

# 경기도정신보건사업 현황 국가정신보건정책 현안 및 과제

이 명 수

경기도정신건강복지센터



# 경기도 정신건강증진사업의 역사

- 1988 : 강화도 정신보건사업지원
- 1993 : 연천군 지역보건사업지원(국비)
- 1996 : 경기도 정신보건사업시작
  - 수원시정신보건사업(도시형), 양평군 정신보건사업(농촌형)
- 2001 : 수원시자살예방센터 최초 개소
- 2008 : 기본형, 모델형 정신보건센터의 표준형 전환 - 31개 시,군 전역 표준형 정신보건센터, 광역형 개소
- 2011 : 35개 표준형 정신보건센터, 자살예방센터 개소(광명시)
- 2013 : 정신보건센터->정신건강증진센터로 명칭 변경
  - 자살예방센터 개소(가평군, 시흥시, 안산시, 화성시, 양평군)
- 2014 : 알코올상담센터->중독관리통합지원센터로 명칭 변경
  - 수원시통합정신건강센터 개소, 안산온마음센터 개소, 자살예방센터 개소(성남시, 여주시, 이천시)
- 2016 : 경기도 정신보건사업 20주년
- 2017 : 정신보건법 전면개정(->정신건강증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 법률)
  - 자살예방센터 추가개소(의정부시)
- 2018 : 경기도정신건강복지센터 10주년



# 경기도정신건강복지센터 연혁(1)

2008

5월, 경기도광역정신보건센터 개소(아주대학교 산학협력단)

2009

사회복지우수프로그램 우수상(경기복지미래재단)  
경기도 정신장애인 주거지원사업 계약(사랑의 열매)

2010

지역사회 정신보건발전대회 우수프로그램상(보건복지부)  
생명사랑대상(한국자살예방협회)  
생명존중 그린마을 협약(생명보험사회공헌재단)

2011

경기도 자살예방 및 생명존중 문화조성을 위한 조례  
경기도정신건강증진조례 및 자살예방TFT 구성  
경기도자살예방센터 개소(11월)  
생명사랑대상(한국자살예방협회)  
수탁기관 변경(경기도의료원)



# 경기도정신건강복지센터 연혁(2)

2012

2012 지역사회정신보건사업 우수프로그램 최우수상(보건복지부)  
수탁기관변경(명지병원)  
정신장애인 직업영역개발 협력체계 구축을 위한 업무협약  
(한국장애인고용공단 고용개발원)

2013

경기도 정신장애인 주거지원을 위한 협약(주거복지재단)  
정신건강연극제 업무협약(한국문화예술위원회)  
경기도생명사랑언론협약식(경인일보)

2014

2014 경기도 생명사랑 프로젝트, 생명사랑협의체 개최  
경기도재난심리지원센터 지정운영(소방방재청-도 안전총괄과)  
사회복지전담공무원 정신건강증진사업 추진  
아동청소년 지역협력모델사업 추진  
2014 학생정서행동특성검사 우수기관 표창(교과부)  
생명사랑 튼튼교실 프로그램 인증(보건복지부) 및 상표등록(특허청)



# 경기도정신건강복지센터 연혁(3)

2015

수탁기관변경(용인병원)  
경기도재난심리지원사업 확대  
자살수단통제 번개탄판매개선 협약(제조업체,판매처)

2016

1577-0199 콜센터 시스템 기능보강  
경기도정신보건사업 20주년 기념 행사

2017

경기도정신건강복지센터 및 자살예방센터 공간 확대 기능보강  
자살예방 프로그램 인증(보건복지부)  
\_ 생명사랑 튜튼교실 3.0(section 1), 학생자살사후중재프로그램 m-love(section 1)  
경기도 청장년 자살예방 및 증진을 위한 협약(사회적협동조합 '내일로')

2018

중증정신질환자 회복지원사업 확대  
아동청소년 자살사망자 심리부검업무 협약(한림대 자살과 학생 정신건강연구소)  
청소년 자살예방 및 생명존중문화 확산 협약(경기도청소년상담복지센터)  
경기도정신건강복지센터 10주년 / 확장이전 이사



# 경기도정신건강증진사업 비전

## 삶 그리고 회복 Life & Recovery

모든 도민의 삶이 보호받는 경기도,  
모든 정신질환자의 회복을 지향하는 경기도

### 삶 ; LIFE

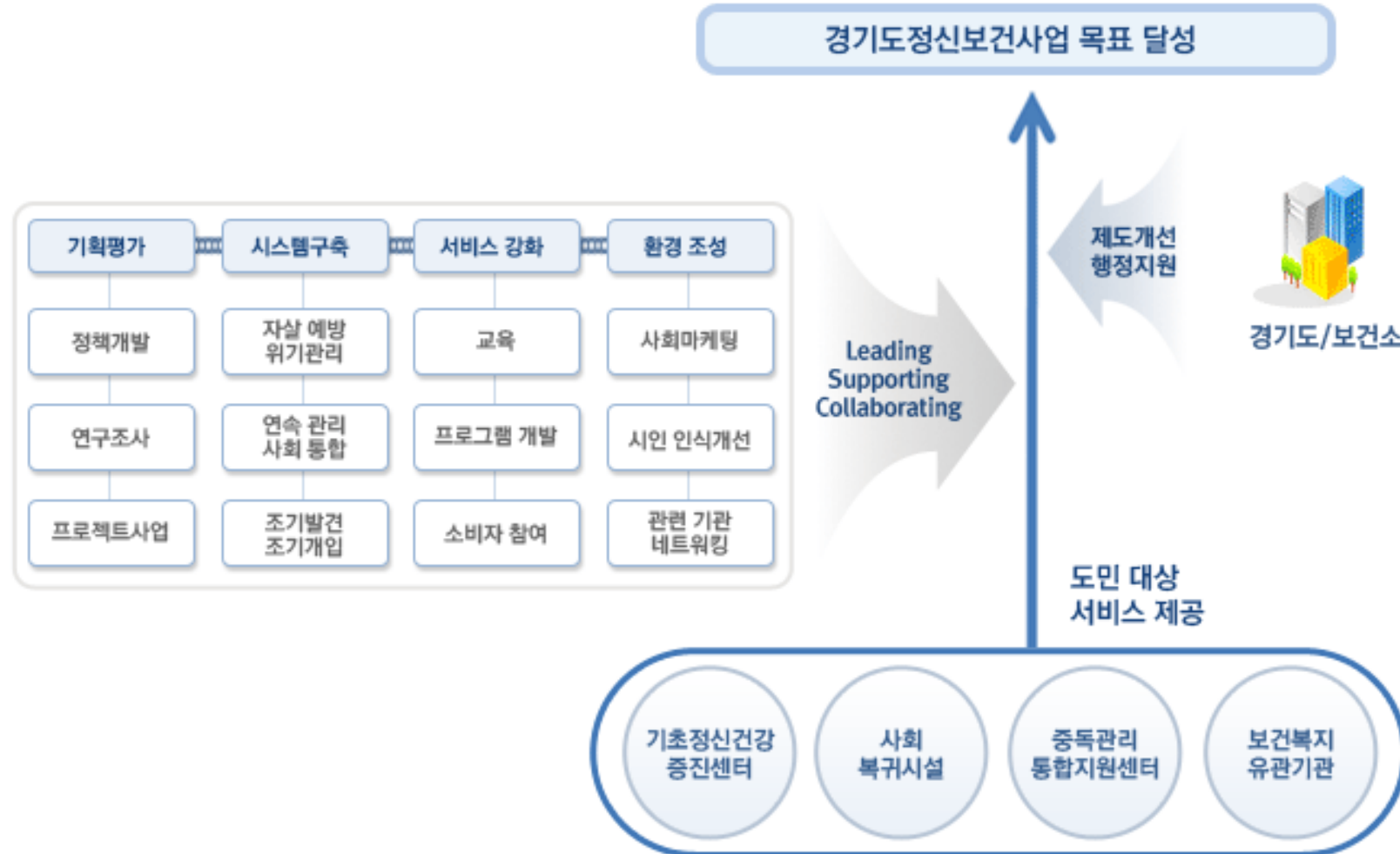
생명존중 문화조성 & 정신건강을 위한 인식개선  
생애주기별 정신건강증진과 스트레스 대응 역량 강화  
24시간 자살예방위기대응체계 강화  
서비스 분절을 극복하는 통합형 노인자살예방체계구축  
자살시도자 및 유족에 대한 근거기반 프로그램 제공  
지역 밀착형 31개 시,군 자살예방사업 지원

### 회복 ; RECOVERY

정신장애인 사회통합 촉진 사업 : 주거, 직업, 인권옹호  
아동청소년 정신건강증진 및 관리 체계 강화  
중독성 질환으로부터의 회복을 위한 관리시스템 구축  
재난 피해 최소화과 회복촉진을 위한 재난대응심리지원체계 구축

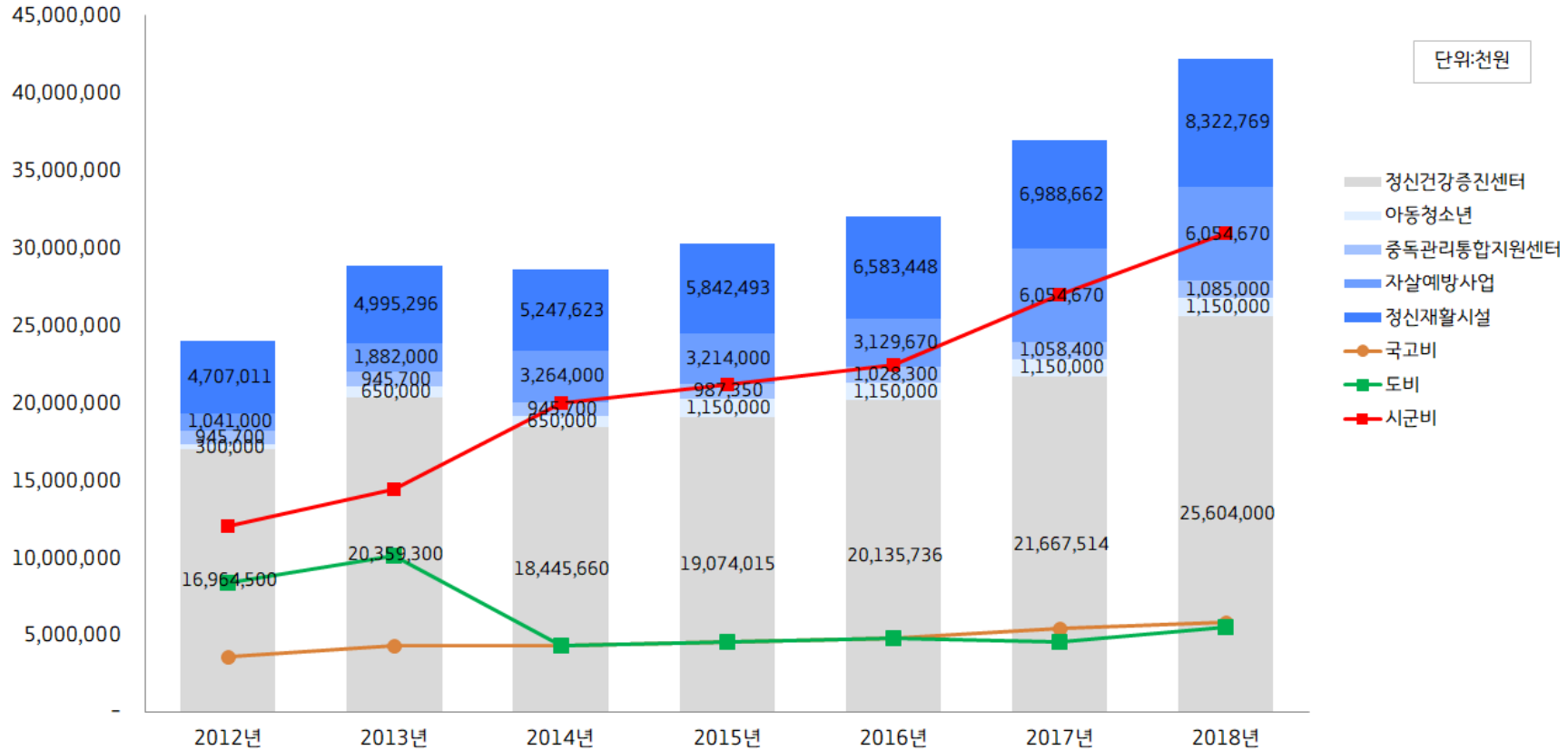


# 경기도 정신보건 성과달성 체계





# 경기도 정신보건 예산현황



## □ 경기도 정신건강증진사업 도비 분담금 추이

- 2013년 국고비:도비:시군비 = 15:35:50
- 2014년 국고비:도비:시군비 = 15:15:70 (전년 대비 도비 분담금 20% 삭감)
- 2015년 국고비:도비:시군비 = 15:15:70
- 2017년 국고비:도비:시군비 = 14.6 : 12.4 : 73
- 2018년 국고비:도비:시군비 = 13.8 : 12.94 : 73.26

중독관리통합지원센터 국비:시군비 매칭

## 정신보건사업 임상평가

- 조사시기 : 2017년 1월 ~ 4월 (2013~2016 3개년 분석)
- 조사대상 : 31개 시군 정신건강증진센터 대상자 20,441명
- 조사도구 : 1) 기능척도 GAF (General Assessment of Functioning)  
2) 증상척도 BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale:18문항)  
3) 정신건강증진센터 등록 전·후 각각 1년 동안 입원횟수 및 재원기간  
4) 등록 직전 1개월 노동 수입 및 등록 후 12개월 평균 노동 수입  
5) 등록 당시와 등록 후 24개월 비교

### 조사결과

등록당시·등록 후 12개월·24개월·36개월 간 입원횟수 비교



등록당시·등록 후 12개월·24개월·36개월 간 재원기간 비교



등록당시·등록 후 12개월·24개월·36개월 간 월 노동수입 비교



## 기획 및 자문

- 경기도정신건강복지사업지원단 정기회의 / 연 5회



## 평가 및 컨설팅

- 정신건강증진사업 우수기관 및 유공자 표창 심사
- 지역사회 정신건강 우수사례 심사
- 자치단체 합동평가 정성지표 공모사례 선정회의
- 센터 역량강화 평가 및 컨설팅
- 경기도 정신건강증진사업 인력 포상 심사
- 갈등조정위원회 운영



## 정신보건법 개정 관련 유관기관 회의 및 간담회

- 입원판정제도 시행을 위한 정신의료기관 간담회
- 정신보건법 개정에 따른 탈원화 대응방안 논의 회의
- 정신보건법 개정에 따른 중증정신질환자 대응방안 의견수렴
- 정신보건법 개정에 따른 전문가 의견수렴 회의
- 정신보건법 개정에 따른 권역별(4권역) 간담회



## General report 발간

- 2016~2017년 Gyeonggi mental health Monthly Report 발간



## 경기도 정신건강증진사업 인력 해외연수

- 경기도 정신건강증진사업 인력 해외연수 프로그램 지원 / 영국 2회



# 지역사회정신보건사업과 전달체계

- 정신장애의 정도와 심각성의 욕구수준 및 지역사회 유사기관들의 협조에 따라 중증정신장애인의 치료를 돕는 총체적이고 효과적인 관리(full range of effective mental health care)를 말함

Thornicroft & Tansella(1996)

- 정신보건전달체계란 '총체적이고 효과적인 관리'가 가능할 수 있도록 서비스 제공자와 소비자간의 합의에 기반하여 실제적인 정보와 서비스 그리고 서비스 제공의 책임성이 분명하게 이양되어질 때 비로소 작동하는 것이라고 볼 수 있음

# 전달체계

- 대상자에게 다른 기관의 서비스 정보 및 연락처 등에 대한 정보를 알려주는 것은 전달체계 내에서의 연계업무를 수행하는데 필요충분조건이 되지 못함. 단순 정보전달의 의미에 불과
- '전달'되었다는 의미는 다른 기관의 서비스 제공자에게 대상자의 정보가 분명히 전달되는 것을 기본으로 서비스의 일차적 책임성(accountability)이 이관 또는 공유되는 것을 의미함

# 전달체계를 통해 이루어내야 하는 것

- 현 상황에서 최선의 서비스 제공이 가능한 곳에서 서비스를 받을 수 있게 하는 것
- 대상자의 needs를 최대한 반영할 수 있는 곳에서 서비스를 제공하는 것
- 우리나라의 현실적 상황을 고려하여 가장 '적절한' 장소에서 서비스를 받을 수 있게 하는 것

