한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare vol. 42 2000. 8, 340~371

대리(de Facto) 정신보건 서비스체계의 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 분석*

이 선 혜**

1995년 정신보건법 제정을 계기로 만성정신질환 보호(*care*)의 패러다임이 시설수용에서 탈시설과 지역사회재활로 전환되고 있다. 그간 국내에서 의료 및 정신의료기관을 비롯하여 사회복지시설 및 종교관련시설 등의 대리체계에서 정신질환을 가진 클라이언트의 상당수를 보호 관리해 왔으나, 최근 진행되고 있는 서비스 환경상의 변화는 의료 및 정신의료기관 이용자를 중심으로 이루어지는 경향을 보인다. 정신질환을 가진 클라이언트 집단에는 다양한 사회경제적 하위집단이 존재하는바 이러한 차이를 고려하지 못하는 현 실정에서는 대리체계 이용자가 탈시설 여건 면에서 상대적으로 취약하다. 이에 따라, 본 연구에서는 만성의 주요정신질환을 가진 사람에 대한 거주력 조사를 실시하고 이들 중 대리체계 이용 有·無 경험자간의 비교를 통해 대리체계 이용자들의 인구사회적 및 임상적 특성과 국내 대리체계의 유형 및 서비스 이용정도를 파악하고 이들의 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 실증적 분석을 시도했다. 자료분석의 결과, 클라이언트는 유병기간이 길어짐에 따라 정신의료기관에서 대리체계로 이동하며, 대리체계를 이용하는 양상은 일시·단편적이 아닌 반복·지속적 성격

* 이 연구는 1999년도 강남대학교 일반연구비 지원에 의해 이루어졌음.
** 강남대학교 사회복지학부 전임강사

을 보이며 여성이 남성에 비해 이용 가능성이 높은 것으로 나타났다. 지역사회 정신보건의 균형적 발전을 도모함에 있어 취약집단에 대한 별도의 구체적인 탈시설 전략이 요구되는바 분석결과를 바탕으로 임상 및 정책적 제언을 시도했다.

1. 문제 제기

국내의 정신보건서비스는 지난 10년간 다양한 변화를 통해 지역사회 중심의 서비스로 변모해가고 있다. 전국적으로 지역정신보건센터[1] 시범사업이 확산되었으며 사회복귀시설[2]의 설치 및 운영이 지원되면서 지역정신보건 인프라(*infrastructure*) 구축이 시도되어 왔으나, 탈시설·탈수용을 위한 여건이 충분히 조성되지 못했던 상황 속에서 클라이언트 개인의 주거 및 재활환경에 실질적인 변화가 발생하는 데는 어려움이 많았다.

대외적으로 볼 때, 구미의 여러 선진국에서는 이미 우리보다 30년 이상 앞서 탈시설 정책을 시행했으며, 그간 병상수를 지속적으로 감소시키는 가운데 지역중심의 재활서비스 확대에 주력해왔다(OECD, 1993). 이러한 변화는 인권신장, 의료비용 절감 등의 긍정적인 평가와 더불어 다양한 사회문제에 대한 직·간접적인 원인으로써 지목되어 왔다. 특히, 우리나라 지역정신보건사업의 모델이 되고 있는 미국의 경우 탈시설화 초기 단계에서 지역사회 지지체계가 정착되지 못하여 그 이래로 정신보건 클라이언트에 의한 비(非)정신보건서비스체계(*de facto mental health service systems*) 이용, 횡수용(*trans-institutionalization*) 등이 후유증으로 지적되어 왔다. 이러한 현상들은 질 높은 정신보건서비스 전달에 결정적인 요인이 되는 서비스의 연속성과 적절성에 치명적인 영향을 주는바 탈시설 정책의 평가에서 필수 논제가 되어왔다.

우리나라의 경우, 그간 수용위주의 정책을 장기간 시행하면서 만성정신질환에 대한 관리에서 정신의료기관을 비롯하여 정신요양시설을 포함하는 다양한 사회복지시설에 상당 부분 의존해 왔다. 국내에서 정신질환자에 의한 非정신보건서비스체계의

1) 1999년 현재 전국적으로 39개 사업장에서 실시되고 있는 시범사업임.

2) 이에 대한 자세한 논의는 이봉원·이용표(1999)를 참조할 것.

이용은 미국에서와는 달리 오히려 탈시설 정책 시행 이전부터 존재했으며(남정자, 1994) 이는 정신보건기관 및 유관기관간의 업무가 적절히 구분되거나 이들 간의 협력이 체계화되지 않은(이영문 외, 1996) 가운데 적은 예산으로 다수의 클라이언트를 수용 관리하는 과정에서 비롯된 것이다. 따라서, 대리서비스체계 이용에 관한 논의는 정신보건 전반의 탈시설화 논의와 직결되는 것으로써 큰 비중을 차지하는 것으로 볼 수 있다.

그러나 현재 진행되고 있는 정신보건사업은 이러한 현실과는 괴리를 보이는 가운데 정신보건시설 및 그 이용자에 관심이 집중되는 경향을 보이고 있으며 非정신보건시설 및 그 이용자에 대한 탈시설 논의는 활성화되어 있지 못하다. 특히, 非정신보건서비스체계의 이용이 클라이언트의 사회경제적 취약성과 관련됨에 따라 그들이 탈시설 과정에서 상대적으로 불리한 위치에 있거나 배제될 수 있는 가능성이 우려된다(이영문, 1996). 이렇듯, 탈시설화와 지역정신보건사업의 진행에 대한 적절한 평가에는 다양한 하위집단에 대한 개별적 이해 또한 요구되고 있으나, 국내 문헌에는 非정신보건서비스체계 자체 및 이용자의 특성에 관련된 연구가 매우 미비하여 사업의 잠정적 평가에 활용될 수 있는 적절한 자료가 부재한 실정이다.

이에 본 연구에서는 국내에서 만성정신질환을 가진 클라이언트에 의해 이용되는 非정신보건서비스체계의 유형을 파악하고 그 이용자들의 특성에 대한 이해를 도모함과 동시에 그들의 非정신보건서비스체계 이용에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 한다. 이 연구는 만성정신질환자 하위집단에 대한 연구로써 기존 문헌에서 등한시되었던 부분들을 다루고 있어 탈시설과 지역정신보건사업의 진행에 대한 중간평가에 실증적 자료로써 활용될 수 있다. 이들의 非정신보건서비스 이용의 결정요인은 탈시설 결정요인과 직결되는바 이에 대한 이해를 통해 탈수용을 유인하는 요인들을 파악하고 이를 정신보건정책상에 반영시켜 사업의 중도 조율을 꾀하는 데 활용할 수 있을 것으로 사료된다.

2. 문헌 고찰

1) 용어 정의 : 대리 정신보건 서비스체계 (de Facto Mental Health Service Systems)

용어상 'de facto'는 'in reality'를 의미하는데, 정신보건 분야에서 'de facto mental health service systems'란 서비스를 전달하는 주체의 본래 임무가 클라이언트의 정신건강서비스 요구도에 부합하는 서비스의 제공에 있지 않으나 그의 생존을 위한 서비스를 제공하면서 실질적(*in reality*)으로는 일차적인 서비스 제공자로서 기능할 때 그 주체를 일컬어 말한다. 미국의 경우, 정신질환을 가진 사람들에 의해 많이 이용되는 대리체계의 유형에는 非정신 일반의료기관(특히, 1차 진료기관), 대인서비스 전문가, 자조집단, 가족·친지 및 자원봉사자(Regier, Narrow, Rae et al., 1993)로부터 공공사회복지서비스 및 각종 민간사회복지시설, 교정시설(Kenig, 1992)에 이르는 다양한 체계들이 포함된다. 현재 국내 문헌상에는 이들을 포괄적으로 일컫는 적절한 용어가 없으므로 이 논문에서는 이를 '대리 정신보건 서비스체계'(이하 대리체계)로 명명하고자 한다. 본 연구에서는 이들 기관 중 탈시설 선발국에서 특히 문제시되고 있는 非의료, 非정신보건기관으로서 주거를 제공하는 복지시설 및 종교관련시설 등을 대리체계의 범주에 포함시키고자 한다.[3]

2) 대리체계 이용실태

만성정신질환을 가진 클라이언트의 대리체계 이용은 특히 미국사회에서 탈시설 정책의 부정적 결과로써 이해되어 왔다. 국내에서도 정신건강상의 문제로 도움을 구하는 과정에서 정신보건기관 이외의 다양한 시설들이 이용되는데, 여기에는 정신요양시설을 비롯하여 5대 사회복지시설, 기도원 및 치료감호소가 포함된다. 정신요양시설은 현재 국내 정신보건병상의 1/3을 차지하며 정신보건법 제정 이래 정신보건기관

3) 이 논의는 한방 및 대체의학에 의한 서비스 제공 행위를 포함하지 않음을 밝혀둔다. 또한, 포괄적으로는 전통무속에 대한 원조요청(*help-seeking*) 행위도 이에 포함될 수 있으나 이는 정신보건 정책상의 변화와 직접적인 관련성이 적다고 여겨지는바 여기서는 고려하지 않았다.

〈표 1〉 5대 사회복지시설의 정신질환자 수용현황, 1993

사회복지시설유형	의료보호 대상자(A) (명)	의료보호 정신장애 수진자(B) (명)	B/A (%)
전 체	60,737	13,491	21.8
아동복지시설	22,651	1,064	4.7
노인복지시설	8,221	1,389	16.9
부녀복지시설	3,592	241	6.7
장애인복지시설	11,787	1,268	10.8
부랑인복지시설	14,486	5,895	40.7

자료 : 보건사회부 의료보험관리공단(1993) : 남정자(1997)에서 재인용.
주 : A) 93년도 말 기준 의료보호대상자, B) 93년도 1년간 정신장애로 인한 의료보호 급여 청구자

으로 분류되고 있으나, 장기간 수용관리에 역점을 둔 서비스의 제공이 일반적인 경향이었으므로 최근까지 대리체계 기능을 해온 것으로 볼 수 있다. 1990년대 초 전국 70여 개소에의 정신요양시설에 약 18,000명이(남정자, 1994), 1999년 현재 전국 67개소에 약 13,000명이 입소되어 있다(전국정신요양시설협회, 1999).

그 외 사회복지 및 종교관련 시설에 1993년 현재 약 6만여 명의 정신질환자가 입소되어 있는 것으로 나타나고 있으며(남정자, 1994; 남정자, 1997) (〈표 1〉 참조), 최근자료에 의하면, 전국 부랑인시설 입소인원의 57.8% (6,421명)가 정신질환을 가지고 있으며 그 중 60% 이상이 5년 이상의 장기입소자인 것으로 집계되고 있다(박수천, 1998). 국내에서는 실증적 자료가 불충분하나 탈시설 선발국에서 실시한 대규모 역학조사(Regier et al., 1993)의 결과로 미루어 보아 교정관련시설도 대리체계의 역할을 일부 수행하고 있으며 임시보호소나 노숙자 쉼터에서도 사례가 발견되고 있다(권구영 외, 1999).

3) 대리체계 이용과 서비스 요구도 충족 간의 관계

만성정신질환을 가진 사람은 다양한 이유에 의해 非정신보건기관 및 시설을 이용하게 되며 그로써 그가 가지는 서비스 욕구의 일부분을 충족시키고자 한다. 이러한 방식으로 제공되는 서비스는 정신보건서비스의 기본원칙인 연속성 및 적절성이 보장

되지 않을 뿐만 아니라 비용효과면에서 비효율적이라는 이유로 선진국에서는 이미 수많은 논의의 초점이 되어 왔다. 국내에서의 대리체계 이용이 내포하는 문제를 고찰함에 있어 우선 미국의 경우를 살펴봄으로써 이를 우리 실정을 평가하고 탈시설화 진행과 더불어 향후 발생가능한 일들에 관해 예측하는 데 활용하고자 한다.

미국의 경우, 1960년대부터 지역사회를 기반으로 하는 정신보건서비스 개념이 확대되면서 시설수용의 절정을 이루었던 1950년대에 600,000명에 육박하던 환자들이 1970~80년대에 지역사회로 유입되었고 결과적으로 만성정신질환의 수용보호에 일차적인 역할을 담당했던 주립병원의 병상이 약 1/5로 감소했다(Sharfstein & Koran, 1990). 그 당시 지역사회에는 유입된 환자들에게 서비스의 연속성이 보장될 수 있는 방안들이 적절히 마련되어 있지 못한 상태였으므로(Stroul, 1989) 단기적 성격의 입원과 재입원을 반복하는 사례들이 발생했다.[4]

이렇듯 반복되는 입원기간을 전후로 하여 다수 클라이언트의 주거상태가 상당히 불안정한 것으로 보고되고 있다. 여기에는 안정된 수입원과 주거의 결여, 주소불명 상태인 연유로 공공의료비 지원신청에 자격이 없는 점, 거리생활에서 오는 신체 및 정신적 스트레스, 알코올 오남용 및 중독, 심신 건강에 대한 정기적 검진 결여 요인이 관련되어 있다(Gerson & Bassuk, 1980; Herman 외, 1991; Schmidt, 1995; Segal 외, 1988). 구체적으로, 클라이언트가 거리생활을 하는 도중에는 투약, 정기적인 외래 및 재활프로그램 참석에 대한 적절한 감독과 관리를 비롯하여 위기개입이 적절히 이루어지기 어려워 질환의 관리가 방치되는 경향이 짙다. 환자에 의한 산발적 원조요청 행위는 서비스의 분절, 중첩과 같은 서비스 '연속성' 상의 문제를 낳게 되고 위기의 발생은 입원으로 직결된다(Padgett & Struening, 1991).

입원 중심의 서비스는 입원환경이 조성하는 부자연스러운 여건과 아울러 지역사회에서의 생활을 단절시키는 역할을 하기 때문에 잦을 경우 역기능적인 것으로 인식되어 왔다. 문헌상에는 재입원의 주기가 짧게는 3~6개월 간격으로 반복되는 것으로 나타나는데, 이러한 현상을 "회전문"에 비유하며, 급성병동에서 만성병동으로 후송(행정상 퇴원처리)하는 등 시설간 이동이나 지역사회에서의 생활기간이 매우 짧은 경

4) 이에 대한 개선방안으로 1970년대 이후 CSS (Community Support Systems) (Stoul, 1989)가 실시되었음.

우를 일컬어 흔히 '횡수용'이란 용어를 사용해 왔다. 혹자는 만성정신질환을 가진 이들이 부랑·노숙생활을 하면서 각종 대리체계를 통해 생존(*survival*)의 욕구를 충족시키고자 하는 경우에 이들 기관을 오가며 서비스를 받는 행위는 '횡수용'과 진배없다는 주장을 한다(Kenig, 1992). 대리체계는 이들의 불안정한 생활 중 최소한의 생계유지를 위한 서비스를 제공한다고 볼 수 있으나, 정신보건서비스에서 요구되는 서비스의 적합성, 적절성, 연속성을 만족시키는 데는 근본적인 한계를 가진다.

미국의 경우에는 대리체계의 이용이 탈시설화 이후의 문제로써 논의되는 반면, 우리나라에서 대리체계는 탈시설화 정책 시행(정신보건법 제정, 1995년) 이전부터 존재하면서 환자의 수용관리에 일정 역할을 담당해 왔던바 이들이 탈시설화에서 중요한 변수로 작용하게 될 것임은 미루어 짐작이 가능하다. 대리체계에서의 서비스 제공이 미국의 경우와는 다른 양상을 보이나 클라이언트의 욕구를 충족시켜 주지 못하는 점에서는 양자가 크게 다르지 않다. 국내 부랑인시설의 예를 보면 형식적 진료, 촉탁의 및 약품비 예산 전무, 외래진료를 위한 환자호송에 요구되는 인력과 장비의 부족, 의료보호 재정난으로 시설에 대한 방문진료를 금지시킨 점 등 정신질환자에 대한 진료미흡이 지적되고 있어(박수천, 1998), 서비스의 적절성 및 연속성상의 문제를 드러내고 있다.

4) 대리체계 이용에 영향을 미치는 요인들

만성정신질환을 가진 클라이언트에 의한 정신보건 대리체계 이용 행위는 여러 가지 요인의 영향을 받는 것으로 이해될 수 있다. 이 절에서는 관련 문헌에서 언급된 제 요인들을 임상·개인적, 경제적, 서비스 전달체계, 의료비용 지불 및 사회문화적 측면으로 다음과 같이 분류하고 그 요인들과 대리체계 이용간의 관계를 살펴보고자 한다.

(1) 임상적·개인적 요인

여기에는 정신적 기능, 유병기간, 경제력, 성별 요인이 포함되는데, 첫째, 정신질환을 가진 개인에게 있어 그의 서비스 이용에 영향을 미치는 일차적인 요인은 그의 정신적 기능상태이다. 서비스의 수준(*level of service*)은 정신적 상태에 따르는 서비스

요구수준과의 관련성 하에서 결정되고 적정한 서비스 환경을 통해 서비스를 제공받아야 함이 원칙이다. 그럼에도 불구하고 국내에서는 1995년 정신보건법 제정 이전까지 서비스 수준과 관련된 정신보건기관간 기능분화가 쟁점화되지 못했던 가운데 정신의료기관에의 입원을 비롯하여 사회복지시설을 위시한 대리체계 입소가 클라이언트의 재원 적절성 여부와는 상당 부분 무관하게 이루어졌다. 이에 대한 구체적인 논의는 보다 거시적인 시각을 요하므로 아래의 '전달체계 요인'에서 다루고자 한다.

둘째 요인은 유병기간으로 클라이언트가 첫 발병시에는 대학·종합병원 정신과로 내원하나 질환의 만성화와 함께 정신병원 및 정신과의원, 나아가 정신요양시설로 이동하는 현상을 보이는 것으로 인식되고 있다(이호영 외, 1994). 셋째 요인은 경제력으로, 정신질환에 대한 개입이 입원 및 장기치료 위주로 진행되는 특성 때문에 가족·친지는 그로부터 파생되는 고액의 의료비용으로 지속적인 부담을 지게 되는데(강동호 외, 1995; Loukissa, 1995; Thompson & Doll, 1982), 이는 의료기관의 이용에 수반되는 문제이기 때문에 보호자는 경제적으로 부담이 적은 서비스 공급주체를 택하게 된다. 결과적으로 클라이언트는 다양한 유형의 非정신보건시설로 이동하게 되는데, 이들 시설들은 그의 상태에 따라 재원(在院) 적절한 경우에는 정신보건 대리체계로서, 재원이 부적절한(퇴원이 가능한) 경우에는 주거 대리체계로서 이용되는 것으로 볼 수 있다. 정신보건시설의 일종인 정신요양시설은 역사적으로 볼 때 다수의 만성정신질환자를 빈약한 정신보건예산으로 수용관리하는 가운데 가족의 경제적 부담을 경감시키는 측면이 있었으며, 여타 복지시설도 가족의 지원이 미약하거나 연고가 없는 이들을 입소시키고 있어 이와 크게 다르지 않은 입장에 있다.

마지막 요인은 성별로, 국내에서 만성정신질환자의 인구사회적 특성을 파악한 극소수의 연구들 중 성별과 관련된 주요결과를 살펴보면, 강희찬 등(1986)의 연구에서 전문정신병원에 내원한 행려환자 중 여성의 비율이 높은 것으로 나타났는데(전체의 60%), 그들은 남성환자에 비해 결혼 경험률이 2배, 이혼율이 4배 가량 높은 것으로 보고되었다. 이 연구자들은 심리적 및 사회경제적 지지에서 배우자의 역할이 큼을 감안할 때 여성의 높은 이혼율이 그들의 행려생활에 위험(*risk*) 요인이 되는 것으로 보고 있다. 또한, 여성에게 의료보호환자 비율이 높은 전문정신병원에 대한 이용이 두드러지는 점(이영문 외, 1996)은 여성이 경제적으로 보다 취약한 여건에 처해있음을 시사하고 있다. 이렇듯 가족지지 면과 아울러 경제적인 면에서 여성이 불리한 입장에

있는바, 경제적 부담이 적은 대리체계에서도 이용률에 유의미한 성간 차이가 존재할 것으로 보인다.

