. 따라서 미국에서 주립병원(*state hospital*)은 보통 주립정신병원을 의미한다.

정신병원에 입원한 환자들이 어떻게 변화되어 왔는가를 고찰하는 데 연구의 목적이 있다. 특히 정신보건제도의 역사상 큰 획을 긋는 탈시설화운동 이후에 일어난 변화의 추세를 고찰하는 데 중점을 두었다. 그리고 이 연구의 결과를 기초로 앞으로 우리나라의 정신보건서비스 전달체계의 변화에 따른 전문 정신병원의 변화를 모색하고, 정신보건제도의 전반적인 발전을 위한 정책적 시사점을 얻고자 한다. 연구의 방법으로는 각종 통계자료를 비롯한 문헌조사를 시작으로 직접 현지를 방문하여 주 정신보건국과 카운티 정신보건국의 각종 데이터를 이용하였으며, 또 실제 주립병원들을 직접 답사하여 각종 시설 및 프로그램의 현황 등을 분석·고찰하였다.

1. 캘리포니아주 주립병원의 개요

입원환자들의 변화 추세를 고찰하기 전에 배경적 설명으로 우선 캘리포니아주의 주립병원의 일반적 현황에 대한 것을 개괄하고자 한다.

1) 운영주체

1991년 정신보건제도의 재편성으로²⁾ 인해 대부분의 서비스에 대한 책임과 권한이 카운티로 이관되었기 때문에, 주 정신보건국(Department of Mental Health: DMH)은 주로 행정, 재정지원, 감독 등의 업무만 담당하고 있다. 하지만 주립병원의 운영 및 감독 등 주립병원에 대한 책임만은 여전히 주 정신보건국의 직접적인 관리하에 있다. 현재 캘리포니아에는 4개의 정신병원 — Atascadero, Metropolitan, Napa, and Patton State Hospital — 이 있으며 모든 병원이 의료기관평가인준협회(The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO)에서 인준된 주립정신병원이다(DMH, 1997: 19).

2) 1991년 제정된 AB1288인 이 법은 일명 “Mental Health Realignment Act”라고도 불리며, 정신보건에 있어 재정적, 행정적 책임의 대부분을 주정부 정신보건국에서 카운티 정신보건국으로 이양하게 하였다. 이것은 카운티의 지역 정신보건프로그램에 안정적으로 예산을 지원하게 하였으며, 프로그램의 실제운영에 대한 책임과 권한을 카운티로 이관하는 결과를 낳았다.

2) 입원환자의 분류

주립병원의 입원환자들에 대한 분류는³⁾ 입원하게 된 입원 유형에 따라 분류되는데 여기에는 대체로 다음의 2가지 형태의 입원 유형이 있다(DMH, 1996). 강제입원(*civil commitment*)과 법적 입원(*judicial commitment*). 강제입원이란 일명 Lanterman-Petris-Short (LPS) 입원이라고 불려지는데, 이는 자신이나 다른 사람들에게 위험하다고 판단되거나 아니면 정신질환으로 인해 심한 기능상의 장애를 보일 때 환자의 의사에 관계 없이 입원되는 것을 말한다. 이 경우 비용은 환자가 거주하던 카운티에서 부담한다. 한편 법적 입원은 법원과 주 교정국(California Department of Corrections: CDC)에 의해 이루어지는 입원의 경우를 말하는데,⁴⁾ 먼저 법원의 결정에 의한 입원은 Judicially Committed 또는 Penal Code Commitment(JC/PC)라고 명하며 이는 정신장애자가 범죄에 관련되어 재판중이거나 아니면 정신병원 입원을 전제로 가석방되는 경우이다. 이 경우는 주정부의 일반 예산에 의해 비용이 지원된다. 그리고 수감되어 있는 재소자가 정신질환을 앓고 있는 경우 치료를 위해 입원을 하는 경우가 있는데, 이 경우는 주 교정국에서 비용을 부담한다. 그리고 보통 이 두 경우를 통칭하여 사법적 처리에 따른 입원(*forensic commitment*)이라고 부른다.

3) 주립병원에서는 중증 및 만성 정신질환자들에게 장기입원 서비스 외에도 부분입원, 외래치료 등이 제공되고 있지만, 주된 서비스가 장기입원서비스이기 때문에 이 논문에서는 장기입원치료서비스로 그 논의를 한정한다.

4) 캘리포니아의 법원체계는 일반법원(*the municipal courts*), 상급법원(*the superior courts*), 그리고 주 대법원(*the supreme court*)으로 구성되어 있고, 정신질환자의 입원에 관한 결정은 중범죄(*felonies*)를 다루는 상급법원에서 이루어진다. 법원에 의해 입원되는 경우는 대체로 3가지 경우로 첫째, 정신질환으로 인해 재판에 회부될 수 없는 경우—이 경우는 Incompetent to Stand Trial (IST)라 부른다. 둘째, 재판에 회부는 되었지만 정신질환으로 인해 유죄결정을 내릴 수 없는 경우—이 경우는 Not Guilty by Reason of Insanity (NGI)라고 명한다. 셋째, 법원에 의해 가석방된 상태에 있는 환자들, 즉 주립병원 입원을 전제로 가석방된 과거 재소자였던 환자들을 말한다—이 경우는 Mentally Disordered Offenders(MDO)라고 부른다. 한편 교정국(CDC)에 의해 위탁된 환자들은 현재 교정국의 감독하에 있는 재소자들로 정신질환으로 인해 현재 주립병원에 입원 치료중인 환자들을 말하는데 이를 보통 CDC 환자라고 부른다.

3) 입원환자의 구성

앞 항에서 언급한 대로 주립병원에 입원하는 환자들은 보통 카운티 정신보건국, 법원, 그리고 주 교정국에 의해 위탁된다. 이 중 카운티 정신보건국에서 위탁된 환자들은 LPS 환자들이라고 부르는데 그 이유는 Lanterman-Petris-Short 법에 규정된 강제 입원 규정에 따라 입원시키는 것을 카운티에서 맡기 때문이다. 과거에는 이 LPS 환자가 주립병원 입원환자의 주류를 차지했으나, 최근 들어 특히 1990년대 들어 LPS 환자들은 줄어들고 법원이나 교정국에서 위탁된 즉 사법처리 과정을 거친 환자들 — 일명 Forensic Patients — 이 점차 늘어나고 있다(DMH, 1996: 17).

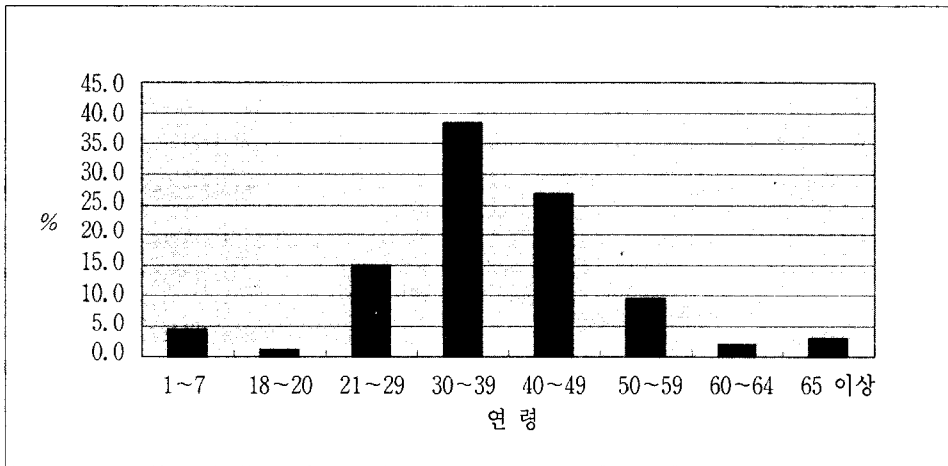
주립병원의 환자들의 규모를 살펴보면 정신보건정책의 변화, 즉 정신보건서비스 프로그램이 주정부에서 카운티정부의 소관으로 이양되었던 1991년 이후로 강제입원에 의한 환자수가 현격히 줄어들었으며, 이 현상은 1993년 이후로 사법적 처리에 의한 입원환자가 증가한 것과 좋은 대조를 이루고 있다. 1991년 이전에는 주립병원의 환자들이 50%는 강제입원에 의해 나머지 50%는 사법적 입원에 의한 환자들로 구성되었지만, 현재는 약 30% 정도만 카운티정부에 의해 강제입원 절차를 밟은 환자들이며 나머지 70%는 모두 사법적 처리에 의해 입원한 환자들이다(DMH, 1997: 19~21).

1995년 현재 주 전체인구의 약 30%를 차지하는 LA 카운티가 주립병원 전체 환자 중 약 36.2%를 차지하고 있고, 20%의 인구가 모여 있는 샌프란시스코 베이 지역 9개 카운티가 전체 환자의 24.7%를 차지하고 있다. 또 주 인구의 13%를 차지하는 프레즈노 카운티를 중심으로 하는 중앙내륙지역의 카운티가 10.8%의 환자를 구성하고 있다. 그리고 환자들의 특성을 살펴보면 84.6%가 남성이고, 50.2%가 백인, 27.6%가 흑인, 그리고 17.1%가 중·남미(히스패닉) 계통이다. 하지만 아시아계와 원주민계는 전체의 5%에 불과한 것으로 나타났다. 또 환자들 중 8.6%만이 기혼자이고 나머지 91.4%가 미혼이거나 이혼, 별거 및 기타의 경우에 해당되는 환자들이다(DMH, 1996: 11~12).

한편 입원환자들의 연령 분포는 <그림 1>에서 보듯이 30대가 38.4%로 가장 많고 그 다음이 40대로 26.7%, 50대 26.7%의 순이며 18세 미만의 아동의 수도 4.4%에 달한다. 가장 왕성한 노동 연령층인 20대~40대를 모두 합하면 전체의 80%를 차지하고 있어 이들의 경제활동 가능성을 보아서라도 이들의 사회복지귀를 위한 노력의 가치를

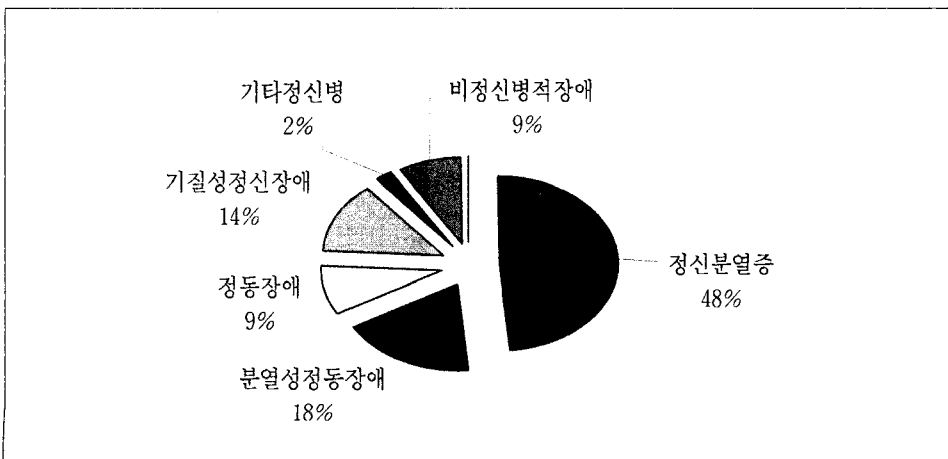
찾을 수 있을 것이다. 그리고 입원환자들의 진단을 보면 예상대로 정신분열증이 48%로 가장 많고 분열성 정동장애 (*schizoaffective disorder*)가 18%, 기질성 정신장애 (*organic disorders*) 14%의 순이다. 한편 주목할 만한 사실은 주로 외래치료의 대상이 되는 비정신병적장애의 진단을 받은 환자의 수가 9%에 이르고 있다는 점이다(〈그림 2〉 참조).

〈그림 1〉 주립병원 입원환자들의 연령 분포, 1995년



자료 : DMH. 1996. *Strategic Plan on the Future of State Hospitals*. Sacramento, CA. p.15-2.

〈그림 2〉 주립병원 입원환자들의 진단 유형, 1995년



자료 : DMH. 1996. *Strategic Plan on the Future of State Hospitals*. Sacramento, CA. p.15-2.

4) 특이 사항

캘리포니아의 주립병원시스템의 특징으로 주목할 만한 것은, Wilson 주지사(1991~1998년 재직)가 제안한 것으로서 성범죄자가 어떠한 특별치료 없이 형기만 마치고 교도소에서 출소하게 되면 공공의 안전에 위협이 된다는 우려하에 성범죄자도 정신과 치료를 받도록 한 것이다. 그리고 이 법은 1996년부터 효력을 발하였으며, 이 법에 의해 구체적으로 성범죄 요주의자(*sexually violent predators: SVP*)로 규정된 사람들에 대해서는 새로운 형태의 강제입원치료 조항이 만들어진 것이다. 이들에 대한 초기 입원기간은 2년까지이며, 더 이상 성범죄를 저지를 가능성이 없다고 판단될 때까지 그 행위가 개선되지 않는 한 입원기간은 더 연장될 수 있다. 이 경우 DMH는 CDC가 위탁한 케이스들을 면밀히 검토한 후에 — 여기에는 과거 범죄 기록과 정신질환 유무 그리고 성범죄 재발 위험에 관한 각종 요인들에 대한 면밀한 검토가 이루어진다 — 카운티 법무부나 검사에게 넘겨서 사법적 처리에 의한 입원이 최종 결정된다(DMH, 1997: 21). 이러한 과정을 통해 입원된 환자들은 모두 폐쇄병동에서 치료를 받게 되며, 현재 약 170명의 SVP 환자들이 주립병원에 입원치료를 받고 있다(DMH, 1998(a)).

5) 각 주립병원의 현황

1998년 현재로 캘리포니아주 전역에는 4개의 주립병원이 운영되고 있고, 각 주립병원의 프로그램과 특성은 다음과 같다.

(1) 에테스카데로 주립병원 (Atascadero State Hospital)

이 병원은 전국의료기관평가인증협회(JCAHO)로부터 '우수' 병원으로 인가를 받았다. 이 '우수' 인가는 미 전역에서 3% 정도의 병원에만 인정되는 평가이다. 현재 San Luis Obispo 카운티 에테스카데로 시에 위치하고 있으며, 1954년 개원하여 LPS, IST, NGI 또는 MDO로 입원 한 남자환자들에 대한 치료를 제공하고 있다. 그리고 주 교정국으로부터 위탁된 재소자/환자들을 또한 치료하고 있으며, 제공되는 서비스로는 응급정신치료, IST 환자들을 위한 재판수행능력 회복을 위한 특별치료프로그램, 그리고 CDC, MDO, NGI 환자들을 위한 인지, 행동수정치료 서비스를 제공하고 있다.

원래 사법처리된 환자들 (*forensic patients*) 을 위한 치료시설로 지정되었지만, 다른 유형의 환자들에게도 치료 서비스를 제공한다. 현재 1,0001개의 병상이 있으며 이 중 1/3은 응급치료를 위해 나머지는 비응급치료 병상으로 사용된다. 그리고 교정국으로부터 위탁된 환자들(CDC)이 가장 많으며 SVP 환자들도 모두 이곳에서 치료받고 있다.

(2) 메트로폴리탄 주립병원 (Metropolitan State Hospital: MSH)

MSH는 1,048개의 병상을 가진 응급정신치료 병원으로 1916년 개원하여 현재 LA 카운티 Norwalk에 위치하고 있다. 이 병원은 카운티에 의해 위탁된 LPS 환자들을 주 치료대상으로 하지만 다른 주립병원에서 이송된 IST와 NGI 환자들도 치료하고 있다. 이 병원의 특징으로 LA카운티의 다양한 소수 민족들 중 다수를 차지하는 아시아 태평양계와 남미계 환자들에게 이들의 언어·문화적 특성을 반영하는 치료서비스를 제공하며, UC at Irvine의 정신과와 공동으로 연구센터를 운영하고 있다.

(3) 나파 주립병원 (Napa State Hospital)

1875년에 개원하여 현존하는 주립병원 중 가장 역사가 오래된 나파 주립병원은 샌 프란시스코 베이 지역의 Sonoma 카운티 나파에 위치하고 있으며 전체 1,362개의 병상을 갖추고 있다. 이 병원은 일반 응급정신치료 병원으로 인기가 낮지만 응급정신치료뿐만 아니라 청소년치료와 전문양로치료 서비스 등을 제공하고 있다. 환자들은 성인뿐만 아니라 청소년과 노인들에 이르기까지 다양하게 구성되어 있으며, 카운티에서 위탁된 LPS 환자들, 에테스카데로 및 패튼 병원에서 이송된 IST, NGI 환자들, 그리고 법원에서 이송된 발달장애 환자들(DD-IST)로 구성되어 있다.

(4) 패튼 주립병원 (Patton State Hospital)

1893년 개원한 이 병원은 San Bernardino 카운티 패튼에 소재하고 있으며, 1,281개의 병상을 갖추고, 주로 사법 처리된 환자들을 치료하는 병원 (*forensic hospital*) 이다. 입원환자들을 보면 IST 및 NGI 환자들, CDC 환자들, 그리고 LPS 환자들로 다양하게 구성되어 있지만, IST나 NGI 환자들이 주종을 이룬다. 치료 서비스로는 응급 및 만성 정신치료, IST 환자들을 위한 재판수행능력 회복 프로그램, 그리고 CDC, MDO, NGI 환자들을 위한 인지 및 행동수정치료 등을 제공하고 있다. 그리고 환자들의 가석

방, 지역 외래시설로 퇴원시키기 위한 일상생활훈련과 행동조절기술향상에 역점을 두고 있다. 특히 이 병원에서 실시하고 있는 'Easy Street' 프로그램은 환자들이 하여금 퇴원 후 지역사회에서 보다 독립적인 생활을 할 수 있도록 하는 심리사회기술훈련 프로그램으로 이 분야에 하나의 모델 프로그램으로 인정을 받고 있다.

이외에도 베커빌의 California Medical Facility에 있는 정신치료 프로그램은 급성정신질환자들을 위한 프로그램으로서 DMH가 주관하여 교정국의 재소자/환자들에게 서비스를 제공하고 있다. 그리고 여기서 입원치료가 끝나면 다시 교도소로 돌아가거나 아니면 더 장기 치료가 필요한 경우에는 에테스카데로 주립병원으로 이송된다. 여기에는 응급입원서비스를 위한 150개 병상과 정신치료 데이케어 프로그램을 위한 60개 병상이 DMH에 의해 제공되고 있으며 운영은 교정국이 담당하고 있다(DMH, 1996: 8~10).

2. 주립병원 입원환자들의 추세와 전망

1) 입원환자들의 추세

1851년 최초로 정신질환자들의 치료를 위한 주립병원이 Stockton에 개원하였고 그 후 50년 동안에 추가로 네 개의 병원이 더 설립되었다. 그리고 1853년부터 1905년 사이에 주립병원의 입원환자는 퇴원환자의 수를 능가하였으며, 그 결과 1905년에는 입원환자의 수가 6,000명을 초과하였고, 1920년에는 입원환자의 수가 처음으로 10,000명을 넘어서게 되었다. 그리고 그 후 30년 동안 주립병원의 입원환자는 계속 증가하였고 이 기간에 2개의 병원 — Metropolitan과 Camarillo State Hospitals — 이 추가로 설치되었다(DMH, 1996). 그 후에도 이 숫자는 계속 증가하였고, 1950년대 동안에만 세 개의 병원 — Dewitt, Modesto와 Atascadero State Hospitals — 이 추가로 더 신설되었으며(<표 1> 참조), 그 결과 1959년에는 10개의 주립병원에 환자수가 37,489명으로 입원환자의 규모가 최고에 달했다(<그림 3> 참조). 즉 1851년 최초의 주립병원이 설립된 후 1950년대 말까지 입원환자의 수가 지속적으로 증가하여 주립병원이 정신질환자 치료에 주된 역할을 담당하였다.

하지만 1950년대 말 최고조에 달했던 입원환자는 탈시설화 — 또는 탈원화 — 운동

이 시작된 1960년대 초부터 그 수가 감소하기 시작하여 1967년에는 1959년에 비해 41%가 감소된 21,966명, 1971년에는 71%가 감소된 10,874명으로 급격히 감소하였으며, 그후 1975년 6,198명, 1983년 5,317명, 1987년 4,812명, 그리고 1990년에는 약 87%가 감소된 4,745명으로 줄어들었다(〈그림 3〉 참조). 이러한 급격한 감소 현상은 〈그림 4〉에 나타난 바와 같이 캘리포니아주뿐만 아니라 미국의 모든 주에 걸쳐 일어난 보편적인 현상이었다(Witkin, Atay & Manderscheid, 1996).

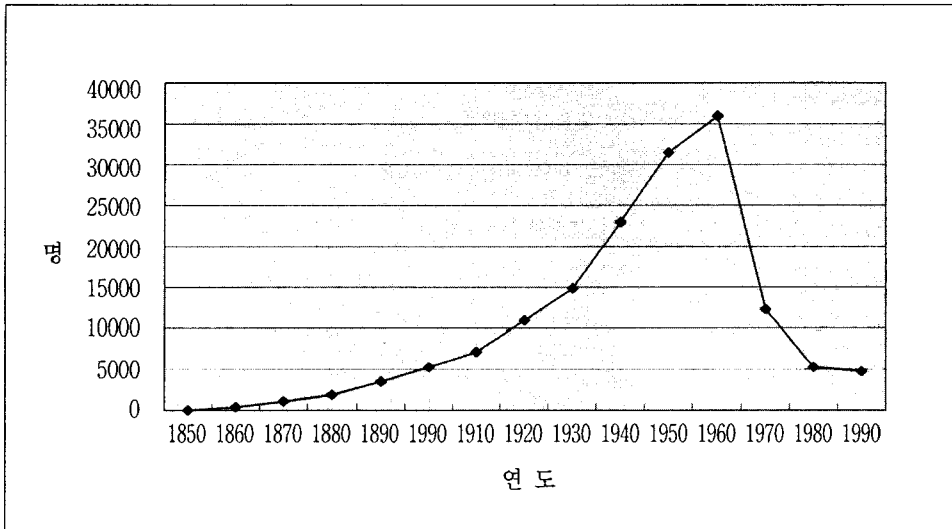
여기에는 몇 가지 원인이 있는데, 첫번째는 제2차 세계대전 이후 개발된 정신약물(psychoactive drugs)을 1955년 주립병원에서도 치료에 이용할 수 있도록 입법화함에 따라 주립병원에서 광범위한 약물치료가 가능해져, 입원중인 환자들이 그 증상에 안정

