

조기 정신증 개입 서비스 공급 특성에 따른 국제 비교 연구*

홍재은** / 윤상용***

이 연구는 8개국 조기 정신증 개입 서비스를 유형화 하고, 유형별 특징을 비교하기 위해 수행되었다. 연구대상 국가를 선정하기 위해 의료보장 체계를 4가지 유형으로 구분하였고, 각 유형에 속한 국가 중 조기 정신증 개입 서비스를 시행하고 있는 8개국 8개 서비스를 선정하였다. 분석을 위해 서비스 접근성과 서비스의 질을 지표로 선정하고, 지표별로 각 4개의 하위요소를 구성하였다. 분석 방법으로는 국가 비교와 유형화 연구에 유용한 것으로 알려진 퍼지셋 이념형 분석을 활용하였다.

연구결과, AQ(보편적 고품질) 모형에는 호주 OYH, 캐나다 PEPP, 영국 LEO가 포함되었고, Aq(보편적 저품질) 모형에는 홍콩EASY, 덴마크 OPUS, 일본E Bosco가 속하는 것으로 나타났다. aQ(선별적 고품질) 모형에는 싱가포르 EPIP와 미국 OASIS가 포함되었다. 조기 정신증 개입 서비스의 국가간 비교 연구는 각국의 조기 정신증 개입 서비스를 이해하는데 기여하고, 국가 차원에서 조기개입 서비스를 시행하려는 국내 정책에 함의를 제공할 것이다.

주제어 _ 조기 정신증 개입 서비스, 서비스 접근성, 서비스의 질, 퍼지셋 이념형 분석

* 이 논문은 홍재은(2017)의 박사학위 논문을 수정·보완한 것임

** 청주대학교 사회복지학과 강사(제 1저자)

*** 충북대학교 아동복지학과 부교수(교신저자)

International Comparative Study on the Characteristics of the Provision of Early Psychosis Intervention

Hong Jae Eun* / Yoon Sang Yong**

The purpose of this study was to explore and stereotype the introduction, progress and current state of early psychosis intervention service of eight country and thereby explain their characteristics and differences by service type. In order to select the research subject country, the medical security system was divided into 4 types. We selected eight services in eight countries that are providing early psychosis intervention services among nations belonging to each category. For measurement, accessibility to service and quality of service were selected as analysis indexes based on related theories, literature and actual service contents. Each index was made up of four sub-elements which were converted to fuzzy scores of belonging.

The study results are follows. First, OYH of Australia, PEPP of Canada, and LEO of the UK turned out to belong to the 'common high-quality model' where both accessibility to service and quality of service were high. Second, EASY of Hong Kong, OPUS of Denmark and Il Bosco of Japan turned out to belong to the 'common low-quality model' where accessibility to service was high but quality of service was low. Third, EPIP of Singapore and OASIS of the US turned out to belong to the 'selective high-quality model' where accessibility to service was low but quality of service was high.

The study results would contribute to understanding early psychosis intervention service of each country based on the comparative research and provide implications for domestic mental health policies related to detection and intervention of early psychosis.

Key words _ Early Psychosis Intervention Service, Accessibility to Service, Quality of Service, Fuzzy Set Ideal Type Analysis

* Lecturer, Department of Social Welfare, Cheongju University (First Author)

** Associate Professor, Department of Child Welfare, Chungbuk National University (Corresponding Author)

I. 서론

2016년 5월, 서울 강남역 10번 출구는 인근 노래방 공용 화장실에서 일면식도 없는 남성에게 살해당한 여성에 대한 추모 열기로 뜨거웠다. 초반 이 사건은 여성 혐오에서 비롯된 것으로 보도되었으나 피의자의 조현병 치료 이력이 밝혀지면서 새로운 국면을 맞았다. 언론은 앞다투어 정신질환에 대한 자극적인 기사를 쏟아냈고, 대한신경정신의학회는 성명서를 통해 선정적인 언론 보도와 경찰의 대응, 조현병 환자에 대한 국민들의 혐오와 비난에 대한 우려를 표명하였다.

국내 만 18세 이상 인구를 대상으로 실시한 2016년 정신질환실태 역학조사 결과에 따르면, 주요 17개 정신질환의 일년 유병율은 11.9%, 정신질환의 평생 유병율은 25.5%로 성인 4명중 1명은 평생 한번 이상 정신건강 문제를 경험하는 것으로 나타났다(홍진표 외, 2017). 관련 법에 따라 5년마다 정신보건 사업과 자살예방 시행 계획이 수립되고 있으나 국내 정신의료기관의 평균 입원일수는 197일로 이탈리아 13.4일, 스페인 18일, 독일 26.9일, 프랑스 35.7일(관계부처 합동, 2016)로 다른 OECD 국가들에 비해 장기 입원율이 높고, 인구 10만명당 자살율은 33.3명(OECD, 2014)으로 OECD 국가 평균 자살율과 비교하여 2배 이상 높으며, 우리 국민 삶의 만족도 지수는 5.8점(OECD 평균 6.6점)으로 34개국 중 27위(OECD, 2015)로 나타났다. 또한 정신보건법 제정 이후 장기 입원 위주의 정신질환자 관리로 인해 정신병상의 수가 3배 이상 증가(신창식·김세원, 2015)한 것으로 나타나 국가정책의 실효성에 대한 의문이 제기된다.

한편 약물의 발달과 1970년대 시작된 탈원화 움직임은 개입의 초점을 병원 중심에서 지역사회로 확대하였고, 예방과 사회통합의 개념이 중요하게 다루어지기 시작했다. 탈원화와 더불어 건강의 위험요인과 질병 예방을 위한 효과적 중재에 대한 이해가 심화되면서 예방이 보건의료체계의 중심에 놓이게 되었고(OECD 대한민국정책센터·건강보험심사평가원, 2011), 이는 조현병 및 기타 정신병적 장애를 보는 시각을 변화시켰다. 특히 1990년대 이후 축적된 임상 연구 자료들은 정신질환의 초기에 특별한 관심을 가지고 적절히 대처한다면, 발병을 늦추거나 장애상태로 살아가는 기간을 단축시키며 회복의 촉진을 통해 예후를 개선할 수 있을 것이라는 기대를 갖게 하였고, 이를 계기로 조기 정신증(early psychosis)에 대한 관심이 증가하였다(서울시정신건강증진센터, 2011). 조기 정신증 개입은 1990년대 중반까지만 해도 크게 주목받지 못했다. 그러나 조기 정신증 개입 서비스가 시행되면서 예방 및 조기개입 전략이 어떠한 인구 집단에 효과적인지 알려지고, 방치시 위험과 개입시 편익을 평가하기 시작하였으며 다양한 임상 전문가, 지역당국, 공공과 민간 부문의 이해관계자, 지역사회 등과도 협력하기 시작하였다(Chalkidou, 2010).

정신증과 관련하여 호주, 영국과 같은 주요 선진국들은 정신질환에 대한 조기개입의 중요성을 인식하고 국가단위의 정책을 수립하여 추진하였다(김민석, 2007). 국내에서는 2004년 서울대학교병원 조기

정신증 클리닉이 개소하였고, 2006년부터 지방정부(서울시) 단위의 관련 예산이 투입되었으며, 현재는 서울대학교병원, 연세대학교 세브란스병원, 서울시정신건강복지센터, 광주북구정신건강복지센터, 부산 해운대백병원 등에서 서비스가 제공되고 있다. 국내 조기 정신증 개입 서비스는 정신건강복지센터나 대학병원 내에서 이루어지는 형태로 외국의 조기 정신증 개입 서비스에 비해 짧은 역사를 가지고 있고, 기관 정신건강사업의 일환으로 시행되는 특징을 보인다.

일부 국가에서 시행되던 조기 정신증 개입 서비스는 점차 확산되어 현재 세계 26개국에서 약 150여개의 관련 서비스가 제공되고 있는데(International Early Psychosis Association, IEPA 웹 사이트), 이 같은 서비스의 확산은 질병 예방과 국가 책임을 중요시하는 정신보건 환경의 변화와 관련 된다. 조기 정신증 개입 서비스가 정신건강서비스에서 차지하는 비중과 역할이 커지고 있음에도 불구하고 조기 정신증을 주제로 한 연구는 매우 제한적으로 수행되었으며, 무엇보다 각국의 조기 정신증 개입 서비스가 어떻게 제공되고 있는지에 대해 체계적인 관점에서 국제 비교를 시도한 연구는 거의 없는 상황이다. 지금까지 발표된 조기 정신증 관련 주요 국내 선행연구를 살펴보면, ‘정신질환 조기개입 정책개발을 위한 기초 연구(홍현숙 외, 2006)’, ‘조기 정신질환의 효과적인 관리방안 연구(이영문 외, 2006)’, ‘정신질환 조기개입에 대한 주요 외국의 현황(김민석, 2007)’, ‘조기 정신증 예방 및 정신사회적 개입 프로그램 개발(안석균, 2008)’ 등이 발표되었다. 2011년 서울시정신건강복지센터에서 초발 정신질환자를 위한 사례관리 매뉴얼을 발간하면서 조기 정신증 개입 성과를 보고하였고, 이후 두 편의 학위논문 ‘청소년의 조기 정신증과 회복 탄력성과의 관계(김소라, 2014)’, ‘조기 정신증 청소년 부모의 치료경험에 대한 내용 분석(김모경, 2015)’이 발표되었다. 정책적 시사점을 제공할 수 있는 연구들은 10년 이상의 공백이 있어 현 국내 상황에 적용하는데 무리가 있고, 최근 발표된 학위논문 두 편은 조기 정신증에 대한 사례연구와 일부 지역을 대상으로 한 연구로 정책적 접근에는 제한점이 있다. 외국의 선행 연구들 또한 조기 정신증 개입 서비스의 필요성을 주장(Castle, 2011; McGorry et al., 2008; McGorry, 2015)하거나 효과성을 검증(Chen et al., 2011; Morris et al., 2009; Sarah, 2010)하는 연구들이 주로 발표되고 있다.

