

ORIGINAL ARTICLE

J Korean  
Neuropsychiatr Assoc  
2019;58(3):230-237  
Print ISSN 1015-4817  
Online ISSN 2289-0963  
www.jknpa.org

## 경찰과 함께 응급실에 내원한 정신과 환자들의 특성

울산대학교 의과대학 울산대학교병원 정신건강의학교실

금희연 · 박장호 · 권국주 · 안준호

### Characteristics of Psychiatric Patients Referred by Police to an Emergency Department

Heeyeon Keum, MD, Jangho Park, MD, PhD,  
Kukju Kweon, MD, and Joon-Ho Ahn, MD, PhD

Department of Psychiatry, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine,  
Ulsan, Korea

**Objectives** This study compared the demographic and clinical characteristics of police referrals with referrals from other sources to a psychiatric emergency department.

**Methods** A retrospective cross-sectional study was conducted on the data from the psychiatric emergency department of Ulsan University Hospital from January 2014 to October 2017. The study sample consisted of 79 psychiatric patients who were referred by police, and the characteristics of this group were compared with those of 240 psychiatric patients who were referred by other sources. The collected data were analyzed using a chi-square, Fisher's exact test, and independent sample t-tests

**Results** Among the 1768 psychiatric emergency visits, 89 (5.0%) were referred by police, and among the 79 referrals by police chosen as the study group, there were 4(5.1%) cases of emergent psychiatric admission. These patients referred by police were more likely to be male and in a lower socio-economic status. Police referrals were more likely to exhibit violent behavior, be restrained, and more likely to visit after working hours. They were notified more rapidly to the psychiatric department, less notified to other departments, and visited the psychiatric outpatient clinics less after discharge from the emergency department.

**Conclusion** The study results highlight the importance of understanding the characteristics of psychiatric emergency patients referred by police and identifying the problems of the current psychiatric emergency services. Systems need to be developed that clarify the roles of police in psychiatric emergencies and facilitate collaboration between police and mental health institutions.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2019;58(3):230-237

**KEY WORDS** Police · Psychiatric emergency services · Emergent admission · Mental health law.

**Received** May 2, 2019  
**Revised** May 18, 2019  
**Accepted** May 27, 2019

**Address for correspondence**

Joon-Ho Ahn, MD, PhD  
Department of Psychiatry,  
Ulsan University Hospital,  
University of Ulsan College of Medicine,  
877 Bangeojinsunhwando-ro, Dong-gu,  
Ulsan 44033, Korea  
**Tel** +82-52-250-8817  
**Fax** +82-52-232-3309  
**E-mail** dreye@chol.com

## 서론

경찰은 세계 어디서나 정신과적 응급 상황에서 중요한 역할을 하고 있으며, 지역사회에서 경찰과 정신질환을 가진 사람들의 접촉이 갈수록 증가하고 있다.<sup>1-4)</sup> 호주 시드니의 경찰은 업무 시간의 10% 이상을 정신과 문제를 가진 사람들을 대응하는데 사용하며,<sup>5)</sup> 미국은 경찰 한 명당 월간 6명의 정신과 환자를 담당하는 것으로 보고된다.<sup>6)</sup>

또한 미국 뉴욕 주에서 응급실에 내원하는 환자들의 30%는 경찰에 의하여 의뢰되고 있어서 정신보건 응급 영역에서 경찰의 역할이 얼마나 중요한지 알 수 있다.<sup>2)</sup>

우리나라 경찰도 법에 의거하여 정신질환자에 대한 대응 업무를 수행한다. 정신건강복지법상 경찰관은 정신질환자로 추정되는 자가 자·타해 위험이 크고 상황이 급박하여 타 유형의 입원이 불가능한 경우 응급입원 의뢰 및 정신의료기관까지 이송의 의무가 있음을 명시하고 있다.<sup>7)</sup> 경찰관 직무집행법에서 경찰관은 정신질환자를 발견했을 때 보건의료기관이나 공공구호기관에 긴급구호를 요청하거나 경찰관서에 보호하는 등 보호조치를 하도록 규정하고 있다.<sup>8)</sup> 구체적 예를 들자면, 경찰은 의료진의 정규 근무 시간 외에 발생하는 정신과적 문제의 해결을 돕고,<sup>9)</sup> 공격 및 파괴적 행동을 하는 환자들에게 일차적으로 대응하여 병원 이송 여부를 결정해야 한다.<sup>2)</sup>

경찰이 근무 중 정신과적 응급 상황에 개입하는 횟수가 해마다 증가함에도, 실무를 담당하는 일선 경찰은 전문지식과 경험에 한계가 있어 상황을 적절히 판단하여 해결하기까지의 과정 동안 어려움을 호소한다.<sup>5)</sup> 경찰이 자·타해 위험이 급박하다고 판단하여 정신과 환자를 응급실에 이송하더라도, 정신응급 영역의 전문가는 경찰의 판단에 의문을 제기하고, 이러한 의뢰가 부적절하다고 느낄 수 있다.<sup>6,9)</sup> 이는 어떤 행동이 정신질환에 의한 것인지에 대하여 경찰과 임상가의 판단이 다르기 때문이다.<sup>3)</sup> 더구나 우리나라에서는 경찰이 개입해야 할 정신과적 응급 상황이 법적으로 극히 제한되어 있어서, 실제 상황에서 경찰이 자신의 역할을 설정하기가 매우 어렵다.

외국의 연구들은 경찰과 함께 응급실에 내원한 정신과 환자는 경찰 없이 내원한 환자와 인구학적 특성 및 임상적 양상의 차이가 있음을 보여주었다. 이들은 남자가 많고, 실직 비율이 높으며, 정신사회적 문제가 많고, 행동 문제, 특히 공격적/파괴적 행동 및 음주/약물 남용의 비율이 더 높았다. 또한 의료진의 근무 시간 외에 응급실을 방문하는 비율이 높았고, 최종적으로 입원하는 비율 또한 높았다.<sup>10-12)</sup>

국내에는 지금까지 경찰과 함께 내원한 환자들의 인구사회학적 양상 및 임상적 특징, 진단, 응급실 내원 후 최종 처치에 대한 연구가 없어서 이들에 대한 경찰의 역할 설정 및 대응 지침 마련에 어려움이 있다. 그러므로 본 연구는 경찰과 함께 응급실에 내원한 정신과 환자들의 특성을 파악하고, 법과 제도가 다른 외국의 연구 결과와 비교하여 고찰함으로써, 정신과적 응급 상황에서 경찰의 역할을 확실히 하고 보다 효과적인 대응 방안을 마련하는 데 도움을 주고자 한다. 본 연구는 울산대학교병원 임상연구심의위원회의 승인하에 시행되었다(IRB No. 2017-11-019).

## 방 법

### 대 상

대상군은 2014년 1월 1일부터 2017년 10월 31일까지 경찰과 함께 울산대학교병원 응급실에 내원하여 정신과에 의뢰된 환자를 대상으로 하였다. 대조군은 동일 기간 경찰과 동행하지 않고 응급실에 내원하여 정신과에 의뢰된 환자를 포함하였다.

연구 대상에 포함된 응급실 내원 환자의 의무기록을 후향적으로 검토하였다. 간호 정보 조사지 및 내원 정보 조사지 기록을 확인하여 경찰과 함께 내원한 환자를 추출하였으며, 추가적인 의무기록 검토를 통하여 환자에 대한 정보가 부족한 경우는 제외하였다. 연구 대상 환자가 연구 기간 내 여러 번 경찰과 동행하여 응급실에 내원한 경우에는 최초 내원한

경우만을 대상으로 하였다.

연구 기간 동안 경찰과 함께 응급실에 내원하여 정신과에 의뢰된 건수는 총 89회였고, 의무기록이 부족하거나(n=6), 반복 방문 환자(n=4)를 제외하여 총 79명이 대상군으로 채택되었다. 대조군은 동일 기간 내 경찰과 동행하지 않고 응급실에 방문하여 정신과 진료를 받은 사람(n=1679)에게 난수표를 배정해 배열한 뒤 대상군의 약 3배수인 240명을 무작위로 추출하였다.

### 자료 수집

환자의 인구사회학적 정보, 응급실에 내원한 이유(presenting problems), 응급실 내 최종 진단(International Classification of Disease and Health Problems 10th Edition, 이하 ICD-10 기준), 응급실 퇴실 시 조치, 응급실 퇴실 이후 정신과 외래 방문 여부, 강박/진정제 사용 여부, 응급실 내 타과 진료 여부, 내원 시 정규 근무 시간 여부, 내원 후 정신과에 의뢰되는데 걸린 시간, 응급실 체류 시간에 대한 정보를 의무기록을 통해 수집하였다. 인구사회학적 정보에는 성별, 연령, 보험형태가 포함되었다. 보험유형은 국민건강보험, 보훈, 외국인 등을 공단으로 분류하였고, 급여 1·2종과 차상위를 급여로 분류하였다.

내원 이유(presenting problems)는 이전 연구<sup>13)</sup>를 참조하여 비정상적 행동, 음주 문제, 불안, 기이한 사고, 우울감, 약물 부작용, 환각, 불면, 예민한 기분, 자해, 신체화 증상, 자살 시도, 자살 사고, 폭력적인 행동으로 분류하였고, 이유가 여러인 경우는 가장 대표적인 한 가지를 선택하였다.

최종 진단은 정신과의 전공의 또는 전문의가 작성한 경과 기록을 검토하였다. 정신과 진단은 DSM-5 진단 체계로 기록되었고, ICD-10 기준에 따라 추가 분류하였다. 환자에게 기존 정신과 상병이 있거나 추정 진단명이 복수인 경우에는 응급실에 내원한 사유와 가장 관련이 높은 진단명 하나를 택하였다. 응급실 체류 시간 동안 강박 시행 여부, 진정 약물(haloperidol, lorazepam, midazolam)의 사용 여부를 의무기록을 통해 확인하였다. 응급실 내원 시간의 경우, 평일 오전 8시부터 오후 6시까지를 정규 근무 시간, 그 외 시간을 정규 근무 외 시간으로 분류하였다.

응급실 체류 시간 동안 타과 진료를 시행하였는지, 응급실 퇴실 이후 본원 정신과 외래를 방문하였는지 조사하였다. 환자의 응급실 내원 시점으로부터 퇴실까지 응급실 체류 시간을 조사하였고, 환자가 응급실에 내원하여 정신과 당직 의사에게 의뢰가 될 때까지 걸린 시간을 조사하였다.

## 통계 분석

경찰과 함께 응급실에 내원한 군과 다른 경로로 내원한 군의 인구사회적 특성 및 임상적 특징 등에 대하여 범주형 변수는 chi-square 검정 및 Fisher의 정확 검정을 이용하여 비교하였다. 내원 당시의 연령, 응급실 체류 시간, 정신과 의뢰 시간과 같은 연속형 변수는 독립 표본 t 검정을 사용하였다.

자료는 SPSS Statistics version 24(IBM Corporation, Armonk, NY, USA)를 사용하여 분석하였고, 통계적 유의수준은  $p < 0.05$ 로 정의하였다.

## 결 과

연구 기간 동안 응급실에 내원한 정신과 환자 중 경찰과 함께 내원한 환자의 비율은 5.0%(1768명 중 89명)였다. 경찰과 함께 응급실에 내원한 군에서 남자가 51명(64.6%)으로 대조군의 89명(37.1%)보다 남자의 비율이 유의하게 더 높았다( $p = 0.000$ ). 보험 유형의 경우, 대상군에서 급여 환자의 비율이 더 높았다(19% vs. 7.5% ;  $p = 0.008$ )(표 1).

경찰과 함께 응급실에 내원한 군 중 가장 빈도가 높은 내원 사유는 자살 시도(38.0%)였고, 이어서 난폭한 행동(24.1%), 비정상적 행동(21.5%)순이었으며, 난폭한 행동(24.1% vs. 8.3% ;  $p = 0.000$ ), 비정상적 행동(21.5% vs. 11.3% ;  $p = 0.022$ )으로 내원한 비율이 대조군에 비해 유의하게 높았다. 기이한 사고(0% vs. 5.8% ;  $p = 0.025$ ), 예민한 기분(0% vs. 6.3% ;  $p = 0.027$ ), 신체화 증상(0% vs. 6.7% ;  $p = 0.015$ ), 우울감(0% vs. 5% ;  $p = 0.043$ )으로 내원한 비율은 대조군에 비해 낮았다(표 2).

경찰과 함께 응급실에 내원한 환자들은 ICD-10 분류 체계에 따른 진단명 중 기분장애(F3)(40명, 50.6%), 조현병, 분열형 및 망상장애(F2)(20명, 25.3%), 정신활성 물질 복용으로 인한 정신 및 행태장애(F1)(8명, 10.1%)와 신경증성, 스트레스 관련성 및 신체형 장애(F4)(8명, 10.1%)순으로 빈도가 높았고, 대조군의 경우 기분장애(F3)(131명, 54.6%), 조현병, 분열형 및 망상장애(F2)(47명, 19.6%), 신경증성, 스트레스 관련성 및 신체형 장애(F4)(35명, 14.6%)순으로 높았다. 그러나 모든 진단에서 대상군과 대조군은 빈도 면에서 각각 유의한 차이를 보이지 않았다(표 3).

**Table 1.** Demographic characteristics of groups

|                           | Police referrals (n=79) | Other referralst (n=240) | p-value |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------|---------|
| Age, years                | 38.00 ± 13.13           | 40.27 ± 17.04            | 0.219   |
| Sex                       |                         |                          | 0.000*  |
| Male                      | 51 (64.6)               | 89 (37.1)                |         |
| Female                    | 28 (35.4)               | 151 (62.9)               |         |
| Type of insurance         |                         |                          | 0.004*  |
| National health insurance | 64 (81.0)               | 222 (92.5)               |         |
| Medical care              | 15 (19.0)               | 18 (7.5)                 |         |

Data are mean ± standard deviation or n (%) values. \* :  $p < 0.05$ , † : Except when visiting with police (patients alone, with family members, etc.)

**Table 2.** Reasons for police and other referrals

|                   | Police referrals (n=79) | Other referralst (n=240) | p-value |
|-------------------|-------------------------|--------------------------|---------|
| Suicidal attempt  | 30 (38.0)               | 73 (30.4)                | 0.213   |
| Violent behavior  | 19 (24.1)               | 20 (8.3)                 | 0.000*  |
| Abnormal behavior | 17 (21.5)               | 27 (11.3)                | 0.022*  |
| Suicidal idea     | 5 (6.3)                 | 13 (5.4)                 | 0.780   |
| Self injury       | 5 (6.3)                 | 8 (3.3)                  | 0.321   |
| Anxiety           | 2 (2.5)                 | 22 (9.2)                 | 0.052   |
| Alcohol problem   | 1 (1.3)                 | 6 (2.5)                  | 1.000   |
| Bizarre idea      | 0 (0.0)                 | 14 (5.8)                 | 0.025*  |
| Depressive mood   | 0 (0.0)                 | 12 (5.0)                 | 0.043*  |
| Drug side effects | 0 (0.0)                 | 4 (1.7)                  | 0.575   |
| Hallucination     | 0 (0.0)                 | 7 (2.9)                  | 0.200   |
| Insomnia          | 0 (0.0)                 | 3 (1.3)                  | 1.000   |
| Irritable mood    | 0 (0.0)                 | 15 (6.3)                 | 0.027*  |
| Somatic symptoms  | 0 (0.0)                 | 16 (6.7)                 | 0.015*  |

Data are n (%) values. \* :  $p < 0.05$ , † : Except when visiting with police (patients alone, with family members, etc.)

**Table 3.** Comparison of police and other referrals by clinical characteristics

|   | Police referrals<br>(n=79) | Other referrals†<br>(n=240) | p-value |
|---|----------------------------|-----------------------------|---------|
| Diagnosis (ICD-10)  |                            |                             |         |
| F0: Organic, including symptomatic mental disorders   | 0 (0.0)                    | 5 (2.1)                     | 0.338   |
| F1: Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use                            | 8 (10.1)                   | 13 (5.4)                    | 0.143   |
| F2: Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders   | 20 (25.3)                  | 47 (19.6)                   | 0.278   |
| F3: Mood (affective) disorders  | 40 (50.6)                  | 131 (54.6)                  | 0.541   |
| F4: Neurotic, stress-related and somatoform disorders   | 8 (10.1)                   | 35 (14.6)                   | 0.314   |
| F6: Disorders of adult personality and behaviour  | 3 (3.8)                    | 2 (0.8)                     | 0.099   |
| F9: Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence | 0 (0.0)                    | 3 (1.3)                     | 1.000   |
| Etc‡  | 0 (0.0)                    | 4 (1.7)                     | 0.575   |
| Final disposition   |                            |                             |         |
| AMA discharge   | 36 (45.6)                  | 78 (32.6)                   | 0.038*  |
| Outpatient referral   | 8 (10.1)                   | 53 (22.2)                   | 0.018*  |
| Escape  | 3 (3.8)                    | 1 (0.4)                     | 0.049*  |
| Voluntary psychiatric admission   | 6 (7.6)                    | 28 (11.7)                   | 0.304   |
| Involuntary psychiatric admission   | 18 (22.8)                  | 50 (20.9)                   | 0.726   |
| Emergent admission  | 4 (5.1)                    | 0 (0.0)                     | 0.004*  |
| Medical ward admission  | 1 (1.3)                    | 11 (4.6)                    | 0.306   |
| Transfer to other hospitals   | 3 (3.8)                    | 18 (7.5)                    | 0.247   |
| Psychiatric outpatient follow up  |                            |                             | 0.027*  |
| Yes   | 40 (50.6)                  | 155 (64.6)                  |         |
| No  | 39 (49.4)                  | 85 (35.4)                   |         |
| Restraint   |                            |                             | 0.006*  |
| Yes   | 15 (19.0)                  | 19 (7.9)                    |         |
| No  | 64 (81.0)                  | 221 (92.1)                  |         |
| Sedation  |                            |                             | 0.053   |
| Yes   | 33 (41.8)                  | 72 (30.0)                   |         |
| No  | 46 (58.2)                  | 168 (70.0)                  |         |
| Seen by other departments   |                            |                             | 0.039*  |
| Yes   | 7 (8.9)                    | 45 (18.8)                   |         |
| No  | 72 (91.1)                  | 195 (81.3)                  |         |
| ER visit time   |                            |                             |         |
| On working hours  | 14 (17.7)                  | 99 (41.3)                   | 0.000*  |
| After working hours   | 65 (82.3)                  | 141 (58.8)                  |         |
| Time to notify (min)  | 132±137                    | 197±248                     | 0.003*  |
| Length of stay in ER (min)  | 645±578                    | 650±696                     | 0.950   |

