

## 개 요

### I. 서론 : Seoul-ACT의 배경 및 목적

### II. 본론

1. 사례관리의 이론적 개념
2. 사례관리의 특징
3. 사례관리 과정
4. 사례관리자 역할 및 기능

### III. S-ACT의 안내서

1. ACT의 배경 및 역사
2. ACT 의 효과성 고찰
3. S-ACT의 개요
4. S-ACT의 실제

### IV. 결론 : 개발에 대한 제언

\* 부록. 기록양식, 평가도구

# 서울형 집중사례관리 안내서

## SEOUL-ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT GUIDELINE

김 경 희 (서울여자간호대학 교수)

### I. 서론 : Seoul-ACT의 배경 및 목적

1995년 정신보건법 제정 이후 정신질환자를 위한 치료 서비스는 지역사회에 기반을 두고, 생물학적 접근보다는 재활과 회복을 강조하는 방향으로 진행되고 있다. 이는 우리나라 정신보건 정책이 탈수용화의 개념을 근간으로 병원 및 요양시설 중심의 입원치료 및 수용보호를 넘어서 다양한 사회재활 서비스 제공으로 정신질환자들의 지역사회 통합에 가치와 의미를 두고 있다.

정신보건법 제정 이후 전국에 지역사회 정신보건센터와 사회복귀시설이 설치되었고, 정신보건 전문요원제도를 통한 정신보건 인력이 양성되면서 기본적 인프라를 갖추어 가고 있지만 정신병상 수는 계속적으로 증가하고 있으며, 장기입원 위주의 진료는 지속되고 있다. 그래서 정신보건현장에서 근무하고 있는 정신보건근무자들은 지역 내 정신질환관리를 위한 효과적 방안이나 지침마련을 시급해 하고 있으며, 사례관리를 통한 만성정신장애 관리 사업 뿐만 아닌 정신건강증진 사업을 비롯한 다른 업무와 서비스로 한정된 인력 안에서 제공해야 하는 부담감을 안고 있다.

서울특별시 1994년부터 영세민 정신질환자를 대상으로 사례관리의 시초인 가정 방문사업을 시행한 바 있지만, 사업 수행과정에서 몇 가지 문제점이 제기되었다. 체계적이고 포괄적인 지역사회 정신보건 사업의 일부로서 다른 서비스와 유기적인 관계가 유지되면서 보다 다양한 정신보건 서비스의 제공을 위한 사업의 추진이 시급한 것으로 제기되었다.

이에 대한 욕구를 만족시켜주기 위한 방안으로 사례관리의 필요성이 요구되었는데, 사례관리는 시설 보호 중심에서 탈시설화의 치료로 전환되면서 지역사회 중심의 재가 서비스를 전달하기 위해 부각되었다. 현재 정신보건센터를 중심으로 각 정신보건관련시설에서 사례관리를 시행하고 있지만 만성정신질환을 가진 대상자들이 지역사회에 정착하고 적응하기 위한 지식, 사회기술, 자원 그리고 사회적 지지체계 등이 부족하기 때문에 오랜 입원 기간 후에 퇴원을 하였거나 자주 입원을 반복하고 있는 환자가 지역사회에서 생활하기 위해서는 많은 도움이 필요로 하며, 통상적인 정신보건센터의 기능이나 사례 관리 프로그램으로는 감당하는데 어려움이 있다.

그러므로 정신보건사업의 효율적, 탈원화 구현을 위한 통합적 사례관리 모델 구축이 필요하며, 개별 서비스 계획에 입각한 사례관리 및 재발예방계획의 구체적 수립이 요구된다. 많은 프로그램 중에 적극적으로 대상자를 도울 수 있는 대안으로 효율성을 인정받은 ACT(Assertive Community Treatment) 프로그램은 미국 Wisconsin 주를 중심으로 1972년 개발된 모델로, 다학제적 전문요원들이 하나의 팀이 되어 다방면의 치료 및 서비스를 포괄적으로 제공하며, 1-2년의 단

기가 아닌 계속해서 제공되는 평생의 치료로, 사무실 중심의 치료가 아닌 정신질환자가 있는 곳에서 치료 및 재활서비스를 제공하는 서비스이며, 솔선성이 떨어지고 동기가 낮아 치료에 참여하지 않는 정신질환자들을 위해 그들을 발굴하고 접근하여(outreach) 적극적으로 치료서비스를 제공하는 것으로 효과성이 검증되고 있다. 또한, ACT는 지역사회 적응이 용이하며, 대상자의 인생 목적을 돕기 위한 다학제적 관리팀의 다양하고 특별한 영역을 살려 대상자에게 통합적 서비스를 제공하고, 지속적인 치료과정을 모니터링하며, 대상자의 욕구에 맞는 적절한 서비스 제공하는데 철학이 있다. ACT는 집중적인 관리를 통해 지역사회 치료 및 재활대책을 통해 정신병원 입원률을 감소시키고, 지역사회 장에서 교육(직업, 인간관계, 일상생활 등)을 제공하며, ‘할 수 있다’는 전문요원의 태도를 중요한 치료도구로 활용하여, 가족이나 기관에 대한 과잉의존을 감소시킬 수 있고, 대상자 스스로 행동에 대한 책임을 지도록 하며, 포괄적 치료계획을 위한 지역사회 기관 및 자원과의 교류, 조정을 위해 노력하고, 각 개인의 욕구 및 수준에 맞는 사회지지체계를 확립하는데 목적이 있어 서울특별시의 정신보건사업의 철학과도 일치한다고 보겠다.

ACT Guideline을 통해 지역사회 정신보건관리서비스를 강화하고, 서울형 집중사례관리 안내서(S-ACT)를 보급하고 교육함으로써 서비스를 표준화하여, 지역정신보건센터의 사례관리 서비스 우선순위를 담보할 수 있겠다. 또한 서울형 집중사례관리 안내서(S-ACT)를 개발함으로써 소비자의 욕구에 맞는 사례 관리를 제공하는데 기여하고자 한다.

이에 서울특별시의 특성에 맞는 ACT Guideline을 제작하여, 대상자를 사례 관리하는데 적용하는 자료로 사용하고자 한다.

## II. 본 론

### 1. 사례관리의 이론적 개념

사례관리(Case Management)는 복잡적이고 다양한 문제나 욕구를 갖춘 서비스 대상자에 대하여 면밀한 사정과 사례계획을 바탕으로 하며 공식적이거나 비공식적인 지역사회의 다양한 자원을 활용하고 이를 종합적으로 점검하고 평가함으로써 효과적인 서비스를 제공하는 것이다.

사례관리의 서비스 제공 범위는 사례관리자(Case Manager)가 소속한 기관의 서비스뿐 아니라 다른 기관의 서비스 그리고 지역사회의 각종 자원을 동원하여 제공하기 때문에 상당히 포괄적인 서비스를 제공한다. 그리고 서비스 제공의 방법에서 특히 강조되는 부분은 지속성, 효과성, 그리고 효율성이다. 이것은 서비스 제공의 연속성을 보장하고 서비스 제공 과정을 중간에 점검하고 평가함으로써 효과성을 확보하고 비용 절감적인 요소를 내포한다.

사례관리는 개인, 가족, 집단에 대한 임상적인 접근뿐만 아니라 지역사회와 정책에 대한 거시적인 개입활동을 포함하기 때문에 통합적인 접근이다. 사례관리자는 상담과 치료자로서의 역할 뿐만 아니라 대상자에게 최선의 서비스를 제공하기 위하여 기관간의 서비스 조정과 대변인 또는 옹호자로서 역할을 수행해야 한다.

사례관리의 목적은 복잡하고 다양한 욕구를 가진 대상자를 위해 자원망을 개발하거나 강화시켜 가장 효율적인 방법으로 서비스를 제공하는 것이며, 대상자 스스로 그 지지망을 관리하도록 그의 능력을 개발하는데 있다. 즉, 사례관리는 복합적인 문제를 갖고 있는 대상자의 문제 해결을 위

해 심리치료의 직접적인 서비스와 지역사회 내의 사회복지 자원을 연계시켜 주는 간접적인 서비스를 통하여 보다 체계적, 포괄적, 지속적으로 대상자를 원조하여 궁극적으로는 대상자의 심리·사회적 기능 향상과 지역사회 내의 재활을 이루려는 것을 목적으로 한다. 구체적으로는 외부환경에 적응할 수 있는 대상자의 잠재력을 최대화시키고, 대상자와 가족이 여러 서비스와 지원체계에 접근, 이를 활용할 수 있는 방법을 습득하게 하여 가족, 이웃, 친구 등 비공식적 지원 체계가 대상자를 보조할 수 있는 능력을 최대화시키며, 대상자와 가족의 욕구를 충족시키는 데 있어 공식적 도움 체계의 능력을 최대화하는 역할들을 수행하는데 그 목적이 있다.

<표 1> 사례관리 개념

구 분	개 념
O'Connor(1988)	대상자의 욕구에 맞는 서비스제공을 위하여 지역자원을 효과적으로 조직하고 조정하는 행정적·관리적 특성과 전문적 관계속에서 지속적인 보호와 상담 및 치료를 제공하는 직접적 개입의 특성을 지니고 있다.
Rothman(1991)	복합적인 욕구를 가진 대상자의 기능향상을 위해 총체적이고 통합적인 일련의 다양한 서비스를 제공하는 것으로, 공식적·비공식적 지원과 활동의 자원망을 조직·조정·유지하는 기능을 한다.
Kemp(1998)	대상자가 필요로 하는 서비스의 제공이다. 책임 맡은 일차 담당자가 대상자와 함께 노력하여 대상자의 욕구에 따라, 그들에게 포괄적이며 통합되고 조정된 시기적절한 서비스를 제공한다.
김통원·김용득 외(1998)	대상자의 다양한 욕구를 만족시키는 통합적 서비스를 제공하기 위해 대상자와 그 가족들의 욕구를 사정하며, 서비스를 준비·조정·점검·평가·옹호하는 서비스이다.
Julius R. Ballew & George Mink, 권진숙·전석균 옮김(2001)	여러 사람의 원조자로부터 동시에 도움이 필요한 다양한 문제가 있기 때문에, 삶이 만족스럽지 못하거나 생산적이지 못한 사람들을 돕는 하나의 과정이다.
조추용·권현주 역(2003)	대상자의 사회생활상에서 복수의 욕구를 충족시키기 위해 적절한 사회자원과 연결시키는 절차의 총체이다.
강선경·임윤형(2005)	노인, 장애인, 만성질환자, 아동, 여성 등 복합적인 욕구나 문제를 지닌 대상자를 대상으로 지역사회의 공식적 비공식적 자원을 개발, 연결하고 동시에 대상자의 능력을 개발시켜주는 방법이다.
홍선미(2004)	사례관리는 서비스체계의 문제점을 개선하며 실천의 효과성을 높이기 위해 제안된 대표적인 통합적 모델로서, 복합적 욕구를 갖고 장기적 보호를 요하는 지역사회의 다양한 대상에게 적용한다.
Arthur J. Frenkel·Sheldon R. Gelman, 권진숙 역(2006)	단편적인 서비스를 대상자의 독특하고 변화하는 욕구와 묶어주는 접착제(glue)이다.
정순돌(2006)	한 사람의 사례관리자가 복합적 욕구를 가진 대상자에게 다양한 서비스자원(공급체계)을 연결시켜 대상자가 사회생활의 어려움을 극복할 수 있도록 돕는 방법이다.
요약정리	현대적 의미의 사례관리는 대상자와 환경적 자원간의 최적의 결합상태를 유지하여 대상자의 욕구를 최소한으로 완화시키는 것이다.

\* 출처 : 김한양(2006)

## 2. 사례관리의 특징

사례관리는 대상자의 욕구와 문제를 확인하고, 치료 팀과 협력하여 욕구를 다루며, 사정을 통하여 치료환경을 추천하고 의뢰하는 것으로서 대상자의 욕구에 따른 팀 접근과 의뢰과정을 중요시한다. 또한 사례관리의 목표달성의 주요지침은 대상자의 서비스욕구를 충족시킬 수 있는 개인적인 능력강화, 자원의 개발과 배열 그리고 조정에 주력하는 것이다.

사례관리는 기존의 개별상담, 집단치료, 가족치료 등과 같은 하나의 단위프로그램으로 인식될 것이 아니라 정신질환자가 가장 효율적인 서비스를 제공 받을 수 있도록 하는 방법론(양옥경, 2000)으로서, 의학적, 정신의학적 욕구에 대한 이해뿐 아니라 주택, 무능력, 복지급부, 심리사회재활, 거주, 경쟁적인 직업프로그램, 법적, 형사적 사법 시스템 등의 포괄적인 서비스를 포함한다.

사례관리는 지역사회 내에서 포괄적이고 통합적인 서비스가 지속적으로 유지되도록 하는 지속성(Continuity)과 대상자의 참여와 자발성, 의사결정을 중요시하며, 그들의 개별적인 욕구충족에 주력하는 개별성(Individualization), 그리고 전달체계 내에서의 서비스를 최대한으로 극대화하는 효과성(Efficiency)을 강조하는 방법론이다.

사례관리의 개념에 근거하여 특징을 살펴보면 다음과 같다.

- 사례관리는 지역사회에 기반한 서비스 및 지지를 제공하는 체계적인 지원 방법
- 자원(공식적, 비공식적) 동원 및 효율적인 연계와 조정을 포함
- 보호의 연속성과 책임성
- 서비스 자체보다는 융통성 있는 배정을 강조
- 포괄적인 서비스 제공 및 서비스 조정과 점검의 과정을 포함
- 연속적인 기능들을 시간 순서적으로 수행하는 문제해결 과정(대상자 발굴, 포괄적인 사정, 개별화된 서비스 계획, 필요한 서비스 연결, 그리고 서비스 전달의 점검)
- 대상자의 참여와 자기결정의 촉진

지역사회 만성 정신질환자를 위한 사례관리는 목적, 대상, 수행방식 등에 따라 다양한 모델로 개발되었고 현재까지 광범위하게 합의된 주요 6가지 모델의 특징을 살펴보면, 초기 사례관리 모델은 매개자 모델(broker model 혹은 expanded-broker model)에서 출발하였다. 의식주 및 의료 서비스를 완비한 정신병원에서 퇴원하여 지역사회로 돌아간 중증정신질환자의 지역사회 정착을 위해 책임있는 한명의 서비스 제공자가 대상자에게 자원을 원활하게 중개하는 역할이 강조되는 모델로, 주로 사례관리 사무소 내에서 대상자와 접촉하면서 필요한 서비스를 연결시켜주거나 혹은 여러 다양한 서비스 제공자들은 상호 조정시켜주는 기능을 수행한다.

매개자 모델의 비임상적 측면이 갖는 한계를 보완하고자 등장한 모델이 임상사례관리 모델(Clinical case management model)이었다. 이 모델은 서비스 연계라는 사례관리의 행정적 기능뿐만 아니라 임상적 기능을 결합시켜 교육과 심리치료를 포함하여 사례관리자가 좀 더 임상적 기술을 보유하는데 무게를 둔다. 그러나 임상사례관리모델은 실제로 수행되기가 어렵다는 비판이 있다. 사례관리자들에게 전문적 임상 실천 지식과 기술을 교육시키기에는 한계가 있기 때문이다.

1970년대 후반부터는 매개자 모델과 임상모델의 한계를 극복하고자 다양한 사례관리모델이 등장하였다. 먼저, 중증 만성 정신질환을 가지고 있거나 정신의료서비스를 빈번하게 이용하는 정신질환자를 대상으로 포괄적 서비스를 직접 제공하는 ACT 모델(Program for Assertive Community Treatment model)이 제기되었다(Stein and Test, 1980). 다양한 분야의 전문성을 가진 사람들로 구성된 다학제간(Interdisciplinary) 사례관리팀이 구성되어 서비스를 제공하는 측면에서 매우 특징적

이다. ACT는 정신증상 안정화 및 재발 방지 그리고 주거 안정 측면에서 매우 효과적인 모델로 인정받고 있다.

