

03. 서울시 기초정신건강복지센터 정신응급 대응 현황조사

An Existing Condition Survey on Psychiatric Emergency Response
from Basic Mental Health Welfare Centers in Seoul

김은희¹⁾, 안효경¹⁾, 김경아¹⁾, 김한미¹⁾, 조은정¹⁾, 이승연¹⁾, 이해우¹⁾²⁾

E.H.KIM.PR.N, H.K.AHN.MSW, K.A.KIM.MSW, H.M.KIM.MSW, E.J.CHO(PEER SUPPORT PROVIDER), S.Y.LEE.MSW, H.W.LEE.PHD.

초 록

• **연구목적:** 본 현황조사는 서울시 25개 자치구에 위치한 기초정신건강복지센터에서 정신응급 대상자를 발견, 현장대응, 조치지원을 수행하는 과정에서의 현황을 파악·분석하여 치료 연속성이 확보되는 서울지역 정신응급 안전망 구축을 위한 기초자료로 활용하기 위함.

• **연구방법:** 평일 주간에 수행하는 정신응급 과정 및 형태를 6개 영역(정신응급 대응체계, 정신응급 출동요청, 정신응급 현장대응 및 평가, 정신의학적서비스, 지역사회네트워크 및 제도적 지원, 실무자 법적보호 및 지원)으로 분류하고 이를 바탕으로 기초정신건강복지센터 대상 정신응급 대응 설문지를 구성하여 2회에 걸친 현황조사를 진행함. 기초정신건강복지센터 상임팀장 또는 그에 준하는 역할을 수행하는 실무자 1명을 대표자로 구성하여 2020년 4월 24일부터 2020년 5월 8일 까지 ‘2019년 기준, 자치구에서 수행한 정신응급 대응 1차 현황조사’를 수행함. 이후 1차 현황 조사 결과를 토대로 심층문항을 구성하여 2020년 7월 2일부터 2020년 7월 8일까지 ‘정신응급 대응 시 적정 조치 및 치료연속성을 위한 2차 현황 및 의견조사’를 수행함.

• **연구결과:** 2019년 기준 기초정신건강복지센터로 의뢰된 정신응급 대응 요청건수는 총 1,259건, 현장대응 건수는 1,204건(96%)으로, 요청받은 대부분의 경우 현장대응을 수행함. 현장대응 시 지원한 대상은 미등록대상 80.2%(966건), 등록대상 19.7%(238건)로 미등록대상이 월등하게 많았으나, 미등록대상은 등록대상에 비해 현장대응 후 정신의학적 시스템으로 연계되는 수준이 낮음(등록대상자 61%, 미등록대상 42%). 자치구별 정신응급 현장대응 건수는 최소 13건, 최대 95건으로 큰 편차를 보였으며, 권역별로는 서남권(332건), 동북권(316건)이 서북권(280건) 및 동남권(276건)에 비해 높은 빈도를 보임. 현장대응 시 정신의학적 조치가 필요하다고 판단 하였으나 적정 조치가 이루어진 경우는 52.7%에 불과하였으며, 주요 사유는 신체질환 중북 대상자 및 입원 형태로 인한 병상 부족(88%), 유관기관 간 협력수준 낮음(76%) 순으로 나타남.

• **결론:** 중증정신질환 치료 연속성을 위해 지역사회 정신응급 지원 시스템의 구축 및 활성화가 필수요건이나 실제로 서울지역의 정신응급 수준은 제한적, 소극적 수준에 머물러 있음. 이에 대해 개별 기관 및 실무자의 수행범위를 포함해 서울시 차원에서의 대안 마련이 필요함. 또한 본 연구가 서울시 주간 평일 현황이라는 한계를 감안하여 추후 24시간 정신응급 대응 현황조사가 이루어져야 할 것임.

• **주요용어:** 정신응급, 개입, 정신건강복지센터

1) 서울시정신건강복지센터
2) 서울의료원 정신건강의학과

Abstract

• **Objective:** This existing condition survey is to identify and analyze the current status in the process of finding, on-site response, and action support at basic mental health welfare centers located in 25 boroughs in Seoul. Therefore, it is intended to be used as basic data for establishing a safety net for psychiatric emergency in the city of Seoul, which would secure a continuity of treatments.

• **Methods:** The process and type of the psychiatric emergency occurred during weekdays were classified into 6 areas psychiatric emergency response service, dispatch request for psychiatric emergency on-site response and the evaluation of psychiatric emergency psychological medicine service community network and institutional support, legal protection and support for practitioners. Based on such a classification, a questionnaire on mental emergency response was created and conducted twice for the basic mental health welfare centers as an existing condition survey. A representative was selected among the practitioners to play an equivalent role as an executive team leader at basic mental health welfare centers. His or her task was to investigate the ‘1st existing condition survey on the psychiatric emergency response conducted by a borough as of 2019’ from April 24, 2020 to May 8, 2020. After then, an in-depth questionnaire was created based on results of the first existing condition survey and the ‘2nd existing condition survey for appropriate measures and the continuity of treatments in response to the psychiatric emergency’ was conducted from July 2, 2020 to July 8, 2020.

• **Results:** As of 2019, the total number of requests to the Basic Mental Health and Welfare Center for the psychiatric emergency responses is 1,259, and the number of on-site response is 1,204 (96%), and in most cases, on-site response is performed. For the on-site response, the number of unregistered subjects is significantly higher, with 80.2% (966) cases unregistered and 19.7% (238) registered subjects. However, the degree to which the subjects are transferred to the psychiatric system after the on-site response is lower for the unregistered than for the registered (61% of registered subjects, 42% of unregistered subjects). The number of on-site response to the psychiatric emergency is at least 13 cases and a maximum of 95 cases at each borough, which show a large variation. By region, the southwestern region (332 cases) and the northeastern region (316 cases) show a higher frequency than the northwestern region (280 cases) and the southeastern region (276 cases). Although it is decided that psychiatric measures are necessary for the on-site response, only 52.7% of cases are taken appropriately. The major reasons are in order of the lack of hospital beds due to the number of patients with overlapping physical diseases, the way that the hospitalization is managed (88%), and the low level of cooperation among the associated organizations (76%).

• **Conclusion:** Although a community psychiatric emergency system is essential to be established and invigorated for the continuity of treatments for severe mental illness, the level of the psychiatric emergency system in Seoul is limited and still quite passive. Therefore, it is necessary to prepare alternatives for the city of Seoul, which include the perform range of individual institutions and practitioners. In addition, considering the limitations of the current study that the data is collected in Seoul during the daytime on weekdays, a survey on the existing condition of the psychiatric emergency response should be conducted for 24 hours in the further studies.

• **Keyword:** Psychiatric Emergency, Mental Health Welfare Center

1) Seoul Mental Health Welfare Center
2) Department of Psychiatry at Seoul Medical Center

I. 서론

국립정신건강센터(2019)의 「국민 정신건강지식 및 태도조사」 결과에 따르면 ‘정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다’에 대한 긍정 응답율이 전체의 64.5%로, 정신질환에 대한 부정적 인식이 높은 것으로 나타났다. 이러한 인식과 맞물려 2018년 12월 강북삼성병원 정신건강의학과 교수 피살사건, 2019년 4월 진주 방화·사상사건 등 치료를 중단한 중증정신질환자 관련 사건이 발생하면서 시민들의 위협감 및 우려가 크게 증가하였고, 이후 중증정신질환 관리 및 치료 필요성에 대한 보도가 지속되었다.

반면, 중증정신질환 관리 및 치료에 대한 중증정신질환자의 입장은 주의깊게 보도된 바 없다. 그러나 다음의 연구를 통해 중증정신질환자의 입장을 가늠해 볼 수 있다.

지역사회 거주 중증정신질환자 21명을 대상으로 한 질적 연구에 따르면, 위기대응서비스와 같이 지역사회 거주를 위해 필수적인 정신건강서비스 부족하다고 보고되었으며(권오용 외, 2018), 국가인권위원회(2019)가 발표한 「정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사」에 따르면, 입원을 경험한 중증정신질환자 다수가 급성기에 보호자 및 경찰에 의해 입원 진행 후 외래 치료를 거부하여, 정신의학적 치료·기초정신건강센터 개입에서 탈락하고 재발 및 재입원이 반복되는 것으로 나타났다. 이를 통해 지역사회 기반 정신건강서비스가 부족하며, 타인에 의해 진행된 입원치료는 중증정신질환자에게 치료 유지를 저해할 수 있음을 짐작할 수 있다.

최근 발생한 중증정신질환자 관련 사건은 중증정신질환자 개인의 특성보다 중증정신질환관리체계, 특히 정신응급체계의 한계라는 관점에서도 바라볼 수 있다. 중증정신질환자가 지역사회 내에서 적응·통합하기 위해서는 체계적인 위기개입 시스템을 구축하는 것이 필요하다. 이를 위해 전제되어야 할 조건은 치료 연속성으로, 정신응급 발생 시 발견 및 초기대응, 전문적 평가, 지역사회 통합을 저해하지 않는 필요서비스 연계 등 다양한 지역사회 정신건강서비스가 연속적으로 원활하게 제공되는데 초점을 두어야 한다(Johnson et al., 1997). 그러나 서울시 지역사회 내 정신응급체계는 주간 및 야간·공휴일간 초기대응 주체가 나뉘어져 있고 의료기관 및 지역사회 간 공식적 연계체계가 부재하는 등 체계적 시스템으로 보기에는 무리가 있으며, 연구 또한 부족한 실정이다.

이러한 실정 내에서 본 기관에서는 서울시 정신응급 현황조사의 필요성을 인식하였으며, 먼저 지역사회의 대표적인 정신건강 사업 수행기관인 기초정신건강복지센터의 정신응급 대응 현황을

확인하고자 하였다. 이를 통해 서울지역의 평일 주간 정신응급 대응 과정 및 형태, 정신응급 서비스 이용자가 경험하는 치료 연속성을 확인하여 서울지역 정신응급 안전망 구축을 위한 기초 자료로 활용하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 정신응급 대응 체계 : 해외

정신응급 의료 체계(Psychiatric Emergency Medical Service System, P-EMS)는 정신과적 응급상황이 발생할 경우, 이에 대하여 적절한 정신응급 서비스를 제공함으로써 환자의 예후를 호전하기 위한 체계를 의미한다.

미국 뉴욕 주에서는 정신응급센터 CPEP(Comprehensive Psychiatric Emergency Program)라를 운영하고 있다. 정신건강의학과 전문의, 훈련된 간호사와 사회복지사 등 스태프 94명이 365일, 24시간 운영을 통해 연간 약 6,000명의 정신응급 환자를 치료한다고 알려져있다. 내원 환자 중 대부분은 몇 시간 이내, 필요에 따라 72시간 이내의 단기보호 과정을 통해 관찰 및 평가 후 정신과적 입원 또는 퇴원을 결정하도록 운영되며, 그 결과 25%는 정신응급 입원, 75%는 Mobile crisis team과 연동한 외래 추적치료로 연계 또는 집중사례관리팀 서비스로의 연계과정을 조율하는 정신응급센터 체계가 구축되어 있다.