Data are n (%) or mean±standard deviation values. \*:  $p<0.05$ , †: Except when visiting with police (patients alone, with family members, etc.), ‡: Drug side effects. AMA: Against medical advice, ER: Emergency room, ICD-10: International Classification of Disease and Health Problems 10th Edition

응급실 퇴실 시, 경찰과 함께 내원한 군에서만 4명(5.1%)이 응급입원이 가능하였고, 입원권고거부 퇴원(45.6% vs. 32.6%;  $p=0.038$ ) 및 응급실에서 도주(3.8% vs. 0.4%;  $p=0.049$ ) 비율이 높았다. 또한, 경찰과 함께 응급실에 내원한 환자들은 정신과 외래 방문 비율이 낮았으며(50.6% vs. 64.6%;  $p=0.027$ ), 강박이 시행되는 비율이 더 높았다(19% vs. 7.9%;  $p=0.006$ ). 그러나 진정을 목적으로 진정제 약물을 투여한 비율은 두 군간 유의한 차이가 없었다( $p=0.053$ ). 대상군은 응급실 재원 시

간 동안 다른 의학적 상태로 인해 타과 진료를 보는 비율이 낮았으며(8.9% vs. 18.8%;  $p=0.039$ ) 정규 근무 시간 외에 응급실에 내원하는 비율이 더 높았다(82.3% vs. 58.8%;  $p=0.000$ ).

응급실에 내원하여 정신과에 의뢰되기까지 대상군에서 132±137분, 대조군에서 197±248분이 소요되어 경찰과 함께 응급실에 방문하는 환자들에서 더 빨리 정신과에 의뢰되는 것으로 나타났다( $p=0.003$ ). 평균 응급실 체류 시간은 대상군 645±578분, 대조군 650±696분으로 나타나, 두 군간 유의



한 차이가 없었다( $p=0.950$ ).

## 고 찰

본 연구 결과, 정신과적 문제로 응급실에 내원한 환자 중 경찰과 함께 방문한 환자의 비율은 5.0%로 나타났다. 미국 뉴욕 주에서 10개 병원을 조사한 다기관 연구에 의하면, 경찰에 의해 의뢰된 환자의 비율은 10~53%로서 전체적으로 약 30% 정도였고, 영국을 포함한 유럽에서도 이와 비슷한 비율을 보이고 있다.<sup>2,14</sup> 호주에서는 약 23%,<sup>4</sup> 대만의 경우 39.6%의 환자가 경찰에 의해 의뢰되었다는 보고가 있다.<sup>15</sup> 외국 자료들과 비교하면 본 연구에서는 응급실에 내원하는 정신과 환자 중 경찰과 함께 내원하는 환자의 비율이 매우 낮은 것을 확인할 수 있다.

호주의 연구<sup>4</sup>에서는 경찰과 함께 응급실에 내원한 환자들 중 가장 빈도가 높은 내원 사유 두 가지는 기이한 사고(33%)와 자살 위협(28%)이었으나, 본 연구에서는 자살 시도(38.0%)가 가장 높았으며, 다음으로는 폭력적 행동(24.1%)과 비정상적 행동(21.5%)의 순이었다.

이처럼 경찰과 응급실에 내원하는 정신과 환자의 비율이 외국에 비하여 낮은 점, 의뢰사유도 자살 시도, 폭력적 행동 및 비정상적 행동이 83.6%로서 대부분을 차지하여 밖으로 드러난 문제 행동에 치우친 점은 정신과적 응급 상황에서 경찰의 업무 범위를 좁게 해석하여 소극적으로 개입한 결과일 수 있겠다. 경찰관 직무집행법상 경찰관은 정신착란을 일으키거나 술에 취해 자신이나 남의 생명, 신체, 재산에 위해를 끼칠 우려가 있는 사람, 자살 시도자를 발견하면 의료기관 등에 긴급구조를 요청하거나 경찰관서에 보호할 수 있다고 명시되어 있다.<sup>8</sup> 그러나, 위험 행동이 일어난 경우에도 경찰 개입의 기준이 모호할 뿐 아니라, 행동상의 문제가 발생하기 전인 경우에는 자·타해의 위험 징후가 있음을 경찰이 자의적으로 판단하여 개입 필요성을 결정하기는 더욱 어려워 결국 사후에 접근할 수밖에 없는 실정이다. 2016년 강남역 화장실 살인사건이 사회문제가 되자 그 대책으로 경찰청은 자·타해 위험을 일선 경찰이 판단하기 위한 체크리스트를 개발하였으나<sup>16</sup> 응급 상황에서 설문 위주의 평가는 현실성이 없어서 취소하였다. 이후에도 조현병 등 정신질환이 악화된 환자에 의한 사건·사고가 반복되자 2018년 11월에 국립정신건강센터에서 ‘정신과적 응급 상황에서의 현장대응 안내 매뉴얼 2.0’을 발행하여 전국 기관에 배포하였다.<sup>17</sup> 이 매뉴얼은 경찰의 개입 범위를 다음과 같이 제한하고 있다. ‘경찰은 임박한 직접적 위험이 있을 경우에만 개입하고 이때 판단기준은 위험성 및 긴급성으로, 두 가지 요소를 모두 충족시킨 자만 개입 대상

에 해당한다.’ 또한 현재 직접적 위험은 보이지 않지만 향후 위험이 예측되는 경우에 대해서는 ‘경찰의 업무영역은 아니지만, 가능한 범위 내에서 적극적으로 협조에 응한다.’고 기술하고 있다. 직접적 위험이 없다면 경찰의 업무 영역이 아니라는 지침은 경찰의 역할을 극히 위축시킨다. 환자가 정신병적 증상이 명백히 재발하더라도 자해, 자살, 폭력 등 직접적인 행동으로 인해 사건사고가 발생하기 전에는 경찰의 개입을 어렵게 만든다.

이렇게 대응지침에서 경찰의 역할을 엄격히 제한한 것은 법적으로 응급입원의 요건이 매우 까다롭기 때문이다. 정신건강복지법상 응급입원은 정신질환자로 추정되고 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견하였으나 상황이 매우 급박하여 다른 유형의 입원이 불가능할 때 의사와 경찰관의 동의를 얻어 시행한다고 되어 있다.<sup>7</sup> 법령에서 경찰 개입 상황을 위험성과 급박성으로 한정하였기 때문에 이에 기반한 지침과 교육은 한계가 있다. 경찰은 위험성과 급박성이 명확하지 않은 상황에서 인권 침해 우려와 법적 처벌 위험을 무릅쓰고 적극적으로 개입하지 않으려 한다.

경찰 등 공권력의 최소 개입은 사적으로 강제 이송이 불가능한 현실과 맞물려서 정신의료체계에 커다란 공백을 낳고 있다. 2001년 대법원 판례는 ‘보호의무자에 의한 입원에서, 강제 이송도 물리력을 행사하는 것이므로 대면진단을 먼저 해야 된다’고 하였다.<sup>18</sup> 대면진단을 하려면 내원을 거부하는 환자를 일단 병원으로 이송해야 하는데 사설 구급대를 이용하거나 가족이 직접 데려오는 것도 불법이 된 것이다. 사적인 노력으로 치료 시작이 불가능한 상황에서 공적인 역할과 도움의 확대가 절실하지만 경찰의 개입은 오히려 엄격히 제한되어 있다. 위와 같은 법령과 판례가 엄격하게 적용될수록 정신병이 뚜렷하게 발병한 환자들을 병원에 데려올 방법이 없어서 치료를 시작하기가 더욱 어려워 환자와 가족들의 고통이 커지고 있다.

이런 가운데 2018년에는 정신질환자에 의해 경찰과 의사가 살해되는 사건이 발생하였고,<sup>19</sup> 2019년 4월에는 진주의 어느 아파트에서 정신질환자가 방화하고 여러 명을 살해하는 사건이 발생하여 사회적 충격을 주었다.<sup>20</sup> 이런 사건이 발생하면 정부는 관계기관 협력 강화 및 대응 방안 숙지, 외래치료 명령제 강화, 위험한 환자 퇴원 시 본인의 동의 없이 정신건강복지센터 통보 등의 대책을 내놓고 있지만, 치료가 필요한 환자의 응급 이송이 가능하도록 법을 개정하지 않는 한 그 효과는 제한적이다. 정신건강복지센터의 사례관리자가 응급 이송 등 실질적 대응 방안이 없는 상태에서 거부적인 중증 정신질환자를 관리하기란 매우 어렵기 때문이다.

외국의 사례를 보면 응급입원 시 경찰의 동의가 필요한 경

우는 찾기 어렵다. 경찰은 정신건강 전문가가 아니므로 자·타해 위험 판단이 부담스럽고 위험이 명백하게 드러난 경우로 한정하는 경향이 있다. 미국 대부분의 주는 의사나 자격이 인정된 정신보건 전문가가 응급입원을 결정하도록 하며 해당 분야와 무관한 경찰 등의 동의가 필요 없다.<sup>21)</sup> 영국은 승인 받은 정신보건 전문가나 가까운 친족의 신청이 있으면 72시간 동안 응급입원이 가능하고 역시 경찰의 동의가 필요하지 않다.<sup>22)</sup>

경찰의 동의 없이 응급 이송을 하더라도 3일 이내의 기간 동안 응급입원을 하거나 법적 절차에 따라 보호의무자에 의한 입원 등 다른 유형의 입원치료나 외래 치료가 필요한지 판단하게 되므로 환자의 인권침해 가능성은 낮다.

본 연구에서 경찰과 함께 내원한 환자 중 응급입원은 해당 기간 내 4명(5.1%)으로, 그 수가 현저히 적었다. 실제 우리나라의 정신보건시설 입원 중 응급입원이 차지하는 비율은 2014년에 26명(0.03%), 2015년에 43명(0.05%), 2016년에 58명(0.07%)으로 매우 적은 편이다.<sup>23)</sup> 국내에서 응급입원의 활용도가 적은 이유를 좀 더 자세히 추론해보자면 다음을 들 수 있다. 첫째, 자해나 폭력적 언행과 같은 한계 상황에 도달하기 전 진행 중인 위험은 법에서 명시된 자·타해 위험의 급박성에 대한 기준을 충족하지 못하므로 응급입원시키기 어려워 치료의 사각지대로 남아있다. 둘째, 경찰과 함께 응급실에 내원하였지만 보호자가 올 수 있는 경우에는 가능하다면 보호의무자에 의한 입원을 먼저 시도하게 된다. 응급입원을 시행한 이후에도 입원 유지가 필요한 경우 3일 이내 다른 가능한 입원 형태로 전환하는 과정이 필요하기 때문이다. 본 연구에서도 경찰과 동반하여 응급실에 내원한 환자들 중 상당수(22.8%)가 보호자에 의한 입원을 진행하였다. 셋째, 경찰이 자신의 역할과 업무 범위를 불명확하게 인지하고 있는 경우 시간이 걸리는 응급입원 진행과정에 협조적이지 않을 수 있다. 넷째, 병원의 경우 한정된 의료자원 중 많은 양을 응급입원 환자에게 투입하여야 하고, 보호자 부재 등의 이유로 의료비를 청구하기 어려울 수 있으며, 퇴원 이후 법적 분쟁의 위험도 있어서 행정적, 경제적, 법적 부담이 크다. 마지막으로, 행정 절차 및 기관 간 협력 체계의 미흡으로 인해 응급입원 시행률이 낮을 수 있다. 예를 들어, 경찰이 출동하더라도 관내를 벗어날 수 없다거나 경찰력이 부족하다는 이유 등을 들어서 의료기관까지 호송하지 않는 경우가 있다.<sup>24)</sup>

지역 사회에서 정신과 증상으로 인한 문제 발생 시, 경찰이 개입하여 대응하고 응급입원까지 진행하기엔 역할 범위가 불명확하고, 절차가 복잡하며, 지원 제도가 미비하여 경찰관들이 현장에서 어려움을 겪고 있는 실정이다. 이에 우리나라에서는 정신질환자 처리에 대한 윈스톱 시스템 도입 등 광역

자치단체 및 군자치단체 차원의 지원체계 구축이 요구되고 있으나,<sup>25)</sup> 경찰의 개입 요건에 대한 정확한 기준 및 절차가 미비한 상태에서 협력만을 논의하는 것은 한계가 있다. 따라서 법의 개정을 통해 경찰의 업무 범위를 명확하게 확립하고, 이에 대한 경찰의 업무 교육을 강화하여, 정신질환자에 대한 개입을 경찰의 업무 중에서 중요한 부분으로 받아들이도록 하는 것이 가장 중요한 개선책이 될 수 있겠다.

본 연구의 인구학적 자료에서는 경찰과 함께 내원한 군에서 남자의 비율이 높고, 사회경제적 수준이 낮으며, 연령 차이는 없었다. 평소 남성이 여성에 비해 정신과 외래 이용률이 낮아<sup>26)</sup> 정신질환이 관리되지 않은 채로 있다가 증상이 악화되어 폭력적 행동 등으로 표현되거나, 남성이 여성에 비해 공격성을 외부로 표출하는 경향이 높고,<sup>27)</sup> 더욱 치명적이고 난폭한 방법으로 자살 시도를 하기 때문에<sup>28)</sup> 경찰의 개입이 요구되었을 수 있다. 또한 사회경제적 수준이 낮은 군에서 폭력행동이 많다고 보고된 바 있고,<sup>29)</sup> 예방 차원의 일차 진료를 받는 비율이 낮아<sup>30,31)</sup> 평소 주요 정신질환을 제대로 치료받지 못하여 증상 악화로 경찰의 개입이 요구되었을 수 있다. 이는 경찰과 내원한 군에서 실직자 비율이 높았던 이전 연구<sup>12)</sup> 결과와 일치하지만, 나라마다 법과 의료 공급 제도가 다르므로 단순 비교하기에는 무리가 있다.

경찰과 함께 내원한 환자들이 대조군에 비해 강박 시행 비율이 높아, 폭력 행동 및 공격성, 강박 시행이 유의하게 높았던 이전 연구와 일치하였다.<sup>11)</sup> 또한, 경찰과 함께 내원한 군에서 응급실 퇴실 후 정신과 외래 추적 관찰의 비율이 낮고, 의학적 결정에 반하는 퇴원의 비율이 높은 것도 환자의 의사에 반해 경찰에 의해 강제적으로 응급실에 내원한 결과로 추정된다.

경찰과 응급실에 내원한 환자가 정신과에 의뢰되기까지 걸린 시간이 짧고, 총 체류 시간은 대조군과 차이가 없었다. 실제 경찰과 함께 내원한 경우 환자의 증상이 위급하고 경찰의 장시간 응급실 대기가 어려운 점 등으로 인해 정신과 의사에게 비교적 빨리 의뢰되지만, 응급입원 외에 다른 유형의 입원을 우선적으로 시행하도록 법으로 규정하고 있어 입원에 필요한 법적 요건을 충족시키기 위한 시간이 소요되기 때문인 것으로 보인다. 예를 들면 보호의무자에 의한 입원이 가능한지 파악하기 위하여 법적 요건을 만족하는 보호자의 수색 및 보호자의 응급실 방문, 입원 시 필요한 구비 서류 지참 및 입원 여부 결정을 위한 논의 등의 과정을 수행하여야 하며, 이로 인해 총 체류 시간에는 차이가 없는 것으로 추정된다. 또한, 해당 연구 기간 내 정신과에 의뢰된 환자의 응급실 체류 시간(647분)은 응급실에 내원한 전체 환자의 평균 응급실 체류 시간(242분)보다 약 2.5배 긴 것으로 나타나, 이전 미국

의 연구 결과에서 보인 정신과 환자 대 타과 환자의 체류 시간(1089분 vs. 340분)과 비슷하였다.<sup>32)</sup> 하지만 정신과 환자의 응급실 체류 시간이 긴 이유가 미국에서는 입원 시설의 감소로 인해 입원이나 전원시킬 병상 부족 때문인 반면, 우리나라에서는 보호의무자 2명의 동의와 서류 구비 등 선진국에선 찾아보기 어려운 까다롭고 복잡한 절차 때문으로 보인다. 응급실은 환자의 증상 악화 및 도주 가능성 증가, 치료 지연 및 사망률 증가 등의 문제가 있어서<sup>32)</sup> 정신과 환자가 처치를 받고 머무르기에 적합한 장소가 아니다.<sup>33)</sup> 따라서 정신과 환자들의 응급실 체류 시간을 줄이기 위하여 정확한 현황 조사와 함께 관련 제도의 개선이 필요하다.

또한, 경찰과 함께 응급실에 내원한 환자는 의료진의 정규 근무 외 시간대에 방문한 환자의 비율이 82.3%로 대조군보다 높았고, 이는 이전 외국의 연구 결과와 일치하였다.<sup>12)</sup> 의료진의 정규 근무 이외 시간에는 정신 의료기관의 이용이 제한적이고 의료서비스 인력도 부족하므로, 응급실과 경찰 간 연락망이 중요하고, 나아가 지방자치단체와 보건소 등 기관의 담당자, 병원 내 안전팀과 정신 보건 인력 등의 협력이 중요하다.<sup>12)</sup> 미국에서는 경찰과 정신보건 전문가가 협력하는 응급파견팀(outreach emergency team)이 중증 정신질환, 폭력성, 약물 남용력 등이 있는 환자에게 적절한 처치를 제공하고 있으며,<sup>34)</sup> 영국에서는 경찰에게 정신질환 관리 및 보건 서비스에 대한 교육을 제공한 뒤 경찰이 환자와의 의사소통 기술 및 정신증상을 호소하는 사람에 대한 태도가 개선되었다고 한다.<sup>35)</sup> 미국 위기개입팀(crisis intervention team)은 경찰에게 정신질환자에 대한 위기개입 기술을 훈련시키고 지역 정신과 자원에 대한 정보를 제공하여, 정신질환자에 대한 인식을 개선시키고 경찰의 부상을 감소시켰으며,<sup>36)</sup> 경찰과 정신보건 인력과의 협력을 강조한 캐나다의 모바일 위기개입팀(mobile crisis intervention team)은 위기개입에 소요되는 시간을 절약하고 외래 방문 비율을 높였다고 한다.<sup>37)</sup> 이처럼 정신보건 인력이 경찰과 협력하여 어려운 임상적 판단을 도울 수는 있겠으나, 앞서 언급한 바와 같이 정신보건 서비스와 경찰의 협력만을 논의하기보다는 미비한 법률과 제도를 개선하여 환자의 발병 초기에 치료 시작을 도울 수 있도록 경찰의 역할과 업무 범위를 명확하게 하는 것이 선행되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 다음과 같은 점을 들 수 있다. 본 연구는 후향적 의무기록 연구로서, 연구 대상의 선택에 편견이 있을 수 있으며, 관찰하고자 하는 변수 외 다른 가능성 있는 변수에 대한 접근을 제한할 수 있고, 의무기록을 해석하는데 오류가 발생할 수 있다. 응급실 방문 이유 분류는 신뢰도(reliability) 높은 명확한 기준이 없어서 이전 연구<sup>13)</sup>의 분류

기준을 참조하였다. 또한 응급실에서 짧은 시간 내에 내려진 진단의 정확성에 대해서는 이전의 연구에서도 문제로 지적되고 있는데,<sup>38)</sup> 이 연구에서도 이러한 지적을 피하기 어렵다. 또한 연구 자료가 하나의 종합병원에서만 취득되었으므로 자료의 대표성에 한계가 있으며, 종합병원과 정신과 전문병원 등 다른 종류의 의료기관 간의 차이로 인해 결과를 일반화하기 어렵다. 하지만 연구가 진행된 병원은 광역시에서 정규 근무 시간 외에 정신과 응급 환자를 진료할 수 있는 유일한 의료기관으로서 특수성과 대표성을 동시에 가지고 있다. 이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구는 국내 최초로 경찰과 함께 응급실에 내원한 환자들의 특성을 보여주어 경찰의 정신과 환자 대응 업무 개선을 위한 근거자료를 제공한다는 점에서 의의가 있다. 또한 향후 정신과적 응급 상황에서 경찰의 역할과 관련된 법률 및 제도의 보완에 도움이 되리라 기대한다.

## 결론

본 연구는 경찰과 함께 응급실에 내원한 환자들의 특성을 파악하고 국내 자료와 외국의 연구 결과를 검토 비교하여, 정신과적 응급 상황에서 경찰의 대응 방식을 개선하기 위한 방안을 고찰하였다.

연구 결과, 응급실에 내원한 정신과 환자 중 경찰과 동반한 환자는 5.0%를 차지하여 매우 적었으며, 폭력 및 비정상적 행동으로 내원한 환자가 많았다. 이들은 남자 및 의료 급여 비율이 높고, 강박 되는 비율 및 의료진의 정규 근무 시간 외 방문하는 비율이 높았다. 응급실에서 정신과로의 의뢰 소요 시간이 짧았으며, 타과 진료를 적게 시행하고, 퇴원 후 정신과 외래 방문 비율이 낮았다.

우리나라에서 경찰은 정신과적 응급 상황이 발생한 뒤에 위험성이 크고 급박한 경우에만 제한적으로 개입하고 있어서, 환자가 심각한 정신과 질환이 발병해도 위험한 상황이 닥치기 전에는 치료를 시작하기 어렵다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 정신질환자 입원 관련 법률을 개정하여 경찰의 역할과 업무 영역을 명확히 하고 경찰과 정신보건기관의 협력을 강화할 필요가 있다.

**중심 단어 :** 경찰 · 정신과 응급 · 응급입원 · 정신보건법.

## Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

## REFERENCES

- 1) Steadman HJ, Morrissey JP, Braff J, Monahan J. Psychiatric evaluations of police referrals in a general hospital emergency room. *Int J Law Psychiatry* 1986;8:39-47.



- 2) Way BB, Evans ME, Banks SM. An analysis of police referrals to 10 psychiatric emergency room. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21:389-397.
- 3) Fisher JE. Mental health nurses: de facto police. *Int J Ment Health Nurs* 2007;16:230-235.
- 4) Maharaj R, Gillies D, Andrew S, O'Brien L. Characteristics of patients referred by police to a psychiatric hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011;18:205-212.
- 5) Fry AJ, O'Riordan DP, Geanellos R. Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia. *Health Soc Care Community* 2002; 10:277-286.
- 6) Sellers CL, Sullivan CJ, Veysey BM, Shane JM. Responding to persons with mental illnesses: police perspectives on specialized and traditional practices. *Behav Sci Law* 2005;23:647-657.
- 7) Ministry of Health and Welfare, National Center for Mental Health. Act on the improvement of mental health and the support for welfare services for mental patients, article 50(1-2). Sejong: Ministry of Health and Welfare;2019.
- 8) Korean National Police Agency. Act on the performance of duties by police officers, article 4(1). Seoul: Korean National Police Agency; 2018.
- 9) Kimhi R, Barak Y, Gutman J, Melamed Y, Zohar M, Barak I. Police attitudes toward mental illness and psychiatric patients in Israel. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;26:625-630.
- 10) Evans ME, Boothroyd RA. A comparison of youth referred to psychiatric emergency services: police versus other sources. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:74-80.
- 11) Redondo RM, Currier GW. Characteristics of patients referred by police to a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 2003;54:804-806.
- 12) Lee S, Brunero S, Fairbrother G, Cowan D. Profiling police presentations of mental health consumers to an emergency department. *Int J Ment Health Nurs* 2008;17:311-316.
- 13) Meadows G, Calder G, Van den Bos H. Police referrals to a psychiatric hospital: indicators for referral and psychiatric outcome. *Aust N Z J Psychiatry* 1994;28:259-268.
- 14) Dhossche DM, Ghani SO. Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:235-240.
- 15) Wang JP, Wu CY, Chiu CC, Yang TH, Liu TH, Chou P. Police referrals at the psychiatric emergency service in Taiwan. *Asia Pac Psychiatry* 2015;7:436-444.
- 16) Welfarenews.net [homepage on the Internet]. Seoul: Welfarenews [updated 2017 Mar 16; cited 2019 Apr 23]. Available from: <http://www.welfarenews.net/news/articleView.html?idxno=60690>.
- 17) Ncmh.go.kr [homepage on the Internet]. Seoul: National Center for Mental Health [updated 2018 Dec 6; cited 2019 Apr 20]. Available from: [http://www.ncmh.go.kr/kor/data/snmhDataView2.jsp?no=8392&fno=106&menu\\_cd=K\\_04\\_09\\_00\\_00\\_S0](http://www.ncmh.go.kr/kor/data/snmhDataView2.jsp?no=8392&fno=106&menu_cd=K_04_09_00_00_S0).
- 18) Law.go.kr [homepage on the Internet]. Sejong: National Law Information Center [updated 2001 Feb 23; cited 2019 Apr 23]. Available from: <http://www.law.go.kr/precInfoP.do?mode=0&precSeq=191241>.
- 19) Hani.co.kr [homepage on the Internet]. Seoul: Hankyoreh [updated 2019 Jan 1; cited 2019 Apr 23]. Available from: [http://www.hani.co.kr/arti/society/society\\_general/876569.html](http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/876569.html).
- 20) Newspim.com [homepage on the Internet]. Seoul: Newspim [updated 2019 Apr 21; cited 2019 Apr 25]. Available from: <http://www.newspim.com/news/view/20190421000095>.
- 21) Burley M, Morris M. Involuntary civil commitments: common questions and a review of state practices. Olympia: Washington State Institute for Public Policy;2015.
- 22) Parliament of the United Kingdom. Mental Health Act 1983, section 4. London: Parliament of the United Kingdom;1983.
- 23) Ncmh.go.kr [homepage on the Internet]. Sejong: National Center for Mental Health [updated 2018 Feb 14; cited 2019 Apr 20]. Available from: [http://www.ncmh.go.kr/kor/data/snmhDataView2.jsp?no=8300&fno=106&menu\\_cd=K\\_04\\_09\\_00\\_00\\_S0](http://www.ncmh.go.kr/kor/data/snmhDataView2.jsp?no=8300&fno=106&menu_cd=K_04_09_00_00_S0).
- 24) Ncmh.go.kr [homepage on the Internet]. Seoul: National Center for Mental Health. [cited 2019 Apr 20]. Available from: [http://www.ncmh.go.kr/kor/dep/depReportView.jsp?no=638&fno=84&depart=0&search\\_gubun=1&pg=1&search\\_item=1&search\\_content=%C0%CE%B1%C7%C1%F5%C1%F8&menu\\_cd=K\\_04\\_10\\_00\\_00\\_T0&category=](http://www.ncmh.go.kr/kor/dep/depReportView.jsp?no=638&fno=84&depart=0&search_gubun=1&pg=1&search_item=1&search_content=%C0%CE%B1%C7%C1%F5%C1%F8&menu_cd=K_04_10_00_00_T0&category=).
- 25) Sisa21.kr [homepage on the Internet]. Suncheon: Sisa 21 [updated 2018 Aug 29; cited 2019 Apr 20]. Available from: <http://www.sisa21.kr/news/articleView.html?idxno=10900>.
- 26) Hansen AH, Høye A. Gender differences in the use of psychiatric outpatient specialist services in Tromsø, Norway are dependent on age: a population-based cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:477.
- 27) Staniloiu A, Markowitsch H. Gender differences in violence and aggression – a neurobiological perspective. *Procedia Soc Behav Sci* 2012;33:1032-1036.
- 28) Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:282-288.
- 29) Greitemeyer T, Sagioglou C. Subjective socioeconomic status causes aggression: a test of the theory of social deprivation. *J Pers Soc Psychol* 2016;111:178-194.
- 30) Kleinman JC, Gold M, Makuc D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Med Care* 1981;19:1011-1029.
- 31) Aday LA, Andersen RM. The national profile of access to medical care: where do we stand? *Am J Public Health* 1984;74:1331-1339.
- 32) Nicks BA, Manthey DM. The impact of psychiatric patient boarding in emergency departments. *Emerg Med Int* 2012;2012:360308.
- 33) Alakeson V, Pande N, Ludwig M. A plan to reduce emergency room 'boarding' of psychiatric patients. *Health Aff (Millwood)* 2010;29: 1637-1642.
- 34) Lamb HR, Shaner R, Elliott DM, DeCuir WJ Jr, Foltz JT. Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police-mental health team. *Psychiatr Serv* 1995;46:1267-1271.
- 35) Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination--evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:337-344.
- 36) Broussard B, McGriff JA, Demir Neubert BN, D'Orio B, Compton MT. Characteristics of patients referred to psychiatric emergency services by crisis intervention team police officers. *Community Ment Health J* 2010;46:579-584.
- 37) Kisely S, Campbell LA, Peddle S, Hare S, Pyche M, Spicer D, et al. A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia. *Can J Psychiatry* 2010;55:662-668.
- 38) Rufino AC, Uchida RR, Vilela JA, Marques JM, Zuairi AW, Del-Ben CM. Stability of the diagnosis of first-episode psychosis made in an emergency setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:189-193.