# 현실적 상황

- 부족한 인프라와 낮은 접근성
- 제한된 선택지, 서비스 다양성의 부족
- 여전히 높은 보호의무자의 책임과 권한
  - 서비스 선택에 있어 보호자의 needs가 우선 반영되는 경향성 존재

	지금까지 (AS-IS)	앞으로 (TO-BE)
정신건강증진	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중증 정신질환자 관리 중심</li> <li>• 정신건강증진 사업의 구체성 부족</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국민 정신건강 증진 서비스 제공</li> <li>• 생애주기별 조기발견·개입 지원</li> </ul>
중증정신질환관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초발·급성 환자의 만성화</li> <li>• 의료기관 입원 위주의 관리</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초기 집중 치료로 만성화 방지</li> <li>• 지역사회 통합으로 삶의 질 향상</li> </ul>
중독관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중독에 관대한 문화</li> <li>• 부처별 분절적 중독예방·관리</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중독의 적극적 예방</li> <li>• 범부처 중독예방·관리</li> </ul>
자살예방	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건의료중심 자살예방 정책</li> <li>• <u>위험군</u> 대상 제한적 자살예방</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건·복지·사회·문화 등 통합적 자살예방</li> </ul>

정책목표	전략 (12)	정책과제 (32)
I. 국민 정신건강 증진	1. 인식개선을 통한 정신건강 서비스 이용 제고	1-1. 정신건강증진 서비스 접근성 제고 1-2. 정신건강에 대한 국민 관심 제고 1-3. 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선
	2. 정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화	2-1. 우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화 2-2. 스트레스 고위험군 집중관리 지원 2-3. 재난 피해자 등 위기심리지원 강화
	3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축	3-1. 영유아 정신건강 지원 3-2. 아동·청소년 정신건강 지원 3-3. 청·장년 정신건강 지원 3-4. 노인 정신건강 지원
II. 중증정신질환자 지역사회 통합	1. 조기 집중 치료로 만성화 방지	1-1. 건강보험 및 의료급여 수가체계 개선 1-2. 초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발
	2. 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상	2-1. 지역사회 지원체계 구축 2-2. 사회복귀시설 확충 및 내실화 2-3. 정신의료기관 및 정신요양시설 기능 재정립 및 역량 강화
	3. 정신질환자 인권강화	3-1. 정신의료기관 입·퇴원 제도개선 3-2. 정신질환자의 자기결정권 강화 3-3. 정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화
III. 중독으로 인한 건강저해 및 사회적 피해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성	1-1. 중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선 1-2. 중독 위험환경 개선
	2. 중독문제 조기선별·개입체계 구축	2-1. 대상별 중독 선별체계 강화 2-2. 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공
	3. 중독자 치료회복 지원 강화	3-1. 치료서비스 접근성 강화 3-2. 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련
IV. 자살위험 없는 안전한 사회구현	1. 전사회적 자살예방 환경 조성	1-1. 사회적 인식 개선 1-2. 자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련 1-3. 자살 위험환경 개선
	2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공	2-1. 생애주기별 자살예방 대책 추진 2-2. 자살 고위험군 예방체계 강화 2-3. 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련
	3. 자살예방정책 추진기반 강화	3-1. 자살예방 관련 교육 강화 3-2. 근거기반 자살예방 연구체계 마련

## 건강보험 의료급여

### 정신의료기관 (입원)

- 저수가, 장기 재원
- 의료급여에 대한 차별
- 낮은 인력 기준

### 낮병원

- 저수가
- 비활성화

### 외래

- 퇴원 후 낮은 연계율
- 치료 중단에 따른 재발

*fragmentation of service  
: trans-institutionalization*

*conflict, level of service  
undifferentiated service  
: medical vs welfare*

## 건강증진기금

### 주거 서비스

- 인프라 부족
- 편중된 지역 분포
- 주거 전달체계 부재

### CMHC, 사례관리

- 높은 사례 부담, 낮은 서비스 강도
- Brokering 모형에 치중
- 보편성, 접근성 확보 어려움

### 정신재활기관

- 인프라 부족
- 부족한 서비스 다양성
- 지역별 편차 심화

건강보험  
의료급여

정신의료기관  
(입원)

- 저수가, 장기 재원
- 의료급여에 대한 차별
- 낮은 인력 기준

낮병원

- 저수가
- 비활성화

외래

- 퇴원 후 낮은 연계율
- 치료 중단에 따른 재발
- 긴 DUP

의료급여 행위별  
수가제 전환

보건복지부 대책  
- 동네의원 역량  
강화

fragmentation of service  
: trans-institutionalization

conflict, level of service  
undifferentiated service  
: medical vs welfare

건강증진기금

주거 서비스

- 인프라 부족
- 편중된 지역 분포
- 주거 전달체계 부재

CMHC, 사례관리

- 높은 사례 부담, 낮은 서비스 강도
- Brokering 모형에 치중
- 보편성, 접근성 확보 어려움

정신재활기관

- 인프라 부족
- 부족한 서비스 다양성
- 지역별 편차 심화

서울시 주거전달체계  
경기도 주거전달체계  
- 주거전환시설 설치  
- 독립주거확보 시도

추경예산확보에 따른  
센터 사례관리인력충원  
- 부족한 재정지원  
- 경력직 채용 어려움

새 정부 국정계획  
- 사회서비스 공단

건강보험  
의료급여

건강증진기금

정신의료기관  
(입원)

- 의료급여 행위별수가
- 급성/만성 병동 수가
- 입원관리료 상향조정
- 인력기준 강화

병원기반 사례관리

- 대상 기준 선정
- 서비스 기간 : 3,6개월
- 연계 인센티브
  - 지역사회서비스
  - 원거리 지역의 외래

주거 서비스

- 주거 전달 headquarter 설치
  - 광역센터에 팀으로 설치
- 주거전환시설 설치
- 훈련형, 독립형 주거시설확보

낮병원

- 수가 개선
- 인력기준 정비

• 지역 연계율 향상

사회서비스  
공단 !!

