

서울특별시
서울시정신건강증진센터

Seoul Mental Health Center

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서

2 0 1 2

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서

연구자

연구책임자	이명수 서울시정신건강증진센터장
연구원	김경애 김진형 임희영 박정숙 서울시정신건강증진센터 연구지원팀

● 제1장. 서론

1. 연구배경 및 필요성	4
2. 연구목적	5
3. 연구체계	6
4. 연구방법	7

● 제2장. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 과정 및 분석

1. 문헌조사	9
2. 현장방문 인터뷰	12
3. 델파이 조사	13
4. 전문가 간담회	16

● 제3장. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안) 개요

1. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안) 구성요소	18
2. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안)의 특성 및 시사점	22

● 제4장. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 적용가능성 검증

1. 전문가 자문회의	23
2. 지역사회 정신보건기관 간 합의	24
3. 정신건강증진센터 신규입사자 이해도 조사	26

● 제5장. 결론 및 제언

● 참고문헌

● 부록. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안) : 중증정신질환자에 대한 통합적 서비스 전달체계 관점

33

● 표 목차

〈표 1〉 델파이 전문가 구성	8
〈표 2〉 중증정신질환 사례관리 관리구분	12
〈표 3〉 사례관리 등록에 대한 변화 필요도 및 등록대상	14
〈표 4〉 사례관리서비스 강도	14
〈표 5〉 사례관리서비스 총량	15
〈표 6〉 인접서비스와의 접점(interface)	15
〈표 7〉 중증정신질환 사례관리 퇴록 대상	16
〈표 8〉 분류체계(TRIAGE)의 이해도, 타당도, 적용가능성	24
〈표 9〉 사례관리서비스 그룹별 이해도	25
〈표 10〉 사례관리서비스 그룹별 서비스 강도(기간) 동의여부	25
〈표 11〉 연계지침의 이해도, 타당도, 적용가능성	26
〈표 12〉 사례관리서비스 체계도, 분류체계 및 평가항목 이해도	27
〈표 13〉 사례관리서비스 그룹에 대한 이해도	27

● 그림 목차

〈그림 1〉 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구 추진체계	6
〈그림 2〉 서울시 지역사회 중증정신질환 사례관리 체계	19
〈그림 3〉 분류체계(TRIAGE) 흐름도	19

제1장 서론

1. 연구배경 및 필요성

가. 정신건강증진센터의 공공관리 책임성 강화

정신건강 부분의 대표적 지표 중 하나인 자살사망률의 경우 2011년 인구 10만 명당 31.7명으로 OECD 국가 중 1위를 차지하고 있으며, 알코올 남용 및 의존의 경우 약 20% 정도로 미국, 일본 등의 선진국과 비교해볼 때 높은 수준이다(정인원, 2005). 2005년에 진행된 한국인의 사망원인 및 질병부담 연구에 따르면, 사망원인으로는 자살 4위, 질병부담에서는 우울증 6위, 정신분열병 9위로 나타났다(배상수, 2005; 이영문, 2012 재인용). 이렇듯 우리나라 국민의 정신건강 문제가 심각함을 알 수 있다.

그러나 주요 선진국과 달리 우리나라의 경우 주요 정신질환에 이환되어도 정신보건서비스를 이용하는 비율은 낮은 것으로 나타났다. 외국의 경우 우울증 치료율이 44%인데 비하여 우리나라는 23% 수준으로 정신질환 치료율 및 적정치료 유지율이 다른 선진국에 비해 매우 낮게 나타나고 있어 정책적 개입의 필요성이 증대되고 있다(조맹제 외, 2007). 따라서 국민의 정신건강 수준을 개선하기 위한 정신건강증진 서비스의 필요성이 증가함에 따라 지역정신보건사업 또한 소아청소년, 우울, 자살예방 등으로 서비스 영역이 점차 확대되어가고 있는 실정이다.

더불어 2008년 개정된 정신보건법에서는 장기입원 예방과 지역사회복귀 활성화를 위해 정신보건심판위원회를 시군구 단위로 이양하고, 외래치료명령제를 도입하는 등 중증정신질환자에 대한 공공의 관리책임을 강화하고 있음을 보여주고 있다. 결과적으로 투입은 부족한 반면, 관련 서비스는 지속적으로 확대되고 있어 이에 대한 적절한 접점 설정이 필요한 시점이다.

나. 높은 사례관리부담

2011 중앙정신보건사업지원단 보고서에 따르면, 우리나라 인구 1만 명당 지역사회 정신보건사업에 등록되어 있는 대상자는 12.9명이다. 이 중 서울시는 16.5명으로 16개 시도 중 4번째로 높은 등록률을 보이고 있으며, 총 등록자 중 정신건강증진센터에 등록되어 있는 대상자는 86%로 높은 비중을 차지하고 있다. 2011년 정신건강증진센터 등록회원은 18,038명으로 2010년(17,124명) 대비 5.4% 증가하였다. 반면, 정신보건전문요원은 2011년 229명으로 2010년(231명) 대비 0.9% 감소하였으며, 인력의 규모는 기관별로 최소 6명에서 최대 14명으로 나타났다.¹⁾ 모든 인력이 사례관리 업무에 투입된다고 볼 때 사례관리자 1명당 33~185명의 사례를 담당하고 있어 등록관리 인원 대비 서비스 제공인력은 매우 낮은 수준임을 알 수 있다. 호주의 경우 적극적인 사례관리서비스 팀은 8~10명, 지속적인 사례관리서비스 팀은 20~30명으로 구성되어 있는 것을 감안해보면, 우리나라의 사례관리부담은 높은 실정이다(이명수 외, 2007).

이에 사례관리체계의 재조정이 필요하고, 사회복귀시설을 비롯한 사회서비스 등의 인접서비스와의 관계를 고려하여 정신건강증진센터의 특성이 반영된 모형 설정이 중요한 시점이라고 할 수 있다. 따라서 서울시에서는 다음과 같은 내용으로 현 정신건강증진센터의 사례관리 모형을 재정립하고자 한다.

- 미래지향적 관점에서 공공영역의 사례관리 책임성을 재정의
- 사례관리서비스의 질적 향상을 위한 방안 반영
- 인접서비스와의 접점(Interface)을 점검하여 역할 분담 명확화

이를 통하여 중증정신질환자를 위한 합리적 전달체계를 구축하고자 하며, 향후 지역사회의 수요 대비 공급량 확대를 위한 기준 모형을 확립하고자 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발을 위한 연구 사업을 진행하였다.

2. 연구목적

가. 정신건강증진센터 사례관리서비스의 질적 향상을 위한 표준모형을 개발한다.

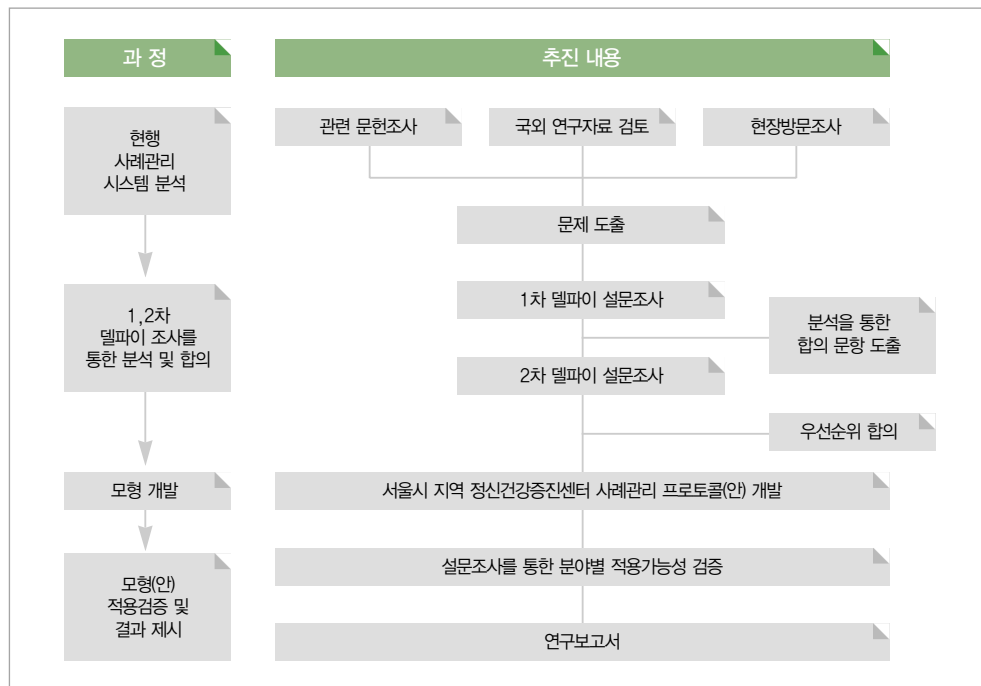
나. 인접서비스와의 접점(Interface)을 점검하고 기관 간 협력 및 연계체계를 구축하여 연속적이고 유기적인 관리를 강화하고자 한다.

다. 사례관리 프로토콜에 대한 인접 기관 종사자의 이해도를 평가하고 적용가능성 검증을 통해 향후 활성화하는데 근거로 제시하고자 한다.

1) 서울시정신보건통계
(www.seoulmentalhealth.kr)-테마별통계-주제에따른지표-자원투입-정신보건인력

3. 연구체계

그림1 | 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구 추진체계



본 연구는 2012년 2월부터 2012년 12월까지 약 10개월 동안 진행되었다.

가. 사례관리시스템 분석

국내의 문헌조사와 현장방문 인터뷰를 통해 현 정신건강증진센터 사례관리 시스템의 문제점을 도출하였다.

나. 델파이 조사 및 사례관리 프로토콜(안) 개발

델파이 설문조사와 전문가 간담회를 통해 정신건강증진센터 사례관리 표준모형을 개발하고, 이를 토대로 사례관리 프로토콜(안)을 도출하였다.

다. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안)

정신건강증진센터와 인접서비스 기관인 사회복지시설을 대상으로 연계·협의를 위한 설문조사, 신규입사자 이해도 조사를 통해 사례관리 프로토콜의 적용가능성을 검증하였으며, 이를 토대로 연구보고서를 제작하였다.

4. 연구방법

가. 사전조사

사전조사로 문헌조사와 현장방문 인터뷰를 실시하였다.

- 1) 사례관리의 개념 및 등장, 사례관리 모델과 국내 사례관리 현황, 서울시 정신건강증진센터의 사례관리 현황에 대해 문헌조사를 시행하였다.
- 2) 사회복지시설의 유형 중 주간재활시설, 주거제공시설, Halfway House를 방문하여 사례관리 운영형태와 의뢰연계체계, 정신건강증진센터 사례관리서비스에 대한 인터뷰를 진행하였다.

나. 델파이 조사

델파이 조사는 정책 결정이나 사업기획을 위하여 관련 전문가들의 의견을 수렴하기 위한 목적으로 고안된 조사방법의 일종으로 수차례에 걸친 전문가들의 의견조사를 통해 합의된 내용을 얻는 것으로 본 연구의 목적에 부합하여 선정하였다(이성웅, 1987). 델파이 기법의 일반적인 절차는 전문가집단의 구성과 몇 차례에 걸쳐 반복되는 설문조사로 이루어진다.

■ **전문가 구성**: 조사대상은 연구 분야에 종사하는 전문가를 선택하여 구성하는 것이 가장 적절한 접근이라 할 수 있으며, 대표성, 적절성, 전문적 지식능력, 참여의 성실성, 참가자의 수 등을 신중히 고려해야 한다(김병성, 1996).

이에 본 연구에서는 연구주제와 관련된 정신보건 전문가 중 위의 요인들을 고려하여 31명의 참가자를 구성하였다.

표1 | 델파이 전문가 구성

영역별 분류 (N=31)	학계	정신보건시설	공조직	기타
	10	14	4	3
전공별 분류 (N=31)	정신과 의사	정신보건간호사	정신보건사회복지사	기타
	9	10	11	1

■ **조사 항목**: 서울시 정신건강증진센터 사례관리서비스의 질적 향상과 인접서비스와의 협력 체계를 고려한 사례관리 모형을 개발하기 위한 질문들을 고안하였다. 중증정신질환 사례관리서비스 등록기준 및 등록 적합 대상, 중증정신질환 사례관리서비스 강도, 중증정신질환 사례관리 퇴록 기준, 사례관리서비스 총량, 인접서비스와의 접점(Interface)을 포함하여 총 5가지 요소로 설문을 구성하였다.

■ **제 1차 델파이 설문조사**: 조사의 편리성과 효율성을 높일 수 있다는 장점에 근거하여 연구자가 고안한 구조화된 설문지를 사용하여 31명의 전문가에게 발송하였고 회수율은 100%였다.

■ **제 2차 델파이 설문조사**: 1차 조사를 통해 통계적으로 의견을 수렴하여 분류한 뒤 합의 항목에 대해 전문가 집단의 중요도를 재평가하였다. 2차 조사 역시 31명의 전문가에게 발송하였고 회수율은 100%로 나타났으며, 연속된 조사를 통해 수렴도가 낮은 항목에 대해서는 전문가 간담회를 통해 보완하여 추가 조사를 시행하지 않았다.

다. 설문조사

개발된 사례관리 프로토콜(안)의 적용가능성을 검증하기 위하여 2회에 걸친 설문조사를 시행하였다.

- 1) 정신건강증진센터 25개소 및 중증정신질환 사회복귀시설(주간재활시설, Halfway House) 27개소의 상임팀장 및 기관장을 대상으로 이해도, 타당도, 적용가능성을 중심으로 1차 설문조사를 시행하였다.
- 2) 정신건강증진센터 신규입사자 23명을 대상으로 프로토콜의 안정적 정착과 활성화를 위해 용어 및 개념에 대한 이해정도를 파악하고자 2차 설문조사를 시행하였다.

라. 자료 분석

델파이 설문과 적용가능성을 위한 설문에 대한 결과는 전산 부호화하여 SPSS 18.0을 활용하였으며, 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발을 위해 기술통계와 빈도분석을 실시하였다.

제 2 장

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 과정 및 분석

1. 문헌조사

가. 사례관리의 등장

사례관리의 개념을 하나의 합의된 개념으로 단정 짓기 어려운 이유는 다양한 영역에서 대상자의 욕구, 서비스의 목적, 서비스 제공자의 역할 등이 다양하며 포괄적으로 적용되어 왔기 때문이다(Donipilling, 1992; 전해성, 1998 재인용).

정신보건영역에서 사례관리의 시작은 19세기 탈원화(Deinstitutionalization)정책과 항정신병 약물의 개발로 볼 수 있다. 입원 중심의 치료에서 지역사회 기반을 둔 정신보건서비스로의 변화가 시작되며, 회전문 현상을 예방하고 지역사회에 안정적으로 정착하기 위해서는 사례관리서비스가 필요하다는 인식이 생겨났다. Barker(1987)의 경우 사례관리는 복잡한 여러 문제와 장애를 가지고 있는 정신질환자가 적합한 형태로 적절한 시기에 그들이 필요로 하는 모든 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것으로 서비스를 공급하는 접근법의 하나라고 정의하였다.

우리나라는 1995년 정신보건법 제정 이후 지역정신보건사업이 활성화되며, 지역사회에서 생활하고 있는 중증정신질환자들의 질병 예방 및 재활, 삶의 질 향상을 위해 정신건강증진센터, 사회복지시설 등의 인프라가 구축되었다. 그러나 중증정신질환자가 외부의 도움없이 기관을 탐색하고 자신에게 적합한 기관을 선택하는 것은 쉽지 않았다. 이에 다양한 자원을 효율적으로 활용하고 안정적으로 지역사회에 정착하기 위해 '사례관리'의 필요성이 대두되었다. 특히 만성정신질환자에게 적극적인 사례관리 서비스를 제공했을 때, 스트레스 감소, 재발 징후를 인식하여 적절한 중재를 제공, 재입원을 감소 등 질적인 서비스 제공과 비용 감소라는 두 가지 효과를 증진시킨다고 보고하였다(McGurrin & Worley, 1993; 이정숙·이문희, 1998 재인용).

