



필수의료인 정신응급의 현주소

2023년 현재 응급환자가 이송 중 사망하는 상황들이 발생하며 응급환자 치료 체계에 대한 국가와 국민의 관심이 높아지고 있음. 그런 한편 정신의학적 응급대응(이하, 정신응급)의 경우 응급상황이 발생하였을 때 입원 가능한 병원을 찾는데 장기간 시간이 소요되는 등의 문제가 지속되고 있음. 정신응급은 필수의료의 영역이 되어야 함에도 불구하고 투자 부족으로 미충족 영역으로 남겨지는 경향이 있어 본 동향에서 현주소를 파악하고자 함.

국내의 정신응급만을 다룬 국가 통계는 아직 부족하여 전국적인 정신응급을 현황을 파악하고 수요 병상 수의 추정 및 정확한 정신응급 서비스 미충족 현황 파악은 어려운 상황임. 이에 본 동향에서는 연구를 중심으로 정신응급 추이 및 현황 파악과 국외 사례의 탐구를 통한 정신응급 대응체계의 발전 방향을 살피고자 함. 또한 지역사회 내 정신건강상의 위기 상황에서는 입원 치료 외에 정신질환자를 위한 위기센터 등의 체계도 있으나, 본 동향에서는 입원 치료와 이를 중심으로 한 체계에 한정해 다루고자 함.

지난 6년간 지속적으로 정신응급 환자 증가... 연평균 7만 8천명 발생

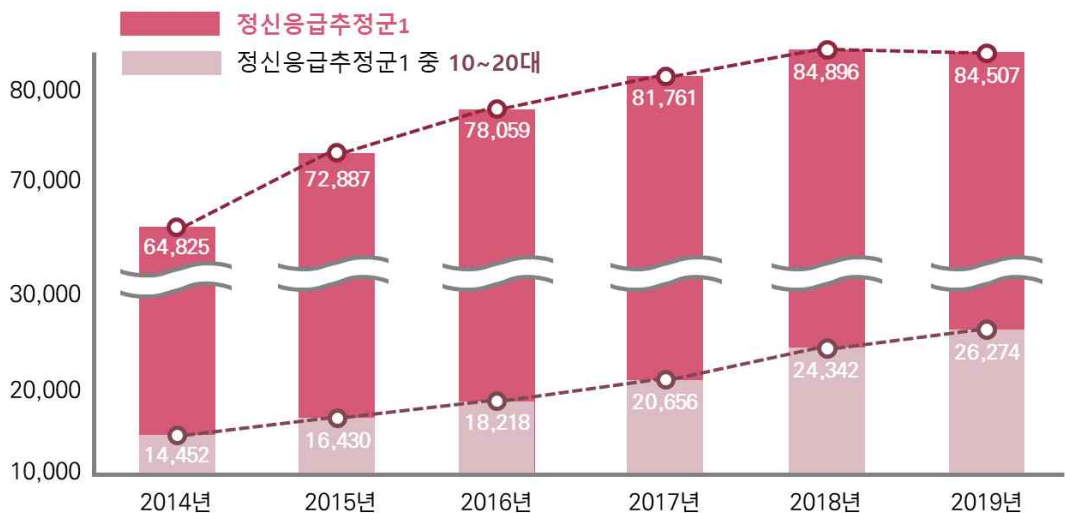
정신응급환자의 수요 추이 및 현황 파악을 위해 관련 연구인 지역 기반 정신응급 대응체계 구축 연구(송경준 외, 2022)의 보고서를 참조하였음. 해당 연구에서는 2014년부터 2019년까지의 국가응급진료정보망(NEDIS) 데이터를 분석하여 국내 정신응급환자의 수요를 추정하였음.

연구에서는 정신응급환자에 대하여 KCD-7 분류 기준 F10부터 F39까지의 정신장애 및 행동장애에 해당하는 F 코드군, S00부터 T98까지의 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과와 Y87 의도적 자해 등을 포함하는 S-T 코드 의도성군, X60부터 X87까지의 고의적 자해에 해당하는 X코드군의 세 분류의 퇴실 및 퇴원 진단코드를 가진 환자를 정신응급추정군1로 정의하여 현황을 분석함.