(2) 전달체계 구조·기능상의 요인

대리체계 이용에 영향을 미치는 전달체계 요인으로서 첫째, 주거스펙트럼(*residential spectrum*)의 부재를 들 수 있다. 주거스펙트럼이란 클라이언트의 지역사회복귀와 사회통합을 도모하기 위해 지역사회에 존재하는 일련의 주거 및 치료시설로서, 클라이언트의 서비스 요구수준에 따라 주거에 역점을 두는 독자적 형태로부터 치료적 요소가 강조되는 24시간 지도감독에 이르기까지 서비스 강도 및 통제 정도에 있어 다양하다. 주거스펙트럼은 지역사회를 중심으로 하는 정신보건서비스에서 전제되어야 하는 요소인데, 그간 국내에서 정신질환의 관리가 병원 및 복지시설을 비롯한 대단위 시설 수용을 통해 이루어져 왔던바 이에 대한 개발이 미비했다. 현재 국내에 주거연속체(*residential spectrum*)가 지역사회 단위로 체계적으로 형성되어 있지 못한 여건 속에서 기존의 대리체계는 입소자들에게 무료 또는 저비용으로 침식을 제공함으로써 탈수용에 대한 동기를 저하시키고 나아가 탈시설화를 지연시키는 요인으로써 작용해온 것으로 볼 수 있다.

전달체계에 관련된 다른 하나의 요인으로서 기존 정신보건기관간의 역할 미분화를 들 수 있다. 정신질환에는 다양한 유형이 있으며 환자는 동일 진단내에서도 성별, 연령, 유병기간, 가족 지지체계, 클라이언트의 병전기능 등에 따라 다양한 특성을 가진다. 이러한 특성으로 인해 개입에 대한 요구수준(*level of service*)에 개인차가 있기 때문에 정신보건기관간에 역할정립도 개입수준을 중심으로 이루어져야 한다. 그러나 국내에서는 다양한 특성의 환자들이 기관 내에 혼재하기 때문에 개인의 임상·심리사회·경제적 특성에 따르는 개인중심의 치료(*individual customed treatment*)가 이루어지지 못하고 모든 기관에서 획일화된 서비스가 전달되어 왔다. 즉, 서비스의 내용에 유의미한 차이가 없다고 판단되는 상태에서 서비스 주체에 대한 선택은 경제적 동기에 근거하게 되어 이용료가 저렴한 기관으로 이동하게 되는 것이다(이영문 외, 1996). 특히, 기관간 기능이 미분화된 국내 실정에서 이러한 이동의 기본적 성격은 횡수용(*transinstitutionalization*)으로 인식될 수밖에 없다.

(3) 의료비 지불방식 요인

정신의료기관간의 역할 미분화와 서비스의 획일성은 상당부분 의료비 지불방식에 의해 결정되고 있는 것으로써, 서비스 내용에 무관하게 일정액이 지불되는 점, 다양한 재활치료방식에 대해 의료보험 및 보호수가가 책정되어 있지 않은 점 등을 들 수 있다(이영문, 1996; 김윤 외, 1999). 의료보험의 경우 현재, 입원, 외래, 낮병원 만이 급여대상이며, 의료보험의 경우 1999년 말 낮병동 수가가 신설되기 전까지 급여대상 서비스는 입원과 외래에 한정되었다. 입원수가는 양자에서 모두 일당정액제로 책정되어 있어 입원 중 받는 서비스에 다양성과 개별성을 기대하기에는 무리가 있다.

의료보험 환자의 경우 그간 본인부담금이 의료보호 환자에 비해 컸던 이유로 경제적 어려움이 가중되는 경우 의료보호 환자군에 편입되거나(김윤 외, 1999) 대리체계를 이용해 온 것으로 보인다. 이에 비해 의료보호 환자군은 입원에 있어서 1년 중 365일이 급여대상이었던 관계로 본인부담이 없는 상태에서 입원이 장기화되는 경향을 보여왔다. 그러나 지역사회 중심의 질환관리를 활성화하기 위한 목적으로 의료보호에 낮병원 수가가 신설되고 입원기간에 따른 차등진료수가가 적용되면서 조기퇴원에 대한 압박이 커졌다. 이에 따라, 장기 의료보호 입원환자군의 퇴원가능성이 높아졌으며 이러한 변화는 지역사회에 주거시설이 적절히 형성되어 있지 않은 현 시점에서 이들의 대리체계 유입을 증가시키는 요인이 될 수 있는 것으로 판단된다.

(4) 사회문화적 요인

대리체계 이용에 영향을 미치는 사회문화적 요인들로서 여러 가지 유형이 문헌상에서 논의된 바 있다. 미국에서 약물오남용 치료에 대한 대폭적 재정 지원으로 서비스 제공의 기회가 확대됨에 따라 공공정신보건서비스 이용자들이 약물치료체계를 통해 그의 서비스 요구도 충족을 시키고자 한 경우(Schmidt & Weisner, 1993), 특정집단의 사회경제적 취약성(여성, 아동, 노인, 빈곤층)이 대리체계 이용의 위험요인이 되는 경우, 정신질환에 대한 인식이 부족한 동시에 정신보건서비스에 대한 원조요청(*helpseeking*)에 스티그마가 동반되는 까닭에 非정신보건시설을 통해 문제를 해결하고자 하는 경우가 여기에 포함된다. 국내에서는 질환 경과 및 관리에 인식이 부족한 환자와 가족들이 질환이 만성화되는 가운데 정신보건기관 치료진에 대한 불신이 높아져 "정신과에 대한 편견"(이영문, 1996: 79)을 형성하면서 대리체계로 이동해가는 경향이

있음이 관찰된 바 있다.

이상에서 언급된 대리체계 이용에 영향을 미치는 제 요인들을 종합적으로 살펴볼 때, (2), (3)의 전달체계 구조·기능 및 의료비 지불방식 요인은 주로 정신보건 서비스 전반에 대한 정책관련 연구(김윤 외, 1999; 남정자, 1997, 신영전, 1999; 이봉원, 1999; 조성민, 1999)를 통해 빈번히 거론되고 있으며, 거시적 정신보건 정책의 수준에서 조율되어야 하는 성질의 것들이다. 전달체계 및 의료비 지불방식의 변화는 서비스의 수요·공급행위에 영향을 미치는 것으로 인식되는바(Feldstein, 1988; Sharfstein & Koran, 1990), 이러한 조율은 만성정신질환자 전체 집단의 서비스 이용 양식에 상당한 변화를 동반하게 될 것으로 전망된다.

그러나 변화의 양상은 정신의료기관 이용자 집단과 대리체계 이용자 집단간에 상이하게 나타날 수 있는데, 여기에는 위에서 언급된 요인 (1)에 해당하는 임상·개인적 특성의 차이가 작용하는 것으로 보인다. 현재, 정신보건시설을 위주로 하는 국내 서비스 현실 비판 및 조정 노력은 非정신보건시설인 대리체계를 고려대상에 적극적으로 포함시키지 않고 있어 이들의 탈시설을 지연시킬 수 있는 임상·개인적 특성에 대한 인식이 결여된 상태이다. 이에 따라, 의도하는 거시적 변화의 효과가 국내 탈시설 대상의 상당부분을 차지하고 있는 대리체계 입소자들에게 파급되는 데는 한계가 있으며, 따라서 탈시설의 기회면에서 대리체계 이용자들은 상대적인 취약성을 가지게 되는 것으로 볼 수 있다.

3. 연구 문제

본 연구는 만성정신질환자 하위집단의 탈수용에 대한 상대적 취약성에 문제를 제기하는 것으로부터 출발한다. 이 연구에서는 만성의 주요 정신질환을 가진 사람들에 의한 국내 정신보건 대리체계 이용 실태를 파악하고 이용자의 특성에 대한 이해와 함께 그들의 대리체계 이용에 영향을 미치는 요인에 대한 분석을 실시함을 일차적인 목적으로 한다. 이를 위해 연구의 목적을 다음의 세 가지 연구문제로 구체화시키고자 한다.

① 대리체계 이용 경험자의 특성
인구사회적 및 임상적 측면을 대리체계 이용 非경험자와 비교함으로써 이용 경험자의 특성에 대한 파악을 하고자 한다.
② 만성의 주요정신질환을 가진 사람들에 의해 이용되는 정신보건기관 및 非정신보건기관(대리체계)의 유형을 조사하고, 시설 유형별로 이용정도를 파악한다.
③ 만성의 주요 정신질환을 가진 사람들이 대리체계 이용을 결정하는 유의미한 요인들 및 그 영향력을 파악한다.

4. 연구 방법

1) 연구설계 및 연구대상

본 연구의 목적은 국내에서 만성정신질환을 가진 사람들로서 정신보건 대리체계를 이용하는 집단의 특성과 그들의 이용 실태에 대해 기술(記述)하고 그들의 특성과 대리체계 경험간의 관계를 밝히는 데 있다. 응답자 개인의 신상 및 거주환경의 변화를 정확히 파악하기 위해서는 시계열적 연구설계를 도입하여 패널의 변화를 추적하는 것이 바람직하겠으나(Rubin & Babbie, 1997), 개인의 평생에 걸친 거주환경 변화를 관찰하는 작업은 장기간에 걸친 패널 추적 등 시간과 비용상의 어려움이 있다. 따라서, 본 연구에서는 일회 조사시점에서 평생거주력에 관련된 정보를 수집하여 패널연구에서와 유사한 자료를 수집하고자 했다. 단일 조사 시점에서 수집된 거주력 자료를 바탕으로 연구집단(대리체계 有경험자)과 비교집단(대리체계 無경험자)을 사후 분류하고 이를 대리체계 이용자의 특성분석 및 대리체계 이용결정요인 분석에 활용될 수 있도록 했다.

본 연구의 대상은 만성의 주요정신질환을 가진 사람들로서 발병 이후로부터 조사시점까지 가족·보호자나 정신보건기관 이외의 장소, 특히 대리체계에서 거주한 경험이 있는 사람들이다. 현재 대리체계에 입소해 있는 경우, 이들은 증상이 안정된 평상시에는 시설에서 생활하면서 증상이 악화될 때는 수주에서 수개월 간 정신의료기관에 입원하게 된다. 현재 지역사회에서 생활하고 있기는 하나 과거에 대리체계 이용경험

이 있는 경우도 본 연구의 대상에 포함시켰다. 본 연구에서 비교집단은 증상 악화 시에는 이상에서와 동일하게 정신의료기관을 이용하나 퇴원 후 가족·보호자와 또는 독립적으로 지역사회에서 생활하면서 지역정신보건 서비스 제공자와 연계되어 있는 이들로 구성되어 있다. 탈시설화가 걸음마 단계에 있는 국내 실정하에서 이들은 "지역사회를 기반으로 하는 정신사회재활" 모형에 가장 근접해 있는 집단으로 볼 수 있다.

2) 표본추출

표본추출 작업에서 최대 관건은 다양한 대리체계 거주경험을 가지고 있는 대상과 그의 비교집단을 보다 용이하게 모집하는 데 있었고, 이를 위해 3단계 표본 추출과정을 거쳐 최종적으로 총 198명의 참여자를 확보했다. 구체적으로, 표집 1단계에서 추출단위는 지역으로서 서울·경기 남부를 위주로 하는 수도권을 선정했는데, 이는 수도권이 타 지역에 비해 다양한 정신보건기관 및 대리체계가 밀집되어 참여자의 선정이 용이했기 때문이다.

2단계에서는 수도권 남부지역을 중심으로 두 유형의 대리체계(정신요양시설과 부랑인시설)와 세 유형의 지역정신보건 관련기관(정신보건센터, 클럽하우스, 사회복귀 이용시설)을 선정한 후, 구체적인 기관 선정은 기관 측과의 개별적인 접촉을 통해 조사 당시 기관 측의 협조가 가능한 14곳으로 결정되었다.[5] 정신요양시설[6]과 부랑인시설은 의료기관을 제외하고는 입소자 중 정신질환자의 비율이 가장 높은 곳이고(남정자, 1994; 박수천, 1998) 지역정신보건 관련기관도 주간재활프로그램에 연구대상이 포함될 확률이 높은 곳이었다.

3단계에서는 각 시설의 경우 약 10%(사회복귀시설의 경우, 약 30%)에 해당하는 인원이 선정되었는데, 대상의 선정기준은 모집 당시 주요 정신병 진단이 있으며 면접에 응할 수 있을 정도로 정신적 기능이 안정된 상태로 비교적 포괄적인 정의를 적용했다. 지역정신보건센터의 경우, 주간재활 프로그램 참여자들이 포함되었는데 대부분

5) 이 연구를 위한 자료 제공에 협조를 아끼지 않은 서울과 경기 지역의 기관·시설에 사의를 표합니다.

6) 정신요양시설의 경우 1995년 말 정신보건법(법률 제5486호) 제정과 함께 정신보건기관으로 재분류되었으나, 그 이전까지는 퇴소자의 사회복귀 훈련에 대한 의무가 없었던 점에서 대리체계와 상이하지 않다고 판단하여 여기서는 대리체계로 취급했다.

의 센터에서 정규 참석인원이 20인을 초과하지 않아 센터의 경우 전수조사를 원칙으로 삼았다. 이러한 기준 하에 해당기관·시설의 사회복지사가 입소 및 이용자에게 연구참여 의사를 타진, 수락한 사람에 한해 면접이 이루어졌다.

정신의료기관은 두 가지 이유로 조사대상기관에서 제외되었다. 첫째, 의료기관에는 거주경험 면에서 여러 유형의 환자들이 미분류 상태로 혼합되어 있어 표집과정에서 연구집단과 비교집단의 규모 예측에 어려움이 있어 표집장소에서 제외시켰다. 둘째, 연구의 초점이 궁극적으로는 탈수용 방해요인에 대한 분석이므로 기능상 퇴원 가능한 대상이 표본에 적합하다는 판단에 따라 상태가 불안정한 클라이언트를 상대적으로 많이 보유하고 있는 곳인 의료기관을 조사대상기관에서 제외시켰다.

3) 변수 및 측정

본 조사에는 설문지, 표준화된 척도 및 기록양식 등으로 구성된 설문 패키지가 사용되었다. 이 설문 패키지를 통해 측정된 변수는 크게 인구사회적 변수, 거주력, 임상적 특징으로 나누어지는데 각각의 측정에 대한 보다 구체적인 내용은 다음과 같다.

(1) 인구사회적 변수

인구사회적 변수로서 성별, 나이, 학력(본인, 부, 모), 종교, 결혼상태, 주요성장지에 관한 정보를 수집했다. 결혼상태는 결혼경험과 현 상태를 반영하는 6가지 조목 중 택일하는 방식으로 응답을 받았다.

(2) 거주력

거주력에 대한 정보는 세 가지 도구에 의해 수집되었다(〈표 2〉 참조). 첫째, 설문지 중 개인사항란에서 주요성장지, 성장기 거주환경, 희망 거주환경을 조사했는데, 본 분석에서는 인구밀집 및 도시화 정도를 반영하는 주요성장지 변수만을 사용했다. 둘째, 평생거주력 기록지(*log*) 양식을 개발하여 응답자로 하여금 출생 이후 거주한 장소를 상기하도록 하고 이를 발생 순으로 정리했다. 셋째, 거주경험 조사 양식을 개발하여 국내 27개 장소에 대한 거주경험 여부, 횟수 및 기간에 관한 정보를 수집했다. 이 거주경험조사표에 포함된 시설유형은 미국 행려정신질환자의 거주 안정성

〈표 2〉 거주력 자료 수집도구

도구 유형	변 수
A. 설문지 개인사항란	주요 성장지, 성장기 거주환경, 희망 거주환경
B. 평생거주력 기록지	연령(혹은 년도), 거주장소, 동거자 기입
C. 거주경험조사표	27개 시설에 대한 거주경험 여부, 횟수, 기간

(*residential stability*)을 조사하기 위해 개발된 "Monthly Residential Calendar" (Robertson, 1996) 상의 5개 범주 24유형 장소를 기초로 하여 본 연구자가 국내 실정에 맞도록 8개 범주 27개소로 수정한 것이다(〈표 5〉 참조).

본 연구에서는 거주경험조사표상의 장소 중 정신보건기관을 제외한 나머지 유형을 非정신보건시설로 통칭하고, 그 중 독립형, 정신보건기관을 제외한 5개 범주 19개소를 '대리 정신보건서비스 체계'(대리체계)로 조작 정의했다. 각 시설 및 기관별로 이용정도를 파악하기 위해, 각 장소에 대해 평생경험 총 이용기간을 물었고 의료기관의 경우 추가적으로 입원횟수(*number of admission*)를 물었다. 행려생활은 시설이나 기관이 관여된 경우가 아니나 서비스의 연속성과 적절성 면에서, 탈시설 상황에서 거주안정성에 부정적인 영향을 끼치는바 대리체계 범주에 포함시켰다. 행려생활의 경우, 여타 시설유형과는 달리 예외적으로 에피소드 수(*number of episode*)를 측정했는데, 이는 불안정한 생활에 관해서는 정확한 기간보다 에피소드 회상의 신뢰도가 상대적으로 높을 것이라는 연구자의 판단에 기인한다.

(3) 정신건강상태 및 유병기간

정신건강상태는 정신적 기능(*psychiatric functioning*)으로 정의하고 Brief Symptom Inventory(BSI) 중 Global Severity Index(GSI) 점수를 사용해 측정했다. BSI는 정신과 환자군 및 비환자군을 대상으로 9개 범주의 심리적 증상패턴을 응답자 보고(*self-report*)에 의해 사정하는 도구로써, 0~4 사이에 분포되어 있는 GSI 점수는 수치가 높을수록 증세가 심하고 기능이 떨어지는 것으로 해석된다(Derogatis & Lazarus, 1994). 최근 정신건강상태의 지표로서 증상군 특성에 따른 분류인 '진단명'에 비해 '기능정도'(*level of functioning*)가 개인의 정신건강상태를 측정하는 보다 실질적인 지표로 인식되는바(Rounsaville et al., 1986) 여기서는 GSI를 사용했다. 진단명은 본인으로

하여금 응답하도록 하여 이를 응답자의 병식에 관한 간접적 자료로 사용하고자 했다.

4) 자료수집

자료수집은 연구자를 포함한 7~8인의 면접팀이 선정된 기관·시설을 방문하여 응답자를 면접하는 방식으로 이루어졌다. 설문지는 응답자로 하여금 작성하도록 하되 조사원이 기입과정을 모니터하거나, 설문지 작성에 어려움이 있는 대상의 경우(문맹, 시력문제 등)에는 조사원이 개별적으로 면접하고 응답을 대필했다.[7] 면접조사원은 학부 및 대학원 학생들로 구성되었는데 이들은 사회복지학과 실습 과정 또는 자원봉사 활동을 통해 이미 주요 정신질환을 가진 사람들과 접촉한 경험을 가지고 있었다.

본 연구에서는 거주경험을 조사하기 위해 패널조사가 아닌 횡단조사가 실시되었던 까닭에 응답의 신뢰도가 떨어질 우려가 있었다. 연고자 면접을 병행하여 정보를 교차확인하는 가능성이 고려되었으나, 이는 시설입소자의 경우 연고자와의 접촉이 빈번하지 못한 특징이 있음을(이호영 외, 1994) 감안할 때 연고자의 협조 정도에 편차가 심할 것으로 판단되어 본 연구에서는 그 가능성을 기각했다. 대신, 설문과정에서 평생거주력 기록지와 거주경험조사표를 동시에 사용하여 정보를 교차확인하면서 응답자의 회상을 향상시킴으로써 응답의 신뢰성을 높이고자 했다. 이러한 과정을 통해 선정된 14개 기관·시설에서 총 198명에 대한 자료를 수집했으며, 분석에는 거주력에 관련된 문항에 적절히 응답한 184명의 자료만을 사용했다.

5) 분석방법

(1) 연구문제 (1)

대리체계 이용 有·無 경험자간의 특성을 비교하기 위해 평생경험 대리체계 이용여부를 기준으로 표본을 두 집단으로 재분류한 후, 인구사회적 및 임상적 변수들에 대한 집단간 비교를 실시했다. 범주형 변수에서 집단간 분포비교를 위해 x^2를, 연속형 변수에서 집단간 평균비교를 위해 t-test를 활용했다.

7) 조사기관에 따라 차이가 있으나, 조사원 : 응답자의 비율은 최대 1 : 3으로 유지되었다.

(2) 연구문제 (2)

정신보건 및 非정신보건기관에 대한 응답자의 이용정도(*extent of use*)를 파악하기 위해 첫째는 이용경험 여부, 둘째는 이용횟수 또는 기간의 두 가지 측면에서 자료를 분석했다. 범주형 변수인 전자는 x^2, 연속형 변수인 후자에 대해서는 t-test를 실시했다.

(3) 연구문제 (3)

만성의 주요정신질환을 가진 사람이 그가 대리체계를 이용하는 데 영향을 미치는 요인들을 고찰하는 과정에서 다음의 세 가지 세부 분석을 실시했다. 독립변수로서의 나이는 유병기간과의 상관정도가 높기 때문에($r = .587$, $p < .01$) 모델에서 제외시키고, '성별', '경제력'[8], '유병기간', '기능수준'을 다음의 분석에서 공통적인 독립변수로 사용했다.

① '현 대리체계 이용여부'를 종속변수로 로지스틱(*logistic*) 회귀분석을 실시했다.
② '평생경험 대리체계의 수'를 종속변수로 OLS 회귀분석을 실시했다.
③ '평생경험 대리체계 이용여부'를 종속변수로 로지스틱(*logistic*) 회귀분석을 실시했다.

5. 연구결과 및 논의

1) 대리체계 이용 有·無 경험자의 인구사회적 및 임상적 특성

평생경험 대리체계 이용 有·無 경험자간 인구사회적 및 임상적 특성의 주요한 차이를 보면(〈표 3〉 참조), 有경험집단의 경우 집단 내 여성비율이 오히려 높고($p < .01$), 평균연령도 약 7세 정도 높으며($p < .001$), 유병기간 면에서도 4.5년 정도 긴 것으로 나타났다($p < .01$). 성별 면에서의 이러한 결과는 두 가지 측면에서 논의될 수 있다. 첫째, 전체 응답자의 절대수에 있어서는 남성이 많아 여성의 서비스 이용이 상대적으로 저조한 것으로 보인다. 이러한 현상은 정신보건서비스의 서비스 이용

8) 경제력에 대한 추정치로 본인학력을 사용(부, 모, 본인간 학력의 상관관계가 높아 응답률이 가장 높은 본인 학력을 사용함).

〈표 3〉 대리체계 경험 有·無 + 집단간 특성 비교 (N=184)

특 성		전 체	대리체계 이용경험		통계량
			有	無	
계		184	145	39	
성 별	남	108 (58.7%)	77 (53.1%)	31 (79.5%)	X2=8.824 (df=1) **
	여	76 (41.3%)	68 (46.9%)	8 (20.5%)	
종 교	개신교	67 (36.4%)	56 (38.6%)	11 (28.2%)	X2=2.918 (df=4)
	천주교	48 (26.1%)	38 (26.2%)	10 (25.6%)	
	불교	21 (11.4%)	16 (11.0%)	5 (12.8%)	
	기타	2 (1.1%)	2 (1.4%)	0 (0%)	
	없음	46 (25.0%)	33 (22.8%)	13 (33.3%)	
결혼상태	미혼	135 (73.4%)	100 (69.0%)	35 (89.7%)	X2=7.315 (df=5)
	결혼생활중	11 (6.0%)	10 (6.9%)	1 (2.6%)	
	동거중	1 (0.5%)	1 (.7%)	0 (0%)	
	별거중	9 (4.9%)	8 (5.5%)	1 (2.6%)	
	이혼	22 (12.0%)	21 (14.5%)	1 (2.6%)	
	기타	6 (3.3%)	5 (3.4%)	1 (2.6%)	
주요 성장지	농어촌/광산촌	34 (18.5%)	26 (17.9%)	8 (20.5%)	X2=.883 (df=3)
	중소도시	59 (32.1%)	45 (31.0%)	14 (35.9%)	
	대도시	83 (45.1%)	67 (46.2%)	16 (41.0%)	
	일정치 않음	8 (4.3%)	7 (4.8%)	1 (2.6%)	
정신장애 진단	정신분열병	91 (49.5%)	69 (47.6%)	22 (56.4%)	X2=2.346 (df=6)
	정동장애	14 (7.6%)	12 (8.3%)	2 (5.1%)	
	알코올중독	1 (0.5%)	1 (.7%)	0 (0%)	
	기타	4 (2.2%)	3 (2.1%)	1 (.7%)	
	증상표기	21 (11.4%)	16 (11.0%)	5 (12.8%)	
	모름	50 (27.2%)	42 (29.0%)	8 (20.5%)	
	무응답	3 (1.6%)	2 (1.4%)	1 (2.6%)	
평균연령 (세)		38.09 (SD=9.41)	39.60 (SD=9.47)	32.62 (SD=6.88)	t++=-5.131 (df=81.28) ***
평균학력 (년)		11.22 (SD=3.19)	11.02 (SD=3.32)	11.97 (SD=2.53)	t++=1.941 (df=76.75)
평균유병기간(년)		12.27 (SD=8.28)	13.24 (SD=8.42)	8.66 (SD=6.63)	t++=-3.559 (df=72.337) **
평균정신기능 (GSI점수)		1.044 (SD=.871)	1.02 (SD=.876)	1.12 (SD=.856)	t++=1.638 (df=57.41)
평균 입소有경험 대리체계수+		1.80 (SD=1.80)			

주 : + 발병 후 평생경험 (*lifetime experience*), ++ 등분산이 가정되지 않음.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

자의 절대적인 수에 있어서는 일반적으로 남성이 많다는 문헌상의 경향을 반영하고 있는데, 각종 정신보건기관 입원환자를 대상으로 한 국내 연구에서 여성이용자의 절대수가 적은 것으로 보고된 바 있다(이영문 외, 1996). 문헌에서는 여성의 저조한 서비스 이용 양상에 대한 이유로 발병률보다는 원조체계 이용방식(*help-seeking pattern*)의 성간 차이에 초점을 두는 경향이 있다(Jimenez et al., 1997; Van Hook, 1999).

둘째, 본 조사에서는 절대수에서 여성이 적었기 때문에 대리체계의 경험여부에서도 여성의 비율이 남성에 비해 상대적으로 적게 나타났으나, 성별집단 내에서의 대리체계 이용자의 비율이 여성집단 내에서 非비례적으로 높은 점(여성의 89.5%와 남성의 71.3%)은 주목의 여지가 있다. 문헌에 따르면, 전문정신병원에 내원한 대리체계 이용자들(특히, 행려정신질환자들)을 대상으로 한 연구에서는 여성의 수가 남성에 비해 1.5배 더 많았으며(강희찬 외, 1986), 전문정신병원이 정신보건기관 중 여성환자 비율이 가장 높은 것으로 드러났다(이영문 외, 1996).

본 분석결과를 이들 선험연구와의 관련성하에 살펴볼 때, 여성은 남성에 비해 상대적으로 대리체계 경험자가 많으며 이들은 여타 정신보건기관(개인·종합병원, 국·공립병원)에 비해 전문정신병원에 집중되는 경향을 가지고 있기 때문에 전문정신병원 내 대리체계 이용자 중 여성의 비율이 높게 나타나는 것으로 풀이된다. 여성이 서비스 이용에서 전반적으로 저조한 가운데 대리체계의 이용이 두드러지는 점은 여성집단의 서비스 이용상의 취약성을 단적으로 드러내는 것으로써 풀이된다. 한편, 연령과 유병기간 면에서 집단간에 나타난 유의미한 차이는 연구문제[3]에 대한 결과에서 보다 상세히 다룰 것이다.

2) 정신 및 非정신보건시설에 대한 이용정도(extent of use)

만성의 주요정신질환을 가진 사람들의 다양한 정신 및 非정신보건시설에 대한 이용정도를 파악하기 위해 이용경험 여부와 이용횟수·기간의 두 가지 측면에서 자료를 분석했다(〈표 4〉, 〈표 5〉 참조). 일차적으로 정신의료기관의 경우, 이용경험 여부에 있어서 대리체계 有경험자들은 상대적으로 전문정신병원을, 無경험자들은 종합병원을 이용하는 경향을 보였다($p < .05$, $p < .10$). 有경험집단은 이용횟수에 있어서 전문정신병원과 개인정신과의원에서 높으나 실제로 기관유형별 총 이용기간에 있

〈표 4〉 시설 유형별 이용 有경험자 수 : 집단 간 비교 (N=184)

시 설 유 형		전체경험자 (전체 중 %)		대리체계 이용경험				통계량 (X^2, df=1)
				有 (집단내 %)		無 (집단내 %)		
정신보건기관	종합병원	86	(46.7%)	63	(43.4%)	23	(59.0%)	2.976+
	전문정신	107	(58.2%)	90	(62.1%)	17	(43.6%)	4.313*
	치료감호소	4	(2.2%)	3	(2.1%)	1	(2.6%)	0.035
	개인의원	33	(17.9%)	28	(19.3%)	5	(12.8%)	0.879
	정신요양원	54	(29.3%)	54	(37.2%)	0	(0%)	20.557***
독립형	주거시설#	4	(2.2%)	4	(2.8%)	0	(0%)	1.100
	직장주거시설	17	(9.2%)	17	(11.7%)	0	(0%)	5.038*
주변적 주거	친구의 집	49	(26.6%)	49	(33.8%)	0	(0%)	17.963***
	여관	40	(21.7%)	40	(27.6%)	0	(0%)	13.747***
	일세방	10	(5.4%)	10	(6.9%)	0	(0%)	2.844+
복지시설	영유아보육	6	(3.3%)	6	(4.1%)	0	(0%)	1.668
	부랑아동	2	(1.1%)	2	(1.4%)	0	(0%)	0.544
	부랑성인	43	(23.4%)	43	(29.7%)	0	(0%)	15.093***
	기타장애인	1	(0.5%)	1	(0.7%)	0	(0%)	0.270
	일시보호소	15	(8.2%)	15	(10.3%)	0	(0%)	4.393*
	노숙자쉼터	4	(2.2%)	4	(2.8%)	0	(0%)	1.100
교정관련시설	소년원	1	(0.5%)	1	(0.7%)	0	(0%)	0.270
	교도소	6	(3.3%)	6	(4.1%)	0	(0%)	1.668
종교관련시설	기도원	39	(21.2%)	39	(26.9%)	0	(0%)	13.311***
	절	20	(10.9%)	20	(13.8%)	0	(0%)	6.035*
	수녀원	1	(0.5%)	1	(0.7%)	0	(0%)	0.270
행려생활	터미널, 역	10	(5.4%)	10	(6.9%)	0	(0%)	2.844+
	거리	11	(6.0%)	11	(7.6%)	0	(0%)	3.147+
	버스, 기차	8	(4.3%)	8	(5.5%)	0	(0%)	2.250
	철거건물	7	(3.8%)	7	(4.8%)	0	(0%)	1.957
	공원	14	(7.6%)	9	(9.7%)	0	(0%)	4.076*

주 : # 정신보건법상에 명시된 주거시설(법 제16조 3호, 시행규칙 제12조 1호).
+p < .10, *p < .05, **p < .01, ***p < .001

〈표 5〉 시설유형별 이용기간 및 횟수 : 대리체계 이용경험 有·無 집단간 비교 (N=184)

시설 유형		전체 경험자 (명)	평균 이용기간(개월)				총 이용횟수(번)#			
			전 체	대리체계 이용경험		t-value (df)	전체	대리체계 이용경험		t-value (df)
				有	無			有	無	
정신보건기관	종합병원	86	7.70	7.99	6.65	-.448	1.52	1.61	1.21	-.530
	전문정신	107	18.36	22.69	2.72	-4.238	1.36	1.48	.95	-1.682+
	치료감호소	4	1.44	1.80	.077	-1.037	0.55	.696	.026	-.982
	개인의원	33	1.50	1.16	2.74	.808	0.30	.338	.154	-1.862+
	정신요양원	54	26.31	33.43	0	-6.567***	0.36	.45	.00	-8.118***
독립형 주거	주거시설	4	.25	.25	0	-2.021*	-	-	-	-
	직장숙박	17	8.66	8.66	0	-3.516**	-	-	-	-
주변적 주거	친구의 집	49	8.25	8.25	0	-3.374***	-	-	-	-
	여관	40	.9418	.9418	0	-2.011*	-	-	-	-
	일세방	10	1.3103	1.310	0	-1.672+	-	-	-	-
복지시설	영유아보육	6	8.6897	8.69	0	-2.311*	-	-	-	-
	부랑아동	2	.8276	.8276	0	-1.316	-	-	-	-
	부랑성인	43	33.218	33.218	0	-6.405***	-	-	-	-
	기타장애인	1	.0828	.0828	0	-1.000	-	-	-	-
	일시보호소	15	4.03	4.03	0	-3.129**	-	-	-	-
	노숙자쉼터	4	.0780	.0780	0	-1.116	-	-	-	-
교정관련시설	소년원	1	.1586	.1586	0	-1.000	-	-	-	-
	교도소	6	.1259	.1259	0	-2.013*	-	-	-	-
종교관련시설	기도원	39	1.6685	1.6685	0	-2.970**	-	-	-	-
	절	20	.4512	.4512	0	-2.275*	-	-	-	-
	수녀원	1	.0828	.0828	0	-1.000	-	-	-	-
행려생활	터미널, 역	10	-	-	-	-	1.20	1.52	0	-2.147*
	거리	11	-	-	-	-	1.10	1.39	0	-2.133*
	버스, 기차	8	-	-	-	-	0.86	1.10	0	-1.766+
	철거건물	7	-	-	-	-	0.74	.945	0	-1.567
	공원	14	-	-	-	-	0.72	.923	0	-1.724+

주 : #정신보건시설은 입원횟수(*number of admission*), 행려생활은 에피소드 수(*number of episode*).
+p < .10, *p < .05, **p < .01, ***p < .001

어서는 無경험집단과 별 차이가 없었다. 이러한 결과는 의료보장의 유형상 의료보호에 의한 입원 비율이 전문정신병원에서 두드러지는 현 실태를 감안할 때, 대리체계 有경험자들의 경제적 여건에 어려움이 있음을 시사하는 결과로 볼 수 있다. 이용 기간 면에서 집단간 차이가 유의미하지 않은 것은 의료보험·보호에 의해 급여 입원일수가 고정되어 있는 점에 기인하는 것으로 보인다.

한편, 非정신보건시설에 대한 이용여부에 있어서, 대리체계 有경험자들은 발병 이후 일차적인 주거지로서 다양한 시설을 이용한 경험이 있다고 보고했는데, 친구집과 여관($p < .001$), 기도원($p < .001$) 이용이 특히 두드러졌다. 이용빈도만을 측정한 행려생활의 경우 터미널·역 및 거리($p < .05$), 버스·기차 및 공원($p < .10$) 등 거의 모든 장소에서 대리체계 有경험자의 이용빈도가 유의미하게 높았다. 그 외에 총 이용기간만을 측정한 장소들도 정신요양시설과 부랑성인시설을 비롯하여 대부분의 장소에서 有경험집단의 총 이용기간이 유의미하게 길었다.[9] 특히, 직장숙박, 친구집, 일시보호소, 기도원, 정신보건 주거시설, 여관, 교도소, 절에서 이러한 차이가 두드러졌다. 이러한 결과는 有경험 집단의 대리체계 경험이 일시적 혹은 단편적인 이용이 아니라 반복적이며 지속적인 성격을 가지고 있음을 암시하는 것으로 두 집단간 서비스 이용상의 특징을 단적으로 드러내고 있다 하겠다.

3) 대리체계 이용에 영향을 미치는 임상·개인적 요인들

이상의 연구문제 〔1〕, 〔2〕에 대한 결과에서는 대리체계 이용 有·無 경험자를 인구사회적 및 서비스 이용 면에서 단순 비교하였는데, 연구문제 〔3〕에서는 대리체계 이용에 영향을 미치는 제 요인들을 총체적으로 고려하고자 구조방정식 모델을 수립하고 대리체계 이용에 관한 자료를 세 가지 측면에서 분석했다.

(1) 현 대리체계 입소여부에 영향을 미치는 요인

일차적으로, 국내 대리체계 중 정신질환을 가진 입소자의 비율이 가장 높은 두 기관인 정신요양시설과 부랑성인시설에 대한 현재 입소여부에 초점을 맞추고 클라이언

9) 정신의료기관을 제외한 장소에서 대리체계 有경험집단의 이용률이 높았는데, 이는 대리체계 이용경험 여부가 집단구분의 기준이었음에 기인하는 당연한 결과이다.

트의 입소여부를 예측하는 임상·개인적 요인들(성별, 경제력, 유병기간, 정신적 기능)을 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시했다. 그 결과, '유병기간'만이 유의미한 예측변수인 것으로 나타났다($\chi^2 = 43.072$, $p < .001$) (〈표 6〉 참조). 현 대리체계 입소여부에 영향을 주는 요인으로서 남성에 비해 여성이, 경제력이 낮을수록, 정신적 기능이 높을수록 입소의 공산이 크나, '유병기간'만이 통계적 유의성을 보이는 가운데 유병기간이 1년 증가할 때마다 개인의 대리체계 입소에 대한 가능성(*odds*)이 1.13배씩 증가하는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 만성정신질환자가 유병기간이 증가함에 따라 종합병원, 전문정신병원에서 정신요양시설의 순으로 이동한다는 관찰(이호영 외, 1994)과 맥을 같이하는데, 그들의 가설은 정신보건기관간 입원·입소자의 평균연령이 이상의 순서에 따라 높아지는 점에 근거하고 있다. 이러한 현상은 이호영 등(1994)에서도 논의된 바와 같이 질환이 만성화되어 경제적 부담이 커지게 되면 비용 면에서 보다 저렴한 대리체계로 이동하는 경향 때문에 대리체계 有경험 집단에서 연령과 함께 유병기간이 길어지는 것으로 풀이된다.

(2) 평생경험 대리체계 이용정도에 영향을 미치는 요인

2단계 분석에서는 위와 동일한 임상·개인적 요인들이 그가 평생동안 경험하는 대리체계의 수에 미치는 영향을 고찰하기 위해 OLS 회귀분석을 실시했다(〈표 7〉 참조).

〈표 6〉 현 대리체계 이용여부 영향을 미치는 요인들 : Logistic 회귀분석(N=176)

독립 변수	B	S.E.	$\hat{OR}$
성 별	.4566	.3541	1.5787
경제력	-.0554	.0558	.9461
유병기간	.1227***	.0237	1.1306***
정신적 기능	.2833	.0244	.7533
constant	-1.0553	.7720	
-2 Log Likelihood	162.001		
X^2	19.018*** (df=4)		

주 : 종속변수 = 현 주거환경 (0 = 지역사회, 1 = 대리체계), + 가변인(*dummy variable*) : 0 = 남자, 1 = 여자
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

〈표 7〉 대리체계 이용 정도에 영향을 미치는 요인들 : OLS 회귀분석 (N=176)

독립 변수	비표준화계수		표준화계수	t-값
	B	S.E.	β	
성 별+	.390	.262	.107	1.491
경제력	-.0552	.041	-.097	-1.341
유병기간	.061	.016	.279	3.930***
정신적 기능++	.297	.149	.141	1.989*
constant	1.196	.574		2.082*
R^2	.119			
Adj. R^2	.099			
F-값	6.038*** (df=4, 179)			

주 : 종속변수=입소 有 경험 대리체계수(평생경험), + 가변인 : 0=남자, 1=여자
*p < .05, **p < .01, ***p < .001

개인이 평생동안 경험하는 대리체계의 절대수 자체는 성별이나 경제력보다는 유병기간이나 정신적 기능에 달린 것으로써, '유병기간'이 길수록, '정신적 기능'의 심각도가 높을수록 증가하는 것으로 나타났다(F=0.038, p < .001). 이는 유병기간이 길수록, 정신적 기능의 심각도가 클수록 입·퇴원이 상대적으로 빈번하여 입·퇴원 전후로 대리체계를 이용할 가능성이 커짐에 따라 그 절대수도 상대적으로 증가하는 것으로 유추할 수 있다.

상기 언급된 이호영 등(1994)의 연구에서는 연구설계상의 한계(횡단조사) 때문에 '입원 및 시설수용에 대한 대안의 부재라는 시대적 여건에 따르는 연령군간 차이'에 대해 반박이 어려운 약점이 있었다. 반면에, 본 분석에서 사용된 종속변수인 '有경험 대리체계의 수'는 개인의 발병 이후 평생 거주력에 관한 자료를 바탕으로 하고 있기 때문에 유병기간이 대리체계의 이용정도에 미치는 직접적인 영향을 분석할 수 있게됨에 따라 이호영 등의 연구(1994)에서 간접적으로 제시된 바가 본 연구를 통해 직접적으로 확인된 것이라 하겠다.

유병기간 및 정신적 기능이 이용 대리체계 수에 미치는 영향은 탈시설 사회인 미국의 예에서 쉽게 찾아볼 수 있다. 정신보건시설에 입원·입소한 클라이언트는 입원과정에서 이전의 주거지를 상실하고 퇴원·퇴소와 함께 행려자로서 대리체계를 이용하는 사례가 빈번하게 발생하고 있다. 단기입원을 위주로 하는 정신보건정책 및 재정조

달방식이 이러한 회전문 현상에 상당부분 기여한 것으로 비판되고 있으며, 이는 질환의 적절한 관리를 비롯하여 클라이언트의 전반적인 삶의 질 측면에서 큰 문제점으로 지적되고 있다.

한편, 분석과정에서 경제적 요인은 유의미한 변수로 나타나지는 않았으나 유병기간과 정신적 기능이 대리체계 수에 영향을 미치는 과정에서 매개작용을 하는 변수로서 향후 연구모델에 반드시 포함되어야 할 요소인 것으로 판단된다. 본 연구의 결과로는 유병기간이 대리체계 이용에 영향을 미치는 기전에 관한 근거있는 설명을 제시하기에 어려움이 있으나, 여기에는 경제적인 부담과 사회적 지지 요인이 작용하는 것으로 보이며 그 작용의 방향은 문헌의 자료를 종합적으로 살펴볼 때 크게 두 가지로 추측될 수 있다.

첫째, 유병기간이 길어질수록 경제적인 어려움이 가중될 가능성이 높아지고 심리사회적 및 경제적 측면에서 일차적인 지지자로서 역할을 담당하는 가족 및 친지가 소진(*burnout*)됨에 따라 대리체계 이용의 가능성이 높아진다는 가설이다. 다른 한 가지 가설은 사회경제적으로 취약한 집단에 있어서 의료서비스 이용이 일반적으로 저조하게 나타나는 현상에 근거한 것으로써 그들은 정신질환 발병 당시 병 인식과 내원에 있어서 적절한 행위를 하지 못하는바 이러한 행위가 질환의 장기화에 기여하고 주위에 활용 가능한 자원이 부족한 탓으로 환자를 저비용 시설에 입소시키게 된다는 것이다. 이들 양자 가설의 타당성 정도에 대한 판단은 별도의 검증과정을 거친 후에야 가능할 것이나, 현 시점에서는 두 주장 모두 대리체계 이용정도의 위험(*risk*)을 감소시키고자 함에 있어서 설득력을 가진다.

(3) 평생경험 대리체계 이용 여부에 영향을 미치는 요인

3단계에서는 대리체계 이용에 평생경험 여부에 초점을 맞추고 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 이용여부를 예측하는 변수는 '성별'과 '유병기간'으로서, 개인이 대리체계에 입소할 가능성(*odds*)이 여성임으로 인해 2.89배, 유병기간이 1년 증가함에 따라 1.08배 증가하는 것으로 나타났다($\chi^2 = 19.018$, $p < .001$) (〈표 8〉 참조). 1단계 분석결과에 대한 논의가 현 대리체계 입소상태에 초점을 두고 있기 때문에 현재 시점의 이용자 특징을 반영하므로 일반화에 한계가 따르는 반면, 3단계 분석에서는 평생경험에 근거하므로 이러한 단점이 보완되는 과정에서 성별이 유의미한 영향을 발휘하는

〈표 8〉 평생경험 대리체계 이용 여부에 영향을 미치는 요인들 : Logistic 회귀분석 (N=176)

독립 변수	B	S.E.	$\hat{OR}$
성 별+	1.0627	.4485	2.8942
경제력	-.0661	.0717	.9361
유병기간	.0805	.0281	1.0838
정신적 기능	-.0778	.2243	.9251
constant	.9623	.9551	
-2 Log Likelihood	162.001		
X^2	19.018*** (df=4)		

주 : 종속변수 = 대리체계 입소 평생경험 (0 = 無경험, 1 = 有경험), + 가변인 : 0 = 남자, 1 = 여자
*p < .05, **p < .01, ***p < .001

변수로 드러났다. 평생경험에 근거했을 때 대리체계 이용경험에 영향을 미치는 요인에 있어서 유병기간은 상당히 약화된 데 비해, 상대적으로 여성임으로 인해 대리체계를 이용할 가능성은 3배 가량 높은 것으로 나타났다.

대리체계 이용에서 여성의 위험(*risk*)은 대리체계 이용자의 특성에 대한 상기 분석에서도 예견된 바 있으나, 여기서는 경제력, 유병기간 및 정신적 증상이 통제된 상태에서 나타난 결과임을 고려할 때 이는 정신보건서비스 이용상의 형평성 및 접근성에서 심각하게 취급되어야 할 사안이다. 이러한 현상이 발생하는 기전에 대한 가설로서 여성의 취약한 사회문화적 지위를 들 수 있는데, 여기에는 남아선호사상의 영향으로 여아자녀에 대한 질병관리가 상대적으로 소홀한 점, 여성이 구혼에 있어 문화적으로 수동적 입장에 있음으로 해서 결혼하는 비율이 남성환자에 비해 상대적으로 낮고 이것은 부모의 노령화와 함께 그를 대신할 보호자의 확보에 대한 가능성이 낮아지는 결과를 가져오는 점, 질병을 이유로 이혼 당하는 비율이 남성환자에 비해 높아 배우자에 의한 지지 정도에 있어 남성환자보다 취약한 입장에 있는 점, 문화적으로 여성 직업훈련의 중요성에 부여하는 우선순위가 낮아 이들의 발병 전후 직업능력이 남성에 비해 열등한 점 등 다양한 측면이 있다.

여성 클라이언트의 이러한 사회문화적 취약성은 지역사회를 중심으로 하는 전달체계의 여건이 충분히 조성되어 있지 못한 국내 여건 속에서 여성의 대리체계 입소 가능성을 높이는 데 결정적인 역할을 하고 있는 것으로 보인다. 뿐만 아니라 이러한 요

인은 그에 대한 보완책이 마련되지 않는 한 향후 진행될 탈시설 과정에서 여성 클라이언트가 대리체계로 반복 유입될 가능성을 높이는 데도 상당 부분 관여될 것으로 예측된다.

7. 결론 및 제언

본 연구에서는 최근 정신보건법 제정 전후를 계기로 탈시설 여건을 조성하기 위한 작업이 활성화되어 가고 있는 가운데 정신의료기관 이외의 시설에 입소되어 있는 만성의 주요 정신질환을 가진 사람들에 대한 여건 조성은 상대적으로 미비한 것으로 평가하고, 이들의 임상·개인적 특성, 대리체계 이용경험, 그리고 대리체계 이용에 영향을 미치는 임상적·개인적 요인들에 대한 분석 시도했다. 본 연구를 통해 나타난 유의미한 결과들은 임상·정책적인 함의를 가지는바 다음의 세 가지 논의를 통해 변화에 대한 제언을 하고자 한다.

첫째, 연구결과에 의하면 질환관리에서 유병기간의 증가와 함께 클라이언트가 정신의료기관에서 대리체계로 이동하는 경향을 보인다. 대리체계로의 이동에는 유병기간이 연장되면서 경제적 부담이 증가하고 지지체계가 소진되는 점, 사회경제적 취약집단에서 두드러지는 치료 방임 요인이 여기에 작용하는 것으로 보는 시각 모두 타당한 것으로 사료되며 때로 상호 관련적인 것으로써 이해되어야 할 것이다. 만성의 주요정신질환이 당사자 및 가족에 주는 경제적 부담에 대한 인식은 그간 널리 알려져 왔으며 그 부담을 덜고자 하는 노력은 건강권의 추구를 국민의 권리로 보고 의료비지불 방식의 조정을 통해 만성질환의 관리에 대한 지원을 해온 것으로써 일부 표현된 것이라 할 수 있으나, 현재 의료보험 및 보호를 통해 이루어지고 있는 이러한 지원은 급여의 범위에 있어서 제한적이다.

이에 따라, ① 정신건강에 대한 관리의 역점이 지역사회로의 복귀로 전환됨에 따라 지역사회 재활서비스를 포함하는 방향으로 추진되어야 할 것이다(이선혜, 1999). 이를 위해서는 향후 제한된 의료재정 내에서 사회복귀 서비스 비용을 마련하기 위한 정당성의 확보가 관건으로 부각될 것이며 여기에는 서비스 효과에 관한 자료들이 요구되는바, 서비스 효과성 연구의 활성화에 대한 정책적 지원이 요구된다.

② 경제적 부담 및 사회·심리적 부담으로 소진되는 가족 및 친지들에 대한 원조방안의 마련이 시급하다. 탈시설 정책은 탈수용과 사회복귀·통합을 통한 인권의 향상을 추구하는 긍정적인 측면이 있는 반면 수용관리 정책하에서도 지속적인 관여가 요구되어온 가족 및 친지들에게는 이제까지 보다 더한 부담에 노출됨을 의미하는 것이기도 하다. 탈시설 정책이 가족·친지에게 주는 이러한 의미는 클라이언트가 지역사회로 복귀하게 될 때 가장 필요로 하는 사회·심리적 자원확보에 있어서 방해 요인으로 예측된다. 이들의 지지는 환자의 재활에 필수적이며 이를 최대한 활용하고자 하는 경우, 클라이언트의 질환관리에 가족·친지들의 참여를 유도할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다. 일례로, 주간병원(*weekday hospital*), 주말병원(*weekend hospital*), 휴식보호 프로그램(*respite care program*) 등 보호자의 욕구에 유동적으로 대처할 수 있는 방안들에 대한 도입과 개발 및 수가적용 등에 대한 검토가 이루어져야 할 것이다.

