

정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향 조사를 위한 연구

웅인정신병원 정신건강의학과,¹ 서울특별시 은평병원 정신건강의학과,²
국립서울병원 정신보건연구과,³ 경기북부병무지청⁴

박경민¹ · 이상민² · 노성원³ · 서용진¹ · 최원석⁴ · 황태연¹

A Study to Investigate the Medium- and Long-Term Developmental Directions of Mental Hospitals

Kyung-Min Park, MD¹, Sang Min Lee, MD, PhD², Sungwon Roh, MD, PhD³,
Yong-Jin Seo, MD¹, Won-Seok Choi, MD⁴, and Tae-Yeon Hwang, MD, PhD¹

¹Department of Psychiatry, Yong-in Mental Hospital, Yongin, Korea

²Department of Psychiatry, Seoul Metropolitan Eunpyeong Hospital, Seoul, Korea

³Department of Mental Health Research, Seoul National Hospital, Seoul, Korea

⁴Department of Psychiatry, Military Manpower Administration, Uijeongbu, Korea

Objectives The aim of this study was to investigate medium- and long-term developmental directions of mental hospitals.

Methods The preliminary investigation is composed of unstructured interviews with 10 psychiatrists, literature and case investigations, and development of models for medium- and long-term developmental model. The qualitative investigation consisted of constructed interviews with seven professionals. The quantitative investigation was conducted using questionnaires, which were sent to members of the Korean Neuropsychiatric Association, etc. Data were analyzed using frequency analysis.

Results Through the preliminary investigation we were able to make three models : community model emphasizing linkage between mental hospitals and community, specialization model stressing specializations of mental hospitals, and extension model highlighting extensions of the roles of the mental hospital. In the qualitative investigation, two of the seven professionals gave a special preference for the community model, one for the specialization model, and two for the extension model. In the quantitative investigation, the community model and the specialization model were the most favorite models, and the extension model was the least favorite model.

Conclusion Three developmental models could be used in planning of the medium- and long-term developmental directions of mental hospitals, although each model needs to be embodied in order to work in practice.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53(2):99-113

KEY WORDS Mental hospital · Development · Community model · Specialization model · Extension model.

Received February 19, 2014

Revised February 26, 2014

Accepted March 7, 2014

Address for correspondence

Tae-Yeon Hwang, MD, PhD
Yong-in Mental Hospital,
940 Jungbu-daero, Giheung-gu,
Yongin 446-769, Korea
Tel +82-31-288-0206
Fax +82-31-288-0363
E-mail lilymh@gmail.com

서 론

최근 방송사 CNN이 세계에서 가장 소름이 돋는 장소 일곱 곳 중 하나로 곤지암 정신병원을 선정해 크게 화제가 되었다.¹⁾ 대중들의 정신병원에 대한 막연한 두려움을 잘 보여주는 예가 될 것이다. 그런데 이런 두려움이 막연하기만 한 것일까? 비록 일부이긴 하지만 우리나라에서는 정신병원이 사설응급환자이송단에게 금품을 제공하여 환자를 유인하거나,²⁾ 행려환자를 실어온 사실이 적발되기도 했다.³⁾

우리나라의 강제입원비율은 단연 세계최고수준이다. 유럽

국가들의 강제입원비율이 대략 3~30%인데 반해 우리나라는 2011년 기준 78.6%에 이른다.⁴⁻⁶⁾ 많은 선진국들에서는 정신병원 및 정신병상수가 꾸준히 감소해왔지만,^{7,8)} 우리나라는 오히려 민간영역을 중심으로 증가해왔다.^{8,9)} 뿐만 아니라, 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development, 이하 OECD)의 자문관인 Susan O'Connor가 극도로 심각하다고 표현할 만큼 우리나라 정신병원의 평균입원일수는 길다.¹⁰⁾ OECD 국가들이 10~35일 수준인데 반해 우리나라는 2011년 기준 251일에 달한다.⁴⁻⁶⁾

정신병원의 문제점을 하나의 요인 탓으로 돌릴 수는 없겠

지만 핵심적인 요인은 있을 수 있다. 많은 사람들이 그런 요인으로 정신병원의 정액수가제를 지목하는 것 같다.¹¹⁻¹³⁾ 정액수가제하에서 정신병원의 수익구조는 몹시 단순하다. 강제입원을 통해 입원은 늘리고 퇴원은 늦춤으로써 최대한 평균입원일수를 확보하고, 서비스 질의 개선을 위해 쓰여야 할 비용은 최소화함으로써 최대의 수익을 올릴 수 있다. 이같이 왜곡된 수익구조를 강제하는 정액수가제하에서 점차 커지고 있는 정신질환자들의 인권향상에 대한 사회적 요구에 부응하기란 생각만큼 쉽지 않다.

경영자의 입장에서 이와 같은 단순한 수익구조는 비교적 수월한 경영환경을 제공해왔다. 그러나, 비록 최근까지도 정신병원과 정신병상수가 꾸준히 증가해온 것을 보면 비교적 손쉽게 흑자경영이 가능한 것이 아니냐는 주장이 일부 설득력 있게 들릴지 몰라도, 과거처럼 손쉽게 흑자경영이 가능했던 시절은 끝나가고 있는 것 같다. 정신질환자들의 인권향상을 위한 요구가 늘어나고 정부의 개입이 구체화됨으로써 강제입원이 어려워질 것이다. 따라서 수입은 감소하고, 보다 나은 치료환경을 제공하기 위해 필요한 비용은 늘어날 수 밖에 없다. 뿐만 아니라, 근래에 많이 설립된 민간정신병원들 간의 경쟁은 과거에 비해 훨씬 더 치열해졌다. 원가도 보장되지 않는 정액수가제하에서 줄도산의 위기에 처해있다는 보도가 나오고,¹⁴⁾ 급기야 경영난으로 고민하던 정신병원장이 스스로 목숨을 끊었다는 안타까운 소식도 들려왔다.¹⁵⁾ 드디어 생존을 위해서라도 변화를 도모할 수 밖에 없는 그런 시대가 된 것이다.

이상에서 살펴본 대로 정신질환자들의 인권향상을 위한 사회적 요구 및 국가적 개입의 증가와 민간정신병원들 간의 치열한 경쟁으로 인한 경영환경의 악화는 정신병원 정신건강의학과를 변화의 소용돌이로 내몰고 있다. 이대로 있다가는 머지않은 장래에 정신병원 정신건강의학과와 미래가 외부의 압력에 의해서 결정될 지도 모를 일이다. 그러므로 지금이야말로 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향을 고민해보고 능동적으로 미래를 준비해야만 할 때이다. 우리는 이런 고민과 준비의 첫 걸음이 되기를 기대하면서 본 연구를 진행했다.

방 법

본 연구는 예비조사, 질적조사, 양적조사의 순서로 진행되었다. 예비조사에서는 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향에 대한 전문의들과의 비구조적 인터뷰와 인터넷을 통한 문헌조사 및 사례조사가 진행됐다. 비구조적 인터뷰를 시작할 때는 정신병원 정신건강의학과가 20~30년 후에

어떻게 변할지, 또 중장기적인 발전방향은 무엇이라고 생각하는지를 물었다. 그러나 그 밖에는 형식이나 시간에 아무런 제한을 두지 않았다. 인터뷰 내용은 녹음하지 않았고 인터뷰가 끝난 후, 그 요점만을 간략하게 메모했다. 문헌조사는 '(mental OR psychiatric) AND hospital AND (development OR advance OR progress OR future)'를 키워드로 PubMed와 Google에서 시행했고, 사례조사를 위해서는 '(best OR top) AND (mental OR psychiatric) AND hospital'을 키워드로 연구에 참고할 만한 우수한 정신병원을 PubMed와 Google에서 찾았다. 그리고 나서 비구조적 인터뷰, 문헌조사, 그리고 사례조사의 결과를 종합하여 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전모델을 설계했다.

질적조사에서는 이 분야에 식견이 있는 전문가들과 구조적 인터뷰를 진행했다. 전문가의 직역에 따라 선호하는 발전방향이 다를 수 있으리라 생각되어, 가능한 정신병원 경영자, 관련분야 대학교수, 해당분야 공무원 및 기타 전문가를 골고루 인터뷰하기 위해 노력했다. 인터뷰는 한 명당 30분 정도 진행됐고 전문가의 동의 하에 내용을 녹음했다. 같은 항목을 같은 순서로 질문했는데 의문이 있을 때는 추가로 질문하고 답변을 들었다. 인터뷰는 전문가에게 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향이 무엇이라고 생각하느냐라는 질문으로 시작됐다. 답변이 끝난 후, 예비조사의 결과로 상정된 세 가지 발전모델에 대해 간략히 설명한 후 본인의 의견이 어디에 부합하는지를 확인했다. 이 과정을 통해 그 전문가가 선호하는 발전모델이 무엇인지를 살펴봤다. 또 세 가지 발전모델 중 적어도 어느 하나는 그 전문가의 답변을 대변할 수 있는지를 알아봄으로써 상정된 세 가지 발전모델만으로 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향을 비교적 타당하게 반영할 수 있을지도 알아봤다. 그리고 나서 본인이 선호한다고 한 것을 제외한 나머지 발전모델에 대한 견해를 들어봄으로써 세 가지 발전모델 모두에 대한 전문가의 견해를 들을 수 있었다.

양적조사에서는 우리는 예비조사 및 질적조사의 결과를 토대로 설계된 설문지를 이용했는데, 회수된 설문지 자료는 SPSS 18.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)으로 빈도분석을 했다. 설문지는 그것의 적절성을 평가하기 위해 두 차례의 연구자 모임과 수차례의 연구자 간 이메일 교환을 거친 후 최종 완성됐다. 인구통계학적 자료에는 성별, 나이, 근무기간, 근무형태가 포함됐고, 그 밖에 중장기적으로 정신병원 및 정신병상수에는 어떤 변화가 있을 것인지, 정신병원의 역할은 변해야 하는지, 그리고 실제로 그 역할이 변할 것인지에 대해서도 조사했다. 다음으로 각각의 발전모델에 대한 내용이 이어졌는데 모두 같은 항목을 같은 순서로 제시했다. 각 발전모

델이 실현가능하고 꾸준히 발전해나갈 수 있을 것인지를 조사했고, 응답자 자신이 각 모델을 실행할 준비가 되어 있는지에 대해서도 알아보았다. 그 밖에, 각 발전모델을 실현하고 꾸준히 발전시키기 위해 중요한 요인으로 꼽히는 네 가지 즉, 보험수가 등의 정부정책, 정신건강의학과 전문의의 의지 및 준비, 임상에서 구현할 수 있는 프로그램의 개발, 그리고 기타 사회, 경제, 기술적 요인에 순위를 매기게 하고 1위 4점, 2위 3점, 3위 2점, 4위 1점으로 점수를 매겨 총점을 구함으로써 위 네 가지 요인들의 중요성에 대해 응답자들이 어떻게 인식하는지를 알아보았다. 모든 모델들에 대한 평가가 끝난 후에는 세 가지 발전모델 중 가장 선호하는 것과 가장 선호하지 않는 것이 무엇인지를 물었고, 그 이유를 기술하게 했는데 갯수에 상관없이 자유롭게 기술하도록 했다. 설문지 배포와 수거는 다층적으로 진행됐다. 정신병원 및 종합병원 봉직의의 의견을 취합하기 위해 대한신경정신의학회 전체회원을 대상으로 푸싱메일 형태로 설문지를 세 차례 발송했다. 정신건강의학과 대학교수들의 의견을 구하기 위해 대한신경정신의학회 이사진에게 따로 설문지를 보냈고, 정신병원 경영자들의 견해를 묻기 위해 정신의료기관협회의 협조로 확보된 정신병원 병원장 및 이사장들의 연락처로 설문지를 발송했고, 정부 당국자의 견해를 알아보기 위해 보건복지부의 협조로 확보된 연락처로 통해 설문지를 보냈으며, 그 밖에도 심포지엄과 용인정신병원에서 직접 설문지를 배포하고 수거하기도 했다.

