

종합병원 정신건강의학과 낮병원의 역할변천 및 발전 방향 : 주간집중치료센터 소개

서울대학교 의과대학 정신과학교실 및 인간행동의학연구소,¹ 서울대학교병원 정신건강의학과²

안용민^{1,2} · 최효정² · 한재욱² · 장선주² · 류인균^{1,2} · 권준수^{1,2}

The Role Transition and Development Direction of the Psychiatric Day Hospital in General Hospital : Introduction of Day Intensive Care Center

Yong Min Ahn, MD, PhD^{1,2}, Hyo Jung Choi, MD², Jae Wook Han, MD²,
Sun Joo Jang, RD, PhD², In Kyoony Lyoo, MD, PhD^{1,2} and Jun Soo Kwon, MD, PhD^{1,2}

¹Department of Psychiatry and Behavioral Science and Institute of Human Behavioral Medicine,
Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

²Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

Received July 10, 2012
Revised November 21, 2012
Accepted January 2, 2013

Address for correspondence

Jun Soo Kwon, MD, PhD
Department of Psychiatry and
Behavioral Science,
Seoul National University
College of Medicine,
101 Daehak-ro, Jongno-gu,
Seoul 110-744, Korea
Tel +82-2-2072-2972
Fax +82-2-747-9063
E-mail kwonjs@snu.ac.kr

The role of the day hospital as a mediator between psychiatric ward admission and return to the community has been weakening in general hospitals. The purpose of this paper is to suggest new developmental directions for the day hospital in general hospitals. The history and the operation model of day hospitals were investigated through a bibliographic search. The national mental health care system and the operational realities of the day hospital were also reviewed. The Seoul National University Hospital (SNUH) Day intensive care center (DICC) was introduced ; we then observed several indexes of the SNUH day hospital before and after the institution of DICC. The number of national community mental health care centers is increasing, and the role of this center is similar to the role of the day hospital. The SNUH day hospital invented a short-term intensive care program named DICC for patients with obsessive compulsive disorder, panic and mood disorders and showed marked increment of the number of patients and income after introduction of the DICC. There might be some benefits in introduction of the DICC to psychiatric day hospitals. The role of the DICC will be highlighted in general hospitals, not only for improvement of day hospital management, but also to help patients through early intervention.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:17-25

KEY WORDS DICC · Day hospital · Early intervention.

서 론

정신질환자의 치료에는 급성기 증상의 완화와 더불어 급성기 증상의 관해 이후 사회 적응과 재발을 위한 개입의 필요성이 절실하다. 퇴원 후 지역사회로 복귀한 환자들의 적응을 돕고 기능을 향상시킬 수 있는 중간단계 치료가 부족하면 정신질환자의 재발과 재입원을 반복시키는 요인이 될 수 있고, 만성화의 경과를 밝게 할 수 있다.¹⁾ 실제로 퇴원 후 지역사회로 복귀한 환자들이 재발과 증상 악화로 재입원하게 되는 '회전문(revolving door)' 현상이 만연하면서 만성 환자에 대한 입원치료 후 지역사회 적응과 사후 관리의 필요성이 강조되었다.²⁾ 그러나 정신보건서비스 발전의 초창기에는 이러한 목적을 위해 활용할 수 있는 시설이나 인력, 프로그램이 부족하였다. 따라서 급성 증상의 완화 이후 환자가 갖고 있는 능력과 가능성 그리고 잠재력에 관심을 갖고 이를 개발할

수 있도록 하고, 퇴원 후 원활한 사회 적응을 위해서 포괄적인 정신사회직업 재활치료를 시행하며, 환자의 가족이 겪게 되는 경제적 문제나 환자로 인한 가족의 갈등과 같은 심리적인 부담을 덜어줄 수 있는 중간적인 치료적 접근이 필요하게 되었다. 이러한 접근 방법에는 지역사회를 기반으로 하는 중간주거시설, 부분입원, 지역사회 정신보건센터 등이 있는데, 부분입원의 대표적인 형태가 낮병원(day hospital)이다.

19세기 중반부터 지역사회정신의학의 발달로 정신병 환자에 대한 탈수용화 운동이 일어났고, 낮병원을 포함한 부분입원이 보급되기 시작하였다. 정신건강의학과 낮병원은 서구에서는 1940년대 처음 설립되어 점차 제도화, 전문화되어 왔으며 국내에서는 1970년대 도입되어 현재 50여 개의 낮병원이 운영되고 있다.³⁾ 국내에서는 부분입원이 지역사회 정신보건센터에서 제공하는 핵심적인 서비스 중의 하나가 되었고 또한 만성 정신병 환자들을 위한 직업재활, 사회기술훈련,

기타 재활프로그램들이 개발되었다.

이러한 배경에서 종합병원의 낮병원은 정신보건체계상에서 병동 입원과 사회복귀의 중간단계로서의 그 역할이 점차 약화되어 왔다. 특히 1995년 정신보건법 제정 이후 시행된 지역사회 정신보건사업의 일환으로 정신보건센터와 사회복귀 시설이 전국 각 지역에서 설립, 운영되면서, 종합병원 낮병원은 본래의 목적과는 달리 만성 환자가 장기입원을 하게 되는 경우가 증가했고 이로 인해 입퇴원이 정체되었고 수익 창출이 저조해지면서 그 존립이 어려워지게 되었던 바 있다.

서울대학교병원 정신건강의학과에서는 이러한 배경에서 종합병원에서의 낮병원의 역할을 재조명하여 지역사회 정신보건센터와 차별화된 의료서비스를 제공하고, 정신보건체계상에서 중간단계인 만성 환자의 재활 중심 치료에서 벗어나 급성 환자를 단기간 수용하고 집중적인 치료를 제공하여 조기 진단과 치료를 통해 환자들의 병동 입원율을 저하시키고, 빠른 사회 복귀를 돕는 목적으로 2010년 10월부터 부분 입원의 한 형태로 주간집중치료센터(Day Intensive Care Center, 이하 DICC)를 설립하여 운영해왔다. 이런 치료는 병상 가동률을 높임으로써 수익 모델을 창출하는 부수적인 목적도 있겠다.

본 논문에서는 서울대학교병원 정신건강의학과와 주간집중치료센터(DICC)의 경험을 소개하고 정신과 질환에 대한 조기개입, 단기입원이 강조되는 변화의 물결 속에서 종합병원의 정신건강의학과 낮병원에 요구되는 역할과 앞으로의 발전방향에 대해 고찰해보고자 한다.

본 론

국내 정신건강의학과 낮병원의 역사 및 운영모델

우리나라의 정신보건의료체계에서 정신질환자의 사회복귀 및 재활을 위해 지역사회에서는 정신보건센터, 사회복귀 시설을 운영하고 있으며 낮병원은 또 하나의 주간재활시설로서 입지를 갖고 있다. 우리나라에서는 1976년 국립서울정신병원에서 낮병원을 개설하였고⁴⁾ 1980년에는 서울대학교병원에서 낮병원을 개설하여⁵⁾ 지금까지 많은 노력을 기울여 왔다. 그러나 이후 매우 소수의 병원에서만 낮병원을 개설하였고, 일부 병원에서는 낮병원을 개설하였으나 불행히도 유지하지 못하고 중단되기도 하여 낮병원이 확산되지 못하였다. 1990년대에 들어와서는 일반 정신건강의학과 의원에서 낮병원을 개설하는 곳이 나타났으나, 낮병원은 공식적인 의료체계 안에 편입되지 못한 채 개별적인 병원의 운영방식에 따라 그 운영이 이루어졌다.

낮병원의 발전과 활성화를 위해서는 전체적인 체계와 운

영 모델에 대한 연구가 필수적이지만 이에 대한 연구는 희박한 실정이다. 국내의 낮병원 모델에 대한 연구는 1998년 Kim 등⁶⁾이 발표한 ‘정신병 환자의 통합치료를 위한 낮병원 모델의 효과성 연구’가 있는데, 이 연구에서 통합치료를 위한 낮병원 모델을 적용하였을 경우 대조군에 비하여 삶의 질 척도, 환자 및 보호자의 병식 수준을 높여주고 재입원율, 재원기간은 감소시키는 결과를 보고하였다. 국내 낮병원 모델에 대한 연구는 이와 같이 매우 제한되어 있으며 국내 정신보건 실태에 맞게 특화된 낮병원 모델의 개발이 시급한 실정이다.

서구 정신건강의학과 낮병원의 역사 및 운영모델

서구의 낮병원 치료는 19세기 후반 정신의학의 발달과 정신병 환자에 대한 인도적인 시각을 지닌 도덕치료의 등장과 함께 1930년대 초에 시작되어 1960년대에 활발하게 발달되어 왔다.⁷⁾ 낮병원의 시초가 된 침상이 없는 병원은 1933년 모스크바에서 병실의 부족과 자금의 부족을 극복하기 위해 처음 설립되었으며 이후 입원치료보다 적은 비용이 드는 장점 때문에 서구와 미국에서 도입되어 활성화되었다. 1946년 미국에서 정신보건법이 제정된 이후, 정신질환 치료를 위한 지역사회 정신보건 서비스가 활성화되기 시작하였고, 1963년 지역사회 정신보건센터 건립법(communitary mental health center construction act)이 제정되어 정신병 환자들에 대한 탈수용화 정책이 본격적으로 이루어지기 시작했다.⁸⁾ 이러한 시대적 경향에 맞추어 다양한 치료모델이 시도되었는데, 낮병원(day hospital), 사교클럽(social club), 그룹홈(group home), 중간주거시설(half way house), 재활 프로그램 등이 제시되었다. 1933년 모스크바에서 입원병상과 예산의 부족을 해소하기 위해 입원치료의 대안으로써 처음으로 도입된 낮병원 모델은 대개 작업치료로 구성되었고 작업적응(work adjustment)을 강조하였다. Cameron에 의해 1937년 캐나다에서 시행된 낮병원은 정신치료를 강조한 모델이었고, 1948년 영국에서 Bierer에 의해 시행된 낮병원은 사교클럽 모델(social club model)을 통한 사회화를 강조한 모델이었다.⁹⁾ 미국 menninger clinic에서 1947년에 도입한 낮병원은 입원환자와 유사한 활동(activity) 프로그램과 환경치료(milieu therapy)를 강조한 모델이었다.⁹⁾ 또한 특정 환자의 특성에 따른 특정한 치료를 연결시킬 목적으로 만든 낮병원 모델도 있었다. 이 모델에서는 환자의 특성에 따라 집중적 치료(intensive care), 장기적 치료(chronic care), 재활(rehabilitation)의 세 가지 모델로 나누었다. 집중적 치료 모델은 입원치료를 대신하고 입원기간을 감소시킬 목적으로 입원병동에서 시행하는 여러 치료를 낮병원에서 제공했다. 장기적 치료모델은 치료 없이 지역사회에서 생활하기 어려운 환자들에게 지지적이고

실질적인 치료를 지속적으로 제공하여, 입원하지 않고 지역 사회에서 생활할 수 있도록 했다. 재활모델은 직업적 또는 사회적 기능이 심하게 손상되어 있는 환자들에게 외래 치료를 대신하는 치료를 제공했다. 1940년대에 미국에 도입된 낮병원은 점차 확대되어 1980년에는 낮병원을 포함한 부분입원 프로그램이 1600여 개로 증가되었고, 정신보건기관(mental health organization)의 44%가 부분입원을 제공하였다.¹⁰⁾

