

정신보건 서비스비용에 영향을 미치는 요인에 대한 분석*

-정신질환과 약물장애의 통합치료를 중심으로-

이 선 혜**

- I. 서론
- II. 이론적 배경
- III. 연구방법
- IV. 연구결과
- V. 논의 및 결론

I. 서론

1. 문제제기

최근 미국 내에서는 정신질환(mental illness)과 약물장애(substance disorder)가 한 개인에게 나타나는 임상적 현상(comorbidity)에 대한 인식이 높아지고 있다. 이중진단(dual diagnosis)이라고 흔히 일컬어지는 이 상태는 단일진단(정신질환 혹은 약물중독)에 비해 예후(prognosis)가 좋지 않고 의료 및 정신보건 서비스의 이용이 훨씬 높은 것으로 알려져 있

* 본 연구는 U.S. Dept. of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA)의 지원금에 의해 수행되었다. (#UD3 SM/TI51800)

** 연세대학교 사회복지학과 강사

다. 이러한 부정적인 측면은 지난 20-30년 간 미국의 인구 및 사회변동, 탈원화 (deinstitutionalization) 정책, 기존 서비스 전달체계의 구조 등의 요인과 관련하여 설명되고 있다.¹⁾ 통합치료 모델(integrated treatment model)은 기존 서비스 전달체계의 한계, 즉, 정신보건 서비스와 약물장애 치료체계 사이에서 이분적으로 이루어져왔던 이중진단 치료의 한계를 벗어나려는 임상적 노력의 일환으로 볼 수 있다.

지난 몇 년간 미국은 의료비의 상승이 경제성장과 물가상승의 폭을 훨씬 앞지르는 현상을 보이고 있다. 의료비 상승을 둘러싸고 의료서비스 제공자, 의료비 지불자(보험회사 또는 정부), 병원, 그리고 환자집단간에 대립이 발생하면서 개혁의 필요성에 대한 주장들이 제기되어 왔다. 그에 대한 결과로 managed care²⁾라 총칭되는 일련의 구조조정계획이 도입되었는데, 정부와 민간으로 이분되어 있는 미국의 현 의료체계 내에서 양자 모두에 도입되어 그 실행이 가속화되고 있다.

통합치료 모델은 동시치료면에서 기대되는 임상적 효과와 더불어 정신보건과 약물장애 치료의 두 분야간에 놓인 임의적 경계를 제거함으로써 오는 비용절감에 대한 기대 때문에 managed care의 분위기 속에서 긍정적인 반응을 얻고 있다. Managed care의 확장으로 단기입원이 장려됨에 따라 행동보건(behavioral health)으로 총칭되는 정신질환과 약물장애치료 분야에 있어서 퇴원후 지역사회 복귀를 준비시켜주는 과도기적 프로그램의 역할이 증대되었으나, 이에 대한 실증적 평가는 극소수이다. 이에 연구의 필요성을 느끼고 본 연구에서는 중간집(halfway house)의 성격을 가진 한 프로그램에서 실시된 통합치료의 영향을 서비스의 측면에서 살펴보고자 한다.

2. 이중진단의 개념정의

행동보건분야에 있어서 이중진단(dual diagnosis)은 흔히 한 개인이 정신질환과 약물장애의 각 범주에서 최소한 한 개의 개별적인 진단을 받은 경우를 일컫는다. 이중진단 관련

1) Bachrach, L., "The context of care for the chronic mental patient with substance abuse," *Psychiatric Quarterly*, Vol. 58, 1986-1987, pp. 3-14.
2) Managed care란 재정조달과 서비스전달의 방식에 근본적인 변화를 일으키는 일련의 구조조정계획에 대한 총칭으로 의료비용의 절감을 그 목표로 한다. 이를 위해 global budgeting, gatekeeping, patient-selection, benefit package, 단기입원, 지역사회시설 중심의 치료 등의 전략을 사용한다. 이에 대한 보다 자세한 설명은 Bodenheimer, T., & Grumbach, K., *Understanding Health Policy*, Norwalk, CN: Lange, 1995를 참조할 것.

문헌상에는 정신질환과 약물장애가 다양하게 정의되어 있으나, 일반적으로 DSM-III-R의 진단기준에 따르는 경향을 보인다. 이중진단이라는 용어는 편의상 널리 쓰이나, 환자집단 내의 이질성(진단과 심각도의 차이)을 간과하고 그들의 특성을 지나치게 일반화시킨다는 비판을 받고 있다.³⁾ 이 글에서도 이중진단이라는 용어가 사용되나, 이 연구의 대상이 주로 약물오남용과 함께 중증 만성 정신질환을 가지며 낮은 사회경제적 수준으로 인해 그 치료와 재활을 대부분 公的부조에 의존하는 환자집단이므로 문헌고찰도 이 집단에 초점을 둘 것이고, 따라서 “이중진단”도 그 집단을 지칭하는 제한적인 용어로 쓰일 것이다.

II. 이론적 배경과 연구모델

1. 역학 (Epidemiology)

이중진단에 관한 논의에 있어서 의미있는 역학연구의 결과는 크게 세가지로 정리된다: (1) 정신질환과 약물장애(ADM: alcohol, other drug, and mental disorders) 중 한가지를 이미 가지고 있을 때, 그렇지 않은 경우에 비해 이차 질환을 가질 확률이 훨씬 높아진다⁴⁾; (2) ADM질환은 미국 전 국민의 약 1/6에 해당하는 집단에 편중되어 있는데, 이들이 ADM질환을 이중 또는 삼중으로 가질 확률은 나머지에 비해 훨씬 높다⁵⁾; (3) ADM질환의 이중 또는 삼중 중복율은 지역사회에서 보다 수용시설(정신병원, 교도소, 양로원)에서, 그리고 부랑인들 사이에서 훨씬 높게 나타나고 있다.⁶⁾ 이러한 연구결과는 단일장애 치료를 중심으로 조직된 기존 서비스 전달체계 모형의 한계를 시사하는 중요한 자료로 볼 수 있다.

3) Bryant, K., et al., "Reliability of dual diagnosis: substance dependence and psychiatric disorders," *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol. 180, 1992, pp. 251-257.

4) Regier, D., Farmer, M., Rae, D., et al., "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse," *Journal of American Medical Association*, Vol. 264, 1990, pp. 2511-2518.

5) Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., et al., "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States," *Archives of General Psychiatry*, Vol. 51, 1994, pp. 8-19.

6) Drake, Osher & Wallach, "Homelessness and dual diagnosis," *American Psychologist*, Vol. 46, 1991, pp. 1149-1158.; Regier et al., 1990, *ibid.*

2. 이중진단과 관련된 특성들

1) 인구학적 및 사회심리적 특성

정신보건 및 약물장애 관련문헌에 의하면, 정신질환과 약물장애의 이중문제를 가진 환자들의 경우 (장애의 심각도가 유사하다고 할지라도) 단일문제를 가진 이들에 비해 인구학적 및 심리적인 측면에서 다른 양상을 보이고 있다. 이중진단자들은 청장년 층으로 남자일 확률이 높고, 현재 결혼한 상태가 아닌 경우가 많고 가족환경이나 이와 유사한 환경에 살고 있기보다는 혼자사는 경우가 많으며, 주거형태가 불안정하여 부랑생활(homelessness)의 위험이 높은 것으로 보고되었다.⁷⁾ 이들은 단일진단을 받은 이들에 비해 사회경제적 및 법적지위면에서 열등하고, 구직, 대인관계에서 문제의 심각성이 높은데 비해, 문제해결 및 자기관리(예: 청결) 능력의 수준이 낮으며 미약한 사회지지망을 가지고 있기 때문에 스트레스 상황하에서 적절히 대처하는데 어려움이 있는 것으로 보인다.⁸⁾

