

탈시설화 시대의 치료 연속성과 지역사회 서비스 제공의 핵심 원리: 미국 애리조나주의 경험

Continuity of Care and a Tenet for Providing Community-Based Services in the Era of Deinstitutionalization: Experience of Arizona, US

오현성(미국 애리조나주대학교 교수)
Hyunsung Oh(Arizona State University)

이 글에서는 미국 애리조나주의 지역사회 정신건강서비스(CMHS: Community-based Mental Health Service) 사례를 기반으로 치료연속성과 탈시설화 문제에 대한 방안을 모색한다. 애리조나주의 지역사회 정신건강서비스는 증상과 회복 수준이 다른 환자들이 치료의 연속성(COC: Continuity Of Care)을 경험할 수 있도록 다양한 서비스를 연계하여 제공하고 있으며, 중증 정신질환자가 지역사회에 적응할 수 있도록 지역사회 정신건강서비스는 다음 두 가지를 강조하고 있다. 첫째, 주정부의 정책결정자는 중증 정신질환자에게 다양한 심리사회적 서비스와 위기서비스체계를 제공하는 서비스 공급자를 적극적으로 지원한다. 주정부 정책결정자들이 제공하는 각종 지원은 개별 서비스 공급자들이 치료 연속성 원칙을 내재화하는 데 도움이 된다. 둘째, 애리조나주는 입원 및 외래 진료에 더하여 지역사회 정신재활서비스를 위한 재원을 할당하여 환자의 지역사회 복귀에 필요한 다양한 서비스를 제공하고 치료연속성을 중요시하는 것을 목표로 한다. 이는 서비스를 양적으로 증가시킬 뿐만 아니라 서비스 성과 또한 향상된다. 이러한 사례를 통해 장기요양시설의 인권침해 문제 해결과 정신건강증진 체계의 탈시설화 촉진을 위한 시사점을 제공한다.

1. 들어가며

중증 정신질환(SMI: Severe Mental Illness)은 일상생활 능력과 노동시장 참여를 저해하는 정신 또는 행동 상태를 의미한다(Brandt, Houtenville, Huynh, Chan, & Rasch, 2011; Crawford, de Jonge, Freeman, & Weaver, 2004). 중증 정신질환자는 사회적 낙인으로

인해 각종 불이익을 받고 삶의 질이 악화되는 경험을 할 위험이 높다(Pescosolido & Martin, 2015). 한국의 경우, 중증 정신질환자가 범죄를 저지를 위험이 낮다는 증거(검찰, 2018)가 있음에도 불구하고, 일부 질환(예: 조현병)의 정신병적 증상과 미디어가 보여 주는 폭력 이미지로 인해 중증 정신질환자에 대한 편견이 강하다(서미경, 김정남, 이민규, 2008). 설문조사에 따르면 중증 정신질환자를 개인적으로 알고 있는 응답자가 그렇지 않은 응답자에 비해 환자에 대한 낙인 정도가 훨씬 낮은 것으로 나타났다(서미경 외, 2008). 이러한 사회적 낙인은 중증 정신질환자를 인권침해에 취약한 집단으로 만들 뿐만 아니라 지역사회 거주를 방해하고 정신건강증진체계의 시설치료 의존도를 심화하는 주요 원인으로 작용하고 있다. 국가인권위원회는 시설화된 정신건강증진체계에서 일어나는 각종 인권침해로부터 중증 정신질환자를 보호하기 위해 노력해 왔다(권오용 외, 2018; 서미경 외, 2008; 서진환, 이선혜, 신동근, 권오용, 박김영희, 2012; 조한진 외, 2017; 홍선미, 김문근, 하경희, 김수영, 김병수, 2010). 국가인권위 보고서에 따르면 중증 정신질환자, 특히 정신병원 또는 장기요양시설에 수용된 중증 정신질환자는 비인간적인 환경에서 생활하며 심각한 인권침해에 시달리고 있다(서미경 외, 2008; 서진환 외, 2012; 조한진 외, 2017; 홍선미 외, 2010).

그에 더해 시설화된 정신건강서비스체계는 장기 입원 문제를 만들어 환자의 성공적인 회복을 돕지 못할 뿐만 아니라 국가 차원의 자원 분배에 왜곡을 야기한다. 예를 들어, 2016년 입원 환자 수는 6만 9220명, 평균 입원 일수는 226일, 장기요양시설에 거주하는 중증 정신질환자 수는 1만 181명으로 나타났는데, 중증 정신질환자 중 10년 이상 장기 입원한 환자는 52.3%에 달했다(보건복지부, 국립정신건강센터, 2019). 반면, 정신과 병상 수를 꾸준히 줄여 나가는 선진국과는 다르게 한국에서 시설치료가 계속되는 현상에 대해 의문을 제기한 이는 많지 않았다(OECD, 2018). 장기 입원은 지역사회의 정신건강서비스가 부족해서 야기된 일이다. 최근 지역사회에 거주하는 중증 정신질환자 21명을 대상으로 실시된 질적 연구에 따르면 지역사회 거주를 위해 반드시 필요한 정신건강서비스가 부족할 뿐 아니라(예: 응급 상황 발생 시 위기서비스체계) 급성 정신병 증상 재발 시 즉시 장기 재입원이 될 수 있다고 한다(권오용 외, 2018). 1990년 말부터 2000년대까지 10년간 조현병을 앓은 환자 189명을 추적한 또 다른 연구에 따르면 추적 조사 기간에 환자의 71.2%가 약물 복용을 중단했고 약 40%가 재입원했다(Jung et al., 2011). 2018년 한 연구에 따르면 지역사회에 거주하는 중

증 정신질환자의 53.4%만이 퇴원 계획을 가지고 있었고 이들 그룹의 평균 입원 횟수는 4.8 회였다(권오용 외, 2018). 또한 증상 관리에 도움이 되는 지역사회 돌봄서비스가 부재한 탓에 환자의 27.1%는 입원 치료를 받아야 할 정도로 증상이 심하지 않더라도 정신병원 가까이에서 거주한다고 응답했다. 퇴원 계획과 지역사회 복귀를 위한 서비스 부재는 한국에서 조현병 환자가 매우 장기간 입원하고(OECD, 2018) 1989년에서 2006년까지의 기간 동안 정신요양시설에서 퇴원한 환자의 자살률이 높았던 원인으로 지적될 수 있다(Park, Choi, Yi, & Hong, 2013). 지역사회 정신건강서비스(CMHS: Community-based mental health services)는 초발 정신병 또는 심각한 정서장애로 유발된 혼란에서 회복하는 단계에 있는 지역사회 거주 중증 정신질환자를 위한 안전망 역할을 한다(Bird et al., 2010).

지역사회 정신건강서비스의 중요성을 고려하지 않고 인권침해 방지 정책을 수립하게 되면 중증 정신질환자의 강제 입원 계획과 자격 기준에 지나치게 집중하는 경우가 생긴다(박종언, 2019). 한국은 2016년 정신보건법을 전면 개정한 정신건강복지법을 통해 강제 입원 요건을 대폭 강화했지만 이러한 정책 변화로는 중증정신질환자의 당면 과제가 완전히 해결되지 않고 있다(권오용 외, 2018; 보건복지부, 2018). 구체적으로, 강제 입원 절차에 대한 감독 제도 강화는 정신과 병상 수와 입원 일수를 감소시킬 수 있으나 탈시설화의 시작점으로는 충분치 않다(Pow, Baumeister, Hawkins, Cohen, & Garand, 2015).

이 글에서는 치료 연속성을 유지하고 있는 지역사회 정신건강서비스 사례를 소개하기 위해 미국 애리조나주의 경험을 살펴본다. 애리조나주는 미국 남서부(캘리포니아 인접)에 위치하며 인구는 2017년 기준으로 약 700만 명이다. 미국은 주마다 지역사회 정신건강서비스를 개발, 전달 및 평가하는 방식이 다르고 지역사회의 중증 정신질환자 치료 제도가 다르다. 애리조나주의 모델은 치료 연속성이 필요한 발달장애인을 위한 서비스의 다양성과 품질에서 높게 평가된다(United Cerebral Palsy, ANCOR foundation, & Included Supported Empowered, 2019). 치료연속성은 의료시설의 전통적인 정신건강서비스뿐 아니라 중증 정신질환자의 지역사회 '복귀'에 필요한 직업재활, 소득보장 및 동료지원(peer-support) 서비스를 포함한다(Mezzina & Vidoni, 1995; Weaver, Coffey, & Hewitt, 2017).

2. 지역사회 정신건강서비스와 치료 연속성

가. 치료 연속성의 정의와 관련 근거

치료 연속성은 개별 연구들이 이루어지는 맥락과 상황의 특성에 적합하게 정의되고 측정되어 왔기에 개념 측정을 위해 다양한 지표들이 사용되어 왔다(Weaver et al., 2017). 예를 들어, 환자가 다른 치료사를 만날 때까지 기다려야 하는 시간의 중간값, 퇴원 계획 시 권장된 서비스 중 실제로 환자가 받은 서비스의 비율, 치료 관리자(care manager) 및 기타 정신보건 전문가의 연락 횟수 등이 치료 연속성을 측정하기 위해 사용되었다(Johnson, Prosser, Bindman, & Szumukler, 1997). 체계적 문헌 연구(systematic review)는 2005년부터 2016년 사이의 개념을 다양한 개념 및 운영 방식으로 평가하였다(Weaver et al., 2017). 이 연구에서는 21개의 선행연구가 치료연속성을 개념화하고 지표를 통해 개념을 측정한 것을 발견하였다(Weaver et al., 2017). 환자의 경험에 관한 연구들 사이에는 치료 연속성 원칙에 연관되어 별도의 서비스가 제공된 과정에서 일부 공통점이 발견되었다(Weaver et al., 2017). 치료 연속성을 정의하는 다양한 개념화에도 불구하고 횡단적 연속성(cross-boundary continuity)과 종단적 연속성(longitudinal continuity) 측면이 주되게 발견되었다(Johnson et al., 1997; Weaver et al., 2017). 횡단적 연속성은 다른 종류의 정신건강서비스를 제공하는 개별 공급자들 간 연계·협력의 상호관계에 초점을 맞춰 연관이 없어 보이는 다양한 서비스들이 조화롭게 연계되어 환자의 삶의 질을 높이는 것을 목표로 한다(Johnson et al., 1997). 예를 들어 취업 가능성을 높이기 위해 새로운 기술을 습득하는 직업재활 프로그램을 제공할 경우에도 환자가 스트레스를 받아 급성 정신질환 증상이 유발될 위험성이 있다. 이런 위험을 방지하기 위해 정신건강 전문가의 감독하에 서비스를 진행한다. 즉, 횡단적 연속성이 있는 지역사회 정신건강서비스체계는 중증 정신질환자의 다양한 욕구를 해결하는 약물치료, 심리치료, 직업재활, 고용지원을 제공하는 독립된 서비스 공급자들의 연계·협력을 통해 서비스를 유기적으로 연결하게 된다. 반면 종단적 연속성은 환자에게 다양한 서비스를 제공하는 지역사회 정신건강서비스가 연속적으로(continuum) 원활하게 제공되는 데 초점을 둔다(Johnson et al., 1997). 종단적 연속성에 관심이 있는 정책입안자는 (a) 환자가 지역사회 정신건강서비스에 소속된 공급자와 연결되어 있는지 여부, (b) 환자의 요구 변경 시(예: 증상이 치료되어 직업재활 필요), 환자가 다른 지역사회 정신건강서비스 공급자로 옮겨 가는 것이 가능한지 여부, (c) 환자 퇴

원 시 전반적 계획에 따라 다수의 공급자가 동원되는지 여부 등을 고려할 수 있다(Johnson et al., 1997). 즉, 급성기 증상을 겪은 환자가 증상 완화에 성공한다면 종단적 연속성이 높은 정신건강증진서비스체계는 빠른 속도로 이들이 그 뒤의 정신재활서비스를 받도록 서비스들을 연계할 수 있게 된다.

중증 정신질환자와 관련하여 치료 연속성 원칙을 따른 지역사회 정신건강서비스의 효율성을 보여 주는 증거는 많다. Tessler(1987)는 가족, 공급자, 경찰 및 서비스 조정자들의 불만이 치료 연속성과 관련 있는지, 그리고 이러한 지역사회 주요 구성원들이 시설에서 퇴원한 중증 정신질환자와 교류하는지를 조사했다. 조사 결과, 치료 연속성이 낮은 환자일수록 이들과의 관계에 불만이 많고 지역사회 적응에 취약한 것으로 나타났다(Tessler, 1987). 정신요양시설에 입원해 있는 동안 혁신적인 퇴원 계획을 받은 환자는 이들과의 관계에 대한 불만이 적었다. 이 밖에 중증 정신질환자가 정신병원에서 퇴원했을 때 치료 연속성으로 가족의 부담이 줄었는지를 조사하여, 치료 연속성이 높을수록 병원에서 퇴원한 환자와 함께 거주하는 가족의 부담이 줄어든다고 입증한 연구도 있었다(Tessler & Gamache, 1994). 치료 연속성의 효과를 입증하는 자료는 미국과 법률 및 금융 제도가 매우 다른 캐나다에서도 확인됐다(Adair et al., 2005). 하지만 안타깝게도 치료 연속성의 적용은 한국 학계에서 많은 관심을 받지 못했다.

나. 미국의 탈시설화 및 치료 연속성

오늘날 치료 연속성은 중증 정신질환자를 위한 다양한 지역사회 서비스를 연결하는 중요한 원칙으로 널리 인정받고 있지만(Crawford et al., 2004; Haggerty et al., 2003; Weaver et al., 2017), 1980년대까지 미국은 시설치료에 의존해 왔다. 1960년대에 탈시설화가 서구 선진국을 휩쓸기 전까지 치료 연속성은 크게 주목받지 못했다(Johnson et al., 1997; Pow et al., 2015; Talbott, 2004; Turner, 2004). 시설보호를 폐지하는 법안[지역사회정신건강법(CMHA: Community Mental Health Act)]이 통과된 후 당시 존 F. 케네디 대통령이 탈시설화를 시작하자 지역사회 정신건강서비스에 연방정부 예산이 집중되면서 주립정신병원의 정신과 병상 수가 급감했다(Community Mental Health Act, 1963; Johnson et al., 1997; Pow et al., 2015). 미국에서 탈시설화가 진행되는 동안, 영국 역시 1950년대 중반부터 정

신과 병상 수가 크게 줄기 시작했다(Turner, 2004). 이러한 동시성은 탈시설화가 단순히 정치 지도자의 의지만이 아닌¹⁾ 사회경제적 및 의학적 변화에 의한 필연적 과정일 수 있음을 보여 준다. Talbott(2004)은 (a) 정신요양시설의 인권침해로 인해 지역사회 정신건강서비스 지지자가 증가한 것, (b) 항정신병 치료제 도입, (c) 강제 입원에 대한 규칙 강화 및 환자의 치료 선택권 지지로 이어진 일련의 집단 소송 등 탈시설화를 설명할 수 있는 몇 가지 요소를 제안했다.

그러나 지역사회정신건강법 공급자가 시설보호에 익숙한 환자를 지원할 준비가 되지 않았기 때문에(Talbott, 2004) 탈시설화로 정신요양시설에서 퇴원한 환자의 삶의 질이 반드시 향상된 것은 아니었다(Turner, 2004). 정신병원에서는 별도의 조정이 없이 다양한 서비스를 받을 수 있는 반면, 환자가 지역사회에서는 환자들이 정신질환 증상을 갖고 본인 생활을 유지하며 다양한 지역사회 정신건강서비스를 찾아야 하는 어려움이 있다. 이로 인해 서비스 격차가 나타나 일부 중증 정신질환자에게 악영향을 미쳤고 지역사회의 진료 조정(care coordination)에 대한 요구도 높아졌다(Johnson et al., 1997). 지역사회 정신건강서비스의 확대에 따라 이들 프로그램이 지역사회에 거주하는 이들의 일상생활 능력, 약물 순응도(Sensky et al., 2000; Swartz, Wagner, Swanson, Hiday, & Burns, 2002) 및 삶의 질(Mezzina & Vidoni, 1995)을 어떻게 효과적으로 향상했는지에 대한 연구도 활발해졌다. 일부 학자들은 다양한 정신건강 또는 비정신건강 전문가가 제공하는 프로그램 간 조정과 연계성을 향상하는 모델을 개발하기 시작했다. 1970년대 미국에서 처음 등장해 다른 선진국에서 경험적으로 검증된 집중적 지역사회 치료(ACT: Assertive Community Therapy)는 신중한 진료 조정을 통해 서비스 간 원활한 이행을 촉진하는 학제 간 노력의 좋은 예이다(Thompson, Griffith, & Leaf, 1990). 다양한 맥락과 제도적 환경에서 체계적으로 검토한 결과, 집중적 지역사회 치료(ACT)는 환자의 지역사회 적응 능력을 향상하는 데 도움이 되는 것으로 확인되었다(Coldwell & Bender, 2007).

집중적 지역사회 치료(ACT)의 성공으로 개별 공급자들의 다양한 서비스를 조정하는 체계적인 노력이 이루어지게 되었다. 집중적 지역사회 치료(ACT)와 비교해 치료 연속성은 더욱 규모

1) 케네디 대통령의 여동생인 로즈메리 케네디는 정신병원에 장기 입원 했음

가 크고 지리적으로 인접한 집단에 적용되며, 회복 과정에서 중증 정신질환자의 요구 변화에 따라 보다 광범위한 서비스 간 전환이 원활히 이루어지는 데 초점을 맞추고 있다. 치료 연속성은 증상과 심리사회적 요구가 다양한 환자들을 위해 지역사회의 개별 서비스 공급자들이 협업하여 허점을 보완함으로써 성공적인 결과를 이뤄 낼 수 있다. 아래에서는 애리조나주가 중증 정신질환자를 위한 위기서비스체계(Crisis Services System)에 치료 연속성 원칙을 적용한 방법을 살펴본다.

3. 위기서비스체계의 치료 연속성

애리조나주는 캘리포니아주와 인접해 있고 인구는 2017년 기준 약 702만 명이다. 상대적으로 낮은 세율에도 불구하고 애리조나주는 장애인을 위한 지역사회 기반 서비스(예: 발달장애인을 위한 서비스)가 효과적으로 제공되는 것으로 알려져 있다(United Cerebral Palsy et al., 2019). 또한 미국 연방정부의 저소득층 의료보험(Medicaid) 프로그램을 애리조나주의 특성에 맞게끔 만든 애리조나 의료비 절감 시스템(AHCCCS: Arizona Health Care Cost Containment System)을 운영하고 있다. 애리조나 의료비 절감 시스템은 중증 정신질환자를 위한 정신건강서비스의 중요한 재원이다. 서비스 수혜 자격의 측면에서 중증 정신질환은 애리조나 의료비 절감 시스템이 지정한 전문기관의 정신 진단을 통해 신중히 결정되는 '법적 상태'이다. 2013년 기준 16만 5319명(애리조나주 전체 인구의 2.35%)이 중증 정신질환자로 인정받았다(Jenkins, 2013).

애리조나주가 중증 정신질환자에게 제공하는 지원의 적정성을 확인하기 위해서는 급여의 수준과 범위를 동시에 고려해야 한다. 2017년 중증 정신질환자의 정신 및 행동건강 관리 서비스에 할당된, 애리조나와 한국의 예산을 비교하여 애리조나주가 중증 정신질환자에게 제공하는 급여의 수준을 보여 줄 수 있다. 정신건강서비스를 지원하는 다른 재원(예: 민간 의료보험)은 포함되지 않았다. 다양한 재원 조달 프로그램에 따라 애리조나 의료비 절감 시스템은 중증 정신질환자를 위한 지원 서비스를 제공한다. 애리조나 거주민들이 정신 및 행동장애 관련 의료비로 지출하는 비용은 1인당 평균 약 28만 원으로, 1인당 약 9만 7000원을 지출하는 한국의 3배 정도이다. 애리조나가 한국보다 정신 및 행동건강 관리 서비스에 더욱 많은 재원을 투입하지만 두 가지 차이를 고려해야 한다. 첫째, 미국은 한국보다 1인당 국내총생산

(GDP) 수준이 높다. 따라서 한국이 미국보다 의료를 포함한 서비스 가격이 높다. 둘째, 애리조나는 한국보다 입원 치료와 처방약 비용이 훨씬 높다. 예를 들어, 2017년 애리조나 의료비 절감 시스템으로 지원된 1일 입원 치료비는 의료급여보다 15배 이상 높았다(Arizona Health Care Cost Containment System, 2016).

