

서울시립정신병원 운영개선 방안에 관한 연구

2009 서울시 정책연구과제

서울시립정신병원 운영개선 방안에 관한 연구

2009

서울시정신보건센터

이 보고서는 서울특별시에서 주관하는 정책연구에 의해 수행된 것이며, 이 보고서에 수록된 내용은 연구진의 의견이며 서울특별시의 공식견해가 아님을 밝혀둡니다.

제 출 문

2009년도 정책연구실 연구과제 “서울시립정신병원
개선방안에 관한 연구” 결과보고서를 제출합니다.

2009. 10. 31

주관연구기관명 서울시정신보건센터

연구책임자	이명수
연구원	고정아
연구원	오정하
연구원	박정숙
연구원	전영미
연구원	박지인

요 약 문

1. 제 목

서울시립정신병원 개선방안을 위한 연구

2. 연구목적 및 필요성

정신보건 수요가 늘어나고 정신보건의 문제가 새롭게 사회에서 제기되고 있지만 국가차원에서 체계적인 자료 수집 및 대책마련이 이루어지지 못하고 있는 실정으로 서울시에서는 서울시 정신보건서비스 제공의 기반이 되는 시립정신병원의 역할을 담당하기에 적절한 운영방식을 검토해보고 그 결과에 따라 운영개선방안 또는 매각방안을 마련하는 것이 필요하다. 본 연구의 목적은 서울시립 정신병원의 운영형태 및 서비스 제공형태에 대한 전반적인 검토를 통해 위탁운영 정신병원의 타당성을 검토하고 운영개선방안을 마련하는데 그 목적이 있다.

3. 연구의 내용 및 범위

1) 서울시민 정신의료기관 이용 현황 조사 (정신의료서비스 수요 추계)

건강보험공단의 협조로 서울시주소 대상자의 광역 시도 의료기관유형별 입원환자 수 분포, 연령별, 진단별, 의료보장별 입원 현황, 정신질환(F-code)과 중복질환으로 입원치료 받은 대상자의 신체질환 유형분포 등을 조사하였다.

2) 위탁시립정신병원 및 정신요양원 재원환자 실태조사

위탁시립정신병원 과 시립정신요양원 3곳에 재원 및 입소하고 있는 대상자를 대상으로 재원적절성 조사 및 장기재원 요인 분석, 재원환자욕구 조사를 파악하였다.

3) 시립병원관계자 및 전문가설문조사

4. 조사결과를 바탕으로 한 정책제시

정책 질문 1. 위탁시립정신병원 운영 유지가 필요한가?

정책 대안 1 . 위탁시립정신병원 운영은 유지하도록 한다.

○ 근거

1) 서울시에 소재하고 있는 정신병상의 규모가 과도한 상황이 아님

- 서울시에 있는 정신병상의 수는 인구 10만 명당 79.6병상임.
- 이는 세계보건기구 권장 기준인 인구 10만 명당 100병상의 규모를 밑도는 수치이며, 우리나라 전국 평균인 168병상 수준보다 낮은 상황임.
- 연간 24,000명이 정신의료기관에 입원하고 있는 것으로 나타나고 있으며 서울시 소재의 정신병상은 경기도의 위탁시립병상 포함 8,000병상의 수준이기에 수요량 대비 공급량이 충분하다고 보기 어려움.

2) 서울시민 중 43%는 서울 외 지역의 정신의료기관에 입원하고 있음

- 서울시민의 57%만이 서울시 소재의 정신의료기관에 입원하고 있는 것으로 나타남.
- 연령이 증가할수록, 정신병적 장애일수록 탈 서울 현상을 두드러지게 보이고 있음.

3) 무연고자 정신질환자에 대한 기본적 사회안전망을 유지하는 것이 필요

- 서울시의 부랑인 대상자 수는 2009년 8월 말 기준 2,049명으로 추계되고 있음.
- 위탁시립정신병원 입원환자 중 부랑인 시설로부터 의뢰된 환자가 전체의 16.4%의 수준에 이르고 있음.
- 이들에 대해 주민등록 복원을 통한 제도권 생활체계의 편입 등 의료서비스 이외의 포괄적 서비스 제공을 위해서는 공공의료기관의 역할이 필요함.

정책 질문 2. 그렇다면 어떤 형태로 운영해야 하는가?

정책 대안 1. 현재와 같은 수준으로 유지한다. 단, 기본적인 인권옹호 차원에서 환경 개선에 대한 지원을 하도록 한다. 환경개선 지원은 하드웨어의 노후성, 위험성 등을 객관적으로 평가하여 순차적으로 적용하도록 한다.

○ 기대역할

- 1) 서울시 취약계층에 대한 정신의료서비스 제공
- 2) 극히 취약한 계층(부랑인 등)의 정신질환자에 대한 사회적 안정망 역할 수행 및 치료 서비스 제공

정책 대안 2. 적정입원과 퇴원, 지역연계 활성화를 위해 프로그램 서비스 인력을 지원하도록 한다. 환경개선에 대한 지원 방향성은 위의 정책대안 1과 같음.

○ 근거

- 1) 정신장애인의 탈서울 현상은 지역사회 복귀를 어렵게 만들 수 있음.
 - 정신보건사업의 가장 중요한 이슈는 적정입원과 지역사회 복귀임에도 타지방 정신의료기관의 입원은 정신보건사업의 중요 가치를 성취할 수 있는 가능성을 낮추는 부정적인 요인으로 작용하고 있음.
- 2) 장기재원 현상은 경제적인 측면에서도 바람직하지 않음.
 - 서울시의 의료급여 예산총액은 2009년 기준 약 6400억원에 이룸. 보편적으로 의료급여 예산의 15%~20% 정도가 정신질환의 입원치료에 쓰인다는 점을 감안해 볼 때, 연간 약 1,200억원 정도가 정신질환자의 입원비용으로 조달된다고 볼 수 있음.
 - 서울시의 경우, 타 지방자치단체와 달리 의료급여비의 50%를 지원하고 있기 때문에, 불필요한 장기재원 문제를 개선하고 선진적 형태의 정신의료체계와 합리적인 지역사회 정신보건체계를 운영하는 것은 경제적인 측면에서도 매우 중요한 사안이라고 할 수 있음.
- 3) 지역사회 복귀를 위한 시스템을 활성화하기 위해서는 공공정신의료 네트워크가 합리적으로 구성되어야 함.
 - 우리나라와 같이 민간 주도의 의료서비스 공급이 주된 상황에서는 효율적인 병원-지역사회 연계체계 활성화가 결코 용이하지 않음.
 - 2008년도 서울시 20개 정신보건센터에 신규 등록 된 대상자 중 정신의료기관에서 연계한 대상자는 7%에 불과함.
 - 따라서, 서울시에서 확보하고 있는 정신병상 중 일부는 기능을 분명히 할 수 있는 공공정신병상이어야 함.
- 4) 공공정신병상에서는 양질의 서비스를 제공해야 한다.
 - 2004년 심평원 자료에 의하면 의료급여 취약계층에 대한 정신의료서비스의 수준은 건강보험 환자 대비 약 50%의 수준에 그치고 있음.

- 2009년부터 시행된 의료급여 차등수가제 결과에 의해 이런 차이가 감소하고 있는 추세 이긴 하나 여전히 차등은 존재하며 이는 형평성이라는 기본적 인권정신에 어긋나는 처 사임.
 - 세계 최고의 도시를 지향하는 서울시는 국가의 이러한 불형평성을 선도적으로 개선해 나가기 위해 모범을 보일 필요가 있으며 이는 국민소득 20,000불 사회에서 구현해야 하는 기본적 인권 옹호 정신에 합당한 정책임.
- 5) 순차적으로 우선 위탁시립병원에서 운영하고 있는, 서울시 입소시설(halfway house)에 추가 인력 3-4명을 지원하고 병원에서 프로그램을 수행하도록 하며, 퇴원가능대상자를 발굴해서 지역사회로 연계할 수 있도록 한다.
- 6) 지원에 대한 효과성 검증을 통해 인력지원의 규모 확대, 프로그램의 구성 등에 대해 향후 방향성을 설정해 나가도록 함.

정책 질문 3.

취약계층 정신질환자의 미충족 욕구개선을 위해 필 요한 합리적 정신의료서비스 체계는 구성되어야 하 나?

정책 대안 1. 직영병원인 은평병원은 초발정신질환자에 대한 치료를 특화하 고 위탁시립병원은 만성정신질환자에 대한 치료와 재활에 집 중함으로써 효율적인 역할분담을 이루어 나갈 수 있도록 한다.

○ 근 거

- 1) 정신분열병 상 병명으로 치료를 받는 환자 중 15%가 치료 초기에 탈락해 나가며 이는 질환의 만성화에 매우 부정적인 영향으로 작용함.
 - 따라서, 서울시에 소재하며 현재의 운영 현황 상 초기단계의 취약계층 정신질환자들이 많이 이용하는 은평병원은 이에 대한 특화된 치료서비스를 강화하고, 특히 지역사회와 의 연계를 통해 적극적인 사후관리 체계를 만들어 나갈 필요가 있음.
- 2) 위탁시립병원은 사회 극 취약계층에 대한 기본적 치료안전망의 역할을 수행함과 동시에 만성정신질환자의 사회재활을 위해 특화된 치료프로그램을 구성하고 지역사회 입소, 주거시설 등과의 연계를 통해 정신보건사업목표인 지역사회 복귀를 활성화 할 수 있도 록 함.

- 3) 은평 병원과 위탁시립병원의 연계는 위와 같은 큰 틀에서의 역할의 차이에 근간을 두도록 하며, 한 환자에 대한 연속적 전원시스템은 향후 발전적으로 검토 모색해 나가는 것이 타당하리라고 판단됨.

정책 대안 2. 노인만성정신질환자 관리 강화와 재원적절성 향상을 위해 위탁시립병원과 서울시 정신요양원의 의뢰연계 체계를 재점검해야 한다.

○ 근거

위탁시립병원 재원 환자 중 경증의 정신질환자이면서 기능이 저하된 대상자 비율이 약 30%에 이르고 정신요양원 입소대상자 중 증상이 심한 경우가 약 20%에 이름.

- 이러한 현상은 우리나라 전체적으로 나타나는 보편적 현상임.
- 서울시가 운영하는 공공병상과 요양원에 대한 조정기전을 통해 재원 및 입소적절성을 확보하는 것은 매우 선진적인 정책임.

정책 대안 3. 취약계층 중독정신질환자에 대한 치료시스템 강화

정책 대안 4. 신체질환과의 중복질환에 대한 합리적 치료연계 시스템 구현

○ 근거

- 1) 위탁시립병원 재원환자 중 만성적인 신체질환을 동반하는 경우가 15-20%에 이름.
- 2) 지역사회에 방치되어 있는 만성정신질환자 중 신체질환의 문제가 있는 응급상황인 경우, 입원이 매우 어려우며 이에 대한 개선이 필요함.
- 3) 일본 동경도립 정신병원의 경우, 막대한 적자를 감수하면서도 이러한 동반질환의 문제를 해결하기 위하여 민간정신병원과의 의뢰연계 치료서비스를 강화해 나가고 있음.
- 4) 서울시 운영의 공공종합병원의 정신과 진료 서비스 강화 또는 은평 병원의 신체질환 치료서비스 강화 등을 통해 해결해 나가야 함.

CONTENTS..

- 목 차

- 표 차 례

- 그림 차례

목 차

요 약 문	7
I. 서 론	
1. 연구의 배경 및 필요성	20
2. 연구 목적	21
II. 이론적 배경	
1. 공공병원과 공공성	22
2. 민간위탁과 민영화	24
3. 공공정신의료서비스	29
4. 정신병원의 시설	32
5. 서울특별시립 정신병원	35
6. 공공정신병원 운영방안에 대한 선행연구	39
III. 연구내용 및 방법	
1. 연구개요	43
2. 연구내용 및 방법	45
IV. 서울시민 정신의료기관 이용현황	
1. 연구 목적	47
2. 분석 대상	47
3. 분석내용 및 방법	47
4. 서울시소재 정신의료기관 현황	48
5. 서울시정신질환자의 정신의료기관 입원현황	49

V. 운영개선을 위한 관계자 및 전문가 설문조사

1. 응답자 현황	53
2. 설문 결과	53
3. 위탁시립정신병원 관계자 설문조사	66

VI. 위탁시립정신병원 운영 및 입원환자 현황

1. 위탁시립정신병원 현황	69
2. 위탁시립정신병원 퇴원환자 및 재원환자 현황	70

VII. 위탁시립정신병원 재원환자 설문조사

1. 조사목적	73
2. 용어정의	73
3. 조사대상 및 자료수집 방법	74
4. 조사도구	74
5. 분석방법	76
6. 결과분석	76
7. 결과요약	99

VIII. 서울시립정신요양원 입소자 실태조사

1. 조사목적	102
2. 용어정의	102
3. 조사대상 및 자료수집 방법	103
4. 조사도구	103
5. 분석방법	103
6. 결과분석	104
7. 결과요약	121

IX. 일본(동경) 공공의료기관 현황

1. 동경 정신보건현황	123
2. 방문기관 현황	125
가. Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital	125
나. Konodai Hospital	129

X. 서울시립위탁정신병원 운영 개선방안의 방향성과 타당성

정책질문 1	131
정책질문 2	133
정책질문 3	138
정책질문 4	140

XI. 포괄적 공공정신의료서비스 공급을 위한 모델 구축방안

1. 위탁시립병원의 전문적정신재활치료서비스 공급능력 강화전략	145
2. 은평병원과 위탁시립병원의 [급성기→재활치료] 연속성 강화전략	147
3. 지역사회-은평병원-위탁시립병원을 포괄하는 중독성 질환 치료관리시스템	148
4. 노인만성정신질환자 관리에 있어 [의학적치료↔요양] 쌍방향 전달체계 구축	149
5. 신체질환과의 중복질환치료를 위한 공공의료네트워크망	151
6. 결핵 등 전염성질환을 가진 정신질환자 치료를 위한 공공의료 네트워크망	152

참고문헌	154
------	-----

부 록	158
-----	-----

표 차 례

[표 I - 1] 서울시립병원 현황	20
[표 I - 2] 서울시립정신병원 운영형태	21
[표 II - 1] 민영화 요인	25
[표 II - 2] 민영화와 민간위탁 비교	26
[표 II - 3] 민영화 방식의 비교	26
[표 II - 4] 영국과 프랑스의 공기업 민영화 정책 비교	27
[표 II - 5] 노인병원 현황	30
[표 II - 6] 재활의료기관 역할 및 현황	31
[표 II - 7] 정신장애 일년유병률 및 추정환자(성과 연령별보정)	32
[표 II - 8] 우리나라 정신보건기관·시설현황	33
[표 II - 9] 우리나라 정신병원과 정신질환자 요양시설의 문제점	33
[표 II - 10] 초기 서울특별시립병원의 명칭 및 위치	35
[표 II - 11] 서울특별시립병원 위탁 근거	36
[표 II - 12] 지방공기업 병원의 장·단점	38
[표 II - 13] 개인 위탁운영 형태의 지방공기업 병원의 장·단점	38
[표 II - 14] 미래의 국립정신병원의 역할	42
[표 IV - 1] 서울시정신의료기관현황	48
[표 IV - 2] 서울시정신의료기관 입원현황	48
[표 IV - 3] 서울시정신질환자 입원분포	49
[표 V - 1] 설문응답자 분포현황	53
[표 VI - 1] 서울시립정신병원 운영형태	69
[표 VI - 2] 운영현황	69
[표 VI - 3] 위탁시립정신병원 이용환자 현황	70
[표 VI - 4] 퇴원 및 재원환자 재원기간	72

[표Ⅶ - 1] 개인적 특성	77
[표Ⅶ - 2] 조사대상자의 가족 특성	78
[표Ⅶ - 3] 과거병력	80
[표Ⅶ - 4] 현병력	82
[표Ⅶ - 5] 임상적 평가	83
[표Ⅶ - 6] GAF 평가	84
[표Ⅶ - 7] 사회지지체계 평가	84
[표Ⅶ - 8] 서비스 만족도에 대한 평가	85
[표Ⅶ - 9] 퇴원 욕구	86
[표Ⅶ -10] 퇴원에 대한 평가	88
[표Ⅶ -11] 퇴원 후 선호하는 생활형태	89
[표Ⅶ -12] 지역정신보건서비스 정보에 대한 평가	89
[표Ⅶ -13] 지역정신보건서비스 이용경험	90
[표Ⅶ -14] 퇴원 후 지역사회 정신보건기관 욕구평가	91
[표Ⅶ -15] 일반적 사항에 따른 재원기간	92
[표Ⅶ -16] 가족특성에 따른 재원기간	93
[표Ⅶ -17] 가족유무에 따른 입원횟수	93
[표Ⅶ -18] 보호자와 환자의 주소동일 여부에 따른 사회지지체계	94
[표Ⅶ -19] 병력에 따른 재원기간	95
[표Ⅶ -20] 환자 평가에 따른 재원기간	96
[표Ⅶ -21] 사회지지체계에 따른 재원기간	96
[표Ⅶ -22] 재활기관 이용유무에 따른 재원기간	97
[표Ⅶ -23] 재활기관 이용유무에 따른 GAF	97
[표Ⅶ -24] 과거병력과 현 기능간의 상관관계	98
[표Ⅷ - 1] 개인적 특성	104
[표Ⅷ - 2] 조사 대상자의 가족 특성	106

[표Ⅷ - 3] 과거병력	.....	107
[표Ⅷ - 4] 현병력	.....	108
[표Ⅷ - 5] 임상적 평가	.....	110
[표Ⅷ - 6] GAF 평가	.....	110
[표Ⅷ - 7] 사회지지체계평가	.....	111
[표Ⅷ - 8] 서비스 만족도에 대한 평가	.....	112
[표Ⅷ - 9] 약물치료서비스	.....	113
[표Ⅷ -10] 퇴소욕구	.....	114
[표Ⅷ -11] 퇴소에 대한 평가	.....	114
[표Ⅷ -12] 퇴소 후 선호하는 생활모습	.....	115
[표Ⅷ -13] 일반적 사항에 따른 입소기간	.....	116
[표Ⅷ -14] 가족특성에 따른 입소기간	.....	117
[표Ⅷ -15] 병력에 따른 입소기간	.....	118
[표Ⅷ -16] 환자 평가에 따른 입소기간	.....	119
[표Ⅷ -17] 사회지지체계에 따른 입소기간	.....	120

그림 차례

[그림 II- 1] 입원환자 연령의 연도별 추이	29
[그림 III- 1] 연구의 틀	43
[그림 IV- 1] 서울시 정신질환자의 전국정신의료기관 입원분포	49
[그림 IV- 2] 의료급여대상자의 시도별 입원현황	50
[그림 IV- 3] 의료급여환자의 연령별 입원현황	50
[그림 IV- 4] 40세를 기준으로 본 입원분포도	51
[그림 IV- 5] 50세를 기준으로 본 입원분포도	51
[그림 IV- 6] 2008년 의료급여에 따른 진단별 입원현황	52
[그림 IV- 7] 공공의료기관의 서울시정신질환자 입원현황	52
[그림 VI- 1] 위탁시립정신병원 운영현황	69
[그림 VI- 2] 위탁시립정신병원 이용환자 현황	70
[그림 VI- 3] 서울시 입원환자 구별 분포현황	71
[그림 VI- 4] 퇴원 및 재원환자 재원기간	72
[그림 IX- 1] 신체질환병동 운영형태	126
[그림 IX- 2] 주간재활실	127
[그림 IX- 3] 환자 가족들이 운영하는 카페	128
[그림 IX- 4] 강의시간	128
[그림 IX- 5] Konodai Hospital	130
[그림 X- 1] 건강보험 대비 의료급여 정신질환자 치료, 관리비 수준	134
[그림 XI- 1] 위탁시립병원 정신재활치료 프로그램 강화 체계도	146
[그림 XI- 2] 「급성기→재활치료」 연속성 모델	148
[그림 XI- 3] 위탁시립병원 - 정신요양원 쌍방향 전달체계	150
[그림 XI- 4] 정신질환자의 신체질환 및 전염성질환과의 중복질환치료 네트워크	152
[그림 XI- 5] 서울시 포괄적 공공정신의료서비스 체계	153

I. 서론

1. 연구배경 및 필요성

공공의료기관은 일반적으로 공공성을 지닌 의료사업을 수행하는 기관으로 중앙 또는 지방 자치 단체 등 정부기관이 재정을 지원하거나 의료서비스의 제공을 담당하여 사업수행을 지원하는 기관으로 정의할 수 있음.¹⁾

서울특별시에는 공공의료기관으로서 산하에 12개의 각기 다른 역할이 부여된 시립병원을 두고 있으며, 그 현황은 다음과 같음.

〈표 I - 1〉 서울시립병원 현황

구분 (병상 수)	병 원 명	규모(개)		인력(명)	기능
		병상	진료과		
직 영 (1,188)	어린이	300	6	261	아동재활 전문치료
	은 평	341	7	223	정신질환자 전문치료
	서 북	547	14	322	결핵, 노인성질환 진료
특수법인 (500)	서울의료원	500	22	548	일반종합병원
위 탁 (2,362)	동 부	200	18	197	일반종합병원
	보라매	579	22	967	일반종합병원
	북부노인	200	6	150	노인환자 전문치료
	장애인치과	—	1	38	장애인 구강전문치료
	용인정신	500	2	80	정신질환자 전문치료
	백암정신	296	3	61	정신질환자 전문치료
	축령정신	288	1	69	정신질환자 전문치료
	고양정신	299	2	69	정신질환자 전문치료

④ 정신병원의 경우, 은평병원을 제외한 4곳이 경기도에 소재하고 있으며, 의료법인 및 사회복지법인에 위탁 운영되고 있음.

1) 이은혜, 『우리나라 공공병원의 역사적 변천과정 고찰』, 경희대학교 석사학위 논문, 2004.

〈표 1 - 2〉 서울시립정신병원 운영형태

병원명	운영형태	설립년도	위탁기관	위탁시작년도
은평병원	직 영	1947	-	-
용인정신병원	위 탁	1987	의료법인 용인정신병원	1987
백암정신병원	위 탁	1995	사회복지법인 세광재단	1995
축령정신병원	위 탁	1995	축령복음병원	1997
고양정신병원	위 탁	1999	모덕의료재단	1999

민간위탁 정신병원(용인·백암·축령·고양)은 건립된 지 10년 이상 경과하여 서울특별시 보건정책담당관에서는 누수 및 노후 된 시설물을 개·보수하여 효율적이며 쾌적하고 안전한 시설물로 관리할 계획을 수립함.

최근 민간정신병원의 급격한 증가로 정신과 병상은 선진 외국에 비할 때 적정 수준을 확보하여 과거보다 정신과 진료의 접근성은 높아졌지만 민간기관이 정신보건서비스의 대부분을 제공하면서 정신과 서비스에 대한 표준적인 적정 진료가 확립되지 못하고 있음.

또한, 정신보건 수요가 늘어나고 정신보건의 문제가 새롭게 사회에서 제기되고 있지만 국가차원에서 체계적인 자료 수집 및 대책마련이 이루어지지 못하고 있음. 정신보건 서비스 수요와 공급, 재활서비스에 대한 평가, 정신건강 증진 등 국가적 차원에서 장기적으로 평가, 관리해야 하는 과제가 산적해 있으며, 이에 대한 전문적 연구와 장기적 계획 수립이 필요함.²⁾

이에 서울시에서는 서울시 정신보건서비스 제공의 기반이 되는 시립정신병원의 역할을 담당하기에 적절한 운영방식을 검토해보고 그 결과에 따라 운영개선방안 또는 매각방안을 마련하는 것이 필요함.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 서울시립 정신병원의 운영형태 및 서비스 제공형태에 대한 전반적인 검토를 통해 위탁운영 정신병원의 타당성을 검토하고 운영개선방안을 마련하고자 함.

구체적인 연구 목적은 다음과 같음.

- 첫째, 서울특별시립병원 운영현황 및 실태를 파악함.
- 둘째, 위탁시립정신병원의 향후 적정 운영방식을 검토함.
- 셋째, 위탁운영이 적합한 경우 운영개선방안을 마련함.
- 넷째, 매각이 적합한 경우 구체적인 매각방안을 마련함.

2) 이은혜, 『우리나라 공공병원의 역사적 변천과정 고찰』, 경희대학교 석사학위 논문, 2004.

II. 이론적 배경

1. 공공병원과 공공성

공공의료기관(public hospital)은 일반적으로 공공성을 지닌 의료사업을 수행하는 기관으로 중앙 또는 지방자치 단체 등 정부기관이 재정을 지원하거나 의료서비스의 제공을 담당하여 사업수행을 지원하는 기관으로 정의할 수 있음.³⁾ 다시 말해서 정부기관이 필요한 자원을 직접 조달·투자하여 설립하고 의료서비스의 제공을 위한 사업 등을 운영하는 것임.

공공의료기관의 궁극적 목적은 민간부분에 담당시키거나 제공되기 어려운 질병예방과 전염병관리 등 국가차원에서 관리되어야 하는 의료서비스를 제공하거나, 의료의 취약계층에 대한 의료서비스의 제공의 향상을 통하여 의료공급의 형평성(equity)을 기하는 역할을 하는데 있음.⁴⁾ 이와 같이 공공의료기관은 재정조달과 관리운영의 주체 그리고 설립목적과 사업내용에 있어 민간병원과의 차별성을 갖고 있으나 실제로는 주로 재정조달 및 관리운영의 주체에 의해서만 민간병원과 구별되고 있음. 우리나라에서는 사업의 목적이나 내용보다는 정부의 재정지원 및 사업의 수행 여부에 의해서 공공의료기관이 구분됨.⁵⁾

공공병원은 우선 중앙정부나 지방자치단체 등이 병원의 재정을 조달하고 관리·운영하는 성격을 갖는다. 다시 말해서 정부기관이 필요한 자원을 직접 조달·투자하여 병원을 설립하고 의료서비스의 제공을 위한 사업 등을 운영하는 것임. 따라서, 공공병원의 설립목적이나 사업내용이 공공성을 지니고 있음.

따라서, 공공병원은 일부에게만 혜택이 돌아가는 의료서비스 보다는 보다 보편적이고 필수 불가결한 의료서비스에 중점을 두어야 하며, 재정수익성 여부를 떠나 국민들의 필요에 부응하는 의료의 제공에 비중을 두어야 함.⁶⁾ 대부분의 선진국에서는 공공보건의료기관이 대다수를 차지하여 보건의료서비스의 제공이 주로 공공보건의료기관 중심으로 이루어지고 있으나, 우리나라는 민간의료기관이 전체의 85%를 차지하고 있기 때문에 공공보건의료서비스는 민간의료서비스의 보완적인 형태로 존재하고 있음. 그러함에도 공공보건의료기관이 국민 건강수준 향상에 기여한 바는 무시할 수는 없을 것이다. 특히 전염병관리, 모자보건사업, 건강증진사업은 국민건강수준 향상에 큰 기여를 하였으며, 이는 민간의료기관에서는 엄두를 낼 수 없는 사업들임.

3) 새정치국민회의 정책위원회(1998), 보건의료개혁정책, p.230.

4) 임주영, 『서울특별시 시립병원의 운영실태와 개선방안에 관한 연구-능률성과 공익성을 중심으로-』, 동국대학교 석사학위 논문, 1997.

5) 이은혜, 『우리나라 공공병원의 역사적 변천과정 고찰』, 경희대학교 석사학위 논문, 2004.

6) 이은혜, 『우리나라 공공병원의 역사적 변천과정 고찰』, 경희대학교 석사학위 논문, 2004.

이러한 긴요한 사업들은 수익성을 추구하는 민간병원에서는 잘 담당하지 않는 사업들임. 즉, 우리나라의 공공병원은 보건관리사업이나 민간병원이 소홀하기 쉬운 농어촌지역 주민, 경제적 취약계층 및 특수질환자, 국가의 특수임무 수행자 등에 대한 의료를 공급하는 역할을 감당하여 보건의료분야의 안전망의 역할을 수행하고 있음. 최근 의약분업제도 실시과정에 의료기관 폐업 사태를 경험하면서 공공병원이 보건의료부분에서 차지하는 안전망 역할이 강조되고 있으며, 공공병원의 확대 여론이 제기되고 있음.

공공병원의 활동들이 지역사회 주민, 나아가서는 전체 국민보건 향상에 기여해온 것이 사실이지만, 아직도 많은 문제점을 내포하고 있음. 첫째, 관료조직이 갖고 있는 구조적인 문제로서 경직성, 비합리성, 비효율성 요인을 공공병원도 정부와 지방자치단체 소유 병원으로서 정부조직의 통제 속에서 합리적인 의사결정이 이루어지기 어렵고 경직된 정부조직의 예산 회계제도에서 자율적인 운영은 생각할 수 도 없음.

정부의 예산지원에 의한 공익사업에서 경제적 동기 부여는 기대할 수 없으며 효율적인 운영을 위한 리더쉽은 찾아보기 어려운 것이 현실임. 둘째, 각 공공병원들의 기능이 막연히 설정됨으로써 공공성을 확실히 담보해 내지 못하였으며, 일반 민간의료기관간의 차별성을 유도해 내지 못하였음. 셋째, 관련 부처간, 중앙정부와 지방정부간 연계체계 미흡으로 일관성 있는 정책이 추진되지 못하였고 공공병원들을 관장하는 중앙부처간에 공식적인 연결고리가 없기 때문에 공공병원들 운영에 일관성이 없음.⁷⁾

의료기관의 공공성이란 사적 이윤추구가 아닌 공공의료 제공에 경영의 최고 목표를 두는 것임. 즉, 공공성을 지닌 의료사업을 수행하는 기관으로 중앙 또는 지방 자치단체 등 정부기관이 재정을 지원하거나 의료서비스의 제공을 담당하여 사업수행을 지원하는 기관으로 정의할 수 있으므로, 공공의료기관이 공공성을 추구하는 것은 그 지역사회의 이익에 부합하기 위해서이며 지역사회에서 필요하고 장려되어야 한다면 정부차원에서 의료를 공급해 주어야 한다는 것임.⁸⁾

급격히 변화하는 의료 환경과 열악한 의료상황에 공공병원은 방만한 경영, 비효율적인 인력구조, 경직된 병원운영체제 등으로 민간병원에 비해 의료 경쟁력이 매우 떨어져 있어서, 공공병원이 존속하기 위해서는 개혁이 요구됨. 그렇지만 공공병원은 설립이념에 맞고 공공성에 부합하는 사업과 역할을 수행해야 하므로 경영효율이나 수익성을 추구하기 어렵고 경영 전문성도 민간병원에 비해 열악한 수준임을 이유로 의료공급체계에 있어서 민간병원을 보완하는 형태로 존재해왔음.

7) 이은혜, 『우리나라 공공병원의 역사적 변천과정 고찰』, 경희대학교 석사학위 논문, 2004.

8) 정미란, 『지방공사의료원 경영방식에 따른 성과 평가(간접경영방식과 민간위탁 경영방식을 중심으로)』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2003.

경제성장에 따라 건강에 대한 관심과 참여도가 높아지고 국민들의 건강이 하나의 권리로 인식되는 상황에서 공공의료기관은 역설적인 도전을 받고 있다. 즉, 공공병원의 기능과 역할에 대한 회의론과 이에 따른 공공병원의 민영화 주장이 심심치 않게 논의되고 있는 것이다. 특히, 민간의료기관이 인력 및 시설 면에서 지속적인 성장을 보임에 따라서 정신병이나, 결핵 등 특수 진료기능을 제외한 일반적인 진료는 민간부문의 능력으로 충실히 잘 수행할 수 있으므로 상대적으로 경직되어 있는 공공부문은 이러한 일반진료기능에서 손을 떼어야 한다는 주장도 나타나고 있음.⁹⁾

기존의 공공병원은 양적인 부족, 부족한 인력, 낙후된 시설과 장비, 경직되고 관료적인 운영, 저소득층 진료기관 이미지, 수익성 중심의 경영평가, 형식적인 국가보건의사업 등의 문제점을 안고 있음. 그러나 최근 공공병원에 대한 인력과 시설, 장비 등에 투자가 이루어진 신설 공공병원들은 새로운 가능성에 대한 희망을 주고 있음. 이제 공공병원은 저소득층 진료를 담당하는 병원이라는 고정관념에서 벗어나 적정진료와 질병예방을 시행하는 합리적 의료공급자로서의 역할을 해야 함.¹⁰⁾

2. 민간위탁과 민영화

민간위탁에 대한 개념을 이해하기 위해서는 먼저 그 관련 개념으로서 민영화(privatization)에 대한 논의가 선행될 필요가 있음.

민영화 개념은 크게 광의의 개념과 협의의 개념으로 구분할 수 있는데, 광의의 개념은 정부 활동이 축소되고 민간 활동이 증대되는 변화 일반을 의미하며, 협의의 민영화는 미국을 제외한 우리나라 등에서는 광의의 민영화 중 소유권까지 모두 민간으로 이전되는 정부 활동의 축소 형태를 의미하나, 미국에서는 오히려 민간위탁을 의미함.

9) 이은혜, 『우리나라 공공병원의 역사적 변천과정 고찰』, 경희대학교 석사학위 논문, 2004.

10) 문미영, 『지방공사의료원의 경영평가에 관한 연구』, 밀양대학교 석사학위논문, 2004.

〈표 II - 1〉 민영화 요인

요 인	목 표	이 유
실용주의적 (pragmatic) 요인	더 나은 정부 (better government)	신중하게 이루어진 민영화는 비용 효과 면에서 보다 생산적인 공공서비스를 창출해 낼 수 있음.
이념적 (ideological) 요인	더 작은 정부 (less government)	정부가 너무 크고, 너무 강력하고, 국민생활에 지나치게 간여함으로써 민주주의의 위험요소가 되고 있음. 또한 정부의 결정은 정치적인 것으로 자유시장체제에 의한 결정보다 신뢰도가 낮음.
상업적 (commercial) 요인	더 많은 사업기회 창출(more business)	정부의 지출은 국가 경제에 큰 몫을 차지하고 있음. 국영기업이나 국가적 자산은 민간부문에 의해 보다 효율적으로 관리될 수 있음. 이러한 측면에서 보다 많은 정부 사업이 민간부문에 맡겨져야 함.
대중적 (populist) 요인	더 나은 사회 (better society)	국민들에게 공공서비스에 대한 보다 많은 선택권이 주어 져야 함. 국민들이 자신들의 공통된 욕구를 정의하고 표출할 권한을 가져야 함은 물론이려니와 그들과 거리감이 있는 관료조직에의 의존도를 줄이고 대신 가족과 이웃, 교회 및 자발적 조직에 대한 의존도를 높임으로써 공동체 의식을 확립할 수 있는 권한이 부여되어야 함.

우리나라에서는 민간위탁은 소유권은 이전되지 않고 관리나 생산 기능만 이전된 정부 활동의 축소란 의미로 사용됨. 따라서 민간위탁은 민영화의 하위개념으로 혹은 민영화와 병렬적인 개념으로 사용됨. 즉 광의의 민영화 개념과의 관계에서는 그 일부 유형의 하나로서 하위개념으로 사용되고 협의의 민영화 개념과는 소유권은 보유한 정부 관여의 축소란 의미로 병렬적인 개념으로 사용됨.

민간위탁은 정부가 생산하여 공급하던 공공서비스를 정부 대신 민간기관이 소비주체인 주민에게 공급하는 형태를 의미함. 즉, 서비스 공급의 세 가지 요소를 서비스의 공급 결정, 서비스 생산, 서비스의 대가 지불(재정부담)이라고 한다면, 서비스의 공급 결정과 대가지불의 역할은 정부가 담당하고 서비스의 생산만을 민간부분이 담당하는 방법임. 이는 공급주체의 변동이라는 점에서 민영화와 동일하지만, 재화 서비스를 구입하는 쪽이 소비자가 아니라 정부라는 점에서 차이를 보임.¹¹⁾

11) 황혜신, 『공공서비스 민간위탁의 이론과 실제』, 2006.

〈표 II - 2〉 민영화와 민간위탁의 비교

구 분	정부직접생산	민간위탁	민영화
서비스 내용의 규정 주체	정 부	정 부	민간사업자
서비스의 구입자	정 부	정 부	일반국민(정부포함)
서비스의 생산자	정 부	민간사업자	민간사업자
자본자산의 획득·건설	정 부	정 부	민간사업자
자본 자산의 소유	정 부	정 부	민간사업자

공기업 민영화를 정부가 보유한 공기업 주식을 매각하여 소유권을 민간 부문으로 이전하는 것을 파악한다면 주식 매각방식을 기준으로 민영화 방식을 분류할 수 있음.¹²⁾

〈표 II - 3〉 민영화 방식의 비교

구 분	내 용	장 점	단 점
공모 방식	고정가격공모	사전에 가격 공모 후 매각	주식의 소유 분산 매각비용 과다
	입찰방식공모	경쟁입찰에 의해 매각	경제력 집중억제 소액일반투자자 매수기회 제한
	혼합방식	고정가격+입찰	주식매각에 유리 매각비용 과다
직접매각	특정인 또는 특정기업에 직접 매각	· 책임경영에 의한 경영 효율성 향상 · 매각절차 간편 · 비용 저렴	독점에 따른 폐해
국민주방식	일반국민들에게 매각	· 투자자의 저변확대 · 소득재분배 · 공기업 독점소유방지	외부효과의 존재 무임승차의 문제

12) 김순양, 『복지서비스의 민간위탁 시스템 분석』, 2006.

〈표 II - 4〉 영국과 프랑스의 공기업 민영화 정책 비교

영 국	프 랑 스
1) 경쟁도입 2) 적극적인 인센티브 제공 3) 다양한 주식매각방법 : 주식 전체의 공모매각, 주식의 일부 매각, 직접매각, 경영자 직접인수 방식, 서비 스의 민간위탁, 특별주의 도입, 새로운 규제 기구 및 규제방식, 이익집단의 고려와 실업 대책	1) 국가 지시형 민영화 2) 다양한 민영화 방식의 도입 : 개인주주 육정책, 안정 주주제 방식 3) 민영화 기업에 대한 정부 개입의 유지 및 시 장 구조의 미약한 변화 4) 외국인 투자자에 대한 투자제한 및 완화

⊙ 민영화에 따른 법적 문제점은 다음과 같이 추론됨.¹³⁾

첫째는, 헌법상의 평등원칙과의 관계이다. 공적인 행정주체가 설치하고 운영하고 있는 역무의 제공이나 시설의 이용에 관해서 개별적인 명문규정여하에 불구하고 평등 원칙이 적용된다고 볼 수 있을 것임
과거공기업 민영화 과정에서 특혜시비가 제기되고 민영화로 인한 특정 재벌로의 부의 편중 현상이 문제시 되었던 만큼 민영화시 가능한 한 인수자의 자격과 관련하여 불합리한 제약은 제거돼야 할 것임.

둘째는, 의무제공의 단절성의 문제이다. 공행정의 주체는 공공적 과업내지 서비스를 계속적으로 제공할 의무를 지고 있지만, 민영화시에는 사업법에서 사업자에게 사업계속의무를 지우고 있을 때는 별문제가 아니지만, 그렇지 아니한 경우에 상대방의 의무제공의 불이행시의 이를 강제할 실효성 있는 제도적 장치의 부재가 문제될 수도 있음.

셋째는, 독점규정의 문제이다. 공역무를 수행하던 공기업을 민영화하였을 경우에 당해 사기업은 의무제공에 관하여 사실상 독점적 지위에 설 수가 있음.

넷째는, 절차상의 민주성 확보의 문제로 공기업 민영화를 비롯한 개혁·구조조정은 강압적·일방적으로 추진되어서는 아니 되며 이러한 방식은 민주적이지 못할 뿐만 아니라, 그 결과 역시 순기능만을 기대하기 어려움.

13) 백장준, 『공기업 민영화의 법적 문제와 그 한계에 관한 연구』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2002.

민간이 대체할 수 없는 고유한 국가 기능이 존재함에도 불구하고 정부는 공권력을 사집 단에게 이양함으로써 국가가 헌법상 지는 의무를 회피할 우려가 있음. 민영화에 의해 보장 받는 이익이 민간부문의 윤통성과 재량이라면 그것은 시민의 권리를 희생한 대가일 수 있다는 것임. 따라서 국가는 정부서비스를 민영화한다 하더라도 민간기관에 허용할 재량의 범위를 현저히 축소시켜야 한다는 것인데 이유는 민영화와 시민의 자유는 상호 배타적인 목표이기 때문임.¹⁴⁾

민간위탁 경영방식은 인건비의 절감이나 수탁자가 가지고 있는 경험, 자재, 설비 등을 적절히 이용할 수 있다는 장점이 있으며, 기업경영의 합리성과 능률성을 접목시킬 수 있어 공기업의 비효율적인 업무수행 능력을 보완할 수 있다는 기대효과가 있으나, 수탁자가 지나치게 수익성을 중시하여 지역 주민의 부담을 증가시킬 수 있으며 경영상의 문제점이 나타나도 책임소재가 불명확하여 수탁자는 그 책임을 면하게 되는 불합리한 구조적 문제가 있음.¹⁵⁾

지방공기업을 민영화 할 경우 장점으로 지방자치단체가 고정비용 등 의료원 경영 적자 보전에 따른 재정 부담에서 해방될 수 있어 지방자치단체의 가용재원이 크게 늘어나게 되고, 공기업 매각으로 조달된 막대한 재원을 시급한 지역현안사업 추진에 투자함으로써 지역발전을 촉진시킬 수 있으며, 또한 경쟁이 치열해지면서 고객위주의 서비스 경영을 촉진시켜 주민에 대한 서비스의 질이 향상될 수 있다는 점 등을 들 수 있음. 그러나 적자운영만을 고려한 감축관리의 일환으로 민영화를 단행할 경우에 영리성 위주의 경영으로 지역주민의 의료비 부담이 확대될 수밖에 없으며, 또한 민영화에 대한 기존 직원들의 저항극복이 쉽지 않을 것이며 설사 저항을 잘 수습했다 하더라도 퇴직금 등 사후 처리 문제가 발생할 수 있다는 단점이 있음.¹⁶⁾

14) 이승용, 『한국 공기업의 민영화가 기업 성과에 미치는 영향』, 성균관대학교 박사학위 논문, 2007.

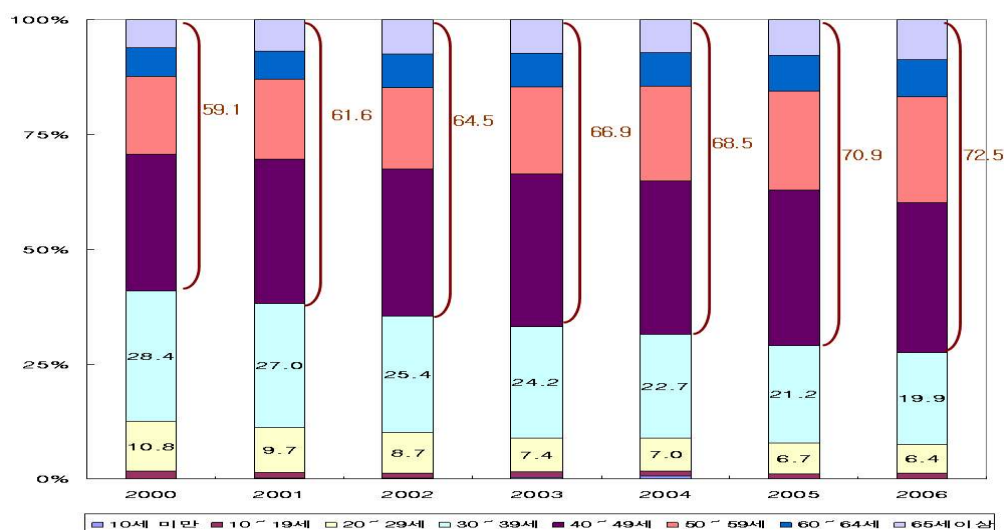
15) 이승용, 『한국 공기업의 민영화가 기업 성과에 미치는 영향』, 성균관대학교 박사학위 논문, 2007.

16) 조원구, 『지방공사 의료원의 운영방식 개선에 관한 연구-성과분석을 중심으로-』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2000.

3. 공공정신의료서비스 (노인, 알코올, 재활전문)

정신질환의 유병률을 보면 40~49세가 19.3%, 50~59세 17.8%, 60~64세 20.6%로 나이가 들어감에 따라 점차적으로 높아지는 것으로 나타나고 있음. 2000년부터 2006년 재원 환자의 연령별 분포를 보면, 실제로 40대 이상 환자의 비율이 점차 증가하고 있으며, 2000년 59.1%에서 2006년 72.5%로 13.4%p 증가함. 상대적으로 20대와 30대 환자는 점차 감소하는 추세(2000년을 기준으로 2006년 약 22.9%p가 감소함)를 보임.¹⁷⁾ 이와 같은 결과는 정신질환 발병 후 지역사회로 복귀하기 보다는 입원치료를 통해 병원에 머물고 있는 경우가 훨씬 더 많음을 의미하며, 신규환자 발생보다 만성정신질환자의 장기재원이 더 많음을 의미하는 것임.¹⁸⁾

재원환자의 중앙연령도 2000년 42.04세에서 2006년 45.91세로 약 3.83세가 증가한 것으로 나타나 정신의료기관에 재원하고 있는 환자가 점점 고령화되고 있음을 알 수 있음.



〈그림 II-1〉 입원환자 연령의 연도별 변화추이

점차적으로 고령화가 되어 가면서 이들이 퇴원 후에도 지속적으로 관리가 필요함에도 불구하고 갈 수 있는 곳은 지극히 한정되어 있어 사회복귀에도 어려움이 있으며 점차 고령화가 되면서 이에 따른 60세 이상의 환자 중 16.9%가 순환기, 소화기, 호흡기, 내분비 질환 등의 신체적인 질환을 동반하고 있는 것으로 나타남.¹⁹⁾ 하지만 현재 노인치매병원을 제외하면 노인정신과 전문병원이 전무하며 단지 몇몇 정신과 병원 내에 노인병동이 특화되어 있으며 정신병원에는 내과적 질환 이외 만성질환들은 타 종합병원으로 이송되고 있는 실정임.

17) 중앙정신보건사업지원단, 보건복지 가족부

18) 국가정신건강정책 10개년 계획

19) 보건연구 정보센터 2000, 이경덕 외

㉠ 우리나라 노인병원의 현황을 살펴보면 다음과 같음²⁰⁾

〈표 II - 5〉 노인병원 현황

구분	요양병원	노인전문병원	치매요양병원
정의 (법적 근거)	(의료법 제3조 5항) 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설로서 주로 장기 요양을 요하는 입원환자를 대상으로 의료를 행할 목적으로 개설 하는 의료기관	(노인복지법 제34조) 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설 (노인복지법 제35조4항) 의료법상의 요양병원으로 봄	(시도립 치매요양병원 설립 운영 지침) 치매노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공하여 치매 질환의 악화 방지 및 치매노인 가족의 고통경감
입소 대상자	(의료법 시행규칙 제 28조의 4) 노인성 질환자, 만성질환자 및 외과적 수술 혹은 상해 후의 회복 기간에 있는자. 다만 정신질환자(노인성치매환자제외)전염성 질환자 제외	(노인복지법 시행규칙 제18조) * 노인성 질환으로 치료 및 요양을 필요로 하는 자 * 임종을 앞둔 환자	장기요양을 요하는 치매노인환자(의료기관, 보건소 등으로부터 의뢰되거나 직접 내원한 환자로 일상생활 자립도 수준이 3군 이상이라고 판단되는 자)
기관수 (서울)	733개(61개)		50개(37개)

노인에서 정신과적 장애는 환자와 가족 뿐 아니라 공중 보건의 측면에서도 주요한 문제로 대두되고 있음. 향후 우리나라에서 노인인구의 증가는 더욱 가속화 될 것이며 이들 주요 정신장애의 유병률도 급속히 상승될 것으로 이에 대한 국가 차원에서의 대책마련이 시급하다 할 수 있음.

서울시 정신의료기관에 입원해 있는 알코올환자는 전체 알코올 환자 5,621명중 2000년 10.9%(475명) 2003년 16.4%(773명) 2006년 18.3%(1,029명)로 지속적으로 상승하고 있는 것으로 나타남.²¹⁾

20) 2009년 5월말 기준, 심사평가원

21) 이해국외 알코올 사용장애 전문치료기관 지정 기준 개발을 위한 예비연구 2008

알코올 사용장애는 유병율이 높고 그 질병부담이 매우 큰 질환임에도 불구하고 알코올 사용장애에 이환된 환자들에 대한 적절하고 효율적인 치료서비스가 이루어지지 않고 있는 실정으로 알코올 전문치료기관 지정제도를 통해 효율적으로 조직화할 수 있는 정책적 대안이 필요함.

신체적인 질환을 치료하고 회복하기 위해서는 재활이 중요하듯이 만성정신질환자도 사회 복귀를 위해서는 퇴행된 사회적 기능을 회복시켜줄 수 있는 재활훈련이 무엇보다 필요하나 서울시에는 이런 재활을 전문으로 하는 기관이 없는 상태이로 공공의료기관에서의 역할이 무엇보다 필요하다고 할 수 있음.

〈표 II - 6〉 재활의료기관 역할 및 현황

재활의료기관	역할 및 대상	정신과 재활서비스 제공 기관
종합병원 내 재활의학과	신경과, 신경외과, 정형외과, 심장내과, 호흡기 내과, 신장내과, 소아과, 안과등과 같은 곳 에서 만성질환관리가 필요한 대상자	의료기관 내 낮 병동 광주 세브란스 재활병원
재활전문병원	뇌졸중, 외상성 뇌손상환자, 척추손상, 신경근육 질환, 소아재활	
재활요양병원	만성기 재활치료에 해당하지만 아직 의학적 안 정성이 부족하거나 스스로 관리할 능력이 부족 하여 재활의 개입이 필요한 대상자	
재활의학과 의원	기능향상이 상당히 이루어진 상태로 개별적으로 미비한 특정 기능향상이 필요한 자	
보건소	방문보건사업, 장애인자조모임등을 운영	정신보건센터
복지관	체력단련실이나 운동치료실, 물료치료실등을 마 련하여 지속적인 기능관리를 목적으로 함.	사회복귀시설

4. 정신병원의 시설

우리나라 정신질환 1년 유병률은 18세 이상 64세 이하 인구의 12.9%로 매년 약 412만 명이 정신질환에 이환됨.²²⁾

〈표 II - 7〉 정신장애 일년 유병률 및 추정환자 수(성과 연령별 보정)

	남 자		여 자		전 체	
	유병률 (%)	추정 환자수(명)	유병률 (%)	추정 환자수(명)	유병률 (%)	추정 환자수(명)
알코올사용장애	8.7	1,392,826	2.5	402,571	5.6	1,795,397
정신병적 장애	0.4	68,938	0.2	31,645	0.3	100,583
기분장애	2.1	340,596	3.9	611,584	3.0	952,180
불안장애	3.2	511,808	6.9	1,085,321	5.0	1,597,129
모든 정신장애* 니코틴사용장애제외	13.0	2,085,508	12.9	2,035,576	12.9	4,121,084

* 지난 일 년 사이에 한번이라도 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자

서울시정신보건사업지원단에서는 중증정신질환자를 인구의 1%(약 10만명)로 추계함.²³⁾

22) 보건복지가족부, 『2008년 정신보건사업 안내』, 2008.

23) 서울특별시·서울시정신보건사업지원단, 『서울시 지역정신보건센터 중증정신질환관리 프로토콜』, 2008.

㉠ 2007년 6월말 현재 우리나라 정신보건기관·시설현황은 다음과 같음.²⁴⁾

〈표 II - 8〉 우리나라 정신보건기관·시설현황

구 분		기관수	주 요 기 능
계		1,555	-
정신보건센터 (지방비 지원센터 포함)		151	정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·진료·사회 복귀훈련 및 사례관리, 정신보건시설간 연계체 계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 및 수행
정신의료기 관	국·공립	18	정신질환자 진료, 지역사회정신보건사업 지원
	민 간	1,128	정신질환자 진료
정신요양시설		58	만성 정신질환자 요양·보호
사회복귀시설		170	치료·요양하며 증상이 호전된 정신질환자 일상 생활·작업훈련, 주거
알코올상담센터		30	알코올중독 예방, 중독자 상담·재활훈련

㉠ 우리나라 정신병원과 정신질환자 요양시설의 문제점은 다음과 같이 정리됨.

<표 II - 9> 우리나라 정신병원과 정신질환자 요양시설의 문제점

정신병원의 문제점	정신질환자 요양시설의 문제점
① 전문치료병상 및 요양시설의 부족 ② 정신질환관리 체제의 미흡 ③ 종사자에 대한 처우 미흡 ④ 민간자원의 활용 미흡	① 정신요양시설의 낮은 보호수준 ② 사회복지시설의 기능 미정립 ③ 시설운영의 전근대성 ④ 시설배치의 불균형
⑤ 무분별한 병상증설에 의한 환자들의 장기수용화 경향의 심화	

24) 보건복지가족부, 『2008 정신보건사업 안내』, 2008.

㉠ 정신질환자 시설의 건축계획 시 고려해야 할 일반적인 사항을 요약하면 다음과 같다.²⁵⁾

- 정신질환자를 위한 건물은 환자들이 일상적인 생활로 돌아갈 수 있도록 도와주는 중간적인 시설이다. 그러나, 이 시설들이 환자들의 기본적인 요구를 충족시켜 줌으로써 개개인에게 완전한 세계로 받아들여져, 이들이 입원하기 전에 사회에서 각종 작업은 물론 가족부양 등 최소한 매일 매일의 생활에 연관된 여러 가지 활동에 참여하였다는 사실을 잊어버리고 무시하게 된다. 따라서, 정신질환자들에게 시설 내에서 각 개인들의 특수한 조건이 허락하는 만큼 사회에서의 행동을 최소한 흉내라도 내도록 해 주는 것이 중요하다.
- 정신질환자 시설은 일반병원과 달리 환자의 대부분이 육체적으로 건강하면서도 입원기간이 길고, 이에 따른 생활의 영역이 병동 내에 제한되고 있기 때문에 병실과 데이 스페이스(Day-Space)의 중요성이 강조됨. 따라서 병동 내에 있는 경우에, 주간에는 되도록 데이룸(Day Room)에서 생활하고, 식사는 식당에서 하도록 한다.
- 개인의 영역을 존중하여 때때로 사색할 수 있는 장소가 있어야 하고, 환자 상호관계의 개선을 위하여 가능한 한 공간을 소규모 단위로 구성한다.
- 실내 외부에 자연스러운 분위기를 조성하여 안정감을 주도록 한다.
- 환자 입원기간동안의 치료과정(약물요법, 작업요법, 오락요법 등)과 연계된 생활공간 조성을 위해 병동부에 실내체육관, 집회실, 수예공작실, 옥외운동장 등을 설치하는 것이 바람직하다.

현재 일본에서는 시설의 노후화에 따라 기존 건물의 개수와 개축의 필요가 높아진 시기적 상황에 맞물려, 환자의 치료 및 요양에 보다 중점을 두는 정신의료서비스체계에 적합한 새로운 시설환경을 위한 계획적 지침이 요구되고 있음.

정신병원은 생활·요양기능(병동), 진료·치료기능(외래부, 진료부, 생활요법부), 공급부문(전기, 설비 등), 관리부문(행정, 계호, 관리), 기타부분(급식, 영선, 청소, 기숙사, 장래확장부분, 주차장, 창고, 실외정원, 체육장, 산책로 등)으로 구분할 수 있음. 또한, 기능적 부분의 요소와는 별도로 휴게실이나 매점, 이용실, 식당 갤러리, 옥외에 일광·화단·연못 등을 설치하는 것이 바람직함. 즉, 이러한 Amusement Space를 각 부문을 잇는 선상에서 비연속적으로 설치하여 ‘경계성’을 갖게 함으로서 도시공간 속에서 경험할 수 있는 비연속성을 병원 속에서 만들어 보다 치료적인 환경을 양성할 수 있음.²⁶⁾

25) 유영식, 성성진, 『정신병원과 정신질환자 요양시설의 연계에 관한 연구』, 대한건축학회학술발표 논문집, 14(1):49-52, 1994.

26) 이중호, 『정신병원과 정신요양시설의 특성비교를 통한 건축계획에 관한 연구』, 단국대학교 석사학위 논문, 2002.

다양한 정신질환과 증상을 가지는 정신질환 환자에 있어 격리를 위한 보호병실과 다인병실의 두 가지 패턴만의 치료환경을 제시하기 보다는, 앞으로 개방 환경 내에서의 개인의 치료환경이 확보되는 병실구성의 변화와 단계적 치료 및 회복과정에 유연하게 대응할 수 있는 시설환경의 체계가 필요한 것으로 생각됨. 또한 병실의 설비 면에서 세면기, 화장실 등의 위생 시설, 책상과 의자 등의 일상 생활관련 시설의 설치 및 보유율이 적은 반면, 도어 잠금장치, 격자형 철창 등의 보호 관리적 설비가 많은 것으로 나타나 정신병원의 치료 및 요양환경의 낮은 수준을 보여주고 있음. 정신의료시설에 있어서 생활 관련시설의 충실과 함께 설비의 고안을 통한 환자가 안정할 수 있는 치료환경을 위한 심리적 배려가 필요함.²⁷⁾

5. 서울특별시립 정신병원

시립병원은 정치·경제·사회적 여건의 변화(소득수준향상, 인구의 고령화, 만성질환 비중의 증대, 의학의 발달 등 보건의료부문의 환경변화에 적극적으로 대처할 필요성 제기), 상병발생 양상의 다양화(복잡 다양한 현대사회에 적응하지 못한 정신질환자의 증가, 노인인구의 증가에 따른 만성퇴행성질환 및 노인성치매환자의 증가, 임산부의 약물복용, 음주·흡연·환경오염 등으로 인한 선천성 기형아 출생이 계속 증가), 특수병원에 대한 민간부문의 투자기피(정신·암·재해·치매 등 특수질환자에 대한 병원의 경우 투자비용이 높고 치료기간의 장기화로 민간부문에서 투자기피, 지역주민들이 자신들의 지역에 들어서는 것 반대)로 인해, 그 필요성이 제기되어 1954년 10월 30일 서울시조례 제56호로 “서울특별시립병원 설치조례”를 제정공포 하였으며, 이에 의하면 시립병원은 다음과 같이 6개소로 시작되었음.²⁸⁾

<표 II - 10> 초기 서울특별시립병원의 명칭 및 위치

명 칭	위 치
시민병원	중구 을지로 6가 18
순화병원	종로구 옥인동 46
자혜병원	용산구 원효로 1가 12
보건병원	종로구 사직동 산1
마약중독자 치료소	중구 주자동 41
영등포병원	영등포구 영등포동 22

서울특별시 위탁정신병원은 “서울특별시립 정신병원 설치 및 위탁운영에 관한 조례”에 의해 위탁운영 되어오다, 2003. 06. 16. 이 조례가 폐지되면서 “서울특별시립병원 설치 및 운영에 관한 조례”와 “서울특별시 행정사무의 민간위탁에 관한 조례”에 적용받고 있음.

27) 주용선, 『일본 정신병원의 시설현황과 병동특성에 관한 연구』, 대한건축학회논문집 계획계, 23(2):39-46, 2007.

28) 임주영, 『서울특별시 시립병원의 운영실태와 개선방안에 관한 연구-능률성과 공익성을 중심으로-』, 동국대학교 석사학위 논문, 1997.

㉠ 서울특별시 위탁시립병원의 근거가 되는 조례는 다음과 같음.

〈표 II - 11〉 서울특별시립병원 위탁 근거

「서울특별시립병원 설치 및 운영에 관한 조례」

제9조(관리·운영의 위탁)

① 시장은 필요한 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 병원의 관리·운영을 위탁할 수 있다.(개정 2007.04.17)

1. 「의료법」에 의하여 설립된 의료법인(개정 2007.04.17, 2008.09.30)
2. 다른 법률에 의하여 의학·약학 등에 관한 교육·연구와 진료를 위하여 설립된 법인(개정 2008.09.30)

3. 병원을 운영할 능력이 있는 비영리법인

② 제1항의 규정에 의하여 위탁·운영할 수 있는 병원은 다음 각 호와 같다.
(개정 2008.09.30)

1. 보라매병원
2. 용인정신병원
3. 백암정신병원
4. 축령정신병원
5. 고양정신병원
6. 동부병원
7. 장애인치과병원(신설 2005.04.14)
8. 북부노인병원(신설 2005.09.30)

제10조(수탁자 선정)

시장은 수탁자를 선정함에 있어 다음 각 호의 사항을 종합적으로 검토하여야 한다. (개정 2007.04.17)

1. 병원의 관리·운영을 위하여 필요한 인력·기구·장바·시설 및 기술수준
2. 재정적인 부담능력
3. 병원 운영에 관한 전문성 확보여부 및 사무처리 실적 등

제12조(준용)

제9조 내지 제11조에서 규정한 사항 이외에 병원의 관리·운영 위탁에 관하여 필요한 사항은 「서울특별시 행정사무의 민간위탁에 관한 조례」 제9조 내지 제16조의 규정을 준용한다.

「서울특별시 행정사무의 민간위탁에 관한 조례」

제6조(수탁기관의 선정기준 등)

시장은 수탁기관을 선정함에 있어 다음 각 호의 사항을 종합적으로 검토하여야 한다.

1. 위탁사무의 수행에 필요한 인력·기구·장비·시설 및 기술수준
2. 재정적인 부담능력
3. 위탁사무 관련 분야에 대한 전문성 확보여부 및 사무처리 실적 등

병원이 충분한 의료서비스를 제공하기 위해서는 먼저 병상확충 등 의료시설 공급이 선행되어야 하나 현실적으로 시설확충의 어려움을 감안할 때 기존시설의 이용도를 높이는 노력이 필요하나 현재의 시립병원은 운영체제상의 여러 여건상 병원운영의 효율성이 낮고, 따라서 시민들의 인지도도 낮은 실정임.

시립병원이 병원다운 기능을 효율적으로 수행하지 못하고 있는 것은 시설, 장비, 인력이 제대로 갖추어져 있지 않은 상태에서 공익사업의 전개와 재정자립이라는 상충되는 이중목표를 동시에 추구하는 데에서 생기는 문제점에 봉착하고 있기 때문이며 이러한 문제를 해결하려는 근본적인 정책의 하나로 시립병원에 대한 기본운영체제를 지방공사 또는 전문 의료기관에 위탁 운영하는 등 다양한 운영체제를 확대 도입하고 있음.²⁹⁾

서울대학병원에 위탁 운영하고 있는 보라매병원을 제외하고, 비록 의료보호환자에 대한 의무조항이 있다고 하더라도 장소가 서울시민이 이용하기 어려운 경기도 외지에 위치하고 있어 서울시민의 이용측면인 근접성에 있어서 문제점이 있다. 따라서, 보라매병원을 제외하고 서울시에서는 위탁운영에 따른 재정지원을 안하고 있음.³⁰⁾

공공의료기관보다는 사립의료기관에 의존한 현재의 정신보건 현실에서는 완치율도 낮을 뿐 아니라 장기간의 치료를 요하는 실정에서 특히 저소득층의 가족부담이 크기 때문에, 정신병원을 서울시 정신질환자 치료에 있어 핵심 역할을 수행할 수 있도록 기능을 전문화시키고 보건소의 지역정신보건 활동과 연계하여 환자 추적관리를 통해 사회복귀율을 높이도록 해야 할 것임.³¹⁾

◎ 지방공기업 병원은 제도적으로 지방자치행정관청인 시·도로부터 직접 지휘·통제 받고 있기 때문에 다음과 같은 장단점이 있음.

29) 김승연, 『시립병원 운영형태별 경영성과 비교분석-서울시의 사례를 중심으로-』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2005.

30) 임주영, 『서울특별시 시립병원의 운영실태와 개선방안에 관한 연구-능률성과 공익성을 중심으로-』, 동국대학교 석사학위 논문, 1997.

31) 임주영, 『서울특별시 시립병원의 운영실태와 개선방안에 관한 연구-능률성과 공익성을 중심으로-』, 동국대학교 석사학위 논문, 1997.

〈표 II - 12〉 지방공기업 병원의 장·단점

장 점	단 점
<ul style="list-style-type: none"> ① 중앙정부에 의한 국군 보조 이 외에도 지방비에 의한 보조금 조달이 가능하다는 재원조달상의 이점 ② 잘 조직화된 일반지방 행정체계를 통한 보건행정 통제가 용이 ③ 무료환자나 의료보호환자를 일반 행정 목적과 연관시켜 운영할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> ① 정부형태의 공기업에서 나타나는 경영의 경직성이 있으면서 병원의 기술혁신과 발전을 위한 신축성이 대적으로 약함 ② 공기업 또는 민간기업에 근무한 경험이나 지식을 가지고 있는 공무원이 거의 없을 뿐만 아니라 현실적으로 행정체계가 관료적 이어서 공기업의 공익성과 기업성의 제반이점을 살리지 못하고 있음 ③ 병원관리자에게는 인사관리상의 자율성이 부여 되어있지 않고, 전문직종종사자들의 보수수준과 부가급여제도가 민간의료기관 보다 매우 낮아서 이직률이 높고 의료진의 결원 발생 시 충원이 어려움 ④ 현행 병원마다 각각 독립적으로 운영되기 때문에 병원간의 연계가 없음

㉠ 경기도의 사례에 비추어 개인 위탁운영 형태의 지방공기업병원의 장단점을 살펴보면 다음과 같다.³²⁾

〈표 II - 13〉 개인 위탁운영 형태의 지방공기업 병원의 장·단점

장 점	단 점
<ul style="list-style-type: none"> ① 형식상 지방공기업병원과 마찬가지로 공기업경영을 하도록 되어 있으나, 공공 “서비스” 보다는 기업의 재산성제고에 치중하여 운영함으로써 정부나 도의 보조가 없이도 재정자립도는 우수한 편임 ② 병원의 조직과 운영면에서 상황변동에 적용 할 수 있는 신축성이 있음 ③ 원장을 비롯하여 전 직원이 공무원이 아니기 때문에 요원충원, 보수체계 등 인사관계에 있어서 자율성과 탄력성을 최대한 부여 받고 있음 	<ul style="list-style-type: none"> ① 위탁자인 병원장이 개인책임으로 병원을 운영하기 때문에 기업성을 더욱 추구함으로써 공익성과의 조화에 어려움 ② 수탁자가 병원의 건물을 증개축 또는 확장할 경우 이것이 자기개인의 재산으로 되지 않고 도에 증여하게 되므로 병원의 건물이나 시설은 임시적인 현상유지에 그치게 되며 결과적으로 공공병원은 관리소홀로 인하여 노후화 되어 쓸모없이 되기가 쉬움 ③ 위탁계약이 무효가 되거나 해약될 때에는 병원 사업을 계속하기 위하여 의료 인력을 인수하거나 새로이 충원하여야 하고 병원건물과 시설을 재건해야 하기 때문에 일시에 많은 재정보조가 요청됨

32) 김승연, 『시립병원 운영형태별 경영성과 비교분석-서울시의 사례를 중심으로-』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2005.

6. 공공정신병원 운영방안에 대한 선행연구

(국립서울병원, 『국립정신병원 의료 인력의 합리적 운영방안』, 2004)

서울시립정신병원 운영개선 방안에 관한 연구에 앞서 공공정신병원인 국립정신병원의 운영방안에 대한 연구를 고찰하였으며, 내용을 정리하면 다음과 같음.

일반적으로 공공의료기관은 환자의 진료, 질병의 진단과 치료에 대한 연구, 그리고 의료 관련 종사자에 대한 교육훈련 등을 그 설립목적으로 하고 있음. 그 중 진료 면에서는 공공성이 강하지만 수익성이 낮아서 민간이 기피하는 서비스를 제공하는 것이 우선이라고 할 수 있음.

하지만, 최근 많은 정신과 민간 의료기관이 주로 만성정신질환 환자를 대상으로 경쟁적으로 장기 입원서비스를 제공하는 현실에서 국립의료기관이 대형정신병동을 유지하면서 장기 입원서비스를 제공하는 것에 대하여 의문의 여지가 있음. 즉, 국립정신병원의 역할은 고식적인 수용보다는 특수정신질환의 진료나 새로운 치료 모델을 제시하는 것이라고 볼 수 있음. 그러나, 정신분열병 등 만성 정신질환을 앓고 있는 환자들이 대학병원이나 종합병원, 일부 민간 정신병원 등 적절한 수준의 진료질을 유지하는 의료기관에서 입원서비스를 이용할 때, 자기 부담금이 부담되어 이용하기 어려운 환자들이 많은 것이 현실임. 따라서, 국립정신병원에서 민간병원보다 상대적으로 낮은 비용으로 양질의 입원서비스를 제공받을 수 있다는 점에서 향후 국립정신병원의 입원서비스의 사회적인 필요성은 지속될 것으로 보임.

따라서, 지역사회 정신의학을 표방한다고 입원병상을 무턱대고 줄인다면, 상당수 저소득층 환자들은 적절한 입원 서비스를 받을 기회를 잃고, 최소한의 인력과 최소한의 치료 서비스를 제공하는 저질의 민간 의료기관에서 장기 입원되는 결과를 초래할 수 있음.

향후 국립정신병원은 단순 입원 중심의 서비스에서 벗어나 보다 특화된 의료 서비스를 제공할 수 있어야 하며, 치료 서비스 뿐만 아니라 재활 서비스의 비중을 높이고, 퇴원 후에도 지역사회와의 연계를 통하여 환자를 평생 관리할 수 있는 시스템의 구축이 필요함.

국립정신병원에서는 만성질환자의 장기입원을 위한 시설을 축소하고 특수병동을 확대해 나가야 하며 지역사회 정신보건을 활성화하기 위하여 필요한 재활병동을 지금보다 더 늘려나가는 것이 바람직함.

국립서울병원의 진료기능에 대한 정신보건전문가들의 기대는 높다고 할 수 있음. 현재까지는 상당수 정신질환이 만성적인 경과를 밟기 때문에 의료보험 저소득층에 대한 경제적인 부담을 줄인다는 측면에서 국립서울병원의 낮은 진료수가의 혜택은 적절했다고 볼 수 있음. 또, 서울에 위치하고 있다는 접근성의 장점으로 인하여 다른 대형정신병원에 비하여 비교우위에 있다고 할 수 있음. 하지만, 민간 정신의료기관과의 이런 경쟁은 국립정신병원 입원

수가가 점진적으로 현실화되고, 민간정신병원이 많이 건립됨에 따라 입원이 필요하면 쉽게 입원이 가능한 병원이 늘어나면서 의료보험 입원 환자의 입원 대기 적체가 줄어들고 있음.

또 국공립 정신병원은 환자들이 6개월 이상 비의료적인 이유로 장기 입원하는 것을 제한하였기 때문에 일부 환자들은 국립서울병원에서 떨어져 나가 만성정신병원에 장기 입원되는 경향도 보이고 있음. 따라서, 국립서울병원도 진료분야에서 여타 민간 정신의료기관과 경쟁에 놓여지게 되었고, 국립병원을 차별화할 수 있는 정책에 점차 관심을 갖게 되었음.

이런 여건에서 국립정신병원이 택할 수 있는 몇 가지 방향은 다음과 같음.³³⁾

첫째, 국립서울병원은 공공의료기관이기 때문에 민간이 제공하지 못하는 공공성 및 공익성을 추구하면서 국민에게 신뢰를 얻는 길.

둘째, 국립서울병원이 국립암센터처럼 민간의료기관에 경쟁을 하여 전문성 면에서 차별성을 가질 수 있는 분야를 개발하는 것.

셋째, 지역사회 정신보건사업을 지원하고 주관하는 쪽으로 진료기능을 변화시켜 나가는 것.

탈원화라는 대의명분 아래서 단순한 병상수의 감축이 아닌 몇 가지 중요한 전제 아래 변화가 이루어져야 함.

첫째, 병상수를 줄이되 급성기 입원환자를 위한 병상을 40-50병상 정도 유지해야 한다. 즉, 급성기 환자를 치료할 수 있는 병상이 더 확대되고, 응급의료센터를 통해 지역사회 환자들이 급할 때 이용할 수 있어야 하고, 호전될 경우 개방병동과 낮병동, 그룹홈 등을 통하여 지역사회로의 적응과정이 체계적으로 이루어져야 한다.

둘째, 단기입원이 아닌 환자들을 대상으로는 지금보다 더 재활 프로그램이 활성화되어야 한다. 계속적으로 입퇴원을 반복하는 환자들 상당수는 기본적인 사회기술이나 대인관계 능력이 부족한 경우가 많기 때문에 재활치료를 통하여 개방병동이나 낮 병동으로 한 단계 나아갈 수 있어야 한다. 동시에 지역정신보건센터와의 연계를 통하여 폐쇄병동으로의 재입원을 억제하는 정책을 펴나가야 한다.

셋째, 일부 병상은 대학병원에서 입원 치료하기가 어려운 난치성 정신질환자를 대상으로 하는 전문병동으로 특화시킬 수도 있다고 본다. 단기간의 입원으로 효과를 보기 어려운 환자의 경우 전기충격치료를 비롯한 여러 가지 다양한 치료를 할 수 있는 프로그램을 개발하는 것도 필요하다.

33) 국립서울병원, 『국립정신병원 의료 인력의 합리적 운영방안』, 2004.

㉠ 국립서울병원의 개선 방향 안으로는 다음의 두 가지가 제시됨.

첫째, 급성치료 전문화병동과 사회재활치료병동 중심의 병원 모델이다.

국립서울병원을 크게 정신질환 전문진료팀과 정신사회재활팀과 정신보건연구팀으로 운영한다. 정신질환전문진료팀은 정신분열병 등 전통적인 정신과 병동에 재활치매 등의 노인성 질환, 자폐증이나 행동장애 등 소아청소년 질환, 알코올 및 약물 관련 질환, 결핵이나 AIDS 등 신체질환 합병 정신질환 등을 중심으로 경쟁력 있는 전문클리닉 및 병동으로 키워나간다. 전문치료팀은 전문치료 기능을 강화하기 위해서 병동 규모는 50 병상 규모가 적정하다

50병상당 기본 시설로는 면담실 2개, 격리실 2개, 집단치료실 2개(작업실 1개 포함)를 갖추는 것이 필요하다.

정신사회재활팀은 사회적응 및 직업재활 기능을 강화하는 것이 목적이며 병동 규모는 개방병동의 경우 60병상 규모가 적정하며 낮병동의 경우 50-60명 사이가 적당할 것으로 보인다. 재활병동의 경우 60병상 당 기본 시설로는 면담실 2개, 격리실 1개, 집단치료실 및 작업실 4개를 갖추는 것이 필요하다.

정신사회재활팀은 급성기는 지난 환자를 대상으로 하므로 치료의 강도가 낮아서 인력의 구성이 정신과의사보다는 간호사, 사회복지사의 비중이 상대적으로 높다. 즉, 정신과 전문의 인력은 60병상당 1.0명(전공의 제외) 수준이 현실적이고, 간호인력은 60병상 당 간호사 7명, 간호조무사 6명 수준이 적당하다고 판단된다.

둘째, 정신보건연구 중심의 병원 모델이다.

현재 한국의 정신과 병상이 국제기준에 비추어 과잉이라는 점과 임상진료기능은 민간병원에서도 잘 담당할 수 있다는 점, 시도 단위 공공의료기관이 있다. 실제 미국의 경우 국립정신보건연구원(National Institute of Mental Health)의 경우 연구 활동을 주로 하고 병상은 연구환자를 위한 입원으로만 활용하고 있다. 현실적으로 공공병원의 비중이 매우 낮고, 정신보건분야의 경우 영리위주의 민간병원으로는 수행 할 수 없는 분야가 많아서 현실성이 부족하다.

수십년간의 정신질환의 국가적 관리 방법은 부족한 병상과 정신과 전문인력의 확충을 통한 기본적인 정신보건 수요를 충족시키기 위한 정책에 초점이 맞추어져 왔음. 최근 정신과 병상과 전문 인력이 급격히 확충되면서 정신질환자의 기본적인 수요를 충족시키고 있는 가운데, 1995년 정신보건법 제정은 정신질환의 지역사회관리로의 전환을 촉발하였고 이와 더불어 정신질환에 대한 보다 높고 효율적인 관리가 요구되고 있음.

민간정신병원의 급격한 증가로 정신과 병상은 선진 외국에 비할 때 적정 수준을 확보하여 과거보다 정신과 진료의 접근성은 높아졌지만 민간기관이 정신보건서비스의 대부분을 제공하면서 정신과 서비스에 대한 표준적인 적정 진료가 확립되지 못하고 있음. 병동 당 너

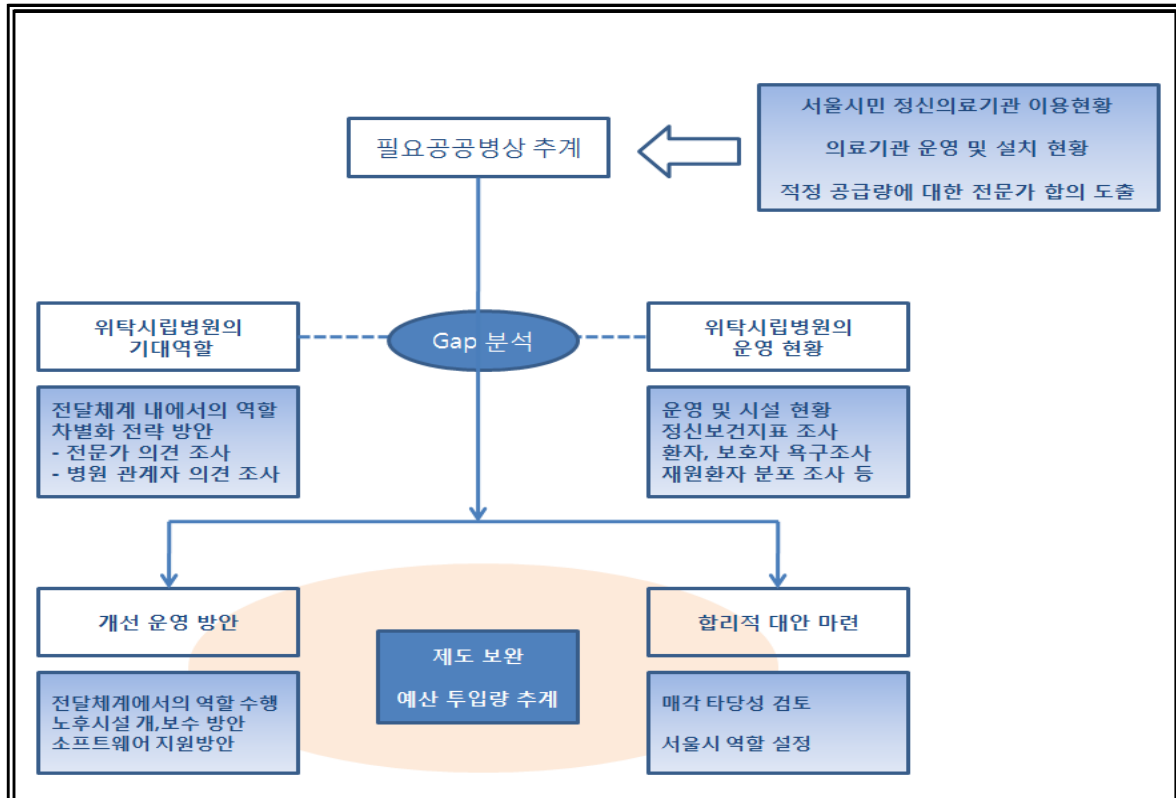
무 많은 환자가 입원되어 있고, 환자 수에 비하여 너무 적은 치료진이 확보되어 있음. 또한, 민간정신병원에서는 경제적 이유로 사회 재활 서비스가 통합적으로 이루어지지 못하고 있음. 또한, 아동·노인·알코올 및 마약중독과 같은 특수서비스는 종합병원 및 대학병원급에서는 적정 규모를 이루지 못하여 전문적인 치료가 이루어지지 못하고 있음.

㉠ 미래의 국립정신병원의 역할은 다음과 같이 제시됨.

〈표 II - 14〉 미래의 국립정신병원의 역할

임무	환자들의 지속적인 관리가 가능하도록 통합된 서비스를 제공함
담당 환자군	<ul style="list-style-type: none"> - 반복적 재발, 장애, 장기 입원이 필요한 중증만성정신질환자 - 정신증상이 심한 노인 환자 - 시도지사에 의한 입원 및 사법적인 문제가 생긴 환자 - 알코올 및 마약 중독자 - 자폐아 등 행동장애가 심한 발달장애 아동
서비스 모델 (국립서울 정신병원)	<ul style="list-style-type: none"> - 입원서비스 : 질병의 성격에 따른 전문화 입원서비스를 제공, 전문화된 분야가 정신보건 서비스 네트워크와 긴밀한 연결망 - 외래서비스 : 서울에는 풍부한 정신과 외래서비스가 제공되고 있으므로 서울국립병원에서 지역사회 프로그램과 밀접한 협력관계를 유지하는 것은 매우 복잡하면서도 중요한 과제임
향후 전망	<ul style="list-style-type: none"> - 국립정신병원은 향후 20년 정신과 서비스의 중요한 요소로 남을 것이다. - 국립정신병원은 지역사회 여건에 맞게 독자적인 발전방향을 모색하여야 한다. - 지역정신보건사업을 주도하는 지역보건과의 협력이 강화되어야 한다. - 국립병원의 서비스 질 향상이 필요하다.

1. 연구개요



〈 그림 III - 1 〉 연구의 틀

Q. 정책 질문?

- 1) 서울시 정신질환자의 적정치료를 위한 입원 병상은 적정한가?
 - 서울시민의 입원시설 이용 현황은 어떠한가?
 - 서울시 소재 의료기관 설치 상황의 추이는 어떠한가?
 - 서울시 공공정신병상 공급량은 적정한가?
- 2) 위탁시립병원의 기대 역할은 무엇인가?
 - 서울시 공공정신보건전달체계 내에서의 역할
(정신요양시설 및 사회복귀시설과의 역할 설정 등)
 - 민간의료기관과의 차별화 전략은 무엇이며 타당하고 실행가능한가?
 - 경영진과 치료진 입장에서의 문제점 및 개선 방안은 무엇인가?
- 3) 위탁시립병원의 운영 현황은 어떠한가?
 - 운영 및 시설 현황
 - 미션, 비전 및 중장기 운영 계획
 - 채용 기간 등의 정신보건지표
 - 재원환자 및 보호자 욕구 조사 등
- 4) 위탁시립병원에 대한 사회적 기대역할과 현실의 운영 현황의 갭 (gap)은 어느 정도인가?
- 5) 서울시 공공정신의료서비스 체계 강화를 위한 위탁시립병원의 역할 설정과 이를 실행하기 위해 필요한 서울시의 지원 방안은 무엇인가? 만약 위탁 운영 형태가 타당하지 않거나 개선 대책이 실행 불가능한 경우의 합리적 대안은 무엇인가?

2. 연구내용 및 방법

가. 서울시 정신병상 현황과 이용현황조사

1) 서울시 정신의료기관 운영 및 설치 현황 조사

- 문헌 조사를 통한 공급량 파악

2) 서울시민 정신의료기관 이용 현황 조사 (정신의료서비스 수요 추계)

- 서울시 주소를 가지고 있는 대상자의 정신의료기관 이용 현황 조사를 통하여, 실수요 (demand)를 파악한다.
- 방법 : 건강보험심사평가원 자료 분석
서울시민 중 2007 - 2008년 정신의료기관에 입원한 대상자

나. 위탁시립병원의 기대 역할

1) 위탁시립병원 운영 현황 조사

- 운영 및 시설 현황 조사 (2008년 시립병원 평가자료 분석)
 - 위탁시립정신병원 4곳에 대해 입퇴원환자 수, 외래환자수, 병상 가동율, 재입원율, 의료보호비율 등을 분석
- 재원 환자 현황 조사
 - 사회인구학적 자료 지역사회 연계율, 재입원률 등의 정신보건지표 조사
 - 재원기간 및 재원적정성
 - 장기재원 요인 분석
 - 재원환자 욕구 조사

2) 정신요양원 운영 실태 조사

- 운영 및 시설 현황 조사
- 재원적정성 실태 조사 및 장기재원 요인 분석
- 재원환자 욕구 조사

3) halfway house (병원지원형 입소시설) 운영 현황 및 효과성 분석

- 위탁시립병원과의 연계체계 활성화도
- 입소 연계 대상자 추적조사를 통한 비용효과성 분석

다. 위탁시립병원 개선 운영 방안 도출

적정 병상 추계, 운영현황 및 기대역할에 대한 분석 등을 통해 이후 시립정신병원의 공공 의료기관으로서의 필요성 및 역할에 따른 임무 등을 재조명하고 시립정신병원의 운영 재정립을 위한 서울시 차원의 지원방안 등을 계획하고자 함

- 위탁시립병원에서 수행해야 하는 공공의 역할은 무엇인가?
- 이를 위한 서울시 차원의 지원방안 수립은 타당한가?
- 타당하다면 지원 방안은 어떻게 구성되어야 하는가?
- 타당하지 않다면 대안은 무엇인가?

○ 조사 방법

- 의료법 등의 관계 법령 검토
- 서울시 조례 등 제도 개선사항 검토
- 병원 관계자 대상의 질적 조사
- 정신보건전문가 대상의 질적 조사

라. 세부 실행계획 수립

- 위탁시립정신병원의 위탁유지의 적절성이 입증된 경우,
- 시립정신병원의 임무를 확정, 위탁시립정신병원 운영주체별 역할을 정립함
- 현재의 위탁운영 형태를 유지하는 것을 전제로 시설 개·보수 및 제반여건 개선에 대한 세부 실행계획을 수립함. (하드웨어 개선, 인력지원 등)
- 위탁 유지 타당성이 입증되지 못한 경우,
- 위탁시립정신병원 매각의 필요성과 타당성, 가능성을 정리함.
- 매각을 위한 서울시의 역할을 제시함.

Ⅳ. 서울시민 정신의료기관 이용현황

1. 연구목적

서울시민이 이용하고 있는 정신의료기관 현황조사를 통해 서울시의 필요 공공병상을 추계하고 향후 서울시립정신병원에 대한 개선방안을 모색하고자 함

2. 분석대상

서울시민 중 2007 - 2008년 정신의료기관에 입원한 대상자

3. 분석내용 및 방법

건강보험공단의 협조로 요양기관에서 입원환자 대상으로 증상에 따라 일차적으로 진단명을 부여하고 청구내역 중 주 진단명을 기준으로 data를 산출하여 받은 자료를 바탕으로 아래의 내용을 분석함

- 서울시주소 대상자의 광역시도 의료기관유형별 입원환자 수 분포
- 서울시주소 대상자의 전국공공의료기관의 입원분포
- 서울시주소 대상자의 연령별, 진단별, 의료보장별 입원 현황
- 정신질환(F-code)과 중복질환으로 입원치료 받은 대상자의 신체질환 유형분포

4. 서울시 소재 정신의료기관 현황 (2008.12.31)

가. 운영현황

〈표 IV- 1〉 서울시정신의료기관 현황

	정신과 병상 수			낮병원 병상	입원환자현황		
	소계	폐쇄 병상	개방 병상		소계	폐쇄 병동	개방 병동
N	5,140	4,258	882	379	4,284	3,720	564
%	100%	82.8%	17.1%	7.3%	83.3%	86.8%	13.1%

※ 경기도 소재 서울위탁시립정신병원 4곳의 1,383 병상을 더하면 총 6,523 병상이 됨.