2) 임상치료 및 결과

1970-80년대를 거치면서 정신보건 및 약물장애치료 분야에서 정신질환과 약물장애의 상호관계에 관한 연구가 활발히 이루어지기 시작했다. 약물장애 치료측면에서 볼 때, 정신질환의 증상이 표출된 상태에서는 약물장애의 정도에 대한 정확한 판단이 불가능하며 약물해독(detoxification)과 진단을 어렵게 한다. 약물장애자들 중에서 정신질환을 동시에 가지고 있는 사람은 비환자인 경우보다 치료방식(modality)에 관계없이 그 효과가 덜했다.⁹⁾

정신보건적 입장에서 볼 때, 약물사용은 행동양태에 변화를 일으키고 기능수준을 저하시키며 기존의 정신질환 증상을 악화시키고, 약물의 사용으로 정신질환의 증상이 왜곡되면 질환을 정확히 진단하고 치료하기가 어렵다. 또한, 약물의 사용은 항정신성 치료약물과 상

7) Drake, R. & Wallach, A., "Substance abuse among the chronically mentally ill," *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 40, 1989, pp. 1041-1045; Hasin, D., et al., "Alcohol and drug abuse in patients with affective syndromes," *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 26, 1985, pp. 283-295;

8) Ford, L., et al., "Outpatient mental health and the dually diagnosis patient," *Evaluation and Program Planning*, Vol. 14, 1991, pp.291-298; Schmidt, L., "A profile of problem drinking in public mental health services," *Hosp & Com Psy*, Vol. 43, 1992, pp. 245-250.

9) Hall, R., et al., "Relationship of psychiatric illness to drug abuse," *J of Psychedelic Drugs*, Vol. 11, 1979, pp. 337-342.; McLellen, A.T., "Psychiatric severity as a predictor of outcome from substance abuse treatment," in R.E. Meyer (Ed.), *Psychopathology and addictive disorders*, New York: Marcel Dekker, 1986.

호 작용하여 예기치 못하는 결과를 초래하기도 한다.¹⁰⁾ 기존의 임상 프로그램에 대한 각종 추적(follow-up)연구조사에 의하면 기존의 분리치료방식이 이중진단 환자집단의 재입원을 하락이나 주거안정에 별 도움이 되지 않은 것으로 나타났다.¹¹⁾

3) 정신보건 및 약물장애치료 서비스 이용양태 및 비용

문헌에 나타난 이중진단 환자들의 서비스 이용양태는 크게 세 가지로 정리된다. 첫째, 이중문제를 가진 환자들은 단일진단환자들에 비해 모든 의료분야에 있어서 서비스이용이 많은데, 특히 교도소 내 정신과, 약물장애치료 및 정신질환관련 입원율이 높고 입원기간이 길다.¹²⁾ 둘째, 약물장애치료보다 정신질환치료나 일반의료분야의 서비스를 더 많이 이용한다. 이중진단자들은 증상이 위기상태에 가서야 치료기관, 특히 정신보건시설에 들어가게 되는데, 이때는 비자발적 입원(psychiatric involuntary committment)조치가 취해진다.¹³⁾ 이러한 위기상태를 유발시키는 요인으로 약물의 개입 (음주포함)이 꼽히고 있으나, 그들의 치료가 약물치료 시설에서 보다는 주로 정신보건 시설에서 이루어지고 있는 실정이다.¹⁴⁾

셋째, 입원율이나 응급실 이용율이 높아 치료비용에 대한 부담이 크다.¹⁵⁾ 이 점은 이중진단자들의 주거환경 불안정 및 그에 따른 치료유기와 관련하여 이해될 수 있다. 즉, 질환으로 인한 경제력의 상실과 그에 따른 주거환경의 불안정으로 인해 외래방문을 통한 일반 건강관리가 적절히 이루어지지 않고 있으며, 동시에 연락두절과 치료불참 등의 문제로 정신질환의 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다. 따라서, 의료기관과의 접촉은 질환이 악화되었을 때, 자발적이기보다는 비자발적인 형태로 나타나며, 치료개입은 주로 응급실 수송으로 시작되어 정신보건시설에의 입원으로 이어진다. 이중진단자에 있어서 위의 과정이 되풀이되는 주기가 보다 짧으므로 상대적으로 응급실 이용율이나 입원율이 높아지고, 따라서 이에 소요되는 비용도 자연히 높아진다.

10)Lehman, A., Myers, et al., "Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes," Hosp & Com Psy, Vol. 40, 1989, pp. 1019-25.

11)반성질환이 부랑생활과 밀접한 연관이 있는 것으로 보고 정신질환 증상의 호조여부를 측정할 때 흔히 주거안정(housing stability)을 포함시킨다. Caton, C., Wyatt, R., et al., "Follow-up of chronically homeless mentally ill men," American J of Psychiatry, Vol. 150, 1993, pp. 1639-1642.

12)Bartels et al., "Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs," J of Nervous & Mental Disease, Vol., 181, 1993, pp. 227-232.

13)Schwartz, S. & Goldfinger, S., "The new chronic patient: clinical characteristics of an emerging subgroup," Hosp & Com Psy, Vol. 32, 1981, pp. 470-474.

14)Dickey, B. & Azeni, H., "Persons with dual diagnosis of substance abuse and major mental illness," American J of Public Health, Vol. 86, 1996, pp. 973-77.

15)Rice, D. & Kelman, S., "Measuring comorbidity and overlap in the hospitalization cost for alcohol and drug abuse and mental illness," Inquiry, Vol. 26, 1989, pp. 249-60.

3. 평행모델 대 통합모델 (Parallel Model vs. Integrated Model)

이중진단 환자집단의 부정적인 예후와 부적절한 서비스 이용의 양태, 높은 치료비용의 특성들과 관련하여 일부 문헌에서는 치료의욕 결여 등의 개인적 요소에서 문제의 원인을 찾으려는 반면, 다른 한편에서는 기존의 행동보건 서비스 전달체계의 구조적 불합리, 즉 정신질환과 약물장애의 분리치료 방식을 지적하고 있다.

평행모델(*parallel model*)이라는 용어는 미국의 정신보건과 약물장애치료 분야 간의 조직적 분리상태를 지칭하는데 사용되는 용어로서 대비되는 치료철학 및 갈등적인 역사적 관계가 수렴이 아닌 평행의 상태로 존재함을 상징한다. 20세기 초까지는 미국의 의료, 정신보건 및 약물장애치료 분야간에 그 경계가 불분명하였으나, 20세기 중반 약물장애에 대한 전통적인 정신의학적 접근에 반발하여 Alcoholics Anonymous (AA)가 결성되었고, 그 후 약물장애치료가 산업복지의 일환으로 의료보험 혜택의 수혜범위 내에 들어가면서 약물장애 치료는 독립적인 분야로서의 자리를 굳혀갔다. 정신의료와 약물장애 치료의 두 분야간에 생성된 경계는 1970년대 초 미국 연방정부에 정신질환과 약물장애치료 및 연구를 관장하는 기관이 신설되어 두 분야를 별도로 재정 지원하고 관리하게 되면서 한층 강화되었다.¹⁶⁾

두 분야는 정신질환과 약물장애의 근원에 대한 이해에서부터 시각의 차이를 보인다. 정신의료 측면에서는 약물장애는 내면 정신병리의 한 증세이기 때문에 정리병리의 치료가 초점이 되어야 한다고 보는 반면, 약물장애치료 분야에서는 약물장애가 각종 심리정서적 문제의 근원이라고 보고 질병으로서의 약물장애에 대한 치료가 선행되어야 함을 주장한다. 이러한 차이는 치료의 목표, 치료전략, 향정신성 약물의 정신의료적 사용 및 치료인력의 특성 면의 차이로 이어져 융합의 실마리를 찾기 어려운 듯한 상태에까지 와있는 실정이다.

두 분야가 대립적으로 존재하면서 쌍방간에 적절한 협력이 결여되어 있는 기존의 체계 하에서는 이중진단환자에 대해 어느 한 진단에 대한 서비스 외에는 제공하지 못하며, 중복 문제로 인해 발생하는 예기치 못하는 상황에 대한 대응책이 어느 측에도 마련되어 있지 않다. 따라서, 환자들은 증세의 호조를 보이지 않는 상태에서 반복적으로 두 분야 사이를 오가게 된다.¹⁷⁾ 통합모델은 정신질환과 약물장애치료의 융합을 위해 개발된 모델의 총칭으

16) Ridgely et al., "Barriers to the care of persons with dual diagnoses," *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 16, 1990, pp. 123-32.

17) Menicucci, L., et al., "Treatment providers assessment of dual diagnosis patients," *The Intl J of the Addictions*, Vol. 23, 1988, pp. 617-22.

로 두 분야에서 모두 연구되었는데, 소속분야와 시설의 성격에 따라 프로그램간에 차이를 보인다.¹⁸⁾ 그러나, 이들 프로그램은 두 분야의 핵심서비스를 모두 포함하고 있으며 한 책임자의 감독하에 운영된다는 점에서 기존의 분리치료 방식의 난점을 근본적으로 개선한 것으로 평가된다.

4. 연구질문

이 연구의 초점은 이중진단을 위한 통합치료와 서비스이용 간의 함수관계를 밝히는데 있다. 이 연구에서는 통합치료 요인의 역할을 밝히는데 일차적인 목표를 두고 자료의 분석을 통해 다음의 연구질문에 답하고자 한다: (1) 개입전과 후 비용의 변화, (2) 개입전 비용을 통제된 상태에서 본 비용에 대한 통합치료요인의 기능. 단, 서비스 비용은 임상적 결과와 더불어 서비스 이용에 따르는 결과로 볼 수 있기 때문에 본 연구에서는 서비스 이용에 영향을 주는 요인들을 고려한 상태에서 비용을 살펴볼 것이다.

IV. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 이중진단자로서 부랑생활의 경험이 있는 이们이다. 본 연구를 위해 “이중진단”은 중증의 정신질환과 더불어 진단 가능성이 있는 약물문제를 가진 상태로 정의한다. “중증 정신질환”은 기능장애를 유발하고 정신보건서비스를 필요로 하며, 간헐적으로 부랑생활을 유발시키는 정신분열증이나 우울증으로 정의한다. “부랑생활”은 일정하고 적합한 잠자리가 없이 생활하는 상태를 이르는데, 부랑자에게 임시잠자리를 제공하는 정부운영 및 민영 시설 또는 30일 이상 입원(입소)시설에 수용된 경우, 그리고 거주지를 정하지 않은 상태에서 퇴원(퇴소)하는 경우가 이에 포함된다.

18)Minkoff, K., "An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction," Hosp & Com Psy, Vol. 40, 1989, pp. 1031-36.

2. 분석자료의 출처

분석을 위한 자료는 중간집(halfway house)성격의 시설에서 운영되는 통합프로그램을 평가하는 프로젝트(이하 평가프로젝트)를 통해 수집된 것이다. 평가 프로젝트의 주요 연구목적은 통합프로그램에 있어서 도입(engagement)의 효과성과 거주일(program retention)간의 관계를 조사하기 위한 것이다. 이를 위해 평가프로젝트에서는 미국 캘리포니아주 샌프란시스코 만(灣) 주변의 한 郡(county)에 거주하는 정신질환자들을 대상으로 실험연구를 실시했다. 연구과정을 통해 이 환자들로부터 수집된 자료는 개인면담자료와 면담대상의 정신보건서비스 이용 및 비용에 관한 두 가지 유형의 자료로 구성되어 있다.

개인면담자료는 1995년 1월부터 18개월에 걸쳐 4차례의 면담을 통해 수집된 자료로 인구학적, 임상적 자료를 비롯해 각종 사회심리적 정보가 포함되어 있다. 서비스 이용과 비용에 관한 자료는 이들 면담대상이 1차면접 전으로부터 4차 면담 후까지 Medicaid의 혜택을 받아 사용했던 모든 정신보건서비스의 종류와 비용에 관한 기록을 담고 있다. 본 연구자는 이상의 두 가지 자료 중 일부를 사용하여 이 연구를 수행하였다.

3. 연구설계

실험연구를 통해 연구참여자들(이중진단 환자들)은 시간적, 공간적인 측면에서 <그림1>의 과정을 거치게 된다.

<그림 1> 연구참여의 시간적/공간적 흐름

	1기	2기	3기	4기
주거환경	지역사회	정신병원	재활시설	지역사회
실험연구		연구참여	입소시 개입개시 퇴소시 개입종료	
자료유형	서비스 관련자료	서비스 관련자료 면접자료(baseline)	서비스 관련자료 면접자료	서비스 관련자료 면접자료

위에서 제기된 두 가지 질문에 답하고자 본 연구에서는 유사실험설계(quasi-experimental design)를 사용했다. 제1기와 2기는 개입 전 기간, 3기는 개입이 이루어지는 기간, 그리고 4기는 개입 후 기간으로 정의했다. 제1(baseline), 2(baseline), 4기에서는 환자의 임상 심리 사회적 및 서비스 비용에 관한 측정(observation)이 이루어져 개입 전과 후의 비용을 비교하는 근거가 되었다. 유사실험설계는 실험설계의 형태는 갖추되 무작위배정(random assignment)이 현실적으로 불가능할 때 사용하는 것인데, 본 연구에서는 다음의 두 가지 이유로 이 설계방식을 택했다: 1) 환자가 정신병원 퇴원 후 특정 프로그램에 입소하게 되는 것은 프로그램의 환자수용 능력(병상수)에 달려있기 때문에 연구자가 통제할 수 없고, 2) 연구목적으로 환자에게 특정(특히, 통합치료) 프로그램에의 참여를 배제시키는 것은 비윤리적이다.

이 설계는 실험설계에 비해 취약하나 실험 및 준거집단간의 이질성이 최소화되면 history, maturation, testing, instrumentation 등 내적 타당성에 저해되는 요인들의 효과를 최소화할 수 있는 것으로 알려져 있다.¹⁹⁾ 외적타당성에 관한 문제로는 실험참가자들이 유사한 실험에 노출됨으로써 오는 효과를 들 수 있는데 본 연구의 통합프로그램이 해당지역 내에서 처음 운영되는 것이므로 그러한 가능성은 희박하나, 실험참여 자체와 실험간의 관계에서 올 수 있는 효과들 (self-selection)은 실험설계에서와 마찬가지로 통제하기 어렵다.

4. 실험시설 및 프로그램

평가프로젝트는 모두 네 가지 유형의 시설(정신병원, 중간집, board & care 프로그램,²⁰⁾ 독립거주)의 협조를 받아 이루어졌다. 특히 네 중간집 중 한 시설에서 통합치료 프로그램을 운영하였는데, 기존의 정신재활(psychiatric rehabilitation) 철학과 통합치료의 원리를 융합한 모델을 사용했다.²¹⁾ 그 외의 중간집에서는 정신재활 모델만을 사용하면서 약물오남용 치료의 필요성이 생기면 환자를 타기관에 의뢰하는 방식(즉, 분리치료)을 취했다. 정신병원 퇴원후 board & care에 들어갔거나 독자적으로 생활한 환자들은 외래방문을 통해 정신질환과 약물장애에 대한 치료를 각각 받았다.

19)Campbell, J, & Stanley, D., Experimental and quasi-experimental designs for research, Boston: Houghton Mifflin, 1963

20)가족적인 주거환경 내에서 보호인 및 다른 환자들(주로 4-5명 이하)과 함께 거주하는 프로그램.

21)Pegas, H., et al., Engaging the crisis patient: outreach, admission and the first two weeks, Berkeley, CA: Bonita House, Inc., 1994.

5. 실험대상 모집

실험대상 모집시 1차면접(baseline)을 마친 환자는 152명이었으나, 본 연구의 목적상 이들 중 DIS-III-R시행결과 정신질환과 약물문제에 있어서 이중진단이 성립되는 102명만을 실험 대상으로 선정하였다.

대상은 주로 한 정신병원(감금프로그램)에서 모집되었고 (n=85) 나머지는 지역내의 유사한 정신병원을 거쳐 실험시설에 들어온 이들 중에서 모집되었다 (n=17). 퇴원 후 이들은 각각 실험집단(n=27)과 통제집단(n=75)으로 들어갔다. 통제집단은 시설의 성격에 따라 다시 세집단으로 나눌 수 있는데, 각 집단의 규모가 작을 뿐만 아니라, 프로그램의 성격상 비통합적인 치료로 분류되기 때문에 본 연구에서는 세집단을 하나의 통제집단으로 보고 자료를 분석했다.

인구학적인 면에서 볼 때 성별, 연령층의 분포비율, 인종, 학력, 결혼상태에 있어서 두 집단간에 유의한 차이가 없었다 ($p>.05$)(표 1).

<표 1> 연구참가자 인구학적 특성의 집단간 비교 (N=102)

특성	계 (N=102) %	집단		
		실험집단 (n=27) %	통제집단 (n=75) %	
나이	18-34 세	48.0	44.4	49.3
	35+ 세	52.0	55.6	50.7
성별	남자	56.9	44.4	61.3
	여자	43.1	55.6	38.7
인종	백인(히스패닉계 제외)	39.2	48.1	36.0
	흑인(히스패닉계 제외)	37.3	37.0	37.3
	히스패닉계	12.8	11.1	13.3
	동양계	5.9	3.7	6.7
	기타	4.9	0	6.7
학력	11년 이하	32.4	33.3	32.0
	12년 이상	67.6	66.7	68.0
결혼경험	있음	36.3	29.6	38.7

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

연구설계대로 실험참가자는 모두 최소한 한가지씩의 정신과진단과 약물진단을 받았으나 실험집단에서 증상이 더 심했다. 특히 우울증, 알콜질환, 약물질환의 진단율이 실험집단에 있어서 더 높았는데, 두 집단간의 이러한 차이는 통계적으로 유의했다 ($p < .05$)(표 2).

<표 2> 1차면접 당시의 주요 정신질환 및 약물관련질환의 분포

진단명 (DSM-III-R)	계 (N=102) %	집단	
		실험집단 (n=27) %	통제집단 (n=75) %
주요정신장애	100.0	100.0	100.0
주요정신증성 장애	75.5	73.1	76.3
Schizo affective 장애	38.2	53.8	32.9
정신분열증	58.8	61.5	57.9
기타 정신증성 장애	2.9	0	3.9
주요 정서장애	70.6	84.6	65.8
양극성 장애	41.2	46.2	39.5
주요우울증 ^a	73.5	88.5	68.4 *
조증	34.3	38.5	32.9
약물사용장애	100.0	100.0	100.0
알콜	84.3	100.0	78.9 *
약물류	85.3	96.2	81.6
코카인	44.1	61.5	38.2 *
대마초	63.7	80.8	57.9 *
헤로인	2.9	0	3.9
기타 아편류	10.8	19.2	7.9
자극제	31.4	30.8	31.6
진정제	14.7	23.1	11.8
PCP (펜사이클리딘)	3.9	0	5.3
환각제	18.6	15.4	19.7

^a 적어도 한 번이상 주요우울증의 에피소드가 있었던 경우.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

6. 자료수집

면접자료수집을 위해 평가프로젝트에서 사용한 도구는 (1) Diagnostic Interview Schedule (DIS), (2) 표준화된 척도, (3) 설문지이다. DIS로는 정신과 및 약물 진단을 내릴 수 있는 도구로 증세의 시간에 따른 변화를 우려하여 반복적으로 측정했다. 표준화된 척도로는 거주 안정도, 약물사용의 빈도와 양, 일반건강 및 정신건강 상태, 정신과 입원율을 측정했다. 설문지에는 거주력과 치료력을 심층조사할 수 있는 질문이 포함되어 있다. 위의 자료수집은 일대일면담 형식으로 4회에 걸쳐 이루어졌다 (1차면접, 퇴원후 2주, 3개월, 6개월). 참가자들은 모두 지원자들로 14개월에 걸쳐 모집되었다. 정신보건서비스 이용과 비용에 관한 자료는 참가자의 사전동의하에서 면담과정이 종료된 후 郡정부를 통해 수집했다. 이 자료는 정신보건부문의 Medicaid 수혜에 관한 데이터베이스의 일부로 인구학적 정보 및 진단명, 담당 의료기관, 거주 및 법적 상태에 관한 정보, 서비스내용 및 비용에 관한 정보를 담고 있다.

7. 변수 및 측정도구

1) 종속변수

이 연구에서는 종속변수를 정신보건 서비스비용으로 보고 연구대상자들의 정신보건 이용 및 비용에 관한 자료를 이용하여 이를 측정했다. 총서비스 비용만을 보게되면 서비스 유형간 비용의 증감을 파악하지 못할 가능성이 있기 때문에 서비스를 11개의 유형으로 세분하고 개입전과 후의 비용을 의료비상승율을 감안하여 계산하였다. (총 22개의 비용)

모든 참가자는 위의 <그림 1>의 과정을 거치게 되는데 “개입전”은 입원(연구참가)전 지역사회에서 생활했던 기간 중에서, “개입후”는 지역사회 복귀기간 중에서 각각 선정했다. 서비스 이용과 비용에 관한 자료는 모든 참가자에게 있어서 일률적으로 1993년 1월 부터 1997년 2월까지의 약4년 (50개월)간의 자료가 입수되었으나 실험참가시점, 퇴원시점, 퇴소시점에 개인차가 있기 때문에 개입전은 입원전 22개월의 기간으로, 개입후는 퇴소후 8개월의 기간으로 정의했다.

2) 독립변수

독립변수들은 모두 일대일 면담에서 얻은 정보를 이용하여 측정했다.

(1) 개인적인 요인

인구학적 변수로 성별과 나이를 택하고 DIS의 응답내용을 사용했다. 나이는 이중진단과 관련된 특성상 청년층과 장년층 사이에 차이가 있음을 시사한 문헌²²⁾에 근거하여 18-34세와 35세 이상의 두 집단으로 나누었다. 약물사용 상태는 알콜 및 기타 약물의 사용정도로 정의하고 표준화된 척도인 Alcohol Severity Index (ASI)의 알콜부분과 기타약물부분의 점수를 각각 사용했다. ASI는 금주 및 금용, 사용횟수 및 사용량을 측정하는데, 점수는 0-1 (1에 가까울수록 심각한 상태)사이 분포한다. DSM으로는 제한된 범주내의 진단명 밖에 얻을 수 없는 반면에 이 점수는 문제의 심각성에 따른 개인차를 반영할 수 있는 장점이 있다. 정신건강 상태는 정신과적 기능(psychiatric functioning)으로 규정하고 표준화된 척도인 Brief Symptom Inventory (BSI) 중 Global Severity Index (GSI)를 사용하여 측정했다. GSI는 전반적인 정신건강 상태를 측정하는 것으로 점수는 0-4사이 분포되어 있다 (높은 점수가 심한 증세를 의미함). ASI 사용에서와 마찬가지로 GSI 점수는 증세의 심각성 면에서 나타나는 개인차를 드러낸다는 장점이 있다. 거주안정성은 부랑생활 경력과 중간집(혹은 퇴원 후 첫 거주지)에서의 거주기간이라는 두 가지 측면에서 측정했다. 첫째, 부랑생활의 경력은 18세 이후 각종 임시잠자리 (피난처, 차나 트럭, 유기된 건물, 공원이나 거리등의 옥외장소 포함)에서 생활한 횟수 및 기간으로 측정했다. 이 횟수 및 기간은 나이와 양의 관계가 있기 때문에 연평균으로 최종 조정했다. 둘째, (정신병원) 퇴원후 지역사회로의 성공적인 복귀가 거주환경면에서의 지속적인 안정과 직결되어 있다는 연구²³⁾에 근거하여 퇴원 후 첫 거주지에서의 거주기간을 거주안정성 측정에 포함시켰다.

(2) 조직적 요인

위에서 언급한 바와 같이 기존의 행동의료체계에서 이중진단의 치료에 걸림돌이 되어온 정신질환과 약물장애 치료의 분리를 조직적 요인으로 보고 통합치료를 제공하는 프로그램에 입소하여 치료받은 참가자들을 실험요인에 노출된 것으로 간주했다. 서비스에로의 접근을 결정짓는 경제적 요인의 개인차를 통제하기 위해, 公的의료보험(Medicaid, Medicare) 및 私的의료보험의 수혜여부를 이를 측정했다.

(3) 기타 외부적 요인

이 연구에서는 郡정부내의 managed care 계획 제1단계의 실행을 통제되어야 할 중요한 외부적 요인으로 보았다. Managed care의 제1단계로 郡내 모든 입원시설이 하나의

22)Drake & Wallach, 1989, 전제서.

23)Moos, R. & Moos, B., "Stay in residential facilities and mental health care as predictors of readmission for patients with substance use disorders,"Psychiatric Services, Vol. 46, 1995, 66-72.

network으로 연결되어, 퇴원한 환자는 다음단계의 시설(예를 들어 중간집)로 가야하는 "step-down program" 방침이 도입됨에 따라 서비스의 이용양태와 비용에 많은 변화를 가져왔다. (종전까지는 같은 level에서의 이동, 즉 한 입원시설에서 퇴원과 동시에 다른 입원 시설로 가는 것이 가능했었다.) 이 방침은 실험대상의 절반 정도가 모집된 상태에서 도입되었는데, 실험대상들이 연구에 참가한 시점에는 개인차가 있으므로 이 정책에 노출된 기간에도 개인차가 있었다. 따라서 이 연구에서는 연구참여의 시점(1차면담)으로부터 개입후 기간 끝까지의 일수를 산출함으로써 managed care 제1단계 영향의 개인차를 통제하는데 반영했다.

7. 자료분석

연구질문1에서는 개입 전과 후 두 기간사이의 서비스비용의 변화를 알아보려고 했다. 우선, 두 기간 동안의 비용변화의 추이를 보기 위해 서비스 유형별로 월 비용을 산출해보았다. 또한, 개입전과 개입후 기간의 월 평균을 각각 서비스 유형별로 구하여 집단내, 집단간 차이의 통계학적 유의성을 검증하였다. 서비스 비용에 관한 자료는 의료비 청구와 지급을 목적으로 수집된 자료이므로 무응답 자료는 없으나, Medicare나 私的의료보험으로 받은 서비스에 대한 정보는 포함되어 있지 않다.

연구질문2에서는 통합치료요인과 비용의 관계를 Analysis of Covariance분석을 통해 알아보려고 했다. 비용에 있어서 편향분포의 영향을 최소화하기 위해 비용에 로그를 취해 사용했다. 독립변수들의 대부분이 일대일 면담자료에 근거하는 관계로 무응답 문항이 있었기 때문에 자료분석에는 무응답이 없는 사례만을 선택적으로 사용하였다. 따라서, 분석의 결과는 총 참가자 102명이 아닌 90명의 자료를 근거로 한다.

V. 연구결과

1. 입원전과 후의 비용변화 (연구질문1)

개입전과 후의 총 정신보건비용 추이를 살펴보면 (그림 2 참조) 월비용이 입원직전 몇

개월 동안 급상승하다가 퇴원 후 다시 내려간다. 이 패턴은 집단별로 보았을 때 두 집단에 모두 나타나는데 (그림 3 참조) 통제집단(분리치료)에서 비용이 전반적으로 낮았다. 개입전 월별비용은 최고 \$4162.01에서 최저 \$962.89로 평균 \$1411.73 (표 3 참조)이었고 개입 후 월별비용은 최고 \$1498.70에서 최저 \$133.38로 평균 \$679.70이었다.

개입전과 후를 비교할 때 각 서비스 유형에서 개입후 기간에 그 이용 및 비용이 낮았는데, 응급병동, 교도소 내 정신병동, 위기안정화, 외래방문, 투약상담, 응급실 이용에 따르는 비용에서 통계학적 유의성을 보였다. ($p < .05$). 전무한 응급실 이용에 대한 결과는 이 연구 대상에 있어 그 이용이 빈번하다는 보고와는 상반되므로 다음 장에서 상세히 논의된다.

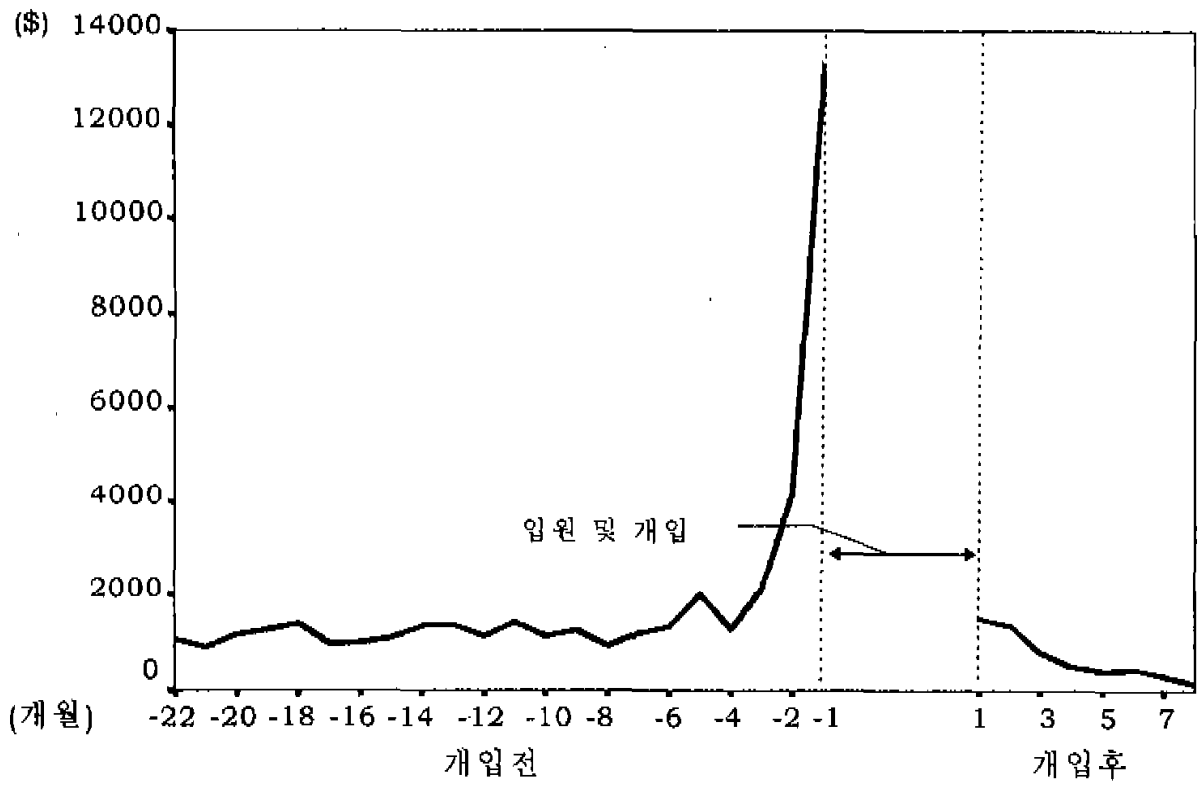
개입전후의 비용변화를 집단별로 살펴보면 (표 4 참조), 실험집단의 경우 위기개입을 제외한 대부분의 서비스 부문에서 비용이 감소하였으나 낮치료 서비스에서만 그 감소가 통계학적으로 유의했다 ($p < .05$). 통제집단의 경우, 낮치료 서비스를 제외한 모든 서비스 범주에서 비용이 감소했고 응급병동, 교도소 내 정신병동, 위기안정화, 외래방문에 있어서는 그 감소의 정도가 통계학적으로 유의했다 ($p < .05$). 집단간 비용의 차이는 세 가지 살펴볼 수 있다: 개입전 비용, 개입후 비용, 개입전과 후 비용의 차이 (표 4 참조). 세 분야에 있어서 집단간 총비용의 차이는 없었으나 ($p > .05$), 개입전비용과 개입전후 비용 차에 있어서는 중간집과 낮치료 비용에서 유의한 집단간 차이를 보였다 ($p < .05$).

2. 통합치료 요인과 비용의 함수관계 (연구질문2)

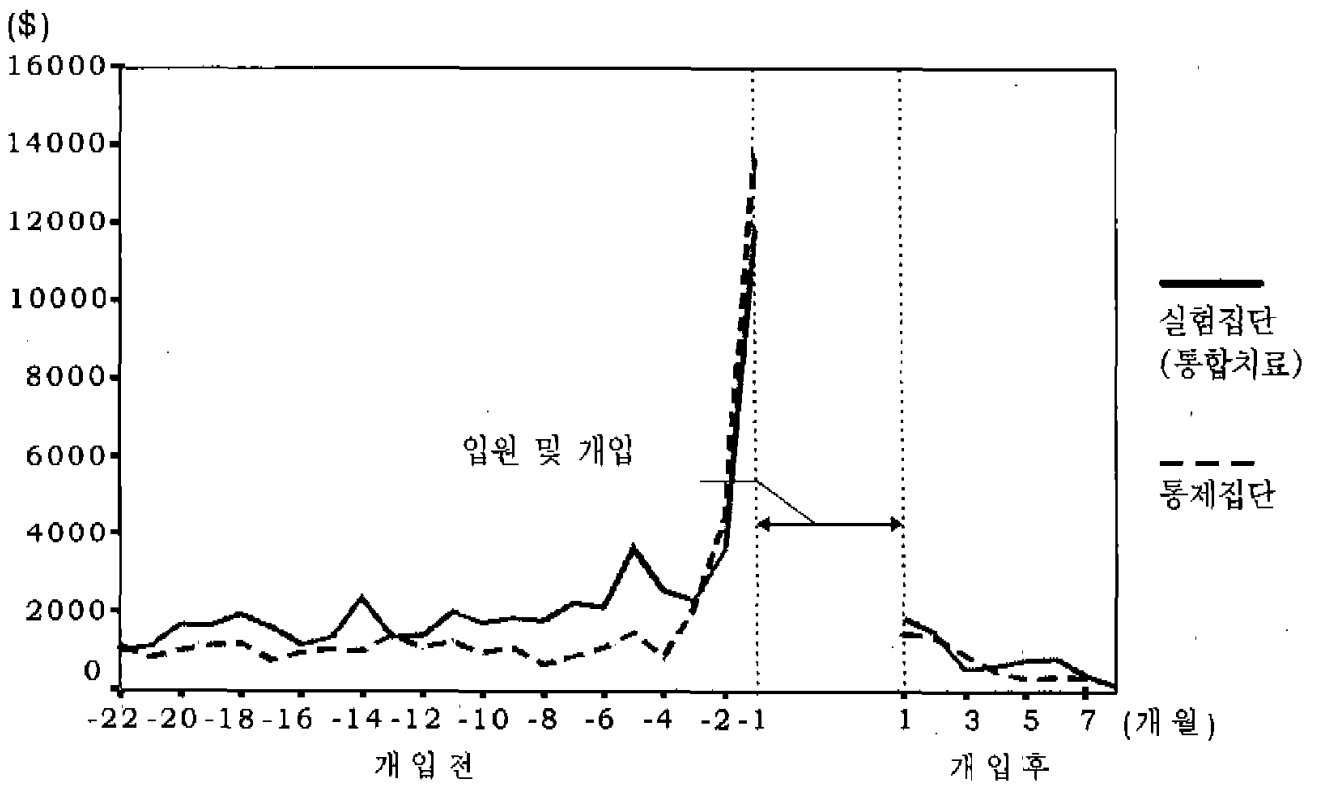
Analysis of Covariance (ANCOVA)를 이용한 회귀분석의 결과, 통합치료의 비용에 대한 영향은 서비스 유형별로 다르게 나타났다 (표 5 참조). 총비용을 비롯한 일반병동, 위기안정화, 외래방문, 약물투여상담 부문에서 통합치료요인이 비용과 음의 관계(negative relationship)가 있었고, 그 외 응급병동, 낮치료, 위기개입, 사례관리에 있어서는 양의관계(positive relationship)를 보였다. 그러나 유의성 검증결과 개인적인 요인들을 통제한 상태에서 통합치료의 요인이 비용에 미치는 영향은 모든 서비스부문에서 통계적 유의성이 없었다 ($p > .05$).

한편, managed care 제1단계의 영향은 총비용을 비롯한 각 서비스 유형에서 통계학적 유의성을 가지는 요인으로 나타났다 ($p < .05$, $p < .01$). 제1단계 정책에의 노출기간과 비용간에는 모든 서비스부문에서 음의 관계가 있었다. 즉, 제1단계 정책의 영향을 오래 받을수록 서비스 비용이 낮다는 의미로 해석된다.

<그림 2> 정신보건 서비스 비용의 월별 추이 (N=102)



<그림 3> 집단별 정신보건 서비스 비용의 월별 추이 (N=102)



<표 3> 개입 전후 기간의 정신보건서비스 유형별 월평균 비용 (N=102)

서비스 유형	월평균 (\$)				월평균차	
	개입전		개입후		개입후-전(\$)	t 값
<u>24 시간 서비스</u>						
응급병동	\$724.72 (74) ^a	51.3%	\$342.65 (20)	50.5%	\$-382.07	-2.648**
일반병동	222.84 (27)	15.8%	127.54 (6)	18.8%	-95.30	-.913
교도소 내 병동	24.98 (12)	1.8%	3.33 (1)	0.5%	-21.65	-2.046*
중간집	114.89 (13)	8.1%	25.12 (2)	3.7%	-89.77	-1.858
<u>낮 서비스</u>						
위기안정화	73.65 (78)	5.2%	23.82 (12)	3.5%	-49.83	-4.376**
낮치료	105.35 (25)	7.5%	68.95 (14)	10.1%	-36.40	-.946
<u>지역사회정신보건</u>						
외래방문	80.92 (92)	5.7%	51.28 (38)	7.5%	-29.63	-2.054*
투약상담	29.37 (61)	2.1%	14.37 (32)	2.1%	-15.00	-2.120*
위기개입	10.92 (43)	0.8%	8.28 (11)	1.2%	-2.65	-.701
응급실	5.44 (8)	0.4%	0 (0)	0%	-5.44	-2.290*
사례관리	18.66 (34)	1.3%	14.35 (19)	2.1%	-4.31	-.694
Total	\$1411.73 (93) ^a	100%	\$679.70 (47)	100%	\$-732.03	-3.502**

^a () 안의 숫자는 사용자의 수를 나타냄. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

<표 4> 개입 전후기의 정신보건서비스 월평균 비용: 집단내

서비스 유형	집단내 차이			
	실험집단(통합치료)			
	개입전	개입후	후-전 t-ratio	
<u>24 시간 서비스</u>				
응급병동	\$901.16	\$419.31	-1.373	\$
일반병동	160.09	103.51	-.546	
교도소내 병동	54.93	0	-1.453	
중간집	303.53	46.07	-1.691	
<u>낮서비스</u>				
위기안정화	90.53	43.26	-1.578	
낮치료	249.60	65.05	-2.444 *	
<u>지역사회정신보건</u>				
외래방문	79.46	74.00	-.231	
투약상담	41.22	15.88	-1.928	
위기개입	9.74	13.21	.413	
응급실	12.45	0	-1.583	
<u>사례관리</u>	13.11	18.82	.591	
계	\$1915.82	\$799.12	-2.560 *	\$1

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

<표 5> 통합치료의 지역사

	계
독립변수	
Constant	8.238^a (5.191)**
<u>통합치료</u>	-.047 ^b (-.524) ^c
연령 18-34 세	.031 (.359)
남자	-.034 (-.399)
심한 정신건강상태	.034 (.384)
심한 알콜사용	.010 (.096)
심한 기타약물사용	-.012 (-.104)
긴 부랑생활 기간	.062 (.713)
긴 개입기간	.022 (.253)
개입전 비용	.181 (2.133)**
장기간의 managed care 1 단계 영향	-.668 (-7.029)*
R ²	.492
(Adjusted R ²)	(.429)
F-ratio	7.756**

^a상수의 경우 unstandardized coefficient 임; ^bbeta coefficient; ^ct-r

<표 5> 통합치료의 지역사회적

독립변수	지역	
	외래방문	특
(Constant)	4.264*	
	(4.003)**	
<u>통합치료</u>	-.026 ^b	
	(-.282) ^c	
연령 18-34 세	.054	
	(.582)	
남자	-.077	
	(-.859)	
심한 정신건강상태	.079	
	(.871)	
심한 알콜사용	.046	
	(.420)	
심한 기타약물사용	-.045	
	(-.394)	
긴 부랑생활 기간	.053	
	(.599)	
긴 개입기간	-.066	
	(-.718)	
개입전 비용	.332	
	(3.763)**	
장기간의 managed care	-.569	
1 단계 영향	(-5.695)**	
R ²	.451	
(Adjusted R ²)	(.382)	
F-ratio	6.567**	

^a상수의 경우 unstandardized coefficient 임; ^bbeta coefficient; ^ct-

VI. 논의 및 결론

1. 주요분석결과 논의

1) 정신보건서비스 비용변화의 의미

개입전후 비용에 대한 서술적 분석결과, 개입전후 기간에 전체비용을 비롯하여 대부분의 서비스 부문에서 비용 감소의 경향을 보이는데 이러한 경향은 통제집단 내에서 두드러지게 나타나는 반면, 집단간에는 유의한 비용차이가 발견되지 않았다. 전반적인 비용의 급격한

감소는 연구방법론과 郡정부의 managed care 시행이라는 두 가지 측면에서 설명해 볼 수 있다. 첫째, 퇴원 후 40%이상의 참여자들이 중간집 형태의 시설에 입소하였고 중간집의 비용이 외래방문의 비용보다 높으나, 개입 후의 비용에 포함되지 않았다. 둘째, managed care의 실행으로 인해, 즉 "step-down programs" 정책으로 종전에는 퇴원과 함께 인근의 병원으로 입원한 환자가 한 단계 아래의 중간집으로 입소하는 사례가 많아진데 비용감소의 원인이 있을 수 있다.

또한, 분석결과 정신과입원 직전 비용이 급상승하는 것이 발견되었는데, 그 원인을 관리 단계(level of care) 측면에서 찾을 수 있다. 미국의 현 정신보건 전달체계 하에서 위기상태에 있는 환자는 우선 응급 병동에서 보호되고 위기 상태를 벗어나게 되면 일반(정신과)병동 입원으로 이어진다. 이 연구에서 입원으로 지칭되는 시설은 일반(정신과)입원시설로 위에서 관찰된 비용 급상승은 이 시설로 들어오기 전 이용했던 응급병동 관련 비용으로 보이는데 문제의 입원과 직접 또는 간접적으로 관련된 것으로 보인다. 이러한 맥락에서, 환자가 지역사회에서 생활하면서 이용하는 서비스비용의 근사치를 얻기 위해 (문제의) 입원과 직결된 응급병동 이용비는 개입전 비용에 포함시키지 않았다. (참가전원에 일률적으로 입원 전월의 비용을 개입전 비용에서 제외시켰다.) 그러나, 입원과 간접적으로 관련된 것으로 보이는 비용이 (입원 전 2-3개월) 여전히 개입전 비용에 포함되어 상대적으로 개입후 비용이 감소한 듯한 결과를 초래한 것으로 보인다. (이는 위에서 언급한 방법론적 원인과도 직결되는 내용이다.)

또 하나 흥미로운 결과는 개입후 기간에 전무한 응급실 이용실태인데, 이는 이중진단 관련문헌에 나타나는 빈번한 정신과응급실 이용에 관한 보고와는 상반되는 것으로, 그 원인

을 위기환자 관리전략의 변화에서 살펴볼 것을 제의한다. 즉, 郡정부의 managed care 시행과 함께 고비용의 응급실 서비스가 위기개입 등의 서비스로 대체되었을 가능성이 있다. 최근 연구대상지역에서 "outreach team"을 구성, 위기상태의 환자에 개입하여 입원에 대한 차선책을 강구하는 전략을 강화해가고 있다. 연구질문1에 대한 분석결과로는 응급실 이용이 이러한 전략에 의해 대체되었다는 직접적인 근거는 없으나, 다른 서비스 부문의 비용이 하락한데 비해 위기개입의 비용에 변화가 없다는 사실은 대체 가설에 대한 후속연구의 근거가 될 수 있다.

2) 통합치료와 서비스비용의 함수관계

개입전후에 비용 면에서 나타난 변화를 반영한 상태에서 통합치료와 서비스 비용의 함수관계는 어떠한 것인가? 위의 "이론적 배경"에서는 정신질환과 약물장애 치료의 분리를 이중진단치료에 부정적인 영향을 주는 조직적 요인으로 보고, 개발 중에 있는 통합치료 방식을 그 대안으로서 인식했었다. 자료분석의 결과에 따르면, 통합치료 요인이 총 비용을 감소시키는 역할을 하는 것으로 보이나 그 관계에 통계학적 유의성은 없는 것으로 나타났다.

평가프로젝트(본 연구자료의 출처)에서 같은 자료를 가지고 치료도입과 입소기간의 관계를 분석했는데, 본 연구결과와 관련지어 볼 때 통합치료의 미약한 역할에 대한 실마리를 제공하는 것으로 보인다. 그 연구를 요약하면, 1차 면접시 알콜과 기타약물의 사용이 실험집단에서 더 심하게 나타났으나, 퇴원 후 6개월 면접시에는 비사용율(abstinence rate)이 두 집단간에 비슷했다. 평균 입소기간은 실험집단이 짧았지만, 이 집단에서는 입소기간이 길수록 정신건강 상태가 호전된 것으로 나타났다. 후자의 관계가 통제집단에서는 나타나지 않았다.

이러한 결과를 본 연구의 분석 결과와 관련시켜볼 때, 실험집단에 있어 중도퇴소(dropout)에 특정한 패턴이 있었을 가능성을 생각해볼 수 있다. 즉, 입소기간과 정신건강 상태간에 나타난 양의 관계가 증세가 보다 심한 환자들의 조기퇴소에 기인한 것일 수 있으며, 실험치료(통합치료)의 혜택을 충분히 받지 못한 상태에서 이들은 조기퇴소 후 기존의 서비스이용 패턴을 지속할 것이므로 개입후 비용에 유의한 변화를 일으키지 않을 것이다. 이점에 대해서는 별도의 심층적 분석이 이루어져야 할 것이다.

Managed care 요인은 노출일수에 있어서 개인차를 통제하려는 목적으로 모델에 포함되었는데, 본 연구의 분석을 통해 managed care 요인은 모든 서비스 범주에서 비용에 영향을 미치는 유의한 변수로 나타났다. 서비스 부문별로 차이는 있지만 이 요인은 전체적으로는

서비스비용을 하락시키는 역할을 하고 있다. 이 결과는 郡정부에서 실행하는 managed care의 평가에 중요한 함의를 가지므로 별도의 심도 있는 분석이 이루어져야 할 것이다.

2. 연구의 한계

이 연구 상에는 몇 가지의 방법론적인 제한점이 있다. 첫째, 이 연구의 범위는 평가프로젝트의 자료를 이용한 관계로 그 연구목적과 범위에 의해 제한된다. 즉, 평가프로젝트에서는 통합치료도입과 입소기간의 관계를 조사하려는 목적으로 4차례에 걸쳐 임상 및 사회심리적 자료를 수집했으나, 이는 퇴원 후 6개월에 걸쳐 본 연구에서는 개인의 임상적 변화와 비용의 변화를 동시에 분석하는 연구를 수행할 수 없었다.

연구참가자들은 무작위로 선택된 것이 아니라 자원하여 연구에 참가했기 때문에 연구결과에 자발적 참여(self-selection)와 관련된 오류가 있을 수 있다. 더불어, 일반인들 중에는 정신질환의 발병률이 낮기 때문에 주로 정신질환자들이 밀집되어 있는 정신과 입원시설에서 참가자들을 모집했고, 이중진단환자들은 이들 중 다시 선별된 환자집단이기 때문에 연구표본의 크기가 작다. 비교집단의 성격에 있어서도 연구계획 당시는 수립되지 않았던 郡정부의 managed care 제1단계가 실행에 옮겨지므로써 연구에 참가했던 중간집 중 두 곳에 연구기간 도중 프로그램의 성격에 변화가 일어났다. 이 때문에 계획했던 시설간 비교가 불가능하게 되어 비교집단을 하나의 통제집단으로 통합했기 때문에 비교집단 내 이질성이 높아졌을 가능성이 있다. 통합치료의 개입기간도 일반적으로는 90일에서 180일까지도 지속될 수 있으나, 본 연구에서는 107.54일이었다. 개입기간이 보다 길어져 개입전과 후를 단절시킬 충분한 시간이 있었더라면 개입전 후 비용차의 비교가 보다 의미 있는 것이 되었을 것이다.

이중진단 환자집단의 치료에는 약물장애 치료가 포함되나, 이 연구의 비용분석은 정신보건서비스 비용에 국한된 것이다. 약물 사용은 그 자체가 불법행위이므로 郡정부에서는 클라이언트 치료장려 및 비밀보장의 차원에서 정신보건비용자료와는 달리 치료에 대한 기록을 수집하지 않고 있는 데 그 원인이 있다고 하겠다. 또한, 본 연구에서 사용한 비용이 정신보건 비용으로 일컬어지고 있으나, Medicaid의 보조를 받은 경우에 국한된다. 연구참가자 대다수가 일차적으로 公的의료보험에 의존하고 있으므로 이 연구에서는 Medicaid 수혜자료가 그들의 서비스 이용상태의 대부분을 반영한다는 전제하에 분석을 실시했다.

3. 임상 및 정책적 함의

사회사업(복지) 분야에서는 전통적으로 개인과 환경과의 상호작용과 조화 또는 적합성 (fit)에 관심을 기울여 왔다.²⁴⁾ 미국 내 행동보건(behavioral health) 분야에서 기존의 정신 보건과 약물치료간의 조직적 분리는 이중진단 환자의 치료에 걸림돌이 되는 환경적 요소로 볼 수 있으나, 최근에 와서야 그 대책이 논의되고 있다. 이러한 움직임은 지난 10여년 간의 의료서비스 및 비용에 대한 각별한 사회적 관심과 의료비억제책의 강화에 힘입은 것으로 보인다. 비용억제의 전략으로 단기입원과 지역사회 중심의 서비스가 강조되고 있는데, 지역사회서비스에 대한 관심은 치료적 및 인도적 차원에서 1960년대 이래 실시해오고 있으며 정신과학, 심리학을 포함하는 제분야와 함께 사회사업분야도 각종 통원 및 입소시설을 운영하는 등 서비스전달에서 중추적인 역할을 담당해왔다. 단기입원에 대한 장려 추세로 볼 때 앞으로 퇴원 후 원활한 지역사회로의 재통합을 촉진시켜줄 과도기적 성격의 프로그램에 대한 필요성이 절실해질 것으로 보인다.

이 연구에 참여한 중간집(halfway house)들은 정신과 퇴원후 입소하는 프로그램으로 지역사회 환경과의 원활한 통합을 위해 세워진 시설들이다. 특히, 통합치료의 모델을 사용한 시설에서는 이중진단의 문제를 정신질환과 아울러 다루며 퇴소 후 지역사회 내에서 닥치게 될 약물과 관련된 문제에 대한 대응력을 키운다. 연구결과와 관련해 통합치료의 향상을 위한 제언을 한다면, 프로그램 도입부 강화의 필요성에 관한 것이다. 발전적인 목표와 내용을 가진 프로그램일지라도 초기에 중도 퇴소하면 그 혜택을 받지못하게 되므로, 프로그램의 도입부를 강화하여 중도퇴소자를 최소한으로 줄이는 방법을 모색해야 한다.

4. 한국 지역사회 정신보건분야를 위한 제언

의료비의 상승이 경제성장과 물가상승의 폭을 훨씬 앞지르는 현상은 선진국 (특히 미국)에서와 마찬가지로 우리에게도 일어나고 있는 현실이다. 비록 미국과는 다른 의료체계를 가지고 있지만 국내에서 일고있는 의료수가 책정과 진료비 과다청구 등을 둘러싼 대립과 의혹, 그리고 개혁의 필요성에 대한 주장들 모두 새롭기만 한 것들은 아니다. 의료비 상승

24) Germain, C. & Gitterman, A., "The life model of social work practice," New York: Columbia University Press, 1980.

둔화책의 일환으로 우리 나라에서는 올해부터 의료비지급에 DRG(Diagnosis-Related Groups)²⁵⁾방식이 확대 실시된다. 또한, IMF체제하에서 비용절감을 위해 미국에서 시행되고 있는 managed care의 일부 전략들이 우리나라 의료체계에도 도입될 것으로 보인다. 이미 일부 대학병원 및 종합병원에서 무입원 당일수술을 실시하고 있고 장차 DRG 영향하에서는 단기입원의 경향이 뚜렷이 나타날 것으로 보인다.

우리 나라에 있어서 단기입원 경향의 가속화는 행동보건 분야에서 상반된 임상적 및 정책적 함의를 가진다. 임상적으로 볼 때, 인위적이고 제한적인 입원시설에서의 생활을 최소화시키는 것은 클라이언트의 사회심리적 재활의 측면에서 긍정적으로 평가된다. 반면에, 지역사회에 충분한 서비스 자원이 마련되어 있지 않은 현시점에서 조기퇴원은 클라이언트 본인, 가족이나 보호인, 지역사회의 서비스 제공자 측에 실제적인 부담이 될 수 있다. 통원치료의 지속성이 유지되지 않거나 지역사회의 자원이 결여되어 클라이언트의 재활 또는 사회통합이 원활히 이루어지지 않는다면 이는 다시 입원으로 이어질 것이고, 따라서 이들 집단에서 높은 재입원률(recidivism rate)의 양상이 나타날 수도 있다.

사회적, 정책적인 맥락에서 볼 때, DRG의 확대실시, 단기치료에 대한 강화, 지역사회중심의 서비스 전달이라는 새로운 움직임은 경제적으로 한 분기점에 와 있는 우리 나라 실정에서 의료자원의 보다 효율적인 이용과 배분을 촉진하는 요인으로 평가된다. 이러한 움직임은 지역사회에 대한 투자가 함께 따라야 그 본래의 목적에 부합하는 것으로, 지역사회를 중심으로 하는 행동보건 분야의 치료 및 재활 서비스체계의 모형을 개발하고 프로그램을 다양화 하는 것이 앞으로의 과제가 된다. 이를 위해 사회적 및 정책적인 지원의 성격, 유형, 범위 또는 한계에 대해 실증적 연구를 바탕으로 한 논의가 절실히 요구된다.

25) DRG 방식은 미국 정부의 Medicare 프로그램에 비용절감의 목적으로 1983년 도입된 입원비 지급의 한 방법으로, 기존에는 제공된 서비스에 대해 개별적으로 의료비가 지불되었으나 DRG 방식 도입 후에는 일회입원에 대해 지불되는 의료비에 제한이 생겼고 진단명에 따라 그 비용에 차이가 있다.