애리조나주가 중증 정신질환자에게 제공하는 급여의 범위를 평가하기 위해서는 애리조나 의료비 절감 시스템이 수가로 인정하는 정신건강서비스 목록을 확인하는 게 도움이 된다(표 1). <표 1>을 보면, 한국 지역사회 정신증진서비스체계와의 차이점 3가지를 발견할 수 있다. 첫째, 애리조나주는 중증 정신질환자가 회복을 경험할 수 있도록 돕는 다양한 서비스를 수가 인정 서비스에 포함하고 있다. 주 전역에 중증 정신질환자의 지역사회 복귀를 돕는 지역사회 정신건강서비스를 구축함에 따라, 애리조나 의료비 절감 시스템이 수가 적용을 하는 정신 및 행동건강 관리 서비스 목록에 다양한 서비스를 추가하였다. <표 1>은 전통 방식의 정신과 치료(예: 입원 및 외래 치료)와 전통 방식은 아니지만 중증 정신질환자가 지역사회에 거주하는데 반드시 필요한 지역사회 정신건강서비스 등 애리조나 의료비 절감 시스템이 비용을 지불하는 정신 및 행동건강 관리 서비스를 보여 준다(Mercy Maricopa Integrated Care, 2018). 한국의 경우, 국민건강보험과 의료급여에 따라 수가 인정을 받기 위해서는 병원에서 의사에 의해 서비스가 제공되어야 한다는 고정관념이 상당히 강하다. 그 결과, 의사가 제공할 수 없는 각종 지원 서비스, 재활서비스, 위기개입서비스 등은 1년 정신보건서비스 관련 지출의 약 96%를 차지하는 국민건강보험과 의료급여의 지원을 받을 수 없는 것이 현실이다. 둘째, <표 1>에 있는 서비스 목록은 이들 서비스의 효율성에 대한 경험적 연구를 통해 발견되는 증거와 사회경제적 상황 변화에 따라 발생하는 다양한 요구로 인해 계속 변경되고 있다. 한국의 국민건강보험 및 의료급여는 지역사회의 요구 변화에 부응하여 수가체계를 유연하게 수정할 수가 없으므로, 필요한 지역사회 정신건강증진서비스 제공의 확대 정도가 상당히 미흡하다. 마지막 차이점은 애리조나 의료비 절감 시스템이 정신의료기관과 정신재활시설에 서비스 제공에 대한 급여를 납부하는 방식이 서비스의 성과와 효과성을 향상시키는 것을 목표로 한다는 것이다. 예를 들어, 급성기 증상을 겪는 환자를 치료하는 위기개입서비스의 경우, 현실적으로 환자 부담금을 요구하기가 상당히 어렵다. 상당수의 환자들이 경제적인 여유가 없어 치료를 거부하는 상황에서 한국의 국민건강보험이 요구하는 20%에 달하는 자

기부담금은 실현 불가능하다. 이 경우, 애리조나 의료비 절감 시스템은 위기개입서비스를 제공하는 민간기관들과 용역계약을 맺어 불특정 다수에게 서비스를 제공할 수 있게끔 급여체계를 만들었다. 서비스의 성과와 효과성에도 상당한 관심을 가지고 있다. 서비스 제공이 환자의 삶에서 만들어 내는 변화를 측정하고 이의 수준에 기반하여 수가 금액을 인상하기도 하고 페널티로 삭감하기도 한다.

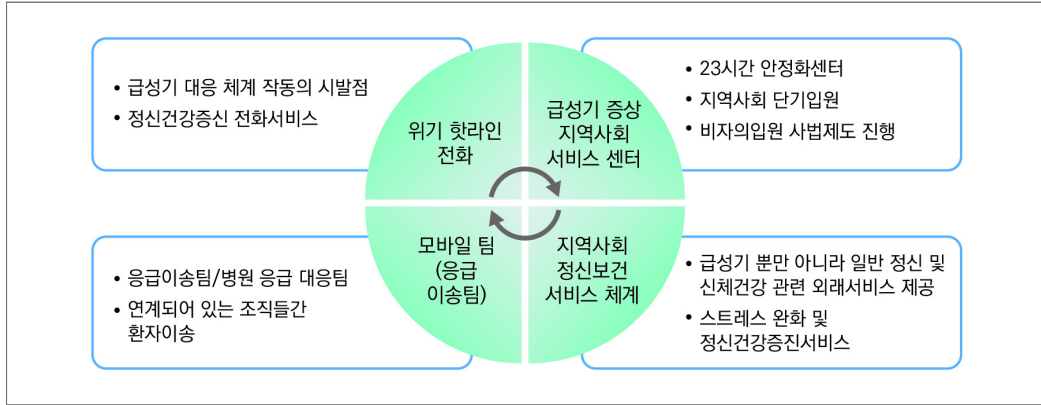
표 1. 애리조나 의료비 절감 시스템으로 지원하는 정신건강서비스의 종류

범위	급여서비스 종류	범위	급여서비스 종류
치료 서비스	행동건강 상담 및 치료	지원 서비스	사례 관리
	행동건강 검진, 정신건강 평가 및 전문 테스트		개인 돌봄
재활 서비스	기술 훈련 및 개발		자택 요양 훈련(가족)
	인지재활		자립/동료 지원 서비스
	행동건강 예방·증진 교육		자택 요양 고객에 대한 자택 요양 훈련(HCTC)
	심리교육서비스 및 고용 유지를 위한 지속적 지원		쉼터 서비스
의료 서비스	약물치료서비스		지원 주택(사용 가능한 기금에 근거하여 제공됨)
	검사실, 방사선과 및 의료영상		수화 또는 구술 해석 서비스
	의료 관리		이송(응급 및 비응급)
	전기경련요법		위기개입 - 모바일팀이 제공
입원 서비스	병원	위기개입서비스	위기개입 - 전화로 제공
	행동건강 관리 입원시설		위기개입 - 안정화 프로그램 제공
	행동건강 관리 주거시설	행동건강서비스 제공 낮병원	슈퍼비전 전문 낮병원 프로그램
			재활 전문 낮병원 프로그램
			집중치료 전문 낮병원 프로그램

가. 위기서비스체계와 치료 연속성

권오용 외(2018)의 연구에 따르면 한국에서 입원은 중증 정신질환자가 응급 상황에 처했을 때 사용할 수 있는 유일한 치료 수단으로 간주된다. 그러나 탈시설화 시대에 환자의 건강을 관리하기 위해서는 체계적인 위기서비스체계 시스템을 구축하는 것이 중요하다. 애리조나주는 이러한 변화를 이해하고 원활한 조정을 통해 다양한 지역사회 정신건강서비스를 제공하는 위기서비스체계 시스템을 개발했다(그림 1(Mercy Maricopa Integrated Care,

그림 1. 애리조나주 위기개입 모델



자료: Mercy Maricopa Integrated Care(2018).

2018)]. 이 글에서는 위기개입서비스체계가 운영되는 방식을 통해 치료 연속성이 현실에서 어떻게 구현되는지를 보여 주고자 한다.

경찰은 급성기 증상, 자해 또는 타인의 안전 위협과 같은 정신질환 응급 상황에서 환자와 가장 먼저 접촉하는 경우가 많다. 위기서비스체계 시스템 구축의 중요한 이유 중 하나는 정신질환 응급 상황을 포함한 여러 상황에서 최초 대응자의 부담을 줄이는 것이다(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018; Teller, Munetz, Gil, & Ritter, 2006). 경찰이 중증 정신질환자로 인한 응급 상황에 효과적으로 대응하는 방법 또는 환자 제압 후 적절한 이송 방법을 알지 못하면 환자, 환자의 가족 및 사회가 불필요한 비용을 지불해야 할 수 있다. 위기 상담 전화는 시스템의 컨트롤 타워를 지원하는 또 다른 구성 요소이며, 전문 모바일팀은 다양한 정신질환 응급 상황에 대응하고 중증 정신질환자를 안전하게 이송하는 역할을 한다.

지역사회 기반 정신응급센터는 급성기 증상이 나타난 정신질환자에게 안전한 공간을 제공한다. 정신응급센터는 정신과 의사, 정신과 간호사, 사회복지사 및 기타 정신건강 전문가 등 여러 분야 전문가로 구성된 다학제 간 팀을 갖추고 있다. 여러 분야 전문가로 구성된 다학제 간 팀은 다양한 전문지식을 활용해 정신질환 응급 상황에 대처하고 환자를 안정시킨다. 정신응급센터는 위급한 상황에서 최후 수단으로 이용할 수 있고 일상생활에서 벗어나지 않고 입원 치료를 받을 수 있도록 도시에 위치한다. 입원 치료로 인해 예상치 못한 결근 일수가 늘어

나면 실직하는 경우가 많기 때문에 정신응급센터는 23시간 내에 급성기 증상을 치료, 관찰 및 안정시키는 집중치료를 운영한다. 센터로 강제 이송된 경우에도 처음 24시간 동안 치료를 받는다(Hedman et al., 2016). 애리조나주 매리코파군(county)의 정신과 응급센터 세 곳 중 한 곳에서 제공받은 내부 데이터에 따르면, 자발적으로 찾아왔거나 최초 대응자(예: 경찰)에 의해 비자발적으로 이송된 환자의 60~70%가 23시간 내에 안정을 되찾아 지역사회로 돌아갔다(Williams, 2018). 환자가 집중치료실에서 치료받는 동안 사회복지사는 환자의 정신건강 및 기타 기본 요구 사항(예: 빈곤으로 인한 영양 부족)에 맞춰 서비스를 조정함으로써 급성 정신질환 증상이 유발되는 상황이 재발하지 않도록 돕는다.

애리조나 위기서비스체계 시스템의 치료 연속성을 보장하기 위해서는 제도적 차원의 체계적인 노력이 필요하다. 지역행동보건국(RBHA: The Regional Behavioral Health Authority)은 공공, 비영리 및 영리 조직 간 원활한 협업을 관리하는 역할을 한다. 지역행동보건국은 애리조나 의료비 절감 시스템을 대신하여 주 차원의 정신 및 행동건강 관리 서비스를 설계, 관리할 수 있는 법적 권한을 갖고 서비스 환급·관리, 공급자의 서비스 품질 및 과실 모니터링 등과 같은 행정 업무를 처리한다. 지역행동보건국은 관할 지역에서 중증 정신질환자와 교류하는 기관을 대상으로 정기적으로 위기협력회의를 열고 위기서비스체계 시스템의 치료 연속성을 보장하기 위한 촉진 요소와 장애물에 관해 논의한다. 2018년 여름, 마리코파군(county)에서 열린 위기협력회의에서는 여러 기관 관계자가 정신질환 응급 상황에 처한 중증 정신질환자를 더욱 효과적으로 지원할 수 있는 혁신적인 아이디어를 공유했다. 예를 들어 재향군인병원은 자살 위험에 처한 재향군인들을 위해 재향군인병원에서 새로운 프로토콜을 도입했음을 알리고 자살 위험에 처한 재향군인과 접촉할 수 있는 다른 기관에 협력을 요청했다. 지역행동보건국은 회의를 관리하고 아이디어를 공유하고 조직 간 협력 방안을 공유할 수 있는 기회를 제공함으로써 지역사회 위기서비스체계 시스템의 치료 연속성을 촉진할 수 있다.

4. 나가며

시설보호가 일반적인 치료 방법이었을 때, 치료 연속성은 전통적 정신보건서비스 공급자들에게 새로운 개념이었다. 치료 연속성이 지역사회 정신건강서비스의 기준 원칙이 되기 전, 1960년대에 시작된 정신과 병상 수 감소로 많은 중증 정신질환자가 지역사회보다는 입원시

설(예: 주 정신병원)에서 치료받게 되었다(Steadman, Monahan, Duffee, & Hartstone, 1984). 치료 연속성은 탈시설화 시대에 정신건강 위기 대응을 위한 불가피한 대응책이었다. 이 글에서는 미국의 연방정부 및 애리조나주 내 탈시설화 과정의 정책 및 서비스체계 변화를 조명하여 치료 연속성이 탈시설화 과정의 핵심적 정책, 서비스체계 재구성 및 연구·개발의 주요한 가치로 인식되어야 한다고 주장한다.

이런 애리조나주의 경험은 탈시설화, 지역사회 기반 서비스를 지향하는 국가에 다음과 같은 정책적 함의를 제시한다.

첫째, 지역사회에 거주하는 중증 정신질환자들은 의사나 간호사에 의해 약물 중심으로 제공되는 의료행위보다 다양한 서비스를 요구한다. 병원에 입원한 중증 정신질환자들과 비교할 때, 지역사회에 거주하는 중증 정신질환자들은 자신의 소득, 교육, 연령, 사회적 지지, 정신질환 및 복합신체질환 보유 여부에 따라 필요한 치료 및 복지서비스의 종류와 양이 매우 다양하다. 즉, 병원 중심 돌봄체계에서 주목받지 못한 직업재활, 가족관계 회복, 일상생활 회복, 지원고용 및 교육과 같은 정신재활서비스를 필요로 한다. 이러한 요구가 탈시설 과정에서 나타나게 되며 이 경험을 애리조나주에서 볼 수 있다.

둘째, 중증 정신질환자들의 다양한 욕구들에 대응하는 새로운 서비스들이 지속가능성을 갖추려면 재정 안정적인 기반이 요구된다. 미국은 1963년에 지역사회정신건강법(CMHA)을 법제화하면서 연방정부의 일반재정(discretionary budget)을 가지고 지역사회 내 정신재활서비스를 제공하였다. 매년 하원(congress)과 상원(senate)에서 이루어지는 예산계획(budget resolution) 수립 과정에서 매년 변화하는 정치적 역할관계에 의하여 지역사회 내 정신재활서비스의 예산이 불안정적으로 확보되었다. 그 결과, 탈시설화가 진행됨에도 불구하고 지역사회 정신재활서비스가 환자들의 욕구에 비례하여 제공되지 않았다. 치료 연속성이 파괴되고 퇴원한 환자들의 상당수가 효과적인 지역사회 내 정신재활서비스를 받지 못하여 급성기 증상을 경험하며 재입원 또는 감옥에 구금되는 경우가 빈번히 발생하였다. 이런 어려움은 메디케이드(Medicaid)가 일련의 지역사회 내 정신재활서비스를 의료수가로 인정함으로써 상당 부분 해결되었다(Koyanagi, August 2007). 지역사회 중증 정신질환 환자들에게 필요가 발생할 때 정신재활서비스를 제공할 수 있는 재정적 안정성이 확보되고 나서야 치료 연속성을 구축할 수 있는 기본적인 맥락이 갖추어졌다.

마지막으로 애리조나주는 지속적으로 과학적인 방법에 기초하여 효과성이 검증된 서비스들을 지원 대상 서비스로 선택하고 있다. 이들 서비스는 연방정부 및 지방정부의 각종 연구 지원조직(예: 국립보건원(National Institutes of Health))의 안정적인 지원에 기반하여 대학 및 민간-공공 연구기관에서 지속적으로 개발되고 있다. 지역사회 내 정신재활서비스를 평가하고 연구를 개발하여 지역사회 내 중증 정신질환자들이 경험하는 다차원적 어려움을 효과적으로 대처할 수 있는 사회적 역량을 미국과 애리조나주는 확보해 가고 있다.

참고문헌

- 건강보험심사평가원. (2018). 2017년 손에 잡히는 의료 심사 평가 길잡이. (G000FJ1-2018-22). 서울: 건강보험심사평가원.
- 검찰. (2018). 범죄분석. (11-1280000-000004-10). 서울: 검찰.
- 권오용, 김민, 오현성, 김해성, 박인환, 최희승, ... 김혜영. (2018). 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사. 서울: 국가인권위원회, 예인법률사무소.
- 박종연. (2019. 2. 11.). [긴급 인터뷰] 오현성 "한국에서 사법입원은 구조상 5분 변론과 판결로 졸속 처리될 것". 마인드포스트. <http://www.mindpost.co.kr/news/articleView.html?idxno=1626&fbclid=IwAR1STFnNoX4uS3ipg3dGpiqHURr4krh20EuHSCA9hsX8va5VrxoF4GjQYtE>에서 인용.
- 보건복지부. (2018. 5. 25.). 정신의료기관·정신요양시설 비자의입원·입소에 대한 입원적합성심사 시행. 세종: 보건복지부 보도자료.
- 보건복지부, 국립정신건강센터. (2019). 2018년 국가 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.
- 서동우. (2010). 우리나라 정신보건법의 역사. 신경정신의학, 49, 144-148.
- 서미경, 김정남, 이민규. (2008). 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사. 서울: 국가인권위원회.
- 서진환, 이신혜, 신동근, 권오용, 박갑영희. (2012). 정신장애인 차별 편견 해소를 위한 실태조사. (11-1620000-000428-01). 서울: 국가인권위원회.
- 성희자, 문순영. (2015). 정신보건법에서의 탈원화과정분석. 사회과학연구, 31(1), 303-325.
- 윤석준. (2019). 2019년 정신건강복지관련 재원분석. 정신건강동향, 5, 1-3.
- 조한진, 김기룡, 김정하, 김은애, 송효정, 이승홍, ... 조경미. (2017). 중증정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사. (11-1620000-000692-01). 서울: 국가인권위원회.
- 홍선미, 김문근, 하경희, 김수영, 김병수. (2010). 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사: 기초생활보장, 주거권을 중심으로. 서울: 한신대학교 산학협력단, 국가인권위원회.
- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., ... Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1061-1069.
- Arizona Health Care Cost Containment System. (2016). FFS Behavioral Health Inpatient Rates Effective 10/01/2016. Phoenix, AZ: Arizona Health Care Cost Containment System Retrieved from <https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/Downloads/FFSRates/Behavioral/FSBehavioralHealthInpatient.pdf>
- Arizona Health Care Cost Containment System. (2019). Arnold v. Sarn. Retrieved from <https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/HealthcareAdvocacy/arnoldvsarn.html>
- Arnold V. Sarn, Arizona Supreme Court, Maricopa County, No. C-432355 C.F.R. (1985).
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- Brandt, D. E., Houtenville, A. J., Huynh, M. T., Chan, L., & Rasch, E. (2011). Connecting contemporary paradigms to the social security administration's disability evaluation process. *Journal of Disability Policy Studies*, 22(2), 116-128.
- Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 393-399.
- Community Mental Health Act, Public Law 88-164 C.F.R. (1963).
- Crawford, M. J., de Jonge, E., Freeman, G. K., & Weaver, T. (2004). Providing continuity of care for people with severe mental illness. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 265-272.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221.

Hedman, L. C., Pettila, J., Fisher, W. H., Swanson, J. W., Dingman, D. A., & Burris, S. (2016). State laws on emergency holds for mental health stabilization. *Psychiatric Services*, 67(5), 529–535.

Jenkins, E. (2013). Behavioral Healthcare. Arizona Council of Human Service Providers. Arizona. Retrieved from <https://crh.arizona.edu/sites/default/files/pdf/events/Behavioral%20Healthcare%20Healthcare%20101.pdf>

Johnson, S., Prosser, D., Bindman, J., & Szmukler, G. (1997). Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 137–142.

Jung, S.-H., Kim, W.-H., Choi, H.-J., Kang, M.-H., Lee, J.-S., Bae, J.-N., & Kim, C.-E. (2011). Factors affecting treatment discontinuation and treatment outcome in patients with schizophrenia in Korea: 10-year follow-up study. *Psychiatry investigation*, 8(1), 22.

Koyanagi, C. (August 2007). *Learning for history: Deinstitutionalization of people with mental illness as precursor to long-term care reform*. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Kaiser Family Foundation. Washington, DC. Retrieved from <https://www.kff.org/medicaid/report/learning-from-history-deinstitutionalization-of-people-with/>

Mercy Maricopa Integrated Care. (2018). Mercy Maricopa Integrated Care Provider Manual. Mercy Maricopa Integrated Care. Phoenix, AZ.

Mercy Maricopa Integrated Care. (n.d.). *Introduction of crisis services model*. Mercy Maricopa. Maricopa County, AZ.

Mezzina, R., & Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(1), 1–20.

OECD. (2018). OECD health statistics 2018. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Park, S., Choi, J. W., Yi, K. K., & Hong, J. P. (2013). Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989–2006. *Psychiatry research*, 208(2), 145–150.

Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 87–116. doi:10.1146/annurev-soc-071312-145702; 0210.1146/annurev-soc-071312-145702

Pow, J. L., Baumeister, A. A., Hawkins, M. F., Cohen, A. S., & Garand, J. C. (2015). Deinstitutionalization of American public hospitals for the mentally ill before and after the introduction of antipsychotic medications. *Harvard review of psychiatry*, 23(3), 176–187.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddler, R., ... Barnes, T. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of general psychiatry*, 57(2), 165–172.

Smith, M. R. (2013). 50 years later, Kennedy's vision for mental health not realized. *The Seattle Times*. Retrieved from https://web.archive.org/web/20131023010233/http://seattletimes.com/html/nationworld/2022091710_mentalhealth.xml.html

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Projections of national expenditures for treatment of mental and substance use disorders, 2010–2020. (No. SMA-14-4883). Rockville, MD: HHS Publication

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Crisis Intervention Team (CIT): Methods for Using Data to Inform Practice: A Step-by-Step Guide. (HHS Pub. No. SMA-18-5065). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Swartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W., Hiday, V. A., & Burns, B. (2002). The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 30(2), 207–217.

Talbott, J. A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric Services*, 55(10), 1112–1115.

Teller, J. L., Munetz, M. R., Gil, K. M., & Ritter, C. (2006). Crisis intervention team training for police officers responding to mental disturbance calls. *Psychiatric services*, 57(2), 232–237.

Tessler, R., & Gamache, G. (1994). Continuity of care, residence, and family burden in Ohio. *The Milbank Quarterly*, 149–169.

Tessler, R. C. (1987). Continuity of care and client outcome. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(1), 39.

Thompson, K. S., Griffith, E. E., & Leaf, P. (1990). A historical review of the Madison model of community care. *Psychiatry Services*, 41(6), 625–634.

Turner, T. (2004). The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry*, 3(9), 1–4.

United Cerebral Palsy, ANCOR foundation, & Included Supported Empowered. (2019). The care for inclusion report 2019. Retrieved from http://caseforinclusion.org/application/files/1215/4653/0255/UCP_Case_for_Inclusion_Report_2019_Final_Single_Page.pdf

VanLare, J. M., & Conway, P. H. (2012). Value-based purchasing—national programs to move from volume to value. *New England Journal of Medicine*, 367(4), 292–295.

Weaver, N., Coffey, M., & Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(6), 431–450.

Williams, R. (2018). [Proportion of patients coming to Connection AZ not hospitalized].