미국 애리조나주에서는 모바일팀(응급이송팀/병원응급대응팀)을 통해 중증정신질환자를 안전하게 지역사회기반 정신응급센터로 이송한다. 정신응급센터는 최후 수단으로 이용하고 일상생활을 유지한 채 입원치료를 받을 수 있도록 23시간 내에 급성기 증상을 치료, 관찰, 안정시키도록 한다. 정신건강의학과 의사, 간호사, 사회복지사 등 다학제팀으로 구성되어 있으며, 집중치료 기간 중 사회복지사는 대상자의 욕구에 맞춰 서비스 및 환경을 조정하여 재발방지를 돕는다(오현성, 2019).

호주는 국가 차원에서 정신과적 응급에 대한 정책과 계획을 수립하고 추진하고 있는데, 정신과적 응급에 대해 조기에 전문 응급 의료 서비스의 제공을 통해 환자의 예후를 호전시키고, 지역 사회 -병원전- 병원 단계의 유기적인 협조 체계의 구축을 정부 차원에서 강조하고 있다는 특징이 있다. 호주의 정신질환 응급의료체계의 단계별 구성에서 특징적인 부분은 정신과 전문 응급의료기관의 다양한 모형이 공존하고 있는 점으로, 1960년대에 가장 초기에 도입된 간단한 모델인 Consultation Liaison(CL) Model of Care이 소형 병원을 중심으로 운영되고 있고, 24시간 정신과 전문 간호사가 상주하는 발전된 모델인 Mental health Nurse in ED도 운영되고 있다. 최근에는 정신과적 응급에 대한 전문 협진 의료팀이 24시간 근무하고, 정신과적 응급 환자를 위한 별도의 관찰 구역을 확보하고 있는 가장 발전된 모델인 Psychiatric Emergency Care Center가 대도시의 대형 병원을 중심으로 도입되고 있다.

2. 국내 정신응급 대응 체계

보건복지부(2019)에서는 정신질환 증상 악화를 예방하고 사회복귀를 도모하고자, 정신응급 환자 발생 시 응급입원을 포함한 초기 집중치료부터 지속치료 지원까지 충분한 의료 서비스를 받을 수 있도록 정신응급의료기관 지정 시범사업과 낮병동 관리 시범사업을 수행하고 있다. 이는 자타해 위험이 있는 중증정신질환자가 적시에 치료서비스로 유입될 수 있도록 정신응급의료기관을 지정하여 급성기 치료수준을 강화하고, 퇴원 후 병원기반 사례관리로 연계하여 치료 유지를 향상 시키는데 목적이 있다.

서울시의 지역사회 기반 정신응급 대응은 주간 평일 및 야간·공휴일로 분리되어 있다. 평일 09:00-18:00에는 기초정신건강복지센터에서 자치구에서 발생한 정신응급을 지원하고 있으며, 야간·공휴일은 서울시자살예방센터에서 핫라인(1577-0199) 및 현장대응을 수행하고 있다. 정신응급 상황 발생 시 기초정신건강복지센터, 경찰, 소방에서 초기 대응을 지원하나, 정신응급 평가 및 호송 등의 집행 권한에 있어 각 기관의 해석이 달라 혼선이 야기되는 경우가 다수 존재하고 있다.

III. 연구방법

1. 연구대상

본 연구는 서울시 기초정신건강복지센터 상임팀장 또는 그에 준하는 역할을 수행하는 실무자 1명을 대상으로 선정하였다.

2. 조사내용

평일 주간에 수행하는 정신응급 과정 및 형태를 6개 영역 총 33문항으로 구분하였다.

영역	내용
정신응급 대응 체계	정신응급 대응 전담자 업무 시간, 정신응급 출동 인력 구성 등
정신응급 출동	자치구 내 정신응급 출동 요청 건수, 주요 조치 건수, 월별 정신응급 출동 건수, 정신응급에 해당하는 출동 범위 등
정신응급 현장 대응 및 평가	정신응급 개입이 필요하다는 평가 결과와 달리 정신의학적 개입이 이뤄지지 못한 이유, 유관기관 협력 정도 등
응급 입원 및 의료 지원	자치구 내 응급, 행정입원 가능 지정 의료기관 수, 자치구 외에 서울시내 정신응급 입원 진행 건수, 정신응급 입원 진행 시 의료기관 이용이 어려웠던 이유
지역사회 네트워크 및 제도적 지원	정신응급 대응 협의체 구성 유무와 효과성, 야간, 공휴일 내 자살, 중증정신질환자 정신응급 개입 여부, 개입 방법
실무자 법적 보호 및 지원	정신응급 대응 시 위험 요소, 실무자의 안전예방 또는 사후 트라우마 지원책 유무, 정신응급 관련 기초센터에 필요한 지원체계 등

<표 1> 2019년 기준, 자치구에서 수행한 정신응급 대응 1차 현황조사

이후 1차 현황조사 결과를 토대로 4개 영역, 총 5문항의 2차 현황 및 의견조사를 시행하였다.

영역	내용
미등록 대상	자치구 내 미등록 대상 관리 방안
정신응급 병상 확보	병상 확보 방안
COVID-19와 정신응급 대응	COVID-19 관련 정신응급 대응 시 개선점
치료비 지원	응급, 행정입원 대상자 치료비 지원 개선점

<표 2> 정신응급 대응 시 적정 조치 및 치료연속성을 위한 2차 현황 및 의견조사

3. 조사방법

2020년 4월 24일부터 2020년 5월 8일까지 전자메일을 통해 1차 현황조사를 시행하였다. 이후 같은 대상에게 2020년 7월 2일부터 2020년 7월 8일까지 전자메일을 통해 2차 현황 및 의견조사를 시행하였다.

IV. 연구결과

1. 기초정신건강복지센터에서 의뢰받은 정신응급 대응요청

본 연구는 서울시 기초정신건강복지센터 상임팀장 또는 그에 준하는 역할을 수행하는 실무자 1명을 대상으로 선정하였다.

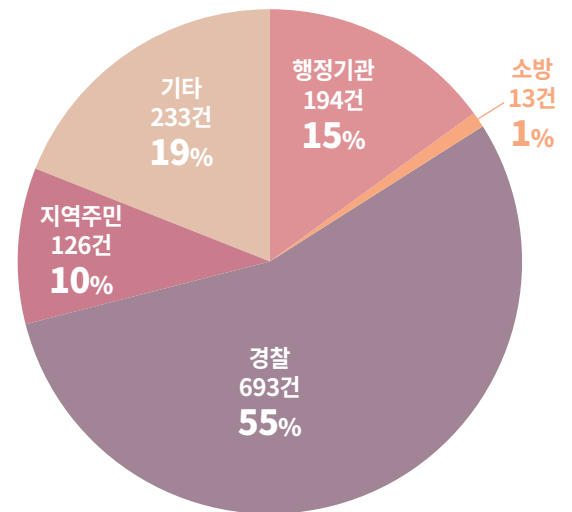
가. 정신응급 대응요청

2019년 1월 1일부터 2019년 12월 31일까지 기초정신건강복지센터에서 의뢰받은 정신응급 대응 요청건수는 총 1,259건으로, 운영시간을 고려했을 때 일 평균 5건으로 나타났다.

대응을 요청한 기관은 경찰(693건, 55%), 기타(233건, 18.5%), 행정기관(194건, 15.4%) 순으로 높았다. (‘기타’에는 사회복지관, 양로원, 아파트 관리사무소, 가족, 지인이 포함, ‘행정기관’에는 주민센터, 구청, 보건소가 포함됨)

나. 등록여부에 따른 차이

대응을 요청한 대상은 기초정신건강복지센터 등록대상 19.7%(248건), 미등록대상 80.3%(1,011건)로 미등록대상이 많았다.



<그림 1> 유형별 정신응급 대응 요청 현황

2. 기초정신건강복지센터의 정신응급 현장대응 및 평가 수행

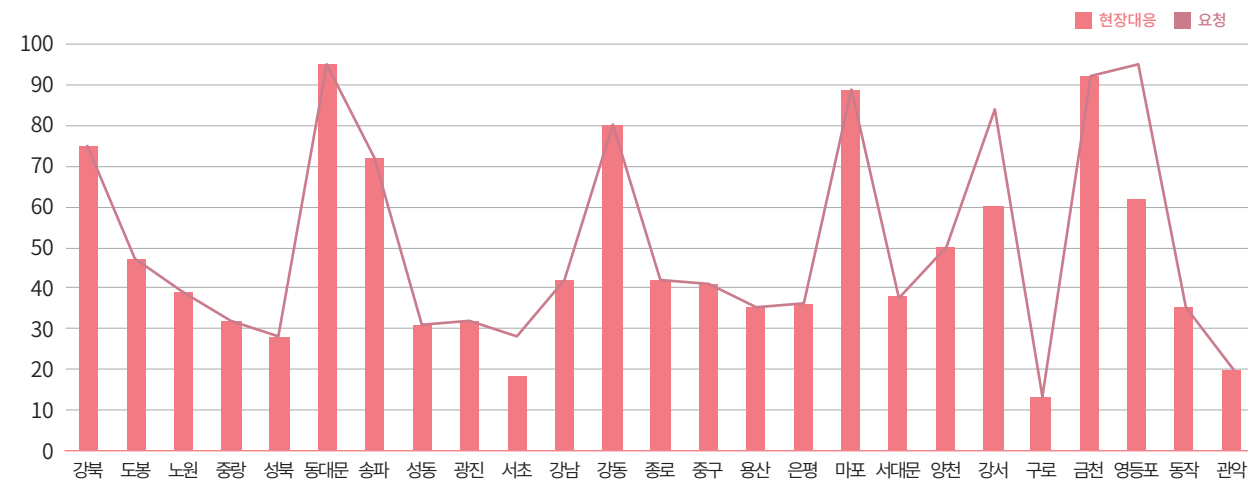
가. 현장대응 수준

정신응급 대응 요청 건수 대비, 기초정신건강복지센터에서 현장대응을 수행한 경우는 96%(1,204건)로, 월 평균 100.3건의 현장대응을 하는 것으로 나타났다. 특히 현장대응 요청 시, 정신응급에 준하지 않는다고 판단된 경우에도, ‘외부기관의 위기개입 평가가 불명확하여 확인 및 평가 위해(15곳)’ 또는

‘지역사회 내 협력 및 의사소통을 위해(13곳)’ 적극적으로 현장대응을 수행하였다.

나. 지역별 현장대응

자치구별 정신응급 현장대응 건수는 최소 13건(구로), 최대 95건(동대문)으로 큰 편차를 보였다. 서울을 4개 권역으로 분류하였을 때 권역별로는 서남권(332건), 동북권(316건)이 서북권(280건) 및 동남권(276건)에 비해 높은 대응 건수를 보였다.



<그림 2> 2019년 현장 대응 현황 (단위: 건)

IV. 연구결과

다. 현장대응 소요시간

기초정신건강복지센터의 정신응급 현장대응 1회 시 소요시간은 최소 1.23시간, 최대 5.66시간으로 평균 3.45시간으로 나타났다. 이는 하루 근무시간(8시간)을 고려했을 때, 현장대응 1회는 하루 업무시간 중 43%를 차지하였다.

3. 현장대응 후 주요 조치와 사유

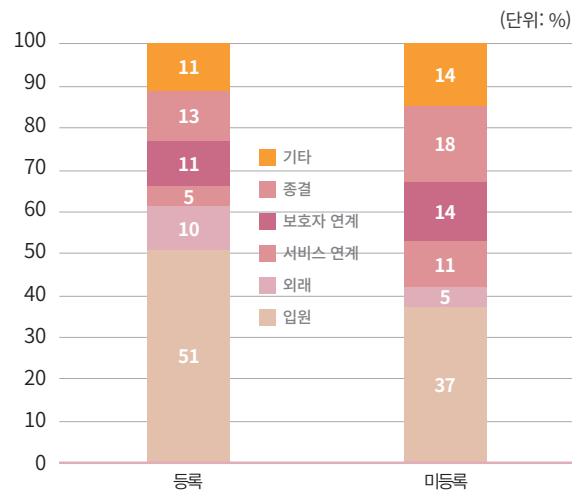
가. 주요조치

기초정신건강복지센터에서 현장대응을 진행한 1,204건의 후속 조치는 응급입원 연계(258건, 21%)가 가장 많았고, 종결(203건, 16.8%), 기타(166건, 13.7%), 보호자 연계(158건, 13%), 서비스 연계(122건, 10%), 보호입원 연계(84건, 7%), 외래치료 연계(75건, 6%), 행정입원 연계(65건, 5%), 자의입원 연계(59건, 5%), 동의입원 연계(14건, 1%) 순으로 나타났다.

나. 등록여부에 따른 주요조치 차이

정신응급 대상자의 기초정신건강복지센터 등록 여부에 따라 정신의료서비스로 연계되는 데 차이가 발생했다.

현장대응 지원은 미등록대상 80.2%(966건), 등록대상 19.7%(238건)로 미등록대상이 월등하게 많았으나, 미등록대상은 등록대상에 비해 현장대응 후 정신의학적 시스템으로 연계되는 수준이 낮았다. 이는 입원형태에서도 확인할 수 있는데, 등록대상자는 응급입원(46%), 자의입원(18%), 보호입원(17%) 순으로 높은 반면, 미등록대상은 응급입원(56%), 보호입원(18%), 행정입원(14%) 순으로 높게 나타났다. 또한 미등록 대상 1/3 가량은 단순 종결되거나 보호자에게 인계 되는 것으로 나타났다.



<그림 3> 기초정신건강복지센터 등록여부에 따른 후속조치 현황

4. 정신의학적서비스 연계

가. 평가와 실제 조치간 차이 발생

기초정신건강복지센터에서 현장대응 및 평가를 통해 정신의료 서비스(평가 및 치료)가 필요하다고 판단한 경우는 총 1,540건(중증정신질환 975건, 자살 565건, 중복응답)으로 보고된 반면, 실제 정신의료적 개입으로 연결된 경우는 52%(790건)에 불과했다. 이와 같이 기초정신건강복지센터의 평가와 실제 조치에 차이가 발생하는 이유는 의료기관 요인(88%), 유관기관 요인(80%), 보호자 요인(76%), 대상자 요인(40%) 순으로 나타나, 의료기관 요인이 가장 크게 작용하고 있는 것으로 나타났다.

나. 의료기관 요인 : 병상 부족

의료기관 요인은 병상 부족이 주된 사유로 나타났는데, 서울시 응급 및 행정입원이 24시간 가능한 지정의료기관이 8곳(2019.12.31.기준)에 불과하여 행정입원이 필요한 대상자에 대한 입원 제한으로 정신의료서비스 연계가 진행되지 못했던 센터가 9곳으로 나타났다. 또한 지정의료기관 8곳 중 5곳은 사립 정신병원, 2곳은 국/시립 정신병원, 1곳은 시립종합병원 내 정신건강 의학과로, 1곳을 제외한 대부분의 기관은 신체질환을 동반한 정신질환자 개입이 어려운 체계인 것으로 나타났다. 그 결과 신체 질환 동반으로 인해 정신의료서비스 연계가 진행되지 못했던 센터는 22곳으로 대부분의 센터에서 어려움을 겪고 있으며, 2019년 기준 의료기관 이용 시 서울 외 지역(경기도) 소재 의료기관을 이용한 건수는 135건(29.5%)로 나타났다.

다. 그 외 요인

기초정신건강복지센터의 평가와 실제 조치에 차이가 발생한 요인 중 유관기관 요인을 보고한 곳은 20곳(80%)으로 1차 대응자인 경찰 및 소방, 기초정신건강복지센터가 정신응급에 대해 다른 이해도 및 정신응급에 대한 기준을 각각 다르게 가지고 있으며, 그로 인해 입원, 이송 등에서 협조가 이루어지지 않는 것으로 나타났다. 보호자 요인은 입원비 부담, 보호자 및 대상자 간 갈등, 보호자 소진 등으로 보호자가 입원을 거부하는 것으로 19곳(76%)에서 보고되었으며, 대상자 요인은 대상자가 치료를 거부한 것으로 10곳(40%)으로 나타났다.

라. 이송 동행

정신응급 개입 시 기초정신건강복지센터 실무자가 정신응급 대상자의 이송에 동행한 경우는 440건(36.5%)으로 나타났다.

5. 치료연속성 향상을 위한 방안

가. 고위험 대상 야간 및 휴일 지원

기초정신건강복지센터 운영시간 외에 발생(가능)한 정신응급 개입 현황을 확인하였을 때, 기초정신건강복지센터 17곳(68%)에서 고위험 대상을 위한 서비스를 제공하였다. 대상군별 차이가 나타났는데, 자살 고위험 대상은 서울시자살예방센터 모니터링 의뢰(17곳), 휴일 전 집중관리(6곳), 휴일 당일 사례관리자의 개별 모니터링(1곳) 순으로 나타났으며, 중증정신질환 고위험 대상은 휴일 전 집중관리(15곳), 휴일 당일 사례관리자의 개별 모니터링(9곳), 서울시자살예방센터 모니터링 의뢰(8곳) 순으로 서비스를 제공한 것으로 나타났다.

나. 지역사회서비스 유입 노력

정신응급서비스를 이용한 대상자가 이후 지역사회서비스로 유입되도록 공식적 방안을 마련한 기초정신건강복지센터는 총 8곳(32%)이었으며, 주 내용은 퇴원계획 수립 시 기초센터 등록 안내, 퇴원사실 통보서 확인 후 7일 이내 개입, 치료비 지원으로 나타났다.

6. 정신응급 대응 체계

가. 정신응급 대응 전담자

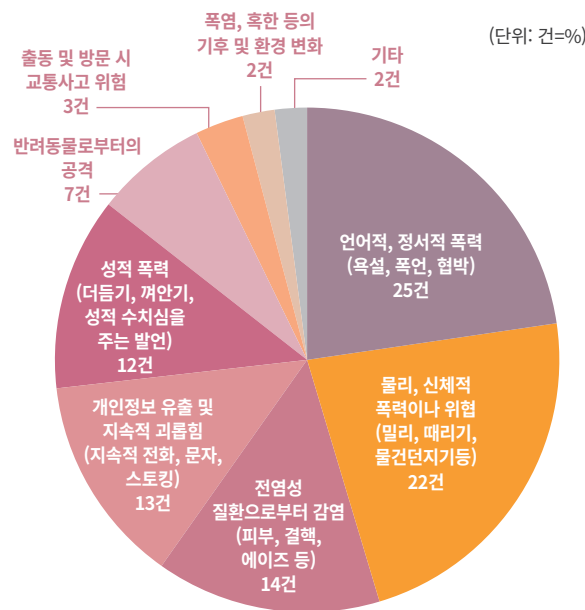
2019년 기준, 기초정신건강복지센터 25곳 중 정신응급 대응 전담인력이 있는 경우는 8곳(32%)로 나타났다. 정신응급 대응 전담자의 업무는 전화상담 및 현장대응 업무(34.7%, 13.88시간/주)가 가장 많은 비율을 차지했다.

나. 정신응급 현장대응 인력구성 및 훈련

기초정신건강복지센터 정신응급 현장대응(출동) 인력 구성은 정신건강전문요원 2인 출동(12곳, 48%)이 절반 가까이 차지하였고, 정신건강전문요원 여부와 상관없이 2인 출동(7곳, 28%), 기타(4곳, 16%), 정신건강전문요원 1인 및 비정신건강 전문요원 1인 출동(2곳, 8%) 순으로 나타났다. 기관 내에서 정신응급 대응 관련 정기적 교육 또는 수퍼비전을 진행하는 기관은 17곳(68%), 진행하지 않는 기관은 8곳(32%)으로 나타났다.

다. 위험요인 경험

정신응급 대응 시 실무자가 경험한 위험요인(중복응답) 언어·정서적 폭력(25곳, 100%), 물리·신체적 폭력이나 위협(22곳, 88%)이 가장 높게 나타났으며, 그 외에 전염성 질환으로부터의 감염(14곳, 56%), 개인정보 유출 및 지속적 괴롭힘(13곳, 52%), 성적 폭력(12곳, 48%) 순으로 나타났다. 이와 관련하여 실무자 안전 및 트라우마 지원 체계를 마련한 곳은 21곳(84%)이며, 세부적으로 2인 1조 출동(20곳, 42.5%), 내부 수퍼비전 진행(11곳, 23.4%), 대응 업무매뉴얼 구성(7곳, 14.8%), 심리지원체계 마련(5곳, 10.6%) 순으로 나타났다.



<그림 4> 현장대응 시의 실무자 안전 위협 요인

라. 자치구 정신응급 협의체 구성

2019년 기준 기초정신건강복지센터에서는 정신응급 정신응급 대응 협의체를 구성하여 기관당 평균 2.52회 회의를 통해 자치구 내 정신응급 대응을 위한 협의를 지속하였으며, 이에 대한 체감 효과수준은 Likert 척도로 0~10점 중 평균 5.92점으로 나타났다.

IV. 연구결과

7. 정신응급 적정 대응 및 치료연속성 향상을 위한 의견조사

가. 미등록대상 지원방안

기초정신건강복지센터를 대상으로 미등록대상 지원방안에 대한 의견을 조사하였다. 자치구 내 집중 돌봄 대상자를 목록화 하여 정신응급 대응 시 활용(6곳, 24%), 병원과 지역사회 연계를 돕는 병원기반사례관리 사업 실시, 미등록대상 발굴 시범사업 실시, 미등록 대상 지원 시 실무자 안전 및 법적 대응 방안 마련(4곳, 16%) 순으로 나타났다.

