연구보고서 2017-27

지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제

전진아 · 전민경 · 홍선미 · 전준희 · 이용주 · 오미애 · 이난희 · 김진호

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
전진아 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】
경기도 정신건강증진체계 발전방안 연구
한국보건사회연구원, 2016(공저)
한국 성인의 복합질환 현황과 이환 패턴 분석 연구
한국보건사회연구원, 2014(공저)

【공동연구진】
전민경 경기도가족여성연구원 연구위원
홍선미 한신대학교 교수
전준희 화성시정신건강복지센터 센터장
이용주 동덕여자대학교 교수
오미애 한국보건사회연구원 연구위원
이난희 한국보건사회연구원 전문연구원
김진호 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2017-27

지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제

발 행 일 2017년 12월
저 자 전 진 아
발 행 인 김 상 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처 ㈜다원기획
가 격 8,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2017
ISBN 978-89-6827-479-4 93510

발간사

이 연구는 중증정신질환자를 중심으로 지역사회 정신건강서비스 연계가 어떻게 이루어지고 있는지를 파악하고 개선을 위한 과제들을 도출하는데 목적을 두고 있다. 이를 위해 연구진은 중증정신질환자 당사자와 가족, 지역사회 정신건강서비스 제공자를 비롯하여 학계 전문가들의 다양한 의견을 반영하고자 노력하였으며, 이를 기반으로 지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선 과제들을 제시하였다.

지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 파악하기 위해 수도권을 비롯하여 전국 각 지역을 방문하여 조사를 수행한 연구진의 노고에 감사드리며, 정신건강 분야의 전문성을 가지고 본 연구에 연구진으로 참여해주신 외부 연구진에게도 감사드린다. 또한 무엇보다도 본 연구에 적극적으로 참여하여 의견을 개진해 주신 광역 및 기초 정신건강복지센터 실무자, 대표적인 사회복지 전달체계인 희망복지지원단의 사례관리자, 정신재활시설의 실무자, 의료기관 실무자, 그리고 학계 전문가 분들께 감사드린다.

본 연구를 통해 지역사회 정신건강서비스 연계가 활성화 될 수 있기를 기대해 본다. 마지막으로 본 연구는 우리 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동임을 밝힌다.

2017년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서 론 ····· 5

제1절 연구의 배경 및 목적 ····· 7

제2절 연구 내용 ····· 11

제3절 연구 방법 ····· 13

제2장 지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 주요 개념 및 선행연구 고찰 ····· 35

제1절 지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 주요 개념 ····· 37

제2절 지역사회 정신건강서비스 연계에 관한 선행연구 고찰 ····· 54

제3장 국내외 지역사회 정신건강서비스 연계체계 고찰 ····· 63

제1절 국내 지역사회 정신건강서비스 연계 관련 법제도 및 정책 ····· 65

제2절 해외 지역사회 정신건강서비스 연계체계 ····· 78

제4장 이용자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 이용 현황 ····· 103

제1절 중증정신질환자의 지역사회 정신건강서비스 이용 경험 ····· 106

제2절 중증정신질환자의 공식 및 비공식 연결망 ····· 134

제3절 소결 ····· 147

제5장 제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황 ···· 149

제1절 지역사회 정신건강서비스 자원 분석 ····· 152

제2절 제공자 관점에서 본 정신건강증진체계 간 연계 현황 ····· 157

제3절 제공자 관점에서 본 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 현황 ····· 186

제4절 소결 ····· 203

제6장 지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제 ····· 207

제1절 연구 결과 요약 ····· 209

제2절 지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제 ····· 213

참고문헌 ····· 229

부 록 ····· 239

부록 1. 클러스터별 지역 ····· 239

부록 2. 맞춤형 복지 제공을 위한 사회복지 전달체계의 주체별 역할 ····· 241

표 목차

〈표 1-1〉 정신질환자 보호자의 초점집단 인터뷰 참여자의 특성 ····· 15
〈표 1-2〉 연구 참여자의 특성 ····· 16
〈표 1-3〉 보호자와의 관계 ····· 17
〈표 1-4〉 초점집단 인터뷰 질문 내용 ····· 18
〈표 1-5〉 설문조사에 참여한 중증정신질환자의 인구사회학적 특성 ····· 20
〈표 1-6〉 중증정신질환자 대상 설문 조사의 주요 내용 ····· 22
〈표 1-7〉 클러스터링 분석을 위한 정신건강서비스 관련 DB 구축 자료 ····· 25
〈표 1-8〉 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 대상 질적 면담 조사 연구 참여자 특성 ····· 30
〈표 1-9〉 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 대상 질적 면담 조사 내용 ····· 32
〈표 2-1〉 중증정신질환자 일반적 특성(2015년) ····· 38
〈표 2-2〉 시도별 정신질환자 일반적 특성(2015년) ····· 42
〈표 2-3〉 2017년 정신보건기관·시설 현황 ····· 46
〈표 2-4〉 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업 ····· 47
〈표 3-1〉 정신건강 종합대책 주요 내용 ····· 66
〈표 3-2〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 주요 내용 ····· 68
〈표 3-3〉 사회복지 전달체계 구축 또는 개편의 주요 사례 ····· 72
〈표 3-4〉 2016년도 읍면동 복지허브화 사업 추진 실적 ····· 74
〈표 3-5〉 의료기관 내 치료와 지역사회 내 정신건강서비스 팀 직원들의 태도와 성향 차이점 ·· 82
〈표 3-6〉 중증정신질환자를 위한 정신건강서비스 체계 관리 지표 ····· 100
〈표 4-1〉 정신의료기관의 서비스 만족도(지난 1년간) ····· 116
〈표 4-2〉 정신건강복지센터 이용 경로 ····· 125
〈표 4-3〉 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 만족도(지난 1년간) ····· 128
〈표 4-4〉 사회복지기관 인지 여부(지난 1년간) ····· 131
〈표 4-5〉 지난 1년간 중증정신질환자의 사회복지기관의 서비스에 대한 만족도 ····· 134
〈표 4-6〉 자아중심 네트워크 공식 연결망 유형수 코딩 변환값 ····· 135
〈표 4-7〉 자아중심 네트워크 비공식 네트워크 유형수 코딩 변환값 ····· 136

〈표 4-8〉 OO시 지역사회 중증정신질환자 공식 연결망 밀도 ····· 137
〈표 4-9〉 OO시 지역사회 중증정신질환자 주변 사람과의 관계형성 연결망 밀도 ····· 138
〈표 4-10〉 자아중심연결망 공식 연결망 유형별 빈도 코딩 변환값 ····· 140
〈표 4-11〉 자아중심연결망 비공식 연결망 유형별 빈도 코딩 변환값 ····· 141
〈표 4-12〉 공식 연결망의 중심성 ····· 143
〈표 4-13〉 비공식적 연결망 중심성 ····· 145
〈표 5-1〉 클러스터별 특성(시군구당 평균) ····· 155
〈표 5-2〉 국립정신건강센터의 지역사회 정신건강서비스 연계 사례 ····· 160

그림 목차

[그림 2-1] 정신질환자 가입자 구분 비교(2015년 기준) ····· 40
[그림 2-2] 중증정신질환자 구성 비율(2015년 기준) ····· 41
[그림 2-3] 중증정신질환자 상세 구성 비율(2015년 기준) ····· 43
[그림 3-1] 국내 정신건강증진체계 검토 ····· 70
[그림 3-2] 희망복지지원단의 과 업무분장 예시 ····· 75
[그림 3-3] 희망복지지원단: 통합사례관리사업 총괄 수행·관리 ····· 76
[그림 3-4] Relationship between degree of disability and treatment setting in a well-targeted service ····· 81
[그림 3-5] An Acute Care Pathway ····· 85
[그림 3-6] Schematic Conception of the Jigsaw of "Conventional" Mental Health Services ····· 95
[그림 3-7] 호주 정신건강서비스의 재원 구성도 ····· 96
[그림 4-1] 초발시기 분포 ····· 107
[그림 4-2] 초기진료 시 주진단명 ····· 107
[그림 4-3] 의료기관 이용 경로 ····· 111
[그림 4-4] 발병 이후 입원 횟수 분포 ····· 113
[그림 4-5] 최근 2년간의 입원 횟수 분포 ····· 114
[그림 4-6] 정신의료기관의 서비스 만족도(지난 1년간) ····· 117
[그림 4-7] 정신건강복지센터, 정신재활시설, 낮병원 이용 여부 ····· 123
[그림 4-8] 지난 6개월간 이용한 사회복지기관 ····· 132
[그림 4-9] 동주민센터 이용 경로 ····· 133
[그림 4-10] ○○시 중증정신질환자 공식연결망 소시어다이어그램 ····· 144
[그림 4-11] ○○시 중증정신질환자 비공식적 연결망 소시어다이어그램 ····· 146
[그림 5-1] 정신의료기관 수 현황 ····· 153
[그림 5-2] 정신병상 수 현황 ····· 153
[그림 5-3] 시도별 평균 재활시설 수 분포 ····· 154
[그림 6-1] 중증정신질환자 및 보호자 조사에서 나타난 지역사회 정신건강서비스 이용 현실 ···· 211

Abstract

Coordination of community-based mental health services

Project Head · Jun, Jina

The purpose of this study is to examine the current status of coordination and collaboration among community mental health systems or the persons with serious mental illnesses which has been actively discussed after the amendment of the Act on the Improvement of Mental Health and the Support for Welfare Services for Mental Patients, respectively.

For this purpose, this study reviewed existing literature and conducted multiple qualitative interviews, in-person interviews and focus group interviews, and a survey to reflect the opinions of various stakeholders.

This study highlights the importance of the integrated and coordinated mental health services for achieving better outcomes. Current community mental health system is fragmented and only functions as a parallel mainly due to lacks of mental health infrastructure(e.g., mental health rehabilitation facilities) and awareness of importance on coordinated and/or collaborated community mental health services among professionals. Thus, people with severe mental illness and their

Co-Researchers: Jun, Minkyung · Hong, Sun Mi · Jun, June Hee · Rhee, Yong Joo · Oh, Mi Ae · Yee, Nan Hee · Kim, Jin Ho

caregivers are exposed to situation where they have to seek for community mental health services by themselves rather than professionals in mental health systems introduce and/or provide integrated resources and services. In addition, most mental health professionals acknowledge the importance of networking with social care settings, but the reality differs. This study identifies that there are limited opportunities for knowledge sharing about community mental health among practitioners, as well as vagueness of roles in mental health service provision in each mental health setting.

This study highlights the overwhelming fragmentations in community mental health system and suggests ways to provide integrated and coordinated mental health services for the people with severe mental illness.

*Key words: mental health system, community-based mental health, severe mental illness, rehabilitation

요 약

본 연구는 최근 정신건강복지법 개정 이후 활발하게 논의되고 있는 지역사회 정신건강서비스 제공 대상자인 중증정신질환자를 중심으로 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 살펴보고 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제들을 도출하였다.

이를 위해 본 연구는 다양한 이해관계자의 의견을 질적 면담 조사, 설문조사 등의 방식을 활용하여 반영하였으며, 정신건강증진체계 내 주요 전달체계인 기초 정신건강복지센터를 중심으로 한 정신건강증진체계 간 연계와 정신건강증진체계와 지역사회 복지자원 간 연계 현황 및 문제점을 파악하였다.

그 결과 본 연구는 첫째, 정신건강서비스 체계 내 연계의 현실은 제도가 그려 놓은 정신의료기관-정신건강복지센터-정신재활시설로 이어지는 스퀀스 구조를 가진 연계와는 달리 중증정신질환자와 보호자, 서비스 제공자 모두 의료기관 퇴원 후, 낮병원, 정신건강복지센터, 정신요양시설, 정신재활시설, 집을 병렬적 구조로 이용하고 있다는 점을 파악하였다. 둘째, 정신건강증진체계 내 뿐 아니라 중증정신질환자가 의료기관에서 퇴원한 후 지역사회로 왔을 때, 지역사회복지 자원 연계의 정책적 책임을 가지고 있는 희망복지지원단 등 지역사회 복지자원들과의 연계 역시 원활히 이루어지지 않고 있다는 점을 파악하였다. 셋째, 본 연구는 지역사회 내 중증정신질환자에 대한 케어가 주로 가족의 몫으로 이루어지고 있다는 점을 파악하였다. 즉 의료기관, 지역사회 정신건강서비스 자원 모두 가족이 스스로 알아서 찾아보고 이용하는 구조였다.

이에 따라 본 연구는 현재의 병렬적 지역사회 정신건강서비스 이용 구조를 시퀀스로 맞추는 방식으로 구조 전환을 꾀하기보다는 병렬적으로 배치되어 있는 지역사회 정신건강서비스 제공 자원들을 어떻게 연계하여 중증정신질환자들을 대상으로 통합적 서비스를 제공할 수 있을지를 고려하여 다음의 개선과제들을 제안하였다.

본 연구에서 제안한 개선과제들은 1) 중증정신질환자 및 보호자를 대상으로 가족교육 등을 포함한 구체적이고 정확한 정보 제공, 2) 일반 대중을 대상으로 한 중증정신질환에 대한 인식 제고 및 지역사회 내 정신건강증진체계에 대한 정보 제공, 3) 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 간 관계 맺기 지원, 4) 지역사회 정신건강서비스에 대한 실무자 대상 교육 등을 통한 연계의 필요성에 대한 인식 제고 및 서비스 제공 역량 강화, 5) 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 기관장의 리더십 제고, 6) 지역사회 이용 가능한 자원에 대한 실무자 간 정보 공유, 7) 시설, 인력, 예산 확충 등을 포함한다.

*주요 용어: 정신건강증진체계, 지역사회 정신건강, 중증정신질환, 재활

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구 내용
제3절 연구 방법

1 서 론

제1절 연구의 배경 및 목적

1. 연구의 배경

최근 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법) 시행 이후 정신건강서비스 제공 현장에서 통합적 서비스 지원에 대한 욕구가 수요자 및 실무자 모두에게서 높게 나타나고 있다(조윤화 등, 2014; 전진아 등, 2016). 정신건강서비스 이용자들의 다양한 욕구에 대응하고, 예방, 조기발견, 치료, 재활, 사회복귀로 이어지는 전 과정에서 프로그램의 효과성을 제고하기 위한 노력이 법 개정 이후에 이루어지고 있다. 이를 위해서는 기존 설치되어 있는 지역사회 정신건강서비스 자원들 간 연계와 자원의 실질적 활용이 필수적이다.

구체적으로 최근 정신건강복지법은 국가의 책무로 '국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.'고 명시하고 있다(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제4조의2). 또한 법 개정 이전에 발표되긴 했지만, '행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강종합대책(관계부처합동, 2016.2.25.)에서도 자원 연계를 강조하고 있다.

정신건강복지법과 대책에서 자원 간 연계를 강조하는 것과 달리 현재의 정신건강증진체계는 수요자의 다양한 욕구를 충족시키지 못한다고 비판받는다. 즉 현재의 정신건강증진체계가 수요자의 욕구를 충족시키고

질환 회복을 도모할 수 있도록 정신건강서비스 전달체계로서의 기능을 제대로 하지 못한다는 비판이 존재한다. 이와 관련하여 일부 연구는 정신건강증진체계의 대표적 주체인 정신건강복지센터를 '섬처럼 일하는 센터' 혹은 '네트워킹이 아닌 클리닉처럼 운영되는 센터'(전진아 등, 2016, p.75)로 표현하기도 한다.

물론 현실의 기초/광역 정신건강복지센터 및 정신재활시설[1] 등은 지역 단위에서 서로 네트워크를 맺어 통합적 정신건강서비스를 제공하기 위해 노력하고 있기도 하다. 하지만 이 네트워크를 통해 정신건강서비스 수요자들이 실제로 어떻게 유관자원을 활용하고 있는지가 파악되지 않고 있다. 이와 관련하여 현장에선 네트워킹을 위한 네트워킹을 하고 있다는 비판이 제기되기도 한다.

법률에서 제시하는 것처럼 연계에 기반한 정신건강서비스 전달체계를 확립하기 위해서는 현재 정신건강증진체계의 여건을 고려하여 지역사회 정신건강서비스 연계체계를 고찰하고 개선과제를 도출할 필요성이 있다. 구체적으로 통합적 정신건강서비스 지원을 위한 인프라, 즉 서비스 제공기관, 제공 인력, 지역사회 유관자원, 예산, 제도 등에 대한 비판적 검토와 이를 위해 현장 실천 전문가들의 의견을 반영하여 실천 가능한 개선과제들을 모색할 필요가 있다.

정신건강서비스 수요자의 다양한 욕구에 대응하기 위한 정신건강서비스 연계체계는 두 가지 차원에서 살펴볼 수 있다. 우선 현재 정신건강증진체계의 여건을 고려하여 예방에서 사회복귀까지의 단계에서 종합대책 및 개정 법률이 제시하는 정신건강증진체계 간 연계체계를 살펴볼 필요성이 있다. 정신건강복지법에서 제시하는 정신의료기관에서 정신건강복

1) 올해 5월부터 시행된 법률에 따라 정신건강증진센터는 '정신건강복지센터'로, 공동생활가정, 사회복귀시설 등은 '정신재활시설'로 명칭이 변경되어, 본고에서는 변경된 명칭으로 통일하여 사용하였음.

지센터, 정신재활시설 간 연계체계가 어떻게 작동하고 있는지를 살펴볼 필요가 있다. 여기에는 현재의 일률적인 예산 구조와 거버넌스(예: 직영형 vs 위탁형, 상근센터장) 등에 대한 고려가 필요하며, 지역별 인프라 편차가 높은 현실을 반영한 지역 특성[2]에 대한 고려 역시 필요하다.

둘째, 예방, 치료, 재활로 이어지는 과정상 정신건강증진체계 내 자원 간 연계와 더불어 지역사회 내 유관자원 간 연계 역시 살펴볼 필요가 있다. 현재 정신건강서비스를 필요로 하는 수요자들이 거주하는 지역사회에는 정신건강과 관련해 다양한 서비스 제공 기관이 존재하고 있다. 대표적인 정신건강서비스 제공 주체인 광역 및 기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터 등뿐 아니라 타 부처 소관의 서비스 제공기관(예: Wee센터, 청소년상담복지센터, 인터넷중독대응센터, 도박중독예방치유센터 등)이 지역사회 내 존재하고 있다. 즉 정신건강증진체계는 보건의료 전달체계를 구성하는 요소일 뿐 아니라 사회복지 전달체계를 구성하는 요소이기도 하다. 따라서 현재 진행되고 있는 사회복지 전달체계 구상에서 정신건강증진체계가 어떻게 참여해야 할지를 살펴볼 필요가 있다.

2. 연구의 목적

본 연구는 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 정신건강증진체계 간 연계 현황과 정신건강증진체계와 지역사회 내 유관자원 간 연계로 구분하여 각 연계 현황과 문제점을 살펴보고자 한다. 이 같은 지역사회 정신건강서비스 연계는 정신건강증진체계 내 주요 전달체계인 기초 정신건강

2) 농촌 및 도농복합형인 지역은 정신건강서비스 제공 인프라(예: 정신재활시설)가 도시형 지역에 비해 현저히 작아 통합적 정신건강서비스 지원에 한계가 존재함.

복지센터를 중심으로 지역사회 내 정신건강서비스 연계가 어떻게 이루어지고 있는지를 파악하고 개선을 위한 과제들을 도출하고자 한다.

본 연구는 연계 현황과 문제점을 파악하고 개선과제를 도출하기 위해 정신건강서비스를 둘러싼 다양한 이해관계자들의 의견을 반영하였다. 정신건강서비스 이용자를 대상으로 지역사회 정신건강서비스 이용 현황을 파악하고, 정신건강증진체계 및 유관자원 실무자들을 대상으로 연계 현황을 파악하였다. 또한 지역별 인프라 편차를 고려한 지역사회 정신건강서비스 연계 현황 역시 파악하였다.

다만 본 연구에서 초점이 되는 정신건강서비스는 중증정신질환자를 대상으로 한 서비스를 중심으로 살펴보고자 한다. 익히 알려진 대로 정신건강서비스의 유형은 매우 다양하다. 일반 시민을 대상으로 한 정신건강증진 예방 및 교육·홍보부터 생애주기별 정신건강증진서비스, 중증정신질환, 중독 등 치료 서비스가 필요한 대상까지 정신건강서비스 제공 대상은 매우 광범위하고,[3] 현재의 정신건강복지센터 사업이 표준화되어 있지 않아(전진아 등, 2016) 센터별로 진행하고 있는 사업이 다르므로 본 연구에서 모든 수요자를 대상으로 한 자원 연계 현황을 파악하고 개선과제를 도출하기에는 제한점이 있다.

본 연구에서는 이 중 다양한 정신건강증진 사업 대상 중 중증정신질환자에 초점을 두어 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 살펴보고자 한다.[4] 본 연구가 중증정신질환자로 대상을 구체화한 이유는 우선 기존 연

3) 정신건강복지센터에서는 아동·청소년에서 노인에 이르기까지 생애주기별로 사업을 진행하고 있으며, 중증정신질환자 대상 사례관리, 자살예방사업, 일반 시민 대상 교육·홍보 사업 등을 하고 있음. 일부 지역의 경우 치매환자에 대한 사례관리, 중독자에 대한 사례관리까지 하고 있기도 함.

4) 다음에 제시한 이유로 본 연구에서는 중증정신질환자에 초점을 두어 연구를 진행하였으나, 정신건강 문제는 다양하며, 정신건강 문제에 따라 서비스 이용 및 연계가 달라질 수도 있음. 따라서 본 연구의 결과를 일반적인 지역사회 정신건강서비스 연계 현황으로 일반화하기에는 제한점이 있음.

구들이 중증정신질환자 대상 사례관리를 정신건강복지센터의 기본 사업이자 고유의 사업이며, 전통적인 사업이자 공공성을 가지는 대표적인 사업으로 언급하고 있기 때문이다(김문근 등, 2015, p.20; 최성구 등, 2016, p.142). 그리고 최근 개정된 정신건강복지법에서 정신질환자를 축소 정의하고 있음에 따라[5] 중증정신질환자에 대한 서비스 제공을 중심으로 정신건강서비스 전달체계 개선에 대한 논의가 활발하게 진행 중이기 때문이다(국회정신건강정책솔루션포럼, 2017). 마지막으로 지역별로 혹은 정신건강복지센터별로 차이가 다른 사업들을 진행하는 것과 달리 중증정신질환자 대상 사례관리는 모든 시군구 단위 기초 정신건강복지센터에서 실시하고 있기 때문이다.[6]

제2절 연구 내용

제2장에서는 지역사회 정신건강서비스 연계의 개념 및 연계의 필요성 관련 선행연구를 고찰하였다. 본 연구에서 주요하게 언급되는 중증정신질환자, 욕구, 연계 등의 개념들을 조작적으로 정의하고, 지역사회 정신건강서비스 연계가 왜 필요한지, 연계를 저해하는 요인은 무엇인지와 관련하여 기존의 선행연구를 고찰한 결과를 제시하였다.

제3장에서는 국내외 최근의 지역사회 정신건강서비스 관련 법제도와 정책 변화를 고찰하였다. 우선 국내 지역사회 정신건강서비스 연계와 관

5) 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에서 정신질환자는 '망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람'을 의미하며, 본 법을 통해 정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소 정의한 것으로 평가되고 있음(박종익, 박현정, 2017).

6) 모든 시군구 단위 정신건강복지센터에서는 중증정신질환자 대상 위기 및 일반 사례관리를 진행하고 있음. 다만 중증정신질환자 대상 주간 재활 프로그램, 직업훈련 프로그램, 보호작업장 등의 운영 여부는 지역에 따라 다름.

련해서는 2016년 발표된 정신건강 종합대책과 2017년 5월 30일부터 시행된 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에서 제시된 중증정신질환자 대상 지역사회 서비스 연계 관련 내용과 더불어 지역사회 서비스 연계의 정책적 책임을 가지는 읍면동 복지허브화 사업과 희망복지지원단의 사업을 살펴보았다. 또한 2016~2017년에 국가 정신건강 계획을 발표한 영국과 호주를 중심으로 각국의 정신건강서비스와 중증정신질환자 대상 정책 제안 내용을 살펴보았다.

제4장에서는 이용자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 이용 현황 및 문제점을 파악하였다. 우선 본 연구는 지역사회 내 정신건강서비스를 필요로 하는 중증정신질환자의 규모를 파악하기 위하여 국민건강보험공단 청구 자료를 활용한 분석 결과를 제시하였으며, 중증정신질환자 대상 설문조사와 중증정신질환자의 보호자 대상 초점집단 인터뷰 결과를 분석하여 지역사회 내에서 중증정신질환자들이 어떠한 서비스 욕구를 가지고 있는지, 현재 정신건강서비스와 유관자원을 어떻게 이용하는지를 파악하였다. 이를 바탕으로 이용자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 이용 저해 요인과 개선과제를 제시하였다.

제5장에서는 제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황 및 문제점을 파악하였다. 우선 본 연구는 지역사회 정신건강서비스 제공자원 규모를 파악하기 위해 시군구 단위로 구축한 데이터베이스를 활용한 클러스터링 분석을 실시하고 그 결과를 제시하였다. 또한 정신의료기관, 광역 및 기초정신건강복지센터 실무자, 정신재활시설 실무자, 지역사회 내 유관자원 실무자(주로 희망복지지원단 사례관리자)를 대상으로 질적 면담 조사를 실시하여 이들이 제공자 관점에서 바라본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 문제점을 파악하였다.

마지막으로 제6장에서는 국내외 사례 고찰 결과와 이용자 및 제공자

대상 조사에서 나타난 지역사회 정신건강서비스 연계 저해 요인을 고려하여 연계 강화를 위한 개선과제를 도출하였다.

제3절 연구 방법

1. 국내외 문헌 검토

○ 국내외 정신건강서비스 연계 관련 문헌 고찰
○ 정신건강증진체계를 포함하여 사회복지 전달체계 검토
○ 국내외 지역사회 정신건강서비스 연계 관련 법과 제도 고찰

2. 이용자 관점의 지역사회 정신건강서비스 이용 현황 및 문제점

가. 국내 중증정신질환자 규모 분석

국내 중증정신질환자 규모를 파악하기 위해 2015년 국민건강보험공단(이하 건강보험공단)의 정신질환자 진료 정보를 활용하여 중증정신질환자의 현황을 분석하였다.[7)]

본 연구는 건강보험공단 맞춤형 DB 자료를 분석하여 주상병 및 제1부상병에서 F 질환에 해당하는 대상자를 추출하여 인구·경제·사회학적 변수인 지역·성별·연령·소득수준·가입자구분(건강보험, 의료급여)의 요인에 따른 중증질환자 규모를 분석하였다. 건강보험공단 자료는 다수 요양기관에 대한 복수의 진료 내역으로 정리되어 있기에 환자 1인당 진료 내역으로 변환하여 「2장 1절 지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 주요

7) 2015년 자료는 가장 최신의 건강보험공단 정신질환자 진료 정보를 포함하고 있음.

개념」에서 분석 자료를 정리하였다.

중증정신질환자는 주상병이나 제1부상병이 조현병, 분열형 및 망상성 장애(schizophrenia schizotypal and delusional disorders)에 해당하는 F20-F29이거나, 조울증(ICD질병코드 F31(bipolar affected disorders)), 재발성 우울장애(ICD질병코드 F33(recurrent depressive disorders))인 경우로 한정하였다.[8)]

나. 보호자 대상 초점집단 인터뷰(Focus Group Interviews)

본 연구에서는 정신질환자의 보호자들이 경험한 정신질환자들의 정신건강서비스 및 유관자원 이용 현황을 파악하고, 문제점 및 개선방안을 도출하고자 초점집단인터뷰를 수행하였다. 또한 국내 정신건강서비스의 제도적 틀과 같은 사회적 요소와 맥락을 바탕으로 우리나라 중증정신질환자 보호자들의 질환 발병에서부터 치료, 재활, 사회복귀에 이르는 경험을 공유하고, 정신건강서비스 제공체계와 이용체계의 간극에 대해 사회적이고 체계적인 의미를 이끌어내고자 초점집단 인터뷰를 수행하였다. 자세한 조사 대상 및 조사 방법, 질문 내용 및 분석 방법은 다음과 같다.

8) 중증정신질환자에 대한 개념 정의는 제2장제1절 참조.

가) 조사 대상 및 조사 방법

① 조사 대상

본 연구의 조사 대상자들은 정신질환자의 주요 보호자로서 리서치 업체, 지역사회 정신건강복지센터 및 정신재활시설의 협조를 통해 대상자를 모집하였다.[9] 1) 우울증, 조울증으로 입원한 경험이 있는 정신질환자의 보호자, 2) 조현병, 망상성장애 등으로 입원한 경험 혹은 현재 외래치료를 받고 있는 정신질환자의 보호자 등 두 그룹으로 나누어 선정하였다.

〈표 1-1〉 정신질환자 보호자의 초점집단 인터뷰 참여자의 특성

구분	참여자의 특성
A그룹 (총 16명)	우울증, 조울증으로 입원한 경험이 있는 정신질환자의 보호자
B그룹 (총 17명)	조현병, 망상성장애 등으로 입원한 경험 혹은 현재 외래치료를 받고 있는 정신질환자의 보호자

그 결과 우울증, 조울증으로 입원한 경험이 있는 정신질환자의 보호자 16명, 조현병, 망상성장애 등으로 입원한 경험 혹은 현재 외래치료를 받고 있는 정신질환자의 보호자 17명을 초점집단 인터뷰 대상자로, 최종 33명이었으며(표 1-1 참조), 2017년 4월 한 달 동안 평균 1시간 30분씩 6차례에 걸쳐 진행하였다.

9) 초점집단 인터뷰가 리서치 업체가 위치한 서울에서 실시됨에 따라 서울과 경기도에 거주하는 정신질환자의 주요 보호자로 연구 대상을 한정하였음. 따라서 본 연구의 보호자 대상 초점집단 인터뷰 결과에 특정 지역이 가지고 있는 지역의 특수성이 반영되었을 수도 있음.

〈표 1-2〉 연구 참여자의 특성

참여자	보호자의 연령[1)]	보호자와 정신질환자의 관계	질환자의 연령	질환 발병 연령
참여자1	40대 중반	아버지 - 딸	만 20세	18
참여자2	40대 중반	아들 - 아버지	만 80세	78
참여자3	50대 후반	어머니 - 딸	만 30세	23
참여자4	60대 중반	어머니 - 아들	만 36세	21
참여자5	40대 후반	남동생 - 형	만 55세	50
참여자6	20대 초반	여동생 - 오빠	만 31세	31
참여자7	30대 초반	아들 - 어머니	만 53세	51
참여자8	50대 초반	언니 - 여동생	만 47세	40
참여자9	60대 초반	아들 - 어머니	만 84세	81
참여자10	50대 중반	여동생 - 오빠	만 63세	36
참여자11	50대 중반	아버지 - 아들	만 27세	19
참여자12	60대 중반	여동생 - 언니	만 75세	68
		여동생 - 언니	만 72세	67
참여자13	50대 초반	형 - 동생	만 46세	44
참여자14	50대 후반	언니 - 동생	만 54세	44
참여자15	30대 초반	아들 - 아버지	만 64세	27
참여자16	70대 초반	어머니 - 아들	만 39세	24
참여자17	70대 초반	어머니 - 아들	만 44세	22
참여자18	50대 초반	어머니 - 아들	만 29세	28
참여자19	60대 초반	어머니 - 아들	만 35세	18
참여자20	50대 초반	어머니 - 아들	만 24세	19
참여자21	60대 초반	어머니 - 딸	만 32세	22
참여자22	50대 후반	여동생 - 언니	만 72세	40
참여자23	50대 초반	어머니 - 아들	만 27세	16
참여자24	60대 중반	어머니 - 딸	만 32세	16
참여자25	60대 초반	어머니 - 아들	만 42세	22
참여자26	50대 후반	어머니 - 딸	만 29세	23
참여자27	50대 후반	언니 - 동생	만 45세	35
참여자28	50대 후반	어머니 - 딸	만 30세	15
참여자29	70대 중반	어머니 - 아들	만 47세	22
		어머니 - 딸	만 45세	15
참여자30	50대 후반	어머니 - 딸	만 37세	25
		어머니 - 딸	만 39세	18
참여자31	60대 중반	남편 - 배우자	만 40세	30
참여자32	60대 초반	아버지 - 아들	만 31세	18
참여자33	50대 중반	남편 - 배우자	만 54세	30

주: 1) 연령은 0~3세: 초반, 4~6세: 중반, 7~9세: 후반으로 구분하였음.

정신질환자와의 관계를 보면 전체 33명 중 부모가 자녀를 돌보는 경우가 54.5%로 가장 많았으며, 형제/자매를 돌보는 경우는 27.3%, 배우자를 돌보는 경우 6.1%, 부모를 돌보는 경우는 12.1%로 나타났다.

〈표 1-3〉 보호자와의 관계

	배우자	부모	자녀	형제/자매	계
수(명)	2	4	18	9	33
비율(%)	6.1	12.1	54.5	27.3	100.0

주: 한 부모에서 자녀 2명이 중증정신질환자인 경우가 2건임.

② 조사 방법

의사표현의 자유 및 개인정보 보호를 위해 개인정보 및 이용한 의료기관이나 시설에 대해서는 마스킹(masking)하였으며, 이에 대한 자료도 공개하지 않는 것을 원칙으로 하였다. 또한 우울증, 조울증 환자의 보호자와 강박증, 조현병 환자의 보호자들을 두 그룹으로 나누어 진행함으로써 이 초점집단 인터뷰를 통해 환자의 보호자들 간의 경험도 서로 공유할 수 있도록 하였다. 초점집단 인터뷰는 한국보건사회연구원의 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후(승인번호 제2017-36) 진행하였으며, 인터뷰 전 연구의 개요 및 인터뷰 내용을 녹음한다는 사실을 설명하고, 이에 대한 조사 대상자의 동의를 받은 후 면담을 수행하였다.

나) 조사 내용

본 초점집단 인터뷰는 기존문헌 고찰 및 전문가 자문을 거쳐 반구조화 형식의 질문으로 개발되었으며, 조사 내용은 중증정신질환자 가족들의 의료기관 및 지역사회 정신건강서비스 이용경험, 서비스 욕구 및 개선방안 등으로 구성되었다.

〈표 1-4〉 초점집단 인터뷰 질문 내용

구분	질 문 내 용
질환 인지 경로 및 의료기관 이용 전 경험	1. 중증정신질환자의 가족들은 어떠한 경험을 하는가?
의료기관 및 지역사회 정신건강서비스 이용 경험	2. 그동안 이용한 의료기관, 정신요양시설, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등 지역사회 자원에서의 경험은 어떠한가?
정신건강증진체계 외 다른 유관자원 이용 경험	3. 정신건강증진체계가 아닌 다른 유관자원들을 활용한 경험은 어떠한가?
중증정신질환자들의 욕구	4. 중증정신질환자들은 어떠한 욕구를 가지며 어떠한 서비스들을 받기를 원하는가?
가족(보호자)들의 욕구	5. 가족들은 어떠한 욕구를 가지며 어떠한 서비스들을 받기 원하는가?
개선 방안	6. 현재의 상황을 개선, 보완하기 위해서는 어떠한 것들이 필요한가?

다) 초점집단 인터뷰 분석 방법[10)]

본 연구는 조사 대상자의 동의를 받아 인터뷰 완료 후 면담 내용을 녹취하였으며, 녹취된 자료를 바탕으로 코딩하였다. 본 연구는 정책이나 프로그램의 진행 과정이나 효과 등을 알고자 할 때 주로 활용되는 질적 연구 분석 방법인 귀납적 주제 분석 기법을 활용하였다. 귀납적 주제 분석은 질적 연구 분석에서 가장 많이 사용되고 있는 분석 방법 중의 하나로(Kelly, 2010, p.286) 질적 연구의 특정 접근 방법에 따른 인식론적 혹은 주제론적 전제에 구속되지 않고 연구자가 녹취록을 기반으로 분석하고 주제를 도출할 수 있도록 하는 분석 방법이다(김인숙, 2014, p.328).

귀납적 주제 분석의 과정은 포괄분석, 의미단위분석, 패턴분석, 범주분

10) 이 분석 방법은 이용자를 대상으로 한 초점집단 인터뷰 결과뿐 아니라 제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 살펴보기 위해 실시한 정신건강증진체계 및 지역사회 유관자원 실무자 대상 질적 면담 결과를 분석하는 데에도 활용되었음.

석, 주제분석 등 5단계로 구성되며, 각 단계는 직선적 과정이 아닌 순환적 과정이라고 기존 연구는 언급한다(김인숙, 2014, p.328). 이에 따라 본 연구의 연구진이 녹취된 자료를 바탕으로 의미 단위 중심으로 코딩을 진행하였으며, 수차례의 연구진 회의를 거쳐 도출된 의미 단위에서 패턴을 파악하고, 범주를 구성한 후 주제를 도출하는 방식으로 분석을 진행하였다. 귀납적 주제 분석을 통해 도출된 주제들은 제4장에서 중증정신질환자 대상 설문조사 분석 결과와 함께 제시하였다.

3) 이용자 대상 설문조사

중증정신질환자를 대상으로 서비스를 제공하는 정신건강복지센터와 정신재활시설을 이용하는 당사자를 대상으로 지역사회 정신건강서비스 이용 경험을 파악하기 위해 설문조사를 실시하였다.

가) 조사 대상 및 조사 방법

① 조사 대상

중증정신질환자 대상 설문조사는 경기도에 위치한 ○○시 정신건강복지센터에서 서비스를 제공하고 있는 등록 회원을 대상으로 진행되었다. 등록 회원은 등록 대상자 또는 보호자의 동의를 받고 센터에 등록한 ○○시에 거주하는 만 19세 이상의 중증정신질환자로서 센터의 다양한 프로그램에 참여하거나 사례관리 서비스를 받고 있는 대상자를 의미한다.[11] 본 조사에 참여한 조사 대상자의 인구사회학적 특성은 다음과 같다.

---

11) 일반적으로 정신건강복지센터의 등록 회원이 되어서 사례관리를 비롯한 제반 서비스를 받기 위해서는 만 19세 이상의 정신질환자로 정신지체, 간질, 치매는 등록 대상에서 제외됨.

〈표 1-5〉 설문조사에 참여한 중증정신질환자의 인구사회학적 특성

항목	명	%	항목	명	%
전체	148	100.0			
성별			주택 소유 형태		
남	78	52.7	자가	45	31.9
여	70	47.3	전세	17	12.1
연령			보증금 있는 월세	52	36.9
20대 이하	12	8.1	보증금 없는 월세	7	5.0
30대	25	16.9	무상	20	14.2
40대	51	34.5	주택 형태		
50대	40	27.0	단독주택[1]	31	21.7
60대 이상	20	13.5	아파트	65	45.5
평균	47세		연립주택	13	9.1
결혼 상태			다세대주택	21	14.7
미혼	96	65.3	비거주용 건물내 주택[2]	2	1.4
기혼	18	12.2	비닐하우스, 컨테이너 등[3]	11	7.7
이혼/별거/사별	32	21.8	진단명		
기타	1	0.7	조현병	119	82.1
학력			양극성정동장애	12	8.3
10년 이하	35	24.5	반복성 우울장애	7	4.8
11~15년 이하	92	64.3	조현 정동장애	3	2.1
16년 이상	16	11.2	기타	4	2.8
월평균 가구소득			의료보장 형태		
50만 원 이하	48	34.5	건강보험	56	37.8
51~100만 원 이하	44	31.7	의료급여	83	56.1
101~200만 원 이하	25	18.0	기타(미가입, 없음, 미상)	9	6.1
201만 원 이상	22	15.8	정신장애 등록 여부		
현 고용 상태			없음	36	25.9
전일제	9	6.6	있음	103	74.1
임시상용직	19	13.9			
미취업	109	79.6			
보호자와의 동거 유무					
유	77	52.0			
무	53	35.8			
무응답	18	12.2			

주: 무응답 제외

1) 단독주택(다가구용 단독주택 포함), 2) 비거주용 건물내 주택(상가, 공장, 점포, 여관 등), 3) 비닐하우스, 컨테이너, 움막, 판잣집, 임시막사, 기타

② 조사 방법

본 연구에서 중증정신질환자 대상 설문조사를 실시한 방법은 다음과 같다. 우선 조사지 설계는 조사의 목적을 구체화하고 조사표 내용 구성을 위해 연구진 회의를 하고 이론과 선행연구들을 바탕으로 설문지 초안을 설계하였다. 설계된 설문지를 수정·보완하는 과정을 거쳐 최종 설문지를 확정하고 본 조사의 자료 수집이 이루어졌다.

설문조사의 조사 대상자는 현재 정신건강복지센터와 정신재활시설의 등록 회원으로서, 각 시설의 주간재활 프로그램 혹은 직업재활 프로그램 이용자 및 재가 방문 사례관리 대상자 중 설문조사에 자기기입 방식으로 참여할 수 있는 중증정신질환자(반복우울장애, 조울증, 조현병)이다.

조사는 한국보건사회연구원의 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후(승인번호 제2017-36) 진행하였으며, 조사의 원활한 진행을 위해 경기도 도농복합형 지역 한 곳을 중심으로 정신건강복지센터와 정신재활시설을 컨택하였으며,[12] 조사는 8~9월 사이 한 달간 진행되었다.

조사는 본 연구의 조사 목적 및 내용에 대해 자신의 경험을 이야기해 줄 수 있는 중증정신질환자를 시설장으로부터 소개받아 하는 방식으로 이루어졌다. 조사는 시설장으로부터 소개받은 중증정신질환자에게 각 시설의 사례관리 담당자가 연락하여 조사의 목적과 내용을 설명한 이후 조사 참여 의사를 밝힌 중증정신질환자를 대상으로 각 시설의 사례관리 담당자가 면접 설문조사를 진행하였다.[13]

---

12) 중증정신질환자 대상 설문조사가 경기도에 위치한 한 지역을 중심으로 이루어졌기 때문에 본 연구의 중증정신질환자 대상 조사 결과에 특정 지역이 가지고 있는 지역의 특수성이 반영되었을 수도 있음.

13) 조사 도중 발생 가능한 감정 기복 등 문제에 대처하기 위해 정신건강증진서비스 이용자가 익숙하게 느끼는 정신건강복지센터나 정신재활시설 및 거주지(재가 사례관리 시)에서 진행하며, 각 시설의 정신건강 전문요원(인터뷰 대상자를 사례관리하는 담당 정신건강 전문요원)이 조사를 진행함.

나) 조사 내용

중증정신질환자를 대상으로 한 설문조사는 정신/신체건강 현황, 정신건강서비스 이용 경험 및 이용 경로, 지역사회 내 유관자원 이용 경험 및 이용 경로, 이용자의 공식/비공식 돌봄 네트워크 파악 등의 내용을 포함하였다. 설문 문항의 구성은 아래의 표와 같다.

〈표 1-6〉 중증정신질환자 대상 설문 조사의 주요 내용

분 류	문 항
기본 정보	- 성별, 나이, 결혼 상태, 거주 기간, 학력, 의료보장 형태, 법적 보호자, 가구원 수, 월평균 소득, 현 고용 상태, 주택 소유 형태, 주택 형태
정신건강 현황	- 진단명, 정신장애 등록 여부, 초기치료, 최초 입원, 유병 기간, DUP, 가족 중 정신과 병력, 입원력, 입원 기간, 외래치료 여부, 복용약물, 복용 형태, 부작용 경험, 현재 부작용, 자살사고 경험, 자살시도 경험, 타해 경험, 센터 등록 형태 등
서비스 이용 경험	- 정신보건서비스기관 및 사회복지기관 인지도, 정신보건서비스기관 및 사회복지기관 이용 경험, 정신보건서비스기관 및 사회복지기관 서비스에 대한 만족도
공식 및 비공식 네트워크 와의 관계	- 공식 및 비공식 네트워크에 대한 중요 정도, 공식 및 비공식 네트워크와의 일상생활 경험 정도, 공식 네트워크 내 전문가의 도움 요청 및 실제 도움 정도, 비공식 네트워크 내 주변 사람들과의 접촉 수준, 비공식 네트워크 내 주변 사람들에 대한 도움 요청 및 실제 도움 정도

다) 분석 방법

① 중증정신질환자의 서비스 이용 경험 분석

설문조사를 통해 취합된 중증정신질환자의 서비스 이용 경험은 의료기관 이용 경험, 지역사회 재활 프로그램을 제공하는 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 경험, 그리고 그 외 지역사회 사회복지기관 및 시설

이용 경험으로 구분하여 빈도 분석을 하였다. 통계분석은 SPSS 통계 프로그램 12.0 버전을 사용하였다. 중증정신질환자의 서비스 이용 경험 분석 결과는 앞서 설명한 보호자 대상 초점집단 분석 결과와 함께 제4장에 제시하였다.

② 중증정신질환자의 공식 및 비공식 네트워크 분석

중증정신질환자가 가지는 공식/비공식 네트워크를 파악하기 위해 본 연구는 사회 네트워크 분석 방법[14] 중 자기중심적 네트워크(ego-centric network) 분석 방법을 활용하였다.[15] 자기중심적 네트워크 분석은 분석의 초점이 되는 개인, 즉 자아(ego)가 인지하는 연결망으로서 무작위로 추출된 응답자를 중심으로 응답자의 정보를 통해 표현되는 연결망을 의미한다(김옥일, 2009). 자기중심적(ego-centric) 네트워크 또는 자아중심연결망은 지정된 하나 또는 몇 개의 에고(ego) 노드만을 대상으로 하여 이들과 직접 링크를 형성하고 있는 노드들, 그리고 그 노드들 간의 링크만으로 구성된 네트워크로서 NGQ(name-generator question)와 NIQ(name-interpreter question) 방법을 활용하여 자아를 통해 자아와 타자에 관한 정보 그리고 타자와의 연계에 대한 정보를 수집한다(Everett & Borgatti, 2005). 따라서 자기중심적(ego-centric) 네트워크 자료(n×n)는 행렬로 나타내기 어렵지만 각 응답자가 제공한 정보로부터 관계가 맺어지는 나이 행렬이나 인종 행렬 등을 계산하면(n×n) 행

14) 사회 네트워크 분석(social network analysis)은 연결망에서 행위자들 간 상호작용, 연계성, 역할 등의 유형을 찾아내어 연결망 내에 보이지 않는 흐름을 가시화시키는 시스템적인 접근법의 연구방법임(Porta, et al., 2006). 행위자(actor)는 네트워크에서 개인 혹은 조직이고, 관계(relation)는 행위자들 간 연결을 의미함. 사회네트워크 분석은 분석 초점에 따라 자아 네트워크(ego network), 양자 네트워크(dyadic network), 전체 네트워크(whole network)으로 구분됨(임병학, 2011).

15) 방법론에 대한 설명은 김용학(2006)을 참고하여 작성하였음.

렬로의 표현이 가능해진다(김용학, 2006).

본 연구에서 활용된 자아중심적 네트워크는 중증정신질환자의 지역사회네트워크의 모든 관계를 분석하는 것이 아니라 피조사자인 중증정신질환자 주변에 1차의 관계를 가지고 있는 공식 및 비공식 관계에 있는 타자로 구성된 네트워크를 중심으로 몇 개의 주요 범주들에 대해 피조사자(중증정신질환자)가 어느 정도의 관계를 가지고 있는가에 주목하여 분석하는 것이다. 중증정신질환자 또는 공식 및 비공식 네트워크 간의 관계는 제외한다. 즉 자아중심적 연결망 자료의 경우에는 무작위로 추출된 응답자들로부터 그들이 소속된 집단의 구성원 가운데 가까운 사람을 순서대로 밝히도록 하여 드러나는 연결망으로 구성되기 때문에, 응답자가 제공한 정보를 통해 연결망을 구성할 수는 있지만 응답자 이외의 관계에 대한 연결망 구조는 확인할 수 없다는 단점을 가지고 있다. 그러나 자아중심적 연결망 분석은 비교적 많은 자료를 용이하게 확보할 수 있다는 장점이 있어(김용학, 2006), 상대적으로 소규모인 연결망, 특히 한 사회나 조직의 새로운 구성원을 분석하거나, 개인들의 특별한 사회적 접촉 또는 개인의 사회적 지지망에 대한 연구에서 많이 활용된다.

다. 제공자 관점의 지역사회 정신건강서비스 이용 현황 및 문제점

1) 지역사회 정신건강서비스 제공 자원 데이터베이스 구축

제공자 관점의 지역사회 정신건강서비스 연계 현황 및 문제점을 파악하기 위해 본 연구는 지역사회 정신건강서비스 제공 자원이 지역별로 어떠한 편차가 있는지 살펴보았다. 제공 자원의 지역별 편차를 분석하기에 앞서 지역사회 정신건강서비스 제공 자원 데이터베이스를 구축하였다.

데이터베이스는 대표적인 정신건강증진체계인 정신건강복지센터가 기

초지방자치단체 단위로 설치되어 있고, 정신재활시설 역시 기초지자체의 예산을 지원받기 때문에 시군구 단위로 구성되었다. 희망복지지원단을 비롯하여 사회복지관, 장애인복지관 등 복지자원들 역시 기초지자체 단위로 주로 설치되기 때문에 시군구 단위로 데이터베이스를 구성하였다.

시군구 데이터베이스 구축에는 통계청 주민등록통계, 사망원인통계, 보건복지부의 지역사회건강조사, 건강보험공단의 자료 등이 활용되었으며, 포함된 내용과 정의 및 출처는 다음의 표와 같다.

〈표 1-7〉 클러스터링 분석을 위한 정신건강서비스 관련 DB 구축 자료

구분	정의 및 출처
우울증상경험률	- 정의: 최근 1년(353일)간 연속적으로 2주 이상 일상생활에 어려움이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 사람의 분율(%) - 출처: 보건복지부, 지역사회건강조사
자살생각경험률	- 정의: 자살생각경험률은 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각 경험 - 출처: 보건복지부, 지역사회건강조사, 원데이터로 분석
사망원인통계	- 정의: 사망 원인 중 고의적 자해(자살)(X60-X84), 정신 및 행동장애(F01-F99)를 추출 - 출처: 통계청, 사망원인통계
인구수	- 정의: 통계청 주민등록인구 자료를 이용 - 출처: 행정자치부, 주민등록인구현황
65세 이상 인구수	- 정의: 통계청 주민등록인구 자료를 이용 - 출처: 행정자치부, 주민등록인구현황
재정자립도	- 정의: 지방세와 세외수입을 자치단체 예산 규모로 나눈 값 (지방세+세외수입)÷자치단체예산규모×100 - 출처: e-지방지표
총가구수	- 정의: 주민등록자료를 이용한 가족이 아닌 남남끼리 함께 사는 5인 이하의 가구 - 출처: 통계청, 인구총조사
1인가구수	- 정의: 가족이 아닌 남남끼리 함께 사는 5인 이하의 가구 - 출처: 통계청, 인구총조사

구분	정의 및 출처
중증정신질환자수	- 정의: 중증정신질환자 코드(F)로 진료받은 환자수 - 출처: 건강보험공단 맞춤형 DB 자료 분석
정신의료기관수 및 병상수	- 정의: 국내의 국공립 정신의료기관수 - 출처: 국립정신건강센터 내부자료
정신건강복지센터수(기초), 중독관리통합지원센터수	- 정의: 기초정신건강복지센터수 및 중독관리통합지원센터 수 - 출처: 2017 정신건강사업안내
정신재활시설수	- 정의: 정신재활시설로 등록된 생활시설, 재활훈련시설 등 - 출처: 2017 정신건강사업안내
정신요양시설수	- 정의: 정신요양시설은 정신요양시설로 등록된 수 - 출처: 2017 정신건강사업안내

본 연구에서 활용한 자료마다 시군구 구분을 달리하고 있으나, 본 연구는 국민건강보험공단의 행정 구분을 활용하여 시군구별 정신건강서비스 제공 자원의 분포를 파악하였다. 국민건강보험공단 자료를 기준으로 삼은 이유는 지역별 정신건강서비스 제공 자원의 편차를 살펴보기 위해 실시한 클러스터링 분석에 국민건강보험공단의 진료정보를 활용하여 산출한 시군구별 중증정신질환자 규모가 포함되기 때문이다. 또한 수원시와 같이 하나의 시가 여러 개의 구로 구분되어 있고 각 구별로 지역사회 정신건강서비스 자원이 분포하는 지역들이 있지만, 중증정신질환자는 동일한 시군구에 있는 인프라를 사용하는 데 제약이 없어 전문가 자문회의 이후 이런 지역들은 하나의 시군구로 통합하여 데이터베이스에 포함하였다.[16]

16) 예를 들어 수원시 장안구, 팔달구 등으로 구분되어 있는 경우, 수원시로 통합하여 자원 현황을 파악하였음.

2) 지역사회 정신건강서비스 제공 자원 클러스터링 분석

지역사회 정신건강서비스 제공 자원 DB를 바탕으로 지역사회 정신건강서비스 제공 자원의 편차를 살펴보기 위해 클러스터링 분석을 실시하였다. 클러스터링은 비지도적 학습(unsupervised learning) 방법으로, 관측값들 사이의 거리 또는 유사성을 이용하여 전체를 몇 개의 그룹 또는 군집으로 나누는 분석법[17]이다. 군집으로 나누는 방법에는 계층적(hierarchical) 방법과 비계층적(nonhierarchical) 방법이 있다. 계층적 방법은 순차적으로 가까운 관측값을 묶어 주는 병합(agglomeration) 방법과 먼 관측값을 순차적으로 나누어 주는 분할(division) 방법이 있으며 주로 병합 방법이 사용된다. 비계층적 방법은 산포를 나타내는 여러 가지 측도를 이용하여 이들 판정 기준을 최적화시키는 군집 방법으로, 한 번 분리된 개체도 반복적으로 시행하는 과정에서 재분류될 수 있다. 가장 대표적인 비계층적 방법은 k-means 클러스터링 방법이다. 이는 주어진 군집 수 k에 대하여 군집 내 거리제곱합을 최소화하는 것을 목적으로 한다. 모형 기반(Model based) 클러스터링 방법으로는 가우시안 혼합 모델(Gaussian Mixture Model, GMM)이 있다. 여기에서는 지역별 인구학적 특성(인구수, 우울증상경험률, 가구수, 중증정신질환자수 등) 및 시설 인프라(국공립정신병상수, 중독관리통합지원센터수, 종합복지관 등)를 고려하여 지역별 클러스터 분석 및 특성을 비교하기 위해 데이터의 공분산구조가 반영된 GMM을 분석 방법으로 선택하였다. Gaussian Mixture는 확률 모델로 평균과 분산을 추정하여 "soft" classifier로 사용할 수 있다.[18] 데이터로부터 추정해야 하는 parameter로는 평균 μ_i,

17) 방법론에 대한 설명은 송문섭·조신섭(2004)을 참고하여 작성하였음.
18) Gaussian Mixture 모형 수식은 www.public.iastate.edu/~maitra/stat501/lectures/ModelBasedClustering.pdf를 참고하여 작성하였음.

공분산 Σ_k, mixing coefficient π_k가 있는데, parameter는 EM(Expectation Maximization) algorithm으로 추정한다. 우선, μ_i, Σ_k, π_k의 초기 수치를 설정하고, 각각의 클러스터 k에 대하여 할당 점수 $\gamma(z_{nk})$를 X_n에 할당한다.

$$\gamma(z_{nk}) = \frac{\pi_k N(x_n|\mu_k, \Sigma_k)}{\sum_{j=1}^{K} \pi_j N(x_n|\mu_j, \Sigma_j)}$$

그리고 주어진 점수에서 클러스터 k에 대하여 μ_i, Σ_k, π_k를 조정한다.

$$\mu_k^{new} = \frac{1}{N_k} \sum_{n=1}^{N} \gamma(z_{nk}) x_n \text{, where} \quad N_k = \sum_{n=1}^{N} \gamma(z_{nk})$$

$$\Sigma_k^{new} = \frac{1}{N_k} \sum_{n=1}^{N} \gamma(z_{nk})(x_n - \mu_k^{new})(x_n - \mu_k^{new})^T$$

$$\pi_k^{new} = \frac{N_k}{N}$$

다음으로 최대가능도(likelihood) 함수를 평가한 후, 이러한 작업을 최대가능도 또는 parameter가 수렴할 때까지 반복한다.

$$\ln p(X|\mu, \Sigma, \pi) = \sum_{n=1}^{N} \ln \left\{ \sum_{k=1}^{K} \pi_k N(x_n|\mu_k, \Sigma_k) \right\}$$

위 방법으로 인구학적 특성과 시설 인프라를 중심으로 시군구 229개 지역을 클러스터링하여 특성 분석을 하였다.

3) 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 대상 질적 면담 조사

본 연구는 지역사회 정신건강서비스 연계 현황 파악 및 개선과제 도출을 위해 앞서 살펴본 이용자(당사자 및 보호자) 조사뿐 아니라 지역사회 내에서 실제 정신건강서비스를 제공하는 실무자[19] 대상 조사 역시 실시하였다. 실무자 대상 조사는 본 연구에서 살펴보고자 하는 연계인 정신건강증진체계 간, 정신건강증진체계와 유관자원 간 연계를 모두 살펴보기 위하여, 다음의 실무자들을 대상으로 질적 면담을 개별 인터뷰 형식으로 하였으며, 그 결과를 분석하였다.

가) 조사 대상 및 조사 방법

① 조사 대상

본 연구에서는 정신건강증진체계 간 연계 현황과 문제점을 파악하고, 지역사회 정신건강증진체계와 지역사회 내 유관자원 간 연계 체계를 살펴보기 위해 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자를 대상으로 질적 면담 조사를 실시하였다.

본 연구는 아래 표에 제시되어 있는 기관의 실무자를 대상으로 2017년 3~8월 개별 인터뷰 및 집단 인터뷰를 실시하였다. 본 질적 면담 조사에 참여한 실무자는 총 29명으로 4개 정신의료기관(민간, 국공립 각 2개 기관) 실무자 10명, 3개 광역정신건강복지센터 실무자 4명, 6개 기초정신

19) 본 연구에서 의미하는 실무자는 향후 제2장에서 제시한 지역사회 정신건강서비스 제공주체에서 근무하고 있는 실무자 전체를 의미함. 본 연구에서는 정신건강서비스 제공주체별 실무자 구분이 필요한 경우 정신건강복지센터 내 근무하는 실무자는 정신건강복지센터 실무자로, 희망복지지원단의 사례관리자는 희망복지지원단 사례관리자로 구분하여 표기하였음. 다만 제공주체와 상관없이 전반적인 지역사회 정신건강서비스 제공주체 내 전체 실무자들을 언급할 필요가 있는 경우, 본 연구에서는 '실무자'로 제공주체를 구분하지 않고 표기하였음.

