

연구보고서 2018-26

지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안

- 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로



이상영 · 채수미 · 전진아 · 윤시몬 · 차미란
정진욱 · 윤장호 · 김영우 · 김주혜

【책임연구자】

이상영 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요 저서】

자살시도자에 대한 지역사회 정신건강증진 서비스 공급체계 개선 방안
한국보건사회연구원, 2017(공저)

한국 국민의 건강행태와 정신적 습관(Mental Habits)의 현황과 정책대응
한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】

채수미 한국보건사회연구원 부연구위원

전진아 한국보건사회연구원 연구위원

윤시몬 한국보건사회연구원 전문연구위원

차미란 한국보건사회연구원 연구위원

정진욱 한양대학교 교수

윤장호 미국 오리건주립대학교 교수

김영우 한양대학교 연구원

김주혜 한양대학교 연구원

연구보고서 2018-26

지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안

- 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

발행일 2018년 12월

저자 이상영

발행인 조흥식

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 ㈜현대아트컴

발간사 <<

최근 우리나라는 중증 정신질환자의 인권 보호와 삶의 질 향상, 지역사회 재활 촉진 등을 위해 정신의료기관이나 정신요양원 등 시설에서의 보호보다는 지역사회에서의 중증 정신질환자 관리를 강조하고 있다. 특히, 2017년 5월 30일 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 시행을 통해 정신의료기관 등에 대한 비자의적 입원·입소 요건을 강화함과 동시에 지역사회에서의 복지 서비스 지원을 강화하고자 노력하고 있다.

이와 함께 2018년에 들어 정부는 정신질환자에 대한 커뮤니티 케어를 보건복지 분야의 주요 정책과제로 설정하고 지역사회의 실정에 맞는 케어 모형을 개발·추진하고자 하고 있으며, 2018년 7월 23일에는 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 방안을 발표하고 지속적 치료 및 지원이 반드시 필요한 퇴원 정신질환자에 대한 지역사회 관리를 강화해 나갈 예정이다.

이와 같은 지역사회 차원의 정신질환자 관리의 강화를 위해서는 지역사회에서의 서비스 공급 기반 확충, 효과적 서비스 전달체계 구축, 지역사회의 참여 확대 등이 필수적이며, 지역 친화적이고 현장 밀착적인 서비스 제공체계 구축 등이 수반되어야 한다.

이에 본 연구는 중증 정신질환자에 대한 지역사회 서비스 전달체계 확충, 관리 및 지원 프로그램 개발과 서비스의 질 향상, 서비스 공급 주체 간 연계 강화, 서비스 공급 주체의 역량 강화 및 전문성 제고 등의 측면에서 지역사회 정신질환자 관리체계의 문제점을 진단하고 이를 토대로 한 다양한 정책 대안을 제시하고자 한다.

본 연구는 우리 연구원의 이상영 선임연구위원의 책임하에 전진아 연구위원, 채수미 부연구위원, 정진욱 한양대학교 교수, 윤장호 미국 오리건 주립대학교 교수, 윤시몬 전문연구원, 차미란 연구원에 의해 수행되었다.

연구진은 본 연구보고서를 검토하여 귀중한 의견을 제시해 주신 인제대학교 류시원 교수님과 우리 연구원의 김동진 연구위원, 그리고 연구 수행 과정에서 자문에 대한 다양한 의견을 제시해 주신 전문가 여러분들께도 깊은 감사의 뜻을 표한다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	9
제1절 연구의 배경 및 필요성	11
제2절 연구 목적	15
제3절 본 연구의 분석틀	16
제4절 연구 방법	18
제5절 선행연구 고찰	28
제2장 최근의 지역사회 정신건강복지 관련 정책 동향	31
제1절 정신건강복지법 시행	33
제2절 커뮤니티 케어(지역사회 돌봄 서비스 강화) 계획 발표	38
제3절 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 계획 발표	39
제4절 최근의 주요 법제도 및 환경 변화의 의의	42
제3장 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 현황과 문제점	47
제1절 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계	49
제2절 중증 정신질환자 관리 프로그램 및 서비스	66
제3절 업무 및 서비스 연계 네트워크 운영 실태	76
제4절 지역사회 정신건강복지 예산 및 인력 자원	95

제4장 주요 국가의 지역사회 정신건강 관리체계 101

제1절 일본 103

제2절 호주 109

제3절 미국 117

제4절 우리나라에 대한 시사점 121

제5장 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 확충 방안 123

제1절 효과적 서비스 전달 및 지역사회 자원 활용 강화 128

제2절 중증 정신질환자 관리·지원 프로그램 강화 및 서비스의 양적·질적
수준 제고 137

제3절 서비스 공급 주체 간 업무 연계 네트워크 강화 150

제4절 서비스 제공기관의 역량 및 전문성 제고 158

참고문헌 165

부 록 171

부록 1. 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 조사 결과 171

부록 2. 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급기관 개별 심층면접
주요 조사 결과 188

부록 3. 기초정신건강복지센터 대상 설문지 200

부록 4. 입소생활시설 대상 설문지 212

부록 5. 주간재활시설 대상 설문지 219

부록 6. 공동생활가정 대상 설문지 223

부록 7. 직업재활시설 대상 설문지 228

부록 8. 종합시설 대상 설문지 233

표 목차

〈표 1-1〉 조사표에 의한 설문조사의 주요 내용(기초 정신건강복지센터)	24
〈표 1-2〉 조사표에 의한 설문조사 주요 내용(정신재활시설)	25
〈표 1-3〉 심층면접의 주요 내용(정신의료기관 및 광역 정신건강복지센터)	27
〈표 1-4〉 설문조사 대상 기관	28
〈표 1-5〉 심층면접 대상 기관 수	28
〈표 3-1〉 정신건강증진 시설 현황	50
〈표 3-2〉 지역별 정신건강증진 시설 설치 현황(2018년)	51
〈표 3-3〉 지역별 정신재활시설 설치 현황(2016년 기준)	52
〈표 3-4〉 광역 정신건강복지센터 주요 사업	53
〈표 3-5〉 기초 정신건강복지센터 주요 사업	54
〈표 3-6〉 지역사회 정신재활훈련 프로그램 운영기관 현황	56
〈표 3-7〉 관할 지역 내에 적절한 정신재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 경험 (기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자의 경험)	57
〈표 3-8〉 지역사회에서 가장 부족하다고 생각하는 기관·시설	57
〈표 3-9〉 중증 정신질환자의 지역사회 등록 관리율	61
〈표 3-10〉 중증 정신질환자 관리에 있어 주민 자치 조직을 활용하는 것이 어느 정도 도움이 되는지에 대한 기초 정신건강복지센터 전문요원의 의견	65
〈표 3-11〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 실태(Ⅰ)	67
〈표 3-12〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 실태(Ⅱ)	68
〈표 3-13〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 실태(Ⅲ)	69
〈표 3-14〉 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 가족에 대한 지원 내용	71
〈표 3-15〉 정신질환에 대한 이해 증진 및 환자와의 친밀도 제고를 위한 주민 교육 프로그램의 필요성에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 인식	73
〈표 3-16〉 기초 정신건강복지센터의 응급입원 관련 업무 수행 환경 실태	75
〈표 3-17〉 광역 정신건강복지센터 교육 프로그램 운영상의 개선 사항 (기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자 의견)	79

〈표 3-18〉 광역 정신건강복지센터의 매뉴얼 및 교육·홍보 자료 개발·지원상의 개선 사항 (기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자 의견)	80
〈표 3-19〉 광역 정신건강복지센터의 기능 확대에 대한 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자의 의견	82
〈표 3-20〉 광역 정신건강복지센터로부터의 지원 강화가 필요한 사항 (기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자 의견)	84
〈표 3-21〉 정신의료기관 및 기초 정신건강복지센터 간 연계 강화에 대한 기초 정신건강복지센터 전문요원의 의견	89
〈표 3-22〉 기초 정신건강복지센터가 중증 정신질환자 관리를 위해 가장 많이 연계를 하는 기관	91
〈표 3-23〉 다른 분야 사례 관리와의 중복 등록으로 인해 환자를 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 대상에서 제외시켰던 경험 및 다른 분야 사례 관리로 연계하였으나 이루어지지 못한 경험	92
〈표 3-24〉 중증 정신질환자를 다른 분야 사례 관리로 연계하고자 시도했으나 이루어지지 못한 이유	94
〈표 3-25〉 17개 시·도의 지역사회 정신보건 예산 및 1인당 정신보건 예산	96
〈표 3-26〉 지역사회 재활시설 및 정신건강증진시설의 정신건강 전문인력	98
〈표 3-27〉 중증 정신질환 관리를 효과적으로 수행하기 위해 추가로 확충되기를 희망하는 최소 인원수	100
〈표 4-1〉 호주의 정신건강 관리 시스템 개요	110
〈표 4-2〉 빅토리아주의 10년 정신건강계획 및 성과	115
〈표 5-1〉 입원치료를 받던 정신의료기관에서 퇴원 후에 사례 관리를 실시하도록 하는 것에 대한 정신건강복지센터 전문요원의 의견	130
〈표 5-2〉 정신건강복지센터 관리의 본인 동의를 높이기 위한 가장 효과적 대안	134
〈표 5-3〉 주민 자치 조직으로부터 받을 수 있는 도움 (기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자의 의견)	136
〈표 5-4〉 가족 구성원 간 정서적·심리적 유대관계 강화의 필요성에 대한 기초 정신건강 복지센터 중증 정신질환관리 담당자의 인식	141

〈표 5-5〉 중증 정신질환자 가족에게 필요한 지원 내용에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 의견	142
〈표 5-6〉 응급입원 정신의료기관 지정·운영에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 의견	146
〈표 5-7〉 응급입원 환자에 대한 입원비 등 지원 프로그램 운영 여부	147
〈표 5-8〉 레스파이트 케어 프로그램(respite care program) 도입의 필요성에 대한 정신건강 전문요원의 인식	149
〈표 5-9〉 지역 주민의 이해 증진 및 친밀도 제고를 위한 프로그램의 필요성 (기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자의 인식)	150
〈표 5-10〉 정신의료기관과 기초 정신건강복지센터 간 연계 강화의 필요성	153
〈표 5-11〉 정신과 전문의와 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자 간에 의견 교환 절차를 만드는 것에 대한 센터 담당자의 인식	153
〈부표 1-1〉 기초 정신건강복지센터의 기본 현황	171
〈부표 1-2〉 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 현황	171
〈부표 1-3〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 현황	172
〈부표 1-4〉 기초정신건강복지센터와 정신의료기관의 연계현황	173
〈부표 1-5〉 기초 정신건강복지센터와 정신재활시설의 연계	173
〈부표 1-6〉 기초 정신건강복지센터의 위기 개입 및 지원	174
〈부표 1-7〉 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 가족 지원	175
〈부표 1-8〉 기초 정신건강복지센터의 지역사회 지원	175
〈부표 1-9〉 기초 정신건강복지센터와 광역 정신건강복지센터의 연계	175
〈부표 1-10〉 입소생활시설 현황	177
〈부표 1-11〉 주간재활시설 현황	180
〈부표 1-12〉 공동생활가정 현황	182
〈부표 1-13〉 직업재활시설 현황	184
〈부표 1-14〉 종합시설 현황	186

그림 목차

[그림 1-1] 정신장애 일 년 유병률, 평생 유병률(2006년, 2011년, 2016년)	14
[그림 1-2] 본 연구의 분석틀	17
[그림 1-3] 설문조사 및 심층면접 추진 절차	22
[그림 3-1] 주요 국가의 인구 10만 명당 정신재활 거주 서비스 정원	55
[그림 3-2] 주요 정신질환별 평생 유병률	60
[그림 3-3] 지역사회 중증 정신질환자 등록 관리율	61
[그림 3-4] 17개 시·도의 지역사회 정신보건 예산	96
[그림 3-5] 주요 선진국의 정신보건 예산	97
[그림 3-6] 주요 국가의 인구 10만 명당 정신보건 전문인력	99
[그림 4-1] 고용된 정신과 의사, 등록된 심리사와 정신건강 전문간호사의 임상 분야 FTE (인구 10만 명당)	111
[그림 4-2] 국가 정신건강 전략(National Mental Health Strategy)의 우선순위와 성과	113
[그림 4-3] 제5차 계획 내 신규 조직 및 각 조직의 역할	114
[그림 5-1] 중증 정신질환자에 대한 케어 매니지먼트	138

Abstract <<

Reinforcing the Community Mental Health Care Systems in Korea

– Focusing on Community Care for Severe Psychiatric Disorders

Project Head: Lee, Sangyoung

The Korean government has been emphasizing the importance of developing the effective community care systems for patients with severe psychiatric disorders. It imposed more stringent conditions for compulsory hospitalizations by enforcing the “The Act on the Promotion of Mental Health and the Support for Welfare Services for Mental Patients” in May 30th, 2017, and it is trying to develop new community care models for mental patients.

In this context, the study analyses the current status and policy issues of mental health care systems at community levels and tries to develop the policy measures to provide effective community care services for mental health patients.

The study proposes the enhancement of manpower and financial supports for the local mental health and welfare centers, the establishment of effective service delivery systems and

Co-Researchers: Chae, Sumi · Jun, Jina · Yun, Simon · Cha, Miran · Jeong, Jinwook · Yoon, Jangho · Kim, Youngwoo · Kim, Juhye

2 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 : 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

promotion of community participations. In particular, it emphasizes the development of various types of care programs to meet the needs of mental patients and their families, the improvement of quality of services, and the strengthening of the linkages among services providers at community.

1. 연구의 배경 및 목적

최근 우리나라는 중증 정신질환자의 인권 보호와 삶의 질 향상, 지역사회 재활 촉진 등을 위해 정신의료기관이나 정신요양원 등 시설에서의 보호보다는 지역사회에서의 중증 정신질환 관리를 강조하고 있다. 특히, 2017년 5월 30일 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 “정신건강복지법”이라 한다) 시행을 통해 정신의료기관 등에 대한 비자의적 입원·입소 요건을 강화함과 동시에 중증 정신질환자에 대한 지역사회에서의 복지 서비스 지원을 강화하고자 노력하고 있다.

이와 함께 2018년에 들어 정부는 정신질환자에 대한 커뮤니티 케어를 보건복지 분야의 주요 정책과제로 설정하고 지역사회 실정에 맞는 케어 모형을 개발·추진하고자 하고 있으며, 2018년 7월 23일에는 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 방안을 발표하고 지속적 치료 및 지원이 반드시 필요한 퇴원 정신질환자에 대해 지역사회 관리를 강화해 나갈 예정이다.

이러한 정책적 맥락하에서 본 연구는 현행 우리나라의 지역사회 정신질환 관리체계의 문제점을 진단하고, 중증 정신질환자에 대한 지역사회 서비스 전달체계 확충, 지역사회 중증 정신질환 관리 및 지원 프로그램 개발과 서비스의 질 향상, 서비스 공급 주체 간 업무 및 서비스 연계 강화, 서비스 공급 주체의 역량 강화 및 전문성 제고 등의 측면에서 다양한 정책 대안을 제시하는 데 목적을 두고 있다.

2. 주요 연구 결과

중증 정신질환자에 대한 지역사회 정신건강복지 서비스 강화를 위해서는 지역사회에서의 효과적 서비스 전달 및 지역사회 자원 활용 강화, 중증 정신질환자 관리·지원 프로그램 강화 및 서비스의 양적·질적 수준 제고, 서비스 공급 주체 간 업무 연계 네트워크 강화, 서비스 제공기관의 역량 및 전문성 제고 등의 전체적인 정책 방향하에 세부적인 대책이 마련되어야 한다.

우선 첫 번째 정책 방향으로서 지역사회에서의 효과적 서비스 전달 및 지역사회 자원 활용 강화를 위해서는, 정신의료기관에서의 사례 관리를 도입하는 방안과 독거 중증 정신질환자에 대한 생활 관리 담당 인력을 개발·배치하는 방안에 대해 검토해 볼 필요가 있다. 아울러, 사회적 협동조합 등 다양한 지역사회 서비스 제공 모형 개발과 이를 활성화하기 위한 정부의 지원이 강화될 필요가 있다. 특히 지역사회 관리에 대한 환자 본인의 참여 의지를 증대하기 위하여 다양한 지원 대책을 마련하고 지역사회의 다양한 주민 자치 조직 등의 자원을 적극 활용하는 방안을 마련할 필요가 있다.

두 번째 정책 방향으로서 중증 정신질환자 관리·지원 프로그램 강화 및 서비스의 양적·질적 수준 제고를 위해서는, 중증 정신질환자 가족에 대한 사회·경제적 지원을 강화할 필요가 있다. 중증 정신질환자의 지역사회 관리는 기본적으로 가족의 돌봄 부담 증가를 전제로 한다는 점에서 환자 돌봄을 위한 가족의 역량을 제고할 수 있는 지원 대책이 마련될 필요가 있다. 이와 함께 다학제 방문 관리 강화, 응급개입 프로그램 강화, 중증 정신질환자의 여가시간 활용 지원 및 단기 보호 프로그램 마련, 인근 주민에 대한 이해 증진 프로그램 개발 등 다양한 노력이 기울여져야 한다.

세 번째 정책 방향으로서 서비스 공급 주체 간 업무 연계 네트워크 강화를 위해서는, 사례 관리 수행 과정에서 발생할 수 있는 업무 및 서비스 연계의 단절 방지 대책 마련, 외래환자에 대한 의료기관 및 정신건강복지센터 간 정보 공유 강화, 생활권에 기초한 서비스 공급 주체 간 기능적 네트워크 구축, 광역·기초 정신건강복지센터와 정신재활시설 등 간의 연계 강화가 필요하다.

마지막으로 서비스 제공기관의 역량 및 전문성 제고와 관련하여서는, 지역 정신건강복지센터의 전문인력 및 사업 예산 확충과 함께 정신건강복지사업에 대한 성과 기반 관리의 강화가 필요하다. 지금까지 정신건강복지사업의 성과에 대한 평가는 주로 양적 실적 위주로 이루어져 왔으나 향후 관리 대상자에게 발생한 최종적인 건강 성과를 기준으로 평가를 강화할 필요가 있다.

3. 결론 및 시사점

지역사회는 중증 정신질환자가 삶을 영위하는 공간 또는 환경으로서의 의미뿐 아니라 환자의 다양한 욕구를 충족시키기 위한 포괄적 의미에서의 서비스 공급 주체이기도 하다.

따라서 정신질환자에 대한 지역사회 관리를 위해서는 우선 정신질환자가 생활하는 지역사회를 보다 정신질환자 친화적인 환경으로 바꾸어 나가는 노력이 필요하다. 정신질환자들이 가족이나 지역사회 구성원과의 유대관계가 단절된 상태로 고립된 생활을 유지한다면 진정한 의미의 지역사회 관리가 이루어질 수 없다.

다른 한편으로는 지역사회가 서비스 공급 주체로 기능하기 위해서는 지역사회 내에 정신질환자들이 가진 욕구를 충족시킬 수 있는 다양한 서

비스 공급 기반과 전달체계가 갖추어져야 한다.

이런 측면에서 지역사회 중증 정신질환자 관리의 강화를 위해서는 지역사회에서의 서비스 공급 기반 확충, 효과적 서비스 전달체계 구축, 지역사회의 참여 확대 등이 필수적이며, 이를 위해서는 사회적 책임성에 기반을 둔 지역 친화적이고 현장 밀착적인 서비스 제공체계 구축과 환자를 가장 가까이에서 돌보는 가족에 대한 지원 강화 등의 정책이 수반되어야 한다.

특히, 중증 정신질환자에 대한 체계적 관리는 환자 본인뿐 아니라 사회적으로도 긍정적인 편익을 발생시킨다는 점을 고려하면 사회적 연대와 책임성의 증대가 절실히 요구된다. 정신질환은 개인의 문제라는 인식과 정신질환자를 회피의 대상으로만 간주하는 태도를 벗어나 지역사회가 공동으로 대처해야 할 사회적 과제라는 인식이 필요하다. 이런 측면에서 정신질환자 가족 등 보호자가 담당하는 사회적·경제적·정신적·심리적 부담을 국가와 지역사회가 분담하는 노력이 필요하다. 환자 돌봄 부담을 가족에게만 전가해서는 지역사회 중증 정신질환 관리가 성공적으로 추진될 수 없다. 가족의 돌봄 부담 증대를 최소한으로 하고 그 나머지를 공공 부문이 담당하도록 하는 노력이 필요하며, 이를 위한 공공 부문의 돌봄 기능 확대가 필수적으로 뒷받침되어야 한다.

특히 다음과 같은 측면을 고려하여 가족의 돌봄 역량 강화와 “가족을 일으켜 세우기” 위한 공공 부문의 적극적 지원이 이루어져야 한다. 첫째, 환자를 돌보는 과정에서 경제적 어려움을 겪거나 가족 구성원 간 정서적·심리적 유대가 붕괴되는 가족이 많다는 점에서 환자뿐 아니라 가족도 정신질환의 또 다른 희생자일 수 있다는 점이다.

둘째, 정신질환 발생에는 다양한 요인이 개입되어 있는데, 그 요인의 일부가 가족 내에 잠재된 경우가 있다는 점이다.

셋째, 공공 부문이나 민간 부문에서 다양한 서비스를 제공하고 있으나 재가(在家) 환자의 가장 가까이에서 일상적인 돌봄 서비스를 제공하는 사람은 가족일 수밖에 없다는 점이다.

이러한 측면에서 볼 때 정신질환자를 돌보는 데 필요한 지식의 습득 및 역량 강화와 더불어, 무너진 구성원 간 유대, 악화된 경제적 상황, 정서적·심리적 부담을 가족들이 극복할 수 있도록 지원해야 할 필요가 있다.

이러한 지원은 환자나 가족에 대한 지원 그 자체로서의 의미만을 가지는 것이 아니라 가족이 정신질환자를 소홀하게 돌본다거나 방임하는 일을 방지하는 결과를 가져 온다는 점에서 가장 효과적인 예방적 접근이기도 하다.

한편, 중증 정신질환자에 대한 지역사회 관리에서 관건은 지역사회에서의 의료적 치료, 재활훈련, 지역사회 내 거주 등의 서비스가 환자의 욕구에 따라 효과적으로 제공되도록 하는 것이다. 이를 위해서는 지역사회 주민과의 융화, 지역 주민의 심리적·정서적 지지 등이 필수적이다. 치료 및 재활훈련 등은 전문적인 서비스 제공기관이 담당한다고 하더라도, 그 밖의 서비스 제공을 위해서는 다양한 지역 자원의 활용과 주민의 참여를 유도할 수 있는 관리 모형 및 서비스 제공 방식이 개발되어야 한다. 특히 사회 적응훈련을 위한 문화, 예술, 생활체육 등 다양한 영역의 서비스를 효과적으로 제공하기 위한 통합 프로그램도 마련될 필요가 있다.

다른 한편으로는 비자의적 입원 요건이 강화되면서 지역사회에 중증도가 높은 정신질환자가 증가함에 따라 이들의 지속적 치료 욕구를 충족시킬 수 있는 인프라와 제도적 장치가 강화될 필요가 있다. 지역사회 내에서 요구되는 서비스를 지역 내에서 자체적으로 충족시킬 수 있는 인프라 구축이 필요하며, 지역 내 서비스 공급 자원이 부족할 경우 다른 지역의 공급 자원과 연계하는 노력도 필요하다. 특히, 개별 지역사회 단위별로

모든 종류의 서비스에 대해 자체적인 서비스 공급 능력을 갖추는 것은 불가능하기 때문에 일부 지역 단위를 묶은 생활권 단위로 서비스 공급체계를 구축하는 것도 검토될 필요가 있다.

지역사회 중증 정신질환 관리에 있어서 또 하나의 중요한 과제는 현장 밀착형 서비스 제공과 서비스의 질에 기반을 둔 성과 관리 강화이다. 현장을 중심으로 한 정신질환자 발굴, 의료 및 복지 서비스 제공 등을 위한 지역사회 관리체계가 강화되어야 한다.

아울러 지금까지 양적 실적을 위주로 한 성과 관리가 이루어져 왔다는 점을 고려할 때 정신질환자의 중증도 개선, 반복적 입원·퇴원 방지 등 환자에게 발생한 건강 성과를 바탕으로 한 성과 관리를 강화할 필요가 있다.

한편, 중증 정신질환자의 특성상 응급 상황에 대응한 조치와 스트레스 관리, 복약 관리 등이 무엇보다 중요하다. 응급 상황 발생 시의 이송, 입원 등이 효과적으로 이루어질 수 있도록 정신의료기관, 경찰, 119, 정신건강복지센터 등 간의 연계·협조체계가 강화되어야 한다. 아울러 조현병 등 정신질환자들의 철저한 복약 및 스트레스 관리는 질환의 중증도 증가 및 만성화에 핵심적인 요인이라는 점에서 이를 위한 관리체계가 강화되어야 한다.

*주요 용어: 중증 정신질환자, 정신건강복지법, 정신건강복지센터, 사례 관리

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 필요성

제2절 연구 목적

제3절 본 연구의 분석틀

제4절 연구 방법

제5절 선행연구 고찰

제1절 연구의 배경 및 필요성

최근 주요 선진국을 중심으로 정신질환자의 인권 보호, 삶의 질 향상, 재활 촉진 등을 위해 시설에서의 보호보다는 지역사회에서의 정신건강 관리가 중요시되고 있다. 우리나라도 이러한 추세에 발맞추어 정신의료 기관 입원 및 시설 수용 중심의 정신질환 관리보다 지역사회 관리를 강조하는 탈시설화 정책을 지속적으로 추진해 왔다.

특히, 2017년 5월 30일 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 “정신건강복지법”이라 한다) 시행을 통해 정신의료 기관 및 정신요양원에 대한 정신질환자의 비자의적 입원·입소 요건을 강화하였으며, 최근에는 지역사회에서의 정신질환자 관리를 골자로 하는 “커뮤니티 케어”를 보건복지 분야의 주요 정책과제로 추진하고 있다(보건복지부, 2018. 6. 7.). 정신질환자의 비자의적 입원·입소 요건을 강화한 것은 정신질환자의 인권 보호가 주된 이유지만 이는 결국 정신질환자에 대한 지역사회 관리가 강화되어야 한다는 것을 의미한다.

그러나 이러한 탈시설화와 지역사회 관리 강화가 성공적으로 추진되기 위해서는 가장 우선적으로 지역사회에서 중증 정신질환자를 적절히 관리할 수 있는 역량이 갖추어져야 한다. 이때의 지역사회는 중증 정신질환자가 생활하는 공간적·기능적 삶의 터전으로서의 의미뿐 아니라 정신질환자에 대한 서비스 공급 주체로서의 의미를 가진다.

지역사회가 이러한 정신질환자의 삶의 터전으로서의 의미와 서비스 공

급 주체로서의 기능을 충실히 수행하기 위해서는 지역사회 내에서의 중증 정신질환자에 대한 사회적 지원, 서비스 공급체계 개편, 지역 주민의 참여 등이 필수적이다. 특히 중증 정신질환자에 대한 지역사회 관리를 위한 사회적 지원 강화는 중요한 의미를 가진다. 탈시설화에 따른 지역사회 전환이 이루어질 경우 가족의 돌봄 부담이 증가할 가능성이 높기 때문에 가족의 돌봄 부담을 경감할 수 있는 사회적 지원이 강화되어야 한다. 그렇지 않으면 지역사회에서의 환자 돌봄에 대한 책임이 가족에게만 전가되어 돌봄 부담을 수용하기 어려운 가족의 경우 환자 관리에 소홀해질 가능성이 높다.

또한 정신질환자에 대한 서비스 공급체계의 개편도 필수적이다. 지역사회 내에서 정신질환자가 가진 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 서비스 공급망을 확보하되, 서비스 공급 주체 간 연대 강화를 통해 서비스의 결핍과 중복이 발생하지 않도록 해야 한다.

아울러 정신질환자에 대한 서비스 공급에 있어 지역 주민의 참여가 필요하다. 지역사회 관리가 효과적으로 이루어지기 위해서는 지역 주민과의 심리적·정서적 융화, 협력적 사회활동 및 활동 공간의 공유, 생활 양식의 통합 등이 이루어져야 한다. 가족 또는 공동생활가정 등에 거주하더라도 지역 주민으로부터 고립되어 있다면 지역사회 관리가 실질적인 효과를 얻기 어렵다.

그러나 현재 우리나라는 지역사회 정신질환자 관리를 위한 시설·인력·예산 등의 인프라가 미흡하고, 사회적 지원 및 주민과의 통합을 위한 프로그램이 미흡하다. 또한 서비스 공급 주체 간의 역할 분담이 미흡하고 서비스 공급이 주체별로 분절화되어 있으며, 각각의 서비스들이 지역사회 관리라는 전체적인 프레임 내에서 구조화되지 못한 것이 현실이다.

한편, 중증 정신질환의 특성상 환자의 지역사회 정착을 위해서는 정신

질환자의 체계적인 의료 이용과 철저한 복약이 필수적으로 이루어져야 한다. 그러나 적절한 의료 이용과 복약 관리, 상담 및 사례 관리 등의 체계적인 지역사회 관리가 미치지 못하는 사각지대가 광범위하게 존재한다.

우리나라는 특히 높은 정신질환 유병률에도 불구하고 적절한 관리를 받지 않는 환자들이 많다. 정신의료기관에서의 진료뿐 아니라 정신건강 복지센터나 각종 정신재활시설 등의 사례 관리 및 재활 서비스를 적절히 이용하지 않는 경우가 많다. 우리나라의 정신질환 평생 유병률은 2016년 25.4%에 이르지만(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.47) 정신건강증진 서비스 이용률은 2017년 22.2%에 불과하다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.31). 이는 미국 39.2%, 호주 34.9%, 뉴질랜드 38.9% 등에 비하면 매우 낮은 수준이다(관계부처합동, 2016, p.2). 더욱이 퇴원환자 중 정신건강복지센터 등 지역사회재활기관이나 정신재활시설에 등록·관리되는 환자의 비율은 19.1%에 불과한 것으로 나타나고 있다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.138).

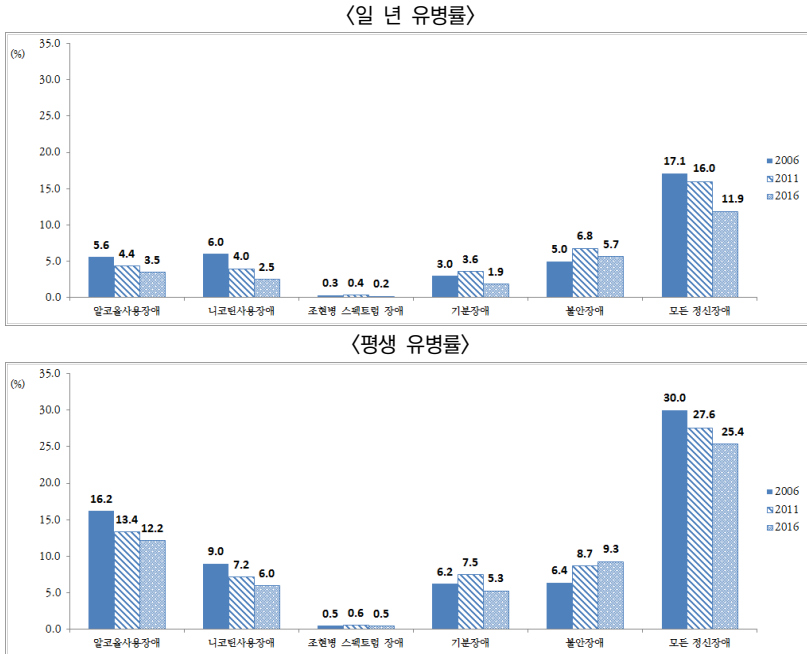
지역사회에서의 관리가 체계적으로 이루어지지 못함에 따라 정신의료기관 퇴원 후 1개월 이내에 재입원하는 비율도 높다. 퇴원 후 1개월 이내에 같은 병원에 입원하는 비율은 21.6%, 다른 병원에 입원하는 비율은 13.4%로 나타나고 있다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.70).

이러한 측면을 종합적으로 고려할 때 중증 정신질환자에 대한 사회적 지원, 서비스 공급체계, 지역 주민과의 융화 등의 측면에서 우리나라 지역사회 정신건강 관리체계의 문제점을 진단하고 개선 방안을 모색하기 위한 연구가 필요하다.

14 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 : 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

[그림 1-1] 정신장애 일 년 유병률, 평생 유병률(2006년, 2011년, 2016년)

(단위: %)



자료: 통계청 홈페이지.(2017. 9. 15.) 정신질환실태조사- 정신장애 일 년 유병률, 정신질환 평생 유병률.
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=TX_117_2009_HB025&co nn_path=12 에서 2018. 9. 21. 인출함.

한편, 현재 우리나라의 지역 단위에서 이루어지고 있는 정신건강 증진 사업에는 중증 정신질환 관리사업, 아동청소년 정신건강사업, 자살 예방 사업, 지역 정신건강 증진사업, 중독 통합관리 지원사업 등이 있다.

그러나 이 사업들이 제공하는 서비스의 내용이나 서비스 제공체계 등이 각기 나름대로의 특성을 가지고 있어서 이들을 한꺼번에 모두 다룰 경우 연구 범위가 지나치게 넓어질 우려가 있기 때문에 일부 주제로 연구 범위를 좁혀서 집중적인 분석을 시도할 필요가 있다.

이러한 전제하에 최근의 커뮤니티 케어에 대한 정책적 인식 증대와 함

게 지역사회 중증 정신질환 관리에 대한 사회적 관심이 증대되고 있고, 탈시설화 및 지역사회 관리 강화의 주된 대상이 중증 정신질환자라는 점에서 본 연구는 주된 연구 주제를 지역사회 중증 정신질환자 관리로 설정하였다.

본 연구에서 다루지 않은 아동·청소년 정신건강사업, 지역 정신건강 증진사업, 자살 예방사업, 중독 통합관리 지원사업 등에 대해서는 별도로 연구가 추진할 필요가 있다.

제2절 연구 목적

본 연구는 현행 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계의 문제점을 분석하고, 수요자의 욕구에 부응하는 중증 정신질환 관리 서비스를 효율적으로 제공할 수 있는 인프라 및 제도적 기반 확충 방안을 마련하는데 목적을 두고 있다. 이를 위한 구체적인 사항들은 다음과 같다.

첫째, 정신건강 서비스 제공을 위한 공공 부문의 인력 및 예산, 서비스 전달체계, 연계 등의 측면에서 서비스 공급체계 운영 현황과 문제점을 분석하여 지역사회의 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 확충을 위한 기초자료를 제공한다.

둘째, 정신질환자의 탈시설화 촉진을 위한 정신재활시설 인프라 확충 방안을 마련하기 위해 현재 우리나라의 정신재활시설 인프라 수준 및 수요를 분석한다.

셋째, 주요 국가의 국가 정신건강 관리체계와 지역 단위 서비스 전달체계를 분석하여 우리나라의 관련 제도 개선 및 인프라 확충을 위한 시사점을 도출한다.

넷째, 정신건강 서비스에 대한 욕구, 현행 서비스 공급체계의 문제점, 정신건강 관련 정책 여건 등을 종합적으로 고려하여 지역 단위 정신건강 서비스 공급체계 확충을 위한 기본 전략과 과제, 정책 대안 등을 마련하고 체계적인 지역사회 관리를 위한 제도적 개선 방안을 모색한다.

제3절 본 연구의 분석틀

본 연구 수행을 위해 현행 지역사회 중증 정신질환 관리의 현황과 문제점을 서비스 공급체계 측면, 프로그램 및 서비스 측면, 연계 네트워크 측면, 전문인력 및 예산 측면에서 분석하고자 하였다.

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 측면에서는 환자에게 접근하기 위한 다양한 서비스 공급 모형 부족과 지역사회 중증 정신질환 관리의 사각지대 존재에 중점을 두어 문제점을 분석하였다.

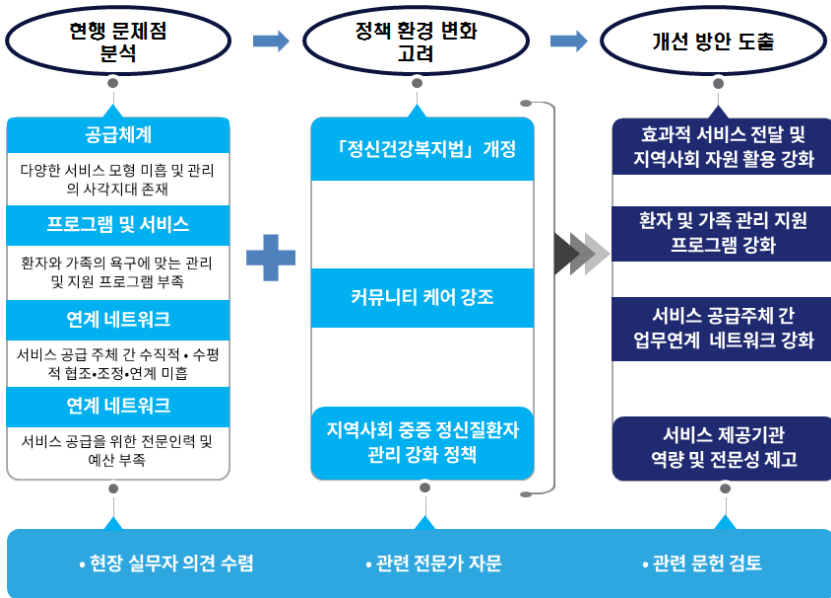
지역사회 중증 정신질환 관리 프로그램 측면에서는 현재의 프로그램 및 서비스가 환자 및 가족의 욕구를 충족시킬 수 있도록 다양하게 개발·추진되고 있는지에 중점을 두고 문제점을 분석하였다. 특히 중증 정신질환자는 여러 영역에 걸친 욕구를 복합적으로 가진 경우가 많기 때문에 이러한 욕구를 효과적으로 충족시킬 수 있도록 사례 관리 프로그램 등이 개발·추진되고 있는지 등에 중점을 두었다.

업무 및 서비스 연계 네트워크 측면에서는, 개별 서비스 공급 주체가 중증 정신질환자가 가진 다양한 욕구를 동시에 모두 충족시킬 수 없기 때문에 서비스 공급 주체 간 연계가 필수적이라는 점을 고려하여 이러한 연계가 원활하게 이루어지 못하도록 하는 제도적 장애 요인이나 문제를 분석하였다.

전문인력 및 예산 등 자원 측면에서는 주요 선진국과의 비교와 우리나라의 정책 현실을 고려한 전문인력 부족 문제 등에 중점을 두고 분석하였다.

이러한 문제점에 대한 분석을 바탕으로 정신건강복지법 시행, 커뮤니티 케어, 지역사회 중증 정신질환 관리 강화 시책 등에 의해 조성된 정책 환경과 주요 정책과제 등을 반영하여 향후 지역사회 중증 정신질환 관리의 개선 방향을 모색하고 이에 따른 정책과제 및 개선 방안을 도출하고자 하였다.

[그림 1-2] 본 연구의 분석틀



제4절 연구 방법

1. 선행연구 및 기초자료 검토

본 연구의 수행을 위하여 지역사회 중증 정신질환 관리에 관한 선행연구 결과를 검토하였다. 특히, 보건복지부의 『2018년 정신건강사업안내』, 보건복지부 및 국립정신건강센터의 『국가 정신건강현황 예비조사 결과보고서』(제2차, 제3차), 『지역사회 정신보건사업 평가편람』과 2016년 관계부처합동 발표 자료인 『행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책』 등을 중점적으로 참조하였다. 이외에도 지역사회에서의 중증 정신질환 관리에 관한 다양한 보고서 및 논문 등을 참고로 하였다.

2. 전문가 자문회의

본 연구의 추진 과정에서 지역사회 정신질환 관리체계와 관련한 문제점 도출 및 정책 대안 개발을 위해 현장 실무자, 학계, 정책 담당자 등 다양한 전문가와의 자문회의를 개최하였다. 특히 본 연구에서는 지역사회 중증 정신질환 관리체계의 문제점 분석 및 개선 방안 모색을 위해 광역 및 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설 관계자, 정신의료기관 관계자 등에 대한 설문조사와 심층면접을 실시하였는데, 설문지 개발 및 제안된 정책 대안의 타당성, 실현 가능성, 기대 효과 등에 대한 의견 수렴을 위해 여러 차례의 자문회의를 개최하였다.

3. 지역사회 정신건강 관련 시설 이용자 면담

본 연구 수행을 위해 공동생활가정 등 정신재활시설의 일부 이용자 등을 면담하였는데, 환자에 대한 직접적인 면담보다는 시설 관계자들을 통한 간접적인 면담을 실시하였다. 즉, 연구자가 시설 관계자를 통해 질문하는 방식을 채택하였는데, 질문의 내용은 서비스에 대한 만족도나 공동생활가정 내에서의 일상 활동 실태 등 매우 간단한 내용으로 국한하였다. 환자의 상태, 시설에 입소하게 된 경위나 보호자, 시설에서의 서비스 내용 등은 시설 관계자를 통해 파악하였다.

4. 외국 사례 자료 수집

일본, 호주 등 주요 국가의 지역사회 중증 정신질환자 관리에 대한 자료 수집을 위해 현지 출장을 실시하였다. 호주 빅토리아주(Victoria State)의 자료 수집을 위해서는 2018년 2월 멜버른(Melbourne)내의 빅토리아 주정부를 방문하여 빅토리아주의 지역사회 정신건강 관리에 대한 논의와 함께 관련 자료를 수집하였다. 일본의 자료 수집을 위해서는 2018년 4월 동경도 나가노구 정신장애자지원센터, 이다바시구 보건소, 정신보건복지센터 등을 방문하여 일본의 지역사회 정신장애자에 대한 정신건강 관리 및 복지 서비스 지원 현황에 대한 자료를 수집하였다. 미국의 지역사회 정신건강 관리에 대한 자료는 현지의 정신건강 관련 전문가에게 원고 작성을 의뢰하여 수집하였다.

5. 현장 실무자 심층면접조사(in-depth interview) 및 설문조사

지역사회 중증 정신질환자 관리 현황 및 문제점 파악과 개선 방안 마련을 위해 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리사업 담당자 등을 대상으로 개별 심층면접과 설문조사를 실시하였다. 심층면접조사는 병원급 및 의원급 정신의료기관, 광역 및 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설 등을 대상으로 실시하였으며, 조사표에 의한 설문조사는 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설을 대상으로 실시하였다. 정신재활시설 중에서 중독 관련 기관, 지역사회전환시설 등은 조사 대상에서 제외하였음을 밝혀 둔다.

심층면접조사를 위해서는 조사 대상 기관의 현황 파악 및 의견 수렴 등을 위한 항목을 사전에 설정하였으며, 조사표에 의한 설문조사를 위해서도 사전에 선행연구 분석과 여러 차례의 자문회의 등을 통해 조사표를 개발하였다.

심층면접은 조사 대상 기관의 중증 정신질환 관리사업 실무자들과의 면담을 통해 이루어졌으며, 조사표에 의한 설문조사는 인터넷을 통해 이루어졌는데, 조사 대상 기관의 중증 정신질환자 관리 담당자 1명이 대표적으로 응답하도록 하였다. 다만, 조사표를 작성할 때 필요하면 대상 기관의 관련자와 상의하여 작성하도록 하였다.

가. 조사 절차

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 현황 파악을 위한 실태 조사와 심층면접조사는 다음과 같은 절차를 거쳐 실시되었다.

- 1단계: 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 조사계획 수립

- 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 설문조사 및 심층면접 내용 개발
- 설문조사 및 심층면접조사 대상, 추진계획 일정, 조사 방법 등에 대한 계획 수립

○ 2단계: 조사 대상 기관 선정

- 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계에 관한 설문조사 및 심층면접 대상 기관 선정
- 조사표에 의한 설문조사는 기관 수가 적거나 조사표에 의한 설문조사에 현실적인 제약이 있는 기관을 제외하고 기초 정신건강복지센터와 정신재활시설에 대해 실시
- 조사표에 의한 설문조사로는 파악하기 어려운 사항 등을 고려하여 심층면접조사를 실시하였는데, 조사표에 의한 설문조사 대상 기관을 포함하여 정신의료기관, 광역 정신건강복지센터, 정신요양원 등을 대상으로 실시
- 즉, 조사표에 의한 설문조사는 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설, 심층면접조사는 정신의료기관, 광역 및 기초 정신건강복지센터, 정신요양시설, 정신재활시설 등에 대해 실시

○ 3단계: 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 조사 실시 및 분석

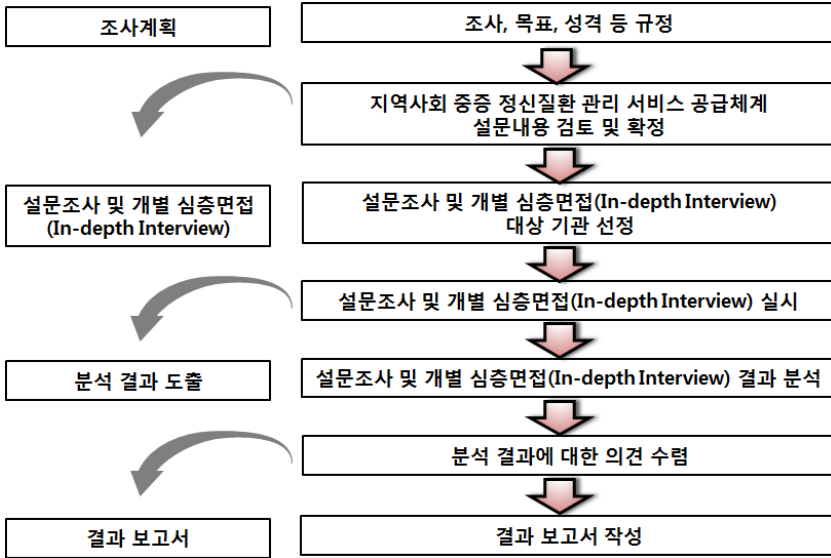
- 설문조사 자료 수집 및 조사 결과 분석

○ 4단계: 연구진 및 전문가 회의 실시

- 분석 결과에 대한 의견 수렴 등을 위한 회의 개최

○ 5단계: 조사 결과 분석 및 보고서 작성

[그림 1-3] 설문조사 및 심층면접 추진 절차



나. 조사 내용

광역 및 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설 등의 일반 현황은 선행 연구나 관련 보고서 등에서 일정 부분 가져올 수 있기 때문에 본 연구의 조사에서는 가능한 한 일반적인 현황을 파악하기 위한 문항을 줄이고 지역사회에서의 정신질환 관리와 관련한 문제점 및 개선 방안에 대한 의견 파악을 중심으로 설문 문항을 구성하였다(구체적인 내용은 부록의 조사표 참조).

이러한 문항 개발을 위해 사전에 여러 차례에 걸쳐 기초 정신건강복지센터 및 정신재활시설 등의 현장 실무자 면담과 관련 전문가와의 자문회의 등을 거쳤다.

기초 정신건강복지센터에 대한 조사에서는 중증 정신질환자 등록·관

리 현황으로서, 정신의료기관에서 퇴원 사실을 통보받은 환자 수, 정신건강복지센터에서의 관리에 대해 동의하는 환자의 비율 등을 조사 내용에 포함시켰다. 최근 정부에서는 정신의료기관 퇴원 시 본인의 동의 없이도 퇴원 사실을 정신건강복지센터에 통지하여 사례 관리를 받도록 할 예정이라고 밝히고 있는데(보건복지부, 2018. 7. 23.), 이 문항을 통해 실제 정신의료기관 퇴원환자 중 정신건강복지센터로 퇴원 사실이 통지된 환자가 어느 정도이며, 그중 어느 정도 환자가 정신건강복지센터의 관리에 대해 동의하는지 실태를 파악하고자 하였다.

사례 관리와 관련하여서는 다른 분야 사례 관리와의 연계 현황 등에 중점을 두고 문항을 구성하였으며, 정신의료기관에서 사례 관리를 실시한다고 가정할 경우 이에 대한 의견을 파악하기 위한 내용도 포함시켰다.

업무 및 서비스 연계와 관련하여서는 정신의료기관과의 연계, 정신재활시설과의 연계, 광역 정신건강복지센터와의 연계 등을 파악하기 위한 내용으로 문항을 구성하였다. 특히 정신의료기관과 정신건강복지센터 간 연계 강화에 대한 의견을 파악하기 위한 문항을 포함하였다.

광역 정신건강복지센터와의 연계와 관련하여서는 광역 정신건강복지센터가 기초 정신건강복지센터에 대해 자원 연계, 정보 중계, 업무 조정 및 연계 기능을 담당하도록 하는 것에 대한 의견을 묻는 문항을 포함시켰다.

이 외에 위기 개입 및 지원, 가족에 대한 지원, 지역사회 자원 활용 및 지원 등과 관련한 내용을 조사 문항에 포함시켰다.

24 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 : 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

〈표 1-1〉 조사표에 의한 설문조사의 주요 내용(기초 정신건강복지센터)

구 분		주요 내용
일반 현황		- 센터 운영 형태(직영, 위탁) - 중증 정신질환 관리 담당 전문인력 - 중증 정신질환자 등록자 수 - 등록 중증 정신질환자 중 사례 관리 참여자 비율
중증 정신질환자 관리 현황		- 등록환자의 등록 시 연계 경로 - 정신의료기관으로부터 퇴원 사실을 통지받은 연간 환자 수 및 비율 - 정신건강복지센터의 관리에 동의하는 환자 비율 - 등록환자 중 외래치료 명령을 받은 환자 - 중증 정신질환자 중 독거환자의 비율 - 중증 정신질환자 관리를 위한 인력에 대한 희망 증원 규모 - 정신건강복지법 시행 이후 등록 중증 정신질환자 수의 변화
사례 관리 및 재활 프로그램		- 사례 관리 서비스 계획(ISP) 수립 시 정신과 의사의 정신의학적 평가 반영 - ISP에 따른 중증 정신질환자 관리 정도 - 정신의료기관에서 사례 관리를 실시한다고 가정할 경우 이에 대한 의견 - 정신과 전문의와 정신건강복지센터 전문요원 간에 의견 교환 절차 마련에 대한 의견 - 다른 분야 사례 관리와의 중복 경험 - 다른 분야 사례 관리로의 연계 경험
업무 및 서비스 연계	정신의료 기관과의 연계	- 정신의료기관과 정신건강복지센터의 연계 강화의 필요성 - 외래환자 관리에 있어서 정신의료기관과 정신건강복지센터 간 정보 연계의 필요성
	정신재활 시설과의 연계	- 중증 정신질환자 관리에 있어 연계를 가장 많이 실시하는 기관 - 정신의료기관 및 정신재활시설이 충분한지에 대한 의견 - 가장 많이 부족한 정신재활시설 - 정신재활시설 부족으로 다른 지역으로 환자를 연계한 경험 - 중증 정신질환자를 단기(2-3일, 일주일 등)로 보호하는 시설의 필요성
	광역 정신건강 복지센터와의 연계	- 고난이도 사례 관리를 광역 정신건강복지센터에 의뢰하는 방안에 대한 의견 - 광역 정신건강복지센터가 기초 정신건강복지센터에 대해 자원 연계, 정보 중개, 업무 조정 및 연계 등을 실시하는 방안에 대한 의견 - 광역 정신건강복지센터의 기초 정신건강복지센터에 대한 컨설팅 기능 강화에 대한 의견 - 광역 정신건강복지센터의 교육 프로그램에 대한 만족도 - 광역 정신건강복지센터의 교육자료 및 홍보물 개발·지원에 대한 만족도 - 광역 정신건강복지센터의 회의체 운영에 대한 만족도
위기 개입 지원		- 응급입원 연간 사례 수 - 응급입원 시 경찰 및 소방의 협조 정도 - 응급입원을 위한 정신의료기관과의 협조체계 구축 여부 - 응급입원 의료기관 지정에 대한 의견 - 응급입원 환자에 대한 비용 지원의 필요성

구 분	주요 내용
중증 정신질환자 가족에 대한 지원	- 가족에 대한 지원 프로그램 종류 - 가족 구성원 간 정서적·심리적 유대관계 회복을 위한 프로그램의 필요성
지역사회 자원 활용 및 지원	- 지역사회 주민 자치 조직 활용 정도 - 지역주민의 정신질환에 대한 이해도 증진 및 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램의 필요성

정신재활시설에 대한 설문조사에 대해서는 기관의 일반 현황, 입소자 및 이용자의 주된 입소·이용 경로, 다른 기관으로의 연계, 해당 지역에서의 재활시설 충분 여부, 주민에 대한 이해 증진 프로그램의 필요성, 단기 보호 시설·프로그램의 필요성 등으로 조사 내용을 구성하였다.