결 과

예비조사

비구조적 인터뷰

정신건강의학과 전문의 10명을 인터뷰 했는데, 정신건강의학과 대학교수가 2명, 정신병원 봉직의가 6명(2명은 정신건강증진센터장 겸임), 종합병원 봉직의가 2명이었다. 정신병원 봉직의 2명은 현재의 정신병원이 바람직한 모습은 아니지만 20~30년 후에도 크게 다르지 않을 것이라고 했고 발전방향에 대해서는 의견을 제시하지 않았다. 종합병원 봉직의 1명과 정신건강증진센터장을 겸임한 정신병원 봉직의 2명은 정신병원이 지역사회와 긴밀히 연계해서 지역사회에서 정신질환자들을 치료하고 관리하는 중심기관이 되어야 한다고 했다. 대학교수 1명, 종합병원 봉직의 1명, 정신병원 봉직의 1명은 정신병원이 만성정신질환자들에게 입원치료를 제공하는 천편일률적인 모습에서 벗어나 전문화하는 방향으로 발전해야 한다고 했다. 한편, 대학교수 1명과 정신병원 봉직의

1명은 현재의 정신병원 체제는 중장기적으로는 유지될 수 없기 때문에 사회적 요구를 반영하는 새로운 사업영역을 적극 발굴해야 한다고 했다.

문헌조사

검색된 대부분의 문헌은 한 국가의 정신건강서비스 발전에 초점을 맞췄고, 우리가 아는 한 정신병원의 발전방향을 직접적으로 다룬 문헌은 없었다. 그러나 한 국가의 정신건강서비스의 발전방향에 대한 문헌들을 통해 정신병원의 중장기적 발전방향을 간접적으로 살펴볼 수는 있었는데, 그 요점은 2007년에 세계보건기구(World Health Organization)에서 한 국가가 정신건강서비스를 어떻게 조직하는 것이 바람직한지를 제시한 정신건강서비스의 최적화 구조로 명명된 피라미드 모양의 가이드라인¹⁰⁾을 통해 설명할 수 있었다.

이 가이드라인은 꼭대기 단계로 갈수록 비용은 많이 들지만 요구 빈도는 적은 5개 수준의 정신건강서비스들을 보여준다. 즉, 피라미드의 가장 꼭대기에 위치한 수준 1. 장기입원환자를 위한 시설과 전문의에 의한 서비스는 비용은 가장 많이 들지만 요구되는 빈도는 가장 적다. 이것은 요점은 다음과 같이 정리할 수 있다. 수준 1. 정신병원을 제한한다. 정신병원은 비용이 많이 들지만 임상결과가 만족스럽지 않고 인권침해의 소지가 많기 때문에 최소화해야 한다는 것이다. 수준 2-1. 지역사회 정신건강서비스를 확립한다. 낮병원, 재활서비스, 병원전환프로그램, 위기개입 서비스와 치료 및 주거 서비스 등 공식적 지역사회 정신건강서비스를 확립해야 한다는 것이다. 수준 2-2. 일반병원에서 제공하는 정신건강서비스를 개발한다. 정신질환의 특성상 급성기에는 입원치료가 불가피한 경우가 많은데, 일반병원에서는 공존하는 신체질환을 쉽게 치료할 수 있고 정신병원에서는 시행이 어려운 특별한 검사들도 가능하다는 장점이 있기 때문이다. 수준 3. 정신건강서비스를 일차진료체계에 통합한다. 이것은 정신질환의 조기발견, 안정된 환자들의 관리, 정신건강증진과 정신질환 예방활동, 필요시 더 전문적인 단계로 의뢰하는 것을 포함한다. 수준 4. 공식적 의료체계 밖의 비공식적 지역사회 정신건강서비스를 활용한다. 종교단체, 학교, 경찰, 지역사회 건강사업과, 시민단체, 환자들 혹은 보호자들의 자조단체 등이 제공하는 서비스를 활용해야 한다는 것이다. 수준 5. 자기 돌봄을 촉진시킨다. 이 단계는 가족이나 친구들의 도움을 받아 스스로 자신의 정신건강 문제를 다루는 활동을 촉진시키는 것을 의미한다.

우리나라의 정신병원 및 정신병상수가 OECD 국가들의 평균을 훨씬 상회하는 수준임을 감안하면,⁸⁾ WHO 가이드라인의 수준 1에서 언급한 것처럼 정신병원 및 정신병상수를

제한하는 것이 우리나라 전체의 정신건강서비스의 맥락에서는 바람직한 방향일 수 있다. 그러나 정신건강서비스에 투입하고 있는 자원이 OECD 국가들에 비해 많지 않은 상황에서, 많은 자원이 수준 1에 집중되어 있다는 것은 곧 수준 2에서 수준 5에 투입된 자원은 대단히 부족하다는 것을 반증하는 것이다. 따라서 정신병원에 투입된 잉여의 자원 중 일부를 수준 2에서 수준 5의 정신건강서비스를 제공하는 데 활용하는 것이 정신병원의 발전에도 또 국가적 차원에서도 바람직할 수 있다.

그러므로 정신병원 자원의 일부는 수준 2-1에서 권고하는 것처럼 지역사회 정신건강서비스를 제공하는 데 활용될 수 있고, 일부 정신병원의 경우는 수준 2-2에서 권고하듯 정신질환의 치료에 강점을 가진 일반병원으로 전환할 수 있을 것이다. 또, 정신병원은 수준 3에서 권고하듯 일차진료체계와 연계하는 과정에서 자문조정역의 역할을 할 수 있고, 수준 4에서 권고하듯 비공식적 지역사회 정신건강서비스를 교육하는 기관이 될 수도 있겠다. 나아가, 정신병원은 수준 5에서 권고하는 것처럼 개인이 스스로 자신의 정신건강을 관리할 수 있도록 돕는 프로그램을 개발하고 이를 새로운 사업으로 발전시켜 볼 수도 있을 것이다.

사례조사

U.S. News & World Report¹⁷⁾는 2011년부터 2013년까지 미국의 정신건강의학과 전문의를 대상으로 최우수 정신건강의학과 병원을 설문조사했다. 1위는 McLean Hospital, 2위는 Johns Hopkins Hospital, 3위는 Massachusetts General Hospital, 4위는 New York-Presbyterian University Hospital of Columbia and Cornell, 5위는 Menninger Clinic, 6위는 Sheppard and Enoch Pratt Hospital, 7위는 Mayo Clinic, 8위는 UPMC-University of Pittsburgh Medical Center, 9위는 Resnick Neuropsychiatric Hospital at UCLA, 그리고 10위는 Austen Riggs Center였다.

10개의 우수한 정신건강의학과 병원들 중 4개, 즉 McLean Hospital, Menninger Clinic, Sheppard and Enoch Pratt Hospital과 Austen Riggs Center가 정신병원이었으며 나머지는 의과대학 부설병원의 정신건강의학과였다. 4개의 정신병원들 중 McLean Hospital과 Menninger Clinic은 의대 부설이었고, Sheppard and Enoch Pratt Hospital과 Austen Riggs Center는 의대와 직접적인 연관이 없었다.

McLean Hospital¹⁸⁾은 하버드 의대의 주요 교육기관이고 신경과학과 정신의학 분야에서 대단위의 연구를 진행하고 있었다. 소아청소년, 성인, 노인으로 연령대별 전문화가 되어 있고, 기분장애, 불안장애, 물질사용장애, 정신증 등으로 진

료영역별로도 전문화된 프로그램을 운영하고 있었다. 각 프로그램은 질환의 성격에 따라 급성기 입원치료, 급성기 거주치료, 낮병원, 지속적 거주치료와 외래치료를 아우르는 치료의 연속성을 확보하고 있었고, 팀 접근을 통해 개인정신치료, 집단정신치료, 정신약물치료와 재활서비스를 제공하고 있었다.

Menninger Clinic¹⁹⁾은 다양한 정신건강 전문가들을 양성하기 위한 교육기관이고 임상연구에도 참여하고 있었다. 정신장애자들을 위한 클럽하우스를 운영하면서 직업기술훈련, 웰니스 프로그램, 고용지원 프로그램과 오락 및 사회활동 프로그램을 제공하고 있었다. 또 소아청소년 및 성인으로 연령대별 전문화도 되어 있었다. 이 병원은 또 재향군인들 및 가족들을 돕기 위한 리더십 프로그램을 제공하거나, 지역 소아청소년의학과협회와 연계하여 소아청소년의 정신과적 평가 및 치료에 참여하고, 지역사회의 교회와 협약을 맺고 교육, 평가, 치료프로그램을 제공하는 등 다양한 정신건강증진 프로그램도 제공하고 있었다.

Sheppard and Enoch Pratt Hospital²⁰⁾은 다학제적 접근으로 낮병원도 운영하고 있었고, 지역사회를 기반으로 직업기술훈련을 포함한 다양한 재활프로그램을 제공하고 있었으며, 지역사회의 자원과 연계하여 거주서비스도 제공하고 있었다. 한편, 한 달에서 수개월까지 입원하면서 집중적으로 정신치료를 받을 수 있는 프로그램도 제공하고 있었다. 이 병원은 소아청소년, 성인, 노인 등으로 연령대별로 전문화된 입원치료를 제공하고 있었는데, 특히 구조화된 치료환경을 요구하는 소아청소년들을 위한 거주치료센터를 운영하면서, 정서행동적으로 문제가 있는 소아청소년들을 위한 다양한 교육프로그램도 제공하고 있었다. 그 밖에도 외래자문센터 및 지역사회 정신건강센터도 운영하고 있었다.

Austen Riggs Center²¹⁾는 개방되어 있고 자유로운 환경에서 정신치료를 제공하는 것으로 명성이 높았다. 개인의 존엄과 책임성을 강조하고 개인의 강점을 인지하고 이해하고 향상시키며 대인관계의 중요성을 강조하는 뚜렷한 철학을 가지고 있었다. 입원치료로부터 감독 및 비감독 주거서비스에 이르는 다양한 단계를 거치는 동안 같은 정신치료자, 같은 정신약물치료자, 같은 다학제적 팀이 참여함으로써 치료의 연속성을 강조하고 있었다.

그러므로 사례조사의 결과를 바탕으로 다음과 같은 발전 방향을 고려할 수 있을 것 같다. 첫째, 천편일률적인 입원서비스에서 탈피하여 소아청소년, 성인, 노인 등 연령대별로 혹은 중독, 재활, 정신치료와 같은 영역별로 전문화가 필요하다. 둘째, 급성기 입원치료, 낮병원, 단기 및 장기 거주서비스, 그리고 외래치료를 아우르는 치료의 연속성을 확보할 필요

가 있다. 마지막으로 지역사회의 자원을 적절히 활용함으로써 지역사회 정신건강증진 서비스를 제공할 필요가 있다는 것이다. 다만 사례조사의 대상이 모두 대형정신병원이었기 때문에 이런 발전방향은 대형정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향으로 더 적합할지 모른다.

발전모델

우리는 예비조사의 결과를 토대로 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향에 대한 세 가지 발전모델이 상정했다. 첫째는 ‘지역사회모델’이다. 비구조적 인터뷰에서 10명의 전문가들 중 3명이 정신병원이 지역사회와 긴밀히 연계하면서 지역사회에서 정신질환자들을 치료하고 관리하는 중심기관이 되어야 한다고 했다. WHO 가이드라인¹⁶⁾을 통해서도 정신병원 자원의 일부가 낮병원, 재활서비스, 병원전환프로그램, 위기개입팀과 치료 및 주거 감독서비스 등의 공식적 지역사회 정신건강서비스를 확립하는 데 활용될 수 있을 것으로 보였다. 사례조사의 결과에서도 대부분의 우수한 정신건강의학과 병원들은 지역사회와 밀접하게 연계되어 있었다. 따라서 지역사회모델은 정신병원이 치료 및 재활프로그램을 제공하여 입원환자들의 지역사회 복귀를 촉진시키는 역할을 하고, 지역사회와의 긴밀한 연계성을 통해 수익을 창출하는 모델로 정의되었다.

둘째는 ‘전문화모델’이다. 비구조적 인터뷰에서 10명 중 3명이 정신병원이 보다 전문화할 필요가 있다고 했다. 사례조사를 통해서도 대부분의 우수한 정신건강의학과 병원들은 연령대별 혹은 진료영역별로 전문화한 것을 알 수 있었다. 또 우수한 대형정신병원들은 교육기관이나 연구기관으로서의 역할까지도 담당하고 있었다. 따라서 전문화모델은 천편일률적인 입원치료를 제공하는 것에서 탈피하여 연령대별 및 진료영역별로 전문성을 확보하는 것을 강조하고, 대형정신병원의 경우에는 교육기관이나 연구기관으로서의 역할까지도 담당하는 것을 말한다.

마지막은 ‘확대모델’이다. 비구조적 인터뷰에서 10명 중 2명은 정신병원이 사회적 변화와 요구를 반영할 수 있는 사업영역을 모색해야 한다고 했다. WHO의 가이드라인¹⁶⁾에 비추어볼 때도 개인이 스스로 자신의 정신건강을 돌보도록 지원하는 사업의 필요성을 제기할 수 있었다. 사례조사를 통해서도 우수한 정신건강의학과 병원들은 정신건강검진 및 정신건강증진 프로그램을 제공하고 있다는 것을 알 수 있었다. 따라서 확대모델은 정신병원이 그 역할을 중증정신질환자들의 치료에 국한시킬 것이 아니라, 힐링센터, 호스피스센터, 스트레스 관리, 정신질환검진 및 정신건강증진 사업 등 정신질환이 없는 사람들을 대상으로 하는 정신건강서비스를 제공하

거나, 정신질환자들을 위한 주거복지시설과 같은 사회복지서비스를 제공하는 기관이 되는 것까지를 포함한다.

질적조사

모두 7명의 전문가와 인터뷰를 진행했는데, 국립정신병원 병원장이 1명, 민간대형정신병원 병원장이 1명, 정신보건법을 연구하는 법학전문대학원 교수가 1명, 보건복지부과장이 2명, 그리고 다국적 제약회사 전무이사과 광역정신건강증진센터 센터장이 각 1명이었다.

전문가 1 : 지역사회 모델>전문화모델=확대모델

탈원화는 옳고 불가피하지만 현실은 지역사회의 기반이 취약하여 쉽지 않은 실정이다. 정신병원이 지역사회와 연계할 수 있는 조직을 만드는 데 자원을 투입함으로써 탈원화를 촉진시킬 수 있다. 정신병원이 지역사회와 긴밀히 연계하기 위해서는 우선 개방된 기관으로 변모해야 한다. 개방을 통해서 인권침해의 상징으로서의 오명을 벗을 수 있다. 한편, 만성정신질환자들이 고령화되면서 정신병원에서 정신요양시설로 이동이 가속화되면 머지않은 장래에 정신병원 및 정신병상수는 줄어들게 될 것이다. 이 경우 정신병원은 지역사회 내에서 존립의 근거를 마련해야만 하는데, 개방하지 않고 계속해서 폐쇄된 공간으로 남으려 한다면 이런 변화에 적응하지 못하고 도태될 것이다.

전문화모델은 지역사회모델을 보완하는 정도가 되어야 한다. 막상 연령대별, 질환별로 전문화를 시도해보면 생각만큼 수익이 나지 않아 운영이 쉽지 않다. 설령 수익이 난다 하더라도 만성정신질환자를 돌보는 정신병원의 핵심적 기능이 결코 축소되어서는 안 된다. 연령대별, 질환별로 전문화할 것이 아니라 정신병원의 본연 기능을 심화시켜 차별화하는 것도 좋은 전문화의 전략이 될 수 있다. 더 개방적이고 더 인권친화적인 정신병원이 되는 것이 본질적인 의미에서 훌륭한 전문화 전략이 될 것이다.

확대모델 또한 부수적인 모델에 불과하다. 명상, 호스피스, 웰빙과 관련된 사업을 하는 기관을 정신병원이라고 불러도 될 지 의문이다. 이 경우 전업을 했다고 봐야지 정신병원의 발전방향으로 고려할 사항이 아니다. 혹시라도 일부 정신병원이 이 모델로 수익을 냄으로써 많은 정신병원들이 본연의 역할을 포기한다면 그것도 우려할 일이다. 그러나 그런 경우라도 이 모델로 만들어진 시장은 쉽게 포화상태에 이를 것이고 수익구조는 장기적으로 유지될 수 없다.

전문가 2 : 전문화모델>지역사회모델>확대모델

전문화하는 전략이 발전방향에서 중요한데, 중독정신의학

과 노인정신의학이 특히 그렇다. 중독정신의학은 고급화 전략을 취함으로써 환자들을 격리시키는 것이 아니라 복귀시키기 위한 다양한 치료 프로그램을 제공해야 한다. 단지 물질중독뿐만 아니라 도박, 게임, 인터넷 중독과 같은 행위중독에 대해서도 반드시 전문병원이 나와야 한다.

치매를 포함하는 노인정신의학은 장래에 대단히 큰 시장이 될 것이므로 반드시 전문화해야 한다. 그러나 정신병원 정신건강의학과는 이 분야를 전문화할 때 큰 핸디캡이 있다. 인접 전문진료과인 신경과는 충분히 치매환자들을 치료할 수 있지만 정신건강의학과는 정액수가제 때문에 심각한 제약을 받기 때문이다. 이 문제는 학회 차원에서 반드시 풀어야 하고 필요하다면 법적인 방법을 동원해서라도 해결해야 할만큼의 시급하고 중대한 문제다.

탈원화는 불가피하고 입원환자수는 줄어들 수 밖에 없다. 지역사회의 기반이 턱없이 부족하고, 정신질환자들을 기피하는 국민정서를 감안할 때 현재로서는 본격적인 탈원화가 쉽지 않을 수 있다. 그러나 정부의 의지에 따라 상황은 급변할 수 있다. 그러므로 지금은 능동적으로 탈원화를 준비하고 탈원화 이후의 대책도 함께 제시할 시점이다. 탈원화가 가속화되면 정신병원 정신건강의학과와 주요업무는 위기개입이나 사례관리와 같은 지역사회 정신건강서비스가 포함될 수 있다. 대형정신병원은 보다 복합적인 기능을 가져야 한다. 다양한 치료프로그램을 제공하는 것은 물론이고 직업재활이나 재가서비스와 같이 지역사회복귀를 촉진시키는 다양한 서비스도 제공해야 한다. 지역사회와의 연계가 강조될수록 정신건강의학과 전문의는 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 공무원 등 다양한 분야의 사람들과 협력하고 이들의 역할을 조율하는 리더십을 발휘해야 한다. 현재는 이런 리더십에 대한 교육과 수련이 대단히 부족한 상황인데, 대형정신병원이 이런 교육과 수련을 담당하는 기관이 될 수 있을 것이다.

확대모델은 핵심적인 발전방향이 되기 어렵다. 힐링센터나 호스피스센터의 경우 드물게 성공하는 사례가 나올 수 있겠지만 예외적인 경우에 불과하다. 정신건강증진사업의 경우는 먼 훗날에 주요사업영역이 될 수도 있겠지만, 현재로서는 너무나 여건이 열악하다. 오히려 미국의 사례처럼 자문조정정신의학이 현실적으로 큰 시장이 될 수 있을 것이다. 대학병원이나 종합병원 정신건강의학과에서 특히 중요하겠으나, 정신병원 정신건강의학과도 지역사회 의료기관들과 연계하여 서비스를 제공할 여지가 있다.

전문가 3 : 지역사회모델>전문화모델=확대모델

정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향이란 어떻

게 바람직한 정신병원이 될 것인지에 대한 고민과 궤를 같이 한다. Park 등²²⁾의 국가인권위원회 정신장애인 인권실태조사 연구용역조사보고서에 따르면, 경제적 지원정책을 제공했을 때 보호자들 중 32.8%만이, 주거시설 공급정책에는 49.2%만이, 외래치료명령제를 시행했을 때에도 36.4%만이 순응적이었고, 강제퇴원시에는 무려 50.4%가 환자를 타정신병원으로 전원시키겠다는 의사를 표현했다. 지역사회복귀 실패의 원인 중 환자와 보호자의 거부 60%가 넘는 만큼 지역사회복귀를 결심할 수 있는 여건은 열악하다. 따라서 주거서비스를 필두로 지역사회 정신보건에 대한 마스터플랜이 시급히 마련되어야 하고, 환자와 보호자가 지역사회복귀를 거부하는 요인을 분석하고 해결하려는 노력이 필요하다. 이 부분에 대해서는 개별 정신병원이 노력해야 할 부분도 있겠지만, 학회나 정부차원에서 해결방안을 모색해야 한다.

따라서 현 시점에서 생각할 수 있는 바람직한 정신병원은 적정수준 이상의 환경에서, 법적 인력기준 이상을 고용하고, 법에서 지정한 이상의 교육을 제공하며, 환자의 권리기준을 준수하고, 의료급여, 건강보험에 상관없이 동일한 수준의 치료를 제공하며, 입원시점부터 퇴원계획을 수립하되 퇴원계획에는 지역사회 연계에 대한 구체적인 계획을 수립하고, 이에 대해 대부분의 환자 및 가족의 동의를 이끌어내며, 퇴원시에 외래 및 지역서비스로 전달되는 것을 명확히 점검하여 치료 및 관리에 대한 책임성을 명확히 전달하는 병원이라 할 수 있다.

전문화모델을 따를지에 대한 여부는 선택의 문제이지 바람직한 발전방향이냐 아니냐의 문제는 아니다. 일본의 사례처럼 사회복지기금을 활용해 정신병원의 일부 시설을 만성정신질환자들을 위한 복지시설로 활용할 수 있겠으나, 이는 수익이 나는 구조가 아니다. 한편, 정신병원이 힐링센터, 호스피스센터 등이 된다면, 더 이상 정신병원으로 볼 수 없기 때문에 정신병원 정신건강의학과와 발전방향에서 논의할 대상은 아니다.

전문가 4 : 지역사회모델=전문화모델=확대모델

정신병원 문제의 핵심에는 강제입원제도가 있기 때문에, 정신병원 정신건강의학과와 발전방향을 논하기 위해서는 강제입원을 최소화해야 한다는 전제가 필요하다. 병원운영을 위해서 불가피하다는 것이 강제입원을 정당화시키는 이유가 될 수는 없다. 정신병원의 존재 의의를 정신질환자들이 지역사회로 복귀에 발생 가능한 사회적 위험의 관리에서 찾으려는 시도도 있지만 이런 위험관리기능은 국가가 담당해야 할 역할이다. 강제입원에 대한 국가의 관리, 감독, 통제는 훨씬 더 강화될 것이고 강제입원을 많이 시킬수록 더 손해를 보

게 하는 제도가 조만간 마련될 것이다. 따라서 정신병원은 강제입원을 최소화하고 지역사회에서 치료하고 관리하는 기관으로 변모하는 것이 바람직한 발전방향이다.

전문화모델도 훌륭한 발전방향인데, 특히 중독정신의학의 전문화가 필요하다. 그러나 이 경우에도 자발적으로 치료나 재활을 위해 입원하기보다는 보호자나 사회를 이들의 잠재적인 폭력으로부터 보호하기 위해 격리, 수용되는 경우가 많을 수 있다. 전문화된 중독전문병원은 환자들을 격리, 수용시키는 것이 아니라 이들을 지역사회로 복귀시킬 수 있어야 한다.

명상센터나 호스피스센터 등으로 정신병원이 외연을 확대하는 것도 좋은 발전방향이 될 수 있다. 이런 변화를 두고 의료기관으로서의 정체성을 포기하는 것이라고 비판할 수 있을 것이다. 그러나 현실적으로 많은 정신건강의학과 환자들이 정신병원에서 치료되지 않는다. 정신병원은 분명 다른 의료기관과는 차이가 있다. 스스로 질병만을 치료하는 기관으로 정체성을 규정하고 강제입원을 통한 입원치료만을 고집하면서 발전방향을 축소시킬 필요는 없다. 자살, 청소년 문제, 이혼, 스트레스 등 다양한 사회적 공간에서 정신건강의학과 전문의들의 역할이 요구되고 있다. 그럼에도 불구하고 정신병원이 이런 사회적 문제에 관심을 보이지 않고 오로지 수용모델만을 고집하는 것 같아 안타깝다.

전문가 5 : 확대모델>지역사회모델=전문화모델

지금은 정신건강서비스에 대한 정신병원의 경영전략이나 국가의 정신보건정책이 변하는 시기가 아니라 사회적 패러다임 자체가 변하는 시기다. 대중의 다양한 정신건강서비스에 대한 잠재적 수요의 폭발을 앞두고 있다. 정신병원 정신건강의학과가 이런 시대적 변화를 읽지 못하고 장기입원시스템을 유지하려고 한다면 정신건강서비스 영역에서 리더십을 잃고 소외될 수 밖에 없다.

정신건강의학과 전문성 약화도 시대적 변화에 포함된다. 세상이 다양하게 분화되면서 정신건강서비스는 더 이상 정신건강의학과 전문의의 전유물이 아니다. 다양한 영역의 전문가들이 시장에 뛰어들었고, 또 뛰어든 것이다. 정신병원 정신건강의학과는 이런 사회적 변화를 받아들여 힐링센터든 상담센터든 사회적 수요가 많은 곳이 어디인지를 고민해야 한다. 나아가, 과연 정신건강의학과가 만성정신질환자들의 재활을 포함한 다양한 정신질환의 치료영역에서도 계속 현재와 같은 전문성을 인정받을 수 있을지도 의문이다. 그럼에도 불구하고 정신병원이 시대적 변화를 거부하고 현재의 수용모델을 고집한다면 생존이 어려울 것이다.

지역사회모델은 올바른 발전방향이 될 수 없다. 탈원화는

정신병원운영의 문제라기보다는 정부정책의 몫이기 때문이다. 그런데도 정신병원이 그 자원을 지역사회모델에 투입한다면 발전에 큰 도움이 되지 않는다. 정신건강서비스에 대한 현재의 패러다임 변화는 지역사회 정신보건의 관점으로 설명될 수 있는 것이 아니다. 지금은 시대적 변화를 담아낼 새로운 담론이 필요한 때다. 전문화모델도 현실의 많은 알코올 전문병원에서 볼 수 있듯이 환자들을 격리하고 수용하는 형태를 띠기 마련이므로 좋은 발전방향이라 보기 어렵다.

정신병원 정신건강의학과 발전방향을 고민할 때 우선적으로 고려되어야 할 점은 정부의 지원에 의지하지 않고 자립할 수 있는 모델인지의 문제다. 성공적인 예를 들자면, 발달장애인을 고용해서 수익을 내고 있는 디지털인쇄 전문업체 ‘베어베터’²³⁾를 들 수 있다. 이 기업은 결코 이들에게 직업재활서비스를 제공하려는 목적으로 운영되고 있지 않다. 고용에 따른 정부의 지원금까지를 포함한 손익계산서상에서 이들을 고용했을 때가 가장 큰 수익을 얻을 수 있기 때문에 고용하고 있다. 정부도 이런 사업형태는 적극적으로 지원할 것이다.

전문가 6 : 전문화모델>지역사회모델>확대모델

전문화는 정신병원 존립의 근거가 될 수 있다. 일부 대형 정신병원은 재활전문병원으로서 존재가치를 가질 수 있는데, 현재의 수가로는 재활프로그램을 제공하는 경우가 수용모델보다도 오히려 수익성이 떨어진다는 것이 한계다. 일부 정신병원은 중독전문병원으로 발전할 수 있다. 알코올 전문병원이 지나치게 팽창된 면이 있지만 다른 중독분야의 전문병원은 그 수요에 비해 턱없이 부족하다. 전문화를 고려하는 경우, 몇몇 정신건강의학과 전문의들이 그룹을 이루어 진료단위를 만드는 것이 필수적인데 이를 위해서는 해당분야를 같이 공부했던 전문의들이 자연스럽게 진료단위를 형성하는 것이 바람직할 것이다.

대학병원을 제외한다면 국립정신병원만큼 인력과 시설을 갖춘 민간정신병원은 거의 없고 현재의 보험제도 하에서는 향후로도 출현은 어렵다. 그러므로 위탁정신병원의 경우 국립정신병원 수준으로 공공성을 강화해 달라고 정부에 요구하는 것도 발전의 한 방향이 될 수 있다.

세계적으로 볼 때 미국과 같이 지역사회 정신보건사업이 실패로 끝난 경우도 있지만, 많은 유럽국가들에서 성공한 예를 찾아볼 수 있다. 미국의 경우, 국가가 의사들의 양성에 기여한 바가 없고 의료보험제도를 주도하지 않는다는 것이 실패의 주요원인이다. 우리나라도 미국처럼 국가가 의사의 배출에 기여하지 않으므로 의사의 경제활동을 통제하기는 어렵지만, 의료보험제도를 통한 강력한 통제가 가능하다는 점에서는 미국과 차이가 크다. 따라서 우리나라의 지역사회 정

신보건의 미국처럼 실패하게 될지 혹은 많은 유럽국가들처럼 성공할 수 있을지는 좀더 지켜봐야 한다. 그러나 어떤 경우라도 탈원화가 진행되면서 정신병원 및 정신병상수가 줄어드는 것은 불가피하고 당위적 옳기 때문에 지역사회모델도 고려해야 한다.

다양한 영역에서 정신건강의학과 전문의의 역할을 기대하고 있다. 비록 정신병원의 경우 확대모델을 적용하기에 어려움이 있더라도 정신건강의학과 전문의의 활동영역이 확대되어야 하는 것은 분명하다. 그럼에도 불구하고 대부분이 정신병원을 선택하는 이유는 간단하다. 다른 영역에서 활동할 때 받을 수 있는 급여가 정신병원에서 받을 수 있는 급여보다 현저히 적기 때문이다. 보다 나은 정신병원을 만드는 것은 의외로 간단할 수 있다. 한 명의 정신건강의학과 전문의가 많은 급여를 받으면서 많은 환자들을 돌보는 대신 두 명의 전문의가 적은 급여를 받으면서 절반의 환자들을 치료하면 된다. 결국 전문의들이 개인의 수익감소를 감수하면서라도 더 나은 정신병원을 만들 사회적 자본을 축적하는 데 합의할 수 있느냐가 문제의 핵심이다. 이런 합의가 없다면 현재의 수용모델이 생각보다 오랫동안 지속될 수도 있다.

전문가 7 : 확대모델 > 지역사회모델 = 전문화모델

정신병원은 중장기적으로 사업영역을 다각화해야 한다. 발전방향을 생각할 때 사회적 요구와 정부의 의지가 고려되어야 하는데, 정신병원이 수용모델을 고집한다면 사회로부터도 정부로부터도 지지를 기대하기 어렵다. 한편, 사회적 요구와 정부의 의지를 고려한다면, 정신건강증진사업은 반드시 발전방향에 포함되어야 한다. 학회는 정신건강증진사업이 적절한 수가를 가질 수 있도록 노력해야 한다. 사회적 비용을 줄이려는 정부의 의지를 감안하면 조만간 원격진료가 정신건강의학과와의 진료현장에 적용될 수 있는데, 원격진료의 정착은 정신건강증진사업의 정착과 확장에 도움이 될 수 있다. 사람들이 예방적 차원에서 정신병원을 방문하는 것은 기대하기 어렵지만 원격진료는 비교적 수월하게 받아들일 것이기 때문이다.

또 사회적 비용을 줄이려는 정부의 의지 때문에 많은 만성정신질환자들이 정신병원에서 정신요양시설로 이동하게 될 것이다. 이 경우에는 상당수의 정신병원들이 정신요양시설로 전환될 수 밖에 없을 것이다. 또 정신병원이 만성정신질환자들을 위한 사회복지시설로 전환될 수 있는데, 이 경우에는 정부로부터 일정한 지원을 기대할 수 있을 것 같다. 어쨌든, 이런 과정은 결국 정신병원의 구조조정을 의미하고, 지금이 어떻게 정신병원을 구조조정 해나가야 할 것인지에 대한 고민을 시작해야 할 때다.

중장기적으로는 지역사회모델을 근간으로 삼을 수 있겠지만 이 모델에 모든 역량을 집중해서는 운영이 어려울 것이다. 그러므로 발전방향을 모색할 때는 지금보다 더 전문화, 다원화된 정신병원의 모습을 상정할 필요가 있다. 행위중독까지를 포함하는 중독정신의학이 전문화에 가장 적합할 것 같다. 근래에는 정액수가제와 같은 불합리한 여건을 개선함으로써 요양병원뿐만 아니라 정신병원에서도 치매환자들을 충분히 치료할 수 있게 해 달라는 요구가 많아졌다. 진행된 치매의 경우 정신행동증상의 조절이 주요치료목표가 된다고 볼 때 이런 요구는 충분히 타당하다. 다만 치매는 다른 정신질환들에 비해 다른 진료영역들과의 협조가 강조되고, 신경과와 같은 인접 진료영역과의 직접적인 경쟁이 불가피하다는 점 때문에 더불어 다른 차원의 고민도 필요하다.

이상의 내용에서 볼 수 있듯이, 모든 전문가들이 제시하는 발전방향은 세 가지 발전모델 중 적어도 하나에는 해당하는 것으로 보였다. 따라서 이 세 가지 발전모델들을 이용해 비교적 타당하게 정신병원 정신건강의학과와의 중장기적 발전방향을 설명할 수 있을 것 같다.

그림 1은 인터뷰 내용을 바탕으로 각 발전모델에 대한 전문가들의 선호도를 그래프로 정리한 것이다. 선호하지 않음은 1점, 약간 선호함은 2점, 보통으로 선호함은 3점, 많이 선호함은 4점, 대단히 많이 선호함은 5점으로 표시했다. 7명의 전문가들 중 3명은 세 가지 발전모델 중 하나만 대단히 많이 선호했고 나머지 두 모델에 대해서는 선호하지 않았는데, 전문가 1과 3은 지역사회모델을, 전문가 5는 확대모델을 대단히 많이 선호했다. 전문가 2는 전문화모델을 대단히 많이 선호했고 지역사회모델도 보통으로 선호했으며 확대모델은 선호하지 않았다. 전문가 4는 모든 발전모델에 대해 보통으로

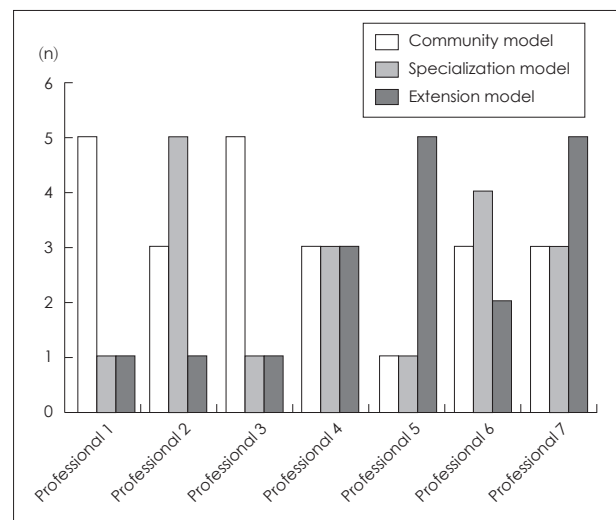


Fig. 1. Expert preferences for community model, specialization model, and extension model.

로 선호했다. 전문가 6은 전문화모델을 많이 선호했고 지역 사회모델은 보통으로 선호했으며 확대모델도 약간은 선호했다. 그리고 전문가 7은 확대모델을 대단히 많이 선호했으나 지역사회모델과 전문화모델도 보통으로 선호했다.

양적조사

인구통계학적 자료

이메일을 통해 31명, 심포지움에서 1명, 용인정신병원에서 10명의 자료를 얻어 총 42명으로부터 자료를 얻었다. 남자가 30명(71%), 여자가 12명(21%)으로 남성이 많았고, 30대가 14명(33%), 40대가 14명(33%), 50대가 13명(31%), 60대가 1명(3%)으로 대부분이 30~50대였다. 근무기간은 5년 이하가 6명(14%), 6~10년이 15명(36%), 11~15년이 4명(9%), 16~20년이 5명(12%), 21년 이상이 12명(29%)이었고, 근무형태는 정신병원 봉직의가 22명(52%), 종합병원 봉직의가 3명(7%), 개원의가 2명(5%), 대학교수가 11명(26%), 경영자가 1명(3%), 공무원 및 기타가 3명(7%)으로 정신병원 봉직의와 대학교수가 대부분이었다.

미래예측

중장기적으로 정신병원 및 정신병상수가 줄어들 것으로 예상한 응답자는 36명(86%)이었는데, 증가할 것이라고 한 4명(9%), 비슷할 것이라고 한 2명(5%)에 비해 많았다. 한편, 응답자 42명 전원이 향후 정신병원의 역할이 변화해야 할 것으로 봤으나, 이들 중 14명(33%)은 현재의 역할과 크게 다르지 않을 것으로 예상했다.

지역사회모델

지역사회모델이 실현 가능하고 지속적으로 발전 가능하다고 답한 응답자는 31명(74%)으로 그렇지 않다고 답한 11명(26%)보다 많았다. 하지만 이 모델에 참여할 준비가 되어있다고 답한 사람은 모두 20명(48%)으로 그렇지 않다고 답한 22명(52%)보다 적었다. 이 모델이 성공하기 위해 중요한 요인의 점수는 수가 등 정부정책이 156점으로 가장 높았고, 전문의의 의지는 99점, 프로그램의 개발은 93점, 기타 사회경제 기술적 요인은 92점으로 비슷했다(그림 2A).

전문화모델

전문화모델이 실현 가능하고 지속적으로 발전 가능하다고 응답한 사람은 총 33명(79%)으로 그렇지 않다고 답한 9명(21%)보다 많았고, 이 모델에 참여할 준비가 되어 있다고 답한 사람은 27명(64%)으로 그렇지 않다고 한 15명(36%)보다

많았다. 이 모델이 성공하기 위해 중요한 요인의 점수는 수가 등 정부정책이 135점으로 가장 높았고, 전문의의 의지는 92점, 프로그램의 개발은 106점, 기타 사회 경제 기술적 요인은 87점으로 비슷했다(그림 2B).

확대모델

확대모델이 실현 가능하고 지속적으로 발전이 가능하다고 답한 응답자는 27명(64%)이었고 그렇지 않다고 한 15명(36%)보다 많았다. 하지만 이 모델에 참여할 준비가 되어있는 사람은 10명(24%)에 불과해서 그렇지 않다고 응답한 32명

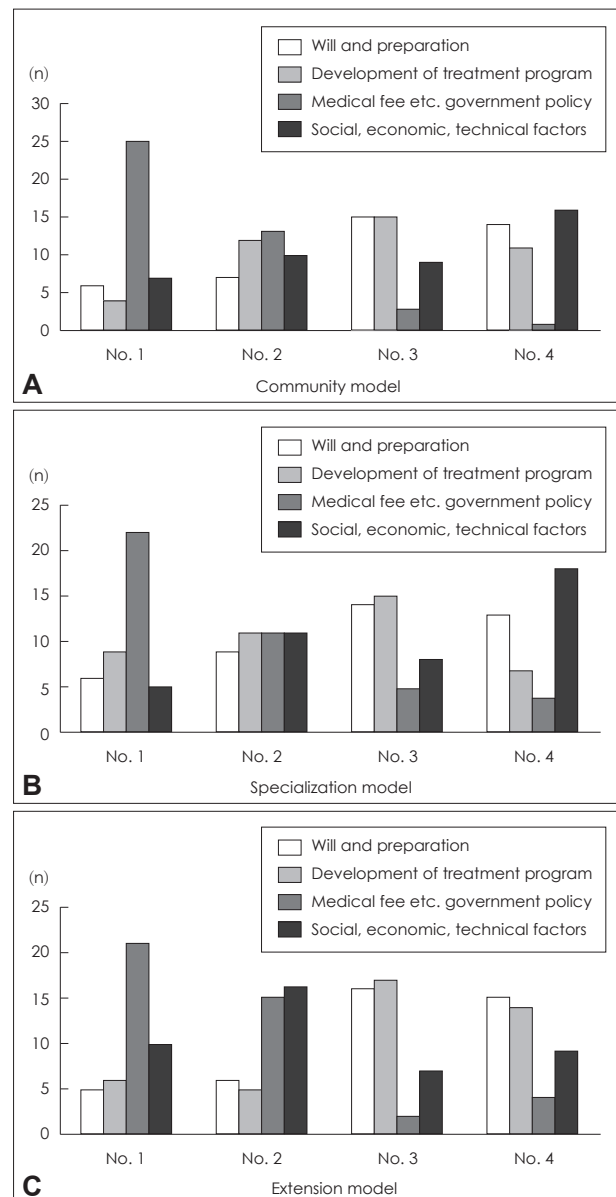


Fig. 2. Important factors needed to actualize and consistently develop community model, specialization model, and extension model.

(76%)에 비해 적었다. 이 모델이 성공하기 위해 중요한 요인의 점수는 수가 등 정부정책이 137점으로 가장 높았고, 전문의의 의지는 85점, 프로그램의 개발은 87점, 기타 사회 경제 기술적 요인은 111점으로 비슷했다(그림 2C).

가장 선호하는 모델과 가장 선호하지 않는 모델,
그리고 그 이유

가장 선호하는 모델은 지역사회모델과 전문화모델이 각각 16명(38%)으로 같았고 확대모델이 10명(24%)으로 가장 적었다(그림 3). 지역사회모델을 가장 선호한 이유로는 현실적으로 가장 요구되기 때문이 4명, 정신병원이 존재하는 의미가 되기 때문이 3명, 공공영역에서 하지 못하는 역할을 보완하기 때문이 2명으로 이 모델을 가장 선호했던 16명 중 12명(75%)은 이 모델이 현실적으로 필요하고 당위적으로 옳기 때문에 가장 선호한다고 대답했다. 그 밖에 실현가능성이 높기 때문이 3명(19%), 가장 선진적이기 때문이 2명(13%), 기타 응답이 1명(6%)이었으며, 무응답은 3명(19%)이었다. 전문화모델을 가장 선호하는 모델이라고 대답한 이유에 대해서는 가장 전문성을 활용할 수 있어 효율적이고 수익성을 기대할 수 있기 때문이 이 모델을 가장 선호했던 16명 중 10명(63%)이었고, 실현가능성이 높기 때문이 5명(31%), 친숙하기 때문이 3명(19%), 기타 응답이 1명(6%)이었으며, 무응답은 4명(25%)이었다. 확대모델을 가장 선호하는 모델이라고 응답한 10명 중 3명(30%)은 사회적 요구가 많기 때문이라고 했고, 2명(20%)은 생존을 위해서는 불가피한 선택이기 때문이라고 했으며, 기타 응답이 1명(10%), 무응답이 5명(50%)이었다.

가장 선호하지 않는 발전모델은 확대모델이 27명(64%)으로 가장 많았고, 지역사회모델과 전문모델이 각각 8명(19%)

과 7명(17%)이었다(그림 3). 한편 지역사회모델을 가장 선호하지 않는다고 응답한 8명 중 4명(50%)은 수익성이 없기 때문이라고 답했고, 2명(25%)은 지역사회 기반이 너무 취약하기 때문에, 2명(25%)은 정신병원이 해야 할 일이 아니라 정신보건센터와 같은 공공영역에서 담당해야 할 부분이기 때문이라고 답했으며, 2명(25%)은 무응답이었다. 전문화모델을 가장 선호하지 않는 모델이라고 답한 7명 중 2명(29%)은 이미 전문화가 되어 있어 더 전문화할 것이 없기 때문이라고 답했고, 기타 응답이 2명(28%)이었으며, 무응답은 3명(43%)이었다. 확대모델을 가장 선호하지 않는다고 대답한 27명 중 9명(33%)은 비전문적이기 때문에, 9명(33%)은 지나치게 이상적인 모델로서 모호하기 때문에, 6명(22%)은 다른 분야의 정신건강 전문가들과 마찰이 예상되기 때문에, 2명(7%)은 정신병원 정신건강의학과와의 정체성에 맞지 않기 때문이라고 답했고, 기타 응답이 3명(11%)이었으며, 무응답은 4명(15%)이었다.

고 찰

한 국가의 정신건강서비스 체계의 발전방향에 대한 수많은 문헌에도 불구하고 정신병원 정신건강의학과와 발전방향에 초점을 맞춘 것은 찾을 수 없었다. 이것은 WHO 가이드라인¹⁶⁾에서 제시하는 것처럼, 정신병원은 최소화되어야 할 존재이기 때문에 발전방향을 논하는 것 자체가 사리에 맞지 않기 때문일 수 있다. 특히 우리나라처럼 정신병원 및 정신병상수가 OECD 평균을 훌쩍 넘어서는 국가라면^{8,9)} 더욱 그럴지 모른다. 탈원화를 성공시킨 많은 선진국가들의 정신건강서비스 체계의 발전사는 언제나 정신병원 폐쇄의 역사를 포함하고 있다. 정신병원 폐쇄가 성공적이었는지 실패로 끝났는지에 대한 평가는 국가마다 엇갈릴 수 있다. 탈원화를 성공적으로 이끈 유럽국가들이 있는 것도 사실이지만, 전문가 6의 언급처럼 미국의 경우는 정신병원 폐쇄로 인해 지역사회로 돌아간 정신질환자들이 교도소로 횡수용화됨으로써 사실상 실패로 끝났기 때문이다.⁷⁾ 최근 미국에서는 정신병원 및 정신병상수가 부족하기 때문에 오히려 늘려야 한다는 보고까지 나오는 실정이다.^{24,25)}

전문가들 전원이 탈원화 이슈를 언급했다는 사실에서도 알 수 있듯, 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향을 논할 때 탈원화의 성공여부는 분명 중요하게 고려되어야 할 요소다. 향후 탈원화가 성공할지 실패할지는 우리나라가 미국의 실패요인과 유럽국가들의 성공요인을 동시에 가지고 있다는 점에서 좀더 지켜봐야 한다(전문가 6). 따라서 본 연구에서 조사한 발전방향도 우리나라 탈원화 정책의 성공여

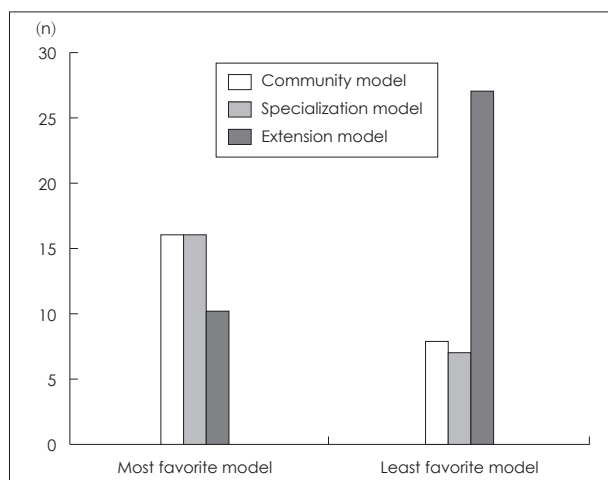


Fig. 3. The most preferred and least preferred model among community model, specialization model, and extension model.

부에 따라 유동적일 수 있음을 미리 밝혀둔다.

그러나 장래의 탈원화 정책의 성패에도 불구하고 예비조사와 질적조사의 결과는 가능한 정신질환자들을 퇴원시켜 지역사회로 복귀시키는 것이 당위적으로 옳고 불가피한 것이라 말해준다. 설문지 조사에서 응답자의 86%가 중장기적으로 정신병원 및 정신병상수가 감소할 것이라고 했다. 또 비록 응답자의 33%는 장래에 정신병원의 역할이 변하지 않을 것이라고 했으나, 변해야 하는 것에는 전원이 동의했다. 즉, 응답자들 또한 더 이상 수용모형을 고집해서는 안 되고, 중장기적으로 지금보다는 많은 정신질환자들이 지역사회로 복귀하게 될 것이며, 정신병원은 이런 탈원화의 추세에 맞추어 변화해야 한다는 데 동의하고 있는 것이다. 따라서 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향이 탈원화 정책의 성패에 따라 유동적일 수 있다는 점을 전제하더라도 여전히 고민할 가치는 충분하다.

지역사회모델

질적조사에서, 지역사회모델은 전문가 5를 제외하면 모든 전문가들로부터 보통 이상으로 선호되는 모델이었고, 심지어 이 중 이 모델을 대단히 선호했던 2명의 전문가는 전문화모델과 확대모델은 선호하지 않았다. 또 전문가 5를 제외하면 전문화모델 혹은 확대모델을 보통 이상으로 선호했던 전문가들은 지역사회모델 역시도 보통 이상으로 선호했다. 이런 결과는 전문가들 대부분이 지역사회모델을 가장 기본적인 발전모델로 보고 있음을 보여준다.

양적조사에서도, 응답자의 38%가 이 모델을 가장 선호하는 모델로 꼽아 전문화모델과 더불어 가장 많이 선택했고, 불과 19%만이 가장 선호하지 않는 모델이라고 했으며(그림 3), 이 모델을 가장 선호하는 이유로는 이 모델이 현실적으로 필요하고 당위적으로 옳은 모델이기 때문이라는 대답이 전체의 75%에 달했다. 따라서 응답자들도 전문가들과 비슷하게 지역사회모델을 현실적으로 필요하고 당위적으로 옳은 모델로 보고 있었다.

비록 응답자의 74%가 이 모델의 실현가능성 및 발전가능성을 높이 평가했지만, 이 모델을 발전시켜 나가는 데는 분명 제한점도 있는 듯 보였다. 이 모델을 가장 선호하지 않는다고 답한 응답자의 50%는 이 모델이 수익성이 없기 때문이라고 했고, 이 모델을 실현하고 꾸준히 발전시키기 위한 중요요인으로 수가 및 정부정책을 1순위로 꼽은 사람이 60%, 2순위로 꼽은 사람이 38%에 이르렀다(그림 2A). 또 이 모델을 가장 선호하지 않는 이유에 대해서 응답자의 25%는 이 모델은 정신병원이 아니라 정신건강증진센터 같은 공공의 영역에서 담당해야 하는 일이기 때문이라고 했고, 또 다른 25%는 이

모델을 발전시켜나가기 위해서 필요한 지역사회의 기반이 너무 취약하기 때문이라고 했다. 따라서 이 모델이 정신병원 정신건강의학과와 핵심적인 발전방향이 되기 위해서는 정부가 합리적인 수가를 통해 최소한의 수익은 보장해야 하고 최소한의 지역사회의 기반은 조성해야 한다는 전제가 필요한 것 같다. 더욱이 최근에는 지역사회의 정신건강증진센터가 자살예방사업이나 정신건강증진사업에 더 많은 비중을 두면서 중증정신질환자들을 대상으로 한 지역사회 정신보건사업은 상대적으로 소홀히 하는 추세인 것도 사실이다. 따라서 이 모델이 당위적으로 옳고 현실적으로도 많이 요구되는 것이라면, 학회는 이 모델의 실현 및 발전을 위해서 정부에 합리적인 수가 책정과 지역사회기반 조성에 소요되는 재원을 마련하도록 지속적으로 요구해야 할 것이다.

그러나 설령 수가 및 정부정책의 문제를 해결하더라도 이 모델을 실현하고 발전시키기 위해서는 여전히 해결해야 할 과제가 남는다. 설문조사의 결과, 이 모델의 필요성과 당위성에도 불구하고 정작 실행할 준비가 되어 있는 사람은 48%로 전문화모델 64%에 비해 적었다. 이런 결과는 이 모델에 대한 교육 및 수련이 전문화모델보다 부족한 점과 관련이 있을 수 있다. 이 모델을 실현하고 발전시키기 위해서는 정신건강의학과 전문의가 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사, 공무원 등 다양한 영역의 사람들과 협력하고 이들의 역할을 조율하는 리더십을 발휘해야만 하는데 이런 리더십에 대한 교육과 수련은 부족한 것도 사실이다(전문가 2). 한편, 사례조사에서 McLean Hospital이나 Menninger Clinic과 같이 미국의 최우수 대형정신병원은 정신건강 전문가들을 배출하기 위한 교육기관의 역할도 감당하고 있었다. 따라서 역량 있는 우리나라의 대형정신병원도 이 모델의 실현과 발전에 필요한 교육과 수련을 담당할 필요가 있을 것이다(전문가 2).

한편, 지역사회모델에 포함되어야 할 구체적인 내용들은 문헌조사와 사례조사의 결과를 토대로 유추해볼 수 있을 것 같다. WHO 가이드라인¹⁶⁾에 따르면, 정신병원에 투입된 자원의 일부는 낮병원, 재활서비스, 병원전환프로그램, 위기개입팀, 그리고 치료 및 주거 감독서비스 등의 공식적인 지역사회 정신건강서비스를 제공하는 데 활용될 수 있을 것이다. 실제로 미국의 최우수 정신병원들은 입원치료는 급성기에만 제공하고, 그 이후 지역사회와 긴밀히 연계하면서 급성기 거주치료, 지속적 거주치료, 낮병원과 외래치료를 아우르는 전 과정에서 치료의 연속성을 확보하고 있었다. 따라서 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향으로 이 모델을 도입하기 위해서는 지역사회와의 긴밀한 연계를 통해 공식적인 지역사회 정신건강서비스에 대한 다양한 프로그램을 개발하고 제공함으로써 치료의 연속성을 확보하는 전략이 유

효할 것으로 생각된다.

전문화모델

전문화모델은 설문조사에서 가장 선호하는 모델이라고 답한 사람이 38%로 지역사회모델과 더불어 가장 많았고, 가장 선호하지 않는 모델로 꼽은 사람은 17%로 가장 적었다(그림 3). 또, 79%의 지지를 받아 실현가능성 및 발전가능성에서도 가장 높게 평가되었다. 이처럼 이 모델은 지역사회모델과 마찬가지로 선호도와 실현가능성 및 발전가능성에서 높은 평가를 받았고, 더욱이 실행할 준비가 되어 있는 정도는 64%로서 지역사회모델의 48%보다 더 높았다. 그리고, 이 모델을 가장 선호하는 이유로는 이 모델이 비교적 친숙하고 정신건강의학과와 전문성을 활용할 수 있기 때문에 효율적이며 비교적 수익성이 있고 실현가능성이 높기 때문이라고 답하였다. 이는 전문가들이 지역사회모델이나 확대모델에 비해 이 모델에 적합한 교육과 수련을 받아왔기 때문일 수 있겠다. 어쨌든, 이런 결과를 종합해 볼 때 전문화모델은 실현가능성 및 발전가능성이 높을 뿐만 아니라 일정한 조건만 갖췄다면 가장 빨리 현실에 적용되고 발전할 수 있는 장점이 있을 것 같다.

질적조사에서 많은 전문가들이 알코올과 같은 물질중독 뿐만 아니라 게임, 도박과 같은 행위중독까지도 포함하는 다양한 중독정신의학 영역에서 전문병원의 수요가 많을 것으로 보았다. 다만, 중독전문병원이 존재의 의의를 가지기 위해서는 전문성을 표방할 수 있을 정도의 다양한 프로그램들을 제공함으로써 환자들을 지역사회로부터 격리, 수용하는 역할이 아니라 궁극적으로 지역사회로 복귀시킬 수 있는 치료기관이 되어야 할 것이다(전문가 2, 4).

다른 한편으로, 전문가들은 치매를 필두로 한 노인정신의학으로 전문화할 필요성을 거듭 제기했다. 그러나 노인전문병원은 중독전문병원과는 달리 신경과 등의 인접 진료영역들과 경쟁하고 협력하는 것이 불가피한 것 같다(전문가 2, 7). 따라서 노인정신의학으로 전문화하기 위해서는 인접 전문영역들과의 경쟁과, 협력하기 위한 제반 여건을 마련하는 것이 필수적인 것이다. 이를 위해서는 첫째, 전문가 2와 7의 말처럼, 학회는 적어도 치매의 경우에는 정액수가제가 예외가 될 수 있도록 함으로써 신경과 등의 인접 진료영역들과 공정하게 경쟁할 수 있는 환경을 만들어 주어야 할 것이다. 둘째, 노인정신의학을 전문으로 하려고 하는 정신병원이 있다면 WHO 가이드라인¹⁶⁾에서 권고하는 것처럼 일반병원으로의 전환도 고려해볼 수 있을 것 같다. 물론 이런 전환은 기타 고려할 사항이 많겠으나, 특히 노인정신의학이 인접 진료영역과의 협력관계가 강조된다는 점에서 전문화를 위한 전략으

로 고려해 볼 수 있을 것 같다.

대부분의 전문가들은 대형정신병원의 경우 현재보다 연령대별 혹은 진료영역별로 보다 전문화하는 것이 필수라 했고, 전문가 2는 정신건강의학과 전문의들이 다양한 정신건강 전문가들을 아우르는 리더십을 발휘할 수 있도록 교육하는 기관이 되어야 한다고 했다. 실제로 미국의 최우수 대형정신병원들은 전문화는 물론 연구기능과 교육기능을 함께 수행하고 있었다. 그러나 수용모델 중심의 우리나라 대형정신병원들이 이렇게 다양한 기능을 수행하기란 인력과 자본의 측면에서 해결해야 할 문제가 많을 것이다. 미국의 최우수 대형정신병원들의 대부분이 의대 부속이었다는 점을 고려한다면 우리나라의 대형정신병원들도 의대와 긴밀한 협조관계를 맺을 필요가 있을 것이다. 또 다른 방안으로는 대부분의 민간정신병원들이 국립정신병원에 비해 열악한 환경에 처해있다는 점을 감안할 때, 위탁정신병원인 경우 정부에 국립병원수준으로 공공성을 강화해 달라고 요구함으로써 그에 필요한 재원을 마련하는 방안도 고민할 수 있을 것 같다(전문가 6).

확대모델

확대모델은 질적연구에서 2명의 전문가가 대단히 선호했으나, 선호하지 않는 전문가도 3명에 달했다. 즉 이 모델은 전문가들에게 선호가 분명히 갈렸던 셈이다. 설문조사에서도 이 모델을 가장 선호하는 모델로 꼽은 응답자는 24%로 가장 적었지만, 가장 선호하지 않는 모델로 꼽은 응답자는 64%로 가장 많았다(그림 3). 따라서 이 모델은 전문가들과 마찬가지로 응답자들 사이에서도 선호도가 분명히 갈리고 비교적 소수가 선호하는 모델이라는 것을 알 수 있다.

그러나 확대모델을 선호하지 않는 이유에 대해서는 질적조사와 양적조사의 결과가 상반되게 나타났다. 전문가들은 이 모델을 선호하지 않는 이유로 정신병원 정신건강의학과 의 정체성에 부합하지 않거나 실현가능성이 낮으며 한때 유행으로 끝날 것이기 때문이라는 의견이 많았지만, 설문조사에서는 이 모델을 가장 선호하지 않는다고 응답한 사람의 단 7%만이 정체성이 맞지 않기 때문이라고 대답했고, 실현가능성 및 발전가능성이 높지 않다고 보는 응답자는 36%로 26%였던 지역사회모델이나 21%였던 전문화모델에 비해서도 크게 높지는 않았다. 이는 응답자들이 비록 스스로는 이 모델을 선호하지 않더라도 이 모델의 실현가능성이나 발전가능성 자체는 비교적 높이 평가한다는 것을 의미한다.

이처럼 응답자들이 확대모델에 대한 실현가능성 및 발전가능성에 대해서는 대체로 긍정하면서도, 이 모델을 선택할 때는 선호도가 분명히 갈리고 응답자의 다수가 가장 선호하지 않는 모델로 꼽은 이유를 살펴볼 필요가 있다. 응답자들은

이 모델을 선호하지 않는 이유로 33%는 비전문적이기 때문에, 또 다른 33%는 이상적인 모델로서 구체성이 없기 때문에, 22%는 다른 분야의 정신건강 전문가들과 마찰이 예상되기 때문이라는 의견을 보였다. 따라서 이 모델에 대한 선호도가 분명히 갈리고 다수가 선호하지 않는 이유는 응답자들이 스스로에 대해 다른 분야의 정신건강 전문가들과 마찰을 일으키지 않을 정도의 전문성이 결여되어 있고, 이상적으로만 생각할 뿐이지 구체적인 사업으로 연계시킬 역량이 부족하다고 느끼고 있기 때문으로 해석할 수 있을 것 같다. 이런 해석은 이 모델을 실행할 준비가 되어있다고 답한 응답자가 불과 24%로 64%였던 전문화모델과 48%였던 지역사회모델에 비해서도 현저히 낮았다는 점에 의해 지지될 수 있을 것이다.

그러나 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향으로 확대모델을 쉽게 포기할 수는 없을 것 같다. 이 모델을 대단히 선호했던 전문가 5와 7은 정신병원 정신건강의학과가 생존하고 발전하기 위해서 반드시 새로운 사업영역을 발굴할 필요가 있다고 했다. 설문조사에서도 확대모델을 가장 선호한다고 밝힌 응답자 중 30%는 사회적 요구가 많기 때문이라고 했고, 20%는 생존을 위해 불가피하기 때문이라고 했다. 더욱이 이 모델의 실현가능성과 발전가능성을 높이 평가한 응답자가 64%에 달했다. 따라서 이 모델은 응답자들이 충분히 준비되어 있지 않기 때문에 선호도는 낮았지만 사회적 요구가 높기 때문에 생존과 발전을 위해서 채택되어야 한다는 생각이 공유되고 있는 것으로 보인다. 그러므로 다수까지는 아니더라도 이 분야에 적절히 준비된 사람들은 이 모델을 중장기적인 발전방향으로 충분히 고려해 볼 수 있을 것 같다. 그리고 이 모델을 정신병원 정신건강의학과와 중요한 발전의 한 축으로 삼기 위해서는 전문의를 양성하는 과정에서 생물학적 치료에 대한 강조뿐만 아니라 이 모델에 적합한 프로그램 교육하고 수련하는 데에도 더 큰 관심을 기울일 필요가 있을 것 같다.

확대모델에 대한 선호도가 명확히 갈린 또 다른 이유로는 이 모델에 대한 개념 정의 자체가 모호하고 포괄적이라는 사실도 포함될 수 있겠다. 이 모델에 해당하는 사업을 호스피스 센터나 웰빙센터만으로 한정한다면 사람에 따라서는 정신병원 정신건강의학과와 정체성에 맞지 않는다고 하거나 한때 유행에 그칠 것이라는 견해를 가질 수 있을 것이다. 그러나 WHO 가이드라인¹⁶⁾으로부터 추론할 수 있듯이, 정신질환의 조기발견, 증상이 안정된 환자들의 관리, 정신건강증진 및 정신질환 예방활동, 그리고 종교단체, 학교, 경찰, 지역사회 건강사업과 등의 분야, 시민단체, 환자들 혹은 보호자들의 자조단체가 제공하는 서비스와 같은 비공식적 지역사회 정신건강 서비스에 대한 자문 및 교육활동, 가족이나 친구들의 도움을 받아

자기 스스로 자신의 정신건강 문제를 다루는 정신건강증진 활동을 촉진시키는 사업 등을 정체성에 맞지 않는다고 생각한다고 하거나 실현가능성이나 발전가능성이 없다고 보는 사람은 많지 않을 것 같다. 실제 사례조사에서도 미국의 최우수 정신건강의학과 병원들 중에는 다수가 이런 사업들을 하고 있었고, 전문가들도 이런 사업들에 대해서는 대체로 동의하는 것으로 보였다. 따라서 확대모델의 경우는 본 연구에서 정의했던 것보다 더 세분하고 구체적이 될 수 있도록 개념을 재정립할 필요가 있을 것 같다.

한편, 비록 정도의 차이는 있었지만 세 가지 발전모델 모두에서 실현 가능하고 꾸준히 발전시키기 위한 중요요인으로 수가 및 정부정책이 가장 많이 1순위로 꼽혔다는 점은 주목할 필요가 있다. 즉, 어느 발전모델을 택한다 하더라도 수가 및 정부정책을 개선하기 위한 노력을 게을리해서는 안 된다는 말이다. 그러나 현재의 수용모델을 계속해서 고집한다면 합리적인 수가나 정책적 지원을 이끌어내는 것이 더욱 어려울 것이다. 분명 상기의 세 가지 발전모델 중 어느 것이라도 적어도 수용모델보다는 수가나 정책적 요인을 개선하는데 더 설득력이 있어 보인다. 따라서 설령 이 세 가지 발전모델 모두가 불합리한 수가나 비우호적인 정부정책이라는 문제를 가지고 있다고 하더라도 이 발전모델들에 대한 연구는 충분히 가치가 있을 것이다.

비구조적 및 구조적 인터뷰를 진행하면서 몇몇 인터뷰 대상자들로부터 대한신경정신의학회 정책연구소의 이 연구는 이상적인 정신병원 정신건강의학과와 모습을 제시하는 것이 되어야지 현실적인 문제에 초점을 맞추는 것은 적절치 않다는 비판을 받았다. 그럼에도 불구하고 이 연구는 장래의 이상적인 모습을 제시하는 데 목적을 두지는 않았다. 지금은 한 국가의 정신건강서비스의 맥락에서는 정신병원 및 정신병상수는 최소화되어야 한다는 전세계적 합의가 이미 이루어진 상태이다. 따라서 이런 맥락에서라면, 정신병원 및 정신병상수가 OECD 평균을 상회하는 우리나라의 현실을 감안할 때⁸⁾ 상당수의 정신병원은 발전방향을 고민하는 것이 아니라 정신병원은 폐업을 하거나 정신병상수를 줄여야 하는 것이 가장 이상적인 것인지도 모른다. 더욱이 이런 관점에서 미래의 정신병원 정신건강의학과와 모습은 우리 스스로가 결정할 수 있기보다는 정부를 비롯한 다양한 사회 구성원들에 의해 수동적으로 결정될 가능성이 많다. 따라서 본 연구는 정신병원 정신건강의학과와 입장에서, 우리가 주도할 수 있는 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향을 고민하려고 노력했다. 대부분의 전문가들과 응답자들이 동의하는 것처럼 정신병원이 수용모델에서 벗어나고 새롭게 변화해야 한다는 사실이 당위적으로 옳고 또 불가피하다는 현실을 받아

들인다면, 지금은 탈원화로 인해 발생할 수 밖에 없는 잉여의 인력과 자원들이 어떻게 수익을 내면서도 국가 전체의 정신건강서비스에도 기여할 수 있는지에 대한 진지한 고민이 필요한 때다.

본 연구는 이상과 같은 의미를 가짐에도 불구하고 결과를 해석함에 있어서 고려해야 할 제한점이 몇 가지 있다. 첫째, 푸싱메일 형태로 보내진 설문지의 수거율이 대단히 낮았다는 것이다. 따라서 본 연구의 결과를 토대로 정신병원 정신건강의학과와 중장기적 발전방향에 영향을 줄 수 있는 사람들의 의견을 충분히 반영하는 데는 분명 한계가 있다. 둘째, 비구조적 및 구조적 인터뷰의 과정에서 응답자의 근무형태, 이를테면 정신병원 봉직의사인지, 대학병원 교수인지, 정신병원 경영자인지, 공무원인지에 따라 선호하는 발전방향이 다를 수 있을 것이라는 피드백이 있었으나, 연구자들의 노력에도 불구하고 근무형태별로 차이가 있는지를 조사할 만큼의 자료를 얻을 수 없었다. 따라서 본 연구의 결과를 해석할 때, 응답자의 대부분이 정신병원 봉직의(52%)와 대학교수(26%)였다는 점을 고려해야 한다. 마지막으로 통계 처리된 42명의 자료 중 10명의 자료가 한 정신병원에서 취합된 것이었다. 비록 이 10명의 자료를 제외하더라도 결과와 결과의 해석에는 특별한 차이가 없었으나, 본 연구의 결과를 해석함에 있어서 대다수의 자료가 한 정신병원에서 취합됨으로 발생할 수 있는 선택 오류의 가능성을 염두에 두어야 한다. 차후에 본 연구를 토대로 이상의 한계점을 극복한 훌륭한 연구들이 계속 진행되어야 할 것이다.

결 론

비록 지역사회모델, 전문화모델, 확대모델이 실제로 현실에 적용되기 위해서는 보다 구체화되어야 하고 이를 위해 요구되는 부분에서 차이가 있으나 모두 정신병원 정신건강의학과와 중장기적인 발전방향으로 고려될 수 있을 것 같다. 지역사회모델은 당위적으로 옳고 현실적으로도 반드시 필요한 모델로서 이를 실현하고 꾸준히 발전시키기 위해서는 지역사회와의 긴밀한 연계를 통해 공식적인 지역사회 정신건강서비스에 대한 다양한 프로그램을 개발하고 제공함으로써 치료의 연속성을 확보하는 전략이 유효할 것으로 생각된다. 전문화모델은 중독정신의학과 노인정신의학에서 특히 효과적일 것으로 보이고, 특히 대형정신병원의 경우 교육 및 수련을 포함한 보다 다양한 역할을 수행할 필요가 있을 것으로 보이며, 이 모델은 일정한 조건만 갖춰진다면 가장 빨리 현실에 적용되고 발전할 수 있는 장점이 있을 것으로 생각된다. 확대모델의 경우 본 연구에서 정의했던 것보다 더 세분하고 구체

적이 될 수 있도록 개념을 재정립할 필요가 있을 것으로 보이나, 이 분야에 적절히 준비된 사람들은 이 모델을 중장기적인 발전방향으로 충분히 고려해 볼 수 있을 것이며, 향후 이 모델을 중요한 발전의 축으로 삼기 위해서는 전문의를 양성하는 과정에서 생물학적 치료에 대한 강조뿐만 아니라 이 모델에 적합한 프로그램을 교육하고 수련하는 데에도 더 큰 관심을 기울일 필요가 있을 것 같다. 본 연구를 토대로 정신병원의 중장기적 발전방향을 확립하기 위한 활발한 논의의 시작이 될 수 있기를 기대한다.

중심 단어 : 정신병원 · 발전방향 · 지역사회모델 · 전문화모델 · 확대모델.

Acknowledgments

본 연구는 대한신경정신의학회 정책연구소 지원에 의하여 이루어진 것임.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Newdaily.co.kr [homepage on the Internet]. CNN selected Gyeongnam mental hospital as one the most terrible 7 places in the world. Seoul: Newdaily [updated 2012 Nov 12]. Available from: <http://www.newdaily.co.kr/news/article.html?no=129670>.
- 2) Newsis.com [homepage on Internet]. A bunch of unfair bargains between mental hospital and private emergency patient transfer were cracked down. Seoul: Newsis [updated 2012 Jun 25]. Available from: <http://www.ksilbo.co.kr/news/articleView.html?idxno=63459>.
- 3) Ksilbo.co.kr [homepage on the Internet]. Bargains between mental hospitals and private emergency patient transfer. Ulsan: Gyeongsang Ilbo [updated 2001 Jan 18]. Available from: <http://www.ksilbo.co.kr/news/articleView.html?idxno=63459>.
- 4) Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 2004; 184:163-168.
- 5) A national report to protect and improve human rights of mentally disabled people. Seoul: National Human Rights Commission; 2011.
- 6) 2011 Project report of central community mental health support. Sejong: Ministry of the Health and Welfare 2011.
- 7) Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. Psychiatry 2007; 6:313-316.
- 8) Oecd.org [homepage on the Internet]. OECD health data 2013 definitions, sources and methods: psychiatric care beds in hospitals. Paris: The Organisation for Economic Co-operation and Development [updated 2013]. Available from: <http://www.oecd.org/health/healthdata>.
- 9) Seoulmentalhealth.kr [homepage on the Internet]. Seoul: Seoul Mental Health Statistics. Available from: <http://seoulmentalhealth.kr/about/trend1.jsp>.
- 10) Docdocdoc.co.kr [homepage on the Internet]. OECD investigated state of mental health services in Korea "Extremely terrible". Seoul: Young Doctor [updated 2013 Apr 9]. Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsid=2013040800034>.
- 11) Docdocdoc.co.kr [homepage on the Internet]. Mental hospitals demanded a medical care assistance fee change from the case payment to the fee-for-services system. Seoul: Young Doctor [updated 2011 Sep 16]. Available from: <http://m.docdocdoc.co.kr/newsview>.

- php?newsid=2011091600003.
- 12) Healthfocus.co.kr [homepage on the Internet]. Psychiatry demanded an improvement in medical care assistance fee in chorus. Seoul: Health Focus [updated 2013 Apr 12]. Available from: <http://m.healthfocus.co.kr/articleView.html?idxno=27659&menu=1>.
 - 13) Koreahealthlog.com [homepage on the Internet]. Human rights commission "Urgent need of an improvement in medical care assistance fee in mental hospitals". Seoul: Korea Healthlog [updated 2009 Nov 9]. Available from: <http://www.koreahealthlog.com/news/newsview.php?newsid=2009110800005>.
 - 14) Blog.daum.net [homepage on the Internet]. Mental hospitals reel under a bankruptcy crisis due to the case payment of the past three years. Seoul: Medigate [updated 2011 Oct 13]. Available from: <http://blog.daum.net/hira-qa/2522>.
 - 15) Healthfocus.co.kr [homepage on the Internet]. Medical care assistance policy forced the director of a mental hospital to commit suicide. Seoul: Health Focus [updated 2013 Feb 12]. Available from: <http://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=25721>.
 - 16) Who.int [homepage on the Internet]. The optimal mix of services for mental health. Geneva: World Health Organization [update 2007]. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en.
 - 17) Health.usnews.com [homepage on the Internet]. Top-ranked hospitals for psychiatry. Washington, DC: U.S. News & World Report [updated 2013]. Available from: <http://health.usnews.com/best-hospitals/rankings/psychiatry>.
 - 18) Mclean.harvard.edu [homepage on the Internet]. Belmont: McLean Hospital Harvard Medical School Affiliate. Available from: <http://mclean.harvard.edu>.
 - 19) Menningerclinic.com [homepage on the Internet]. Houston: Menninger Clinic. Available from: <http://www.menningerclinic.com>.
 - 20) Sheppardpratt.org [homepage on the Internet]. Baltimore: Sheppard Pratt Health System. Available from: <http://www.sheppardpratt.org>.
 - 21) Austenriggs.org [homepage on the Internet]. Stockbridge: Austen Riggs Center. Available from: <http://www.austenriggs.org>.
 - 22) Park JI, Jang HS, Lee JS, Lee MS. A report of survey on the state of human rights: Structural causes and continuing factors of long-term hospitalization. Seoul: National Human Rights Commission; 2008.
 - 23) Bearbetter.net [homepage on the Internet]. Seoul: Bear.Better. Available from: <http://bearbetter.net/default/index.php>.
 - 24) Tyrer P. Has the closure of psychiatric beds gone too far? Yes. *BMJ* 2011;343:d7457.
 - 25) Bloom JD, Krishnan B, Lockey C. The majority of inpatient psychiatric beds should not be appropriated by the forensic system. *J Am Acad Psychiatry Law* 2008;36:438-442.