CMHC, 사례관리

집중사례관리팀

- 인구 규모에 따른 설치
- 다학제 팀
- 임상적 기능 강화

- 복지적(?) 관점의 기본사례관리
- 집중사례관리와의 연결
- 공공성, 보편성 확보

• 지속 치료율 향상

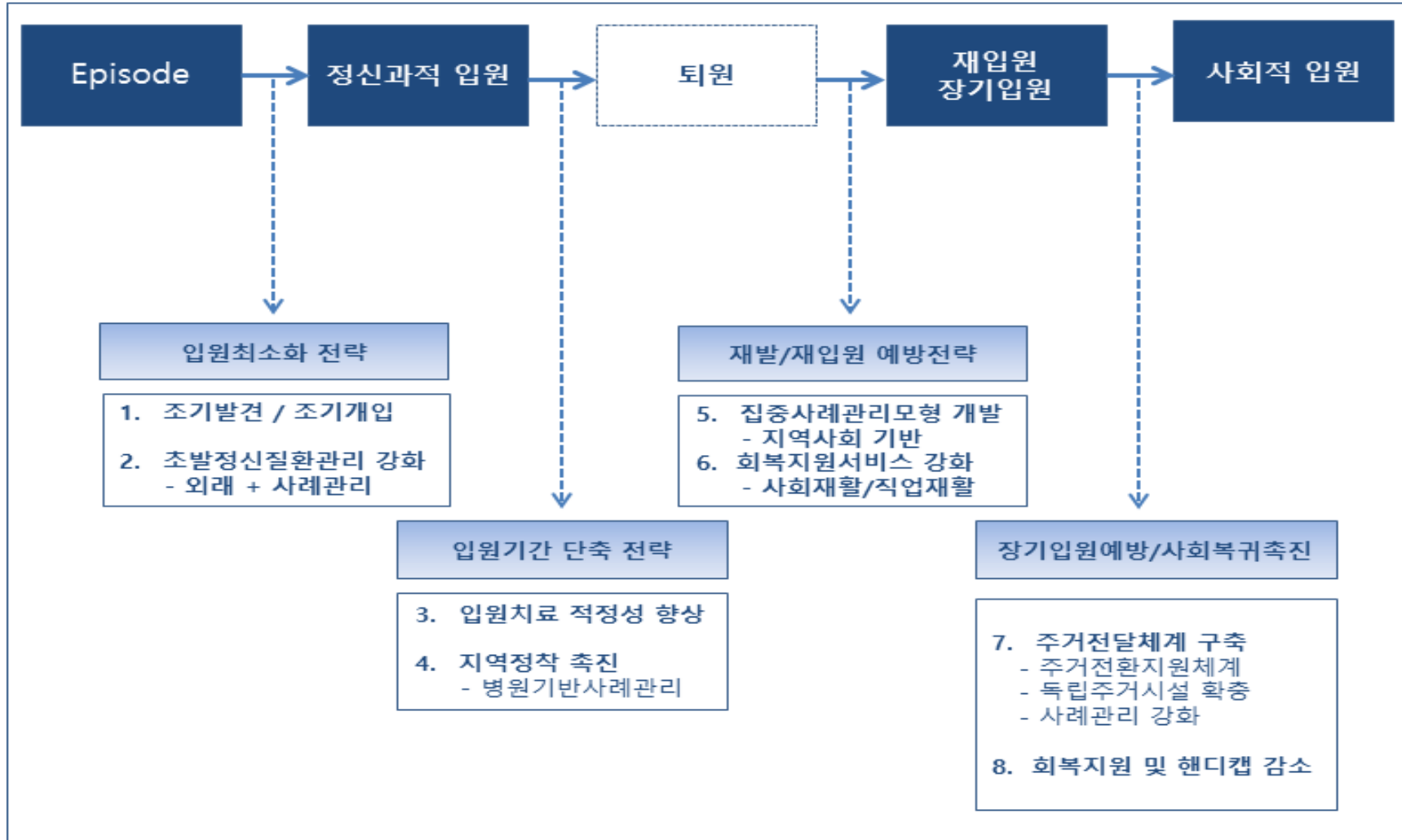
외래

• 지역 서비스 참여 활성화

정신재활기관

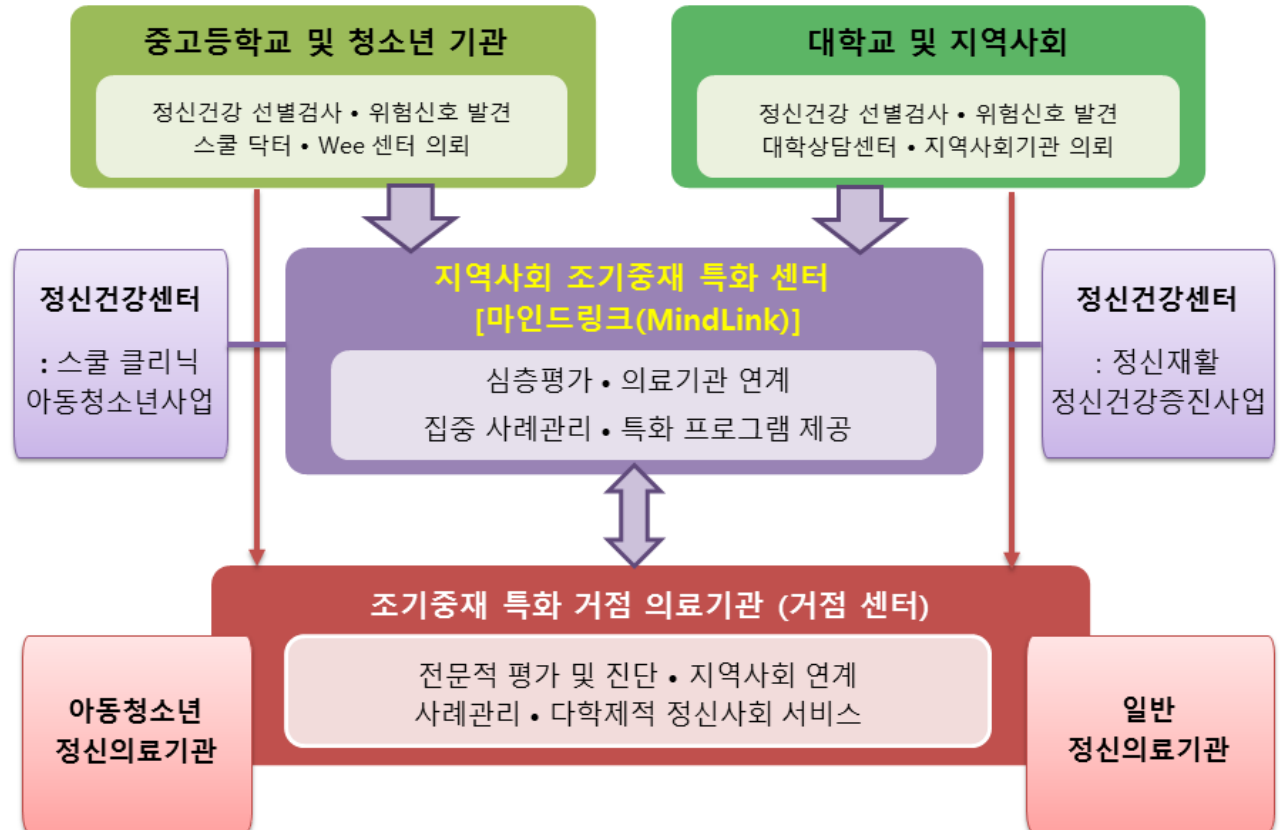
- 재활기관설치 활성화를 위한 장애제거
- 공공직접투자 모형 개발
- 직업재활, 장애인고용활성화 영역 강화

# 정책 Frame : 4개 전략 영역, 8개 세부과제



# 입원최소화 전략 1. 조기발견/조기개입

- ◆ 지역사회-학교-정신보건기관-의료기관을 연계하는 조기중재체계 구축
  - 정신증 미치료기간(DUP) 단축



# 입원최소화 전략 2. 초발정신질환관리 강화

## 1) 거점의료기관에 조기중재 특화센터 지정

- 심혈관센터, 외상센터, 응급의료센터, 암센터 등과 유사한 개념
- 자살시도자 사후중재사업체계와도 유사
  - 응급실에 사례관리자를 배치하고 정신과-응급의학과 협력팀을 구성해서 내원한 자살시도자에 대한 사후관리체계를 운영하는 프로젝트
  - 빅데이터 분석을 통해 사례관리대상자의 사망률이 비등록대상자보다 1/3 수준으로 나타나는 등의 효과검증을 통해 현재 40여 개 의료기관으로 확장

## 2) 정신의료기관 정신사회 중재서비스 개발 및 제도화

- 4번 과제인 의료기관 기반 사례관리와 동일한 개념이나 청년 초발정신질환자에 대한 가산수가적용을 통하여 질환 만성화 예방을 좀 더 강화하는 방안

# 입원기간 단축전략 3. 입원치료적정성 향상

## 1) 정신의료기관 인력 기준 적정화

- 단계별 인력기준 상향 조정, 궁극적으로는 의료법 기준을 목표로 함
- 적정 수가로의 조정 작업 선행 필요

## 2) 건강보험과 의료급여의 이분법 해소

- 기존의 차별적 조치에 대한 적극적 평등실현조치 구현
- 입원치료에 대한 행위별 수가제 도입
- 정액제로 유지하는 경우, 난이도 및 연령 특성 등을 반영한 가중치 적용이 필요하며, 건강보험의 수준에 맞추어야 함

# 미국 일당정액제도에서의 조정요소 (가중치) [2015년 기준] : 기준수가에 아래 요소를 반영해서 계산

1. 지역적 요소 (임금, 물가 등 차이): 지방은 1.17 가산 (117%)

2. 환자의 질환에 따라 : 0.88 ~ 1.22 가감산 (88%~122%)

3. 환자의 나이에 따라 : 1.00 ~ 1.17 가산 (100%~117%)

4. 복합상병 여부 : 1.03 ~ 1.13 가산 (103%~113%)

5. 재원기간 : 0.92 ~ 1.19 가감산 (92%~119%)

