

서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 연구*

- 대상자 의뢰네트워크 분석을 중심으로 -

이용표** · 정현주*** · 두진영****

A Study on the Effective Management System of Community Mental Health Services in Seoul*

Yong-Pyo Lee** · Hyun-Ju Chung*** · Jin-Young Du****

요약 : 본 연구의 목적은 공공 지역사회정신보건사업의 민간위탁에 의해 나타나는 결과를 이해관계자의 권력관계에 초점을 두어 구체적으로 분석하는 것이다. 이러한 목적달성을 위하여 서울시 3개 자치구의 지역사회정신보건사업관련 조직 간의 정신장애인 의뢰경로에 대한 네트워크분석을 수행하였으며, 그 분석내용을 토대로 관련전문가 6명과의 면접조사를 실시하여 보다 심층적인 분석을 수행하였다. 연구결과 네트워크 분석을 통하여 첫째, 정신보건센터와 정신의료기관간 퇴원자 관리 네트워크의 부재, 둘째, 정신보건센터 네트워크활동의 자치구내 행정조직 및 정신의료기관에의 편중성, 셋째, 정신보건센터의 서비스 조정 역할의 미약 등과 같은 지역사회정신보건사업의 문제점이 도출되었다. 그리고 심층면접에서 이러한 문제점의 근본적인 요인이 정신의료기관의 자본축적기제에 의한 것임을 밝혔다. 연구분석의 결과를 토대로 지역사회정신보건정책의 개선방안으로 첫째, 정신보건센터 위탁정책의 폐지, 둘째, 정신장애인의 지역사회 지지체계의 확충, 셋째, 사업재정으로 바우처 방식의 도입을 제안하였다.

주제어 : 지역사회정신보건, 위탁운영, 정신보건센터, 정신장애인, 사회복지시설

ABSTRACT : This study examines the outcome that results from contracting-out community mental health services from the viewpoint of stake-holders. For this purpose, network analysis was carried out with the community mental health organizations of three boroughs in Seoul. On the basis of the above analysis, qualitative study was conducted with six experts in the relevant area. The results are as follows. First, there is lack of network between mental health center and mental care hospital to manage mentally disabled persons. Secondly, there has been excessive concentration of mental health center network activities on administrative organization and mental care hospital within an autonomous district. Thirdly, mental health center did not coordinate services among community mental health organizations. All these points reveal some of the problems of regional community mental health business. Further, a qualitative study revealed that a fundamental cause of the above problems is commercial profits by the mental care hospitals. On the basis of the above studies and analysis, the following solutions are proposed. First, termination of a policy of delegating mental health center.

* 본 연구는 2006년도 서울시정개발연구원의 연구비 지원으로 수행된 '서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 및 정책과제'를 수정·보완한 것임.

** 가톨릭대학교 사회복지학과 교수(Professor, Department of Social Welfare, The Catholic University).

*** 가톨릭대학교 사회복지학과 박사과정(Doctor's Course Student, Department of Social Welfare, The Catholic University).

**** 가톨릭대학교 사회복지학과 박사과정(Doctor's Course Student, Department of Social Welfare, The Catholic University), 교신저자(E-mail: swdoo25@naver.com, Tel: 00-0000-0000).

Secondly, expansion of system to support disabled persons by regional community. Thirdly, introduction of voucher system as a part of funding the relevant business.

Key Words : community mental health, contracting-out management, mental health center, mentally

I. 연구배경 및 목적

사회복지정책분석의 다양한 접근방법들은 과정(process), 산물(product) 그리고 이행(performance) 연구로 분류해볼 수 있다(전남진, 1987). 여기에서 산물연구는 정부에 의해 구체적으로 정책화된 프로그램이나 제도를 분석하는 것이며, 이행연구는 정책의 결과로서 나타난 대상집단의 욕구충족 여부, 프로그램의 영향을 분석하는 것을 말한다.

1997년 정신보건법 시행과 함께 출발한 지역사회정신보건사업은 지역사회에서의 정신장애인 통합관리체계 구축을 통해 사회복지서비스를 도모하는 것을 목적으로 한다(보건복지부, 2008). 정책의 산물로서 지역사회정신보건사업은 사업대상의 측면에서 정신보건시설에 장기입원 중인 정신장애인이 표적집단이며, 이 집단에 중앙·지방정부의 일반조세 및 건강증진기금을 재원으로 치료, 재활 그리고 사회복지서비스를 제공함으로써 사업의 목적을 달성하고자 한다(보건복지부, 2008). 그리고 서비스전달체계는 공공부문의 보건소에 설치된 정신보건센터를 통하여 사업을 수행하며, 정신장애인 사회복지서비스를 위한 핵심기능으로서 지역사회정신장애인에 대한 사례관리의 실시를 통하여 민간부문의 정신의료기관과 사회복지시설 간의 연계기능을 수행하도록 체계를 구축하였다.

그러나 정책이행분석의 측면에서 지역사회정신보건사업은 기대와는 달리 전혀 예기치 않은 결과나 영향을 가져다주고 있다. 정책 시행 전후의 정

신장애인 사회복지서비스의 결과를 분석해보면, 정신보건시설의 입원/입소 정원은 정신보건법 시행 전 해인 1996년 3만 8천여 명에서 2004년에는 7만 6천여 명으로 오히려 2배나 증가하였다(이용표, 2006). 더욱이 정신의료기관의 병상은 1996년에 전체 3만 8천여 병상의 55.2%인 약 2만 1천 병상을 점유하고 있었으나, 2004년에 와서는 전체 7만 6천여 병상의 81.5%인 6만 2천여 병상으로 급증하면서 3배나 증가하였다(이용표, 2006). 이와 같은 폐쇄시설에의 입원 급증은 심각한 정신장애인 인권문제를 야기시키고 있다. 2001년 11월 국가인권위원회 설립 이후 2008년 2월까지 국가인권위원회에 접수된 정신보건시설 관련 인권침해 진정 사건 수는 1,218건에 이르며, 여기에 포함된 2,599건의 진정내용은 주로 폐쇄시설에의 비자발적 입원과 관련된 강제입원, 언어·육체적 폭력과 같은 가혹행위, 퇴원불허 등으로 나타나고 있다(국가인권위원회, 2008).

이러한 정책 실패의 원인은 다양하게 지적되고 있는데, 건강보험 및 의료급여의 재정지불구조와 그에 따른 정신의료기관의 이윤추구 동기가 입원장기화의 원인으로 지적하는 견해가 있다(김명규 외, 1998; 이선주·홍백의, 2002). 즉 현행 의료지불구조는 입원을 장기화할수록 정신의료기관의 이윤이 극대화되는 구조를 가지고 있다는 것이다. 또한 정신장애인 가족의 보호부담 회피를 핵심적 원인으로 주장하는 연구(이영문 외, 1996)도 있으며, 지역사회정신보건체계의 문제점으로는 지역

사회정신보건사업의 정신의료기관 위탁에 의한 역기능과 보건 및 복지서비스의 이원화체계를 주요원인으로 분석하는 연구(이용표, 2006)가 있다.

1997년 정신보건법 제정과 함께 사회복지시설이 등장함으로써 정신장애인의 입원의료서비스를 대체할 수 있는 체계가 마련되었으며, 정신보건센터의 설치 이전에는 정신의료기관과 의료전문가에게 일임되어 있었던 정신장애인의 입·퇴원에 대해 공공부문이 그 관리의 기능을 담당하게 되었다는 의미를 가진다. 이를 역사적 제도주의적 관점, 즉 체계 이해관계자들 간의 권력관계라는 관점에서 보면, 정신보건센터는 국가와 의료부문의 관계에서 의료부문의 권력이 과도하게 지배적이 되는 것을 통제하기 위한 상쇄권력(countervailing power)의 역할(Light, 1995)을 수행하게 된 것으로 볼 수 있다. 그러나 지역사회정신보건사업의 핵심기구인 정신보건센터는 1998년 사업의 시행 당시부터 정신의료기관 혹은 정신의료기관을 운영하는 비영리법인에 대부분 위탁 운영되었다.¹⁾ 이와 같은 정책의 산물은 적어도 상쇄권력에 의한 정신의료기관 통제전략이 정신의료기관에 의한 정신의료기관 통제로 전치됨으로써 새로운 정신보건체계는 기존 권력관계에 의해 형성된 체계에 의 경로의존성이 강화될 수밖에 없는 체계로 구조화되었다고 볼 수 있다.

본 연구는 지역사회정신보건사업의 예기치 않은 결과의 분석과 대안형성에서 정신보건센터의 민간위탁에 의한 권력관계의 변화양상에 주목하고자 한다. 특히 서울시는 지역사회정신보건사업 뿐만 아니라 시립병원, 지역사회복지관, 노인종합복지관, 장애인종합복지관 등에 대한 민간위탁이

보편적인 사업방식이 되고 있으며, 전국적으로도 의료서비스나 사회복지서비스에 대한 민간위탁은 일반적인 추세라고 할 수 있다. 그러나 공공부문의 기능에 대한 민간위탁이 과연 더 나은 사업의 성과를 가져오는가에 대해서는 의문이 제기되고 있다(황혜신, 2005). 특히 민간위탁에 있어서 직접서비스분야인 교육, 사회복지, 의료 등과 같은 서비스는 효율성과 형평성 등과 관련하여 더 많은 문제가 발생하고 있는 것으로 지적되고 있다(Pack, 1987). 더욱이 지역사회정신보건사업의 경우에는 이해관계자 간의 정책 영향력 차이가 매우 클 뿐만 아니라 위탁의 내용이 특정서비스에 국한되는 것이 아니고 민간서비스 조직에 대한 조정 및 통제권을 포함하고 있다는 측면에서 사업의 결과에 대한 보다 심층적인 분석이 요구된다고 할 수 있다.

따라서 본 연구는 이와 같은 관점에서 정신의료기관 및 의료전문직의 권력이 공공 지역사회정신보건사업의 민간위탁에 따라 사업수행과정의 이해관계자들 간의 관계에 어떻게 투영되고 있는지에 주목하여, 그 결과로서 나타나는 지역사회정신보건사업의 이행 양상에 관한 구체적인 분석을 시도하였다. 이러한 목적달성을 위하여 지역사회정신보건사업관련 조직간의 정신장애인 의뢰경로에 대한 네트워크분석을 수행하고, 그 분석내용을 토대로 관련전문가들과 심층면접을 실시하고 분석하였다.

1) 2008년 현재 서울시 25개 자치구 중 21개소의 정신보건센터가 설치되어 있으며, 21개소 모두 정신의료기관을 운영하고 있는 비영리법인이나 의과대학에 위탁 운영되고 있음.

II. 문헌고찰

1. 역사적 제도주의

역사적 제도주의(historical institutionalism)는 1950년대 이후 사회과학의 지배적인 조류였던 행태주의, 다원주의 등에 대한 비판으로 등장한다(하연섭, 1999). 개인의 선호를 분석의 기초로 삼아 집단의 특성, 태도, 행위의 결과를 설명하고자 하는 행태주의를 비판하면서, 역사적 제도주의는 개인의 선택과 행위에 미치는 제도의 영향을 강조한다. 또한 합리선택론적 제도주의(rational choice institutionalism)가 행위자들 간의 상대적 권력관계를 자발적 협력에 의한 합리성으로 가정함에 반하여, 역사적 제도주의는 특정 제도에 있어서 그것을 형성한 권력관계 자체가 정치현상의 본질적인 것으로 파악함으로써 제도의 비효율성과 의도하지 않은 결과에 주목한다(Hall and Taylor, 1996).

역사적 제도주의에서 제도는 독립변수이면서 종속변수이다. 역사적 산물로서 제도는 개인의 행위를 제약하면서, 동시에 제도 자체가 의도적 혹은 의도적이지 않은 전략, 갈등, 선택의 산물이다(Thelen and Steinmo, 1992).²⁾ 즉 역사적 제도주의에서 개인의 행위는 행위가 이루어지는 맥락으로서 제도에 의해 설명되며, 제도는 다시 역사적 맥락으로서 이전 제도에 의해 설명될 수 있다. 이와 같은 견해는 현재 지역사회정신보건사업의 이해관계자의 행위는 이 사업의 시행 이전의 제도적 맥락에 의해 설명될 수 있다는 것이다.

이와 같은 관점에서는 제도의 발전과 운영에 관련된 권력관계의 불균형성(하연섭, 1999)과 그 지속성에 주목한다. 즉, 지역사회정신보건정책의

제도적 요인이 다양한 행위자의 이익 대표과정을 왜곡함으로써 정책의 결과가 사회구성원 모두의 복지나 후생을 증가시키는 것이 아닐 뿐만 아니라 도리어 저해할 수도 있다는 것이다. 또한 지역사회정신보건사업의 이해관계자 집단들의 권력관계의 불균형은 역사적 맥락에서 형성되는 제도에 의해 정책의 변화에도 불구하고 지속될 수 있다는 것이다.

한편 역사적 제도주의는 제도의 변화와 발전에 있어서 제도의 지속성과 경로의존성(path dependence)을 강조한다(Hall and Taylor, 1996). 또한 제도의 지속성과 경로의존성에 의한 정책의 뜻하지 않은 결과를 증시한다. 따라서 이와 같은 개념은 새로운 개혁정책이 왜 성과를 거두지 못하는가 하는 문제를 분석하는 데에 유용한 분석틀을 제공한다(김선명, 1999). 그렇기 때문에 경로의존성이라는 관점에서 제도나 정책의 실패나 예기치 않은 결과를 극복하기 위한 정책대안은 주어진 규칙 안에서 자원을 배분하는 문제가 아니라 게임의 규칙을 새롭게 전환하는 문제로 전환되는 것이다(하연섭, 1999). 즉 정책상의 위기에 대응하기 위해서는 게임의 규칙을 새롭게 형성하기 위해 기존의 사회적 관계나 제도를 재형성하는 역사적 전환점(historical junctures)이 필요하며, 이 과정을 통해 형성된 제도는 역사적 발전의 새로운 경로를 밟게 되고 또 그것이 일정 기간 지속하게 된다. 이를 결절된 균형(punctuated equilibrium)이라고 한다(Krasner, 1984).

이러한 관점에서 지역사회 정신보건사업을 보면, 국가와 의료부문의 관계에서, 과도한 지배력을 행사하는 의료부문에 대한 상쇄권력으로 도입된 지역사회 정신보건사업이 실질적으로 정신의료기관에 의한 정신의료기관 통제로 전치되어 버

2) 하연섭(1999)에서 재인용함.

리는 경로의존성을 보이고 있다고 분석할 수 있게 된다. 또한 이러한 예기치 않은 결과를 극복하기 위한 대안은 정신보건사업의 이해관계집단 간의 권력관계를 새롭게 형성할 수 있는 새로운 제도의 적극적 검토에서 추구할 수 있게 된다.

2. 민간위탁

민간위탁(contract-out)은 정부가 국민에게 제공하던 서비스를 민간이 대신 제공하도록 하고, 정부는 그에 대한 비용을 민간에 지불하는 계약유형을 말한다(황혜신, 2005). 일반적으로 정부기능의 비효율성을 비판하는 보수주의자들은 민간위탁에 찬성하고, 정부의 공공기능을 강조하는 진보적 성향을 가진 사람들은 이에 반대하는 경우가 많다.

민간위탁의 긍정적 효과는 비용절감과 서비스 질 개선에 의한 업무의 효율성 증진이 강조된다(황혜신, 2005). 정부가 직접서비스를 공급하는 경우 예상되는 공무원의 증원은 공공 재정에 압박을 가져다주기 때문에 민간위탁이 재정 소요를 감소시킬 수 있으며, 정부 내의 부족한 전문인력의 문제를 민간의 우수한 기술 및 전문성과 시장에서의 경쟁을 통해 해결함으로써 서비스의 질이 향상되고 업무의 효율이 증진될 수 있다는 것이다.

이에 반해 민간위탁의 부정적 효과는 비효율 및 서비스공급비용의 상승, 관리감독 등 사회적 비용의 증가, 정부와 민간관계에서의 부정 및 부패, 정부의 책임성 및 공공성 저하 그리고 정부의 서비스관련 전문성 상실 등이 지적되고 있다(Starr, 1987). 반대론자들에 의하면 비용절감이 발생한다하더라도 그것은 인력감축이나 낮은 임금으로부터 나오는 것이며(황혜신, 2005), 오히려 비숙련 인력으로 인해 서비스의 질은 낮을 수 있

으며, 민간의 감독을 위해 소요되는 사회적 비용은 증가시킨다는 것이다. 그리고 해당사업에서 정부의 비용이 절감된다고 하더라도 실제 더 큰 비용이 서비스 이용자나 다른 재원으로 전가될 수 있으며, 이에 따라 민간위탁자의 이윤극대화를 위해 사회전체의 공익이라는 공공성이 저하되는 결과를 초래할 가능성이 매우 높다는 것이다.

지역사회정신보건사업의 확산에도 불구하고 지속적으로 증가하는 정신병상으로 인해 민간위탁의 부정적 효과에 대한 이론적 관점은 유용한 분석틀을 제공한다. 즉 민간위탁에 의해 지역사회정신보건사업에 배분되는 비용을 절감할 수 있다고 할지라도 사업의 예기치 않은 결과는 비용의 건강보험 및 의료급여 재정으로의 이전을 초래할 가능성이 있으며, 결과적으로 정신의료기관의 사적 이익의 극대화 기제에 의하여 사업의 공공성은 심각하게 저하될 수 있다. 또한 체계에서의 공공성 강화를 위해서는 공적 입퇴원 관리체계라는 수립을 통해 다시 민간의 감독을 위한 사회적 비용이 다시 소요될 수 있다.

3. 서비스조정전략

지역사회정신보건사업에서 입원통제를 중심으로 한 서비스조정전략은 주로 정부의 재정전략을 통해 수행된다. 실제 정신보건영역에서의 권력관계는 재정자원의 통제권의 문제이기 때문에 정부의 입원통제전략의 성패는 적절한 재정전략을 통해 이해관계자의 재정자원에 대한 통제권을 조정하는 방식이 활용된다.

먼저 미국의 경우에는 1960년대 탈원화 시기의 재정전략과 현재 Managed Care에서 사용되는 서비스조정전략으로 나누어볼 수 있다. 탈원화(deinstitutionalization)는 정신장애인, 노인 등의

일상생활을 독립적으로 영위하는 데에 장애가 있는 사람들이 병원이나 사회복지시설을 벗어나 지역사회에서 생활할 수 있도록 하는 정책적 방향을 의미한다. 미국의 정신보건역사에서 지역사회정신보건(community mental health)이라 지칭되는 일련의 시기는 정신장애인의 탈원화가 대규모로 진행되었던 제2차 세계대전 이후 1970년대까지의 기간을 말하는데, 실제로 이 시기에는 1957년에 840,000명에 달하던 주립정신병원 입원자수가 1976년 말에는 171,000명까지 감소하였다(Bloom, 1984).

미국에서 대규모로 진행된 탈원화는 연방정부의 재정전략이 가장 중요한 정책성공요인으로 볼 수 있다(김연희, 2005). 당시 정신장애인들은 대부분 공공부문인 주립정신병원에 입원하고 있기 때문에 정신의료기관 자체의 입원에 대한 이윤적 동기는 없었으며, 대신 주정부는 막대한 입원의료비용을 부담하고 있는 상황이었다. 이 상황에서 1963년 제정된 정신보건센터법(community mental health act)은 정신장애인의 지역사회보호체제로서 도입된 정신보건센터에 대한 재정의 대부분을 연방정부에서 지원하는 제도를 수립하게 되었으며, 이는 주정부가 획기적으로 정신보건예산을 감소시킬 수 있는 재정적 유인으로 작용하게 되었다(김연희, 2005; 이주열 외, 2005).

일반적으로 의료비상환의 행위별수가제는 치료기간을 장기화하고 고비용의 서비스를 지속하게 되는 재정적 유인을 제공하는 반면 서비스체계 간 의뢰나 조정이 재정적 불이익을 가져오는 결과를 초래하여 통합적 지역사회서비스의 장애를 초래하는 것으로 인식되고 있다(Goetz et al., 2000; Wagenfeld et al., 1996)³⁾. 이와 같은 이유로 미국의 정신보건체계도 1980년대에 급격한 의료비 증

가를 경험하면서 장기입원의 통제를 위해 Managed Care라는 관리방식을 도입하게 되었다.

Managed Care는 비용 통제와 서비스 질 향상이라는 목표를 달성하기 위한 주요전략으로 첫째 예방 개입과 지역사회 서비스를 통한 입원치료의 예방, 둘째 인두제 및 위험조정계약과 같은 새로운 계약방식의 도입, 셋째 사례관리를 통한 이용 적정성 관리와 서비스접근통제 등을 활용하고 있다(김연희, 2005). 예를 들어 카운티정부는 A라는 보험회사 혹은 민간기업 등과의 계약을 통해 관할 구역 내의 1000명의 정신장애인에 대한 서비스비용을 50억 원에 계약을 하는 경우, A는 사례관리를 통하여 입원의료 이용을 억제하고 지역사회의 복지서비스로의 연결을 주된 목표로 한다. 만약 입원치료가 다수 발생하여 서비스비용이 50억원을 초과하는 경우 위험조정계약을 통하여 A가 그 비용을 지급하게 하고, 서비스비용을 30억원으로 통제하는 경우 그 차액을 기업의 이윤으로 취할 수 있도록 함으로써 A라는 기업에 재정적 유인을 제공하는 전략을 활용하는 것이다.

영국의 경우 1980년에 들어 장기입원을 비롯한 의료재정의 비효율문제에 대한 개혁의 필요성이 중요한 정책문제로 등장하였으며, 그리피스보고서, 'Working for Patients'와 같은 개혁백서는 NHS제도의 비효율성과 재정문제에 대한 대안으로서 기업경영방식의 경쟁체제를 도입할 것을 주장하였다(이규식, 2002). 이러한 과정을 통해 수립된 제도는 지역주민에 의해 선택된 일반의 및 구역보건청이 의료구매자가 되어 서비스공급자인 공공병원과 민간병원을 경쟁토록 하는 것을 기본 원리로 하여 구축되었으나, 의료 내부시장의 경쟁 관계 형성은 의료서비스와 사회서비스의 통합을

3) 김연희(2005)에서 재인용함.

약화시키게 됨으로써 사회서비스를 통하여 의료 이용을 억제하는 체계가 작동하지 않는 시장의 분절이 나타나게 되는 문제가 발생하였다(이주열 외, 2005).

이에 따라 1990년 국민보건서비스와 지역사회 보호법(The NHS and Community Care Act) 제정은 보건과 사회적 서비스의 조직적 및 재정적 분리 상황에서 보건(health)과 사회적 케어서비스(social care service)의 전달을 통합된 방법으로 제공하여, 입원의료서비스에의 의존을 감소시킴으로써 국민들이 지역사회에서 자신의 삶에 대하여 최대한으로 독립적으로 통제할 수 있도록 하는 것을 목적으로 하였다(이주열 외, 2005). 서비스 전달체계는 과거 직접서비스를 제공하던 지방보건청(District Health Authorities)과 지방정부의 사회서비스국(SSD)의 업무를 서비스의 연계 및 조정 역할로 변화시켰으며, 공공 보건 및 복지서비스조직의 역할 변화로 인하여 서비스제공자로서 민간의 역할이 강화되었다. 그리고 중요한 보건복지서비스의 연계전략은 사회서비스국(SSD) 소속 공무원들에 의해 수행되는 사례관리방식이 강화되었다.

NHS와 지방정부 사회서비스국간의 파트너십의 구체적인 내용은 첫째, 재원공동화(pooled fund arrangement)로서 두 조직간 연계 강화와 통합된 서비스 제공을 위해 재원을 공동화함으로써 가용성을 높이는 것이었으며, 둘째, 권한위임(lead commissioning)을 통해 한 기관에서 다양한 서비스를 고객에게 제공할 수 있도록 기능에 따라 다른 한 기관이 권한을 위임할 수 있도록 하였다. 셋째, 통합서비스 제공(integrated provision)을 통해 여러 전문가들이 한 관리체계 하에서(하나의 법정 기관으로부터의 공급) 일할 수 있도록 협력하게 하였다(이주열 외, 2005).

서비스조정전략을 요약하면, 미국의 경우 초기 전략은 지역사회 서비스의 비용을 연방정부가 지불하고 입원의료서비스의 비용을 주정부가 부담하는 전략으로 탈원화를 유도하였으며, 최근의 전략은 장기입원에 대한 통제권을 재정적 유인을 가진 민간기업에 이전함으로써 민간회사가 정신의료기관을 통제하는 전략을 활용하고 있다. 이에 비해 영국은 의료서비스비용과 지역사회에서의 사회서비스비용을 통합하는 혼합재정방식을 도입하여 그 통제권을 지역사회의 의료기관, 사회서비스, 지방정부 공무원 등으로 구성된 위원회에 이전함으로써 위원회가 효율적인 재정활용을 위해 보다 비용이 낮은 사회서비스를 선택하도록 하고 있다. 이때 영국의 경우 의료비용과 사회서비스비용이 모두 정부재정으로 충당되기 때문에 공무원들이 사례관리를 담당하는 체계를 운영하고 있다.

III. 연구방법

1. 네트워크 분석

1) 연구대상과 표본추출

서울시의 정신의료기관은 국공립정신병원 6개소, 사립정신병원 2개소, 종합병원 정신과 28개소, 병원 정신과 8개소, 의원 정신과 238개소, 낮병원 13개소로 총 223개소이다. 한편 정신보건센터는 국비지원 모델형 3개소, 기본형 1개소, 서울시지원 모델형 17개소로 총 21개소이며, 사회복귀시설은 이용시설 22개소, 입소 혹은 주거시설 38개소이며, 알코올 상담센터는 9개소, 정신요양시설 1개소이다.

한편 기본형정신보건센터가 위치한 자치구는 강동구를 비롯 총 4개의 자치구이었으나 3곳은 서울시지원 모델형으로 전환되고 현재 1개의 자치

구가 기본형으로 있다. 국비지원 모델형 정신보건센터가 위치한 구는 성동구를 비롯한 3개의 자치구이며, 서울시지원 모델형 정신보건센터가 위치한 구는 강남구를 비롯한 17개의 자치구이다. 한편 서울시 25개의 자치구 중에서 정신보건센터가 없는 곳도 4개나 되고 있다.

사회복지시설 중 이용시설과 작업시설이 위치한 자치구를 살펴보면, 서울시 대부분의 자치구 즉 19개소에 위치하고 있으며, 입소시설과 주거시설이 위치한 자치구는 전체 16개소에 달한다. 사회복지시설이 전혀 설립되지 않은 자치구도 7개소에 달하며, 사회복지시설이 2개이상 설립된 자치구는 8개소이다.

본 연구의 대상지역으로 지역사회정신보건사업 운영주체의 특성 및 주체들 간의 관계가 사업에 미치는 영향에 관한 이론적 고찰을 토대로 세 지역을 선정하였다. 즉 정신보건센터의 운영주체가 공공인가 민간위탁인가에 따라서 대상지역을 분류하여 운영주체에 따른 정신장애인의 의뢰형태의 차이를 검토하였으며, 민간위탁운영주체인 정신의료기관 운영법인이 정신보건센터를 운영하는 경우는 그 주체가 지역사회정신보건사업 중 민간 사회복지시설과 중복사업인 데이케어 프로그램이 실시하고 있는 지역과 실시하지 않고 있는 지역으로 분류하여 각각 대상지역을 선정함으로써 사업주체간의 권력관계가 의뢰형태에 어떻게 영향을 미치는지 분석하였다. 따라서 분석대상 지역은 지역사회정신보건사업의 유형에 따라, 우선 공공 직접운영모형인 기본형 정신보건센터가 운영 중인 자치구 A지역과 민간위탁모형인 모델형 정신보건센터 운영 자치구 지역으로 분류하였고, 민간위탁모형의 경우 다시 정신보건센터와 사회복지시설의 중복프로그램으로써 두 조직의 관계에 중요한 영향을 미치는 정신보건센터의 주간보호프로

그램 유무에 따라 센터에서 주간보호프로그램을 운영하지 않는 자치구 B지역, 주간보호프로그램을 운영하는 자치구 C지역 이렇게 총 3개의 지역을 선정하였다. A지역의 경우는 기본형 정신보건센터가 운영되고 있으며, 사회복지시설이 이용시설과 직업재활시설, 주거시설 등 다양하게 분포되어 있고, 정신의료기관으로는 정신과의원이 있다. B지역의 경우는 서울시지원 모델형 정신보건센터가 2005년부터 개소되어 사업을 진행하고 있으며, 사회복지시설 이용시설 1개소와 알코올 상담센터가 있고 정신의료기관으로는 정신과 의원이 위치해 있다. 마지막으로 C지역의 경우는 국비지원 모델형 정신보건센터가 10여년째 사업을 하고 있으며, 사회복지시설 이용시설 1개소와 정신의료기관으로는 사립정신병원, 종합병원 정신과, 정신과의원, 낮병동이 갖추어져 있다. 한편 각 지역별 모두 종합사회복지관, 장애인복지관, 장애인고용촉진공단 등 사회복지기관들을 이용할 수 있는 지역적 조건들은 비슷하다. 각 지역별 조사대상 기관은 <표 1>과 같으며, 조사방법은 설문지에 의한 직접 방문조사와 우편조사를 병행하였고, 연결 관계에 대한 답변을 해당기관으로 직접 받기 어려운 경우는 간접조사를 수행하였다.

설문지의 응답에서 나온 타구 사회복지시설에 대해서는 네트워크 분석 특성상 설문지에서 응답된 타구의 사회복지시설 중 연구자가 판단하여 가장 접촉빈도가 높은 타구로 한정하였으며, 직접 방문하기 어려운 점을 감안하여 전화조사나 2차 자료에 근거한 간접조사를 실시하였으며, 이 문항에 대해서는 응답자에게 다시한번 확인을 하였다. 이는 사업체, 노동부고용지원센터, 장애인고용촉진공단 등에 대해서도 마찬가지이다.

〈표 1〉 네트워크분석 대상기관

No	기관유형		A지역		B지역		C지역	
			직접조사	간접조사	직접조사	간접조사	직접조사	간접조사
1	광역정신보건센터			○		○		○
2	보건소		○		○		○	
3	정신보건센터		○		○		○	
4	동사무소			○		○		○
5	사회 복지 시설	이용	○		○		○	
6		주거1	○		-	-	-	-
7		주거2	○		-	-	-	-
8		작업	○		○		-	-
9	정신 의료 기관	병원		○		○		○
10		의원		○		○		○
11		종합병원 정신과		○		○		○
12	알코올상담센터		-	-		○	-	-
13	사회복지시설			○	○			○
14	타구사회복지시설			○		○		○
15	정신요양시설		-	-		○	-	-
16	사업체		-	-	-	-	○	
17	노동부고용지원센터		-	-		○	-	-
18	장애인고용촉진공단		-	-		○	○	

2) 사회연결망 분석

서울지역 지역사회정신보건사업 운영주체들 간의 연결망(network)의 구조와 그 특성을 분석하기 위해서 본 연구에서는 사회연결망 분석(social network analysis)방법을 사용하였다. 사회연결망 분석은 사회적 관계의 형태(morphology of social relations) 안에 들어와 있는 행위자들 간의 관계를 분석하는 것이다(홍경준, 2002).

사회연결망 분석 시 조직간 네트워크가 이루어지는 구성요소에 대해서는 학자들마다 차이를 보이고 있다. Knoke and Kuklinski⁴⁾는 관계를 구성하는 실질적인 기초로서의 내용(content)과 관계의 강도와

방향성 등 형태상 특성을 다루는 형태(form)로 구분하고 있으며, Van de Ven and Ferry⁵⁾는 조직간 관계를 과정차원(process dimension)과 구조적 차원(structural dimension)으로 구분하였다. 과정차원이란 행위자들 간의 자원의 흐름이나 방향 등 조직 간에 무엇이 어떤 방향으로 얼마나 교환되고 있는가를 분석하는 것이며, 구조적 차원이란 관계의 공식화정도, 구조적 복잡성, 중심성(centrality), 밀도(density) 등을 말한다.

조직간 관계에서 이루어지는 교환의 내용에 대하여 정신보건사회복지사들의 서비스 연계실태 및 연계관련요인을 분석한 박미은(2002)은 클라

4) 김인숙·우아영(2003)에서 재인용함.

5) 김용학(2003)에서 재인용함.

이언트 정보교환, 클라이언트 의뢰, 자금동원과 후원활동, 공동협의 및 공동대처를, 김인숙과 우아영(2003)의 경우에는 정보교환, 대상자의뢰, 단체간협의, 자원교환을 관계의 내용으로 분석하고 있다.

이렇듯 사회연결망 분석의 목적은 구조나 연결망 형태의 특징을 도출하고 관계성으로 체계의 특성을 설명하거나 체계를 구성하는 단위의 행위를 설명하는 것이기 때문에(김용학, 2003), 본 연구에서 이루어지는 서울지역 지역사회정신보건 사업운영주체들에 대한 사회연결망 분석을 통해 대상지역별 사업운영주체들이 가지는 조직간 관계와 이로 인한 정신장애인 의뢰형태들이 어떻게 이루어지고 있는지를 도출해 낼 수 있을 것이다. 결과적으로 이는 서울지역 지역사회정신보건 관련 조직들 간의 합리적인 조직간 관계와 서비스의 효율적인 전달을 위한 기초자료로서 기능할 수 있을 것이다.

본 연구에서는 정신장애인의 장기입원과 관련하여 대상자 의뢰관계에 관한 네트워크에 초점을 두어 분석하였으며, 관계의 구조적 차원으로는 다선중심성과 매개중심성을 중심으로 분석하였다.

본 연구에서는 연결망 분석도구로서 통계패키지인 UCINET 6.0 프로그램과 Net Draw 프로그램을 활용하였다. UCINET 6.0 프로그램은 행위자들의 관계를 양적으로 파악하는데 유용한 도구이며, Net Draw 프로그램은 연결망 내 개별조직들의 관계양상을 가시연결적으로 보여주는 프로그램이다. Net Draw 프로그램의 MDS(Multiple Dimensional Scaling)을 사용하여 개별조직들 간의 연결망양상을 가시적으로 나타내었다.

2. 심층면접

심층면접은 네트워크분석의 결과를 토대로 그 원인을 심층분석하여 대안을 형성하기 위한 목적으로 실시되었다. 즉, 네트워크분석의 결과로 도출된 정신보건센터 네트워크 활동의 자치구내 행정조직과 정신의료기관에의 편중성, 정신의료기관 퇴원자 관리네트워크의 부재 그리고 정신보건센터의 민간 사회복지시설과의 서비스조정 역할의 미약 등과 같은 서울시 지역사회정신보건사업 문제점의 구체적인 양상과 원인을 심층면접을 통하여 조사하였다.

심층면접을 토대로 하는 질적 연구방법은 연구참여자가 사용한 언어, 관찰행동, 문서에 기초하여 기술적인 자료들을 수집하고, 사물이나 사실의 존재여부를 확인하여 단어로 기술하는 연구방법이다. 분석의 단위로 자연스런 상황에서 수집된 자료를 기초로 하기 때문에 참여자의 관점은 조사문제를 형성하는 데서부터 중요한 역할을 한다. 질적 연구는 관심 있는 주제를 보다 창조적으로 연구할 수 있으며, 현실을 설명하는데 부족했던 양적인 연구의 한계를 충족시키는 장점이 있다(김정애, 1999).

1) 연구대상 및 연구 참여자

연구 참여자의 선정은 비확률표집방법 중 유의적 표집방법(purposive sampling)을 사용하였다. 유의적 표집은 특정 현상에 대한 서술과 해석, 통찰과 발견을 목적으로 하는 질적 연구에 적합한 방법으로 인정되며(유태균, 2001), 이 방법으로 연구자는 연구 질문에 대한 깊이 있고 풍부한 자료를 제공할 수 있는 대상자를 선정하였다. 본 연구의 참여자는 서울시 세 개의 구에 위치한 정신보건센터 정신보건 사회복지사, 정신병원 간호사

및 사회복지사, 사회복지시설 사회복지사 등으로 선정하였다.

이들은 정신보건센터에 근무하는 정신보건사회복지사 2명, 정신병원에 근무하는 사회복지사 1명, 간호사 1명, 사회복지시설에 근무하는 사회복지사 2명 이렇게 모두 6명이며 자세한 사항은 다음과 같다.

〈표 2〉 심층면접 연구참여자의 특성

번호	연구 참여자	성별	연령(년)	근무기관 형태
1	P1	남	40대후반	사회복지시설
2	P2	여	40대후반	개인정신병원
3	P3	여	20대후반	정신병원
4	P4	여	20대후반	정신보건센터
5	P5	남	30대초반	사회복지시설
6	P6	여	30대초반	정신보건센터

2) 자료수집방법

본 연구에서 심층면접은 반구조화 된(semi-structured) 면접질문지를 기초로 하여 진행되었다. 심층면접의 기간은 2007년 1월 30일부터 2월 7일까지 진행되었다. 인터뷰 장소는 주로 연구 참여자들이 찾아오기 쉽고 편안한 장소를 이용하였다. 인터뷰는 개별적으로 1시간 30분에서 2시간 30분 정도의 시간이 소요되었다. 심층면접 후에는 같이 식사를 하면서 세부적인 질문들을 하였다.

연구자는 면접내용의 기록을 위해 녹음기와 면접노트를 활용하였다. 연구 참여자들에게 녹음기 사용에 대한 동의를 얻은 후, 면접 시 녹음기를 사용하여 자료를 수집하였다. 또한 면접을 진행하는 동안 떠올랐던 생각이나, 핵심적인 이슈들, 그리고 면접을 진행하는 동안 연구 참여자에 대한 느낌들을 면접이 끝난 직후 가능한 한 빠른 시간 내에 면접노트에 기록하고 분석과정에 활용하였다.

3) 자료분석

본 연구에서 사회복지종사자의 경험은 다음의 단계로 분석하였는데, 첫 번째 단계는 원 자료들을 반복적으로 읽으면서, 전체적인 줄거리를 만들었다. 이렇게 함으로써 주제를 어떻게 서술할 것인지에 대한 순서와 구조가 그려졌다. 두 번째 단계는 심층면접의 녹취록을 한줄 한줄 읽으면서 의미를 가진 단위를 찾는 것(유태균, 2001)이었다. 이것은 개념을 밝히고, 그 속성과 차원을 자료 안에서 발견해 나가는 분석과정으로, 연구자는 녹취된 자료를 반복적으로 읽으면서 분리된 사건, 사고, 상황, 행동들로 분해하고 이를 대표할 수 있는 이름을 부여하는 개념화 행위(신경림, 2001)를 통해 의미단위들을 추출하였다. 세 번째 단계는 두 번째 단계에서 수집된 의미단위들을 범주들로 묶는 과정이었다. 이러한 범주들은 상호배타적인 것으로, 이러한 과정에서 반복적으로 발견되는 패턴들을 또다시 상위의 범주로 묶는 작업을 진행하였다. 그리고 새로운 개념이나 범주를 발견하게 되면 자료의 처음으로 돌아가 처음부터 다시 살펴보면서 새로운 개념이나 범주가 존재했었는지를 검토하는 과정을 반복하는 지속적 비교분석(constant comparative analysis)을 적용 하였다(유태균, 2001).

연구자는 각 사례별로 개념화와 범주화 작업을 한 후, 이것을 하나로 통합하는 과정을 진행하였으며, 이 과정에서 발견된 범주들이 다른 사례에서도 발견되는지에 대해 비교하였다. 그리고 각 범주별로 사건들을 정리하여 범주와 그 연결된 사건들이 적절하게 추출되었는지를 다시 한 번 검토하는 과정을 진행하였다. 한 범주의 연구결과를 써내려 갈 때 마다 원 자료를 읽으면서, 범주와 관련된 새로운 의미단위나 개념들, 그리고 사건들을 찾는 작업을 하였다. 이렇게 하여 모두 343개의 범주들로 묶여진 의미단위들을 분석하여 총 7개의

하위주제와 3개의 주제를 발견할 수 있었다.

IV. 분석결과

1. 정신장애인 의뢰네트워크 분석

사회연결망 즉, 네트워크의 구조를 파악하는데 있어서 핵심은 중심조직을 파악하는 것이다. 중심 조직이란 전체 네트워크에서 중심적인 역할을 수행하는 조직을 말한다. 본 연구에서는 중심성을 다선중심성(degree centrality)과 매개중심성(betweenness centrality)으로 파악하고자 하였다. 중심성은 권력과 영향력이라는 개념과 연결되어 가장 많이 쓰이는 지표이며, 중앙성이 높은 개인 또는 조직은 특별한 사회경제적 지위를 가지거나 중앙성이 높을수록 생존율이 높게 나타난다(김용학, 2003). 이러한 특성으로 네트워크 분석에 있어서 중심성은 행위자가 연결망 내에서 갖는 위치를 보여준다(김인숙·우아영, 2003).

다선중심성(degree centrality)이란 특정조직이 네트워크 내의 다른 여타의 조직과 얼마나 활발한 연계활동을 했는가를 보는 것이고, 매개중심성(betweenness centrality)이란 특정조직이 다른 조직들이 네트워크를 구축하는 데 있어서 얼마나 중개자 혹은 매개자의 역할을 수행했는가를 보는 것이다.

다선중심성과 매개중심성이 높을수록 그 조직은 연결망 내에서 활발한 연계활동을 할 뿐만 아니라 다른 조직들이 연계하는 데 매개적 역할을 더 많이 수행한 것으로 해석한다.

1) A지역: 공공직접 기본형 정신보건센터 운영지역
먼저 본 연구에서는 대상자의뢰 네트워크란 전화나 팩스 또는 대면접촉 등을 통해 다른 단체나 기관에 대상자를 의뢰 혹은 의뢰받은 경우를 말한다.

지역사회정신보건사업의 대상자 의뢰네트워크에서 A지역-공공직접 기본형 정신보건센터 운영지역-에 대한 다선중심성 분석결과는 정신장애인 사회복지(이용)시설이 전반적인 정신보건네트워크의 중심 역할을 하고 있는 것으로 나타났다. 대상자의뢰인원 네트워크에 있어서 사회복지시설의 다선중심성은 95로서, 보건소의 17이나 기본형 정신보건센터의 8에 비하여 압도적으로 높게 나타났다.

〈표 3〉 지역사회정신보건조직의 다선중심성 및 매개중심성 (공공직접운영 모형-A지역)

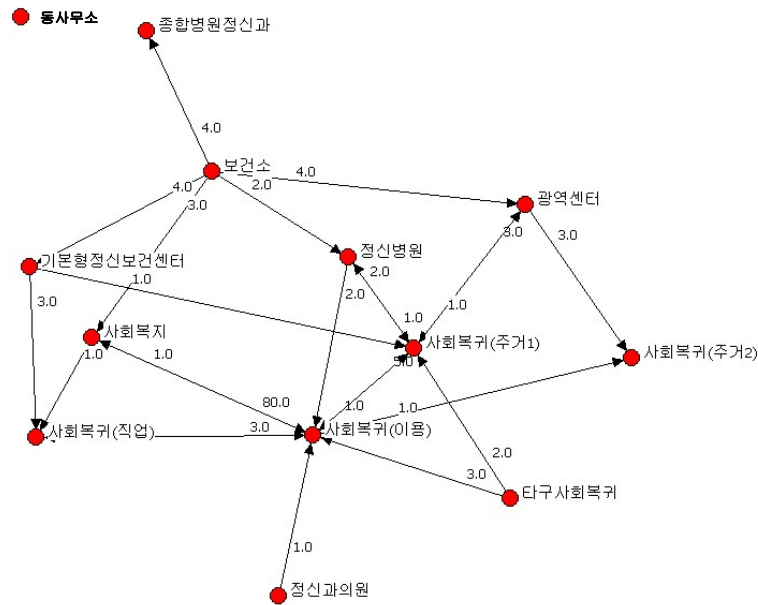
순위	대상자의뢰 다선중심성	대상자의뢰 매개중심성
1	사회복지시설(이용) 95.0	사회복지(이용) 27.17
2	보건소 17.0	기본형정신보건센터 0.83
3	기본형정신보건센터 8.0	보건소 0.0
4	종합병원정신과 4.0	종합병원정신과 0.0

한편 매개중심성에 있어서도 사회복지시설은 27.1로서 보건소의 0.0이나 기본형 정신보건센터의 0.8에 비해 매우 높은 성향을 보여준다. 한 행위자의 매개중심성(betweenness centrality)이 높으면 그 행위자는 다른 행위자들 사이에서 매개자로서 활동함으로써 다른 행위자들에게 큰 영향을 주게 된다. 즉, 사회복지시설은 정신장애인 관련 조직들간에 중요한 매개자로 활동하면서 다른 조직들 간에 영향을 미치고 있다. 반면, 정신장애인 사회복지시설을 위한 핵심기능으로서 지역사회 정신장애인에 대한 사례관리의 실시를 통하여 민간부문의 정신의료기관과 사회복지시설 간의 연계기능을 수행하도록 역할 지워진 정신보건센터는 그 기능을 다하지 못하고 있었다.

〈표 4〉 의뢰인원 네트워크(공공직접운영 모형-A지역)

기관명	의뢰받은 인원	의뢰받은 기관	의뢰한 인원	의뢰한 기관
정신보건센터	3	보건소	1	주거시설
	-	-	3	직업재활시설
보건소	-	-	4	종합병원정신과
	-	-	2	정신병원
	-	-	3	사회복지시설
	-	-	4	광역정신보건센터
사회복지(이용)	5	주거시설	80	사회복지시설
	3	타구사회복지	3	직업재활시설
	3	직업재활시설	2	주거시설
	1	사회복지시설	-	-
	2	정신병원	-	-
	1	정신과의원	-	-

* A지역은 보건소 내 1명의 공무원이 담당업무 1/4~1/2로 운영하는 기본형정신보건센터로 운영되고 있어 보건소의 의뢰인원을 함께 파악하고자 함.



〈그림 1〉 의뢰인원 네트워크에 대한 MDS 분석 결과(공공직접운영 모형-A지역)

지역사회 정신보건사업 관련 조직간의 연결망을 가시적으로 나타내기 위해 사업대상인 정신장애인의 의뢰네트워크를 MDS분석한 결과를 보면, 지난 6개월 간 정신보건센터는 주거시설에 1명,

직업재활시설에 3명을 의뢰하였으며, 보건소로부터 3명을 의뢰받았다. 보건소의 경우에는 종합병원정신과에 4명, 정신병원에 2명, 사회복지시설에 3명 그리고 광역정신보건센터에 4명을 의뢰하였

으며, 역으로 의뢰를 받는 경우는 발생하지 않았다. 한편 사회복지(이용)시설은 사회복지시설에 80명, 직업재활시설에 3명 그리고 주거시설에 2명을 의뢰하였으며, 반대로 의뢰를 받은 경우는 주거시설 5명, 다른 자치구의 사회복지시설 3명, 직업재활시설 3명, 사회복지시설 1명, 정신병원 2명 그리고 정신과의원 1명으로 나타났다.

분석결과에서 나타나는 공공영역인 정신보건센터 및 보건소의 의뢰양상을 살펴보면, 사회복지시설에 의뢰한 3명을 제외하면 종합병원정신과, 정신병원, 광역정신보건센터 등과 같은 보건의료조직에 의뢰관계가 편향되어 있는 양상을 보여준다. 또한 의뢰의 방향을 보면 종합병원정신과, 정신병원 등 정신의료기관에 6명을 의뢰한 반면 지역사회보호를 위해 의뢰를 받을 경우는 발생하지 않았으며, 사회복지시설에는 4명을 의뢰한 것으로 나타나 전체적으로는 정신의료기관 의뢰가 2명이 더 많다.

한편 사회복지(이용)시설은 사회복지시설, 직업재활시설 그리고 주거시설에 85명을 의뢰하여 네트워크의 방향이 지역사회로 향하고 있었으며, 주거시설, 다른 자치구의 사회복지시설, 직업재활시설, 사회복지시설, 정신병원 그리고 정신과의원 등 다양한 조직으로부터 의뢰를 받는 네트워크 관계를 맺고 있는 것으로 나타나 지역사회 생활로의 매개역할을 수행하고 있는 것으로 나타났다.

2) B지역: 사례관리 중심 민간위탁 정신보건센터 운영지역

지역사회정신보건사업의 대상자 의뢰네트워크의 다선중심성 분석결과를 보면 B지역에서는 정신보건센터가 전반적인 정신보건네트워크의 중심 역할을 하고 있는 것으로 나타났다. 정신보건센터의 다선중심성은 81로서, 사회복지시설의 24보다 높게 나타난다.

〈표 5〉 지역사회정신보건조직의 다선중심성 및 매개중심성 (사례관리 중심 민간위탁 정신보건센터 운영지역-B지역)

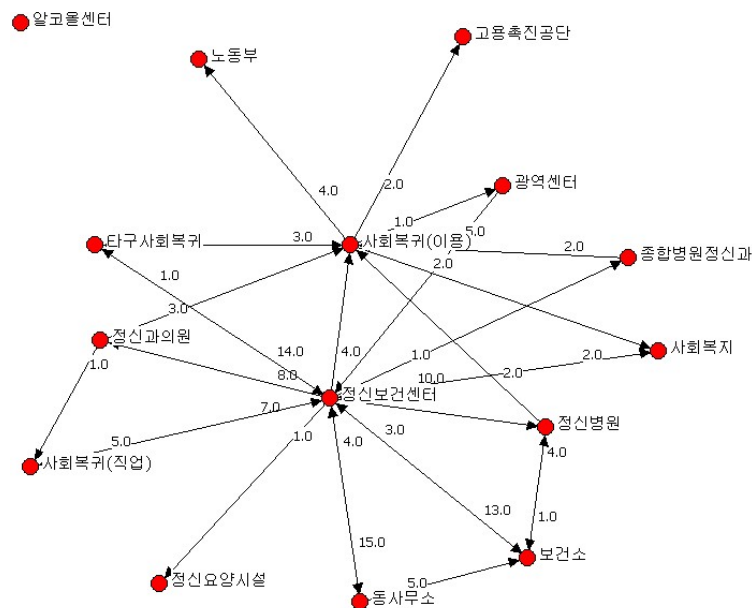
순위	대상자의뢰 다선중심성	대상자의뢰 매개중심성
1	정신보건센터 81.0	정신보건센터 127.5
2	사회복지(이용) 24.0	사회복지(이용) 59.0
3	보건소 22.0	보건소 13.0
4	정신병원 9.0	종합병원정신과 0.0

한편 매개중심성에 있어서 정신보건센터는 127.5로서 사회복지시설의 59.0보다 높게 나타났다. 이는 사회복지시설의 경우에도 지역사회네트워크의 역할을 보건소의 13.0에 비해서는 상당부분 수행하고 있는 것으로 나타났다. 정신의료기관 중 종합병원 정신과의 경우는 모든 경우의 연결망에서 0.0으로 지역의 정신장애인 관련조직들과 전혀 아무런 연

〈표 6〉 의뢰인원 네트워크

(사례관리 중심 민간위탁 정신보건센터-B지역)

기관명	의뢰받은 인원	의뢰받은 기관	의뢰한 인원	의뢰한 기관
정신 보건 센터	15	동사무소	18	사회복지시설
	13	보건소	10	사회복지시설
	5	직업재활시설	8	정신과의원
	5	광역정신 보건센터	7	직업재활시설
	2	사회복지시설	4	동사무소
	1	타구사회복지	3	보건소
	-	-	3	정신병원
	-	-	1	정신요양시설
	-	-	1	종합병원정신과
사회 복지 (이용)	4	정신보건센터	4	노동부고용 지원센터
	4	타구사회복지	3	타구사회복지
	3	정신과 의원	2	장애인고용 촉진공단
	2	종합병원 정신과	2	사회복지시설
	2	정신병원	1	광역정신 보건센터



〈그림 2〉 의뢰인원 네트워크에 대한 MDS 분석 결과(사례관리 중심 민간위탁 정신보건센터-B지역)

계활동을 가지고 있지 않은 것으로 나타나고 있다.

사업대상인 정신장애인 의뢰네트워크를 MDS 분석한 결과를 보면, 지난 6개월 간 정신보건센터는 사회복지시설에 18명, 사회복지시설 10명, 정신병원에 3명, 정신과의원에 8명, 직업재활시설에 7명, 보건소에 3명, 동사무소에 4명, 정신요양시설에 1명 그리고 종합병원 정신과에 1명을 의뢰하였으며, 의뢰를 받은 경우는 동사무소 15명, 보건소 13명, 직업재활시설 5명, 사회복지시설 2명, 광역정신보건센터 5명, 다른 자치구의 사회복지시설 1명인 것으로 나타났다. 이는 공공직영의 기본형 정신보건센터에 비하여 정신장애인 연계네트워크가 훨씬 활발하게 나타나고 있음을 보여준다. 그러나 의뢰의 방향성으로 볼 때 지난 6개월간 정신의료기관에 모두 12명을 의뢰하였으나, 의뢰를 받은 경우는 전혀 나타나지 않아 정신보건센터가 정신의료기관의 입원자를 퇴원하여 지역사회에 잘 적응할 수 있도록 지원한다는 의미의 탈원화 효과

를 가지는 사업을 전개하고 있지 못함을 보여준다. 정신보건센터의 네트워크 대상조직을 보면, 주로 자치구내의 보건소, 동사무소, 사회복지시설, 직업재활시설 등과 광역정신보건센터 등으로 구성되어 있다.

한편 사회복지(이용)시설은 노동부고용지원센터에 4명, 장애인고용촉진공단에 2명, 타구 사회복지시설에 3명, 사회복지시설에 2명 그리고 광역정신보건센터에 1명을 의뢰하였으며, 의뢰를 받은 경우는 정신보건센터 4명, 타구 사회복지시설 4명, 정신과의원 3명, 정신병원 2명, 종합병원정신과 2명 등으로 나타났다. 이와 같은 의뢰양상에서 특이한 것은 정신의료기관들이 정신보건센터로 퇴원자를 의뢰하고 있지 않지만 사회복지시설로는 직접 의뢰하는 경우가 나타나고 있다는 것이다. 이는 정신의료기관과의 관계에서 지역사회의 공식 의뢰체계인 정신보건센터가 배제되고 있음을 보여준다.

3) C지역: 주간보호프로그램이 실시되고 있는 위탁 정신보건센터 운영지역

지역사회정신보건사업의 대상자 의뢰네트워크의 다선중심성 분석결과는 C지역에서는 정신보건센터가 전반적인 정신보건네트워크의 중심 역할을 하고 있는 것으로 나타났다. 정신보건센터의 다선중심성은 89로서, 사회복지시설의 30보다 높게 나타난다. 이 지역에서 특이한 것은 정신과의원의 다선중심성이 32로서 사회복지시설보다 높게 나타난 것이다.

다시 말해서, 주간보호 프로그램이 실시되고 있는 위탁형 정신보건센터가 자리잡고 있는 C지역에서는 다른 지역과는 달리 공공기관의 연계활동이 활발함을 볼 수 있다. 또한 정신의료기관 중 정신과 의원의 연계활동도 활발하였다.

〈표 7〉 지역사회정신보건조직의 다선중심성 및 매개중심성 (주간보호프로그램이 실시되고 있는 위탁형 정신보건센터-C지역)

순위	대상자의뢰 다선중심성	대상자의뢰 매개중심성
1	정신보건센터 89.0	정신보건센터 74.0
2	정신과의원 32.0	사회복지(이용) 28.0
3	사회복지(이용) 30.0	정신과의원 0.0
4	보건소 9.0	보건소 0.0

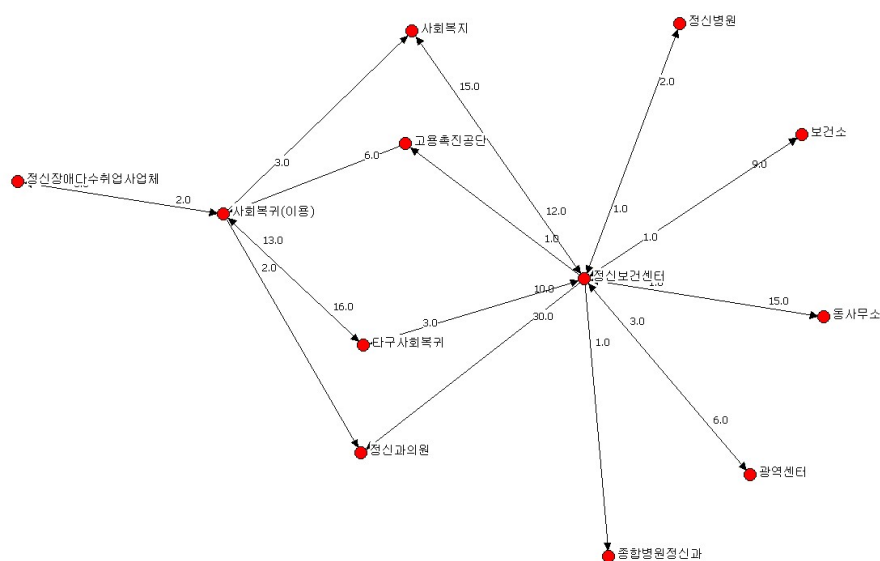
대상자의뢰인원 네트워크에 관한 매개중심성에 있어서 정신보건센터는 74로서 사회복지시설의 28보다 높게 나타났다. 그러나 다선중심성이 두 번째로 높았던 정신과의원의 경우 매개중심성은 0으로 나타났는데, 이는 정신과의원이 단순히 정신보건센터로부터 대상자 의뢰를 받기만 할 뿐 의뢰를 하는 경우가 전혀 없기 때문이다.

사업대상인 정신장애인 대상자의뢰 네트워크를 MDS분석한 결과를 보면, 지난 6개월 간 정신보건센터는 정신병원에 1명, 정신과의원에 30명, 종합

〈표 8〉 의뢰인원 네트워크 (주간보호프로그램이 실시되고 있는 위탁형 정신보건센터-C지역)

기관명	의뢰받은 인원	의뢰받은 기관	의뢰한 인원	의뢰한 기관
정신 보건 센터	15	동사무소	30	정신과의원
	15	사회복지시설	12	사회복지시설
	9	보건소	10	타구사회복지
	6	광역정신 보건센터	3	광역정신 보건센터
	3	타구사회복지	1	정신병원
	2	정신병원	1	종합병원정신과
	-	-	1	보건소
	-	-	1	동사무소
	-	-	1	장애인고용 촉진공단
사회 복지 (이용)	16	타구사회복지	13	타구사회복지
	6	장애인고용촉 진공단	3	사회복지시설
	3	취업 사업체	2	정신과의원
	-	-	2	취업 사업체

병원 정신과에 1명, 사회복지시설에 12명, 보건소에 1명, 동사무소에 1명, 타구 사회복지시설에 10명, 장애인고용촉진공단에 1명, 광역정신보건센터에 3명을 의뢰하였으며, 의뢰를 받은 경우는 동사무소 15명, 보건소 9명, 사회복지시설 15명, 광역정신보건센터 6명, 다른 자치구의 사회복지시설 3명 그리고 정신병원 2명인 것으로 나타났다. C지역처럼 정신보건센터와 사회복지(이용)시설에서 동일프로그램인 주간보호를 운영하는 경우 두 조직들의 대상자 의뢰관계가 전혀 발생하지 않는 경쟁관계가 발생하는 것을 볼 수 있다. 이와 같은 관계가 형성되면 정신보건센터는 가장 중요한 연계기관이 되어야 할 사회복지시설과 전혀 네트워크를 형성할 수 없는 위치에 놓이게 된다는 것을 보여준다. 이 지역에서의 정신보건센터와 정신의료



〈그림 3〉 의뢰인원 네트워크에 대한 MDS 분석 결과
(주간보호프로그램이 실시되고 있는 위탁형 정신보건센터-C지역)

기관과의 의뢰관계를 방향성으로 분석하면, 지난 6개월간 정신의료기관에 모두 32명을 의뢰하였으나 의뢰를 받은 경우는 2명에 불과한 것으로 나타난다. 이는 정신보건센터의 정신의료기관과의 네트워크가 탈원화가 아니라 입원의뢰로 매우 편중되어 있음이 A, B, C 모든 지역에서 동시에 나타나고 있음을 보여준다.

한편 사회복지(이용)시설은 타구 사회복지시설에 13명, 사회복지시설 3명, 지역사회내 취업사업체 2명, 정신과의원 2명을 의뢰하였으며, 의뢰를 받은 경우는 장애인고용촉진공단 6명, 타구 사회복지시설 16명, 취업사업체 3명 등으로 나타났다. 이 지역 사회복지시설의 의뢰양상은 네트워크 조직의 수에서 다른 지역보다 적은 것이 특징인데, 이는 정신보건센터와의 경쟁관계가 네트워크를 위축시키고 있는 것으로 보인다.

4) 의뢰네트워크 분석결과

서울시의 3개 지역에 대한 지역사회 정신장애

인 서비스의뢰네트워크 분석결과는 〈표 9〉와 같이 정리할 수 있다.

〈표 9〉 3개 지역 병원과 지역사회중심조직관 의뢰 인원수

의뢰방향	A지역	B지역	C지역
정신보건센터→병원	6*	12	5
병원→정신보건센터	0	0	2
사회복지시설→병원	0	0	2
병원→사회복지시설	3	7	0

* 정신보건센터에서 병원으로 의뢰되는 A지역의 경우, 보건소 내에서 1명이 기본형정신보건센터를 운영함으로 인해 보건소에서 병원으로 의뢰되는 인원수를 포함함.

첫째, 정신보건센터와 정신의료기관간 퇴원자 관리네트워크의 부재이다. 사실상 정신보건센터는 사회복지서비스조직에 비하여 정신의료기관들과 대상자의뢰가 다수 발생하였다. 그러나 A, B, C 모든 지역에서 네트워크의 방향성이 정신장애인을 정신의료기관으로 입원의뢰하는 방향으로 집중되어 있었으며, 정신의료기관에서 퇴원하는

정신장애인을 정신보건센터로 의뢰하는 네트워크는 작동하고 있지 않았다. 이는 특정 정신의료기관에 위탁된 정신보건센터에 대하여 타 정신의료기관도 경쟁적 관계에 위치하고 있어 정신장애인의 타 기관 이동을 기피하는 행태로 해석될 수 있다. 또한 위탁운영자인 정신의료기관이 타 정신의료기관을 통제할 수 있는 권력관계가 형성되지 않기 때문이라고 볼 수 있다.

둘째, 정신보건센터 네트워크활동의 자치구내 행정조직과 정신의료기관과의 편중성이다. 정신보건센터의 네트워크 활동은 주로 자치구내 동사무소, 보건소와 같은 공공기관을 대상으로 수행되거나, 종합병원정신과, 정신병원, 정신과의원 등과 같은 정신의료기관에 편중되어 나타나고 있었다. 이와 같은 양상은 A, B, C 모든 지역에서 공히 관찰되었으며, 동일 지역사회 내에 존재하는 사회복지시설이 사회복지시설, 직업재활시설, 고용 및 취업지원기관과 같은 사회복지서비스조직과의 네트워크가 활발한 것과 대조되는 양상이었다. 이러한 양상은 정신보건센터가 사회복지시설과 비교할 때, 정신장애인의 지역사회적응 및 취업관련 활동이 미약하며, 공공 행정 및 정신의료기관 입원의뢰에 활동의 초점이 있음을 간접적으로 시사해주는 것이라고 볼 수 있다.

셋째, 정신보건센터의 민간 사회복지시설과의 서비스조정 역할의 미약이다. 합리적인 지역사회 정신보건체계를 위해서는 정신보건센터가 평가의뢰기능을 가지고 정신장애인들을 그들이 필요로 하는 지역사회 내 서비스제공기관에 연결시켜주는 시스템이 구축되어야 할 것이다. 그러나 현실에서는 정신보건센터와 사회복지시설은 각자 나름대로의 네트워크를 구축하여 사업을 하고 있었으며, 정신보건센터가 통합서비스창구로서 사례관리활동을 통하여 일상생활, 취업, 여가활동, 교육 등에 관

한 서비스를 연계하고 의뢰하는 체계가 구축되지 않은 비효율적 서비스망 아래 있었다. 특히 두 조직이 주간보호라는 동일프로그램을 실시하고 있는 C지역에서는 두 조직간 의뢰네트워크가 전혀 형성되지 않는 극단적인 상황이 발견되었다.

2. 심층면접 결과분석

1) 정신보건센터와 정신의료기관간 퇴원자 관리네트워크의 부재

① 퇴원네트워크를 폐쇄하는 병원자본의 축적기제

병원 측에서는 수익성 확보노력의 일환으로 장기입원을 권하게 되며, 이는 가족들이 보호의무를 꺼려하는 현실과도 맞물려 있다. 병원 측에 의해서류상 퇴원이라는 현실적 눈가림이 진행되고 있으며, 의료기관에서 사회복지시설을 운영하는 경우, 정신장애인을 병원에서 사회복지시설로, 사회복지시설에서 다시 병원으로 옮기는 순환 고리가 장기입원을 구조화하는 수단이 되고 있다. 결국 가족의 무관심과 비협조로 환자는 방치되고 병원 측의 수익성 고려와 맞물리게 되면서, 장기입원이 구조화되고 있다고 할 수 있다.

“현명한 원무과장이나 병원장이라면 아예 계속입원 건수는 올리지 않고, 외출해서 나갔다가 다시 서류상으로 해서 들어오게 하는 거죠... 외출을 했지만 서류상 공백기를 두고 청구를 안하면 다시 퇴원했다가 재입원하는 경우가 되는 거거든요... 보호자가 원해서 그렇게 되는 경우도 있어요... 보호자와 합의가 되면 보호자가 그 부분에서 부담을 지고 보험청구를 안하는 거죠...(중략)...특히 의료기관에서 사회복지시설을 운영하는 경우에 그렇죠 병원울타리 안에서 요양시설로 보냈다가 악화돼서 다시 오는 거죠...”

“일단은 가족들이 협조가 안되는 경우가 될 수 있고,

그 외에는 수입과 관련된 부분이 있기 때문에 좀 더 있는 경우도 있어요. 의사들의 경우에 병원마다 차이가 나는데 1인당 환자 몇 명 이런 실적에 따라서 인센티브가 주어지는 경우가 있거든요...(중략)... 입원하게 되면 있게 될 경우에는 계속 입원하게 되는 것 같아요”

② 정신의료기관에 대한 통제력이 없는 정신보건센터

정신장애인의 입·퇴원 결정과정에서의 철저한 당사자 배제와 관습적인 인권침해 등의 현상이 나타나고 있지만, 이를 관리하는 국가체계는 형식화되어 있어 정신장애인의 기본적인 인권의 보호에 도움이 되고 있지 못하다. 즉, 현장에서 정신장애인들을 담당하고 있는 정신보건센터의 사회복지사들은 입·퇴원 결정과정에서 아무런 법적 권한이 없으며, 가족과 같이 가지 않으면 면회조차 불가능한 상황이다. 이러한 법적권한의 미보장과 이들이 가진 불안정한 법적 신분은 병원과의 공식적 연계를 어렵게 하며, 따라서 사회복지사들은 지역 정신병원과의 평소의 친분관계를 바탕으로 한 비공식적 연계를 통해 정신장애인들의 관리를 도모하고 있다.

“현재와 같은 시스템에서 입원은 전적으로 보호의무자인 가족의 결정사항이지 저희들이 조정할 수 있는 시스템이 전혀 없어요... (중략)... 센터에서 회원분들이 입원해 있으면 면회를 하려고 해도 저희랑 연계가 잘 되어 있는 병원만 보호자 없이도 면회가 가능해요... (중략)... 전화로는 입원하고 있는 정도나 대답해 주는 정도의 정보만 확인이 되죠...”

2) 정신보건센터 네트워크 활동의 자치구내 행정조직과 정신의료기관과의 편중성

① 아무런 권한이 없는 정신보건센터와 사회복지전담공무원의 갈등

보호의무자가 없는 정신장애인이 입원하게 되

는 경우, 법률상 보호의무자로 간주되는 기초자치단체장의 동의에 의한 입원이 주로 이루어진다. 시도지사에 의한 입원이라는 제도가 존재하고 있지만 그 과정이 ‘너무나 복잡하고 까다로운’ 것으로 여겨져 잘 활용되지 않는다. 따라서 현실적으로 기초자치단체장 동의에 의한 입원을 선택하게 되는데, 이때 입원동의서에는 동사무소에 있는 사회복지 전담공무원이 서명을 하게 되고 사회복지 전담공무원이 입·퇴원의 모든 관리를 맡게 된다. 이 과정에서 사회복지 전담공무원은 정신장애인의 입·퇴원이 개인의 책임 하에 놓인다는 부담감을 상당부분 가지게 한다. 행정조직의 공무원들은 정신보건센터에서 모든 것을 담당해주길 원하지만, 실제로 권한이 없는 정신보건센터 사회복지사들은 행정조직의 사회복지 전담공무원들에게 의존할 수밖에 없다.

“...응급한 환자한테는 오랜 시간이 걸리니까 구청장에 의한 입원을 많이 해요. 동사무소 담당자가 구청장에 의한 입원 동의서를 준비하는데 동의서에는 동사무소 담당자가 입원 동의서에 사인을 해요. 입퇴원과 관련해서는 동사무소 사회복지 담당자가 모두 담당을 하구요... 입원동의를 해주실 때 굉장한 부담감을 갖고 안 해주시려고 하는데 해주시는 분들은 사회복지쪽의 마인드를 가지신 분들로 지역사회에서는 이야기 하고 있어요...(중략)... 동사무소 입장에서는 너희들 일인데 내가 왜 사인을 해야 되는 거냐 내 개인에 대한 사인이다라는 거죠. 동사무소에서는 사후관리까지 다 처리해 주기를 바라는데 우리는 권한이 하나도 없기 때문에 입원동의도 해줄 수 없는 상황인데 그런 경우에는 저희도 답답하죠...”

② 지역사회서비스체계의 부재

무엇보다 정신장애인의 의료기관에의 장기입원이 선호되는 가장 큰 요인은 보호의무자인 가족의

경제적 어려움과 정신장애인 보호에 대한 부담감이라고 할 수 있다. 경제적 어려움들로 인해 정신장애인들의 장기입원이 선호되기도 하지만, 한편으로는 병원 외에 달리 환자를 안전하게 맡길 수 있는 대안시설들이 부족하거나 못미답다는 현실도 정신장애인의 의료기관에의 편중에 한 축을 담당하고 있다.

정신장애인을 위한 지역사회서비스 체계는 보건소, 정신보건센터, 동사무소 사회복지과 등을 들 수 있으며, 기타 사회복지시설이 존재하고 있다. 그러나 이들 체계간의 연계도 미약하고, 각 체계들 자체도 부실하다. 즉, 정신장애인들이 지역사회에서 치료받고 지역사회 주민들과 섞여서 건강하게 살아갈 수 있는 체계가 부재한 현실은 다시금 정신장애인들의 입원을 장기화하는 구조로 자리잡게 된다.

“보호자 입장에서는 병원이 안전하다고 생각해서 병원에 두는 경우가 있는 것 같아요...(중략)... 부모님이 돌아가시고 형제들이 있어도 형제들은 잘 돌보려고 하지 않아서 나가려 해도 돌봐줄 사람이 없고 사회복지시설도 비용이 없어서 이용하기가 곤란하고...(중략)... 나오고 싶어도 보살펴 줄 사람은 없는데 병원은 그런 면에서 안전하니까 선택하는 것 같아요...”

3) 정신보건센터의 민간 사회복지시설과의 서비스 조정 역할의 미약

① 정신보건센터 사례관리 수행권한 부재, 무기력

정신보건센터에서 근무하는 정신보건 사회복지사들은 센터 기능의 한계를 절감하고 있었다. 환자가 원하는 경우에 한하여 정보를 제공할 수 있는 권한 정도가 센터가 가질 수 있는 유일한 권한이라는 현실은 입·퇴원 과정에서 센터가 철저히 소외당하게 한다. 가족에 의해 장기입원의 굴레로 들

어서 있는 정신장애인들에 대해서 센터는 아무런 역할을 할 수 없으며, 개입은 하지만 결국 가족이 거부하면 아무런 조치도 취할 수 없는 형편이다.

“입원과 관련해서 센터는 보호자에게 설명해 줄 수 있는 권한 정도요? 그 정도가 저희가 가진 권한이에요... 법적으로 제도적으로 밀받침되는 근거는 거의 없죠...그래서 일을 할 때 애매하고 힘들 때가 있어요... 퇴원과 관련해서도 저희는 회원분 아니면 가족들이 퇴원을 거부해도 알 수가 없어요...”

② 민간 사회복지시설과의 형식적 연계

정신장애인의 입·퇴원 과정에서 어느 정도의 형식적인 연계체계는 존재한다. 그러나 병원, 보건소, 센터, 지역사회복지시설 간에 명확한 기준과 절차에 의해 정신장애인의 입·퇴원이 결정되고 지역사회에 복귀하여 살아 갈 수 있도록 도움을 주는 체계가 되기에는 아직도 미흡하며, 형식적인 부분이 많다. 정신보건 영역에 근무하는 실무자들도 실무자회의를 통한 나름의 연계노력들을 해 보기는 하지만, 서로 유사한 중복사업을 펼치고 있는 상황에서 환자와의 연계는 이루어지기 힘들다.

“그러니까 지금 드는 생각이요 저희가 지역에 있는 대상자를 관리하는 실무자로서 대상자들에게 직접적으로 주어지는 서비스보다는 기관과 기관사이에서 이렇게 주고 받는 것들이 원활하게 되어야지... 시스템 자체도 원활해지는 것 같아요... 병원에서도 지역사회로 환자를 퇴원과 동시에 연결을 해주었을 때 그 센터에서도 병원으로 환자를 보내주는 이 관계가 잘 수립이 되어야지 될 것 같아요...현물이 오고 가는 시스템에서가 아니라고요...”

“저희는 각 구에서 모든 시설의 실무자들이 모여서 회의를 하기는 해요...(중략)... 정신장애인을 위

한 통합서비스가 필요하면 사례회의를 하고 그러는데 이게 잘 안이루어져요 의뢰가.... 왜냐하면 똑같은 사업을 하니까요... 그러니까 구태여 이 환자를 너희에게 의뢰할 필요가 없다 그런거죠...”

V. 결론 및 제언

본 연구는 기존 입원병상 운영자인 정신의료기관 및 의료전문직과 다른 이해관계자와의 권력관계를 중심으로, 공공 지역사회정신보건사업의 민간위탁에 의해 지역사회정신보건사업의 예기치 않은 결과가 나타나는 양상을 분석하기 위해 지역사회정신보건사업관련 조직 간의 정신장애인의 퇴원경로에 대한 네트워크분석을 수행하고, 그 분석내용을 토대로 관련전문가들과 심층면접을 실시하고 분석하였다.

먼저 네트워크 분석을 통하여 정신보건센터와 정신의료기관간 퇴원자 관리네트워크의 부재, 네트워크 활동의 자치구내 행정조직과 정신의료기관에의 편중성 그리고 정신보건센터의 서비스조정 역할의 미약 등과 같은 지역사회정신보건사업의 문제점이 도출되었다.

이러한 결과를 토대로 한 심층면접에서는 정신보건센터와 정신의료기관간 퇴원자 관리네트워크의 부재를 설명하는 양상으로는 퇴원네트워크를 폐쇄하는 병원자본의 축적기제와 정신의료기관에 대한 통제력이 없는 정신보건센터가 도출되었다. 또한 정신보건센터 네트워크 활동의 자치구내 행정조직과 정신의료기관에의 편중성을 설명하는 양상으로 첫째, 아무런 권한이 없는 정신보건센터와 사회복지전담공무원의 갈등, 둘째, 사회복지전담공무원에의 책임전가, 셋째, 가족의 보호부담과 지역사회서비스체계의 방기 등이 도출되었다. 그리고 정신보건센터의 민간 사회복지시설과의 서

비스조정 역할의 미약은 형식화된 사례관리와 부실한 지역사회지지체계, 정신보건센터 사례관리수행권한의 부재 및 무기력 등이 원인으로 도출되었다.

분석결과를 통해 드러난 지역사회정신보건체계의 작동기제는 장기입원을 완화할 수 있는 체계의 수립방향에 대하여 다음과 같은 함의를 제공해주고 있다.

첫째, 정신보건센터의 정신의료기관 위탁은 지역사회정신보건체계의 역기능을 가져오는 근본적인 요인이라는 것이다. 즉 병원자본의 축적기제는 지역사회정신보건사업의 탈원화라는 목적과 상반된 이해관계에 있기 때문에 정신의료기관 운영법인의 정신보건센터 위탁운영은 근본적으로 역기능을 가질 수밖에 없다는 것이다. 네트워크 분석에서 나타난 것처럼 정신보건센터에서 정신의료기관으로 정신장애인의 의뢰네트워크는 작동되지만 지역사회정신보건사업의 본래의 기능을 의미하는 반대네트워크는 작동하지 않는다. 그리고 심층면접에서도 실제 정신보건센터가 정신의료기관의 장기입원을 통제할 권한이 없는 것으로 나타났으며, 사실상 권한이 주어졌다고 하더라도 특정 정신의료기관 운영법인에 위탁된 센터가 다른 정신의료기관을 통제하기는 매우 어려운 것이라고 볼 수 있다.

둘째, 정신보건센터는 정신장애인의 재활과 관련된 사회복지시설, 직업재활기관 그리고 정신장애인 고용기업 등과의 네트워크 형성과 활동을 강화하여 공공기관 혹은 정신의료기관과의 네트워크 편중성에서 탈피하여야 한다는 것이다. 심층면접에서 나타난 것처럼 정신보건센터는 사회복지전담공무원과 정신장애인의 비자발적 입원을 위한 업무연계가 상당히 발생하고 있으나 이에 대한 권한이나 책임이 없으며 사실상 조직의 미션과 상치하는 업무이다. 오히려 가족의 보호부담을 완화

시킬 수 있는 정신장애인의 주간보호기관 및 고용 관련 서비스조직과의 업무연계에 초점을 두어야 할 것으로 보인다.

셋째, 정신보건센터의 서비스조정 역할의 미약은 지역사회 서비스자원의 부족과 민간 위탁에서 초래된 것이라고 볼 수 있다. 정신보건센터의 서비스연결을 위한 사례관리는 지역사회의 서비스 자원의 존재를 가정하고 있다. 그러나 현실적으로 부족한 지역사회서비스자원은 사례관리를 형식화시키는 결과를 초래하며, 더욱이 네트워크의 폐쇄성을 가진 정신의료기관 소속의 사례관리자는 정신장애인의 타 서비스기관으로의 이동을 초래할 것이라는 우려 때문에 사회복지서비스기관으로의 연결을 기피하게 되는 것으로 볼 수 있다.

지역사회정신보건체계의 개선방안은 정신보건센터의 본래 기능 및 역할의 회복을 목적으로 한다. 즉 정신보건센터가 지역사회거주 정신장애인들에게 위기관리나 서비스지원을 통해 적응력을 향상시키고, 정신의료기관의 퇴원자들에게는 지역사회의 적절한 사회복지서비스 자원을 연결함으로써 보다 높은 삶의 질을 향유할 수 있도록 체계를 운영할 수 있는 방안을 의미한다. 본 연구에서는 연구결과와 선행연구를 토대로 다음과 같은 개선방안을 제시한다.

첫째, 정신보건센터 위탁정책의 폐지이다. 본 연구에서 드러난 것처럼 정신의료기관에 위탁된 정신보건센터는 탈원화라는 사업목적과 상반된 이해관계를 가지고 있어 사업수행의 재정적 인센티브가 결여되어 있다. 정신보건센터는 공공성 확보를 위하여 영국의 예에서처럼 지방자치단체가 직접 운영하거나 정신장애인의 사회복지사업 혹은 장애인의 지역사회재활사업을 운영하는 법인에 위탁하여야 자본축적기제에 의한 사업목적의 왜곡을 방지할 수 있다.

둘째, 정신장애인의 지역사회 지지체계의 확충이다. 실제 장기입원의 주요 원인으로 지적되고 있는 정신장애인 가족의 보호부담을 감소시키고 정신장애인 당사자의 적응력을 향상시키기 위해서는 다양한 사회복지서비스자원의 확보가 필요하다. 구체적인 방안으로는 현행의 정신보건센터에 사회복지서비스기능을 강화하여 정신보건복지센터로 기능을 개편하거나 지역생활지원센터를 별도로 설치하여 사회복지서비스를 제공하는 방안이 있다. 전자의 경우에는 정신보건센터 운영주체문제가 해결되지 않을 경우 기존의 문제점이 존치될 가능성이 높기 때문에 동시에 정책변화가 필요하다. 후자의 경우에는 정신장애인의 사회복지사업 혹은 장애인의 지역사회재활사업을 운영하는 법인에 위탁함으로써 사업의 효과성을 확보할 수 있을 것이다. 이와 같은 정책 추진 상에서 사업에 소요되는 재정확보의 실현가능성 문제가 제기될 수 있으나, 2006년 현재 약 7만 5천여 명의 의료급여 정신장애인에 4,800억원, 1인당 연간 약 640만원의 의료급여재정을 소요하고 있기 때문에(김춘진, 2007) 정신장애인의 지역사회 재활사업의 재정절감효과에 의한 정치적 동의는 외국의 예에서 보는 것처럼 실현가능성이 매우 높다고 할 수 있다.

셋째, 사업재정으로 바우처 방식의 활용이 필요하다. 지역사회정신보건사업은 건강보험 및 의료급여재정에 의해 지불되는 정신의료기관의 재정적 유인을 통제해야하는 사업이라는 측면에서 일반 사회복지사업과 차이가 있다. 즉 정책이 효과적으로 수행되기 위해서는 지역사회의 서비스체계도 장기입원의 재정적 유인을 상쇄할 수 있는 재정전략을 마련하여야 한다. 그런데 지역사회의 사회복지서비스기관은 폐쇄형 개별보조방식의 재정으로 사업을 수행하기 때문에 매년 일정한 이용

자수를 산정하고 그에 대한 보조금으로 사업을 수행한다. 이와 같은 체계에서는 사회복지기관은 일반적으로 서비스재정의 문제로 인하여 많은 서비스 대기자가 발생하게 된다. 따라서 인두제 혹은 서비스단위마다 지불되는 바우처예산 방식을 도입한다면 사회복지시설을 비롯한 사회복지서비스 조직들은 그 서비스의 총량을 단기간에 확대시킴으로써 정신장애인에 대한 지역사회지지체계가 현저하게 확대되는 효과를 가져올 수 있다.

현재 지역사회정신보건사업에서 나타나는 체계의 역기능은 단지 정신보건사업의 문제가 아니라 보건의료서비스와 사회복지서비스의 중복적 욕구가 현저한 노인대상의 보건복지사업에서도 출현하고 있는 문제이다. 이와 같은 의미에서 공공정책이 현재 지역사회정신보건사업에서 나타나는 체계의 역기능을 어떻게 통제하느냐는 보건 및 복지서비스정책의 주요한 과제가 될 수밖에 없다. 만일 지역사회정신보건사업에서 사회복지서비스를 통하여 과도한 입원의료 이용을 통제할 수 있는 정책적 방안을 구축하지 못한다면, 노인인구가 급증하는 향후 사회에서 의료에 소요되는 재정적 부담으로 인하여 정부의 공공 정책은 더욱 위축되는 결과를 가져오게 되고, 이에 따라 막대한 재정 지출에도 불구하고 정신장애인이거나 노인집단의 삶의 질은 오히려 열악한 상황을 벗어나지 못하게 되는 악순환의 고리에 빠지게 될 수 있다.

참고문헌

- 국가인권위원회, 2008, 내부자료.
- 김명규 · 배안 · 김진학 · 강진상 · 김중원 · 최옥채, 1998, “만성정신증 환자의 탈원화 및 재발을 위한 추적진료 체계의 시험운용과 그 효과에 대한 연구”, 보건복지부 · 국립나주정신병원
- 김선명, 1999, “韓國 産業化과정에서의 金融政策 : 제도변화의 정치경제”, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김연희, 2005, “미국 공적 정신보건서비스 관리의료체계가 한국의 정신보건 서비스 전달체계 개선에 갖는 함의”, 『사회복지연구』, 한국사회복지연구회, vol. 28, 69~103.
- 김인숙 · 우아영, 2003, “부천시 지역 여성복지 관련 조직의 네트워크 구조와 특성”, 『한국사회복지학』, vol. 53, 179~207.
- 김용학, 2003, 『사회연결망 분석』, 박영사.
- 김정애, 1999, “여성장애인의 이중차별에 관한 연구”, 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 김춘진, 2007, 『의정활동자료집』.
- 박미은, 2002, “정신보건사회복지자들의 서비스 연계실태 및 연계관련요인”, 『한국사회복지학』, vol. 51, 63~91.
- 배정규 · 이용표 · 강상경 · 신성만 · 이종구 · 박호순, 2006, “지방자치단체의 정신보건업무 수행실태조사”, 국가인권위원회, 25~48.
- 보건복지부, 2008, 『정신보건사업안내』.
- 서울시정신보건사업지원단, 2008, 『정신보건시설 현황집』.
- 신경림(역), 2001, 『근거이론의 단계』, 현문사.
- 유태균(역), 2001, 『사회복지 질적연구방법론』, 서울: 나남.
- 이규식, 2002, 『의료보장과 의료체계』, 계축문화사.
- 이선주 · 홍백의, 2002, “의료급여 장기입원관리 개선방안”, 경기개발연구원.
- 이영문 · 정영기 · 이주훈, 1996, “정신보건시설 입원/입소 환자의 재원 부적절성 이유분석”, 용인정신의학보 3(2), 163~175.
- 이용표, 2005, “정신장애인 직업재활정책의 경로의존에 관한 연구-역사적 제도주의의 관점을 중심으로-”, 『직업재활연구』, 15(2), 25~44.
- 이용표, 2006, 『정신보건의 이해와 실천패러다임』, EM커뮤니티, 33~61.
- 이주열 · 이용표 · 김찬우 · 변경희 · 한익희, 2005, 『지역사회 보건복지연계사업 방안개발』, 보건복지부.
- 전남진, 1987, 『어려운 사람들이 사회복지에 우선을-사회정책학강론』, 서울대출판부.
- 하연섭, 1999, “역사적 제도주의”, 정용덕 외, 『신제도주의 연구: 역사적 및 사회학적 접근』, 서울: 대영문화사.

- 홍경준, 2002, "전주지역 자활관련 조직들의 네트워크 구조에 관한 연구", 『한국사회복지학』, 제 49호, 7~33.
- 황혜신, 2005, "공공의료서비스 민간위탁의 성과에 관한 연구", 『한국행정학보』, 제39권 제1호, 65~88.
- Bloom, Bernard L., 1984, *Community Mental Health*, Brook/Cole Publishing Company, Monterey, California.
- Hall, P. A. and Taylor, R. C., 1996, "Political science and the three new institutionalism", *Political Studies*, 44, 936~957.
- Johnston, Jocelyn M. and Barbara S. Romzek, 1999, "Contracting and Accountability in State Medicaid Reform: Rhetoric, Theories, and Reality", *Public Administration Review* September/October, Vol. 59, No. 5.
- Krasner, S., 1984, "Approaches to the state: Alternative conception and historical dynamics", *Comparative Politics*, 16(2), 223~246.
- Light, D. W., 1995, "Countervailing power: a framework for professions in transition", in Johnson, T., G. Larkin, and M. Saks(eds), *Health professions and the state in Europe*, London: Routeledge, 24~41.
- Pack, Jr., 1987, "Privatization of public-sector service in theory and practice", *Journal of Political Analysis and Management* 6(4).
- Starr, P., 1987, "The limits of privatization", in Hanke, S. H., *Prospects of Privatization*, New York: The Academy of Political Science.
- Van de Ven, A. and Ferry, D., 1980, *Measuring and Assessing Organization*, A Wiley Interscience Pub..

원 고 접 수 일 : 2008년 6월 24일
1차심사완료일 : 2008년 11월 4일
2차심사완료일 : 2008년 12월 8일
최종원고채택일 : 2008년 12월 9일