나. 입원환자 현황

입원환자 성별비율을 보면 남자가 61%로 여자보다 높은 비율이며 의료보장은 건강보험과 의료급여의 비율이 비슷하게 나타났으며 연령은 4~50대가 46.8%로 가장 많이 차지하고 있으며 65세 이상인 고령 환자군도 12%로 비교적 높게 나타남. 재원기간은 83%가 6개월 미만으로 나타났으며 입원유형으로 71%가 24조 보호의무자에 의한 입원으로 이루어지고 있음

〈표 IV- 2〉 서울시정신의료기관 입원현황 (총 입원환자 4,298명)

	성별		의료보장별				입원유형별					
	남	여	건강 보험	급여1	급여2	기타	자의	보호의무 (가족)	보호의무 (시군구청)	시도지사	응급입원	기타
명	2,619	1,679	2,166	1,457	424	251	1,009	3,070	180	7	21	10
%	60.9	39	50.3	33.8	9.9	5.8	23.4	71.4	4.1	0.1	0.4	0.2

	연령별								재원기간							
	10 미만	20 미만	30 미만	40 미만	50 미만	60 미만	60~ 64	65 이상	1개월 미만	1~3 개월	3~6 개월	6~12 개월	1~3 년	3~5 년	5 ~ 10년	10년 이상
명	4	151	367	812	1,110	906	428	516	1,151	1,383	1,046	248	317	105	39	9
%	0.09	3.5	8.5	18.8	25.8	21	9.9	12	26.7	32.1	24.3	5.7	7.3	2.4	0.9	0.2

5. 서울시 정신질환자의 정신의료기관 입원 현황

가. 서울시민 중 서울시 소재 정신의료기관 입원 현황 (실인원)

건강보험공단에서 받은 자료에 의하면 서울시 정신질환자의 2007년~ 2008년 동안 정신의료기관 입원 현황을 보면 다음과 같음.

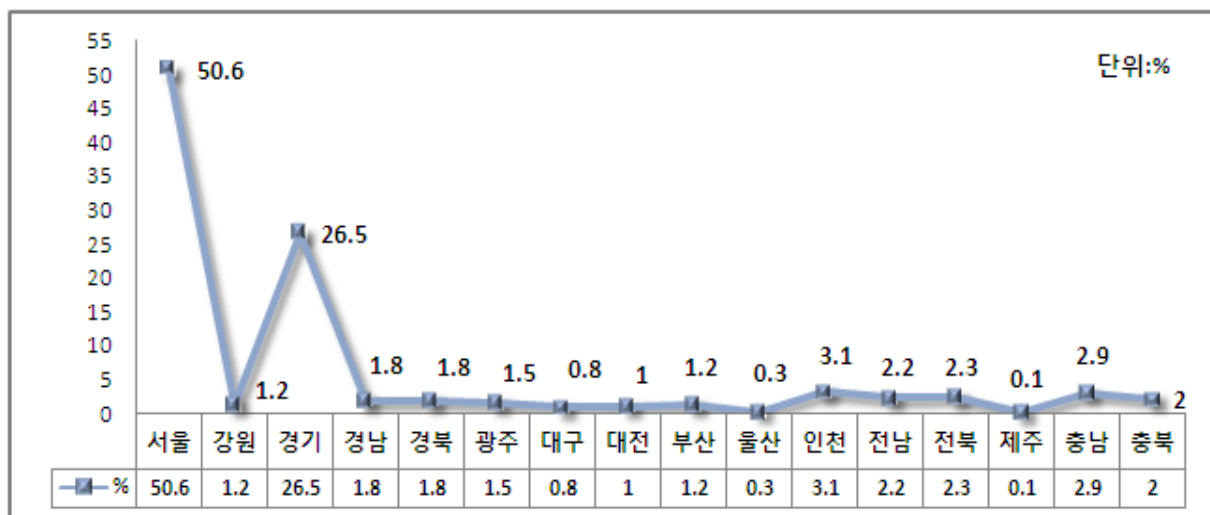
〈표 IV- 3〉 서울시정신질환자 입원분포 (실인원)

	07년	08년	*07년~08년
전국정신의료기관	23,993명	26,171명	41,357명
서울시소재정신 의료기관	13,561명 (56.5%)	14,181명 (54.1%)	23,921명 (57.8%)

* 중복인원은 제외됨

나. 서울시민 중 서울시 소재 정신의료기관 입원 현황 (연인원)

연인원³⁴⁾을 기준으로 살펴보면, 서울시소재 정신의료기관에 입원비율이 비율50.6%로 가장 많고 다음은 경기도가 26.5%로 나타나고 있으며 나머지 23%는 서울, 경기 외의 기타지역으로 골고루 분포되어 있음.

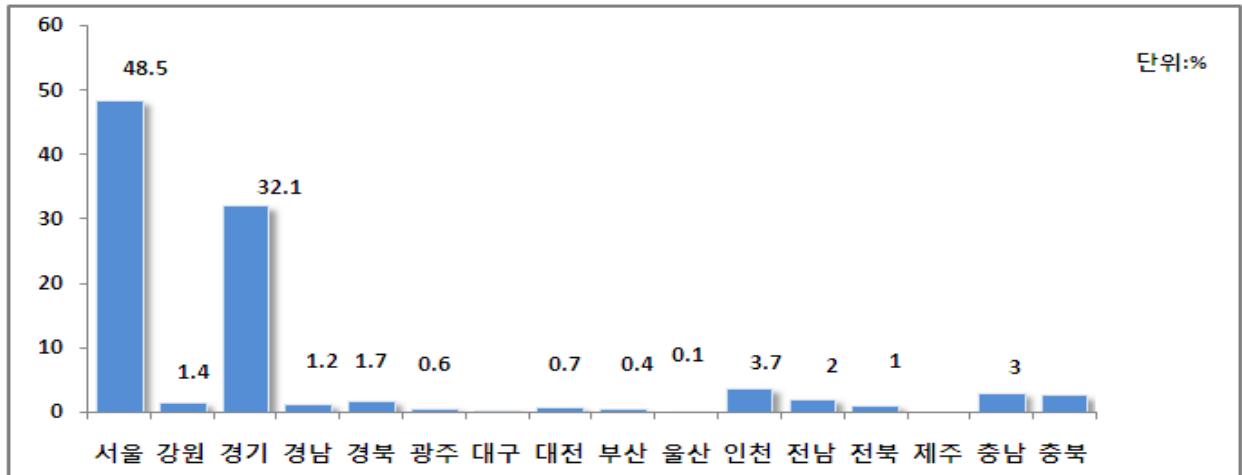


〈 그림 IV-1 〉 서울시 정신질환자의 전국정신의료기관 입원분포

34) 실인원과 연인원의 비율의 차이를 해석해 보면, 서울소재 정신의료기관에 입원하는 환자의 경우, 상대적으로 입원의 빈도가 많고, 서울 외 지역의 병원을 이용하는 환자의 경우 장기입원하는 경향이 많다고 이해할 수 있다.

다. 의료급여 대상자의 입원 분포 현황

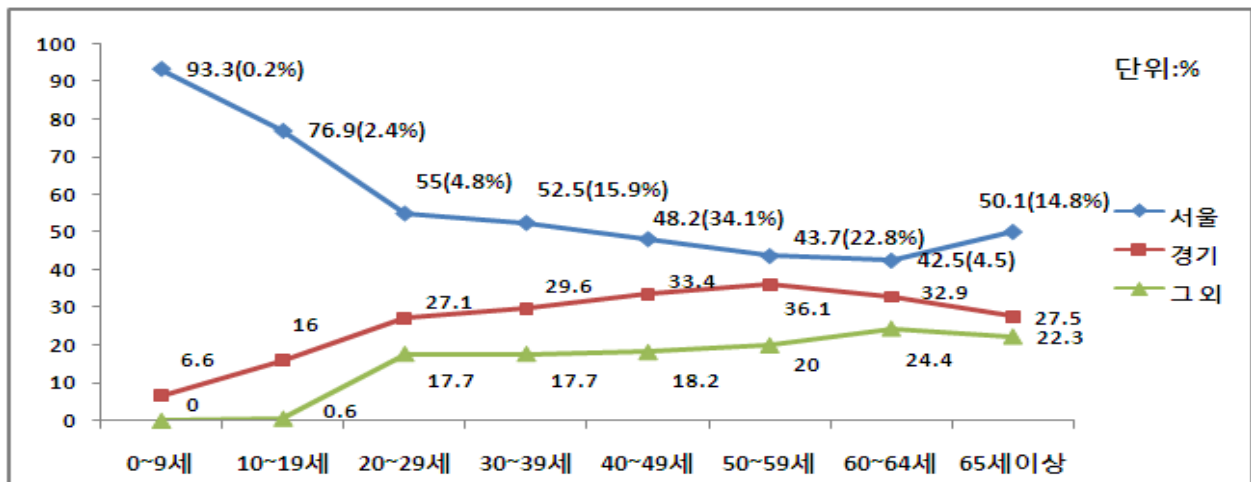
의료급여 대상자의 시도별 분포는 아래 <그림 IV-2>와 같이 나타남. 2008년도 서울시의 경우 48.5%가 서울시소재의 의료기관에 입원해 있음을 알 수 있으며 32.1%로 경기도가 그 다음을 차지하고 있음.



< 그림 IV-2 > 의료급여대상자의 시도별 입원현황

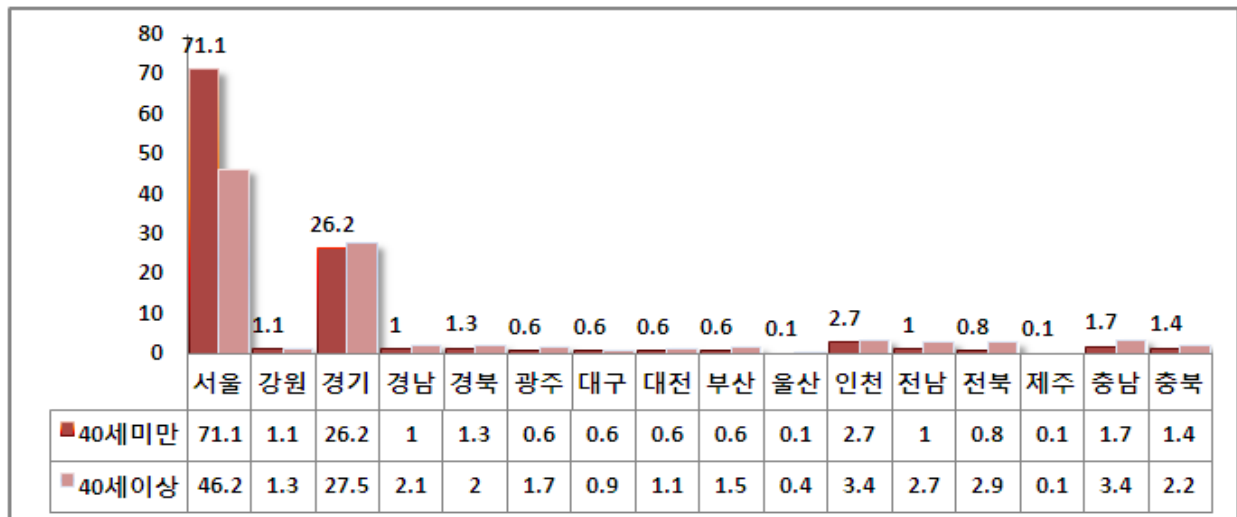
라. 연령별 입원 분포 현황

아래의 <그림 IV-3>을 보면 의료급여 환자의 경우, 39세까지는 서울시 정신질환자의 50%이상이 서울시소재 정신의료기관에 입원해 있는 것을 알 수 있으며 40세 이상으로 갈수록 점차적으로 다른 시도로 분산되는 것으로 나타남. 65세 이상은 다시 서울시에 입원비율이 50%로 증가함을 알 수 있음.



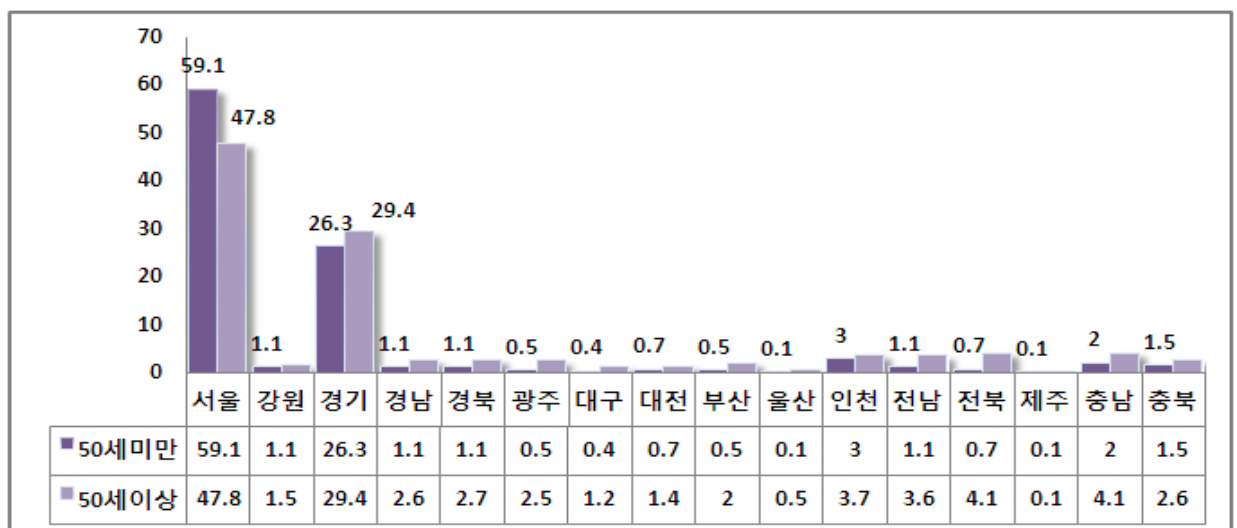
< 그림 IV-3 > 의료급여환자의 연령별 입원현황³⁵⁾

2008년 입원한 서울시 정신질환자(건강보험 + 의료급여)를 40세와 50세를 기준으로 나누어 전국 시도의 입원현황분포를 살펴보았음. 40세를 기준으로 봤을 때 <그림 IV-4>를 보면 입원해 있는 40세 미만의 정신질환자 중 71.1%가 서울시정신의료기관에 입원해있는 것을 알 수 있음.



< 그림 IV-4 > 40세를 기준으로 본 입원분포도

50세를 기준으로 입원분포를 보면 50세 미만 59.1%가 서울정신의료기관에 입원해 있으며 26.3%가 경기도에 입원해 있음.

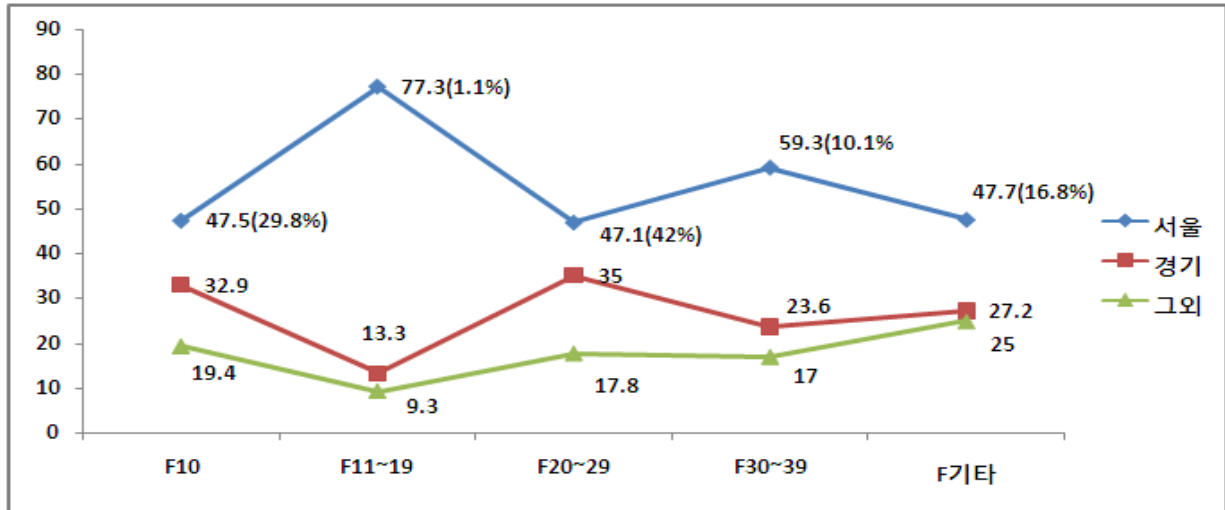


< 그림 IV-5 > 50세를 기준으로 본 입원분포도

35) 그래프상의 ()안에 있는 %은 전체 연령에서 차지하는 비율을 나타내는 것임

마. 진단별 입원 분포 현황

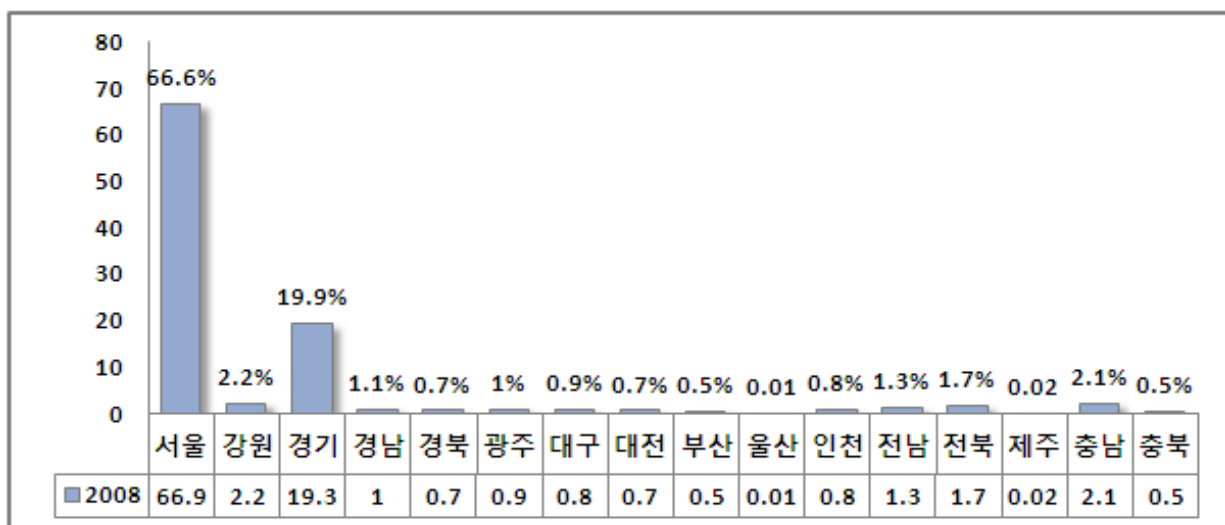
진단별로는 중독성 질환의 경우(F10~19) 서울시 소재 정신의료기관 입원비율이 상대적으로 높았고 정신병적 장애의 경우 서울, 경기도가 유사하게 나타나고 있음.



〈 그림 IV-6 〉 2008년 의료급여에 따른 진단별 입원현황

바. 서울시 정신질환자의 공공의료기관 입원 분포 현황

전국에 있는 160개의 공공의료기관에 입원해 있는 분포를 아래 〈그림 IV-7〉에서 보면 60% 이상이 서울시소재 공공의료기관에 입원해 있고 경기도가 20%정도를 차지하고 있음 (경기도 소재의 위탁시립병원은 경기도에 포함되어 제시됨).



〈 그림 IV-7 〉 공공의료기관의 서울시정신질환자 입원현황

V.

운영개선을 위한 관계자 및 전문가 설문조사

1. 응답자 현황

각 분야별 전문가를 선정하여 설문을 요청한 19명 중 17명이 응답하였으며, 정신과 전문의 10명, 간호사3명, 사회복지사4명으로 구성되어 있고 현재 병원근무자 10명은 시립병원4명, 종합병원5명, 개인병원 1이며 이외 교수3명, 센터와 사회복지시설 종사자 3명, 기타 1명임.

<표 V- 1> 설문응답자 분포현황

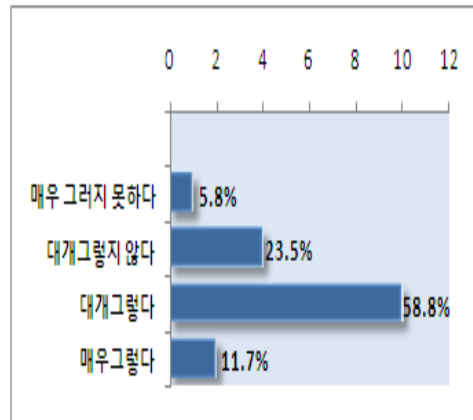
소 속 직 종	시립 병원	종합(대학) 병원	개인 병원	교수	센터	복귀 시설	기타	계
의사	4	5	1					10
간호사				2	1			3
사회복지사				1	1	1	1	4
계	4	5	1	3	2	1	1	17

2. 설문결과

질문 1. 민간과 공공을 모두 포함한 정신의료서비스의 구성요소에 대한 서비스 충족도.
서울시민 중 2007 - 2008년 정신의료기관에 입원한 대상자

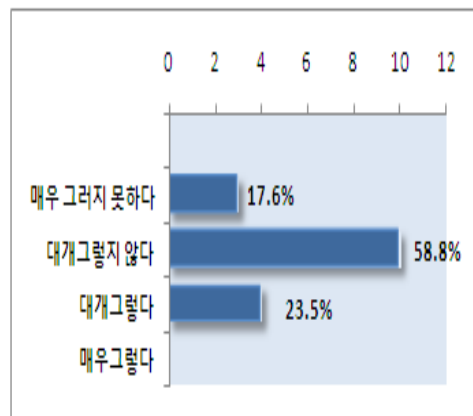
1) 급성기 입원치료가 필요할 때 입원할 수 있음.

	N	%
매우 그렇다	2	11.7
대개 그렇다	10	58.8
대개 그렇지 않다	4	23.5
매우 그러지 못하다	1	5.8
계	17	100



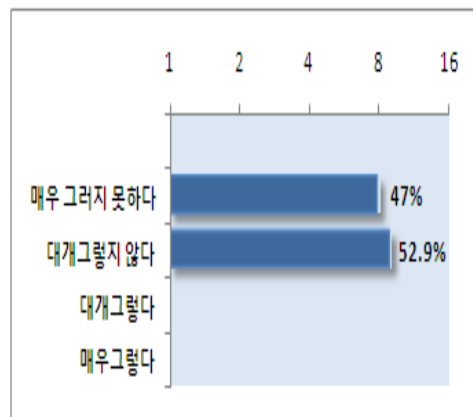
2) 부작용이 최소화된 적절한 약물치료를 받을 수 있음

	N	%
매우 그렇다	4	23.5
대개 그렇다	10	58.8
대개 그렇지 않다	3	17.6
매우 그러지 못하다	1	5.8
계	17	100



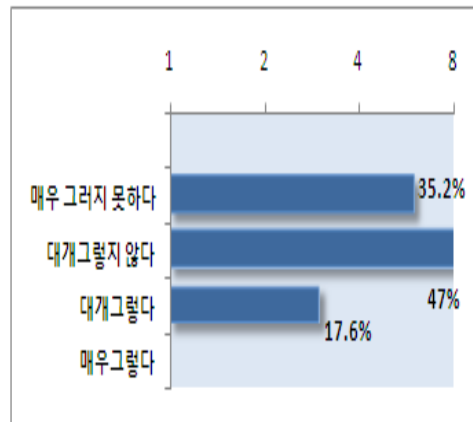
3) 양적, 질적으로 충분한 사회재활프로그램을 받을 수 있음

	N	%
매우 그렇다	9	52.9
대개 그렇다	8	47
대개 그렇지 않다	0	0
매우 그러지 못하다	0	0
계	17	100



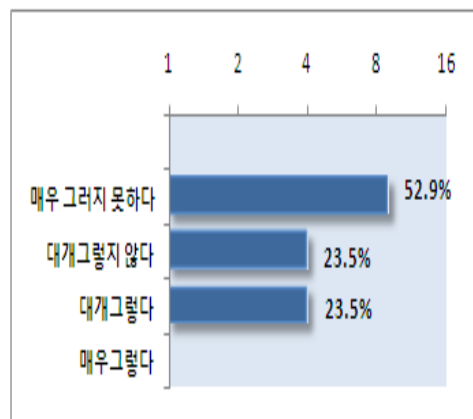
4) 중복질환(신체 질환) 치료

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	3	17.6
대개 그렇지 않다	8	47
매우 그렇지 못하다	6	35.2
계	17	100



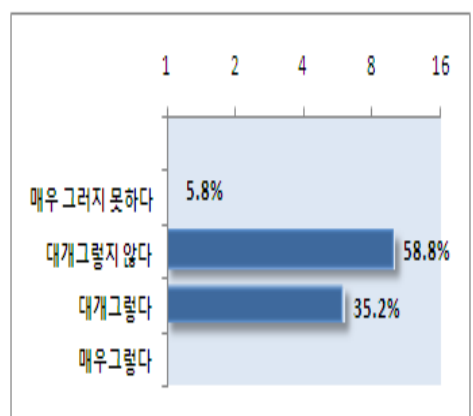
5) 중복질환(전염성 질환) 치료

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	4	23.5
대개 그렇지 않다	4	23.5
매우 그렇지 못하다	9	52.9
계	17	100



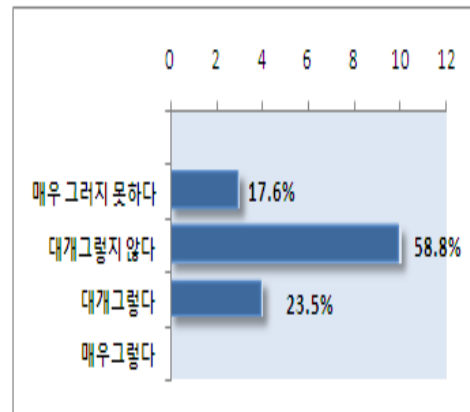
6) (알코올) 중독 정신질환 치료

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	6	35.2
대개 그렇지 않다	10	58.8
매우 그렇지 못하다	1	5.8
계	17	100



7) 정신의학적 요구도가 높은 노년층 중증정신질환자에 대한 치료

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	4	23.5
대개 그렇지 않다	10	58.8
매우 그러지 못하다	3	17.6
계	17	100



8) 기타 제시된 의견

알코올환자에 대한 전문적인 프로그램이 없고 격리정도로만 이루어져 재활을 기대하기 어렵다는 의견이 있었으며 응답자의 대부분이 신체질환을 동반한 경우 대학병원 등의 종합병원에서만 가능하고 의료급여나 차상위 계층의 대상자라도 경제적인 부담으로 이용하기 어려운 실정으로 이중 장애 및 희귀질환을 동반한 정신질환자에 대한 대안 부족하다는 의견이 있음. 또한 의료급여 및 차상위 계층의 경우 종합병원 및 대학병원 외래 또는 입원치료에 제약을 받기 때문에 약물치료의 적정성, 중복질환의 치료도 열악하다는 의견도 있음

9) 질문1에 대한 요약

현재 급성기시 입원할 수 있는 환경은 되어있지만 수급권자 및 신체질환 동반, 알코올 문제, 신체질환을 동반한 노년층 등의 대상자에게는 제공할 수 있는 기관과 서비스가 부족하며 시립병원의 수는 적고 서비스가 가능한 종합(대학)병원은 경제적인 부담감으로 인해 이용하기에는 어려움이 있다며 전반적으로 정신보건서비스의 충족도에 대해서 부정적으로 답함

질문 2. 서울시민이 서울시 소재의 의료기관(민간+공공)과 위탁시립병원(경기도 소재)에 입원하는 비율은 어느 정도로 추측하는가.

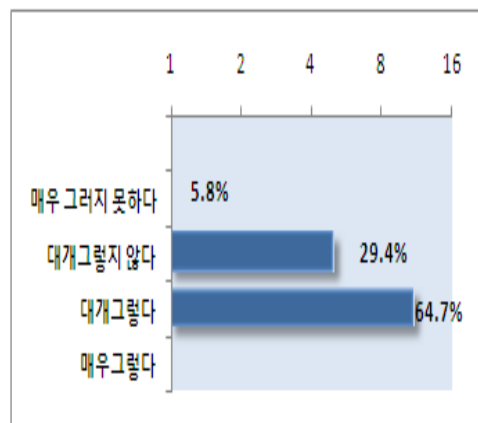
_ 평균 67% (최소 50 최대 90)

비율	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	계
응답수	5(29.4%)	1(5.9%)	5(29.4%)	4(23.5%)	2(11.7%)	17

질문 3. 의료기관 레벨의 의료체계

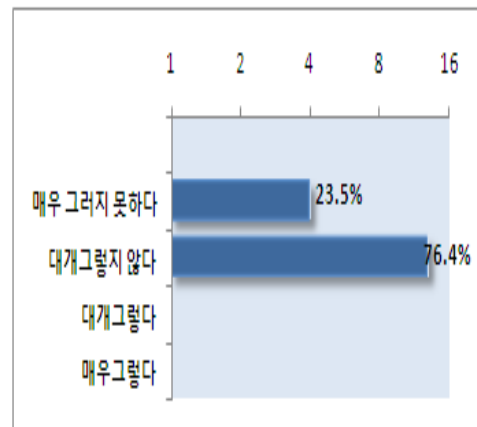
1) 급성기 입원치료(약 3개월 정도)가 필요한 경우 적절히 입원할 수 있음

	N	%
매우 그렇다	11	64.7
대개 그렇다		
대개 그렇지 않다		
매우 그러지 못하다		
계	17	100



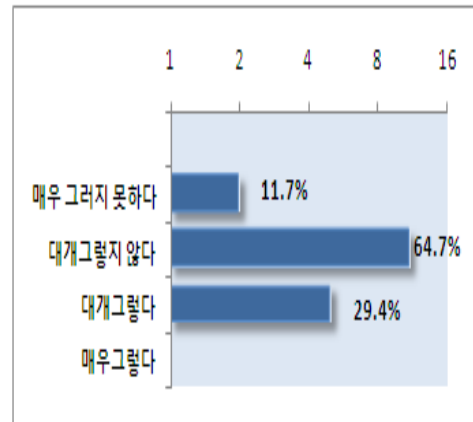
2) 급성기 입원치료 이후에 잔여증상의 완화와 사회재활을 위한 지속입원 치료서비스 (약 6개월~1년)가 필요할 때 재활전문병동 혹은 재활전문병원으로 연계 될 수 있음

	N	%
매우 그렇다	13	76.4
대개 그렇다		
대개 그렇지 않다		
매우 그러지 못하다		
계	17	100



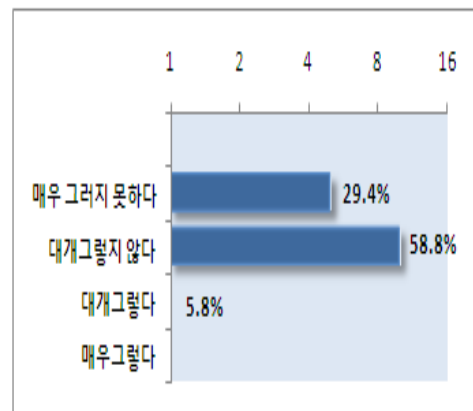
3) 급성기 신체질환이 생겼을 때 종합병원과의 협력 진료 서비스체계를 통해 신체질환을 적절히 치료할 수 있음

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	5	29.4
대개 그렇지 않다	11	64.7
매우 그렇지 못하다	2	11.7
계	17	100



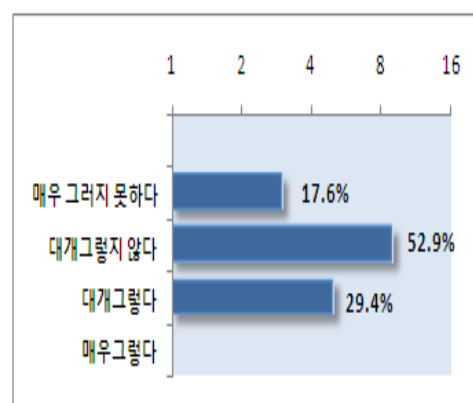
4) 알코올 중독질환의 경우, 해독, 정신과적 치료, 사회재활을 위한 입원서비스 공급체계가 마련되어 있고 적절히 연계되고 있음

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	1	5.8
대개 그렇지 않다	10	58.8
매우 그렇지 못하다	5	29.4
계 (무응답1)	16	100



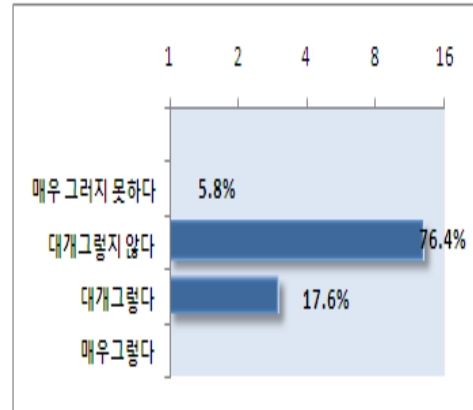
5) 가족지지체계가 취약하고 의학적 요구도가 낮은 경우 정신요양시설로의 연계체계가 마련되어 있음

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	5	29.4
대개 그렇지 않다	9	52.9
매우 그렇지 못하다	3	17.6
계	17	100



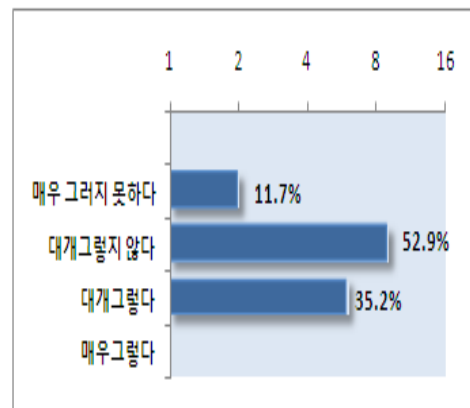
6) 정신요양시설에서 의학적 요구도가 높은 경우 정신의료기관으로 연계하여 치료받을 수 있음

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	3	17.6
대개 그렇지 않다	13	76.4
매우 그렇지 못하다	1	5.8
계	17	100



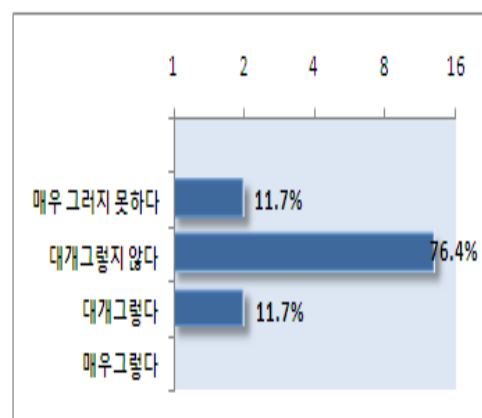
7) 노인층 정신질환자가 증상이 잘 조절되는 경우 정신요양시설로의 연계는 잘 이루어지고 있음

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	6	35.2
대개 그렇지 않다	9	52.9
매우 그렇지 못하다	2	11.7
계	17	100



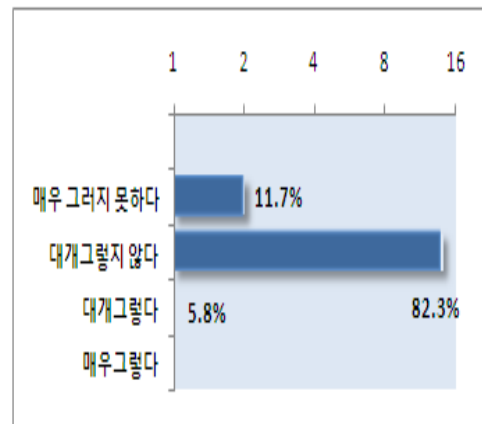
8) 노인층 정신질환자에 대한 노인 장기요양 서비스 체계로의 진입이 적절하게 이루어지고 있음

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	2	11.7
대개 그렇지 않다	13	76.4
매우 그렇지 못하다	2	11.7
계	17	100



9) 만성적 신체질환의 문제가 동반하는 장, 노년층에 경우 필요한 의학적 치료서비스와의 연계가 잘 이루어지고 있음

	N	%
매우 그렇다		
대개 그렇다	1	5.8
대개 그렇지 않다	14	82.3
매우 그러지 못하다	2	11.7
계	17	100



10) 기타 제시된 전달체계의 문제점

응답자 13명 중 7명이 지식이나 정보부족으로 치료서비스의 연계가 잘 이루어지지 않고 있다, 기관 간에서는 역할이 모호하고 연계 또한 잘 이루어지지 못하고 있다. 퇴원 후 사후 관리(외래치료, 사례관리)체계의 어려움이 있다, 개인적으로 내외과적인 문제해결을 하고 있으나 연계체계는 없는 상황이다 등 기관간의 역할이 모호하고 지역과 병원간의 연계체계가 없어 사후관리 및 적절한 연계가 이루어지지 못하고 있다는 의견이 있음. 이 외에 사각 지대에 있는 사람들(지지체계 상실, 재활가능성이 없어 보이는, 60대 전후반) 경우 갈 곳이 없어 병원에 있는 경우가 많은데 비용효과(영세민아파트, 수급비, 도우미 서비스, 기타지원 등) 차원에서라도 장기요양시설이 필요하다는 의견이 있었으며 신체질환 동반의 경우, 종합 병원과의 협진과 정에서의 정신과 의료수가문제, 비급여 신체질환 수가문제, 정신과 폐쇄병동의 치료적 환경에 미치는 영향, 급성기 치료 후 장기입원 치료기관연계 등의 후속치료의 어려움이 있다라는 의견 등이 있음.

- 병원과 지역간의 연계체계 필요
- 노인 장기요양서비스를 활용 (현재 중풍, 치매 위주로 초점)
- 병원과 요양시설간의 역할분담 명료화
- 퇴원 후 관리(외래치료, 사후관리)체계 필요
- 신체질환 동반 정신장애인의 민간병원 이용 시 적절한 지원체계 마련 (의료수가, 비급여 신체질환 수가, 치료적 환경, 치료기관 연계 등)
- 시설별 재원적절성에 대한 주기적인 평가필요
- 정신보건시설 외에 재가서비스와 연계부족

11) 내용 요약

의료기관에서 전달체계의 필요함을 인식하고는 있으나 대상군의 특성에 따른 서비스 즉, 연계체계가 없거나 있어도 제도적인 장치가 없어 역할을 제대로 못하고 있다. 이에 따른 지원을 마련하고 기관간을 연결할 수 있는 전달체계 및 역할설정이 필요하다.

질문 3-1. 전달체계를 강화할 수 있는 방안

응답자 중 14명이 의견을 주었으며 내용은 아래와 같다.

1) 시립병원의 역할분담 또는 기능재정립

- 급성기 및 복합질환자, 만성환자로 병원을 나누고 만성 또는 말기 환자를 요양병원 등으로 이송할 수 있는 체계필요
- 병원경영상에 대한 지원필요(정신건강기금을 만들어 활용)
- 규모를 축소시켜 응급입원 및 6개월 이내 단기입원 중심으로 전환하고 장기입원이 필요한 경우 요양원을 이용
- 정신질환과 신체질환이 공존하는 대상자의 적정관리를 위해서는 시립병원 내에 정신과 병상 설치가 반드시 필요
- 서울시직영 의료기관과 위탁시립정신병원, 정신요양원의 역할, 입원대상, 중증도 등 구분
- 시립병동의 보호병동은 시설투자가 필요, 은평병원의 경우 내외 관계서비스를 좀 더 강화
- 공공의료영역에서 신체질환(또는 전염성 질환)을 가지고 있는 정신질환자가 입원서비스를 받을 수 있는 곳을 특성별로 지정
 - A병원 : 결핵, B병원 : 임신 및 출산, C병원 : AIDS, D병원 : 노인성 질환
 - 시립병원의 기능은 민간병원과의 가격경쟁보다는 unmet needs에 초점

2) 병원간의 유기적인 관계형성

- 민간 병의원과의 협약을 통해 다양한 병상으로의 활용 가능성을 높이기 위한방안 모색(주말, 주간 혹은 야간입원병상, 응급의료병상 등 용도를 지정하고 공식화)
- 서울시 직영 시립병원 간을 핫라인으로 연결해주는 기관이 필요
 - 입원 시 입원방법, 병상현황 등을 파악, 통합적으로 관리
 - 법적인 입원에 소극적인 병원에 서울시가 개입하게 되고 지역센터의 고충 감소
- 병동 내 간호사들의 역할확대가 필요 (교육을 통해 지역과 연결고리를 만듦)

- 개방병동과 폐쇄병동은 각각의 역할이 있어 대상자의 증상정도 및 위험성을 고려한 high level에서의 공존이 필요하고 저소득층을 위한 개방과 폐쇄병동의 공존이 필요 (개방병동을 확대하려는 대학병원의 제재가 필요)
- 개인 및 대학병원 내 병상은 6개월 이내의 단기입원병상으로 유지해야하며 만일 장기화가 필요한 경우 정신보건심판위원회의 역할을 통해 단계적으로 조정

3) 전담 인프라 구성

- 취약계층이 이용 가능한 단기급성 서비스 인프라의 확보
(입원, 치료, 연계 업무)
예) 민간병원 -> 전담 서울시인프라 -> 서울시직영 정신의료기관으로 적절한 delivery
- 서울시에서 일시 추진한 입원과 지역사회의 중간단계의 이용시설이 필요
- 정신요양시설-가족지지체계가 취약하고 의학적 요구도가 낮은 환자를 위한 시설로 전환, 개방 또는 반개방 시설로 전환
 - 지역사회 내에 다양한 거주시설(공동생활가정, 소규모 주거시설) 확보
 - 요양원의 입소적절성을 보장하기 위한 여러 장치의 도입필요성이 제기
- ‘서울시공공의료관리위원회’ 구성
 - 시립병원간의 연계, 사례, 치료과정, 사후관리 등의 적절성과 병원운영상의 문제를 다룸. 정신과를 포함한 지역의 관련기관도 같이 참여
 - 위원회의 활동이 축적되고 그 결과가 각각의 시립병원의 운영에 반영되어 민간이 공공 의료에 바라는 점의 일정부분을 해결
- 지역사회에 방치된 중증정신질환자 발견 및 관리체계 확보
- 정신의료기관 및 정신보건시설간의 네트워크 구축 강화

질문 4. 미충족도를 강화시킬 수 있는 전략은 공공의료의 강화라는 데 동의여부.
“공공정신의료의 강화가 해법이다.”

- 매우동의 9/ 대체로 동의 8 응답자 전원 동의한다고 답함

질문 4-1. 동의 시 서울시 차원에서 공공정신의료(입원치료를 중심으로)서비스를 강화시키기 위한 전략으로 적절한 방안

1) 시립병원의 체질개선을 통한 공공성 강화 및 확대

- 재활서비스를 강화로 재원기간을 줄여 의료급여 및 차상위 계층 입원수요의 대부분을 서울시 및 서울시립병원에서 자급
- 점염성질환자, 내과질환 등을 동반한 정신질환자를 위한 병상운영
- 단기급성병상 확보, 이 병상에 입원하는 정신질환자의 치료비 지원
(양질의 단기 급성 서비스제공을 위해 일당 정액수가를 상회하는 차액 지원)
- 질적인 관리 향상을 위한 평가 강화 (우수한 평가 시 예산안 조정 등)
- 은평병원 - 내외과계 서비스를 강화, 보호병실이 없는 립병원 은 보호병실을 확충
- 차별화된(특수신체질환 전문시립병원으로) 기능을 부여하여 운영
- 환경개선

2) 민간병원 활용 (공공성 부여)

- 일부병원을 특화하도록 유도하고 특화된 환자를 받을 경우 이에 대한 인센티브 제공
- 의료급여 및 차상위 계층 환자들의 치료에 대한 서울시에서 금전적인 보조
- 민간병원이나 의원에 대한 관리는 지금보다 더 강화된 보건소를 통한 행정관리체계를 갖추는 것
- 종합병원 정신과 경우, 실제 의료수가 체계의 검토나 이에 준하는 보상
(정신과 공공의료적 역할에 대한 의료기관 평가에 실제적 반영)

3) 전달 체계 및 인프라 구축

- 의료급여 및 차상위 환자들의 입원 및 치료 연계 업무를 전담해 주는 인프라
(민간병원 -> 전담 서울시인프라 -> 서울시직영정신의료기관으로 적절한 delivery)
- 정신보건센터의 역할 강화로 병원과 지역사회를 연결하는 수단으로 잘 활용
- 민간병원의 치료 단계 (급성기, 중장기적 치료, 재활치료)에 따른 치료연계를 중재하거나 담당해주는 광역 차원의 시스템 운영, 행정적인 절차에 항상성이 있게 개입하는 시스템을 필요
- 시립병원과 정신요양시설, 정신보건센터 등이 연계체계를 강화하여 각 기관에 적절한 환자구성이 될 수 있도록 의뢰체계를 강화
- 퇴원해서 자립을 도울 수 있는 전문적 프로그램 강화

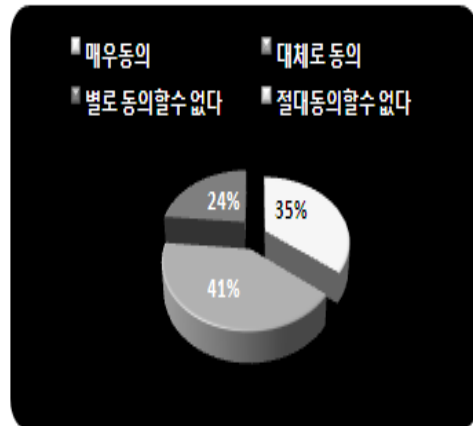
4) 기 타

- 수가체계의 개선을 제외한다면, 민간의료기관이 공공의료수요를 충족시키기 어려움
- 공무원들의 특성을 고려한 직원들의 역량 강화
- 노인전문시립병원의 경우 노인치매와 노년기정신장애 환자의 치료를 위한 보호병실의 확충이 반드시 필요

질문 5. 서울시공공정신의료서비스 강화를 위한 전략방안 중 하나로서 기존에 설치되어 운영하고 있는 위탁시립병원을 활용하는 것에 대한 동의

- 매우동의 6/ 대체로 동의7/ 별로 동의할 수 없다4 로 76%가 동의한다고 응답하였으며 반대에 대한 응답이 24%로 적지 않음을 알 수 있음.