〈표 1〉 연도별 캘리포니아 주립병원 입원환자의 수

| 연 도 | 입원환자 수 | 주 인구 규모 | 주 인구대비 환자의 구성비(%) | 인구 10만 명당 입원환자 수 | 주립병원 수 (실제 연도) |
|------|-----------------|-------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|
| 1850 | 22 ^a | 92,597 ^b | 0.02 | 23.8 | 1(1851) |
| 1860 | 417 | 379,994 | 0.10 | 109.7 | 1 |
| 1870 | 1,047 | 560,247 | 0.20 | 186.9 | 1 |
| 1880 | 1,955 | 864,694 | 0.20 | 226.1 | 2 |
| 1890 | 3,459 | 1,213,398 | 0.30 | 285.1 | 3 |
| 1900 | 5,276 | 1,485,053 | 0.40 | 355.3 | 5 |
| 1910 | 7,137 | 2,377,549 | 0.30 | 300.2 | 5 |
| 1920 | 10,887 | 3,426,861 | 0.30 | 317.7 | 6 |
| 1930 | 14,906 | 5,677,251 | 0.30 | 262.6 | 6 |
| 1940 | 22,953 | 6,907,387 | 0.30 | 332.3 | 7 |
| 1950 | 31,544 | 10,586,223 | 0.30 | 298.0 | 9(1951) |
| 1960 | 36,006 | 15,717,204 | 0.20 | 229.1 | 10 |
| 1970 | 12,240 | 19,953,134 | 0.10 | 61.3 | 9 |
| 1980 | 5,314 | 23,668,000 ^c | 0.02 | 22.5 | 6 |
| 1990 | 4,745 | 29,758,000 ^c | 0.02 | 15.9 | 5 |

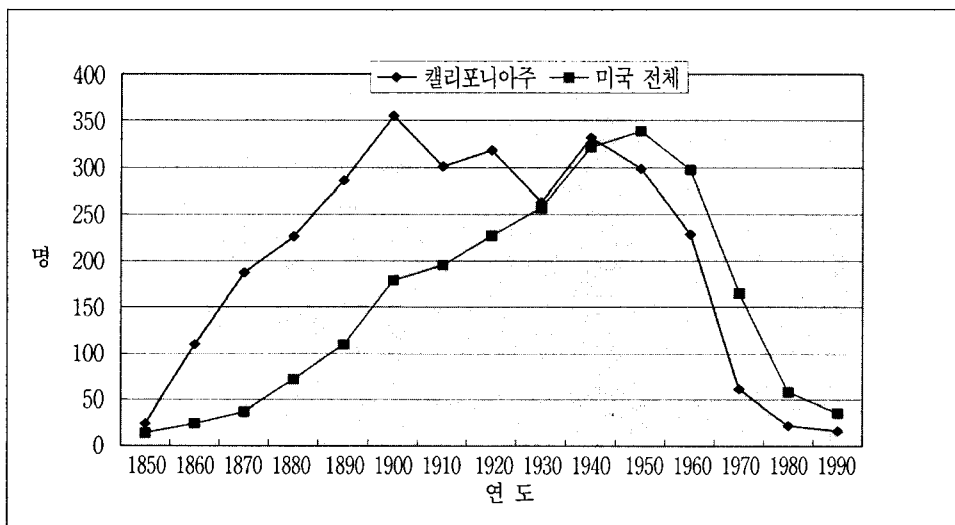
주 : a. 1850 의회보고서에서 추정치, b. 미완성센서스에서 추정치, c. 1,000단위에서의 가감치.
 자료 : DMH. 1996. *Strategic Plan on the Future of State Hospitals*. Sacramento, CA. pp.17~19;
 DMH. 1998(a). *Strategic Plan, Fiscal Year 1998~1999*. Saramento, CA; Sherman. 1979.
 "Why California's State Hospitals Survive." A Thesis at Cal State University in
 Sacramento. CA, p.22.

〈그림 3〉 연도별 캘리포니아 주립병원 입원환자들의 추세



자료 : DMH. 1996. *Strategic Plan on the Future of State Hospitals*. Sacramento, CA. pp. 17~19;
 Sherman. 1979. "Why California's State Hospitals Survive." A Thesis. Cal State U. p. 22.

〈그림 4〉 인구 10만 명당 주립병원 입원환자들의 추세



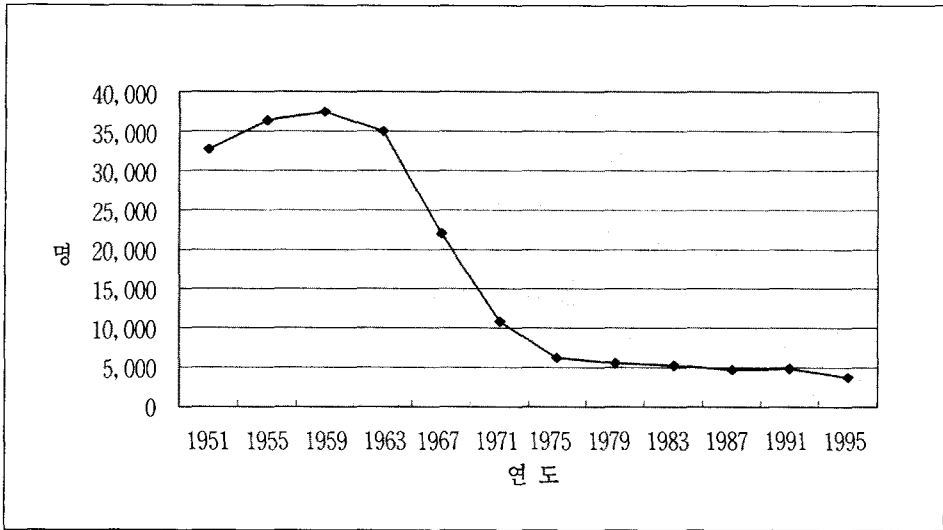
자료 : Stroup & Manderscheid. 1988. "The Development of the State Mental Hospital System in the United States : 1840~1980." *Journal of the Washington Academy of Sciences*, 78(1), p. 64; Witkin, Atay, & Manderscheid. 1996. "Trends in State and County Mental Hospitals in the U. S. from 1970 to 1992." *Psychiatric Services*, 47(10), p. 1080.

을 보이기 시작하자 지역사회로의 퇴원, 복귀가 가능하게 되었던 것이다. 즉 정신약물의 이용으로 인해 지역사회 내에서도 퇴원환자들의 증상조절과 통제가 가능하게 되었던 것이다. 두번째는 정신질환자들을 가장 덜 구속적인(*least restrictive*) 환경에서 치료하자는 전국적인 운동이 일어난 것이다. 즉, 그 동안 논란이 많았던 주립병원에 과다 수용하여 입원치료한 것이 치료의 효과가 없고 환자들의 권리나 인권에 제한과 속박을 가하던 것에 대한 반성이 일기 시작한 것이었다. 이 운동은 주립병원 환자의 감소에 큰 영향을 주어, 정신보건서비스 체계의 탈중앙화, 탈시설화가 서비스 전달의 이상적인 모델로 정착하는 데 획기적인 계기가 된 것이었다(Bachrach, 1996). 세번째는 진보적인 정신보건관련 입법의 발전으로, 환자들의 강제 입원을 억제하고 환자들의 치료에 대한 권리를 보호하려는 일련의 진보적인 법률이 제정되기 시작한 것이었다.

구체적으로 캘리포니아주에서는 Short-Doyle 법이라고 알려진 지역 정신보건 서비스법(Community Mental Health Services Act)이 1957년 제정되어 치료의 중심이 주립병원에서 각 지역사회를 중심으로 정신보건 서비스가 제공되도록 유도하였다. 그리고 1961년에는 사회보장법이 개정되어 장애인들에게도 연방정부에서 재정 원조를 시작하도록 하여, 지역사회에 있는 정신장애인들에게도 그들의 치료와 보호를 위한 재정적 원조가 가능하게 되었다. 그 결과 많은 만성환자들이 주립병원보다는 지역사회 내에 거주하면서 치료와 서비스를 받게 되었던 것이다.

그리고 1969년에는 일명 LPS 법이라고 알려진 Lanterman-Petris-Short Act를 제정하였는데, 이 법에 의하면 정신질환자로 추정되는 사람은 자신 및 타인에게 위협이 되거나 심한 장애를 보일 때만 강제 입원치료를 받을 수 있게 하였으며, 강제 입원이 지속될 때에는 정해진 기간에 따라 법원의 검토 및 평가를 계속 받게 하였다. 즉, 환자들의 인권을 보호하고 가능한 한 주립병원에 입원하는 것을 줄이기 위해서 강제입원의 규정을 매우 엄격하게 제한하였던 것이었다. 그리고 같은 기간에 Short-Doyle 법을 개정하여 1969년까지 인구 10만 명 이상의 카운티에는 의무적으로 지역 정신보건 프로그램을 신설하도록 규정하였으며, 1973년까지는 모든 카운티에서 지역 정신보건 프로그램을 실시하도록 하였다(DMH, 1996: 16). 이러한 혁신적인 정신약물의 개발과 진보된 정신보건 관련 법의 변화로 말미암아 정신보건 치료서비스가 지역사회 내에서 제공되었고 따라서 1960년대 이후로 주립병원의 환자는 계속적으로 줄게 되었던 것이다(〈그림 5〉 참조).