나. 정신보건과 사례관리 모델

흔히 정신보건 실천현장에서 활용되고 있는 사례관리 모델은 6가지이다(Mueser 외, 1998; Mehr, 2001; Solomon, 2004; 민소영, 2006). 우선 매개자모델(Broker model)은 욕구를 사정하여 기존의 서비스와 연계하는 것으로 직접적인 개입서비스는 제공하지 않는 단순한 형태로 볼 수 있다. 일반적으로 사례관리자 1인당 50명의 사례를 담당하고 있다. 둘째, 임상사례관리모델(Clinical case management model)은 심리교육과 심리치료를 포함한 임상적 접근을 하고 있으나 실제로 수행되기 어렵다는 비판이 있다(Rapp, 1993; 오명자, 2009 재인용). 셋째, ACT 모델(Assertive Community Treatment)은 중증정신질환자를 대상으로 다양한 분야의 전문성을 가진 사람들로 구성된 다학제간 팀이 구성되어 서비스를 제공하는 것이다. 사례관리자 1인당 10명의 사례를 담당하며, 지역 내에서 대부분의 서비스를 24시간 제공하며 종결 시점없이 지속적으로 제공하는 것이 특징이다. 넷째, 집중적 사례관리모델(Intensive case management model)은 정신의료서비스를 만성적으로 빈번하게 이용하는 대상에 적합하며, 사례관리자 1인당 15~20명 정도를 담당하고 지역사회 내에서 일상생활 기술을 습득할 수 있도록 돕는 것이다. 다섯째, 재활모델(Rehabilitation model)은 지역사회 생활유지와 개인의 목표 성취에 초점을 둔 모델로, 대상자 자신이 재활계획에 적극적으로 참여하는 것이 특징이며, 사례관리자 1인당 15~20명 정도를 담당하고 있다. 여섯째, 강점모델(Strengths model)은 대상자의 능력을 파악하고, 합의된 목적을 달성할 수 있도록 장점을 최대한 발휘할 수 있는 환경을 만들고, 지역사회 자원을 획득하는 기술을 제공한다. 사례관리자 1인당 15~20명 정도를 담당하고 있다.

다. 우리나라 정신건강증진센터의 중증정신질환 사례관리서비스

정신보건영역에서는 정신건강증진센터를 중심으로 중증정신질환자를 위한 사례관리 활동이 수행되고 있다(민소영, 2006). 선행연구를 살펴보면, 이정숙과 이문희(1998)는 정신보건사업을 전개하는데 있어 사례관리는 반드시 필요한 제도이기 때문에 각 지역 특성에 적합한 사례관리 모델을 적용한 효율적인 서비스 체계 구축을 강조하였고, 민소영(2006)은 정신건강증진센터는 지역사회에 기반을 두고 사례관리 활동을 펼치는 유일한 실천 현장이며, 재활중심, 강점중심, 연계중심으로 사례관리의 접근을 수행하고 있으나 사례관리자 1인당 50명 내외로 구성되어 있어 매개자 모델에 가깝다고 언급하였다. 황성동(2008)은 한국의 정신건강증진센터에 가장 적절한 실천모형으로 재활모델을 제시하며, 지지상담과 치료를 비롯한 연계서비스를 제공하고 사례관리 적정 인원은 30명으로 하였다. 그 외 임상모델은 정신건강증진센터 근무경력 3년 미만의 사례관리자가 감당하기에는 무리가 있으며 매개자모델은 정신건강증진센터의 사례관리 기능 중 상담 및 치료 기능 수행이 95%인 상황에서 적절하지 않다는 의견을 제시하였다. 또한 하경희·김영희(2012) 연구에서는 입원기간 감소, 삶의 만족도 향상 등 ACT기반 사례관리의 효과성을 제시하고 있으나 사례관리 부담이 높고 등록회원수와 같은 실적만으로 평가되

는 현 정신건강증진센터 운영시스템에서는 효과성을 기대하기 어렵다는 의견을 제시하였다.

보건복지부에서는 정신건강증진센터의 역할과 중증정신질환관리에 대해 어떻게 정의하고 있는지를 탐색하였다. 2012년 정신보건사업안내를 보면, 정신건강증진센터는 통합적인 정신질환자 관리체계를 구축함으로써 정신질환의 예방, 정신질환자의 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀 도모를 목적으로 하고 있다. 이중 중증정신질환관리는 발굴 및 등록, 전문적 사례관리서비스 제공, 인접서비스와의 의뢰연계 체계를 주요 서비스로 기술하고 있으며, 사례관리는 개별서비스계획을 통한 사정평가와 이에 따라 제공되는 주간재활 및 직업재활서비스, 의뢰 및 연계 서비스, 교육 및 훈련 서비스를 통칭하고 있다. 즉, 특정모델을 지향하고 있지는 않았으나 발굴부터 전문적 서비스 제공과 더불어 의뢰연계까지 광범위하며 포괄적인 형태의 사례관리를 지향하고 있는 것으로 나타났다.

라. 서울시 지역 정신건강증진센터의 중증정신질환 사례관리서비스

2008년 국가정신보건사업의 방향성 및 서울시 정신보건정책 목표 달성을 근간으로 「서울시 정신보건서비스 framework」와 그에 기반하여 「지역정신보건센터 중증정신질환자 사례관리 프로토콜」을 보급하였다. 이는 중증정신질환자에 대한 전문적 사례관리서비스에 대한 틀을 제시한 것으로 특정 사례관리 모델을 지향하는 것이 아닌 서울시 정신보건환경과 사례관리 역사를 반영하였다. 퇴원한 중증정신질환자가 지역사회 내에서 적절한 서비스를 제공받을 수 있도록 개별서비스계획을 수립하고 이를 근거로 진단, 치료 및 보호와 더불어 주거, 고용, 교육을 지원하고 생애주기별에 따른 보건 및 복지서비스를 분절 없이 제공하고자 하였다.

프로토콜에 따르면 중증정신질환자 사례관리 대상은 해당 지역에 거주하는 초발정신질환자 및 만성정신질환자가 해당되며, 최소 6개월마다 1회 이상 개별서비스계획을 수립하도록 되어 있다. 등록 대상자에게는 CANSAS²⁾의 기준을 통해 위기, 집중, 유지, 일시관리로 구분되어 사례관리서비스를 제공하고 있으며 다음 <표2>와 같다.

그러나 이상적으로는 관리구분에 따라 서비스의 강도가 결정되어야하나 현황을 보면 관리구분에 따른 서비스 강도가 실제 강도와 일치하는 비율은 40~50% 정도의 수준인 것으로 나타나 질적인 부분에 대한 해결방안 논의가 진행되고 있다.

더불어 외래치료명령제와 정신보건심판위원회와 같은 법과 관련된 대상, 폭력 혹은 범죄력이 있는 대상, 자살위기대상 등 중증정신질환자군은 점점 다양해지고 있어 등록과 퇴록 기준에 대한 정책적 합의가 필요한 실정이다.

마지막으로 보건복지부와 서울시에서는 사정평가를 통한 상담 및 가정방문 제공과 같은 임상적이며 전문적 사례관리서비스를 강조하고 있으나 1인당 담당하는 사례관리자수는 2009년 1FTE당 374명으로 나타났다(이명수, 2011). 이는 연계와 조정을 주 업무로 하는 매개자 모델의 1:50 보다도 높은 수준을 나타내고 있어 사례관리서비스 총량에 대한 대안 마련도 필요할 것으로 사료된다.

2) CANSAS (Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule)

표2 | 중증정신질환 사례관리 관리구분

구분	위기관리	집중관리	유지관리	일시관리
기준	• 욕구 미충족 항목의 심각도가 하나 이상 4로 체크된 대상자	• 욕구 미충족 항목의 심각도가 하나 이상 3으로 체크된 대상자	• 욕구 미충족 항목의 심각도가 하나 이상 2로 체크된 대상자	• 욕구 미충족 항목은 존재할 수 있으나 심각도는 모두 1인 경우
대상	<ul style="list-style-type: none"> • 즉각적인 위기개입이 없으면 자·타해의 위험이 심각하다고 판단되는 경우 • 당장 입원치료가 필요한 경우 • 다음의 경우는 해당되지 않음 <ul style="list-style-type: none"> - 경미한 우울장애 - 술에 만취되어 있는 경우 - 기질적 정신장애가 주원인인 경우 - 최근 자해한 적이 있지만 정신질환과 연관성이 희박한 경우 	<ul style="list-style-type: none"> • 초기정신질환 상태에서 재발예방을 위해 집중적 관리가 필요한 대상자 • 다음의 사항을 포함하는 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자 <ul style="list-style-type: none"> - 폭력 혹은 지속적인 범죄의 과거력 - 지속적인 자해 혹은 방치의 심각한 위험 - 치료순응도가 낮아 잦은 재발을 하는 경우 - 물질사용장애와 정신질환의 이중진단 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회에서 지속적인 사례관리를 제공받을 필요가 있는 만성정신질환 대상자 	<ul style="list-style-type: none"> • 집중, 유지관리를 받을 정도는 아니지만 정기적인 평가나 점검의 필요가 있는 경우
빈도	• 24시간 이내에 긴급하게 서비스 제공	• 월 2회 이상의 집중적 서비스 제공	• 최소 매 3개월에 1회 이상 서비스 제공	• 3개월에서 6개월에 1회 이상 서비스 제공

2. 현장방문 인터뷰

중증정신질환자 사례관리에 대한 정신건강증진센터와 사회복지시설 간의 조정 및 협력, 연계체계 구축을 통한 연속적인 서비스를 제공하기 위해 요구되는 사안들을 파악하고자 총 6개소의 사회복지시설을 방문하여 인터뷰를 실시하였다. 전반적으로 정신건강증진센터의 현재 사례관리 시스템을 점검하고 사회복지시설의 사례관리와 차별화된 시스템을 갖추어야 한다는 공통된 의견을 제시하였다.

■ 사회복지시설의 사례관리 형태

강점모델, 회복모델 등 기관마다 추구하는 사례관리 모델이 상이하고 고유의 방침에 따라 진행하고 있었다. 사례관리 진행과정은 개별서비스계획에 따라 목표를 설정하고 일정 기간마다 재평가하여 욕구를 반영하며, 정기적 점검을 통해 달성 정도를 모니터링하고 있었다. 등록정원에 따라 사례관리자 1인당 7~10명 내외를 담당하고 있는 것으로 나타났다.

■ 사회복지시설의 의뢰와 연계

의뢰 경로는 정신의료기관의 비중이 높고 주로 자체 홍보활동을 통해 유입하는 것으로 나타났다. Halfway House의 경우 서울시정신정보관리시스템을 사용함에 따라 정신건강증진센터의 의뢰 빈

도가 상승한 것으로 응답하였다. 연계는 주로 바우처와 같은 사회서비스와 취업지원센터와 같은 기관의 분포가 높았으며, 서비스 종결 시 정신건강증진센터로의 연계율이 낮은 것에 대해 높은 사례관리부담으로 인해 질적인 서비스 제공이 어려울 수 있다는 이유를 제시하였다. 그러나 초기 평가를 통해 시설 이용에 적합하지 않은 대상의 경우 정신건강증진센터로 연계하는 것에 대해서는 긍정적인 반응을 보였다.

■ 정신건강증진센터 사례관리서비스

정신건강증진센터는 필요 대상을 발굴하고 기관을 탐색하여 연계해주는 기능과 함께 대국민 홍보사업 등 간접서비스에 집중하는 것이 효과적인 것 같다는 생각을 갖고 있었다. 사례관리는 사회복지시설과 차별화된 시스템이 필요하며, 소아청소년, 알코올중독, 위기사례 등 사회복지시설 이용이 제외되는 대상에게 서비스를 제공하는 구조를 제안하였다.

3. 델파이 조사

총 31명의 정신보건전문가가 1,2라운드에 걸쳐 시행된 설문조사에 응답하였다. 10점 리커트 척도를 사용하였고, 델파이 조사 결과에 대한 의견의 수렴도와 합의도³⁾를 보기 위해 본 연구에서는 중위수와 사분위수를 함께 제시하였다. 설문조사를 통해 나타난 결과는 다음과 같다.

가. 정신건강증진센터 중증정신질환 사례관리 등록기준

사례관리 등록기준의 변화필요도에 대해 평균 8.52점(SD=1.77)으로 응답자들은 변화 필요성에 대해서는 대체로 동의하고 있는 것으로 나타났다. 총 20개 유형⁴⁾의 중증정신질환 대상 중 <표3>과 같이 8개군의 중요도가 높게 나타났으며, 전문가간의 수렴도 및 합의도는 자·타해 위험이 있는 대상이 가장 높게 나타났다.

나. 중증정신질환 사례관리서비스 형태

■ 사례관리서비스강도

사례관리 적정인원과 서비스 강도에 대해 응답자들은 1인당 30명 미만을 유지하고, 집중사례관리서비스는 주 1회 제공되어야 한다는 것에 의견의 일치를 보였으나, 집중사례관리 대상자 수와 일반적 사

3) 수렴도는 IQR/2, 합의도는 1-IQR/중위수

4) ① 즉각적인 개입이 없으면 자·타해의 위험이 있는 대상자, ② 자살시도력 및 구체적인 자살계획으로 자살 시도 위험이 있다고 판단되는 대상자, ③ 잦은 병원 이용이나 정신과 응급 서비스 사용이 높은 대상자, ④ 불안정한 만성정신질환(chronic unstable) 대상자, ⑤ 정신보건심판위원회 퇴원 명령 대상자, ⑥ 외래치료명령제 의뢰대상자, ⑦ 병원을 퇴원하여 가정으로 돌아오는 과정(transition)의 정신질환자, ⑧ 초발정신질환자 반복연속, ⑨ 장기입원환자, 지도감독하는 공동체시설에 거주하는 대상자, ⑩ 만성정신질환자로서 잔여증상 및 기능저하가 있으나 병식과지지계가 있어 안정된 생활을 유지하고 있는 대상자, ⑪ 치료받지 않지만 지역사회에서 크게 문제를 일으키지 않고 은둔해 있는 대상자(chronic untreated but stable), ⑫ 폭력 혹은 지속적인 범죄의 과거력이 있는 대상자(legally related), ⑬ 치료감호소 가출소 대상자, ⑭ 지역에서 발견된 노숙정신질환자, ⑮ 물질 사용 장애나 자적장애를 주 진단으로 가지고 있으면서 정신질환의 문제를 가지고 있는 대상자, ⑯ 신체적인 질환으로 정신보건기관의 서비스 참여가 어려운 정신질환자, ⑰ 주거서비스 이용 대상자 중 집으로 돌아간 대상자, ⑱ 주간재활시설 서비스를 이용하고 있는 대상자, ⑲ 초발정신질환이 의심되는 대상자(first episode, untreated), ⑳ 중증의 정신과적인 문제를 가지고 있는 지역의 모든 대상자

례관리 강도에 대해서는 견해차를 보였다. 사례관리자 1명의 적정사례수에 대해서는 평균 39.3명 (SD=17.91)으로 최소 13명부터 최대 100명까지 분포되어 있었으며 가장 많은 동의를 얻은 수는 50명이 었다. 이는 전문가마다 사례관리에 대한 인식이 달라 편차가 크게 나타난 것으로 평가되었다. 결과적 으로 사례관리 적정인원 및 강도에 대해서는 수치를 명확히 나타내기 보다는 현재보다 강화될 필요성 이 있다는 수준에서 합의하고 향후 정책 수립을 통해 제시하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

표3 | 사례관리 등록에 대한 변화 필요도 및 등록대상

(N=31)

구 분	평 균	최빈값	표준 편차	중위수	응답분포(사분위)		
					Q1	Q3	IQR
등록기준 변화필요도	8.52	10	1.77	9	8	10	2
자·타해 위험이 있는 대상	8.87	10	2.01	10	9	10	1
жат은 병원 입원 대상	9.10	10	0.94	9	8	10	2
자살시도 위험 대상	8.39	10	2.33	10	8	10	2
불안정한 만성정신질환자(chronic unstable)	8.71	9	1.57	9	8	10	2
초발정신질환자	8.97	10	1.70	9	8	10	2
정신보건심판위원회 퇴원명령대상	8.58	10	1.73	9	8	10	2
외래치료명령제 의뢰대상	8.68	10	1.66	9	8	10	2
퇴원 후 가정으로 돌아오는 정신질환자	8.09	8	1.68	8	7	9	2

표4 | 사례관리서비스 강도

구 분	N	평 균	최빈값	표준 편차	중위수	응답분포(사분위)		
						Q1	Q3	IQR
사례관리자 1명당 최대 30명을 넘지 말아야 한다.	30	7.93	9	1.93	9	7	9	2
집중사례관리는 1명당 최대 10명을 넘지 말아야 한다.	30	8.03	10	2.43	9	7	10	3
집중관리 대상자는 주 1회 서비스를 제공 해야 한다.	31	8.74	10	1.81	9	8	10	2
일반적 사례관리는 월 1회 이상의 대면 접촉을 해야 한다.	31	7.29	8	2.53	8	5	9	4

■ 사례관리서비스 총량

사례관리서비스 투입인력에 대비하여 공급총량이 결정되어야 한다는 문항에 평균 8.71(SD=1.62), 수 령도 1로 동의수준이 다소 높게 평가되었다. 그러나 사례관리서비스로 의뢰되었을 때 TO가 없을 경우 등록이 되지 못할 수 있다는 문항은 공급 총량에 비해 동의여부가 낮게 나타났다. 즉 사례관리의 질적 개선을 위해서는 상한선이 제시될 필요성이 있다는 것에는 동의하나 등록 대기에 대해서는 의견이 다 양하게 나타났다.

