



경기도정신건강복지센터



수신처 수신처 참조
(참 조)

제 목 경기도 정신질환자 독립주거 지원 대상자 모집 안내 [평택]

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.

2. 경기도정신건강복지센터는 도 내 중증정신질환자 중 불안정주거자의 탈원화 및 지역사회 복귀를 위하여 독립주거 지원 대상자를 모집하오니 참고하시기 바랍니다.
 - 가. 사 업 명 : 경기도 정신질환자 독립주거지원 사업 [평택]
 - 나. 대 상 : 도 내 정신건강복지센터, 정신재활시설(주간재활시설) 등록자
 - 다. 내 용 : 주거 지원 1곳 [평택시 합정동]
※자세한 주택 현황은 붙임 참고
 - 라. 신청기간 : 2022년 6월 30일(목) 18:00까지
 - 마. 신청서류 : 붙임서류 2,3,4,5 / 정신의료기관 진단서(또는 소견서)
 - 바. 신청방법 : 첨부된 서식 작성 후 이메일(gpmhc@hanmail.net) 회신
 - 사. 문 의 : 지역연계팀 이혜림 031-212-0435 (내선6410)

- 붙임
1. 경기도 정신질환자 독립주거 지원 안내 1부
 2. 독립주거 지원 서비스 신청서 1부
 3. 독립주거 지원 서비스 의뢰서 1부
 4. BPRS 1부
 5. GAF 1부. 끝.

경기도정신건강복지센터



수신처 : 경기도 31개 시군 정신건강복지센터, 정신재활시설

담당 이해림	팀장 정미연	부센터장 윤미경	센터장 이명수
시행: 경기정신건강22-309(2022.06.07.)		접수:	
우 16316 경기도 수원시 장안구 수성로 245번길 69		전화: (031)212-0435	전송: (031)212-0442
(정자동) 경기도 의료원 2층		(내선6410)	
홈페이지 http://www.mentalhealth.or.kr		전자우편 gpmhc@hanmail.net	



경기도 정신질환자 독립주거 지원 안내



정신의료기관 또는 시설에 입원·입소 중이거나 고시원, 열악한 주거 등 불안정 주거 환경에서 생활하고 있는 중증정신질환자 중 스스로 약물관리, 일상생활관리 등 독립 생활이 가능한 경우 지역사회에서 안정적으로 생활할 수 있도록 주거를 지원합니다.

□ 개 요

• 지원대상 : 도 내 정신건강복지센터, 정신재활시설 등록자

• 지원내용 : **주거 지원 1곳 [평택시 합정동]**
*구체적인 정보 주택현황 참고

• 신청기간 : 2022년 6월 30일(목) 18:00 까지

독립주거 지원 서비스 신청서[붙임2] (대상자 직접 수기 작성),
독립주거 지원 서비스 의뢰서[붙임3] (사례관리자 작성),
• 신청서류 : BPRS[붙임4] (사례관리자 작성),
GAF[붙임5] (사례관리자 작성),
정신건강의학과 병의원 진단서(또는 소견서) (별도 서식 없음)

• 신청방법 : 첨부된 서식 작성 후 이메일(gpmhc@hanmail.net) 회신

• 문 의 : 지역연계팀 이혜림 031-212-0435 (내선6410)

※ 주택 현황

소재지	면적 / 형태 / 층	옵션	옵션	월 임대료
평택시 합정동	24.25㎡(7.3평)	원룸 / 3층	세탁기, 에어컨, 가스레인지	78,480원

□ 대상 자격

- [필수] 경기도민
- [필수] 정신건강의학과 치료 유지 중인 자로 자립에 대한 욕구가 있는 자
- [필수] [정신건강복지센터 또는 정신재활시설\(주간재활시설\) 등록자](#)
- [필수] 타인의 도움 없이 독립생활이 가능한 자
- [필수] 「입주 조건」에 동의한 자
- 병원 또는 요양시설에서 퇴원 예정이나 주거가 없는 자
- 안정적인 주거지가 없어 고시원, 쉼터, 보호센터 등에서 생활하고 있는 자
- 입소시설, 생활시설, 공동생활가정 등 주거제공시설 입소 중이나 독립생활에 준비가 된 자
- 본인 또는 가족 소유의 주거가 있으나 환경이 매우 열악한 곳에서 생활하고 있는 자
- 동거인(가족 등)과 분리가 필요하나 주거 마련이 어려운 자

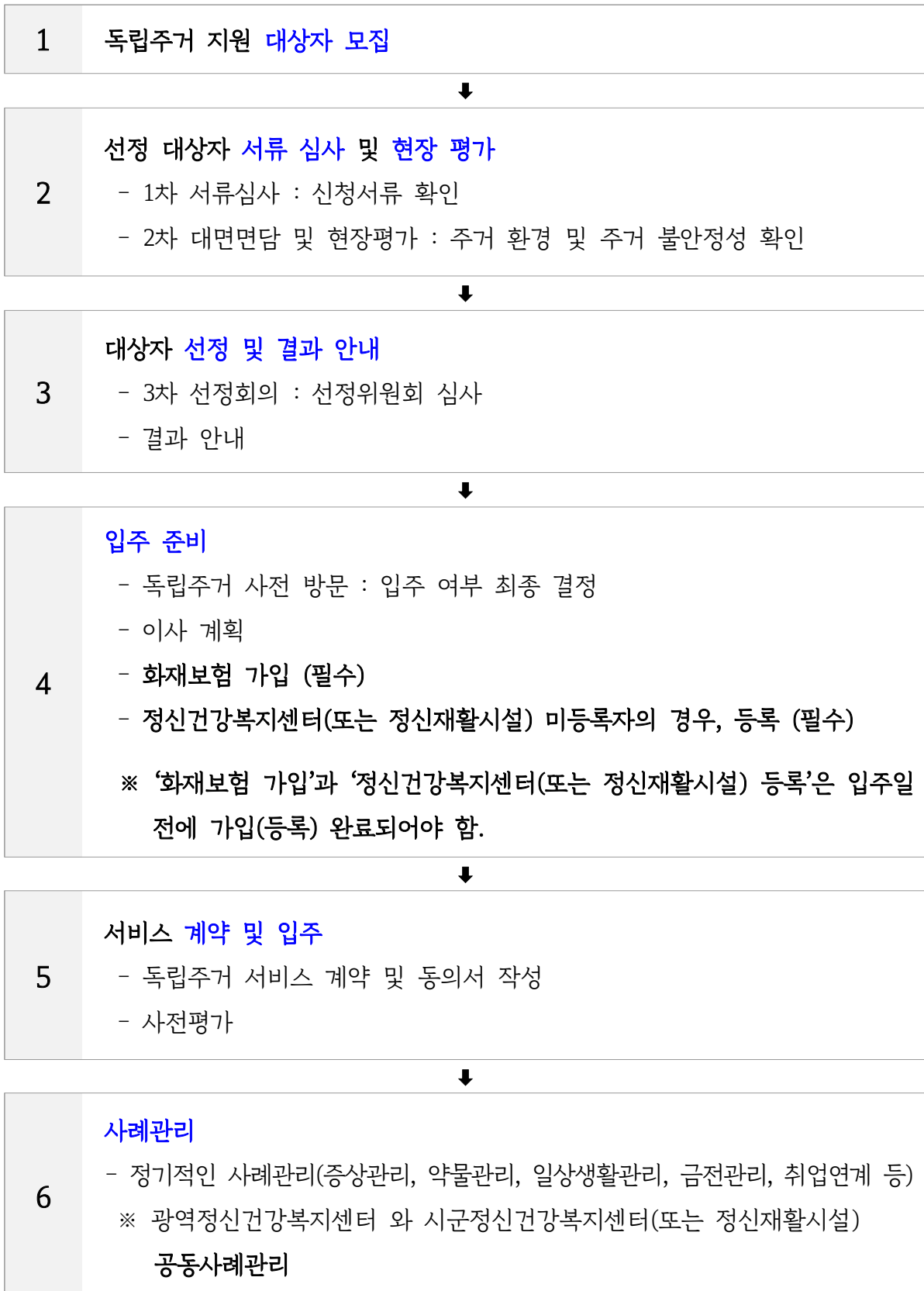
□ 입주 조건

대 상 자	1) 정기적인 사례관리(가정방문, 전화관리 등) 서비스 동의 2) 규칙적인 약물복용 및 치료 유지 3) 월 임대료, 관리비(전기, 수도, 난방 등 개인사용분) 본인 부담 ※보증금 경기도 지원 4) 화재보험 가입(월 1~2만원 / 개별 가입, 보험료 본인 부담)
사 례 관 리 자	1) 정기적인 사례관리(증상관리, 약물관리, 일상생활관리, 금전관리, 취업연계 등) *월1회 이상 가정방문, 전화관리 2) 경기도정신건강복지센터와 공동 사례관리를 위해 사례관리 진행 사항 상호 공유 3) 「통합사례회의」 참석 등 경기도정신건강복지센터와 협력 관계 유지

□ 입주 기간

- 주거지원 기간은 1~2년으로 하며, 기간 종료 후 연장 가능 *최초 계약은 1년

□ 독립주거 지원 진행절차



붙임 2.

독립주거 지원 서비스 신청서 (신청자용)

서비스 신청자

성명		주민등록번호	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> *****
주소	경기도		
연락처		장애등록	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무
진단명		현 치료병원	
급여종류	<input type="checkbox"/> 생계 <input type="checkbox"/> 주거 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 무	의료급여	<input type="checkbox"/> 보험 <input type="checkbox"/> 1종 <input type="checkbox"/> 2종
자기소개 (본인소개, 장단점, 독립생활 경험 등)			

지원동기 (서비스 신청 이유, 포부 등)

기타 (가족관계, 전달사항 등)

주거 상황

현 주거 형태	<input type="checkbox"/> 가족과 거주	<input type="checkbox"/> 병원·요양시설	<input type="checkbox"/> 정신재활시설
	<input type="checkbox"/> 고시원·여인숙	<input type="checkbox"/> 노숙	<input type="checkbox"/> 기타 ()

취업 상황 및 계획

현 직장		근무기간	
월 급여	_____ 만원	4대 보험	<input type="checkbox"/> 건강 <input type="checkbox"/> 연금 <input type="checkbox"/> 산재 <input type="checkbox"/> 고용
과거 직업력	_____ 근무기간	_____ 직종 (업무 내용)	
	~		
	~		
취업 계획	* 현 직장이 없는 경우		

재정 상황 및 계획

월 수입	_____ 만원	월 지출	_____ 만원
채무 현황	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (_____ 만원, 사유:)		
현 저축 금액	_____ 만원	목표 금액	_____ 만원
재정 계획			

기타

구분	현황	계획
약물관리	<input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적	
개인위생	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하	
정리정돈	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하	
식생활	<input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적	
대인관계	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하	

보호자 정보

성명		관계	
주소			
연락처		동거여부	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

개인정보 동의

경기도정신건강복지센터에서는 경기도 독립주거 서비스와 관련된 개인정보 수집 및 이용을 위해 개인정보보호법 제15조 및 제22조에 따라 동의를 받고자 합니다. 동의 비동의

본인 _____ (은)는 사실에 근거하여 위의 내용을 작성하였으며,
경기도 독립주거 서비스를 신청하고자 합니다.

20 년 월 일
신청인 (인)

붙임 3.

독립주거 지원 서비스 의뢰서 (사례관리자용)

의뢰 기관

의뢰기관		기관장	
소재지			
담당자		연락처	

대상자

성명		기관등록일	
----	--	-------	--

서비스 신청

희망지역			
희망입주기간	년	월	일 ~ 년 월 일 (년)
의뢰 사유			

병력

진단명		발병 시기	
현 치료기관		주치의	
복용 약물			
부작용			
자해 사고 및 행동	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무	타해 행동	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무
중독문제 치료 경험	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무		
신체적 질환	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무	신체 질환 약물 복용	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무

입원 경험

기간	기관명	입원/외래	진단명, 주증상
~			
~			
~			
~			

기능평가

BPRS			GAF	
일상생활 영역	약물관리	<input type="checkbox"/> 규칙적	<input type="checkbox"/> 불규칙적	
	위생관리	<input type="checkbox"/> 상	<input type="checkbox"/> 중	<input type="checkbox"/> 하
	의복관리	<input type="checkbox"/> 상	<input type="checkbox"/> 중	<input type="checkbox"/> 하
	정리정돈	<input type="checkbox"/> 상	<input type="checkbox"/> 중	<input type="checkbox"/> 하
	금전관리	<input type="checkbox"/> 상	<input type="checkbox"/> 중	<input type="checkbox"/> 하
	대중교통이용	<input type="checkbox"/> 상	<input type="checkbox"/> 중	<input type="checkbox"/> 하
	취미/여가생활 여부	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무	
사회적관계 영역	대인관계 욕구	<input type="checkbox"/> 상	<input type="checkbox"/> 중	<input type="checkbox"/> 하
	대인관계 기술	<input type="checkbox"/> 상	<input type="checkbox"/> 중	<input type="checkbox"/> 하

개인력

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

대상자	평가일	평가자	총점					
항 목		없다	최경도	경도	중등도	중고도	고도	최고도
1 신체에 대한 염려 (Somatic concern)		1	2	3	4	5	6	7
2 불안 (Anxiety)		1	2	3	4	5	6	7
3 감정의 위축 (Emotional withdrawal)		1	2	3	4	5	6	7
4 개념의 와해 (Conceptual disorganization)		1	2	3	4	5	6	7
5 죄책감 (Guilt feeling)		1	2	3	4	5	6	7
6 긴장 (Tension)		1	2	3	4	5	6	7
7 습관적인 행동과 자세 (Mannerism & posturing)		1	2	3	4	5	6	7
8 과대성 (Grandiosity)		1	2	3	4	5	6	7
9 우울 (Depression)		1	2	3	4	5	6	7
10 적개심 (Hostility)		1	2	3	4	5	6	7
11 의심 (Suspiciousness)		1	2	3	4	5	6	7
12 환각행동 (Hallucinatory behavior)		1	2	3	4	5	6	7
13 운동지체 (Motor retardation)		1	2	3	4	5	6	7
14 비협조성 (Uncooperativeness)		1	2	3	4	5	6	7
15 이상한 사고 내용 (Unusual thought content)		1	2	3	4	5	6	7
16 둔마된 정동 (Blunted affect)		1	2	3	4	5	6	7
17 흥분 (Excitement)		1	2	3	4	5	6	7
18 지남력장애 (Disorientation)		1	2	3	4	5	6	7

전반적 기능 평가 척도(GAF)

정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해본다. 신체적 (환경적) 제한으로 인한 기능 손상은 포함되지 않는다. 부호 (주의: 필요한 경우는 중간 점수도 사용된다. 예: 45. 68. 72 등)

대상자	평가일	평가자	총점
100 91	전반적인 활동에서 최우수 기능, 생활의 문제를 잘 통제하고 있고 개인의 많은 긍정적인 특질로 인하여 타인의 모범이 되고 있음. 증상 없음		
90 81	증상이 없거나 약간의 증상(예: 시험 전 약간의 불안)이 있음, 모든 영역에서 잘 기능하고 다양한 활동을 하고 있고 흥미를 느낌도 있음, 사회적인 효율성이 있고, 대체로 생활에 만족, 일상의 문제나 관심사 이상의 심각한 문제는 없음(예: 가족과 가끔 말싸움).		
80 71	만약 증상이 있다면, 일시적이거나 심리사회적 스트레스에 대한 예상 가능한 반응임. (예: 가족과의 논쟁 후 집중하기가 어려움). 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 손상 정도 이상은 아님(예: 일시적인 성적 저하).		
70 61	가벼운 몇몇 증상(예: 우울한 정서와 가벼운 불면증) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 어려움이 있음 (예: 일시적인 무단결석, 또는 가정 내에서 흠칫). 그러나 일반적인 기능은 꽤 잘 되는 편이며, 의미 있는 대인관계에서 약간의 문제가 있음.		
60 51	중간 정도의 증상(예: 무감동한 정서와 우회증적인 말, 일시적인 공황 상태) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서의 중간 정도의 어려움(예: 친구가 없거나 일정한 직업을 갖지 못함)이 있음.		
50 41	심각한 증상(예: 자살 생각, 심각한 강박적 의식, 빈번한 소매치기) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서의 심각한 손상(예: 친구가 없거나 일정하게 직업을 갖지 못함)이 있음.		
40 31	현실 검증력과 의사소통에서의 장애(예: 말이 비논리적이고, 모호하고, 부적절하다), 또는 일이나 학교, 가족 관계, 판단, 사고, 정서 등 여러 방면에서 주요 손상이 있음(예: 친구를 피하는 우울한 사람, 가족을 방치하고, 일을 할 수 없고, 나이 든 소아는 나이 어린 소아를 빈번하게 때리고 집에서 반항하고, 학업에 실패함).		
30 21	망상과 환각에 의해 심각하게 영향 받는 행동, 또는 의사소통과 판단에 있어서 심각한 손상, 지리멸렬, 전반적으로 부적절하게 행동하기, 자살에의 몰입이 있거나, 또는 거의 전 영역에서 기능할 수 없음(예: 하루 종일 침대에 누워 있음, 직업과 가정과 친구가 없음).		
20 11	자신이나 타인을 해칠 약간의 위험(예: 죽음에 대한 명확한 예견 없이 자살을 시도, 빈번하게 폭력적이고 조증의 흥분 상태), 또는 최소한의 개인위생을 유지하는 데 실패(예: 대변을 묻힘), 또는 의사소통의 광범위한 손상(예: 대개 부적절하거나 말을 하지 않음)이 있음.		
10 1	자신이나 타인을 심각하게 해칠 지속적인 위험(예: 재발성 폭력), 또는 최소한의 개인위생을 유지함에 있어서 지속적인 무능, 또는 죽음에 대한 명확한 기대 없는 심각한 자살 행동이 있음.		
0	불충분한 정보		