〈표 1-2〉 조사표에 의한 설문조사 주요 내용(정신재활시설)

구 분	주요 내용
입소생활시설	- 시설 소재지 - 입소자 수 - 입소자들의 평균 입소기간 - 입소 대기 - 주된 입소 경로 - 입소자들에게 가장 필요한 서비스 - 시설에서의 사회기술훈련, 직업재활훈련, 상담, 사례 관리 등이 충분히 이루어지는지 여부 - 지역사회의 원활한 정착을 위해 필요한 최소한의 재활기간 - 퇴소 시 기관 연계 여부 및 주된 연계 대상 기관 - 지역 사회 연계 시 대상 기관이 충분하지 여부 - 퇴소 시 정신건강복지센터에 퇴소 사실을 통보하여 적절한 관리를 받도록 하는 것에 대한 의견 - 퇴소자 및 보호자들이 연계되기를 희망하는 기관
주간재활시설	- 시설 소재지 - 월평균 이용자 현황 - 지역사회의 원활한 정착을 위해 필요한 최소한의 재활기간 - 시설에서의 평균 재활훈련 기간 - 대기 이용자 - 다른 기관과의 연계 정도 및 주된 대상 기관 - 이용자가 시설을 이용하게 된 경로 - 지역 주민을 대상으로 한 이해 증진 프로그램 운영의 필요성 - 해당 지역 내 정신의료기관 및 재활시설이 충분하지 여부 - 중증 정신질환자를 단기(2-3일, 일주일 등)로 보호하는 시설의 필요성

26 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 : 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

구 분	주요 내용
공동생활가정	- 시설 소재지 - 입소자 수 - 평균 입소기간 - 입소 대기 현황 - 입소 경로 - 지역사회의 원활한 정착을 위해 필요한 최소한의 재활기간 - 퇴소 시 기관 연계 정도 및 주된 대상 기관 - 해당 지역 내 연계할 재활시설이 충분한지 여부 - 퇴소 시 정신건강복지센터에 퇴소 사실을 통보하여 적절한 관리를 받도록 하는 것에 대한 의견 - 지역 주민을 대상으로 한 이해 증진 프로그램 운영의 필요성 - 해당 지역 내 정신의료기관 및 재활시설이 충분한지 여부 - 퇴소자 및 보호자들이 연계되기를 희망하는 기관
직업재활시설	- 시설 소재지 - 월평균 이용 인원 - 지역사회의 원활한 정착을 위해 필요한 최소한의 재활기간 - 평균 재활기간 - 이용자 대기 현황 - 기관 연계 정도 및 주된 대상 기관 - 이용자가 시설을 이용하게 된 경로 - 직업 재활 후 취업 성공률 - 지역 주민을 대상으로 한 이해 증진 프로그램 운영의 필요성 - 해당 지역 내 정신의료기관 및 재활시설이 충분한지 여부 - 중증 정신질환자를 단기(2-3일, 일주일 등)로 보호하는 시설의 필요성
종합시설	- 시설 소재지 - 시설 유형 - 이용자 대기 현황 - 다른 기관과의 연계 정도 및 주된 대상 기관 - 이용자가 시설을 이용하게 된 경로 - 지역 주민을 대상으로 한 이해 증진 프로그램 운영의 필요성 - 해당 지역 내 정신의료기관 및 재활시설이 충분한지 여부 - 중증 정신질환자를 단기(2-3일, 일주일 등)로 보호하는 시설의 필요성

한편, 심층면접 항목으로는 정신질환자 등록 관리 및 모니터링 방안, 중증 정신질환자 프로그램 내용 및 순응도, 중증 정신질환자 지원체계, 복약 순응도 관리 등 중증 정신질환자 관리에 관한 사항과 정신의료기관과의 연계, 사례 관리 및 재활 프로그램 등의 내용을 점검 항목으로 하였다.

〈표 1-3〉 심층면접의 주요 내용(정신의료기관 및 광역 정신건강복지센터)

구분	주요 내용
정신질환자 관리	- 정신 정신질환자 등록 관리 및 모니터링 방안 - 중증 정신질환자 프로그램 내용 및 순응도 - 중증 정신질환자 지원체계 - 복약 순응도 관리
사례 관리 및 재활 프로그램	- 사례 관리 방법 및 사례 관리 계획 수립체계
정신의료기관 연계	- 정신과 1차 진료와 병원 연계체계 실태
네트워크 구축	- 정신질환 조기 발견 방안 - 정신질환 치료 연계체계 실태
위기 개입 지원	- 응급위기 상황 시 상담체계 실태 - 응급위기 상황 시 지원 연계체계 실태
복지 서비스 연계체계	- 지역정신건강복지센터, 사회복귀시설, 복지센터의 연계 체계 실태
지역사회 적응훈련	- 지역사회 적응훈련 방법 및 순응도 - 지역사회의 특별활동 및 지역사회 행사 참여
직업재활	- 일자리 사업 연계 실태 - 장애인 고용 지원사업 연계 실태
가족 지원체계	- 중증 정신질환자 가족의 상담 및 교육 지원체계 실태
업무 연계	- 서비스 공급 주체 간 업무 연계 실태 및 강화 방안
통합사례회의	- 지역 내 관련 기관들과의 사례회의 실태 - 지역 내 통합 서비스 제공 내용 및 실태

다. 조사 대상 등

기초 정신건강복지센터 및 정신재활시설을 대상으로 한 설문조사는 전국의 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리사업 담당자, 정신재활시설 실무자를 대상으로 하였다.

조사기간은 2018년 9월 10일부터 10월 12일까지이며, 웹 기반 조사 시스템(web-based survey)을 활용한 이메일(e-mail) 조사 및 방문조사를 병행 실시하였다. 설문조사를 위한 대상 기관 및 실제 조사 완료 시설 현황은 〈표 1-4〉와 같다.

28 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 : 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

〈표 1-4〉 설문조사 대상 기관

구 분		시설 수	최종 조사 완료 시설 수
계		549	296
기초 정신건강복지센터		222	142
정신재활시설	소계	327	154
	입소생활시설	16	6
	주간재활시설	96	77
	공동생활가정	182	56
	정신질환자 직업재활시설	11	6
	정신질환자 종합시설	22	9

주: 정신재활시설 중 지역전환시설, 중독자재활시설은 조사 대상에서 제외함.

심층면접조사는 2018년 9월 10일부터 10월 12일까지의 기간 중 실시되었으며 개별 심층면접 대상 기관 수는 〈표 1-5〉와 같다.

〈표 1-5〉 심층면접 대상 기관 수

구분	총 조사 대상 수
계	16
정신의료기관	2
광역 정신건강복지센터	2
기초 정신건강복지센터	2
정신재활시설(4종×2개소)	8
정신요양시설	2

제5절 선행연구 고찰

지역사회 중증 정신질환 관리를 담당하는 공공기관은 광역 및 기초 정신건강복지센터인데, 『정신건강증진센터 운영실태 분석 및 발전방안 연구』(최성구 외, 2016)에서는 정신건강복지센터 사업 현황 및 운영체계, 정신건강복지센터의 역할 및 연계체계 등의 문제점을 분석하고 이를 기반으로 정신건강복지센터의 연계체계 발전 방안 등을 제안하였다. 이 연

구는 정신건강복지센터가 수행하는 다양한 사업과 사업 추진체계 등을 분석하였는데, 그 중의 하나로 사업 추진 자원 확충, 연계체계 강화 등 지역사회 중증 정신질환 관리사업 추진과 관련한 다양한 제도 개선 사항을 제안하고 있다.

『정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안 연구』(김문근, 하경희, 최진실, 2015)에서는 국내 정신보건서비스 전달체계 현황, 해외 정신보건 전달체계 운영 사례, 국내 정신보건 전달체계 개편 사례 등을 분석하고 관련자에 대한 집단 면접조사 등을 거쳐 정신질환 관리 서비스 전달체계 개편 방안을 제시하였다.

신현웅 외(2009)의 연구에서는 사회복지시설 확충을 위한 문제점을 도출하고 사회복지시설 인프라 확충을 통한 활성화 방안을 제안하였다. 사회복지시설 운영 활성화의 제약 요인으로 계속적인 정신병상의 증가, 정신질환 입원의료 이용 증가, 장기입원 중심의 치료 서비스, 지방정부와 중앙정부 간의 예산 배분 문제, 지역사회 정신보건 인프라의 미비 등의 문제점을 지적하였다. 그 중 사회복지시설의 인프라 확충을 위해 예산 문제를 가장 중요한 문제로 제시하였으며, 정신질환으로 인한 의료이용 비용과 사회복지시설 등 지역사회에서 발생하는 비용으로 이원화된 재정구조에서 지방정부와 중앙정부 간의 예산 분담 등에 대한 이해관계 해결을 강조하였다. 입원이 불필요한 환자들을 사회복지시설로 전환할 수 있는 시스템 전환이 필요하며, 이를 위해 정신병원 및 요양기관의 서비스 질 평가 및 공표를 통한 관리 방안, 의료급여 수가(酬價) 중 장기입원에 따른 수가 차등 폭의 확대, 의료기관 현지조사 강화 등의 방안을 제시하였다.

한편, 정신건강복지센터 위탁운영과 관련한 연구도 있는데, 이용표, 정현주, 두진영(2008)의 연구에서는 지역사회 공공 정신보건사업을 민간에 위탁함으로써 나타나는 결과를 이해관계자의 권력관계에 초점을 두어 분

석하였다. 이 연구는 정신보건센터와 정신의료기관 간 퇴원자 관리 네트워크의 부재, 자치구 내 행정 조직 및 정신의료기관에 편중된 정신보건센터의 네트워크 활동, 정신보건센터의 서비스 조정 역할의 미약 등과 같은 문제점을 지적하였다. 이러한 문제 해결을 위하여 정신보건센터 위탁 정책의 폐지와 정신장애인의 지역사회 지지체계의 확충, 사업 재정에 의한 바우처(voucher) 방식의 도입 등을 제안하였다.

한편, 서비스 공급 주체 간 협력의 중요성을 강조한 연구도 있다. 장한나, 이명석(2014)의 연구에서는 이천시를 중심으로 지역사회 노인 정신건강 서비스 전달 과정에서의 협력 과정과 협력 가능 환경을 규명함으로써 향후 지역사회 협력을 활성화하고 개선하기 위한 대안을 제시하였다. 관련 기관 간 협력이 우수한 것으로 평가받는 이천시의 성공 요인으로 수년간의 경험과 학습을 통하여 형성된 지역사회 내 협력 매커니즘에 대한 이해, 네트워크 관리자의 자원 관리, 파트너십 관계 등의 관리 역량 등을 들었으며, 지역사회 협력적 거버넌스(governance)의 활성화에 있어서 지방자치단체의 역할 및 지역사회의 환경적 맥락이 중요한 요인으로 작용한다고 분석하였다.

김문근, 서규동, 하경희, 김태완(2014)의 연구는 정신요양시설과 사회복지시설의 운영 실태를 분석하여 정책적 지원 방안을 제시하였다. 정신요양시설의 기능 정립을 위해 정신요양시설의 서비스 기능을 의료, 장기요양, 단기요양, 재활훈련, 장기거주, 사회통합 등으로 구분하였다. 표적 집단을 의료 요구도, 기능 수준, 지지체계에 따라 분류한 다음 이에 따라 의료적 요양보호시설, 반개방적 요양시설, 거주 기반 재활훈련시설, 개방적 거주시설 등의 모형을 제시하였다. 사회복지시설 서비스 활성화를 위해서는 사회 재활 서비스 기능, 직업 재활 서비스 기능, 주거 서비스 기능의 특화 방안을 제시하였다. 사회 재활 서비스 활성화를 위해 지역사회 참여를 촉진하고, 지역사회 자원을 적극 연계한 서비스를 개발·적용할 것을 제안하였다.

제 2 장

최근의 지역사회 정신건강복지 관련 정책 동향

제1절 정신건강복지법 시행

제2절 커뮤니티 케어(지역사회 돌봄 서비스 강화) 계획 발표

제3절 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 계획 발표

제4절 최근의 주요 법제도 및 환경 변화의 의의

2

최근의 지역사회 정신건강복지 << 관련 정책 동향

지역사회 중증 정신질환 관리와 관련한 최근의 가장 큰 법제도적 변화는 2017년 5월 30일 정신건강복지법 시행이다. 2018년에 들어서는 6월 7일 지역사회 정신질환자 관리를 포함하는 “커뮤니티 케어 추진 방향”(지역사회 돌봄 서비스 강화)이 발표되었다(보건복지부, 2018. 6. 7.). 지금까지는 커뮤니티 케어의 전체적인 방향성과 주요 과제에 대한 내용이 발표되었으나 조만간 구체적인 정책 방안이 마련될 것으로 알려져 있다.

이와 함께 조현병 환자에 의한 범죄 사건 등을 계기로 2018년 7월 23일 보건복지부가 중증 정신질환자에 대한 지역사회에서의 치료를 강화하기 위한 대책을 발표하였다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

이 대책들은 공통적으로 지역사회 중증 정신질환자 관리를 위한 공공 부문의 지원 확대를 전제로 중증 정신질환자에 대한 인권 보호와 복지 서비스 강화, 재활 및 사례 관리 강화 등을 주된 내용으로 하고 있다.

제1절 정신건강복지법 시행(2017. 5. 30.)

비자의적 입원과 관련하여 기존 「정신보건법」 제24조가 2016년 9월 29일 헌법재판소의 전원일치 헌법 불합치 판결을 받으면서 법 개정이 불가피해지고, 이에 따라 정신건강복지법으로의 전면 개정이 이루어지게 되었다.

1. 정신건강복지법 개정 취지

정신건강복지법으로의 전면 개정의 직접적인 계기는 비자의적 입원에 대한 헌법 불합치 판결이었으나, 공식적인 개정 사유에는 비자의적 입원 관련 내용의 개정뿐 아니라 정신질환자에 대한 복지 서비스 지원 및 일반 국민의 정신건강 증진사업 근거 마련 등이 포함되었다. 즉, 정신질환자의 인권 보호 강화를 위한 법 개정이 이루어지는 과정에서 단순한 인권 보호에서 한 걸음 더 나아가 정신질환자에 대한 복지 서비스 지원을 강화하는 한편, 일반 국민에 대한 정신건강 증진사업의 법적 근거도 마련하자는 취지가 추가되었다.

2. 중증 정신질환자 관리와 관련된 주요 개정내용

가. 비자의적 입원 절차 개선

법 개정 이전(정신보건법)에는 보호의무자 2명의 동의와 정신과 전문의 1명의 진단이 있으면 입원이 가능했으나 법 개정에 따라 보호의무자 2명의 동의와 서로 다른 정신의료기관 소속 정신과 전문의 2명의 일치된 진단이 있어야 입원이 가능해졌다. 이는 비자의적 입원 요건을 강화함으로써 정신질환자의 인권 보호를 강화하자는 취지에서 이루어진 조치이다.

아울러, 모든 비자의적 입원에 대해 1개월 이내에 ‘입원 적합성 심사위원회’의 입원 적합성 여부 심사를 받도록 하였고, 이에 따라 2018년 5월 30일부터 비자의적 입원에 대한 입원 적합성 심사가 시행되었다.

또한, 비자의적 입원에 대해 종전에는 6개월에 1회 기간 연장 심사를 받도록 했으나 법 개정을 통해 입원 초기에는 3개월에 1회씩 심사를 받도록 했다.

나. 복지 서비스 지원에 관한 사항 포함

법 개정을 통해 정신질환자에 대한 복지 서비스 지원에 관한 사항이 포함되었다. 이에 따라 정신건강복지법 제33조(복지서비스의 개발), 제34조(고용 및 직업재활 지원), 제35조(평생교육 지원), 제36조(문화·예술·여가체육활동 등 지원), 제37조(지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원), 제38조(가족에 대한 정보제공과 교육) 등에 다양한 복지 서비스 지원에 대한 국가의 의무가 명시되었다.

다. 동의입원 절차 신설

정신건강복지법 제42조에 환자 본인과 보호의무자 1명의 동의에 따른 동의입원 유형을 신설하여 환자의 의사와 적절한 치료를 받을 수 있는 권리가 조화되도록 하였다. 동의입원 절차 신설을 통해 환자 본인의 의사에 따라 입원·퇴원을 할 수 있으나, 보호의무자 동의 없이 환자가 퇴원하고자 할 때에는 정신과 전문의의 판단에 따라 72시간 동안 퇴원을 제한하고, 필요할 경우 비자의적 입원으로 전환할 수 있도록 하였다.

3. 법 개정의 시사점

법 개정을 통해 비자의적 입원 요건을 강화함에 따라 정신질환자에 대한 지역사회 관리의 역할이 증대되게 되었다. 비자의적 입원 요건의 강화는 지역사회 내 중증도가 높은 정신질환자의 증가로 이어질 수 있기 때문에 이들을 적절하게 관리하기 위한 지역사회 역량이 강화되어야 한다. 이는 최근 강조되고 있는 커뮤니티 케어의 방향성과도 일치한다고 볼 수 있

다. 다만, 비자의적 입원 요건 강화에 따라 환자가 지역사회로 넘어오기 보다는 동의입원 등 다른 유형의 입원으로 전환될 가능성도 배제할 수는 없다.

지역사회에서의 중증 정신질환자 증가는 가장 우선적으로 이들의 지속적 치료 욕구를 충족시킬 수 있는 인프라와 프로그램 강화의 필요성이 증대된다는 것을 의미한다. 또한, 정신질환자에 대한 복지 서비스 지원이 추가됨에 따라 정신질환 관리 측면에서 복지 서비스와의 통합적 제공과 연계의 필요성이 증대되었다. 이는 전달체계 측면에서는 정신건강 관리 서비스 제공기관과 복지 서비스 제공기관 간 서비스 통합과 연계의 중요성이 증대되었다는 것을 의미하며, 서비스 통합을 위한 환자 단위의 관리 계획(care plan) 수립과 모니터링, 성과 측정의 중요성도 증대되었다는 것을 의미한다.

이에 따라 지역사회 및 개인 단위에서 서비스 제공을 위한 컨트롤 타워 기능을 누가 담당할 것이며, 지역사회 내에 대상자의 다양한 다학제적 서비스 욕구를 충족시킬 수 있는 자원과 서비스 공급 주체가 충분히 존재하는지가 주요 문제로 등장하게 되었다.

4. 법 개정 이후의 변화

보건복지부는 정신건강복지법 시행 이후의 변화를 모니터링하여 그 결과를 발표하였다(보건복지부, 2018. 5. 24.). 이에 따르면, 보건복지부는 법 개정으로 인해 자의적 입원이 늘어나고 비자의적 입원이 감소한 것으로 평가하였다. 다만, 국립·공립 정신의료기관의 역할 강화와 정신질환자 복지 서비스 지원 확충은 향후 지속적으로 보완해야 할 과제라고 평가하였다.

법 개정에 따라 시행되는 입원 적합성 심사는 정신건강복지법 제45조에 따라, 보호의무자에 의한 입원 및 행정입원의 경우 본인에게 입원 적합성 심사를 받을 수 있다는 사실을 통보하고 같은 법 제47조에 따라 최초로 입원한 날부터 1개월 이내에 입원 등의 적합성 여부를 서면으로 통보하는 한편, 부적합 통지를 받은 경우 정신의료기관의 장이 즉시 퇴원시키도록 하는 제도이다. 이 제도 시행을 위해 2017년 시범사업을 실시하였으며 2018년 5월 30일부터 본 사업을 시행하였다. 정부는 연간 약 4만 건의 심사가 이루어질 것으로 예상하여, 5개 국립정신병원에 총 49명의 운영인력(행정인력, 조사원)을 확보하고 276명의 위원을 위촉하였다(보건복지부, 2018. 5. 24.).

한편, 정신의료기관 입원환자 수는 2016년 12월 31일 기준 69,162명에서 법 시행 이후인 2018년 4월 23일 66,523명으로 3.8%(2,639명) 감소하는 추세를 보였으며, 2018년 4월 23일 기준 비자의적 입원 비율은 37.1%로 나타나, 2016년 12월 31일 기준 61.6%와 비교하여 대폭 하락한 것으로 나타났다(보건복지부, 2018. 5. 24.).

보호의무자에 의한 입원의 경우 서로 다른 의료기관의 정신과 전문의 2명(이 중 1명은 국립·공립 의료기관 또는 지정 의료기관 근무)의 진단이 필요한데, 비자의적 입원 추가진단 건수 중 국립·공립 의료기관 진단율은 32.7%에 불과한 것으로 나타났다. 다만, 이는 국립·공립 정신의료기관이 전체 정신의료기관의 3.7%에 불과하기 때문에 나타난 결과로 볼 수도 있다(보건복지부, 2018. 5. 24.).

또한 일부 언론보도에 의하면(중앙일보 2017. 7. 5.) 정부는 정신건강복지센터(전국 243개)에 대해 2017년 9월부터 2018년 4월까지의 기간 중 정신건강 전문요원 376명을 신규로 확충하고, 연차적으로 1인당 관리 대상자가 70여명 수준이 될 때까지 인력을 단계적으로 확충할 계획이 있

다고 알렸다.

법 개정 이후 또 다른 정책적 변화의 하나는 종전까지 지방자치단체별로 운영되던 사례 관리 정보 시스템이 2018년 6월 4일부터 정신건강 사례 관리 시스템(MHIS)으로 통합운영된다는 것이다. 특히 서울시의 SMHIS는 2017년 12월 이후 보건복지부로 이관되어 통합운영되고 있다. 이에 따라 사례 관리 대상자가 지역을 이동하더라도 사례 관리 자료가 단절 없이 연계될 수 있게 되었다(보건복지부, 2018. 5. 24.).

또한 퇴원 정신질환자의 지역사회 단기 훈련형 거주 서비스 모형으로서 중간집(halfway house) 시범사업이 2017년 10월부터 추진되고 있다. 중간집 사업은 2019년부터는 커뮤니티 케어의 일환으로 추진되고 2022년까지 본 사업으로 확대될 계획인 것으로 알려지고 있다(보건복지부, 2018. 5. 24.).

제2절 커뮤니티 케어(지역사회 돌봄 서비스 강화) 계획 발표(2018. 6. 7.)

정부가 2018년 6월 7일 발표한 “커뮤니티 케어 추진 방향”에 따르면 중증 정신질환자에 대해 지역사회 적응을 위한 중간시설 모형 시범사업을 내년부터 추진할 계획이다. 특히 2018년 11월경까지 “장애인 및 정신질환자 사회 정착 지원 방안”을 마련할 계획이라고 알려지고 있다(보건복지부, 2018. 6. 7.). 현재로서는 정신건강과 관련한 서비스 모형 등 구체적인 계획이 발표되지 않았으며, 보건복지부 커뮤니티 케어 추진단 등에서 관련 대책을 마련 중이다. 커뮤니티 케어는 중앙 단위에서 사업 모형을 획일적으로 설계·시행하는 것이 아니라 지역 단위에서 지역의 특성에 맞게 다양하게 설계해야 한다는 점에서 앞으로 발표될 커뮤니티 케어에

대한 계획은 세부적인 사업 모형이라기보다 전체적인 추진 방향이나 원칙, 주요 과제 등의 내용을 담을 것으로 보인다. 그리고 앞으로 이를 바탕으로 지역 단위에서의 다양한 모형 개발 및 시행, 성과 평가 등의 과정이 이루어질 것으로 보인다.

제3절 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 계획 발표(2018. 7. 23.)

보건복지부는 최근 조현병 환자에 의한 사회적 사건 발생을 계기로 중증 정신질환자에 대한 지역사회에서의 치료를 강화하기 위한 대책을 발표한 바 있다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

대책의 내용은 ① 지속 치료·관리 필요시 환자의 동의 없이도 사례 관리 체계 가동, ② 외래치료 명령제 강화 및 운용 활성화, ③ 퇴원환자 방문 관리 시범사업 등 사례 관리 강화, ④ 정신과적 응급 상황에 대한 대응 능력 제고, ⑤ 커뮤니티 케어를 통한 지역사회 정신질환자 지원, ⑥ 정신건강복지센터 인프라 및 전문인력 확충 등을 골자로 하고 있는데(보건복지부, 2018. 7. 23.), 이를 간단히 소개하면 다음과 같다.

1. 지속 치료·관리 필요시 환자의 동의 없이도 사례 관리체계 가동

현행 정신건강복지법 제52조에 따르면, 정신의료기관 퇴원 시 본인의 동의를 받아 정신건강복지센터 또는 보건소에 퇴원 사실을 통보하도록 되어 있다. 그러나 환자의 동의가 없을 경우 퇴원 사실 통보가 불가능하여 지역사회로 이동하는 퇴원환자를 파악하는 데 한계가 있으며, 환자가 퇴원한 이후 지역사회에서 적절한 관리를 받지 못하여 증상이 재발되는

경우가 있다.

이에 보건복지부는 정신건강복지법 개정을 통해 지속적인 치료 및 지원이 반드시 필요한 환자에 대해서는 본인의 동의가 없어도 퇴원 사실을 정신건강복지센터 또는 보건소에 통보하도록 할 계획이다. 여기서 지속적인 치료 및 지원이 반드시 필요한 환자란 자해·타해 병력이 있거나, 치료 중단 시 재발 위험이 큰 환자가 해당된다. 법 개정이 이루어지기 전까지는 의료진의 적극적인 설득으로 환자의 퇴원 사실 통지에 대한 동의율을 제고하도록 할 계획이다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

2. 외래치료 명령제 강화 및 운용 활성화

현재 정신건강복지법 제64조에 따라 정신의료기관의 장은 입원 전 자해·타해 경력이 있는 경우 보호의무자의 동의를 받아 1년의 범위에서 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(이하 시·군·구청장)에게 외래치료 명령을 청구할 수 있다. 그러나 보호의무자의 거부, 관리인력 부족 등으로 제도가 활성화되지 못하고 있으며, 퇴원환자 외의 정신질환자에 대해서는 외래치료 명령제가 적용되지 않고 있다. 이에 따라 퇴원환자 및 외래환자에 대해 시·군·구청장 직권으로 외래치료를 명령할 수 있도록 하며, 보건소에 외래치료 명령 제도 시행의 활성화를 위한 관리인력을 확충할 계획이다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

3. 지역사회 다학제팀에 의한 퇴원환자 방문 관리 시범사업 실시

현재 정신건강복지센터 정신건강 전문요원은 1명이 사례 관리 대상자 70~100명을 담당하는 등 업무가 과중한 실정으로, 다학제팀(정신건강의

학과 전문의, 간호사, 정신건강 전문요원, 사회복지사 등)에 의한 퇴원 후 방문 관리 시범사업을 추진할 예정이다. 그리고 퇴원환자 방문상담, 투약 관리 등 사례 관리 기능을 제도화하기 위한 방안을 마련할 계획이다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

4. 정신과적 응급 상황에 대한 대응 능력 제고

정신질환자가 응급입원이 필요함에도 불구하고 환자가 가진 외상, 기저질환 등 다른 과 질환을 치료하기 곤란하거나 병실이 부족하다는 등의 이유로 정신의료기관이 응급입원에 난색을 표명하는 사례가 발생하고 있다. 이러한 상황 등에 대처하기 위하여 경찰·소방·정신건강복지센터에 대한 정신과적 응급 상황 대응 매뉴얼을 발간하고(2018년 8월), 응급 상황 발생 시 정신건강복지센터 요원의 현장 출동 및 호송 과정 동행 등의 역할을 강화하는 한편, 경찰·소방·정신건강복지센터의 협력을 강화할 계획이다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

5. 커뮤니티 케어를 통한 지역사회 정신질환자 관리 강화

현재 희망복지지원단은 정신건강 증진 서비스 욕구가 있는 사람도 통합 사례 관리 대상으로 관리하고 있다. 이에 따라 월 1회 개최되는 통합사례관리회의에 보건소·정신건강복지센터의 참석을 지침화할 예정이다. 아울러 전국의 정신건강복지센터(243개소)에 대해 단일화된 MHIS를 운영하며(2018년 6월 이후), 입원·퇴원 관리시스템, MHIS, 사회보장정보시스템 간 정보 연계를 지속적으로 강화할 계획이다. 또한 읍·면·동 맞춤형 복지팀 및 시·군·구 희망복지지원단에 대한 입원·퇴원 절차 교육 실시, 응

급입원 및 행정입원 시 지원 제공 등을 추진할 계획이다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

6. 정신건강복지센터 인프라 확충

현재 기초 정신건강복지센터가 없는 15개 시·군·구에 모두 센터를 설치하도록 하였으며, 2017년 9월부터 2018년 4월까지의 기간 중 국비 지원으로 전문인력 376명을 신규 확충하였으나 향후 5년간(2017~2022년) 전문인력 1,455명을 추가로 확충할 예정이다. 아울러 장기적으로 정신질환자, 자살시도자 등 정신과적 응급 상황 시 출동하는 응급개입 팀을 광역별로 1개 운영할 계획(2020년~2024년)이다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

제4절 최근의 주요 법제도 및 환경 변화의 의의

정신건강복지법 시행을 통한 비자의적 입원 요건 강화 및 복지 서비스 지원 강화는 지역사회 중증 정신질환자 관리에 있어 중요한 의미를 지닌다. 사실 법 개정 이전부터 우리나라도 이미 주요 선진국과 같이 탈시설화와 지역사회 관리 강화를 강조해왔고 이에 따라 지역사회 정신건강 모형 개발, 정신건강복지센터 설립·운영 등이 이루어져 왔다. 그러나 비자의적 입원 관련 조항의 헌법 불합치 판결이라는 직접적인 계기를 시작으로, 「정신보건법」이 정신건강복지법으로 전면 개정되면서 지역사회 정신건강 관리를 보다 적극적으로 추진하고 다양한 복지 서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 법적 기반이 마련되었다.

다만, 비자의적 입원 요건을 강화하면 정신의료기관이나 정신요양원에

로부터 지역사회로 환자가 이동하는 효과가 발생하게 되지만, 동의입원 유형이 신설되면서 비자의적 입원의 일정 부분이 동의입원으로 전환된 것도 사실이다.

그러나 정신건강복지법 시행 이후의 이러한 상황 변화에도 불구하고 정신건강복지법 시행은 앞으로 정신질환자의 탈시설화와 지역사회 관리를 촉진시키는 중요한 계기가 될 것으로 판단된다.

다만 중요한 것은 탈시설화와 지역사회 관리가 강조되는 이 시점에 이르기까지 우리의 지역사회가 종종 정신질환자를 관리할 수 있는 역량을 충분히 축적해 왔는지에 대한 반성이다. 특히 지역사회 재활 서비스 수요 충족을 위한 인프라와 전달체계, 프로그램 등이 충분히 갖추어지지 못한 현실을 고려할 때 정신건강복지법 시행은 지역사회 역량 강화에 대한 국가적 책무의 증대로 인식되어야 한다. 이를 바탕으로 정신질환자가 지역사회에서 가치 있고 안정된 삶을 살아갈 수 있도록 하기 위한 적극적인 지원이 이루어져야 한다.

한편, 최근 정부가 추진하고 있는 커뮤니티 케어는 지역사회 정신질환자 관리와 관련된 또 하나의 모멘텀(momentum)이 될 것으로 보인다. 현재 구체적인 추진 방안이 마련되고 있으나 지역사회 여건, 서비스 공급 자원, 제도적 환경 등을 고려하여 효과적인 대책이 마련되어야 할 것이다. 지역사회별로 사회경제적 특성과 서비스 공급 여건, 정신질환자수 및 서비스 욕구 등이 다르기 때문에 국가 단위에서의 가이드라인을 설정하되, 구체적인 서비스 및 사업 모형은 지역별로 다양하게 개발되도록 해야 할 것이다. 특히, 커뮤니티 케어가 성공하기 위한 기본적인 조건으로서 지역사회의 참여가 보장되어야 한다는 점을 고려할 때 종종 정신질환자에 대한 서비스 모형도 주민 참여형 모형으로 개발되어야 할 것이다. 이는 지역사회 자원 동원 및 활용을 극대화한다는 의미에서 나아가서 정신

질환자에 대한 서비스의 질 및 만족도를 결정하는 핵심적 요인이다.

아울러 정신질환자에 대한 서비스 제공 방식, 서비스 내용 등뿐 아니라 서비스의 질 및 만족도를 관리하기 위한 기전이 마련되어야 하며, 정신질환자의 증증도 개선, 건강 회복 등을 바탕으로 한 성과 평가 체계가 마련되어야 한다. 또한 퇴원환자뿐 아니라 외래환자에 대해서도 커뮤니티 케어가 적용될 필요가 있는데, 이를 위해 환자 본인의 동의하에 외래진료 정신의료기관이 정신건강복지센터로 치료 사실을 통보하는 제도도 검토해볼 필요가 있다.

한편, 사례 관리는 커뮤니티 케어가 제공하는 핵심적인 서비스의 하나로써, 이를 효과적으로 추진하기 위해서는 서비스 공급 주체 간 연계가 필수적이다. 그러나 어느 하나의 서비스 공급 주체가 대상자를 다른 서비스 공급 주체에게 연계한 다음에는 그 대상자를 사례 관리 대상에서 퇴록(退錄)시키는 경우 등 서비스 연계가 원활하지 않는 경우가 있다. 서비스 공급 주체 간 사례 관리 및 연계 기준(사례 관리 기간, 퇴록 기준 등)을 통일하되, 대상자 관리가 중단 없이 연속적으로 이루어지도록 하기 위한 체계를 갖추어야 한다.

2018년 7월 23일 발표된 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 방안은 좀 더 세부적인 문제에 대한 대응 방안을 제시하고 있다(보건복지부, 2018. 7. 23.). 우선, 정신의료기관 퇴원 시 환자의 동의 없이도 지역사회에서 사례 관리체계를 가동하겠다는 계획과 관련하여, 퇴원 사실을 통지받은 정신건강복지센터가 사례 관리를 실시하기 위해서는 센터에서의 등록·관리에 대해 다시 환자로부터 동의를 받아야 하는데 이때 환자가 동의를 하지 않을 수도 있다. 퇴원 사실 통보 등이 본인의 의사와 상관없이 이루어진다면 하더라도 궁극적으로 본인의 동의가 없다면 효과적인 관리가 이루어지기 어렵다는 점을 고려해야 한다. 퇴원 당시부터 퇴원 사실

통보에 대해 동의하지 않는 환자는 그 이후의 관리도 수용하지 않을 가능성이 높다. 결국에는 가능한 한 환자의 동의율을 높이기 위한 다양한 대안이 개발되어야 한다.

외래치료 명령제 강화 및 운용 활성화와 관련하여서는, 현행 정신건강복지법 제64조 제1항에 따라 정신의료기관의 장이 보호의무자에 의한 입원과 행정입원을 한 환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자해·타해 행위를 한 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람에 대해서는 보호의무자의 동의를 받아 1년의 범위에서 외래치료 명령을 청구할 수 있다. 또한 같은 법 제4항에 따라 외래치료 명령을 따르지 않고 치료를 중단할 경우 자해·타해의 위험이 있는지를 평가하기 위하여 지정 정신의료기관에서 평가를 받도록 명령할 수 있다. 명령을 받은 환자는 명령을 받은 날부터 14일 이내에 지정 정신의료기관에서 평가를 받아야 한다. 이 외래치료 명령을 보호자의 동의 없이 시·군·구청장 직권으로 할 수 있도록 한다는 것이 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 방안의 골자 중 하나이다.

그러나 보호자 동의 없이 외래치료 명령을 내린다고 하더라도 어느 정도 효과성이 보장될 수 있을지에 대한 검토가 필요하다. 보건소에 외래치료 명령 제도 시행의 활성화를 위한 관리인력을 확충하는 것도 중요하지만 효과성을 확보할 수 있는 관리 프로그램의 개발도 필요할 것으로 보인다.

지역사회 다학제팀에 의한 퇴원환자 방문 관리 시범사업 실시와 관련하여서는, 다학제팀을 기존의 중증 정신질환 관리인력 외에 추가로 구성할 것인지 등에 대한 검토가 필요할 것으로 보인다.

정신과적 응급 상황에 대한 대응 능력 제고와 관련하여서는, 응급입원은 정신질환자로 추정되면서 자해·타해의 위험이 큰 경우에 해당되는데, 이외에도 자해·타해의 위험은 없으나 의료적 측면에서의 응급 상황에 대

비한 조치가 강화되어야 할 것으로 보인다. 아울러 관내에 입원병상이 부족할 경우에 대한 대처 방안과 다른 지역의 정신의료기관으로 이송해야 할 경우 경찰·소방·정신건강복지센터 전문요원의 관할 지역 외 지역으로의 이동에 대한 지원 조치 등이 마련되어야 할 것이다.

또한 2020년~2024년경에 광역 정신건강복지센터에 응급개입 팀을 설치·운영하겠다는 계획인데, 현장 접근에 시간이 적게 소요되는 방안에 대한 검토가 필요하다.

제 3 장

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 현황과 문제점

제1절 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계

제2절 중증 정신질환자 관리 프로그램 및 서비스

제3절 업무 및 서비스 연계 네트워크 운영 실태

제4절 지역사회 정신건강복지 예산 및 인력 자원

3

지역사회 중증 정신질환 관리 << 서비스 공급 현황과 문제점

제1절 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계

1. 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 기반 취약

정신건강복지법 제3조에서는 “정신건강증진시설이란 정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설을 말한다.”라고 규정하고 있다. 이 조항에 따른 정신건강증진시설로는 국립·공립 정신병원, 종합병원 및 병원 정신과, 정신과 의원 등 정신의료기관과 정신요양시설, 정신재활시설 등이 있으며, 여기에 더하여 광역 정신건강복지센터, 기초 정신건강복지센터, 중독 관리 통합지원센터 등이 있다. 여기서 정신재활시설은 다시 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 생산품 판매시설, 종합시설 등으로 크게 구분된다. 이 중에서 재활훈련시설로는 주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설 등이 있다.

본 연구에서는 지역사회에서의 중증 정신질환자 관리와 관련하여 광역 및 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신의료기관 등에 중점을 두고자 한다.

『2018년 정신건강사업안내』(보건복지부, 2018)에 따르면, 정신건강복지센터는 광역 정신건강복지센터 16개소, 기초 정신건강복지센터 227개소 등 총 243개소이다. 정신의료기관은 국립·공립 정신의료기관 18개소, 민간 정신의료기관 1,431개소 등 총 1,449개소이며, 정신요양시설은 59개소, 정신재활시설은 341개소, 중독 관리 통합지원센터는 50개소이다(보건복지부, 2018, p.9).

〈표 3-1〉 정신건강증진 시설 현황

(단위: 개소)

구 분		시설 수	주요 기능
계		2,142	
정신건강복지센터		243	• 지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·정신재활훈련 및 사례 관리 • 정신건강증진시설 간 연계체계 구축 등 지역사회 정신건강사업 기획·조정 - 기초 227개소, 광역 16개소
정신의료기관	국립·공립	18	• 정신질환자 진료, 지역사회 정신건강 증진사업 지원
	민간	1,431	• 정신질환자 진료
정신요양시설		59	• 만성 정신질환자 요양·보호
정신재활시설		341	• 병원 또는 시설에서의 치료·요양 후 사회 복귀 촉진을 위한 훈련 실시
중독 관리 통합지원센터		50	• 중독 예방, 중독자 상담·재활 훈련

자료: 보건복지부. (2018). 2018년 정신건강사업 안내, p.9

정신건강증진시설 및 지역사회 재활시설 등을 지역별로 보면, 기초 정신건강복지센터는 시·군·구 단위로 설치하도록 되어 있어서 기초 자치단체가 많은 지역일수록 기초 정신건강복지센터가 많고 정신재활시설의 수도 많다. 인구 규모나 기초단체의 수가 상대적으로 적음에도 불구하고 정신재활시설 수가 많은 지역은 대전(30개소), 경기(50개소), 전북(21개소) 등이다(보건복지부, 2018, p.10).

〈표 3-2〉 지역별 정신건강증진 시설 설치 현황(2018년)

(단위: 개소)

지역	정신건강복지센터		자살예방센터 ¹⁾		중독 관리 통합 지원 센터	정신 요양 시설	정신 재활 시설	정신의료기관	
	광역	기초	광역	기초				국립· 공립	민간
계	10	227	6	22	50	59	349	18	1,431
서울	1	25	1	2	4	3	118	2	361
부산	1	16	1	-	4	3	13	1	112
대구	1	8	-	-	2	3	18	1	78
인천	1	10	1	1	5	2	11	-	69
광주	1	5	1	-	5	4	12	1	51
대전	1	5	-	-	3	4	30	1	65
울산	1	5	-	4	2	1	2	-	22
세종	-	1	-	-	-	1	3	-	5
경기	1	36	1	12	7	6	50	5	300
강원	1	18	1	3	3	-	5	1	36
충북	1	14	-	-	1	4	13	-	42
충남	1	16	-	1	2	10	24	2	51
전북	1	11	-	1	2	4	21	1	52
전남	1	20	-	-	2	4	3	1	43
경북	1	15	-	-	2	5	18	-	60
경남	1	20	-	-	4	4	4	2	69
제주	1	2	-	-	2	1	4	-	15

주: 1) 정신건강복지센터와 별도로 설치되어 있는 자살예방센터

자료: 보건복지부, (2018). 2018년 정신건강사업 안내, p.10

『2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서』(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, pp. 97~98)에 따르면, 2016년 정신재활시설은 총 336개로서, 수도권에 정신재활시설의 약 51.5%가 집중되어 있으며, 정신재활시설이 없는 시·군·구도 90개에 달하는 등 지역별로 큰 차이를 보이고 있다.

52 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 : 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

〈표 3-3〉 지역별 정신재활시설 설치 현황(2016년 기준)

(단위: 개소)

지역	합 계	생활시설	재활시설	직업재활 시설	중독재활 시설	종합시설	시설이 없는 시·군·구
계	336	16	282	11	5	22	90
서울	116	-	105	6	4	1	-
부산	12	-	8	2	-	2	6
대구	18	-	16	-	1	1	-
인천	12	-	11	1	-	-	3
광주	10	1	9	-	-	-	-
대전	28	2	24	-	-	2	-
울산	2	-	2	-	-	-	3
세종	2	1	1	-	-	-	-
경기	45	1	41	2	-	1	16
강원	5	1	4	-	-	-	14
충북	13	2	10	-	-	1	5
충남	25	2	21	-	-	2	6
전북	21	1	11	-	-	9	4
전남	4	1	2	-	-	1	19
경북	16	3	12	-	-	1	13
경남	4	1	2	-	-	1	15
제주	3	-	3	-	-	-	1

주: 1) 보건복지부, 『2018년 정신건강사업 안내』에는 정신재활시설 종류별, 시·도별 통계 현황이 제시되지 않아 2017년 보건복지부·국립정신건강센터에서 발간한 『2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서』의 2016년도 자료를 바탕으로 집계함.
 자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. pp.97~98 에서 재구성

중증 정신질환 관리와 관련하여 광역 정신건강복지센터는 중증 정신질환 관련 연구기획, 프로그램 개발, 마케팅, 교육, 네트워킹 등의 기능을 담당하며, 교육·홍보자료 개발, 기초 정신건강복지센터 전문요원에 대한 교육 및 홍보, 지역사회 연계체계 구축 등을 주된 기능으로 한다(보건복지부, 2018, p.42).

〈표 3-4〉 광역 정신건강복지센터 주요 사업

영역	기본적 서비스 내용
연구·기획	• 해당 지역 중증 정신질환자 치료 및 관리 현황 자료 분석 - 의료기관 입원·퇴원 및 치료 현황, 심판위원회 운영 현황 등 - 기초 정신건강복지센터에 대한 정신재활시설 서비스 제공 현황 및 세부 내용 분석 - 지역 내 정신장애인 등록 현황 분석
	• 지역 특성과 중증 정신질환 관리시스템 효과성 평가 연구 - 회복 지향적 프로그램 운영 효과성 평가 - 사회 복귀 촉진을 위한 전달체계 시스템 효과성 평가
	• 기타 중증 정신질환 관련 기초 조사 및 모형 개발 - 자체조사 또는 이차 데이터를 활용한 DB 구축 운용 예) 지역 특화적 상황에 따른 초발 정신질환자 관리 모형 예) 지역 특화적 주거(직업재활) 서비스 체계 모형 개발 연구
프로그램 개발	• 회복 지향적 관점의 서비스 공급자·소비자 대상 프로그램 개발 - 자체개발 또는 중앙, 타 지역 프로그램을 지역 상황에 맞춰 적용
마케팅	• 장신장애인 편견 해소 및 차별 방지 콘텐츠 개발 및 캠페인
교육	• 정신장애인 사례 관리 및 회복 지원 역량 강화 교육체계 구축
	• 광역-지역 협력형 당사자(가족) 역량 강화 교육체계 운영
	• 정신건강복지법에 따른 인권교육기관으로서의 업무 수행
네트워킹	• 정신의료기관-지역사회 퇴원환자 연계체계 구축 및 조정
	• 지역사회 서비스 기관 간 연계체계 구축 및 조정 업무 수행 - 프로토콜, 매뉴얼 개발 보급 및 모니터링 체계 구축
	• 당사자 권익 옹호를 위한 네트워크 개발 및 운영
직접 서비스	• 광역 정신건강 심사위원회 평가 업무 지원

자료: 보건복지부. (2018). 2018년 정신건강사업 안내. p.42의 내용을 재정리

중증 정신질환자 관리와 관련한 기초 정신건강복지센터의 주된 기능은 상담, 주간 재활, 사례 관리 등이다. 구체적으로는 신규 환자 발견·등록, 중증 정신질환 조기 개입체계 구축·운영, 중증 정신질환자에 대한 개별적 서비스 계획의 수립과 제공, 위기 개입 서비스 제공 및 위기 대응체계 구축·운영, 포괄적 서비스 제공과 지역사회 네트워크 구축 등이다(보건복지부, 2018, p.53).

〈표 3-5〉 기초 정신건강복지센터 주요 사업

구 분	주요 내용
시·군·구 차원	• 방문보건팀, 지역주민센터, 지역사회 복지관, 의료급여 사례관리사 등과의 협조를 통한 환자 신규 발견 및 등록 • 지역사회 의료기관과의 연계체계 구축·운영 • 전문적 사례 관리 제공 • 광역 정신건강복지센터와의 협력체계 구축·운영 • 사회재활 및 직업재활 프로그램 네트워크 구축
중증 정신질환 조기 개입체계 구축·운영	• 중증 정신질환자의 조기 발견 및 조기 개입 • 초발 중증 정신질환자의 조기 발견을 위한 관련 기관 정보 제공 • 임상적 고위험군에 대한 1차적 평가체계 운영 • 미등록 중증 정신질환자의 등록 촉진을 위한 정신의료기관과의 연계 • 초발 중증 정신질환자에 특화된 사례 관리
개별적 서비스 계획의 수립 및 제공	• 중증 정신질환자의 욕구에 기반을 둔 서비스 계획 수립 및 제공 • 등록 중증 정신질환자에 대한 주기적 사례 관리 회의 실시 • 사례 관리 등록, 퇴록 운영을 위한 매뉴얼 구비
위기 개입 서비스 제공 및 위기대응체계 구축	• 자해·타해 위험 상황에 대한 위기 개입 서비스 • 위기 개입을 위한 대응체계 구축 및 매뉴얼 구비 • 사례 관리 중 위기 개입으로 입원 연계된 대상자의 재원 관리와 퇴원계획 수립에 참여
포괄적 서비스 제공과 지역사회 네트워크 구축	• 사례 관리 과정에서 다양한 지역사회 관련 기관과의 협력체계 구축·운영 • 등록회원의 직업재활 욕구, 신체건강 관리, 독립생활(주거훈련)을 위한 관련 기관 연계체계 가동

자료: 보건복지부. (2018). 2018년 정신건강사업 안내 pp.52~53의 내용을 재정리

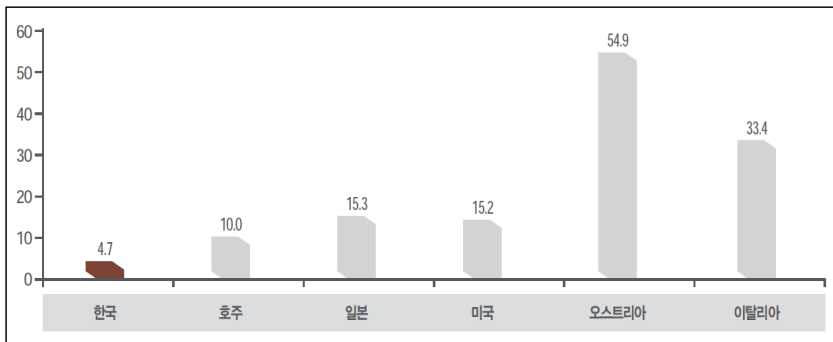
정신재활시설 중에서 생활시설은 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자에게 주거, 생활 지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스를 제공하며, 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회 적응을 지원하는 기능을 담당한다. 주간재활시설은 작업 및 기술 지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업 지원 등의 서비스를 제공하는 시설이며, 공동생활가정은 일정 수준의 자립 능력을 갖춘 정신질환자 등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립 역량을 강화하는 시설이다. 지역사회전환시설은 일시보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자의 안정적인 사회 복귀를 위한 기능을 수행하는 한편, 이를 위한 주거 제공, 생

활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설이다. 직업재활시설은 정신질환자 등이 특별히 준비된 작업 환경에서 직업 적응, 직무 기능 향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업 능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설이다(보건복지부, 2018, p.188).

우리나라의 정신재활시설은 주요 국가에 비해 그 수가 적은 것으로 나타나고 있다. 우리나라 전체 정신재활시설의 정원을 합산하면 인구 10만 명당 약 13.6명에 불과하다(보건복지부·국립정신건강복지센터, 2017, p.57). 정신재활시설의 인구 10만 명당 거주 서비스 정원만 보면 2013년 4.7명으로, 오스트리아 54.9명, 이탈리아 33.4명, 호주 10.0명, 일본 15.3명, 미국 15.2명 등에 비해 매우 적은 것으로 나타나고 있다(보건복지부·국립정신건강복지센터, 2017, p.58). 탈시설화를 통한 지역사회 관리가 강조되는 지금의 시점에서 거주 서비스 정원을 비교하는 것은 큰 의미가 없을 수 있지만, 이러한 문제가 단순히 거주시설에만 국한된 것이라고 볼 수만은 없다.