건강복지센터 실무자 6명, 3개 정신재활시설 실무자 3명, 5개 희망복지지원단 사례관리자 6명을 포함한다.[20]

〈표 1-8〉 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 대상 질적 면담 조사 연구 참여자 특성

구분	대상 기관	기관수(개)	인원(명)
정신의료기관	민간의료기관	2	4
	국공립정신의료기관	2	6
광역정신건강복지센터		3	4
기초정신건강복지센터		6	6
정신재활시설		3	3
희망복지지원단		5	6
계		21	29

이 중 기초 정신건강복지센터 실무자와 희망복지지원단 사례관리자의 경우 현재 지방자치제도로 이루어지는 많은 복지서비스는 각 시의 특성에 따라 서로 다른 양상으로 제공되므로 전국의 특성이 다르다는 점을 감안하여 각 시군구의 관련 정보를 변수로 고려하여 클러스터 분석을 한 결과를 기반으로 각 클러스터별 면접에 참여 가능한 '정신건강복지센터' 실무자와 '희망복지지원단(또는 무한돌봄)'의 사례관리자를 선정하여 조사하였다.

다양한 정신건강증진체계와 유관자원 중 정신건강복지센터 실무자와 희망복지지원단의 사례관리자를 설정한 이유는 다음과 같다. '연계' 서비스는 사례관리의 한 영역으로 정신질환, 특히 중증전신질환자에 대한 사례관리는 시군구 단위의 기초정신건강복지센터에서 수행하고 있으므로

20) 본 연구는 서울과 강원도 지역에 위치한 정신의료기관(서울과 강원도 각 2개 기관), 충청도, 경상도, 전라도 지역에 위치한 광역 정신건강복지센터, 그리고 경기도와 서울 지역에 위치한 정신재활시설을 방문하여 개별 인터뷰 및 집단 인터뷰를 실시하였음. 그리고 울, 경기도, 전라도, 강원도에 위치한 기초 정신건강복지센터와 희망복지지원단을 방문하여 개별 인터뷰를 실시하였음.

정신건강복지센터의 실무자는 본 면접조사의 필수적인 대상이라 할 수 있다. 또한 우리나라의 복지서비스 전달체계 중 '사례관리'를 전문적으로 담당하고 있는 것은 희망복지지원단(또는 경기도의 경우 무한돌봄센터)이기 때문에 비록 사례 대상자 모두가 정신질환자는 아닐지라도 이와 관련된 종합적인 연계를 알아보기 위해 관련 대상자를 조사에 참여할 수 있도록 하였다. 그 외 종합사회복지관, 정신재활시설 등 필요로 하는 곳이 있다면 추가적으로 면접조사를 하였다.

② 조사 방법

앞서 설명한 중증정신질환자 보호자 대상 초점집단 인터뷰와 유사하게 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 대상 질적 면담 조사 역시 의사표현의 자유 및 개인정보 보호를 위해 개인정보 및 기관의 위치, 기관 내 지위에 대해 마스킹(masking)하였으며, 이에 대한 자료도 공개하지 않는 것을 원칙으로 하였다. 또한 개별 실무자가 인식하는 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 파악하기 위해 개별 인터뷰 중심으로 진행하였으며, 방문 시기와 일정상 개별 인터뷰가 어려운 경우 각 기관별로 집단 인터뷰를 하였다[21]. 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 대상 질적 면담 조사는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후(승인번호 제2017-36) 진행되었다. 인터뷰 전 연구의 개요 및 인터뷰 내용을 녹음한다는 사실을 설명하고, 이에 대한 동의를 받은 후 면담을 수행하였다. 질적 면담은 최소 40분에서 최대 2시간 40분간 진행되었으며, 녹음된 내용은 녹취록으로 작성되었다.

---

21) 주로 정신의료기관의 경우가 이에 해당하며, 한 의료기관 내 여러 종사자가 참여하여 집단 인터뷰가 진행되었음.

나) 조사 내용

지역사회 정신건강서비스 제공 실무자를 대상으로 한 질적 면담 조사는 기존 문헌 고찰 및 전문가 자문을 거쳐 반구조화 형식의 질문으로 개발되었으며, 조사 내용은 다음의 표와 같다.

〈표 1-9〉 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 대상 질적 면담 조사 내용

유형	구분	질문
의료기관 실무자	업무 관련	• 현재 맡은 업무 • 병원 내 직군 구성 및 각 직군의 업무 • 직군들 간 협력 방식 및 정도에 대한 인식
	중증정신질환자특성 관련	• 현재 병원 내 환자 특성 • 환자의 입원 경로 • 중증정신질환자가 입원한 순간부터 퇴원 시까지 이루어지는 사항들 • 병원 내 중증정신질환자들의 욕구 • 중증정신질환자 퇴원 시 지역사회 자원을 연계한 경험
광역 및 기초 정신건강복지센터와 정신재활시설 실무자	기관의 역할과 기능	• 중증정신질환자 대상 프로그램 • 정신건강복지법 개정 이후 기관 및 지역사회의 변화
	자원 연계	• 지역사회 정신건강서비스 유관자원 종류(지역별, 시설별) • 지역사회 정신건강서비스 유관자원 간 연계 수준에 대한 인식 • 현재 중증정신질환자 대상 서비스 제공을 위해 연계를 맺고 있는 자원 종류, 연계 내용 및 방식 • 유관기관 간 이상적인 역할 구분에 대한 인식
	서비스 이용경로	• 중증정신질환자의 욕구 • 중증정신질환자의 해당 시설 이용 경로
희망복지 지원단 사례관리자	기관의 역할과 기능	• 정신건강복지법 개정 이후 기관 및 지역사회의 변화
	자원 연계	• 지역사회 내 정신건강복지센터와 정신재활시설의 연계 수준에 대한 인식 • 중증정신질환자 대상 서비스 제공 및 지역사회 내 유관자원으로의 연계 경험(연계 자원 유형, 연계 내용 및 방식 등) • 유관기관 간 이상적인 역할 구분에 대한 인식
공통	개선 관련	• 현재의 상황을 개선 및 보완하기 위해 필요한 사항 • 중증정신질환자의 지역사회 복귀를 도모하기 위해 필요한 사항

다) 분석 방법

본 연구는 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자를 대상으로 한 인터뷰 완료 후 면담 내용을 녹취하였으며, 녹취된 자료를 바탕으로 코딩하였다. 중증정신질환자의 보호자 대상 초점집단 인터뷰 분석 방법과 동일하게 면담 내용은 귀납적 주제 분석 기법을 활용하여 분석하였다. 앞서 설명한 것처럼 녹취된 자료를 바탕으로 의미 단위 중심으로 코딩을 진행하였으며, 수차례의 연구진 회의를 거쳐 도출된 의미 단위에서 패턴을 파악하고, 범주를 구성한 후 주제를 도출하는 방식으로 분석을 진행하였다. 귀납적 주제 분석을 통해 도출된 주제들은 제5장에 제시하였다.

제 2 장

지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 주요 개념 및 선행연구 고찰

제1절 지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 주요 개념
제2절 지역사회 정신건강서비스 연계에 관한 선행연구 고찰

2 지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 주요 개념 및 선행연구 고찰

제1절 지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 주요 개념

1. 중증정신질환자

2017년 5월 30일부터 시행된 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)에 의해 정신질환자는 '망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람'을 의미하며, 본 법을 통해 정신질환자의 범위를 중증정신질환자로 축소 정의한 것으로 평가된다.

정신건강증진 실천 현장에서 만나는 대표적인 중증정신질환자는 조현병, 조울증, 반복성 우울장애 환자다. 본 연구에서는 산정특례제도와 정신장애인 판정 기준을 고려하여 F20-F29 조현병, 분열형 및 망상성 장애, F31 양극성 정동장애, F33 재발성 우울장애로 진단받은 사람을 중증정신질환자로 조작적으로 정의하고자 한다. 구체적으로 보면, 회귀난치성질환자 산정특례제도에 따라 F20-F29 환자가 포함되며,[22] 정신장애인의 장애등급 판정 기준 중 하나인 진단명이 ICD-10에 따라 F20 조현병, F25 조현정동장애, F31 양극성 정동장애, F33 재발성 우울장애인 경우 정신장애 판정이 나오게 되므로 본 연구에서는 포괄적으로 중증정신질환자를 정의하였다.

22) 국민건강보험법 제44조와 국민건강보험법 시행령 제19조 1항에 따르며 자세한 사항은 보건복지부고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 내 [별표 4] 희귀난치성질환자 산정특례 대상(외래 또는 입원진료 시(약국 포함) 급여 비용의 10% 본인부담)을 참조하였음.

가. 중증정신질환자의 규모

2016년 발표된 정신건강 종합대책에 의하면(관계부처합동, 2016.2.25. p.3), 중증정신질환자는 인구의 약 1% 정도이며, 국내 중증정신질환자는 약 50만 명으로 추정된다고 한다. 앞서 조작적으로 정의한 것에 따라 본 연구는 2015년 국민건강보험공단 청구자료(전수자료)를 활용하여, 주상병 및 제1부상병이 F20-F29(조현병, 분열형 및 망상성 장애), F31(양극성 정동장애), 혹은 F33(재발성 우울장애)이면서, 이 코드로 입원 1회 이상 혹은 외래 3회 이상 이용한 20세 이상의 성인을 추출하여 중증정신질환자 규모를 추정하였다. 20세 이상 중증정신질환자의 규모는 다음과 같다.

〈표 2-1〉 중증정신질환자 일반적 특성(2015년)

(단위: 명, %)

구분		중증정신질환자	
		대상자 수	분율
(전체)		425,150	100.0
성별	남자	187,286	44.1
	여자	237,864	55.9
연령	65세 미만	326,434	76.8
	65세 이상	98,716	23.2
	20-29세	40,637	9.6
	30-39세	57,397	13.5
	40-49세	94,141	22.1
	50-59세	98,841	23.2
	60-69세	61,579	14.5
	70세 이상	72,555	17.1
의료보장 형태	건강보험	296,388	69.7
	의료급여	128,762	30.3

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB 자료를 활용하여 본 연구의 연구진이 분석하여 작성하였음.

2015년 기준 전국 20세 이상 성인 중증정신질환자는 42만 5150명으로 나타났다. 우리나라 인구수는 5175만 3820명(2017. 9. 22. 기준)으로 전체 인구수 대비 정신질환자는 0.82%에 해당한다. 국내 정신질환자

수가 2015년 기준으로 396만 6728명인 것에 비교해 보면, 정신질환자의 약 10.7% 정도가 중증정신질환자인 것으로 나타났다.[23]

20세 이상 중증정신질환자의 일반적 특성을 살펴보면, 성별로는 남자 44.1%, 여자 55.9%로 여자가 남자보다 약간 높게 나타났으며, 연령별로는 노인(65세 이상)이 23.2%로 나타났으며, 연령대별로는 40대가 22.1%, 50대가 23.2%로 다른 연령대보다 높게 나타났다.

의료보장 형태를 보면 중증정신질환자의 건강보험 대비 의료급여 비율이 높다. 국민건강보험통계연보에 의하면 전체 인구수 대비 의료급여 수급권자 비율은 97:3으로 3%가 의료급여자(국민건강보험공단, 2015)이고,[24] 전체 정신질환자에서 건강보험 대비 의료급여 비율은 87:13으로 13%[25]가 의료급여자로, 중증정신질환자의 의료수급권자 비율이 높게 나타났다.[26] 2015년 의료급여 통계연보에 따르면 중증정신질환자에서 건강보험 대비 의료급여 비율은 59:41로 41%가 의료급여자인 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2015).

본 연구에서 정의한 정신질환자와 중증정신질환자의 의료보장 형태를 살펴본 결과 역시 유사하였다(그림 2-1 참조). 정신질환자 중 의료급여자 비율이 약 11%인 데 반해 중증정신질환자 중 의료급여자는 30%로 높게

23) 2015년 건강보험통계연보 질병분류별 급여현황(주상병 기준 발췌)에서는 전체 정신질환자(F코드) 진료실 인원은 285만 9181명이고, 중증정신질환자 실인원은 29만 7886명으로 전체 정신질환자의 10.4%에 해당한다고 보고함. 본 연구가 분석한 수치와 차이가 나타나는 이유는 중증정신질환자를 정의하는 기준이 다르기 때문임. 본 연구는 주상병부터 제1~4부상병 중 본 연구에서 정의한 중증질정신질환코드가 있고 입원 및 외래 이용을 한 경우로 정의하였으며, 건강보험통계연보의 중증정신질환자 실인원은 주상병을 기준 입원이나 외래 이용을 한 번 이상 한 경우로 정의하여 산출된 수치임.

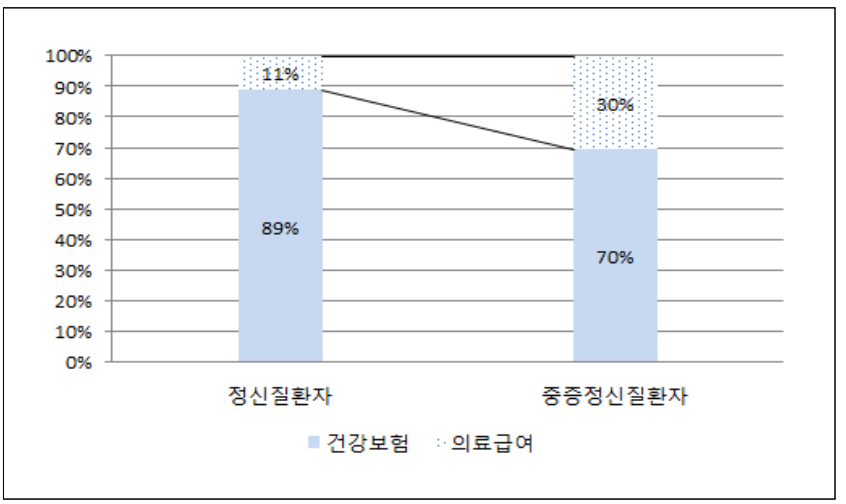
24) 2015년 건강보험통계연보 제1편 제1장 적용인구(건강보험: 5049만 157명, 의료급여 154만 4267명)의 비율.

25) 2015년 의료급여 통계연보-22대 질병분류별 의료급여 진료현황 자료 사용(정신 및 행동장애(F00-F99) 진료실인원 37만 8464명).

26) 2015년 의료급여 통계연보-질병 소분류별 다빈도 상병 진료현황 자료 사용(F20-F29: 9만 1153명, F31: 1만 5023명, F33: 1만 4763명).

나타났다.[27] 이처럼 높은 의료수급권자의 비율은 2014년 장애인 실태조사(김성희 등, 2014, p.395)에서도 찾아볼 수 있는데, 이 조사에서 정신장애인 중 약 54.5%가 기초생활보장 수급 대상자로 나타났다.

[그림 2-1] 정신질환자 가입자 구분 비교(2015년 기준)

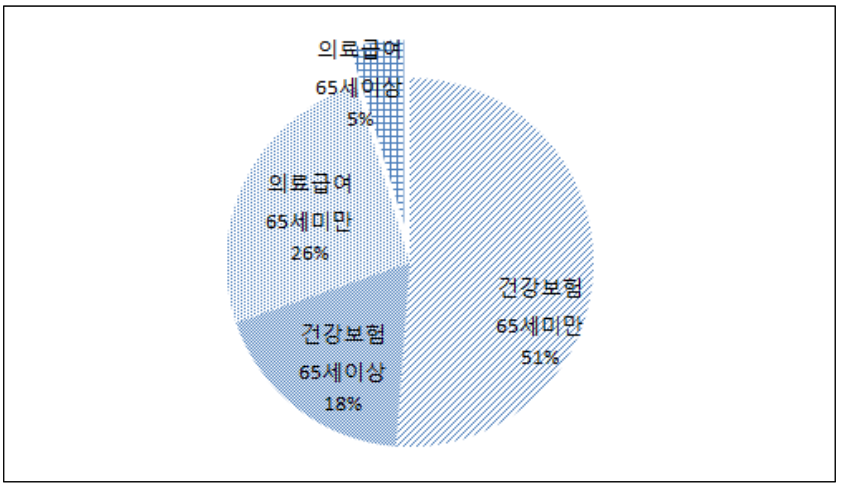


자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB 자료를 활용하여 본 연구의 연구진이 분석하여 작성하였음.

중증정신질환자 규모를 의료보장 형태별·연령별로 구분해서 살펴본 결과 건강보험 65세 미만 중증정신질환자는 21만 7650명이며, 전체 대비 51.2%에, 65세 이상은 7만 8738명으로 전체 대비 18.5%에 해당한다. 의료급여 65세 미만 중증정신질환자는 10만 8784명으로 전체 대비 25.6%이며, 65세 이상은 1만 9978명으로 전체 대비 4.7%에 해당한다.

27) 건강보험통계연보와 의료급여 통계연보의 수치가 다른 이유는 본 연구에서 정의한 정신질환 및 중증정신질환의 정의가 상이하기 때문임(각주 30번 참조 - 2015년 건강보험통계연보 제1편 제1장 적용인구).

〔그림 2-2〕 중증정신질환자 구성 비율(2015년 기준)



자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB 자료를 활용하여 본 연구의 연구진이 분석하여 작성하였음.

중증정신질환자의 시도별, 특성별 규모를 살펴보면 다음 〈표 2-2〉와 같다. 우선 시도별로 보면, 중증정신질환자 42만 5150명 중 수도권(서울, 경기도) 지역 중증정신질환자는 16만 7410명으로 전국 대비 39.4%에 해당한다.

〈표 2-2〉 시도별 정신질환자 일반적 특성(2015년)

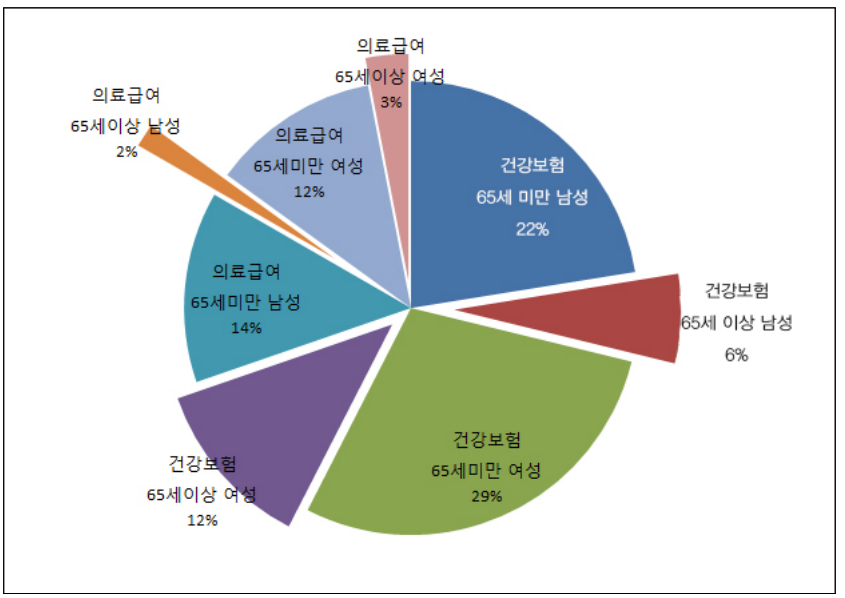
(단위: 명, %)

구분	전체 정신질환자		중증정신질환자	
	대상자 수	분율	대상자 수	분율
서울특별시	687,020	17.3	77,913	18.3
부산광역시	305,926	7.7	31,387	7.4
대구광역시	204,056	5.1	23,931	5.6
인천광역시	192,123	4.8	22,583	5.3
광주광역시	103,154	2.6	10,739	2.5
대전광역시	119,625	3.0	13,613	3.2
울산광역시	80,043	2.0	7,113	1.7
세종특별자치시	15,285	0.4	1,674	0.4
경기도	827,519	20.9	89,501	21.1
강원도	140,531	3.5	12,849	3.0
충청북도	137,982	3.5	15,561	3.7
충청남도	187,660	4.7	22,145	5.2
전라북도	188,273	4.7	19,468	4.6
전라남도	197,077	5.0	17,232	4.1
경상북도	250,072	6.3	28,337	6.7
경상남도	281,014	7.1	25,234	5.9
제주특별자치도	49,241	1.2	5,860	1.4

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB 자료를 활용하여 본 연구의 연구진이 분석하여 작성하였음.

의료보장 형태별, 성별, 연령별 상세 구성비를 살펴보면, 건강보험 가입자이면서 65세 미만 여자가 12만 2173명으로 전체 중증정신질환자의 28.7%로 가장 많았다.

[그림 2-3] 중증정신질환자 상세 구성 비율(2015년 기준)



자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB 자료를 활용하여 본 연구의 연구진이 분석하여 작성하였음.

나. 중증정신질환자의 욕구

중증정신질환자가 가지는 욕구는 다양하다. Test와 Scott(1990)은 정신질환자의 욕구가 개인이 처한 상황과 질환의 상태에 따라 각기 다르나, 공통적으로 의료서비스, 일상생활 지원, 주거, 직업재활, 소득보장 등의 욕구를 가진다고 보고한다. 최근 정신장애인의 지역사회 욕구를 파악한 연구(홍선미 등, 2010)에서도 정신장애인의 기본적인 삶에 대한 욕구에

는 소득보장, 의료보장, 주거보장 등이 우선순위에 놓여 있었으며, 일상생활지원 및 돌봄에 대한 욕구도 높게 나타났다. 유사하게 조윤화 등(2014)의 연구에서도 정신장애인들은 의료서비스, 지역사회 내 정신건강서비스 자원(사회복귀시설과 정신건강복지센터) 이용 의향이 높게 나타났으며, 그 외에도 장애인복지관, 직업재활시설, 이동지원서비스센터, 장애인자립생활센터, 주간·단기보호시설 등 다양한 복지기관 및 서비스 이용을 원하고 있었다.

중증정신질환자의 다양한 욕구뿐 아니라 이들을 돌보는 보호자의 욕구 역시 다양하다. 특히 중증정신질환자를 지지하고 돌보는 것은 대부분 가족의 역할이며, 정신질환자와 가장 많은 시간을 보내는 것 또한 가족 구성원이기 때문에(이종은, 현미열, 2003), 중증정신질환자 가족은 과중한 보호부담으로 인한 생활상의 많은 어려움을 호소하고 있다(배선희, 2013; 오인옥, 김선아, 2015). 가족이 갖는 욕구는 심리사회적, 교육 및 훈련, 의료서비스, 소득, 직업재활, 주거, 재가복지, 결혼을 위한 중매서비스, 복지서비스 전문가의 도움 욕구 등으로 나타나고 있다(홍선미 등, 2010; 박경수 등, 2012; 김미영 등, 2016).

2. 지역사회 정신건강서비스

1960년대 이후 탈시설화의 영향으로 최근까지 지속적으로 지역사회 중심의 정신건강서비스 전달이 강조되고 있다. 지역사회는 다양한 유형의 케어를 제공하는 직접적인 환경으로서 중요한 의미를 지닌다. 또한 사회복지 서비스 대상자들이 시설이 아닌 자신들의 삶의 거점에서 독립적으로 생활할 수 있도록 다양한 서비스나 지지를 제공하는 기반이기도 하다.

그동안 지역사회 정신건강서비스를 정의하기 위한 노력은 다양하게 이루어졌다. 구체적으로 Levine과 Pertrilla(1996)은 1) 접근가능하고 수

용가능한 측면의 지역사회주민들의 요구도를 규정하여, 2) 정신질환을 겪고 있는 환자의 강점과 그들의 (개인적) 목표를 세우고, 3) 이를 위한 지원, 서비스 그리고 적절한 자원의 폭넓은 네트워을 촉진시키면서, 4) 증거 기반(evidence-based)으로 세워진 (치료)서비스와 회복을 위한 (recovery-oriented) 서비스를 제공하도록 하는 것을 지역사회 정신건강서비스로 정의하였다. Thornicroft와 Tansella(2009) 역시 유사하게 환자를 중심으로 일차적 예방의 정보를 수집하고, 집단 및 개인 수준의 예방을 고려하여 체계적이고 팀 기반의 서비스를 장기간 제공하는 것을 지역사회 정신건강 서비스의 주요 요소로 언급하였다.

지역사회 정신건강서비스는 이처럼 광범위하게 정의되고 있기는 하지만, 공통적으로 부문 간 협업을 강조한다. 협업은 정신건강서비스가 제공되는 세팅 내의 협업을 기반으로 한 팀 기반 서비스 제공과 더불어 정신건강서비스가 제공되는 세팅 간 협업 역시 포함한다. 이와 관련하여 기존 연구들은 환경적인 관리뿐 아니라, 정신질환자의 가족, 사회적인 연계망, 그리고 조직을 강화하는 것까지 모두 포괄하는 개념으로 지역사회 정신건강서비스를 바라보고 있다(Rapp & Gosha, 2006; Warner, 2000).

가. 한국의 지역사회 정신건강서비스

한국에서 정신건강서비스는 2017년 5월 30일부터 시행된 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)에 따라 정신건강증진사업으로 표현된다. 즉 “정신건강증진사업”이란 정신건강 관련 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업을 말한다(정신건강복지법 제3조2항). 정신건강복지법에서 제시한 지역사회 정신건강서비스 제공주체는

정신건강복지센터, 정신건강증진시설(정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설)이 포함된다.

〈표 2-3〉 2017년 정신보건기관·시설 현황

(단위: 개)

구분		기관 수
정신의료기관	국·공립정신병원	18
	민간정신의료기관	1,431
정신요양시설		59
정신재활시설		333
정신건강복지센터	광역	16
	기초	209
자살예방센터[1)]	광역	6
	기초	22
중독관리통합지원센터		50

주: 1) 지역별로 별도 설치되어 있는 센터의 현황이며, 통상적으로 정신건강복지센터에서 자살예방 사업을 병행함.
자료: 보건복지부(2017), 2017년 정신건강사업안내, 보건복지부, p.11을 바탕으로 연구진이 재구성함.

정신건강서비스 제공주체 중 정신건강증진시설을 살펴보면, 우선 정신의료기관은 정신건강복지법의 시설 기준에 따라 설치된 정신병원, 정신과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신과를 의미하며, 주로 정신질환에 대한 입원 또는 외래 치료를 제공한다.[28)] 정신요양시설은 지역사회 내 정신질환자를 보호할 가족이 없거나, 가족이 보호하기가 어려운 정신질환자를 대상으로 요양 및 보호 서비스를 제공하는 기관으로 주로 만성 정신질환자들이 입소하여 서비스를 받고 있다. 그리고 정신재활시설은 지역사회 내에 거주하고 있는 정신질환자를 대상으로 사회복귀를 촉진하기 위한 사회적응훈련이나 직업훈련 등을 제공하고 있으며, 거주

28) 정신건강복지법에 따라 기록 보존, 입·퇴원 절차, 보호의무자의 범위 등에 변경 사항이 많음. 자세한 변경 사항은 정신건강복지법 및 보건복지부의 2017년 정신건강사업안내 참조.

공간이 필요한 정신질환자를 대상으로 하는 주거를 마련해 주는 등 다양한 서비스를 제공하고 있다. 정신재활시설의 종류로는 생활시설, 재활훈련시설(주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회 전환시설, 직업재활시설, 아동청소년정신건강지원시설), 중독자재활시설, 생산품판매시설, 종합시설이 있다.

〈표 2-4〉 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업

종류		사업
1. 생활시설		가정에서 생활하기 어려운 정신질환자등에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스를 제공하며, 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원하는 시설
2. 재활훈련시설	가. 주간재활시설	정신질환자등에게 작업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설
	나. 공동생활가정	완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립능력을 갖춘 정신질환자등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립역량을 함양하는 시설
	다. 지역사회 전환시설	지역 내 정신질환자등에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설
	라. 직업재활시설	정신질환자등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무기능 향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설
	마. 아동·청소년정신건강지원시설	정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 시설
3. 중독자재활시설		알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자등을 치유하거나 재활을 돕는 시설
4. 생산품판매시설		정신질환자등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로개척, 정보제공 등을 지원하는 시설
5. 종합시설		제1호부터 제4호까지의 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설

자료: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 제19조, 별표 10: 정신재활시설의 종류 및 사업.

그리고 광역 및 기초 정신건강복지센터[29]는 지역사회 정신건강서비스의 주요 전달체계로 지역주민의 정신건강문제 예방 및 정신질환 발견, 상담 등을 통한 개입, 사례관리, 재활서비스 제공 등의 역할을 포괄적으로 수행하고 있으며, 이를 통한 지역주민의 정신건강증진 도모를 목적으로 한다. 정신건강복지센터는 격리나 수용이 아닌 지역사회를 기반으로 서비스를 제공하고 있다.

정신건강복지센터의 주요 역할은 지역주민의 정신건강증진과 자살 예방, 정신질환자의 발견, 진료의뢰, 정신질환자 및 그 가족에 대한 상담, 사회재활 등이다. 또한 정신장애인의 사회복귀를 위해 포괄적인 지역사회서비스 네트워크를 구축하는데 중점을 두고 정신보건시설간의 연계 및 지역사회 내 정신보건서비스 제공체계를 구축하는 역할도 담당한다.

정신건강복지센터는 각 시·군·구별 1개소 설치를 원칙으로 하되 지역의 인구와 접근성을 고려하여 2개소 이상 설치가 가능하며, 광역 단위의 광역형 정신건강복지센터와 시군구 단위의 기초정신건강복지센터로 나뉜다. 기초 정신건강복지센터는 직영형[30]으로 운영 구조가 많이 전환된 서울시를 제외하고는 주로 보건소 민간위탁사업으로 이루어지고 있으며, 한 곳당 국비 지원액이 8,540만 원(보건복지부, 2017)으로 국비와 지방비가 50 대 50으로 매칭되고 있다.

그 외에도 중독관리통합지원센터, 중앙(지방)정신보건사업지원단, 중앙자살예방센터 등 중앙과 지방의 정신보건사업과 자살예방사업을 지원하기 위한 조직들이 있다.

이 중 본 연구의 초점이 되는 정신건강증진체계는 중증정신질환자를

29) 2017년 5월 30일부터 시행된 정신건강복지법에서는 정신건강증진센터의 명칭이 정신건강복지센터로 변경되었으며, 관련 법조항은 제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영)임.

30) 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조 제3항에 따른 소관 정신건강증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소에 기초정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있음.

대상으로 서비스를 제공하는 정신의료기관, 정신요양시설, 정신건강복지센터와 정신재활시설이다.

앞서 해외에서 지역사회 정신건강서비스가 영역 간 광범위한 협력을 포함하는 것처럼 본 연구에서 지역사회 정신건강서비스는 단지 정신건강복지법에서 정의하는 정신건강증진체계만을 의미하지 않는다. 본 연구에서는 지역사회 내에서 복합적인 욕구를 가진 중증정신질환자를 대상으로 서비스를 조정 및 연계, 제공하는 유관자원들을 포함한다. 이들은 희망복지지원단, 읍면동 복지허브화 사업단과 같이 서비스를 조정하고 연계하는 자원과 더불어 사회복지관, 장애인복지관, 자활후견기관 등 직접 서비스를 제공하는 자원들을 포함한다. 또한 경찰과 소방과 같이 중증정신질환자가 위기/응급 상황에 처해있을 때(예: 자해나 타해 등) 개입하는 주체들 역시 포함하였다. 본 연구에서는 정신건강증진체계가 아닌 이들 유관자원들을 복지자원이라고 표현하였다.

따라서 본 연구에서 정의하는 지역사회 정신건강서비스는 정신건강증진체계와 지역사회 내 중증정신질환자를 대상으로 서비스를 조정 및 연계, 제공하는 복지자원들을 포함하는 광의의 개념이다.

이같이 지역사회 정신건강서비스를 광의로 정의한 것은 기존 연구들이 다양한 중증정신질환자의 욕구뿐 아니라 가족의 보호부담을 줄이고, 효과적으로 대응하기 위해 다양한 서비스와 자원이 필요하다고 강조한 것에서 뒷받침될 수 있다(오인옥, 김선아, 2015; 이현경 등, 2013; 조윤화 등, 2014, p.199). 기존 연구들은 중증정신질환자에게 필요한 자원으로 일반적으로 정신장애의 예방과 치료, 그리고 재활에 관련된 다양한 인적, 물적, 그리고 정보 지원체계 등을 언급하며(김미정, 이경희, 2015), 중증정신질환자들이 그들의 생활 터전에서 일상의 과업과 사회적 역할을 원만히 수행하고, 사회통합에 필요한 다양한 욕구를 충족시키는데 없어서

는 안 될 여러 지원체계들을 포함해야 한다고 기존 연구들은 강조한다(박미은, 2002; 한동우, 2013).

나. 중증정신질환자 대상 지역사회 정신건강서비스 제공 자원

그럼 중증정신질환자와 가족들이 이용할 수 있는 공식 및 비공식 지역사회 자원들은 어떠한 것들이 있는가? 중증정신질환자의 욕구를 기반으로 공식 및 비공식 지역사회 정신건강서비스 제공 자원을 구분해보면, 크게 세 가지로 구분된다. 첫째, 의료적 서비스 욕구와 관련한 자원으로는 의료기관 중심의 치료서비스와 보건소 중심의 증상 관리 및 보호 서비스가 있다. 즉 정신의료기관(병·의원, 종합병원정신과, 전문정신병원 등)을 통한 정신의학적인 도움과 일반 의료기관을 통한 신체적인 치료를 받을 수 있다. 또한 재가환자들은 보건소 내 다양한 프로그램을 통해 증상관리 및 간호서비스 또는 보호 서비스를 받을 수 있다(박미은, 1999).

둘째, 중증정신질환자의 지역사회 재활서비스 욕구와 관련한 자원으로는 약물증상관리, 사회기술훈련, 직업훈련, 여가 및 취미활용, 가정방문(사례관리), 일상생활훈련, 낮병원, 그룹홈 등 다양한 시설과 기관, 프로그램, 그리고 인력 등이 포함된다(박미은, 1999). 재활서비스 욕구를 위한 자원으로는 정신재활시설, 복지관, 정신건강복지센터, 보건소 내 정신보건사업, 정신요양원, 장애인 직업재활기관 등과 같은 공식적인 자원과 비인가 요양시설 및 사회복지시설 등 비공식적인 자원이 있다.

마지막으로 의료와 재활 욕구가 아닌 비의료적인 사회적 서비스 욕구와 관련한 자원으로는 권익옹호, 경제적 지원, 교통편의, 전화상담, 사법적인 보호, 일반교육, 독립적 주거지를 해결하는 다양한 시설과 기관 및 인력이 포함될 수 있다(박미은, 박귀서, 1999). 이러한 사회적 서비스 욕구는 사회복지관, 읍·면·동 주민센터의 사회복지전담공무원, 상담기관,

공식적인 자원봉사단체 및 협의회, 언론매체 및 지역홍보지, 컴퓨터 정보망 등과 같은 공식적인 자원이 활용될 수 있다. 이 밖에 비공식적인 자원으로는 가족, 친구, 동료, 이웃, 후원자, 자발적인 자원봉사자 등의 인적인 지지체계를 활용할 수 있고, 민간 자원봉사 단체나 종교단체, 자발적인 권익단체, 가족 자조모임, 그리고 민간 거주시설 등의 비공식적인 물적 자원을 활용할 수 있다(박미은, 1999).

3. 지역사회 정신건강서비스 연계

지역사회 정신건강서비스 연계는 클라이언트가 가진 복합적인 욕구를 사정하고, 그 욕구를 충족시키기 위해 개별기관 단위의 서비스를 기관 간 연계하여 클라이언트에게 통합적, 포괄적 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다.

최근 정신건강복지법은 국가의 책무로 '국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.'고 명시하면서(제4조) 지역사회 정신건강서비스 연계를 강조하고 있다. 또한 사회복지사업법에서는 사회복지서비스를 '국가. 지방자치단체 및 민간의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담. 재활. 직업소개 및 지도, 사회복지시설의 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 제도적으로 지원하는 것'(제2조)으로 정의하며 다양한 욕구를 가진 클라이언트에 대한, 본 연구에서는 중증정신질환자에 대한, 지역사회 정신건강서비스 연계를 강조하고 있다.

가. 연계의 개념

그럼 과연 연계라는 것은 무엇을 의미하는가? 사회복지서비스에서 일반적으로 활용되는 연계의 의미는 사람들 혹은 단체 간에 공식적 혹은 비공식적 관계를 바탕으로 자원, 기술, 사회관계, 지식, 신뢰 등을 서로 공유하는 것으로 인식되고 있다(이재완, 최영, 2011). 일반적으로 연계의 수준은 공동프로그램의 유무, 관계의 공식적 정도, 조직의 독립성 정도, 자원의 공유 정도에 따라 차이가 있으며 이를 비공식적인 연계(informal network), 협력(cooperation), 조정(coordination), 협동(collaboration), 통합(integration) 등으로 나눌 수 있다(박경은 등, 2007, p.41).

먼저 비공식적 연계부터 살펴보면, 각 개별 기관의 조직 독립성이 높은 가운데 관련 기관간의 관계는 비공식적이며 기관 간 자원의 이전이나 공동프로그램의 개최 등은 활발히 일어나지 않는 형태이다. 비공식적인 연계를 통한 인적 네트워킹을 바탕으로 공동의 프로그램을 같이 기획하는 것을 협력(cooperation)이라고 하며, 지역사회 내 클라이언트를 타 기관에 의뢰하기 위한 각 기관 실무자들의 간담회가 그 한 예가 될 수 있다(박경은 등, 2007, p.41).

조정(coordination)의 수준에서는 각 기관간의 관계가 공식적이며, 공동 프로그램이 활발해지나, 각 기관의 특성은 원래대로 유지된다. 조정에서는 클라이언트가 처음에 방문한 기관에 관계없이 통합사례회의 등한 지원을 받을 수 있는 연계가 가능하다(박경은 등, 2007, p.41).

협동(collaboration)은 독립된 기관들이 공통의 목표를 가지고 새로운 구조에 편입되어 서비스하는 것이라고 할 수 있다. 이를 위해서는 포괄적인 기획이 가능하고 여러 수준과 측면을 포함하는 의사소통 채널이 필요하다. 자원을 공동으로 확보하고 관리하며 성과는 공유된다. 즉, 지역사회보장협의체와 같이 대표협의체, 실무협의체 등 여러 수준의 의사

소통 채널을 가지고 있으면서 지역사회의 복지의 자원들을 모두 점검하여 통합적인 계획을 통해 공동의 비전을 가지고 서비스를 제공하는 것이 그 예가 될 수 있다(박경은 등, 2007, p.41).

한편, 통합(integration)은 각 조직의 독립성이 약해지는 특징을 보이는데(박경은 등, 2007, p.41), 각 기관의 기능과 역할을 재정리하여 기관의 통합 및 네트워킹(networking)은 개인 간(interpersonal), 개인과 조직 간, 조직과 조직 간(interorganization) 사회관계를 구축하고 유지하는 상호적인 활동을 의미한다(이호, 2008).

본 연구에서는 지역사회 정신건강서비스를 둘러싼 다양한 이해관계자들을 대상으로 한 질적면담조사 결과 분석을 통해 지역사회 정신건강서비스의 연계 수준을 살펴보고자 한다.

나. 지역사회 정신건강서비스 연계 형태

본 연구에서는 지역사회 정신건강서비스 연계 수준을 살펴보기 위해 보다 초점을 두고 분석한 지역사회 정신건강서비스 연계 형태는 a) 중증정신질환자의 치료 필요성으로 인한 의료기관으로의 연계, b) 의료기관 퇴원 이후 지역사회 복귀를 도모하기 위한 의료기관에서 지역사회 정신건강증진체계(주로 정신건강복지센터)로의 연계, c) 지역 내 복지자원 및 전달체계에서 발견한 중증정신질환자에 대한 전문적 개입이 필요하여 정신건강복지센터로 의뢰하는 경우와 d) 중증정신질환자가 가진 다양한 욕구에 대응하기 위해 기타 복지 서비스 제공이 필요하여 정신건강복지센터에서 다른 기관 및 시설로의 공식적 사례의뢰 또는 서비스 연계를 의미한다. 즉 이같은 연계는 기관 간 정보교환과 의뢰, 지역사회자원의 개발 및 동원, 서비스제공에 따른 역할분담, 지역사회 정신건강 이슈의 발굴 및 추진, 서비스 대상자의 발굴 등이 포함될 수 있다.

따라서 본 연구에서 살펴보고자 하는 지역사회 정신건강서비스 연계 형태는 정신건강증진체계 간 연계와 정신건강증진체계와 지역사회 내 복지자원 간 연계, 즉 종단과 횡단적인 측면의 지역사회 정신건강서비스 연계를 의미한다. 구체적으로 살펴보면, 정신의료기관-정신요양시설-정신건강복지센터-정신재활시설로 이어지는 정신건강증진체계와 지역사회 내 정신건강복지센터와 정신재활시설, 시군구 단위의 희망복지지원단 및 읍면동 단위의 읍면동 복지허브화사업단, 그 외 장애인복지관, 사회복지관, 자활후견기관 등 복지자원 간의 연계를 의미한다.

제2절 지역사회 정신건강서비스 연계에 관한 선행연구 고찰

최근 정신건강서비스뿐 아니라 사회서비스가 중앙이나 지자체로부터의 일원적 서비스 제공 방식에서 다양한 민간기관 및 시민조직 등이 참여하는 다원적 공급 방식으로 변화하면서 클라이언트가 최적의 서비스를 선택하고 접근하는 문제가 더욱 중요해지고 있다(홍선미 등, 2016, p.131). 즉 서비스 욕구뿐 아니라 서비스 제공 주체가 다양해지면서 클라이언트가 한 기관에서 필요한 서비스를 제공받을 수 없을 때 다른 기관에 연계하여 받을 수 있는 서비스 접근성 보장을 필요로 한다. 또한 서비스의 중복·누락을 최소한으로 줄이며 한정된 자원을 최대한 활용하기 위해 서비스를 효과적으로 연계하는 것이 필요하다(홍선미 등, 2016, p.247).

그동안 국내외에서 다양한 욕구를 가진 정신질환자들을 대상으로 한 지역사회 정신건강서비스 연계의 필요성을 강조해 왔다. 신체적·정신적 장애를 예방하고 장애인의 능력을 최대한 개발할 수 있도록 지원하고, 가능한 일상생활에 통합될 수 있도록 촉진할 것을 명시한 1975년 제30차 유엔총회에서 결의된 정신장애인을 포함한 모든 장애인에 대한 장애인 권

리선언[31]에서부터 장애인권리협약의 지역사회에서의 자립생활 강조,[32] 최근의 정신건강복지법까지 다양하다. 중증정신질환자에 대한 서비스 패러다임이 의료와 사회 복귀의 제한된 영역으로부터 정상적인 사회생활을 지원하며 자립생활에 요구되는 다양한 사회적 권리를 보장하는 방향으로 변화하기 위한 노력이 필요하다는 논의가 활발하게 진행 중이다.

하지만 최근 정신건강복지센터는 “섬처럼 운영되는 센터” 혹은 “클리닉처럼 운영되는 센터”라는 비판을 받아 왔다(전진아 등, 2016). 최근 한 국회 포럼에서 제기된 “지역성을 되찾자”라는 의견이 강조되는 것처럼 정신건강증진체계 내에서 자성의 목소리가 높아지고 있으며(정신건강정책포럼, 2017), 지역사회 내 복지자원들과의 네트워크가 필요하다는 의견이 정신건강증진체계 내 관계자뿐 아니라 사회복지 전달체계 관계자들 간 모아지고 있다(홍선미 등, 2016, p.222, 김문근 등, 2015, p.157).

1. 지역사회 정신건강서비스 연계 필요성

그럼 과연 지역사회 정신건강서비스 연계는 왜 필요한가?[33] 지역사회 정신건강서비스 연계는 첫째, 중증정신질환자의 조기 발견 및 조기 개입

31) 정신장애인이 자립생활을 지향할 수 있도록 원조를 받을 권리(제5조), 경제, 사회계획의 각 단계에서 정신장애인의 특별한 욕구가 고려될 권리(제8조), 가족 또는 부모와 같이 생활하며, 모든 사회적. 창조적 활동과 오락 활동에 참여할 권리, 시설 입소가 필요한 경우에는 비슷한 연령인 사람들과 정상적 생활이 가능한 환경 및 생활조건이 유사한 곳에서 생활할 권리(제9조)등 지역사회에 거주하는 정신장애인들이 정상화된 삶을 보장받고 다양한 활동을 지원받을 권리 등을 포함하고 있음.

32) 정신장애인이 다른 사람들과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 권리(제19조), 적절한 생활수준과 생활조건에 대해 지속적인 개선을 요구할 수 있는 권리(제28조), 차별 없는 교육을 받을 권리(제24조), 통합적이며 장애인이 접근 가능한 노동 환경에서 자유롭게 선택한 노동을 통해 삶을 일구어 나가는 기회를 가질 수 있는 권리(제27조), 비장애인과 동등하게 문화·여가생활을 즐길 수 있는 권리(제30조) 등.

33) 앞 절에서 지역사회 정신건강서비스 연계를 정신건강증진체계 내 종단적 연계와 정신건강증진체계와 지역사회 내 복지자원 간 횡단적 연계로 살펴보고 있으나 연계의 필요성은 종단 및 횡단 연계에 따라 다르지 않아 본문과 같이 통합적으로 제시하였음.

을 가능하게 한다. 정신건강증진체계 간 연계 및 복지자원 간 연계가 잘 이루어지는 경우, 각 체계 내에 있는 실무자들 간 중증정신질환자에 대한 인식이 높아지고, 각 체계에서 복지 및 정신건강 서비스를 제공하다 발견되는 중증정신질환자들이 보다 쉽고 빠르게 정신건강증진체계로 연계되어 조기에 치료 및 관리를 받을 수 있다(이지영, 2015).

이와 유사하게 위기/응급 사례에 대한 대응 역시 빠르게 이루어질 수 있다. 정신건강증진체계와 경찰과 소방의 유기적인 연계체계가 잘 구축되어 있다면, 중증정신질환자가 자해나 타해 등의 상황으로 위기/응급 대응을 필요로 할 때 빨리 정신의료기관으로 이송되어 필요한 서비스를 받을 수 있을 것이다(홍선미 등, 2016, p.222).

셋째, 지역사회 정신건강서비스 연계는 중증정신질환자의 회복을 도모하는 데 필요하다. 중증정신질환자가 의료기관에서 퇴원 이후 지역사회 내 정신건강증진체계로 연계가 이루어지면, 정신건강복지센터에서 약물복용 등 질환 관리 및 사례관리를 받을 수 있고, 정신재활이용시설에서 주간재활이나 직업훈련 등의 프로그램을 받을 수 있다. 또한 정신재활생활시설에서 주거를 제공받을 수도 있다. 또한 지역사회 내 복지자원들로부터 다양한 급여와 직업훈련 프로그램 및 재가서비스, 문화여가 프로그램을 받을 수 있다. 즉 앞서 설명한 것처럼 최근 정신건강 주체가 다원화되는 상황에서 지역사회 정신건강서비스가 연계되는 것은 다양한 욕구를 가진 중증정신질환자를 대상으로 한 서비스 접근성이 향상되는 것을 의미하기도 한다. 이처럼 질환 자체의 회복이 아니라 지역사회로의 성공적인 복귀를 위한 회복을 도모하는 데 지역사회 정신건강서비스 연계는 필요하다(이지영, 박순우, 2015). 유사하게 최지선(2012)이 단적으로 “네트워크 없이는 사례관리는 헛된 꿈”이라고 표현한 것처럼 복합적인 욕구를 가진 중증정신질환자에 대한 대응을 통해 중증정신질환자가 사회적으

로 회복되고, 지역사회로의 성공적인 복귀를 촉진하기 위해 필요하다.

2. 정신건강서비스 연계 저해 요인에 대한 고찰

이처럼 지역사회 정신건강서비스 연계는 중증정신질환자의 중증정신질환자 발견 및 개입, 위기/응급 상황에의 대응 및 중증정신질환자의 회복 및 성공적인 사회 복귀를 위해 필요하다. 중증정신질환자의 치료, 재활, 보호, 주거 등 보건 및 복지서비스 제공에 대한 복합적 요구가 제기되고 있고, 최근 지역사회 복지전달 체계의 개편을 통해 맞춤형 복지 서비스를 제공하기 위해 지역사회 내 민·관 자원 간 네트워크를 구축하고 활성화하려는 노력이 있음에도 불구하고(정영철, 2012; 김이배, 2014), 보건 전달 체계에 속한 주요 정신건강서비스 기관들은 지역사회 내 다양한 민간기관들과 유기적으로 연계하는 데 한계가 있으며 결과적으로 정신장애인들의 지역사회 정신건강서비스기관의 이용은 저조한 편이다(박미은, 2002; 민소영, 2010; 박경수 등, 2012; 신권철 등, 2014; 연명모, 이금진, 2013, p.114). 즉 현재의 지역사회 정신건강서비스 연계는 제대로 되고 있다고 보기 어렵다.

선행연구를 통해 정신건강서비스 연계가 제대로 실천되지 않고 있는 이유는 살펴보면 다음과 같다. 우선 가장 대표적인 것은 Moore(1992)가 “자원 없이 혼란스러운 서비스 환경에서 사례관리를 실천하는 것은 거의 쓸모없다”고 밝힌 것처럼 현재의 지역사회 정신건강서비스 자원은 매우 취약하다(함철호, 2011; 전진아 등, 2017). 이후 제4장과 제5장에서 이용자 및 제공자 분석 결과에서도 제시되겠지만, 현재의 정신건강서비스 인프라는 특히 지역사회 정신건강증진체계인 정신건강복지센터와 정신재활시설은 시설, 인력, 예산 모든 면에서 취약하다(전진아 등, 2016, p.83).

구체적으로 현재의 예산 구조는 지역의 인구구조, 정신건강 문제의 차이 등을 고려하지 않고 일률적으로 지원되는 형태이며, 정신보건 현장에서 일하는 인력들의 연차가 높아질수록 센터의 인건비 부담이 높아져 전문성 있는 인력을 확보하는 데 한계가 있다는 지적들이 지속적으로 제기되고 있다(경기도, 경기도정신건강증진센터, 2016, pp.85-107).

그리고 인력과 관련하여 정신질환자를 대상으로 사례관리 및 다양한 정신보건서비스를 제공하는 지역사회 기관(예: 정신건강복지센터, 정신재활시설 등)에 근무하는 정신보건 전문인력은 매우 제한적이다. 또한 2016년 말에 서울시 정신보건전문요원 파업 사태에서 드러난 것처럼 지역사회 내 열악한 정신보건 인력의 고용 안정성 및 근로조건 문제는 여전히 남아 있다.

시설과 관련해서는 정신질환자의 탈시설화가 정신건강 증진 사업의 주요 목표임에도 불구하고 정신질환자의 직업훈련 및 취업, 주거생활 등을 지원하는 사회복귀시설은 많이 부족하다. 기존 연구들은 그동안 정신건강 정책이 입원 치료와 시설보호 중심으로 진행되다 보니 정신병원과 요양시설의 병상수에 비해 재활과 사회복귀 지원을 위한 인프라가 상대적으로 미흡하다고 보고한다(조윤화 등, 2014, p.110). 현재 설치된 정신재활시설도 주거시설이 대부분이며, 직업훈련 및 취업을 지원하는 사회복귀시설은 제한적인 데다 대다수가 서울과 경기 지역에 집중되어 있어 지방의 정신질환자들이 이용하기에는 제약이 많다.

이와 관련하여 Thornicroft와 그의 연구팀(2010)은 지역사회 내의 정신건강체계가, 특히 위기상황 발생 시 병원으로 연계되는 체계, 보건의료 이외의 지역사회 내 지원 체계 개발이 충분히 이루어지지 않은 상황에서 지역사회 복귀 혹은 탈원화를 위해 입원 환자를 퇴원만 시킨다는 것은 위험한 것이라고 지적한다.

둘째, 지역 내 보건 및 복지행정 체계가 분리되어 있어 지역사회 정신건강서비스를 제공하는 주체들 간 연계가 부족하다고 선행연구들은 언급한다(조윤화 등, 2014). 행정 체계의 분리는 지역사회 내 보건, 의료, 복지서비스 관련 기관들 간의 협력을 원활하지 못하게 하는 주요한 요인으로, 실제로 정신건강복지센터의 사례관리는 정신보건 영역으로 한정되어 중증정신질환자의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있도록 하는 지역 내 다양한 자원에 쉽게 접근하고 필요한 자원을 획득하도록 도와주는 사례관리를 실천하는 데 제약이 있다고 언급한다(조윤화 등, 2014; 김문근, 2013). 이는 결국 중증정신질환자를 지역사회 정신건강 서비스 사각지대에 놓아 두는 것과 다름없다고 기존 연구는 언급한다(조윤화 등, 2014, p.311).

이를 보여 주는 가장 대표적인 예는 「장애인복지법」 제15조(다른 법률과의 관계), 시행령 제13조(다른 법률과의 관계)에 따라 정신장애인의 경우, 제34조(재활상담 등의 조치)에서 국가 및 지자체가 설치한 '장애인복지시설에서 주거편의 · 상담 · 치료 · 훈련 등의 필요한 서비스'나 제59조(장애인복지시설)에 의해 '장애인복지시설의 관련 서비스'를 받지 못하며, 「정신복지법」에 의거한 시설을 이용해야 한다는 점이다(신권철, 2010; 조윤화 등, 2014, p.108). 즉 보건과 복지행정 체계 분리와 협력 부족은 중증정신질환자를 대상으로 하는 지역사회 정신건강서비스가 복지서비스와 통합적으로 운영되지 못하고, 그 결과 중증정신질환자들이 장애인복지서비스를 비롯한 지역 내 관련 인프라 및 서비스를 이용하지 못하게 되는 결과가 초래될 수도 있다고 지적한다(김문근, 2013).

셋째, 지역사회 정신건강서비스를 구성하는 각 주체별로 역할이 구체화되어 있지 않아 서로가 어떤 서비스를 제공하고 제공할 수 있는지에 대한 인지 부족을 저해 요인으로 제시할 수 있다(김문근, 2003; 최유진,

2013, p.135). 역할의 모호성은 우선 정신건강복지법에 의해 정의된 정신건강증진체계, 특히 정신건강복지센터의 역할에서 찾을 수 있다. 법에 의하면 정신건강복지센터는 정신질환자의 정신건강증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행(제15조)하도록 되어 있으나, 이 중 일부 기능은 기존 정신재활시설이나 복지자원에서 이미 수행하고 있다. 이와 관련하여 최근 일부에서 지역사회 정신건강서비스가 중복으로 제공되고 있어 자원의 효율적인 운영이 이루어지지 못하고 있다는 지적 역시 제기되고 있으나, 현재 정신건강서비스 기반이 매우 취약한 상황에서 여러 기관에서 유사한 서비스를 제공하고 있는 상황을 과연 중복으로 봐야 하는지에 대한 논란 역시 존재한다(이상영, 2012; The economist, 2016, p.39).

역할의 모호성에 대한 논의는 또한 최근 시군구 단위의 서비스 조정 및 연계의 정책적 역할을 부여받은 희망복지지원단과 읍면동 단위의 역할을 가지는 읍면동복지허브화사업단의 사례관리 업무와 관련해서도 제기되고 있다(김상곤, 2013; 홍선미, 2013). 김상곤(2013, p.137) 연구는 각 주체들 간 하고 있는 사례관리의 내용, 범위, 등 성격이 상이하나 동일하게 '사례관리'라는 용어를 쓰고 있기 때문에 현장에서 다양한 혼란이 발생한다고 언급한다(김상곤, 2013, p.137). 또한 홍선미(2013) 연구는 희망복지지원단과 같이 공공 사례관리 체계의 사례관리가 민간영역에서 이루어지는 사례관리와 중복될 가능성에 대한 우려를 표출하기도 하였다.

마지막으로 저조한 정신건강서비스 이용은 중증정신질환자와 가족들 스스로가 자원에 대한 인지도가 낮고, 자원 활용에 대한 인식이 부족한 것이 원인일 수 있다고 기존 연구들은 보고한다(조윤화 등, 2014, p.301). 기존 연구들은 정신장애인들은 질병의 특성상 욕구충족에 필요한 자원을 스스로 적극적으로 찾는 동기가 매우 낮으며(박미은, 1999),

정신장애인 가족 역시 대체로 지역의 공식적, 비공식적인 서비스 및 자원에 대한 인지도가 낮을 뿐 아니라 그것을 실제로 이용하는 비율도 매우 낮다고 보고한다(박미은, 1999). 그리고 선행연구는 중증정신질환자와 가족들이 서비스를 이용하고자 해도 구체적인 정보가 없거나 이용 방법을 몰라 포기하거나 체념해 버리는 경우가 많이 있다고 설명하기도 한다(박미은, 1999). 또한 일부 연구는 앞서 언급한 복지와 행정체계 분리, 지역사회 자원 간 협력 부족 등 연계가 제대로 이루어지고 있지 않기 때문에 중증정신질환자와 보호자들이 자신의 다양한 욕구를 해결하기 위해 어떤 기관에 가서 어떤 서비스를 받아야 하는지를 아는 것이 어렵다는 점을 언급하기도 한다(이성규 등, 2008, p.89).

제 3 장

국내외 지역사회 정신건강서비스 연계체계 고찰

제1절 국내 지역사회 정신건강서비스 연계 관련 법제도 및 정책
제2절 해외 지역사회 정신건강서비스 연계체계

3 국내외 지역사회 정신건강서비스 연계체계 고찰

본 장은 국내외 지역사회 정신건강서비스 연계체계를 검토하여 본 연구에 대한 시사점을 모색하기 위해 구성되었다. 우선 국내 지역사회 정신건강서비스 연계 관련 법제도 및 정책을 최근 발표된 정신건강 종합대책과 정신건강복지법, 그리고 읍면동 복지허브화 사업과 희망복지지원단 사업을 중심으로 고찰하였다.[34]

또한 2016~2017년 사이 국가 정신건강 계획을 발표한 영국과 호주를 중심으로, 각 국의 지역사회 정신건강서비스 체계를 검토하였으며, 본 연구의 초점이 되는 중증정신질환자를 대상으로 영국과 호주가 어떠한 프로그램 및 정책을 제안하고 있는지 살펴보았다.

제1절 국내 지역사회 정신건강서비스 연계 관련 법제도 및 정책

1. 국내 정신건강증진체계 관련 법제도 및 정책

가. 정신건강 종합대책

우울 등 국내 정신건강 문제의 증가 및 정신건강 문제로 인한 높은 사

34) 최근 발표된 정신건강 종합대책과 정신건강복지법의 경우 본 연구의 초점이 되는 중증정신질환자를 대상으로 한 사업과 전달체계를 제시하고 있으나 읍면동 복지허브화 사업과 희망복지지원단 사업은 중증정신질환자를 대상으로 사업을 진행하는 것이 아님. 하지만 정신건강 종합대책과 정신건강복지법에서 제안된 중증정신질환자 대상 사업이 어떻게 읍면동 복지허브화 사업 및 희망복지지원단 사업과 연결되는지를 중심으로 고찰하였음.

회경제적 비용에 대한 우려와 더불어 국민의 정신건강 문제에 대한 관심이 증가하는 상황에서 정신건강 문제를 사전에 예방하고 조기 개입을 통한 관리를 도모하기 위해 정부는 지난 2016년 2월 정부 관계 부처 합동으로 '정신건강 종합대책'을 마련하여 발표하였다. 정신건강 종합대책(관계부처합동, 2016. 2. 25.)은 '행복한 삶, 건강한 사회'를 비전으로 국민 정신건강증진, 중증정신질환자 지역사회 통합, 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화, 자살 위험 없는 안전한 사회 구현을 정책 목표로 제시하여 이에 대한 전략과 세부 정책 과제를 마련하였다(표 3-1). 앞서 살펴본 정신건강복지센터 등의 여러 주체는 정부의 종합대책에 따라 다양한 정신건강 증진 사업을 진행하고 있다.

이 중 본 연구의 초점이 중증정신질환자를 대상으로 한 전략들을 살펴보면, 중증정신질환자를 대상으로 한 조기 집중 치료, 중증, 만성질환자의 삶의 질 향상 및 인권 강화를 위한 다양한 정책과제들을 제시하고 있다.

〈표 3-1〉 정신건강 종합대책 주요 내용

정책 목표	전략	정책과제
국민 정신건강 증진	1. 인식 개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고	- 정신건강증진서비스 접근성 제고 - 정신건강에 대한 국민 관심 제고 - 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선
	2. 정신건강 문제 조기 발견 및 개입 강화	- 우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화 - 스트레스 고위험군 집중 관리 지원 - 재난 피해자 등에 대한 위기심리 지원 강화
	3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축	- 영유아 정신건강 지원 - 아동, 청소년 정신건강 지원 - 청장년 정신건강 지원 - 노인 정신건강 지원
중증 정신질환자 지역사회 통합	4. 조기 집중치료로 만성화 방지	- 건강보험 및 의료급여 수가체계 개선 - 초발 정신질환자 관리 모형 및 치료기술 개발
	5. 중증, 만성 정신질환자 삶의	- 지역사회 지원체계 구축

정책 목표	전략	정책과제
	질 향상	- 정신재활시설 확충 및 내실화 - 정신의료기관 및 정신요양시설의 기능 재정립 및 역량 강화
	6. 정신질환자 인권 강화	- 정신의료기관 입·퇴원 제도 개선 - 정신질환자의 자기결정권 강화 - 정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화
중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화	7. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성	- 중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선 - 중독 위험 환경 개선
	8. 중독 문제 조기 선별, 개입체계 구축	- 대상별 중독 선별체계 강화 - 중독 고위험군 대상 중재서비스 제공
	9. 중독자 치료 회복 지원 강화	- 치료서비스 접근성 강화 - 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련
자살 위험 없는 안전한 사회 구현	10. 전 사회적 자살예방서비스 제공	- 사회적 인식 개선 - 자살 예방을 위한 사회적 지지체계 마련 - 자살 위험 환경 개선
	11. 맞춤형 자살예방서비스 제공	- 생애주기별 자살예방 대책 추진 - 자살 고위험군 예방체계 강화 - 자살 위기 대응 및 사후 관리체계 마련
	12. 자살예방 정책 추진 기반 강화	- 자살 예방 관련 교육 강화 - 근거 기반 자살 예방 연구체계 마련

자료: 보건복지부(2016. 2. 25.), 정신건강에 대한 전 사회적 대응역량 강화-관계 부처 합동 정신건강 종합대책(2016~2020), p.8에서 발췌함.

나. 정신건강복지법

2016년 5월 29일 정신보건법 전부 개정안인 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률'이 통과되어 2017년 5월 30일부터 시행되었다. 해당 법률은 정신질환자 범위를 중증정신질환자로 한정하고, 전 국민을 대상으로 한 정신건강증진의 중요성을 강조하고 있다. 또한 정신의료기관 비자의 입원·퇴원의 문제점을 개선하고, 정신질환자에 대한 사회복지서비스 제공을 명시하는 등 기존법률의 미흡한 점을 개선·보완하고자 개정되었다. 정신건강복지법의 주요 내용은 다음의 표와 같다.

〈표 3-2〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 주요 내용

- 법률의 명칭을 「정신보건법」에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」로 변경함.
- 법 적용 대상인 정신질환자의 정의를 '독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람'으로 한정함.
- 정신건강 증진의 장을 신설하여 일반 국민에 대한 정신건강서비스 제공의 근거를 마련함.
- 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등의 통합 지원, 가족에 대한 정보 제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공의 근거를 마련함.
- 환자 본인 및 보호의무자의 동의로 입원을 신청하고, 정신과 전문의 진단 결과 환자 치료와 보호의 필요성이 인정되는 경우 72시간 범위에서 퇴원을 거부할 수 있는 동의입원 제도를 신설함.
- 보호의무자에 의한 입원 시 입원 요건과 절차를 강화하여 진단입원 제도를 도입하고, 계속입원 진단 전문의 수와 소속을 서로 다른 정신의료기관에 소속된 정신과 전문의 2명 이상으로 하며, 계속입원 심사 주기를 단축함.
- 시장·군수·구청장에 의한 행정입원 제도를 개선하기 위해 보호의무자에 의한 입원의 유형 중 하나인 '시장·군수·구청장이 보호의무자가 되는 경우'를 삭제하고, 경찰관이 행정입원 신청을 요청할 수 있는 근거를 마련하며, 행정입원 기간을 보호의무자에 의한 입원 기간과 같이 조정함.
- 각 국립정신병원 및 대통령령으로 정하는 기관 안에 입원적합성심사위원회를 설치하여 보호의무자 또는 시장·군수·구청장에 의한 입원의 경우 입원 사실을 3일 이내에 위원회에 신고하도록 하고, 위원회는 입원의 적합성 여부를 1개월 이내에 판단하도록 하는 등 입원 단계 권리 구제 절차를 강화함.
- 정신건강심의위원회의 결정 유형을 퇴원, 임시 퇴원, 처우 개선 조치 외에도 외래 치료 명령 조건부 퇴원, 3개월 이내 재심사, 다른 정신의료기관 등으로의 이송, 자의입원 또는 동의입원으로의 전환 등으로 다양화함.
- 입원 환자의 회전문 현상, 입원의 장기화, 반복되는 재입원 문제를 통제하기 위해 입원, 퇴원 등과 관련된 관리 시스템을 구축하도록 함.

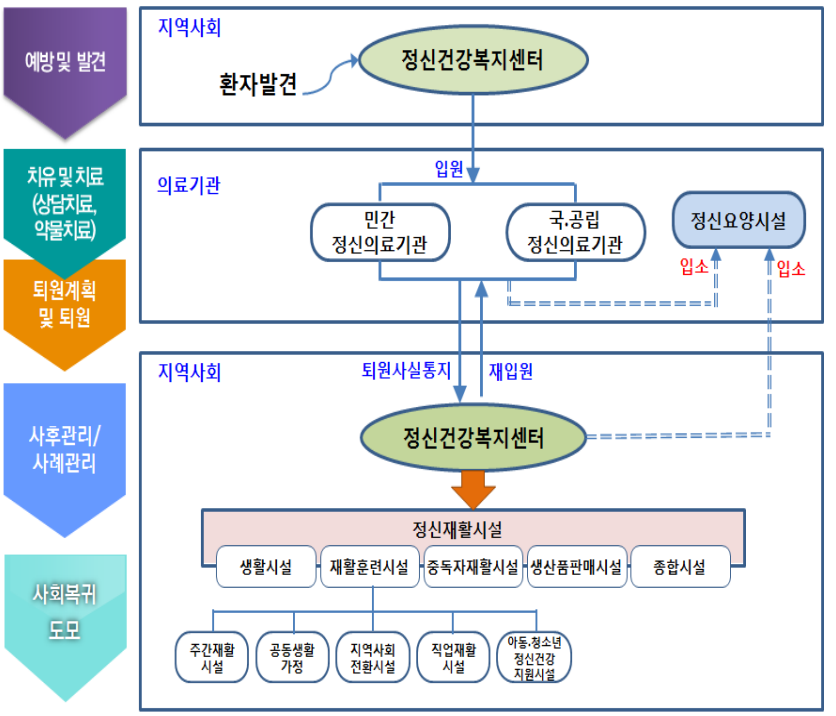
자료: 국가법령정보센터에 제시된 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률의 제·개정 이유 중 일부를 발췌하였음(www.law.go.kr에서 2017. 7. 3. 인출).

위 내용을 포함하는 정신건강복지법에 따라 중증정신질환자 중심에서 전 국민 대상 정신건강증진으로의 영역 확대, 정신건강복지센터의 복지 기능 확대 등으로 인한 정책적 변화에 따라 실천 현장에서 감당해야 하는 영역이 증가하였다(전진아 등, 2017). 또한 법에 따라 기존 정신건강증진체계의 명칭들이 바뀌게 되었으며 정신건강증진센터는 정신건강복지센터로, 사회복귀시설 등은 정신재활시설로 명칭이 바뀌게 되었다. 정신건강복지법 시행 전후 정신건강증진체계에서는 강제 입원 요건, 정신질환자의 자기결정권, 정신질환자의 자립 강화를 위한 정책 추진 방향과 관련하여 다양한 논의가 진행 중이다.

다. 국내 정신건강증진체계 관련 법제도 고찰 결과

2016년 정신건강종합대책과 2017년 5월 30일부터 시행 중인 정신건강복지법을 검토한 결과 국내 정신건강증진체계는 다음 그림과 같이 요약할 수 있다(그림 3-1 참조). 즉 지역사회에서 치료가 필요한 대상자를 발견하여 정신의료기관으로 안내하고, 정신의료기관에서의 치료 이후 정신요양시설로 입소하거나 의료기관에서 퇴원하면 지역사회 내 정신건강복지센터에서 사례관리를 하고, 그 이후 주간재활, 직업재활 프로그램을 제공하거나 주거를 제공하는 정신재활시설로 넘어가게 하는 구조를 그리고 있다.

〔그림 3-1〕 국내 정신건강증진체계 검토



주: 위 그림은 본 연구의 연구진이 수행한 법제도 고찰 내용을 바탕으로 작성되었음.

2. 사회복지 전달체계 고찰

앞서 국내 정신건강증진체계를 둘러싼 최근의 변화를 2016년 발표된 정신건강종합대책과 2017년부터 시행 중인 정신건강복지법을 중심으로 살펴보았다면, 이 부분에서는 지역사회 내 정신건강서비스 제공과 밀접하게 연관되어 있는 사회복지 전달체계를 살펴보았다.

다음의 표에 제시되어 있는 것처럼 사회복지 전달체계는 사회복지사업법 개정(2003년 7월), 사회복지서비스 재정의 지방이양(2006년) 이후

2000년대 후반부터 주민생활 지원 강화, 시군구 중심 사례관리의 형태로 시군구 단위, 읍면동 단위에서의 사례관리 기능을 수행하고 있었다. 그 이후 2010년대 들어 지역 주민의 복지 체감도 향상을 위한 지역 단위의 통합적 서비스 제공 모형 구축 및 지역 주민 대상 맞춤형 서비스 제공을 목표로 하는 희망복지지원단이 2012년부터 운영되기 시작하였다. 2016년부터는 읍면동 복지허브화 사업이 시행되고 있다. 따라서 본 연구는 읍면동 복지허브화사업단과 희망복지지원단에 초점을 두어 사회복지 전달체계를 검토하였다.

〈표 3-3〉 사회복지 전달체계 구축 또는 개편의 주요 사례

개편 사례	주요 내용
보건복지사무소 시범사업(1995. 7.~1999. 12.)	
사회복지사무소 시범사업(2004. 5.~2006. 6.)	
사회복지사업법 개정 (2003. 7)	• 사회복지서비스 신청-조사-수급 자격 결정-지원계획 수립 절차의 법적 근거 마련 • 바우처 제도의 법적 근거 마련
사회(복지)서비스 재정 지방이양(2005)	
주민생활 지원 기능 강화 (2006. 7~2007)	• 복지 · 보건 · 고용 · 주거 · 교육 · 문화 · 체육 · 관광의 8대 서비스를 포함한 주민생활 지원 서비스 행정체계 도입 · 강화 시도 • 자산조사 업무 등을 시군구에서 수행토록 하고 읍면동은 찾아가는 복지와 사례관리 업무 수행 → 하지만 인력 부족 등 인프라 부족으로 효과 미미
시군구 중심 사례관리 ('08~'09)	• 수요자 중심의 선진 복지 전달체계 구축을 목표로 하여 추진 • 위기가구 및 집중 관리가 필요한 가구의 사례관리를 시군구로 이관 → 하지만 인력난 문제를 해소하지는 못함
위기가구 통합사례관리 사업 ('10~'11)	• 사회복지통합관리망을 기반으로 진행함으로써 복지 대상자에 대한 전자적 관리 본격화 • 사례관리의 체계화를 꾀하였으나 인력의 확충이 따르지 않아 여전히 한계가 많았음(기존의 민생안정 전문요원을 사회복지통합서비스 전문요원으로 명칭 변경)
사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률('12): 바우처 제도 관리의 법적 근거 마련	
희망복지지원단 (2012. 4~)	• 지역 단위의 맞춤형 복지행정을 구축하기 위해 기존의 서비스 연계팀을 확대 · 개편하여 통합사례관리를 강화하고 이를 위해 시군구에 희망복지지원단 설치 · 운영 • 희망복지지원단은 지역 단위 통합서비스 제공을 위해 통합사례관리, 지역 내 공공 및 민간자원 관리, 지역보호체계 운영, 서비스 연계체계 구축, 주민센터 복지업무 지도 · 감독 등의 역할 수행(사회복지통합서비스 전문요원을 통합사례관리사로 명칭 변경)
개정 사회보장기본법 시행 (2013. 1. 27.)	
읍면동 복지허브화 추진 (2016. 2~)	• 국정과제로 '수요자 맞춤형 전달체계' 추진: 맞춤형 복지서비스 제공 요구 증대에 따라 읍면동까지 통합사례관리 기능을 확대하는 것을 목표로 함 • '동주민센터 복지허브화' 추진: 읍면동 복지허브화 시범 사업 (2014. 7~2015); 맞춤형 복지전담팀 설치(2016년 700개, 2018년 전체)
사회보장급여의 이용 · 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률(사회보장급여법) 시행(2015. 7)	

자료: 남찬섭. (2017). 사회서비스 전달체계의 문제점과 과제. 월간 복지동향(227), pp.5-13.

가. 읍면동 복지허브화 사업

읍면동 복지허브화 사업은 행정서비스 중심의 읍면동 기능을 지역복지의 중심 기관으로 변화시켜 국민의 복지 체감도를 제고하고 복지사각지대를 해소하기 위해 2015년 시범사업을 거쳐 2016년 7월부터 본격적으로 시행되었다(보건복지부, 2017, p.4).

읍면동 복지허브화 사업은 읍면동에 맞춤형 복지 전담팀[35]을 설치하고, 찾아가는 서비스, 대상자 욕구에 따른 서비스를 맞춤형으로 제공하는 통합적 서비스 지원, 복지사각지대 발굴을 하는 것이 주요 역할이며(보건복지부, 2016b), 이를 수행하기 위해 지역사회보장협의체나 민간자원을 적극적으로 활용하는 데 특색이 있다. 특히 읍면동 복지허브화 사업은 지역자원 발굴, 지원 서비스 제공을 위해 복지 관련 공공 및 민간기관, 법인, 단체, 시설 등과의 네트워크를 구축하고 있으며, 앞서 살펴본 지역사회 내 정신건강증진체계인 정신건강복지센터와 정신재활시설도 이 네트워크에 포함된다.

읍면동 복지허브화사업단의 역할을 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 우선 읍면동 복지허브화사업단은 노인과 장애인 등 거동이 어려운 사람들을 대상으로 방문상담을 하는 등 찾아가는 서비스를 활성화하고 있다. 이는 서울시의 '찾아가는 동사무소' 사업이 대표적인 예이다. 또한 사업단은 대상자별 욕구에 따라 서비스 제공 계획을 수립하고 사업단이 갖고 있는 네트워크 자원들을 연계하는 등 통합사례관리를 하고 있다. 사회복지 욕구가 있지만 복지서비스를 제공받는 방법을 모르거나, 사회보장급여 수혜 자격 기준에 의해 탈수급된 경우와 차상위 대상인 경우를 발굴하여 복지서비스를 제공받을 수 있도록 연계하는 그간 추진 경과를 살펴보

35) 복지직 팀장포함 3명 이상으로 구성됨.

면, 국내 전체 읍면동 3502곳 중 2016년 1094곳(45.4%)이 설치되었으며, 2017년에 추가로 1006곳을 설치하여 누적 설치 수 2100개(87.2%)가 되었다. 2018년에 3502곳(100%)의 설치를 목표로 하고 있다.

〈표 3-4〉 2016년도 읍면동 복지허브화 사업 추진 실적

구분	허브화 적용 읍면동계 (A+B)	맞춤형복지팀 설치 읍면동 (A+C)	기본형 (A)	권역형		
				소계(B)	중심동(C)	일반동
2016년	1,094개소	738개소	576(78.0%)	518	162(22.0%)	356

자료: 보건복지부. (2017). 2017년도 읍면동 맞춤형 복지 업무 매뉴얼. p.4.

나. 희망복지지원단

희망복지지원단은 시군구 단위에서 민관 협력에 기반을 둔 통합적 서비스 제공 체계로, 읍면동 복지허브화 사업과 동일하게 지역 주민의 복지 체감도 향상을 목표로 한다. 읍면동 복지허브화 사업단의 사업 범위가 읍면동 단위라면 희망복지지원단은 시군구 단위에서 통합사례관리를 제공한다는 점에서 차이가 있다.

희망복지지원단은 복지 사각지대를 발굴 및 지원하고, 맞춤형 복지 서비스 향상을 위한 총괄 기획 기능을 한다. 읍면동 복지허브화사업단보다 먼저 시행되어 왔기 때문에 그동안 쌓인 전문성을 활용하여 읍면동 맞춤형 복지사업을 지원하고 있다.

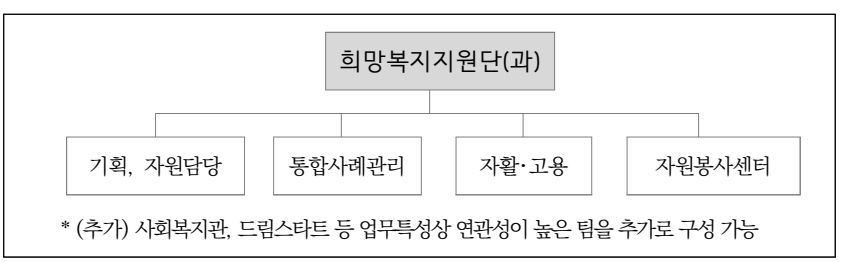
또한 희망복지지원단은 읍면동 복지허브화사업단에서 대응하기 어려운 복합적 욕구를 가진 대상자이거나 중증정신질환이나 중독 문제를 비롯한 복잡한 문제를 가진 대상자, 즉 고난이도 사례관리를 필요로 하는 대상자에게 주로 통합사례관리를 제공한다. 예를 들어 읍면동 복지허브

화사업단에서 갖고 있는 네트워크로 통합사례관리가 불가능한 경우(예: 가정폭력이나 아동학대 고위험군이면서 알코올 중독 문제가 있는 차상위 계층의 가구)는 주로 시군구 단위의 희망복지지원단으로 사례가 올라오게 되며, 시군구 단위에서 통합사례관리가 제공된다.

이를 위해 희망복지지원단은 시군구 단위 내 읍면동 주민센터, 지역사회보장협의체, 시군구 내 보건 및 복지 서비스 제공기관과의 연계 및 협력에 기반하여 통합사례관리를 제공하고 있다. 읍면동 복지허브화사업단에 정신건강복지센터와 정신재활시설이 네트워크로 포함되는 것과 같이 희망복지지원단과 정신건강증진체계 역시 긴밀한 연계를 가진다.

희망복지지원단은 시군구별로 상이한 인력 규모를 가지고 있으며 경기도의 무한돌봄사업과 같이 기존 독자적인 사례관리 모델을 운영하는 등 각 지자체에 따라 운영 규모와 조직 구성이 다르다. 일반적으로 시군구청 내 희망복지지원단은 다음의 그림과 같이 구성되어 있다. 본 연구에서 초점이 되는 통합사례관리는 복지담당 공무원과 통합사례관리사[36]에 의해 이루어지고 있다.

〔그림 3-2〕 희망복지지원단의 과 업무분장 예시



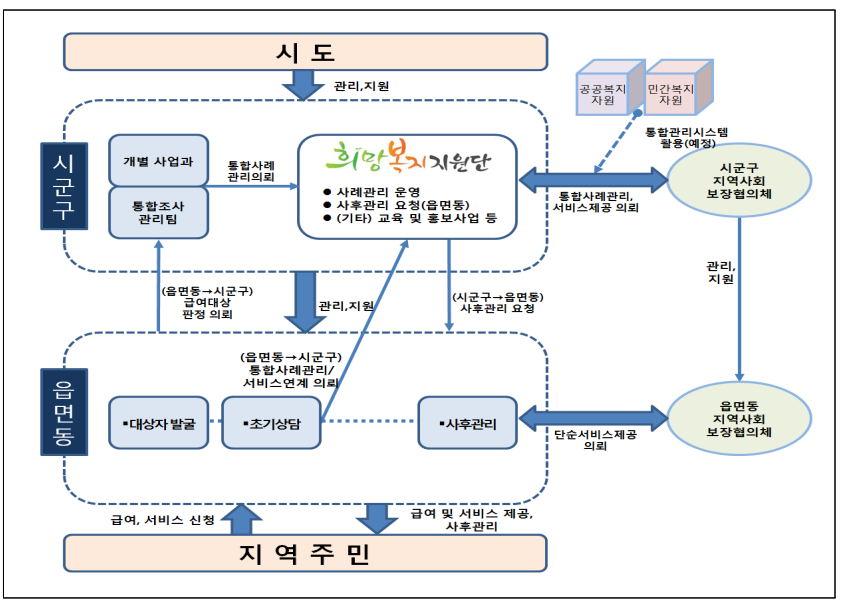
자료: 보건복지부. (2017). 2017년 희망복지지원단 업무안내. p.10.

36) 사회복지통합서비스 전문요원 명칭을 2013년부터 '통합사례관리사'로 변경.

다. 사회복지 전달체계 고찰 결과

읍면동 복지허브화사업단과 희망복지지원단 사업을 검토한 결과 맞춤형 복지 제공을 위한 사회복지 전달체계[37]는 다음의 그림에서 제시된 것처럼 연동되어 움직이고 있다.

[그림 3-3] 희망복지지원단: 통합사례관리사업 총괄 수행·관리



자료: 보건복지부. (2017). 2017년 희망복지지원단 업무안내. p.26.

구체적으로 살펴보면 읍면동 단위에서 대상자를 발굴하고 초기 상담을 진행하여, 시군구 단위에서의 통합사례관리가 필요한 경우 희망복지지원단에 사례를 의뢰하고, 그렇지 않은 경우 읍면동 단위에서 사례관리를 진

37) 맞춤형 복지제공을 위한 사회복지전달체계의 주체별 역할, 즉 광역시도, 시군구, 읍면동 각 주체별 역할은 부록으로 제시하였음.

행하고 있다. 또한 시군구 단위에서는 희망복지지원단을 통해 사례관리가 운영되고 있으며, 그간의 경험을 바탕으로 시군구는 읍면동 단위에서 진행되는 통합사례관리를 지원하고 있다. 그 외에 읍면동 단위나 시군구 단위의 지역사회보장협의체나 민간 및 공공복지 자원들이 통합사례관리 네트워크로 참여하고 있다. 정신건강증진체계 역시 이 네트워크에 참여한다.

3. 국내 지역사회 정신건강서비스 연계체계 검토 결과

국내 지역사회 정신건강서비스 연계 관련 법제도 및 정책을 2016년 정신건강종합대책과 2017년 5월 30일부터 시행 중인 정신건강복지법, 읍면동 복지허브화 사업과 희망복지지원단 사업을 중심으로 검토한 결과 국내 지역사회 정신건강서비스 연계는 시퀀스 구조를 그리고 있었다. 즉 읍면동 복지허브화 사업과 희망복지지원단을 통해 구축된 민·관 자원 네트워크를 통해 지역사회 내 정신건강 문제에 대한 개입이 필요로 하는 사례들이 발굴되고, 이 사례들이 정신건강복지센터를 거쳐 정신의료기관 혹은 정신건강복지센터를 거치지 않고 정신의료기관으로 가는 구조를 우선 확인할 수 있었다.

또한 정신의료기관에서의 치료 후 정신요양시설로 입소하거나 퇴원하면 지역사회 내 정신건강복지센터에서 사례관리를 하고, 그 이후 주간재활, 직업재활 프로그램을 제공하거나 주거를 제공하는 정신재활시설로 넘어가는 구조를 제도에서 그리고 있음을 알 수 있었다. 그리고 지역사회 읍면동 복지허브화사업단과 희망복지지원단은 자원 네트워크를 구축하여 중증정신질환자의 지역사회 복귀 및 재활 과정에 함께 참여하도록 제시되어 있다.

이 같은 지역사회에서 치료 세팅으로의 전환, 치료 세팅에서 지역사회

로의 복귀는 각 제공주체 간 연계가 기반이 되어야 효과적으로 작동하는 구조이다. 하지만 앞서 제2장에서 살펴본 바와 같이 국내 관련 선행연구들은 취약한 지역사회 정신건강서비스 자원, 지역사회 내 보건 및 복지행정체계의 분리, 각 주체별 역할의 모호성 등의 원인으로 잘 작동하고 있지 않다. 본 연구는 국내 지역사회 정신건강서비스 연계 관련 법제도 및 정책 고찰 결과를 바탕으로 지역사회 정신건강서비스와 관련된 이해당사자 대상 조사를 통해 정신건강서비스 연계가 어떻게 이루어지고 있는지, 잘 이루어지고 있지 않다면 왜 그런지, 현재의 연계를 개선하기 위해서는 어떤 것들이 필요한지를 제4장~제6장에서 살펴보았다.

제2절 해외 지역사회 정신건강서비스 연계체계

1. 영국의 지역사회 정신건강서비스 연계체계

가. 영국의 정신건강서비스 체계 개요

영국의 정신건강서비스는 대부분 일차의료 수준에서 관리되고 있다. 입원이 필요한 경우 이차의료 서비스는 정신 트러스트에 입원하는 형태로 제공된다. 전통적으로 의료서비스는 NHS의 일반의를 통해서 제공된 것과 같이 일차 의료인의 역할이 큰 작용을 하고 있다. 그러나 지역사회 내에 거주하는 정신질환자의 경우, 특히 중증질환으로 입원을 하고 장기적인 관리가 필요한 경우는 지역사회 내의 지방정부 역할이 무엇보다 중요하다. 공공주택 혹은 다양한 형태의 사회복지서비스를 제공받을 수 있는 거주 형태의 제공이 함께 이루어지는데, 입원이 아니라 지역사회 내 삶의 영위가 가능하게 하는 것이 특징이다.

나. 영국의 지역사회 정신건강서비스 설립 배경

1) 영국의 지역사회 정신건강서비스

요구도에 맞도록 진단 및 치료를 제공하는 효율성을 바탕으로 하는 모형을 개발하고 이용하고 있다. 병원 내 치료와 지역사회 정신건강서비스를 요구도에 따라 적절히 대응함으로써 효율적으로 정신건강 문제를 관리하고 지역사회 내의 기능적 서비스를 최대한 보장하도록 하는 것이다.

지역사회정신건강팀(Community mental health teams, CMHTs): 지역사회 내의 정신과 의사, 지역사회 정신건강 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 직업치료사 등 다학제적 전문인력으로 구성되어 전체적인 정신건강에 관련된 서비스를 제공한다. 이들은 지역사회 내의 중증질환자 관리에 초점을 둔다. 지역사회정신건강팀은 지역사회 내의 요구도를 충족하고, 환자 만족도를 높이며, 환자의 복약 순응도를 높이는 데 큰 역할을 하나 사회적 기능이나 증상 향상에는 기여하지 못하는 것으로 보고되고 있다(Burns, 2001; Simmononds et al., 2001). 이 팀의 장점은 케어의 지속성과 유연성에 있다고 보고 있다. 이 팀이 수행하는 역할 중 사례관리(case management)가 대표적이라고 볼 수 있다.

지역사회 주민이 CMHTs의 도움을 받기 위해서는 주치의인 일반의 혹은 지역사회 내의 지역 정신건강서비스전문가(Local improving access to psychological therapies(IAPT) service)에 의해 접근이 가능하다.

일반적으로 일반의가 정신건강팀에 연락을 취하면 직접 CMHTs 연락이 오거나 Community recovery team or the assessment and Brief treatment team에서 먼저 스크리닝을 위해 연락이 오기도 한다. 이 팀은 다양한 사회복지 서비스 종사자들과 협업하고 있다. 이 CMHTs는 단독 오피스를 가지고 있는 경우도 있으나 다른 보건소, 병원 내 클리닉과

여러 장소에서도 접근이 가능하다. 그 지역 정신건강트러스에 따라 다르게 되어 있다.

이 팀들은 대개 18세에서 65세를 대상으로 서비스를 제공하고 특별 대상 인구 서비스를 제공하는 다른 형태의 팀이 존재하기도 한다. 18세 이하 청소년 대상 Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)와 65세 이상의 노인 대상 Older Adult Mental Health Teams이 있다. CAMHS의 경우는 일반의, 학교 내 믿을 만한 사람(교사), 임상심리사가 서비스를 의뢰할 수 있다. 보건소, 어린이 센터에서도 의뢰가 가능하다. CAMHS도 다학제적인 인력으로 구성되어 있다. 정신과 전문의, 간호사, 사회복지사, 임상심리사뿐 아니라, 약물중독 전문가가 포함되어 있다. 또한 특별한 서비스를 제공하는 specialist CMHTs가 다음과 같이 있다.

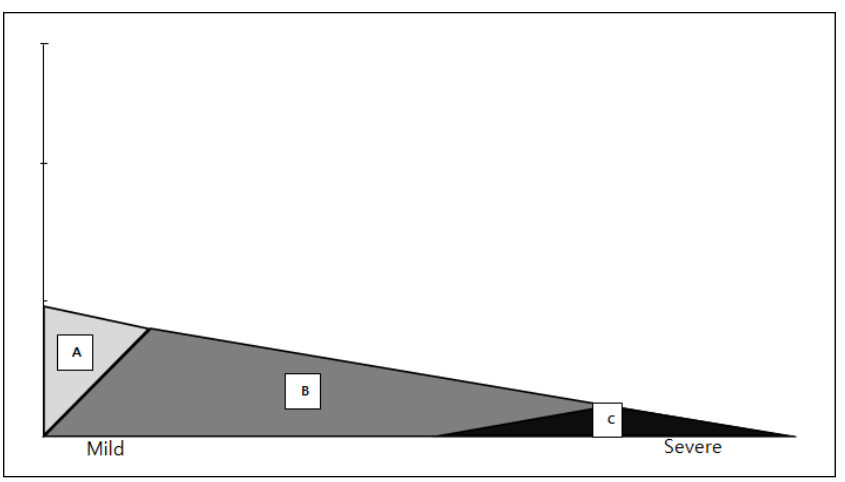
- 위기대응팀: Crisis teams(정신건강 위기 상황 시)
- 집중치료팀: Assertive outreach teams(복잡한 정신질환 요구도 있는 환자 대상)
- 조기개입팀: Early intervention teams(정신증, 조현병 최초 에피소드를 겪는 환자 대상)

2) 정신건강서비스의 요구와 보장

정신질환의 유병률을 보는 역학 데이터는 정신질환자들의 의료기관 내 서비스와 지역사회 내의 서비스 요구도를 간접적으로 보여 준다. 다음 그림은 1차 의료와 2차 의료 체계가 잘 구축되어 있는 국가에서의 지역사회 내 정신질환의 빈도 분포를 보여 준다. 일반 인구의 25% 이상이 일상생활에 지장이 줄 만한 정신질환을 앓고 있다(Kesseler et al., 2005). 예를 들어 영국에서는 50%에서 3분의 2는 일반의에 의해 진단을 받고, 전체

인구의 2%가 전문의에게 후송되어 진단이나 치료를 받는다(그중 4분의 1 정도만 정신병원 입원이 보고된다). 이러한 관점에선 전체 인구의 단 10%만이 정신과 전문의에게 진단을 받고 치료를 받는 것이 경제적으로 합리적이다. 이러한 관점에서 [그림 3-4]가 중증도가 낮은 질환은 일차의료기관에서, 중증도가 높은 환자는 2차의료기관에서 진단되고 치료받는 것이 합리적인 모형으로 보인다. 즉 질환이 있으나 치료를 못 받는 A 부분은 최소화하고, 중증도가 높은 정신질환자는 이차의료기관에서 치료와 관리를 받는 C 영역을 줄이는 방향이 이상적으로 그려지고 있다. 또한 질환이나 증상이 없다고 여겨지는 환자들의 치료는 중단되는 것이 '맞춤형' 모형(Well-Targeted Model)에서 보인다.

[그림 3-4] Relationship between degree of disability and treatment setting in a well-targeted service



자료: Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). Better Mental Health. p.136.

다음의 표는 전통적인 정신보건의료기관과 지역사회 내의 정신건강서비스 팀의 케어를 제공하는 목적과 태도의 차이를 보여 준다. 의료기관 내에서는 서비스 '제공자' 입장에서 치료의 최종 목표를 설정하고 모든 환자들에게 같은 기준을 적용하여 일반화하는 프로토콜인 반면, 지역사회 내 정신건강서비스를 제공하는 팀은 환자가 처한 '상황'에 의한 최적의 목표에 맞추어 지원 서비스를 제공한다는 점이 다르다.

〈표 3-5〉 의료기관 내 치료와 지역사회 내 정신건강서비스 팀 직원들의 태도와 성향 차이점

의료기관	지역사회
병원 내 직원 태도	지역사회 내 정신건강서비스 팀의 태도
환자를 병원 상황에서 만남(대체로 병원에 후송되어 입원된 환자)	환자를 가정이나 환자의 상황에서 환자를 만남
증상과 행동통제에 초점	개인이나 가족의 요구와 목표에 초점
기획된/일상적인 접촉	유연성: 계획되거나 계획되지 않은 접촉
지정된 정책과 시술에 의해 지시됨	변화된 요구나 서비스 이용자 목표에 대한 대응
위계화된 결정과 권한 구조(종종 생의학 모형)	공유된 결정과 협상을 강조(직원 간, 직원과 서비스 이용자 간)
약물학적 치료의 강한 신념	약물학적 심리학적인 사회적 개입의 조합
중증 증상을 가진 환자는 입원해야 한다는 관점	각 환자의 증상 자체만으로 케어세팅을 정하지 않는다는 관점
서비스 이용자에 대한 직원의 부모적 태도	서비스 이용자의 선택과 그에 따른 결과에 대한 권한 부여
중증환자의 비사회적 행동에 대해 병원 내 환자는 경찰에 보고되어서는 안 된다는 관점	환자가 범죄행위를 저질렀을 경우, 그 행동에 대한 법적 과정을 겪어야 하는 책임을 져야 한다는 관점
증상완화	서비스 이용자의 권한 부여(empowerment)에 초점

의료기관 내 치료의 방향성	지역사회 정신건강서비스 치료의 방향성
신체적 사정, 조사, 시술 및 치료의 전문성 강화	신체적 건강을 간과 또는 태만할 위험
(의사결정을 위한) 위계 설정	(의료인인 아닌) 타 업종의 직원들의 자율성 강조
폭력적 행동 통제에 초점	특정한 상황하의 행동을 추구함

의료기관	지역사회
개인집단의 치료 표준화	개별화된 치료와 케어
규제화된 일정표	치료의 시점과 장소에 대한 유연성
분리된 단기간 치료와 재활	통합된 치료적 사회적 개입 서비스(intervention)
위험 감수를 회피하는 문화	서비스와 케어 기획에 새로운 시도를 하려는 문화
일반적으로 임상적 행정적 리더십은 의료진에 할당(대체로 다른 전문의들과 연결되어 있음)	어떤 종사자든 리더십 발휘 가능(정신건강서비스 영역 또는 의료진과 거리가 먼 영역 종사자도 가능)

자료: Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2011). Oxford textbook of community mental health (eds). Oxford: Oxford University, 108-117.

NHS를 통하여 제공되는 정신건강서비스는 거의 모든 영역을 처리하고 있다. 대체로 경증의 정신질환(예: 우울증, 불안증)은 일반의들이 치료하고 있다. 그러나 입원이 필요한 경우는 일반의 의뢰를 통하여 정신 트러스트로 후송되어 집중 치료를 받을 수 있다. 지난 십 년 이상 영국에서는 지역사회 내의 중증정신질환자를 조기 발견하여 조기 개입하는 것에 가장 중점적으로 노력해 왔다. 이때 지역사회 내의 간호사와 다학제 팀이 매우 중요한 역할을 한다.

지역사회의 정신질환과 관련된 케어와 치료에서는 다음과 같은 다양한 서비스들이 환자들의 요구도와 상황에 따라 제공될 수 있다.

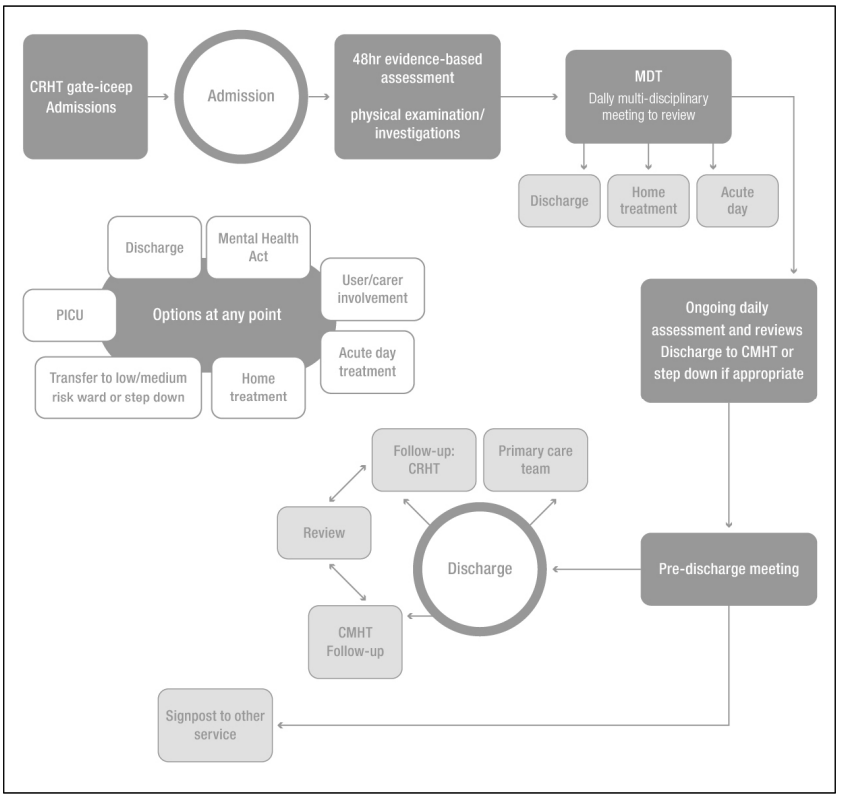
- 위기관리 응급서비스(Crisis and Emergency Service): CMHTs를 통하여 제공되는 위기관리 서비스로 Crisis Resolution Model(CRT)을 이용하여 가정 내의 급성기 환자를 사정하여 치료 및, 교육 서비스를 제공한다.
- 정신질환자를 위한 조기 개입서비스(early Intervention): 지역사회와 병원을 연계하여 초기 정신증(psychosis) 첫 에피소드가 있는 환자에 대한 개입서비스이다.
- 사례관리(case management) 및 집중지역사회치료(assertive

community treatment)
- ○ 정신외래의원 서비스
- ○ 낮병동(day hospitalization) 운영 및 부분적 입원 프로그램(partial hospitalization programs)
- ○ 개인 배치 및 지지: 근거 중심의 지지적 고용(evidence-based practice of supported employment)
- ○ 입원치료(in-patient treatment)
- ○ 입소자 개호(residential care)
- ○ 가족 및 간병인 지지 프로그램
- ○ 지역사회 정신질환자(불안장애, 우울, 조현병, 양극성 정신장애인)의 복약 지도 프로그램
- ○ 신체적 동반 질환을 지닌 정신질환자의 관리
- ○ 질병 자가관리 프로그램(Illness self-management programs): a. 질환관리 및 회복 프로그램, b. 사회 및 독립생활 기술 프로그램, c. 웰니스 회복 조처 계획, d. Dialectical Behavior Therapy(DBT)

3) 지역사회 내 중증정신질환자의 가능한 케어 이용 이동경로

다음 그림에서는 영국에서 정신질환자가 받을 수 있는 서비스 종류와 수혜 경로를 한눈에 볼 수 있다. 지역사회 내의 정신질환자가 입원하고 지역사회로 돌아오는 경로의 도식이다(그림 3-5). 그림에서 볼 수 있듯이 단순한 출입(entry)이 아니다. 다양한 경로를 통하여 정신건강서비스 지원을 받도록 되어 있다. 일차의료 수준의 스크리닝으로 조기 발견 및 개입을 하여 중증으로 발전하기 전에 환자를 찾아내고자 한다. 이미 입원한 환자의 경우도 호전되는 속도에 따라 언제든지, step-down이 가능하도록 하는 사정의 과정을 포함하도록 하고 있다.

〔그림 3-5〕 An Acute Care Pathway



자료: Rooney, P., Plumb, J., Shaw, C. (2008). Laying the foundations for better acute mental health care: A service redesign and capital investment wordbook, Norwich: The Stationary Office.

입원은 정신질환이 있어 진단을 받은 경우에만 이루어진다. 전체 시스템 중 입원은 일부에 불과하고 도움이 필요한 환자가 받을 수 있는 서비스의 경로는 매우 복잡하고 다양해졌으며, 입원으로 오는 경로 또한 그러하다.

영국에서 급성기 환자의 병원 입원은 정신보건서비스팀(조기정신보건서비스 개입팀; Early Intervention in Psychosis and Assertive

Outreach)이나 사고나 응급 부서의 위기 사정팀(Accident and Emergency Outreach)이 관여한다(Rooney et al., 2008, p.18). 가정치료 및 위기대응팀(Home Treatment/Crisis resolution HTT/ CRT)이 환자의 상태를 사정한 후, 병원 밖에서 제공하는 서비스로 충분치 않을 경우, 환자는 병원으로 후송되어 입원된다(혹은 Criminal Justice System이 HTT/CRT를 대신하는 역할을 하기도 함).

퇴원할 시기가 되면, (의사의 판단 이외에) 환자, 비공식간호인(가족이나 다른 간병인)과 지역사회 팀에 의해 퇴원이 결정된다. 가정치료 및 위기대응팀(HTT/CRT)이 퇴원 직후의 서비스를 제공하기도 한다. 역학 자료에 따르면 퇴원 직후 자살이 빈번하다는 것을 알 수 있다(Appleby et al., 2001). 영국에서는 퇴원 직후 7일 이내에는 추후 정신건강서비스를 필수적으로 받도록 하고 있다. 어떤 환자들은 이 기간 동안 지역(step-down accommodation, 병원이 아닌 제한이 약한) 기관으로 이동하는 경우도 있다.

효과적인 병원 내 치료를 위해서는 입원 시 기대하는 분명한 치료 목표를 세우고, 병원과 그 지역사회의 팀의 협업이 필요하다. 양질의 서비스는 조기 퇴원의 기획, 가족과 다른 지역사회 정신보건서비스팀의 협업을 통하여 이루어질 수 있다. 임상적인 증상이나 사회적 문제가 해결되지 못하는 경우에는 조기 퇴원이 이루어지는 데 장애가 되기도 한다. 급성기 증상의 즉각적 약물치료가 필요한 경우에는 퇴원을 막고, 안정이 된 경우에만 조기 퇴원이 이루어진다. 즉 영국에서는 입원 시점부터 지역사회 정신건강서비스 팀과의 연계와 환자 가족이나 간병인이 환자의 케어에 관여하고 퇴원 결정에 결정적인 역할을 한다.

○ 장기 입원 환자: 수십 년간의 탈수용화가 진행되어 왔지만, 여전히 장기 입원 환자들은 존재한다. 환자들의 성향, 즉 재발되는 정신분

열증, 위험한 행동이나 인지되는 위험들을 동반하는 환자들의 경우는 병원과 지역사회를 오고 가면서 장기간 입원하는 경우가 있다(Holloway, 2004).

○ 병원 치료와 지역사회 정신건강서비스: 궁극적으로 양질의 병원 치료는 지역사회의 정신건강서비스 체계와 상호 연계될 때 제공된다. 영국의 Thornicroft와 그 연구팀(2010)은 영국의 지역사회 정신건강서비스를 제공하고 운영하는 데 경험했던 이슈를 중심으로 지역사회 정신건강서비스 체계 구축에서 주의해야 할 점을 지적하고 있다. 먼저 지역사회 정신건강서비스 개발 단계 중 병원 내 서비스를 감축하기 전에 위기 대응에 관한 서비스와 이와 연계된 서비스의 구축이 이뤄져야 한다. 둘째, 지역사회 정신건강서비스로의 개혁은 '모든' 이해당사자들과의 협의를 통해 이루어져야 한다. 다음으로는 특정 (전문)집단(정신과 전문의나 임상심리사)이나 정치적인 집단에 연결되어 개발되는 오류를 조심해야 한다. 지역사회 정신건강서비스의 통합적 모형이 잘 이뤄지려면, 지역사회 정신건강서비스 체계가 정신증 증상에만 초점을 두지 말고, 그 밖의 정신질환을 포함하여 신체적 질환을 고려하는 것까지 포함되는 것이 이상적이라고 보고하고 있다(Thornicroft, 2010, pp.71-73).

다. 영국의 국가 정신건강 계획에서 나타난 중증정신질환자 대상 정책 및 프로그램 검토

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

영국은 1959년 제정된 정신보건법(Mental Health Act) 이후 1999년

정신건강증진과 정신건강서비스에의 접근성 향상, 정신건강 서비스의 질, 자살예방 등을 포함하는 국가 정신건강서비스 프레임워크(the National Service Framework for Mental Health)가 만들어졌으며 이를 실행하기 위한 국가보건계획이 2000년에 만들어졌다.

그 이후 2008년 정신질환의 범위를 포괄적으로 정의하여 정신 장애에 대해 대부분 적절한 치료를 받을 수 있도록 하고 지역사회 관리치료(Supervised community treatment, SCT)를 도입하여 퇴원 후에도 지속적인 치료를 받을 수 있도록 하는 등 환자 보호와 공공안전 개선을 목적으로 하는 정신보건법이 재개정되었다. 2010년대 들어 국가 정신건강서비스 향상을 위해 정부 합동으로 구성된 2011년 정신건강전략보고서[38]와 영국 보건부의 '2010~2015년 정책: 정신건강개혁' 보고서 등이 발표되면서 정신건강에 대한 정책 우선순위를 강조하는 등 다양한 정신보건 정책이 이루어졌다.

하지만 여전히 미흡한 위기지원 체계, 서비스 접근성에서의 제약, 높은 자살사망률과 정신질환으로 인한 높은 사회경제적 비용 부담 등 정신건강 문제가 상당하다는 판단에 따라 영국은 2015년 정신건강 5개년 계획(Five Year Forward View for Mental Health, 이하 5개년 계획)을 수립하고 발표하였다.

영국의 5개년 계획은 현재 영국 국민의 정신건강 문제를 리뷰하고, 정신건강서비스 전달체계 및 서비스 제공 현황, 정신건강 문제로 인한 사회적 부담을 언급하였다. 또한 그동안 지속적으로 저투자된 정신건강 영역에 대한 강조와 더불어 미충족된 정신건강 욕구를 충분히 만족시키고, 비용 최소화(value for money)를 향상시킬 수 있도록 하는 재투자가 필요

38) 이 보고서는 정신건강 증진과 함께 정신건강 문제의 회복을 위한 신체적 건강, 돌봄과 지지, 사회적 인식 변화를 포괄적으로 반영하고 있음(홍선미 등, 2016, p.91).

하다고 강조하면서 5개년 계획에서 다루어야 하는 우선순위 영역들을 제시하였다.

영국의 5개년 계획은 위기 상황 시 정신건강서비스 접근성 향상(A 7 day NHS-right care, right time, right quality), 정신건강과 신체건강에 대한 통합적 접근(An integrated mental and physical health approach), 정신건강 예방 및 증진(Promoting good mental health and preventing poor mental health)을 우선순위 활동으로 선정하였다.

2) 정신건강 5개년 계획(Five Year Forward View for Mental Health)에서 나타난 중증정신질환자 대상 프로그램 및 정책

영국의 5개년 계획은 중증정신질환자 대상 프로그램 및 정책만을 다루는 영역을 별도로 구성하지는 않았으나 중증정신질환자 대상 치료 및 지원을 위한 정책들을 여러 영역에서 다루고 있다. 이 계획은 중증정신질환자들의 조기 사망률, 동반 질환의 문제를 언급함과 동시에 중증정신질환자 대상 서비스에 대한 제한된 접근성 문제를 언급한다.

이 계획은 중증정신질환자 당사자나 보호자가 지역사회 내 정신건강서비스에 대해 잘 모르고 있다는 사실과 더불어 지역사회 내에서 서비스를 이용하고 있다고 하더라도 제대로 된 사례관리를 받고 있지 못한다는 사실을 지적한다. 또한 상당수의 중증정신질환자들이 적기에 적절한 치료를 받지 못한다고 강조하며, 영국 NHS는 생애주기에 관계없이 중증정신질환자들이 거주하는 집 주변에서 정신건강서비스를 받을 수 있도록 지역사회 기반 서비스 제공을 확대해야 한다고 강조한다.

그리고 영국 5개년 계획은 중증정신질환자들이 신체질환을 동반하는 경우가 많고, 적기에 스크리닝되는 경우가 적다고 강조하며,[39] 2020/21년까지 적어도 28만 명의 중증정신질환자가 자신이 가지고 있는 신체적

건강 관련 욕구[40]를 충족시킬 수 있도록 하는 것을 목표로 제시하고 있다.

또한 성인 정신질환자의 낮은 취업률을 언급하며,[41] 중증정신질환 문제를 가질수록 취업률이 더욱 낮아진다는 점을 언급하였다. 이에 따라 5개년 계획은 2020/21년까지 개인고용지원(Individual Placement and Support)에 대한 접근성을 향상시켜 중증정신질환자가 일자리를 찾거나 직업을 유지할 수 있도록 지원해야 한다고 강조한다.

영국 5개년 계획은 중증정신질환자 대상 프로그램 및 정책의 효과성을 살펴볼 수 있는 성과 지표로 중증정신질환자의 조기 사망률 감소를 제시하고 있다. 또한 앞서 언급한 것처럼 영국 국가보건의료서비스(National Health Service, NHS)는 중증정신질환자들이 자신이 거주하는 집 주변에서 안전에 대한 위험 없이 양질의 서비스 접근성이 강화될 수 있도록, 중증정신질환자들의 회복과 불필요한 입원이 감소될 수 있도록 하는 포괄적인 프로그램을 실행하는 데 주도적인 역할을 할 것이라고 강조하였다. 이러한 프로그램은 지역사회를 기반으로 진행될 예정이며, 주거재활, 가구지원(residential rehabilitation, supported housing), 그리고 교도소 또는 집중방문개입팀(forensic or assertive outreach team), 적절한 펀딩과 서비스 모델로 구현될 것이라고 제시하였다.

39) 영국 5개년 계획은 현재 영국의 주치의에 등록된 중증정신질환자가 49만 명을 넘는데, 이들 중 매년 신체건강 체크를 받는 비율은 62에서 82% 정도라고 보고함.
40) 신체활동 부족, 흡연, 음주 문제, 비만 ,당뇨, 심장질환과 암을 언급하였음.
41) 영국 5개년 계획은 정신질환자의 취업률이 43%로, 일반 영국 국민의 취업률 74%, 다른 건강 문제를 가진 사람의 취업률 65%보다 매우 낮다고 보고함.

2. 호주의 지역사회정신건강서비스 연계체계

가. 호주의 정신건강서비스 연관 체계 개요

호주에서 정의되는 지역사회 정신건강 서비스(Community mental health care)는 정부의 재정 지원이나 운영되는 병원을 근간으로 한 외래 서비스, 지역사회 정신건강 전문가가 제공하는 서비스를 모두 지칭한다.

왜냐하면 호주는 주정부가 재원을 조달하여 공공 부문의 다양한 제공자를 통하여 직접 서비스를 제공한다. 실제 보건의료 기관 운영 및 지방정부와 연계하여 프로그램 운영 및 평가, 연방정부의 정책하에 '모든' 기관 (즉 의료 기관뿐 아닌 사회서비스, 주거 시설)과 연계하여 총괄한다. 제공되는 서비스는 중증정신질환자를 위한 전문의를 통한 급성병원 내의 서비스부터 특화된 지역사회 정신건강서비스, 장기 상주 요양기관을 통하여 제공되는 서비스가 다 포함된다. 주정부에서는 지역사회 내의 사회서비스, 즉 공공주거시설 및 정신건강서비스가 제공되는 숙박서비스도 담당하고 있다.

정신건강과 관련된 서비스는 두 지불 체계를 통하여 제공되고 있다. 메디케어 급여 기준(Medicare Benefits Schedule, MBS)과 의약품할인제도(the Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS/Repatriation Pharmaceutical Benefits Scheme, RPBS). 이 기금에서 정신건강에 대한 직접적 서비스뿐 아니라, 소득보장, 사회서비스, 장애지원서비스, 직장참여 프로그램 및 주거 지지 프로그램과 같은 비의료서비스까지 지원이 되고 있다. 주요한 두 지불체계, MBS와 RPBS는 의료서비스에 국한하지 않고 정신질환자의 요구도에 맞는 다양한 서비스를 하고 있다(예: 주거서비스).

정신건강서비스는 일반의(71%), 임상심리사(38%) 정신과 전문의

(23%)로 일차의료인에 의해 우선 대부분이 제공되고 있다고 보고되고 있다. (2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing). 이 보고서에서는 약 백 십 만 명에 이르는 호주 국민들이 정신건강서비스를 이용한다고 보고하고 있다(Slade et al., 2009, p.13).

정신건강서비스는 병원이나 요양원 입원 및 입소를 통하여 접근하거나, 병원의 외래서비스, 지역사회 정신건강서비스, 그리고 전문의와 일반의 두 의료인에 의해 제공이 가능하다고 보고 있다. 임상심리사나 보건의료 관련 서비스 제공자들은 메디케어를 통하여 보조금을 받을 수 있으나, 보건의료 관련 종사자(예: 작업치료사) 등은 일반의의 정신건강치료 계획에 대한 조언을 받고 의뢰서를 받은 뒤 서비스 제공이 되고 있다.

지역사회 정신건강서비스의 재원 지원과 서비스에서는 주정부(State)와 일반의(GPs)가 가장 중요한 역할을 담당한다고 볼 수 있다. 지방정부는 환경과 관련된 환경보건 및 위생 관련 서비스를 제공한 있다. 연방정부의 주요 역할은 1) 보건의료 서비스의 자금 마련 2) 총체적인 가이드라인 및 장기 정책의 수립 및 제도화 3) 현 제5차 국가정신건강계획(Fifth National Mental Health Plan)에 의한 서비스 제공 및 평가라고 볼 수 있다.

정신건강에 대한 국가적 정책과 전반적 평가와 관련해서는 호주 정부의 국가 정신보건위원회(Australian Government National Mental Health Commission,NMHC)와 일차보건네트워크(Primary Health Networks, PHNs)가 주요한 역할을 담당하고 있다. 국가적 차원의 정신건강 관련 기관으로는 A국가 정신보건위원회(NMHC)가 2012년에 설립되었다. 국가 정신보건위원회에서는 독립적인 보고서를 작성하고, 지역사회에서 정부가 수행해야 할 부분와 수행해서는 안 되는 부분에 대한 조언을 한다. 이 기관은 환자 개인뿐 아니라, 가족과 그리고 지역사회의 전

체적인 정신적 웰빙 또한 중요하다고 보고 있다. 따라서 서비스가 필요할 때 단순한 한 일편이 아니라 가족, 직장, 직장 동료, 보건의료 제공자, 교육자, 친구 모두 그들의 웰빙을 향상시켜야 한다고 보는 연계된 개념으로 접근한다.

따라서 국가 정신보건위원회는 정신건강을 모든 영역에서 증진시키고, 정신 질환뿐 아니라 자살 예방 방안을 정부, 교육, 주거시설, 고용 및 복지서비스와 사회서비스를 통하여 예방하고자 노력한다. 협업과 홍보, 그리고 주도하는 활동을 통하여 정신건강에 대한 시스템을 변화시키고, 최고의 정신건강과 웰빙을 이루고자 노력한다. 최우선 과업은 정부의 개혁을 통하여 이루어진다. 정신보건을 위한 연합된 프로그램과 서비스 개발을 촉진하고, 관련 데이터 수집, 이와 연계한 연구개발을 지원하는 것을 최우선으로 둔다. 정신건강 개혁에 필요한 장기 목표를 세우고 이에 따른 측정도구 개발 및 차용 그리고 보고서를 작성하는 데 최적화된 기관이다. 연방정부의 요청하에 기관에서는 국가 전체 정신건강 보고서를 작성한다. 연방, 주정부, 민간과 비정부 부문까지 아우르는 서비스와 프로그램에 대한 면밀한 조사 보고서를 작성한다. 보고서는 정신질환자가 이용하는 서비스와 환자가 지역사회에 복귀하는 데 지원하는 프로그램의 효율과 효과성을 검토하는 데 초점을 둔다. 2012년에서 2013년까지는 두 개의 '정신건강과 자살예방에 대한 연간 보고서'(National Report Cards on Mental Health and Suicide Prevention)를 작성하여 보고하였다.

또한 호주의 보건복지기관(Australian Institute of Health and Welfare's, AIHW)에서는 국가 전체 데이터에 근간한 보건과 복지 이용에 관한 '정신건강보고서'를 매년 제공하고 있다.

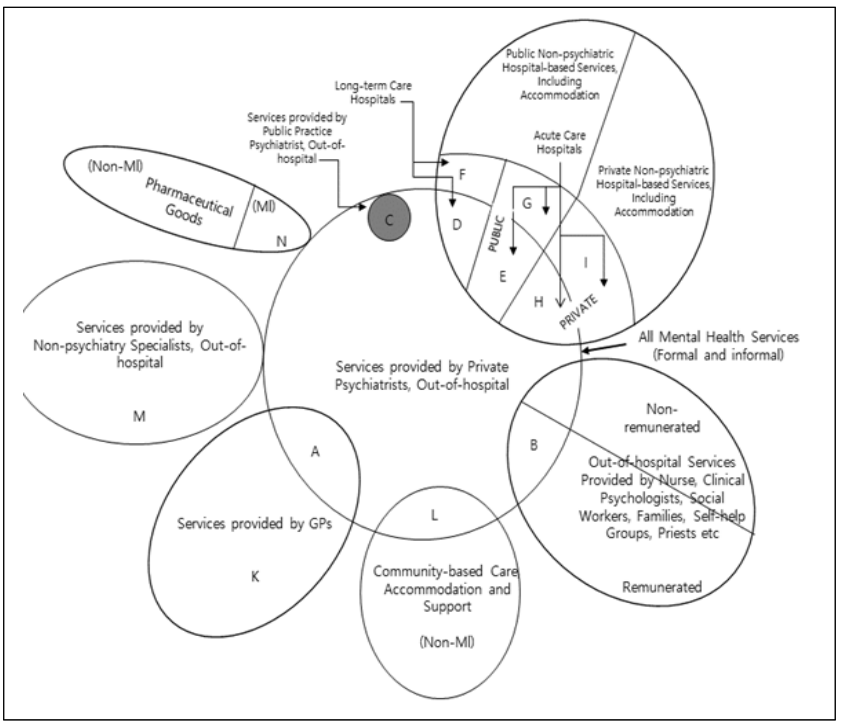
일차보건네트워크(PHNs)는 각 주에서 직접 환자를 담당하는 주치의(GPs)들의 모든 서비스 가이드라인을 작성하고 모니터링하면서 서비스

제공에 대한 감독을 직접적으로 하는 기관이다. 지역적 접근은 일차보건 네트워크(PHNs)에 의해 이루어진다. 의료인뿐 아니라 다른 관련 서비스와 일차 정신건강 케어 기능을 하는 기관과 파트너십을 가지고 지역 수준의 정신건강서비스를 기획, 통합하고 제공하는 역할을 한다. 예를 들어 의료서비스 접근 취약 지역의 대상 집단에 정신건강서비스를 제공하는 프로그램인 Access to Allied Psychological Services(ATAPS) and Mental Health Services in Rural and Remote Areas(MHSRRA) 같은 것을 기획하고 추진하는 데 중추적인 역할을 한다.

단순 보건의료기관에서만 환자를 책임지고, 서비스를 제공하지 않는 체계라 다른 영역 전문가들과의 협업을 통하여 환자를 관리하고 있다. 예를 들어 환자가 퇴원 시 환자의 임상적, 사회적 기능의 수준에 따라 다학적인 보건의료 전문가 팀과 임상의가 퇴원을 결정하고 추후 관리를 기획한다. 이 모든 결정은 연방, 주, 그리고 지방정부의 정책과 법에 근거한 수준에 결정되는 것이 원칙이다. 지역사회 내의 정신건강서비스는 먼저 주치의(GP)가 제공한다.

호주는 공공재원과 기관 그리고 민간재원과 기관의 혼합돼 다양한 서비스를 제공하고 있다. 다음 [그림 3-6]은 정신건강서비스가 '병원 내'와 '병원 밖'에서 제공되는 형태를 재원 소비에 의해 규정해 놓은 개념도이다.

〔그림 3-6〕 Schematic Conception of the Jigsaw of "Conventional" Mental Health Services

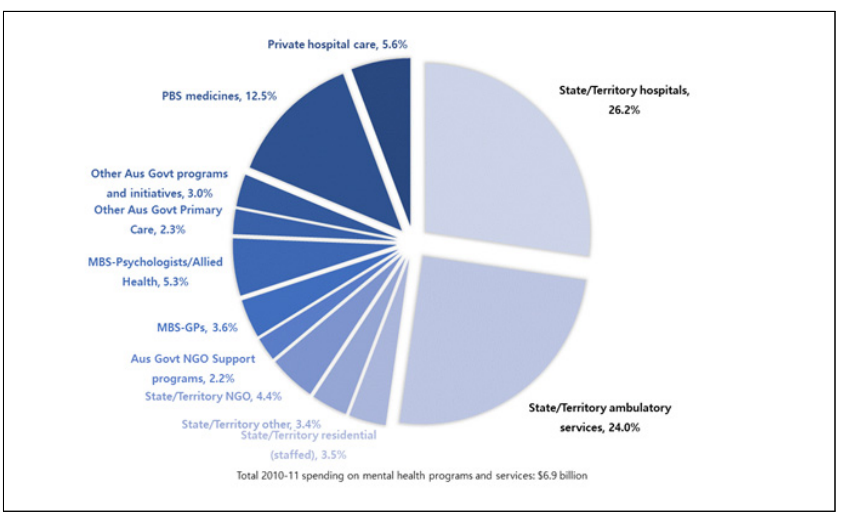


자료: Williams, R. F., & Doessel, D. P. (2008). The Australian mental health system: An economic overview and some research issues. International journal of mental health systems, 2(1), 4.

Williams과 Doessel 연구팀(2008)은 지불되는 재원을 바탕으로 호주의 전형적 정신건강서비스의 범주를 개념적으로 설명하고자 하였다. 직접적인 비용, 즉 질병비용(cost-of-Illness)을 바탕으로 정의되고 설명되었다. 일정 부분은 복잡한 그림을 통해 알 수 있듯이 하나의 전형화된 서비스 종류는 존재하지 않는다. 어떤 서비스의 경우는 전혀 정신건강서비스와 직접적인 연결이 되지 않는 영역도 존재한다(예: Non-Mental Illness(MI) Pharmaceuticals).

공식적/비공식적 정신건강서비스의 영역 중 가장 큰 영역인 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 가족, 자조그룹과 같은 병원 '밖'에서 받는 정신건강서비스로, 보험이나 정부에서 지불이 되는 부분(remunerated) 은 공식적 서비스라고 지칭한다. 그중 정신과 전문의가 제공하는 서비스 (B)가 포함된다. 그 외 일반의에 의해 제공되는 A, 공공병원의 정신과 전문의가 제공하는 영역 C, 급성기 병원에서 제공되는 정신건강서비스 (공공재원: E, 민간재원: H)가 있고, 장기요양병원에서 제공되는 정신건강서비스 D가 있다. 이들이 모두 보건의료서비스의 범주에 속한다면 지역사회에서 제공되는 거주시설에 관한 서비스 L은 직접적인 정신건강서비스는 아니나, 지역사회 내의 정신질환자를 지원해 주는 중요한 영역으로 규정된다. 결국 A+B+C+D+E+F+G+H+J+L+N 협의로 규정된 정신건강서비스 영역이라고 보고 있다(Williams & Doessel, 2008, pp.2-3).

〔그림 3-7〕 호주 정신건강서비스의 재원 구성도



위 그림에서 보듯이 주정부에서 의료기관을 통하여 정신건강서비스가 지불된다.

나. 국가 정신건강 정책에서 나타난 호주의 정신건강 보건의료서비스와 사회서비스 연계체계

호주는 정신건강 증진, 중증정신질환 만성화 예방, 정신질환이 개인, 가족 및 지역사회에 미치는 부정적인 영향 감소, 정신질환자의 권리 보장을 목표로 삼는 국가 정신건강 전략(the National Mental Health Strategy)[42]을 1992년 수립한 것을 기점으로 1993년부터 5년 단위로 새로운 국가 정신건강계획들이 수립 및 이행되어 왔다.

호주의 국가 정신건강 계획들은 국가 정신건강전략과 정신보건 권리와 책임에 관한 선언(Mental Health Statement of Rights and Responsibilities)을 바탕으로 구성되었다. 그동안 국가 정신건강 계획에서 보건과 복지 서비스의 통합적이고 포괄적인 체계를 제안함으로써 정신건강 문제에 대응하는 데 분야별로 교차된 협력과 연계의 중요성을 강조해 왔다. 이러한 국가 정신건강 계획에 따라 호주의 각 지방정부는 자체적인 정신건강 계획들을 수립해 왔으며, 이들 역시 정신보건에 대한 보건 분야와 지역사회 서비스와 교정서비스와 같은 보건 시스템 외부 프로그램들과의 연계체계를 구축해 왔다.

최근인 2017년 10월에 발표된 호주의 제5차 국가 정신건강 및 자살예방 계획(이하 제5차 계획)에서도[43] 정신질환자와 가족 및 보호자, 지역사

42) 국가 정신건강 전략은 1992년 4월 호주의 AHMC에서 정신건강 개혁의 지침이 되는 프레임워크로 승인된 것으로 크게 3가지를 포함함. 1) 국가 정신건강 정책, 2) 국가 정신건강 계획, 3) 권리와 의무에 관한 정신건강 선언문임.

43) 제5차 계획은 그간의 호주 자국의 국가 정신건강 계획, 기존 지방정부의 지역 정신건강 및 자살예방 계획 등과 더불어 유엔의 정신질환자 보호 및 정신건강 케어 향상을 위한

회의 삶을 개선하는 것을 목표로 통합적인 정신건강 체계를 구축하기 위한 정부의 역할이 강조된다. 제5차 계획을 간략하게 살펴보면 다음의 표와 같다.

제5차 계획은 8가지 우선순위 영역을 가지며, 자살예방, 정신질환과 신체질환의 복합 문제에 대한 대응, 낙인과 차별 감소 등 다양한 활동들을 제안하고 있다. 본 연구의 초점이 되는 중증정신질환자에 대한 활동을 제시하는 영역(Coordinating treatment and supports for people with severe and complex mental illness)도 별도로 구성하여 제시하고 있다. 본 연구의 초점이 되는 중증정신질환자를 대상으로 한 호주의 제5차 계획은 어떠한 문제의식에서 시작되었는지, 어떠한 활동을 제안하고 있는지를 살펴본 결과는 다음과 같다.

1) 제5차 계획에서 나타난 중증정신질환자 대상 기존 전달체계의 문제

우선 호주의 제5차 계획이 중증정신질환자를 대상으로 한 활동들을 제안한 배경은 다음과 같다. 제5차 계획은 호주 국민의 약 3%가 심각한 정신질환을 앓고 있다고 보고하면서, 이들은 동반 정신질환이나 신체질환의 문제, 일상생활을 하는 데 어려움을 겪고 있다고 강조하였다(Commonwealth of Australia, 2017). 구체적으로 이 계획은 중증정신질환자가 처한 상황이 일차의료를 주로 이용하면서 외래 서비스를 받거나 의료기관에 입원한 경우, 그리고 지역사회에서 생활하는 데 필요한 사회서비스 지원을 받는 경우 등으로 다양하지만 대다수가 의료 체계 내에 머무르고 있다는 점을 언급한다. 또한 다수가 신체질환과 장애, 약물중독 문제를 동반하고 있다고 보고한다.

원칙이나 장애인 권리협약과 같은 국제 기준을 고려하여 구성되었음.

또한 제5차 계획은 중증정신질환자 대상 치료 및 지원을 하는 주체로 주치의, ACCHS를 통해 이루어지는 서비스들, 의료진들, 관련 보건 전문가들, 주거와 고용 지원 주체, 개인 간병인과 다양한 장애 지원 서비스들을 언급한다(Commonwealth of Australia, 2017). 이처럼 다양한 주체가 있지만 중증정신질환을 가지고 있는 사람들은 그들이 가지고 있는 다양한 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 지원을 제대로 받고 있지 않다는 사실을 강조한다. 즉 지역사회 내에서 중증정신질환자들이 치료를 제대로 받지 못하고 있거나 사례관리가 제대로 이루어지지 않고 있다는 사실을 언급하면서 중증정신질환자 대상 치료 및 지원의 필요성을 강조한다.

그리고 제5차 계획은 호주의 정신건강 서비스 전달체계가 분절화되어 있고 중증정신질환자의 욕구에 맞춘 조정된 서비스가 제공되지 못한다고 지적하며, 이는 결국 중증정신질환 당사자와 보호자가 스스로 서비스를 알아보고 찾아다녀야 하는 부담을 가중시킨다고 언급한다(Commonwealth of Australia, 2017). 또한 제5차 계획은 분절화된 전달체계와 관련 서비스 간 불충분한 조정이 중증정신질환의 만성화뿐 아니라 중증정신질환 당사자의 지역사회 복귀 및 회복을 저해하고 가족이나 보호자의 부담을 가중시킨다고 강조한다.

2) 제5차 계획에서 나타난 중증정신질환자 대상 치료 및 지원 내용

호주의 제5차 계획은 중증정신질환자 대상 치료 및 지원을 위해 기존의 분절화되어 있고 서비스 간 조정이 부족한 것을 다룰 수 있는 새로운 기회가 될 수 있을 것이라는 기대를 표명하면서 다음의 사항들을 언급하였다. 우선 제5차 계획은 주 및 지방정부 차원에서의 중증정신질환자들을 대상으로 한 맞춤형 서비스 개발 지원이 필요하다고 언급함과 동시에 국가장애보험제도와의 연계 강화를 강조한다.

제5차 계획은 중증정신질환자 대상 치료 및 지원을 강화하기 위해 향후 5년간 다음의 활동을 할 것이라고 언급한다. 우선 호주 정부는 중증정신질환자들을 위한 통합관리 및 지원에 우선순위를 두고, 특히 지역 공공의료 전달체계인 일차보건네트워크(Primary Health Networks, PHNs) 및 지역병원네트워크(Local Hospital Networks, LHNs)를 중심으로 중증정신질환자들을 위한 통합 관리와 지원에 우선순위를 두겠다고 밝혔다. 그리고 중증정신질환자 대상 통합적 서비스를 제공하기 위해 정신건강전문가 자문그룹(Mental Health Expert Advisory Group)을 구성하고 및 중증정신질환자 대상 지원 서비스를 개선하기 위해 국가 차원의 지침을 개발, 수행 및 모니터링하겠다는 계획을 밝혔다(Commonwealth of Australia, 2017, p.28).

호주의 제5차 계획은 중증정신질환자 대상 통합적이고 효과적이며 지속 가능한 정신건강서비스 체계가 되고 있는지 여부를 다음의 지표들을 활용해서 측정하겠다고 밝히고 있다.

〈표 3-6〉 중증정신질환자를 위한 정신건강서비스 체계 관리 지표

구분	내용
관리 및 지원 향상	- 이용자 및 보호자에 대한 서비스 향상(PI 13), - 비자발적 입원에 대한 필요성 감소(PI 23), - 격리와 같은 억압적인 관행 사용 감소(PI 22)
개인적, 임상적 결과 향상	- 삶에서의 의미와 연계성 향상(PI 8) - 사회 및 가족 연결성 향상(PI 9) - 연구 또는 고용에의 참여 향상(PI 10) - 임상결과의 향상(PI 14)
지속적인 관리 향상	- 입원 후 추적 관찰 개선(PI 16)
신체건강 문제에 대한 효과적인 관리	- 장기 정신건강 질환자에 대한 장기적인 신체질환 유병률 감소(PI 2) - 다른 호주인과 비교하여 사망률 차이 감소(PI 5)
보호자에 대한 지원 향상	- 보호자들의 고용 증가(PI 11).

자료: Commonwealth of Australia. (2017). The fifth national mental health and suicide prevention plan, Department of Health, p.29.

3. 해외 사례 검토의 시사점

본 절에서는 영국과 호주의 지역사회 정신건강서비스 체계를 검토하였다. 영국과 호주의 최근 국가 정신건강 계획을 중심으로 본 연구의 초점이 되는 중증정신질환자 대상 지원 프로그램 및 정책이 국가 계획에서 어떻게 제안되고 있는지를 살펴보았다.

우선 영국과 호주 모두 중증정신질환자들이 겪고 있는 다양한 어려움을 제시하고 있다. 그 예로 중증정신질환자의 높은 조기사망률(영국), 동반 정신질환 및 신체질환에 대한 우려(영국과 호주), 지역사회 정신건강서비스에 대한 낮은 인지도(영국), 미흡한 사례관리 수준(영국과 호주) 등을 언급하였다.

또한 영국과 호주 모두 중증정신질환자를 대상으로 한 기존 서비스 전달체계가 분절화되어 있다고 지적하고 있으며, 서비스 제공 주체 간 미흡한 서비스 조정과 더불어 낮은 정신건강서비스로의 접근성을 지적하고 있다. 이러한 문제의식에 기반을 두어 영국과 호주는 중증정신질환자 대상 지원 프로그램 및 정책을 구체화하여 제시하고 있다.

영국과 호주가 국가 정신건강 계획에서 제시한 중증정신질환자 대상 프로그램 및 정책은 다음의 사항을 강조한다. 첫째, 중증정신질환자 대상 서비스 제공 주체 간 서비스 조정, 둘째, 불필요한 입원 감소 및 기존 미충족되어 왔던 주거 및 재활 관련 지역사회 기반 지원 서비스 강화이다. 즉 지역사회 내 중증정신질환자를 대상으로 서비스를 제공하는 것 자체가 강화되고, 기존 지역사회 내 서비스 제공 주체 간 서비스 연계가 강화되어야 한다는 것이다.

제 4 장

이용자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 이용 현황

제1절 중증정신질환자의 지역사회 정신건강서비스 이용 경험
제2절 중증정신질환자의 공식 및 비공식 연결망
제3절 소결

4 이용자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 이용 현황

본 장에서는 중증정신질환자 보호자를 대상으로 한 초점집단 인터뷰와 중증정신질환자 당사자를 대상으로 한 설문조사 결과를 분석하여 실제 지역사회 정신건강서비스 이용 경험을[44] 살펴보았다. 앞서 제2장에서 제시한 중증정신질환자의 욕구를 기반으로 구분한 공식 및 비공식 지역사회 자원들을 중심으로 실제 중증정신질환자와 가족들이 어떻게 이들을 이용하였는지 그 경험을 살펴보았다.[45]

구체적으로 보면 중증정신질환자의 의료서비스, 재활서비스, 그 외 사회서비스 욕구에 대응하는 지역사회 자원들을 이용한 경험을 제1절에서 살펴보았으며, 크게 의료적 서비스 욕구와 관련된 의료기관 이용 경험, 중증정신질환자의 지역사회 재활을 지원하는 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 경험, 그리고 다양한 사회서비스 욕구에 대응하는 지역사회 사회복지기관 및 시설 이용 경험으로 구분하여 제시하였다.

그리고 제2절에서는 중증정신질환자가 가지는 공식 및 비공식 연결망(Network, 이하 연결망)[46] 특성을 살펴보고 자기중심적 서비스 이용 연결망 분석을 활용하여 중증정신질환자가 가지는 공식 및 비공식 연결망의 밀도와 강도, 연결망의 중심성을 분석하였다.

---

44) 앞서 제1장에서 서술한 것처럼 본 연구에서 실시한 초점집단 인터뷰는 서울과 경기도 지역에 거주하는 중증정신질환자 보호자를 대상으로 한 것이었으며, 설문조사는 경기도 내 도농복합지역인 한 지역을 선정하여 진행되었기 때문에 본 장에서 다루는 연구 결과를 일반화하기에는 제한적임.

45) 기본적으로 질적 면담과 설문조사를 분석한 결과는 함께 제시하였으며, 일부 설문조사에서 조사한 내용이 질적 면담에서 드러나지 않았을 경우, 설문조사 결과만을 제시하였음.

46) 본 연구에서 비공식 연결망은 주로 가족이나 친척, 친구 등을 의미하며, 공식 연결망은 정신건강복지센터나 정신재활시설의 실무자, 보건소나 의료기관 실무자, 희망복지지원단 사례관리자 등 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자를 의미함.

제1절 중증정신질환자의 지역사회 정신건강서비스 이용 경험

1. 의료적 서비스 욕구와 관련한 의료기관 이용 경험

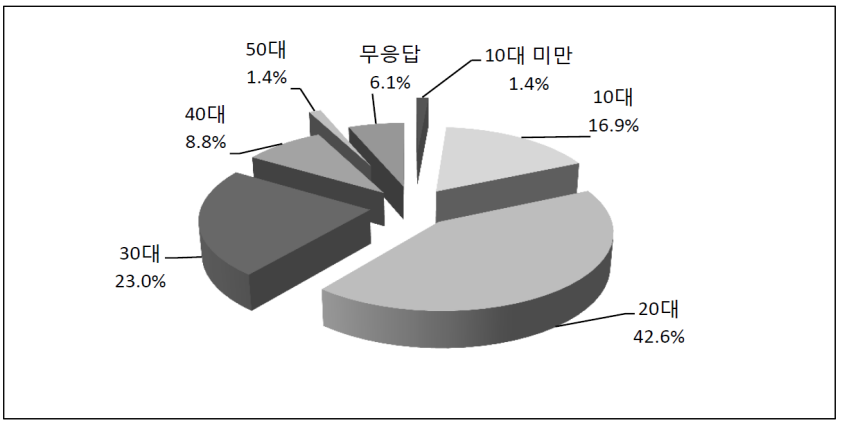
중증정신질환자 대상 설문조사와 중증정신질환자 보호자 대상 초점집단 인터뷰 분석을 바탕으로 의료서비스 욕구와 관련한 지역사회 정신건강서비스 이용 경험을 의료기관의 치료서비스를 중심으로 제시하였다. 분석 결과 중증정신질환자의 의료기관 이용 경험은 초발의 경험, 의료기관 이용 경로 및 잦은 입·퇴원 반복 경험, 그리고 의료기관 이용 만족도로 구분할 수 있었다.

가. 초발의 경험

정신질환자 당사자와 보호자는 질환에 대한 첫 증상이 대개 20대 전후로 나타났다고 보고했다. 본 조사에서 실시한 중증정신질환자 대상 조사에서 정신질환이 처음으로 발병한 시기인 '초발시기'는 만 3세부터 54세까지 다양하게 나타났다. 연령대별로 살펴보면 20대에 발병했다는 조사대상자가 63명(42.6%)으로 가장 많았고, 그다음으로는 30대 23.0%, 10대 16.9% 순으로 나타났다.

〔그림 4-1〕 초발시기 분포

(단위: %)

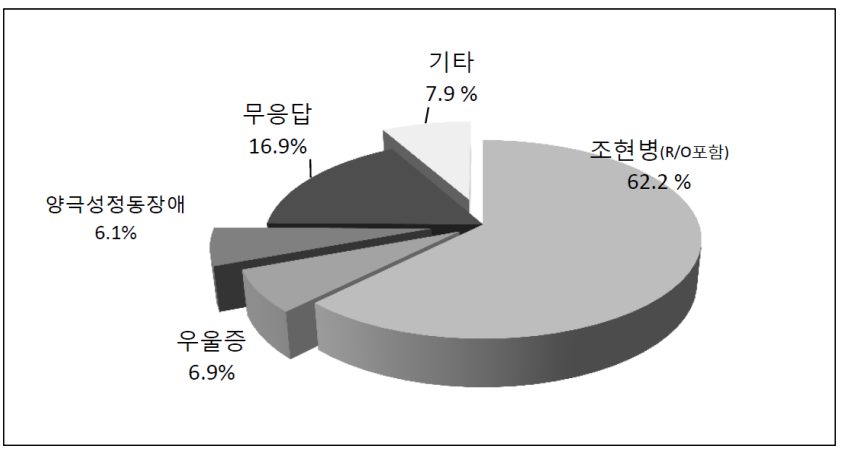


주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

초발 당시의 주요 진단명을 살펴보면, 조현병이 62.2%로 가장 많았고, 우울증이 6.9%, 양극성정동장애가 6.1%로 다음으로 높게 나타났다.

〔그림 4-2〕 초기진료 시 주진단명

(단위: %)



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

정신건강에 문제가 있다는 것을 어떻게 인지하게 되었는지를 초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들에게 물어본 결과 보호자들은 중·고등학교에서 실시하는 정서행동특성검사를 통해 학교 선생님에게서 연락이 오거나, 대학교 기숙사나 선배가 알려주는 등 주로 학교를 통해 연락을 받았다고 언급했다. 이는 앞서 살펴본 중증정신질환의 초발 연령이 20대 전후인 것에 기인한다고 볼 수 있다.

"초등학교 끝날 때쯤이었을까 중학교 초기였을까. 그때 정신건강을 조사하는 게 있더라구요. 상당한 양인데 그 당시에 결과가 나온 게 있었어요. 그런데 굉장히 특이한 결과가 나왔다고 해서 담임 선생님 면담도 하고. 왜 그럴까. 그 당시에는 우울증을 몰랐던 시기고 애가 문제가 됐던 시기가 아니거든요."(참여자 1)

"참 모범생으로 공부도 잘하고 학원도 안 가고 대학을 들어가서 공부를 하다가 우연히 대학 2학년 올라가면서 선배들이 전화를 했어요. 좀 이상하니까 병원에 데려가 보라고. 내가 보면 전혀 아무렇지도 않은데 이상하다고. 뭐가 이상하냐고 하니까 정신과를 데리고 가보라고 해요. 정신과가 뭐 하는 데인데. 저는 그런 거 전혀 들어 보지도 못했는데. 정신과가 뭐 하는 데냐고 했더니 하여튼 이상하니까 가보래요."(참여자 17)

초발시기가 20대 전후로 나타나는 것에 비해 중증정신질환자들이 질환을 인지하고 치료를 받기까지는 오랜 시간이 걸렸다고 초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들은 언급했다. 보호자들은 우울증, 조울증, 조현병 등 정신질환에 대한 기초 이해가 없이 갑작스럽게 자신의 가족에게 정신건강 문제가 있다는 사실을 알게 된 경우가 대부분이라고 언급했다.

"조울증이나 정신병에 대해서 주위에 사람이 있다는 걸 잘 모르잖아요. 저희도 몰랐어요."(참여자 2)

정신의료기관을 방문하여 진단을 받고 지속적인 치료를 받고 있는 경우도 일부 있었지만, 대다수의 보호자는 자신의 가족에게 정신건강 문제가 있을 수도 있다는 사실을 인지했음에도 불구하고 의료기관을 방문하여 치료받기를 꺼려했던 경험을 공유하였다. 이들은 처음 질환 인지 후 의료기관의 신경정신과나 정신의학과에서 정신질환이라는 진단을 받기 전까지 한의원에서 침을 맞거나 점을 보기도 하고, 무당굿을 하거나, 종교의 힘을 빌리기도 하는 등 여러 가지 경험을 했다고 언급했다.

"일단 아프다고 해서 검사했는데 이상이 없다는 거야. 그 당시에 비싼 검사해서. 그런데 정신과에 가보라고 하고, 굿도 남산 가서 해보고 구파발 가서 하고. 나는 지금은 교회 다니는데 그 당시에는 내가 돈도 잘 벌었고 남편도 잘 벌었고 직장도 좋았고. 그런데 전라도 무등산에 유명한데 가서 하고."(참여자 3)

결론적으로 증상을 인식하고 의료기관에서 치료를 받기까지 많은 기간이 소요되었던 것으로 보인다. 중증정신질환자의 보호자들은 중증정신질환에 대한 인지 부족, 당사자 및 보호자의 질환에 대한 수용 거부, 정신의료기관 입원 등 이용에 대한 거부감, 사회적 낙인 등을 그 이유로 언급하였다.

"자기가 그 병이 왔다는 걸, 내가 이 병을 극복하기가 힘든 거예요. 내가 이 병을 사회의 편견 때문에."(참여자 21)

"우리나라 사람들이 병원 간다는 거 자체를 굉장히 꺼리니까. 정신과 가는 것에 대해서. 그게 문제인 거예요. 그래서 음악치료, 미술치료 이런 식으로. 그냥 돌고 돌아서 병을 키운 거예요."(참여자 19)

앞서 살펴본 것처럼 늦게 치료 환경에 들어오기 때문에 자발적 입원보다는 의료기관 이용 역시 가족에 의한 비자발적 입원으로 시작하는 경우

가 초점집단 인터뷰에서 많이 나타났다. 이는 결국 질환에 대한 인식 부족과 질환에 대한 부정으로 인해 정신질환의 중증도가 높아진 다음 자해나 타해의 위험성이 높아진 이후, 즉 한 보호자가 말하는 것처럼 '진짜 견딜 수 없을 때' 의료기관을 이용하게 된다는 것을 의미하기도 한다.

"저는 남동생이 막냇동생이 30대 초반부터 아프기 시작했어요. 몰랐는데 사회생활을 안 하고 자기 방에만 있으면서 오락을 ....(중략)... 잠은 하루에 한두 시간밖에 안 잤어요. 굉장히 심했어요. 그래서 안 되겠다 싶어서 동생들하고 의논해서 유명하다는 우리나라에서 굉장히 손꼽히는 무속인을 찾아갔어요. 굿도.한 번 하고. 세 번 정도 만나 뵀는데 그 사람이 좋은 사람이었어요. 그다음에 가니까 저를 불러서 하는 말씀이 OO대학병원 약이 잘 들으니까 정신과 진료를 받아 봐라 이렇게 추천해 주셨어요. ...(중략)... 그래도 저는 안 믿었어요. 동생이 그렇게 폭력적이어도 저녁에 집에 들어가면 그런 난리를 쳐놓으니까 불안하고 무섭긴 했는데. 저를 폭력으로 한 번 가했던 적이 있어요. 그래서 동생들하고 상의하고. ...(중략)... 동생들이 직접 보고 집에 난리 쳐 놓은 거 보고 굉장히 심해지니까 어쩔 수 없이 차를 불러서 강제입원하게 됐어요."(참여자 24)

위의 사례처럼 비자발적 입원으로 시작하는 경우도 있지만, 초기에 정신건강에 문제가 있음을 당사자가 스스로 인지하거나 보호자가 인지하여 치료 환경에 조기에 진입하는 경우도 초점집단 인터뷰에서 찾아 볼 수 있었다.

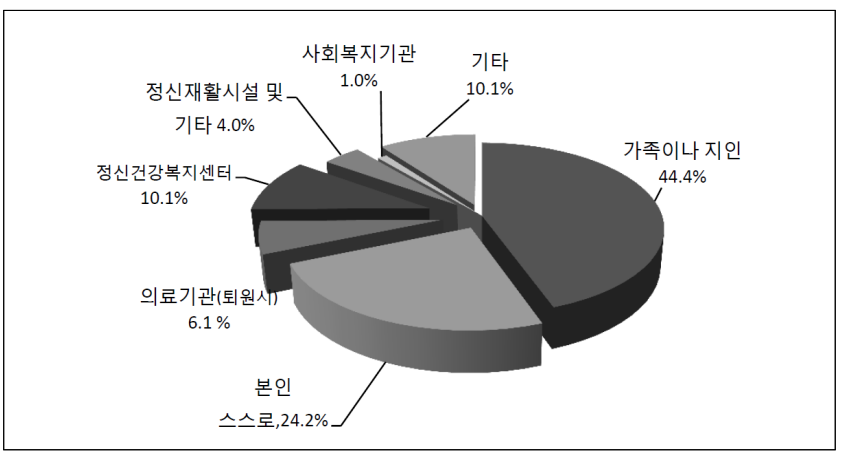
"저희는 입원을 하지 않았어요. 아프면 애가 엄마 나 병원에 가야 돼, 너무 심해, 애가 스스로 갔기 때문에 자기가 권고를 했기 때문에. 그런 게 좋은 점이라고 생각을 해요."(참여자 21)

"다행히도 저는 급하게 제가 빨리 우리 애를 진단을 해서 병원을 빨리 데려가서 지금 예후가 굉장히 좋아요. 다행히도 복지관을 다니면서 약을 빨리 하고 초기 치료를 해서."(참여자 20)

이렇게 다양한 초발 경험을 한 중증정신질환자 당사자와 보호자를 대상으로 의료기관을 어떻게 알고 이용하게 되었는지를 물어본 결과 우선 중증정신질환자 당사자들은 가족이나 지인이 소개 및 추천해 줘서 응답한 경우가 44.4%로 가장 높게 나타났다. 본인이 스스로 알아봐서 이용한 경우도 24.2%로 나타났다.

[그림 4-3] 의료기관 이용 경로

(단위: %)



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들도 주변 지인의 추천을 받거나 인터넷, 라디오 등 미디어 매체를 통해 스스로 알아본 후 의료기관을 선택하는 경우를 가장 많이 언급하였다.

"저는 우리 언니가 라디오를 들었는데 OO병원에 ΔΔΔ선생님이라고 유명한 분이 라디오에서 청소년 상담하는 걸 들었다고 그래서 내가 OO을 간 거죠." (참여자 25)

"저는 상담센터를 좀 다녔거든요. 청소년. 그 선생 소개로 병원을 가게 됐죠."(참여자 27)

"아무래도 애가 이상하다, 저런 애가 아닌데. 그래서 제가 응급실에 전화했더니 응급실에서도 아무래도 애가 정신적으로 약간 있는 것 같으니까 큰 병원에 가보라는 거예요 ...,(중략)... 그런데 큰 병원을 가려면 동네 병원을 항상 먼저 거쳐야 되잖아요. 그래서 동네 병원 가니까 역시나 우리 애 간단한 것들 물어보고 난 다음에 큰 병원을 가라고 해서 여기저기 다 전화해 보니까 제일 빠른 데가 OO병원이더라구요."(참여자 20)

이러한 초발 당시의 경험을 겪고 수년째 중증정신질환자를 돌보고 있는 보호자들은 공통적으로 초발시기 때의 접근, 지속적인 약물복용 등의 중요성을 강조하였다. 보호자들은 초발시기에 당사자와 보호자에게 질환에 대한 정확한 정보들이 제공되고, 가족 교육을 통해 중증정신질환을 가진 가족을 어떻게 돌봐야 하는지를 알려주는 것이 결과적으로 중증정신질환의 만성화를 예방하는 길이라고 언급했다.

"내가 보니까 보호자들은 몰라요. 공부가 되니까 지금은 그렇게까지는 아니지만 보면 알지만 처음에는 모르는 거예요. 나는 초기에 알아서 많은 사람들에게 이게 반영돼서 도움이 됐으면. ...(중략)... 이 병은 어떤 병이니까 초기에 어떻게 하라는 과정을 어떤 프로그램이 있으면 좋겠어요. 정말로 정확하게 해줘야 돼요. 그럼 초기에 사람이 좋아지거나 만성으로 가지 않는다든가 이렇게 되는데."(참여자 3)

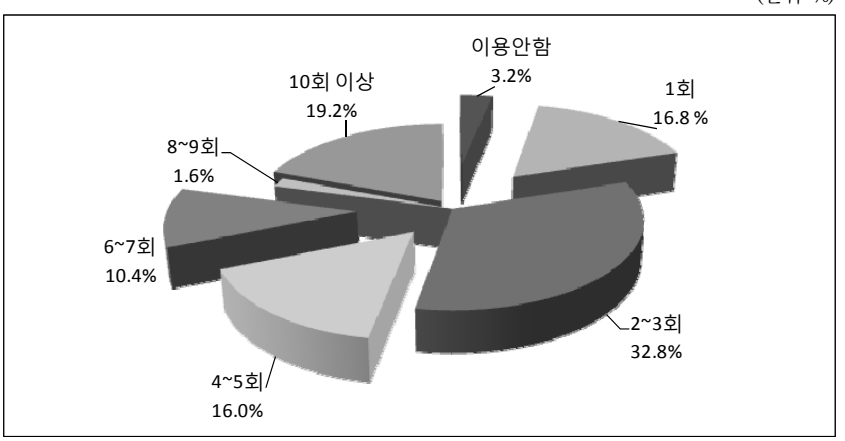
"저희는 그렇게 하고 있는데 약통이 이런 게 있어요. 세분화해서 여섯 개 넣을 수 있는 거 있잖아요. 거기에서 정량을 먹을 만큼 딱딱 넣어놓고 시간 맞춰서 먹이는 방법이 있는데 일정하게 먹어야 되는 게 중요하더라구요."(참여자 7)

나. 잦은 입퇴원 반복 경험

의료기관 이용과 관련하여 두드러진 경험 중 하나는 잦은 입·퇴원 반복이었다. 설문조사에 참여한 중증정신질환자의 과거 입원력, 즉 발병 이후 현재까지의 입원 횟수를 묻는 질문에 한 번도 없었다고 응답한 중증정신질환자가 4명(3.2%)이었다. 1번 입원했다고 응답하는 경우는 21명으로 16.8%였고 2~3회 입원한 경험은 41명으로 32.8%로 나타났으며 4~5회 20명으로 16%, 6~7회 13명 10.4%, 8~9회 2명 1.6%였다. 10회 이상의 경우도 24명으로 19.2%로 나타났다.

〔그림 4-4〕 발병 이후 입원 횟수 분포

(단위: %)

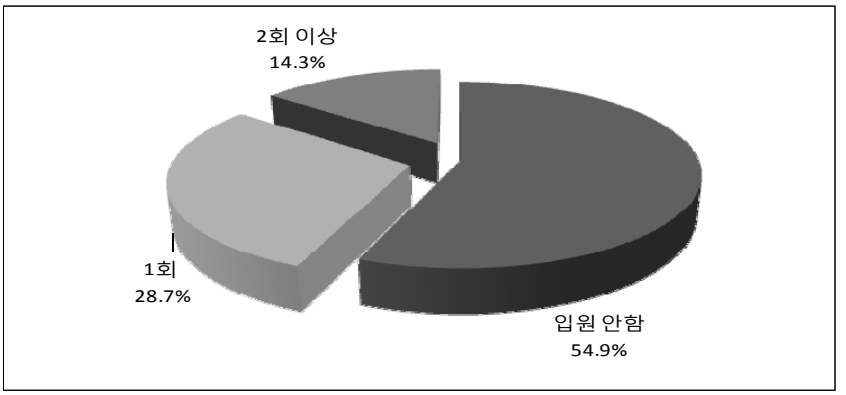


주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

또한 최근 2년간의 입원 횟수를 살펴본 결과 조사에 참여한 등록 회원 중 한 번도 입원을 하지 않았다는 응답이 54.9%로 절반 이상으로 가장 많았으나 2회 이상 입원을 한 경우도 14.3%로 나타나 중증정신질환자의 잦은 입·퇴원 반복 경험을 알 수 있었다.

〔그림 4-5〕 최근 2년간의 입원 횟수 분포

(단위: %)



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

초점집단 인터뷰에서도 보호자들은 중증정신질환자들이 그동안 평균 2개 이상의 의료기관에서 입·퇴원을 반복한 경험을 공유하였다. 이용한 의료기관의 수가 많지 않더라도 인터뷰에 참여한 대다수의 보호자는 계속 입퇴원을 반복한 경험을 공유하면서 '진짜 평생을 이렇게 가야 되는구나' 하는 두려움을 느끼기도 했다고 언급했다.

"그래도 A병원 선생님이 10년 넘게 얘를 봤기 때문에 바꿀 생각을 못 하고 그 선생님한테 입원했다가 퇴원했다가 입원했다가 퇴원했다가. A병원에. 그런데 선생님이 손을 쓸 수 없을 정도로 얘가 악화가 되기 시작하는 거예요. 그때는 이미 정신분열병인데 선생님이 약을 잘 조제를 못 할 정도로 애가 막 악화되기 시작하는 거예요. 그래서 약도 세게 먹고. 그러다가 이런 환자 있는 엄마가 언니 자기 아들이 B대학병원을 다니는데 거기에 유명한 선생님이 있으니까 옮겨 봐요 하더라구요. 그래서 B병원 비싼데 입원을 시켰어요. 4개월 시켰는데 거기에서도 약을 그렇게 세게는 안 줬어요. 그 안에 동네 개인병원을 좀 다니다가 B병원으로 옮겼는데 이번에는 애가 점잖고 독서만 하더라구요. 그래서 좋아졌다고 좋아했는데 거기에서 퇴원을 하니까 또 나빠지기 시작하는 거예요.(참여자 25)

"병원에서 계속 입원을 하는 게 아니고 한 달 있다가 퇴원을 시켜요. 얘는 나오자마자 학교는 복학을 하는 거예요. 그러다가 또 2학년 올라가면서 약을 안 먹은 거예요. 그래서 재발이 되서 다시 병원에 실려 가고 그런 반복을 하다 보니까 이제는 진짜 평생을 가야 된다는."(참여자 17)

중증정신질환자의 보호자들은 이렇게 잦은 입·퇴원이 반복된 이유를 어려운 약물 복용 관리에서 찾고 있었다. 병원에 입원해 있으면 약을 제때 필요한 양을 복용하게 되지만, 퇴원 후 집에서는 매일 매번 보호자들이 약을 먹는 것을 관리하기도 어렵다고 호소했다. 일부 보호자는 퇴원 후 약물 복용 관리가 제대로 안 되어 오히려 입원을 했으면 좋겠다고 생각한 적이 많다고 털어놓기도 하였다.

"그런데 7년이라는 세월을 계속 약을 먹이고. 집에 있는 시간보다 병원에 있는 시간이 많으니까 약은 잘 먹을 수밖에 없죠. 그래도 퇴원하면 열흘 만에 다시 입원하는 케이스가 되고 그다음에는 닷새 만에, 사흘 만에. 집에서 있을 수가 없어요."(참여자 28)

"제 경우는 이런 걸 전혀 몰랐는데 퇴원하고 집에 와 있다가 몇 달 있으면 또 약을 먹는 척하면서 자꾸 약을 안 먹고 재발이 되고 또 가고 또 가고. 그래서 퇴원을 해도 집에 오면 또 걱정인 거예요."(참여자 17)

초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들에게 약물 복용 관리가 제대로 되지 않는 이유가 무엇인지를 물어본 결과 보호자들은 중증정신질환자 스스로 약을 먹어야 한다는 인식을 갖고 있는 경우가 매우 드물다고 공통적으로 언급하였다. 또한 약을 먹는 후 나타나는 체중 증가, 소변량 증가 등에 대한 거부감 때문에 복용량을 줄이거나 먹지 않는 경우가 많다고 설명했다.

"완전히 나을 수가 없고 계속 약을 먹고. 그래서 왔다 갔다 하면서 그걸 반복하면서 병원을 대여섯 번 입원했어요. 큰 병원은 못 가고 저도 경제적인 것 때문에 왔다 갔다 하면서. 그런데 나오면 한 달 되면 또 약을 안 먹어 버려요. 아들은 난 이상이 없다는 거야. 부모들이 이상하다. 아빠 엄마가 먹어야지 내가 먹냐고 해요. 약을 안 먹으니까 재발할 거 아니에요. 재발하면 또 입원시킬 수밖에 없어요. 약을 안 먹으니까 어쩔 수 없이 시키는 거예요. 시키고 싶어서 그러는 게 아니고. 그래서 제가 병원에 입원하면 간호사라든지 사회복지사님들, 의사님한테 제발 약을 먹어야 된다는 걸 계속 얘기해 주라고, 먹어야 된다는 걸 머릿속에 심어 달라고 부탁을 다 했어요."(참여자 15)

다. 의료기관 이용 만족도

그럼 이처럼 늦게 치료 세팅으로 진입하고 입·퇴원을 반복했거나 반복하고 있는 중증정신질환자들이 정신의료기관 이용에 얼마나 만족하고 있는지를 살펴본 결과는 다음과 같다. 우선 중증정신질환자 당사자를 대상으로 한 설문조사 결과[47] 조사에 참여한129명의 중증정신질환자 중 현재 외래로 다니고 있는 의료기관에 대해 '만족' 혹은 '매우 만족'한다고 응답한 중증정신질환자는 69%(89명)로 나타났다.

〈표 4-1〉 정신의료기관의 서비스 만족도(지난 1년간)

(단위: 명, %)

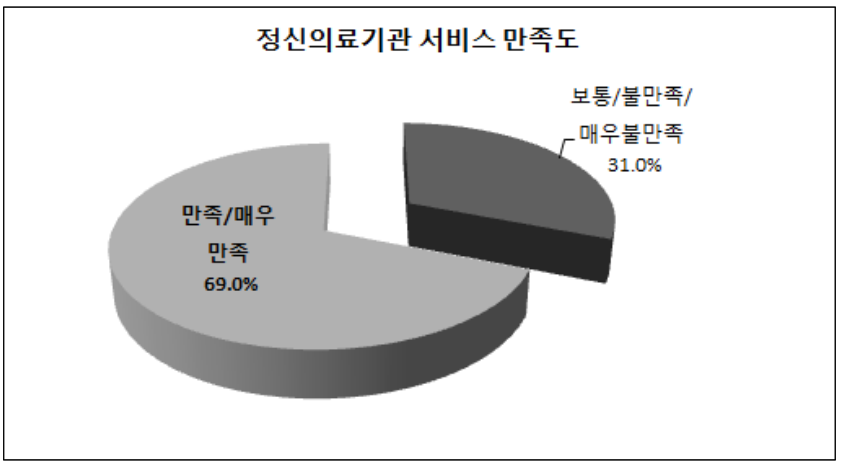
기관명	보통/불만족/매우불만족		만족/매우 만족		합계	
	명	%	명	%	명	%
병원(외래)	40	(31.0%)	89	(69.0%)	129	(100.0%)

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

47) 지역사회에 거주하는 정신건강복지센터 등록 회원을 대상으로 한 조사이기 때문에 입원이 아닌 지난 1년간의 외래 이용과 관련하여 의료기관 이용 만족도를 물어보아 중증정신질환자의 의료기관 입원 경험에 대한 만족도를 살펴볼 수 없었음. 따라서 본 연구에서 실시한 설문조사 결과를 가지고 입원과 외래 전반의 정신의료기관 이용 만족도를 살펴보는 데는 제한점이 있음.

〔그림 4-6〕 정신의료기관의 서비스 만족도(지난 1년간)

(단위: %)



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

초점집단 인터뷰에서 보호자들에게 의료기관 이용 경험이 어떠한지 만족도는 어떠한지를 물어본 결과 다양한 의료기관 이용 경험들이 나타났다. 우선 처음 이용한 의료기관을 지속적으로 이용하는 경우, 특히 한 주치의에게서 길게는 10년 넘게 치료와 상담을 받는 경우 보호자들의 의료기관 이용 만족도는 매우 높게 나타났다.

"오늘까지 쭉 그 선생님한테 13년째 하고 있는데 지금은 10주에 한 번 가서 리스페달정 약 받고 면담 치료해 주시고. 그런데 항상 친절하시고 면담을 다 받아주시고. 길면 긴 대로 짧으면 짧은 대로."(참여자 16)

한 보호자가 "의사 선생님들의 한마디에 의해서 우리 애들이 얼마나 좋아지는데"(참여자 21)라고 언급한 것처럼 중증정신질환자 보호자들은 의료진과의 관계를 의료기관 이용 만족의 주요 요인으로 보고 있었다. 의료진의 태도, 상담 시간, 일방적인 면담이 아닌 상호 간 소통 가능 여부가

의료기관 이용 만족도에 영향을 미친다고 언급했다. 구체적으로 보면 친절한 태도, 보호자나 당사자와의 눈 마주침, 질문을 할 수 있고 질문에 대한 대답을 해주는 쌍방향 소통이 가능한 경우가 주로 만족도가 높은 이유로 언급되었다.

"선생님이 문 열고 들어가는 순간부터 벌써 시선이 관찰하시는 게 모든 걸 다 알아보시는 것 같아요. 그래서 신뢰도가 있고."(참여자 16)

"의사 선생님이 다 하시는데 친절하시고 제가 할 얘기가 없어서 선생님 눈을 계속 쳐다보고 있는 정도까지 그렇게 자세하게 잘해 주셨어요."(참여자 24)

반면 상담이 짧아 보호자들이 궁금한 사항들을 질문하지 못하고, 질문을 해도 구체적인 답변을 주지 않는 의료진을 경험한 보호자들은 의료기관 이용 만족도가 그리 높지 않았다.

"좋은 선생님들은 우리가 권리가 있다는 거예요. 선생님들이 10분을 자기가 할 수 있다는 거예요. 선생님한테 얘기하라는 거예요. 그런데 선생님이 시계를 보잖아요. 그럼 저는 눈이 불안해지는 거예요. 지금도 그런 마음이 있어요."(참여자 21)

"항상 의사 선생님들이 잠깐 상담할 수 있냐고 해서 들어가서 얘기를 하면 우리가 생각할 때 드라마에서는 의사들이 찬찬하게 부모님 대해 주고 그런 것만 상상하는데 그게 아니라 의사 선생님 눈빛이 제 뒤에 있는 환자들이 있을 거 아니에요. 그 사람들을 생각해서 그런지 저를 안 봐요. 부모 입장에서는 너무 서운하잖아요. 내 말을 한마디도 안 들어 주는구나. 그분은 진짜 우리를 돈 버는 대상으로 보는 건지 가서 얘기하면 우리 애가 어떠냐고 물어보면 단답형으로 딱 그 얘기만 하고 빨리 나가라는 눈치 있잖아요. 5분을 못 넘겨요."(참여자 23)

의료진과의 관계와 더불어 의료기관 이용 만족도에 영향을 미치는 주요한 요인은 바로 비용이었다. 중증정신질환자 보호자들은 비용에 대한 부담을 공통적으로 호소하였으며, 특히 대학병원을 이용하거나, 의료기

관에서의 검사 비용, 심리상담 비용, 그리고 약값에 대한 비용 부담을 호소하였다.

"저희는 지금 약물치료를 하고 있는데 한번 가면 진료비, 약물까지 다 해서 8만 원 정도 들어요. 한 번 가는데 8만원이에요. 세분화시키면 의사 선생님이랑 진료비, 그 다음에 정신진단료, 그다음에 약 타는 것까지. 이 세 개가 8만 원인 거예요. 이거 이후에 심리치료, 행동치료는 따로 내야 되는 거죠."(참여자 7)

"병원비가 너무 너무 부담되는 거예요. 처음에는 검사하라고 하니까 MRI부터 머리부터 발끝까지 다 훑어야 된다고 하니까 할 수 없이 다 했어요. ...(중략)... 병원비가 계속 천만 원 가까이 나오니까 앞으로. 의사 선생님하고 상담을 하니까 얘는 한 번에 끝내는 게 아니라 앞으로도 지속적인 치료하고 관찰을 해야 된다고 하는데 제가 감당이 안 될 것 같아요."(참여자 20)

2. 지역사회 재활을 위한 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 경험

중증정신질환자 대상 설문조사와 중증정신질환자 보호자 대상 초점집단 인터뷰 분석을 바탕으로 국내 정신건강증진체계 내 지역사회 재활을 위한 서비스 이용 경험을 정신건강복지센터와 정신재활시설 중심으로 살펴보았다. 분석 결과 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 경험은 크게 이 자원들을 이미 이용하고 있는 경우, 알고는 있지만 이용하지 않는 경우, 그리고 마지막으로 정신건강복지센터와 정신재활시설에 대해 전혀 모르는 경우로 구분할 수 있었으며, 이에 따라 중증정신질환자 당사자와 보호자의 이용 경험이 달리 나타났다.

따라서 이 부분에서는 우선 중증정신질환자와 보호자가 정신건강복지센터와 정신재활시설을 알고 있는지 여부를 파악하고, 이들 시설에 대해 알고 있다고 한 중증정신질환자와 보호자를 대상으로 정신건강복지센터와 정신재활시설을 이용하는지 여부를 파악한 결과를 제시하는 방식으로

구성하였다. 마지막으로 정신건강복지센터나 정신재활시설을 이용하고 있는 중증정신질환자와 보호자를 대상으로 이용 경로, 이용 만족도 등을 살펴보았다.

가. 정신건강복지센터와 정신재활시설에 대한 인지

본 연구에서는 설문조사와 초점집단 인터뷰를 통해 중증정신질환자 당사자와 보호자에게 지역사회 내에서 중증정신질환자의 재활을 위한 서비스를 제공하는 정신건강복지센터와 정신재활시설을 알고 있는지, 어떠한 프로그램을 제공하는 기관인지를 알고 있는지 여부를 물어보았다.

우선 중증정신질환자를 대상으로 한 설문조사에서 대다수의 중증정신질환자들은 정신건강복지센터를 인지하고 있었으며(91.6%), 정신재활시설에 대해서도 높은 인지도를 보였다(주간재활시설에 대한 인지도 52.5%, 생활시설에 대한 인지도 43.2%). 이는 본 연구에서 실시한 설문조사가 정신건강복지센터와 정신재활시설의 등록 회원을 대상으로 하였기 때문에 당연한 결과라고 볼 수 있다.

초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들도 유사한 결과를 보고한다. 보호자 33명 중 약 70%는 정신건강복지센터와 정신재활시설에 대해 알고 있다고 응답하였으며, 실제로 이들 중 16명은 현재 정신건강복지센터, 정신재활시설을 이용하고 있다고 하였다. 하지만 초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들 중 지역사회에서 재활서비스를 제공하는 정신건강복지센터나 정신재활시설에 대해 전혀 모르고 있는 경우도 상당수였다. 이들은 국가에서 중증정신질환자를 대상으로 지역사회 내에서 서비스를 제공하는지 조차 모르고 있었으며, 대부분 퇴원 이후 집에서 가족의 보호하에 있다가 증상이 재발하고 입·퇴원을 반복하는 경우였다.

이와 관련하여 초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들은 지역사회에서 재

활서비스를 제공하는 정신건강복지센터나 정신재활시설에 대해 잘 모르고 있을 수밖에 없다고 언급했다. 현재 정신건강복지센터나 정신재활시설 이용 여부와 상관없이, 보호자들은 질환 초기 시 및 입·퇴원을 반복했거나 반복하고 있는 현재에도 퇴원 시 의료기관에서 지역사회 내 정신건강서비스 자원에 대한 정보 제공을 해주는 경우가 극히 드물기 때문이라고 응답하였다.

"제가 어떤 게 힘들었냐면 정보가 부족했어요. 선생님한테 정신보건센터가 있다는 소리도 듣지 못했어요."(참여자 21)

"치료해서 나왔을 때, 병원에서 퇴원할 때는 아까 말씀하신 것처럼 다른 병원이나 시에서 하는 것에 대해서 어떤 게 있다고 추천하는 건 없었어요."(참여자 2)

보호자들은 대다수의 중증정신질환자가 입원이든 외래든 의료기관을 이용하고 있는 상황에서, 의료기관이 관련 정보를 제공해 주지 않으면 지역사회에서 이용할 수 있는 기관에 대해 모르고 있을 수밖에 없다고 호소하였다. 물론 보호자가 스스로 찾아볼 수도 있지만, 초점집단 인터뷰에 참여한 한 보호자가 '어디에서 어떻게 찾아야 하는지도 몰라서 이 인터뷰에 참여하기로 했다'고 언급한 것처럼 보호자들은 어떻게 정보들을 찾고 어떤 서비스들을 받을 수 있는지를 몰라 답답하다고 했다.

"답답하니까 의사 선생님한테 물어봤어요. 그런데 거기에 무슨 공동생활 가정이 있고 정신보건센터가 있고 이런 설명들을 하나도 해주지 않아서 어디에 뭐가 있는지. 답답하면 본인들이 찾아야 되는데 이런 정보들을 잘 모르는 거예요. 이런 정보들에 대해 의사들도 별 관심이 없는 것 같아요 제가 봤을 때는."(참여자 10)

이와 관련하여 초점집단 인터뷰에 참여한 보호자들은 대다수의 중증정신질환자들이 외래나 입원의 의료기관을 정기적으로 이용하고 있는 상황이

므로, 의료기관에서 외래이용 시, 혹은 퇴원 시 이용 가능한 지역사회 정신건강서비스 제공 주체에 대한 정보를 제공해 주었으면 한다고 강조하였다.

"물론 정신건강증진센터가 해야 될 일이긴 하지만 그럼에도 아직은 접근성 면에서 가족들이나 환자들이 이용하는 병원들이 이런 정보들을 많이 알려줘서 이런 기관들을 이용할 수 있게 하고 다양한 활동을 할 수 있게 하고, 병원에서 약만 먹는 게 아니라 그런 활동들을 같이 해주셨으면 좋겠다는 생각이 들더라구요."(참여자 10)

"병원에서 증진센터라든지 그런 것들을 왜 얘기를 안 해 줄까라는. 직접 말하기가 힘들면 가이드 책자라도 하나 비치해 놓고 퇴원할 때나 입원할 때 하나씩만 나눠주고 읽어 보면 도움이 되시지 않을까요? 이런 얘기라도 해 주면 굉장히 도움이 될 것 같아요."(참여자 1)

의료기관에서의 정보 제공도 중요하지만 국가 차원에서 일반 대중을 대상으로 한 정신건강복지센터와 정신재활시설에 대한 홍보를 강화하여 이들 시설에 대한 심리적 접근성을 강화해야 한다고 보호자들은 강조했다.

"일반 이비인후과 가듯이 갈 수 있는 인식이나 사회적으로 홍보를 많이 해주거나 접근성이 더 좋아지면 좋겠어요."(참여자 6)

"정신건강증진센터나 정신재활시설도 일반 사람들이 잘 모르잖아요. 이것들도 좀 더 사람들한테 널리 알려야 되는 게 나라의 임무 같고."(참여자 7)

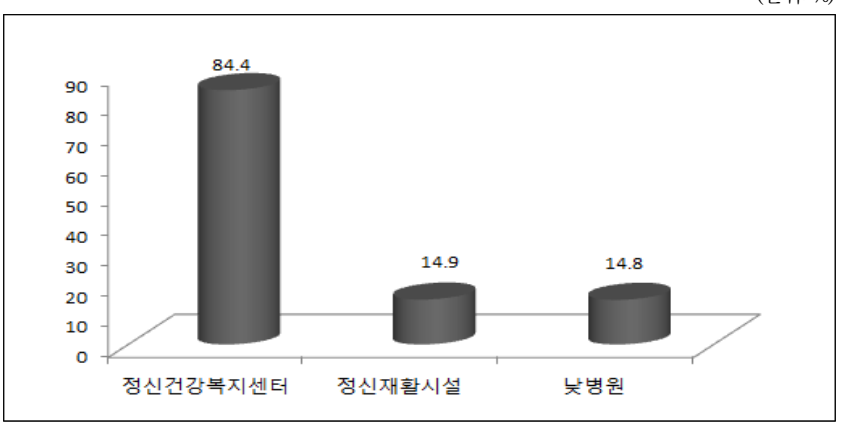
나. 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 여부

본 연구는 앞서 설문조사와 초점집단 인터뷰를 통해 지역사회에서 중증정신질환자 대상 재활서비스를 제공하는 정신건강복지센터와 정신재활시설에 대해 알고 있다고 응답한 중증정신질환자 당사자와 보호자에게 이들 시설을 이용하고 있는지 여부를 물어보았다.

우선 설문조사에 참여한 중증정신질환자에게 지난 6개월간 정신건강복지센터와 정신재활시설의 이용 여부를 물어본 결과,[48] 조사에 참여한 중증정신질환자 중 80.4%(148명 중119명)가 지난 6개월간 정신건강복지센터를 이용했다고 응답했으며,[49] 14.9%(146명 중 22명)가 정신재활시설을 이용했다고 응답하였다. 그리고 최근 지역사회에서 주간보호 프로그램을 제공하는 낮병원이 늘어나는 추세에 따라 낮병원 이용 여부 역시 파악한 결과 조사 대상자의 14.8%(148명 중 22명)가 낮병원을 이용했다고 응답하였다.

[그림 4-7] 정신건강복지센터, 정신재활시설, 낮병원 이용 여부

(단위: %)



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

48) 본 연구에서 실시한 설문조사에서는 이용 여부는 지난 6개월간으로 기간을 한정하였음. 이는 이용 여부는 이후 제시될 사회 네트워크 분석에 포함되는 변수로 사회 네트워크 분석에 포함되기 위해서는 각 기관이나 시설마다 방문 여부 및 횟수를 기입해야함. 본 연구의 조사 대상자가 중증정신질환자이고 이들이 지난 1년간의 방문 여부 및 횟수를 일일이 기억하기가 어려워 연구진 논의를 거쳐 이용 여부와 횟수는 지난 6개월로 한정하여 물어보았음.

49) 본 연구에서 실시한 설문조사가 정신건강복지센터와 정신재활시설의 등록 회원인 중증정신질환자를 대상으로 하였기 때문에 정신건강복지센터 이용률이 높게 나타났음. 일반적인 정신건강복지센터, 정신재활시설 이용률로 해석하기에는 제한점이 있음.

앞서 언급한 것처럼 초점집단 인터뷰에 참여한 보호자의 경우 총 33명 중 70%가 정신건강복지센터나 정신재활시설을 알고 있다고 응답하였으며, 이 중 16명이 자신이 돌보는 중증정신질환자가 정신건강복지센터나 정신재활시설을 현재 이용하고 있다고 보고하였다. 나머지는 정신건강복지센터가 보건소 내 혹은 근처에 있고, 정신재활시설에서 주간재활 프로그램이나 직업훈련 프로그램을 실시하고 있다는 사실을 알고 있기는 하지만 현재 이용하지 않는다고 언급했다.

이용하지 않는다고 응답한 보호자에게 그 이유를 물어본 결과 보호자들은 과거에 정신건강복지센터나 정신재활시설을 이용해 본 경험이 있긴 하다고 응답했다. 보호자들은 중증정신질환자의 특성상 '낯가리기'가 심한데 담당 사례관리자가 자주 바뀌니 센터 이용을 꺼리게 된다고 언급하였다. 일부 보호자들은 정신건강복지센터의 인력 부족과 비정규직 문제 등으로 인해 이직률이 높아 담당 사례관리자가 자주 바뀌는 문제를 구체적으로 언급하면서 불만을 표출하기도 했다.

"다 비정규직이에요. 당신들이 행복해야 우리 아이가 행복합니다. 나는 그런 것도 중요하다고 생각합니다. 나는 얘기하거든요. 계속 바뀌니까, 호봉을 1호봉짜리 써야 그 예산을 맞추니까 모든 시설이 그래. 눈치 주고. 그래서 조금만 500원만 올려 주면 바로 이직을 해버리는 그런 현실이... 그런데 장애의 특성상 사람을, 낯을 가립니다."(참여자 33)

"선생님이 센터를 연결해 줘서 처음에는 상담식으로 ...(중략)... 동네 보건소 안에 상담센터가 있는데 너무 미약해요. 법의 테두리 안에 해서 그렇지 보건소에 있는 복지사가 와서 하는데 지속적이지가 않아요. 개인적인 거든 뭐든 한 사람이 계속하는 게 좋은데 너무 외향적으로만 겉치레만 크지 알맹이가 없더라구요."(참여자 26)

다. 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 경로

앞서 설문조사와 초점집단 인터뷰에서 정신건강복지센터와 정신재활시설을 현재 이용하고 있다고 응답한 당사자와 보호자에게 그 이용 경로를 물어본 결과는 다음과 같다. 우선 중증정신질환자 대상 설문조사에서 어떻게 정신건강복지센터를 알고 이용하게 되었는지를 물어본 결과[50] 중증정신질환자들 중 가장 많은 21.1%(26명)가 의료기관 퇴원 시 의료기관에서의 소개 및 추천을 통해서 정신건강복지센터를 이용하게 되었다고 응답하였다. 그다음으로 가족이나 지인 소개 및 추천으로 이용하게 되었다고 응답한 중증정신질환자가 20.3%(25명)로 높게 나타났다.

〈표 4-2〉 정신건강복지센터 이용 경로

	항목	명	%
공식 연결망	의료기관 퇴원 시 의료기관(의사, 간호사, 사회복지사 등) 소개 및 추천	26	21.1
	정신건강복지센터 소개 및 추천	17	13.8
	정신재활시설 및 다른 정신보건서비스(중독관리통합지원센터) 소개 및 추천	10	8.1
	보건소 소개 및 추천	3	2.4
	동사무소 및 시군구청(무한돌봄) 소개 및 추천	18	14.6
	사회복지기관(장애인복지관, 종합사회복지관, 지역자활센터, 장애인 직업재활시설) 소개 및 추천	2	1.6
	계	76	61.8%
비공식 연결망	가족이나 지인 소개 및 추천	25	20.3
	환우/당사자/센터동료 소개 및 추천	3	2.4
	본인이 스스로 알아봐서	8	6.5
	계	36	29.3
기타		11	8.9
합계		123	100.0

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

50) 본 연구에서 시행한 설문조사는 정신건강복지센터와 정신재활시설의 등록 회원을 대상으로 실시한 것으로, 이들에게 정신건강복지센터와 정신재활시설을 어떻게 알고 이용하게 되었는지를 물어보았음. 이용 경로에 응답한 중증정신질환자 수는 정신건강복지센터나 정신재활시설을 이용한다고 이용 여부에 응답한 사람의 수와 동일함. 다만 최근 6개월간 정신건강복지센터와 정신재활시설을 모두 이용한 경험이 있다고 응답한 사람이 4명 있어 결과적으로는 이용 경로에 응답한 중증정신질환자 수는 앞서 이용 여부에서 살펴본 각 이용자 수보다 높게 나타남.

그리고 설문조사에서 어떻게 정신재활시설을 알고 이용하게 되었는지를 물어본 결과 응답한 26명 중 의료기관 퇴원 시 의료기관에서 소개 및 추천을 해줬다고 응답한 중증정신질환자와 정신건강복지센터에서 소개 및 추천을 해줬다고 응답한 중증정신질환자 수가 각각 7명(각 26.9%)으로 나타났다.

정신건강복지센터 이용자를 대상으로 그 이용 경로를 공식 및 비공식 연결망으로 구분하여 살펴보면,[51] 우선 의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 보건소, 동사무소 등 공식 연결망을 통해 정신건강복지센터를 이용하게 된 경우가 61.8%로 나타났다. 그리고 비공식적 연결망이라고 볼 수 있는 '가족이나 지인', '환우/당사자/센터동료'가 소개 및 추천하거나 '본인이 스스로 알아보고 이용하게 된 경우를 합쳐서 살펴보면 29.3%로 나타났다.

초점집단 인터뷰에서 보호자들이 언급한 정신건강복지센터나 정신재활시설 이용 경로 역시 설문조사 결과에서 나타난 것처럼 정신의료기관의 의료진이 소개해 준 경우도 있었으며, 학교의 교수/교사가 시설에 대한 정보를 제공한 경우, 신문을 통해 이들 시설에 대해 알게 되어 찾아간 경우, 지역 내 사회복지기관을 통해 알게 된 경우, 중증정신질환자가 스스로 찾아서 보호자와 함께 간 경우, 보호자가 적극적으로 지역 내 이용 가능한 자원이 있는지를 찾아보고 이용하게 된 경우 등 다양하게 나타났다.

"선생님하고 퇴원할 때쯤 돼서 제가 상담을 하니까 우리 애가 퇴원을 하면 제가 집에서 어떻게 관리해야 되는지를 얘기했더니 집에 있는 것보다는 복지기관이 너무 많대요. 복지기관을 엄마가 애하고 잘 얘기를 해서 가는 게 좋대요."(참여자 20)

51) 공식 및 비공식 연결망에 대한 조작적 정의는 각주 42번 참조.

"학교 교수님이 처음에 언급했다고 했잖아요. 교수님 어떻게 해요, 애가 이런 병이라는데요 했더니 애를 한 번 보내 보세요 해서 갔어요. ...(중략)...어머님의 구 내에서 제가 연락을 해놓겠습니다, 거기 구 내 어떤 동사무소에 정신보건센터라는 게 있습니다. 그래서 제가 동네에서 찾아서 간 거죠. 갔더니 거기에 서비스가 있더라구요."(참여자 18)

"병원에서 가르쳐 주지 않았어요. 신문에 났더라구요. 그래서 그걸 찾아갔죠."(참여자 28)

"OO의 사회복지시설을 동생도 알아보고 해서 같이 거기에서 듣고 이쪽으로 오게 됐어요."(참여자 24)

"저는 이사를 많이 다녔는데 어디를 가면 제일 먼저 우리 아들한테 도움을 줄 수 있는 기관, 그러니까 보건소라든지 센터라든지 어느 지역에 어떻게 있는가 다 방문해 보고 좋은가 나쁜가 보고 전부 다 해서."(참여자 32)

라. 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 만족도[52)]

마지막으로 본 연구에서는 현재 정신건강복지센터와 정신재활시설을 이용하고 있는 중증정신질환자 당사자와 보호자에게 이용 만족도를 물어보았다. 우선 설문조사에서 중증정신질환자에게 정신건강복지센터 및 정신재활시설 이용에 대한 만족도를 물어본 결과 정신건강복지센터의 서비스에 '만족' 혹은 '매우 만족'한다고 응답한 중증정신질환자는 103명(79.8%)으로 나타났다. 정신재활시설을 이용한 조사 대상자가 많지 않았지만, 이들 중 주간재활 프로그램을 운영하는 정신재활시설의 서비스에 '만족' 혹은 '매우 만족' 한다고 응답한 중증정신질환자는 응답자 37명 중

52) 본 연구에서 실시한 설문조사에서 이용 만족도는 지난 1년간으로 기간을 설정하였음. 앞서 이용 여부와 달리 중증정신질환자가 이용한 시설에 대한 만족도는 인식에 대한 문항이어서 지난 1년으로 기간 범위를 좀 더 넓게 설정하였음. 따라서 이용 만족도에 응답한 중증정신질환자의 수는 이용 여부에 응답한 중증정신질환자의 수보다 높음.

27명(73.0%), 주거시설인 정신재활시설에 대해 '만족' 혹은 '매우 만족'한다고 응답한 중증정신질환자는 응답자 31명 중 23명(74.2%)으로 나타났다.

〈표 4-3〉 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 만족도(지난 1년간)

(단위: 명, %)

기관명	보통/불만족/매우 불만족		만족/매우 만족		합계	
	명	%	명	%	명	%
정신건강복지센터	26	(20.2)	103	(79.8)	129	(100.0)
정신질환자 정신재활시설(주간재활)	10	(27.0)	27	(73.0)	37	(100.0)
정신질환자 정신재활시설(주거시설)	8	(25.8)	23	(74.2)	31	(100.0)

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

초점집단 인터뷰에 참여한 중증정신질환자 보호자를 대상으로 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용에 대한 만족도를 물어본 결과 보호자들은 시설에서 제공하는 서비스에 대해 만족도가 높다고 응답하였다. 특히 중증정신질환자가 매일 주간보호/재활 프로그램을 이용하거나, 직업훈련 프로그램을 이수받고 취업을 해본 경험이 있다고 응답한 경우, 그리고 정신건강복지센터와 정신재활시설로부터 가족 교육을 받아 본 경험이 있는 보호자들은 이들 시설 이용에 더 큰 만족도를 보였다.

"거기에서 봉급을 조금씩 줘요. 그 봉급 주는 게 아이한테 굉장히 도움이 되더라구요. 그 봉급을 받아서 집안 식구들 생일 챙겨 주고 뭐 챙겨 주고. 자기가 늘 받던 입장에서 베푸는 것에 대해서 아이가 굉장히 자존감이 높아져요."(참여자 28)

"정신과 선생님들이 오셔서 약에 대해서, 상태에 대해서, 결혼에 대해서 칠판에 쓰시면서 다 설명을 해줬어요. 강의처럼. 거기에서 많이 상식을."(참여자 25)

하지만 이와 동시에 보호자들은 정신건강복지센터와 정신재활시설을 이용하는 데 불편한 점들 역시 초점집단 인터뷰에서 공유하였다. 앞서 정신건강복지센터와 정신재활시설을 알고 있음에도 불구하고 이용하지 않는 보호자들이 언급한 것처럼 이들 역시 정신건강증진센터의 인력 부족 문제를 가장 많이 언급하였다. 인력 부족 때문에 서비스를 받지 못하거나 양질의 서비스를 받지 못한다고 느낄 때가 있다고 언급했다.

"제가 알기로는 건강증진센터가 실무자들이 젊기도 하지만 선생님들이 너무 많은 사람들을 대하다 보니까 상담의 질이 떨어진다고 할까요. 가족들이 가서 뭔가를 하려면 선생님이 시간이 급박해요. 그러니까 그냥 가자 해서 일어나는 경우가 몇 번 있었어요."(참여자 10)

이들은 지역 인구에 대비해서 인력을 보충해 줘야 중증정신질환자를 대상으로 한 서비스를 제대로 할 수 있다고 공통적으로 언급했다. 또한 정부의 제한적인 예산 지원을 언급한 보호자도 있었다.

"구마다 인구가 다르잖아요. 그런데 직원은 똑같아요. 13명이 몇십만 명을. 똑같아요. 인구 대비해서 직원을 보충해 줘야 중증 관리가 될 거 아니에요."(참여자 19)

"거기에 자원봉사자들도 많고 거기는 정신보건도 있고 센터장님인 의사도 있고 복지사, 정신사회복지사 다 있어요. 그런데 사람 수가 적어서 많은 수를 못 들인다는 것 때문에 그런 거죠."(참여자 4)

"정부에서 주는 돈은 한계가 있는데 아이들은 계속 늘어나는 거예요. OO센터가. 그러다 보면 아이들한테 가는 서비스가 부족할 수밖에 없어요."(참여자 28)

또한 일부 보호자는 중증정신질환자가 모두 같은 기능, 역량을 가지고 있는 것이 아니라는 점을 언급하며, 현재의 정신건강복지센터와 정신재활시설이 중증정신질환자의 연령, 질환 유병 기간, 질환 상태, 기능 상태

등에 맞춘 프로그램을 하는 것이 아니라 '뭉뚱그려서' 프로그램을 한다고 표현하였다.

"초발환자, 중증환자 단계별로 해서 직업 재활도 해야 되는데 뭉뚱그려서 하니까. 나이도 50 돼서 아무 일할 능력도 없는 사람들하고 같이 섞여 있는 거예요. 그러니까 갔다가 '내가 왜 이런데 와' 이렇게 되는 거예요. 어느 정도 재활이 된 사람들은 직업도 업그레이드시킬 수 있는 시스템이 돼야 되잖아요. 그런데 전혀 없는 거예요."(참여자 19)

"우리 센터는 그래도 20년 동안을 쭉 받다 보니까 환갑 된 회원도 있어요. 우리 아이가 48인데 그런 아이 있죠, 새로 들어오는 아이들은 20대에요. 20대 아이들이 와서 양로원에 온 것 같다고 안 가려고 한대요. 그런데 오래 다닌 아이들은 할 일이 없으니까."(참여자 28)

3. 사회서비스 욕구와 관련한 사회복지기관 이용 경험

치료와 정신질환 재활서비스에 대한 욕구도 중요하지만 그 외 생활, 소득보장, 직업 및 노동 등 다양한 사회서비스 욕구도 중증정신질환자 및 보호자에게서 높이 나타난다(이현경 등, 2013; 박경수 등, 2012). 실제로 연구 과정에서 만난 보호자들은 입퇴원을 반복하면서 가족의 사회경제적 수준이 하락하고, 그로 인해 기초생활보장제도 수급권자가 된 경험을 공유하기도 했다. 특히 배우자가 중증정신질환을 가지고 있을 경우 현재까지 주로 집에서 케어를 하고 주간재활 프로그램 역시 직업을 가질 수 있을 만큼 충분한 시간 동안 케어를 해줄 수 있는 것이 아니어서 소득활동을 하기 어렵다고 호소하기도 했다.

하지만 초점집단 인터뷰에서 중증정신질환자 보호자에게 의료기관, 정신건강복지센터나 정신재활시설 이외에 동사무소의 희망복지지원단을 비롯한 사회복지관을 이용한 경험이 있는지를 물어본 결과 사회복지기관

이용 경험은 거의 드러나지 않았다. 따라서 이 부분은 중증정신질환자를 대상으로 실시한 설문조사 결과를 분석한 내용을 중심으로 제시하였다.

가. 사회복지기관에 대한 인지도

중증정신질환자에게 지역사회 내에서 다양한 문화·여가, 소득보장, 급여 연계, 직업훈련 등 다양한 사회복지서비스를 제공하는 사회복지기관에 대해 얼마나 알고 있는지를 물어본 결과 사회복지기관 중 중증정신질환자들은 읍면동 주민센터를 알고 있는 비율이 82.1%로 가장 높게 나타났다. 이는 읍면동 복지허브화 사업에 따라 동주민센터를 중심으로 한 사각지대 발굴 및 서비스 연계가 활성화되면서 중증정신질환자를 비롯한 지역 주민의 인지도가 향상하였기 때문으로 여겨진다. 다음으로 종합사회복지관과 장애인복지관이 46.0%와 43.9%로 높게 나타나고 있다. 그 외에 장애인직업재활시설 33.6%, 무한돌봄센터[53] 25.7%, 지역자활센터 23.5% 순으로 나타났다.

〈표 4-4〉 사회복지기관 인지 여부(지난 1년간)

(단위: 명, %)

	인지 여부					
	예		아니요		합계	
	명	%	명	%	명	%
장애인복지관	61	(43.9%)	78	(56.1%)	139	(100.0%)
종합사회복지관	64	(46.0%)	75	(54.0%)	139	(100.0%)
지역자활센터	32	(23.5%)	104	(76.5%)	136	(100.0%)
장애인 직업재활시설	46	(33.6%)	91	(66.4%)	137	(100.0%)
읍면동 주민센터	115	(82.1%)	25	(17.9%)	140	(100.0%)
무한돌봄센터	35	(25.7%)	101	(74.3%)	136	(100.0%)
기타	7	(19.4%)	29	(80.6%)	36	(100.0%)

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

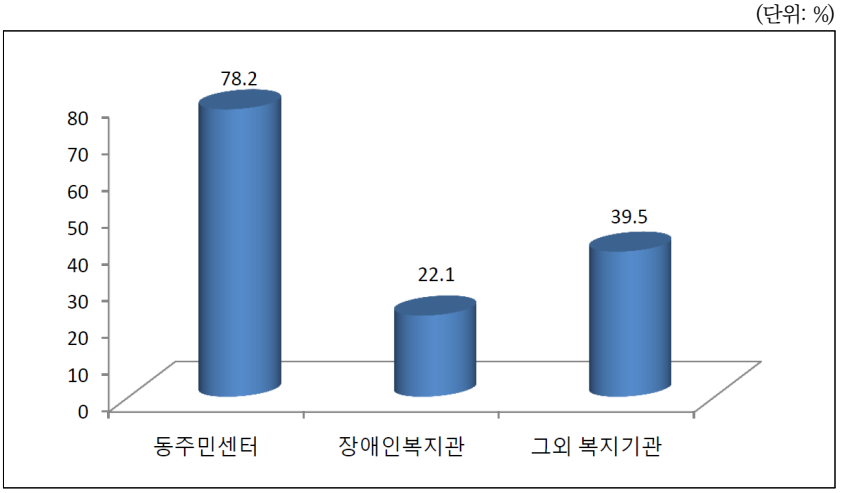
53) 경기도의 무한돌봄센터는 타 지역의 희망복지지원단과 같은 사업임.

나. 사회복지기관 이용 여부

설문조사에 참여한 중증정신질환자에게 지난 6개월간 어떤 사회복지기관들을 이용했는지를 물어본 결과 최근 6개월간 응답자들이 가장 많이 이용한 사회복지기관은 동주민센터(78.2%)로 나타났다. 장애인 복지관을 이용한 비율은 22.1%, 그 외 복지기관을 이용한 비율은 39.5%로 나타났다.

〔그림 4-8〕 지난 6개월간 이용한 사회복지기관

(단위: %)



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

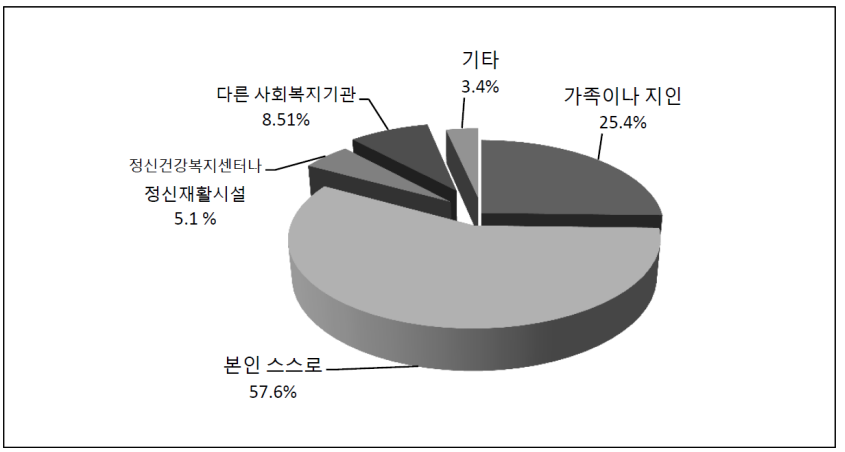
다. 사회복지기관 이용 경로

사회복지기관 중 중증정신질환자들이 상대적으로 많이 이용하고 있는 동주민센터를 중심으로 이용 경로를 살펴본 결과 절반 이상인 57.6%가 '본인이 스스로 알아봐서'라고 응답하였으며, 25.4%가 '가족이나 지인의 소개 및 추천'이라고 응답하였다. 즉 정신건강복지센터나 정신재활시설

과 같은 정신건강증진체계와 다른 사회복지기관의 공식 네트워크로부터의 연계가 아니라 비공식적 네트워크나 스스로 알아보고 찾아오는 경우가 많았다는 것을 알 수 있다.

[그림 4-9] 동주민센터 이용 경로

(단위: %)



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.
기타에는 보건소, 동사무소 및 시군구청(무한돌봄), 사회복지기관(장애인복지관, 종합사회복지관, 지역자활센터, 장애인 직업재활시설) 등이 포함되어 있음.

라. 사회복지기관 이용 만족도

지난 1년간 중증정신질환자의 사회복지기관의 서비스에 대한 만족도를 해당 기관을 이용한 응답자만을 대상으로 실제 만족도를 살펴본 결과 동주민센터와 종합사회복지관이 각각 68.4%와 68%로 만족도가 가장 높은 것으로 나타났다. 그 외 장애인직업재활시설이 63.2%, 장애인복지관이 58.4%로 장애인서비스기관이 비교적 높은 만족도를 보이고 있다. 표에 나타난 것처럼 동주민센터를 제외한 기관들의 경우 유효한 응답수가

매우 낮아 이들 기관에 대한 중증정신질환자의 이용성이 매우 떨어지고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-5〉 지난 1년간 중증정신질환자의 사회복지기관의 서비스에 대한 만족도

(단위: 명, %)

기관명	보통/불만족/매우 불만족		만족/매우 만족		합계	
	명	%	명	%	명	%
장애인복지관	5	(41.6%)	7	(58.4%)	12	(100.0%)
종합사회복지관	9	(32.0%)	17	(68.0%)	25	(100.0%)
지역자활센터	5	(45.5%)	6	(54.5%)	11	(100.0%)
장애인직업재활시설	7	(36.8%)	12	(63.2%)	19	(100.0%)
동주민센터	23	(31.5%)	50	(68.5%)	73	(100.0%)
무한돌봄센터	7	(58.3%)	5	(41.7%)	12	(100.0%)
기타	3	(60.0%)	2	(40.0%)	5	(100.0%)

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

제2절 중증정신질환자의 공식 및 비공식 연결망

1. 자아중심연결망의 공식 및 비공식 연결망 특성

본 연구는 중증정신질환자의 공식 및 비공식 연결망을 살펴보기 위해 사회연결망분석(Social network analysis)을 실시하였다. 분석을 위해 총 148명의 응답자들이 이용하는 서비스기관의 접촉한 관계 유형 수 및 이용 빈도 등을 중심으로 평균 및 이용도(0 낮음, 1 높음)로 변환 코딩하여 분석하였다. 자아중심연결망 크기를 의미하는 접촉한 관계유형의 수는 중증정신질환자가 인식하는 지역사회 내에서 선택한 공식적 서비스 기관이나 비공식적 지지망 내 지인의 수로 측정되었다.

자아중심연결망 크기가 큰 경우는 타인들과의 사회적 관계를 통하여 보다 많은 사회적 자본으로서 신뢰를 쌓을 가능성이 높다는 것을 의미한다(김경식, 2009). 본 연구에서는 중증정신질환자가 접촉한 각 기관의 내부 직원 수가 아닌 중증정신질환가 접촉하는 직원이 있는 기관의 수를 고려하였다. 따라서 관계유형별 연결망을 1로 고정하여 전체 관계 유형의 수만을 고려하였다.

〈표 4-6〉 자아중심 네트워크 공식 연결망 유형수 코딩 변환값

(단위: 명)

관계유형	명
정신건강센터 직원	130
사회복귀시설(주간/직업재활) 직원	53
사회복귀시설(거주지설) 직원	44
낮병원 직원	29
병원(외래포함) 직원	123
보건소 직원	48
중독관리통합지원센터 직원	26
장애인직업재활기관 직원	29
장애인복지관 직원	26
지역자활센터 직원	25
사회복지기관 직원	37
동주민센터 직원	77
무한돌봄센터 사례관리자 직원	28
기타 기관 직원	13

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

OO시 지역사회 내에서 중증정신질환자들이 주변 사람들과 형성한 연결망(접촉을 통한 관계형성)을 살펴보기 위해 위의 방식과 마찬가지로 자료 변환을 실시하였다. 본 연구에서는 관계유형별 연결망을 1로 고정하였기 때문에 전체 관계유형의 수만을 고려하였다. 즉 중증정신질환자가 접촉하는 주변 사람들의 유형별 인원수가 아닌 접촉하는 주변 사람의 유형 수를 합한 것을 연결망 수로 고려하였다.

〈표 4-7〉 자아중심 네트워크 비공식 네트워크 유형수 코딩 변환값

(단위: 명)

접촉 빈도	명
부모	84
형제	113
자녀	38
3촌 이상의 친척	39
공동입주자/동거인	35
고용주	20
직장 동료	25
교회 신도	61
이웃 주민	45
친구(비장애)	46
센터 동료/당사자	51
기타	12

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

2. 중증정신질환자가 가지는 공식 및 비공식 연결망의 밀도

개인적 차원에서 연결망의 밀도나 강도 등 구조적 특성을 분석하게 되는데(Stone, 2001), 우선 연결망의 밀도는 연결망에 참여하는 사람들이 연결되어 있는 정도, 즉 참여자들 간 관계의 결속 또는 응집 정도를 의미한다. 즉 밀도란 구성원들이 집단에 계속 소속될 수 있도록 작동하는 힘을 말하는 것으로, 높은 밀도는 연결망 내 행위자들 간의 관계가 많은 경우이다. 밀도가 높은 연결망에 참여하게 되면 다른 사람들로부터 필요한 도움과 자원을 얻을 수 있다는 점에서 사회적 자본을 형성하는 토대가 된다(손동원, 2008). 예를 들어 밀도 등을 통해 파악되는 집단 구성원들 간의 친밀도를 나타내는 응집력은 결국 집단 구성원들이 얼마나 집단 내 관계를 통해 욕구 충족을 하고 있는가를 파악하는 데 도움이 된다(김용학, 2006).

연결망의 밀도는 어떤 연결망에서 나올 수 있는 모든 연결점들인 노드(node) 간의 연결을 의미하는 엣지(edge)의 개수와 실제 엣지(edge) 수

의 비로 표시된다. 즉 실제 연결망에 존재하는 가능한 모든 엣지의 개수는 모든 노드끼리 전부 연결되어 있다고 가정한 상태의 값으로, 이를 실제 엣지 수로 나눈 것이 연결망의 밀도가 된다. 따라서 연결망 밀도값은 최솟값 0과 최댓값 1 사이의 수로 표시된다.

위에서 설명한 바와 같이 밀도는 연결망 내에서 연계가 가능한 경우에서 실제 맺어진 연계수의 비율을 측정하는 것이다. 밀도가 높은 경우에는 연결망 내에서 사람들 사이에서 강한 응집력 또는 결속력을 보여 준다. ○○시 지역사회 중증정신질환자 전문가 지원 연결망의 밀도를 분석한 결과 0.38로 나타나고 있다. 이 수치는 공식적인 서비스 제공 기관의 실무자들 가운데 약 3분의 1에 해당하는 전문가들과 연계되어 있다는 것을 의미하기 때문에 연계를 통한 서비스 활동이 활발하다고 판단하기는 어려운 수준이다.

〈표 4-8〉 OO시 지역사회 중증정신질환자 공식 연결망 밀도

항목	밀도(Density)	표준편차
연결망 지수값	0.3875	0.4872

연결망 결과(2-mode 연결망)	연결수(단위: 개)
전체 관계 가능한 연결수(148명 ×14개 기관)	2,072
실제 연결한 수	803
중증정신질환자 148명 중 1명당 연결 가능한 기관수	14
평균 관계의 수	5.4257
최댓값	14
최솟값	0

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

이는 ○○시 지역사회에서 중증정신질환자를 위한 전문가 지원 연결망이 정신보건 분야를 넘어 장애인복지나 지역복지 분야의 다양한 기관과의 네트워킹으로 보다 확장될 필요가 있는 것으로 해석된다. 특히 읍면동

주민센터를 제외하면 지역사회 연계 활동이 활발한 것으로 알려진 종합사회복지관을 위시하여 장애인복지관, 장애인직업재활기관 등 복지기관들과의 연결망이 보건 조직의 연결망에 비해 밀도가 많이 낮게 나타나고 있어 향후 지역사회에서 중증정신질환자의 서비스 이용 연결망의 주요 구성체로 자리잡기 위해 보다 적극적인 교류와 상호적 서비스 연계가 요구된다. 단 본 분석은 중증정신질환자 개개인이 주요 연결망 조직과 맺는 관계를 누적하여 연결중심성을 분석한 결과로 연결망 내 개별 조직이 타 조직들과 어떠한 연계 활동을 하고 네트워킹 조직 간 거리나 통제력을 확인할 수 있는 다선중심도(degree centrality)나 근접중심도(closeness centrality), 매개중심도(betweenness centrality) 등 관계망 내 쌍방적 세부 특성을 파악하기는 어렵다는 한계가 있다.

OO시 지역사회 중증정신질환자가 맺은 주변 사람과의 관계형성 연결망의 밀도를 분석한 결과 0.32로 나타났다. 밀도의 수치는 일반적인 크기와는 반비례하기 때문에, 이 수치는 앞의 전문가 지원 연결망의 밀도보다 약간 더 낮은 수준이다.

〈표 4-9〉 OO시 지역사회 중증정신질환자 주변 사람과의 관계형성 연결망 밀도

항목	밀도(density)	표준편차
연결망 지수값	0.3204	0.3843

연결망 결과(2-mode 연결망)	연결수(단위: 개)
전체 관계 가능한 연결수(148명 ×12개 주체)	1,776
실제 연결한 수	569
중증정신질환자 148명 중 1명당 연결 가능한 주체수	12
평균 관계의 수	3.84
최댓값	8
최솟값	0

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

이는 ○○시 지역사회에서 중증정신질환자의 주변 사람과의 관계형성 연결망의 결속이나 구축 정도가 부모나 형제 등 가족이나 교회 신도들로 집중되고 그 외 다른 사회적 관계는 다양하게 확장되어 있지 않은 수준으로 파악된다. 평균값을 통해 주변 사람과의 연결망이 낮은 정도의 경향성을 보인다는 것을 알 수 있으나. 앞의 전문가 지원 연결망과 마찬가지로 표준편차가 크게 나타나고 있기 때문에 중증정신질환자의 주변 사람과의 관계형성 연결망 정도에서도 편차가 크다는 것을 추정할 수 있다. 즉 중증정신질환자가 지역사회 내에서 관계를 맺는 주변 사람들의 범위는 직업 활동을 통한 고용주나 직장 동료들과의 관계, 공동주거생활에서의 입주자나 센터 서비스 이용자들과의 교류 등 개인적 상황에 따라 편차가 발생할 수 있다는 점이다. 이는 중증정신질환자가 지역사회에서 활발한 비공식적인 사회적 관계를 형성하는 데 취업이나 공식적인 서비스 이용 등이 긍정적인 기여를 하는 것으로 파악된다.

3. 중증정신질환자가 가지는 공식 및 비공식 연결망의 강도

연결망의 강도는 연결망 내의 개별 구성원 특성을 보여 주는 지표로서, 얼마나 자주 접촉하는가의 빈도와 같은 지표로 측정된다. 연계의 강도는 밀도와는 다른 특성을 가지고 있다. 강한 연계는 전체 연결망에 대한 지표로 사용되며, 연결망 참여자들 간의 관계가 연결된 정도를 보여 준다. 가족이나 친구가 연계의 강도가 높은 대표적인 경우이다.

자아중심연결망 내 관계들 간 접촉 빈도는 1=매일, 2=2-3회/주, 3=주 1회, 4=월 2~·3회, 5=월 1회, 6=연 3~4회, 7=연 1~2회, 8=연 1회 미만으로 점수화하였다. 관계유형의 평균점수가 낮을수록 접촉 빈도가 높은 것으로 해석한다.

공식 연결망의 평균값은 5.58로, 이보다 높은 경우를 cut-off 지점으

로 선택하여 그 이상은 0으로 변환하고 공식 연결망 접촉 빈도가 적음으로 해석하고, 평균 5.58 이하이면 1로 변환하여 공식 연결망 접촉 빈도가 많음으로 해석한다. 자료 변환을 위한 평균 등의 기초값은 아래의 표와 같다.

〈표 4-10〉 자아중심연결망 공식 연결망 유형별 빈도 코딩 변환값

접촉 빈도	명	최솟값	최댓값	평균	표준편차
정신건강센터 직원	130	1	8	4.83	1.431
정신재활시설(주간/직업재활) 직원	53	1	8	3.72	2.720
정신재활시설(거주시설) 직원	44	1	8	3.91	2.987
낮병원 직원	29	1	8	6.24	2.116
병원(외래포함) 직원	123	1	8	4.82	1.181
보건소 직원	48	1	8	6.17	1.693
중독관리통합지원센터 직원	26	4	8	6.73	1.564
장애인직업재활기관 직원	29	1	8	6.17	2.189
장애인복지관 직원	26	1	8	6.46	2.024
지역자활센터 직원	25	4	8	6.60	1.658
사회복지기관 직원	37	1	8	5.19	2.504
동주민센터 직원	77	3	8	6.10	1.176
무한돌봄센터 사례관리자 직원	28	2	8	6.75	1.647
기타 기관 직원	13	1	8	4.46	2.787
전체 평균				5.58	

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

주변 사람들로 구성된 비공식 연결망의 평균값은 4.071로, 이보다 높은 경우를 cut-off 지점으로 선택하여 그 이상은 0으로 변환하고 주변 사람들과의 접촉 빈도가 적음으로 해석하고, 평균 4.071 이하이면 1로 변환하여 주변 사람들과의 접촉 빈도가 많음으로 해석한다. 자료 변환을 위한 평균 등의 기초값은 아래의 표와 같다.

〈표 4-11〉 자아중심연결망 비공식 연결망 유형별 빈도 코딩 변환값

접촉 빈도	명	최솟값	최댓값	평균	표준편차
부모	84	1	8	2.51	2.41
형제	113	1	8	4.57	2.12
자녀	38	1	8	4.61	3.08
3촌 이상의 친척	39	1	8	6.05	1.96
공동입주자/동거인	35	1	8	2.80	2.83
고용주	20	1	8	4.30	3.03
직장 동료	25	1	8	3.80	3.21
교회 신도	61	1	8	3.84	1.86
이웃 주민	45	1	8	3.73	2.70
친구(비장애)	46	1	8	5.41	2.20
센터동료/당사자	51	1	8	3.37	2.48
기타	12	1	8	3.83	3.04
전체				4.07	

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

4. 중증정신질환자의 공식 및 비공식 연결망의 중심성

개별적인 자아중심연결망의 누적된 결과를 중심으로 중증정신질환자들의 공식적 연결망의 중심 조직을 파악한 결과 정신보건 관련 조직을 중심으로 정신건강복지센터와 병원(외래) 등이 비교적 중심부를 형성하고 있다.

첫째, 연결중심성(degree centrality)은 총 연결 수에서 각 응답자 연결 정도의 비율로 측정되는 값으로, 연결중심성이 높은 전문가는 정신건강복지센터 직원, 병원외래 직원, 동주민센터 공무원이다. 이것은 중증정신질환자가 ○○시 지역사회에서 정신건강복지센터, 병원외래, 동주민센터 직원, 주간직업재활시설 직원, 보건소 직원과 자주 접촉하여 도움을 준 전문가로 인식한다는 것을 의미한다. 기본적으로 외래를 통해 정기적

으로 진료를 받고 있는 정신건강복지센터 등록 회원을 대상으로 조사하였기 때문에 정신건강센터 직원들과 병원 직원의 중심성이 높게 나타나고 있다. 또한 최근 동 복지를 통해 지역 내 자원 연계가 활발해짐에 따라 재가중증정신질환자에 대한 접촉 빈도도 증가하여 동주민센터의 연결중심성이 비교적 높게 나타난 것으로 볼 수 있다.

둘째, 근접중심성(closeness centrality)은 두 점을 연결하는 최단거리인 경로거리로 측정되는 값으로, 경로거리의 합이 가장 작은 경우가 전체 중앙성이 가장 높은 증심을 차지하게 된다. 본 조사에서 근접중심성이 높은 전문가는 연결중심성과 유사하게 정신건강센터 직원, 병원외래 직원으로 나타났다. 이들은 중증정신질환자가 생각하는 도움을 준 전문가 중에 가까이 위치하는 전문가를 의미하는 것으로, 정신건강복지센터와 병원 직원의 접근성이 타 기관의 직원들에 비해 높음을 알 수 있다. 그러나 근접중심성이 두 기관으로 한정됨에 따라 이 지역 중증정신질환자들의 서비스연결망이 두 기관을 중심으로 제한되어 있다는 의미도 있다.

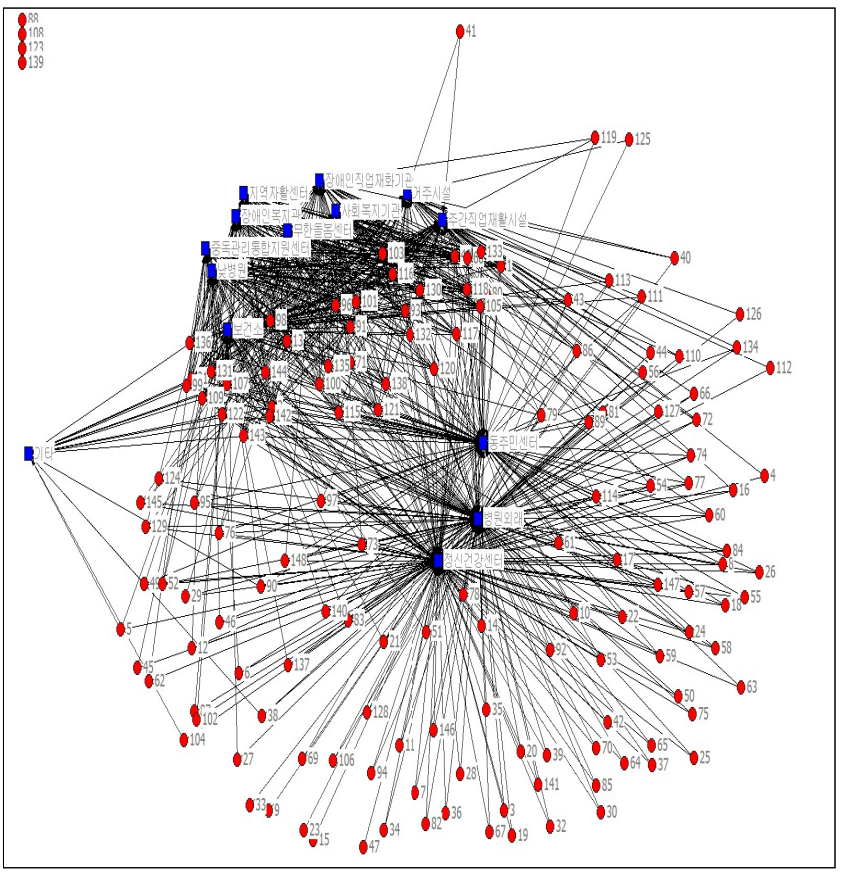
셋째, 매개중심성(betweenness centrality)이란 연결망 내에서 다른 점들 사이에 차지하는 정도를 측정한 값으로, 최단 경로에 위치할수록 중심성이 높아지게 된다. 본 조사에서 매개중심성이 높은 전문가는 정신건강센터 직원, 병원외래 직원으로 나타났다. 이것은 중증정신질환자들이 지역사회 내에서 다른 서비스나 자원과 연결되는 데 핵심적인 역할을 하는 전문가로 인식하는 것을 의미한다. 정신건강센터와 병원 직원 이외에 상대적으로 타 기관들에 대한 매개중심성이 미약함을 알 수 있다.

〈표 4-12〉 공식 연결망의 중심성

각 기관별 전문가	연결중심성 (Degree)	근접중심성 (Closeness)	매개중심성 (Betweenne)
정신건강센터	0.912	0.926	0.390
주간직업재활시설	0.392	0.509	0.038
거주시설	0.345	0.489	0.030
낮병원	0.277	0.463	0.009
병원외래	0.838	0.829	0.274
보건소	0.385	0.506	0.032
중독관리통합지원센터	0.257	0.455	0.007
장애인직업재활기관	0.270	0.460	0.009
장애인복지관	0.257	0.455	0.007
지역자활센터	0.250	0.453	0.004
사회복지기관	0.318	0.478	0.013
동주민센터	0.547	0.588	0.089
무한돌봄센터	0.270	0.460	0.007
기타	0.108	0.408	0.003

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

[그림 4-10] ○○시 중증정신질환자 공식연결망 소시어다이어그램



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

위의 [그림 4-10]은 2-mode network socio diagram으로, 148명의 중증정신질환자가 지역사회 내에서 접촉과 도움을 받은 14개 기관 전문가와의 연결망을 표시한 그림이다. 그림에서 중증정신질환자를 중심으로 정신건강센터, 동주민센터, 병원외래가 연결망 중앙에 위치하며 다른 전문가 기관들은 연결망 외부에 위치하고 있다. 그림의 왼쪽 상단에 선의

연결이 안 된 4명의 중증정신질환자는 전문가 지원을 받지 않은 것으로 본인이 인식함에 따라 다이어그램상 고립된 상태로 나타나고 있다.

〈표 4-13〉 비공식적 연결망 중심성

항목	연결중심성 (egree)	근접중심성 (Closeness)	매개중심성 (Betweenne)
부모	0.432	0.599	0.305
형제	0.318	0.535	0.189
자녀	0.115	0.445	0.023
3촌 이상의 친척	0.054	0.423	0.014
공동입주자 동거인	0.176	0.470	0.092
고용주	0.074	0.429	0.009
직장 동료	0.108	0.445	0.024
교회 신도	0.304	0.528	0.193
이웃 주민	0.209	0.486	0.101
비장애 친구	0.101	0.443	0.017
센터동료 당사자	0.216	0.486	0.107
기타	0.054	0.392	0.004

주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

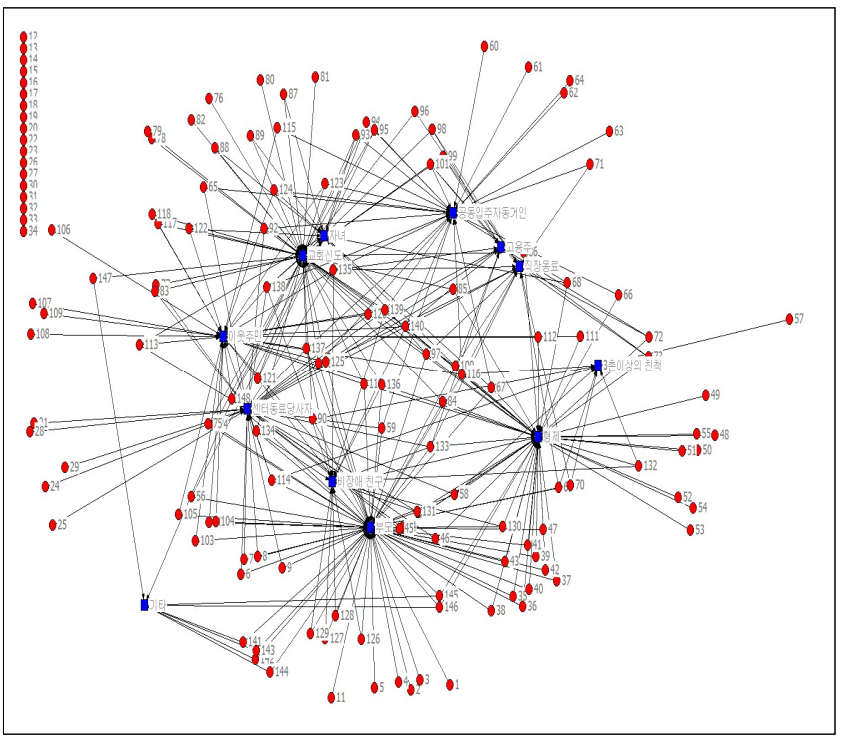
개별적인 자아중심연결망의 누적된 결과를 중심으로 중증정신질환자들의 비공식적 연결망의 중심 조직을 파악한 결과 연결중심성이 높은 주변사람은 부모, 형제, 교회 신도들인 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 중증정신질환자들이 부모나 형제, 교회 신도나 이웃 주민, 센터동료 당사자 등과 자주 접촉하고 있는 것으로 인식하고 있음을 뜻한다.

둘째, 근접중심성이 높은 주변 사람은 부모, 형제, 교회 신도, 이웃 주민, 센터동료 당사자들로, 중증정신질환자가 인식하기에 이들과의 접촉이 용이한 것으로 인식하고 있음을 예측할 수 있다.

셋째, 매개중심성이 높은 주변 사람은 부모, 교회 신도, 형제, 이웃 주민인 것으로 나타났다. 특이하게 근접중심성에서는 형제가 교회 신도보

다 높지만 매개중심성의 경우 교회 신도가 형제보다 높게 나타나고 있다. 이것은 중증정신질환자가 교회 신도를 통해서 지역사회 내에서 다른 주변 사람과 연결되고 있다고 생각하는 것으로 추정할 수 있다.

[그림 4-11] ○○시 중증정신질환자 비공식적 연결망 소시어다이어그램



주: 본 연구에서 실시한 중증정신질환자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

위의 [그림 4-11]는 2-mode network socio diagram으로, 148명의 중증정신질환자가 지역사회 내에서 접촉과 도움을 받은 주변 사람들을 12 유형으로 분류하여 표시한 그림이다. 그림에서 중증정신질환자를 중심으로 부모, 형제, 교회 신도, 센터동료 당사자, 이웃 주민 등이 연결

망 중심성을 보이고 있으나, 공식 연결망에 비해 전반적으로 중심성이 낮게 나타나고 있다. 그림의 왼쪽 상단에 선의 연결이 안 된 18명의 중증정신질환자들은 지역사회 내에서 타인과의 관계를 맺지 않는 것으로 본인이 인식함에 따라 다이어그램상 고립된 상태로 나타나고 있다.

제3절 소결

본 장에서는 중증정신질환자 보호자를 대상으로 한 초점집단 인터뷰와 중증정신질환자 당사자를 대상으로 한 설문조사 결과를 분석하여 중증정신질환자의 지역사회 정신건강서비스 이용 경험을 살펴보았다. 우선 본 연구의 초점이 되는 지역사회 정신건강서비스 연계와 관련하여 중증정신질환자 당사자와 보호자의 경험에서 드러난 사항을 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 중증정신질환의 초발이 20대 전후로 나타나는 것에 비해 중증정신질환자 당사자와 보호자가 질환을 인지하고 치료를 받기까지 오랜 시간이 걸린 것을 알 수 있었다. 중증정신질환자 보호자들은 중증정신질환에 대한 인식 부족, 당사자 및 보호자의 질환에 대한 수용 거부, 정신의료기관 입원 등 이용에 대한 거부감, 사회적 낙인 등을 이유로 제시하였다. 보호자들은 치료 환경으로의 늦은 진입은 결국 중증정신질환의 만성화를 야기하는 것일 수도 있다고 언급하며, 초발 당시 치료 환경으로 진입할 수 있도록 하는 지원이 필요하다고 언급했다.

둘째, 중증정신질환자의 지역사회 정신건강서비스 이용 경험을 보면, 중증정신질환자들은 잦은 입·퇴원을 반복하고 있으며, 중증정신질환자 보호와 돌봄의 책임은 주로 보호자에게 있어 보호자가 주로 집에서 중증정신질환자를 보호하고 있거나, 아니면 보호자 스스로가 지역사회 내 어

떤 서비스가 있는지를 찾아서 이용해 온 경우가 대부분이었다. 하지만 보호자는 지역사회 내 정신건강서비스를 제공하는 자원이 어떤 것들이 있는지, 중증정신질환자들이 어떠한 자원을 이용할 수 있는지, 이용하려면 어떻게 해야 하는지에 대한 제한적 정보를 갖고 있는 상황이었다. 보호자들은 특히 초발 시 입·퇴원을 반복했거나 반복하고 있는 현재에도 퇴원 시 의료기관에서 지역사회 내 정신건강서비스 자원에 대한 정보를 제공하는 경우가 매우 제한적이라고 강조하며, 이에 대한 개선을 요구하였다.

셋째, 본 연구는 중증정신질환자들이 지역사회 내에서 낮병원과 외래를 포함한 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설을 병렬적으로 이용하고 있다는 것을 알 수 있었다. 앞서 제3장에서 살펴본 것처럼 정신의료기관-정신건강복지센터-정신재활시설의 시퀀스를 따라 서비스를 이용하는 것이 아니라, 퇴원 후 중증정신질환자나 가족들이 스스로 알아서 지역사회 내 서비스를 찾아서 이용한다. 여러 시설 중 이용 가능하고, 마음에 들고, 거리가 가까운 시설을 골라서 이용하고 있었다.

넷째, 중증정신질환자 당사자와 보호자는 지역사회 내 다른 사회복지자원을 이용해 본 경험 역시 매우 낮게 나타났다. 지역 내 중증정신질환자의 읍면동 복지허브화 사업과 희망복지지원단 접촉 빈도가 낮지는 않지만 여전히 정신의료기관과 정신건강복지센터를 중심으로 한 사회 연결망을 가지고 있는 것으로 나타났다.

결론적으로, 중증정신질환자 당사자와 보호자의 지역사회 정신건강서비스 이용 경험을 살펴보면 현재 지역사회 정신건강서비스 연계가 잘되고 있다고 보기 어렵다.

제 5 장

제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황

제1절 지역사회 정신건강서비스 자원 분석
제2절 제공자 관점에서 본 정신건강증진체계 간 연계 현황
제3절 제공자 관점에서 본 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 현황
제4절 소결

5 제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황

제5장에서는 제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황 및 문제점을 파악하였다. 우선 제1절에서는 지역사회 정신건강서비스 제공 자원 규모와 특성을 파악하기 위해 시군구 단위로 구축한 데이터베이스를 활용한 클러스터링 분석 결과를 제시하였다. 제2절과 제3절에서는 제1절에서 실시한 클러스터링 분석 결과에 기반하여 정신의료기관, 광역 및 기초정신건강복지센터 실무자, 정신재활시설 실무자, 지역사회 내 유관자원 실무자(주로 희망복지지원단 사례관리자)를 대상으로 실시한 개별 인터뷰 및 집단 인터뷰를 바탕으로 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 살펴보았다.

본 연구는 지역사회 정신건강서비스 연계를 크게 국내 정신건강증진체계 간, 즉 정신의료기관, 광역 및 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설 간 연계(제2절)와 국내 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계(제3절)로 구분하여 현황을 파악하였다. 국내 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계의 경우 각 지역의 대표적인 지역사회 정신건강증진체계인 정신건강복지센터와 대표적인 지역사회 복지자원인 희망복지지원단을 중심으로 살펴보았다.

제공자 관점에서 본 정신건강서비스 연계 현황에 대한 분석 결과 정신건강증진체계 간 연계는 인프라(특히 정신재활시설) 분포를 제외하고는 지역별 차이가 크지 않아 클러스터별로 서술하지 않았다. 하지만 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계는 질적 면담 조사 결과 클러스터별로 차이가 존재하여, 클러스터별로 구분하여 서술하였다.

제1절 지역사회 정신건강서비스 자원 분석

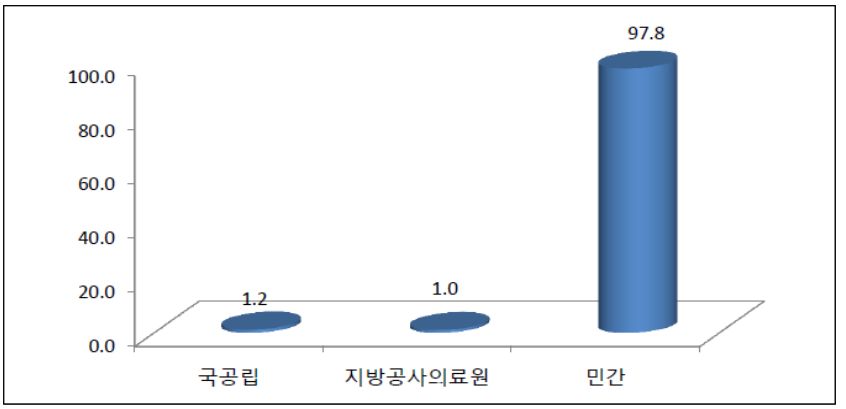
1. 지역사회 정신건강서비스 자원 현황

보건복지부의 지역사회건강조사, 통계청의 사망원인통계, 행정자치부의 주민등록인구현황, 국민건강보험공단의 진료정보 등을 활용하여[54] 시군구 단위의 지역사회 정신건강서비스 자원 현황을 살펴본 결과는 다음과 같다. 우선 분석에 포함된 총 229개 시군구의 평균 자살사망률은 10만 명당 24.5명이며, 우울증상경험률은 평균 6.1%로 나타났다. 중증정신질환자 규모는 시군구당 평균 1,960명으로, 최소 47명에서 최대 7774명의 분포를 가진다.

정신건강증진체계를 구성하는 정신의료기관 수와 정신병상 수, 기초정신건강복지센터 수와 정신재활시설 수를 살펴보면 다음과 같다. 정신의료기관은 총 1449곳이 있으며, 국공립은 17곳(1.2%), 지방공사의료원은 15곳(1.0%), 민간의료기관은 1417곳(97.8%)이 있다. 시군구당 평균 정신의료기관 수는 6.3곳, 최소 0곳에서 최대 53곳의 분포를 가진다.

54) 자원현황을 파악하는데 활용된 자료들은 제1장 제2절에 제시되어 있음.

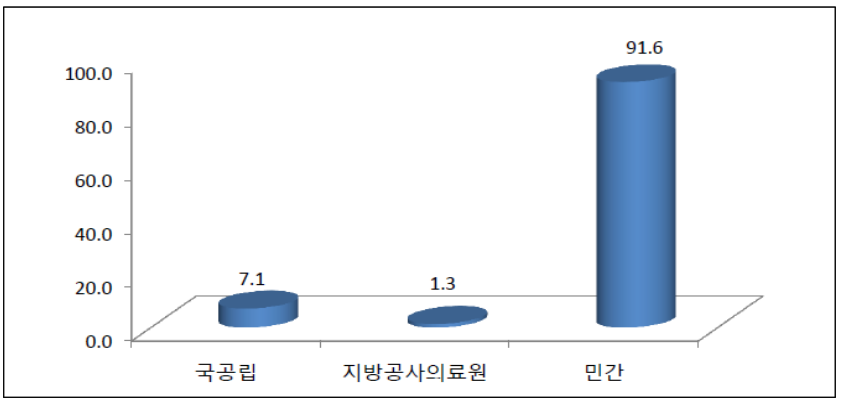
〔그림 5-1〕 정신의료기관 수 현황



주: 본 연구에서 취합한 시군구 단위 자료를 바탕으로 분석한 결과임.

정신병상 수를 살펴보면, 전국 총 8만 3,003병상이며, 국공립은 5,867병상(7.1%), 지방공사의료원은 1,120병상(1.3%), 민간은 7만 6,016병상(91.6)으로 나타났다. 시군구당 평균 722병상을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 최소 0병상, 최대 2,264병상의 분포를 가진다.

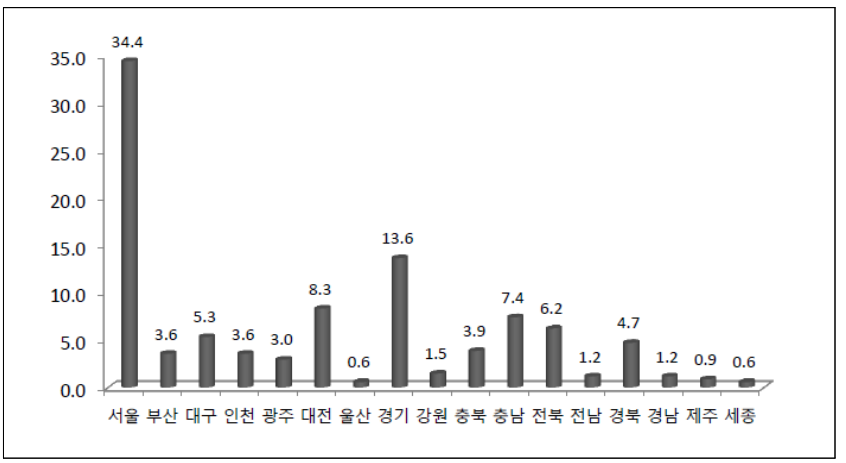
〔그림 5-2〕 정신병상 수 현황



주: 본 연구에서 취합한 시군구 단위 자료를 바탕으로 분석한 결과임.

기초정신건강복지센터 수를 살펴보면, 시군구당 대부분 하나는 가지고 있는 것으로 나타나며, 기초정신건강복지센터가 설치되어 있지 않은 시군구는 총 28곳이다. 정신재활시설은 전국에 총 337곳이 있으며, 대다수인 162개가 서울과 경기도에 집중되어 있다. 정신재활시설은 시군구당 평균 1.5곳이며, 정신재활시설이 설치되어 있지 않은 지역은 229개 시군구 중 105곳이다. 정신재활시설을 유형별로 보면, 정신재활시설 중 생활시설이 41.8%, 재활훈련시설이 49.6%, 종합시설이 6.5%로 나타났다.

[그림 5-3] 시도별 평균 재활시설 수 분포



주: 본 연구에서 취합한 시군구 단위 자료를 바탕으로 분석한 결과임.

마지막으로 사회복지시설을 종합복지관, 장애인복지관, 노인복지관으로 살펴보면, 종합복지관은 총 459곳, 장애인복지관은 총 225곳, 노인복지관은 총 270곳으로 나타났다. 시군구당 평균을 보면, 종합복지관은 평균 2곳, 장애인복지관은 총 0.98곳, 노인복지관은 총 1.2곳으로 나타났다.

2. 지역사회 정신건강서비스 자원 클러스터링 분석 결과

지역사회 정신건강 증진 관련 자원을 시군구별로 구축한 데이터베이스를 활용하여 클러스터링 분석을 실시한 결과는 다음과 같다. 분석에 포함된 총 229개 시군구는 4개의 유형으로 구분되었으며, 클러스터 1은 60개 시군구, 클러스터 2는 56개 시군구, 클러스터 3은 50개 시군구, 클러스터 4는 63개의 시군구를 포함하였다.

각 클러스터별 특징을 살펴보면 다음과 같다. 우선 클러스터 1에 해당하는 지역은 60개 시군구이며, 시군구당 평균 중증정신질환자 수는 2,118명 정도이다. 시군구 당 적어도 1개 정도의 정신건강복지센터와 정신재활시설을 가지고 있으며, 입원이 가능한 병상 수는 시군구당 평균 451.6개로 나타났다.

클러스터 2에 해당하는 지역은 56개 시군구이며, 시군구당 평균 중증정신질환자 수는 1051명 정도이며, 시군구당 1개 정도의 정신건강복지센터가 설치되어 있으나, 정신재활시설은 1개에 못 미치는 시군구당 평균 0.5곳인 것으로 나타났다.

〈표 5-1〉 클러스터별 특성(시군구당 평균)

	계 (시군구 수)	자살 사망률 (평균)	중증정신 질환자 수 (명)	기초정신 건강복지 센터 수 (개)	정신재활 시설 수 (개)	병상 수(개)			복지관(개)		
						국공립	지방 공사 의료원	민간	종합 복지관	장애인 복지관	노인 복지관
클러스터 1	60	23.2	2,118	1.0	1.7	31.6	8.3	451.6	2.5	1.1	1.3
클러스터 2	56	26.4	1,051	0.9	0.5	33.6	1.4	297.7	1.0	0.8	0.8
클러스터 3	50	21.9	4,248	1.2	4.0	41.8	10.9	576.2	4.4	1.9	2.4
클러스터 4	63	26.5	424	0.6	0.1	0.0	0.0	54.6	0.5	0.4	0.5

주1: 시군구는 국민건강보험공단 청구 자료를 기반으로 구성되었으며, 광역시가 아닌 일부 대도시(예: 안산시 상록구와 단원구)의 경우 통합하여(예: 안산시) 분석에 포함하였음.
주2: 본 연구에서 취합한 시군구 단위 자료를 바탕으로 분석한 결과임.

클러스터 3에 해당하는 지역은 50개 시군구이며, 시군구당 평균 중증정신질환자 수는 4249명 정도로 다른 클러스터에 비해 가장 많다. 시군구당 1개 이상의 정신건강복지센터와 평균 4곳의 정신재활시설이 있는 등 인프라 역시 가장 많은 지역들이었다.

마지막으로 클러스터 4에 해당하는 지역은 63개 시군구이며, 시군구당 평균 중증정신질환자 수는 424명으로 가장 적었으며, 정신건강복지센터가 없는 지역이 많으며, 정신재활시설은 거의 없는 지역들이었다.

클러스터링 분석 결과를 종합해 보면, 클러스터 3은 대부분 서울 경기 지역이거나 대도시 지역[55]이며 중증정신질환자도 많고 이에 대응할 수 있는 인프라도 많은 지역에 해당한다. 클러스터 3과 정반대인 유형은 클러스터 4에 해당하는 지역들로, 대부분 농어촌 지역이며, 중증정신질환자도 가장 적고 대응할 수 있는 인프라도 가장 적은 지역들이다. 클러스터 1과 2에 해당하는 지역들은 중소도시 지역들에 해당하며 두 유형 다 정신건강복지센터가 하나씩은 시군구 단위마다 설치되어 있기는 하지만 정신재활시설이 있는지 여부로 차이가 나타남을 알 수 있다.

병상 수를 살펴보면 클러스터별로 차이가 있기는 하지만, 민간 병상에의 의존도가 높은 것을 알 수 있으며, 특히 클러스터 4의 경우 입원이 가능한 병상 수가 거의 없는 것으로 나타났다.

또한 유형 분석 결과 정신건강증진체계뿐 아니라 종합복지관, 장애인복지관, 노인복지관 같은 지역사회 복지자원들 역시 클러스터별 정신건강증진체계들과 유사하게 클러스터 3의 인프라가 가장 많고, 클러스터 4의 인프라가 가장 적게 나타났다.

55) 각 클러스터에 포함된 시군구 정보는 부록 참조.

제2절 제공자 관점에서 본 정신건강증진체계 간 연계 현황

본 절은 정신의료기관, 광역 및 기초 정신건강복지센터, 정신재활시설 실무자들과의 개별 인터뷰 및 집단 인터뷰 내용을 바탕으로 구성되었으며, 크게 각 정신건강증진체계 실무자들의 정신건강증진체계 간 연계 경험이 어떠했는지, 이들은 정신건강증진체계 간 연계를 저해하는 요인을 무엇이라고 생각하는지, 연계를 강화하기 위해서는 어떠한 것들이 필요하다고 생각하는지에 대해 살펴보았다.

1. 정신건강증진체계 간 연계 경험

실무자의 정신건강증진체계 간 연계 경험은 본 연구의 개별 인터뷰 및 집단 인터뷰에 참여한 정신건강증진체계 실무자들이 직접 연계해 본 경험을 토대로 구성하였다. 정신건강증진체계는 앞서 제2장에서 살펴본 것처럼 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설을 의미하며, 이들이 서로 어떻게 연계를 맺고 있는지를 살펴보았다.

가. 정신의료기관과 정신건강복지센터 간 연계 경험

우선 실무자들이 경험한 정신의료기관과 정신건강복지센터 연계는 크게 정신건강복지센터에서 중증정신질환자가 정신의료기관으로 입원 혹은 외래 치료를 받을 수 있도록 연계하는 것과 정신의료기관에서 퇴원 시 동의를 한 중증정신질환자에 한해 보건소를 통해 퇴원통지서를 정신건강복지센터에 보내는 활동으로 구현되고 있었다.

1) 정신건강복지센터 중심의 정신의료기관 연계 활동

정신의료기관으로의 연계를 구체적으로 보면, 위탁 운영 주체가 의료기관인 경우, 정신건강복지센터는 주로 위탁 기관으로 중증정신질환자를 연계하고 있었다. 그리고 위탁 기관이 아니더라도 자신의 시군구 내 정신의료기관이 있는 경우, 의료기관 관계자들을 대상으로 워크숍, 세미나를 실시하거나, 의료기관에 직접 찾아가서 정신건강복지센터의 역할과 퇴원 사실 통지에 대한 내용을 공유하는 방식으로 연계를 맺고 있기도 하였다.

"원장님들하고 간호과장님 원무과장님 이런 식으로 윗사람들을 초기에는 많이 불렀어요. 왜냐면 이 사람들이 알아야 되고... 그리고 제가 첫 번째로 퇴원 사실 통지에 대한 내용을 굉장히 많이 어필을 해 줬어요. 이게 지금은 여러분들이 보실 때 아무것도 아니겠지만 결국은 이게 평가에... 연계에."(기초 정신건강복지센터 실무자))

정신건강복지센터 실무자들은 이를 통해 맺어진 관계들이 중증정신질환자가 치료를 필요로 하거나 응급 개입이 필요할 때 보다 원활하게 의료기관을 이용할 수 있도록 해주며, 중증정신질환자가 퇴원 시 의료기관에서 정신건강복지센터에 대한 정보를 환자나 보호자에게 제공하거나, 퇴원 사실 통지에 대한 동의를 받는 데 보다 원활하게 작동한다고 보고 있었다. 이는 결과적으로 퇴원 후 정신건강복지센터의 등록 회원으로 연결되는 것이 강화되고, 이들을 대상으로 지역사회 내에서 서비스를 제공하는 것이 더욱 원활하게 이루어진다고 보았다.

"퇴원하면은 끝이잖아요. 이 서식(퇴원 사실 통지서)보다 더 중요한 거를 해봤더니 그냥 전화를 한다든지 의사들이 상담을 하면서 외래로 왔는데 이 사람을 사례관리를 해서 프로그램을 해야 되는데 어떻게 했으면 좋겠냐? 전화 오는 게 오히려 의뢰 연계가 높은 거예요 "(기초정신건강복지센터 실무자)

또한 일부 정신건강복지센터는 정신건강복지센터 내 전문요원들이 정신의료기관을 방문하여 사례관리자의 역할을 하기도 했다. 퇴원 전 의료기관의 동의를 얻어 정신건강복지센터의 정신보건 전문요원이 지역 자원에 대한 교육 및 홍보를 하고 퇴원 후 정신건강복지센터 등록 관리로 이어질 수 있도록 하는 노력들을 하고 있었다.

"모니터링이라고 해서 위기 개입 끝나고 3, 6개월마다 케이스별로 물어봐야 될 분이 편지를 쓰거나 하는 역할을 해주시는 분들도 계시고, 찾아가서 정신건강 스크리닝을 하시는 분들도 계시고, 각 분과별로 운영하고 있는 중입니다."(기초 정신건강복지센터 실무자)

이처럼 일부 정신건강복지센터의 경우 지역 내 입원 가능 병상 수를 파악하고, 응급입원 시 병상 배치(arrange)를 하고, 의료기관을 방문하여 중증정신질환자를 대면하여 정신건강복지센터의 역할과 서비스에 대한 정보를 제공하는 등의 역할을 하는 곳도 있었지만, 대다수의 정신건강복지센터는 자신의 시군구 내 어떠한 정신의료기관이 있는지 정도를 파악하는 데 그쳤다. 이들은 주로 의료기관에서 보건소로 보낸 퇴원 통지서를 받아 중증정신질환자 당사자나 가족에게 연락하여 정신건강복지센터의 역할 등을 설명하고 정신건강복지센터에 등록해서 서비스를 받을 것인지를 묻고 있었다.

2) 정신의료기관 중심의 정신건강복지센터 연계 활동

정신의료기관에서는 정신건강복지센터와의 연계를 위해 어떠한 활동들을 하고 있는지를 살펴본 결과 앞서 잠시 언급된 것처럼 정신의료기관은 중증정신질환자가 퇴원할 때 환자의 동의를 얻어 퇴원통지서를 작성하고, 이를 정신건강복지센터로 보내는 방식으로 주로 연계를 하고 있다.

퇴원 통지서가 아닌 경우, 정신건강복지센터와 실무자 간 관계가 좋을 경우, 이를 이용하여 정신의료기관에서 정신건강복지센터로 사례를 연계하거나, 정신건강복지센터에서 의뢰하는 환자에 대한 치료를 제공하는 경우가 대다수였다.

퇴원 통지서를 통해 주로 이루어지는 연계와는 달리 국립정신건강센터는 타 기관 연계를 위한 개인 맞춤형 서비스 계획을 세우고, 그에 맞는 지역사회 자원을 연계하고 있었다. 국립정신건강센터의 지역사회 자원 연계 사례를 살펴보면 다음과 같다.

〈표 5-2〉 국립정신건강센터의 지역사회 정신건강서비스 연계 사례

○ **타 기관 연계를 위한 ISP(Individualized Service Plan) 작성**

(입원) EMR → 지역사회연계망 클릭 → ISP 의뢰 환자 명단/의뢰서 확인 → 상담 및 연계 진행 → ISP 경과기록 작성 & 사회사업처방, 수가 청구

※ 사회사업팀 처방 및 수가청구(2016년 567건)

(외래) 외래 간호사실에서 연락, ISP 처방여부 구두로 확인 → EMR → 지역사회연계망 클릭 → ISP 의뢰 환자 명단/의뢰서 확인 → 상담 및 연계 진행 → ISP 경과기록 작성

(입원사례) 초발 환자로 첫 입원치료 중이며 망상, 환청이 주증상이며 약물치료로 많이 호전되었으나 비현실적인 사고 지속되고 있어 퇴원 후 투약 관리를 중심으로 한 사례관리 개입이 필요함. 가족들의 병식 부족하여 지역기관 연계 시 상세한 안내 필요하며 환자가 아르바이트 하기를 기대하고 있어 직업재활 훈련 및 구직활동 도움받을 수 있는 기관 연결 요청

○ 주치의용 지역사회 정신보건기관 유형 관련 자료 작성, 배포: 장애 유형, 기관 유형, 대상/입소비용, 제공 서비스

○ 입원환자 집단프로그램(SST): 2016년 269건, 2,003명

○ 사회사업팀: 사회사업 연계 및 지역사회 지원 연계

주: 국립정신건강센터 내부 자료를 바탕으로 본 연구의 연구진이 작성하였음.

이와 관련하여 정신의료기관 실무자들은 국립정신건강센터의 체계를 다른 정신의료기관에 적용하기 어렵다고 언급했다. 이들은 현재 정신의료기관 내 지역재활팀이거나 사회사업팀에 근무하는 간호사나 사회복지사의 경우 입원비나 치료비를 확보하기 위한 지역사회 자원 연계를 주로 하고 있는 실정이라고 밝혔다. 그리고 실제 중증정신질환자가 지역사회에 나가서 이용할 수 있는 프로그램들을 알아보고 연계해 주는 활동을 하기에는 인력이 부족하고 의료기관 내 실무자들의 연계 필요성에 대한 인식이 낮다고 언급했다.

"사실은 환자분을 모시고 간호사가 (정신건강복지)센터가 이런 기능을 합니다. (사회)복귀시설이라든가 이러이러한 자원들이 있습니다라고 하면서 디테일하게 말씀드리면 제일 적응하기도 편하고 이해하기도 제일 편하실 수 있을 것 같아요. 근데 이제 문제는 병원에 있는 인력이 입원해 있는 인력을 케어하기도 바쁜데 그분을 데리고 그렇게 할 만한 여력이 많지 않을 것 같은 게 문제예요."(정신의료기관 실무자)

나. 광역 및 기초 정신건강복지센터 간 연계 경험

본 연구에서 인터뷰한 광역 및 기초 정신건강복지센터 실무자들은 지역별로 상임팀장 모임, 실무자 모임들이 구성되어 각 지역별 상황을 공유하는 등 주기적으로 모여서 논의한다고 밝혔다.

"주기적으로 하죠. 사례 발표도 하고 그래요." (기초 정신건강복지센터 실무자)

또한 정신건강복지센터 실무자들은 광역의 역할상 기초 정신건강복지센터로 사례를 연계하거나 하지는 않지만, 기초 정신건강복지센터에서 사업을 하기 전 광역 단위에서 시범사업을 하여 그 결과를 기초 정신건강복지센터와 공유하기도 한다고 밝혔다.

"예방과 증진 차원에서 하고 있는 게 가장 크고, 그리고 이제 만성적으로는 저희가 00병원이 저희 이제 위탁 기관이어서 병원에 있는 자원 부분을 저희가 되게 잘 활용해요. 그래서 00병원에서 그 IMR이라는 회복자 질병관리 프로그램을 위 센터에서 한 것을 우리 실정에 맞게끔 재개발한 걸 지역에 보급 사업을 저희가 직접적으로 신생센터를 중심으로 해서가서 프로그램을 내주는 진행을 하고 있습니다."(광역 정신건강복지센터 실무자)

또한 기초 정신건강복지센터가 없는 지역이나 직영으로 운영되는 기초 정신건강복지센터가 많은 지방의 광역 정신건강복지센터는 기초 정신건강복지센터 실무자들과 정기적으로 만나 역량 강화를 위한 세미나나 워크숍 등을 하는 경우가 많았다. 광역 정신건강복지센터에서 지역사회 내 정신보건사업 운영에 관련된 자문을 기초 정신건강복지센터에 하고, 기초 단위에서 대응하기 어려운 복잡한 욕구를 가진 중증정신질환자 등의 사례에 대한 슈퍼비전을 주고 있다고 밝혔다.

"기초센터도 사실은 어디 다른 데 다녀서 들어 보시면은 인력 예상 문제 이런 얘기 되게 많이 들으시잖아요. 그러다 보니까, 그러니까 그쪽에서 활용할 수 있는 뭔가를 만들어서 공통적으로 이렇게 해주는 것들이 저희 사업에서는 좀 중요한 부분들을 차지했던 것 같아요. 지역의 특성상."(광역 정신건강복지센터 실무자)

"그래서 어찌 보면 가장 저희가 잘 되고 있는 것 중에 하나가 매월 그 팀장들, 그니깐 담당자들 워크숍을 진행을 하고요. 그리고 센터 실무자들 워크숍을 매월 진행을 해요. 그래서 이때 이제 보셨을 때 실제 지역 현장에서의 정신보건사업과 관련된 자문을 주고 이제 거기에 맞는 사례 슈퍼비전 드리고, 그리고 이제 필요한 교육 부분들을 이제 진행을 계속하죠."(광역 정신건강복지센터 실무자)

한 광역 정신건강복지센터 실무자들은 광역의 역할이 지역에 따라 달리 나타날 수밖에 없다는 사실을 언급하며, 최근 직영형으로 전환되고 있는 지방 다수의 기초 정신건강복지센터의 경우 정신과 전문의가 자문의로 참여하게 되는데, 이들은 주로 문제 사례 중심으로 사례에 대해 자문

을 해주는 정도로 참여한다고 언급했다. 따라서 해당 지역 내 중증정신질환자 사례관리에 대한 슈퍼비전을 제공하는 데 한계가 있어 광역 정신건강복지센터에서 사례 회의를 정기적으로 시행하고 있다고 언급했다.

"직영은 센터장님이 보건소장님이니까, 센터장님한테 슈퍼비전 받거나 그럴 수는 없고, 그래서 이제 자문의 선생님들하고 함께하는 부분이 있는데 저희 자체가 자문의가 있다 하더라도, 경기나 서울 이쪽에 자문의하고는 굉장히 많이 달라요. 그래서 어찌 보면 이제 프라블럼 케이스 중심으로 해서 문제 있는 케이스들을 코멘트해 주시는 정도고, 이제 급할 때는 이제 현장에 모시고 가서 이런 상황, 거의 그런 상황이죠."(광역 정신건강복지센터 실무자)

다. 정신건강복지센터와 정신재활시설 간 연계 경험

정신건강복지센터와 정신재활시설 연계와 관련하여 실무자들은 자신의 지역 내 연계를 할 수 있는 정신재활시설이 없다는 점을 가장 먼저 언급하였다. 한 정신재활시설 실무자는 중증정신질환자 규모에 비해 현재의 정신재활시설의 수가 턱없이 부족한 상황을 언급하였다. 대다수의 정신건강증진체계 내 실무자들은 연계를 하고 싶어도 할 수 있는 정신재활시설이 없다는 점을 언급하며, 정신재활시설 확충의 필요성을 강조하였다.

"중증정신질환을 몇 퍼센트로 볼 것인지에 따라 틀리긴 한데, 1%로 보게 되면 50만 명일 거고, 3~4%로 보면 20만 명 정도 될 텐데. 사회복귀시설 전체 7000명밖에 안 되죠. 그렇기 때문에 1%로 계산하면 1.4%, 장애인 등록한 10만 명으로 계산하면 7%도 안 되는 정원을 가지고 있는데."(정신재활시설 실무자)

"지역사회에 인프라가 너무 없다 보니 정신장애인들이 직업재활할 만한 곳이 없는 거예요". (광역 정신건강복지센터 실무자)
"저희가 있으려면 사회복귀 이용 시설이 있어야 되죠. 그것은 아직 없어요. … 이것은 너무 작아요. 4인 시설이고, 저희 지역도 5인 시설이다 보니 수요가 너무 많고 부족해요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

2. 정신건강증진체계 간 연계 저해 요인에 대한 인식

정신건강증진 체계 간 연계가 잘 이루어지고 있는지를 정신건강증진 체계 내 실무자에게 물어본 결과 실무자들은 연계 필요성에 대한 인식 부족, 인프라 부족, 지역사회 정신건강증진체계 간 역할의 모호성, 정신건강증진체계 내 리더십의 부족 등을 이유로 들면서 연계가 제대로 되고 있지 않다고 언급하였다.

가. 연계 필요성에 대한 인식 부족

정신건강증진체계 내 실무자들이 생각하는 연계 저해 요인으로 체계 내 실무자들이 연계 필요성에 대한 인식이 부족하다는 점을 언급했다. 특히 의료기관 내 의료진의 지역사회 자원 연계 필요성에 대한 인식이 부족하다고 정신건강증진체계 내 실무자들은 지적한다. 실제로 인터뷰를 통해 만나 본 정신의료기관 내 의료진들은 지역사회 자원 연계 필요성을 그렇게 높게 보고 있지 않았다. 이는 중증정신질환자의 잦은 입·퇴원을 지켜봐 왔기 때문이며, 퇴원 통지서에 동의를 하지 않는 당사자와 보호자들을 의료진들이 다수 경험했기 때문으로 보인다.

"퇴원 이후에 집에 갔다가 한 달 이내에 오시는 분들이 지금 만성 환자분 같은 경우에는 한 달 이내에 오시는 분들이 대부분이신 것 같아요."(정신의료기관 실무자)

특히 현재 정신의료기관 내 입원해 있는 중증정신질환자들은 대다수가 만성 환자로 지역사회에서 생활하는 데 필요한 기본적인 일상생활 훈련 역시 되어 있지 않은 경우도 많아 실제 지역사회에 나갔을 때 오히려 생활을 꾸려야 하는 것에 대한 거부감을 표출하는 경우도 다수 보았다고 했다.

"병동 안에서는 환자가 편안하다. 본인이 해야 하는 일이 지역사회에 나왔을 때보다 적다. 지역사회로 나오면 생활을 꾸려야 하고 이때 훈련이 많이 필요하다 보니 환자분들이 거부감이 많았다."(정신의료기관 실무자)

또한 앞서 이용자 경험에서 드러나듯이 늦게 의료기관으로 진입하다 보니 직업훈련이나 직업재활 훈련 프로그램을 실시하더라도 실제 지역사회에 나가서 혼자 독립적으로 거주하고 직업훈련 프로그램 등을 통해 취업을 하기 어려운 고령의 환자가 많다고 의료기관 실무자들은 언급했다.

"만성 병원이어서 그런 것도 하나의 원인일 수 있을 것 같아요. 너무 여기에... (오랫동안) 여기를 집처럼 여기시는 분들이 되게 많거든요."(정신의료기관 실무자)

그리고 의료기관 실무자들은 의사에 따라 지역사회 자원 연계 활동 여부와 수준이 달라진다고 언급한다. 의사가 지역사회 자원 연계 필요성을 높이 인식하면 퇴원 시 특정 기관이나 시설을 소개하거나, 그렇지 않더라도 지역사회에 나가면 어떠한 자원을 이용할 수 있다고 알려 준다고 실무자들은 언급했다.

"지역사회 복귀율을 높이고 회전문을 낮추기 위해서 환자와 가족이 지역사회에 대한 자원을 명확히 알게 해야 해요. 연계하는 것이 가족에게 편리해야 해요." (정신의료기관 실무자)

반면 그렇지 않은 의사는 지역사회 자원에 대한 정보를 전혀 제공하고 있지 않다고 한다. 일부 정신건강증진체계 내 실무자는 의료기관 실무자들의 연계 필요성에 대한 인식 부족이 정신의료기관 내 퇴원 계획 수립 부족과도 연관이 있다고 언급한다.

"조금 조심스럽기는 한데, 병원 원장님들도 다 마인드가 다르고 마인드가 열려 있으신 분들은 대상자 재활을 먼저 생각하시는 분들도 있지만, 병원 이익을 생각하시는 분들도 있고."(기초 정신건강복지센터 실무자)

그리고 의료기관 실무자들은 지역사회 자원 연계를 위한 자원정보를 취합하고, 실제로 연계하기 위한 활동을 하는 인력이 현재 부족하다고 언급하였다. 현재 일부 정신의료기관 내 지역사회 자원 정보를 취합하는 역할을 하는 팀이 있기는 하나 지역마다, 의료기관마다 편차가 크게 나타났다.

의료기관 실무자들의 인식 부족과 관련하여 한 실무자는 퇴원 통지서가 작성되는 절차와 구조가 의료기관마다 다르다는 점을 언급하면서, 지역사회 내 자원에 대한 구체적인 정보가 제한적인 의료기관 실무자들이 작성하는 퇴원 통지서가 형식적인 절차로 기능할 뿐 실질적 연계로 이어지는 것은 제한적이라고 했다. 또한 일부 의료기관에서는 퇴원 통지서를 발행해야 한다는 사실을 모르고 있는 경우도 경험했다고 밝히기도 했다.

" 퇴원 통지를 목적으로 해야 하는 절차가 있지만, 이 절차 자체가 각 병원마다 구조가 너무 달라요. 예를 들어 업무과에서 쓰는 병원이 있고, 어떤 병원은 레지던트 선생님이 써서 '제안'하는 경우도 있고 , 각 병동에서 하시기도 하고, 이게 쓰는 부서가 다 다르다 보니 법적으로 형식/절차가 마련되어 있지만 구체적으로 정보를 알고 있는 사람이 잘 안내를 해줘야 정보를 받고 연계까지 이어질 수 있는데, 형식적으로 묻고 답하다 보니까 지역사회 정보에 대해서는 사사과나 간호사 선생님들이 더 많이 알고 있을 것 같지만... 민원 파트에서 담당하는 게 아니에요. 형식적인 절차인 거지 실제적으로 연계는 안 된다는 말이 많았어요."(정신의료기관 실무자)
"몇 번 지역에서 문제가 재발하면 전화를 해요. 그것을 모르고 있는 거예요. 퇴원 통지서를 발행해야 된다는 것을 모르고 있어요. ...(중략)... 퇴원하는 사람이 지역이 어디건 상관없이 발행해야 된다는 것을 알려 달라고 말을 했는데."(기초정신건강복지센터 실무자)

또한 의료기관 실무자들은 의료기관의 지역사회 정신건강서비스 제공 자원으로의 연계가 평가지표가 아니라는 언급하면서, 평가에 포함되지 않으니 영향을 주지도 않고, 결과적으로 지역사회 정신건강서비스 제공 자원으로의 연계에 적극적으로 나서지 않는다고 언급하기도 했다.

"연계가 의료급여 적정성 평가에 안에 항목으로 들어가 있기는 하지만 평가지표는 아니에요. 평가에 영향을 준다면 많이 하겠지만. 영향을 주지도 않고 평가도 안 잡히니까 그냥 중단되는 듯해요."(정신의료기관 실무자).

나. 인프라 부족

본 연구에서 만난 대다수의 정신건강증진체계 실무자들은 고질적인 정신건강증진체계 인프라 부족 문제를 언급했다. 인프라는 시설, 인력, 예산 부족 문제와 더불어 인력의 역량에 대한 문제로 크게 구분할 수 있었다.

1) 시설 부족

정신건강증진체계 실무자들과의 인터뷰 결과 시설 부족 문제는 크게 정신건강복지센터 설치, 정신재활시설 확충, 주거시설 마련으로 구분할 수 있었다. 우선 정신건강복지센터 설치와 관련하여 실무자들은 정신건강복지센터가 여전히 설치되어 있지 않은 시군구가 존재한다고 언급하며, 이들 지역에 우선적으로 정신건강복지센터가 설치되어야 한다고 강조한다. 정신건강복지센터 예산이 국비와 시군구 예산이 매칭되고 있기 때문에 한 시군구에 설치되어 있는 정신건강복지센터가 다른 시군구의 중증정신질환자를 대상으로 서비스를 제공하는 데 한계가 있다고 정신건강복지센터 실무자들은 언급했다.

"제가 말씀드리는 건 올해 이제 그 부분 더 추가, 법 개정돼가지고, 센터 인원 필요하니까 올해 안에 만이라도 이렇게 주겠다 해서 신청하라 해서 신청을 했고, 근데 거기에 국비 100%로 주는 거 아니잖아요. 매칭이잖아요."(광역 정신건강복지센터 실무자)

또한 시설 부족과 관련하여 정신재활시설은 유형을 막론하고 턱없이 부족하다는 점이 본 연구에서도 다시금 확인되었다. 최근 정신건강복지법 시행 이후 중증정신질환자가 의료기관에서 지역사회로 많이 복귀하고 있는 상황이지만 이들을 대상으로 주간보호 프로그램을 제공하거나 주거생활시설을 제공하는 정신재활시설은 매우 적다.

"정신질환이 있는 사람들이 최근 입원한 사람 동향을 보시게 되면은 50대 이상이 50프로 이상이에요. 전에는 3-40대였죠. 정신보건센터에 등록된 사람들은 30~40대 위주예요. 뭐냐면 나오는 사람들은 50대 이상이 훨씬 더 많이 나올 것인데, 이 말은 지역사회에서 이런 사람들에 대한 준비가 안 되어 있어요."(정신재활시설 실무자)

특히 앞서 정신재활시설이 서울과 경기 지역에 몰려 있고, 생활시설 위주로 설치 운영되고 있다 보니 중증정신질환자가 지역사회 내에서 이용할 수 있는 주간보호나 직업훈련 프로그램이 없다는 호소가 실무자 사이에서 빈번하게 나타났다.

"직업재활 프로그램을 하고 있는 곳은 거의 없죠."(광역 정신건강복지센터 실무자)

"아, 또 한숨부터 나오는데 사회복귀시설이 있어요. 근데 주로 90%가 주거 제공 시설이에요. 주간재활은 한 군데 있어요."(광역 정신건강복지센터 실무자)

"제일 좋은 것은 주간 이용시설, 주거시설이 같이 있어야 하는 게 답인 거 같아요. 그게 아니면 주간 이용시설이 생겨야 한다고 생각해요, 회원분들 나오는 형태가 굉장히 다양해요. 근데 저도 살면서 새로운 사람과 살면서 밥을 해 먹고 하는 게 굉장한 도전이거든요, 그러다보니 서울 <둥지모델> <체험> 등 다양한 주거 형태의 모델들

이 나오는 건 주거 공동생활 가정으로 들어가는 것이 쉽지 않은 거예요. 이게 우선이 아니라 지역으로 나와서 지역의 맛을 봐야 해요."(정신재활시설 실무자)

그리고 정신재활시설과 더불어 최근 주거시설 부족 문제가 부각되고 있다. 정신건강복지법 시행에 따른 의료기관 내의 중증정신질환자의 지역사회 복귀로 인한 주거 부족 문제도 있지만, 중증정신질환자의 고령화에 따른 주거 문제 역시 주요 논의 사항이다. 구체적으로 보면, 지역사회 내 의료기관에서 나오는 중증정신질환자들의 주거 문제에 대응할 만한 시설이 절대적으로 부족하다고 실무자들은 언급한다. 이로 인해 상당수의 중증정신질환자들이 정신요양시설로 많이 가고 있다고 한다.

"예를 들어서 정신장애인들이 갈 곳이 없어서 입소를 해야 하고, 퇴원하시는 분인데 퇴원 계획이 있지만 올 곳이 없어요. 입원시킬 때는 혼자 계셔서 병원에 갔는데 퇴원 후에는 어느 곳에 있을지 정해야 하잖아요. 그럴 때 있을 곳이 없다 보니 주거시설이나 정신요양시설을 저희가 알아보죠. 사례 지역별 담당자에게 연락해서 알아보고 모시고 가서 입소 상담도 하고 사례관리 일환으로 하죠."(기초 정신건강복지센터 실무자)

또한 그동안 정신건강증진사업이 20여 년의 역사를 가지고 있다 보니, 서비스를 제공받던 대상자들의 고령화를 현장에서 실감한다는 목소리도 상당했다. 지역사회 내의 정신건강복지센터 혹은 정신재활시설을 이용하면서 취업도 하고 독립적으로 생활하던 중증정신질환자가 나이가 들면서 보살펴 줄 가족들이 없어짐에 따라 다시 정신요양시설로 가는 경우가 빈번하게 발생한다고 한다.

"지금 20년이니깐 그때 들어온 중증질환자 같은 경우는 이미 고령화가 진행이 되고 있잖아요... 이제 재활시설이 의외로 주거시설이 많이 갈 것 같지만 안 되는 게 까다로워요. 시설 절차가 이런 것보다는 저는 ○○시에는 시립병원이 있어요. 시립 요양원... 그래서 거기 간호사들이 정신보건요원들이 있고, 그래서 그 사람들이 병원 데려

가고 왔다 갔다도 하지. 그래서 우리는 거기를 많이 이용을하죠. 근데 여기는 개인이 하고 시에서 인권비만 주는 건데 이용비를 받잖아요. 몇십만 원씩 받는데 문제는 여기는 들어갈 조건이 까다롭고 턴이 안 되고, 국립은 턴이 되잖아요. 1년에 한 번 그래서 이걸 쭉 기대를 하고 있고, 의외로 이걸 시가 하지 않으면 안 되는 거예요. 시립 요양원 같은 데가 없으면 안 되는 거예요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

이러한 시설부족 문제와 관련하여 최근 일부 정신의료기관에서는 의료기관 내 정신재활시설을 설치하여 운영하고 있는 곳들이 늘어나고 있기도 하다.

2) 인력 문제

정신건강증진체계 실무자들은 정신건강증진체계 간 연계를 저해하는 요인으로 인력 문제를 이야기한다. 인력 문제는 크게 인력 부족(인력 수의 절대적 부족과 정신건강전문요원 부족)과 인력 역량, 인력의 고용안정성 문제로 구분해서 살펴볼 수 있다.

① 인력 부족

인력 부족 문제와 관련하여 한 정신건강복지센터 실무자는 중증정신질환에 대한 사례관리가 개인의 욕구에 따라 다양한 사회적 자원을 연계하고 중증정신질환자의 삶의 질을 높이고자 하는 것인데, 현실을 보면 정신건강복지센터 실무자 1인당 관리하는 대상자가 적게는 60~80명에서 많게는 100명을 넘어서는 경우가 많다고 언급했다.

"정신질환 사례관리라는 것이 그분의 주 욕구에 맞춰서 다양한 사회적 자원들을 연계해서 삶의 질을 높이고자 하는 일련의 과정이라고 하는데 왜 이토록 복지관에서

한 명당 사례관리 비율이 20~40명인데 우리는 120~140명이어야만 하는가 하면..." (기초 정신건강복지센터 실무자)

우선 인력의 절대적 수와 관련하여 최근 정신건강복지법 시행 이후 지자체별로 추가 인력 고용을 위한 TO를 받고 현재 배정받은 인력들을 채용하고 있기 때문에 다소 해결될 수 있을 것이라는 실무자들의 기대를 엿볼 수 있었다.[56] 하지만 이들 인력이 중증정신질환자 사례관리를 위한 인력으로 배정된 것이 아니라 자율적으로 활용하게 되는 구조이며, 지역별로 배정받은 인력 TO가 다르기 때문에 일부 지역은 여전히 인력 부족 문제를 호소하고 있기도 했다.

"올해 법 개정 돼가지고, 센터 인원 필요하니까 올해 안에 만이라도 이렇게 주겠다 해서 신청하라 해서 신청을 했고."(광역 정신건강복지센터 실무자)

정신건강복지법 시행 이후 최근 정신건강복지센터 인력이 확충되고 있기는 하지만 정신건강전문요원은 여전히 부족하며 서울 경기를 벗어난 대다수의 지방에서는 전문요원 인력을 확보하는 데 어려움을 겪고 있다. 즉 인력 부족 문제를 전문인력 부족으로 해석해야 한다고 실무자들은 언급한다.

"이런 전문요원 선생들이 많이 계세요? 지역으로 갈수록 많이 없어서."(광역 정신건강복지센터 실무자)

"예를 들어 구조며 사실은 처우도 많이 달라요. ...(중략)... 너무 비교되죠. 그러다 보니까 전문요원의 자격을 갖추고 경력자들이 여기 올 리가 없죠."(광역 정신건강복지센터 실무자)

---

56) 실제로 본 연구가 진행되는 2017년 초중반까지 만난 실무자들은 센터 내 인력 부족 문제를 강하게 호소하였음. 하지만 연구가 진행되는 과정에서 지자체별 추가 인력 확보를 위한 TO 배정이 이루어졌고, 이에 따라 이 시기에 만난 정신건강복지센터 실무자들은 이에 대한 기대감을 표출하기도 하였음.

② 인력 역량 문제

정신건강증진체계 실무자들은 인력부족 문제와 더불어 인력 역량 문제를 언급한다. 선행연구에서 설명한 것처럼(김경희 등, 2015), 정신건강전문요원이 지역사회 정신건강복지센터나 정신재활시설에 있기 보다 주로 의료기관에서 근무를 하고 있다는 사실을 실무자들은 언급했다.

앞서 언급한 것처럼 대다수의 지방에서는 전문요원 인력을 확보하기 어려우며, 대다수의 지방에서는 일반 사회복지사와 평간호사가 중증정신질환자 질환 관리 및 사례관리를 하고 있다고 실무자들은 설명했다. 물론 일반 사회복지사와 평간호사 역시 센터 내 정신건강전문요원의 슈퍼비전을 받으며 성장할 수 있지만, 대다수의 지역은 슈퍼비전을 주어야 하는 지위에 있는 사람들 역시 정신건강 전문요원이 아닌 경우가 많다는 점을 실무자들은 지적한다.

"안타까운 게 좀 인재가 모이기가 어려워서 이게 악순환이죠. 뭐든지 한 번 구조가 이 모양이니까 전문요원을 찾아보기가 어려운 게 지방, 특히 이런 농어촌이죠. 그래 가지고 이제 다들 업무에 대해서 자신이 없어요. 그리고 이게 하는 게 맞는지 아닌지도 모르겠고요. 이걸 조언해 줄 사람도 없고, 위에는 다 공무원들이 있다 보니까 실무에 대한 가이드라인을 조언해 줄 수 있는 사람도 없고, 그러니까 밑에서 현장에서 이런 정신질환 모두 이런 문제가 발생하고 그러니까 그런 딜레마니까 구조적으로 어렵지만, 실제 업무를 수행하는 데에서도 부담감 때문에 그만두는 경우들이 많죠."
(광역 정신건강복지센터 실무자)

특히 직영형으로 운영되는 정신건강복지센터들은 보건소 내 정규 보건직인 순환 보직의 인력들이 팀장의 지위에 있어 팀원들에게 중증정신질환자 사례관리에 대한 슈퍼비전을 주기에 역량이 제한적이라고 언급한다. 이와 관련하여 앞서 살펴본 것처럼 일부 광역 정신건강복지센터에서

는 기초 정신건강복지센터 실무자들을 대상으로 정기적으로 슈퍼비전을 겸한 회의를 하고 있기도 했다.

③ 고용 안정성 및 미래에 대한 비전 부족

정신건강증진센터 실무자들은 고용 안정성이 낮다고 호소하며, 미래에 대한 비전도 찾기 어렵다고 호소한다. 고용 안정성과 관련하여 위탁으로 운영되는 정신건강복지센터는 위탁 주체가 바뀌게 되었을 때의 상황에 대한 우려를 표하였으며, 직영으로 운영되는 정신건강복지센터는 보건정규직이 아니어서 오히려 1~2년 단위로 계약을 해야 하는 문제를 호소하기도 했다.

"다른 보건소 직원들이랑 비교해요. 보건소 보건 정규직이 아니잖아요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

실제로 본 연구진이 질적 면담을 하기 위해 방문한 지역 중 일부 지역은 장기간 정신건강복지센터에서 일한 실무자를 찾기 어려웠다. 그리고 이후에 살펴보겠지만 예산과 연동되어 인건비 상승에 따른 전문성을 쌓아 온 실무자들이 지역사회 실천 현장을 벗어나는 경우도 비일비재하게 발생하고 있었다. 또한 비상근 센터장 구조와 관련하여 장기간 지역사회에서 근무하더라도 승진 등 미래에 대한 비전이 부족하다는 점 역시 언급되었다.

"저희 같은 경우는 이제 그 오늘 봤는데, 센터의 기초센터의 경험자가 한 명도 없어요. 그리고 정신보건 전문요원 딱 한 명 있어요. 근데 그분은 광역 사업에 대한 경험이 있으시더라구요."(광역 정신건강복지센터 실무자)

"우리는 승진할 데도 더 없어 우리 직원들은 뭐 할 일도 없어, 진짜 팀장 돼야지, 팀장 나가야지, 못하면 내려가지만 그렇게 못하고, 좀 다 악착같이 애쓰지 않아요. 그러면 직원들한테 기회가 없잖아요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

"전문가가 전문가로서 키워지고 일할 수 있는, 이게 저는 정말 중요한 거 같아요. 그래서 예전에 비해서 이제 이런 것들은 안 된다 보고, 그 외에는 다른 여건들이 다 차고 올라오니까 센터에 근무하는 것 자체가 참 힘들다, 자부심을 느끼고 그것만 가지고 하기 에는 좀... 그래도 점점 나아져 가겠지라고..."(광역 정신건강복지센터 실무자)

3) 예산 부족

시설과 인력 문제와 더불어 인프라와 관련하여 많이 논의되는 것이 바로 예산 문제이다. 실무자들은 정신건강증진사업이 국민건강증진기금사업으로 운영되는 사업이다 보니 사업이 표준화되어 있지 않고 때에 따라 사업들이 추가, 확장되는 구조라고 언급하였다. 또한 정신건강복지법 이후 지역사회로 복귀하게 되는 중증정신질환자 수가 증가하고 있는 추세에서 이들을 대상으로 한 주간재활, 직업재활훈련, 주거 등을 제공하는 정신재활시설 확충 필요성이 상당히 활발하게 논의되고 있다는 점을 실무자들은 언급했다. 하지만 실무자들은 현재 정신재활시설 설치 및 운영을 하는 데 시군구 예산의 매칭 비율이 높아 시군구 차원에서는 이를 꺼려하는 분위기이므로 정신재활시설 확충을 위해서는 중앙으로 사업을 환원하는 것이 필요하다는 주장을 하기도 했다[57].

"복지부에서 최소한 보장을 하는, 이 사람에 대해서 생활을 24시간 보장하는 보장시설은 최소한 중앙으로 가야 한다. 그렇지 않으면 절대 사회복귀시설 생기지 않을 것이고, 이런 것은 국가에서 만들지 않으면 힘들다."(정신재활시설 실무자)

57) 2005년도까지는 지방비와 매칭이었으나(운영비의 70%를 중앙에서, 30%는 지방에서, 서울의 경우 5:5). 2005년 지방 이양하면서 자치단체로 사업이 내려갔음. 현재 정신재활시설에 대한 예산 지원은 자치단체별로 다름.

마지막으로 실무자들은 인구수와 같은 지역적 특성, 지역별 인프라 분포 차이, 중증정신질환자 규모 등에 대한 고려 없는 현재의 일률적인 예산배분 구조를 비판하였다. 실무자들은 현재의 예산배분 구조가 지속되면 중증정신질환자에 대한 서비스를 효과적, 효율적으로 운영하기 어렵다고 지적한다.

"센터에 많아야 5명 인원으로 사업을 진행하고 있는데, 수도권과 저희 기초센터의 인원은 다르다. 수도권은 많은 경우 15~20명도 있지만 저희는 가장 많은 곳이 6명이다. 거의 4~5명으로 기준으로 업무를 하는데, 예산은 똑같이 나오고 인원도 그 인원 내에서 똑같이 사업 지침에 맞춰서 할 것들, 실적 테이블에 넣어야 할 것들을 그냥 해야 하는 상황이 되니까, 사실은 그거 하기에도 벅차하는 입장이기 때문에 ...(중략)... 그런데 60만 OO에 있는 거기도 인원과 예산이 동일하고, 3명이 있는 곳에도 예산과 인원이 동일하고, 저희는 그건 아니라고 생각하거든요. 기본적인 예산과 인력은 있되 그렇게 더 인구가 많은 곳에서 지원이 더 많이 해줘야 한다고 생각해요." (광역 정신건강복지센터 실무자)

4) 집중사례관리를 위한 역량 부족

앞서 언급한 정신건강증진체계의 고질적인 인프라 부족 문제는 최근 정신건강복지법 시행 이후 지역사회로 돌아오는 중증정신질환자에 대한 집중사례관리 역량 부족과도 맞물린다. 한 의료기관의 실무자는 중증정신질환자의 퇴원 직후 집중사례관리의 중요성을 언급하기도 했다. 중증정신질환자가 의료기관에서 퇴원할 때 동의하는 경우에 한해 퇴원 통지서가 보건소로 전송되는데, 이에 대해 동의하는 중증정신질환자의 비율이 낮고, 동의를 했다고 해도 실제 등록 회원으로 이어지는 경우가 적다고 실무자들은 언급한다.

"실제로 퇴원 통보와 관련해서 병원에서 나오시는 분들이 퇴원 통보에 개인정보 동의를 하시는 비율이 14%밖에 안되시는데, 14%가 지자체에서 저희도 받았지만 상반

기 47건을 받았어요. 47건 중 과거에 퇴원한 후 3개월 내에 등록하는 환자수가 인센티브로 들어가 있었기 때문에, 퇴원통지서를 받았을 때 이분들을 등록으로 유입시키는 것은 10%도 안 돼요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

의료기관 실무자는 중증정신질환자의 퇴원 후 약물복용 관리, 일상생활 지원 훈련 등 집중사례관리가 필요한데, 현재 이를 할 수 있는 인프라가 부족하고, 기존 인프라의 역량이 부족하다고 지적한다.

"약물 처리 등으로 호전이 되면 사회 적응이 되는데 관리가 잘 안 돼서 중증으로 넘어가는 얼리사이코시스/와일드 디프레션으로 가는 경우도 있어요. 저희가 심리치료를 의뢰가 되잖아요. 그런데 우리나라는 인식도 없었고, 초기 단계이고 인력도 부족해요."(정신의료기관 실무자)

다. 지역사회 정신건강증진체계 간 역할의 모호성

정신건강증진체계 실무자들은 정신건강증진체계 간 역할이 모호하다고 한다. 그로 인해 정신건강증진체계 간 연계가 저해되고 오히려 서로가 경쟁 구도로 변하고 있다고 지적한다. 특히 최근 정신건강복지법 시행 이후, 법에서 제안하는 다양한 정신건강증진 사업들은 정신건강복지센터가 모두 다 해야 하는 것인지, 일부만 해도 되는 것인지, 즉 어떤 것을 해야 하는지 모르겠다고 호소하는 실무자가 상당수였다.

또한 정신건강종합대책에 명시된 것처럼 낮병원이 늘어나고 있는 추세에서 중증정신질환자 대상 주간보호 프로그램을 제공하는 시설이 낮병원, 정신건강복지센터, 정신재활시설로 시설 간 기능 중복이 발생하고 있다. 혹자는 이와 관련하여 서비스 중복으로 바라보고, 그로 인해 시설 확충 필요성에 의문을 가지기도 하지만, 현재 관련 자원이 없는 상황에서 이 같은 구조는 피할 수 없는 현실이기도 하다고 실무자들은 언급한다.

"정말 그 존재 이후 본질적인 것에 충실하는 게 맞다고 그렇게 생각을, 센터 고유한 거 하고, 병원도 치료에 전념하고, 장애인복지관이던 사회복귀시설이던 본연의 업무에... 그래서 이 체계 안에서 잘 협력하는 게 났지, 병원에서 치료 재활 다 한다고 그러고, 센터에서 뭐 지역사회 연계 재활 프로그램 다 한다 이거는 뭐 중복이기도 하고, 제대로 하기 어려운 상황인 것 같아요."(광역 정신건강복지센터 실무자)

그리고 일부 지역의 정신의료기관에서 정신의료기관 내에 주간재활 프로그램, 주거시설 등을 설치하여 운영하는 것과 관련하여 상반된 시각을 보이기도 하였다. 일부 실무자들은 특히 정신보건 관련 인프라가 많은 지역, 의료기관 내 이러한 시설들을 설치 운영하는 것에 대해 부정적인 입장을 보였다.

"지금 재활에 역행하고 있어요. ...(중략)... 집에 계시는 분들은 퇴원을 시키면 지역으로 내보내야 되는데, 그쪽으로 아니고."(정신재활시설 실무자)

하지만 정신보건 관련 인프라가 거의 없는 지역들은 지역 내 의료기관과 정신건강복지센터밖에 없기 때문이 의료기관 내에 이러한 시설들을 설치 운영하는 것에 대해 오히려 긍정적인 입장을 보이기도 하였다. 또한 연령에 따라 의료기관 내에서 이러한 시설을 운영하는 게 좋을 수도 있다고 언급하기도 했다.

"만약에 컨디션 안 좋고 병원에서 왔다 갔다 서비스를 제공하셔야 되는 분들이면 원내에 있는 주거시설에 가시면 훨씬 더 서비스 질이 높아질 거구요. 그렇지 않고 젊은 분들 같은 경우에 한 30대에서 50대 초반까지는 지역사회 내에서 가서 더불어 사시는 게 훨씬 더 건강하죠."(정신의료기관 실무자)

또한 일부 실무자들은 정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할이 모호하다고 지적하면서 정신건강복지센터와 정신재활시설의 역할 구분이

명료해져야 한다고 언급한다. 앞서 중증정신질환자 당사자와 보호자의 정신건강증진체계 이용 경험에서 드러나는 것처럼 중증정신질환자는 정신건강복지센터와 정신재활시설을 시퀀스로 이어서 이용하는 것이 아니다. 오히려 중증정신질환자 당사자는 집에서 가까운 곳에, 의사가 소개한 곳에, 자기가 마음에 들어 하는 곳이 정신건강복지센터이든, 정신재활시설이든 상관없이 서비스를 이용하고 있다. 이 같은 상황에 대해 한 정신재활시설 실무자는 정신재활시설에서도 실질적으로는 중증정신질환자 대상 사례관리를 하고 있다고 언급한다.

질적 면담에서 만난 다수의 정신건강복지센터 역시 정신건강복지센터의 영역 중 주간보호, 직업훈련 및 취업지원 프로그램 기능을 정신재활시설로 넘겼으면 한다는 의견을 제기하였다.

"저는 그러면 주거가 힘들다면 사회복귀시설 이용시설이 있으면 우리 센터에서는 하고 거기는 직업 재활, 자활로 하고 양분돼서 하면 참 좋겠다는 생각이 들었어요." (기초 정신건강복지센터 실무자)

일부 센터 실무자는 중증정신질환자 대상 집중사례관리를 센터의 주된 영역으로 하는 것을 지지하기도 했다.

(사례관리에) 집중해야 되는 거예요. 우린 그걸 해야 되는 거지 솔직히 여기(정신건강복지센터)가 그걸 하는 거예요.(기초 정신건강복지센터 실무자)

다만 일부 정신건강증진체계 실무자들은 중증정신질환자가 가지는 특유의 '낯가리기' 특성 때문에 한 사례를 집중사례관리할 때는 정신건강복지센터가 하고, 어느 정도 안정이 되었다 싶을 때 정신재활시설로 넘기는 것은 현실 가능성이 없다고 언급하기도 했다. 이들은 중증정신질환자에 대한 사례관리의 주축을 정신건강복지센터로 하면서 일반사례관리를 하

되 중증정신질환자가 주간재활이나 직업훈련 프로그램 이용을 원하는 경우 정신재활시설로 연계하여 서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이 필요하다고 말했다.

"여기 재활시설하고 우리하고 협약을 해요. 그래서 우리의 방향을 말을할 거예요. 그래서 우리는 지금 시설들이 다 각각이 많이 있지만 우리가 집중으로 해야 될 것,재활이 집중 그러니까 재활시설 있잖아요. 이용시설이 집중으로 해야 될 것, 주거시설이 집중해야 될 것, 중독이 집중해야 될 것 모든 거를 다하기는 어렵다는 거예요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

라. 지역사회 내 정신건강증진체계의 리더십 부족

정신건강증진체계 실무자들은 리더십 부족 문제 역시 연계를 저해하는 요소라고 언급했다. 특히 정신건강복지센터 실무자에게서 리더십 문제에 대한 언급이 많이 나타났는데, 정신건강복지센터는 위탁이든 직영으로 운영되는 센터든 상관없이 보건소장의 리더십에 의지하는 구조라고 실무자들은 말했다. 이들은 정신건강증진서비스에 대한 인식, 정신건강복지센터의 역할 등에 대한 보건소장 및 보건소 내 담당자의 인식이 부족하다고 언급한다. 일부 정신건강복지센터 실무자는 지역사회 내 복지자원들과는 연계가 활발하게 이루어지는데 오히려 보건소와 소통이 잘 안 된다고 호소한다.

"리더들이 그렇게 하면 밑의 팀장, 부장, 팀원은 굉장히 혼란스러워하세요. 그곳은 3대 기능으로 복지관을 움직이는데, 3대 기능에서 우리가 정신보건은 누가하느냐. 그래서 한마디로 상담센터와 같은 별도 부서를 이야기하시더라고요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

또한 실무자들은 비상근 센터장 문제를 제기하였다. 위탁으로 운영되

는 정신건강복지센터의 센터장은 비상근으로 주1~2회 정도 센터에서 근무하고 있다. 실무자들은 비상근 센터장이라는 구조가 지역사회 내 네트워크에 참여할 때 정신건강복지센터의 위상을 미비하게 만드는 요인이라고 언급한다. 이에 대응하기 위해 일부 정신건강복지센터는 상근 부센터장을 두어 지역사회 내 활동에 참여하고 있기도 하지만 다수의 센터는 상임팀장이 슈퍼비전을 주거나 지역사회 내 활동에 참여하고 있는 것이 현실이다.

"센터장님이 비상근 일을 하면서 외부 활동들이 너무나 제한적이다 보니까, 지금까지 이끌어 오는 것에 대한 책임을 묻는 것이 아닌가라는 시각을 느껴요. 리더가 비상근이면서 지역사회에 영향력이 있는가 할 때, 대부분 반나절만 있다 가시잖아요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

3. 정신건강증진체계 간 연계 강화를 위한 제안

앞서 실무자들이 인식하는 정신건강증진체계 저해 요인으로 연계 필요성에 대한 인식 부족, 연계를 위한 인프라의 취약성, 지역사회 정신건강증진체계 간 역할의 모호성, 그리고 지역사회 내 정신건강증진체계의 리더십 부족이 드러났다.

그럼 과연 정신건강증진체계 내 실무자들은 체계 간 연계 강화를 위해 필요한 것들이 무엇이라고 생각하고 있을까? 실무자들은 시설, 인력, 예산 차원에서의 정신건강증진체계 인프라 확충을 최우선으로 꼽았다. 우선 시설과 관련하여, 정신건강복지센터 예산이 시군구 예산 매칭으로 이루어지고 있는 상황에서 한 정신건강복지센터가 타 지자체에 센터가 없다고 해서 그 지역의 중증정신질환자 대상 서비스를 제공하기는 매우 어렵다. 따라서 정신건강복지센터 실무자들은 정신건강복지센터가 없는 지

역에 우선적으로 정신건강복지센터가 설치되어야 한다고 강조한다.

또한 시설 부족 문제와 관련하여 가장 많이 언급되는 것이 바로 정신재활시설 설치 확대였다. 실무자들은 정신재활시설이 서울과 경기 수도권 지역에만 밀집되어 있고, 특정 유형의 정신재활시설로 편중되어 있다고 지적하면서, 정신건강복지법이 강조하는 중증정신질환자의 회복 및 사회복귀를 위해서는 정신재활시설 설치가 필수적이라고 강조한다.

"지역에 사회복귀시설이 거의 없으니까 OO을 빼놓고는 거의 없거든요. 그러니까 어쩔 수 없이 집에 가거나, 그런데 집에서도 농촌 지역에서는 감당하기 어려우신 분들이 좀 많거든요. 그래서 다시 재입원하는 경우도..."(광역 정신건강복지센터 실무자)

그리고 실무자들은 시설과 관련하여 중증정신질환자가 지역사회에서 안정적으로 거주할 수 있도록 하는 주거시설 확충이 필요하다고 강조한다.

"이분들이 병원이 아니라 정말 지금 얘기한 것처럼 요양시설이 됐든 주거시설이 됐든 안정적으로 거주를 하든지 아니면 재활을 하든지 이렇게 해서 지역사회를 내보낼 때는 병원에서도 좀 안심하고 이분들이 갈 수 있는 곳이 있으면 좋겠다라는 생각인 거죠. 저희 생각은"(정신의료기관 실무자)

둘째, 실무자들은 인력 문제와 관련하여 인력 확충, 인력 역량 강화를 위한 지원이 필요하다고 호소한다. 실무자들은 전문요원 양성이 필요하다고 강조하며, 이미 현장에서 중증정신질환자 대상 사례관리를 하고 있는 일반 사회복지 전공자나 간호사들이 정신보건 전문요원 수련 과정을 이수할 수 있도록 하는 방법에 대해 고민이 필요하다고 강조한다.

"1차적으로는 그렇죠. 센터에서 일을할 수 있는 자체 인력에 대한 준비가 되어야 되는 게 우선적이고, 이게 되려고 한다면, 사실은 센터가 속해 있는 조직에서의 자리가 만들어져야 될 부분이 있을 거 같고, 사람 사는 데 모든 게 다 자원이지 않겠어요?" (광역 정신건강복지센터 실무자)

또한 지역의 기초정신건강복지센터, 특히 보건소 직영으로 운영되고 있는 정신건강복지센터의 경우 정신건강 전문요원이 슈퍼비전을 줄 수 있는 지위에 배치되어야 한다고 실무자들은 강조한다. 정신건강 전문요원 확보와 관련하여 일부 실무자는 전문요원에 대한 처우가 개선되어야 전문요원이 의료기관으로 가지 않고 지역사회에서 활동할 수 있지 않겠냐고 언급하기도 했다.

"그 이후부터는 모든 동들이 거의 센터를 빼면 진행이 안 되는 상황이거든요. 그런데 열악한 근무환경이에요. 솔직히 따지고 보면 우리도 더 열악해요. 페이나 그런 것을 보면 그런데, 그럼에도 불구하고 너무 많은 인원을 감당을하려다 보니까 2년도 안 되어 그쪽이 매년 바뀌어요. 두 사람 외에는 없어요.(광역 정신건강복지센터 실무자)

그리고 의료기관의 경우 국립정신건강센터와 같이 의료기관을 중심으로 중증정신질환자가 퇴원 이후 이용할 수 있는 지역사회 프로그램으로의 연계를 위해서는 의료기관 내 이를 담당하는 추가 인력이 필요하다는 주장이 의료기관 실무자들에게서 나타났다.

셋째, 실무자들은 결국 앞에서 강조한 시설과 인력 문제를 해결하기 위해서는 예산이 확대되어야 한다고 공통적으로 언급하였다. 인구수와 같은 지역적 특성, 지역별 인프라 분포 차이, 중증정신질환자 규모 등에 대한 고려 없이 현재의 일률적인 예산배분 구조로는 중증정신질환자에 대한 서비스를 효과적, 효율적으로 운영하기 어렵다고 지적한다.

"실현은 체계가 만들어지고 예산과 인프라가 있어야 하는데 지금은 센터의 리더들과 훈련된 선생님들의 인식으로 계속 운영 중인 경험들이거든요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

또한 현재 정신재활시설 설치 및 운영 예산이 중앙으로 환원되어야 한다고 주장하는 실무자들도 상당했다. 중증정신질환자 대상 주거 및 사회

복귀 프로그램을 제공하는 정신재활시설 확충을 시군구의 책임으로 남겨두기보다 중증정신질환자의 탈원화, 회복, 사회복귀를 강조하는 최근의 추세에서 중앙의 책임성을 보여야 한다는 주장이 제기되었다.

넷째, 실무자들은 정신건강복지법에서 강조하는 연계에 기반한 전달체계를 구축하기 위해서는 정신건강증진체계 내 주체들이 어떠한 역할을 해야 하는지에 대한 구체적인 제안이 있어야 한다고 강조한다. 일부 실무자는 법상에서 구체적으로 명시해야 한다고 주장하는 반면, 일부 실무자는 제도상에서 구체적으로 역할을 설정해 버리는 것이 오히려 기존에 지자체별로 구성해 온 관계를 해칠 수도 있다고 지적했다.

"어떤 센터는 '이런 역할만 하면 안 돼?'라고 생각할 수 있을 것 같아요. 일이 안 많으면 기능만 하면 되는데, 이렇게 해서 이게 지역사회에 정착할 수 있겠는가에 대한 측면에 있어서는 결국 지역에 정신건강 현안을 다루는 콘텐츠는 갖고 있어야 된다는 생각이 들어요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

다섯째, 역할과 관련하여 정신건강복지법과 종합대책에서 제시하는 정신의료기관-정신건강복지센터-정신재활시설로 이어지는 시퀀스에 대한 논의가 인터뷰에서 이루어졌다. 이에 대해 정신건강증진체계 실무자들은 다양한 의견을 제기하였다. 우선 일부 실무자들은 제도에서 그리는 시퀀스를 유지하는 것이 필요하다고 언급했다. 그에 따라 퇴원 이후 집중사례관리를 정신건강복지센터에서 수행하고, 일정 기간 이후 일반사례관리로 넘어가야 된다고 생각되는 사례에 대해서는 지역 내 정신재활시설에서 사례관리와 더불어 주간재활, 직업훈련 프로그램들을 진행하는 방안을 제시하기도 했다. 물론 이 시퀀스를 유지하기 위해서는 앞서 언급한 것처럼 인프라가 충분히 확보되어야 한다고 실무자들은 다시금 강조했다.

"이런 식으로 발굴을 하고 찾아냈는데 직접 서비스를 줄 수 있는 지역사회 인프라가

너무 없는 것이 아니냐 하면 좋죠. 그런데 정신건강센터가 문제다 하면 그것이 일 년 동안 화제가 돼요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

"의료기관에서 연계하는 데 있어서 중간 고리가 사사과에서 센터까지 연계되는데 퇴원하시고 바로 가는 게 아니에요. 접촉하는 텀이 3일에서 1주일 걸리는데 이 텀을 못 기다리는 게 문제예요. 이 텀을 줄이기 위해 half way house가 필요한 것 같기도 해요." (정신의료기관 실무자).

그리고 일부 실무자는 해외에서도 중증정신질환자의 욕구에 따라 다양한 서비스를 맞춤형으로 제공하고 있으므로, 현재 병렬적으로 이용되는 구조를 그대로 두고중증정신질환자 당사자와 보호자의 욕구에 따라 서비스를 이용할 수 있도록 하자는 의견도 제기하였다.

"정말 감사한 것이, 세 번을 실패한 이 분을 세 번째 응급입원시켰어요. 노동에 대한 욕구, 경제적 독립 욕구가 강하다 보니 병원에서 파악을 해서 요양보호사 학원을 보내줬어요. 그분이에요. 그분이 세 번 실패를 했는데, 워낙 욕구가 있다 보니까 병원에서 학원을 등록해서 병원에서 왔다 갔다 하면서 자격을 따는데, 3년째 유지가 되고 있어요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

"기능이 좋은 분들은 고용이구요. 예를 들면 저희가 230명이면 직업재활이 50명 가까이 하거든요. 이것은 기능이 좋은 사람들이고, 대학을 나왔어도 사회적 기능이 낮으면 안 하려고 하거든요. 가만히 있으려다, 여기서 안주하게 놔둬라 이런 사람도 있어요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

"편차들이 저희 지역에서 되게 많아요. 활발하게 되는 곳도 있고, 안 되는 곳들이 있는데, 그래서 목표 이제 실태를 파악하고, 이제 욕구에 맞는 직업재활에 대한 모형이나 이렇게 연결을 해서 초발은 하고 있잖아요. 이제 그런 것들 한 번 해 보려구요." (광역 정신건강복지센터 실무자)

"환자분들이 제일 처음에는 진짜 나가셔서 직업을 가지겠다 이런 생각들이 많이 있었어요. 솔직히 입원 하면은 근데 본인의 수준과 그러니까 내가 할 수 있는 영역과 하고 싶은 영역이 다른 거지, 갭이 너무 크니까 이 현실감의 괴리가 없어지게 되면은

그다음에는 내가 할 수 있는 게 별로 없구나라는 걸 느끼게 되는 거죠. 그런 게 좀 어려운거 같고, 환자분들은 주로 사회복귀에 대한 욕구는 굉장히 큰 편인 거 같기는 해요. 그래서 만나 보면 집에를 가도 내가 일을 가져야지 이런 욕구를 가지고 있는 분들이 있고, 병원에서 다양한 프로그램을 해주면 나는 그냥 병원에 있을래 하네, 이런 분들도 있고, 네 근데 센터에 가서 프로그램 하는 거가 센터에 왜 갔냐 이렇게 물어보면 밥을 주니까 간다는 환자분도 있거든요. 그러니까 내가 거기서는 점심을 먹을 수가 있는데 내가 집에서 해먹기는 너무 힘들잖아요. 그래서 그러니까 독립적으로 내가 스스로 생활하고 싶다는 욕구가 없는 건 아니지만 그보다는 어쨌든 그런 게 주어지는 영역을 또 좋아하는 분들도 확실히 있는 거 같아요. 근데 저희 환자들한테 그 고객만족도 조사 왔을 때 물어보면 환자분들은 주로 이제 병원에서는 다양한 프로그램도 주고 그다음에는 재활 프로그램도 많았으면 좋겠다, 사회복귀가 좀 됐으면 좋겠다 이런 욕구들이 있구요. 가족들은 환자가 퇴원해서 안정적으로 어딘가를 갈 수 있는, 그러니까 집이 아니라 이렇게 누군가가 관리해 주면서, 어쨌든 조금 그러니까 하프웨이 하우스라가 거주 시설 같은..."(정신의료기관 실무자)

또 일부 정신건강복지센터 실무자는 정신건강복지센터가 오히려 정신건강복지법에서 제시하는 다양한 서비스를 제공해야 한다고 생각하고 있었다. 이들은 대부분 연계할 자원이 없는 지역의 정신건강복지센터 실무자들로, 연계할 자원이 없으니 어쩔 수 없이 정신건강복지센터에서 집중사례관리에서 일반사례관리까지, 주간재활 프로그램 및 직업훈련 프로그램 운영, 문화 및 여가 프로그램 및 교육 등 서비스를 제공할 수밖에 없다고 언급하였다.

"복지사와 센터가 독립적인 생활이 가능하도록 하는 사례관리가 있고, 가까이 있는 분들은 프로그램을 오죠. 오전에는 주간 재활 사회기술훈련을 하고, 오후에는 작업장으로. 보호작업장은 우리밖에 안 하더라고요."(기초 정신건강복지센터 실무자)

그리고 정신건강복지센터에서 현재 중증정신질환자를 대상으로 진행하고 있는 다양한 사업 중 일부 기능, 특히 주간재활 및 직업훈련, 취업지원 기능을 지역사회 내 다른 유관 기관에서 할 수 있도록 분리하는 것을 제안하는 실무자도 상당했다. 이들은 언급한 기능을 수행하는 정신재

활시설이 없는 지역의 경우 지역 내 정신 장애인을 대상으로 이 기능을 수행하는 기관 및 시설을 이용할 수 있도록 장애인복지법을 개정해야 한다는 주장도 제기하였다.

"그래서 우리가 복지법이 됐잖아요. 장차법에 정신장애인 복지는 제외되어 있다 보니까 우리가 복지법을 만들게 아니라 장차법에 정신장애인 포함 한 줄이면 모든 게 해결되는데 왜 복잡하게 하느냐."(기초 정신건강복지센터 실무자)
"정신장애는 정신보건법 적용을 받는다 그 조항 때문에 완전히 이쪽으로 와 버렸는데 정신보건법은 결국 입퇴원에 관한 법률이지, 복지 지원에 대한 법이 없다 보니까, 뭐 어쨌든 여가, 문화, 가족교육, 직업재활 등등 아주 휘황찬란하게 좋은데, 그러면 그렇게 실행하기 위한 실탄을 줘야 될 거 아니에요. 실탄은 아무것도 안 주고 그냥 법만 하는 상황이다 보니까 법은 재개정됐지만, 아무 상관이 없어요. 현장에서는."(광역 정신건강복지센터 실무자)

제3절 제공자 관점에서 본 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 현황

이 절에서는 제1장에서 설명한 것처럼 클러스터링 분석에 따라 대표적인 지역사회 정신건강증진체계인 정신건강복지센터와 대표적인 지역사회 복지자원 조정 기구이자 사례관리 기구인 희망복지지원단 실무자들을 대상으로 실시한 개별 인터뷰 내용을 분석하여 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 현황을 살펴보았다.[58]

본 연구에서는 정신건강복지센터와 희망복지지원단 실무자에게 서로 간의 연계가 어떻게 이루어지고 있는지, 연계가 잘되고 있다고 생각하는

58) 본 연구에 참여한 정신건강복지센터와 희망복지지원단 실무자의 수가 그리 크지 않아 클러스터별로 정리한 내용이 각 클러스터에 포함된 모든 시군구의 특성을 대변한다고 보기에는 제한적임. 하지만 각 클러스터에 해당하는 지역들이 자원을 어떻게 연계하고 있는지 차이를 살펴보고, 이를 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 강화를 위한 개선 과제를 도출하는 데 활용하고자 함.

지, 잘되고 있다면 아니면 잘되고 있지 않다면 왜 그렇다고 생각하는지, 그리고 연계 강화를 위해 필요한 지원이 무엇이라고 생각하는지를 질문하였다.

따라서 본 절은 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 현황은 면담 내용에 따라 1) 연계 내용과 방식, 2) 연계 수준에 대한 지역별 인식 차이, 3) 연계가 이루어지지 않는 이유에 대한 실무자들의 인식, 4) 연계 강화를 위해 필요한 지원으로 구성하여 제시하였다. 이 중 클러스터별로 차이가 나타나는 내용은 연계 수준에 대한 인식이어서 이 부분은 그 차이를 비교하여 서술하였다. 그 외의 내용은 클러스터별로 구분하지 않고 제시하였으며, 각 클러스터별 실무자들이 언급한 내용을 인용 구문으로 제시하는 방식으로 구성하였다.

1. 지역사회 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 내용과 방식

정신건강복지센터와 희망복지지원단 간 자원 연계가 어떤 내용과 방식으로 이루어지는지를 살펴보았다. 연계 내용과 방식은 클러스터별로 차이가 나타나는 것이 아니기 때문에, 클러스터별로 서술하지 않았다.

가. 연계 기관

본 연구에서 인터뷰한 대다수의 정신건강복지센터 실무자들은 1순위로 필요한 연계처를 경찰과 소방서라고 응답하였다. 위기/응급 상황에 대한 대응 시 이들의 협조가 필수적이라고 강조하면서 계속 협조를 잘해야 하는 기관이라고 밝혔다. 정신건강복지센터 실무자들은 최근 정신건강복지법 시행 이후 경찰과 소방서가 어떠한 역할을 해야 하는지를 강의, 세미나, 워크숍 등 다양한 형태로 공유하고 있다고 하였다.

"경찰서, 소방서 분들은 응급위기 개입 때 도움을 많이 받아야 해서 계속 협조를 잘 해야 하는 기관들"(클러스터 3 지역의 정신건강복지센터 실무자)

"광역, 경찰, 소방 뭐도 단위 정도로 해서 MOU를 같이 체결하고, 이런 교육들을 하자 라고 하고, 그걸 실질적으로 실행하는 거는 시 군에서, 그 지역 경찰 쪽이라든지, 그렇게 선택해서 하는 걸로 했었구요. 근데 그것도 뭐 지역마다 협조가 좀 잘 되는 데도 있고, 그렇지 않은 데도 있고 그랬었구요."(광역정신건강복지센터 실무자)

정신건강복지센터와 희망복지지원단의 연계는 어떻게 이루어지고 있는지를 살펴본 결과 대다수의 정신건강복지센터는 기존의 지역사회보장협의체 혹은 지역사회보장실무협의체에 네트워크의 한 요소로 참여하고 있었으며, 희망복지지원단이 지역사회보장협의체나 실무협의체를 네트워크로 참여시키고 있기 때문에 정신건강복지센터 역시 희망복지지원단과 서비스를 연계해 본 경험들이 대다수 있었다.

"복지과하고 연계돼 있는 일들을 많이 하게 되는데 지금 제가 지역보장협의체 사례분과장이에요. 그몇 년째 하고 있고 정말 보수도 없는 그런 일을 하고 있는데 그걸 하는 이유는 아니 맨 사례가 다 정신 사례예요. 그러니 내가 어쩔 수 없이 나가야 해요"(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

정신건강복지센터는 희망복지지원단 이외에도 장애인복지관, 사회복지관, 건강가정지원센터 등 지역사회 내 복지자원을 연계하고 있기도 했다.

나. 연계 내용 및 방식

정신건강복지센터에 등록되어 있는 중증정신질환자가 기초수급 연계, 반찬배달서비스 등 센터에서 제공하기 어려운 서비스나 급여 연계가 필요할 때 희망복지지원단으로 사례를 의뢰하여 서비스 연계를 한 경험들을 공유하였다.

"(희망복지와) 직접적으로 MOU가 본격적으로 되면서 의뢰서를 넣으면 그쪽 파트는 확실하게 해주고 하는 이런 시스템이 점점 잘 구축되고 있고, 지역사회 대상자들에게 수급자들의 반찬서비스를 군에 신청하거나."(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

중증정신질환자가 필요로 하는 서비스를 제공받기 위해 각 주체에서 사례를 서로 의뢰할 때는 중증정신질환의 동의에 기반하여 공문으로 처리된다고 한다. 그리고 자원 연계를 하는 지역 자원들과는 서로 MOU를 대부분 맺고 있으며, 기존 지역사회 내 자원 간 네트워크를 구축해 왔던 지역사회보장협의체, 실무협의체 등을 통해 정기적으로 모여 지역사회에서 발굴된 사례를 논의하기도 한다.

"지역사회보장협의체 전에 만들었습니다. 이것은 전부터 했습니다. 협의체와는 별개로 실무분과들이 합니다. 사회복지기관 연합회로 하는 단체가 있습니다. 그렇게 해서 거기서 한 달에 한 번 정기적인 모임을 갖고 발굴된 것을 거기에서 논하고 자기들이 가지고 있는 자원을 연계해 줍니다."(클러스터 2 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

"지역사회보장협의체가 있는데 거기에 저부터 들어가서 각 사업 팀장들이 분과별로 다 들어가 있어요. 그 협의체가 굉장히 활발하게 운영돼요. 분과별로 매월 회의하고 있고." (클러스터 3 지역의 정신건강복지센터 실무자)

또한 사례가 공식적으로 의뢰되기 전 지역사회 내에서 정신질환 문제가 있다고 의심되는 사례들이 발견되는 경우 희망복지지원단에서 정신건강복지센터에 동행 방문을 요청하는 경우가 정신건강복지법 시행 이후 증가하고 있다고 한다.

"연락이 오면 받기는 하죠. 거부권을 못 해요. 한 번은 가봐야 돼요. 그분들도 아무나 하지 않고 정신질환자 같을 때만 해요."(클러스터 2 지역의 정신건강복지센터 실무자)

"주민복지계가 제일 많이 들어와요. 거기서 제일 많이 파악되고 노출이 돼요. 주민복지계 사회복지사들과 사이가 좋아요."(클러스터 4 지역의 정신건강복지센터 실무자)

정신건강복지센터는 희망복지지원단 이외에도 장애인복지관, 사회복지관, 건강가정지원센터 등 지역사회 내 복지자원과 연계하여 중증정신질환자들이 가사돌봄서비스 등 서비스를 받을 수 있도록 연계하고 있기도 하였다. 또한 기존 지역사회 내 자원 간 네트워크를 구축해 왔던 지역사회보장협의체 등을 통해 자원들을 연계하는 곳도 있었다.

"(중복장애도) 장애인복지관도 받습니다. (또한) 저희 대상자 중 중복장애를 갖고 있는 대상자는 장복과 통합사례회의를 진행하거나 간단한 간담회를 통해 대상자에게 서비스를 같이 우리가 증상을 어프로치하면 너희가 일상생활이나 가사활동 서비스를 하고 있으니 들어가자 해서 연계하는 서비스로. 가사활동 도우미 연계 사업으로 하고 있어요."(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

"저 같은 경우 하나 주고 나도 하나 얻어 와요. 예를 들면 저희는 복지관 가서 상담해 드리고 교육도 웃기게 하거든요. 대신 복지관에서 우리 회원님이 밥을 못 먹고 하면 반찬서비스를 보내고, 겨울에 기름값 서비스를 받고."(클러스터 2 지역의 정신건강복지센터 실무자)

일부 정신건강복지센터가 설치되어 있지 않은 지역들의 경우(클러스터 2와 4) 시군구의 경계를 넘어 서비스를 제공하는 경우가 종종 있다고 응답하기도 했다.

"센터가 없어서 이런 곳까지도 간혹 연락이 오기도 합니다. 1차 상담이나 응급개입은 여기서 00지역 사람인데 문제를 일으키면 제가 개입하기도 합니다. 예를 들면 등록관리, 주간재활은 안 돼요. 하지만 1차적 상담서비스까지는 안 할 수 없죠. 그런 것을 해서 위기개입은 합니다. 그다음 너희가 행정입원을 시켜라, 응급입원은 경찰이 시키는 것이니 할 수 있죠. 저희가 이 사람이 정신질환자면 그런 것까지 해주는 것이 맞는 것 같아요.(관할 지역 거주자가 아님에도 불구하고)."(클러스터 2 지역의 정신건강복지센터 실무자)

다. 연계를 위한 자원 관리

정신건강복지센터와 희망복지지원단 실무자에게 연계를 위한 자원 분포를 어떻게 파악하고, 관리하고 있는지를 물어보았다. 그 결과 정신건강복지센터는 담당실무자의 역량에 따라 혹은 지역에서의 근무 경력에 따라 유관기관에 대해 파악하고 있었다.

"저희 센터 내에서 … 매년마다 자원 현황집을 리뉴얼하고 있어요. 저희 센터에서 만들어서 지역사회에 배포해요 … 저희는 저희가 만들어서 … 파일이 아니라 책자로 만들거든요. 소책자로 핸디북으로 사이즈 작게 만들어요… (자료는) 다 나옵니다. 저희가 다 조사했어요."(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

일부 희망복지지원단 등 사회복지 전달체계와 밀접한 관계를 맺고 있는 지역의 정신건강복지센터는 희망복지지원단이 가지고 있는 시군구 내 자원복지 자원현황 리스트를 공유하고 있기도 했다.

"희망복지지원단은 자원관리를 하다 보니까 기관의 복지자원을 다 알고 있어요. 그렇게 해서 파악도 하고, 업무 중 하나가 자원관리잖아요. 복지기관 리스트랄지 아까는 자세히 모른다고는 했지만 다 가지고 있고, 저희는 통합사례회의를 늘 하다 보니 이미 알고 있고, 이렇게 저렇게 알고 있죠." (클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

"서로 자원을 공유합니다. 자기가 어떤 자원을 갖고 있다면, 오늘 드림과 우리가 같은 사업의 사례관리를 한다면 모임에 같이 들어가 있습니다."(클러스터 2 지역의 정신건강복지센터 실무자)

"책자로 아예 연초에 발간해서 기관별로 주거든요. (시군구)청에서 줍니다." (클러스터 4 지역의 정신건강복지센터 실무자)

2. 지역사회 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 수준에 대한 인식[59)]

위에서 살펴본 것처럼 정신건강복지센터와 희망복지지원단은 다양한 연계를 하고 있고, 대부분의 지역에서 중증정신질환자 대상 사례관리에 대한 정신건강복지센터의 전문성은 인정받고 있다.

"우리 센터가 어떤 역할을 하냐는 것을 (지역)에 있는 선생님들이 (이미) 알고 있어요.(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

최근 정신건강복지법 개정 이후 희망복지지원단을 비롯한 지역사회 복지자원은 중증정신질환자에 대한 사례관리를 위한 정신건강복지센터의 노력이 더욱 강화되었으면 한다고 강조하며, 모든 활동을 정신건강복지센터에서 다 해나갈 수 없으니 지자체 내 민관 자원 네트워크를 구축하고 있는 희망복지지원단과 논의해서 역할들을 구체화해 나가려는 노력들을 소개하기도 했다.

"저는 중증정신질환자에는 거기에서(복지센터) 개입을 꼭 해야 된다고 봐요. 그 사람을 그냥 놓아두면 안 되어요. 어쨌든 거기에서 치료를 하던 약물관리를 하던 일상생활 지원을 하던 이 사람에 대해 우리가 나머지 역할을 어떻게 하든지간에 반드시 개입을 하기를 바래요. 그쪽이 전문가잖아요."(클러스터 1 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

하지만 실무자들에게 현재의 연계 상황에 대해 어떻게 인식하고 있는지를 물어본 결과 클러스터에 따라 다른 결과들이 나타났다.

---

59) 연계 수준에 대한 인식 차이는 정신건강복지센터와 희망복지지원단 실무자 모두를 인터뷰할 수 있었던 클러스터 1, 2, 3에서의 면담 내용을 분석하여 결과를 제시하였음. 클러스터 4의 경우 정신건강복지센터와 보건소(정신건강복지센터가 설치되어 있지 않고 기본형 사업을 하는 곳) 실무자를 상대로 연계 수준을 물어보긴 했으나 희망복지지원단 사례관리자와의 면담이 성사되지 못하였음. 따라서 이 부분에서 제시되는 클러스터 4에 대한 부분은 정신건강복지센터와 보건소 실무자들의 인식을 바탕으로 서술한 것임.

가. 개선이 필요한 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계

정신건강복지센터 실무자들과 희망복지지원단 사례관리자 간 연계 만족도 차이가 두드러지는 지역은 클러스터 1과 2로 나타났다. 이들 지역의 정신건강복지센터 실무자들은 복지자원과의 연계가 잘 이루어지고 있다고 응답하는 반면, 희망복지지원단 실무자들은 그렇지 않다고 언급하였다. 즉 현재 연계에 대한 만족도가 두 주체 간 다르게 나타났다. 정신건강복지센터 실무자들은 다음과 같이 희망복지지원단과의 연계가 활발히 이루어지고 있다고 응답했다.

"국가에서는 계획서를 세웠잖아요.... 퇴원한 환자가 있으면 희망복지지원단이 의지가 되더라고요. 희망복지지원단하고 저희가 같이 사례관리 팀이 돼서 퇴원자를 가서 예를 들면, 저희가 도움을 많이 받은 적이 있거든요. 우리 회원들 집을 얻어 준 경우도 있었어요."(클러스터 2 지역의 정신건강복지센터 실무자)

이들 지역의 희망복지지원단 사례관리자는 정신건강복지센터와의 연계가 잘 이루어지지 않는다고 밝히며, 희망복지지원단으로 직접 연계를 신청하는 경우가 별로 없다고 언급했다. 또한 정신건강복지센터가 등록장애인에 대한 개입 및 서비스 제공을 잘하고 있기는 하나 미등록 중증정신질환자에 대한 개입을 하지 못하고 있어 지역사회에서 발견되는 중증정신질환 의심 사례에 대해 복지센터로 연계하기보다는 바로 경찰에 연결하는 등의 조치를 취하고 있다고 언급했다.

"사실은 제가 알기로는 정신건강복지센터 본인들은 굉장히 사례 케이스가 많아서 저희와의 연계가 이제 없으니... 본인들은 바쁘다고 하는데 사실 중증정신질환자들이 저희에게 의뢰가 오는 경우가 거의 없어요. 그런데 알코올중독은 많이 오기는 해요."(클러스터 1 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

"현재는 정신건강센터가 어디 있는지도 모르고, 그다음에 거기서 무슨 일을 하는지도 모르고, 전화하면 다 우리 일 아니라고 하고, 129 전화 알려주고 이런 식으로 하다 보니까 지금은 사실은 지역사회에 있는 기관들조차 정신건강센터가 뭐하는 덴데, 이렇게 변한 거예요"(클러스터 2 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

클러스터 1 지역의 한 정신건강복지센터 실무자는 중증정신질환자 급여 연계를 위해 희망복지지원단에 사례를 의뢰한 경험을 공유하며, 희망복지지원단 사례 의뢰 이후 결과를 얻기까지 진행 과정이 오래 걸리는 경우가 많았다고 언급했다. 이 실무자는 정신건강복지센터에서 희망복지지원단을 거치지 않고 바로 중증정신질환자가 살고 있는 지역의 주민센터에 연락하고 있다고 언급했다.

"(희망복지지원단이) 워낙 바쁘셔서 잘 안 됩니다. 사실 (그들과) 사례회의를 진행하고 (그쪽에서) 커버해야 할 일들이 많고, 무엇보다 인적 변화가 잦다 보니 어떤 의뢰를 해서 '대상자에 대한 수급 절차를 밟아 주세요' 하는 말보다 제 성격에는 시청 복지정책과 들어가서 대상자 상황 알아보고 그 자리에서 바로 해서 정리하는 게 훨씬 빨라요."(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

이와 관련하여 이 지역의 희망복지지원단 사례관리자는 정신건강복지센터에서 자신의 역할인 통합사례관리를 하고 있다고 언급하는 등 주체 간 역할 갈등이 있음을 내비치기도 했다.

"어느 날 보니까 (정신건강복지센터에서) 기초수급을 신청한다고 그래요. 그걸 왜 해? 바빠 죽는다면서... 기껏 우리가 정신 쪽은 너희가 전문가이니까 그쪽이라도 가서 설득해 주고 제발 우리가 스킬을 모르니 이 사람이 안 한다는 것 못 한다 하지 말고 우리한테 주면 우리가 얼마나 금방 해. 우리가 한 방에 다 할 수 있는데... 정신 쪽만 그쪽에서 하고 이것을 우리한테 주면 그 외 욕구는 우리가 할 텐데, 그것을 하고 있더라고요.... 그래서 바쁘더라고요."(클러스터 1 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

이들 지역의 희망복지지원단 사례관리자는 정신건강복지센터로 사례

를 연계할 때, 정신건강복지센터에서 요구하는 동의서, 공문 등이 많고 복잡한 절차를 가지고 있다고 느끼고 있었다. 그리고 사례 연계를 위해 여러 절차를 거친 후에도 정신건강복지센터에서 사례 개입을 안 한 경우를 여러 번 경험했다고 언급했다.

"거기 의뢰서 주시고요. 방문해도 좋은지 동의서 사인해서 공문 올려서 달래요. ...계속... (중략) 여기서(정신건강복지센터) 하도 까다롭게 굴고 그래서 저희도 공문을 보내죠. 보내면 그분이 조현병이고 어쩌고 하니까 '같이 병원 갈래요?' 하면 (그렇다고 동의)하시는 분이 없잖아요. 그런데 거기(정신건강복지센터)는 두 번 정도 가서 이분(대상자)이 거부하면 그렇게 오더라고요. 첫 번째 갔는데 이렇고, 두 번째는 이렇게 해서 우리는 사례개입 안 함. 종결함. 그런 게 잘 오거든요."(클러스터 1 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

"법이 바뀌어서 설명을 듣고 행정입원이 가능합니다로 쉬워진 것 같아서 해야겠다, 바뀐 시스템으로 해야겠다 해서 의뢰를 받고, 우리가 할 수 있는 생계주거, 경제적 지원, 돌봄을 할 수 있었는데 입원이나 정신적 접근은 우리가 못해서 보건소에 의뢰를 하는데 그러면 저희에게 보호자들에게 권리포기서를 받아 달라, 경찰에 신고도 해 달라... (중략) 결국 의뢰를 했는데 도로 지시도 우리에게 하고... (중략) 보건소는 예전 시스템에 익숙한지 모르지만 정신보건센터는 그 부분에서 움직이지 않습니다."(클러스터 2 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

나. 활발한 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계

앞서 살펴본 클러스터 1과 2에 해당하는 지역에 비해 상대적으로 클러스터 3에 해당하는 지역들은 연계 만족도에 대한 인식이 유사하였다. 중증정신질환자 수도 가장 많고 인프라도 가장 많은 클러스터 3의 경우는 서로의 필요에 의해 정신건강복지센터와 희망복지지원단의 연계가 잘 이루어지고 있다고 서로 인식하고 있었다. 관련 상황의 예시들을 살펴보면, 연계는 당연한 과정이라 여기고 복지센터뿐만 아니라 지역자원 간의 연계 또한 활발하다고 응답하였다.

"저희가 어쨌든 복지센터에 제일 먼저 연계를 하거든요. 그렇게 되면 그곳에서 병원에 보내주거나 연계해 줄 사람이나, 000복지관이나, 정신질환자가 있으면 연계를 하기 때문에..."(클러스터 3 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

"정신건강복지센터를 떼어 놓고서는 통합사례회의를 열 수 없어요." (클러스터 3 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

"또 연계는 많이 하죠. 주거훈련시설에서도 회원들 일상생활을 일일이 다 붙어서 관리하니까 주민센터 가서 탁구도 배워 오고 연계는 다 되어 있고, 복지관도 연계를 해서 장애인복지관에 주거시설에서 저희센터로 주간재활 나오시는 분들도 계세요. 공동생활 가정 분들이 직업재활도 이용하고, 주간재활도 이용하고 계시고 연계도 돼요."(클러스터 3 지역의 정신건강복지센터 실무자)

클러스터 3이 현재 연계가 잘되는 이유는 과거에서 답을 찾을 수 있었다. 과거 지역사회보장협의체나 현재의 희망복지지원단 같은 공공 전달체계가 제대로 구축되기 전 지역사회 내 기관들은 중증정신질환을 포함하여 지역사회에서 문제가 발생하면 서로가 원인을 찾아 해결하고자 노력했다고 한다. 그 결과 교육을 통해 서로가 같은 정보(예: 관련 용어 등)를 공유할 수 있었고 이를 통해 서로의 이해도를 높일 수 있었다고 말했다.

"세미나를 자주 열었어요. 심포지엄도 하고 매뉴얼에도 나왔어요. 실무자 대상으로 저희가 해 왔던 것을 매년 심포지엄을 열어서 활동에 대한 고민을 같이 해보려고 했습니다."(클러스터 3 지역의 정신건강복지센터 실무자)

3. 지역사회 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 저해 요소

연계가 잘되지 않는다고 인식하는 실무자들을 대상으로, 그 이유가 무엇인지를 물어본 결과 실무자들은 공통적으로 각 기관 실무자의 개인별 역량 차이가 크다는 점과 인력 부족, 특히 정신건강복지센터의 사례관리 인력 부족을 언급하였다. 또한 실무자들은 연계할 자원의 부족도 언급하였다.

우선 실무자의 개인별 역량 차이가 크다는 점은 선행연구에서도 잘 드러나 있다(전진아 등, 2016). 실무자가 지역사회 자원들과 그동안 네트워크를 얼마나 많이, 얼마나 깊게 맺어 왔는지에 따라 연계의 수준이 달라진다는 것이다. 이와 관련하여 한 지역 희망복지지원단의 사례관리자는 정신건강복지센터 인력이 지역사회 복지자원과의 연계를 해야 할 필요성을 잘 느끼지 못한다는 인식을 받았다고 언급하기도 했다.

"저는 개인적 역량이라 표현하는데 너무 달라요. 그렇다 보니 모든 일이 다 발생해요. 개인 역량 차이가 많이 나요. 아무리 (복지센터)기관 센터장님이 훌륭하신 분이라고 해도 일일이 할 수는 없죠."(클러스터 1 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

"우리가 역량이 다 다르다 보니. 답답할 때도 있고 잘한다 할 때도 있고 복불복이고요."(클러스터 1 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

인력 부족과 관련하여 클러스터 1지역의 한 희망복지지원단 사례관리자는 정신건강복지센터의 인력이 열악한 조건에서 일을 하고 있다는 점을 언급하였다. 또한 지역사회 내 정신건강복지센터를 비롯하여 복지자원들 역시 이미 담당하는 사례 수가 최대치인 것을 서로가 알고 있기 때문에 연계하기가 주저된다고 했다.

"저희가 방문간호 의뢰를 안 했겠어요? 방문간호 선생님들이 한 사람당 보는 인력이 몇백 명으로 알고 있습니다. 몇백 명이에요."(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

"제가 어려움을 느끼는 것은 인력이에요. 제일 중요한 게 정신건강복지센터이거든요. 그런데 열악한 근무환경이에요. 솔직히 따지고 보면 우리도 더 열악해요. 그럼에도 불구하고 너무 많은 인원을 감당을하려다 보니까 2년도 안 되어 그쪽이 매년 바뀌어요."(클러스터 3 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

이와 관련하여 일부 희망복지지원단 사례관리자는 정신건강복지센터의 실무자가 인력이 부족해서 희망복지지원단에서 의뢰하는 사례들에 다 개입할 수 없으니 양해를 부탁한다고 하는 말에 이해를 한다고 말하기까지 했다.

"인력이 너무 열악한 조건에서 많이 한다. 그런 것을 저희가 들었는데 그런 말씀으로 양해를 구한다 할 때 이해는 되었거든요."(클러스터 1 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

또한 일부 지역은 희망복지지원단 사례관리자의 잦은 교체로 인해 지속적인 네트워킹이 안 된다고 밝히기도 했다. 새로운 사례관리자들이 올 때마다 정신건강복지센터로부터 중증정신질환 관련 교육을 받고 싶어 하지만 현재의 정신건강복지센터의 인력 수로는 지속적인 교육을 하기가 부담스럽다는 의견이 있었다.

"안타까운 것은 밑밥작업(지속적인 교육)을 하는데 계속 (지역 유관기관의) 인력이 바뀌어요. 우리가 계속 로딩될 상황도 아니고."(클러스터 1 지역의 정신건강복지센터 실무자)

그리고 각 주체 간 역할의 모호성 역시 연계를 저해하는 요인이라고 언급한다. 특히 최근 정신건강복지법에서 연계의 중요성을 강조하고 있지 연계가 어떻게 이루어져야 하는지에 대한 사항이 구체적으로 언급되어 있지 않아 서로가 어떤 위치에서 어떤 역할을 해야 하는지 모른다고 답하였다.

"왜냐하면 명시되어 있는 역할 분리가 안 되어 있다 보니 그들 나름의 바운더리 안에서만 하려고."(클러스터 2 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

또한 정신건강서비스를 비롯한 최근 다양한 사회서비스 제공 주체들은 사례관리라는 개념을 이용하고 있다는 점을 언급하며, 모두가 사례관리를 하겠다고 하는 상황에서 중증정신질환자를 대상으로 한 사례관리에서도 역할 갈등이 초래될 수 있다고 실무자들은 우려한다.

"사례관리라는 게 현장에서는 개념으로는 너무 이상적이에요, 사실은 (그렇죠). 그리고 모든 기관이 다 어레인지하겠다고 해요, 지금도. 지침에 다 그렇게 만들어요. 본인들이 그래서 우리는 우리 기관이 주가 돼서 어레인지를 해요, 그게 희망복지 '우리는 건강가정 지원시야 가정에 문제가 있는 곳에 이렇게 해서 어레인지를 할 거야, 이렇게 다 우리는 조종기관이야'라고 주장을 하는 거예요.실질적으로"(클러스터 2 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

특히 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 간 자주 만나는 기회가 적다 보니 서로가 주로 사용하는 표현을 이해하지 못하는 경우가 다반사였으며, 위의 사례관리 용어처럼 각 주체에서 이해하는 범위가 달라서 갈등이 발생하기도 한다고 언급했다.

"저희가 복지센터와 일하면서 제일 어려운 게 용어 맞추기였어요. 뭐냐 하면 솔직히 처음에는 하나도 못 알아들었어요. 어느 순간 혼자 공부했어요. 실무자들이 이 말 못 알아들었네? 거기서는 못 물어보고 돌아와서 확인해 보고. 그런데 복지센터에서 일부러 그런 것은 아니죠. 그렇다 보니 내가 말하는 A 의미와 저 사람의 A 의미가 다르더라고요."(클러스터 3 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

마지막으로 연계를 할 자원이 없어 연계를 하지 못한다고 언급한 지역도 있었다. 클러스터 2의 경우 지역사회 내 입원을 위한 병상도 부족하고, 서비스를 연계할 정신재활시설이나 복지자원들이 없다고 언급하였다. 클러스터 4 지역의 한 실무자는 정신재활시설이 설치되는 것을 소망이라고까지 표현하였다.

"연계하고 싶지만 할 수 있는 자원이 부족하잖아요.다른 시군처럼 이분에게 제공하는 서비스가 있거나, 이분들이 활동하고 싶은데 거기에 대해 자원이 넓다고 하면 도와드릴 수 있는데 한 번 의뢰가 들어와서 확인을 해 보았는데 이분들이 어떤 상태인지 모르고, 00 지역은 지역사회가 폐쇄적이다 보니 이분들이 충분히 할 수 있지만 받아주는 곳이 없잖아요."(클러스터 4 지역의 정신건강복지센터 실무자)

자원과 관련하여 오히려 클러스터 4지역의 정신건강복지센터 실무자들은 자원이 없기 때문에 오히려 없는 자원끼리 긴밀하게 연계를 맺고 있다고 말하기도 했다.

"워낙 자원이 없잖아요. 저희 같은 경우는 너무 없다 보니 유관기관 간에 서로 긴밀히 잘 지내요. 팀장 회의 가서 볼 때도 나름대로 (희망복지지원단이) 권한을 넘어서는 것을, 정신장애인 등록 환자까지 한다는 것을 선을 넘는 경우가 있다고 하기도 하는데, 어쨌든 우리는(희망복지지원단과) 가깝고... 사례회의에서 지역 사례다 하면 지역 사례 담당 직원이 가서 그 사례 같이 하고, 이쪽 지역이다 하면 가고. 거기는 평가에 매달 하게 되어 있는 것 같아요. 거기 가고 회의를 가면 회의수당을 지급해 주고 그래서 관계가 긴밀하고요."(클러스터 4 지역의 정신건강복지센터 실무자)

그 외에도 기관 간 정보 공유가 제한적으로 이루어지고 있다는 것 역시 연계가 잘 이루어지지 않는 이유라고 생각하였다.

4. 지역사회 정신건강증진체계와 복지자원 간 연계 강화를 위한 제언

본 연구의 인터뷰를 통해 만난 정신건강복지센터 실무자와 희망복지지원단 사례관리자들이 언급한 제언들은 다음과 같다. 우선 이들은 정신건강복지센터와 희망복지지원단의 역할 구분이 필요하다고 강조한다. 각 주체가 어떠한 일을 하는지에 대해서는 어렴풋이 알고는 있지만, 중증정신질환자 대상 사례관리를 위한 치료, 약물 복용 관리, 주거, 소득보장, 고용, 취업 등 다양한 활동 중 누가 어떤 역할을 할 것인지에 대한 구분이

필요하다고 언급한다.

"(지역 유관기관들의 정신건강에 대한) 수준들이 점차 올라오고 있어요. 그랬을 때 같이 협력하면 좋겠다는 가치와 실질적으로 역량도 같이 올라가서 역할을 서로 하고 있는 상황에서 어떻게 조절을 해야 하는가에 대한 숙제가 있어요."(클러스터 3 지역의 정신건강복지센터 실무자)

이와 관련하여 일부 실무자는 기관 간 역할 구분이 필요 없다고 언급하기도 했다. 이미 과거 오랜 시간 경험을 토대로 서로의 역할에 대해 파악하고 있고, 이제는 체계가 정립되어 있기 때문에 외부에서 보기에는 비체계적으로 보일지 모르나, 해당 지역에서는 어려움 없이 협조적으로 진행이 되고 있는 상황이라는 것이다. 즉 오랜 시간에 걸쳐 형성된 기관 사이의 신뢰 관계를 바탕으로 일하고 있다는 점을 강조하기도 했다.

"수시로 루틴하게 진행되는 부분이 생기다 보니 어느 단계에서 A기관, 어느 단계에서 B기관 이런 단계는 지난 것 같아요."(클러스터 3 지역의 정신건강복지센터 실무자)

또한 실무자들의 역량 차에 따른 연계의 어려움을 경험하였기 때문에 실무자 역량 차를 줄이고 역량 강화를 위한 지원이 필수적이라고 강조했다. 이와 관련하여 클러스터 1 지역의 한 사례관리자는 중증정신질환 관련 교육이 규칙적으로 실시되어야 한다고 말하기도 했다. 또한 클러스터 3 지역의 한 사례관리자는 교육이 필요하기는 하지만 일방적인 강의 형태보다는 토론회 방식으로 공통의 이슈를 논의하는 기회를 자주 갖는 것이 필요하다는 의견을 제안하기도 했다.

"정신건강이 이렇다는 것을 강의를 수십 번 하는 것보다 다 같이 모여서 현안을 가지고 보고서를 회의록 형태로 제작하여 나누어 드리고 본인이 하시는 것에 대해 다시 팔로업을 하는 유기적인 연속 토론회가 효과가 있었다고 생각해요."(클러스터 3 지역의 정신건강복지센터 실무자)

그리고 인력 확충은 필수적이라고 실무자들은 강조한다. 한 사람이 여러 사업을 담당하고, 담당하는 사례 수가 너무 많고, 그로 인해 인력이 자주 바뀌는 등 인력 부족으로 인해 발생하는 부정적인 결과들이 많다고 희망복지지원단 사례관리자들은 언급한다.

"(복지센터의 실무자) 이분이 여기도 담당하고 다른 곳도 담당하고 너무 많은 곳을 하니까 저희만 전담할 수 있는 인력이 되면 좋겠다. 인원이 안 되다 보니 콘택트가 안 되어 계속 끊기는 부분이 있어요. 그래서 저쪽(복지센터) 인원 충력, 고용안정 이건 둘 다."(클러스터 3 지역의 희망복지지원단 사례관리자)

이와 관련하여 일부 실무자는 희망복지지원단, 장애인복지관 등 공공영역 내 정신보건 전문요원을 채용하는 것이 어떤가에 대한 제안을 하기도 했다.

"정신보건요원이 복지센터만이 아니라 장애인복지관이든 필요하면 뽑아도 상관없어요. 그렇게 한다면 정신장애인들이 폭넓은 경험을 하고 다양한 기관을 이용하는데 복지관은 정신장애인은 보내지 말라 해요. 거기가 더 넓고 활동도 많으니까 거기 하겠다고 가면 우리한테 가라고 되돌려 보내요. 그게 정신장애인을 볼 수 있는 역량 있는 직원이 없어서 두려운 거예요. 그러면 직원을 배치하면 되거든요."(클러스터 4 지역의 정신건강복지센터 실무자)

그리고 연계할 자원이 없다고 말하는 지역들의 경우, 정신재활시설 설치 확대가 필요하다고 강조하였다. 특히 정신건강복지센터 실무자들은 인력, 예산 부족 문제 등으로 중증정신질환자를 대상으로 한 주간재활 프로그램이나 직업재활훈련 프로그램을 정신건강복지센터에서 제공하는데 어려움이 많다고 하면서 지역 내 정신재활시설 확충이 절실하다고 강조했다.

"저희가 주간시설, 정신장애인 주간시설이라든지 그게 정말 절실하죠."(클러스터 4 지역의 정신건강복지센터 실무자)

"우리는 복귀시설이 없어요. 예를 들면 주간재활만 해주기 때문에 요즘에는 증진이 커졌잖아요. 증진과 예방이 커지는데 예전에는 질환자 치료였다면 지금은 증진과 예방이다 보니 만성이 줄었어요. 사업을 해보니까 줄이지 않으면 안 할 수 없어요. 만성은 지금 조용히 있잖아요. 짠하죠. 마음으로 하기는 하는데 사실 이게 커지다 보니 그런 것이고, 복귀시설이 있으면 낫겠죠."(클러스터 2 지역의 정신건강복지센터 실무자)

이와 관련하여 일부 실무자들은 중증정신질환자들이 이용할 수 있는 지역사회 내 장애인 대상 다양한 시설 및 서비스가 있지만 현재 장애인복지법에 의해 접근성이 제한되어 있다는 점을 언급하면서 법제도 개선 역시 필요하다고 말했다.

제4절 소결

본 장은 제공자 관점에서 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 파악하기 위해 시군구 단위 지역사회 정신건강서비스 제공자원 분포도를 클러스터링 분석 기법을 활용하여 살펴보았다. 또한 정신의료기관 실무자, 광역 및 기초 정신건강복지센터 실무자, 정신재활시설 실무자, 그리고 시군구 희망복지지원단 사례관리자를 대상으로 실시한 광범위한 인터뷰 내용을 분석하여 정신건강증진체계 간(정신의료기관, 광역 및 기초 정신건강증진센터, 정신재활시설) 및 정신건강증진체계와 지역사회 복지자원 간 연계 현황을 파악하였다.

제2~3장에서의 국내외 선행연구에서 나타나듯이 한 기관이 중증정신질환자의 복잡한 욕구를 모두 충족시키기는 어려우므로 중증정신질환자

의 회복과 사회복귀를 도모하기 위해서는 각기 전문성을 가진 다양한 기관 간 연계를 바탕으로 한 통합적이고 조정된(coordinated) 서비스 제공이 필요하다. 본 연구에서 만난 정신건강증진체계 및 지역사회복지자원 실무자들 역시 이에 동의하나 현재의 지역사회 정신건강서비스 연계는 잘 이루어지지 않고 있다고 공통적으로 언급하였다.

분석 내용을 종합해 보면 제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계가 어려운 이유는 다음과 같다. 첫째, 연계할 자원이 없다는 점을 들 수 있다. 정신건강복지센터가 없는 지역도 있으며, 정신재활시설은 유형을 막론하고 매우 부족하고, 정신건강복지센터 자체의 인력이 부족하기 때문에 기관에서 연계를 하고 싶어도 할 수 없는 현실을 호소하였다.

둘째, 연계 필요성에 대한 지역사회 정신건강서비스 제공 인력의 인식 부족에서 찾을 수 있었다. 이는 정신건강증진체계 내 실무자, 특히 의료기관 내 실무자들과 보건소장 및 보건소 내 담당자에게서 주로 나타났다.

셋째, 보건과 복지 거버넌스의 분리도 연계가 어려운 이유로 들 수 있다. 보건과 복지 거버넌스가 지자체 차원에서 분리되어 있어 복지자원과의 연계에 현실적으로 제약이 따른다는 것이다. 또한 최근 정신건강복지법 개정 이후 복지자원과 정신보건체계 간 사례관리의 주도성과 관련한 경쟁 구도가 형성되고 있기도 하다.

넷째, 정신건강증진체계와 복지자원 간 서로의 역할에 대한 이해 부족이다. 지역사회보장협의체, 지역사회실무자협의체, 희망복지지원단 내 솔루션 위원회 등 지역사회 내 연계 거버넌스가 구축되어 운영되어 왔기 때문에 서로가 어떠한 전문성을 가지고 있는지는 알고 있었다. 하지만 최근 정신건강복지법 시행 이후 각자가 중증정신질환자 대상 서비스 제공에서 어떠한 역할을 해야 하는지에 대해 혼란을 겪고 있기도 했다.

다섯째, 지역사회 정신건강서비스 연계가 실무자 역량에 따라 좌지우

지된다는 점 역시 연계가 어려운 이유로 볼 수 있다. 즉 정신건강서비스 이용자가 어떤 기관에서 어떤 사례관리자 또는 담당자를 만나느냐에 따라 연계의 성공 여부가 판가름되는 것이 현실이었다. 이는 정신건강복지센터 인력의 고용 안정성 부족 문제와 더불어 희망복지지원단과 읍면동 복지허브화 사업단 인력의 잦은 교체와도 관련이 있었다.

제 6 장

지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제

제1절 연구 결과 요약
제2절 지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제

6 지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제

제1절 연구 결과 요약

본 연구에서는 중증정신질환자를 중심으로 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 문제점을 살펴보고, 개선을 위한 과제를 도출하기 위해 중증정신질환자 당사자 및 보호자의 지역사회 정신건강서비스 이용 경험을 파악하고 지역사회 정신건강서비스 제공 주체인 정신건강증진체계와 복지자원 실무자를 대상으로 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 살펴보았다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

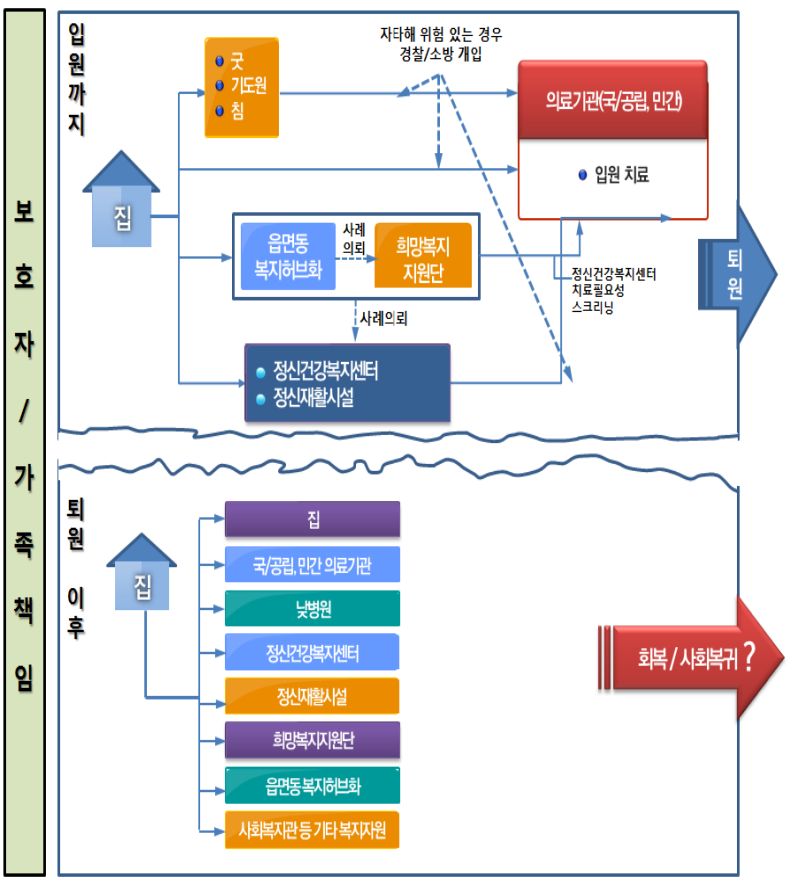
제4장에서 중증정신질환자 당사자와 보호자를 대상으로 중증정신질환자의 정신건강서비스 이용 경험을 살펴본 결과 본 연구는 첫째, 중증정신질환에 대한 인식 부족, 당사자 및 보호자의 질환에 대한 수용 거부, 정신의료기관 입원 등 이용에 대한 거부감, 사회적 낙인 등의 이유로 중증정신질환자가 치료를 받기까지 상당 기간이 소요된다는 것을 알 수 있었다. 둘째, 잦은 입퇴원을 반복하는 중증정신질환자들에 대한 보호와 돌봄의 책임은 주로 보호자에게 있지만 보호자는 지역사회 내 정신건강서비스를 제공하는 자원이 어떤 것들이 있는지, 중증정신질환자들이 어떠한 자원을 이용할 수 있는지, 이용하려면 어떻게 해야 하는지에 대한 제한적 정보를 갖고 있다는 것을 알 수 있었다. 셋째, 퇴원 후 중증정신질환자나 가족들이 스스로 알아서 지역사회 내 서비스를 찾아서 이용하는, 여러 시설 중 이용 가능한, 마음에 드는, 거리가 가까운 시설을 골라서 지역사회 내에서 낮병원과 외래를 포함한 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설을 병렬적으로 이용하고 있었다. 마지막으로 중증정신질환자 당사자와 보호자는 지역사회 내 다른 사회복지 자원을 이용해 본 경험이 매우

제한적이며, 주로 정신의료기관과 정신건강복지센터를 중심으로 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다.

제5장에서 국내 정신건강증진체계 실무자와 희망복지지원단 사례관리자를 대상으로 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 간 연계 현황을 살펴본 결과 본 연구는 첫째, 지역사회 정신건강서비스 제공자들은 대체적으로 연계 체계 구축의 필요성을 강조하였으나, 사회 정신건강서비스 연계는 정신건강증진체계 간에서도, 정신건강증진체계와 지역사회 복지자원과도 잘 안 되고 있다는 것을 알 수 있었다. 둘째, 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 간 연계가 제대로 이루어지지 않는 이유로 1) 시설, 인력, 예산의 인프라 부족, 2) 연계 필요성에 대한 인식 부족, 3) 지역사회 내 리더십 부족, 4) 서비스 제공 주체 간 역할의 모호성, 5) 실무자의 역량 차이 등이 언급되었다.

이 결과들을 종합해 보면, 지역사회 정신건강서비스 연계는 제도가 그려 놓은 연계와 전혀 다르다는 것을 알 수 있다. 정신건강서비스 체계 내에서의 연계의 현실은 제도가 그려 놓은 연계와는 완전히 다르다. 중증정신질환자와 보호자, 서비스 제공자 모두 현실에서 정신건강증진체계는 의료기관 퇴원 후, 낮병원, 정신건강복지센터, 정신요양시설, 정신재활시설, 집을 보호자에 의해 시퀀스가 아닌 병렬적 구조로 이용하고 있었다.

[그림 6-1] 중증정신질환자 및 보호자 조사에서 나타난 지역사회 정신건강서비스 이용 현실



주: 위 그림은 본 연구의 연구진이 수행한 정신건강복지센터, 정신재활시설, 희망복지지원단 등 지역사회자원의 연계 현황에 대해 조사하여 분석한 내용을 바탕으로 작성되었음.

또한 지역사회 내 중증정신질환자에 대한 케어는 주로 가족의 몫으로, 의료기관, 지역사회 정신건강서비스 자원 모두 가족이 스스로 알아서 찾아보고 이용하는 구조를 가지고 있으며, 정신건강증진체계 내뿐 아니라 중증정신질환자가 의료기관에서 퇴원 한 후 지역사회로 내려왔을 때, 지

역사회복지 자원 연계라는 정책적 책임을 가지고 있는 희망복지지원단을 비롯하여 읍면동 복지허브화 사업팀(서울시의 찾아가는 동서비스 포함) 등 지역사회 복지자원들과의 연계 역시 잘 안 되고 있다는 것을 알 수 있었다.

그리고 지역 간 시설, 인력 편차가 커서 중증정신질환자도 많고 인프라도 많은 지역이 있는 반면 입원이 가능한 병상이 없거나, 정신건강복지센터가 없는 지역도 있었다. 전국적으로 정신재활시설은 턱없이 부족하다는 점을 다시금 발견하였으며, 서울과 경기의 수도권을 제외하고 지방의 정신건강증진체계는 정신건강 전문요원을 비롯한 인력을 확보하는 데 어려움을 겪고 있으며, 직영형으로 운영되는 지방 정신건강복지센터의 인력 역량 문제 역시 드러났다.

즉 결과적으로 보면 지역사회 정신건강서비스 연계는 정신건강증진체계 간에서도, 정신건강증진체계와 지역사회 복지자원과도 잘 안 되고 있다는 것이 현실이다.

그렇다면 지역사회 정신건강서비스 연계를 강화하기 위한 개선과제를 모색하기 위해서는 현재 제도상에 나타난 정신건강증진체계 간 시퀀스를 계속 가져가야 할 것인가, 아니면 현재 병렬적 구조로 이용되고 있는 것을 그대로 유지할 것인가에 대한 질문을 제기할 수밖에 없다.

병렬적인 구조로 이용되고 있는 것을 그대로 유지할 경우 낮병원, 정신건강복지센터, 정신재활센터(특히 이용시설) 간 기능 중복에 대한 비판이 지속적으로 제기될 가능성이 있으며, 지역사회 정신건강서비스의 제공주체 및 각 주체의 역할과 기능의 모호성이 지속적으로 존재할 가능성이 높다.

그렇다고 제도에서 그리는 정신건강증진체계 간 시퀀스를 엄격하게 따라가는 것은 중증정신질환자의 욕구, 자기결정권을 제한하는 것일 수도

있으며, 중증정신질환자의 '낯가리기' 특성을 고려하지 않는 방법일 수도 있다. 또한 최근의 국내외 사회서비스 전달체계에서 강조하는 욕구에 따른 '맞춤형 복지서비스'를 제공하는 것과도 거리가 있게 된다.

본 연구는 현재의 병렬적 이용 구조를 시퀀스로 맞추는 방식으로 구조 전환을 꾀하기보다는 병렬적으로 배치되어 있는 지역사회 정신건강서비스 제공 자원들을 어떻게 하면 중증정신질환자들을 대상으로 통합적이고 조정된 서비스 제공할 수 있을지를 고민하였다.

제2절 지역사회 정신건강서비스 연계강화를 위한 개선과제

지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제를 모색하기에 앞서 본 연구를 진행하면서 중증정신질환자 대상 설문조사를 기획하면서 만난 중증정신질환자 당사자가 이야기하는 '회복'은 다음과 같았다.

"정신장애인의 특성인 무기력, 좌절감, 인내심 없는 상태를 회복하여 스스로 일상생활 및 독립할 정도인 것 같아요. 독립은 꼭 취업이 아니라 (지역사회 내) 시설에 다닐 정도."(중증정신질환자 당사자1)

"약 잘 먹고, 자기가 경험은 잘 검토해서 입·퇴원 반복하지 않는 거."(중증정신질환자 당사자2),

즉 중증정신질환자 당사자는 의료기관에서 입·퇴원을 반복하는 게 아니라 약 잘 먹고, 지역사회에서 스스로 일상생활을 하고, 지역사회 내에서 서비스를 이용하는 상태를 회복이라고 설명하고 있었다.

중증정신질환자 당사자들이 원하는 이 '회복'이라는 가치는 본 연구 과정에서 정신건강증진체계 실무자가 '우리가 다 할 수 있는 게 아니에요'

라고 언급한 것처럼 정신건강증진체계만으로 이루어 내기는 제한적이다. 그럼 지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위해서는 어떤 것들이 필요한 것인가를 살펴볼 필요가 있다. 본 연구에서는 시행한 중증정신질환자 당사자와 보호자 대상 조사, 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 대상 조사를 기반으로 지역사회 정신건강서비스 연계 강화를 위한 개선과제들을 제시하였다.

1. 중증정신질환자의 지역사회 정신건강서비스 이용 활성화를 위한 개선과제

우선 제4장에서 살펴본 중증정신질환자 당사자와 보호자 조사에서 드러난 지역사회 정신건강서비스 이용 경험과 관련하여 본 연구에서 제안하는 과제들은 다음과 같다. 첫째, 치료환경으로의 늦은 진입과 관련하여 보호자들은 중증정신질환에 대한 인식 부족, 당사자 및 보호자의 질환에 대한 수용 거부, 정신의료기관 입원 등 이용에 대한 거부감, 사회적 낙인 등을 이유로 제시하며, 초발 당시 치료 환경으로 진입할 수 있도록 하는 지원이 필요하다고 언급했다.

이 지원은 가족교육 등을 통한 당사자 및 보호자에게 질환에 대한 구체적이고 정확한 정보 제공일 수도 있지만, 일반 대중을 대상으로 한 정신질환에 대한 인식도를 높이고, 지역사회 내에서 이용할 수 있는 정신건강서비스 자원에 대한 정보 제공을 의미하기도 한다. 실제로 본 연구에서 드러난 것처럼 초발의 경험에서 대다수가 가족 내에서 정신건강 문제를 먼저 인지하기보다 중고등학교 혹은 대학교를 통해 자신의 자녀가 건강문제가 있다는 사실을 인지하게 되는 경우가 대다수였기 때문이다. 이들은 문제가 있다고 인식은 했지만, 보호자에게 이용할 수 있는 관련 자원을 알려준다거나, 치료를 권한다거나 하지 않고 보호자에게 알려주는 것

에 그치는 경우가 대부분이었다. 따라서 가족뿐 아니라 일반 대중을 대상으로 한 교육 및 홍보가 필요하며, 적어도 중고등학교 및 대학교를 기반으로 아동과 청소년, 교사를 대상으로 한 교육 및 홍보가 강화될 필요가 있다. 또한 중증정신질환을 조기에 발견하고 개입하기 위해서는 지역사회 내 아동과 청소년 대상 서비스를 제공하는 기관의 실무자들의 중증정신질환에 대한 민감도를 높이는 것도 병행되어야 한다.

둘째, 보호자들은 질환 초기 시 및 입·퇴원을 반복했거나 반복하고 있는 현재에도 퇴원 시 의료기관에서 지역사회 내 정신건강서비스 자원에 대한 정보를 제공하는 경우가 매우 제한적이라고 강조하며, 이에 대한 개선을 요구한 바 있다.

이는 의료기관에서 퇴원할 때 지역사회 내 어떠한 기관들이 있는지, 이들 기관에서 어떠한 서비스와 프로그램을 제공하는지에 대한 일반적인 정보만이라도 브로셔 형태로 제공하는 것에서 시작할 수 있다. 퇴원 전 퇴원 계획을 수립하여, 퇴원 전 외출 형태로 지역사회 내 정신건강서비스 제공 주체들을 방문하는 기회를 제공하는 것도 한 방안일 수 있다.

하지만 정신건강서비스 제공 자원에 대한 원활한 정보 제공이 안 되는 이유를 의료기관에서만 찾는 것은 적절하지 않다. 이 역시 일반 대중을 대상으로 한 지역사회 정신건강 서비스 제공 주체에 대한 교육 및 홍보 강화가 병행될 필요가 있으며, 지역사회 내 정신건강서비스 제공 주체들을 통해 이루어질 수 있을 것이다.

셋째, 중증정신질환자 당사자와 보호자는 중증정신질환에 대한 이해도 증진 및 질환 관리 등을 위한 가족 교육 기회들을 많이 제공해 줄 것을 요청하기도 했다. 본 연구를 진행하는 과정에서 방문한 다양한 기관들 중 일부 의료기관과 일부 정신건강복지센터와 정신재활시설은 가족을 대상으로 한 교육을 하고 있기도 했으나 대다수는 가족을 대상으로 한 교육을 하

고 있지 않았으며, 가족 모임이 구성되어 운영되는 경우도 제한적이었다.

중증정신질환자 당사자와 보호자가 상황들을 체험하면서 알게 되는 것들도 있겠지만 한 보호자가 “이제 아는 거예요. 다 지나고 보니까.”라고 자조적으로 언급하지 않도록 가족을 대상으로 교육을 하는 기회를 마련하는 것들이 필요하다. 가족교육은 정보를 얻고 지식을 늘리는 방법이기도 하지만 질환을 수용하고 회복 및 지역사회 복귀를 위한 서비스 이용에 긍정적이라고 보호자들은 인식하고 있었다. 이 같은 가족교육은 정신의료기관, 정신건강복지센터와 정신재활시설 등 다양한 주체에서 제공될 수 있으며, 정신건강증진체계 내 인력이 아니더라도 최근 활동이 늘어나는 가족강사들을 통해서도 이루어질 수 있을 것이다.

넷째, 이후에 중증정신질환자 당사자와 보호자, 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자에게서 제안된 사항들을 종합해서 제안할 때 다시 다루겠지만, 당사자와 보호자가 지역사회 내에서 이용할 수 없는 자원이 부족하다는 점 역시 언급된 바 있다. 정신건강복지센터의 경우 시군구 단위마다 설치되어 있어 센터를 이용할 수는 있으나 주간재활 프로그램이나 직업훈련 프로그램을 제공하거나 생활시설로 기능하는 정신재활시설의 수는 매우 적다고 보호자들은 인식하고 있었다. 일부 보호자는 정신재활시설의 수뿐 아니라 시설에 따라 프로그램을 이용할 수 있는 정원 편차가 크다는 점을 언급하기도 했다. 즉 중증정신질환자 당사자가 지역사회에서 이용할 수 있는 자원들의 확충은 필수적이다.

이와 관련하여 한 보호자는 연구진에게 ‘가족의 책임은 도대체 어디까지인가?’를 물음과 함께 중증정신질환자가 나이가 들거나 보호자가 나이가 들어 더이상 중증정신질환자를 보호하고 돌볼 수 없게 될 경우가 가장 두렵다고 언급하면서 재활시설, 주거시설들의 확충이 절실히 필요하다고 강조하기도 했다.

마지막으로 본 연구의 초점인 지역사회 정신건강서비스 연계와 직접적으로 관련이 있지는 않았지만 본 연구를 진행하면서 만난 대다수의 보호자들은 초발 당시, 첫 입원 당시의 경험에 대한 충격과 오랜 기간 동안 중증정신질환자를 돌보는 것에서 오는 경제적, 정서적 고통에 대한 부담을 호소하였다. 이들을 대상으로 한 심리지원 프로그램 역시 필요하다.

"너무 기가 막히고 황망해서. 진짜 폐쇄 들어가서 면회도 안 되고 하늘이 무너지는 것같이 캄캄했는데 뭘 알아야지. 이런 병도 있구나. 이런 병은 어떻다는 걸 얘기를 들어 본 적도 없으니까 우왕좌왕하기만 하다가."(참여자 17)

"그래서 가서 폐쇄병동에 입원하게 됐고. 그 당시에는 너무 충격적이라 하늘과 땅에 존재하는 너무 신이시여 하면서 제가 혼이 나간 사람처럼 그랬던 것 같아요. 지금도 아들 얘기만 하면 눈물이 앞서고 정말 떠올리기도 너무 참담하고 그랬던 생각이 너무 가슴 아프고."(참여자 16)

"고통은 가족분들이 다 분담한 거기 때문에."(참여자 14)

"병원에 가면 나 여기에서 내보내 달라고 하는데 의사 선생님 말씀도 맞고 우리 아이를 바라봐도 맞고. 그래서 내가 너무 힘들어서 제가 길거리에서 쓰러져 버린 거예요. 그 고통은 말할 수가 없어요. 내 아이가 이런 병이 있다는 것도 용납이 안 되고 아이가 병원에서 적응 못 해서 그런 것도 힘들고 병원 말대로 병원도 그렇고. 애 아빠는 애 저러다 죽이겠다고 퇴원하는데 제가 감당을 못 해서 눈 떠보니까 응급실이더라구요."(참여자 26)

보호자를 대상으로 하는 심리 지원은 중증정신질환자가 이용하고 있는 지역사회 내 정신건강서비스 제공 주체에서 할 수도 있으나, 중증정신질환자 가족들의 모임을 활성화하여 자조집단을 구성하는 등의 방식으로도 가능할 수 있을 것으로 보인다. 실제로 연구를 진행하면서 만난 보호자들의 일부는 가족 모임을 구성하고, 전문가를 초청해서 수업도 듣고, 가지고 있는 정보를 공유하고 있기도 했다.

2. 지역사회 정신건강서비스 제공자 간 연계 강화를 위한 제안

우선 제5장에서 살펴본 지역사회 정신건강서비스 제공 실무자 조사에서 드러난 지역사회 정신건강서비스 제공 자 간 연계 강화를 위해 본 연구에서 제안하는 과제들은 다음과 같다.[60]

우선 앞서 살펴본 것처럼 대다수의 실무자들은 시설, 인력, 예산 부족 문제, 인프라 문제들을 강조한 바 있으며, 정신건강증진체계 인프라 확충을 최우선으로 꼽았다. 인프라 확충에 대한 문제는 이후 제시하겠지만 정신건강복지센터의 시군구당 1개 설치 확보, 정신재활시설 확충, 주거시설 마련, 정신보건 전문인력 확충과 인력 역량 강화, 예산 확대에 대한 제안으로 이어질 수밖에 없다. 한 실무자는 인프라 확충은 정신건강증진사업에 대한 국가의 책임성을 보여 주는 것을 의미한다고 언급하기도 하였다. 특히 현재 지역사회 내에서 중증정신질환자를 대상으로 이용시설에서 주간보호, 직업훈련 및 재활 프로그램을 실시하고 있으며 생활시설을 통해 중증정신질환자가 지역사회 내에서 독립적으로 거주할 수 있도록 지원하고 있는 정신재활시설 확충은 절실히 필요하다. 정신재활시설은 지역 유관기관뿐만 아니라 정신건강복지센터의 절실한 소망이기도 하다.

둘째, 정신건강증진체계 실무자들은 최근 시행된 정신건강복지법에 따른 각 체계의 역할이 무엇인지에 대해 혼란스럽다고 언급한 바 있다. 복지 기능이 강조되면서 정신건강복지센터가 법에서 제시하는 다양한 서비스를 다 제공해야 하는 것인지, 아니라면 어떠한 역할을 해야 하는지가

60) 앞서 중증정신질환자 당사자와 보호자를 중심으로 한 지역사회 정신건강서비스 이용 활성화를 위한 개선과제를 제안하였다면 이 부분은 중증정신질환에 대한 서비스 연계에 대한 내용과 더불어 정신건강서비스 제공 체계에 대한 언급이 포함됨. 앞서 살펴본 것처럼 중증정신질환에 대한 사례관리는 기초 정신건강복지센터의 기본 사업이고, 지역사회 내 복지자원에서 발견돼서 연계되는 사례가 중증정신질환과 중독 사례이므로 인프라 확충과 같은 제공 체계를 함께 언급하였음.

모호하다고 강조한다. 정신건강복지법에서 강조하는 연계에 기반한 전달체계를 구축하기 위해 각 정신건강증진체계 내 주체들이 어떠한 역할을 해야 하는지에 대해 구체적으로 제안하는 것은 한계가 있다. 지역마다 가지고 있는 인프라가 다르기 때문에 지자체별로 각 체계의 역할들을 구체화하는 노력들이 필요하다. 일례로 본 연구를 진행하면서 만난 한 기초정신건강복지센터 실무자는 최근 정신건강복지법 시행 이후 의료기관에서 퇴원하는 중증정신질환자에 대한 대응을 희망복지지원단의 사례관리자와 함께 수립하고 각자가 어떠한 상황에서 어떠한 역할을 할 것인지를 구체화했다고 공유하기도 했다.

보다 구체적으로 중증정신질환자의 지역사회 재활은 누가 어떻게 해야 할 것인가에 대한 현장의 혼란과 관련하여, 중증정신질환자 지역사회 재활과 관련하여 광역 정신건강복지센터는 직접적인 서비스를 제공하는 경우가 드물기 때문에[61] 기초 정신건강복지센터를 중심으로 제안하는 바는 다음과 같다. 기초정신건강복지센터는 센터 내 집중사례관리 및 위기 개입의 역할을 보다 강화해야 한다. 최근 한 국회 정책포럼에서 공유된 경기도의 시도처럼 정신건강복지센터 내 집중사례관리팀을 일반사례관리팀과 구분하여 설치하여 운영하는 방식도 있을 수 있다.

또한 앞서 제공자 조사에서 나타난 것처럼 중증정신질환자 대상 집중사례관리 및 위기 개입을 정신건강복지센터의 주된 역할로 가져가고 일반사례관리의 기능은 현재 병렬적으로 운영되는 구조(예: 정신재활시설)를 활용하는 것도 한 방안일 수 있다. 좀 더 구체적으로 제안하면 정신재활시설이 있는 지역인 경우 정신건강복지센터의 주간보호, 직업재활 훈련 기능을 정신재활시설로 분리하는 것을 생각해 볼 수 있다. 하지만 수

61) 광역정신건강복지센터의 기존 역할은 매뉴얼 개발과, 지역 주민 및 실무자, 당사자 대상 교육 및 홍보, 1577-0199 정신건강위기상담 전화 운영임.

차례 강조한 것처럼 대다수 지역이 정신재활시설이 없기 때문에 지역사회 내에서 직업재활훈련을 실시하는 기관인 장애인복지관, 장애인직업재활시설, 자활후견기관 등과의 연계를 통해 이들 기관에서 이들 기능을 제공할 수 있도록 역할을 조정하는 것도 한 방안일 수 있다.

셋째, 역할의 모호성 문제와 관련하여 지역사회 정신건강서비스 제공 주체들이 각 기관의 역할과 기능에 대한 이해를 증진시키기 위해 제공 주체 간 관계 맺기를 지원하고 강화시키는 것이 필요하다. 현재의 지역사회 정신건강서비스 제공 주체 간 연계는 앞서 제2자에서 다룬 연계의 개념 중 비공식적 연계, 즉 실무자 간 관계 맺기가 이루어지는 수준으로 볼 수 있다. 물론 연구를 진행하면서 방문한 서울 일부 지역의 경우 정신건강증진체계 간 그리고 정신건강증진체계와 복지자원 간 상시적인 소통 채널이 있고 중증정신질환자를 대상으로 한 서비스를 함께 기획하고 제공하고 있기도 했다. 하지만 대다수는 개별 기관의 조직 독립성이 높은 상황에서 공식적으로 사례 의뢰는 하고 있지만 기관 간 자원의 이동이나 공동 프로그램을 제공하는 것이 아니라 개개인 실무자의 역량에 따라 관계 맺기의 수준으로 진행되고 있었으며, 심지어 관계 맺기가 제대로 이루어지지 않는 곳들도 있었다.

제2장의 개념 정의에서 살펴본 것처럼 연계의 가장 기초는 비공식적 연계이다. 각 주체 간 관계가 좋았더라고 할지라도 서로의 인력이 자주 교체되는 상황에서 어느 순간을 기점으로 관계가 서먹해지고, 연계 시도에 대한 결과가 좋지 못한 경험이 본 연구의 조사 결과 나타났다. 이런 경우 지역의 각 기관의 인력은 라포 형성을 다시 해야 하고, 이 경우 타 기관의 역할에 대한 이해가 서로 부족하여 네트워크가 형성되기 어렵다. 따라서 소통할 수 있는 지역 실무자 사이의 네트워크 형성[62]을 지원하거나 교

62) 실제 면접조사에 참여한 지역에서 이러한 사례를 살펴볼 수 있음. 지역사회보장협의체와

육을 진행하는 것이 필요하다.

넷째, 교육의 중요성은 기관의 종류를 막론하고 강조하고 있는 사안이다. 중증정신질환에 대한 기관 간 이해도를 높이기 위해 관련 증상, 대처법, 용어의 통일 등 지역기관 실무자를 대상으로 교육하거나, 또는 지역의 병의원을 대상으로 퇴원 대상 환자들에 대한 지원에 어떤 것이 있는지 알리는 등의 교육(또는 홍보)이 필요하다.

이 같은 교육의 주체는 지역에 따라 다를 수 있으나 기본적으로 광역의 역할 중 교육 기능이 강화되어야 한다. 이렇게 제안하는 이유는 다음과 같다. 서울과 경기도는 다른 지역에 비해 기초지자체 단위에서 충분히 희망복지지원단 등 복지자원과의 연계를 기초 정신건강복지센터에서 진행할 수 있는 역량과 인프라가 있어 광역의 교육 기능이 더욱 강화될 필요까지는 없어 보인다. 서울, 경기 등 대도시 지역의 기초 정신건강복지센터는 시군구 단위의 희망복지지원단이나 복지자원 내 실무자 대상 교육을 정기적으로 실시하여 서로의 역할에 대한 이해, 중증정신질환자에 대한 이해 등을 높일 수 있도록 해야 한다. 하지만 이들을 제외한 지방의 기초지자체 정신건강복지센터, 특히 보건소 직영형으로 운영되는 센터들인 경우, 광역센터에서 기초 정신건강복지센터 실무자 교육, 보건소장 및 보건소 직원 대상 교육 및 희망복지지원단 등 광역시도 내 복지자원 실무자 대상 교육을 할 필요가 있다.

다섯째, 교육과 관련하여 정신건강증진체계와 복지자원 모두 실무자 역량 강화를 위한 지원 역시 필요하다. 구체적으로 보면 어떤 실무자에게 연락하는가에 따라 문제 상황이 발생하기도 하고, 사례 의뢰가 완료되기도 하는 경험을 본 연구에서 많이 볼 수 있었다. 중증정신질환자의 경우

별개의 실제 실천 전문가들의 활발한 만남의 기회를 제공함. 현재 정신건강복지센터는 포함되어 있지 않지만, 다른 기관들은 복지센터의 참여를 희망하고 있는 상황임.

에도 복지센터의 어떤 사례관리자를 만나는가에 따라 증상의 완화 및 개입의 방향이 바뀔 수 있다.

여섯째, 각 제공 주체 기관장의 연계 관련 의지 또한 지역 기관 간 관계 형성의 필수 사항이다. 실무자는 네트워크 회의에 참여하고 싶지만 기관 차원에서 특별한 사안에 대해서만 참여하도록 한다든가, 외부 기관의 행사에 참여하지 않는다든가 하는 분위기라면 활발한 연계를 위한 분위기 조성이 어려워진다. 따라서 각 제공 주체 기관장이 연계의 필요성을 인식할 수 있도록 다양한 교육과 공론의 장이 마련될 필요가 있다.

일곱째, 실제 지역에 어떤 기관이 위치하고 있으며 누구를 대상으로 어떤 서비스를 제공하고 있는지 정보가 서로 간에 공유되어야 한다. 희망복지지원단의 역할 중 한 가지가 이러한 자원관리 및 네트워크인데, 이렇게 관리된 정보를 공유하는 시군구가 있었던 반면, 정보의 공유 없이 면접에 참여한 실무자 스스로가 자원 리스트를 업데이트하거나 담당 기관에서 전반적으로 관리하는 자원 리스트를 공유하는 기관도 있었다. 즉 중복적인 일에 대해서는 구분하여 일을 줄이는 시도가 필요하다. 하지만 정신건강복지센터가 확보하고 있는 자원이 희망복지지원단에서 파악하고 있는 자원과 차이가 있을 수 있으므로 유관기관에서 관리하는 자원들과 행정기구에서 관리하는 자원, 정신건강복지센터에서 관리하는 자원 정보가 서로 공유되어 어떤 상황에서 특정 서비스가 연계되어야 하는지 알 수 있도록 세팅을 갖출 필요는 있다.

3. 지역사회 정신건강서비스 체계 강화

앞서 중증정신질환자 당사자와 보호자, 서비스 제공 실무자 대상 조사 결과를 기반으로 한 과제들을 제안하였기 때문에 여기에서는 본 연구 과정에서 강조되어 온 인프라 확충에 대한 제안과 중증정신질환자의 회복

과 지역사회 복귀 및 재활을 위한 각 주체의 역할을 다시금 강조하고자 한다.

가. 인프라 확충

정신건강증진체계 인프라 확충, 구체적으로 시설, 인력, 예산의 인프라 확충은 절실하다는 것이 본 연구 전반에 걸쳐 강조되었다. 정신건강복지센터 예산구조상 정신건강복지센터가 없는 지역의 중증정신질환자를 대상으로 서비스를 제공하기 어려우므로 정신건강복지센터가 없는 지역에는 우선적으로 정신건강복지센터가 설치되어야 한다. 또한 앞서 언급한 정신재활시설의 확충과 더불어 중증정신질환자가 지역사회에서 안정적으로 거주할 수 있도록 하는 주거 시설 확충이 필요하다. 아직까지 정신건강복지법 시행 이후 현장에서 큰 혼란이 발생하고 있지는 않지만, 앞으로 고령화되고 만성화된 중증정신질환자의 주거 문제를 어떻게 할 것인가에 대한 고민이 현장에서 많은 것이 사실이다. 최근 경기도의 사례처럼 공공임대주택과의 협약 등 주거 문제에 대한 접근은 기초보다는 광역 단위에서 추진하는 것이 탄력을 받을 가능성이 높다.

그리고 인력 확보 및 역량 강화를 위한 노력들이 필요하다. 구체적으로 살펴보면, 우선 전문요원 양성과 더불어 의료기관에 편중되어 있는 정신건강 전문요원 분포가 지역사회 실천 현장에 고루 분포될 수 있도록 하는 노력이 필요하다. 이는 결국 인력의 고용 안정성 확보와 업무에 대한 적절한 인건비 책정, 승진에 대한 비전이 뒷받침되어야, 즉 처우가 개선되어야 한다는 것을 의미한다. 이와 관련하여 전문인력 채용에 대한 보조지원이 마련될 필요도 있다. 실무자의 역량 차는 결국 실무자의 전문성과 직결되는데 지역별 특성(예: 도심에서 먼 곳, 처우가 좋지 못한 곳 등)에 따라 전문인력 채용에 큰 어려움을 겪고 있다.

그리고 지방의 다수 기초 정신건강복지센터에 이미 현장에서 중증정신질환자 대상 사례관리를 하고 있는 일반 사회복지 전공자나 간호사들이 많으므로, 이들이 지역사회 내에 근무하면서 보다 수월하게 정신보건 전문요원 수련 과정을 이수할 수 있도록 하는 방법에 대한 고민도 필요하다.

또한 직영형으로 운영되는 일부 지역의 경우 슈퍼비전을 주어야 하는 인력이 정신보건 전문요원이 아닌 경우가 많으므로 직영형으로 운영되는 것이 확장되는 추세에서 정신보건 전문요원이 팀장급 이상의 지위에 있어야 하는 것을 법으로 명시하는 것은 반드시 고려해야 한다.

마지막으로 예산과 관련하여 앞서 언급한 모든 개선과제는 필수적으로 투자 확대를 요구하는 것과 다름없다. 인구수와 같은 지역적 특성, 지역별 인프라 분포 차이, 중증정신질환자 규모 등을 고려하여 현재의 일률적인 예산배분 구조를 바꾸기 위한 노력이 필요하다. 또한 중증정신질환자 대상 주거 및 사회복귀 프로그램을 제공하는 정신재활시설 확충을 시군구의 책임으로 남겨 두기보다 중증정신질환자의 탈원화, 회복, 사회복귀를 강조하는 최근의 추세에서 정신재활 시설 설치 및 운영에서 중앙의 책임성을 보여 줄 필요가 있다.

나. 지역사회 복귀와 재활의 주체

마지막으로 지역사회로의 복귀 주체는 누구인지와 관련하여 본 연구가 제안하는 바는 다음과 같다. 첫째, 지역사회로의 복귀 주체는 중증정신질환자 당사자이다. 이를 위해서는 의료기관 내 진행되는 일련의 프로그램에서 지역사회로의 성공적인 복귀를 위한 일상생활 훈련 프로그램 및 병식 훈련이 강화될 필요가 있다. 또한 퇴원 전 지역사회 정신건강서비스 제공 주체를 방문해서 퇴원 후 받을 수 있는 자원들에 대한 인지도를 높이는 것 역시 필요하다. 이미 일부 의료기관에서는 폐쇄병동에서 개방병

동으로 이동 후 퇴원 전 지역사회 내 정신건강서비스 제공 주체를 방문할 수 있도록 외출 기회를 제공하고 있기도 하다. 이 같은 의료기관 내 조치들은 중증정신질환자 스스로 지역사회 복귀에 대한 의지를 높일 수 있고, 퇴원 후 지역사회 정신건강서비스 이용 의향을 높일 수 있을 것으로 기대된다.

그리고 현재의 중증정신질환자 돌봄 주체는 가족이므로, 퇴원 전 의료기관 내 가족 교육을 실시하여 가족의 지역사회 정신건강서비스 제공 주체에 대한 인지도를 높이고 퇴원 후 중증정신질환자가 지역사회 내 서비스를 이용할 수 있도록 지원할 수 있도록 해야 한다.

둘째, 중증정신질환자의 지역사회 복귀 주체는 의료기관이기도 하다. 국립정신건강센터에서 하는 것처럼 의료기관 내 사회복지사 혹은 간호사가 환자의 거주지에 위치한 자원의 정보를 취합하고 퇴원 전 환자 및 보호자의 동의를 얻어 퇴원 후 지역사회 자원으로 바로 연계되도록 지원하는 방안이 있을 수 있다.

하지만 현재 의료기관 내 의료진 및 간호사와 사회복지사 인력 부족 문제와 더불어 이들의 지역사회 정신건강서비스 연계에 대한 인식 부족으로 인해 전체 정신의료기관으로 확장하기에는 제한적이다. 적어도 공공정신의료기관은 의료기관 내 지역재활팀을 통해 지역사회 내 중증정신질환자들이 이용할 수 있는 자원 현황을 파악하고 중증정신질환자의 퇴원 계획을 수립하여 지역사회로의 복귀를 도모할 수 있을 것이다. 의료기관이 지역사회 자원으로 연계했을 경우 수가로 보전하는 방안 역시 고민해 볼 필요가 있다. 그리고 보호자가 원하는 것처럼 의료기관에서 브로셔의 형태로라도 퇴원 시에 지역사회 정신건강서비스 제공 주체들이 있다는 정보를 제공해 주는 것도 하나의 방안일 수 있다.

또한 최근 정신건강복지법 시행 이후 의료기관 내에서 half-way

house, 보호작업장 등 직업훈련 프로그램, 취업지원 프로그램을 점차 많은 의료기관들이 실시하고 있는 추세와 관련하여 과연 탈원화라는 중증정신질환자 대응 정책의 목표를 이행할 수 있을지에 대한 고민이 필요하다는 점을 지적하고 싶다. 정신재활시설이 전혀 설치되어 있지 않은 지역, 정신건강복지센터가 설치되어 있지 않은 지역의 경우 일부 공공의료기관에서 시도하고 있는 의료기관 내 단기 주거 시설, 직업훈련 제공 시설 설치 및 운영은 현재의 상황에서는 지역사회에서 정신건강서비스를 이용하고자 하는 중증정신질환자의 욕구를 충족시키는 방안일 수도 있다. 하지만 다른 지역에 비해 인프라가 충분히 세팅되어 있는 대도시 지역의 경우 이 기능을 할 수 있는 다른 주체들이 이미 존재하고 있으므로, 이들 지역에서의 의료기관은 치료의 고유 기능을 강화시키는 것이 더 필요해 보인다.

셋째, 중증정신질환자의 지역사회 복귀 주체는 정신건강복지센터이기도 하다. 정신건강복지센터에서 정신의료기관에 입원해 있는 중증정신질환자 퇴원에 관여하기 어려워 현재 의료기관에서 지역사회로의 복귀 주체는 중증정신질환자 당사자나 보호자, 의료기관일 수밖에 없다. 하지만 일부 지역에서는 정신건강복지센터의 전문요원이 시군구의 의료급여 사례관리자 역할을 수행하고 있기도 하다. 정신건강복지센터의 전문요원이 퇴원 전 의료기관의 동의를 얻어 센터의 정신보건 전문요원이 지역자원에 대한 교육 및 홍보를 하고, 퇴원 후 정신건강복지센터 등록 관리로 이어질 수 있도록 하는 방안이 있을 수 있다.

이와 관련하여 최근 국회 솔루션 포럼에서는 정신건강복지센터에서 제공하는 지역사회 정신건강 서비스에 대한 수가보전 및 인센티브 제공과 같은 비용지원 방안에 대한 논의가 이루어지기도 하였다. 또한 현재 시군구의 의료급여 사례관리자가 장기 입원하고 있는 의료급여 환자를 지역

사회로 복귀시키는 활동을 하고 있는데, 정신의료기관에 장기 입원하고 있는 의료급여 환자가 많고, 정신의료기관 방문을 꺼려하는 의료급여 사례관리자들이 많은 상황에서 정신의료기관에 한해 일정 경력 이상의 정신보건 전문요원이 이 기능을 수행할 수 있도록 하는 방안 역시 고민해 볼 필요가 있다.

마지막으로 중증정신질환자의 지역사회 복귀주체는 정신재활시설이기도하다. 정신재활시설은 그동안 중증정신질환자를 대상으로 주간재활, 직업훈련 및 취업지원 프로그램을 운영하고 생활시설을 제공해 왔으며, 이 기능은 중증정신질환자를 대상으로 한 복지서비스 제공을 강화하자는 정신건강복지법의 취지와도 연관성이 높다. 하지만 본 연구에서 수차례 강조한 것처럼 정신재활시설의 규모는 턱없이 부족하기 때문에 향후 정신건강증진체계의 역량을 강화하고 중증정신질환자의 사회복귀를 도모하기 위해서는 확충이 우선되어야 한다.

참고문헌

강석임, 이용표. (2013). 정신장애인 회복과정 영향 요인. 정신보건과 사회사업. 41(4), 116-143.

경기도, 경기도정신건강증진센터. (2016). 경기도 정신보건사업 20주년 정책세미나. 경기도, 경기도정신건강증진센터. 85-107.

관계부처합동. (2016. 2. 25.) 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책.

국민건강보험공단. (2015). 2015년 의료급여 통계연보.

권영빈. (2013). 영국의 외국인 '의료' 차별규제 논란. 2013년 2/4분기 국내·외 규제 동향지, 한국행정연구원, 32-43.

권준수. (2017). 국내외 정신건강분야 연구개발정책 및 사업동향. KHIDI 전문가리포트.

김경식. (2009). 축구 동호인의 신뢰연결망 구조와 사회적 자원교환에 대한 관계적 접근. 한국스포츠사회학회지, 22(2), 75-94.

김동진. (2016). 농어촌 정신건강증진 정책현황과 과제. 보건복지포럼, 2016년 4월호.

김문근, 하경희, 최진실. (2015). 정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안. 보건복지부, 대구대학교산학협력단.

김문근. (2003). 지역사회 정신보건서비스 전달체계 내에서의 역할분담과 연계방안. 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집, 63-88.

김미영, 구진희, 구춘영. (2016). 정신장애인의 자립 개념분석, 정신간호학회지 25(3), 155-165.

김미정, 이경희. (2015). 만성 정신질환을 가진 환자를 위한 임파워먼트프로그램 개발 및 효과. 대한간호학회지 45(6), 834-845.

김상곤. (2013). 민관협력을 위한 통합사례관리 운영체계 구축방안, 사례관리연구, 4(1), 51-87.

김성희, 변용찬, 손창균, 이연희, 이민경, 이송희 등. (2011). 2011 장애인실태

조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
김옥일. (2008). 교육행정정보화 정책네트워크 구조 변화에 관한 연구: 사회연결망 분석의 적용. 행정논총, 46(2), 255-279.
김용학. (2006). 사회연결망 분석. 박영사.
김이배. (2014). 공공사회복지전달체계 개편의 특징과 한계, 비판사회정책 42, 44-91.
김인숙. (2016). 사회복지연구에서 질적방법과 분석. 아산재단 연구총서 제405집. 집문당.
남찬섭. (2017). 사회서비스 전달체계의 문제점과 과제, 월간 복지동향(227), 5-13
노현희, 이상균, 박현선, 이채원. (2012). 결혼이주여성의 사회적 연결망 특성에 대한 연구. 한국사회복지학, 64(2), 159-183.
문성웅, 김진수, 이용갑, 황라일, 최인덕, 서수라. (2008). 2008년도 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구. 국민건강보험공단. 234-236.
민소영. (2010). 지역기반 정신보건서비스 조직의 네트워킹 결정요인 연구. 정신보건과 사회사업, 34, 5-29.
박경수, 이용표, 장혜경, 노수희. (2012). 장기재원 정신장애인의 당사자 관점에서의 탈원화 실태조사. 서울특별시.
박경은, 최성일, 정명희.(2007). 지역사회 가족지원서비스 기관 실태 및 연계방안 연구, 경기도가족여성개발원
박미은. (1999). 정신장애인의 재활을 위한 지역사회 자원활용에 관한 연구. 재활복지, 3, 1-22.
박미은. (2002). 정신보건사회복지사들의 서비스 연계실태 및 연계관련 요인. 한국사회복지학, 51, 63-92.
박미은, 박귀서. (1999). 정신질환자를 위한 사례관리에서 자원활용에 관한 연구, 정신보건과 사회사업, 8, 79-103.
박종익, 박현정. (2017). 역사적 관점에서 본 정신보건법 전부개정법률에 대한 검토. 대한신경정신의학회지, 56(1), 1-9.

배선희. (2013). 정신질환자 가족의 오명, 한국콘텐츠학회, 13(11), 213-220.
변진옥, 이호용 안수지 김경아. (2015). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향, 제8권 영국. 국민건강보험: 건강보험 정책연구원.
보건복지부 보도자료. (2016. 2. 25.). 정신건강에 대한 전사회적 대응역량 강화 - 관계 부처 합동 정신건강 종합대책(2016~2020) 마련.
보건복지부. (2017). 2017 정신건강사업안내.
보건복지부. (2017). 2017년 희망복지지원단 업무안내
보건복지부. (2017). 2017년도 읍면동 맞춤형복지 업무매뉴얼
송문섭, 조신섭. (2004). sas를 이용한 통계자료분석. 자유아카데미.
신권철, 박귀천, 김진, 홍남희, 양승엽. (2014). 정신보건법상 입퇴원제도 개선방안, 보건복지부, 서울시립대학교 산학협력단.
신권철. (2010). 정신질환자 개념의 규범적 고찰. 법조, 59권 5호, 35-76.
신현웅, 황도경, 김보연, 정수경, 신동교, 여지영 등. (2014) 건강보험 가치기반 성과보상 지불제도(VBP) 도입방안. 한국보건사회연구원, 4호, 116-147.
연명모, 이금진. (2013). 정신장애인 고용유지율 향상을 위한 공공· 민간 연계사업에 관한 연구. 기본과제보고서. 1-141.
오인옥, 김선아. (2015). 정신질환자 가족의 돌봄 경험 구조모형, 대한간호학회지 45(1), 97-106.
이강. (2004). 지역사회 정신보건조직의 연계실태 연구. 가톨릭대학교 석사학위논문.
이상영. (2012). 사회적 여건변화에 따른 정신건강증진정책의 추진방향과 과제. 2012년 5월호.
이성규 등. (2008). 사회복지서비스 민간전달체계 개선방안, 보건복지부, 서울복지재단
이성우. (2014) 영국 NHS의 보건의료 개혁 동향. HIRA 정책동향, 제8권 2호, 74-81.
이재완, 최영. (2011). 지역사회복지협의체 구조의 현황과 과제. 지역사회복지협의체의 구조와 기능 그리고 평가. 한국지역사회복지학회.

이정석, 한은정, 이지혜. (2014). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁 동향, 제4권 호주. 국민건강보험: 건강보험정책연구원.

이종은, 현미열. (2003). 정신질환자 가족의 부담감, 자존감 및 희망에 관한 연구, 정신간호학회지 12(3), 268-278

이지영, 박순우. (2015). 지역사회정신보건서비스 기관의 네트워크 수준에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한국지역사회복지학, 55, 129-161.

이지영. (2015). 지역사회정신보건서비스 기관의 네트워크 유형별 특성에 관한 연구. 공주대학교 박사학위논문.

이진석, 김윤, 이선영, 문상준, 장원모, 이은정 등. (2009). 정신질환자의 건강증진을 위한 제도개선 방안. 건강증진사업지원단, 서울대학교병원.

이현경, 최승순, 안지영. (2013). 미취업 정신장애인의 건강상태, 경제수준, 직업능력이 취업의사에 미치는 영향. 한국보건정보통계학회지 38(2), 84-94.

이현주, 강혜규, 이윤경. (2000). 지역단위 사회복지 관련서비스 연계체계 모형개발. 한국보건사회연구원.

이호(2008). 지역사회 네트워크 원리와 활성화를 위한 제언, 풀내음팀블로그

임병학. (2011). 자아중심 네트워크 분석을 통한 예수의 영향력과 파급효과 분석. 로고스경영연구, 9(1), 83-94.

전진아, 이난희, 김진호. (2017). 정신건강증진사업의 현황과 최근의 정책적 변화. 보건복지포럼, 51-63.

전진아, 전민경, 이난희, 최지희. (2016). 경기도 정신건강증진체계 발전방안 연구. 경기도, 한국보건사회연구원.

정신건강관련 19개 기관. (2017). 국회정신건강정책솔루션포럼 1, 2, 3.

정영철. (2012). 사례관리를 위한 지역사회 복지자원 관리방안. 보건· 복지 Issue&Focus, 128, 1-8.

조윤화, 이용표, 권오용, 이선화, 이의정, 강경희 등. (2014). 정신장애인 지역사회통합 지원방안 연구. 한국장애인개발원.

최성구, 황태연, 조근호, 이상욱, 오은혜, 김윤정 등. (2016). 정신건강증진센터 운영실태 분석 및 발전방안 연구. 국립정신건강센터.

최유진, 이해국, 김용훈, 최인재, 김영지, 김준홍 등. (2013). 지역사회 정신건강 관리 효율화 방안. 경제·인문사회연구회 휴먼뉴딜 협동연구총서.

최지선. (2012). 장애인복지관 사례관리실천에 관한 질적 연구: 사례관리자의 실천경험을 중심으로, 연세대학교 사회복지대학원 박사학위논문.

한국정신건강복지센터협회 외 19개 기관 등 정신건강관련 19개 기관. (2017). 국가정신건강정책솔루션포럼.

한동우. (2013). 지역기반의 복지공급체계: 사회복지기관의 역할과 네트워크. 한국사회복지행정학, 15(3), 285-311.

함철호, 이기연. (2011). 공공영역 사례관리자들의 경험에 관한 연구. 한국지역사회복지학, 38, 161-200.

홍선미, 김도희, 김문근, 염형국, 이용표, 이선향 등. (2016). 정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사. 국가인권위원회, 한신대학교산학협력단.

홍선미, 김문근, 하경희, 김수영, 김병수 등. (2010). 정신장애인의 지역사회 적응을 위한 실태조사. 국가인권위원회.

홍선미. (2013). 공공사례관리도입에 따른 지역복지기관의 사례관리 기능. 한국사회복지행정학회 학술대회 자료집. 95-107.

Australian Institute of Health and Welfare. (2016). Mental Health Services in Brief

Better access to mental health care: fact sheet for patients: available from http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-ba-fact-pat. (2017. 11. 30.)

Burns, T. (2001). Generic versus specialist mental health teams in :Thornicfoft, G. & Szmukler, G. (eds.) Text book of Community Psychiatry, pp.231-31. Oxford University Press.

Commonwealth Australia. (2009). Fourth National Mental Health Plan-An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014, Canberra.

Commonwealth Australia. (2011). National Standards for Mental Health Services 2010, Canberra.

Commonwealth Australia. (2015). Australian Government Response to Contributing Lives, Thriving Communities-review of Mental Health Programs and Services, Commonwealth of Australia 2015, Canberra,

Commonwealth of Australia. (2017). The fifth national mental health and suicide prevention plan, Department of Health.

Department of Health and Aging. (2013). National Mental Health Report 2013: Tracking progress of mental health reform in Australia, 1993-2011, Commonwealth of Australia, Canberra.

Department of Health and Human Services. (1981). Care in Community, National Health Service: London.

Department of Health and Human Services. (1990). Community Care Act, National Health Service: London.

Department of Health, Australian Government, Mental Health., available from http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Mental+Health+and+Wellbeing-1. (2017. 11. 30.)

Everett, M., & Borgatti, S. P. (2005). Ego network betweenness. Social networks, 27(1), 31-38.

GP Mental Health Treatment Medicare Items: available from: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/pacd-gp-mental-health-care-pdf-qa. (2017. 11. 30.)

Healy, K., Sharman, E., Lokuge, B. Australia: Health system review. Health Systems in Transition: 85: 1-158, 2006 recited.

Holloway, F. (2004). Reprovision for the long-stay patient. Psychiatry, 3, 5-7.

Kelly, M.(2010). The role of theory in qualitative health research,

Family Practice 27(3), 285-290.

Kesseler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N. Engl.J. Med, 352(24). 2415-2523

Lelliott, P., Audini, B., Knapp, M., & Chisholm, D. (1996). The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. The British Journal of Psychiatry, 169(2), 139-147.

Levine, M. (1981). The history and politics of community mental health. Oxford University Press on Demand.

Mental health services by state and territory available from: https://www.healthdirect.gov.au/mental-health-services-by-state-and-territory(2017. 11. 30.)

Mental health services in Australia available from: https://mhsa.aihw.gov.au/home/(2017. 11. 30.)

Moore, S. (1992). Case management and the integration of services: How service delivery systems shape case management. Social Work, 37(5), 418-423.

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Anderson, C. (2015). International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund, 2016.

Olsen, M. E., & Cluett, C. (1982). Voluntary energy conservation through neighborhood programs: Design and evaluation. Energy Syst. Policy;(United States), 6(2).

PHN-Home National Health Services: Mental Health available from http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mental-health-services-explained/Pages/accessing%20services.aspx

Porta, S., Crucitti, P., & Latora, V. (2006). The network analysis of urban

streets: a primal approach. Environment and Planning B: planning and design, 33(5), 705-725.

Primary Health Networks (PHNs): available from: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/(2017. 11. 30.)

Private Mental Health Alliance (PMHA) available from: https://ama.com.au/psychiatrists-newsletter/private-mental-health-alliance-pmha-update-4(2017. 11. 30.)

Rapp, C., & Gosha, R. (2006). The strength Model: Case Management with people with psychiatric Disabilities, New York: Oxford University Press.

Rooney, P., Plumb, J., Shaw, C., (2008). Laying the foundations for better acute mental health care: A service redesign and capital investment wordbook, Norwich: The Stationary Office.

Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S., Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. The British Journal of Psychiatry, 178(6), 497-502.

Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., Phelan, M., & Wykes, T. (1999). Camberwell Assessment of Need (CAN). Royal College of Psychiatrist, Gaskell, London.

Slade, T., Johnston, A., Teesson, M., Whiteford, H., Burgess, P., Pirkis, J. et al. (2009). The mental health of Australians 2. Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: DoHA.

The economist. (2016). 정신보건 및 통합 - 정신 질환 환자들 지원을 위한 서비스 제공:15개 아시아 태평양 국가 비교, 이코노미스트 인텔리전스 유닛 브리핑 보고서.

Thornicroft, G., & Bebblington, P. (1989). Deinstitutionalization—from hospital closure to service development, The British Journal of Psychiatry, 155, 739-753

Thornicroft, G., Alem, A., SANTOS, R. A., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., et al., (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry, 9(2), 67-77.

Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: status and further developments, World Psychiatry, 15, 1-11.

Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2011). Oxford textbook of community mental health (eds). Oxford: Oxford University; 108-117.

Thornicroft, G., Tansella, M. Better Mental Health Care, New York: Cambridge University Press, 8-10, 56.

Warner, R. (2006). The Environmental of Schizophrenia: Innovations in Practice, Policy and Communications, London: Brunner-Routlege.

Williams, R. F., & Doessel, D. P. (2008). The Australian mental health system: An economic overview and some research issues. International journal of mental health systems, 2(1), 4.

www.public.iastate.edu/~maitra/stat501/lectures/ModelBasedClustering.pdf.(2017. 11. 30.)

부록 1. 클러스터별 지역

클러스터 1				클러스터 2			
번호	지역	번호	지역	번호	지역	번호	지역
1	세종 세종시	41	강원 원주시	1	부산 서구	41	전남 무안군
2	서울 종로구	42	강원 강릉시	2	부산 동구	42	전남 영광군
3	서울 중구	43	충북 충주시	3	부산 영도구	43	경북 영주시
4	서울 용산구	44	충북 음성군	4	부산 기장군	44	경북 영천시
5	서울 성동구	45	충남 공주시	5	대구 중구	45	경북 상주시
6	서울 강북구	46	충남 아산시	6	인천 중구	46	경북 문경시
7	서울 서대문구	47	충남 논산시	7	인천 동구	47	경북 의성군
8	서울 금천구	48	충남 홍성군	8	인천 강화군	48	경북 청도군
9	부산 동래구	49	전북 군산시	9	광주 동구	49	경북 칠곡군
10	부산 남구	50	전북 김제시	10	울산 동구	50	경남 통영시
11	부산 북구	51	전남 목포시	11	울산 북구	51	경남 사천시
12	부산 사하구	52	전남 여수시	12	경기 동두천시	52	경남 밀양시
13	부산 금정구	53	전남 순천시	13	경기 구리시	53	경남 거제시
14	부산 연제구	54	경북 경주시	14	경기 의왕시	54	경남 창녕군
15	부산 수영구	55	경북 김천시	15	경기 하남시	55	경남 고성군
16	부산 사상구	56	경북 안동시	16	경기 이천시	56	제주 서귀포시
17	대구 서구	57	경북 구미시	17	경기 포천시		
18	대구 남구	58	경북 경산시	18	경기 여주시		
19	대구 달성군	59	경남 진주시	19	경기 가평군		
20	인천 연수구	60	경남 양산시	20	경기 양평군		
21	인천 계양구			21	강원 동해시		
22	광주 서구			22	강원 속초시		
23	광주 남구			23	충북 제천시		
24	광주 광산구			24	충북 옥천군		
25	대전 동구			25	충북 영동군		
26	대전 중구			26	충남 보령시		
27	대전 유성구			27	충남 서산시		
28	대전 대덕구			28	충남 당진시		
29	울산 중구			29	충남 부여군		
30	울산 남구			30	충남 서천군		
31	울산 울주군			31	충남 예산군		
32	경기 광명시			32	전북 정읍시		
33	경기 오산시			33	전북 남원시		
34	경기 시흥시			34	전북 완주군		
35	경기 군포시			35	전북 부안군		
36	경기 안성시			36	전남 나주시		
37	경기 김포시			37	전남 광양시		
38	경기 광주시			38	전남 고흥군		
39	경기 양주시			39	전남 화순군		
40	강원 춘천시			40	전남 해남군		

클러스터 3				클러스터 4			
번호	지역	번호	지역	번호	지역	번호	지역
1	서울 광진구	41	경기 파주시	1	부산 중구	41	전남 함평군
2	서울 동대문구	42	경기 화성시	2	부산 강서구	42	전남 장성군
3	서울 중랑구	43	충북 청주시	3	인천 옹진군	43	전남 완도군
4	서울 성북구	44	충남 천안시	4	경기 과천시	44	전남 진도군
5	서울 도봉구	45	전북 전주시	5	경기 연천군	45	전남 신안군
6	서울 노원구	46	전북 익산시	6	강원 태백시	46	경북 군위군
7	서울 은평구	47	경북 포항시	7	강원 삼척시	47	경북 청송군
8	서울 마포구	48	경남 김해시	8	강원 홍천군	48	경북 영양군
9	서울 양천구	49	경남 창원시	9	강원 횡성군	49	경북 영덕군
10	서울 강서구	50	제주 제주시	10	강원 영월군	50	경북 고령군
11	서울 구로구			11	강원 평창군	51	경북 성주군
12	서울 영등포구			12	강원 정선군	52	경북 예천군
13	서울 동작구			13	강원 철원군	53	경북 봉화군
14	서울 관악구			14	강원 화천군	54	경북 울진군
15	서울 서초구			15	강원 양구군	55	경북 울릉군
16	서울 강남구			16	강원 인제군	56	경남 의령군
17	서울 송파구			17	강원 고성군	57	경남 함안군
18	서울 강동구			18	강원 양양군	58	경남 남해군
19	부산 부산진구			19	충북 보은군	59	경남 하동군
20	부산 해운대구			20	충북 진천군	60	경남 산청군
21	대구 동구			21	충북 괴산군	61	경남 함양군
22	대구 북구			22	충북 단양군	62	경남 거창군
23	대구 수성구			23	충북 증평군	63	경남 합천군
24	대구 달서구			24	충남 계룡시		
25	인천 남구			25	충남 금산군		
26	인천 남동구			26	충남 청양군		
27	인천 부평구			27	충남 태안군		
28	인천 서구			28	전북 진안군		
29	광주 북구			29	전북 무주군		
30	대전 서구			30	전북 장수군		
31	경기 수원시			31	전북 임실군		
32	경기 성남시			32	전북 순창군		
33	경기 의정부시			33	전북 고창군		
34	경기 안양시			34	전남 담양군		
35	경기 부천시			35	전남 곡성군		
36	경기 평택시			36	전남 구례군		
37	경기 안산시			37	전남 보성군		
38	경기 고양시			38	전남 장흥군		
39	경기 남양주시			39	전남 강진군		
40	경기 용인시			40	전남 영암군		

부록 2. 맞춤형 복지 제공을 위한 사회복지 전달체계의 주체별 역할

구분	내 용
광역 시도	- 시군구 희망복지지원단 운영실태 파악 및 지원계획 수립 - 지역 특성을 고려한 교육 및 컨설팅 사업 추진 - 공무원 및 통합사례관리사 참석 워크숍 개최 등을 통하여 희망복지지원단 활성화를 위한 정보공유 및 사기진작 사업 추진 - 광역 내 희망복지지원단 기능 및 읍면동 주민센터의 종합복지기능 강화, 관련 우수사례 등 광역 내 홍보 실시
시군구	- 통합사례관리사업: 복합적 욕구를 가진 대상자에게 통합사례관리를 통해 공공·민간의 급여·서비스·자원 등을 맞춤형으로 연계·제공 • (중점 대상자) 통합사례관리를 통해 탈빈곤 지원이 가능한 국민기초생활 수급가구, 차상위 빈곤가구, 긴급지원 대상가구 및 국민기초생활수급자 탈락 가구 중 통합사례관리를 통해 빈곤예방 지원 가능 가구 등 - 자원관리 • 지역사회 공식·비공식 자원 현황에 대한 총괄 관리 • 자원조사 및 자원 발굴·배분을 통해 통합사례관리의 원활한 지원 • 공공 및 민간 복지자원통합관리시스템 운영을 통한 지역 자원의 효과적 관리 • 지속적인 자원현황 업데이트로 지역 내 주민 및 관련 기관에 정보 공유 • 나눔 문화 활성화 등 지역사회 자원개발 기획·실천 - 읍면동 복지사업 지원·관리 • 읍면동 종합상담, 정보제공, 방문상담, 사례관리, 민관협력 등 복지업무에 대한 체계적 지원 등 총괄·관리 - 지역보호체계 운영 • 지역 단위 방문형서비스 사업 간 현황 공유 및 연계·협력 체계 마련 • 방문형서비스 수행 인력의 공동(팀) 방문 추진 및 개별 방문 시 필요한 정보를 상호 공유할 수 있는 체계 마련 • 복지통(이)장제, 읍면동 민관협의체의 역할 강화 등을 통한 주민네트워크 활성화 기반 구축 • 지역복지 활성화 방안 마련 등 지역복지 컨트롤타워로서 역할 강화 • '좋은이웃들' 사업 등과의 효과적인 연계를 통한 지역 내 복지 소외계층 상시 발굴체계 구축 및 운영
읍면동	- 초기상담 실시: 초기상담 자료에 근거하여 대상 가구에 대한 사례관리가 원활히 이루어질 수 있도록 통합사례관리 의뢰 가구에 대해 충실한 초기상담 실시 - 지역 특성에 따라 다음과 같은 읍면동 중심 맞춤형서비스 추진 방식을 선택적으로 운영 • (기본형) 개별동 단위로 대상자 발굴 및 초기 상담, 통합사례관리, 사후관리, 자원관리 및 민관 협력 구성·운영 직접 수행 • (권역형) 인근 일반 읍면동 2~3개가 하나의 권역으로 이뤄진 중심 읍면동에서 사례관리, 자원관리 및 민관 협력을 주도적으로 수행하고, 일반 읍면동은 대상자 발굴, 초기 상담 및 사후 관리를 수행 • (읍면동 복지허브화사업 미실시 지역) 시군구 희망복지지원단이 통합사례관리 업무를 주도적으로 수행하고, 일반 읍면동은 초기 상담과 사후관

구분	내 용
	리 수행 - 사례관리가 종결된 가구에 대해서는 관할 읍면동에서 사후관리를 진행하고, 추가적인 욕구 등이 있을 경우 희망복지지원단으로 연계 - 읍면동을 중심으로 권역 내 방문형서비스 수행 인력 간 정보공유, 공동방문 등 협력체계 구축·운영 - 시군구 지역사회보장협의체와 연계한 읍면동 지역사회보장협의체 구성·운영
기타	- 시군구 내 타 사업 부서 및 민간 서비스 제공기관 - 방문형서비스사업 간 연계·협력 활성화

자료: 보건복지부(2017). 2017년 희망복지지원단 업무안내에서 발췌 정리.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- Yes24 http://www.yes24.com
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr