

외래치료 명령제의 실효성과 외래 치료 순응도에 관한 연구

원광대학교 의과대학 정신건강의학교실,¹ 인하대학교 법학전문대학원,²
가톨릭대학교 사회복지학과,³ 건국대학교 의학전문대학원 정신건강의학교실⁴
장승호¹ · 박인환² · 이상열¹ · 노수희³ · 서정석⁴

A Study of Effectiveness of Outpatient Treatment Orders and Compliance with Outpatient Treatment

Seung-Ho Jang, M.D.,¹ In-Hwan Park, Ph.D. in Law,² Suhee Roh,³
Sang-Yeol Lee, M.D., Ph.D.,¹ Jeong-Seok Seo, M.D., Ph.D.⁴

¹Department of Psychiatry, School of Medicine, Wonkwang University, Iksan, Korea

²School of Law, Inha University, Incheon, Korea

³Doctoral Course Department of Social Welfare, Catholic University of Korea, Bucheon, Korea

⁴Department of Psychiatry, School of Medicine, Konkuk University, Chungju, Korea

ABSTRACT

Objectives : Outpatient treatment orders refer to a mandatory social program in which mentally ill persons are ordered by the court to participate in specified outpatient treatment programs. This study aimed to investigate the factors that affect outpatient treatment orders and adherence to outpatient treatment in mental health patients.

Methods : A survey on outpatient treatment orders and adherence to outpatient treatment was conducted on 60 psychiatrists between October and November 2016. The questionnaire items were drafted based on a literature review, and they were then evaluated by 3 psychiatrists and 1 law school professor before being finalized. Answers from the respondents were analyzed using descriptive statistics, and the median, maximum, and minimum values of the effectiveness scores of outpatient treatment orders were calculated.

Results : Among the 60 psychiatrists, 45(75.0%) were aware of outpatient treatment orders; however, only 2 out of the 45(4.0%) had actually used the program in the last 12 months. The subjective effectiveness was very low, with only 40 points out of 100. Furthermore, of the readmitted patients, 37.7% had received continued outpatient treatment, whereas 53.1% chose to quit the outpatient treatment programs, meaning that the number of dropouts was higher. Among the discharged patients, approximately two-thirds were receiving continued treatment. With regard to follow-up for dropouts, majority of the responses were either "Not taking any action"(n=27) or "Not following up"(n=15). Only two respondents answered "Contact the community mental health promotion center," meaning that this response was very rare. Meanwhile, when asked about efficient measures to be implemented for dropouts, a vast majority of the respondents(n=30) selected the answer "Work with the community mental health promotion center."

Conclusions : The outpatient treatment orders currently being administered were found to be ineffective, and the associated adherence to outpatient treatment was also found to be extremely poor. Hence, the effectiveness of the therapeutic interventions could benefit from institutional as well as administrative improvements. Com-

munity mental health promotion centers are expected to have an important role in the future.

KEY WORDS : Outpatient treatment orders · Adherence of outpatient treatment · Mental health act · Center for mental health.

서 론

외래치료명령제는 정신질환을 경험하는 환자들을 대상으로 외래치료 프로그램에 참여하도록 법률로서 강제하는 사회적 제도이다. 이론적으로 외래치료명령은 크게 세 가지 범주로 생각해 볼 수 있다. 첫째, 외래치료명령의 기준은 만족하지 않지만 정신질환의 과거력이나 입원을 경험한 환자에게 예방적 개념의 외래치료명령이 있다. 둘째, 보호의무자에 의해 동의 입원한 환자가 더 이상의 입원치료가 필요하지는 않지만 지속적인 치료적 접근이 요구될 때가 있는데, 이때 지역 사회에서 외래치료를 유지한다는 것을 전제로 한 조건부 퇴원이라고 볼 수 있다. 마지막으로 보호의무자에 의한 동의 입원 기준을 충족하는 환자에게 법원이 외래 치료를 받도록 명령함으로써 보완적인 치료적 개념을 갖는다고 할 수 있다.¹⁾

우리나라 법률상의 외래치료명령은 정신질환을 경험하는 환자들 중에서 보호의무자 또는 시장, 군수, 구청장에 의하여 강제로 입원한 환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 타인을 해한 행동을 한 자로서 대통령령으로 정하는 자에 대하여 보호의무자의 동의를 받아 1년 이내의 범위에서 정신의료기관에서 외래치료를 받도록 하는 것을 말한다(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제64조; 2017. 5. 30. 시행 예정).

현행법상 외래치료명령제와 유사한 법적 근원을 갖는 법률로는 치료감호법이 있다. 치료감호법상의 치료명령제는 형법 제10조 제2항에 따라 형이 감경되는 심신장애인으로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자, 또는 알코올을 식음하는 습벽이 있거나 그에 중독된 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자 중 통원 치료를 받을 필요가 있고 재범의 위험성이 있는 자를 대상으로 한다(치료감호법 제2조의 3).

정신보건법상의 외래치료명령제와 치료감호법상 범죄를 저지를 위험이 있는 심신장애인에 대한 치료명령제는 강제 치료를 통해 본인과 사회를 보호한다는 점에서는 공통된다. 하지만, 치료감호법상 치료명령제는 치료감호의 대상이 되지 아니하는 경미범죄로 인하여 자유형 집행의 대상이 되지 아니하는 행위자가 형 확정과 동시에 사회내로 복귀할 경우 수반되는 재범의 위험성을 예방하는 것이 주된 목적인 반면, 정신보건법상의 외래치료명령제는 자·타해의 위험으

로부터 환자 본인과 사회를 보호하는 것을 목적으로 한다는 점에서 차이가 있다(Table 1).

외국의 경우에는 1960년 대 이후 정신질환에 대한 사회적 인식이 변화로 탈원화적 관점의 치료적 접근이 시작되었다. 하지만 이러한 관점은 회전문 현상, 정신질환자들의 범죄자 혹은 노숙자로의 전락 등의 문제점을 초래했고, 그 결과 미국의 일부에서 1970년 대 이후 외래치료명령제가 시행되기 시작하였다.²⁾ 이 후 호주, 이스라엘, 영국, 캐나다, 뉴질랜드 등으로 전파되었으며 현재 호주의 경우 지역사회치료명령 제도가 매우 활성화 되어, 인구 10만 명 당 38~55명 정도가 외래치료명령에 의해 치료 과정을 진행하고 있다.³⁾

2000년 대 이후로 우리나라에서도 지방자치단체나 환자 보호자의 경제적 혹은 사회적 부담, 입원 치료 후 치료를 거부하는 환자들의 폭력, 살인 등 사회적 범죄에 대한 우려, 반복적인 입원으로 장기화되는 정신질환자들에 대한 관리 등의 목적으로 외래치료명령제에 대한 논의가 지속되어 왔다.^{4,5)} 그 결과 2008년 3월 정신보건법 개정으로 외래치료명령제가 시행되었으나 현재까지 정신보건 종사자 및 관련 공무원들의 인식부족, 불분명한 경제 부담 주체, 시행 주체, 외래치료명령제에 대한 구체적인 개념 정립의 부족 등으로 시행되는 사례가 매우 적었다. 또한 입원 경험이 있는 환자들을 대상으로 하여 환자를 지역사회의 구성원으로 흡수하려는 본래의 의도와 달리 단순히 입원 치료를 대신하는 형태로 진행되는 등의 현실적인 어려움도 나타나고 있다.⁶⁾

한편 과거의 '순응(Compliance)'의 개념은 의사의 지시에 따른 환자의 복종의 정도를 따지는 다소 권위적인 의미를 함축해 왔다.⁷⁾ 기존 이론에서 '순응'은 의사의 처방을 따르는 지의 여부, 치료에 대한 환자의 협조로 보았고 반대의 개념인 non-compliance는 의사의 처방을 따르지 않고 나아가 적극적으로 거부하는 태도로 여겨져 왔다. 하지만 현재 사용되는 개념인 'adherence'는 환자와 치료자가 상호 합의를 통해 적극적으로 협동해가는 과정을 그 배경으로 한다.⁸⁾ 이는 강제나 복종 보다는 환자의 입장에서 존중하고 이해하려는 태도를 중시하기 때문에 현재는 더욱 널리 사용되고 있다.⁹⁾ 임상 실제에서 순응은 'adherence'를 의미하며, 이는 치료자와의 소통, 약물 복용에 대한 협조, 적극적인 치료적 자세 등으로 설명할 수 있다.¹⁰⁾ 그래서 순응을 단순한 용어로 정의하기 보다는 다양한 요인들의 상호작용을 통해 치료에 대한 환자의 관심을 높이고 궁극적으로 치료효과를 향상시

Table 1. 형사사법 치료명령제와 정신보건법의 외래치료명령제 비교

	형사사법 치료명령제	정신보건법의 외래치료명령제
적용 법률	치료감호법 제2조의 3	정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률 제64조
대상	<ul style="list-style-type: none"> • 형법 제 10조 2항에 따라 형이 감경되는 심신장애인으로 금고 이상의 형에 해당되는 죄를 지은 자 • 알코올을 식음하는 습벽이 있거나, 그에 중독된자로서 금고 이상의 형에 해당되는 죄를 지은 자 	제43조(보호의무자)나 제44조(특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장)에 의해 입원한 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 사람
신청의 주체	-	정신의료기관의 장
명령의 주체	법원(치료를 명하는 경우 보호관찰을 병과해야 함-보호관찰 등에 관한 법률)	특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장
치료명령의 기간	선고유예(1년), 집행유예(유예기간)	1년
사전조사	법원의 소개지를 관할하는 보호관찰소의 장이 범죄의 동기, 피고인의 신체적, 심리적 특성 및 상태, 가정환경, 직업, 생활 환경, 병력, 치료비용 부담 능력, 재범 위험성 등 피고인에 관한 사항을 조사	구체적 명시 없음
전문가 진단 및 심의	법원은 의사나 정신건강의학과 전문의 등 전문가에게 피고인의 정신적 상태, 알코올 의존도 등에 대한 진단을 요구할 수 있다.	정신건강심의위원회의 심의
치료명령 대상자의 준수사항	<ul style="list-style-type: none"> • 보호관찰관의 지시에 따라 성실히 치료에 임할 것 • 보호관찰관의 지시에 따라 인지행동치료 등 심리치료 프로그램을 성실히 이수할 것 	구체적 명시 없음
치료명령의 집행	검사의 지휘를 받아 보호관찰관이 집행	구체적 명시 없음
치료가기관의 지정	법무부장관	특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장
치료명령 위반 시 대처	정당한 사유 없이 치료를 받지 않으면 경고, 구인, 긴급구인, 유치, 선고유예의 실효 및 집행유예 취소	자신 또는 타인을 해할 위험성을 평가하기 위해 국, 공립 의료 기관에서 평가를 받도록 명할 수 있음(명령 후 14일 이내에 평가를 받아야 함)
비용부담	치료명령을 받은 사람이 치료비용 부담(단, 경제적 능력이 없는 경우 국가가 부담할 수 있다)	국가나 지방자치단체는 외래 치료 명령에 따라 발생하는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있음

키기 위한 가장 핵심적 요인으로 인식해야 한다.

순응과 관련된 연구들을 살펴보면 Hong 등¹¹⁾은 초발 조현병 환자를 대상으로 입원 치료 후 추적 조사를 시행하였는데, 연구 결과 2년 추적 시 33%, 5년 추적 시 73%에서 조현병 환자가 재입원하는 것으로 나타났다. 이는 중증 정신질환은 재발과 재입원이 매우 흔하다는 것을 입증하는 결과라고 할 수 있다. 또한 중증 정신질환자와 함께 생활하는 보호자들에게 환자의 치료 순응도는 매우 중요한 요소이며, 약물 투약, 외래 치료 등에서 원활한 협조가 이루어지지 않을 경우 보호자의 부담 증가로 인한 가족 지지체계의 붕괴로 이어질 수 있다. 이러한 과정은 보호자들이 환자를 정신의료기관에 장기간 입원시키는 주요 원인이 되며 결국 정신질환자들의 인권 및 삶의 질에 있어 악영향을 미치게 된다.¹²⁾

또한 치료 순응도는 정신질환의 경과 및 예후에 다양한 방식으로 영향을 미치며 교정 가능한 가장 중요한 요인이라고 할 수 있다. 중증 정신질환에서 약물에 대한 낮은 순응도는 질환의 재발 및 반복적이고 장기적인 입원의 주요한 원인으로 나타났다.¹³⁾ 조현병에서 약물을 중단한 환자 중 50%가 3~10개월 이내에 재발하였고,¹⁴⁾ 처음으로 조현병을 경험하는 환자에 대한 5년간의 추적 연구에서도 약물 순응도에

따라 최대 5배 이상 높은 재발률의 차이를 보였다.¹⁵⁾ 4,000명의 조현병 외래 환자를 대상으로 한 Weiden 등의 연구에서도 환자가 임의로 중단한 약물치료 기간이 길수록 재입원하는 비율이 더욱 높았다.¹⁶⁾ Altman 등이 양극성 장애 환자를 대상으로 한 연구에서도 약물에 대한 순응은 재발과 매우 밀접한 연관성을 나타냈으며,¹⁷⁾ Gonzalez-Pinto의 연구에 따르면 약물 순응도에 따라 환자의 자살률이 최대 5.2배나 차이가 나는 것으로 보고되었다.¹⁸⁾

이와 같이 외래치료명령제는 결국 치료가 반드시 필요한 정신질환자가 순응하지 않을 때 사용할 수 있는 제도이다. 따라서 본 연구에서는 외래치료명령제와 치료 순응도에 대한 정신건강의학과 전문의들의 설문을 바탕으로 향후 바람직한 외래치료명령제의 개선 및 치료순응도 향상을 위한 방향을 제시하고자 하였다.

방 법

1. 연구대상 및 설문지

본 조사에서는 정신건강의학과 전문의를 대상으로 자체 제작한 현행 외래치료명령제의 문제점 및 개선방안에 대한

설문지를 발송하였고, 이중 설문에 응답한 총 60명의 응답 결과를 분석하였다. 설문조사의 문항은 우선적으로 문헌조사를 통하여 만들어졌고 3명의 정신건강의학과 전문의 및 1명의 법학전문대학원 교수의 의견 조회과정을 거쳐서 최종적으로 확정하였다.

설문지는 응답자의 기본정보에 관한 질문과 그리고 외래 치료명령제, 정신과 치료 비순응과 재입원률에 대한 3부분, 총 10문항으로 구성하였으며 이중에 외래치료 명령제 개선 방안, 지속치료가 필요한 환자를 위해 어떤 조치가 필요한 가라는 주관식 문항을 포함한다.

2. 통계방법

설문에 응답한 대상자들의 답변을 기술 통계를 이용하여 분석하였으며, 특히 외래치료명령제의 실효성에 대한 점수는 중앙값과 최고치, 최저치를 표시하였다. 모든 통계는 SPSS software(SPSS, Version 21 ; Chicago, IL, United States)를 사용하였다.

결 과

1. 외래치료명령제에 대한 설문 결과

1) 설문 참가 인원의 분포

본 설문조사에 참여한 정신건강의학과 전문의는 총 60명

으로 그 중 전문의 경력이 5년 미만인 응답자가 6명(10.1%), 5~10년이 11명(18.3%), 10년 이상의 경력을 가진 전문의가 43명(71.6%)이었다. 응답자의 근무형태는 개원의 4명(6.7%), 전문병원 봉직의 11명(18.3%), 대학병원 42명(70.0%), 기타 3명(5.0%)이었다(Table 2).

2) 외래치료명령제에 대한 인지 여부

외래치료명령제에 대해 알고 있는지 여부를 묻는 설문에는 45명(75.0%)이 '알고 있다'라고 응답하였으며, 지난 12개월 동안 외래치료명령제를 시행한 경험이 있는지에 관한 질문에는 48명(96.0%)이 '있다'라고 응답했다(Table 2).

3) 외래치료명령제에 대한 실효성 및 개선 사항

외래치료명령제의 실효성에 대한 주관적 점수는 평균 40.30/100점으로 나타났고, 중앙값이 30점, 최저값 0점, 최고치는 100점이었다. 외래치료명령제에 대한 개선 사항으로는 ① 분명한 명령 주체(25명/43.8%), ② 분명한 비용 부담 주체(11명/19.3%), ③ 외래치료명령제에 대한 홍보(7명/12.3%), ④ 외래치료명령제에 불응하는 환자에 대한 관리(12명/21.0%), ⑤ 정신질환에 대한 인식개선이(2명/3.6%)이었다(복수 응답)(Table 2, 4).

Table 2. 설문결과 : 현행 외래치료명령제의 현황과 개선사항

항 목	기 준	N(%)	항 목	기 준	N(%) / M ± SD
설문 참가자의 전문의 경력 (N=60)	5년 미만	6(10.1)	지난 12개월 간 외래치료명령 시행 경험(N=50)	있다	2(4.0)
	5-10년	11(18.3)		없다	48(96.0)
	10년 이상	43(71.6)		외래치료명령 실효성 점수(N=60)	40.30 ± 25.67
설문 참가자의 근무형태 (N=60)	개원의	4(6.7)	외래치료명령 개선 사항 (N=57)	분명한 명령주체	25(43.8)
	전문병원	11(18.3)		분명한 비용부담주체	11(19.3)
	대학병원	42(70.0)		외래치료 명령제 홍보	7(12.3)
	기타	3(5.0)		불응 환자에 대한 관리	12(21.0)
외래치료명령 인지(N=60)	알고 있다	45(75.0)	인식개선	2(3.6)	
	모른다	15(25.0)			

N : number, M : mean, SD : standard deviation

Table 3. 정신질환자의 비순응과 재입원률과 후속 조치의 주체와 내용

항 목	기 준	N(%) / M ± SD	항 목	기 준	N(%)
악화로 인한 재입원률(N=55)		37.73 ± 20.72	외래 치료 중단 시 조치 (복수응답, N=57)	보호자 연락	15
입의 치료 중단 재입원률(N=55)		53.09 ± 23.18		정신건강 증진센터	2
퇴원 환자 중 지속 진료 비율(N=55)		68.64 ± 14.70		파악하지 않음	15
환자의 유지치료에 적합 한 사람이나 기관 (N=57)	정신건강 증진센터	30(52.6)	환자의 치료나 투약 유지를 위해 필요한 조치 (N=53)	조치하지 않음	27
	보호자	18(31.5)		사례관리	15(28.3)
	정신의료기관	2(3.6)		보호자 협조	6(11.3)
	가정방문간호사	1(1.8)		환자관리 시스템 정비	21(39.6)
	정신장애인 단체	1(1.8)		외래치료 명령제 시행	2(3.8)
	지방자치단체	3(5.1)		환자교육	8(15.1)
현재의 의료 상황에서는 불가		2(3.6)	인식개선	1(1.9)	

N : number, M : mean, SD : standard deviation

Table 4. 설문결과 : 외래치료명령제 개선사항에 대한 구체적 답변

항 목	법 주	구체적 답변 내용
	분명한 명령 주체	<p>외래치료 명령제에 관한 공공기관의 인식 부재 및 비협조 문제가 있어 공공기관의 협조에 관해 “할 수 있다”가 아니라 “하여야 한다.”로 바꾸어야 함. 또한 진료비 등에 대한 모호함을 없애야 함. “부담할 수 있음”이 아닌 “하여야 한다”로 바꾸어야 함.</p> <p>법원에 의한 명령으로 구속력이 있으면 치료가 어려워 의무적으로 할 수 있으나 치료를 한다고 하고 외래에서 치료받지 않을 때 다른 대안 방법으로 입원해야하거나 퇴원해서 외래통원 시에는 꼭 치료받게 확인하고 사례관리를 할 수 있는 시스템이 필요함.</p> <p>1년 외래 치료 명령제 보다는 자해나 타해의 위험성을 의뢰인이 발견하였으나 환자나 보호자의 동의 문제로 입원치료가 불가할 경우 국립기관 보고하고 이후의 평가와 치료에 대해 국가가 진행하는 방식이 필요함.</p> <p>외래치료명령의 대상에 대한 기준이 명백해야 할 것이고 이를 의무화 하는 법적 제도가 필요함.</p> <p>상기 제도의 효과적인 시행을 위해서는 국공립의료기관에서 근무하는 정신건강의학과 전문의의 평가에 따른 부담을 현실적으로 조정할 수 있는 대책이 마련되어야 함. 외래치료 명령제에 따른 비자의적 치료 명령이 국민의 신뢰를 얻기 위해서는 충분한 검토 과정과 진지한 평가가 필요함. 평가위원에 대한 제도적인 지원책이 필요함. 보호의무자의 역할은 농경사회의 전통과 문화가 남아있는 한국에서는 아직 필요하나, 향후 구미선진국과 같이 공공기관이나 법원에게 그 역할을 옮겨가도록 하는 것이 보호자의 부담을 줄이고 환자의 인권을 보호하기 적합할 것으로 사료됨.</p> <p>치료를 중단할 때 ‘평가를 받도록 명하는’ 것이 아니고 ‘평가를 위한 입원’을 시키도록 해야 실효성이 있음. 그리고 구급대원은 현행법상 동의하지 않는 사람을 강제로 병원에 데리고 갈 수가 없음. 현행법상 경찰만이 그런 일을 할 수 있으므로 이것도 명확히 규정되어야 함.</p>
	분명한 비용부담 주체	<p>외래치료명령제 수가가 생겨야 활성화될 것임. 추가 업무가 있으면 수가가 동반되어야 함. 청구 절차를 간소화하여야 함.</p> <p>소요되는 비용에 대하여 구체적인 내용이 없다. 좀 더 확실한 외래치료 비용에 대한 보상이 있어야 할 것으로 보임.</p> <p>경제적인 문제로 치료를 중단할 경우, 이를 치료명령만 한다고 해결될 수 없음. 즉 명령이행(치료)에 따른 경제적 지원이 필요함.</p> <p>치료비를 전액 국가나 지방자치가 부담해야 함.</p> <p>치료명령제 기간의 치료비에 대한 지원이 있어야 함. 특히 해외에서 시행되는 것처럼 장기지속형 주사제 등을 제한 없이 사용할 수 있어야 할 것임.</p>
외래치료 명령제도 개선 사항	외래치료명령제 홍보	<p>보건당국의 매스미디어를 통한 홍보캠페인이 필요함.</p> <p>제도에 대한 홍보와 시행에 대한 구속력이 요구됨.</p> <p>제도에 대한 홍보와 관련 부처의 실행의지, 담당 공무원 임명 및 예산 배정에 대한 계획이 있어야 함.</p> <p>우선 보호의무자에 의한 입원이라는 시스템이 있다는 것이 홍보가 되어, 그리고 지자체장은 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 되어 있는데, 이 정신건강심의위원회의까지의 시간이 짧아야 함. 그리고 외래치료명령을 청구하라고 되어 있는데, 이 외래치료명령을 청구하기 위한 서식의 paperwork가 과중하지 않아야함.</p> <p>정신건강의학과 의사 및 지자체에 외래치료 명령제에 대한 홍보도 필요함.</p> <p>외래치료명령 신청하는 구체적인 절차, 서류에 대한 안내가 필요함. 외래치료명령 불응 시에는 어떻게 조치해야 하는지 그 절차와 서류, 그리고 그 조치 결과 환자에게 어떤 처분이 내려지는지에 대한 안내가 필요함.</p>
	불응 환자에 대한 관리	<p>외래치료명령이 내려진 이후 이를 지키지 않는 환자 쪽에 대해서 관리감독을 강화시켜야함. 환자가 외래치료명령을 따르지 않으면 처벌 조항의 신설도 고려해야함.</p> <p>환자가 외래치료명령에 불응하였을 때 위험성의 재평가 및 입원까지의 기간이 상당히 소요됨. 오히려 환자의 수급권과 관련한 불이익 등 좀 더 실질적인 조치가 필요할 것으로 사료됨.</p> <p>1년 사이에 환자가 외래 치료를 잘 받고 있는지에 대한 중간 중간의 평가가 필요함.</p> <p>환자나 보호자의 병식부족, 상당수 환자에서 적절한 보호자의 부재 등으로 외래치료 명령 자체가 시작되기 어려운 부분이 상당하며, 강제성도 부족하고, 이에 대한 관리 및 현황 파악을 할 행정력도 부족함. 병원과 보호자, 환자 이외에도 지역사회에서 이에 대해 파악하고 관리하는 보완이 필요함.</p> <p>명령을 받은 환자나 보호자는 의무적으로 시행해야 하나 시행하지 않았을 때 불이익이 없기 때문에 강제성이 없음. 적극적인 불이익으로 별책을 만들기보다는 혜택을 취소하는 것이 효과적임.</p> <p>정부의 강력한 의지와 지원 : 외래치료명령제에 따르지 않을 시 심한 불이익을 주거나 외래치료명령제에 따랐을 때 이득을 주는 것이 필요함.</p> <p>처벌 규정 등 강제 할 수 있는 조항이 필요함</p> <p>치료명령이 제대로 실행되는 지 모니터링하거나 관리 감독을 담당할 기구 혹은 기관이 있어야 하며, 이곳에 전문적인 인력이 상주하여 근무하도록 해야함.</p>
	정신질환에 대한 인식개선	<p>정신건강의학과 치료에 대한 사회구성원의 편견 해소</p> <p>정신건강의학과 치료자에 대한 직장 및 학교, 사회에서의 차별 금지</p>

2. 외래 치료 순응도에 대한 설문 결과

1) 외래 치료 지속 환자의 비율

재입원 환자 중에서 계속 외래 치료를 받았던 환자의 비율은 37.73%였고 재입원 환자 중에서 외래치료를 임의 중단한 환자 비율은 53.09%로 나타났다. 퇴원 환자 중 외래 진료로 연계되어 지속 진료를 받는 환자의 비율은 평균 68.64%였다(Table 3).

2) 외래 치료 중단 환자에 대한 조치

외래 환자 중 계속 진료와 진찰을 하지 않으면 상태의 악화가 예상됨에도 불구하고 임의로 외래 진찰을 중단하거나 투약을 중단하는 환자에 대한 조치를 묻는 설문에는 ① 환자에 대해 조치하지 않음(27명), ② 보호자에게 연락(15명), ③ 환자에 대해 파악하지 않음(15명), ④ 정신건강증진센터에 연락(2명)으로 나타났다(복수 응답)(Table 3).

3) 외래 환자들의 지속적인 치료를 위해 필요한 조치

퇴원 환자나 외래 환자 중 지속적 관찰과 투약이 필요한 환자의 치료나 투약의 유지를 위하여 필요한 조치를 묻는 설문에는 ① 환자관리시스템 정비 21명(39.6%), ② 사례관리 15명(28.3%), ③ 환자교육 8명(15.1%), ④ 보호자 협조 6명(11.3%), ⑤ 외래치료명령제 시행 2명(3.8%), ⑥ 정신질환에 대한 인식개선 1명(1.9%)로 응답하였다(Table 3, 5, 6).

4) 환자의 치료 유지 관리에 적합한 사람이나 기관

지역에서 환자의 유지 치료를 관리하는 데에 적합하다고 생각하는 사람이나 기관을 묻는 설문에는 ① 정신건강증진

센터 30명(52.6%), ② 환자의 보호자 18명(31.5%), ③ 정신의료기관 2명(3.6%), ④ 가정방문 간호사 1명(1.8%), ⑤ 정신장애인 단체 1명(1.8%), ⑥ 지방자치단체 3명(5.1%), ⑦ 현재의 의료 상황에서는 불가 2명(3.6%)로 나타났다(Table 3).

고 찰

본 연구에서는 정신건강의학과 전문의들을 대상으로 한 설문을 바탕으로 외래치료명령제의 효율성 제고 및 치료 순응도 향상을 위한 방향을 제시하고자 하였다.

설문 결과 대상자의 75%가 외래치료명령제에 대해 알고 있었으나, 단지 4%만이 지난 12개월 동안 외래치료명령제를 시행한 경험이 있어 그 실효성이 매우 낮은 것으로 나타났다. 현재 시행 중인 외래치료명령제의 절차는 정신보건법 제 37조의 2, 시행규칙 제 20조의 2에 규정되어 있지만 그 절차적 상황에만 집중하고 있을 뿐 실제적인 치료계획 등은 다루어지지 않았다는 한계가 있다.¹⁹⁾ 그 결과 임상 현장에서 전문의들이 외래치료명령제의 시행에 대해 심한 부담을 갖고 있는 것으로 보인다. 외래치료명령의 기간의 경우 현행 정신보건법에서는 1년 이내로 규정하고 있으나, 호주의 경우 12개월을 초과하지 않는 범위에서 치료명령이 시행되며 필요시 연장에 제한이 없다. 미국의 경우에는 재판을 통해 통상 1년 이상의 기간 동안 치료명령이 진행되며 강제 입원했거나 정신과 전문의에 의해 의뢰된 환자의 경우 법원에서 외래치료명령의 결정된다. 또한 그 기간이 종료 되더라도 재심을 통해 법원에서 치료명령 기간을 연장시킬 수 있다.²⁰⁾

Table 5. 설문 결과 : 정신과 환자의 유지치료를 도와 줄 수 있는 적합한 기관이나 사람

항 목	범 주	구체적 답변 내용
환자의 유지치료에 적합한 사람이나 기관	정신건강증진센터	정신건강증진센터 그나마 센터가 전문성이 있으나 인력이 부족하여 별도의 관리주체를 신설하거나 센터에 예산을 투자하여야한다고 생각함. 정신질환자들의 추후 관리에 있어서는 전문성과 지속성이 요구됨. 따라서 지역 정신건강증진센터가 중심이 되어서 환자를 관리해 나가야함.
	보호자	현실적으로 보호자가 관리하는 방법 밖에 없을 것으로 판단됨. 환자의 보호자 병식이 있고 협조적인 보호자
	정신의료기관	해당 수가를 책정하여 입원했던 병원에서 담당 인력을 둘 수도 있을 것이나, 이에 대해서는 논의가 필요함.
	가정방문간호사	병원 내 가정방문 간호사
	지방자치단체	지방자치단체공무원
	현재의료상황에서는 불가	현 상태에서는 없음. 현재 예산과 인력으로는 지역사회에서 환자 관리가 불가능함. 임의투약 중단을 하는 환자에 있어서 강제로 치료를 받게 할 법적 근거가 없기 때문에 유지치료를 관리할 수 있는 사람이나 기관은 없다고 생각됨. 재발 징후를 보이는 환자를 설득하는 것은 매우 어려운 일이며 많은 경우에서 설득에 실패하여 보호자 동의 입원을 결정하게 됨. 법제도적으로도 강제치료를 하도록 보완하더라도 외래치료명령제와 같이 인권 등의 문제로 인해 제한적으로 적용될 가능성이 높으며 결국에는 사문화 될 가능성이 높음.
	정신장애인 단체	정신 장애인 자원봉사 단체

Table 6. 설문결과 : 환자의 치료나 투약을 유지하기 위해 필요한 조치

항 목	범 주	구체적 답변 내용
	사례관리	<p>지속적인 사례관리를 통해서 치료를 할 수 있는 시스템이 필요함.</p> <p>자해 자살 지도자의 경우 자살예방센터, 조현병 등 만성질환에 대해 정신건강증진센터 등의 사례관리자가 지역 사회 내에서 지속적인 개입 (현황 파악 및 치료 유지 권유)을 하고, 필요한 경우 담당 의료기관과 연락할 수 있도록 하는 것이 바람직하다고 생각함. 이를 위해 특히 퇴원 시 센터 연계 등을 더욱 활발히 할 수 있도록 센터와 지역사회 병의원간의 활발한 연계와 교류가 필요하다고 생각함.</p> <p>정신의학적인 전문지식을 가지고 있으면서 신뢰관계가 형성된 사람이 적극적으로 환자와 연락을 취하여 증상과 투약 상태를 확인하고 관리하는 것이 필요함.</p> <p>병원 또는 정신건강증진센터에서 좀 더 환자 사례관리를 집중적으로 할 수 있는 인력 및 환경 마련이 필요함.</p> <p>지역사회정신건강증진센터의 사례관리 등을 이용하며, 지속적인 투약 및 외래치료가 유지되도록 해야함.</p>
	보호자 협조	<p>치료가 필요하지만, 정신과적 치료(약물을 복용하는 것)가 개인의 의사에 반하여 강제성을 가질 수 있는 문제인지 고민을 해야함. 보호자를 개입 시키는 것이 부족하나마 가장 현실적인 방법임.</p> <p>치료 중단 후 법적문제 시 보호자의 책임을 강화해야 함.</p> <p>환자 치료에 대한 보호자들의 협조를 높일 수 있는 방안에 대한 강구가 요구됨.</p> <p>환자가 보호자에 대한 연락을 거부하는 경우, 자타해 위험이 없더라도 보호자에게 연락을 해야 하는데, 이때 발생할 수 있는 인권, 개인정보 보호 등에 대한 문제에 대하여 구체적 지침이 있어야 함.</p> <p>보호자와의 관계가 중요함.</p>
환자의 치료나 투약유지를 위해 필요한 조치	환자관리 시스템 정비	<p>퇴원 이후 환자가 입원했던 병원을 다니는 경우도 있지만, 다른 개인의원으로 다니는 경우도 많기 때문에 병원 입장에서는 이것을 파악하기 쉽지 않을 뿐더러, 민감한 개인정보이기 때문에 파악할 수도 없게 되어 있음. 결국 이것에 대한 파악 및 꾸준한 약물 복용이 이뤄지도록 하는 것을 행정기관이 맡아서 해야 한다고 생각함.</p> <p>지속적인 추적 관리 시스템이 요구됨.</p> <p>정신장애인의 경우 정신 장애인으로서의 혜택에 제한을 주거나, 수급권자의 경우 이(수급비 수령 등등)와 관련한 불이익을 주는 방향으로, 환자가 일상생활에서 좀 더 실질적으로 외래치료를 할 수 밖에 없게 하는 방법을 모색해야 함.</p> <p>자해나 타해 위험이 있는 경우를 예외로 하면, 위 질문을 위한 조치는 환자의 자율권을 침해할 소지가 높아서 대책 마련이 어려울 것으로 보임. 국가에 자발적으로 등록된 환자의 경우 약물농도 측정 등 객관적으로 높은 치료 순응도가 증명될 경우 이에 대한 인센티브(바우처 등)를 주는 방향이 적절할 것으로 생각됨.</p> <p>내원하지 않았을 때 지속적인 내원 촉구를 알리는 문자 메시지를 환자 및 보호자에게 발송하는 것이 도움이 됨.</p> <p>환자에 대한 국가의 보조나 도움을 치료와 연계하는 방안이 요구됨.</p> <p>환자의 여러 가지 사정에 의해서 치료가 중단되기도 하나 병원방문의 어려움을 호소하는 경우가 많음. 방문 진료나 왕진 등의 방법을 동원하는 것이 투약 순응도 조절에 도움이 될 것으로 판단됨. 현행 의료법상 방문 진료의 대상에 정신질환은 포함시키지 않고 있어 방문 진료가 불가능함.</p> <p>유지모니터링에 대한 부분을 의료 수가로 보상할 필요가 있음.</p> <p>외래 치료에 대한 평가를 통해 정신장애, 근로능력평가, 의료급여일수 연장 등과 연계, 외래 치료대상자에 대한 지속적 모니터링 필요함.</p> <p>실제 정신과 외래에서 이를 파악하기 어렵고, 강제성 또한 없기 때문에 더욱 관여하기 어려움. 따라서 이러한 환자를 등록하고 관리하는 전담 시스템 제도가 필요함. 정신과 환자는 보호의무자에게만 책임을 전담하기 어려운 사회적 문제이므로 국가 정책적으로 이를 도움 필요가 있음.</p>
	외래치료명령제	<p>외래 치료명령제의 활성화가 요구됨(인권침해를 피하는 범위 내에서).</p> <p>실효성 있는 치료 명령제가 필요함.</p>
	환자교육	<p>투약을 하지 않는 것도 환자의 자유 의지라고 생각됨. 결국 환자에게 약물복용을 지속적으로 할 수 있도록 교육을 실시할 수밖에 없음.</p> <p>환자와 보호자를 대상으로 한 교육이 요구됨.</p> <p>환자와 보호자에 대한 질병과 약물 교육 및 치료 효과는 좋고 부작용은 적은 약물 사용 비용에 대한 국가보조 확대가 요구됨.</p> <p>환자 및 보호자에 대한 질환 및 약물교육이 필요함.</p> <p>외래 방문 기간을 짧게(1-2주)해서 환자를 관찰해야 함.</p> <p>지역 정신건강증진 센터에서 모니터링이 필요함.</p>
	인식개선	<p>정신건강의학과 치료에 대한 사회구성원의 편견 해소가 요구됨.</p> <p>정신건강의학과 치료자에 대한 직장 및 학교, 사회에서의 차별이 금지되어야함.</p>

외래치료명령제의 실효성에 대한 평가는 평균 40.30/100 점이었다. 외래치료명령제에 대한 개선 사항으로는 분명한 명령 주체 43.8%, 분명한 비용 부담 주체 19.3%, 외래치료명령제에 대한 홍보 12.3%, 외래치료명령제에 불응하는 환자에 대한 관리 21.0%, 정신질환에 대한 인식개선 3.6%이 중요한 것으로 나타났다. 외래치료명령은 기초정신보건심의 위원회의 심의를 받도록 하고 있지만, 이에 대한 절차나 과정에 대한 자세한 설명이 없어 임상 현장에서 외래치료명령제를 시행하는데 있어 장애가 되고 있다. 우리나라의 경우 외래치료명령의 청구는 정신의료기관장이 하고 이에 대한 관리는 시, 군, 구청장이, 승인은 기초 정신건강심판위원회에 의해 이루어진다. 외래치료명령에 불응하는 경우에는 시, 군, 구청장이 국공립 정신병원으로 평가를 요청할 수 있다. 호주의 경우에는 심판위원회 또는 정신보건법원이 지역 사회치료를 명령하면 정신보건서비스의 장은 치료 명령에 효력을 주기 위해 대상자에게 치료 명령의 기간, 치료에 대한 설명, 담당 의사 및 사례관리자에 대한 안내, 치료 장소 및 시간 등을 구체적으로 전달하게 된다. 따라서 우리나라도 외래치료명령의 시행 계획에 대한 구체적인 설명이 선행되어야 하며 치료에 있어서도 약물 치료에만 의존하기 보다는 다양한 정신보건서비스의 제공으로 그 영역을 확장할 필요가 있다. 또한 외래치료명령제도에서 가장 핵심적 부분이라고 할 수 있는 재정적 지원 주체가 불분명한 상황에서 본 제도가 시행되어 국가나 지방자치단체, 관련 전문가 사이에 마찰이 초래되고 있다. 따라서 외래치료명령제 수가 신설이나 국가적 예산지원과 같은 실질적인 방안이 시급하다. 외래치료명령제도의 성공적인 시행을 위해서는 법과 제도상의 보완뿐만 아니라 정신건강전문가들이 본 제도를 이해하고, 상호 연대 및 교류를 통해 효율성을 높이는 과정이 필수적이며, 외래치료명령제도의 대상자인 환자들의 인권을 보장하고, 정신건강서비스를 제공하는 의료진이나 전문요원들의 안전 보장 및 재정적 도움 등이 뒷받침 되어야 한다.²¹⁾

정신의료기관에 재입원한 환자 중 외래 치료를 지속하는 환자의 비율은 37.73%, 외래치료를 입의 중단한 환자 비율은 53.09%로 입의로 치료를 중단하는 환자의 비율이 더 높았다. 정신의료기관에서 퇴원한 환자 중 외래 진료로 연계되어 지속적인 진료를 받는 환자는 평균 68.64%였다. 정신건강의학과를 방문하는 환자들에 대한 참여도를 높이기 위해서는 환자 및 치료자 사이의 관계 설정이 매우 중요하다. 이를 위해서는 환자에 대한 존중을 바탕으로 경청하고, 공감에 대한 적절한 표현도 요구된다. 치료를 통해 환자가 얻고자하는 바를 확인하고, 치료를 진행하는데 있어 장애가 될 수 있는 부분들을 확인할 수도 있겠다.^{22,23)} 제도적인 측면에서는 정신건강의학과 진료비의 현실화가 요구된다.

예를 들어, 임상 현장에서 오전 3시간 동안 45분 면담을 진행한다면 3~4명의 환자만을 진료하게 된다. 현 제도상에서는 의료기관의 유지 및 관리를 위해 같은 시간 동안 훨씬 많은 환자를 진료해야 하므로, 정상적인 상담이 이루어지기 위해서는 상담에 대한 현실적인 의료보험 수가 책정되는 개선이 필요하다.

정신건강의학과 외래 환자 중 치료 중단 시 증상이 악화될 위험성이 높음에도 불구하고 입의로 외래 치료나 투약을 중단하는 환자에 대한 조치를 묻는 설문에는 환자에 대해 조치하지 않음 27명, 보호자에게 연락 15명, 환자에 대해 파악하지 않음 15명, 정신건강증진센터에 연락 2명이었다. 환자의 치료 유지를 강제할 수 있는 법적 조항이나 제도가 미비한 상태에서 의료인들이 할 수 있는 조치에는 한계가 있고, 이것은 결국 환자 및 보호자의 피해로 귀결된다. 따라서 환자의 치료 과정을 추적 및 관리할 수 있는 의료 체계 구축이 요구되며, 일정기간 동안 입의로 치료를 중단할 경우 환자 및 보호자에게 연락을 취하거나 정신건강증진센터 등의 지역 정신건강 자원과 협조하여 환자가 지속적인 치료를 유지하도록 하는 정책적 방안이 마련되어야 한다.

환자에 대한 지속적 관찰과 투약이 요구될 때, 이를 위해 필요한 조치를 묻는 설문에는 환자 관리시스템 정비(39.6%), 사례관리(28.3%), 환자교육(15.1%), 보호자 협조(11.3%), 외래치료명령제 시행(3.8%), 정신질환에 대한 인식개선(1.9%)으로 응답하였다. 정신질환을 경험하는 환자를 지역사회의 구성원으로 받아들이고 치료를 유지하는데 있어 가장 효과적인 방법 중 하나가 사례관리이다. 사례관리는 1980년대 초반부터 정신건강, 발달장애 환자 등을 위한 대인서비스 분야에서 등장하였다.²⁴⁾ 우리나라는 1990년대 처음으로 소개되었으며, 특히 장기보호 서비스가 필요한 정신건강사회복지나 노인, 장애인 복지에서 특히 강조되고 있다. 외국에서는 정신질환을 경험하는 환자들의 보호 및 관리를 위해 사례관리자가 정신건강자원과 밀접하게 협조하며 환자의 상황에 따라 서비스를 다면적으로 구성하고 환자의 상황변화에 유연하게 대처할 수 있도록 하고 있다.²⁵⁾ 따라서 정신건강증진센터가 중심이 되어 적극적인 사례관리를 시행해야 하고 이에 대한 효율성을 높이기 위해 인력의 확충과 해당 분야 종사자들의 직업적 안정성을 보장하는 등의 실질적인 대처가 요구된다.

환자가 치료를 유지할 수 있도록 관리하는데 있어 가장 적합하다고 생각하는 사람이나 기관에 대한 설문에는 정신건강증진센터 52.6%, 보호자 31.5%, 정신의료기관 3.6%, 가정방문 간호사 1.8%, 정신장애인 단체 1.8%, 지방자치단체 5.1%, 현재 의료상황에서는 불가 3.6%로 나타났다. 따라서 정신건강증진센터를 환자 관리를 위한 중심축으로 하여 입

상적인 환자관리 계획, 다학제적 접근, 인접 병의원과의 협조관계 구축 등을 통해 정신건강증진센터 관계자들이 전문성과 유연성, 그리고 병원과 지역사회 양쪽에 대한 깊은 이해를 가지고 동작할 수 있어야 한다.²⁶⁾ 국내 정신보건시설의 양적 팽창이 급격하게 진행되는 것을 생각하면 지속적인 정신건강의학과 전문의의 참여와 정신보건 전문가 양성, 정신보건 서비스의 전문화와 질 관리, 모델 충실성에 대한 검토가 지속적으로 이루어져야 할 것으로 판단된다.

결론

본 연구에서는 외래치료명령제 및 정신질환자들의 치료 순응도의 현황을 알아보고자 하였다. 설문에 참여한 60명의 정신건강의학과 전문의 중에서 45명(75.0%)이 외래명령제를 알고 있었지만, 지난 12개월 중에 이를 이용한 전문의는 단 2명(4.0%)으로 실효성은 매우 낮았다. 또한 재입원 환자 중 외래 치료를 지속적으로 받았던 환자의 비율은 37.7%, 외래치료를 임의 중단한 환자 비율은 53.1%로 임의 중단 환자가 차지하는 비율이 더 높았다. 따라서 임의로 치료를 중단한 환자에 대한 관리가 중요함에도 불구하고 임의로 치료를 중단한 환자의 관리방법으로 아무런 조치를 취하지 않는다는 응답이 가장 많았고, 정신건강증진센터 연락한다는 의견은 2명으로 매우 저조하였다. 또한 임의 중단 환자에 대한 효율적인 조치로서는 정신건강증진센터에 연계해야한다는 의견이 가장 많았다. 따라서 이에 대한 효과적인 개입을 위해 제도적, 행정적 개선이 필요하며, 향후 정신건강증진센터의 역할이 중요할 것으로 판단된다.

■ 감사의 글

본 연구는 보건복지부 “정신장애인의 차별 경험과 지역사회 통합에 관한 정책 연구”의 지원으로 수행되었음.

REFERENCES

- (1) Bruce J Winick. Preventive outpatient commitment for persons with serious mental illness. *Psychology, Public Policy and Law* 2003;9:107.
- (2) Fernandez GA, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Comm Psychiatry* 1990;41:1001-1004.
- (3) Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1968-75.
- (4) Hong JP, Lee DE, Kim BH, Choi YS, Suh TW, Kim JH, Park JI, Chung EK. Involuntary outpatient commitment-An

- aid for rehabilitation of the chronic mentally ill. *J Korean Assoc Psychiatry* 2001;6:58-64.
- (5) EJ Shin. The problem and the solution of involuntary admission of mental illness. *Korean J Leg Med* 2009;6:21-48.
- (6) Lee YJ, Yong HJ, Kim KW, Na RJ, Yi KK, Hwang TY, Lee JG, Hong JP. Enforcement reform measures of the order for medical treatment as outpatient in South Korea. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2011;17:164-175.
- (7) De las Cuevas C. Towards a clarification of terminology in medicine taking behavior: compliance, adherence and concordance are related although different terms with different uses. *Curr Clin Pharmacol* 2011;6:74-77.
- (8) Berk M, Berk L, Castle D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004;6: 504-518.
- (9) Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M, Cribb A, Kellar I. Concordance, adherence and compliance in medicine taking: Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D(NCCSDO) London: NCCSDO;2005.
- (10) Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, Berk M. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol* 2010;25:1-16.
- (11) Hong JP, Kim CY. Course and outcome of schizophrenia. *Korean J Psychopathol* 1999;8:140-147.
- (12) You JH, Woo YS, Hahn C, Choi JW, Ko HJ. Predicting factors associated with drug compliance in psychiatric outpatients of a university hospital. *Korean J Psychopharmacol* 2010; 21:29-34.
- (13) Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizer, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry* 2002;159:1927-1929.
- (14) Hirsch S, Barnes T. The clinical treatment of schizophrenia with antipsychotic medication. Oxford, UK: Blackwell Science; 1995.
- (15) Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, Koren A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Lieberman JA. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:241-247.
- (16) Weiden PJ, Korma Cf, Grogg A, Lockiear J. Partial compliance and risk of rehospitalisation among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004;55:886-891.
- (17) Altman S, Haeri S, Cohen LJ, Ten A, Barron E, Galyanker II, Duhamel KN. Predictors of relapse in bipolar disorder: a review. *J Psychiatr Pract* 2006;12:269-282.
- (18) Gonzalez-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, Lopez P, Ramirez F, Vieta E, Baldessarini RJ. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord* 2006;8:618-624.
- (19) Shin EJ. Outpatient treatment orders for mental health system. *Korean J Leg Med* 2010;6:55-77.
- (20) Seo MK. A Study on Out-Patient Treatment Order. *Mental Health & Social Work* 2010;35:111-140.
- (21) Sohn JH, Ahn SH, Sung SJ, Ryu JM, Park JE, Cho MJ. Ef-

- ficacy of Case Management for the Community Dwelling Schizophrenia Patients: A 36-Month Prospective Follow-Up Study. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54:578-586.
- (22) **Park M.** Psychodynamic approach to improve the medication compliance. Korean J Biol Psychiatry 2002;8:40-45.
- (23) **Deegan PE, Drake RE.** Shared decision making and medication management in the recovery process. Psychiatr Serv 2006; 57:1636-1639.
- (24) **Moore ST.** A social work practice model of case management: the case management grid. Soc Work 1990;35:444-448.
- (25) **Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M.** Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ 2007;335:336.
- (26) **Kwon IJ.** A study on the effectiveness of community mental health services [dissertation thesis]. Seoul: Yonsei University; 2007.

국문 초록

연구목적

외래치료명령제는 정신질환을 앓고 있는 사람이 특정한 외래치료 프로그램에 참여하도록 법에 의해 명령을 내리는 사회적 강제 제도이다. 본 연구에서는 외래치료명령제 및 정신질환자들의 치료 순응도에 영향을 미치는 요인들에 관해 알아보려고 하였다

방법

정신건강의학과 전문의 60명을 대상으로 2016년 10월에서 11월까지 외래치료명령제 및 치료 순응도에 관한 설문조사를 실시하였다. 설문지 각 문항은 문헌조사를 통하여 초안을 작성하고 3명의 정신건강의학과 전문의 및 1명의 법학전문대학원 교수의 의견 조회 과정을 거쳐서 최종적으로 확정하였다. 설문에 응답한 대상자들의 답변을 기술 통계를 이용하여 분석하였으며, 외래치료명령제의 실효성 점수에 대해서는 중앙값과 최고치, 최저치를 알아보았다.

결과

60명의 정신건강의학과 전문의 중에서 45명(75.0%)이 외래치료명령제를 알고 있었지만, 지난 12개월 중에 이를 이용한 전문의는 2명(4.0%)이었고, 주관적 실효성 점수는 40점/100점으로 그 실효성은 매우 낮게 나타났다. 또한 재입원 환자 중 외래 치료를 지속적으로 받았던 환자의 비율은 37.7%, 외래치료를 임의 중단한 환자 비율은 53.1%로 임의 중단 환자가 차지하는 비율이 더 높았다. 퇴원 환자 중에서는 약 2/3가량이 지속적인 치료를 받고 있었다. 임의로 치료를 중단한 환자의 관리방법으로 '아무런 조치를 취하지 않는다'(n=27)와 '파악하지 않음'(n=15)가 대부분이었지만 '정신건강증진센터 연락한다'는 의견은 2명으로 매우 저조하였다. 또한 임의 중단 환자에 대한 효율적인 조치로서는 '정신건강증진센터에 연계해야한다'는 의견이 가장 많았다(n=30).

결론

현재 시행되는 외래치료명령제는 실효성이 낮고, 외래치료 환자의 치료순응도 또한 매우 저조하였다. 따라서 이에 대한 효과적인 개입을 위해 제도적, 행정적 개선이 필요하며, 향후 정신건강증진센터의 역할이 중요할 것으로 판단된다.

중심 단어 : 외래치료명령제 · 치료 순응도 · 정신건강증진법 · 정신건강증진센터.