[그림 3-1] 주요 국가의 인구 10만 명당 정신재활 거주 서비스 정원

(단위: 명)



자료: WHO, (2014). Mental Health Atlas; 보건복지부·국립정신건강복지센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. p.58에서 재인용

정신재활 프로그램을 운영하는 정신건강증진시설 및 지역사회재활시설도 부족하다. 정신재활 프로그램을 운영하고 있는 기관 수는 2016년 12월 31일 기준으로 546개소로서, 재활프로그램 운영기관 1개소당 담당해야 하는 인구 규모는 평균 94,682명에 이른다.

〈표 3-6〉 지역사회 정신재활훈련 프로그램 운영기관 현황

(단위: 개소, 명)

시설 수 총계	1개소당 담당 인구	국립 정신 병원	공립 정신 병원	민간 정신 병원	종합 병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원	정신 재활 시설	정신건강 복지센터		중독 관리 통합 지원 센터
									기초	기본형	
546	94,682	2	5	21	21	12	25	201	197	12	50

자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. p.133

지역사회의 정신재활시설 자원 확보 정도와 관련하여, 본 연구에서는 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 담당자들에게 관할 지역 내에 적절한 정신재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 경험이 있는지, 그리고 다른 지역으로 연계를 시도했으나 실패한 경험이 있는지를 질문하였다. 조사 결과에 의하면, 약 88.7%가 다른 지역으로의 연계 경험이 ‘자주 있다’ 또는 ‘가끔 있다’고 응답하였으며, 이 중 72.2%가 연계를 시도하였으나 실패한 경험을 가진 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 관할 지역 내에 적절한 정신재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 경험
(기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자의 경험)

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
관할 지역 내에 적절한 정신재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 경험	계	100.0(142)
	자주 있다	21.8(31)
	가끔 있다	66.9(95)
	없다	10.6(15)
	무응답	0.7(1)
다른 지역 연계 실패 경험	소계	100.0(126)
	자주 있다	13.5(17)
	가끔 있다	58.7(74)
	없다	27.8(35)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

아울러 각종 정신재활시설의 전문요원들에게 지역사회에서 가장 부족하다고 생각하는 기관·시설이 무엇인지에 대해 질문하였는데, 주간재활시설 전문요원의 경우는 44.2%가 주간재활시설, 15.6%가 공동생활가정, 13.0%가 직업재활시설 등으로 응답함으로써 주간재활시설이 가장 부족하다는 응답의 비율이 가장 높았다. 공동생활가정 전문요원의 경우는 28.6%가 직업재활시설, 25.0%가 공동생활가정 등으로 응답하였다.

〈표 3-8〉 지역사회에서 가장 부족하다고 생각하는 기관·시설

(단위: %, 명)

정신재활시설	주간재활시설 전문요원 의견	공동생활가정 전문요원 의견
계	100.0(77)	100.0(56)
정신과 병·의원	2.6(2)	-
주간재활시설	44.2(34)	16.1(9)
공동생활가정	15.6(12)	25.0(14)
지역사회전환시설	2.6(2)	3.6(2)
입소생활시설	3.9(3)	3.6(2)
직업재활시설	13.0(10)	28.6(16)
종합시설	3.9(3)	1.8(1)
정신요양시설	-	-
기타	6.5(5)	5.4(3)
무응답	7.8(6)	16.1(9)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

본 연구에서 살펴본 것처럼 지역사회 정신재활시설은 전국에 약 330 개소가 설치되어 운영 중이며, 정신재활시설 외의 지역사회 기관에서 정신재활훈련 프로그램을 운영하고 있기도 하다. 하지만 정신재활시설 자원 확보 수준은 여전히 낮고, 유형을 막론하고 정신재활시설 확충이 필요하다는 의견이 다수 제기된 바 있다(하규섭 외, 2018; 전진아 외, 2017).

특히 주간 재활 프로그램과 관련하여 현재 기초 정신건강복지센터에서 주간 재활 프로그램을 운영하고 있기는 하지만 모든 정신건강복지센터에서 주간 재활 프로그램을 진행하고 있지는 않다.¹⁾ 프로그램을 진행하고 있다고 하더라도 매일 진행하는 것이 아니라 주 2~3회 시행하고 있는 정도이다.

그리고 주거 서비스를 제공하는 정신재활시설 역시 주간재활시설보다 많이 설치되어 있기는 하지만, 각 시설의 정원 규모가 크지 않아, 실제로 중증 정신질환자들을 대상으로 안정적인 주거시설을 제공하고 있다고 보기는 어렵다. 정신건강복지법 시행 이후 재활훈련시설로 포함된 지역사회 전환시설, 공동생활가정 등의 경우에도 단기간의 주거 지원을 하고 있는 경우가 대부분이며, 입소생활시설 역시 1년~3년 동안만²⁾ 이용할 수 있도록 제한되어 있다. 또한 주거를 제공하는 정신재활시설의 경우 지방자치단체 이양사업으로 진행되고 있으며, 시설의 예산 제약 및 지방자치단체 예산 지원 부족 등의 문제로 시설이 설치되어 있다고 하더라도 각

1) 사례 관리의 경우 내소 상담 및 가정 방문 등 다양한 방식으로 프로그램이 제공되고 있기는 하지만 주간 재활 프로그램의 경우 중증 정신질환자들이 주로 기관을 방문하여 기관 내에서 프로그램을 제공받는 구조임. 중증 정신질환자들이 가지는 물리적 접근성에서의 제약과 더불어 정신건강복지센터 내의 인력 부족, 과도한 업무 문제 등으로 인해(전진아 외, 2017) 정신건강복지센터에서 정신재활시설과 같이 매일 일정 규모 이상의 중증 정신질환자를 대상으로 서비스를 제공하기는 제한적임.

2) 입소생활시설 및 공동생활가정의 경우 입소기간은 1년을 원칙으로 하나 고령 등 부득이한 사정으로 퇴소가 어려운 경우 2회까지 입소기간을 연장할 수 있어 총 입소 가능한 기간은 3년임.

시설의 정원 규모가 크지 않다. 최근 강조되고 있는 지역사회 복귀 및 자립을 희망하는 중증 정신질환자들의 주거 수요에 대응하기에는 현재의 주거 제공 정신재활시설의 대응력은 약하다고 볼 수 있다.

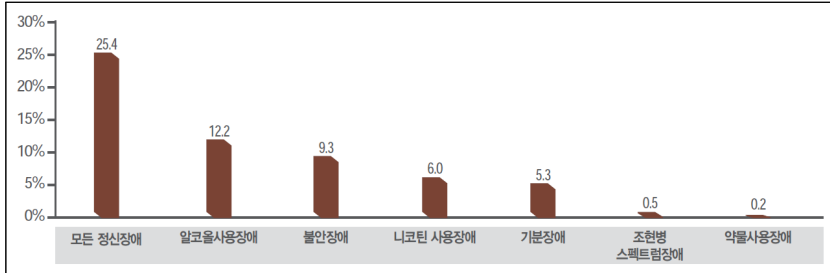
이와 같이 기존의 시설 유형도 부족하지만 중증 정신질환자의 욕구에 비추어 볼 때 새로운 유형의 시설을 확충하는 것도 검토될 필요가 있다. 실제로 지역사회 기반 정신건강 서비스가 제공된 지 20여 년이 지나감에 따라 초기의 서비스 대상자들이었던 중증 정신질환자들의 고령화가 진행되고 있으며, 돌봄을 제공해 왔던 가족 구성원들 역시 고령화됨에 따라 중증 정신질환자들의 안정적인 주거에 대한 정신건강 실천 현장의 수요는 매우 높은 상황이다. 또한 정신건강복지법 시행 이후 정신의료기관에서 지역사회로 복귀하는 정신질환자에 대한 성공적인 사회 복귀, 회복 지원이 강조되고 있기도 하다. 이러한 수요에 따라 정부는 커뮤니티 케어의 일환으로 퇴원 정신질환자의 지역사회 복귀를 지원하기 위한 단기 훈련형 거주 서비스 모형을 확대 실시할 계획에 있다. 이를 위해 2017년 10월부터 2018년 6월까지의 기간 중 시범사업으로 추진하고 있던 중간집(halfway house) 운영사업을 2019년부터는 보건복지부의 커뮤니티 케어의 일환으로 지속 추진하고, 이후 2022년까지 본 사업으로 확대 실시할 계획이다(보건복지부, 2018. 6. 7.).

2. 지역사회 중증 정신질환자 관리의 사각지대 존재

2016년 정신질환 실태 역학조사 결과에 의하면 우리나라의 정신질환 평생 유병률은 25.4%에 이른다. 2011년 정신질환 실태 역학조사 결과인 27.6%에 비하면 다소 감소하였으나 여전히 높은 수준이다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.47)

[그림 3-2] 주요 정신질환별 평생 유병률

(단위: %)



자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. p.47

이러한 높은 정신질환 유병률에도 불구하고 정신건강 서비스 이용률은 2017년 22.2%에 불과하다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.31). 이 역시 2011년 정신질환 실태 역학조사 결과인 15.3%에 비하면 크게 높아진 수준이기는 하지만 미국 39.2%, 호주 34.9%, 뉴질랜드 38.9% 등에 비하면 매우 낮은 수준이다(관계부처합동, 2016, p.2).

중증 정신질환자의 사회 복귀를 위해서는 정신의료기관에서의 치료뿐 아니라 정신재활시설에서의 재활과 지역재활시설에서의 체계적인 관리도 중요하다. 그러나 정신건강복지센터 인지율은 2016년 12.6%, 2017년 24.7%에 불과하다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.25).

또한, 중증 정신질환자 중에서 지역사회 정신재활시설에 등록된 환자의 비율도 19.1%에 불과하다. 2016년을 기준으로 지역사회 정신질환자 수는 434,015명으로 추정되나 이 중에 기초 정신건강복지센터, 기본형 정신건강 증진사업, 낮 병동, 정신재활시설, 중독 관리 통합지원센터 등에서 등록·관리 중인 환자는 82,776명에 불과하다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, pp.138~139).

〈표 3-9〉 중증 정신질환자의 지역사회 등록 관리율

(단위: 명, %)

구 분		등록 관리자 수
지역사회 중증 정신질환자 추정 수 ¹⁾		434,015
유형별 등록 관리자 수	기초 정신건강복지센터	62,098
	기본형 정신건강 증진사업	3,480
	낮 병동(낮 병원)	1,366
	정신재활시설	6,674
	중독 관리 통합지원센터	9,158
총 등록자		82,776
등록 관리율 ²⁾		19.07

주: 1) 지역사회 정신질환자 추정 수 = 전 인구의 1% - 입원시설(정신의료기관, 정신요양시설, 부 랑 인시설, 미인가시설) 입원·입소 정신질환자 수

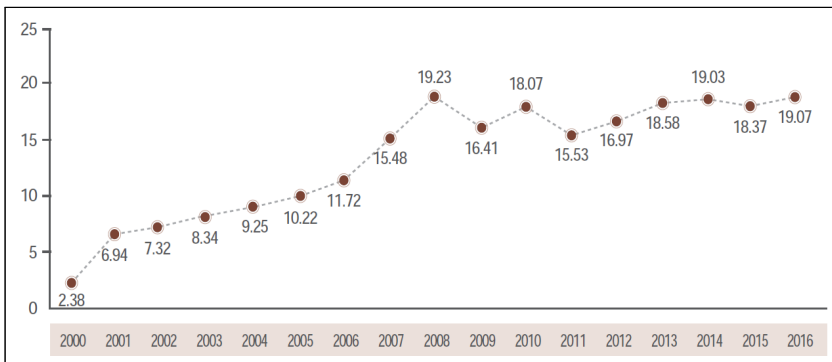
2) 총 등록 관리자/지역사회 중증 정신질환자 수 추정 수

자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. p.138

이는 지역사회 중증 정신질환자의 약 80% 이상이 적절한 관리의 사각 지대에 놓여 있음을 의미하는 것으로, 이들을 체계적인 지역사회 관리체 계로 편입시키기 위한 효과적인 대책이 마련되어야 함을 보여 준다.

[그림 3-3] 지역사회 중증 정신질환자 등록 관리율

(단위: %)



자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. p.139

이와 같은 상황을 개선하기 위해서는 정신건강복지센터의 관리에 대한 환자 본인의 동의율 제고가 중요하다. 본 연구에서는 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 관리사업 담당자 142명에게 정신의료기관으로부터 퇴원 사실을 통지받은 환자 중 정신건강복지센터에서의 관리에 동의하는 대략적인 환자의 비율을 질문하였는데, 우선 기초 정신건강복지센터 등록환자 중에서 정신의료기관으로부터 퇴원을 통지받은 환자의 비율이 센터 평균적으로 20.7%, 퇴원 사실을 통보받은 환자 중 정신건강복지센터의 관리에 동의하는 환자의 비율이 센터 평균적으로 23.1%에 불과하다고 응답하였다(부표 1-2) 참조).

정신건강복지센터 등에서의 관리를 수용하지 않는 환자 중에도 평소에 자신의 정신건강을 체계적으로 관리하는 환자가 있을 것이다. 그렇다 하더라도 정신건강복지센터의 전문요원들의 체계적인 모니터링과 관리를 받는 것이 바람직하다는 점에서 정신건강복지센터 관리에 대한 환자의 동의율을 제고함으로써 관리의 사각지대를 축소해 나갈 필요가 있다.

3. 환자에 대한 다양한 전달체계 모형 개발 미흡

지역사회 관리에 대한 환자의 동의율이 낮아 적절한 관리 서비스를 받지 못하는 사각지대가 넓게 존재하고 있다는 점은 지역사회 중증 정신질환 관리에 있어 가장 큰 문제점 중의 하나로 판단된다. 이는 이미 오래전부터 지속되는 현상이지만 그간 이러한 문제점을 해결하기 위한 다양한 시도가 미흡했다고 판단된다. 지역사회의 중증 정신질환자에 대한 정신건강복지센터 등 공공 부문에서의 접근에 한계가 있다면, 환자 관리 및 지역사회 편의 제공 등을 위해 사회적 협동조합 등을 활성화하는 방안 등에 대한 검토도 필요하다고 보인다. 현재 일부 극히 제한된 지역에서 사

회적 협동조합이 운영되고 있으나 재정적 문제 등으로 활성화되는 데 한계가 있다.

아울러, 정신의료기관에서 사례 관리를 실시하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다. 퇴원환자의 경우 자신의 퇴원 사실을 정신건강복지센터에 통보하여 정신건강복지센터가 사례 관리 등을 하는 것에 대해 거부감을 가질 수 있기 때문에 환자가 입원했던 정신의료기관에서 일정 기간 동안 사례 관리를 실시하는 방안도 검토해 볼 만하다. 그러나 정신의료기관이 사례 관리를 실시하기 위해서는 이에 대한 건강보험 수가 인정되어야 하는데, 현재로서는 그렇지 못하다. 일본은 정신질환을 가진 자살시도자에 대해 정신의료기관이 사례 관리를 실시할 경우 이에 대해 건강보험 급여를 인정하고 있음을 고려하면 우리나라도 이에 대한 검토가 필요할 것으로 보인다.

한편, 일부 정신질환자의 경우 가족과의 유대관계 단절 등으로 인해 가족과 떨어져 혼자서 생활하기도 한다. 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자에 대한 설문조사에 의하면, 센터의 등록·관리 환자 중 혼자 생활하는 환자가 센터 평균적으로 약 36.0%에 달하는 것으로 나타났다(〈부표 1-2〉 참조).

중증 정신질환자에게는 주기적인 외래진료와 철저한 약 복용이 무엇보다 중요하다. 이러한 체계적인 외래진료와 약 복용, 재발 징후의 조기 발견 등의 측면에서 가족의 역할이 매우 중요하다. 그러나 가족이 없거나 가족과 떨어져 생활하는 지역사회 중증 정신질환자에게는 가족의 역할을 대신할 인력이 없다. 정신건강복지센터의 정신건강 전문요원이 관리를 담당할 수도 있으나 현실적으로 정신건강복지센터의 전문요원이 환자에게 밀착하여 이러한 평소의 관리 서비스를 제공하는 데는 한계가 있다.

따라서 중증 정신질환자에 밀착하여 평소 복약 지도 등의 관리 서비스

를 제공하는 별도의 체계를 마련하는 방안을 검토할 필요가 있다. 물론 모든 독거환자에 대해 이러한 서비스를 제공하는 데는 현실적으로 한계가 있기 때문에 환자의 상태나 생활 여건 등을 고려하여 일부 환자를 대상으로 하는 방안을 검토할 필요가 있을 것으로 보이며, 이에 필요한 전문인력은 기초 정신건강복지센터의 인력을 증원하여 활용하는 방안도 고려될 수 있을 것이다.

4. 지역사회 자원 활용 미흡

지역사회는 정신질환자가 생활하는 환경이기도 하고 정신질환자에 대한 지지를 제공하는 서비스 공급의 주체이기도 하다. 정신질환자가 지역사회에서 심리적·정서적으로 안정된 생활을 유지하도록 하기 위해서는 지역 주민과의 긍정적 유대관계가 형성되어야 한다. 이러한 의미에서 지역사회는 심리적·정서적 지지 서비스를 제공하는 서비스 공급 주체이자 지역사회 자원이기도 하다.

그러나 현재 우리나라는 지역사회의 자원을 활용하기 위한 프로그램의 개발·시행이 미흡하다. 정신질환자에 대한 지역 주민의 편견 해소나 이해 증진, 관리 대상자의 조기 발견, 주민과의 유대 형성을 통한 정서적·심리적 지지 제공 등에 있어 부녀회, 노인회, 자원봉사단체 등 다양한 지역 자치 조직을 적극 활용할 필요가 있다.

이와 관련하여 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자들에게 중증 정신질환 관리에 있어서 부녀회, 노인회 등 주민 자치 조직을 활용하는 것이 어느 정도 도움이 되는지를 질문하였는데, ‘매우 도움이 된다’ 또는 ‘도움이 된다’는 응답이 각각 5.6%, 52.1%였으나, ‘별로 도움이 안 된다’ 또는 ‘전혀 도움이 안 된다’는 응답도 각각 37.3%, 4.2%에 달

하였다. 이와 같이 ‘도움이 안 된다’는 응답이 비교적 높게 나타난 것은 중증 정신질환자에 대한 지역 주민과 주민 자치 조직들의 이해가 높지 않아서 이들 자치 조직들을 활용하는 것이 환자 관리에 크게 도움이 되지 않는다고 생각하는 것으로 보인다.

〈표 3-10〉 중증 정신질환자 관리에 있어 주민 자치 조직을 활용하는 것이 어느 정도 도움이 되는지에 대한 기초 정신건강복지센터 전문요원의 의견

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
중증 정신질환자 관리에 있어 주민 자치 조직을 활용하는 것이 어느 정도 도움이 되는지에 대한 기초 정신건강복지센터 전문요원의 의견	계	100.0(142)
	매우 도움이 된다	5.6(8)
	도움이 된다	52.1(74)
	별로 도움이 안 된다	37.3(53)
	전혀 도움이 안 된다	4.2(6)
	무응답	0.7(1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

이는 주민 자치 조직들이 관리 대상자의 조기 발견, 주민과의 유대 형성을 통한 정서적·심리적 지원 등 중증 정신질환자 관리에 도움이 되기 위해서는 지역주민의 편견 해소나 이해 증진이 먼저 이루어져야 함을 보여준다.

제2절 중증 정신질환자 관리 프로그램 및 서비스

1. 환자 욕구에 부응하는 다양한 사회적 지원 프로그램 강화 필요

우리나라는 아직까지 환자에 대한 정신적·심리적 지원 외에 환자 및 가족의 사회적 욕구에 대처하기 위한 지원 프로그램의 개발이 미흡하다. 지역사회 중증 정신질환자를 관리함에 있어서 주간재활, 직업재활, 주거 서비스 이외에 정신질환자 및 가족의 사회적 욕구를 보다 세밀하게 파악하고 이를 토대로 다양한 지원 서비스 및 프로그램을 개발하기 위한 노력이 강화되어야 할 것으로 보인다. 특히 정신건강복지법 개정과 함께 정신질환자에 대한 복지 서비스 지원의 중요성이 강조되고 있다. 정신건강복지법은 정신질환자에게 제공되어야 하는 다양한 복지 서비스를 규정하고 있다. 정신건강복지법 제34조는 고용 및 직업재활 지원, 제35조는 평생 교육 지원, 제36조는 문화·예술·여가·체육활동 등 지원, 제37조는 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원 등을 규정하고 있다. 정신질환자 관리에 있어 이러한 복지 서비스 제공의 중요성은 두말할 필요가 없지만 법에서 규정한 복지 서비스의 범주에서 환자 및 가족이 실제 필요로 하는 것이 무엇인지를 세밀하게 파악하는 노력이 필요하다. 특히, 현재 정신건강복지센터 등에서 주간재활이나 직업재활, 문화·여가 프로그램, 사회적응훈련 등 다양한 프로그램들이 운영되고 있으나 환자들이 이러한 프로그램에 참여하고 난 이후의 일상 시간을 가치 있게 보낼 수 있도록 프로그램 마련 등을 검토할 필요가 있다.

2. 지역사회 사례 관리에 대한 제도적 개선 방안 모색 필요

지역사회 중증 정신질환자 관리를 위한 기초 정신건강복지센터의 주된 활동 중의 하나가 사례 관리이다. 정신건강복지센터 현장의 사업담당자들은 사례 관리가 매우 중요함을 강조하면서도 센터의 다른 업무들로 인해 사례 관리에 충분한 시간과 노력을 투입하기 어렵고, 환자들을 접촉함에 있어 사업 담당자의 안전을 담보할 수 없다는 점 등을 문제점으로 지적하고 있다.

이러한 사례 관리 서비스 제공자 측면에서의 문제점뿐 아니라 사례 관리 대상자인 환자들의 순응도도 높지 않은 것으로 나타나고 있다. 본 연구에서 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자들에 대해 실시한 설문조사 결과에 의하면, 기초 정신건강복지센터에서 등록관리 중인 환자 중에서 사례 관리를 잘 받고 있는 환자의 비율은 약 59.0%에 불과하였다. 당초 수립되었던 사례 관리 서비스 계획(ISP)대로 사례 관리가 잘 이루어지는지에 대해서는 ‘매우 그렇다’, ‘그렇다’는 응답이 각각 3.5%, 61.3%였으나 ‘그렇지 않다’는 응답도 34.5%에 이르고 있다.

〈표 3-11〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 실태(Ⅰ)

구 분		(단위: 명, %)
비율(명)		
기초 정신건강복지센터 등록환자 중 사례 관리를 잘 받고 있는 환자의 비율(전문요원 응답상의 비율)		59.0
사례 관리 서비스 계획(ISP)대로 중증 정신질환자 관리가 잘 이루어지고 있는지 여부	계	100.0(142)
	매우 그렇다	3.5(5)
	그렇다	61.3(87)
	그렇지 않다	34.5(49)
	전혀 그렇지 않다	0.7(1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

한편, 개인별 사례 관리계획 수립 시 정신과 의사의 정신의학적 평가를 충분히 반영하고 있는지에 대한 질문에 대해 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’는 응답이 각각 7.8%, 44.4%였으나 ‘그렇지 않다’ 또는 ‘전혀 그렇지 않다’는 응답도 각각 43.0%, 4.9% 등으로, 사례 관리계획 수립에 정신과 의사의 정신의학적 평가가 충분히 반영되지 않고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-12〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 실태(II)

(단위: 명, %)

구 분	응 답	비율(명)
개인별 사례 관리 서비스 계획(ISP) 수립 시 정신과 의사의 정신의학적 평가를 충분히 반영하고 있는지 여부	계	100.0(142)
	매우 그렇다	7.8(11)
	그렇다	44.4(63)
	그렇지 않다	43.0(61)
	전혀 그렇지 않다	4.9(7)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

현재 보건복지 부문에서는 중증 정신질환뿐 아니라 의료급여 사례 관리, 독거노인 생활 관리, 희망복지지원단 통합 사례 관리 등 다양한 사례 관리사업이 추진되고 있다. 중증 정신질환자는 정신적인 어려움 외에도 다른 사회·경제적 취약성에 복합적으로 노출돼 있을 가능성이 높아 통합 관리의 필요성이 높으므로 개별 사례 관리 간 연계를 통한 통합적 서비스 제공이 이루어져야 하는 경우가 많다.

이와 같이 사례 관리 간 연계를 통한 통합적 서비스 제공이 체계적으로 이루어지기 위해서는, 사례 관리의 대상자 등록 문제로 인한 서비스 제공의 단절이나 중복이 발생하지 않도록 해야 한다. 어느 한 사례 관리사업에서 대상자를 등록하고 나면 다른 사례 관리사업의 대상자로 등록하기 어려운 현실적 문제가 발생하지 않도록 해야 한다. 실제 정신건강복지센터 중증 정신질환자 관리 담당자들의 40.1%가 다른 분야 사례 관리와의

중복등록으로 인해 환자를 센터의 사례 관리 대상에서 제외한 적이 있다고 응답하였다.

〈표 3-13〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 실태(Ⅲ)

(단위: 명, %)

구 분	응 답	비율(명)
다른 분야 사례 관리와 중복 등록으로 인해 환자를 센터의 사례 관리 대상에서 제외한 적이 있는지 여부	계	100.0(142)
	있다	40.1(57)
	없다	57.8(82)
	무응답	2.1(3)
중증 정신질환자를 다른 분야 사례 관리로 연계를 시도했으나 이루어지지 못한 경험 여부	계	100.0(142)
	있다	35.2(50)
	없다	63.8(92)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

또한 35.2%의 중증 정신질환 관리 담당자들이 다른 분야 사례 관리로 연계를 시도했으나 연계가 이루어지지 못한 경험이 있는 것으로 나타났다. 연계가 이루어지지 못한 이유로는 여러 가지가 있을 수 있으나, 많은 담당자들이 다른 분야 사례 관리 담당자들이 정신질환자를 연계받기를 꺼려하는 경향이 있다는 점을 지적하고 있다.

복합적 욕구를 동시에 가진 환자의 경우 여러 사례 관리를 동시에 받아야 하는 경우도 있을 수 있으나 현실적으로는 연계가 여러 사례 관리에 걸쳐 순차적으로 이루어지는 경우가 많아 동시적인 통합 서비스 제공에 한계가 있다.

이러한 문제를 위한 해결하기 위한 접근으로서 케어 매니지먼트(care management)의 개념을 적용한 관리 방식을 적용하는 방안에 대해서도 검토할 필요가 있다. 즉, 복합적 서비스 욕구로 인해 여러 영역에 걸친 사례 관리를 받아야 하는 환자들에 대해서는 영역을 넘나드는 지속적인 모

니터링과 성과 측정 및 피드백을 기반으로 하는 케어 매니지먼트 시스템의 도입을 적극 고려할 필요가 있다.

3. 양적 실적 중심의 성과 평가

현재 정신건강복지센터 등은 정신건강복지법에 따라 평가를 받도록 되어 있다. 그런데, 기초 정신건강복지센터 평가 편람에 의하면 평가 지표들이 응급입원 및 치료 연계 건수, 증상 평가, 기능 평가, ISP 수립 건수, 사례검토회의 횟수, 연합사례관리회의 횟수, 대상자 연계 인원수 등과 같이 양적 실적 위주로 구성되어 있다(보건복지부·국립정신건강센터, 2018).

양적 실적 위주의 평가를 완전히 배제할 수는 없으나 앞으로 관리 대상자에게서 발생하는 최종적인 성과(performance)를 평가에 반영하기 위한 노력이 필요하다. 이를 위해서는 관리의 성과를 정성적으로 측정·평가하기 위한 재입원율, 외래진료 준수율 등 다양한 성과 지표의 개발·관리가 필요하다. 그리고 이와 같은 성과를 연속적으로 모니터링하고 측정하기 위해서는 위에서 언급한 케어 매니지먼트를 강화하는 노력이 더욱 필요할 것으로 보인다.

4. 중증 정신질환자 가족에 대한 지원 미흡

정신질환자의 탈시설화 및 지역사회 관리 강화는 가족 및 지역사회의 부담 증가를 가져오게 된다. 그러나 시설 보호에서 지역사회 관리로 전환되는 과정에서 발생하는 사회적 부담 증가가 가족에게로만 전가되어서는 지역사회 관리가 성공적으로 추진될 수 없다. 정신질환자 가족의 돌봄 부담이 증가하면서 가족 간 정서적·심리적 유대의 붕괴, 경제적 곤란 등을 경험하는 가족이 증가할 수 있다. 정신건강복지법 제40조에 보호의무자

의 의무를 별도로 명시하고 있다는 것은 그만큼 정신질환자 관리를 위한 보호의무자의 부담이 크다는 것을 의미한다. 정신건강복지법 제40조 제1항부터 제4항까지 명시된 보호의무자의 의무를 준수할 수 있도록 보호의무자에 대한 지원 방안을 적극 강구할 필요가 있다. 정신건강복지법 제38조에 규정된 가족에 대한 교육 및 정보 제공에서 나아가 보호의무자의 부담을 경감할 수 있는 공공 부문에서의 다양한 지원 방안이 마련되어야 한다. 정신건강복지센터 등에서 가족에 대한 교육 및 지원 프로그램을 운영하고 있지만 나아가 다양한 사회·경제적 지원 등도 고려되어야 한다.

현재 기초 정신건강복지센터 등에서 가족에 대한 지원 프로그램을 운영하고 있지만 그 내용이 주로 환자 관리에 필요한 교육, 가족에 대한 정서적·심리적 지원 등에 치우쳐 있다. 본 연구에서 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자에 대해 설문조사를 한 결과에 의하면, 현재 이루어지고 있는 가족에 대한 지원으로는 재발 징후 교육, 약물 부작용 교육 등의 교육이 63.4%를 차지하였으며, 가족에 대한 정서적·심리적 지원이나 자조 모임 활동 지원은 각각 16.2%, 11.3%였다. 즉, 가족에 대한 지원 내용이 주로 환자 관리를 위한 교육 및 정보 제공 등이며 가족 자체에 대한 사회·경제적 지원 프로그램은 미흡한 것으로 나타났다.

〈표 3-14〉 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 가족에 대한 지원 내용

가족에 대한 지원 내용		(단위: 명, %)
기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 가족에 대한 지원 내용	계	100.0 (142)
	재발 징후, 약물 부작용 등	63.4 (90)
	가족에 대한 정서적·심리적 지원	16.2 (23)
	가족 자조 모임 활동 지원	11.3 (16)
	기타	8.5 (12)
	무응답	0.7 (1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

이러한 맥락에서 가족의 돌봄 부담 경감을 위한 다양한 지원 대책을 마련할 필요가 있다. 그 예로서 가족이 단기 출타 등으로 환자를 돌보지 못할 경우나 환자를 돌보는 가족에게 휴식이 필요할 경우에 이용할 수 있는 레스파이트 케어 프로그램(respite care program) 등을 활성화하는 방안에 대해서도 검토할 필요가 있다. 4장에서 살펴본 호주 빅토리아주의 사례 등뿐 아니라 우리나라에서도 일부 사회복지관 등에서 장애인 가족에 대한 레스파이트 케어 프로그램을 운영하고 있으며, 공동생활가정 등에도 환자를 일시적으로 위탁할 수 있도록 하고 있다. 그러나 아직까지 중증 정신질환자 가족을 대상으로 한 레스파이트 케어 프로그램이 활성화되어 있지 않으며, 공동생활가정에 환자를 위탁하는 것도 공동생활가정 내 기존 환자들과의 융화 문제 등 현실적인 한계가 있다.

5. 지역 주민에 대한 편견 해소 및 이해 증진 프로그램 강화 필요

중증 정신질환자가 거주하는 이웃의 주민이나 정신건강복지센터 인근 주민 등에 대한 편견 해소 및 이해 증진 프로그램 운영의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 정신질환자가 회피의 대상이 아니라 같이 어울려 살아가는 이웃이라는 인식을 가질 수 있도록 하기 위해서는 정신질환에 대한 이해 증진과 환자를 대하는 자세와 태도 등 주민에 대한 교육이 무엇보다 중요하다.

기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자들도 지역 주민에 대한 편견 해소 및 이해 증진 프로그램의 필요성을 깊이 인식하고 있었다. 본 연구의 설문조사에 의하면, 중증 정신질환자가 거주하는 인근 지역 주민에 대해 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하느냐는 질문에 대해 각각 36.6%,

58.5%가 ‘매우 필요하다’ 또는 ‘필요하다’고 응답하였다.

이와 같이 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자들이 주민의 이해 증진 프로그램의 필요성을 높게 느끼고 있다는 것은 반대로 그만큼 정신질환자에 대한 지역 주민의 이해가 부족하고 편견이 심하다는 것을 보여 준다.

〈표 3-15〉 정신질환에 대한 이해 증진 및 환자와의 친밀도 제고를 위한 주민 교육 프로그램의 필요성에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 인식

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
정신질환에 대한 이해 증진 및 환자와의 친밀도 제고를 위한 주민 교육 프로그램의 필요성에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 인식	계	100.0(142)
	매우 필요하다	36.6(52)
	필요하다	58.5(83)
	필요 없다	4.2(6)
	전혀 필요 없다	-
	무응답	0.7(1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

대중매체나 소셜 네트워크 서비스(SNS) 등을 통한 전국적 차원의 교육·홍보 사업은 추진되고 있으나, 지역 단위 차원에서 정신질환자에 대한 과도한 두려움이나 부정적인 인식을 갖지 않도록 환자를 대할 때의 태도 등을 환자 인근 주민들에게 설명하고 이해를 도모하기 위한 현장 중심적인 프로그램은 없는 실정이다.

6. 응급개입 체계 미흡

중증 정신질환자에 대한 지역사회 관리가 성공적으로 추진되기 위해서는 그 선결 조건으로서 응급 상황 발생 시 환자를 신속하게 정신의료기관

으로 이송하여 입원 등의 조치를 할 수 있는 시스템이 효과적으로 운영되어야 한다. 지역사회에서 환자를 아무리 적절하게 관리한다고 하더라도 응급입원이 필요한 상황은 언제라도 발생할 수 있기 때문이다.

이러한 상황에 대처하기 위해서는 지역사회 내에 응급입원을 위한 병상이 확보되어 있어야 하고, 환자를 의료기관으로 이송함에 있어서 경찰 및 소방의 적극적인 협조가 뒷받침되어야 하지만 아직까지 이러한 신속하고 체계적인 응급개입 체계가 갖추어지지 못한 경우가 많은 것으로 나타나고 있다.

본 연구에서 실시한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자에 대한 설문조사 결과에 의하면, 기초 정신건강복지센터당 응급입원 사례가 연간 평균 약 12.5건 발생하는 것으로 나타났다. 지난 1년간 응급입원을 시키려 하였으나 정신의료기관의 병상 부족 등으로 응급입원을 시키지 못한 경우가 있는지에 대한 질문에 대한 응답은 ‘자주 있다’가 20.4%, ‘가끔 있다’가 54.9%로 나타나, 전체적으로 75.3%의 응답자가 응급입원을 시키려 하였으나 병상 부족 등으로 응급입원을 시키지 못한 경험을 가진 것으로 나타났다.

또한 응급입원 시 경찰 및 소방의 협조가 잘 이루어지느냐는 질문에 대한 응답은 ‘그렇지 않다’가 37.3%, ‘전혀 그렇지 않다’가 10.6%로 나타나 경찰 및 소방의 협조도 강화할 필요가 있는 것으로 나타났다.

원활한 응급입원을 위해 정신의료기관과 협조체계를 구축하고 있는지를 묻는 질문에 대해서는 82.4%가 ‘그렇다’고 응답하였다. 이는 기초 정신건강센터에서 중증 정신질환자를 관리함에 있어 공식적이든 비공식적이든 대부분 소관 지역에 또는 인근 지역에 소재하는 정신의료기관과 응급입원을 위한 협조관계를 형성하고 있다는 것을 보여 주고 있다. 그러나 응급입원을 시키는 과정에 여러 가지 현실적인 문제가 발생하고 있다. 해

당 시·군·구 지역 내에 병상을 갖춘 정신의료기관이 없거나 병상이 부족할 경우 해당 지역의 경계를 벗어나 인근 지역의 정신의료기관으로 환자를 이송해야 하는데, 이때 경찰 및 소방의 환자 이송 차량의 위수지역 문제로 인해 어려움을 겪는 경우가 많은 것이 그 예이다.

〈표 3-16〉 기초 정신건강복지센터의 응급입원 관련 업무 수행 환경 실태

(단위: 건, 명, %)

구 분		비율(명)
지난 1년간 응급입원을 시킨 사례(센터당 연간 평균 건수)		12.5
지난 1년간 응급입원을 시키려 했으나 정신의료기관의 병상 부족 등으로 응급입원을 시키지 못한 경험 유무	계	100.0(142)
	자주 있다	20.4(29)
	가끔 있다	54.9(78)
	없다	23.9(34)
	무응답	0.7(1)
응급입원 시 경찰 및 소방의 협조가 잘 이루어지고 있는지 여부	계	100.0(142)
	매우 그렇다	2.8(4)
	그렇다	16.9(24)
	보통이다	31.7(45)
	그렇지 않다	37.3(53)
	전혀 그렇지 않다	10.6(15)
	무응답	0.7(1)
원활한 응급입원을 위해 정신의료기관과 협조체계를 구축하고 있는지 여부	계	100.0(142)
	그렇다	82.4(117)
	아니다	16.2(23)
	무응답	1.4(2)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

제3절 업무 및 서비스 연계 네트워크 운영 실태

1. 기초 및 광역 정신건강복지센터 간 연계 미흡

현재 정신건강복지법 제15조 제2항 및 제3항³⁾에 따라 설치·운영되고 있는 시·도 단위의 광역 정신건강복지센터와 시·군·구 단위의 기초 정신건강복지센터는 지역사회 중증 정신질환자 관리의 증추적 역할을 담당하는 기관이다.

그런데, 광역 단위의 기관과 기초 단위의 기관 간에는 수직적인 업무 연계 및 협조체계나 서비스 전달체계가 구축되는 것이 일반적이지만 광역 및 기초 정신건강복지센터 간에는 이러한 수직적 업무 연계·협조 관계나 서비스 전달체계 구축이 미흡하다. 보건복지부의 정신보건사업 안내(보건복지부, 2018)에 따르면 광역 정신건강복지센터의 주요 업무에 연구·기획 업무의 일환으로 기초 정신건강복지센터 및 정신재활시설 서비스 제공 현황과 세부 내용 분석이 포함되어 있으며, 네트워크 사업의 일환으로 지역사회 서비스 기관 간 연계체계 구축 및 조정, 정신의료기관 및 지역사회 퇴원환자 간 연계체계 구축 및 조정 등이 포함되어 있다. 그러나 이것이 광역 및 기초 정신건강복지센터 간 연속적 서비스 제공, 기초 정신건강복지센터에 대한 업무 지도 및 기술 지원, 지식정보 제공, 기초 정신건강복지센터가 경험하는 각종 문제의 지원 등을 의미한다고 보기는 어렵다.

3) 정신건강복지법 제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영)

② 시·도지사는 관할 구역에서의 제12조 제2항에 따른 소관 정신건강 증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 광역정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.

③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조 제3항에 따른 소관 정신건강 증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 “보건소”라 한다)에 기초정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.

광역 및 기초 정신건강복지센터 간 수직적 업무 연계에 대해서는 정신건강복지법 등 관련 법규에도 관련 내용이 구체적으로 제시되어 있지 않으며, 현실적으로도 기초 정신건강복지센터가 광역 정신건강복지센터로부터 받는 지원은 교육·홍보 자료 작성·제공, 정신건강 전문요원에 대한 교육 실시, 각종 매뉴얼 작성 제공 등에 그치는 경우가 많으며, 일부의 경우에는 기초 정신건강복지센터가 광역 정신건강복지센터로부터 센터 운영과 관련한 컨설팅을 받는 경우도 있다. 특히, 기초 정신건강복지센터가 사례 관리를 수행하기 어렵거나 사례 관리의 성과가 발생하지 않는 환자를 광역 정신건강복지센터가 이관받아 다학제적 집중 사례 관리를 실시하는 등의 환자 의뢰·회송은 이루어지지 않고 있다.

이러한 현상에 대해서는 업무 및 서비스 제공의 수직적 연계와 관련한 업무 내용 및 연계 방법 등의 사항이 관련 법령에 구체화되어 있지 않은 데에서도 그 이유를 찾을 수 있겠지만, 센터의 위탁운영과도 관련이 있다고 판단된다. 현재 광역 및 기초 정신건강복지센터는 정신건강복지법 제15조 제6항⁴⁾에 따라 외부 전문기관에 운영을 위탁할 수 있는데, 광역 및 기초 정신건강복지센터가 각각 별도의 기관에 위탁되고 있는 것이 일반적이다. 이에 따라 각각 별도의 수탁기관이 위탁계약상 정해진 업무에만 중점을 두면서 광역 및 기초 정신건강복지센터 간 연계활동에 소홀해지기 쉽다.

이는 광역 정신건강복지센터가 서비스 전달체계상의 상위 기관으로서 자리매김을 하여 직접적인 환자 관리를 지원하는 기능을 담당하여야 할 것인지의 문제와 관련되어 있다. 물론 광역 정신건강복지센터가 반드시 환자에 대한 서비스 제공에 개입하여 전달체계상 2차 기관으로서의 역할을 담당해야 한다는 것은 아니다. 즉, 환자에게 서비스를 제공하는 서비

4) 정신건강복지법 제15조제6항: 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 소관 정신건강 증진사업 등을 정신건강에 관한 전문성이 있는 기관·단체에 위탁하여 수행할 수 있다.

스 전달체계상에서 기초 정신건강복지센터가 1차 서비스 제공기관으로서의 역할을 수행하고 광역 정신건강복지센터가 2차 기관으로서의 역할을 담당해야 한다는 것은 아니다.

그러나 환자에 대한 다학제적 관리의 중요성이 강조되고 있고, 기초 정신건강복지센터에서 감당하기 어려운 고난도, 고위험 사례 등이 발생하고 있는 현실적 상황을 고려할 때 기초 정신건강복지센터가 환자를 관리하는 과정에서 경험하는 다양한 어려움을 광역 정신건강복지센터가 지원하는 체계를 갖추는 것에 대해 적극적으로 검토할 필요가 있다는 것이다.

다만, 현재 광역 정신건강복지센터에서는 환자에 대한 직접적인 사례 관리를 담당하지 않기 때문에 이러한 체계가 갖추어지기 위해서는 현장에서의 사례 관리 등에 대하여 광역 정신건강복지센터의 정신건강복지 전문요원들이 경험과 지식을 축적할 수 있도록 하는 사전적 조치가 필요할 것으로 보인다.

본 연구에서는 이와 관련하여 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자들에 대한 설문조사를 실시하였는데, 광역 정신건강복지센터의 교육 프로그램 운영, 교육·홍보 자료 개발·지원, 업무 협의 및 연계를 위한 협의체 운영 등의 개선 사항에 대한 부분과 함께 향후 광역 정신건강복지센터가 수행해야 할 역할 등에 대한 부분으로 크게 나누어 질문하였다.

우선, 기초 정신건강복지센터에 대한 광역 정신건강복지센터의 교육 프로그램 운영이 적절하게 이루어지고 있다고 생각하는지에 대해 69.0%가 ‘그렇다’고 응답하였으며, 광역 정신건강복지센터의 업무 협의 및 연계를 위한 회의체 운영이 적절히 이루어지고 있는지에 대해서도 66.2%가 ‘그렇다’는 응답을 보였다. 그러나 광역 센터의 매뉴얼 및 교육자료·홍보물 등 개발·지원이 적절하게 이루어지고 있다고 생각하는지에 대해서는 44.4%가 ‘그렇다’, 53.5%가 ‘아니다’라고 응답하여⁵⁾ 광역 정신건강복지

센터의 교육·홍보자료 개발·지원 활동이 보다 강화될 필요가 있는 것으로 나타났다.

특히, 광역 정신건강복지센터의 교육 프로그램 운영과 관련하여서는 교육 기회의 확대와 전문요원의 소진 예방, 역량 강화를 위한 구체적 교육 등 교육 내용의 다양화가 필요하다는 의견과 함께 MHIS 교육 및 공통 활용 기본책도 교육의 정기적 실시 등의 의견이 제시되었다. 아울러 형식적이고 의무적인 교육보다는 현장감 있고 전문성·실효성 있는 교육과 이를 위한 강의 주제 및 강사 선정이 필요하다는 의견이 제시되었다. MHIS 교육에 있어서는 오랜 실무 경력이 있는 강사에 의한 내실 있는 교육이 필요하며, 단발성 교육보다는 연속성 있게 심화 과정까지 이어지는 교육이 필요하다는 의견이 제시되었다. 또한 자격증이나 수료증이 남을 수 있는 중장기 교육 프로그램 운영이 필요하며, 다양한 장소 및 시간의 교육 프로그램 운영이 필요하다는 의견도 있었다.

〈표 3-17〉 광역 정신건강복지센터 교육 프로그램 운영상의 개선 사항
(기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자 의견)

구 분	내 용
교육 기회	• 교육 기회의 확대 및 교육 내용의 다양화(전문요원의 소진 예방, 역량 강화를 위한 구체적 교육) • MHIS 교육, 공통 활용 기본책도 교육의 정기적 실시
교육의 질적 수준	• 형식적이고 의무적인 교육보다는 현장감 있고 전문성·실효성 있는 교육 및 이를 위한 강의 주제 및 강사 선정 • MHIS 교육의 질적 수준 제고(오랜 실무 경력이 있는 강사에 의한 교육)
교육 프로그램 운영 방식	• 단발성 교육보다는 연속성 있게 심화 과정까지 이어지는 교육 필요 • 자격증이나 수료증이 남을 수 있는 중장기 교육 프로그램 운영
교육 장소 및 시간	• 교육 프로그램이 수도권에 편중되어 있어 다양한 장소 및 시간의 교육과 이와 관련한 지방 광역단체의 역할 증대 필요

자료: 본 연구의 설문조사

다음으로 광역 정신건강복지센터의 매뉴얼, 교육·홍보 자료 개발·지원 활동과 관련하여서는, 사업별로 표준화된 자료 및 매뉴얼이 부족하며, 매뉴얼이 개발된 이후의 홍보 및 설명회가 부족하고, 교육·홍보 자료의 보급 수량도 부족하다는 지적과 함께, 현장의 요구에 맞는 구체적인 양질의 자료 개발과 필요한 시기의 자료 배부가 필요하다는 의견도 제시되었다.

〈표 3-18〉 광역 정신건강복지센터의 매뉴얼 및 교육·홍보 자료 개발지원상의 개선 사항
(기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자 의견)

구 분	내 용
자료의 양적 수준	• 사업별 표준화된 자료 및 매뉴얼 부족 • 개발된 매뉴얼의 홍보, 설명회, 보급 수량 부족 • 현장의 요구에 맞는 구체적인 양질의 자료 개발 필요 • 필요한 시기의 매뉴얼, 교육자료, 홍보물품 등 배부 필요
자료의 질	• 자료의 다양성 미흡 • 광역 담당 직원의 역량에 따라 매뉴얼의 질이 좌우 • 부적절한 삽화 및 예시, 전문적인 용어 사용 등
자료 활용	• 저작권 문제와 관련되거나 자료들이 pdf 파일로 되어 있어 자료의 수정 활용에 한계 • 자료 사용 시 광역 정신건강복지센터에서 계약한 업체를 이용해야 하는 불편

자료: 본 연구의 설문조사

광역 정신건강복지센터의 업무 연계 및 협의를 위한 회의체 운영과 관련하여서는, 정기적인 회의 개최가 지켜지지 않거나 회의 개최 횟수가 부족하다는 의견과 함께, 회의가 운영되지만 실질적인 협의보다는 공지 사항 전달 위주로 운영된다는 문제점을 지적한 경우도 있었다. 또한 기초 정신건강복지센터 간 상황이 매우 다르고 업무 협의의 주체로서 광역 정신건강복지센터의 권한이 미흡하다는 의견도 있었다.

한편, 향후 광역 정신건강복지센터가 수행해야 할 역할과 관련하여서는, 사례 관리 의뢰 및 회송, 자원 연계, 정보 중개, 업무 조정·연계 등과 관련한 의견을 조사하였다. 이와 관련하여 우선 고난도·고위험 사례 관리

환자 등 기초 정신건강복지센터에서 관리하기 어려운 환자를 광역 정신건강복지센터로 의뢰하도록 하는 것에 대해 49.3%가 '필요하다', 29.6%가 '필요 없다', 19.7%가 '잘 모르겠다'고 응답하여 사례 관리 등에 있어서 광역 정신건강복지센터의 역할 강화를 희망하는 의견이 많았다.

광역 정신건강복지센터가 기초 정신건강복지센터 간의 자원 연계, 정보 중개, 업무 조정·연계 등의 역할을 하는 것에 대해서는 74.7%가 '필요하다', 13.46%가 '필요 없다', 10.6%가 '잘 모르겠다'고 응답하였다. 여기서 기초 정신건강복지센터 간 자원 연계는 광역 정신건강복지센터가 각 기초 정신건강복지센터 관할 지역 내 정신의료기관 이용 가능 병상, 정신재활시설 이용 및 입소 가능자 현황 등을 파악하고 있으면서 기초 정신건강복지센터가 요청할 경우 정신의료기관 입원 및 시설 이용 등을 연결시켜 주는 활동을 의미한다. 정보 중개는 입원이나 시설 이용을 직접 연결해 주지는 않더라도 관련 정보를 기초 정신건강복지센터에 중개해 주는 활동을 의미한다.

이와 같은 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자들의 응답 비율만을 기준으로 보면, 기초 정신건강복지센터에서 관리하기 어려운 환자를 광역 정신건강복지센터로 의뢰하도록 하는 것보다는 광역 정신건강복지센터가 자원 연계, 정보 중개, 업무 조정·연계 등의 역할을 하도록 하는 것에 대한 찬성 비율이 높다.

광역 정신건강복지센터가 이러한 기능을 담당하기 위해서는 사전에 사례 관리 및 정보 수집·관리, 업무 조정·연계 등의 역량이 대폭 강화되어야 한다. 앞에서 언급한 바와 같이 사례 관리 수행을 위한 전문요원의 경험 및 지식 확보, 관할 지역 내 관련 자원에 대한 정보 수집·관리 체계 구축 등이 이루어져야 한다. 특히, 광역 정신건강복지센터에 대한 고위험 환자 의뢰·회송, 센터 및 정신의료기관, 재활시설 등 간 자원 연계 및 정보

중개 등은 현재를 기준으로 볼 때 광역 정신건강복지센터의 기능에 있어 커다란 변화를 의미한다. 고위험 환자 의뢰·회송은 광역 정신건강복지센터도 일부 환자에 대한 직접적인 서비스 제공 기능을 수행해야 한다는 것을 의미하며, 관련 기관 간 자원 연계 및 정보 중개 등은 관리가 필요한 환자를 발견할 경우 어느 지역의 어느 기관을 이용할 수 있는지 등에 대한 실시간 정보를 광역 정신건강복지센터가 총괄 관리하면서 정신건강 전문요원 또는 환자에 정보를 제공하는 기능을 담당하여야 한다는 것을 의미한다. 현재도 광역 정신건강복지센터가 지역사회 서비스 기관 간의 연계체계 구축 및 조정 업무를 수행하고 있지만 환자의 서비스 이용 측면에서의 정보 중개 및 자원 연계가 이루어진다고 보기는 어렵다.

〈표 3-19〉 광역 정신건강복지센터의 기능 확대에 대한 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자의 의견

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
기초 정신건강복지센터에서 관리하기 어려운 환자를 광역 정신건강복지센터로 의뢰하는 것에 대한 의견	계	100.0(142)
	필요하다	49.3(70)
	필요 없다	29.6(42)
	잘 모르겠다	19.7(28)
	무응답	1.4(2)
광역 정신건강복지센터가 기초 정신건강복지센터 간의 자원 연계, 정보 중개, 업무 조정·연계 등의 역할을 하는 것에 대한 의견	계	100.0(142)
	필요하다	74.7(105)
	필요 없다	13.4(19)
	잘 모르겠다	10.6(15)
	무응답	1.4(2)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

한편, 기초 정신건강복지센터에 대한 광역 정신건강복지센터로부터의 지원 강화를 희망하는 사항으로는 다양한 의견이 제시되었다. 우선 교육 프로그램과 관련하여서는 신규 및 중간 관리자 역량 강화 교육, 담당자의 소진 예방 및 힐링 프로그램, 사례 관리자에 대한 안전교육이 강화되어야

한다는 의견이 많았다. 특히 중증 정신질환자를 관리를 위한 역량을 강화하는 한편 실무자의 감정노동에 따른 스트레스 등을 치유할 수 있는 프로그램을 강화해야 한다는 의견이 많았다. 중증 정신질환자에 대한 대처 방법 교육이나 일관성 있는 사례 관리 방법 교육이 필요하다는 의견도 제시되었으며, 경찰 및 소방서 등과의 원활한 협조관계를 유지하기 위한 대처 방법, 집단교육 시 전문 강사 섭외 지원 등의 의견도 제시되었다.

지역 센터의 경우에는 관리자를 대상으로 한 전반적인 오리엔테이션이 필요하다는 의견도 제시되었다. 즉, 정신건강복지센터 및 중증 정신질환 관리 사업의 특수성 등에 대한 센터 관리자들의 이해를 증진시키기 위한 교육이 필요하다는 의견이었다.

한편으로는, 신규 직원들이 영입될 때마다 그때그때 교육이 이루어지지 못하고 광역 정신건강복지센터의 교육 프로그램 실시 일정에 따라 지연되는 경우가 많다는 문제점을 지적하는 경우도 있었다.

사례 관리 및 연계활동과 관련하여서는, 광역 정신건강복지센터로 하여금 기초 정신건강복지센터들 간의 교류·중재 역할을 강화하도록 해야 하며, 정신의료기관 등과의 자원 연계를 강화하도록 해야 한다는 의견과 함께, 다른 영역과의 공식적인 협조체계 구축, 지방자치단체 차원의 협조체계 구축, 경찰 및 소방 등 유관 기관의 연계 및 협조체계 강화 등이 필요하다는 의견이 제시되었다. 즉, 사례 관리를 위한 유관 기관과의 협조체계 구축 등은 기초 정신건강복지센터도 직접 담당하는 역할이지만 이러한 활동을 보다 원활하게 수행할 수 있도록 광역 정신건강복지센터가 지원해야 한다는 것이다.

특히 응급환자 및 자살시도자에 대해서는 광역 정신건강복지센터가 직접적인 사례 관리를 실시해야 한다는 의견도 제시되었는데, 이는 광역 정신건강복지센터가 평소의 지속적인 사례 관리를 담당해야 한다는 의견이

라기보다는 야간의 응급개입 출동이나 동행 등을 의미하는 것으로 해석해야 할 것으로 보인다. 즉, 응급개입과 관련하여서도 광역 정신건강복지센터가 응급출동 및 행정입원 개입·동행 등 현장 지원 업무를 담당해야 한다는 의견이 제시되었는데 현재 광역센터가 야간에 전화 상담만을 실시하고 있기 때문에 이러한 야간의 응급개입 시 광역 정신건강복지센터의 역할을 확대해야 한다는 의견으로 보인다.

한편, 응급개입과 관련하여서는 광역 정신건강복지센터가 중증 정신질환자 위기대응 팀을 운영해야 한다는 의견과 응급 상황 대처에 대한 의사소통 체계를 구축해야 한다는 의견도 제시되었다.

업무 조정·협조체계와 관련하여서는, 광역 정신건강복지센터가 기초 정신건강복지센터들의 중심체로서의 역할을 수행하면서 기초 정신건강복지센터들의 사업 수행을 위한 기반을 조성하고 사업의 원활한 수행을 위한 지도 등을 담당하는 한편, 현장의 목소리를 지방자치단체 및 보건복지부에 전달하는 의사소통 채널로서의 기능을 담당해야 한다는 의견도 제시되었다.

〈표 3-20〉 광역 정신건강복지센터로부터의 지원 강화가 필요한 사항
(기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자 의견)

구 분	지원 강화 희망사항
교육	• 신규 및 중간 관리자 역량 강화 교육 • 사업 담당자의 소진 예방을 위한 프로그램 • 정신건강 전문요원들의 감정노동에 대한 힐링 프로그램 강화 • 사례 관리자의 안전에 대한 교육 • 집단교육 시 전문 강사 지원 • 소방서 및 경찰서 대응 교육 • 일관성 있는 사례 관리 방법 교육 • 중증 정신질환자에 대한 대처 방법 교육 • 직영 센터 관리자에 대한 운영 관련 오리엔테이션
사례 관리 및 연계	• 센터 간 교류 중재 역할 • 정신의료기관 등과의 자원 연계 강화 • 지방자치단체 차원의 협조체계 구축 • 다른 영역 간의 공식적인 협조체계 구축

구 분	지원 강화 희망사항
	• 경찰 등 유관 기관과의 연계 및 협조체계 강화 • 응급환자 및 자살시도자에 대한 직접적 사례 관리 • 직업재활 연계
응급개입 및 현장 지원	• 응급개입 출동 및 연계, 야간의 응급개입 • 중증 정신질환자 위기 대응 팀 운영 • 응급출동 및 행정입원 개입·동행 등 현장 지원 업무 • 응급상황 대처에 대한 의사소통 체계 구축
업무 조정·협조	• 기초 정신건강복지센터들의 중심 역할 수행(기초 정신건강복지센터들 사업 수행 기반 조성, 사업의 원활한 수행을 위한 지도 등) • 현장의 목소리를 지방자치단체 및 보건복지부에 전달
프로그램 개발	• 사례 관리 시 사용될 수 있는 프로그램 개발 지원 • 프로그램 콘텐츠 지원 • 매뉴얼화된 프로그램 보급 • 중증 정신질환자 검사척도 개발 보급
자료 개발·지원	• 서식 및 사업별 업무 매뉴얼(교육, 프로그램) 개발·지원 • 홍보물 및 교육자료 제작
정보 공유	• 업무 정보 공유 • 정보 중개 • 지역의 정신건강 통계 제공
의료비 및 예산 등 지원	• 응급입원 및 행정입원 시 예산 지원 • 의료비 지원
자문 등	• 직업재활 프로그램 법률 자문 및 지원
기타	• 일원화된 홈페이지 운영 • 직원 선발 툴(tool) 혹은 평가체계 개발 • 통일된 업무 관리 시스템 • 정신건강 연구 조사, 연합 행사 등 • 유가족 사업 • 기초 정신건강복지센터의 운영규정, 복무규정 표준화

자료: 본 연구의 설문조사

이러한 기초 정신건강복지센터 전문요원들의 의견은 현장에서 기초 정신건강복지센터 전문요원이 겪는 불편 사항이 반영된 결과로서, 여기에는 광역 정신건강복지센터 자체적인 노력으로 해결될 수 있는 사항과 제도적 개선이 필요한 사항이 혼재되어 있다. 예로서, 중증 정신질환자에 대한 의료비 지원의 필요성과 의료비 지원을 위한 광역 정신건강복지센터의 기능 확대의 필요성을 지적하는 의견이 많았는데, 현재 광역 정신건강복지센터에 지원되는 예산이 많기 때문에 그 예산의 일부를 의료비 지

원으로 활용하면 좋겠다는 의견이 있었지만 이는 사실상 광역 정신건강 복지센터 자체적인 힘만으로는 해결되기 어려운 문제이다.

의료비 지원 문제를 포함한 이러한 다양한 측면에서의 제도 개선을 위해서는 광역 정신건강복지센터와 기초 정신건강복지센터의 역할을 어떻게 자리매김할지와 양자 간의 역할을 어떻게 분담할지에 대한 근본적인 검토가 필요할 것으로 보인다.

2. 정신의료기관 및 정신건강복지센터 간 연계 미흡

중증 정신질환자의 경우 정신의료기관에서 입원치료가 끝난 후에도 지역사회에서 적절한 외래진료와 사례 관리가 지속적으로 이루어지도록 해야 한다는 점에서 정신의료기관과 기초 정신건강복지센터 간의 연계체계는 지역사회 정신질환자 관리에 있어서 매우 중요한 의미를 가진다. 『2018년 정신건강사업안내』(보건복지부, 2018, p.42)에 광역 정신건강복지센터의 업무의 하나로 정신의료기관과 지역사회 간 퇴원환자 연계체계 구축이 포함된 것도 이러한 이유 때문이라고 볼 수 있다. 아울러 기초 정신건강복지센터에 대해서도 중증 정신질환 조기 개입체계 구축의 일환으로 미등록 중증 정신질환자 등록 촉진을 위한 정신의료기관과의 연계체계 가동, 정신의료기관과 퇴원환자 지역 연계 촉진을 위한 활동을 수행하도록 하고 있다(보건복지부, 2018, pp.52~53).

이와 관련하여, 정신건강복지법 제52조 제1항⁶⁾에 따라 정신의료기관

6) 『정신건강복지법』 제52조(퇴원 등의 사실의 통보): ① 정신의료기관 등의 장은 제41조부터 제44조까지 또는 제50조에 따라 정신의료기관 등에 입원 등을 한 사람이 퇴원 등을 할 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 본인의 동의를 받아 그 퇴원 등의 사실을 관할 정신건강복지센터의 장 또는 보건소의 장(관할 지역에 정신건강복지센터가 없는 경우만 해당한다)에게 통보하여야 한다. 다만, 정신건강의학과전문의가 퇴원 등을 할 사람 본인의 의사능력이 미흡하다고 판단하는 경우에는 보호의무자의 동의로 본인의 동의를

의 장은 정신질환자가 퇴원할 경우 본인의 동의를 받아 퇴원 사실을 보건소 또는 정신건강복지센터에 통보하도록 되어 있다. 퇴원 사실을 통보받은 보건소 및 정신건강복지센터는 본인의 동의를 받아 환자의 재할 및 사회 적응을 위한 지원 대책을 강구하도록 되어 있다.

그러나 앞에서 살펴본 바와 같이 보건소 및 정신건강복지센터에 대한 퇴원 사실 통보에 대해 동의하는 환자의 비율이 매우 낮다. 2018년 7월 23일 보건복지부의 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 방안에 따르면 자해타해 병력이 있거나 치료 중단 시 재발 위험이 커서 지속적인 치료 및 지원이 반드시 필요한 정신질환자에 대해서는 환자 본인의 동의가 없어도 퇴원 사실을 보건소 또는 정신건강복지센터에 통보할 계획이다(보건복지부, 2018. 7. 23.).

정신의료기관과 정신건강복지센터 간의 연계를 강조하는 또 다른 조치는, 기초 정신건강복지센터에서의 사례 관리 계획 작성 시 정신과 의사의 의견을 반영하도록 되어 있다는 점을 들 수 있다. 『2018년 정신건강사업안내』(보건복지부, 2018, p.87)에 따르면, 정신건강복지센터는 환자를 등록한 이후 4주일 이내에 ISP를 수립하여야 하는데, 이때 정신과 의사(정신과 전문의 또는 전공의)의 정신의학적 평가와 사업 전문요원의 심층 사정 평가를 토대로 하여 ISP를 수립하도록 되어 있다.

여기서의 정신과 의사는 반드시 환자가 입원했던 정신의료기관의 정신과 의사일 필요는 없으며, 이와 관련하여 『2018년 정신건강사업안내』(보건복지부, 2018, p.52)에는 기초 정신건강복지센터의 주요 사업 활동의 하나로 임상적 고위험군의 평가에 대한 정신건강의학과 전문의 자문체제

같음할 수 있다.

② 제1항에 따라 퇴원 등의 사실을 통보받은 정신건강복지센터의 장 또는 보건소의 장은 해당 퇴원 등을 할 사람 또는 보호의무자와 상담하여 그 사람의 재할과 사회 적응을 위한 지원방안을 마련하여야 한다.

를 운영하도록 되어 있다.

이와 같이 정신의료기관과 정신건강복지센터 간의 연계가 강조되고 있으나 현실적으로는 연계가 미흡하다. 이러한 문제점에 대한 인식을 바탕으로 보건복지부의 보도자료(보건복지부 보도자료, 2018. 7. 23.)와 같은 계획이 발표되기는 했지만 환자 본인의 동의를 받지 않은 상태에서 퇴원 사실을 정신건강복지센터 등에 통보하더라도 실질적으로 그 효과에는 한계가 있을 수밖에 없다.

이와 관련하여 본 연구에서는 정신의료기관의 정신과 의사들에 대해 심층면접조사를 실시하였는데, 심층면접에 응한 정신과 의사들은 환자 및 가족에 대한 설득의 중요성을 강조함과 동시에, 퇴원환자를 지역사회 정신건강복지센터에 통지할 때 통지서에 기록하도록 되어 있는 내용 외에 정신과 전문의와 정신건강복지센터의 전문요원 간에 의견을 교환하는 절차를 만드는 것이 대체로 필요하다는 의견을 보였다.

나아가, 입원을 한 적이 없는 외래환자에 대해서도 본인의 동의하에 진료 사실을 정신건강복지센터에 통지하여 관리를 하도록 하는 것에 대해 긍정적인 입장을 보였으며, 지역 정신건강복지센터에 대한 환자의 퇴원 사실 통보 이외에 정신의료기관과 정신건강복지센터 간 협력이 강화되어야 한다는 의견을 제시하기도 했다.

다른 한편으로는 정신의료기관과 정신건강복지센터 간 연계에 대해 기초 정신건강복지센터의 전문요원들을 대상으로도 설문조사를 실시하였다. 설문조사 결과에 의하면, 중증 정신질환자에 대한 개인별 ISP 수립 시 정신과 의사의 정신의학적 평가를 충분히 반영하고 있는지에 대해 52.1%만이 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’는 응답을 보였다.

한편, 정신의료기관이 정신건강복지센터에 환자의 퇴원 사실을 통지하는 것 이외에 지역사회에서의 환자 관리를 위해 정신과 전문의와 센터 전

문요원 간에 의견을 교환하는 절차를 만드는 것에 대해 89.4%가 필요하다는 입장을 보였으며, 92.3%의 응답자가 정신건강복지센터 또는 보건소에 대한 정신의료기관의 환자 퇴원 사실 통보 이외에 정신의료기관과 센터 간의 협력을 강화할 필요가 있다고 응답하였다.

나아가 정신의료기관 입원을 한 적이 없는 외래환자에 대해서도 본인의 동의하에 진료 사실을 정신건강복지센터에 통지하여 적절한 관리를 하도록 하는 것에 대해서도 79.6%가 찬성하는 입장을 보였다.

〈표 3-21〉 정신의료기관 및 기초 정신건강복지센터 간 연계 강화에 대한
기초 정신건강복지센터 전문요원의 의견

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
개인별 사례 관리 서비스 계획(ISP) 수립 시 정신과 의사의 정신의학적 평가를 충분히 반영하고 있는지 여부	계	100.0(142)
	매우 그렇다	7.8(11)
	그렇다	44.4(63)
	그렇지 않다	43.0(61)
	전혀 그렇지 않다	4.9(7)
환자 퇴원 사실 통보 이외에 정신의료기관과 센터 간의 협력이 더 이루어질 필요가 있는지 여부	계	100.0(142)
	그렇다	92.3(131)
	아니다	3.5(5)
	모르겠다	4.2(6)
환자 관리를 위해 정신과 전문의와 센터의 전문요원 간에 의견 교환 절차를 만드는 것에 대한 의견	계	100.0(142)
	필요하다	89.4(127)
	필요 없다	2.1(3)
	잘 모르겠다	4.9(7)
정신의료기관을 이용하는 외래환자에 대해 본인 동의하에 정신건강복지센터에 진료 사실을 통지하여 센터가 관리하도록 하는 것에 대한 의견	계	100.0(142)
	필요하다	79.6(113)
	필요 없다	5.6(8)
	잘 모르겠다	14.8(21)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

이러한 의견을 종합해 볼 때, 지역사회에서의 정신질환자 관리를 위해 정신의료기관과 정신건강복지센터 간 연계를 강화할 필요성이 있다고 판단되며, 특히 퇴원 통지 시 환자 관련 정보를 단순히 퇴원 통지서에 기록하여 송부하기보다는 환자 진료를 담당했던 정신과 의사와 정신건강복지센터 요원 간에 의견을 교환하는 절차를 마련하는 것에 대해 검토할 필요가 있다. 아울러, 외래환자에 대해서도 사례 관리가 필요하다고 정신과 의사가 판단할 경우 환자 본인의 동의하에 정신건강복지센터에 진료 사실을 통지하는 제도에 대해서도 검토해 볼 필요가 있다.

3. 정신건강복지센터 및 정신재활시설 등 간의 연계 미흡

중증 정신질환자에 대한 지역사회에서의 통합적인 사례 관리가 이루어지기 위해서는 지역사회 연계 네트워크 구축이 필수적이다. 특히 정신건강복지법 개정과 함께 종전의 「정신보건법」 내용에 복지 서비스 지원에 관한 사항이 추가되면서 사례 관리를 위한 연계의 대상과 범위가 확대되었다. 이에 따라 『2018년 정신건강사업안내』(보건복지부, 2018, p.53)에도 중증 정신질환자에 대한 사례 관리를 위해 지역사회 관련 기관과의 협력체계 구축을 명시하고 있으며, 이를 위해 지역사회 자원기관 현황을 목록화하여 활용하도록 하고 있다. 또한 직업재활, 신체적 건강 관리, 주거훈련 등을 위한 관련 기관과의 연계체계 구축을 추진하도록 하고 있으며, 지역 내 관련 기관과 연합사례관리회의를 분기별로 1회 이상 개최하도록 하고 있다.

이와 관련하여 본 연구에서는 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당 전문요원에 대해 설문조사를 실시하였다. 우선, 기초 정신건강복지센터가 중증 정신질환자를 관리함에 있어 가장 많이 연계를 하는 기

관은 정신과 병·의원(67.6%)인 것으로 나타났다. 즉, 기초 정신건강복지센터에서의 연계는 주로 정신의료기관과 이루어지고 있으며, 주간재활시설, 직업재활시설, 종합시설 등과는 일부 연계가 이루어지고 있으나 공동생활가정, 지역사회전환시설, 입소생활시설, 정신요양시설과는 연계가 거의 이루어지지 않고 있는 것으로 나타났다.⁷⁾

〈표 3-22〉 기초 정신건강복지센터가 중증 정신질환자 관리를 위해 가장 많이 연계를 하는 기관

		(단위: 명, %)
구 분		비율(명) ¹⁾
기초 정신건강복지센터가 중증 정신질환자 관리를 위해 가장 많이 연계를 하는 기관	계 ²⁾	100.0(142)
	정신과 병·의원	67.6(96)
	주간재활시설	6.3(9)
	직업재활시설	5.6(8)
	종합시설	5.6(8)
	없음	0.7(1)
	기타 ³⁾	13.4(19)
	무응답	0.7(1)

주: 1) ()는 응답자 수

2) 공동생활가정, 지역사회전환시설, 입소생활시설, 정신요양시설은 빈도가 없었음.

3) 기타에는 주민센터, 사회복지시설 등 포함

자료: 본 연구의 설문조사

지역사회에는 읍·면·동 사례 관리, 희망복지지원단 통합 사례 관리, 방문보건사업 등 다양한 사례 관리가 존재하는데, 사례 관리에 중복등록되거나 사례 관리 기간 등 기준의 차이 등으로 인해 적절한 사례 관리가 이루어지지 못하는 경우도 있다. 다른 사례 관리의 대상으로 공식적으로 등록될 경우 MHIS의 대상으로 등록되지 않는다. 또한 다른 사례 관리 대상

7) 이러한 연계 현황은 정신재활시설 인프라의 부족과도 연관지어 해석할 수 있음. 기존 연구들은 다양한 욕구를 가진 중증 정신질환자를 대상으로 서비스를 제공하고 연계할 수 있는 지역사회 내 정신재활시설이 없다는 점을 지적한 바 있음(전진아 외, 2017).

자를 연계받아 정신건강복지 사례 관리를 실시하는 과정에서 다시 과거의 사례 관리가 필요하여 연계를 시도할 경우 이미 대상자 명단에서 퇴록한 경우도 있다.

이러한 측면을 고려하여 기초 정신건강복지센터 전문요원에 대해 다른 사례 관리와의 중복 등록으로 인해 환자를 센터의 사례 관리 대상자로 등록하지 못한 경험이 있는지를 질문한 결과 40.1%가 그런 경험이 있다고 응답하였다. 또한 다른 분야의 사례 관리로 연계를 시도하였으나 이루어지지 못한 경험이 있느냐는 질문에 대해서도 35.2% ‘있다’는 응답을 보였다.

〈표 3-23〉 다른 분야 사례 관리와의 중복 등록으로 인해 환자를 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 대상에서 제외시켰던 경험 및 다른 분야 사례 관리로 연계하였으나 이루어지지 못한 경험

구분		(단위: 명, %)
다른 분야 사례 관리와의 중복 등록으로 인해 환자를 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 대상에서 제외시켰던 경험	계	100.0(142)
	있다	40.1(57)
	없다	57.8(82)
	무응답	2.1(3)
다른 분야 사례 관리로 연계하였으나 연계되지 못한 경험	계	100.0(142)
	있다	35.2(50)
	없다	63.8(92)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

중증 정신질환자를 다른 분야 사례 관리로 연계하고자 시도하였으나 이루어지지 못한 이유를 묻는 질문에 대해서는 매우 다양한 이유를 제시하였는데, 많은 실무자들이 중증 정신질환자에 대한 연계 대상 기관의 거부감을 지적하였다. 즉, 정신질환 관리에 대한 부담감이나 정신질환자를 관리할 인력 및 능력 부족 등으로 연계를 거부하거나 중증 정신질환자가

문제를 일으킬 수도 있다고 생각하여 이에 대해 대상 기관이 책임을 지는 것을 두려워하는 경우도 있다는 것이다.

제도적인 측면에서 특히 관심을 가져야 하는 이유로는 사례 관리의 기준 및 연속적 제공에 대한 문제를 들 수 있다. 즉, 종합사회복지관, 다문화센터 등 다른 분야의 경우 장기적인 측면의 중증 정신질환 관리보다는 주거, 생계, 식생활, 생활 환경 개선 등 단기 문제 중심의 개입이 주로 이루어짐에 따라 그 문제가 해결되면 사례 관리가 중단되는 경우가 있다. 또한 기관 내부 기준상 1년 이상 사례 관리를 유지할 수 없어 연결이 중단되기도 하며, 한번 개입이 종결된 사례는 다시 개입하기도 어려워 연계가 이루어지지 못하는 경우가 있다.

또한, 사회복지관, 직업재활시설, 다른 장애 관련 시설 등의 서비스 이용 대상 요건에 맞지 않거나 정신재활시설 이용자 수의 한계로 인해 연계가 이루어지지 못하는 경우도 있다. 아울러 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터의 서비스 대상자 진단이 우울증·알코올중독 등 이중 진단이거나 증상 정도를 구분하기가 애매한 경우에도 체계적인 연계가 이루어지지 못하는 경우가 있다.

한편으로는, 인근에 정신재활시설이 존재하지 않거나 주민등록 주소지와 실거주지가 상이하여 실주소지에서 사례 관리 등록을 하지 못하는 등의 문제도 지적되었으며, 정신재활시설 이용 시 본인 부담금 부담 문제도 지적되었다.

〈표 3-24〉 중증 정신질환자를 다른 분야 사례 관리로 연계하고자 시도했으나 이루어지지 못한 이유

이유	
연계의 단절	• 종합사회복지관, 다문화센터 등 다른 분야의 경우 중증 정신질환의 만성적인 측면의 관리보다는 단기 문제 중심의 개입(주거, 생계, 식생활, 생활 환경 개선 등)이 주로 연계되기 때문에 그 문제가 해결되면 중단되거나, 기관 내부 기준상 1년 이상 사례 관리를 유지할 수 없어 연결이 중단되기도 함. 아울러 한번 개입이 종결된 사례는 다시 개입하기도 어려워 연계가 되지 못하기도 함. • 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터 서비스 대상자 진단이 이중 진단(예: 우울증·알코올중독)이거나 증상 정도를 구분하기가 애매함.
대상자 기준 및 이용자 수 제한	• 복지관, 직업재활시설, 다른 장애 관련 시설 등의 서비스 이용 대상에서 제외되어 있음. • 보호의무자가 없고 연계가 필요하나 요건에 맞지 않음. • 사회복귀시설 이용회원의 제한으로 인해 연계 어려움.
대상 기관의 역량 등	• 정신질환 관리에 대한 부담감, 정신질환자를 관리할 인력 및 능력 부족 등 존재함. • 중증 정신질환자가 위험하고 문제를 일으킬 수도 있다고 생각하여 이에 대해 대상 기관이 책임을 지는 것을 두려워함. • 중증 정신질환자가 암 투병으로 입원을 할 때 모든 병원이 입원을 거부하였으며, 하물며 의료원에서도 거부함. • 장애인시설의 경우에도 정신장애인의 입소 및 이용을 꺼리는 경우가 많음. • 정신과 증상은 안정되어 있고 신체질환 등의 문제로 의뢰를 하려고 했으나 정신질환이 있어 다른 기관에 의뢰되지 못함. • 중증 정신질환자라는 이유로 주민센터 및 구청에서 관리를 하지 않고 넘기는 경우 많음. • 다른 구로 이사를 감으로써 해당 구 정신건강복지센터로 연계하려고 하였으나 거절함. 새로운 사례 관리자와 관계 형성을 해야 한다는 부담감이 크다고 함. • 다른 기관에서 지원해 줄 수 있는 서비스가 없다는 이유로 거절함. • 다른 기관의 업무량 과다 및 서비스 부재 문제가 존재함.
본인의 거부	• 환자 정보가 여러 기관에 전달되는 것을 부담스러워하여 본인 및 가족이 거부함.
기타	• 인근에 정신재활시설에 존재하지 않음. • 사례 관리 등록기준의 문제(주민등록 주소지와 실거주지가 상이)가 있음. • 대상 기관이 지리적으로 멀리 떨어져 이용에 제한이 있음. • 재활시설의 본인 부담금 부담 문제가 있음.

기초 정신건강복지센터 사업의 중요한 부분을 차지하는 사례 관리가 원활하게 이루어지기 위해서는 이와 같은 사례 관리 수행상의 제약 요인을 제거하는 노력이 필요하다. 사례 관리를 실시하기 위한 대상 기관이나 시설이 부족한 문제는 장기적으로 해결되어야 하겠으나 사례 관리의 제도적 제약 요인은 가능한 한 조속히 해결하기 위한 노력이 필요하다.

제4절 지역사회 정신건강복지 예산 및 인력 자원

1. 지역사회 정신건강 관련 예산 취약

우리나라는 정신건강 문제의 심각성에 비해 예산 및 인력 투입이나 인프라인가 미흡한 것으로 지적되고 있다. 이는 정신건강 관련 예산에서도 나타나고 있는데, 2016년 인구 1인당 정신보건 예산은 3,657원에 불과하였다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.50). 여기서 정신보건 예산은 정신의료기관과 정신요양시설 예산은 제외한 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등의 예산으로서, 2016년 12월 31일 주민등록 인구를 기준으로 한 통계이다.

국가 정신건강 현황 3차 예비조사 보고서에 의하면 인구 1인당 정신보건 예산은 인천 2,099원, 광주 6,707원 등으로 지역별로도 큰 차이를 보이고 있다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, pp.51~52).

〈표 3-25〉 17개 시·도의 지역사회 정신보건 예산 및 1인당 정신보건 예산

(단위: 원)

시·도	정신보건예산	인구 1인당 정신보건예산
전 국	189,039,221,000	3,657
서 울	43,303,445,000	4,361
부 산	9,645,135,000	2,757
대 구	7,219,277,000	2,906
인 천	6,177,200,000	2,099
광 주	9,854,514,000	6,707
대 전	7,569,755,000	4,999
울 산	3,199,974,000	2,730
세 종	826,908,000	3,402
경 기	40,970,212,000	3,222
강 원	8,053,860,000	5,193
충 북	7,236,864,000	4,547
충 남	10,531,449,000	5,023
전 북	11,468,314,000	6,150
전 남	5,889,631,000	3,093
경 북	7,033,322,000	2,605
경 남	7,526,019,000	2,231
제 주	2,533,342,000	3,948

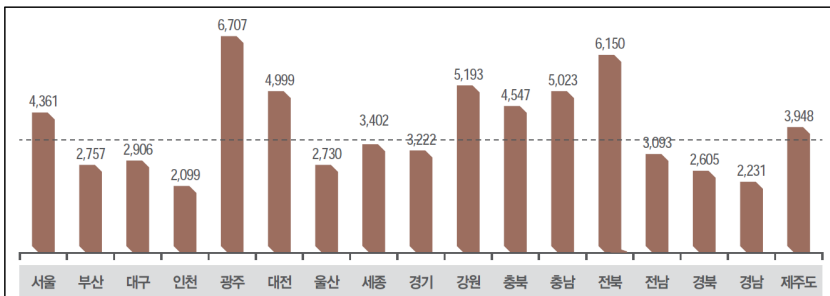
주: 1) 정신보건 예산은 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등의 예산으로서, 정신의료기관 및 정신요양시설 예산은 제외

2) 2016년 12월 31일 주민등록 인구 기준

자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서, p.51

〔그림 3-4〕 17개 시·도의 지역사회 정신보건 예산

(단위: 원)



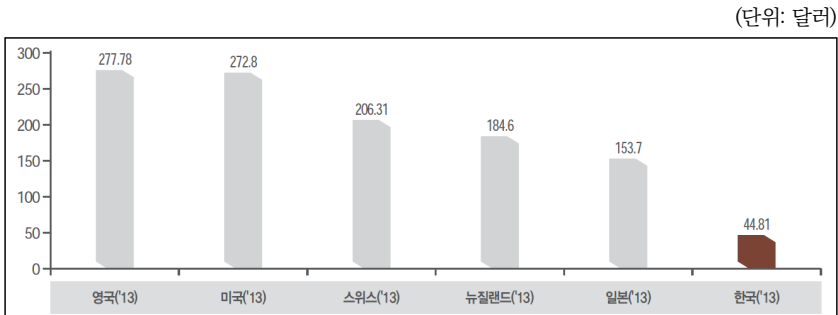
주: 1) 정신보건 예산은 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등의 예산으로서, 정신의료기관 및 정신요양시설 예산은 제외

2) 2016년 12월 31일 주민등록 인구 기준

자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서, p.51

이러한 우리나라 정신보건 예산은 주요 선진국에 비해서도 현저히 낮은 수준이다. 2013년을 기준으로 한 인구 1인당 정신보건 예산은 우리나라의 경우 44.8달러로 영국 277.8달러, 미국 272.8달러, 스위스 206.3달러, 뉴질랜드 184.6달러, 일본 153.7달러 등에 비해 매우 낮다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.52).

[그림 3-5] 주요 선진국의 정신보건 예산



자료: WHO. (2014). Mental Health Atlas; 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서, p.52에서 재인용

우리나라의 경우 유명인의 자살 사건이나 정신질환자에 의한 범죄 등이 언론에 보도되는 시점에는 정신건강 관리에 대한 사회적 관심이 크게 증대되나, 일정한 시간이 지나고 나면 다시 정신건강에 대해 무관심해지는 과정이 반복되고 있는 등 정신건강에 대한 지속적인 관심과 이에 기반을 둔 정책적 투자가 미흡한 실정이다.

위에 제시된 지역사회 정신건강 관련 예산은 정신건강 전문요원 인건비가 사업비에 포함되어 지원되기 때문인데, 현장에서 인건비가 사업비가 분리되어야 한다는 목소리가 높다(이상영, 채수미, 정진욱, 윤시몬, 차미란, 2017, p. 85). 제도적 요인으로 인해 인건비와 사업 운영비를 분리하기 어렵다면, 인건비는 인력 확충 계획 등 일정한 기준에 따라 예산을 증액하는 한편, 실질적인 사업 운영비는 이와 별도의 기준에 따라 증액하

는 방안도 고려할 필요가 있다.

2. 지역사회 정신건강 관련 인력 자원 부족

우리나라는 정신건강 분야에 종사하는 전문인력 자원도 취약하다. 보건복지부 및 국립정신건강센터에 의하면, 정신재활시설 및 정신건강증진시설에 근무하는 정신건강 전문인력 수는 8,943명으로 인구 10만 명당 약 17.3명이다. 여기서 정신건강 전문인력은 2016년을 기준으로 정신의료기관 1,513개소, 광역 및 기초 정신건강복지센터 224개소, 중독관리통합지원센터 50개소, 정신재활시설 326개소, 정신요양시설 59개소, 그 밖의 기본형 센터(자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등) 36개소 등 2,208개소에서 근무하는 정신과 전문의 및 전공의, 정신건강 간호사, 정신건강 사회복지사, 정신건강 임상심리사 등을 포함한다. 아울러 인구는 2016년 말 주민등록 인구이다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017, p.53).

〈표 3-26〉 지역사회 재활시설 및 정신건강증진시설의 정신건강 전문인력

(단위: 명)

구 분		정신건강 전문인력
합 계		8,943
정신의료기관		6,257
상근직(정규직 및 계약직)	소 계	2,686
	광역 정신건강복지센터	263
	기초 정신건강복지센터	1,280
	정신재활시설	727
	중독관리통합지원센터	168
	아동청소년정신건강센터	44
	자살예방센터	33
	정신요양시설	171

주: 1) 2016년을 기준으로 정신의료기관 1,513개소, 광역 및 기초 정신건강복지센터 224개소, 중독관리통합지원센터 50개소, 정신재활시설 326개소, 정신요양시설 59개소, 그 밖의 기본형 센터(자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등) 36개소 등 2,208개소에 근무하는 전문인력

2) 정신과 전문의 및 전공의, 정신건강 간호사, 정신건강 사회복지사, 정신건강 임상심리사가 포함됨.

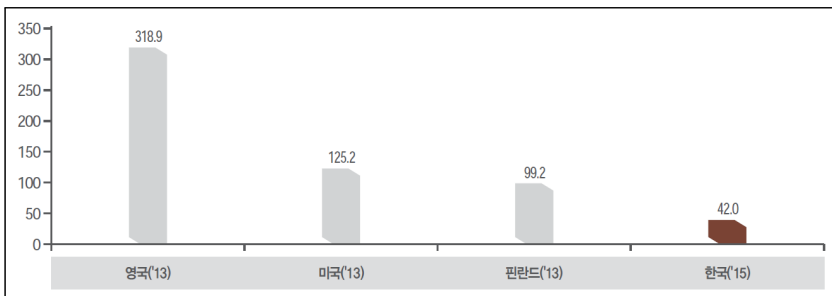
3) 인구는 2016년 말 주민등록 인구

자료: 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서, p.53

한편, 세계보건기구(WHO)에 의하면(WHO, 2014), 2013년을 기준으로 WHO에 보고된 우리나라의 인구 10만 명당 정신건강 전문인력은 42.0명인데, 정신건강 현황 예비조사 결과와의 이러한 차이는 인력을 포함하는 대상 기관 및 전문인력의 기준 차이 때문인 것으로 보인다. 다만, 이러한 차이를 고려하더라도 영국 318.9명, 미국 125.2명, 핀란드 99.2명에 비해 현저히 낮은 수준이다.

[그림 3-6] 주요 국가의 인구 10만 명당 정신보건 전문인력

(단위: 명)



자료: WHO. (2014). Mental Health Atlas; 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서, p.54에서 재인용

본 연구에서 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당 전문요원을 대상으로 실시한 설문조사에 의하면, 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환관리 담당 인력은 센터당 평균 4.84명이며, 등록된 중증 정신질환자는 센터당 평균 240.3명이고, 센터 담당자 1인당 환자 수는 평균 약 49.6명이다. 이는 보건복지부(보건복지부, 2018. 7. 23.)에서 밝히고 있는 전문요원 1인당 사례 관리 대상 환자 수 약 70~100명과는 다소 차이가 있는 수치이다.

이와 같이 전체적으로 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 전문인력 1명당 담당 환자 수가 많은 상황에서 정신건강복지법 시행 이

후 중증 정신질환 등록 인원이 증가하였다는 응답이 32.4%에 이르는 것을 고려해 볼 때 전문요원 확충의 필요성은 더욱 증가하고 있다.

본 연구에서는 중증 정신질환 관리를 효과적으로 수행하기 위해서는 최소 몇 명의 전문요원을 확충하는 것이 바람직하겠느냐는 질문을 하였는데, 5명 이상 확충되는 것이 바람직하다는 의견이 49.3%로 가장 많았다.

〈표 3-27〉 중증 정신질환 관리를 효과적으로 수행하기 위해 추가로 확충되기를 희망하는 최소 인원수

(단위: 명, %)

계	1명	2명	3명	4명	5명 이상	확충 필요 없다
100.0 (142)	2.1 (3)	13.4 (19)	19.0 (27)	12.7 (18)	49.3 (70)	3.5 (5)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

중증 정신질환자 관리를 위한 전문인력 부족 문제에 대한 인식은 보건복지부의 중증 정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 방안(보건복지부, 2018. 7. 23.)에도 반영되어 있다. 이에 따르면, 2017년 9월부터 2018년 4월까지의 기간 중 국비 지원으로 전문인력 376명을 신규 확충한 바 있으며, 2018년부터 2022년까지의 기간 중 1,455명을 추가로 확충할 계획인 것으로 알려지고 있다. 예산 제약 등으로 인해 전문인력을 단기간에 획기적으로 확충할 수는 없겠으나 지역사회 정신질환자 관리가 효과적으로 이루어지는 데 필요한 서비스의 질적 수준, 전문요원 1인당 등록 관리 환자 수, 근무 환경 등을 종합적으로 고려하여 장기적인 계획하여 인력 충원이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

제 4 장

주요 국가의 지역사회 정신건강 관리체계

제1절 일본

제2절 호주

제3절 미국

제4절 우리나라에 대한 시사점

4

주요 국가의 지역사회 << 정신건강 관리체계

제1절 일본

지역사회 중증 정신질환자 관리와 관련한 일본의 사례는 많은 연구에서 소개된 바가 있다는 점을 고려하여 본 장에서는 본 연구의 제4장에서 제안하려는 병원 기반 사례 관리 제도 도입과 관련하여 일본의 “구급환자 정신과 계속 지원료” 및 “정신과 계속외래 지원·지도료”를 중심으로 살펴 보고자 한다.

일본은 건강보험에 “구급환자 정신과 계속 지원료”라는 항목을 편성하여 중증 정신질환자에 대해 정신의료기관이 사례 관리를 실시할 경우에 대해 보험급여를 인정해 주고 있다. 이 보험급여 항목은 자살시도자에 대한 사례 관리에 적용되는 것이기는 하지만 모든 자살시도자에 대해 적용되는 것이 아니라 정신질환자로서 자살을 시도한 경우에 적용된다. 따라서 지역사회 정신질환자 관리 측면에서 이 제도에 대해 살펴보더라도 큰 무리는 없을 것으로 판단된다.

아울러 “정신과 계속외래 지원·지도료”라는 급여 항목을 설정하여 외래 환자에 대한 상담 등 요양 환경 개선을 위한 지원을 실시할 경우 급여를 인정하고 있다. 이는 사례 관리에 대한 급여가 아니라 상담에 대한 급여이기는 하지만 요양 환경 개선을 위한 지원이라는 내용 속에 정신질환자 치료와 관련된 사회경제적 여건에 대한 상담, 지역사회 기관 등에 대한 정보 제공 등이 포함되어 있다는 점에서 본 장에서 소개하고자 한다.

1. “구급환자 정신과 계속 지원료”

일본도 우리나라와 같이 단순히 자살시도로 인한 상해의 치료에 대해서는 건강보험이 적용되지 않는다. 다만, 자살시도로 인한 상병(傷病)의 발생이 정신질환에서 기인하는 것으로 인정될 경우에는 급여 사유 제한에 해당되지 않는 것으로 간주하여 급여가 인정된다. 우리나라도 국민건강보험법 제53조 제1항 제1호8)에 따라 자살시도에 대해서는 건강보험 급여를 하지 않지만 정신질환이 있는 경우는 보험급여를 인정하고 있다.

“구급환자 정신과 계속 지원료”는 이와 같이 정신질환을 가지고 있다는 전제하에 자살시도 등으로 입원했다가 퇴원한 환자에 대해 정신의료기관이 사례 관리를 실시할 경우 이에 대해 인정되는 급여 항목으로, 2016년 1월 2일 신설되었다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

가. 보험급여 산정기준

구급환자 정신과 계속 지원료는 후생노동대신이 별도로 정하는 시설기준에 적합하고 지방 후생국장 등에 신고한 보험의료기관에서 정신질환을 가진 환자가 자살시도 등으로 입원한 경우 일상생활 및 정신질환의 치료와 관련한 문제를 확인하고 조언 및 지도를 실시하는 경우에 산정한다. 즉, 정신질환자로서 자살시도, 자상(自傷), 그리고 자살시도 및 자상으로 의심되는 외상이나 신체 증상을 가진 사람이 해당되면서, 의사가 입원을 인정한 환자에 해당된다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

이 서비스는 의사가 직접 제공할 수도 있으며 의사의 지시를 받은 간호

8) 국민건강보험법 제53조 제1항: 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.

1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우

사, 작업요법사, 정신보건복지사, 공인심리사, 사회복지사 등이 제공할 수도 있다. 정신과 의사 또는 정신과 의사의 지시를 받은 간호사, 작업요법사, 정신보건복지사, 공인심리사, 사회복지사 등이 자살 시도 및 정신건강 악화의 원인이 되는 문제를 확인하고, 그 해결에 도움을 받을 수 있는 지역사회 자원에 대한 정보를 제공하거나, 다른 주치의의 진찰 및 정기적인 약물 복용 등 지속적인 치료를 위한 조언이나 지도를 한 경우에 산정한다. 즉, 정신건강 악화의 원인이 되는 각종 문제의 진단, 지역사회 자원에 대한 정보 제공, 약물 복용 지도 등의 서비스에 대해 급여를 인정하고 있는데, 정신건강 악화의 원인이 되는 문제는 다양한 사회·경제적 영역에 걸친 문제를 포함하며, 이러한 사회·경제적 문제 해결을 위한 지역사회 서비스 제공기관에 대해 정보를 제공하기도 한다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

이 급여는 입원 중에 있는 환자와 퇴원한 환자 모두에게 적용되는데, 입원 중인 환자에 대해서는 입원을 한 날부터 6개월 이내의 기간에 월 1회로 한정하여 산정할 수 있다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

입원환자 외의 환자에 대해서는 퇴원 후에 전화 등으로 지속적인 지도 등을 실시했을 경우 퇴원 후 6개월까지 총 6회로 한정하여 산정한다. 정신과 의사 또는 정신과 의사의 지시를 받은 간호사 등이 전화 등으로 1개월에 2회 이상 지도를 실시했을 경우에는 이를 1회로 산정하며, 퇴원 후 6개월까지 6회로 한정하여 산정한다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

서비스를 제공하는 의사와 간호사 등은 정신의료기관 내의 누구나 가능한 것이 아니라 환자가 입원해 있거나 입원해 있었을 당시 해당 환자의 지도 등을 담당했던 의사 및 간호사 등으로 한정된다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

나. 수가 수준

구급환자 정신과 계속 지원료는 건강보험 진료보수 제2장 특계진료료, 제8부 정신과전문요법의 I002-3 항목으로 제시되어 있는데, 입원 중인 환자에 대한 점수는 435점, 입원 중인 환자 외에 대한 점수는 135점이다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.). 행위 점수 1점당 10엔임을 고려하면 입원환자에 대한 수가는 4,350엔, 입원 중인 환자 외에 대한 수가는 1,350엔이다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.). 이는 의과 초진 진찰료 282점, 재진 72점(의원 및 병상 200개 이하) 및 73점(병상 200개 초과), 정보통신기기 이용 온라인 진료 70점 등과 비교하면 상대적으로 높은 점수이다.

구급환자 정신과 계속 지원료는 우리나라의 병원급 초진료 15,360원과 재진료 11,130원의 중간 수준이며, 의원급 비대면 만성질환 관리의 전화상담 수가의 약 2배 수준이다. 우리나라의 비대면 만성질환 관리의 수가는 계획 수립, 점검 및 평가 9,270원(최대 월 1회 산정), 지속관찰 관리료(주 1회 이상 혈압·혈당 확인, 월 2회 이상 recall/remind) 10,520원, 상담(전화상담 월 2회까지 인정) 1회당 7,510원 등이다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.). 일본의 입원 중 환자 외의 환자에 대한 구급환자 정신과 계속 지원료는 1,350엔으로 우리나라 비대면 만성질환 관리료의 지속관찰 관리료 7,510원보다 높은 수준이다.

다. 급여 인정 요건

정신의료기관이 구급환자 정신과 계속 지원료를 인정받기 위해서는 전임 상근 정신과 의사 1명과 관련 연수를 받은 전임상근 간호사, 전임상근 보건

복지사 등 1명을 배치하고 있어야 한다. 또한 정신과 의사의 지시를 받은 간호사 등이 지도 등을 실시하는 경우, 그 이전에 정신과 의사가 1주일에 1회 이상 진료를 실시하고 있어야 한다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

지도 등의 내용은 진료기록부에 기재해야 하며, 지도 등을 실시하는 정신과 의사 또는 정신과 의사의 지시를 받는 간호사 등은 적절한 연수를 받아야 한다. 연수 과정은 “응급실 이송 자살시도자의 자살 재시도 방지를 위한 복합적 사례 관리에 관한 연수회”(평성 27~29년 후생노동성 자살 미수자 재시도 방지 사업의 일환으로 실시된 것으로 제한한다)의 연수와 “자살 재시도 방지를 위한 응급환자 정신과 계속지원 작업장”(일반사단법인 일본자살예방협회가 실시하는 것으로 제한한다)의 연수 등으로 국한된다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

2. “정신과 계속외래 지원지도료”

가. 수가 수준

일본은 외래환자의 사회복귀 지원 및 지역 정착을 위해 정신과 의사가 환자의 건강 상태, 복약 상황 및 부작용 유무 확인 등을 실시한 경우 건강보험에서 “정신과 계속외래 지원지도료”를 인정하고 있다. 정신과 계속외래 지원지도료는 건강보험 진료 보수 점수표에서 I002-2 항목에 제시되어 있는데, 1일당 55점이다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.). 여기에 정신과 담당 의사의 지시에 따라 보건사, 간호사, 작업치료사, 정신보건복지사가 간호 및 상담이 필요한 환자 또는 그 가족에 대해 요양 생활 환경을 개선하기 위한 지원을 실시했을 경우에는 40점을 소정 점수에 가산하도록 되어 있다. 여기서 요양 생활 환경을 개선하기 위한 지원에는 의

료적 서비스 외에 환자의 영양생활과 연관된 사회·경제적 문제에 대한 상담 등도 포함된다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

나. 보험급여 산정기준

정신과 담당 의사가 정신질환자의 지역생활의 유지와 사회 복귀 지원을 위해 외래환자 또는 그 가족 등에 대해 건강 상태, 복약 상황 및 부작용 유무 확인 등의 지원을 제공한 경우 환자 1인당 1일 1회로 한정하여 산정한다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

앞에서 언급한 바와 같이 정신과 담당 의사에 의한 건강 상태, 복약 상황 및 부작용 유무 확인 등의 지원에 추가하여 정신과 담당 의사의 지시에 따라 보건사, 간호사, 작업치료사, 정신보건복지사가 간호 및 상담이 필요한 환자 또는 그 가족 등에 대해 영양 생활 환경을 개선하기 위한 지원을 실시했을 경우는 40점을 소정 점수에 가산한다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

아울러, 해당 환자에 대해 1회 처방 시 3개 이상의 항불안제, 3개 이상의 수면제, 3종류 이상의 항우울제 또는 3개 이상의 항정신성 의약품을 투여한 경우에는 산정하지 않는다. 다만, 임시로 환자의 건강 상태 등에 따라 부득이하게 투약하는 경우는 제외한다. 항정신성 의약품 복용 중인 환자에 대해 객관적인 지표에 따라 해당 의약품의 부작용 평가를 실시한 경우에는 월 1회로 한정하여 25점을 소정 점수에 가산한다. 정신과 계속 외래 지원·지도료는 초진 시에는 산정하지 않으며, 정신과 계속외래 지원·지도 내용을 진찰기록에 기재해야 한다(일본 후생노동성, 2018. 7. 12.).

제2절 호주

1. 호주 정신건강 서비스 제공체계 개요

호주의 정신건강 서비스 제공 주체는 주정부, 지방정부, 민간영역, 비정부기구 등이며, 이들은 제공하는 서비스의 내용과 역할, 책임을 서로 분담하고 있다. 정부에서는 의료기관 중심의 정신질환자를 위한 치료 및 재활 서비스를 제공하는 한편, 필요한 예산을 지원하고, 지역사회 내 공공주택 등 주거시설에 대한 프로그램을 운영하고 있다. 또한, 소득 지원, 사회 및 지역사회 지원, 근로 참여 및 주택 보조 등과 같이 정신질환자에게 필수적으로 제공되어야 하는 다양한 프로그램에 예산을 지원하고 있다.

민간 부문에서 제공하는 서비스로는 민간 정신과 병원의 입원환자 진료 및 보건 전문가가 제공하는 서비스가 있으며, 비정부 및 비영리단체에서는 정신질환에 대한 치료 및 재활 서비스보다는 정신질환자들에 대한 복지 서비스 제공 및 지원에 중점을 두고 있다.

가. 호주 정신건강 관리 제공 서비스 및 주체

호주의 정신건강 관리 시스템은 크게 메디케어 기반 서비스, 전문적인 정신건강 관리, 지원 서비스로 나눌 수 있다. 주정부와 지방정부는 공공영역 내 병원 입원환자에 대한 서비스 제공과 지역사회 내 서비스 제공을 포함하여 전문 정신건강 관리 서비스에 대한 예산을 지원하고 있으며, 1차 건강 네트워크(Primary Health Networks)에서 제공하고 있는 다양한 필수적인 지원 프로그램과 서비스에 대한 예산을 지원하고 있다. 이러한 프로그램에는 소득 지원, 사회적 지역사회 지지, 장애인에 대한 서비

스, 주거 지원 등이 있다(Australian Institute of Health and Welfare, 2017, p. 4).

〈표 4-1〉 호주의 정신건강 관리 시스템 개요

Medicare 보조금 기반 서비스
일반의(general practitioners)/정신과 전문의(psychiatrists)/심리사(psychologists)
전문 정신건강 관리
공공, 민간 병원/지역사회 정신건강 관리/정신건강 관리 주거 서비스
지원 서비스
장애 지원 서비스/노숙자 지원 서비스/정신건강 프로그램

자료: Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Mental health services—in brief 2017. p.4

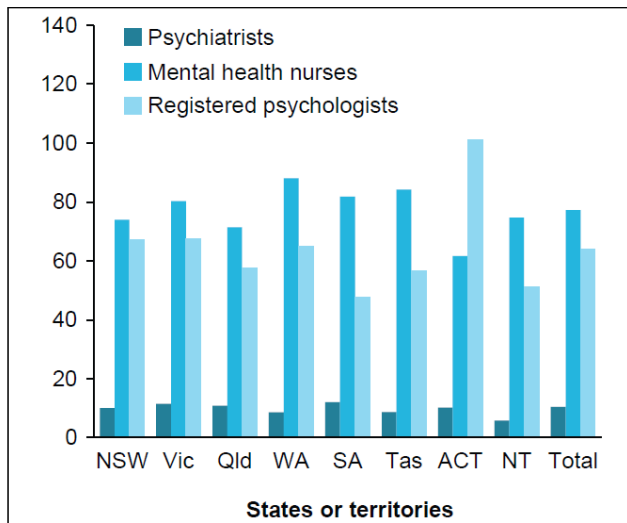
공공병원 및 민간병원에서의 치료, 지역사회 내 정신건강 관리 서비스, 비정부 기관에서 제공하는 서비스 등 여러 서비스 제공자가 존재하며, 병원 응급실은 정신질환자가 정신건강관리시스템에 접근할 수 있는 첫 접점으로서의 역할을 하고 있다(Australian Institute of Health and Welfare, 2017, p. 5).

나. 호주 내 정신건강 인력 현황

정신건강 분야의 인적자원으로는 정신과 의사, 정신건강 전문간호사, 심리사, 직업치료사, 사회복지사 등이 있다. 2015년 호주의 정신과 의사는 3,131명이며, 인구 10만 명당 12.7명의 전담 정신과 의사가 있으며, 이중 임상분야의 정신과 의사는 인구 10만 명당 10.5명이다. 간호사 15명 중 1명(총 20,834명, 전체 간호사의 6.9%)이 정신건강 분야에서 종사하고 있는데, 이는 인구 10만 명당 84.2명에 해당한다. 임상 분야에 국한해서 보면 전담 정신건강 간호사는 인구 10만 명당 77.2명에 이른다.

2015년에 등록된 심리사는 총 24,522명으로 인구 10만 명당 88.0명이다. 병원에 종사하는 심리사는 인구 10만 명당 63.9명이다(Australian Institute of Health and Welfare, 2017, pp.24~25).

[그림 4-1] 고용된 정신과 의사, 등록된 심리사와 정신건강 전문간호사의 임상 분야 FTE (인구 10만 명당)



자료: Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Mental health services—in brief 2017. p.25

2. 제5차 정신건강 및 자살예방 계획(The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan)

호주 정부는 지난 30년간 정신건강 프로그램과 서비스의 발전을 위해 국가 정신건강 전략(National Mental Health Strategy)을 발표해 왔으며, 그 일환으로 1993년부터 2022년까지의 기간 동안 5년 주기로 국가 정신건강계획(National Mental Health Plan)을 현재까지 5차에 걸쳐

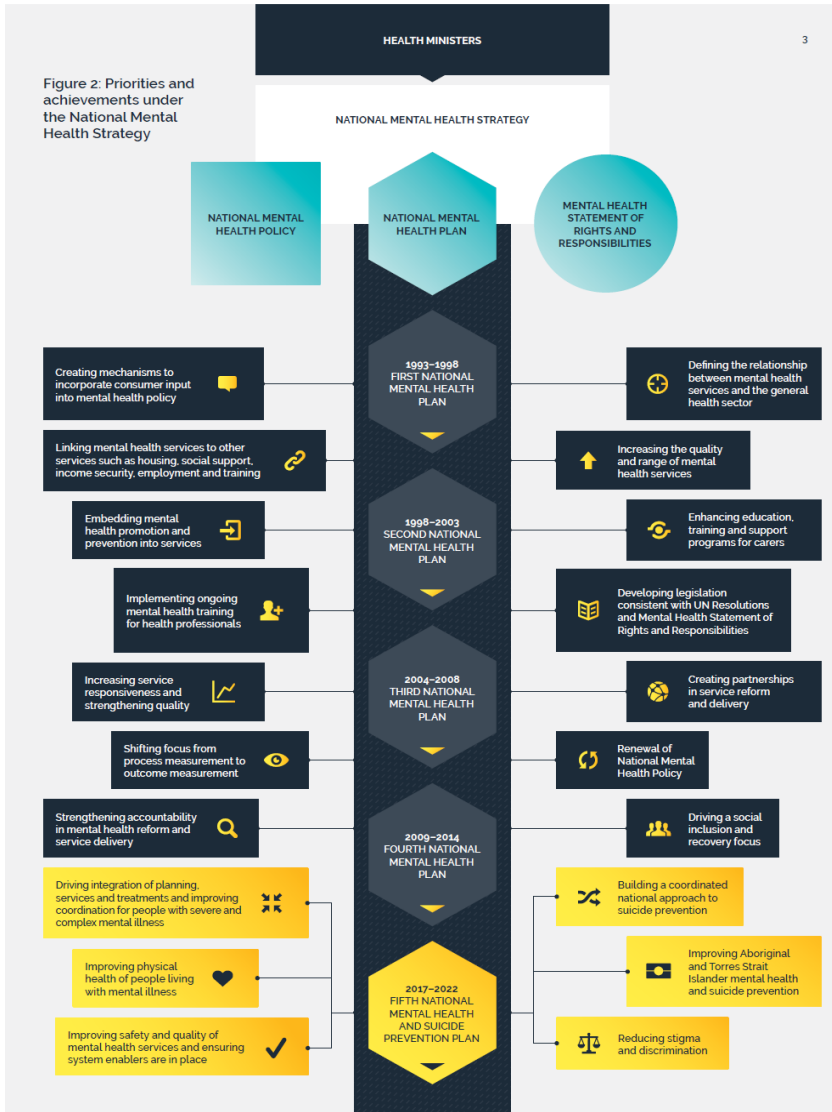
수립하였다. 또한 2014년에는 정부, 비정부, 민간 부문에 걸친 정신건강 프로그램들을 정리하여 보고서를 발간하였으며, 2016년 7월부터는 1차 보건의료 네트워크(Primary Health Networks: PHNs)를 조직하여 정신건강과 자살 예방에 대한 활동도 담당하도록 하였다.⁹⁾

제5차 정신건강 및 자살예방 계획은 국가 정신건강 전략의 필수적인 요소로 정신건강 부문의 개혁과 서비스 전달을 위한 전략적인 틀을 제공하고 있다. 제5차 계획에서는 8개의 우선순위 영역을 제시하였는데, 1) 지역계획과 전달체계의 통합, 2) 효과적인 자살 예방, 3) 중증 정신질환자들에게 대한 치료와 지원의 조정, 4) 호주 원주민과 토러스 해협제도 원주민들의 정신건강 증진 및 자살 예방, 8) 정신질환자의 신체적 건강 향상과 조기 사망률 감소, 6) 낙인과 차별의 감소, 7) 정신건강 서비스 전달체계의 중심이 되는 안전성과 질 향상, 8) 효과적인 시스템 성과와 시스템 향상 등이다(Department of Health, 2017, p.4).

이를 성공적으로 추진하기 위해 정부는 정신건강 전문가 그룹(Mental Health Expert Advisory Group)을 조직하여, 호주 보건부 장관 아래의 자문위원회에 도움을 줄 수 있도록 하였으며, 또한 자살 예방 분과위원회(Suicide Prevention Subcommittee)를 신설하여 정신건강·약물·알코올위원회(Mental Health, Drug and Alcohol Principal Committee, MHDPC)에 사업 추진계획과 예산 지원의 우선순위를 보고하도록 하였다([그림 4-2] 참조).

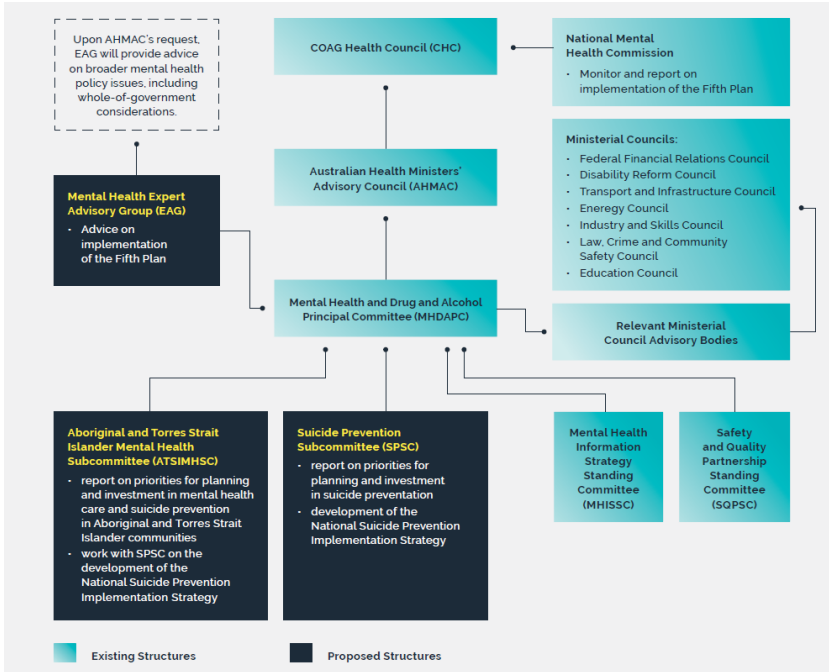
9) Australian Institute of Health and Welfare 홈페이지. (2018. 7. 17.). Mental health services in Australia.
<https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/summary/overview>에서 2018. 9. 21. 인출함.

[그림 4-2] 국가 정신건강 전략(National Mental Health Strategy)의 우선순위와 성과



자료: Department of Health, (2017). The Fifth National Mental and Suicide Prevention Plan. p. 3

[그림 4-3] 제5차 계획 내 신규 조직 및 각 조직의 역할



자료: Department of Health. (2017). The Fifth National Mental and Suicide Prevention Plan. p. 13

3. 빅토리아주 정신건강 서비스 제공 사례

호주 빅토리아주는 2015년 11월 '빅토리아주 10년 정신건강계획 (Victoria's 10-year Mental Health Plan)'을 발표하였다. 이 계획에서는 정신건강 프로그램과 서비스의 영향을 분석하고 정신건강 수준의 향상 정도를 측정하기 위한 성과 목표 체계를 제시함으로써 목표 달성을 위한 모니터링을 지속적으로 추진하고 국민들에게 정신건강 관련 정보를 제공하고자 하고 있다.

〈표 4-2〉 빅토리아주의 10년 정신건강계획 및 성과

목표: 빅토리아주 주민에 대한 최선의 정신건강 보장	
영역	성과
빅토리아주 주민의 정신건강과 웰빙	1. 빅토리아주 주민들은 모든 연령대, 모든 삶의 단계에서 좋은 정신건강과 웰빙 수준을 누린다. 2. 고위험 집단의 정신건강과 웰빙 수준의 격차를 줄인다. 3. 원주민들의 정신건강과 웰빙 수준의 격차를 줄인다. 4. 자살률을 감소시킨다.
빅토리아주 모든 연령대 주민의 정신건강 증진	5. 빅토리아주의 정신질환자들이 좋은 신체적 건강 수준과 웰빙 수준을 누린다. 6. 빅토리아주의 정신질환자들은 건강을 보호하고 증진하는 데 도움을 받는다.
빅토리아주의 모든 정신질환자들의 권리와 의무	7. 빅토리아주 정신질환자들은 학습과 교육 과정에 참여한다. 8. 빅토리아주 정신질환자들은 경제활동에 참여하고 기여한다. 9. 빅토리아주 정신질환자들은 경제적인 안정성을 가진다. 10. 빅토리아주 정신질환자들은 사회적으로 소속되어 있고, 포괄적인 지역사회 내에서 살아간다. 11. 빅토리아주 정신질환자들은 학대와 폭력으로부터 자유롭고, 형사사법제도와와의 접점을 줄여간다. 12. 빅토리아주 내 정신질환자들은 적절한 안정적이고 안정적인 주택을 갖는다.
모든 연령대의 사람들과 그들의 가족, 돌봄자를 위한 접근 가능하고 유연한 서비스 전달체계와 서비스 제공자	13. 빅토리아주 정신질환자들, 그들의 가족, 돌봄자들의 요구에 대한 치료와 지원은 적시 적소에서 가능하도록 한다. 14. 제공 서비스는 회복 지향적이며, 정신적 외상에 대한 적절한 이해를 바탕으로 해야 하고, 가족 친화적이어야 한다. 15. 서비스는 안전하고, 질이 높아야 하며, 선택을 보장해야 하고, 환자에게 긍정적인 서비스 경험을 제공해야 한다.

자료: State of Victoria, Department of Health and Human Services. (2017). Victoria's Mental Health Services Annual Report 2016~17. p. 5

빅토리아주 공공정신건강 서비스는 크게 지역 기반 임상 서비스(area-based clinical service)와 주 단위 전문서비스(statewide specialist service), 정신건강 지역사회 지원 서비스(mental health community support services) 등 3개 분야로 나눌 수 있다. 지역 기반 임상 서비스로는 아동과 청소년(0~18세), 성인(16~64세), 노인(65세 이상) 등 연령대별 서비스를 제공하고 있는데, 지역에 따라 차이는 있지만 긴급

입원 서비스, 주간 프로그램, 자폐증 중재 서비스, 자문 조정 정신의학과 (consult and liaison psychiatry) 진료, 긴급 지역사회 중재 서비스, 예방 및 회복 서비스, 정신의학적 중재와 중증 정신질환자 입원병동 운영, 노인 대상 건강 방문 서비스, 노인 정신건강 지역사회 팀 운영 등이 있다. 빅토리아주 단위에서 제공하고 있는 전문서비스로는 호주 원주민 대상, 인격장애, 뇌장애, 이중 진단, 이중 장애, 섭식장애 환자 등을 대상으로 전문진료 서비스가 있다. 또한 지역사회 지원 서비스로는 개인적인 지원 프로그램을 포함하여 사회복귀 거주시설, 숙소 지원, 자활 및 지역사회 지원 서비스, 돌봄자 휴식제공(planned respite) 등이 있다(State of Victoria, Department of Health and Human Services, 2017, p.59).

또한, 빅토리아주 내 6개 도시에서는 자살 예방을 위해 2017년부터 새롭게 'Hospital Outreach Post-suicidal Engagement(HOPE)'라는 프로그램을 시작하였는데, 개인의 환경과 요구에 맞는 맞춤형 지원 제공을 목적으로 하고 있다. 이를 위하여 자살시도 또는 의도적인 자해로 병원에 입원하였던 환자를 대상으로 퇴원 후 24시간 이내에 연락을 취하여 필요한 서비스를 파악한 후 퇴원 이후 3개월까지 지원을 해주고 있다. 자살 및 자해 시도자는 물론 그 가족과 친구, 돌봄 제공자들과 같이 자살시도의 영향을 받은 사람들을 모두 서비스 대상자에 포함하여 이들에 대한 지원도 함께 제공한다(State of Victoria, Department of Health and Human Services, 2017, p.7).

그리고 아동과 청소년의 정신건강의 중요성을 인식하여 아동과 청소년 대상 학교 기반 조기 조치 프로그램(Child and Adolescent Schools Early Action, CASEA)을 운영하며, 학교 내 심각한 행동장애를 가지고 있는 5~9세 사이의 아동들에 대한 조기 진단, 중재, 지역사회 기반 임상적 치료 등의 서비스를 제공하고 있다. 또한 행동장애나 불안, 우울 등의

정신질환과 연관된 행동장애를 보이는 0~12세의 아동에 대해 조기 중재 프로그램과 치료적 지원이 연결된 포괄적인 치료 및 케어 서비스를 받도록 하고 있다. 그 외에도 임신부, 가정폭력을 겪은 여성을 대상으로 상담과 치료, 병원 기반 서비스 등을 제공하고, 주거 공간이 없는 중증정신질환자들을 위하여 전환주거시설(transitional housing unit), 조립식 및 이동식 주택을 제공하며, 사례 관리를 실시하고 있다(State of Victoria, Department of Health and Human Services, 2017, pp. 9-10, 23-25).

제3절 미국

1. 커뮤니티 정신건강 프로그램

미국 전역의 많은 지역사회들은 20세기 중반 이후 지난 수 세기 동안 중증 정신질환 및 그 밖의 동반장애를 가진 환자들을 위한 지역사회 중심의 정신건강 서비스 체계를 구축하고 개선하는 노력을 계속해 왔다. 이러한 노력의 일환으로 추진하고 있는 적극적 지역사회 치료(Assertive Community Treatment: ACT) 프로그램은 그 효과가 증명된 증거 기반 커뮤니티 정신건강 프로그램이며, 점점 더 많은 미국의 지역사회가 채택하여 실행하고 있다.¹⁰⁾

ACT 프로그램은 1970년대에 위스콘신주 매디슨 지역의 정신건강 전문가들에 의해 개발된 이래 지난 약 40여 년간 미국 및 다른 여러 국가에

10) Social Solutions 홈페이지.

<https://www.socialsolutions.com/blog/assertive-community-treatment/> 2018.

11. 20. 인출함.

도입되어 실행되고 있다. ACT는 중증 정신질환을 가진 환자들에 대해서 병원 입원의 빈도를 줄이고, 치료의 연속성을 높이며, 환자의 임상적 심리 상태를 개선함으로써 환자가 지역사회에 잘 적응하고 생산적인 사회적 기능을 할 수 있도록 돕기 위해 고안된 커뮤니티 정신건강 관리 치료 프로그램이다.

2. ACT의 대상 인구

ACT 프로그램의 우선순위 서비스 환자 모집단은 필요한 정신건강 및 지원 서비스와 지속적으로 연계되어 지역사회에서의 안정된 생활 유지를 위해 적극적인 환자 접촉 서비스와 보조 서비스를 필요로 하는 중증 정신질환자를 포함한다. 조현병 및 다른 정신분열증, 그리고 조울증 환자들에 대해서는 이러한 질병이 장기적인 정신장애를 야기하기 때문에 일차적인 우선권이 주어진다. 다른 주요 정신질환을 가진 환자의 경우 ACT보다 덜 포괄적인 다른 대체 서비스의 효과가 만족스럽지 못할 경우에 서비스 대상 자격이 주어지기도 한다. ACT 프로그램 참여에 적합한 대상 환자는 주로 다음과 같은 진단명(ICD-9-CM 코드)을 받는다(Stout & Hayes, 2005; Witheridge, Dincin & Appleby, 1982; Bond et al., 1990; Stein & Santos, 1998).

3. ACT의 서비스 범위

환자의 필요가 너무 광범위하거나 필요 예측이 용이하지 않아서 다른 종류의 지역사회 서비스가 환자의 필요를 효과적으로 만족시키는 데 성공하지 못할 경우 환자는 ACT 프로그램으로 회송될 수 있다. 회송된 환

자는 모든 필요한 치료 및 보조 기능을 수행 할 준비가 되어 있는 다분야 서비스 팀이 제공하는 24시간 연중무휴 서비스를 보장받게 된다. 이러한 팀 접근 방식은 개인이 독립적 생활 기능을 유지하고 지역사회에서 한 구성원으로 살아가는 데 필요한 적응력, 의사소통, 개인 관리, 약물 남용, 심리사회적 문제 해결 등 모든 기능 영역에 대해서 지원을 제공하기 위한 구조적인 대면 개입(structured face-to-face intervention)을 포함한다. 이러한 대면 개입은 환자의 강점에 집중하는 한편 증상의 안정성을 촉진하여서 개인 환자의 대처 능력과 타인과의 관계를 증진시켜 지역사회에서 가장 높은 수준의 기능을 할 수 있도록 하는 데 초점을 맞추고 있다. ACT는 또한 지속적이고 적극적으로 환자에게 접근하고 개인의 필요를 효과적으로 해결하는 데 필요한 치료를 제공한다. 이 모델은 주로 이동 서비스 프로그램이지만 일부 클리닉을 기반으로 한 서비스 제공을 포함하기도 한다. ACT 팀은 중증 병세를 경험하고 있거나 새로운 처방약을 시도 중일 때, 건강상의 문제가 있거나, 심각한 삶의 사건을 경험하거나, 학교로 돌아가려고 하거나, 새로운 직업을 시작하려고 하거나, 생활 환경에 변화를 주려고 하거나, 일상생활에 어려움이 있는 환자에 대해서는, 일주일에 3회 이상 접촉할 수 있는 프로그램 수용력(capacity)이 있어야 한다. 이러한 수용력 정도는 하루에 2~3회, 일주일에 7일 정도로 빈번하게 할 수 있으며, 개인 환자의 필요 및 환자와 ACT 프로그램 간의 상호 합의된 계획에 따라 접촉 및 서비스 빈도가 달라질 수 있다. ACT 팀원들은 이렇듯 빈번한 접촉이 필요한 소비자의 필요를 해결하는 데 있어서 책임을 분담해야 한다(Stout & Hayes, 2005; Witheridge et al., 1982; Bond et al., 1990; Stein & Santos, 1998).

4. ACT의 효과성

미국의 많은 지역사회, 미국의 보훈처(Department of Veterans Affairs)와 몇몇 나라들은 지역사회를 기반으로 한 통합 정신건강 프로그램인 ACT 프로그램을 실행해 오고 있다. 미국의 정신질환전국연맹과 미연방정부도 ACT 프로그램을 강력히 권고하고 있다. ACT는 치료 준수, 치료 만족도 향상, 입원을 감소 등 여러 가지 유익한 효과를 가지고 있는 것으로 밝혀졌다(Marshall & Lockwood, 2000; Drukker et al., 2014).

한편, 최근 유럽 특히 영국에서 시행된 임상실험에서는 이러한 보편적인 긍정적 결과와 모순되는 결과가 보고되기도 했다. 전문가들은 이러한 결과의 차이에 관한 근본적인 이유가 정신병원 이용률과 인구당 입원 정신치료시설 규모에 기인한다고 설명하고 있다(Burns, 2010). ACT 프로그램은 높은 병원 이용률을 낮추는 데는 성공적이지만 병원 이용률이 이미 낮은 경우에는 효과가 저조한 것으로 이해되고 있다. 예로, 영국의 인구당 입원 정신치료 시설 규모는 지난 수십 년 동안 유럽에서 가장 낮은 수준으로 감소하였으며, 대체적으로 적극적 환자 접근을 포함한 다양한 유형의 전문 치료 팀이 발전해 왔다(Burns, 2010). 이러한 프로그램은 지역사회를 기반으로 한 다학제팀 서비스 모델로, 표준 치료 모델이 아닌 ACT와 유사한 형태의 지역사회 치료 모델로 이해할 수 있다. 이와 비교해, 네덜란드에서는 입원 환자 수용 능력이 상대적으로 높으며, 네덜란드형 ACT인 Function Assertive Community Processing(F-ACT)은 표준 치료 모델과 비교했을 때 미국에서와 같이 긍정적 효과를 보여 주고 있다(Bak et. al., 2007). 따라서 ACT의 효과를 평가할 때 입원환자 수용력의 상호 작용에 의한 영향을 고려해야 하며, 우리나라의 경우와 같이 입원환자 수용력이 높은 경우에는 네덜란드나 미국에서처럼 긍정적인 결과를 가져올 것으로 기대된다.

제4절 우리나라에 대한 시사점

우리나라의 경우 정신건강복지센터 등 공공 부문의 서비스 제공 기관에 등록하여 관리를 받는 정신질환자의 비율이 매우 낮다. 이러한 문제점을 해결하기 위한 대안의 하나로 진료받던 정신의료기관에서 사례 관리를 실시함으로써 사례 관리를 받아들이는 정신질환자의 비율을 높이는 방안에 대해 검토할 필요가 있다. 이를 위해 일본의 유사 사례와 같이 정신의료기관을 기반으로 한 사례 관리 제도를 도입하는 방안에 대해 검토할 필요가 있다. 호주의 빅토리아주 ‘HOPE 프로그램’의 경우에도 자살 시도자 및 의도적 자해 입원환자에 대해 퇴원 후 아웃리치(outreach) 서비스를 병원에서 제공함으로써 지속적으로 사례 관리가 이루어질 수 있도록 하고 있다(State of Victoria, Department of Health and Human Services, 2017, p.7).

이러한 정신의료기관 기반 사례 관리가 모든 문제를 해결하기를 기대하기는 어려울 것이다. 그러나 관리의 사각지대에 놓인 정신질환자를 가능한 한 관리의 틀 안으로 끌어 들이기 위한 노력의 하나로 검토할 만한 가치가 있다고 판단된다. 특히 진료받던 정신의료기관에서 사례 관리를 실시하다가 일정한 단계 이후에는 정신의료기관에서의 사례 관리를 중단하고 정신건강복지센터의 사례 관리로 자연스럽게 이어질 수도 있을 것이다. 다만, 정신의료기관에서의 사례 관리를 실시하기 위해서는 이에 대한 건강보험 급여가 인정되어야 한다. 특히 사례 관리에 필요한 전문요원 채용 및 교육, 서비스 비용 등 보상이 충분히 이루어질 수 있는 수준의 수가 수준이 보장되어야 할 것이다. 수가가 높을 경우 환자의 본인 부담분이 높아질 수 있기 때문에 환자 본인 부담률은 낮게 설정할 필요가 있다. 아울러 월 사례 관리 횟수, 방법, 서비스 제공자 자격 등에 대한 기준 등

의 급여기준을 설정하되, 의원급 비대면 만성질환관리 수가 등 다른 유사 수가 등과의 형평성도 고려되어야 할 것이다.

한편, 미국의 ACT 프로그램에서는 맞춤형 치료 및 회복 계획, 동료 지원 서비스, 위기 평가 및 개입 서비스, 증상 평가 및 관리 등의 정신건강 관련 서비스 외에도 사회성, 인간관계 및 여가 사용 기술 개발을 위한 지원은 물론 주택계약을 위한 집주인과의 협상, 필수품 조달, 청소, 요리, 식료품 구매 등 일상생활 능력을 증진시키기 위한 지원 등 다양한 서비스가 제공된다. 미국의 ACT 프로그램을 우리나라도 일부 정신건강복지센터에서 실시한 적이 있지만 아직까지 활성화되지 못하고 있다. 앞으로 ACT 프로그램의 적극적 추진을 위해서는 관련 전문인력 확보와 서비스 및 실행 프로그램 개발, 예산 확보 등이 이루어져야 할 것이다.

지역사회에서의 정신질환자 관리가 성공적으로 추진되기 위해서는 가장 기본적으로 정신질환자들이 지역사회 내에서 편견과 차별을 받지 않고 삶을 영위할 수 있도록 인식 개선이 우선되어야 하며, 정신질환의 치료 및 관리와 함께 교육, 주거, 직업 문제 등에 대한 전반적인 생활환경 개선 및 지원을 위한 보건의료 및 복지서비스의 원활한 연계 및 통합적 전달체계 구축, 서비스 제공 인프라 확대 등이 필요하다.

나아가 지역사회 단위의 정신건강 증진을 위한 지역 내 중장기 목표 제시 및 평가체계 구축을 통하여 지역사회 주민들에게 지역사회 정신건강 서비스 제공 현황과 발전 현황에 대해 알림으로써 정신건강에 대한 관심 증대와 서비스 질 향상, 지역 주민의 서비스 접근성 향상에 기여해야 할 것이다.

제 5 장

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 확충 방안

제1절 효과적 서비스 전달 및 지역사회 자원 활용 강화

제2절 중증 정신질환자 관리·지원 프로그램 강화 및
서비스의 양적·질적 수준 제고

제3절 서비스 공급 주체 간 업무 연계 네트워크 강화

제4절 서비스 제공기관의 역량 및 전문성 제고

5

지역사회 중증 정신질환 관리 << 서비스 공급 확충 방안

지역사회는 정신질환자가 삶을 영위하는 공간 또는 환경으로서의 의미 뿐 아니라 정신질환자가 가진 다양한 욕구의 충족을 위해 서비스를 제공하는 포괄적 의미에서의 서비스 공급 주체이기도 하다. 따라서 정신질환자에 대한 지역사회 관리를 위해서는 우선 정신질환자가 생활하는 지역 사회를 정신질환자에게 보다 친화적인 환경으로 바꾸어 나가는 노력이 필요하다.

다른 한편으로는 지역사회가 포괄적 의미에서의 서비스 공급 주체로서 기능하기 위해서는 지역사회 내에 정신질환자들이 가진 욕구를 충족시킬 수 있는 다양한 서비스 공급 기반과 전달체계가 갖추어져 있어야 한다.

이런 측면에서 지역사회 중증 정신질환자 관리의 강화를 위해서는 지역사회에서의 서비스 공급 기반 확충, 효과적 서비스 전달체계 구축, 지역사회의 참여 확대 등이 필수적이며, 이를 위해서는 사회적 책임성에 기반을 둔 지역 친화적이고 현장 밀착적인 서비스 제공체계 구축과 환자를 가장 가까이에서 돌보는 가족에 대한 지원 강화 등이 수반되어야 한다.

특히, 중증 정신질환자에 대한 체계적 관리는 환자 본인뿐 아니라 사회적으로도 긍정적인 편익을 발생시킨다는 점을 고려하면 사회적 연대와 책임성의 증대도 요구된다. 정신질환은 개인의 문제라는 인식과 정신질환자를 회피의 대상으로만 간주하는 태도를 벗어나 지역사회가 공동으로 대처해야 할 과제라는 인식이 필요하다. 이런 측면에서 정신질환자 가족이 담당하는 정신적·심리적 돌봄 부담을 국가 또는 지역사회가 분담하는 노력이 필요하다. 지역사회 정신건강 관리를 강화함에 있어서는 가족의

부담 증대가 필연적으로 뒤따르게 되는데, 이렇게 증대되는 부담을 가족에게만 전가해서는 지역사회 정신건강 관리가 성공적으로 추진될 수 없다. 가족의 부담 증대를 최소한으로 하고 그 나머지를 공공 부문이 담당하도록 하는 노력이 필요하며, 이를 위한 공공 부문의 돌봄 기능 확대가 필수적으로 뒷받침되어야 한다.

특히 다음과 같은 측면에서 가족의 돌봄 역량 강화와 “가족을 일으켜 세우기” 위한 공공 부문의 적극적 지원이 무엇보다 중요하다. 첫째, 가족은 정신질환자를 돌보는 과정에서 경제적 어려움을 겪거나 가족 간 정서적·심리적 유대가 붕괴되는 경우가 많다는 점에서 환자뿐 아니라 가족들도 정신질환의 또 다른 희생자일 수 있다.

둘째, 정신질환 발병에는 다양한 요인이 개입되어 있는데, 그 원인의 일부가 가족 내에 내재된 경우가 있을 수 있다는 점이다.

셋째, 공공 부문이나 민간 부문에서 다양한 서비스를 제공하고 있으나, 재가 환자의 가장 가까이에서 일상적인 돌봄 서비스를 제공하는 사람은 가족일 수밖에 없다는 점이다.

이러한 측면에서 볼 때 정신질환자를 돌보는 데 필요한 지식 습득 등의 역량 강화와 더불어 가족을 대상으로 무너진 구성원 간의 유대, 악화된 경제적 상황, 정서적·심리적 부담을 극복할 수 있도록 하기 위한 지원이 필수적이다.

이러한 지원은 환자나 가족에 대한 지원으로서의 의미만 가지는 것이 아니라 가족이 정신질환자 돌봄을 소홀히 한다거나 환자를 유기하는 일을 방지한다는 점에서 가장 효과적인 예방적 접근일 수 있다.

한편, 중증 정신질환자에 대한 지역사회 관리에 있어서는 지역사회에서 의료적 치료, 재활훈련, 지역사회 내 거주 등의 서비스가 환자의 욕구에 따라 효과적으로 제공되도록 하는 것이 관건이다. 이를 위해서는 서비

스 제공 장소가 병동이라는 폐쇄적 공간이 아니라 지역사회라는 개방적 공간이라는 점을 넘어, 지역사회 주민과의 융화, 지역 주민의 참여 등이 효과적으로 이루어지도록 해야 한다. 치료 및 재활훈련 서비스는 전문기관에서 제공한다고 하더라도 그 외의 다양한 지역 자원의 활용과 주민의 참여를 유도할 수 있는 관리 모형 및 서비스 제공 방식이 개발되어야 한다. 특히 사회 적응훈련을 위한 문화, 예술, 생활체육 등 다양한 영역의 서비스를 효과적으로 제공하기 위한 통합 프로그램도 마련되어야 한다.

다른 한편으로는 비자의적 입원 요건이 강화되면서 지역사회에 중증도가 높은 정신질환자가 증가함에 따라 이들의 지속적 치료 욕구를 충족시킬 수 있는 사회의 인프라와 제도적 장치가 강화될 필요가 있다. 지역사회에서 요구되는 서비스를 가능한 한 지역사회 내에서 자체적으로 충족시킬 수 있도록 인프라 구축이 필요하며, 지역 내 서비스 공급체계가 미흡할 경우 다른 지역의 공급체계와 연계하는 네트워크를 구축할 필요도 있다. 특히, 지역사회가 모든 종류의 서비스에 대한 자체적인 서비스 공급 역량을 갖추는 것이 불가능하다면 지역과 서비스의 유형을 고려한 생활권 단위의 서비스 공급 네트워크 구축도 검토될 필요가 있다.

지역사회 중증 정신질환 관리에 있어서 또 하나의 중요한 과제는 현장 밀착형 서비스 제공과 서비스의 질에 기반을 둔 성과 관리 강화이다. 지역 현장을 중심으로 한 정신질환자 발굴, 의료서비스 및 복지서비스 제공 등을 위한 지역사회 관리체계가 강화되어야 한다. 아울러 지역사회 중증 정신질환자 관리와 관련하여 지금까지 양적 실적 위주의 성과 관리가 이루어지면서 현실적으로 중증 정신질환자에 대한 실질적인 관리가 소홀해질 우려도 배제할 수 없다는 점을 고려할 때, 환자 개인별 의료 이용 및 복약 지도, 재활훈련 계획 수립, 모니터링 및 피드백 등의 강화를 통해 최종적으로 발생한 개인 단위별 건강 성과에 중점을 두는 성과 관리 체계를 구축할 필

요가 있다. 즉, 관리를 통해 발생한 정신질환자의 중증도 개선, 반복적 입원·퇴원 방지 효과 등을 바탕으로 한 성과 관리를 강화할 필요가 있다.

한편, 중증 정신질환자의 특성상 응급 상황 발생에 대응한 조치와 스트레스 관리, 복약 관리 등이 무엇보다 중요하다. 응급 상황 발생 시의 긴급 이송, 입원 등이 효과적으로 이루어질 수 있도록 정신의료기관, 경찰, 119, 정신건강복지센터 등 간의 연계·협조 체계가 강화되어야 한다. 아울러 조현병 등 정신질환자들의 철저한 복약 관리 및 스트레스 관리는 질환의 중증도 증가 및 만성화와 관련된 핵심적인 요인이라는 점에서 이를 위한 관리체계가 강화되어야 한다.

이러한 전체적인 방향성하에서 지역사회에서의 중증 정신질환자 관리를 강화하기 위한 정책 대안을 다음과 같이 제시하고자 한다.

제1절 효과적 서비스 전달 및 지역사회 자원 활용 강화

1. 정신의료기관에서의 사례 관리 도입

지역사회 중증 정신질환자 관리와 관련하여 당면하고 있는 가장 큰 문제 중 하나는 지역사회 관리의 사각지대에 놓인 중증 정신질환자의 수가 상당한 규모에 이르고 있다는 점이다. 보건복지부가 환자 본인의 동의 없이도 정신의료기관 퇴원 환자의 퇴원 사실을 정신건강복지센터 또는 보건소에 통보하여 사례 관리를 받도록 하겠다는 것도 이러한 문제에 대한 인식에서부터 출발한 것이라 볼 수 있다. 그러나 환자 본인이 퇴원 사실 통보를 수용할 의지가 없다면 실질적인 효과를 기대하기는 어렵다.

따라서 지역사회 사례 관리에 대한 환자 본인의 동의율 제고 노력은 여

전히 중요한 정책적 과제일 수밖에 없으며, 환자가 정신건강복지센터는 아니더라도 다른 기관·시설 등으로부터 사례 관리를 받도록 유도하기 위한 다양한 시도가 필요하다.

이러한 측면에서 환자가 입원했던 정신의료기관이 환자가 퇴원할 당시부터 사례 관리를 실시하는 방안에 대해 검토할 필요가 있다. 환자 입장에서 제3자로 인식될 수 있는 지역 정신건강복지센터나 보건소에서 사례 관리를 받는 것보다 자신이 입원했던 정신의료기관에서 사례 관리를 받는 것을 선호할 수 있다. 이때도 사례 관리에 대한 환자 본인의 동의가 필요하며, 퇴원 초기에는 정신의료기관에서 사례 관리를 실시하다가 일정한 단계 이후에 지역 정신건강복지센터 등으로 연계한다면 그렇지 않은 경우에 비해 환자의 수용도가 높을 것으로 기대된다.

우리나라도 현재 조현병 환자에 대한 병원 기반 사례 관리 도입에 대해 정책적 논의와 움직임이 있는 것으로 알려지고 있으며, 일부 공공 정신의료기관에서 전화를 통해 퇴원환자에 대한 모니터링을 실시하고 있으나 환자 및 보호자의 거부로 활성화되지 못하고 있는 것으로 알려지고 있다. 이는 환자나 가족이 주변에 정신질환자라는 사실이 알려지는 것에 대해 거부감을 가지고 있기 때문인데, 환자가 입원했던 정신의료기관은 이미 그 사실을 알고 있으므로 이들 정신의료기관이 사례 관리를 실시한다면 최소한 처음부터 정신건강복지센터 등에서 사례 관리를 시도하는 것보다는 호응도가 높을 것으로 보인다.

이와 관련하여, 본 연구에서는 환자 진료를 담당했던 정신의료기관에서 퇴원 후에 사례 관리를 실시하는 것이 지역사회 정신질환자 관리에 도움이 될 것인지에 대해 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자를 대상으로 설문조사를 실시하였는데, 찬성하는 비율이 62.7%로 나타났다. 이러한 응답은 지역사회에서의 적절한 관리가 필요함에도 불

구하고 환자가 동의하지 않아 관리를 하지 못하는 문제점을 정신건강복지센터 전문요원들도 평소에 인식하고 있기 때문인 것으로 보인다.

〈표 5-1〉 입원치료를 받던 정신의료기관에서 퇴원 후에 사례 관리를 실시하도록 하는 것에 대한 정신건강복지센터 전문요원의 의견

(단위: 명, %)

계	찬성	반대	잘 모르겠다
100.0 (N=142)	62.7 (89)	16.2 (23)	21.1 (30)

주: ()는 응답자 수

자료: 본연구의 설문조사

정신의료기관에서의 사례 관리를 도입하기 위해서는 정신의료기관의 일부를 지정하여 사례 관리 모형 개발과 비용 추정 및 수가 설정 등을 위한 시범사업을 추진할 필요가 있다. 정신의료기관에서의 사례 관리에 대해서는 건강보험을 적용하여야 하는데, 정신건강 간호사, 정신건강 사회복지사 등의 인건비, 사례 관리 경비 등이 소요되기 때문에 원가가 충분히 보상될 수 있도록 적절한 수가가 책정되어야 할 것이다. 다만, 원가가 충분히 보상될 수 있는 수준의 수가를 설정함에 따라 환자 본인 부담분이 증가할 수 있기 때문에 환자 본인 부담률은 상대적으로 낮게 설정할 필요가 있다. 특히 환자 본인 부담금은 환자가 사례 관리를 수용할 것인지에 영향을 미치기 때문에 이를 고려하여 본인 부담률을 설정할 필요가 있다. 또한, 정신건강복지센터 등에서는 무료로 사례 관리를 받을 수 있으나 정신의료기관에서는 비용을 부담하면서 사례 관리를 받아야 하는 데에 따르는 문제도 고려되어야 할 것이다. 이를 고려하면 국고 및 지방비로 환자 본인 부담금을 지원하는 방안도 고려할 수 있을 것이다. 아울러 월 사례 관리 횟수, 사례 관리 방법, 서비스 제공자의 자격 등 적절한 급여기준의 설정도 필요하다. 우리나라의 경우 퇴원 후 6개월까지 정신의료기관

에서 사례 관리를 실시하고 이 과정에서 정신건강복지센터 등으로 연계할 수 있을 것이다.

2. 가칭 “독거 정신질환자 생활관리사” 도입 방안 검토

중증 정신질환자에게는 철저한 복약과 정기적 외래진료가 무엇보다 중요하다. 외부의 도움 없이 환자 스스로 이를 철저하게 지키는 경우도 많지만 가족이 돌보아 주어야 하는 경우도 많다. 그러나 중증 정신질환자 중에는 가족이 없거나 가족과 떨어져 생활하는 경우가 있다. 가족이 있더라도 중증 정신질환자와의 유대관계가 단절되어 정신질환자를 돌보는 데 소홀한 경우도 많다. 앞에서 살펴본 바와 같이 기초 정신건강센터 전문요원 대상 설문조사에 의하면 기초 정신건강복지센터 등록 중증 정신질환자 중 혼자 사는 환자의 비율이 약 36.0%에 이른다.

따라서 가족이 없거나 가족이 있더라도 정신질환자를 돌볼 수 있는 여건이 허락하지 않는 경우, 가칭 “독거 정신질환자 생활관리사” 제도를 도입하여 독거환자에 대한 복약 관리 등 밀착 관리 서비스를 제공하는 방안 등에 대해 검토할 필요가 있다. 물론 정신장애인으로 등록된 중증 정신질환자는 공공 부문의 각종 돌봄 서비스를 이용할 수 있으나 현재 복지 부문에서 이용 가능한 돌봄 서비스만으로는 중증 정신질환자에 대해 복약 지도 등의 서비스를 제공하기에는 충분하지 않을 것으로 보인다.

이러한 독거 정신질환자 생활관리사 배치는 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당 인력과는 별도의 인력 증원을 통해 이루어져야 할 것이다. 현재 기초 정신건강복지센터에서 집중 사례 관리 등의 서비스를 제공하고 있지만 전문요원 1인당 70~100명의 대상자를 관리해야 하는 현실에서 독거 중증 정신질환자에 대해 매일 복약 여부를 확인하고 외래

진료를 거르지 않도록 밀착 관리하는 데에는 한계가 있을 것으로 보인다.

독거 중증 정신질환자 생활관리사는 모든 독거 환자를 대상으로 하는 것이 아니라 필요도가 높은 일부 환자만을 대상으로 할 필요가 있다. 환자의 상태나 중증도, 가족의 사회적·경제적 여건 등을 종합적으로 고려하여 반드시 필요하다고 인정되는 경우로 한정하여 독거 중증 정신질환자 생활관리사를 지원하도록 할 필요가 있다.

독거 중증 정신질환자 생활관리사는 정신건강 전문간호사, 정신건강 전문사회복지사, 임상심리사 등의 자격을 가진 자로 하고 정신건강 관리 뿐 아니라 경제생활 지원, 식사, 말벗, 취업 등 다양한 서비스를 제공하도록 한다.

아울러 독거 중증 정신질환자 생활관리사를 기초 정신건강복지센터에 배치하여 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자가 관리하던 대상자 중에서 일부 환자를 이관받아 관리하도록 해야 할 것이다. 즉, 기초 정신건강복지센터 등록 독거 정신질환자 중에서 스스로 복약과 외래진료 등을 철저히 수행할 수 없는 환자를 이관받아 관리하도록 한다는 것이다.

노인 돌봄 기본서비스 사업의 독거노인 보호사업의 일환으로 추진된 독거노인 생활관리사(노인 돌보미)의 배치와 함께 노인의 자살이 감소한 사례에서와 같이 독거 정신질환자 생활관리사도 독거 정신질환자의 정신건강 관리에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

3. 사회적 협동조합 등 다양한 지역사회 사업 모형 개발

현재 지역사회에는 정신건강복지센터, 정신재활시설 등이 존재하지만 정신질환자들에게 보다 다양한 방식으로 서비스를 제공하는 지역 모형이 시도될 필요가 있다. 특히 정신의료기관과 연계하여 주거, 놀이, 식사 등

을 다양하게 제공하는 민간 부문의 시설 모형을 활성화할 필요가 있다. 그중의 하나로서 사회적 협동조합 모형에 대한 검토가 필요하다.

정신건강복지센터나 정신재활시설 등에서는 비교적 정형화된 서비스를 제공하지만 사회적 협동조합 모형에서는 정신질환자에 의한 식당이나 커피숍 운영, 식재료 생산을 위한 농장 운영 등의 직업재활 활동, 교육 프로그램 운영 등을 위시하여 식사를 혼자 해결해야 하는 환자들에게 같이 모여서 식사를 하게 하거나 여가활동을 하게 하는 등의 다양한 프로그램을 시도할 수 있을 것이다.

현재 사회적 협동조합이 운영되는 사례가 있으나 운영비 부족 등의 문제를 겪고 있어 이에 대한 공공 부문의 지원 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 이러한 사회적 협동조합 모형이 모든 지역에서 효과적으로 운영될 수는 없겠으나 운영이 가능할 정도의 정신건강 관련 자원이 존재하고 중증 정신질환자 및 가족의 요구가 있는 지역에 대해서는 지방자치단체가 사회적 협동조합 설립·운영을 적극 지원하는 방안을 검토할 필요가 있다.

4. 지역사회 환자 관리에 대한 본인의 참여 의지 증대

기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자들에 대한 본 연구에서의 설문조사 결과 정신의료기관에서 퇴원 사실을 통보받은 환자 중 정신건강복지센터의 관리에 동의하는 환자의 비율이 23.1%로 나타났으며, 전반적으로 중증 정신질환자의 지역사회 등록 관리율이 19.1%에 불과하다는 점은 이미 앞에서 언급한 바와 같다. 이에 보건복지부는 퇴원환자가 본인의 동의 없이도 정신건강복지센터의 사례 관리를 받도록 할 예정이지만(보건복지부, 2018. 7. 23.), 그렇더라도 환자의 동의 없이는 실질적인 효과를 기대하기 어렵다는 점을 고려할 때 가능한 한 환자의 동의

율을 높이기 위한 대안이 모색될 필요가 있다.

기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자에 대한 설문조사 결과에 의하면, 정신건강복지센터의 관리에 동의할 경우 의료비 및 생필품 지원 등 환자가 체감할 수 있는 경제적·물질적 지원을 제공하는 것이 효과적이라는 의견이 많았다. 설문 대상자 중 52.1%가 의료비 지원, 25.4%가 상품 구매 할인권 등 생필품 지원이 가장 효과적이라고 응답하였다.

〈표 5-2〉 정신건강복지센터 관리의 본인 동의율을 높이기 위한 가장 효과적 대안

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
정신건강복지센터 관리의 본인 동의율을 높이기 위한 가장 효과적 대안	계	100.0(142)
	의료비 지원	52.1(74)
	문화·여가생활 지원(바우처)	9.2(13)
	생필품 지원(상품 구매 할인권 등)	25.4(36)
	가족을 통한 설득	7.8(11)
	기타	4.9(7)
	무응답	0.7(1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

정신건강복지센터 사업 담당자들의 의견과 같이 의료비나 생필품 등을 지원하기 위해서는 지방자치단체의 여건에 따라 지원 대상 및 금액 등의 기준이 마련되어야 하겠으며, 이를 위한 국고 및 지방비 재원 마련이 요구된다.

이러한 물질적 지원에서 나아가 객관적 자료를 바탕으로 하여 사례 관리를 철저히 받을 경우 기대되는 건강 성과 등을 환자 및 가족에게 설명·설득하기 위한 노력이 강화되어야 하며, 환자가 안심하고 관리를 받을 수 있도록 환자 정보를 철저하게 보호하기 위한 대책 마련이 필요하다.

마지막으로, 서비스 제공에 동의하지 않은 환자에 대한 정신건강복지센터의 관리 책임과 한계에 대한 기준도 마련될 필요가 있다.

5. 지역사회 자원 조직화 및 활용 강화

지역사회 관리가 효과적으로 이루어질 경우 환자 개인 측면에서는 폐쇄된 공간에서의 학대 방지 등 인권 보호와 삶의 질 향상, 재활 및 지역사회 적응 촉진 등의 편익을 도모할 수 있으며, 서비스 공급 측면에서는 지역사회 자원을 활용할 수 있다는 이점이 발생한다. 다만, 지역사회에서 가족이나 소규모 생활시설에서 생활하더라도 그 생활시설이 외부와 단절되어 있을 경우에는 주민과의 어울림과 친밀도가 증대될 수 없으며, 이러한 편익 발생이 제한될 수 있다.

이런 측면에서 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등 지역사회 내의 공식적인 서비스 공급 주체 이외에 정신질환자에 대한 정서적·심리적 지지를 제공할 수 있는 지역사회 자원을 적극 활용해야 할 필요가 있다. 특히 지역사회 내 정신질환자 가족 모임, 부녀회, 노인회, 자원봉사 모임 등 다양한 자율적 지역 조직을 활용하는 방안을 모색해야 한다. 일본의 경우 정신질환자 또는 자살시도자 가족회가 중심이 되어 주간여가시설을 운영하다가 이것이 공공 부문의 주간보호시설(day care center)로 발전된 사례도 있다.

지역사회 부녀회, 노인회, 자원봉사 모임 등과 지역 조직과 관계를 형성하기 위해서는 정신건강복지센터 전문요원들의 개인적인 역량에 의존하기보다는 지방자치단체 차원에서 소규모 지역 단위별로 일종의 협의체 등을 구축·운영하는 것이 하나의 방법이다.

기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자들은 주민 자치 조직을 활용하기 위한 시도가 오히려 주민의 편견을 증폭시킬 우려가 있다거나, 주민의 편견 해소와 이해 증진이 선행되지 않고서는 성과를 거두기 어렵다는 등의 조심스러운 태도를 보이면서도 주민 자치 조직으로부

터 받을 수 있는 도움의 내용에 대한 의견도 다양하게 제시하였다. 주민 자치 조직 활용이 중증 정신질환자 및 자살시도 의심자 등의 사례 발굴이나 환자 방문을 통한 증상 점검, 재발 위험성 모니터링, 안부 확인 등에 도움이 될 수 있으며, 위급 상황 등 증상 악화 시 센터에의 통보 등의 도움도 받을 수 있을 것이라는 의견을 제시하였다.

아울러, 인식 개선 및 편견 해소 활용에 주민 자치 조직을 활용할 수 있으며, 중증 정신질환자의 상황 및 과거력 파악, 행사 시 지원, 교육 공지, 장소 대여, 인원 모집 활동, 말벗 서비스 등 정서 지원, 물질 후원 및 후원 물품 배분, 밑반찬 및 생필품 지원, 운동 및 의식주 등 일상생활 지원, 주거 환경 개선, 이웃 돌보미로서의 역할 등에 도움이 될 수 있다고 응답하였다. 특히 환자 가족에게 접근할 때 거부감을 낮추는 데 도움이 되며, 독거 정신질환자의 지역 내 활동 파악에도 도움이 된다고 응답하였다.

〈표 5-3〉 주민 자치 조직으로부터 받을 수 있는 도움
(기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자의 의견)

구 분	도움을 받을 수 있는 내용
대상자 발굴 및 연계	• 지역사회 중증 정신질환자 및 자살시도 의심자 등 사례 발굴 • 환자 방문을 통한 증상 점검, 재발 징후 모니터링 및 안부 확인 • 위급 상황 등 증상 악화 시 센터에 통보
대상자 관리 및 지원	• 인식 개선 및 편견 해소에 활용 • 중증 정신질환자의 상황 및 과거력 등 파악 • 가족에게 접근할 때 거부감을 낮추는 데 도움 • 의미 있는 활동 장소 제공 • 이웃 돌보미로서의 역할 • 말벗 서비스 등 정서 지원 • 물질 후원 및 후원물품 배분 • 밑반찬 및 생필품 지원, 운동 및 의식주 등 일상생활 지원 • 주거 환경 개선 • 독거 정신질환자의 지역 내 활동 파악 • 행사 시 지원, 교육 공지, 장소 대여, 인원 모집 • 지역사회 내 소식과 자원 연결

주민 자치 조직을 효과적으로 활용하기 위한 전략이나 프로그램은 지방 자치단체별로 다양하게 개발되어야 하겠으나 가장 우선적으로 주민의 편견 해소와 이해 증진을 위한 프로그램과 통합적으로 운영될 필요가 있다.

제2절 중증 정신질환자 관리·지원 프로그램 강화 및 서비스의 양적·질적 수준 제고

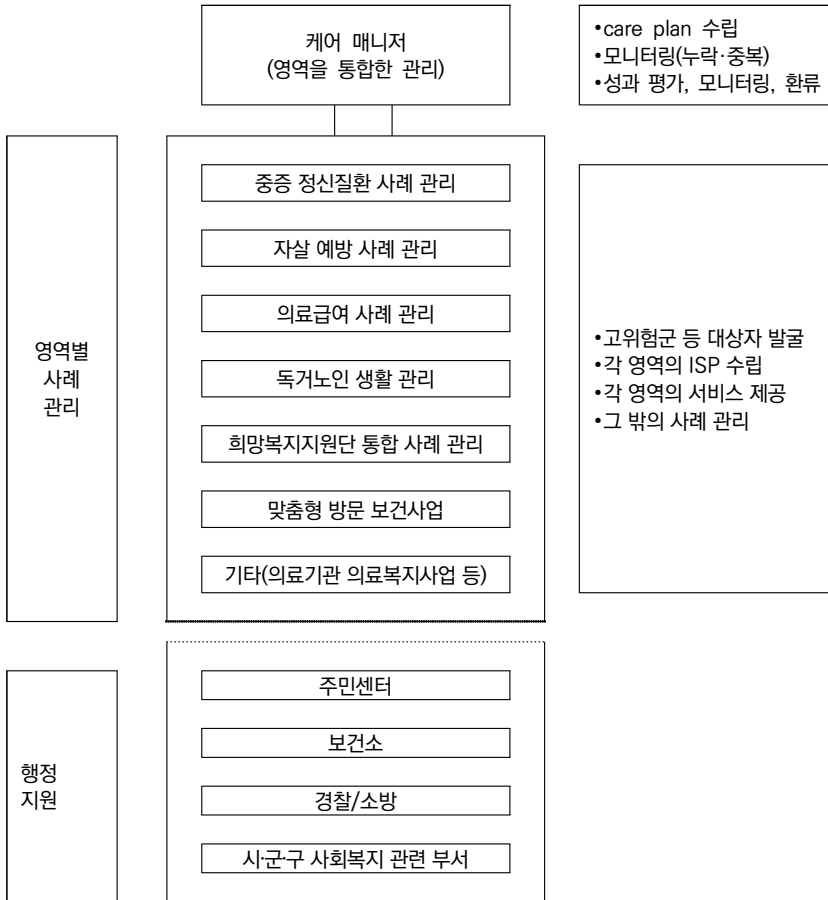
1. 대상별 케어 매니지먼트(care management) 시스템 도입 검토

지역 현재 지역사회에는 중증 정신질환자 사례 관리, 자살 고위험자 사례 관리, 희망복지지원단 통합 사례 관리, 맞춤형 방문 보건사업, 의료급여 사례 관리 등 다양한 사례 관리가 이루어지고 있다. 그러나 이러한 사례 관리들이 서비스 공급 영역별로 산발적으로 이루어지고 있어서 다양한 영역에 걸친 대상자 중심의 통합적 관리가 이루어지지 못하고 있다. 현재 특정 영역에서의 사례 관리를 실시하다가 다른 영역의 사례 관리가 필요할 경우 대상자를 연계하는 형태로 사례 관리가 이루어지고 있다.

이에 따라 여러 사례 관리 간 연계를 거치는 대상자가 그 과정에서 어떤 서비스를 제공받으며 최종적으로 어떤 성과가 발생했는지를 모니터링하고 평가하는 체계가 미흡하다. 현재의 통합사례관리회의로는 대상자 각 개인에 대하여 연속적·통합적 서비스 제공 계획에 따른 모니터링과 성과 평가 등의 성과 관리를 체계적으로 수행하는 데 한계가 있다.

이에 따라 대상자 개인별로 케어 매니저(care manager)를 배치하여 다양한 영역의 사례 관리 간 조정(coordination) 및 모니터링, 서비스의 누락중복 방지, 성과 측정 및 평가, 피드백 기능을 담당하도록 할 필요가 있다.

[그림 5-1] 중증 정신질환자에 대한 케어 매니지먼트



케어 매니저는 일차적으로 대상자의 욕구에 맞게 ISP를 수립하고, 필요한 영역의 사례 관리를 선정한 다음 이들과 팀을 이루어 서비스를 제공한다. 이후 대상자를 지속적으로 모니터링하면서 정신건강상의 성과를 평가하여 서비스 강화(유형 확대 및 질적 수준 제고)가 필요한 경우 해당 영역의 사례 관리 담당자와 협의하여 서비스 제공을 조정한다.

케어 매니저는 대상자별로 여러 명의 사례관리사와 연대하여 서비스 제

공을 책임지게 되며, 케어 매니저와 사례관리사는 단순한 연계(linkage)의 관계에서 나아가 연대(solidarity)에 기반을 둔 서비스를 제공한다.

케어 매니저는 별도로 배정할 수도 있고, 아니면 사례관리사 중에서 대상자의 욕구가 가장 큰 영역의 사례관리사가 케어 매니저 역할을 담당할 수도 있다.

케어 매니저는 사례 관리자가 필요로 하는 경찰·소방, 행정부서 등의 협조가 원활하게 이루어지도록 지원하며, 대상자별 ISP를 수립할 때 지역사회 내에서 이용 가능하지 않거나 부족한 서비스 및 주체가 무엇인지를 정의하고 이에 대한 대응 방안을 마련한다.

여기에는 환자의 여가시간 활용을 위해 동원 가능한 민간 자원 등도 포함하며, 보호자의 욕구, 예를 들어 보호자가 취업 및 구직 활동을 하는 경우의 돌봄 등을 반영하여 대책을 마련한다. 아울러, 케어 매니저의 업무 부담을 고려하여 케어 매니저가 지역사회 내에서 담당하는 대상자 수에 대한 적절한 기준을 마련하는 것도 필요하다.

한편, 현재에도 통합사례관리회의 등을 통해 케어 매니지먼트와 유사한 형태의 관리가 이루어지고 있으나 케어 매니지먼트를 보다 체계적으로 수행하기 위한 방안을 고려할 필요가 있다. 이를 통해 사례 관리 요원 간 연계에서 나아가 연대의 개념에 입각하여 개별 대상자에 대한 책임과 성과의 공유 등이 강화될 필요가 있다.

또한 대상자 개인을 지속적으로 모니터링하면서 다양한 사례 관리에 걸쳐 연속성을 확보하는 한편 대상자에게 발생하는 건강 성과를 측정하여 필요할 경우 ISP를 수정·보완하는 등의 대상자 개인 단위별 성과 관리를 강화해야 한다.

2. 가족에 대한 사회·경제적 지원 강화

가족은 중증 정신질환자의 진료 및 복약 등에 있어 핵심적인 역할을 담당하는 일차적인 관리자이지만 가족 그 자체도 지원의 대상이 되어야 한다. 즉, 가족은 환자 가장 가까이에서 재발 징후 모니터링, 약물 부작용에 대한 대처, 철저한 복약 이행 지도 등을 담당하는 주체이지만, 다른 한편으로는 환자 관리로 인한 정신적·신체적·경제적·사회적 부담을 안고 살아가는 지원 대상이기도 하다. 또한 가족 내에 중증 정신질환의 발생과 악화에 영향을 미치는 사회적 위해 요인이 잠재되어 있을 수도 있다.

이에 따라 환자 관리에 필요한 지식 및 정보 제공을 위한 교육 등 환자 관리를 위한 가족의 역량 강화는 물론 가족의 사회적·경제적·심리적 부담을 경감시킬 수 있는 지원과 함께 가족 내에 잠재된 정신건강상의 위해 요인을 해소해 주기 위한 지원이 필수적이다. 특히 지금까지의 지역사회 중증 정신질환 관리는 그 중점 대상이 환자였으나 앞으로는 환자를 포함하는 가족 전체를 관리의 대상 단위로 설정하도록 관리의 패러다임을 전환할 필요가 있다. 즉, 가족 단위의 사회·경제적 욕구, 가족 구성원 간 유대관계 및 갈등 등의 문제점을 진단하고 이에 대한 다학제적이고 폭넓은 지원 대책을 강구할 필요가 있다. 정신질환자에 대한 돌봄 제공자로서 가족의 역량을 강화하기 위해서는 가족 내 갈등 관리, 사회·경제적 지원, 정서적·심리적 지원 프로그램을 마련할 필요가 있다. 대상자의 부모뿐 아니라 형제·자매 등 가족 구성원의 이해 증진 프로그램과 정신질환자 돌봄 기술 교육 등의 프로그램이 마련되어야 할 것이다.

기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 관리 담당자들도 가족 구성원 간의 정서적·심리적 유대관계를 강화하기 위한 프로그램의 필요성을 깊이 인식하고 있었다. 이들에 대한 설문조사 결과에 의하면 가족 구성원 간의

정서적·심리적 유대관계를 강화하기 위한 프로그램의 필요성에 대해 56.3%가 ‘매우 필요하다’, 42.3%가 ‘필요하다’고 응답하였다.

〈표 5-4〉 가족 구성원 간 정서적·심리적 유대관계 강화의 필요성에 대한 기초 정신건강 복지센터 중증 정신질환관리 담당자의 인식

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
가족 구성원 간 정서적·심리적 유대관계 강화의 필요성에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 인식	계	100.0(142)
	매우 필요하다	56.3 (80)
	필요하다	42.3 (60)
	필요 없다	0.7 (1)
	전혀 필요 없다	-
	무응답	0.7 (1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자들에 대한 설문조사와 심층면접조사 결과에 따르면 중증 정신질환자 가족에게 필요한 지원으로서 매우 다양한 아이디어가 제시되었다.

가족에게 필요한 교육 및 정보 제공으로서, 정신질환에 대한 이해, 증상 관리 및 약물 관리, 재발 징후 모니터링 방법, 재발 증상 발견 시 대처법 및 재발 방지 등 환자 관리에 직접적으로 필요한 지식을 제공하기 위한 교육과 함께, 이용 가능 복지서비스에 대한 정보 제공, 재활 개입 등을 위한 교육이 제안되었다. 특히, 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환자 관리 담당자들 대부분이 중증 정신질환자 중 가족 간 유대관계가 붕괴된 경우가 많고, 정신질환자들의 노후 준비가 절대적으로 부족하다고 인식하고 있었다. 이에 따라 효과적인 가족 간 대화 방법 교육, 정신질환자의 노후 대비 교육 등이 필요하다는 의견도 제시되었다.

〈표 5-5〉 중증 정신질환자 가족에게 필요한 지원 내용에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 의견

구 분	지원 내용
가족에 대한 교육 및 정보 제공	정신질환에 대한 이해, 증상 관리 및 약물 관리 등 교육, 재발 징후 모니터링 방법 교육, 재발 증상 발견 시 대처법 및 재발 방지 교육, 효과적인 가족 대화 방법 교육, 재활을 위한 개입 교육, 이용 가능 복지서비스에 대한 정보 제공 교육, 정신질환과 노후 대비 교육, 가족 해체 예방 교육
가족에 대한 심리적·정서적 지원	힐링 및 스트레스 해소 프로그램, 가족의 소진 예방 프로그램 및 캠프, 정신질환자에 대한 가족의 편견 해소 및 인식 개선, 후견인 제도 관련 설명 및 지원, 자조 모임 지원 및 교육 활성화
환자 및 가족을 위한 사회·경제적 지원	의료비 등 재정적 지원, 노인요양보호사와 같은 제도 도입을 통한 정서적·심리적 휴식시간 제공, 가사 및 이동 등 돌봄 지원, 정치적으로 가족의 욕구가 반영될 수 있도록 표현할 수 있는 역량 교육, 문화여가활동 비용 지원, 중증 정신질환자의 독립적 생활 및 노후생활을 보장하기 위한 자립 지원, 환자 돌봄 부담을 줄여 주기 위한 day care 시스템, 다른 장애 등급과는 차별화된 서비스 제공, 중증 정신질환자의 주간재활 및 직업재활 참여 기회 확대, 여가문화 활동 및 생필품 지원, 지역사회 내 정신재활시설 확충 및 정신건강복지센터 사례 관리자 확충, 증상 악화 시 정신질환자를 보호할 수 있는 단기시설 확대, 환자 및 가족에 대한 일자리 제공 등

자료: 본 연구의 설문조사 및 심층면접

가족에 대한 심리적·정서적 지원으로서는 지속적인 환자 돌봄 부담으로 인한 가족의 스트레스 해소 및 힐링 프로그램, 소진 예방 프로그램 및 캠프, 정신질환자에 대한 가족의 편견 해소 및 인식 개선, 후견인 제도 관련 설명 및 지원, 자조 모임 지원 등이 필요하다는 의견이 제시되었다.

환자 및 가족에 대한 사회·경제적 지원으로서는 매우 다양한 의견이 제시되었다. 현실적으로 중증 정신질환자들이 복지 사각지대에 놓인 경우가 많아 이들에 대한 치료비 지원이 필요하다는 의견이 많았다.

또한 많은 중증 정신질환자의 부모들이 60대 이상의 고령으로서 경제 활동 능력뿐 아니라 환자의 일상생활을 돌보기 어려운 경우가 많기 때문에 노인장기요양보호사와 같은 제도를 도입하여 부모에게 정서적·심리적 휴식시간을 제공할 필요가 있다는 의견도 있었으며, 부모 사후의 중증 정신질환자 관리계획 수립과 독립적 생활 및 노후생활을 보장하기 위한 자

립 지원이 필요하다는 의견도 있었다.

중증 정신질환자들의 가족들이 생업활동으로 인해 가족 교육에 참여할 여유가 없는 경우를 대비한 프로그램이 마련될 필요가 있으며, 중증 정신질환자 가족들이 환자의 전적인 보호자로서의 역할을 감당하고 있을 경우 국가적인 차원에서의 경제적 지원이나 다른 장애 등급과의 차별화된 서비스 제공이 필요하다는 의견도 제시되었다.

이와 같이 다양한 의견이 제시되었다는 것은 그만큼 중증 정신질환자 가족들이 가진 사회적 욕구가 다양하다는 것을 반증하고 있다. 따라서 가족 단위의 사회적 욕구 진단과 다학제적인 지원 대책이 마련되어야 하며, 이를 위해서는 정신건강복지센터를 포함한 복지서비스 기관 간의 연대를 토대로 한 지원 모형이 개발되어야 한다. 특히 최근 강조되고 있는 커뮤니티 케어 측면에서 환자 및 가족의 욕구와 특성에 따라 지역사회에서 시행될 수 있는 세부적인 서비스 모형을 개발·확산하는 노력이 필요할 것으로 보인다.

3. 다학제 방문 관리체계 구축

현재 정부는 다학제팀에 의한 퇴원환자 방문관리 시범사업을 추진할 예정에 있다(보건복지부, 2018. 7. 23.). 이 계획에 발맞추어 퇴원환자뿐 아니라 환자 및 가족이 희망할 경우 입원한 경험이 없는 외래환자에 대해서도 환자의 상태와 가족의 여건 등에 따라 필요하다고 인정되면 다학제 방문관리를 실시하는 방안에 대해 검토할 필요가 있다.

다학제팀은 정신건강복지센터에서 설치·운영하되, 센터의 정신과 전문의와 정신건강 전문요원으로만 구성하지 않고 외부의 다양한 전문인력을 포함하는 방안을 고려할 필요가 있다. 환자 및 가족의 욕구 사정, 서비스

제공계획 수립 등에 있어 다양한 전문가들이 참여하도록 할 필요가 있다.

이를 고려할 때 대상자의 욕구나 특성에 따라 그룹별로 다학제팀을 운영할 수도 있으며, 다학제팀에 의한 욕구 사정 및 ISP 수립 등이 완료되고 나면 서비스 제공은 센터의 중증 정신질환관리 담당자가 담당할 수 있을 것이다.

다학제팀이 효과적으로 운영되기 위해서는 다학제팀을 센터 내에 고정된 조직이 아니라 대상자의 특성에 따라 외부 전문가가 참여하는 일시적 조직으로 운영하는 방안을 고려할 필요가 있다. 다만, 다학제팀에 참여하는 외부 전문가를 어떻게 확보할 것이며, 이들의 활동에 대한 보상은 어떻게 이루어져야 할지 등에 대한 제도적 구상이 필요하다. 이와 관련하여 지역 단위에서 활용 가능한 외부 전문가 인력 풀(pool)을 구성하여 운영하는 방안도 검토할 필요가 있다.

아울러, 대상자에 대한 다학제팀의 접근을 용이하게 하기 위해 별도의 지원 서비스를 개발하는 방안도 고려되어야 하며, 다학제팀의 관리에 대한 서비스의 질 관리와 대상자에게서 발생하는 성과를 측정·관리하기 위한 제도적 장치도 마련될 필요가 있다.

4. 응급개입 프로그램 강화

지역사회 관리가 체계적으로 이루어지기 위한 선결 요건으로서 가족의 긴급 요청 등이 있을 경우의 대응체계가 효과적으로 구축·운영되어야 한다.

이와 관련하여 정부는 장기적으로 광역 정신건강복지센터에 응급개입 팀을 1개씩 설치·운영할 계획인 것으로 밝히고 있다(보건복지부, 2018. 7. 23.). 그러나 지리적 접근성을 고려해 볼 때 응급개입 팀을 광역 정신건강복지센터에만 설치·운영하기보다는 기초 센터 중 여러 곳을 응급개

입 거점으로 지정하여 이곳에 응급개입 팀을 설치하는 방안을 고려할 필요가 있다. 아울러, 응급개입 팀이 설치되기 이전에 단기적으로 야간, 공휴일에도 정신건강복지 전문요원이 출동하는 체계를 갖추는 방안을 고려할 필요가 있다.

또한 정부는 급성기 환자에 대해 국립병원에 24시간 응급병상을 운영하고 퇴원 후에 이용할 수 있는 중간 단계 시설을 마련할 계획이다. 그러나 국립병원의 응급병상으로의 이동상의 제약 요건(지리적 거리, 호송 경찰 및 구급대원의 관할 문제 등)을 고려할 때 지역 단위에 응급병상을 지정하는 방안을 검토할 필요가 있다.

행정입원 지정병원의 경우에도 입원을 회피하는 사례가 존재하는 상황에서 응급입원의 경우 효과성이 낮을 수 있으나 이에 대비하여 응급병상 운영을 위한 비용 지원을 강화하는 방안을 고려할 필요가 있다.

5. 응급입원을 위한 정신의료기관 지정 및 환자에 대한 지원

현재 일부 정신의료기관의 경우 병실이 부족하거나 중증 정신질환자가 가진 기저 질환을 치료하기가 곤란하기 때문에 입원이 불가능하다는 등의 이유로 입원을 거부하는 경우가 있다. 응급입원을 위한 병상 확보가 원활하게 이루어지도록 정신의료기관을 지정하는 방안에 대해 검토할 필요가 있다. 본 연구에서 실시한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자에 대한 설문조사에 의하면, 응급입원을 위한 정신의료기관을 지정·운영하는 것에 찬성하는 비율이 85.2%에 달하고 있다.

〈표 5-6〉 응급입원 정신의료기관 지정·운영에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 의견

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
응급입원 정신의료기관 지정·운영에 대한 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 의견	계	100.0(142)
	찬성한다	85.2(121)
	반대한다	4.9(7)
	잘 모르겠다	9.2(13)
	무응답	0.7(1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

그러나 정신의료기관 입장에서는 응급입원을 위한 병상을 유지하는 데 일정한 비용이 소요되기 때문에 응급입원을 위한 정신의료기관 지정·운영이 실질적인 효과를 가지기 위해서는 해당 정신의료기관의 응급입원 병상 유지를 위한 비용을 정부가 지원하는 방안을 검토해야 한다.

아울러 환자가 기저 질환을 가지고 있어 이에 대한 치료가 필요한 경우는 다른 의료기관과의 치료 연계를 실시하는 방안을 다양하게 검토할 필요가 있다.

한편, 응급입원에 대한 환자 본인 부담금 등의 비용을 지원하는 프로그램이 강화될 필요가 있다. 본 연구의 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자에 대한 설문조사에 의하면, 50.7%가 비용을 지원하고 있으나, 48.6%는 비용을 지원하지 않고 있는 것으로 나타났다. 응급입원 시의 의료비 지원은 이후의 지속적인 의료기관 이용에 영향을 미친다고 볼 때 정신의료기관 이용의 지속성 확보를 위해 응급입원에 따른 비용 지원이 강화될 필요가 있다.

〈표 5-7〉 응급입원 환자에 대한 입원비 등 지원 프로그램 운영 여부

(단위: 명, %)

구 분		비율(명)
응급입원 환자에 대한 입원비 등 지원 프로그램 운영 여부	계	100.0(142)
	그렇다	50.7(72)
	아니다	48.6(69)
	무응답	0.7(1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

의료비 지원을 위해서는 지원 대상 설정을 위한 소득기준 등의 기준과 지원액 규모, 국고 및 지방비 분담 비율 등에 대한 검토가 필요하다. 아울러, 응급입원이 아니더라도 일반적인 정신과 진료에 대해서도 저소득층 환자에 대한 비용 지원을 강화할 필요가 있다. 의료급여 대상자가 아닌 저소득층 정신질환자에 대해 외래 진료비 본인 부담의 일부를 지원하는 등의 의료비 지원을 대폭 강화할 필요가 있다. 현재 지방자치단체별로 자살시도자의 정신과 진료를 위한 외래진료비나 약값을 지원하는 경우도 있으나, 중증 정신질환자에 대한 포괄적이고 체계적인 지원 방안이 마련될 필요가 있다. 입원비에 대한 대폭적인 지원에는 재정적인 한계가 있으나 일부 외래진료비 및 의약품비 등의 지원은 재정적 부담이 크지 않을 것으로 보인다.

6. 정신질환자의 여가시간 활용 지원 및 레스파이트 케어 프로그램 (Respite Care Program) 활성화

중증 정신질환자 가족이 겪어야 하는 가장 큰 부담 중의 하나는 지속적으로 환자를 관찰하고 돌보아야 하는 것이라는 점에서 가족의 부담을 경감시키기 위한 프로그램이 강화될 필요가 있다. 정신질환자가 주간재활

이나 직업재활, 사회적응훈련 등에 참여한다고 하더라도 일상생활 중 채워지지 않는 시간이 존재하며, 이러한 여가시간을 채울 수 있는 프로그램이 존재한다면 가족의 부담을 경감시키는 데에 큰 도움이 될 것으로 보인다. 이러한 측면에서 지역사회 내 민간 및 공공 부문의 의료·재활 서비스 공급 주체 간 연계 외에 정신질환자 등의 여가시간을 관리해 줄 프로그램을 적극 개발할 필요가 있다.

최근 일부 정신건강복지센터의 경우 주간재활 프로그램의 비중을 줄이고 상담, 사례 관리 등을 강화하려는 움직임을 보이기도 한다. 이러한 상황에서 정신질환자에 대한 여가 프로그램을 기초 정신건강복지센터가 주관하여 실시하는 데에는 한계가 있을 것으로 보인다. 따라서 지방자치단체가 지역사회 사회복지 이용시설이나 민간단체 등에 위탁하여 중증 정신질환자에 대한 여가 활용 프로그램을 운영하는 방안을 검토해 볼 수 있을 것이다.

가족이 단기 출타 등으로 환자를 돌보지 못하고 2~3일 또는 일주일 등 단기로 환자를 맡기거나 환자 가족의 소진 방지와 힐링 등을 수행할 목적으로 실시되는 레스파이트 케어 프로그램의 도입을 검토할 필요가 있다. 현재에도 공동생활가정 등에 환자를 일시적으로 맡길 수 있으나 현실적으로 공동생활가정들은 단기로 환자를 받는 데 대해 부정적인 경우가 많다. 환자 입소와 관련한 행정적 절차를 거치는 데도 시간이 소요될 뿐 아니라 기존 입소자와의 유대관계와 시설 내의 분위기에 부정적 영향이 발생할 수 있다는 우려를 나타내기도 한다.

이와 관련하여 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자, 주간재활시설 전문요원, 공동생활가정 전문요원 등을 대상으로 레스파이트 케어 프로그램 도입의 필요성에 대한 설문조사를 실시하였는데, 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 83.8%, 주간재활시설 전

문요원의 67.5%, 공동생활가정 전문요원의 57.1%가 레스파이트 케어 프로그램 도입에 찬성하였다.

〈표 5-8〉 레스파이트 케어 프로그램(respite care program) 도입의 필요성에 대한 정신건강 전문요원의 인식

(단위: 명, %)

구분	계	필요 하다	필요 없다	잘 모르겠다	무응답
기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자의 의견	100.0 (142)	83.8 (119)	5.6 (8)	9.9 (14)	0.7 (1)
주간재활시설 전문요원의 의견	100.0 (77)	67.5 (52)	23.4 (18)	7.8 (6)	1.3(1)
공동생활가정 전문요원의 의견	100.0 (56)	57.1 (32)	35.7 (20)	7.1 (4)	-

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

따라서 현재 검토 중인 중간집에서 일부 프로그램으로 운영하거나 다른 영역의 단기보호시설 등에 위탁하여 운영하는 방안을 고려할 필요가 있다. 이러한 시설에서도 공동생활가정과 같은 문제가 발생할 수 있으나 단기보호 정신질환자만을 별도로 보호하는 프로그램을 마련하면 이러한 문제는 어느 정도 완화될 수 있을 것으로 보인다.

7. 인근 주민에 대한 이해 증진 프로그램 개발

정신질환자가 거주하는 인근 지역 주민들의 심리적 불안감 해소와 이해 증진을 위한 프로그램과 환자 관리상의 협조, 환자를 대할 때의 태도 등에 대한 교육 프로그램을 마련할 필요가 있다.

이와 관련하여 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자에게 중증 정신질환자가 거주하는 인근 지역 주민의 이해 증진 및 환자와의 친

화도 제고를 위한 프로그램의 필요성에 대해 질문한 결과 거의 대부분이 (95.1%) ‘매우 필요하다’ 또는 ‘필요하다’는 응답을 보였다.

〈표 5-9〉 지역 주민의 이해 증진 및 친밀도 제고를 위한 프로그램의 필요성
(기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자의 인식)

		(단위: 명, %)
구 분		비율(명)
지역 주민의 이해 증진 및 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램의 필요성	계	100.0(142)
	매우 필요하다	36.6(52)
	필요하다	58.5(83)
	필요 없다	4.2(6)
	전혀 필요 없다	-
	무응답	0.7(1)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

이러한 지역 주민의 이해 증진 프로그램을 실시하는 방법으로 집단교육도 활용될 수 있겠으나 지역 주민을 대상으로 한 소규모 집단교육도 병행되어야 할 것으로 보인다. 아울러 이러한 교육 실시 과정에서 환자의 정보가 유출되지 않도록 주의가 필요할 것으로 보인다.

제3절 서비스 공급 주체 간 업무 연계 네트워크 강화

1. 사례 관리 수행 과정의 연계 단절 방지

현재 서울시의 “찾아가는 동주민센터(찾동)”, 읍·면·동 맞춤형 사례 관리, 의료급여 사례 관리, 희망복지지원단 통합 사례 관리, 아동 통합 사례 관리(드림스타트사업), 자활 사례 관리, 방문건강사업, 노인 돌봄 기본 서

비스, 중독 사례 관리, 정신건강복지 사례 관리 등 다양한 사례 관리가 이루어지고 있다. 정신건강복지센터에서도 업무 매뉴얼과 업무 실적 평가에 연계 관련 실적이 포함되어 있으며, MHIS 구축 등을 통해 사례 관리 연계를 적극적으로 실시하도록 하고 있다.

그러나 이러한 각종 사례 관리는 각자의 대상자 등록 및 관리 기준을 가지고 있는데, 사례 관리 간 서비스 제공 및 업무기준이 상이하여 사례 관리 수행이 원활하게 이루어지지 못하는 경우가 있다. 한 사례 관리 주체가 다른 사례 관리로 대상자를 연계한 다음에는 그 대상자를 사례 관리 대상에서 제외함에 따라 이후 후속적인 사례 관리가 이루어지지 못하는 경우도 있다. 연계받은 대상자에 대한 사례 관리를 실시하는 과정에서 다시 이전의 사례 관리 주체로 연계해야 할 경우가 발생하는데, 이때 이전 사례 관리에서는 대상자를 명단에서 이미 퇴록한 경우가 있다. 또한, 사례 관리의 기준도 상이하여 통합 사례 관리 팀에서는 대상자를 요양병원으로 입원 연계를 하고 나서 사례 관리를 종료하였으나, 의료급여 사례관리사는 다시 요양병원에서 퇴원을 권유하는 경우도 발생한다.

아울러 어느 한 사례 관리 대상자로 등록되어 있을 경우 다른 사례 관리의 대상자로 중복 등록되지 않도록 되어 있다.

이러한 문제점에 대처하여 사례 관리 기간, 퇴록 기준 등 사례 관리 주체 간 연계기준을 설정할 필요가 있다. 대상자가 가진 다양한 욕구를 개별 사례 관리 팀별로 분리하여 관리하기보다는 통합적으로 관리하기 위한 관리체계 구축이 필요하다. 이는 앞에서 제안한 케어 매니지먼트 시스템을 도입할 경우 일정 부분 해소될 수 있을 것으로 보인다.

또한 케어 매니지먼트가 실시되지 않는 환자에 있어서, 각각의 사례 관리 환자가 가진 서로 다른 욕구별로 실시되기 때문에 복합적인 사례 관리 욕구를 가진 대상자의 경우 서로 다른 사례관리 대상자로 등록하여 동

시에 서비스를 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

아울러, 대상자를 의뢰받은 사례 관리 주체는 그 대상자에게 서비스를 제공하고 난 다음 그 결과를 의뢰한 주체에게 통보하도록 할 필요가 있다. 이를 통해 대상자가 연계를 거치는 과정에서 어느 단계에서 어떤 서비스를 제공받고 있는지 프로세스를 연결시켜 모니터링할 수 있도록 할 필요가 있다.

2. 의료기관 및 정신건강복지센터 간 정보 공유 강화

현재 중증 정신질환자의 입원·퇴원 관리는 주민등록상 주소지 중심으로 이루어지고 있어서 관할 지역 내에 실제 거주하는 환자들의 입원·퇴원 상황의 모니터링이 어려워지는 경우가 있다. 이를 고려하여 중증 정신질환자의 입원·퇴원 관리에 있어서 환자의 실거주지를 확인하여 주민등록상의 주소지뿐 아니라 실거주지 관할 정신건강복지센터에도 퇴원 사실을 통보하는 등 환자의 실거주지를 반영하기 위한 제도적 장치 마련이 필요하다.

아울러 퇴원 정신질환자뿐 아니라 입원 경험이 없는 외래환자에 대해서도 정신의료기관이 본인 동의하에 정신건강복지센터 또는 보건소에 진료 사실을 통보하는 절차를 마련하는 방안에 대해 검토할 필요가 있다.

아울러 지역사회의 많은 정신의료기관 퇴원환자들이 퇴원 사실을 정신건강복지센터 등에 알리지 않은 상태로 생활하고 있기 때문에 정신의료기관에서의 외래진료를 통해서도 정신건강복지센터가 환자에게 다가갈 수 있는 정보 채널을 구축하는 방안을 고려할 필요가 있다.

기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자에 대한 설문조사에 의하면, 퇴원환자의 퇴원 사실 통보 이외에 정신의료기관과 센터 간의 협

력이 강화될 필요가 있다는 응답이 92.3%에 달하였다. 특히 정신의료기관을 이용하는 외래환자에 대해 본인 동의하에 정신건강복지센터에 진료 사실을 통지하여 센터에서 환자를 관리하도록 할 필요가 있다는 응답도 79.6%에 달하였다.

〈표 5-10〉 정신의료기관과 기초 정신건강복지센터 간 연계 강화의 필요성

(단위: 명, %)

구분	계	그렇다	아니다	모르겠다
환자 퇴원 사실 통보 이외에 정신의료기관과 센터 간의 협력이 더 이루어질 필요가 있는지 여부	100.0 (142)	92.3 (131)	3.5 (5)	4.2 (6)
정신의료기관을 이용하는 외래환자에 대해 본인 동의하에 정신건강복지센터에 진료 사실을 통지하여 센터에서 환자를 관리하도록 하는 것이 필요한지 여부	100.0 (142)	79.6 (113)	5.6 (8)	14.8 (21)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

특히, 환자 관리를 위해 정신과 전문의와 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환 담당자 간에 의견 교환 절차를 만드는 것에 대해 센터 담당자의 89.4%가 필요하다고 응답하였다.

〈표 5-11〉 정신과 전문의와 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 담당자 간에 의견 교환 절차를 만드는 것에 대한 센터 담당자의 인식

(단위: 명, %)

구 분	비율(명)
환자 관리를 위해 정신과 전문의와 기초 정신건강복지센터 중증 정신질환 관리 담당자 간에 의견 교환 절차를 만드는 것에 대한 센터 담당자의 인식	계 100.0(142)
	필요하다 89.4(127)
	필요 없다 2.1(3)
	잘 모르겠다 4.9(7)
	무응답 3.5(5)

주: ()는 응답자 수

자료: 본 연구의 설문조사

이러한 측면을 고려할 때, 정신의료기관에서의 외래진료 시에 환자가 처방에 따라 평소에 복약을 철저하게 이행하는지 등을 점검하여 보다 철저한 복약 관리가 필요하거나 외래진료가 적기에 이루어지도록 할 필요가 있다는 의사의 판단이 있을 경우 이를 정신건강복지센터에 통보하여 정신건강 전문요원이 상담 및 사례 관리를 실시하는 방안에서 검토할 필요가 있다.

외래진료를 담당하는 정신의료기관 의사는 외래진료 때마다 환자에게 동의 여부를 확인하기보다는 초진 시에 향후의 관리에 대한 동의를 포괄적으로 구하면 될 것으로 보인다.

이러한 연계체계를 운영하기 위해서는 정신건강복지센터와 지역 정신의료기관 간에 Memorandum of Understanding(MOU) 등을 체결하는 것도 하나의 방안이 될 수 있을 것이며, 이를 기반으로 대상자 관리와 관련한 의견 교환 및 정보 교류 등을 실시하도록 할 수 있을 것이다.

의료기관에서의 이러한 업무에 대해서는 장기적으로 일본의 정신과 외래 계속 지원·지도료와 같은 형태의 건강보험 급여를 설정하는 방안을 검토할 필요가 있다.

3. 생활권에 기초한 서비스 공급 주체 간 기능적 네트워크 구축

정신질환자가 가장 선호하는 거주 형태는 가족과 함께 가정에서 지내는 것일 것이다. 이러한 정신질환자의 선호를 가능한 범위에서 최대한 보장하는 것이 정신질환자의 인권 보호, 삶의 질 향상, 재활 촉진 등의 편익을 최대한 보장하는 결과를 가져오게 될 것이다.

이를 위해서는 지역사회가 대상자의 치료와 재활을 촉진하는 기능적 공간으로서의 역할을 할 수 있도록 지역 사회 내 인프라와 지역사회의 서

비스 제공 역량을 강화해야 한다. 그러기 위해서는 지역사회 내에 환자의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 서비스 공급 주체들이 다양하게 존재해야 한다.

이와 같이 지역사회 서비스 욕구를 지역 내에서 자체적으로 충족시킬 수 있는 인프라 구축이 필요한데, 이 지역 단위가 반드시 시·군·구일 필요는 없다. 현재 기초 정신건강복지센터는 시·군·구 등 행정 구역 단위로 설치하도록 되어 있지만 서비스 공급 주체의 분포 측면에서 지역사회 단위는 일부 시·군·구가 통합된 지역이 될 수도 있을 것이다.

정신의료기관, 정신요양원, 정신재활시설 등 정신건강증진 시설과 복지 서비스시설 등 기관·시설 종류별로 시·군·구 단위 또는 시·군·구가 통합된 지역(소권역) 단위에서 필요한 기관·시설 수 등을 추계할 필요가 있다. 공동생활가정, 주간재활시설 등은 읍·면·동 또는 이를 몇 개 단위로 묶은 소생활권 단위로 시설 수요를 설정할 수 있을 것이다.

이를 기반으로 정신의료기관 입원 병동, 정신과 외래진료 기관, 각종 정신재활시설 등의 분포를 고려하여 정신질환자의 진료·재활 권역을 설정하는 방안을 고려할 필요가 있다.

특정 지역에서 특정 의료·재활 서비스 공급 기반이 미흡할 경우 여러 지역을 포괄하는 권역을 설정하고, 이 권역 내에서 서비스 공급 주체 간의 기능적 연계 네트워크를 구축하는 방안을 검토할 필요가 있다.

개별 지역사회가 모든 종류의 의료·재활 서비스의 자체적인 공급 역량을 갖추는 것이 비효율적일 수도 있으므로 이를 고려한 권역(생활권) 단위의 서비스 공급 네트워크 설계가 필요하다.

4. 광역 및 기초 정신건강복지센터 간 수직적 연계 강화

현재 광역 정신건강복지센터는 기초 정신건강복지센터에 대해 교육 프로그램(보수교육, 신입요원 교육 등) 운영, 매뉴얼 및 교육·홍보 자료 개발·지원, 업무 협의 및 연계를 위한 회의체 운영 등을 추진하고 있으나 광역 및 기초 정신건강복지센터 간 업무 연계·협조가 강화될 필요가 있다. 특히 기초 정신건강복지센터에 대한 광역 정신건강복지센터의 업무 및 기술 지원, 지식정보 제공, 기초 정신건강복지센터가 경험하는 각종 문제의 지원 등이 강화될 필요가 있다. 특히 기초 정신건강복지센터가 사례 관리를 수행하기 어렵거나 사례 관리의 성과가 발생하지 않는 환자 등 보다 전문성이 요구되는 환자를 광역 정신건강복지센터가 이관받아 다학제적인 집중 사례 관리를 실시하는 등의 대상자 의뢰·회송이 이루어질 필요가 있다.

현재 광역 정신건강복지센터는 대상자에 대한 직접적 사례 관리 등은 담당하고 있지 않은데, 이를 위해서는 광역 정신건강복지센터에 집중 사례 관리 팀을 제한된 범위에서 설치·운영하여야 하며, 이를 위한 정부의 인력 및 예산 지원이 필요하다. 현재 보건복지부가 다학제팀에 의한 퇴원 환자 방문관리 시범사업을 실시할 계획을 밝히고 있으므로, 이 다학제팀을 기초 정신건강복지센터뿐 아니라 광역 정신건강복지센터에서도 운영해 볼 필요가 있다.

아울러, 어떤 대상자를 광역 정신건강복지센터에 의뢰할 것인지, 정신의료기관에 연계하지 않고 광역 정신건강복지센터에 의뢰해야 하는 환자는 어떤 환자인지 등의 의뢰 및 회송 대상자 기준, 의뢰 및 회송 절차, 등록 관리 기준 등이 마련되어야 할 것이다.

5. 그 밖의 관련 기관과의 업무 협조 및 연계 강화

지역사회 내에서 정신건강복지센터가 업무 협조 연계체계를 구축해야 하는 기관은 주민센터, 시·군·구청, 경찰소방 등 행정기관과 각종 정신재활시설, 정신의료기관 등 매우 다양하다. 우선 응급입원을 위한 호송 등에 있어 호송 경찰 및 구급대원과 정신건강복지센터 정신보건요원과의 업무 협조가 무엇보다 중요하다. 이에 따라 일부 지방자치단체의 경우에는 현장 출동 및 현장 이송 등과 관련하여 환자 및 경찰·소방 등과 MOU를 체결한 곳도 있다. 비록 MOU라는 방법을 동원하지 않더라도 지방자치단체 단위에서 업무 협조가 원활하게 이루어지도록 하기 위한 시스템이 공식적으로 갖추어져야 한다.

아울러, 관할 지역을 넘어선 의료기관 등으로의 환자 이송을 위한 지방자치단체 간의 협조체계도 강화되어야 한다. 이와 관련하여 경찰 및 소방이 넘어갈 수 있는 다른 관할 지역의 범위나 시간, 환자 및 센터요원에게 제공해야 할 협조 사항 등에 대한 전국적인 기준을 설정할 필요도 있다.

또한 정신건강복지센터와 관련 기관 간의 업무 협조·연계를 원활하게 하기 위해서는 관련 기관의 협조에 대한 의무 조항을 마련하는 등 법적 근거를 확충하는 방안에 대해 검토할 필요가 있다.

한편, 현재 정신의료기관이 운영하는 낮 병동이 있는 지역의 경우에는 낮 병동이 있는 병원과 정신건강복지센터 간에 업무 연계가 강화될 필요가 있다.

현실적으로는 낮 병동이 운영되는 지역이 매우 적고 낮 병동이 커버하는 지역의 범위도 넓지 않기는 하지만 낮 병동이 있는 지역에서는 낮 병동에서 제공하는 미술치료, 음악치료, 웃음치료, 체육활동, 사회성훈련, 인간관계훈련, 인지재활치료, 건강 관리, 약물 교육, 상담 등 프로그램과

정신건강복지센터의 주간 재활 프로그램 간에 역할 분담이 적절하게 이루어져야 한다. 정신건강복지센터의 주간 재활 프로그램은 1주일에 2~3회 운영되는 경우가 많은데, 더 많은 재활훈련이 필요한 환자의 경우 낮 병동으로 연계할 수 있을 것이다. 다만, 낮 병원의 경우 의료급여 환자가 아니라면 본인 부담이 발생하기 때문에 저소득층 환자에 대해서는 비용의 일부를 지원하는 방안도 고려할 수 있을 것이다.

제4절 서비스 제공기관의 역량 및 전문성 제고

1. 정신건강복지사업에 대한 성과 기반 관리 강화

지금까지는 관리의 단계별로 환자의 건강 성과를 모니터링·평가하고 그 결과에 따라 환자에게 추가적으로 필요한 서비스가 있을 경우 다른 사례 관리로 연계하는 등 질적 건강 성과 중심의 관리가 미흡하였다. 이러한 건강 성과 중심의 관리를 강화하기 위해서는 앞에서 제안한 케어 매니지먼트를 강화하되 케어 매니지먼트를 적용하는 환자의 경우 케어 매니저가 서비스 제공에 따른 성과를 모니터링하고 대상자의 새로운 욕구를 반영하여 서비스 제공계획을 조정하는 역할을 담당하도록 한다. 이를 위해서는 환자의 건강성과 평가 지표, 평가 방법, 평가 절차, 평가 주기 등을 설정하고, 관련 매뉴얼을 개발할 필요가 있다.

한편, 케어 매니저는 환자를 관리하기 시작하는 시점에서 ISP를 체계적으로 실천할 경우의 기대 성과를 환자와 가족에게 설명하는 절차를 마련할 필요가 있다. 특히 적절한 치료와 복약이 이루어지지 않을 경우에 발생할 수 있는 부작용에 대해서도 설명할 필요가 있다. ISP를 수립할 때 환자 개인 단위의 성과 목표를 설정도록 하고, 목표가 달성되지 않을 경우 정신

과 전문의와 함께 원인 분석과 ISP 재수립을 하도록 할 필요가 있다.

행정구역 단위를 넘어선 서비스 제공과 관리가 필요한 경우(소권역, 소생활권 등)에 대비하여 지방자치단체 간 협조체계를 구축할 필요가 있다. 아울러, 관련 전문요원 개인에 대한 성과 평가와 서비스 공급기관에 대한 성과 평가 시 대상자에게 발생한 성과의 기여 정도에 따라 크레딧(credit)를 케어 매니저와 사례 관리 요원, 그리고 서비스 공급기관에 배분하는 체계의 개발도 필요할 것이다.

2. 전문인력 및 사업 예산 확충

현재 정신건강복지센터에 근무하는 전체 상근 전문인력은 959명으로 전문요원 1명이 약 70~100명의 등록환자를 관리하고 있어, 전문요원 1명이 약 30명의 환자를 관리하는 선진국 기준을 고려하면 약 1,400명의 인력 충원이 필요하다는 주장도 있다(조선일보, 2017. 4. 25.).

서울시의 경우 정신건강복지센터 전문요원 1명이 약 70명~260명의 환자를 관리하고 있다는 보고도 있다(매일경제, 2018. 4. 5.).

서울시 25개 정신건강복지센터의 등록환자는 전체 정신질환자 102,000명의 16.3%인 16,568명으로서 현재에도 관리 대상 환자가 많은 상황에서 만약 등록자의 비율이 증가할 경우 전문요원의 대폭적인 확충이 수반되어야 한다는 언론 보도도 있다(매일경제, 2018. 4. 5.).

전문인력 확충을 위해서는 예산 확충이 전제되어야 하는데, 정신보건 예산을 2~3배 증액하여야 한다는 주장도 있으며(한국일보, 2018. 7. 16.), 우리나라의 보건의료 예산 중 정신건강 관련 예산 비율은 0.59%로서 국내총생산(GDP) 2만 달러 이상 국가의 6%에 도달하기 위해서는 10배 이상 증액해야 한다는 주장도 있다(매일노동뉴스, 2016. 10. 12.).

아울러, 현재 정신건강복지센터 등의 전문요원의 인건비는 사업비로 편성·지원되기 때문에 예산과 인력의 확충을 분리해서 생각할 수는 없다. 이와 관련하여 보건복지부는 2017년 9월부터 2018년 4월까지의 기간 중 국비 지원으로 전문인력 376명을 신규 확충하였으며, 향후 5년간(2017~2022년) 전문인력 1,455명을 확충할 예정이다(보건복지부, 2018. 7. 23.). 이와 같은 인력 확충을 위한 인건비 지원이 확대되어야 한다. 아울러 정신건강복지센터에 대해 필수 인원 확보 의무를 강화하고 이를 이행할 수 있을 정도의 충분한 예산을 지원할 필요가 있다.

이러한 외형적 인력 증원과 인건비 지원 확대에 더하여 고연차 인력을 확보하기 위한 인건비 지원도 확대될 필요가 있다. 중증 정신질환자 사례 관리가 효과적으로 이루어지기 위해서는 환자와 정신건강 전문요원 간의 장기간 유대관계 형성과 전문요원의 경험 축적이 무엇보다 중요하나 사업비 제약으로 인해 고연차 인력을 활용하기 어려운 것이 현실이다.

한편, 현재 정신건강복지센터 사업비의 대부분이 인건비로 구성되는데, 인력 확충에 따른 인건비 증액에 더하여 대상자에게 제공되는 실질적인 서비스 개발과 이를 위한 예산도 확충되어야 한다. 등록환자에 대해 의료비 지원, 문화활동(미술관, 음악회, 고궁, 박물관 등)이나 취미생활 등을 위한 바우처 예산 지원 등을 강화할 필요가 있다.

3. 경쟁력 있는 기관에 대한 정신건강복지센터 운영 위탁

현재 기초 정신건강복지센터는 약 70% 이상이 전문기관에 위탁운영되고 있다(보건복지부, 국립정신건강센터, 2016, p.106). 그러나 지역 내에 정신건강복지센터를 위탁할 만한 기관으로서 정신의료기관 등이 충분하지 않은 경우가 많다. 지역 내에 정신의료기관이 이용 가능하지 않아

다른 지역의 정신의료기관에 위탁하는 경우도 있다. 이와 같이 정신건강 지역 내에 정신건강복지센터 운영과 관련하여 경쟁적 구도를 형성할 기관이 충분하지 않은 경우 지속적으로 같은 기관에 센터 운영을 위탁해야 한다. 따라서 센터 운영 성과가 부진할 경우 관할 지역 외 기관 위탁을 확대하거나, 최근 계약직의 정규직화 등 추세와 함께 직영 운영의 경우에도 전문 사업인력 확보가 다소 용이해진 점을 고려하여 직영 운영을 확대하는 방안을 검토할 필요가 있다. 다만 가능한 한 전문성을 갖춘 기관에 위탁운영하는 것이 바람직하다는 점에서 실적이 부진한 위탁기관에 대해 지속적인 평가와 피드백, 컨설팅 등을 통해 성과를 제고할 수 있도록 지원하는 노력이 강화될 필요가 있다.

한편, 센터를 위탁받아 운영하는 기관 입장에서의 센터 운영 방향과 지방자치단체가 요구하는 센터 운영 방향이 서로 다른 경우도 있다. 일부의 사례로서, 지방자치단체 입장에서는 외형적인 양적 실적과 집단교육 실적, 각종 행사 개최 등을 중시하는 반면 센터를 위탁받아 운영하는 기관 입장에서는 방문상담 및 사례 관리 등을 중시하는 경우도 있다. 이러한 센터 운영 방향 등과 관련한 입장의 차이에 대해서는 지역 주민이나 외부 전문가 등의 의견을 수렴하여 반영하는 프로세스가 필요하다.

4. 지역사회 재활시설 확충 및 서비스 역량 제고

최근의 정신건강 서비스는 기존의 입원치료 중심이 아닌 지역사회에서 정신질환자들이 생활할 수 있도록 하는 탈시설화, 지역사회 복귀, 회복의 가치를 강조하고 있다(장혜경, 이용표, 박경수, 2015; 황숙연, 2007). 하지만 다수의 선행연구에서 지적하는 것처럼 지역사회 거주 중증 정신질환자를 대상으로 한 재활훈련 서비스 제공 수준은 매우 낮다. 최근 중앙

정신건강복지사업단(하규섭 외, 2018)에서 추계한 지역사회 주간재활시설, 입소생활시설 등 지역사회 재활시설 확충 규모는 현재 설치되어 있는 정신재활시설 규모를 훨씬 웃도는 수준이다.

중증 정신질환자가 가지는 주간 재활 및 주거 지원 서비스 등 재활에 대한 수요에 대한 충족은 다양한 방식으로 이루어질 수 있다. 우선 주간 재활 서비스의 경우 주간재활시설을 확충하는 것도 방안이기는 하지만 주간 재활 서비스를 제공하는 정신건강복지센터의 수를 늘리고, 관련 인력을 정신건강복지센터에 추가적으로 배치하는 것 역시 방법일 수 있다. 현재 정신재활시설 설치 및 운영이 지방자치단체로 이양된 상황에서 지역에서 정신재활시설을 확대 설치해 나가기에는 지방자치단체의 낮은 재정 자립도, 지방자치단체 담당자의 인식 부족, 지역 주민의 중증 정신질환자에 대한 낙인 등 다양한 장애 요소들이 존재하고 있는 것도 사실이다. 이런 상황에서 이미 기존에 설치되어 운영 중인 정신건강복지센터의 주간 재활 서비스 제공인력을 확충하여 프로그램을 운영하는 방안도 고려해 볼 만하다.

그리고 최근 부각되고 있는 주거 지원 서비스의 경우에도 마찬가지로 정신재활시설만으로 대응할 필요는 없을 것으로 보인다. 최근 서울이나 경기도 등에서 한국토지주택공사(LH)와 연계하여 운영 중인 주택 공급 지원 프로그램이나 태화 샘솟는 집에서 운영하고 있는 체험홈, 그리고 의료기관 퇴원 이후 단기간의 주거를 제공하는 지역사회 전환시설 등 다양한 방식으로 중증정신질환자를 대상으로 한 주거 지원 서비스를 제공할 수 있다. 특히 체험홈과 정신재활시설의 경우 중증정신질환자가 일정 기간 동안만 이용할 수 있는 구조이기 때문에 안정적인 거주 환경을 제공한다고 보기에선 제한적이므로 지원주택의 형태가 결국에는 안정적으로 전국에 공급되어야 할 필요가 있다.

하지만 여전히 정신재활시설 설치 확대는 필요하다. 우선 정신건강복지센터 역시 지역 내 다양한 정신건강 문제에 대한 예방에서부터 중증 정신질환자에 대한 사례 관리, 자살 예방 등 다양한 정신건강 서비스를 제공하고 있는 상황이기 때문에 일정 규모 이상의 주간재활시설은 확대 설치가 필요하다고 볼 수 있다. 또한 중증 정신질환자를 대상으로 주거를 제공하는 정신재활시설의 수가 자체가 매우 제한적이고 단기간에 중증 정신질환자를 대상으로 한 지원주택이 대규모로 늘어날 가능성 역시 제한적이기 때문에 정신재활시설 확충은 필요하다. 이후에 지원주택이 안정적으로 공급된다고 가정할 때, 일정 기간 거주 가능한 정신재활시설들은 정신질환자들이 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있도록 하는 재활 프로그램 제공 역량을 동시에 강화해야 할 필요가 있을 것이다.

주간재활시설이나 주거 서비스를 제공하는 정신재활시설 설치 확대는 필연적으로 정신재활시설 설치 확대를 위한 비용에 대한 이슈를 제기한다. 물론 어느 정도 규모의 주간 재활 서비스 이용 희망자나 불안정 거주자를 대상으로 지원을 할 것인지, 어떠한 방식으로 할 것인지, 얼마의 기간 동안 목표로 한 지원을 달성할 것인지에 따라 비용은 달라질 수 있다. 비용 규모도 중요하지만 정신재활시설 설치 확대와 관련하여 그 비용을 어떠한 방식으로 조달할 것인가에 대한 고민 역시 병행될 필요가 있다. 특히 현재 정신재활시설 설치 및 운영의 경우 지방이양사업으로 운영되고 있어, 지방자치단체의 예산 확보 노력 없이는 설치 운영 확대가 불가능한 구조라는 점은 다수의 선행연구에서 지적한 바 있다. 물론 정신재활시설 설치 및 운영에 대한 예산을 중앙으로 환원하자는 논의가 지속적으로 이루어지고는 있으나 중앙으로 환원한 이후 그 예산을 어떠한 방식으로 중앙에서 조달할 수 있을 것인지에 대한 논의 역시 이루어질 필요가 있다.

〈국문자료〉

- 관계부처합동. (2016). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책.
- 김문근, 서규동, 하경희, 김태완. (2014). 정신질환자 요양 및 재활서비스 제공체계 개선방안 연구. 대구대학교 산학협력단.
- 김문근, 하경희, 최진실. (2015). 정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안 연구. 대구대학교 산학협력단.
- 매일경제. (2018. 4. 5.). 인질극 등 범죄 잇따르는데... 허술한 정신질환자 관리.
<http://news.mk.co.kr/newsRead.php?year=2018&no=219237>
에서 2018. 8. 17. 인출
- 매일노동뉴스. (2016. 10. 12.). 정신질환 관리 예산 태부족, 지금보다 최소 10배 더 늘려야.
<http://www.labortoday.co.kr/news/articleView.html?idxno=140500>에서 2018. 8. 17. 인출
- 보건복지부. (2018). 2018년 정신건강사업 안내.
- 보건복지부 보도자료. (2018. 5. 24.). 정신의료기관·정신요양시설 비자의입원·입소에 대한 입원적합성 심사 시행
- 보건복지부 보도자료. (2018. 6. 7.). “지역사회의 힘으로 자신이 살던 곳에서 돌봄받는 나라”로 경로 설정 - 복지부, ‘커뮤니티케어 추진방향’ 밝혀-
- 보건복지부 보도자료. (2018. 7. 23.). 퇴원 후에도 지속 치료 필요시 환자 동의 없이도 사례관리 추진
- 보건복지부·국립정신건강센터. (2016). 2016 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서.
- 보건복지부·국립정신건강센터. (2016). 2016년 지역사회 정신건강보건사업 평가 편람.
- 보건복지부·국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사

결과보고서.

- 보건복지부·국립정신건강센터. (2018). 2018년 기초 정신건강복지센터 평가편람.
- 신현웅, 윤상용, 윤필경, 이은혜, 이성은, 윤석준. (2009), 정신질환자 사회복지 시설 인프라 확충 및 활성화 방안. 한국보건사회연구원,
- 이상영, 채수미, 정진옥, 윤시몬, 차미란. (2017). 자살시도자에 대한 지역사회 정신건강증진 서비스 공급체계 개선방안. 한국보건사회연구원.
- 이용표, 정현주, 두진영. (2008). 서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 연구. 서울도시연구, 9(4), 107-130.
- 장한나, 이명석. (2014). 지역사회 노인 정신보건서비스 전달체계 연구. GRI 연구논총, 16(1), 57-80.
- 장혜경, 이용표, 박경수. (2015). 정신장애인의 제도적 공간 거주 경험. 서울도시연구, 16(3), 189-208.
- 전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 김진호. (2017). 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제. 한국보건사회연구원.
- 조선일보. (2017. 4. 25.). 늘어나는 정신질환 범죄, 해답은.
http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2017/04/05/2017040502327.html에서 2018. 8. 17. 인출
- 중앙일보. (2017. 7. 5.). 정신복지법 개정한다.
- 최성구, 황태연, 조근호, 이상욱, 오은혜, 김윤정, 김정우, 손가현. (2016). 정신건강증진센터 운영실태 분석 및 발전 방안 연구. 국립정신건강센터.
- 통계청 홈페이지. (2017. 9. 15.). 정신질환실태조사 - 정신장애 일년유병률, 정신질환 평생유병률.
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=TX_117_2009_HB025&conn_path=I2에서 2018. 9. 21. 인출
- 하규섭, 이해국, 강지연, 권자영, 김경희, 김동일, 김명식 외. (2018). 2017 중앙정신건강복지사업지원단 정책자문보고서 1 중증정신질환자 지역사회기반 서비스 구축 전략 - 서비스별 수요 추계 중심으로. 중앙정신건강복지사업지원단.

한국일보. (2018. 7. 16.), 정신질환 관리대책, 어렵지 않습니다.

<http://www.hankookilbo.com/v/bd9cab255f4a4055b92b1f1022cf846a>에서 2018. 8. 17. 인출

황숙연. (2007). 정신장애인의 회복의 인식에 관한 탐색적 고찰. 정신보건과 사회사업, 27, 28-63.

〈법률〉

정신보건법. 법률 제 13323호. (2015).

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률. 법률 제14224호. (2016).

국민건강보험법. 법률 제15535호, (2018).

〈영문자료〉

Australian Institute of Health and Welfare. (2017). Mental health services—in brief 2017.

Australian Institute of Health and Welfare 홈페이지. (2018. 7. 17.).
Mental health services in Australia.

<https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/summary/overview> 에서 2018. 9. 21. 인출함.

Bak, M., van Os, J., Delespaul, P., de Bie, A., á Campo, J., Poddighe, G., & Drukker, M. (2007). An observational, “real life” trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 42(2), 125-130.

- Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment?. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 130-137.
- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J., & De Graaf-Kaser, R. (1990). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 865-891.
- Department of Health. (2017). The Fifth National Mental and Suicide Prevention Plan.
- Drukker, M., Laan, W., Dreef, F., Driessen, G., Smeets, H., & Van Os, J. (2014). Can assertive community treatment remedy patients dropping out of treatment due to fragmented services?. *Community mental health journal*, 50(4), 454-459.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD001089.
- Social Solutions 홈페이지.
<https://www.socialsolutions.com/blog/assertive-community-treatment/> 2018. 11. 20. 인출함.
- State of Victoria, Department of Health and Human Services. (2017). *Victoria's Mental Health Services Annual Report 2016-17*.
- Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. WW Norton & Co.
- Stout, C. E., & Hayes, R. A. (Eds.). (2005). *The evidence-based practice: Methods, models, and tools for mental health professionals*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Witheridge, T. F., Dincin, J., & Appleby, L. (1982). Working with the most frequent recidivists: A total team approach to assertive resource management. *Psychosocial Rehabilitation Journal*.

WHO. (2014). Mental Health Atlas,

〈일문자료〉

일본 후생노동성, 평성30년 진료보수점수표.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000.../0000193524.pdf> 에서 2018. 7. 12. 인출

부록 1. 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급체계 조사 결과

□ 기초 정신건강복지센터 조사 결과

〈부표 1-1〉 기초 정신건강복지센터의 기본 현황

구분		명	비율
운영 형태	직영	24	16.9
	위탁	118	83.1
중증 정신질환 관리 담당 전문요원 수		4.84±3.72	최소 1명~최대 27명
등록된 정신질환자 수		240.25±143.94	최소 29명~최대 700명
사례 관리 또는 재활 프로그램에 참여하는 등록환자 비율		45.81±39.24	최소 1%~최대 100%
합계		142	100.0

〈부표 1-2〉 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 현황

구분			명	비율
환자 연계 경로 순위	1순위	정신의료기관	93	21.83
	2순위	정신요양시설	90	21.13
	3순위	보건소	44	10.33
연간 퇴원을 통지받은 환자 수			53.93±49.68	최소 2명~최대 335명
중증 정신질환 관리 등록환자 중 퇴원을 통지받은 환자 비율			20.74±24.48	최소 0%~최대 100%
퇴원을 통지받은 환자 중 센터관리에 동의한 환자 비율			23.10±25.80	최소 0%~최대 100%
외래치료 명령을 받은 환자 유무	있다		34	23.94
	없다		69	48.59
	잘 모르겠다		36	25.35
	무응답		3	2.11
외래치료를 잘 받고 있는지 여부	소계		34	100.0
	매우 그렇다		4	11.8
	그렇다		21	61.8
	그렇지 않다		8	23.5
	전혀 그렇지 않다		1	2.9
등록관리 환자 중 혼자 사는 중증 정신질환자 비율			35.96±19.66	최소 3%~최대 92%
중증 정신질환자 등록 관리에 대한	의료비 지원		74	52.11

172 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안: 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

구분		명	비율
본인 동의율을 높이기 위한 가장 효과적인 지원	문화·여가생활 지원(바우처)	13	9.15
	생필품 지원(상품 구매 할인권 등)	36	25.35
	가족을 통한 설득	11	7.75
	기타	7	4.93
	무응답	1	0.70
정신의료기관이 사례 관리를 실시하는 것이 지역사회 중증 정신질환자 관리에 도움이 될 것인지 여부	그렇다	89	62.68
	아니다	23	16.20
	잘 모르겠다	30	21.13
중증 정신질환 관리 전문요원을 최소 몇 명까지 확충해야 하는지 여부	1명	3	2.11
	2명	19	13.38
	3명	27	19.01
	4명	18	12.68
	5명 이상	70	49.30
	확충이 필요 없다	5	3.52
정신건강복지법 시행 이후 중증 정신질환자 등록 인원 변화	증가하였다	45	31.69
	별 변화가 없다	93	65.49
	감소하였다	4	2.82
합계		142	100.0

〈부표 1-3〉 기초 정신건강복지센터의 사례 관리 현황

구분		명	비율
개인별 사례 관리 서비스 계획(ISP) 수립 시 정신과 의사의 정신의학적 평가를 충분히 반영하고 있는지 여부	매우 그렇다	11	7.75
	그렇다	63	44.37
	그렇지 않다	61	42.96
	전혀 그렇지 않다	7	4.93
ISP대로 중증 정신질환자 관리가 잘 이루어지고 있는지 여부	매우 그렇다	5	3.52
	그렇다	87	61.27
	그렇지 않다	49	34.51
	전혀 그렇지 않다	1	0.70
등록환자 중 실질적으로 사례 관리를 잘 받고 있는 환자의 비율		59.25±23.69	최소 3%~최대 1005
환자 관리를 위해 정신과 전문의와 센터의 전문요원 간에 의견 교환 절차를 만드는 것에 대한 의견	필요하다	127	89.44
	필요 없다	3	2.11
	잘 모르겠다	7	4.93
	무응답	5	3.52

구분		명	비율
다른 분야 사례 관리와 중복 등록으로 인해 환자를 센터의 사례 관리 대상에서 제외한 적이 있는지 여부	있다	57	40.14
	없다	82	57.75
	무응답	3	2.11
중증 정신질환자를 다른 분야 사례 관리로 연계할 시도했으나 이루어지지 못한 경험 유무	있다	50	35.21
	없다	92	63.79
합계		142	100.0

〈부표 1-4〉 기초정신건강복지센터와 정신의료기관의 연계현황

구분		명	비율
환자 퇴원 사실 통보 이외에 정신의료기관 과 센터 간의 협력이 더 이루어질 필요가 있는지 여부	그렇다	131	92.25
	아니다	5	3.52
	모르겠다	6	4.23
정신의료기관을 이용하는 외래환자에 대해 본인 동의하에 정신건강복지센터에 진료 사 실을 통지하여 센터가 관리하도록 하는 것 에 대한 의견	필요하다	113	79.58
	필요 없다	8	5.63
	잘 모르겠다	21	14.79
합계		142	100.0

〈부표 1-5〉 기초 정신건강복지센터와 정신재활시설의 연계

구분		명	비율
가장 많이 연계하는 기관	정신과 병·의원	96	67.61
	주간재활시설	9	6.34
	공동생활가정	0	0.00
	지역사회전환시설	0	0.00
	입소생활시설	0	0.00
	직업재활시설	8	5.63
	종합시설	8	5.63
	정신요양시설	0	0.00
	없음	1	0.70
	기타	19	13.38
	무응답	1	0.70
관할 지역 내에 정신의료기관 및 정신재활시설이 충분한지 여부	충분하다	135	95.07
	충분하지 않다	5	3.52
	무응답	2	1.41
관할 지역 내에 적절한 정신재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 경험이 있는지 여부	자주 있다	31	21.83
	가끔 있다	95	66.90
	없다	15	10.56
	무응답	1	0.70

174 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안: 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

구분			명	비율
	다른 지역 연계 실패 경험 유무	자주 있다	17	13.5
		가끔 있다	74	58.7
		없다	35	27.8
정신질환자를 위한 단기(예: 2-3일, 1주일 등)보호시설이 필요한지 여부		필요하다	119	83.80
		필요 없다	8	5.63
		잘 모르겠다	14	9.86
		무응답	1	0.70
합계			14	100.0

〈부표 1-6〉 기초 정신건강복지센터의 위기 개입 및 지원

구분		명	비율
지난 1년간 응급입원을 시킨 사례		12.51±18.259	최소 0건~ 최대 150건
지난 1년간 응급입원을 시키려 했으나 정신의료기관의 병상 부족 등의 문제로 응급입원 시키지 못한 사례 유무	자주 있다	29	20.42
	가끔 있다	78	54.93
	없다	34	23.94
	무응답	1	0.70
응급 상황 또는 응급입원 시 소방의 협조가 잘 이루어지고 있는지 여부	매우 그렇다	4	2.82
	그렇다	24	16.90
	보통이다	45	31.69
	그렇지 않다	53	37.32
	전혀 그렇지 않다	15	10.56
	무응답	1	0.70
원활한 응급입원을 위해 정신의료기관과 협조체계를 구축하고 있는지 여부	그렇다	117	82.39
	아니다	23	16.20
	무응답	2	1.41
응급입원을 위한 정신의료기관을 지정·운영하는 것에 대해 어떻게 생각하는지 여부	찬성한다	121	85.21
	반대한다	7	4.93
	잘 모르겠다	13	9.15
	무응답	1	0.70
응급입원을 한 환자에 대해 입원 본인 부담금 등의 비용을 지원하는 프로그램을 가지고 있는지 여부	그렇다	72	50.70
	아니다	69	48.59
	무응답	1	0.70
합계		142	100.0

〈부표 1-7〉 기초 정신건강복지센터의 중증 정신질환자 가족 지원

구분	명	비율
중증 정신질환자 가족에 대하여 지원 프로그램 운영하고 있는지 여부	환자 관리를 위한 교육(재발 징후, 약물 부작용 등)	90
	가족에 대한 정서적·심리적 지원	23
	가족 자조 모임 활동 지원	16
	기타	12
	무응답	1
가족 구성원 간의 정서적·심리적 유대관계를 강화하기 위한 프로그램이 어느 정도 필요하다고 생각하는지 여부	매우 필요하다	80
	필요하다	60
	필요 없다	1
	전혀 필요 없다	0
	무응답	1
합계	42	100.0

〈부표 1-8〉 기초 정신건강복지센터의 지역사회 지원

구분	명	비율
중증 정신질환 관리에 있어서 부녀회, 노인회 등 주민 자치 조직을 활용하는 것이 어느 정도 도움이 된다고 생각하는지 여부	매우 도움이 된다	8
	도움이 된다	74
	별로 도움이 안 된다	53
	전혀 도움이 안 된다	6
	무응답	1
중증 정신질환자가 거주하는 인근 지역 주민에 대해 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하는지 여부	매우 필요하다	52
	필요하다	83
	필요 없다	6
	전혀 필요 없다	0
	무응답	1
합계	142	100.0

〈부표 1-9〉 기초 정신건강복지센터와 광역 정신건강복지센터의 연계

구분	명	비율
센터에서 관리하기 어려운 환자를 광역 정신건강복지센터로 의뢰하는 것이 필요한지 여부	필요하다	70
	필요 없다	42
	잘 모르겠다	28
	무응답	2
광역 정신건강복지센터가 기초 정신건강복지센터 간의 자원 연계, 정보 중개, 업무 조정·연계 등의 역할을 하는 것에 대해 어떻게 생각하는지 여부	필요하다	106
	필요 없다	19
	잘 모르겠다	15
	무응답	2

176 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안: 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

구분		명	비율
기초 정신건강복지센터 운영 및 서비스 제공과 관련하여 광역 정신건강복지센터의 컨설팅 기능을 강화하는 것에 대해 어떻게 생각하는지 여부	필요하다	49	34.51
	필요 없다	43	30.28
	잘 모르겠다	48	33.80
	무응답	2	1.41
기초 정신건강복지센터 전문요원에 대한 광역 정신건강복지센터의 교육(보수교육, 신입요원 교육 등)이 적절하게 이루어지고 있다고 생각하는지 여부	그렇다	98	69.01
	아니다	42	29.58
	무응답	2	1.41
광역 정신건강복지센터의 매뉴얼 및 교육자료·홍보물 등 개발·지원이 적절하게 이루어지고 있다고 생각하는지 여부	그렇다	63	44.37
	아니다	76	53.52
	무응답	3	2.11
광역 정신건강복지센터의 업무 협의 및 연계를 위한 회의체 운영이 적절히 이루어지고 있는지 여부	그렇다	94	66.20
	아니다	43	30.28
	무응답	5	3.52
합계		142	100.0

□ 입소생활시설 조사 결과

〈부표 1-10〉 입소생활시설 현황

구분		명	비율
시설이 위치한 지역	대도시	4	66.67
	중소도시	1	16.67
	농어촌 지역	1	16.67
시설 입소자 수	-	12.50±4.18	최소 5명~ 최대 15명
평균 입소기간	-	11.17±14.18	최소 3개월~ 최대 40개월
입소 대기 경우	매우 많다	0	0.00
	많다	1	16.67
	별로 없다	4	66.67
	전혀 없다	1	16.67
입소자 의뢰 경로	1순위 정신건강복지센터	5	27.78
	2순위 정신의료기관	4	22.22
	3순위 정신재활시설	4	22.22
입소자들에게 가장 필요한 서비스	사회기술훈련(일상생활 기술훈련, 인지재활훈련, 여가활동훈련 등)	5	83.33
	직업재활훈련(보호작업장, 취업 전후교육, 지지취업 등)	0	0.00
	상담	0	0.00
	사례 관리	1	16.67
	기타	0	0.00
사회기술훈련이 충분히 이루어지고 있는지 여부	매우 그렇다	1	16.67
	그렇다	4	66.67
	그렇지 않다	1	16.67
	전혀 그렇지 않다	0	0.00
사회기술훈련 이 충분히 이루어지지 못하는 이유	소계	1	100.0
	재정 부족	0	0.00
	정신건강 관련 기관의 협조 부족	0	0.00
	프로그램 개발 미흡	0	0.00
	인력 부족	1	100.0
	기타	0	0.00
	매우 그렇다	0	0.00
직업재활훈련이 충분히 이루어지고 있는지 여부	그렇다	1	16.67
	그렇지 않다	4	66.67
	전혀 그렇지 않다	1	16.67
	소계	5	100.0
직업재활훈련 이 충분히 이루어지지 못하는 이유	재정 부족	0	0.00
	정신건강 관련 기관의 협조 부족	0	0.00
	프로그램 개발 미흡	1	20.00

178 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안: 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로

구분		명	비율
입소자에 대한 상담이 충분히 이루어지고 있는지 여부	인력 부족	1	20.00
	기타	3	60.00
	매우 그렇다	4	66.67
	그렇다	0	0.00
	그렇지 않다	2	33.33
	전혀 그렇지 않다	0	0.00
입소자에 대한 상담이 충분히 이루어지지 못하는 이유	소계	2	100.0
	재정 부족	0	0.00
	정신건강 관련 기관의 협조 부족	0	0.00
	프로그램 개발 미흡	0	0.00
	인력 부족	2	100.0
	기타	0	0.00
입소자에 대한 사례 관리가 충분히 이루어지고 있는지 여부	매우 그렇다	3	50.00
	그렇다	1	16.67
	그렇지 않다	2	33.33
	전혀 그렇지 않다	0	0.00
	소계	2	100.0
입소자에 대한 사례 관리가 충분히 이루어지지 못하는 이유	재정 부족	0	0.00
	정신건강 관련 기관의 협조 부족	0	0.00
	프로그램 개발 미흡	0	0.00
	인력 부족	2	100.0
	기타	0	0.00
	소계	2	100.0
지역사회 정착을 위해 필요한 최소한의 재활기간	-	29.20±23.82	최소 12개월~ 최대 60개월
	잘 모르겠다	1	16.67
입소자 퇴소 시 다른 기관으로의 연계	매우 그렇다	1	16.67
	그렇다	5	83.33
	그렇지 않다	0	0.00
	전혀 그렇지 않다	0	0.00
	소계	6	100.00
퇴소 시 가장 많이 연계하는 기관	정신의료기관	0	0.00
	정신재활시설(생활시설, 타 재활훈련시설 등)	3	50.00
	정신건강복지센터(기초, 광역)	2	33.33
	정신요양시설	0	0.00
	보건소	0	0.00
	사회복지시설	0	0.00
	주민센터	0	0.00
	사군구청	0	0.00
	경찰 또는 소방서	0	0.00
	사례 관리 요원	0	0.00
	본인 스스로	0	0.00
	가족의 의뢰	0	0.00
	지역주민 의뢰	0	0.00

		구분	명	비율
다른 지역으로의 연계		기타	0	0.00
		무응답	1	16.67
		자주 있다	2	33.33
		가끔 있다	1	16.67
		없다	3	50.00
다른 지역으로의 연계 실패		자주 있다	0	0.00
		가끔 있다	2	33.33
		없다	4	66.67
정신질환자를 위한 단기시설의 필요성		필요하다	3	50.00
		필요 없다	2	33.33
		잘 모르겠다	1	16.67
퇴소환자 본인 동의하에 기초 정신건강복지센터에 퇴소 사실을 통보하여 센터에서 필요할 경우 적절한 관리를 하도록 하는 것에 대한 의견		필요하다	6	100.0
		필요 없다	0	0.00
		잘 모르겠다	0	0.00
인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램 필요 유무		매우 필요하다	5	83.33
		필요하다	1	16.67
		필요 없다	0	0.00
		전혀 필요 없다	0	0.00
관할 지역 내에 정신의료 기관 및 정신재활시설이 충분한지 여부		충분하다	1	16.67
		충분하지 않다	5	83.33
관할 지역 내 가장 많이 부족한 시설		정신과 병의원	0	0.00
		주간재활시설	2	33.33
		공동생활가정	3	50.00
		지역사회전환시설	0	0.00
		입소생활시설	0	0.00
		직업재활시설	0	0.00
		종합시설	0	0.00
		정신요양시설	0	0.00
		기타	0	0.00
		무응답	1	16.67
입소자 및 보호자가 퇴소 시 다른 기관으로 연계되기를 원하는지 여부		매우 그렇다	2	33.33
		그렇다	3	50.00
		그렇지 않다	1	16.67
		전혀 그렇지 않다	0	0.00
		합계	6	100.0

□ 주간재활시설 조사 결과

〈부표 1-11〉 주간재활시설 현황

구분			명	비율
시설이 위치한 지역	대도시		62	80.52
	중소도시		13	16.68
	농어촌 지역		1	1.30
	무응답		1	1.30
시설 평균 이용 인원			47.20±90.25	최소 10명~ 최대 800명
입소자들이 지역사회에 정착하기 위한 최소 생활기간	잘 모르겠다		12	15.58
	-		25.55±22.62	최소 3개월~ 최대 120개월
평균 재활훈련 기간	잘 모르겠다		15	19.48
	-		43.50±43.42	최소 2개월~ 최대 240개월
이용 대기	매우 많다		15	19.84
	많다		23	29.87
	별로 없다		33	42.86
	전혀 없다		5	6.49
	무응답		1	1.30
다른 기관으로의 연계	매우 그렇다		30	38.96
	그렇다		40	51.95
	그렇지 않다		6	7.79
	전혀 그렇지 않다		1	1.30
주 연계 기관	정신의료기관		9	12.9
	정신재활시설(생활시설, 다른 재활훈련시설 등)		32	45.7
	정신건강복지센터 (기초, 광역)		17	24.3
	정신요양시설		0	0.00
	보건소		0	0.00
	사회복지시설		5	7.1
	주민센터		0	0.00
	사군구청		0	0.00
	사례 관리 요원		1	1.4
	기타		6	8.6
	이용자 시설 이용 경로	1순위	정신의료 기관	66
2순위		정신건강 복지센터	42	18.18
3순위		가족의 의뢰	41	17.75

구분		명	비율
인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램 필요 유무	매우 필요하다	50	64.94
	필요하다	27	35.06
	필요 없다	0	0.00
	전혀 필요 없다	0	0.00
관할 지역 내에 정신의료기관 및 정신재활시설이 충분한지 여부	충분하다	5	6.49
	충분하지 않다	71	92.91
	무응답	1	1.30
관할 지역 내 가장 많이 부족한 시설	정신과 병원·의원	2	2.60
	주간재활시설	34	44.16
	공동생활가정	12	15.58
	지역사회전환시설	2	2.60
	입소생활시설	3	3.90
	직업재활시설	10	12.99
	종합시설	3	3.90
	정신요양시설	0	0.00
	기타	5	6.49
	무응답	6	7.79
정신질환자를 위한 단기시설의 필요성	필요하다	52	67.53
	필요 없다	18	23.38
	잘 모르겠다	6	7.79
	무응답	1	1.30
합계		77	100.0

□ 공동생활가정 조사 결과

〈부표 1-12〉 공동생활가정 현황

구분		명	비율
시설이 위치한 지역	대도시	39	69.64
	중소도시	10	17.86
	농어촌 지역	6	10.71
	무응답	1	1.79
시설 입소자 수		7.29±3.92	최소 3명~ 최대 28명
평균 입소기간		25.46±12.47	최소 2개월~ 최대 48개월
입소 대기 경우	매우 많다	1	1.79
	많다	8	14.29
	별로 없다	37	66.07
	전혀 없다	10	17.86
입소자 의뢰 경로	1순위 정신재활시설	43	76.79
	2순위 정신의료기관, 가족의 의뢰	37	66.07
	3순위 본인 스스로	13	23.21
입소자들이 지역사회에 정착하기 위한 최소 생활기간		52.86±19.76	최소 3개월~ 최대 120개월
입소자 퇴소 시 다른 기관으로의 연계	매우 그렇다	20	35.71
	그렇다	30	53.57
	그렇지 않다	6	10.71
	전혀 그렇지 않다	0	0.00
퇴소 시 가장 많이 연계하는 기관	정신의료기관	1	1.79
	정신재활시설(생활시설, 다른 재활훈련시설 등)	27	48.21
	정신건강복지센터(기초, 광역)	8	14.29
	정신요양시설	1	1.79
	보건소	1	5.36
	사회복지시설	3	1.79
	주민센터	1	1.79
	사군구청	0	0.00
	경찰 또는 소방서	0	0.00
	사례 관리 요원	1	1.79
	본인 스스로	0	0.00
	가족의 의뢰	0	0.00
	지역주민 의뢰	0	0.00
	기타	7	12.50
	무응답	6	10.71

구분		명	비율
다른 지역으로의 연계	자주 있다	15	26.79
	가끔 있다	26	46.43
	없다	15	26.79
타 지역으로의 연계 실패	자주 있다	5	12.2
	가끔 있다	21	51.2
	없다	15	36.6
정신질환자를 위한 단기시설의 필요성	필요하다	32	57.14
	필요 없다	20	35.71
	잘 모르겠다	4	7.14
기초 정신건강복지 센터에 퇴소 통보 후 관리 필요성	필요하다	52	92.86
	필요 없다	4	7.14
	잘 모르겠다	0	0.00
인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램 필요 유무	매우 필요하다	25	44.64
	필요하다	27	48.21
	필요 없다	3	5.36
	전혀 필요 없다	1	1.79
관할 지역 내에 정신의료기관 및 정신재활시설이 충분한지 여부	충분하다	9	16.07
	충분하지 않다	47	83.93
관할 지역 내 가장 많이 부족한 시설	정신과 병원의원	0	0.00
	주간재활시설	9	16.06
	공동생활가정	14	25.00
	지역사회전환시설	2	3.57
	입소생활시설	2	3.57
	직업재활시설	16	28.57
	종합시설	1	1.79
	정신요양시설	0	0.00
	기타	3	5.36
	무응답	9	16.07
입소자 및 보호자가 퇴소 시 다른 기관으로 연계되기를 원하는지 여부	매우 그렇다	16	28.57
	그렇다	24	42.86
	그렇지 않다	16	28.57
	전혀 그렇지 않다	0	0.00
합계		56	100.0

□ 직업재활시설 조사 결과

〈부표 1-13〉 직업재활시설 현황

구분		명	비율
시설이 위치한 지역	대도시	6	100.0
	중소도시	0	0.00
	농어촌 지역	0	0.00
평균 이용 인원		27.67±4.03	최소 22명~ 최대 31명
입소자들이 지역사회에 정착하기 위한 최소 생활기간	잘 모르겠다	6	100.0
	-	28.80±20.08	최소 12개월~ 최대 60개월
평균 재활훈련 기간	잘 모르겠다	6	100.0
	-	31.20±16.10	최소 12개월~ 최대 48개월
이용 대기	매우 많다	0	0.00
	많다	1	16.67
	별로 없다	5	83.33
	전혀 없다	0	0.00
다른 기관으로의 연계	매우 그렇다	2	33.33
	그렇다	4	66.67
	그렇지 않다	0	0.00
	전혀 그렇지 않다	0	0.00
주 연계기관	정신의료기관	2	33.33
	정신재활시설(생활시설, 다른 재활훈련시설 등)	0	0.00
	정신건강복지센터(기초, 광역)	3	50.00
	정신요양시설	0	0.00
	보건소	0	0.00
	사회복지시설	0	0.00
	주민센터	0	0.00
	시·군·구청	0	0.00
	사례 관리 요원	0	0.00
	기타	1	16.67
이용자 시설 이용 경로	1순위 장신건강복지센터	5	27.78
	2순위 정신의료기관, 본인 스스로	4	22.22
	3순위 정신재활시설, 가족의 의뢰	2	11.11
훈련받은 환자들의 취업 성공	전혀 그렇지 않다	0	0.00
	그렇지 않다	0	0.00
	그렇다	5	83.33
	매우 그렇다	1	16.67

구분		명	비율
취업 성공 후 취업 상태 장기 유지	전혀 그렇지 않다	0	0.00
	그렇지 않다	2	33.33
	그렇다	4	66.67
	매우 그렇다	0	0.00
	알 수 없다	0	0.00
인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램 필요 유무	매우 필요하다	3	50.00
	필요하다	2	33.33
	필요 없다	1	16.67
	전혀 필요 없다	0	0.00
관할 지역 내에 정신의료 기관 및 정신재활시설이 충분한지 여부	충분하다	0	0.00
	충분하지 않다	6	100.0
가장 많이 부족한 시설	정신과 병·의원	0	0.00
	주간재활시설	1	16.67
	공동생활가정	2	33.33
	지역사회전환시설	0	0.00
	입소생활시설	0	0.00
	직업재활시설	2	33.33
	종합시설	1	16.67
	정신요양시설	0	0.00
	기타	0	0.00
정신질환자를 위한 단기시설의 필요성	필요하다	4	66.67
	필요 없다	2	33.33
	잘 모르겠다	0	0.00
합계		6	100.0

□ 종합시설 조사 결과

〈부표 1-14〉 종합시설 현황

구분		명	비율	
시설이 위치한 지역	대도시	4	44.44	
	중소도시	3	33.33	
	농어촌 지역	2	22.22	
결합되어 있는 정신재활시설	생활시설	7	77.78	
	주간재활시설	5	55.56	
	공동생활가정	0	0.00	
	지역사회전환시설	0	0.00	
	직업재활시설	3	33.33	
	아동·청소년 정신건강 지원시설	0	0.00	
	중독자재활시설	0	0.00	
	생산품판매시설	0	0.00	
	기타	1	11.11	
입소 대기 경우	매우 많다	0	0.00	
	많다	1	11.11	
	별로 없다	7	77.78	
	전혀 없다	1	11.11	
다른 기관과의 연계	매우 그렇다	3	33.33	
	그렇다	6	66.67	
	그렇지 않다	0	0.00	
	전혀 그렇지 않다	0	0.00	
가장 많이 연계하는 기관	정신의료기관	4	44.44	
	주간재활시설	2	22.22	
	정신건강복지센터	0	0.00	
	정신요양시설	0	0.00	
	보건소	0	0.00	
	사회복지시설	1	11.11	
	주민센터	1	11.11	
	시·군·구청	1	11.11	
	사례 관리 요원	0	0.00	
	기타	0	0.00	
	주 연계시설	1순위 정신의료기관	9	33.33
		2순위 정신건강복지센터	5	18.52
3순위 정신재활시설		3	11.11	
인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램 필요 유무	매우 필요하다	4	44.44	
	필요하다	5	55.56	
	필요 없다	0	0.00	
	전혀 필요 없다	0	0.00	

구분		명	비율
관할 지역 내에 정신의료기관 및 정신재활시설이 충분한지 여부	충분하다	0	0.00
	충분하지 않다	9	100.0
관할 지역 내 가장 많이 부족한 시설	정신과 병·의원	0	0.00
	주간재활시설	2	22.22
	공동생활가정	3	33.33
	지역사회전환시설	0	0.00
	입소생활시설	0	0.00
	직업재활시설	2	22.22
	종합시설	1	11.11
	정신요양시설	1	11.11
정신질환자를 위한 단기시설의 필요성	기타	0	0.00
	필요하다	6	66.67
	필요 없다	3	33.33
	잘 모르겠다	0	0.00
합계		9	100.0

부록 2. 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급기관 개별 심층면접 주요 조사 결과

1. 광역 정신건강복지센터

가. 광역별 응급개입 팀 설치에 대한 의견

응급 상황에서 출동하는 응급개입 팀을 광역 정신건강복지센터에 설치하는 것이 바람직하며 기관당 경찰 1명을 배치해 함께 출동하는 것이 응급 상황에서 도움이 될 것이라고 생각하였다.

“광역 정신건강복지센터에 설치하는 것이 맞다고 생각하나 제한적인 부분에서 우려가 됩니다. 자살의 경우 정신과적 대처도 필요하지만 때에 따라 응급입원이 필요할 경우가 있는데 응급입원을 시킬 수 있는 권한은 경찰에게만 있기 때문 …(중략)… 해바라기센터와 같이 기관에 경찰을 1명 배치하여 함께 출동하는 시스템이라면 더 좋을 것 같습니다.”(광역정신건강복지센터 직원 A, B)

나. 광역 정신건강복지센터의 역할

광역 정신건강복지센터에 시·군·구 기초 정신건강복지센터에 대한 자원 연계, 정보 중계 등의 역할을 하는 것에 대해 기초 정신건강복지센터가 광역 정신건강복지센터보다 먼저 설치된 경우 광역정신건강복지센터에서 중계 역할을 하는 것은 어려우나 단순한 정보 중계는 가능하다고 생각하였다.

“광역 센터마다 차이가 있지만 저희 센터의 경우 기초 정신건강복지센터

가 광역 센터보다 더 먼저 설치가 되었습니다. 자원 연계는 기초 정신건강복지센터가 기존부터 활발히 진행하고 있었기 때문에 광역에서 중재 역할을 하는 것은 다소 어려움이 있습니다. 하지만 정보 중계의 경우는 광역에서 간담회나 회의를 통해 자원의 정보를 수집하고 조정하여 각 기관에서 활용할 수 있도록 하는 중계 역할은 충분히 할 수 있다고 생각합니다.”(광역 정신건강복지센터 직원 B)

또한 기초 정신건강복지센터에서 관리하기 힘든 환자에 대해 광역 정신건강복지센터가 인력 등을 보강하여 관리하는 것에 대해서는 광역 정신건강복지센터의 본래의 업무가 있기 때문에 힘들 것이며 광역 정신건강복지센터보다는 재활시설을 확충하여 재활시설에서 관리하는 것이 효과적이라고 생각하였다.

“기초 정신건강복지센터에서 관리하기 힘든 회원을 관리하는 부분은 안 될 것으로 생각되어집니다. 만약 기초에서 관리하기 힘든 환자를 한 명 한 명 받게 된다면 광역 본연의 업무를 하지 못하게 될 것입니다.

그렇게 하기 보다는 지자체에서 재활시설을 더 확충하여 관리하는 것이 더 효과적으로 생각되어집니다.”(광역 정신건강복지센터 직원 A)

다. 운영 및 서비스 제공

운영 및 서비스 제공 관련하여 광역 정신건강복지센터에 컨설팅 기능을 강화하는 것에 대해서는 컨설팅 기능을 강화할 필요가 있으며 특히 사례 관리와 특성화 사업에 대한 컨설팅이 필요하다고 생각하였다.

“처음에는 기초 정신건강복지센터의 반발이 어느 정도 예상되지만 지자체 정신보건사업의 발전을 위해서는 필요할 것으로 생각되어집니다.

컨설팅이 필요한 부분은 사례 관리의 체계성과 지역별 특성화 사업에 대한 컨설팅이 필요할 것으로 생각합니다. 사례 관리의 이해와 실행 정도가 기초 정신건강복지센터별로 너무 달라 전문적인 사례 관리를 위해서라도 필요하며, 또한 지역별 상황이 너무 다르므로 그에 맞는 특성사업을 개발하는 것이 중요하기 때문입니다.”(광역 정신건강복지센터 직원 B)

기초 정신건강복지센터에서 전문요원에 대한 교육(보수교육, 신입 요원 교육)이 잘 이루어지고 있는지에 대해서는 인력 부족과 업무의 과중으로 인해 교육이 잘 이루어지지 못하고 있다고 생각하였다.

“현재 기초 센터의 경우 인력 부족으로 사업과 사례 관리, 행정 업무를 함께 병행하며 업무를 진행하고 있고, 또한 업무량이 너무 많은 것이 현실입니다. 그렇다 보니 보수교육의 경우 자격 유지를 위해 가고는 있지만 신입 요원의 교육은 한계가 많아 잘 시행하지 못하는 것이 현실 …(중략)… 또한 지자체별 사업 예산이 달라 예산이 부족한 곳은 교육을 지원 못하고 있는 실정입니다.”(광역 정신건강복지센터 직원 A, B)

매뉴얼 및 교육자료·홍보물에 대해서는 중앙에서 교육과 관련된 매뉴얼을 만들어서 배포할 필요가 있다고 생각하였다.

“광역센터에서 매뉴얼이나 교육자료·홍보물을 개발하고 지원하고자 하지만 각 지자체별 협조가 다르다 보니 광역센터별로 차이가 많이 납니다. 이러한 부분을 중앙에서 개발하여 지자체로 내려주면 그 부분을 광역에서 중간 연계를 하면 좋은데 이 부분도 잘 시행되지 않는 것 같습니다. 치매센터의 경우 중앙 치매센터에서 매뉴얼, 교육자료, 홍보자료, 서류 양식들을 만들어 각 시도 치매센터에서 쓸 수 있도록 일원화를 했고, 이를 통해 예산절감과 업무의 편리성 등의 효과를 낸 것으로 알고 있습니다. 우리 정신건강복지센터도 이러한 부분이 일원화되어 전국적으로 함께 쓰면 좋을 것 같습니다.”(광역 정신건강복지센터 직원 A)

라. 지원 및 강화

지역사회 중증 정신질환자 관리를 위해 광역 정신건강복지센터에서 강화되었으며 하는 사항에 대해서는 퇴원환자에 대한 연계체계가 구축 되어야 한다고 생각하였다.

“정신의료기관 및 지역사회 퇴원환자 연계체계 구축 및 조정이 강화되면 좋을 것 같습니다. 정신건강복지법 제 52조에 의거하여 정신의료기관에 입원을 한 사람이 퇴원을 할 때에는 본인 또는 보호의무자의 동의를 받아 퇴원 등 사실 통보서 작성을 통해 관할 정신건강복지센터 또는 보건소로 통보를 하도록 되어 있으나 동의를 받아야 하는 부분으로 인하여 잘 시행되지 않는 경우가 많습니다. 하여 퇴원 후 정신질환자의 케어가 어려운 …(중략)… 본인의 욕구에 맞는 정신건강서비스를 선택하여 지속적인 사례 관리를 받아 지역사회 적응과 재발을 방지하고 가족 부담의 감소를 시키는 것이 목적이나 잘 시행되고 있지 않습니다. 이러한 부분이 잘 시행되고 있는지 관리 감독의 역할이 필요할 것으로 생각되어지고 더 나아가 동의를 받는 것이 아닌 의무가 되었으면 하는 바람도 있습니다.”(광역 신건강복지센터 직원 B)

2. 기초정신건강복지센터

가. 운영 및 연계의 한계점

의료기관에서 퇴원할 때 보호자의 동의를 받아야만 환자가 기초 정신건강복지센터를 이용할 수 있기 때문에 그 과정에서 누락되는 환자가 많이 발생하며, 환자들이 기초 정신복지센터와 같은 시설이 있다는 것을 몰라 이용하지 못하는 경우가 많기 때문에 환자들을 대상으로 시설에 대해 홍보를 해야 할 필요가 있고 보건소의 경우 담당자가 2년마다 바뀌고 수

탁 또한 계속 바뀌어 담당자가 정신건강과 실무에 대한 전문지식을 갖추지 못해 업무의 연계가 힘들다고 생각하였다.

“보건소 정신건강 담당 공무원, 경찰 및 소방 공무원들이 정신건강사업에 대한 인식이 낮아 응급개입 및 정신건강사업 업무를 같이 진행할 때마다 정신건강복지센터 직원이 여러 번 설명 …(중략)… 공무원이 업무를 이해했다 하더라도, 공무원 특성상 빠른 회전율로 담당자가 교체되고, 인수인계도 제대로 안 이루어집니다.”(기초 정신건강복지센터 직원 A)

또한 경찰과 소방의 경우 매뉴얼의 혼재로 인해 정신질환자에 대한 신고가 들어올 경우 센터에 연결을 해 주는 것 외에 응급상황에 대해 개입을 하지 않기 때문에 각 기관의 역할을 매뉴얼화하여 기관 간의 업무협조를 향상시켜야 한다고 생각하였다.

“경찰 연락을 받고 출동하였으나 병원 이송까지 경찰이 개입하지 않고 설득시키기 위해 정신건강복지센터 직원(정신건강 전문요원)이 출동하니 현장 이탈을 하였습니다. 하지만 이러한 부분에 대해 법적 책임성 및 권한이 미약합니다. 응급입원의 의뢰 권한을 경찰이 가지고 있지만, 응급상황에 대한 판단이 센터 종사자와 경찰이 각각 다르며 현장에서의 판단 또한 자의적으로 …(중략)… 응급입원을 제외한 자의 입원 및 보호자 동의입원을 진행해야 하나 입원을 거부하거나 입원을 하더라도 치료가 되지 않은 상황에서 퇴원하는 문제 발생합니다.”(기초 정신건강복지센터 직원 A)

나. 예산

예산의 경우 센터의 사업비와 인건비가 분리되지 않아 사업비의 대부분이 인건비로 충당이 되고 있으며 인건비의 부담을 줄이기 위해 경력자들을 줄이고 호봉이 낮은 1년차 직원과 상대적으로 급여가 낮은 비전문

요원을 채용하고 있어 근무조건이 열악하기 때문에 이를 개선하기 위해서는 직원들이 자신의 능력을 발휘하고 지속적으로 근무할 수 있도록 고용의 안정화와 정규직으로의 근무 형태 변화가 필요하다고 생각하였다.

“센터의 사업비와 인건비가 분리되지 않고 있어 사업비의 대부분이 인건비로 충당이 되고 있습니다. 이에 자신의 인건비에 부담을 느낀 유능하고 경력이 있는 고연차 직원들이 대학교, 법원, 관공서 등으로 보직을 옮기고 있어 실제로 현재 센터에 근무하고 있는 9명의 직원들 중 센터 경력이 5년 이상 된 직원들은 단 한명도 없는 상태입니다. 인건비 부담으로 경력 있는 직원을 채용하기 어려워 주로 호봉이 낮은 1년차 직원과 상대적으로 급여가 낮은 비전문 요원을 채용할 수밖에 없습니다.”(기초 정신건강복지센터 직원 B)

“센터의 근무 형태가 정규직이 아닌 계약직이며, 매년 1년씩 계약을 갱신해야 합니다. 이렇듯 근무 형태가 불완전하고, 위수탁에 대한 이해도가 낮아 오래 근무하고자 하는 직원들이 지원이 적으며, 실제로 근무 조건이 열악하고 이직이 잦습니다. 또한 위수탁이 3년마다 갱신되어 수탁 만료 시점에는 직원들은 고용에 대한 걱정과 불안감을 느끼게 되며 위탁병원이 재위탁을 거부할 시 새로운 위탁병원을 모집하는 일이 큰 부담이 될 뿐만 아니라 고용 승계에도 어려움이 있습니다.”(기초 정신건강복지센터 직원 A)

다. 환자 관리

센터의 직원들은 정신질환자로부터의 위협과 잦은 폭언 및 폭행에 노출되어 안전의 확보가 어려우며 이러한 문제가 발생할 시 직원들의 안전에 대한 구체적인 대응 매뉴얼이 없고, 직원들이 관리해야 할 질환이 너무 많아서 환자들에게 질적인 관리를 할 수 없기 때문에 시설마다 관리할 질환을 분류해 질적이고 세심한 케어가 이루어질 수 있도록 도모해야 하

며 행정 및 회계 전담인력과 정신보건 영역의 전담인력을 구분하여 사업의 효율성을 제고하는 등 기초 정신건강복지센터 업무에 대한 실질적 업무 배분이 필요할 것이라고 생각하였다.

“알코올중독과 정신질환, 자살사고가 함께 있는 대상자로 매뉴얼에 따라 응급입원 조치하였으나 72시간 경과 후 가족들이 입원동의하지 않아 퇴원을 하였지만 가족은 대상자에 대한 어떠한 책임이나 지원을 거부하는 상태로 모든 상황에 대한 개입을 센터에 떠넘겼습니다. 퇴원 이후 담당자에게 병원비에 대한 책임 전가와 협박, 갖은 욕설, 신변 위협하고 있어 112가 수시로 현장으로 출동을 하고 있습니다.”(기초 정신건강복지센터 직원 B)

“정신건강복지센터의 업무는 현장 출동, 사례 관리 및 상담뿐 아니라 행정, 회계 업무까지 수행해야 하는 업무 과중 상황이며 경찰서, 복지관, 공공기관 등 유관 기관의 사례 중 정신건강 문제가 의심될 경우 대부분의 케이스가 정신건강복지센터로 이관되지만 이에 대한 실질적 자문과 개입을 할 수 있는 전문인력이 부족한 상황 …(중략)… 복지 사각지대 대상자의 정신건강 치료를 위한 경제적인 지원이 필요한 상황이 발생하지만 정신건강복지센터 예산 부족으로 자체 지원이 불가하고 연계할 수 있는 자원도 미비하여 케이스가 치료로 연결되지 못하고 단순 상담과 발굴에 그치고 있습니다.”(기초 정신건강복지센터 직원 B)

3. 정신재활시설

가. 시설 운영의 한계점

재활시설의 경우 운영자가 1명이기 때문에 시설 간의 연계가 어려워 정보의 교환이 어렵고 시설장이 모든 일을 다 해야 하기 때문에 대체 인력을 마련할 필요가 있으며 수용 인원의 제한과 3년이라는 이용기간의

제한이 있어 이용기간이 끝나면 가족이 없는 환자들은 병원이나 요양시설로 가게 되기 때문에 주거를 위한 재활시설과 직업을 위한 재활시설을 분리해서 운영하지 않고 주거와 직업을 통합하여 관리하는 시설이 필요하다고 생각하였다.

“저희는 혼자서 운영하기 때문에 다른 시설들과 연계하기도 어려울 뿐만 아니라 시간적 여유도 없기 때문에 서로 정보를 교환할 수도 없습니다. 법인에서 운영하는 경우는 지자체와 법인이 관리하기 때문에 정보 습득이나 관리가 수월하겠지만 운영과 관리를 1명이 하면서 그 외의 일을 한다는 것은 불가능합니다.”(재활시설 직원 A)

“저희 주간재활시설은 인원의 제한과 3년이라는 기간의 제한이 있기 때문에 3년의 이용기간이 끝나면 가족이 없는 환자들은 병원이나 요양시설로 다시 돌아가게 되는 퇴행적인 상황들이 발생합니다.”(재활시설 직원 B)

또한 직업재활시설의 경우 재활시설 등록과 공장시설 등록이 모두 되어야 허가가 나기 때문에 주로 공장지대에만 설치가 가능하고 서울시의 경우 직업재활시설에서 생산품을 만들어 내야 한다는 기준이 있어 중증 정신질환자들을 위한 직업교육이라는 본래의 목적보다는 생필품을 만들어내는 것에 집중하게 되며 지도 및 점검을 나올 때 재활과 관련된 점검보다는 행정적인 업무에 대한 점검이 많아서 사회복지사들이 재활교육보다는 행정적인 업무에 시간을 많이 소요하게 되어 제대로 된 운영이 어려운 실정이므로 행정 업무나 생필품 생산이 아닌 재활교육에 집중할 수 있는 환경을 조성해 주어야 할 것이라고 생각하였다.

“생산품을 만들어 내야 한다는 기준 때문에 생산품 기준을 맞추는 데 급급해서 정작 환자들의 직업재활훈련에는 많은 시간을 할애하기가 힘듭니다. 또

한 감사를 나오면 행정과 재정적인 부분을 주로 감사하기 때문에 이를 위한 준비를 하다보면 정작 중요한 업무를 하지 못하는 경우가 많습니다.”(재활시설 직원 C)

나. 인식 개선

지역사회에서 정신질환자는 위험하다는 인식이 있어 재활시설의 설립 시 주민들의 반대로 설립이 무산되거나 설립되었다 할지라도 폐쇄가 되는 경우가 많지만 이러한 인식과 다르게 정신질환자들이 관리를 잘 받을 경우 정상인과 함께 살아갈 수 있기 때문에 지역 주민들의 인식 변화가 필요할 것이며 이를 위해 보도매체에서 정신질환과 관련된 보도가이드를 만들어 정신질환자에 대한 혐오감을 갖지 않도록 해야 하며 단발적인 인식 개선 사업이 아닌 지속적인 민간주도형 인식 개선 사업을 통해 정신질환자에 대한 부정적인 인식을 개선해야 할 것이라고 생각하였다.

“저희 센터는 지역대학과 협약을 해서 그 대학으로 봉사활동을 가는 과정을 통해 지역사회에 시설로 와 달라고 요청하는 것이 아니라 시설이 지역사회 속으로 들어가는 노력을 하고 있습니다. 저희는 이렇게 지역사회 속에서 어울리는 과정에서 저희 환자들에 대한 사람들의 편견을 바꿀 수 있을 것이라고 생각하고 있고 실제로도 좋은 변화들이 있었습니다.”(재활시설 직원 D)

다. 지원 및 개선 사항

국가가 재활시설에 관심이 없기 때문에 시설을 관리하는 보건의소에서도 관심이 미비하므로 국가 차원에서 기획사업, 시범사업으로 재활시설의 절차 보조, 당사자 지원, 지역사회 문화활동, 직업재활에 대한 사업을 해주어야 하며, 직업교육에 대한 매뉴얼과 정신장애인 평가 및 교육에 대한

매뉴얼이 없어 담당자의 역량에 의존할 수밖에 없기 때문에 해당 매뉴얼과 직원을 위한 교육이 필요하다고 생각하였으며 지속적인 취업을 위해 공단과 시설과의 긴밀한 협조가 필요하다고 생각하였다.

“직업재활 교육 매뉴얼 같은 경우 공식적인 매뉴얼이 없기 때문에 저희 시설은 제가 만든 매뉴얼로 교육을 실시합니다. 대부분의 시설들이 이렇게 주먹구구식으로 운영되고 있다는 것은 그만큼 직업재활교육이 잘 이루어지지 못하고 있다는 뜻입니다. 공식적인 매뉴얼이 만들어져서 업무의 효율성을 높여야 할 것입니다 …(중략)… 직업교육을 받은 환자들은 주로 사회적 기업이나 장애인 근로 작업장에 취업하게 되는데 사건사고로 인해 정신 장애인에 대한 여론이 좋지 못한 때에는 이런 취업의 기회마저도 가질 수가 없습니다.”(재활시설 직원 E)

또한 혼자 사는 정신 장애인을 위한 케어 프로그램과 정신 장애인들이 거주할 수 있고, 함께 재활도 받을 수 있는 시설들이 늘어나야 할 것이며 운영지원금의 경우 1년 이상 운영을 해야만 정부로부터 지원금을 받을 수 있기 때문에 시설이 새로 만들어지는 것이 힘든 것이라고 생각하였다.

“혼자 사는 정신 장애인의 경우 위급 상황이나 병원에 가고 싶을 때 함께 가줄 보호자가 없어 곤란을 겪는 경우가 많기 때문에 혼자 사는 정신 장애인을 관리해주는 케어 시스템이 필요할 것 같습니다.”(재활시설 직원 F)

“거주 가능한 시설과 주간재활시설의 증축이 필요하며 주간재활시설의 경우 최소 5명의 직원이 필요하기 때문에 직원의 증원도 필요합니다. 또한 운영 1년 이상이 되어야 정부의 지원을 받을 수 있기 때문에 재정적인 문제로 시설을 새로 만들기 어렵습니다.”(재활시설 직원 G)

환자 가족을 위해 필요한 지원에 대해서는 가족의 반대로 인해 시설의 이용이나 치료의 길이 막히는 경우가 많기 때문에 환자 가족들을 대상으로 정보 제공 및 질환에 대한 지속적인 교육이 필요하다고 생각하였다.

“환자 가족들 중에 환자를 시설에 보내 재활교육을 하는 것보다 환자를 집안에 방치하는 것이 낫다고 생각하거나 집안에 정신질환자가 있다는 것을 밝히기 꺼려해 시설에 보내지 않는 경우가 종종 있습니다. 이런 상황을 예방하고 개선하기 위해서는 환자 가족들을 대상으로 질병에 대한 지속적인 교육과 인식 개선을 해주어야 합니다.”(재활시설 직원 H)

라. 광역 정신건강복지센터, 기초 정신건강복지센터, 재활시설의 바람직한 역할

지역사회, 시설, 국가기관이 서로 정보를 공유해야 하며 광역 정신건강복지센터의 경우 각 지역의 기초 정신건강복지센터의 방향성을 잡아주어야 하고, 기초 정신건강복지센터의 경우 환자의 생애 주기에 맞는 프로그램을 운영해야 하며 재활시설의 경우 만성 정신 장애인들이 지역사회에 다양한 모습으로 살아갈 수 있도록 도와주는 역할을 해야 하며 직업재활시설의 경우 판매를 위한 생산 활동이 아닌 정신 장애인들이 자립적으로 살 수 있도록 직업을 가질 수 있도록 훈련하는 역할을 해야 한다고 생각하였다.

“현재는 각 기관들이 서로 정보 공유가 되지 않고 각 기관이 서로 자기 실적을 채우기에 급급해서 제대로 된 연계가 이루어지지 않고 있습니다. 이런 상황을 개선하기 위해서는 각 기관들이 실적 중심이 아닌 환자 중심의 운영을 해야 할 것 같습니다.”(재활시설 직원 G)

마. 바람직한 커뮤니티 케어를 위한 방안

현재의 커뮤니티 케어는 정신질환자를 위한 정책이 아닌 건강보험료 수가를 위한 정책이라고 생각되며, 다른 시설로 환자를 보내 주는 곳에 인센티브를 주는 제도를 도입해 환자가 적절한 시설에 갈 수 있도록 도와 주는 시스템이 마련된다면 커뮤니티 케어가 잘 이루어질 것이라고 생각하였다.

“현재의 커뮤니티 케어는 환자를 위한 것이 아니라 건강보험료 수가를 올리기 위한 정책이라고 생각합니다. 또한 절차 보조 사업을 병원이 하도록 하면 안 될 것이라고 생각합니다.”(재활시설 직원 H)

부록 3. 기초정신건강복지센터 대상 설문지

본 조사의 개인정보는 「통계법」 제33조(비밀보호)와 제34조(통계증여자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.		ID		-			
---	--	----	--	---	--	--	--

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 실태 조사

안녕하십니까?

국무총리실 소속 한국보건사회연구원과 한양대학교에서는 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스의 공급체계 실태를 파악하여 관련 정책 수립의 기초자료로 활용하기 위하여 이번 조사를 실시하고자 합니다.

이번 조사는 지역사회에서 중증 정신질환 관리 서비스를 제공하고 있는 기관을 대상으로 실시됩니다. 응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 귀하의 모든 개인적 건강정보 및 기타 정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별될 것입니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 또한 조사 도중에 조사의 중단을 원하시면 언제든지 조사를 중단하실 수 있습니다. 조사 중단 시 이미 조사된 귀하의 자료는 모두 파기되고 모두 응답한 자료는 일정 기간 후에는 폐기됩니다.

귀하의 응답은 정부의 올바른 정책 수립에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 조사의 질문내용에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2018년 8월

◇ 조사 수행기관: 한양대학교

◇ 조사책임자: 정진욱 연구교수

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2018년 8월 일

동의자 서명 : (인)

설문 답례를 위한 전화번호 :

I. 센터 기본 현황

1. 귀 센터의 운영 형태는 어디에 해당됩니까?

☐ ① 직영

☐ ② 위탁

2. 귀 센터의 중증 정신질환 관리 담당 전문요원은 몇 명입니까(센터장 제외)?

()명

3. 현재 귀 센터에 등록 중인 중증 정신질환자는 몇 명입니까? 중증 정신질환 관리 사업의 등록자만 말씀해 주십시오.

()명

4. 귀 센터에 등록된 중증 정신질환자 중에서 사례 관리나 재활 프로그램에 참여하는 환자의 비율은 어느 정도입니까?

약 ()%

II. 중증 정신질환자 현황

1. 현재 등록된 환자들은 주로 어떤 경로를 통해 센터로 연계되었습니까? 가장 많이 연계받은 경우 3가지만 표시해 주십시오.

☐ ① 정신의료기관

☐ ② 정신재활시설 사회복지시설

☐ ③ 보건소

☐ ④ 주민센터

☐ ⑤ 시·군·구청

☐ ⑥ 경찰 또는 소방서

☐ ⑦ 센터 자체 사업을 통한 발굴

☐ ⑧ 사례 관리 요원

- ☐ ⑨ 본인 스스로 ☐ ⑩ 가족의 의뢰
☐ ⑪ 지역 주민 의뢰 ☐ ⑫ 기타()

2. 정신 의료기관으로부터 퇴원 사실을 통지받는 환자는 연간 몇 명 정도입니까?

약 ()명

3. 중증 정신질환 관리 등록환자 중에서 정신의료기관으로부터 퇴원 사실을 통지 받은 환자의 비율은 어느 정도입니까?

약 ()%

4. 정신 의료기관으로부터 퇴원 사실을 통지받은 환자 중에서 센터의 관리를 받는 것에 대해 동의하는 비율은 어느 정도입니까?

약 ()%

5. 중증 정신질환 등록환자 중에서 외래치료 명령을 받은 환자가 있습니까?

- ☐ ① 있음 (6번으로) ☐ ③ 잘 모르겠다 (7번으로)
☐ ② 없음 (7번으로)

6. 전반적으로 보아 외래치료 명령을 받은 환자들이 외래치료를 잘 받고 있다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 ☐ ② 그렇다 ☐ ③ 그렇지 않다
☐ ④ 전혀 그렇지 않다

7. 귀 센터에서 등록 관리 중인 중증 정신질환자 중에 혼자 사는 환자의 비율은 어느 정도 됩니까?

약 ()%

8. 중증 정신질환자 등록 관리에 대한 본인 동의율을 높이기 위해 어떤 지원이 가장 효과적일 것으로 생각하십니까? 한 가지만 표시해 주십시오.

- ☐ ① 의료비 지원
☐ ② 문화여가생활 지원(바우처)
☐ ③ 생필품 지원(상품 구매 할인권 등)
☐ ④ 가족을 통한 설득
☐ ⑤ 기타()

9. 지역사회에는 적절한 관리가 필요함에도 불구하고 센터의 사례 관리나 재활 프로그램에 참여하지 않는 환자들이 있다고 생각합니다. 만약 환자의 진료를 담당했거나 현재 담당하고 있는 정신의료기관이 사례 관리를 실시한다면 지역사회 중증 정신질환자 관리에 도움이 될 것으로 생각하십니까?

- ☐ ① 그렇다 ☐ ② 아니다 ☐ ③ 잘 모르겠다

10. 중증 정신질환 관리를 효과적으로 수행하기 위해 센터의 중증 정신질환 관리 전문요원을 최소 몇 명 정도 확충하는 것이 좋겠다고 생각하십니까?

- ☐ ① 1명 ☐ ② 2명 ☐ ③ 3명
☐ ④ 4명 ☐ ⑤ 5명 이상 ☐ ⑥ 확충이 필요 없다

11. 정신건강복지법 시행 이후 귀 센터의 중증 정신질환자 등록 인원이 어떻게 변화하였습니까?

- ☐ ① 증가하였다 ☐ ② 별 변화가 없다 ☐ ③ 감소하였다.

Ⅲ. 사례 관리

1. 중증 정신질환자에 대한 개인별 사례 관리 서비스 계획(ISP) 수립 시 정신과 의사(정신과 전문의 또는 전공의)의 정신의학적 평가를 충분히 반영하고 계십니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 ☐ ② 그렇다 ☐ ③ 그렇지 않다
☐ ④ 전혀 그렇지 않다.

2. 당초 수립된 개인별 사례 관리 서비스 계획(ISP)대로 평소에 중증 정신질환자 관리가 잘 이루어진다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 ☐ ② 그렇다 ☐ ③ 그렇지 않다
☐ ④ 전혀 그렇지 않다.

3. 귀 센터에서 관리하고 계시는 등록환자 중에 실질적으로 사례 관리를 잘 받고 있다고 생각하시는 환자 비율은 어느 정도 입니까?

약 ()%

4. 정신의료기관이 센터에 환자의 퇴원 사실을 통지하는 것 이외에 지역사회에서의 환자 관리를 위해 정신과 전문의와 센터의 전문요원 간에 의견을 교환하는 절차를 만드는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

5. 다른 분야 사례 관리와의 중복 등록으로 인해 환자를 센터의 사례 관리 대상에서 제외할 적이 있습니까?

- ☐ ① 있음 ☐ ② 없음

6. 중증 정신질환자를 다른 분야 사례 관리로 연계를 시도했으나 이루어지지 못한 경험이 있습니까?

- ☐ ① 있음 (6-1번으로) ☐ ② 없음 (IV 영역으로 이동)

6-1. 그 이유는 무엇이었는지 대표적인 사례를 말씀해 주십시오.

IV. 정신의료기관과의 연계

1. 정신건강복지센터 또는 보건소에 대한 정신의료기관의 환자 퇴원 사실 통보 이외에 정신의료기관과 센터 간에 협력이 더 이루어질 필요가 있다고 생각하십니까?
☐ ① 그렇다 ☐ ② 아니다 ☐ ③ 모르겠다
2. 정신의료기관을 이용하는 외래환자에 대해 본인의 동의하에 정신건강복지센터에 진료 사실을 통지하여 센터가 적절한 관리를 하도록 하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?
☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

V. 정신재활시설과의 연계

1. 현재 귀 센터가 중증 정신질환 관리를 실시함에 있어 연계를 가장 많이 실시하는 곳은 어디입니까? 한 가지만 표시해 주십시오.
☐ ① 정신과 병·의원 ☐ ② 주간재활시설
☐ ③ 공동생활가정 ☐ ④ 지역사회전환시설
☐ ⑤ 입소생활시설 ☐ ⑥ 직업재활시설
☐ ⑦ 종합시설 ☐ ⑧ 정신요양시설
☐ ⑨ 기타 ()
☐ ⑩ 없음
2. 귀 센터의 관할 지역 내에 정신의료기관 및 정신재활시설이 충분하다고 생각하십니까?
☐ ①예 (3번으로) ☐ ②아니요 (2-1번으로)

2-1. 가장 많이 부족하다고 생각하는 시설은 무엇입니까? 한 가지만 표시해 주십시오.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ ① 정신과 병의원 | ☐ ② 주간재활시설 |
| ☐ ③ 공동생활가정 | ☐ ④ 지역사회전환시설 |
| ☐ ⑤ 입소생활시설 | ☐ ⑥ 직업재활시설 |
| ☐ ⑦ 종합시설 | ☐ ⑧ 정신요양시설 |
| ☐ ⑨ 기타 () | |

3. 귀 센터의 관할 지역 내에 적절한 정신재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 적이 있습니까?

- | | |
|---|---|
| ☐ ① 자주 있다 (3-1번으로) | ☐ ② 가끔 있다 (3-1번으로) |
| ☐ ③ 없다 (4번으로) | |

3-1. 귀 센터의 관할 지역 내에 적절한 정신재활시설이 없어 다른 지역으로 연계를 시도하였으나, 연계를 실패한 적이 있습니까?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ ① 자주 있다 | ☐ ② 가끔 있다 | ☐ ③ 없다 |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

4. 현재의 생활시설, 공동생활가정, 지역전환시설 이외에 정신질환자를 단기(예: 2-3일, 1주일 등)로 보호하는 시설이 필요하다고 생각하십니까?

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ ① 필요하다 | ☐ ② 필요 없다 | ☐ ③ 잘 모르겠다 |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

VI. 위기 개입 및 지원

1. 귀 센터에서 지난 1년간(2017. 8.~2018. 7.) 응급입원(자살시도자 포함)을 시킨 사례가 몇 건 정도 있습니까?

약 ()건

2. 귀 센터에서 지난 1년간(2017. 8.~2018. 7.) 환자를 응급입원시키려고 하였으나 정신의료기관의 병상 부족 등의 문제로 응급입원을 시키지 못한 사례가 있습니까?
☐ ① 자주 있다 ☐ ② 가끔 있다 ☐ ③ 없다
3. 응급 상황이 발생하여 현장에 출동할 경우나 응급입원을 시킬 경우 경찰 및 소방의 협조가 잘 이루어진다고 생각하십니까?
☐ ① 매우 그렇다 ☐ ② 그렇다 ☐ ③ 보통이다
☐ ④ 그렇지 않다 ☐ ⑤ 전혀 그렇지 않다
4. 귀 센터는 원활한 응급입원을 위해 정신의료기관과 협조체계를 구축하고 있습니까?
☐ ① 그렇다 ☐ ② 아니다
5. 응급입원을 위한 정신의료기관을 지정·운영하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?
☐ ① 찬성한다 ☐ ② 반대한다 ☐ ③ 잘 모르겠다
6. 응급입원을 한 환자에 대해 입원 본인 부담금 등의 비용을 지원하는 프로그램을 가지고 계십니까?
☐ ① 그렇다 ☐ ② 아니다

Ⅶ. 중증 정신질환자 가족 지원

1. 귀 센터에서는 중증 정신질환자 가족에 대하여 어떤 지원 프로그램을 운영하고 계십니까?
☐ ① 환자 관리를 위한 교육(재발 징후, 약물 부작용 등)
☐ ② 가족에 대한 정서적·심리적 지원
☐ ③ 가족 자조 모임 활동 지원
☐ ④ 기타()

2. 환자 부모, 형제자매 등 가족 구성원 간의 정서적·심리적 유대관계를 강화하기 위한 프로그램이 어느 정도 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 필요하다 ☐ ② 필요하다 ☐ ③ 필요 없다
☐ ④ 전혀 필요 없다

3. 중증 정신질환자 가족에 대한 지원으로 가장 필요하다고 생각하는 것은 무엇입니까?

VIII. 지역사회 지원

1. 중증 정신질환 관리에 있어서 부녀회, 노인회 등 주민 자치 조직을 활용하는 것이 어느 정도 도움이 된다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 도움이 된다 (1-1번으로)
☐ ② 도움이 된다 (1-1번으로)
☐ ③ 별로 도움이 안 된다 (2번으로)
☐ ④ 전혀 도움이 안 된다 (2번으로)

1-1. 가장 많은 도움이 되는 주민 자치 조직은 무엇입니까?

1-2. 어떠한 도움을 받을 수 있다고 생각하십니까?

2. 중증 정신질환자가 거주하는 인근 지역 주민에 대해 정신질환에 대한 이해 증진과
환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 필요하다 ☐ ② 필요하다 ☐ ③ 필요 없다
☐ ④ 전혀 필요 없다

IX. 광역 정신건강복지센터와의 연계

1. 기초 정신건강복지센터에서 관리하기 어려운 환자를 광역 정신건강복지센터로
의뢰하여 관리하는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

2. 광역 정신건강복지센터가 기초 정신건강복지센터 간의 자원 연계, 정보 중개,
업무 조정·연계 등의 역할을 하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

3. 광역 정신건강복지센터로부터의 지원이 강화되었으면 하는 것이 있다면 무엇
입니까?

4. 기초 정신건강복지센터 운영 및 서비스 제공 관련하여 광역 정신건강복지센터의
컨설팅 기능을 강화하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 (4-1번으로)
☐ ② 필요 없다 (5번으로)
☐ ③ 잘 모르겠다 (5번으로)

4-1. 기초 정신건강복지센터 운영에 있어 광역 정신건강복지센터의 컨설팅이 가장 필요한 사항은 무엇입니까?

5. 기초 정신건강복지센터 전문요원에 대한 광역 정신건강복지센터의 교육(보수교육, 신입 요원 교육 등)이 적절하게 이루어지고 있다고 생각하십니까?

☐ ① 그렇다 (6번으로)

☐ ② 아니다 (5-1번으로)

5-1. 아닌 경우 어떤 문제점이 있습니까?

6. 광역 정신건강복지센터의 매뉴얼 및 교육자료·홍보물 등 개발지원이 적절하게 이루어지고 있다고 생각하십니까?

☐ ① 그렇다 (7번으로)

☐ ② 아니다 (6-1번으로)

6-1. 매뉴얼 및 교육자료·홍보 등 개발지원과 관련하여 어떤 문제점이 있습니까?

7. 광역 정신건강복지센터의 업무 협의 및 연계를 위한 회의체 운영이 적절히 이루어지고 있습니까?

☐ ① 그렇다 (8번으로)

☐ ② 아니다 (7-1번으로)

7-1. 업무 협의 및 연계를 위한 회의체 운영에 있어 어떤 문제점이 있습니까?

8. 전반적으로 보아 광역 정신건강복지센터로부터의 지원이 강화되었으면 하는 것이 있다면 무엇입니까?

9. 최근 정부는 커뮤니티 케어를 강조하고 있습니다. 이와 관련하여 지역사회 중증 정신질환자 관리를 위해 기초 정신건강복지센터에서 강화되었으며 하는 역할이나 기능이 있다면 무엇입니까?

부록 4. 입소생활시설 대상 설문지

본 조사의 개인정보는 「통계법」 제33조(비밀보호)와 제34조(통계증서사자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.	ID		-			
--	----	--	---	--	--	--

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 실태 조사

안녕하십니까?

국무총리실 소속 한국보건사회연구원과 한양대학교에서는 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스의 공급체계 실태를 파악하여 관련 정책 수립의 기초자료로 활용하기 위하여 이번 조사를 실시하고자 합니다.

이번 조사는 지역사회에서 중증 정신질환 관리 서비스를 제공하고 있는 기관을 대상으로 실시됩니다. 응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 귀하의 모든 개인적 건강 정보 및 기타 정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별될 것입니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 또한 조사 도중에 조사의 중단을 원하시면 언제든지 조사를 중단하실 수 있습니다. 조사 중단 시 이미 조사된 귀하의 자료는 모두 파기되고 모두 응답한 자료는 일정 기간 후에는 폐기됩니다.

귀하의 응답은 정부의 올바른 정책 수립에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 조사의 질문내용에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2018년 8월

◇ 조사 수행기관: 한양대학교

◇ 조사책임자: 정진욱 연구교수

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2018년 8월 일

동의자 서명 : (인)

설문 답례를 위한 전화번호 :

입소생활시설

1. 귀 시설이 속한 지역은 어디에 해당됩니까?

- ☐ ① 대도시 ☐ ② 중소도시 ☐ ③ 농어촌 지역

2. 현재 귀 시설에 입소자 수는 몇 명입니까?

()명

3. 입소자들의 귀 시설에서의 평균 입소기간은 어느 정도입니까?

약()개월

4. 귀 시설에 입소하기 위해 대기하는 경우가 있습니까?

- ☐ ① 매우 많다 ☐ ② 많다 ☐ ③ 별로 없다
☐ ④ 전혀 없다

5. 귀 시설의 입소자는 주로 어떤 경로를 통해 입소하였습니까? 가장 많이 의뢰받은 3가지 경우를 표시해 주십시오.

- ☐ ① 정신의료기관
☐ ② 정신재활시설(다른 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)
☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) ☐ ④ 정신요양시설
☐ ⑤ 보건소 ☐ ⑥ 사회복지시설
☐ ⑦ 주민센터 ☐ ⑧ 사·군·구청
☐ ⑨ 경찰 또는 소방서 ☐ ⑩ 사례 관리 요원
☐ ⑪ 본인 스스로 ☐ ⑫ 가족의 의뢰
☐ ⑬ 지역 주민 의뢰 ☐ ⑭ 기타()

8-1. 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 재정 부족
- ☐ ② 정신건강 관련 기관의 협조 부족
- ☐ ③ 프로그램 개발 미흡
- ☐ ④ 인력 부족
- ☐ ⑤ 기타()

9. 귀하는 귀 시설에서 입소자에 대한 상담이 충분히 이루어지고 있다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 (10번으로)
- ☐ ② 그렇다 (10번으로)
- ☐ ③ 그렇지 않다 (9-1번으로)
- ☐ ④ 전혀 그렇지 않다 (9-1번으로)

9-1. 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 재정 부족
- ☐ ② 정신건강 관련 기관의 협조 부족
- ☐ ③ 프로그램 개발 미흡
- ☐ ④ 인력 부족
- ☐ ⑤ 기타()

10. 귀하는 귀 시설에서 입소자에 대한 사례 관리가 충분히 이루어지고 있다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 (11번으로)
- ☐ ② 그렇다 (11번으로)
- ☐ ③ 그렇지 않다 (10-1번으로)
- ☐ ④ 전혀 그렇지 않다 (10-1번으로)

10-1. 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 재정 부족
- ☐ ② 정신건강 관련 기관의 협조 부족
- ☐ ③ 프로그램 개발 미흡
- ☐ ④ 인력 부족
- ☐ ⑤ 기타()

11. 귀 시설의 입소자들이 지역사회에 원활하게 정착하도록 하기 위해서는 귀 시설에서 최소한 어느 정도의 재활기간이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 약 ()개월
- ☐ ② 잘 모르겠다

12. 귀 시설의 입소자가 퇴소할 때 다른 기관에 연계를 하는 편입니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 (12-1로)
- ☐ ② 그렇다 (12-1로)
- ☐ ③ 그렇지 않다 (13번으로)
- ☐ ④ 전혀 그렇지 않다(13번으로)

12-1. 주로 어디로 연계하십니까? 가장 많이 연계하는 기관을 표시해 주십시오.

- ☐ ① 정신의료기관
- ☐ ② 정신재활시설(다른 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)
- ☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역)
- ☐ ④ 정신요양시설
- ☐ ⑤ 보건소
- ☐ ⑥ 사회복지시설
- ☐ ⑦ 주민센터
- ☐ ⑧ 시·군·구청
- ☐ ⑩ 사례 관리 요원
- ☐ ⑪ 기타(무엇:)

13. 관할 지역 내에 적절한 재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 적이 있습니까?

- ☐ ① 자주 있다 ☐ ② 가끔 있다 ☐ ③ 없다

14. 관할 지역 내에 적절한 재활시설이 없어 다른 지역으로 연계를 시도하였으나, 연계를 실패한 적이 있습니까?

- ☐ ① 자주 있다 ☐ ② 가끔 있다 ☐ ③ 없다

15. 현재의 생활시설, 공동생활가정, 지역전환시설 이외에 정신질환자를 단기
(예: 2-3일, 1주일 등)로 보호하는 시설이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

16. 귀 시설에서 퇴소하는 환자에 대해 본인의 동의하에 기초 정신건강복지센터에 퇴소 사실을 통보하여 센터에서 필요할 경우 적절한 관리를 하도록 하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

17. 귀 시설이 소재하는 인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 필요하다 ☐ ② 필요하다 ☐ ③ 필요 없다
☐ ④ 전혀 필요 없다.

18. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 관할 지역 내에 정신의료 기관 및 정신재활시설이 충분하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 예 (19번으로) ☐ ② 아니요 (18-1번으로)

18-1 가장 많이 부족하다고 생각하는 시설은 무엇입니까?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ ① 정신과 병·의원 | ☐ ② 주간재활시설 |
| ☐ ③ 공동생활가정 | ☐ ④ 지역사회전환시설 |
| ☐ ⑤ 입소생활시설 | ☐ ⑥ 직업재활시설 |
| ☐ ⑦ 종합시설 | ☐ ⑧ 정신요양시설 |
| ☐ ⑨ 기타 () | |

19. 입소자 및 보호자는 귀 시설 퇴소 시 다른 기관으로 연계되기를 원하는 편입니까?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ ① 매우 그렇다 | ☐ ② 그렇다 | ☐ ③ 그렇지 않다 |
| ☐ ④ 전혀 그렇지 않다 | | |

20. 최근 정부는 커뮤니티 케어를 강조하고 있습니다. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 지역사회에서 중증 정신질환자를 보호하고 지원하기 위해 가장 필요한 것은 무엇입니까?

부록 5. 주간재활시설 대상 설문지

본 조사의 개인정보는 「통계법」 제33조(비밀보호)와 제34조(통계중상사자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID

-

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 실태 조사

안녕하십니까?

국무총리실 소속 한국보건사회연구원과 한양대학교에서는 지역사회 중증 정신질환관 리 서비스의 공급체계 실태를 파악하여 관련 정책 수립의 기초자료로 활용하기 위하여 이번 조사를 실시하고자 합니다.

이번 조사는 지역사회에서 중증 정신질환 관리 서비스를 제공하고 있는 기관을 대상으로 실시됩니다. 응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 귀하의 모든 개인적 건강 정보 및 기타 정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별될 것입니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 또한 조사 도중에 조사의 중단을 원하시면 언제든지 조사를 중단하실 수 있습니다. 조사 중단 시 이미 조사된 귀하의 자료는 모두 파기되고 모두 응답한 자료는 일정 기간 후에는 폐기됩니다.

귀하의 응답은 정부의 올바른 정책 수립에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 조사의 질문내용에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2018년 8월

◇ 조사 수행기관: 한양대학교

◇ 조사책임자: 정진욱 연구교수

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2018년 8월 일

동의자 서명 : (인)

설문 답례를 위한 전화번호 :

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

주간재활시설

1. 귀 시설이 속한 지역은 어디에 해당됩니까?

☐ ① 대도시

☐ ② 중소도시

☐ ③ 농어촌 지역

2. 현재 귀 시설의 월평균 이용 현원은 몇 명입니까?

()명

3. 귀 시설의 이용자들이 지역사회에 원활하게 정착하도록 하기 위해서는 귀 시설에서
최소한 어느 정도의 재활훈련기간이 필요하다고 생각하십니까?

☐ ① 약 ()개월

☐ ② 잘 모르겠다

4. 귀 시설에서 이용자들은 평균 어느 정도의 기간 동안 재활훈련을 받습니까?

☐ ① 약 ()개월

☐ ② 잘 모르겠다

5. 귀 시설 이용을 위해 대기하는 경우가 있습니까?

☐ ① 매우 많다

☐ ② 많다

☐ ③ 별로 없다

☐ ④ 전혀 없다

6. 귀 시설은 다른 기관과 연계를 하는 편입니까?

☐ ① 매우 그렇다 (6-1번으로)

☐ ② 그렇다 (6-1번으로)

☐ ③ 그렇지 않다 (7번으로)

☐ ④ 전혀 그렇지 않다(7번으로)

6-1. 주로 어디로 연계하십니까? 가장 많이 연계하는 기관을 표시해 주십시오.

- ☐ ① 정신의료기관
☐ ② 정신재활시설(다른 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)
☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) ☐ ④ 정신요양시설
☐ ⑤ 보건소 ☐ ⑥ 사회복지시설
☐ ⑦ 주민센터 ☐ ⑧ 시·군·구청
☐ ⑩ 사례 관리 요원 ☐ ⑪ 기타(무엇:)

**7. 귀 시설의 이용자는 주로 어떤 경로를 통해 시설을 이용하게 되었습니까?
가장 많은 경우 3가지를 표시해 주십시오.**

- ☐ ① 정신의료기관 연계
☐ ② 정신재활시설(생활시설, 다른 재활훈련시설 등) 연계
☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) 연계
☐ ④ 정신요양시설 연계
☐ ⑤ 보건소 연계
☐ ⑥ 사회복지시설 연계
☐ ⑦ 주민센터 연계
☐ ⑧ 시·군·구청 연계
☐ ⑨ 경찰 또는 소방서 연계
☐ ⑩ 사례 관리 요원 연계
☐ ⑪ 본인 스스로
☐ ⑫ 가족의 의뢰
☐ ⑬ 지역주민 의뢰
☐ ⑭ 기타()

8. 귀 시설이 소재하는 인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 필요하다 ☐ ② 필요하다 ☐ ③ 필요 없다
☐ ④ 전혀 필요 없다.

9. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 관할 지역 내에 정신의료 기관 및 정신재활시설이 충분하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 예 (10번으로) ☐ ② 아니요 (9-1번으로)

9-1. 가장 많이 부족하다고 생각하는 시설은 무엇입니까?

- ☐ ① 정신과 병의원 ☐ ② 주간재활시설
☐ ③ 공동생활가정 ☐ ④ 지역사회전환시설
☐ ⑤ 입소생활시설 ☐ ⑥ 직업재활시설
☐ ⑦ 종합시설 ☐ ⑧ 정신요양시설
☐ ⑨ 기타 ()

10. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 현재의 생활시설, 공동생활가정, 지역전환시설 이외에 정신질환자를 단기(예: 2-3일, 1주일 등)로 보호하는 시설이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐
- ① 필요하다
- ☐
- ② 필요 없다
- ☐
- ③ 잘 모르겠다

11. 최근 정부는 커뮤니티 케어를 강조하고 있습니다. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 지역사회에서 중증 정신질환자를 보호하고 지원하기 위해 가장 필요한 것은 무엇입니까?

--

부록 6. 공동생활가정 대상 설문지

본 조사의 개인정보는 「통계법」 제33조(비밀보호)와 제34조(통계중상자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID

-

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 실태 조사

안녕하십니까?

국무총리실 소속 한국보건사회연구원과 한양대학교에서는 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스의 공급체계 실태를 파악하여 관련 정책 수립의 기초자료로 활용하기 위하여 이번 조사를 실시하고자 합니다.

이번 조사는 지역사회에서 중증 정신질환 관리 서비스를 제공하고 있는 기관을 대상으로 실시됩니다. 응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 귀하의 모든 개인적 건강 정보 및 기타 정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별될 것입니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 또한 조사 도중에 조사의 중단을 원하시면 언제든지 조사를 중단하실 수 있습니다. 조사 중단 시 이미 조사된 귀하의 자료는 모두 파기되고 모두 응답한 자료는 일정 기간 후에는 폐기됩니다.

귀하의 응답은 정부의 올바른 정책 수립에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 조사의 질문내용에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2018년 8월

◇ 조사 수행기관: 한양대학교

◇ 조사책임자: 정진욱 연구교수

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2018년 8월 일

동의자 서명 : (인)

설문 답례를 위한 전화번호 :

공동생활가정

1. 귀 시설이 속한 지역은 어디에 해당됩니까?

- ☐ ① 대도시 ☐ ② 중소도시 ☐ ③ 농어촌 지역

2. 현재 귀 시설에 입소자 수는 몇 명입니까?

()명

3. 입소자들의 귀 시설에서의 평균 입소기간은 어느 정도 입니까?

약()개월

4. 귀 시설의 입소 인원의 제한으로 입소를 하기 위해 대기하는 경우가 있습니까?

- ☐ ① 매우 많다 ☐ ② 많다 ☐ ③ 별로 없다
☐ ④ 전혀 없다

5. 귀 시설의 입소자는 주로 어떤 경로를 통해 입소하였습니까? 가장 많이 의뢰 받은 3가지 경우를 표시해 주십시오.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ ① 정신의료기관 | |
| ☐ ② 정신재활시설(생활시설, 다른 재활훈련시설 등) | |
| ☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) | ☐ ④ 정신요양시설 |
| ☐ ⑤ 보건소 | ☐ ⑥ 사회복지시설 |
| ☐ ⑦ 주민센터 | ☐ ⑧ 사·군·구청 |
| ☐ ⑨ 경찰 또는 소방서 | ☐ ⑩ 사례 관리 요원 |

- ☐ ⑪ 본인 스스로
 ☐ ⑫ 가족의 의뢰
☐ ⑬ 지역주민 의뢰
 ☐ ⑭ 기타()

6. 귀 시설의 입소자들이 지역사회에 원활하게 정착하도록 하기 위해서는 귀 시설에서 최소한 어느 정도의 생활기간이 필요하다고 생각하십니까?

약()개월

7. 귀 시설의 입소자가 퇴소할 때 다른 기관에 연계를 하는 편입니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 (7-1번으로)
☐ ② 그렇다 (7-1번으로)
☐ ③ 그렇지 않다 (8번으로)
☐ ④ 전혀 그렇지 않다(8번으로)

7-1. 주로 어디로 연계하십니까? 가장 많이 연계하는 기관을 표시해 주십시오.

- ☐ ① 정신의료기관
☐ ② 정신재활시설(다른 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)
☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역)
 ☐ ④ 정신요양시설
☐ ⑤ 보건소
 ☐ ⑥ 사회복지시설
☐ ⑦ 주민센터
 ☐ ⑧ 사·군·구청
☐ ⑩ 사례 관리 요원
 ☐ ⑪ 기타(무엇:)

8. 관할 지역 내에 적절한 재활시설이 없어 다른 지역으로 연계한 적이 있습니까?

- ☐ ① 자주 있다
 ☐ ② 가끔 있다
 ☐ ③ 없다

9. 관할 지역 내에 적절한 재활시설이 없어 다른 지역으로 연계를 시도하였으나, 연계를 실패한 적이 있습니까?

- ☐ ① 자주 있다 ☐ ② 가끔 있다 ☐ ③ 없다

10. 현재의 생활시설, 공동생활가정, 지역전환시설 이외에 정신질환자를 단기(예: 2-3일, 1주일 등)로 보호하는 시설이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

11. 귀 시설에서 퇴소하는 환자에 대해 본인의 동의하에 기초 정신건강복지센터에 퇴소 사실을 통보하여 센터에서 필요할 경우 적절한 관리를 하도록 하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

12. 귀 시설이 소재하는 인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 필요하다 ☐ ② 필요하다 ☐ ③ 필요 없다
☐ ④ 전혀 필요 없다.

13. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 관할 지역 내에 정신의료 기관 및 정신재활시설이 충분하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 예 (14번으로) ☐ ② 아니요 (13-1번으로)

13-1. 가장 많이 부족하다고 생각하는 시설은 무엇입니까?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ① 정신과 병·의원 | ☐ ② 주간재활시설 |
| ☐ ③ 공동생활가정 | ☐ ④ 지역사회전환시설 |
| ☐ ⑤ 입소생활시설 | ☐ ⑥ 직업재활시설 |

☐ ⑦ 종합시설

☐ ⑧ 정신요양시설

☐ ⑨ 기타 ()

14. 입소자 및 보호자는 귀 시설 퇴소 시 다른 기관으로 연계되기를 원하는 편입니까?

☐ ① 매우 그렇다

☐ ② 그렇다

☐ ③ 그렇지 않다

☐ ④ 전혀 그렇지 않다

15. 최근 정부는 커뮤니티 케어를 강조하고 있습니다. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 지역사회에서 중증 정신질환자를 보호하고 지원하기 위해 가장 필요한 것은 무엇입니까?

--

부록 7. 직업재활시설 대상 설문지

본 조사의 개인정보는 「통계법」 제33조(비밀보호)와 제34조(통계증서사 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.	ID		-			
---	----	--	---	--	--	--

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 실태 조사

안녕하십니까?

국무총리실 소속 한국보건사회연구원과 한양대학교에서는 지역사회 중증 정신질환관리 서비스의 공급체계 실태를 파악하여 관련 정책수립의 기초자료로 활용하기 위하여 이번 조사를 실시하고자 합니다.

이번 조사는 지역사회에서 중증 정신질환 관리 서비스를 제공하고 있는 기관을 대상으로 실시됩니다. 응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 귀하의 모든 개인적 건강 정보 및 기타 정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별될 것입니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 또한 조사 도중에 조사의 중단을 원하시면 언제든지 조사를 중단하실 수 있습니다. 조사 중단 시 이미 조사된 귀하의 자료는 모두 파기되고 모두 응답한 자료는 일정 기간 후에는 폐기됩니다.

귀하의 응답은 정부의 올바른 정책 수립에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 조사의 질문내용에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2018년 8월

◇ 조사 수행기관: 한양대학교

◇ 조사책임자: 정진욱 연구교수

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2018년 8월 일

동의자 서명 : (인)

설문 답례를 위한 전화번호 :

직업재활시설

1. 귀 시설이 속한 지역은 어디에 해당됩니까?

- ☐ ① 대도시 ☐ ② 중소도시 ☐ ③ 농어촌 지역

2. 현재 귀 시설의 월평균 이용 현원은 몇 명입니까?

()명

3. 귀 시설의 이용자들이 지역사회에 원활하게 정착하도록 하기 위해서는 귀 시설에서 최소한 어느 정도의 재활훈련기간이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 약 ()개월 ☐ ② 잘 모르겠다

4. 귀 시설에서 이용자들은 평균 어느 정도의 기간 동안 재활훈련을 받습니까?

- ☐ ① 약 ()개월 ☐ ② 잘 모르겠다

5. 귀 시설 이용을 위해 대기하는 경우가 있습니까?

- ☐ ① 매우 많다 ☐ ② 많다 ☐ ③ 별로 없다
☐ ④ 전혀 없다

6. 귀 시설은 다른 기관과 연계를 하는 편입니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 (6-1번으로)
☐ ② 그렇다 (6-1번으로)
☐ ③ 그렇지 않다 (7번으로)
☐ ④ 전혀 그렇지 않다(7번으로)

6-1. 주로 어디로 연계하십니까? 가장 많이 연계하는 기관을 표시해 주십시오.

- ☐ ① 정신의료기관
- ☐ ② 정신재활시설(다른 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)
- ☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) ☐ ④ 정신요양시설
- ☐ ⑤ 보건소 ☐ ⑥ 사회복지시설
- ☐ ⑦ 주민센터 ☐ ⑧ 시·군·구청
- ☐ ⑩ 사례 관리 요원 ☐ ⑪ 기타(무엇:)

**7. 귀 시설의 이용자는 주로 어떤 경로를 통해 시설을 이용하게 되었습니까?
가장 많은 경우 3가지를 표시해 주십시오.**

- ☐ ① 정신의료기관 연계
- ☐ ② 정신재활시설(생활시설, 다른 재활훈련시설 등) 연계
- ☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) 연계
- ☐ ④ 정신요양시설 연계
- ☐ ⑤ 보건소 연계
- ☐ ⑥ 사회복지시설 연계
- ☐ ⑦ 주민센터 연계
- ☐ ⑧ 시·군·구청 연계
- ☐ ⑨ 경찰 또는 소방서 연계
- ☐ ⑩ 사례 관리 요원 연계
- ☐ ⑪ 본인 스스로
- ☐ ⑫ 가족의 의뢰
- ☐ ⑬ 지역주민 의뢰
- ☐ ⑭ 기타()

8. 귀 시설에서 훈련받은 환자들은 취업에 성공하는 편입니까?

- ☐ ① 전혀 그렇지 않다 (9번으로)
☐ ② 그렇지 않다 (9번으로)
☐ ③ 그렇다 (8-1번으로)
☐ ④ 매우 그렇다 (8-1번으로)

8-1. 취업에 성공한 경우 취업 상태를 장기적으로 유지하는 편입니까?

- ☐ ① 전혀 그렇지 않다 ☐ ② 그렇지 않다
☐ ③ 그렇다 ☐ ④ 매우 그렇다
☐ ⑤ 알 수 없다

9. 귀 시설이 소재하는 인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 필요하다 ☐ ② 필요하다 ☐ ③ 필요 없다
☐ ④ 전혀 필요 없다.

10. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 관할 지역 내에 정신의료 기관 및 정신재활시설이 충분하다고 생각하십니까?

- ☐ ①예 (11번으로) ☐ ②아니요 (10-1번으로)

10-1. 가장 많이 부족하다고 생각하는 시설은 무엇입니까?

- ☐ ① 정신과 병·의원 ☐ ② 주간재활시설
☐ ③ 공동생활가정 ☐ ④ 지역사회전환시설
☐ ⑤ 입소생활시설 ☐ ⑥ 직업재활시설
☐ ⑦ 종합시설 ☐ ⑧ 정신요양시설
☐ ⑨ 기타 ()

11. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 현재의 생활시설, 공동 생활가정, 지역전환시설 이외에 정신질환자를 단기(예: 2-3일, 1주일 등)로 보호하는 시설이 필요하다고 생각하십니까?

☐ ① 필요하다

☐ ② 필요 없다

☐ ③ 잘 모르겠다

12. 최근 정부는 커뮤니티 케어를 강조하고 있습니다. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 지역사회에서 중증 정신질환자를 보호하고 지원하기 위해 가장 필요한 것은 무엇입니까?

--

부록 8. 종합시설 대상 설문지

본 조사의 개인정보는 「통계법」 제33조(비밀보호)와 제34조(통계중상자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID		-			
----	--	---	--	--	--

지역사회 중증 정신질환 관리 서비스 공급 실태 조사

안녕하십니까?

국무총리실 소속 한국보건사회연구원과 한양대학교에서는 지역사회 중증 정신질환 관리 서비스의 공급체계 실태를 파악하여 관련 정책 수립의 기초자료로 활용하기 위하여 이번 조사를 실시하고자 합니다.

이번 조사는 지역사회에서 중증 정신질환 관리 서비스를 제공하고 있는 기관을 대상으로 실시됩니다. 응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 귀하의 모든 개인적 건강 정보 및 기타 정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별될 것입니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 또한 조사 도중에 조사의 중단을 원하시면 언제든지 조사를 중단하실 수 있습니다. 조사 중단 시 이미 조사된 귀하의 자료는 모두 파기되고 모두 응답한 자료는 일정 기간 후에는 폐기됩니다.

귀하의 응답은 정부의 올바른 정책 수립에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 조사의 질문내용에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2018년 8월

◇ 조사 수행기관: 한양대학교

◇ 조사책임자: 정진욱 연구교수

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2018년 8월 일

동의자 서명 : (인)

설문 답례를 위한 전화번호 :

종합시설

1. 귀 시설이 속한 지역은 어디에 해당됩니까?

- ☐ ① 대도시 ☐ ② 중소도시 ☐ ③ 농어촌 지역

2. 귀 시설은 어떠한 정신재활시설이 결합되어 있습니까? 해당되는 시설을 모두 표시하여 주십시오.

- ☐ ① 생활시설
☐ ② 주간재활시설
☐ ③ 공동생활가정
☐ ④ 지역사회전환시설
☐ ⑤ 직업 재활시설
☐ ⑥ 아동·청소년 정신건강 지원시설
☐ ⑦ 중독자재활시설
☐ ⑧ 생상품판매시설
☐ ⑨ 기타()

3. 귀 시설 입소 또는 이용을 하기 위해 대기하는 경우가 있습니까?

- ☐ ① 매우 많다 ☐ ② 많다 ☐ ③ 별로 없다
☐ ④ 전혀 없다

4. 귀 시설은 다른 기관과 연계를 하는 편입니까?

- ☐ ① 매우 그렇다 (4-1번으로) ☐ ② 그렇다 (4-1번으로)
☐ ③ 그렇지 않다 (5번으로) ☐ ④ 전혀 그렇지 않다(5번으로)

4-1. 주로 어디로 연계하십니까? 가장 많이 연계하는 기관을 표시해 주십시오.

- ☐ ① 정신의료기관
☐ ② 정신재활시설(다른 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)
☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) ☐ ④ 정신요양시설
☐ ⑤ 보건소 ☐ ⑥ 사회복지시설
☐ ⑦ 주민센터 ☐ ⑧ 시·군·구청
☐ ⑩ 사례 관리 요원
☐ ⑪ 기타(무엇:)

5. 귀 시설의 이용자는 주로 어떤 경로를 통해 시설을 이용하게 되었습니까? 가장 많은 경우 3가지를 표시해 주십시오.

- ☐ ① 정신의료기관 연계
☐ ② 정신재활시설(생활시설, 다른 재활훈련시설 등) 연계
☐ ③ 정신건강복지센터(기초, 광역) 연계
☐ ④ 정신요양시설 연계
☐ ⑤ 보건소 연계
☐ ⑥ 사회복지시설 연계
☐ ⑦ 주민센터 연계
☐ ⑧ 시·군·구청 연계
☐ ⑨ 경찰 또는 소방서 연계
☐ ⑩ 사례 관리 요원 연계
☐ ⑪ 본인 스스로
☐ ⑫ 가족의 의뢰
☐ ⑬ 지역주민 의뢰
☐ ⑭ 기타()

6. 귀 시설이 소재하는 인근 지역 주민을 대상으로 정신질환에 대한 이해 증진과 환자와의 친화도 제고를 위한 프로그램이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 필요하다 ☐ ② 필요하다 ☐ ③ 필요 없다
☐ ④ 전혀 필요 없다.

7. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 관할 지역 내에 정신의료 기관 및 정신재활시설이 충분하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 예 (8번으로) ☐ ② 아니요 (7-1번으로)

7-1. 가장 많이 부족하다고 생각하는 시설은 무엇입니까?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ ① 정신과 병의원 | ☐ ② 주간재활시설 |
| ☐ ③ 공동생활가정 | ☐ ④ 지역사회전환시설 |
| ☐ ⑤ 입소생활시설 | ☐ ⑥ 직업재활시설 |
| ☐ ⑦ 종합시설 | ☐ ⑧ 정신요양시설 |
| ☐ ⑨ 기타 () | |

8. 귀 시설을 종합시설로 운영함으로써 개별 시설로 운영할 경우에 비해 어떠한 장점이 있다고 생각하십니까? 자유롭게 기재해 주십시오

9. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 현재의 생활시설, 공동 생활가정, 지역전환시설 이외에 정신질환자를 단기(예: 2-3일, 1주일 등)로 보호하는 시설이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 필요하다 ☐ ② 필요 없다 ☐ ③ 잘 모르겠다

10. 최근 정부는 커뮤니티 케어를 강조하고 있습니다. 정신건강 분야에 종사하는 전문가로서 생각하시기에 지역사회에서 중증 정신질환자를 보호하고 지원하기 위해 가장 필요한 것은 무엇입니까?

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실제로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |