

연구보고서
2021-04

연구보고서 2021-04

정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 연구

정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 연구

Research on the Support System for Integrated Management of Mental Health Services



경상남도사회서비스원
Gyeongangnamdo Public Agency for Social Service



박상미, 엄태완, 임 혁, 박해금

경상남도사회서비스원
Gyeongangnamdo Public Agency for Social Service

비매품/ 무료



9 791191 889048
ISBN 979-11-91889-04-8

경상남도사회서비스원
Gyeongangnamdo Public Agency for Social Service

정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 연구

Research on the Support System for Integrated Management of Mental Health Services



박상미, 엄태완, 임 혁, 박해금

연구진

책임 연구원	박 상 미	경상남도사회서비스원	선임연구원
공동 연구원	엄 태 완	경남대학교 사회복지학과	교수
공동 연구원	임 혁	동서대학교 사회복지학과	교수
공동 연구원	박 해 금	경상남도사회서비스원	책임연구원
위촉 연구원	최 윤 정	경상남도사회서비스원	연구보조원
위촉 연구원	김 지 우	경상남도사회서비스원	연구보조원
위촉 연구원	김 나 영	경상남도사회서비스원	연구보조원
행정 지원	이 도 은	경상남도사회서비스원	복지정책연구팀 주임
연구평가위원	이 선 희	가야대학교 사회복지학과	교수
연구평가위원	이 진 향	창신대학교 사회복지학과	교수
자문위원	김 익 중	경상남도커뮤니티케어센터	센터장

차례

정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 연구

제1장 연구개요	1
1. 연구배경 및 목적	1
2. 연구의 내용·범위·방법	3
3. 연구의 구성	5
제2장 이론적 배경	9
1. 정신건강서비스 통합관리 지원체계 관련 연구동향	9
2. 유사사례검토	11
3. 관련 정책 현황	13
제3장 경상남도 정신건강 현황	19
1. 정신장애인 수의 증가	19
2. 정신건강 인프라 부족	24
3. 정신건강 전문인력의 공급 부족	30
4. 지역사회 기반 서비스의 부족	34
5. 소결	38
제4장 경상남도 정신건강서비스 네트워크 형성 방안	45
1. 조사개요	45
2. 연구의 분석틀	48
3. 내용분석	50
4. 소결	66
제5장 경상남도 정신건강서비스 실무자의 업무 중요도 및 수행도 분석(IPA)	73
1. 조사개요	73
2. 분석결과	75
3. 소결	118
제6장 결론 및 제언	123
1. 연구결과의 요약 및 논의	123
2. 제언	128
참고문헌	149
부 록	153



표 목차

〈표 I-1〉 연구과정 모형	5
〈표 II-1〉 제2차 정신건강복지 기본계획(2021~2025) 정책방향	14
〈표 II-2〉 정신건강복지 정책 현황	15
〈표 III-1〉 정신장애인 현황 - 시도별(단위 : 명)	19
〈표 III-2〉 정신장애인 등록현황 - 경상남도(단위 : 명)	21
〈표 III-3〉 정신건강증진시설 현황 - 시도별(단위 : 개)	23
〈표 III-4〉 정신재활시설현황 - 시도별(2019년 기준)	24
〈표 III-5〉 정신의료기관 현황-경상남도(단위 : 개)(2020년 기준)	25
〈표 III-6〉 경상남도 18개 시군별 정신재활시설현황	26
〈표 III-7〉 정신장애 평생유병율(단위 : %)	27
〈표 III-8〉 정신의료기관 및 정신요양시설 입원유형별 입원(소) 현황_경상남도(단위:명)	28
〈표 III-9〉 인구 1,000명당 정신병상 수 - 시도별(단위 : 개, %)	29
〈표 III-10〉 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산 - 시도별(단위:원)	30
〈표 III-11〉 인구 10만명 당 정신건강전문인력 수_시도별(단위 : 명)	31
〈표 III-12〉 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수 - 시도별(단위 : 명)	32
〈표 III-13〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강전문인력 수_직업*기관종류별	33
〈표 III-14〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강전문인력 수_직업*권역별(단위:명)	34
〈표 III-15〉 중증정신질환자 지역사회 등록 관리율(단위 : 명, %)	35
〈표 III-16〉 경상남도 중증정신질환자 지역사회 등록 관리율-경상남도(단위 : 명, %)	36
〈표 III-17〉 기초정신건강심사위원회 퇴원 명령률 - 경상남도(단위 : 명)	36
〈표 III-18〉 정신장애인 취업자수 및 취업률 - 연도별 (20년은 3분기까지 반영)	37
〈표 III-19〉 경상남도 등록 정신질환자 취업자 수 및 취업률(2020년)	38
〈표 IV-1〉 질적연구 사전질문지 내용	47
〈표 IV-2〉 질적 연구 참여자의 특성	48
〈표 IV-3〉 질적연구 질문 구성	49
〈표 IV-4〉 질적연구 분석틀	49
〈표 IV-5〉 기본 전달체계의 문제인식 요약	50
〈표 IV-6〉 네트워크 구축 동기 및 유지 요인 요약	51
〈표 IV-7〉 정신건강통합지원체계 구축을 위한 전략 요약	52
〈표 IV-8〉 기본 전달체계의 문제인식	55
〈표 IV-9〉 네트워크 구축 동기 및 유지 요인	59
〈표 IV-10〉 정신건강통합지원체계 구축을 위한 전략	64
〈표 V-1〉 변수의 구성	74
〈표 V-2〉 조사대상자의 일반적 특성	76
〈표 V-3〉 조사대상자의 직업적 특성	77
〈표 V-4〉 조사대상자의 지역사회연계 업무적 특성	79
〈표 V-5〉 조사대상자의 일반적 특성별 경남의 정신건강증진사업 우선순위	81
〈표 V-6〉 조사대상자의 직업적 특성별 경남의 정신건강증진사업 우선순위	83

〈표 V-7〉 조사대상자의 지역사회연계 업무특성별 경남의 정신건강증진사업 우선순위	86
〈표 V-8〉 지역사회 정신건강증진사업 효율성 제고를 위해 개선할 부분	88
〈표 V-9〉 조사대상자의 일반적 특성별 경남의 정신건강증진사업 개선사항	89
〈표 V-10〉 조사대상자의 직업적 특성별 경남의 정신건강증진사업 개선사항	91
〈표 V-11〉 조사대상자의 지역사회연계 업무특성별 경남의 정신건강증진사업 개선사항	94
〈표 V-12〉 경상남도 정신건강복지정책의 방향성	96
〈표 V-13〉 조사대상자의 일반적 특성별 경남의 정신건강복지정책 방향성	97
〈표 V-14〉 조사대상자의 직업적 특성별 경남의 정신건강복지정책 방향성	99
〈표 V-15〉 조사대상자의 지역사회연계 업무특성별 경남의 정신건강복지정책 방향성	102
〈표 V-16〉 지역사회 연계업무 필요도	104
〈표 V-17〉 지역사회연계 업무필요도와 지역사회연계업무 수행도에 관한 IPA분석 결과	105
〈표 V-18〉 지역사회 연계영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목	107
〈표 V-19〉 지역사회 연계영역 직무능력 단위	108
〈표 V-20〉 지역사회 연계영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목	110
〈표 V-21〉 직접서비스 제공영역 직무능력 단위	111
〈표 V-22〉 직접서비스 제공영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목	114
〈표 V-23〉 직접서비스 제공영역 직무능력의 요인별 유지 및 개선 항목	116
〈표 V-24〉 코로나-19로 인한 업무 수행방식 변화	116
〈표 V-25〉 코로나-19 관련 직무환경	117
〈표 V-26〉 코로나-19에서 정신건강 영역	117
〈표 VI-1〉 모형별 특성 비교	136
〈표 VI-2〉 모형별 정신건강서비스 유관 기관 역할	138
〈표 VI-3〉 정신건강서비스 통합지원체계 구축을 위한 기반조성을 위한 주체별 과업	146



그림 목차

〈그림 II-1〉 광주통합정신건강복지 사업 체계도	12
〈그림 II-2〉 지역사회 기반 재활프로그램 및 인프라 개선(안)	15
〈그림 III-1〉 경상남도 정신장애인 현황	20
〈그림 III-2〉 경상남도 정신장애인 등록현황(변경)	22
〈그림 III-3〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강전문인력 수	33
〈그림 III-4〉 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산	35
〈그림 V-1〉 지역사회연계 업무필요도와 지역사회연계 업무수행도간 산점도	106
〈그림 V-2〉 지역사회 연계영역 직무능력 단위	109
〈그림 V-3〉 직접서비스 직무능력 단위	113
〈그림 V-4〉 직접서비스 제공의 요인별 직무능력 단위	115
〈그림 VI-1〉 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 공공지원형	129
〈그림 VI-2〉 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 민관협력형	132
〈그림 VI-3〉 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 혼합형	135
〈그림 VI-4〉 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 고성군(공공지원형)	141
〈그림 VI-5〉 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 양산시(민관협력형)	142
〈그림 VI-6〉 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 거창군(혼합형)	142





연구 요약



1. 연구 배경 및 목적

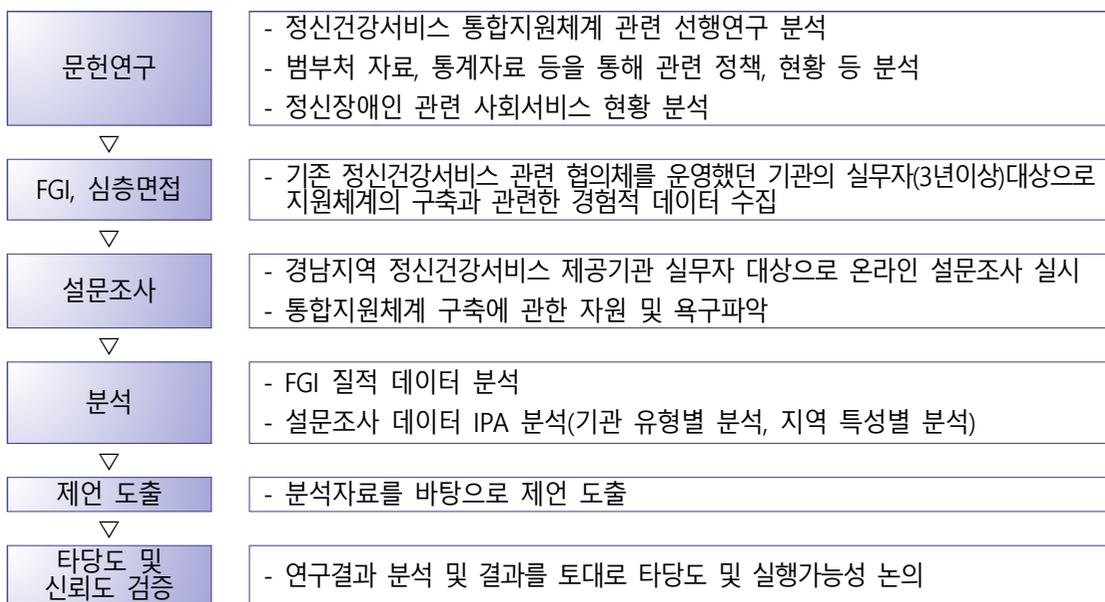
- 정신건강 문제는 단순한 서비스 제공이나 치료적인 개입만으로는 해결되기 어렵고 예방과 조기 개입, 치료와 보호, 재활과 사회통합으로 이어지는 연속적인 스펙트럼을 가지고 있음
 - 예방이나 개입, 치료의 보건 영역과 더불어, 재활, 사회통합으로 이어지는 복지 영역 간 연계가 필수적
- 복합적 욕구를 갖고 있는 클라이언트에게 여러 기관들의 네트워크 협력 체계를 통해 서비스를 제공하는 것이 보다 적합하고 효율적
- 이에 지역사회 내 자원을 연결·연계하여 통합적인 서비스를 제공할 수 있도록 하는 경상남도 정신건강서비스 통합관리 지원체계를 구축 연구가 필요한 실정임

□ 연구목적

첫째, 경상남도 내 정신건강서비스 인프라 분석 및 연계방안 모색

둘째, 경상남도의 정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 방향 제시

□ 연구 체계도



2. 경상남도 정신건강 현황과 문제점

□ 대상의 증가

- 2017년 대비 2020년 증감률을 살펴보면 경상남도 전체 장애인 수 증가

□ 지역 내 불균형한 인프라

- 동부권 중심의 정신의료기관 설치, 서부경남권은 상대적으로 빈약

□ 인프라의 절대적인 수 부족

- 정신재활시설은 경상남도 전체 센터의 수가 5개에 불과

□ 정신건강 예산의 부족

- 지역사회 정신건강 관련 예산은 타 지역에 비해 상대적으로 부족

□ 전문인력의 부족

- 정신장애인을 위한 인력의 공급과 사례관리자가 1인당 관리하는 대상자의 수 등 경상남도는 전국평균에 비해 다소 낮은 인력수준을 보임

3. 경상남도 정신건강서비스 네트워크 형성방안

□ 기존 정신건강서비스 전달체계의 실태

- ‘인력 및 조직간 직군 차이로 인한 조정과정의 어려움’, ‘지역별 전문인력 수급의 어려움’, ‘네트워크의 기능 부족의 문제’, ‘기관 간 업무분담의 불균형으로 인한 기초정신건강센터의 업무 과중 및 사례관리 약화’, ‘인프라 부족으로 인한 서비스의 한계와 실적 위주의 평가체제로 인한 네트워크 사업의 형식화’

□ 네트워크 구축 동기 요인

- ‘대상자의 다양한 욕구 해결’ 과 ‘기관 간 이해관계’ ‘업무상 필요’, ‘기관장, 중간관리자, 실무자 등 조직 구성원의 의지’

□ 네트워크 유지에 관한 장애요인

- '네트워크 경험부족' , '기관간 이해관계의 차이' , '사례관리 주체 구분으로 인한 분절성' , '네트워크 수행으로 인한 업무 부담' , '연계 담당자의 역량이나 이해의 부족' , '중간관리자의 역할부재'

□ 네트워크 구축 전략

- 네트워크 참여 기관간 '비전과 목표의 공유' , '지역 복지관의 활용을 통한 인프라 부족 극복' , '거점기관 중심의 단계적 네트워크 확대' , '공공 혹은 준공공기관의 네트워크 주도 및 참여' , '영역별·지역적 특성과 형평성을 고려한 인프라 확대'

4. 경상남도 정신건강서비스 실무자의 업무 중요도 및 수행도 분석(IPA)

지역사회 연계영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목

구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 필요도 높은 수행도	유지	2. 의료서비스 연계사업 운영 3. 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석 8. 위기개입 및 안전서비스 12. 지역사회 인식개선 캠페인 사업
제2사분면	높은 필요도 낮은 수행도	집중	6. 생명사랑 네트워크 활동사업 7. 정신건강 네트워크 구축 13. 자살위기개입 네트워크 사업
제3사분면	낮은 필요도 낮은 수행도	저순위	4. 사회안전망 조성사업 5. 자문(운영)위원회 개최 및 참석 9. 교육연계사업 운영
제4사분면	낮은 필요도 높은 수행도	과잉	1. 유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석 10. 저소득층 의료비 지원사업 11. 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작

지역사회 연계영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목

구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 중요도 높은 수행도	유지	2. 의료서비스 연계사업 운영 8. 위기개입 및 안전서비스 10. 저소득층 의료비 지원사업
제2사분면	높은 중요도 낮은 수행도	집중	4. 사회안전망 조성사업 7. 정신건강 네트워크 구축 9. 교육연계사업 운영 13. 자살 위기개입 네트워크 사업
제3사분면	낮은 중요도 낮은 수행도	저순위	5. 자문(운영)위원회 개최 및 참석 6. 생명사랑 네트워크 활동사업
제4사분면	낮은 중요도 높은 수행도	과잉	1. 유관 기관 담당자 간담회 개최 및 참석 3. 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석 11. 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작 12. 지역사회 인식개선 캠페인 사업

직접서비스 제공영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목

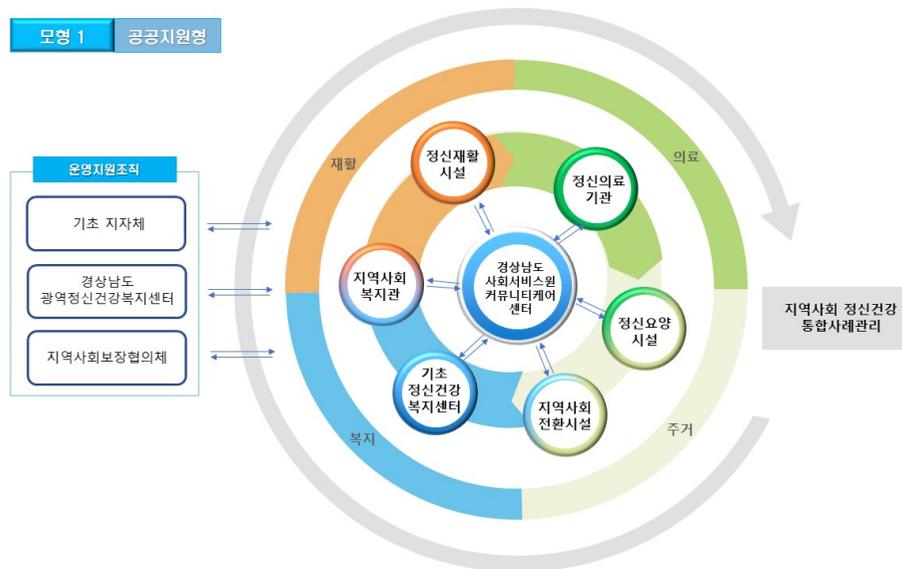
구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 중요도 높은 수행도	유지	1. 대상자 진단 및 선별 2. 사례발굴 및 관리 4. 교육훈련 5. 가족교육 및 정보제공 서비스 7. 가정방문서비스 제공 8. 개별심리치료 11. 약물증상관리교육 제공 12. 일상생활훈련 제공 13. 사회기술훈련 제공 14. 인지재활훈련 제공 15. 자살예방교육 제공 18. 주간재활(주간보호)서비스 제공 30. 정신건강 위기개입서비스
제2사분면	높은 중요도 낮은 수행도	집중	16. 직업재활서비스 제공 17. 고용서비스 제공 21. 지역사회거주 치료·재활 통합지원 24. 정신장애인 욕구조사
제3사분면	낮은 중요도 낮은 수행도	저순위	6. 가족자조모임 조직 및 운영 9. 집단상담 및 집단치료 10. 인지행동치료 19. 독립주거지원사업 22. 정신장애인 자조모임 운영 23. 정신장애 및 정신건강 실태조사 25. 지역주민 정신건강 강좌 운영 26. 지역주민 절주교실 운영 27. 지역주민 생애주기별 맞춤형 정신건강 교육 28. 지역주민 치매예방교육 29. 직장인 정신건강지원(EAP)사업 운영 31. 자살예방 게이트 키퍼 양성사업 32. 청소년 자살예방 강사 양성사업
제4사분면	낮은 중요도 높은 수행도	과잉	3. 상담실 운영 20. 여가활동지원사업

직접서비스 제공영역 직무능력의 요인별 유지 및 개선 항목

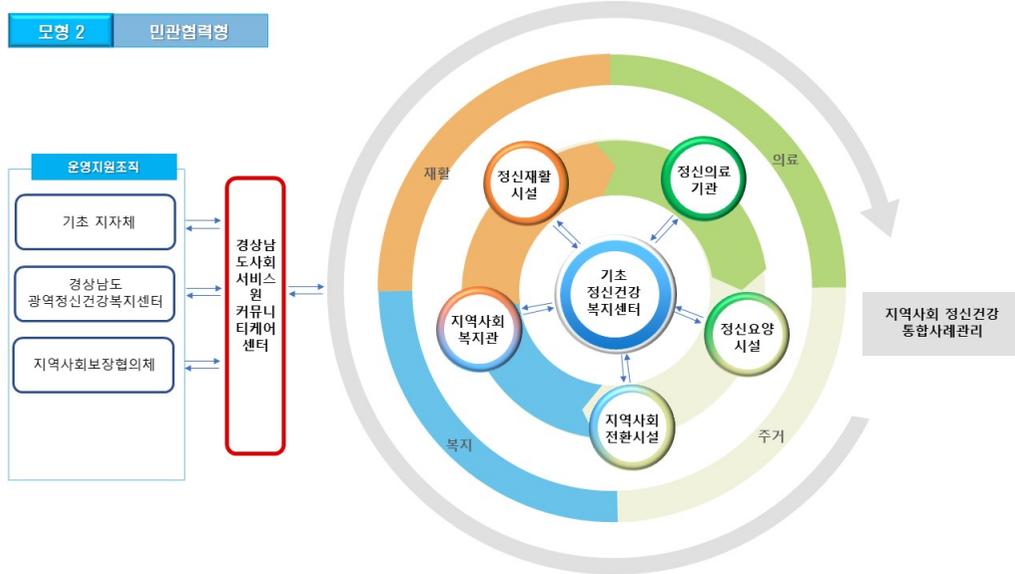
구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 중요도 높은 수행도	유지	1. 사례관리 2. 가족지원 4. 교육훈련
제2사분면	높은 중요도 낮은 수행도	집중	3. 치료 5. 정신재활 6. 조사연구
제3사분면	낮은 중요도 낮은 수행도	저순위	7. 시민정신건강증진 8. 예방
제4사분면	낮은 중요도 높은 수행도	과잉	-

5. 정신건강서비스 통합관리 지원체계 모형

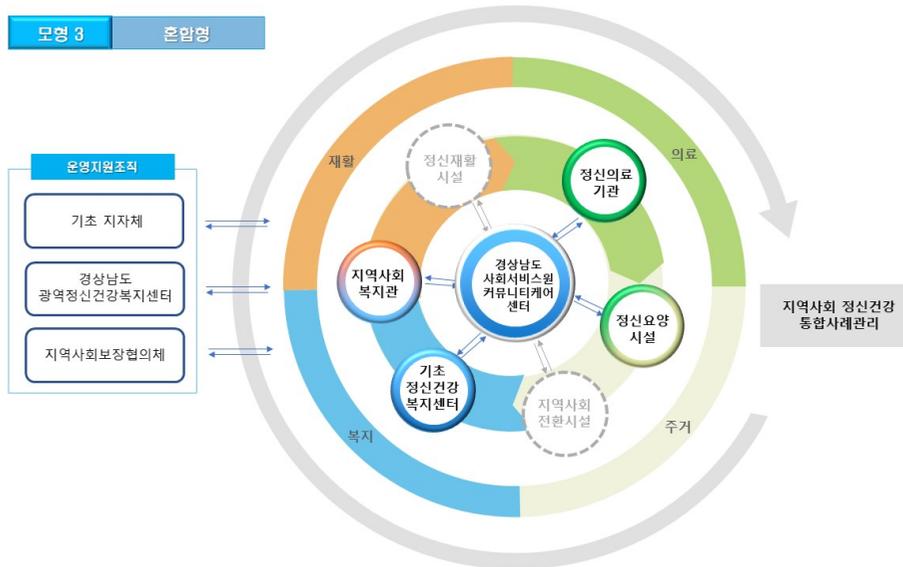
□ 공공지원형



□ 민관협력형



□ 혼합형



6. 정책제언

정신건강서비스 통합지원체계 구축을 위한 기반조성을 위한 주체별 과업

목표 주체	과업1 시범사업 구성	과업2 인물적 인프라 확충_정신재활 시설 설치 확대	과업3 인물적 인프라 확 충_시설-지역사회 를 잇는 중간체계 마련	과업4 정신건강서비스 제공 기관 평가지표의 개선	과업5 안정적인 전문인력 공급체계 마련
중앙 정부	<ul style="list-style-type: none"> 광역 및 기초정신 건강복지센터 네트워크 강화를 위한 메뉴얼 개발 등 정신건강통합서비스 지원체계 마련을 위한 시범사업 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 정신재활시설 확충을 위한 예산 마련 	<ul style="list-style-type: none"> 지역별 사회주택 및 지역사회회전환시설 설치 정신건강서비스 제공시설의 지역사회통합을 위한 기능 전환 방안 연구 및 정책 마련 	<ul style="list-style-type: none"> 기초정신건강센터를 비롯한 정신건강서비스 제공기관 평가 지표 개선 - 네트워크 운영에 관한 정성평가항목 확대 - 사례관리에 관한 양적 측정 폐지 	<ul style="list-style-type: none"> 권역별 전문인력 관리시스템 마련 정신건강전문요원 자격 시스템 개선 - 수련과정 개선 및 현장 근무경력 인정
광역 지자체 (경상 남도)	<ul style="list-style-type: none"> 조례 입법(중장기) 안정적 예산 지원 (중장기) 지역사회통합돌봄 사업 지원 정신건강통합서비스 지원체계 마련을 위한 시범사업 공모 및 운영 	<ul style="list-style-type: none"> 정신장애인 분포 및 물리적 거리에 따른 정신재활시설 추가 설치 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 공가 등을 활용한 사회주택 사업 추진 정신건강서비스 제공시설 기능 전환 추진 	<ul style="list-style-type: none"> 조례 입법(중장기) 공적 사례관리체계 개선 (공동사례관리 권장) 	<ul style="list-style-type: none"> 지역 및 경력에 따른 정신건강전문인력 수당 강화 권역별 인력운영 시스템 마련 (중장기)
사회 서비스원	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회통합돌봄 사업 모형 확장 - 정신장애인 영역을 지역사회통합돌봄 대상자에 실질적으로 추가하고, 이에 따른 지원체계를 개선하는 등 표준운영 모형 개발 네트워크구축 등 간사기관 역할 수행 - 기 구축된 퇴원환자 연계사업 등의 네트워크를 활용하여 해당 기초지자체에 컨설팅 제공 - 정신건강담당자들을 위한 네트워크 교육 과정 개설 	-	<ul style="list-style-type: none"> 사회주택 및 사회회전환시설의 위탁 운영 정신건강서비스 제공기관의 지역통합형 기능 전환 지원 경남형 케어안심주택 모형 개발 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강서비스 제공시설 평가체계 개선 연구 	-



제 1 장

연구개요

1. 연구배경 및 목적
2. 연구의 내용 · 범위 · 방법
3. 연구의 구성



제1장 연구 개요

1. 연구배경 및 목적

가. 연구배경

우리나라의 정신질환 평생 유병률은 2016년 25.4%에 달해 국민 4명 중 1명은 평생 동안 한 번 이상은 정신질환을 경험한다고 볼 수 있을 정도로 많은 국민이 정신질환의 위험에 노출되어있다. 국내 정신질환자의 수는 최근 5년간 꾸준히 증가하여 2019년 기준 약 316만명에 달한다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017).

특히 지난 2020년부터 코로나로 인한 대인관계 제한, 실직, 돌봄 스트레스 등으로 전 국민 정신건강에 대한 우려가 증가하고 있는 상황이다. 이러한 정신건강의 악화는 의료적인 측면 뿐 아니라, 경제활동에의 제한, 자살 위험의 증가, 돌봄 상황에서의 사회경제적 비용을 증가시키고 있다.

반면, 정신건강증진 서비스 이용률은 22.2%에 불과하여 정신건강의 위험도에 비해 서비스 이용률이 현저히 낮음을 알 수 있다(보건복지부·국립정신건강센터, 2017).

정신건강 문제는 단순한 서비스 제공이나 치료적인 개입만으로는 해결되지 않는다. 따라서 정신건강서비스는 예방과 조기 개입, 치료와 보호, 재활과 사회통합으로 이어지는 연속적인 스펙트럼을 가지고 있으며, 예방이나 개입, 치료의 보건 영역과 더불어, 재활, 사회통합으로 이어지는 복지 영역 간 연계가 필수적이다(전진아 외, 2020).

현 정신건강서비스 제공 체계는 정신응급의료센터의 부재, 정신재활시설의 부족, 사회적 편견 및 차별, 고용 및 주거의 부족 등 사회적 인프라가 미흡하다. 정신건강서비스 인프라의 총량은 점차 증가해왔지만, 정신의료기관 중심으로 증가해와서 다른 유형의 정신건강서비스 제공기관의 공급률은 여전히 낮은 상황이다. 2019년 보건복지부 공시자료에 의하면, 전국적으로 2,597개소의 정신건강서비스 기관 중 정신의료기관이 1,839개소로 70.8%에 달하는 것으로 나타났다. 특히 경상남도의 경우에는 72.4%가 정신의료기관으로, 전국 평균 수치보다 높은 상황이다. 이렇듯 의료시설 중심의 정신건강서비스 인프라 증가는 각 유형들의 인프라 접근성의 격차로 이용자 접근성 문제가 제기되고 있으며(전진아 외, 2020), 지역사회 차원

에서의 지원 및 통합프로그램 역시 부족한 상황이어서 정신장애인의 지역사회 통합에 장애가 되고 있다(이상영 외, 2018).

복합적 욕구를 갖고 있는 클라이언트에게 한 기관이 그에 맞는 다양한 서비스를 제공하는 것은 사실상 불가능하며, 여러 기관들의 네트워크 협력 체계를 통해 제공하는 것이 보다 적합하고 효율적이다(김현수, 2019). 이렇듯 다양한 욕구를 가진 대상자의 사회통합과 회복을 위해서는 지역사회 내 여러 자원들과 연계하는 것이 필요하지만(전진아 외, 2020), 정신건강 서비스 제공기관 간의 연계는 미흡한 실정이어서 정신건강증진, 치료재활, 중독, 자살예방 등으로 전달체계가 분절적으로 이루어지고 있다. 대상자에게 이러한 서비스를 연계해주고 통합적인 서비스 제공을 전담하는 공식적인 기관 역시 없는 상황이다.

나. 연구의 목적

○ 경상남도 내 정신건강서비스 인프라 분석 및 연계방안 모색

- 경상남도 정신건강서비스 제공기관 간의 연계를 위해 지역의 정신건강 인프라를 분석하고, 정신건강서비스 제공기관 간의 연계 방안을 모색해보고자 한다.

○ 경상남도의 정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 방향 제시

- 전술한 바와 같이, 각 정신건강서비스는 중앙정부의 관할 부서에 따라 분절적으로 서비스가 이루어지고 있다. 따라서 이러한 분절적인 서비스를 통합적으로 연계할 방안이 필요한 상황이다. 특히 경상남도의 경우 지역적 특성에 따른 차이가 우려되는바, 이러한 점을 고려한 통합지원체계 구축방향을 제시해보고자 한다.

2. 연구의 내용·범위·방법

가. 연구의 내용

- 정신건강서비스 현황에 대한 이론적 검토
 - 정신건강서비스 관련 정책 동향 파악
 - 경남 정신건강 관련 서비스의 실태 분석(수요공급분포, 종사자, 예산 등)
- 정신건강서비스 통합관리 지원체계 방향성 제시
 - 정신건강서비스 통합관리 지원과 관련하여 정신건강서비스 제공기관별 관점 분석으로 필요자원 및 연계방안 모색
 - 정신건강서비스 연계 경험이 있는 전문가의 경험적 자료 분석을 통해 성공·실패 요인 파악

나. 연구의 범위

- 공간적 범위
 - 경상남도 내 18개 구군
- 조사대상의 범위
 - 개념적 범위
 - 중앙정부의 정신건강서비스 정책
 - 경상남도 차원의 정신건강서비스 정책(전달체계)
 - 대상적 범위
 - 정신건강서비스 기관 현장 실무자 및 전문가
 - 경상남도 내 정신건강서비스 환경

다. 연구의 방법

○ 문헌연구 및 2차 자료 분석

- 국내외 정신건강서비스 관련 논문, 연구보고서, 서적 등을 참고하여 경상남도의 정신건강서비스 영역의 통합지원 필요성에 대한 이론적 검토
- 범부처 자료, 통계자료 등을 통해 관련 정책, 현황 등에 대한 분석
- 정신장애인 관련 사회서비스 현황 분석

○ 전문가 자문회의 : 학계 등 전문가에 대한 자문 실시

○ FGI(Focus Group Interview), 심층면접

- 정신건강 네트워크 실무자 : 정신건강서비스 네트워크와 관련하여 활발한 활동을 하고 있는 정신건강서비스 제공기관 종사자
- 정신건강서비스에서 기관별 네트워크가 가지는 효과, 네트워크 형성과정에서의 주요 과제, 장애요인, 네트워크 유지와 관련한 경험적 자료 확보
- 집단별 5명 내외로 실시(총 15명 내외)

○ 구조화된 설문지를 통한 설문조사(IPA: Importance-Performance Analysis분석)

- IPA분석은 상품이나 서비스가 지니고 있는 속성에 상대적인 중요도와 수행도를 동시에 비교·분석하여 인식을 파악함으로써 정책의 방향을 결정하는데에 유용하게 활용할 수 있음. 정해진 인력과 예산으로 정책의 우선순위를 결정하는데 유용함(소순창 외, 2019; 임성근 외, 2017).

3. 연구의 구성

연구과정의 모형을 정리하면 아래의 <표 I -1>과 같다.

<표 I -1> 연구과정 모형

문헌연구	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강서비스 통합지원체계 관련 선행연구 분석 - 범부처 자료, 통계자료 등을 통해 관련 정책, 현황 등 분석 - 정신장애인 관련 사회서비스 현황 분석
▽	
FGI, 심층면접	<ul style="list-style-type: none"> - 기존 정신건강서비스 관련 협의체를 운영했던 기관의 실무자 대상으로 지원체계의 구축과 관련한 경험적 데이터 수집
▽	
설문조사	<ul style="list-style-type: none"> - 경남지역 정신건강서비스 제공기관 실무자 대상으로 온라인 설문조사 실시 - 통합지원체계 구축에 관한 자원 및 욕구파악
▽	
분석	<ul style="list-style-type: none"> - FGI 질적 데이터 분석 - 설문조사 데이터 IPA 분석 (기관 유형별 분석, 지역 특성별 분석)
▽	
제언	<ul style="list-style-type: none"> - 분석자료를 바탕으로 제언
▽	
타당도 및 신뢰도 검증	<ul style="list-style-type: none"> - 연구결과 분석 및 결과를 토대로 타당도 및 실행가능성 논의



제 2 장

이론적 배경

1. 정신건강서비스 통합관리
지원체계 관련 연구동향
2. 유사사례검토
3. 관련 정책 현황



제2장 이론적 배경

1. 정신건강서비스 통합관리 지원체계 관련 연구동향

본 연구가 지향하는 경상남도 정신건강서비스 통합관리 지원체계를 구축에 관한 논의에 앞서 정신건강서비스 영역의 지원체계를 다룬 선행연구의 흐름은 다음과 같다.

정슬기 외(2019)는 통합정신건강 증진사업 지역사회중심 모형을 연구한 정신장애인의 건강 증진사업이 통합되기 위해서는 통합정신건강증진사업의 예산확대가 필요하다고 보았다. 또한 정신장애인이 지역사회에서 안정적으로 생활하기 위한 대안으로 클럽하우스 모델, 초기적응 지원사업, 지역사회 복지자원을 활용한 정신건강 지원모델 등을 제시하였다.

전진아 외(2017)은 현행 정신건강서비스 체계는 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활 시설로 이어지는 시설간 연계가 제대로 이루어지고 있지 않음을 비판하고 있다. 특히 의료기관 퇴원 후 시스템이 낮병원, 정신건강복지센터, 정신요양시설, 정신재활시설, 주거지(본인의 집) 등 병렬적 구조로 되어있어 정신건강 서비스의 통합관리 지원체계가 필요함을 역설하고 있다.

김상경 외(2017)는 지역사회 기반 정신건강 통합서비스 제공체계 구축을 주제로 한 연구에서 현행 문제를 상담 및 전문적 심리치료 서비스의 부재 혹은 부족, 불분명한 사업 정체성에 따른 현장의 혼선 발생으로 크게 2가지로 구분하였다. 특히 불분명한 정체성의 문제를 해결하기 위해서는 증진-예방 개념에 따라 핵심-선택 사업을 나누고 기초-광역 센터 간의 역할 조정이 필요한 것으로 보았다. 덧붙여 문제를 해결하기 위해서는 첫째, 지역사회 정신장애인 인프라 확충, 둘째, 지역사회 복귀 및 통합을 위한 중간거주시설이 부족하므로 광역자치단체 별로 1개소씩 시설 확충이 필요 셋째, 서비스 연계조정기능이 미흡하므로 협력조정 체계의 확립 넷째, 정신건강영역에서의 적정 사례관리 기준 초과로 인한 업무과중 문제가 심각하므로, 사례관리 총량제 및 표준화된 서비스 개발, 업무부담 경감 등을 제시하고 있다.

민다경 외(2015)는 영국, 스웨덴, 뉴질랜드, 말레이시아 등 해외 정신건강 서비스의 사례를 분석하고 있는데, 이러한 해외국가와 비교해서 한국은 사업 실적 위주의 양적 조사의 비중이 커져 지역의 특성에 따른 프로그램들이 충분히 평가되지 못하고, 전국 단위의 관리

체계 통합시스템의 역할이 불가해 국가적 통계산출 등에서 문제가 있다고 지적하고 있다. 요컨대 환자의 정보가 정신건강시설 간 유기적으로 소통되고 있지 못하며, 이는 결국 각 시설 간 소통이나 네트워크의 구축이 상대적으로 약하기 때문이라고 결론 내렸다.

남범우(2011)은 농촌지역 노인의 통합적 정신건강관리 모델을 개발하고자 한 연구에서 보건 지소와 진료소를 기반으로 하고 있는 농촌지역의 노인이 통합적 정신관리 모델이 기존의 정신보건센터 기반의 정신보건사업에 비해 높은 확산율과 사례관리율을 보이고 있다고 하였다. 요컨대 농촌지역과 같은 도시지역에 비해 상대적으로 관리자수가 적은 곳은 보건 지소, 진료소 등 간단한 기반시설만으로도 충분히 정신건강서비스가 통합적으로 제공될 수 있다는 의미로 받아들일 수 있다.

이병화 외(2017)는 정신장애인 관련 지역사회 자원이 미비한 수준이며, 이는 장애인 복지법 제15조로 인해 정신장애인의 장애인복지시설의 이용이 제한되고 있음을 지적하고 있다. 그는 이러한 법적 문제와 동시에 지역사회 기반의 정신장애인 지원체계가 구축될 필요가 있으며, 지역사회 인프라의 구축, 지역 단위에서 정신장애인을 위한 충분한 예산 마련이 필요하다고 하였다.

전진아강혜리(2020)는 정신건강서비스 전달체계의 파편화 문제를 지적하고 있었다. 구체적으로 20여년간 정신건강서비스를 제공하는 주체들이 양적인 성장은 해오고 있으나 각 기관별로 독자적인 양적 성장에 그치고 있어 기존의 인프라 간 연계가 잘 구축되어 정신건강서비스의 연속성, 접근성, 질이 강화될 필요가 있다고 하였다. 특히 강조하고 있는 점은 첫째, 정신건강관련 의료기관의 사회적 편견 완화, 둘째, 기초정신건강복지센터는 지역의 주요 서비스 제공 주체인 만큼 표준화가 필요하며, 인력문제 등의 해결 필요, 셋째, 공공기관 등 책임성 있는 주체의 역할이 중요함, 넷째, 정신요양시설은 이용자 특성, 시설 특성, 정신질환자 및 정신장애인의 복지 지원 욕구를 종합적으로 고려하여 정신요양시설 기능전환을 위한 모형의 개발 필요, 다섯째, 중독관리 통합지원센터의 확충과 동시에 중독 예방 및 관리를 위한 대안 마련 등을 정신건강서비스 체계의 개선 방향을 제시하고 있다.

앞서 제시된 선행연구들을 종합해보면 대체로 첫째, 지역사회 내 정신건강서비스 전달체계는 양적인 성장은 보이나, 여전히 인적·물적 인프라의 확충이 필요하다고 보고 있었다. 둘째, 정신질환자에 대한 지역사회에 대한 부정적인 인식은 여전한 것으로 보고 있었다. 셋째, 전달

체계의 통합성은 개별 기관별로 독자적인 행보를 보이고 있어 통합적인 서비스 제공이 어렵다는 시각을 공유하고 있다. 이의 원인은 해외국가와 비교해 사업 실적 위주의 비중이 커져 지역의 특성에 따른 프로그램들이 충분히 평가되지 못하고, 전국 단위의 관리체계 통합 시스템 등의 역할 부재로 인한 것으로 이해해볼 수 있다. 넷째, 기초정신건강복지센터 등 공공기관의 역할이 중요하나 지역사회 내에서 네트워크의 중심점 역할을 하기에 각 센터별 사업과 직무 내용이 표준화되어 있지 못하기 때문에 그 역할을 수행하기에 어렵다고 요약해볼 수 있다.

즉 본 연구의 최종과제인 정신건강서비스 통합관리 지원체계가 필요함을 선행연구들의 흐름에서 확인해볼 수 있고, 전술한 바와 같은 문제점 등을 견지하여 통합관리 지원체계가 구축되어야 할 것이다.

2. 유사사례검토¹⁾

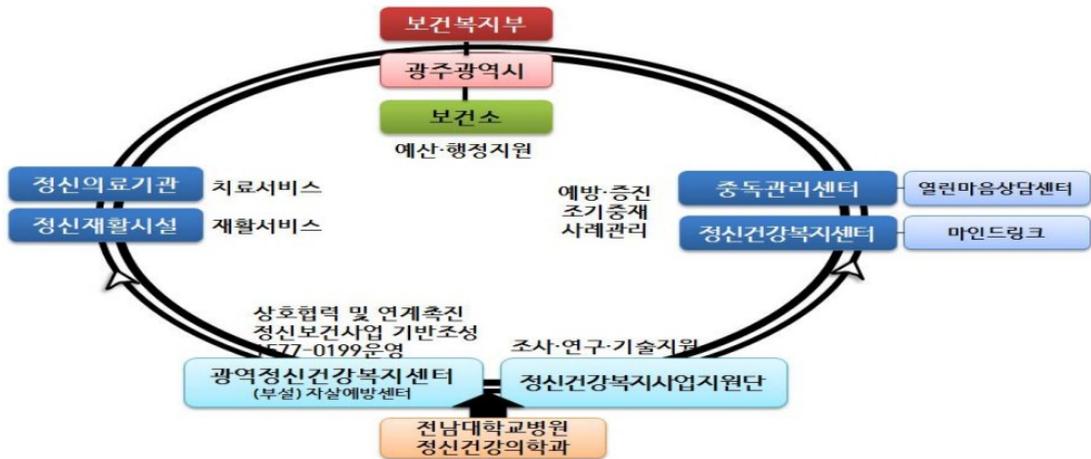
본 절에서는 이번 연구에서 다루고자 하는 정신건강서비스 통합관리 지원체계와 유사한 사례들을 고찰해보고자 한다. 국내의 대표적인 사례로는 광주시의 광주통합정신건강복지사업의 사례를 들 수 있다.

가. 광주통합정신건강복지사업

광주광역시에는 2012년부터 현재까지 광주통합정신건강복지 사업을 수행 중에 있으며, 2016년부터는 기본 사업 이외에 선도 및 특화사업을 개발하여 수행 중에 있다.

광주광역시 시범사업의 사례는 아래 그림과 같이 운영되고 있다. 아래 체계를 설명해보면, 주요 참여 주체는 광주광역시, 보건소, 정신의료기관, 정신재활시설, 중독관리센터, 정신건강복지센터, 전남대학교병원 정신건강의학과 등으로 구성되어 있다.

1) 본 절은 정슬기 외(2019)의 내용 중 일부를 재구성한 것임



<그림 Ⅱ-1> 광주통합정신건강복지 사업 체계도

1) 광주광역시 사업의 특징

광주광역시 시범사업은 마음건강주치의, 마인드링크, 열린마음상담센터 등과 같은 여러 사업 등 창의적인 사업내용들로 구성되어 있다. 각 사업내용을 살펴보면 다음과 같다.

가) 마음건강주치의

마음건강주치의는 정신건강의학과 전문의를 지역사회 정신보건 사업에 참여시킨 사업이다. 시민들이 지역사회나 학교에서 정신건강의학과 전문의와의 접근성을 강화시킬 수 있도록 접근성을 향상 시켰으며, 광주광역시에 활동 중인 정신건강의학과 전문의의 약 60%인 60여 명이 지역정신건강복지센터를 중심으로 활동한 사업이다. 본 사업은 정신건강의학과 의사의 지역사회 정신보건사업에 대한 인식도를 향상시킬 수 있었고, 상호협력을 공고하게 만든 계기로 평가된다.

나) 마인드링크

마인드링크는 정신건강복지센터가 아닌 독립적인 공간을 마련하여 청년들을 위한 정신건강 서비스를 제공한 사례이다. 2016년 ‘마인드링크’ 라는 이름으로 독립적 공간에서 청년 정신건강센터를 운영하였고, 15~30세의 중증정신질환, 자살 및 정신건강위험군을 대상으로

서비스를 제공한 사업이다. 15회기 그룹인지행동치료, 10회기 가족 중재, 5회기 증상교육, 스마트폰 앱 등을 활용한 집중사례관리, 자조모임 등으로 프로그램이 구성되어 있다.

다) 열린마음상담센터

열린마음상담센터는 임대아파트 밀집 지역에 ‘열린마음 상담센터’를 개설하여 지역 주민들을 대상으로 알코올 문제와 자살위기 관리를 시도하고자 마련된 센터이다. 영구임대 단지 음주문제, 자살문제, 만성화된 정신장애인을 대상으로 중독센터에서 위탁하여 직원을 파견하는 형식으로 사업이 추진되었다. 특히 취약지구나 영구임대단체에 정신건강복지센터가 없는 경우 복지관에 사무실 혹은 자리를 임대하여 상주하여 마을 중심서비스를 제공하고 있다.

2) 광주광역시 사업의 의의

광주광역시 통합정신건강증진시범사업의 의의는 다음과 같다. 첫째, 지역사회의 정신건강 전문의가 주요한 서비스 제공 주체로 참여하였다는 점이다. 둘째, 소홀하기 쉬운 청년층을 주요 사업대상으로 삼았다는 점이다. 셋째, 임대아파트 등 실제 정신건강의 문제가 발생하기 쉬운 지역을 직접 찾아가 서비스를 제공했다는 점이다. 요컨대 지역사회의 다양한 자원을 하나로 묶고, 새로운 대상층을 발굴하며, 이러한 서비스를 수요자의 관점에서 직접 찾아가 접근성을 높였다는 점에서 의의를 갖는다.

3. 관련 정책 현황²⁾

정신건강과 관련한 중앙정부의 정책방향은 정신건강복지 기본계획을 통해 알 수 있다. 가장 최근의 정신건강복지 기본계획은 ‘제2차 정신건강복지 기본계획(2021~2025)’으로 전 국민 대상의 정책체감도 향상 및 국가 책임을 강화하는 방향으로 설정되었다. 특히 지원 목표가 전 국민의 삶의 질과 인권 증진에 있으며 이전에는 정신의료기관으로 한정되었던 민간 자원에 대한 해석이 지역사회까지 확대됨을 알 수 있다.

2) 본 절은 관계부처 합동 「온국민 마음건강 종합대책」(2021)의 내용 중 일부를 재구성한 것임

<표II-1> 제2차 정신건강복지 기본계획(2021~2025) 정책방향

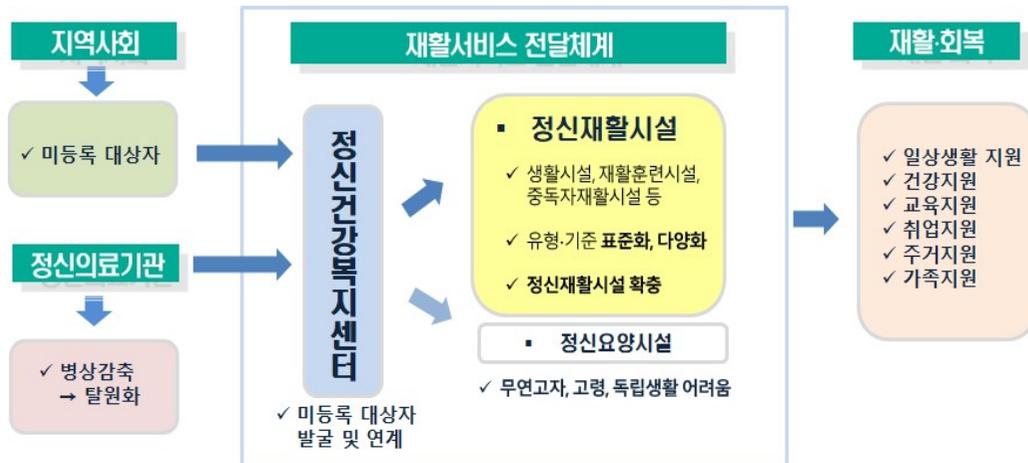
	지금까지(AS-IS)	앞으로(TO-BE)
정책 대상	• 정신질환자 + 고위험군	• 전 국민 대상
지원 내용	• <u>정신과적 치료</u>	• 전 주기적 <u>정신건강서비스</u>
개입 시점	• 심각한 <u>정신과적 문제가 발생한 시점</u>	• <u>정신건강서비스가 필요한 시점</u>
지원 목표	• 정신질환자의 <u>증상관리</u>	• 전 국민의 삶의 질과 <u>인권 증진</u>
정책 주체	• (공공) <u>부처·지자체 분절적 대응</u> • (민간) <u>정신의료기관</u>	• (공공) <u>범정부적 대응</u> • (민간) <u>정신의료기관 + 지역사회</u>

이에 따라 ‘마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라’ 라는 정책 비전으로 아래와 같이 총 6개의 정책 목표를 설정하였다.

1. 코로나19 심리방역을 통한 대국민 회복탄력성 증진
2. 전 국민이 언제든 필요한 정신건강서비스를 이용할 수 있는 환경 조성
3. 정신질환자의 중증도와 경과에 따른 맞춤형 치료환경 제공
4. 정신질환자가 차별 경험 없이 지역사회 내 자립할 수 있도록 지원
5. 약물 중독, 이용 장애 등에 대한 선제적 관리체계 마련
6. 자살 충동, 자살 수단, 재시도 등 자살로부터 안전한 사회 구현

이에 따른 추진전략으로는 ‘전 국민 정신건강증진’, ‘정신의료서비스/인프라 선진화’, ‘지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진’, ‘중독 및 디지털 기기 이용 장애 대응 강화’, ‘자살로부터 안전한 사회 구현’, ‘정신건강정책 발전을 위한 기반 구축’ 이다. 이중 ‘지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진’ 은 ‘지역사회 기반 재활프로그램 및 인프라 개선’, ‘지역사회 내 자립 지원’, ‘정신질환자 권익 신장 및 인권 강화’ 라는 핵심과제를 가진다.

이중 특히 ‘지역사회 기반 재활프로그램 및 인프라 개선’ 은 아래 그림과 같이 연속적이고 유기적인 전달체계로 정신장애인의 지역사회 통합을 주요 목표로 삼고 있다.



<그림II-2> 지역사회 기반 재활프로그램 및 인프라 개선(안)

이러한 정책의 방향성은 아래 표와 같이 ‘제5차 국민건강증진종합계획’의 방향에도 부합하며 이에 따른 유관 정책들도 그 맥락을 함께 하고 있다.

<표II-2> 정신건강복지 정책 현황

구분	제5차 국민건강증진종합계획 Health Plan 2030(2021~2030)	제2차 정신건강복지 기본계획 (2021~2025)	경상남도 정신건강복지 지역계획 수립(2021-2025)
비전	모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회	마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라	모두 함께 만드는 마음이 평온한 경남
목표	자살 고위험군, 치매, 정신질환 조기 발견 및 개입체계 강화	전 국민의 전 주기적 건강관리를 위해 국가 책임을 강화	지역사회 기반 정신장애인 사회통합
	정신건강 서비스 인식개선 및 지역사회 지지체계 확립		전 도민의 정신건강 지원 시스템 마련
추진 방향	자살 고위험군 포괄적 지원 강화 및 생명 존중 문화 조성	전 국민 정신건강증진	자살과 중독으로부터 안전한 경남 실현
	치매 조기진단·관리 등 양질의 서비스 제공 및 치매 친화 환경 조성		정신질환(장애)응급대응 체계 강화
		정신의료 서비스 / 인프라 선진화	정신장애인 지역사회 통합 기반 마련

	알코올·약물 등 중독문제 조기 개입 및 치료 격차 해소	지역사회 기반 정신 질환자의 사회통합 추진	생애주기별 정신건강 예방
	중증·만성 정신질환자를 위한 지역사회 지지체계 확립	중독 및 디지털기기 이용 장애 대응 강화	정신건강 사각지대 해소
		자살로부터 안전한 사회 구현	정신건강정책 및 지원체계 강화
		정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	자살고위험군 예방 및 유가족 지원 강화
			중독재활 인프라 확충 및 예방 교육 강화

출처: 관계부처합동(2021). 「제5차 국민건강증진종합계획[Health Plan 2030, 2021~2030]」, 관계부처합동(2021). 「제2차 정신건강복지 기본계획[2021~2025]」, 경남연구원(2021). 「경상남도정신건강복지지역계획수립」

이렇듯 최근의 정신건강정책은 ‘대상의 조기발견’ , ‘지역사회 통합’ , ‘대상의 확대’ , ‘지역사회 자원의 활용’ 이라는 주요한 흐름을 가지고 있다. 이러한 정책적 흐름에 발맞춰 지역사회 내에서도 지역사회 기반 정신건강서비스 정책을 마련해야 하며, 보다 구체적인 방안 마련되어야 한다.



제 3 장

경상남도 정신건강 현황

1. 정신장애인 수의 증가
2. 정신건강 인프라 부족
3. 정신건강 전문인력의 공급 부족
4. 지역사회 기반 서비스의 부족
5. 소결



제3장 경상남도 정신건강 현황

경상남도의 정신장애인 및 관련 사회서비스 전달체계를 아래와 같이 문제 중심별로 살펴 보았다. 각 문제들은 선행연구를 통해 도출하였으며, 크게 4가지 문제로 분류하여 제시 하였다. 첫 번째 대상자 규모의 측면에서 정신장애인 수가 증가한다는 점, 두 번째로 제도적 환경적 측면에서 정신건강 인프라 부족, 세 번째는 정신건강 전문인력의 공급 부족 문제, 네 번째는 지역사회 기반 서비스의 부족으로 들 수 있다. 각 문제 중심별 현황 데이터로는 2차 자료를 활용했으며, 경상남도 정신건강의 실태 및 현황의 비교를 위해 전국과 경남의 수준을 비교·검토 하였다. 또한 경상남도 내에서의 분석을 위해 경상남도 18개 시군 간의 분포 등을 살펴보았다.

1. 정신장애인 수의 증가

가. 정신장애인 현황

1) 전국

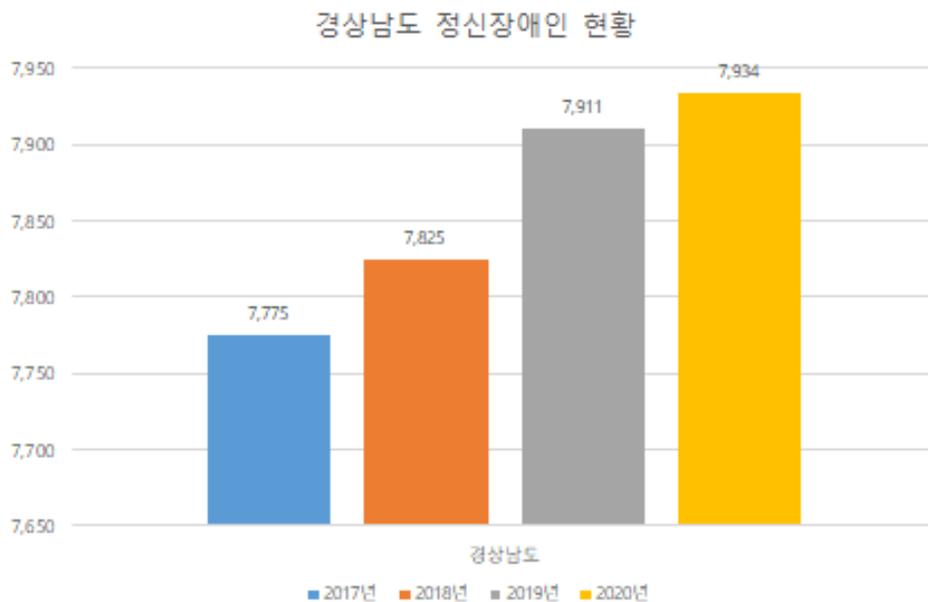
전국의 정신장애인의 현황은 아래 표와 같다. 2017년 대비 2020년 증감율을 살펴보면 전국적으로 정신장애인의 수는 2,350명 증가한 것으로 나타났다. 경기도는 1,067명이 늘어나 가장 정신장애인의 수가 많이 늘어난 지역으로 볼 수 있다.

<표Ⅲ-1> 정신장애인 현황 - 시도별(단위 : 명)

시도별	2017년	2018년	2019년	2020년	증감 (2017년 대비)
전국	101,175	102,140	102,980	103,525	2,350
서울특별시	16,326	16,365	16,435	16,525	199
부산광역시	8,078	8,136	8,201	8,249	171
대구광역시	6,062	6,080	6,065	6,023	-39
인천광역시	4,679	4,707	4,813	4,832	153
광주광역시	3,006	3,053	3,091	3,120	114

대전광역시	3,052	3,139	3,179	3,210	158
울산광역시	1,386	1,405	1,417	1,452	66
세종특별자치시	417	425	440	455	38
경기도	18,496	19,016	19,303	19,563	1,067
강원도	3,109	3,108	3,157	3,180	71
충청북도	3,698	3,706	3,740	3,743	45
충청남도	5,245	5,325	5,363	5,362	117
전라북도	5,491	5,471	5,458	5,477	-14
전라남도	5,723	5,728	5,726	5,705	-18
경상북도	7,367	7,370	7,389	7,400	33
경상남도	7,775	7,825	7,911	7,934	159
제주특별자치도	1,265	1,281	1,292	1,295	30

출처: 복지통계, 「시도별, 장애유형별 등록장애인수」



<그림Ⅲ-1> 경상남도 정신장애인 현황

2) 경상남도의 정신장애인 현황

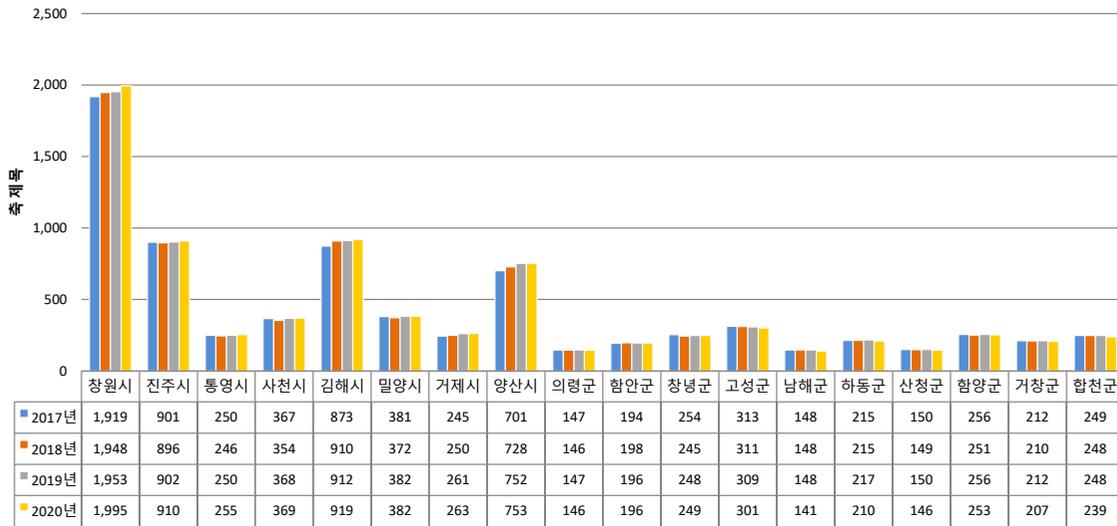
경상남도의 18개 시군별 정신장애인의 현황은 아래 표와 같다. 2017년 대비 2020년 증감률을 살펴보면 경상남도 전체는 2.05% 증가한 것으로 나타났다. 가장 높은 증가율을 보인 곳은 양산으로 7.42% 증가하였다. 거제시는 7.35%, 김해시 5.27%, 창원시 3.96%의 순으로 증가율이 높았다. 남해시가 -4.73%로 가장 큰 폭의 감소가 있었고 합천군 -4.02%, 고성군 -3.83%, 산청군 -2.67%, 거창군 -2.36%, 하동군 -2.33% 순으로 감소하기도 하여 지역간 증감차가 큰 것으로 나타났다.

<표Ⅲ-2> 정신장애인 등록현황 - 경상남도(단위 : 명)

행정구역(시군)별	2017년	2018년	2019년	2020년	2017년 대비 증감율
합계	7,775	7,825	7,911	7,934	2.05
창원시	1,919	1,948	1,953	1,995	3.96
진주시	901	896	902	910	1.00
통영시	250	246	250	255	2.00
사천시	367	354	368	369	0.54
김해시	873	910	912	919	5.27
밀양시	381	372	382	382	0.26
거제시	245	250	261	263	7.35
양산시	701	728	752	753	7.42
의령군	147	146	147	146	-0.68
함안군	194	198	196	196	1.03
창녕군	254	245	248	249	-1.97
고성군	313	311	309	301	-3.83
남해군	148	148	148	141	-4.73
하동군	215	215	217	210	-2.33
산청군	150	149	150	146	-2.67
함양군	256	251	256	253	-1.17
거창군	212	210	212	207	-2.36
합천군	249	248	248	239	-4.02

출처: 경상남도 「경상남도기본통계」, 복지로 「복지통계」

경상남도 정신장애인 등록 현황



<그림표-2> 경상남도 정신장애인 등록현황

나. 정신질환 평생유병률

전국 단위의 정신질환 평생유병률은 아래 표와 같다. 알코올사용장애는 2016년 기준 12.20%로 2006년에 비해서 유병률이 감소하고 있음을 알 수 있고, 니코틴사용장애도 2006년 9%에서 2016년 6%로 감소하고 있었다. 조현병 스펙트럼 장애는 2006년과 2016년 사이의 변동 비율이 없었다. 기분장애도 2006년 6.2%에서 2016년 5.3%로 감소한 것으로 나타났다. 불안장애의 경우 6.40에서 9.3%로 증가세를 보이고 있다. 모든 정산장애 유병률은 2006년 30.00%에서 2016년 25.4%로 5%p 감소하였다.

<표Ⅲ-3> 정신장애 평생유병율(단위 : %)

구분	2006년	2011년	2016년
알코올사용장애	16.20	13.40	12.20
알코올의존	7.00	5.30	4.50
알코올남용	9.20	8.00	7.70
니코틴사용장애	9.00	7.20	6.00
니코틴의존	7.70	5.50	4.70
니코틴금단	2.90	3.10	2.50
약물사용장애	-	-	0.20
조현병 스펙트럼 장애	0.50	0.60	0.50
조현병 및 관련 장애	0.10	0.20	0.20
단기정신병적장애	0.00	0.40	0.30
기분장애	6.20	7.50	5.30
주요우울장애	5.60	6.70	5.00
기분부전장애	0.50	0.80	1.30
양극성장애	0.30	0.20	0.10
불안장애	6.40	8.70	9.30
강박장애	0.60	0.70	0.60
외상후스트레스장애	1.20	1.60	1.50
공황장애	0.20	0.30	0.50
광장공포증	0.20	0.40	0.70
사회공포증	0.50	0.50	1.60
범불안장애	0.70	1.90	2.40
특정공포증	3.80	5.20	5.60
섭식장애	0.10	0.20	-
신경성 식욕부진증	0.00	0.00	-
신경성 대식증	0.10	0.10	-
신체형장애	1.20	1.50	-
신체화 장애	0.04	0.00	-
전환장애	0.30	0.50	-
동통장애	0.30	0.40	-
건강염려증	0.60	0.70	-
모든 정신장애	30.00	27.60	25.40
모든 정신장애 니코틴사용장애 제외	25.70	24.70	23.10
모든 정신장애 니코틴/알코올사용장애 제외	12.30	14.40	13.20

출처: 보건복지부. 정신건강실태조사(2017)

2. 정신건강 인프라 부족

가. 정신건강증진시설 및 지역사회 정신재활시설 현황

1) 정신건강증진시설 현황

정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황은 아래 표와 같다. 2020년 기준 전국 정신건강복지센터는 광역 16개 기초 241개였고, 자살예방센터는 독립 7개, 부설 35개, 중독관리통합지원센터는 49개, 정신요양시설은 59개, 정신재활시설은 349개, 정신의료기관은 1,839개로 나타났다. 경남은 정신건강복지센터 광역 1개, 기초 20개로 나타났고, 자살예방센터는 없는 것으로 나타났다. 중독관리통합지원센터는 5개, 정신요양시설은 4개, 정신재활시설 5개, 정신의료기관은 89개가 있는 것으로 나타났다.

<표Ⅲ-4> 정신건강증진시설 현황 - 시도별(단위 : 개)

구분	정신건강복지센터		자살예방센터		중독관리통합지원센터	정신요양시설	정신재활시설	정신의료기관
	광역	기초	독립	부설				
계	16	241	7	35	49	59	349	1,839
서울	1	25	2	0	3	33	112	491
부산	1	16	0	1	3	3	18	159
대구	1	8	0	1	2	3	14	95
인천	1	10	1	1	5	2	12	88
광주	1	5	0	1	5	4	12	58
대전	1	5	0	1	3	4	29	79
울산	1	5	0	0	2	1	2	28
세종	0	1	0	0	0	1	3	9
경기	1	37	73	24	7	6	55	373
강원	1	18	0	5	3	0	4	47
충북	1	14	0	0	1	4	10	51
충남	1	16	1	1	2	10	23	58
전북	1	14	0	0	2	4	21	64
전남	1	21	0	0	2	4	3	51
경북	1	24	0	0	2	5	21	73
경남	1	20	0	0	5	4	5	89
제주	1	2	0	0	2	1	6	26

출처: 국립정신건강센터(2020) 「전국 정신건강관련 기관 현황집」

2) 정신재활시설현황_ 시도별

정신재활시설을 시도별로 살펴보면 아래 표와 같다. 2019년 기준 전국 정신재활시설은 전국 349개로 나타났고, 생활시설 17개, 주간재활시설 83개, 공동생활가정 189개, 지역 사회전환시설 8개, 직업재활시설 14개, 아동청소년 정신건강지원시설 13개, 중독자재활시설 5개, 종합시설 21개소로 나타났다. 경남은 총 5개의 정신재활시설이 있고, 구체적으로는 주간재활시설 2개, 중독자재활시설 1개, 종합시설 2개로 나타났다.

<표Ⅲ-5> 정신재활시설현황 - 시도별(2019년 기준)

구분	시설 수	생활 시설	정신재활시설					중독자 재활 시설	종합 시설
			주간 재활 시설	공동 생활 가정	지역 사회 전환 시설	직업 재활 시설	아동 청소년 정신건강 지원시설		
전국	350	18	85	187	7	17	11	4	21
서울	106	-	25	58	4	6	9	3	1
부산	20	-	8	7	-	3	-	-	2
대구	16	-	8	6	-	-	-	1	1
인천	12	-	4	7	-	1	-	-	-
광주	12	1	7	4	-	-	-	-	-
대전	29	2	5	20	-	-	-	-	2
울산	2	-	2	-	-	-	-	-	-
세종	2	1	-	1	-	-	-	-	-
경기	59	1	10	40	3	4	-	-	1
강원	4	1	1	2	-	-	-	-	-
충북	10	2	3	4	-	-	-	-	1
충남	23	4	1	16	-	1	-	-	1
전북	22	2	2	9	-	1	-	-	8
전남	3	1	-	1	-	-	-	-	1
경북	19	3	5	10	-	-	-	-	1
경남	5	-	2	1	-	-	-	-	2
제주	6	-	2	1	-	1	2	-	-

출처: 국립정신건강센터(2020) 「전국 정신건강관련 기관 현황집」

3) 경상남도의 정신재활시설 현황

경상남도의 정신재활시설 현황은 아래 표와 같다. 정신재활시설은 양산시 2개, 김해시 1개, 진주시 1개, 고성군 1개 등 경남 관내 5개의 시설만 존재하는 것으로 나타났다. 특히 창원시는 가장 규모가 큰 도시임에도 불구하고 정신재활시설이 전무한 것으로 나타났다.

<표Ⅲ-6> 경상남도 18개 시군별 정신재활시설현황

구분	시설수	생활 시설	정신재활시설					중독자 재활 시설	종합 시설
			주간재활 시설	공동생활 가정	지역사회 전환시설	직업재활 시설	아동청소년 정신건강 지원시설		
창원시	0	0	0	0	0	0	0	0	0
진주시	1	0	1	0	0	0	0	0	0
통영시	0	0	0	0	0	0	0	0	0
사천시	0	0	0	0	0	0	0	0	0
김해시	1	0	0	0	0	0	0	1	0
밀양시	0	0	0	0	0	0	0	0	0
거제시	0	0	0	0	0	0	0	0	0
양산시	2	0	1	0	0	0	0	0	1
의령군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
함안군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
창녕군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
고성군	1	0	0	0	0	0	0	0	1
남해군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
하동군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
산청군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
함양군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
거창군	0	0	0	0	0	0	0	0	0
합천군	0	0	0	0	0	0	0	0	0

출처: 경남광역정신건강복지센터(2020). 「경상남도정신건강현황」

4) 경상남도의 정신의료기관 현황

경상남도의 정신의료기관 현황은 아래 표와 같다. 2020년 기준 창원시는 34개소로 가장 많은 기관이 있었고, 김해시 15개, 진주시 13개, 양산시 11개소 등으로 많은 것으로 나타났다. 군단위에서는 창녕, 고성, 함양이 2개소 존재하는 것으로 나타났다. 세부적으로 살펴보면 국립정신병원은 창녕에 1개소가 유일하였고, 공립정신병원은 사천시 1개소가 유일했다. 사립정신병원은 양산시가 5개소로 가장 많았다. 종합병원 정신과는 창원시가 6개소로 가장 많았다.

<표Ⅲ-7> 정신의료기관 현황-경상남도(단위 : 개)(2020년 기준)

구분	전체수	정신의료기관(91개소)						정신요양시설
		국립정신병원	공립정신병원	사립정신병원	종합병원정신과	병원정신과	정신과의원	
창원시	34	0	0	3	6	1	22	1
진주시	13	0	0	3	1	0	9	0
통영시	3	0	0	1	0	0	2	0
사천시	4	0	1	1	0	2	0	1
김해시	15	0	0	4	2	1	7	0
밀양시	2	0	0	0	0	1	1	0
거제시	3	0	0	0	0	1	2	0
양산시	11	0	0	5	1	0	5	0
의령군	1	0	0	0	0	1	0	0
함안군	1	0	0	0	0	1	0	0
창녕군	2	1	0	0	0	1	0	0
고성군	2	0	0	0	0	1	0	1
남해군	0	0	0	0	0	0	0	0
하동군	1	0	0	0	0	1	0	0
산청군	0	0	0	0	0	0	0	0
함양군	2	0	0	0	0	0	1	1
거창군	1	0	0	0	0	0	1	0
합천군	1	0	0	0	0	1	0	0

출처: 경남광역정신건강복지센터(2020). 「경상남도정신건강현황」

5) 경상남도 정신의료기관 및 정신요양시설 입원유형별 현황

경상남도 정신의료기관 및 정신요양시설 입원유형별 현황은 아래 표와 같다. 2019년 기준 전체 8,790명이 입원했고, 그 중 비자의적 입원은 4,196명으로 전체 입원자 중 47.7%가 비자의적 입원인 것으로 나타났다. 2017년의 비자의적 입원의 비율은 53.2%였음을 감안하면 2017년 대비 비자의적 입원환자의 비율은 5.5%p 감소한 것을 알 수 있다. 더 눈여겨 볼만한 것은 동의입원의 2017년 660명에서 2019년 1,100명으로 대략 2배 이상 증가한 것이다. 대체로 자의적 입원은 늘어나는 추세이며, 비자의적 입원은 줄어드는 경향을 확인할 수 있다.

<표Ⅲ-8> 정신의료기관 및 정신요양시설 입원유형별 입원(소) 현황_경상남도(단위:명)

연도		2017년	2019년	2017년도 대비 증감율(%)
계		9,287	8,790	-5.4
자의적 입원	소계	4,278	4,588	7.2
	자의입원	3,618	3,488	-3.6
	동의입원	660	1,100	66.7
비자의적 입원	소계	4,939	4,196	-15.0
	보호입원	4,429	3,568	-19.4
	행정입원	510	628	23.1
응급입원		7	5	-28.6
기타		63	1	-98.4

출처: 경남광역정신건강복지센터(2020). 「경상남도정신건강현황」

6) 인구 1,000명당 정신병상 수

인구 1,000명당 정신병상 수는 아래 표와 같다. 2019년을 기준으로 전국적으로 91,884개의 정신병상(정원)수가 있는 것으로 나타났고, 2019년 기준 인구 1,000명당 1.77개의 병상이 있는 것으로 나타났다. 2017년 대비 2019년 증감율은 3.28% 감소한 것으로 나타났다. 전국적으로 인구 1,000명당 정신병상 수가 가장 많은 곳은 경북으로 3.50개로 나타났고, 경남은 3.33으로 두 번째로 많은 것으로 나타났다.

2017년 대비 2019년 증감율을 시도별로 살펴보면 세종시는 17.35% 감소로 가장 감소폭이 큰 것으로 나타났고 강원 13.71% 감소, 제주 12.84%의 순으로 감소폭이 큰 것으로 나타났다. 경남은 0.89% 감소로 감소폭이 상대적으로 크지는 않았다.

<표Ⅲ-9> 인구 1,000명당 정신병상 수 - 시도별(단위 : 개, %)

구분	정신병상 (정원)수	인구 1,000명당 정신병상(정원)수 (정신요양시설 포함)			
		2017	2018	2019	2017년 대비 증감율(%)
전국	91,884	1.83	1.82	1.77	-3.28
서울	5,263	0.61	0.57	0.54	-11.48
부산	7,335	1.97	2.15	2.14	8.63
대구	5,377	2.40	2.21	2.21	-7.92
인천	4,163	1.47	1.47	1.41	-4.08
광주	3,035	2.18	2.37	2.08	-4.59
대전	2,536	1.74	1.90	1.72	-1.15
울산	1,668	1.33	1.48	1.45	9.02
세종	275	0.98	0.88	0.81	-17.35
경기	17,641	1.43	1.41	1.33	-6.99
강원	2,327	1.75	1.67	1.51	-13.71
충북	4,886	3.04	3.07	3.05	0.33
충남	6,893	3.45	2.86	3.25	-5.8
전북	3,613	1.94	2.09	1.99	2.58
전남	5,685	3.05	3.18	3.04	-0.33
경북	9,354	3.47	3.62	3.50	0.86
경남	11,194	3.36	3.34	3.33	-0.89
제주	639	1.09	0.96	0.95	-12.84

출처: 국립정신건강센터(2019), 통계청, 국가통계포털, 주민등록인구통계

3. 정신건강 전문인력의 공급 부족

가. 인구10만명당 정신건강전문인력 수

인구10만명당 정신건강전문인력 수는 아래 표와 같다. 2020년을 기준으로 전국평균 18.5명이 있는 것으로 나타났다. 전국적으로 가장 많은 높은 수를 보이는 곳은 광주광역시 27.0명으로 나타났고, 전라북도 23.4명 등의 순으로 많았다. 2018년 대비 2020년 증가율을 살펴보면 충청남도 43.06%로 가장 높은 증가율을 보이고 있었다. 다음으로 세종시는 26.74%로 높았다.

<표Ⅲ-10> 인구 10만명 당 정신건강전문인력 수_ 시도별(단위 : 명)

구분	2018년	2019년	2020년	2018년 대비 증감율
전체	16.4	17.6	18.5	12.80
서울특별시	19.1	20.2	21.9	14.66
부산광역시	18.3	21.1	21.8	19.13
대구광역시	19.3	18.8	19.4	0.52
인천광역시	12.6	14.0	14.0	11.11
광주광역시	27.7	25.8	27.0	-2.53
대전광역시	17.3	19.9	21.0	21.39
울산광역시	13.5	12.5	12.8	-5.19
세종특별자치시	8.6	10.0	10.9	26.74
경기도	13.7	14.2	15.3	11.68
강원도	16.2	16.9	17.1	5.56
충청북도	14.6	15.0	16.4	12.33
충청남도	14.4	20.3	20.6	43.06
전라북도	19.5	25.0	23.4	20.00
전라남도	17.3	20.9	21.3	23.12
경상북도	14.9	14.9	17.0	14.09
경상남도	17.1	16.6	17.0	-0.58
제주특별자치도	12.7	15.0	16.3	28.35

출처: 보건복지부·건강보험심사평가원(2020), 「국가정신건강현황」

나. 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수

사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 아래 표와 같다. 2020년을 기준으로 전국적으로 2,991명의 사례관리자가 있는 것으로 나타났고, 이는 2019년 대비 43%가 증가한 것이다. 2020년 기준 사례관리자수가 가장 많은 곳은 경기도로 822명으로 나타났고, 증가율도 56%에 달하였다. 경남은 2018년 107명에서 2020년 186명으로 74.0%가 증가한 것으로 나타났다. 전국적으로 사례관리자수는 43%증가하였고, 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수의 비율은 31% 감소한 것으로 나타나 사례관리자수의 증가에 따라 1인당 관리사례수가 줄어들었음을 확인할 수 있었다.

<표Ⅲ-11> 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수 - 시도별(단위 : 명)

구분	2018년			2019년			2020년			2018년도 대비 증감율(%)		
	등록 정신 질환자수	사례 관리 자수	1인당 등록 정신질 환자 수	등록 정신 질환자수	사례 관리 자수	1인당 등록 정신질 환자 수	등록 정신 질환자수	사례 관리 자수	1인당 등록 정신질 환자 수	등록 정신 질환자 수	사례 관리 자수	1인당 등록 정신질 환자 수
소계	85,314	2,090	40.8	81,161	2,375	34.2	83,603	2,991	28.0	-2	43	-31
서울특별시	12,907	269	48.0	11,397	257	44.3	10,044	295	34.0	-22	10	-29
부산광역시	3,532	145	24.4	3,838	184	20.9	4,202	237	17.7	19	63	-27
대구광역시	2,796	76	36.8	2,343	82	28.6	2,470	103	24.0	-12	36	-35
인천광역시	5,174	108	47.9	5,166	116	44.5	5,251	164	32.0	1	52	-33
광주광역시	3,267	93	35.1	3,071	105	29.2	3,117	113	27.6	-5	22	-21
대전광역시	1,148	42	27.3	1,096	48	22.8	1,318	55	24.0	15	31	-12
울산광역시	1,216	46	26.4	1,131	48	23.6	1,306	62	21.1	7	35	-20
세종특별자치시	370	8	46.3	456	12	38.0	330	11	30.0	-11	38	-35
경기도	22,659	526	43.1	22,042	625	35.3	22,221	822	27.0	-2	56	-37
강원도	5,153	145	35.5	5,453	157	34.7	5,749	191	30.1	12	32	-15
충청북도	3,489	100	34.9	5,087	114	44.6	5,434	146	37.2	56	46	7
충청남도	8,350	90	92.8	4,036	100	40.4	4,432	109	40.7	-47	21	-56
전라북도	1,676	84	20.0	1,963	93	21.1	2,260	119	19.0	35	42	-5
전라남도	3,405	98	34.7	3,266	106	30.8	3,670	125	29.4	8	28	-15
경상북도	3,108	125	24.9	3,795	164	23.1	4,086	221	18.5	31	77	-26
경상남도	5,417	107	50.6	5,248	133	39.5	5,876	186	31.6	8	74	-38
제주특별자치도	1,647	28	58.8	1,773	31	57.2	1,837	32	57.4	12	14	-2

출처: 보건복지부·건강보험심사평가원(2020), 「국가정신건강현황」

다. 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강 전문인력 수

1) 전국

전국적으로 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강 전문인력의 수는 2018년 8,470명에서 2019년 9,096명으로 7.4% 증가한 것으로 나타났다. 정신병원은 5,858명에서 6,264명 6.9% 증가하였고, 종합병원 정신과 인력은 1,356명에서 1,300명으로 줄었다. 병원정신과 인력은 1,204명에서 2,215명으로 83.9% 증가하는 등 가장 높은 증가율을 보였다.

<표Ⅲ-12> 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강전문인력 수_직업*기관종류별

구분	2018						2019							
	소계	정신과 전문의	정신건강전문요원				소계	정신과 전문의	정신건강전문요원					
			소계	간호사	사회복 지사	임상심 리사			소계	간호사	사회복 지사	임상심 리사		
소계	8,470	3,273	5,197	2,057	2,511	629	9,096	3,511	5,585	2,257	2,633	695		
정신 의료 기관	소계	5,858	3,273	2,585	1,300	796	489	6,264	3,511	2,753	1,407	796	550	
	정신 병원	소계	1,771	681	1,090	623	393	74	946	339	607	337	225	45
		국립	338	78	260	215	25	20	241	26	215	189	14	12
		공립	237	67	170	131	29	10	27	11	16	6	9	-
		사립	1,196	536	660	277	339	44	678	302	376	142	202	32
	종합병원 정신과 병원	1,356	670	686	358	95	233	1,300	672	628	305	91	232	
	정신과 정신과 의원	1,204	568	636	271	285	80	2,215	933	1,282	699	453	130	
	정신과 정신과 의원	1,527	1,354	173	48	23	102	1,803	1,567	236	66	27	143	
	정신요양시설	183	0	183	128	54	1	190	0	190	124	62	4	
	정신재활시설	702	0	702	142	520	40	719	0	719	152	529	38	
정신 건강 복지 센터	소계	1,470	0	1,470	420	957	93	1,745	0	1,745	535	1,113	97	
	광역	209	0	209	45	145	19	232	0	232	52	166	14	
	기초	1,261	0	1,261	375	812	74	1,513	0	1,513	483	947	83	
중독관리통합 지원센터	142	0	142	38	100	4	138	0	138	35	97	6		
자살예방센터	115	0	115	29	84	2	40	0	40	4	36	0		

출처: 보건복지부·건강보험심사평가원(2020), 「국가정신건강현황」

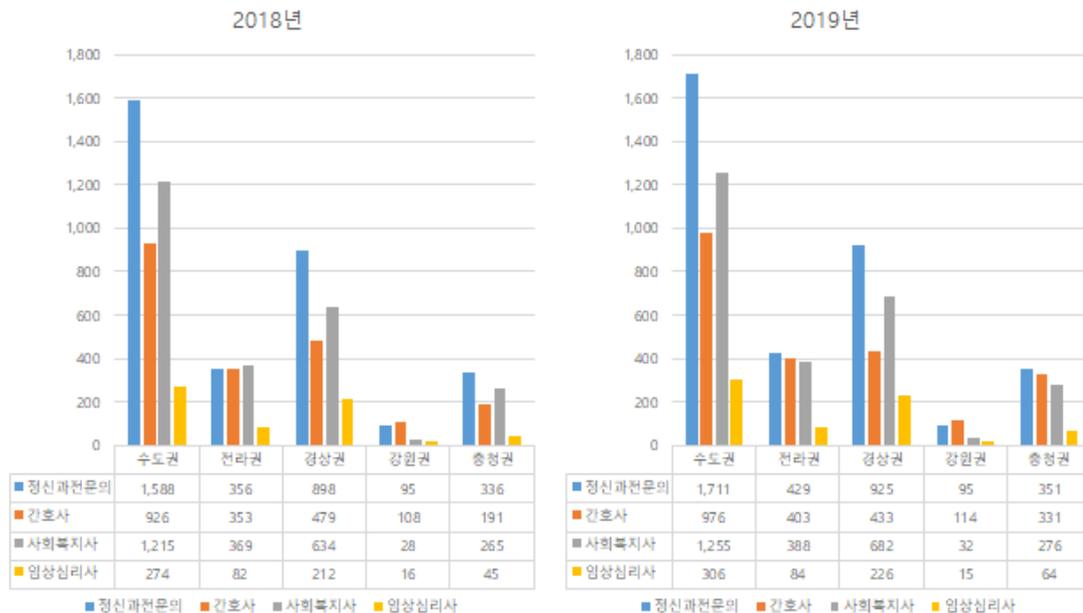
2) 권역별

정신건강전문인력의 현황을 크게 수도권, 전라권, 경상권, 강원권, 충청권으로 구분한 권역별 현황은 아래 표와 같다. 2020년을 기준으로 전국적으로 가장 많은 인력이 있는 곳은 수도권으로 4,571명으로 가장 많았고, 경상권이 2,367명으로 그 다음 순으로 많았다.

<표Ⅲ-13> 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강전문인력 수_직업*권역별(단위:명)

구분	2018년						2019년						2020년					
	소계	정신과 전문의	정신건강전문요원				소계	정신과 전문의	정신건강전문요원				소계	정신과 전문의	정신건강전문요원			
			소계	간호사	사회복지사	임상심리사			소계	간호사	사회복지사	임상심리사			소계	간호사	사회복지사	임상심리사
수도권	4,003	1,588	2,415	926	1,215	274	4,248	1,711	2,537	976	1,255	306	4,571	1,840	2,731	963	1,421	347
전라권	1,160	356	804	353	369	82	1,304	429	875	403	388	84	1,305	397	908	401	406	101
경상권	2,223	898	1,325	479	634	212	2,266	925	1,341	433	682	226	2,367	951	1,416	441	720	255
강원권	247	95	152	108	28	16	256	95	161	114	32	15	259	91	168	110	43	15
충청권	837	336	501	191	265	45	1,022	351	671	331	276	64	1,076	370	706	326	314	66

출처: 보건복지부·건강보험심사평가원(2020), 「국가정신건강현황」



<그림Ⅲ-3> 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 정신건강전문인력 수

4. 지역사회 기반 서비스의 부족

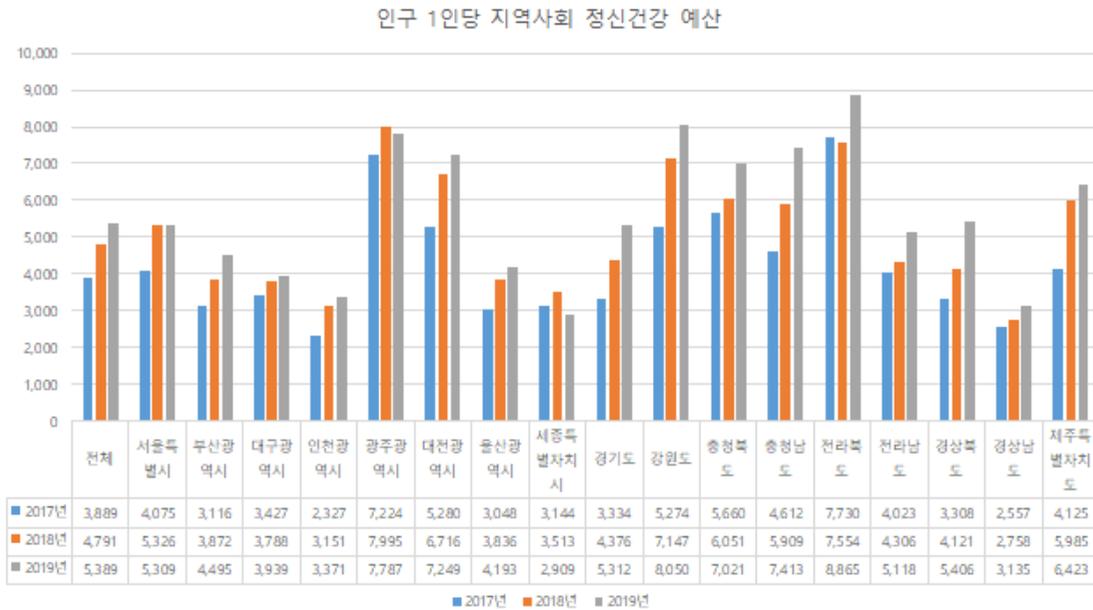
가. 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산

지역사회 정신건강 인구 1인당 예산현황은 아래 표와 같다. 2017년 대비 2019년 현재 전국적으로 38.57%의 예산이 증가한 것으로 나타났다. 경상북도는 63.4%로 가장 높은 증가율을 보였다. 충남도 60.7%로 증가율이 높았다. 경상남도는 22.6%로 전국평균에 비해 낮은 증가율을 보였다.

<표Ⅲ-14> 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산 - 시도별(단위:원)

시도별	2017년	2018년	2019년	2020년	2017년 대비 증감율(%)
전체	3,889	4,791	5,389	5,815	38.57
서울특별시	4,075	5,326	5,309	5,587	30.28
부산광역시	3,116	3,872	4,495	6,373	44.26
대구광역시	3,427	3,788	3,939	4,382	14.94
인천광역시	2,327	3,151	3,371	4,291	44.86
광주광역시	7,224	7,995	7,787	8,314	7.79
대전광역시	5,280	6,716	7,249	8,492	37.29
울산광역시	3,048	3,836	4,193	4,669	37.57
세종특별자치시	3,144	3,513	2,909	3,546	-7.47
경기도	3,334	4,376	5,312	5,298	59.33
강원도	5,274	7,147	8,050	7,769	52.64
충청북도	5,660	6,051	7,021	7,693	24.05
충청남도	4,612	5,909	7,413	7,200	60.73
전라북도	7,730	7,554	8,865	9,609	14.68
전라남도	4,023	4,306	5,118	6,027	27.22
경상북도	3,308	4,121	5,406	6,148	63.42
경상남도	2,557	2,758	3,135	3,504	22.60
제주특별자치도	4,125	5,985	6,423	6,062	55.71

출처: 보건복지부·건강보험심사평가원(2020), 「국가정신건강현황」



<그림Ⅲ-4> 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산

나. 중증정신질환자 지역사회 등록 관리율

1) 전국

중증정신질환자 지역사회 등록 관리율은 아래 표와 같다. 2016년의 등록관리비율은 1.7%로 나타났지만, 2018년의 등록관리비율은 9.3%로 7.6%p 증가한 것으로 나타나고 있다. 이는 대략 5배 정도의 증가로 이해해 볼 수 있다.

<표Ⅲ-15> 중증정신질환자 지역사회 등록 관리율(단위 : 명, %)

구분	만 18세이상 인구수	모든 정신장애 일년유병률	추정정신질환자수	등록정신질환자수	등록관리비율
2016	43,920,954	11.9	5,226,593	87,075	1.7
2018	43,649,724	2.1	916,644	85,314	9.3
2016년도 대비 증감율(%)	99.38	17.65	17.54	97.98	547.06

출처: 보건복지부(2017), 2016년 정신질환실태 조사 및 행정안전부, 국립정신건강센터, 국가 정신건강현황 보고서

2) 경상남도

경상남도의 중증정신질환자 지역사회 등록 관리율은 아래 표와 같다. 2018년 등록관리비율은 9.9%로 나타났고, 2019년 등록비율은 9.0%로 약 1%p 감소한 것으로 나타났다.

<표Ⅲ-16> 경상남도 중증정신질환자 지역사회 등록 관리율-경상남도(단위 : 명, %)

구분	만 18세이상 인구수	모든 정신장애 일년유병률	추정정신질환 자수	등록정신질환자수	등록관리비율
2018	2,815,517	2.1	59,125	5,875	9.9
2019	2,822,259	2.1	59,267	5,364	9.0
전년도 대비 증감율	100.24	100.00	100.24	91.30	90.91

출처: 보건복지부(2017), 2016년 정신질환실태 조사 및 행정안전부, 국립정신건강센터, 국가 정신건강현황 보고서, 경남광역정신건강복지센터

다. 경남지역 정신건강심사위원회 퇴원명령률

경상남도의 정신건강심사위원회 퇴원명령률은 아래 표와 같다. 2016년 0.9%인 퇴원명령률이 2019년도에는 0.55%로 다소 감소하고 있는 것으로 나타났다.

<표Ⅲ-17> 기초정신건강심사위원회 퇴원 명령률 - 경상남도(단위 : 명)

구분	2016	2017(a)	2019(b)	전년도 대비증감율(%)
심사건수	11,761	14,220	9,838	69
계속입원건수	11,679	14,094	9,781	69
퇴원명령률	0.9	0.9	0.55	62

출처: 국립정신건강센터(2018), 「국가정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서」, 경남광역정신건강복지센터(2020)

라. 정신장애인취업률

1) 전국

전국 정신장애 취업자수 및 취업률을 살펴보면 아래 표와 같다. 2018년 취업률은 43.34%, 2019년은 15.55%로 잠시 감소했다가, 2020년에는 63.09%로 비율이 증가하고 있음을 알 수 있다. 다만 2018년 취업자수 1,526명, 2019년 1,728명, 2020년 1,706명으로 나타나 실제 취업자의 수만 보았을 때는 증가율이 크게 나타나지는 않았다.

<표Ⅲ-18> 정신장애인 취업자수 및 취업률 - 연도별 (20년은 3분기까지 반영)

2018		2019		2020		전년도 대비 증감률(%)	
취업자수 (명)	취업률 (%)	취업자수 (명)	취업률 (%)	취업자수 (명)	취업률 (%)	취업자수	취업률
1,526	43.34	1,728	15.55	1,706	63.09	98.73	405.72

출처: 한국장애인고용공단, 장애인구인구직및취업동향

※ 장애인 구인구직 및 취업동향 설명자료에 따르면 취업률=취업자수/구직자수*100 임.

위 공식에 따라 분기별 자료를 토대로 구직자 수 계산 후 연도별 취업률 계산함.

단, 2020년은 4분기 자료가 없으므로 1~3분기 데이터로 계산하였음

(구직자 수: 2018년부터 순서대로 3,521명, 3,794명, 2,704명)

2) 경상남도

경상남도 정신질환자의 2020년 취업자수 및 취업률을 살펴보면 아래 표와 같다. 경상남도 관내 등록 정신질환자수는 총 5,965명이고, 그 중 정신건강복지센터 4,767명, 중독관리통합지원센터 481명, 정신재활시설 75명, 정신요양시설 642명으로 나타났다. 그 중 정신건강복지센터 등록 장애인 중 취업자수는 1,166명(24.5%), 중독관리통합지원센터 등록 장애인은 252명(52.4%), 정신재활시설 등록 장애인은 37명(49.3), 정신요양시설 1명(0.2%)의 순으로 나타났으며, 전체 취업자수는 1,456명(24.4%)에 불과한 것으로 나타났다.

<표Ⅲ-19> 경상남도 등록 정신질환자 취업자 수 및 취업률(2020년)

구분	지역사회재활기관		정신건강증진시설		전체
	정신건강 복지센터	중독관리 통합지원센터	정신 재활시설	정신요양시설	
취업합계	1,166 (24.5%)	252 (52.4%)	37 (49.3%)	1 (0.2%)	1,456 (24.4%)
관리자	0	2	0	0	2
전문직	22	11	0	0	33
사무직	19	33	0	0	52
서비스직	94	31	2	0	127
판매직	24	32	0	0	56
농어업직	290	16	0	0	306
기능직	10	33	0	0	43
제조업	23	6	6	0	35
단순노무	317	56	27	0	400
기타직종	367	32	2	1	402
미취업자	3,601	229	38	641	4,509
등록정신질환자수	4,767	481	75	642	5,965

출처: 경남광역정신건강복지센터(2020) 「경상남도정신건강현황」

5. 소결

가. 등록 장애인 수의 증가

2017년 대비 2020년 증감률을 살펴보면 경상남도 전체 장애인 수는 2.05% 증가한 것으로 나타났다. 가장 높은 증가율을 보인 곳은 양산(7.42%), 거제시(7.35%), 김해시(5.27%), 창원시(3.96%)의 순으로 증가율이 높았다.

남해시가 -4.73%로 가장 큰 폭의 감소가 있었고 합천군 -4.02%, 고성군 -3.83%, 산청군 -2.67%, 거창군 -2.36%, 하동군 -2.33% 순으로 감소하기도 하여 지역 간 증감차가 큰 것으로 나타났다.

거제시를 제외한 양산, 김해, 창원시의 경우에는 경남지역에서도 동부권에 위치하고 있어 동부권의 장애인 수가 대체로 많이 증가한 것임을 알 수 있고, 서부경남지역은 전체인구의 감소와 함께 장애인의 수도 동시에 감소하고 있는 것임을 알 수 있다.

나. 정신건강 인프라 부족

전반적으로 정신건강관련 시설 등 인프라(시설, 전문가 등)와 관련해서 현황은 다음과 같다.

첫째, 정신의료기관에서는 창원시 34개소, 김해시 15개소, 진주시 13개소, 양산시 11개소 등으로 설치되어 있었고, 남해군, 산청군은 아예 정신의료기관이 존재하지 않는 것을 알 수 있다. 요컨대 진주시를 제외한 창원, 김해, 양산 등은 경남의 동부권 중심으로 정신의료기관이 설치되어 있음을 알 수 있다. 즉 서부경남권은 동부권에 비해 상대적으로 정신의료기관 인프라의 절대적인 수가 부족함을 알 수 있다.

둘째, 정신재활시설현황에서는 경상남도 전체 센터의 수가 5개에 불과한 것으로 나타났고, 구체적인 설치 현황은 양산시 2개소, 진주시, 1개소, 김해시 1개소, 고성군 1개소 등의 분포를 보이고 있다. 정신장애인 서비스에 대한 수요가 많을 것으로 예상되는 창원에는 정신재활시설이 전무한 것은 향후 정신재활시설 관련 인프라 구축시 꼭 감안되어야 할 현황이라 할 수 있다.

앞의 내용을 요약해보면, 절대적으로 정신건강과 관련한 인프라가 상당히 부족함을 알 수 있을 뿐만 아니라, 정신의료기관은 18개 시군별로 1개 정도의 시설이 존재하나, 재활시설 관련 시설수가 상대적으로 부족한 것임을 알 수 있다. 지역사회 정신건강과 관련한 예산을 살펴보면, 전국적으로 1인당 지역사회정신건강 예산은 늘어나고 있는 추세를 보인다. 다만 17년 대비 20년 예산 증감율로 보았을때는 부산 44.3%, 인천 44.9%, 경기 59.3, 충남 60.7% 등 높은 예산증가율을 보이나, 경상남도는 22.6%에 불과해 63.4%를 기록한 경북에 비해서도 상대적으로 낮은 예산 증가율을 보이고 있었다.

다. 정신건강 전문인력 공급 부족

인구10만명당 정신건강전문인력의 수를 중심으로 논의해보면, 2018년 대비 2020년 증감율에서 전국은 12.8% 전문인력의 수가 증가한 것으로 나타나나, 경상남도는 오히려 -0.58%로 정신건강전문인력의 수가 감소한 것으로 나타났다. 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수에서 2018년 대비 2020년 증감율을 살펴보면, 전국적으로 정신질환자수가 전국 -31%로 나타났으나, 경상남도는 -38%로 나타나, 1인당 사례관리자 1인당 등록 정신질환자수는 전국 평균에 미치지 못하는 것으로 나타났다.

요컨대, 정신장애인을 위한 인력의 공급과 사례관리자가 1인당 관리하는 환자의 수 등 경상남도는 전국평균에 비해 다소 낮은 인력수준을 보이고 있다.

라. 지역사회 기반 서비스 부족

경상남도의 중증정신질환자 지역사회 등록 관리율을 살펴보면, 전국을 기준으로 2016년 대비 2018년 증감율은 547%로 5배 이상 증가한 것으로 나타났다. 경상남도는 2018년 대비 2019년의 증가율이 90.9%로 나타나 약 1%p 감소하는 것으로 나타났다.

정신장애인의 지역사회거주 인프라(생활시설, 주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회전환 시설, 직업재활시설, 아동청소년정신건강지원시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)와 관련 (2020년 기준), 전국 349개 시설 중 서울이 112개소로 30%이상을 차지하고 있고, 경남은 총 10개소로 전국 시설대비 2.9%에 불과한 것으로 나타났다. 경상북도가 총 42개의 시설이 있는 것과 비교해도 상대적으로 가장 낮은 시설수를 보이고 있다.

마. 종합논의

경상남도의 등록 장애인의 수는 거제를 제외한 양산, 김해, 창원 등 대체로 동부권으로 등록장애인의 증가세가 강한 것을 알 수 있었다. 다만 서부 경남권은 절대적인 인구수 감소세와 함께 등록장애인의 수도 감소세를 보이고 있다. 정신건강과 관련한 인프라(시설, 전문가 등)와 관련해서는 정신의료기관은 서부경남권은 동부권에 비해 상대적으로 절대적인 수가 부족하였고, 정신재활시설은 경상남도 관내에 절대수가 부족함을 알 수 있다. 정신건강과 관련한 예산도 타 광역시도에 비해 경남의 예산이 부족하였다. 요컨대, 경상남도는 정신 건강과 관련한 시설수와 인력수가 타 광역시도에 비교해 상대적으로 인프라가 부족하고, 특히 동부경남에 비해 서부경남권의 인력 및 시설수가 절대적으로 부족함을 알 수 있다.

이러한 현황을 중심으로 논의해볼 수 있는 내용은 다음과 같다.

첫째, 동부경남권(김해, 양산), 중부경남권(창원) 등은 정신장애인의 수가 타 시군에 비해 상대적으로 늘어나고 있지만 그 절대적인 수가 상대적으로 부족하다.

둘째, 서부경남권은 인구수에 비례하여 장애인의 수가 줄어들고 있지만 인구수가 줄어든다고 해서 절대적으로 정신건강과 관련한 시설이 아예 존재하지 않는 것은 도민의 정신건강증진을 위해서는 있어서는 안되는 일이다. 요컨대, 기본적인 시설(정신건강재활시설, 의료시설) 등은 타 시도와 견주어 부족함이 없어야 할 것이다.

셋째, 정신장애인의 수가 상대적으로 적은 지역에는 네트워크의 활용이 지역별 시설 부족의 대안이 될 수 있다. 네트워크를 통해 지역 간 시설이용 및 관련 정보를 상호 간 공유할 수 있다면, 인프라 부족으로 인한 서비스 공백을 어느 정도 극복할 수 있을 것이다. 물론 이는 단기적인 측면에서의 대안이며, 장기적으로는 정신건강 관련 시설의 수를 늘려나가야 할 것이다.



제 4 장

경상남도 정신건강서비스 네트워크 형성 방안

1. 조사개요
2. 연구의 분석틀
3. 내용분석
4. 소결



제4장 경상남도 정신건강서비스 네트워크 형성 방안

경상남도 정신건강서비스 네트워크 형성방안을 도출하기 위해 정신건강서비스 제공기관의 실무자들을 대상으로 질적면접조사를 실시하였다. 타 지역과 경남지역의 실무자를 대상으로 실시하였으며 대상의 선정에 있어서는 각각 네트워크 경험에 대한 내용과 경남의 지역적 특성이 반영될 수 있도록 내용상 함의가 나오는 시점까지 조사를 실시하도록 적절하게 안내하였다. 실시방법은 FGI와 심층면접을 겸하였으나, 내용분석에 있어서는 구분을 두지 않았다.

1. 조사개요

가. 조사의 목적

정신건강서비스 현장에서 전달체계 상의 어려움과 그것이 네트워크 운영과정에 미치는 영향, 기관 및 실무자가 느끼는 감정과 경험들을 파악해보기 위해 질적 면접조사를 실시하였다.

나. 조사대상자의 표집방법 및 조사일정

1) 대상 선정과 표집방법

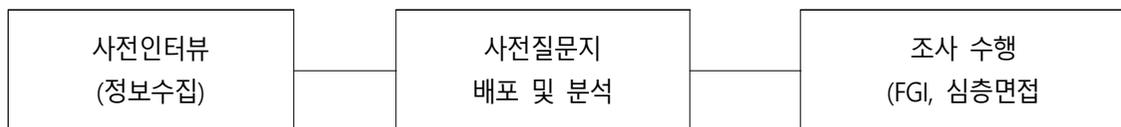
조사대상은 정신건강서비스 제공기관(정신건강복지센터, 자살예방센터, 정신요양원, 정신의료기관, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터)과 지역복지관에 종사하는 정신건강서비스 제공 인력으로 선정하였다. 대상은 눈덩이 표집을 활용하여 관련 기관 종사자, 연구자 등의 인터뷰 등을 통해 총 2개 집단, 14명에 조사가 실시되었다. 네트워크 구축과정이 조사내용에 포함되므로 대부분 중간관리자급 이상의 경력과 근속연수를 가진 대상으로 선정하였고 실제 참여한 14명의 평균 경력은 11.2년으로 최초 설정한 조건에 부합하였다.

2) 조사일정

조사일정은 2021.5.7. 사전인터뷰를 시작으로 총 7개월에 걸쳐 이루어졌다. 조사는 기관별로 FGI(Focus Group Interview; 초점집단면접)와 개별심층면접으로 조사방법을 나누어 진행했다. FGI진행은 6월~7월에 걸쳐 약 1개월 간, 심층면접은 11월~12월에 걸쳐 1개월 간 실시되었다. 두 조사 사이에 간격은 코로나-19(COVIC-19)가 재유행함에 따라 대면조사가 용이하지 않아 대면조사를 중단할 수밖에 없었기 때문이다. 특히 조사대상이 코로나-19에 특히 민감할 수밖에 없는 사회복지시설 종사자여서 방역지침 등 상황에 따라 조정하여 조사를 실시하였다. FGI는 5~6명으로 각 회당 2시간 정도 소요되었으며 정신건강네트워크를 구성하고 있는 기관의 담당자들을 대상으로 네트워크별 1회씩 총 2회 실시되었다. 심층면접은 개별 1대 1면접으로 회당 1시간 40분가량씩 총 3회 진행하였다.

다. 조사방법 및 조사내용

1) 조사방법



2) 조사내용

가) 사전질문지

<표IV-1> 질적연구 사전질문지 내용

구분	내용구분	세부 질문내용
참여자의 특성	<ul style="list-style-type: none"> 연구참여자의 일반적 특성 연구참여자의 직업적 특성 	<ul style="list-style-type: none"> 성별, 연령, 학력 등 기관유형, 직급, 정신건강서비스 관련 업무 경력, 근속기관, 대학 전공, 보유 전문 자격증
주요 질문 내용	<ul style="list-style-type: none"> 현 정신건강 네트워크 상에서 수행하는 역할 정신건강통합지원체계에 관한 직관적 개념과 그 이유 네트워크에 관한 인식 	<ul style="list-style-type: none"> 현재 정신건강서비스 네트워크 상에서의 수행하는 주요 역할이 따로 있습니까? 정신건강 통합지원체계라고 들었을 때 가장 떠오르는 단어가 무엇입니까? 그리고 그 이유는 무엇입니까? 정신건강서비스 제공기관의 네트워크 형성 및 유지에서 중요한 요인에 관한 예시입니다. 아래 요인 중 가장 중요하다고 생각하는 영역(요인)은 어떤 것입니까? 조직적요인(조직내에서 네트워크에 배정하는 예산, 전담 업무분장 등), 인력적 요인(기관장 혹은 관리자의 관심정도, 실무자의 관심정도, 실무자의 전문성 등), 환경적요인(지역사회 자원 상황, 기관 운영 업무지침 혹은 제도의 변화)

라. 조사참여자

1) 연구 참여자의 일반적 특성

가) 연구 참여자의 특성 요약표

연구 참여자 특성은 아래 표와 같이 정리하였다. 연구참여자는 총 14명으로, 부산·경남 지역의 정신건강서비스 제공기관과 복지관에 근무하는 종사자로 정신건강네트워크 혹은 사례 관리를 담당하는 인력이다. 업무의 특성이나 배경 지식 등을 고려하여 대다수는 중간관리자급 이상으로 선정하였다. 각 분야별 인원은 정신건강서비스 제공기관 11명, 복지관 등 유관기관 3명으로 구성되었다. 성별은 여성 8명, 남성 6명으로 구성되었다.

<표IV-2> 질적 연구 참여자의 특성

연번	구분기호	성별	연령	경력	소속	직위	비고
1	정1	여	40	약 19년	○○정신건강복지센터	팀장	
2	정2	여	45	약 10년	○○정신요양원	원장	
3	정3	여	42	약 7년	○○정신재활시설	원장	
4	정4	남	31	약 8년	○○정신건강복지센터	팀장	
5	정5	여	30	약 4년	○○병원	의료사회복지사	
6	정6	남	38	약 13년	○○정신재활시설	사무국장	
7	정7	여	54	약 22년	○○중독관리통합지원센터	팀장	
8	정8	여	45	약 23년	○○정신재활시설	원장	
9	정9	남	35	약 11년	○○정신재활시설	팀장	
10	정10	남	37	약 11년	○○정신건강복지센터	부센터장	
11	정11	여	33	약 10년	○○정신건강복지센터	팀장	
12	유1	여	28	약 6년	○○종합사회복지관	대리	
13	유2	남	32	약 7년	○○종합사회복지관	팀장	
14	유3	남	33	약 6년	○○지자체	통합사례관리사	

2. 연구의 분석틀

각 면접은 구조화된 질문지를 활용하여 진행하였으며 질문지는 본 연구의 목적에 기반 하되 네트워크에 관한 선행연구들 및 전문가의 사전 인터뷰를 참조하여 구성하였다. 질문지의 내용은 참여자의 발화내용을 체계적으로 수집하면서도 개방적이고 풍부한 경험과 의견을 모으기 위해 반구조화된 설문지를 활용하였다.

FGI 및 심층면접은 ① 본인소개 ② 네트워크 참여 경험(구축과정, 장애요인, 유지방안), ③ 네트워크 중요 요인에 대한 인식, ④ 정신건강통합지원체계에 관한 인식(개념, 방향성)으로 질문을 구성하였다.

<표IV-3> 질적연구 질문 구성

내용구분	세부 질문내용
본인 소개	본인에 대한 간단한 소개
네트워크 참여 경험	네트워크 구축 과정
	네트워크 장애요인
	네트워크 유지방안
네트워크 중요 요인에 대한 인식	- 조직적 요인 - 인력적 요인 - 환경적 요인
정신건강통합지원체계에 관한 인식	정신건강통합지원체계의 개념
	정신건강통합지원체계의 방향성

이를 바탕으로 ① 기존 전달체계에 대한 문제인식 ② 네트워크 참여 경험(구축과정, 장애요인, 유지방안), ③ 정신건강통합지원체계 구축 방안으로 내용분석하였다.

<표IV-4> 질적연구 분석틀

구분	하위요소
1. 기존 전달체계에 대한 문제인식	-
2. 네트워크 참여경험	2-1) 네트워크 구축과정
	2-2) 네트워크 장애요인
	2-3) 네트워크 유지방안
3. 정신건강통합지원체계 구축 방안	-

3. 내용분석

가. 분석결과 요약표

연구분석틀에 의한 분석결과 요약표는 아래 표와 같이 정리해볼 수 있다.

1) 기존 전달체계의 문제 인식

<표IV-5> 기본 전달체계의 문제인식 요약

대범주	증범주		의미단위
기존 전달체계에 관한 문제 인식	인력 및 조직간 갭	조직특성이나 직군이	<ul style="list-style-type: none"> 공공기관과 민간기관간의 업무방식 등이 다름에 따른 차이 직군간 차이로 인한 인식 차이
		다름으로 인한 차이로 조정과정이 어려움	
	전문인력 수급의 어려움	예산부족 등 행정적 요인으로 전문인력 수급에 제한	<ul style="list-style-type: none"> 예산제한으로 경력자를 못뽑음 인건비 부담으로 지자체에서 인력증원에 부담스러워함 "지원자가 있어도 뽑지를 못해"
		인력 수급의 불안정함	<ul style="list-style-type: none"> 생계가 보장되지 않는 수련과정의 까다로움으로 정신건강 사회복지사 공급 부족 소단위 지자체는 상대적으로 인력수급이 어려움
	기존 네트워크 운영시스템의 문제	초보적 네트워크	<ul style="list-style-type: none"> 연계 수준의 네트워크 운영 "협약 했으니까 땡"
		네트워크 부족으로 인한 분절적 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 부족으로 서비스가 분절적으로 이루어져서 이용자 불편 야기 "아닙니다. 갑니다. 이렇게 하고 딱 끝나버리니까" 체계화된 통합적 정보망 부족 "한눈에 볼 수 있는 것들이 있으면"
	기관간 업무분담의 불균형	정신건강복지센터의 업무 부담	<ul style="list-style-type: none"> 서비스의 구분 없이 정신건강복지센터로의 업무집중 "칼때기 같은 구조" 사례관리 인력 부족으로 인한 서비스 질 하락 "두 번 가야 되는데 한 번밖에 못 가는 거죠" 지나친 사업 다양화로 인한 업무 부담 "백화점, 다이소", "도깨비방망이"
	정책적 문제	인프라 부족으로 인한 서비스의 제약	<ul style="list-style-type: none"> 인프라의 부족으로 대상자 욕구 충족 어려움 "기본적으로 장을 봐서 요리를 해야 반찬이 나오는데"
실적 위주 평가체계		<ul style="list-style-type: none"> 정량적인 평가체제로 정성평가 항목에 대한 약한 동기부여 "줄 세우기" 	

2) 네트워크 구축 동기 및 유지 요인

<표IV-6> 네트워크 구축 동기 및 유지 요인 요약

대범주	중범주	의미단위	
네트워크 구축 및 유지 요인	네트워크 동기 요인	대상자 욕구 해결	<ul style="list-style-type: none"> 대상자의 다양한 욕구해결을 위한 자원동원 차원 “지역사회에 사실 수 있도록” “한 가지 문제만 가진 경우들이 잘 없거든요”
		기관간 이해관계	<ul style="list-style-type: none"> 기관간 업무상 필요에 의해 상호호혜적 관계 형성 “기관별로 이해관계가 맞았다고” (정6)
		조직구성원(기관장 및 중간관리자, 실무자)의 의지	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크에 대한 조직구성원의 관심과 의지(특히 기관장) “기관에서 얼마나 네트워크에 대해서 관심을 가지느냐”
	네트워크 구축 과정에서의 어려움	네트워크 경험부족	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크에 대한 경험이 부족으로 기능이나 역할 오해 “경험치”
		이해관계(목표)의 차이	<ul style="list-style-type: none"> 목표나 목적에 대한 사전협의가 없이 네트워크 하는 경우 기관간 목표의 차이로 인한 갈등 발생 “막상 시작을 하니 너무 이제 저희 기관과 맞지 않은 걸 계속 요구” “목적성이 다르니까”
		사례관리 주체 구분으로 인한 분절성	<ul style="list-style-type: none"> 기관간 사례관리 주체를 구분함에 따른 서비스의 분절성 “나 사례 내 사례”
		업무부담	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크를 수행하는 것에 관한 업무적 부담 “중복이 되니까 업무가 과중이 됐고 “
		연계 담당자의 역량(이해)의 부족	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 담당자가 바뀔 경우 적극성이나 사업의 이해도 부족(인적 요인의 영향력이 큼)
		중간관리자의 역할 부재	<ul style="list-style-type: none"> 중간관리자가 개입하지 않고 실무자만 보내는 소극적입장일 경우 실무자도 동기요인이 적어짐 “나만 보내고”
	네트워크 유지 요인	조직구성원(기관장 및 중간관리자, 실무자)의 의지	<ul style="list-style-type: none"> 기관장, 중간관리자, 실무자가 모두 관심을 가지고 적극적으로 참여 “담당자 한명만 참여하면 확실히 좀 잘 와해되는 것 같아요. 흐지부지 되는 거. 결국에는 중간관리자가 들어오고 기관장이 들어오며 형성된 네트워크는 끈끈해”
		성과 경험	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 사업으로 인해 목표가 달성된 경험을 한 경우 유지요인이 강해짐 “담당하는 업무들이 명확해진거죠”
		거점기관의 역할	<ul style="list-style-type: none"> 주 역할을 하는 거점기관이 있어야 함 “가마를 타는 즐거움을 느끼려면 누군가는 가마를 드는 수고로움을 해야”
		네트워크 참여인력의 재량권	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 담당자에게 네트워크 사업의 결정에 관한 부여 “재량권”
		기관간 친밀감	<ul style="list-style-type: none"> 기관간 지속적으로 친밀한 교류가 필요함 “교류밖에 답이 없는 것 같아요”

3) 정신건강통합지원체계 구축을 위한 전략

<표IV-7> 정신건강통합지원체계 구축을 위한 전략 요약

중범주		의미단위
기관 차원	비전과 목표의 공유	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 참여 기관 간 사전에 비전과 목표의 공유해야함 “목적이 없다면 서로 힘들어요” “인원”
네트워크 내부 전략	기관간 역할배분	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 안에서의 적절한 역할부여 “네트워크가 재미있으려면 기능이 비슷하면서 달라야돼요”
	정기활동(교육연계 등)을 기반으로 네트워크 형성	<ul style="list-style-type: none"> 교육연계를 기반으로 네트워크 형성 “교류밖에 답이 없는 것 같아요” “이웃처럼 주고 받는 것”
	네트워크 경험의 확대	<ul style="list-style-type: none"> 단계적 네트워크 확대 “협소하게 시작해서 범위를 넓혀나가는” 지역의 인적자원망 활용하여 네트워크 확대 “지역사회보장협의체”, “운영위원회”
	거점기관 활용	<ul style="list-style-type: none"> 거점기관을 활용하여 업무부담을 덜고, 안정적인 시스템 구축 “거점기관과 협력기관으로 나뉘는 거죠”
	복지관 활용	<ul style="list-style-type: none"> 지역자원으로 복지관을 활용하여 부족한 인프라 보충 “복지관에 정말 전국에 지역마다 있기 때문에”
제도 및 정책 차원	평가제도 개선	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크에 관한 정성평가 항목을 인센티브 형태로 적용 “평가지표에 넣으면”
	공공 혹은 준공공기관이 중심자 역할 수행	<ul style="list-style-type: none"> 민관협력의 중심점 역할을 할 공공 성격의 기관 필요 “공공의 역할”
	인프라 확대	<ul style="list-style-type: none"> 각 역할을 수행할 정신건강 인프라 확대 필요 “분할해서 제기능을 할 수 있는 시설들이 필요”

나. 분석 세부내용

1) 기존 전달체계의 문제 인식

기존 전달체계의 문제인식은 ‘인력 및 조직간 갭’, ‘전문인력 수급의 어려움’, ‘기존 네트워크 운영시스템의 문제’, ‘기관 간 업무분담의 불균형’, ‘정책적 문제’의 5개의 중범주로 구분하였다.

첫째, ‘인력 및 조직간 갭’은 조직특성이나 직군이 다름으로 인한 차이로 조정과정에서 어려움을 겪고 있다는 것을 알 수 있었다. 이러한 차이는 조직내부와 조직 외부의 차원으로 나뉘볼 수 있다. 조직 내부 차원에서는 구성 인력간 직군 혹은 전공의 차이가 불러오는 갈등이 있음을 알 수 있었다. 정신건강서비스의 특성상 보건영역과 복지영역이 혼재되어 있어 인력 역시 한 기관 내에서도 혼재되어 있다. 이러한 인력 간에 전공영역이 다름에서 오는 시각의 차이가 존재하고 있었다. 이러한 차이로 인한 갈등은 **“방향과 가치관의 차이”**로 표현하고 있다.

조직 외부 차원에서는 네트워크 기관 간 특성이 다름에서 오는 업무방식 등의 차이에서 기인하는 어려움이다. 특히 공공-민간간에는 조직 경직성이나 요구되는 특성 등이 달라 이러한 조직 간의 차이는 **“공공기관이 가지는 경직성...괴리감”**, **“서로의 입장차이”**로 표현되고 있다.

둘째, ‘전문인력 수급의 어려움’은 하위항목으로 ‘예산부족 등 행정적 요인으로 전문인력 수급에 제한’, ‘인력 수급의 불안정함’으로 나뉘볼 수 있다. ‘예산부족 등 행정적 요인으로 전문인력 수급에 제한’으로는 예산제한으로 경력자를 못뽑는 것과(“**예산이 너무 따라주지가 않아가지고 지원자가 있어도 뽑지를 못해**”), 인건비 부담으로 지자체에서 인력 증원에 부담스러워 하는 현실(“**다른 권역에 비하면 굉장히 열악하죠**”(정1))로 확인할 수 있다. ‘인력 수급의 불안정함’은 생계가 보장되지 않는 수련과정의 까다로움(“**자격증 취득 자체가 어렵기 때문에 왜냐하면은 기관을 그만두고 수련을 받아야 되는 부분이 있기 때문에**”)으로 정신건강사회복지사 공급 부족과 그로 인해 상대적으로 소단위 지역에서는 인력수급이 더욱 어려운 상황(“**전문 인력을 구하기가 굉장히 어렵거든요. 이런 이제 소단위 지자체로까지는 채용 자체가... 구직 자체를 잘 안 하시니까**”)이라는 의견이었다.

셋째, ‘기존 네트워크 운영시스템의 문제’는 하위항목으로 “협약 했으니까 땡”으로 표현되는 ‘초보적 네트워크’와 네트워크 부족으로 인한 분절적 서비스(“**아닙니다, 겁니다. 이렇게 하고 딱 끝나버리니까**”)로 분류될 수 있다. 초보적 네트워크는 연계 수준의 네트워크 운영에 만족하며, 단지 했는지 안했는지로만 분류되는— 질적인 부분에 대한 고려가 부족한 문제로 볼 수 있다. 네트워크 부족으로 인한 분절적 서비스는 구체적으로 이용자의 불편을 야기하기도 하며 통합적 정보망 부족으로 체계화된 지원이 어려운 업무구조문제가 있다고 볼 수 있다.

넷째, ‘기관 간 업무분담의 불균형’ 측면에서는 특히 정신건강복지센터의 업무부담에 대해 공감하고 있었다. 서비스의 구분 없이 정신건강복지센터로 업무가 집중됨에 따라 “**칼때기 같은구조**”, “**백화점, 다이소**”가 되어 가는 문제가 있었다. 그리고 새로운 업무는 정신건강센터를 통해서 거쳐가게 설계가 되어 “**도깨비 방망이**”로 표현되기도 하였다. 이러한 불균형적인 구조는 정신건강복지센터에 사례관리 인력 부족으로 인한 서비스 질 하락(“**두 번 가야 되는데 한 번 밖에 못 가는 거죠**”), 지나친 사업 다양화로 인한 업무 부담과 고유 업무인 사례관리의 약화문제를 야기하고 있었다.

다섯째, ‘정책적 문제’로는 인프라 부족으로 서비스의 제약, 실적 위주 평가체제로 인한 소극적 자원 활용으로 세부내용을 확인해 볼 수 있다. “**기본적으로 장을 봐서 요리를 해야 반찬이 나오는데 본 장은 없는데 요리를 자꾸 해내려고 하면..**”라는 표현에서 나타나듯이 인프라가 전혀 없는 상황에서 대상자의 욕구 충족이 어려움을 호소하고 있다. 또한 이러한 인프라 부족은 시설 퇴소 정신장애인의 지역사회 정착에도 장애요인으로 작용하고 있다. 주거시설은 커녕 재활시설조차도 없는 상황에서 사회서비스의 지방이양화로 인해 지역적 격차는 더욱 커지고 있음을 호소하였다. 그리고 일명 “**줄 세우기**”라고 표현되는 실적 위주의 평가체계는 산술적인 성과 위주로 공공전달체계가 관리되다 보니 정작 실질적인 성과는 도외시되고 있었다. 이는 네트워크 사업에서도 협약 건수 위주로 진행되고 오히려 에너지가 많이 드는 네트워크 사업 자체에는 동기부여가 낮아지는 기형적 현상을 불러오고 있다.

<표IV-8> 기본 전달체계의 문제인식

대범주	증범주		의미단위
기존 전달체계에 관한 문제 인식	인력 및 조직간 갭	조직특성이나 직군이 다름으로 인한 차이로 조정과정이 어려움	<ul style="list-style-type: none"> 공공기관과 민간기관간의 업무방식 등이 다름에 따른 차이 “공공기관이 가지는 경직성... 괴리감” (정10) “서로의 입장차이” (정10) 직군간 차이로 인한 인식 차이 “방향과 가치관의 차이” (정1)
		예산부족 등 행정적 요인으로 전문인력 수급에 제한 “ 지원자가 있어도 뽑지를 못해 ”	<ul style="list-style-type: none"> 예산제한으로 경력자를 못뽑음 “예산이 너무 따라주지가 않아가지고 지원자가 있어도 뽑지를 못해서” (정1) 인건비 부담으로 지자체에서 인력증원에 부담스러워함 “다른 권역에 비하면 굉장히 열악하죠” (정1)
	전문인력 수급의 어려움	인력 수급의 불안정함	<ul style="list-style-type: none"> 생계가 보장되지 않는 수련과정의 까다로움으로 정신건강 사회복지사 공급 부족 “자격증 취득 자체가 어렵기 때문에 왜냐하면은 기관을 그만두고 수련을 받아야 되는 부분이 있기 때문에” (정2) 소단위 지자체는 상대적으로 인력수급이 어려움 “전문 인력을 구하기가 굉장히 어렵거든요. 이런 이제 소단위 지자체로까지는 채용 자체가... 구직 자체를 잘 안 하시니까” (정2)
		초보적 네트워크 “ 협약 했으니까 땡 ”	<ul style="list-style-type: none"> 연계 수준의 네트워크 운영 “어떤 공식적인 조직화가 돼 있지 않으니까...1대 1컨택” (정2) “협약서는 남아있지만 협약내용을 알고 있지 않은거죠.” (정8) “협약 했으니까 땡. 우리 실적 이만큼이에요” (정10)
	기존 네트워크 운영시스템의 문제	네트워크 부족으로 인한 분절적 서비스 “ 아닙니다. 겁니다. 이렇게 하고 딱 끝나버리니까 ”	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 부족으로 서비스가 분절적으로 이루어져서 이용자 불편 야기 “어디 가면 그 분야만 자기 영역만 뭘 물어보면 아닙니다. 겁니다. 이렇게 하고 딱 끝나버리니까” (정2) “저희만 가지고는 그분들에게 만족된 서비스가 안 되니까” (정1) 체계화된 통합적 정보망 부족 “이곳저곳 알아보기 보다는 통합된 시스템이 있어서 입원가능한 곳이 있다던지 한눈에 볼 수 있는 것들이 있으면 좋지 않을까?” (유3)
		기존 네트워크 운영시스템의 문제	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 부족으로 서비스가 분절적으로 이루어져서 이용자 불편 야기 “어디 가면 그 분야만 자기 영역만 뭘 물어보면 아닙니다. 겁니다. 이렇게 하고 딱 끝나버리니까” (정2) “저희만 가지고는 그분들에게 만족된 서비스가 안 되니까” (정1) 체계화된 통합적 정보망 부족 “이곳저곳 알아보기 보다는 통합된 시스템이 있어서 입원가능한 곳이 있다던지 한눈에 볼 수 있는 것들이 있으면 좋지 않을까?” (유3)

<p>기관간 업무분담 의 불균형</p>	<p>정신건강복지센터의 업무 부담 “칼때기 같은 구조” “백화점, 다이소” “도깨비방망이”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 서비스의 구분 없이 정신건강복지센터로의 업무집중 “너무 사업이나 사례들이 이제 정신건강복지센터로 다 이렇게 조금 깔대기 형식으로 거의 집중” (정1) “정신 파트너가 일단 이쪽에 전화했다” (정1) “끼워맞추기식으로 다 저희쪽이거든요 그렇게 보면, 하나의 문제만 보고 정신건강이니 도와달라” (정4) “무조건 정신건강센터를 통해서 다 빨아들이는” (정6) “지금 센터가 도깨비방망이도 아니고 센터에서 다 하라고 하면 다이소 밖에 안돼요” (정8). ▪ 사례관리 인력 부족으로 인한 서비스 질 하락 “질적으로 사례 관리의 질이 떨어질 수밖에 없는 여기에 많은 시간을 투자하기가 힘든니까” (정1) “두 번 가야 되는데 한 번밖에 못 가는 거죠”(정1) “현실적으로 의뢰가 들어오면 처내는데 급급한, 한계가 있다보니 한 달에 한번 정도밖에 못만나고 하니” (정4) ▪ 지나친 사업 다양화로 인한 업무 부담 그리고 너무 많은 가지 수의 사업들이 매년 추가되고 변경되다 보니까... 인력이 늘어나도 그런 업무들이 계속 이제 늘어나거나 유지가 되거나 하니까” (정1) “저희는 백화점, 다이소 이렇게 이제 센터를 부르거든요, 그냥 다 준다. 다 있다. 다 있소” (정1) “의뢰가 너무 많고, A-Z까지의 일이 있는 것 같아요” (정4) “24시간 응급 출동이 당연한 듯이 정신건강복지센터에서 업무가 돼버린 거예요” (정1)
<p>정책적 문제</p>	<p>인프라 부족으로 인한 서비스의 제약 “기본적으로 장을 봐서 요리를 해야 반찬이 나오는데”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인프라의 부족으로 대상자 욕구 충족 어려움 “기본적으로 장을 봐서 요리를 해야 반찬이 나오는데 본 장은 없는데 요리를 자주 해낼려고 하면...” (정8) “모든 걸 정신건강복지센터에서만 하고 있거든요. 분할해서 제 기능을 할 수 있는 시설들이 필요” (정11) “정신건강 인프라가 시설도 있어야 되고 주거시설도 있어야 되고 그분들에게 필요할 때 이런 기관에 연계를 해서 좀 더 질 높은 재화를 할 수 있도록 이제 돼야 되는데...” (정1) “정신건강 서비스를 통합해서 지원할 수 있는 기관이 많아야 하는데 그게 없는게 사실” (정10) “그분들이 가실 수 있는 공간이 이제 이런 공간밖에 없는 거예요” (정2) “가족하고 좀 분리가 필요한데도 거기에서 스트레스를 그렇게 많이 받고 이제 그런 환경에 놓여 있는데 그냥 뭐 일대일 상담 받는 거 말고는 헤드릴 게 없고... 정신 보건 인프라가 없는 거 이거는 진짜 큰 문제거든요” (정1)

		<p>“지역사회에서 나왔을 때 이용할 수 있는 시설 필요” “정신재활시설이 지방이양사업이기 때문에 지자체장의 마인드에 따라 달라지기 때문에” (정8)</p>
	<p>실적 위주 평가체계 “줄 세우기”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 정량적인 평가체계로 서비스 질적인 부분에 대한 약한 동기부여 “경쟁적으로 특히 경남에는 사례 수를 올리는 게, 조금 이제 이거를 실적화 하는거가.. 줄 세우기” (정1) “너네 기관에서 지금 의료기관과 협약건수가 얼마큼 되나라는 평가 기준이기도 했었고... 협약건수 채워야” (정11) “계속 중앙에서 요구하는 것은 교육실적, 몇 명 양성했냐. 너네” (정10) “횟수에 대한 내용들로 평가를 하잖아요” (정3)

2) 네트워크 구축 동기 및 유지 요인

네트워크 구축 및 유지 요인은 네트워크를 구축하게 된 동기나 네트워크를 계속 유지하게 하는 유인요인에 대한 내용이다. 네트워크 구축 동기 및 유지요인은 다시 ‘네트워크 동기 요인’, ‘네트워크 구축 과정에서의 어려움’, ‘네트워크 유지요인’ 으로 나누어 분석하였다.

첫째, ‘네트워크 동기요인’ 은 ‘대상자의 다양한 욕구 해결을 위한 자원동원 차원’ 과 ‘기관간 이해관계에 의해’ ‘업무상 필요에 의한 상호 호혜적 관계’, ‘기관장, 중간 관리자, 실무자 등 조직 구성원이 네트워크에 대해 어떤 관심과 의지’ 를 가지고 있는지가 주요한 요인으로 의미단위로 도출되었다.

“한 가지 문제만 가진 경우들이 잘 없거든요.”, “지역사회에 사실 수 있도록” 등 대상자의 다양한 욕구에 대응하여 자원을 찾다가 네트워크를 구축 하는 경우가 많았다. 대다수 정신건강서비스제공기관등은 이러한 자원연계 수준의 네트워크는 하고 있는 것으로 파악되었다. 따라서 대상자 욕구 해결이라는 동기요인은 첫 시작의 동기 요인이며 초보적 네트워크의 시작으로 볼 수 있다. 따라서 기관간 이해관계가 맞는 경우, 조직 구성원의 관심과 의지가 있는 경우가 따라줘야 네트워크의 발전이 이루어진다고 할 수 있다. 특히 기관장의 의지나 관심은 네트워크를 시작하는 주요한 요소로 언급하고 있다.

둘째, ‘네트워크 구축 과정에서의 어려움’은 네트워크 구축과정에서 갈등상황이 발생하였거나 그로인해 네트워크가 깨진 경험을 들고 있다. 네트워크 구축과정에서의 어려움은 네트워크에 대한 경험이 부족해서 기능이나 역할에 대해 오해하는 ‘네트워크 경험부족’, 목표나 목적에 대한 사전협의를 없이 네트워크하는 경우 기관간 목표의 차이로 인한 갈등이 발생하게 되는 ‘기관간 이해관계의 차이’를 비롯하여 ‘사례관리 주체 구분으로 인한 분절성’, ‘네트워크 수행으로 인한 업무 부담’, ‘연계 담당자의 역량이나 이해의 부족’, ‘중간 관리자의 역할부재’로 나누어 볼 수 있다. 네트워크는 “경험치”라고 표현한다. 소단위 네트워크의 경험은 그 다음 네트워크를 만드는 역량이나 동기가 될 수 있다. 하지만 반대로 **“네트워크 경험의 부족한데서 오는 시행착오나 미숙함”**은 네트워크의 취지나 기능, 역할에 대한 이해 부족으로 오히려 네트워크 장애요소로 작용하기도 한다. 기관간 목표나 목적에 대한 사전협의를 없이 네트워크 하는 경우에도 마찬가지이다. **“막상 시작을 하니”** 상대 기관과 협의 없이 일방적인 목표를 설정한다든지, 요구를 하는 상황이 발생하면 네트워크는 유지하기 어려워진다. 때로는 단순히 실적이나 홍보를 위해 협약만을 요구하는 경우도 역시 그런 경우로, 목적이 다르면 네트워크의 참여기관 사이에서도 소진이 발생하여 심지어 연계가 끊기는 경우도 발생한다고 언급하고 있다. 그리고 사례관리 주체를 구분함에 따른 서비스의 분절성도 존재한다. 네트워크 상에서 **“우리 사례”**로 보지 않고 **“니 사례 내 사례”**로 나뉘어져 버리면 분절성으로 이어진다.

네트워크에서는 인력적 요소가 크게 작용하기도 한다. ‘업무부담’, ‘연계 담당자의 역량이나 이해의 부족’, ‘중간관리자의 역할부재’는 모두 인력적 요소로 볼 수 있다. 네트워크 자체의 업무적 부담감도 네트워크 구축과정에서의 어려움으로 호소되고 있다. 실무자 입장에서는 기존업무에 네트워크 업무가 가중되는 경우 참여가 약화될 수 있다. 또한 실무자(담당자)의 사업이해도가 낮은 경우 목표설정 등에 공유나 이해도 등에 차이가 발생하여 그로인한 갈등이 생길 수 있다. 그리고 중간관리자가 실무자 선에서만 네트워크 참여하도록 조치하는 경우 **“관리자급과 실무자가 함께하느냐, 아니냐”**에 따라 입장의 차이가 발생할 수 있다. 실무자의 경우 **“나만 보내고”**라는 생각으로 네트워크를 이끌어 나가는 데에 부담을 가질 수 있음을 의미단위를 통해 확인할 수 있었다.

셋째, 네트워크 유지 요인으로는 ‘기관장, 중간관리자, 실무자 등 조직 구성원의 의지’, ‘네트워크 성과경험’, ‘거점기관의 역할’, ‘네트워크 참여인력의 재량권’, ‘기관간

친밀감' 으로 나누어 볼 수 있다. '기관장, 중간관리자, 실무자 등 조직 구성원의 의지' 는 동기요인과 매칭되는 요인으로, 이들의 적극성에 따라 조직의 결속력(네트워크에서 기관에서 **담당자 한명만 참여하면 확실히 좀 잘 와해되는 것 같아요. 흐지부지 되는 거. 결국에는 중간관리자가 들어오고 기관장이 들어오며 형성된 네트워크는 끈끈해지는 부분들이 있는 것 같고**), 지원(**"살아남는 네트워크는 결국에는 지원사업 때부터 끊임없이 자부담을 넣어서 만드는 것 말고는 거의 없는 것 같아요"**) 등이 달라짐을 의미단위를 통해 확인할 수 있다. '성과경험' 역시 유지요인의 "경험치" 와 관련있는 요인이다. 네트워크 사업으로 인해 목표가 달성된 경험을 한 경우 유지요인이 강해진다는 것이다. 또 중요한 요인은 거점기관의 역할이라고 볼 수 있다. **"가마를 타는 즐거움을 느끼려면 누군가는 가마를 드는 수고로움을 해야"** 라는 표현에서 볼 수 있듯이 네트워크를 끌어나가는 거점기관의 설정과 그 역할이 중요하다고 볼 수 있다. '네트워크 참여인력의 재량권' 은 네트워크 안에서 참여하는 인력들은 그 기관을 대표하는 대표성을 가지고 네트워크 사업을 결정하는 권한이 부여되어야 함을 의미하고 있다. 마지막으로 '기관 간 친밀감' 은 기관 간 지속적으로 친밀한 교류를 하는 것이 필요함을 언급하고 있다.

<표IV-9> 네트워크 구축 동기 및 유지 요인

대범 주	중범주	의미단위	비고
네트워크 구축 및 유지 요인	대상자 욕구 해결 "지역사회에 사실 수 있도록 한 가지 문제만 가진 경우들이 잘 없거든요"	<ul style="list-style-type: none"> 대상자의 다양한 욕구해결을 위한 자원동원 차원 "네트워크를 시스템 체계를 구축해야 대상자의 욕구나 문제를 해결해 나갈 수 있기 때문에" (정4) "퇴원하시는 분들이 지역사회에 사실 수 있도록" (정6) "한 가지 문제만 가진 경우들이 잘 없거든요. 그런 케이스들을 서로 연계하면서 이제 활성화" (정10) 	기관 요인
	기관간 이해관계 "합"	<ul style="list-style-type: none"> 기관간 업무상 필요에 의해 상호호혜적 관계 형성 "기관별로 이해관계가 맞았다고" (정6) "기관에서 네트워크에 대한 관심이 없으면, 안하겠다고 하면 끝이지만 어쨌든 참여기관들이 합이 잘 맞은 이유도 있죠." (정10) 	

		<p>“줄 수 있는 서비스를 구분해서 뺀 건 빼고” (정7) “결국에 남는 건 필요에 의해서도 네트워크가 생기더라고요” (유2)</p>	
	조직구성원(기관장 및 중간관리자, 실무자)의 의지	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크에 대한 조직구성원의 관심과 의지(특히 기관장) “기관에서 얼마나 네트워크에 대해서 관심을 가지느냐에 따라 그게 개인적인 관심이든 기관장님의 관심이든 그 차이는 명확” (정10) “MOU체결할 때 이런 부분을 할 때, 협조가 보고를 해서 ok 가 없으면 시작조차 안되고... 시작은 기관장의 역할이 크지 않을까 라고 생각해요” (정5) “관심이 얼마만큼 있고 자원연계를 해서 관심에 따라” (정4) “담당자가 바뀌니 안되고 이런 부분들이 많이 아쉬웠죠” (정6) 	인적 요인
	네트워크 경험부족 “경험치”	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크에 대한 경험이 부족해서 기능이나 역할에 대해 오해함 “네트워크 경험의 부족하데서 오는 시행착오나 미숙함” (정8) “네트워크에 대한 경험치” (정8) 	
네트워크 구축 과정에서 어려움	이해관계(목표)의 차이 “막상 시작을 하니”	<ul style="list-style-type: none"> 목표나 목적에 대한 사전협의를 없이 네트워크 하는 경우 기관간 목표의 차이로 인한 갈등 발생 “저희 목표랑 저쪽 목표 또 사례가 이제 그 부분에 대한 욕구 이런 것들이 서로 의견 차” (정1) “처음에는 이제 서로 욕구가 비슷하다 해서 같이 손잡고 해보자 했는데 막상 시작을 하니 너무 이제 저희 기관과 맞지 않은 걸 계속 요구” (정1) “구색만 맞추시고 약간 증빙서류 느낌으로” (정4) “목적성이 다르니까. 그 쪽에선 필요하다고 생각해서 넣은 것 같은데 사례관리를 할 수 없는 초점할 수 없는 역할이라고 보니 그런 부분들이 명확하지 않아서” (유3) “내가 여길 왜왔지 라는 생각이 들면 결국에는 안가고 싶고 안가 시려고 하더라고요... 목적성이 다르니까” (유3) “본인이 원하는 걸 못찾은 거겠죠” (정10) “대부분은 이제 지원사업으로 받는 네트워크는 지원 예산이 끝나면 동시에 종결” (정10) 	기관 요인
	사례관리 주체 구분으로 인한 분절성 “나사레 내사레”	<ul style="list-style-type: none"> 기관간 사례관리 주체를 구분함에 따른 서비스의 분절성 “메인을 누가 가져갈 것인가를 끝까지 못 정해서 굉장히 애매해 지고...” (정1) “나사레 내사레 나누는 그건 우리 아무런 의미가 없는 거잖아요” (정8) “사실 같이 개입해야 되는데 제공하는 서비스의 종류나 방법적인 부분들이 다름에도 불구하고 우리 사례니까, 그리고 니네 사례니까 이렇게 갈려지는 것이 너무 분절성이 많더라는거” (정10) 	

		<p>업무부담</p>	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크를 수행하는 것에 관한 업무적 부담 <i>“중복이 되니까 업무가 과중이 됐고...나중에는 의무적으로 할 수 밖에 없더라고요” (유2)</i> <i>“사실 네트워크 스터디나 이런 것들은 팀원 입장에서는 충분히 부담스러울 수 있을 것 같거든요. 회의 진행하는거부터 발표하고 중요한거 연락하는거, 부담스럽다고 안할 수는 없기에” (정10)</i> 	
		<p>연계 담당자의 역량(이해)의 부족</p>	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 담당자가 바뀔 경우 적극성이나 사업의 이해도 부족(인적 요인의 영향력이 큼) <i>“기관의 정책 입장에서 봤을 때는 이 사업을 성공적으로 수행을 해야 된다는 게 입장이 있을 거고, 이 사업을 수행하기 위해서는 담당자는 역량을 발휘해야 할 거 같아요. 둘 다 있어야 되지” (정1)</i> <i>“계속 담당자가 바뀌고 하나...우리 기관에 할 수 없는 걸 요구하기도 하고 할 수 있는데 또 모르고 그냥 지나가기도 하고” (유2)</i> <i>“담당자의 사례에 따라 네트워크를 참여할수도 아닐수도가 제일 큰 것 같아요” (유3)</i> 	<p>인적 요인</p>
		<p>중간관리자의 역할 부재 <i>“나만 보내고”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> 중간관리자가 개입하지 않고 실무자만 보내는 소극적입장 일 경우 실무자도 동기요인이 적어짐 <i>“관리자급과 실무자가 함께하느냐, 아니면 배우는 입장이니깐 니 가봐라’ 실무자만 보내느냐에 따라... ‘나만 보내고’ ” (정9)</i> 	<p>인적 요인</p>
<p>네트워크 유지 요인</p>		<p>조직구성원(기관장 및 중간관리자, 실무자)의 의지</p>	<ul style="list-style-type: none"> 기관장, 중간관리자, 실무자가 모두 관심을 가지고 적극적으로 참여 <i>“기관장의 관심에 따라 난이도가 달라지는 것 같아요. 그 사업에 더 많이 관심을 가지시면 실무자의 부담감이 더 커지겠죠” (정6)</i> <i>“중요한건 기관장님들 팀장님들의 의지가 강하시고 실무자들도 거부감이 없다고 생각하고, 실무자들이 부담을 느꼈다면 이렇게까지 진행이 어려웠을텐데” (정6)</i> <i>“네트워크에서 기관에서 담당자 한명만 참여하면 확실히 좀 잘 와해되는 것 같아요. 호지부지 되는 거. 결국에는 중간관리자가 들어오고 기관장이 들어오며 형성된 네트워크는 끈끈해지는 부분들이 있는 것 같고” (정10)</i> <i>“조직 내에서 얼마나 네트워크 참여의 욕구를 표현하는 의견교환이 원활하게 잘 이루어 지느냐” (정9)</i> <i>“살아남는 네트워크는 결국에는 지원사업 때부터 끊임없이 자부담을 넣어서 만드는 것 말고는 거의 없는 것 같아요” (정10)</i> <i>“일을 하다가 새로운 기간하고 뭔가 콘택이 자연스럽게 됐는데</i> 	<p>인적 요인</p>

		<p>이런 기관도 있네 우리 너무 도움 되겠다. 그러면서 관리자급이나 기관장 한 번 만나서 찾아뵙자 하자 이래가지고 저희가 찾아가는 경우도 있고 저쪽에서 그런 또 호출이 먼저 와서 또 만나지기도 하고” (정1)</p>	
	성과 경험	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 사업으로 인해 목표가 달성된 경험을 한 경우 주요인이 강해짐 <p>“같이 진행을 성과라고 해야하나, 담당하는 업무들이 명확해진거죠” (정8)</p> <p>“정신장애인을 어떻게 지원해야하고 어떤 사업을 진행해야할지 서로 알게 되면서 자연스럽게 해결이 된다고 봐요” (정8)</p>	기관 요인/ 인적 요인
	거점기관의 역할 “가마를 드는 수고로움”	<ul style="list-style-type: none"> 주 역할을 하는 거점기관이 있어야 함 <p>“들어왔다 나갔다 해도 거점 기관이 역할을 잘해주면” (정8)</p> <p>“거점기관이 역할을 잘못하면 연결이 안되거나 없어지거나 호지 부지되거든요. 거점기관이 튼튼하면 자연스럽게 참여하고 싶어” (정7)</p> <p>“가마를 타는 즐거움을 느끼려면 누군가는 가마를 드는 수고로움을 해야” (정8)</p> <p>“주도적인 역할을 하는 기관이 하나는 있어야하고” (정10)</p>	기관 요인
	네트워크 참여인력의 “재량권”	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 추진력을 위해서는 각 기관이 네트워크 담당자에게 네트워크 사업의 결정에 관한 재량권을 부여해야 함 <p>“재량권 재량권이 더 가까울 수 있죠. 사실 업무수행에 있어 본인이 결정해서 진행될 거라는 것이 네트워크에서 중요할 것 같아요” (정10)</p> <p>“실무자만 모여있는 회의가 가장 힘들다. 결정할 수 있는게 아무것도 없어서” (정11)</p> <p>“결정권자가 못오면 위임 받아서, 그래야 거기서 회의한것들이 결정이 나지 돌아가서 빠꾸되면 힘이 빠지니” (정8)</p> <p>“각 기관에서 회의 내용도 이미 논의 후 합의만 할 수 있게” (정8)</p> <p>“충분히 논의를 하고 와야” (정7)</p>	기관 요인
	기관간 친밀감 “교류밖에 답이 없는 것 같아요”	<ul style="list-style-type: none"> 기관간 지속적으로 친밀한 교류가 필요함 <p>“네트워크 초기에 구성할 때에는 교류밖에 답이 없는 것 같아요” (정10)</p> <p>“사실상 서로가 좀 친밀해야 기관에 있는 자원이나 이런 것들을 오픈하고 소통할 수 있는 부분” (정11)</p> <p>“공사가 쉬여서...얼만큼 친밀하게 교류를 하는지가 중요한 요소” (정11)</p>	기관 요인/ 인적 요인

3) 네트워크 구축을 위한 전략

네트워크 구축을 위한 전략은 크게 기관차원, 네트워크 내부전략, 제도 및 정책차원으로 나누어 볼 수 있다. 기관차원에서는 네트워크 참여기관 간 ‘비전과 목표의 공유’가 필요함을 이야기 하고 있다. **“네트워크의 목적이 명확해야 한다고 생각해요. 목적이 없다면 서로 힘들어요”** 라는 표현에서도 볼 수 있듯이 네트워크는 여러 기관간의 이해관계가 맞물려 있는 만큼 서로간의 목적 합의와 역할이 명확하게 분류되어야 한다.

네트워크 구축시 내부 전략으로는 네트워크 유지요인에서 언급되었던 ‘교류’와 연관성이 있다고 볼 수 있는 전략으로 ‘교육연계를 기반으로 네트워크 형성’하는 것을 들 수 있다.

‘정기적이고 지속적인 교류’를 하는 것이 필요하며 그 수단으로 교육이 유용하게 활용될 수 있는 것이다. ‘네트워크 경험의 확대’는 ‘유지요인’과 ‘장애 요인’에서 확인된 ‘경험치’, ‘성공경험’과 관련이 있는 것이다. 네트워크를 추진하여 목표를 달성한 경험을 쌓도록 **“협소하게 시작해서 범위를 넓혀나가는”** ‘단계적 네트워크 확대’가 필요하다. 또한 기존의 네트워크망을 활용하는 것도 유용한 방법으로 제시되고 있다. 지역사회보장협의체나 운영위원회 등 지역의 인적자원망을 활용하여 이들을 네트워크로 활용하는 방법이 있다. ‘거점기관을 설정하여 안정적인 시스템을 구축’하는 것도 네트워크 내부 전략으로 유용하다. **“한 개의 기관이 만약에 그 네트워크를 다 감당해야하면 부담감이 너무 클 것”**이다. 거점기관과 협력기관으로 나누어 초기 네트워크 형성에서 기관의 부담감을 덜 수 있을 것이다. 또한 거점기관이 자리를 잡으면 부수적인 기관들이 네트워크 안에서 필요에 의해 자유롭게 오갈 수 있는 안정적인 구조가 형성될 수 있다. 마지막으로, **“복지관은 정말 전국에 지역마다 있기 때문에”** 지리적 측면에서 가지는 이점이 존재한다. 지역자원으로 복지관을 활용하여 부족한 인프라에 대해 일정부분 보충 기능을 수행할 수 있다.

셋째, 제도 및 정책차원에서는 ‘평가제도 개선’과 ‘공공 혹은 준공공기관이 구심자 역할을 수행’, ‘인프라 확대’로 나누어 볼 수 있다. 네트워크 사업에 관한 기존 평가제도가 실적위주로 되어있음은 ‘기존 전달체계의 문제인식’에서 언급되었었다. 이러한 평가체계에 인센티브제도를 활용하여 정성평가를 시범평가항목으로 넣는 것이 필요하다는 의견이었다. 아무래도 평가항목에 들어가 있다면 참여기관들 모두 적극적인 참여자세를 가질 수 있다는 것이다. 또한 이러한 네트워크는 민간기관 뿐아니라 공공기관도 참여하여 민관협력도 주요한 문제가 될 수 있다. 이러한 민관협력은 명확한 기관 구심점과 투입자원이

필요하다는 점에서 **“공공의 역할”** 이 중요하게 인식되고 있다. 마지막으로 인프라 확대 측면에서는 정신건강서비스의 통합 제공을 위해서는 정신건강복지센터, 사회복귀시설, 중독 센터, 훈련시설, 재활시설이 모두 있어야 가능하다고 언급하고 있다. 특히 재활시설은 지역 사회 적응에 중요한 요소로 볼 수 있다. 따라서 차차 이러한 인프라를 확대해 나가되, 각 영역별, 지역별로 고른 분포의 설립이 필요할 것이다.

<표IV-10> 정신건강통합지원체계 구축을 위한 전략

중범주		의미단위
기관 차원	비전과 목표의 공유 “ 목적이 없다면 서로 힘들어요 ” “ 원원 ”	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 참여 기관 간 비전과 목표의 공유 “계속 이해를 구해야 돼. 이해를 구해야 되고 이 사례를 왜 우리가 같이 해야 되고 이것들을 계속 설명드려야 되고” (정1) “네트워크의 목적이 명확해야 한다고 생각해요. 목적이 없다면 서로 힘들어요” (정10) “네트워크 회의에서 방향성이나 목적이 맞아야” (유1) “원원인 것 같아 서로 주고받는 게 반드시 있어야” (정1)
네트워크 내부 전략	기관간 역할배분	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크 안에서의 적절한 역할부여 “네트워크가 재미있으려면 기능이 비슷하면서 달라야돼요” (정8) “어느 정도의 역할도 부여가 돼야하고, 모여서 두루뭉술하게 이야기하기 보다는” (유1) “네트워크 파티 이런거... 제일 잘하는 거나 양이 많거나 뛰어난 것을 가져와서 거기에서 긍정적인 스파크가 일어나도록” (정8)
	교육연계를 기반으로 네트워크 형성 “ 교류밖에 답이 없는 것 같아요 ” “ 이웃처럼 주고 받는 것 ”	<ul style="list-style-type: none"> “교육 먼저 필요성을 항상 느끼고 있어요. 그래서 이제 네트워크를 맺을 때 직원 교육도 이제 헤드린다고 정신질환에 대해서 그런 부분 이해가 없으면 시작이 잘 되지 유지가 잘 안 되니까” (정1) “네트워크 초기에 구성할 때에는 교류밖에 답이 없는 것 같아요. 우리는 스터디가 기회가 됐었던 거고, 어쨌든 자리를 많이 만들어 주는 것. 그게 교육이 됐든 아니면 회의가 됐든” (정10) “네트워크나 스터디를 처음 시작한 것을 2011년부터 활동들을 하고 있지만, 얼마나 끌고갈 수 있는 마음맞는 사람들이 있느냐에 따라서 네트워크가 유지가 될 수 있고가 있는 것 같아요. 10년 가까이 보고 같이 해왔으니 동의를 하게 되고 다른 지역에 얘기를 하게 되고 학습적 효과라든지” (정9) “신뢰가 쌓였던 것 같아요. 시스템에 너무 집중하지 않았으면 좋겠다는 생각이 들었어요. 이웃기관이니 이웃처럼 주고 받는 것이 필요한 것 같아요” (정6)
	네트워크 경험의 확대 “ 범위를 넓혀나가는 ”	<ul style="list-style-type: none"> 단계적 네트워크 확대 “네트워크 구축에서 만큼은 협소하게 시작해서 범위를 넓혀나가는 게 좋지않을까” (정10) “약간 시범사업처럼 사업을 하나 좋은 사업을 같이 한번 하고 나서 네트워크”

		<p>크를 이제 제안을 하거나 하면 쉽게 이제 조금 되는 것 같더라고요” (정1)</p> <ul style="list-style-type: none"> 지역의 인적자원망 활용하여 네트워크 확대 “지역사회보장협의체 안에 이제 장애인 분과가 있으니까 그 안에서 여러 가지 사업들을” (정2) “운영위원회나 만나시니까” (정6) “지역사회보장협의체... 건강과 관련된 정신 신체 이제 의료기관 관련된 보건 분야가 그 기관에 다 들어와 있거든요. 중독 분야하고 그 네트워크를 통해서 얻어지는 게 굉장히 많아요” (정1)
	<p>거점기관 활용 “거점기관과 협력기관으로 나뉘는 거죠”</p>	<ul style="list-style-type: none"> 거점기관을 활용하여 안정적인 시스템 구축 “한 개의 기관이 만약에 그 네트워크를 다 감당해야하면 부담감이 너무 클 것 같기는 해요. 저희도 거점 기관이 역할들을 분배해서 하는 것들이 있고, 그래서 계속해서 만날 수 있고” (정10) “거점기관이 흔들리지 않는 이상에는 예를 들면 10개의 기관이 들어왔다 5개로 바뀌었는데 기준이 비슷했다고 하면 그럴 수도 있는데. 거점 기관은 흔들리지 않기 때문에 아동보호전문기관이 들어왔다 나갔다, 정신장애하는 팀이 들어왔다 나갔다. 정신과 병원도 들어왔다 나갔다 청소년 쉼터도 들어왔다 나갔다 해도 거점 기관이 역할을 잘해주면” (정8) “거점기관과 협력기관으로 나뉘는 거죠. 역할이 되어야 체계든 자원들도 하는 거니까. 사실 같이 가는 것이 기관에서의 부담도 덜한부분이 있는 것 같고” (정10)
	<p>복지관 활용 “복지관에 정말 전국에 지역마다 있기 때문에”</p>	<ul style="list-style-type: none"> 지역자원으로 복지관을 활용하여 부족한 인프라 보충 “복지관에 정말 전국에 지역마다 있기 때문에 그것을 활용하는 측면은 굉장히 좋은 것 같아요” (정2) “저희는 복지관에서 제공되는 프로그램도 있어 재활을 안하는데” (정10) “여건상 (정신건강서비스제공기관이) 없는 지역들이 많잖아요. 관련된 복지관들이나 구청 통합사례관리팀이라던지 그런쪽하고 연계를 하는 수 밖에는 없는 상황” (정10)
<p>제도 및 정책 차원</p>	<p>평가제도 개선 “평가지표에 넣으면”</p>	<ul style="list-style-type: none"> 네트워크에 관한 정성평가 항목을 인센티브 형태로 적용 “정신건강복지센터는 이런 것들에 대해서 연계해야 한다 이게 평가적 품목으로 들어가 있으면 열심히 하시죠” (정3) “인센티브와 같이 플러스를 해주는 형태의 평가가 돼야” (정10) “정책의 변화. 보건복지부의 지침에 의해서 공공기관은 행동할 수 밖에 없어요” (유3) “제일 좋은 건 평가지표에 넣으면...” (정6) “사업에 대한 횡수로 평가를 하잖아요. 그런데 그렇게 할 이유가 없다고요” (정3) “기관에 뭔가 뺏어가고 뺏기고 이런 개념 이런 건 사실 의미가 없거든요. 그냥 사람이 살아가는 세상에서 만들었으면 좋겠다라는 생각이 들더라고요” (정3)

	<p>공공 혹은 준공공기관이 구심자 역할 수행 “공공의 역할”</p>	<p>“(공공기관이 해야하는 이유가) 민이랑 다 어울려야 되기 때문에 그 역할을 할 수 있는 기관이.. 아니면은 어떤 기관 안에 아주 작은 위탁 부서” (정2) “정확한 기관 구심점이 있어야 가능하지 않겠나 과연 민간에서 그거를 적극적으로 할 수 있는 그 환경이 힘들죠. 그런 거는 어쨌든 인력과 시간과 에너지가 투입이 돼야되는 부분인데 ” (정2) “준 공공기관까지는 돼야 그 역할이 매끄럽게 될 수 있지 않을까 왜냐하면 모든 기관을 어울려야 되고 통합해야 되고 현황을 알아야 되고 연결을 시키려면 민에서는 하기 어렵죠” (정2) “공공의 기관의 역할을 하고 있는” (정3)</p>
	<p>인프라 확대</p>	<p>“정신건강서비스가 통합적으로 되려면, 정신건강복지센터뿐만 아니라, 사회복지시설, 중독센터, 훈련시설하고 재활시설 다 있어야 된다고 생각하거든요. 그 다음에 중간 훈련시설 같은 경우도, 그런 것들이 있어야 실제적으로 대상자 발굴했을 때 입원을 하던지, 병원은 사실 돈이 되니까 다 협조를 해요” (정10) “분할해서 제기능을 할 수 있는 시설들이 필요한 상황이죠” (정11) “사회서비스원에 정신재활시설 합해도 되거든요. 그걸 하자는 긍정적인 방향으로 나갈 수 있는거죠” (정8)</p>

4. 소결

정신건강서비스 제공자를 대상으로 질적면접조사를 통해 수집한 경험적 자료를 바탕으로 정신건강서비스 현장에서 전달체계 상의 어려움과 네트워크 구축 전략을 분석한 결과는 다음과 같다.

가. 기존 전달체계의 문제 인식

기존 전달체계와 관련한 문제로는 ‘인력 및 조직간 직군 차이’, ‘전문인력 수급의 어려움’, ‘기존 네트워크 운영시스템의 문제’, ‘기관 간 업무분담의 불균형’, ‘정책적 문제’로 나누어 볼 수 있다.

첫째, ‘인력 및 조직간 직군 차이’와 관련한 문제는 조직 간 특성이나 조직 내부에서 직군이 다름으로 인한 차이로 조정과정이 어려움이다. 조직 내부적으로는 보건영역과 복지영역이 혼합되어 있는 정신건강서비스 제공기관의 특성상, 조직구성 인력간 직군 혹은 전공의 차이로 인한 업무상 가치관의 갈등이 있다. 조직 외부적으로는 네트워크 기관 간

특성이 다름에서 오는 업무방식의 차이로 특히 공공과 민간간의 조직 경직성이나 특성 등이 다름으로 인한 갈등이 발생하고 있는 것으로 확인되었다. 둘째, ‘전문인력 수급의 어려움’은 예산 부족 등의 행정적 요인 혹은 지역적 특성으로 인해 정신건강전문요원 수급에의 어려움이다. 최근 중앙정부 지침에 따라 정신건강복지센터의 인력 충원 예산이 지원되었으나 현장에서는 지자체에서 인력증원에 부담을 느끼고 있거나, 지역적 광범위성으로 인해 인력공급이 분균형하게 이루어지는 문제가 있었다. 셋째, ‘기존 네트워크 운영시스템의 문제’는 기존 정신건강서비스 네트워크가 협약이나 연계 수준에서의 운영되어 질적인 부분에 있어 개선이 필요한 ‘초보적 네트워크’ 문제와 네트워크 부족으로 인해 대상자에게 ‘분절적 서비스’가 제공되는 문제가 있었다. 넷째, ‘기관 간 업무분담의 불균형’은 정신건강관련 정책이 기초정신건강복지센터에 집중됨에 따라 업무쏠림현상과 사례관리의 약화문제가 있었다. 다섯째는 정책적 문제로, 인프라 부족으로 인한 서비스의 한계와 실적위주의 평가체제로 인한 네트워크 사업의 형식화 등이 있었다.

나. 네트워크 구축 동기 및 유지 요인

네트워크를 구축하게 된 동기나 네트워크를 계속 유지하게 하는 유인요인으로는 ‘네트워크 동기요인’, ‘네트워크 구축 과정에서의 어려움’, ‘네트워크 유지요인’으로 나누어 살펴볼 수 있다.

첫째, ‘네트워크 동기요인’은 ‘대상자의 다양한 욕구 해결을 위한 자원동원 차원’과 ‘기관간 이해관계에 의해’ ‘업무상 필요에 의한 상호 호혜적 관계’, ‘기관장, 중간관리자, 실무자 등 조직 구성원이 네트워크에 대해 어떤 관심과 의지’를 가지고 있는지가 주요한 요인으로 의미단위로 도출되었다. 대상자 욕구 해결은 주요한 동기요인이며 기관간 이해관계가 맞는 경우, 조직 구성원 및 기관장의 관심과 의지가 있는 경우 네트워크가 이루어진다고 볼 수 있다. 둘째, ‘네트워크 구축 과정에서의 어려움’은 네트워크 구축과정에서 갈등상황이 발생하였거나 그로인해 네트워크가 깨진 경험에 관한 것이다. ‘네트워크 경험부족’이라는 점은 네트워크 자체에 대한 이해와 협의의 필요성에 대해 이야기 하고 있다. 네트워크 경험부족, 목표나 목적에 대한 사전협약이 없이 네트워크하는 경우 기관간 목표의 차이로 인한 갈등이 발생하게 되는 ‘기관간 이해관계의 차이’를 비롯하여 ‘사례관리 주체

구분으로 인한 분절성', '네트워크 수행으로 인한 업무 부담', '연계 담당자의 역량이나 이해의 부족', '중간관리자의 역할부재'가 주요 의미단위로 도출되었으며 '네트워크 경험치', '가마를 타는 즐거움을 느끼려면 누군가는 가마를 드는 수고로움을 해야' 등이 이러한 의미를 표현하고 있다. 또 인력적 요인은 실무자나 기관장의 인식, 접근태도, 의지 등이 네트워크 유지에 영향을 미침을 확인 할 수 있다.

다. 네트워크 구축을 위한 전략

네트워크 구축을 위한 전략은 크게 기관차원, 네트워크 내부전략, 제도 및 정책차원으로 나누어 볼 수 있다. 기관차원에서는 네트워크 참여기관 간 '비전과 목표의 공유'가 필요하며 여러 기관간의 이해관계가 맞물려 있는 만큼 서로간의 목적 합의와 역할이 명확해야 함을 확인할 수 있다. 또한 내부전략으로 단계적 네트워크와 거점기관 중심을 들 수 있다.

'거점기관 중심으로' '협소하게 시작해서 범위를 넓혀 나가는' 단계적 네트워크 전략은 네트워크의 안정성과 확장성에 유용하다. 이와 더불어 지역사회보장협의체나 운영위원회 등 지역에 있는 기존의 네트워크망을 활용하는 것이 대안으로 제시되고 있다. 또, 기초정신건강 복지센터 이외에 지리적 측면에서 보편적인 공급이 되어있는 '복지관'을 주요한 지역자원으로 활용하여 부족한 인프라에 대해 일정부분 보충 기능을 담당하게 할 필요가 있음을 확인할 수 있다. 셋째, 제도 및 정책차원에서는 '실적위주의 평가제도 개선'과 '공공 혹은 준공공기관이 네트워크 구심자 역할을 수행', '영역별·지역별 특성과 형평성을 고려한 정신건강서비스 인프라 확대'를 들 수 있다.

라. 종합논의

연구결과를 토대로 살펴보면, 기존 정신건강서비스 전달체계는 '인력 및 조직간 직군 차이로 인한 조정과정의 어려움', '지역별 전문인력 수급의 어려움', '네트워크의 기능 부족의 문제', '기관 간 업무분담의 불균형으로 인한 기초정신건강센터의 업무과중 및 사례관리 약화', '인프라 부족으로 인한 서비스의 한계와 실적 위주의 평가체제로 인한 네트워크 사업의 형식화' 문제를 가지고 있는 것으로 나타났다.

네트워크 구축의 동기 요인은 ‘대상자의 다양한 욕구 해결’ 과 ‘기관간 이해관계’ ‘업무상 필요’ , ‘기관장, 중간관리자, 실무자 등 조직 구성원의 의지’ 가 주요인 요인인 것으로 나타났다. 더불어 네트워크 유지에 관한 장애요인으로는 ‘네트워크 경험부족’ , ‘기관간 이해관계의 차이’ , ‘사례관리 주체 구분으로 인한 분절성’ , ‘네트워크 수행으로 인한 업무 부담’ , ‘연계 담당자의 역량이나 이해의 부족’ , ‘중간관리자의 역할부재’ 등이 있었다.

이러한 점을 고려한 네트워크 구축 전략은 네트워크 참여 기관간 ‘비전과 목표의 공유’ , ‘지역 복지관의 활용을 통한 인프라 부족 극복’ , ‘거점기관 중심의 단계적 네트워크 확대’ , ‘공공 혹은 준공공기관의 네트워크 주도 및 참여’ , ‘영역별·지역적 특성과 형평성을 고려한 인프라 확대’ 를 들 수 있다.

이를 바탕으로, 정신건강서비스 전달체계의 문제별 제도적 개선방안 및 네트워크 구축 전략을 다음과 같이 수립할 수 있을 것이다.

첫째, 정신건강서비스 통합지원체계의 시범 적용이다. 정신건강서비스 통합지원체계는 앞서 연구결과를 토대로 거점기관의 구축 및 활용, 지역사회복지관의 활용, 정신재활시설의 설치, 정신장애인의 지역사회 통합적 관점에서의 접근, 공공 혹은 준공공기관의 네트워크 주도를 주요한 요건으로 도출해 볼 수 있다. 이를 토대로 모형의 설계와 적용가능 지역을 고려해 볼 수 있을 것이다.

둘째, 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 정신건강 인적·물적 인프라 확대이다. 현재 경남 지역에는 지역사회에서 정신재활시설과 주거지원시설(사회주택 혹은 지역사회 전환시설)이 부족한 실정이다. 지역 내 정신재활시설을 확대하고, 케어안심주택 등의 주거지원 시설의 확대가 필요하다.

이외에 정신건강서비스의 정성 평가 체계 강화와 안정적 전문인력 공급체계 등을 통해 네트워크가 구축될 수 있는 환경 구성이 필요하다.



제 5 장

경상남도 정신건강서비스 실무자의 업무 중요도 및 수행도 분석(IPA)

1. 조사개요
2. 분석결과
3. 소결



제5장 경상남도 정신건강서비스 실무자의 업무 중요도 및 수행도 분석(IPA)

1. 조사개요

가. 조사의 목적

본 조사는 설문지를 활용하여 정신건강서비스 제공기관의 업무현황과 실무자가 판단하는 각 업무의 중요도와 수행정도(일반적으로 수행정도는 강도와 빈도로 표현되는데 본 연구 보고서에서는 빈도로 파악하였음)를 파악하였다. 이를 통해 중요도와 수행도 간의 차이점을 파악하고 사업에 관한 우선순위를 도출하여 개선해야 하는 업무와 향후 집중해야 하는 업무를 제시하고자 하였다.

나. 조사대상자의 표집방법 및 조사일정

1) 대상 선정과 표집방법

본 조사의 대상은 경상남도 내 정신건강서비스 제공기관(정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, 정신요양시설, 정신재활시설, 정신의료기관)의 종사자 및 지역사회 복지관(종합복지관, 장애인복지관) 종사자이다. 조사는 자기기입식 온라인 설문지를 활용하여 실시되었으며 협조공문발송을 통해 조사가 실시되었다. 표집방법은 비할당표집으로 임의표집 방법을 활용하였다. 단, 기관의 업무를 묻는 조사 문항 특성상, 특정 기관의 참여자가 대거 참여하는 것을 방지하기 위해 각 기관당 인원을 1~3명으로 제한하여 실시하였다.

2) 조사일정

설문조사는 2021년 8월 26일~10월 15일까지 진행되었고, 총 142부의 설문지가 회수되었다.

3) 조사도구

조사도구는 하위문항 포함하여 개인적 특성 10문항, 기관특성 6문항, 지역사회 연계영역에서의 직무수행도 및 직무중요도 각 13문항, 직접서비스 제공영역에서의 직무수행도 및 직무중요도 각 32문항, 코로나 19관련 6문항으로 총 112문항으로 아래와 같이 구성되었다.

<표V-1> 변수의 구성

변수 구분	문항	문항수
개인적 특성	성별, 연령, 학력, 자격증, 주 담당 업무, 정신건강 분야 경력, 담당 사례수, 지역사회 연계 업무경험 유무 등	10
기관특성	재직 기관 유형, 지역사회 연계 기관수 및 빈도, 경남도의 정신건강 증진 지원 우선 순위, 정신건강증진사업 효율성제공을 위한 개선 우선 순위, 경남도의 정신건강복지정책 우선순위, 현재 기관의 지역사회연계업무의 필요도 등	6
지역사회 연계영역	지역사회 연계영역 직무능력 단위별 직무수행도	13
	지역사회 연계영역 직무능력 단위별 직무중요도	13
직접서비스 제공영역	직접서비스 제공영역 직무능력 단위별 직무수행도	32
	직접서비스 제공영역 직무능력 단위별 직무중요도	32
코로나19 관련	코로나19로 인한 업무량의 변화 유무, 근무영역의 취약함, 환자 혹은 의심자와의 업무상 접촉 경험, 기관의 배려	6
총 문항수		112

4) 자료분석방법

본 연구에서는 경상남도의 정신건강서비스 실태 분석을 위해 자기기입 설문조사 방식으로 수집한 자료를 저명한 통계분석 패키지 SPSS win 25.0 version을 활용하였다. 이 과정에서 통계분석의 기법들은 일차적으로 연구대상의 기술통계 정보를 제공하기 위해 빈도 분석과 교차분석을 실시하였으며, 정책의 우선순위 분석을 위해 대응표본 T-test과 IPA 분석을 실시하였다.

세부적인 내용으로 들어가면, 먼저 조사대상자의 일반적 특성, 직업적 특성, 업무적 특성 그리고 코로나-19 관련 직무 환경에 대해서는 빈도분석 및 기술통계 분석을 실시하였다.

‘경상남도 정신건강증진사업 우선순위’ 을 기준으로 조사대상의 일반적 특성, 직업적 특성, 업무적 특성과의 교차분석을 실시하였다. 또한, 교차분석의 결과가 통계적 유의성이 있는지를 알아보기 위하여 카이제곱검정으로 확인하였다.

‘경상남도 정신건강증진사업 개선사항’ 과 ‘경상남도 정신건강복지정책 방향성’ 에 대한 다중응답을 기준으로 조사대상의 일반적 특성, 직업적 특성, 업무적 특성과의 교차분석을 실시하였다.

지역사회 연계영역에서 조사대상자가 인지하는 직무 수행도와 직무 중요도 간의 통계적 유의미성을 분석하기 위해 대응표본 T-test를 실시하고, 개별 직무의 우선순위를 알아보기 위해 IPA(Importance-Performance Analysis)분석을 실시하였다.

그리고 직접서비스 제공영역에서 조사대상자가 인지하는 직무 수행도와 직무 중요도에서도 지역사회 연계영역과 마찬가지로 통계적 유의미성을 분석하기 위해 대응표본 T-test를 실시하고, 개별 직무의 상위항목별 평균값을 이용하여 IPA를 실시하였다. 이 때 문항별 값은 소수점 둘째 자리에서 반올림하여 기재하여 결과를 제시하였다.

2. 분석결과

가. 조사대상자의 일반적 특성

1) 조사대상자의 인구사회학적 특성

경상남도 정신건강서비스 실태조사를 위해 본 연구에 참여한 조사대상자의 수는 총 142명으로 집계되었으며, 이 실태조사의 자료를 통해 기관유형별 통합지원체계 구축의 중요한 정보를 제공할 수 있었다.

먼저, 조사대상자의 일반적 특성을 살펴보면 아래 표와 같다. 첫째, 성별의 경우, 남성이 39명으로 27.5%의 비율을 보여주고 여성은 103명(72.5%)의 비율을 보이는 것으로 나타났다. 다음으로 연령별로는 30대와 40대가 각각 49명으로 각각 34.5%로 나타났고, 학력

별로는 대학 졸업자가 62.7%로 가장 높았으며 다음으로 전문대 졸업이 19.0%, 대학원 졸업이 18.3%로 나타났다.

지역별 분포도는 농어촌 지역이 42명(29.6%), 도시지역이 100명(70.4%)의 비율을 차지하는 것으로 나타났다. 다만, 시군별로는 김해시가 18.3%(26명)으로 가장 많은 응답률로 보여주었고, 창원시 15.5%(22명), 양산시 9.9%(14명) 순으로 나타났다.

<표 V-2> 조사대상자의 일반적 특성

구분		빈도	퍼센트
성별	남성	39	27.5
	여성	103	72.5
연령	20대	29	20.4
	30대	49	34.5
	40대	49	34.5
	50대 이상	15	10.6
학력	전문대졸업	27	19.0
	대학 졸업(대학원 석사 재학 포함)	89	62.7
	대학원졸업(석사, 박사학위취득자)	26	18.3
지역	농어촌지역	42	29.6
	도시지역	100	70.4
시/군	창원시	22	15.5
	진주시	4	2.8
	통영시	12	8.5
	사천시	8	5.6
	김해시	26	18.3
	밀양시	3	2.1
	거제시	11	7.7
	양산시	14	9.9
	의령군	6	4.2
	함안군	3	2.1
	창녕군	1	0.7
	고성군	6	4.2
	남해군	6	4.2
	하동군	3	2.1
	산청군	5	3.5
	함양군	5	3.5
	거창군	3	2.1
	합천군	4	2.8
총계		142	100.0

2) 조사대상자의 직업적 특성

조사대상자의 직업적 특성에서는 먼저 자격증 유형별로 볼 때, 사회복지사의 응답비율이 61.3%로 가장 높았고 정신건강사회복지사(11.3%), 정신건강간호사(19.0%), 정신건강임상심리사(0.7%) 순으로 나타났다.

조사대상자들이 정신건강 분야에 근무한 경력은 평균 5.3년(SD=5.388)로 나타난 가운데, 응답자 중 1년 이하가 33.8명으로 가장 많았고 그 다음은 5년 이하(28.2%)의 순으로 나타났다.

담당사례수는 평균 25.7사례(SD=23.835) 정도로 보고되었으며, 이 중 10사례 이하로 담당하고 있다고 응답한 경우가 52명(36.6%)로 가장 많았으며, 30사례는 28.9%, 50사례 이하는 21.8%의 응답률을 보였다.

담당업무별 분포에서는 사례관리 업무를 담당하고 있는 경우가 전체 응답자 중 80명으로 56.3%의 비율을 차지하였다. 그 외 여러 가지 형태의 업무를 담당하고 있다는 응답이 다양하게 표출되었다.

기관 유형별로는 정신건강복지센터에서 근무하고 있다고 응답한 경우가 58명(40.8%)로 가장 높았고, 그 다음으로 장애인복지관 18.3%, 종합사회복지관 16.9% 순으로 나타났다.

<표 V-3> 조사대상자의 직업적 특성

구분		빈도	퍼센트
자격증	정신건강사회복지사	16	11.3
	정신건강간호사	27	19.0
	정신건강임상심리사	1	0.7
	사회복지사	87	61.3
	기타	11	7.7
정신건강분야 경력	1년 이하	48	33.8
	5년 이하	40	28.2
	10년 이하	28	19.7
	10년 초과	26	18.3
	Mean(SD)	5.3year(SD=5.388)	
담당	10사례 이하	52	36.6

사례수	30사례 이하	41	28.9
	50사례 이하	31	21.8
	51사례 이상	17	12.0
	결측값	1	0.7
	Mean(SD)	25.7case(SD=23.835)	
담당업무	사례관리	80	56.3
	정신증상 치료서비스	2	1.4
	정신장애 교육훈련	2	1.4
	정신재활 서비스 제공	10	7.0
	정신건강 조사연구	1	0.7
	시민정신 건강증진	5	3.5
	정신장애 예방사업	3	2.1
	지역사회 연계사업	23	16.2
	기타	16	11.3
기관유형	정신건강복지센터	58	40.8
	정신요양원	6	4.2
	정신의료기관	2	1.4
	정신재활시설	2	1.4
	종합사회복지관	24	16.9
	장애인복지관	26	18.3
	중독관리통합지원센터	9	6.3
	기타	15	10.6
총계	142	100.0	

3) 조사대상자의 지역사회연계 업무적 특성

한편, 조사대상자의 지역사회 연계업무와 관련한 특성에서는 연계 경험이 있다고 응답한 경우가 85.2%에 달했으며, 기관에서의 지역사회 연계 활동 유무에서도 현재 연계활동을 수행 중이라고 응답한 경우가 93.0%나 되었다.

조사대상자의 지역사회 연계업무 수행기간은 평균 3.6년(SD=3.937)으로 나타났고 이 중 1년 이하라고 응답한 경우가 39.4%로 가장 많았고 5년 초과는 23.2%, 2~3년은 21.8% 순으로 나타났다.

지역사회 연계협력 기관수는 평균 13.9개소(SD=21.211)로 집계되었고 5개 이하의 경우가 전체 응답자 중에서 40.7%로 가장 많았으며 그다음은 10개 이하가 36.6% 순으로 나타났다.

연평균 지역사회연계업무 수행횟수는 평균 30.3회(SD=58.090)으로 나타난 가운데, 5회 이하가 31.7%, 10회 이하와 21회 이상이 각각 26.8%로 집계되었다.

지역사회 연계 업무 부담비율은 30~40%라고 응답한 경우가 32.4%로 가장 많았고 그 다음으로 10~20%가 24.6%, 50~60%가 23.2% 순으로 나타났다.

지역사회 연계업무 전담직원 배치 유무에 관한 조사에서는 전담직원이 있다고 응답한 경우가 37명(26.1%)로 나타났다.

<표 V-4> 조사대상자의 지역사회연계 업무적 특성

구분	빈도	퍼센트	
지역사회연계업무 경험유무	경험 있음	121	85.2
	전혀 없음	21	14.8
기관에서의 지역사회 연계활동 유무	기관차원 연계활동수행중	132	93.0
	활동 없음	10	7.0
지역사회연계업무 수행기간(년)	1년 이하	56	39.4
	2-3년	31	21.8
	4-5년	17	12.0
	5년 초과	33	23.2
	결측값	5	3.5
지역사회연계 협력기관수	5개 이하	57	40.1
	10개 이하	52	36.6
	11개 이상	33	23.2
연평균 지역사회연계 업무 수행횟수	5회 이하	45	31.7
	10회 이하	38	26.8
	20회 이하	21	14.8

	21회 이상	38	26.8
지역사회 연계 업무부담 비율	10-20%	35	24.6
	30-40%	46	32.4
	50-60%	33	23.2
	70-80%	19	13.4
	90-100%	6	4.2
	결측값	3	2.1
지역사회연계업무 전담직원 배치유무	전담직원 있음	37	26.1
	전담직원 없음	95	66.9
	해당없음	10	7.0
총계		142	100.0

나. 경상남도 정신건강증진사업 우선순위

1) 경상남도 지역사회정신건강 우선지원 요청사항

경상남도가 지역사회의 정신건강증진을 위해 가장 우선적으로 지원해야 하는 사업을 조사 대상자의 일반적 특성에 따라 확인해보면 다음과 같다.

전체적으로 볼 때, 조사대상자들은 ‘경상남도가 지역사회의 정신건강증진을 위해 가장 우선적으로 지원해야 하는 사업’ 으로 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 를 가장 중요하게 보고 있었고, 그 다음으로 정신재활서비스 제공의 확대와 정신증상치료서비스 제공 확대를 중요하게 생각하는 것으로 나타났다.

조사대상자 중 남성의 경우 ‘고위험군 정신장애인관리’ 에 19명(48.7%)이 응답하여 가장 높게 나타냈으며, 여성의 경우 ‘정신재활서비스 제공확대’ 에 29명(28.2%), ‘고위험군 정신장애인관리’ 에 28명(27.2%) 순으로 높은 응답률을 보였다.

조사대상자의 연령대에 따른 비교에서는 ‘고위험군 정신장애인관리’ 가 모든 연령대에서 가장 높게 나타났고, 그 다음 순위로 20대에서는 ‘정신증상치료서비스 제공확대’ 가 6명(20.7%), 30대, 40대, 50대에서는 ‘정신재활서비스 제공확대’ 가 각각 11명(22.4%), 12명(24.5%), 4명(26.7%)으로 높게 나타났다.

조사대상자의 학력의 경우에서도 ‘고위험군 정신장애인 관리’가 가장 높게 나타났으며, 그 다음 순위로 전문대 졸업자의 경우 ‘정신증상치료서비스 제공확대’가 6명(22.2%)으로 높게 나타났다. 대학교 졸업자의 경우에는 ‘정신재활서비스 제공확대’가 24명(27.0%)로 높게 나타났고, 대학원 졸업자의 경우에는 ‘정신장애인 가족지원확대’가 5명(19.2%)으로 높은 비율을 차지하였다.

지역에 따라서는 농어촌과 도시 모두에서 ‘고위험군 정신장애인 관리’가 각각 15명(35.7%), 32명(32.0%)으로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 ‘정신재활서비스 제공 확대’가 각각 11명(26.2%), 21명(21.0%)으로 나타났다. 단, 도시지역의 경우 농어촌지역에서는 응답되지 않았던 ‘정신장애인 자조모임 지원확대’나 ‘도민의 정신건강사업 확대’, ‘정신장애예방사업 확대’ 등과 같은 사업에서도 다양하게 응답되었다.

<표 V-5> 조사대상자의 일반적 특성별 경남의 정신건강증진사업 우선순위

구분	경남의 정신건강증진사업의 우선순위												전체	x2 (p-value)	
	고위험군 정신장애인 관리	정신장애인 가족지원 확대	정신증상 치료 서비스 제공 확대	정신장애인 교육 훈련	정신재활 서비스 제공 확대	정신장애인 자조모임 지원 확대	정신건강 조사 연구	도민의 정신건강 사업 확대	정신장애 예방 사업 확대	지역사회 연계 사업 확대	기타				
성별	남성	N	19	5	5	1	3	0	0	0	2	2	2	39	16.639 (.083)
		%	48.7	12.8	12.8	2.6	7.7	0.0	0.0	0.0	5.1	5.1	5.1	100.0	
	여성	N	28	6	17	3	29	2	3	3	5	6	1	103	
		%	27.2	5.8	16.5	2.9	28.2	1.9	2.9	2.9	4.9	5.8	1.0	100.0	
연령	20대	N	8	4	6	2	5	0	0	1	2	1	0	29	24.142 (.766)
		%	27.6	13.8	20.7	6.9	17.2	0.0	0.0	3.4	6.9	3.4	0.0	100.0	
	30대	N	16	5	9	1	11	0	1	0	2	2	2	49	
		%	32.7	10.2	18.4	2.0	22.4	0.0	2.0	0.0	4.1	4.1	4.1	100.0	
	40대	N	18	1	6	0	12	2	2	1	3	3	1	49	
		%	36.7	2.0	12.2	0.0	24.5	4.1	4.1	2.0	6.1	6.1	2.0	100.0	
	50대 이상	N	5	1	1	1	4	0	0	1	0	2	0	15	
		%	33.3	6.7	6.7	6.7	26.7	0.0	0.0	6.7	0.0	13.3	0.0	100.0	
학력	전문대졸	N	12	1	6	2	5	0	1	0	0	0	0	27	27.483 (.122)
		%	44.4	3.7	22.2	7.4	18.5	0.0	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	

	대졸	N	27	5	16	1	24	1	1	2	4	6	2	89	
		%	30.3	5.6	18.0	1.1	27.0	1.1	1.1	2.2	4.5	6.7	2.2	100.0	
	대학원 졸	N	8	5	0	1	3	1	1	1	3	2	1	26	
		%	30.8	19.2	0.0	3.8	11.5	3.8	3.8	3.8	11.5	7.7	3.8	100.0	
지 역	농어촌	N	15	2	9	2	11	0	1	0	0	2	0	42	9.721 (.465)
		%	35.7	4.8	21.4	4.8	26.2	0.0	2.4	0.0	0.0	4.8	0.0	100.0	
	도시	N	32	9	13	2	21	2	2	3	7	6	3	100	
		%	32.0	9.0	13.0	2.0	21.0	2.0	2.0	3.0	7.0	6.0	3.0	100.0	
전체	N	47	11	22	4	32	2	3	3	7	8	3	142	-	
	%	33.1	7.7	15.5	2.8	22.5	1.4	2.1	2.1	4.9	5.6	2.1	100.0		

경상남도가 지역사회의 정신건강증진을 위해 가장 우선적으로 지원해야 하는 사업을 조사 대상자의 직업적 특성에 따라 확인해보면 다음과 같다.

자격증을 기준으로 우선순위를 확인해보면, 정신건강사회복지사와 정신건강간호사는 각각 7명(43.8%), 10명(37.0%)으로 ‘정신재활서비스 제공확대’가 가장 높게 나타났다. 정신건강 임상심리사의 경우 ‘정신장애 예방사업확대’로 확인되며 사회복지사와 기타 자격증 소지자의 경우에는 각각 31명(35.6%), 5명(45.5%)으로 ‘고위험군 정신장애인관리’가 가장 높게 나타났다.

총 경력에 따른 우선순위의 경우 모두에서 ‘고위험군 정신장애인관리’가 가장 높게 응답하였다. 다음으로는 1년 이하의 경우 ‘정신재활서비스 제공확대’가 10명(20.8%)으로 높게 나타났고, 5년 이하의 경우에는 ‘정신증상치료서비스 제공확대’가 8명(20.0%)이 높게 나타났다. 다음으로 10년 이하와 11년 이상에서는 ‘정신재활서비스 제공확대’가 각각 6명(21.4%), 9명(34.6%)로 높게 나타났다.

담당사례 수에 따른 우선순위 분석에서는 10사례 이하와 30사례 이하에서는 각각 14명(26.9%), 20명(48.8%)으로 ‘고위험군 정신장애인관리’가 가장 높게 나타났으며, 50사례 이하와 51사례 이상의 경우에는 각각 11명(35.5%), 5명(29.4%)으로 ‘정신재활서비스 제공확대’가 가장 높게 나타났다.

담당업무에 따른 우선 순위의 경우에도 ‘고위험군 정신장애인관리’가 대체로 높게 나타났는데, 사례관리 26명(32.5%), 지역사회연계사업 10명(43.5%), 기타 6명(37.5%) 등의

업무에서 높은 응답율을 확인해볼 수 있다. 또한, ‘정신재활서비스 제공확대’의 경우 정신 재활서비스제공 업무에서 3명(30.0%)으로 높게 나타났고, ‘정신증상치료서비스 제공확대’의 경우에서도 정신장애예방사업 업무에서 2명(66.7%)의 응답이 확인되었다.

기관 유형에 따른 교차분석에서는 ‘고위험군 정신장애인관리’에서 정신요양원 3명(50.0%), 종합사회복지관 6명(25.0%), 장애인복지관 11명(42.3%), 중독관리통합지원센터 4명(44.4%), 기타 5명(33.3%)으로 가장 높게 나타났다. 단, 정신건강복지센터의 경우 ‘정신재활서비스 제공확대’가 19명(32.8%)으로 가장 높게 나타났다.

<표 V-6> 조사대상자의 직업적 특성별 경남의 정신건강증진사업 우선순위

구분	경남의 정신건강증진사업의 우선순위												x2 (p-value)	
	고위험군 정신장애인 관리	정신장애인가족지원 확대	정신증상 치료 서비스 제공 확대	정신장애인 교육 훈련	정신재활 서비스 제공 확대	정신장애인가조모임 지원 확대	정신건강조사 연구	도민의 정신건강 사업 확대	정신장애 예방 사업 확대	지역사회 연계 사업 확대	기타	전체		
자 격 증	정신건강 사회복지사	N 3	0	2	0	7	0	0	0	1	2	1	16	54.842 (.059)
	%	18.8	0.0	12.5	0.0	43.8	0.0	0.0	0.0	6.3	12.5	6.3	100.0	
	정신건강 간호사	N 8	0	6	1	10	0	0	0	2	0	0	27	
	%	29.6	0.0	22.2	3.7	37.0	0.0	0.0	0.0	7.4	0.0	0.0	100.0	
	정신건강 임상심리사	N 0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0	
사회 복지사	N 31	10	10	3	15	2	2	3	3	6	2	87		
	%	35.6	11.5	11.5	3.4	17.2	2.3	2.3	3.4	3.4	6.9	2.3	100.0	
기타	N 5	1	4	0	0	0	1	0	0	0	0	11		
	%	45.5	9.1	36.4	0.0	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
총 경 력	1년 이하	N 13	6	9	2	10	2	0	1	1	3	1	48	27.173 (.614)
	%	27.1	12.5	18.8	4.2	20.8	4.2	0.0	2.1	2.1	6.3	2.1	100.0	
	5년 이하	N 15	3	8	1	7	0	1	0	4	0	1	40	
	%	37.5	7.5	20.0	2.5	17.5	0.0	2.5	0.0	10.0	0.0	2.5	100.0	
	10년 이하	N 9	1	3	1	6	0	2	1	1	3	1	28	
	%	32.1	3.6	10.7	3.6	21.4	0.0	7.1	3.6	3.6	10.7	3.6	100.0	
11년 이상	N 10	1	2	0	9	0	0	1	1	2	0	26		
	%	38.5	3.8	7.7	0.0	34.6	0.0	0.0	3.8	3.8	7.7	0.0	100.0	
담 당 사 례	10사례 이하	N 14	7	7	1	11	2	1	2	3	3	1	52	33.716 (.292)
	%	26.9	13.5	13.5	1.9	21.2	3.8	1.9	3.8	5.8	5.8	1.9	100.0	
	30사례 이하	N 20	2	8	1	5	0	1	1	1	1	1	41	
	%	48.8	4.9	19.5	2.4	12.2	0.0	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	100.0	

수	50사례 이하	N	9	1	6	2	11	0	0	0	1	1	0	31	
		%	29.0	3.2	19.4	6.5	35.5	0.0	0.0	0.0	3.2	3.2	0.0	100.0	
	51사례 이상	N	3	1	1	0	5	0	1	0	2	3	1	17	
		%	17.6	5.9	5.9	0.0	29.4	0.0	5.9	0.0	11.8	17.6	5.9	100.0	
담당 업무	사례관리	N	26	6	12	4	20	1	2	0	3	5	1	80	50,795 (,996)
		%	32.5	7.5	15.0	5.0	25.0	1.3	2.5	0.0	3.8	6.3	1.3	100.0	
	정신증상 치료서비스	N	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
		%	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
	정신장애 교육훈련	N	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	
		%	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
	정신재활 서비스 제공	N	0	2	2	0	3	0	0	1	0	1	1	10	
		%	0.0	20.0	20.0	0.0	30.0	0.0	0.0	10.0	0.0	10.0	10.0	100.0	
	정신건강 조사연구	N	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
		%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	
	시민정신 건강증진	N	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5	
		%	40.0	20.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	100.0	
	정신장애 예방사업	N	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	
		%	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	100.0	
	지역사회 연계사업	N	10	1	4	0	4	0	0	1	1	1	1	23	
		%	43.5	4.3	17.4	0.0	17.4	0.0	0.0	4.3	4.3	4.3	4.3	100.0	
	기타	N	6	1	2	0	2	1	1	1	1	1	0	16	
		%	37.5	6.3	12.5	0.0	12.5	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	0.0	100.0	
기관 유형	정신건강 복지센터	N	17	2	13	2	19	0	1	0	2	2	0	58	78,999 (,216)
		%	29.3	3.4	22.4	3.4	32.8	0.0	1.7	0.0	3.4	3.4	0.0	100.0	
	정신요양원	N	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	6	
		%	50.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	100.0	
	정신의료 기관	N	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
		%	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0	
	정신재활 시설	N	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	
		%	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0	
	종합사회 복지관	N	6	4	5	2	2	0	0	2	1	1	1	24	
		%	25.0	16.7	20.8	8.3	8.3	0.0	0.0	8.3	4.2	4.2	4.2	100.0	
	장애인복 지관	N	11	2	0	0	5	2	1	0	1	3	1	26	
		%	42.3	7.7	0.0	0.0	19.2	7.7	3.8	0.0	3.8	11.5	3.8	100.0	
중독관리 통합지원 센터	N	4	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	9		
	%	44.4	11.1	11.1	0.0	22.2	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	100.0		
기타	N	5	2	3	0	1	0	1	1	2	0	0	15		
	%	33.3	13.3	20.0	0.0	6.7	0.0	6.7	6.7	13.3	0.0	0.0	100.0		
전체	N	47	11	22	4	32	2	3	3	7	8	3	142	-	
	%	33.1	7.7	15.5	2.8	22.5	1.4	2.1	2.1	4.9	5.6	2.1	100.0		

경상남도가 지역사회의 정신건강증진을 위해 가장 우선적으로 지원해야 하는 사업을 조사 대상자의 업무 특성에 따라 확인해보면 다음과 같다.

지역사회연계 업무경험이 있는 경우 정신건강증진사업 우선순위의 경우 경험 유무 모두에서 ‘고위험군 정신장애인관리’가 42명(34.7%)으로 가장 높게 응답 되었으며, 다음으로 ‘정신재활서비스 제공확대’가 28명(23.1%), ‘정신증상 치료서비스 제공확대’가 20명(16.5%) 등의 순으로 나타났다. 지역사회연계 업무경험이 없는 경우에도 ‘고위험군 정신장애인관리’가 5명(23.8%)으로 가장 높게 나타났다.

기관의 지역사회연계활동에 따른 우선순위는 연계활동 수행 중인 경우 ‘고위험군 정신장애인관리’가 44명(33.3%)으로 가장 높았으며, 다음으로 ‘정신재활서비스 제공확대’가 30명(22.7%), ‘정신증상 치료서비스 제공확대’가 21명(15.9%) 등의 순으로 높게 나타났다. 기관의 지역사회연계 활동이 없는 경우에도 ‘고위험군 정신장애인관리’가 3명(30.0%)으로 가장 높게 나타났다.

연계업무 수행년 수에 따른 우선순위의 경우 1년 이하에서는 ‘고위험군 정신장애인관리’가 18명(32.1%), ‘정신재활서비스 제공확대’가 11명(19.6%) 등의 순으로 나타났으며, 2-3년의 경우 ‘고위험군 정신장애인관리’ 12명(38.7%), ‘정신증상 치료서비스 제공확대’가 6명(19.4%) 등의 순으로 높게 나타났다. 4-5년의 경우 ‘고위험군 정신장애인관리’가 5명(29.4%), ‘정신증상 치료서비스 제공확대’ 4명(23.5%) 등의 순으로 나타났고, 5년 초과인 경우에는 ‘고위험군 정신장애인 관리’와 ‘정신재활 서비스제공 확대’가 각각 11명(33.3%)으로 높게 나타났다.

연계 기관수의 경우에도 ‘고위험군 정신장애인관리’가 모두에서 가장 높게 나타났는데 5개 이하인 20명(35.1%), 10개 이하인 15명(28.8%), 11개 이상인 12명(36.4%)로 나타났다. 그 다음으로는 5개 이하의 경우와 11개 이상의 경우에서 ‘정신재활 서비스제공 확대’가 각각 11명(19.3%), 12명(36.4%)으로 나타났고, 10개 이하에서는 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’가 12명(23.1%)으로 높게 나타났다.

연평균 지역사회 연계업무수행 횟수에 따른 우선순위를 살펴보면, ‘고위험군 정신장애인 관리’가 5회 이하 13명(28.9%), 10회 이하 15명(39.5%), 20회 이하 6명(28.6%), 21회

이상 13명(34.2%)로 가장 높게 나타났으며, 다음으로는 ‘정신재활 서비스제공 확대’ 에서 5회 이하 7명(15.6%), 10회 이하 9명(23.7%), 20회 이하 5명(23.8%), 21회 이상 11명(28.9%)으로 높게 나타났다.

지역사회연계 업무부담 비율에 따른 우선순위의 경우에도 ‘고위험군 정신장애인관리’ 가 가장 높게 나타났다. 10-20%는 8명(22.9%), 30-40%는 20명(43.5%), 50-60%는 8명(24.2%), 70-80%는 8명(42.1%), 90-100%는 3명(50.0%)으로 나타났다. 그 다음으로는 ‘정신재활 서비스제공확대’ 에서 10-20%가 6명(17.1%), 30-40%가 14명(30.4%), 50-60%가 7명(21.2%)으로 높게 나타났으며, ‘정신증상 치료서비스 제공 확대’ 에서 50-60% 7명(21.2%), 70-80%가 4명(21.1%)으로 높게 나타났고, 90-100%의 경우 ‘정신 장애인가족 지원확대’ 가 2명(33.3%)으로 높게 나타났다.

연계업무 전담직원의 유무에 따른 정신건강증진사업의 우선순위의 경우 전담직원이 있는 경우에는 12명(32.4%), 전담직원이 없는 경우에는 32명(33.7%)가 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 를 가장 우선해야할 사업으로 응답하였다. 그 다음으로는 ‘정신재활서비스 제공확대’ 에 대하여 전담직원 있음이 7명(18.9%), 전담직원 없음이 23명(24.2%)으로 높게 나타났다.

<표 V-7> 조사대상자의 지역사회연계 업무특성별 경남의 정신건강증진사업 우선순위

구분		경남의 정신건강증진사업의 우선순위												전체	x2 (p-value)
		고위험군 정신 장애인 관리	정신 장애인 가족 지원 확대	정신 증상 치료 서비스 제공 확대	정신 장애인 교육 훈련	정신 재활 서비스 제공 확대	정신 장애인 자조 모임 지원 확대	정신 건강 조사 연구	도민의 정신 건강 사업 확대	정신 장애 예방 사업 확대	지역 사회 연계 사업 확대	기타			
지역사회연계 업무 경험	있음	N	42	8	20	2	28	1	3	2	6	6	3	121	11.129 (.348)
	%	34.7	6.6	16.5	1.7	23.1	.8	2.5	1.7	5.0	5.0	2.5	100.0		
전혀 없음	N	5	3	2	2	4	1	0	1	1	2	0	21		
	%	23.8	14.3	9.5	9.5	19.0	4.8	0.0	4.8	4.8	9.5	0.0	100.0		
기관의 지역사회연계 활동	연계활동 수행중	N	44	10	21	4	30	1	3	3	7	6	3	132	11.436 (.325)
		%	33.3	7.6	15.9	3.0	22.7	.8	2.3	2.3	5.3	4.5	2.3	100.0	
	활동없음	N	3	1	1	0	2	1	0	0	0	2	0	10	
		%	30.0	10.0	10.0	0.0	20.0	10.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	100.0	
연계업무 수행	1년 이하	N	18	5	9	3	11	2	0	1	2	4	1	56	24.919 (.729)
		%	32.1	8.9	16.1	5.4	19.6	3.6	0.0	1.8	3.6	7.1	1.8	100.0	

제5장 경상남도 정신건강서비스 실무자의 업무 중요도 및 수행도 분석(IPA)

연수	2-3년	N	12	2	6	1	5	0	1	1	2	0	1	31	-	
		%	38.7	6.5	19.4	3.2	16.1	0.0	3.2	3.2	6.5	0.0	3.2	100.0		
	4-5년	N	5	0	4	0	3	0	0	0	2	2	1	17		
		%	29.4	0.0	23.5	0.0	17.6	0.0	0.0	0.0	11.8	11.8	5.9	100.0		
	5년 초과	N	11	3	2	0	11	0	2	1	1	2	0	33		
		%	33.3	9.1	6.1	0.0	33.3	0.0	6.1	3.0	3.0	6.1	0.0	100.0		
연계기관 수	5개 이하	N	20	5	7	1	11	2	0	2	4	4	1	57		24.739 (.212)
		%	35.1	8.8	12.3	1.8	19.3	3.5	0.0	3.5	7.0	7.0	1.8	100.0		
	10개 이하	N	15	4	12	3	9	0	3	1	2	3	0	52		
		%	28.8	7.7	23.1	5.8	17.3	0.0	5.8	1.9	3.8	5.8	0.0	100.0		
	11개 이상	N	12	2	3	0	12	0	0	0	1	1	2	33		
		%	36.4	6.1	9.1	0.0	36.4	0.0	0.0	0.0	3.0	3.0	6.1	100.0		
연평균 지시연계업무 회수	5회 이하	N	13	3	7	1	7	2	2	3	0	6	1	45		34.156 (.275)
		%	28.9	6.7	15.6	2.2	15.6	4.4	4.4	6.7	0.0	13.3	2.2	100.0		
	10회 이하	N	15	3	6	2	9	0	0	0	2	0	1	38		
		%	39.5	7.9	15.8	5.3	23.7	0.0	0.0	0.0	5.3	0.0	2.6	100.0		
	20회 이하	N	6	3	2	1	5	0	0	0	2	2	0	21		
		%	28.6	14.3	9.5	4.8	23.8	0.0	0.0	0.0	9.5	9.5	0.0	100.0		
21회 이상	N	13	2	7	0	11	0	1	0	3	0	1	38			
	%	34.2	5.3	18.4	0.0	28.9	0.0	2.6	0.0	7.9	0.0	2.6	100.0			
지시연계업무 비율	10-20%	N	8	3	5	2	6	2	2	1	3	3	0	35	38.979 (.516)	
		%	22.9	8.6	14.3	5.7	17.1	5.7	5.7	2.9	8.6	8.6	0.0	100.0		
	30-40%	N	20	3	5	1	14	0	0	0	0	2	1	46		
		%	43.5	6.5	10.9	2.2	30.4	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	2.2	100.0		
	50-60%	N	8	1	7	1	7	0	1	1	3	3	1	33		
		%	24.2	3.0	21.2	3.0	21.2	0.0	3.0	3.0	9.1	9.1	3.0	100.0		
70-80%	N	8	1	4	0	3	0	0	1	1	0	1	19			
	%	42.1	5.3	21.1	0.0	15.8	0.0	0.0	5.3	5.3	0.0	5.3	100.0			
90-100%	N	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6			
	%	50.0	33.3	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0			
연계담당업무 유무	전담직원 있음	N	12	6	3	2	7	1	0	2	2	2	0	37	26.135 (.161)	
		%	32.4	16.2	8.1	5.4	18.9	2.7	0.0	5.4	5.4	5.4	0.0	100.0		
	전담직원 없음	N	32	4	18	2	23	0	3	1	5	4	3	95		
		%	33.7	4.2	18.9	2.1	24.2	0.0	3.2	1.1	5.3	4.2	3.2	100.0		
	해당없음	N	3	1	1	0	2	1	0	0	0	2	0	10		
		%	30.0	10.0	10.0	0.0	20.0	10.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	100.0		
전체	N	47	11	22	4	32	2	3	3	7	8	3	142	-		
	%	33.1	7.7	15.5	2.8	22.5	1.4	2.1	2.1	4.9	5.6	2.1	100.0			

2) 경상남도 지역사회정신건강 효율성 개선요청사항

경상남도가 지역사회의 정신건강증진사업의 효율성 제고를 위해 개선해야 할 부분에 대해서는 1순위를 기준으로 ‘고위험군 정신장애인관리’가 51명(35.9%)으로 가장 많았고, 다음으로 ‘정신재활서비스제공 확대’가 22명(15.5%), ‘정신증상 치료서비스제공 확대’가 21명(14.8%) 등의 순으로 높게 나타났다.

다중응답 비율(1순위~3순위)로 확인해보면 가장 높은 비율로 나타난 것이 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 91명(64.1%), 다음으로 ‘정신증상 치료서비스제공 확대’가 83명(58.5%), ‘정신재활서비스제공 확대’가 66명(46.5%) 등의 순으로 높게 나타났다.

<표 V-8> 지역사회 정신건강증진사업 효율성 제고를 위해 개선할 부분

구분	1순위		2순위		3순위		다중응답 비율		
	N	%	N	%	N	%	N	%	케이스%
고위험군 정신장애인 관리	51	35.9	22	15.5	18	12.7	91	21.4	64.1
정신장애인 가족지원 확대	7	4.9	15	10.6	20	14.1	42	9.9	29.6
정신증상 치료서비스 제공 확대	21	14.8	43	30.3	19	13.4	83	19.5	58.5
정신장애인 교육훈련	8	5.6	7	4.9	17	12.0	32	7.5	22.5
정신재활서비스 제공 확대	22	15.5	21	14.8	23	16.2	66	15.5	46.5
정신장애인 자조모임 지원 확대	5	3.5	2	1.4	4	2.8	11	2.6	7.7
정신건강 조사연구	6	4.2	3	2.1	5	3.5	14	3.3	9.9
도민의 정신건강사업 확대	4	2.8	2	1.4	12	8.5	18	4.2	12.7
정신장애 예방사업 확대	8	5.6	16	11.3	12	8.5	36	8.5	25.4
지역사회연계사업 확대	7	4.9	10	7.0	11	7.7	28	6.6	19.7
기타	3	2.1	1	0.7	1	0.7	5	1.2	3.5
전체	142	100.0	142	100.0	142	100.0	426	100.0	300.0

경상남도가 지역사회의 정신건강증진사업의 효율성 제고를 위해 개선해야 할 기술통계분석에서는 조사대상자의 일반적 특성에 따라 다음과 같은 결과가 나타났다.

성별에 따른 개선사항을 살펴보면 ‘고위험군 정신장애인 관리’가 남성에서는 28명으로 23.9%를 차지하고 있었으며, 여성에서는 63명으로 20.4%를 차지해 가장 높은 응답률을 나타냈다. 다음으로 ‘정신증상 치료서비스제공 확대’에서는 남성에서 21명으로 17.9%를 차지하였고, 여성에서 62명으로 전체에서 20.1%로 높게 나타났다.

연령에 따른 개선사항을 살펴보면 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 에서 20대는 17명(19.5%), 30대는 32명(21.8%), 50대 이상의 경우에도 10명(22.2%)으로 가장 높게 나타났다. 40대의 경우에는 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 와 ‘정신증상 치료서비스제공 확대’ 에서 각각 32명(21.8%)으로 응답하여 높은 응답률을 보였다.

학력에 따른 개선사항으로는 전문대 졸업자 19명(23.5%), 대학교 졸업자 54명(20.2%), 대학원 졸업자 18명(23.1%)이 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 를 응답하였으며, 다음으로 전문대 졸업자 중 18명(22.2%), 대학교 졸업자 중 53명(19.9%), 대학원 졸업자 중 12명(15.4%)이 ‘정신증상 치료서비스제공 확대’ 를 높게 응답하였다.

지역에 따른 개선사항에서는 농어촌에서 29명(23.0%)과 도시에서 62명(20.7%)이 ‘고위험군 정신장애인관리’ 를 가장 높게 응답하였으며 다음으로 농어촌에서 26명(20.6%)과 도시에서 57명(19.0%)이 ‘정신증상 치료서비스제공 확대’ 를 높게 응답하였다.

<표 V-9> 조사대상자의 일반적 특성별 경남의 정신건강증진사업 개선사항

구분		경남의 정신건강증진사업 개선사항											전체	
		고위험군 정신장애인 관리	정신 장애인 가족 지원 확대	정신 증상 치료 서비스 제공 확대	정신 장애인 교육 훈련	정신 재활 서비스 제공 확대	정신 장애인 자조 모임 지원 확대	정신 건강 조사 연구	도민의 정신 건강 사업 확대	정신 장애 예방 사업 확대	지역 사회 연계 사업 확대	기타		
성별	남성	N	28	14	21	6	13	3	3	3	14	10	2	117
		%	23.9	12	17.9	5.1	11.1	2.6	2.6	2.6	12	8.5	1.7	100.0
	여성	N	63	28	62	26	53	8	11	15	22	18	3	309
		%	20.4	9.1	20.1	8.4	17.2	2.6	3.6	4.9	7.1	5.8	1	100.0
	소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426
		%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0
연령	20대	N	17	11	12	10	12	2	5	4	8	5	1	87
		%	19.5	12.6	13.8	11.5	13.8	2.3	5.7	4.6	9.2	5.7	1.1	100.0
	30대	N	32	17	30	14	21	4	2	5	11	9	2	147
		%	21.8	11.6	20.4	9.5	14.3	2.7	1.4	3.4	7.5	6.1	1.4	100.0
	40대	N	32	10	32	6	24	5	5	7	13	11	2	147
		%	21.8	6.8	21.8	4.1	16.3	3.4	3.4	4.8	8.8	7.5	1.4	100.0
	50대	N	10	4	9	2	9	0	2	2	4	3	0	45
		%	21.8	6.8	21.8	4.1	16.3	3.4	3.4	4.8	8.8	7.5	1.4	100.0

	이상	%	22.2	8.9	20	4.4	20	0	4.4	4.4	8.9	6.7	0	100.0
	소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426
		%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0
학 력	전문대 졸	N	19	7	18	5	15	1	1	3	7	5	0	81
		%	23.5	8.6	22.2	6.2	18.5	1.2	1.2	3.7	8.6	6.2	0	100.0
	대졸	N	54	26	53	24	41	7	11	12	20	16	3	267
		%	20.2	9.7	19.9	9	15.4	2.6	4.1	4.5	7.5	6	1.1	100.0
	대학원 졸	N	18	9	12	3	10	3	2	3	9	7	2	78
		%	23.1	11.5	15.4	3.8	12.8	3.8	2.6	3.8	11.5	9	2.6	100.0
	소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426
		%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0
지 역	농어촌	N	29	11	26	10	22	1	2	2	11	11	1	126
		%	23	8.7	20.6	7.9	17.5	0.8	1.6	1.6	8.7	8.7	0.8	100.0
	도시	N	62	31	57	22	44	10	12	16	25	17	4	300
		%	20.7	10.3	19	7.3	14.7	3.3	4	5.3	8.3	5.7	1.3	100.0
		소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5
	%		21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0
전체	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426	
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0	

경상남도 지역사회의 정신건강증진사업의 효율성 제고를 위해 개선해야 할 부분과 관련하여, 자격증별 분석에서는 먼저 정신건강사회복지사의 경우 12명(25.0%)이 ‘정신재활 서비스 제공확대’를 가장 높게 응답하였으며, 정신건강 간호사는 19명(23.5%)가 ‘정신 증상 치료서비스 제공확대’를 가장 높게 응답하였다. 사회복지사와 기타의 경우 각각 59명(22.6%), 7명(21.2%)이 ‘고위험군 정신장애인관리’를 가장 높게 응답하였다.

총 경력에 따른 응답을 살펴보면 1년 이하와 5년 이하, 10년 이하에서는 각각 28명(19.4%), 31명(25.8%), 17명(20.2%)이 ‘고위험군 정신장애인관리’를 가장 높게 응답하였다. 단, 11년 이상의 경우 ‘정신증상 치료서비스 확대’와 ‘정신재활 서비스제공확대’에서 각각 16명(20.5%)으로 동일하게 높은 수준을 나타냈다.

담당 사례수에 따른 개선사항의 경우에도 10사례 이하와 30사례 이하, 50사례 이하의 경우 각각 30명(19.2%), 32명(26.0%), 19명(20.4%)이 ‘고위험군 정신장애인 관리’를

응답하여 가장 높게 나타났다. 단, 51사례 이상의 경우에는 12명(23.5%)이 ‘정신증상 치료 서비스 제공확대’ 를 응답하여 가장 높게 나타났다.

담당업무에 따라서 높은 응답을 중심으로 살펴보면, 사례관리의 경우 56명(23.3%), 지역 사회연계사업과 기타에서 각각 17명(24.6%), 10명(20.8%)으로 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 를 가장 높게 응답하였다.

기관 유형을 기준으로 살펴보면, 정신건강복지센터의 경우 ‘정신증상 치료서비스 제공 확대’ 가 37명(21.3%)으로 가장 높게 응답되었으며, 정신요양원과 정신의료기관, 정신재활 시설에서는 ‘정신재활 서비스제공확대’ 가 각각 6명(33.3%), 2명(33.3%), 2명(33.3%)으로 가장 높게 나타났다. 종합사회복지관과 장애인복지관, 중독관리통합지원센터의 경우 ‘고위험군 정신장애인 관리’ 가 각각 17명(23.6%), 18명(23.1%), 8명(29.6%)으로 가장 높게 나타났고, 기타의 경우 ‘고위험군 정신장애인관리’ 와 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’ 가 동일하게 10명(22.2%)으로 가장 높게 나타났다.

<표V-10> 조사대상자의 직업적 특성별 경남의 정신건강증진사업 개선사항

구분		경남의 정신건강증진사업 개선사항											전체	
		고위험군 정신장애인 관리	정신 장애인 가족 지원 확대	정신 증상 치료 서비스 제공 확대	정신 장애인 교육 훈련	정신 재활 서비스 제공 확대	정신 장애인 자조 모임 지원 확대	정신 건강 조사 연구	도민의 정신 건강 사업 확대	정신 장애 예방 사업 확대	지역 사회 연계 사업 확대	기타		
자 격 이 별	정신건강 사회복지사	N	10	3	9	3	12	2	0	3	1	4	1	48
		%	20.8	6.3	18.8	6.3	25.0	4.2	0.0	6.3	2.1	8.3	2.1	100.0
	정신건강 간호사	N	15	4	19	5	18	1	1	6	9	2	1	81
		%	18.5	4.9	23.5	6.2	22.2	1.2	1.2	7.4	11.1	2.5	1.2	100.0
	정신건강 임상심리사	N	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
		%	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	100.0
	사회 복지사	N	59	33	48	21	30	6	12	7	23	20	2	261
		%	22.6	12.6	18.4	8.0	11.5	2.3	4.6	2.7	8.8	7.7	0.8	100.0
	기타	N	7	2	6	3	6	1	1	2	2	2	1	33
		%	21.2	6.1	18.2	9.1	18.2	3.0	3.0	6.1	6.1	6.1	3.0	100.0
	소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426
		%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0

추진기간	1년 이하	N	28	18	25	13	21	6	5	4	15	7	2	144
		%	19.4	12.5	17.4	9.0	14.6	4.2	3.5	2.8	10.4	4.9	1.4	100.0
	5년 이하	N	31	12	26	7	15	3	4	5	9	7	1	120
		%	25.8	10.0	21.7	5.8	12.5	2.5	3.3	4.2	7.5	5.8	0.8	100.0
	10년 이하	N	17	6	16	10	14	1	3	4	6	6	1	84
		%	20.2	7.1	19.0	11.9	16.7	1.2	3.6	4.8	7.1	7.1	1.2	100.0
	11년 이상	N	15	6	16	2	16	1	2	5	6	8	1	78
		%	19.2	7.7	20.5	2.6	20.5	1.3	2.6	6.4	7.7	10.3	1.3	100.0
	소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426
		%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0
담당사례수	10사례 이하	N	30	20	28	9	23	6	7	5	15	11	2	156
		%	19.2	12.8	17.9	5.8	14.7	3.8	4.5	3.2	9.6	7.1	1.3	100.0
	30사례 이하	N	32	11	27	7	19	1	3	6	7	8	2	123
		%	26.0	8.9	22.0	5.7	15.4	0.8	2.4	4.9	5.7	6.5	1.6	100.0
	50사례 이하	N	19	9	16	12	16	1	2	6	7	5	0	93
		%	20.4	9.7	17.2	12.9	17.2	1.1	2.2	6.5	7.5	5.4	0.0	100.0
	51사례 이상	N	9	2	12	4	8	3	2	1	6	3	1	51
		%	17.6	3.9	23.5	7.8	15.7	5.9	3.9	2.0	11.8	5.9	2.0	100.0
	소계	N	90	42	83	32	66	11	14	18	35	27	5	423
		%	21.3	9.9	19.6	7.6	15.6	2.6	3.3	4.3	8.3	6.4	1.2	100
담당요역과	사례관리	N	56	24	52	19	39	5	7	7	15	14	2	240
		%	23.3	10.0	21.7	7.9	16.3	2.1	2.9	2.9	6.3	5.8	0.8	100.0
	정신증상 치료서비스	N	1	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	6
		%	16.7	0.0	16.7	0.0	33.3	0.0	16.7	0.0	16.7	0.0	0.0	100.0
	정신장애 교육훈련	N	0	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0	6
		%	0.0	0.0	16.7	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	100.0
	정신재활 서비스제공	N	2	3	3	4	5	1	1	2	3	4	2	30
		%	6.7	10.0	10.0	13.3	16.7	3.3	3.3	6.7	10.0	13.3	6.7	100.0
	정신건강 조사연구	N	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
		%	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0	0.0	100.0
	시민정신 건강증진	N	3	1	2	0	3	0	0	3	2	1	0	15
		%	20.0	6.7	13.3	0.0	20.0	0.0	0.0	20.0	13.3	6.7	0.0	100.0
	정신장애 예방사업	N	1	0	3	1	1	1	0	0	2	0	0	9
		%	11.1	0.0	33.3	11.1	11.1	11.1	0.0	0.0	22.2	0.0	0.0	100.0
지역사회 연계사업	N	17	7	11	5	7	2	3	2	8	6	1	69	
	%	24.6	10.1	15.9	7.2	10.1	2.9	4.3	2.9	11.6	8.7	1.4	100.0	
기타	N	10	7	10	1	7	2	2	3	4	2	0	48	
	%	20.8	14.6	20.8	2.1	14.6	4.2	4.2	6.3	8.3	4.2	0.0	100.0	
소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426	
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0	

기관유형	정신건강 복지센터	N	36	11	37	16	33	4	2	11	14	9	1	174	
		%	20.7	6.3	21.3	9.2	19.0	2.3	1.1	6.3	8.0	5.2	0.6	100.0	
	정신요양원	N	2	2	3	2	6	0	0	0	0	0	2	1	18
		%	11.1	11.1	16.7	11.1	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	5.6	100.0
	정신의료 기관	N	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	6
		%	0.0	0.0	16.7	16.7	33.3	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	100.0
	정신재활 시설	N	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	1	1	6
		%	0.0	0.0	0.0	16.7	33.3	0.0	0.0	16.7	0.0	16.7	16.7	100.0	
	종합사회 복지관	N	17	8	13	4	7	1	5	2	9	5	1	72	
		%	23.6	11.1	18.1	5.6	9.7	1.4	6.9	2.8	12.5	6.9	1.4	100.0	
장애인 복지관	N	18	11	17	3	8	3	2	0	9	6	1	78		
	%	23.1	14.1	21.8	3.8	10.3	3.8	2.6	0.0	11.5	7.7	1.3	100.0		
중독관리 통합지원 센터	N	8	3	2	1	4	1	1	3	3	1	0	27		
	%	29.6	11.1	7.4	3.7	14.8	3.7	3.7	11.1	11.1	3.7	0.0	100.0		
기타	N	10	7	10	4	4	1	4	1	1	3	0	45		
	%	22.2	15.6	22.2	8.9	8.9	2.2	8.9	2.2	2.2	6.7	0.0	100.0		
소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426		
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0		
전체	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426		
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0		

한편, 이를 지역사회연계 업무경험에 따라서 분석해 보면, 연계경험이 있는 경우 중 76명(20.9%), 연계경험이 없는 경우 중 15명(23.8%)이 ‘고위험군 정신장애인 관리’로 응답하여 가장 높게 나타났다.

기관의 지역사회연계활동에서는 연계활동 수행 중인 경우 ‘고위험군 정신장애인관리’에서 86명(21.7%)이 응답하여 가장 높게 나타났으며, 활동이 없는 경우에는 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’가 7명(23.3%)으로 응답하여 가장 높게 나타났다.

연계업무 수행년수에서는 1년 이하와 2~3년, 4~5년, 5년 초과에서 모두 ‘고위험군 정신장애인관리’가 각각 35명(20.8%), 19명(20.4%), 13명(25.5%), 21명(21.2%)으로 가장 높게 나타났다. 단, 5년 초과인 경우 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’에서도 21명(21.2%)이 응답되어 동일한 수준으로 높게 나타났다.

연계 기관수에서는 5개 이하인 경우에는 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’가 31명(18.1%)으로 가장 높게 나타났으며, 10개 이하와 11개 이상에서는 ‘고위험군 정신장애인관리’가 각각 39명(25.0%), 22명(22.2%)이 응답되어 가장 높게 나타났다.

연평균 지역사회 연계업무 수행 횟수에서는 모든 경우에서 ‘고위험군 정신장애인관리’가 가장 높게 나타났는데, 20회 이하의 경우 ‘고위험군 정신장애인 관리’와 동일하게 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’와 ‘정신재활서비스 제공확대’에서 각각 11명(17.5%)으로 높게 나타났으며, 21회 이상의 경우에도 ‘고위험군 정신장애인 관리’와 동일하게 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’에서 27명(23.7%)으로 높게 나타났다.

지역사회 연계업무 부담비율의 경우 10~20%와 90~100%에서는 ‘고위험군 정신장애인 관리’와 ‘정신증상 치료서비스제공확대’에서 각각 21명(20.0%), 5명(27.8%)으로 가장 높게 나타났으며, 30~40%와 70~80%에서는 ‘고위험군 정신장애인 관리’가 각각 30명(21.7%), 14명(24.6%)으로 가장 높게 나타났다. 50~60%에서는 ‘정신증상 치료서비스 제공확대’가 22명(22.2%)으로 가장 높게 나타났다.

연계전담직원 유무에 따라서는 전담직원이 있는 경우 ‘고위험군 정신장애인관리’에 22명(19.8%), ‘정신증상 치료서비스 제공확대’에 21명(18.9%) 등의 순으로 높게 나타났으며, 전담직원이 없는 경우 ‘고위험군 정신장애인 관리’에 64명(22.5%), ‘정신증상 치료서비스 제공확대’에 55명(19.3%) 등의 순으로 높게 나타났다.

<표 V-11> 조사대상자의 지역사회연계 업무특성별 경남의 정신건강증진사업 개선사항

구분		경남의 정신건강증진사업 개선사항											전체	
		고위험군 정신장애인 관리	정신 장애인 가족 지원 확대	정신 증상 치료 서비스 제공 확대	정신 장애인 교육 훈련	정신 재활 서비스 제공 확대	정신 장애인 자조모임 지원 확대	정신 건강 조사 연구	도민의 정신 건강 사업 확대	정신 장애 예방 사업 확대	지역 사회 연계 사업 확대	기 타		
지역 사회 연계 업무 경험	있음	N	76	38	70	28	58	8	12	14	28	26	5	363
		%	20.9	10.5	19.3	7.7	16.0	2.2	3.3	3.9	7.7	7.2	1.4	100.0
	전혀 없음	N	15	4	13	4	8	3	2	4	8	2	0	63
		%	23.8	6.3	20.6	6.3	12.7	4.8	3.2	6.3	12.7	3.2	0.0	100.0
	소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426
		%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0
기관 의 지역 사회 연계 활동	연계활동 수행중	N	86	40	76	30	60	9	14	17	32	27	5	396
		%	21.7	10.1	19.2	7.6	15.2	2.3	3.5	4.3	8.1	6.8	1.3	100.0
	활동없음	N	5	2	7	2	6	2	0	1	4	1	0	30
		%	16.7	6.7	23.3	6.7	20.0	6.7	0.0	3.3	13.3	3.3	0.0	100.0
	소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426
		%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0

제5장 경상남도 정신건강서비스 실무자의 업무 중요도 및 수행도 분석(IPA)

연계 업무 수행 년수	1년 이하	N	35	16	30	16	27	7	3	8	13	11	2	168
		%	20.8	9.5	17.9	9.5	16.1	4.2	1.8	4.8	7.7	6.5	1.2	100.0
	2-3년	N	19	10	17	9	11	0	6	2	9	9	1	93
		%	20.4	10.8	18.3	9.7	11.8	0.0	6.5	2.2	9.7	9.7	1.1	100.0
	4-5년	N	13	3	11	3	9	2	0	1	6	2	1	51
		%	25.5	5.9	21.6	5.9	17.6	3.9	0.0	2.0	11.8	3.9	2.0	100.0
5년 초과	N	21	10	21	4	15	2	4	7	8	6	1	99	
	%	21.2	10.1	21.2	4.0	15.2	2.0	4.0	7.1	8.1	6.1	1.0	100.0	
소계	N	88	39	79	32	62	11	13	18	36	28	5	411	
	%	21.4	9.5	19.2	7.8	15.1	2.7	3.2	4.4	8.8	6.8	1.2	100.0	
연계 기관 수	5개 이하	N	30	16	31	17	26	7	5	7	15	16	1	171
		%	17.5	9.4	18.1	9.9	15.2	4.1	2.9	4.1	8.8	9.4	0.6	100.0
	10개 이하	N	39	17	34	11	19	2	6	5	14	8	1	156
		%	25.0	10.9	21.8	7.1	12.2	1.3	3.8	3.2	9.0	5.1	0.6	100.0
	11개 이상	N	22	9	18	4	21	2	3	6	7	4	3	99
		%	22.2	9.1	18.2	4.0	21.2	2.0	3.0	6.1	7.1	4.0	3.0	100.0
소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426	
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0	
연평 균 지역 사회 연계 업무 수행 횟수	5회 이하	N	28	10	25	11	16	5	6	7	15	10	2	135
		%	20.7	7.4	18.5	8.1	11.9	3.7	4.4	5.2	11.1	7.4	1.5	100.0
	10회 이하	N	25	14	20	6	20	2	2	5	10	9	1	114
		%	21.9	12.3	17.5	5.3	17.5	1.8	1.8	4.4	8.8	7.9	0.9	100.0
	20회 이하	N	11	9	11	7	11	3	2	1	3	5	0	63
		%	17.5	14.3	17.5	11.1	17.5	4.8	3.2	1.6	4.8	7.9	0.0	100.0
21회 이상	N	27	9	27	8	19	1	4	5	8	4	2	114	
	%	23.7	7.9	23.7	7.0	16.7	0.9	3.5	4.4	7.0	3.5	1.8	100.0	
소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426	
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0	
지역 사회 연계 업무 부담 비율	10-20%	N	21	9	21	4	17	6	4	6	11	6	0	105
		%	20.0	8.6	20.0	3.8	16.2	5.7	3.8	5.7	10.5	5.7	0.0	100.0
	30-40%	N	30	15	21	15	23	2	2	6	13	8	3	138
		%	21.7	10.9	15.2	10.9	16.7	1.4	1.4	4.3	9.4	5.8	2.2	100.0
	50-60%	N	19	12	22	8	14	1	5	4	4	9	1	99
		%	19.2	12.1	22.2	8.1	14.1	1.0	5.1	4.0	4.0	9.1	1.0	100.0
70-80%	N	14	3	12	4	8	2	1	2	7	3	1	57	
	%	24.6	5.3	21.1	7.0	14.0	3.5	1.8	3.5	12.3	5.3	1.8	100.0	
90-100%	N	5	1	5	1	2	0	1	0	1	2	0	18	
	%	27.8	5.6	27.8	5.6	11.1	0.0	5.6	0.0	5.6	11.1	0.0	100.0	
소계	N	89	40	81	32	64	11	13	18	36	28	5	417	
	%	21.3	9.6	19.4	7.7	15.3	2.6	3.1	4.3	8.6	6.7	1.2	100	
연계 전담 직원 유무	전담직원 있음	N	22	15	21	8	16	3	6	2	7	11	0	111
		%	19.8	13.5	18.9	7.2	14.4	2.7	5.4	1.8	6.3	9.9	0.0	100.0
	전담직원 없음	N	64	25	55	22	44	6	8	15	25	16	5	285
		%	22.5	8.8	19.3	7.7	15.4	2.1	2.8	5.3	8.8	5.6	1.8	100.0
	해당없음	N	5	2	7	2	6	2	0	1	4	1	0	30
		%	16.7	6.7	23.3	6.7	20.0	6.7	0.0	3.3	13.3	3.3	0.0	100.0
소계	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426	
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0	
전체	N	91	42	83	32	66	11	14	18	36	28	5	426	
	%	21.4	9.9	19.5	7.5	15.5	2.6	3.3	4.2	8.5	6.6	1.2	100.0	

3) 경상남도 지역사회정신건강사업의 정책적 방향성

경상남도 정신건강복지정책의 방향에 대해서 1순위를 기준으로 살펴보면, ‘경상남도 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 이 51명(35.9%)으로 가장 많았고, 다음으로 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 이 36명(25.4%), ‘정부 정신건강정책의 수행중심’ 이 28명(19.7%) 등의 순으로 높게 나타났다.

다중응답 비율로 확인해보면 가장 높은 비율로 나타난 것이 ‘경상남도 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 으로 87명(91.9%), 다음으로 ‘경상남도 민간자원의 활용 및 참여 확대’ 가 73명(77.1%), ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 이 72명(76.1%) 등의 순으로 높게 나타났다.

<표 V-12> 경상남도 정신건강복지정책의 방향성

구분	1순위		2순위		다중응답 비율		
	N	%	N	%	N	%	케이스%
정부 정신건강정책사업 집행 중심	28	19.7	22	15.5	50	17.6	52.8
정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완	36	25.4	36	25.4	72	25.4	76.1
경상남도 자체 정신건강정책의 개발 및 지원	51	35.9	36	25.4	87	30.6	91.9
경상남도 민간자원의 활용 및 참여 확대	26	18.3	47	33.1	73	25.7	77.1
기타	1	0.7	1	0.7	2	0.7	2.1
전체	142	100.0	142	100.0	284	100.0	300.0

한편, 경상남도 정신건강복지정책의 방향성을 조사대상자 일반적 특성에 따라 기술통계 분석을 실시하여 확인해본 결과는 다음과 같다.

성별에 따른 방향성을 확인해보면 남성과 여성 모두에서 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 에서 각각 24명(30.8%), 63명(30.6%)으로 가장 높게 나타났다.

연령대에 따라서는 20대의 경우 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여확대’ 가 21명(36.2%)으로 가장 높게 나타났으며, 30대의 경우 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 과 ‘경남 자체 정신건강정책 개발 및 지원’ 에서 각각 30명(30.6%)으로 가장 높게 나타났다. 40대의 경우에는 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 에서 32명(32.7%)으로 가장 높게 나타났으며, 50대 이상에서는 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 에서 9명(30.0%)으로 높게 나타났다.

학력을 기준으로 살펴보면, 전문대 졸업자의 경우 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 과

‘경남 자체 정신건강정책 개발 및 지원’ 에서 각각 17명(31.5%)으로 가장 높게 나타났으며, 대학교 졸업자의 경우 ‘경남자체 정신건강정책개발 및 지원’ 이 53명(29.8%)으로 가장 높게 나타났다. 대학원 졸업자의 경우 ‘경남자체 정신건강정책개발 및 지원’ 과 ‘경남 민간 자원활용 및 참여확대’ 에서 각각 17명(32.7%)이 응답하여 가장 높게 나타났다.

지역에 따라서는 농어촌의 경우 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 이 28명(33.3%)으로 가장 높게 응답 되었으며, 도시의 경우 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 에서 67명(33.5%)으로 가장 높게 나타났다.

<표 V-13> 조사대상자의 일반적 특성별 경남의 정신건강복지정책 방향성

구분			경남의 정신건강복지정책 방향성					전체
			정부 정신 건강 정책 중심	정부 정신 건강 정책 부족 부분 보완	경남 자체 정신 건강 정책 개발 및 지원	경남 민간 자원 활용 및 참여확대	기타	
성별	남성	N	15	23	24	16	0	78
		%	19.2	29.5	30.8	20.5	0.0	100.0
	여성	N	35	49	63	57	2	206
		%	17.0	23.8	30.6	27.7	1.0	100.0
연령	20대	N	9	10	17	21	1	58
		%	15.5	17.2	29.3	36.2	1.7	100.0
	30대	N	17	30	30	21	0	98
		%	17.3	30.6	30.6	21.4	0.0	100.0
	40대	N	17	23	32	25	1	98
		%	17.3	23.5	32.7	25.5	1.0	100.0
	50대 이상	N	7	9	8	6	0	30
		%	23.3	30.0	26.7	20.0	0.0	100.0
학력	전문대졸	N	9	17	17	11	0	54
		%	16.7	31.5	31.5	20.4	0.0	100.0
	대졸	N	35	43	53	45	2	178
		%	19.7	24.2	29.8	25.3	1.1	100.0
	대학원졸	N	6	12	17	17	0	52
		%	11.5	23.1	32.7	32.7	0.0	100.0
지역	농어촌	N	20	28	20	15	1	84
		%	23.8	33.3	23.8	17.9	1.2	100.0
	도시	N	30	44	67	58	1	200
		%	15.0	22.0	33.5	29.0	0.5	100.0
전체	N	50	72	87	73	2	284	
	%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0	

경상남도 정신건강복지정책의 방향성(다중응답)을 조사대상자 직업적 특성에 따라 확인해보면 다음과 같다.

소지하고 있는 자격증에 따라서 살펴보면, 정신건강사회복지사와 사회복지사의 경우 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 에서 각각 13명(40.6%), 54명(31.0%)으로 가장 높게 응답 되었으며, 정신건강간호사의 경우 ‘정부 정신건강정책의 수행 중심’ 와 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ , ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 에서 동일하게 각각 14명(25.9%)으로 높게 나타났다. 기타의 경우에는 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 에서 8명(36.4%)으로 높게 나타났다.

총 경력에 따른 방향성을 확인해보면 1년 이하의 경우 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여 확대’ 에서 34명(35.4%)으로 가장 높게 나타났으며, 5년 이하의 경우 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 에서 24명(30.0%)으로 가장 높게 나타났다. 10년 이하의 경우 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 이 19명(33.9%), 11년 이상의 경우에도 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 에서 19명(36.5%)로 가장 높게 나타났다.

담당사례 수의 경우 10사례 이하와 30사례 이하, 50사례 이하 모두에서 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 을 가장 높게 응답하였는데 각각 35명(33.7%), 24명(29.3%), 19명(30.6%)로 나타났다. 51사례 이상의 경우에는 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여확대’ 에서 13명(38.2%)이 응답하여 가장 높게 나타났다.

담당업무에 따라서는 사례관리와 정신재활서비스제공, 지역사회연계사업에서 각각 47명(29.4%), 9명(45.0%), 15명(32.6%)이 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 으로 응답하여 가장 높게 나타났으며, 기타의 경우 12명(37.5%)이 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ 을 응답하여 가장 높게 나타났다.

기관유형에서는 정신건강복지센터와 종합사회복지관, 중독관리통합지원센터, 기타에서 각각 33명(28.4%), 19명(39.6%), 7명(38.9%), 9명(30.0%)으로 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 이 가장 높게 나타났으며, 정신요양원의 경우 ‘정부 정신건강정책의 수행 중심’ 과 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ , ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 이 각각 4명(33.3%)으로 높게 나타났다. 장애인복지관의 경우에는 17명(32.7%)이 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여확대’ 에 응답하여 가장 높게 나타났다.

<표 V-14> 조사대상자의 직업적 특성별 경남의 정신건강복지정책 방향성

구분			경남의 정신건강복지정책 방향성					전체	
			정부 정신 건강 정책 수행 중심	정부 정신 건강 정책 부족 부분 보완	경남 자체 정신건강 정책 개발 및 지원	경남 민간 자원 활용 및 참여확대	기타		
자 격 적 어 인	정신건강 사회복지사	N	5	7	13	7	0	32	
		%	15.6	21.9	40.6	21.9	0.0	100.0	
	정신건강 간호사	N	14	14	14	12	0	54	
		%	25.9	25.9	25.9	22.2	0.0	100.0	
	정신건강 임상 심리사	N	0	1	1	0	0	2	
		%	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0	
	사회복지사	N	27	42	54	50	1	174	
		%	15.5	24.1	31.0	28.7	0.6	100.0	
	기타	N	4	8	5	4	1	22	
		%	18.2	36.4	22.7	18.2	4.5	100.0	
	소계	N	50	72	87	73	2	284	
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0	
	취 직 년 수	1년 이하	N	12	19	30	34	1	96
			%	12.5	19.8	31.3	35.4	1.0	100.0
5년 이하		N	16	24	19	20	1	80	
		%	20.0	30.0	23.8	25.0	1.3	100.0	
10년 이하		N	11	18	19	8	0	56	
		%	19.6	32.1	33.9	14.3	0.0	100.0	
11년 이상		N	11	11	19	11	0	52	
		%	21.2	21.2	36.5	21.2	0.0	100.0	
소계		N	50	72	87	73	2	284	
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0	
단 기 사 례 수	10사례 이하	N	16	27	35	26	0	104	
		%	15.4	26.0	33.7	25.0	0.0	100.0	
	30사례 이하	N	20	18	24	18	2	82	
		%	24.4	22.0	29.3	22.0	2.4	100.0	
	50사례 이하	N	10	18	19	15	0	62	
		%	16.1	29.0	30.6	24.2	0.0	100.0	
	51사례 이상	N	4	8	9	13	0	34	
		%	11.8	23.5	26.5	38.2	0.0	100.0	
	소계	N	50	71	87	72	2	282	
		%	17.7	25.2	30.9	25.5	0.7	100	
단 기 성 과 수	사례관리	N	28	40	47	44	1	160	
		%	17.5	25.0	29.4	27.5	0.6	100.0	
	정신증상 치료서비스	N	1	0	2	1	0	4	
		%	25.0	0.0	50.0	25.0	0.0	100.0	

	정신장애 교육훈련	N	1	1	2	0	0	4
		%	25.0	25.0	50.0	0.0	0.0	100.0
	정신재활 서비스 제공	N	1	5	9	5	0	20
		%	5.0	25.0	45.0	25.0	0.0	100.0
	정신건강 조사연구	N	1	0	0	1	0	2
		%	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0
	시민정신 건강증진	N	2	3	3	2	0	10
		%	20.0	30.0	30.0	20.0	0.0	100.0
	정신장애 예방사업	N	2	1	1	2	0	6
		%	33.3	16.7	16.7	33.3	0.0	100.0
	지역사회 연계사업	N	6	10	15	14	1	46
		%	13.0	21.7	32.6	30.4	2.2	100.0
	기타	N	8	12	8	4	0	32
		%	25.0	37.5	25.0	12.5	0.0	100.0
	소계	N	50	72	87	73	2	284
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0
기관유형	정신건강 복지센터	N	24	31	33	27	1	116
		%	20.7	26.7	28.4	23.3	0.9	100.0
	정신요양원	N	4	4	4	0	0	12
		%	33.3	33.3	33.3	0.0	0.0	100.0
	정신의료기관	N	0	1	2	1	0	4
		%	0.0	25.0	50.0	25.0	0.0	100.0
	정신재활시설	N	1	0	1	2	0	4
		%	25.0	0.0	25.0	50.0	0.0	100.0
	종합사회복지관	N	6	10	19	13	0	48
		%	12.5	20.8	39.6	27.1	0.0	100.0
	장애인복지관	N	9	14	12	17	0	52
		%	17.3	26.9	23.1	32.7	0.0	100.0
	중독관리통합 지원센터	N	1	5	7	5	0	18
		%	5.6	27.8	38.9	27.8	0.0	100.0
	기타	N	5	7	9	8	1	30
		%	16.7	23.3	30.0	26.7	3.3	100.0
	소계	N	50	72	87	73	2	284
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0
전체	N	50	72	87	73	2	284	
	%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0	

경상남도 정신건강복지정책의 방향성(다중응답)을 조사대상자 업무 특성에 따라 확인해보면 다음과 같다.

지역사회연계 업무경험에 따라서는 경험이 있는 경우에서 77명(31.8%)이 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ 을 응답하여 가장 높게 나타났고, 경험이 전혀 없는 경우에는 13명(31.0%)이 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여확대’ 으로 응답하여 가장 높게 나타났다.

기관의 지역사회연계활동에서는 연계활동 수행 중인 경우 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’에 84명(31.8%)이 응답하여 가장 높게 나타났으며, 활동이 없는 경우에는 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’과 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여 확대’에서 각각 6명(30.0%)이 응답하여 높게 나타났다.

연계업무 수행년 수에 따라서는 1년 이하와 4~5년에서 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여 확대’가 각각 35명(31.3%), 10명(29.4%)으로 가장 높았고, 2~3년과 5년 초과인 경우 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’이 각각 19명(30.6%), 25명(37.9%)으로 가장 높게 나타났다.

연계 기관 수의 경우 5개 이하와 11개 이상에서는 ‘경남 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’에서 각각 34명(29.8%), 24명(36.4%)으로 응답되어 가장 높게 나타났으며, 10개 이하의 경우에는 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’에서 32명(30.8%)으로 높게 나타났다.

연평균 지역사회 연계업무 수행 횟수의 경우 5회 이하에서는 ‘정부 정신건강 정책의 부족한 부분 보완’이 27명(30.0%)으로 가장 높았고, 10회 이하와 20회 이하, 21회 이상에서는 ‘경남 자체 정신건강 정책의 개발 및 지원’에 각각 26명(34.2%), 16명(38.1%), 24명(31.6%)으로 가장 높게 나타났다.

지역사회연계 업무부담 비율에 따라 살펴보면, 10~20%와 30~40%에서는 ‘정부 정신 건강정책의 부족한 부분 보완’이 각각 23명(32.9%), 28명(30.4%)으로 가장 높게 나타났고, 50~60%와 90~100%에서는 ‘경남 자체 정신건강 정책의 개발 및 지원’이 각각 20명(30.3%), 5명(41.7%)으로 가장 높게 나타났다. 70~80%의 경우에는 ‘경남 자체 정신건강 정책의 개발 및 지원’과 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여 확대’에서 각각 13명(34.2%)으로 높게 나타났다.

연계전담직원 유무에 따라서는 전담 직원이 있는 경우와 없는 경우 모두에서 ‘경남 자체 정신건강 정책의 개발 및 지원’이 각각 28명(37.8%), 56명(29.5%)으로 가장 높게 나타났다.

<표V-15> 조사대상자의 지역사회연계 업무특성별 경남의 정신건강복지정책 방향성

구분			경남의 정신건강복지정책 방향성					전체
			정부 정신 건강 정책 수행 중심	정부 정신 건강 정책 부족 부분 보완	경남 자체 정신건강 정책 개발 및 지원	경남 민간 자원 활용 및 참여확대	기타	
지역사회 연계 업무경험	있음	N	42	61	77	60	2	242
		%	17.4	25.2	31.8	24.8	0.8	100.0
	전혀 없음	N	8	11	10	13	0	42
		%	19.0	26.2	23.8	31.0	0.0	100.0
	소계	N	50	72	87	73	2	284
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0
기관의 지역사회 연계활동	지역사회연계 활동 수행중	N	45	66	84	67	2	264
		%	17.0	25.0	31.8	25.4	0.8	100.0
	활동 없음	N	5	6	3	6	0	20
		%	25.0	30.0	15.0	30.0	0.0	100.0
	소계	N	50	72	87	73	2	284
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0
연계업무 수행년수	1년 이하	N	18	25	33	35	1	112
		%	16.1	22.3	29.5	31.3	0.9	100.0
	2-3년	N	13	17	19	12	1	62
		%	21.0	27.4	30.6	19.4	1.6	100.0
	4-5년	N	8	8	8	10	0	34
		%	23.5	23.5	23.5	29.4	0.0	100.0
	5년 초과	N	9	19	25	13	0	66
		%	13.6	28.8	37.9	19.7	0.0	100.0
	소계	N	48	69	85	70	2	274
		%	17.5	25.2	31	25.5	0.7	100
연계기관 수	5개 이하	N	20	27	34	31	2	114
		%	17.5	23.7	29.8	27.2	1.8	100.0
	10개 이하	N	20	32	29	23	0	104
		%	19.2	30.8	27.9	22.1	0.0	100.0
	11개 이상	N	10	13	24	19	0	66
		%	15.2	19.7	36.4	28.8	0.0	100.0
	소계	N	50	72	87	73	2	284
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0
연평균 지역사회 연계업무 수행 횟수	5회 이하	N	16	27	21	25	1	90
		%	17.8	30.0	23.3	27.8	1.1	100.0
	10회 이하	N	12	18	26	20	0	76
		%	15.8	23.7	34.2	26.3	0.0	100.0

	20회 이하	N	7	10	16	9	0	42	
		%	16.7	23.8	38.1	21.4	0.0	100.0	
	21회 이상	N	15	17	24	19	1	76	
		%	19.7	22.4	31.6	25.0	1.3	100.0	
	소계	N	50	72	87	73	2	284	
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0	
지역사회 연계업무 부담비율	10-20%	N	10	23	20	17	0	70	
		%	14.3	32.9	28.6	24.3	0.0	100.0	
	30-40%	N	16	28	27	20	1	92	
		%	17.4	30.4	29.3	21.7	1.1	100.0	
	50-60%	N	13	13	20	19	1	66	
		%	19.7	19.7	30.3	28.8	1.5	100.0	
	70-80%	N	6	6	13	13	0	38	
		%	15.8	15.8	34.2	34.2	0.0	100.0	
	90-100%	N	3	1	5	3	0	12	
		%	25.0	8.3	41.7	25.0	0.0	100.0	
	소계	N	48	71	85	72	2	278	
		%	17.3	25.5	30.6	25.9	0.7	100	
	연계전담 직원유무	전담직원 있음	N	9	16	28	21	0	74
			%	12.2	21.6	37.8	28.4	0.0	100.0
전담직원 없음		N	36	50	56	46	2	190	
		%	18.9	26.3	29.5	24.2	1.1	100.0	
해당없음		N	5	6	3	6	0	20	
		%	25.0	30.0	15.0	30.0	0.0	100.0	
소계		N	50	72	87	73	2	284	
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0	
전체		N	50	72	87	73	2	284	
		%	17.6	25.4	30.6	25.7	0.7	100.0	

다. 정신건강 업무의 정책적 우선순위 IPA분석 결과

1) 지역사회 연계업무의 필요도와 직무수행도의 관계

현재 근무하는 기관에서의 지역사회연계업무가 정신장애인을 위해 어느 정도 필요하다고 판단하는지에 대하여, 최고 5점 가운데 평균 3.04점(SD=.762)으로 보고되어 조사대상자들이 판단하는 지역사회연계업무의 필요도가 매우 높은 것을 알 수 있다.

<표 V-16> 지역사회 연계업무 필요도

구분	N	min	max	Mean	SD
근무하는 기관에서 지역사회 연계업무 필요정도	142	1	5	3.04	.762

※ 1점: 전혀 필요하지 않다 ~ 5점: 매우 필요하다

본 연구에서는 경남의 정신건강 실태조사의 그간 정책적 우선순위 분석을 위하여 먼저 “현재 근무하는 기관에서 지역사회연계업무가 정신장애인을 위해 어느 정도 필요하다고 보십니까?” 에 대한 의견을 청취하였다. 그리고 이 문항에 관하여 실제 정신건강증진기관에서 수행한 지역사회 연계 직무수행도 간의 IPA분석을 시도한 결과는 다음과 같다.

첫째, 지역사회연계 업무 필요도와 직무 수행도간 상관관계를 확인해보면, ‘의료서비스 연계사업 운영($r=.278, p<.01$)’, ‘정신건강 네트워크 구축($r=.254, p<.01$)’, ‘위기개입 및 안전서비스($r=.167, p<.05$)’, ‘지역사회 인식개선 캠페인 사업($r=.179, p<.05$)’, ‘자살 위기개입 네트워크 사업($r=.165, p<.05$)’ 과 정적상관관계가 확인된다.

둘째, 상관계수를 활용하여 개별 항목의 중요도를 총합을 구하고, 개별 항목들이 위치하는 분포도(개별 항목별 상관계수/상관계수 전체의 합)를 확인한 결과는 아래와 같다.

세부적으로 업무 필요도 점수에서 ‘의료서비스 연계사업 운영’ > ‘정신건강 네트워크 구축’ > ‘지역사회 인식개선 캠페인 사업’ > ‘위기개입 및 안전서비스’, ‘자살 위기개입 네트워크 사업’ > ‘지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석’, ‘생명사랑 네트워크

활동사업' > '자문(운영)위원회 개최 및 참석' > '저소득층 의료비 지원사업' > '유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석' > '지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작' > '사회안전망 조성사업' > '교육연계사업 운영' 순으로 나타났다.

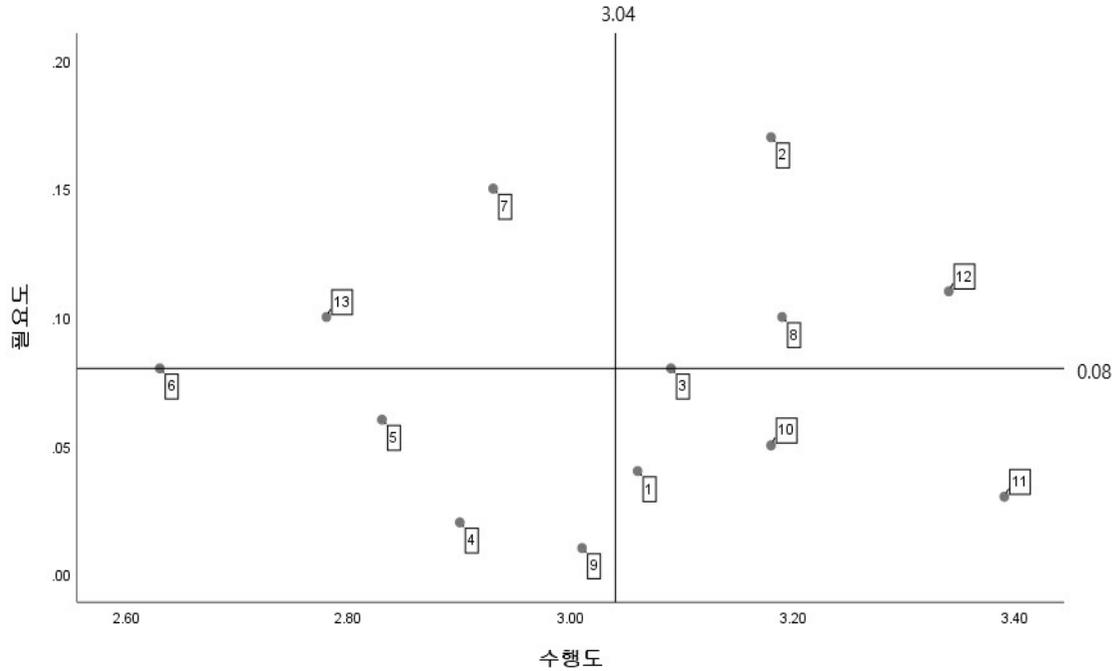
연계업무 수행도 점수에서는 '지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작' > '지역사회 인식개선 캠페인사업' > '위기개입 및 안전서비스' > '의료서비스 연계사업 운영', '저소득층 의료비 지원사업' > '지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석' > '유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석' > '교육연계사업 운영' > '정신건강 네트워크 구축' > '사회안전망 조성사업' > '자문(운영)위원회 개최 및 참석' > '자살 위기개입 네트워크 사업' > '생명사랑 네트워크 활동사업' 순으로 나타났다.

<표 V-17> 지역사회연계 업무필요도와 지역사회연계업무 수행도에 관한 IPA분석 결과

구분	상관계수	업무필요도	연계업무수행도
1. 유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석	0.072	0.04	3.06
2. 의료서비스 연계사업 운영	0.278	0.17	3.18
3. 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석	0.135	0.08	3.09
4. 사회안전망 조성사업	0.026	0.02	2.90
5. 자문(운영)위원회 개최 및 참석	0.101	0.06	2.83
6. 생명사랑 네트워크 활동사업	0.124	0.08	2.63
7. 정신건강 네트워크 구축	0.254	0.15	2.93
8. 위기개입 및 안전서비스	0.167	0.10	3.19
9. 교육연계사업 운영	0.013	0.01	3.01
10. 저소득층 의료비 지원사업	0.084	0.05	3.18
11. 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작	0.048	0.03	3.39
12. 지역사회 인식개선 캠페인 사업	0.179	0.11	3.34
13. 자살 위기개입 네트워크 사업	0.165	0.10	2.78
합계	1.646	1.00	3.04

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

지역사회연계 업무필요도(전체 항목 기여도)와 지역사회 연계업무 수행도(평균값)을 이용하여 IPA를 실시한 결과는 다음과 같다. 이 때 X축의 분할선은 수행도의 평균값(3.04)이며, Y축의 분할선은 필요도의 평균값(0.08)이다.



<그림 V-1> 지역사회연계 업무필요도와 지역사회연계 업무수행도간 산점도

도출된 IPA 매트릭스 결과를 표로 정리하면 다음과 같다.

첫째, ‘의료서비스 연계사업 운영’ 과 ‘지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석’, ‘위기 개입 및 안전서비스’, ‘지역사회 인식개선 캠페인 사업’ 의 경우 높은 필요도를 보이고 있었으며, 수행도 역시 높은 편으로 지속적인 유지가 요구되고 있다.

둘째, ‘생명사랑 네트워크 활동사업’, ‘정신건강 네트워크 구축’, ‘자살위기개입 네트워크 사업’ 의 경우 높은 필요도를 가지는 반면 낮은 수행도를 보이고 있어, 집중적인 관리가 필요한 항목이다.

셋째, ‘사회안전망 조성사업’, ‘자문(운영)위원회 개최 및 참석’, ‘교육연계사업 운영’ 의 경우 직무에 대한 필요도와 수행 정도가 낮게 나타나고 있어 장기적인 관심과 개선이 필요하다.

넷째, ‘유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석’, ‘저소득층 의료비 지원사업’, ‘지역 사회홍보물(소식지, 리플렛)제작’의 경우에는 중요도가 낮은 것에 비해 수행도가 높은 것으로 확인되어 과잉 영역에 해당된다.

단 ‘지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석’과 ‘생명사랑 네트워크 활동사업’의 경우 X축의 분할선인 필요도 평균값(0.08)과 동일하게 확인되어 높은 필요도로 판단하여 작성하였다.

<표V-18> 지역사회 연계영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목

구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 필요도 높은 수행도	유지	2. 의료서비스 연계사업 운영 3. 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석 8. 위기개입 및 안전서비스 12. 지역사회 인식개선 캠페인 사업
제2사분면	높은 필요도 낮은 수행도	집중	6. 생명사랑 네트워크 활동사업 7. 정신건강 네트워크 구축 13. 자살위기개입 네트워크 사업
제3사분면	낮은 필요도 낮은 수행도	저순위	4. 사회안전망 조성사업 5. 자문(운영)위원회 개최 및 참석 9. 교육연계사업 운영
제4사분면	낮은 필요도 높은 수행도	과잉	1. 유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석 10. 저소득층 의료비 지원사업 11. 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작

2) 지역사회 연계업무 수행도와 중요도의 관계

지역사회 연계영역에 대한 직무별 수행도와 중요도 인식을 살펴본 결과는 다음과 같다. 여기에서 지역사회 연계영역의 직무별 수행도와 중요도간 차이검증을 실시한 결과 모든 영역에서 유의미한 평균차이를 보인다.

첫째, 직무별 수행도 점수를 살펴보면 ‘지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작’ > ‘지역사회 인식개선 캠페인사업’ > ‘위기개입 및 안전서비스’ > ‘의료서비스 연계사업 운영’, ‘저소득층 의료비 지원사업’ > ‘지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석’ > ‘유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석’ > ‘교육연계사업 운영’ > ‘정신건강 네트워크 구축’ >

‘사회안전망 조성사업’ > ‘자문(운영)위원회 개최 및 참석’ > ‘자살 위기개입 네트워크 사업’ > ‘생명사랑 네트워크 활동사업’ 순으로 나타났다.

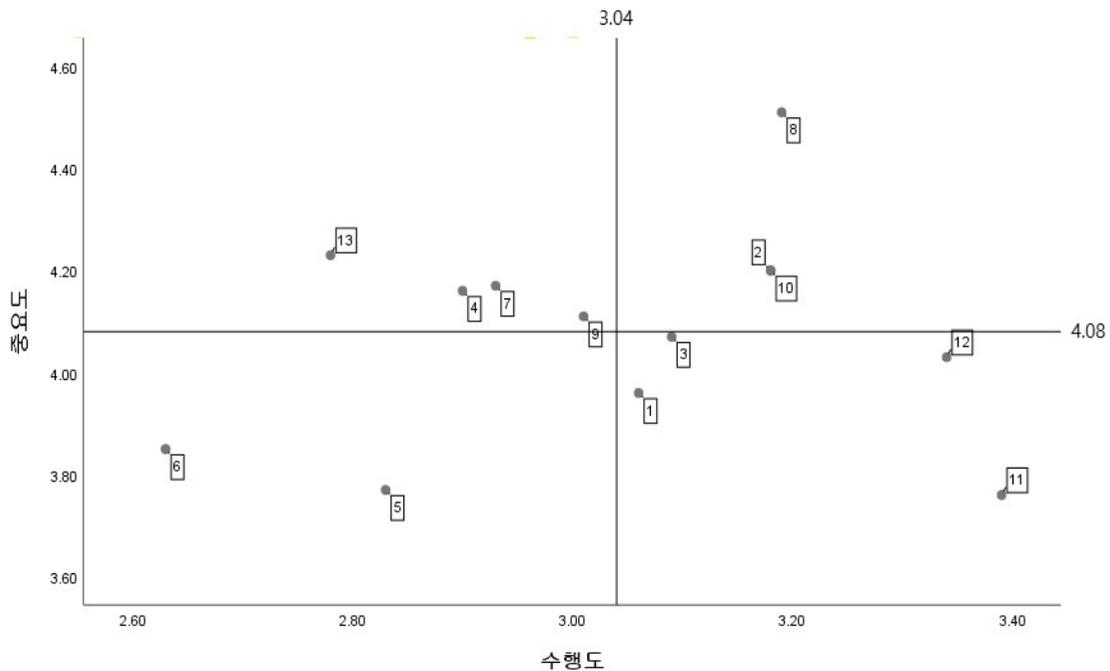
둘째, 직무별 중요도 점수를 살펴보면 ‘위기개입 및 안전서비스’ > ‘자살 위기개입 네트워크 사업’ > ‘의료서비스 연계사업 운영, 저소득층 의료비 지원사업’ > ‘정신건강 네트워크 구축’ > ‘사회안전망 조성사업’ > ‘교육연계사업 운영’ > ‘지역사회 합동 살회의 개최 및 참석’ > ‘지역사회 인식개선 캠페인 사업’ > ‘유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석’ > ‘생명사랑 네트워크 활동사업’ > ‘자문(운영)위원회 개최 및 참석’ > ‘지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작’ 순으로 나타났다.

<표V-19> 지역사회 연계영역 직무능력 단위

구분	직무 수행도			직무 중요도			t
	M	SD	순위	M	SD	순위	
1. 유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석	3.06	0.94	7	3.96	0.70	10	-10.719***
2. 의료서비스 연계사업 운영	3.18	1.00	4	4.20	0.61	3	-11.390***
3. 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석	3.09	1.05	6	4.07	0.73	8	-10.297***
4. 사회안전망 조성사업	2.90	1.05	10	4.16	0.73	6	-12.962***
5. 자문(운영)위원회 개최 및 참석	2.83	1.11	11	3.77	0.78	12	-9.856***
6. 생명사랑 네트워크 활동사업	2.63	1.18	13	3.85	0.77	11	-12.647***
7. 정신건강 네트워크 구축	2.93	1.11	9	4.17	0.62	5	-12.283***
8. 위기개입 및 안전서비스	3.19	1.04	3	4.51	0.64	1	-14.607***
9. 교육연계사업 운영	3.01	1.12	8	4.11	0.67	7	-11.201***
10. 저소득층 의료비 지원사업	3.18	1.20	4	4.20	0.76	3	-10.908***
11. 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작	3.39	1.07	1	3.76	0.76	13	-3.967***
12. 지역사회 인식개선 캠페인 사업	3.34	1.05	2	4.03	0.74	9	-7.438***
13. 자살 위기개입 네트워크 사업	2.78	1.14	12	4.23	0.76	2	-14.473***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

지역사회 연계영역에 대한 직무별 수행도와 중요도의 평균값을 이용하여 IPA를 실시한 결과는 다음과 같다. 이 때 X축의 분할선은 수행도의 평균값(3.04)이며, Y축의 분할선은 중요도의 평균값(4.08)이다.



<그림 V-2> 지역사회 연계영역 직무능력 단위

도출된 IPA 매트릭스 결과를 표로 정리하면 다음과 같다.

첫째, ‘의료서비스 연계사업 운영’ 과 ‘위기개입 및 안전서비스’ , ‘저소득층 의료비 지원사업’ 의 경우 중요하게 인식되고 있으며, 현재의 수행도 역시 높은 편으로 지속적인 유지가 요구된다.

둘째, ‘사회안전망 조성사업’ 과 ‘정신건강 네트워크 구축’ , ‘교육연계사업 운영’ , ‘자살 위기개입 네트워크 사업’ 의 경우 매우 중요한 업무로 인식되고 있지만 잘 수행되고 있지 않음을 보여주고 있어, 추후 집중적인 관리를 필요로 하다.

셋째, ‘자문(운영)위원회 개최 및 참석’ 과 ‘생명사랑 네트워크 활동사업’ 의 경우 직무에 대한 중요도와 수행도가 낮게 나타나고 있어 장기적으로 개선의 필요성이 있다.

넷째, ‘유관 기관 담당자 간담회 개최 및 참석’ 과 ‘지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석’ , ‘지역사회 홍보물(소식지, 리플렛)제작’ , ‘지역사회 인식개선 캠페인 사업’ 의 경우 낮은 중요도에 비해 높은 수행도를 나타내고 있다. 이 경우 별다른 조치 없이도 지속적인 실행이 이루어질 것으로 예상되는 직무이다.

<표 V-20> 지역사회 연계영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목

구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 중요도 높은 수행도	유지	2. 의료서비스 연계사업 운영 8. 위기개입 및 안전서비스 10. 저소득층 의료비 지원사업
제2사분면	높은 중요도 낮은 수행도	집중	4. 사회안전망 조성사업 7. 정신건강 네트워크 구축 9. 교육연계사업 운영 13. 자살 위기개입 네트워크 사업
제3사분면	낮은 중요도 낮은 수행도	저순위	5. 자문(운영)위원회 개최 및 참석 6. 생명사랑 네트워크 활동사업
제4사분면	낮은 중요도 높은 수행도	과잉	1. 유관 기관 담당자 간담회 개최 및 참석 3. 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석 11. 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작 12. 지역사회 인식개선 캠페인 사업

3) 직접서비스 제공업무 수행도와 중요도의 관계

직접서비스 제공영역에 대한 직무별 수행도와 중요도 인식을 살펴본 결과는 다음과 같으며, 직접서비스 제공영역의 직무별 수행도와 중요도간 차이검증을 실시한 결과 모든 영역에서 유의미한 평균차이를 보여주었다. 세부적인 결과의 내용은 다음과 같다.

첫째, 직무별 수행도 점수를 살펴보면 ‘사례발굴 및 관리’, ‘가정방문서비스 제공’ > ‘대상자 진단 및 선별’ > ‘일상생활훈련 제공’ > ‘사회기술훈련 제공’ > ‘상담실 운영’ > ‘약물증상관리교육 제공’ > ‘가족교육 및 정보제공 서비스’ > ‘가족상담 서비스 제공’ > ‘개별심리치료’ > ‘인지재활훈련 제공’ > ‘자살예방교육 제공’ > ‘정신건강 위기개입서비스’ > ‘여가활동지원 사업’ > ‘주간재활(주간보호)서비스 제공’ > ‘정신장애인 욕구조사’ > ‘집단상담 및 집단치료’ > ‘직업재활서비스 제공’ > ‘지역사회거주 치료·재활통합지원’ > ‘인지행동치료’ > ‘자살예방 게이트 키퍼 양성 사업’ > ‘정신장애 및 정신건강 실태조사’ > ‘가족자조모임 조직 및 운영’ > ‘지역 주민 생애주기별 맞춤형 정신건강 교육’ > ‘고용서비스 제공’ > ‘지역주민 정신건강

강좌 운영' > '정신장애인 자조모임 운영' > '직장인 정신건강지원(EAP)사업 운영' > '독립주거지원 사업' > '청소년 자살예방 강사 양성사업' > '지역주민 치매예방교육' > '지역주민 절주교실 운영' 순으로 나타났다.

둘째, 직무별 중요도 점수를 살펴보면, 지역주민 '사례발굴 및 관리' > '약물증상관리 교육 제공' > '사회기술훈련 제공', '일상생활훈련 제공' > '대상자 진단 및 선별' > '정신건강 위기개입서비스' > '자살예방교육 제공' > '인지재활훈련 제공' > '가정방문서비스 제공' > '정신장애인 욕구조사' > '직업재활서비스 제공', '개별 심리치료', '가족교육 및 정보제공 서비스' > '가족상담서비스 제공' > '지역사회 거주 치료재활 통합지원' > '주간재활(주간보호)서비스 제공' > '고용서비스 제공' > '정신장애 및 정신건강 실태조사' > '자살예방 게이트 키퍼 양성사업' > '지역주민 생애주기별 맞춤형 정신건강 교육' > '상담실 운영' > '여가활동지원 사업' > '청소년 자살예방 강사 양성사업', '인지행동치료' > '지역주민 정신건강 강좌 운영', '집단상담 및 집단치료' > '정신장애인 자조모임 운영' > '직장인 정신건강지원(EAP)사업 운영', '가족자조모임 조직 및 운영' > '독립주거지원 사업' > '지역주민 절주교실 운영' > '지역주민 치매예방교육' 순으로 나타났다.

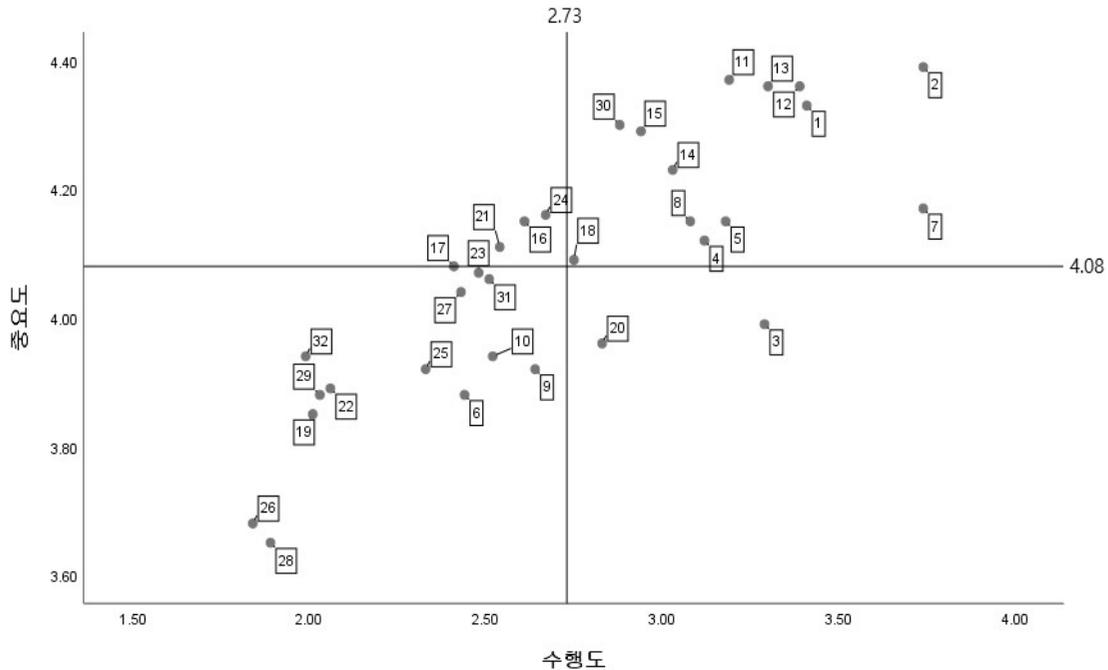
<표 V-21> 직접서비스 제공영역 직무능력 단위

구분	직무 수행도			직무 중요도			t	
	M	SD	순위	M	SD	순위		
사례 관리	1. 대상자 진단 및 선별	3.41	1.09	3	4.33	0.67	5	-10.127***
	2. 사례발굴 및 관리	3.74	1.03	1	4.39	0.69	1	-7.793***
	3. 상담실 운영	3.29	1.16	6	3.99	0.78	21	-7.395***
가족 지원	4. 가족상담서비스 제공	3.12	0.95	9	4.12	0.62	14	-10.852***
	5. 가족교육 및 정보제공 서비스	3.18	0.93	8	4.15	0.63	11	-11.191***
	6. 가족자조모임 조직 및 운영	2.44	1.04	23	3.88	0.78	28	-14.868***
	7. 가정방문서비스 제공	3.74	1.27	1	4.17	0.75	9	-4.521***
치료	8. 개별심리치료	3.08	1.22	10	4.15	0.81	11	-9.956***
	9. 집단상담 및 집단치료	2.64	1.19	17	3.92	0.83	25	-12.558***

	10. 인지행동치료	2.52	1.11	20	3.94	0.80	23	-13.676***
교육 훈련	11. 약물증상관리교육 제공	3.19	1.27	7	4.37	0.66	2	-11.573***
	12. 일상생활훈련 제공	3.39	1.15	4	4.36	0.63	3	-10.209***
	13. 사회기술훈련 제공	3.30	1.18	5	4.36	0.60	3	-10.914***
	14. 인지재활훈련 제공	3.03	1.19	11	4.23	0.67	8	-11.673***
	15. 자살예방교육 제공	2.94	1.17	12	4.29	0.67	7	-12.660***
정신 재활	16. 직업재활서비스 제공	2.61	1.12	18	4.15	0.72	11	-15.159***
	17. 고용서비스 제공	2.41	1.02	25	4.08	0.78	17	-15.870***
	18. 주간재활(주간보호)서비스 제공	2.75	1.43	15	4.09	0.80	16	-10.972***
	19. 독립주거지원 사업	2.01	1.00	29	3.85	0.84	30	-19.011***
	20. 여가활동지원 사업	2.83	1.17	14	3.96	0.78	22	-10.568***
	21. 지역사회거주 치료·재활 통합지원	2.54	1.12	19	4.11	0.81	15	-15.528***
	22. 정신장애인 자조모임 운영	2.06	1.04	27	3.89	0.79	27	-20.359***
조사 연구	23. 정신장애 및 정신건강 실태조사	2.48	1.06	22	4.07	0.64	18	-15.529***
	24. 정신장애인 욕구조사	2.67	1.02	16	4.16	0.61	10	-15.346***
시민 정신 건강 증진	25. 지역주민 정신건강 강좌 운영	2.33	1.07	26	3.92	0.72	25	-16.597***
	26. 지역주민 절주교실 운영	1.84	0.96	32	3.68	0.80	31	-20.227***
	27. 지역주민 생애주기별 맞춤형 정신건강 교육	2.43	1.18	24	4.04	0.69	20	-15.756***
	28. 지역주민 치매예방교육	1.89	1.06	31	3.65	0.90	32	-17.448***
	29. 직장인 정신건강지원(EAP)사업 운영	2.03	0.99	28	3.88	0.73	28	-18.264***
예방	30. 정신건강 위기개입서비스	2.88	1.27	13	4.30	0.70	6	-13.368***
	31. 자살예방 게이트 키퍼 양성사업	2.51	1.40	21	4.06	0.77	16	-13.121***
	32. 청소년 자살예방 강사 양성사업	1.99	1.14	30	3.94	0.78	23	-19.128***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

직접서비스 제공영역의 직무능력 단위에 대한 수행도와 중요도 평균값을 이용하여 IPA를 실시한 결과는 다음과 같다. 이 때 X축의 분할선은 전체 항목의 수행도 평균값(2.73)이며, Y축의 분할선은 전체 항목의 중요도 평균값(4.08)이다.



<그림 V-3> 직접서비스 직무능력 단위

도출된 IPA 매트릭스 결과를 표로 정리하면 다음과 같다.

첫째, ‘대상자 진단 및 선별’, ‘사례발굴 및 관리’, ‘교육훈련’, ‘가족교육 및 정보제공 서비스’, ‘가정방문서비스 제공’, ‘개별심리치료’, ‘약물증상 관리교육 제공’, ‘일상생활훈련 제공’, ‘사회기술훈련 제공’, ‘인지재활훈련 제공’, ‘자살예방교육 제공’, ‘주간재활(주간보호)서비스 제공’, ‘정신건강 위기개입서비스업’의 경우 중요하게 인식되고 있으며, 현재의 수행도 역시 높은 편으로 지속적인 유지가 요구된다.

둘째, ‘직업재활서비스 제공’, ‘고용서비스 제공’, ‘지역사회거주 치료·재활 통합 지원’, ‘정신장애인 욕구조사’의 경우 매우 중요한 업무로 인식되고 있지만 잘 수행되고 있지 않음을 보여주고 있어, 추후 집중적인 관리가 필요하다.

셋째, ‘가족자조모임 조직 및 운영’, ‘집단상담 및 집단치료’, ‘인지행동치료’, ‘독립주거 지원사업’, ‘정신장애인 자조모임 운영’, ‘정신장애 및 정신건강 실태조사’, ‘지역주민 정신건강 강좌 운영’, ‘지역주민 절주교실 운영’, ‘지역주민 생애주기별 맞춤형 정신건강 교육’, ‘지역주민 치매예방 교육’, ‘직장인 정신건강 지원(EAP)사업 운영’, ‘자살 예방 게이트 키퍼 양성사업’, ‘청소년 자살 예방 강사 양성사업’의 경우 직무에 대한 중요도와 수행도가 낮게 나타나고 있어 장기적으로 개선의 필요성이 있다.

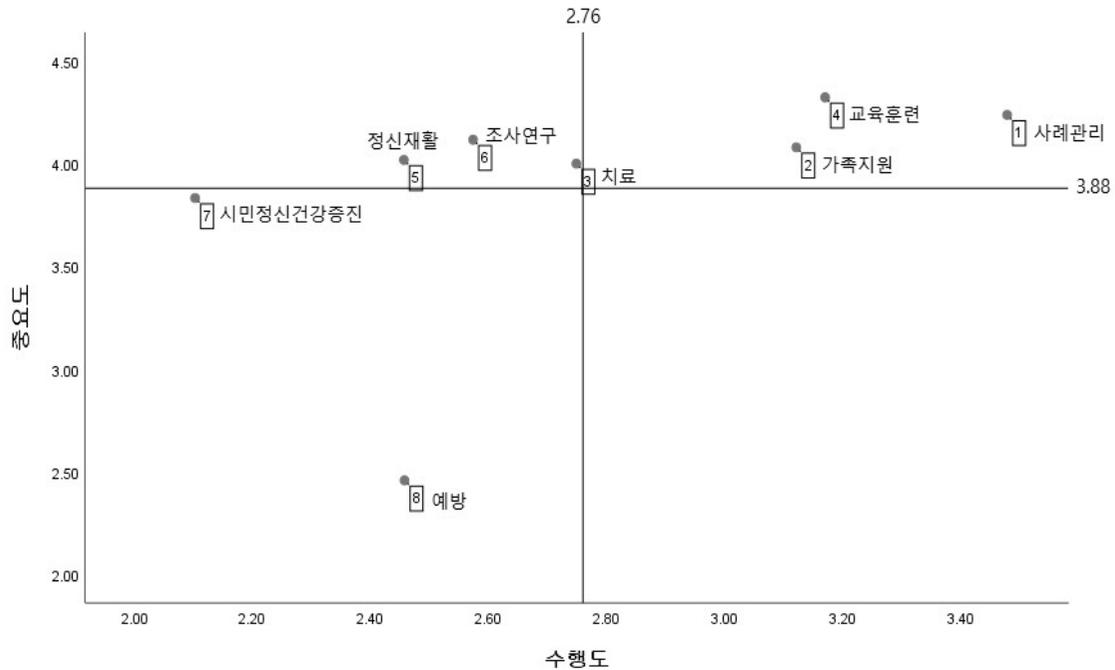
넷째, ‘상담실 운영’과 ‘여가활동지원사업’의 경우 낮은 중요도에 비해 높은 수행도를 나타내고 있다. 이 경우 별다른 조치 없이도 지속적인 실행이 이루어질 것으로 예상되는 직무이다.

단, ‘고용서비스 제공’ 의 경우 Y축의 분할선인 중요도 평균값(4.08)과 동일하게 확인되어 높은 중요도로 판단하여 작성하였다.

<표V-22> 직접서비스 제공영역 직무능력 단위 유지 및 개선 항목

구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 중요도 높은 수행도	유지	1. 대상자 진단 및 선별 2. 사례발굴 및 관리 4. 교육훈련 5. 가족교육 및 정보제공 서비스 7. 가정방문서비스 제공 8. 개별심리치료 11. 약물증상관리교육 제공 12. 일상생활훈련 제공 13. 사회기술훈련 제공 14. 인지재활훈련 제공 15. 자살예방교육 제공 18. 주간재활(주간보호)서비스 제공 30. 정신건강 위기개입서비스
제2사분면	높은 중요도 낮은 수행도	집중	16. 직업재활서비스 제공 17. 고용서비스 제공 21. 지역사회거주 치료·재활 통합지원 24. 정신장애인 욕구조사
제3사분면	낮은 중요도 낮은 수행도	저순위	6. 가족자조모임 조직 및 운영 9. 집단상담 및 집단치료 10. 인지행동치료 19. 독립주거지원사업 22. 정신장애인 자조모임 운영 23. 정신장애 및 정신건강 실태조사 25. 지역주민 정신건강 강좌 운영 26. 지역주민 절주교실 운영 27. 지역주민 생애주기별 맞춤형 정신건강 교육 28. 지역주민 치매예방교육 29. 직장인 정신건강지원(EAP)사업 운영 31. 자살예방 게이트 키퍼 양성사업 32. 청소년 자살예방 강사 양성사업
제4사분면	낮은 중요도 높은 수행도	과잉	3. 상담실 운영 20. 여가활동지원사업

한편, 직무능력 단위를 주요 요인별로 구분하여 분석한 결과는 다음과 같다. 이때 X축의 분할선은 전체 항목의 수행도 평균값(2.76)이며, Y축의 분할선은 전체 항목의 중요도의 평균값(3.88)이다.



<그림 V-4> 직접서비스 제공의 요인별 직무능력 단위

도출된 업무의 주요 영역별 IPA 매트릭스 결과를 표로 정리하면 다음과 같다.

첫째, ‘사례관리’와 ‘가족지원’, ‘교육훈련’의 경우 중요하게 인식되고 있으며, 현재의 수행도 역시 높은 편으로 지속적인 유지가 요구된다.

둘째, ‘치료’와 ‘정신재활’, ‘조사연구’의 경우 높은 중요도를 보이고 있는 반면, 수행도는 낮은 것으로 확인되어 보다 집중적인 관리가 제공되어야 할 것이다.

셋째, ‘시민정신건강증진’과 ‘예방’의 경우 직무에 대한 중요도와 수행도가 낮게 나타나고 있어 장기적으로 개선의 필요성이 있다.

넷째, 직접서비스 제공영역에 있어 낮은 중요도와 낮은 수행도를 보이고 있는 항목은 없는 것으로 확인된다.

<표V-23> 직접서비스 제공영역 직무능력의 요인별 유지 및 개선 항목

구분	의미	방향	수행사업
제1사분면	높은 중요도 높은 수행도	유지	1. 사례관리 2. 가족지원 4. 교육훈련
제2사분면	높은 중요도 낮은 수행도	집중	3. 치료 5. 정신재활 6. 조사연구
제3사분면	낮은 중요도 낮은 수행도	저순위	7. 시민정신건강증진 8. 예방
제4사분면	낮은 중요도 높은 수행도	과잉	-

라. 코로나 19 대응에 따른 업무 수행방식의 변화 정도

코로나-19와 관련하여 업무 수행 방식(대면, 서면, 온라인 등)의 변화가 있었는지에 대하여 변화가 있었다는 응답이 130명(91.5%), 없었다는 응답이 12명(8.5%)로 나타났다.

업무 수행방식의 변화에 따른 업무 부담감 증가의 경우 최고 5점 가운데 평균 3.92점 (SD=.890)으로 비교적 높은 수준으로 부담감이 증가했음을 알 수 있다.

<표V-24> 코로나-19로 인한 업무 수행방식 변화

구분		N	%			
변화 유무	예	130	91.5			
	아니오	12	8.5			
구분	N	min	max	Mean	SD	
변화로 인한 업무 부담감	135	1	5	3.92	.890	

※ 1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 5점: 매우 그렇다

코로나-19로 인한 업무 양 변화에 대해서는 최고 5점 가운데 평균 3.88점(SD=.919)으로 비교적 업무 양이 증가한 것을 알 수 있다.

정신건강영역에 근무함으로써 인해 코로나-19에 더욱 취약하다고 생각하는 지에 대해서는 최고 5점 가운데 평균 4.15점(SD=.825)으로 나타나, 정신건강 영역 종사자가 인식하는 코로나-19 취약성이 매우 높은 것을 알 수 있다.

<표V-25> 코로나-19 관련 직무환경

구분	N	min	max	Mean	SD
코로나-19로 인한 업무 양 변화	142	1	5	3.88	.919
정신건강영역 코로나-19 취약성	142	2	5	4.15	.825

※ 1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 5점: 매우 그렇다

코로나-19 확진자 혹은 의심자와 업무상 접촉 경험에 대해서는 접촉 경험이 있다는 응답이 36명(25.4%)으로 나타났고, 접촉 경험이 없다는 응답이 106명(74.6%)으로 나타났다.

코로나-19 확진자 혹은 의심자와 업무상 접촉 경험이 있는 경우 기관의 조치에 대해서는 '공가 처리(유급휴가)'가 22명(44.9%)으로 가장 많았으며, 다음으로 '기타' 13명(26.5%), '비대면 재택근무로 전환'이 12명(24.5%), '심리적 회복지원 서비스'가 8명(16.3%) 순으로 나타났다. 기관의 조치에 따른 만족도의 경우 최고 5점 가운데 평균 3.30점(SD=1.101)으로 다소 만족하는 것으로 확인되었다.

<표V-26> 코로나-19에서 정신건강 영역

구분		N	% (케이스 중%)			
확진 의심자와 업무상 접촉 경험	예	36	25.4			
	아니오	106	74.6			
확진 의심자 접촉 후 기관의 조치 (다중응답)	비대면 재택근무로 전환	12	21.8(24.5)			
	공가 처리(유급휴가)	22	40.0(44.9)			
	심리적 회복지원 서비스	8	14.5(16.3)			
	기타	13	23.6(26.5)			
구분	N	min	max	Mean	SD	
기관의 조치에 대한 만족도	57	1	5	3.30	1.101	

※ 1점: 매우 불만족 ~ 5점: 매우 만족

3. 소결

본 연구에서 수행한 실태분석의 결과들을 요약 정리하여 보면 다음과 같다.

첫째, 경상남도가 지역사회의 정신건강증진을 위해 가장 우선적으로 지원해야 하는 사업 부문에서 조사대상자들은 고위험군 정신장애인 관리를 가장 중요하게 보고 있었고, 이어서 정신재활서비스 제공의 확대와 정신증상 치료서비스 제공 확대를 중요하게 생각하는 것으로 보고되었다.

일반적 특성에 따른 분석별 자료에서는 남성들은 주로 ‘고위험군 정신장애인 관리’를 가장 중요하게 보고 있었고 여성들은 ‘정신재활서비스 제공확대’를 가장 중요하게 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 이러한 결과들은 연령별, 학력별, 지역별 자료에서도 큰 차이 없이 유사한 결과들이 도출되었다.

직업적 특성에 따라서는 그 정책적 우선순위가 변수의 속성에 따라 상이하게 나타났다. 자격증을 기준으로 볼 때는 정신건강사회복지사와 정신건강간호사는 ‘정신재활서비스 제공확대’를 중요하게 보고 있었던 것에 비해 정신건강임상심리사들은 ‘정신장애 예방 사업확대’를 중요하게 고려하고 있었다. 그 외 경력별, 담당 사례 수별, 담당 업무별 교차분석에서는 고위험군 정신장애인 관리가 가장 중요한 요인으로 지목되었다.

지역사회연계업무의 특성에 따라서는 관련 경험의 유무와 실제 연계업무수행 중의 여부, 연계업무 수행연수별 비교와 연계업무 전담지원의 유무 모두에서 공통적으로 ‘고위험군 정신장애인관리’와 ‘정신재활서비스 제공 확대’가 높은 중요도로 지목되었다.

둘째, “경상남도가 지역사회의 정신건강증사업의 효율성 제고를 위해 개선해야 할 부분”에서도 ‘고위험군 정신장애인관리’ - ‘정신증상 치료서비스 제공확대’ - ‘정신재활서비스 제공확대’ 순으로 나타났다. 그리고 이러한 결과의 순서는 성별과 연령별 그리고 학력별, 지역별 비교에서도 유사한 결과들이 도출되었다.

셋째, 경상남도 정신건강복지정책의 방향에 대해서 ‘경상남도 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ - ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ - ‘정부 정신건강정책의 수행 중심’의 순으로 나타났다.

연령별로는 전체 응답의 방향이 유사하였으나, 연령대의 경우에는 조금씩 의견의 차이가 있었으나 20대의 경우에는 ‘경남 민간자원의 활용 및 참여확대’를 가장 중요하게 보았고, 30대의 경우 ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’과 ‘경남 자체 정신건강정책 개발 및 지원’을 중요하게 보면서, 40~50대와는 결이 다른 의견을 보여준 것이 특이한 발견점이라 할 수 있다.

넷째, IPA분석 결과에 따라 살펴본 결과들을 요약하여 정리해보면 다음과 같다.

먼저 지역사회연계 업무필요도와 지역사회 연계업무 수행도에 관한 관계에서는 유지해야 할 사업으로 의료서비스 연계사업과 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석, 위기개입 및 안전서비스, 지역사회 인식개선 캠페인 사업으로 나타났다. 반면, 다소 과잉투자된 사업으로는 유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석과 저소득층 의료비 지원사업, 지역사회 홍보물(소식지, 리플렛)제작으로 나타났다.

다음으로 지역사회 연계영역에 대한 직무별 수행도와 중요도 인식을 살펴본 결과의 비교에서는 향후에도 지속적으로 유지해야 할 사업으로 의료서비스 연계사업과 위기개입 및 안전서비스 그리고 저소득층 의료비 지원사업으로 나타났다. 반면, 유관기관 담당자 간담회 개최 및 참석과 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석, 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작, 지역사회 인식개선 캠페인 사업 등은 과잉투자된 사업으로 인식되고 있어서 향후 사업의 조정이 필요한 것으로 분석되었다.

그 다음으로, 직접서비스 제공영역에 대한 직무별 수행도와 중요도 인식을 살펴본 IPA 분석결과에서는 향후에도 지속적으로 유지해야 할 사업으로 대상자 진단 및 선별, 사례발굴 및 관리, 교육훈련, 가족교육 및 정보제공 서비스, 가정방문서비스 제공, 개별심리치료, 약물증상관리교육 제공, 일상생활훈련 제공, 사회기술훈련 제공, 인지재활훈련 제공, 자살 예방교육 제공, 주간재활(주간보호)서비스 제공, 정신건강 위기개입서비스업 등 총 13가지 사업을 중요하게 보고 있는 것으로 나타남. 반면, 상담실 운영과 여가활동지원사업 경우 향후 사업의 조정이 필요한 것으로 분석되었다.

마지막으로 직접서비스 영역의 요인별 분석에서는 사례관리와 가족지원, 교육훈련의 경우가 가장 중요한 사업으로 인식되고 있었고, 과잉된 것으로 인식되는 사업은 확인되지 않았다.

그 밖에 코로나 19 대응에 따른 업무 수행방식의 변화에 대한 인식에서는 업무수행방식의 변화가 있었다는 응답이 절대적으로 많은 가운데, 그로 인한 높은 부담감과 정신건강 영역에서 코로나 19에 대한 취약성이 높은 부분이 향후 개선해야 할 부분으로 나타났다.



제 6 장

결론 및 제언

1. 연구결과의 요약 및 논의
2. 제언



제6장 결론 및 제언

1. 연구결과의 요약 및 논의

본 연구는 경상남도 내 정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축을 통해 정신장애인에 대한 보다 질 높은 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 이에 문헌 연구를 통한 기존 정신건강서비스 인프라 분석, 정신건강서비스 네트워크 구축을 위한 정신건강네트워크 경험 분석(FGI 및 심층면접), 정신건강서비스 업무에 관한 종사자들의 업무 중요도와 수행도 분석(설문조사, IPA 분석)을 실시하였다. 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

가. 경상남도 정신건강 현황 : 정신건강 인프라 및 전문인력 부족

경상남도의 등록 장애인의 수는 거제를 제외한 양산, 김해, 창원 등 대체로 동부권으로 등록장애인의 증가세가 강한 것을 알 수 있었다. 다만 서부 경남권은 절대적인 인구수 감소세와 함께 등록장애인의 수도 감소세를 보이고 있다. 정신건강 인프라(시설, 전문가)와 관련해서 정신의료기관은 서부경남권은 동부권에 비해 상대적으로 절대적인 수가 부족하였고, 정신재활시설은 경상남도 관내에 절대수가 부족함을 알 수 있다.

정신건강과 관련한 예산도 타 광역시·도에 비해 경남의 예산이 부족하였다. 요컨대, 경상남도는 정신건강과 관련한 시설수와 인력수가 타 광역시·도에 비교해 상대적으로 인프라가 부족하고, 특히 동부경남에 비해 서부경남권의 인력 및 시설수가 절대적으로 부족함을 알 수 있다.

이러한 현황을 중심으로 논의해볼 수 있는 내용은 다음과 같다.

첫째, 동부경남권(김해, 양산), 중부경남권(창원) 등은 정신장애인의 수가 타 시군에 비해 상대적으로 늘어나고 있지만 정신건강 인프라의 수가 절대적으로 부족하다.

둘째, 서부경남권은 인구수에 비례하여 장애인의 수가 줄어들고 있지만 인구수가 줄어들었다고 해서 절대적으로 정신건강과 관련한 시설이 아예 존재하지 않는 것은 도민의 정신건강증진을 위해서는 있어서는 안되는 일이다. 요컨대, 기본적인 시설(정신건강재활시설, 의료시설) 등은 타 시도와 견주어 부족함이 없어야 할 것이다.

셋째, 정신장애인의 수가 상대적으로 적은 지역에는 네트워크의 활용이 지역별 시설 부족의 대안이 될 수 있다. 네트워크를 통해 지역 간 시설이용 및 관련 정보를 상호 간 공유할 수 있다면, 인프라 부족으로 인한 서비스 공백을 어느 정도 극복할 수 있을 것이다. 물론 이는 단기적인 측면에서의 대안이며, 장기적으로는 정신건강 관련 시설의 수를 늘려나가야 할 것이다.

나. 심층면접 분석결과 요약 : 경남 정신건강서비스 네트워크 형성 방안

FGI와 심층 면접으로 이루어진 ‘경상남도 정신건강서비스 네트워크 형성방안’은 기존 전달체계의 주요 문제로 ‘인력 및 조직간 직군 차이로 인한 조정과정의 어려움’, ‘지역별 전문인력 수급의 어려움’, ‘네트워크의 기능부족의 문제’, ‘기관 간 업무분담의 불균형으로 인한 기초정신건강센터의 업무과중 및 사례관리 약화’가 도출되었다. 정책적 문제로는 ‘인프라 부족으로 인한 서비스의 한계’와 ‘실적 위주의 평가체계’의 개선이 필요한 것으로 나타났다.

지역에서 네트워크 구축의 주요 동기요인은 ‘대상자의 다양한 욕구 해결’과 ‘기관 간 이해관계’ ‘업무상 필요’, ‘기관장, 중간관리자, 실무자 등 조직 구성원의 의지’인 것으로 나타났다. 더불어 네트워크 유지에 관한 장애요인으로는 ‘네트워크 경험부족’, ‘기관 간 이해관계의 차이’, ‘사례관리 주체 구분으로 인한 분절성’, ‘네트워크 수행으로 인한 업무 부담’, ‘연계 담당자의 역량이나 이해의 부족’, ‘중간관리자의 역할부재’ 등이 있었다. 네트워크를 원활하게 유지하기 위해서는 인적요인으로 조직구성원의 의지가 가장 중요했으며 네트워크 성과의 경험, 거점기관의 설정과 역할 수행, 네트워크 참여인력의 재량권, 기관간 친밀감이 주요 요인으로 도출되었다.

정신건강통합지원체계 구축을 위한 전략으로는 기관 차원으로는 ‘비전과 목표의 공유’가 필요한 것으로 나타났고, 이는 네트워크 형성에 있어 가장 기본이 되며 선행되어야 할 과제인 것으로 나타났다. 네트워크 내부 전략으로는 기관간 적절한 역할 부여와 교육 연계 등의 정기적이고 지속적인 교류 활동, 소규모 네트워크 형성을 통해 확장해나가는 ‘네트워크 경험의 확대’ 및 ‘거점기관 중심의 단계적 네트워크 확대’, 거점기관의 활용, ‘지역 복지관의 활용을 통한 인프라 부족 극복’이 언급되었다. 제도 및 정책 차원에서는 실질적인 네트워크 운영을 위한 평가제도의 개선과 ‘공공 혹은 준공공기관의 네트워크 주도 및 참여’, 근본적으로 영역별·지역적 특성과 형평성을 고려하여 ‘지역 내 인프라 확대’가 필요하다고 볼 수 있다.

이를 바탕으로, 정신건강서비스 전달체계의 문제별 제도적 개선방안 및 네트워크 구축 전략을 다음과 같이 수립하였다.

첫째, 정신건강서비스 통합지원체계의 시범 적용이다. 정신건강서비스 통합지원체계는 앞서 연구결과를 토대로 거점기관의 구축 및 활용, 지역사회복지관의 활용, 정신재활시설의 설치, 정신장애인의 지역사회 통합적 관점에서의 접근, 공공 혹은 준공공기관의 네트워크 주도를 주요한 요건으로 도출해 볼 수 있다. 이를 토대로 모형의 설계와 적용가능 지역을 고려해 볼 수 있을 것이다.

둘째, 정신장애인의 지역사회 통합을 위한 정신건강 인적·물적 인프라 확대이다. 현재 경남 지역에는 지역사회에서 정신재활시설과 주거지원시설(사회주택 혹은 지역사회 전환시설)이 부족한 실정이다. 지역 내 정신재활시설을 확대하고, 케어안심주택 등의 주거지원 시설의 확대가 되어야 할 것이다. 그리고 안정적 전문인력 공급체계 등을 통한 네트워크가 구축될 수 있는 환경이 마련되어야 한다.

이외에 정신건강서비스의 정성 평가 체계 강화 등의 정책적 지원이 필요하다.

다. 경상남도 정신건강서비스 실태분석 : 네트워크, 재활·사회복귀 인프라 확대

경상남도 내 정신건강서비스 실태에 대해 제공기관의 실무자를 대상으로 조사한 결과는 다음과 같다.

경상남도가 지역사회의 정신건강증진을 위해 가장 우선적으로 지원해야 하는 사업 부문에서 조사대상자들은 ‘고위험군 정신장애인 관리’를 가장 중요하게 보고 있었고, 이어서 정신재활서비스 제공의 확대와 정신증상치료서비스 제공 확대를 중요하게 생각하는 것으로 보고되었다.

지역사회연계업무의 특성에 따라서는 관련 경험의 유무와 실제 연계업무 수행 중의 여부, 연계업무 수행연수별 비교와 연계업무 전담직원의 유무 모두에서 공통적으로 ‘고위험군 정신장애인관리’와 ‘정신재활서비스 제공 확대’를 높은 중요도로 지목되었다.

“경상남도가 지역사회의 정신건강증진사업의 효율성 제고를 위해 개선해야 할 부분”에서는 ‘고위험군 정신장애인관리’ - ‘정신증상 치료서비스 제공확대’ - ‘정신재활서비스 제공확대’ 순으로 나타났다. 그리고 이러한 결과의 순서는 성별과 연령별 그리고 학력별, 지역별 비교에서도 유사한 결과들이 도출되었다.

경상남도 정신건강복지정책의 방향에 대해서 ‘경상남도 자체 정신건강정책의 개발 및 지원’ - ‘정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완’ - ‘정부 정신건강정책의 수행중심’이 필요하다고 응답이 나왔다.

IPA분석 결과에 따라 살펴본 결과들을 요약하여 정리해보면 다음과 같다.

먼저 지역사회연계 업무필요도와 지역사회 연계업무 수행도에 관한 관계에서는 집중해야 할 사업으로 생명사랑 네트워크 활동사업, 정신건강 네트워크 구축, 자살위기개입 네트워크 사업 등 네트워크 사업에 대한 필요도가 높았다. 유지해야 할 사업으로 의료서비스 연계사업과 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석, 위기개입 및 안전서비스, 지역사회 인식개선 캠페인 사업으로 나타났다. 반면, 다소 과잉투자된 사업으로는 유관 기관 담당자 간담회 개최 및 참석과 저소득층 의료비 지원사업, 지역사회 홍보물(소식지, 리플렛)제작으로 나타났다.

다음으로 지역사회 연계영역에 대한 직무별 수행도와 중요도 인식을 살펴본 결과의 비교에서는 사회안전망 조성사업, 정신건강 네트워크 구축, 교육 연계사업 운영, 자살 위기개입 네트워크 사업이 높은 중요도를 보이지만 현재 수행도가 낮아 집중해야 할 사업으로 나타났다. 향후에도 지속적으로 유지해야 할 사업으로 의료서비스 연계사업과 위기개입 및 안전 서비스 그리고 저소득층 의료비 지원사업으로 나타났다. 반면, 유관 기관 담당자 간담회 개최 및 참석과 지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석, 지역사회홍보물(소식지, 리플렛)제작, 지역사회 인식개선 캠페인 사업 등은 과잉투자된 사업으로 인식되고 있어서 향후 사업의 조정이 필요한 것으로 분석되었다.

직접서비스 제공영역에 대한 직무별 수행도와 중요도 인식을 살펴본 IPA 분석결과에서는 집중해야 할 사업으로 고용서비스 제공, 지역사회 거주 치료 및 재활 통합지원, 정신장애인 욕구 조사가 나타났다. 향후에도 지속적으로 유지해야 할 사업으로 대상자 진단 및 선별, 사례발굴 및 관리, 교육훈련, 가족교육 및 정보제공 서비스, 가정방문서비스 제공, 개별 심리치료, 약물증상관리교육 제공, 일상생활훈련 제공, 사회기술훈련 제공, 인지재활훈련 제공, 자살예방교육 제공, 주간재활(주간보호)서비스 제공, 정신건강 위기개입서비스업 등 총 13가지 사업을 중요하게 보고 있는 것으로 나타났다. 반면, 상담실 운영과 여가활동 지원사업 경우 향후 사업의 조정이 필요한 것으로 분석되었다.

마지막으로 직접서비스 영역의 요인별 분석에서는 치료, 정신재활, 조사연구가 집중해야 할 사업이며, 사례관리와 가족지원, 교육훈련의 경우가 유지해야 할 사업으로 인식되고 있었고, 과잉된 것으로 인식되는 사업은 확인되지 않았다.

그 밖에 코로나 19 대응에 따른 업무 수행방식의 변화에 대한 인식에서는 업무수행방식의 변화가 있었다는 응답이 절대적으로 많은 가운데, 그로 인한 높은 부담감과 정신건강 영역에서 코로나 19에 대한 취약성이 높은 부분이 향후 개선해야 할 부분으로 나타났다.

2. 제언

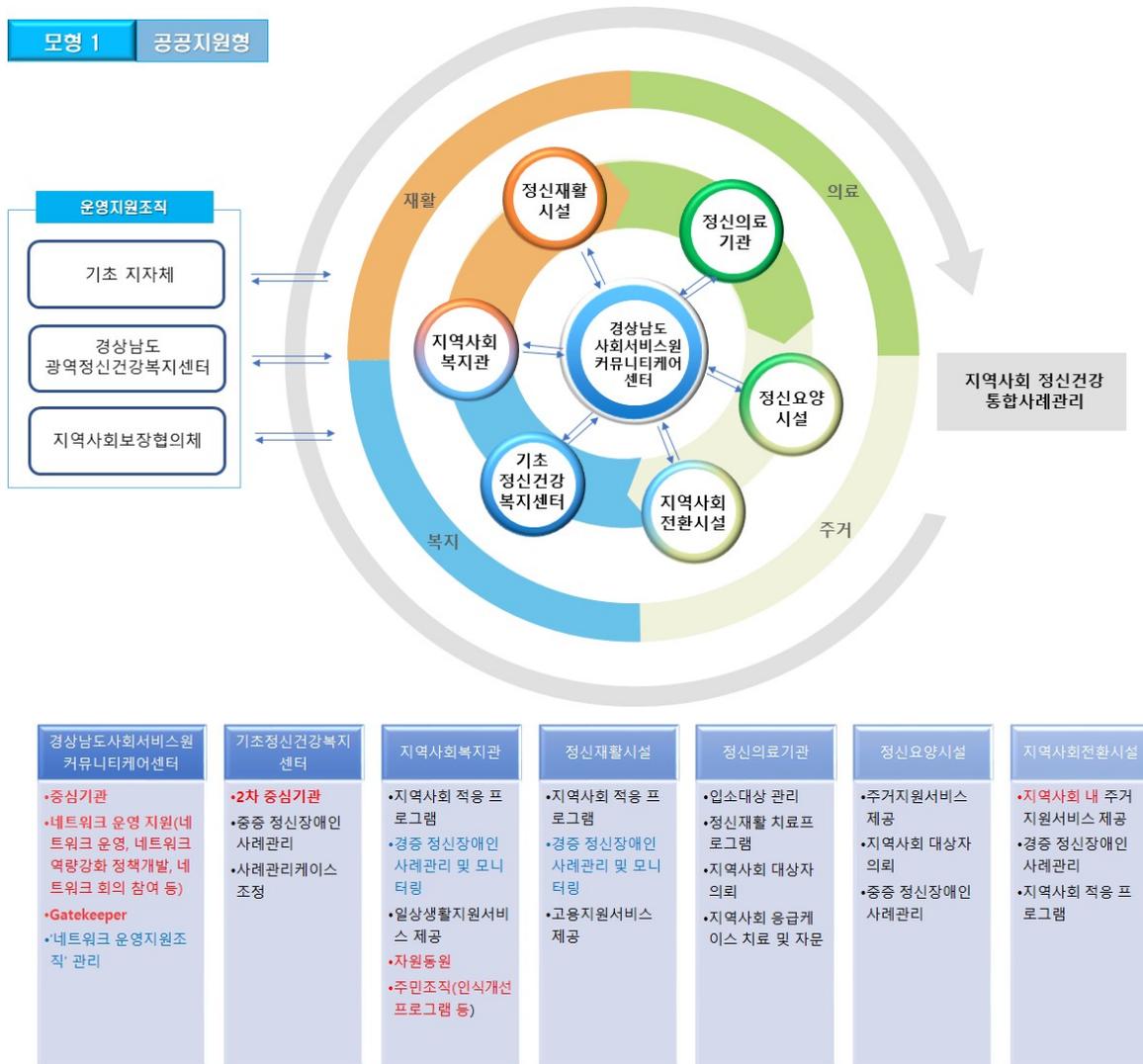
가. 정신건강통합관리지원체계의 가설적 모형

본 연구에서는 정신건강통합관리지원체계 구축에 있어서 구성요소 측면에서 ① 거점기관의 구축 및 활용 ② 정신재활시설 및 지역사회복지관의 활용 ③ 지역사회 거주 기반의 서비스 ④ 공공 혹은 준공공기관의 개입 의 4가지 조건이 도출되었다. 이를 바탕으로 정신건강통합관리지원체계의 가설적 모형은 정신건강통합관리지원체계 안에서 **구심점 기능을 하는 기관과 그 역할에 따라 ① 공공지원형 ② 민관협력형** 으로 모형을 구분하여 도식화해 볼 수 있다. 정신건강통합관리지원체계를 구성하는데에 있어 필요한 주요 거점기관은 크게 복지, 재활, 의료, 주거영역으로 분류하여 기초정신건강복지센터(복지), 지역사회복지관(복지+재활), 정신재활시설(재활), 정신의료기관(의료), 정신요양시설(주거+의료), 지역사회전환시설(주거+복지)로 정리해볼 수 있다. 거점기관 구성은 지역의 특성이나 상황에 따라 가감될 수 있으며 지역주민조직이나 사회적경제 기업과도 같은 지역사회 자원을 네트워크 참여기관으로 확장할 수 있다. 또한 정신건강통합관리지원체계의 주요 거점 기관으로 활용할 각 영역별 인프라(시설)가 부족한 경우 역할이 재편성된 ③ **혼합형 모형**을 추가로 제시해볼 수 있다.

1) 공공지원형

공공지원형은 정신건강통합관리지원체계 내에서 공공조직(혹은 준공공조직)이 네트워크 내에서 구심점 역할을 수행하는 형태이다. 재활, 의료, 주거, 복지영역에서 역할을 수행하는 정신건강서비스 제공기관들은 상호교류의 형태를 가지며 공공조직을 중심으로 사례의 공유와 역할배분을 통한 협력관계를 갖는다.

모형 1 공공지원형



<그림VI-1> 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 공공지원형

- **공공조직** : 공공조직(혹은 준 공공조직, 여기서는 경상남도사회서비스원 커뮤니티케어센터)은 네트워크 운영지원조직(기초 지자체, 경상남도광역정신건강복지센터, 지역사회복지협의체)과의 연계 역할을 담당하며 지역사회 내 정신건강 의뢰에 대해 네트워크 안에서 기초정신건강복지센터와 협력하여 Gatekeeper의 역할을 수행한다. 또한 네트워크의 유지와 활성화를 위한 운영 지원과 역할조정 기능을 수행한다.
- **기초정신건강복지센터** : 기초정신건강복지센터는 복지영역의 주요 거점기관으로, 네트워크 내에서 중증 정신장애인 사례관리를 중심으로 사례관리 전반에 주요한 기능을 담당하며 2차 중심기관으로 역할을 수행한다. 경상남도사회

서비스원과 협력하여 네트워크 내 사례관리케이스 조정의 기능을 수행하며 네트워크 운영과 주 기능인 중증 정신장애이사례관리에 집중하여 기능한다.

- **지역사회복지관** : 지역사회복지관은 복지영역과 재활영역을 수행할 수 있는 주요 거점기관이다. 지역사회 내에서 기초정신건강복지센터와 협력하여 경증 정신장애인 사례관리 업무와 사후 모니터링 역할을 수행하며 정신재활시설과 협력하여 지역사회 적응 프로그램을 일부 담당한다. 정신건강네트워크에서 복지관은 정신장애인 외의 다양한 지역사회 주민이 이용하는 시설이므로 지역사회 조직화 측면에서 장점이 있다. 자원동원과 주민조직(인식개선프로그램 등)을 주요한 역할로 수행하며, 일상생활지원서비스를 담당하게 된다.
- **정신재활시설** : 정신재활시설은 재활영역의 주요 거점기관으로 지역사회 적응 프로그램을 고유 업무로 담당하게 된다. 더불어 고용지원서비스와 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링을 담당한다.
- **정신의료기관** : 정신의료기관은 의료 영역의 주요 거점 기관이다. 입원환자 관리를 기본 기능으로 하며 지역사회 정신장애인을 대상으로 정신재활 치료 프로그램 운영을 담당한다. 또한 지역사회 응급케이스 치료 및 자문 역할과 퇴원자 혹은 사례관리가 필요한 대상에 대해 사례관리 의뢰자의 역할을 추가로 수행한다.
- **정신요양시설** : 정신요양시설은 의료영역과 주거 영역의 주요 거점기관으로 주거지원서비스를 주 업무로 수행한다. 더불어 퇴소자의 지역사회 사례관리 의뢰와 중증 정신장애인 사례관리 등을 기초정신건강복지센터와 협력하여 수행한다.
- **지역사회전환시설** : 지역사회전환시설은 주거영역과 복지영역의 주요 거점기관의 역할을 수행한다. 주 업무는 지역사회 내 주거지원서비스이며 경증 정신장애인 사례관리와 지역사회 적응프로그램을 정신재활시설과 협력하여 수행한다. 지역사회전환시설은 장기시설입소 정신장애인의 탈시설화 측면에서 지역사회 통합 돌봄의 기능을 수행한다.

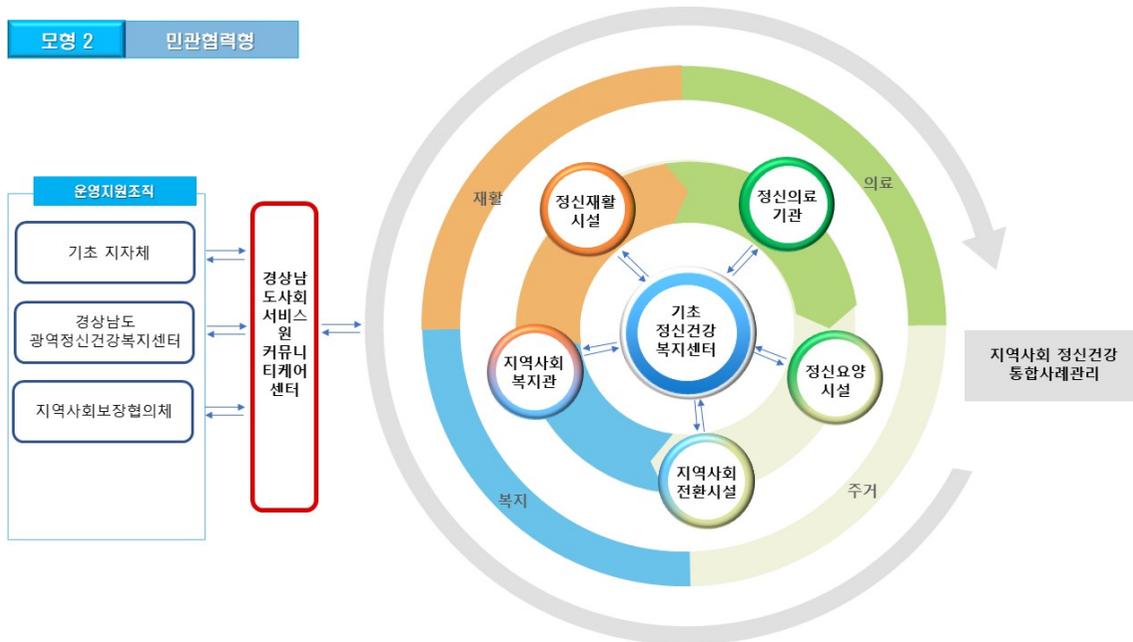
공공지원형은 기초정신건강복지센터의 업무가 과다하여 정신건강네트워크가 약화된 지역과 지역사회 내 인프라가 부족하여 네트워크 구축 시 거점기관의 에너지 투입이 과도할 것으로 예상되는 경우 공공조직을 주요한 자원으로 활용할 수 있어 유용하다. 공공지원형은 시·군 규모의 지역에 모두 적합하며 비교적 자원이 부족한 중소도시 지역에 우선 적용할 수 있다.

2) 민관협력형

민관협력형은 정신건강통합관리지원체계 내에서 기초정신건강복지센터가 구심점 역할을 수행하고 공공조직(혹은 준 공공조직)이 네트워크 지원기관으로 투입되는 형태이다. 재활, 의료, 주거, 복지영역에서 역할을 수행하는 정신건강서비스 제공 기관들은 상호교류의 형태를 가지며 기초정신건강복지센터를 중심으로 사례의 공유와 역할배분을 통한 협력관계를 갖는다.

- **공공조직** : 공공조직(혹은 준 공공조직, 여기서는 경상남도커뮤니티케어센터)은 네트워크 운영지원조직(기초 지자체, 경상남도광역정신건강복지센터, 지역사회 복지협의체 등)의 연결망 역할을 수행한다. 네트워크 운영지원조직과의 연계 업무를 담당하며, 지역사회 정신건강네트워크가 강화될 수 있도록 정책개발, 네트워크 회의 참여 등의 네트워크 운영지원 역할을 수행한다.
- **기초정신건강복지센터** : 민관협력형 모형에서는 기초정신건강복지센터가 중점 기관으로서 구심적 역할을 수행한다. 기초정신건강복지센터는 정신건강통합 관리지원체계의 가장 주요한 역할인 Gatekeeper의 역할과 네트워크 역할 조정을 수행하게 된다. 주 업무는 중증 정신장애인 사례관리와 사례관리 케이스 조정이지만 네트워크 운영에 있어 컨트롤타워 역할을 수행한다.
- **지역사회복지관** : 지역사회복지관은 복지영역과 재활영역을 수행하는 주요 거점기관으로 지역사회 내에서 기초정신건강복지센터와 협력하여 경증 정신 장애인 사례관리 업무와 사후 모니터링 역할을 수행한다. 또한 정신재활 시설과 협력하여 지역사회 적응프로그램을 일부 담당한다. 지역복지관은 자원 동원과 주민조직이라는 강점을 활용하여 정신건강 네트워크가 활동할 수 있는 ‘장’을 마련하는 역할을 수행한다.

모형 2 민관협력형



경상남도사회서비스원 커뮤니티케어센터	기초정신건강복지센터	지역사회복지관	정신재활시설	정신의료기관	정신요양시설	지역사회전환시설
<ul style="list-style-type: none"> •네트워크 운영지원(정책개발, 네트워크 회의 참여 등) •네트워크 운영지원조직 관리 	<ul style="list-style-type: none"> •중심기관 •Gatekeeper •네트워크 역할 조정 •지역사회 정신건강네트워크 역량 강화 •중증 정신장애인 사례관리 •사례관리케이스 조정 	<ul style="list-style-type: none"> •지역사회 적응 프로그램 •경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 •일상생활지원서비스 제공 •자원동원 •주민조직(인식개선프로그램 등) 	<ul style="list-style-type: none"> •지역사회 적응 프로그램 •경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 •고용지원서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> •입소대상 관리 •지역사회 대상자 의뢰 •지역사회 응급케이스 치료 및 자문 	<ul style="list-style-type: none"> •주거지원서비스 제공 •지역사회 대상자 의뢰 •중증 정신장애인 사례관리 	<ul style="list-style-type: none"> •지역사회 내 주거 지원서비스 제공 •경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 •지역사회 적응 프로그램

<그림VI-2> 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 민관협력형

- **정신재활시설** : 정신재활시설은 지역사회 기반 특성이 강한 정신건강서비스 제공 기관으로써 고용과 경증 정신장애인 사례관리 업무를 주요한 업무로 수행한다.
- **정신의료기관** : 정신의료기관은 의료 영역의 주요 거점 기관이다. 지역사회 응급케이스 치료 및 자문 역할과 퇴원자 혹은 사례관리가 필요한 대상에 대해 사례관리 의뢰자의 역할을 추가로 수행한다.
- **정신요양시설** : 정신요양시설은 의료영역과 주거영역의 주요 거점기관으로 주거지원서비스를 주 업무로 수행한다. 더불어 퇴소자의 지역사회 사례관리의 의뢰와 중증 정신장애인 사례관리자 역할을 기초정신건강복지센터와 협력하여 수행한다.

- **지역사회전환시설** : 지역사회전환시설은 주거영역과 복지영역의 주요 거점 기관의 역할을 수행한다. 주 업무는 지역사회 내 주거지원서비스 및 경증 정신장애인 사례관리이다. 지역사회 적응프로그램을 정신재활시설과 협력하여 수행하며 장기시설입소 정신장애인의 탈시설화 측면에서 지역사회 통합 돌봄의 기능을 수행한다.

민관협력형은 공공지원형에 비해 기초정신건강복지센터의 기능이 보다 강화된 형태이다. 네트워크 전반에 있어 기초정신건강복지센터가 주도적인 역할을 수행하며 공공조직(혹은 준공공조직, 여기서는 경상남도커뮤니티케어센터)는 네트워크가 유지될 수 있도록 지원하는 역할에 그친다. 명시되지는 않았지만 민관협력형에서의 다른 참여기관의 역할 역시 공공지원형에 비해 확대될 수 있다. 각 기관의 고유 기능이 강화된 형태로 운영되며 기관간 교류가 활성화된 상태로 볼 수 있다.

3) 혼합형

혼합형은 지역 특성상 정신건강통합관리지원체계에서 제시한 6개 거점기관(기초 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신의료기관, 정신요양시설, 지역사회복지관, 지역사회전환시설)의 설치가 제대로 이루어지지 않은 지역의 경우 우선 적용해볼 수 있는 모형이다. 지역사회에 비교적 보편적으로 설치되어 있는 시설을 활용하여 부재한 시설의 역할을 추가로 수행할 수 있도록 공공조직(혹은 준공공조직, 여기서는 경상남도커뮤니티케어센터)이 지원하는 형태이다.

자원이 부족하므로 공공조직이 주요한 자원으로 네트워크의 중심기관 역할을 수행하고, 기초정신건강복지센터는 2차 중심기관으로 공공조직과 협력하여 구심점 역할을 수행한다. 혼합형의 특징은 지역사회복지관을 주요한 자원으로 활용하는 점이다. 지역사회복지관은 분포 측면에서 보편성을 가지며, 기능의 확장성을 가진다. 따라서 네트워크 상에서의 역할이 비교적 유동적일 수 있다.

- **공공조직** : 혼합형 모형에서는 공공조직(혹은 준 공공조직, 여기서는 경상남도사회서비스원커뮤니티케어센터)이 지역사회 내 정신건강 의뢰에 대해 네트워크 안에서 기초정신건강복지센터와 협력하여 Gatekeeper의 역할을 수행한다. 또한 네트워크 운영지원조직(기초 지자체, 경상남도광역정신건강복지센터, 지역사회복지협의체)과의 연계 역할을 담당하며 네트워크의 유지와 활성화를 위한 운영지원과 역할조정 기능을 수행한다.
- **기초정신건강복지센터** : 기초정신건강복지센터는 혼합형 모형에서 사례관리 업무 수행과 네트워크 내 사례관리 역량강화에 업무가 집중된다.
- **지역사회복지관** : 정신건강네트워크에서 지역사회복지관은 지역사회 조직화 측면에서 자원동원과 주민조직을 주요한 역할로 수행하며, 일상생활지원 서비스를 담당하게 된다. 정신재활시설이 부재할 경우 기초정신건강복지센터와 협력하여, 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 기능을 보다 강화하여 수행할 수 있다. 이 경우 정신건강 영역에서의 사회복지사 역량강화 및 공동사례관리를 통한 업무지원이 이루어져야 한다.
- **정신의료기관** : 정신의료기관은 의료 영역의 주요 거점 기관이다. 입원환자 관리를 기본 기능으로 하며 지역사회 정신장애인을 대상으로 정신재활 치료 프로그램 운영을 담당한다. 또한 지역사회 응급케이스 치료 및 자문 역할과 퇴원자 혹은 사례관리가 필요한 대상에 대해 사례관리 의뢰자의 역할을 추가로 수행한다.
- **정신요양시설** : 정신요양시설은 의료영역과 주거 영역의 주요 거점기관으로 주거지원서비스를 주 업무로 수행한다. 더불어 퇴소자의 지역사회 사례관리 의뢰와 중증 정신장애인 사례관리 등을 기초정신건강복지센터와 협력하여 수행한다. 또한 지역사회전환시설이나 정신재활시설이 부재한 경우 기능 전환을 통해 지역사회 적응프로그램 수행기능을 강화할 수 있다.

모형 3 혼합형



<그림VI-3> 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 혼합형

재활, 의료, 주거, 복지영역에서 역할을 수행하는 정신건강서비스 제공기관들은 상호교류의 형태를 가지며 기초정신건강복지센터를 중심으로 사례의 공유와 역할 배분을 통한 협력관계를 갖는다는 면에서는 다른 모형과 동일하다. 하지만 부재한 기관의 역할을 보완하여 참여 기관의 기능들이 보다 강화된다는 측면에 있다.

혼합형은 군지역 등 인프라가 적은 소규모 지역에 우선 적용할 수 있다. 또한 장기 모델이라기 보다는 경과적 모델로서 인프라 확대를 전제로 하고 있다. 특히 정신재활시설은 연구결과에서 확인했듯이 정신장애인의 지역사회 통합측면에서 중요한 역할을 수행하므로 권역별이라도 필수적으로 갖추어야 하는 시설이라고 할 수 있다.

4) 모형의 유형별 비교

앞서 살펴본 3개 모형은 각 유형의 특징에 따라 네트워크 중심기관과 2차 중심 기관, Gatekeeper 역할을 수행하는 기관이 다르게 배치된다. 또한 자원의 충분성 여부에 따라 적용 모형에의 차이를 보일 수 있으며 이에 따라 적합지역의 행정 규모 역시 달라진다. 특성별로 비교하면 아래 표와 같이 정리해볼 수 있다.

<표VI-1> 모형별 특성 비교

특성 \ 유형별	공공지원형	민관협력형	혼합형
중심역할	공공조직/준공공조직 (경상남도커뮤니케어센터)	기초정신건강센터	공공조직/준공공조직 (경상남도커뮤니케어센터)
2차 중심 기관	기초정신건강센터	-	기초정신건강센터
Gatekeeper	경상남도커뮤니케어센터	기초정신건강센터	경상남도커뮤니케어센터
자원의 충분성	중	강	약
적합 지역	시·군 단위	시 단위	군 단위

네트워크 중심기관의 결정은 전체 네트워크의 역량과도 영향이 있다. 활용자원(인프라)이 적고, 네트워크 경험치가 낮은 경우에는 네트워크 업무 자체가 부담이 될 수 있다. 더구나 현실적으로 네트워크를 통한 업무 조정 등이 이루어지지 않은 상황에서는 기초정신건강센터로의 업무부담이 더 커질 가능성이 있다. 따라서 공공조직이 네트워크 구심점 역할을 수행하며 네트워크 관련 업무를 상당부분 담당해야 할 것이다. 즉 공공주도적 모형(공공지원형 및 혼합형)과 민관주도적 모형(민관협력형)을 구분짓는 가장 큰 특징은 자원의 충분성에 따라 네트워크 중심 역할을 하는 기관이 공공과 민간으로 나뉜다는 점이다. 공공조직은 향후 민간조직이 네트워크 경험과 자원의 확보를 통해 자체적으로 지역사회 내에서 유기적이고 통합적인 네트워크를 운영할 수 있도록 역량을 강화하고 지원해주는 역할을 한다. 따라서 공공지원형과 혼합형에서 기초정신건강센터는 2차 중심기관으로서 사례 관리의 총괄부분을 담당하며 향후 네트워크 중심기관으로서의 역할을 함께 수행

하여 네트워크의 주도적인 역할을 수행한다. 한편 민관협력형에서 기초정신건강 센터는 중심기관 역할을 수행하며 공공조직은 네트워크 지원조직의 관리자로 네트워크 외부에서 지원하는 역할을 수행한다. 이러한 민관협력형은 인구집중도와 인프라가 발달되어 비교적 자원이 풍부한 지역에 적용이 가능하다. 3가지 모형은 단계적 발달을 통해 민관협력형으로 운영되는 네트워크를 이상적인 지향점으로 삼고 있다. 또한 기초정신건강복지센터는 정신건강서비스 전달체계의 중요한 기관으로써 정신건강서비스 제공기관 네트워크에서 가장 중요한 기능인 사례관리의 케이스 조정역할을 3가지 모형에서 모두 담당하는 것이 바람직한 형태일 것이다.

이들 모형의 발달단계를 가상으로 구성해보면 혼합형-(인프라구축)-공공지원형-민관협력형의 순으로 살펴볼 수 있다. 물론 이 발달단계는 지역의 거점기관 역량이나 네트워크 지원조직(지자체, 지역사회복지협의체 등)의 참여에 의해 변화할 수 있으며 지역의 규모에 따라 혼합형의 응용 형태로 운영 가능할 것이다.

5) 정신건강서비스 통합관리지원체계의 기능과 역할

앞서 정신건강서비스 통합관리지원체계의 3가지 모형과 모형별 각 기관의 역할을 살펴보았다. 정신건강서비스 통합관리지원체계는 지역사회 내 정신장애인의 조기 발견, 예방, 지역사회 내에서의 통합적 사례관리 및 서비스제공 기능을 수행한다. 정신장애인의 욕구와 필요한 서비스 등은 복잡다양하며 따라서 그에 맞는 서비스를 제공하기 위해서는 기관별 개입을 넘어선 통합적 접근이 필요하다.

정신건강통합관리지원체계에서 정신건강기관네트워크는 ① **기관별 업무의 재조정** 과 ② **네트워크 공동사업 추진** 이라는 주요한 과제를 가진다. 현재 정신건강기관간의 중복된 업무를 기관 특성별 고유 기능을 바탕으로 재편성하며 더불어 공통업무에 대해서는 네트워크 공동사업 추진을 통해 효율성과 효과성을 증대시킬 필요가 있다. 또한 각 기관의 역할은 모형별로 아래와 같이 변화할 수 있다.

<표VI-2> 모형별 정신건강서비스 유관 기관 역할

구분	공공지원형	민관협력형	혼합형	비고
공공조직/준공공조직 (경상남도 커뮤니티케어센터)	<ul style="list-style-type: none"> • 중심기관 • Gatekeeper • 네트워크 운영 지원(네트워크 운영, 네트워크 역량강화 정책개발, 네트워크 회의 참여 등) • '네트워크 운영지원조직' 관리 	<ul style="list-style-type: none"> ※ 네트워크 외부 지원조직 • 네트워크 운영지원(정책개발, 네트워크 회의 참여 등) • '네트워크 운영지원조직' 관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 중심기관 • Gatekeeper • 네트워크 운영 지원(네트워크 운영, 네트워크 역량강화 정책개발, 네트워크 회의 참여 등) • '네트워크 운영지원조직' 관리 	
기초정신건강복지센터	<ul style="list-style-type: none"> • 2차 중심기관 • 중증 정신장애인 사례관리 • 사례관리케이스 조정 	<ul style="list-style-type: none"> • 중심기관 • Gatekeeper • 네트워크 역할 조정 • 지역사회 정신건강네트워크 역량 강화 • 중증 정신장애인 사례관리 • 사례관리케이스 조정 	<ul style="list-style-type: none"> • 2차 중심기관 • 중증 정신장애인 사례관리 • 복지관의 경증 정신장애인 사례관리 지원 • 사례관리케이스 조정 	
지역사회 복지관	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 적응 프로그램 • 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 • 일상생활지원서비스 제공 • 자원동원 • 주민조직 (인식개선프로그램 등) 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 적응 프로그램 • 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 • 일상생활지원서비스 제공 • 자원동원 • 주민조직 (인식개선프로그램 등) 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 적응 프로그램 • 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 • 일상생활지원서비스 제공 • 자원동원 • 주민조직 (인식개선프로그램 등) 	네트워크 내 협의된 기능 수행
정신재활 시설	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 적응 프로그램 • 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 • 고용지원서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 적응 프로그램 • 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 • 고용지원서비스 제공 	미설치 지역 가정 (복지관의 역할 확대)	
정신의료 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 입소대상 관리 • 정신재활 치료프로그램 • 지역사회 대상자 의뢰 • 지역사회 응급케이스 치료 및 자문 	<ul style="list-style-type: none"> • 입소대상 관리 • 지역사회 대상자 의뢰 • 지역사회 응급케이스 치료 및 자문 	<ul style="list-style-type: none"> • 입소대상 관리 • 정신재활 치료프로그램 • 지역사회 대상자 의뢰 • 지역사회 응급케이스 치료 및 자문 	
정신요양 시설	<ul style="list-style-type: none"> • 주거지원서비스 제공 • 지역사회 대상자 의뢰 • 중증 정신장애인 사례관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 주거지원서비스 제공 • 지역사회 대상자 의뢰 • 중증 정신장애인 사례관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 주거지원서비스 제공 • 지역사회 대상자 의뢰 • 중증 정신장애인 사례관리 • 지역사회 적응 프로그램 	
지역사회 전환시설	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 내 주거지원서비스 제공 • 경증 정신장애인 사례관리 • 지역사회 적응 프로그램 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 내 주거지원서비스 제공 • 경증 정신장애인 사례관리 및 모니터링 • 지역사회 적응 프로그램 	미설치 지역 가정 (정신요양시설의 역할 확대)	설립 가정

네트워크 공동사업은 예방적 차원과 문제해결 차원에서의 접근으로 구분해 볼 수 있으며 ① 예방적 차원에서 인식개선사업, ② 문제해결 차원에서 공동 사례관리를 제시해 볼 수 있다. 캠페인, 홍보 등의 인식개선 사업은 앞서 제시되었던 연구결과에서 각 시설별로 과도한 투입이 되고 있으나 중요도는 떨어지는 ‘개선’ 대상 사업이었다. 이를 네트워크 공동사업으로 추진하면 보다 파급효과는 높고, 각 기관별 중복되는 에너지를 조정할 수 있어 고유 업무에 대한 집중도가 높아질 수 있다. 또한 공동 사례관리를 통해 각 시설별 자원의 한계를 극복하고 고유 업무 영역에 대한 전문성을 공유할 수 있다. 이외에도 네트워크 참여 기관의 역량 강화를 위한 교육, 지역별 특성화 사업 등을 네트워크 내부의 논의를 거쳐 추진할 수 있다.

나. 정신건강서비스 통합관리지원체계 구축을 위한 제도적 기반조성

정신건강서비스 통합관리지원체계가 공고히 구축되기 위해서는 제도적 뒷받침이 필요하다. 제도적 개선을 위해서는 중앙정부, 지방정부, 사회서비스원 차원에서의 구체적인 노력이 필요하다. 본 연구의 결과를 토대로 통합지원체계 구축을 위한 기반조성 차원의 개선점을 도출하면 다음과 같다.

1) 정신건강서비스 통합관리지원체계 구축을 위한 시범사업 추진

정신건강서비스 통합관리지원체계를 적용하기 위해서는 앞서 제시되었던 ① **거점기관의 구축 및 활용** ② **정신재활시설 및 지역사회복지관의 활용** ③ **지역사회 거주 기반의 서비스** ④ **공공 혹은 준공공기관의 개입** 의 요건이 충족되어야 한다.

이에 따라 기본모형인 공공지원형 모형을 적용한 ‘정신건강서비스 통합관리지원체계 시범사업’을 적용하기 위해서는 정신건강업무의 사례관리 조정자 역할을 수행할 기초정신건강복지센터와 지역사회 적응을 위한 정신재활시설, 자원동원과 주민조직을 담당하는 주요 자원으로서 지역사회복지관이 필수요소라고 볼 수 있다. 이들 기관을 거점기관으로 활용 가능해야 한다는 요건을 가지며 추가로 정신의료

기관과 정신요양시설이 갖추어져 있다면 모형을 적용하기에 이상적일 것이다. 이러한 거점기관 중심의 네트워크 형성은 확장성과 안정성이 있다는 장점이 있다. 거점기관 중심의 소규모 네트워크는 상황에 따라 확대되고 축소되는 유연함을 통해 네트워크의 단기목표 달성과 갈등관리에 유용한 측면이 있다. 거점기관 구축은 경남지역에서 기존의 인적 자원망인 ‘지역사회보장협의체’ 분과 등을 활용한 전략으로 접근할 수 있다.

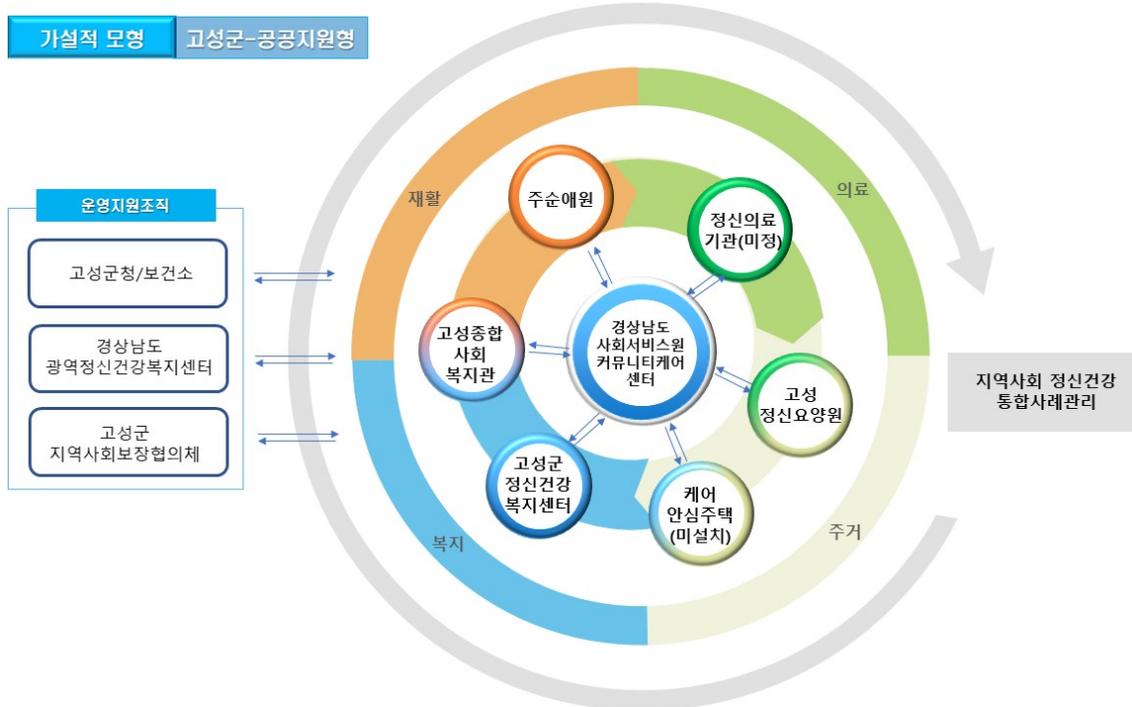
현재 경상남도 내에서 종합시설로 정신재활시설이 있는 곳은 양산, 고성이고 주간재활시설이 위치한 곳은 진주, 양산, 중독자재활시설이 있는 곳은 진주, 김해, 양산이다. 위 지역 중에서 중독관리통합지원센터가 있는 곳은 진주, 김해, 양산이다. 따라서 기관 특성과 지역적 특성을 고려했을 때, 중독관리네트워크를 구성할 경우 동부권은 김해, 양산, 서부권은 진주에 구축할 수 있을 것이다. 지역 사회에 기반한 정신장애인의 통합적 접근 측면에서는 종합재활시설을 활용한다면 동부권에는 양산, 서부권에는 고성이 적합할 것으로 판단된다.

전술되었던 연구결과를 토대로 '정신건강서비스 통합관리 지원체계 시범사업'을 가정 해본다면 ① 거점기관의 구축 ② 정신재활시설 및 지역사회복지관의 투입 ③ 지역 사회 거주 기반의 서비스 ④ 공공 혹은 준공공기관의 개입의 조건을 적용하여 다음과 같이 구성해볼 수 있을 것이다.

○ 고성군 공공지원형

“고성군정신건강복지센터, 고성정신요양원, 주순애원(정신재활시설), 고성종합 사회복지관으로 거점기관을 구축하고 공공조직으로써 경상남도커뮤니티케어센터가 네트워크 중심 기관으로 개입하여 주요 네트워크 활용자원으로 지역사회보장 협의체의 장애인 분과 활용”

위와 같이 고성지역은 소규모 지역이기는 하나, 정신요양시설과 종합 정신재활 시설이 위치하고 있어서 경남지역에서 공공지원형 모델 적용에 가장 이상적인 형태라고 할 수 있다.

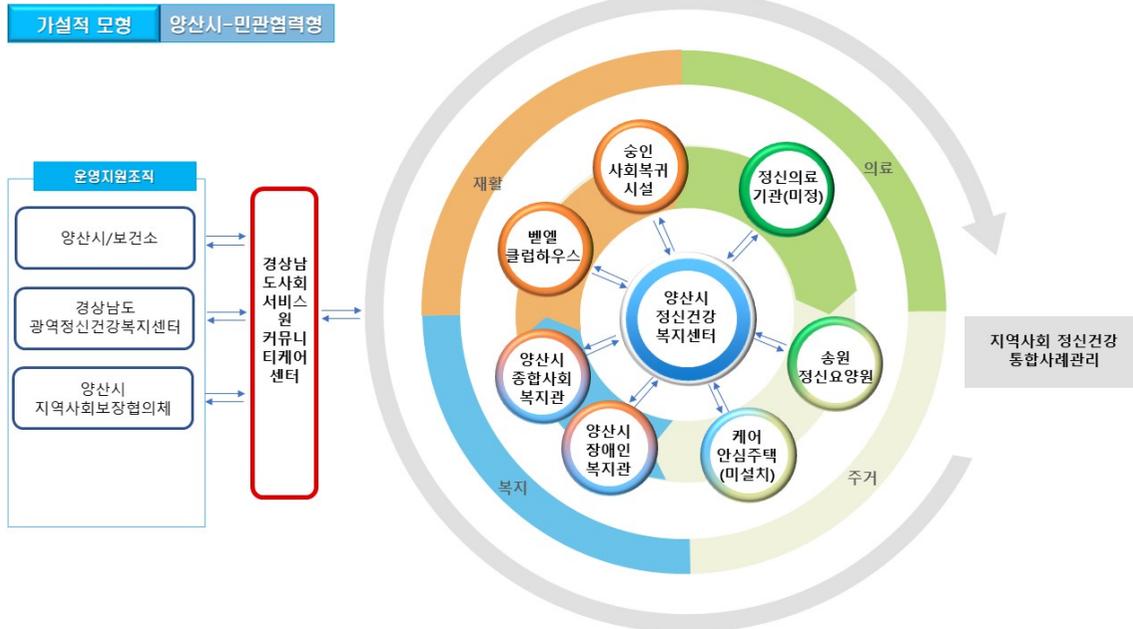


<그림VI-4> 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 고성군(공공지원형)

○ 양산시-민관협력형

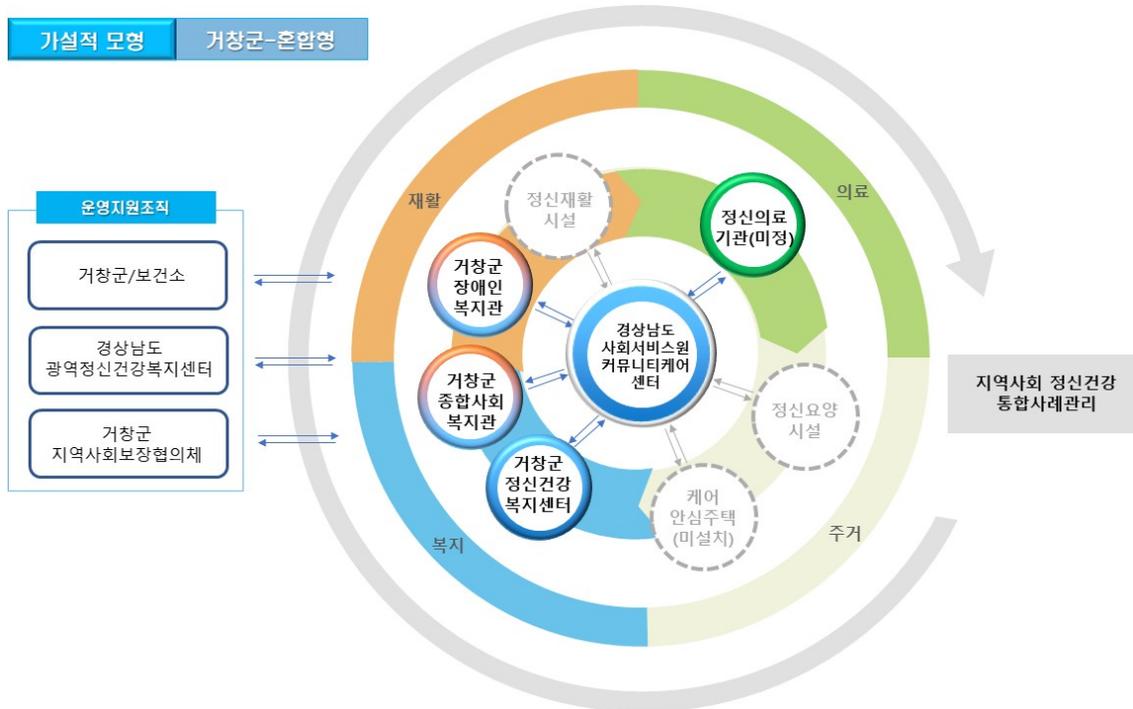
“양산시정신건강복지센터, 벨클럽하우스(정신재활시설), 송인사회복지시설 (정신재활시설), 양산시장애인복지관(혹은 양산시종합사회복지관, 웅상종합사회 복지관 등), 송원정신요양원으로 거점기관을 구축하고 공공조직으로써 경상남도 커뮤니티케어센터가 네트워크 운영 지원기관으로 개입하여 주요 네트워크 활용 자원으로 지역사회보장협의체의 장애인 분과 활용” 으로 구성해 볼 수 있다.

양산의 경우는 35만명이 넘는 인구의 도시지역으로 정신재활시설, 복지관 등 인프라가 풍부하다는 특징을 가졌다. 따라서 초기 개입시 공공지원형으로 접근하여 빠른 시일 안에 민관협력형으로 전환하여 네트워크를 운용하기 적합한 지역이라고 할 수 있다.



<그림VI-5> 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 양산시(민관협력형)

○ 거창군-혼합형



<그림VI-6> 정신건강통합관리지원체계 가설적 모형 - 거창군(혼합형)

“거창군정신건강복지센터, 거창군 장애인복지관, 거창군종합사회복지관으로 거점기관을 구축하고 공공조직으로써 경상남도커뮤니티케어센터가 네트워크 운영 지원기관으로 개입하여 주요 네트워크 활용자원으로 지역사회보장협의체의 장애인 분과 활용”으로 구성해 볼 수 있다.

거창군의 경우 정신재활시설과 정신요양시설이 모두 부재한 지역으로, 거창군 장애인복지관과 거창군종합사회복지관을 주요 자원으로 활용하고, 장기적으로는 정신재활시설 등을 설치해야 할 것이다.

거창군은 통합정신건강사업으로 ‘마음 쉽, 터’ 운영, 무인정신건강검진기 운영 등 정신건강서비스에 관심을 가지고 접근성을 높이려는 여러 정책들을 실시하고 있다. 또한 지역사회 통합돌봄사업 경험을 가지고 있어 지역사회 네트워크에 대한 경험이 풍부한 지역이므로 정신건강과 관련한 지역사회 인프라가 부족하지만 네트워크를 구축하기에 적합한 지역이라고 할 수 있다.

이와같이 정신재활시설이 위치하고 있지 않은 지역도 정신장애인 분포, 지역사회 네트워크 상황 등을 고려하여 복지관의 역할 확대가 가능한 지역에 혼합형 모형을 운영할 수 있을 것이다.

2) 정신건강 인적·물적 인프라 확대

가) 정신재활시설 확대 설치

지역사회 내에서 정신장애인의 자립과 지원을 위해서는 정신건강 인프라의 구축이 중요하다. 탈원화, 커뮤니티케어의 관점에서 지역사회에서의 정신장애인의 안정적인 거주를 위해서는 지역사회 적응을 지원할 기관이 필요할 것이다. 하지만 경상남도 지역에는 정신재활시설, 주거제공시설, 공동생활가정, 사회복지시설 등의 인프라가 현저히 부족한 실정이다.

이러한 인프라의 부족으로 인해 현재 정신건강복지센터는 “다이소”, “백화점”으로 불리며 인프라 부족의 빈틈을 메꾸고 있다. 전술했듯이 이러한 정신건강복지센터의 업무과중은 고유 업무인 사례관리 질 하락과 전문인력의 소진으로 이어

진다. 인프라가 절대적으로 부족한 상황에서의 네트워크 확대는 자원개발에 한계와 업무과중이라는 벽에 부딪힐 우려가 있다.

이러한 정신건강 인프라-특히 정신재활시설의 설치와 운영은 지방이양사업으로 지방자치단체의 의지와 경제적 능력에 따라 격차가 있을 수밖에 없다. 중앙정부 주도하에 일정 인원과 물리적 거리에 따른 시설 설치를 통해 이러한 정신건강 서비스 격차를 해소해야 할 것이다.

나) 시설-지역사회를 잇는 중간체계 마련

정신장애인이 지역에서 거주하기 위해서는 시설과 지역사회를 잇는 중간체계가 필요하다. 정신장애로 인해 사회관계가 단절된 정신장애인들의 경우 지역사회 적응에 있어 인적·경제적 지원체계가 없다고 볼 수 있다. 사회복귀시설, 정신재활시설과 더불어 지역사회전환시설인 하프웨이하우스(Halfway House), 케어안심주택 등을 적극적으로 활용하여 시설 퇴소 정신장애인이 지역에서 안정적으로 거주할 수 있도록 지역사회 주거 지원이 필요하다. 장기 시설입소 정신장애인은 많은 경우 지역사회 내 주거가 없어서 시설 퇴소를 꺼려하거나 퇴소를 하더라도 주거의 문제로 회귀하는 문제가 발생한다. 또한 자기관리 혹은 가족의 관리 지원 부족으로 병이 재발하여 재입소하게 되는 경우도 발생하여 지역사회 내 통합에 어려움이 있다. 특히 시설퇴소이후에는 퇴소자의 동의 없이는 거주지를 알기도 어렵고 개입을 하는 것이 제도적으로 불가능하다. 따라서 퇴소자에 대한 경제적 지원을 통한 안정적인 사회통합 및 사후관리체계 마련이 필요하다. 더불어 장기적으로는 퇴소자 관리가 보다 적극적으로 될 수 있도록 일정기간 의무관리 기간을 설정하는 제도적 개선이 필요하다.

2) 정신건강서비스 제공기관 평가지표의 개선

현재 정신건강서비스 제공기관, 특히 정신건강복지센터의 네트워크 평가기준은 산술적인 '실적'에 치우쳐 있다. 정성평가보다는 '몇 건 연계했는지', '몇 곳과

협약했는지’의 확인에만 그치고 있어 네트워크 활성화의 동기부여에는 부족한 실정이다. 하지만 단순 연계나 협약은 깊이 있는 네트워크로 이어지기 어렵다. 일회성 자원 연계나 단편적인 업무협약은 복잡다양한 문제와 욕구를 가진 클라이언트를 함께 지원한다는 합의라기 보다는 그저 ‘업무적인’ 절차에 지나지 않는다. 사례관리 역시 케이스의 수가 주요한 평가 기준이므로 각 기관들이 네트워크에서 사례를 공유하기에는 부담감이 있으며 주 사례관리자 지정에도 갈등을 겪을 수밖에 없다.

따라서 이러한 산술적인 평가기준을 넘어 정성평가기준을 통한 인센티브 정책을 반영하여 각 기관들의 긍정적 변화를 유인하는 것이 필요하다.

3) 안정적인 전문인력 공급체계 마련과 처우개선

‘정신건강복지기본계획’에 따라 정신건강복지센터에 인력충원이 급증하였으나, 정신건강전문요원 자격 취득 절차의 어려움(생계를 포기하고 수련을 해야 하는 상황), 수련기관의 부족 등으로 인해 급증하는 인력수요에 전문인력 공급이 따라가지 못하고 있는 실정이다. 특히 소규모 지자체의 경우에는 대도시와 떨어진 지역적 특성으로 인해 더욱 어려움이 있을 수밖에 없다. 더구나 경남지역에서는 수련기관을 찾기 어려워서 전문인력 교육을 받기 어려운 점도 있다는 현장전문가의 지적도 있다. 권역별 전문인력 관리시스템을 통해 안정적인 자격 수급과 로테이션 근무를 통한 양질의 인력 양성과 지역별 균등한 공급체계를 갖추는 것이 필요하다.

또한 경남지역 정신건강서비스 제공기관의 전문인력에 현실적인 처우개선을 통한 안정적인 고용환경을 조성하는 것이 필요하다. 지역에 따른 수당지급, 전문자격 취득 기회 확대 등의 실질적인 지원으로 전문인력의 타 지역 유출을 막고 장기적으로 근무할 수 있는 환경을 만들어 나가야 할 것이다.

<표VI-3> 정신건강서비스 통합지원체계 구축을 위한 기본조성을 위한 주제별 과업

목표 주체	과업1 시범사업 구성	과업2 인물적 인프라 확충_정신재활시설 설치 확대	과업3 인물적 인프라 확충_시설-지역사회를 잇는 중간체계 마련	과업4 정신건강서비스 제공기관 평가지표의 개선	과업5 안정적인 전문인력 공급체계 마련
중앙 정부	<ul style="list-style-type: none"> 광역 및 기초정신건강복지센터 네트워크 강화를 위한 매뉴얼 개발 등 정신건강통합서비스 지원체계 마련을 위한 시범사업 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 정신재활시설 확충을 위한 예산 마련 	<ul style="list-style-type: none"> 지역별 사회주택 및 지역사회전환시설 설치 정신건강서비스 제공시설의 지역사회통합을 위한 기능 전환 방안 연구 및 정책 마련 	<ul style="list-style-type: none"> 기초정신건강센터를 비롯한 정신건강서비스 제공기관 평가지표 개선 네트워크 운영에 관한 정성평가항목 확대 사례관리에 관한 양적 측정 폐지 	<ul style="list-style-type: none"> 광역별 전문인력 관리시스템 마련 정신건강전문요원 자격 시스템 개선 수련과정 개선 및 현장근무경력 인정
광역 지자체 (경상 남도)	<ul style="list-style-type: none"> 조례 입법(중장기) 안정적 예산 지원(중장기) 지역사회통합돌봄사업 지원 정신건강통합서비스 지원체계 마련을 위한 시범사업 공모 및 운영 지역사회통합돌봄사업 모형 확장 	<ul style="list-style-type: none"> 정신장애인 분포 및 물리적 거리에 따른 정신재활 시설 추가 설치 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 공가를 활용한 사회주택 사업 추진 정신건강서비스 제공시설 기능전환 추진 	<ul style="list-style-type: none"> 조례 입법(중장기) 공적 사례관리체계 개선 (공동사례관리 권장) 	<ul style="list-style-type: none"> 지역 및 경력에 따른 정신건강전문인력 수당 강화 광역별 인력운영 시스템 마련(중장기)
사회 서비스 원	<ul style="list-style-type: none"> 정신장애인 영역을 지역사회통합돌봄 대상자에 실질적으로 추가하고 이에 따른 지원체계 개선하는 등 표준 운영 모형 개발 네트워크구축 등 간사기관 역할 수행 기 구축된 퇴원환자연계사업 등의 네트워크를 활용하여 해당 기초지자체에 컨설팅 제공 정신건강담당자들을 위한 네트워크 교육과정 개설 	-	<ul style="list-style-type: none"> 사회주택 및 사회전환시설의 위탁 운영 정신건강서비스 제공기관의 지역통합형 기능 전환 지원 경남형 케어인심주택 모형 개발 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강서비스 제공시설 평가체계 개선 연구 	-



참고문헌



참고문헌

- 권현정·홍경준(2015). “공공성이 노인장기요양시설의 서비스 질에 미치는 효과”, □ 「한국사회복지학」, 67(3): 253~280.
- 경기복지재단(2017). 「정신장애인 지원을 위한 지역사회복지 자원 활용 방안」.
- 경남연구원(2021). 「경상남도 정신건강복지 지역계획 수립[2021-2025]」.
- 경상남도(2019). 「제7기 경상남도 지역보건의료계획(2019-2022년)」.
- 경상남도광역정신건강복지센터(2020). 「경상남도정신건강현황」.
- 관계부처합동(2021). 「온국민 마음건강 종합대책-제2차 정신건강복지기본계획(안)」. 국정현안점검조정회의 자료.
- 관계부처합동(2021). 「제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030)」.
- 광주광역정신건강복지센터(2018). 「광주광역시통합정신건강증진사업 성과보고서」.
- 국립정신건강센터(2020). 「전국 정신건강관련 기관 현황집」.
- 김나은, 제철웅, 최기홍 (2020). “정신건강복지법 개정에 따른 지역사회 정신건강 서비스 개선 방향”. 한국심리학회지: 일반, 39(1), 1-26.
- 김상경외(2017). 「지역사회 기반 정신건강 통합서비스 제공체계 구축방안 연구」. 보건복지부.
- 남범우 (2011). “농촌지역 노인의 통합적 정신건강관리 모델 개발 및 효과 평가”. 국립 서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서, 1-170.
- 문수열(2015). “지역사회복지관 수행사업에 대한 중요도-수행도 분석(IPA)에 관한 연구”. 한국지역사회복지학 Vol. 53.
- 민다경 외(2015). 「해외 정신건강 관리체계 통합시스템 사례분석」.
- 배의식(2012). 「지역복지 네트워크의 갈등 조정 과정에 관한 연구」. 부산대학교대학원 박사과정 학위논문.
- 보건복지부(2019). 「통합정신건강증진사업 지역사회중심 모형 개발 연구」. 한국정신건강 사회복지학회.
- 보건복지부·건강보험심사평가원(2020), 「국가 정신건강현황 2019」.
- 성은미·손덕순·박지환·이다경(2018). 「경기도 정신요양시설 평가지표 개발 연구」.

- 소순창·이창섭·한형서(2019). “TPA분석을 통한 지방분권정책의 중요도와 만족도에 관한 실증분석” . 지방행정연구 제33권 제1호(116): 119-144.
- 송승연 (2020). “정신장애인 주거서비스 이용에 영향을 미치는 요인 연구” . 정신건강과 사회복지, 48(2), 33-62.
- 윤태호 (2010). “지역 간 건강 불평등의 현황과 정책과제” . 비판사회정책(30): 49-77.
- 이병화 외(2017). 「정신장애인 지원을 위한 지역사회복지 자원 활용 방안」 . 경기복지재단.
- 이상영 외(2018). 「지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충방안-지역사회 중증 정신 질환관리를 중심으로」 . 한국보건사회연구원.
- 임성근·소순창·이창섭(2017). “TPA 분석을 활용한 정부3.0 ‘서비스 정부’ 에 대한 공급자와 수요자 간 인식 차이 분석” . 행정논총 제55권 제2호: 137-167.
- 임혁 · 박주홍(2018). 「정신장애인의 지역사회통합 증진을 위한 정책우선순위 분석」 . 한국정신보건사회복지학회 학술발표논문집: 289-306.
- 전진아, 강혜리(2020). “정신건강서비스 전달체계의 현황과 과제” . 보건복지포럼.
- 전진아 · 전민경 · 홍선미 · 전준희 · 이용주 · 오미애 · 이난희 · 김진호(2017). 「지역사회 정신건강서비스 연계현황과 개선과제」 . 한국보건사회연구원.
- 정슬기 · 문용훈 · 민소영 · 권자영 · 최명민(2019). “통합정신건강 증진사업 지역사회중심 모형개발 연구” . 한국정신건강사회복지학회.



부 록



붙임 1. 설문지

정신건강증진 업무에 대한 설문조사

안녕하십니까? (재)경상남도사회서비스원입니다. 여러 가지 어려운 환경 속에서도 지역 주민들의 정신건강증진을 위해 수고하시는 선생님께 경의를 표합니다.

경상남도사회서비스원은 경상남도가 출연한 공공기관으로써 경상남도 지역의 사회 서비스 발전을 위해 연구 및 공공서비스 제공 등을 수행하고 있습니다. 우리 원에서는 최근 정신건강증진의 업무 중에서 정신장애인의 다양한 욕구 해결을 위해 지역사회 자원연계 업무의 중요성이 부각되고 있음에 따라, 「경상남도 정신건강서비스 통합관리 지원체계의 구축」방안을 수립하는 연구를 수행하고 있습니다. 이와 관련하여 지역사회 연계업무에 대한 인식과 수행역량을 설문조사를 통해 파악해보고자 합니다.

이 조사는 지역사회 서비스 제공기관에서 지역사회연계 업무를 담당하고 있는 정신건강서비스 제공인력(정신건강사회복지사, 정신건강간호사 등)을 대상으로 합니다. 이 조사를 통해 수립된 개인정보와 응답하신 내용은 비밀이 보장되고 연구 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 경상남도 내 정신건강서비스의 질적 향상을 위해 소중하게 활용될 예정입니다. 부디 바쁘시더라도 적극 참여 부탁드립니다.

2021년 7월 경상남도사회서비스원

- 책임연구원: 박상미(경상남도사회서비스원 복지정책연구팀 선임연구원, ☎ 055-328-8232)

개인정보제공이용 동의

본 연구팀은 조사를 수행함에 있어 개인정보보호법에 의거 귀하의 설문참여 여부 및 개인정보를 수집·활용하고자 합니다. 충분히 읽어 보신 후, 동의 여부에 체크 바랍니다.

1. 본 센터는 위의 연구 목적에 따라 설문조사를 진행하고 있으며, 필요에 의해 성별, 연령, 종교, 학력, 혼인여부 등 개인정보를 수집하고자 합니다.

- 개인정보 수집 및 이용목적 : 정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 연구
- 개인정보 보유 및 이용기간 : 동의일로부터 개인정보의 수집·제공·이용목적 달성시까지
- 개인정보 제공동의 거부권리 및 동의거부에 따른 불이익 내용 : 개인정보 수집 및 동의를 거부할 수 있으며, 거부 시 기념품 제공이 불가능함. 개인정보는 명시된 이용 목적 이외의 다른 목적으로 사용하지 않음

2021년 월 일

본인은 위의 동의서 내용을 충분히 숙지함

개인정보 수집·제공·이용 동의 동의함 동의하지 않음

고유식별정보 수집·제공·이용 동의 동의함 동의하지 않음

10. 귀 기관은 지역사회 연계 활동을 하고 있습니까?

① 예 ② 아니오

10-1. (10문항에서 예라고 응답한 경우) 현재 연계를 하고 있는 기관 수는 얼마나 됩니까?
()개 기관

10-2. (10문항에서 예라고 응답한 경우) 지역사회 연계가 실시된 경우 [1년 평균] 연계업무 수행횟수는 어느 정도입니까? ()회

10-3. (10문항에서 예라고 응답한 경우) 귀 기관은 지역사회 연계를 전담하는 직원이 따로 있습니까? ① 예 ② 아니오

11. 경상남도가 지역사회의 정신건강증진을 위해 가장 우선적으로 지원해야 하는 것은 무엇입니까?
1가지만 선택

- ① 고위험군 정신장애인 관리 ② 정신장애인 가족지원 확대 ③ 정신증상 치료서비스 제공
④ 정신장애 교육훈련 ⑤ 정신재활서비스 제공 확대 ⑥ 정신장애인 자조모임 지원
⑦ 정신건강 조사연구 ⑧ 시민정신건강증진 ⑨ 정신장애 예방사업 확대
⑩ 지역사회연계사업 확대 ⑪ 기타(_____)

12. 경상남도가 지역사회의 정신건강증진사업의 효율성 제공을 위해 개선해야 할 부분은 무엇
입니까?

1순위 (), 2순위 (), 3순위 ()

- ① 고위험군 정신장애인 관리 ② 정신장애인 가족지원 확대 ③ 정신증상 치료서비스 제공
④ 정신장애 교육훈련 ⑤ 정신재활서비스 제공 확대 ⑥ 정신장애인 자조모임 지원
⑦ 정신건강 조사연구 ⑧ 시민정신건강증진 ⑨ 정신장애 예방사업 확대
⑩ 지역사회연계사업 확대 ⑪ 기타(_____)

13. 경상남도의 정신건강복지정책은 어느 정도의 수준과 방향으로 진행하는 것이 좋겠습니까?

1순위 (), 2순위 (), 3순위 ()

- ① 정부 정신건강정책의 수행 중심 ② 정부 정신건강정책의 부족한 부분 보완
③ 경상남도 자체 정신건강정책의 개발 및 지원 ④ 경상남도 민간자원의 활용 및 참여 확대
⑤ 기타(_____)

14. 현재 근무하는 기관에서 지역사회연계업무는 정신장애인을 위해 어느 정도로 필요하다고
보십니까?

- ① 전혀 필요하지 않다 ② 대체로 필요하지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 대체로 필요하다 ⑤ 매우 필요하다

※ 아래의 내용은 귀하의 기관에서 수행하는 지역사회 연계업무의 중요성 정도에 표시(√)해
주시고, 그 직무에 대한 본인의 직무수행정도에 표시(√)해 주십시오.

15. 지역사회 연계영역

용어설명	
※ 직무수행도 : 해당 직무를 얼마나 자주 수행하는지에 대한 정도를 의미	
※ 직무중요도 : 해당 직무를 얼마나 중요하다고 생각하는지에 대한 인지 정도를 의미	

연 번	【지역사회 연계영역】 직무능력 단위	15-1. 직무 수행도					15-2. 직무 중요도				
		매우 자주	자주	가끔	거의 안함	전혀 안함	매우 중요 하다	중요 하다	보통 이다	중요 하지 않다	전혀 중요 하지 않다
1	유관 기관 담당자 간담회 개최 및 참석	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
2	의료서비스 연계사업 운영	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
3	지역사회 합동 사례회의 개최 및 참석	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
4	사회안전망 조성사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
5	자문(운영)위원회 개최 및 참석	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
6	생명사랑 네트워크 활동사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
7	정신건강 네트워크 구축	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
8	위기개입 및 안전서비스(경찰서, 소방서 등 연계)	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
9	교육연계사업 운영 (학교, Wee센터, 평생교육센터 등 연계)	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
10	저소득층 의료비 지원사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
11	지역사회홍보물(소식지, 리플렛) 제작	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
12	지역사회 인식개선 캠페인 사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
13	자살 위기개입 네트워크 사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①

※ 귀하의 기관에서 수행하는 각각의 직무 중요성 정도에 표시(√)해 주시고, 그 직무에 대한 본인의 직무 수행정도에 표시(√)해 주십시오.

용어설명	
※ 직무수행도 : 해당 직무를 얼마나 자주 수행하는지에 대한 정도를 의미	
※ 직무중요도 : 해당 직무를 얼마나 중요하다고 생각하는지에 대한 인지 정도를 의미	

16. 직업서비스 제공영역

구분	연번	【직접서비스 제공영역】 직무능력 단위	16-1. 직무 수행도					16-2. 직무 중요도				
			매우 자주	자주	기금	거의 안함	전혀 안함	매우 중요하다	중요하다	보통이다	중요하지 않다	전혀 중요하지 않다
사례 관리	1	대상자 진단 및 선별 (정신건강진단검사, 자살위험군 선별검사 등)	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	2	사례발굴 및 관리 (정신장애인, 고위험군 중독자 등록 및 관리 등)	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	3	상담실 운영(이동상담실 운영 등)	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
가족 지원	4	가족상담서비스 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	5	가족교육 및 정보제공 서비스	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	6	가족자조모임 조직 및 운영	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	7	가정방문서비스 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
치료	8	개별심리치료(정신증상 개선)	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	9	집단상담 및 집단치료	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	10	인지행동치료	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
교육 훈련	11	약물증상관리교육 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	12	일상생활훈련 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	13	사회기술훈련 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	14	인지재활훈련 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	15	자살예방교육 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
정신 재활	16	고용서비스 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	17	주간재활(주간보호)서비스 제공	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	18	독립주거지원 사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	19	여가활동지원 사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	20	지역사회거주 치료·재활 통합지원	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
자조 활동	21	정신장애인 자조모임 운영	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
조사 연구	22	정신장애 및 정신건강 실태조사	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	23	정신장애인 욕구조사	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
시민 정신 건강 증진	24	지역주민 정신건강 강좌 운영	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	25	지역주민 절주교실 운영	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	26	지역주민 생애주기별 맞춤형 정신건강 교육	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	27	지역주민 치매예방교육	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	28	직장인 정신건강지원(EAP)사업 운영	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
예방	29	정신건강 위기개입서비스 (고위험군 정신장애인 응급관리 포함)	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	30	자살예방 게이트 키퍼 양성사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①
	31	청소년 자살예방 강사 양성사업	⑤	④	③	②	①	⑤	④	③	②	①

※ 코로나-19 관련 직무 환경에 대한 질의

17. 코로나-19로 인해 업무 수행 방식(대면, 서면, 온라인 등)의 변화가 있었습니까?

- ① 예 ② 아니오

↳ 17-1. (예라고 응답한 경우) 위의 업무수행방식의 변화로 인해 업무부담감이 증가했습니까?

- ① 전혀 그렇지 않다 ② 거의 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 조금 그렇다 ⑤ 매우 그렇다
⑥ 해당 없음(17번 항목에 아니오로 응답한 경우 체크)

18. 코로나-19로 인해 업무 양의 변화가 있었습니까?

- ① 전혀 그렇지 않다 ② 거의 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 조금 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

19. 귀하는 정신건강영역에 근무함으로 인해 코로나-19에 더욱 취약하다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다 ② 거의 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 조금 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

20. 코로나-19 환자 혹은 의심자와 업무상 접촉 경험이 있으십니까?

- ① 예 ② 아니오

↳ 20-1. (예라고 응답한 경우) 위의 상황에서 기관의 조치는 어떠했습니까?

- ① 비대면 재택근무로 전환 ② 공개처리(유급휴가) ③ 심리적 회복 지원 서비스(심리치료, 상담 등) ④ 해당 없음(20번 문항에 아니오로 응답한 경우 체크) ⑤ 기타()

↳ 20-2. (20번 문항에 예라고 응답한 경우) 이러한 기관의 조치에 대해 어느정도 만족하십니까?

- ① 매우 불만족하다 ② 조금 불만족하다 ③ 보통이다 ④ 조금 만족한다 ⑤ 매우 만족한다
⑥ 해당 없음(20번 항목에 아니오로 응답한 경우 체크)

↳ 20-3. (20번 문항에 예라고 응답한 경우) 코로나-19 환자 혹은 의심자와 업무상 접촉 시 기관의 조치는 어떠해야 된다고 생각하십니까?

()

붙임 2. 심층면접 질문지

카테고리	질문내용
본인에 대한 간단한 소개	<ul style="list-style-type: none"> - 소속, 직책, 성명 등에 대한 간단한 소개 - 정신건강서비스 분야에 종사한지는 얼마나 되십니까?
네트워크 구축 경험	<p>형성과정</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 네트워크 형성과정 - 네트워크사업에 참여하게 된 동기? - 기관연계시 보건 영역과 복지영역의 조화에 있어 중요한 요소는? - 정신건강서비스 지역사회네트워크 형성과정에서의 어려움? - 네트워크 내에서 참여한 조직 간에 나타난 변화? - 그 변화의 요인은?
	<p>장애요인</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 네트워크 장애요인 - 네트워크 내 조직들의 행위 변화로 어떤 갈등이 나타났는지? - 이러한 갈등과 어려움을 어떻게 극복하거나 조정했는지? - 갈등 조정은 주로 어떤 조직이 하였는지? - 갈등 조정에 사용한 기술은 어떤 것이었는지? - 갈등 조정 결과, 네트워크 구조 등에 어떤 변화가 나타나는지? - 그러한 갈등 조정 결과에 대해 어떻게 생각하는지?
	<p>네트워크 유지방안</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 네트워크 유지방안 - 정신건강서비스 지역사회네트워크 유지에 있어 가장 중요한 요소는 무엇이라 생각하는지? - 현재 네트워크 조직의 유지를 위해 가장 필요한 자원은 어떤 것이라고 생각하는지?
정신건강통합지원체계	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강서비스 통합지원체계에 관한 인식 및 필요성? - 정신건강서비스 통합지원체계의 구축을 위해 역할의 중요도 혹은 예산의 비중이 높아져야 할 분야는? - 정신건강서비스 네트워크를 구축하는데 있어 현재 제도의 한계? - 정신건강서비스의 효과적 제공을 위해 각 서비스 제공기관들의 역할을 어떻게 생각하는지? - 정신건강서비스 통합지원체계의 현실적 범주에 관한 의견
네트워크 구성 요건에 대한 인식	<ul style="list-style-type: none"> - 조직적 요인(조직내에서 네트워크에 배정하는 예산, 전담 업무분장, 기타) - 인력적 요인(기관장 혹은 관리자의 관심정도, 실무자의 관심정도, 실무자의 전문성, 기타) - 환경적 요인(지역사회 자원상황, 기관 운영지침 혹은 제도의 변화, 기타)
정신건강통합지원체계의 방향성	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강서비스 통합지원체계 구축을 위한 기타 의견
기타	<ul style="list-style-type: none"> - 코로나 상황에서의 정신건강서비스 제공상의 어려움(제공 인력의 소진 경험, 기관의 부담 등)

붙임 3. 연구참여동의서

「정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 연구」 연구참여동의서

아래 정보들은 귀하가 본 연구에 대한 참여의사를 결정하는데 도움을 주기 위해 제공되는 것입니다.

이 연구는 「경상남도 정신건강서비스 통합관리 지원체계의 구축」 방안을 수립하는데 연구의 목적을 두고 있습니다. 연구자는 연구참여자가 정신건강서비스 관련 네트워크 사업 관련 업무를 수행하면서 겪었던 다양한 경험들과 전문적 식견들에 대해 질문할 것입니다. 참여하기 전이든, 참여하는 중이든 언제든 연구에 대해 질문해주시시오.

귀하는 연구에 대한 참여와 중단 여부를 자유롭게 결정할 수 있습니다. 이 연구에 참여하는 동안 귀하가 연구자의 질문 등에 의해 부담을 느끼거나 불편함을 느끼시는 경우 답변을 거부하거나 연구 참여를 중단할 수 있습니다. 언제든 말씀해 주십시오. 면접 시간은 약 1-2시간 정도 소요됩니다.

무엇보다도 귀하의 성명과 소속은 어떤 방식으로든 연구결과에 제시되지 않을 것입니다. 또한 연구가 진행되는 과정 중에 그리고 끝난 다음에 저희는 연구결과를 귀하에게 보여드리고 내용을 확인받을 것입니다. 그때 귀하와 관련된 정보들을 연구결과에 어떻게 제시할지 결정하시면 됩니다.

위 내용을 완전히 이해하셨으면 아래 동의서를 읽고 사인해 주시기 바랍니다.

나는 이 연구에 자발적으로 참여하는 것에 동의합니다. 나는 면접에 응할 것과 면접을 녹음하는 것을 허락합니다. 또한 연구가 끝난 뒤 기록이 지워진다는 점을 확인하였고, 연구결과물이 발행되기 전에 나에 대한 정보가 연구에 제시되는 정도를 결정할 수 있다는 것도 확인하였습니다. 나는 면접하는 동안에 특별한 질문에 대한 대답을 거부할 수 있으며 또한 어떠한 경우에도 언제나 연구 참여를 취소할 수 있다는 사실을 확인하였습니다. 나는 내가 원하는 질문이 무엇이든지 간에 질문할 기회가 있고, 조사자가 모든 질문에 만족스러운 답변을 해 줄 것을 설명 듣고 확인하였습니다.

날 짜 : 2021년 월 일

참여자 : _____ 서명 _____

면접자 : _____ 서명 _____

연구기관 : (재)경상남도사회서비스원 복지정책연구팀

연구보고서 2021-04

정신건강서비스 통합관리 지원체계 구축 연구

발행인 : 이성기

저 자 : 박상미 엄태완 임혁 박해금

발행처 : (재)경상남도사회서비스원

발행일 : 2021년 12월

주 소 : 경상남도 김해시 주촌면 골든루트로 80-16.

경상남도사회서비스원 (김해중소기업비즈니스센터, 2층)

홈페이지 : <http://gn.pass.or.kr/>

전 화 : 055-328-8200(대표)

055-328-8240(팩스)

* 이 연구보고서는 저작권이 있으므로 무단복제를 금합니다.

** 이 연구보고서는 경상남도 사회서비스원의 공식적 견해가 아님을 알려드립니다.