

## 한국 정신보건의 현황 및 문제점

보건행정과 김 미  
전임강사

### I. 서 론

#### 1. 연구의 의의 및 목적

사회구조가 점점 복잡해지고 생활환경이 급속히 변화함에 따라 정신장애자가 증가하고 정신보건의 사회문제로 대두되고 있다. 그러나 우리나라의 많은 정신장애자들은 아직도 현대 정신의학의 혜택을 받지 못하고 어려운 상황에서 고통받고 있다.

세계보건기구는 대체로 전체 인구의 1-3%가 광의의 정신장애를 가지고 있다고 추계하며 전 인구의 10%는 그가 일생을 살아가는 동안 한번 또는 그 이상 정신장애적 상태에 노출될 수 있다고 밝히고 있다.<sup>1)</sup> 우리나라의 경우 보건사회부 통계에 의하면 정신장애자의 수는 전 인구의 2.16%인 907,000명으로 이중 11.6%에 해당하는 105,000명이 입원치료를 요하는 것으로 나타났다.<sup>2)</sup>

정신장애는 치료에 많은 시간을 필요하는 장기질환이며 발병원인을 알 수 없는 경우가 많고 완치율이 낮아 국가경제를 악화시키고 심각한 사회병리적 문제를 초래한다. 장애발생의 사회적 기원과 책임의 이론은 장애에 대한 대책을 사회적으로 실시할 것을 요구한다. 즉 장애인에 대한 보건대책과 사회복지를 위한 방안을 사회보장을 통해 실시할 것을 주장한다.<sup>3)</sup>

그러나 우리나라는 정신장애자에 대한 법적, 제도적 뒷받침이 미흡한 실정이며 정신보건의 효율적 관리를 위한 전문요원, 시설, 자원등이 절대 부족하며 의료전달체계

- 
- 1) 이근후, 정신장애자의 비의료적 수용실태에 관한 연구, 신경정신의학, 1976, p. 343.
  - 2) 보건사회부, 보건사회백서, 1990, p.135.
  - 3) 강병우, 지역사회 정신보건과 정신장애자의 복지정책개발을 위한 연구, 서울대학교 보건대학원 1992, p.6.

도 제도화 되어있지 않다.

본 연구에서는 우리나라 정신보건의 현황, 관리실태, 문제점을 파악하고 외국의 정신보건 관리체계를 알아보고 이를 근거로 효과적인 관리체계의 개선방안을 모색하고자 한다.

이에 본 연구는

첫째, 정신보건의 이해를 위하여 정신질환의 범위와 의학적 특성을 고찰하고

둘째, 한국정신보건의 현황을 인력, 시설, 역학적 측면에서 분석하고

셋째, 외국의 최근 정신보건의 동향과 관리현황을 알아보고

넷째, 우리나라의 정신보건 향상을 위한 의료전달체계망을 제시해보고자 하였다.

## 2. 연구방법 및 제한점

본 연구는 기존의 조사자료와 국내, 외 문헌을 통한 문헌연구방법을 사용하였다. 문헌은 보건학, 정신의학, 사회복지학등을 참고하였고, 통계자료는 1984년-1991년까지의 의료보험 연합회에서 출간된 의료보험통계연보와 1982년-1991년까지의 보건사회통계연보, 보건사회백서등을 이용하였다. 그러나 우리나라 보건통계가 전반적으로 미흡하고 의료보험청구를 바탕으로 의료보험통계연보가 구성되어 있으므로 누락된 부분이 상당히 있으리라 생각된다. 또한 한국사회의 문화적 배경과 사회적 인식상 정신보건에 관련된 통계자료가 부족하며 출처에 따라 자료가 차이가 있었다. 따라서 전반적인 자료가 미비한 상태에서 연도별로 정신보건과 관계된 의료인력, 의료기관, 사회복지기관, 입원환자, 퇴원환자의 현황을 살펴보았다.

## II. 정신보건의 이해

### 1. 정신보건의 개념 및 영역

정신보건이란 용어는 다양한 목적으로 사용하기 때문에 그 용어의 의미를 한마디로 정의하기는 어렵지만 심리적 안녕과 정신질환의 개념을 모두 포함하는 광의의 개념이다.<sup>4)</sup>

본 연구에서 정신보건이란 용어는

- ① 정신질환 개념 이상의 광의의 개념으로서 심한 정신병과 일상의 경미한 심리·정서적인 고통의 차이는 질적인 차이가 아니라 정도의 차이를 의미하는 것이며
- ② 정신보건은 정신병 및 심리적 고통의 예방과 치료 그리고 사회복지를 강조하는

4) 조대중 외 2, 정신위생, 중앙적성출판사, 1991, p.21.

개념이고

- ③ 정신보건은 개인과 사회의 정신적 건강의 유지와 증진을 강조하는 개념으로 사용 하였다.<sup>5)</sup>

정신보건의 범위는 첫째, 일반인들이 인식하고 있는 정신병자로서 진단가능한 정신장애를 가진 집단이다. 일상 사회활동의 적응이 어렵거나 제한되어 있으며 사회일반에 해를 끼치거나 경제적 손상을 입힐 수 있는 정신장애자들로서 정신증 또는 정신병환자들이 이에 포함된다. 여기에는 ① 정신분열증, ② 우울병, ③ 각종 기질성 정신병이 있다. 둘째, 첫번째 경우보다 사회에 끼치는 영향도 적고 자신의 사회생활의 적응능력도 비교적 유지되어 있는 집단이다. 일반인들은 이들을 정신장애자로 인식하기 어렵지만 본인 스스로 불편을 느끼며 치료받기를 원하는 비교적 가벼운 정도의 정신질환자들이다. 여기에는 ① 각종 신경증, ② 가벼운 정도의 성격장애, ③ 정신, 신체장애 및 여러가지 경증의 정신질환이 포함된다. 셋째, 심리학계나 “잠재력 개발운동” 단체를 중심으로 주창되고 있는 잠재력 개발을 원하는 집단으로 이들은 개인적인 행복이나 만족도를 높이고 싶은 욕구로 인해 생활에 문제를 가지고 있다. Maslow와 Rogers같은 이 분야의 중심학자들은 정신치료요법의 합법성은 사전예방이라는 의미에서가 아니라 인간의 잠재력과 만족도를 높이기 위한다 있다고 주장한다.

이러한 정의에서 보면 정신보건의 필요한 사람들의 수는 무한히 많으며 인간이 존재하는 곳은 정신보건과 불가분의 관계가 있다 하겠다.

본 연구에서 정신보건사업의 주 대상은 보건통계 및 역학자료가 용이하고 정신의학에서 주요정신질환에 속하는 정신분열증, 우울병, 기질성 정신병을 가지고 있는 첫번째집단과 각종 중독자의 일부, 특히 장기적인 치료, 보호 및 관리대책이 필요한 질환을 가진 집단으로 하였다. 따라서 본 연구의 대상이 되는 정신장애자를 질환별로 간단히 설명하면 다음과 같다.

#### 1) 정신분열증(Schizophrenia)

정신분열증은 청소년과 젊은 성인의 질환으로 생산적인 연령에 있는 15-54세사이의 사람들에게 발생빈도가 높으며 일생동안 정신분열증으로 입원할 가능성은 1% 정도이며<sup>6)</sup> Kolb는 전인구의 약 0.47% 정도가 정신분열증에 이환되어 있다고 추정하였다.<sup>7)</sup> 정신질환자를 대상으로 입원환자에 대한 역학조사에서 정신분열증환자가 71.3%로 나타났다.<sup>8)</sup> 특히 정신분열증 환자는 사회경제적으로 하층계급에 많다고 알려져 있다.

5) 3)과 동일

6) 유숙자, 김소야자외, 정신간호총론, 수문사, p. 257.

7) Kolb, L.C. & Brodie, H.K.H, Modern Clinical Psychiatry, Philadelphia, Saunders Co, 1982.

8) 박문희, 이정균외, 한국정신장애자의 역학적 연구, 서울의대 정신의학 Vol.10,

퇴원시의 치료효과는 완쾌가 평균 20% 이내, 경쾌가 50-60%이며 불변화가 30%전후를 나타내며 치료과정에서 이 병에 걸렸던 환자는 호전된 후에 2년 이상의 추구치료(follow-up treatment)가 필요하며 한번 재발했다가 치료된 환자는 5년 이상, 세번째 발병했을 때는 10년 이상의 추구치료를 받아야 한다. 또한 선진국에서는 한번 뚜렷한 증상이 나타나서 이 병으로 진단받은 환자는 입원치료기간을 6개월 정도로 잡고있다. 그러나 우리나라에서는 정신분열증 환자의 평균 재원일수가 30일을 넘지 못하는 것이 보통이다.

주증상은 사고장애로서 망상, 사고의 두절(blocking of thoughts), 사고연상의 장애등이 나타나고 정동장애로서 불합리한 감정표현, 비현실적인 감정, 기괴한 감정반응, 무감동등을 나타낸다. 또한 환각을 경험하며 현실과의 접촉을 피하고 대인관계를 피하고 판단능력을 상실한다. 따라서 타인이 보기에 기괴한 행동, 생각, 경험등을 하게 된다.

## 2) 우울병(manic depressive illness)

전 인구의 0.1-0.3%가 이환되어 있다고 하며 조증기(manic phase)와 우울기(depressive phase)가 교대로 나타나든가 또는 한가지 증상이 반복적으로 나타난다. 발병 후 치료되어 사회복귀를 할 수 있는 능력은 정신분열증보다 높다고 알려져 있으나 자주 반복해서 발병한다.

조증기에는 기분이 들뜨고 과대망상을 하며 쉬지않고 많은 활동을 한다. 그러나 결과가 생산적이지 못하고 자신이나 사회에 손해되는 경우가 많다. 우울기에는 반대로 우울한 기분과 무력감, 자기비하, 절망감으로 의욕을 잃고 삶을 포기하기도 한다. 주기적으로 발병하기 때문에 계속적인 병원치료를 필요로 한다. 철저한 추구치료로 재발하는 횟수를 줄이고 건강한 기간을 늘려주는것이 필요하다.

## 3) 기질성 정신병(organic brain syndromes)

어떤 원인으로 인해 뇌에 충격을 받았거나 뇌세포 기능의 장애로 야기되는 정신과적 질환이다.

전 인구의 유병률 또는 발병률의 자료는 알려져 있지 않지만 노인인구의 증가로 노인성 정신병(senile or presenile psychoses)의 증가추세가 뚜렷하다. 이 부류에 포함되는 정신병으로는 노인성 정신병, 동맥경화성 정신병, 감염성 정신병, 뇌 외상에 의한 정신병, 각종 중독물질에 의한 정신병등이 포함된다. 증상으로는 기억력, 사고력, 주의력, 지각력같은 인식기능의 손상이 나타난다.

기질성 정신병은 조기에 발견하여 치료하면 병의 진전을 막을 수 있고 전체적인 예방활동으로 발병률을 감소시킬 수 있다.

## 2. 정신질환의 의학적 특성과 사회문제

### 1) 의학적 특성

#### ① 치료의 장기성

정신질환은 대부분 치료에 많은 시간을 필요로 하는 장기질환으로 다른 질병과 비교하여 발병초기 또는 증상악화시기의 진단, 질병상태의 기본적인 평가 및 치료대책의 수립과 급성증상의 소실까지만도 장기적인 입원치료가 필요하다. 그리고 일단 입원치료가 끝난 후 계속 치료를 받아야 하며 사회복귀까지 이르는데 많은 시간이 필요하다. 서울대학병원의 경우 일반 환자의 평균 재원일수가 14일인데 비하여 정신과 환자의 평균 재원일수는 35일로 나타났으며(서울대학교 병원연보, 1981) 국립서울정신병원의 평균 재원일수가 60일이라는 사실은 정신질환이 장기치료를 요하는 질환이라는 것을 입증해주고 있다.

#### ② 치료의 난치성

정신질환을 한번 겪게 되면 치료된 후 평생을 의사의 도움없이 살아갈 수 있도록 완치되는 경우가 꽤 적다. 정신분열증의 경우 입원해서 치료받은 환자들이 재발하지 않고 건강한 사회생활을 영위할 수 있는 경우가 20% 미만이라는 사실은 정신병의 난치성을 나타내주고 있다.

#### ③ 자발적 치료가 거의 없음

정신질환을 가지고 있는 자는 대부분 병식(insight)이 없는것이 특징이다. 자신이 정신질환을 가지고 있음을 부인하고 따라서 스스로 치료받기를 원하지 않으며 가족이나 의사가 치료를 권해도 거부하고 치료에 비협조적인 경우가 많다.

#### ④ 일반인의 낮은 인식도

정신질환은 다른 질환과는 달리 환자 스스로가 자신이 환자임을 모를 뿐만 아니라 가족들도 환자인지 아닌지 모를 때가 많다. 김광일등의 연구에 의하면 서울의 일반인이 망상형 정신분열증 환자를 환자라고 인지하는 비율이 86%, 단순형 정신분열증 환자에 대해서는 43% 정도 밖에 되지 않는다고 하였다.<sup>9)</sup> 농촌인을 상대로 한 같은 조사에서는 망상형 정신분열증에 대하여는 39%, 단순형 정신분열증에 대하여는 18%만이 구별해 낼 수 있는 것으로 나타났다.<sup>10)</sup> 그리고 정신질환을 의학적으로 치료해야 한다는 생각이 매우 낮게 나타났다. 일반인의 정신질환에 대한 낮은 이해도, 판별능력의 부족, 의학적 치료의 필요성에 대한 이해의 부족은 환자들에게 적절한 치료를 받을 수 있는 기회를 부여하지 않고 의료권 밖에서 해결하려고 하는 현상이 많이 나타난다. 이러한 예는 환자의 29.9%가 정신병원을 방문하기 전에 종교집단이나 무속

9) 김광일, 한국에서의 정신질환에 대한 태도와 인식도, 대한의학협회지, 1974, pp. 175-178.

10) 원호택, 김정명, 김광일, 농촌인의 정신질환에 대한 인식과 태도, 신경정신의학, 1977, pp.113-123.

치료를 받은 경험이 있고 그 이외 비의학적 치료를 받은 경험이 있는 환자는 53.4%로 나타났다. 11)

정신과 입원치료에 있어서 사회문화적 문제를 연구한 바 있는 김광일, 김명정은 입원해야 될 환자들의 98%가 입원하지 못하거나 비의료적 수용시설에 있으며 일단 입원 후에도 55.8%가 의사의 권고에 반해서 퇴원했음을 지적했다. 12)

#### ⑤ 재발을 잘함

정신질환의 주종을 이루는 정신분열증과 우울병은 극히 재발률이 높고 일단 치유되었다고 사회생활을 하면서 계속 의료시설과 접촉하면서 추구관리를 받아야 한다. 적절한 추구관리를 통해서 재발률을 현저하게 낮출 수 있지만 다른 신체질환 보다 많은 의료전문인력이 필요하고 추구치료의 횟수와 시간이 더 많이 소요된다.

#### ⑥ 사회복귀가 힘들

정신질환은 재발이 잘 되는 이유로 인하여 사회복귀의 문제가 있기도 하지만 치료 후 일반인들의 편견으로 인하여 정상적인 사회생활이 힘들다. 김용식등의 연구에 의하면 농촌주민의 43%가 정신병을 앓고 치료받은 사람에게 일을 시킬 수 없다는 견해를 보였고<sup>13)</sup> 이 질환으로 인한 실직률이 40.7%나 되는 것으로 나타났다.

### 2) 사회문제

신체질환과는 달리 정신질환은 사회적 문제를 일으킨다.

첫째, 난치성, 재발성, 사회복귀의 곤란함등의 의학적 특성때문에 치료후에도 병전의 능력을 제대로 발휘할 수 없으므로 많은 경제적 손실을 초래한다.

둘째, 정신질환을 앓고 있는 환자는 그 질환의 특성으로 인해 본인과는 관계가 없는 제 3자에게 피해를 주는 경우가 있다. 국립서울정신병원에서 1971년부터 1976년까지 정신감정이 의뢰된 범죄자가 128명이라는 사실은 정신질환이 범죄와 관계가 있다는 사실을 말해주고 있다. 14)

정신질환자들은 자신의 행동이 범죄인지 아닌지 모르는 상황에서 범죄를 행할때가 많고 정신분열증일 경우 뚜렷한 동기없이 충동적으로 범죄를 저지르기 때문에 예측이 힘들다. 또한 피해자가 범죄자와 아무런 인과관계가 없거나 반대로 존속상해의 범죄가 많아서 사회적 물의를 일으키기도 한다. 범죄를 일으키지 않더라도 환자들의 일상적 행동이 사회규범을 무시하고 상식을 벗어나기 때문에 사회에 방치되는 경우 불안감을 조성할 수 있다.

11) 박수훈, 정신장애자의 입원전 치료에 대한 연구, 신경정신의학, 1976,

pp. 118-124.

12) 박조열, 일반인의 정신과환자에 대한 태도와 인식도, 신경정신의학, 1975, p. 493

13) 김용식, 차수철, 김이영등, 농촌주민의 정신질환에 대한 태도, 인식 및 견해,

신경정신의학, 1975, pp. 365-375.

14) 박장규, 정신감정에 대한 정신의학적 고찰, 신경정신의학, 1977, pp. 414-422.

따라서 사회불안 요소를 제거하고 인력의 효과적인 활용이라는 측면에서 정신질환에 대한 제도화된 관리체계가 필요하다.

### Ⅲ. 한국 정신보건의 현황

#### 1. 정신질환의 현황

정신질환의 유병률은 연구방법에 따라 상이하게 나타나고 아직 우리나라는 전국적인 유병률의 조사가 없고 일부 지역이나 입원환자 또는 외래환자를 대상으로 실시한 연구들이 있다. 이러한 연구조사를 검토해 보면 다음과 같다.(표.1)

<표 1> 정신장애 유병률

병명 조사자 (년도)	정신분열증	조울병	간질	지능부족	노인성정신병	계
이정균 (1960-1975)	0.21%	0.17%	0.18%			0.41%
박문희 (1980)	0.36%	0.12%	0.57%	0.72%	0.28%	2.05%
이정균 (1979)	0.14%	0.013%	0.10%	0.10%	0.03%	0.38%
김용식 (1981)	0.31%	0.23%		0.47%	0.31%	1.32%

(주요 정신질환의 유병률 조사결과의 요약)

정신질환에 대한 유병률은 1-3%로 알려져 있으며 우리정부에서는 최저 하한선인 1%를 사용하여 정신질환자의 수를 추산해 왔다. 전 국민 의료보험이 시작되기 전에는 1.03%로 추계되었으나 전 국민 의료보험 이후에는 1.45%로 증가한 추세를 보이고 있다. 국제적으로 공인되고 있는 정신과적 역학조사 결과는 전 인구의 1.6-1.9%가 의학 적 치료의 대상이 된다고 한다. 그러나 우리나라 보건사회부 통계에 의하면 우리나라의 정신장애자 수는 전 인구의 2.16%인 907,000명으로 이중 11.6%에 해당하는 105,000명이 입원치료를 요하는 것으로 나타났다.<sup>15)</sup>

1991년 보험적용자의 총 진료건수 중 정신장애에 의한 진료건수는 2,611,979건으로 전체의 약 2%에 해당된다. 1981년부터 1991년까지의 총 진료건수의 증가율과 정신장애의 증가율을 보면 다음과 같다.(도표.1)

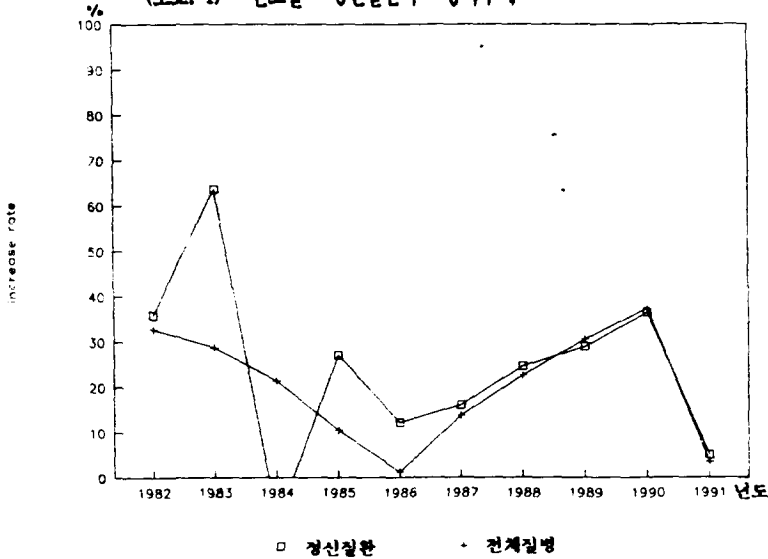
정신장애를 기질적정신병(290-294), 정신분열증 및 기타 정신병(295-299), 신경증성 장애 및 인격장애(300-316), 정신지체(317-319)로 분류해보면 입원환자의 경우 정신분열증 및 기타정신병이 가장 많으며 신경증성장애 및 인격장애에서 여자가 남자보다

15) 보건사회부, 보건사회백서, p.135

높게 나타나고 다른 질환에서는 남자가 많았다. 외래에서는 신경증성장애 및 인격장애가 가장 많았고 여전히 여자에게 신경증성장애와 인격장애가 높았다.

(도표. 2, 도표. 3)

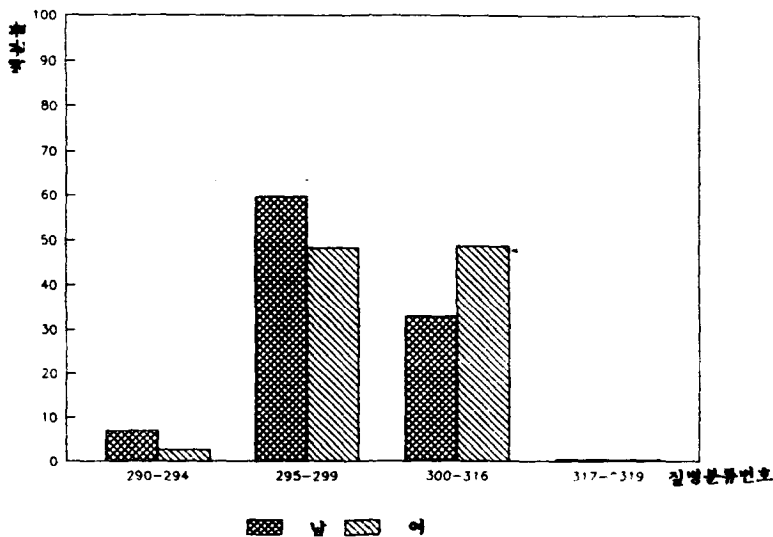
〈도표. 1〉 연도별 정신질환의 증가추세



· 999 질병분류에서 정신장애에 속하는 질환들을 비교하면 입원환자에서는 정신분열증, 정신병, 신경증성 장애, 정동성 정신병 순서로 많이 나타났다. 성별로는 정신분열증은 남자에게 많았고 신경증성 장애는 여자가 월등하게 많았다. 외래환자에서는 신경증성 장애가 67%이상으로 가장 많고 정신적 요인에 의해 발생하는 생리적 기능장애가 많았다. (도표. 4, 도표. 5)

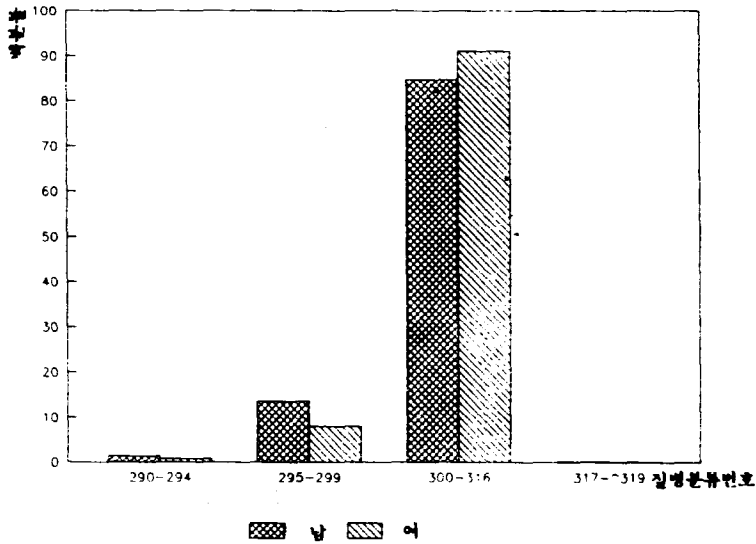
정신장애를 앞서와 마찬가지로 4가지로 분류해 연도별 증가추세를 보면 〈도표. 6〉과 같이 1984-1991년동안 기질적 정신병과 정신분열증은 13배의 증가를 나타냈다. 신

〈도표. 2〉 성별 정신장애 유형별 분포(입원)





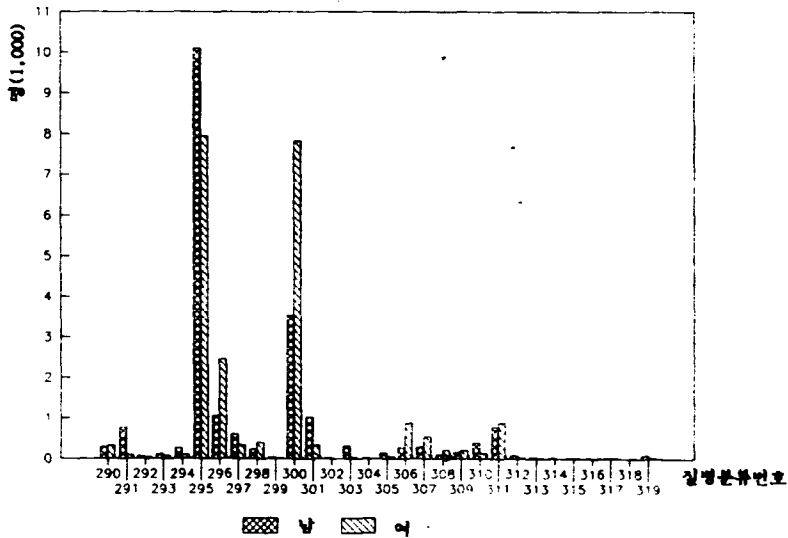
〈도표 3〉 성별 정신장애 유형별 분포(외래)



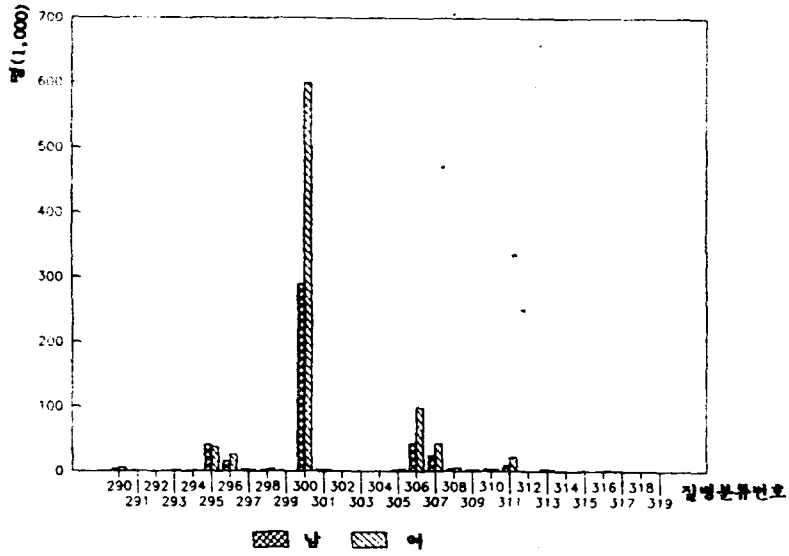
경증성장애 및 인격장애는 상대적으로 적은 증가율을 나타내고 있는데 이는 입원환자를 대상으로 증가상태를 보았기 때문이라고 사료된다.

정신장애의 연령별 성별 구성을 살펴보면 입원환자는 20-29세, 50-59세의 순으로 많이 발병하고 이때 남자에게서 더 높은 발병률을 보였다.

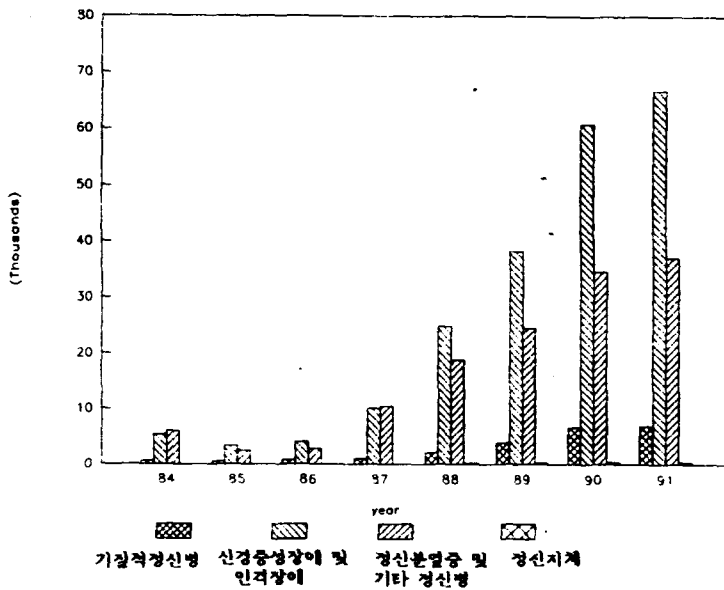
〈도표 4〉 999분류별 성별 정신장애 유형별 분포(입원)



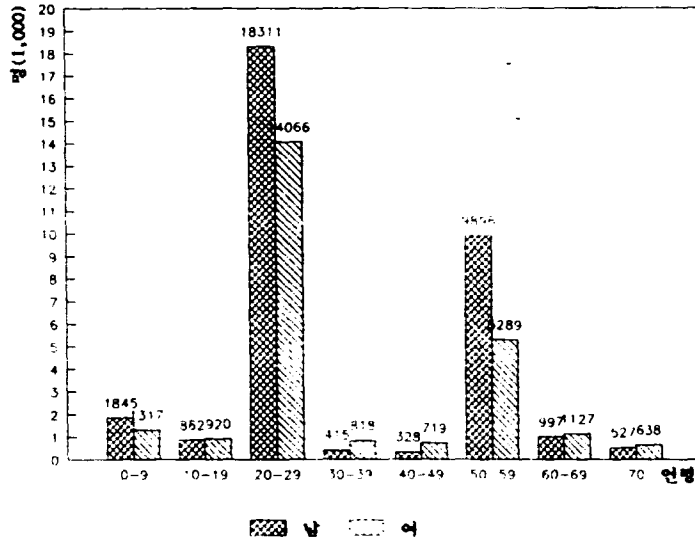
〈도표 5〉 999분류별 성별 정신장애 유형별 분포(외래)



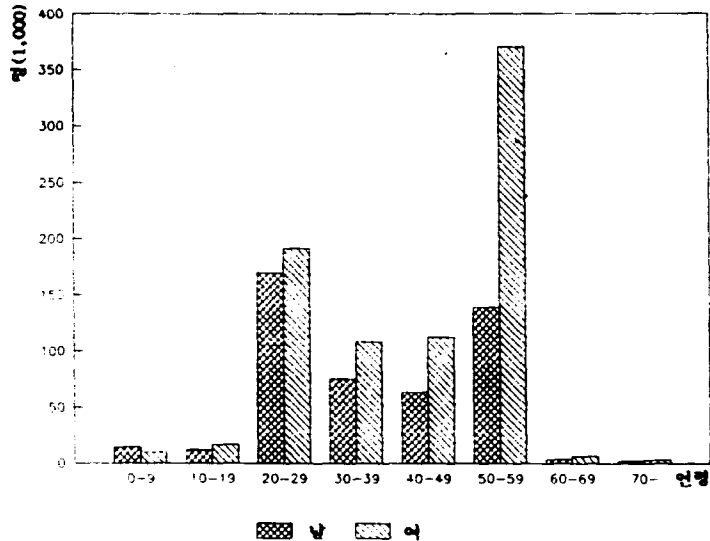
〈도표 6〉 연도별 정신장애 유형별 증가추세



〈도표. 7〉 연령별. 성별 정신장애 진료건수(입원)



〈도표. 8〉 연령별. 성별 정신장애 진료건수(외래)



외래환자에서는 50-59세에 가장 많은 발병률을 보였고 여자가 월등하게 높게 나타났다. 이러한 사실은 부랑인 시설에 수용된 환자를 대상으로 한 연구에서 환자의 연령분포가 25세부터 44세에 이르는 연령층이 많고 이때 남자가 통계적으로 유의한 수준의 차이로 많으며 고연령층에서는 여자가 많이 나타난 결과와 유사하다. 16) (도표. 7, 도표. 8)

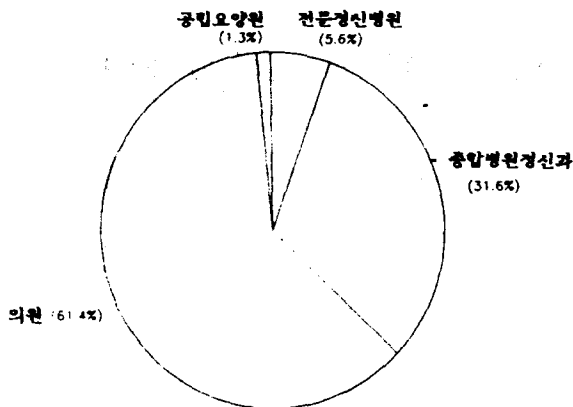
16) 김종규, 박남진, 박민철, 만성정신질환의 현황 및 문제점 II, 신경정신의학 부록 1985 p.16.

2. 의료시설의 현황

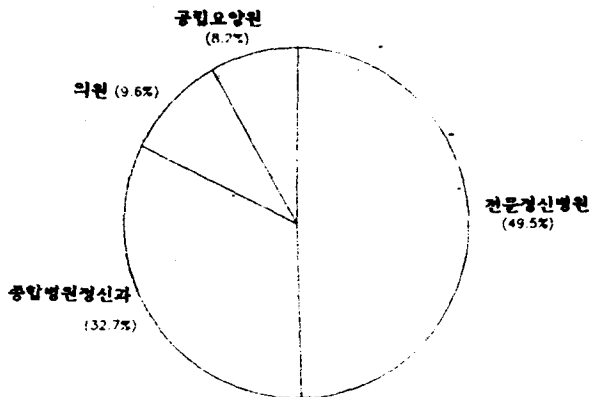
정신질환자의 진료를 위한 의료기관 수는 전문정신병원에서 개인의원까지 포함시켜 373개이며 12,863병상으로 나타났다. 이들 기관중 개인의원이 61.4%로 가장 많았으나 병상수에서는 개인의원이 보유하고 있는 병상수의 비율은 불과 9.6%로 나타났다. 이는 많은 정신과의원에서 병상을 보유하고 있지 않고 보유하고더라도 극히 소수임을 보여준다. (도표.9 도표.10) 이러한 결과는 박문희 등의 조사에서 1984년 1월 시점으로 병원급과 의원급을 합쳐서 입원시설을 가지고 있는 곳이 126개소 밖에 안되며 이러한 사실은 많은 개원의들이 입원시설을 기피하는 경향이 있음을 시사해 준다.

보건사회부에 의하면(보건사회부, 1985) 전국 병원급 이상의 의료기관 488개소에서 정신과진료시설을 개설을 한 곳이 118개소로 24.2% 밖에 되지 않으며 이중에서도 입원

〈도표. 9〉 정신병원 진료기관별 현황



〈도표. 10〉 정신병원 진료기관별 병상수



시설을 갖추지 않은곳이 절반을 넘었다. 그리고 시.도립병원이나 지방공사병원들이 정신과입원시설을 기피하고 있는 실정이다.

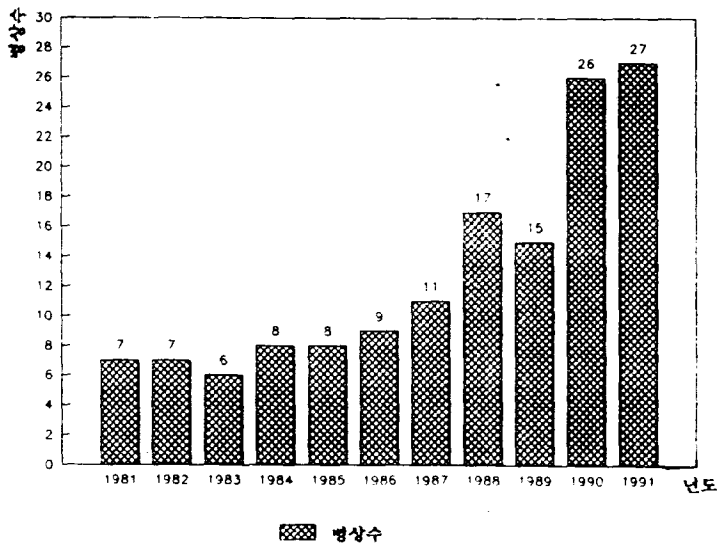
우리나라의 인구10만명당 정신과 병상수는 1991년 27.6으로 10년전 1981년과 비교하면 3배정도의 증가를 보이고 있으나 세계보건기구가 최저수준의 병상수를 100개로 보고 있고 일본이 274개인데 비해서 현저하게 낮은 수준이다. (도표.11 표.2)

병상수의 부족도 문제이지만 의료기관, 병상, 의료인력의 지역적인 편중도 해결되어야 하는 과제이다. 이들의 지역적 분포를 살펴보면 <도표. 12> 에서 보여주듯이 5 대도시와 경기지역에 편중되어 있고 충북, 제주지역에서는 의료자원의 절대적 부족을 보여주고 있다.

<표. 2> 정신과 병상수의 비교

국 가	오스트랄리아	중국	피지	홍콩	일본	한국	뉴질랜드	필리핀	싱가폴
인구십만명당 정신과병상수	90	6.6	29	73	274	27.6	162.9	18	110.6

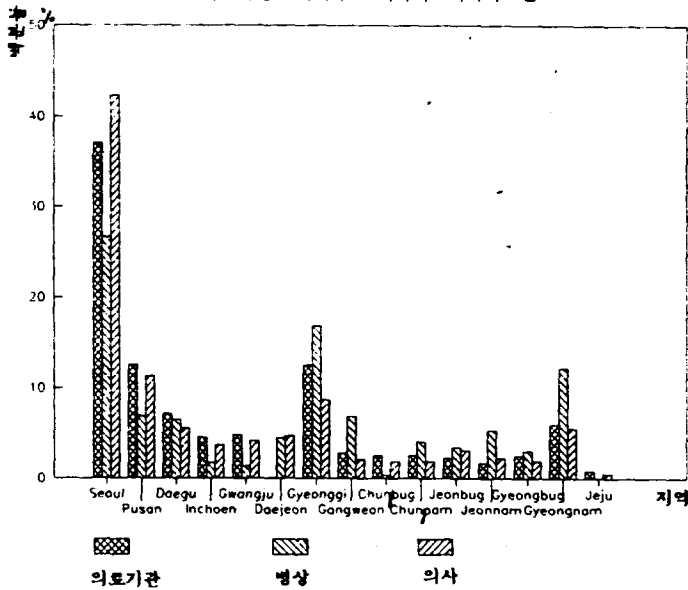
<도표. 11> 연도별 인구 10만명당 정신과 병상수 증가현황



<표. 3> 정신요양원, 부랑인 시설의 현황

년도	정신요양원			부랑인 시설		
	시설수	남	여	시설수	남	여
1983	32	3818	2576	34	9967	4164
1984	40	5024	3325	36	10356	4177
1985	47	6479	4240	35	10545	4251
1986	52	7594	4944	36	11399	4750
1987	65	9008	5827	37	7392	4222
1988	71	10053	6197	38	7713	4391
1989	73	10595	6452	38	8224	4646
1990	74	10790	6642	38	8459	4825

〈도표. 12〉 의료기관, 병상수, 의사의 지역적 분포



### 3. 비의료 시설의 현황

의료권밖에서 정신질환자를 수용하고 있는 시설로 정신요양원과 부랑인 시설을 들 수 있다. 이들 시설은 의료법이 아닌 사회복지사업법에 근거하여 사회복지법인으로 등록하여 인가받은 시설로 정신요양원은 사회복지사업법에 의하여 정신질환자를 수용하고 있다. 부랑인 시설은 “연고자가 없거나 있어도 보호할 능력이 없는 65세 이상의 노인, 18세 미만의 아동, 폐질, 정신장애 또는 심신장애등 생활능력이 없는 부랑인”을 대상으로 하고 있으나 정신질환자의 수용을 정식으로 인가받지는 않았다. 하지만 김)의 연구에 의하면 부랑인시설의 입소자의 95%가 정신장애자로 볼 수 있다고 하였다.

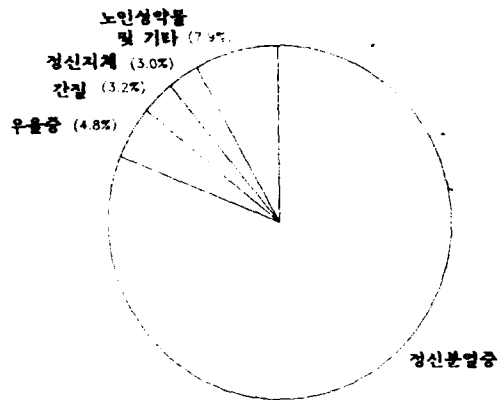
이들 시설은 정신요양원이 74개소로 17,432명을 수용하고 있으며 부랑인 시설은 38개소로 13,284명을 수용하고 있다. 정신요양원과 부랑인 시설의 수용자는 남자가 62%, 55%로 여자보다 많았으며 정신요양원의 질병의 분포를 보면 정신분열증 환자가 82%로 가장 많았다.(표. 3, 도표. 13)

이들 시설들은 인가된 곳이라 하더라도 치료시설이 아닌 요양보호 시설로써 의료법이 아닌 사회복지법의 관리대상이 되고 있으며 보건사회부내에서도 일부는 의정국의 병원행정과 관리를 받고 나머지는 사회국의 사회과의 관리를 받는 2원적 관리체제로서 효과적인 지도·감독이 현실적으로 어렵다.

적절한 의료혜택을 받을 권리가 있는 정신질환자들이 의료법이 아닌 사회복지법의 관리를 받고 있으므로 비의료 수용시설의 수용자들은 치료해서 사회복지귀를 시켜야

하는 대상으로 인식되지 않고 사회생활의 낙오자로서 사회로부터 격리시켜야 하는 특수집단으로 오인되어 치료가 아닌 수용·보호를 받고 있다. 그 결과 비인도적이고 심한 인권침해 사례가 발생하는 예가 많으며 정신질환에 대한 치료를 못 받는 것은 물론 수용되어 있는 특수환경에서 발생할 수 있는 합병증과 신체질환까지 치료를 못 받고 있는 실정이다.<sup>17)</sup> 또한 시설종사자들의 자격·학력이 기준에 미달되어 서비스제공에 어려움이 있으며 시설도 대부분 낡고 재원이 부족한 실정이다.

〈도표 13〉 정신요양원 재소자들의 정신질환 분포



또한 인가되지 않은 요양원 또는 기도원이나 종교집단의 수용소에 많은 정신질환자가 있다고 추정하지만 현실적으로 정확한 파악이 되지 않고 있다. 이들의 환자에 대한 비인도적인 처사가 대중매체를 통해 사회적 물의를 빚고 있으며 정신과 치료에 대해서 사회 일반인들에게 잘못된 인식을 심어주기도 한다. 따라서 현재 파악되고 있지 않는 시설에 대한 조사와 그들의 관리가 필요하다.

#### 4. 정신보건 전문인력의 현황

정신질환은 병인이 다양하고 환경적요인이 중요시 되면서 치료영역이 확대되어 정신과 전문의, 간호사로 구성된 병원조직에서 임상심리학자, 정신의료 사회사업가, 작업요법사등으로 구성된 집단치료를 지향하고 있는 추세이다. 이것에 근거하여 우리나라 정신보건과 관련된 전문인력의 현황을 살펴보고자 한다.

##### 1) 정신과 전문의

보건사회부 자료에 의하면 1991년 등록된 전문의 24,944명 중 정신과 전문의는 857

17) 김이영·김광일 등, 정신질환의 의료전달체계를 위한 시안, 정신건강연구, 1986 pp. 257-258

명(3.43%)으로 인구 10만명당 1.98명으로 오래된 자료인 뉴질랜드의 4.56, 일본의 5.5, 오스트랄리아의 10.7명에 비하여 낮은 수준이다.(표. 4)

<표. 4> 인구 10만명당 정신과 전문의 수의 국가간 비교

	오스트랄리아	홍콩	일본	한국	뉴질랜드	싱가폴	말레이시아
인구 10만명당 정신과 전문의 수	10.7	0.9	5.5	1.98	4.56	1.49	0.26
조사년도	1981	1981	1983	1991	1985	1983	1985

연도별 정신과 전문의의 증가상황을 보면 1981년 316명에서 1991년 858명으로 10년간 약 2.7배가 증가하였으며 평균 증가율은 급격히 증가한 1983년을 제외하면 9.3%로 나타났다. 이러한 증가는 전체 전문의의 수가 10년동안 약 2.75배 증가한것을 고려하면 증가율이 오히려 낮다.(표. 5)

<표. 5> 연도별 정신과 전문의 자격 등록 상황

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
전문의 수	316	348	434	475	514	554	608	654	720	785	859
연도별 증가율(%)		10.1	24.7	9.4	8.2	7.8	9.7	10.1	10.1	9.0	9.4

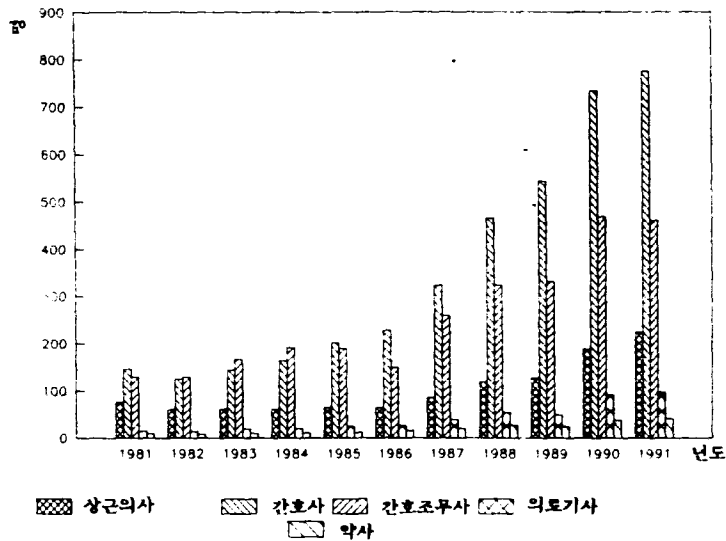
## 2) 정신 간호사

정신 간호사는 전문간호사로서의 과정을 이수한 사람에게 사용되는 명칭이다. 미국에서는 1882년 Mclean Asylum에서 정신간호교육을 실시했고 1892년에 정신과 전문간호사를 위한 시험자격제도를 실시하여 정신보건에 대한 전문적인 접근을 시도했다. 우리나라는 의료법 제 56조 및 동법 시행규칙 제54조에 분야별 간호사에는 보건, 마취, 정신, 가정간호사가 있으며 간호사 면허를 취득한 자로 1년간 해당분야 전문간호사 과정 수습기관에서 수습을 마친 자만이 전문간호사가 될 수 있다고 자격기준을 두고 있으나 현재 교육과정에 있는 간호사들이 있으며 아직 배출되지는 않았다.

전문간호사가 아닌 일반 간호사나 간호조무사의 자격을 가진자들이 정신병원에서 일하고 있으며 이들의 수적 증가가 다른 의료인력의 증가보다 많다.(도표. 14)



(도표. 14) 연도별 정신병원 의료요원 현황



### 3) 정신의료 사회사업가

정신의료 사회사업가는 환자나 가족에 대한 조사연구, 치료, 사후지도 프로그램을 통하여 환자의 입원에서부터 퇴원 후에 이르기까지 다양한 서비스를 제공하고 환자가 사회에 복귀할 수 있도록 지속적인 관계를 갖는다. 이러한 역할은 지역사회 정신보건이라는 측면으로 의료형태가 변모해가고 있는 다른나라의 추세에 비추어 볼 때 반드시 필요한 인력이다.

우리나라의 정신의료 사회사업가는 대부분 병원이나 요양원에서 활동하고 있으며 의료시행규칙 제 28조 4항에 의하면 "종합병원에는 사회복지사업법의 규정에 의한 사회복지종사자의 자격을 가진 자 중에서 환자의 경쟁과 재활, 사회복지기를 위한 상담 및 지도업무를 담당하는 요원을 1인씩 둔다"고 규정되어 있다. 그러나 이러한 규정이 의무규정이 아니므로 1988년 종합병원 108개소에 45명이 있는 실정이다.<sup>18)</sup>

정신요양원에 고용되어 있는 사회사업가들은 재활, 치료의 측면에서 활동하고 있는데 사회복지사업법 시행령 제 13조 1항에 의하면 "사회복지법인이 채용해야 할 사회복지사의 수는 해당 법인의 종사자 총수의 1/3이상이어야 한다고 규정되어 있다. 그러나 1989년 73개 정신요양원에서 원장 23명, 총무 13명, 기타 7명만이 사회복지사 자격증을 가지고 있다. 사회사업가가 예방이나 사회재활분야보다 요양원에서 치료분야에 활동하고 있는것은 의료법이나 사회복지사업법등에서 업무에 대한 명확한 규정이 없기 때문이며 현행법에서는 사회사업가를 고용하지 않았을때 이를 시정하거나 지도할 수 있는 제도적 장치가 없으므로 유명무실하게 되어가고 있다.

18) 1989. 3. 대한의료사회사업가협회 추계

#### 4) 임상 심리학자

최근에 종합병원 정신과나 정신병원에 임상심리학자가 늘어나고 있는 추세이며 몇몇 대학병원 정신과에서는 전공요원을 제도적으로 교육하여 수련과정을 거치고 있다. 1988년 서울지역 40개 병원을 대상으로 치료진의 구성현황을 살펴본 바에 의하면 임상심리학자와 정신의로 사회사업가가 같이 있는 병원은 14개(35%)였고 임상심리학자나 정신의로 사회사업가중 하나만 있는 병원이 13개(32.5%)였다.<sup>19)</sup>

전반적으로 정신병원에서 정신과 의사, 간호사의 수는 문제가 되지 않으나 사회사업가와 임상 심리학자의 수는 매우 부족하며 이는 여러가지 전문분야를 지닌 사람들이 각자의 전문적인 역할을 통해 다각적인 접근을 시도하는 팀웍(team-work)이 현실적으로 잘 이루어지지 않고 있음을 보여준다.

이상으로 정신질환과 관련된 의료시설, 비의료시설, 의료인력 그리고 통계자료를 이용하여 정신질환의 역학적 측면을 살펴본 바 현행 관리체계의 몇가지 문제점을 들 수 있다.

첫째, 정신장애자를 치료하여 사회에 복귀시킬 수 있는 의료시설이 부족하고 따라서 많은 환자들이 사설비의료시설에 수용되어 있으며 의료시설의 지역적 편중이 심하다.

둘째, 의료시설들이 효과적인 의료전달체계망으로 연결되지 못하고 각자 독립적으로 운영되고 있어서 각 의료기관의 예방, 치료, 재활의 역할분담이 되지 않고 있다. 따라서 환자의 예방, 조기발견, 재활등의 효과적인 관리가 되지않고 치료만을 담당하는 실정이다.

셋째, 전체 정신과 병원보다 더 많은 환자를 수용하고 있는 정신요양원과 부랑인 시설에서는 환자의 치료가 이루어지지 않고 수용, 방치됨으로서 조기에 치료하면 회복되어 사회복귀가 가능한 환자가 만성화되고 불치의 상태가 되어 인력낭비, 경제적 손실을 초래하게 된다.

넷째, 체계화되어 있지 않는 의료전달체계 때문에 전문인력이 능력을 제대로 활용하지 못하고 환자의 입장에서는 시간적, 경제적손실을 초래하고 있다.

## IV. 외국의 정신보건 관리체계

### 1. 정신보건사업의 역사적 변천

정신질환자에 대한 시각과 처우방법은 시대와 문화에 따라 변화하였다. 18세기 중

19) 조수정, 한국 정신의료 사회사업가의 타 진료진과의 업무중첩에 관한 연구, 숭실대 석사학위 논문, 1988. p. 30.

반까지 정신질환자에 대한 치료는 가족이나 비공식적 차원에서 이루어지고 미친사람을 위한 시설(mad house)에 수용하였다. 그 곳은 위생적으로 불결하며 환자들을 쇠사슬로 묶고 폭행을 일삼는 비인도적인 대우를 하였다. 심지어 16세기 영국에서는 일반 시민이 돈을 내고 수용된 정신질환자를 구경하기도 하였다한다. 이 시대에는 정신질환에 대한 치료방법이나 지식이 없었으며 사회적 관심이 정신질환자의 치료보다는 이들을 사회구성원으로부터 격리시켜 일반시민에게 미치는 영향을 없애려는데 있었다. 18세기 후반에 이르러 정신질환에 대한 과학적 관심이 생기고 정신질환의 분류가 시작되었으며 정신질환자에 대한 인도주의적 치료 및 대우를 해야한다는 주장이 일기 시작하였다. 프랑스의 Phillippe Pinel은 시설환경의 개선, 폭행과 쇠사슬의 금지를 주장함으로써 정신보건의 혁명을 일으켰다. 독일의 Kraepelin이 정신질환을 분류했고 Freud가 정신분석학을 체계화하였다. 20세기에 들어와서는 생물학적, 사회학적, 문화적 요인의 복합요인에 의하여 정신질환이 발생한다고 생각하였다. 그 외에 임상심리, 사회학, 인류학, 행동주의 이론이 계속 도입되면서 정신의학은 발전과정에 있다. 정신질환에 대한 개념이 변천해 오면서 치료방법은 물론 치료를 위한 의료제도도 변화하였다. 1950년대까지 대형정신병원이나 정신장애자 수용소를 중심으로 한 입원 및 격리시설의 관리에서 1960년대 이후에 지역사회 정신보건이란 개념이 도입되었다. 지역사회 정신보건이란 정신질환의 일차적인 예방에서 치료 재할까지 정신건강 서비스를 제공함에 있어 그 지역의 지역사회 자원을 최대한 활용하여 사회적 환경 전체를 치료의 도구로 이용한다는 개념이다. 지역사회 정신보건의 원리는 정신의학외에 역학, 공중보건, 예방의학, 사회체계이론등에 그 근거를 두고 있다. 지역사회 정신보건의 새로운 이론으로 "Normalization"이 등장하였고 이는 장애자 모두에게 일반사람들과 동일한 생활환경을 제공하는 사회를 실현하는 것을 목표로 하고 있다. 미국에서는 1970년대에 들어와 Integration이나, Mainstreaming이라는 용어로 Normalization이 보급되어 1974년에는 정신장애자 중간 care시설이 제도화되고 1975년에 전 장애자 교육법이, 1978년에는 개정 Rehabilitation법이 제정되는등 장애자들의 생활을 사회의 일상적인 생활수준으로 끌어 올리는 활동이 전개되고 있다.

## 2. 외국의 정신보건 현황

### 1) 미국

미국은 1946년 정신보건법(National Mental Health Act)이 제정되어서 정신질환자의 치료를 의무화하고 있으며 이 법에 따라 설립된 국립정신보건원(National Institute of Mental Health)에서 정신보건분야의 연구와 치료법을 개발하고 있다. 1964년에는 정박아시설 지역사회정신보건소건설법(Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act)이 제정되었고 이 법에 따라 인구 75,000-200,000명의 지역마다 지역사회 정신보건소(Community Mental Health

Center)를 설립하게 되었다. 즉 시설중심의 체제에서 시설과 정신보건소를 중심으로 하는 지역사회 정신보건체제로 발전하게 되었다. 현재 미국에서는 700개 이상의 지역사회 정신보건소가 있고 이들은 전 국민의 1/2에 해당하는 사람들에게 혜택을 주고 있다. 지역사회 보건체제가 발달하면서 많은 환자들이 의료기관이나 수용소로 부터 지역사회내의 부분입원 시설로 이동하는 탈 수용소화현상과 함께 입원환자의 감소현상이 나타났다.

각종 정신재활시설을 포함한 의료기관에서는 시설을 환자의 입원기간에 따라 단기입원 시설, 중기입원 시설, 장기입원시설로 구분하고 소규모화 함으로써 환자의 만성화 및 시설 누적을 방지하고 치료 및 재활상태에 따라 시설간의 환자이동을 원활히 하고 있다.

정신장애인의 복지를 위한 사회보장제도로서 사회보장 장애보험(Social Security Disability Insurance: SSDI)과 보충보장소득(Supplemental Security Income: SSI), Medicare, Medicaid등이 있어 취업하지 못하고 있는 장애인의 소득보장을 해주고 있다. 그리고 환자의 경제적인 능력유무와 관계없이 환자나 가족이 원하면 공공정신병원에서 치료를 받을 수 있다.

## 2) 일본

일본의 정신보건정책은 1899년 “행여병자 및 행여사망자 취급법”이 제정되면서 시작되었다. 그후 “정신병자 감호법”이 제정되었지만 이 법은 환자들을 감독, 보호하는 사회 방위적 목적의 치안입법이기도 했다. 본격적인 정신보건법은 1950년 제정되었고 정신위생감정의 신설, 불법입원의 방지, 순회치료를 골자로 하고 있다. 그후 네 차례 개정이 있었고 1964년 미국대사가 정신병자에게 자살을 입은 사건이 발생한 뒤 1965년 정신위생심의회에서 조치입원의 신청, 통보제도를 강화시켰다.

1965년 이후에도 여러차례 개정되어 왔고 수정보완되어 적용되어 오던 중 1984년 3월 우도공 병원에서 남자간호원의 폭행에 의해서 환자가 사망한 사건이 여론화 되어 국내외적으로 지탄의 대상이 되었다. 국제인권연맹, 장애자 인터내셔널(D.P.I)은 일본의 정신의료실태에 대해서 비판을 하였고 장애자 인터내셔널과 국제법률가 위원회(I.C.J)에서 조사단을 파견하여 정신장애자들의 인권을 옹호하는 감독기관의 설치를 지적하고 국제연맹은 일본의 국제법상의 의무불이행을 비판했다. 일본 국내에서도 조사결과 환자가 바깥세상과 정보교류를 할 수 없고 학대받으며 강제노동을 하고 있다는 사실이 밝혀졌다.

이에 따라 1987년 9월에 개정된 정신보건법이 공포되었으며 이 법에는 환자의 인권 옹호촉진, 지역사회 복귀 및 사회참여를 촉진하는데 우선적인 목표를 두고 있다. 정신질환의 치료를 의무화하고 각 행정 단위별로 모든 환자가 치료받을 수 있는 기회를 주고 있으며 모든 정신장애자 치료기관은 국가의 지휘감독을 받을 수 있는 제도가 마련되었다. 또한 기존의 보건소 및 정신보건소, 정신장애자 사회복귀시설등을 포함하

는 지역사회 보건체계를 통해서 예방과 재활, 사회복귀의 사업을 강화하고 있다.

### 3) 대만

대만은 정신보건의 의료인력면에서 우리나라보다 부족한 실정이지만 제도적인 측면에서 앞서 가고 있다. 시범사업으로 정신장애자 의료전달체제망의 확립에 힘쓰고 있으며 대북시 각 보건소의 의사에게 정신장애자 조기발견과 재활에 관한 교육을 시키고 있다. 그리고 전임간호사를 6-9개월간 훈련시킨후 정신건강요원으로 배치시켜 미국에서의 지역사회 정신건강센터의 역할과 같은 일을 하도록 제도화하여 정신보건을 지역사회화 하는데 노력하고 있다.

### 4) 영국

영국의 복지정책은 다른 나라에 비하여 앞서가고 있으며 특히 정신장애자에 대한 제도 및 정책적 배려는 잘 되어 있다. 1959년 보건법(The Mental Health Act), 1962년 병원계획이 공포되면서 종래의 노후화된 대규모 병원들을 폐쇄하고 소규모 지역병원을 많이 설립하였다. 그리고 정부는 지방자치단체로 하여금 지역사회간호(communitary care)를 추진, 계획토록하여 hostel, sheltered house, 장애인 training center 등이 증가하였다. 1970년대에는 국민보험법을 개정하여 지역사회 간호를 위해 사회수당을 지급하며 타인의 도움을 필요로 하는 중증장애인에게 요 보호 장애수당(attendance allowanc)을 지급하며 보행이 곤란한 자에게 지급하는 보행 장애수당(mobility allowance), 중증장애인을 보호하는 경우 보호자에게 지급되는 장애인 간호수당(invalid care allowance)이 있다. 뿐만 아니라 지역사회 정신보건 전달체계를 위하여 지역사회 정신간호사(communitary psychiatric nurse), 지역사회 정신박약간호사(communitary mental handicap nurse)를 두고 있다.

## V. 우리나라 정신보건 전달체계 개선방안

4장에서 언급되었다시피 정신장애자의 치료가 시설치료에서 지역사회 정신보건운동으로 지역사회내로 이동해 가고 있으나 아직 우리나라에서는 시설중심의 치료와 비의료시설의 수용이 주를 이루고 있다. 또한 질병의 발병시 가족이나, 자의에 의하여 병원에 가거나 한방요법 또는 민속요법에 의지하거나 병원에서 한번도 치료를 받지 않고 정신요양원에 가기도 한다. 이렇게 정신보건 전달체계가 마련되어있지 않는 상황에서는 의료자원의 측면에서 경제적 시간적 낭비를 가져오고 환자 자신과 가족에게 많은 경제적 부담을 안겨주어 결국 치료를 포기하고 경제적으로 부담이 덜 가는 요양원을 택하게 된다. 따라서 만성정신질환의 관리뿐만 아니라 정신질환의 조기발견, 조기치료, 사회복귀를 위하여 정신보건 전달체계가 필요하다.

정신보건 전달체계의 수립을 위해서는 정신보건법의 제정과 정신질환에 대한 전국적인 차원의 역학조사가 필요하다. 그리고 현재 정신질환자를 수용하고 있는 비의료 수용시설에 대한 파악이 선행요건이라 할 수 있다.

### 1. 개선 방안

보건행정의 일선 기관인 보건소가 전국에 267개, 보건지소가 1,329개가 있다. 이들의 주요한 기능은 질병의 예방에 있으며 최근에 진료의 기능이 보강되었다. 그러나 정신질환의 예방과 치료의 기능은 없으므로 보건소에서 정신보건에 관한 업무를 수행하도록 제도화 한다.

보건소에 업무를 담당케 하는것은 기존의 시설을 이용하는 측면도 있지만 정신보건 업무만을 담당하는 새로운 시설이 생겼을때 정신질환에 대한 좋지않는 인식을 가지고 있는 우리나라 사람들이 지역사회내에 있는 시설을 이용할 것인지에 대한 의심이 가기 때문이다. 따라서 기존의 시설에 정신보건 담당부서를 설치하므로써 그 이용에 낮설지 않도록 한다.

보건소는 정신장애의 예방, 조기발견, 치료대책을 수립하고 의료기관에서 지역사회로 돌아온 환자의 사회복귀를 돕고 재발을 방지하는 일차진료기관의 업무를 수행케 한다. 이러한 업무 수행을 위해 몇가지 인력 수급 방안이 있다.

- ① 정신과 의사를 각 보건소에 배치한다.
- ② 현재 보건소에 근무하는 의사에게 일정기간 정신의학의 교육을 실시한다.
- ③ 보건소 관할 또는 인근 지역에서 개업하거나 봉직하는 정신과 전문의를 자문의 또는 촉탁의로 위촉하여 업무를 담당케 한다.
- ④ 임상심리학자, 정신과 사회사업가를 양성하여 보건소에 배치한다.
- ⑤ 정신과 병동이나 정신병원에서 근무한 경험이 있는 간호사를 대상으로 정신의학의 교육을 실시하여 정신 간호사를 배치한다.

이상의 방법 중에서 첫번째 방법이 가장 이상적 이지만 현실적으로 불가능하고 김) 20)의 연구에 의하면 세번째 방법을 택했지만 자문의나 촉탁의는 보건소에 직접 속해 있는 인력이 아니고 자신들의 업무가 있기 때문에 자문은 가능하나 일선 업무를 수행하는데 한계가 있고 형식적이 되기 쉽다. 현재까지는 배출된 정신간호사가 없지만 1992년부터 1년간의 교육을 실시하고 있으므로 곧 배출될 예정이다. 따라서 앞으로 배출되는 정신간호사에게 지역사회 정신보건의 일선 업무를 담당케 하고 보건소 관할 지역의 정신과 의사에게 자문받을 수 있는 제도적 장치를 마련한다.

2차 진료기관은 시,도립병원을 중심으로 사립정신병원, 정신과 개인의원으로 지정하고 그 지역에 있는 보건소와 정신요양원을 2차 진료권으로 묶어 환자의 후송 및 치

료의뢰를 하도록 한다. 2차 진료기관은 산하 보건소로부터 의뢰된 정신질환자를 치료하고 치료가 끝난 환자는 처음의 보건소로 보내 치료 및 재활을 계속하도록 한다. 만성화된 환자로서 사회복귀가 어려운 환자는 정신요양원으로 보내 치료 및 감독을 받도록 한다. 2차 진료권에서 해결되지 않은 환자는 국립정신병원, 대학병원으로 이송하여 치료받도록 하고 산하 보건소를 지도 감독하고 그 지역의 정신질환 요양시설에 대한 업무를 지도한다.

비의료 수용시설에 대해 치료시설이 아니므로 폐지해야한다는 의견도 있지만 기존의 시설을 최대한 활용한다는데 주안점을 두고 현행 체제를 개편하여 2차진료권에 포함시킨다. 먼저 의정국과 사회국의 관리를 받고 있는 2원적 관리체계를 1원적 관리체제로 전환시켜 사회복지법이 아닌 의료법의 관리를 받도록 하고 정신과전문의, 일반의, 임상심리학자, 정신과사회사업가, 정신간호사등의 전문인력을 배치하여 수용이 아닌 의료의 혜택을 줄 수 있도록 한다. 그리고 시, 도립병원의 감독하에 사회복지가 어려운 만성정신질환자와 영구장애자의 치료및 보호시설로 이용하도록 한다. 이때 요양원의 수용은 반드시 2차 진료기관을 거쳐 후송될 수 있도록 한다.

국립정신병원, 대학병원 정신과, 대단위종합병원 정신과를 연결하여 3차 진료권을 형성한다. 3차 진료기관에서는 2차 진료기관에서 후송된 환자를 치료하여 사회에 복귀시키고 만성화된 환자는 정신요양원에 보내 관리하도록 한다.

진료기관을 환자의 특성에 따라 단기입원시설, 중기입원시설, 장기입원시설로 구분화하여 환자군에 따라 전문화된 치료를 할 수 있도록 하고 시설간의 환자 이동을 원활히 함으로써 환자의 만성화 및 시설누적을 방지한다. 그리고 전반적인 소득 및 생활수준의 향상으로 의료에 대한 요구가 다양해짐으로써 1차 2차 3차의 의료전달체계가 수직적으로 연결되어 있으면 번거롭고 비효율적이 될 수 있으므로 기능적, 수평적 체계가 되도록한다.

보건사회부 산하기관으로 국립정신건강연구소를 설치하여 정신질환에 대한 연구, 요양양성, 치료방법의 개발, 역학조사등을 담당하게한다. 정신건강심의위원회를 구성하여 진료기관, 의료요원, 정신장애자에 관한 정책, 제도에 대해 심의하도록 한다.

## 2. 정신보건법의 제정

정신보건 관리체계를 수립하고 시행을 위해서는 무엇보다도 정신보건법의 제정이 필요하다. 우리나라는 복지국가를 표방하면서 아직 정신보건과 관련된 법령이 구비되어 있지않다. 하지만 서구 선진국들은 20세기가 되기도 전에 이 분야의 법령이 제정되었고 우리나라보다 후진국에 속하는 나라들도 이미 법이 제정되어 있다.

우리나라는 의료법, 의료보험법을 위시하여 신체적인 질병에 관해서는 법률적 뒷받침이 이루어지고 있다. 그러나 환자가 각종 사회문제를 야기시키고 자발적인 치료 의

사가 없고 장기적인 치료를 요하는 정신질환자에 관하여 이를 제도적으로 관리할 법적 뒷받침이 없다. 또한 정신장애자에 관하여 연구할 수 있는 기관, 보호를 담당할 의료시설, 보호시설에 대하여 법적으로 규정된 것이 없다.

따라서 정신질환자는 본인이 원하거나 가족이 원하거나 범죄로 인하여 사회보호법의 적용대상이 되기 전에는 치료나 보호를 받을 수 없게 되어 있어서 하루속히 우리의 실정에 맞는 정신보건법이 제정되어야 할 것이다. 이를 위한 광범위한 여론수렴과 여러 분야의 전문가들의 합의가 있어야 할 것이다.

## VI. 결 론

본 논문에서는 우리나라 정신보건의 현황 및 문제점을 살펴보고 외국의 정신보건 관리체계를 고찰하여 우리의 실정에 맞는 정신보건 전달체계를 제시해 보고자 하였다. 그 결과를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 우리나라 정신장애자의 의료시설은 373개이며 12,863병상으로 인구 10만명당 정신과 병상수는 27.6으로 나타났다. 이는 1981년과 비교하면 3배의 증가를 보이고 있으나 다른나라와 비교하면 부족한 실정이다.

둘째, 비의료시설인 정신요양원이 74개소로 17,432명, 부랑인 시설은 38개소로 13,284명을 수용하고 있다. 이러한 치료시설이 아닌 수용시설이 너무 방대하고 이들에 대한 관리체계가 2원적으로 되어있어 관리가 효율적으로 이루어지지 않고 있다.

셋째, 정신보건 전달체계를 수립하도록 한다. 일차진료기능은 보건소의 정신건강 담당부서를 만들어 담당케함으로써 지역사회내에서 일차적인 정신보건 사업이 이루어지게 하고 예방, 치료, 재활의 업무를 한다.

넷째, 정신건강 담당부서의 업무는 정신병원이나 정신과 병동에서 일정기간 이상 근무한 간호사에 한해서 정신간호사 자격을 이수한 자에게 담당토록 하고 그 지역의 정신과 전문의의 자문을 구하도록 한다.

다섯째, 수용시설을 양성화하여 시·도립병원이 관리하도록 하고 사회복귀가 어렵거나 만성 장기화된 환자의 치료, 보호시설로 이용하도록 한다.

여섯째, 1차, 2차, 3차 의료진료체계를 수평적 기능적으로 연결하여 다양한 의료요구를 충족시키도록 한다.

일곱째, 효과적인 정신보건 관리체계를 위해서는 무엇보다도 정신보건법의 제정이 필요하며 여기에는 인도적인 문제, 인권의 문제가 충분히 고려되어야 하며 정신장애자의 치료를 위한 국가의 지원이 규정되어야 한다.



## 참고문헌

1. 강병우: 지역사회 정신보건과 정신장애자의 복지정책개발을 위한 연구, 서울대학교 석사학위논문 (1992).
2. 김광일: "한국에서의 정신질환에 대한 태도와 인식도", 대한의학협회지, 17, 175-178 (1974).
3. 김광일, 원호택, 진성태외: "정신질환에 대한 한국인의 태도조사", 신경정신의학, 12, 41-52 (1973).
4. 김용식, 차수철, 김이영등: "농촌주민의 정신질환에 대한 태도, 인식 및 견해", 신경정신의학, 14, 365-375 (1975).
5. 김용식, 안윤옥, 박문희: "한국의 정신보건에 관한 역학적 조사 정신질환의 5년 추적조사(II)-집약적 조사", 정신의학보, 7, 211-224.
6. 김이영: "정신보건의 문제점들(I)-강제입원 및 그와 관련된 문제", 정신건강연구, 10, 154-171 (1991).
7. 김이영: "정신보건법의 문제점들(II)-환자의 치료받을 권리-", 정신건강연구, 11, 97-109 (1992).
8. 김이영: "일본의 정신보건법의 개요", 신경정신의학, 27, 1116-1119 (1988).
9. 김이영, 김광일, 손춘호: "정신질환의 의료전달체계를 위한 시안", 정신건강연구, 4, 244-266 (1986).
10. 김종규: "만성정신질환의 현황 및 문제점(I-II): 부랑인 시설 및 정신질환시설 수용자를 대상으로", 신경정신의학, 24 부록, 6-24 (1985).
11. 김종석, 김용식, 하규섭, 양익홍, 이부영: "정신장애자 가족의 정신장애에 대한 태도조사", 서울의대 정신의학, 14, 45-57 (1989).
12. 김찬형, 이종섭, 신승철외: "한국 일 농촌지역 노인의 일상생활 수행능력 및 정신 건강에 관한 사회정신의학적 조사", 신경정신의학, 31, 1063-1074 (1992).
13. 박강규: "정신감정에 대한 정신의학적 고찰", 신경정신의학, 16, 414-422 (1977).
14. 박문희, 이정균, 김용식, 정인원: "한국정신장애자의 역학적 연구", 서울의대 정신의학, 10 부록 (1985).
15. 박수훈: "정신장애자의 입원전 치료에 대한 연구", 신경정신의학, 15, 118-224 (1976).
16. 박조열, 이근후, 박종철, 유석진: "한국에서의 정신의학", 신경정신의학, 14, 491-512 (1975).
17. 보건사회부: 보건사회통계연보, 1982-1991년

18. 석재호: "만성정신질환자의 대책", 신경정신의학, 24 부록, 26-30 (1985).
19. 신승철, 윤관수: "정신과 외래환자의 의료추구 행태에 관한 연구-신경증 환자를 중심으로", 정신의학연구, 29, 289-305 (1990).
20. 신승철: "강화지역 일 정신요양원 상황분석", 27, 1120-1130 (1988).
21. 연병길, 박문희: "한국의 정신보건에 관한 역학적 조사 정신질환의 5년 추적조사 (I)-광역조사", 정신의학보, 7, 198-210.
22. 유숙자, 김소야자외: 정신간호총론, 수문사.
23. 원호택, 김정명, 김광일: "농촌인의 정신질환에 대한 인식과 태도", 신경정신의학, 16, 113-123 (1977).
24. 이규항: "만성정신질환의 현황 및 문제점", 신경정신의학, 24 부록 1-5 (1985).
25. 이근후: "정신장애자의 비의료적 수용실태에 관한 연구", 신경정신의학, 15, 343-354 (1975).
26. 이만홍: "정신과진료체계내에서의 만성정신질환의 관리방안-강화도 정신보건사업 시안", 신경정신의학, 24 부록, 30-44 (1985).
27. 이부영, 이정희, 김선아: "정신과 환자의 의료추구 행태에 관한 예비적 연구-사례 분석을 중심으로", 신경정신의학, 28, 307-323 (1989).
28. 이부영: "일본의 정신보건법개정의 역사적 배경과 우리의 과제", 신경정신의학, 27, 1113-1115 (1988).
29. 의료보험연합회: 의료보험통계연보, 1984-1991년
30. 전우택: "정신의학과 윤리", 신경정신의학, 32, 14-27 (1993).
31. 조대중: 정신위생, 중앙적성출판사, 1991.
32. 조수정: "한국 정신의료 사회사업가의 타 진료과의 업무중첩에 관한 연구", 송실대 석사학위논문 (1988).
33. 조완숙, 문홍세: "신경과 환자들의 정신과에 대한 애증 및 방향", 신경정신의학, 11, 77-84 (1972).
34. Alan Beigl & Alan I. Levenson: "The Community Mental Health Center", Basic Books Inc. Publishers (1972).
35. Beers C. W.: A Mind That Found Itself, Doubleday, New York (1939).
36. Kolb, L. C. & Brodie, H. K. H.: Modern Clinical Psychiatry (10th Ed). Philadelphia, Saunders Co.
37. Solomon, P. & Paych, V. D.: Handbook of Psychiatry (3rd Ed). New York, Lange Medical Publication.

## Problems and Present Status of Mental Health Service in Korea

Kim, Mee

Dept. of Health Administration

Kwangju Health Junior College

## &gt; Abstract &lt;

This study is to find out a counterplan of mental health by reviewing present status and problems of our mental health service.

A time series data for 1984 and 1991 are used from the health insurance program. Yearbooks of Health and Social Statistics(1982-1991) are used. Also literatures of public health, psychiatry and psychology are examined for this study.

As a result of reviewing the statistical data, schizophrenia patients are much more than another mental disorder patients, especially in the inpatient. Among the outpatient, neurosis patients are very many. Generally, a male has much more mental disorders than a female, excepting neurosis.

Medical facilities are laid disproportionate emphasis by regionally. Bed per 100,000 population is 27.6. Bed numbers are very scared in comparison with the criteria of WHO. The criteria are 100 by WHO.

Abnormally, there are many institutes of mental disorder where the patients are not cared but accommodated.

Aspects of manpower, therapeutic team is deficiency to provide comprehensive mental health service, especially psychiatric nurse, clinical psychologist and psychiatric social worker.

For the improvement of mental health status, the delivery system for mental health service should be established. Public Health Center should be central to establish community mental health service. Various services such as prevention, therapy and rehabilitation provided in Public Health Center.

Above all Mental Health Law should be established. It is sufficiently considered of people's rights.

## 부 록

## &lt; 999질병 분류에 의한 정신질환의 분류번호 &gt;

- 290. 노인성 및 초로성 기질적 정신병 상태
- 291. 알코올성 정신병
- 292. 약물성 정신병
- 293. 일과성 기질적 정신병 상태
- 294. 기타 기질적 정신병 상태
- 295. 정신분열증 정신병
- 296. 정동성 정신병
- 297. 편집상태
- 298. 기타 비기질성 정신병
- 299. 소아에 기원 특이성을 가진 정신병
- 300. 신경증성 장애
- 301. 인격장애
- 302. 성도착 및 성적장애
- 303. 알코올 의존성 증후군
- 304. 약물의존
- 305. 비의존성 약물 남용
- 306. 정신적 요인에 발생하는 생리적 기능장애
- 307. 다른곳에서 분류되지 않은 특수 증상
- 308. 급성 스트레스 반응
- 309. 조정반응
- 310. 기질적 뇌손상에 따른 비정신병적 정신장애
- 311. 다른곳에서 분류되지 않은 우울성 장애
- 312. 다른곳에서 분류되지 않은 행동장애
- 313. 아동기 및 청소년기에 특이한 정서장애
- 314. 소아기의 운동과다성 증후군
- 315. 발육상 특수 지원
- 316. 다른곳에서 분류된 질환에 관련된 정신요인
- 317. 가벼운 정신발육 지연
- 318. 기타 명시된 정신발육 지연
- 319. 상세불명의 정신발육 지연