둘째, 대리체계 有경험자들에게서 나타나고 있는 대리체계 이용상의 특징은 일시적 혹은 단편적이 아니라 반복적이며 지속적인 것으로 드러났다. 이로써 탈시설 선발국에서 문제시되어 왔던 횡수용 현상이 국내에서는 이미 보편화되어 왔음이 시사된 것이며, 나아가 탈시설화 정책의 지속적 추진으로 단기입원이 서비스 전달상에 구조적으로 정착되는 경우(주로, 의료비 지불방식의 조정을 통해) 반복적이며 지속적인 대리체계의 이용양상은 보다 심화될 것으로 예측된다. 이에 대한 임상 및 정책적 대응 방안에 대한 제언은 다음과 같다.

① 응급상황 발생시에 지역사회에서 입원의 가능성을 최소화시킬 수 있는 개입체계의 마련 및 활성화가 요구된다. 탈시설 선발국에서 실시되고 있는 Mobile Crisis Team을 통한 위기개입, 가정 내 위기보호(*home crisis care*) 등과 같이 다양하게 개발될 수 있다.

② 대리체계의 이용은 정신의료기관 이외의 환경에서 질환의 지속적 관리가 여의치 않을 때 빈번히 발생하는 점으로 미루어 볼 때 지역사회 내에서 사회복귀를 준비하는데 지지적 역할을 제공하는 과도기적 개입환경의 마련이 요구된다. 이는 현재 개발중인 사회복귀시설에 대한 계속적인 지원을 통해 구체화될 수 있을 것이며, 시설성격 및 프로그램의 다양화를 위한 시범사업에 대한 적극적 지원이 지속적으로 요구된다 하겠다.

셋째, 본 연구에서는 여성 클라이언트의 서비스 이용이 전반적인 저조한 가운데

대리체계 이용에 대한 위험(*risk*)이 남성에 비해 월등히 높은 것으로 나타났다. 여기에는 여성의 사회문화적 취약성에서 오는 불리함이 작용하고 있는 것으로 유추됨에 따라 여성에 대한 서비스 제공에 형평성과 접근성을 개선시키기 위해서는 여성에 대한 탈시설화 준비작업이 특성 면에서 남성 클라이언트에게 제공되는 서비스의 내용과는 일정부분 차별화 되어야 할 필요성이 시사된다. 지역사회에서 생활할 수 있는 기반마련에 필수적인 경제력 확보를 위해 여성에게 보다 유리한 직종의 파악 및 직업훈련 프로그램의 개발이 요구된다. 이러한 노력에는 이미 앞서 있는 여성 및 장애인 분야의 유관기관 및 전문인력, 옹호단체들과의 협력이 필수적으로 요구되며 그들과의 연계 속에서 프로그램의 연계 개발 및 확대가 이루어질 때 그 노력이 보다 구체성과 현실성을 가질 수 있을 것이다.

■ 참고문헌 ■

강동호 · 김철권 · 변원탄. 1995. "정신분열병 환자 가족의 객관적, 주관적 부담에 관한 연구." 《신경정신의학》 제34호, pp. 193~203.

강희찬 · 오석배 · 이정균. 1986. "용인정신병원에 내원한 행려정신질환자들의 특성에 관한 조사." 《신경정신의학》 제25호 1권. pp. 154~166.

권구영 · 김성현 · 서미경. 1999. "노숙자 정신건강문제에 관한 연구." 《정신보건과 사회사업》 제8권. pp. 25~48.

김윤 · 홍진표. 1999. "의료보호 정신의료서비스 진료비 지불제도의 개편방향." 《정신보건》 제4권 1호. pp. 23~29.

남정자 외. 1994. 《정신보건의 현황과 정책과제》. 한국보건사회연구원.

남정자. 1997. "정신장애자의 현황과 사회복귀 촉진을 위한 정책방안." 정신장애인 사회복귀 촉진을 위한 정책토론회 발표문. 한국정신사회재활협회(1997. 10. 11).

박수천. 1998. "부랑인시설내 정신질환자 의료대책." 《부랑인복지시설의 합리적 운영방안》 (제7회 부랑인복지세미나 자료집, 1998. 11. 26~27).

신영전. 1999. 지역사회 정신보건센터의 위상과 전망. 《정신보건센터의 위상과 전망》(평택시 지역정신보건세미나 자료집, 1999. 10. 8). p. 17.

이봉원. 1999. 사회복귀시설의 과제와 전망. 《21세기 정신보건의 과제와 전망》(성북정신건

강센터 세미나 발표, 1999. 12. 28).

이봉원 · 이용표. 1999. "사회복귀시설의 평가." 《새천년! 정신장애인에게 희망을》(한국정신사회재활협회 추계학술대회 발표, 1999. 11. 13).

이영문. 1996. "무연고정신장애인의 정신사회재활." 《용인정신의학보》 제3권 1호, pp. 15~23.

이영문 · 김정훈 · 정영기. 1996. "정신의료시설 입원환자의 인구통계학적 특성." 《용인정신의학보》 제3권 1호, pp. 78~87.

이호영 · 이영문 · 정영기 · 김병후 외. 1994. 《정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준 개발 연구》. 보건복지부 · 아주대학교 의과대학 정신과학교실.

이호영 외. 1997. 《경기도 지역정신보건사업 기획평가보고서》. 경기도 · 경기도지역정신보건사업기획평가단 · 아주대학교의과대학. pp. 1~38.

전국요양시설협회. 1999. 《입원현황 자료》.

조성민 1999. "지역사회 정신보건센터의 당면과제와 전망." 《정신보건센터의 위상과 전망》(평택시 지역정신보건세미나 자료집, 1999. 10. 8).

Babbie, E. R. (ed.). 1973. "Type of study design (Chapter 4)." *Survey research methods.* Wadsworth. p. 59.

Braun, P., G. Kochansky, R. Shapirok et al. 1981. "Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, A critical review of outcome studies." *American Journal of Psychiatry.* 138. pp. 736~749.

Derogatis, L. R., & L. Lazarus. 1994. "SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales (Chapter 10)." in M. E. Maruish (ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. pp. 217~248.

Feldstein, P. J. 1988. *Health care economics* (3rd ed.). NY: John Wiley & Sons.

Gerson, S. & E. Bassuk. 1980. "Psychiatric emergencies: An overview." *American Journal of Psychiatry.* 137(1). pp. 1~11.

Herman, M., M. Galanter, & H. Lifshitz. 1991. "Combined substance abuse and psychiatric disorders in homeless and domiciled patients." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 17(4). pp. 415~422.

Jimenez, A. L. 1997. "Mental health utilization in women with symptoms of depression." *Women and Health.* 25(2). pp. 1~21.

Kenig, S. 1992. *Who plays? Who Pays? Who cares? A case study in applied sociology, political economy and the community mental health centers movement.* Amytaville, NY: Baywood Publishing.

Lamb, H. R. 1984. "Deinstitutionalization and the homeless mentally ill." *Hospital and Community Psychiatry*. 35. pp. 890~907.

Loukissa, D. A. 1995. "Family burden in chronic mental illness: A review of research studies." *Journal of Advanced Nursing*. 21. pp. 248~255.

OECD. 1993. *OECD health system: Facts and trends, 1960-1001, Vol I, Health studies No.3*. Paris: OECD.

Padgett, D., & E. Struening. 1991. "Influences of substance abuse and mental disorders on emergency room use by homeless adults." *Hospital and Community Psychiatry*. 42(8). pp. 834~838.

Regier, D. A., W. E. Narrow, D. S. Rae et al. 1993. "The de facto U. S. mental and addictive disorders service system." *Archives of General Psychiatry*. 50. pp. 85~94.

Robertson, M. 1994. *Monthly residential Calendar*. Berkeley, CA: Alcohol Research Group.

Rounsavile, B. J., Z. S. Dolinsky, T. F. Babor, & R. E. Meyer. 1987. "Psychopathology as predictor of treatment outcome in alcoholics." *Archives of General Psychiatry*. 44. pp. 505~513.

Rubin, A., & E. Babbie. 1997. *Research Methods for Social Work*. Brooks/Cole Pub.

Schmidt, L. 1995. "The role of problem drinking in psychiatric admissions." *Addiction*. 90(3). pp. 375~389.

Schmidt, L., & C. Weisner. 1993. "Developments in Alcoholism Treatment." in M. Galanter. *Recent developments in alcoholism*. Vol. 11: Ten years of progress. NY: Plenum Press.

Scott, J. 1993. "Homelessness and mental illness." *British Journal of Psychiatry*. 162. pp. 314~324.

Segal, S. P., M. Watson, S. Goldfinger, & D. Averbuck. 1988. "Civil committment in the psychiatric emergency room." *Archives of General Psychiatry*. 45. pp. 748~752.

Sharfstein, S. S., & L. M. Koran. 1990. "Mental health services." in A. R. Kovner. *Health care delivery in the United States*(4th eds.). New York, NY: Springer Publishing. pp. 209~239.

Stroul, B. A. 1989. "Community Support Systems for persons with long-term mental illness: A conceptual network." *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 12. pp. 9~26.

Thompson, E. H., Jr., & W. Doll. 1982. "The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis." *Family Relations*. 31. pp. 379~388.

Van Hook, M. P. 1999. "Women's help-seeking patterns for depression." *Social Work in Health Care*. 29(1). pp. 15~34.

Factors Influencing Use of de Facto Mental Health Service Systems in Persons with Chronic Mental Illnesses

Lee, Sun Hae
(Kangnam University)

The paradigm of care for persons with chronic mental illnesses has recently been shifted in Korea from institutionalization to community integration. Numerous changes in the service environment tend to target clients of mental health care organizations while a considerable proportion of people with similar clinical conditions have been institutionalized in various types of organizations whose auspices are other than mental health care. Under the current circumstances in which the subgroup of people, who tend to be socio-economically disadvantaged, has no viable alternative in the community to using such de facto mental health organizations, their chances of deinstitutionalization may decrease.

This study thus aims at providing an increased understanding of the characteristics of the users and their service utilization, which in turn enables us to establish differentiated strategies within the current service context. In this study, a survey is conducted on the residential history of those with chronic mental illnesses both in the community and in institutions. Major characteristics of the users of de facto services are investigated along with the extent of their use of various existing mental and non-mental health services. Included is also an examination of the subjects' clinical and individual factors that may influence their use of de facto services. The study findings demonstrate relative disadvantages in deinstitutionalization in a subgroup of the population with chronic mental illnesses under the current mental health policies, and the author suggests intervening strategies specific to this population.