국내 정신건강의학과 낮병원의 변화 및 실태

국내 낮병원의 변화 및 발전방향에 대해 의논하기 위해서는 국내 정신보건서비스 체계의 변화와 실태에 대한 이해가 필수적이다. 국내에서는 1995년 정신보건법 제정으로 정신질환자의 인권주장, 수용인원의 제한(정신병원, 요양원 등), 입원 기반에서 지역사회 기반으로의 전환이 요구되면서 탈시설화와 지역사회통합을 목표로 1997년부터 서울, 경기 지역을 필두로 전국적으로 정신보건센터가 개소하게 되었다. 국내 정신보건센터는 1998년 4개소에 불과하였으나 2010년 말 163개소로 증가하였다. 정신보건센터는 지역사회 정신질환 예방 및 정신질환자 발견, 상담, 사회복귀훈련 및 사례관리에 있어 중요한 역할을 담당하고 있다.¹¹⁾ 정신보건법 제정 이래로 급격히 성장한 지역사회 정신보건센터는 정신보건법에 명시된 정신보건서비스 전달의 주체는 아니지만, 현행 전달체계에서 지역사회를 기반으로 하는 서비스 조직의 대부분을 구성하고 있어 전달체계 상에서의 차지하는 비중이 크다. 그러나 사회복귀시설과 중복되는 서비스, 획일적인 프로그램, 지역사회체계 내 중앙센터로서의 역할수행 미비 등에 대한 비판과 더불어, 법적으로 보장되지 않은 불안정성 등 많은 어려움에 봉착했다.

정신보건서비스 체계의 변화와 더불어, 낮병원에도 변화가 일어났다. 1990년대 이전까지 국내에서는 의료보험에서 낮병원을 인정하지 않았고 낮병원에 대한 인식과 지식 부족

등으로^{4,5,12,13)} 몇몇 병원에서만 낮병원이 운영되고 있었으며 그나마도 그 수가 감소하는 추세에 있었다.¹⁴⁾ 그러나, 1994년 8월부터 병동 내 6시간 이상 거주한 자는 입원으로 간주하는 의료보험법의 개정으로 낮병원이 인정받게 되었고, 1995년 12월 정신보건법이 제정되면서 정신질환자의 장기입원이 어려워졌고, 한국정신사회재활협회, 정신보건가족협회 등이 발족하면서 낮병원이 점차 조명을 받게 되었다.^{15,16)} 국내에서 낮병원을 운영하는 의료시설의 수는 점차 증가하여 2000년에는 82개에 이르렀으나 이후 감소하기 시작해 2009년에는 55개의 의료시설에서 낮병원을 운영하였다. 낮병원 병상 수는 2000년 전체 1747병상에서 2009년 1355병상으로 약 23% 감소하였고 인구 10만 명 당 낮병원 병상 수는 3.7병상에서 2.7병상으로 약 37% 감소하였다. 한편, 병상이용률은 39.1%에서 126.7%로 3배 가량 증가하였다(낮병원 병상이용률 및 인구 10만 명당 낮병원 병상 수)(표 1). 이는 낮병원을 이용하는 환자수가 2000년 557명에서 2009년 1717명으로 증가한 반면, 낮병원을 운영하는 의료시설의 수와 병상 수는 오히려 감소한 데에 기인하는 것이었다(낮병원 병상이용률 및 인구 10만 명당 낮병원 병상 수)(표 1). 한편, 의료기관별 낮병원 병상이용률을 살펴보면(2009년 지역별, 정신의료기관 종류별 낮병원 정원수 및 병상이용률)(표 2) 종합병원 정신건강의학과가 194.5%로 가장 높았고 정신건강의학과 의원이 192.3%로 그 뒤를 따르고 있었으며 국립정신병원이 56.7%로 가장 낮았으며 전체 의료기관 평균은 126.7%로 의료기관별 편차가 큰 편이었다.³⁾

정신질환자의 급성기 치료 이후 재활과 지역사회로의 복귀가 갈수록 강조되고 있는 분위기 속에서 낮병원 수의 감소는 다소 역설적인데, 이는 낮병원 재활 환자에 대한 수가가 낮은 국내 의료 현실과 무관하지 않다. 종전 의료급여 정신건강의학과 수가는 의료인력(정신건강의학과 전문의, 간호사 등) 확보수준에 관계없이 동일한 정액수가(입원 1일당

Table 1. Day hospital utilization rate and number of day hospital bed per 100 thousands people

	No. of institution which have day hospital	Total no. of day hospital beds	Total no. of day hospital patients	Day hospital utilization rate (%)	No. of day hospital bed per 100 thousand man
2000 sum	82	1747	557	39.1	3.7
2001 sum	84	1766	695	39.4	3.7
2002 sum	77	1640	848	51.7	3.4
2003 sum	69	1529	728	47.6	3.2
2004 sum	81	1486	806	54.2	3.1
2005 sum	77	1795	879	48.9	3.7
2006 sum	77	1838	954	51.9	3.8
2007 sum	70	1867	1045	56	3.8
2008 sum	70	1280	1113	87	2.6
2009 sum	55	1355	1717	126.7	2.7

Central mental health service support group business report, 2009

Table 2. Number of day hospital bed and utilization rate in each cities and provinces and according to the type of mental health care institution at 2009

	No. of institution with day hospital	Total no. of day hospital beds	Total no. of day hospital patients	Day hospital utilization rate (%)
Regional distribution				
Seoul	13	431	347	80.5
Busan	5	82	350	426.8
Daegu	4	205	212	103.4
Incheon				
Gwangju	5	59	87	147.5
Daejeon	1	15	5	33.3
Ulsan			1	
Gyeonggi	12	249	500	200.8
Gangwon	2	20	24	120
Chungbuk				
Chungnam	2	20	14	70
Jeonbuk	7	185	114	61.6
Jeonnam	1	55	31	56.4
Gyeongbuk			13	
Gyeongnam	2	24	17	70.8
Jeju	1	10	2	20
Type of hospital				
National mental hospital	3	275	156	56.7
Public mental hospital	2	68	39	57.4
Private mental hospital	12	170	160	94.1
General hospital mental clinic	15	219	426	194.5
Psychiatric hospital	7	271	259	95.6
Psychiatric clinic	16	352	677	192.3

Central mental health service support group business report, 2009

30,800원)를 적용함에 따라 의료인력 확보를 통한 의료서비스 개선을 유인할 수 없었다. 또한, 건강보험 수가가 매년 인상되어온 반면 의료급여 정신건강의학과 수가는 2004년 이후 동결되어 수가격차가 점차 커지게 되었고, 낮은 정액수가에 맞춘 서비스 제공으로 건강보험 환자에 비해 상대적으로 의료서비스 질이 낮다는 문제점이 지적되어 왔다. 이에 대해 보건복지가족부에서 ‘의료인력 확보수준에 따른 수가차등제’를 도입하고 특히 정신건강의학과 낮병원에 대한 수가인상을 시도한 바 있으나 아직도 대부분의 국내 낮병원에서는 낮은 수가로 운영의 어려움을 겪고 있는 실정이다.

종합병원 낮병원의 특성과 역할

최근에는 다양한 정신질환에 대하여 조기발견 및 조기개입의 중요성이 강조되고 있고 정신건강에 대한 사회적 인식이 제고되면서 종전의 만성 환자 중심에서 상대적으로 높은 기능 수준의 정신질환 초발 환자군 중심으로 정신보건의료체계의 초점이 옮겨가고 있다. 이러한 배경에서 현재 낮병원의 역할 중 큰 부분을 차지하고 있는 만성 환자의 재활은 앞

서 언급한 지역사회의 정신보건센터, 사회복귀시설에서 담당하도록 하고 종합병원 낮병원에서는 의료인력과 자원의 높은 가용성과 전문성을 토대로 급성기 환자 또는 발병 전, 발병 후 정신질환자에 대한 전문적이고 체계적인 평가 및 치료에의 영입을 담당하는 역할을 맡게 된다면 정신보건체계에 있어서 효율성을 극대화할 수 있을 것이다. 또한 갈수록 정신질환에 대한 조기개입, 단기입원이 강조되고 있는 시점에서 다양한 정신장애에 대한 특화된 치료 프로그램을 개발한다면 최근 수요가 늘고 있는 여러 정신건강의학과 질환에 대한 맞춤 치료를 낮병원 기반으로 환자들에게 제공할 수 있을 것이다. 한편, 낮병원 운영에 있어서 제한점으로 작용하는 낮은 수익률 또한 입원기간을 단축하고 병상이용률을 높임으로써 극복할 수 있을 것으로 사료된다.

이런 맥락에서 낮병원 내의 단기집중치료 센터의 필요성에 대해서 좀더 논해보고자 한다. 낮병원에 단기집중치료 센터가 도입되면 여러 장점이 있을 수 있다.

첫째, 운영상의 문제가 개선될 수 있다. 위에서도 언급했듯이 현행 의료체계에서는, 의료인력의 확보수준을 고려하지

않고 재활 환자에 대한 일괄적인 낮은 수가를 부여함으로, 종합병원 낮병원 운영에 어려움을 주고 있다. 이에 종합병원 낮병원의 운영에 있어, 재활에만 치중하기보다는 다양한 환자군을 대상으로 하는 단기 집중치료센터를 도입하는 것이 병동 운영에 있어 많은 도움이 될 것이라고 생각된다.

둘째, 정신건강의학과 환자들의 장기적인 예후를 호전시킬 수 있다. 정신건강의학과 환자들을 조기에 진단하고 치료하는 것이 향후 환자들의 치료결과나 장기적인 예후에 영향을 미칠 수 있다는 여러 연구 결과들이 있다. 양극성 장애 환자들을 올란자핀(olanzapine)으로 치료했던 한 연구 결과에 따르면, 좀더 초기단계(earlier stage)에 있는 환자들일수록 치료에 더 좋은 반응을 보였다고 하며, 리튬(lithium)을 이용한 연구에서도 일관적으로 나타나지는 않지만, 비슷한 결과를 보이고 있다.¹⁷⁻¹⁹⁾ 이런 경향은 약물치료에서만 나타나는 것이 아니다. 한 메타 분석결과에 따르면, 양극성 장애의 재발을 막는데 있어서의 심리학적 접근(psychological intervention)의 효과를 평가함에 있어서도, 치료 전 많은 삽화를 겪은 환자들에게 있어 치료가 덜 효과적이었다고 한다.²⁰⁾ 이런 경향성은 비단 양극성 장애 치료에서만 나타나는 것은 아니다. 조현병 환자군에 있어서 이러한 초기개입의 중요성을 표방하는 연구들이 최근 많이 이루어지고 있다.²¹⁻²³⁾ 조현병의 전구기에 치료적인 접근을 했을 때, 적어도 첫 정신병적 삽화가 나타나기까지의 시간을 연장시킬 수 있다는 여러 연구 결과가 발표되고 있다. 이런 맥락에서 볼 때, 정신질환 환자들에 대한 초기개입, 단기입원을 표방하고 있는 낮병원 집중치료센터의 역할이 더욱 강조된다. 더불어, 낮병원 집중치료센터는 개방병동 입원에 대해 강한 거부감이 있거나 개방병동에 입원할 정도의 기능 수준은 아니지만, 외래에서 보기에 한계가 있는 초기 증상들을 보이는 정신건강의학과 환자군을 대상으로 보다 치료적인 역할을 할 수 있을 것으로 기대된다.

셋째, 통합적인 초기치료를 진행할 수 있다. 낮병원 집중치료센터에서는 환자의 증상 호전을 위한 약물치료를 더해, 생활습관 교정을 위한 행동치료 등을 병행할 수 있으며, 질병교육 및 약물교육을 통해 병식 형성에 도움을 줄 수 있고, 가족면담 및 가족치료를 통해 초기에 가족들이 환자의 치료에 개입될 수 있도록 도울 수 있다.

