

조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 기반 서비스 경험 탐색: 만성 정신장애인에 대한 통합사례관리사의 경험 중심으로

강 명 진¹ | 엄 태 완^{2*}

¹ 경남연구원

² 경남대학교

* 교신저자: 엄태완
(tweom@kyungnam.ac.kr)

초 록

본 연구의 목적은 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 지역사회 기반 서비스 확충을 위한 선행적 자료를 확보하는 데 있다. 이를 위해 지역사회에서 통합사례관리사로 일하고 있는 12명을 대상으로 심층인터뷰를 실시하였다. 자료수집과 분석은 Strauss & Corbin(1998)의 근거이론 방법론을 적용하였다.

분석 결과, 113개의 개념, 42개의 하위범주, 16개의 범주가 도출되었으며, <정신장애인 위기개입의 막막함>이라는 중심현상을 확인하였다. 인과적 조건은 <기존업무: 더 이상 퍼널 우물도 바가지도 없는 상태>, <추가업무: 무엇을 어떻게 할 수 없는 정신장애인과의 만남>, 맥락적 조건은 <간막이로 단절된 정신장애인>, <사회안전망 범위 밖에 있는 정신장애인>, <정신장애인 개입의 전문성 부족>으로 나타났다. 작용/상호작용 전략은 <지역사회 기관 및 자원 연계하기>, <상호 신뢰의 협력적 관계 형성하기>, <비공식적 지지체계 활용하기>, <직무수행 전문성 향상하기>임을 확인했다. 중재적 조건은 <조직에서의 안정적인 직무수행 지원>, <민관 연계협력 체계 강화>, <비공식적 지지체계 강화>, <지역사회 거주인프라 강화>, 결과는 <전문가: 자신감 회복>, <정신장애인: 안정적인 삶 회복>으로 나타났다. 분석 결과를 바탕으로 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람을 위한 지역사회 기반 서비스 방안을 제안하였다.

주요 용어: 조현병, 조현병을 지닌 사람, 지역사회 기반 서비스, 통합사례관리사, 근거이론

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 조현병을 지닌 사람들이 지역사회에서 살아갈 수 있도록 도와주는 정신건강 전문기관이나 전문가들은 부족하다. 그런데 정신건강 전문가는 아니지만, 지역사회에서 조현병을 지닌 사람을 도와주는 사람들이 존재한다. 그 대표적인 전문가가 통합사례관리사이다. 이 연구는 조현병을 지닌 사람들과 함께한 통합사례관리사의 지역사회서비스와 관련된 경험을 통해 지역에서 활동하는 정신건강 전문가 이외의 인적 자원의 활용 방안을 찾기 위해서 비롯되었다.

새롭게 밝혀진 내용은? 통합사례관리사들은 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람을 위해 서비스를 제공하는 것에서 막막함을 경험하였다. 하지만 자신이 속한 조직의 지원, 지역사회의 공식적·비공식적 자원의 연계, 경험적 노하우의 적극 활용 등으로 효과적 개입을 수행하고 있었다. 통합사례관리사들의 적극적 역할 수행은 조현병을 지닌 사람들의 안정적인 삶에 중요한 자원이 될 수 있었다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 통합사례관리사를 포함하여 지역사회의 다양한 복지서비스 실무자들을 정신건강 준전문가로 양성하여 정신건강복지 분야의 중요한 자원으로 기능할 수 있도록 해야 한다. 그리고 각 실무자들의 상호 유대관계를 강화시켜 적극적인 연계협력력이 이루어지도록 해야 한다. 뿐만 아니라 읍면동의 복지기능이 강화되고 있는 현시점에서 사회복지 전달체계 내의 전담공무원들의 정신건강분야 역량 강화, 풀뿌리 자생단체들의 활용 방안 모색도 필요하다. 물론 조현병을 지닌 사람들이 지역사회에서 안정적으로 살아갈 수 있도록 지원하는 정신건강복지서비스 인프라의 지속적 확대를 전제로 해야 한다.

이 논문은 2020년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 인문사회분야 중견연구 자지원사업의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2020S1A5A2A01044255).

- 투 고 일: 2022. 01. 25.
- 수 정 일: 2022. 03. 14.
- 게재확정일: 2022. 03. 16.

1. 서론

오늘날 한국의 경우 조현병으로 진단받은 사람은 지역사회에서 일상적 삶을 살아가기가 매우 어렵다. 조현병의 유병률 추정치는 0.25~0.64% 정도(Kessler et al., 2005; Wu et al., 2006; Desai et al., 2013; 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2021)로 다른 정신질환에 비해 유병률이 낮지만 광범위한 적응의 문제가 동반되기 때문에 사회적 차원의 지원이 무엇보다 중요하다. 하지만 조현병을 지닌 사람에 대한 사회적 대책은 주로 입원 중심의 처우를 통한 다수 사회구성원들의 보호에 초점이 맞추어지는 듯하다(주소희, 이경은, 2019, p.50; 김정진, 2019, p.9; 황정훈, 2020, p.33).