따라서 거시적 관점에서 각국의 조기 정신증 개입 서비스의 공급 특성을 파악하고, 국가 간 공통점과 차이점을 제시할 수 있는 국제 비교 연구의 필요성이 제기된다. 이에 본 연구는 최근 정책 비교 연구에서 많이 활용되고 있는 퍼지셋 이념형 분석 방법을 적용하여 조기 정신증 개입 서비스를 유형화하고, 이들 유형을 비교하여 우리나라의 조기 정신증 개입 서비스의 체계화 및 활성화에 필요한 정책적 시사점을 도출하고자 한다. 구체적으로 본 연구에서는 조기 정신증 개입 서비스를 실시하고 있는 26개 국가 중 의료보장체계 유형을 대표하는 8개국을 선별하여 서비스 접근성과 질을 지표로 국가별 서비스 유형화 작업을 시행하고, 유형별 특징에 대해 알아볼 것이다. 조기 정신증 개입에 대한 국제 비교 연구는 각국의 조기 정신증 개입 서비스를 이해하는데 기여할 것이며, 국가 차원에서 조기개입 서비스를 시행하려는 국내 정책에 함의를 제공할 수 있을 것이다.

II. 이론적 배경

1. 조기 정신증 개입 서비스의 개념

1) 조기 정신증 개입 서비스의 정의

정신증(psychosis)은 심각하지만 치료 가능한 질병이고 지각, 사고, 감정, 믿음, 행동의 변화를 특징으로 한다(Yung et al., 2005). 1990년대 초반부터 정신병의 초기, 즉 질병의 전구기 기간과 첫 발병 정신병(first onset psychosis)의 초기를 포함하는 개념으로 ‘조기 정신증(early psychosis)’이라는 용어를 사용하기 시작하였다(안석균, 2008). Birchwood 외(1998)는 조기 정신증을 정신병으로 확진될 만한 상태는 아니지만 인지와 지각 방식에 변화를 일으키고, 상황에 맞지 않는 말이나 행동을 하는 전구기를 포함하여 정신병적 증상이 확연히 드러난 시점 이후 최대 5년으로 정의하였다. 이 5년을 문헌에서는 결정적 시기(critical period)라고 하는데, 이 시기가 치료적으로 매우 중요한 시기라는 가설에 기반을 두고 있으며 이러한 사실은 조기 정신증 개입의 이론적 근거로 작용한다.

조기 정신증에서 공통적으로 보이는 문제들은 불안, 무기력, 화, 불안정과 같은 신경증적 증상, 우울, 무쾌감증, 죄책감, 자살사고, 기분 변화와 같은 기분 관련 변화이다. 이들은 무감동, 흥미의 상실, 에너지 감소를 경험하고, 주의력이나 집중력 장애, 사고의 차단과 같은 인지 변화를 보이며 비정상적인 지각, 자기 자신이나 자신을 둘러싼 세계가 바뀐 것 같은 약한 수준의 정신적 증상을 보인다. 또한 사회적 위축이나 충동성, 기이한 행동, 공격적이고 파괴적인 행동과 같은 행동의 변화를 호소하기도 한다(Yung et al., 2004). 이러한 특징을 보이는 정신병은 대부분 10대 중후반에서 20대 중반까지 발병하는 것으로 보고되고 있고(Cotton et al., 2016; Kessler et al., 2005; McGorry et al., 2011), 국내 연구에서 안석균(2008) 역시 조기 정신증은 청소년기 및 초기 성인기에 발병할 위험이 높은 정신질환으로 10-35세 사이에 주로 발생한다고 하였다. 이처럼 정신증은 생애 발달과정 중 어느 시기라도 발생할 수 있으나 청소년기 후기에서 성인기 초기 사이에 주로 발생하는 것으로 볼 수 있다.

조기 정신증 개입이 중요한 이유는 치료받지 않은 기간이 길수록 예후가 좋지 않고, 정신병 초기 단계에서의 재발은 이후의 보다 잦은 재발과 만성화 가능성을 높이며 대부분의 정신질환이 10대 후반에서 성인기 초기에 발병하는 점을 고려할 때, 이 시기 잦은 재발은 사회적, 직업적 발달을 방해하여 보다 많은 장애를 초래하기 때문이다. 또한 치료받지 않은 기간이 길수록 결과적으로 개인과 사회는 더 많은 비용을 부담해야 하고, 반복적인 재발로 치료 저항이 일어나며 개인의 중요한 영역에서 장애가 축적되는 것으로 알려져 있다(Swaran et al., 2005).

David 외(2016)는 조기개입을 조기발견 서비스(Early Detection Services, ED)와 조기개입 서비스(Early Intervention Services, EI)로 구분하였다. 이들에 따르면, 조기발견 서비스(ED)는 질병의 전구기(prodromal phase) 또는 고위험군(at high risk)으로 확인된 개인들의 정신증 발생을 지연시키는 특별한 활동을 의미하고, 조기개입 서비스(EI)는 정신증 초발 삽화 기간 동안 치료받지 않은 기간(DUP)을 줄이고, 잠재적으로 질병의 심각성과 충격을 감소시키며, 회복을 증진시키기 위해 특별히 고안된 활동을 의미한다.

몇몇 증거 기반 연구들에서도 전구기 동안 개입하게 되면 정신증으로 이환되는 것을 예방하거나 늦출 수 있다고 보고하고 있는데(McGlashan et al., 2003; Morrison et al., 2004), 특히 Birchwood 외(2013)는 정신증 초발 삽화를 경험하는 사람들에게 2달 안에 조기개입 서비스를 실시한다면 의미있는 회복을 기대할 수 있지만 6달 이상 치료가 지연된다면 회복의 기회는 줄어든다고 하였다.

Tom Ehmann 외(2004)는 조기 정신증 개입(Early Psychosis Intervention)은 적절한 시기와 개입 유형 모두를 강조하는 통합적 접근 방법을 의미하는 것으로 ‘조기’는 ‘정신병적 증상이 시작된 이후 가능한 빨리’, ‘개입’은 ‘포괄적, 집중적, 단계별로 특화되고 개별화된 개입’을 뜻한다고 하였다. 조기 정신증 개입 서비스는 정신과적 문제를 가진 개인에게 지체 없는 사정과 치료를 실시한다. 이 과정에서 조기 정신증 개입 서비스는 생심리사회적 모델을 적용하는데, 이는 질병의 발병과 경과가 다양한 요인에 영향을 받는 것을 전제로 하기 때문이다(Paul and Michelle, 2007). 2014년 개정된 잉글랜드의 국립임상의 학원(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)의 조현병 가이드라인에서도 모든 정신증 초발 삽화를 경험하는 환자에게 조기개입을 시행하도록 하고 있는데 심리, 사회, 직업, 교육적 개입을 통합적으로 최소 3년간 제공하도록 권고하고 있다.

2. 조기 정신증 개입의 효과

1) 증상 개선

조기 정신증 개입은 정신과적 증상을 감소시키고(Bent et al., 2005; Chen et al., 2011; Chong et al., 2004; Payne et al., 2006; Penn et al., 2005), 정신과 입원일수를 단축시킨다(Bertelsen et al., 2008; Nordentoft et al., 2010). 또한 자살 위험을 유의미하게 감소시키고(Harrison et al., 2001; Payne et al., 2006), 사망율을 낮추는 것으로 나타났다(Chen et al., 2011). 정신증 초발 삽화를 경험하는 사람들에게 대한 심리사회적 개입은 대상자의 삶의 질을 향상시키고, 물질 남용, 자해 행동과 입원으로 인한 외상을 줄여 주며(Penn et al., 2005), 조기개입 서비스를 최소한 6개월 이상 받았을 때, 통상적 서비스를 받은 집단에 비해 기능적 개선에 더하여 양성증상과 음성증상 등 전체적인 증상이 효과적

으로 개선되었다(Harvey et al., 2007). 미국의 조기 정신증 개입 서비스 중 하나인 OASIS(Outreach and Support Intervention Service) 클리닉에 참여한 163명을 대상으로 한 치료 1년 후 연구에서도 서비스 이용자의 양성증상과 음성증상이 유의하게 개선되고, 증상과 기능면에서 관해 상태를 보였으며 물질 남용 감소 효과를 보였다(Sarah, 2010).

국내에서는 서울시정신건강복지센터 STEP(Social Treatment for Early Psychosis) 프로그램의 효과성에 대한 연구가 진행된 바 있는데, 참여자의 PANSS(The Positive and Negative Syndrome Scale) 점수가 유의미하게 향상되었다(서울시정신건강증진센터, 2011).

2) 기능 수준 향상

조기 정신증 개입은 대상자의 기능적 측면, 특히 사회적 기능과 직업적 기능을 향상시키는 것으로 알려져 있다. Harrison 외(2001)의 연구에서 심리사회적 교육, 스트레스관리, 사회기술훈련, 컴퓨터와 IT 활용 기술훈련 등을 포함한 조기개입 서비스를 실시한 결과, 참여자들의 기능수준이 향상되었고 실업률이 75.2%에서 52%로 감소하였다. 조기 정신증 개입 서비스는 직업적 결과를 향상시키고(Chong et al., 2004), 조기개입 서비스를 이용한 사람의 직업적 회복률이 그렇지 않은 사람보다 3.53배 높았으며(Major et al., 2010), 조기개입 그룹의 고용기간과 증상 관해 기간이 더 길었다(Chan et al., 2015). 일본 Il Bosco의 효과성 연구에서는 인지재활에 중점을 둔 재활프로그램을 통해 서비스 이용자의 80%가 호전되었고, 이들 중 상당수가 이전에 다니던 직장이나 학교로 돌아간 것으로 나타났다(Mizuno et al., 2012).