넷째, 종합병원 내에 있는 정신건강의학과 관련 자원사용을 극대화 할 수 있다. 사회사업실, 뇌파(QEEG)검사실, 바이오피드백실, 심리평가실등에 많은 인력이 낮병원 집중치료센터의 입원환자들을 통해 효과적으로 활용이 될 수 있다.

다섯째, 단기, 특성화된 정신과적 치료 프로그램을 시행할 수 있다. 강박장애, 공황장애의 인지행동치료를 비롯하여 기

존의 개방병동이나 폐쇄병동에서는 하기 어려운 특성화된 치료프로그램을 적용해볼 수 있다.

서울대학교병원 주간집중치료센터(DICC)

서울대학교병원 정신건강의학과에서는 기존의 재활요법 및 사회기술훈련에 주안점을 둔 낮병원의 모델과 차별화하여 명확한 개방병동 입원 적응증과 외래 치료 적응증 사이에 속하는 중간 환자군을 대상으로 집중적인 평가와 투약, 관찰이 필요한 환자들을 단기 입원하여 치료를 받을 수 있도록 하는 개념의 새로운 치료 모델을 개발하였고 이를 주간집중치료센터(DICC)라 명명하였다. 2010년 10월 11일을 기하여 시범운영을 시작하였고 기존의 급성기 후 만성 정신질환 환자군을 위한 재활 프로그램은 월, 수, 목요일 운영하고 주간집중치료센터 프로그램은 화, 금요일에 운영하였다. 주간집중치료센터의 하위 프로그램으로는 강박장애, 기분장애, 공황장애 환자를 위한 주간집중치료센터를 운영하고 있으며 이에 부가적으로 항정신병약물 투여 환자에서 클로자핀으로 변경하는 환자를 위한 약물교체프로그램과 유지 전기경련치료 프로그램도 운영하고 있다.

주간집중치료센터에 의뢰되는 환자의 경로는 주로 응급실을 방문하여 정신건강의학과 진료를 받은 후 의뢰되는 경우와 정신건강의학과 외래에서 의뢰되는 경우였다.

주간집중치료센터 프로그램은 강박장애는 4주, 공황장애와 기분장애는 2주에 걸쳐 진행되었고, 매주 화요일, 금요일 등원하여 9시 30분부터 오후 3시까지 프로그램이 진행되었다. 따라서 프로그램 기간 동안 강박장애 그룹은 총 8회, 기분장애와 공황장애 그룹은 총 4회 등원하였다. 등원 후에는 집단치료실 및 면담실, 휴게실 등이 갖춰진 낮병원에서 지내면서 개별 평가 및 치료, 식사 등을 하였다.

각 그룹별로 입원 당일에는 안전성 및 기본 내과적 검사와 함께 정신과적 면담을 통해 환자의 전반적 정신상태에 대한 평가를 시행하였고 다양한 정신건강의학과 임상증상 척도를 시행하여 초기 환자의 상태를 평가했다. 이는 퇴원시 평가하는 척도와 비교하여 치료 전후의 증상 호전 정도를 평가하기 위함이었다.

한편 치료 효과의 극대화를 위해 환자들은 장애 별 인지행동치료를 받았다(각 장애별 인지행동치료 프로토콜은 서울대학교병원에서 자체 개발한 프로토콜을 따름). 강박장애의 경우 재원기간 중 총 8회에 걸친 집단 인지행동치료와 치료자와 일대일로 시행하는 노출과 반응방지 훈련을 시행하였고, 매 등원시마다 과제에 대해 평가하고 피드백을 주었고 새로운 과제를 수립함으로써 재원기간 중 집중적인 치료를 제공하였다. 먼저 인지행동치료에서 다루는 여러 가지 개념

들과 구체적인 시행 방법들에 대해 들을 수 있는 집단치료 시간을 가진 후, 각자 노출훈련과 인지적 교정 등을 위한 개별 시간을 가졌다. 이후 각자 주치의와의 면담을 통해 치료 경과를 평가하고 향후 계획을 세웠다. 기분장애와 공황장애 그룹은 각 장애에 대한 질병교육과 인지행동치료에 대한 개관을 재원기간 중 3회기에 걸쳐 시행하였다. 공황장애의 경우 첫 번째 회기에는 공황장애에 대한 질병교육, 두 번째 회기에는 공황장애의 약물치료 및 인지행동치료에 대한 교육, 세 번째 회기에는 공황장애 인지행동치료기법에 대한 간단한 소개를 시행하였다. 그리고 필요에 따라 퇴원 후 외래 기반으로 총 9회기에 걸쳐 시행되는 공황장애 집단 인지행동치료 프로그램으로 연계해서 더욱 심도 있는 치료를 제공하기도 하였다.

한편 환자들은 면담과 약물치료, 인지행동치료를 받는 것 외에 기존에 낮병원에서 시행되어 오던 그룹치료, 요법치료, 사회기술훈련, 대인관계훈련, 명상요법 등의 프로그램에도 참여하였다. 그리고 이러한 일련의 평가 및 치료의 결과가 이후 외래 치료로 연계되도록 하여 통합적이고 체계적으로 치료받을 수 있도록 하였다.

2010년 10월부터 2012년 4월까지 서울대학교병원 주간집중치료센터에 입원한 환자는 총 248명이었다(표 3). 4주간 입원치료를 받은 강박장애 환자 87명을 분석하였을 때 입원 당시에 비하여 퇴원시 예일-브라운 강박증상 척도(Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), 벡우울척도(Beck De-

pression Inventory), 벡불안척도(Beck Anxiety Inventory), 해밀턴우울평가척도(Hamilton Depression Rating Scale), 해밀턴불안평가척도(Hamilton Anxiety Rating Scale) 총점의 유의한 감소가 있었다. 이들의 평균 임상총괄평가척도-심각도 척도(Clinical Global Impression-severity) 또한 4.9점에서 3.6점으로 감소하였다(그림 1). 같은 기간 동안 입원하여 2주간 입원치료를 받은 공황장애 환자 60명을 분석하였을 때, 공황장애의 중증도를 평가하는 자가문답 설문지 상의 총점에서 입원 당시에 비해 퇴원 시 유의미한 감소가 있어 증상의 호전을 관찰할 수 있었다(그림 2). 한편, 같은 기간 동안 서울대학교병원 주간집중치료센터에서 2주간 입원 치료를 받은 기분장애 환자 101명을 분석하였을 때 입원 당시에 비하여 퇴원시 벡우울척도, 해밀턴우울평가척도, 몽고메리아스버그우울척도(Montgomery Asberg Depression Rating Scale), 간이우울평가척도(Brief Depression Rating Scale) 총점이 유의미하게 감소하였다(그림 3).

주간집중치료센터에서 치료를 받은 환자군들을 대상으로

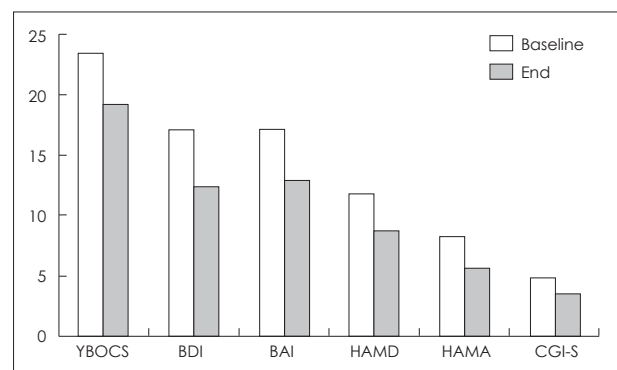


Fig. 1. Scale change in OCD patients before and after admission. OCD : Obsessive compulsive disorder, YBOCS : Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, BDI : Beck Depression Inventory, BAI : Beck Anxiety Inventory, HAMD : Hamilton Depression Rating Scale, HAMA : Hamilton Anxiety Rating Scale, CGI-S : Clinical Global Impression-Severity, Baseline : Scale score at admission, End : Scale score at discharge. n=78.

Table 3. Demographic characteristics of DICC patient (2011.10-2012.4)

	OCD (n=87)	Mood (n=101)	Panic (n=60)
Gender (male/female)	54/33	59/42	30/30
Age, mean (SD), years	28.7 (9.7)	35.1 (14.7)	35.8 (13.2)

DICC : Day Intensive Care Center, OCD : Obsessive compulsive disorder, SD : Standard deviation

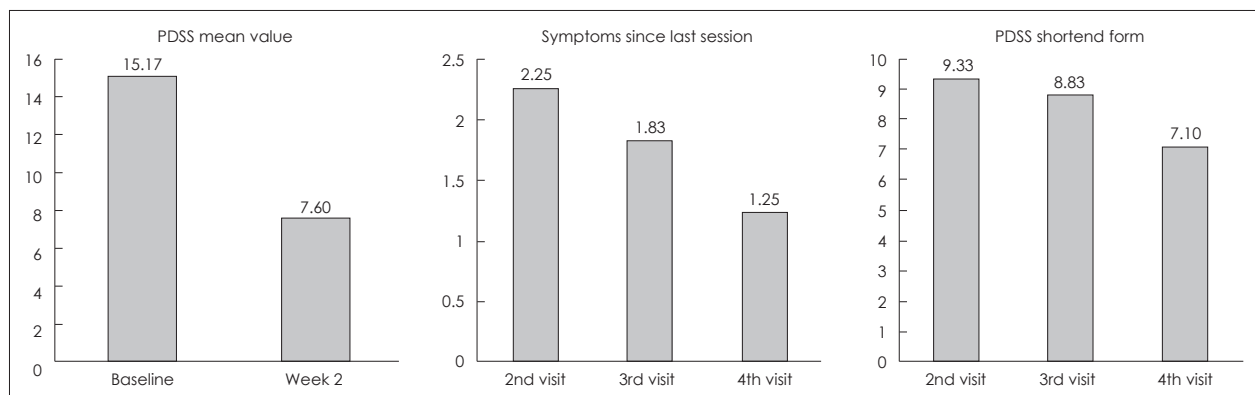


Fig. 2. Scale change in panic disorder patients before and after admission. PDSS : Panic Disorder Severity Scale, baseline : Scale score at admission. n=12.

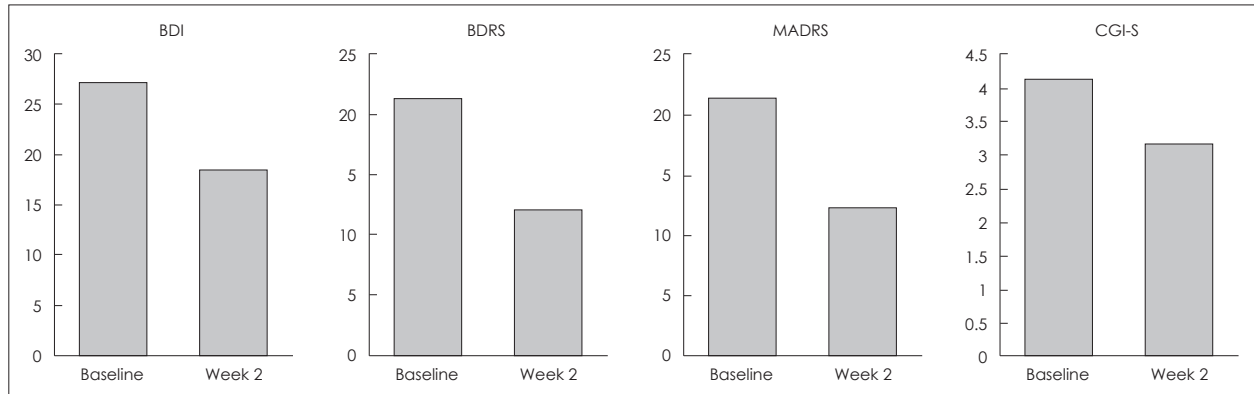


Fig. 3. Scale change in mood disorder patients before and after admission. BDI : Beck Depression Inventory, BDRS : Brief Depression Rating Scale, MADRS : Montgomery Asberg Depression Rating Scale, CGI-S : Clinical Global Impression-severity, Baseline : Scale score at admission, Week 2 : Scale score at discharge. n=41.

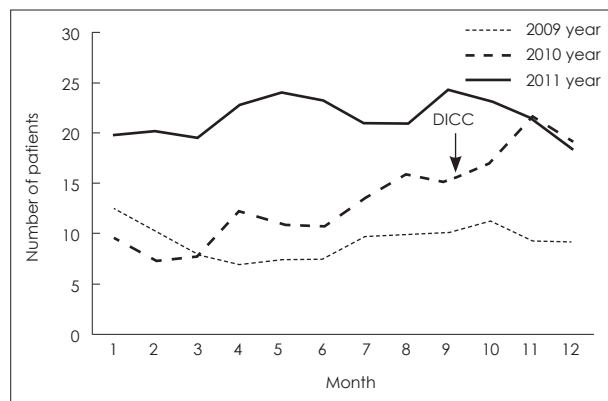


Fig. 4. Change in the number of day hospital patients. DICCC : Day Intensive Care Center.

치료에 대한 만족도를 설문조사를 통해 분석하였을 때 0~4 점 라이커트 척도 상(0 : 매우 불만족, 1 : 불만족, 2 : 보통, 3 : 만족, 4 : 매우 만족) 평균 3점 이상의 만족도를 나타내었으며 문항 중 특히 치료진에 대한 만족도가 각종 검사 등에 대한 만족도에 비하여 상대적으로 높게 나타났다.

한편, 주간집중치료센터 운영 후 연평균 환자 수의 변화를 분석하였을 때 종전 연평균 재원환자 수 9.23명(2009년 기준)에 비하여 2011년에는 21.50명으로 233% 증가하였다(그림 4). 수익률의 변화를 분석하였을 때 주간집중치료센터 운영 전인 2009년 8월 이전과 비교하여 운영 후에는 약 188~389%의 수익률 증가가 관찰되어 수익률 측면에서도 장족의 발전이 있었다.

다양한 치료 프로그램의 도입 : 해외 사례

서구에서 운영되는 낮병원의 프로그램을 살펴보면 최근에는 다양한 정신장애별로 특화된 프로그램을 낮병원에서 제공하려는 시도가 이루어지고 있는데, 이는 다양한 정신장애를 앓고 있는 환자군에 대하여 부분입원의 장점을 제공하

면서 집중적인 치료 또한 제공할 수 있는 일석이조의 효과가 있는 모델이라고 하겠다.

존스홉킨스병원의 정신건강의학과 낮병원에서는 소아 및 청소년 환자, 노인 환자, 조현병 환자, 기분장애 환자, 섭식장애 환자, 통증환자를 대상으로 각각 치료 프로그램을 운영하고 있다. 노인환자를 위한 낮병원 프로그램에서는 최근에 퇴원한 환자들과 외래 진료를 받는 중에 재발 위기에 있는 환자들을 대상으로 재발과 재입원을 예방할 목적으로 운영되고 있다. 이 프로그램에는 노년기 기분장애, 불안장애, 조현병, 초기 치매 및 파킨슨병, 뇌졸중, 경련성 질환 등 다양한 신경과적 질환에 동반된 정신과적 증상에 대한 치료가 포함된다. 섭식장애 낮병원 프로그램은 신경성 식욕부진증, 신경성 대식증 등의 섭식장애 환자를 대상으로 하며, 이들의 내과적, 영양학적 문제들에 대한 개입은 물론 정신과적 문제에 대한 개입이 제공된다. 질병교육, 인지행동치료, 변증법적 인지행동치료와 집단 그리고 개별 정신치료, 그리고 보호자교육 및 가족치료가 제공된다. 낮병원 통증센터에서는 만성 통증 또는 어지러움, 피로와 같은 다양한 신체적 불편감이 있는 환자들을 대상으로 다학제적인 접근과 평가를 통해 복용 중인 약물에 대한 평가, 동반된 우울과 불안에 대한 치료, 신체 활동 및 습관 교정, 경피적전기자극(Transcutaneous Electrical Stimulation), 이완요법, 바이오피드백, 그룹치료, 가족치료 등을 제공한다.

콜럼비아 대학병원에서는 낮병원(day treatment program)과 더불어 밤병원(evening treatment program) 프로그램도 운영하고 있으며 섭식장애, 약물남용 환자들에 대한 특화된 프로그램과 함께 심층정신치료 그룹, 변증법적 행동치료 그룹, 그리고 대학생 그룹 등 다양한 그룹별로 나누어 특화된 치료를 제공하는 모델을 운영하고 있다. 특히 밤병원은 낮 시간 동안에 직장이나 학교를 다녀야 하는 환자들에게 필요한

치료를 제공하는 데 있어 중요한 역할을 하고 있다. 심층정신치료 그룹은 대상 환자의 연령과 삶의 경험의 특성에 따라 네 개의 하위그룹으로 나누어서 개인적인 문제와 대인관계 문제에 대해 집단 정신치료를 하게 된다.

이렇듯 최근 서구의 낮병원을 살펴보면 질환 중심으로 특화된 목표 지향적인 치료 프로그램을 도입하여 운영하고 있다. 한편 만성환자의 사회직업재활과 대인관계에 초점을 둔 종전의 일률적인 모델에서 벗어나 다양한 질환의 환자군을 대상으로 개별화된 맞춤형 치료를 제공하고 있다. 이는 무엇보다 환자들의 필요를 잘 파악하고 이에 대해 적절한 의료 서비스를 제공한 결과라 할 수 있겠다.

결 론

정신질환자의 지역사회로의 원활한 적응을 돕기 위한 목적으로 시작된 정신건강의학과 낮병원은 1940년대 최초 설립된 이래 정신의학의 발달과 변천 속에서 많은 변화를 겪어왔다. 국내에서 낮병원은 1997년부터 설립된 정신보건센터와 사회복귀시설과 함께 정신보건의료체계에서 주간재활 시설로 입지를 차지해 왔으나 낮병원 재환 환자에 대한 의료 수가가 낮은 국내 의료 현실 속에서 여러 의료기관에서 낮병원 운영의 어려움에 봉착했고, 그 결과 점차 국내 낮병원의 수는 감소하였다. 이러한 국내 의료 현실에서 서울대학교병원 정신건강의학과에서는 명확한 개방병동 입원 적응증과 외래 치료 적응증 사이에 속하는 중간 환자군을 대상으로 집중적인 평가와 투약, 관찰이 필요한 환자들을 단기 입원하여 치료를 받을 수 있도록 하는 개념의 주간집중치료센터 모델을 개발하였다. 그리고 비록 짧은 기간이기는 하지만 주간집중치료센터를 이용한 강박장애, 공황장애, 기분장애 환자에서 유의미한 임상 척도의 호전을 확인할 수 있었고 평균 재원환자 수의 증가와 수익률에 있어서도 괄목한 성장이 있었다. 해외 우수 종합병원의 낮병원 운영 모델을 보면 점차 질환 중심으로, 기존 개방병동의 입원 적응증보다는 높은 기능을 가진 환자군을 대상으로 하는 다양한 특화 프로그램들이 개발되고 있다. 점차 단기 입원과 조기 개입이 강조되는 흐름 속에서 국내 종합병원 낮병원도 다양한 치료 프로그램과 모델의 개발이 필요하며 서울대학교병원 주간집중치료센터의 시도는 종합병원 낮병원에서 시도할 수 있는 하나의 모델을 성공적으로 제시한데 있어서 그 의미가 있다고 하겠다.

중심 단어 : 주간집중치료센터 · 낮병원 · 조기 개입.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Awad AG. Quality-of-Life Issues in Medicated Schizophrenic Patients. In: Shrikui CL, Nasrallah HA, editors. Contemporary Issues in The Treatment of Schizophrenia. Washington: American Psychiatric Press;1995. p.735-47.
- 2) Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. Schizophr Bull 1986;12:631-647.
- 3) The National Mental Health Commission, the national mental health commission business report, 2009. Sponsored by the Ministry of Health, Welfare and Family.
- 4) Lee HY. A study of psychiatric patients in a day hospital. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1978;17:445-448.
- 5) Choi KE, Cho MJ. The clinical characteristics of the schizophrenic patients transferred to day hospital after treatment in closed ward. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1990;29:368-381.
- 6) Kim SJ, Yoon SC, Lee HK, Seong SK, Hahm W, Lee KH. The effectiveness of a day hospital model for integrated therapy of psychotic patients. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1998;37:1099-1110.
- 7) Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Baltimore: Williams & Wilkins;1995. p.2690-2696.
- 8) Parker S, Knoll JL. 3rd. Partial hospitalization: an update. Am J Psychiatry 1990;147:156-160.
- 9) Menninger RG. Special Features of the Day Hospital. In: American Psychiatric Association, editor. Proceedings of the 1958 Day Hospital Conference: A Mental Hospital Design Clinic. Washington, DC: American Psychiatric Association;1958. p.72-89.
- 10) Rosie JS. Partial hospitalization: a review of recent literature. Hosp Community Psychiatry 1987;38:1291-1299.
- 11) 유명이. 서울특별시 강남정신보건센터. 한국정신사회재활협회보 1996년 11월 1일. 서울: 한국정신사회재활협회;1996.
- 12) Bang SG, Baek IH, Han SY. Clinical evaluation of admissions to a psychiatric day hospital. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1977;16:61-64.
- 13) 한규희, 김철규. 낮병원 입원 환자의 사회적응도의 변화에 관한 연구. 임상연구 논문집. 서울: 국립서울정신병원;1983. p.307-318.
- 14) Cho MJ, Lee BY, Shin DA. Day hospital treatment: a controlled follow up study. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1994;33:75-85.
- 15) Yoon SC, Lee HK, Kim SJ, Seong SK, Hahm W, Lee KH. A day hospital model for integrated therapy of psychotic patients. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1997;36:969-986.
- 16) 대한신경정신의학회. 신경정신과학. 서울: 하나의학사;1997. p.725-741.
- 17) Taylor M, Bressan RA, Pan Neto P, Brietzke E. Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. Rev Bras Psiquiatr 2011;33 Suppl 2:s197-s212.
- 18) Berk M, Brnabic A, Dodd S, Kellin K, Tohen M, Malhi GS, et al. Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. Bipolar Disord 2011;13:87-98.
- 19) Bratti IM, Baldessarini RJ, Baethge C, Tondo L. Pretreatment episode count and response to lithium treatment in manic-depressive illness. Harv Rev Psychiatry 2003;11:245-256.
- 20) Scott J, Colom F, Vieta E. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. Int J Neuropsychopharmacol 2007;10: 123-129.
- 21) McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Arch Gen Psychiatry 2002;59: 921-928.
- 22) McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, Addington J, Miller T,

- Woods SW, et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:790-799.
- 23) Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, Francey SM, PanYuen H, Simmons MB, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. *J Clin Psychiatry* 2011;72:430-440.