

## 정신의료시설 입원환자의 진단별 분류

아주대학교 의과대학 정신과학교실

이 영 문 · 이 호 영 · 임 기 영

### Case Mix of Psychiatric Inpatients in Korea

Young Moon Lee, Ho Young Lee and Ki Young Lim

Department of Psychiatry, Ajou University School of Medicine, Suwon, Korea

In order to evaluate the diagnostic distribution of inpatients in various psychiatric facilities in Korea, the authors conducted a survey of mental health policy, with the aim of contributing to community mental health practice in Korea. A total of 1,126 inpatients were interviewed according to psychiatric diagnostic classification. The results were as follows:

1) The diagnostic distributions showed statistically significant difference among the studied institutions. The proportions of schizophrenia in small psychiatric inpatient units(below 30 beds) and asylums were 51.8% and 67.8% respectively, for example.

2) As for the mental retardations, asylum and mental hospital inpatient units showed a much higher proportion comparing to the small psychiatric units(4.5: 1 and 8:1 respectively).

3) Proportion of schizophrenia in twenties were 63.8%, and that was significantly higher than the proportion of schizophrenia in fifties(49.5%).

4) Proportion of affective disorder in the female inpatients were 13.1%, and that was significantly higher than the proportion of affective disorder in the male(5.2%).

From the above results, the authors propose that individualized mental health programs are needed according to psychiatric facilities, age and sex.

**Key Words:** Psychiatric diagnosis, Mental health

## 서 론

현재 입원/수용 중인 정신질환자의 재분류는 재원적 절성 판단을 기초로 한 환자의 재원기간, 진단분류, 기능정도, 나이, 보호자 유무, 제공 가능한 지역사회 서비스 등을 모두 고려한 정신보건의 가장 중요한 지표로 정의할 수 있다.

재원 상태에 대한 논의와 검증은 정신보건 체계내에서 매우 중요한 문제이다. 이는 크게 경제적 측면과 인

권적 측면으로 나누어 생각해 볼 수 있다. 전자의 경우를 보면 정신질환자는 신체질환자에 비해 가족 및 주위 환경에 적지 않은 경제적인 부담을 주고 국가가 사회복지 측면에서 이들을 관리할 때 쓰이는 비용은 막대하다. 따라서 입원치료가 더 이상 필요하지 않은 상태의 환자들이 많이 입원해 있을수록 입원에 소요되는 진료비 부담은 커지게 되고, 입원외의 치료에 필요한 비용이 줄어들게 된다. 후자의 경우를 보면 불필요한 입원이 많게 되면 자연적으로 정신질환자 1인당 입원기간이 길어지게 된다. 입원기간이 길어지게 됨에 따라 수용화 증후군(chronic institutionalized syndrome)이 발생하게 되고 자기 권리를 주장하지 못하는 정신질환자의 특성상 인권이 보장되지 않는 상황에 노출되기 쉽다. 따라서 재원 상태에 대한 평가는 반드시 이루어져야 하며 재원이 부적절하다면 그 이유가 제시되어야 할

\*본 연구는 1994년도 보건복지부 정신보건 용역사업의 지원에 따라 연구되었으며 1995년도 제 38차 대한신경정신 의학회 추계학술대회에서 발표되었음.

저자연락처: 이영문, (442-749) 경기도 수원시 팔달구 원천동 산 5번지, 아주대학교 의과대학 정신과학교실, Tel (0331) 219-5180

것이다.

정신질환의 범주는 매우 다양하며 이에 따른 치료프로그램도 각각 틀리다. 또한 같은 진단내에서도 환자마다의 사회경제적 요인에 차이를 보이므로 개개인 중심의 치료(individual customized treatment)가 필요하다. 따라서 치료 당시의 환자의 연령, 성별, 과거력, 가족 지지체계, 환자의 병전기능 등에 따라 치료프로그램은 달라져야 한다<sup>5</sup>. 그러나 현재 우리나라 정신보건체계는 치료의 다양성이 인정되지 않고 있다. 의료보호 환자의 경우 1인당 30일간 입원치료에 대한 입원비용이 약 56만원으로 되어 있는데, 입원해 있는 동안 그 환자가 어떠한 치료를 받든 그 수가는 일정하다<sup>2</sup>. 따라서 입원/수용 중심의 진료의가 이루어지기 쉽고 치료는 획일적이 되는 경향이 많다. 의료보험의 경우도 다양한 치료에 따른 수가가 뒷받침되지 않고 있다. 예를 들면 퇴원을 앞둔 정신분열증 환자에게 지역사회내에서 살아갈 수 있도록 사회적 기술 훈련(social skill training)이나 지역사회 적응 프로그램(community adjustment program)을 시행하려고 할 때 이 모든 치료프로그램은 보험수가 항목에 언급되어 있지 않다. 따라서 대다수의 정신보건관계자들은 그 환자에게 반드시 필요하다고 추정되는 치료프로그램이 존재함에도 불구하고, 그 치료를 포기하게 되는 것이다. 또 다른 면으로는 치료시설의 획일화 문제도 정신질환자의 올바른 치료를 방해하고 있다. 전국 어느 곳에 위치한 의료기관이든 환자의 진단이나 특성에 따른 치료시설을 운영하지 않고 있다. 예를 들면 대부분의 정신과 병실은 여러 진단군이 모여 생활을 하는 혼합병실(mixed ward)로 운영되고 있다. 정신분열증 환자군과 알콜중독증 환자군이 함께 입원해 있을 경우에 이들간에는 분리(splitting), 희생양(scapegoat) 등의 정신병리 현상이 생겨나게 되고, 서로의 치료를 방해하는 예를 임상자들은 흔히 보게 된다<sup>3,4</sup>. 미국 정신보건체계내에는 지역사회 정신보건센터(community mental health center), 중간체류지(half way house), 직업재활시설(vocational rehabilitation home), 알콜중독치료센터(alcoholism treatment center) 등의 다양한 치료시설들이 있고 입원치료시설과 서로 연결되어 퇴원후의 치료를 미리 계획할 수 있는 체계가 형성되어 있다. 또한 일본의 경우도 1,400여개의 재활치료시설, 40개의 입산부 정신장애인을 위한 시설(training centers for pregnant mentally ill women) 및 200여개의 직업훈련시설(occupational training facilities) 등이 지역사회내에 형성되어 있다<sup>8</sup>. 우리나라 정신보건의 방향은 앞으로 새로운 환자가 발생하는 시점을 기준으로 환자군의 진단, 특성, 지

지체계 등에 따른 체계있는 재분류가 이루어져야 할 것으로 판단된다. 앞으로의 정신의료시설 기준은 현재의 기관 중심이 아닌 기능 중심으로 변화되어야 하며 현재의 관점으로 보면 급성 정신질환자 시설, 만성 정신질환자 시설, 재활시설, 중간체류시설, 단순 수용시설 등의 기능별로 세분화된 시설로 시설기준이 바뀌어 나가야 한다.

본 연구의 목적은 현재 우리나라 정신의료시설에 입원/입소 중인 정신질환자들의 재원 상태를 진단하여 그 현황을 파악함으로써 향후 정신보건사업의 올바른 방향을 제시하고자 한다. 구체적으로 현재 우리나라 정신의료시설내에 입원/입소되어 있는 환자들을 진단별 유형을 비롯하여 관련 변수들에 따라 분류하고자 한다. 추후의 연구는 재원 기간, 다른 인구통계학적 변수들과의 상관관계를 통한 정신장애인의 치료계획 수립과 연결이 되어야 할 것이다.

## 연구 방법 및 대상

### 1. 모집단 및 연구 대상

본 연구에 적용한 모집단은 1993년도 보건사회부 통계연보를 기준으로 546개 의료기관에 입원치료중인 정신질환자 17,000명과 74개 정신요양원에 입소중인 17,000명 등 총 34,000명으로 하였다<sup>1</sup>. 모집단의 3.5%에 해당되는 1,200명의 환자를 본 연구의 표본크기로 결정하였다(표 1, 2).

의료기관은 정신과 의원, 종합병원 정신과, 국.공립

표 1. 각 의료기관별 표본추출 분포도(단위: 명)

	Sample size	Population
개인의원	60	1,500
정신병원		
국공립	105	3,200
사립*	210	5,800
대학.종합병원	190	5,500
공립요양원	35	1,000
합 계	600	17,000

\*사립정신병원 중 시립,공립의 성격을 함께 가진 병원이 많이 있어 국.공립병원과의 차이가 설립형태로는 불분명하였다. 그러나 병원의 행정기능으로는 동일한 것으로 간주하고 사립병원내에 시립,공립이 같이 있더라도 사립병원의 형태로 분류하였다.

표 2. 정신요양원 표본추출분포도(단위: 명)

	Sample size	Population
수도권(서울, 인천, 경기)	60	1,758
경남권(부산, 경남)	240	5,454
경북권(대구, 경북)	60	2,081
전라권(광주, 전남, 전북)	90	3,318
충청권(대전, 충남, 충북)	150	4,762
강원	0	130
제주	0	162
합 계	600	17,665

정신병원, 사립 정신병원, 대학병원 정신과 등으로 나누고 정신요양원은 위치에 따라 수도권, 경남권, 경북권, 전라권, 충청권, 강원, 제주 등으로 분류한 후 1993년 12월을 기준으로 입소 중인 환자수에 비례하여 해당되는 시설수를 추출하였다(probability proportional to size, 이하 PPS로 약칭). 또한 정신요양원은 지역적 분포가 파악되어 있고 지역에 따른 정부의 지원이 각각 국비, 지방비로 나누어 지급되기 때문에 지역별 분포가 정신요양원 운영에 매우 큰 영향을 미치고 있다. 따라서 의료기관보다 정신요양원의 지역별 표본추출은 이번 연구 수행에 큰 교란변수가 될 것이기 때문에 지역별 변수를 고려하였다.

## 2. 표본 추출방법

상기와 같이 결정된 1,200명의 표본을 모집단에 비례하여 의료기관에 입원중인 환자 600명과 정신요양원에 입소중인 600명으로 나누고, 환자 1인당 본 연구에 걸리는 시간이 최소 15~20분임을 감안하여 1일 조사 최대 가능인원을 30명으로 하였다. 따라서 의료시설의 표본추출을 PPS로 하고 각 시설내의 표본크기를 30명으로 고정하여, 의료기관 20곳의 600명, 정신요양원 20곳의 600명, 총 40개 의료시설의 1,200명을 연구대상으로 추출하였다. 각 의료시설내 환자표본추출은 진단, 나이 등에 관계없이 의료보장 형태, 남녀 비율만을 고려하여 추출하였다. 의료기관의 경우는 성별에 따른 입원비율 자료가 없기 때문에 남녀비율은 1:1을 기준으로 하였다. 의료보장 비율은 그 기관내의 비율에 따라 추출하였으며, 정신요양원의 경우는 보건복지부 통계연보에 따라 남녀비율이 6:4, 의료보장 비율은 의료보호와 의료보험의 비율을 각각 7:3으로 하였다. 최종적으로 정보의 신뢰도가 떨어지거나 불완전한 답변이 있는 조사

설문지를 제외한 총 1,126의 사례가 최종 분석대상이 되었다.

## 3. 조사방법

조사요원은 사회사업학과 혹은 사회복지학과 대학원에 재학중인 1급 사회사업사 자격증을 가진 12명과 정신과 의사 12명이 각각 한 팀이 되어 조사일자에 따라 기관별로 40일간 진행하였다.

## 4. 진단분류

진단은 특정한 진단도구를 이용한 것은 아니고 전체 조사대상자와의 30분 면담시간 중 조사자인 정신과 의사의 판단하에 나타난 증상을 중심으로 기존의 주치의가 내린 진단을 고려하여 내린 잠정적 진단이다. 진단은 조사자인 정신과 의사가 신체적 질환을 포함한 가능한 모든 진단을 내리도록 고안되었다. 최대 3개의 진단명을 기재하도록 하였고 분석단계에서 신체적 진단은 참고만 하고 분석대상으로 고려하지는 않았다. 진단분류는 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류(ICD-9)를 기준으로 하였으나 하위유형(subtype)에 따른 분류는 시행하지 않았다.

또한 주요 정신병 하나만으로 설명이 가능한 경우는 주 진단으로 주요 정신병 한 개만을 선택하였는데 주요 정신병은 정신분열증, 정동장애, 정신지체, 노인성 치매 등이 포함되었다. 이에 따라 정신분열증이 망상성 장애와 함께 기재된 경우는 정신분열증으로 분류하였고 정신분열증이 정신지체나 노인성 치매 등과 함께 진단이 내려진 경우는 이중진단(Dual Diagnosis, 이하 Dual Dx)으로 분류하였다. 그러나 정동장애의 경우는 알콜중독증과의 구분이 어려워 알콜중독증이 포함된 정동장애의 경우는 알콜중독증만으로 분류하였다. 그 이유는 전세계적인 추세가 정동장애와 알콜중독증이 공존한다고 판단할 때 알콜중독증 혹은 약물중독증에 대한 진단을 더 선호하는 경향에 따른 것이다. 또한 정신분열증과 정동장애가 함께 진단된 경우는 정신분열성 정동장애(schizoaffective psychosis)로 진단하기에 검증력이 부족하다고 생각하고 복합(complex)으로 잠정 진단하였다. 성격장애인 경우는 알콜중독증이나 정신분열증, 정동장애 등의 선행된 진단이 함께 있는 경우에는 선행진단에 따라 분류하였고 성격장애만이 진단으로 기재된 경우에 한하여 성격장애로 분류하였다.

## 결 과

### 1. 조사대상자 전체의 진단분포

전체 조사대상자 수는 1,126명이었고 가장 높은 빈도

를 나타낸 진단명은 정신분열증이었다. 전체의 약 61%를 차지하며 이중진단이나 복합으로 진단내린 경우도 함께 고려한다면 약 70%가 정신분열증의 진단을 가졌다(표 3).

2. 조사기관별 진단분포도

특이하게 정동장애일 경우 정신요양원보다는 의료기관, 특히 개인·종합·대학병원에 입원비율이 높다. 개인·종합·대학병원의 진단분류는 타 조사기관에 비해

표 3. 전체 조사대상자의 진단분포도(N=1,126)

진단명	빈도	백분율(%)
정신분열증	688	61.1
정동장애*	83	7.4
알콜중독증*	110	9.8
기질성 뇌증후군	44	3.9
정신지체	40	3.6
이중진단**	104	9.2
성격장애	16	1.4
복합***	15	1.3
기타	26	2.3

\*알콜중독증과 정동장애가 둘 다 진단된 경우는 알콜중독으로 분류함.

\*\*Dual Diagnosis: 정신분열증 + 정신지체, 정신분열증 + 알콜중독증, 정신분열증 + 기질성뇌증후군이 공존한다고 판단되는 경우

\*\*\*3개 이상의 주요 정신과 진단이 공존하여 분류 자체가 어려운 경우

진단적 안정성이 일반적으로 높다고 평가된다. 따라서 입원환자의 약 52%만이 정신분열증이며 이중진단을 고려하더라도 53%에 지나지 않는다. 정동장애는 전체적인 진단분포에서는 7.4%에 지나지 않으나 개인·종합·대학병원 등에는 3배인 23.3%의 입원비율을 나타낸다. 또 다른 조사기관별 진단분포의 특성은 정신병원과 정신요양원의 비교이다. 정신분열증의 비율이 정신병원의 경우 50.6%로 정신요양원의 67.8%에 비해 현저히 낮다(P<0.05, 표 4).

그러나 알콜중독증의 비율은 정신병원이 정신요양원 7%의 두 배를 넘는 16.9%를 차지하고 있다. 한편, 개인·종합·대학병원과 국·공립병원에 비해 정신병원과 정신요양원 입원환자의 진단특성은 정신지체의 입원/입소비율이 높다는 점이다. 개인, 종합, 대학병원 등에는 0.9%인 반면, 정신병원은 7.3%, 정신요양원은 4.2%로 정신지체의 정신병원과 정신요양원 입원/수용비율은 높게 나타났다(P<0.05, 표 4).

3. 연령별, 성별 진단분포도

모든 연령층에서 가장 높은 진단군은 정신분열증이었다. 정동장애는 연령이 증가할수록 감소되는 경향을 보였고 알콜중독증이 연령이 증가함에 따라 각각 3.1%, 5.7%, 12.4%, 18.4%순으로 늘어나는 점이다(P<0.05, 표 5).

정신분열증의 경우 성별 비율이 남자 59.5%, 여자 64.3%로 여자의 비율이 더 높지만 통계적 유의성은 없었다. 정동장애의 경우는 성별내 비율이 남자 5.2%, 여자 13.1%로 여자가 약 2.5배 높게 나타났다. 또한 정동

표 4. 조사기관별 진단분포도\*

진단명	개인·종합·대학병원	국·공립병원	정신병원	정신요양원
정신분열증	118(51.8)	73(60.8)	90(50.6)	407(67.8)
정동장애	53(23.3)	16(13.4)	8(4.5)	6(1.0)
알콜중독증	25(11.0)	13(10.8)	30(16.9)	42(7.0)
기질성뇌증후군	9(4.0)	5(4.2)	10(5.6)	20(3.3)
정신지체	2(0.9)	0(0.0)	13(7.3)	25(4.2)
이중진단	1(0.4)	9(7.5)	18(10.1)	76(12.7)
성격장애	6(2.6)	1(0.8)	3(1.7)	6(1.0)
복합	3(1.3)	0(0.0)	4(2.3)	8(1.3)
기타	11(4.7)	3(2.5)	2(1.0)	10(1.7)
합계	228(100.0)	120(100.0)	178(100.0)	600(100.0)

+1. 내용: 빈도(백분율)로 표시 2. p<0.05 by Chi-square test

표 5. 연령별 진단분류 분포도\*

진단명/연령군	20대(N=196)%	30대(N=373)%	40대(N=268)%	50대(N=190)%	기타(N=51)%
정신분열증	125(63.8)	245(65.7)	180(67.2)	94(49.5)	18(35.3)
정동장애	21(10.6)	37( 9.9)	19( 7.1)	11( 5.8)	2( 3.9)
알콜중독증	6( 3.1)	21( 5.7)	33(12.4)	35(18.4)	6(11.8)
기질성뇌증후군	6( 3.1)	4( 1.1)	7( 2.6)	15( 7.9)	7(13.7)
정신지체	15( 7.7)	8( 2.1)	3( 1.1)	2( 1.1)	1( 2.0)
이중 진단	15( 7.7)	40(10.7)	17( 6.3)	21(11.1)	7(13.7)
성격장애	3( 1.5)	6( 1.6)	3( 1.1)	2( 1.1)	1( 2.0)
복합	1( 0.5)	2( 0.5)	3( 1.1)	6( 3.2)	1( 2.0)
기타	4( 2.0)	10( 2.7)	3( 1.1)	5( 2.6)	3( 5.9)

\*p<0.05 by Chi-square test

표 6. 성별 진단분류 분포도\*

진단명/성별	남자(N=652)%	여자(N=426)%
정신분열증	388(59.5)	274(64.3)
정동장애	34( 5.2)	56(13.1)
알콜중독증	98(15.0)	3( 0.7)
기질성뇌증후군	30( 4.6)	9( 2.1)
정신지체	15( 2.3)	18( 4.2)
이중진단	56( 8.6)	44(10.3)
성격장애	13( 2.0)	2( 0.5)
복합	6( 0.9)	7( 1.6)
기타	12( 1.9)	13( 3.2)

\* p<0.05 by Chi-square test

장애내의 남녀비율을 보더라도 전체 90명 중 남자가 37.8%인 34명, 여자가 62.2%인 56명으로 여자가 약 1.6배 높게 나타났다(P<0.05).

알콜중독증은 전체 101명 중 남자 비율이 97%인 98명으로 거의 다 남자로만 구성되었으며 그 외의 진단군은 남녀간의 큰 차이를 보이지 않았다(표 6).

## 고 찰

조사대상자 전체에 대한 분석에서 가장 높은 빈도를 나타낸 진단명은 정신분열증이었다. 전체의 약 61%를 차지하며 이중진단이나 복합으로 진단내린 경우도 함께 고려한다면 약 70%가 정신분열증의 진단을 가진 것으로 판단된다.

이를 외국의 입원환자의 구성과 비교해 보면 미국의

43.5%<sup>10</sup>에 비해 18.5%가 높았고 1993년 일본 후생성의 통계와는 유사하였다<sup>8</sup>. 또한 정신요양원의 경우는 촉탁의들이 내린 진단을 참조로 하였는데 전반적으로 신뢰성이 높다고는 볼 수 없었다. 그러나 현 우리나라 정신보건체계내의 입원/입소환자들이 대략적으로 어떤 상태에 있는 환자들인가를 파악하는데는 무리가 없다고 본다.

정신분열증의 입원/입소비율이 이렇게 높게 나온 이유는 첫째는 정신분열증 진단을 지나치게 사용하는 환경에서 수용화 증후군(chronic institutionalized syndrome) 환자들이 기능의 저하, 사회성 결여 등으로 인해 정신분열증의 음성증상을 가진 것처럼 간주되어 정신분열증으로 더 많이 진단받게 된 것이라는 관점이다. 둘째는 입원/입소에만 의지해 온 정신보건정책의 모순으로 입원/입소를 대체할 정신보건시설이 없다는 점 때문에 퇴원/퇴소가 원활히 이루어지지 않아 정신분열증 환자의 입원/입소비율이 지나치게 높게 나온 것이라는 관점이다.

조사기관별 진단분포도는 입원기간이 짧고 의료인력이 많은 의료기관일수록 정신분열증의 진단율이 상대적으로 낮고 정동장애의 비율이 높았다. 한편, 개인·종합·대학병원과 국·공립병원에 비해 정신병원과 정신요양원 입원환자의 진단특성은 정신지체의 입원/입소비율이 높는데 그 이유는 정신지체의 많은 경우가 무연고 정신질환자일 가능성이 높기 때문일 것이다. 따라서 이들에 대한 입원/수용은 의료보호 1종 혹은 2종의 의료보장에 따라 관리되기 때문에 정신병원이나 정신요양원에 정신지체의 입원비율이 높은 것이다. 또 다른 점은 이중진단으로 내려진 진단군이 정신병원과 정신요양원에 현저히 많다는 점이다. 이는 두 가지 관점에

서 생각해볼 수 있다.

첫째는 정신분열증 하나의 진단만으로는 설명할 수 없는 정신지체, 치매가 공존하는 일련의 진단군이 있다는 것이다. 이들은 대부분 의료기관에서 치유불가능으로 분류되는 군이다. 즉, 입원을 하더라도 도움을 받을 수 없는 환자군일 가능성이 높고 개인·종합·대학병원에서 국·공립병원으로 또 다시 정신병원이나 정신요양원으로 경제적 사정에 의해 전원되는 사례들이다. 결국 이들이 더 이상 전원될 곳이 없어 정신병원이나 정신요양원에 머물게 되어 이들의 입원/입소비율이 높게 되는 것이다.

알콜중독증의 비율은 정신병원이 정신요양원의 두 배를 넘는 16.9%를 차지하고 있다. 알콜중독증은 입원 시설내에서 잘 적응하지 못한다. 따라서 정신요양원처럼 의료인력이 매우 취약한 시설에는 알콜중독증 환자들을 제대로 수용할 수 없고 수용에 대한 의학적 합병증 등 위험부담률이 크기 때문에 입소자체를 기피한다.

조사기관별 진단분포도에 대한 종합적인 해석은 우리나라 정신보건의료시설은 각 기관의 특성에 따라 진단분포가 매우 다양하다는 것이다. 따라서 정신질환자 재분류를 시행할 때는 반드시 각 기관의 특성을 고려한 후 진단분포 및 기능을 부가하여야 한다는 것이다.

연령별 진단분포를 살펴보면 역시 모든 연령군에서 가장 높은 진단군은 정신분열증이다. 특히 20대에서 40대까지 어느 연령군이나 64~67%의 고른 유병률을 보이고 있다. 이는 정신분열증 환자의 발병연령이 남자는 21.4세 여자는 26.8세인 것을 고려하면 20대에 발병을 시작한 일련의 환자군이 40대까지 병이 지속된다는 정신분열증의 장기적 예후를 암시하기도 한다<sup>9</sup>.

정동장애는 연령이 증가할수록 감소되는 경향을 보이는데 주 입원대상이 되는 정동장애가 우울증(depressive episode)보다는 조증(manic episode)인 환자들이라고 가정해 보면 대략적인 정동장애의 질병경과에 일치한다. 즉, 20대 이전에 발병하는 정동장애는 대부분이 조증상태로 발병하게 되고 30대 이후의 정동장애는 대개 우울증으로 시작하는 경우가 많다<sup>6</sup>. 따라서 입원비율이 조증상태일 경우가 더 높으므로 연령이 증가할수록 정동장애로 인한 입원비율은 감소하게 되는 것이다. 또 다른 연령별 진단분포의 특성은 알콜중독증이 연령이 증가함에 따라 늘어나는 점이다. 우리나라는 같은 문화권에 있는 중국에 비해 알콜중독증의 비율이 높은 것으로 나타나 있다<sup>7</sup>. 결국 이러한 이유로 40대 이후 장기입원하게 되는 환자군이 늘어나 50대의 알콜중독증 비율이 높게 된다. 따라서 정신보건정책 수립시 40대,

50대에 대해서는 정신분열증외에도 알콜중독증에 대한 정책이 고려되어야 함을 알 수 있다.

성별 진단분포는 정신분열증의 경우 성별 비율이 남자 59.5%, 여자 64.3%로 여자의 비율이 더 높지만 통계적 유의성은 없었다. 또한 전체 조사대상자 중 정신분열증으로 진단된 환자군 662명은 남자 58.6%인 388명, 여자 41.4%인 274명이었다. 일반적으로 정신분열증 유병률은 남녀간 차이가 없는 것으로 알려져 있다. 그러나 역학조사 방법에 따라 어떤 연구에서는 남자가 6개월 유병률(6-month prevalence)에서 0.8%, 여자가 1.2%로 여자가 더 높다는 결과도 있다<sup>11</sup>. 따라서 이번 조사대상자의 남녀비가 약 6:4로 남자가 더 많았음에도 여자의 정신분열증 비율이 더 높게 나온 것은 상기 연구결과와 일치한다고 볼 수 있다. 정동장애의 경우는 성별 내 비율이 남자 5.2%, 여자 13.1%로 여자가 약 2.5배 높게 나타났다. 또한 정동장애내의 남녀비율을 보더라도 전체 90명 중 남자가 37.8%인 34명, 여자가 62.2%인 56명으로 여자가 약 1.6배 높게 나타났다. 이번 연구의 정동장애가 양극성 정동장애를 의미한다고 볼 때 일반적으로 남녀 유병률이 1.2~1.4:1로 여자가 더 높은 것으로 보고되고 있다<sup>6</sup>. 따라서 이번 연구결과와 일치됨을 알 수 있다.

알콜중독증은 전체 101명 중 남자 비율이 97%인 98명으로 거의 다 남자로만 구성되었다. 기존의 역학연구는 미국이 4:1, 한국이 28:1의 비율로 남자가 많다는 연구결과가 있는데 이번 연구결과도 약 33:1로 남자가 많아, Helzer(1986)등의 연구와 매우 유사함을 나타냈다.

## 결 론

연구자들은 우리나라 정신의료시설에 입원/입소하고 있는 정신질환자의 진단별 분류를 통해 지역사회 중심의 새로운 정신보건정책 개발을 위한 연구를 시행하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

- 1) 조사기관별로 진단분포에는 큰 차이가 있었으며 개인·종합·대학병원 입원환자와 정신요양원 입소환자간에는 정신분열병의 진단이 각각 51.8%, 67.8%로 나타났다.
- 2) 또한 정신지체의 비율에 있어서도 개인·종합·대학병원 입원환자에 비해 정신요양원 입소환자는 약 4.5배, 정신병원 입원환자는 약 8배의 높은 비율을 나타내었다.
- 3) 연령별 진단분포에서도 20대는 정신분열병의 비율

이 63.8%로 50대의 49.5%에 비해 현저하게 높은 비율을 나타내었다.

4) 성별에 따른 진단분류에서 정동장애는 남자가 5.2%, 여자가 13.1%로 여자가 약 2.5배 높은 진단분포를 나타내었다.

상기 결과에 따라 향후의 정신보건정책은 환자가 입원해 있는 기관, 연령, 성별에 따라 개인화된 치료프로그램의 개발이 필요하다고 생각할 수 있다.

### 참 고 문 헌

1. 보건사회부: 정신질환자 요양시설 일람표, 1992
2. 보건사회부: 94정신보건사업관리지침, 1994
3. 이만홍, 신동범 및 강봉선: 일 정신과 병실내의 공동사회모임-3년간의 경험에 대한 분석. 신경정신의학 24(2): 248-256, 1985
4. 이영문: 환경치료의 이론과 실제. 용인정신병원, 1993
5. Allen JG, Coyne L and Beasley C: A conceptual model for research on required length of psychiatric hospital stay. Comp Psychiatry 28: 131-140, 1987
6. Goodwin FK and Jamison KR: Manic-Depressive Illness. NY, Oxford Univ Press, 1990
7. Helzer JE, Camino GJ and Hwu H: Alcoholism: a cross-national comparison of population surveys with the DIS, in Alcoholism, NY, Raven, 1986
8. Koizumi K and Harris P: Mental health care in Japan. Hosp Comm Psychiatry 43: 1100-1103
9. Loranger AW: Sex difference in age at onset of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 41: 157-161, 1984
10. Roos NP, Wennberg JE and Mcpherson K: Using diagnosis-related groups for studing variations in hospital admissions. Health Care Finaning Review 9: 53, 1986
11. Taube CA and Barrett SA: Mental Health United States 1985
12. Taube C, Lee ES and Forthofer RN: Diagnosis-related groups for mental disorders, alcoholism and drug abuse: evaluation and alternatives. Hosp Comm Psychiatry 35: 452-455, 1984