3) 비용 효과성

조기 정신증 개입은 증상 개선과 기능수준 향상 뿐 아니라 비용 측면에서 효과적인 것으로 알려져 있다. 정신증 초발 삽화를 경험하는 사람에게 조기개입팀에서 소비하는 1파운드는 결과적으로 18파운드를 절감할 수 있고(London School of Economics and Political Science, 2010), 조기 정신증 개입으로 인한 병상 이용 감소를 통해 매년 4천 4백만 파운드를 절감할 수 있다(Melle et al., 2006). 또한 3년 이상의 기간에서도 통상적 서비스에 소요되는 40,811파운드에 비해 조기개입 서비스로 예상되는 비용은 26,568파운드로 약 35%의 비용 절감을 가져오는 것으로 나타났다. 이 기간 동안 조기개입 서비스가 통상적 서비스에 비해 적은 비용이 드는 이유는 조기개입 서비스로 인해 재입원율이 감소했기 때문이다(O'Shea and Kennelly, 2008). 호주 멜버른의 일반 정신건강 서비스를 받는 대상자와 EPPIC(Early Psychosis Prevention and Intervention Center) 서비스를 받은 대상자를 비교한 연구에서 EPPIC 서비스를 받은 사람들이 몇몇 임상적이고 기능적 영역에서 우수한 결과를 보였으며, 비용면에서도 통상적

인 공공 정신건강 서비스 비용(정신의학적 서비스, 기본적인 건강 케어, 학업, 사회 서비스 등 포함)의 1/3 수준으로 나타났다(Mihaopoulos et al., 2009). Wong 외(2011)는 삶의 질이나 자살과 같은 간접비용을 고려할 때, 조기 정신증 개입 서비스는 통상적인 서비스와 비교하여 비용면에서 효율적인 것으로 보고하였고, Cocchi Angelo 외(2011)도 통상적 서비스 9,871유로, 조기개입 서비스 4,802유로로 비용효과성을 입증하였다. 또한 조기개입은 환자 개인이 부담해야 하는 비용(Hastrup et al., 2013)과 가족이 부담해야 하는 재정적 부담도 감소시키는 것으로 나타났다(Mihalopoulos et al., 2009).

3. 정신보건 서비스의 접근성과 서비스의 질

정신보건 패러다임은 질병모델에서 공중보건모델로, 생의학적모델에서 생심리사회적 모델로 변화하였다. 이러한 패러다임의 변화는 예방차원에서 보다 많은 대상을 포괄하기 시작하였고, 지역내에서 치료와 보호를 제공하면서 접근성이 용이해졌다. 접근방법에 있어서도 의료적, 심리적, 사회적 차원의 통합적 방안이 모색되었고, 이 과정에서 다학제간 팀워크의 중요성이 강조되었다.

OECD는 광범위한 공공서비스를 제공할 책임이 정부에 있고, 이러한 서비스는 접근성, 대응성, 신뢰성/품질의 관점에서 시민들의 기대에 부응해야 한다고 보았다(OECD 대한민국 정책센터, 2015). Kelley와 Hurst(2006)는 보건의료의 질, 접근성, 비용 지출을 보건의료제도 성과의 하위요인으로 보았고, 홍현숙 외(2006)는 조기개입 서비스의 일반적 요소로 정신병에 대한 인식 증가, 서비스의 접근성을 포함한 소비자和服务 제공자의 연결, 최적화된 치료, 지속적인 서비스의 질관리를 포함하였다. 박세경(2014) 또한 서비스 접근성, 지불가능성, 서비스의 질을 사회서비스의 효과성을 결정짓는 필요충족요소로 보았다.

1) 서비스의 접근성

인간의 삶에 있어서 건강은 사회 구성원의 평등과 밀접한 관계가 있기 때문에 보건의료 공급 배분의 평등을 달성하는 것은 현대 국가의 중요한 정책 목표가 된다(장동민·문옥윤, 1996). 접근성 논의에 주목해야 하는 이유는 획일적인 현금 급여의 제공과 달리 개별화된 서비스 대상자의 욕구를 충족시키기 위해 서비스 내용의 개별화, 다양화가 서비스 정책의 주요 가치로 자리 잡아 가고 있기 때문이며, 이용자의 필요와 욕구에 따라 서비스를 선택할 수 있도록 하는 맞춤형 서비스는 접근성이 전제 되어야한다(박세경, 2014).

흔히 '접근성'은 주로 지리적 개념으로 이해되나 그 밖에 다른 내용을 포함하기도 한다. Andersen 외(1983)는 서비스 접근성을 '특정 인구집단이 서비스 전달체계 내로 잠재적 혹은 실제적으로 진입하는 것'이라고 보았고, 잠재적인 서비스 이용가능성을 의미하는 '잠재적 접근성(potential accessibility)'과 서비스 이용과 이용 후의 주관적 만족을 의미하는 '실현된 접근성(realized accessibility)'으로 구분하였다.

김문근(2005)과 배인숙(2010)은 서비스 접근성을 지리적, 경제적, 사회심리적, 조직 및 전달체계적 차원으로 구분하였다. 이처럼 서비스 접근성은 연구 분야, 연구 대상, 연구자에 따라 다르고, 측정 요소도 다양하다. 서비스 접근성에 대해 학문적으로 합의된 개념은 없으나 휴먼서비스 분야에서 접근성이 중요한 지표로 다루어지고 있음을 알 수 있다.

2) 서비스의 질

Shostack(1985)은 서비스와 같이 무형적인 특성이 강할수록 서비스 이용자의 입장에서 질적인 수준을 파악하는 것이 중요하다고 하였고, 임혁(2007)은 정신보건 영역에서 서비스의 질을 ‘클라이언트의 욕구를 충족시키고 클라이언트가 기대하고 있는 바를 성취하는 것을 기본 전제로 하고, 이를 바탕으로 클라이언트가 서비스를 이용하는 과정에서 정신보건서비스에 대해 인지하는 정도에 따라 결정되는 무형의 결정체이며, 클라이언트의 서비스에 대한 만족도로 이어지는 중간 매개물’로 정의하였다.

서비스의 질을 측정하기 위한 지표는 다양하게 구성될 수 있는데, Kelley와 Hurst(2006)는 보건의료 인력과 보건의료 활동이 의료의 질에 영향을 미친다고 하였고, Parasuraman 외(1985)는 서비스 질에 영향을 미치는 주요 요소로 유형성(tangibles), 신뢰성(reliability), 대응성(responsiveness), 보증성(assurance), 감정이입(empathy)을 제시하였다. Grönroos(1984)는 소비자들의 기대된 서비스와 인식된 서비스의 요소가 서비스의 질을 결정한다고 보았고, Lehinен과 Lehinен(1982)은 서비스의 질을 기관의 시설과 관계되는 ‘물리적인 질’, 기관의 이미지와 사업과 관련되는 ‘기관의 질’, 직원과 클라이언트 간의 관계적 측면과 관련되는 ‘상호작용적 질’로 구분하였다.

선행연구에서 살펴본 바와 같이 서비스의 질 역시 연구 목적, 연구자의 학문적 배경이나 연구 분야 등에 따라 개념과 이를 측정하는 요소가 다양하게 구성되며 휴먼서비스 분야에서 서비스의 접근성과 함께 서비스의 질 또한 중요한 지표로 다루어지고 있음을 알 수 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 대상 국가 및 서비스 선정

조기 정신증 개입 서비스 비교 연구에는 각국의 의료 정책을 비롯한 정신보건 환경에 대한 이해와 조기개입 서비스에 대한 상세한 정보가 필요하다. 그러나 국가 비교 연구에서는 자료수집 과정이 쉽지 않

을 뿐만 아니라 자료를 수집했다 하더라도 국가 간 비교 가능한 동일한 기준을 선정하는데 많은 어려움이 따른다.

국제조기정신증협회(International Early Psychosis Association, IEPA)에 따르면, 조기 정신증 개입 서비스를 실시하고 있는 국가는 아르헨티나, 호주, 오스트리아, 브라질, 캐나다, 중국, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 홍콩, 인도, 인도네시아, 아일랜드, 이탈리아, 일본, 한국, 말레이시아, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 싱가포르, 스페인, 스웨덴, 영국, 미국 등 총 26개국이며 서비스 수는 약 150여개에 이른다. 조기 정신증 개입 서비스가 실시되고 있는 나라들 중 아르헨티나, 오스트리아, 브라질, 중국, 핀란드, 프랑스, 독일, 인도, 인도네시아, 아일랜드, 이탈리아, 말레이시아, 네덜란드, 노르웨이, 스페인과 같은 국가 자료는 연구 결과가 빈약하거나 자료 접근에 상당한 어려움이 있어 비교 대상 국가로는 부적합한 것으로 판단된다. 그렇다면 나머지 국가들 중 비교연구 대상 국가를 선정하기 위한 객관적인 틀이 필요한데, 본 연구에서는 의료보장 체계를 토대로 대상 국가를 선별하였다.

의료보장체계는 OECD(1987)와 맹진학(2007)에 의해 이루어진 유형화 작업을 토대로 다음과 같이 4가지로 정리하였다. 첫 번째는 공공서비스 모델로 공공 재정을 바탕으로 한 의료의 높은 탈상품화 수준을 특징으로 하며 덴마크, 영국, 캐나다, 홍콩이 속한다. 두 번째는 사회보험 모델로 공적인 강제 보험료를 통해 기금을 조성하는데 일본과 싱가포르가 여기에 속한다. 세 번째는 사적보험 모델로 의료의 탈상품화 수준이 낮고, 개인이 사보험을 구매하여 의료 서비스를 이용하는 방식으로 미국이 이 모델에 포함된다. 네 번째는 혼합형 모델로 공적 의료보장체계와 사적 의료보장체계를 혼합한 유형이다. 이 모델은 의료서비스에 대한 높은 네트워크와 평등한 접근성을 확보하는 특징이 있는데, 호주가 이 유형에 속한다.

이와 같이 다양한 형태의 의료보장 체계가 반영될 수 있도록 호주, 캐나다, 덴마크, 홍콩, 영국, 일본, 싱가포르, 미국 등 8개국 8개 서비스를 선정하였다.

선별된 국가들에 대한 비교 자료는 OECD와 WHO의 국제 통계 자료, 학술지, 학위 논문, 조기 정신증에 관한 단행본, 웹 사이트, e-mail을 통한 질의 등을 통해 수집하였으며 비교 대상 서비스와 분석자료 내용은 <표 1>과 같다.

〈표 1〉 비교 대상 서비스와 분석자료

의료보장 체계 유형	국가	조기 정신증 개입 서비스 명
혼합형 모델	호주	OYH(Orygen Youth Health)
공공 서비스 모델	캐나다	PEPP(Prevention and Early Intervention Program for Psychoses)
	덴마크	OPUS
	홍콩	EASY(Early Assessment Service for Young People with Psychosis)
	영국	LEO (Lambeth Early Onset Service)
사회보험 모델	일본	Il Bosco
	싱가포르	EPIP(Early Psychosis Intervention Programme)
사적 보험 모델	미국	OASIS(Outreach and Support Intervention Service)

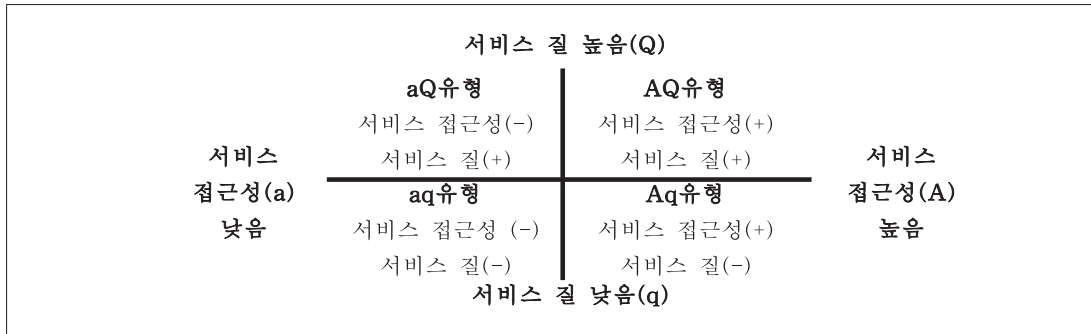
2. 지표 설정과 분석 방법

1) 지표설정

서비스 내용을 측정하기 위해서는 자료 분석을 통해 관련 지표를 도출하는 과정이 필요한데, 여기에는 양질의 자료와 이에 대한 충분한 고찰이 선행되어야 한다. 본 연구에서는 관련 이론과 문헌 및 실질적인 서비스 내용에 대한 검토를 토대로 ‘서비스 접근성(Accessibility)’과 ‘서비스의 질(Quality)’을 도출하였고, 두개의 지표를 조합하면 <그림 1>과 같은 4개의 공간이 만들어 진다.

조합은 AQ, Aq, aQ, aq 4가지 유형으로 나타난다. 첫 번째 AQ 조합은 서비스 접근성과 서비스 질에서 모두 높은 수준을 보이는 유형이고, 두 번째 Aq 조합은 서비스 접근성은 좋으나 서비스 질은 낮은 유형이다. 세 번째 aQ 조합은 서비스 접근성은 낮으나 서비스 질은 높은 특징을 보이는 유형이고, 네 번째 aq 조합은 서비스 접근성과 질이 모두 낮은 유형이다.

<그림 1> 지표에 따른 공간 구축



2) 지표의 하위요소

(1) 서비스 접근성

본 연구는 비교 대상 서비스가 치료모델보다 예방모델에 가까울수록 질병에 대한 국가의 책임성이 강조되고, 서비스 기관이 광범위하게 존재하며, 서비스 이용 조건이 유연하여 서비스 접근성이 높아질 것으로 보았다. 이를 위해 김문근(2005)이 서비스 접근성을 지리적, 경제적, 사회심리적, 조직 및 전달체계적 차원으로 구분한 것을 본 연구의 성격에 맞도록 수정하였다. 본 연구에서는 서비스 접근성을 측정하기 위한 하위요소로 서비스의 재원과 제공지역, 국민의료비 중 본인부담금 비율, 서비스 이용 상한 연령기준, 연령 이외의 서비스 이용 자격 범위를 구성하였다.

(2) 서비스의 질

생심리사회적 모델은 건강과 질병이 생물학적, 심리적, 사회적 요인들의 상호작용 결과라고 가정한다. 따라서 의학적 측면 뿐만 아니라 심리적, 사회적 수준의 접근을 병행한다. 이러한 변화로 서비스 제공자가 다양해지고 서비스 제공 범위도 확대되었는데, 본 연구에서는 이 같은 요인을 서비스의 질 하위 요소에 반영하였다. 즉, 비교 대상 서비스가 생의학적 모델보다 생심리사회적 모델에 가까울수록 변화하는 정신보건 환경에 적절히 대응하고, 서비스 실천의 전문성 강화와 효과적인 서비스 환경을 조성하며 서비스의 질 측면에서도 보다 유연할 것으로 보았다. 본 연구에서는 서비스의 질을 측정하기 위한 하위요소로 서비스 제공 인력의 다양성, 서비스 제공 기간, 직접 서비스(의학적 개입, 심리적 개입, 사회적 개입, 직업적 개입)의 포괄성, 간접 서비스(공공 인식개선, 전문가 교육 및 훈련, 자체 조사 연구)의 포괄성을 구성하였다.

3) 퍼지셋 이념형 분석

퍼지셋 이론은 1965년 Lofti Zadeh에 의해 처음 제안된 이래 Ragin, Kvist 등의 학자들을 중심으로 사회과학에의 적용이 시도되고 있다(최영준, 2009). 본 연구와 같이 한정된 사례에 대한 유형화를 통해 다양성과 변화를 보고자 하는 경우, 퍼지셋 이념형 분석이 유용한데 그 이유는 모호한 집합을 의미하는 퍼지셋 원리를 사용함으로써, 명확하고 배타적인 속성의 존재여부를 기준으로 유형화를 수행하는 기존의 방법론적 한계를 극복할 수 있기 때문이다(김진욱·최영준, 2012).

퍼지셋 이념형 분석은 위계적 군집분석과 K-평균 군집분석과 같은 유형 분류를 위한 다른 방법론과 비교하였을 때, 이론적 친화성과 방법론적 엄밀성 측면에서 뛰어나다(최영준, 2009). 실제 유형화 과정에서 어떤 속성에 속하거나 속하지 않는 경우 외에도 모호한(fuzzy) 속성을 갖는 경우가 많은데, 이와 관련하여 퍼지셋 이념형 분석은 한 사례가 어느 유형에 가깝고 어느 정도 속해 있는지를 보여주며, 동시에 다른 이상형의 속성은 어느 정도 가지고 있는지를 보여주기 때문에 사례에 대한 이해도를 높일 수 있다(Kvist, 1999).

퍼지셋 이념형 분석은 퍼지집합 이론을 바탕으로 부분적인 소속(membership)을 나타냄으로써 이념형(ideal type)에 각각의 사례들이 얼마나 가까운지를 잘 표현해 줄 수 있는데, 이는 유형(kind)과 동시에 정도(degree)에 대한 차이까지 파악할 수 있는 것이 장점이다(엄태영 외, 2014). 또한 퍼지셋 이념형 분석은 기존의 군집분석이 연구자의 자의적인 해석에 의존하는 경향이 높다는 점과 한 사례가 한 이상형에만 속하게 된다는 점을 비판한다. 자의적인 해석을 줄이기 위해 퍼지셋 분석은 특성공간을 이론적으로 먼저 구축한 뒤에 데이터 분석을 통하여 사례의 소속집단에 대입하게 된다. 기존 군집분석이 데이터 분석을 선행한 뒤 이에 대한 결과에 맞추어 특성공간을 만드는 경우와는 대조적이다. 즉 한 사례가 속해

있는 다양한 이념형을 제시함과 동시에 얼마나 속해 있는지에 대한 부분적 점수를 제공하며, 소속 점수의 크기 비교를 통해 최종 소속 이념형에 대한 답을 제공한다(최영준, 2009).

IV. 연구결과

1. 조기 정신증 개입 서비스의 실증 점수 측정

1) 서비스 접근성

서비스 접근성의 하위 요소인 서비스의 재원과 제공지역, 국민의료비 중 본인 부담금 비율, 서비스 이용 연령 상한선, 연령 이외의 서비스 이용 자격 범위에 대한 실증점수를 퍼지 소속 점수로 변환하였다. 이렇게 변환된 4개의 퍼지 소속 점수의 평균을 구해 해당 지표의 최종 퍼지 점수를 산출하였으며 그 결과는 <표 2>와 같다.

<표 2> 서비스 접근성 지표의 퍼지 소속 점수

분석 서비스	서비스 재원과 제공지역		국민의료비 중 본인 부담금 비율		서비스 이용 대상 연령 상한선		연령 이외의 서비스 이용 자격 범위		지표 퍼지 소속 점수
	실증점수	퍼지 소속점수	실증 점수	퍼지 소속점수	실증 점수	퍼지 소속점수	실증 점수	퍼지 소속점수	
호주 OYH	6	0.95	2.5	0.21	1	0.05	7	0.95	0.54
캐나다 PEPP	6	0.95	5.5	0.85	6	0.71	3	0.35	0.72
덴마크 OPUS	6	0.95	5.5	0.85	7	0.88	1	0.05	0.68
홍콩 EASY	6	0.95	1.5	0.10	8	0.95	4	0.61	0.65
일본 II Bosco	5	0.38	5.5	0.85	3	0.18	4	0.61	0.51
싱가포르 EPIP	5	0.38	0.5	0.05	6	0.71	3	0.35	0.37
영국 LEO	6	0.95	6.5	0.95	5	0.48	4	0.61	0.75
미국 OASIS	3	0.05	5.5	0.85	5	0.48	2	0.14	0.38

서비스 접근성을 구성하는 각 하위 요소에 대한 분석 서비스별 퍼지 소속 점수를 살펴보면 다음과 같다.

첫 번째 하위 요소인 서비스 재원과 제공지역에서 호주, 캐나다, 덴마크, 홍콩, 영국이 모두 0.95로 높은 수준의 접근성을 보였다. 이들 국가는 공공 재원을 바탕으로 국가 전역에서 서비스가 제공되는 공통점이 있다. 한편 일본(0.38)과 싱가포르(0.38)는 분기점 이하의 소속 점수를 보였는데, 해당 국가는 공공재원으로 서비스가 제공되나 일부 지역에만 서비스 제공기관이 위치하고 있어 지리적 접근이 어렵다

는 공통점이 있다. 미국(0.05)은 비교 대상 서비스 중 가장 낮은 수준의 접근성을 나타냈다. 이는 공공 재원과 민간 재원이 합쳐진 상태로 서비스가 운영되고, 서비스 기관이 고루 분포되어 있지 않아 타 서비스에 비해 접근성이 낮게 측정된 것으로 보인다.

두 번째 하위 요소인 국민의료비 중 본인 부담금 비율에서는 호주(0.21), 홍콩(0.10), 싱가포르(0.05)를 제외한 모든 국가가 분기점 이상의 소속 점수를 나타내었다. 캐나다(0.85), 덴마크(0.85), 일본(0.85), 영국(0.95), 미국(0.85)이다. OECD 국가에서 공공부문은 보건의료 자원조달의 주요 재원이다. 2013년을 기준으로 OECD 국가에서는 국민의료비의 약 4분의 3을 공공부문 재원으로 조달하였다. 한편 미국은 본인 부담금 비율만 볼 때는 상위 국가들과 차이가 없어 보이지만 공공부문의 부족분을 민간 보험으로 충당하는데, 민간의료보험이 국민의료비에서 차지하는 비율은 약 35%로 높은 수준이다(OECD, 2015).

세 번째 하위 요소인 서비스 이용 연령 상한선에서 분기점 이상의 소속 점수를 보인 서비스는 캐나다(0.71), 덴마크 OPUS(0.88), 홍콩 EASY(0.95), 싱가포르 EPIP(0.71)로 나타났다. 이중 홍콩 EASY는 서비스 이용 상한 연령이 64세로 비교 대상 서비스 중 가장 높은 소속 점수를 보였다. 사업 초기 EASY는 타 서비스처럼 성인이 초기까지를 이용 연령 상한선으로 규정하였으나 서비스에서 소외되는 사람들이 생겨나자 연령을 확대하였다. 현재 홍콩 EASY는 정신질환이 발생할 수 있는 모든 연령을 포괄할 만큼의 연령 기준을 적용하고 있다. 반면 호주(0.05)는 서비스 이용 가능 연령의 범위가 15-25세로 문헌에서 정신증이 주로 발병한다고 알려져 있는(Cotton et al., 2016; Kessler et al., 2005; McGorry et al., 2011) 청소년기 후반부터 성년기 초기까지의 연령을 대상으로 한다.

네 번째 하위 요소인 연령 이외의 서비스 이용 자격 범위에서 분기점 이상의 소속 점수를 보인 서비스는 호주 OYH(0.95), 홍콩 EASY(0.61), 일본 Il Bosco(0.61), 영국 LEO(0.61)로 나타났다. 분기점 이상의 퍼지 소속 점수를 보인 서비스들은 공통적으로 별도의 치료기간이나 진단명을 요구하지 않으며 자체 배제 기준을 두고 있지 않다. 여기에 추가로 호주 OYH(0.95)는 정신건강 문제를 가진 환자(가족)는 물론 돌봄제공자에게도 서비스 이용 자격을 부여하고 있다. 호주의 경우와 반대로 덴마크 OPUS(0.05)의 경우에는 서비스를 이용할 수 있는 질환의 범위, 치료 기간, 주상병을 구체적으로 명시하고 있어 해당요소의 퍼지 소속 점수가 가장 낮게 나타났다.

2) 서비스의 질

서비스의 질 하위 요소인 서비스 제공 인력의 다양성, 서비스 제공 기간, 직접 서비스의 포괄성, 간접 서비스의 포괄성에 대한 실증 점수를 퍼지 소속 점수로 변환하였다. 이렇게 변환된 4개의 퍼지 소속 점수의 평균을 구해 해당 지표의 최종 퍼지 점수를 산출하였으며 그 결과는 <표 3>과 같다.

〈표 3〉 서비스의 질 지표 퍼지 소속 점수

분석 서비스	서비스제공 인력의 다양성		서비스 제공 기간		직접 서비스의 포괄성		간접 서비스의 포괄성		지표 퍼지 소속 점수
	실증점수	퍼지 소속점수	실증 점수	퍼지 소속점수	실증 점수	퍼지 소속점수	실증 점수	퍼지 소속점수	
호주 OYH	5	0.85	2	0.24	4	0.95	3	0.95	0.75
캐나다 PEPP	2	0.14	3	0.62	3	0.65	3	0.95	0.59
덴마크OPUS	4	0.62	2	0.24	2	0.22	1	0.05	0.28
홍콩 EASY	1	0.05	3	0.62	1	0.05	3	0.95	0.42
일본 II Bosco	4	0.62	1	0.05	4	0.95	1	0.05	0.42
싱가포르EPIP	6	0.95	3	0.62	1	0.05	2	0.50	0.53
영국 LEO	4	0.62	2	0.24	3	0.65	3	0.95	0.62
미국 OASIS	3	0.33	5	0.95	4	0.95	1	0.05	0.57

서비스의 질을 구성하는 각 하위 요소에 대한 분석 서비스별 퍼지 소속 점수를 살펴보면 다음과 같다. 첫 번째 하위 요소인 서비스 제공 인력의 다양성에서 호주 OYH(0.85), 덴마크 OPUS(0.62), 일본 II Bosco(0.62), 싱가포르 EPIP(0.95), 영국 LEO(0.62)가 분기점 이상의 퍼지소속 점수를 보였다. 이 중 높은 소속 점수를 보인 호주 OYH(0.85)와 싱가포르 EPIP(0.95)는 의사, 간호사, 사회복지사, 심리사, 작업치료사 외에도 회복자나 회복자 가족에 의해 서비스가 제공되며, 싱가포르 EPIP는 이에 추가로 가족치료사가 서비스 제공인력에 포함되어 있다. 한편 홍콩 EASY(0.05)의 인력 구성은 의사, 간호사, 사회복지사, 심리사로 구성되어 비교 대상 서비스 중 서비스 제공 인력의 다양성 수준이 가장 낮았다.

두 번째 하위 요소인 서비스 제공기간에서는 캐나다 PEPP(0.62), 홍콩 EASY(0.62), 싱가포르 EPIP(0.62), 미국 OASIS(0.95)가 분기점 이상의 퍼지 소속 점수를 보였다. 캐나다 PEPP(0.62), 홍콩 EASY(0.62), 싱가포르 EPIP(0.62)의 서비스 제공기간은 3년이고, 미국 OASIS(0.95)의 서비스 제공 기간은 5년으로 비교 대상 서비스 중 서비스 제공기간이 가장 길었다. 한편 분기점 이하의 소속 점수를 보인 서비스 중 일본 II Bosco(0.05)의 서비스 제공 기간이 1년으로 가장 짧았다.

세 번째 하위 요소인 직접 서비스의 포괄성에서는 호주 OYH(0.95), 캐나다 PEPP(0.65), 일본 II Bosco(0.95), 영국 LEO(0.65), 미국 OASIS(0.95)가 분기점 이상의 퍼지 소속 점수를 나타냈다. 호주 OYH(0.95), 일본 II Bosco(0.95), 미국 OASIS(0.95)의 직접 서비스 범위는 의학적, 심리적, 사회적, 직업적 서비스를 포괄하고 있었고, 개입에 있어 자체 실천 모델을 갖추고 있다. 한편 홍콩 EASY(0.05), 싱가포르 EPIP(0.05)는 의학적, 심리적, 사회적 수준의 서비스를 제공하고 있었다.

네 번째 하위 요소인 간접 서비스의 포괄성에서는 호주 OYH(0.95), 캐나다 PEPP(0.95), 홍콩

EASY(0.95), 영국 LEO(0.95)가 분기점 이상의 퍼지소속 점수를 나타냈다. 본 연구에서는 간접 서비스를 일반 대중을 대상으로 한 공공 인식 개선 사업 및 정신증의 이해를 도모하기 위한 교육, 전문가 교육 및 훈련, 자체 조사 연구로 구분하였는데 호주 OYH(0.95), 캐나다 PEPP(0.95), 홍콩 EASY(0.95), 영국 LEO(0.95)는 3가지 항목을 모두 수행하는 것으로 나타났다. 반면 덴마크 OPUS(0.05), 일본 II Bosco(0.05), 미국 OASIS(0.05)는 간접서비스 중 조사 연구만을 수행하는 것으로 나타났다. 특히 일본 II Bosco(0.05), 미국 OASIS(0.05)는 의과대학에서 운영하는 기관으로 일반인을 대상으로 한 교육이나 대중인식 개선 사업보다는 연구 업무에 사업의 비중을 두고 있었고, 덴마크의 경우에도 국가 차원의 ‘OPUS 프로젝트’ 연구 사업이 진행되고 있어 타 서비스보다 조사 연구의 비중이 높았다.

3. 유형화

퍼지 소속 점수를 바탕으로 퍼지 교집합 기능과 부정의 원리를 이용하여 4개 유형의 퍼지소속 점수를 산출하였다. 최대값을 갖는 유형이 비교 서비스 사례를 가장 잘 반영하는 대표 유형이고, 최대값의 퍼지소속 점수는 그 유형에 속하는 정도가 된다(이동석, 2015; 황인매, 2015). 유형별 소속 점수 및 대표 유형은 <표 4>와 같다.

<표 4> 유형별 소속 점수 및 대표 유형

분석 서비스	AQ유형	Aq유형	aQ유형	aq유형	대표유형
호주 OYH	0.54	0.25	0.46	0.25	AQ유형
캐나다 PEPP	0.59	0.41	0.28	0.28	AQ유형
덴마크 OPUS	0.28	0.68	0.28	0.32	Aq유형
홍콩 EASY	0.42	0.58	0.35	0.35	Aq유형
일본 II Bosco	0.42	0.51	0.42	0.49	Aq유형
싱가포르 EPIP	0.37	0.37	0.53	0.47	aQ유형
영국 LEO	0.62	0.38	0.25	0.25	AQ유형
미국 OASIS	0.38	0.38	0.57	0.43	aQ유형

* 유형구분: 서비스 접근성 높음(A), 서비스 접근성 낮음(a)
서비스의 질 높음(Q), 서비스의 질 낮음(q)

1) 유형별 사례 분포

서비스 접근성 지표와 서비스의 질 지표에 따라 4개의 특성 공간이 구성되었으며 하위 요소의 측정을 통해 분석 대상 서비스들의 소속 유형이 결정되었다.

서비스의 접근성과 서비스의 질이 높은 AQ 유형에는 호주 OYH(0.54), 캐나다 PEPP(0.59), 영국 LEO(0.62)가 속했고, 서비스의 접근성은 좋지만 타 서비스와 비교하여 서비스의 질이 낮은 Aq 유형에는 덴마크 OPUS(0.68), 홍콩 EASY(0.58), 일본 Il Bosco(0.51)가 속했다. 서비스 접근성은 낮지만 서비스의 질은 높은 aQ 유형에는 싱가포르 EPIP(0.53), 미국 OASIS(0.57)가 속했고, 서비스의 접근성과 질이 낮은 aq 유형에는 속하는 국가가 없는 것으로 나타났다.

2) 유형별 소속 점수와 특징

각 유형에 대한 이해를 높이기 위해 서비스 접근성과 서비스의 질 지표에 대한 퍼지 점수를 통해 소속 사례를 설명하였다.

(1) AQ유형 : 보편적 고품질 모형

AQ 유형에 소속되어 있는 호주 OYH, 캐나다 PEPP, 영국 LEO는 비교 대상 서비스중 접근성과 서비스의 질이 높은 특징을 보인다. 따라서 이 유형을 ‘보편적 고품질 모형’으로 명명하였다.

AQ 유형에 속한 서비스는 국가 주도로 이루어지는 공통점이 있으며, 정신보건 정책에 대한 정부의 의지는 다양한 지표에서도 확인된다. 2011년을 기준으로 인구 1,000명당 OECD 국가의 정신병상수 평균은 0.7이었는데 AQ 유형에 속한 호주 0.4, 캐나다 0.4, 영국 0.5로 OECD 평균 병상수 보다 낮았다. 또한 정신보건영역에서 전문화된 인적 자원의 확보 정도는 정신장애인의 전인적인 치료와 재활, 사회통합을 이루기 위한 차원에서 볼 때 중요한 지표가 될 수 있는데(서울시정신보건통계 웹 사이트), 호주의 인구 10만명당 정신과 의사수는 12.71명, 캐나다 12.61명, 영국 17.65명으로 홍콩 4.39명, 일본 10.1명, 싱가포르 2.81명, 미국 7.79명보다 높았다(WHO, 2011). 같은 해 WHO의 인구 10만명당 정신과 의사수 평균은 0.9명이었고, 호주, 캐나다, 영국이 포함되어 있는 High Income 국가의 평균은 6.6명이었다(WHO, 2014). 인구 10만명당 정신보건 간호사 수는 영국 80.7명, 호주 79.7명, 캐나다 64.8명으로 OECD 26개국 평균 49.7명 보다 높았다(OECD, 2013).

서비스 접근성이 타 서비스에 비해 높게 나타난 영국의 경우, 조기 정신증 개입 서비스 이외의 전반적인 정신건강 문제에 대한 접근성 또한 타 국가들에 비해 용이했다. 정신건강에 문제가 있는 사람들이 전자 정보를 이용해 쉽게 서비스에 접근할 수 있으며, 일반의를 통한 정신보건 체계로의 의뢰도 잘 갖추어져 있다. 2014년 WHO 자료를 보면, 영국의 1인당 정신건강 예산은 277.8달러로 영국이 속한 High Income 그룹의 평균 185.6달러보다 높았는데, 데이터를 제공한 국가 중 영국보다 지출이 높은 국가는 330.9달러인 스웨덴 뿐이었다(WHO, 2014).

(2) Aq 유형: 보편적 저품질 모형

Aq 유형에 속한 덴마크 OPUS, 홍콩 EASY, 일본 II Bosco는 타 서비스에 비해 서비스 접근성은 높으나 서비스 질이 낮은 특징을 보인다. 따라서 이 유형을 ‘보편적 저품질 모형’으로 명명하였다.

이 유형에 속한 서비스는 국가 주도로 운영되고 있고, 일본을 제외한 2개국의 조기개입 서비스 기관은 전국에 고루 분포되어 있어 지리적 접근이 용이하다. 서비스 이용 대상 상한 연령은 덴마크 OPUS 45세, 홍콩 EASY 64세로 두 서비스는 비교 대상 서비스들 중 상한 연령이 비교적 높은 편이고, 일본 II Bosco는 서비스 대상 상한 연령은 30세로 낮은 편이지만, 국민의료비 중 본인부담 비율과 연령 이외의 서비스 이용 자격 범위에서 비교적 높은 점수를 보여 접근성이 높게 측정되었다.

홍콩은 전체 건강 예산중 정신건강 예산이 차지하는 비율이 10.3%로 호주 7.64%, 캐나다 7.2%보다 높지만 예산의 77.98%가 정신병원 관련 예산으로 지출되고 있었다. 일본 또한 전체 건강 예산중 정신건강 예산이 차지하는 비율은 4.94%, 이중 76.12%가 정신병원과 관련한 예산으로 이 두 국가는 정신건강 예산중 정신병원 예산이 차지하는 비율이 영국 30.92%, 호주 8.7%와 비교하여 상당히 높은 수준이다. 정신과 입원 기간에 있어서도 홍콩과 일본, 덴마크는 차이를 보였는데 덴마크의 1년 이내 정신과 입원 비율은 90%, 홍콩 62%, 일본 35%였다. 인구 10만명당 정신과 의사수에 있어 덴마크는 14.12명, 일본 10.1명, 홍콩 4.39로 차이를 보였다(WHO, 2011).

덴마크는 일차 진료체계가 잘 정비되어 있고 정신질환 개입에 대한 역할 분담이 국가 건강 사업 전반 걸쳐 있다. 반면 홍콩은 의료보장 체계가 취약하고 전문 인력의 수가 부족하나 서비스 접근성이 용이하고, 같은 유형에 속한 타 서비스에 비해 병명 개선과 같은 간접 서비스의 성과가 두드러진다. 일본은 인구 10만명당 정신과 의사수가 10.1명으로 WHO 평균 0.9명, 일본이 속한 High Income 국가의 평균 6.6명(WHO, 2014) 보다 높았다. 또한 2010년을 기준으로 인구 10만 명당 정신보건 간호사 수 또한 106.1명으로 OECD 26개국 평균 49.7명, 영국 80.7명, 호주 79.7명, 캐나다 64.8명 보다 높았으며(OECD, 2013b), 인구 10만명당 지역사회 주거시설도 1.57로 호주 0.66보다 높았다(WHO, 2011).

(3) aQ 유형: 선별적 고품질 모형

aQ 유형에 속한 싱가포르 EPIP와 미국 OASIS는 타 서비스에 비해 접근성은 낮으나 서비스의 질은 높은 특징을 보인다. 따라서 이 유형을 ‘선별적 고품질 모형’으로 명명하였다.

두 서비스 모두 서비스 제공지역이 고루 분포되지 않아 접근성이 낮고, 연령이외의 서비스 이용 자격 범위 기준이 타 서비스에 비해 까다롭다는 공통점이 있다.

WHO(2011) 자료에 따르면, 싱가포르와 미국은 전체건강 예산 중 정신건강 예산이 차지하는 비율이 각각 4.14%, 6.2%로 비교 대상 서비스 국가인 홍콩 10.3%, 영국 10.82%, 호주 7.64%, 캐나다 7.2% 보

다 정신건강에 투입되는 예산이 적은 것으로 나타났다¹⁾. 또한 인구 10만명당 정신과 의사수는 싱가포르 2.81명, 미국 7.79명으로 호주 12.76명, 캐나다 12.61명, 일본 10.1명, 영국 17.65명에 비해 두 국가가 모두 낮은 수준이었다. 특히 싱가포르의 정신건강 예산중 정신병원 관련 지출 비율은 71.71%로 높은 수준이었고, 싱가포르의 5년 이상 정신과 입원율도 66%로 높게 나타났다. 지역사회 주거시설의 수에서도 비교 대상 국가들과 차이를 보였는데, 인구 10만명당 지역사회 주거시설의 수는 싱가포르 0.27, 미국 0.65였다. 두 국가 모두 영국 67.80, 일본 1.57보다 낮았다.

V. 논의 및 제언

1. 연구결과에 대한 논의

정신건강 패러다임의 전환으로 조기 정신증 개입에 대한 관심이 증가하였고, 26개국에서 약 150여개의 서비스가 운영되고 있는 것으로 나타났다. 조기 정신증 개입 서비스를 시행하는 국가 중 분석 대상 국가를 선정하기 위해 국가별 의료보장체계를 공공서비스 모델, 사회보험 모델, 사적보험 모델, 혼합형 모델로 구분하고 호주, 캐나다, 덴마크, 홍콩, 일본, 싱가포르, 영국, 미국 등 8개국 8개 서비스를 선별해 유형화하였다.

연구 결과와 같이 국가 간 차이가 발생하는 배경에 대해 정신질환을 보는 관점이 개인이 속한 사회의 각기 다른 상황과 역사를 통해 오랜 시간 축적되고 형성된 가치관의 산물이라는 점에서 문화적 맥락의 중요성을 고려해 볼 수 있다. 문화를 중심으로 한 사회 구조 및 시스템과 제도의 다양성은 서로 다른 가치관과 믿음들이 사회적 행위자의 선호를 다르게 형성하였고, 이것이 서로 다른 제도적 설계에 대한 선호를 만들었으며, 그에 따라 사회적 제도들의 구조가 서로 다르게 발전되어 왔음을 설명한다(Lockhart, 2001). 정신질환에 대한 낙인이 크고 수용 위주의 정책을 펴온 동아시아 문화권에 속한 홍콩, 싱가포르, 일본의 경우 건강 예산에서 정신건강 예산이 차지하는 비중이 낮고, 정신과 입원 기간이 길었으며, 정신건강 예산의 70% 이상이 정신병원 관련 예산으로 지원되는 등 탈원화의 움직임이 더디게 진행되고 있

1) 본 연구의 비교 대상 국가가 모두 포함된 WHO의 2011년 결과를 인용하였다. 그러나 WHO의 2014년 자료에 따르면, 미국의 1인당 정신건강 예산은 272.8달러로 미국이 속해 있는 High Income 국가의 평균 185.6달러보다 높았다. 데이터를 제공한 국가중 미국보다 높은 국가는 스웨덴 330.9달러와 영국 277.8달러뿐이었다.

음을 확인할 수 있다. 아시아 문화에서 환자들은 실제로 새로운 삶의 구축을 원하기보다 생의학적인 증상 제거를 중요하게 여기며 회복의 관점을 서구와 다르게 보는 경향이 있다(Subhashini and Anthony, 2015). 서구와 비교하여 아시아 개발도상국에서는 정신질환에 대한 낙인이 광범위하게 자리 잡고 있으며, 정신질환을 가진 사람들은 위협하고 공격적인 대상으로 간주된다(Christoph and Wulf, 2007). 또한 정신질환자의 타인에 대한 위해는 드문 현상임에도 불구하고 사회질서에 큰 가치를 부여하는 국가들에서는 정신과적 증상을 비정상적인 것으로 보고, 이들을 격리시키거나 통제의 개념으로 접근하는 경향이 있다. 정신질환자를 위협한 외부인으로 경계하는 문화에서는 예방과 조기 개입 차원의 정신보건 정책이 뿌리 내리기 어렵다. 분석 대상 국가 중 호주와 영국에서 지역사회 자원 및 재원 확대와 함께 정신질환자 인권과 대중 인식 개선을 위한 강력한 추진력이 있었음을 주목할 필요가 있다.

2. 실천적·정책적 제언

본 연구 결과를 토대로 한국의 조기 정신증 개입 서비스에 대한 실천 및 정책적 제언을 하고자 한다.

첫째, 조기 정신증 정책을 수립하는데 있어 어떠한 문제를 가진 사람들을 대상으로 할 것인지에 대한 충분한 논의가 필요하다. 서비스 별로 대상 범위가 다양하게 규정되어 있는 이유는 조기 징후와 증상의 시작을 규정하기 어렵고, 또 조기 징후가 차후 어떤 질환 및 정신건강문제로 발전할 것인지를 규정하기가 어렵기 때문이다. 그러나 이같은 이유로 조기개입 대상군을 엄격하게 규정하는 것은 조기개입의 의의를 약화시킬 수도 있다(홍현숙 외, 2006). 따라서 개입대상은 조기개입 서비스의 예방적 효과를 극대화하는 차원에서 고려되어야 한다.

둘째, 조기 정신증 개입 서비스의 접근성과 질이 높게 나타난 서비스는 국가 주도의 일관된 정신보건 정책이 꾸준히 운영되어 왔다. 일례로 영국은 “정신적 자원 및 웰빙” 프로젝트를 통해 과학자와 정부 대표로 이루어진 자문 집단을 구성하고 향후 20년간의 정신적 웰빙을 위한 국가적 필요과제를 선정하였다. 이같은 외국의 사례는 초발 정신증 발견 및 조기중재를 시행하겠다고 발표한 우리 정부에 정책적 시사점을 준다.

셋째, 국가적으로 조기 정신증 전담 기관을 확보하는 것이 어렵다면, 기존 정신건강복지센터에 대한 지원을 강화하여 전문적으로 해당 사업을 수행할 수 있도록 지원해야 한다. ‘2018년 정신건강사업 안내’에 따르면, 기초정신건강복지센터는 중증정신질환 조기개입체계를 구축하도록 명시하고 있다. 그러나 기초정신건강복지센터의 사례관리부담은 1인당 약 73명에 이르며 이러한 이유에서 정신건강복지센터의 사례관리는 주로 재활을 위한 지지적 상담과 자원을 연계하는 정도의 개입에 머무르고 있는 것이 현실이다(황성동, 2008). 본 연구에서 파악한 덴마크 조기개입 서비스의 경우 사례관리자와 사례 비율이

1:10이고, 통상적인 서비스를 제공하는 정신건강센터의 경우에도 1:20 혹은 1:30 수준이었다. 국내에서 조기 정신증 개입 서비스를 실시하는 기관들의 서비스 내용이 기본적인 사례관리 수준에 머무르는 것도 이러한 상황과 무관하지 않다.

넷째, 초발 정신질환자 및 조기 정신증 단계에 있는 사람들을 위한 특화된 서비스가 필요하다. 정신질환에 대한 낙인과 의료적 개입이 주를 이루는 국내 상황을 고려하면, 조기 정신증 개입 서비스에 참여하는 것은 실제 정신증으로 발전되지 않더라도 낙인을 발생시킬 소지가 있으며 정신과 약물에 대한 부작용이나 불필요한 의학적 개입으로 인해 향후 치료에 대한 저항이 발생할 우려가 있다. 따라서 초발 정신질환자 및 조기 정신증 단계에 있는 사람들을 위한 다양한 심리사회적 대안이 모색되어야 한다.

3. 후속 연구를 위한 제언

국내외적으로 조기 정신증 개입 서비스에 대한 관심이 증가하고 있는 시점에서 조기 정신증 개입에 대한 국가 비교 연구를 시도한 점은 의미 있는 일이나 본 연구는 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 이러한 제한점이 후속연구에서 보완되기를 바란다.

첫째, 본 연구는 8개국 8개 서비스를 비교 사례로 선정하였다. 일정한 기준을 적용하여 서비스 수준을 측정하는 본 연구 방법의 특성상 많은 사례를 대상에 포함하지 못했다. 또한 한국의 조기 정신증 개입 서비스가 분석에 포함되지 않은 부분에 대한 아쉬움이 큰데, 후속 연구에서는 한국을 포함한 많은 사례들이 조기 정신증 국가 비교 연구에 활용될 수 있길 바란다.

둘째, 어떠한 요인이 조기 정신증 개입 서비스 유형에 영향을 미쳤는지에 대한 실증적인 분석이 필요하다. 각 유형에 영향을 미친 요인을 찾아내는 것은 조기 정신증 서비스에 대한 명확한 시사점을 줄 수 있을 것이다. 이 과정에서 퍼지셋 질적 비교 분석 방법이 활용될 수 있는데 fs/QCA 프로그램을 활용하여 원인 조건과 결과 조건의 인과관계를 규명하고, 더 나아가 원인 조건의 조합이 결과조건과 어떤 인과관계로 나타나는지를 확인할 수 있다(김병민, 2015). 이러한 분석 방법의 활용은 연구 결과의 설명력을 높이고, 조기 정신증사업의 방향성을 명확하게 제시해 줄 수 있을 것이다.

■ 참고문헌 ■

- 관계부처 합동(2016), 『행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책』.
- 김모경(2015), 『조기 정신증 청소년 부모의 치료경험에 대한 내용분석』, 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 김문근(2005), 『정신장애인의 사회복귀시설 접근성과 이용에 관한 연구』, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 김민석(2007), “정신질환 조기개입에 대한 주요 외국의 현황”, 『정신건강정책포럼』, 40-60.
- 김병민(2015), 『지방정부 사회복지 예산에 영향을 미치는 요인: 서울시 25개 기초자치단체에 대한 퍼지셋 분석』, 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 김소라(2014), 『청소년의 조기 정신증과 회복탄력성과의 관계: 전북지역을 중심으로』, 전주대학교 대학원 석사학위논문.
- 김진욱·최영준(2012), “일-가족 시간분배에 따른 가구 유형과 변화: 퍼지셋 이상형 분석의 적용”, 『한국 사회복지학』, 64(2), 31-54.
- 맹진학(2007), 『의료보장체계의 정책체계 유형화 연구: OECD 15개국 복지국가위기 이후 변화 양상을 중심으로』, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 박세경(2014), “사회서비스 수요·공급의 지역간 격차와 접근성 이슈에 관한 탐색적 접근”, 『보건복지포럼』, 10, 65-82.
- 배인숙(2010), 『의료급여대상자의 병원 접근성이 심리적 만족감에 미치는 영향』, 경남대학교 대학원 석사학위논문.
- 서울시정신건강증진센터(2011), 『회복을 위해 한걸음 더. 초발 환자를 위한 사례관리매뉴얼 Two Step』.
- 신창식·김세원(2015), “호주의 국가정신보건전략을 통한 정신보건개혁과 융복합 정책적 함의”, 『디지털 융복합연구』, 13(6), 341-350.
- 안석균(2008), “조기 정신증의 예방 및 정신사회적 개입 프로그램의 개발”, 『정신건강정책포럼』, 206-222.
- 엄태영·주은아·이주하(2014), “퍼지셋 이념형분석을 통한 자활사업 유형화 및 자활사업 성과와의 관계”, 『현대사회와 행정』, 24(1), 145-168.
- OECD 대한민국 정책센터·건강보험 심사평가원(2011), 『OECD 보건의료의 가치증진 질 측정』.
- OECD 대한민국 정책센터(2015), 『OECD 한눈에 보는 정부 2015』.
- 이동석(2015), 『사회서비스 현금지급제도의 유형에 관한 국가비교연구: 퍼지셋 이상형 분석의 적용』, 성공회대학교 대학원 박사학위논문.

- 이영문·신유미·김청웅·안병은·김경아(2006), 『조기정신질환의 효과적인 관리방안연구, 정책보고서 06-12』.
- 임혁(2007), 『정신보건사회복지서비스 질의 결정요인에 관한 연구』, 부산대학교대학원, 박사학위논문.
- 장동민·문옥윤(1996), “의료서비스에 대한 접근성의 형평 분석”, 『보건행정학회지』, 6(1), 110-143.
- 최영준(2009), “사회과학에서 퍼지셋 활용의 모색: 퍼지셋 이념형분석과 결합요인 분석을 중심으로”, 『정부학연구』, 15(3), 307-336.
- 홍진표·이동우·함봉진·이소희·성수정·윤탁·하태현·손상준·손정우·유제춘·김정란·박종익· 김성환·조성진·정영철·김문두·장성만·김병수·안준호·김봉조·윤진상·신일선·전홍진·김선웅(2017). 『2016년도 정신질환실태조사 최종보고서』.
- 홍현숙·송진희·김진학(2006), 『정신질환 조기개입 정책개발을 위한 기초연구, 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 연구보고서』.
- 황성동(2008), “정신보건사례관리의 실천 현황 및 실천모형 개발에 대한 연구지역사회정신보건센터를 중심으로”, 『정신보건과 사회사업』, 30, 30-54.
- 황인매(2015), 『장기요양서비스 품질관리제도의 다양한 모습과 영향요인: 퍼지셋 이상형 분석을 통한 14개국 비교』, 성공회대학교 대학원 박사학위논문.
- Andersen, R, M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G, Y and Bell, R(1983), “Exploring Dimensions of Access to Medical care”, *Health service Research*, 18(1), 49-74.
- Bent Rosenbaum, Kristian Valbak, Susanne Harder, Per Knudsen, Anne Kster, Matilde Lajer, Anne Lindhardt, Gerda Winther, Lone Petersen, Per Jrgensen, Merete Nordentoft, and Anne Helms Andeeasen(2005), “The Danish National Schizophrenia Project: prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis”, *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 394-399.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschlaeger, J., le Quach, P and Nordentoft, M(2008), “Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial”, *Archives Of General Psychiatry*, 65(7), 762 -771.
- Birchwood, M., Todd, P and Jackson, C(1998), “Early intervention in psychoses. The critical period hypothesis”, *The British Journal of Psychiatry, Supplement*, 172(33), 53-59.
- Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., Fowler, D.,

- Lewis, S., Jones, P., Amos, T., Everard, L., and Singh, SP(2013), “Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services”, *British Journal of Psychiatry*, 203(1), 58–64.
- Castle, D. J(2011), “Should early psychosis intervention be the focus for mental health services?”, *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(6), 398–400.
- Chalkidou, K(2010), “The (Possible) Impact of Comparative Effectiveness Research on Pharmaceutical Industry Decision Making”, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 87(3), 264–266.
- Chan SKW, EYH Eric Chen, JTM Tang, CPY Chiu, DWS Chung, S Tso, SF Hung, KC Yip, ELW Dunn(2015), “Early intervention versus standard care for psychosis in Hong Kong: a 10 year study”, *Hong Kong Med J*, 21(2), 19–22.
- Chen, E. Y., Tang, J. Y., Hui, C. L., Chiu, C. P., Lam, M. M., Law, C. W., Yew, C. W., Wong, G. H., Chung, D. W and Tso, S(2011), “Three-year outcome of phase-specific early intervention for first episode psychosis: A cohort study in Hong Kong experience”, *Early Intervention in Psychiatry*, 4(4), 270–274.
- Chong, S. A., Lee, C., Bird, L and Verma(2004), “A risk reduction approach for schizophrenia: the Early Psychosis Intervention Programme”, *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 33(5), 630–635.
- Christoph Lauber and Wulf Rösler(2007), “Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia”, *International Review of Psychiatry*, 19(2), 157–178.
- Cocchi Angelo, Mapeli Vittorio, Meneghelli Anna and Preti Antonio(2011), “Cost-effectiveness of treating first-episode psychosis: five-year follow-up results from an Italian early intervention programme”, *Early Intervention in Psychiatry*, 5(3), 203–211.
- Cotton, S. M., Filia, K. M., Ratheesh, A., Pennell, K., Goldstone, S., McGorry, P. D(2016), “Early psychosis research at Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health”, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 1–13.
- David McDaid, A-La Park, Valentina Iemmi, Bayo Adelaja and Martin Knapp(2016), Growth in the use of early intervention for psychosis services: An opportunity to promote recovery amid concerns on health care sustainability, The Personal Social Service Research Unit(PSSRU), London School of Economics and Political Science.

- Grönroos, C(1984), “A service quality model and its marketing implications”, *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44.
- Harvey, P. O., Lepage, M and Malla, A(2007), “Benefits of enriched intervention compared with standard care for patients with recent-onset psychosis: a metaanalytic approach”, *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(7), 464–472.
- Harrison G, Hopper K and Crig T(2001), “Recovery from Psychotic Illness: a 15 and 25 year International Follow up study”, *Br J Psychiatry*, 178(6), 506–517.
- Hastrup, L. H., Kronborg, C., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Jorgensen, P., Petersen, L and Nordentoft, M(2013), “Cost-effectiveness of early Intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study)”, *Br J Psychiatry*, 202(1), 35–41.
- Kelley, E and J. Hurst(2006), Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework, OECD Health Working Paper, 23, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/440134737301>.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O and Jin, R(2005), “Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *JAMA Psychiatry*, 62(6), 593–602
- Kivist, J(1999), “Welfare reform in the Nordic countries in the 1990s: Using fuzzy set theory assess conformity to ideal types”, *Journal of European Social Policy*, 9(3), 231–252.
- Lehtinen, U and Lehtinen, J. R(1982), Service quality: a study of quality dimensions, Service Management Institute.
- Lockhart, C(2001), *Protecting the Elderly: How Culture Shapes Social Policy*, Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- London School of Economics and Political Science(2010). Promotion, prevention and early intervention dramatically cut the costs of mental ill health, says government-sponsored research report, Retrieved 24 Aug 2016.
- Major BS, Hamilton MF and Flint A(2010), “Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis: a naturalistic prospective cohort study”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 1–8.
- McGlashan, T. H., Zipursky, R. B., Perkins, D., Addington, J., Miller, T. J., Woods, S. W., and Breier, A(2003), “The PRIME North America randomized double-blind clinical trial

- of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. Study rationale and design”, *Schizophr Res*, 61(1), 7–18.
- McGorry, P. D., Killackey, E and Yung, A(2008), “Early Intervention in Psychosis: Concepts, evidence and future directions”, *World Psychiatry*, 7(3), 148–156.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S and Amminger, P(2011), “Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for prevention strategies and models of care”, *Curr Opin Psychiatry*, 24(4), 301–306.
- McGorry, P. D(2015), “Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue”, *J Nerv Ment Dis*, 203, 310–318.
- Melle, I., Johannesen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., and McGlashan, T(2006), “Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior”, *Am J Psychiatry*, 163(5), 800–804.
- Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S and McGorry, P(2009), “Is early intervention in psychosis cost-effective over the long time?”, *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 909–918.
- Mizuno, M., Takahiro Nemoto, Naohisa Tsujino, Tomoyuki Funatogawa, Kiyooki and Takeshi(2012), “Early psychosis in Asia: Insight from Japan”, *Asian Journal of Psychiatry*, 5, 93–97.
- Morris, A., Nixon, M. K., Keyes, R and Ashmore, D(2009), “Early psychosis intervention service for children and youth: a retrospective chart review of the first four years”, *Early Intervention in Psychiatry*, 3(2), 99–107.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J and Bentall, R. P(2004), “Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial”, *Br J Psychiatry*, 185, 291–297.
- Nordentoft, M., Øhlenschlaeger, J., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P and Bertelsen, M(2010), “Deinstitutionalization revisited: a 5-year follow-up of a Randomized clinical trial of hospital-based rehabilitation versus specialized assertive intervention (OPUS) versus standard treatment for patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders”, *Psychological Medicine*, 40(10), 1619–1626.
- OECD(1987), *Financing and Delivering Healthcare A Comparative Analysis of OECD Countries*, OECD: Paris.

- OECD(2013), OECD Health Statics, 2013, OECD Publishing, Paris,
<http://dx.doi.org/10.1787/888932916933>.
- OECD(2014), Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en.
- OECD(2015), How's life? 2015: Measuring well-being, OECD Publishing, Paris.
- O'Shea, E and Kennelly, B(2008), The economics of Mental Health Care in Ireland, chapter, 41.
- Parasuraman, A., Zeithmal, V. A., and Berry, L(1985), "Problems and Strategies in Service Marketing", *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Paul Tiffin and Michelle Morrison(2007), "An Early Intervention in Psychosis(EPI) Service for Adolescents: The application of Psycho Therapeutic Principles", *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(4), 267-283.
- Payne, J., Malla A and Norman, R(2006), "Status of first episode psychosis patients presenting for routine care in a define catchment area", *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 42-47.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T and Liberman, J. A(2005), "Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update", *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220-2232.
- Sarah, R. Uzenoff(2010), Evaluation of a Multi-element Treatment Center for Early Psychosis: Predictors of Functional Outcome at 1 Year, A dissertation submitted to the faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in the Department of Psychology. UMI Number: 3464943.
- Shostack, G(1985), "Planning the service encounter", in *The Service encounter*(Czepiel, J., Solomon, M and Suprenant, C. ed). NY: Lexington Books, 243-254.
- Subhashini Gopal and Anthony R. Henderson(2015), "Trans-Cultural Study of Recovery from Severe Enduring Mental Illness in Chennai, India and Perth, Western Australia", *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2(1), 51-57.
- Swaran, P., Singh, Helen, L and Fisher(2005), "Early Intervention in Psychosis: Obstacles and Opportunities Advances in Psychiatric Treatment", *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(1), 71-78.
- Tom Ehmann, W. G. Honer and Bill MacEwan(2004), Best Care in Early Psychosis Intervention:

Global Perspectives, Taylor and Francis, Retrieved 10 July 2016.

WHO(2011), Mental Health Atlas 2011, Geneva.

WHO(2014), Mental Health Atlas 2014 country profiles.

Wong, K. K., Chan, S. K., Lam, M. M., Hui, C. L., Hung, S. F., Tay, M., Lee, K. H and Eric Chen, E. Y(2011), “Cost effectiveness of an early assessment service for young people with early psychosis in Hong Kong”, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 673–680.

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P and McGorry, P. D(2004), “Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features”, *Schizophr Res*, 67(2–3), 131–142.

Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Philips, L. J., Kelly, D., Dell'olio M., Francey S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K and Buckby, J(2005), “Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states”, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11–12), 964–971.

〈웹 사이트〉

<http://iepa.org.au/by-country> 국제조기정신증협회

<https://www.seoulmentalhealth.kr/index.jsp> 서울시 정신보건 통계

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations> 영국 보건기구 NICE

원 고 접 수 일 | 2018년 6월 30일

심 사 완 료 일 | 2018년 8월 6일

최종원고채택일 | 2018년 8월 8일

홍재은 pshmj@naver.com

2017년 충북대학교 아동복지학과에서 문학박사 학위를 받았고, 현재 청주대학교 사회복지학과에 출강하고 있다. 주요 관심분야는 정신보건 정책, 사회복지 실천, 공공의료이다. 논문으로는 “국민기초생활보장 수급자의 음주유형 영향 요인에 관한 연구”(2016), “정신장애가 사회적 배제에 미치는 영향에 관한 연구: 타 장애와의 비교를 중심으로”(2016)가 있고, 단행본 「정신건강사회복지론(2017, 동문사)」을 공저하였다.

윤상용 syoon@chungbuk.ac.kr

2009년 서울대학교 사회복지학과에서 사회복지학박사 학위를 받았고, 현재 충북대학교 아동복지학과 부교수로 재직하고 있다. 주요 관심분야는 장애인복지, 복지국가, 사회복지전달체계이다. 주요 논문으로는 “장애인 거주시설 이용적격성 심사도구 평가 영역과 항목, 시설배치 방안에 관한 탐색적 연구”(2016), “정신장애가 사회적 배제에 미치는 영향에 관한 연구: 타 장애와의 비교를 중심으로”(2016) 등이 있고, 단행본 「장애인복지론(2016, 신정)」을 공저하였다.