	N	%
매우동의	6	35.2
대체로 동의	7	41.1
별로 동의할 수 없다	4	23.5
절대 동의할 수 없다		
계	17	100



질문 5-1. 반대하는 것에 대한 이유

- 시립병원을 지정하고 관리하는 것은 바람직하나 4곳이 모두 경기도에 소재하고 있는 상태로 시립병원으로서의 기능을 제대로 하는지에 대한 의문과 정신질환자는 정신병원에 격리된다는 것 자체가 trauma 또는 처벌이라는 생각을 하여 서울에서 벗어나는 것 자체가 거부감을 부추기는 결과가 될 수도 있음.
- 모두 서울 외곽지역에 위치하고 있어 접근성이 떨어질 뿐 아니라 일반 대형정신병원 내의 한 부분으로 자리 잡고 있어 민간병원과의 기능적 차별화가 어려움.
- 활용을 강화하려 계획한다면 실제 운영현황에 대한 파악과 향후 운영에 대한 평가가 따라야 할 것임.
- 위탁시립정신병원의 입장에서 보면 운영을 변화시켜야 할 만한 내적인 동기가 전혀 없어 보이며 내외과적 만성질환, 혹은 노인환자를 입원시킨다면, 정신과 병상으로 운영하는 것은 수가 체계상 거의 불가능하거나 이득이 전혀 없음.

질문 5-2. 반대한다면 그에 대한 대안

- 시립병원으로 지정되는 것이 약간의 incentive 역할을 하는 것이라면, 이들에 대한 실제 평가와 관리, 그리고 평가결과의 반영 등을 통한 질 관리가 필요하며 이를 통해 앞서 제시한 문제가 해결되지 않는다면, 서울시 내에 있는 민간병원에 대해 심사를 통해 시립 기능을 부여하는 것이 더 나을 것으로 보임.
- 서울 외 지역에 존재하는 시립병원은 폐지 또는 요양시설로 기능적 전환을 도모하고 관 내에 소규모 시립정신병원을 설치하여 단기입원 및 외래 기능을 갖도록 하는 것이 바람직하다고 생각됨.

질문 5-3. 찬성하는 이유

1) 공공의료기관으로서의 고유역할 필요

- 민간병원은 시장원리에 따라 운영하도록 권장, 국가가 책임져야 할 의료보호나 저소득층에 있어서의 질적인 치료를 위해 환경을 개선하고, 위치나 치료자와의 접근성을 높일 수 있는 공공정신의료서비스를 강화 필요함
- 의료급여 및 차상위 계층, 신체질환을 동반한 정신과환자에 대한 포괄적 서비스를 제공할 수 있는 곳은 공공의료기관뿐임

2) 가장 현실적인 대안

- 서울시내에 추가로 정신과 병원을 설립하는 것이 현실적으로 어려울 것이고, 수요를 모두 충족시킬 수 있을 정도의 병상확보도 어렵기 때문
- 현재의 수가체계 하에서는 효율적인 서비스를 제공하기에는 어려움이 많기 때문에 공공의료기관을 활용하는 것이 필요.
- 현실적으로 활용 가능한 인프라로 공공부문에서 핸들링 가능한 자원을 활용하는 것이 향후 발생 가능한 병상조절을 위해서도 유리함.

3) 기 타

- 새로운 전달체계를 만드는데 드는 비용/재정 문제가 있으며 기능 재편을 통한 실제 운영을 해보지 않은 상태에서는 공공정신의료 수요의 충족여부 등을 확인하기도 어렵기 때문.

질문 5-4. 찬성하는 경우 추가적으로 보완사항

1) 위탁시립병원에 대한 재정적 지원

- 그 결과를 면밀히 확인하는 작업이 필수
- 효과적인 양질의 진료를 할 수 있도록 지원이 병행
- 양질의 서비스 제공을 위한 인력 확보 및 시설 개선
- 공공정신의료의 수요가 어느 정도일지에 대해 사전 수요조사 필요

2) 질환별 특화된 입원 치료 서비스 필요. (만성 입원치료, 기분장애, 알코올이나 물질 사용 장애 입원, 노인 등)

3) 민간병원과 서울시 공공정신의료기관의 연계 시스템 구축은 필수적

3. 위탁시립정신병원 관계자 설문조사

가. 응답자 현황

위탁시립정신병원 4곳(고양, 백암, 용인, 축령)을 각각 방문하여 병원관계자를 대상으로 면담을 실시함. 총8명이 면담에 응하였으며 의사(진료원장)4명, 이사 2명, 행정직 2명으로 구성되어 있음

나. 설문결과

질문 1. 서울시 공공정신의료서비스 체계와 현황을 고려해 볼 때, 공공정신의료서비스의 양적인 부분의 충족도는 어느 정도라고 생각하며 부족하다고 생각하신다면 어느 부분이 부족하다고 생각하십니까?

- 공공이나 민간의료기관 모두 적정치료시설은 부족하다

질문 2. 심사평가원의 연구 결과(2004)에 의하면, 의료급여 환자의 치료 수준은 건강보험 환자의 49.1% 정도 의 수준이라고 합니다. 이에 정부는 급여 차등제 등의 정책으로 치료적정성을 향상시키려 하고 있습니다만 현실적으로 여의치 않은 것이 사실입니다. 서울시 정부차원에서는 수가 정책을 논할 수 없습니다. 수가 문제를 제외하고 치료적정성을 저해하는 중요한 요인은 무엇이라고 생각하십니까?

- 신체질환을 동반한 환자의 치료시스템 미비
- 지리적으로 접근성이 떨어짐
- 재정지원 부재
 - 노후된 시설, 적정치료를 위한 인력부족
- 연계체계 미비
 - 퇴원 후 갈수 있는 인프라 부족
 - 무연고자에 대한 지원 부족

질문 3. 서울시 공공정신의료 및 지역사회 정신보건체계를 고려할 때, 위탁시립병원의 기능은 어떻게 재정의 되어야 한다고 생각하십니까?

- 전문재활병원
- 현재 상황을 그대로 유지
- 위탁시립정신병원을 중심으로 한 정신보건서비스 네트워크 구축
- 급성기 환자 치료의 중점개입

질문 4. 위탁시립병원의 기능 재정의와 관련하여, 시립은평병원, 타 위탁시립병원, 보라매 병원 및 서울의료원, 서북병원 등의 여타 서울시립(정신)의료기관과의 관계 설정은 어떻게 구성되어야 한다고 생각하십니까?

- 신체적질환과 동반한 급성환자, 전염성환자
 - 은평병원, 보라매 병원, 서북병원 등 서울시립의료기관에서 치료
- 만성정신질환
 - 위탁시립정신병원에서 치료
- 노숙인의 경우 시립은평병원을 거쳐 위탁시립병원으로 연계

질문 5. 만약, 바람직한 위탁시립병원의 역할을 수행하고 치료적정성 향상을 위해 서울시 차원에서 지원을 한다면 필요한 지원은 무엇이라고 생각하십니까?

- 예산 및 인력지원
 - 건물 보수
 - 신체질환 동반 환자의 치료를 위한 인력지원 (내과 의사 등)
- 적절한 연계시스템 마련
 - 지역사회재활기관과 시립병원간의 원활한 의뢰체계
 - 사후관리 시스템
 - 요양원과의 체계적인 연계시스템
- 시립종합병원과의 네트워크 구축, 중장기적 동반질환 치료를 위한 시립병원의 지원

질문 6. 만약 위탁시립병원의 특화 운영을 고려한다면 가장 필요하고 중요한 주제는 무엇이라고 생각하십니까?

- 재활전문병원
- 중독 전문병원
- 노인전문병원
- 중복질환 전문 병원
- 사고 가능성이 높은 대상자 전문병원 (사이코패스, 정신질환으로 인한 범죄자 등)

Ⅵ. 위탁시립정신병원 운영 및 입원환자 현황

1. 위탁시립정신병원 현황

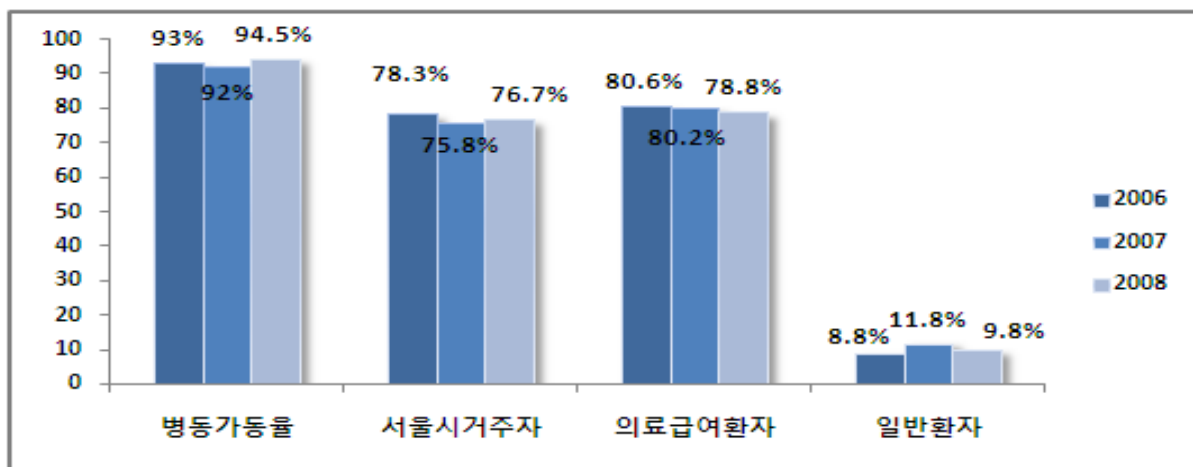
〈표 Ⅵ- 1〉 서울시립정신병원 운영형태

구분	병원명	병상	운영 형태	설립 년도	위탁기관	위탁시작 년도
직영	은평병원	341	직 영	1947	-	-
위탁	용인정신병원	500	위 탁	1987	의료법인 용인정신병원	1987
	백암정신병원	296	위 탁	1995	사회복지법인 세광재단	1995
	축령정신병원	288	위 탁	1995	축령복음병원	1997
	고양정신병원	299	위 탁	1999	모덕의료재단	1999

〈표 Ⅵ- 2〉 운영현황 (2006~2008)

[서울시 내부자료, 단위 : %]

	병동가동율	서울시거주자율	의료급여환자율	일반환자율
2006년	93 %	78.3 %	80.6 %	8.8
2007년	92 %	75.8 %	80.2 %	11.8
2008년	94.5%	76.7 %	78.8 %	9.8



〈 그림 Ⅵ-1 〉 위탁시립정신병원 운영현황

2. 위탁시립정신병원 퇴원환자 및 재원환자 현황

서울시위탁시립정신병원 4곳(고양,백암,용인,축령)을 대상으로 2009년 4월 기준으로 조사되었으며 병원측에 파악하고자 하는 Table을 제시하고 요청자료를 받음.

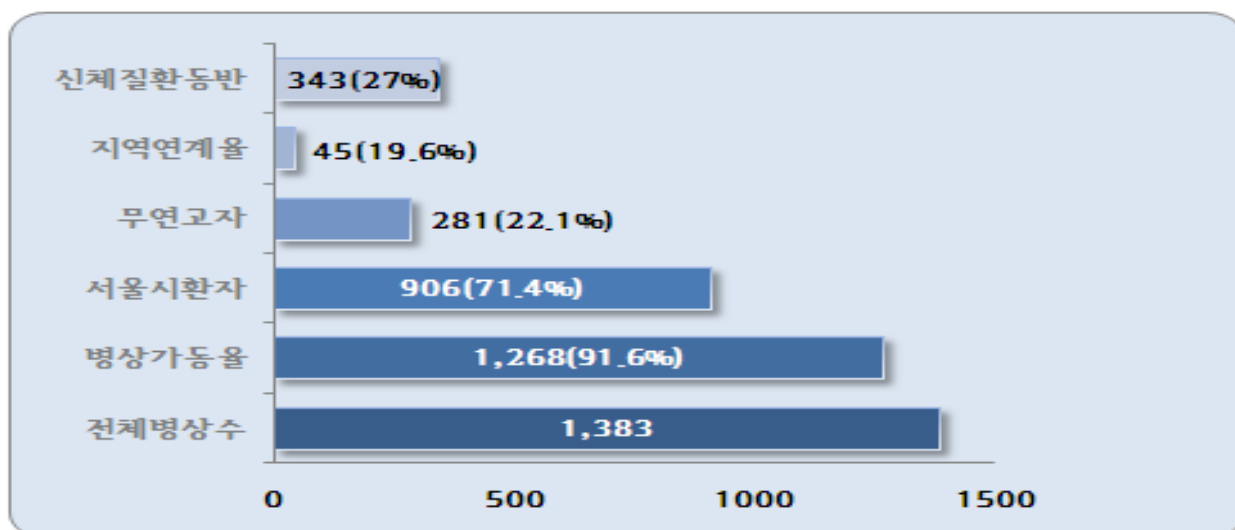
1) 이용환자 현황

4개의 위탁시립정신병원은 총 1,383병상으로 91%의 입원율을 보이며 이중 서울시주소지를 가진 서울시환자의 입원율은 전체입원환자의 71%로 파악됨. 퇴원한 환자에 대한 지역연계율은 20%로 나타나고 있으나 병원별 차이가 있어 평균치로 볼 수는 없음 또한 신체질환(당뇨, 고혈압, 결핵 등)을 동반한 입원환자 수는 총343명으로 27%를 차지하는 걸로 나타남

〈표 VI- 3〉 위탁시립정신병원 이용환자 현황

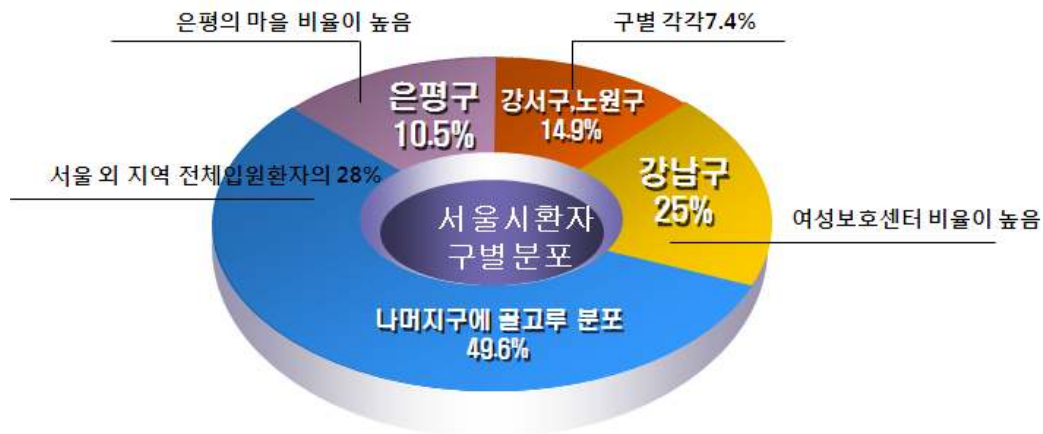
구분	전체 병상 수	입원 환자 수	서울시 거주자	* 지역연계 (%)	신체질환 동반 환자
명		1,268	906	45 / 1,244	343
%	1,383	91.6%	71.4%	19.6%	27%

* 지역연계 건 /2008년 퇴원환자



〈 그림 VI-2 〉 위탁시립정신병원 이용환자 현황

서울시환자의 구별분포를 보면 강남구가 서울시입원환자의 25.3%로 높은 비율을 나타내고 있으나 이는 강남구 소재의 여성보호센터가 있어 비율이 상승된 것으로 판단됨 무연고자(행려, 시설)의 비율을 살펴보면 전체 환자의 22%(281명)를 차지하고 있으며 이중 91%가 서울시로 거주지가 되어 있음



〈 그림 VI-3 〉 서울시 입원환자 구별 분포현황

2) 일반적 사항

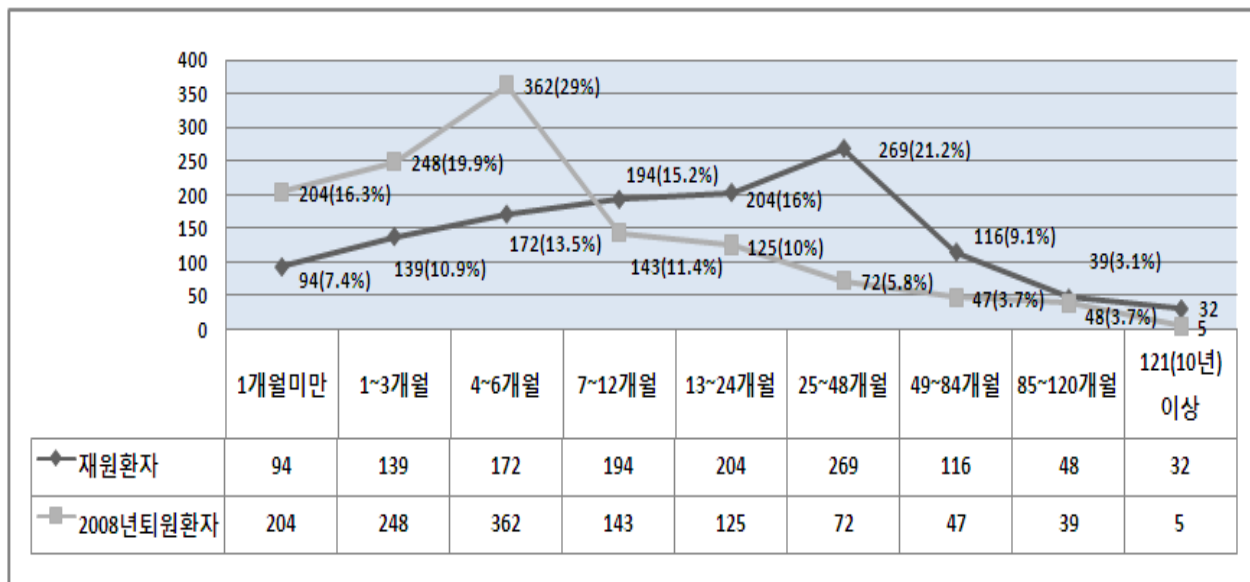
남녀 입원비율은 남자가 약간 더 많았으며 연령대로 40-50대가 66%로 비율이 높았으며 의료보장 형태는 의료급여가 70%, 행려,시설 19.4%, 건강보험이 14%임

3) 재원기간

2008년 퇴원환자와 현재 입원중인 환자의 재원기간을 분석해 보면 2008년 퇴원환자의 경우 재원기간이 4~6개월이 29%로 가장 높게 나타났으며 중간값은 133일이고 재원환자의 재원기간은 25~48개월이 21%로 가장 많으며 중간값은 433일로 2008년 퇴원환자 재원기간과 차이를 보이고 있음

〈표 VI- 4〉 퇴원 및 재원환자 재원기간

구분	1개월 미만	1~ 3개월	4~ 6개월	7~ 12개월	13~ 24개월	25~ 48개월	49~ 84개월	85~ 120개월	10년 이상	계
2008 퇴원환자	204 (16.3%)	248 (19.9%)	362 (29%)	143 (11.4%)	125 (10%)	72 (5.8%)	47 (3.7%)	39 (3.1%)	5 (0.4%)	1244
재원환자	94 (7.4%)	139 (10.9%)	172 (13.5%)	194 (15.2%)	204 (16%)	269 (21.2%)	116 (9.1%)	48 (3.7%)	32 (2.5%)	1268



〈 그림 VI-4 〉 퇴원 및 재원환자 재원기간

Ⅶ.

위탁시립정신병원 재원환자 설문조사

1. 조사목적

서울시립병원 운영현황 및 실태파악을 위해 시립정신병원 소비자인 재원환자의 실태 및 욕구를 파악하기 위함.

2. 용어정의

1) 재원기간

현 병원에 입원을 한 날짜부터 조사시점까지의 기간을 의미함

2) 장기입원

2006년 기준 우리나라 평균 입원기간이 160일(약 5개월)이며 계속입원 심사기준이 되는 일수가 180일(6개월)로서 본 연구에서는 6개월을 기준으로 재원기간이 6개월 초과 입원일 경우를 장기 입원으로 정의함

3) 재원 적절성

정신의료기관에 입원하고 있는 재원환자를 대상으로 지난 1개월간 환자의 증상을 6가지 차원으로 나누어 각 차원별로 3개의 등급으로 평가한 임상평가에서 6가지 항목의 점수의 합이 2점 이상인 경우 재원 적절한 것으로 분류하였음.

3. 조사대상 및 자료수집 방법

연구 대상 기관인 용인정신병원 시립병동, 축령정신병원, 백암정신병원, 고양정신병원 4곳에 입원되어 있는 총 1,278명 중 일차적으로 진단명이 정신지체, 인격장애, 간질인 환자를 제외하고 이후 이차적으로 설문 수행 가능 정도를 고려하여 설문에 응하는데 적절한 561명(43.8%)을 조사 대상으로 함

기관명	모집단수	표본 수 N(%)
고양정신병원	267	120(44.9)
백암정신병원	294	126(42.8)
용인정신병원	477	203(42.5)
축령정신병원	240	112(46.6)
총	1,278	561

이후 사전에 교육을 받은 정신보건전문요원이 4월 28일~5월 8일까지 각 병원을 방문하여 조사 대상자에게 구조화된 인터뷰를 시행함

4. 조사도구

서동우 등(1999)의 연구에서 개발한 것을 바탕으로 본 연구 목적에 맞도록 서비스 욕구와 가족지지체계 등을 추가하여 수정 보완하여 사용함.

1) 개인적 특성

성별, 나이, 병역의무, 결혼상태, 학력, 의료보장형태, 입원 전 거주 형태, 주소지로 구분함

2) 가족특성

가족유무와 관련하여 가족구성원과 보호자와의 관계, 보호자 주소지로 구성하였으며 면회 횟수가 포함되어 있음.

3) 병 력

진단명, 발병연도, 첫 치료기관, 입원횟수, 재원기간, 입원형태, 지난 5년 간 지역사회 거주기간, 정신과적인 문제 외 치료질환 등이 있음

4) 임상증상 및 기능장애 정도

- 임상적 증상은 지난 1개월간의 환자증상을 6가지 차원으로 나누어서 각 영역 별로 3개의 등급(없다 0점, 조금 있다1점, 자주있다 2점)으로 평가함. 전체적인 임상증상의 정도는 각 차원별 점수를 합산하여 증상경미(평가합 0~1점), 중간증상(평가합 2~4점), 증상심각(평가합 5점 이상)으로 해석함.
- 기능장애는 지난 1개월간의 환자기능의 정도를 6가지 차원으로 나누어서 각 영역 별로 3개의 등급(도움없이 잘한다 0점, 조금만 도와주면 할 수 있다.1점, 혼자서는 거의 못한다.2점)으로 평가함. 기능 장애 해석도 임상증상과 동일하게 각 차원별 점수를 합산하여 고기능(평가합 0~1점), 중기능(평가합2~4점), 저기능 (평가합 5점 이상)으로 해석함.
- GAF는 환자의 전반적인 기능을 평가하는 척도로 조사자가 면담 중 전반적인 기능을 관찰하여 0점~100점까지의 척도 점수기준에 따라 평가하고 40점미만, 41~60점, 61점이상 세군으로 분류하였음.

5) 사회지지체계

퇴원 후 환자의 사회지지체계를 묻는 설문으로 6가지 차원으로 나누어 각 차원별로 3개의 등급(전혀 문제없다. 0점, 조금문제 있다. 1점, 매우 문제많다. 2점)으로 평가함.

6) 대상자 서비스 욕구

병원 내 서비스, 퇴원, 지역정신보건서비스 등 3영역으로 나누어 구성하였으며 병원 내 서비스에 대해서는 지난 한달 동안을 기준으로 받고 있는 서비스 및 프로그램 · 시설 · 치료진 · 자신의 삶으로 나누어 7점 척도로 만족도를 표시하게 하였으며 마지막으로 원하는 서비스에 대해 적도록 하였음. 만족도는 각 문항별 로 불만족(1~4점), 만족(5~7점)으로 해석하였으며 퇴원에 대한 영역은 퇴원에 대한 욕구, 퇴원준비, 퇴원 후 계획, 퇴원에 대한 지식, 퇴원 후 원하는 생활에 대한 질문으로 구성되어짐. 또한 각 문항 별 주관식 보충질문은 델파이 방법으로 의견을 정리하였음.

지역정신보건서비스 영역은 정보, 이용유무, 퇴원 후 이용유무로 구성되었으며 퇴원 설문과 마찬가지로 각 문항 별 주관식 보충질문을 델파이 방법으로 의견을 정리함.

5. 분석방법

SPSS WIN 12.0을 이용하여 통계 처리함.

첫째, 대상자의 일반적 사항과 개인적 변인을 살펴보기 위해 빈도분석 및 백분율을 산출함.

둘째, 조사대상자의 일반적 사항과 개인적 변인에 따라 재원기간에 유의미한 차이를 보이는지 살펴 보기위해 ANOVA와 T-test를 실시함.

셋째, 재활기관이용 유무에 따라 GAF에 유의미한 차이를 보이는지 살펴보기 위한 T-test 실시함.

넷째, 조사대상자와 보호자의 주소 동일 여부에 따라 지지체계와 면회횟수에 유의미한 차이를 보이는지 살펴 보기위해 Chi-Square와 T-test를 실시함.

다섯째, 조사 대상자의 과거병력과 현재 기능간의 상관관계를 살펴봄.

6. 결과분석

가. 조사대상자의 일반적인 특성

조사 대상자의 일반적 특성은 개인적 특성과 가족특성으로 나누어 보았으며 개인적 특성은 성별, 연령, 병역의무, 결혼상태, 학력, 의료보장, 전 거주형태, 현주소지로 가족특성은 가족유무, 생존가족, 주 보호자와의 관계, 보호자 주소지로 살펴봄.

1) 개인적 특성

전체 조사대상자 561명에 대한 인구 사회학적 특성은 <표1>에 나타나 있듯이 성별은 남자 54.4%(305명) 여자 45.6%(256명)이며 연령은 평균 49.54세로 40대 36.9% (207명) 50대 34.9%(196명) 30대 10.7%(60명)순으로 40~50대가 가장 많은 것으로 나타남.

병역의무는 남자 305명 중 46%(140명)가 군대를 다녀왔으며 45%(138명)는 군면제를 받았으며 결혼상태는 52.7%(295명)가 미혼이며 23.6%(132명)는 이혼을 하였고 14.6%(82명)는 기혼3.6%(20명) 사별, 2.9%(16명) 별거, 2.7%(15명) 동거 순으로 나타남. 이를 통해 44.7%(250명)는 결혼한 경험이 있는 것을 알 수 있음. 학력은 34.1%(191명)가 고졸이며 중졸 이하가40.9%(229명), 무학 7.9%(44명) 전문대/대학이상이 17.1%(96명)으로 조사됨. 의료보장 형태는 대부분 급여 1종 75.9% (426명)인 것으로 가장 많으며 건강보험과 급여 2종 11.4%(64명) 순으로 나타남.

입원 전 거주지 형태를 보면 가족과 함께 거주자 45.3%(254 명) 친척과 거주자 1.8%(10명)인 것으로 조사되었으나 현기관 입원 전에도 정신의료기관에 입원했었다고 답한 대상자가 16.6%(93명)로 혼자거주·주거시설·요양시설·부랑인 시설·기타 등을 합한 36.3%(204명)

는 입원 전 가족과 떨어져 생활했음을 알 수 있음. 설문대상자들의 거주지로는 서울 75%(421명), 경기도 21.7%(122명), 기타지역이 3.2%(18명)인 것으로 나타남.

〈표 VII- 1〉 개인적 특성

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
성 별	남자	305	54.4
	여자	256	45.6
연 령	20대	16	2.9
	30대	60	10.7
	40대	207	36.9
	50대	196	34.9
	60~64	48	8.6
	65세이상	34	6.1
	평균 49.54세(표준편차 9.651)		
병역의무	군필	140	46
	군면제	138	45
	의병제대	12	4
	기타	14	5
결혼상태	미혼	295	52.7
	기혼	82	14.6
	동거	15	2.7
	이혼	132	23.6
	별거	16	2.9
	사별	20	3.6
학 력	무학	44	7.9
	초졸	114	20.4
	중졸	115	20.5
	고졸	191	34.1
	전문대/대학	87	15.5
	대학원이상	9	1.6
의료보장	건강보험	64	11.4
	급여1종	426	75.9
	급여2종	64	11.4
	일반	7	1.2
전거주형태	혼자거주	89	15.9
	가족과 함께 거주	254	45.3
	친척과 거주	10	1.8
	정신의료기관 입원	93	16.6
	주거시설	7	1.2
	요양시설	9	1.6
	부랑인시설	92	16.4
	기타	7	1.2
현주소지	서울	421	75
	경기도	122	21.7
	기타	18	3.2

2) 가족특성

조사 대상자 561명의 가족특성은 <표 Ⅶ-2>와 같음.

<표 Ⅶ- 2> 조사 대상자의 가족 특성

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
가족유무	있다	482	85.9
	없다	79	14.1
생존가족	조부	4	0.8
	조모	12	2.5
	부	125	25.9
	모	247	51.2
	배우자	89	18.5
	형제자매	438	90.9
	자녀	137	28.4
	손자녀	26	5.4
주보호자	부모	172	35.8
	배우자	31	6.4
	형제자매	227	47.2
	자녀	30	6.2
	친척	21	4.4
보호자 주소	서울	260	60.3
	경기	142	32.9
	기타	29	6.7
주소 동일여부	동일	348	80.7
	다름	83	19.3
면회횟수	월 2회 이상	50	10.5
	월1회	145	30.6
	2달에 1회	63	13.3
	3달에 1회	53	11.2
	4달에 1회	10	2.1
	5달에 1회	4	0.8
	6달에 1회	58	12.2
	1년에 1회	18	3.8
	2년에 1회 이하	73	15.4

가족의 유무를 보면 85.9%(482명)가 가족이 있고, 14.1%(79명)는 가족이 없는 것으로 조사되었으며, 복수 응답으로 설문한 생존 가족에 대한 질문으로 가족이 있는 482명 중 90.9%(438명)가 형제자매가 살아 있다고 답하였으며 이 중 51.2 %(247명)는 어머니가 살아 계신 것으로 나타남.

생존해있는 가족 중 조사대상자의 주보호자는 47.2%(227명)가 형제자매인 것으로 나타났으며 그 다음으로 35.8%(172명)는 부모인 것으로 조사됨. 관련하여 48.4%(233명)가 민법상 주 보호자로 나타남. 조사대상자의 86.4%가 연령이 40대 이상으로 대부분 부모가 사망하여 주보호자가 형제자매로 되어 있는 경우가 많을 것임이 추측됨.

조사 대상자의 보호자 주소지를 보면 60.3%(260명)가 서울로, 32.9%(142명) 경기도, 6.7%(29명) 기타지역으로 조사되었으며 대상자와 보호자와의 주소동일 여부를 살펴보면 80.7%(348명)가 동일하다고 조사되었으며 19.3%(83명)는 다르게 나타남.

가족들의 면회횟수로 41.1%(195명)가 월1회이상 면회를 오고 있으며 15.4%(73명)는 2년에 1회 이하로 면회 오는 것으로 나타남.

나. 조사대상자의 병력실태 및 특성

1) 과거병력

조사 대상자 561명의 과거병력을 보면 <표 Ⅶ-3>과 같음.

진단명은 조사대상자 561명 중 87.9%(493명)가 정신분열병이 8.7%(49명) 알코올의존, 2.7%(15명) 조울증 순으로 나타남.

유병기간은 평균 18.52년으로 30.4%(162명)가 11년~20년이며 그 다음으로 26.6%(142명)는 21년~30년, 16.9%(90명)가 6년~10년 순으로 나타났으며, 31년 이상도 14.3%(76명)나 있는 것으로 조사됨. 561명 중 70.1%(380명)가 11년 이상 유병기간을 가지고 있음.

발병연령으로 평균 30.91세로 34.5%(184명)가 20대에 21.6%(115명)가 30대, 17.6%(94명)가 40대에 발병한 것으로 나타남.

첫 치료기관은 59%(328명)가 전문정신병원이며 다음으로 1.9%(122명)가 정신과 의원인 것으로 조사됨.

발병 후 지금까지 입원횟수는 평균 5.16회로 6~10회가 23%(127명)로 가장 많았으며 다음으로 2회가 17.8%(98명)인 것으로 나타남.

〈표 Ⅶ- 3〉 과거병력

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
진단명	정신분열병	493	87.9
	우울증	4	0.7
	조울증	15	2.7
	알코올의존증	49	8.7
유병기간년)	0	4	0.8
	1~3	37	6.9
	4~5	22	4.1
	6~10	90	16.9
	11~20	162	30.4
	21~30	142	26.6
	31이상	76	14.3
	평균 18.52년(표준편차 10.990)/중간값 19/최소~최대 0~53		
발병연령	19세 이하	97	18.2
	20대	184	34.5
	30대	115	21.6
	40대	94	17.6
	50대	33	6.2
	60세이상	10	1.9
	평균 30.91세(표준편차 12.298)		
첫 치료기관	정신과의원	122	21.9
	종합병원	49	8.8
	대학병원	52	9.4
	전문정신병원	328	59
	기타	5	0.9
입원횟수 (회)	1	65	11.8
	2	98	17.8
	3	88	16
	4	66	12
	5	72	13.1
	6-10	127	23
	11이상	35	6.4
	평균 5.16회(표준편차 4.898)		

2) 현 병력

- 입원시킨 보호자 중 민법상 보호자가 아닌 대상자가 42.4%(238명)에 이름.
- 재원기간이 6개월 초과인 대상자 74.1%(410명)로 나타남.
- 정신과 질환과 타 질환으로 중복 치료를 받고 있는 대상자는 15.5%(87명)로 나타남.

조사 대상자의 현재 병력은 <표 Ⅶ-4>와 같음.

재원기간을 보면 평균 45.54개월(약 3년 9개월)이며 25~48개월이 20%(111명)로 가장 많았으며, 재원기간이 121개월(10년 1개월)인 대상자도 7.6%(42명)인 것으로 나타남. 대상자 74.1%(410명)는 재원기간이 6개월 초과로 장기입원으로 볼 수 있음.

조사 대상자들의 지난 5년간의 지역사회 거주기간을 살펴보면 45.8%(243명)가 5년 동안 지역에서 전혀 거주하지 않은 것으로 나타났으며 현 재원기간이 4년 초과인 대상자가 29.6%임에도 불구하고 5년 동안 지역사회 거주기간이 전혀 없는 대상자가 45.8%로 나타난 것은 현 의료기관에 입원하기 전에도 지역사회에서 전혀 생활하지 않았음을 알 수 있음.

입원형태로 81.2%(454명)가 정신보건법 24조 보호의무자에 의한 입원이며 다음으로 정신보건법 24조에 있는 보호의무자가 시·군·구청장이 되는 경우의 입원형태인 것으로 조사됨. 입원 전 부랑인 시설 또는 요양시설에 입소해 있던 대상자의 경우 보호 의무자가 시·군·구청장으로 입원되고 있으며 정신보건법 23조인 자의 입원은 1.8%(10명)인 것으로 나타남.

보호의무자에 의한 입원은 주보호자가 형제자매인 경우가 47.3%(215명), 부모가 34.3%(156명)로 나타남. 이는 입원시킨 보호자 중 민법상 보호자가 아닌 대상자가 42.4%(238명)에 이르는 것을 알 수 있음.

조사 대상자들의 정신과외 신체질환을 조사한 결과 15.5%(87명)가 타 질환으로 치료를 받고 있다고 응답하였으며 진료 과를 보면 10개과로 30.9%(25명)가 내분비질환, 24.7%(20명)가 신경계 질환, 14.8%(12명)가 정형외과 순이었으며 이외에도 치과, 안과, 산부인과, 피부과, 호흡기질환, 소화기 질환이 있는 것으로 나타남.

〈표 Ⅶ- 4〉 현병력

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
재원기간 (개월)	1-3	85	15.3
	4-6	59	10.6
	7-12	64	11.6
	13-24	71	12.8
	25-48	111	20
	49-84	66	11.9
	85-120	56	10.1
	121이상	42	7.6
	평균 45.54(표준편차 55.793)/ 중간 값 24(719일) / 최소 ~ 최대 1~360		
5년 동안 지역사회 거주기간 (개월)	0	243	45.8
	1-6	38	7.2
	7-12	40	7.5
	13-18	13	2.4
	19-24	64	12.1
	25-36	51	9.6
	38-48	41	7.7
	49이상	41	7.7
	평균 15.14(표준편차 18.608)/ 중간 값 3/ 최소~최대 0~59		
입원형태	보호의무자	454	81.2
	보호의무자가 시군구청장	95	17
	자의	10	1.8
입원시킨 보호자	부모	156	34.3
	배우자	30	6.6
	형제자매	215	47.3
	자녀	31	6.8
	친척	18	4.0
	기타	5	1.1
정신과 외 신체질환	예	87	15.5
	아니오	474	84.5
진료과	내분비	25	30.9
	정형외과	12	14.8
	산부인과	1	1.2
	치과	5	6.2
	안과	3	3.7
	피부과	2	2.5
	비뇨기관	2	2.5
	호흡기	4	4.9
	소화기	7	8.6
	신경계	20	24.7

다. 조사대상자의 임상기능 및 지지체계 실태

- 조사 대상자 중 41.4%(232명)는 재원이 부적절한 것으로 추측됨.
- 총점이 12점으로 모든 지지체계에서 매우 문제가 있는 대상자는 14.4%(81명)로 나타남.

1) 임상적 평가

조사 대상자에 임상적 평가를 살펴보면 <표 Ⅶ-5>와 같음.

임상적 평가는 1개월간의 환자의 증상을 평가 한 것으로 총 6문항으로 구성되어 있으며 각 문항별 점수는 0점에서 2점까지 분포하고 있어 0에 가까울수록 임상적으로 경미하며 2에 가까울수록 심각하다는 것을 의미함.

총 합산을 봤을 때 최고 0점부터 최저 12점까지 분포하고 있으며 본 설문지의 합산 점수를 통해 경미(0~1) 중간(2~4) 심각(5점이상)으로 구분하여 임상증상의 정도와 재원적절성을 파악하였음.

임상증상 평가 결과를 보면 41.4%(232명)는 증상이 경미하고 39.9%(224명)는 증상이 중간 정도이며 18.7%(105명)는 심각한 것으로 나타남. 이를 바탕으로 총점 2점 이상을 재원 적절한 것으로 평가 했을 때 조사 대상자 중 41.4%(232명)는 현 시점에서 재원이 부적절하다는 것을 알 수 있음.

<표 Ⅶ- 5> 임상적 평가

임상상태 영역	없다 0점	조금있다 1점	자주있다 2점	임상총점평가		
				경미	중간	심각
	N(%)			N(%)		
1. 자해(자살) 및 타해의 위험도	318(56.7)	166(29.6)	77(13.7)	232 (41.4)	224 (39.9)	105 (18.7)
2. 현저한 사고 및 지각장애	292(52)	173(30.8)	96(17.1)			
3. 기억력/지남력의 심한 손상	304(54.2)	189(33.7)	68(12.1)			
4. 기괴한 행동이나 현저한 퇴행	419(74.7)	122(21.7)	20(3.6)			
5. 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/ 한시적 프로그램	436(77.7)	110(19.6)	15(2.7)			
6. 치료가 필요한 신체증상 동반	492(87.7)	57(10.2)	12(2.1)			

2) GAF 평가

GAF평가 결과를 보면 평균 37.46점이며 최소 11점에서 최대 80점까지 분포 되어 있으며 GAF 점수를 세 구분으로 나누어 분포를 보면 40점 이하가 67.7%(380명), 41~60점 이하가 29.6%(166명), 61점 이상 2.7%(15명)인 것으로 나타남.

〈표 VII- 6〉 GAF 평가

	N	평균	표준편차	중앙값	최대값	최소값
GAF	561	37.46	11.66	35	80	11

GAF점수	N	%
40점이하	380	67.7
41~60점이하	166	29.6
61점이상	15	2.7

3) 사회지지체계평가

사회지지체계를 평가하는 항목은 총 6문항으로 각 문항별 점수가 0점에서 2점까지 분포 하고 있으며 0에 가까울수록 사회지지체계에 전혀 문제가 없음을, 2에 가까울수록 매우문제 많다는 것을 의미함. 총 합산을 봤을 때는 최고 0점부터 최저 12점까지 분포하고 있는 것으로 나타남.

〈표 VII- 7〉 사회지지체계평가

지지체계 영역	전혀 문제 없다 0점	조금 문제 있다 1점	매우 문제 많다 2점	총점평가	
	N(%)			평균 (표준편차)	중앙값
1. 가족친지(주중, 주간)	200(35.7)	162(28.9)	199(35.5)	5.60 (4.074)	5
2. 거주지	247(44)	150(26.7)	164(29.2)		
3. 경제자원	152(27.1)	231(41.2)	178(31.7)		
4. 가족친지(야간, 주말)	188(33.5)	180(32.1)	193(34.4)		
5. 주간재활프로그램 이용	276(49.2)	142(25.3)	143(25.5)		
6.가족친지(도움필요시)	205(36.5)	189(33.7)	167(29.8)		

평가 결과를 보면 각 문항별 ‘조금 문제 있다.’와 ‘매우 문제 많다’를 답한 대상자가 ‘전혀 문제없다’를 답한 대상자보다 많은 것으로 나타났으며, 특히 경제지원과 야간주말에 함께 할 수 있는 가족친지가 있는지에 대한 문항에 대해서는 ‘매우 문제가 많다’가 가장 많은 것으로 나타남. 총 합산으로 평가했을 때 평균 5.6점이며 총점이 12점인 지지체계가 가장 문제가 있는 대상자는 14.4%(81명)이며 전혀 문제가 없다고 답한 총점이 0점인 대상자는 12.7%(71명)인 것으로 나타남

라. 서비스 실태 및 조사대상자의 서비스욕구

- 병원생활에 대한 설문에서 24.2%(136명)는 병원생활하며 아무것도 안하고 있다고 응답함.
- 삶의 만족도는 47.1%(264명)가 만족한다고 응답함.
- 서비스 만족도에서 프로그램에 대해서는 38.8%(218명), 시설에 대해서는 33.7%(189명), 치료진에 대해서는 25.1%(141명)가 불만족하다고 응답함.

1) 서비스 만족도 평가

조사 대상자들이 병원에서 주로 받는 서비스나 프로그램으로 신문읽기, 산책, 약물교육, 음악치료, 직업재활 등이며 이중 8.8%(35명)가 직업재활에 참여 하고 있는 것으로 조사됨. 하지만 561명 중 24.2%(136명)는 병원생활하면서 아무것도 안하고 있다고 하였으며 이들은 주로 잠자기, TV보기, 신문보기 등으로 생활을 하고 있는 것으로 응답함.

삶의 만족도를 보면 28.8%(161명)이 ‘그저 그렇다’라고 답했으며 22.3%(125명)는 만족한다고 응답함.

〈표 Ⅶ- 8〉 서비스 만족도에 대한 평가

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
삶의 만족도	아주불행	34	6.1
	불행	42	7.5
	대체로 불행	59	10.5
	그저그렇다	161	28.8
	대체로 만족	101	18.0
	만족	125	22.3
	아주만족	38	6.8

	아주 불만족	불만족	대체로 불만족	그저 그렇다	대체로 만족	만족	아주 만족
	1	2	3	4	5	6	7
프로그램	14(2.5)	21(3.7)	28(5.0)	155 (27.6)	128 (22.8)	145 (25.8)	70(12.5)
시설	10(1.8)	31(5.5)	36(6.4)	112(20)	130 (23.2)	179(32)	62(11.1)
치료진	12(2.1)	15(2.7)	17(3)	97(17.3)	119 (21.3)	219 (39.1)	81(14.5)

구체적으로 참여 하고 있는 프로그램과 생활하고 있는 병원시설 및 치료진에 대한 만족도를 살펴보면 561명 중 프로그램에 대해서는 38.8%(218명)가, 시설에 대해서는 33.7%(189명), 치료진에 대해서는 25.1%(141명)가 불만족하는 것으로 조사됨. 이러한 만족도에 따라 원하는 서비스에 대한 질문에는 51.7%(267명)가 만족해서 원하는 것이 없다라고 답하였으나 이외 답변으로는 환경개선, 치료 질 향상, 단기입원시스템 등으로 응답함.

마. 퇴원에 대한 인식도 및 욕구

1) 퇴원욕구

조사대상자들의 퇴원욕구를 살펴보면 82.7%(464명)가 ‘예’ 라고 응답하였으며 17.3%(97명)가 ‘아니오’ 라고 응답함.

〈표 Ⅶ- 9〉 퇴원욕구

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
퇴원욕구	예	464	82.7
	아니오	97	17.3

2) 퇴원에 대한 평가

- 464명 중 36.1%(163명)가 퇴원을 못 하는 이유로 가족의 거부라고 생각함.
- 561명 중 73.6%(412명)가 입원기간 동안 퇴원준비 교육을 받지 못함.
- 561명 중 48.2%(269명)가 퇴원청구 권리에 대해서 모름.
- 561명 중 42%(234명)가 입원 후 6개월에 한 번씩 계속입원심사를 하는 것에 대해서 모름.

조사대상자들 중 퇴원을 원하는 464명을 대상으로 퇴원계획과 본인이 생각하는 퇴원을 못 하는 이유에 대해서 물었을 때 계획에 대해서는 45%(209명)이 퇴원 후에 “경제활동을 하겠다” 라고 하였으나 40.1%(186명)는 “계획이 없다” 라고 응답함. 이외에 가족 찾기, 지역 사회기관이용, 학원 등을 다니면서 학습, 봉사활동 등의 계획을 가지고 있는 것으로 나타남.

퇴원을 원하고 퇴원계획을 가지고 있음에도 퇴원을 못 하는 이유에 대해서는 조사대상자 36.1%(163명)가 “가족이 거부해서” 라고 생각하고 있으며 23.9%(108명)은 “지속적인 치료가 필요해서” 라고 응답함. 기타 응답으로 “사람들이 무서워해서, 퇴원 준비가 안 되어서, 강제로 입원되어 있어서” 등의 답변을 하였음.

퇴원을 원하지 않는 97명에게 원하지 않는 이유에 대해서는 33.3%(31명)가 “퇴원 후 사회에 적응하기 힘들어서” 라고 답했으며 25.8%(24명)가 “치료가 더 필요해서” 라고 응답함. 조사 대상자 561명 중 입원병원에서 퇴원준비 교육을 받지 못한 사람은 73.6%(412명)인 것으로 조사됨.

퇴원에 대한 상의 유무에 대해서는 51.8%(290명)만이 퇴원을 상의하였다고 응답하였으며 대상이 대부분 의사, 가족과 상의하는 것으로 나타남. 가족과 상의 시에는 27.9%(34명)가 퇴원 후 생활에 대해서, 24.6%(30명)는 퇴원일정에 대해서 상의 하는 것으로 나타남.

정신보건법에 규정되어 있는 퇴원청구 권리에 대해서 모르고 있는 대상자는 48.2%(269명)이며 입원 후 6개월에 한 번씩 계속입원심사를 하는 것에 대해서는 42%(234명)이 모르고 있는 것으로 나타남.

〈표 Ⅶ- 10〉 퇴원에 대한 평가

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
퇴원계획	경제활동	209	45
	가족찾기	2	0.4
	지역사회기관이용	13	2.8
	교육	26	5.6
	봉사활동	7	1.5
	계획없음	186	40.1
	기타	21	4.5
퇴원을 못 하는 이유	지속적인 치료필요	108	23.9
	가족이 거부	163	36.1
	치료진 및 병원때문	32	7.1
	정책기준	15	3.3
	지지체계 없음	30	6.7
	기타	103	22.8
퇴원을 원하지 않는 이유 (아니오 답한97명)	치료가 필요	24	25.8
	병원이 좋아서	20	21.5
	사회적응이 힘들어서	31	33.3
	기타	18	19.4
퇴원교육유무	예	148	26.4
	아니오	412	73.6
퇴원상의 유무	예	290	51.8
	아니오	270	48.2
상의대상(퇴원을 상의한290명)	의사	156	53.8
	간호사	47	16.2
	사회복지사	23	7.9
	가족	130	44.8
가족과 논의된 계획 (130명)	건강문제	8	6.6
	거주지	8	6.6
	퇴원 후 생활	34	27.9
	퇴원일정	30	24.6
	기타	42	34.4
청구권리지식	예	289	51.8
	아니오	269	48.2
계속입원심사지식	예	323	58
	아니오	234	42

3) 퇴원 후 선호생활

조사대상자들이 퇴원 후 선호하는 생활로는 61.4%(342명)가 “가족과 함께” 인 것으로 응답하였으나 2.3%(58명)는 병원이나 요양시설에서 생활하는 것을 선호하는 것으로 나타나 그 이유로 46.3% (25명)가 “그곳이 좋아서” 35.2%(19명)가 “지지체계가 약해서”로 조사됨.

〈표 Ⅶ-11〉 퇴원 후 선호하는 생활형태

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
선호생활	가족과 함께	342	61.4
	지역주거시설	25	4.5
	독립생활	125	22.4
	병원	50	9
	요양시설	8	1.4
	기타	7	1.3
병원이나 요양원을 선호하는 이유	그곳이 좋아서	25	46.3
	사회 적응이 힘들어서	4	7.4
	지지체계가 약해서	19	35.2
	기타	6	11.1

바. 지역사회정신보건서비스 이용 실태 및 욕구

1) 지역정신보건서비스 정보에 대한 평가

설문 대상자 561명 중 49.7%(282명)가 지역정신보건서비스에 대해 알고 있으며 현재 지역사회에서 재활서비스를 제공하고 있는 정신보건센터, 사회복지시설, 거주시설, 알코올상담센터 중 정신보건센터를 가장 많이 알고 있는 것으로 나타남.

〈표 Ⅶ- 12〉 지역정신보건서비스 정보에 대한 평가

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
재활기관정보 유무	예	282	49.7
	아니오	279	50.3
알고 있는 기관	정신보건센터	192	34.2
	사회복지시설	175	31.2
	거주시설	99	17.6
	알코올상담센터	80	14.3

2) 지역정신보건서비스 이용경험

지역사회정신보건기관 이용경험에 대해서 561명 중 14.6%(82명)만이 이용경험이 있다고 응답하였으며 이중 대부분이 정신보건센터를 많이 이용하였으며 다음으로 사회복지시설로 나타남. 이용 시 받은 서비스로 42%(34명)가 주간재활프로그램을 이용했으며 38.3%(31명)는 상담서비스로 나타났으며 이외에서 직업재활, 사례관리와 주거서비스 순으로 조사됨.

서비스 이용기간을 보면 평균 15.21개월로 1~3개월 이용자가 41.6% (32명), 13개월 이상 이용자가 31.2%(24명)인 것으로 조사됨

〈표 VII- 13〉 지역정신보건서비스 이용경험

변 수		범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
이용경험유무		예	82	14.6
		아니오	479	85.4
이용경험이 있는 대상자	이용해본 기관	정신보건센터	49	59.8
		사회복지시설	27	32.9
		거주시설	16	19.5
		알코올상담센터	8	9.8
	이용 서비스	상담	31	38.3
		주간재활	34	42
		사례관리	20	24.7
		주거서비스	20	24.7
		직업재활	24	29.6
		기타	2	2.5
	이용기간 (개월)	1~3	32	41.6
		4~6	11	14.3
		7~12	10	13.0
		13개월이상	24	31.2
		평균 15.21개월 (표준편차 21.927)		

3) 퇴원 후 지역사회정신보건기관 욕구

퇴원 후 지역사회정신보건을 이용할 생각이 있는지에 대한 질문으로 46.7%(262명)가 이용하겠다고 응답하였으며 41.6%(109명)가 이용서비스로 직업재활을 답했으며 다음으로 35.5%(93명)가 상담이라고 응답함. 이는 〈표 VII-10〉에서와 같이 퇴원 후 계획으로 가장 많은 응답한 경제 활동과 퇴원을 원하지 않는 이유로 사회적응이 힘들어서라고 응답한 것과 관련 했을 때 많은 재원환자들이 직업에 대한 욕구가 많다는 것을 알 수 있음.

〈표 Ⅶ- 14〉 퇴원 후 지역사회 정신보건기관 욕구 평가

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
퇴원 후 이용여부	예	262	46.7
	아니오	299	53.3
이용서비스	상담	93	35.5
	주간재활	69	26.3
	사례관리	64	24.4
	주거서비스	86	32.8
	직업재활	109	41.6
	기타	9	3.4
이용하지 않을 이유	정보부족	17	6.2
	불필요	147	53.6
	서비스불만족	22	8
	기타	88	32.1

사. 일반적 특성에 따른 재원기간

1) 개인적 특성에 따른 재원기간

조사 대상자의 개인적 특성에 따라 재원기간에 차이가 있는지 살펴봄.

성별의 경우 재원기간에 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났으며, 연령에 따른 재원기간은 60~64세가 가장 재원기간이 길었으며 20대가 재원기간이 가장 짧은 것으로 유의미한 차이가 나타남.

결혼형태에서는 유의미한 차이가 없었으나 동거인 경우가 재원기간이 가장 길었으며 다음으로 기혼상태인 대상자가 재원기간이 긴 것으로 나타남.

의료보장 형태에 따른 재원기간을 보면 급여 1종이 가장 재원기간이 길었으며 다음으로 급여 2종이 긴 것으로 나타나 유의미한 차이를 보임.

입원 전 거주지를 살펴보면 기타로 응답한 노숙의 경우가 가장 입원기간이 길었으며 다음으로 가족과 함께 거주했던 대상자인 것으로 나타남. 하지만 지역사회재활기관인 주거시설 입소자였던 경우도 평균 재원기간이 46.71개월로 전체 평균 재원기간 45.54개월 보다 길게 나타났으며 이것은 의료기관과 재활기관간의 네트워크를 통해 사후관리가 필요함을 알 수 있음.

〈표 Ⅶ- 15〉 일반적 사항에 따른 재원기간

변 수	범 주	N	평균(표준편차)	F/t	P
성별	남	302	45.35(55.947)	-0.87	.931
	여	252	45.77(55.718)		
연령	20대	16	18.81(16.865)	5.069	.000
	30대*	60	27.70(37.960)		
	40대*	205	38.12(49.963)		
	50대*	192	57.21(60.270)		
	60~64	47	57.47(69.382)		
	65세이상	34	52.00(63.137)		
결혼상태	미혼	291	46.63(55.552)	1.561	.169
	기혼	80	55.75(64.998)		
	동거	14	62.07(59.531)		
	이혼	132	38.43(53.513)		
	별거	16	40.50(40.426)		
	사별	20	30.35(33.360)		
의료보장	건강보험*	63	24.19(33.845)	5.989	.001
	급여1종*	421	50.50(58.727)		
	급여2종	63	38.40(48.758)		
	일반	7	3.86(2.545)		
입원 전 거주형태	혼자거주	99	46.83(62.711)	.872	.528
	가족과 함께	283	49.02(55.205)		
	친척거주	12	23.33(34.645)		
	정신의료기관입원	46	46.28(57.198)		
	주거시설	7	46.71(37.673)		
	요양시설	9	38.89(76.828)		
	부랑인시설	90	35.72(50.355)		
	기타	8	52.75(47.355)		

* 표는 Scheffe test결과 차이가 유의미한 것임.

2) 가족특성에 따른 재원기간

가족특성에 따른 재원기간을 살펴보면 〈표 Ⅶ-16〉과 같음.

가족이 없는 대상자가 있는 대상자 보다 재원기간이 길었으며 주보호자에 따라서는 친척이 주보호자인 대상자의 재원기간이 가장 길게 나타났으며 다음으로 형제자매 부모 순으로 나타남. 배우자가 주 보호자인 대상자의 경우가 재원기간이 가장 짧은 것으로 나타남 대상자와 보호자의 거주지역이 동일여부에 따른 재원기간을 보면 거주지역이 다른 대상자의 재원기간이 긴 것으로 나타남.

〈표 Ⅶ- 16〉 가족특성에 따른 재원기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	F/t	P
가족유무	있다	477	44.97(54.357)	-.603	.547
	없다	77	49.10(64.259)		
주 보호자	부모	170	38.69(51.885)	2.871	.023
	배우자	30	28.20(44.357)		
	형제자매	226	52.27(56.668)		
	자녀	29	34.69(49.114)		
	친척	21	57.29(58.879)		
지역동일여부	동일	346	42.88(52.285)	-1.218	.226
	다름	80	52.69(67.500)		

3) 가족 유무에 따른 입원횟수

가족유무에 따른 입원횟수를 살펴보면 가족이 있는 대상자의 입원횟수가 더 많은 것으로 나타남. 〈표 Ⅶ-17〉의 가족유무에 따른 재원기간과 연관해서 보면 가족이 없는 대상자는 가족이 있는 대상자에 비해 입원횟수는 적지만 입원 시 재원기간이 긴 것을 알 수 있음.

〈표 Ⅶ- 17〉 가족 유무에 따른 입원횟수

변수	범주	N	평균(표준편차)	t	P
가족유무	있다	475	5.40(5.159)	4.862	.000
	없다	76	3.68(2.282)		

4) 보호자와 환자의 거주 지역 동일 여부에 따른 사회지지체계

사회지지체계를 평가하는 항목은 총 6문항으로 각 문항별 점수는 0점에서 2점까지 분포하고 있으며 0에 가까울수록 사회지지체계에 전혀 문제없으며 2에 가까울수록 매우문제 많다는 것을 의미함. 본 척도는 합산 점수를 사용하였기 때문에 최고 0점부터 최저 12점까지 분포하고 있으며 거주 지역 동일여부에 따른 사회지지체계는 거주지역이 동일한 대상자의 사회지지체계가 다른 대상자보다 사회지지체계에 문제가 없는 것으로 유의미하게 나타남.

〈표 VII- 18〉 보호자와 환자의 주소동일 여부에 따른 사회지지체계

변수	범주	N	평균(표준편차)	t	P
거주지역 동일여부	동일	348	4.24(3.486)	-3.151	.002
	다름	83	5.6(3.741)		

아. 변수에 따른 재원기간 비교

1) 병력에 따른 재원기간

조사 대상자 561명의 병력에 따른 재원기간의 차이를 살펴보면 〈표 VII-19〉와 같음.

조사대상자의 진단 중 가장 많은 수를 차지하는 정신분열병의 경우에 재원기간이 가장 길었으며 조울증 알코올의존 순으로 길게 나타나 유의미한 차이를 보임.

유병기간이 길어질수록 재원기간도 길어지고 있는 것으로 유의미하게 나타났으며 발병연령은 30대에 발병한 대상자가 가장 재원기간이 길고 다음으로 50대, 20대 순으로 재원기간이 긴 것으로 나타남. 입원형태에 따라서는 재원기간에 큰 차이를 보이지 않았으나 자의입원 형태가 가장 짧은 재원기간을 보이고 있음.

〈표 Ⅶ- 19〉 병력에 따른 재원기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	F/t	P
진단명	정신분열병*	487	48.18(57.875)	3.453	.016
	우울증	4	7.25(6.131)		
	조울증	15	38.07(34.948)		
	알코올의존증*	48	24.27(30.766)		
유병기간 (년)	0	4	3(2.708)	4.810	.000
	1-3*	36	17.58(24.027)		
	4-5	22	29.05(22.266)		
	6-10	89	35.44(45.391)		
	11-20	161	46.76(55.734)		
	21-30*	140	58.21(67.946)		
	31이상*	75	60.17(57.365)		
발병연령	19세 이하	96	43.50(54.274)	1.884	.095
	20대	181	50.60(54.237)		
	30대	115	54.08(68.916)		
	40대	93	34.49(41.713)		
	50대	32	51.06(66.859)		
	60세이상	10	23.40(19.340)		
입원형태	보호의무자	449	45.56(55.319)	1.239	.291
	보호의무자 (시군구청장)	93	48.03(59.831)		
	자의	10	18.80(36.502)		

* 표는 Scheffe test결과 차이가 유의미한 것임.

2) 환자평가에 따른 재원기간

임상적 평가에 따른 재원기간을 살펴보면 경미 중간 심각의 순으로 재원기간이 길지만 평균에는 유의미한 차이를 보이지 않고 있으며 또한 이 부분에 대해서는 장기 입원을 했기 때문에 조사 시점에서 경미한 것인지 경미한 대상자가 장기 입원을 하고 있는 것인지는 추가 조사가 필요 할 것으로 보임.

GAF는 40점 이하, 41-60, 61점 이상 순으로 재원기간이 길게 나타나 전반적 기능이 낮은 대상자가 장기입원하고 있음을 알 수 있음.

〈표 Ⅶ- 20〉 환자 평가에 따른 재원기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	F/t	P
임상적평가	경미	229	46.62(59.414)	.115	.892
	중간	222	45.39(57.752)		
	심각	103	43.47(41.862)		
GAF	61점 이상	14	33.57(52.187)	2.847	.059
	41-60	165	37.76(51.376)		
	40점 이하	375	49.41(57.476)		

3) 사회지지체계에 따른 재원기간

사회지지체계에 따른 재원기간을 살펴보면 유의미한 차이가 있지는 않지만 하위문항 6가지 모두 사회지지체계에 매우 문제가 많은 대상자들의 재원기간이 가장 길었으며 사회지지체계에 전혀 문제가 없는 대상자의 재원기간은 짧은 것으로 나타남.

〈표 Ⅶ- 21〉 사회지지체계에 따른 재원기간

	전혀 문제없다		조금 문제있다		매우 문제많다		F/t	P
	N	평균 (표준편차)	N	평균 (표준편차)	N	평균 (표준편차)		
1	198	40.64(54.773)	159	42.99(46.358)	197	52.53(62.899)	2.491	.084
2	245	42.88(55.439)	147	43.22(48.943)	162	51.68(61.710)	1.388	.250
3	151	41.74(55.182)	227	43.76(49.925)	176	51.10(62.929)	1.341	.262
4	186	41.56(55.034)	177	41.33(46.359)	191	53.32(63.461)	2.855	.058
5	274	43.79(53.406)	141	48.71(62.095)	139	45.78(53.885)	.362	.696
6	201	43.28(57.878)	188	45.59(50.855)	165	48.25(58.726)	.358	.699

4) 재활기관이용 유무에 따른 재원기간

재활기관이용 유무에 따른 재원기간은 입원 전 재활기관을 이용한 적이 있는 대상자의 재원기간이 24.54개월로 이용한 경험이 없는 대상자의 재원기간 49.19개월보다 짧은 것으로 유의미하게 나타남.

〈표 Ⅶ- 22〉 재활기관이용 유무에 따른 재원기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	t	P
재활기관이용 유무	있다	82	24.54(30.777)	-5.693	.000
	없다	472	49.19(58.324)		

5) 재활기관이용 유무에 따른 GAF

- 재활기관 이용 경험이 있는 대상자의 GAF는 평균 40.27점으로 경험이 없는 사람보다 3.29점 높다.

재활기관 이용 유무에 따른 GAF를 보면 입원 전에 재활기관을 이용해 본 경험이 있는 대상자의 GAF점수가 이용경험이 없는 대상자 보다 유의미한 차이를 보이며 높게 나타났으며 이는 전체 평균 37.46점보다 높게 나타난 것임을 알 수 있음.

〈표 Ⅶ- 23〉 재활기관이용 유무에 따른 GAF

변수	범주	N	평균(표준편차)	t	P
재활기관이용 유무	있다	82	40.27(12.163)	2.366	.018
	없다	479	36.98(11.520)		

6) 과거병력과 현 기능간의 상관관계

발병나이와 현재 기능간의 상관관계를 살펴보면 발병나이가 어릴수록 임상점수는 0.01수준에서 점수가 높아지는 부적인 관계에 있으며 지지체계와 GAF는 점수가 높아지는 정적인 관계에 있음.

유병기간과 현재 기능간의 상관관계는 유병기간이 길수록 임상점수가 0.01수준에서 점수가 높아지는 정적인 관계에 있으며 지지체계 또한 유의미하지는 않지만 점수가 높아지는 정적인 관계에 있음. 하지만 GAF와는 0.01수준에서 유병기간이 길수록 점수가 낮아지는 부적인 관계에 있음.

재원기간과 현재 기능간의 상관관계는 재원기간이 길어질수록 지지체계 점수가 높아지는 정적인 관계에 있으며 임상점수와 GAF는 낮아지는 부적인 관계에 있음.

입원횟수와 현재 기능간의 상관관계는 입원횟수가 많아질수록 임상점수와 GAF점수도 높아지는 정적인 관계에 있으며 지지체계 점수는 낮아지는 부적인 관계에 있음.

지역사회 거주기간과 현재 기능간의 상관관계는 지난 5년 동안 지역사회 거주기간이 길수록 임상적 증상은 경미해지고 사회적 지지체계도 문제가 없는 것으로 부적인 상관관계를 보이고 있으며 GAF는 점수가 높아지는 정적인 관계에 있음.

〈표 Ⅶ- 24〉 과거병력과 현 기능간의 상관관계

		발병나이	유병기간	재원기간	입원횟수	지역사회 거주기간
임상총점	상관계수	-.150**	.124**	-.042	.043	-.110*
	유의수준	.001	.004	.328	.311	.011
	N	533	533	554	551	531
지지총점	상관계수	.066	.068	.074	-.084*	-.125**
	유의수준	.126	.117	.083	.048	.004
	N	533	533	554	551	531
GAF	상관계수	.091*	-.191**	-.104*	.020	.204**
	유의수준	.037	.000	.014	.644	.000
	N	533	533	554	551	531

* p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

7. 결과요약

서울시립정신병원 운영현황 및 실태파악 연구과제를 수행하면서 시립정신병원에 입원중인 환자들을 대상으로 특성과 개인적 변인을 살펴봄으로써 시립정신병원의 앞으로의 운영방향성과 서비스 질 향상을 위한 데이터를 제시하고자 함.

㉠ 병력특성

- 시립정신병원 재원환자 병력특성을 보면 87.9%가 정신분열병진단으로 유병기간은 평균 18.52년인 것으로 나타남.
- 평균 30.91세에 발병하여 전문정신병원에서 첫 치료를 시작하였으며 발병 후 현재까지 11회 이상 입원한 대상자가 6.4%(35명)로 평균 5.16회 입원을 한 것으로 조사됨.
- 현재 시립정신병원에 평균 45.54개월 입원해 있으나 45.8%가 '지난 5년 동안 지역에 한 번도 거주한 적이 없었다'라고 답하였으며 평균적으로 지역거주기간이 15.14개월로 나타남. 6개월 이상을 장기 입원으로 봤을 때 시립병원 재원환자들의 대부분이 장기 입원하고 있음을 알 수 있음.
- 입원형태를 보면 대부분 형제자매에 의해서 입원된 보호의무자에 의한 입원인 것으로 나타남.
- 대상자들의 중복질환 실태를 보면 15.5%가 정신과외 질환을 가지고 있으며 내분비질환으로 치료받고 있는 대상자가 가장 많고 이외에도 9개 유형의 질환으로 치료를 받고 있는 것으로 나타남.

㉡ 임상. 기능 평가

- 임상, 기능 및 지지체계 실태를 보면 임상적 평가에서 41.4%(232명)가 증상이 경미한 것으로 평가되어 재원 부적절한 것으로 나타남.
- 전반적 기능평가척도(GAF)에서도 평균 37.46점이나 61점 이상도 2.7%(15명)인 것으로 나타남.
- 사회지지체계에서는 문항별 '조금 문제있다.'와 '매우 문제 많다'를 답한 대상자가 '전혀 문제 없다'를 답한 대상자보다 많은 것으로 나타나 사회지지체계가 열악함을 알 수 있음.

㉠ 병원 내 프로그램 참여 및 정보습득

- 병원에서의 생활을 보면 24.2%(136명)는 병원생활하면서 아무것도 안하고 있는 것으로 나타났으나, 병원생활에 대해서는 만족하고 있으며 더 나아가 병원에 원하는 것에 대해서 환경이 개선되고 치료의 질이 향상되길 바란다고 응답함.
- 퇴원에 대한 실태를 보면 82.7%(464명)가 퇴원을 원하고 그 중 45%(209명)은 퇴원 후 경제 활동을 할 계획도 가지고 있으나 가족이 거부하여 퇴원을 못하고 있다고 생각하고 있는 것으로 나타남.
- 퇴원을 원하지 않는 17.3%(97명)는 퇴원 후 사회 적응이 힘들어서 병원에 있길 원하는 것으로 조사되었으며 61.4%(342명)가 퇴원 후 가족과 함께 살기를 원했지만 10.4%(58명)는 병원이 좋고 지지체계가 약하다는 이유로 요양시설이나 병원에 있기를 원함.
- 조사대상자 561명 중 26.4%(148명)만이 퇴원준비 교육을 받았고 51.8%(290명)만이 주로 의사와 가족과 함께 퇴원을 상의 하는 것으로 나타남.
- 퇴원 관련 법규에 대한 정보에 대해서는 청구 권리가 있다는 것에 대해서는 51.8%(289명)가 알고 있었고 계속입원 심사에 대해서는 58%(323명)가 알고 있는 것으로 나타남.

㉡ 지역정신보건 이용 실태 및 욕구

- 조사 대상자들의 지역정신보건 이용 실태 및 욕구를 보면 49.7%(282명)가 재활기관정보를 알고 있고 그 중 정신보건센터를 가장 많이 알고 있는 것으로 나타남.
- 이용경험에 대해서는 561명 중 14.6%(82명)만 이용한 경험이 있고 주로 정신보건센터에서 평균 15.21개월 동안 주간 재활이나 상담서비스를 이용한 것으로 나타남.
- 퇴원 후 이용 욕구에 대해서는 46.7%가 직업재활과 상담서비스를 이용을 하겠다고 했으며 이용하지 않겠다고 했던 53.3% (299명) 중 53.6%(147명)는 불필요하다고 생각하는 것으로 나타남.

⊙ 변인별 재원기간

- 조사대상자 변인에 따른 재원기간을 보면 개인적 특성에서는 성별은 큰 차이를 보이지 않았으며 나이는 60~64세, 결혼형태가 동거, 의료보장 형태가 급여1종, 입원 전에 노숙생활을 했던 대상자의 재원기간이 그렇지 않은 대상자보다 긴 것으로 나타남.
- 가족특성으로는 가족이 없는 대상자가 있는 경우보다 재원기간이 길었으며 가족이 있는 사람 중에서는 친척이 주보호자인 대상자가 재원기간이 긴 것으로 나타남.
- 병력에 따라서는 유병기간이 길수록 재원기간도 길어졌으며 30대에 발병하고 입원형태가 시군구청장에 의한 입원일 경우 재원기간이 길게 나타남.
- 각각의 평가에 따른 재원기간을 보면 증상은 경미하고 GAF가 40점 이하인 대상자가 다른 대상자들 보다 재원기간이 긴 것으로 나타났으며 사회지지체계에 문제가 많을 수록 재원기간이 긴 것으로 나타남.

1. 조사목적

위탁시립정신요양원에 입소되어 있는 환자들에 대한 전반적인 현황 파악을 통해 시립정신병원의 연계 시스템과 방향성에 대한 근거자료로 활용하고자 함이다.

2. 용어정의

1) 재원기간

본 조사에서 재원기간이란 현 병원에 입원해서 조사시점까지의 기간을 의미함.

2) 장기입원

2006년 기준 우리나라 평균 입원기간이 160일(약 5개월)이며 계속입원 심사기준이 되는 일수가 180일(6개월)이므로 본 연구에서는 6개월을 기준으로 재원기간이 6개월 초과 입원일 경우 장기입원으로 정의함.

3) 재원 적절성

정신요양원에 입소하고 있는 환자의 경우 임상증상의 6가지 항목의 점수의 합이 4점 이하인 경우 재원 적절한 것으로 분류함.

3. 조사대상 및 자료수집 방법

서울시립요양원인 영보정신요양원, 은혜로운집, 서울정신요양원 3곳에 입소되어 있는 총 758명 중 일차적으로 진단명이 정신지체, 인격장애, 간질인 환자를 제외하고 이후 이차적으로 설문 수행 가능 정도를 고려하여 설문에 응하는데 적절한 588명(77%)을 조사대상자로 하였음.

기관명	모집단수	표본 수 N(%)
영보정신요양원	185	144(78)
은혜로운 집	196	183(93)
서울정신요양원	377	261(69)
총	758	588(77)

연구 목적과 설문내용에 대해 사전에 교육을 받은 정신보건전문요원이 7월 21일 ~ 7월 24일까지 3일 동안 각 요양원을 방문하여 조사 대상자에게 구조화된 설문내용을 질문하는 인터뷰 방법으로 설문을 실시하였음.

4. 조사도구

서울시립정신병원 설문도구와 동일하며 이와 더불어 요양원 특성에 맞춰 정신과 진료 현황에 대한 문항 3개 추가와 지역사회재활기관 이용현황 문항은 제외되었음.

5. 분석방법

SPSS WIN 12.0을 이용하여 통계처리 하였음.

첫째, 대상자의 일반적 사항과 개인적 변인을 살펴보기 위해 빈도분석 및 백분율을 산출 하였다.

둘째, 조사대상자의 일반적 사항과 개인적 변인에 따라 재원 기간에 유의미한 차이를 보이는지 살펴 보기위해 ANOVA와 T-test를 실시하였다.

셋째, 재활기관이용 유무에 따라 GAF에 유의미한 차이를 보이는지 살펴보기 위해 T-test를 실시하였다.

넷째, 조사대상자와 보호자의 주소 동일 여부에 따라 지지체 계와 면회횟수에 유의미한 차이를 보이는지 살펴 보기위해 Chi-Square와 T-test를 실시하였다.

다섯째, 조사 대상자의 과거병력과 현재 기능간의 상관관계를 살펴보다.

6. 결과분석

가. 조사대상자의 일반적인 특성

조사 대상자들의 일반적 특성은 개인적 특성과 가족특성으로 나누어 개인적 특성은 성별, 연령, 병역의무, 결혼상태, 학력, 의료보장, 전 거주형태로 가족특성은 가족유무, 생존가족, 주보호자와의 관계, 보호자 주소지를 중심으로 살펴보았음.

1) 개인적 특성

본 연구의 전체 조사대상자 561명에 대한 인구 사회학적 특성은 <표 Ⅷ-1>과 같음.

여자가 56.3%이며 연령은 평균 50.93세로 50대가 41.7%로 가장 많았고 결혼상태는 68.3%가 미혼이며 응답자 중 31.9%가 초등학교 졸업의 학력을 가지고 있는 것으로 조사됨.

의료보장은 서울시립요양원의 특성에 따라 시설수급이 90.3%를 차지하고 있으며 요양원 입소 전 거주지는 '가족과 함께 거주'가 28.6%이지만 부랑인 시설이나 요양시설 등 타 시설에 있었던 대상자도 31.4%에 이룸. 응답자 중 남자 257명의 병역의무를 보면 56.6%가 면제를 받은 것으로 조사됨.

< 표 Ⅷ-1 > 개인적 특성

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
성 별	남자	257	43.7
	여자	331	56.3
연 령	20대	10	1.7
	30대	61	10.4
	40대	178	30.3
	50대	245	41.7
	60~64	53	9
	65세이상	41	7
	평균 50.93세(표준편차 9.722)		
병역의무	군필	70	40.4
	군면제	98	56.6
	의병제대	5	3

결혼상태	미혼	289	68.3
	기혼	51	12.1
	동거	4	0.9
	이혼	58	13.7
	별거	12	2.8
	사별	9	2.1
학력	무학	92	21.7
	초졸	135	31.9
	중졸	85	20.1
	고졸	78	18.4
	전문대/대학	29	6.9
	대학원이상	4	.9
의료보장	건강보험	41	9.7
	시설수급	382	90.3
전거주형태	혼자거주	42	9.9
	가족과 함께 거주	121	28.6
	정신의료기관 입원	95	22.5
	요양시설	39	9.2
	부랑인시설	94	22.2
	길거리	21	5
	기타	11	2.6

2) 가족특성

가족 유무를 보면 22.3%만이 가족이 있으며 이들의 주보호자는 36.2%가 부모임. 주 보호자의 주소는 57.4%가 서울이며 대상자와 보호자의 주소를 비교해보면 66%가 대상자와 보호자의 주소가 동일 한 것으로 나타남. 보호자들의 면회 현황을 보면 43.6%가 2달에1회 면회를 하고 있으며 13.9%는 2년에 1회 이하로 면회를 하고 있는 것으로 나타남.

〈표 Ⅷ-2〉 조사 대상자의 가족 특성

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
가족유무	있다	94	22.3
	없다	329	77.7
주보호자	부모	34	36.2
	배우자	6	6.4
	자녀	2	2.1
	형제	48	51.1
	친척	4	4.3
보호자 주소	서울	54	57.4
	경기	31	33
	기타	9	9.6
주소 동일여부	동일	62	66
	다름	32	34
면회횟수	월1회	4	4.3
	2달에 1회	41	43.6
	3달에 1회	6	6.4
	4달에 1회	7	7.4
	6달에 1회	19	20.2
	1년에 1회	4	4.3
	2년에 1회 이하	13	13.9

나. 조사대상자의 병력실태 및 특성

1) 과거병력

89.4%(471명)는 정신분열병이며 평균 31.16세에 발병하여 19.6년의 유병기간을 가지고 있는 것으로 나타났고, 첫 치료기관으로는 46.8%가 전문정신병원으로 조사됨.

〈표 Ⅷ-3〉 과거병력

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
진단명	정신분열병	471	89.4
	우울증	2	.3
	조울증	1	.2
	알코올의존증	1	.2
	정신증	52	9.9
유병기간 (년)	1~3	15	3.6
	4~5	18	4.4
	6~10	59	14.4
	11~20	123	30.1
	21~30	149	36.4
	31이상	45	11
	평균 19.6년(표준편차 9.547)/중간값 19년/최소~최대 0~49년		
발병연령	19세 이하	57	13.9
	20대	135	32.9
	30대	119	29
	40대	65	15.9
	50대	27	6.6
	60세이상	7	1.7
	평균 31.61세(표준편차 11.343)/최소~최대 0~69년		
첫 치료기관	정신과의원	160	38.2
	종합병원	24	5.7
	대학병원	17	4.1
	전문정신병원	196	46.8
	기타	22	5.3

2) 현 병력

- 시립정신요양원 입소자들의 평균 입소 기간은 12.27년임.
- 응답자의 88.2%가 5년 동안 지역사회거주 경험 없음.

조사 대상자들의 입소기간은 13~24년이 39.9%로 가장 많았으며 평균 12.27년으로 나타남. 장기 입소로 인해 지난 5년 동안의 지역사회거주기간을 보면 88.2%가 0일인 것으로 나타남. 입원형태로는 78.7%가 제24조 시군구청장의 의한 입원이며 20.8%가 보호자에 의한 입원으로 나타남. 보호자에 의한 입원 중 입원시킨 주보호자는 부모가 43.2%로 가장 많았으며 형제자매가 42%로 다음으로 차지함. 현재 정신과 치료를 받고 있으면서 타 질환이 있는지에 대한 조사에서는 8.5%가 중복으로 타 질환도 치료받고 있는 것으로 나타남.

〈표 Ⅷ-4〉 현병력

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
입소기간 (년)	1년 미만	5	1.2
	1-3	69	16.5
	4-6	58	13.8
	7-12	102	24.3
	13-24	167	39.9
	25-48	18	4.3
	평균 12.27(표준편차 8.158)/중간값 11 / 최소~최대 0~35		
5년 동안 지역사회 거주기간 (개월)	0	372	88.2
	1-6	3	.7
	7-12	10	2.4
	13-18	3	.7
	19-24	10	2.4
	25-36	11	2.6
	38-48	6	1.4
	49이상	7	1.7
	평균 3.3(표준편차 10.307)/ 중간 값 0/ 최소~최대 0~55		
입원형태	보호의무자	88	20.8
	보호의무자가 시군구청장	333	78.7
	자의	2	5
입원 시킨 보호자	부모	38	43.2

	배우자	7	8
	형제자매	37	42
	자녀	2	2.3
	친척	3	3.4
	기타	1	1.1
정신과의 외 질환	예	36	8.5
	아니오	387	91.5
진료과	내분비	12	36.6
	정형외과	6	18.1
	산부인과	1	3
	치과	1	3
	비뇨기과	2	6
	호흡기	4	12.2
	소화기	1	3
	신경계	6	18.1

다. 조사대상자의 임상기능 및 지지체계 실태

1) 임상적 평가

- 응답자 중 임상적으로 심각한 대상자는 19.9%이고 이들은 의료기관에 재원 적절 대상자로 요양시설의 입소가 부적절한 대상자로 판단됨.

임상적 평가는 최근 1개월간의 환자의 증상을 평가한 것으로 총 6문항으로 구성되어 있으며 각 문항별 점수는 0점에서 2점까지 분포하고 있어 0에 가까울수록 임상적으로 경미하며 2에 가까울수록 심각하다는 것을 의미하며 최고 0점부터 최저 12점까지 분포하고 있음. 본 설문 의 합산 점수를 통해 경미(0~1) 중간(2~4) 심각(5점이상)으로 구분하여 임상증상의 정도와 재원적절성을 파악하였음.

임상증상 평가 결과를 보면 36.4%(154명)는 증상이 경미하고 43.7%(185명)는 증상이 중간 정도 이며 19.9%(84명)는 심각한 것으로 나타났으며 이를 바탕으로 총점 4점 이하를 입소 적절한 것으로 평가했을 때 조사 대상자 중 19.9%(84명)는 현 시점에서 입소가 부적절하며 이들은 의료기관에 재원 해야 하는 대상자임을 알 수 있음.

〈표 Ⅷ-5〉 임상적 평가

임상상태 영역	없다 0점	조금있다 1점	자주있다 2점	임상총점평가		
				경미	중간	심각
	N(%)			N(%)		
1. 자해(자살) 및 타해의 위험도	269(63.6)	116(27.4)	38(9)	154 (36.4)	185 (43.7)	84 (19.9)
2. 현저한 사고 및 지각장애	202(47.8)	167(39.5)	54(12.8)			
3. 기억력/지남력의 심한 손상	144(34)	182(43)	97(22.9)			
4. 기괴한 행동이나 현저한 퇴행	277(65.5)	119(28.1)	27(6.4)			
5. 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는 부작용/ 한시적 프로그램	357(84.4)	59(13.9)	7(1.7)			
6. 치료가 필요한 신체증상 동반	392(92.7)	25(5.9)	6(1.4)			

2) GAF 평가

- 설문에 응하기 힘든 대상자까지 모두 측정한 결과 40점 이하가 87.4%를 차지함.

GAF 결과를 보면 평균 25.7점이며 최소 3점에서 최대 55점까지 분포되어 있는 것으로 나타났으며 GAF 점수를 세구분으로 나누어 분포를 살펴보면 40점 이하가 87.4%(514명), 41~60점 이하가 12.6%(74명), 61점 이상은 없는 것으로 나타남.

〈표 Ⅷ-6〉 GAF 평가

	N	평균	표준편차	중앙값	최대값	최소값
GAF	588	25.7	12.465	25	55	3

GAF점수	N	%
40점이하	514	87.4
41~60점이하	74	12.6

3) 사회지지체계평가

- 응답자 67%이상이 지지체계에 매우 문제가 많은 것으로 조사됨.

사회지지체계를 평가하는 항목은 총 6문항으로 각 문항별 점수는 0점에서 2점까지 분포하고 있으며 0에 가까울수록 사회지지체계에 전혀 문제없으며 2에 가까울수록 매우문제 많다는 것을 의미하며 평가결과를 보면 요양원의 특성에 따라 응답자 67%이상이 지지체계에 매우 문제가 많은 것으로 나타남.

〈표 VIII-7〉 사회지지체계평가

지지체계영역	전혀 문제없다 0점	조금 문제있다 1점	매우 문제많다 2점
	N(%)		
1. 가족친지(주중, 주간)	43(10.2)	79(13.4)	301(51.2)
2. 거주지	44(10.4)	78(18.4)	301(71.2)
3. 경제자원	48(11.3)	78(18.4)	297(70.2)
4. 가족친지(야간, 주말)	46(10.9)	70(16.5)	307(72.6)
5. 주간재활프로그램 이용	102(24.1)	33(7.8)	288(68.1)
6. 가족친지(도움 필요시)	44(10.4)	72(17)	307(72.6)

라. 서비스 실태 및 조사대상자의 서비스욕구

- 응답자 32.4%는 요양원에서 생활하면서 아무것도 안하고 있는 것으로 나타남.
- 삶의 만족도는 40.1%가 불행하다고 생각하고 있는 것으로 조사됨.
- 프로그램은 37.8%, 시설에 대해서는 19.1%, 치료진에 대해서는 16.4%가 불만족하다고 응답함.

4) 서비스 만족도

응답자의 77%가 재활프로그램을 받고 있으며 이중 26.8%는 직업재활을 하고 있는 것으로 나타남. 삶의 만족도를 보면 24.3% (103명)이 ‘그저 그렇다’ 라고 답했으며 59.8%(253명)는 만족한다고 응답함. 구체적으로 참여 하고 있는 프로그램, 생활하고 있는 시설, 치료진에 대한 만족도를 살펴보면 프로그램에 대해서는 62.2%(263명), 시설에 대해서는 79.4%(336명), 치료진에 대해서는 83.5%(353명)가 만족하는 것으로 나타남.

〈표 VIII-8〉 서비스 만족도에 대한 평가

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
삶의 만족도	아주불행	11	2.6
	불행	17	4
	대체로 불행	39	9.2
	그저그렇다	103	24.3
	대체로 만족	79	18.7
	만족	152	35.9
	아주만족	22	5.2

	아주 불만족	불만족	대체로 불만족	그저 그렇다	대체로 만족	만족	아주 만족
	1	2	3	4	5	6	7
프로 그램	10(2.4)	9(2.1)	20(4.7)	121(28.6)	54(12.8)	170(40.2)	39(9.2)
시설	10(1.7)	12(2.0)	18(4.3)	47(11.1)	58(13.7)	247(58.4)	31(7.3)
치료진	4(0.9)	9(2.1)	9(2.1)	48(11.3)	55(13)	258(61)	40(9.5)

5) 약물치료서비스에 대한 평가

- 응답자의 18.7%는 월1회 정신과 의사를 만나고 있음.
- 응답자의 59.1%는 자신의 질환이나 약에 대한 설명을 들어 본적이 없는 것으로 조사됨.
- 약을 복용하면서 나타나는 불편에 대해서 30.6%의 대상자는 적극적인 대처를 받지 못했다고 응답함.

요양원 내에서의 정신과 치료 현황을 보면 2달 동안 한번도 의사를 만나지 않았다고 응답한 대상자가 6.4%이며 2달에 한번 만난다는 비율도 12.3%로 나타남. 자신이 먹고 있는 약이나 질환에 대한 설명은 59.1%가 들어보지 못하였다고 응답하였으며 약복용 중 불편의 적극적인 대처에 대해서는 30.6%가 그러지 못했다고 응답함.

〈표 Ⅷ-9〉 약물치료서비스

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
외래횟수 (2달 기준)	0	27	6.4
	1	52	12.3
	2	238	56.3
	4	88	20.8
	6	11	2.6
	8	7	1.7
약에 대한 설명	예	173	40.9
	아니오	250	59.1
불편에 대한 대처	예	293	69.4
	아니오	129	30.6

마. 퇴소에 대한 인식도 및 욕구

6) 퇴소욕구

조사대상자들의 퇴소욕구를 살펴보면 85.3%(361명)가 퇴소를 원하는 것으로 나타났다.

〈표 Ⅷ-10〉 퇴소욕구

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
퇴소욕구	예	361	85.3
	아니오	62	14.7

7) 퇴소에 대한 평가

- 응답자의 85.3%가 퇴소를 원하고 있지만 살 곳이 없고 지지체계가 없어서라는 퇴소가 안 되고 있다라는 응답이 31.6%로 나타남.
- 응답자의 약 50%는 퇴원청구권리와 계속입원심사청구에 대해서 알고 있는 것으로 나타남.

퇴소를 원하는 361명의 퇴소 후 계획을 보면 61.5%가 계획이 없다고 하였지만 22.9%는 경제활동을 원하는 것으로 나타났으며 퇴소를 못하는 이유에 대해서는 20.5%가 '가족이 거부해서'라고 답하였고 19.1%는 '이곳이 필요해서'라고 응답함. 살 곳이 없고 지지체계가 없어서라는 응답도 31.6%나 차지함.

퇴원과 관련하여 정신보건법에 규정되어 있는 퇴원청구 권리에 대해 알고 있는 대상자는 48.9%(207명)이며 입원 후 6개월에 한 번씩 계속입원심사를 하는 것에 대해서는 48.5%(205명)만이 알고 있는 것으로 나타남.

〈표 Ⅷ-11〉 퇴소에 대한 평가

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
퇴소계획	경제활동	97	22.9
	가족찾기	34	8
	지역사회기관이용	4	.9
	교육	11	2.6
	봉사활동	6	1.4
	계획없음	260	61.5
	기타	11	2.6

퇴소를 못 하는 이유	이곳이 필요해서	69	19.1
	가족이 거부	74	20.5
	치료진 및 병원이 안 시킴	66	18.2
	살곳이 없어서	58	16
	지지체계 없음	56	15.6
	기타	38	10.6
퇴소교육유무	예	100	23.6
	아니오	323	76.4
청구권리지식	예	207	48.9
	아니오	216	51.1
계속입원심사지식	예	205	48.5
	아니오	218	51.5

8) 퇴원 후 선호생활

응답자들의 퇴소 후 가장 선호하는 생활은 46.8%가 가족과 함께인 것으로 응답하였으나 37.2%는 현재 생활하고 있는 요양시설이나 병원생활을 선호하는 것으로 나타남. 그 이유에 대해서는 53.2% (82명)가 “그곳이 좋아서” 25.3%(39명)가 “지지체계가 약해서” 라고 응답함.

〈표 Ⅷ-12〉 퇴소 후 선호하는 생활모습

변 수	범 주	빈 도(명)	백 분 율(%)
선호생활	가족과 함께	198	46.8
	지역주거시설	10	2.4
	독립생활	53	12.5
	병원	7	1.7
	요양시설	150	35.5
	기타	5	1.2
병원이나 요양원을 선호하는 이유	그곳이 좋아서	82	53.2
	사회 적응이 힘들어서	12	7.8
	지지체계가 약해서	89	25.3
	기타	21	13.6

바. 일반적 특성에 따른 입소기간

1) 개인적 특성에 따른 자원기간

조사 대상자의 개인적 특성에 따라 자원기간에 차이가 있는지에 대해 살펴봄.

성별, 연령, 의료보장, 입원 전 거주형태에 따른 입소기간에서 유의미한 차이가 나타났으며 구체적으로 보면 여자가 4.24년 길었으며 연령대가 높아질수록 평균 입소기간이 길고 20대집단과 60대 집단이 차이를 보임. 의료보장에서는 의료보호 2종이 평균 14.20년으로 가장 길게 나타났으며 입소 전 거주형태에 따라서는 부녀보호소에 있었던 대상자들이 평균 16.17년으로 가장 길게 나타남.

〈 표 Ⅷ-13〉 일반적 사항에 따른 입소기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	F/t	P
성별	남	178	9.83(7.391)	-5.530	.000
	여	241	14.07(8.243)		
연령	20대	6	6(2.191)	3.211	.007
	30대	35	9.26(6.289)		
	40대	128	11.31(7.490)		
	50대	178	13.08(8.623)	60대>20대	
	60~64	41	14.66(8.982)		
	65세이상	31	13.03(7.952)		
결혼상태	미혼	286	12.38(8.125)	.254	.937
	기혼	51	12.25(8.982)		
	동거	4	13.50(8.544)		
	이혼	57	12.28(8.272)		
	별거	12	9.83(6.206)		
	사별	9	11.56(7.161)		
의료보장	건강보험	41	6.66(7.237)	10.300	.000
	의료1종	30	9(7.625)		
	의료2종	5	14.20(10.756)		
	시설수급	343	13.20(7.956)		

입소 전 거주형태	혼자거주	41	10.61(7.775)	5.724	.000
	가족과 함께	121	11(8.200)		
	정신의료기관입원	94	12.12(8.182)		
	요양시설	39	9.28(7.233)		
	부녀보호소	93	16.17(7.699)		
	길거리	21	12.95(7.820)		
	기타	10	9.90(5.801)		

2) 가족특성에 따른 입소기간

- 가족이 없는 대상자가 있는 대상자보다 입소기간이 4.53년 더 긴 것으로 나타남.
- 주 보호자가 직계가족일 때는 평균 입소 기간이 8.07년이며 형제자매나 친척일 경우 평균입소 기간이 7.4년인 것으로 나타남.

가족이 없는 대상자가 13.29년으로 있는 대상자보다 입소기간이 4.53년이 긴 것으로 나타났으며 배우자가 주 보호자인 대상자가 11.83년으로 입소기간이 가장 길게 나타남.

〈표 Ⅷ-14〉 가족특성에 따른 입소기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	F/t	P
가족유무	있다	94	8.76(8.114)	4.800	.000
	없다	325	13.29(7.895)		
주 보호자	부모	34	7.38(6.420)	.983	.421
	배우자	6	11.83(14.331)		
	형제자매	48	9.81(8.514)		
	자녀	2	5(5.657)		
	친척	4	5(3.559)		

사. 변수에 따른 입소기간

1) 병력에 따른 재원기간

- 제24조 시군구청장이 보호의무자에 의한 입원형태로 입소가 이루어진 대상자인 경우 평균 13.26년으로 입소기간이 가장 길게 나타남.

병력에 따른 입소기간을 보면 진단명과 유병기간, 발병연령, 입원형태에서 모두 입소기간에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타남. 구체적으로 살펴보면 응답자의 대부분인 정신분열병 진단자가 평균 48.18년으로 가장 길었으며 유병기간이 길수록 발병 연령대가 어릴수록 평균 입소기간이 길어지는 것으로 조사됨. 입원형태에 따라서는 제 24조 시군구청장이 보호의무자에 의한 입원을 통한 입소가 평균 13.26년으로 가장 길게 나타남.

〈표 VIII-15〉 병력에 따른 입소기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	F/t	P
진단명	정신분열병	487	48.18(57.875)	3.453	.016
	우울증	4	7.25(6.131)		
	조울증	15	38.07(34.948)		
	알코올의존증	48	24.27(30.766)		
유병 기간 (년)	1-3	15	1.8(.862)	29.928	.000
	4-5	18	3.78(1.517)		
	6-10	59	6.97(3.057)	31이상,21-30>6-10> 4-5,1-3 11-20>4-5,1-3	
	11-20	122	11.65(5.810)		
	21-30	149	15.81(8.548)		
	31이상	45	16.91(10.224)		
발병 연령	19세 이하	56	15.16(8.521)	6.819	.000
	20대	135	13.72(8.653)		
	30대	119	12.48(8.068)		
	40대	65	9.58(5.871)	19세이하>50대	
	50대	27	6.67(7.082)		
	60세이상	7	8.86(5.984)		

입원 형태	보호의무자	88	8.75(8.049)	11.867	.000
	24조시군구청장	329	13.26(7.933)		
	자의	2	5.5(6.364)		

2) 임상 및 기능평가에 따른 입소기간

임상적 평가와 기능적 평가에 따른 입소기간에는 유의미한 차이를 보이지 않았으나 GAF에 따른 입소기간에는 유의미한 차이를 보였으며 41점-60점인 대상자가 12.79년, 40점 이하는 9.88년인 것으로 나타남.

〈표 Ⅷ-16〉 환자 평가에 따른 입소기간

변수	범주	N	평균(표준편차)	F/t	P
임상적평가	경미	154	11.30(8.557)	2.122	.121
	중간	183	12.55(7.767)		
	심각	82	13.49(8.132)		
기능적평가	고기능	129	11.59(8.651)	.661	.517
	중기능	177	12.63(8.042)		
	저기능	113	12.50(7.774)		
GAF	41-60	74	12.79(8.158)	2.893	.005
	40점 이하	345	9.88(7.774)		

3) 사회지지체계에 따른 입소기간

- 사회지지체계에 따른 재원기간에는 유의미한 차이를 보이고 있으며 사회지지체계에 '매우 문제가 많다'라고 응답한 대상자들의 입소기간이 가장 길게 나타남.

사회지지체계에 따른 입소기간을 살펴보면 하위6문항 모두 입소기간에 유의미한 차이를 보였으며 사회지지체계에 '매우 문제가 많다'라고 응답한 대상자들의 입소기간이 길게 나타남.

〈표Ⅷ-17〉 사회지지체계에 따른 입소기간

	전혀 문제 없다		조금 문제 있다		매우 문제 많다		F/t	P
	N	평균 (표준편차)	N	평균 (표준편차)	N	평균 (표준편차)		
1	43	9.05 (7.786)	79	9.99 (7.956)	297	13.35 (8.040)	9.400	.000
							매우 문제 많다 > 조금 문제있다, 전혀 문제없다	
2	44	10.52 (8.770)	78	9.17 (7.477)	297	13.35 (8.007)	9.621	.000
							매우 문제 많다 > 조금문제 있다,	
3	48	10.19 (8.891)	78	9.28 (6.949)	293	13.41 (8.088)	10.073	.000
							매우 문제 많다 > 전혀 문제없다, 조금 문제있다	
4	46	10.59 (9.013)	70	9.29 (7.173)	303	13.22 (8.054)	7.964	.000
							매우 문제 많다 > 조금 문제있다.	
5	100	11.25 (8.662)	33	7.42 (6.016)	286	13.19 (7.972)	8.728	.000
							매우 문제 많다, 전혀 문제없다 > 조금 문제있다	
6	44	9.61 (8.128)	72	9.38 (7.557)	303	13.35 (8.068)	9.909	.000
							매우 문제 많다 > 전혀 문제없다, 조금 문제있다	

7. 결과요약

㉠ 과거병력

응답자들의 89.4%는 정신분열병이며 평균 31.16세에 발병하여 19.6년의 유병기간을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 첫 치료기관에 대한 질문에서는 46.8%가 전문정신병원에서 처음 치료를 받았다고 응답함.

㉡ 현병력

응답자들의 요양시설의 평균 입소기간은 12.27년(시립정신병원 재원기간 4년)이며 지난 5년 동안 지역사회 거주 경험에 대한 질문에서는 88.2%(시립정신병원 재원환자의 지역거주경험 45.8%)가 경험이 없다고 응답함.

㉢ 임상적 기능 지지체계평가

임상증상 평가결과를 보면 36.4%(154명)는 증상이 경미하고 43.7%(185명)는 증상이 중간 정도이며 19.9%(84명)는 심각한 것으로 나타났고 GAF는 40점 이하가 87.4%인 것으로 나타남.

사회지지체계에 대한 질문에서는 응답자 대부분이 '매우 문제가 많다'라고 응답하였으며 특히 '야간 주말의 가족 친지도움'과 '도움필요 시 가족친지'에 대해서는 72.6%가 매우 문제가 많다고 응답함.

㉣ 서비스에 대한 평가

응답자 32.4%는 요양원에서 생활하면서 낮 동안 '아무것도 안 한다'라고 응답하였으며 삶의 만족도는 40.1%가 불행하다고 응답함. 참여하고 있는 프로그램과 시설 치료진에 대한 만족도에서는 프로그램은 37.8%, 시설 19.1%, 치료진에 대해서는 16.4%가 불만족하다고 응답함.

㉠ 약물치료 서비스평가

응답자의 18.7%는 월1회 정신과의를 만나고 있으며 자신의 질환이나 약에 대한 설명을 들어 본적이 있습니까'라는 질문에 대해서는 59.1%가 '아니오'라고 응답함. 또한, 약을 복용하면서 나타나는 불편에 대해서 30.6%가 적극적인 대처를 받지 못했다고 응답함.

㉡ 퇴소에 대한 평가

응답자 중 85.3%가 퇴소를 원하고 있으나 못하는 이유로 31.6%가 '살 곳이 없고 지지체계가 없어서'라고 응답함.

또한 응답자의 약50%는 퇴원청구 권리와 계속입원심사청구에 대해서 알고 있는 것으로 나타남. 퇴소 후 선호하는 생활에 대해서는 37.2%가 병원이나 요양시설을 원한다고 응답하였으며 이유로는 53.2%가 '그곳이 좋아서' 25.3%가 '지지체계가 약해서'라고 응답함.

㉢ 일반적 특성에 따른 입소기간

여자가 4.24년 길었으며 연령대가 높아질수록 평균 입소기간이 길고 20대집단과 60대집단이 차이가 있는 것으로 나타남. 의료보장에서는 의료보호 2종이 평균 14.20년으로 가장 길게 나타났으며 입소 전 거주형태에 따라서는 부녀보호소에 있었던 대상자들이 평균 16.17년으로 가장 길게 나타남. 가족의 특성으로는 가족이 없는 대상자가 있는 대상자보다 입소기간이 4.53년이 긴 것으로 나타났으며, 주 보호자가 직계가족일 때는 평균 입소기간이 8.07년, 형제 자매나 친척일 때는 평균입소 기간이 7.4년인 것으로 나타남.

㉣ 증상 및 기능평가에 따른 입소기간

임상적 평가와 기능적 평가에 따라서는 입소기간에 유의미한 차이를 보이지 않은 것으로 나타났으나, GAF에 따른 입소 기간에는 유의미한 차이를 보여 41점-60점인 대상자가 12.79년으로 이며 40점 이하는 9.88년인 것으로 나타남.

㉤ 사회지지체계에 따른 입소 기간

사회지지체계에 따른 입소기간을 살펴보면 하위6문항 모두 입소기간에 유의미한 차이를 보였으며, 사회지지체계에 '매우 문제가 많다'라고 응답한 대상자들의 입소기간이 길게 나타남.

IX. 일본 동경 공공의료기관 현황

1. 동경 정신보건현황

가. 정신보건서비스

정신보건센터, 사회복귀시설, 그룹홈, 복지홈, 호스텔, 의료기관
(정신병원 - 공립3곳, 민간 130곳, 요양병원)

나. 병상 수 : 20,000병상

다. 재원일수

법적제한 입원일수는 없으나 조치입원의 경우 6개월에 1회 심사

라. 공공의료기관과 민간의료기관의 역할

1) 공공의료기관

- 급성환자
- 구급병동(수퍼구급병동)
- 신체질환과의 동반질환 치료
- Forensic psychiatry

2) 민간의료기관 : 만성정신질환자

마. 입원형태

1) 임의입원

본인의 의사에 따른 입원. 퇴원도 원칙적으로 본인의 의사에 따르고 있으나 정신보건지정의 판단에 따라 72시간 이내에 한해 퇴원을 제한받을 경우도 있다.

2) 의료보호입원

본인의 동의가 없어도 지정의가 입원이 필요하다고 판단하여 보호자가 입원을 동의했을 때 가능한 입원

- 입원자가 미성년자일 경우 : 부모의 동의
- 입원자가 기혼자일 경우 : 배우자의 동의
- 입원자가 미혼자일 경우 : 20세 이상의 부모, 자녀, 형제자매, 조부모, 손자 등 부양의 무자 중에서 가정법원에서보호자 선임의 심판을 받은 사람의 동의
- 입원자가 독신일 경우 : 거주지의 시·구·정·촌장의 동의

3) 응급입원

본인 또는 보호자와 부양 의무자의 동의가 없어도 정신보건 지정의가 긴급입원이 필요하다고 인정했을 때는 72시간의 한도 내에서 가능한 입원

4) 조치입원

자신 또는 타인에게 상해를 줄 우려가 있을 경우에 지사의 지시로 2명의 정신보건 지정의가 진찰한 결과, 입원이 필요하다고 인정되었을 때 지사의 판단으로 실시되는 입원

5) 긴급조치입원

정규조치 입원의 수속허가를 받지 못했으나 긴급입원을 요할 경우, 72시간 이내에 한해서 1명의 정신보건 지정의의 진찰 결과를 토대로 지사가 판단하여 결정하는 입원

2. 방문기관 현황

가. Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

1) 개요

- 설립년도 - 1879년
- 병동 수 - 31개 병동
- 승인 병상수 - 1,368병상
- 현재 병상수 - 812병상 (중복질환/176, Forensic/33, 정신병상/603)
- 인 력 - 총 623명 (의사 수 상근 30명 비상근 포함 80명)
- 진료과목 - 정신과, 내과, 신경내과, 외과, 정형외과, 뇌신경외과, 진료 방사선과, 마취과, 재활과, 치과, 이비인후과, 안과, 피부과, 비뇨기관, 부인과
- 특수의료사업 - 구급의료, 중복질환 의료, 의료관찰병동, 외국인 정신질환자 의료
- 방향성

	과 거	현 재
환자 특성	만 성	급 성
병상특성	정신과, 재활	구급병상, 신체질환, 재활
치료유형	입원치료	외래치료 지향
입원기간	장기입원	3개월을 목표

2) 사업내용

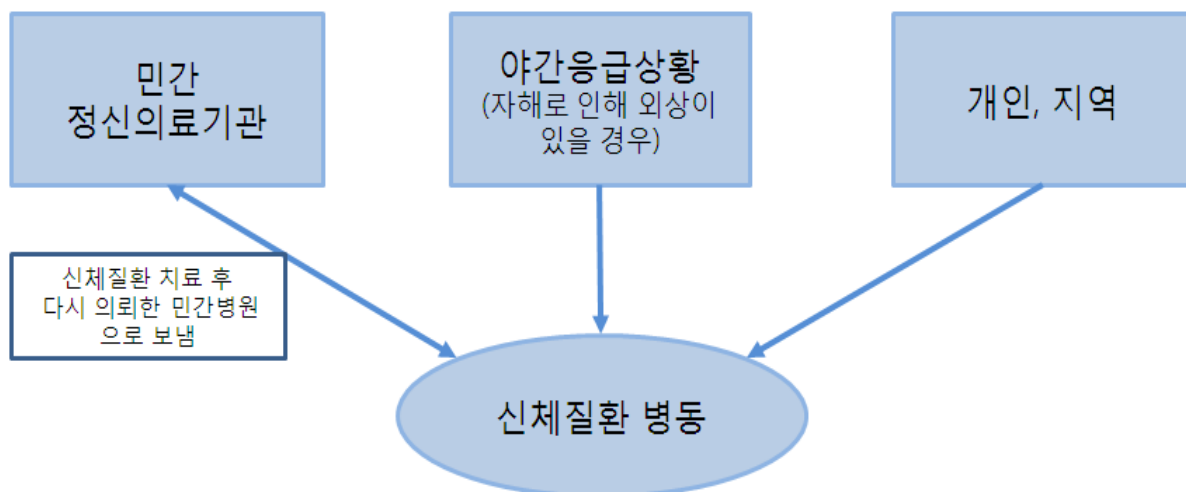
▣ 의료관찰 병동(2010년 개소예정)현재 범죄병동

- 시행배경 - 2005년 7월 의료관찰법 시행 후 설치
- 특 징 - 범죄자지만 형을 받지 않음. 치료를 목적으로 함.
- 신청건수 - 4년 동안 1132명
- 입원과정
국가로부터 신청 받음 → 의사 1인이 2달 동안 관찰(치료가능성 여부, 질환 연관성, 사회복귀환경여부) → 입원여부 결정
- 입 원 일 - 평균 700일
- follow-up - 퇴원 후 의무적으로 2년~3년 동안 치료 지속

- 인력구성 - 의사, 간호사, 심리사, 사회복지사, 작업치료사
- 치료과정
 - 급성기 3개월, 회복기 9개월 (회복기 : 간호사 2명과 외출가능, 사회복귀기간 : 외박 가능) , 사회복귀 3개월을 목표
- 환자특성
 - 진 단 : 정신분열병, 정신분열병 + 알콜
 - 제외대상 : 경계성 인격장애, 정신지체
 - 범죄유형 : 살인, 방화, 강간, 강도, 상해
- 제 한 점 : 의사 1인이 판단함으로 오류가 있을 수 있음.

▣ 신체 질환병동

- 운영현황
 - 동경도 내 3곳
- 병상 수
 - 176개 (2010년에 261개 병상으로 확대 예정), 외과 86, 내과 60, 결핵 30 병상
- 운영형태
 - 야간이나 휴일에 응급상황 시 의뢰받아 치료
 - 외부 병원과 연계를 통해 요일별로 병원을 정해서 치료지원
 - 외부 병원과 연계하여 수술 지원



〈 그림 IX-1 〉 신체질환병동 운영형태

- 특 징
 - 수술실 운영
 - AIDS ; 연간 5명 정도 입원
- 제 한 점 - 년 45억엔 적자

▣ 퇴원촉진사업

- 방문간호
- 의료상담
- DAY CARE
- 지역사회 서비스 연계 (거주지원, hostel 등)

▣ 외국인 정신질환자 진료

외국인 신분이거나 불법이민자 정신질환자도 자타해 위험이 있을 경우 법적으로 강제 입원가능.



〈 그림 IX-2 〉 주간재활실



〈 그림 IX-3 〉 환자 가족들이 운영하는 카페



〈 그림 IX-4 〉 강의시간

나. Konodai Hospital

1) 개요

- 규 모 - 국제 의료센터의 종합병원
- 병 동 - 슈퍼 구급병원 42병동, 일반 급성기 병동, 아동병동(행동장애), 폐쇄병동이 없으며 신체 질환과 정신질환 같이 있음

2) 사업내용

▶ 치바현의 슈퍼구급병동

- 현 황
 - 전 국 - 64개병원에 약 70개 병동 운영
 - 치바현 - 7개(국공립 4곳, 민간위탁 3곳)
- 예 산
 - 민간위탁은 응급을 받는 다는 의미로 국가에서 연간 2억엔의 조성금을 지원함.
- 배 경
 - 만성화가 아닌 초기 집중관리를 통한 사회복귀를 위해 만듦
- 인력구성
 - 정신과 의사 : 환자 16명 당 1인 이상,
 - 간 호 사 : 환자 10명 당 1명 이상
- 설치기준
 - 입원환자 중 정신분열증과 조울증 등 정신병의 비율이 기준 이상이 되어야 함.
 - 입원환자의 퇴원 후 조치가 집으로 가야함.
 - 조치입원(시군구청장의 의한 입원)의 비율이 기준 이상이 되어야 함.
(단, 신경과 환자나 성격장애 환자의 비율이 높거나 전원 조치 비율이 높아지면 박탈)
- 입원환자 수 - 년 400명
- 퇴원조치
 - 년 15명은 요양병원이나 민간병원으로 전원조치 하며 약 24명 정도는 ACT로 연계

- 입 원 일 - 약 50일

- 특 징 - 다른 수퍼구급병동은 하루 보고 민간으로 보내는 상황이나 Konodai병원은 응급기능강화로 다른 곳으로 보내지 않고 연속적인 치료를 유지함.

- 효 과 성

- 응급과 만성의 구분하여 치료
- 병동의 기능분화

- 제 한 점

- 전체적으로 봤을 때 시스템의 부재로 정신과 병상, 만성병상, 민간병상 수 감소 및 재원일 수 감소에는 영향을 주지 못함.
- 10억엔 적자



〈 그림 IX-5 〉 Konodai Hospital

서울시립위탁정신병원 운영 개선방 안의 방향성과 타당성

정책 질문 1.

서울시민은 거주지에서 가까운 정신의료기관을 이용하고 있
는가? 이용할 수 있는가?

- ㉠ ‘가까운’이라는 표현은 물리적 접근성과 함께 시스템적 접근성을 포괄하고 있다. 서구선진국은 어느 나라나 예외 없이 catchment area의 개념을 적용해서 지역사회 기반으로 의료기관, 주거시설, 사회재활시설, 지역사회 사례관리 팀 등이 운영되어 지고 있다. 그러나 우리나라의 경우, 보건의료의 특성상 의료기관의 지역화는 상당히 어려운 상황이다. 서울시민은 전국의 어느 의료기관도 이용할 수 있고, 서울의 유명병원에는 전국에서 환자가 몰린다. 물론 소비자들은 가까운 의료기관을 우선적으로 고려하고 있지만, 만성정신질환과 같이 care의 부담이 큰 경우나, 여러가지 이유로 장기재원을 하게 되는 경우, 가족은 환자를 멀리 있는 병원에 입원시키는 경향이 있으며, 점차 환자는 지역사회 복귀의 가능성이 낮아지게 된다. 따라서 집에서 가까운 병원에서 치료를 받는다는 것은 환자의 지역사회 복귀를 위해 매우 중요하다. 눈에서 멀어질수록, 가족이 환자 없이 지내는 생활에 익숙해질수록 환자의 복귀는 어려워진다. 의료급여 제도와 기초생활수급권 제도가 유발하는 소비자의 ‘도덕적 해이’ 현상도 이에 기여하는 요인 중 하나이다. 물리적 접근성 못지않게 시스템 접근성도 중요하다. 정신질환의 특성상 일부의 환자에게는 중장기적인 재활치료가 필요한 경우가 존재한다.

중요한 것은 의료기관이 얼마나 지역사회 친화적이나라는 것이며, 재원기간 동안 가족 및 환자가 돌아갈 지역사회 관련 기관과 충분히 지속적으로 의사소통 하는가이다. 서비스의 질적인 요인도 물론 중요하지만 재원 시기에도 지역사회 복귀를 염두에 두고 치료서비스와 함께 가족 교육 등의 서비스를 제공하는 것이 매우 중요하다.

- ㉡ 서울시에 2007년 12월 기준으로 8,116개³⁶⁾의 정신병상이 운영되고 있다. 이는 전국

36) 중앙정신보건사업지원단 보고서(2007). 8,116 병상에는 경기도 소재의 위탁시립병상도 포함됨. 서울시 2008년 12월 기준의 자료를 보면, 서울시 소재 정신병상의 수는 5,140 병상으로 나타나고 있고 여기에 위탁시립병상 1,383병상을

정신병상의 약 9.8% 수준이며, 이는 인구 10만 명당 79.6병상으로 전국 평균(168,2명)보다 많이 낮은 상황이다.

- ㉠ 건강보험공단 자료를 참고해 보면, 2007, 2008년 2년 동안 정신의료기관에 입원한 적이 있는 서울시민(서울시 주소를 가지고 있는 사람)은 41,357명으로 나타났다. 이 중 서울시 소재의 정신의료기관에 입원한 서울시민은 23,921명으로 나타나고 있으며, 이는 입원한 서울시민 중 57.8%만이 서울 소재의 의료기관에 입원했음을 말하는 것이다. 서울 소재 의료기관에 입원현황을 보면 2007년에는 23,993명 중 13,561명(56.5%)이 2008년에는 26,171명 중 14,181명(54.1%)으로 두 해 모두 거의 비슷한 수치를 보여주고 있다.
- ㉡ 서울시에 소재하고 있는 정신병상의 수를 7,000병상 정도라도 보았을 때, 평균재원기간에 따라 조금 달라지겠지만 서울시 소재 병상의 많은 부분을 서울시민이 이용하고 있다고 볼 수 있다. 서울시립위탁정신병원 4개소의 병상의 합은 1,383병상이다. 2009년 4월 기준으로 병상 중 서울시민 이용률은 평균 71.4%로 나타나고 있고 이는 약 1,000병상에 해당한다. 이 숫자를 서울시 소재의 정신병상수에 더한다고 하더라도 약 8,000 병상 정도의 수준으로 전국적으로 연간 입원하는 서울시 정신질환자 24,000명 정도의 수요를 충족시키는데 있어 충분하다고 보기에는 어렵다.
- ㉢ 전문가 설문조사에서 이와 관련한 질문을 던져보았다. 이 질문에 대해 대다수의 전문가들은 70% 이상의 시민이 서울 소재 의료기관을 이용할 것이라고 응답하였고 일부의 전문가는 50% 정도의 수준일 것이라고 응답하였다. 우리가 피부로 느끼는 것보다 서울시민은 정신과적 입원을 할 때 지방의료기관을 많이 이용하고 있는 것이다.

요약

1. 서울시 소재의 정신병상 중 약 60%~70%를 서울시민이 이용한다. 무연고자를 고려하면 약 70~80% 정도의 병상을 시민이나 무연고자가 이용한다고 볼 수 있다.
2. 서울시민 중 정신의료기관에 입원하는 경우, 서울시 소재의 정신의료기관에 입원하는 비율은 50~60%의 수준밖에 되지 않는다. 다시 말해, 대다수의 서울시민은 서울시 이외 지역의 정신의료기관에 입원하고 있는 것이다.
3. 서울 소재 의료기관에 입원하는 경우, 더 짧게 더 자주 입원하는 경향을 보이고 있으며 타지역 의료기관에 입원하는 경우 장기재원의 형태로 입원하는 경향을 보인다.

합하면 6,523병상으로 중앙지원단 자료보다 낮게 나타나고 있음. 상기 기술에서는 전국 데이터와의 비교를 위해 중앙지원단 자료를 인용하였음

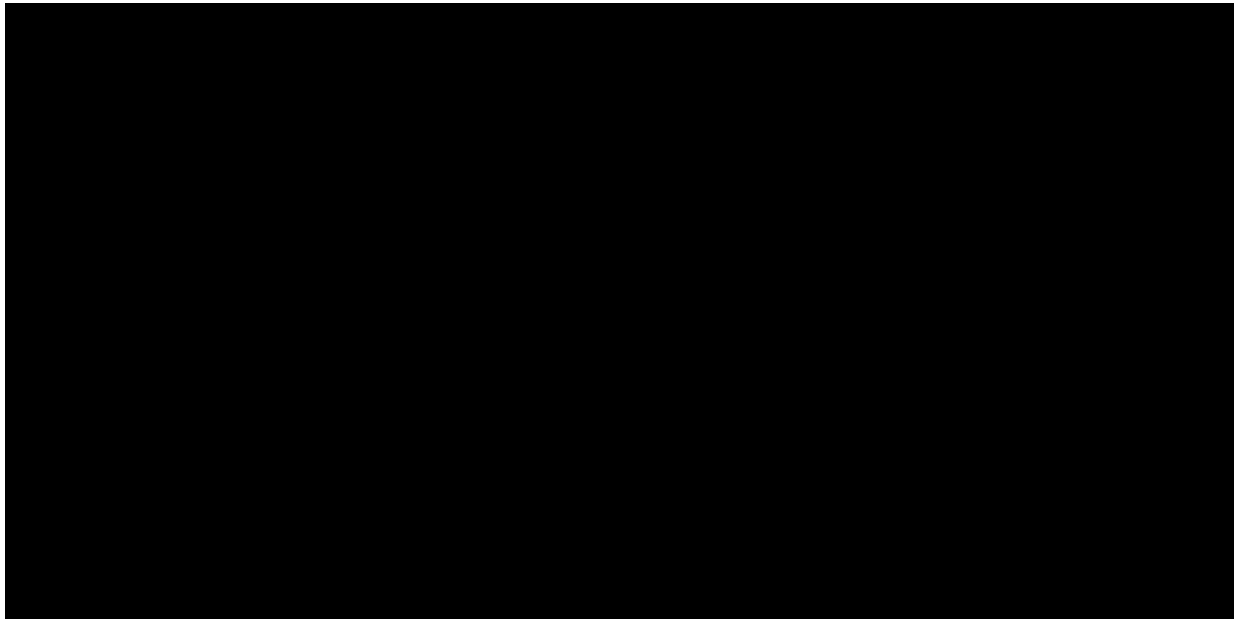
1. 세계보건기구가 제안하는 적정정신병상의 수는 인구 1000명당 1병상이다. 즉 인구 10만 명당 100병상의 규모이며, 서울시의 경우 이보다 적은 인구 10만 명당 79.6병상의 수준이다. 물론 세계보건기구는 지역사회 관리 체계의 강화에 따라 필요 병상수는 감소할 수 있다고 제안하고 있다. 하지만, 서울시가 아직 서구선진국 수준의 충분히 강력한 지역사회 관리체계를 구축하지는 못하고 있다는 점을 고려해 볼 때, 외형적으로 병상 수는 이용 환자 수 대비 부족한 편이라고 볼 수 있다.
2. 그렇다고 서울시가 병상을 늘릴 필요는 없을 것이다. 세계보건기구의 제안대로 현재의 수준을 유지하면서 시스템의 효율성을 강화하고 지역사회 관리체계를 강화시켜나가는 것이 중요하다.
3. 지방의 정신의료기관에 입원하는 경우 장기입원하게 되는 경우가 많아진다고 판단되며, 이런 경우 지역사회 복귀 가능성이 낮아지거나 거의 없어지는 상황에서 이의 예방을 위해 적절한 치료 서비스 공급체계를 구축하는 것이 중요하다. 이는 중장기적으로 비용 감소의 효과를 가져 올 수 있을 것이다 (후술).

정책 질문 2. 공공정신의료기관의 기대역할은 무엇인가?

가. 공공의료서비스 체계는 민간부분의 의료서비스 공급 체계를 보완하며, 기본적인 의학적 요구도를 충족시킬 수 있도록 강화되어야 한다.

- ⊙ 어느 나라나 미충족 욕구는 존재하며 미충족 욕구를 최소화시키기 위한 전략으로 대개 공공의료의 강화라는 카드를 활용하고 있다. 전문가 설문조사 결과에서도 100% 공공정신의료의 강화가 해법이라는 것에 동의하고 있다.
- ⊙ 전문가 설문조사를 참고해 보면, 대개 민간과 공공영역을 포함하여 급성기 입원치료에 대한 충족도는 양호한 것으로 나타나고 있다. 하지만 이 양호함은 단지 치료공간의 제공이라는 측면에 머무는 경향이 강하다. 의료급여 대상자의 경우, 부작용이 최소화된 적절한 약물치료를 받을 수 없다는 응답률이 75%에 이르고 있다. 하지만 본 연구에서는 약

물치료의 적정성에 대해서는 언급하지 않는 것으로 한다. 왜냐하면, 이 주제는 중앙정부 차원에서의 수가정책 개선 작업이 이루어져야 하는 부분이기에 서울시 보건정책의 수준을 넘는 것이기 때문이다. 2004년 건강보험심사평가원에서 조사한 바에 따르면, 의료급여 환자에 대한 전체 치료수준은 건강보험환자 대비 49.1%의 수준에 머물고 있음을 보여주고 있다. 아래의 그림을 참고해 보면, 의학관리료의 경우 51%의 수준임을 알 수 있다.



〈 그림 X-1 〉 건강보험 대비 의료급여 정신질환자의 치료, 관리비 수준

- ㉠ 양적, 질적으로 충분한 사회재활프로그램을 제공할 수 있는가에 대해서는 전문가 모두 그렇지 못하다고 응답하고 있다. 급성기 입원 치료 이후의 잔여증상의 완화와 사회재활을 위한 입원치료서비스를 제공할 수 있도록 관련 전문병원으로 연계될 수 있는가에 대해서는 100%에서 그렇지 못하다고 지적하고 있다. 특히 의료급여환자의 경우, 정신요법, 간호관리료 등의 수준이 건강보험과 비교해서도 절반 정도의 수준에 머물고 있어 현실적으로 적절한 서비스를 제공하기가 어려운 상황이라고 할 수 있다.
- ㉠ 신체질환과의 중복질환 치료에 대해서도 82%에서, 전염성 질환과의 중복질환에 대해서는 80%에서 만족스럽지 않은 것으로 응답하고 있다. 특히 의료급여 대상자나 차상위 계층의 경우 종합, 대학병원 이용이 사실상 어렵기 때문에 공공의료체계가 해결해줘야 하나 매우 취약하다는 지적이 많이 나타났다.
- 위탁시립정신병원의 장들도 가장 문제가 되는 부분으로 중복질환에 대한 문제를 언급하였다. 제한된 수가에 내과와 가정의학과 의사를 고용하기 어려운 점 등이 주요 원인이며, 공공의료기관과의 전달체계 구축과 운영 역시 거의 현실화되고 있지 못하다고 지적하였다.

- ㉠ 알코올중독자에 대한 적절한 치료 역시 제대로 공급되지 못하고 있다고 지적한 전문가의 비율이 65% 정도에 이르고 있으며, 병상의 수적문제보다는 전문적인 프로그램의 부재를 지적한 전문가들이 많이 나타나고 있다
- ㉡ 의학적 요구도가 높은 노년층 정신질환 관리 역시 65%의 전문가들이 문제가 있다고 지적하고 있다.

나. 공공정신의료체계는 시스템 효율성을 극대화시킬 수 있어야 한다.

- ㉢ 단기급성 입원에 대한 충족도는 다른 영역에 비해 상대적으로 양호하나 치료의 질적인 부분은 부족하다. 그러나, 서울시는 서울특별시 은평병원에서 의료급여 환자를 대상으로도 신약을 사용하는 등, 치료 수준의 유지를 위해 재정적 지원을 이미 하고 있다. 정부 차원에서의 의료급여 차등 수가제도 일정 부분 의료급여 환자에 대한 치료 수준의 향상을 기대하게 한다. 하지만 더욱 중요한 것은 치료의 연속성, 기관 간 역할분담의 적절성, 재원환자의 재원적절성 등을 근간으로 하는 시스템 효율성의 강화이다.
- ㉣ 은평병원이 의료급여 환자에게 신약을 사용하며 치료의 수준을 높이고 단기입원을 통해 재원기간을 단축시키는 등 선진적 정신보건지표를 구현한다고해도 치료의 연속성이 담보되지 않는다면, 많은 부분 비용의 낭비로 이어질 수 있다.

모든 환자를 단기입원에 적용시키기보다는 보다 집중적인 훈련이 필요한 경우, 직접 필요 서비스를 제공하거나 아니면 전문적인 의료기관으로의 연계가 필요하다. 그러나, 서울시를 포함, 우리나라에는 특히 취약계층을 대상으로 전문적인 치료를 제공하는 의료기관은 찾아보기 힘들다. 공공 영역에서의 지원을 통해 강화되어야 하는 부분이며, 이를 통해 시스템 효율성이 향상되어 질 수 있을 것이다. 서구선진국, 예를 들어 호주의 경우, 우리는 대개 단기입원과 지역적인 관리에 대해서만 관심을 가지고 있다. 그러나 호주에서도(주에 따라 다르지만) 1년 혹은 2년에 걸쳐 중장기적 재활치료를 위한 입원치료 병동을 공공의 영역에서 운영하고 있다. 특히 약물 및 알코올 중독과의 동반질환인 경우 보다 복합적인 개입이 필요하다고 볼 수 있다.

- ㉤ 건강보험공단 자료를 활용하여 분석해 본 결과, 서울시민 중 서울 외 지역의 정신의료기관에 입원하는 경향은 나이가 많을수록, 유병기간이 길수록, 의료급여일수록 증가하는 것으로 나타나고 있다. 40세 미만 환자의 경우 71.1%가 서울시 소재 의료기관에 입원을 하였으며, 50세를 기준으로 보면, 59.1%의 환자가 서울시 소재 의료기관에 입원을 하였다. 장기재원의 문제를 가지고 있는 의료급여 대상자의 경우에도 연령대가 올라갈수록 지방 이전 현상은 뚜렷이 나타나고 있다.

㉠ 위탁시립병원의 재원기간 역시 위의 요인과 양의 상관관계를 보이고 있지만, 2008년 퇴원한 환자의 경우 재원기간이 133일(중간값)로 나타나고 있어 현재 재원하고 있는 대상자의 재원기간 719일보다 현저히 짧게 나타나고 있어 주목할 필요가 있다. 해석하자면, 나이가 상대적으로 젊고 유병기간이 짧은 정신질환자가 서울시 소재지의 의료기관에 입원할 가능성이 높고, 재원기간도 상대적으로 짧기 때문에 그들을 놓치지 말아야 한다는 것이다. 놓치게 되면 서울 외 지역의 정신의료기관에 입원하게 되고 대개 장기입원하게 되어 지역사회 복귀의 가능성은 매우 낮아지게 된다는 점이다.

㉡ 우리나라의 정신과 입원은 의학적 이유가 아닌 사회적 이유가 많이 작용하고 있다. 선행 연구에서도 재원적절성은 60%를 넘지 못하고 있으며, 본 연구에서 수행한 위탁시립병원의 재원적절성도 58% 정도의 수준이다. 지방의 정신병원에 입원하고 있는 서울시민 중 최소 절반 이상이 재원부적절한 상태로 입원해 있게 되는 것이라고 추측할 수 있다. 그들에 대해서는 어떤 정책적, 시스템적 노력도 적용하기 어렵다. 서울시는 특별시로서 의료급여비의 50%를 지원하고 있다. 타 지역의 20% 지원보다 상대적으로 많은 비용을 지원해야 하는 서울시로서 지역사회 복귀의 가능성이 낮은 지방의료기관으로의 전원은 가능한 한 막도록 하는 것이 궁극적으로 비용부담의 감소를 유발할 수 있는 것이라고 할 수 있다. 따라서 서울시 차원에서의 적절한 holding 시스템의 구축이 필요하다.

㉢ holding 시스템의 구축을 위해서는 우선 일정 수준 이상의 공공병상의 확보 이외에도, 의료기관과 요양원, 의료기관과 지역사회와의 합리적 보건의료 시스템 구축이 또한 필요하다.

대체로 전문가들은 이러한 시스템의 상호작용이 취약하다고 지적하고 있으며 해법으로 시립병원의 역할 재정립과 기관 간 역할의 명료화, 연계활성화를 위한 조정기전의 마련, 장기노인요양서비스의 활용 등의 해법을 제시하고 있다.

㉣ 신체질환과의 중복질환 문제 해결을 위해서도 종합시립병원 내 정신과 병상 설치와 함께 정신병원 내에서의 특화 병실 운영 지원, 병원 간 효율적 연계체계의 구축 등을 제시하고 있다.

요약

1. 서울시에서도 특히 취약계층에 대한 정신의료서비스에 있어 미충족욕구는 분명히 존재하며, 급성기 치료를 제외한 거의 모든 영역에 걸쳐 나타나고 있다. 이를 해결하는 방법으로는 공공정신의료의 강화가 유일한 해법이라는데 전문가들은 동의하고 있다.
2. 서울시 정신질환자는 나이가 많아질수록 지방의 의료기관에 입원하는 경향을 보이고 있다. 앞에서도 언급하였듯이 타 지역 의료기관에 입원하는 경우, 입퇴원의 발생이 적고 장기재원 하는 경향을 보이고 있어 문제시 된다.
3. 서울시 정신질환자가 장기재원의 트랩으로 빠지는 것을 최소화하는 것은 의학적으로도, 윤리적으로도 그리고 경제적으로도 중요하다. 이를 위해 적정 수준의 공공정신병상 운영 강화와 함께 보험수가로 커버되기 어려운 부분에 대한 적절한 지원과 공공정신의료 및 정신보건의 시스템 효율성을 개선시키기 위한 시립병원 간, 병원-요양원간, 병원-지역사회간 연계체계 구축이 중요하다.

정책제언

1. 일정 수준 이상의 공공병상의 확보가 필요하다. 서울시의 전체 병상 중 공공병상의 비율은 37.5%로 다른 지역보다 높다. 즉, 인구당병상 수는 상대적으로 적으나 공공병상의 비율은 높다. 하지만 공공병상의 약 30%는 위탁시립병원의 병상으로 운영되고 있는 상황이다. 전체적인 병상의 규모가 상대적으로 부족한 상황에서 타 지역으로의 전원을 통한 정신질환의 만성화, 지역사회 복귀가능성의 소멸 등을 막기 위해 서울시 차원의 **Holding 시스템** 구축이 필요하다.
2. **Holding 시스템**은 기존 서비스 체계의 사각지대를 해소하고 서비스의 질적인 강화를 담보하며, 소비자의 욕구에 부응하도록 발전시켜야 한다.
 - 가. 급성기 입원치료에 대한 부분은 단기적 추진과제에서 제외하도록 한다. 이는 수가 정책을 통해 개선하는 것이 더 실효성이 높다고 판단된다
 - 나. 전문적 재활치료를 위한 공공의료 서비스 체계 강화
 - 재활치료의 질을 담보하기 위한 인적 자원 지원
 - 서비스 효과성 개선과 인권 친화적 환경 조성을 위한 시설 설비투자가 필요
 - 다. 시립병원간 <급성 - 재활치료 서비스> 네트워크 구축
 - 은평병원에서의 급성기 치료 이후 전문적 재활치료가 필요한 환자는 재활전문 병원으로 전원하도록 한다

라. 신체질환과의 중복질환 치료를 위한 공공의료서비스 전달체계강화

1) 정신전문병원에서의 자체 해결 능력 강화

– 결핵 등의 전염성 질환자 관리를 위한 병상 운영 지원

2) 공공의료서비스 네트워크의 효율성 강화를 통한 해결

– 서북병원, 동부시립병원 내 폐쇄 혹은 반개방병상 운영(5bed)

– 은평병원 정신과 전문의의 attending 시스템 구축

– 위탁시립병원과의 쌍방향 의뢰연계 체계 구축

마. 정신요양원 기능 전환을 통한 의료기관과의 역할 명료화

– 정신요양원은 1) 의학적 요구도가 일정 수준 이하의 정신질환자를 2) 개방형 환경에서 요양할 수 있도록 돕는 서비스를 제공하는 것으로 하며, 3) 자의입소를 원칙으로 함

바. 사회적 입원을 최소화시키기 위한 주거서비스 전달체계 강화

정책 질문 3.

위탁시립병원 운영과 관련하여 서울시는 어떤 전략을 선택할 것인가? 3-1. 위탁시립병원 체제를 포기할 것인가?

- ㉠ 운영을 포기한다는 것은 곧, 매각을 의미한다. 매각의 대상으로는 현재 운영기관을 포함하여 의료법인이나 개인들이 될 수 있을 것이다. 이론 상 매각은 가능하나, 현실적인 어려운 점들이 곳곳에 내재하고 있다. 그럼에도 불구하고 매각이 가장 좋은 방법이라면 매각을 선택할 수 도 있을 것이다. 그렇지만, 매각 선택을 하기 전에 앞서 조사된 자료 등을 참고로 여러 가지 고려할 사항들이 존재한다.
- ㉡ 운영 포기를 선택하는 것은, 약 1,000병상 정도의 공공병상을 줄이는 것을 의미한다. 하지만, 공공병상의 감소 정책은 앞서 제시한 결과대로, 현재의 서울시 병상 운영 현황과 서울시민의 의료기관 운영 현황 등을 참고해볼 때 적절한 결정은 아니라고 판단되어진다.
- ㉢ Holding 시스템을 운영하기 위해 서울시는 일정 수준 이상의 병상을 확보하고 있어야 한다. 단, 꼭 현재의 서울시립위탁정신병원이어야 할 필요는 없다. 전문가 설문조사 결과를 참고해 보면, 약 24%에서는 현재의 위탁시립병원의 운영 형태에 동의하지 않고 있음

을 알 수 있다. 동의하지 않는 이유는 대개 현재와 같은 수준의 운영 형태를 전제로 하고 있는 것으로 보인다.

- ㉠ 하지만, 공공정신의료의 강화를 전제한다면 적절한 대안을 제시하기는 어려운 상황이라고 볼 수 있다. 몇몇 전문가들은 서울시 관내에 시립병원을 설치하거나 서울시 내의 민간의료기관 중 일부를 시립병원으로 새롭게 지정하는 대안을 제시하고는 있으나, 신규 설치의 현실적으로 주민 반대, 부지 설정 등의 문제로 현실화되기 어렵다고 생각되고, 민간의료기관에 대한 시립병원 지정은 가능한 부분이기기는 하지만 현재의 위탁시립병원 운영체계 개선 방안과는 별개의 문제라고 생각된다.
- ㉡ 오히려 반대하는 전문가들에게 대안 제시를 요청했을 때, 많은 부분 위탁시립병원 지원 강화와 그에 대한 평가, 질 관리 등을 강조하고 있다는 점 역시, 현재의 운영형태를 근본적으로 바꾸기 어렵다는 점을 전제하고 있다고 생각된다.

3-2. 위탁시립병원 체제를 유지할 것인가?

- ㉢ 전문가들의 76%는 현 체제 유지가 바람직하다고 응답하고 있다. 그러나, 현재의 위탁시립병원의 운영형태에 동의하는 것이 아니라 보완된 형태의 기능 수행과 그에 대한 모니터링 시스템의 가동 등을 전제로 동의하고 있다.
- ㉣ 체제 유지와 추가적인 지원을 통한 발전적 모습의 구현이 가장 ‘현실적인’ 대안이라는 점에 전문가들은 합의하고 있으며, 새로운 인프라의 설치에 드는 비용과 재정문제에 대한 부분을 고려하고, 기능 재편을 통한 실제 시뮬레이션을 거치지 않은 상태에서는 공공정신의료 서비스의 수요 충족 여부 등을 확인하기 어려운 상황이기때문에 기존의 인프라를 활용해보는 방안이 가장 비용 효율적이다라는 점 등을 제시하고 있다.

정책제언

1. 미래지향적인 공공정신의료서비스 체계의 완성을 위해 위탁시립병원의 운영방안 개선은 다양한 각도로 논의되고 구현되어야 한다.
2. 위의 내용을 전제로 현재의 민간위탁형 시립병원 체제는 유지하는 것이 ‘시기적으로 적절’ 하며 비용적으로도 ‘효율적’ 일 것이며, 서울시 공공정신의료강화라는 명제를 달성하는데 있어 가장 ‘현실적’ 일 것이다.

가. 하드웨어의 개선이 필요하다.

- ㉠ 기본적으로 위탁시립병원의 본질은 민간병원이다. 서울시민 취약계층에 대한 입원치료 서비스를 제공하는 ‘공공’의 기능을 부여받긴 했지만, 정부로부터의 어떠한 지원도 받지 못하고 있는 상황이다. 앞서 제시한 〈그림 X-1〉처럼 위탁시립병원도 의료급여 대상자에 대해 건강보험의 약 50% 정도의 수준에서 치료를 제공해야 하는 열악한 상황에 똑같이 놓여 있다.
- ㉡ 재원환자 설문조사에서 나타난 바에 따르면 재원환자들의 시설 만족도는 65% 이상에서 어느 정도 만족하는 것으로 나타나고 있다. 일부 병원에서 시설재투자를 위해 각고의 노력을 기울이는 경우가 있으나 대개 시설재투자는 몇 가지 요인으로 어려운 것이 사실이다. 이런 상황에서 환자들의 만족도는 높게 나타나고 있어 이색적이다. 하지만 이 설문 결과를 그대로 받아들일 수는 없을 정도로 객관적으로 나타나는 시설현황은 열악한 것이 사실이다.
- ㉢ 매년 정신요양원의 기능보강비로 국가차원에서 투자하는 예산은 약 80억원에 이른다. 장기요양을 하는 요양원에 대한 시설 보강도 물론 필요하다. 그러나 국가차원에서의 정책 목표가 탈원화와 지역사회 중심의 정신보건서비스 체계 구축이라면 좀 더 합리적으로 예산을 배치할 필요성이 있다.

공공의료기관을 통해 입원 치료의 모형을 선진화시켜 나가야 하며 재원기간 등의 관련 지표도 개선해야 한다. 서울시 은평병원의 재원일수 지표가 매우 선진적인 것은 하나의 대표적인 예이다.

상대적으로 풍부한 인력과 현대적인 하드웨어, 기타 민간의료기관과 차별화되는 치료 약물 프로파일 등을 그 예로 들 수 있다. 그러나, 이런 지표를 유지하기 위해 매년 100억원 정도의 예산을 추가로 지원하고 있다는 사실 역시 간과해서는 안 된다.

- ㉣ 은평병원 기능의 효과성을 극대화시키고 장기전일 수밖에 없는 중증정신질환 관리의 거시적 효율성을 위해서는 시스템을 구성하는 공공의료기관의 기능 역시 강화해야 하고 그 시작은 열악한 하드웨어의 개선이라고 할 수 있다.

나. 공통적 치료 서비스 요소 구성

㉠ 급성기 치료 서비스

- 모든 급성기 환자의 치료를 인위적으로 배치할 수는 없다. 따라서 급성기 치료서비스 unit은 공히 기본적으로 구성하고 있어야 한다.

다. 기능별 특화된 형태의 서비스를 탑재해야 한다.

다음의 서비스 내용은 각 위탁시립병원에서 unit의 형태로 운영되어 질 수도 있고, 4개의 위탁시립병원별로 특화시킬 수도 있을 것이다.

1) 전문적 정신사회재활 치료 서비스

- ㉠ 전문적 정신사회재활치료서비스의 구성 및 강화 필요성은 모든 전문가가 필요하다고 동의하고 있는 상황이다. 재원환자 설문조사 결과를 참고해보면, 약 70~80%의 환자들이 프로그램을 받고 있다고 응답하고 있지만 전문적인 프로그램이라기보다는 여가활용 수준의 프로그램이 대부분이다. 이는 물론 재원환자군의 특성과도 연관성이 있다. 재원 부적절 환자군이 40% 정도에 이르고 있고 환자군이 노령화 되면서 어떤 재활프로그램도 적용 할 수 없는 경우가 분명히 존재한다. 그러나 이 부분은 대상군의 문제라기보다는 구조적인 문제에 더 가깝다. 즉, 필요하더라도 제공할 수 없는 현실, 인력부족과 비용문제의 벽에 부딪혀 있다고 볼 수 있다. 위탁시립병원의 경우, 기타의 지원이 없이는 다른 민간기관과 다름이 없이 건강보험의 50~60% 정도 수준의 치료서비스를 제공할 수 밖에 없다.

- ㉠ 전문적 재활치료서비스 기능을 강화시키기 위해서, 프로그램 제공인력(팀)의 지원이 필요하다. 의료급여 차등지원제 등의 국가정책시행으로 민간의료기관은 정신과 전문의를 포함한 인력수급에 어려움을 겪고 있다. 따라서 지원되는 인력은 병원의 정규 직원의 개념보다는 프로그램 제공을 위한 mobile 팀의 형태가 되는 것이 타당할 것으로 생각된다. 다시 말하면, 서울시의 지원은 공공의료서비스의 강화를 위한 것이지, 병원 인력구조 자체의 개선을 도와주기 위한 것은 아니라는 의미이다.

2) 중독성 질환 관리

- ㉠ 중독성 질환군의 특성 예를 들어, 병식의 결여, 지속치료에의 비협조, 급성 해독치료에 국한되는 치료서비스 제공 현황, 자의 로 입원했다가 퇴원하는 등의 비계획적인 입퇴원의 반복, 인격장애의 동반 등은 체계적인 치료서비스를 제공하기 어렵게 만드는 요인들이다. 단순히 병원에서의 치료서비스 체계를 잘 갖추어 놓았다고 해결되는 것이 아니라

운영의 묘를 살려야 하는 부분이라고 할 수 있다. 이것을 위해서는 지역사회와의 매우 타이트한 형태의 네트워크를 구축하는 것이 중요하다.

- ㉠ 건강보험공단 자료를 참고해 보면, 알코올중독을 포함한 중독성 질환의 경우, 서울시 소재의 정신의료기관을 이용하는 비율이 다른 질환군에 비해 유독 높게 나타나고 있음을 알 수 있다 <그림 IV-6>. 다른 질환과 마찬가지로 서울시 소재의 의료기관을 주로 이용하는 경우는 반복적 입퇴원을 하는 경향성이 강하다.

어떻게 안정적이고 지속적인 치료 공급체계를 구현할 것인가에 대한 해답을 당장에 제시하기는 어렵다. 다만, <은평병원 - 위탁 시립병원 - 지역사회 중독관리시설>을 체계적으로 묶어 시스템 안에서 문제를 해결해 나가는 방안을 구성해야 할 것이며, 이를 위해서는 위탁시립병원에 (알코올)중독과 관련한 치료 unit을 구성할 필요가 있다.

3) 노인 중증정신질환 관리를 위한 치료 unit

- ㉠ 건강보험공단자료를 참고해 보면, 서울시민 정신질환자는 40, 50대로 갈수록 타 지역의 의료기관에 입원하는 비율이 증가하는 경향을 보이고 있다. 그러다가 60세 이상에서는 다시 서울시 소재의 정신의료기관에 입원하는 경향이 상대적으로 높아지게 되는 경향을 보인다. 이 결과가 물론 연령이 증가하면서 서울에서 지역으로 옮겼다가 다시 서울로 돌아오는 것을 의미하지는 않을 것이다.
- ㉡ 노인 중증정신질환 치료관리 시스템은 어쩔 수 없이 정신요양원과의 전달체계 구축이 중요한 이슈가 된다. 또한 신체질환과의 중복질환문제도 역시 중요 이슈가 될 것이다. 전달체계를 온전히 구성하기 위해서는 의학적 요구도가 높은 노인 중증정신질환자에 대한 치료서비스 unit을 구성하고 있어야 하는 부분은 기본적으로 필요하다고 볼 수 있다.

4) 신체질환과의 중복질환 치료 전달체계

- ㉠ 위탁시립병원 재원환자 조사결과를 보면, 약 15.5%의 환자군이 정신질환 이외에 지속적인 치료를 필요로 하는 만성신체질환 문제를 동반하고 있음을 알 수 있다. 당뇨와 같은 내분비 질환이 가장 많은 30.9%를 차지하고 있었으며, 신경계 질환이 24.7%로 두 번째로 흔한 신체질환으로 나타났다.
- ㉡ 위탁시립병원에서 제출한 자료를 참고하면 평균 27%의 환자가 신체질환의 문제를 동반해서 가지고 있다. 재원환자 조사 결과보다 다소 높은 수치이나 기준의 차이가 있을 뿐, 15-20%의 정신질환자는 일시적이 아닌 장기적 치료가 필요한 신체질환의 문제를 동시에 가지고 있다고 볼 수 있다.

- ㉠ 신체질환과 관련한 더욱 심각한 문제는 입원 전에 나타난다. 사회적지지체계가 취약하며 장기간 치료에서 방치된 정신질환자의 경우, 다양한 형태의 신체질환 문제가 동반된다. 정신과적 증상으로 인한 응급상황이 아닌 신체질환의 문제로 인해 응급상황이 생기는 경우가 종종 있다. 이와 같은 경우에 대해 서울시 차원의 확고한 전달체계가 구축되었다고 말할 수는 없다. 이 문제야말로 대표적인 공공의 책임과 역할이 기대되는 부분이라고 할 수 있다. 다만 어느 한 기관에서 책임을 떠안는 것보다는 〈서울시립 종합병원 - 은평병원 - 위탁시립병원 - 민간의료기관〉 등 가능한 자원을 총동원한 합리적 전달체계 구축이 매우 중요하다. 민간의료기관과는 상황과 조건에 따라 유동적으로 협력체계를 구축할 수 있을 것이나 더욱 중요한 것은 공공시스템 내에서의 전달체계라고 할 수 있다.

라. 관련한 서울시 제도와 민관협력체계의 틀을 개편해야 한다.

- ㉠ 시립병원 위탁과 관련하여, 서울시는 이원화된 지원 구조를 보이고 있다. 은평병원 등 직영병원에 대한 적자보존은 열외로 하더라도, 보라매병원에도 공공의료서비스의 질적 향상을 위해 적지 않은 예산을 정기적으로 혹은 비정기적으로 지원하고 있다. 유독 정신병원에 대해서만 지원이 없는 상태이다.
- ㉠ 2009년 1월 개정된 서울특별시립병원 설치 및 운영에 대한 조례는 서울시가 시민들을 위해 필요한 공공의료서비스를 제공하기 위한 직접운영 혹은 위탁 운영의 틀을 제시하고 있으며, 조례 내용 안에서는 어떠한 이원적 지원형태가 제시되고 있지는 않다. 그러나 4개의 위탁시립정신병원 운영을 위한 민관협력체계를 정의하는 계약서 상에서는 토지기 부채납에 따른 건물 증축을 제외하고는 운영예산의 지원은 없는 것으로 명시되어 있고, 그에 따라 현재와 같은 노후된 하드웨어와 다른 민간기관과 전혀 차별화되지 못하는 서비스 운영체계를 가질 수 밖에 없게 된 것이다. 이것에 대해서는 서울시에서 판단할 문제이나, 앞서 제시한 여러 가지 문제점을 해결하고 보다 발전적인 서울시 공공정신의료 시스템을 만들기 위해서는 위탁시립병원의 구조와 서비스 질을 목적에 맞게 향상시킬 수 있도록 지원하는 것이, ‘시기적으로 적절’ 하고, ‘비용적으로 효율적’ 일 수 있으며, ‘실행가능성이 높은’ 전략이라고 할 수 있다.

마. 모니터링 체계를 공식화해야 한다.

- ㉠ 지원의 목적은 누차 언급했듯이 병원 경영을 도와주는 것이라기보다는 공공의료의 수준을 목적에 맞게 운영하도록 하는 것이다. 따라서 지원과 함께 합리적인 평가지표를 제시하고 정기적으로 모니터링하고 방향성을 수정 보완해나가는 과정이 필수적이라고 할 수 있다.
- ㉠ 가칭 ‘서울시 공공정신의료관리위원회’ 운영 혹은 서울시정신보건심의위원회의 기능으로

다음의 내용을 모니터링하고 지속적으로 정비해나갈 필요가 있다.

- 1) 급성기 정신질환의 치료와 전문적 정신재활서비스 체계로의 전달체계
- 2) 신체질환과의 중복질환에 대한 서울시 공공의료전달체계
- 3) 만성 혹은 노인 중증정신질환자의 치료 및 요양을 위한 정신요양원과의 전달체계
- 4) 중독성질환 관리를 위한 은평병원 - 위탁시립병원 - 지역사회 중독관리시설 전달체계

정책제언

1. 서울시는 위탁시립병원 지원 및 운영체계 개선을 통해 다음과 같은 공공정신의료서비스를 강화해 나가도록 한다.
 - 1) 전문적 정신재활치료서비스
 - 2) 중독성 질환 관리 강화
 - 3) 노인 중증정신질환자에 대한 차별화된 치료서비스
2. 서울시는 위탁시립병원을 포함한 서울시 공공의료전달체계 강화를 통해 다음의 목적을 이룰 수 있도록 한다.
 - 1) 신체질환과의 중복질환에 대한 합리적 전달체계 구축
 - 2) 노인 중증정신질환자에 대한 정신요양원과의 전달체계 구축
3. 위의 목적을 달성하기 위해 서울시는 위탁시립병원 지원 및 운영체계를 개선해 나가도록 한다.
 - 1) 협약서 재개정 및 관련 조례 수정 보완
 - 2) 하드웨어 개선을 위한 예산지원 기준 및 계획 수립
 - 중앙정부의 공공의료 기능보강비를 활용할 수도 있음
 - 3) 기본적 관리 운영 강화와 환경 개선을 위한 관리 예산 지원 기준수립
 - 4) 필요서비스 제공을 위한 인적자원 지원
4. 위탁시립병원 운영과 관련 전달체계의 운영 과정과 결과를 모니터링하고 향상시키기 위해 ‘서울시 공공의료관리위원회’를 신규 설치하거나, 서울시정신보건심의위원회의 활동사항으로 규정하도록 한다. 이 위원회에서는 다음의 체계에 대한 모니터링 역할을 수행한다.
 - 1) 급성기 정신질환의 치료와 전문적 정신재활서비스 체계로의 전달체계
 - 2) 신체질환과의 중복질환에 대한 서울시 공공의료전달체계
 - 3) 만성 혹은 노인 중증정신질환자의 치료 및 요양을 위한 정신요양원과의 전달체계
 - 4) 중독성질환 관리를 위한 은평병원 - 위탁시립병원 - 지역사회 중독 관리시설 전달체계

XI.

포괄적 공공정신의료서비스 공급을 위한 모델 구축방안

1. 위탁시립병원의 전문적 정신재활치료서비스 공급 능력 강화 전략

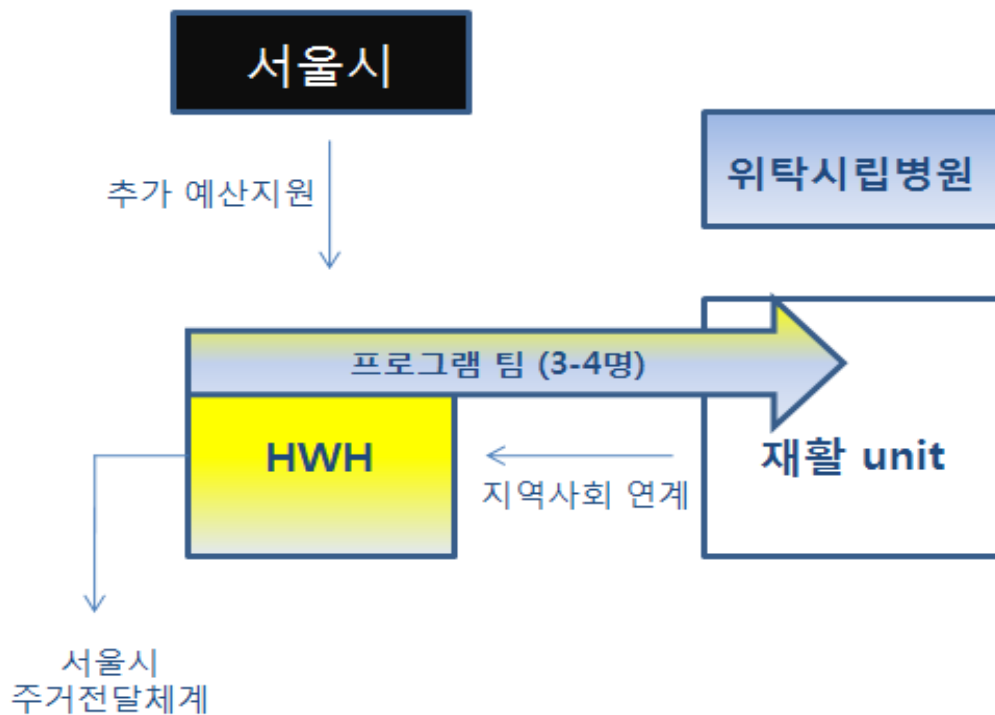
가. 목 적 : 만성중증정신질환자의 장기재원 현상 감소 및 지역사회 복귀 가능성 향상

나. 서비스 구성요소

- 사회기술훈련 프로그램
- 인지치료 및 인지재활훈련 프로그램
- 증상관리 및 재발예방대처훈련 프로그램
- 지역사회 정신보건정보 제공
- 가족교육

다. 제공 주체와 운영 형태

- 위탁시립병원에서 위탁운영하고 있는 병원지원형 입소시설 'halfway house'에 추가적인 인력을 지원하여 해당위탁시립병원에서 프로그램을 운영하도록 함.
- 프로그램 운영 팀의 구성
 - 위탁시립병원의 규모에 따라 정신보건전문요원 3~4명으로 구성
 - 프로그램 운영팀은 halfway house에 소속되는 것으로 함.



〈 그림XI-1 〉 위탁시립병원 정신재활치료 프로그램 강화 체계도

- 서울시에서는 halfway house에 인건비와 소정의 프로그램 운영비 예산을 추가 지원하도록 함.
- 예산의 규모는 대략 연간 기관 당 1억 ~ 1억5천만원의 수준에서 지원하도록 함
- 주 5일 위탁시립병원에서 프로그램을 제공하고 기록하며, 병원치료진에게 경과를 보고하며 확대 사례회의를 통해 퇴원계획을 수립하고 지역사회로 연계하는 업무를 담당하도록 함.

라. 모니터링 지표³⁷⁾

본 사업은 2010년부터 3년간 시범사업의 형태로 추진하도록 하며 다음의 모니터링 지표를 통해 사업의 효과성을 검증해 나가도록 함

- 모니터링지표 1. 재원환자의 평균재원기간
- 모니터링지표 2. 기능향상률 등의 프로그램 효과성 평가
- 모니터링지표 3. 병상 수 대비 연간 퇴원환자 비율
- 모니터링지표 4. 퇴원환자의 지역사회정신보건 연계 비율

37) 모니터링은 서울시정신보건사업지원단 산하에 「정신의료기관 특별분과」를 설치하여 수행하도록 함.

2. 은평병원과 위탁시립병원의 「급성기→재활치료」 연속성 강화 전략

가. 목 적

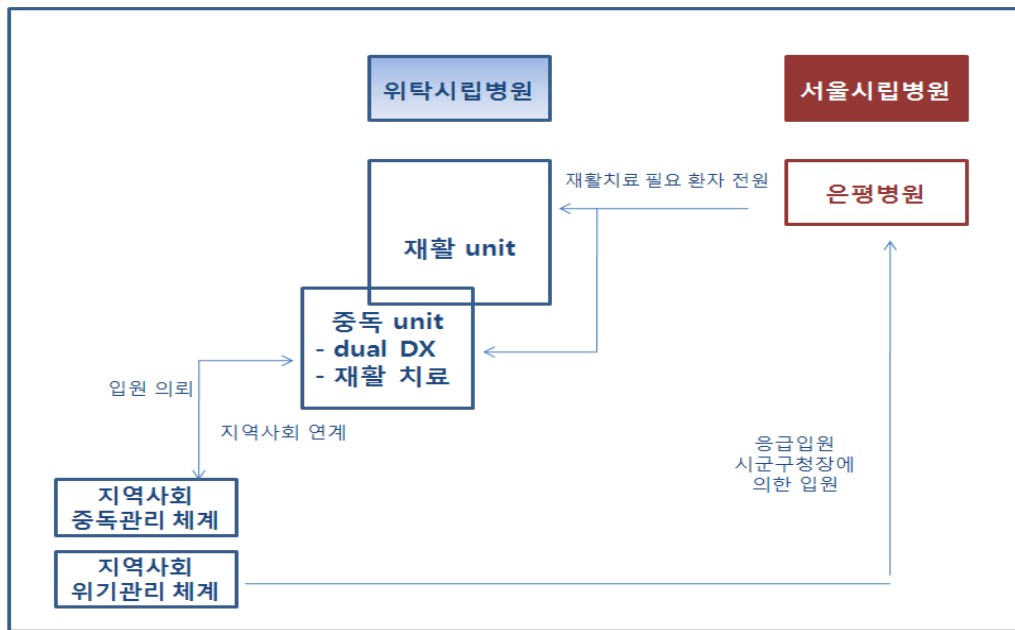
- 은평병원의 의료급여 환자에 대한 차별화된 치료서비스 효과성을 지속시킴.
- 잦은 재발을 하는 환자의 재발 위험을 최소화 함.
- 전문적 재활치료가 필요한 대상군에 대한 미충족 욕구를 최소화하기 위함.
- 강화된 위탁시립병원의 재활치료 unit의 활용성을 극대화시킴.

나. Continuum of treatment의 모형 〈그림XI- 2〉

- 은평병원에서의 급성기 입원치료 후 퇴원이 가능한 환자군은 지역사회 정신보건시설로 연계하도록 함.
- 급성기 증상이 어느 정도 해결되었으나 잔여증상이 남아있고 병식이 결여되어 있는 경우, 재발의 위험을 줄이고 잔여증상 치료와 재활을 위해 위탁시립병원 재활unit으로 연계함.
- 의뢰 연계 시에는 표준화된 서식(동의서 포함)을 사용하도록 함.

다. 모니터링 지표

- 모니터링지표 1. 은평병원 퇴원환자의 위탁시립병원 재활 unit 연계율
- 모니터링지표 2. 연계대상군의 실제 연계율
(보호자 및 환자 거부율)
- 모니터링지표 3. 기능향상을 등의 프로그램 효과성 평가
- 모니터링지표 4. 연계 대상군의 지역사회 적응도
(재입원률 등을 재활 unit연계 사전사후 비교함)



〈그림XI-2〉 「급성기→재활치료」 연속성 모델

3. 지역사회-은평병원-위탁시립병원을 포괄하는 중독성 질환 치료 관리 시스템

가. 목 적

효율적이고 연속적인 중독관리시스템 구축을 통한 중독의 의학적, 사회적 문제 감소

나. 은평병원 중독치료 UNIT 운영

- 집중외래치료 모형 구축
 - _ 지역사회 의뢰연계체계 활성화를 통한 적정치료율 향상
- (알코올) 중독 해독병상 운영
- 단기 재활훈련프로그램 운영

다. 위탁시립정신병원 중독관리 UNIT 설치 〈그림XI-2〉

- 정신병적 장애와의 이중진단 중독대상자에 대한 재활치료 프로그램
- 은평병원에서의 단기 재활훈련프로그램 후 지속적 치료가 필요한 대상군 연계
- 운영 주체
 - _ 재활 unit을 지원하는 프로그램 팀에서 통합적으로 프로그램을 제공하도록 함
- 지역사회 중독관리시설과의 퇴원 후 연계체계 강화

라. 모니터링 지표

- 모니터링지표 1. 은평병원 입원환자 중 지속치료 필요 대상 비율
- 모니터링지표 2. 필요 대상자 중 실제 연계된 비율
- 모니터링지표 3. 기능향상률 등의 프로그램 효과성 평가
- 모니터링지표 4. 중독관리 unit 퇴원 후 지역사회 연계율 및 정착률

4. 노인만성정신질환자 관리에 있어 「의학적 치료↔요양」 쌍방향 전달체계 구축

가. 목 적 : 위탁시립병원과 정신요양원의 재원적절성을 향상시킴

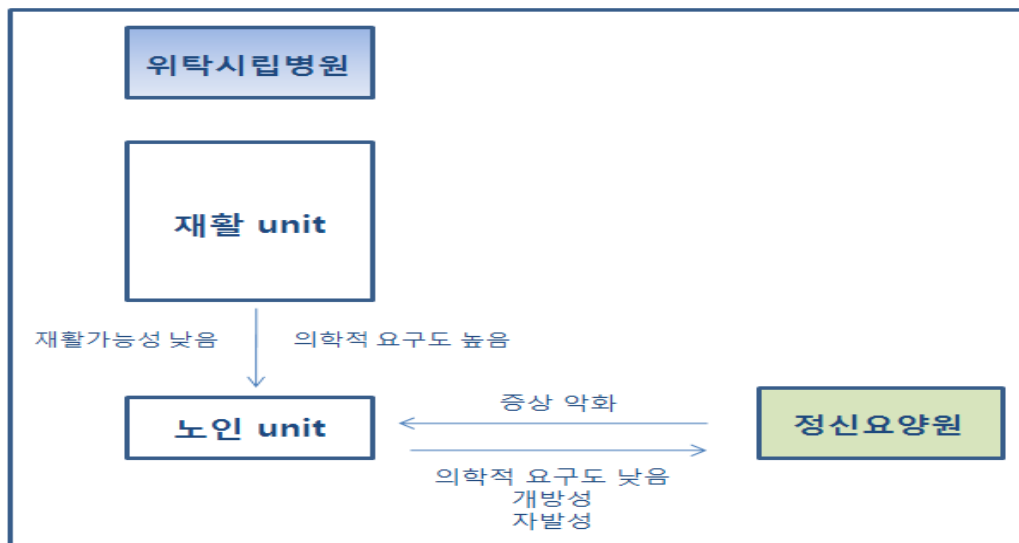
나. 정신요양원의 서비스 제공 원칙 및 형태

- 의학적 요구도가 낮은 만성 혹은 노인정신질환자
- 개방형 운영의 원칙
- 자발적 입소의 원칙

다. 정신의료기관 ↔ 정신요양원 전달체계 모형

- 위탁시립병원의 재활 unit에서 치료를 받는 환자 중, 지역사회 복귀 가능성이 현저히 낮으면서, 의학적 요구도는 일정 수준 이상 되는 환자는 노인 unit으로 전원시키도록 함

- 노인 unit의 환자 중 의학적 요구도가 감소되고 자발적, 혹은 수동적으로 개방형 시설에 입소할 수 있는 대상자는 정신요양원으로 전원시키도록 함.
- 정신요양원에 입소한 대상자 중 증상이 악화되는 경우, 위탁시립병원의 노인 unit으로 전원하도록 하고, 문제 해결 후 다시 요양원으로 전원하도록 함.
- 위의 쌍방향 전원과정은 정신과 전문의의 판단에 근거하도록 하나, 기준틀은 향후 논의 과정을 거쳐 합의하도록 하고, 표준화된 서식을 동반하여 진행하도록 하며, 정기적으로 모니터링 할 수 있도록 함.



〈 그림XI-3 〉 위탁시립병원 - 정신요양원 쌍방향 전달체계

※ 노인 unit은 각 기관에 규모를 달리해서 설치할 수 있으며, 서울시 위탁시립정신병원 중 고양정신병원의 경우 서울정신요양원과 지리적으로 근접해 있으므로 병원 차원의 특화도 고려할 수 있음.

라. 모니터링 지표

- 모니터링지표 1. 위탁시립병원의 재원적절성
- 모니터링지표 2. 정신요양원의 재원적절성

5. 신체질환과의 중복질환 치료를 위한 공공의료 네트워크망

가. 목 적 : 특히 취약계층의 중복질환 치료관리에 대한 사각지대 최소화

나. 서울시 공공의료네트워크에서의 중복질환자 치료 서비스 프로토콜 개발

서울시 공공의료기관에서 합의하는 합리적 치료서비스 전달체계 및 프로토콜 개발 보급

다. 의료보장 사각지대의 환자에 대한 치료비 지원체계

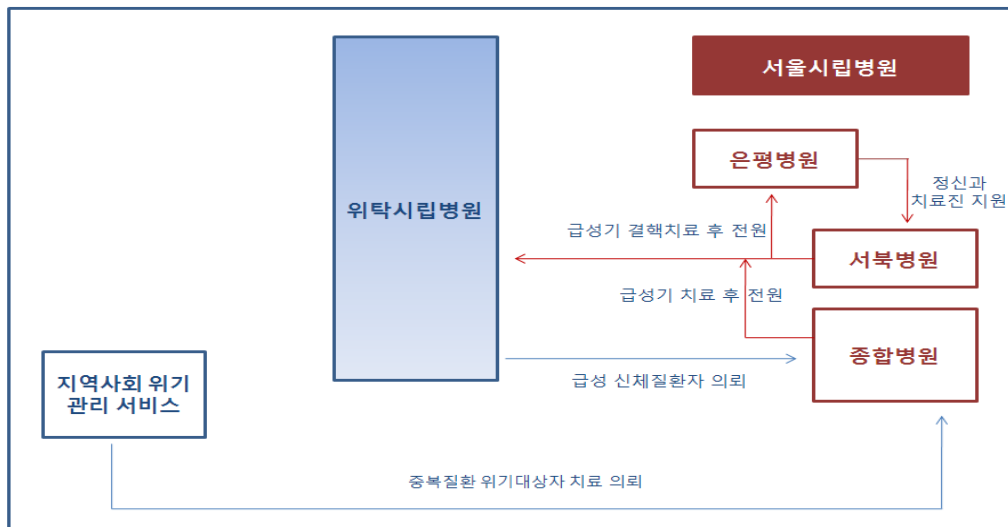
- 현재 의료보장 사각지대 중복질환자에 대한 응급치료비 지원체계는 마련되어 있지 않으며, 서울시 노숙인 의료기금과 서울시자살예방센터 사업비 중 일부로 충당하고 있는 현실임.
- 독립채산제 방식의 운영 형태를 유지하고 있는 상황에서는, 기관의 경제적 부담을 합리화시켜주는 것이 기관 간 네트워크 성패의 중요한 요인이기에, 적정 치료비 지원 체계를 만들어 지원하거나, 특정 환자군에 대한 치료비 지출은 독립채산제에서 제외하여 결산할 수 있도록 하는 방안이 필요함.

라. 중복질환 치료를 위한 서울시 공공의료 네트워크 모형 <그림XI- 4>

- 지역사회 위기관리 서비스 체계에서 발견된 중복질환자의 급성기 치료를 위해 서울의료원, 보라매병원, 동부시립병원으로 치료 의뢰함.
- 종합병원에서의 치료 후, 상태에 따라 은평병원 혹은 위탁시립병원으로 전원하도록 함
- 위탁시립병원, 혹은 서울시 민간정신의료기관 입원 환자 중 급성기 신체질환의 문제를 보이는 취약계층에 대해 공공종합의료기관으로 일시 전원하여 평가 및 급성기 치료를 제공한 후, 정신병원으로 재 전원하도록 함.

마. 모니터링 지표

- 프로토콜 제정과 그에 합의하는 서울시 공공의료기관 현황
- 프로토콜에 따라 전개되는 시스템 유량 (실적)
- 중복질환 의뢰연계의 장애 요인 및 촉진요인



〈 그림XI-4 〉 정신질환자의 신체질환 및 전염성질환과의 중복질환 치료네트워크

6. 결핵 등 전염성 질환을 가진 정신질환자 치료를 위한 공공의료 네트워크망

가. 목 적 : 특히 취약계층의 중복질환 치료관리에 대한 사각지대 최소화

나. 결핵 치료를 위한 폐쇄병동 운영

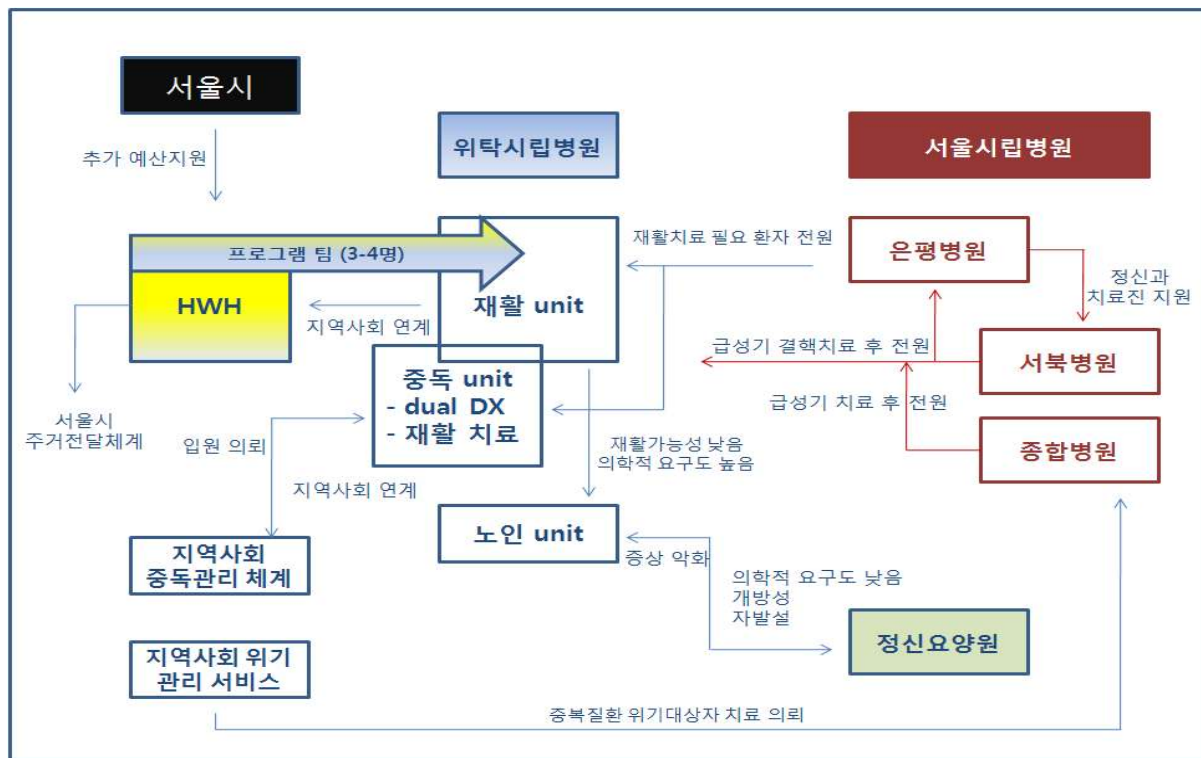
- 결핵전문병원 겸 종합병원인 서북병원에 정신과 (반)폐쇄병상 5~10 병상 운영
- 정신과 치료를 위해 환자 발생 시 은평병원 정신과전문의가 진료지원

다. 정신의료기관과의 네트워크 〈 그림XI-4 〉

- 지역사회 위기관리 서비스에서 발견된 중복질환자(결핵) 치료 의뢰
- 은평병원, 위탁시립병원, 혹은 서울시 민간정신의료기관 입원 환자 중 결핵의 문제를 보이는 취약계층에 대해 서북병원으로 전원하여 급성기 치료를 한 후 전염성 (infectivity)가 소멸되는 2주~1개월의 시점에 다시 재 전원하도록 함.
- 독립채산제 방식의 운영 형태를 유지하고 있는 상황에서, 사각지대 해소를 위한 기관 차원에서의 시스템 개선 노력에 대해 합리적 보상체계가 뒷받침되어야 함.

라. 모니터링 지표

- 시스템 운영 실적 현황
- 전염성질환(결핵) 의뢰연계의 장애 요인 및 촉진요인



〈 그림XI-5 〉 서울시 포괄적 공공정신의료서비스 체계

참고문헌

【국내문헌】

국립서울병원, 『국립정신병원 의료 인력의 합리적 운영방안』, 국립서울병원 2004.

김수중, 『공공기관 책임경영 정착방안』, 감사원 평가연구원, 2006.

김순양, 『복지서비스의 민간위탁 시스템 분석』, 2006.

김승연, 『시립병원 운영형태별 경영성과 비교분석-서울시의 사례를 중심으로』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2005.

김용태, 『지방의료원의 운영방식에 관한 연구』, 경희대학교 박사학위 논문, 2009.

김재훈, 『민간위탁의 계약유형에 관한 비교연구』, 한국행정학보, 39(3), 2005.

문미영, 『지방공사의료원의 경영평가에 관한 연구』, 밀양대학교 석사학위 논문, 2004.

문창진, 『보건복지정책론』, 나남, 2008.

박병주, 『근거중심 보건의료』, 고려의학, 2009.

박종익 외, 『장기입원의 구조적 원인과 지속 요인』, 국가 인권위원회, 2008.

백장준, 『공기업 민영화의 법적 문제와 그 한계에 관한 연구』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2002.

보건복지가족부, 『정신질환자의 이환상태와 관리방안에 대한 조사연구』, 1989.

_____, 『2008년 정신보건사업 안내』, 보건복지가족부, 2008.

서울시정신보건사업지원단, 『서울시 지역정신보건센터 중증정신질환관리 프로토콜 서울특별시, 2008.

유영식·성성진, 『정신병원과 정신질환자 요양시설의 연계에 관한 연구』, 대한건축학회학술발표 논문집, 14(1)pp.49-52, 1994.

- 이강국, 『민영화정책에 대한 비판적 연구』, 서울대학교 석사학위 논문, 2003.
- 이경덕 외, 『정신병원 노인병동환자의 신체질환에 대한 조사』, 대한노인병학회 논문집, 4(4), 2000.
- 이규식, 『의료의 공공성 제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토』, 보건행정학회지, 11(1), 2001.
- 이승용, 『한국 공기업의 민영화가 기업 성과에 미치는 영향』, 성균관대학교 박사학위 논문, 2007.
- 이영문, 『한국정신보건시설 입원/입소환자의 재원기간 분석』, 신경정신의학, 37(1), 1998.
- 이은혜, 『우리나라 공공병원의 역사적 변천과정 고찰』, 경희대학교 석사학위 논문, 2004.
- 이중호, 『정신병원과 정신요양시설의 특성비교를 통한 건축계획에 관한 연구』, 단국대학교 석사학위 논문, 2003.
- 이해국외, 『알코올 사용 장애 전문치료기관 지정 기준 개발을 위한 예비연구』, 알코올사업기술지원단, 2008.
- 이희원, 『공공병원과 민간병원의 운영성과에 관한 비교분석』, 연세대학교 석사학위 논문, 2004.
- 임주영, 『서울특별시 시립병원의 운영실태와 개선방안에 관한 연구-능률성과 공익성을 중심으로』, 동국대학교 석사학위 논문, 1997.
- 장원기 외. 『지역단위 공공보건의료기관 기능개편 방안』 한국보건사회연구원.
- 정갑영 외, 『민영화 추진에 따른 성과 평가 및 개선방향 도출을 위한 연구』, 2002.
- 정미란, 『지방공사의료원 경영방식에 따른 성과 평가(간접경영방식과 민간위탁경영방식을 중심으로)』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2003.
- 정영문, 『정신요양시설 운영현황과 기능전환에 관한연구』, 연세대학교 석사학위 논문, 2002.
- 조원구, 『지방공사 의료원의 운영방식 개선에 관한 연구-성과분석을 중심으로』, 성균관대학교 석사학위 논문, 2000.

주용선, 『일본 정신병원의 시설현황과 병동특성에 관한 연구』, 대한건축학회논문집, 23(2), pp,39-46, 2007.

중앙정신보건사업지원단, 『국가정신건강정책 10개년』, 중앙정신보건사업 지원단, 2008.

황혜신, 『공공서비스 민간위탁의 이론과 실제』, 2006.

【국외문헌】

Breakey WR. Modern community psychiatry. New York : Oxford university press, 1996.

Brown P. Mental Health Care and Social Policy. 1st Ed. Boston. Routledge & Kegan Paul, 1985.

Griffith. John R. Vinod K Sahney and Ruth A. Mohr. Reengineering Health Care. An Arch Management Series. 1995.

Hill, Michael. Local Authority Social Services. London : Blackwell. 2000.

Mandersheid, R. National Institute of Mental Health "Estimates of Patients in State and County Mental Hospitals" Unpublished Data, NIMH, Rockville, Md. 1985.

National Institute Mental Health : Use of health and mental outpatient service in four organized health care setting. Washington D.C. : U.S. Government Printing Office. 1990.

Report: 4,311 N.Y. Hospital Beds Needed for Mentally Ill By E.B. SOLOMONT, Staff Reporter of the Sun | March 17, 2008.

부록(설문지)

< 부록1 >

조사월일	년 월 일	조사자		기관명		일련번호	
------	-------	-----	--	-----	--	------	--

서울시위탁시립정신병원 재원환자 특성 조사

안녕하십니까?

저는 서울시 정신보건센터의 서울시립정신병원의 운영 개선방안 연구조사를 하게 될 조사원 000입니다. 지금부터 면담할 내용들은 환우 여러분들의 입원생활 및 치료의 발전과 더 나은 의료서비스 제공을 위한 자료로 쓰기 위해 사용될 것입니다. 면담 시 언급된 내용에 대해서는 익명으로 개인 신상이 철저히 보장될 것이니, 되도록 솔직히 말씀해 주십시오.

〈답변의 신뢰도 확보를 위해 차트를 참고하십시오.〉

1. 일반적사항

1. 귀하의 성명은? _____
2. 귀하의 성별은? (1) 남 (2) 여
3. 귀하의 나이는? _____년생 (세)
4. 병역의무는?
(1) 해당 없음 (2) 군필 (3) 군면제 (4) 정신질환으로 의병제대
(5) 기타 _____
5. 귀하의 결혼상태는?
(1) 미혼 (2) 기혼 (3) 동거 (4) 이혼 (5) 별거 (6) 사별
6. 귀하의 학력정도는?
(1) 무학 (2) 초등학교 졸업 (3) 중학교 졸업 (4) 고등학교 졸업
(5) 전문대, 대학교 졸업 (6) 대학원 이상
7. 귀하의 의료보장 종류는?
(1) 건강보험 (2) 의료급여 1종 (3) 의료급여 2종 (4) 시설 수급
(5) 일반 (6) 기타 _____
8. 이전 거주 형태(입소직전)?
(1) 혼자 거주(독립적 가구) (2) 가족과 함께 거주 (3) 친척과 거주

- (4) 의료기관 입원 (5) 사회복지시설(주거시설) (6) 요양시설
(7) 부랑 인시설 (8) 기타 ____

9. **현 등록된 주소지?** ____시(도) ____구(시,군) ____동(구)

II. 병력

*** 최근 1개월 동안의 재원상태를 기준으로 하되, 과거력을 참고하여 판단해 주세요.**

1. **진단명** (주_____, 부_____)

- (1) 정신분열병 (2) 우울증 (3) 조울증 (4) 알코올 의존증
(5) 정신지체 (6) 간질
(7) 기타 기질성정신장애 (8) 기타 _____

2. **정신질환 최초 발병연도** ____년 / ____년전

3. **정신질환 최초 진단연도** ____년 / ____년전

4. **첫 치료기관**

- (1) 정신과 의원(1차) (2) 종합병원(2차) (3) 대학병원(3차) (4) 전문정신병원
(5) 기타 _____

5. **지금까지 총 입원 횟수** ____회

6. **최근 2년 입원 기간(합산)** ____년 ____개월(____개월)

7. **현 입원일** ____년 ____개월 (____개월)

8. **현 입원의 형태가 어떠합니까?**

- (1) 보호의무자에 의한 입원(8-1 답변) (2) 시군구청장에 의한 입원
(3) 보호의무자가 해당 동사무소 공무원이나 시도지사 (4) 행려입원
(5) 기타_____

8-1. 보호의무자에 의한 입원인 경우 입원 시킨 보호자는 누구입니까?

- (1) 조부모 (2) 부모 (3) 배우자 (4) 형제자매 (5) 자녀 (6) 손자손녀
(7) 친척 (8) 기타

9. 최근 5년 동안 총 지역사회 거주기간은 얼마나 되십니까?

____년 ____개월(개월)

10. 6개월마다 계속입원치료여부에 대해 통보를 받은 적이 있습니까?

(1) 예 (2) 아니오

11. 현재 정신과 이외의 질환으로 치료를 받고 있습니까?

(1) 예(11-1 답변) (2) 아니오

11-1. 어떤 질환으로 치료를 받고 있습니까?

Ⅲ. 임상적 평가

임상상태 영역	평가근거	평가		
		없다 0점	조금있 다 1점	자주 있다 2점
1. 자해(자살) 및 타해의 위험도	<ul style="list-style-type: none"> - 자해(자살)/타해와 관련된 정신상태(망상, 환청, 정동상태 등) - 최근 병력(자살 시도력 또는 주위사람에 대한 심한 적대감/난폭행동) 			
2. 현저한 사고 및 지각장애	<ul style="list-style-type: none"> - 현저한 사고이완(지리멸렬) 및 망상 - 일상/사회생활이 어려울 정도의 환청 			
3. 기억력/지남력의 심한 손상	<ul style="list-style-type: none"> - 기억력 및 지남력(특히 장소, 사람) 심한 손상 			
4. 기괴한 행동이나 현저한 퇴행	<ul style="list-style-type: none"> - 이해하기 어려운 기괴한 행동 - 극도의 거부증 또는 현저한 퇴행 			
5. 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는부작용/한시적 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> - 최근 1개월 내 정신과 약물의 종류와 용량의 주된 변화여부 - 일상 및 사회생활에 어려움을 주나 조절되지 않는 약물의 부작용 - 한시적 치료 프로그램 중 			
6. 치료가 필요한 신체증상동반	<ul style="list-style-type: none"> - 의료시설에서의 지속적 치료가 필요한 신체 증상 			

Ⅳ. 기능적 평가

기능영역	평가근거	평 가		
		도움없이 잘한다 0점	조금만 도와주면 할수있다 1점	혼자는 거의못한다 2점
1. 식사	- 적절한 식사			
2. 신체위생	- 대소변 처리, 생리처리 - 양치, 세수, 면도, 목욕 - 옷갈아 입기 - 청소			
3. 의사소통/ 대인관계	- 기본적 대화기술 (적절한 질문, 응답 가능) - 협조적 대인관계			
4. 약물관리/병식	- 정기적 통원치료 및 약물복용			
5. 소지품 및 돈 관리	- 개인물품 관리 - 돈의 가치인식 - 혼자 물건사고 지불가능			
6. 교통/공공시설 이용	- 대중교통 수단 이용 - 공공시설 이용			

Ⅴ. 사회지지체계 평가

지지체계영역	평가근거	평가		
		전혀 문제없다 0점	조금 문제있다 1점	매우 문제많다 2점
1. 가족친지 (주중, 주간)	- 퇴원 후 살 곳에서 낮 동안 같이 지낼 가족친지			
2. 거주지	- 퇴원 후 살 곳			
3. 경제자원	- 퇴원 후 생활비 및 의료비 조달			
4. 가족친지	- 퇴원 후 같이 살면서 야간 및			

(야간, 주말)	주말에 돌봐줄 가족친지			
5. 주간재활프로그램 이용	- 1시간 거리 내에 낮 병원, 정신보건센터나 사회복지시설 등 주간재활시설 이용가능			
6. 가족친지 (도움 필요시)	- 같이 살지는 못하지만 필요하면 도움을 줄 수 있는 가족친지			

VI. 대상자 서비스 평가

i. 서비스에 대한 평가

1. 현재 기관에서 어떠한 서비스를 받고 있습니까?(지난 한달 동안의 생활 확인)

2. 다음은 귀하가 생활하면서 느끼는 만족도에 대한 질문입니다.

2-1. 기관에서 제공하는 프로그램에 대한 만족도는 어떠합니까?

아주불만족	불만족	대체로불만족	그저그렇다	대체로만족	만족	아주만족
1	2	3	4	5	6	7

2-2. 생활하고 있는 시설에 대한 만족도는 어떠합니까?(시설 외부환경, 식사, 편의시설, 병동/침실)

아주불만족	불만족	대체로불만족	그저그렇다	대체로만족	만족	아주만족
1	2	3	4	5	6	7

2-3. 치료(생활)를 담당하고 있는 치료진에 대한 만족도는 어떠합니까?

아주불만족	불만족	대체로불만족	그저그렇다	대체로만족	만족	아주만족
1	2	3	4	5	6	7

2-4. 자신의 전반적인 삶의 만족도는 어떠합니까?

아주불행	불행	대체로불행	그저그렇다	대체로만족	만족	아주만족
1	2	3	4	5	6	7

3. 현재 시설에서 생활하면서 원하는 서비스는 무엇입니까?

ii. 퇴원에 대한 평가

4. 퇴원을 원하십니까? (1) 예(4-1, 4-2에 답변) (2) 아니오(4-3에 답변)

4-1. 퇴원 후 무엇을 계획하고 있습니까?

4-2. 귀하는 왜 퇴원을 못하고 있다고 생각하십니까?

4-3. '아니오' 라면 이유는 무엇입니까?

5. 퇴원 준비에 대한 설명이나 교육을 받은 적이 있습니까?

(1) 예 (2) 아니오

6. 입원 기간 동안 퇴원에 대해 상의 한 적이 있습니까?

(1) 예(6-1에 답변) (2) 아니오

6-1. 퇴원을 상의한 적이 있다면 누구와 하십니까? 모두 표시해 주십시오.

(1) 의사 (2) 간호사 (3) 사회복지사 (4) 가족(6-2에 답변) (5) 기타 _____

6-2. 퇴원에 대해 가족과 어떠한 계획을 가지고 있습니까?

7. 본인이 원하면 퇴원을 청구할 권리가 있다는 것을 알고 있습니까?

- (1) 예 (2) 아니오

iii. 지역정신보건서비스에 대한 평가

8. 알고 있는 지역사회 재활 전문기관을 모두 표시해 주십시오.

- (1) 정신보건센터 (2) 사회복귀시설 (3) 거주시설 (4) 알코올상담센터
(5) 모두 모른다

9. 정신보건센터(혹은 사회복귀시설)를 이용한 적이 있습니까?

- (1) 있다(9-1~9-3에 답변) (2) 없다

9-1. 어느 기관을 이용해 보셨습니까? 모두 표시해 주십시오.

- (1) 정신보건센터 (2) 사회복귀시설 (3) 거주시설 (4) 알코올상담센터

9-2. 어떤 서비스를 이용하였습니까? 모두 표시해 주십시오.

- (1) 상담만 (2) 주간재활 (3) 사례관리(가정방문) (4) 주거서비스
(5) 직업재활 (6)기타

9-3. 서비스를 이용한 총 기간은? _____주(혹은_____개월)

10. 퇴원(소) 시 지역에서 전문기관에 도움을 받으시겠습니까?

- (1) 예 (10-1에 답변) (2) 아니오 (10-2에 답변)

10-1. 도움을 받으신다면 어떤 서비스를 이용하시겠습니까? 모두 표시해 주십시오.

- (1) 상담만 (2) 주간재활 (3) 사례관리(가정방문) (4) 주거서비스
(5) 직업재활 (6)기타

10-2. 도움을 받지 않으신다면 이유는 무엇입니까?

Ⅶ. 가족지지체계

1. 현재 가족이 있습니까? (1) 있다 (2) 없다

(이하 2번~6번은 ‘(1)있다’를 표시한 분들만 설문에 응하십시오.)

2. 현재 생존하고 있는 가족들을 모두 표시해 주십시오.

조부() 조모() 부() 모() 배우자() 형제, 자매() 자녀()

손자, 손녀() 모름()

3. 주된 보호자와의 관계는? 나의 _____

4. 주 보호자의 주소지는 어디입니까? ____시(도) ____구(시,군) ____동(구)

5. 평균적으로 보호자가 몇 개월에 한번 면회를 왔습니까? _____개월 _____회

6. 귀하는 어떠한 생활을 더 선호합니까?

(1) 가족과 함께 생활 (2) 지역의 주거시설 (3) 지역에서 가족과 떨어져 독립적 생활

(4) 정신병원에서 생활(6-1에 답변) (5) 정신요양시설에서 생활(6-1에 답변)

(6) 기타 _____

6-1. 귀하가 정신병원이나 정신요양시설에서의 생활을 더 선호 하는 이유는 무엇입니까?

Ⅷ. GAF _____점

정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해 본다.

신체적(환경적) 제한으로 인한 기능손상은 포함되지 않는다.

(주의: 필요한 경우는 중간 점수도 사용된다. 예 : 45, 68, 72 등)

〈감사합니다.〉

< 부록2 >

서울시립정신병원 개선방안을 위한 시립병원관계자 설문조사

질문 1. 서울시 공공정신의료서비스 체계와 현황을 고려해 볼 때, 공공정신의료서비스의 양적인 부분의 충족도는 어느 정도라고 생각하십니까?

(0 : 전혀 없다 ~ 10 : 충분하다) _____

질문 2. 부족하다고 생각하신다면 어느 부분이 부족하다고 생각하십니까?

부족하지 않다 _____ 부족하다 _____

질문 3. 심사평가원의 연구 결과(2004)에 의하면, 의료급여 환자의 치료 수준은 건강보험 환자의 49.1% 정도의 수준이라고 합니다. 이에 정부는 급여 차등제 등의 정책으로 치료적정성을 향상시키려 하고 있습니다만 현실적으로 여의치 않은 것이 사실입니다. 서울시 정부차원에서는 수가 정책을 논할 수 없습니다. 수가 문제를 제외하고 치료 적정성을 저해하는 중요한 요인은 무엇이라고 생각하십니까?

질문 4. 서울시 공공정신의료 및 지역사회 정신보건체계를 고려할 때, 위탁시립병원의 기능은 어떻게 재정의되어야 한다고 생각하십니까?

질문 5. 위탁시립병원의 기능 재정의와 관련하여, 시립은평병원, 타 위탁시립병원, 보라매병원 및 서울의료원, 서북병원 등의 여타 서울시립(정신)의료기관과의 관계 설정은 어떻게 구성되어야 한다고 생각하십니까?

관계설정은 필요없다 _____ 관계설정과 연계가 필요하다 _____

질문 6. 만약, 바람직한 위탁시립병원의 역할을 수행하고 치료적정성 향상을 위해 서울시 차원에서 지원을 한다면 필요한 지원은 무엇이라고 생각하십니까?

질문 7. 만약 위탁시립병원의 특화 운영을 고려한다면 가장 필요하고 중요한 주제는 무엇이라고 생각하십니까?

질문 8. 중요하다고 생각하시는 근거는 무엇입니까?

※ 기타 사항

감사합니다. 관련 현황 자료가 구성되고, 관련 전문가 의견조사 및 위탁시립병원과 정신요양원 현황 조사 등의 과정이 진행된 후의 중간결과를 가지고 다시 한 번 의견을 여쭙도록 하겠습니다. 소중한 의견 주심에 감사드립니다.

< 부록 3 >

서울시립 위탁정신병원 운영개선을 위한 전문가 설문조사

안녕하십니까? 이번에 서울시와 서울의료원 정책연구실에서 발주한 서울시 위탁정신병원 운영 방안 개선 연구 과제를 진행하고 있는 서울시정신보건센터의 이명수입니다. 지난 시간 동안 국내의 정신병상은 빠른 속도로 증가하고 있습니다. 2007년 기준으로 약 6만 8천여 병상이 설치되어 있고 이 수치는 1999년의 거의 두 배에 해당합니다. 이렇게 가파르게 상승하고 있는 정신병상은 대개 민간에서 공급되어 지고 있다고 보아도 무방합니다. 우리나라 보건의료의 특성이자 약점으로 지적되고 있는 공공의료의 취약성은 정신의료의 상황에도 정확히 적용될 수 있을 것입니다. 서울시에서는 이러한 상황에서 공공정신의료를 발전시키겠다는 큰 목적하에 어떻게 하면 효율적이면서도 합리적인 체계를 갖추어야 하는지에 집중하고 있습니다. 양적인 부분은 적정한가? 질적인 부분은 어떠한가? 기관 운영 효율성과 시스템 효율성을 극대화할 수 있는 방안은 무엇인가? 어찌보면 의료정책의 가장 중요한 부분은 수가정책이라고 할 수 있습니다. 하지만 지방자치단체의 특성 상 수가정책을 다룰 수는 없습니다. 현행 수가체계 내에서 가장 바람직한 서비스를 창출해 내기 위해 필요한 구조는 어떤 것인가에 초점을 맞추고 있다고 보면 될 것입니다. 서울시에서는 길게는 22년 전부터 서울시민 중 취약계층에 대한 정신질환 치료서비스 제공이라는 목적을 가지고 위탁시립병원을 4개소 운영하고 있습니다. 입원치료서비스의 제공이라는 기본적 목적 이외에 최근 우리사회에서 요구하고 있는 다양한 정신의료에 대한 요구도를 충족시키기 위해, 특히 민간 영역에서 다루어내기 어려운 보다 공공적인 성격인 의학적 욕구를 충족시키기 위해 서울시가 선택할 수 있는 전략적 대안에 위탁정신병원이 일정부분 역할을 수행해 내야 하는 것인지? 아니면 새로운 구조를 만들어내야 하는 것인지? 수행해야 한다면 개선해야 하는 부분은 무엇인지? 어떻게 개선해야 하는지? 이런 질문에 대한 답을 구하는 것이 본 연구의 주된 목적이라고 할 수 있습니다. 해외의 어느 나라에서도 우리나라와 같은 형태는 보기 어렵습니다. 따라서 중요한 정책적 제안을 위해서 여러 전문가들의 지식과 경험을 빌리려 합니다. 조사내용의 특성상 서술형 설문이 많은 점 양해부탁드리오며 부디 고견을 반영해 주시면 너무나 감사하겠습니다.

서울시 정신보건센터장 이 명 수

질문 1. 다음의 정신의료서비스의 구성 요소에 대해 서비스 충족도를 체크해 주십시오. 이 충족도는 민간과 공공을 모두 포함한 서비스 충족도입니다. 대상자로는 의료급여와 차상위 계층을 주로 고려해 주시고 지역은 서울시로 국한해서 고려해 주십시오.

* 입원 치료에 대한 충족도

1) 급성기 입원치료가 필요할 때 입원할 수 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

2) 부작용이 최소화된 적절한 약물치료를 받을 수 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

3) 양적, 질적으로 충분한 사회재활프로그램을 받을 수 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

4) 중북질환(신체질환) 치료 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

5) 중북질환(전염성 질환) 치료 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

6) (알코올) 중독 정신질환 치료 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

7) 정신의학적 요구도가 높은 노년층 중증정신질환자에 대한 치료 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

8) 기타 제시하실 사항이 있으시면 기술해주십시오

질문 2. 서울시의 인구 10만 명당 정신병상 수는 79.6병상으로 전국 평균(168.2)보다 매우 낮고 인천, 제주 정도가 서울시와 유사한 상황입니다. 입원치료에 대한 지역 충족도는 지역사회와의 연속적 관리 체계 구축과 밀접한 연관성이 있다고 가정할 수 있습니다. 국내 보건의료특성 중 하나, 즉 거주지와 상관없이 어느 지역의 의료기관도 이용할 수 있는 점을 감안하였을 때 서울시의 정신질환자 입원서비스에 대한 지역 충족도는 어느 정도라고 생각하십니까? 다시 말하면 서울시민이 서울시 소재의 의료기관(민간, 공공 모두 포함)과 시립위탁병원(경기도 소재)에 입원하는 비율이 대략 어느 정도라고 추측하십니까? ()%

질문 3. 시스템 효율화 관점에서 볼 때 민간과 공공, 그리고 공공서비스 공급체계 내에서도 적절한 역할 분담이 필요할 것입니다. 다음의 이슈는 이러한 의료기관 레벨의 전달체계와 관련한 이슈입니다. 서울시로 국한해서 고려해 주시고, 역시 의료급여와 차상위 계층 중심으로 고려해 주십시오.

1) 급성기 입원 치료(약 3개월 정도)가 필요한 경우 적절히 입원할 수 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

2) 급성기 입원 치료 이후에 잔여 증상의 완화와 사회재활을 위한 지속 입원 치료서비스(약 6개월~1년)가 필요할 때 재활전문병동 혹은 재활전문병원으로 연계될 수 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

3) 급성기 신체질환이 생겼을 때 종합병원과의 협력 진료 서비스 체계를 통해 신체 질환을 적절히 치료할 수 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

4) 알코올 중독질환의 경우, 해독, 정신과적 치료, 사회재활을 위한 입원서비스 공급체계가 마련되어 있고 적절히 연계되고 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

5) 가족지지체계가 취약하고 의학적 요구도가 낮은 경우 정신요양시설으로의 연계체계가 마련되어 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

6) 정신요양시설에서 의학적 요구도가 높은 경우 정신의료기관으로 연계하여 치료받을 수 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

7) 노인층 정신질환자가 증상이 잘 조절되는 경우 정신요양시설로의 연계는 잘 이루어지고 있음
()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

8) 노인층 정신질환자에 대한 노인장기요양 서비스 체계로의 진입이 적절하게 이루어지고 있음
()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

9) 만성적 신체질환의 문제가 동반하는 장, 노년층의 경우 필요한 의학적 치료서비스와의 연계가 잘 이루어지고 있음 ()

① 매우 그렇다 ② 대개 그렇다 ③ 대개 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 못하다

기타 전달체계와 관련한 문제점이 있으시면 제시해 주십시오

3-1. 서울시에는 직영 정신의료기관인 은평병원과 4개의 위탁시립정신병원이 있습니다. 서울의 료원에 2-30 병상의 폐쇄병동이 있고 보라매 병원에는 폐쇄병동이 없습니다. 서북병원과 동부 시립병원 역시 폐쇄병원은 운영되고 있지 않습니다. 또한 3개소의 정신요양원에 대한 운영 예산 지원을 하고 있습니다. 공공병상 이외에 민간병원과 의원들이 존재하고 있습니다. 대학병원에서는 점차 폐쇄병상을 없애는 추세이고 의료급여 및 차상위 환자들이 이용하기도 어렵습니다. 이러한 인프라 하에서 위에서 거론한 **전달체계를 강화할 수 있는 방안**이 있다면 기술해 주십시오
혹시 바람직한 전달체계를 구축하는데 있어 필요한 인프라가 있다면 제시해 주시고 기술하셔도 됩니다.

질문 4. 의료급여와 차상위 계층을 대상으로 바람직한 정신의료체계를 구축하고자 할 때, 또 건강보험 수가와 의료급여 수가체계의 개선을 전제하지 않는 조건에서 (왜냐하면 서울시 차원에 정책 이슈가 아니기 때문에), 위의 미충족도를 강화시킬 수 있는 전략은 공공의료의 강화라고 할 수 있을 것입니다. 이에 동의하시는 정도를 체크해 주십시오

“공공정신의료의 강화가 해법이다” 에 대한 동의 정도 ()

- ① 매우 동의한다 ② 대체로 동의한다 ③ 별로 동의할 수 없다 ④ 절대 동의할 수 없다

4-1. 동의하지 않는 경우의 대안

4-2. 동의하시는 경우 서울시 차원에서 공공정신의료(입원치료를 중심으로)서비스를 강화시키기 위한 전략으로 적절한 방안이 있다면 제시해 주십시오.

질문 5. 위탁시립병원에 대한 부분입니다. 만약 입원치료를 중심으로 한 서울시 공공정신의료서비스 강화를 위한 전략 방안 중 하나로서 기존에 설치되어 운영하고 있는 위탁시립병원을 활용하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 매우 동의한다 ② 대체로 동의한다 ③ 별로 동의할 수 없다 ④ 절대 동의할 수 없다

5-1. 반대하신다면(혹은 반대 의견이 더 강하시다면) 이유는 무엇입니까?

5-2. 반대하신다면(혹은 반대 의견이 더 강하시다면) 대안은 무엇입니까?

5-3. 찬성하신다면(혹은 찬성 의견이 더 강하시다면) 그 이유는 무엇입니까?

5-4. 찬성하시는 경우, 추가적으로 보완되어야 하는 부분은 무엇입니까?

설문에 응해주셔서 감사합니다. 설문 결과는 정리하여 알려드리겠다는 약속을 드립니다. 경우에 따라 2차 설문조사를 시행할 수도 있으며, 전문가 설문 조사 근거와 문헌 조사, 건강보험공단 자료 조사, 시립병원 환자 조사 등의 결과를 가지고 간담회 등의 논의 과정을 통해 정리해 나갈 예정입니다. 다시 한번 감사드립니다.

< 부록 4 >

서울시위탁시립정신요양원 입소환자 특성 조사

안녕하십니까?

저는 서울시위탁시립정신요양원 입소환자 특성을 조사 하게 될 조사원 000입니다. 지금부터 면담할 내용들은 환우 여러분들의 입원생활 및 치료의 발전과 더 나은 의료서비스 제공을 위한 자료로 쓰기 위해 사용될 것입니다. 면담 시 언급된 내용들에 대해서는 익명으로 개인 신상이 철저히 보장될 것이니, 되도록 솔직히 말씀해 주십시오.

〈답변의 신뢰도 확보를 위해 차트를 참고하십시오.〉

I. 일반적사항

1. 귀하의 성명은? _____

2. 귀하의 성별은? (1) 남 (2) 여

3. 귀하의 나이는? 배포한 명단 나이 참고 _____년생 (세)

4. 병역의무는?

(1) 해당 없음 (2) 군필(방위포함) (3) 군면제 (4) 정신질환으로 의가사제대 (5) 기타 _____

5. 귀하의 결혼상태는?

(1) 미혼 (2) 기혼 (3) 동거 (4) 이혼 (5) 별거 (6) 사별

6. 귀하의 학력정도는?

(1) 무학 (2) 초등학교 졸업 (3) 중학교 졸업 (4) 고등학교 졸업
(5) 전문대, 대학교 졸업 (6) 대학원 이상

7. 귀하의 의료보장 종류는?

- (1) 건강보험 (2) 의료급여 1종 (3) 의료급여 2종 (4) 일반
(5) 기타(시설 수급, 행려수급)

8. 이전 거주 형태(입소직전)?

- (1) 혼자 거주(독립적 가구) (2) 가족과 함께 거주(친척포함)
(3) 정신의료기관 (4) 타 요양시설 (5) 기타 _____

9. 현 등록된 주소지? ____시(도) ____구(시,군) ____동(구)

II. 병력 * 최근 1개월 동안의 자원상태를 기준으로 하되, 과거력을 참고하여 판단해 주세요.

1. 진단명 (주_____, 부_____)

- (1) 정신분열병 (2) 우울증 (3) 조울증 (4) 알코올 의존증
(5) 기질성정신장애 (6) 기타_____

2. 정신질환 최초 발병연도 _____년전

3. 첫 치료기관

- (1) 정신과 의원(1차) (2) 종합병원(2차) (3) 대학병원(3차) (4) 전문정신병원
(5) 기타 _____

4. 현 입소일 ____년 ____개월 (____개월)

5. 현 입소의 형태가 어떠합니까?

보호자가 강남구청장이라고 되어 있을 경우 입소 형태는 (2)번 임.

- (1) 보호의무자에 의한 입원(5-1 답변) (2) 보호의무자가 시군구청장인 입원 (3) 자의
(4) 기타_____

5-1. 보호의무자에 의한 입소인 경우 입소시킨 보호자와의 어떤 관계 입니까?

- (1) 조부모 (2) 부모 (3) 배우자 (4) 형제자매 (5) 자녀 (6) 손자손녀 (7) 친척
(8) 기타

6. 최근 5년 동안 총 지역사회 거주기간은 얼마나 되십니까?

전 거주 형태 문항과 현 입소일 문항 참고. 전 거주지가 타 요양시설일 경우 지역거주 안 한 것임.

_____ 년 _____개월(_____ 개월)

7. 6개월마다 계속입원치료여부에 대해 통보를 받은 적이 있습니까?

- (1) 예 (2) 아니오

8. 현재 정신과 이외의 신체질환으로 치료를 받고 있습니까?

- (1) 예(8-1 답변) (2) 아니오

8-1. 어떤 질환으로 치료를 받고 있습니까? _____

Ⅲ. 임상적 평가

임상상태 영역	평가근거	평가		
		없다 0점	조금있 다 1점	자주 있다 2점
1. 자해(자살) 및 타해의 위험도	<ul style="list-style-type: none"> - 자해(자살)/타해와 관련된 정신상태(망상, 환청, 정동상태 등) - 최근 병력(자살 시도력 또는 주위사람에 대한 심한 적대감/난폭행동) 			
2. 현저한 사고 및 지각장애	<ul style="list-style-type: none"> - 현저한 사고이완(지리멸렬) 및 망상 - 일상/사회생활이 어려울 정도의 환청 			
3. 기억력/지남력의 심한 손상	<ul style="list-style-type: none"> - 기억력 및 지남력(특히 장소, 사람) 심한 손상 			
4. 기괴한 행동이나 현저한 퇴행	<ul style="list-style-type: none"> - 이해하기 어려운 기괴한 행동 - 극도의 거부증 또는 현저한 퇴행 			

5. 정신과 약물의 종류/용량의 주된 변화 또는부작용/한시적 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> - 최근 1개월 내 정신과 약물의 종류와 용량의 주된 변화여부 - 일상 및 사회생활에 어려움을 주나 조절되지 않는 약물의 부작용 - 한시적 치료 프로그램 중 			
6. 치료가 필요한 신체증상동반	<ul style="list-style-type: none"> - 의료시설에서의 지속적 치료가 필요한 신체 증상 			

Ⅳ. 기능적 평가

5,6번 문항은 현재 기능을 고려하여 예측되는 기능을 평가.

기능영역	평가근거	평 가		
		도움없이 잘한다 0점	조금만 도와주면 할수있다 1점	혼자는 거의못한다 2점
1. 식사	<ul style="list-style-type: none"> - 적절한 식사 			
2. 신체위생	<ul style="list-style-type: none"> - 대소변 처리, 생리처리 - 양치, 세수, 면도, 목욕 - 옷갈아 입기 - 청소 			
3. 의사소통/ 대인관계	<ul style="list-style-type: none"> - 기본적 대화기술 (적절한 질문, 응답 가능) - 협조적 대인관계 			
4. 약물관리/병식	<ul style="list-style-type: none"> - 정기적 통원치료 및 약물복용 			
5. 소지품 및 돈 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 개인물품 관리 - 돈의 가치인식 - 혼자 물건사고 지불가능 			
6. 교통/공공시설 이용	<ul style="list-style-type: none"> - 대중교통 수단 이용 - 공공시설 이용 			

V. 사회지지체계 평가

지지체계영역	평가근거	평가		
		전혀 문제없다 0점	조금 문제있다 1점	매우 문제많다 2점
1. 가족친지 (주중, 주간)	- 퇴원 후 살 곳에서 낮 동안 같이 지낼 가족친지			
2. 거주지	- 퇴원 후 살 곳			
3. 경제자원	- 퇴원 후 생활비 및 의료비 조달			
4. 가족친지 (야간, 주말)	- 퇴원 후 같이 살면서 야간 및 주말에 돌봐줄 가족친지			
5. 주간재활프로 그램 이용	- 1시간 거리 내에 낮 병원, 정신보건센터나 사회복지시설 등 주간재활시설 이용가능			
6. 가족친지 (도움 필요시)	- 같이 살지는 못하지만 필요하면 도움을 줄 수 있는 가족친지			

VI. 대상자 서비스 평가

i. 서비스에 대한 평가

1. 현재 기관에서 어떠한 서비스를 받고 있습니까?(지난 한달 동안의 생활 확인)

(1)프로그램 _____ (2) 직업재활 _____

(3) 아무것도 안 한다. (4) 기타 _____

* 다음은 귀하가 입소해서 받고 있는 정신과 진료에 대한 질문입니다.

2. 한 달에 몇 번 정신과 주치의를 만나고 있습니까? 월_____회

3. 현재 복용하고 있는 약에 대한 정확한 설명을 들은 적이 있습니까?

(1) 예 (2) 아니오

4. 약복용 시 나타나는 불편을 호소하면 빠른 시일 내에 적절한 대처를 받으니까?

(1) 예 (2) 아니오

* 다음은 귀하가 생활하면서 느끼는 만족도에 대한 질문입니다.

	아주불만 족	불만족	대체로 불만족	그저그 렇다	대체로 만족	만족	아주 만족
	1	2	3	4	5	6	7
5. 프로그램							
6. 시설							
7. 직원							
8. QOL							

9. 현재 시설에서 생활하면서 원하는 서비스는 무엇입니까?

- (1) 없다 (2) 직업재활 (3) 시설 및 환경개선 _____
 (4) 가족과의 관계개선(가족찾기 포함) (5) 서비스 질 향상
 (6) 병원내부규칙변경 _____ (7) 기타 _____

ii. 퇴소에 대한 평가

10. 퇴소 후 무엇을 계획하고 있습니까?

- (1) 경제활동 (2) 가족 찾기 (3) 지역사회기관이용 (4) 교육
 (5) 봉사활동 (6) 계획 없음
 (7) 기타 _____

11. 귀하는 왜 퇴소를 못하고 있다고 생각하십니까?

- (1) 퇴원을 원하지 않아서 (2) 가족이 거부 (3) 시설에서 안 시켜줌
 (4) 지지체계가 없어서 (5) 살 곳이 없어서
 (6) 이곳에 있는 것이 필요해서 (7) 기타 _____

12. 입소기간 동안 퇴소 준비에 대한 교육을 받거나 상의한 적이 있습니까?

- (1) 예 (2) 아니오

13. 본인이 원하면 퇴원을 청구할 권리가 있다는 것을 알고 있습니까?

- (1) 예 (2) 아니오

Ⅶ. 가족지지체계

1. 현재 생존하고 있는 가족들을 모두 표시해 주십시오.

조부() 조모() 부() 모() 배우자() 형제, 자매() 자녀()
손자, 손녀() 없다() 모름()

2. 현재 연락 되고 있는 가족들을 모두 표시해 주십시오.

조부() 조모() 부() 모() 배우자() 형제, 자매() 자녀()
손자, 손녀() 없다()

3. 시설 입소 후 연락이 안 되는 가족을 찾고자 하는 시도를 한 적이 있습니까?

(1) 예 (2) 아니오

4. 주된 보호자와의 관계는? 나의 _____

5. 주 보호자의 주소지는 어디 입니까? ____시(도) ____구(시,군) ____동(구)

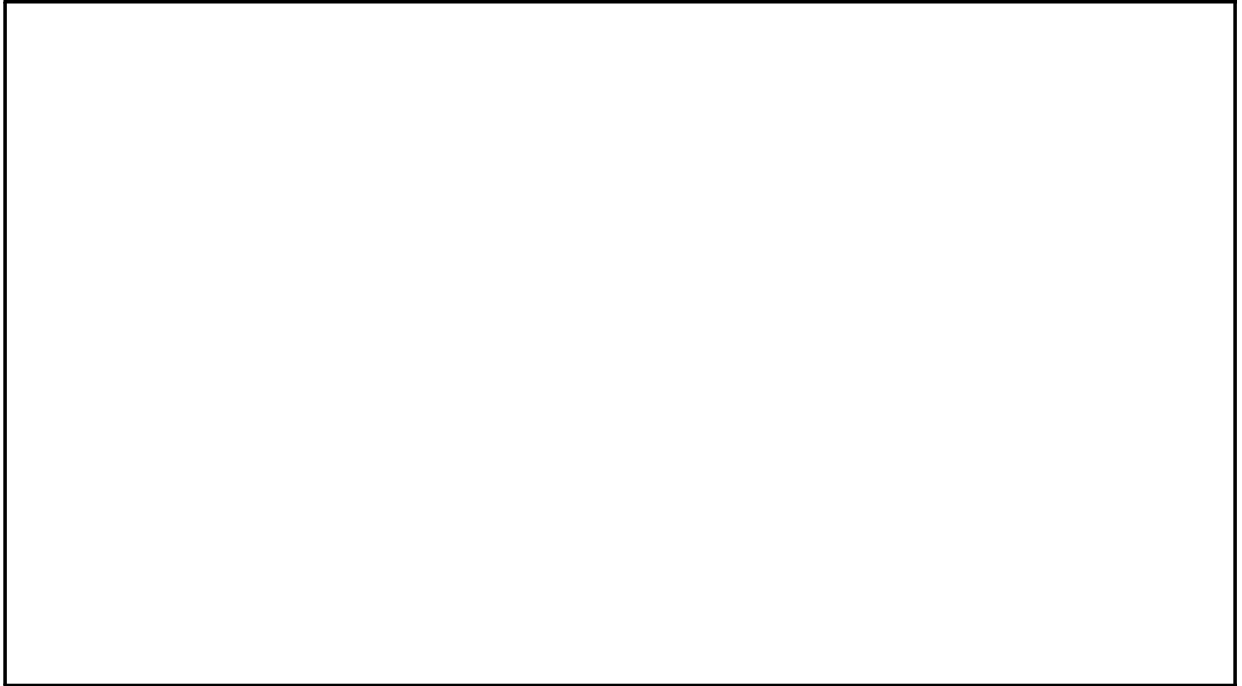
6. 평균적으로 보호자가 몇 개월에 한번 면회를 왔습니까? ____개월 ____ 회

7. 귀하는 어떠한 생활을 더 선호합니까?

- (1) 가족과 함께 생활
- (2) 지역의 주거시설
- (3) 지역에서 가족과 떨어져 독립적 생활
- (4) 정신병원에서 생활(7-1에 답변)
- (5) 정신요양시설에서 생활(7-1에 답변)
- (6) 기타 _____

7-1. 귀하가 정신병원이나 정신요양시설에서의 생활을 더 선호 하는 이유는 무엇입니까?

[면접 당시 client 상태] * 조사자의 관찰

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the investigator's observations during the interview.

〈감사합니다.〉

GAF 채점표

정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해 본다.

신체적(환경적) 제한으로 인한 기능손상은 포함되지 않는다.

(주의: 필요한 경우는 중간 점수도 사용된다. 예 : 45, 68, 72 등)

100 ~ 91	전반적인 활동에서 최우수 기능, 생활의 문제를 잘 통제하고 있고 개인의 많은 긍정적인 특질로 인하여 타인의 모범이 되고 있음. 증상 없음.
90 ~ 81	증상이 없거나 약간의 증상(예: 시험전 약간의 불안)이 있음. 모든 영역에서 잘 기능하고 다양한 활동을 하고 있고 흥미를 느끼고 있음. 사회적인 효율성이 있고, 대체로 생활에 만족, 일상의 문제나 관심사 이상의 심각한 문제는 없음(예: 가족과 가끔 말싸움).
80 ~ 71	만약 증상이 있다면, 일시적이거나 심리 사회적 스트레스에 대한 예상 가능한 반응임 (예: 가족과의 논쟁 후 집중하기가 어려움). 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 손상 정도 이상은 아님(예: 일시적인 성적 저하).
70 ~ 61	가벼운 몇몇 증상(예: 우울한 정서와 가벼운 불면증) 또는 사회적, 직업적, 학교기능에서 약간의 어려움 있음(예: 일시적인 무단 결석, 또는 가정 내에서 흠칫). 그러나 일반적인 기능은 잘되는 편이며, 의미있는 대인관계에서 약간의 문제가 있음.
60 ~ 51	중간 정도의 증상(예: 무감동한 정서와 우회증적인 말, 일시적인 공황상태) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서 중간 정도의 어려움이 있음(예: 친구가 없거나 일정한 직업을 갖지 못함).
50 ~ 41	심각한 증상(예: 자살 생각, 심각한 강박적 의식, 빈번한 소매치기) 또는 사회적, 직업적, 학교기능에서의 심각한 손상이 있음(예: 친구가 없거나 일정하게 직업을 갖지 못함).
40 ~ 31	현실 검증력과 의사소통에서의 장애(예: 말이 비논리적이고, 모호하고, 부적절) 또는 일이나 학교, 가족 관계, 판단, 사고, 정서 등 여러 방면에서 주요 손상이 있음 (예: 친구를 피하는 우울한 사람, 가족을 방치하고, 일을 할 수 없고, 나이 든 소아는 나이 어린 소아를 빈번하게 때리고 집에서 반항하고, 학업에 실패함).
30 ~ 21	망상과 환각에 의해 심각하게 영향받는 행동 또는 의사소통과 판단에 있어서 심각한 손상, 지리멸렬, 전반적으로 부적절하게 행동하기, 자살에의 몰입이 있거나, 또는 거의 전 영역에서 기능할 수 없음(예: 하루 종일 침대에 누워 있음, 직업과 가정과 친구가 없음).
20 ~ 11	자신이나 타인을 해칠 약간의 위험(예: 죽음에 대한 명확한 예견 없이 자살을 시도, 빈번하게 폭력적이고 조증의 흥분상태) 또는 최소한의 개인 위생을 유지하는 데 실패(예: 대변을 묻힘) 또는 의사소통의 광범위한 손상(예: 대개 부적절하거나 말을 하지 않음)이 있음.
10 ~ 1	자신이나 타인을 심각하게 해칠 지속적인 위험(예: 재발성 폭력) 또는 최소한의 개인위생을 유지함에 있어서 지속적인 무능, 또는 죽음에 대해 명확한 기대없는 심각한 자살행동이 있음.
0	불충분한 정보

