

ORIGINAL ARTICLE

J Korean  
Neuropsychiatr Assoc  
2016;55(4):365-375  
Print ISSN 1015-4817  
Online ISSN 2289-0963  
www.jknpa.org

# 정신보건사회복지사 포커스집단면접을 통한 정신보건서비스 전달체계에 대한 인식 조사

국립정신건강센터 정신건강기술개발사업단,<sup>1</sup> 국립정신건강센터 정신건강연구소 연구기획과,<sup>2</sup>  
국립정신건강센터 정신사회재활과,<sup>3</sup> 국립정신건강센터 기획홍보과,<sup>4</sup>  
국립정신건강센터 정신건강사업과,<sup>5</sup> 성균관대학교 의과대학 정신건강의학교실,<sup>6</sup>  
국립정신건강센터 의료부,<sup>7</sup> 서울대학교 의과대학 정신건강의학교실<sup>8</sup>

박수빈<sup>1,2</sup> · 전진용<sup>3</sup> · 남윤영<sup>4</sup> · 임희영<sup>5</sup> · 이다영<sup>5</sup>  
김은진<sup>1,2</sup> · 홍진표<sup>6</sup> · 최성구<sup>7</sup> · 하규섭<sup>1,8</sup>

## A Study of the Current State of the Mental Health Service Delivery System Using the Focused-Group Interview

Subin Park, MD<sup>1,2</sup>, Jin Yong Jun, MD<sup>3</sup>, Yoon-Young Nam, MD<sup>4</sup>,  
Hee Young Lim, MS<sup>5</sup>, Da Young Lee, MHP<sup>5</sup>, Eun Jin Kim, MS<sup>1,2</sup>,  
Jin-Pyo Hong, MD<sup>6</sup>, SungKu Choi, MD<sup>7</sup>, and Kyooseob Ha, MD<sup>1,8</sup>

<sup>1</sup>Korea Mental Health Technology R&D Project, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

<sup>2</sup>Department of Research Planning, Mental Health Research Institute, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

<sup>3</sup>Department of Social Psychiatry and Rehabilitation, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

<sup>4</sup>Department of Planning and Public Relations, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

<sup>5</sup>Department of Mental Health Services, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

<sup>6</sup>Department of Psychiatry, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea

<sup>7</sup>Division of Medical Services, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

<sup>8</sup>Department of Psychiatry, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

**Objectives** To use focus-group interviews (FGI) to determine the current state of the Korean mental health service delivery system, inter-agency patient links, and identify associated problems.

**Methods** The FGI were conducted by seven workers from psychiatric rehabilitation centers and community mental health centers and seven social workers from mental health hospitals.

**Results** Within the mental health service delivery system, disconnection of the community network after discharge is considered a serious problem. The following improvement proposals are suggested : 1) the control tower should govern the community network after discharge, 2) consider insurance costs during activation of hospital links, and 3) expand information sharing related to community social facilities. With regard to non-voluntary admission and long-term hospitalization, most focus group members considered the revolving-door phenomenon to be more serious than non-voluntary admission. In order to prevent unnecessary long-term hospitalization, the FGI results indicated that the government should proactively intervene in the admission/discharge process. In addition, the following improvement proposals were suggested : 1) functional activation of the mental health review board via the reinforcement of workers' expertise, 2) expansion of local mental health centers, and 3) undertake institutional changes related to the family-related issue of preferring hospitalization over a stay at a secure facility.

**Conclusion** For the government to improve the efficiency of the mental health service delivery system, it is necessary to improve institutional linkages, expand mental health infrastructure, and develop an integrated management system.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55(4):365-375

**KEY WORDS** Mental health service delivery system · Non-voluntary admission · Long-term hospitalization.

Received March 8, 2016  
Revised June 28, 2016  
Accepted July 15, 2016

Address for correspondence  
Kyooseob Ha, MD  
Korea Mental Health Technology  
R&D Project, National Center  
for Mental Health,  
127 Yongmasan-ro, Gwangjin-gu,  
Seoul 04933, Korea  
Tel +82-2-2204-0108  
Fax +82-2-2204-0393  
E-mail kyooha@snu.ac.kr

## 서론

정신질환자의 치료단절 및 사회복귀 실패와 관련하여 가장 큰 문제점으로 장기입원 및 수용위주의 서비스체계가 지속적으로 지적되어 왔다.<sup>1,2)</sup> 지난 10여 년간 정신과 병상 수는 매우 빠르게 증가하였고, 평균 재원일수 또한 Organization for Economic Cooperation and Development 국가 평균이 10~35일인데 비해 우리나라는 176일(2013년 기준)로 매우 높은 실정이다.<sup>3,4)</sup>

이와 같은 정신질환자의 장기입원 및 사회복귀 실패의 원인으로 먼저 비자의 입원의 규제, 관리가 제도적으로 미비하다는 점을 들 수 있겠다. 세계보건기구는 비자의 입원 및 치료, 입원기간에 대한 정기적인 규제와 관리를 위하여 독립적인 준사법적 심사기관을 설치하도록 권고하고 있다.<sup>5)</sup> 우리나라의 경우 비자의 입원으로 인한 장기입원을 통제하고 관리하기 위한 법적 장치의 하나로 정신보건심판위원회를 운영하고 있으나 퇴원명령률은 5% 이하로 매우 낮은 실정이다.<sup>4)</sup> 또한 Lee 등<sup>6)</sup>의 연구에 따르면, 정신보건심판위원회에서 퇴원명령을 받은 대상 중 50.9%가 재입원을 하였으며, 그 중 55.9%는 재입원까지 걸린 기간이 하루밖에 되지 않는 것으로 조사되어, 그 실효성이 의문시되고 있다. 다음으로, 퇴원환자를 연계할 수 있는 사회복귀시설의 부족을 들 수 있다. 정신의료기관 병상수는 97415개인 것에 비해 광역시도별 정신장애인을 위한 사회복귀시설의 입소 정원은 2425명으로 2.5%에 불과해 사회복귀시설의 공급량이 절대적으로 부족한 실정이다.<sup>4)</sup>

2007년 11~12월 동안 서울시 정신보건심판위원회의 퇴원명령대상자를 추적 조사한 결과에 따르면 지역서비스로 연계된 대상자는 44%로, 쉼터, 입소 및 주거시설, 정신보건센터, 사회복귀이용시설, 보건소 순으로 연계된 것으로 나타났다.<sup>6)</sup> 2006년 지방자치단체의 정신보건업무 수행하는 공무원 대상으로 연구한 내용에서는 지역사회 정신보건기관으로 연계 비율이 24.24%로 나타났다.<sup>7)</sup> 의료기관에서 지역사회로 연계비율은 직접 조사된 바 없으나, 이보다 더욱 낮은 것으로 생각된다.