정신응급 환자의 증가, 젊은 연령은 더 큰폭으로 늘어나

['14-'19 정신응급환자 수요 추이 및 현황]

• 자료원 : 지역 기반 정신응급 대응체계 구축 연구(송경준 외, 2022)










* 정신응급추정군1 : KCD-7 기준 F10 ~ F39, S00 ~ T98, Y87, X60 ~ X87 퇴실 및 퇴원 진단코드를 가진 환자

지난 6년간 정신응급추정군1은 연간 64,825명에서부터 84,507명까지 증가하였으며 6년간 총 466,935명이 정신응급으로 응급의료센터(응급실)을 찾은 것으로 나타남. 6년간의 총 진료인원 합계를 기준으로 질병코드별 F 코드군이 54,359명(64.3%), S-T코드 의도성군이 28,684명(33.9%), X코드군이 1,464명(1.7%)순의 비중을 나타냈음. 특히 주목되는 것은 연령별로 보았을 때 정신응급추정군1 중 10~20대의 환자가 2014년에 14,452명(22.3%)으로부터 2019년 26,274명(31.1%)으로 비중이 증가하였으며 환자 수로는 약 2배 가까이 늘어난 모습이 확인되어 특히 젊은 층에서의 정신응급 환자의 발생이 가파른 상승세에 있는 것이 확인됨. 허나 NEDIS 자료는 응급실 방문 환자에 대한 의무기록 등록 진단명이 기준이기에 실제 정신건강의학과 진단과의 차이 및 진단코드 입력의 누락 등이 있을 수 있다는 한계가 있음.

이와 같은 정신응급의 수요가 증가하고 중요성이 커짐에 따라 정신응급 대응에 대하여 응급의료기금 투입의 필요성이 제시되었으며, 정신응급 체계 개선에 대한 촉구가 지속되었음. 이에 한국과 국외 주요국의 정신응급 대응체계를 비교하여 현황과 개선이 필요한 지점을 도출하고자 함.

환자의 발생부터 진료까지, 한국과 국외의 정신응급 대응체계는?

국외 정신응급 체계 탐색을 통한 국내 발전방향

[정신응급 대응체계의 흐름도]		
*자료원 : 지역 기반 정신응급 대응체계 구축 연구(송경준 외, 2022), Comprehensive Psychiatric Emergency Programs(NY State Office of Mental Health, 2021), Quality Standards for Liaison Psychiatry Services(PLAN, 2020), Psychiatry Emergency Care Centre Model of Care Guideline(NSW Health, 2015), 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 평가 연구(백종우 외, 2023)		
정신응급 출동	환자 이송	입원 치료
 미국 간호사, 사회복지사, 정신과 전문의가 팀으로 현장 출동	 구급 대원 및 경찰이 지정된 CPEP 병원으로 이송	 입원 치료 정신응급 관촬병상 확보 및 응급의학과 협진 실시
 영국 정신응급 위기관리 협약에 따라 경찰 출동 및 전문가의 평가 실시	협약에 규정된 프로토콜에 따라 지정된 병원으로 이송	24시간 운영되는 서비스 제공 및 다학제적 전문가 투입
 호주 공식적 가이드북에 따라 관계 인력의 현장 출동 후 평가	평가 후 지정된 병원으로 환자 이송	24시간 운영되는 정신응급 서비스 제공
 대만 정신건강의학과 전문의와 다학제 팀이 경찰과 출동	지자체 및 시립연합병원 정신응급실로 환자 이송	24시간 정신응급 서비스 제공 및 전원시에도 정신과 F/U 지속
 한국 주로 경찰의 현장 대응 및 정신건강복지센터 출동	응급입원 요할 시 입원가능병원 개별확인 후 이송	24시간 운영하는 권역정신응급의료센터 확충 중
단계별 개선과제 현장 출동 인력의 부족 및 출동 인력 중 전문의 부재	입원 가능 여부 파악이 어려워 환자 이송이 지연	권역정신응급의료센터 확충 중이나 24시간 운영하는 입원병상의 부족

국내와 국외 주요국의 정신응급 대응체계를 알아보기 위하여 미국, 영국, 호주, 대만의 사례를 조사하였으며, 각 국가에서 제작한 정신응급 대응체계 구성을 위한 가이드를 참고하였으며 대만은 대만 보건복지부 정신보건국장의 자료를 인용한 백종우 외(2023)의 연구를 재인용함.