ACT 모델과 매우 비슷하다는 평가를 받는 집중적 사례관리 모델(Intensive Case Management) (ICM) model)은 대상자와 실무자간의 낮은 담당 비율(15-20:1)을 바탕으로 대상자가 거주하고 있는 지역사회 내에서 서비스를 제공하며, 일상생활 기술을 습득할 수 있도록 돕는다. 그러나 원래의 ICM 모델은 팀 접근을 실행하지 않는다는 점에서 ACT 모델과 차이가 있다.

1970년대 말에는 지역사회 생활유지(Community tenure)와 개인의 목표 성취에 보다 더 초점을 둔 재활모델(Rehabilitation model)이 개발되었다. 대상자가 자신이 살아가고 싶은 환경에 대한 목표를 스스로 선택하고 설정한 지역사회 환경과 목표에 장애가 되는 환경적 요인을 극복할 수 있도록 재활에 초점을 두어 개입한다. 한 연구에서 직업적 기능의 향상, 독립 주택, 그리고 사회적 고립 감소에 재활모델의 긍정적 영향을 제시하였다.

1980년대 초반 개발된 강점 모델(Strength model)은 기존의 사례관리모델과 달리 대상자의 강점과 능력을 먼저 파악하고, 목적을 달성할 수 있도록 개인적인 강점을 최대한 발휘할 수 있는 환경을 만드는 것에 초점을 두고 있다. 개인의 병리학, 결점, 혹은 문제에 초점을 두는 전통적인 정신보건 문화 속에서 강점 모델이 수행되기에는 한계가 있다는 지적이지만, 강점모델은 병원 입원을 감소, 개인의 목표성취, 만족감, 그리고 삶의 질 향상에 긍정적 영향을 미친다고 보고되었다(김유라, 2008).

<표 2> ACT와 지역사회 보호 모델간의 특성 비교

구 분	Broker 모델	강점 모델	재활 모델	임상 모델	ICM	ACT
주요 특징	필요한 서비스가 존재하며 대상자가 서비스를 사용할 수도 있고 의지도 있다고 전제	정신질환을 가진 사람도 배우고 성장하고 변할 수 있다고 전제	독립적인 지역사회 생활의 장애물 극복전략 수립	정신질환에 대한 생심리 사회모델 사용	빈번한 응급실 사용자 등 높은 서비스 사용 빈도자들의 욕구충족위해 개발	직업재활, 의료적 치료, 사회기술 훈련, 주거 원조, 사회적 기회제공 등 포괄적 서비스의 부분
	개별화된 서비스는 위기상황에서만 가능	대상자의 강점과 잠재성, 자기 결정권 강조	체계의 규정 목적보다 대상자의 바람과 목표에 근거한 서비스			팀 접근에 의한 시간 무제한적 서비스 제공 (24시간)
사례 관리자 역할	서비스에 대한 정보 제공, 연결과 조정	사회환경적 지지를 제공하는 멘터 (대상자가 강점을 찾고 목표를 명료화 하도록 원조)	지역생활유지와 개인 목표달성을 증진하는 도구적 기술 사정과 중재 강조	전통적 조정 외에 교육/심리 치료 제공	쇼핑, 세탁, 교통 등 일상생활에서의 실질적인 자원과 직접 서비스 제공	포괄적 전문적 작업 통해 직접 서비스 제공

전문성	비전문가 -----> 전문가					
서비스 집중도 포괄성	기본형*-----> 집중적·포괄적 (직접적 서비스 강조)					
사례 규모	크다*-----> 적다					
직원 : 대상자	1:50	1:20~30	1:20~30	1:30+	1:10	1:10
대상자의 영향력	낮음	보통	보통	낮음	높음	높음
담당 대상자 공유	없음	없음	없음	없음	없음	있음
24시간 보호	없음	없음	없음	없음	있음	있음
소비자 투입	없음	높음	높음	낮음	낮음	낮음
기술훈 련강조	없음	보통	높음	낮음	중간	중간
대상자 와 만나는 빈도	낮음	보통	보통	보통	높음	높음
만나는 장소	병원	지역사회	병원/ 지역 사회	병원	지역사회	지역사회
통합적 치료	낮음	낮음	낮음	보통	높음	높음
즉각적 서비스 제공	낮음	보통	보통	보통	높음	높음

\* 출처 : 서울특별시광역정신보건센터(2005), 김유라(2008)

### 3. 사례관리 과정

#### 1) 개입 원칙

- ▶ 서비스의 개별화 : 대상자의 독특한 신체적, 정서적, 사회적 상황에 따라 각 대상자의 욕구에 맞게 서비스가 주어진다.
- ▶ 서비스제공의 포괄성 : 대상자의 다양한 욕구를 충족시키기 위해서 지역사회에서 기능하는데 필요한 광범위한 지지를 연결하고 조정, 점검한다. 이때 필요한 도움의 유형과 범위는 매우 다양하기 때문에, 사례관리자들은 지역사회에 존재하는 잠재적 지역사회 자원에 대한 철저한 지

식을 가지고 이를 활용할 수 있어야 한다.

- ▶ 대상자의 자율성 : 대상자의 선택 자유를 최대화하고 지나친 보호를 하지 않는 것이다. 대상자의 자기결정권을 가능한 한 보장한다.
- ▶ 보호의 지속성 : 사례관리자가 대상자의 욕구를 점검하여 서비스를 지속적으로 제공한다. 즉, 1회의 단편적인 서비스 제공이 아니라 대상자가 자신의 생활현장에서 잘 적응할 수 있도록 지속적으로 원조한다.
- ▶ 서비스의 연계성 : 복잡하고 분리되어 있는 서비스 전달체계를 연결시킨다. 대상자에게 필요한 서비스가 여러 기관에 분산되어 있을 때, 적절한 서비스가 기관으로 대상자를 의뢰하여 서비스를 받도록 함으로써 서비스가 분산되지 않도록 한다. 이때 사례관리자는 다른 서비스 전달체계 간 중개자 혹은 권익옹호자 역할을 한다.

## 2) 사례관리 단계별 목표

<표 3> 사례관리 단계별 목표

사례관리기능		대상자 지원·망의 각 차원 및 달성 목표		
사정	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소득</li> <li>• 주택, 보호처</li> <li>• 고용, 직업</li> <li>• 건강</li> <li>• 정신건강</li> <li>• 사회적 욕구</li> <li>• 여가선용, 휴식</li> <li>• 일상의 활동</li> <li>• 이동수단</li> <li>• 법적 욕구</li> <li>• 계획</li> </ul>	self care	professional care	mutual care
		대상자의 기능 향상	공식적 대인 서비스 활용 가능성 확대	사회적 지지망 확대
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 신체영역의 기능 향상</li> <li>• 인지영역의 기능 향상</li> <li>• 감정영역의 기능 향상</li> <li>• 활동영역의 기능 향상</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자원목록(파악)</li> <li>• 이용성</li> <li>• 적정성</li> <li>• 수용성</li> <li>• 접근성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회적 지지망의 구조</li> <li>• 사회적 지지망의 상호작용</li> <li>• 감정적 지지</li> <li>• 도구적 지지</li> <li>• 물리적 지지</li> </ul>
계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 욕구영역에 대한 특정화</li> <li>• 영향목적에 대한 명확화</li> <li>• 서비스와 지지적 목표들을 항목화</li> <li>• 수행자 선정</li> <li>• 시간안배</li> <li>• 기대되는 변화 진술</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자의 능력 및 기술의 개선을 향한 목표를 정하는 것</li> <li>• 대상자의 삶의 질과 기능상태 향상 방안을 계획하는 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 관련 있는 대인서비스들의 활용성 증진을 목표로 삼는 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회적 망의 구성원들과 사회적 지지와 급부를 개선하기 위해 목표로 정하는 것</li> </ul>
개입	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직접적 개입</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자가 자신의 욕구들과 관심을 옹호할 수 있도록 가르치는 것</li> <li>• 대상자의 자기 보호 능력증진을 도모 하는 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자 욕구에 대한 책임을 옹호</li> <li>• 서비스를 조정하고, 서비스를 중계하고, 대인 서비스 제공자들의 능력을 배양하는 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지지를 제공함에 있어서 사회적 망의 구성원과 함께 협의</li> <li>• 사회적 망의 구성원의 스트레스 감소를 위해 지지적 서비스를 배치</li> <li>• 기술발전을 위해 사회적 망의 구성원들을 지원</li> </ul>



	• 직접적 개입	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 결과 : 대상자의 자가지향증진, 자율성 증진</li> <li>• 전제               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 가치 : 개별화 -&gt; 신뢰</li> <li>- 태도 : 높은 기대감</li> <li>- 기술 : 자율성증진(자기결정권/행동적 기술)</li> <li>- 원조 : 장기간 관계형성</li> </ul> </li> </ul>		
	• 간접적 개입	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기능:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 체계수준의 변화</li> <li>- 환경적 개입</li> <li>- 권한부여 새로운 자원 개발과 전달에 영향력 행사</li> </ul> </li> <li>• 전략:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 중계(정확한 정보)</li> <li>- 연결(의뢰 서비스 구축)</li> <li>- 조정(조화로운 서비스달성)</li> <li>- 옹호(동기화)</li> <li>- 반응적인 사회적 망의 구축 (1, 2, 3차적 지원체계 마련)</li> </ul> </li> </ul>		
점검	비공식적/ 질적 점검	• 대상자의 기술과 능력 배양에 속하는 지표들을 점검하는 것	• 서비스들이 사례 관리의 계획에 따라서 제공되고 있는지를 점검하는 것	• 사회적 지지와 급부와 사회적 망의 구성원들의 참여를 점검하는 것
	공식적/양적 점검			
평가	(대상에 대한 가치 측정) • 지원계획에 대한 평가 • 영향목적달성 평가 • 전반적 효과성 평가 • 대상자 만족도 평가	• 대상자의 기능 수준, 삶의 질 서비스에 대한 만족도가 개선되고 있는지를 평가	• 서비스들이 대상자의 기능적 위치에 대한 영향력을 가지고 있는지, 대상자의 삶의 질에 영향을 미치고 있는지를 평가	• 대상자의 기능화에 사회적 지지의 영향이 어느 정도인지 평가

\*출처 : 서울특별시광역정신보건센터(2005)

#### 4. 사례관리자 역할 및 기능

##### 1) 사례관리자의 자질

사례관리가 다양하고 복합적인 욕구를 가진 대상자에 대한 서비스이기 때문에 사례관리자에게는 다양한 역할이 요구된다. 따라서 사례관리를 잘할 수 있는 기본적인 자질은 매우 중요하다.

##### □ 사례관리자가 갖추어야 할 인격적인 자질

- 개성에 근거한 에너지
- 최고를 추구하는 의욕
- 자기 동기화 및 주도성
- 열성
- 긍정적이며 낙천적
- 창의적이고 혁신적
- 지속적이며 확고
- 철저하나 강박적이지 않음

□ 사례관리자가 추구해야 할 가치

- 윤리적이고 도덕적
- 정직하여 신뢰
- 비심판적이며 수용적
- 공정
- 헌신적이며 충성
- 공손

□ 사례관리자의 대인관계기술

- 민감하며 이해심
- 온정적
- 온화
- 자기 인식
- 유머 감각
- 자신감

□ 사례관리자의 인지기술

- 창의적이고 수평적 사고
- 분석적이며 문제해결 지향적
- 조직적이고 체계적
- 논리적이며 명료
- 융통성

□ 사례관리자가 갖추어야 할 기본적인 지식

- 신체와 정신에 관한 지식
- 장애에 대한 지식
- 사정 방법에 관한 지식
- 지역사회 자원에 관한 지식
- 기관의 조직과 행정 절차에 관한 지식
- 집단 활동의 과정에 관한 지식
- 상담 기법에 관한 지식
- 특정 분야의 실천에 관한 지식

2) 사례관리의 기능에 따른 사례관리자의 역할

<표 4> 사례관리 기능과 사례관리자의 역할

사례관리 기능	사례관리자의 역할
적극적 사례 발견	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 발견, 서비스 체계와의 접촉 유도</li> <li>• 다른 서비스 제공자들에게 사례관리의 유용성 설명</li> <li>• 서비스가 부적절하게 종결되지 않도록 적극적인 접촉</li> <li>• 장기적인 지지적 관계 지속</li> </ul>
포괄적이고 개별화된	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 포괄적이고 개별적인 욕구 사정</li> </ul>

사례관리 기능	사례관리자의 역할
사정과 계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 개별적인 재활 목표 설정지원</li> <li>• 기본적인 욕구를 충족시키도록 회원과 함께 계획 수립</li> <li>• 필요한 재활/자활지원서비스 확인 및 지지 제공</li> </ul>
서비스 조정	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다양한 서비스, 지지 및 자원 연결</li> <li>• 지역사회 자원에 대한 접근, 수정, 옹호</li> <li>• 다른 영역의 기관들과 적극적이고 지속적인 연계 유지</li> </ul>
직접 서비스 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 컴퓨터에서의 일시보호</li> <li>• 일상생활 관리</li> <li>• 사회생활 기술 훈련</li> <li>• 일차적인 지지체계 개발</li> </ul>
모니터링 및 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 계획 실행 점검</li> <li>• 목표 성취도 및 대상자의 만족도 평가</li> <li>• 치료, 지지, 재활 프로그램과 계획 수정</li> </ul>
기타 특수 욕구 반영	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 특수 욕구를 충족시킬 수 있는 서비스와의 접근 지원 (예: 정신질환, 약물남용 등)</li> </ul>

\*출처 : 이기연(2005)

## 3) 사례관리자가 개발해야할 능력

## □ 조직 차원

- 산업 사회에 대한 지식
- 필요한 중앙정부와 지방정부의 법률에 대한 지식
- 자신이 속한 그리고 외부 기관들의 관련정책과 여타 변화들에 뒤지지 않는 능력
- 변화하는 정책에 따라 원칙과 업무 실행을 변경시키는 능력
- 기관들의 다양화를 위해 대상자와 서비스를 자극하고 마케팅 하는 능력
- 효과적인 업무수행을 위해 주요한 지역사회 기관들과 연계를 맺고 이를 유지시키는 능력
- 다양한 고용과 장애 문제를 놓고 기관들의 컨설턴트로 활약할 수 있는 능력

## □ 개인 차원

- 개인적인 성실성과 전문직의 가치를 확고히 유지하는 능력
- 윤리적이고 합법적인 테두리 안에서 일하는 능력
- 어느 때나 가능한 최상의 서비스를 제공하려고 전념하는 능력
- 비밀보장을 책임지는 능력
- 자신의 장점, 단점, 좋아하는 것과 싫어하는 것을 파악하는 능력
- 어느 때나 객관적이며, 전문적이고 대상자의 최상의 이익을 위해 일하는 능력
- 긴박한 긴장과 촉박한 시간 중에도 능률적으로 일하는 능력
- 업무 실천과 성과를 비판적으로 평가하는 능력
- 건전한 삶의 방식과 안녕에 관한 이슈들을 이해하는 능력

- 경험 속에서 꾸준히 배우는 능력
- 계속되는 전문성의 개발에 적극적으로 참여하는 능력

#### □ 전문성 차원

- 다양한 상담 기술에 대한 지식, 그리고 이에 대한 전문적인 숙달
- 최신 학문의 독특한 기술에 대한 지식, 그리고 이에 대한 전문적인 숙달
- 컴퓨터에 근거한 기술에 대한 지식
- 다른 팀 구성원들의 독특한 기술에 대한 지식
- 다른 팀 구성원들에게 적절히 의뢰하는 능력
- 사례관리에 내재된 다양하며 본질적인 역할들을 능률적으로 수행하는 능력
- 전문분야의 서비스를 설계하고 실행하는 능력
- 자신의 효율적이고 조직적인 업무 실천체계를 갖추는 능력
- 조직적인 자원 정보를 손쉽게 이용할 수 있는 환경 체제로 바꾸는 능력
- 대상자와 관련된 행정적인 업무를 즉각적으로 처리하는 능력
- 행정절차상의 업무를 효율적으로 처리하는 능력

#### □ 부서 및 팀 차원

- 자율적인 업무수행과 팀의 한 부분으로서의 업무수행 간에 균형을 유지하는 능력
- 경험, 기술, 지식을 팀과 함께 나누는 능력
- 부서 내에서 서비스의 질을 극대화시키고 고도화시키는 능력
- 후배들과 학생들에게 전문적인 슈퍼비전을 줄 수 있는 능력
- 적절한 다른 부서 활동에 적극적으로 참여하여 도움을 줄 수 있는 능력
- 어느 때나 대상자와 팀 구성원 그리고 자신의 안전과 안전에 신중을 기하는 능력

#### 4) 사례관리자의 역할에 따른 사례관리 모델

<표 5> 역할에 따른 사례관리 모델

역 할	치료자 사례관리	중개인 사례관리	다학제간 팀 사례관리	강점 관점 사례관리
특징	기존의 치료에 사례관리를 첨가	서비스 체계가 잘 조정되어있지 않으므로 대상자가 서비스를 잘 받도록 중개	대상자가 다양한 서비스 체계와 관련되어 있을 경우 다학제간 전문가팀이 조정하는 기능	대상자의 개별적 강점과 그의 체계가 가지는 강점에 주목
사정	DSM-IV에 의거	기능적 사정에 의거하여 서비스 욕구를 결정하고, 재정 지원을 목적으로 프로그램 자격조건을 사정	각각의 전문가에 의한 사정 후 팀이 만나 함께 종합적이고 임상적 사정을 실시	대상자와 가족
계획	기관의 치료 계획	사례관리자가 대상자의 욕구에 부합하는 서비스를 찾고 이를 주선	서비스에 대한 팀 계획과 주선	대상자와 가족이 필요한 자원과 기술을 획득하도록(더 이상 사례관리자에 의존하지 않도록) 계획

역 할	치료자 사례관리	중개인 사례관리	다학제간 팀 사례관리	강점 관점 사례관리
옹호	대상자와 가족을 위해 필요할 것으로 보이는 다른 서비스를 얻을 수 있도록 초점을 두고 옹호	서비스 자격 조건의 유동성을 얻기 위해 다른 서비스 제공자에게 초점	모든 기관의 서비스 제공자가 서비스 제공에 동의하고 있으므로 옹호 노력이 필요 없음	대상자와 가족이 자원을 획득하는 방법을 배울 수 있도록 하고 기관의 변화를 위한 노력도 기울임
모니터링	대상자의 피드백을 통해 계획의 진행 정도 모니터링	위기 상황이 다가오면 계획은 수정됨. 주기적 점검, 타 기관 사례관리자가 모니터링하기도 함	정기적으로 팀이 모니터링	대상자와 가족의 지속적 모니터링
연계	부가적 서비스를 위해 지역사회 내의 다른 기관에 수동적으로 연계(예: 근무시간 내 전화 접촉)	특정한 서비스에 대한 가족의 인지부터 재정 보증을 포함한 능동적 의뢰	팀장사례관리자가 연계에 대한 책임을 지기도 하고, 팀원으로 구성된 사례관리자가 각각의 기관 서비스와 연계 가족이 초기 사례관리자의 역할을 하기도 함	대상자와 가족이 효과적 자원의 소비자가 되도록 하며, 연계에 대한 책임은 사례관리자, 대상자, 가족이 지게 됨. 공식적 자원이 없을 경우에는 비공식적 자원을 창출(예: 이웃의 도움)

\* 출처 : Early & Poertner(1995), 재인용 : 정순돌(2004)

### III. S-ACT의 안내서

#### 1. ACT의 배경 및 역사

지역사회 중심 정신사회 재활 치료의 전망을 살펴볼 때 정신보건센터의 기능론 재고 측면에서 만성정신질환자에 대한 서비스가 우선되어야 하고, 사례관리(Case Management)의 기능이 필수적이어야 한다(이영문, 2006).

또한 사례관리는 복잡한 문제해결에 있어서 다양한 자원이 요구되는 정신질환자들에게 병원이 아닌 지역사회 단위의 생활에 파생하는 각종 경제적, 사회적, 심리적, 의료적 문제들을 개별적이고 연속적인 서비스를 통해 책임있는 관계 내에 제공한다는 점에서 지역사회 정신보건체계의 중요한 개입수단이다.

사례관리는 지역 내 서비스 전달의 효과적 모델로 인정받으며 정신보건 영역에서 지역사회 정신보건센터를 중심으로 지속적으로 확대해 나가고 있고, 정신보건센터 전체업무에서 사례관리가 차지하는 비율이 상담 및 외래진료나 주간재활서비스보다 높게 나타나고 있다(서동우외, 2003). 보건복지부에서도 사례관리를 정신보건센터의 필수업무로 규정하여 가정방문이나 내소 상담, 전화상담을 통해 주 2일 이상, 1일 6시간이상 이루어지도록 하고 있다(보건복지부, 2004; 이영문,

2006). 그러나 정작 정신보건센터 사례관리는 많은 규모의 대상자를 적은 수의 사례관리자가 담당해야 하는 부담, 대상자에 대한 개별적 접근, 지역사회로의 아웃리치보다는 사무실내에서의 빈번한 서비스 제공, 다양한 프로그램의 백화점식 운영이라는 공통된 문제를 안고 있다(민소영, 2006).

ACT는 1970년대 Wisconsin 주에서 치료를 거부하는 사람들과 만성중증정신질환을 앓고 있는 사람들에게 지역사회에 기반을 두고 지속적으로 돌보는 방식을 제공하도록 팀을 고안하여 혁신적인 서비스를 제공하기 시작하였다. 그 이후 정신질환자의 관리가 주로 이루어지는 곳이 병원에서 지역사회로 바뀌고 탈수용화 운동이 이루어지면서 ACT에 대한 연구가 계속되고 있다. 그 결과 이 프로그램이 확산되어 미국전역은 물론 캐나다, 호주, 영국, 아일랜드 등에서도 ACT모델에 기초한 다양한 프로그램들로 이루어지고 ACT에 관한 국제회의도 열리고 있다. 중증 정신질환이 있는 대상자들에게 지역사회에서의 보살핌으로 병원이용을 줄이고 독립적인 생활 능력을 증진시키는데 명백한 효과성이 있음이 입증되었고 최근 ACT 접근이 전 세계적으로 빠르게 가속화되고 있다.

우리나라에서도 한국 실정에 맞는 정신보건분야 사례관리 모형이 필요하다는 연구들(이강, 2001; 정원철, 2002; 김수진, 2005; 민소영, 2006)이 발표되면서, 2007년 수원시 정신보건센터와 대전시의 대덕구, 서구정신보건센터 공동 연구진에 의해 ACT 프로그램을 개발하고 적용하는 예비 연구를 실시하였다(유제춘외, 2008). 또한 ACT의 효과성을 연구한 몇 편의 연구 결과가 있다(김유라, 2008; 오명자, 2000).

지금의 ACT프로그램들은 여러 가진 다른 이름으로 알려지기도 했는데 Program of Assertive Community Treatment(PACT), Continuous Treatment Teams(CTT), Mobile Community Treatment(MCT), 또는 Wisconsin에서의 Community Support Program(CSP)등이 있다(Strin and test, 1998; Thompson, Griffith, and Leaf, 1990). 이렇듯 실행 매뉴얼과 원칙을 가지고 실행하는 적극적 방식으로 미국에서는 연방정부의 요구사항이 될 정도로 인정받고 있으며, 일본(2003)과 호주(1992)에서도 이 모델의 개념이나 방법을 이용하여 시범적 도입 후 그 효과성에 대한 연구들이 나타나고 있다. 그 외에 호주 Victoria주에서는 ACT를 MST(Mobile Support and Treatment)라는 이름으로 운영하고 있다. 정신보건센터가 위치한 곳의 필요와 여건에 의해 약간의 융통성을 가지고 ACT의 프로그램을 운영하고 있다(유제춘, 2007).

현재 근거기반의 실무(Evidence-based Practice(EBP))의 세계적 경향에서 6가지 EBP 중 하나로 인정받았고, 미국정신보건가족협회(NAMI)에서도 인증한 프로그램이 되었다.

## 2. ACT의 효과성 고찰

### 1) ACT에 대한 외국의 연구결과

미국의 Wisconsin주에서는 1970년에 치료를 거부하는 사람들과 중증 만성정신질환을 앓고 있는 대상자들에게 지역사회에 기반을 두고 지속적으로 돌보는 방식을 제공하는 혁신적인 팀인 ACT를 고안하였다. 이 새로운 개념은 철학과 원칙, 표준적인 실행을 통해 그 효과가 보여지고 알려지면서 지역사회에 파장을 일으키고, 만성 정신질환자에 대한 전통적인 의료모델 중심의 치료에서 지역사회 기반의 적극적 치료 방향으로 옮겨 놓았다. 이후 ACT는 Wisconsin에 전반적으로 확산, 보급되었을 뿐 아니라 많은 다른 주와 캐나다, 호주, 영국에서도 ACT에 기초한 다양한 프로그램들이 이루어지고 있다.

미국의 Northeast Ohio에 있는 정신 건강 센터에서 ACT 프로그램을 제공받는 55명을 대상으로 연구를 진행하였다(Gergory Peterson, 2004). ACT가 적용되기 시작한 첫 번째 해 와 두 번째 해에 재원일 수가 줄었으며, 정신병원 외래치료에 순응하는 수도 늘어났고, 서비스에 대해 만족하였으며, 대상자 가족들 또한 긍정적인 반응을 보였다.

미국의 multi-site 재향군인 보훈국의 연구의 경우 ACT 치료집단에서 증상이 감소하여 비용효과 면에서 효과가 있고 ACT서비스를 받는 사람들은 좀 더 독립적으로 생활하였고 서비스에 더 만족한다는 연구결과가 나타났다(stein & santos. 1998).

호주의 ACT적용에 관한 연구를 살펴보면, Hambridge와 Rosen이 운영한 호주 최초의 ACT연구는 Madison 규범을 철저히 따랐다. ACT프로그램이 적용된 후에 재입원 하는 환자들의 수, 재입원 횟수 그리고 재입원 기간의 감소되었고, 정신병 증세가 안정적이었다(Adaobi Udechuku et. al. 2005).

영국은 NHS 시스템으로 아웃리치서비스(outreach service)가 보편화되어 있어 ACT와 다른 사례관리 모델과의 비교 연구가 활발하다. Martin commander 등(2005)은 5개 집중 사례관리팀의 250명 대상자에 대해 2년여에 걸쳐 추적조사를 실시하였다. 대부분의 환자들이 ICD-10(국제 질병 통계분류 제 10차 개정)상으로 정신분열병, 정신분열형 망상장애 및 만성적인 정신과 치료를 받았다. 대부분이 지속적인 서비스를 받았으며 입원진료의 이용률이 감소하였다. 재입원률은 낮았으며, 정신건강법에 의거한 강제입원에 대해서도 감소하였다. 2006년 REACT Study가 North London에서 무작위 평가로 이루어졌으며 지역 정신건강 팀(Community mental health team)들과의 비교결과 입원기간, 임상적, 사회적 성과에서는 큰 차이가 없으나 대상자들의 만족도와 서비스 이행에서 효과적으로 나타났다.

덴마크의 경우 1999년 Danish expert report에서 강력하게 ACT모델을 권장하였다. Aagaard의 (2004)의 연구는 1981년에서 2001년까지의 자료 분석을 통해 입원기간의 감소, 외래 이용률이 증가되었다.

네덜란드는 2007년 J. Remmers van Veldhuizen가 ACT를 FACT로 소개하였다. 2002년 ACT 적용 후 재입원률이 감소하였다.

아시아 지역의 연구들을 살펴보면 싱가포르에서 Fam, Johnson등(2007)은 ACT의 효과에서 입원횟수는 평균 57.1%의 감소, 입원기간도 평균 61.9%의 유의한 감소를 보여주었고, 고용상태도 향상되었다.

일본에서 ACT 프로그램에 등록된 43명 중증 정신장애인들의 삶의 질 변화를 1년간의 추적조사를 통해 전후 비교하였으며, 삶의 질의 향상, 입원률 감소, 취업에 있어서 수입의 증가를 나타내었다(Horiuchi Kentaro외, 2006).

ACT에 대한 일관된 결과들은 중증 정신질환자들의 병원 이용을 줄이면서 지역사회 내에서 훨씬 더 안정감 있게 생활을 한다는 것, 가족들에게 부담을 주지 않으면서 좀 더 독립적으로 살아간다는 것이다(<표 6> 참조).

<표 6> ACT에 관한 연구

연도	도시, 지역	연구자	질병상태	연구 결과
1973	Madison Wisconsin	Marx, Test & Stein	불안정적	ACT가 병원과 응급실 이용을 줄이고, 주거상태를 증진시키고, 직장상태 유지하는데 효과적(5개월 적용)
1980	Madison Wisconsin	Stein, test & Weisbrod	불안정적	ACT가 병원 이용률 줄이고 주거상태, 사회화, 도구적 기능, 증상프로파일을 증진시키는데 효과적(12개월 적용)
1983	Sydney, Australia	Holt & Reynolds	불안정적	ACT가 병원과 응급실 이용을 줄이고 도구적 기능, 증상프로파일, 주거상태, 직업 활동을 증진시키는데 효과적(12개월 적용)

연도	도시, 지역	연구자	질병상태	연구 결과
1985	Grand Rapids, Michigan	Mobray & Muldar	안정적	ACT가 병원이용, 법 이용서비스를 줄이고 도구적 기능과 주거상태 증진에 효과적(30개월 적용)
1988	Indiana의 3개도시	Bond, Miller 등	안정적	ACT가 병원이용을 줄이는데 효과적(6개월 적용)
1989	Santa Clara, California	Jerrell & Hu	안정적	ACT 적용 후 12개월에는 병원과 응급실 이용률 감소, 기능과 삶의 질 향상이 있었으나 24개월 후는 변화 무
1990	Chicago, Illinois	Bond, Witheridge, Dincin 등	안정적	ACT가 병원이용을 줄이고 도구적 기능과 삶의 만족과 주거상태를 증진하는데 효과적(12개월 적용)
1992	London, England	Marks, Muilen, Conollye 등	불안정적	ACT가 증상, 사회적 기능, 환자와 가족 만족도와 병원이용을 줄이는데 있어서 효과적(20개월 적용)
	London, England	Merson, Tyrer & Onyett	불안정적	ACT가 증상 관해, 서비스에 대한 만족도, 병원이용의 감소에 있어서 일반 병원이나 aftercare보다 효과적(3개월 적용)
	St. Louis, Missouri	Morse 등	혼합	ACT가 노숙인 대상 프로그램에 대한 만족도, 집 없이 지낸 일 수, 지역사회 자원 활용에 있어서 효과적
	New York	McFarlane 등	안정적	ACT, 가족 심리 교육과 더불어 실시후 병원이용의 감소와 내담자의 고용을 촉진하고 유지하는데 있어서 효과적
	Madison, Wisconsin	Text 등	안정적	ACT가 병원이용 감소와 주거 상태가 개선되는데 효과적(첫 2년)
1994	10 VA sites in Northeast	Rosenheck	안정적	ACT가 병원이용 감소에 효과적(24개월 적용)
	London, England	Audini, Marks, Laurence 등	안정적	ACT 적용 후 가족, 환자만족도 증가

\*출처 : 김유라(2008), 오명자(2009)

ACT의 다양한 특징과 장점들을 요약해 보면, 정신건강상태의 안정성을 높이고 재입원률이 감소하여 비용 효과적이며, 약물의 중요성을 인식하여 약물 복용이 충실하게 되고, 약물 부작용 및 증상의 심각성 완화와 거주 안정성 강화, 고용상태를 포함한 역할 기능 강화, 전반적인 삶의 질 향상에 기여하는 것을 확인할 수 있다. 무엇보다 ACT 프로그램 관련하여 비용 효과적이었다.

## 2) 우리나라 선행 연구

1990년대 말 최초 ACT 프로그램 시범사업이 나주국립병원에서 시행되었는데, 주요 정신질환자 중에서 1996년부터 연속 3년간 3회 이상 입원한 환자 45명 중 34명을 대상으로 9개월간 ACT 모형을 적용하였다. 이 모형으로 관리하던 환자들의 증상 및 기능수준의 유의한 향상이 있었으며, 삶의 질의 경우 증가하는 성향이 있었으나 짧은 기간의 서비스 제공으로 통계상 유의하지 않았다고 분석하였다(배안 외, 2000).

이후 2007년 수원시정신보건센터와 대전 서구 및 대덕구 정신보건센터는 한국 정신보건체계에



서의 ACT를 적용한 연구를 실시하였으며, 그 결과 ACT연구 대상자들은 증상 및 기능상태의 호전, 자아 존중감, 지역사회 적응, 삶의 질의 유의한 향상이 나타난 것으로 보고되었다(유제춘 외, 2008).

정신질환자 직업재활에서 ACT모델 적용한 연구(김정연, 2003)에서는 대상자들의 사회기술능력, 일상생활능력, 삶의 질 등이 향상되었다고 보고되었다. 중증정신질환자 20명을 대상으로 ACT를 적용한 결과 정신병적 증상과 기능상태, 임파워먼트, 삶의 질 변화에 대해 효과가 있으며(김유라, 2008), 사회생활기술능력, 삶의 만족도가 향상되었고, 가족부담도가 감소하는 등 효과(오명자, 2009)가 있는 것으로 나타났다.

<표 7> Wisconsin ACT와 한국형 ACT 의 비교

특징	Wisconsin ACT	한국형 ACT
직원 : 대상자	1:8-10	1:10
담당 건 수	도시 120 / 시골 80 명	사례관리 대상자 = 센터 등록자
팀 구성원	사회복지사, 정신전문간호사, 작업치료사, 심리학자, 재활상담가, 정신과의사	정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건임상심리사, 정신과의사
팀 운영	주중, 월-금까지 1일 8시간씩 2교대, 주말& 휴일 8시간 근무, 야간 콜 당직	주중, 월-금까지 1일 8시간, 야간, 주말& 휴일 당직 & 콜당직 응급 및 심야 연계병원 당직의사
담당환자 공유	있음	있음
소비자 투입	중간	낮음
기술훈련 강조	중간	높음
대상자와 만나는 빈도	높음	높음
만나는 장소	지역사회	지역사회, 주간재활치료
통합적 치료	높음	높음
즉각적	높음	높음

\*출처: 김유라 (2008)

### 3. S-ACT의 개요

#### 1) 철학

- 병원에서 제공하던 서비스를 지역사회에 거주하는 대상자에게 그대로 제공하여 지역사회에 적응 적응할 수 있도록 한다.
- 다학제적 전문요원으로 구성된 팀이 다방면의 치료 및 서비스를 포괄적으로 제공한다.
- 4시간 계속되는 서비스를 제공한다.
- 소비자가 있는 곳에서 치료와 재활 서비스를 제공한다.
- 소비자를 중심으로 필요한 자원을 찾아내고 접근하여 적극적인 서비스를 제공한다.

## 2) 기본개념

- 병원이 아닌 지역사회가 대상자를 위한 관리의 주요한 현장이 되어야 한다. 지역사회는 대상자가 매일 계속되는 스트레스 요인들을 직면하는 곳이기 때문이다.
- 지역사회 속에서의 치료와 지지는 모든 생활분야를 잠재적으로 망라할 만큼 포괄적이어야 한다.
- 치료와 보호는 시간의 경과에 따른 한 대상자의 욕구 변화뿐만 아니라 이런 인구집단의 거대한 이질성을 밝힐 수 있을 만큼 융통성이 있고 개별화되어야 한다.
- 포괄적이고 융통성 있는 치료와 지지들은 대상자들에게 능률적으로 도달할 수 있게 조직화되고 전달되어야 한다.

## 3) ACT의 목표

- 지역사회 치료 및 재활대책을 통해 정신병원 입원율을 감소시킨다.
- 지역사회에서 가정, 직장, 지역사회와 연대하여 취업기술, 일상생활 등의 교육을 제공한다.
- '할 수 있다'는 직원의 태도를 치료 도구로 활용한다.
- 가족이나 기관에 대한 지나친 의존을 감소시킨다.
- 자율적 개인으로서의 대상자 스스로 행동에 대한 책임을 지도록 한다.
- 포괄적 치료계획을 위한 지역사회 기관 및 자원과의 교류, 조정을 위해 노력한다.
- 각 대상자 개인의 욕구 및 수준에 맞는 사회적 지지체계를 확립한다.
- 지속적인 관리를 제공한다.

## 4) 치료원칙 -대상자, 가족, 지역사회와 파트너쉽 (Andrew Toulon, 2007)

## □ 팀워크 중심의 구조를 중시

- 주어진 과제완수를 위한 팀 접근의 활용
- 책임공유
- 결정과정의 공유
- 팀원 상호간의 교육 : 전문성 확보
- 통합적 서비스 제공

## □ 대상자를 돕는 원칙

- 적극적 접근법 활용(지금 회원이 어디서 무엇을 하고 있는지 아는 정도)
- 상세한 사정 : 재발증후를 확인하여 향후 경과 관찰에 활용
- 환자의 강점 활용
- 개인 욕구 중심 서비스
- 대상자가 사는 현장 중심서비스
- 지지 제공
- 책임 있는 주민으로 대상자 대하기
- 24시간 이용 가능한 위기관리 제공

## □ 지역사회에서 일하는 원칙

- 적극적인 접근방법 활용
- 다양한 지역사회자원 활용
- 지역주민에 대한 지지와 교육제공
- ACT 팀이 환자관리에 대한 책임 부여

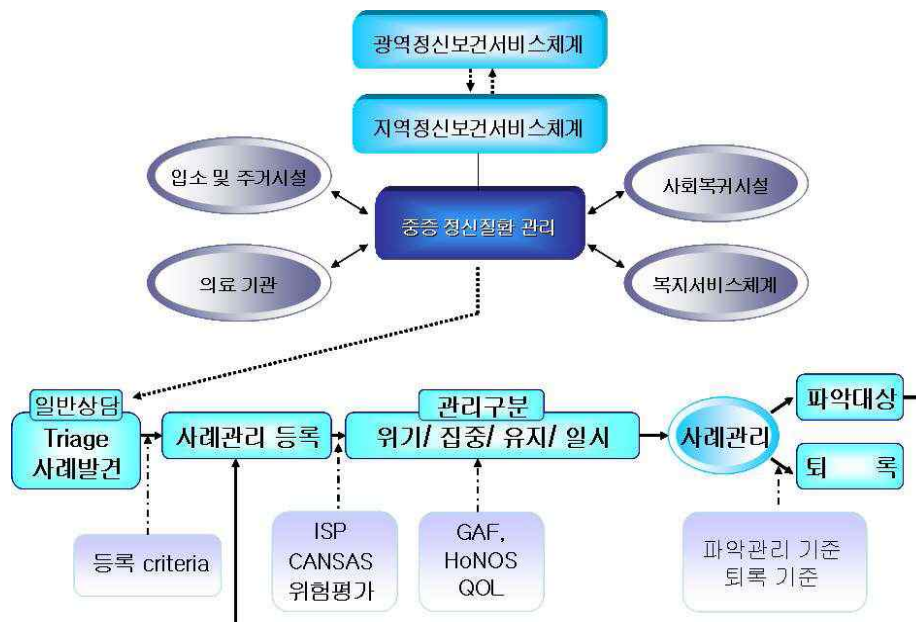
- 회원의 기능을 향상

#### □ 가족과 일하는 원칙

- 가족에 대한 정신건강 교육
- 가족의 문제 해결능력 향상을 도모
- 가족 내 상호 지지를 강화

### 4. S-ACT의 실제

1) 서비스 운영의 원칙 - 관리 원칙은 중증정신질환관리 체계에 의거



[그림 1] 서울시 중증정신질환 관리 체계도

\* 출처 : 서울시 지역정신보건센터 중증정신질환 관리 프로토콜(2008)

#### □ 응급 및 위기관리서비스 체계

- 서울시는 서울시정신보건센터의 24시간 위기관리시스템을 통하여 지역정신보건센터의 위기관리 서비스를 지원
- 서울시 정신보건센터와 지역정신보건센터는 서울시민이 시간과 장소에 구애받지 않고 24시간 서울시 공공정신보건서비스체제로 유입되어 적절한 서비스를 제공받을 수 있도록 의뢰·연계 체계를 활성화

#### □ 포괄적이고 연속적인 정신보건서비스 체계

- 서울시와 자치구는 탈원화를 위하여 의료기관에서 퇴원하는 정신질환자들이 지역사회 내에서 적절한 서비스를 제공받을 수 있도록 연속적 정신보건서비스 체계를 구축
- 지역정신보건센터는 공공정신보건서비스에 유입된 대상자들에게 개별서비스 계획에 따라 전문적 사례관리서비스를 수행
- 포괄적인 정신보건인프라 구축을 토대로, 의료기관과 지역사회에 있어서의 연속성 및 지역사회 내에서의 연속성 보장 지원

#### □ 통합적인 보건복지서비스 체계

- 서울시는 보건서비스와 복지서비스가 통합된 정신보건서비스체계를 구축
- 만성중증정신질환자를 위한 포괄적 서비스제공은 개별전문가나 개별기관이 독자적으로 이룰 수 없으므로, 다학제적 정신보건전문가에 의한 진단, 치료 및 보호와 더불어 주거, 고용, 교육 및 가족지원 제공
- 대상자의 연령과 욕구에 따른 발달과업의 달성을 위해 교육, 고용 및 사회서비스가 틈 없이 제공

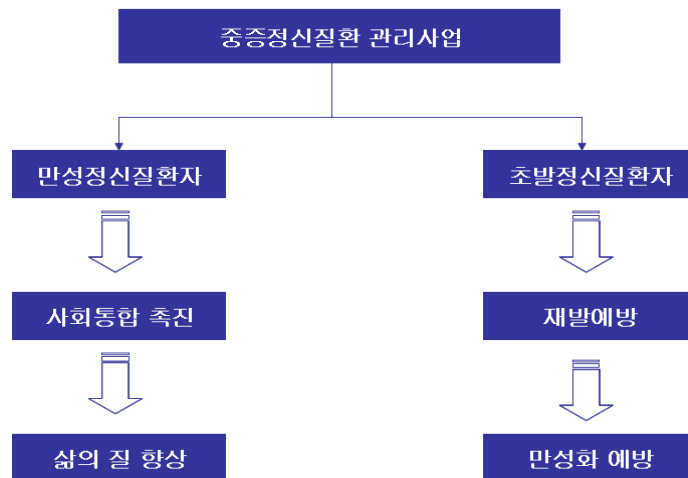
#### 2) 서비스 흐름도



[그림 2] 서비스 흐름도

\*출처 : 수원시 정신보건센터 ACT Manual(2010)

#### 3) S-ACT의 적용 대상의 등록, 퇴록 - 중증정신질환관리 대상의 의거



[그림 3] 중증정신질환관리 사업대상과 목적

\*출처 : 서울시 지역정신보건센터 중증정신질환 관리 프로토콜, 2008

### □ 대상자 기준 및 등록

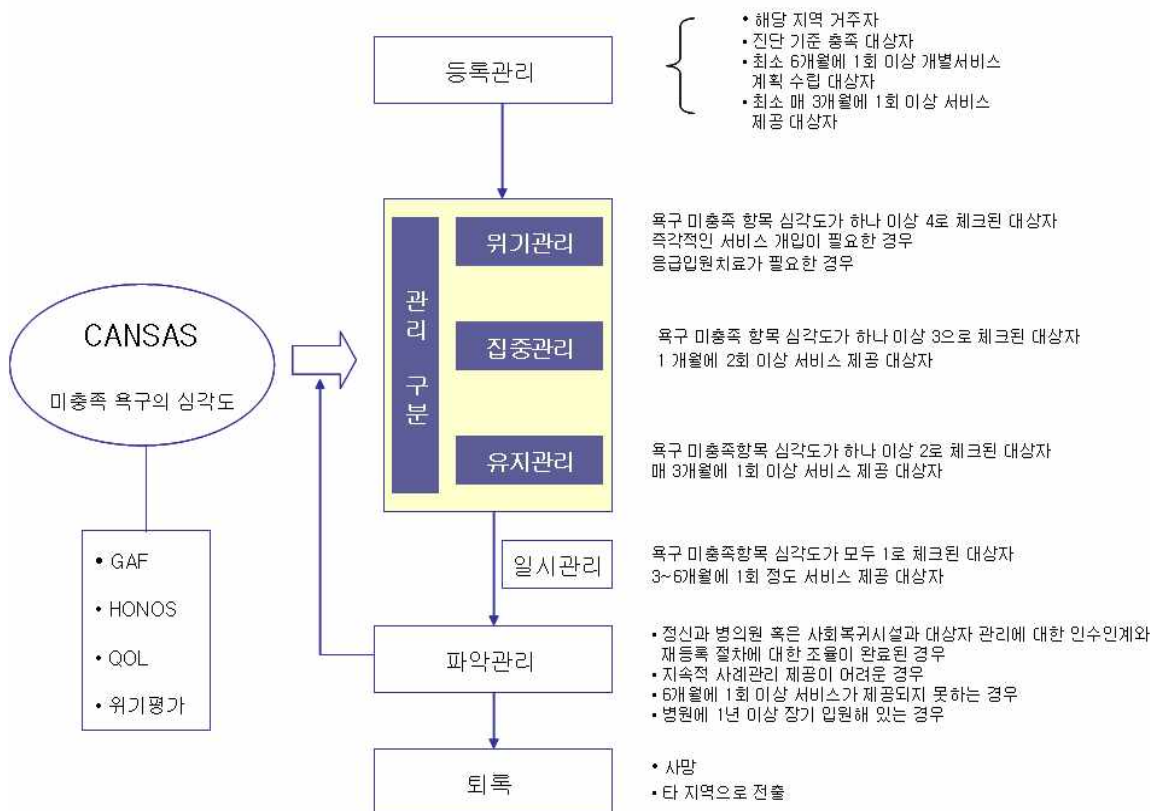
- 대상자 본인 및 가족이 참여하기를 원하며 동의한 사람
- 증상이 현저하거나 반복적인 입·퇴원을 하는 사람
- 해결하기 어려운 복합적, 다양한 욕구를 가지고 있는 사람
- 주요 정신질환을 가지고 있는 사람(정신지체, 인격장애, 치매제외)

ACT 대상자로 판단될 경우 사례관리자가 먼저 팀 회의에서 제안한 후 팀리더와 함께 대상자를 상담하여 등록여부를 판단한다. 등록체계는 중증정신질환자의 등록관리 체계를 따른다.

### □ 퇴록

ACT 사례관리에서의 퇴록은 일반 사례관리로의 전환을 의미하며, 퇴록의 기준은 다음과 같다.

- 안정적인 상태가 적어도 2년 이상 유지되는 경우
  - 재발 및 재입원이 없으며 약물을 스스로 꾸준히 유지하는 경우
  - 복합적인 욕구가 충족되고 스스로 독립적인 생활을 유지하는 경우
  - 사례관리자와의 협력적 관계 형성으로 일반 사례관리가 안정적으로 가능한 경우
- 대상자 및 가족의 비협조로 인해 1년 이상 서비스 제공이 되지 않고 있는 경우



[그림 4] 중증정신질환자 등록관리 체계도

\*출처 : 서울시 지역정신보건센터 중증정신질환 관리 프로토콜, 2008

## □ 대상자 규모

- ACT 사례관리 대상자와 주 사례관리자 간의 비율은 5:1이 넘지 않도록 한다.

## 4) S-ACT의 서비스 과정(Service Process)

### □ 사정평가

- 초기평가(Initial assessment)
    - 초기평가는 대상자에게 중증정신질환 사례관리 서비스가 적합한지를 평가하는 것이다. 적합하지 않다면 다른 서비스에 의뢰하여 보호의 지속성을 보장하도록 한다.
    - 평가는 포괄적으로 이루어져야 하고, 최소한 다음의 내용을 포함해야 한다.
      - 대상자의 발달력, 병력, 가족력에 대한 면밀한 평가를 한다.
      - 정신상태검사(Mental state examination)를 수행한다.
      - CANSAS 를 활용하여 대상자의 욕구를 평가한다.
      - 입원력에 대한 평가를 수행한다. 입원력 평가 시 재발에 대한 유발요인(precipitating factor)과 반복요인(perpetuating factor)에 대한 분석을 한다.
      - 약물 치료력과 현재 투여 약물에 대한 정보 및 부작용 기록을 한다.
      - 중복진단(co-morbidity)에 대한 평가를 정기적으로 수행한다.
    - : 알코올 및 물질남용, 우울 및 자살사고, 기타 불안장애 등
    - 심리·사회적 기능, 자원 및 강점(strength)사정을 수행한다.
    - 직업력 및 현 주거지에 대한 평가가 이루어져야 한다.
    - 가족관계, 가족기능 및 지지정도에 대한 평가를 수행한다.
    - 신체질환에 대한 평가를 정기적으로 수행한다.
- 신체질환평가는 1년에 1회 수행하고, 이를 위하여 보건소의 취약계층 정기 건강검진 서비스 및 신체질환 관리를 위한 방문서비스를 의뢰한다.
- 평가에 있어 고려할 사항
    - 평가 과정에 대상자, 가족 및 주치의를 포함한 모든 관계자를 적극적으로 참여시킨다.
    - 평가의 결과가 향후 대상자에 대한 개입계획에 반영 한다.

## 5) 사정 평가 척도

### □ SMHIS의 사정평가에 의한 흐름도를 따른다.

- 접수상담
  - 정보제공자, 대상자, 의뢰경로, 문제종류와 정신건강문제 종류, 상담유형, 상담이력, 상담 내용, 상담결과, 등록 전 사정평가, 의뢰접수
- 직접서비스
  - 사정평가, 인적정보, 병력정보, 치료정보, 발달력, 과거병력, 가족력
- 간접서비스

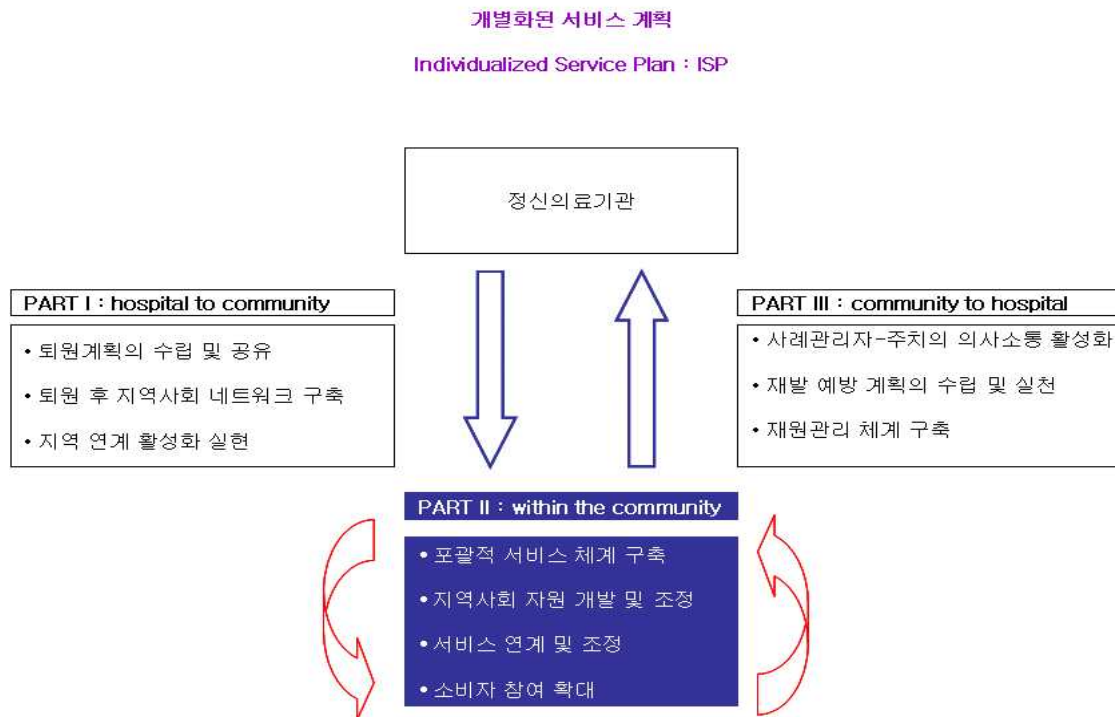
### □ 평가도구(부록 참조)

- CANSAS(Camberwell Assessment of Short Appraisal Schedule)
- GAF (Global Assessment of Functioning Scale)
- HoNOS(The Health of the Nation Outcomes Scales)
- CTRS (Crisis Triage Rating Scale)
- QOL(Quality of Life)

- AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)
- RCQ(Readiness to Change Questionnaire)
- BDI(Beck Depression Inventory)

#### □ 개별서비스 계획 (ISP) 수립

통합적 정신보건체계에서의 ISP는 정신의료기관과 지역사회를 포괄적으로 아우르면서 관련된 정신과 의사, 일반의, 사례관리자, 기타 서비스 제공자 네트워크, 소비자 등이 폭넓게 계획 수립에 참여하게 된다. 우리나라와 같이 의료와 지역사회 서비스 체계가 분절된 체계에서 서구의 통합적 서비스 계획 수립 체계를 그대로 모방할 수는 없다. 따라서 전체 서비스 계획을 크게 세 영역으로 나누되, 서비스 연속성과 지속성을 최대한 확보하려는 노력을 기울여야 한다. 각각의 영역을 간단히 설명하면 아래의 그림과 같다.



[그림 5] 개별서비스 계획의 개념도

\*출처 : 서울시 지역정신보건센터 중증정신질환 관리 프로토콜, 2008

#### 6) 서비스 제공 내용

- 정신약물치료
- 개인지지치료
- 위기개입
- 재활 : 일상생활기술훈련, 직업재활훈련, 사회적응훈련
- 자립 지원 : 건강관리, 주거 지원, 재정관리 지원, 법적 지원
- 가족 중재
- 지역사회 자원 연계서비스 운영

## 7) 서비스의 근무시간에 따른 업무

&lt;표 8&gt; 근무시간에 따른 업무

시간	근무형태	업무
9:00~18:00	기관근무	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 근무 일정에 맞추어 ACT 사례관리 제공</li> <li>• 일반 사례관리 및 기관의 타업무 병행</li> <li>• 서비스 제공</li> </ul>
18:00~21:00	저녁 당직근무	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 저녁 가정방문을 통한 사례관리</li> <li>• 가족, 지역사회 자원 및 지지체계 지원</li> <li>• 약물투여 및 가정방문</li> <li>• 당직보고를 통해 평가</li> </ul>
21:00~09:00	비상대기 당직근무	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 당직전화를 이용한 사례관리</li> <li>• 응급 및 위기상황에 대한 적극적인 개입</li> <li>• 응급 상황 시 방문 실시</li> </ul>
주말 · 공휴일	비상대기 당직근무	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 비상대기 당직자에 의해 24시간 재택근무</li> <li>• 모바일 중심 서비스 제공</li> <li>• 응급 상황 시 방문 실시</li> <li>• 당직보고를 통해 평가</li> </ul>

\*출처 : 수원시 정신보건센터 ACT Manual(2010)

## 8) S-ACT의 구성(참여) 팀

&lt;표 9&gt; 구성원의 업무 및 역할

조 직		주 담당 업무	역할
팀 리더		수퍼비전, 행정업무, 연구지원, 개인지지치료	- 팀의 행정적인 책임자
정신과 전문의	센터 내 정신과 전문의	정신과적 진단, 치료 수퍼비전, 자문, 개인지지치료	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료계획 회의 및 팀 회의에 정기적인 참여</li> <li>- 임상적 실천과 관련된 직원에게 지식과 기술 교육</li> <li>- 사례 수퍼비전 및 자문</li> </ul>
정신과 전문의	대상자 외래 주치의	정신과적 진단, 치료 수퍼비전, 자문, 개인지지치료	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의학적 평가 및 진단</li> <li>- 항정신성 약물치료</li> <li>- 개인, 집단, 가족지지정신치료와 증상관리</li> <li>- 치료계획 회의 참여 및 자문</li> </ul>
정신보건 전문요원		주 사례관리 업무	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 대상자에 대한 평가 및 사례관리 계획</li> <li>- 대상자와 직접 접촉하고 서비스 제공 및 자원 연결</li> <li>- 지속적인 모니터링과 평가</li> <li>- 가족, 이웃 및 고용주 등의 지지체계와 협력</li> <li>- 팀 및 외부와의 조정 역할</li> </ul>
소비자	정신보건 요원	서비스 지원 자조(self-help)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 응급 상황 시 응급입원지원 및 대처</li> <li>- 건강관리, 일상생활, 직업재활 서비스 지원</li> <li>- 멘토링, 지지 상담 및 자조모임</li> </ul>
	가족		- 대상자 가족 지지 방문 · 상담 및 자조모임
자원봉사자		서비스 지원	- 일상생활, 집단 프로그램, 사회적응 훈련 등 서비스 보조 및 지원

\*출처 : 수원시 정신보건센터 ACT Manual(2010) SAMHSA(2003)



## 9) 팀 운영

## □ 팀 배정

팀 리더가 대상자와의 일차 상담 후 다음의 사항을 고려하여 팀을 배정한다.

- 대상자의 욕구 및 문제
- 사례관리자와의 관계형성
- 사례관리자의 현재 담당 사례 수
- 지역적 접근성

## □ 팀 회의

- 치료계획 회의(Intake Case Conference)
  - 등록 후 1개월 이내
  - 대상자에 대한 정보 공유
  - 대상자에 대한 전반적인 평가 및 치료계획 수립
  - 치료계획에 대한 자문 및 수퍼비전
- 매일회의(Daily Team Meeting )
  - 매일 오전 09:00 ~ 09:30에 전체 사례관리 팀 참여
  - 대상자의 일과, 계획에 대한 인계
  - 회원들에 대한 개략적인 평가
- 사례 팀 회의(Team meeting)
  - 각 팀별 팀리더, 주 사례관리자, 보조 사례관리자 참여
  - 최소한 2개월에 1회 이상, 필요한 경우 수시로 사정
  - 사정, 치료계획 및 단기 목표 설정, 서비스 내용 결정
  - 모니터링, 평가 및 피드백

## 10) 기록

- 기록
  - 사례관리 과정에 따른 모든 기록은 개별 대상자 별로 보관 관리한다.
  - 모든 기록에 대하여 비밀보장의 원칙을 준수한다.
- 기록 시기 및 양식

<표 10> ACT 서비스 흐름에 따른 기록내용

과정	기록내용	기록양식	기록자
↓			
1차 정보수집	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 접수상담기록</li> <li>• 개별서비스계획기록</li> <li>• 사례요약보고서</li> <li>• 약물관리기록</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기록양식 1</li> <li>• 기록양식 2</li> <li>• 기록양식 3</li> <li>• 기록양식 4</li> </ul>	주사례관리자
↓			
팀회의	사례보고, 등록 여부 결정, 팀 배정		
↓			
과정	기록내용	기록양식	기록자
2차 정보수집	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초기사례관리계획</li> <li>• 계약서</li> <li>• ACT 사례관리계획</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기록양식 5</li> <li>• 기록양식 6</li> <li>• 기록양식 7</li> </ul>	주사례관리자 대상자/가족 팀리더
↓			

치료계획회의		치료 계획에 대한 슈퍼비전 및 공유		
↓				
사례 관리 진행	일단위	<ul style="list-style-type: none"><li>일일사례관리업무일정</li><li>개별사례관리기록</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>기록양식 8</li><li>기록양식 9</li></ul>	팀리더
	월단위	<ul style="list-style-type: none"><li>월 당직 일정</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>기록양식 10</li></ul>	팀리더
	수시로	<ul style="list-style-type: none"><li>과정기록지</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>기록양식 11</li><li>요약기록 12</li><li>평가기록 13</li></ul>	주사례관리자
↓				
모니터링		6개월 간격으로 전체 대상자에 대한 모니터링 및 평가		
↓				
퇴록		퇴록조건 만족시 퇴록 후 일반 사례관리로의 연계		

## 11) 평가

- 평가 시기와 방법
  - 등록 시 첫 평가를 실시하고 이 후 정기적으로 평가를 실시한다.
  - 평가는 주 사례관리자가 담당한다.
  - 평가실시 및 결과에 대한 내용은 대상자별로 기록 및 보관 관리한다.
- 평가 내용

&lt;표 11&gt; 평가지표와 측정도구

평가지표	측정도구	평가시기	평가자
재입원	<ul style="list-style-type: none"> <li>등록 전 1년 동안과 등록 후의 입원 횟수 및 기간</li> </ul>	1년	주 사례관리자
정신과 약물 복용	<ul style="list-style-type: none"> <li>약물을 규칙적으로 복용하는 정도</li> <li>약물을 스스로 복용하는 정도</li> </ul>	6개월	주 사례관리자
정신과적 증상	<ul style="list-style-type: none"> <li>HoNOS(The Health of the Nation Outcomes Scales)</li> <li>BDI(Beck Depression Inventory)</li> <li>CTRS (Crisis Triage Rating Scale)</li> <li>사례에 따라 선별 :               <ul style="list-style-type: none"> <li>AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)</li> <li>RCQ(Readiness to Change Questionnaire)</li> </ul> </li> </ul>	6개월	주 사례관리자
서비스 요구도	<ul style="list-style-type: none"> <li>CANSAS(Camberwell Assessment of Short Appraisal Schedule)</li> </ul>	6개월	주 사례관리자
사회적 기능	<ul style="list-style-type: none"> <li>GAF (Global Assessment of Function)</li> <li>사회생활기술 척도(Social Skill Scale)</li> </ul>	6개월 1년	주 사례관리자
지역사회 자립	<ul style="list-style-type: none"> <li>취업유지 및 급여</li> <li>주거지 확보 및 유지</li> </ul>	1년	주 사례관리자
삶의 질	<ul style="list-style-type: none"> <li>QOL(Quality of Life)</li> </ul>	6개월	대상자 기입식
서비스 만족도	<ul style="list-style-type: none"> <li>서비스 만족도 척도</li> </ul>	1년	대상자 기입식
가족부담도	<ul style="list-style-type: none"> <li>가족스트레스 척도</li> </ul>	1년	가족 기입식

#### IV. 결론 : 개발에 대한 제언

ACT는 등록된 대상자 중 좀 더 심각한 중증대상자, 퇴원계획 중인 대상자, 다양한 서비스가 필요한 대상자에게 필요한 사례관리 모델이다.

ACT의 철학이 병원에서 제공하던 서비스를 지역사회에 거주하는 대상자에게 그대로 제공하여 지역사회에 적응할 수 있도록 하고, 다학제간의 전문요원으로 구성된 팀이 다방면의 치료 및 서비스를 포괄적으로 제공하며, 24시간 계속되는 서비스를 제공하여, 대상자가 있는 곳에서 치료와 재활 서비스를 제공하는 것으로, 대상자 중심으로 필요한 자원을 찾아내고 접근하여 적극적인 서비스를 제공하는 것은 정신보건관련요원들이 추구하는 개념과 서울특별시 정신보건사업의 당위성에 일치한다고 할 수 있는 모델이다.

ACT를 서울특별시 지역정신보건센터에 적용하기 위해서는 많은 제도적 보완과 수정이 필요하리라 생각된다. 24시간을 어떻게 커버해야 할지 운영조직과 운영방침을 정하는 것이 필요하다고 생각한다. 약물 및, 전화당직, 응급 입원할 수 있는 지역의원 응급지원 등의 24시간 응급대응 서비스가 운영되어야 하기 때문이다. 특히 인력의 충원, 공간이나 물리적인 지원, 재정의 확보 등이 필요할 것이다. 저녁 당직 근무의 경우, 현실적으로 사례관리자들이 가장 제도적 지원을 필요로 할지 모른다.

팀 구성에 있어서도 효율적인 계획 등의 회의를 위해서 전문인력이 보다 더 다양화될 필요가 있다. 현실적으로 정신보건간호사와 정신보건사회복지사는 구성이 되었지만 정신보건임상심리사와 작업요법사 등의 다양한 전문 인력이 확보된다면 ACT에서의 다학제간 팀 구성이 될 것이다.

ACT 사례관리 전담팀을 구성하면 이상적이지만 현재 정신건강증진 사업 등 다른 사업들을 병행해야 될 현실의 벽이 있기 때문에 사례관리의 비중이 낮아지거나 우선순위에서 밀리는 경우가 있다. 이에 대한 문제를 해결하기 위해 ACT 사례 전담팀이 있다면, 보다 사례관리에 집중할 수 있을 것이다.

서울특별시에서는 이미 개별적 서비스 계획(ISP)을 수립하여 사례관리를 하고 있으므로 ACT의 접목이 용이할 것으로 사료된다. 또한 ACT에서 요구되는 각 기록양식과 자료수집, 평가도구 등은 서울특별시에서는 이미 전산상(SMHIS)으로 입력하는 자료와 평가를 고려하여 가감한다면 더 효율적으로 진행할 수 있을 것이다.

ACT의 효율성을 논하는 논문이나 연구에서는 대상자의 변화를 분명히 가져왔다. 통상적으로 사례관리자들은 관리해야 할 사례가 많고 인력의 부족, 관리할 지역의 범위가 넓음을 호소하지만 이러한 어려움을 논하기 전에 시범적으로라도 적은 사례를 시도해 보는 것이 필요하다. 한결같이 ACT를 모델로 사례관리를 경험한 전문요원들은 ACT의 효과성에 대해서는 긍정적인 결과로 일관하고 있기 때문이다. 더구나 일부 연구에서 ACT로 사례관리함으로써 정신보건전문요원들의 역량이 강화되고 자긍심이 향상되는 결과가 도출되어, 대상자의 변화를 통해 사례관리자도 긍정적 변화를 시사한다고 할 수 있겠다.

서울특별시에서 ACT 사업을 전개하기 전에 정신보건사업을 하는 정신보건 관련 근무자들이 ACT의 철학을 공유하고 이에 대한 지속적인 교육과 훈련, 슈퍼비전을 전개하여 공동의 목소리를 내야 하는 것이 우선시 되어야 한다.

특히 ACT관련 논문과 연구 자료를 읽는 동안 대상자들을 ‘치료의 실패자’가 아닌 ‘community treatment group’을 만들어 지역사회를 치료적 환경화하는 것이 인상적이다. ACT는 ‘The training in community living model’이라는 것이 설레임을 주는 말이었다.

## [참고문헌]

- 김만두 편역. 1995. 『사례관리실천론』 서울: 홍익제.
- 김유라. 2009. “한국형 ACT(Assertive Community Treatment) 프로그램에 대한 효과성 연구 : Empowerment와 삶의 질 변화 중심으로”. 한신대학교 사회복지실천대학원 석사학위 논문.
- 김정연. 2003. “정신장애인의 직업재활과정에서 PACT 모델 적용에 관한 연구”. 한림대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김통원·김용득. 1998. 『사회복지실천 사례관리』. 도서출판 지샘.
- 김한양. 2007. “사례관리(Case Management) 촉진저해 요인 평가에 관한 연구 : 사례관리 담당자의 인식을 중심으로” 연세대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 민소영. 2006. “만성 정신장애인을 위한 사례관리모형과 수행구조에 대한 탐색적 연구”. 『재활복지 5권』
- 박정임. 2002. “정신장애인을 위한 강점관점 사례관리모델의 적용 효과에 관한 연구”. 『사회복지 실천 창간호』, 97-136.
- 서울특별시광역정신보건센터. 2005. 『전문가 양성을 위한 사례관리 이론과 실제』.
- 서울시정신보건사업지원단. 2005. 『서울시 정신보건정보화시스템 사용지침서』.
- \_\_\_\_\_. 2008. 『SMHIS 평가도구 교육 교재』.
- \_\_\_\_\_. 2008. 『서울시 지역정신보건센터 중증정신질환관리 프로토콜』.
- 서진환. 2004. “정신보건센터의 사회복지실습과제개발연구”. 『사회복지연구』
- 설진화. 『사례관리론』. 양서원.
- 수원시 정신보건센터. 2010. 『ACT Manual』
- 양옥경·김미옥. 1999. “사회복지실천에서의 권한부여 모델에 관한 고찰”. 『한국사회복지학』 vol. 43
- 양옥경 외. 2000. 『사회복지실천론』. 나남출판.
- 이영문. 2006. “한국 정신사회재활프로그램의 현황과 미래”. 『한국정신사회재활학회지』
- 오명자. 2009. “정신보건센터에서의 ACT(Assertive Community Treatment)사례관리 모델의 효과성에 관한 연구”. 아주대학교 석사학위 논문.
- 유제춘·이영문·기선완·안병은·김수정. 2008. “한국정신보건체계에서의 PACT의 적용”. 『한국정신사회재활협회』. 대전 대덕구정신보건센터, 대전서구정신보건센터, 수원시정신보건센터.
- 이기연. 2005. 『2005년 사례관리 Workshop- 사례관리자의 이해』. 서울특별시광역정신센터.
- 정순돌. 2005. 『사례관리실천의 이해』. 학지사.
- 최송식. 2008. 『지역사회정신보건과 사례관리실천』. 공동체.
- Andrew Toulon. 2007. 『PACT P & P Guidelines』. Department of Social and Health Services Health & Recovery Services Administration.
- Babara Meridith. 1995. 『The Community Care Handbook』. Ace Books, London.
- B. W. Sheafor et al. 1997. 『Techniques and Guidelines for Social Work Practice (서울대사회복지 실천연구회 역)』, 서울: 나담 출판.
- Community Rehabilitation Service. 1994. "Care management: maintaining the balance". Melbourne, Jenkin Buxton Printers.
- Fang-pei Chen. 2006. 『Case Managers' Interactions with Family Members of People with

- 
- severe mental illness in Assertive Community Treatment Programs』. University of Wisconsin-Madison,
- K.K. Miley et al. 1995. 『Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach』. Allyn and Bacon, Press.
- Kraig Jerald Knudsen. 2003. "The Diffusion of an Evidence-Based Practice : A Case study of High and Low Adopters of Assertive Community Treatment". University of Pittsburgh.
- Linda Lee Redmond. 2004. "The Relationship Between State Political Culture And Adopted State Mental Health Policies : Case Management(Cm) And Assertive Community Treatment(ACT)". Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia.
- Roessler, R., & Rubin, S. 1992. 『Case management and rehabilitation counseling: procedures and techniques』. Texas: PRO-ED.
- Substance Abuse Mental Health Services Administration(SAMHSA). 2003. 『Assertive Community Treatment Workbook』.
- The Washington Institute for Mental Illness Research & Treatment. Comprehensive Assessment Template. WA-PACT(11-07)
- Washington State Program of Assertive Community Treatment(PACT). Program Standards. 4-16-07

## ▶ 부 록 : 기록양식 1-1.

## 접수상담기록(SMHIS-1)

접수번호		상담일자		상담자	
[입력란]		[입력란]		[입력란]	
상담시간		[입력란]		[입력란]	
<div>정보제공자</div> <div>성명 [입력란] 성별 <input type="radio"/> 남 <input type="radio"/> 여 연령 [입력란] (세)</div> <div>연락처 전화 [입력란] - [입력란] - [입력란]</div> <div>(HP) [입력란] - [입력란] - [입력란]</div> <div>주소 [입력란]</div>					
<div>정보제공자 본인여부</div> <div><input type="radio"/> 본인 <input type="radio"/> 가족 <input type="radio"/> 친구, 이웃</div> <div><input type="radio"/> 직장동사자 <input type="radio"/> 기타 [입력란]</div>					
<div>대상자</div> <div>성명 [입력란] 성별 <input type="radio"/> 남 <input type="radio"/> 여 연령 [입력란] (세)</div> <div>연락처 자택 [입력란] - [입력란] - [입력란]</div> <div>(HP) [입력란] - [입력란] - [입력란]</div> <div>주소 [입력란]</div>					
<div>의뢰경로</div> <div><input type="radio"/> 병(의)원 <input type="radio"/> 보건(자)소 <input type="radio"/> 복지관 <input type="radio"/> 행정기관</div> <div><input type="radio"/> 지역사회 <input type="radio"/> 본인 [입력란] <input type="radio"/> 친교 <input type="radio"/> 기타 [입력란]</div>					
<div>문제분류</div> <div> <input type="radio"/> 정신건강·정신질환 상담  <input type="radio"/> 정신보건기관 문의  <input type="radio"/> 정신보건 서비스 문의  <input type="radio"/> 정신질환자 인권침해, 차별 등 신고  <input type="radio"/> 상담이탈자  <input type="radio"/> 기타         </div> <div> <input type="radio"/> 자살상담  <input type="radio"/> 정신질환자에 의한 민원(미투, 가정폭력, 아동학대 등)  <input type="radio"/> 경우별 서비스 문의  <input type="radio"/> 여성결혼이민자  <input type="radio"/> 북한이탈주민         </div>					
<div>정신건강문제분류</div> <div> <input type="radio"/> 정신분열증·양성정애  <input type="radio"/> 조울증  <input type="radio"/> 불안장애  <input type="radio"/> 치매  <input type="radio"/> 구별하기 어려움  <input type="radio"/> 기타질환 [입력란]         </div> <div> <input type="radio"/> 우울증  <input type="radio"/> 알코올, 약물중독  <input type="radio"/> 자살  <input type="radio"/> 아동기 정신질환·정신건강문제 [입력란]  <input type="radio"/> 범죄경력         </div>					
<div>상담유형</div> <div><input type="radio"/> 전화 <input type="radio"/> 방문 <input type="radio"/> 대소 <input type="radio"/> 인터넷</div> <div><input type="radio"/> 기타 [입력란]</div>					
<div>상담비력</div> <div><input type="radio"/> 최초상담 <input type="radio"/> 중도중단·재상담 <input type="radio"/> 마무리 재상담</div> <div><input type="radio"/> 기타 [입력란]</div>					

상담내용	
상담결과	
등록전사정평가	<input checked="" type="checkbox"/> 등록전 사정평가 평가도구 <input type="text"/>
주요조치모형	<input type="radio"/> 전화상담, 정보제공 <input type="radio"/> 가정방문, 대소상담 <input type="radio"/> 114 경찰리콜 <input type="radio"/> 정신보건기관안내 <input type="radio"/> 타기관안내 <input type="radio"/> 응급출발 <input type="radio"/> 정신의료기관 <input type="radio"/> 긴급지원연계 <input type="radio"/> 기타 <input type="text"/>
응급성	<input type="radio"/> 응급 <input type="radio"/> 비응급 <input type="button" value="등록형태"/> <input type="radio"/> 일반상담 <input type="radio"/> 응급
위기문형정도	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>

기록양식 1-2.

## 접수상담기록(SMHIS-2)

사정평가

회원정보 / 기관정보

회원등록번호: [ ] 접수번호: [ ]

**회원정보**   **연락처**   **치료정보**

회원정보	성명	[ ]		성별	<input type="radio"/> 남 <input type="radio"/> 여	연령	[ ]세	원래의 구분	<input type="radio"/> 내원인 <input type="radio"/> 외래인
	주민번호	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	연락처	지택	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	H.P.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
주소		[ ]							
보호자	성명	[ ]		성별	<input type="radio"/> 남 <input type="radio"/> 여	연령	[ ]세	관계	[ ]
	생년월일	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	연락처	지택	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	H.P.	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
주소		[ ]							
보호자 정보									
종교	<input type="radio"/> 기독교 <input type="radio"/> 불교 <input type="radio"/> 천주교 <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 기타 [ ]								
학력	<input type="radio"/> 무학, 초졸미만 <input type="radio"/> 중학교졸업 <input type="radio"/> 고등학교졸업 <input type="radio"/> 대학교졸업 <input type="radio"/> 대학원졸업 <input type="radio"/> 초등학교졸업 <input type="radio"/> 중학교졸업 <input type="radio"/> 고등학교졸업 <input type="radio"/> 대학교졸업 <input type="radio"/> 대학원졸업								
의료보험	<input type="radio"/> 건강보험 <input type="radio"/> 의료급여1종 <input type="radio"/> 의료급여2종 <input type="radio"/> 차상위 <input type="radio"/> 미가입 <input type="radio"/> 미상								
장애	정신장애등급: <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 1급 <input type="radio"/> 2급 <input type="radio"/> 3급 <input type="radio"/> 미상 <input type="radio"/> 기타 기타장애: <input type="radio"/> 기타 [ ]								
결혼여부	<input type="radio"/> 결혼 <input type="radio"/> 미혼 <input type="radio"/> 사별 <input type="radio"/> 이혼 <input type="radio"/> 동거 <input type="radio"/> 별거								
상담자	오일하		최초상담관리자		오일하				
진단명	[ ]								

사정평가

회원정보 / 기관정보

회원등록번호: 2008010033   접수번호: [ ]

**연락처**   **방문기록**   **치료정보**

방문기록	등록일자	2008-04-24	방문일자	2008-04-28	연령	[ ]세
	2008-03-27		발병년도	2008	발병나이	19
	2008-03-20		발병내역	테스트입니다- TTTTTT		
	2008-03-19					
[ ] 항목 추가   [ ] 항목 삭제						
방문기록	등록일자	2008-04-28	방문일자	2008-04-28	연령	[ ]세
	2008-04-24		발병년도	2008	발병나이	19
			발병내역	테스트입니다- TTTTTT		
[ ] 항목 추가   [ ] 항목 삭제						
가족력	관계	조부모	진단명	가족사실		
	모	조부모	진단명	그래서 그래서 그래서		
	조부	조부모	진단명			
	형제	형제	진단명			
[ ] 항목 추가   [ ] 항목 삭제						



사정 평가

회원관리 | 기업관리

회원등록번호: 2009010032 | 접수번호:

**인적정보** | **병력정보** | **치료정보**

**진단명**

순번	진단명
1	설관성 치매
2	다발 증색성 치매
3	알츠하이머 병의 치매

진단명 추가 | 진단명 삭제

**신체증상**

☐ 조력   ☐ 관절   ☐ 헤이즈   ☒ 고혈압   ☒ 당뇨   ☐ 비만   ☐ 기타

**입원력**

입원일	퇴원일	입원기관명	입원기간	입원기관	입원유형	진단명	치료과목
2009-04-24		구민병원	2009-04-24	구민병원	통급입원	정신병적장애	치료중단
2009-04-17	2009-04-23	고대안암병원		고대안암병원			
2009-03-26	2009-04-10	중앙구정신보건센터		중앙구정신보건센터			

입력 추가 | 입력 삭제

**치료력**

처방일자	주제약명	용량명	처방량	복용량
2009-04-24	의사실	구민병원		
2009-04-23	최지아	고대안암병원		
2009-04-16	이은	강서정신보건센터		
2009-04-16	신승환	신승환 정신건강의학과		

처방 추가 | 처방 삭제

**직업력**

취업시작일	취업종료일	일수	취업형태	취업현황	주당수입액
2009-02-23	2009-05-30	0	정규직	서비스직	250,000
2009-01-02	2009-03-25	85	정규직	농, 어업	150,000

직업 추가 | 직업 삭제

**주거지**

☐ 독립주택지   ☐ 자가   ☐ 전세   ☐ 월세   ☐ 임대(독립)  
☐ 임대주택지   ☐ 임대주택   ☐ 주거주택   ☐ 기타  
☒ 월세  
☐ 모방일  
☐ 주거지임대  
☐ 기타

## 기록양식 2.

## 개별서비스 계획 기록

## 개별 서비스 계획 (Individualized Service Plan) 서식

## part 1. hospital to community

기관명			병종			자트번호		
이름			성별/나이			주민등록번호		
주소						연락처		
의료보장	보험 · 급여1 · 급여2	장애등급				보호자		
진단명			발병시기			보호자연락처		
입원기간	년 월 일 ~	년 월 일				총 입원 횟수		
복용약물						신체질환	유( ) 무	
						알코올 문제	유 무	
기능 및 위험평가 (지난 1개월)	행식	상	중	하	자·타매 문제	유	무	
	약물관리	상	중	하	자살사고 · 시도	유	무	
	일상생활관리	상	중	하	직업재활 가능성	상	중 하	
	인지기능	상	중	하	경제상태	상	중 하	
	의사소통	상	중	하	지지체계	상	중 하	
	대인관계	상	중	하	GAF			
주치의 소견								
서비스 제공기관 네트워크 (원하는 서비스 체크)	정신의료기관	기관		주치의		연락처		
				담당		연락처		
	<input type="checkbox"/> 정신보건센터 <input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 사회복귀시설 <input type="checkbox"/> 주거서비스	기관		담당		연락처		
		기관		담당		연락처		
		기관		담당		연락처		
	방법	<input type="checkbox"/> 사례관리 <input type="checkbox"/> 직업재활		<input type="checkbox"/> 지역연계 <input type="checkbox"/> 주거훈련		<input type="checkbox"/> 주간재활 <input type="checkbox"/> 기타( )		

※ 이 서식은 의뢰서 및 소견서의 기능도 같이 합니다.

기록양식 3.

### 사례 요약 보고서

첫 발병			
과거 병력			
현 외래병원		주치의	
현 증 상			
약물 복용			
문제 목록			

기록양식 4.

## 약물 관리 기록

[illegible]

기록양식 5.

### 초기 사례관리 계획

<b>문제 1</b>
<b>개입 :</b>
<b>문제 2</b>
<b>개입 :</b>
<b>문제 3</b>
<b>개입 :</b>
<b>문제 4</b>
<b>개입 :</b>
<b>문제 5</b>
<b>개입 :</b>

기록양식 6-1.

### 사례관리 계약서

사례관리 계약서
<p><input type="checkbox"/> 나는 위의 서비스를 받는 것에 동의하며 서로 협의 하에 서비스가 종료될 때까지 최대한 협조할 것을 약속합니다.</p> <p>날짜      년      월      일</p> <p>대상자 서명 :</p>
<p><input type="checkbox"/> 나는 위의 서비스를 받을 수 있도록 돕는 것에 동의하며 최대한 협조할 것을 약속합니다.</p> <p>날짜      년      월      일</p> <p>가족 서명 :</p>
<p><input type="checkbox"/> 환자의 외래 담당의사</p> <p>날짜      년      월      일</p> <p>의사 서명 :</p>

기록양식 6-2.

## ACT 초기 평가와 초기 계획에 참여자 오리엔테이션 확인서

<대상 : 초기평가와 초기 사례관리 계획에 참여한 대상자와 가족>

다음을 읽으시고, 해당되는 항목에 표시(V) 하세요.

- ☐ 평가와 치료에 참여함
- ☐ 계획에 대해 알고 있음
- ☐ 계획에 동의함
- ☐ 직원은 초기평가와 초기 치료계획에 대해  
대상자와 가족 등과 협의하였음
- ☐ 참여 할 수 없음

작성한 날짜 :           년       월       일

대상자 서명 :

보호자 서명 :

작성자 서명 :

## 기록양식 7.

## ACT 사례관리 계획

대상자 이름 :

날짜 :      년      월      일

case# :

주요 진단		개별 치료팀		퇴원기준	
기타 소견					
문제 1	장기목표				
	단기목표				
	계획				
문제 2	장기목표				
	단기목표				
	계획				
대상자 서명 (대상자와 함께 계획에 대해 논의하고 명시된 경우) : <div style="text-align: right;">날짜 :      년      월      일</div>					
담당사례관리자 서명 : <div style="text-align: right;">날짜 :      년      월      일</div>					



기록양식 8.

일일 사례관리 업무 일정

년 월 일

응급 대상자	핸드폰		차량	

09:00 ~ 12:00	15:00 ~ 18:00
12:00 ~ 15:00	18:00 ~ 21:00

기록양식 9.

## 개별사례관리기록

이름 성별/나이		사례 관리팀		등록		
외래		사례관리 계획	1차	2차	3차	4차

기록양식 10.

### 월별 당직 일정

일	월	화	수	목	금	토
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

기록양식 11.

## 과정 기록지

해당년도 :

이 름 :

날짜	과 정	서명

기록양식 12.

## 요약 기록

이름		나이		성별		진단명	
발병시기							
과거 병력							
외래						주치의	
현 증 상							
처방약물							
문제목록							

기록양식 13.

## 평가 기록

성 명		주 사례관리자		평가날짜	
진 단 명		성 별		연 령	
발병 시기		등록일		퇴록	
과거 병력					
현 치료병원			주치의		
현 증 상					
처방약물					
문제 목록	문제해결된 것		치료계획 (진행)		

평가도구 1.

### 사례관리 평가 기록지

대상자		등록일	
-----	--	-----	--

분 류		등록	6개월	12개월	18개월	24개월
평가일						
평가자						
입원횟수						
입원기간						
약물 복용						
증상	CTRS					
	HoNOS					
	BDI					
	AUDIT					
서비스요구 (CANSAS)						
사회 기능	GAF					
	SSS					
지역사 회자립	취업기간/급여					
	주거상태					
삶의 질						
서비스 만족도						
가족 부담도						

## 평가도구 2.

## 사례관리 평가 측정

분 류	측 정 방 법	측정시기
입원 횟수	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 등록 시 : 등록 전 1년 동안의 입원 횟수</li> <li>• 이전 평가 시점 이후 현재까지의 입원 횟수</li> </ul>	1년
입원 기간	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 등록 시 : 등록 전 1년 동안의 입원 기간</li> <li>• 이전 평가 시점 이후 현재까지의 입원 기간</li> </ul>	1년
약물 복용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 규칙적 복용               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 전혀 복용하지 않음                      ② 가끔 복용함</li> <li>③ 가끔 복용하지 않음                      ④ 규칙적으로 복용함</li> </ul> </li> <li>• 스스로 복용               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 약물 복용을 거부하며 강제적으로 복용함</li> <li>② 약물 복용을 거부하지 않으나 매일 복용 확인 필요함</li> <li>③ 약물 복용을 거부하지 않으며 부정기적인 확인 필요함</li> <li>④ 스스로 복용하며 확인 필요하지 않음</li> </ul> </li> </ul>	6개월
증상	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CTRS(필요시) 점수</li> <li>• HoNOS 점수</li> <li>• BDI(필요시) 점수</li> <li>• AUDIT(필요시) 점수</li> </ul>	6개월
서비스 요구도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSAS</li> </ul>	6개월
사회적 기능	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GAF 척도의 점수</li> <li>• SSS 점수</li> </ul>	6개월
지역 사회 자립	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 취업기간/급여               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 등록 시 : 등록 전 1년 동안의 총 취업기간 및 평균 급여</li> <li>- 이전 평가 시점 이후 현재까지의 총 취업기간 및 평균 급여</li> </ul> </li> </ul>	1년
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주거지의 확보와 유지               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 주거의 확보가 시급함</li> <li>② 주거를 확보하였으나 유지가 불안정함</li> <li>③ 주거를 확보하였으며 일정기간 동안 안정함</li> <li>④ 지속적으로 안정적인 주거를 확보함</li> </ul> </li> </ul>	1년
삶의 질	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 삶의 질 척도 점수</li> </ul>	6개월
서비스 만족도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 만족도 척도의 총점</li> </ul>	1년
가족 부담도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가족 스트레스 척도의 총점</li> </ul>	1년



평가도구 3.

### CTRS(위기분류척도, Crisis Triage Rating Scale)

RATING A : 위험성 (Dangerousness)		
1	자살 및 타해 사고를 표현하거나 관련된 환청이 있음. 현 병력기간 중에 자살시도가 있음. 예측 불가능하게 폭력적이거나 충동적임.	
2	자살 사고를 표현하나 자살행동은 주변 환경이나 스트레스에 영향을 받고 있음. 폭력적, 충동적 행동의 기왕력이 있으나 현재는 뚜렷하지 않음.	
3	자타해 사고가 부분적으로 있으나 양가적임. 또는 자살 GESTURE를 취한 적이 있음. 충동조절 능력은 확실하지 않음.	
4	자타해 사고가 부분적으로 있으나 기왕력상 부분적으로 있었음. 행동조절은 가능함.	
5	자타해 사고나 행동의 과거력 및 위험이 없음.	
RATING B : 지지 체계 (Support system)		
1	가족, 친구 또는 다른 형태의 지지가 가능한 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, 친구가 있으나 지지 능력과 의지는 다소 불명확함.	
5	관심이 있는 가족, 친구 등이 있으며 능력과 의지도 있음.	
RATING C : 협조 능력 (Ability to cooperate)		
1	협조가 불가능하거나 거부적임.	
2	약간의 관심을 보이거나 개입에 대한 노력을 약간 이해하는 정도임.	
3	개입을 수동적으로나마 받아들임.	
4	도움을 원하나 양가적이거나 동기가 강하지 않음.	
5	적극적으로 지역사회 치료를 원하고 협조하려고 함.	
TOTAL		

- ① 정신건강문제를 가진 본인에게 Rating A, B, C에 대해 판단한다.  
A, B, C 각각 5문항 중 해당문항의 점수를 하나씩 선정하여 합한 점수가 총 점수가 된다. 만약, 본인이 아닌 가족이나 기관에서 상담을 한 경우에는 가족이나 기관 종사자로부터 대상자에 대한 Rating A, B, C를 판단할 수 있는 정보를 얻어 판단한다(예 :가족이 전화를 하였으나, Rating C 협조 능력은 대상자의 협조 능력의 정도를 판단하도록 한다.)
- ② 점수가 둘 중 하나 결정하기 어려울 때는 고 위기 단계로 평가한다.  
(예 : 2 또는 3의 평가가 어려운 경우 2로 평가)

위기분류척도(Crisis Triage Rating Scale)에 대한 결과 : 응급대응척도(Urgency of Response Scale)

<b>A</b>	<b>3-9</b>	<b>극도의 위기상황</b>	
		즉각적인 서비스가 필요함. 입원조치가 필요함.	
<b>B</b>	<b>10</b>	<b>고위험 상황</b>	
		2시간 이내 접촉 필요함. 입원이 가능할 수 있음. (예 : 폭력적, 반복적이진 않으나 급성적이고 심한 스트레스) *9, 10점인 경우는 좀 더 면밀한 임상적 평가가 필요함. 다양한 개입 가능.	
<b>C</b>	<b>11</b>	<b>중간정도의 위기상황</b>	
		12시간 이내의 접촉이 필요 (예 : 혼란스러운 행동 disturbed behavior)	
<b>D</b>	<b>12-13</b>	<b>낮은 위험성</b>	
		48시간 이내의 개입 필요	
<b>E</b>	<b>14-15</b>	<b>위기상황이 아님</b>	
		2주 이내에 개입 가능	
<b>F</b>		대기 상황	
<b>G</b>		개입이 종료되었음(여러 category에서 G로 이동할 수 있음.)	

① 제한 시간 이내의 개입 :

(ex - D(12-13) : 48시간 이내의 개입 필요)

48시간 이내에 꼭 접촉을 해야만 48시간 이내의 개입이 아니라, 전화 상담, 내소 상담, 가정 방문 등의 위기 개입 약속을 예약하는 것도 포함 됨.

② CTRS 총점에 따른 Response는 반드시 일치해야 하는 것은 아님.

③ CTRS 총점과 Response의 차이가 있는 경우에는 상세내역에 기록함.

평가도구 5.

## HoNOS

<b>HoNOS 점수기록지</b>		
<b>번 호</b>	<b>문 제</b>	<b>점 수</b>
1	행동의 문제	0 1 2 3 4
2	고의적인 자해	0 1 2 3 4
3	알코올 혹은 약물사용의 문제	0 1 2 3 4
4	인지장애	0 1 2 3 4
5	신체질환/신체장애와 관련된 문제	0 1 2 3 4
6	환청, 망상과 관련된 문제	0 1 2 3 4
7	우울감과 관련된 문제	0 1 2 3 4
8	다른 정신적, 행동적 문제( ) (A,B,C,D,E,F,G,H,I,J, or J)	0 1 2 3 4
9	대인관계의 문제	0 1 2 3 4
10	일상생활능력의 문제	0 1 2 3 4
11	주거 환경의 문제	0 1 2 3 4
12	직업과 여가 활동에 관련된 문제 - 주간 환경의 질적 수준	0 1 2 3 4
	<b>총 점</b>	

- A 공포; B 불안; C 강박; D 스트레스; E 해리증상; F 신체화장애; G; 식이장애;  
H 수면장애; I 성적장애; J 기타
- 각 항목의 점수를 입력하면 총점은 자동 합산되어 나오는 형태
- 8번 항목은 다른 문제의 영역을 괄호 안에 명시 : 예 (A)
- 성인과 노인 공통적으로 적용
- 0-4점의 척도에 대한 자세한 기준은 추후 제공

## 평가도구 6.

## BDI

1번	0점 나는 슬프지 않다. 1점 나는 슬프다. 2점 나는 항상 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다. 3점 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.
2번	0점 나는 앞날에 대해서 별로 낙심하지 않는다. 1점 나는 앞날에 대해서 용기가 나지 않는다. 2점 나는 앞날에 대해 기대할 것이 아무것도 없다고 느낀다. 3점 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.
3번	0점 나는 실패자라고 느끼지 않는다. 1점 나는 보통 사람들보다 더 많이 실패한 것 같다. 2점 내가 살아온 과거를 뒤돌아보면, 실패투성이 인 것 같다. 3점 나는 인간으로 완전한 실패자라고 느낀다.
4번	0점 나는 전과 다름없이 일상생활 속에서 만족을 느끼고 있다. 1점 나는 전과 같이 일상생활이 즐겁지 않다. 2점 나는 더 이상 어떤 것에서도 만족을 얻지 못한다. 3점 나는 매사가 다 불만스럽고 지겹다.
5번	0점 나는 특별히 죄책감을 느끼지 않는다. 1점 나는 종종 죄책감을 느낀다. 2점 나는 자주 죄책감을 느낀다. 3점 나는 항상 죄책감을 느낀다..
6번	0점 나는 내가 별을 받고 있다고 느끼지 않는다. 1점 나는 내가 별을 받을지도 모른다고 느낀다. 2점 나는 내가 앞으로 별을 받을 거라고 생각한다. 3점 나는 지금 별을 받고 있다고 느낀다.
7번	0점 나는 내 자신에 대해 실망하지 않는다. 1점 나는 내 자신에 대해 실망하고 있다. 2점 나는 내 자신이 싫다. 3점 나는 내 자신을 증오하고 있다.
8번	0점 나는 내가 다른 사람보다 못하다고 느끼지 않는다. 1점 나는 나의 약점이나 실수에 대하여 내 자신을 비판하는 편이다. 2점 나는 나의 잘못에 대해 항상 내 자신을 질책한다. 3점 나는 주변에서 일어나는 잘못된 모든 일에 대하여 내 자신을 질책한다.

## BDI(계속)

12번	0점 나는 전처럼 다른 사람에 대한 관심을 가지고 있다. 1점 나는 전보다 다른 사람에 대한 관심이 줄었다. 2점 나는 다른 사람에 대해 거의 관심이 없어졌다. 3점 나는 다른 사람에 대해 전혀 관심이 없어졌다.
13번	0점 나는 전처럼 어떤 일을 결정하는 데에 어려움이 없다. 1점 나는 전에 비해 결정을 잘 내리지 못하고 뒤로 미룬다. 2점 나는 전보다 어떤 일을 결정하기가 상당히 어렵다. 3점 나는 더 이상 어떤 결정을 내릴 수가 없다.
14번	0점 나는 전보다 내 모습(외모)이 추해졌다고 느끼지 않는다. 1점 나는 내가 나이 들고 매력 없게 보일까봐 걱정한다. 2점 이제 남에게 매력을 주지 못할 만큼 내 모습이 변했다. 3점 나는 내가 못 생겼다고 생각한다.
15번	0점 나는 전과 다름없이 일을 잘 할 수 있다. 1점 어떤 일을 시작하려면 전보다 더 힘이 든다. 2점 어떤 일을 하기가 무척 힘들다. 3점 나는 아무런 일도 할 수가 없다.
16번	0점 나는 전처럼 잘 잔다. 1점 나는 전처럼 잘 자지 못한다. 2점 나는 전보다 한 두 시간 일찍 잠을 깨며 다시 잠들기가 어렵다. 3점 나는 전보다 몇 시간 일찍 잠을 깨며 다시 잠들 수가 없다.
17번	0점 나는 전보다 더 피곤을 느끼지는 않는다. 1점 나는 전보다 더 쉽게 피곤을 느낀다. 2점 나는 거의 모든 일을 할 때마다 피곤을 느낀다. 3점 나는 너무 피곤해서 아무 일도 할 수 없다.
18번	0점 내 식욕은 전보다 나빠지지 않았다. 1점 내 식욕은 전처럼 좋지 않다. 2점 내 식욕은 요즘 매우 좋지 않다. 3점 요즘은 전혀 식욕이 없다.
19번	0점 나는 요즘 몸무게가 줄지 않았다. 1점 나는 전보다 몸무게가 조금 줄었다. 2점 나는 전보다 몸무게가 많이 줄었다. 3점 나는 몸무게가 너무 많이 줄어 건강에 위협을 느낄 정도다.

## BDI(계속)

20번	0점 나는 전보다 건강에 대해 더 신경 쓰지는 않는다. 1점 나는 두통, 소화불량, 변비 등으로 건강에 신경이 쓰인다. 2점 나는 건강에 신경이 많이 쓰여 다른 일을 하는데 어려움이 있다. 3점 나는 다른 일을 할 수 없을 정도로 건강에 대해 걱정이 심하다.
21번	0점 나는 요즘도 성에 대한 관심에 변화가 없다고 생각한다. 1점 나는 전보다 성에 대한 관심이 적어졌다. 2점 나는 요즘 성에 대한 관심이 현저하게 줄었다. 3점 나는 성에 대한 흥미를 완전히 잃어 버렸다.

● 각 항목의 점수를 합산한다.

0점-9점은 우울하지 않은 상태

10-15점은 가벼운 우울상태

16-23점은 중한 우울상태

24-63점은 심한 우울상태

평가도구 7.

## AUDIT

<b>1. 얼마나 술을 자주 마십니까?</b> (0) 전혀 안 마심 (1) 월 1회 미만 (2) 월 2-4회 (3) 주2-3회 (4) 주4회 이상
<b>2. 술을 마시면 한 번에 몇 잔정도 마십니까?</b> (0) 전혀 안 마심 (1) 소주 1-2잔 (2) 소주 3-4잔 (3) 소주 5-6잔 (4) 소주 7-9잔 (5) 소주 10잔 이상
<b>3. 한 번에 소주 한 병 또는 맥주4병 이상 마시는 경우는 얼마나 자주 있습니까?</b> (0) 전혀 안 마심 (1) 월 1회 미만 (2) 월 1회 (3) 주1회 (4) 거의 매일
<b>4. 지난 일 년간 한번 술을 마시기 시작하면 멈출 수 없었던 때가 얼마나 자주 있었습니까?</b> (0) 전혀 없음 (1) 월 1회 미만 (2) 월 1회 (3) 주1회 (4) 거의 매일
<b>5. 지난 일 년간 평소 같으면 할 수 있던 일을 음주 때문에 하지 못한 적이 얼마나 자주 있었습니까?</b> (0) 전혀 없음 (1) 월 1회 미만 (2) 월 1회 (3) 주1회 (4) 거의 매일
<b>6. 지난 일 년간 술을 마신 다음날 해장술을 마신 적은 얼마나 자주 있었습니까?</b> (0) 전혀 안 마심 (1) 월 1회 미만 (2) 월 1회 (3) 주1회 (4) 거의 매일
<b>7. 지난 일 년간 음주 후에 죄책감을 느끼거나 후회한 적이 얼마나 자주 있었습니까?</b> (0) 전혀 없음 (1) 월 1회 미만 (2) 월 1회 (3) 주1회 (4) 거의 매일
<b>8. 지난 일 년간 음주 때문에 전날 밤에 있었던 일이 기억나지 않았던 적이 얼마나 자주 있었습니까?</b> (0) 전혀 없음 (1) 월 1회 미만 (2) 월 1회 (3) 주1회 (4) 거의 매일
<b>9. 음주로 인해 자신이나 다른 사람을 다치게 한 적이 있습니까?</b> (0) 없음 (2) 있었지만, 지난 1년간에는 없었음 (4) 지난 1년 내에 있었음
<b>10. 친척이나 친구, 의사가 당신이 술 마시는 것을 걱정하거나 당신에게 술 끊기를 권유한 적이 있었습니까?</b> (0) 없음 (2) 있었지만, 지난 1년간에는 없었음 (4) 지난 1년 내에 있었음
<b>총 점 :</b>

- 각 항목의 점수를 합산으로 총점을 구함
- AUDIT 절단값 8, 남자 음주자: 10점. 여자 음주자 : 6점 (알코올사업기술지원단, 2008)
- 조기선별검사 결과에 따른 조기개입 체계도에 따름(알코올사업기술지원단, 2008)

평가도구 8.

## CANSAS

영역	문항	점수
1. 정신건강영역	심리적 스트레스	
	정신병적 증상	
	약물(치료) 정보	
	약물 관리 *	
2. 물질남용 및 의존 영역	음주 문제	
	약물의존 및 남용	
3. 위험성 영역	자해 및 자살위험(자기 안정성)	
	타해 위험 (타인 안전성)	
4. 신체건강 영역	신체건강	
5. 일상생활 영역	자기관리	
	식생활	
	가정관리	
	주간/여가 활동	
	기초학습(기초교육)	
	전화(이용)	
	교통수단 이용	
	생활비 관리	
6. 사회적 관계 영역	부부/가족 관계(이성적 관계)	
	부모 자녀 관계 *	
	자녀 양육	
	성생활	
	대인관계(사회 생활)	
7. 학업/직업 기능 영역	교육 및 훈련 *	
	고용 지원 *	
8. 지역사회 생활지원 영역	교통 및 이동수단 *	
	거주 공간(환경)	
	사회보장혜택	
	법적 옹호 *	
	인권 및 차별에의 보호 *	
	안전 및 폭력에의 보호 *	



## 평가도구 9.

## GAF

<b>전반적인 기능평가 척도(Global Assessment of Functioning, GAF)</b> : 정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해본다. 신체적(환경적) 제한으로 인한 기능 손상은 포함되지 않는다. 부호(주의: 필요한 경우는 중간 점수도 사용된다. 예: 45, 68, 72)	
점수	내 용
100-91	전반적인 활동에서 최우수 기능 생활의 문제를 잘 통제하고 있고, 개인의 지닌 많은 긍정적인 특성으로 인하여 타인의 모범이 되고 있음. 증상 없음
90-81	증상이 없거나 약간의 증상(예 : 시험 전 약간의 불안)이 있음. 모든 영역에서 잘 기능하고 다양한 활동을 하고 있고, 흥미를 느끼고 있음. 사회적인 효율성이 있고, 대체로 생활에 만족, 일상의 문제나 관심사 이상의 심각한 문제는 없음(예 : 가족과 가끔 말싸움)
80-71	만약 증상이 있다면, 일시적이거나 심리 사회적 스트레스에 대한 예상 가능한 반응임(예 : 가족과의 논쟁 후 집중하기가 어려움) 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 손상 정도 이상은 아님 (예 : 일시적인 성적 저하)
70-61	가벼운 몇몇 증상(예: 우울한 정서와 가벼운 불면증) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 어려움이 있음(예 : 일시적인 무단결석 또는 가정내에서 흠칫) 그러나 일반적인 기능은 꽤 잘 되는 편이며, 의미 있는 대인관계에서 약간의 문제는 있음
60-51	중간 정도의 증상(예: 무감동한 정서와 우회증적인 말, 일시적인 공황상태) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서의 중간 정도의 어려움(예: 친구가 없거나 직업을 갖지 못함)이 있음
50-41	심각한 증상(예: 자살 생각, 심각한 강박적 의식, 빈번한 소매치기), 또는 사회적, 직업적, 학교에서 기능에서 의하여 심각한 손상(예: 친구가 없거나 일정한 직업을 갖지 못함)이 있음

## GAF(계속)

점수	내 용
40-31	현실 검증력과 의사소통에서의 장애(예 : 말이 비논리적이고 혼돈스럽고, 부적절하다) 또는 일이나 학교, 가족관계, 판단, 사고, 정서 등 여러 방면에서 주요 손상이 있음(예 : 친구를 피하는 우울한 사람, 가족을 방치하고, 일을 할 수 없고, 나이 든 소아는 나이 어린 소아를 빈번하게 때리고 집에서 반항하고, 학업에 실패함.)
30-21	망상과 환각에 의해 심각하게 영향을 받는 행동 의사소통과 판단에 있어서 심각한 손상, 지리멸렬, 전반적으로 부적절한 하게 행동하기, 자살에의 몰입이 있거나, 또는 거의 전 영역에서 기능을 할 수 없음(예 : 하루 종일 누워 있음, 직업과 가정과 친구가 없음.)
20-11	자신이나 타인을 해칠 수 있는 약간의 위험(예 : 죽음에 대한 명확한 예견 없이 자살을 시도, 빈번하게 폭력적이고 조증의 흥분상태), 또는 최소한의 개인위생을 유지하는데 실패(예 : 대변을 묻힘) 또는, 의사소통의 광범위한 손상(예 : 대개 부적절하거나 거의 말을 하지 않음)이 있음
10-1	자신이나 타인을 심각하게 해칠 수 있는 지속적인 위험(예 : 재발성 폭력), 또는 최소한의 개인위생을 유지하는데 지속적인 무능, 죽음에 대한 명확한 기대없는 심각한 자살 행동이 있음
0	불충분한 정보

평가도구 10.

### SSS(사회생활기술 척도)

항 목		매우 적절 하다(1)	적절 하다(2)	보통 이다(3)	부적절 하다(4)	매우 부적절하 다(5)
시선 접촉	적절하게 바라본다---상대방이 아닌 다른 곳을 보거나 지나치게 빨리 쳐다 본다					
자세	공손히 그러나 당당한 자세로 말한 다--- 말하는 동안 지나치게 움츠리고 긴장되어 있다					
거리	적절한 거리를 유지하면서 말한다 --- 상대방과 너무 가까이 혹은 너무 멀리 떨어져서 말한다					
제스처	말하는 동안 고개와 손을 움직이는 등 제스처를 적절하게 사용한다--- 뻣뻣하게 굳은 채로 말하거나 지나치게 몸을 움직이면서 말한다					
얼굴 표정	감정과 상황에 맞는 얼굴표정을 짓는다 --- 감정에 따라 전혀 표정 의 변화가 없거나 상황에 부적절한 얼굴 표정을 짓는다					
반응 시간	상대방의 말에 대한 반응시간이 적 절하다---상대방의 말에 대한 반응시 간이 너무 빠르거나 느리다					
말의 내용	말의 내용에 핵심과 조리가 있다 --- 말의 내용에 조리가 없고 우회적이 다					
말의 속도	말의 속도가 적절하다 --- 속도가 너무 빠르거나 느리다					

## SSS(사회생활기술 척도) (계속)

항 목		매우 적절 하다(1)	적절 하다(2)	보통 이다(3)	부적절 하다(4)	매우 부적절하 다(5)
음성의 크기	음성의 크기가 적절하다 --- 음성의 크기가 너무 크거나 작다					
억양	말의 내용이나 감정에 따라 억양이 적절하게 변한다. --- 말의 내용이나 감정에 따라 억양이 변하지 않고 너무 단조롭게 말한다					
말의 양	말의 양이 적절하면서도 충분하다--- 말의 양이 지나치게 부족하거나 너무 많다					
말의 이해성	말이 분명하고 이해할 수 있다--- 말이 분명하지 못하고 이해할 수 없다					
말의 적절성	대화하는 동안에 적절하게 질문하고 대답 한다 --- 대화하는 동안에 부적절하게 질문하고 대답 한다					
태도의 자신감	행동에서 자신감이 넘쳐 보인다--- 행동이 기가 죽어있거나 과도한 자신감을 보인다					

평가도구 11.

QOL

아주 불행	불행	대체로 불행	그저 그렇다	대체로 만족	만족	아주 만족
1	2	3	4	5	6	7

평가도구 12.

### 서비스 만족도

문    항	전혀 그렇지 않다(1)	가끔 그렇다 (2)	자주 그렇다 (3)	항상 그렇다 (4)
1. 서비스에 대하여 전반적으로 만족하십니까?				
2. 제공받는 서비스가 당신이 필요로 하는 것에 얼마나 관련이 있습니까?				
3. 이곳에서 받는 서비스를 도움이 필요한 다른 사람들에게도 추천하시겠습니까?				
4. 당신이 필요로 할 때 충분한 지원을 받았습니까?				
5. 당신은 이곳에서 받는 서비스에 대해 충분히 자신의 의사를 표현하십니까?				
6. 이곳에서 근무하는 직원들은 당신이 무엇을 필요로 하는지 실제로 이해하고 있습니까?				
7. 이 서비스로부터 충분한 지원을 받았습니까?				

평가도구 13.

### 가족의 스트레스 척도

문 항	전혀 그렇지 않다①	그렇지 않다②	그저 그렇다③	그렇다④	매우 그렇다⑤
1. 환자의 장래가 어떻게 될지 염려된다.					
2. 환자를 보면 죄책감을 느낀다.					
3. 환자를 보면 긴장되고 우울해진다.					
4. 환자가 원망스럽고 가슴이 답답하다.					
5. 환자로 인해 가족의 분위기가 침체되고 어두워졌다.					
6. 환자로 인해 가족끼리 의논하며 대화할 시간이 부족하다.					
7. 환자가 해야 할 역할을 가족들이 대신하느라 힘들다.					
8. 환자로 인해 가족끼리 의논하며 대화할 시간이 부족하다.					
9. 환자의 증상행동으로 인해 가족이 위험하거나 방해를 받는다.					
10. 환자로 인해 가족들 간의 다른 여가활동을 중단하거나 포기했다.					
11. 환자의 이상한 행동과 말에 가족이 어떻게 대처할지 알지 못한다.					
12. 환자에게 드는 비용(예: 입원비, 치료비, 약값) 등을 감당하기 어렵다.					
13. 환자간호를 위해 다른 가족이 직장을 그만 두어 가계에 어려움이 많다.					

## 가족의 스트레스 척도(계속)

문 항	전혀 그렇지 않다①	그렇지 않다②	그저 그렇다③	그렇다④	매우 그렇다⑤
14. 환자가 병이 난후 직업을 갖지 못해 가족의 생계에 어려움이 있다.					
15. 사회적 편견으로 인해 친척이나 이웃의 방문이 감소하였다.					
16. 가족 중 누가 정신질환을 앓고 있다는 걸 다른 사람이 알까봐 두렵다.					
17. 환자로 인해 모임에 나가거나 친구를 만나는 것이 꺼려진다.					
18. 대부분의 사람들은 정신질환은 낫지 않는 병이라고 생각한다.					
19. 주위 사람들은 우리와 같은 가족의 어려움을 이해해주지 않는다.					
20. 병원이나 지역사회에서 가족의 어려움을 도와주는 부서나 단체가 적다.					