표5 | 사례관리서비스 총량

(N=31)

구 분	평 균	최빈값	표준 편차	중위수	응답분포(사분위)		
					Q1	Q3	IQR
공급총량 결정	8.71	10	1.62	9	8	10	2
TO 부족 시 등록 대기	7.79	10	2.35	9	6.50	10	3.5

다. 인접서비스와의 접점(interface)

정신건강증진센터의 사례관리를 임상적 성격이 강한 집중적 사례관리가 아닌 ‘발견과 연계’의 기능을 강조한다는 전제하에 질문하였을 때, 전반적으로 문항에 대한 의견 차이가 크게 나타나 전문가 간 담화를 통해 합의도를 높이하고자 하였다. 정신건강증진센터의 연계기관은 현 정신보건사업 구조 상 사회복귀시설이 해당될 것이며, 이 때 사회복귀시설에서 중증정신질환자 스펙트럼을 모두 커버할 수 있는가에 대해 수렴도가 다른 문항에 비해 비교적 높게 나타났다.

표6 | 인접서비스와의 접점(interface)

(N=31)

구 분	평 균	최빈값	표준 편차	중위수	응답분포(사분위)		
					Q1	Q3	IQR
직접서비스보다는 발견과 연계에 치중된 서비스 제공에 동의하는가	4.90	2	2.72	4	2	7	5
사회복귀시설에서 중증정신질환자 spectrum 모두를 커버할 수 있는가	3.03	2	2.12	2	2	4	2
사회복귀시설에서 커버할 수 있다는 방향으로 정책이 결정되어야 하는가	4.39	1	2.97	3	2	7	5
사회복귀시설의 등록대상은 정신건강증진센터를 통해 등록되어야 하는가	5.74	8	3.05	6	3	8	5

라. 중증정신질환 사례관리 퇴록 기준

전반적으로 평균 5점 이하로 정신건강증진센터 사례관리서비스 퇴록에 대해 동의도가 낮게 나타났으며, 퇴록 대상 기준에 대해 전문가 간 이견이 크게 나타나 간담회에서 논의하기로 하였다. 그러나 지속적으로 서비스를 받을 수 없는 경우 퇴록이 가능하다는 대해서는 비교적 수렴도가 높게 나타났다. 특히할만한 점은 입원으로 인해 일정기간 서비스를 받을 수 없는 경우, 주거서비스로 의뢰된 경우 퇴록이 가능하다는 질문에 IQR 값이 1 라운드에 비해 2 라운드 시 증가하였다.

표7 | 중증정신질환 사례관리 퇴록 대상

(N=31)

구 분	라운드	평 균	최빈값	표준 편차	중위수	응답분포(사분위)		
						Q1	Q3	IQR
사례관리 중 입원으로 일정기간 이상 서비스를 받을 수 없는 경우	1	4.03	1	2.87	3	2	7	5
	2	4.03	2	3.09	3	2	8	6
주거서비스로 의뢰된 경우	1	4.52	2	2.99	4	2	7	5
	2	4.65	3	2.88	3	2	8	6
정신건강증진센터에서 사회복귀시설로 의뢰된 경우	1	4.52	2	3.17	3	2	8	6
	2	5.06	2	3.07	3	2	8	6
사례관리의 계획된 목표가 달성된 경우 (타기관 연계 유무와 상관없이)	1	4.87	2	3.18	4	2	8	6
	2	4.48	3	2.71	3	2	8	6
일정기간 서비스 제공이 불가능했으며, 지속적으로 거부하는 경우	1	6.10	4	2.76	7	4	8	4
	2	5.84	8	2.41	6	4	8	4

4. 전문가 간담회

1, 2차 라운드 동안 전반적으로 사례관리 등록기준의 변화가 필요하며, 투입 대비 공급 총량이 있어 야 한다는 의견에는 동의률이 높았으나, 퇴록과 등록 대기, 인접서비스와의 접점(Interface)에 대해서는 낮게 나타나는 모순적인 특징을 보였다. 이에 영역별 전문가 19명이 참석하여 간담회를 개최하였고 다음과 같은 합의가 진행되었다.

첫째, 정신건강증진센터의 사례관리는 발굴 및 집중사례관리 제공, 인접서비스로 연계 및 재배치하며 모니터링을 하는 모델이 가장 적절하다. 모델을 적용하기 위해 현재 가능한 방향은 목표지향적 사례관리서비스 제공을 통해 종결과 재배치를 진행하여 서비스 총량을 감소하고 델파이 조사를 통해 선정된 8개 유형의 군에는 집중사례관리를 제공한다.

둘째, '종결'은 공공 정신보건망에서의 종결이 아닌 센터 사례관리서비스의 종결을 의미하는 것으로 유입된 대상자 특성에 따라 사례관리를 제공한 뒤 목표가 달성될 경우 종결을 진행한다. 이후 욕구에 적합한 인접서비스로 연계하고 재배치가 확정될 때까지 모니터링을 시행하며 확정된 뒤에는 정신건강증진센터 서비스를 종결하는 시스템을 구축한다. 단, 정신건강증진센터와 다른 정신보건기관의 제공서비스에는 분명한 경계를 명시해야 한다.

셋째, 공공영역을 대표하는 기관으로써 지역에 거주하는 모든 중증정신질환자를 파악하고 서비스를 제공하기 위해서는 정신건강증진센터가 발굴과 연계를 담당해야한다. 그러나 사회복지시설로 바로 유입되는 대상에 대해 정신건강증진센터의 발굴 과정을 거치는 것은 비효율적일 수 있어 발굴의 경우 초기 유입되는 기관에서 평가를 진행하고 등록 혹은 적합 기관으로 연계하도록 한다. 이때 기관별 등록 기준에 대해 명확한 기준을 제시해주도록 한다.

넷째, 재활이 필요한 대상은 사회복지시설에, 위기관리 및 집중사례관리 대상⁵⁾은 정신건강증진센터에 적합한 대상으로 볼 수 있다. 초기평가의 경우 대기 없이 제공되거나 특성화된 서비스(집중사례관리)에 대해서는 대기를 줄 수 있으며 불안정할수록, 위기사례일수록 등록 시 우선순위가 높다.

결론적으로 첫째, 정신건강증진센터의 사례관리는 발굴 - 집중사례관리제공 - 연계 - 재배치 모델이 적합하며, 8개 군의 집중사례관리 대상에게 제공되는 서비스 종류 및 강도, 사례관리 목표 설정은 델파이 조사 결과와 지역 정신보건기관의 합의를 위한 설문조사 결과를 반영하도록 한다. 둘째, 발굴의 경로는 다양하게 하되 기관별 등록 대상의 기준을 명시하여 공유하는 것이 필요하다. 셋째, 다양한 중증정신질환군이 증가하고 있는 가운데 집중사례관리서비스의 요구도도 높아지고 있어 서비스 공급 총량 제한은 불가항력적일 수 있다. 이를 위해 인접서비스로 연계 및 재배치하여 정신건강증진센터 서비스를 조정해나가는 것이 필요하다. 마지막으로 1, 2 라운드 델파이 조사와 간담회를 통해 합의된 내용 및 추가로 논의된 사항들은 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안)을 통해 보완하도록 한다.

5) 1,2차 델파이 연구를 통해 합의된 대상:
① 즉각적인 개입이 없으면 자·타해의 위험이 있는 대상자, ② 자살시도력 및 구체적인 자살계획으로 자살시도 위험이 있다고 판단되는 대상자, ③ 잦은 병원 이용이나 정신과 응급 서비스 사용이 높은 대상자, ④ 불안정한 만성정신질환(chronic unstable) 대상자, ⑤ 정신보건심판위원회 퇴원명령 대상자, ⑥ 외래치료명령제 의료대상자, ⑦ 병원을 퇴원하여 가정으로 돌아오는 과정(transition)의 정신질환자, ⑧ 초발정신질환자

제 3 장

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안) 개요

1. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안) 구성요소

본 프로토콜은 ‘무엇을 해야 할 것인가’에 초점을 맞춰 정신건강증진센터 내의 사례관리서비스 전달 체계와 정신건강증진센터, 사회복귀시설간의 연계 체계 구축에 대한 내용을 기술하고 있다.

가. 서울시 지역사회 중증정신질환 사례관리 체계도

지역의 중증정신질환자는 의료기관, 공공기관, 복지기관 등의 다양한 경로를 통해 정신건강증진센터로 유입될 수 있으며, 안정적인 사회복귀를 위해 통합적인 서비스를 제공하고자 한다. 또한 사례관리 등록대상의 기준에 따라 표준화된 분류체계(TRIAGE)를 적용하여 서비스 특성을 4개 그룹으로 구분하였다(그림2).

나. 분류체계(TRIAGE) 흐름도

분류체계(TRIAGE)는 정보를 수집하고 분류한 후 우선순위를 정하여 관련 정보를 구분하는 것을 의미하며, 알고리즘의 평가항목을 통해 서비스 특성에 따른 그룹을 분류하였다. 적용을 용이하게 하고 사례관리자별 평가의 신뢰도를 높이기 위해 척도 및 세부 내용을 함께 기술하였고, 그 내용은 다음(그림3)과 같다.

서울시 지역사회 중증정신질환 사례관리 체계

의료기관
공공기관
교육기관
복지기관

지역 정신건강증진센터

TR I A G E

I 개별서비스계획(SP) 집중사례관리

B 개별서비스계획(SP) 자원탐색

A 초기상담, 정보제공

P 증진서비스 연계

정신의료기관

사회복귀시설
(주간재활시설, 입소생활
시설, 주거제공시설)

사회보장서비스

제3장

```

graph TD
    Q1[정신과적 위기 상황인가?  
(CTRS)] -- YES --> E1[서비스 종결]
    Q1 -- NO --> Q2[정신과 치료력이 있는가?]
    Q2 -- YES --> Q3[센터집중사례관리 등록 대상자 인가?]
    Q2 -- NO --> Q4[치료가 필요한가?  
(정신과적평가)]
    Q3 -- YES --> L1[병, 의원 퇴원 대상자  
정신보건심판위원회 퇴원명령자  
외래치료명령제 의뢰대상자  
찾은 입원대상자  
불안정한 만성정신질환자(chronic unstable)  
초발정신질환자]
    L1 -- YES --> I[등록 / ISP  
위기개입 집중사례관리]
    L1 -- NO --> B[등록 / ISP  
자원탐색2달 이내]
    I --> E2[타기관서비스 의뢰]
    B --> E2
    E2 --> E3[서비스 종결]
    Q4 -- YES --> Q5[중증정신질환자인가?  
(치료연계)]
    Q4 -- NO --> E4[정신과적평가  
1. 정신과적문제제 파악  
2. 정신상태검사  
3. 전반적기능평가GAF 70점 이하]
    Q5 -- YES --> C[중증정신질환평가 + 치료연계  
정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애]
    Q5 -- NO --> E4
    C --> A[초기상담 정보제공  
2주 이내]
    A --> E5[서비스 종결]
    E4 --> E6[정신과적평가  
1. 정신과적문제제 파악  
2. 정신상태검사  
3. 전반적기능평가GAF 70점 이하]
    E6 --> E7[중증정신질환평가 + 치료연계  
정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애]
    E7 --> E8[서비스 종결]
  
```

(1) 정신과적 위기평가

현장방문조사 및 델파이연구를 통해 위기 상황 시 집중사례관리가 필요하며, 이를 정신건강증진센터에서 제공해야하는 것에 대해 동의하는 바가 높았다. 서비스 등록 우선순위에서도 높게 나타나 분류 체계 첫 번째 평가항목으로 제시하였다. 정신과적 위기평가는 ① 위험요소 평가 ② 과거 자살시도력 및 자살의도 평가 ③ 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준(정신보건법 제25조 제4항)을 근거로 하며, 정신과적 위험 평가 도구(CIRS)를 활용할 수 있도록 하였다.

(2) 정신과 치료력

과거 정신과 문제의 노출 경험 여부를 사정하기 위함이며, 이는 발병시점에 대한 예측 및 개입방법에 대한 계획을 세우는데 도움을 줄 수 있어 두 번째 평가항목으로 제시하였다.

(3) 정신과적 평가

세 번째로 정신과적 평가를 제시하였는데 이는 정신건강증진센터 등록 기준에 적합한 대상인지를 사정할 수 있으며, 이때 정신과적 문제가 관찰되지 않을 경우 정보를 제공하고 서비스를 종결할 수 있다. 정신질환에 대한 문제를 1차적으로 평가하여 문제가 시사되는 경우 치료적인 접근을 하는데 도움을 줄 수 있다. 평가를 위해 ① 정신과적 문제에 대한 파악 및 정의 ② 정신상태검사(MSE) ③ 전반적 기능평가(GAF)를 활용하도록 하였다.

(4) 중증정신질환자 평가

중증정신질환자는 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애 진단을 갖고 있는 대상자이다. 치료를 연계한 대상 중 중증정신질환자 범위에 해당될 경우 집중사례관리 대상인지에 대한 재평가를 진행한다. 정신과적 문제가 시사되나 중증정신질환자가 아닌 경우에는 증진서비스 고위험군에 해당되는 것으로 증진서비스 사례관리를 제공한다.

(5) 집중사례관리 등록 대상 적합성

정신건강증진센터는 많은 대상군의 유입으로 집중적인 사례관리서비스 제공에 어려움이 있어 왔다. 이러한 어려움을 해결하고, 정신건강증진센터의 고유영역인 고위험군에 대한 집중사례관리 체계를 만들고자 델파이 연구를 실시하였고, 집중사례관리 대상으로 합의가 높은 8개 유형의 대상이 선별되었다.

- ① 즉각적인 개입이 없으면 자·타해의 위험이 있는 대상자
- ② 자살시도력 및 구체적인 자살계획으로 자살시도 위험이 있다고 판단되는 대상자
- ③ 잦은 병원 이용이나 정신과 응급 서비스 사용이 높은 대상자
- ④ 불안정한 만성정신질환(chronic unstable) 대상자
- ⑤ 정신보건심판위원회 퇴원명령대상자
- ⑥ 외래치료명령제 의뢰대상자
- ⑦ 병원을 퇴원하여 가정으로 돌아오는 과정(transition)의 정신질환자
- ⑧ 초발정신질환자

다. 분류체계(TRIAGE)의 평가항목에 따라 구분된 서비스 그룹

(1) I (Intensive case management Group) 집중사례관리 그룹

집중사례관리가 필요한 대상으로 개별서비스계획(ISP)을 통해 증상관리, 일상생활, 대인관계 등 욕구에 맞는 서비스를 전문적·집중적으로 강도 높게 제공한다.

(2) B (Broker Group) 연계그룹

정신과 치료력이 있거나 치료를 시작한 대상자로 사회재활서비스가 필요한 그룹이다. 일정기간 평가를 통해 대상자에게 맞는 서비스를 찾아 연계한다.

(3) A (Acknowledgement Group) 일반적 그룹

정신과적 문제가 시사되지 않으며, 스트레스 요인으로 인해 단기간의 어려움을 보이는 대상이다. 이는 정신건강증진센터 서비스 대상자가 아님으로 초기 상담 이후 서비스를 종결한다.

(4) P (Promotion service Group) 증진서비스 그룹

정신과적 문제를 보이나 중증정신질환자가 아닌 증진서비스의 고위험군에 해당되는 대상이다. 이 그룹은 일반적으로 소아청소년, 알코올중독, 우울, 노인 등으로 분류될 수 있으며 지역에 따라 약간의 차이가 있을 수 있다.

2. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안)의 특성 및 시사점

2008년 개발된 지역정신보건센터 사례관리 프로토콜은 등록의 기준을 해당 자치구의 주민 중 정신 병적 장애 및 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애의 진단을 가진 대상, 즉 포괄적으로 정의하고 있다. 욕구 사정평가에 근거하여 위기, 집중, 유지, 파악관리로 구분하여 서비스를 제공하였으며, 퇴록은 사망 또는 전출로 국한되어 서비스의 중단 없이 지속적으로 제공하도록 하였다.

그러나 앞서 기술된 것처럼 정신건강증진센터는 법과 제도를 통해 조정중재자로서 책임 있는 역할을 하도록 강조하고 있고 질환의 만성화와 장기재원을 예방하기 위해 초발정신질환관리 전략을 수립하는 등의 정책적 변화가 나타나고 있다. 이에 2012년 새롭게 구성된 프로토콜은 특정 대상군에 대한 목표지향적 직접적 사례관리서비스를 제공하고 지속적인 사회재활서비스 체계로의 진입을 촉진시키고자 한다. 더불어 초기평가를 통해 지역사회의 다양한 자원과 연계 협력하는 합리적 전달체계의 중심적 역할을 수행하는 방향성을 지향한다는 점에서 시사하는 바가 크다.

제 4 장

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 적용가능성 검증

1. 전문가 자문회의

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 적용가능성을 검증하기 위하여 전문가 자문회의를 진행하였다. 전문가는 본 연구의 델파이 조사에 참여했던 정신보건전문가로 학계 1명, 공조직 1명, 정신보건시설 3명으로 총 5명으로 구성하였다.

전문가들은 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 모형(안)에 대해 동의를 하였으며, 현장 적용을 위하여 개선사항을 제안하였다.

첫째, 서울시 중증정신질환 서비스 체계 및 정신건강증진센터 분류체계(TRIAGE)에 있어서 서비스 범위가 중증정신질환 뿐만 아니라 증진으로 확대되었으므로 증진서비스에 대한 내용 추가를 요청하여 반영하였다. 또한, 정신건강증진센터와 사회복귀시설 실무자들의 프로토콜에 대한 합의의 필요성을 제안하였다. 둘째, 사례관리서비스 그룹에 서비스 제공기간에 대한 조정이 필요하여 A그룹은 2주 이내, B그룹은 2개월 이내로 조정하였다. 서비스그룹이 I, B, A, P그룹으로 변경됨에 따라 기존 서비스 그룹(위기-집중-유지-일시)과 혼선이 생기지 않도록 가이드가 필요하며, 정신건강증진센터에서 사용하고 있는 서울시정신보건정보관리시스템의 변화 필요성을 제시하였다.

2. 지역사회 정신보건기관 간 합의

전문가 자문회의를 통하여 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜에 대한 현장실무자들의 합의의 필요성이 제안되어 현장실무자를 대상으로 설문조사를 시행하였다. 설문대상은 정신건강증진센터 팀장과 중증정신질환대상 사회복지시설 기관장으로 52개소가 설문에 참여하여 90%의 응답률을 보였다. 설문조사는 12월 3일부터 7일까지 일주일 동안 e-mail을 통해 시행하였다.

본 설문에서는 서울시 정신건강증진센터 중증정신질환 사례관리의 변화체계에 대한 동의여부, 분류체계(TRIAGE)의 이해도, 타당도 및 적용가능성, 사례관리서비스 그룹에 대한 이해 및 서비스 강도, 연계지침에 대해 조사하였다.

가. 사례관리 체계 변화

서울시 정신건강증진센터 중증정신질환 사례관리의 변화체계에 대해 동의한 경우는 88.5%(46명)으로 높게 나타났다. 동의하지 않는 이유로 정신건강증진센터는 누적되는 사례에 대한 부담과 B그룹의 경우 연계기관이 부족한 것을 제시하였다. 정신건강증진센터와 사회복지시설의 서비스의 차이로 인하여 중증정신질환자의 서비스 제한이 있을 수 있음을 제시하였다.

나. 분류체계(TRIAGE)

서울시 정신건강증진센터 중증정신질환 사례관리 분류체계(TRIAGE)의 이해도, 타당도, 적용가능성에 대해 5점 척도(전혀 타당하지 않다 ~ 매우 타당하다)로 조사하였다. 이해도는 평균 4.12(SD=.61)로 높게 나타났으며, 타당도 및 적용가능성 또한 평균 3점 이상으로 나타났다.

표8 | 분류체계(TRIAGE)의 이해도, 타당도, 적용가능성

(N=52)

구 분	평 균	표준편차	최소값	최대값	중위수
이해도	4.12	.61	3	5	4
타당도	3.83	.64	2	5	4
적용가능성	3.31	.75	1	5	3

사례관리서비스 그룹별 서비스 대상, 목표, 내용 및 과정에 대한 이해도는 다음 <표9>와 같다.

I 집중사례관리 그룹, B 연계그룹, A 일반적 그룹에 대한 이해도는 평균 4점 이상으로 높게 나타났으며, P-증진서비스 그룹에서도 평균 3.8점 이상으로 나타났다. 이를 통해 현장실무자들이 사례관리서비스 그룹별 서비스에 대한 이해도가 높다는 것을 알 수 있다.

표9 | 사례관리서비스 그룹별 이해도

(N=52)

사례관리서비스 그룹	영역	평균	표준편차	최소값	최대값	중위수
I (Intensive case management Group) 집중사례관리 그룹	대상	4.33	.76	2	5	4
	목표	4.10	.79	2	5	4
	내용	4.06	.75	2	5	4
	과정	4.00	.76	2	5	4
B (Broker Group) 연계그룹	대상	4.19	.79	2	5	4
	목표	4.21	.69	2	5	4
	내용	4.01	.92	2	5	4
	과정	4.06	.77	2	5	4
A (Acknowledgement Group) 일반적 그룹	대상	4.29	.75	2	5	4
	목표	4.23	.73	2	5	4
	내용	4.17	.70	2	5	4
	과정	4.13	.74	2	5	4
P (Promotion service Group) 증진서비스 그룹	대상	4.13	.79	2	5	4
	목표	3.98	.91	2	5	4
	내용	3.94	.82	2	5	4
	과정	3.85	.89	2	5	4

다. 서비스 강도

사례관리서비스 그룹별 서비스 강도(기간)에 대한 현장실무자들의 의견은 다음과 같다.

표10 | 사례관리서비스 그룹별 서비스 강도(기간) 동의여부

(N=52, 단위: 명/%)

사례관리서비스 그룹별 서비스 강도(기간)		동의	동의하지 않음	무응답
사례관리서비스 그룹	서비스 강도(기간)			
I (Intensive case management Group) 집중사례관리 그룹	1주 1회	36(69.2%)	12(23.1%)	4(7.7%)
B (Broker Group) 연계그룹	2달 이내 서비스 연계 후 종결	28(53.9%)	19(36.5%)	5(9.6%)
A (Acknowledgement Group) 일반적 그룹	2주 이내 정보제공 후 종결	38(73.1%)	6(11.5%)	8(15.4%)

I-집중사례관리 그룹의 서비스 강도로 제시한 1주 1회에 대해 동의하는 경우는 69.2%(36명)로 나타났다. 동의하지 않은 경우는 집중사례관리 그룹의 경우 즉각적인 개입을 필요로 하는 대상군으로 대상자의 상황에 따라 서비스 강도(기간)가 다르게 수립될 수 있음을 제시하였다. B-연계그룹의 2달 이내에 서비스를 제공한 후 타기관에 연계하는 것에 대해 53.9%(28명)가 동의하였다. 동의하지 않는 경

우는 연계하고자 하는 기관에 대기기간이 있을 수 있고, 서비스 연계 후 일정기간 모니터링이 필요하다고 제시하였다. 또한, 서비스 기간으로 3개월 이내가 적절하다고 제시한 의견이 있었다. A- 일반적 그룹의 2주 이내 평가 및 정보제공 이후 서비스를 종결하는 것에 대해 73.1%(38명)가 동의하였다. 동의하지 않는 경우는 2주 이후 사후관리가 필요하며, 2주 보다는 1달 이내로 기간을 늘려야 한다는 의견이 있었다.

라. 연계지침

서울시 지역 정신건강증진센터 중증정신질환 사례관리 연계지침의 이해도, 타당도, 적용가능성에 대해 5점 척도로 조사하였다. 이해도는 평균 4.21(SD=.69)로 높게 나타났으며, 타당도 및 적용가능성 또한 3점 이상으로 나타났다. 비교적 낮은 평균 점수로 나타난 적용가능성은 연계기관의 부재 및 연계 대기상태로 있는 대상자에 대한 대안점이 부족하다는 의견이 있었다. 또한, 연계를 위한 서울시정신보건 정보관리시스템의 조정이 필요함을 제시하였다.

표11 | 연계지침의 이해도, 타당도, 적용가능성

(N=52)

구 분	평 균	표준편차	최소값	최대값	중위수
이해도	4.21	.69	2	4	4
타당도	3.82	.80	2	4	4
적용가능성	3.32	1.00	1	3	3

3. 정신건강증진센터 신규입사자 이해도 조사

서울시 정신건강증진센터 중증정신질환자 사례관리 프로토콜의 이해도를 검증하여 현장적용 가능성을 높이기 위하여 정신건강증진센터 신규입사자 대상으로 사례관리 프로토콜에 대한 교육 및 이해도 조사를 시행하였다. 조사대상은 정신건강증진센터 25개 기관의 1년 미만 신규직원이며 실제로 설문에 참여한 대상은 23명이었다. 이해도 조사 이전에 사례관리 프로토콜에 대한 개발 배경과 전반적인 구성에 대한 교육을 시행하였다. 사례관리 프로토콜 이해도 조사내용은 용어, 체계도, 분류체계(TRIAGE), 분류체계(TRIAGE) 내 평가항목, 사례관리서비스 그룹에 대한 이해도이다.

사례관리 프로토콜에 대한 신규입사자의 이해도에 대해 5점 척도(전혀 이해가 되지 않는다 ~ 매우 이해가 된다)로 조사하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

사례관리 프로토콜에 제시한 용어에 대해서는 평균 4점 이상으로 전반적으로 이해도가 높은 것으로 나타났다. 사례관리서비스 체계도에 대해서는 평균 3.5점($SD=1.95$)으로 나타났으며, 보통 미만으로 응답한 경우, 정신건강증진센터 유입 루트에 개인이 포함되어야 할 것이라는 것과 현재 체계도는 순환적이라는 인식이 들지 않아 혼란스럽다는 점을 제시하였다. 분류체계(TRIAGE) 이해도 평가에서는 평균 3.57점($SD=.67$)으로 이해를 하고 있는 것으로 나타났으며, 분류단계에 대한 이해도는 평균 4점 이상으로 전반적으로 높게 나타났다. 요청사항으로 외래치료명령제에 대한 구체적인 설명 및 각 평가항목에서 제시한 SIPS, PANSS, GAF, HoNOS 척도에 대한 교육을 시행해주기를 요청하였다.

표12 | 사례관리서비스 체계도, 분류체계 및 평가항목 이해도

구 분	평 균	표준편차	최소값	최대값	중위수
사례관리서비스 체계도(N=22)	3.5	1.95	2	5	3
분류체계(TRIAGE) 이해도(N=21)	3.57	.67	2	4	4
정신과적 위기평가(N=21)	4.2	.76	2	5	4
정신과 치료력(N=21)	4.67	.73	2	5	5
정신과적 평가(N=20)	4.5	.82	2	5	5
중증정신질환자 평가(N=19)	4.5	.77	2	5	5
집중사례관리 등록 대상자 적합여부(N=21)	4.3	.96	1	5	5

사례관리서비스 그룹에 대한 대상, 목표, 서비스, 연계, 종결에 대한 이해도는 평균 4점 이상으로 이해도가 높은 것으로 나타났다.

표13 | 사례관리서비스 그룹에 대한 이해도

(N=20, 단위:평균)

서비스 그룹	대상군	목 표	서비스	연 계	종 결
I (Intensive case management Group) 집중사례관리 그룹	4.3	4.2	4.3	4.6	4.4
B (Broker Group) 연계그룹	4.7	4.7	4.5	4.5	4.7
A (Acknowledgement Group) 일반적 그룹	4.7	4.7	4.7	4.7	4.6
P (Promotion service Group) 증진서비스 그룹	4.5	4.4	-	-	-

제 5 장 결론 및 제언

정신건강증진센터는 지역사회 정신질환 관리를 위한 전문적 정신보건서비스를 제공하는 기관으로 중증정신질환자에 대한 사례관리 및 지역주민의 정신건강증진사업을 수행하고 있다. 서울시 인구 1만 명당 지역사회 정신보건사업에 등록되어 있는 대상자는 16.5명으로 16개 시·도 중 4번째로 높은 등록률을 차지하고 있다. 등록자 중 86%가 정신건강증진센터에 등록되어 있으며, 중증정신질환자는 45% 비중을 차지하고 있다. 더불어 정신건강증진센터는 국민의 취약한 정신건강수준을 개선하기 위해 정신건강증진사업의 비중도 점차 증가하고 있으며, 법과 제도를 통해 기초정신보건심판위원회의 퇴원 명령대상과 외래치료명령 대상에 대한 관리와 함께 다른 기관과의 조정중재자로서의 역할도 강조되고 있다.

인적 자원 및 예산과 같은 투입은 한정되어 있는 반면 관련 서비스는 지속적으로 확장되고 있어 적절한 접점 설정이 필요하고 중증정신질환 사례관리의 질적 개선에 대한 요구에 따라 정신건강증진센터 사례관리 모형개발을 위한 연구가 수행되었다.

결과적으로 첫째, 문헌조사를 통해 보건복지부와 서울시에서는 중증정신질환에 대해 전문적이며 임상적 사례관리를 지향하고 있는 것을 알 수 있었다. 그러나 사례관리부담은 1:50을 초과한 수준으로 매개자모델에서 제시하고 있는 업무를 수행할 수 있는 인력 수준밖에 되지 않아 구조적이며 정책적 재조정이 필요하다.

둘째, 델파이 조사를 통해 정신건강증진센터는 발굴 - 집중사례관리제공 - 인접서비스 연계 및 재배치의 모델이 적합하며, 「즉각적인 개입이 없으면 자·타해의 위험이 있는 대상, 자살시도력 및 구체적인 자살계획으로 자살시도 위험이 있다고 판단되는 대상, 잦은 병원 이용이나 정신과 응급 서비스 사

용이 높은 대상, 불안정한 만성정신질환(chronic unstable) 대상, 정신보건심판위원회 퇴원명령 대상, 외래치료명령제 의뢰 대상, 병원을 퇴원하여 가정으로 돌아오는 과정(transition)의 정신질환자, 초발정신질환자」의 8개 유형군에게 집중사례관리서비스를 제공한다.

셋째, 정신건강증진센터가 집중사례관리를 제공하기 위해서는 현 등록시스템의 재조정이 필요하며, 표준화된 분류체계(TRIAGE)에 따른 등록기준과 목표지형적인 사례관리를 통해 서비스 종결을 진행한다.

넷째, 사례관리 프로토콜(안)의 변화된 사례관리체계에 대해 응답자의 88.5%(46명)가 동의하였다. 본 프로토콜의 적용가능성을 높이기 위해서는 정신보건전문인력을 충원하고 사례관리체계 기준으로 평가체계도 같이 변화해야하며, 무엇보다 재배치를 위해 연계 기관의 확충이 필요하다.

이에 다음과 같은 정책적 제언을 하고자 한다.

먼저 정신건강증진센터는 질적이며 전문적인 사례관리를 위해 인력확보가 필요하다. 2011년 서울시정신보건사업지원단에서 조사한 바에 따르면, 정신건강증진센터 평균 근속연수는 26.6개월로 조사되었다. 정신질환자의 전인적인 치료와 재활, 사회통합을 위해서는 전문화된 양질의 서비스를 제공할 수 있는 인적 자원의 확보가 무엇보다 필요하다. 국내외 문헌과 서울시 환경을 고려해볼 때 사례관리를 위한 적정인원은 사례관리자 1명당 최대 30~50명 내외를 기본으로 하는 것이 바람직하다고 볼 수 있다.

둘째, 지역사회 인프라 구축이 필요하다. 지역사회 중증정신질환 사례관리는 정신건강증진센터를 필두로 사회복지시설, 사회보장서비스 등 다양한 연계기관의 협조를 통해 연속적인 서비스 제공이 필요하다. 그러나 인프라 부족으로 인해 기관 내 서비스 적합 대상이 아님에도 등록되어 있거나 서비스 연계가 부족하여 정체되어 있는 상황이다. 따라서 지역사회 정신보건 인프라 구축을 위한 정책적 방안 마련이 필요하다.

셋째, 정신건강증진센터 평가 기준에 대한 재정립이 필요하다. 매년 달라지는 평가 기준에 따라 사업의 업무 방향성 및 비중이 변화되어 혼란스러움을 야기하고 있다. 외국의 경우 사례관리가 지역사회 서비스 전달의 주요 모델로 자리를 잡으면서 사례관리의 업무 내용을 표준화하고 사례관리자가 이를 어느 정도 수행하는지 평가하는 도구개발이 시도되었다(Lauber, 1992; King, Bas, & Spooner, 2000; 민소영, 2012 재인용). 사례관리의 개선을 위해서는 질적인 평가기준이 정립되어야 하며, 일관된 기준으로 제시되어야 할 것이다.

참고문헌

- 김경희, 2010, 서울형 집중사례관리 안내서(Seoul-Assertive Community Treatment Guideline), 서울시 정신보건사업지원단 분과연구과제.
- 김병성, 1996, 「교육연구방법」, 서울: 학지사.
- 민소영, 2006, 만성 정신장애인을 위한 사례관리 모형과 수행구조에 대한 탐색적 연구, 「한국사회복지학」 30(1):215-217.
- 민소영, 2012, 정신보건실천현장의 사례관리활동목록 개발 연구, 「한국사회복지학」 64(3):127-130.
- 배상수, 2005, 한국인의 사망원인 및 질병부담.
- 보건복지부, 2012, 2012년 정신보건사업안내.
- 서울시정신보건사업지원단 · 서울특별시, 2008, 서울 정신보건서비스 Framework.
- 서울시정신보건사업지원단 · 서울특별시, 2008, 서울시 지역정신보건센터 중증정신질환관리 프로토콜.
- 손덕순 · 이준우, 2007, 「정신보건사회복지론」, 서현사.
- 안진성, 2011, 델파이 기법과 계층적 의사결정방법의 적용을 통한 전통정원의 보존상태 평가지표 개발, 성균관대학교 박사학위논문.
- 오명자, 2009, 정신보건센터에서의 ACT 사례관리모델의 효과성에 관한 연구, 아주대학교 공공정책대학원 석사학위논문.
- 이명수 · 이동우 · 이지영 · 서청희 · 이은정, 2007, 정신보건센터 운영 매뉴얼 제작 및 평가지표 개발, 보건복지부 · 용인정신병원.
- 이명수, 2010, 2010 서울시정신보건지표, 서울시정신보건사업지원단 · 서울특별시.
- 이상영, 2012, 사회적 여건변화에 따른 정신건강증진정책의 추진방향과 과제, 한국보건사회연구원 75.
- 이선희, 2012, 델파이 기법을 이용한 우리나라 재가간호서비스 연계방안에 관한 연구, 인하대학교 대학원 석사학위논문.
- 이성웅, 1987, 델파이기술 측정기법의 유용성에 관한 연구, 전북대학교 박사학위논문
- 이영문, 2012, 지역사회 정신보건정책.
- 이정숙 · 이문희, 1998, 지역사회 정신보건사업과 사례관리, 「간호과학논집」 3(1):30-33.
- 전해성, 1998, 성인초기 정신장애인의 사례관리 적용에 따른 효과성 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 정인원, 2005, 국민의 정신건강증진을 위한 국립정신병원의 역할과 발전방향, 충북대학교 건강증진기금사업지원단.
- 조맹제 · 장성만 · 전홍진 · 이효정 · 김신겸 · 이유라 · 이해우, 2007, 2006 정신질환실태 역학조사, 보건복지부 · 서울대학교 의과대학.

- 중앙정신보건사업지원단 · 서울의대의료관리학교실 · 보건복지부, 2012, 2011 중앙정신보건사업지원단 보고서.
- 하경희 · 김영희, 2012, 정신보건센터에서의 Assertive Community Treatment (ACT)기반 사례관리의 효과성에 관한 연구, 『정신보건간호학회지』 21(1):89-98.
- 황성동, 2008, 정신보건사례관리의 실천현황 및 실천모형 개발에 대한 연구 : 지역사회정신보건센터를 중심으로, 『정신보건과 사업사업』 12:30-54.
- Barker, R., 1987, 'The Social Work Dictionary', Silver Spring, Maryland: NASW.
- Doria pilling, 1992, 'Approaches to Case Management for People With Disabilities', Guidford and kingis Lynn.
- King, R., Bas, J., and D. Spooner., 2000, 'The Impact of Caseload on the Personal Efficacy of Mental Health Case Management', *Psychiatric Services*, 51(3): 364-368.
- Lauber, M., 1992, 'A Taxonomy of Case Management Tasks in Community mental Health Facilities', *Social Work Research & Abstracts*, 28(3): 3-10.
- McGurrin, M,C, & Worley, N., 1993, 'Evaluation of Intensive Case management for Seriously and Per-sistently mentally Ill Persons', *Journal of Case Management*, 2(2): 59-65.
- Mehr, j, 2001, Case Management: A review with Implications for Concurrent Severe Mental Illness and Alcoholism or Substance Abuse. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5, 80-107.
- Mueser, K. T., Bond, G. R, Drake, R. E., & resnick, S. G, 1998, Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Psychiatric Bulletin*, 24, 37-74.
- Rapp, C., 1993, 'Theory, principles and methods of the strengths model of case management', in Case management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice, edited by Harris, M. and Bergman, H., Newark, Harwood Academic Publishers.
- Solomon, L. P, 2004, Case Management for Adults with Severe Menatlillness: Implications for Elder Care. 경성대학교 사회복지학과 20주년 초청강연 발표문.

부록

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안)
: 중증정신질환자에 대한 통합적 서비스 전달체계 관점

● 일러두기	36
● I. 서울시 지역 정신건강증진센터 (중증정신질환) 사례관리 프로토콜 V2의 배경	38
● II. 서울시 지역 정신건강증진센터 (중증정신질환) 사례관리 프로토콜 구성	40
1. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리서비스 체계도	41
2. 분류체계(TRIAGE) 흐름도	42
가. 정신과적 위기평가	43
나. 정신과 치료력	47
다. 정신과적 평가	48
라. 중증정신질환자 평가	50
마. 정신건강증진센터(집중사례관리) 등록 대상자 적합여부	51
3. 사례관리서비스 그룹	53
가. I (Intensive case management Group)	53
나. B (Broker Group)	57
다. A (Acknowledgement Group)	58
라. P (Promotion service Group)	59

일러두기

PROTOCOL (프로토콜 : 합의된 기준)

합의안에 대한 초안이나 보충 협약 등의 내용으로도 사용되는 용어로 본문에서는 정신건강증진센터 내의 사례관리서비스 전달 체계와 정신건강증진센터, 사회복지시설간의 연계체계에 대한 합의 내용을 기술하는 용어로 사용되었다. 매뉴얼이 ‘어떻게 할 것인가’에 초점을 맞추고 있다면 프로토콜은 ‘무엇을 해야 할 것인가’에 초점을 맞춘 것으로 볼 수 있다.

TRIAGE (트리아지 : 분류체계)

정보를 수집, 분류한 후 우선순위를 정하여 중요한 관련 정보를 가려내는 체계를 말한다. 본 프로토콜에서는 알고리즘의 평가항목과 내용에 따라 서비스 대상군(A, B, I, P)으로 구분되는 흐름을 보여주고 있다.

TRIAGE를 통해 분류되는 서비스 대상군은 다음과 같다.

• I (Intensive case management Group) 집중사례관리 그룹

2012년 텔파이 연구를 통해 합의된 8개 유형의 대상으로 중증정신질환자이며, 센터에서 집중사례관리서비스가 필요한 대상자 그룹이다.

이 대상자에게는 강도 높고 집중적이며 전문적인 서비스를 제공하게 된다.

• B (Broker Group) 연계그룹

중증정신질환자로서 위기상황은 아니며, 센터의 집중사례관리서비스 대상에 해당되지 않는 대상 그룹으로 사회복지시설과 같은 정신사회재활서비스 제공 기관으로의 연계가 이루어진다.

• A (Acknowledgement Group) 일반적 그룹

정신과 문제가 드러나지 않는 대상으로 일반상담, 관련 정보를 제공하며 종결한다.

• P (Promotion service Group) 증진서비스 그룹

중증정신질환대상자 외의 소아청소년, 우울 및 자살, 알코올중독, 노인 대상자 중 고위험군의 대상자 그룹을 말하며 센터 내 증진서비스로 연계된다.

Delphi technique (델파이기법 : 질적 예측 방법의 하나)

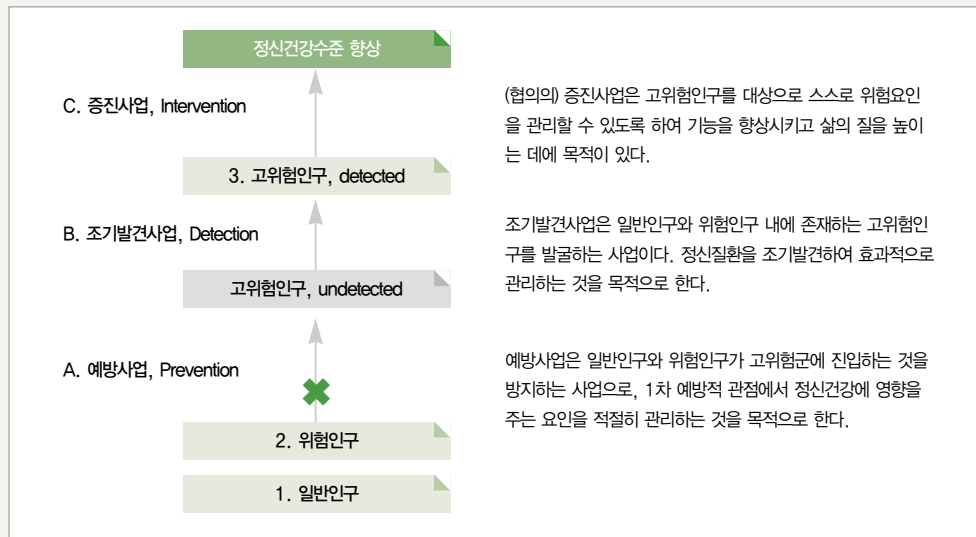
여러 전문가의 의견을 되풀이하여 모으고, 교환하고, 발전시켜 미래를 예측하는 방법이다. 본 프로토콜에서 언급하고 있는 정신건강증진센터 사례관리 등록대상자의 기준 및 인접서비스와의 의뢰연계, 서비스의 시작 및 종결 등에 대한 기준은 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 표준모형 개발을 위한 텔파이 조사를 통해서 도출된 내용을 근거로 삼고 있다.

정신건강증진서비스

정신건강증진센터는 지역사회의 정신건강을 관리하기 위해 소아청소년, 우울 및 자살, 노인, 알코올 중독 대상자에게 예방사업, 조기발견사업, 증진사업의 서비스를 제공하고 있다.

정신건강증진센터의 정신건강증진사업의 개요는 아래의 그림과 같다.

그림1 | 정신건강증진센터의 정신건강증진사업 개요



사회보장서비스

사회구성원들이 부담하는 일정한 형태의 위험에 대해 정부 차원에서 입법을 통해 적절한 조치를 부여하는 집합적인 보장 수단이다.

본문에서는 정신의료기관, 정신건강증진센터, 사회복지시설 서비스 등의 정신과적 치료 및 재활서비스 이외의 기타 서비스의 의미로 사용하였다.

연계

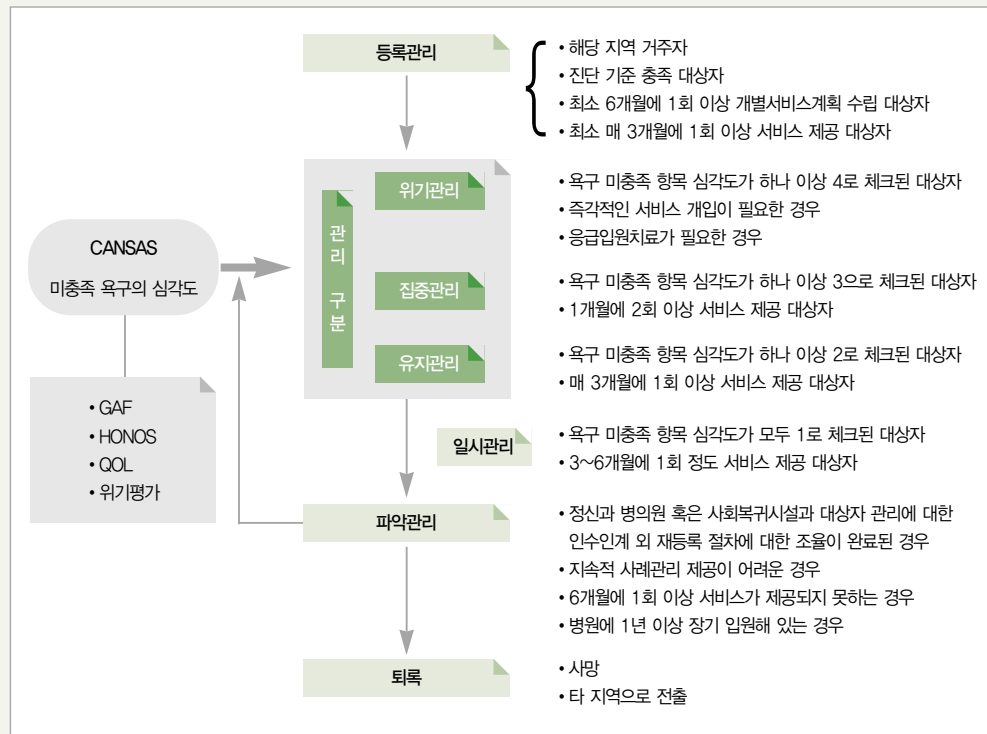
서로 밀접한 관련을 갖거나 또한 그러한 관계를 일컫는 말로 본문에서는 기관 간 또는 대상자에 대한 단순정보제공의 수준이 아닌, 연계기관의 동의와 접촉 및 서비스 등록이 확인되는 과정까지를 포함한 것을 연계라고 정의하였다.

I. 서울시 지역 정신건강증진센터 (중증정신질환) 사례관리 프로토콜 V2의 배경

서울시는 2008년 서울시정신보건사업의 틀을 제시하는 framework와 함께 중증정신질환자 사례관리를 위한 프로토콜 1차를 개발하여 보급한 바 있다. 이는 지방자치단체의 상이한 여건에도 불구하고 중증정신질환 사례관리에 있어 반드시 수행되어야 할 공통의 틀을 제시함으로써, 표준적인 사례관리 서비스를 제공하도록 하고 이에 대한 서비스 모니터링 체계 구축을 통해 서비스의 질을 향상시키기 위함을 목적으로 하고 있다.

2008년 개발된 프로토콜의 체계는 아래와 같으며 그 특성을 요약하면 다음과 같다.

그림2 | 서울시 지역정신보건센터 중증정신질환 사례관리 체계(2008)



- 등록대상자의 기준이 정신병적장애 및 분열정동장애, 양극성정동장애 등의 진단을 가진 지역사회 주민으로 포괄적으로 정의되어 있다.
- 서비스 제공강도가 욕구평가에 의해 위기, 집중, 유지관리의 형태로 분류되는 구조를 가지고 있다.
- 일시 및 파악관리 대상의 기준이 제시되어 있으며, 퇴록기준이 사망 또는 전출로 국한되어 있어 사실상 서비스의 중단없는 지속적 서비스를 기본방향으로 하고 있다.

서비스 프로토콜은 기본적으로 법과 제도적 상황에 기반하여야 한다. 이에 2008년 이후 변화된 법, 제도 및 정책적 상황을 간략히 요약해 보고자 한다.

• 정신보건심판위원회의 시군구 이양 (2008. 3)

- 시·도 단위로 운영되던 정신보건심판위원회의 계속입원심사기능이 2008년도 개정을 통하여 시군구로 이양됨.
- 이는 단지 심사기능의 이양뿐 아니라 보다 적극적인 퇴원 명령을 염두에 두고 있는 것으로 퇴원 이후의 사례관리서비스의 강화를 기본으로 전제하고 있음.

• 외래치료명령제(정신보건법 제37조의 2)의 신설 (2008. 3)

- 자·타해의 위험이 있는 반복적으로 입원하는 정신질환자에 대하여 의료기관의 장은 퇴원 후 외래치료명령을 요청할 수 있으며, 이에 대하여 기초정신보건심판위원회의 승인에 따라 지역사회 의 관리 책임이 부여됨.
- 외래치료명령 이후의 관리책임을 직접적으로 정신건강증진센터에 부여하지는 않고 있으나 시군구청장에 부여된 책임과 의미는 곧 정신건강증진센터의 역할을 의미하고 있다고 볼 수 있음.

• 국가정신건강증진대책에서 제시하고 있는 초발정신질환자 관리방안 (2012. 6)

- 국가는 장기재원 만성정신질환에 대책의 일환으로 질환의 만성화와 장기재원을 예방하기 위한 초발정신질환관리전략을 수립함.
- 의료급여 초발정신질환자에 대한 입원치료수가를 상향조정하고 입원기간을 최소화하며 퇴원 시 정신건강증진센터로 연계하여 집중적인 서비스를 제공함으로써 재발을 예방할 수 있도록 하는 것을 주요 골자로 하고 있음.

• 정신건강증진센터의 조정자로서의 정체성에 대한 정책적 논의 지속

- 지역사회의 위기관리 조정중재자로서의 역할 강조됨.
- 바우처 서비스의 조정, 연계자로서의 역할 수행 방안 검토 등의 예에서 볼 수 있듯이 서비스 조정자(Coordinator)로서의 정신건강증진센터의 역할 책임성이 지속적으로 대두되고 있음.
- 정신건강검진, 소아청소년, 자살예방 등의 정신건강 이슈에 대한 예방 및 증진서비스 제공과 함께 포괄적 서비스 제공을 위한 지역사회환경조성에 대한 책임역할이 강조되고 있음.

따라서 정신건강증진센터는 변화된 정책적 환경을 기반으로 특정 대상군에 대한 목표지향적 직접 사례관리서비스 제공을 통하여 회복 지향적이며 지속적인 사회재활서비스 체계로의 진입을 촉진시키는 동시에, 대상군에 대한 초기평가를 통하여 지역사회와 다양한 자원과 연계·협력하는 합리적 전달체계의 중심적 역할을 수행해야 할 필요가 있다.

고찰한 바와 같이 2012년 버전의 사례관리 프로토콜(안)은 2008년도 버전과 몇 가지 측면에서 상이점을 가지고 있으며 그 내용은 아래와 같다.

표1 | 2008년 · 2012년 사례관리 프로토콜 비교

내 용	2008	2012
등록대상 기준	정신병적장애 등의 진단기준	델파이 조사에 근거한 8대 등록기준
관리구분	욕구도 파악에 따라 위기, 집중, 유지 등으로 분류	8대 등록기준 대상자에게는 집중사례관리, 등록기준 미해당자는 초기 평가 후 연계
등록기간	사망, 전출 사유가 아닌 이상 지속적으로 제공	목표 달성 시점까지 제공하는 것을 원칙으로 함
연계체계	연계 이후에도 지속적으로 등록관리	기관 연계 후 종결됨. 종결 이후 문제가 생기면 다시 등록 가능

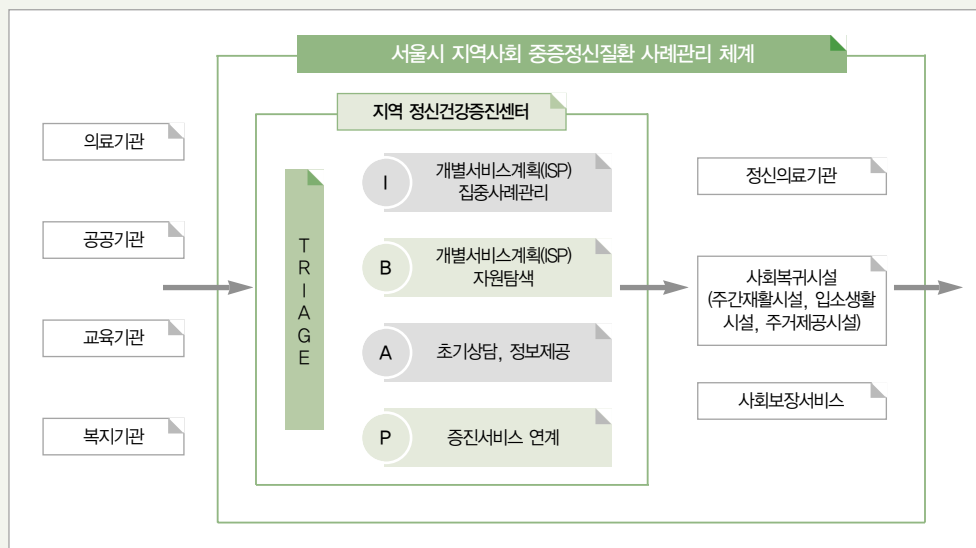
II. 서울시 지역 정신건강증진센터 (중증정신질환) 사례관리 프로토콜 구성

본 프로토콜은 정신건강증진센터 차원에서 질적인 사례관리서비스가 제공될 수 있고 지역사회 기관과 협력하여 서비스 역량이 극대화될 수 있는 환경을 만들기 위한 목적으로 개발되었으며 2012년 수행된 전문가 델파이 조사 의견을 반영하고 있다.

일차적으로 정신건강증진센터의 중증정신질환 사례관리를 위해 시작되었지만, 추후 정신보건 서비스를 제공하는 기관 간의 모형으로 확대 가능하며, 통합된 시스템을 구축하는데 기초로 사용될 것이다.

1. 서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리서비스 체계도

그림3 | 서울시 지역사회 중증정신질환 사례관리 체계

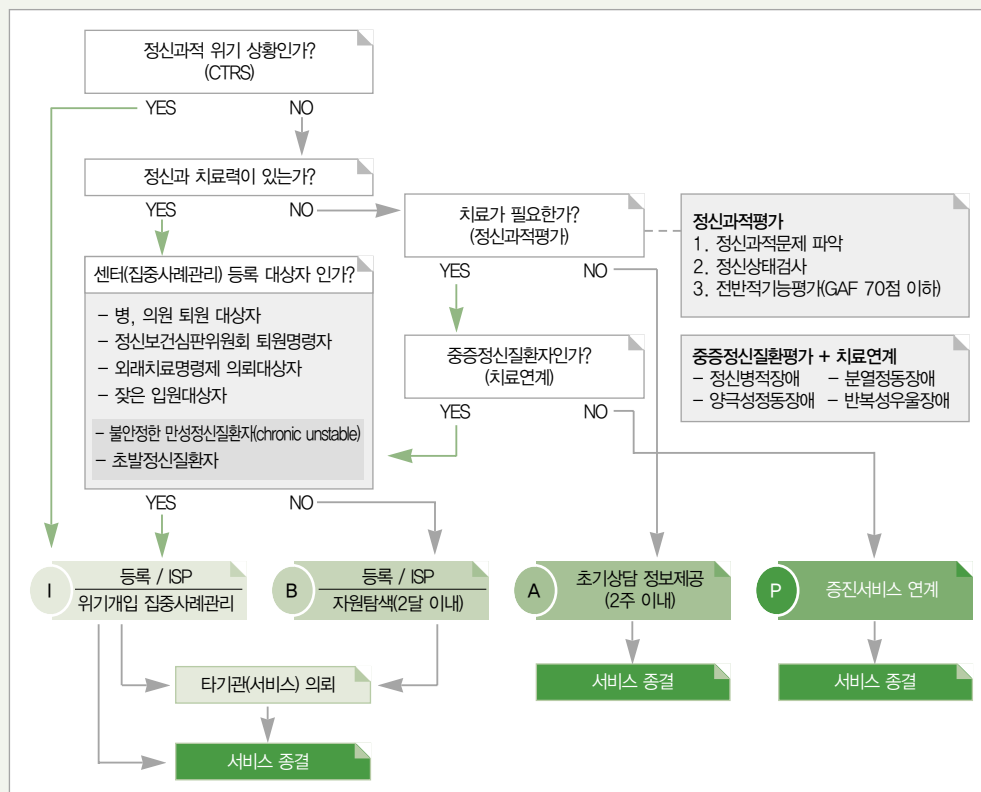


※ I (Intensive case management Group) 집중사례관리 그룹
B (Broker Group) 연계그룹
A (Acknowledgement Group) 일반적 그룹
P (Promotion service Group) 증진서비스 그룹

- 서울시는 '서울시 지역사회 중증정신질환자 관리 체계' 안으로 유입된 대상자에 대해 안정적 사회복귀를 위한 연속적인 관리 책임을 가진다.
- 서울시의 중증정신질환 관리 체계의 모든 정신보건기관에서는 유입된 대상자에게 표준화 된 기준(TRIAGE)을 적용하여 서비스 유형을 분류(I, B, A, P그룹)하며, 각 그룹에 적절한 대상, 강도, 내용에 대한 구체적 지시사항을 따라 사례관리서비스를 제공한다.
- 서울시 지역 정신건강증진센터는 표준화된 사례관리서비스 체계를 갖고 있어 이후 타 지역, 기관으로의 연계에 있어서도 연속성을 가진다.

2. 분류체계(TRIAGE) 흐름도

그림4 | 분류체계(TRIAGE) 흐름도



- 본 분류체계(TRIAGE)는 유입된 대상자의 초기평가를 위한 흐름도로써 정신건강증진센터의 집중 사례관리 대상(Intensive case management Group)을 효과적으로 구분하기 위해 고안되었다.
- 객관적인 평가를 위해 평가방법에 대한 숙지 뿐만 아니라 해당된 척도를 사용하여 평가할 수 있다.
- 대상자는 분류체계(TRIAGE)를 통해 I, B, A, P로 분류되며, 대상군에 따라 사례관리서비스 강도가 정해진다.
 - CANSAS를 통한 욕구평가는 수행되어지나 기존의 위기, 집중, 유지, 일시관리 분류체계는 적용되지 않음.
 - 센터의 등록관리대상자(I 그룹)에 대해서는 기본적으로 집중적 사례관리서비스를 제공함.
- 센터로 유입된 모든 대상자는 1주 이내 분류체계(TRIAGE)를 통해 초기 평가가 이루어져야 하며, 서비스 기간은 A그룹 2주, B그룹 2달을 넘지 않으며, P그룹인 경우에는 바로 증진서비스 팀으로 유입되어 증진서비스 프로토콜에 따라 진행될 수 있다.
- 타 기관에서 분류체계(TRIAGE) 평가를 통해 의뢰된 대상자에게는 기본적 평가는 생략하고 이전 기관의 평가를 활용하되 필요에 따라 추가적인 평가를 수행할 수 있다.

가. 정신과적 위기평가

정신과적 위기란 정신과적 증상(망상, 환청, 피해사고 등)으로 인한 자·타해 위험성이 있는 경우를 말한다.

■ 정신과적 위기평가 필요성

정신과적 위기평가를 가장 우선하는 이유는 1차적으로 대상자의 위험요소를 파악하여 안전을 즉각적으로 개입하기 위함이다. 자·타해 위험성을 파악하지 못하면, 2차적인 피해를 낳을 수 있기 때문이다.

■ 정신과적 위기상황 평가방법

1) 위험요소 평가

- 폭력에 대한 과거력
- 분노조절문제
- 폭력이나 공격성과 관련된 알코올 및 약물사용
- 가정폭력 상황 평가
- 약물순응도 / 재발 및 폭력과 관련된 요인들
- 주거 불안정
- 회원에게 위험이 될 수 있는 가족 관계 / 회원이 위험을 줄 수 있는 가족관계
- 주요 정신건강상태지표, 예를 들어 폭력행동을 조장하는 환청이나 예기치 못한 행동을 일으킬 수 있는 피해망상
- 최근 정신건강상태의 변화와 이로 인한 서비스 이용의 감소

2) 대상자의 자살 과거력 및 자살의도 평가

이슈	저위험	중위험	고위험
정신상태위험성 - 우울 - 정신병적 - 무망감, 절망 - 죄책감, 수치심, 분노, 불안 - 충동적	- 가벼운 우울증, 슬픔 - 정신과적 증상 없음 - 미래에 대한 희망있음 - 가벼운 분노, 적개심	- 보통의 우울증 - 약간의 슬픔 - 약간의 정신과적 증상 - 약간의 무망감 - 보통의 분노, 적개심	- 심각한 우울증 - 명령하는 환청 또는 죽음에 대한 망상 - 무망감, 절망, 무기침에 대한 몰입 - 심한 분노, 적개심
자살사고/자살시도 - 의도성, 치명성 - 자살수단의 접근 - 과거 자살시도	- 가볍거나 막연한 사고 - 최근시도가 없거나 치명성과 의도성이 낮은 1회 시도	- 빈번한 사고 - 낮은 치명성과 다양한 시도 - 반복되는 위험	- 지속적/뚜렷한사고 - 명확한 의도 - 치명성 높은 시도
물질장애 - 알코올이나 기타 약물남용	- 가볍거나 아주 드물게 물질사용	- 물질중독, 남용, 의존의 위험	- 현재 물질중독, 남용, 의존
뒷받침하는 사실 - 가족, 보호자 - 의학적 기록 - 서비스 제공자/자원	- 정보접근 가능 - 사건에 대한 설명과 정보 확인 가능	- 약간의 정보 접근가능 - 사건에 대한 설명이 약간 불확실함	- 정보접근과 확인어려움 - 사건에 대한 모순되는 설명
강점과 지지체계 - 표현되는 의사소통 - 지지체계의 유용성 - 자발적이고 수용적인 지지자 - 다른 사람과의 안정성	- 도움을 수용함 - 치료적 협조 형성 - 좋은 관계와 지지체계 - 자발적이고 일관되게 도움을 받을수 있음	- 양가적 - 보통의 유대감 - 약간의 관계형성 - 이용할 수 있으나 내키지 않음 - 일관되게 도움을 줄 수 없음	- 도움에 대한 거절 - 지지적 관계 결핍/적대적 관계 - 이용할 수 없거나 내키지 않음 /도움을 줄 수 없음
성찰적 실천 - 약속의 수준&질 - 위험수준의 불안정성 - 위험수준 사정에 대한 신뢰도	- 사정에 대한 높은 신뢰도 - 높은 불안정성 - 라포가 없고 미흡한 약속	-	- 사정에 대한 낮은 신뢰도 - 높은 불안정성 - 라포가 없고 미흡한 약속

예측할 수 있는 위험성이 없음.

- 포괄적인 자살 위험 사정에 따르면, 현재 대상자에게 위험의 증거가 없다면 사회적 지지체계가 좋을수록 자살사고와 시도력은 거의 없다.

3) 정신보건법 제 25조 제 4항의 규정에 의한 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준

(보건복지부 고시 제 97-18호)

1. “자신 또는 타인을 해할 위험”의 인정기준

가. 정신병으로 인하여 의식장애가 심한 상태 : 의식의 혼탁과 지남력, 기억력, 충동조절 능력 상실 등의 증상이 심하여 자신 또는 타인을 해 할 위험이 높은 상태

나. 정신병으로 인한 망상에 의해 행동이 지배당하는 상태 : 다음에 열거한 망상이 심하여 그 망상에 따라 행동하면 자신 또는 타인을 해할 가능성이 높은 상태

- 1) 자신을 누가 해치려 한다는 피해적 내용의 망상이 심한 경우
(피해망상, 추적망상, 음독망상, 조정망상 등)
- 2) 자신은 살아야 할 가치가 없다고 비관적 내용을 포함하는 망상이 심한 경우
(죄책망상, 빈곤망상, 허무망상, 자살사고 등)
- 3) 자신은 누구보다도 위대하기 때문에 무슨 일도 할 수 있다는 내용의 망상이 심한 경우
(과대망상)
- 4) 서로 연결이 되지 않는 각종 망상을 동시에 가지고 있어서 극도의 정신혼란을 보이는 경우

다. 정신병으로 인한 환각에 의해 행동이 지배당하는 상태 : 다음에 열거한 내용의 환각이 있어서 그 환각에 따라 행동하면 자신 또는 타인을 해할 가능성이 높은 상태

- 1) 환자에게 어떠한 행동을 하라고 지시하는 내용의 환각
- 2) 환자를 비난하는 내용의 환각
- 3) 환자를 자극하여 흥분시키는 내용의 환각

라. 정신병으로 현실판단능력이 심하게 손상되어 예측 불가능한 행동을 할 가능성이 높은 상태

마. 심한 우울증으로 삶의 의욕을 상실하여 자해의 가능성이 높은 상태

바. 정신병의 증상으로 극도로 흥분하여 난폭한 행동을 하는 상태

2. 정신병의 범주(여기에서 정신병이라 함은 다음과 같은 정신장애를 말한다)

가. 정신분열장애

나. 기분장애 중 조증상태 또는 우울상태

다. 술 또는 습관성 물질 복용으로 인한 정신장애

라. 각종 기질성 정신장애

마. 기타 정신병적장애

■ 정신과적 위험 평가 도구 CTRS(Crisis Triage Rating Scale)

CTRS란 정신장애의 응급성 정도를 분류하는 평가 도구로 정신질환자의 상태를 빠르고 효율적으로 판단하기 위하여 개발된 도구이다. 이것은 대상자들을 입원시킬 것인가 아니면 외래 차원의 위기관리 서비스를 제공할 것인지를 결정하는데 도움을 주게 된다. 위험성, 지지체계, 협조 3개의 변인으로 구성 되어 있으며, 자·타해의 위험여부 등에 따라 평가되어진다.

- 위험평가 후 입원치료의 필요성을 평가 할 때 상황의 긴급성에 대한 판단이 우선되어야 한다.
- 정신질환으로 인해 긴급한 상황이 야기되었거나 자해 및 타해 위험으로 보호조치가 필요한 경우에는 응급입원을 최우선으로 시행한다.
- 긴박한 상황이 아니면 대상자에게 입원치료가 필요한지 대상자가 입원의사가 있는지 보호의무자가 있는지 등을 자세히 평가하고 이에 따라 입원절차에 개입한다.

Crisis Triage Rating Scale (CTRS)

영역	점수	정의
위험성 Dangerousness	1	자살, 타해 생각을 표현하거나 관련된 환청이 있음. 현 병력 기간 중에 자살시도가 있음 예측불가능하게 폭력적이거나 충동적임
	2	자살, 타해 생각을 표현하나 자살행동은 주변 환경이나 스트레스에 영향을 받는 수준 과거 폭력적, 충동성은 있으나 최근에는 없음
	3	자살, 타해 생각을 양가적으로 표현. gesture를 보이기도 함 충동조절능력은 확실치 않음
	4	약간의 자·타해 생각 혹은 행동을 보이고 있으나 행동조절이 가능함
	5	자·타해 생각이나 행동의 과거력 및 위험성 없음
지지체계 Support system	1	가족, 친구 또는 다른 형태의 지지가능한 사람이 없음 관련기관에서도 필요한 서비스를 즉각 제공할 수 없는 상태임
	2	약간의 지지가 가능할 수 있으나 그 효과는 제한적임
	3	지지체계가 충분히 가능한 상태이나 제대로 기능을 하기 위해서는 어려움이 있음 (잠재적 지지체계)
	4	관심이 있는 가족, 친구, 다른 형태의 지지체계가 있으나 능력과 의지는 불명확함
	5	관심 있는 가족, 친구, 다른 형태의 지지체계가 있으며 능력과 의지도 있음
협조능력 Ability to cooperate	1	협조가 불가능하거나 완강하게 거부적임
	2	약간의 관심을 보이거나 개입에 대한 노력을 약간 이해하는 정도
	3	개입을 수동적으로 받아들임
	4	도움을 원하나 양가적이거나 동기가 강하지 않음
	5	적극적으로 치료를 원하고 협조하려고 함

- 평가 점수에 대한 적용은 다음의 기준으로 하되 상담자의 판단에 따라 달라질 수 있다.
- 9점 이하: 즉각적인 출동 고려, 경찰 및 119 협조 고려, 응급입원 고려
- 10점: 2시간 이내의 개입, 입원 가능성 고려
- 11점: 12시간 이내의 개입
- 12~13점: 48시간 이내의 개입

■ 분류체계(TRIAGE)에서의 정신과적 위기평가

Q. 정신과적 위기상황인가?

Yes

정신과적 위기상황이다.

면담시 자살시도자, 자살의 위험성, 타해 위험요소를 가지고 있음이 파악되어 위기개입이 필요한 대상자이다. **I (Intensive case management Group)**로 분류되어 CTRS(Crisis Triage Rating Scale)의 기준에 따라 위기개입을 진행하며, 이후 집중사례관리서비스를 제공한다.

No

정신과적 위기상황이 아니다.

위기상황은 아니지만 정신과적인 문제에 대한 평가가 필요한 대상자이다.
다음 단계 **정신과 치료력**의 평가를 진행한다.

나. 정신과 치료력

정신과 치료력은 과거 정신과 문제의 노출 경험여부에 대한 사정이며, 이는 발병 시점에 대한 예측 및 이후 개입방법에 대한 계획을 세우는데 도움이 된다.

■ 정신과적 치료유무 사정평가의 필요성

정신과 치료력에 대한 사정은 정신보건 서비스 대상자임에 대한 확인이다. 치료력이 있다면 현재의 치료 유지상황을 확인하고, 만약 치료가 중단된 상황이라면 신체적, 일상생활 모습의 변화에 대해 점검하여 스스로 치료를 거부한 상황인지에 대한 판단 및 개입이 필요하다.

■ 분류체계(TRIAGE)에서의 정신과 치료 유무의 평가

Q. 정신과 치료력이 있는가?

Yes

정신과 치료경험이 있다.

정신과 문제가 있는 대상자로 진단명, 치료기간 등에 대한 추가 질문을 진행하고, **센터 등록(집중사례관리)대상자**에 대한 평가를 진행한다.

※ 과거 정신건강증진센터의 등록관리 여부에 대한 사정도 추가적으로 진행할 수 있음.

No

정신과 치료 경험이 없다.

정신과 평가가 처음 진행되는 대상자로 **정신과적 평가** 단계를 통해 치료 개입 필요 여부에 대해 파악한다.

다. 정신과적 평가

정신과적 평가란 대상자의 정신질환에 대한 문제를 1차적으로 평가하여, 치료적인 접근을 할 수 있도록 돕기 위한 목적이 있다.

■ 과정의 의미

분류체계(TRIAGE)에 있어 가장 중요한 단계이며 정신과 치료력이 없는 대상자에게 처음으로 정신건강 및 정신질환에 대하여 사정한다. 이를 통해 이후 치료단계로 유입할 수 있다. 정확한 평가를 위해서는 정신보건전문요원의 숙련된 기술이 필요하며, 판단이 어려운 경우 심리평가를 통한 검사도 진행할 수 있다. 이 단계는 진단이 아닌 정신건강과 사회적응에 대한 전반적 평가 과정이며, 보다 정확한 진단을 위해 전문의와의 상담이 필요함을 대상자 및 가족에게 안내한다.

■ 정신과적 평가방법**• 정신과적 문제에 대한 파악 및 정의**

정신과적 평가의 첫 단계는 대상자와의 라포를 형성하면서 정신과적 문제로 파악되는 내용을 구체화 시킨다.

구체적인 평가 내용은 다음과 같다.

- ① 대상자의 인구통계학적인 정보 : 이름, 나이, 성별, 결혼상태, 전화번호, 학력, 직업, 종교, 생활환경, 면담장소, 정보제공자, 정보 신뢰도 등에 대한 기본사항을 파악
- ② 문제 발생 배경 : 대상자가 상담하러 온 (주호소) 이유 및 문제의 처음 발생 시기, 발생 전 상황 파악
- ③ 기간 : 얼마동안 지속되었으며 해결되지 못했는지 파악
- ④ 빈도 : 문제가 어느 정도 자주 발생했는지 파악
- ⑤ 중요도 : 문제의 심각성 파악

• 정신상태검사(Mental Status Examination)

수집된 대상자의 정보를 근거로 파악된 문제에 대해 구체적인 평가를 진행하는 단계이다. 각 문항에 대해 정확히 평가하고 기록하는 것이 필요하며 구체적인 내용은 다음과 같다.

- ① 외모, 전반적 태도 및 행동: 외견상 나타나는 모습, 태도나 행동에 대해 관찰
(걸음걸이, 용모, 의복, 면접자에 대한 태도)
- ② 의식(consciousness): 기질성 뇌 장애에 대한 어려움은 아닌지 관찰 (주의력, 지남력)
- ③ 감정반응: 감정의 고양, 우울, 불안, 감정반응의 부적절, 불충분성, 양가적
- ④ 사고: 사고의 진행에 대한 관찰 (우원증, 사고분열, 지리멸렬, 차단, 부조리한 진행 등) 사고의 내용에 대한 관찰 (망상, 강박증, 공포증, 건강염려증과 관련된 특별한 생각)
- ⑤ 지각: 환각(환청, 환시 등)에 대한 관찰
- ⑥ 지적능력: 기억력, 계산력, 일반적지식, 상식, 판단력 등과 같은 지적능력에 대해 조사
- ⑦ 병식: 대상자가 자신의 병에 대해 인식하고, 이해하고 있는지에 대해 확인

• 전반적 기능 평가 (Global Assessment of Functioning Scales)

구체적인 설명 및 예시를 통해 평가자가 객관적인 평가를 할 수 있는 GAF 도구를 이용한 평가를 진행한다. CUT OFF의 기준은 70점 이하로 한다. 그 이유는 61~70점 사이의 척도가 가벼운 우울감 및 정도의 불면증을 보이며, 사회적, 직업적, 학업상의 지속적인 곤란을 겪고 있는 단계로 일상생활뿐 아니라 사회활동에 대한 어려움도 시사함으로 정신과적인 발병에 대한 확인이 필요한 시점으로 판단된다.

■ 분류체계(TRIAGE)에서의 정신과적 평가

Q. 정신과적 평가 (치료가 필요한가?)

초기 치료연계 필요하다.



정신과적 평가를 통해 발병에 대해 확인하고, 초기 치료 연계가 필요한 대상자이다. 치료의 필요성 및 병원에 대한 정보제공을 통해 대상자가 두려움 없이 치료기관으로 연계될 수 있도록 돕는다.

No

일반상담이 필요하다.

정신과적 문제가 없다고 판단되는 대상자이다. A (Acknowledgement Group)으로 분류되어 초기상담 및 관련 정보를 제공하고 서비스를 종결한다.

라. 중증정신질환자 평가

■ 중증정신질환자에 대한 평가방법

중증정신질환자는 다음과 같은 문제로 평가되는 대상자로 그 외 우울, 소아청소년, 노인 중 고위험군 대상자는 증진서비스 사례관리팀으로 연계된다.

-정신병적장애

망상, 환각이 있고, 병식이 없으며, 자아의 경계가 상실되고, 현실검증능력이 크게 손상된 상태

-분열정동장애

현저한 기분장애의 증상이 없으면서 적어도 2주 이상 망상이나 환각을 가지고 있으며, 기분장애의 증상이 활성화와 잔류기를 포함한 정신병적 기간 중 상당기간 존재하는 상태

-양극성정동장애

한번 또는 그 이상의 주요 우울증 삽화가 발생되고, 최소한 한 번의 경조증 삽화가 동반되는 상태

-반복성우울장애

우울증 삽화가 2회 이상 재발되어 나타나며, 장기화되어 있는 상태

■ 치료 연계 필요성

약물치료로는 1년 내에 재발률이 30~40%에 이르지만 약물치료와 재활치료를 병행하면 1년 내 재발률은 10%로 감소한다고 보고되고 있어, 초기에 치료연계를 적극적으로 검토하여 대상자에 맞는 치료 계획을 세우는 것이 중요하다. 치료기관(병원)연계와 연속선상에서 사례관리 체계에서 이탈하지 않도록 지속적인 관리를 진행한다.

■ 분류체계(TRIAGE)에서의 중증정신질환자평가

Q. 중증정신질환자인가?

Yes

중증정신질환자이다.

정신과적 문제로 치료 연계한 대상자 중 중증정신질환자 범위에 해당되는 대상자는 **센터등록(집중사례관리)대상자**에 대한 평가를 진행한다.

No

증진서비스대상자이다.

정신과적 문제로 치료 연계한 대상자 중 증진서비스 고위험군에 해당되는 대상으로 **P (Promotion service Group)**로 분류되어 증진서비스 사례관리서비스를 제공한다.

※ 증진서비스 대상자 사례관리서비스는 별도의 프로토콜을 통해 다루도록 한다.

마. 정신건강증진센터(집중사례관리) 등록 대상자 적합여부

정신건강증진센터(집중사례관리) 등록 대상자란 ‘서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 표준모형개발 델파이 연구조사’를 통해 정신건강증진센터에서 집중사례관리서비스가 필요하다고 합의된 8개 유형에 해당되는 대상자를 말한다.

■ 정신건강증진센터(집중사례관리) 등록 대상자 선별의 필요성

정신건강증진센터는 그동안 많은 대상군의 유입으로 집중적인 사례관리서비스 제공이 어려웠다. 이에 정신건강증진센터의 고유영역인 고위험군에 대한 집중사례관리 체계를 만들고자 센터의 등록 대상자에 대한 선별이 필요하였고, 이로 인해 델파이 연구를 통한 대상자를 선별하게 되었다.

■ 정신건강증진센터(집중사례관리) 등록 대상자 적합성 평가방법

- 1) 해당 지역에 거주
- 2) 중증정신질환 대상자

3) 다음 기준에 해당되는 대상

① 잦은 병원 이용이나 정신과 응급서비스사용이 높은 대상

➔ 재발로 인한 입원을 연 2회 이상 지속하는 대상자

② 불안정한 만성정신질환자(chronic unstable)

➔ 주요 증상이 호전되지 않고 반복적으로 재발하거나, 이러한 증상으로 인해 작업 및 일상생활 어려움을 보여 지역사회에서의 생활이 어려운 대상자

③ 초발정신질환자

➔ 뚜렷한 정신병적 증상이 발현된 초발정신병 (first episode Psychosis)으로, 첫 치료 3년 이내로 14~35세까지의 대상자

TIP

조기정신증 = 전구기(뚜렷한 정신병적 증상이 드러나기 이전의 상태) + 초발정신병(정신증 발병 대상)

전구기를 포함하여, 뚜렷한 증상이 발현된 시점부터 최대 5년까지의 시기를 '결정적 시기'로 보며, 이 시기의 적절한 치료와 교육의 제공은 회복을 촉진하고 만성화를 예방한다.

전구기 대상자 및 초발정신질환자에 대한 평가를 위해서는 연령(14~29세), 구체적 평가(SIPS, PANSS), 구조화된 면담 질문들을 통해 확인이 가능하다. 구체적인 평가 방법은 초발정신질환자를 위한 사례관리 매뉴얼(서울시정신건강증진센터)을 참조하거나 서울시정신건강증진센터 조기정신증관리 팀에게 문의가능하다.

④ 정신보건심판위원회 퇴원명령대상

➔ 장기적인 입원을 지양하고, 지역사회에서의 재활을 목적으로 심판위원회를 통해 퇴원명령이 내려진 대상자

⑤ 외래치료명령제 의뢰대상

➔ 정신질환자가 퇴원 후에도 치료를 중단하지 않고, 지역사회에서 지속적인 치료와 재활을 받도록 하기 위한 제도로써, 이를 통해 치료명령이 내려진 대상자

⑥ 병원을 퇴원하여 가정으로 돌아오는 과정(transition)의 정신질환자

➔ 퇴원시점에서 정신건강증진센터로 의뢰된 (퇴원사실통지서로 통보) 대상자

⑦ 정신과적 문제로 즉각적 개입이 없으면 자·타해 위험이 있는 대상

⑧ 자살시도력 및 구체적인 자살계획으로 자살시도 위험이 있다고 판단되는 대상

※ ⑦과 ⑧의 두 대상군은 ‘TRIAGE 정신과적 위기평가’를 통해 I (Intensive case management Group)로 유입됨.

■ 분류체계(TRIAGE)에서의 정신건강증진센터(집중사례관리)등록 대상자 적합여부 평가

Q. 집중사례관리 등록 대상자로 적합한가?

Yes

집중사례관리 대상자로 적합하다.

8개 유형에 해당되는 대상으로 I(Intensive case management Group)로 분류되어 집중 사례관리서비스를 제공한다.

No

타 기관 서비스 필요 대상자이다.

중증정신질환자이나 집중사례관리서비스 유형에 해당되지 않는 대상으로 B(Broker Group)으로 분류되어 2개월 내 평가 서비스를 거쳐 적합한 기관으로 의뢰한다.

3. 사례관리서비스 그룹

가. I (Intensive case management Group)

델파이 조사를 통해 합의된 8개 유형의 대상으로 정신건강증진센터에서 집중적인 사례관리가 필요한 대상자 그룹이다. 이 대상자는 개별서비스계획(ISP)을 통해 증상관리, 일상생활, 대인관계 등 욕구에 맞는 서비스가 계획되고, 강도 높고 집중적이며 전문적인 서비스를 받게 된다.

■ 대상

- ① 잦은 병원 이용이나 정신과 응급서비스 이용이 높은 대상자
- ② 불안정한 만성정신질환자(chronic unstable)
- ③ 초발정신질환자
- ④ 정신보건심판위원회 퇴원명령대상자
- ⑤ 외래치료명령제 의뢰대상자
- ⑥ 병원을 퇴원하여 가정으로 돌아오는 과정(transition)의 정신질환자
- ⑦ 정신과적 문제로 즉각적인 개입이 없으면 자·타해 위험이 있는 대상자
- ⑧ 자살시도력 및 구체적인 자살계획으로 자살시도 위험이 있다고 판단되는 대상자

■ 사례관리 목표

- ① 잦은 병원 이용이나 정신과 응급서비스 사용이 높은 대상자
 - ➔ 연속된 12개월 동안 입원경험을 하지 않음(응급서비스는 이용할 수 있음).
- ② 불안정한 만성정신질환(chronic unstable) 대상자
 - ➔ 약물치료 및 재활치료를 통해 불안정한 증상이 호전을 보여 사회재활서비스로 연계가 가능한 상태가 됨.
- ③ 초발정신질환자
 - ➔ 병식의 형성과 치료유지를 통한 증상의 회복
 - ➔ 학업 및 취업상황 변화정도
 - ※ 대상의 특성상 추가평가를 통해 목표달성여부 평가가능(PANSS, ITAQ)

④ 정신보건심판위원회 퇴원명령대상자

➔ 안정적 거주 및 지역 정착이 가능해지고, 안정적으로 사회재활서비스를 이용할 수 있게 됨.

⑤ 외래치료명령제 의뢰대상자

➔ 안정적 거주 및 지역 정착이 가능해지고, 안정적으로 사회재활서비스를 이용할 수 있게 됨.

⑥ 병원을 퇴원하여 가정으로 돌아오는 과정(transition)의 정신질환자

➔ 3개월간 재발 증상 없이 유지하며, 안정적으로 사회재활서비스를 이용할 수 있게 됨.

⑦ 정신과적 문제로 즉각적인 개입이 없으면 자·타해의 위험이 있는 대상자

➔ 위기상황의 종결 또는 CTRS 14점 이상으로 위험성을 감소시킴.

⑧ 자살시도력 및 구체적인 자살계획으로 자살시도 위험이 있다고 판단되는 대상자

➔ 위기상황의 종결 또는 CTRS 14점 이상으로 위험성을 감소시킴.

■ 서비스

• 정신건강증진센터 등록

• 개별서비스계획(Individualized Service Plan : ISP)수립

대상자 및 가족과 함께 수립하고 각 단계는 아래의 내용과 같음

1단계 : 욕구사정 및 심각도 평가

- 욕구사정은 CANSAS를 이용함
- 욕구 미충족 항목에 대해서는 심각도를 평가함

2단계 : 서비스 계획 수립

- 1단계 평가 후 서비스 계획을 수립
- 서비스 계획 수립은 CANSAS 욕구항목의 심각도에 따라 개입해야 할 문제를 설정하고, 이에 대한 개입계획을 수립
- 직업력, 주거상태 및 대상자의 강점 등의 평가 결과가 계획에 반영
- 서비스 계획은 서비스 제공 주체와 제공방법을 포함해서 수립
- 대상자의 욕구에 맞는 포괄적 서비스 제공을 위해 지역사회 네트워크를 구축해야 하며, 욕구사정 결과에 따라 필요시 연계 계획을 수립

• 대상별 목표에 맞는 서비스 제공

개별서비스계획(ISP)에 의한 대상자의 욕구에 맞는 서비스 제공

■ 등록기간

각 서비스 대상자의 목표 달성 시점이 연계 및 종결시점이 됨

■ 연계

- 대상자 목표 달성 시점에서 사회재활서비스가 필요한 경우 연계를 진행함

〈사회재활서비스 연계 절차〉

연계는 계획적으로 이루어져야 하며, 사전에 대상자, 가족 및 연계기관의 담당자와 서비스 제공계획에 대해 합의를 해야 한다. 연계일자, 연계기관, 연계형태, 연계사유 등을 포함한 계획을 수립한다.

■ 대상자 욕구에 따른 기관 발굴

- 대상자의 욕구를 파악

(증상관리, 직업서비스, 주간재활서비스, 주거제공시설, 입소생활시설 등)

- 대상자 욕구가 반영될 수 있는 기관 탐색 및 발굴

■ 필요 기관 정보 탐색 (TO, 서비스, 절차 등) 및 의뢰가능 여부 확인

- 기관에 대상자 의뢰시 필요 요건 및 절차 확인
- 기관에 대상자 서비스 의뢰 가능 여부 확인

■ 의뢰기관 정보공유

- 대상자에게 의뢰 기관에 대한 정보제공 (의뢰목적, 기관의 위치, 서비스 내용)
- 의뢰기관에 대상자에 대한 정보제공 (대상자 동의를 거쳐야 함)
- 의뢰 날짜에 대해 구체적으로 공유

■ 기관의뢰

- 동의된 날짜에 대상자 의뢰
- 불가피한 경우를 제외하고는 연계 기관과의 첫 면담시에 함께 동행

■ 종결

- 사례관리서비스 목표가 달성되면 서비스 종결
- 사례관리서비스 목표가 달성되었으나 타 기관 서비스 제공이 추가로 필요한 경우 타기관 연계
- 사례관리 목표달성으로 종결된 대상자라도 이후 재발 및 위기 상황 또는 정신건강증진센터의 서비스가 필요한 상황에서는 다시 유입 가능

나. B (Broker Group)

정신과적 치료력이 있거나 치료를 시작한 대상자로 사회재활서비스가 필요한 대상자 그룹이다.
일정기간의 평가를 통해 대상자에게 맞는 서비스를 찾아 연계하는 것이 필요하다.

■ 대상

중증정신질환자이지만 집중사례관리대상자 8개 영역에 포함되지 않는 대상자로 사회재활서비스 (취업, 주간재활프로그램)를 필요로 하는 대상

■ 목표

대상자의 욕구에 맞는 기관을 찾아 그 기관에 안정적으로 유입되는 것을 목표로 함

■ 서비스

- 정신건강증진센터 등록
- 개별서비스계획(Individualized Service Plan : ISP)수립
대상자 및 가족과 함께 수립하여야 하고 각 단계는 아래의 내용과 같음

1단계 : 욕구사정 및 심각도 평가

- 욕구사정은 CANSAS를 이용함
- 욕구 미충족 항목에 대해 심각도를 평가함

2단계 : 서비스 계획 수립

- 1단계 평가 후 서비스 계획을 수립

- 서비스 계획 수립은 CANSAS 욕구항목의 심각도에 따라 개입해야 할 문제를 설정하고, 이에 대한 개입계획을 수립
- 직업력, 주거상태 및 대상자의 강점 등의 평가 결과가 계획에 반영
- 서비스 계획은 서비스 제공 주체와 제공방법을 포함해서 수립
- 대상자의 욕구에 맞는 포괄적 서비스 제공을 위해 지역사회 네트워크를 구축해야 하며, 욕구사정 결과에 따라 필요시 연계 계획을 수립

• 대상별 목표에 맞는 서비스 제공

개별서비스계획(ISP)에 의한 대상자의 욕구에 맞는 서비스 제공

■ 서비스 기간

2개월 이내 ISP 목표에 맞는 기관정보 탐색 및 연계

■ 연계

- 평가 이후 욕구에 적합한 기관을 발굴하여 연계함
- 등록여부 논의를 위해 필요한 정보를 연계 기관에 제공함. 단, 의뢰 조건이 맞지 않을 경우 다른 기관을 탐색하여 연계를 진행함
- 연계기관의 등록 대상자로 확정되지 않은 기간 동안은 정신건강증진센터 서비스 대상자로 간주하고 모니터링을 진행함

※ 연계절차는 **사회재활서비스 연계 절차** (P.56)를 참고한다.

■ 종결

평가서비스를 받은 대상자의 욕구에 적합한 기관을 발굴하여 연계한 후 등록이 확정된 시점에 종결함

※ 본 프로토콜에서의 연계란?

의뢰한 기관에 대상자가 등록되는 시점까지 확인하여야 하며 그 때까지의 방법 및 절차를 의미한다.

다. A (Acknowledgement Group)

정신과적 평가 결과 정신과 문제가 드러나지 않으며, 단순한 스트레스 요인으로 단기간의 어려움을 보이는 대상자 그룹이다. 이 그룹은 정신건강증진센터의 서비스 대상자가 아님으로 일차상담이후 종결한다.

■ 대상

- ① 뚜렷한 정신과 문제가 없는 대상 (GAF 70점 이상)
- ② 1차적 문제가 지적장애, 인격장애 문제로 센터 서비스 조건에 맞지 않는 대상
- ③ 정신과 문제외의 타 서비스가 필요한 대상

■ 목표

뚜렷한 정신과적 문제가 시사되지 않는바, 대상자에게 결과 전달 및 정신건강을 위한 방법 안내

■ 서비스

일반 상담 및 초기평가를 통해 진행된 검사 결과에 대한 안내
적합기관 정보제공

■ 기간

개입일로부터 최대 2주

■ 연계

연계 절차를 진행하지 않고, 대상자 스스로 기관을 찾아 갈 수 있도록 필요 정보 제공

■ 종결

- 일반상담 대상자로 상담 서비스의 목표가 달성되면 서비스를 종결
- 서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 내 접수상담에 상담내용 기록
 - 타 기관 연계 필요시 정보제공
 - 대상자에게 서비스 종결에 대해 고지

라. P (Promotion service Group)

정신과적 문제를 보이거나 중증정신질환에 해당되지 않는 대상으로 증진서비스의 고위험군에 해당되는 대상자 그룹이다. 일반적으로 소아청소년, 알코올중독, 우울, 노인 등으로 분류될 수 있으며 지역에 따라 약간의 차이가 생길 수 있다.

■ 대상

생애주기별 고위험군에 해당되는 대상으로 증진서비스 및 사례관리가 필요한 대상

소아청소년

주의력, 정서행동 문제로 어려움을 겪는 소아 및 청소년

- 평가척도 : CDI (Children's Depression Inventory) 22점 이상

K-ARS(Korean ADHD Rating Scale) 교사17점, 부모19점 이상

우울

우울증상을 통해 일상생활 및 사회생활의 어려움을 겪는 대상자

산후우울, 갱년기 우울 등을 포함한 우울 (심한 반복성우울장애는 중증정신질환자로 포함)

- 평가척도 : BDI (Beck Depression Inventory) 10점 이상

알코올중독

알코올문제로 인해 전반적인 일상기능의 어려움이 생기는 대상자

- 평가척도 : AUDIT-K (Alcohol Use Disorders Identification Test) 12점 이상

노인우울

노년기(65세이상)에 올 수 있는 우울증 및 불면, 불안, 자살문제 등의 어려움이 있는 대상자

- 평가척도 : GDS-K (Geriatric Depression Scale-K) 14점 이상

■ 목표

정신건강증진센터의 증진서비스 체계로 연결하는 것을 목표로 함

■ 서비스 내용 및 기간

정신건강증진센터 정신건강증진서비스 가이드라인¹⁾ 참조

1) 25개구 정신건강증진센터의 정신건강증진서비스 현황 조사에 이어 가이드라인 개발 작업 중에 있음.

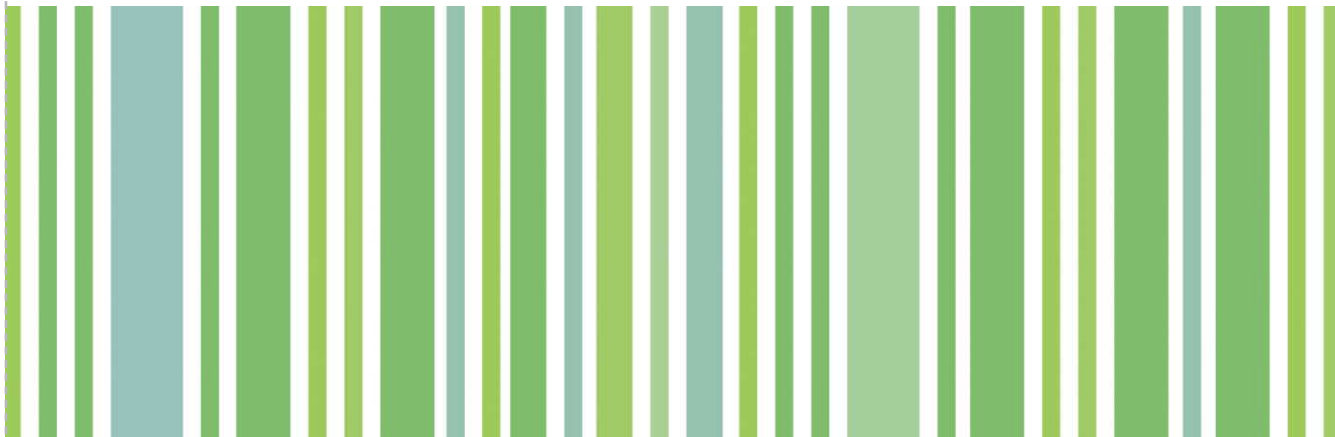
서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서

발 행 일 2013. 03.
발 행 인 이명수
편 집 인 김경애, 김진형, 임희영, 박정숙
발 행 처 서울시정신건강증진센터
전 화 02-3444-9934
팩 스 02-3444-9961
홈페이지 blutouch.net
seoulmentalhealth.kr
suicide.blutouch.net
semis.blutouch.net
childyouth.blutouch.net
mindspa.kr
제작업체 서울기획케이투(주) 02-512-3296
ISBN 978-89-97998-12-8

본 저작물은 서울시정신건강증진센터의 소유이므로 무단 전재와 복제를 금합니다.

2012 SEOUL MENTAL HEALTH CENTER

서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서



희망서울
함께 만드는 서울, 함께 누리는 서울

서울시 — Seoul Mental Health Center
정신건강증진센터

비매품



9 788997 998128

ISBN 978-89-97998-12-8