

국가정신건강 거버넌스 강화를 위한

2019 정신건강 정책포럼

2019 제1차 정신건강정책포럼

10.30.(수) 09:30~12:00
국립정신건강센터 어울림홀



국가정신건강 거버넌스 강화를 위한 재원마련 및 체계구축 방안

환영사 보건복지부

좌장 : 윤석준(중앙정신건강복지사업지원단)

주제발표 국가정신건강 거버넌스 강화 방안

전진아(한국보건사회연구원)

지역정신건강 거버넌스 강화 방안

이명수(경기도정신건강복지센터)

지정토론 이동우(신경정신의학 정책연구소/인제대학교 상계백병원) 송현주(한국임상심리학회/서울여자대학교)
박경덕(대한간호협회 정신간호사회/나눔과행복병원) 최명민(한국정신건강사회복지학회/백석대학교)
이정하(정신장애와 인권 '파도손')

종합토론 및 질의응답

국가 정신건강 거버넌스 강화를 위한
2019 제 1차 정신건강정책포럼

국가 정신건강 거버넌스 강화를 위한 자원마련 및 체계구축방안

10월 30일 (수) 09:30 / 국립정신건강센터 B1층 어울림홀

| 시간 | 내용 | 연자 |
|---------------------------------|---|----------------------|
| 09:30 ~ 09:40 | 환 영 사 | 보건복지부 |
| 좌장 : 윤석준 (중앙정신건강복지사업지원단) | | |
| 09:40 ~ 10:30 | 국가 정신건강 거버넌스 강화방안 | 전진아 (한국보건사회연구원) |
| | 지역 정신건강 거버넌스 강화방안 | 이명수 (경기도정신건강복지센터) |
| 10:30 ~ 11:20 | [지정토론] 이동우 (신경정신의학 정책연구소/인제대학교 상계백병원) 박경덕 (대한간호협회 정신간호사회/나눔과행복병원) 송현주 (한국임상심리학회/서울여자대학교) 최명민 (한국정신건강사회복지학회/백석대학교) 이정하 (정신장애와 인권 '파도손') | |
| 11:20 ~ 12:30 | 종합토론 및 질의응답 | |

[참고] 2019 정신건강정책포럼 안내

| 구분 | 일시 | 장소 | 주제 |
|----|---------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| 1차 | 2019. 10. 30.(수) 09:30~12:30 | 국립정신건강센터 B1층 어울림홀 | 국가 정신건강 거버넌스 강화를 위한 자원마련 및 체계구축방안 |
| 2차 | 2019. 11. 15(금) 09:30~12:30 | 한국프레스센터 20층 국제회의장 | 국가 정신건강 거버넌스 강화를 위한 필요자원 및 향후과제 |

Contents

주제발표

국가 정신건강 거버넌스 강화방안

전진아 (한국보건사회연구원) 1

지역 정신건강 거버넌스 강화방안

이명수 (경기도정신건강복지센터) 21

지정토론

이동우 (신경정신의학연구소 / 인제대학교 상계백병원) 41

박경덕 (대한간호협회 정신간호사회 / 나눔과 행복병원) 45

송현주 (한국임상심리학회 / 서울여자대학교) 51

최명민 (한국정신건강사회복지학회 / 백석대학교) 53

이정하 (정신장애와 인권 '파도손') 57

1

국가 정신건강 거버넌스 강화방안

전진아 한국보건사회연구원



2019.10.30

국가 정신건강 거버넌스 강화방안

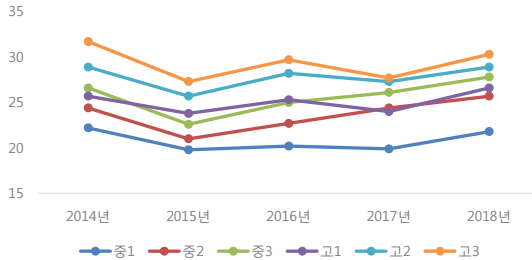
전진아
한국보건사회연구원

I 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황

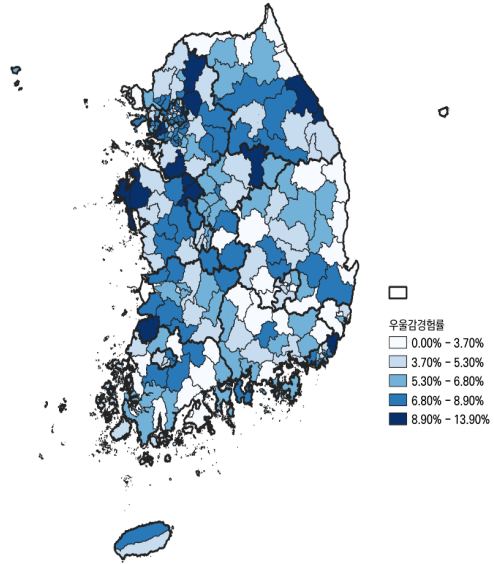


1. 주요 지표로 본 한국 정신건강현황-수요 측면

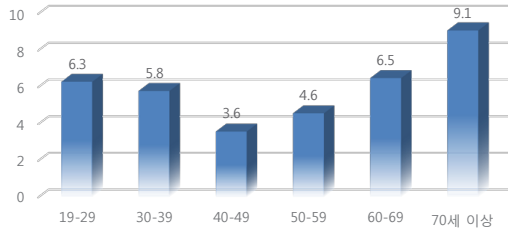
청소년의 우울감 경험률 추이



시군구별 우울감 경험률(성인)



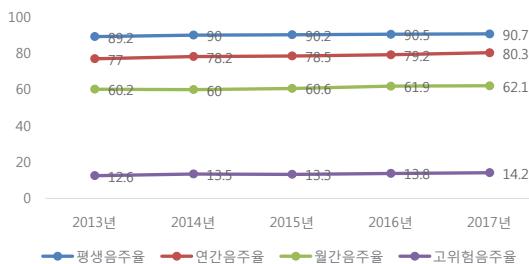
성인의 우울장애 유병률 (2016)



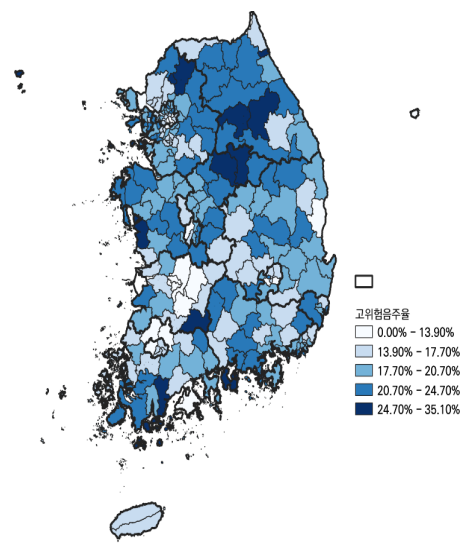
출처: 전진아 외(2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거 중심 정신건강사업 전략 개발 연구

1. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황 -수요 측면

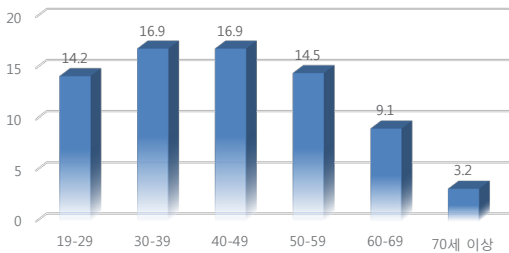
음주율 추이(2013-2017년)



시군구별 고위험음주율

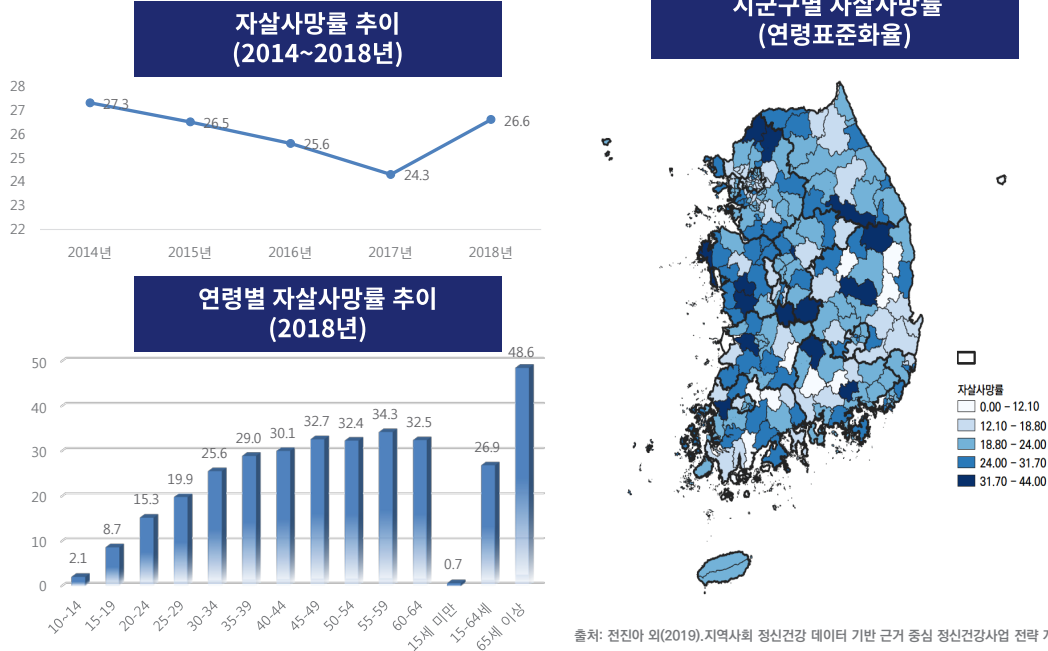


연령별 고위험음주율 (2017년)

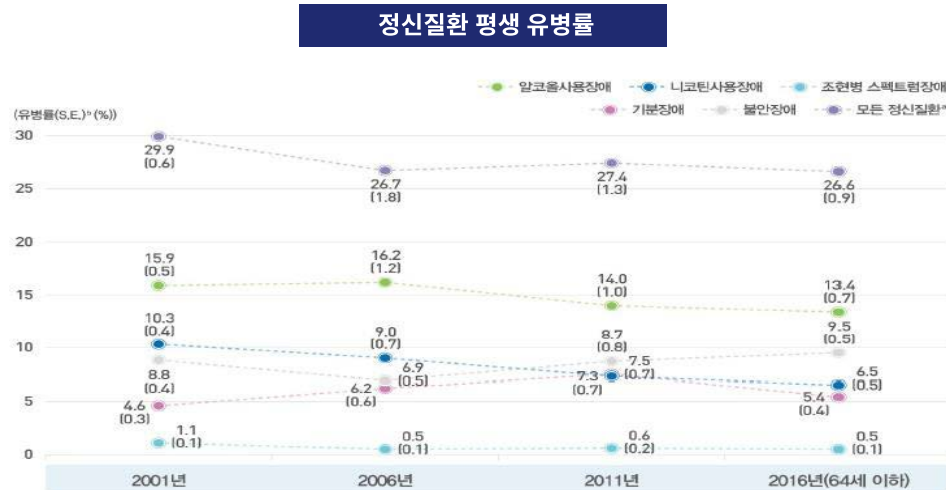


출처: 전진아 외(2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거 중심 정신건강사업 전략 개발 연구

1. 주요 지표로 본 한국 정신건강현황 -수요 측면



1. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황 -수요 측면

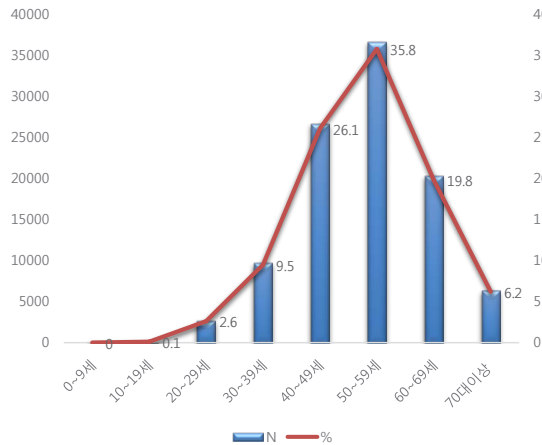


* 지역사회에 거주하고 있는 정신장애 환자의 유병률, 조사 당시 정신의료기관, 정신요양시설 등에 입원 혹은 입소중인 환자는 포함되지 않음
 † SE(Standard Error): 표준 오차
 ‡ 조현병과 유사장애인 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애를 포함
 ※ 무응답, 조사상황, 표본가구 내 성인가구 수, 광역도시, 성별, 연령에 가중치를 부여한 값임
 ※ 2016년 약물 사용장애(0.2%) 제외됨

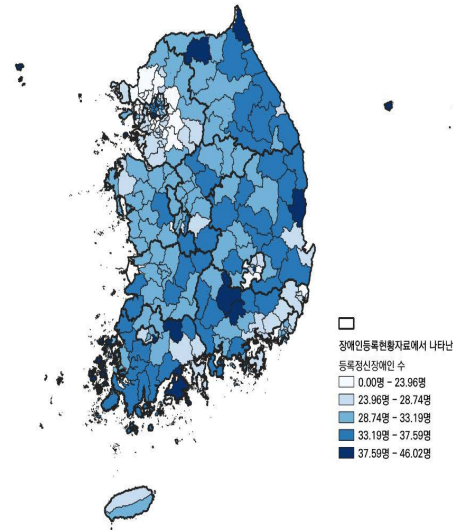
출처: 보건복지부. (2017). 2016년도 정신질환실태 조사.

1. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황 -수요 측면

등록 정신장애인 현황



시군구별 등록 정신장애인 현황



1. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황 -수요 측면

OECD Health Statistics
조현병 환자의 초과사망비

| 국가 | '11 | '12 | '13 | '14 | '15 |
|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 덴마크 | 4.1 | 4.1 | 3.9 | 4.5 | 4.1 |
| 핀란드 | 6.0 | 6.9 | 6.5 | 4.5 | 4.8 |
| 이스라엘 | 3.3 | 3.2 | 3.4 | 3.2 | 3.3 |
| 한국 | 4.3 | 4.4 | 4.5 | 4.5 | 4.5 |
| 라트비아 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 2.0 | 1.9 |
| 리투아니아 | 1.8 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 1.8 |
| 뉴질랜드 | 5.2 | 5.3 | 4.9 | 4.9 | 4.5 |
| 노르웨이 | - | 4.6 | 4.9 | 6.3 | 5.7 |
| 스웨덴 | 4.0 | 5.0 | 4.5 | 4.3 | 4.8 |

OECD Health Statistics
조울증 환자의 초과사망비

| 국가 | '11 | '12 | '13 | '14 | '15 |
|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 덴마크 | 2.8 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 2.8 |
| 핀란드 | 4.0 | 5.2 | 3.9 | 3.3 | 2.9 |
| 이스라엘 | 1.9 | 2.3 | 2.4 | 1.8 | 2.4 |
| 한국 | 3.7 | 3.8 | 4.0 | 4.1 | 4.2 |
| 리투아니아 | 1.3 | 1.6 | 1.2 | 1.4 | 1.4 |
| 뉴질랜드 | 2.4 | 3.6 | 3.3 | 5.7 | 3.2 |
| 노르웨이 | - | 3.3 | 2.9 | 4.2 | 5.3 |
| 스웨덴 | 2.7 | 2.8 | 2.6 | 2.9 | 2.7 |

출처: WHO Mental Health Atlas

2. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황-공급 측면

| WHO Mental Health Atlas 국민 1인당 평균 정신보건지출 | | |
|---|-------|-------|
| 국가 | 2017년 | |
| | 국가 수 | USD |
| World Median | 80 | 2.5 |
| Low | 11 | 0.02 |
| Lower-Middle | 19 | 1.05 |
| Upper-Middle | 21 | 2.62 |
| High | 29 | 80.24 |



한국은 3,389KRW
=> 약 USD 3

| WHO Mental Health Atlas 인구 10만명당 정신보건 종사자 수 | | |
|--|-------|------|
| 국가 | 2017년 | |
| | 국가수 | 인력수 |
| World Median | 149 | 9.0 |
| AFR | 37 | 0.9 |
| AMR | 29 | 10.9 |
| EMR | 16 | 7.7 |
| EUR | 38 | 50.0 |
| SEAR | 10 | 2.5 |
| WPR | 19 | 10.0 |
| Low | 1.6 | |
| Lower-Middle | 6.2 | |
| Upper-Middle | 20.6 | |
| High | 71.7 | |



한국은 40.13명
VS. 일본은 146.18명, 미국은 271.28명

출처: WHO Mental Health Atlas & 국립정신건강센터(2018) 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서

2. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황-공급 측면

WHO Mental Health Atlas
인구 10만명당 직업별 인력 현황

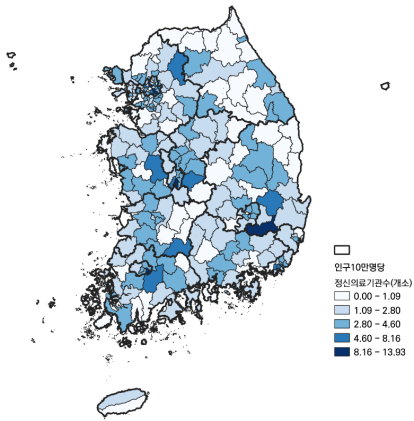
| 국가 | 2017년 | | | | | | | | | |
|--------------|-------|---------------|---------------------|--------------------------|--------|---------------|----------------|-------------------------|-------------------|----------------------------------|
| | N | Psychiatrists | Child psychiatrists | Other specialist doctors | Nurses | Psychologists | Social Workers | Occupational therapists | Speech therapists | Other paid mental health workers |
| World Median | 115 | 1.27 | 0.03 | 0.06 | 3.49 | 0.88 | 0.33 | 0.03 | - | 0.51 |
| Low | 25 | 0.06 | - | - | 0.33 | 0.05 | 0.03 | - | - | 0.05 |
| Lower-Middle | 30 | 0.51 | 0.02 | 0.02 | 1.43 | 0.26 | 0.28 | - | - | - |
| Upper-Middle | 35 | 2.02 | 0.09 | 0.18 | 6.83 | 1.89 | 0.50 | 0.24 | 0.20 | 2.09 |
| High | 25 | 11.87 | 1.19 | 1.48 | 23.49 | 9.04 | 2.59 | 1.39 | 0.63 | 12.57 |
| ROK | 1 | 5.79 | 0.38 | - | 13.66 | 1.59 | 8.40 | 0.08 | - | 10.21 |

출처: WHO Mental Health Atlas

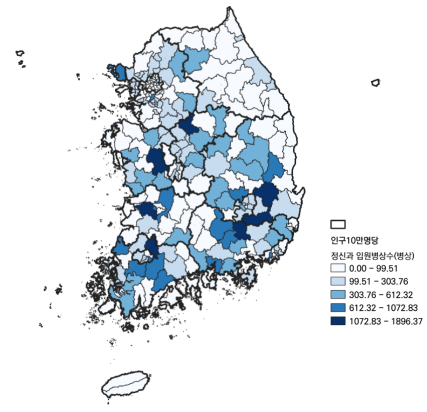
2. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황-공급 측면

❖ 전국 정신의료기관 수는 1,554개소이며, 정신병상은 총 81,734병상(2017년)
 ▶ 의료기관 및 병상의 대다수는 민간

정신의료기관 수(인구 10만명당)



정신병상수(인구 10만명당)

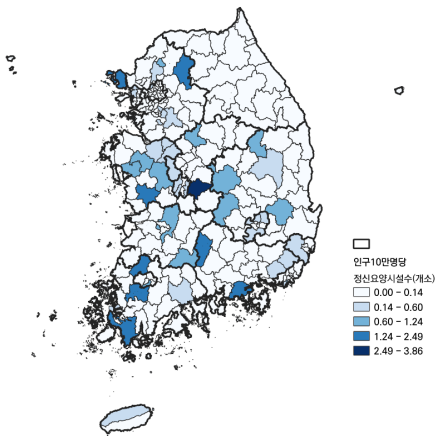


출처: 전진아 외(2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거 중심 정신건강사업 전략 개발 연구

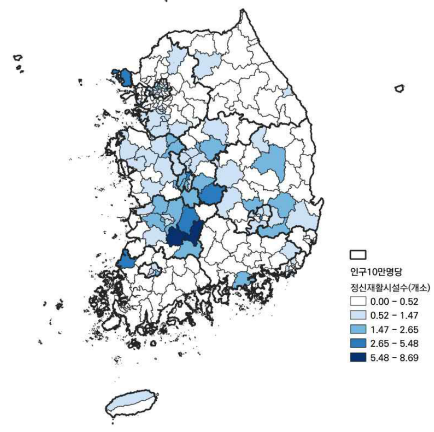
2. 주요 지표로 본 한국 정신건강 현황-공급 측면

❖ 정신요양시설은 총 59개소, 정신요양시설의 병상은 13,285병상으로 전체 병상의 14% 차지

정신요양시설 수(인구 10만명당)



정신재활시설 수(인구 10만명당)



출처: 전진아 외(2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거 중심 정신건강사업 전략 개발 연구

II 현재의 정신건강 수요와 공급에 대한 고찰

1. 정신건강이 가지는 광범위성



- ❖ 정신건강의 유형
 - 중증정신질환
 - 자살
 - 우울
 - 스트레스...etc



- ❖ 정신건강서비스 spectrum
 - 예방과 조기개입
 - 치료와 보호
 - 재활과 회복
 - 법제도
 - 모니터링 및 평가




- ❖ 대상자 유형
 - 중증정신질환
(초발부터 만성까지)
 - 아동과 청소년
 - 중장년
 - 노인
 - 1인가구...etc




- ❖ 서비스 제공 주체
 - 정신의료기관
 - 정신요양시설
 - 정신재활시설
 - 정신건강복지센터
 - 자살예방센터
 - 중독관리통합지원센터
 - 보건소 및 복지자원...etc

2. 정신건강서비스 소비자에게서 드러나는 수요


 “이제 나는 정신건강이 중요하다는 것을 알게 된 것 같아. 나도 도움이 필요한 때가 있을 지도 몰라”

- ❖ 국민의 정신건강에 대한 관심 증가
 - 중앙 및 지방 정부, 지역에서의 정신건강 문제 예방 및 대응의 중요성 인식 ↑ + 이행 촉구 및 자체 실행
- ❖ 정신질환으로 인한 사회경제적 비용 증가
 - ❖ 정신질환으로 인한 생산성 저하
 - ❖ 우울, 중독, 자살로 인한 높은 사회경제적 비용
 - ❖ 낮은 소득의 정신질환자


 “그런데 나의(혹은 내 가족의) 정신건강을 위해 무엇을 어떻게 해야하는 거지?”

- ❖ 모호한 정신건강 증진의 영역
 - 나의 정신건강은 어떻게 관리할 수 있는 것이지?
- ❖ 제한된 정신건강서비스 정보
 - 내가 도움이 필요할 때 어디로 가야하는 것이지?
- ❖ 부족한 위기/응급 대응 체계
 - 당장 무엇을 해야하는거지?

2. 정신건강서비스 소비자에게서 드러나는 수요

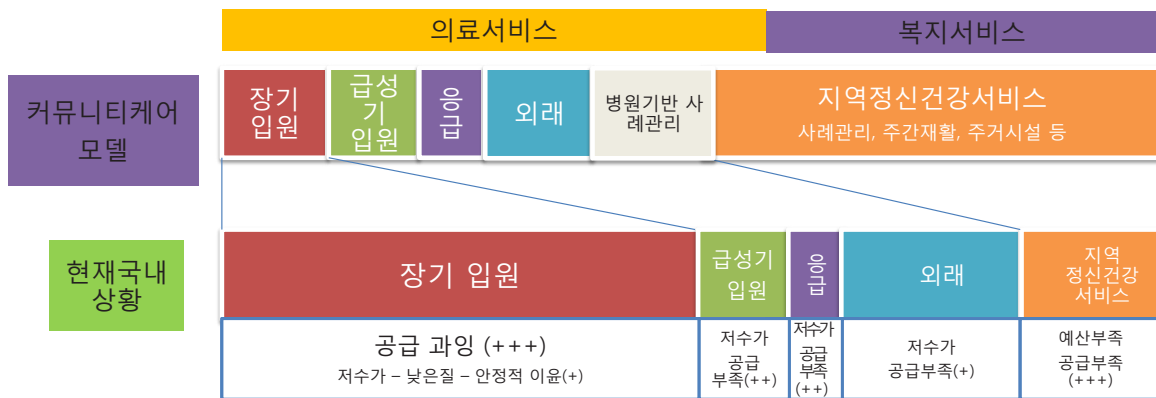
 “그런데 지금 내가 받고 있는 서비스는 좋은 것일까?”

- ❖ Quality of Care
 - 나의 정신건강 문제는 나아질 수 있는 것인가?
 - 무엇이 좋은 서비스인 것이지? 나에게 맞는 서비스는 어디있지?

 “나도 사회의 구성원으로 차별받지 않고 잘 살고 싶어”

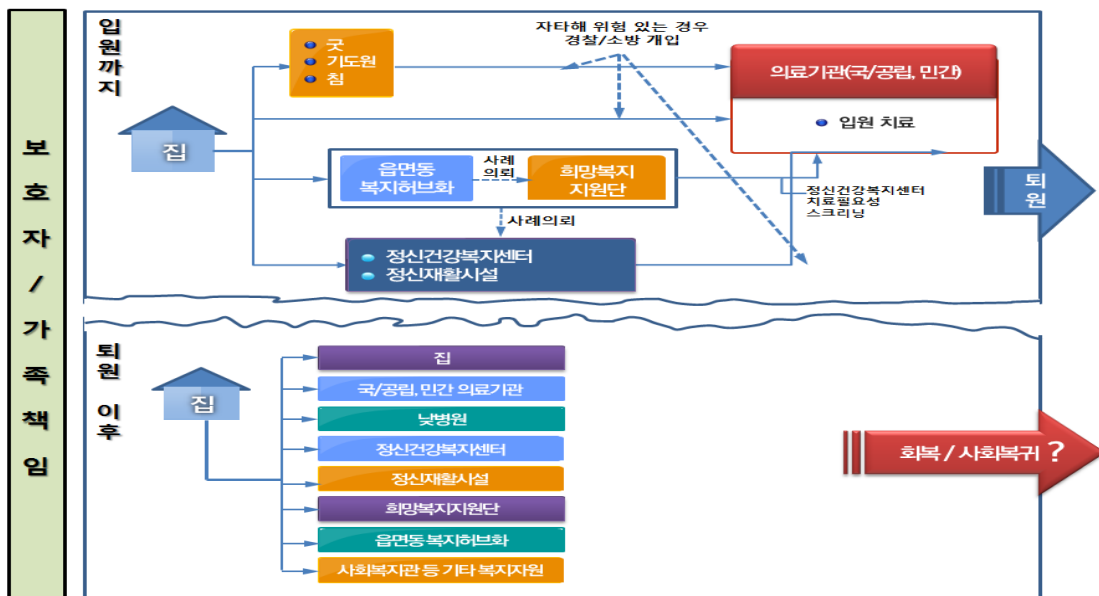
- ❖ Recovery and Inclusion
 - 스티그마와 낙인
 - 차별
 - 당사자/가족의 사회 참여

3. 정신건강서비스 공급체계=> 장기입원 중심



서울대학교 의료관리학교실 김윤 201709 국회토론회

3. 정신건강서비스 공급체계=> 분절화된 전달체계



출처: 전진아 외. (2017). 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선과제. 한국보건사회연구원.

3. 정신건강서비스 공급체계 => 지역 간 불균형

극심한 수도권 편중 현상

- 정신재활시설 중 절반이 서울과 경기도에 위치
- 주간재활시설, 직업재활시설 등 이용시설 부족

빈익빈 부익부

- 정신건강서비스 제공 주체가 모두 있는 곳 vs. 정신건강복지센터 1개소만 있는 곳
- 정신재활시설이 없는 지자체 45.6%
- 지방비 매칭 - 열악한 재정자립도

<시·도별 정신건강증진기관·시설 설치 현황>

(단위: 개소)

| 지역 | 정신건강복지센터 | | 자살예방센터 ¹⁾ | | 중독관리통합지원센터 | 정신요양시설 | 정신재활시설 | 정신의료기관 | |
|----|----------|-----|----------------------|----|------------|--------|--------|--------|-------|
| | 광역시 | 기초 | 광역시 | 기초 | | | | 국공립 | 민간 |
| 계 | 16 | 227 | 7 | 25 | 50 | 59 | 349 | 20 | 1,534 |
| 서울 | 1 | 25 | 1 | 2 | 4 | 3 | 118 | 3 | 373 |
| 부산 | 1 | 16 | 1 | | 4 | 3 | 13 | 1 | 130 |
| 대구 | 1 | 8 | | | 2 | 3 | 18 | 2 | 84 |
| 인천 | 1 | 10 | 1 | 1 | 5 | 2 | 11 | | 74 |
| 광주 | 1 | 5 | 1 | | 5 | 4 | 12 | 1 | 55 |
| 대전 | 1 | 5 | | | 3 | 4 | 30 | 1 | 72 |
| 울산 | 1 | 5 | | 4 | 2 | 1 | 2 | | 27 |
| 세종 | | 1 | | | | 1 | 3 | | 5 |
| 경기 | 1 | 36 | 1 | 13 | 7 | 6 | 50 | 5 | 319 |
| 강원 | 1 | 18 | 1 | 3 | 3 | | 5 | 1 | 41 |
| 충북 | 1 | 14 | | | 1 | 4 | 13 | | 48 |
| 충남 | 1 | 16 | | 1 | 2 | 10 | 24 | 2 | 53 |
| 전북 | 1 | 11 | | 1 | 2 | 4 | 21 | 1 | 57 |
| 전남 | 1 | 20 | | | 2 | 4 | 3 | 1 | 49 |
| 경북 | 1 | 15 | | | 2 | 5 | 18 | | 58 |
| 경남 | 1 | 20 | | | 4 | 4 | 4 | 2 | 80 |
| 제주 | 1 | 2 | | | 2 | 1 | 4 | | 9 |

<2017.12.31. 기준>

출처: 전준희(2019). Better Access toward Community-based Mental Health Service 심포지엄 발표자료 & 보건복지부(2019). 중증정신질환자 보호 재활 지원을 위한 우선 조치방안.

3. 정신건강서비스 공급체계 => 예방과 조기개입은 어디로?

스트레스, 우울, 불안은?

- '중증'에 대한 논의에 집중
- 많은 사람들이 경험하는 스트레스, 우울, 불안은 어떻게 해야하나?

예방과 조기개입의 중요성은 간과?

- 모호한 정신건강 '증진'의 의미
- 정신건강 예방을 위한 타 부처 협의, 지역 간 연계는 잘 되고 있는가?
- 조기개입을 위한 노력 강화 필요

영국의 사례

- ❖ Improving accessibility to MH services
 - Expanding access to psychological therapies for adults
 - Eating disorder services for children and young people
 - Early intervention for people experiencing a first episode of psychosis
 - Access to specialist perinatal mental health
 - Increased support for children and young people

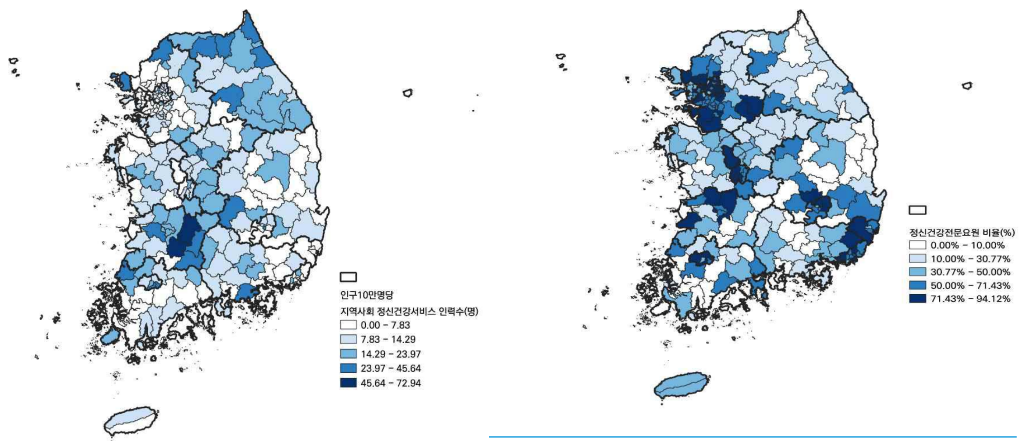
출처: 전준희(2019). Better Access toward Community-based Mental Health Service 심포지엄 발표자료 & 보건복지부(2019). 중증정신질환자 보호 재활 지원을 위한 우선 조치방안.

3. 정신건강서비스 공급체계=> 인력확보의 어려움

- ❖ 취약한 지역 정신건강복지사업 예산 구조에 쏟아지는 정신건강사업에 대한 요청
- ❖ 불안정한 고용 구조
- ❖ 유관 자원에서의 정신건강 수요 발생 증가로 인한 지역 정신건강복지사업 인력 이동

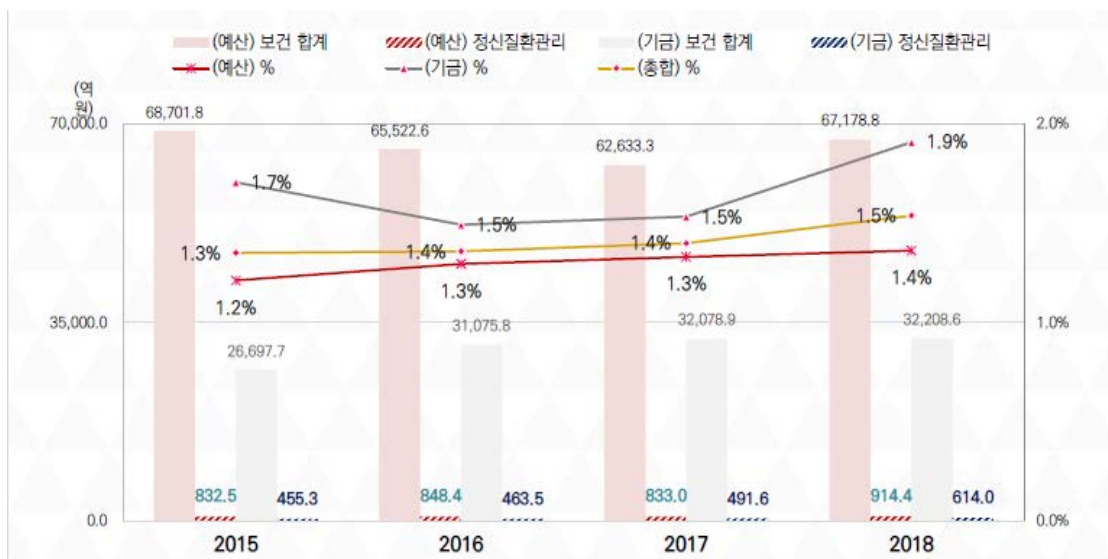
정신건강서비스 인력 수(인구 10만명당)

정신건강전문요원 비율



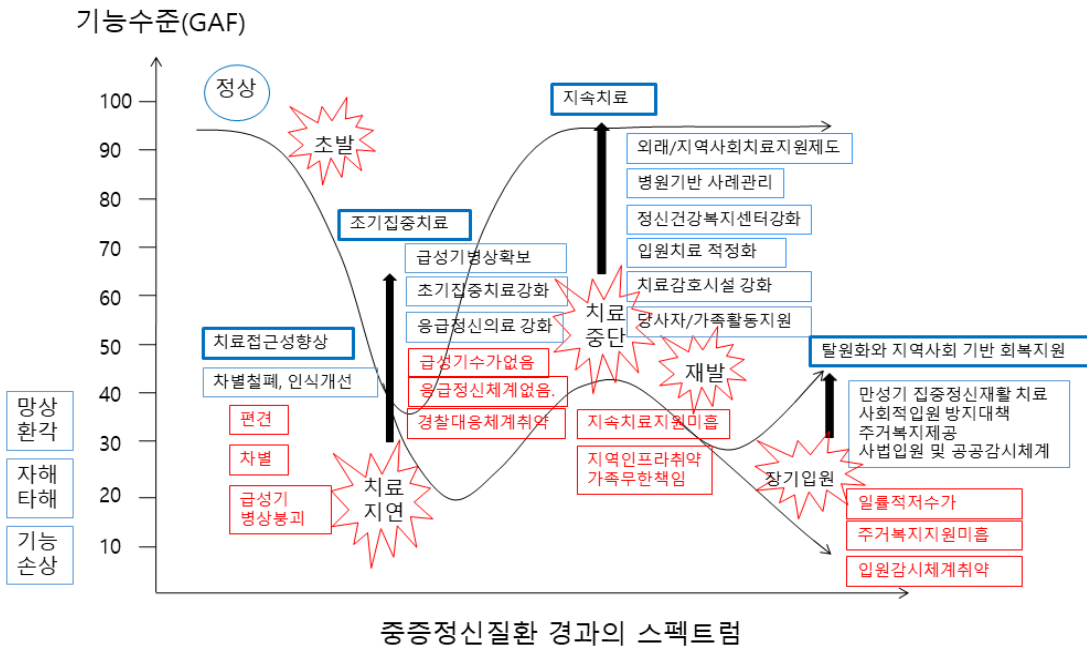
출처: 전진아 외(2019),지역사회 정신건강 데이터 기반 근거 중심 정신건강사업 전략 개발 연구

3. 정신건강서비스 공급체계=> 제한적인 예산 규모



출처: 윤석준(2018) 정신건강복지사회를 위한 자원 대책 방향. 전국순회 정신건강포럼 발표자료

4. 정신건강 수요와 공급 간 부정합은...



출처: 백종우, 국가인권위원회

Korea Institute for Health and Social Affairs

KIHASA 한국보건사회연구원

물론 수요와 공급의 완벽한 정합성은 이루어지기 불가능하다.

항상!!! 미충족 수요는 발생할 수 밖에 없다.

“Every country is developing mental health policies and services.”(by Tim Kendall)

III 해외 정신건강 주요 이슈 & 대응을 위한 국가 정신건강 거버넌스

1. 영국의 사례



영국의 정신건강 5개년 계획
(Five Year Forward View for Mental Health)

- 미흡한 위기지원체계, 서비스 접근성에서의 제약, 높은 자살사망률 및 정신질환으로 인한 높은 사회경제적 비용 부담 등 정신건강 문제에 대한 인식
- 8가지 영역

| |
|--|
| Getting the foundations right: Commissioning for preventing and quality care |
| Good quality care for all 7 days a week |
| Innovation and research to drive change now and in the future |
| Strengthening the workforce |
| A transparency and data revolution |
| Incentives, levers and payment |
| Fair regulations and inspection |
| Principles underpinning payment approaches in mental health |

- 우선순위 활동
 - A 7 day NHS-right care, right time, right quality
 - An Integrated mental and physical health approach
 - Promoting good mental health and preventing poor mental health

1. 영국의 사례(cont.)



영국의 **정신건강 5개년 계획**
(Five Year Forward View for Mental Health)

- Inter-Ministerial Group for Mental Health(Chaired by the Secretary of State for Health and Social Care)
 - Department of Health and Social Care
 - Department for Digital, Culture Media and Sport
 - Department for Work and Pensions
 - Department for Education
 - Ministry of Housing, Communities and Local Government
 - Home Office
 - Ministry of Justice
 - Ministry of Defense
 - HM treasury
- A cross Government Programme board to support the Inter-Ministerial Group for Mental Health (Chaired by the Department of Health and Social Care) has suggested.

2. 호주의 사례

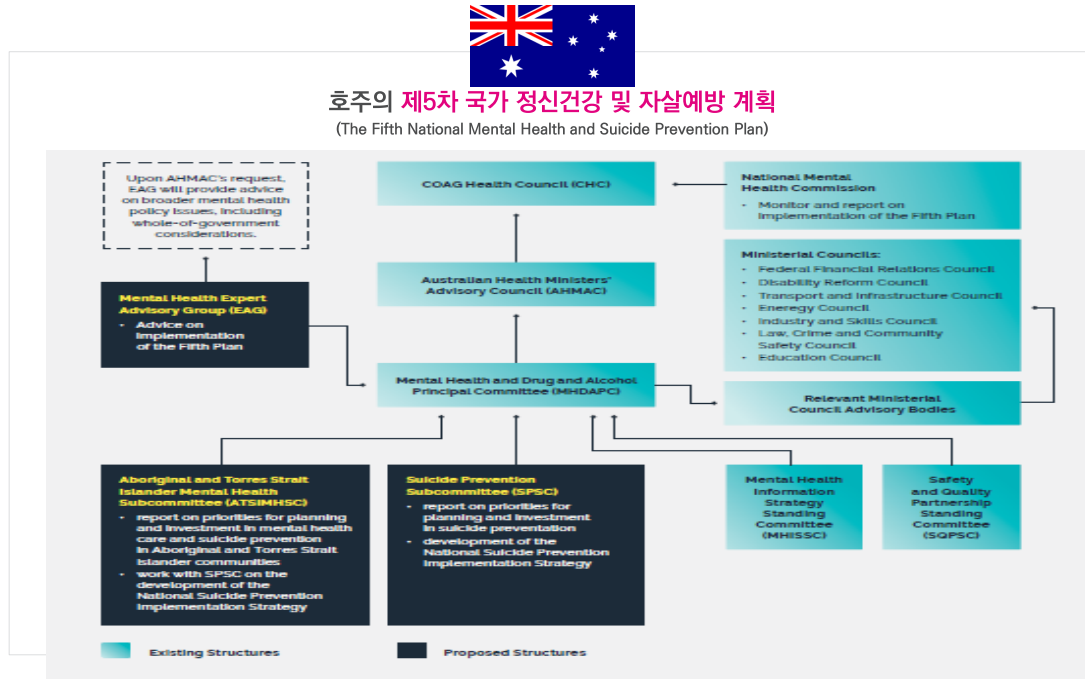


호주의 **제5차 국가 정신건강 및 자살예방 계획**
(The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan)

- 정신건강증진, 중증정신질환 만성화 예방, 정신질환의 사회경제적 비용 감소, 정신질환자의 권리보장을 목표로 구성됨
- 우선순위는 지역계획과 서비스 제공 통합 달성, 자살예방, 중증정신질환자에 대한 지원, 정신질환자의 신체건강 문제와 조기 사망률 감소, 낙인과 차별 감소, 정신건강서비스 제공의 질 향상, 효과적인 시스템 강화를 포함함.

| |
|---|
| Achieving integrated regional planning and service delivery |
| Suicide prevention |
| Coordinating treatment and supports for people with severe and complex mental illness |
| Improving Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and suicide prevention |
| Improving the physical health of people living with mental illness and reducing early mortality |
| Reducing stigma and discrimination |
| Making safety and quality central to mental health service delivery |
| Ensuring that the enablers of effective system performance and system improvement are in place |

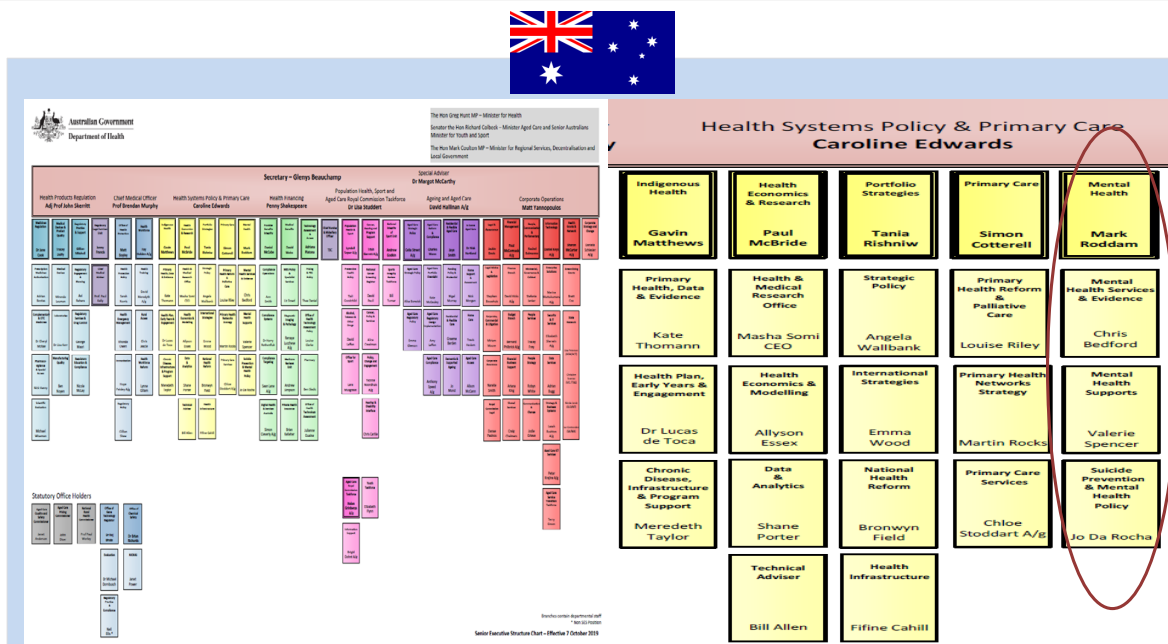
2. 호주의 사례 (cont.)



Korea Institute for Health and Social Affairs

KIHASA 한국보건사회연구원

2. 호주의 사례(cont.)



Korea Institute for Health and Social Affairs

KIHASA 한국보건사회연구원



IV 한국의 국가 정신건강 거버넌스

1. 한국의 정신건강 거버넌스 구조(복지부)



- ❖ 정신건강정책과에서 정신건강과 관련한 모든 이슈 대응(법제도, 정책대상, 공급체계, etc)
 - 총 12인의 인력(과장 1인, 사무관 3인, 주무관 5인, 전문요원 1인, 공무원 2인)
- ❖ 자살예방정책과 신설(2018년)- 자살예방 및 관리 사업 진행
 - 총 7인의 인력(과장 1인, 사무관 3인, 주무관 3인)
 - 정신건강 이슈와의 밀접성
 - 동일한 서비스 제공 인프라
- ❖ 소속기관
 - 국립정신건강센터(사업 기획 및 모니터링과 평가, 교육, R&D 기능 포함)
 - 국립나주병원, 국립부곡병원, 국립 춘천 병원, 국립공주병원
- ❖ 자문기구 : 중앙정신건강복지사업지원단(지역별 지원단 존재)

1. 한국의 정신건강 거버넌스 구조

- ❖ 다양한 부처에서 진행되는 다양한 정신건강 정책 및 사업
 - ❖ 교육부
 - ❖ 여가부
 - ❖ 노동부
 - ❖ 법무부
 - ❖ 문체부
 - ❖ 과학기술정보통신부
 - ❖ 국방부
 - ❖ 행정안전부...etc

- ❖ 자살의 경우, 자살문제 해결을 위한 “생명존중정책 민관 협의회“ 출범(2018.5)

생명존중정책 민관협의회 구성

| | |
|----------|---|
| 정부(6) | 보건복지부(장관), 교육부, 문화체육관광부, 고용노동부, 여성가족부, 경찰청 |
| 종교계(7) | 개신교, 불교, 유교, 원불교, 천도교, 천주교(대주교), 한국민족종교협의회 |
| 노사단체(2) | 전국민주노동조합총연맹, 한국노동조합총연맹 |
| 재계(3) | 대한상공회의소, 중소기업중앙회, 한국경영자총협회 |
| 언론계(6) | 한국기자협회, 한국방송협회, 한국신문방송편집인협회, 한국신문협회, 한국인터넷신문협회, 한국케이블TV방송협회 |
| 전문가(5) | 대한신경정신의학회, 대한응급의학회, 한국사회복지학회, 한국사회학회, 한국심리학회 |
| 협력기관(11) | 대한병원협회, 대한약사회, 대한의사협회, 생명문화, 안전생활실천시민연합, 한국건강증진개발원, 한국사회복지사협회, 한국사회복지협의회, 한국생명의전화, 한국자살예방협회, 한국정신건강전문요원협회 |

2. 한국의 정신건강 거버넌스 구조 강화 방안

- ❖ Why Governance?
 - National Leadership
 - Accountability

- ❖ 물론 현재 경험하는 정신건강 수요와 공급 간 부정합성은 거버넌스만으로 개선될 수 있는 것은 아님.
 - 거버넌스는 정신건강 수요와 공급 간 정합성을 맞추어가는 방안 중 하나

정신건강정책에서 국가에 기대하는 것

- ❖ 국가에 기대하는 것은 결국,,
 - 정신건강 정책 방향성 제시
 - 정신건강 법제도 개선
 - 정신건강 정책 이행을 위한 자원 확대 및 재편
 - 정신건강 정책 이행을 위한 자원 조달
 - 유관 부처간 협업 및 조정
 - 정신건강정책 모니터링 및 평가
 - 지역의 정신건강 정책 지원
- ❖ Then, 현재의 거버넌스로 충분한가?
 - 국가에 기대하는 것들을 어떻게 보다 잘 수행할 것인가?

2. 한국의 정신건강서비스 거버넌스 구조 강화 방안

정신건강정책국 신설

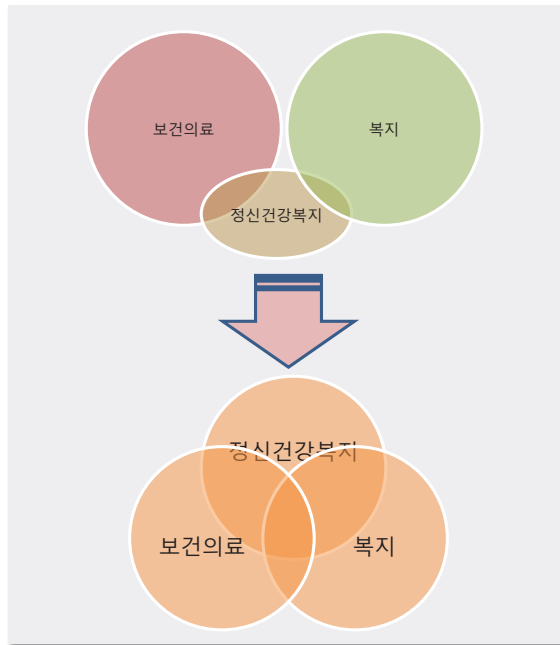
- ❖ 보건복지부 내 정신건강복지 전반을 아우르는 **정신건강정책국** 신설
 - 보건복지부 내 건강정책실 신설하여 정신건강정책국, 건강정책국 포함
 - 정신건강정책국 내 정신건강정책과(주무과), 자살예방정책과 포함
 - ✓ 중독과 트라우마와 같은 정신건강 문제 영역으로 별도 과 구성?
- ❖ 대만의 사례 (Department of Mental and Oral Health)
 - 정신건강 및 구강보건국 내 총 6개의 Division 존재 이중 4개 Division이 정신건강 부서로 구성
 - ✓ Division 1. Mental Health Promotion
 - ✓ Division 2. Psychiatric Disorder Prevention
 - ✓ Division 3. Substance Addiction Prevention
 - ✓ Division 4. Treatment of Groups with Special Needs(victims of violence)

2. 한국의 정신건강서비스 거버넌스 구조 강화 방안

정신건강 및 자살예방 정책 조정위원회 설치

- ❖ 국무총리 소속으로 구성하고 보건복지부 주관으로 진행
 - ❖ 위원회 성격: 심의
- ❖ 목적: 정신건강 및 자살예방 정책 전반에 관한 주요 사항 심의 및 조정
 - ❖ 정신건강 및 자살예방 관련 주요 계획 심의
 - ❖ 정신건강 정책 이행 감독 및 평가
 - ❖ 2개 이상의 중앙행정기관이 관련된 정책 등에 대한 조정 등
- ❖ 위원 구성
 - ❖ 당연직: 국무총리, 보건복지부, 기획재정부, 교육부, 법무부, 행정안전부, 문화체육관광부, 여성가족부, 고용노동부, 국무조정실장
 - ❖ 위촉직: 학계, 연구기관, 언론계, 법조계, 당사자 단체 등
- ❖ 사무국 설치 운영 필요성?
 - ❖ 사무국 설치 운영을 통한 부처간 정책 조정 원활
 - ❖ But, 정신건강정책국 신설로 정신건강정책과에서 담당 가능할수도.
 - ❖ 참고로 현재 국무총리 산하 위원회 중 복지부 주관인 곳에서 사무국을 운영하는 것은 저출산고령사회위원회와 사회보장위원회임.
- ❖ 정신건강복지법 개정 필요

3. 한국의 정신건강서비스 거버넌스 강화를 위한 추가 논의



- ❖ 정신건강정책국 신설이후 각 과에서 하는 사업이 구성되고 확장된다면 현재의 정신건강복지센터가 다 감당할 수 있을 것이지에 대한 우려 존재
- ❖ 지역에서 호소하는 다양한 정신건강 문제 예방, 조기개입, 치료후 지역사회 복귀, 재활, 회복을 위해서는 정신건강복지센터 역시 ‘보건소’와 같은 규모 혹은 위상으로 scale-up 필요.

감사합니다.

2

지방정신건강거버넌스 발전방안

이명수 경기도정신건강복지센터

지방정신건강거버넌스 발전방안

경기도정신건강복지센터
이명수

무엇이 '발전' 인가?

- 정부 기관의 강화
- 중심 센터의 강화
- 지역 서비스의 강화

'발전'을 통해 얻고자 하는 것은?

- 문제의 수요에 반응하기 : 민감성
- 서비스가 필요한 사람들에게 서비스 전달하기 : 보편성, 접근성
- 양질의 근거기반 서비스 전달하기 : 전문성
- 궁극적으로 회복과 증진을 할 수 있도록 돕기

정신건강증진

- 공공서비스의 틀 안에서
- 개인과 지역사회를 대상으로
- 보편적, 선택적, 지시적 접근방법을 통하여
- 정신질환과 정신건강의 연속선상의 개념을 가지고
- 보건 영역 외의 부분과의 협력적 관계를 통하여
- 정신건강의 향상, 정신질환의 예방을 위함이며,
- 이를 위한 구조적 장애물 제거 전략이 필수

| | 보편적(전체집단) | 선택적(취약집단) | 표적 (고위험집단) |
|------|-----------|-----------|------------|
| 개인 | 가 | 나 | 다 |
| 지역사회 | 라 | 마 | 바 |

가. 정신건강 향상
- 정보취득능력향상

라. 정신건강 환경조성
- 편견감소

마. 사회구조속에서의 정신보건 시스템의 역할 상승
- 교육, 계몽활동

나. 예방 및 조기발견
- screening, 연계체계

다. 조기발견/조기치료
- 치료율 향상
- 사회비용감소

바. 치료 및 재활네트워크 구축
- 전문적 정신보건서비스
질적 향상 및 접근성 강화

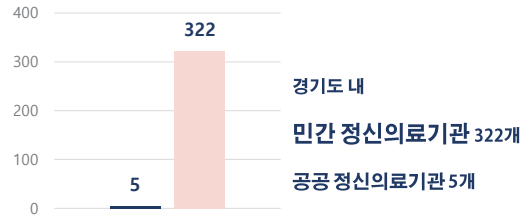
경기도의 사례

- 정신건강복지법 개정 이후의 주거전달체계 개편
- 세월호 이후의 재난 정신건강서비스 체계 구축
- 자살예방을 위한 서비스 인프라 확충
 - 자살예방센터의 확대 설치
 - 알코올 중독 문제 해결을 위한 인프라 구축
 - 공공의료원 자살시도자 사후관리 사업

추진 배경

- 진주 방화, 살인 사건 등 정신질환으로 인한 사고 발생 증가로 정신질환자 관리 체계 문제점 대두
- 정신질환자의 범죄사건은 치료를 받은 적이 없거나 치료 중단으로 유발된 경우가 대부분
- 경기도 2018년 미치료 정신질환자 61,446명 추정

- 도 내 민간 정신의료기관 대비 공공 정신의료기관의 부족 등 정신보건에서의 공공의 역할 부족



미치료 또는 치료중단으로 방치된 중증정신질환자 대책 마련 필요

지역사회 정신보건에 대한 공공의 책임성 강화 및 대책 마련 필요

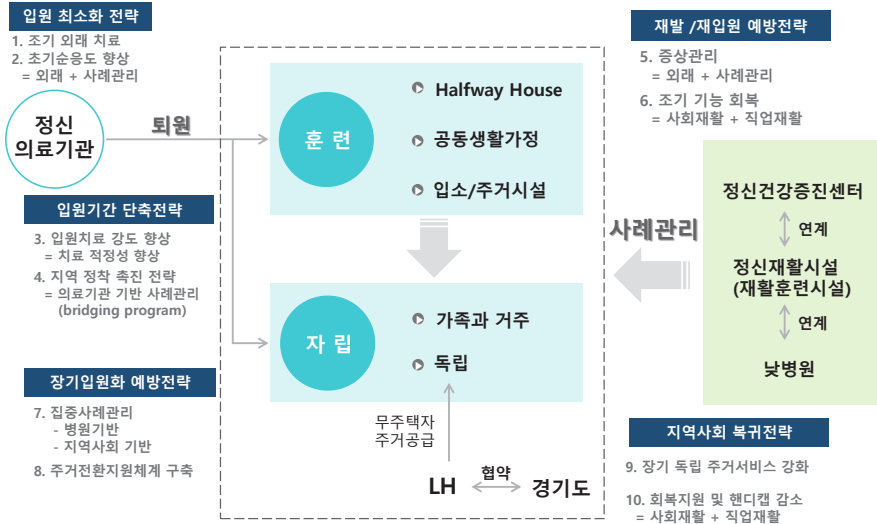
정신질환자적재적소 치료 지원 및 연대를 통한 사회 안전망 구축



중증정신질환자 서비스전달체계 강화

- 법 개정 이후 행정부지사 주도의 TFT 설치
- 전환시설 및 독립주거를 확보함으로써 주거전달체계의 완성도 향상 도모
- LH 공사, 경기도시공사 등의 참여 및 지원
- 경기도청의 적극적 재정확보 노력
- 효과성 연구사업을 병행함으로써 추후 확장을 위한 근거 마련

정신질환자 탈원화 흐름 및 전략



추진 방향 및 전략

경기도 정신질환 케어의 새로운 溫! 새로운 경기도립정신병원 On!

계획 1. 공공병원 체계 전면 개편

계획 2. 첫발병, 미치료 또는 치료중단 정신질환자 관리 강화

계획 3. 민간-공공 연대를 통한 사회안전망 구축

계획 3. 지역사회 정신보건 공공성 강화 체계 재정비



사업 계획

계획 1 공공병원 체계 전면 개편

✓ 현황

- 취약계층, 관리사각지대 정신질환자 야간, 공휴일 응급상황 시 입원 진행 어려움
- 주거지 및 거처가 불명확한 정신질환자의 단기 또는 일시 보호 서비스 부재
- 신체질환 동반 정신질환자의 입원 치료의 어려움



경기도립의료원 역할과 주요기능
공공성을 기반으로 민간병원과 다른 역할 필요



사업 계획

계획 1 공공병원 체계 전면 개편

✓ 주요내용

- 정신질환자 응급병상 시 입원 가능한 응급병상 마련
→ 24시간 지역사회 정신응급상황에 따른 응급 개입 대응체계 강화
- 정신질환자 단기 쉼터 가동
- 동의입원, 장기입원환자 지양, 민간정신의료기관과의 차별적 역할 기대
→ 비자발적 입원 (행정입원, 응급입원) 병상 강화
- 신체질환 동반 정신질환자 협진을 위한 전문의 배치

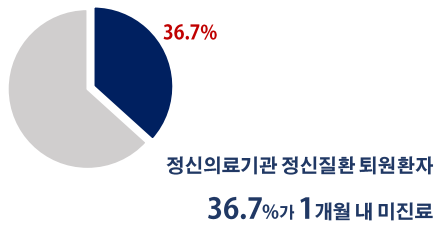


사업 계획

계획 2 첫발병, 미치료 또는 치료 중단 정신질환자 관리 강화

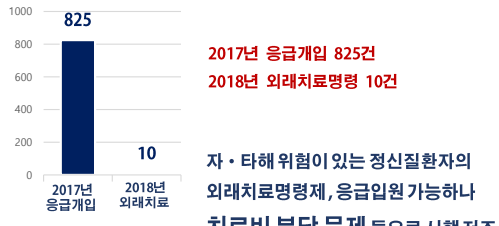
✓ 현황

퇴원환자의 치료중단



※ 2017 국가 정신건강 현황조사, 국립정신건강센터

응급개입 vs 외래치료명령



※ 2017 국가 정신건강 현황조사, 국립정신건강센터



사업 계획

계획 2 첫발병, 미치료 또는 치료 중단 정신질환자 관리 강화

- ① 정신질환 의심자 초기진료시 검사비 / 진료비 / 약제비 지원
- ② 외래치료지원 및 응급입원에 따른 치료비 본인부담금 지원
- ③ 민간-공공협력(PPM)체계 구축을 통한 치료중단 환자 관리 강화



정신질환자의 **보편적, 지속적** 치료를 통한 관리 사각지대 해소

※ 道 정신질환자 지원 및 자립촉진 등에 관한 조례 제정 (2019. 4. 4.)

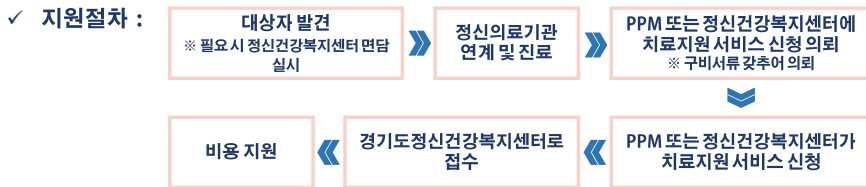


사업 계획

계획 2 첫발병, 미치료 또는 치료 중단 정신질환자 관리 강화

① 정신질환 의심자 초기진단 시 검사비/진료비/약제비 지원

- ✓ 목적 : 미(未)진단 정신질환자의 조기발견과 치료지원을 통해 치료 접근성 향상
- ✓ 내용 : 정신건강의학과 초기진단 시 검사비, 진료비, 약제비 지원 / 1인당 최대 40만원
- ✓ 대상 : **경기도민**(주민등록상 1년 이상 경기도 거주)
정신질환이 의심되어 정신건강의학과 전문의의 진단이 필요하다고 인정된 대상자
※ 의심자 발견 시 정신건강전문요원 (PPM 또는 정신건강복지센터) 면담, 병원 연계, 신청



사업 계획

계획 2 첫발병, 미치료 또는 치료 중단 정신질환자 관리 강화

② 외래치료지원 및 응급입원에 따른 치료비 본인부담금 지원

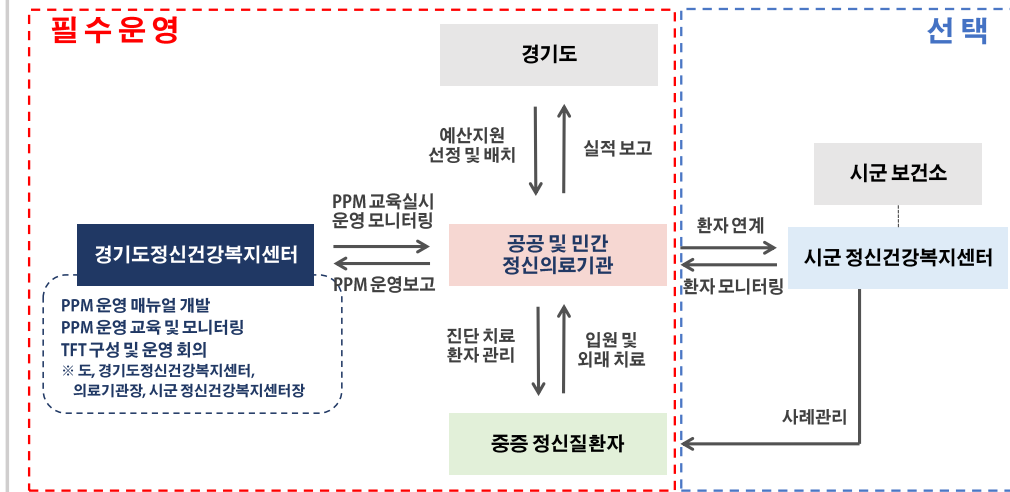
- ✓ 목적 : 자·타해 위험이 있는 정신질환자의 보호조치 및 치료를 원활히 하여
치료 지속성을 확보하고 사회안전망 강화
- ✓ 내용 : 외래치료지원 대상자 - 외래치료 본인부담금 일체 *외래치료지원 철회시 지원 중지
응급입원 대상자 - 응급입원 기간 동안의 입원치료 본인부담금 일체
- ✓ 대상 : **경기도민**(주민등록상 1년 이상 경기도 거주),
외래치료지원(관련법 64조) 또는 **응급입원**(관련법 50조) 대상자
※ 행정입원(관련법 44조)은 기존대로 해당 시군에서 부담
※ 지속적인 치료 및 관리를 위해 필요시 해당 시군 정신건강복지센터 등록



사업 계획

계획 2 첫발병, 미치료 또는 치료 중단 정신질환자 관리 강화

③ 민간-공공협력(PPM)체계 구축을 통한 치료중단 환자 관리 강화



사업 계획

계획 4 지역사회 정신보건 공공성 강화 체계 재정비

✓ 현황

- 정신건강복지센터 등록대상자 관리에 대한 사례부담은 높은 수준임
 - ※ 2018년 경기도 중증정신질환자 사례관리부담 1FTE당 62.0명
 - 호주의 경우 집중대상자 1:10 / 일반대상자 1:30 수준임.
- 정신건강복지센터 인력의 고용 불안정으로 인한 잦은 변경
 - 지속적인 사례관리에 대한 공백 발생



정신질환자 및 경기도민의 정신건강서비스 질 향상을 위한
 정신건강복지센터 운영 체계 및 정신보건 전달체계 개편 필요



사업 계획

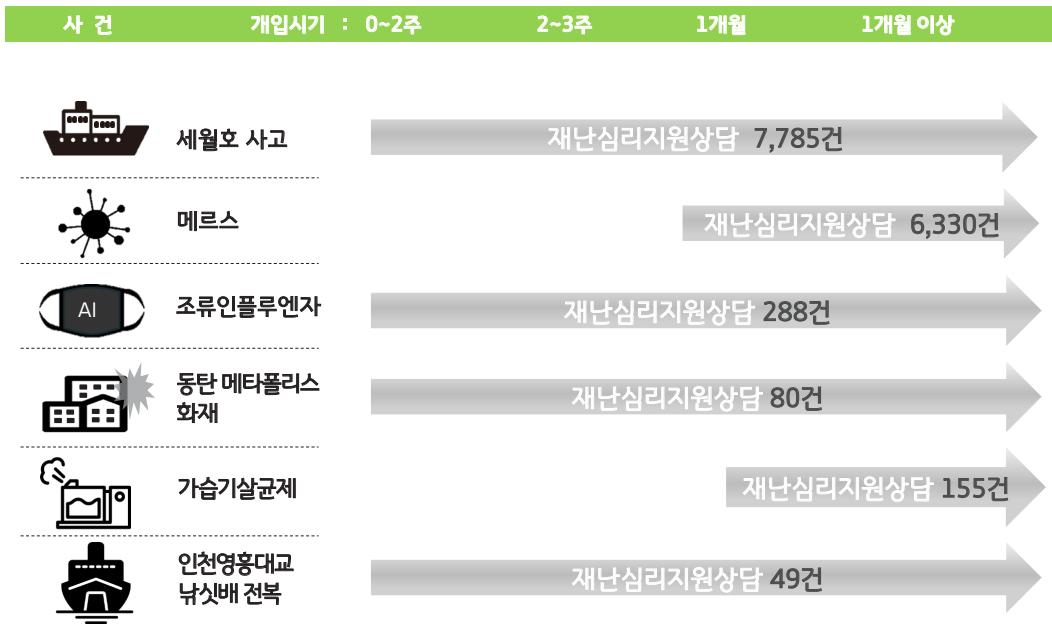
계획 4 지역사회 정신보건 공공성 강화 체계 재정비

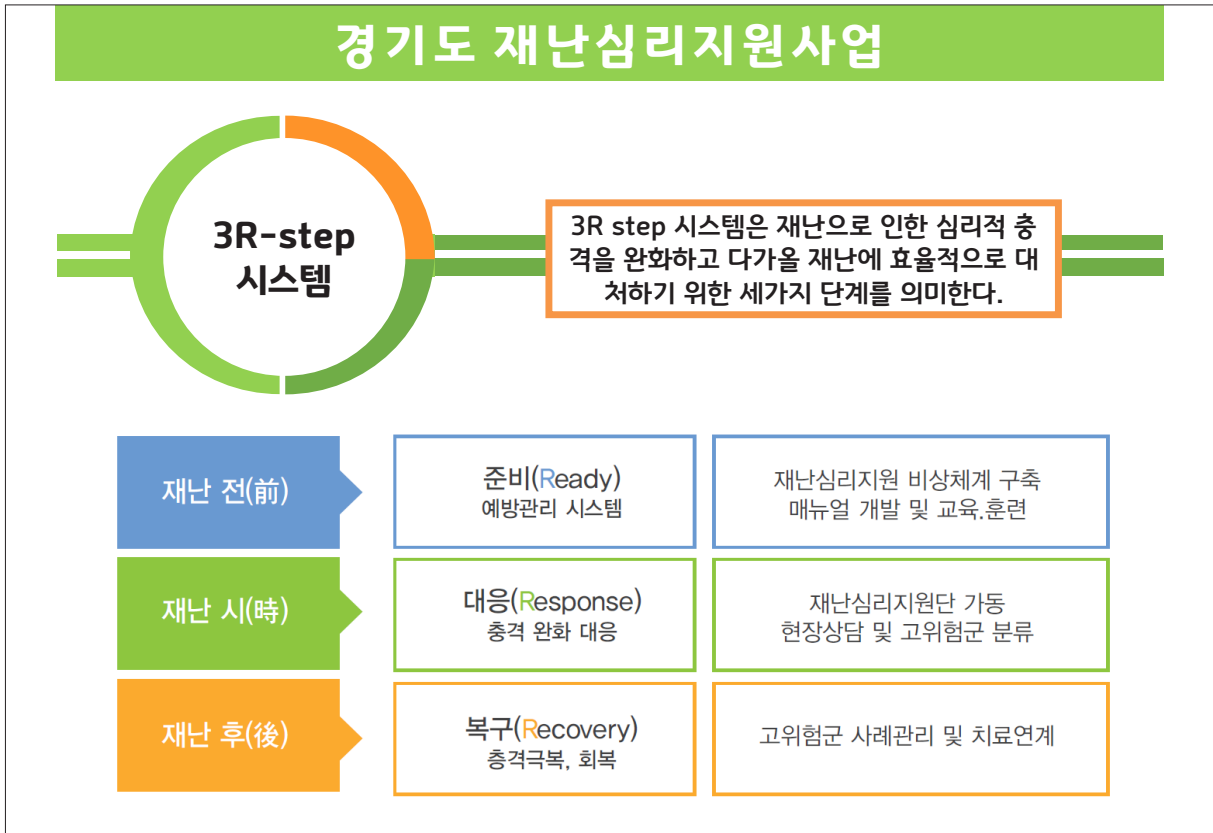
✓ 주요내용

- 정신건강복지센터인력 및 인프라 확대를 위한 대안 마련
 - ※ 중증정신질환자 사례관리 필요인력 추계
 - 2018년 투입인력(FTE) 215.5명 → 307명 필요 (현 등록자 기준_ 집중 1:10 / 일반 1:30)
- 공공성에 기반한 정신건강 업무 전문성 고려하여 정신건강복지센터운영체계 개선



경기도 재난심리지원 주요 사건





Step 1 : 준비(Ready)

- **경기도재난심리지원 전문가 양성 및 훈련**

 - 내 용 : 경기도 재난심리지원전문가 인력 관리·운영, 활동 지원
 - 방 법 : 경기도재난심리지원단(G-PAT) 2기 70명 구성(경기도지사 위촉)
 - : 경기도재난심리요원 600여명 구성
 - : 재난심리지원 전문가 워크숍 연 4회 예정







- **경기도재난심리지원 가이드라인「D-Dim 2」제작**

 - 내 용 : 경기도재난심리지원운영지침, 재난과 심리지원의 이해
 - : 재난유형별심리지원 대처방안 등
 - : 재난 유형별 실제 경험 및 사례
 - : 생애주기별 재난 심리지원 방안, 실제 사례등





Step 1 : 준비(Ready)

• 온라인 프로그램 운영 관리

- 대 상 : 정신건강복지센터 실무자 및 일반 도민
- 내 용 : 경기도 심리면역 온라인 프로그램 유지 관리 및 업데이트
- 방 법 : 경기도민의 심리안정을 위한 온라인 프로그램 홈페이지를 사용자가 유용하게 이용할 수 있도록 관리
: 오프라인(버스광고), 온라인 이벤트 홍보 진행
: 2015년 8월 홈페이지 개설 후 현재까지 약 12만 2천여명 방문



Step 2 : 대응(Response)

• 경기도 재난심리지원전문가 현장 지원 활동 수행

- 내 용 : 재난 상황 시 재난 규모 및 종류에 따라 (대응 1,2,3,4 단계) 필요인력 파견되어 활동, 단계에 따라 시민상담소 구축 및 심리지원 방법 차별화
- 방 법 : 경기도재난심리지원단 70여명, 시군 정신건강복지센터 인력 600여명



• 경기도 재난심리지원 시민상담소 운영

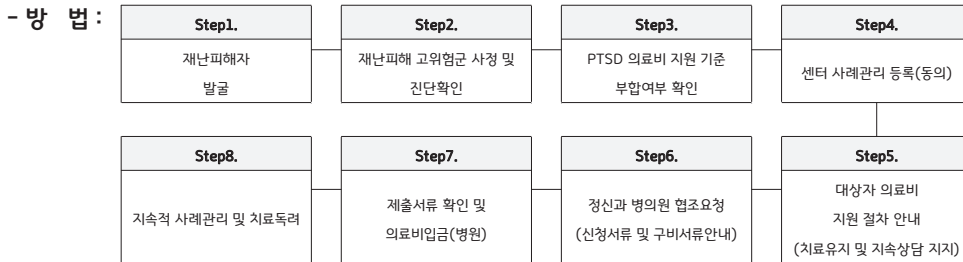
- 대 상 : 경기도 내 재난 발생 지역
- 내 용 : 재난발생 지역주민 위로 및 안정적 분위기 조성을 위함
- 방 법 : 재난 발생 24시간 이내 시민상담소 설치 및 운영, 선별검사, 재난 피해자 및 경험자 초기상담 및 치료기관 연계 등



Step 3 : 회복(Recovery)

• 고위험군 치료비 지원

- 대상 : 재난 피해로 인해 외상 후 스트레스 장애(PTSD) 치료가 필요한 대상자
- 내용 : 재난 피해로 인한 정신건강의학과 외래진료비, 입원비등



• 연구조사 및 재난심리지원 데이터 구축

- 대상 : 해당 시·군
- 내용 : 근거기반 재난심리지원을 위한 연구·조사, 행정 실적, 운영 체계 등
- 방법 : 행정조직 일원화에 따른 실적 보고, 데이터 수집, 연구·조사

자살예방 국가계획 및 목표

2017년 출범한 정부의 국정운영 100대 과제에 최초로 자살 예방이 포함

‘자살예방 국가행동계획’ 발표 (2018년 1월 23일)

2022년까지 자살률 20명 이내, 연간 자살자 수 1만명 이내 달성

’11년 자살률 31.7명 / 자살자 15,906명 ’22년 자살률 17.0명 / 자살자 8,727명 (최고치 대비 50% 감소)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 01 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 | <ul style="list-style-type: none"> · 5년간(’12~’16년) 발생한 자살사망자 7만명 전수 조사 · 자살예방 프로그램 확산 등 |
| 02 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 | <ul style="list-style-type: none"> · 자살예방 게이트키퍼 100만명 양성 · 자살고위험군 발굴 등 |
| 03 적극적 개입·관리를 통한 자살 위험 제거 | <ul style="list-style-type: none"> · 정신건강사례관리시스템 구축 · 자살 촉발 위험 요인 제거(수단, 자살 보도 등) 등 |
| 04 사후관리 강화를 통한 자살 확산 예방 | <ul style="list-style-type: none"> · 응급실 기반 자살시도자 사후관리 강화 · 자살 유가족 지원 강화, 유명인 자살사건 대응 등 |
| 05 대상별 자살예방 추진 | <ul style="list-style-type: none"> · 노동자 및 실직자 자살예방, 연령별 자살예방 대책 추진 · 자살위험에 특히 높은 대상에 대한 고려 강화 |
| 06 추진기반 마련 | <ul style="list-style-type: none"> · 중앙차원의 자살예방정책 체계 정비 · 자살예방 홍보 및 캠페인 등 |

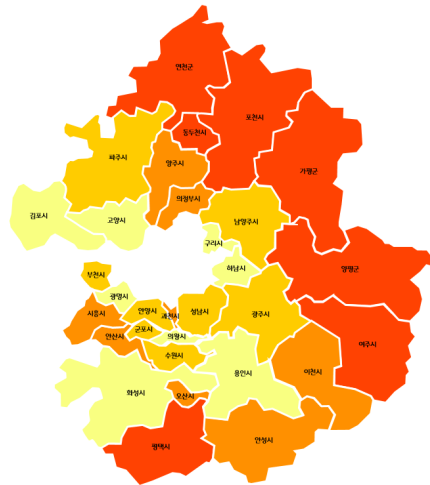
자살현황

경기도 “매년 약 3천명이 자살로 사망”
 “하루 7.8명, 약 3시간 마다 1명의 자살사망자 수 발생”

| 자살사망자수 | |
|-----------------|----------------|
| 전 국 | 경기도 |
| ✓ 2015년 13,513명 | ✓ 2015년 3,123명 |
| ✓ 2016년 13,092명 | ✓ 2016년 2,879명 |
| ✓ 2017년 12,463명 | ✓ 2017년 2,898명 |

| 자살률 | |
|---------------|---------------|
| 전 국 | 경기도 |
| ✓ 2015년 26.5명 | ✓ 2015년 25.3명 |
| ✓ 2016년 25.6명 | ✓ 2016년 23.0명 |
| ✓ 2017년 24.3명 | ✓ 2017년 22.9명 |

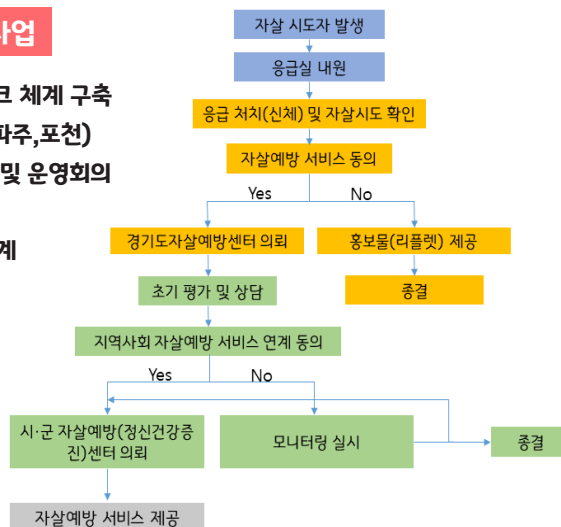
| 자살을 많이 하는 연령 | 자살 수단 |
|--------------------------|---|
| 중·장년층 40대 > 50대 > 30대 | 목매 > 추락 > 가스중독 ※ 60세 이상 : 목매 > 추락 > 농약음독 |



맞춤형 자살예방 서비스 제공

응급실 기반 자살시도자 사례관리 사업

- 응급실 자살시도자 사례관리 사업 네트워크 체계 구축
- 경기도 의료원 (수원, 안성, 이천, 의정부, 파주, 포천)
- 응급실 자살시도자 사례관리 사업 간담회 및 운영회의
- 매뉴얼 및 홍보물 제작·배포
- 응급실 자살시도자 응급개입 및 시군별 연계
- 치료비 지원



- 경기도의료원 역할
- 경기도자살예방센터 역할
- 시·군 자살예방(정신건강복지)센터 역할

자살 유가족

- 자살 유가족 사업 실무자 지원 교육
- 자살 유가족 이론 및 사례 슈퍼비전 등

자살예방정책 추진기반 강화

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| 알코올중독 자살고위험군 관리 | 자살예방 시스템 확충 | <ul style="list-style-type: none"> • 31개 시군 자살예방센터 확충 <ul style="list-style-type: none"> - '18년 14개 → '19년 26개 → '20년 31개 • 자살예방사업 확대 및 알코올 중독관리 : 4,600백만원 <ul style="list-style-type: none"> - 시군지원 45억원(도비50%,시군비50%) - 광역자살예방센터 지원 1억원(도비100%) |
| | 중독예방 및 통합적 지역사회 관리체계 구 축 | 사례관리 강화 |
| 경기도 알코올 중독 회복자 서포터즈 모델 구축 | | <ul style="list-style-type: none"> • 모델 구축을 위한 자문회의 • 알코올 중독 당사자 모집 및 인력 확충 • 알코올 중독 당사자 및 실무자 교육 • 알코올 중독 회복 상담가 연계 및 사례관리 강화 |
| 전담인력 교육 | | <ul style="list-style-type: none"> • 자살고위험군 및 알코올 중독 인력 교육(SBIRT) |
| 근거기반 마련 | | <ul style="list-style-type: none"> • 알코올 예방사업을 위한 정책 수립방안을 위한 연구 |
| 자살예방 홍보 | | <ul style="list-style-type: none"> • 홍보물 제작 및 캠페인 진행 |
| 문화예술 사업 | | <ul style="list-style-type: none"> • 중독 예방을 위한 정신건강연극제 |

최근 추진 사항

- 경기도립병원 기능 변환 : 위기대응센터의 기능 확보
 - 지역사회의 다양한 정신건강 위기상황에 대한 HERB 역할 수행
 - 6개 공공의료원 네트워킹으로의 확대 필요성 검토
- 정신건강재단 설립에 대한 검토
- 정신건강과?

바람직하다고 느끼는 점

- 이슈에 민감하게 반응하기
- 전문가 의견을 받아들이기
- 도의회와의 긴밀한 소통, 관련 제도적 기반 마련
- 최선의 모형을 전제로 한 시범사업의 전개
 - 모면하기 식 시범사업이 아닌...
- Popular한 주제보다 정신보건의 본질적 문제에 대한 접근
- 광역단위보다 기초 단위 인프라 확장을 우선적으로...
 - 머리도 중요하지만 손발이 더 중요
 - 기초자치단체의 재정동시투입을 위한 행정 리더십의 발휘

3

지정토론

이동우 신경정신의학연구소 / 인제대학교 상계백병원

박경덕 대한간호협회 정신간호사회 / 나눔과 행복병원

송현주 한국임상심리학회 / 서울여자대학교

최명민 한국정신건강사회복지학회 / 백석대학교

이정하 정신장애와 인권 '파도손'

지정토론1

국가 정신건강 거버넌스 강화를 위한 자원마련 및 체계구축방안

이 동 우

(신경정신의학연구소 / 인제대학교 상계백병원)

< 지정토론 >

국가 정신 건강 거버넌스 강화를 위한 자원 마련 및 체계구축방안

박 경 덕

중앙정신건강복지사업지원단 위원

前) 대한간호협회 정신간호사회장 | 나눔과행복병원

1. 서론

2016년 정신질환 실태조사에 의하면 17개 정신질환의 평생유병률은 25.4%로 일반 성인 4명 중 1명은 평생 한 번 이상 한 가지 이상의 정신질환을 경험한다.

정신질환의 경우, 다른 신체질환에 비해 평균적으로 입원일수가 많으며 그에 따라 의료비 지출 비율이 높다. 2015년도 건강보험 청구자료 전체 환자의 1% 샘플 1,454,249명을 대상으로, 진료비 상위 10%에 해당하는 고액진료비 환자를 분석한 결과 정신질환 진료비를 자신의 전체 진료비의 50% 이상 사용하는 정신질환 관련 고액진료비 환자는 평균 7,846,718원을 진료비에 사용하며 이것은 진료비 상위 10%에 당하는 전체질환에 대한 환자들의 진료비 4,081,347원을 상회한다.

정신건강 문제로 인한 사회적 비용은 연간 8.3조원으로 GDP의 4%를 상회할 것으로 보고되고 있는데 건강보험과 의료급여를 통한 정신질환자 수는 2015년 289만명으로 2005년 대비 66% 증가했고 정신질환자 수 증가와 비례하여 정신질환 진료비는 연평균 12% 증가하여 2015년 2조 9천억원 수준이며 전체 질환 진료비 증가율 6.7%를 매년 상회하고 있다.

의료급여의 경우 정신질환 의료급여비는 총 의료급여 대비 24.9%를 차지하고 치료환자 수는 2015년 기준 38만명이다.

의료비지출의 증가와 더불어 정신건강증진을 위한 다각적인 노력으로 1995년 정신보건법 제정이후 지역사회정신보건사업을 실시하여 정신보건센터, 정신요양시설 및 사회복지시설의 운영보조, 알코올 상담센터 운영지원 등의 사업을 수행하면서 다양한 정신건강증진사업을 실시하였다. 이처럼 정신건강증진을 위해 의료, 복지적 측면에서 정부의 다각적인 정책적 노력이 이루어지고 있는 것과 달리 현장에서 종사하고 있는 전문가들은 여전히 충분한 제도적, 경제적 지원이 이루어지지 않고 있다는 입장이다.

2017년 정신건강복지법 개정이후 중증정신질환에 대한 인권보장을 위한 다양한 대안으로 입원절차에 대한 개정과 입원적합성심사 및 지역사회통합을 위한 다양한 대안이 마련되었으며, 최근 들어 중증정신질환으로 인해 무고한 시민과 그들을 치료하는 치료자가 희생되는 사건이 발생하며 국가적 차원의 정신건강서비스 개선이 중요한 쟁점으로 떠오르며 대책마련을 위한 논의가 이어져왔다. 제시된 대안들의 실효성 여부에 대한 적절한 검토가 필요할 것이며, 실질적이고 통합적인 서비스 제공 체계를 통해 중증정신질환을 가진 사람들의 삶의 질을 개선하고 정신질환을 바라보는 우리 사회의 인식을 개선해 나갈 수 있어야 할 것이다.

정신보건 종사자로서의 현장 경험에 비추어 주제발표에 대한 의견을 제시하고자 한다.

2. 논의

(1) 중증정신질환자에 대한 서비스 체계 : 치료환경 개선 및 지역사회인프라 구축

2017년 정신건강복지법이 개정되면서 비자의 입원 요건 강화를 통해 인권을 강화하고자 하였다. 실질적으로 현장에서 느끼는 바에 의하면 법 개정으로 비자의 입원이 현저히 줄어든 긍정적인 측면이 없지 않지만, 동시에 입원 치료가 필요하지만 절차 문제로 적절한 시기에 입원치료를 받지 못하여 결과적으로 치료권을 보장받기 힘든 경우를 보게 된다.

이는 단지 입원하는 절차를 까다롭게 규정하는 것이 정신질환을 가진 분들에 대한 인권을 강화하는 방안인지에 대한 의문을 제기한다. 치료가 필요한 사람에게 적절한 치료서비스를 제공하는 것도 인권적 측면에서 중요하다. 즉 인권과 치료권 모두를 보장하는 것이 중요하다 하겠다.

중증정신질환, 특히 조현병의 경우, 질병 특성으로 인해 스스로의 병을 인지하지 못하여 조기 치료 또는 초기 입원에 대한 거부감을 가진 경우가 많다. 그로 인하여 비자의 입원을 하게 되는 경우 그 치료적 환경이 긍정적일 경우 치료로 받아들이고 병식을 습득하게 됨으로써 향후 치료 필요성을 스스로 받아들이고 회복을 위한 노력을 하게 되지만, 그렇지 못한 경우에는 대개 입원시킨 가족에 대한 원망과 입원경험에 대한 트라우마를 갖게 되는 경우를 보게 된다. 이것은 무엇이 문제일까?

법이 담고자 하는 치료의 질 보장을 위한 제도적 장치가 마련되어야 한다. 법이 담고자 하는 가치를 실현할 수 있도록 제도가 지원해줄 수 있어야 할 것이다. 그러나 현재 현장에서 체감하는 제도적 장치는 법의 가치를 지키면 지킬수록 운영을 어렵게 만들고 있다. 치료의 질을 보장하기 위한 합리적인 제도가 마련되어야 하고 이에 상응하는 재원이 요구된다.

비자의 입원 자체 뿐만 아니라, 정신의료기관에 비자의 입원을 하게 되는 경우의 치료적 환경에 대해 논의 또한 중요하다 하겠다. 현재 우리나라의 정신의료기관 입원치료가 당면하고 있는 문제들은 이미 잘 알려져 있다.

첫째 입원기간이 길다. 이는 우리나라 중앙정부의 정신보건사업 전체 예산 중 97%가 정신병원 및 정신요양시설에 집중되고 있다는 결과로 입증되며 또한 당사자의 입장에서 치료보다 수용개념에 가깝다고 할 수 있다.

둘째, 정신질환은 다른 신체질환에 비해 질 높은 의료 및 간호서비스를 받을 수 있는 제도적 뒷받침이 부족하다. 우리나라는 현재 간호사의 총원정도가 환자의 입원서비스의 질을 개선한다는 전제하에 1999년부터 '간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제'를 실시하고 있다. 그러나 정신병원은 이 차등제에서 제외되어 있다. 간호인력 확보수준이 높을수록 환자의 건강 결과가 좋아진다는 연구결과는 많다. 그럼에도 정신의료기관의 간호인력에 대한 법적 기준은 턱없이 부족한 실정이며 이는 곧 정신의료계 전반의 간호인력의 이탈을 불러오고 결과적으로 인력난의 악순환이 반복될 수밖에 없는 것이 현실이다. 우리나라의 간호인력 기준으로 볼 때 24시간 기준으로 130명의 환자를 간호사 10명이 보는 것과 같다. 간호사 10명이 8시간 근무기준으로 3교대에 휴무일을 감안하면 근무시 실제 간호사 1명이

환자 60명을 돌보는 기준이 되며 그마저도 이중의 반은 간호조무사로 대체할 수 있다는 법적기준으로 대체가 된 경우 간호사 1명은 환자 100명을 돌보아도 법적으로 문제가 되지 않는 구조이다. 이는 곧 정신의료기관의 서비스의 질을 평가하는 기준이 될 수 있으며 체계적인 치료인력 구성에 대한 재정비가 필요하다.

셋째, 입원치료 종료 후 지역사회정신보건서비스 연계를 위해서는 입원 당시부터 정신재활서비스가 제공되어야 한다. 정신의료기관의 정신건강전문요원에 대한 기준은 환자100명당 1명이다. 정신질환을 경험하는 사람이 회복에 이르기까지 그 과정에서 매우 다양하고 복합적인 욕구와 필요가 나타나게 된다. 질병의 급성기 증상을 경험하는 개인과 지역사회에서 거주하는 개인의 필요와 욕구에는 상당한 차이가 존재하므로 이를 충족시키기 위해서는 의료적 개입과 함께 재활적 개입이 필수적이며 이와 더불어 당사자의 자기결정과 참여를 보장하고 삶에서 누릴 수 있는 기본적 권리를 누리며 주체적인 삶을 살아가도록 돕는 것을 목표로 하는 회복관점의 통합적인 개입이 필요하다.

윤소현 외(2018)의 정신장애인 집단프로그램의 효과성에 관한 메타분석자료에 의하면 집단크기가 작을 수록 효과크기가 큰 것으로 나타났고 회기 운영에 대해 주 1회, 13주 이상, 81분 이상 진행했을 때 효과크기가 크다고 하였다. 굳이 이러한 자료를 거론하지 않더라도, 정신건강전문요원 1명이 100명을 대상으로 치료프로그램 및 활동프로그램을 운영하고, 정신과적 재활요법을 운영할 수 있도록 규정하고 있는 데 대해 턱없이 부족한 인력이라는 점은 자명하다 하겠다.

이러한 법적 제도적 문제들은 정신질환으로 입원을 경험하게 되는 사람들로 하여금 치료보다 수용 중심으로 느끼며 입원경험을 트라우마로 기억하게 만들며, 치료에 대한 순응도를 저하시키게 되는 악순환을 조장한다고 할 수 있겠다.

(2) 정신건강전문가 인력지원정책

정신건강전문요원의 자격을 취득하게 되면 다양한 분야에서 정신건강서비스를 제공할 수 있다. 정신의료기관을 비롯하여 정신건강복지센터, 정신재활시설, 자살, 중독, 트라우마 등 최근 정신건강에 대한 서비스 요구는 증가하고 정신건강전문요원 인력은 부족한 현실이다.

그러나 배출된 인력현황을 살펴보면 유휴인력에 대한 대안이 필요하다.

숙련된 정신건강전문인력의 확보는 정신건강서비스의 질에도 영향을 미칠 것이다. 또한 인력의 안정적인 유지가 가능한 정책적 대안이 요구된다.

가령 일선현장에서 정신건강복지센터는 다양한 정신건강증진시설의 허브역할을 수행해야 한다. 최근 정신건강복지센터 인력의 증원은 매우 고무적인 현상이나 단기간에 많은 인력을 채용하고자 하는 것에 대해 정신건강전문요원의 부족현상과 채용시 인건비에 대한 예산문제로 호봉 제한을 두면서 경험이 없는 신규직원의 채용이 확산되고 다양한 경험을 가진 숙련된 인력은 호봉인정관련문제나 고용불안정을 이유로 현장을 떠나게 되며 이 역시 정신건강정책을 효과적으로 펼치는데 부정적인 요소가 되고 있다. 이는 곧 소비자의 입장에서조차 만족스럽지 못한 결과를 얻게 되는 상황으로 이어진다. 정신건강복지센터의 경우 인건비와 사업비를 분리하고 숙련된 인력을 확보할 수 있는 방안을 마련하는 것이 절실히 요구된다 하겠다.

(3) 중앙정부와 지방정부의 공조를 통한 지역불균형 해소

정신건강서비스 공급의 극심한 수도권 편중으로 인한 지역간 불균형은 매우 심각한 수준이다. 우리나라는 전반적으로 정신장애인의 직업 및 주거 시설이 부족한 것이 현실이나 그나마 운영중인 시설 대부분이 수도권에 편중되어 있고 정신재활시설이 전혀 없는 지자체도 45.6%에 이르는 것으로 보고된 바 있다. 다양한 종류의 서비스 제공은 물론 지역 편중을 해소하기 위해 중앙정부와 지방정부가 함께 노력해야 한다.

지방비 100%의 정신재활시설 운영의 경우 지자체별 재정자립도의 영향을 받을 수 밖에 없으며 또한 정신재활시설 운영비를 지원받기 위해서 자체적으로 운영한 실적이 있어야 한다는 지방 조례에 의해 현실적으로 정신재활시설을 신규로 설치 운영하는 것은 매우 어렵다. 부산복지개발원과 부산시 정신보건사업지원단이 2013년 발표한 자료에 의하면 정신의료기관에 6개월 이상 장기 재원하고 있는 환자의 보호자 중 49.2%는 지역에 주거 시설이 있다면 퇴원하고 싶다는 의사를 표현하였다. 2018년 부산광역시 정신보건실태조사에 의하면 23개의 정신의료기관의 재원 환자수는 4,416명이며 이 중 재원기간 6개월 이상 환자 수는 3,278명이다. 2018년 부산시의 실태조사의 일환으로 진행된 ‘중증정신질환자 지역사회기반 서비스 전략’에 대한 과제에서 정신의료기관에서 지역사회로 유입될 환자의 서비스 수요 추계에서 사회적 입원으로 추정되는 인원을 조사한 바 평균 1,100여명이 수요기준인원으로 추계되었으며, 필요 서비스 추계시 정신재활시설 중 공동생활가정의 경우 최소 116개에서 최대 167개가 필요하였다. 주거서비스의 경우만을 예로 들었지만, 이에 따르면 지방정부는 공동생활가정의 설치운영을 적극적으로 지원해야 하며 예산 마련이 필요하나 지방정부의 재정을 고려할 때 매우 어려운 실정이다.

개인적인 경험으로, 소속된 법인에서 공동생활가정을 설치 운영하고자 고군분투 하였으나 수익사업이 없는 비영리 법인에서 공동생활가정의 설치 및 자체운영을 위해 투입해야 하는 재원을 마련한다는 것이 현실적으로 어렵고, 또한 지역주민의 민원 문제 역시 극복해야할 과제이다.

지방이양된 정신재활시설의 설치 운영과 관련된 업무가 중앙정부로 환원 또는 중앙정부와 지방정부간의 공고한 협조를 통해 지역균형아래 원만하게 진행될 수 있는 방안이 마련되기를 간절히 바라며 이를 위한 중앙정부의 적극적인 노력이 필요하다 하겠다.

(4) 공공서비스 연계 및 정신질환 인식개선

서울시의 경우 주거재활서비스에 있어 다양한 종류의 서비스를 제공하고 있다. 개인적인 바람은 서울시의 우수한 사례를 벤치마킹하여 전국으로 확대 보급되었으면 한다. 그러나 예산을 비롯하여 지방정부가 안고 있는 다양한 어려움이 있다. 정신건강문제는 이제 단순히 개인의 문제로 다루어서는 안되며 포용국가를 지향하는 현 정부의 커뮤니티 케어 정책의 일환으로, 정신질환 당사자들만의 문제 만이 아니라 더불어 함께 살아가는 모든 국민의 문제이며, 주요 정신질환 뿐 아니라 정신건강증진의 문제, 자살예방의 문제 등 전체적이고 종합적인 서비스 체계가 요구된다.

이에 대하여 공공자원과의 적절한 연계 모델은 반드시 필요하다.

중증정신질환을 가진 사람들에 대한 지속가능한 서비스 연계를 위해 그리고 지역사회 통합을 위해 반드시 필요한 주거정책과 직업재활은 사업의 우선순위로 배정되어야 할 것이다. 이는 정신건강전문가들만의 노력으로 불가할 것이며 공공자원의 활용이 필요하다. 서울시와 경기도의 사례에서 볼 수 있듯이 주거 정책의 경우 한국토지주택공사와의 연계사업이 요구되며 이에 대한 적절한 시스템 마련이 필요하다.

또한 정신질환에 대한 인식개선활동은 동시에 중요하게 계획되어야 한다. 정신질환에 대한 올바른 정보를 제공하고 또한 정신질환으로 인해 치료가 필요한 사람들이 어렵지 않게 치료를 받을 수 있도록 정신의료기관의 문턱은 낮아져야 할 것이다. 이를 위해 정부는 정신질환 관련 대국민 인식개선을 위한 노력을 아끼지 않아야 하겠다.

더불어 공공자원과 반드시 협력해야 할 사안으로 급성기 상태의 자타해 위험이 높은 정신질환자의 이송에 관한 문제가 있다. 이는 곧 응급입원관련 문제로 확대되어 생각해 볼 수 있는데 이에 대하여 공적 서비스의 연계 (경찰 및 소방)가 필요하고 이에 대하여 협업해야할 과제가 있을 것이다. 더불어 자타해 위험이 높은 중증정신질환에 대한 이해를 높이기 위한 과정이 필요할 것이다.

3. 결론

정신질환에 대한 부정적인 사회적 인식, 정신의료기관내 인권침해, 증가하는 정신병원의 병상수, 부족한 지역사회 인프라, 부족한 정신보건예산에 직면한 현실을 감안할 때, 이러한 현실과는 달리 국가의 정신보건정책 우선순위는 매우 낮은 것이 사실이다. 보다 적극적이고 효율적인 정신보건서비스의 실현을 위해 우선적으로 국가의 정신보건정책의 우선순위를 높이는 것이 매우 중요한 과제다.

정신건강문제는 중증정신질환만의 문제가 아니라 자살문제, 중독관련문제, 중증정신질환의 회복을 위한 문제 등 다양한 영역으로 나누어 국민 모두에게 제공되어야 할 기본적인 서비스이다. 다양한 욕구에 따른 문제해결방안에 대한 정책적인 대안을 마련하기 위해서는 중앙정부의 적극적인 정책이 요구된다. 현행과 같이 보건복지부 내 정신건강정책과에서 과 단위로 다루고 해결할 수 있는 문제가 아니다. 국/실 단위로의 격상은 매우 다행스럽고 반가운 일임에 틀림없으나 한걸음 더 나아가 정부부처간의 조율이 가능한 보다 상위의 위원회 설치가 함께 진행되어야 할 것이다.

중증정신질환을 가진 사람들을 위한 지역사회기반 서비스의 근거 마련, 자살예방을 위한 다양한 정책적 제도적 마련, 중독분야에 대한 부분등 서비스 영역별 대안도 요구되며 현재 중복되고 분절된 정신건강서비스가 소비자 중심의 통합적인 서비스가 마련되도록 제도적 준비가 필요할 것이며 정신건강전문가의 이탈을 방지하고 숙련된 인력이 적재적소에서 역량을 발휘하며 적합한 대우를 받을 수 있도록 국가 지원해야 할 것이다.

우수한 인력과 적절한 재원확보로 성공적인 지역 정신건강거버넌스 강화를 시범적으로 운영하고 정착시킨 시, 도의 운영체계를 모델로 전국 타 시도에서도 이식 및 정착할 수 있도록 공유하면서 지원하는 중앙정부차원의 방안이 요구된다.

국가가 해야 할 부분과 민간이 협력해야 할 부분, 제도적 정비와 개별 정신건강전문요원이 함께 사명감을 가지고 나아가야 할 부분들이 서로 잘 맞물려 더 나아가 건강하고 행복한 사회를 지향할 수 있도록 해야 할 것이다.

정신건강을 더 이상 개인의 문제로 볼 것이 아니라, 국가가 해결해야 할 공적인 과제라는 사실을 천명하고 책임을 다해 나가기를 기대한다.

〈 참고문헌 〉

1. 이정택, 이태준, 김동겸(2018). 정신질환 위험보장 강화방안 연구보고서, 보험연구원
2. 전명욱(2017). 정신건강을 위한 의료비 지출액에 대한 조세지원방안 연구, 조세와 법 제 10권 제1호 p209~249
3. 이한주, 고유경, 김미원(2011). 의료인력의 확보가 환자 입원일수에 미치는 영향, 간호행정학회지 17(3)
4. 조수진, 김진현 (2014), 간호인력구성 및 확보수준 결정요인, 간호행정학회지 20(1)
5. 윤소현, 김재영, 신성만(2018), 정신장애인 집단 프로그램의 효과성에 관한 메타분석, 재활심리연구 제25권 4호
6. 임혁, 박주홍 (2018), 정신장애인의 지역사회 통합 증진을 위한 정책 우선순위 분석, 한국정신보건사회복지학회 학술발표 논문집 289-306
7. 부산광역시 (2018), 부산광역시 정신건강실태조사 및 정신건강 5개년 기본계획
8. 인권존중과 탈수용화를 위한 정신건강복지법 개정 공청회 발표자료집(2018.7.24)

2019 제1차 정신건강정책포럼 토론

원활한 정신건강 정책의 재원 사용과 정신건강 거버넌스 및 전달체계를 위한 선결 요건들

송현주 (한국임상심리학회 회장, 서울여자대학교 심리치료학과 교수)

발표자료 중 문제 수요에 반응하는 ‘민감성’과 서비스가 필요한 사람에게 전달하는 ‘보편성과 접근성’, 또한 양질의 근거기반 서비스 전달하는 ‘전문성’이라는 요약은 정신건강 정책의 주요 요지를 매우 간결하게 잘 전달하고 있다고 생각되었다.

정신건강을 예방과 조기 개입에서부터 중증 정신질환에 대한 치료와 재활까지 모두 포함하는 광범위한 개념으로 정의하는 것은 매우 적절한 접근이다. 광범위한 영역을 포괄하기 위해서는 무엇보다도 넓고 다양한 영역을 체계적으로 조직화하여 서비스를 효과적으로 전달하는 체계 마련이 전제되어야 한다. 이미 많은 외국 사례들이 있고 유사한 경험을 공유하는 정부 기관들이 있으므로 기본 체제 구성은 어렵지 않을 것으로 판단된다.

그러나 인력 규모를 증가시키고 여러 조직들을 마련한다고 해도 그 인력과 조직이 적절하게 기능하지 못한다면 국가적으로는 재원의 낭비가 되며 국민들은 마땅히 누려야 할 행복과 건강 추구의 권리를 훼손당하게 된다. 전달체계가 제대로 기능하기 위해서는 사용자인 국민 입장에서 무엇이 필요하며 필요한 서비스를 누구에게서 혹은 어디에서 어떻게 받아야 할 것인지 명확하게 제시되어야 한다.

첫째, 시스템을 정착하는 초기 단계에서 **사용자 중심의 시뮬레이션**을 통한 점검 과정이 반드시 필요하다고 제안하는 바이다. 현장의 예를 들어보고자 한다. 현재 아동 청소년을 위한 다양한 심리지원서비스가 제공되고 있다. 그러나 막상 현장에서는 심리행동 문제를 가진 아동이 발견되더라도 이 아동에게 즉각적이고 효과적인 지원을 제공하는데 어려움이 있다. 특히 아동의 문제가 심각한 경우, 신뢰감을 가지고 아동을 의뢰할 전문가가 있는 기관을 찾는 것이 쉽지 않다. 정부 기관에서 제공하는 매뉴얼을 보면 대체로 원론적인 틀에서만 연계도가 제공되어 있을 뿐 현장에서 효과적으로 사용할 수 있는 수준에는 이르지 못하고 있다. 심리서비스를 예로 들면, 해당 사례에 대한 정확한 사례개념화를 토대로 맞춤형 서비스가 제공될 때 가장 효과적이다. 사례에 대한 타당한 사례개념화를 할 수 있는 인력이 그 자리에 있을 때 효과적인 서비스가 가능해 지는 것이다.

둘째, **전문성 확보**이다. 하버드 대학 아동 병원의 John Weisz 심리학 교수와 예일대학 아동연구센터의 Alan Kazdin 심리학 교수는 정신건강 문제의 심각성으로 인해 정신건강 서비스 요구가 급증하지만 반대로 재원은 제한적인 상황에서 가장 효과적인 접근은 과학적으로 근거가 입증된 근거기반 심리서비스를 전달하는 것이라 주장한다(Weisz & Kazdin, 2017). 현재 대부분의 정부 주도 기관들은 예산 문제와 지역 불균형등의 문제로 인해 전문인력 충원이 적절하게 되지 못하고 있다. 미국에서 성공적으로 ‘실행 implementation’되는 지역사회 심리 서비스들을 살펴보면 전문가 집단과 준전문가집단이 요구되는 역할에 따라 균형 있게 배치되어 있다. 그러나 우리나라 현황을 보면 지역사회 접근에서 어떻게 보면 가장 쉽게 포기하는 것이 인력의 전문성이라는 인상을 가지게 된다. 예를 들어 특정 장애에 대한 조기 선별과 조기 개입이 목적인 조직이라면 조기 선별과 조기 개입을 위한 교육과 훈련을 타당하게 받은 인력이 배치되어야 할 것이다. 그러나 실제 충원되는 인력은 실제 그 업무를 수행할 교육과 훈련이 되어 있지 않아서 유명무실한 경우가 매우 많다.

셋째, **업무 범위의 고유성**이다. 전진아 연구원 발표 자료의 한국 정신건강 공급 현황에 따르면 한국은 Upper-Middle과 high의 중간 지점에 위치해 있는 것으로 판단된다. 특히 지역별 인력 현황을 보면 심리전문가 인력 현황은 그나마 upper middle에도 도달하지 못하고 있다(한국 1.59 vs. upper middle 1.89 vs. high 9.04).

한국의 심리전문가 인력 총원이 upper middle에도 미치지 못하는 이유 중 하나로 '심리 평가, 심리 교육, 심리 상담과 심리 안정을 위한 서비스 지원'이라는 정신건강 임상심리사(2010년 1월 18일 개정된 업무 범위) 업무의 고유성을 일반 사회분 아니라 정신건강 서비스 현장에서도 소극적으로 수용하는 것을 들 수 있겠다. 매우 수준높은 교육과 훈련을 받고 난 이후에도 끊임없는 지도감독과 연구를 거듭하면서 시행하는 심리 상담과 심리 평가를 최소한의 교육만으로 할 수 있다는 잘못된 인식이 현재 대한민국에 수천 개 심리 혹은 상담 관련 민간 자격증이 난무하는 결과로 이어지고 있으며, 이로 인해 국민이 심각한 정신적 육체적 물질적 손상을 입어도 법적으로 이를 규제할 장치 조차 없는 상태이다. 새로운 정신건강 정책에서는 동일한 오류가 반복되지 않도록 초반에 대상자가 필요로 하는 서비스 내용을 구체화하고 그 서비스를 제공할 수 있는 전문성을 가진 인력을 정확하게 배치하는 것이 전제되어야 할 것이다.

마무리하면, 정신건강정책의 자원, 정신건강 거버넌스와 전달체계와 관련하여 적극적인 사용자 중심의 시뮬레이션을 통한 실효성있는 정책이 마련되기를 바란다. 또한 그 속에서 역할을 감당할 인력들의 전문성을 확보하고 업무 고유성을 명확히 하여 효과적으로 배치한다면 투입된 자원과 노력만큼 효과적인 실행 implementation을 할 수 있을 것이라 생각한다.

2019. 10. 25(수)
국립정신건강센터 어울림홀

국가 정신건강 거버넌스 강화를 위한 2019 정신건강정책포럼

최명민

(백석대학교 사회복지학부)

정신건강문제, 너무 오래 방치해 왔다

- 정신질환자/정신장애인에 대한 정책의 부재?
- '방치' 도 관리정책의 한 형태
: 그렇게 하기로 계속 결정해 왔던 것
- 큰 기대 없이
- 최소 비용으로
- 신경 쓰이지 않게, 안 보이게
- Neglect도 Abuse

누가 사람답게 살 수 있는가?

정신질환에 걸리면...

다행히,

가족의 재정적 심리적 지원 있어서

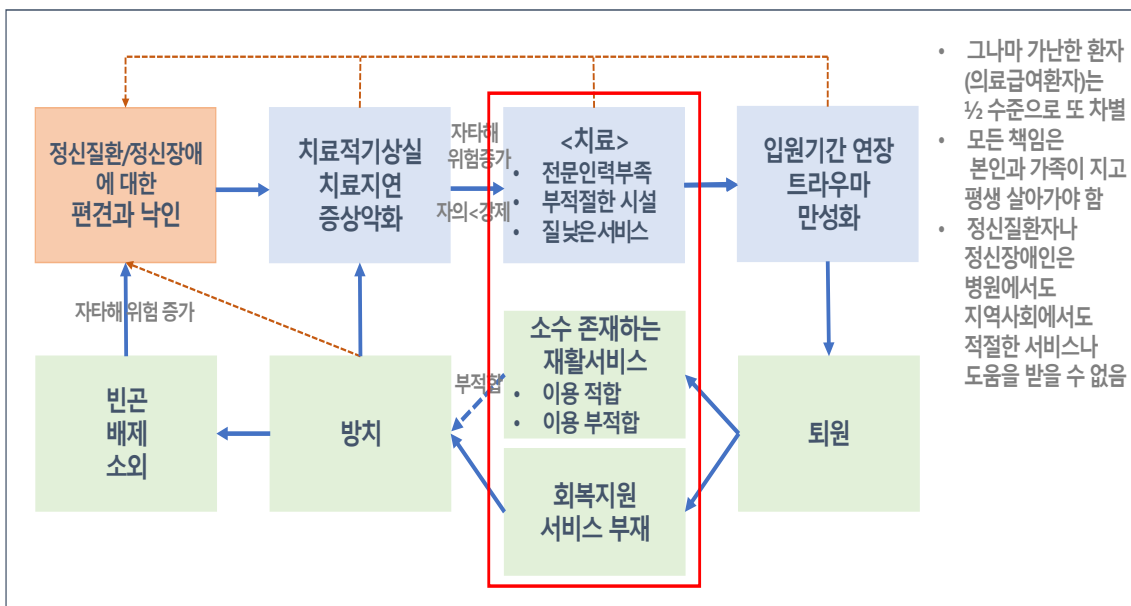
조기에 문제 발견해서 대학병원 급의 고퀄리티의 치료 받을 수 있고 이를 통해 증상 개선되면(그래서 퇴원하면)

은 좋게,

사는 지역에 회복을 지원하는 재활서비스가 있어서 이용 가능하거나 이러한 공식적 서비스 외에 가족 부담으로 비공식 지원(레저, 상담, 문화, 교육 등)을 지속적으로 받을 수 있는...

그런 경우만, 겨우 최소한의 "인간다운 삶" 을 살 수 있는 사회

거버넌스&예산 부족에 의한 악순환의 구조



사회는 언제 관심을 갖는가?

- 인권 침해 또는 범죄가 이슈화 될 때만
- 대응은 1:1 처치와 사회방위적 입장에서
- **인권침해는 규제만 강화** : 예산지원 없이 규제 제도로 각종 지표 중심 관리
But, 수치개선과 현실개선 간 괴리..입원일수, 보호입원 줄어도 실제변화는?
- **범죄위험은 감금만 강화** : 응급출동과 비자의입원제도 강화에 치중
결국 또 다른 문제 양산.. 예) 행정입원 남발, 관련인력 위험 소진 및 이탈

"지금까지 해온 사회방위적 차원에서의 숫자를 규제하는 방식에서 벗어나 '사람' 을 보며 내실을 기하는 방향으로 가기로 결단해야"

개선의 방향 : 선순환의 시작

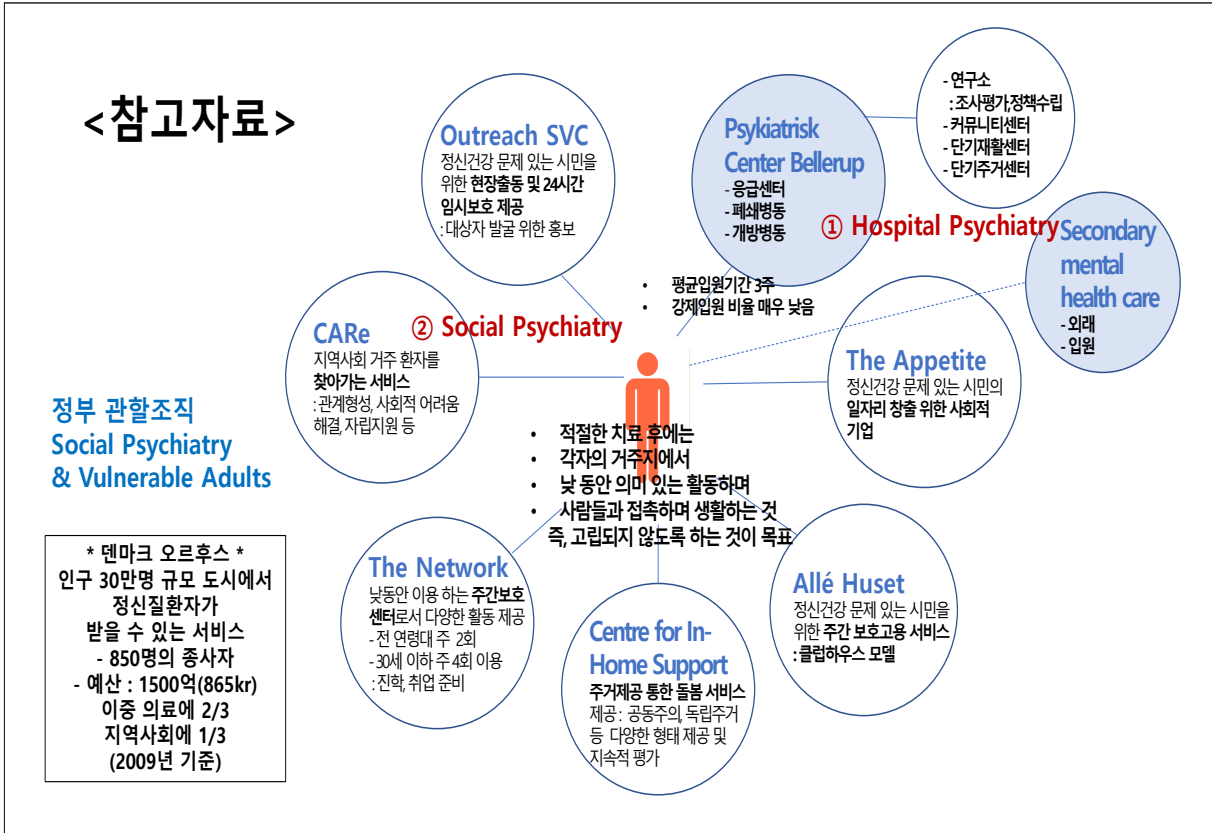
**"아파서 병원을 가면 제대로 치료받을 수 있어야 하고
나아서 퇴원하면 회복을 지원받을 수 있어야 한다"**

1.공공책임성과 국가역할 강화 위한 거버넌스 구축

- 정신건강에 대한 국가적 관심과 개입의지 천명 위해 현행 2과(정신건강정책과 + 자살예방정책과) 체제에 +중독관리/트라우마 관련 부서 신설하여 국마음건강복지정책국" 단위로 승격하는 안
- 정신보건과 장애인복지 간 장벽 허물고 협력할 수 있는 체계 마련 :정신장애인복지 담당 신설 안

2.재정안정성과 적정 예산 확보

- 인력,공간,서비스 질과 양 개선 위해 현재의 불안정한 예산구조와 여러 문제의 핵심 원인으로 지목되고 있는 정신보건사업의 '기금예산' 을 '본 예산' 으로 전환
- OECD 권고안 :보건예산의 5%수준 확보 후 의료와 지역사회의 적절한 배분 고려



2019 정신건강 정책포럼

정신건강 서비스의 정상화를 향하는 길

(사) 정신장애와인권 과도손
대표 이 정 하

1. 국가정신건강정책 거버넌스 강화 방안 발제에 대하여

무엇이 문제인가

- ☑ **철저하게 의료중심 모델**
- ☑ 정신건강서비스 이용자, 당사자 관점은 배제됨
- ☑ 공급자, 제공자 중심의 의료적 관점에서만 해설된 형식주의적 도표
- ☑ 각 개인마다 재발하거나 증상이 악화되는 데에는 여러가지 이유가 있을 것이고, 그 주된 이유는 "질환"이 아니라 "사회적 요인"에 있을 것인데, 사회적 요인은 도외시하고 약물치료를 해야 한다는 논리

2. 국가정신건강정책 거버넌스 강화 방안 발제에 대하여

스토리텔링 인식에 대한 부재

- ☑ 기울어진 운동장에서 균형점에 대한 정책 필요
- ☑ 전문가의 거버넌스 독점시대는 종결, 당사자의 정책결정권!
- ☑ 정신건강분야의 전통적 전문가들은 외형 또는 형식을 기준으로 표준화하려는 잘못된 패러다임을 갖고 있다.
- ☑ 그들 말대로 정신질환이라 하더라도 그 이면에는 다양한 개인적 스토리가 있기 마련인데, 그 스토리=내용은 도외시하는 것, 이런 형식주의자, 표준화주의자들을 현대의 비판적 정신과의사들이 비판하고 있다.

3. 보건복지부 정신건강정책국 신설에 대하여

환영

- ☑ 지역사회 인프라 자원확보와 정신건강정책 실천을 위하여 요구됨
- ☑ 정신건강복지서비스에 대한 전담부서 필요함
- ☑ 기울어진 운동장을 바로잡고 해소할 균형잡힌 정부부처의 지혜와 정신보건의 역사에 대한 통찰적 자세, 국민의 목소리를 듣는 귀와 실천
- ☑ 인권감수성, 자기결정권에 대한 전문가의 마인드 변화

질문

“정신건강서비스는 누구를 위하여?”

타인은 지옥이다.

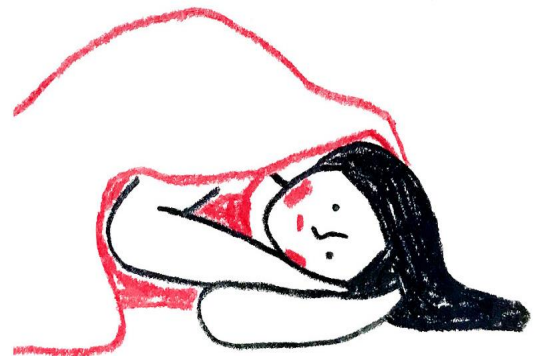
“지겨워 지겨워 나의 이 고통을 모르는 그들이 추잡해요
모든 것이 안개 같고 텅없이 느껴집니다.
나의 이 소리 없는 외침이 무슨 소용이 있을까?”
(온라인 당사자카페 익명 방/2014년)

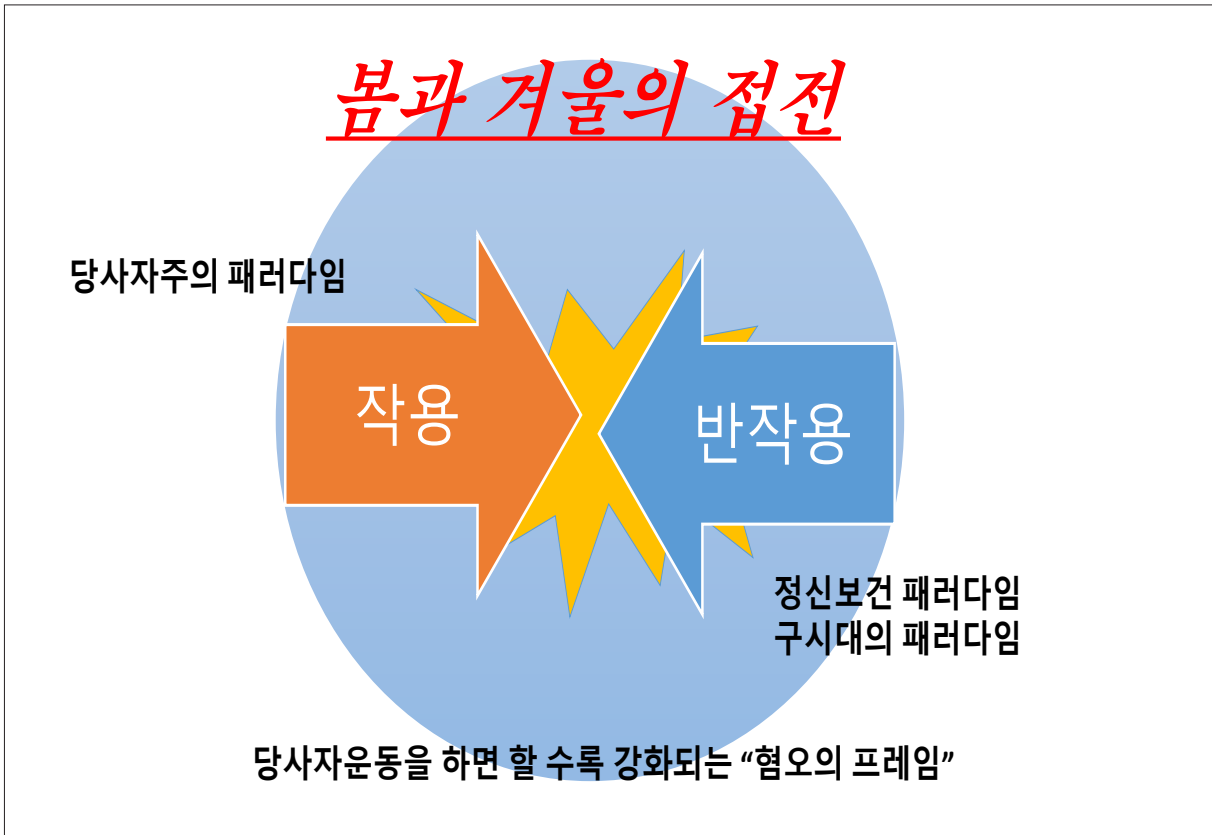
<프레임지옥>

범죄자프레임/약물프레임/광인프레임

광기학..

이것 모두 비당사자들이 만든 프레임들이다.





비순응적 환자의 고백 中- 주디챌벌린(udy Chamberlin)

“좋은 환자”가 된다는 것의 뉘

좋은 환자는 순응적이어서, 들은 대로 하며, 말썽을 일으키지 않지만, 진짜로 좋아지는 적은 없는 사람들이다. “좋은 환자”는 희망을 포기하고 자신의 잠재력에 대한 직원들의 극히 제한적인 비전을 내면화한 사람들인 경우가 많다.

지금 또다시, 나는 내가 말하려는 바를 분명히 하고 싶다. 내가 말하려는 것은 정신보건 전문가들이 사악한 사람들이어서 우리를 영구적인 환자로 묶어두기 원하고 우리가 낫기를 바라지 않는 사람들이라는 의미가 아니다.

내가 말하는 바는 “좋은 환자”가 되는 것에는 무언가가 있다는 말이며, 아마도 의도적인 것이 아니겠지만 회복과 입파워먼트와는 양립하지 못하는 무언가가 있다는 말이다.

소비자/생존자 운동에서 리더가 된 우리들 중 많은 사람들이 서로 비교해 보면, 우리가 공통적으로 갖는 요소들 중 하나는 우리가 “나쁜 환자”로 분류된 사람들임을 알게 된다.

우리는 “비협조적”이었고, “비순응적”이었으며, “술수에 능하거나”, “병식이 없는” 사람들이었다. 많은 경우 우리들은 절대 나아지지 않을 거라는 이야기를 듣는 사람들이었다. 내가 그랬었다는 것을 나는 안다. 그러나 25년간에 걸친 소비자/생존자 운동에서 활동을 했던 것이 내 자신의 회복 과정에서 주요 요소가 되었다.

Dr. Pat Deegan의 문제의식 출발점

| 생활의 관점_당사자 | 질환 치료의 관점-정신과 의사 |
|-----------------------------|---|
| 나는 무기력하다. 기운이 없다. | 당신은 정신병 상태가 아니다. |
| 나는 여전히 거슬리는 목소리가 들린다. | 당신은 더 이상 목소리를 향해 고향을 지르지 않는다. 이웃이 더 이상 힘들어 하지 않지 않느냐? |
| 나는 이 약에 대한 생각을 명료하게 할 수 없다. | 당신은 장애가 있다고 생각되지 않는다. |
| 약이 나를 통제하는 것처럼 느껴진다. | 당신은 훨씬 더 잘 관리되고 있다. |
| 이 약을 먹을 때에는 나는 나 자신이 아니다. | 당신은 baseline으로 복귀한 것이다. |

중증정신질환 상태에서 장기간 약물복용을 하여 더 이상 목소리가 들리지는 않지만, 내가 일상으로 돌아갈 수 있었기 때문이 아니라, 감각을 잃어버린 장애 상태가 되었기 때문임을 인식하면서 시작됨.
 의사의 관점에서는 치료는 성공했다고 하겠지만, 당사자의 관점에서는 회복이 실패했기 때문에 치료가 실패했다고 느낌. 이런 인식차이를 극복하기 위한 방법론.

회복의 핵심, YOYO원칙



You Own Your Own!
 당신의 주인은 당신이다!

정신건강 패러다임 전환



자기결정권 존중

지역사회 기반 학제간 팀 서비스

(주거, 직업, 상담 포함)

정신건강서비스이용자의

동료지원의 전면화

왜 동료지원인가?

당사자의 전문가는 당사자다.

- 강제치료, 강제입원을 지양하고, 치료에서의 자기결정권을 존중하고, 자기주도적으로 치료에 참여하도록 지원하는 것은 치료효과의 면에서나 회복(not cured, but healed. 일상생활을 하면서 치료도 하는 것)의 면에서 중요함.
- 자기주도성의 회복에는 같은 또는 유사한 경험을 한 동료들과의 연대의식, 상호 지원보다 더 효과적인 것이 없음. 미국은 동료지원가들이 급격히 늘어 2017년 기준 30,000명을 훨씬 넘고, 그 증가속도는 가파름. 캐나다 역시 전국적으로 동료지원가 활동이 일상화되어 있음.
- 동료들의 활동은 언제나 "당사자옹호"에 맞추어진 것임. 지시나 방향제시가 아님. "경청과 격려, 공감"을 통한 자기주도 역량이 축적되도록 지원하는 것이 치료에서의 자기주도성, 회복에 결정적임
- 그래서 동료지원, 당사자옹호서비스가 중요

■ 한국의 정신건강서비스 이용자의 당면과제

시급하게 해야 할 것

➤ 동료지원가의 양성 (교육)

➤ 동료지원가의 활동

➤ 리얼페이

➤ 리얼잡

- ➡ 사업수행을 위한 당사자법인의 확대와 실무자 지역 확대 필요
- ➡ 기초정신건강복지센터 동료지원가의 고용과 TO 확보

■ 당사자주의란?

◆ 장애인과 비장애인의 새로운 관계 형성

◆ 장애인 자신의 자기정체성의 문제

**"당사자주의란 장애인당사자가 자신의 정책에 있어서 결정권을
가지는 것입니다."**

당사자의 정책을 만드는 것

■ 한국의 정신장애 당사자에게 없는 것

- 앓을 자유
- 내가 원하는 방식으로 치료받을 권리
- 위험에 직면할 자유
- 살고 싶은 삶을 살아갈 교육과 기회
- 선택지 → 자기결정권

■ 한국의 정신건강서비스 이용자의 당면과제

- 당사자의 사회적, 정치적 지위 확보
- 고객과 이용자로서의 대우
- 소비자주권
- 정신병원피해자들에 대한 배상차원의 정책
- 사람이 사람을 이용하는 태도의 배척

진정한 시민의 안전과 정신장애인의 안전

- ◆ 위기중재 시스템 구축
- ◆ 응급시스템, 위기쉼터등의 설치와 운영
- ◆ 자발적이며, 스스로 선택할 수 있는 선택지의 제공
- ◆ 인간적이며 믿을 수 있는 기관과 서비스

국민 누구라도 정서심리적인 위기가 올 수 있다.

2019년 정신장애인 전국대회

당사자 중심의 정신건강서비스

개혁과 대안을 위한 전국대회

- 1일차: 2019년 11월 7일(목) 13:30~21:00 <국제청소년센터 유스호스텔>
- 2일차: 2019년 11월 8일(금) 12:30~18:00 <국회의원회관 제2소회의실>
- 참석대상: 약 400명 (1일차 100명, 2일차 300명)

“전국에 산재한 당사자 자조모임의 역량을 강화할 수 있는 계기를 마련하고,
전국대회를 통해 네트워킹의 기회를 제공함으로써 향후
정신건강서비스 개혁에 있어 대안을 제시하고 방향성을 제시할 수 있도록 함”

지역사회에서의 삶을 위하여

- 정신장애인 당사자단체들이 요구하여 제안하는 정신건강 복지법 개정안이 통과되어야 합니다
- 지역사회의 고립되는 당사자들이 더불어 살아가기 위한 네트워크 형성은 자조모임으로 부터 출발합니다.
- 한국실정에 맞는 정책과 당사자들의 이야기를 경청하고 수용하는 자세
- 맞춤형 서비스의 절대적 필요성을 담은 조항과 실천
- 지역인프라의 자원 확보
- 공동체회복의 초석

“사람들이 회복의 벽돌을 쌓는 중이라면
그 주춧돌은 자기자신이 되어야 한다”

론 콜만 '회복이라는 낯선 개념'

<정신장애인운동은 인간해방의 운동>