〈그림 5〉 탈시설화운동 이후 캘리포니아 주립병원 입원환자들의 추세



자료 : DMH. 1998(a). *Strategic Plan, Fiscal Year 1998~1999*. Sacramento, CA.

2) 입원환자들의 전망

이러한 주립병원의 입원환자의 감소 추세는 1980년대에도 계속되었지만, 그 감소의 폭은 훨씬 줄어들었다. 예를 들면, 주립병원 환자는 1960년대에는 57%, 1970년대에는 65%가 감소하였지만 1980년대에는 12%가 감소하는 데 그쳤다. 그리고 1990년대에 들어와서는 주와 카운티 간의 정신보건서비스 제도의 재편성으로 인해 카운티에서 위탁하며 그 비용을 부담하는 LPS 환자들의 입원은 현저히 줄어든 반면, 5) 주 정부의 일반예산으로 비용을 부담하는 사법처리 과정을 거친 환자들(*forensic patients*)의 입원은 점차 늘어나고 있다. 6) 특히 1991년 이후 LPS 환자는 줄어들고 1993년 이후 사법

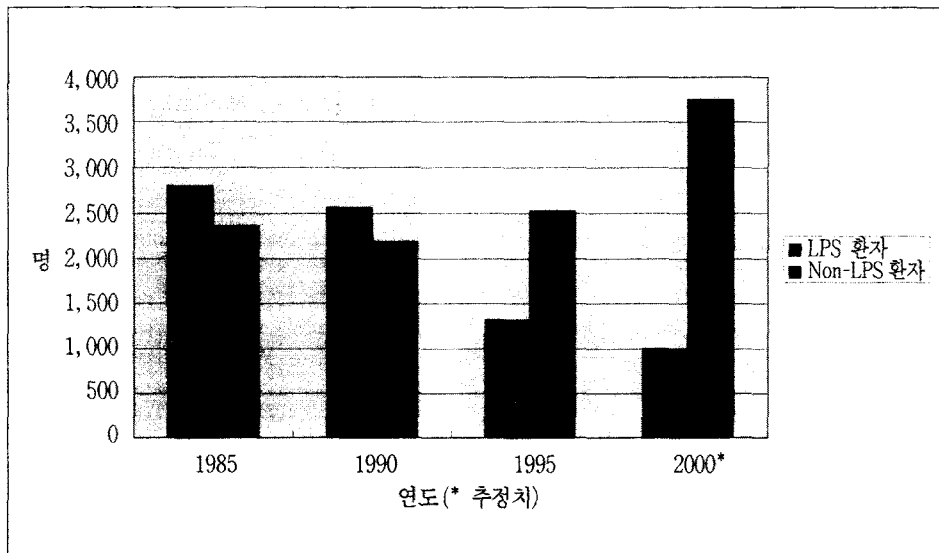
5) 각 카운티에서는 카운티 정신보건국에서 환자 1명을 주립병원에 입원시키는 데는 연간 약 12만 달러의 비용이 소요되기 때문에 환자들을 가능한 한 비용이 훨씬 적게 드는 지역사회 정신보건프로그램에 —연간 1인당 약 4만~6만 달러 소요— 의해 치료하기를 원하고 있다(Contra Costa County Mental Health Director인 Donna Wigand와 인터뷰, 1998. 10. 12).

6) 일반적으로 카운티 정신보건국에서 위탁한 강제입원 환자를 LPS 환자로 부르며 이에 반해 사법처리 과정을 거친 환자들을 —IST, NGI, MDO, CDC 환자들— 보통 Non-LPS 환자로 통칭한다.

처리된 환자들은 늘어나고 있다(DMH, 1996: 17-1). 이러한 추세는 1990년대 중반이 후 더욱 현저히 나타나고 있으며 앞으로도 당분간 계속될 전망으로 보인다(<그림 6> 참조).⁷⁾

그리고 특이할 만한 사항은 최근의 변화로 퇴소 범죄자들 중 성범죄요주의자(SVP)로 분류된 사람들은 교도소에서 바로 퇴소시키지 않고 주립병원에서 최소 2년 정도 입원·치료하여 퇴원시킬 것을 입법화하였기 때문에 이 부류에 해당되는 환자들이 단기적으로 약 5년간에 걸쳐 큰 숫자로 증가할 것으로 보인다. 1998년 현재 167명의 SVP 환자들이 에테스카테로 병원에서 입원 치료를 받고 있으며, 주로 행동수정, 인지치료를 집중적으로 받고 있다. 주 정신보건국 최고 책임자에 의하면 앞으로 1,500명 정도의 SVP 환자들을 치료하기 위해 새로운 정신병원을 건립할 예정으로 있다고 한다. 그렇

<그림 6> 캘리포니아 주립병원 입원환자 구성의 추세와 전망

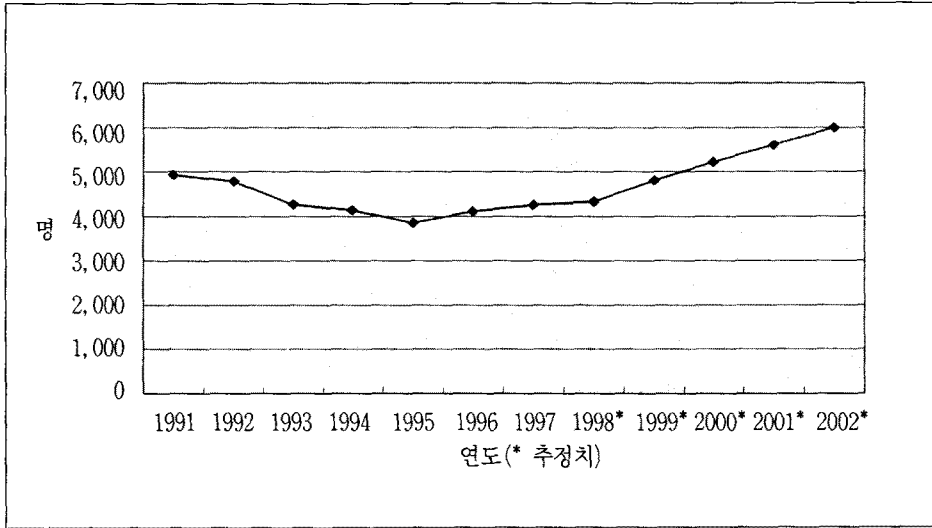


자료 : DMH, 1998 (a). *Strategic Plan, Fiscal Year 1998~1999*. Sacramento, CA ;

DMH, 1997. *The California State Department of Mental Health*, Sacramento, CA. pp.19~21.

7) 이러한 사법처리된 환자들의 증가로 인해 1998년 현재 에테스카테로 병원에 250개의 병상 증설공사가 진행중이며, 이를 위해 1998~1999 회계연도에 3,320만 달러의 예산이 책정되어 있다(DMH, 1998 (b)).

〈그림 7〉 캘리포니아 주립병원 입원환자들의 전망



자료 : DMH. 1998(a). *Strategic Plan, Fiscal Year 1998~1999*. Sacramento, CA ;
 DMH. 1996. *Strategic Plan on the Future of State Hospitals*. Sacramento, CA. p.18-1.

게 되면 4~5년 후에는 전체 주립병원의 수는 5개로 늘어나며, 1995년 3,838명으로 최저점을 기록한 입원환자는 약 6,000명으로 그 규모가 증가될 전망이다(〈그림 7〉 참조).⁸⁾

한편 탈시설화운동 이후 지난 30~40년간 있었던 주립병원 위상의 급격한 변화로 인해, 주정부 책임자나 정신보건 전문가들, 그리고 일반 시민들까지도 과연 앞으로 주립병원을 존속시켜야 하는가 아니면 모두 폐쇄하여 정신보건 서비스의 경제성을 높일 수 있는 지역사회 정신보건프로그램으로만 정신보건제도를 운영해나갈 것인가에 대한 문제를 놓고 심각한 논의를 하지 않으면 안되게 되었다. 그리하여 1993년 각계의 전문가들과 시민들로 구성된 특별위원회가 만들어져 주립병원의 미래에 대한 진지한 조사연구를 진행하였고, 그 결과 주립병원의 미래에 관한 특별위원회(The Future of State Hospital Task Force)는 1995년 다음과 같은 내용들을 주 정부에 건의하였다(DMH, 1996: 22).

8) DMH Director인 Stephen Mayberg 박사와의 인터뷰에서(Sacramento, 1998. 11. 24).

① 주정부는 주립병원을 계속 유지하여 각 카운티의 니드를 충족하는 입원서비스 기관으로서 그 사명을 다하도록 해야 한다. 특히 카운티 지역 정신보건프로그램으로는 치료하기 어려운 중증 정신질환자 그리고 노인, 아동정신장애자들에 대한 입원, 치료 기관으로서 역할을 계속 수행해야 할 것이다.

② 주립병원은 특별한 정신보건서비스 — 즉, 이중진단 장애자, 뇌질환 및 뇌손상 장애자, AIDS 환자 및 성범죄요주의자 등 — 를 제공하는 입원치료기관으로서 그 역할을 다하며, 이외에도 각 카운티의 특정 니드를 충족할 수 있도록 — 예를 들면, 아동 정신병리, 이중언어 및 문화적 특성을 감안한 전문서비스 등 — 특정 서비스를 개발하고 이를 제공할 수 있는 전문가를 양성하도록 해야 한다.

③ 주립병원 내에 퇴원을 앞두고 있는 환자들을 위한 주거훈련프로그램(*transitional housing programs*)을 개발·실시해야 하며, 이러한 프로그램을 통해 퇴원후 환자들의 독립적 주거생활을 보장해야 한다.

오늘날 정신보건제도를 둘러싼 캘리포니아주의 사회적·법적 환경이 진보적이며 경제적이고 긍정적인 것으로 미루어 보아,⁹⁾ 이러한 특별위원회의 건의사항들이 정신보건정책에 적극 반영될 것이라고 예견할 수 있다. 따라서 장차 주립병원의 역할은 최소한 단기적으로는 더 이상 축소되지는 않을 것으로 보인다. 그리고 늘어나는 사법처리 환자들과 새로운 입원치료 니드인 SVP 환자들의 치료를 위해서 중·단기적으로 입원 환자들이 늘어나 주립병원의 환자 규모는 다소 증대될 전망이다(DMH, 1998(a)).

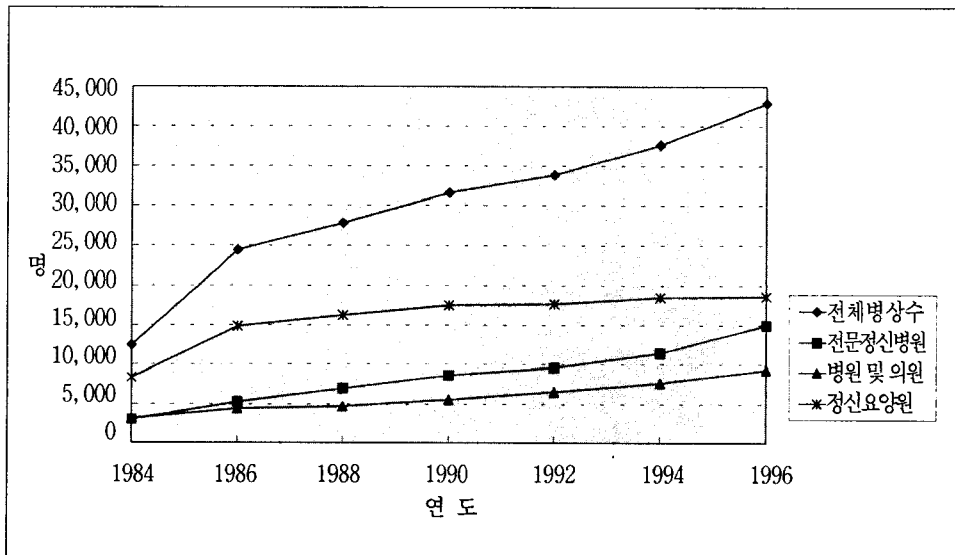
3. 한국 정신보건제도의 발전을 위한 정책적 함의

그 동안 — 좀더 엄밀히 말하자면, 최소한 정신보건법이 실행에 들어간 1997년 이전까지는 — 우리나라의 정신보건정책은 단순히 정신보건시설 즉 정신의료기관과 정신요양시설의 병상 수를 증설하는 데 치중해 왔다고 해도 과언이 아니다. <그림 8>에서 보

9) 캘리포니아주는 진보적인 정신보건 관련법 외에도 1999년 초 민주당 출신 Gray Davis가 주지사로 취임하였으며, 경제적으로는 지난 20~30년 사이에 가장 호황을 맞고 있다.

는 바와 같이 지난 12년 동안 병상수가 12,000여 개에서 42,000여 개로 3.5배 이상 늘어났는데, 이것은 정신치료에 대한 다양한 서비스 니드를 가진 환자들을 단순히 병원 또는 요양시설에 수용하여 치료하려는 방식으로 정신보건의 정책 방향이 설정된 것을 의미한다. 즉, 정신보건시설의 증설 및 병상수 확보를 통해 정신질환으로 고통받고 있는 많은 사람들을 단순 입원 및 수용하여 그들의 문제를 거의 전적으로 약물치료로서 해결하려는 극히 초보적이고 구태의연한 수준에 머물러 왔다고 하겠다(황성동, 1996). 한편 보건복지부에서 추정하고 있는 정신질환자의 수는 전체 인구의 2.75%에 해당되는 120만 명이며 이중 약 9만 명이 중증 정신장애인으로 추정되고 있다. 따라서 현재의 병상 규모는 보건복지부에서 추정하고 있는 적정 병상수 35,000개를 초과하는 과도한 규모다(보건복지부, 1997: 39). 특히 전문정신병원의 경우 1984년에 2,950개 정도이던 병상수가 1996년 약 15,000여 개로 늘어나 약 5배의 높은 증가율을 보이고 있다. 이것은 정신사회재활서비스를 중심으로 하는 지역사회 정신보건접근법이라는 세

〈그림 8〉 한국의 정신보건시설 병상수 증가 추세



자료 : 보건복지부, 1997. 《1997년도 정신보건사업지침》 p. 39; 이동모, 1994. “우리나라 정신보건의 현황과 정책”. 《정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전 방향에 대한 세미나》 p. 8; 황성동, 1996. “한국 정신보건제도의 실태 및 개선 방안에 대한 연구”. 《한국사회복지학》 제29호. p. 206.

계적인 흐름에 역행하는 것이라고 할 수 있다.

하지만 정신보건법이 제정 공포된 1996년 이후로 한국의 정신보건제도에 새로운 바람이 불기 시작했다. 이 법에서는 정신질환과 정신보건시설에 대한 규정을 명확히 했고, 정신질환자의 치료 및 인권보호에 대한 규정을 구체화시켰다. 게다가 정신보건 인력에 대한 규정과 정신보건심의위원회의 설치 그리고 사회복지시설의 설치, 운영에 대한 법적 당위성 등을 부여하였다. 그리고 무엇보다 중요한 것은 기존의 약물치료 및 정신치료를 고집하던 전통적인 임상적 치료방법에 세계적 추세인 지역 정신보건접근 방법을 도입하기 시작했다. 즉, 정신사회 재활모델을 도입하여 환자들이 거주하던 지역사회로의 복귀 및 재활의 개념을 강조하는 지역 정신보건서비스 제도로의 이행을 추진하고 있다(양옥경, 1997). 이처럼 환자의 지역사회 재활을 주요 목표로 하는 지역사회 중심의 정신보건제도로의 전환은 미국뿐만 아니라 20~30년 전부터 독일, 이탈리아, 스위스, 아일랜드 등 유럽 각국에서 시작되었으며(김미원, 1995; 김철권 외, 1997; Keaney, 1997; Uchtenhagen, 1997), 이웃 일본에서도 10여년 전부터 — 1987년 정신보건법 개정으로 — 일어난 변화이므로 이른바 세계적인 흐름이라고 말할 수 있다(Semba, 1997).

물론 미국과 한국은 사회·문화·정치적 환경이 매우 다르지만, 지역사회 중심의 정신보건체제가 보편적인 추세를 미루어 보아 한국의 정신보건제도도 캘리포니아주를 포함한 미국에서처럼 입원환자의 현저한 감소와 지역사회 중심의 치료프로그램의 도입·발전이라는 새로운 변화에 직면할 것이라 예측할 수 있다. 이에 대한 몇 가지 근거를 들 수 있다. 우선, 1957년 지역 정신보건 서비스법이 제정되기 이전까지는 캘리포니아에서도 지역사회와는 동떨어진 곳에 대규모 주립정신병원을 설립하여 약물치료를 주로 의존하여 환자들을 장기간 입원시켜 왔었다. 이러한 사실은 최근까지 한국의 정신보건제도와 비슷한 상황이었다. 그러나 이 법이 제정되면서부터 비로소 탈원화운동이 시작되어 주립병원의 많은 환자들이 지역사회로 내보내어지게 되었으며, 또한 1961년 개정된 사회보장법으로 인해 지역사회에 거주하는 정신장애자들에게도 치료를 위한 재정적 원조가 가능하게 되었다(DMH, 1996). 여기에다 1969년 제정된 LPS 법에 의해 환자의 인권을 보호하고 강제 입원을 엄격하게 적용하기 시작했던 법적 변화로 정신보건제도가 지역사회 중심의 제도로 전환되게 된 것이다. 이런 맥락에서 볼 때 한국도 최초의 정신보건법이 1997년부터 본격 시행에 들어갔으며, 그 결과 다양한

형태의 지역사회 정신보건센터들이 설립되기 시작하여 1999년 9월 현재로 전국에 38개의 센터가 건립되어 지역사회 정신보건제도로의 전환 노력에 대한 가시적인 성과를 보여주고 있다. 그리고 만성정신질환자를 장애인의 범주에 포함시켜 경제적, 사회적 원조를 가능하게 하는 장애인복지법 개정안이 2000년부터 시행토록 되어 있다(보건복지부, 1999). 최근 이러한 일련의 진보적인 법적 변화로 인해 한국의 정신보건제도가 지역사회 중심의 정신보건제도로 전환되는 데 매우 유리한 환경을 조성하고 있다.

따라서 이제 정신사회재활 모델을 기초로 하는 지역 정신보건서비스 체제가 정착되려면 우선 그 동안 치료의 중심 또는 거의 전부라고 말할 수 있었던 전문 정신병원의 장기 입원을 지양해야 할 것이다. 그러므로 앞으로 지역사회를 중심으로 하는 정신보건체제가 정착되는 과정에 전문정신병원 병상수의 필연적인 감소가 예상되므로 정신병원의 서비스 프로그램의 다양화가 적극 모색되어야 할 것이다. 즉 전문 정신병원들은 장기 입원을 위한 병상수를 과감하게 줄이고, 환자들의 단기 입원 및 집중치료를 중심으로 응급환자나 치료하기 어려운 환자들을 위한 치료기관으로 그 주된 역할을 전환하고, 동시에 환자들의 다양한 니드에 대응하도록 낮 병원, 부분 입원, 외래 서비스, 사회재활서비스, 주거훈련 프로그램 등 다양한 서비스 프로그램을 도입·운영하는 변화를 도모해야 할 것이다.

그리고 지역사회 차원에서도 탈원화의 혼란과 부작용을 최소화하려면 환자들의 사회복귀를 위한 준비 작업이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회 내에 다양한 사회재활 프로그램의 개발과 — 예를 들면, 정신사회재활센터의 설립과 운영, 보호작업장을 비롯하여 각종 사회복지시설의 설립·운영 — 이를 담당할 전문 인력의 양성 등이 요구되며, 특히 그룹 홈, 임시주거시설, 직업훈련시설 등 주거와 직업재활을 위한 다양한 프로그램이 개발되어야 할 것이다. 최근 들어 서울시와 경기도를 중심으로 지역정신보건센터의 건립이 활발히 이루어져 정신장애의 예방 및 교육, 정신질환자의 조기발견, 각종 정신사회재활서비스의 제공 등이 지역사회 내에서 이루어지고 있는 현상은 매우 고무적인 일이 아닐 수 없다(경기도 외, 1999; 이종국, 1998). 이외에도 환자들의 지역내 치료를 통한 사회복귀와 충분한 재활이 이루어지려면, 지역주민들을 대상으로 정신질환 및 환자들에 대한 정확한 정보제공과 교육이 제공되어야 한다. 그리고 무엇보다 지역 정신보건제도의 발전을 위해서는 정부에서 장기적인 계획하에 합리적인 정책의 개발과 이에 상응한 예산의 지원이 선행되어야 하며(김용익, 1994), 지역주민과

자치단체의 광범위한 이해와 협조, 지원이 요구된다.

이러한 전환기에 서 있는 한국의 정신보건제도의 장기적 발전을 위해 생각해 볼 수 있는 것은, 캘리포니아에서와 같이 우리나라에서도 성폭력 범죄자들 중에서 재범 이상의 요주의대상자들을 선별하여 그들에 대해 사법제도의 적용으로 그치는 것이 아니라, 그 후속 조치로서 정신보건 서비스 프로그램을 통해 이 문제에 대한 접근을 시도할 수 있다는 것이다. 즉, 성폭력관련 요주의자들을 주의 깊게 선별하여 이들에게 일정 기간의 정신사회재활적 치료를 제공하여 재발을 방지하고 이들의 사회적 재활을 유도하는 것이다. 그리고 요즘 논란이 되면서 사회적 관심이 되고 있는 가정폭력에 관한 문제도 이 문제를 사법적 처리만으로 해결하려 하지 말고 정신보건제도의 활용을 통해 상습적인 가정폭력자에 대한 정신치료적 접근 방식을 적용하는 것이 필요하다. 이들에 대한 인지치료와 행동수정 치료가 빈번한 재발 방지에 도움을 준다는 서구의 연구 결과에 주목할 필요가 있다. 이러한 다양한 접근으로 우리나라 정신보건 시스템의 지평을 폭넓게 열어 간다면, 한국의 정신보건제도는 단순히 정신질환 및 정신장애 문제를 해결하는 의료체계의 제한된 한 부분이 아니라, 보다 적극적이고 포괄적으로 사회 문제를 해결하고 예방하는 사회제도로서 발전해 나갈 수 있을 것이다.

4. 결 론

1851년 최초의 주립정신병원이 캘리포니아에 설립된 이후로 병원과 입원환자의 수는 약 100여 년 동안 계속해서 증가하여, 1959년에는 10개의 주립병원에 입원환자가 37,489명으로 정점에 달했었다. 하지만 1960년대 초부터 탈시설화운동이 시작되면서 입원환자의 수는 급격히 감소하기 시작하여 1971년에는 10,874명, 1986년에는 4,973명, 그리고 1997년에는 4개의 병원에 4,263명으로 89% 정도의 입원환자가 줄어들었다. 물론 이러한 감소 현상은 캘리포니아주에만 국한된 현상이 아니라 미국 전역에 걸쳐 일어난 보편적인 현상이었다. 이에 따라 캘리포니아주에서는 주립병원의 존립여부에 관한 논란이 일고 있긴 하지만, 앞으로 주립병원은 늘어나는 사법처리된 환자들과 지역사회 내에서 치료하기 어려운 환자들을 위해 계속해서 정신보건서비스 시스템의 한 부분으로 남아있으리라 전망된다.

이에 반해 우리나라는 1984년부터 시작하여 12년간 정신보건시설의 병상수가 12,000여 개에서 42,000여 개로 3.5배 이상 늘어났으며, 이중 특히 전문 정신병원의 경우에는 같은 기간동안 약 2,900여 개에서 14,000여 개를 초과하여 그 증가율이 약 5배에나 달하고 있다. 그리고 이 중 민간 전문 정신병원의 병상수는 약 1,000개에서 약 9,000여 개로 9배 이상 증가했다. 이는 그 동안 한국의 정신보건정책이 의료적 모델에 의존하여 정신의료기관의 — 특히 민간 정신병원 — 병상수 증설에 치중해왔다는 것을 단적으로 말해주고 있다. 그리고 이러한 과도한 병상규모는 보건복지부에서 제안하고 있는 35,000개의 적정 병상수를 훨씬 초과하는 규모라고 할 수 있다. 하지만 최근 들어 정신보건법의 제정과 더불어 정신보건센터 및 사회복지센터의 설립 운영 등 지역 정신보건제도로의 전환의 기회를 맞고 있다.

따라서 새로운 정신보건 시스템의 도입으로 말미암아 한국의 전문 정신병원의 역할은 더 이상 과거와 같은 의료모델 중심의 장기입원을 위한 치료기관으로서의 역할을 고집할 수 없게 될 것이다. 그러므로 병상 수요의 감소에 따라 정신병원들은 다양한 서비스 프로그램의 도입과 함께 환자들의 응급 및 단기 집중치료기관으로 변화가 요구된다. 그리고 지역사회 차원에서 정신보건센터 및 사회복지시설의 보편화가 이뤄져야 하며, 퇴원환자들을 위한 각종 사회재활센터 설립과 그룹홈, 임시주거시설, 직업훈련을 위한 보호작업장의 설치 운영 등 다양한 사회 재활프로그램들이 개발되어야 한다. 그리고 이를 위해서는 정부의 적극적인 정책개발과 재정지원을 통한 리더십이 요구되며, 동시에 지역주민들의 이해와 협조가 뒤따라야 할 것이다.

■ 참고문헌

- 경기도·의왕시·의왕시정신보건센터·계요병원. 1999. 《경기도 의왕시 지역사회 정신보건 사업 실행보고서》 pp. 7~120.
- 김미원. 1995. “독일의 사회복지전달체계.” 《정신장애에 대한 지역사회적 접근》 한국정신건강복지연구소 세미나. pp. 31~47.
- 김용익. 1994. “정신보건정책의 방향.” 《정신보건정책 및 지역사회 정신보건사업의 발전 방향에 대한 세미나》 pp. 95~126.

- 김철권·이성근·변원탄·이부영. 1997. "독일 함부르크의 지역사회 정신의학 현황." 《정신보건》 제2권 제1호. pp. 101~114.
- 보건복지부. 1999. "장애인복지법시행령 개정령(안) 입법예고." 보건복지부 보도자료. 1999. 9. 1.
- _____. 1997. 《1997년도 정신보건사업지침》 p. 39.
- 양옥경. 1997. "정신보건법에 따른 정신보건정책 및 제도." 《정신보건법과 정신건강》 1997년 한국정신보건사회사업학회 춘계학술대회 자료집. pp. 9~24.
- 이동모. 1994. "우리나라 정신보건의 현황과 정책." 《정신보건정책 및 지역정신보건사업의 발전 방향에 대한 세미나》 pp. 1~19.
- 이종국. 1998. "지역사회 정신보건센터의 현황과 평가: 경기도 지역사회 정신보건센터를 중심으로." 《정신보건》 제3권 제1호. pp. 20~28.
- 황성동. 1996. "한국 정신보건제도의 실태 및 개선방안에 대한 연구." 《한국사회복지학》 제 29호. pp. 191~218.
- Keaney, B. K. 1997. "아일랜드에서의 정신사회 재활." 《정신보건》 제2권 제1호. pp. 32~35.
- Semba, T. 1997. "일본의 정신보건과 정신사회 재활." 《정신보건》 제2권 제1호. pp. 17~29.
- Uchtenhagen, A. 1997. "스위스에서 정신사회 재활." 《정신보건》 제2권 제1호. pp. 36~43.
- Bachrach, L. 1996. "The State of the State Mental Hospital in 1996." *Psychiatric Services*. 47(10). pp. 1071~1078.
- Bell, L. 1989. "From the Asylum to the Community in U.S. Mental Health Care: A Historical Overview." in *Handbook on Mental Health Policy in the United States*, edited by David A. Rochefort. New York: Greenwood Press. pp. 89~119.
- Bureau of the Census. 1996. *Statistical Abstract of the United States 1996*. Washington, DC. pp. 28~35.
- California Department of Mental Health. 1998(a). *Strategic Plan, Fiscal Year 1998~99*. Sacramento, CA.
- _____. 1998(b). *Summary of Appropriation Levels for Fiscal Year 1998~99*. Sacramento, CA.
- _____. 1997. *The California State Department of Mental Health*. Sacramento, CA.
- _____. 1996. *Strategic Plan on the Future of State Hospitals*. Sacramento, CA.
- Sherman, S. 1979. "Why California's State Hospitals Survive: A Study in Organizational Change." A Thesis for Master of Public Administration at California State University in Sacramento.

- Stroup, A. & Manderscheid, R. 1988. "The Development of the State Mental Hospital System in the United States : 1840~1980." *Journal of the Washington Academy of Sciences*. 78(1). pp. 59~68.
- Torrey, F. 1997. *Out of Shadows : Confronting America's Mental Illness Crisis*. New York : John Wiley & Sons, Inc. pp. 81~139, 205~207.
- Watkins, T. & Callicutt, J. eds. 1997. *Mental Health Policy and Practice Today*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications. pp. 1~15.
- Witkin, M., Atay, J. & Manderscheid, R. 1996. "Trends in State and County Mental Hospitals in the U. S. from 1970 to 1992." *Psychiatric Services*. 47(10). pp. 1079~1081.

The Trend of Inpatients in California State Hospitals and Its Implications for Mental Health Policies in Korea

Ph. D. Hwang, Sung-Dong
(Konkuk University, Associate Professor)

The patient population of U. S. state mental hospitals has changed drastically since the 1960s, when the deinstitutionalization movement began. This paper is designed to look at what happened to the number of inpatients of state hospitals in California during the last 150 years and, from this, to explore implications for the future of the mental health system in Korea, especially for the viability of mental hospitals. The data had been collected by field research (visits to state hospitals and State Department of Mental Health, and interviews with mental health administrators) and accessing statistical publications and various reports. Since the first state hospital opened in 1851 the statewide inpatient population of individuals who were mentally disabled has grown and peaked at 37,489 in 1959. The number of patients in state hospitals, however, began declining in the early 1960s and was

reduced to 10,874 by 1971, and to 4,973 by 1986. As of 1997, there were only 4,263 inpatients remaining in the state hospital system. This dramatic decrease slowed down somewhat in 1980s and 1990s, but this trend seems irreversible except for the inpatients referred by the court. Now the beds in state hospitals are filled with more and more forensic patients, which constitutes nearly 70% of the total inpatient population. Based on these findings, it is well expected that the number of inpatients of mental hospitals in Korea will also be reduced in a significant way as the community-based mental health care system is gradually replacing the traditional one. Mental hospitals need to introduce more diversified programs for the care of the mentally ill, and concurrently more vigorous aftercare programs are required in the community.