이와 같은 낮은 지역사회연계율뿐 아니라, 의료기관-지역사회기관 간, 의료기관 간, 지역사회 정신보건기관 간 정보단절이 치료 효율을 낮추는 중요한 문제점이다. 환자가 이용하는 여러 서비스 제공기관 간에 정보전달은 환자나 보호자의 보고에 거의 전적으로 의존된다. 각 기관에서 한 개인에게 주어지는 치료 서비스의 종류와 총량 등을 제대로 파악할 수 없는 상태에서, 서비스 기관 간의 기능 중복 문제가 심각하다.<sup>8)</sup> 각 정신보건기관 간의 체계적인 연계가 필요한 이

유로 이용자의 정보교환을 통한 서비스 중복방지를 든 연구도 있었다.<sup>9)</sup>

정신보건서비스전달체계 및 기관 간 연계의 현황과 문제점을 파악하는 것은, 정신보건서비스 제공의 연속성 및 효율성 제고를 위해서 필수적이다. 본 연구는 우리나라 정신보건서비스전달체계 현황에 대한 직접조사에 앞서, 정신의료기관 및 지역사회 정신보건기관에서 정신보건서비스제공 업무를 담당하고 있는 정신보건사회복지사<sup>8)</sup> 들의 포커스그룹 인터뷰(focused-group interview, 이하 FGI)를 통해 현장에서 느끼는 실제적 문제점을 파악하고자 한다. FGI는 복잡한 주제에 대해 통찰을 제공하고 집단 구성원 간의 역동적인 상호작용력을 활용하는 데 유용하다.<sup>10)</sup>

## 방법

본 연구는 기관의 종류(정신건강증진센터, 사회복귀시설, 국공립정신의료기관, 사립정신의료기관)와 기관의 지역(수도권, 광역시, 지방)을 고려하여 후보기관을 선정한 후, 해당기관에 본 연구의 취지를 설명하고 조사참여자를 추천받아 모집하였다. 1차 FGI는 정신건강증진센터 및 사회복귀시설에 근무하는 정신보건사회복지사 7명을, 2차 FGI는 정신의료기관에 근무하는 정신보건사회복지사 7명을 대상으로 하였다(표 1).

FGI는 2015년 5월 14일(1차)과 5월 16일(2차)에, 각 3시간에 걸쳐, 한국리서치 FGI실에서 이루어졌다. 참여자들에게 연구의 취지를 미리 설명하였고, 조사 당일 연구 참여자들에게 면접 내용의 녹음 및 사용에 대한 동의를 받은 후 인터뷰를 진행했다. 연구자가 인터뷰에 대한 목적과 내용을 설명하였고, 반구조화된 면접지를 이용하여 인터뷰가 이루어졌다. 도입질문을 우리나라 정신보건서비스 전달체계에 대한 전반적인 평가를 하는 것으로 시작하여, 기관 간 의뢰 및 연계 과정에 대한 의견, 비자의 입원 및 장기입원에 대한 의견 순으로 질문하고 자유롭게 토론하도록 하였다. 연구에 사용된 질문지는 표 2와 같다. 또한 참여자들을 정신건강증진센터와 정신의료기관으로 나눠서 각 소속집단에 따른 답변 내용을 간략하게 표 3으로 제시하였다. 조사과정에서 진행된 모든 내용은 녹음되었고, 녹음된 자료는 녹취록으로 작성하였으며, 녹취록은 조사내용을 중심으로 내용분석(content analysis)

<sup>8)</sup>정신보건사회복지사란 정신보건법 제7조 제2항에서 명시하고 있는 정신보건전문요원의 하나로 사회복지사업법에 의한 사회복지사 1급 자격 조시자로서 정신보건전문요원 수련기관에서 1년 이상 수련을 마친 후 시험에 의해 선별된다. 정신보건법 시행령 제2조 제1항과 관련하여 사회복귀시설 운영, 정신질환자의 사회복귀 촉진을 위한 생활훈련 및 직업훈련, 정신질환자에 대한 교육, 상담 및 보건복지부 장관이 정하는 활동을 하는 전문가를 뜻한다.

**Table 1.** Characteristics of subjects who participated in focused-group interview

	Institution	Sex	Age	Career
Group 1 : mental health social workers from community mental health centers or community psychiatric rehabilitation centers	Community mental health center in rural area	Female	30's	Less than 20
	Community mental health center in capital area	Female	40's	Less than 20
	Community mental health center in metropolitan city	Male	40's	Over 20
	Mental health center in rural area	Female	30's	Less than 20
	Community psychiatric rehabilitation center in rural area (A)	Female	40's	Less than 20
	Community psychiatric rehabilitation center in rural area (B)	Female	30's	Less than 20
	Community psychiatric rehabilitation center in metropolitan city	Male	50's	Over 20
Group 2 : mental health social workers from medical institutions	National hospital in capital area	Female	30's	Less than 20
	Municipal hospital in capital area	Female	30's	Less than 20
	University hospital in capital area	Female	30's	Less than 20
	Private hospital in capital area	Male	40's	Less than 20
	University hospital in rural area	Female	40's	Less than 20
	Private hospital in rural area (A)	Female	40's	Over 20
	Private hospital in rural area (B)	Female	30's	Less than 20

을 하였다. 본 연구는 국립서울병원 임상시험위원회(IRB)를 통과하였다.

## 결 과

### 정신보건서비스 전달체계 전반에 대한 평가

발병부터 입원, 퇴원, 퇴원 후 관리 등의 단계별로 볼 때 퇴원 후 연계 과정의 문제가 가장 심각한 것으로 인식되는 가운데, 최초 발병 시 진료나 기관에 대한 정보를 얻기 어려워 치료시기를 놓치게 되는 문제점을 지적하는 의견도 있었다. 병원 치료 후 지역사회로의 연계 과정에서 실질적인 연계가 이루어지지 못하고 있는 이유에 대해, 정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자들은 병원의 소극적인 태도를 가장 큰 원인으로 지적하는 반면, 정신의료기관 사회복지사들은 지역사회의 시설 및 인력 부족과 관련 정보의 부재를 지목하였다.

“지역에 사회복지시설이라든가 센터에 환자 분들이 사실은 접근하기도 많이 힘들고 그런 것들이 있다는 걸 병원에서 안내해 주지 않으니깐 거기서 단절되어 버리는 경우가 훨씬 많죠”(지방 기초정신건강증진센터).

“지방으로 연계할 때 정신보건센터 외에는 전무한 상태라 어디 연계할 데가 없다는 게 문제인 것 같고요. 정책의 허점이라 그럴까요”(수도권 사립병원 A).

“참 신기한 게 센터에서는 왜 안 내보내냐고 하고 지역사회 사회복지시설에서도 왜 이렇게 연계 안 하냐고 전화해서 환자 몇 명 비었다 얘기 많이 하시는데 막상 보면 갈 곳이 없어요. 그 이유는, 그게 어떻게 보면 구멍이 빵빵 뚫려 있는 사각지대일 건데요. 나이로 제한하고 자살시도했다고 안 받고 그런 부분들이 있는 거예요”(수도권 사립병원 B).