정신응급 대응체계의 흐름도를 살펴본 결과, 국내와 국외 주요국에서는 환자가 발생하였을 시에 출동하는 현장 대응 모바일팀의 구성, 병원의 정신응급 병상 확보, 이에 따른 환자 이송체계에서 주된 차이가 발견됨. 각 국가의 정신응급 대응체계는 다음과 같음.

Comprehensive Psychiatric Emergency Program(CPEP) 모델은 미국의 대표적인 정신응급 체계 모형으로 응급실 치료의 지원과 과밀화 등의 문제를 해결하기 위하여 뉴욕 주에서부터 시작되었음. CPEP는 시에서 지정한 병원에서 진행되며 정신응급 환자에 대한 종합적인 서비스를 제공함. CPEP의 세부 서비스로는 응급의학과 협진을 통한 환자 평가와 분류, 정신응급 환자 평가를 위한 관촬 병상 운영, 다학제적 인원으로 구

성된 모바일 팀, 아웃리치 팀을 운영하고 있음. 특히 이 중 모바일 팀의 경우 정신건강에 대한 전문성을 가진 간호사, 사회복지사, 그리고 전문의가 그룹으로 현장에 출동하여 평가하며, 필요 시 구급대원 및 경찰은 지정된 병원으로 이송을 담당하고 있음.

영국은 정신응급 상황이 발생하였을 때를 위한 접근성 증진, 치료의 질 향상, 치료 후의 회복 및 추가적인 위기 상황의 방지 등을 위하여 구급대원, 소방, 정신보건 전문가 집단, NHS 등의 관계 기관이 모여 정신응급 위기관리 협약(Mental Health Crisis Care Concordat)을 맺어 협력체계를 구축함. 이에 정신응급 상황이라고 판단되어 응급실로 이송된 환자는 병원 내에서 운영되고 있는 정신응급 전담 조직인 Liaison Psychiatry Services에 의뢰되어 서비스를 받게 됨. Liaison Psychiatry Services는 정신건강의학과 의사, 간호사 외 심리치료 전문가, 사회복지사, 중독전문가 등으로 조직된 인력을 운영하고 있으며 정신응급 상황으로 평가된 환자에 대하여 즉각적으로 대응할 수 있는 인력을 갖추고 있음.

호주의 경우 정신응급 상황이 발생하였을 때 현장에서의 평가 후 지정된 병원으로 이송하는 체계를 갖추고 있음. 정신응급 상황에서는 다양한 기관이 함께 참여하게 되며, 혼선이 발생하는 것을 막기 위해 공식적인 가이드북을 마련하고 경찰에도 정신응급 관련 훈련을 받은 인력을 양성하는 등의 노력을 기울이고 있음. 정신응급 상황 발생 시 병원에서 제공하는 정신응급 서비스 모델은 다양하게 존재하고 있으며 Psychiatric Emergency Care Centre(PECC)는 그 중 2006년에 도입되기 시작한 가장 최근의 모델임. PECC는 도시 지역 응급실에서 정신응급 환자의 흐름을 개선하고 신속하게 전문적인 진단과 치료를 제공하기 위하여 시작되었음. PECC는 응급실 내에 최대 48시간 체류 가능한 관찰 병상의 확보 및 24시간 동안 운영되는 정신건강의학과 전문의, 간호사, 사회복지사, 동료지원가 등의 다양한 분야로 구성된 인력을 운영하고 있음.

대만의 경우 2004년 제정된 긴급의료제도법에 따라 지역사회에서 정신응급 상황이 발생하였을 때 전문의가 포함되어 구성된 다학제 팀이 경찰과의 협력하여 빠르게 출동하고 있으며, 특히 타이페이시의 경우 신체적, 정신적 증상에 대한 평가를 통해 외과적 처치가 가능한 대형 병원이나 시립연합병원 정신과 응급실로 입원하게 됨. 정신응급실로 입원한 뒤에는 24시간 운영되는 정신응급 서비스를 제공 받으며 여타 이유로 인하여 전원이 이루어진다고 하더라도 정신과 의사의 책임하에 치료가 지속됨.

위와 같은 요소들을 살펴보았을 때, 국외 선진 사례에서는 정신응급 환자 발생 시 입원 가능한 병상의 확보와 이를 바탕으로 한 이송체계의 구축, 다학제적 인력으로 구성된 현장 대응 인력, 지역사회의 경찰 및 소방 등 관계 기관과의 연계 등의 요소가 확인됨. 향후 국내에서도 이와 같은 요소들을 중심으로 정신응급 대응체계를 발전시켜 나가야 할 것임.

정신응급 대응체계 개선을 위한 제도적 노력

시범사업을 통한 정신응급 대응체계 개선 노력

늘어나는 정신응급 수요와 급성기 치료 강화를 위해 맞추어 보건복지부는 다양한 대책을 수립하여 진행하고 있음. 특히, 정신응급은 그 필요성에 비해 아직 미충족된 부분이 많으며 사회적 건강 안전망의 관점에서도 필수의료의 영역이라고 볼 수 있음. 보건복지부는 2020년부터 응급입원의 의료서비스 질 강화 및 초기 집중치료로 증상 완화와 사회복귀 유도를 목적으로 「정신질환자 지속치료 지원 시범사업」을 시행, 그중 정신응급 대응을 위한 시범사업을 편성하였음. 초기에는 정신응급의료기관 지정 시범사업으로 시작하였으나, 개편을 거쳐 현재는 급성기 치료 활성화 시범사업으로 통합됨. 백종우 외(2023)의 연구에 따르면 급성기 치료 활성화 시범사업이 진행되는 동안 전반적으로 재원일수의 감소, 외래치료 유지율과 외래 방문횟수가 증가하는 등의 효과가 나타남이 보고됨.

한편 임세원 법의 하나인 응급의료법 개정을 통해 정신응급센터 설치의 법적 근거가 마련되었으며 정신응급 인프라의 구축을 위하여 제2차 정신건강복지기본계획 내 핵심과제로 지역 기반 정신응급 대응체계 구축을 포함되는 등의 제도적 기반을 마련하였음. 이에 2022년부터 응급의료센터 중 시설인력 기준을 부합하는 기관을 대상으로 공모를 진행하여 권역정신응급의료센터를 운영하는 사업을 시작하였음. 권역정신응급의료센터는 응급의학과와 정신건강의학과와의 동시 협진을 진행하여 내·외과적 처치 및 정신과적 평가를 위한 24시간 정신응급 환자 대응 병상을 운영하고 있음. 2023년 6월을 기준으로 전국에 총 10개의 권역정신응급의료센터가 지정되었으며, 향후 2025년까지 총 14개소를 지정하는 것을 목표로 하고 있음.

[급성기 치료 활성화 시범사업 및 권역정신응급의료센터 사업 현황]

· 자료원 : 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 평가 연구(백종우 외, 2023),
2023년 권역정신응급의료센터 공모 및 선정계획(보건복지부, 2023)

급성기 치료 활성화 시범사업 시행 전후



1인당 재원일수

60.6일 → 41.2일

퇴원 후 3개월 이내
외래치료 유지율

65.1% → 66.5%



월 평균 1인당
외래방문횟수

1.7회 → 2.0회

30일 이내 재입원을

59.0% → 50.7%



월 평균 1인당
응급실 방문횟수

12.1회 → 6.2회

권역정신응급의료센터



추진배경

- 정신응급 상황 발생 시 즉각적인 초기대응과 집중치료를 위한 서비스 이용체계 마련 필요
- 특히 신체질환 동반한 경우를 위한 체계의 구축이 요구됨

설치현황

- 2023년 6월 기준 전국에 총 10개소 지정됨
('25년까지 14개소 목표)

권역정신응급의료센터의 주요 특징

- 정신건강의학과와 정신건강의학과 동시 협진을 통한 24시간 정신응급환자 대응 병상의 운영
- 정신응급환자 발생 시 정신응급대응협의체 참여

정신응급은 정신의료체계에 처음으로 진입하는 경로가 되거나, 증상이 활발한 상태에서 전문적인 정신의학적 조치를 요하는 상태인 만큼 적절한 치료를 받을 수 있는 체계를 구축이 요구되며 특히 공공성을 보다 강화할 필요가 있음. 제2차 공공보건의료기본계획에서도 증가하는 수요에 대응할 수 있도록 정신응급 환자에 대한 치료 기반 강화의 필요성이 제시되고 있음. 윤석열 대통령 또한 2022년 7월경 정신질환자의 응급입원 체계 정비의 필요를 언급하는 등 보다 정책적인 관심과 개선이 요구됨.

정신응급을 위한 대응은 지역사회 단계, 병원 전 단계, 응급실 단계 등으로 세분화하여 접근하는 것이 필요할 것이며 그 외 정신건강의학과 중환자실(PICU), 급성기 환자에 대한 병동 운영, 응급실 퇴원 후의 사후관리와 회복에 이르기까지의 광범위한 영역에 대한 고려가 요구됨. 또한 정신응급에 대한 대응체계를 견고히 하기 위해서는 정신건강영역 외 응급의학, 필수의료 영역의 협력이 필요함. 또한 대응시 경찰, 소방 등 다양한 영역이 함께 참여하는 만큼, 범부처간의 협력과 국가적 투자가 필요할 것임.

※ 정신건강동향 활용인용 시 반드시 출처표기 바랍니다.

NMHC 동향

vol.1; 2018. 3	조례로 보는 정신건강
vol.2; 2018. 5	인구 1인당 정신건강 예산
vol.3; 2018. 9	세계 정신건강의 날 (WMHDAY)
vol.4; 2018. 10	한국인의 정신질환 질병부담
vol.5; 2019. 1	2019년 정신건강복지관련 재원분석 (중앙부처)
vol.6; 2019. 1	[칼럼] 정신장애는 정말 있는가?
vol.7; 2019. 2	[칼럼] 정신과 진단을 하면서 견여해지는 이유
vol.8; 2019. 3	정신건강통합지수로 보는 우리나라 정신건강
vol.9; 2019. 4	정신장애인의 자살
vol.10; 2019. 6	한눈에 보는 국외 정신건강 미디어 가이드라인
vol.11; 2019. 8	정신장애인의 건강
vol.12; 2019. 9	정신재활시설 현황
vol.13; 2019. 10	정신건강분야 인력 현황
vol.14; 2019. 11	정신질환의 사회경제적비용
vol.15; 2020. 2	2020년 정신건강복지관련 예산(중앙부처)
vol.16; 2020. 4	중증정신질환자의 규모 및 초발환자 의료이용현황

vol.17; 2020. 5	정신장애인의 고용현황
vol.18; 2020. 6	UN에서 말하는 코로나19와 정신건강
vol.19; 2020. 8	의료급여수급권자 중 정신질환 진료현황
vol.20; 2020. 10	시도별 1인당 지역사회 정신건강예산 현황
vol.21; 2020. 12	정신장애인의 경제상태
vol.22; 2021. 2	정신장애인의 소득보장 수준
vol.23; 2021. 3	2021년 정신건강복지관련 예산(중앙부처)
vol.24; 2021. 7	의료보장 유형에 따른 정신질환 진료현황
vol.25; 2021. 11	정신질환과 사망
vol.26; 2022. 2	2022년 정신건강 관련 예산
vol.27; 2022. 6	정신장애인의 사회활동 참여
vol.28; 2022. 11	WHO(2022)보고서에 따른 정신건강 변화 방향
vol.29; 2022. 12	싱가포르 정신건강체계 Summary
vol.30; 2023. 4	2023년 정신건강 관련 예산(중앙부처)
vol.31; 2023. 6	필수의료인 정신응급의 현주소