6. 기타 의료기관의 수련여부, 응급실여부 등에 따라 가산

- 3) 간호간병 통합서비스에 준하는 입원관리료 현실화
- 기존 타과와의 입원 관리료의 차이가 없는 것은 역차별적 요소
  - 간호간병 통합서비스에 대한 수가 도입
  - 간호인력 탄력 근무제 도입
- 4) 중증정신질환 **초진자** 대상 수가 인센티브제 도입
- 입원 기간 및 외래치료 유지 상태에 대한 **가산수가제** 도입

## 정신질환 의료급여 정액수가 제도에 관한 인식

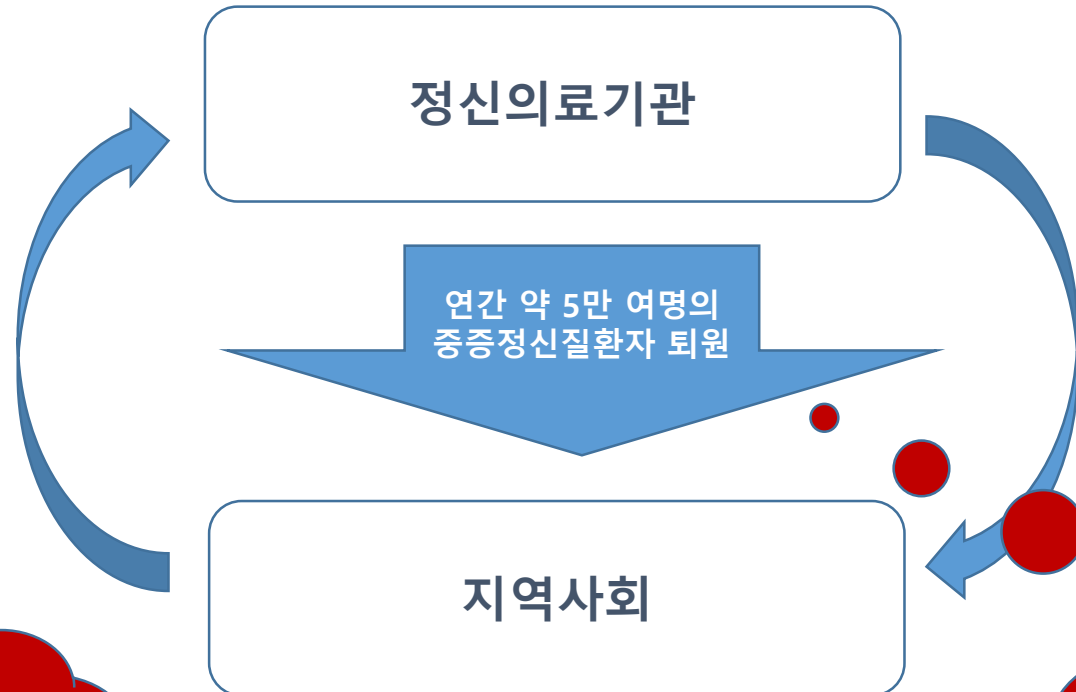
정액수가제 운영 관련 (2015년 10월 김재원의원 국감질의에 대한 답변내용)

- **정신과 입원서비스는 비교적 정형화 되고 비용발생의 변이가 적어 대부분의 외국에서는 일당 정액수가제 또는 포괄수가제로 정신과 입원서비스를 보상하고 있고, 우리나라도 일당 정액수가제 운영**
  - 미국과 일본에서는 우리나라와 같이 일당 정액수가제로 보상하고 있고 영국과 호주는 활동에 기반한 포괄수가제를 운영함
    - \* 미국 : 환자특성(진단, 연령, 자원일수, 동반상병 등)과 시설특성(수련병원, 응급시설 구비 등)을 보정하여 차등수가제 적용
    - \* 일본 : 간호배치, 정규간호사 비율, 자원일수 등에 따라 차등수가제 적용
    - \* 호주 : 질병유형(급성입원, 응급진료, 아급성기 입원진료)에 따라 질병분류를 달리하여 보상함
    - \* 한국 : 정신과의사, 간호사, 정신보건전문요원 등 인력확보수준에 따라 차등수가 적용

**제도가 같다는 이유로 환자들의 의료서비스 정도가 같을 것이라는 전제는 큰 문제가 있음.**

=> 엄청난 수가 수준의 차이는 감안하지 않는가??

# 입원기간 단축전략 4. 병원기반 사례관리



- 30일 이내 재입원률 : 40%
- 횡수용화적 요소
- 퇴원 이후 초기관리강화를 통한 재입원 예방 필요

- 30일 이내 외래방문률 : 65% (-35%)
- 퇴원 초기 치료유지율 향상 필요
- 퇴원환자의 센터 등록률 : 5%

-Unmet need에 대한 센터 인력확충의 한계

- 사회서비스 공단 정책 논의 중

- 총 등록대상자 규모 : 약 9만 여명
- CMHC : 75,000 여명 (중증포함 모든 정신질환)
- 정신재활시설 : 7,000 여명
- 낮병원 : 1,700 여명

• 이미 높은 사례부담, full capacity

- 연간 약 2만 여명의 재입원 또는 초기 외래치료탈락 대상자를 위한 새로운 개입 체계 필요

- 병원 → 지역사회를 위한 bridging 기전 확보 필요

## 1) 대상과 목적의 차별성

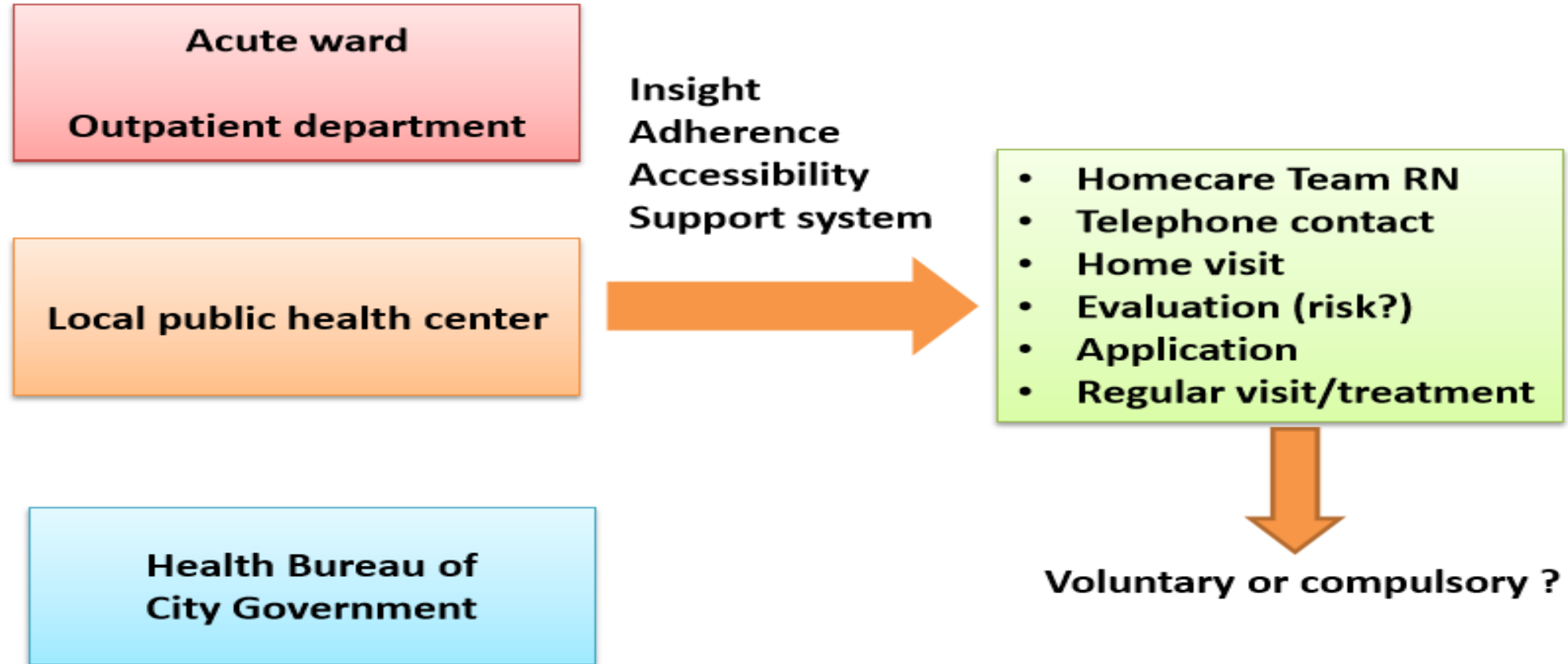
- 퇴원하는 중증정신질환자
  - 그 중 특히 입퇴원을 반복하는 대상자, 외래 또는 지역서비스 연계 동이가 불분명한 대상자
- 3개월 또는 6개월 이내의 단기 서비스
- 지역사회의 안정적 정착을 목표로 함
  - 외래 유지 및 지역사회관리서비스 등록
- 서비스 제공자 - 정신의료기관 소속의 전문사례관리자, 주치의사
- 기존 정신건강센터 사례관리와 서비스 중복 없으며, 센터 연계율 향상을 목표로 함