지역사회 연계 활성화 방안으로 정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자의 경우, 보험 수가 조정 등을 통한 병원 및 관련 인력의 태도 변화 유도, 연계를 위한 강제력을 가지는 총괄 기관 설치 등을 제언했다. 반면, 정신의료기관 사회복지사의 경우, 사회복지시설에 대한 정보 제공, 지역정신보건 시설과 인력 확충, 환자 및 보호자를 대상으로 한 센터나 기관 홍보 실시 등을 제언했다.

“병원에서 퇴원환자를 지역에 연결을 해야 되는구나 라는 의식을 심어줄 수 있는 거는 이윤추구랑 맞물린다고 한다면 말 그대로 정부에서 장기입원환자는 뭐 때문에 장기입원을 하는지에 대한 소명이나 내용을 제출하든지, 퇴원해야 할 환자는 반드시 지역에 있는 기관에서 갈 수 있는, 대신 받아 주는 베이스가 정부에서 잘 되어야 하겠죠”(지방 기초정신건강증진센터).

“이게 사각지대를 결국 없애고, 그래야 전달체계가 잘 돌아가는 건데 그러면 그걸 컨트롤타워에서 유기적으로 연계될 수 있는 역할을 할 수 있는 곳이 있어야 된다는 거죠. 사업단이 됐든 광역센터가 됐든”(지방 사회복지시설 B).

### 기관 간 의뢰 및 연계 관련

정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자들은 병원이 퇴원 이후 연계에 소극적인 이유로 영리추구를 목적으로 하는 병원의 특성, 병원 내 퇴원 후 연계 담당 인력의 부재, 퇴원 통지의 강제성 부족, 환자나 보호자에 대한 적극적 설명 부족 등을 지적하였다. 정신의료기관 사회복지사들은 다른 업무로 인한 의뢰 및 연계 업무 시간 부족, 환자 의뢰 및 연계 과정에 대한 보상이 없어 의료진의 적극성 부족, 지역사회 정신보건기관에 대한 정보 부족 등을 지적하였다. 또한, 환자 및 보호자의 동의 의사 번복, 퇴원 후 연계 시설에서의

**Table 2.** Contents of the focused-group interview

Exploratory area	Questions
Comprehensive evaluation of the mental health service delivery system	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. What is your evaluation of the Korean mental health service delivery system?</li> <li>2. What do you think is a particular problem in the mental health service delivery system? At which point of the mental health service processes do you think problems occur (including disease occurrence, admission, discharge, and management after discharge)?</li> <li>3. Give your opinion on the problem that should be improved most urgently among the problems of the mental health service delivery system. If you have any ideas about improvements from the institutional perspective, tell us about them.</li> </ol>
Patient referral and link between agencies	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Do you think the patient referral and link between medical institutions and community mental health centers is required? If so, why do you think so?</li> <li>2. Tell us about any uncomfortable or difficult situations you experienced in the process of patient referral and link between medical institutions and community mental health centers? Give some examples.</li> <li>3. How is patient information currently transferred between medical institutions and community mental health centers? Please evaluate the current method, and tell us about any suggestions for improvement you may have.</li> <li>4. What information should be transferred between medical institutions and community mental health centers during the inter-agency process of patient referral and link? In addition to the necessary information, tell us about other information that might be helpful if transferred.</li> <li>5. There are two opinions in the mental health service sector. One is that the protection of patient information is more important, and the other is that increasing the efficiency of the mental health service management system by further utilizing patient information via the establishment of a mental health information system is more important. Which opinion do you agree with? Please tell us why you think so.</li> </ol>
Non-voluntary admission and long-term hospitalization	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Do you think there are currently any problems in the admission/discharge process of patients with mental illness at mental illness facilities?</li> <li>2. In particular, how do you consider the seriousness of the revolving-door phenomenon of non-voluntarily hospitalized patients? Give some suggestions for the ways to improve the revolving-door phenomenon. In addition, tell us about any other required institutional assistance in relation to the revolving-door phenomenon.</li> </ol>

피드백 부재 및 단절 등으로 인해 의뢰 및 연계에 어려움을 호소하는 의견도 있었다.

“통지해서 개인이 거부하면 그것도 안 되거든요. 그런데 병원에서는 물어보지도 않고 이 사람이 거부했다고 하는 경우도 있고”(지방 광역정신건강증진센터).

“환자를 지역사회로 보내면 그 이후에 등록을 해서 어떻게 지내고 있다든지 한 번이라도 그런 회신이 오면 의사 선생님들이나 레지던트도 자기 환자가 어디 센터에 가서 생활하고 있고 이러니까 그 다음에 다른 환자들도 보내려고 노력을 할 텐데 보내고 나서 감감무소식이고 뭔가를...”(지방 대학병원).

기관 간 정보전달체계와 관련해, 정보를 전달받는 입장인 정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자들은 정보 전달의 장애요인으로 개인정보보호법이나 의료법 등 현행 법률에 의한 문제로 인식하고 있었다. 반면, 정신의료기관 사회복지사들은 기관 간에 통일된 의뢰서 양식의 부재, 환자 의뢰서 작성에 따른 업무량 증가 등을 현실적인 장애요인으로 지적했다.

“개인정보보호법이 의료법하고 같이 맞물리게 되면서 환자나 보호자가 동의하지 않는 이상 정보 공유가 안 되는 문제가 있단 말이에요. 응급상황이 생겼을 때 정말 소재 파악이 잘 안 되고 경찰 협조가 안 되면, 예를 들어 어떤 병원에 입원한 치료력이 있다는 정보까지 다 알았는데 그 병원에 도움을 요청하게 되면 의료법도 걸리고 개인정보보호법도 또 걸리고...”(지방 기초정신건강증진센터).

기관 간 정보공유 및 정신보건서비스 관리체계의 효율성 증진을 목적으로 하는 정신건강정보시스템 구축안에 대한 의견을 물었을 때, 정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자들은 실제 업무에 도움이 된다는 점에서 필요성을 충분히 인식하고 있었다. 반면, 정신의료기관 사회복지사들은 직접적인 필요성을 느끼기보다는 지역센터 담당자 입장에서 필요할 것이라고 공감하는 수준이었다. 정신건강 정보시스템에 대해 부정적으로 평가하는 참여자들은 주로 정신의료기관 사회복지사들로, 관련 정보 등록에 대한 우려로 초기 진료 거부, 개인 정보 노출 우려로 인한 환자의 동의 거부, 관련 정보의 악용으로 인한 피해 우려 등의 문제를 지적했다.

**Table 3.** Opinions of mental health social workers according to affiliated institute

	Community mental health center and psychiatric rehabilitation center	Medical Institutions
Comprehensive evaluation of the mental health service delivery system		
Common opinion	- Problems in patient referral to community mental health institutes after discharge from hospital	
	- Lack of facilities and manpower in provincial areas compared to the capital area	
Cause	- Passive attitude of hospitals	- Lack of information on community facilities
	- Policy directions shift from management of patients with severe mental illnesses towards mental health prevention and improvement	- Lack of facilities for addiction patients and youth rather than facilities for patients with severe mental illness
Plans for improvement	- Revising health insurance coverage to induce attitude changes of hospitals and relevant personnel through	- Providing information on community facilities
		- Expanding facilities and manpower
Patient referral and link between agencies		
Common opinion	- Lack of efforts to actively refer patients to community facilities by hospitals	
Cause	- Hospitals that pursue profits	- Increased work load due to referral
	- Lack of referral personnel within hospitals	- Difference in information depending on the person writing the patient request form
	- Lack of force for notification of discharge from hospital	- Withdrawal of consent for notification of discharge by patients and guardians
	- Difficulty to share information due to the privacy protection act and medical act	- Lack of feedback from patients-referred facilities
Plans for improvement	- Unifying patient request forms and positions of referral personnel between hospitals	- Implementing feedback system after patient referral
	- Implementing mental health information system to share patient information	- Expanding community mental health institutes and developing various mental health services
Non-voluntary admission and long-term hospitalization		
Common opinion	- Seriousness of non-voluntary admissions and long-term hospitalization	
Cause	- Severe revolving door effect, especially in provincial areas	- Perceived some cases of non-voluntary admissions and long-term hospitalization as inevitable (e.g., domestic violence of patient)
	- Hospitals that pursue profits	- Lack of rehabilitation centers
		- Difficulties of family responsible for patient care after discharge from hospitality
Plans for improvement	- Strengthening nation-level intervention for non-voluntary admission, long-term hospitalization and revolving door effect	- Expanding community rehabilitation centers and improving quality of services

정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자들은 정보시스템 구축 시 역할 분담 문제, 기존 시스템과의 통합 및 연결 문제, 통합시스템의 관리 주체 문제 등 운영방안에 대해 논의가 필요하다는 입장이었다. 정신건강 정보시스템 구축에 대해 부정적인 정신의료기관 사회복지사들도, 제한적인 범위(보호자 없는 환자, 자살시도자, 본인 동의자 등) 내에서, 제한적인 용도(타용도 활용 금지)로, 제한적인 인력(소수 관계자만)이 활용하도록 철저한 관리를 전제로 한다면 가능하다는 의견이었다.

“정신과 처음 들어오는 문턱이 엄청 높아질 것 같은데요. 아예 안 들어오려고 할 것 같아요. 내과나 이런 데서도 많이 얘기하시더라고요. 정신과로 가 보라 해도 절대로 안 가신다

고”(수도권 공립병원).

**비자의 입원 및 장기입원 관련**

참여자들은 모두 비자의 입원 및 장기입원에 대한 문제가 심각한 수준이라고 인식했다. 하지만, 정신의료기관 사회복지사들은 비자의 입원 및 장기입원이 지속되는 이유로 가정 내 폭력문제 발생, 중독 또는 중증 질환자 중 일부, 환자 보호자의 퇴원 거부 등도 있음을 지적하며, 반복적 비자의 입원 및 장기입원의 불가피성에 대해 일정부분 공감하기도 했다.

“심각하죠. 심각하다고 생각해요. 저희 병원에 계시다 강제퇴원명령이 떨어져서 다른 데 가신다고 했는데 보호자가 인근에 있는 모텔에서 이 환자 분을 며칠 지내시게 한 다음

에 다른 병원으로 가는 경우도 봤거든요. 그런 문제들은 계속 남아있는 것 같아요, 많이 좋아졌다고는 하는데”(수도권 사립병원 B).

“만성정신질환자에 대해서 공적인 사례관리 시스템이 더 많이 구축되어 보호자 부담을 덜어 주어야 쉽게 퇴원을 시키지, 전혀 안 되어 있는 상태에서 그냥 집에 가서 책임져라 하는 건 있을 수 없는 일인 것 같아요”(지방 대학병원).

정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자의 경우, 심판위원회 인원의 전문성 강화, 의료기관과 지역센터 및 사회복지시설 간의 의뢰 및 연계 활성화 등으로 회전문 현상을 줄일 수 있을 것이라고 제안했다. 정신의료기관 사회복지사의 경우, 개선방안으로 지역사회로의 연계 활성화, 지역사회복지시설의 시설·인력의 양적 보완 및 전문인력 활용을 통한 서비스 질 향상 등을 제안했다. 환자들의 입·퇴원 과정에 대한 국가의 개입에 대해서도 정신건강증진센터 및 사회복지시설 종사자들은 국가개입을 확대해야 한다는 입장인 반면, 정신의료기관 사회복지사들은 국가가 개입을 확대하기보다 시설 확충에 노력해야 한다는 입장으로 차이를 보였다.

“입원을 10년, 20년 했는데도 안 낫는 사람이 치료를 계속 받아야 하는가, 이 현실에 이 시스템을 통해서 똑같은, 더 이상 좋아지지 않는 이 치료를 계속 받아야 하는 것도 의문이고 그걸 누구도 점검해보지 않는 것 자체가 문제인 거죠. 국가의 역할을 더 잘 많이 해야 된다는 건 이게 얼마 만에 퇴원하고 이 사람이 퇴원해야 되냐 말아야 되냐 이런 의미도 있지만”(지방 사회복지시설 B).

“주거와 서비스의 스펙트럼이 좀 더 넓어지고 다양해지면 그래도(병원에서) 나올 수 있는 계기가 될 것 같기는 해요. 무조건 언제 됐으니까 퇴원해 하면 사실 답이 없어서 결국은 다른 병원으로 가는 대안밖에는 없는 것 같아요”(수도권 국립병원).

## 고 찰

FGI 조사 결과 정신보건서비스 전달체계상의 문제, 기관 간의 의뢰 및 연계의 어려움, 비자의 입원 및 장기입원 문제에 대한 다양한 시각이 제시되었다(부록). 본 FGI 조사 결과를 바탕으로 다음과 같은 개선안을 제시해 볼 수 있겠다.

첫째, 지역사회 연계의 주체인 의료기관 종사자들(담당의, 정신보건사회복지사, 원무과 직원 등)에게 동기를 부여하려면, 보험 수가 조정 등 제도적 유인장치가 필요할 수 있겠다. 현재의 의료기관 등급제는 물리적 환경개선에 대한 보상방식에 그치고 있지만, 초기입원 환자에 대한 수가나 지역사회 연계기관에 대한 수가를 차등화하는 등 실질적인 유인장치가

필요하다. 미국의 경우 1963년 지역정신보건서비스법 영향으로 지역사회에 있는 정신장애인의 재정 대부분을 연방정부가 지원하게 됨으로써, 주정부는 주 재정을 줄이기 위하여 병원에 입원되어 있는 환자를 퇴원시키려는 노력을 보였고,<sup>11)</sup> 1970년대 19만 명이었던 수용인원이 1982년에는 12만 5천 명으로 감소되었다.

둘째, 제도적 유인장치와 함께 퇴원사실통지의 강제성 부여, 외래치료명령제 도입 등 제도적 강제장치 또한 고려해 볼 수 있을 것이다. 정신보건법 제26조, 제39조에 따르면 정신과 환자의 퇴원 시 재활 및 지역사회 복귀를 위하여 해당 정신보건센터 및 보건소에 퇴원 사실을 통지하도록 되어 있으나, 환자 및 보호의무자(환자의 의사능력이 미흡한 경우)의 동의 시에만 시행하도록 되어 있어 극히 제한적으로만 이루어지고 있는 실정이다. 또한 우리나라는 정신보건심판위원회의 심사결과에 따라 퇴원명령을 내려도 퇴원 후 환자의 거취 및 치료에 대해 모니터링하는 시스템이 부재하여 회전문 현상을 막지 못하고 있다. 호주의 경우 정신보건심판위원회에 법원의 권한이 상당부분 위임된 구조로, 퇴원명령이 사법적 효력을 가지며, 퇴원 후 안정적인 정신과 치료를 받도록 강제하는 ‘외래치료명령제’를 실시하여 재입원을 방지하도록 하고 있다.<sup>12,13)</sup>

셋째, 환자 의뢰서 작성에 따른 업무량 증가 및 연계된 기관으로부터의 피드백 부재로 인한 동기저하 문제 등을 해결하기 위해 의뢰-연계된 환자의 기본적인 치료정보를 공유하는 통합정보시스템 도입 등을 고려해 볼 수 있겠다. 현재 서울시에서는 정신보건관리시스템(Seoul Mental Health Information System, 이하 SMHIS)<sup>14)</sup>을 운영하여 서울 내 지역사회 정신보건기관(정신건강증진센터 25개소, 중독통합관리센터 4개소, Half-way house 4개소, 아이존 6개소)에서 사용 중이다. SMHIS는 해당기관에서 제공하는 서비스 및 관리 구분에 따른 개입진행 정도를 기록하게 구성되어 있으며, 이를 통해 연계받은 기관에서는 환자가 이전 기관들에서 제공받은 서비스를 즉각 파악할 수 있다. 그러나 SMHIS 시스템을 이용하지 않는 기관들과는 정보승계가 되지 않는다는 문제점이 있다.

넷째, 지역사회 정신보건기관의 시설현황 및 이용가능 여부, 각 기관의 이용대상자, 운영 프로그램, 시설·인력 등등에 대한 객관적 지표 등을 한눈에 확인할 수 있는 시스템이 도입된다면, 지역사회 정신건강서비스 배치를 보다 효율적으로 개선할 수 있겠다.

다섯째, 비자의 입원 환자의 반복적 장기입원, 회전문 현상을 개선하기 위해서는 정신보건심판위원회의 인력 및 전문성 강화, 병원 간 이동을 모니터링할 수 있는 시스템 구축 등

을 제언할 수 있겠다. 현재 우리나라의 정신보건심판위원회는 일반적으로 시군구별 1개의 심판위원회가 월 1회 개최되어 10명 내외의 심판위원이 수백 명의 환자를 대부분 서면심사만 하고 있어서 제대로 된 관리감독에 현실적 한계를 가지고 있다. 또한 심판위원회 회부 후 계속 입원율이 96%에 달하고, 나머지 4%의 며칠 내 재입원율이 55.9%에 달하고 있어 심판위원회의 기능이 매우 소극적인 것으로 보인다. 외국 사례를 보면 스코틀랜드, 호주, 미국 등은 비자의 입원과 정에서 모두 독립적인 기관의 객관적 검증을 거쳐서 입원이 결정되도록 하고 있으며, 공인된 전문의가 진단을 거치는 대면심사 방식을 채택하고 있으며 상시적으로 이루어지고 있다.<sup>13,15)</sup>

마지막으로, 위의 모든 개선 안에 앞서 지역사회 정신보건 기관 인프라 확충이 필수적일 것이다. 제도적 유인장치, 강제장치, 행정장치를 동원하여 병원으로부터 지역사회로의 연계가 활성화된다고 해도, 의뢰하는 환자들을 연계받을 지역사회기관이 없다면 실질적인 연계가 이루어질 수 없기 때문이다. 시설, 인력의 양적 보완뿐 아니라 전문인력 활용을 통한 서비스 질 향상이 필요하겠다.

## 결 론

본 연구를 통해서 현재 우리나라의 정신보건 전달체계는 분절화되어 있으며, 특히 정신질환자의 퇴원 후 지역사회연계 과정에 많은 문제점이 있음을 알게 되었다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 각 영역 전문가의 개인적인 노력을 넘어서는 국가차원에서의 다각적 정신보건 전달체계 효율성 증진 방안이 필요할 것이다.

**중심 단어** : 정신보건전달체계 · 비자의 입원 · 장기입원.

### Acknowledgments

본 연구는 보건복지부정신건강기술개발사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(과제고유번호 : HM14C2164).

### Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

## REFERENCES

- 1) Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *Br J Psychiatry* 2001;178:497-502; discussion 503-505.
- 2) Suh DW, Lee YM, Kim Y, Lim JK, Kim DJ. Study on the program and profiles of patients in mental health facilities in Korea. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs;1999.
- 3) Paek JI, Jang HS, Lee MS. The structural causes and maintenance factors affecting long-term hospitalization of the mentally ill. Seoul: Korea National Human Rights Commission of Korea;2008.
- 4) The National Mental Health Commission. 2014 Annual Report The National Mental Health Commission. Seoul: The National Mental Health Commission;2014.
- 5) Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2005.
- 6) Lee MS, Hong JP, Ko JA, Oh JH. Follow-up survey of discharged patients by the Mental Health Review Board. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:42-47.
- 7) Bae JK, Lee YP, Kang SK, Shin SM, Lee JK, Kwak HS. Survey of perform status of Municipal Mental Health Service. Seoul: National Human Rights Commission of Korea;2009.
- 8) Kim MK. Division of roles and referral strategies in the community mental health service delivery system. Korea Academy of Mental Health Social Work Conference; 2003 May 63-88; Seoul: Korea Academy of Mental Health Social Work;2003.
- 9) Lee K. A study on current linking status of community mental health organizations [dissertation]. Seoul: The Catholic University of Korea;2004.
- 10) Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publication;2002.
- 11) Kim YH. A study on the U.S. Public Mental Health Managed Care System and its implications for improvement of Mental Health Care Financing System in Korea. *Korean J Soc Welf Stud* 2005;28:69-103.
- 12) Hong S. National Human Rights Commission of Korea: Case Management and Development of Advanced Model for Improvement of Human Rights of The Mentally Ill. Seoul: National Human Rights Commission of Korea;2009.
- 13) Choi HM. A Study on the National Mental Health Strategy in Australia. *Ment Health Soc Work* 2001;12:75-92.
- 14) Seoul Mental Health Center. Report on the Seoul Mental Health Center 4-year-plan (2005-2008). Seoul: Seoul Mental Health Center;2008.
- 15) Hong JP, Hwang SC, Park S, Suh T, Chung EK, Kim JH, et al. Comparison of major procedures of Korean Mental Health law with other developed countries. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2009;48:92-101.

## ■ 부 록 ■

### Focus-Group Interview 내용

#### 1. 정신보건서비스 전달체계 전반에 대한 평가

“현재는 정신건강증진센터가 지역주민 중에 발병해서 적극적인 치료가 필요하신 분들을 조기 발견해서 병원으로 연계하는 지점에 있어서 병원에 refer하는 역할을 적절히 하기 때문에 그 단계 안에서는 연속성이 있는데, 치료를 하고 나서 지역 사회로 돌아와야 되는 그 단계에서는 분절됐다고 얘기해야 될까요?”(수도권 기초정신건강증진센터).

“일단 병원에서 퇴원을 하면 당연히 지역사회에 있는 시설에 연락을 하고 그 사람이 사회에 바로 나가기 어려운 상황이나 그렇게 연계가 되어야 하는데 거의 안 되고 있죠. 1년에 건수만 잡아도 많지 않은 건수죠. 그럼 당연히 또 사회복지시설이나 정신건강증진센터에서 잘 지내다 증상이 재발해서 입원할 상황이 되면 병원 측하고 관계돼서 이렇게 잘 되고, 상호작용이 되어야 하는데 그런 부분들이 잘 안 되고 있는 것 같아요”(지방 사회복지시설 A).

“97년도 우리 입원환자 베드 수가 3만에서 3만 5천 정도 됐었어요. 지금은 10만입니다. 세 배가 늘었어요. 탈원화시킨다는 게 세 배가 늘었으니 그게 무슨, 전달이 됐다고 생각합니까? 안 됩니다”(광역시 사회복지시설).

“좋다가 100점이라면 40점 정도. 내가 대상자라고 하면 자발적으로 찾지 않는 이상 접근하기가 어려운 점이 있어요. 예를 들어 정신건강, 정신과 이런 관련 검색어들을 검색해서 찾는 경우가 많고, 아니면 관공서에 전화를 해서 무턱대고 도움을 요청한다거나...”(지방 기초정신건강증진센터).

“병원에 지속적인 어떤 체계가 있어야 되는데 생활하시고 재발하지 않도록 하는 기본적인 생활 배경이 되어줘야 하는데 퇴원 이후에 단주를 유지하시더라도 생활할 수 있는 배경이 안 되다 보니까 다시 병원으로 돌아오시는 거예요”(지방 사립병원 B).

“전국구로 환자 분들이 오시는데 퇴원계획을 수립하는 데 있어서 지방분들은 굉장히 난감한 때가 많아요. 연결할 데가 없어요. 아직 센터조차 없는 데도 있고 센터는 있지만 거리가 먼 경우도 있고, 지방은 굉장히 큰데 센터가 딱 하나 있어서 거기까지 다니기 굉장히 힘들신 경우가 많아서 가장 큰 어려움은 그런 부분인 것 같고요. 서울은 다행히도 대부분의 구에 다 센터가 운영이 되고 있고 사회복지시설도 운영이 되고 있는데 조금 어렵게 느껴지는 부분은 서울에 사시는 분들은 연결할 만한 자원이 있기는 한데 그 기관에 대한 정보를 알기가 좀 어려워요”(수도권 대학병원).

“환자들이 센터 연계를 거부하는 이유가 첫 번째는 큰맘 먹고 등록을 해서 사례관리 선생님하고 관계 형성을 해서 진행을 하는데 자꾸 바뀌어요, 선생님이. 마음을 열어서 하고 싶는데 계속 선생님이 바뀌니까 이제는 싫은 거예요. 또 누군가와 관계를 맺는 데 두려움이 크고요”(수도권 공립병원).

“전 세계 어느 나라를 보든지 정신보건 전달체계에서 가장 중점이 되어야 하는 게 중증정신질환자입니다. 그 사람부터 먼저 안전지대에 놔주고 그 다음 예방 쪽으로 가야 되는 거예요. 그런데 지금 방향이 예방 쪽으로 쏠 바뀌었어요. 보건복지법 바뀌면서 이름이 바뀌었잖아요. 정신건강증진법으로 바뀌었지. 그럼 전 국민이 정신건강증진을 도모한다, 이렇게 돼버리잖아요. 그 말속에 벌써 전 국민이 대상자가 됐는데 중증장애인이 여기 얼마나 있어요, 자동적으로 쏠 빠져버리는 거죠. 이 자체도 딱 틀을 안 세워주고 방향을 틀어버린 거예요. 어떻게 보면 중증정신질환자는 지금 오갈 데 없는 아주 모호한 상황에 놓여진 거죠”(광역시 사회복지시설).

“지역병원에 알코올 환자가 늘고 있는 추세예요. 그런 부분에서 걱정이 되는 건 알코올 환자들이 워낙 재발률이 높잖아요. 그래서 그 분들이 중간역할을 하는 생활시설이라든지 그런 부분이 굉장히 부족해요. 그래서 병원에 지속적인 어떤 체계가 있고 생활하시고 재발하지 않도록 하는 기본적인 생활 배경이 되어줘야 하는데 퇴원 이후에 단주를 유지하시더라도 생활할 수 있는 배경이 안 되다 보니까 다시 병원으로 돌아오시는 거예요”(지방 사립병원 B).

“중학생, 고등학생 환자들이 많아요. 애네들이 가지고 있는 문제가 다른 센터나 이런 쪽에 가서 해결될 수 있는 문제가 아니라 끊임없이 정신과 치료를 받으면서 학교를 휴학하거나 중퇴하거나 이런 애들이 많거든요. 다른 중복장애를 가지고 있는 애들도 많고 그런데 애네를 보낼 데가 별로 없어요, 솔직히. 대구광역시에 있는데도 정신건강증진센터, 그리고 구마다 사회복지시설이 하나 정도 있어요. 그런데 사회복지시설들이 거의 다 만성 환자 중심이에요”(지방 대학병원).

“말씀하셨던 것처럼 상황이 지방으로 갈수록 열악하다 보니까 사회사업실 자체가 없거나 그런 자원조차도 굉장히 적고 이런 게 사실이고요… 지역적인 편차가 심한데 강원도는 정말 시설이 없어요. 복귀시설 자체가 주거랑 이런 거고 강원도가 원주랑 춘천 외에 다른 곳은… 다른 복지시설도 굉장히 적어요”(지방 사회복지시설 B).

“그래서 제가 느끼는 건 이게 사각지대를 결국 없애려고, 그래야 전달체계가 잘 돌아가는 건데 그러면 그걸 컨트롤타워에서 유기적으로 연계될 수 있는 역할을 할 수 있는 곳이 있어야 된다는 거죠. 사업단이 됐든 광역센터가 됐든”(지방 사회복지시설 B).

“그런 기관들(사회복지시설)에 대한 객관적인 평가들을 매년 하시는 걸로 알고 있는데 그런 정보들을 공개해 주시면 저희가 환자에 맞는 기관을 연결하는 데 좀 더 도움이 될 것 같다는 생각이 들어요. 제가 어린이집을 찾을 때 어린이집 보육 포털이 있거든요. 거기서 어린이집별로 기관 시설에 대한 거나 인력에 대한 거를 그래프로 딱 볼 수 있게 되어 있는데 혹시 사회복지시설도 그런 식으로 객관적인 지표가 있다면 저희 입장에서도 그렇고 이용하시는 분들도 정보를 알고 적합한 곳을 찾을 수 있지 않을까 그런 생각이 들었고”(수도권 대학병원).

“사실 정부에서 적극적인 지원이 있으면 좋겠어요. 이런 쪽으로도 많은 예산 편성이 되고 지원을 해줘야만 이렇게 발 벗고 나서서 하려고 하는데, 지금은 소신 있는 몇몇의 사회복지사들이 몸으로 때우는 식이 아닐까 생각됩니다”(수도권 사립병원).

## 2. 기관 간 의뢰 및 연계 관련

“병원에서 퇴원할 때에…(퇴원사실 통지를) 서울국공립은 한다고 그러시는데요, 간호사들도 잘 모르고 있고요. 그게 사회사업과가 있거든요. 사회사업과에서 이쪽으로 연결을 해줘야 하는데 춘천에는 사회사업과가 있는 곳이 별로 없어요. 병원은 대형화되지만 그런 전문가 집단이 그 안에 포진되어 있지 않다는 거죠”(광역시 기초정신건강증진센터).

“일단 정보의 양의 문제가 아니라 주치의가 얼마나 이 사람을 기관에 보낼 의지를 갖고 동기부여를 위한 면담을 하느냐, 그리고 이 사람한테 필요한 기본적인 정보, 솔직히 저희가 전화번호, 주소 정도만 있어도 저희들이 이후에 파악하면 되거든요. 그런데 환자를 만날 수 있는 기회 자체가 없기 때문에”(수도권 기초정신건강증진센터).

“저희는 원무과에서 그걸(퇴원통지 동의) 퇴원할 때 하시거든요. 그렇게 의심하실 수도 있을 것 같긴 해요. 저희 스스로 봤을 때 정말 제대로 하나? 이런 생각을 할 때가 있거든요. 좀 더 적극적으로, 사실 센터 입장에서 봤을 때는 직접 병동에서 하시면 잘하실 것 같긴 한데 최대한 저희가 설명해서 동의하도록 만드는 것과 이런 게 있는데 하실래요? 이렇게 하는 건 차이가 있잖아요. 그런 입장에서 봤을 때는 의심하실 수 있을 것 같아요”(지방 사립병원 A).

“그때 당시에는 환자가 ‘동의할게요’ 해서 사인도 다 하고 공문으로 처리해서 넘겼어요. 그런데 센터에서 그 환자에게 전화했는데 거부하는 거예요. 아니면 전화를 안 받아 버리거나”(수도권 공립병원).

“저희 의사 선생님들도 그렇고 지역사회에 대한 연계 마인드도 높고 저한테 많이 물어봐요. 이 환자 보낼 데 없냐고. 보내면 그 이후에 등록을 해서 어떻게 지내고 있다든지 한 번이라도 그런 회신이 오면 의사 선생님들이나 레지던트도 자기 환자가 어디 센터에 가서 생활하고 있고 이러니까 그 다음에 다른 환자들도 보내려고 노력을 할 텐데 보내고 나서 감감무소식이고 뭔가를… 그래서 객관적인 입장에서 평가도 해 주고 향후 지역사회에서 이 환자를 어떻게 개입을 한 것인지 계획이라든지 이런 부분에 대해서 적어도 등록이 돼서 다니고 있습니다, 정도라도 저희한테 얘기를 해 주시면, 항상 궁금해 하는데 제가 전화를 해서 알아봐야 돼요. 아니면 환자 분한테 전화하지는 못하거든요. 이런 것들이 좀 안 돼요. 그래서 저는 그 부분에 대한 불만이 좀 많아요”(지방 대학병원).

“제가 지역사회센터에 연계의뢰를 하잖아요. 그럼 의뢰서를 보내 달라고 해요. 그럼 저희 입장에서는 의뢰서를 쓴다는 게 생각보다 복잡하고 힘든 일이에요. 기본 업무들이 있는데 거기에서 한 명을 위해서 환자, 보호자 동의를 받아서 의뢰서를 작성해서 보내는 게 굉장히 과외의 일이고 시간이 많이 걸리는 일이에요”(지방 대학병원).

“양식이 센터마다 틀려요. 그래서 메일로 보내달라고 해서 쓰는데 제가 써야 되는 부분이 있고 의사가 써야 되는 부분도 있고 이래요”(지방 대학병원).

“도움이 되겠죠. 만약 그게(정신건강정보시스템) 된다면 충분히 도움이 되죠”(광역시 기초정신건강증진센터)

“국가차원에서의 그런 정보시스템이라면 정신보건영역에서도 활용될 가치는 충분히 있을 수 있겠다…”(지방 광역정신건강증진센터).

“지역기관에서 환자가 재발해서 입원시키려고 할 때 선생님들은 마음이 급하셔서 전화해서 이 환자에 대해 알고 싶은 거

예요. 옆에 경찰이 있고, 경찰하고도 빨리 논의를 해서 여기를 데려가든지 저기를 데려가든지 빨리 처리를 해야 하는데 못 알려주잖아요, 저희가. 복지하고 의료하고 환자 정보공유를 할 수 없잖아요. 이거에 대해 충돌이 저희 병원 사회사업실에서는 굉장히 많고 자주 있는 일이에요. 서로가 답답해...(하지만) 우리 입장에서 필요한 거지, 클라이언트 입장에서...(수도권 국립병원).

“정보 공유는 지역사회센터 선생님들이 더 원할 것 같아요. 왜냐하면 병력과 관련된 부분들, 저희가 환자나 가족의 면담을 통해서 알아내는 많은 의료정보 병력에 대해 그냥 가져갈 수 있거든요. 저희는 그 선생님들이 이 회원들에 대해서 얼마나 알고 있을까, 잘 모르는 것 같다는 느낌이 많이 들어요. 그래서 그렇게까지 정보가 저희한테 도움이 되거나 이런 건 잘 모르겠어요, 피부로 느끼는 거는”(지방 대학병원).

“지금도 질병분류코드에 민감하셔서 정신과 치료를 안 받고 신경과에 가시는 분들도 많으신데... 환자 동의를 받아야 할 것 같아요. 인권침해 소지도 있을 것 같아요. 자기가 국가에 의해서 관리받아야 되는 대상이라는 게 이거는 말도 안 되는 것 같아요. 산정특례도 안 하려고 하거든요. 왜냐하면 이게 뭔가 취업이나 다른 병원에 갔을 때 산정특례로 등록돼서 자기가 어떤 만성질환이나 중증질환을 앓고 있다는 게 드러나는 게 싫은 거예요. 그래서 산정특례 등록도 안 하시려는 분이 많은데 그렇게 하는 건 제 입장에서, 전체적으로 정신과 환자에 대한 정보 자체가 원래 저희 종합병원 안에서도 정신과 치료진한테만 개방이 돼요. 전혀 누구도 조회를 못 하게 돼있거든요. 다 막혀 있어요. 그렇기 때문에 그 부분에 대해서는 우려가 되죠”(지방 대학병원).

“환자 입장에서는 정신보건센터 등록 자체부터 거부하는 이유가 일단 내가 관리되지 않을까, 그런 것 때문에 그것조차 안 하려고 하는 거거든요. 치료를 위해서는 정보 공유가 당연할 수도 있지만 환자들 입장에서는 되게 민감한 부분이지요”(수도권 사립병원).

“그러려면 제일 중요한 게 기존의 전산 프로그램하고 그걸 어떻게 조정할 거냐도 중요한 것 같아요”(수도권 기초정신건강 증진센터).

“그런 개인정보를 누가(관리) 하나 라고 던졌을 때, 그건 분명 복지부가 안 할 거거든요. 그런 부분을 자꾸 광역센터에서 너희가 그런 일을 해야 된다고 얘기하는데 실제 지역사회에서, 쉬운 예로 그래서 저희가 국가목표가 이렇습니다, 하고 지원 단 회의에서 재입원을 감소를 위한 대책을 세워보자 라는 취지에서 이런 식으로 간담회를 열었을 때, 광역이 그런 역할을 할 수 있어? 그럴 힘이 있어? 그건 되게 예민한 문제야, 너희는 신경 쓰지 마, 이런 식의 결과가 되어버리는 거예요. 그래서 주체, 그런 부분들을 컨트롤할 수 있고 하는”(지방 광역정신건강증진센터).

“취약계층에 대한 거, 예를 들어 무연고 환자라든지 수급자라든지 이런 분들 보면 저희가 사회복지 전산망을 통해서 사회복지 전담 공무원들한테 듣는 정보라든지 가족 관계라든지 수급자 대상에 대해서 받는 게 있거든요. 이 환자 분에 대한 이력이라든지 이런 거를 조금 더, 병원의 진료 이력이라든지 이런 게 조금 공개가 돼서 알아볼 수 있는 시스템은 가능할 수 있는데 전체 정신과 환자를 이렇게 정보를 공유하는 거는 약간 그래요. 진짜 관리가 필요한”(지방 대학병원).

“지식체계가 취약한 분들, 가족이 없고 보호자가 없으신 분들”(수도권 대학병원).

“자살시도”(수도권 국립병원).

### 3. 비자의 입원 및 장기입원 관련

“대도시보다는 외곽으로 나가면 더 심합니다”(광역시 사회복지시설).

“제가 최근에 담당이었던 환자 분 중에서는 굉장히 폭력 문제가 심각했어요. 머리끄덩이 잡고 욕실에서 거의 고문하듯이 피 해 가지고 칼 던지는 건 기본이고요. 그 정도 상황이라면 필요한 부분이라고 생각하고, 입원하셨어도 본인이 입원한 거에 대해서 되게 수치스럽다, 이런 쪽으로만 얘기하시고 본인의 문제행동에 대해서는 인정하지 않으시고 가족 입장에서 공감 안 되는 정도의... 그런데 가족 분들 입장도 이해가 가요. ... 가족의 입장에서는 잠깐 퇴원을 시켜서 시도를 하더라도 그런 상황이 반복이 되니까 가족들의 생활 보호, 안정 이런 부분도 무시할 수 없잖아요. 그런 차원에서는 이해가 가는 부분도 있고”(지방 사립병원 B).

“보호병동 일지연정 병원이 좋고 편하다고 얘기하시는 거예요. 예전에 보면 환자 분들이 가운만 입을 사람만 보면 ‘저 언제 퇴원할 수 있어요?’ 이렇게 물어보고 했는데, 저희 병원은 제가 ‘퇴원 준비 이제 하셔야 되잖아요’ 그러면 ‘어, 저한테 왜 그러세요’ 이러는 분들이 몇 분씩은 계세요. 처음에는 너무 놀라서 이 분들이 왜 이러시나 했더니 진료기록을 보면 20년 넘

게 계속 그래서 환자 분도 보호자 분도 익숙해지셨고, 그런데 제가 만일 그 보호자라고 생각해 보면 저도 사실 그런 선택을 할 것 같아요. 굳이 위험부담을 안으면서까지 시설을 시도하고 뭐를 하고, 내 건강이 허락하는 한 그냥 병원에 맡겨 두고 면 회하면서 지내고 싶으신 거죠”(수도권 국립병원).

“제가 한다 그러면 심판위원회에 전문요원들을 넣어서요. 전문요원들이 직접 대면해서 보고 상대를 보고, 그 전문요원의 의견을 차라리 심판위원회에 붙여 넣는 것이 차라리 낫죠”(광역시 사회복지시설).

“회전문 자체가, 계속 전달체계, 연계의뢰 이런 얘기를 하셨으니까 그게 원활하게 된다면 회전문 현상이 정말 많이 줄어들 거예요. 그런데 퇴원해도 대상자들이 보호받고 재활할 수 있는 최소한의 환경이 주어지지 않기 때문에 당연히 증상이 안 좋아질 수밖에 없고 다시 입원할 수밖에 없는, 결국 이 부분이 제대로 안 되기 때문에 회전문 현상이 일어날 수밖에 없는 거죠”(지방 사회복지시설 A).

“현재 시스템이 A 병원에서 퇴원한 다음에 며칠 이후에만 B 병원으로 갈 수 있다는 제도가 없잖아요. 그냥 다 이용할 수 있으니까 그런 마인드가 있으시고 어쩔 수 없는 상황에서는 그렇게 되는 것 같고요. 결국에는 정답 같은 얘기겠지만 지역사회가 든든하면, 워낙 탈원화가 그거잖아요. 그게 맞물려 가야 되는데”(지방 사립병원 A).

“시설도 많아져야 되고 인력도 더 많아져야 되고 인력의 수준도 높아져야 돼요. 저희가 원하는 서비스만큼”(지방 대학병원).

“국가가 더 해야죠, 보호자보다. 그건 맞는 것 같아요. 보호자한테 그걸 하면서 비자의 입원, 특히 보호자가 입원을 하게 되면 나중에 가족이 깨지는 건 더 심하고요. 예를 들어 보호의무자가 시군구청장인 거 있잖아요. 저는 그게 더 낫다고 봐요”(광역시 기초정신건강증진센터).

“전 퇴원과 관련해서는 통제보다는, 가족 분들이 퇴원을 못 시키는 이유를 어디 조사에서 봤는데, 절반 이상이 가족 분들이 같이 생활하기는 곤란하니까 주거의 대안으로 병원을 선택해서 유지하고 돌고 돌리는 경우가 많다고 했었거든요. 그래서 주거와 서비스의 스펙트럼이 좀 더 넓어지고 다양해지면 그래도 나올 수 있는 계기가 될 것 같기는 해요. 무조건 언제 됐으니까 퇴원해, 하면 사실 답이 없어서 결국은 다른 병원으로 가는 대안밖에는 없는 것 같아요”(수도권 국립병원).

“대안을 먼저 마련하면서 같이 입·퇴원 관리를 해야 이게 좀 맞아 들어가지, 전혀 시스템 구축이 안 되어 있는 상태에서 그러면 진짜 동반자살하겠죠”(지방 대학병원).