붙임8 **출소예정자「정신건강 심리상담 바우처사업」연계 관련 안내**

출소 후 심리상담을 받고 싶은 출소예정자는

보건복지부의 「정신건강 심리상담 바우처사업」

미리 신청하세요!!!

소득수준에 따라 전문 심리상담 서비스
최대 64만원까지 지원

서비스 대상자

정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터, 교정기관 등에서 심리상담이 필요하다고 인정하는 자

신청 방법 및 절차

○ **신청** : 출소 후 심리상담을 원하면 심리치료과(팀)에 신청

○ **발급** : **심리치료과(팀)**에서 **심리검사** 후 서비스 대상 **해당되는 경우 상담 의뢰서 발급**

○ **방문 접수** : 출소 후 주소지 읍면동 행정복지센터에 의뢰서 제출

(온라인 접수 가능 : "**복지로**" 에 신청)

문의처

보건복지부 보건복지상담센터

(☎ 129/ www.129.go.kr)

서비스 내용

전문 심리상담 서비스 **총 8회 제공**(바우처)

- 1:1 대면으로 1회당 최소 50분 이상

서비스 지원은 바우처 생성일로부터 120일

주소지 관계없이 이용이 편리한 상담기관 선택 가능

※지역별 제공기관 검색

사회서비스 전자바우처 포털

(http://www.socialservice.or.kr)

서비스 가격

서비스 단가(1회당): 1급 유형 8만원

2급 유형 7만원

(출소자가 1, 2급 상담유형 선택)

정부지원금 소득수준별 차등화

-정부지원금: 392,000원~640,000원

(총 8회 기준)

-본인부담금 : 면제~192,000원(총 8회 기준)

※ 향후 홍보 리플릿 제작·배포 예정

붙임9 심리검사(우울 PHQ-9)

<table>
<tr><td>도구명</td><td>우울 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)</td></tr>
<tr><td>출 처</td><td>박승진 · 최혜라 · 최지혜 · 김건우 · 홍진표(2010.) 한글판 우울증 선별도구의 신뢰도와 타당도, 대한불안의학회지6, 119-124면</td></tr>
<tr><td>대 상</td><td>① 신입수용자(성인)
② 기존수용자(성인) 중 우울 관련 유증상자로 의심되는 자</td></tr>
<tr><td>측정 내용</td><td>우울</td></tr>
<tr><td>총문 항수</td><td>9문항</td></tr>
<tr><td>결과 해석</td><td>· 초기개입을 위한 가이드라인
<table>
<tr><th>점 수</th><th>분 류</th><th>설명 예시</th></tr>
<tr><td>0~4</td><td>우울 아님</td><td>유의한 수준의 우울감이 시사되지 않음</td></tr>
<tr><td>5~9</td><td>가벼운 우울</td><td>다소 경미한 수준의 우울감이 있으나 일상생활에 지장을 줄 정도는 아님. 다만, 이러한 기분상태가 지속될 경우 개인의 신체적 · 심리적 대처자원을 저하시킬 수 있음. 그러한 경우, 상담이 필요함</td></tr>
<tr><td>10~19</td><td>중간 정도 우울</td><td>중간정도 수준의 우울감이 시사됨. 이러한 수준의 우울감은 흔히 신체적 · 심리적 대처자원을 저하시키며 수용생활을 어렵게 만들기도 함. 전문기관의 상세 평가와 상담이 필요함</td></tr>
<tr><td>20~27</td><td>심한 우울</td><td>심한 수준의 우울감이 시사됨. 전문기관의 치료적 개입과 평가가 요구되며, 지속적 상담과 주의 깊은 관찰이 필요함</td></tr>
</table>
· 진단 및 증상의 심도, 경과관찰을 위한 가이드라인
<table>
<tr><td>1단계 (진단)</td><td>1번과 2번 질문에서 2점이나 3점을 받았습니까?
① 예 → 우울증의 기준에 부합됩니다. 2단계로 가십시오.
② 아니오 → 우울증이 아닙니다.</td></tr>
<tr><td>2단계 (심각도)</td><td>1번에서 9번까지의 합을 구하십시오.
<table>
<tr><td>점 수</td><td>0~4</td><td>5~9</td><td>10~14</td><td>15~19</td><td>20~27</td></tr>
<tr><td>분 류</td><td>우울아님</td><td>가벼운증상</td><td>경한 증상</td><td>중한 증상</td><td>심한 증상</td></tr>
</table></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

수용번호		성명 (성별)		생년월일		실시일	

Q. 지난 2주간 얼마나 자주 다음과 같은 문제들로 곤란을 겪으셨습니까?
지난 2주 동안에 아래와 같은 생각을 한 날을 헤아려서 해당하는 숫자를 표시하세요.

문 항		없음	2~6일	7~12일	거의 매일
1	기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없다고 느꼈다.	0	1	2	3
2	평소 하던 일에 대한 흥미가 없어지거나 즐거움을 느끼지 못했다.	0	1	2	3
3	잠들기가 어렵거나 자주 깼다./혹은 너무 많이 잤다.	0	1	2	3
4	평소보다 식욕이 줄었다./혹은 평소보다 많이 먹었다.	0	1	2	3
5	다른 사람들이 눈치 챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느려졌다./혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아 있을 수 없었다.	0	1	2	3
6	피곤하고 기운이 없었다.	0	1	2	3
7	내가 잘못 했거나, 실패했다는 생각이 들었다./혹은 자신과 가족을 실망시켰다고 생각했다.	0	1	2	3
8	신문을 읽거나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에도 집중할 수가 없었다.	0	1	2	3
9	차라리 죽는 것이 더 낫겠다고 생각했다./혹은 자해할 생각을 했다.	0	1	2	3

♣ 수고하셨습니다 ♣

붙임10 심리검사(불안 GAD-7)

<table>
<tr><th>도구명</th><th>일반화된 불안장애(Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)</th></tr>
<tr><td>출 처</td><td>Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al.(2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7, Arch Intern Med 166, 1092-7
www.phqscreeners.com</td></tr>
<tr><td>대 상</td><td>청소년 이상</td></tr>
<tr><td>측정 내용</td><td>불안</td></tr>
<tr><td>총문 항수</td><td>7문항</td></tr>
<tr><td>절단 점수</td><td>5점</td></tr>
<tr><td>결과 해석</td><td>· 문항들의 반응을 합한 총점이 5점 이상일 때 불안감이 높음을 의미
<table><tr><th>1-4점</th><th>5점 이상</th></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

수용번호		성명 (성별)		생년월일		실시일	

Q. 지난 2주간 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해를 받았습니까?

	문 항	전혀 방해받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	2주중 절반 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
1	초조하거나 불안하거나 조마조마하게 느낀다	0	1	2	3
2	걱정하는 것을 멈추거나 조절할 수가 없다	0	1	2	3
3	여러 가지 것들에 대해 걱정을 너무 많이 한다	0	1	2	3
4	편하게 있기가 어렵다	0	1	2	3
5	너무 안절부절못해서 가만히 있기가 힘들다	0	1	2	3
6	쉽게 짜증이 나거나 쉽게 성을 내게 된다	0	1	2	3
7	마치 끔찍한 일이 생길 것처럼 두렵게 느껴진다	0	1	2	3

♣ 수고하셨습니다 ♣

붙임11 **의뢰서(양식)**

의 뢰 서

성명		성별	
생년월일		연락처	
주소			
주호소문제	□ 우울 □ 불안 □ 기타		
심리검사 실시여부	□ PHQ-9(우울): ____점 □ GAD-7(불안): ____점 □ 기타 (1종의 검사만 해도 됨)		
약물치료여부	□ 있음 □ 없음		
의뢰내용	(예시) 상기 의뢰인은 본 기관에서 00문제로 면담을 진행하였고, PHQ-9 검사에서 11점 확인됨. 이에 정신건강 심리상담 바우처사업 의뢰가 필요할 것으로 판단되어 의뢰서를 발급함		

발급일 : 20 년 월 일

의뢰담당자 : (인)

기관 전화번호 : 00)0000-0000

OOO 기관장

※ 보건복지부(자살예방정책과)와 협의하여 교정기관이 의뢰서 발급기관에 포함됨

[서식 제1-1호]

■ 사업운영 자체 서식

사회서비스이용권(정신건강 심리상담 바우처사업) 발급 신청 위임장

수임자	성명 ( )	생년월일
	주소	
	위임자와의 관계 의	전화번호 ( ) -

본인은 위 사람에게 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제9조에 따라 사회서비스 이용권의 발급 신청에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자	성명 (서명 또는 인)		생년월일
	주소	전화번호	

년 월 일

위임자(본인) : (서명 또는 인)

업무담당자 확인사항	위임자와 수임자(대리인)의 인적사항을 확인할 수 있는 신분증 또는 서류 ※「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제34조에 따라 개인정보 보유 및 파기	수수료 없 음

유 의 사 항

거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 사회서비스이용권을 발급받거나 다른 사람으로 하여금 발급받게 한 자 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.