나. 응급병상 확보방안

정신의료서비스 연계를 저해하는 주요 요인인 병상 부족에 대한 대안을 조사한 결과, ‘신체·정신질환 동시 처치가능한 권역별 정신응급 의료기관 구축’이 17곳(68%)으로 가장 많은 의견을 차지했다. 그 다음으로는 COVID-19 검사와 안정실 동시 운영 병상 확대(15곳, 60%), 국공립 병원 정신응급 병상 확대, 자치구 전담 정신응급 의료기관 지정(8곳, 32%) 순으로 나타났다.

다. 신종감염병 상황 시 개선방안

COVID-19 발생 후 기초정신건강복지센터의 정신응급 대응 시에 어려움이 급증했다는 의견을 토대로, 신종감염병 상황 내에서 정신응급 대응 개선 방안에 대해 의견을 조사하였다. COVID-19 자체검사 가능한 병원 확보(12곳, 48%)가 가장 많은 의견을 차지했으며, 정신응급 병상 증설 및 확보(6개, 24%), COVID-19 대비 포함한 요원 안전대책 수립, 경찰의 협조, COVID-19 검사 후 대상자 보호조치 기관 필요(2곳, 8%) 순으로 나타났다.

V. 결론 및 고찰

본 현황조사는 서울시 기초정신건강복지센터 25곳에서 정신응급 대상자 발견, 현장 대응, 조치 지원을 수행하는 과정에서의 현황을 파악·분석하여 이를 바탕으로 향후 치료 연속성이 확보되는 서울지역 정신응급 안전망 구축을 위한 자료로 활용하기 위해 수행되었다.

기초정신건강복지센터는 자치구 내 발생하는 정신응급 상황에 대해 여러 기관들로부터 현장 대응 요청을 받고 있으며 이 중 96%에 대해 실제 현장대응을 수행한 것으로 나타났다. 현장 대응 수준은 각 기관별 편차가 크게 나타났는데, 최소 13건(구로구)에서 최대 95건(동대문구)으로 7배 이상의 차이를 보였다. 이를 다시 권역별로 분류하였을 때, 강서, 구로, 관악, 금천, 동작, 양천, 영등포구가 포함된 서남권(332건)과 강북, 노원, 도봉, 동대문, 성북, 중랑구가 포함된 동북권(316건)이 마포, 서대문, 용산, 은평, 종로, 중구의 서북권(280건) 및 강남, 강동, 광진, 서초, 성동, 송파구의 동남권(276건)에 비해 높은 대응 건수를 보여 권역별 차이를 확인할 수 있었다.

해당 결과를 통해 권역 및 자치구별 특성을 고려한 정신응급 대응 지원이 이루어져야 함을 알 수 있다. 무엇보다 요구되는 것은 인력이다. 효과적 조치 및 실무자 안전을 위한 2인 1조 출동이 전제되어야 하며, 잦은 현장대응으로 인한 실무자 피로도 증가, 현장대응 소요시간을 고려하여 현장대응이 많은 자치구부터 빠르게 인력을 배치하여야 할 것이다.

인력을 지원하는 또 다른 방법은 인력이 보다 효율적으로 일할 수 있도록 제도적 시스템을 구축하는 일이다. 현황조사 결과, 현장대응 시 유관기관과의 협조가 어려운 가장 큰 원인은 정신응급에 대한 유관기관 간의 이해도 차이라는 결과가 나타났다. 1차 대응자(경찰, 소방, 기초정신건강복지센터)간 소모적 대응은 효율을 저하시키고 대상자가 적정 서비스로 연결되지 못하는 결과를 낳을 수 있어, 이러한 차원에서 보건복지부에서는 정신응급 대응을 위한 지침서 ‘정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내 2.0 매뉴얼’을 제작 배포한 바 있다. 그러나 매뉴얼 상에서도 명확한 지침을 표기하지 못하여 현장에서 사용하기에 한계가 따른다. 따라서 ‘정신응급 대응 효과적 사례집’과 같이 보다 유관기관 간 협조도를 높일 수 있는 매뉴얼 또는 지침 개발을 통한 지원이 필요할 것이다.

더불어 정신응급 대응을 수행하는 실무자 안전지원 마련이 필요하다. 현장 대응 시 자·타해 위험이 높은 대상자에 대한 개입이 이루어지는 경우가 빈번하며 그로 인한 여러 위협을 경험하고 있어 신속하게 실무자의 신체적·정신적 안전을 보호

하기 위한 근거가 마련되어야 한다. 사전 예방을 위한 2인 1조 출동, 법적 및 임상적 수퍼비전을 포함하여, 실무자 심리적 지원, 치료 지원과 같은 사후 체계 또한 요구된다.

응급 및 행정입원 대상자 치료비 지원도 기관별 차이를 보였는데 응급입원 치료비 지원(평균102,720원)은 최대 21건, 최소 1건, 행정입원 치료비 지원(880,320원)은 최대 6건, 최소 0건으로 나타났다. 따라서 기관별 응급 및 행정입원 지원 수준에 따른 추가 예산 지원도 고려해야 할 것이다.

본 조사의 주요한 결과 중 하나는 미등록대상이 등록대상에 비해 4배 가까이 많은 반면, 정신의료서비스로 연계되는 수준이 낮고 심지어 미등록대상의 약 30%는 단순 종결 또는 보호자 인계를 통해 종결되었다는 것이다. 이러한 경우, 미등록대상은 정신건강서비스로 유입되지 않은 채 다시 지역사회 내에서 머무르게 되고 정신응급서비스를 재이용 할 가능성이 높아질 수 있다. 또한 이와 맞물려 기초정신건강복지센터의 응급개입 서비스 전달 후 치료 연속성을 위한 방안이 공식적으로 마련되어 있는 기관이 8곳에 불과하며, 이마저도 퇴원통지서 확인 7일 이내 개입, 서비스 안내 및 유입 의도와 같이 실효성이 높지 않아 미동의 대상이 지역사회 내에서 분리될 수 있다.

이에 대한 적극적 대안 마련이 필요하다. 현재 기초정신건강복지센터는 미등록대상 개입을 강제할 어떠한 근거도 없으며 실무자 안전이 담보되지 않은 상태에서의 개입 요구는 기초정신건강복지센터를 위축시키는 결과를 낳을 수 있다. 따라서 서울지역 미등록대상 및 자치구별 특성을 파악한 후 이를 고려한 접근이 필요하며 이러한 접근은 미동의대상 중심의 통합적 보건·복지 서비스가 함께 연결되어야 한다. 또한 정신건강복지센터 실무자가 안전하고 효과적인 서비스를 전달할 수 있는 법적 및 제도적 장치가 우선 요구된다.

기초정신건강복지센터의 현장대응을 통해 정신의료서비스가 필요하다고 평가되었으나 의료기관의 문턱을 밝은 경우는 절반수준인 52%로 나타났다. 즉, 정신건강의학과 전문의를 통한 평가 또는 치료가 필요하나 절반 가까이는 서비스를 이용하지 못했으며, 이에 대해 의료기관 요인이 가장 큰 것으로 나타났다. ‘자신과 타인의 안전과 건강에 위협이 될 수 있는’ 정신응급의 특성을 고려하였을 때 가장 유효하게 발휘되는 조치는 응급 및 보호입원일 수 있으며, 미동의 대상이 대부분을 차지하는 것을 고려하였을 때 응급입원 후 행정입원으로의 전환 조치도 염두에 두어야 할 것이다. 그러나 서울시 소재 응급 및 행정입원이 가능한 지정의료기관은 8곳에 불과하다.

V. 결론 및 고찰

이는 경기도(57곳) 등 서울 외 지역과 비교하여 크게 낮은 수준이다.

또한 국내 정신질환자 중 만성질환을 동반한 대상자가 85.5%를 차지할 정도로 중증정신질환자는 신체질환을 동반한 경우가 많아 심혈관질환, 당뇨, 호흡기질환, 비만이 빈번하게 발생하는 것으로 알려져 있으며, 정신응급 상황에서 발생하는 신체 손상도 고려해야 한다. 그러나 현실적으로 신체질환을 동반한 정신응급상황에서 정신의료서비스를 제공하는 기관은 적거나 유동적이며, 지정의료기관 8곳 중 7곳은 정신전문 병원으로 해당 욕구를 충족하기 어렵다. 이러한 상황은 신종 감염병 COVID-19로 인해 확산되었다. 서울시정신건강복지센터에서 기초정신건강복지센터를 대상으로 한 조사(조사 기간: 2020.02.21~2020.03.10.) 결과, 신체질환 치료가 가능한 주요 공공의료기관(서울의료원, 서울특별시 보라매병원)이 코로나전담병원으로 변경되어 중증정신질환자의 의료서비스 공백이 더 커졌으며, 코로나19 검사를 수행 후 음성판정 시까지의 대기시간 지연으로 대상자가 서비스를 종결하거나, 퇴원환자 감소로 병상 부족이 심화되는 결과가 나타났다.

이에 대한 대안으로 신체질환 동반 시 이용가능한 정신응급 병상 확충이 절실하다. 이미 서울시에서는 2019년 10월부터 서울시 보라매병원에 서울형 정신응급의료센터를 설치하여, 정신과적 응급대상자 중 신체질환 의심 및 자타해 위험으로 인한 신체손상이 있을 경우, 대상자의 신체 및 정신과적 문제를 평가하고 그 결과에 따라 서비스를 연결하는 체계로 운영 중이다. 보라매병원의 서울형 정신응급의료센터는 인근 자치구 5개의 수요를 고려한 것으로, 이와 같이 신체질환 중복 대상을 위한 정신응급병상을 서울 전 지역으로 확대, 운영하는 것이 필요하다.

본 연구는 기초정신건강복지센터를 대상으로 평일 주간에 한정된 현황이라는 것에 제한점을 갖는다. 향후 24시간을 기준으로 연구대상 범위를 서울시자살예방센터, 유관기관으로 확대하여 서울지역의 보다 구체적인 현황을 확인하고 각 기관 간 역할 및 협력체계를 확인하는 것이 필요할 것이다.

VI. 참고문헌

권오용 외 (2018). 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사

국가인권위원회(2019) 정신장애인의 지역사회 거주 · 치료 실태조사

국립정신건강복지센터(2008), 정신질환 응급의료체계 수립 방안 연구

국립정신건강복지센터(2019) 국민 정신건강지식 및 태도조사

오현성(2019) 탈시설화 시대의 치료 연속성과 지역사회 서비스 제공의 핵심 원리: 미국 애리조나주의 경험

Johnson, S., Prosser, D., Bindman, J., & Szmukler, G. (1997). Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures.