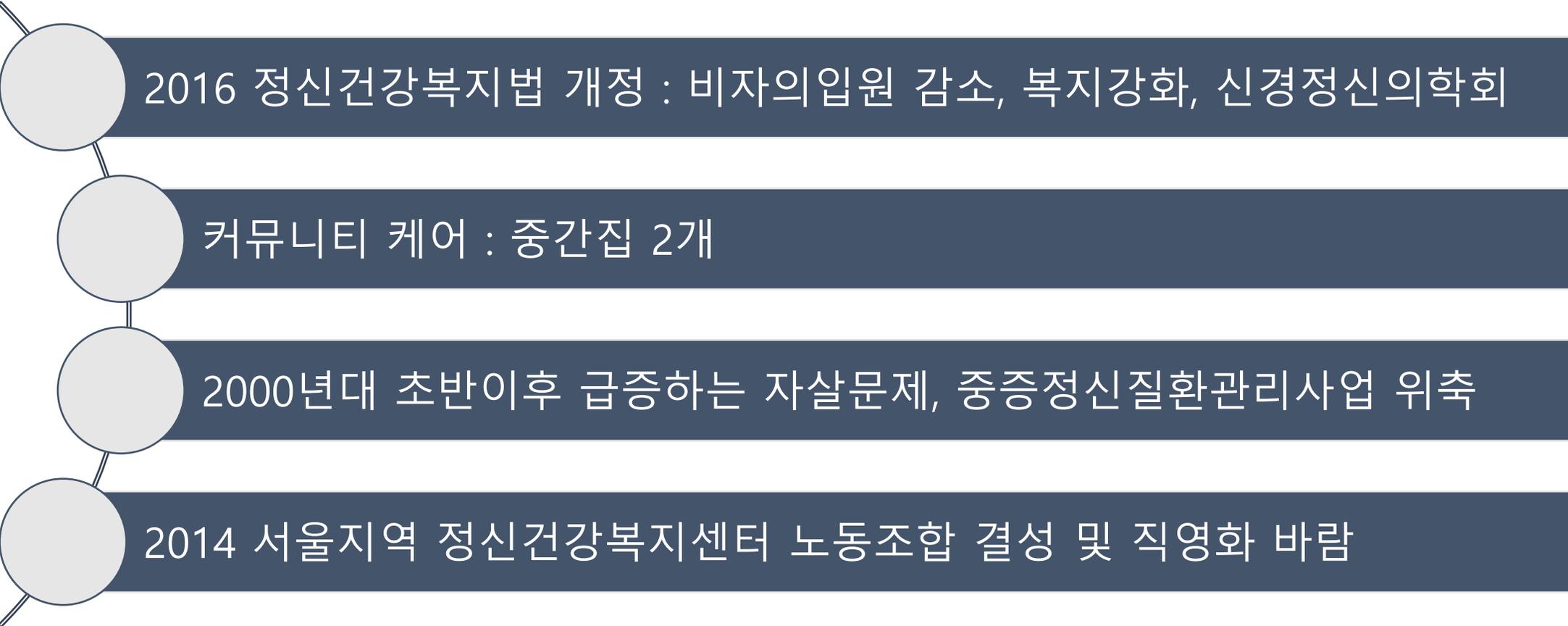


지역사회의 변화와 공공정신보건전달체계로서의 정신건강복지센터의 과제

전준희

(화성시정신건강복지센터)

변화



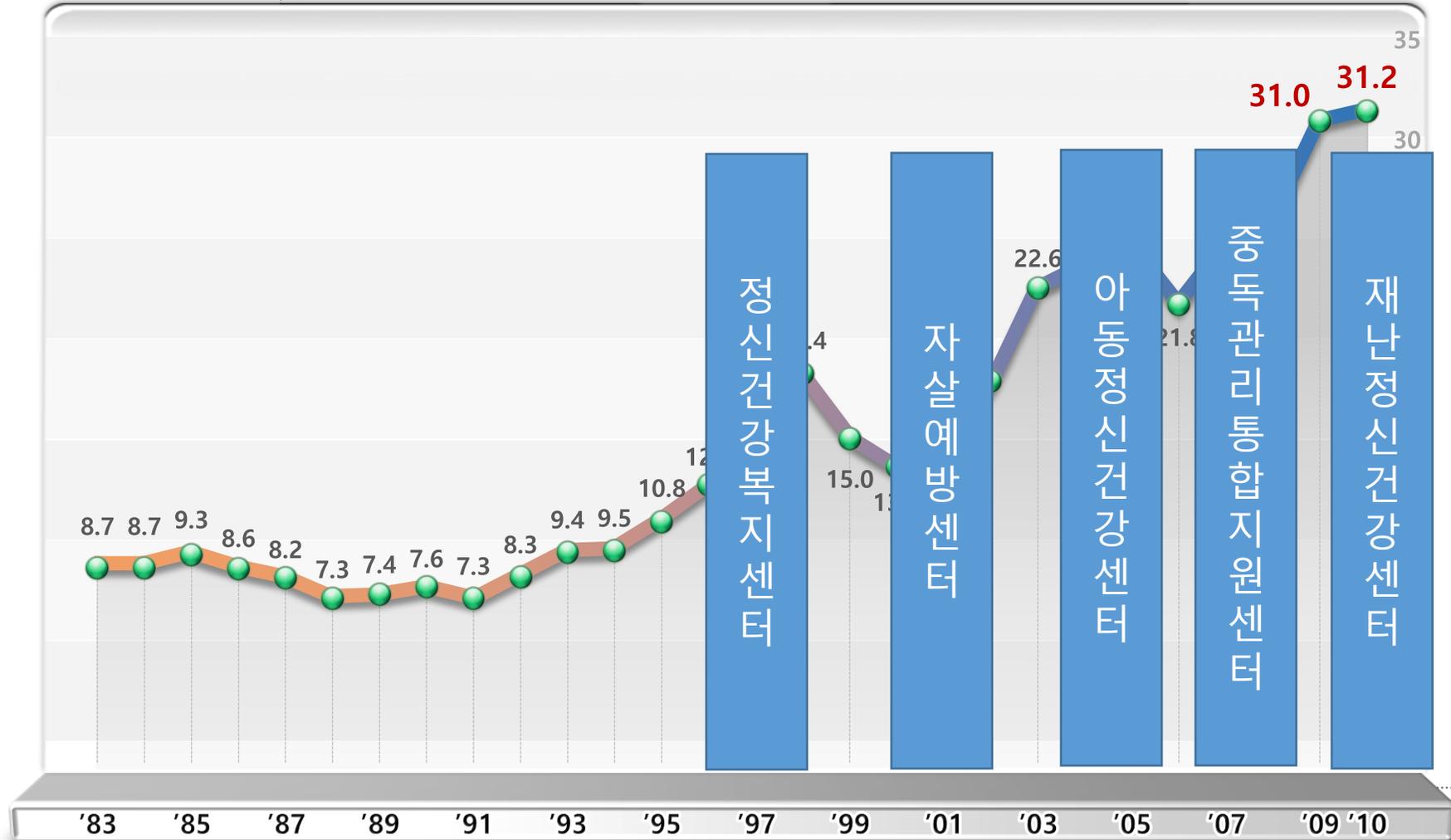
2016 정신건강복지법 개정 : 비자의입원 감소, 복지강화, 신경정신의학회

커뮤니티 케어 : 중간집 2개

2000년대 초반이후 급증하는 자살문제, 중증정신질환관리사업 위축

2014 서울지역 정신건강복지센터 노동조합 결성 및 직영화 바람

정신건강복지센터는 보건사업의 원형 (stereotype)



중증정신질환관리사업외
2개이상 사업 운영..
치매와 자활사업까지

경주

대구

대전

평균 근무 인력 9명

서울

울산

1인당 평균 43명 등록관리
(아동, 자살 제외)

전북

제주

충남

충북

광역

중증정신질환
관리사업

아동
청소년
정신건강사업

4대
중독
예방사업

정신
건강
증진

자살
예방
사업

정신건강증진

정신건강 vs
지역사회 정신건강

불쌍하다

인력이 적다

자꾸 바뀐다

정신건강
복지센터

청소년상담
지원센터

학교

읍면동
주민센터

종합사회
복지관

건강가정
지원센터

다문화센터

폐쇄적이다

연계가 어렵다

소극적이다

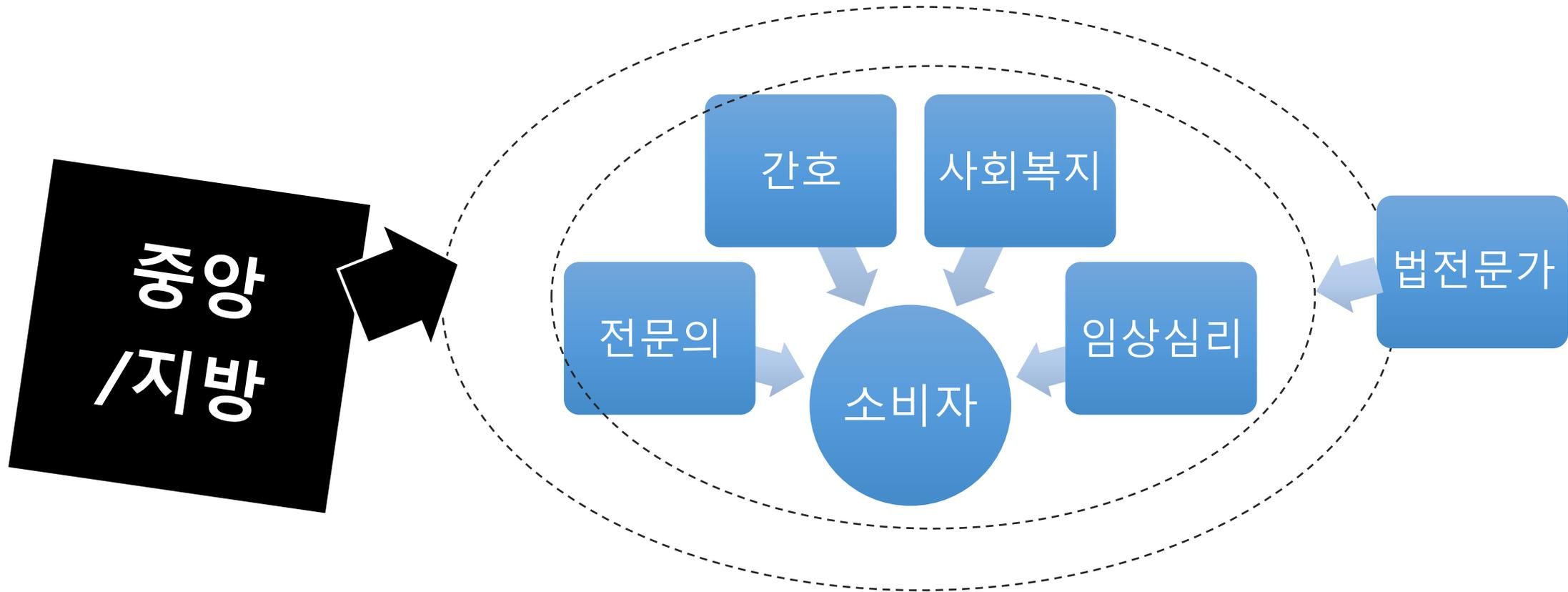
대상자를 가려서
받는다



정신건강복지센터의 지역성을 회복이 필요.

정신의학의 하부 영역이 아닌
지역사회정신보건복지라는 영역으로 독립

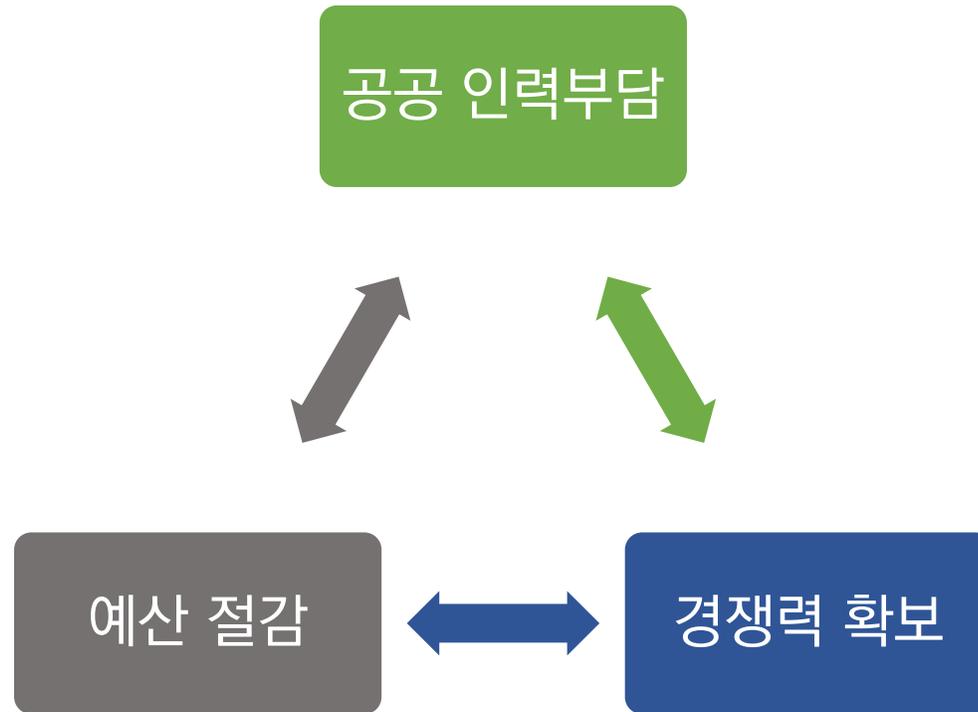
정신건강복지센터의 다학제적 접근 새로운 국면



1. 소비자(당사자, 가족)의 참여를 통한 권한 증진
2. 법전문가를 통한 인권에 대한 관심
3. 비상근센터장 이슈

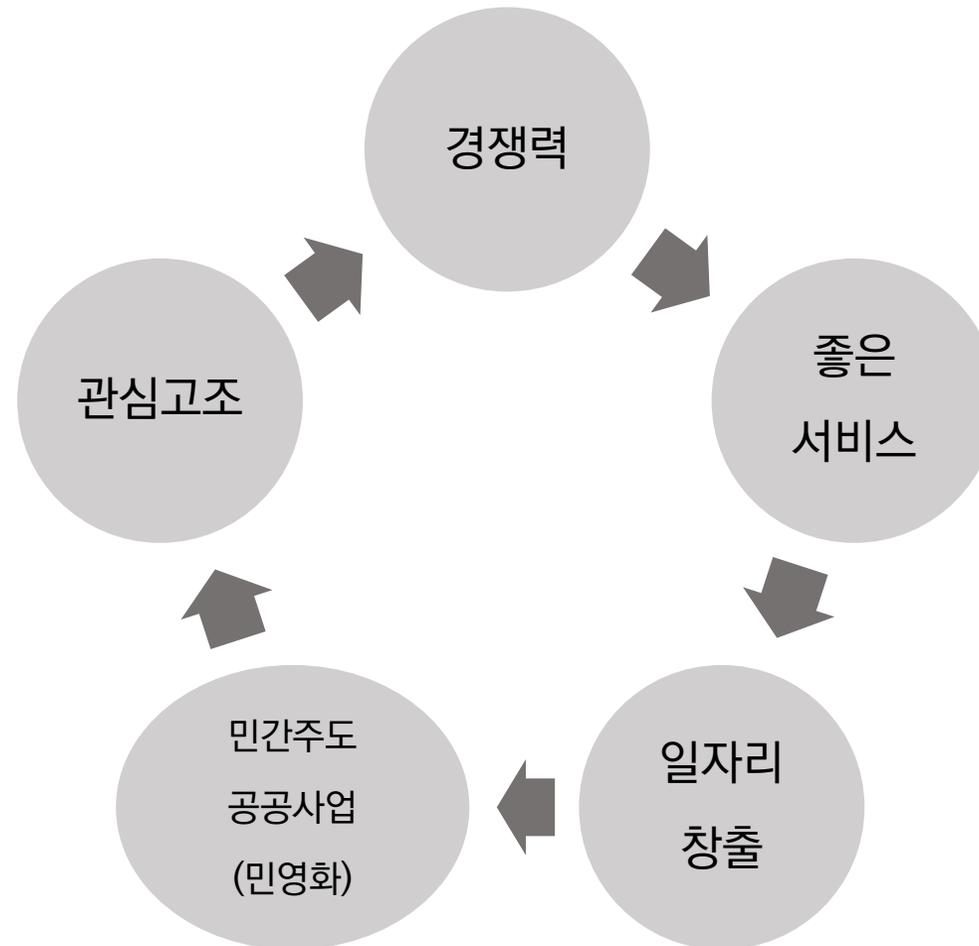
민간위탁의 어두운 그림자

1997년 경제위기 이후 시작



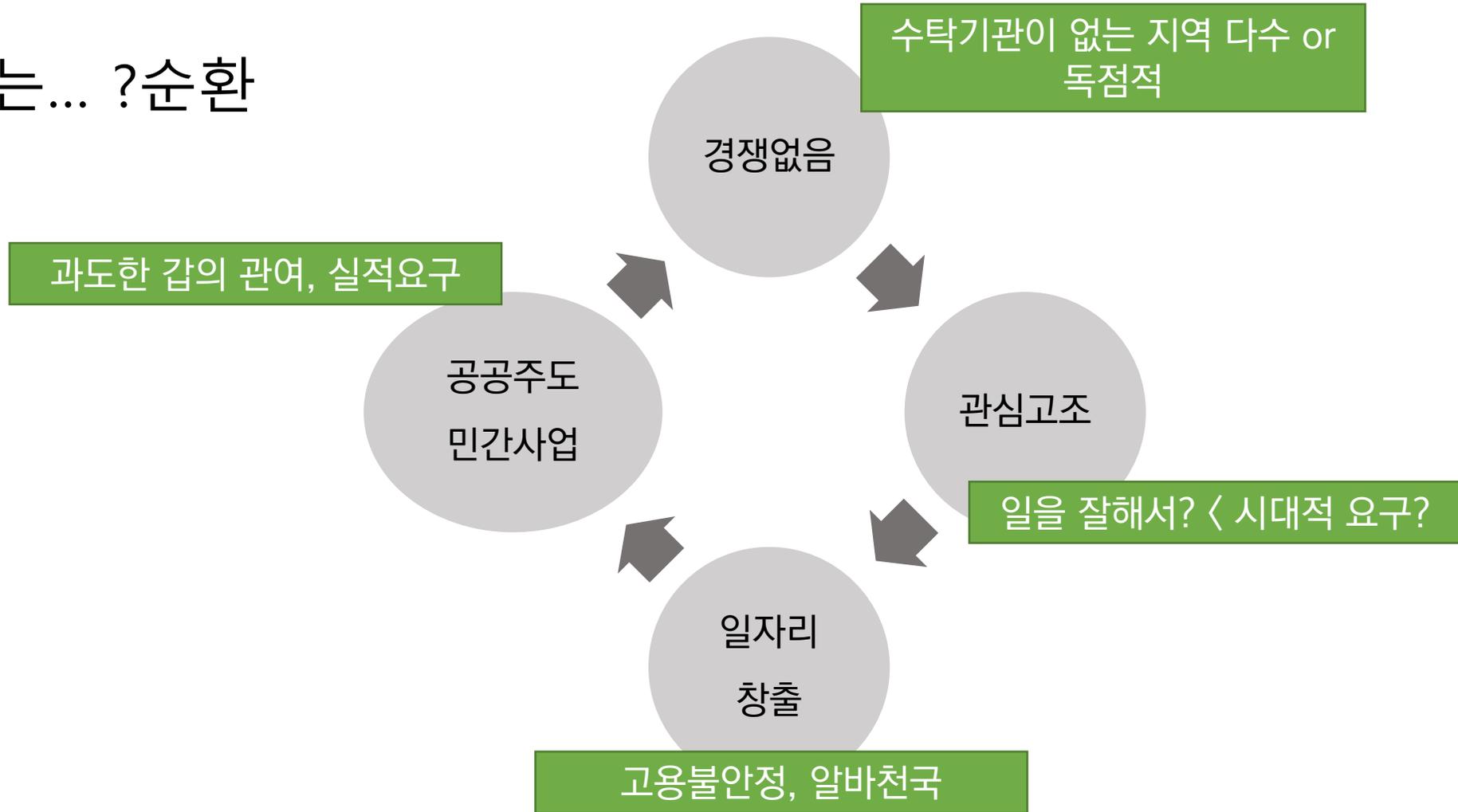
위수탁사업의 본래 목적은 선순환 : 경쟁력, 좋은 서비스, 일자리 창출

원래는... 선순환



그러나 현재는 취지를 살리지 못하고 있음

현재는... ?순환



관의 과도한 관여

- 1단계 : 정신건강에 대한 사회적 니즈(needs) 고조(자살률 증가)
- 2단계 : 정책적 관심이 높아짐(국무총리 지시사항)
- 3단계 : 예산증가(지자체별 인력 2명배치)
- 4단계 : 중앙정부 및 지방자치단체 실적 대상화(순위경쟁)

- 중장기적 플랜은 있으나 유명무실
- 정책담당자의 관심이 곧 최우선순위 사업
- 계획없는 사업추진해도 무방, 무기력감 팽배
- 센터인력의 부품화(이직률 38.1개월, 지역자활센터보다 낮음)

지역정신보건사업의 고용구조 개편 시급



현재 2,379명을 인구 1만명당 1명수준인 5,200명으로 확대가 필요하다

〈표 9〉 2015년 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 인력 현황

단위 : 명, %

구분	정신보건시설 및 지역사회 재활기관								
	계	정신의료 기관 ¹⁾	사회복귀 시설	정신요양 시설	기초 정신건강 증진센터	광역 정신건강 증진센터	중독관리 통합지원 센터	이동청소년 정신건강 증진센터	자살예방 센터 ²⁾
전체 근무인력 수 ³⁾	21,666	16,855	1,231	1,201	1,764	271	266	34	44
상근 근무인력 수	21,339	16,855	1,200	1,201	1,541	249	223	31	39
(상근)정신보건전문인력 수	8,285	6,130	587	166	1,016	198	136	28	24
2015년 퇴직자 수	547	-	181	-	271	49	36	6	4
전문인력 비율	38.8	36.4	48.9	13.8	65.9	79.5	60.7	90.3	61.5
퇴직률	-	-	15.1	-	17.6	19.7	16.1	19.4	10.3

주 : 1) 정신의료기관 및 정신요양시설의 인력현황은 보건복지부 자료를 활용하였음.

2) 부설형태로 설치된 자살예방센터는 기초정신건강증진센터 인력에 포함함.

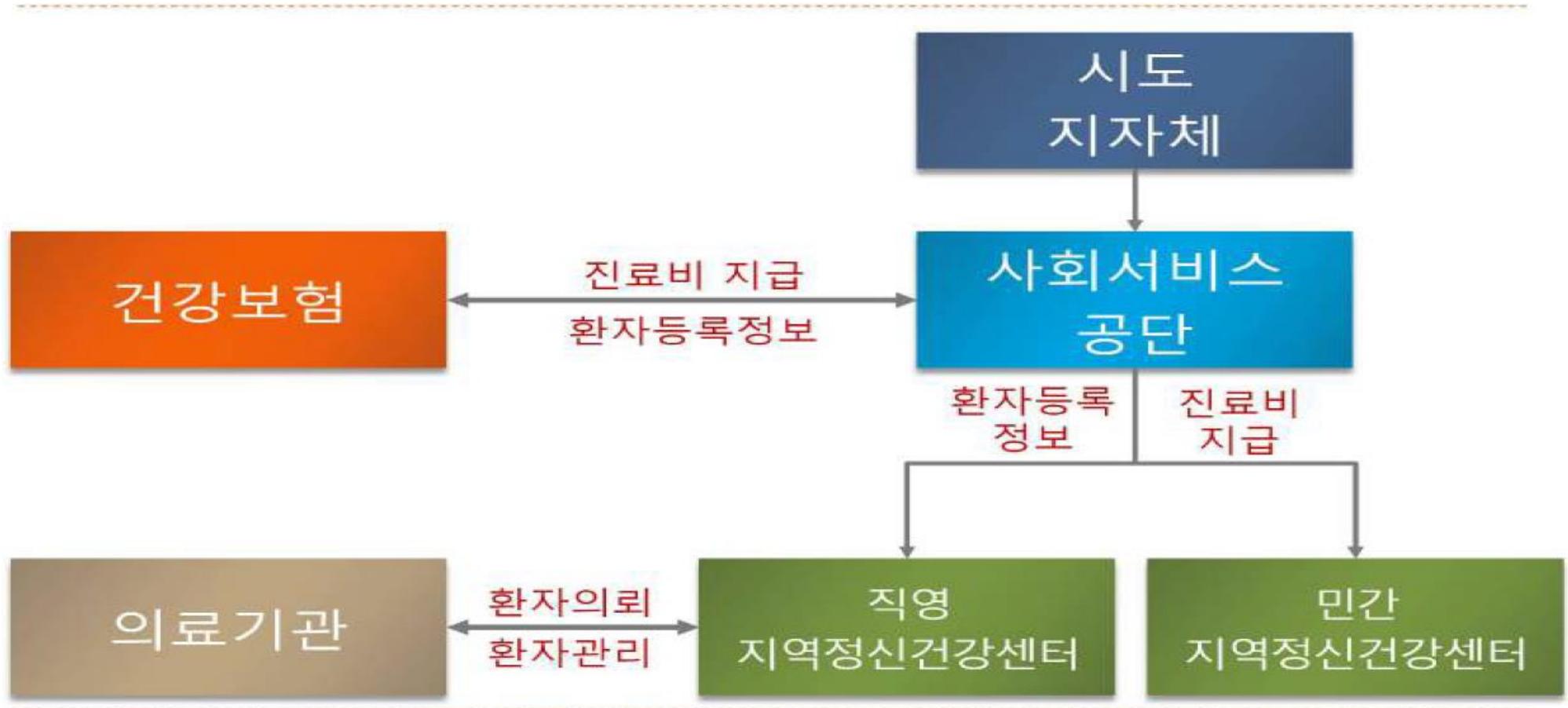
3) 전체 근무인력수는 상근 및 비상근 인력을 포함하되, 자문의, 휴직자는 근무인력에서는 제외하였음.

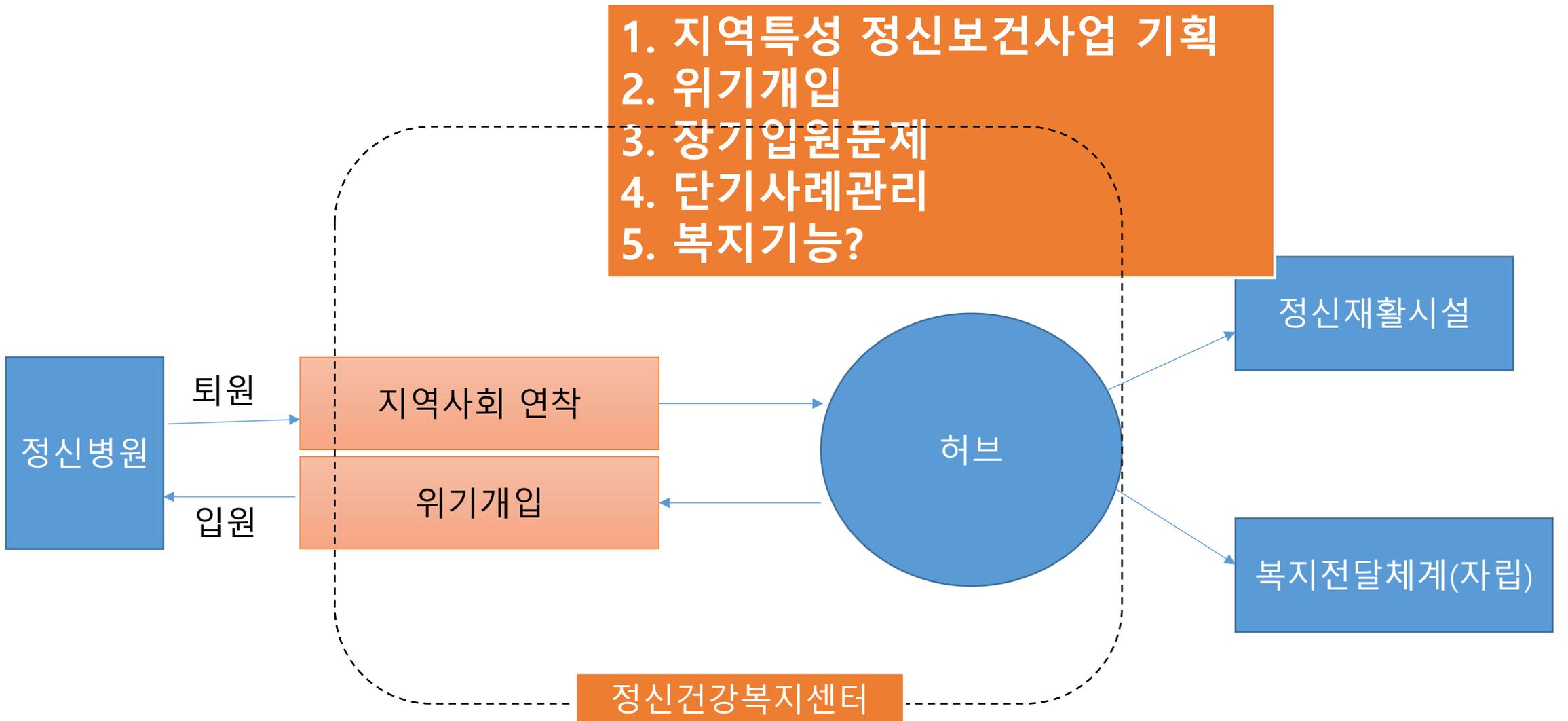
정신건강복지센터의 재정기여모형 강화

- 현재 국민건강증진기금(담배세)로 운영되고 있는 정신건강복지센터 운영비에 대한 비판있음
 - 일반회계로 다뤄야 할 사업을 기금으로 운영하고 있다는 비판
- 장기입원 정신질환자 중 의료급여대상자들에 대한 정신건강복지센터의 사례관리를 강화하는 방안
 - 탈원화에 대한 인센티브를 지급하는 방식
 - G2등급 병원의 경우 약 월 160만원의 의료급여예산 소요됨.
 - 보건복지부 기초의료보장과에 따르면 2015년 기준 30일 이상 장기입원자 중 정신질환자는 '4만6천명'으로 장기입원자 중 20% 수준
 - 이들 중 30%를 사회적 입원으로 본다면 13,800명의 탈원화 촉진가능

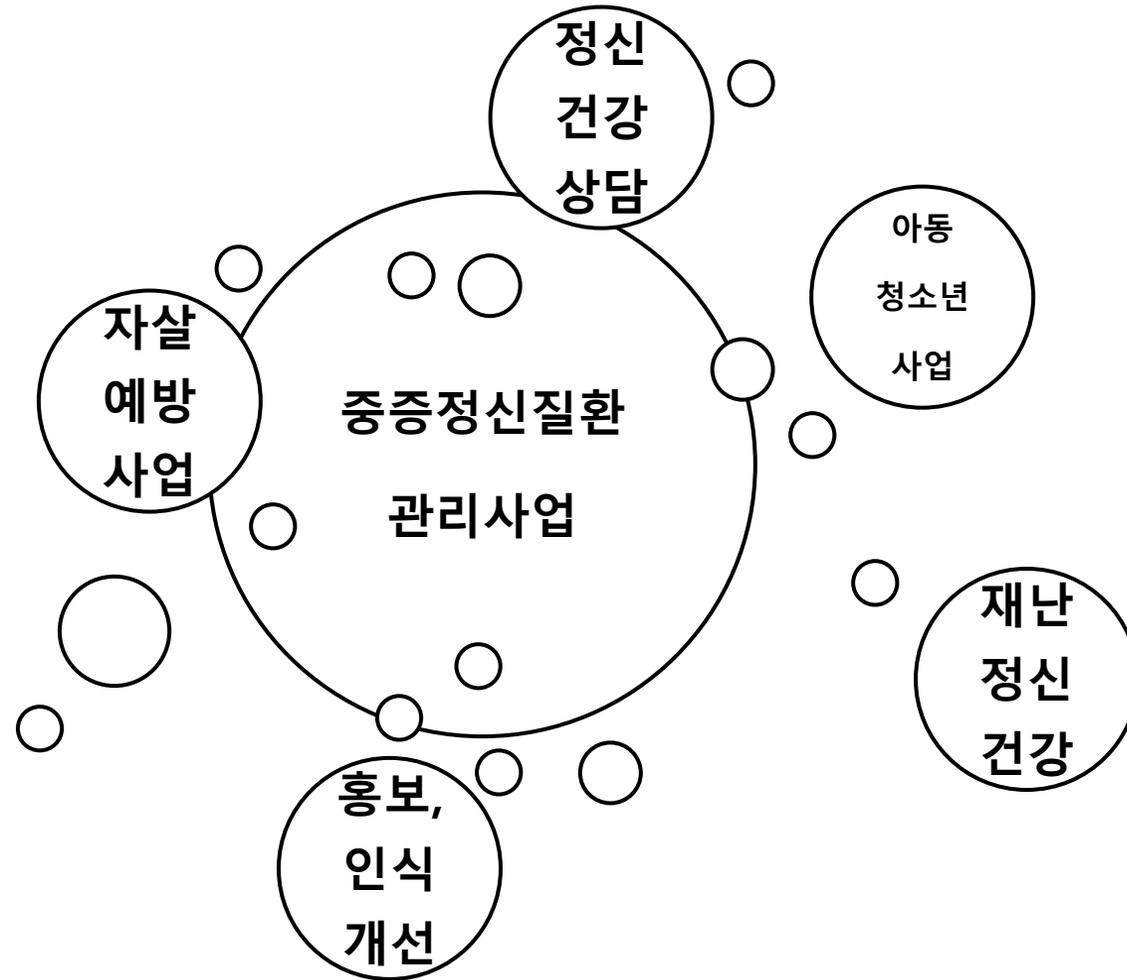
건강보험과 의료급여를 지역정신보건서비스에 적용

(솔루션 미팅 1차, 서울대 김윤교수 제안)





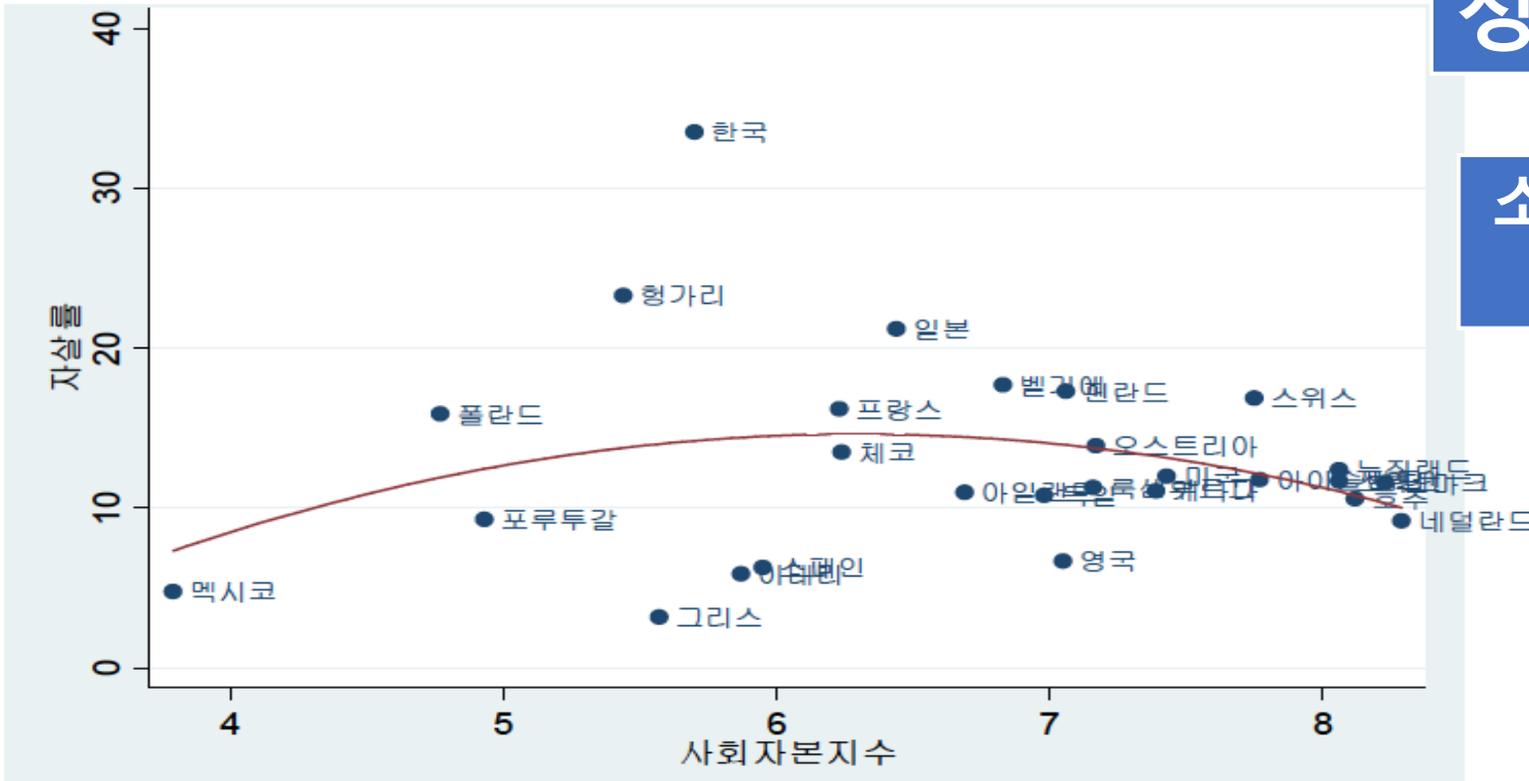
정신건강복지법은 이미 정신건강복지센터의 비중있는 다른 사업에 대한 언급이 없다. 어떻게 일을 해야 하는 것일까?



보건소의 합리적
정신보건 정책기능
을 강화 필요
: 부서신설
: 공무원 배치

사회적 목소리를 내는 정신건강복지센터

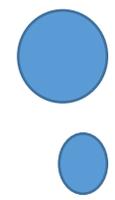
[그림 3-2] OECD 국가의 사회자본과 자살률 (최근년도 기준)



정신과 치료 편견 해소

소득불평등은 자살에 영향을 끼친다

야근자제 캠페인



자료: [그림 3-1] 참조

보건과 복지의 통합

- 정신건강복지센터는 이미 보건과 복지의 통합속에서 업무중
 - 그러나 정부의 행정체계로 인한 통합적 시너지의 한계
 - 접근성을 중시하는 복지시스템 대두
 - 경기도 무한돌봄, 서울의 '찾동'(찾아가는 동주민센터), '행복동'
 - 정신건강복지센터의 더 많은 역할 요구함.
 - 부정적 대안을 찾기도...
 - 장애인복지법 15조의 개정
 - 정신건강복지법의 개정

정신건강복지센터의 과제

- 지역정신보건사업은 국가가 나서야 하는 공공사업이 분명하다.
- 증가하는 정신건강에 대한 수요를 해소하기 위해서는 인력과 예산의 적정화가 최우선 해결 과제이다
- 소비자 중심의 지역성이 강한 사업들을 개발해 나가야 한다. 반면 양적 줄세우기의 평가를 중단해야 하며 정신건강사업을 위한 책임부서 신설과 전담공무원 배치를 통한 중장기플랜을 계획-실행-평가-환류하는 정책적 순순환을 기대한다
- 중증정신질환자 관리를 위한 공적 기능을 강화해야 한다. 정신건강복지센터를 중심으로 입원과 퇴원을 모니터링할 수 있도록 하며 위기개입, 퇴원후 연착륙을 비롯하여 단기집중사례관리, 지역사회 재배치, 장기입원자 사례관리 등 역할수행
- 그러나 여전히 정신건강복지센터내의 자살예방, 홍보, 정신건강상담, 아동청소년정신건강사업 등 국민적 요청이 많은 사업들은 어떻게 하나갈지 정신건강복지법은 말해주지 않고 있다.
- 기존의 민간위탁구조의 불안정성을 버리고 정신건강복지센터 전문가들의 고용문제 해결을 위한 공공법인의 직영화가 절실하다. 또한 인구 1만명당 1명의 정신건강복지센터 인력을 확충해주시길 요청하는 바입니다. 5,200명이 필요하다. 이것은 최소추계이다.
- 정신건강복지센터의 재정기여방식을 고려하여 새로운 재정운영방식을 모색해야 한다.
- 정신건강증진은 정신건강을 넘어 사회적 차원의 접근도 필요하므로 사회적 목소리를 내는 정신건강복지센터
- 보건과 복지의 통합적 접근을 주도하는 정신건강복지센터(제도개선 필요)