## 2) 국내외 사례

- 대만의 home care – 대만의 경우 별도의 funding source
- 호주의 intensive transition team
- 우리나라의 가정간호제도

## 3) 수가개발 및 시범모델을 통한 시뮬레이션 → 일반화

# Taiwan, Homecare team



# Taiwan Home Care Service



# 재발/재입원 예방전략 5. 집중사례관리 모형개발

## ◆ 방향성

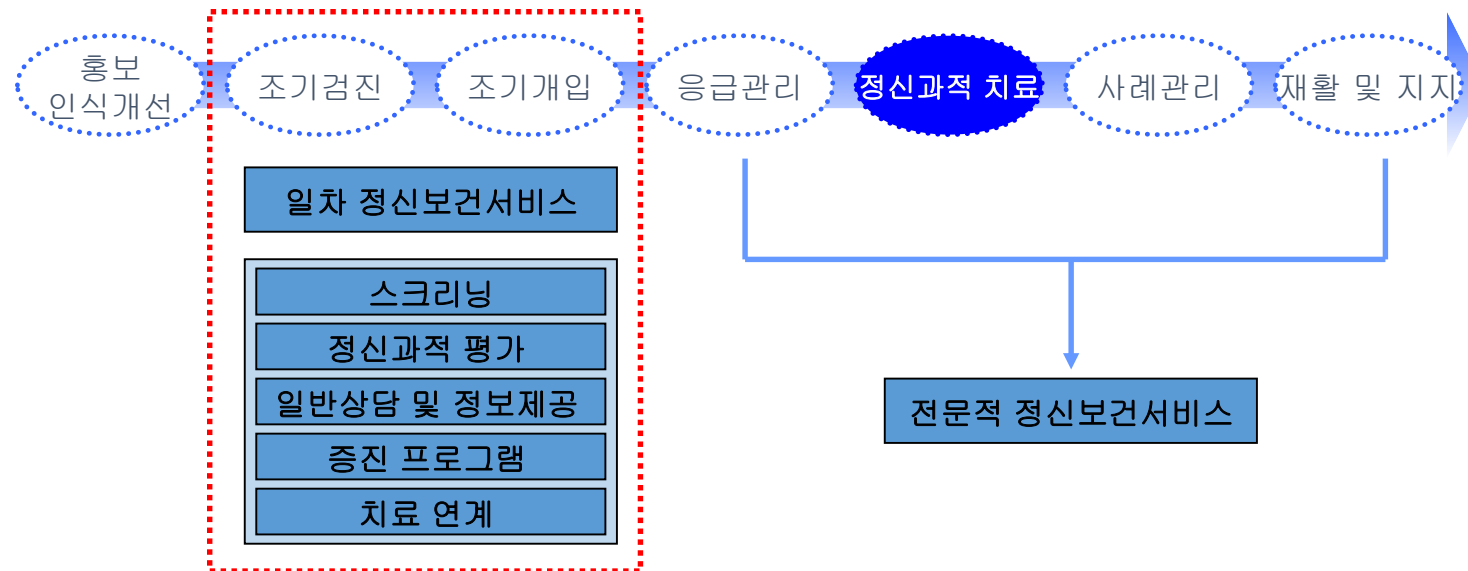
- 사례관리대상군은 다양함
  - 복지적 관점으로 귀결되어가는 지역 사례관리서비스 모형에 대한 재검토가 필요
- 정신건강의학과 전문의가 필요 서비스 영역에 충분히 참여할 수 있는 기전 마련이 중요
  - 한 지역의 한 명(센터장)이 참여하는 구조가 아닌 지역사회 문제의 크기에 따라 복수의 자원이 충분히 참여할 수 있는 구조가 되는 것이 바람직
- 공공서비스는 보편성과 접근성의 문제를 해결해야 함
  - First come, First service의 관점이 되어서는 안됨
  - 인구에 따른 사례관리팀의 배치 계획 수립

## ◆ 필요성

- 법 개정 이후 증상군의 퇴원 가능성 높아짐
- 외래치료명령제 등의 시행 책임성이 센터와 보건소에 부과되어 있음
- 재발 및 재입원 예방은 적극적 의미의 탈수용화
- 주 대상
  - 1) 잦은 정신의료기관 입원서비스 이용 대상자
  - 2) 자해 및 타해의 위험성이 있는 대상자, 잠재적 응급 또는 행정입원 대상자
  - 3) 지역사회 불안정한 만성정신질환자
  - 4) 외래치료명령제 의뢰 대상자
  - 5) 병원 기반 사례관리 종료 후에도 집중적 care가 필요하다고 판단되는 대상자
  - 6) 초발정신질환자
    - 특화된 초발정신질환 관리프로그램과 연동되는 보편적 관리체계

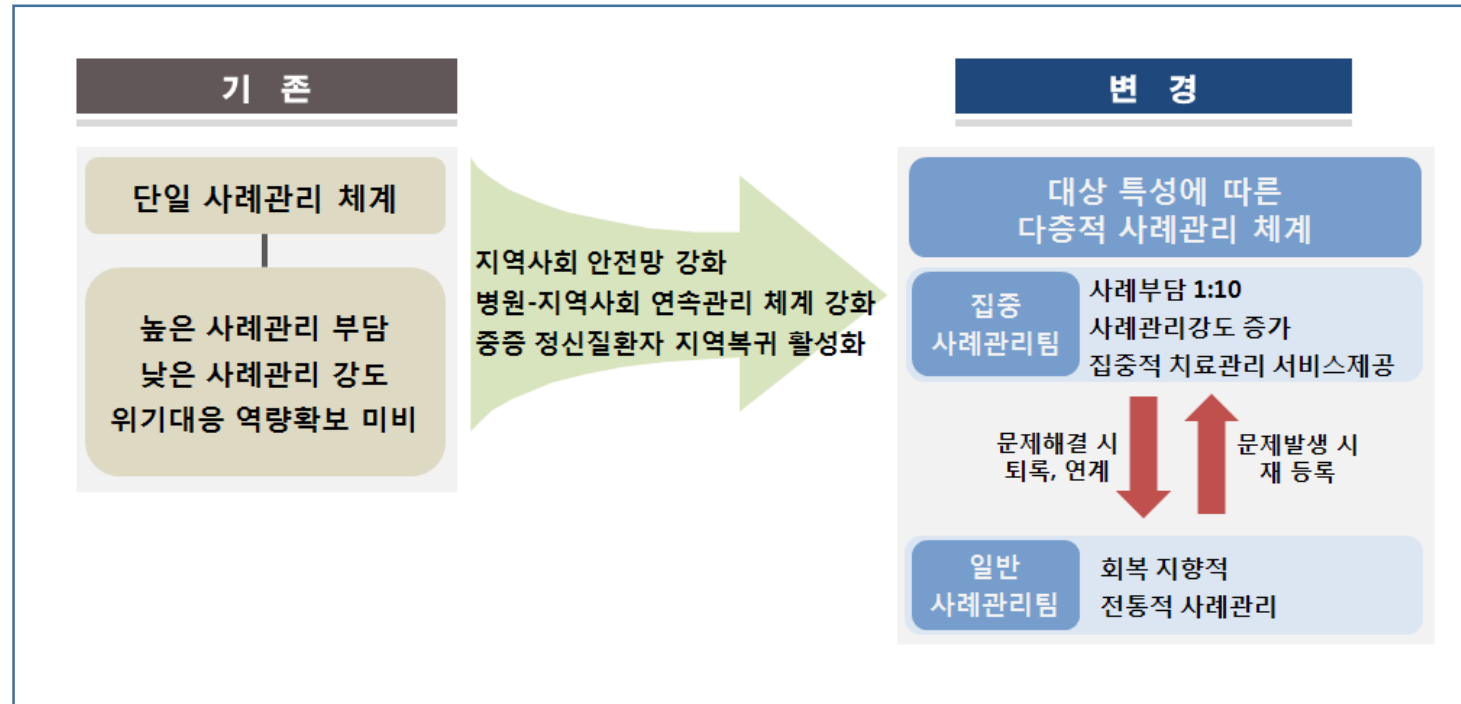
# 정신건강복지센터

- 중증정신질환자에 대한 **전문적 사례관리 서비스** 제공기관
- 아동청소년 및 성인, 노인기 고유병 정신질환, 자살예방 등에 대한 **일차정신보건서비스** 제공 기관
  - 조기발견 / 초기평가 및 초기개입
  - 치료 및 복지서비스 연계
  - 지속관리를 위한 보건복지 통합서비스 네트워크 구축



# 1) 기존 CMHC에 집중사례관리팀 추가 배치

- 등록대상군의 차별화
- 서비스 강도 및 등퇴록 기간의 명료화
- 기본사례관리서비스와의 연계 및 호환성 확보

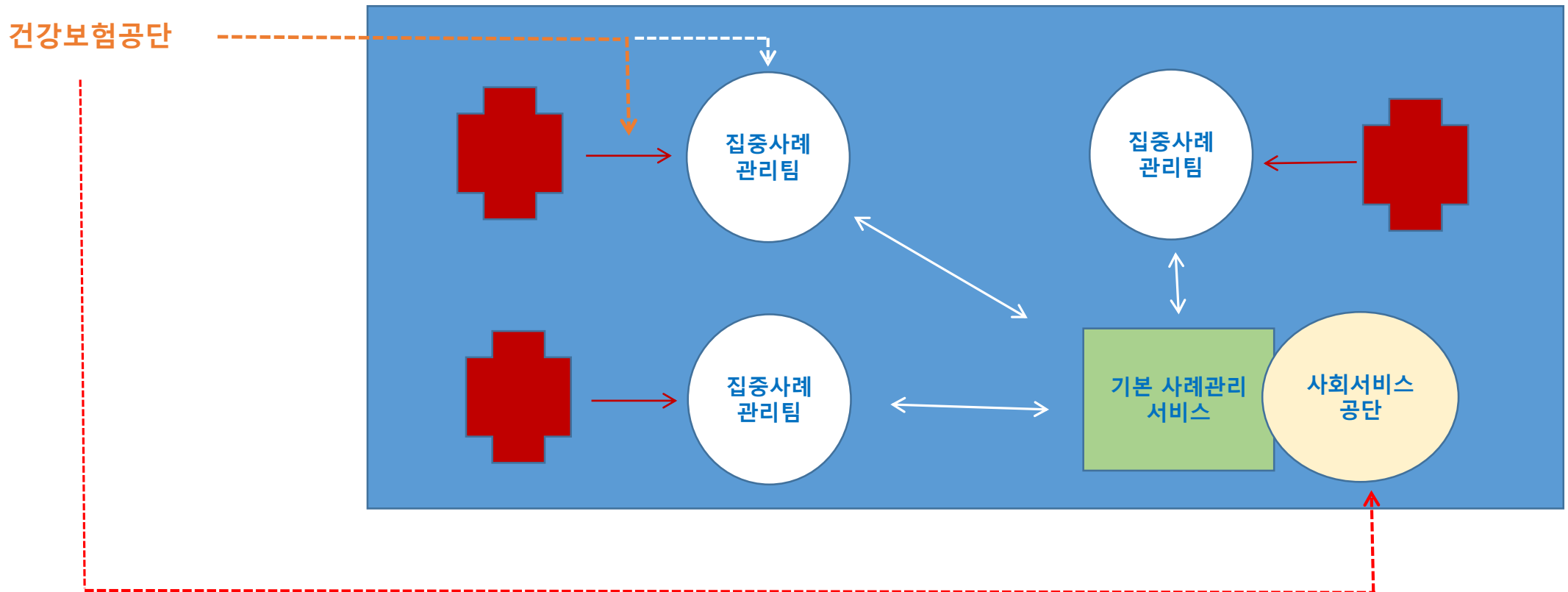


- 한계점 : 기재부를 통한 별도의 추가 예산확보의 어려움
  - 법 개정 이후 가장 탄력을 받고 있는 현 시점에서도 추경예산을 통한 추가확보 수준은 미미
  - 경력 전문요원 고용의 어려움, 수요대비 절대 인력의 수도 부족

## 2) 별도의 집중사례관리 팀 설치 : 보편성, 접근성의 해결을 전제

- 인구 2-30만 당 다학제 집중사례관리팀 설치 의무화
- 복수의 정신건강의학과 전문의 참여 모형
- 건강보험공단 재정지원과 정부보조금 지원체계의 결합

ex) 인구 60만 지역사회 또는 넓은 면적의 지역사회의 예



# 재발/재입원 예방전략 6. 회복지원서비스 강화

- 보건복지부의 종합대책(2012, 2016)을 얼마나 적극적으로 시행하는가에 달려있음
- 주거시설과 달리 재정투입책임을 중앙환원하기 어려움
- 지자체의 적극적인 의지가 가장 큰 변수
  - 서울시를 제외하면 광역시도 뿐 아니라 시군구의 정책의지도 필수 조건
- 사회서비스 공단 논의체계 안에 센터와 더불어 정신재활시설이 포함되어 있는지는 미지수 : pure 복지서비스는 복지재정을 최대한 활용

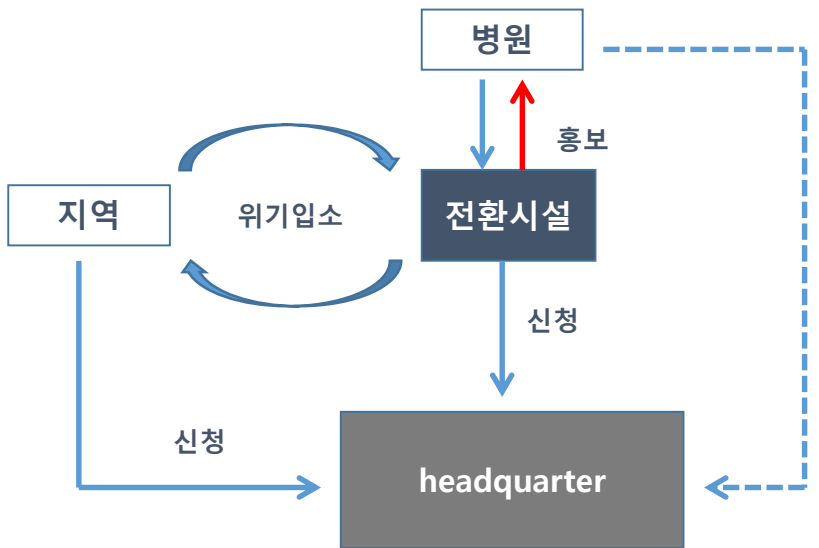
# 장기입원예방/사회복귀촉진 7. 주거전달체계 구축

- 1) 입소생활시설 재정 투입 책임성을 중앙으로 환원
  - 정신요양원의 사례 참조
- 2) 시도 광역 단위의 주거전환시설 설치 : 광역 시도 예산 투입
  - 서울시 4개소 설치 운영 중 (2005 ~)
  - 경기도 2개소 설치 예정 (2018)
- 3) 광역정신건강센터에 주거전달체계 headquarter 설치
- 4) LH 또는 SH 공사 협력을 통한 주거 확보
  - 다양한 유형의 주거 서비스 디자인 (훈련형, 독립형, 영구형)
  - 지역 사례관리서비스와의 공조가 필수 : 기본적, 복지적 관점의 사례관리
    - 주거시설 퇴소 6개월 이후 lost 비율이 약 50%에 이르고 있음  
(서울시정신건강증진센터, 2012)

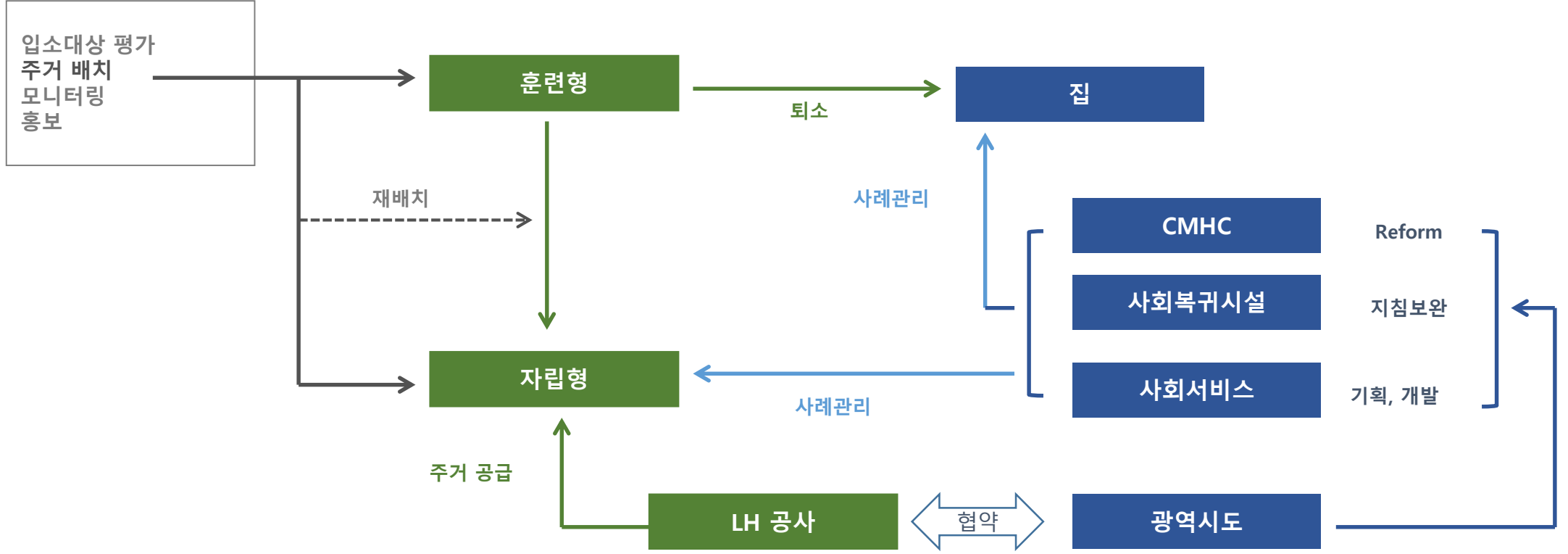
# 장기재원환자 보호자의 정책 순응도

주거서비스의 충분한 확보 없이는 장기재원환자의 탈수용화는 매우 어려움  
 - 보호의무자 요인을 극복하기가 어려움

Do you willingly consider your patient's discharge if government provide or choose following political alternatives to hospitalization?		
Political Alternatives	Yes (%)	No (%)
<u>Free residential facility</u>	49.2	50.8
Financial support if care-giver live with their patient	32.8	67.2
Discharge order from MHRB	36.4	63.6
<i>if the patient was discharged by MHRB, what would you do?</i>		
<i>maintain outpatient treatment</i>		23.5
<i>transfer to other mental hospital</i>		50.0
<i>send them to residential facility</i>		17.7
<i>etc</i>		8.8
Transfer to public hospital in severe cases	61.1	38.9
Free day care program	32.3	67.7



## 주거서비스 전달체계 Mental Health Residential Service System



# 장기입원예방/사회복귀촉진

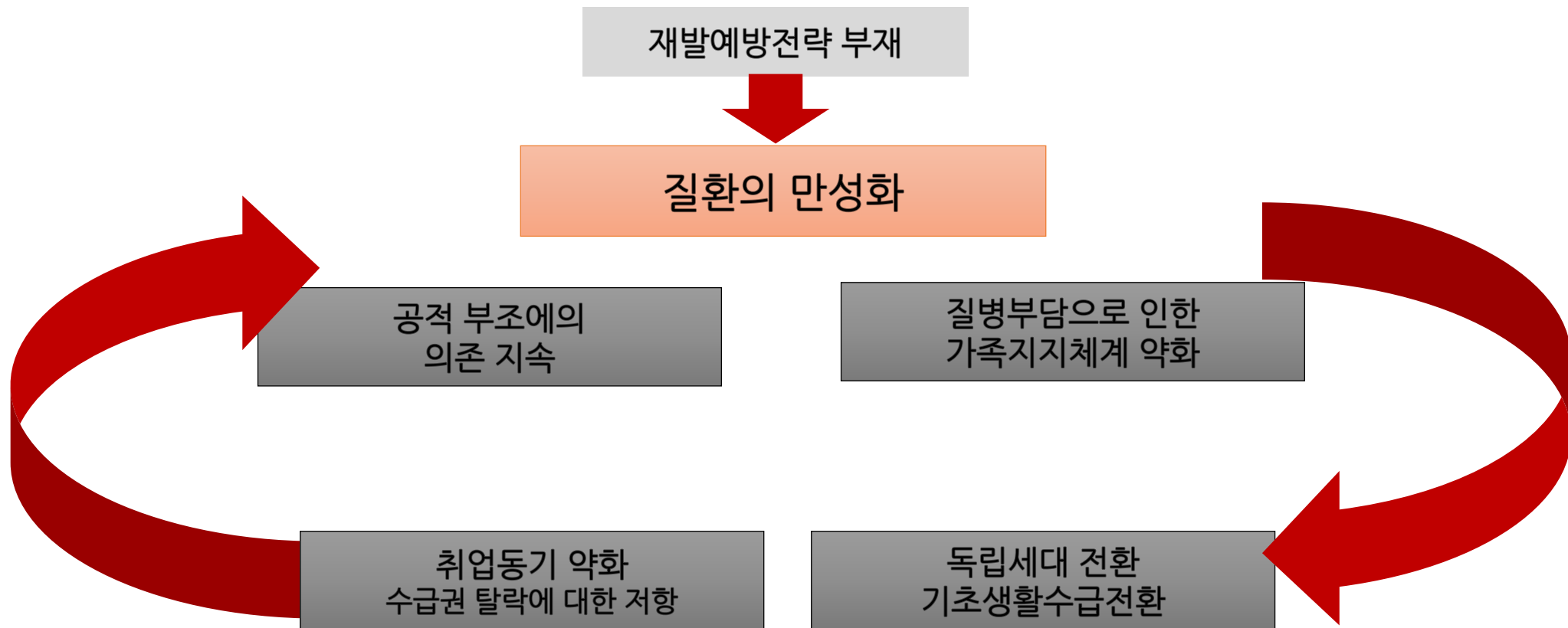
## 8. 회복지원 및 핸디캡 감소

### ◆ 계층하락

- 초발 입원 당시 건강보험이었던 대상자 중 65.8%에서 3년 안에 의료급여로 의료보장형태가 변경
  - 변화되는 평균 기간은 301일로 초발 입원 이후 1년 이내에 의료급여로 계층하락이 이루어지는 경향성 발견 (국가인권위원회, 2008)
- 정신장애인 가구의 기초생활 수급 비율 : 53.2%
  - 장애인 중에서도 경제적으로 가장 빈곤하다는 근거
  - 최저 생계비 기준, 정신장애인 가구의 빈곤률은 42.1%로 전체 장애인 가구의 빈곤률 29.9%에 비해 높게 나타나고 있음  
(장애인실태조사, 2011)

# 악순환의 고리: Vicious cycle

- 조현병에 대한 의료비 지출 증가, 일자리 상실(또는 취업장애), 소득 감소, 가족해체



# 중증정신장애 취업지원제도의 한계

- 장애진단 현장에서의 모순
  - 장애인고용촉진공단 지원 대상이 되기 어려운 현실
  - 중증 정신장애인의 취업은 가능한가?
  - 장애등급과 관련한 임상 현장의 갈등
    - 외부 정책적 요인에 의한 전문가 집단의 전문성과 윤리성에 타격
- **경증정신장애 도입 검토 필요**
  - 일할 수 있는 정신질환자의 기회 보장
    - 사회적 부담으로서의 정신질환자 → 생산적 사회구성원으로서의 정신장애인
  - 장애등록과 관련한 전문가적 소견과 정책방향성과의 합치를 통해 불필요한 갈등 요소를 최소화하고 전문가 집단의 정책 순응도 향상