일례로 2019년 4월 17일 경남 진주의 한 아파트에서 조현병 환자가 방화를 한 후 대피하는 주민 10여 명을 흉기로 찔러 그중에서 5명이 사망하는 사건이 발생하였다. 전국적 이슈가 되면서 기사가 연일 중복, 과잉으로 쏟아지고 민관 합동 대책도 동시다발적으로 발표되었다. 대중매체는 주로 자극적 키워드인 조현병, 살인, 방화, 범죄, 피해자 수, 가해자 얼굴 등에 초점을 두었으며,¹⁾ 정부와 지자체는 사회구성원들의 불안감을 잠재우기 위해 적극적 치료와 입원 강화의 조치들을 발 빠르게 제시하였다. 이 과정에서 대중의 두려운 감정에 편승하여 왜곡되고 과장된 두 가지, 즉 ‘조현병=범죄 혹은 잔인함’, 그리고 ‘조현병 환자=반드시 격리된 공간에서 치료받아야 하는 사람’이라는 인식이 사회적 진리가 되도록 내버려 두었다. 여기에 사회적 대책은 2016년에 ‘정신보건법’에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)로 전면 개정(2017. 5. 30. 시행)하면서 강제입원을 어렵게 한 것에서 찾고, 보다 쉬운 입원 제도를 만드는 것에 초점을 두기 시작하였다.

조현병을 지닌 사람에 대한 입원 중심의 정책은 지속가능하지 않다. 현재 한국의 입원 정책은 조현병을 지닌 사람이 지역사회에서 생활할 수 있도록 하는 단기 치료가 아니라 정부 당국, 전문가 집단, 사회구성원들의 이해관계 속의 장기

거주 정책이라 해도 무방하다(주소희, 이경은, 2019; 김민선, 박선영, 최진숙, 2020). 이와 반대로 서구 대부분의 국가들은 단기 입원 정책이며, 심지어 이탈리아는 정신병원 자체를 없애고 있다(OECD, 2015; Gabriele & Vincenza, 2019).

미국 뉴욕 주의 경우 조현병과 같은 만성 정신장애인을 위한 중점 서비스는 성인 주거 지원(Adult Housing), 외래치료 지원(Assisted Outpatient Treatment) 그리고 개인별 회복을 위한 맞춤형 서비스(Personalized Recovery Oriented Services) 등이다(New York State Office of Mental Health, 2021a; 2021b; 2021c). 주거 지원은 크게 3단계의 수준으로 구분하여 9가지의 서로 다른 주거형태를 제공하여 개인들이 선택할 수 있도록 폭을 넓히고 있다. 외래치료 지원은 외래치료지원법에 근거하여 지역사회의 사각지대에서 방치된 정신장애인이 발생하지 않도록 공공 자원을 활용하는 내용이다. 맞춤형 서비스는 조현병을 포함한 만성 정신장애인을 위한 재활, 치료, 지원 서비스를 통합한 포괄적인 모델이며, 정신장애인이 지역사회에서 자신의 질병을 스스로 관리하고 성공적으로 생활하는 데 필요한 자원과 지지를 제공한다. 조현병과 같은 만성 정신장애인을 위한 미국 뉴욕 주의 서비스와 정책은 주거서비스를 중심으로 한 지역사회 기반 서비스가 핵심이다.

우리나라의 경우에도 단기간에 이탈리아와 같이 정신병원 자체를 없애는 정책은 어렵겠지만, 조현병 환자를 포함한 만성 정신장애인들의 입원을 강화하는 패러다임으로 전환될 가능성은 매우 낮다. 만약 현재와 같이 지역사회 기반 인프라가 부족한 상황에서 정신질환자에 대한 입원을 엄격히 통제한다면, 이미 다른 나라들이 탈시설화 초기에 경험하였던 ‘회전문 현상’과 ‘지역사회의 병동화’²⁾, 과도하고 지나친 가족부담, 그리고 사회 속에 참여하지 못한 정신장애인들의 공격적 행위들만 증가할 것이다.

한편, 지금까지 조현병을 지닌 사람을 포함한 만성 정신장애인과 관련된 연구는 지역사회 기반 서비스의 당위성에 관한 연구들(강연주, 서용진, 이명수, 이은지, 김은희, 좌희선,

1) 2019년 4월 경남 진주사건 이후 몇몇 언론의 기사 제목을 보면, ‘정신질환자 강제 입원 사실상 막혀...’(신성식, 이에스터, 2019. 4. 24.), ‘뜨거운 감자, 조현병 ‘강제입원’... 해의는 어떻게(조해람, 2019. 4. 26.)’, ‘병원 안 간다 버티면 법원이 입원 결정하라...(남재현, 2019. 5. 2.)’, ‘50만 조현병 대책...강제입원 빠져 실효성 논란(서진우, 2019. 5. 15.)’, ‘조현병 환자 입원시키려 밤새 병원 뺑뺑이, 6개월 넘게 바뀐 게 없다(김민철, 2019. 10. 25.)’ 등 거의 모든 방송 매체에서 조현병 환자의 강제 입원이 범죄 예방의 최선의 대책임을 자극적 제목으로 기사화하였다.

2) 회전문 현상은 정신병원을 퇴원한 환자가 자신의 집이나 동네에서 거의 지내지 못하고 곧바로 또 다른 정신병원에 입원하는 현상을 말한다. 지역사회 병동화는 정신병원에서 퇴원한 환자가 갈 곳을 찾지 못해 지역의 노숙인이 되거나 동네를 배회하는 현상을 말한다.

2017; 박인환, 이용표, 2018; 김민선, 박선영, 최진숙, 2020; 황정훈, 2020), 서비스의 모델이나 내용에 관한 연구들(손지훈, 안성희, 성수정, 유지민, 박지은, 조맹제, 2015; 김나은, 제철웅, 최기홍, 2020; 손지훈 외, 2021)이 주로 이루어져 왔다. 이들 연구들을 통해 이론적 전달체계에 다양한 서비스들의 유기적 연결 등을 제시하였지만, 실제로 지역사회 기반 서비스를 제공할 수 있는 시설이나 전문가들이 부족하여 적용 가능성을 높이는 데 한계가 있었다. 정신건강복지법상 지역사회시설이라 할 수 있는 정신재활시설들은 부족할 뿐만 아니라 지역주민의 반대로 지자체의 의지가 있다고 하더라도 단기간에 확대하기에는 어려움이 있다.

그렇다면 지금 시급하게 무엇을 해야 하는가? 지역사회에서 살아가고 있는 조현병을 포함한 만성 정신장애를 지닌 사람들에게 지역사회 기반 서비스에 대한 접근 가능성을 높이는 방안들을 찾을 필요가 있다. 지역사회에서 다양한 위기 대상자를 지원하고 있는 전문가들의 선형적 경험을 탐색하여 지역사회 기반 서비스 확대 방안을 발견할 수 있을 것이다. 현재 각 지자체에 소속되어 있으면서 고난도 사례에 대한 통합사례관리 업무를 수행하는 통합사례관리사들도 그들 중 하나라고 할 수 있다. 통합사례관리사는 공공영역의 사례관리자로 정신질환을 가진 대상자의 일차적 발견자이자 보건복지서비스의 촉진자이다(이민화, 서미경, 2021, p.111). 그들은 지역에 따라 시·군·구 희망복지지원단 및 읍·면·동 행정복지센터에 배치되어 조현병을 지닌 사람들을 비롯하여 복잡하고 어려운 문제를 지닌 대상자들을 직접 만나 지원하는 전문가들이라 할 수 있다. 지역의 자원들을 연결하고 조정하여 사람들의 통합적 욕구에 대응하는 전문가로서 역할을 수행하지만, 조현병과 같은 만성장애에 대한 이해는 대체로 부족하여 개입과정에서 많은 어려움을 경험하기도 한다. 통합사례관리사를 비롯한 지역복지서비스 제공자들의 정신장애인 클라이언트에 대한 경험을 연구한 서진환, 이선혜, 황순찬(2011)에 따르면, 그들은 정신건강 문제가 있는 클라이언트에 대한 개입 시 정신건강 식별 어려움, 실질적 개입의 어려움, 유관기관 연계의 어려움 등을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 통합사례관리사들이 조

현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람들을 위한 사례관리 실천과정에서 경험하는 실제적 어려움과 대처 과정들을 심층적으로 파악한다면 지역사회의 다른 전문가들, 그리고 지역사회 기반 서비스 과정에 유용한 선형적 자료가 될 수 있다.

이와 같은 맥락에서 본 연구에서는 질적연구 방법을 사용하여 통합사례관리사들의 조현병을 지닌 사람을 포함한 만성 정신장애인에 대한 지역사회 서비스 경험을 살펴보고자 한다. 질적연구 방법 가운데 Strauss & Corbin(1998)의 근거이론(Grounded Theory) 접근 방법을 사용하고자 하는데, 이는 ‘참여자가 경험을 어떻게 대처해 나가고 반응하는가를 이해하는데 유용한 접근법(박한샘, 연문희, 2004)이기 때문에 통합사례관리사의 관점에서 조현병을 지닌 사람들과의 직접 서비스 과정에서 당면하는 경험 과정을 분석하는 데 적합하다고 볼 수 있다. 또한 사례를 재구성하는 과정에서 개인의 행동변화를 설명해주고 상호작용을 통한 메커니즘을 분석하는 데 유용하며(김진숙, 2007), 분석과정을 구조화시켜 조직적이고 체계화된 결과를 제시한다는 장점을 지니고 있다(Creswell, 1998). 따라서 여기서는 질적연구 방법 중 근거이론 접근 방법을 활용하여 통합사례관리사들이 조현병을 지닌 사람을 포함한 만성장애인에 대한 서비스 경험을 탐색해보고자 한다. 이를 위한 본 연구의 연구 문제는 “통합사례관리사들의 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 지역사회 서비스 경험은 어떠한가”로 설정하였다.

II. 연구 방법

1. 연구참여자

본 연구의 참여자인 통합사례관리사는 사회복지전달체계의 최일선에서 복지사각지대, 복지위기가구 등의 생활안정을 지원하기 위해 공공사례관리 업무를 수행하는 전문가이다³⁾. 이들은 지역의 다양한 위기사례를 지원하는 가운데, 지역사회에서 위기상황에 당면한 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대해서도 직접적으로 개입하여 자원을 연계·조정

3) 통합사례관리사의 시초는 민생안정TF전문요원이다. 정부에서는 2008년 글로벌 금융위기 이후 조기 민생안정을 지원하기 위해 관계부처 합동 대응 방안의 일환으로 2009년에 보건복지가족부와 지방자치단체에 민생안정추진단을 설치하게 되었다. 위기가구에 대한 복지, 고용, 주거, 교육 등 통합서비스를 제공하는 민생안정TF전문요원을 계약직으로 고용하게 되었다.(이태진 외, 2009; 김용득, 2015). 이후 사회복지전달체계의 지속적인 개편과정에서 시군구의 통합사례관리 기능이 강화되었고, 기존의 민생안정 전문요원을 통합사례관리사로 전환(보건복지부, 2020a)하여 지역 내 복지사각지대 위기가구에 대한 통합사례관리 사업이 추진되고 있다. 이들은 지자체에 소속되어 있으나 공무원 신분은 아니며, 고용 형태는 계약직, 공무원, 무기계약직 등 다양한 형태로 운영되고 있다(박현실, 2016). 2020년 기준 전국적으로 229개 기초자치단체에 928명이 배치되어 있다(보건복지부, 2020b).

하고 생활안정을 도모하는 역할을 수행할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 지역사회에 거주하고 있는 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람의 위기상황에 대해 사례관리를 수행하는 통합사례관리사를 대상으로 심층인터뷰를 실시하고자 한다. 여기서 조현병에 한정하지 않고 만성 정신장애까지 포함한 이유는 통합사례관리사들이 조현병을 정확히 이해하지 못하고 정신질환 혹은 정신장애 등으로 광의적으로 표현하고 있기 때문이다. 조현병에 대해 충분한 전문 지식이나 경험이 부족한 지역사회 전문가들의 서비스 경험을 통해 향후 지역사회 기반 서비스의 방향을 선형적으로 확인하고자 한다.

연구참여자 선정은 이론을 발전시키는데 적합한 대상자를 인위적으로 표집하는 이론적 표본추출(theoretical sampling)과 최초 연구참여자로부터 자신과 비슷한 속성을 가진 다른 사람을 추천받아 연구참여자로서 표집하는 눈덩이 표본추출(snow balling sampling)을 적용하였다. 표본추출을 위한 기준은 다음과 같다. 첫째, 현업이 통합사례관리사일 것, 둘째, 사회복지사 자격증을 소지하고 있을 것, 셋째, 통합사례관리사 업무 경력 1년 이상일 것, 넷째, 조현병을 지닌 사람을 비롯한 정신장애인을 대상으로 사례관리 업무를 직접 수행하였던 경험이 있을 것으로 정했다.

연구 참여 대상에게는 연구 목적과 취지 등을 설명한 후 연구 참여 의사를 확인하였으며, 최초 연구 참여에 동의한 통합사례관리사를 통해 다른 통합사례관리사를 추천받았다. 일련의 과정을 반복하여 최종 12명의 연구참여자를 선정했다. 이때 연구의 윤리적 고려로서 자발적 참여, 문서화된 동의서, 연구 참여에 대한 보상, 비밀 보장 등에 대해 알려주었다. 인터뷰는 연구참여자가 편안한 일시를 선정하여 진행하였다. 연구참여자 선정 및 인터뷰 기간은 2021년 2월부터 2021년 5월까지이다.

2. 자료수집 및 분석 방법

본 연구는 질적연구 방법인 근거이론(Strauss & Corbin, 1998)을 바탕으로 진행했으며, 자료수집과 분석에서도 이러한 연구 방법을 근간으로 하여 수행하였다. 본 연구의 자료수집은 지자체에서 활동하고 있는 통합사례관리사를 대상으로 심층인터뷰(in-depth interview)를 실시하여 진행하였다. 인터뷰 시간은 1회에 70분에서 100분 정도가 소요되었고 2회 이내에 인터뷰가 마무리되었으며, 기간은 3개월에 걸쳐서 인

터뷰가 진행되었다. 주요 질문 내용은 “조현병을 지닌 사람에 대한 사례개입 경험은 어떠했나요?”를 중심으로 통합사례관리사로서 지역사회 서비스 경험에 대해 개방 질문에서 초점 질문으로 점차 범위를 좁혀가며 질문하였다. 인터뷰 내용은 연구참여자의 동의를 얻어 녹음하고 직접 필사하여 자료를 분석하였다. 참여자의 진술 도중 떠오르는 생각 등은 메모하여 자료분석 시 비교자료로 활용하였다.

자료 분석의 절차는 개방코딩(Open coding), 축코딩(Axial coding), 선택코딩(Selective coding)에 따라 분석하였고, 이는 자료수집과 함께 동시에 이루어졌다. 본 연구에서는 개방코딩, 축코딩을 실시한 후 과정보분석을 통해 통합사례관리사들의 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 서비스 경험을 설명하고자 한다. 이후 선택코딩을 통해 본 연구에서 이야기 하고자하는 핵심 범주에 대한 설명과 전반적인 이야기 윤곽을 전개해 보고자 한다. 한편, 질적 연구로서의 엄격성과 신뢰성을 높이기 위한 전략으로 Padgett(1998)가 제시한 전략(장기간에 걸친 관계형성, 다원화, 동료집단의 조언 및 지지, 감사자료 남기기)을 고려하였다.

III. 연구 결과

1. 연구참여자의 일반적 특성

본 연구의 참여자는 경남지역에서 통합사례관리사로 활동하고 있는 전문가 12명이다. 참여자들의 연령대는 30대부터 50대까지 분포되어 있으며, 성별은 남성 1명, 여성 11명이다. 학력별 분포는 전문학사 2명, 학사 8명, 석사 2명이며, 보유하고 있는 국가자격증은 사회복지사 1급과 2급을 기본적으로 보유하고 있으면서 보육교사, 요양보호사, 청소년상담사, 청소년지도사, 건강가정사 등을 보유하고 있었다. 통합사례관리사 활동 기간은 최저 3년에서 최대 12년까지 분포되어 있는 가운데, 참여자 대부분 10년 내외의 장기근속자들이다.

2. 개방코딩(Open Coding)

개방코딩은 자료에서 단어, 문장, 단락을 정독하여 의미의 유사성, 상이성을 발견해내는 과정이다. 개념의 속성을 자료 안에서 발견하고 현상을 대표적 개념으로 채택하는 범주를 구성한다. 하위범주는 범주와 관련된 개념으로 범주를 보다 명

표 1. 연구참여자의 일반적 특성

참여자	연령대	성별	학력	직위	경력		보유 국가자격증
					통합사례관리사 업무 경력	사회복지분야 전체 경력	
참여자A	30대	여	석사	통합사례관리사	약 11년	약 13년	사회복지사 2급 보육교사 2급 요양보호사 1급
참여자B	40대	여	학사	통합사례관리사	약 11년	약 17년	사회복지사 2급 보육교사 1급 건강가정사
참여자C	50대	여	학사	통합사례관리사	약 12년	약 12년	사회복지사 2급 보육교사 2급 요양보호사 1급
참여자D	50대	여	전문학사	통합사례관리사	약 10년	약 15년	사회복지사 2급 보육교사 1급 요양보호사 1급
참여자E	30대	여	전문학사	통합사례관리사	약 11년	약 11년	사회복지사 2급
참여자F	50대	여	학사	통합사례관리사	약 8년	약 20년	사회복지사 1급
참여자G	30대	남	학사	통합사례관리사	약 3년	약 7년	사회복지사 1급
참여자H	50대	여	학사	통합사례관리사	약 11년	약 15년	사회복지사 1급
참여자I	40대	여	석사	통합사례관리사	약 9년	약 21년	사회복지사 1급
참여자J	30대	여	학사	통합사례관리사	약 9년	약 11년	사회복지사 1급 청소년상담사 3급 청소년지도사 2급
참여자K	40대	여	학사	통합사례관리사	약 10년	약 20년	사회복지사 1급 요양보호사 1급
참여자L	50대	여	학사	통합사례관리사	약 11년	약 16년	사회복지사 2급 보육교사 1급

주. 사회복지분야 전체 경력은 통합사례관리사 업무 경력 포함임.

확히 하고 구체화한다(Strauss & Corbin, 1998; 이경란, 2019). 본 연구에서는 참여자와의 심층인터뷰를 통해 얻은 자료를 근거로 지속적인 비교분석의 절차를 통해 밝혀진 개념을 명명하고, 유사한 개념끼리 무리 지어 좀 더 추상화하여 범주

화시키는 과정을 수행하였다. 그 결과 최종적으로 113개의 개념과 42개의 하위범주, 16개의 범주가 도출되었다. 구체적 인 개방코딩의 결과는 <표 2>와 같다.

표 2. 개방코딩 결과

개념	하위범주	범주
약성 민원인에 대한 일차적 대응 요구, 무방비 상태로 약성민원인을 대응함	약성 민원인에 대한 총알받이 역할 요구	기존 업무 : 더 이상 퍼낼 우물도 바가지도 사라진 상태
복지사각지대 대상자에 대한 문제해결 요구, 일선 공무원의 개입한계 사례에 대한 지원 요구	복지사각지대 문제의 해결사 역할 요구	
현금 지원만 억지 요구하는 민원인에 시달림, 클라이언트의 각종 지원 요구에 시달림	억지 지원 요구에 시달림	추가 업무 : 무엇을 어떻게 할 수 없는 정신장애인과의 만남
개입내용에 대한 클라이언트의 원망, 서비스 연계를 거부하는 클라이언트, 욕구 다양화에 따른 욕구사정의 어려움	다양한 욕구 대응 어려움	
정신장애인 관련 사례 증가, 정신장애인 사례관리에 따른 업무난이도 증가, 정신증상을 보이는 클라이언트, 일상생활 유지가 되지 않는 클라이언트	정신장애인 사례 증가로 인한 업무강도 심화	의료적 개입에 비협조적인 클라이언트
정신질환 치료를 거부하는 클라이언트, 정신과 병원 이용에 소극적인 클라이언트		

표 2. 개방코딩 결과(계속)

개념	하위범주	범주
고립되어 있는 정신장애인, 정신장애인을 도와줄 수 있는 가족의 부재, 친인척에게 이용당하는 정신장애인, 이웃과 잦은 갈등을 보이는 정신장애인	지지하는 인적자원의 부재	칸막이로 단절된 정신장애인
정신장애인에 대한 부정적인 사회인식, 정신장애인의 부적응을 유발하는 편견	편견으로 부채질 하는 사회적 고립	
정신의료기관 이용 절차의 까다로움, 정신장애인 의료서비스 자원 부족, 정신장애인 응급입원에 소극적인 경찰	정신장애 관련 의료서비스 난항	
정신장애인에 대해 소극적으로 대처하는 지역 기관들, 개입 방법에 대한 기관 간 의견 상충, 지역별 기관 간 연계협력 수준의 차이 발생	지역 내 기관 간 낮은 연계 수준	사회안전망 범위 밖에 있는 정신장애인
정신장애인을 위한 열악한 사회안전망, 정신장애인을 위한 지역사회 거주대책 부재, 정신장애인을 위한 지역사회 지원시설 부족	정신장애인을 위한 사회적 지원 대책 부재	
정신장애인 사례관리 경험 부재, 우연히 시작한 통합사례관리사라는 일	정신장애인 사례 경험 부재	정신장애인 개입의 전문성 부족
통합사례관리사의 정신질환에 대한 이해 부족, 정신장애인 사례관리를 위한 교육 및 슈퍼비전 기회 부족	정신장애인 이해를 위한 교육 부족	
정신장애인의 변화되지 않는 삶으로 인한 무기력감, 정신장애인 사례개입 효과에 대한 낮은 기대감	반복되는 문제로 인한 회의감	
가중되는 직무스트레스, 비협조적 클라이언트에 대한 회피	정신장애인 사례관리의 스트레스와 소진	정신장애인 위기개입의 막막함
전문성 부족한 사례 개입에 대한 부담감, 고난도 사례를 홀로 감당해야 하는 부담감, 무한 책임성 요구에 대한 부담감	홀로 떠맡은 책임성에 대한 부담감	
정신장애인 사례관리 요구에 대한 문제 인식, 만능 해결사 요구에 따른 무기력감, 사례관리의 이상과 현실의 갭에 따른 혼란	정체성 혼란으로 인한 무기력감	
역할과 업무범위의 명확화, 업무수행 체계의 제도적 안정, 원활한 업무수행 환경 조성, 처우개선을 통한 직업적 신분안정	통합사례관리사업의 제도적 안정	조직에서의 안정적인 직무수행 지원
전문성 향상을 위한 다양한 교육 기회의 제공, 통합사례관리사별 전문분야 개발 지원 필요	조직 차원의 전문성 향상 지원	
사례관리계 담당공무원의 적극적인 업무 지원, 지자체 공무원의 사례관리 지원 협조 강화	공공조직 공무원들의 협조 강화	
지역 내 기관 간 사례관리 연계협력 여건 개선, 지역 내 기관 간 원활한 연계협력, 통합사례회의를 통한 활발한 사례 공유 및 조정, 지역 내 기관 간 역할범위 명확화, 기관별 책임 있는 역할 수행	지역 내 기관 간 연계협력 강화	민관 연계협력 체계 강화
종사자 상호 간 긍정적 유대관계 필요, 종사자 상호 간 호혜적 자세 필요	기관별 실무자 간 상호 호혜적 관계 강화	
정신장애인 보호체제로 기능하는 친인척, 정신장애인 의료서비스를 지원하는 친인척	가족 지지체계 강화	
정신장애인 사례관리에 도움을 주는 이웃들, 정신장애인에게 선의의 관심을 갖는 이웃들	이웃 지지체계 강화	비공식적 지지체계 강화
정신장애인을 위한 비공식적 지지체계 강화 필요, 마을 내 자생단체 협력 강화 필요, 정신장애인에 대한 사회적 포용력과 인식개선 필요	지역사회 지지체계 강화	
정신장애인을 위한 의료서비스의 다양화 필요, 원활한 의료적 개입을 위한 제도적 정비 필요, 정신장애인에 대한 맞춤형 병원퇴원계획 필요	정신장애인의 지역 거주를 위한 의료서비스 체계 필요	정신장애인의 지역사회 거주인프라 강화
정신건강복지센터의 지역사회 사례관리기능 강화 필요, 정신장애인 욕구에 따른 지원대책 필요, 정신장애인 공적 사회안전망 강화 필요, 정신장애인을 위한 정신재활시설 확대 필요, 정신장애인 지역사회 거주 지원 대책 필요	정신장애인에 대한 사회안전망 확대	
정신건강케어 관련 바우처 서비스 연계, 정신건강복지센터 사례관리 연계	정신건강 케어 및 관리 연계하기	지역사회 기관 및 자원 연계하기
주거안정 지원 관련 자원연계, 욕구에 맞춘 공공 및 민간자원 개발 및 연계, 근로활동 지원 관련 기관 연계	공공 및 민간기관 연계하기	
대상자와 라포 형성 이후 지역 연계 노력, 정신장애인에 대한 연민의 전문화	신뢰관계 구축하기	상호 신뢰의 협력적 관계 형성하기
상황에 대한 냉철한 판단력 필요, 협력적 관계 구축 노력, 능동성 강화를 위한 역할 부여	자기주도성 강화하기	

표 2. 개방코딩 결과(계속)

개념	하위범주	범주
가족과의 협의를 통한 사례개입, 정신장애인의 가족구성원 지원, 가족기능 강화 지원 노력	가족 지지체계 활용하기	비공식적 지지체계 활용하기
이웃을 활용한 비공식적 지지체계 강화 노력	이웃 지지체계 활용하기	
자발적인 역량개발 노력, 개입과정에 대한 자기성찰, 동료 슈퍼비전의 수시 활용, 책임감 있는 통합사례관리 실천 노력	업무숙련도 향상을 위해 노력하기	직무수행 전문성 향상하기
경험의 활용, 자원개발 및 연계노하우 활용, 이전 사회복지 실무 경험의 활용	노하우 활용하기	
사례관리 개입 수준 조절, 역량 범위 내에서 역할 수행, 대상자 욕구에 대한 재사정	역량과 한계 검토하기	
스스로 지역사회에 필요한 존재로 인식, 일에 대한 보람	직업적 자존감 향상	
사례관리 업무에 집중, 대상자에 대한 전체적 조망능력 습득, 자원연계 노하우 습득, 우수사례 공모전 수상	직무 자신감 향상	전문가 : 자신감 회복
자기 위안을 통한 소진 극복, 성공적 사례개입을 통한 소진 극복, 클라이언트에 대한 정서적 동요 완화	소진으로부터 회복	
감사함을 표현하는 대상자, 정신장애인의 증상 완화, 이유 없는 공격성의 감소	내면의 안정	정신장애인: 안정적인 삶 회복
지역사회 자립, 위기상황 안정, 정신장애인 관련 민원발생 감소	지역사회로부터 안정	

3. 축코딩(Axial Coding)

형은 [그림 1]과 같다.

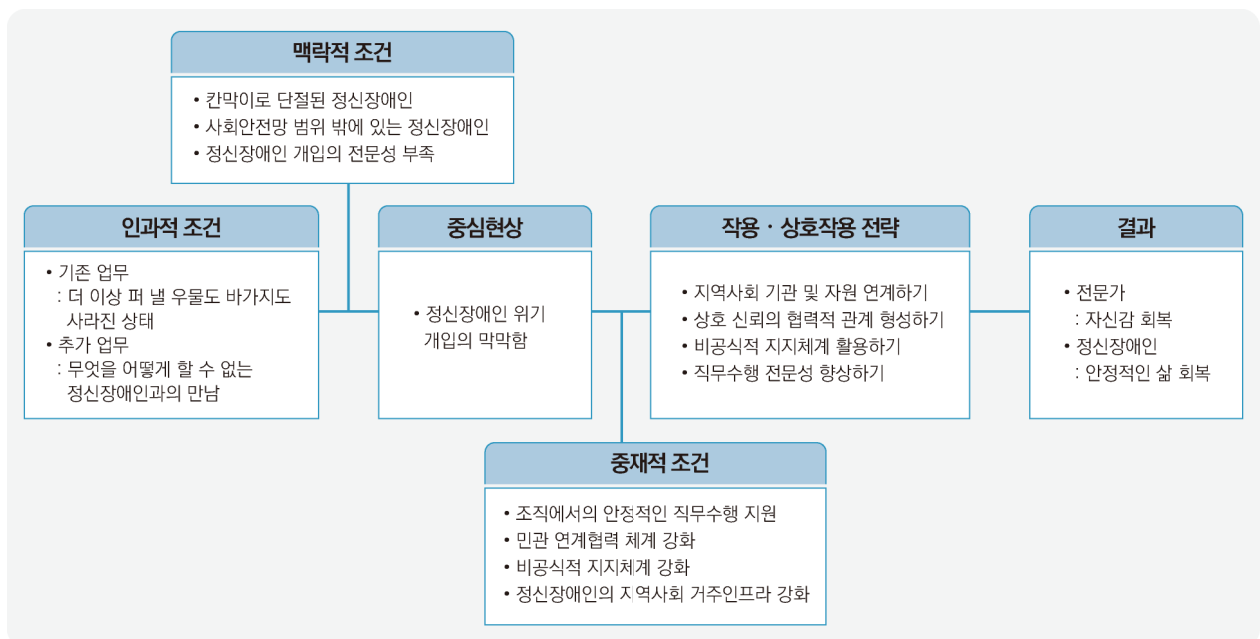
축코딩은 근거이론 두 번째 단계로서 범주, 하위범주 단위를 논리적 단위인 패러다임 모델로 재배열하는 것이다(이경란, 2019). 즉, 개방코딩 동안 분해되었던 자료를 재조합하는 과정이다(Strauss & Corbin, 1998). 개방코딩에서 얻은 개념을 범주화한 결과를 바탕으로 도출된 통합사례관리사들의 조현병을 지닌 사람에 대한 사례관리 경험에 관한 패러다임 모

가. 인과적 조건

1) 기존 업무: 더 이상 퍼널 우물도 바가지도 사라진 상태

연구참여자들은 공공기관에 소속된 사례관리자라는 이유로 다양한 복지 민원에 대한 일차적 대응을 요구받고 있다. 특히 사회복지전달체계의 지속적인 개편 과정에서 일반 사례

그림 1. 통합사례관리사의 정신장애인 위기개입 경험에 대한 패러다임 모형



관리 업무를 읍면동에서 직접 수행하게 되었고, 통합사례관리사는 읍면동 사례관리에 대한 지원과 함께 고난도 사례에 대한 개입을 주요 업무로 추진하게 되었다. 이러한 정책환경 변화에 따라 참여자들은 지역의 다양한 고난도 사례를 전담하고 있으며, 특히 관공서 대상 ‘약성 복지민원인’에 대한 일차적 대응책으로 투입되면서 다양한 요구사항에 시달리기도 한다. 통합사례관리사에게 요구되는 내용, 수준, 범위는 무제한적이다. 다양한 욕구사정 자체에 대한 막막함, 비자발적·비협조적 클라이언트와의 만남 부담감, 지속적이고 반복적으로 현금 지원만 요청하는 사례에 시달리기도 한다. 이 범주의 하위범주는 ‘약성 민원인에 대한 총알받이 역할 요구’, ‘억지 지원 요구에 시달림’, ‘다양한 욕구 대응 어려움’ 등이 있다.

“그리고 또 하나의 특이점은 제가 제일 처음 발령받았던 데가 OO인데, 사례관리계 특히 말단인 사례관리사는 (각종 사례와 민원에 대한) 총알받이라는 느낌이 들어요(웃음)”(참여자K)

“맨 처음에 민원이 막 온다고 해서 저희 쪽으로 곧바로 다 연결되지는 않거든요. 민원은 계속 지속적으로 발생하던 중에, 동사무소에서 이런 케이스가 있는데 동에서는 조금 해결이 어려울 것 같다, 구청에서 조금 고난도로 해서 개입을 해줬으면 좋겠다. 얘기를 하더라고요 그렇게 개입이 됐습니다. 주변에서 많이 민원이 생겼어요.”(참여자G)

“(민간)기관의 특성마다 할 수 있는 범위가 있으니까. 그 외의 것들은 이제 대부분 동에 가서 여기로 오는 그런 것 같아요.”(참여자A)

“매일, 하루에 2~3번씩 동에 전화해가지고 왜 더 안 주느냐부터 시작해서 사람을 너무너무 괴롭히는 거 있잖아요.”(참여자D)

2) 추가 업무: 무엇을 어떻게 할 수 없는 정신장애인과 의 만남

대중매체 등의 영향으로 조현병을 지닌 사람에 대한 지역 사회의 인식이 왜곡·과장되는 경향이 심화되고 있는 가운데, 지역사회에서의 조현병과 같은 정신장애인 관련 민원이 계속 증가하고 있다. 연구참여자들은 정신장애인 관련 위기사례가 증가하면서 업무강도가 심화되고 있다고 호소하고 있다. 제도적으로는 지역사회 정신장애인에 대하여 정신건강복지센터에서 사례관리 하도록 되어 있으나, 실제로 주민센터 등 지자체에 신고되는 정신질환 의심사례 또는 관련 민원사례들에 대해서는 통합사례관리사가 초기 위기개입을 담당하고 있다. 연구참여자들은 이들에 대해 우선적으로 의료적 개입을 시도하지

만, 병식이 없고 비협조적인 클라이언트의 서비스 거부로 수차례 난관에 봉착하게 된다. 본격적인 개입도 시도하지 못한 채 또 다른 정신장애인 관련 민원 사례는 계속 발생하고 있다. 이 범주의 ‘정신장애인 사례 증가로 인한 업무강도 심화’, ‘의료적 개입에 비협조적인 클라이언트’ 등이 있다.

“어떻게 보면은 저희가 코에 걸면 코걸이고, 귀에 걸면 귀걸이고 그런 것 같아요. 거의 고질이 생기면 저쪽에 연계하라 해 가지고 거의 저희 쪽으로 다 보내버리니까는. 특히 또 정신 쪽은 저희 쪽으로 보내가지고 저희보고 병원 좀 데려가달라 이런 케이스가 더 많다 보니까는 좀 더 힘들어지는 것 같아요. 마음적으로나 육체적으로나...”(참여자E)

“예전에는 빈곤이라는 위주로 진행이 됐다면, 지금은 말 그대로 고위험군 중독, 정신질환 조금 더 수위가 한층 올라간 사례가 많은 것 같아요.”(참여자J)

“지금은 은둔형들이 바로 우리 쪽으로 넘어 와가지고 지금 은둔형들 하고 있잖아요. 은둔형들도 고난도로 해가지고 하고 있는데... 알콜 뭐, 정신 오만 게...”(참여자H)

“대상자를 병원에 데리고 가려고 우리가 몇 차례 갔는데. 이 사람이 맨 처음에는 갔을 때 문도 안 열어주시고 욕도 하시고 막~ 그렇게 거부를 하시다가 조금 달래가지고...”(참여자E)

나. 맥락적 조건

1) 칸막이로 단절된 정신장애인

연구참여자들이 만나는 정신장애인들은 전반적으로 지역 사회에서 고립되어 있는 경우가 많았다. 오랜 기간 복지서비스나 이웃들의 무관심 속에서 열악한 상황에 있거나 외부와 전혀 교류나 왕래 없이 혼자서 삶을 겨우 지탱하고 있는 경우도 있었다. 오히려 정신장애인의 낮은 현실 판단력을 이용하는 친인척들을 목격하기도 하였다. 이 외중에 정신장애인들은 이웃들과 잦은 갈등이나 마찰 속에서 지역사회에서 환영받지 못하는 존재로 부각되어 있었다. 지역사회에서는 정신장애인 관련 부정적 인식과 기피현상이 심화되고 있었고, 이는 또다시 정신장애인들의 지역사회 부적응 요인으로 작용하고 있었다. 이 범주의 하위범주는 ‘지지하는 인적자원의 부족’, ‘편견으로 부채질하는 사회적 고립’ 등이 있다.

“이웃하고는 별로 좋지 않았어요. 이웃하고 왕래하는 그런 것도 없었고 본인 혼자만 생활하는 게 계속 그랬어요.”(참여자K)

“조현병이든 어쨌든, 경제적으로 굉장히 열악해요. 복지 혜택을 몰라서도 그렇고, 지역에서도 관심이 없어서도 있고 일단 통장님들이 발걸 자체를 신경을 안 써. 그 사람은 64세니까. 근데 그동안에 조현병이 20대 있었다 하더라도 시간이 얼마안 나니까. 근데 사통망에 보편은 기록이 없어요. 지역사회에 노출된 적이 없어요.”(참여자L)

“사실 질환적 특성도 있지만, 이 부부를 조카가 이런 상태를 아는데도 어떤 병원을 연계 하는 게 아니라 이 사람들을 이용한 거예요. 이 사람들 명의의 아파트의 대출을 시작해서 카드 빚까지 전부 다 진행을 해놓고 그 이후에 정말 조카가 그 집을 팔아버려 가지고 그 분들이 정말 길바닥에 나왔게 됐거든요.”(참여자A)

2) 사회안전망 범위 밖에 있는 정신장애인

연구참여자들은 조현병을 지닌 사람을 위한 자원을 탐색하면서 열악한 사회안전망을 인지하게 된다. 지역의 대표적인 정신장애인 서비스 제공기관인 정신건강복지센터의 경우 열악한 근무여건 등으로 인해 사례관리에 적극적일 수 없음을 알고 사례 연계에 어려움을 경험한다. 조현병을 지닌 사람들을 위한 지역사회 인프라 자체가 부족할 뿐만 아니라, 증상관리에 소극적이거나, 병식이 없거나, 치료의지가 미약한 대상에 대해서는 지역사회가 거부와 격리 위주로 대응하고 있어, 사례 담당자로서의 연구참여자들은 개입의 어려움을 경험한다. 이 범주의 하위범주는 ‘정신의료기관 이용 절차의 까다로움’, ‘개입 방법에 대한 기관 간 의견 상충’, ‘정신장애인을 위한 열악한 사회안전망’ 등이 있다.

“우리 사회에서 정신질환자에 대한 처우는 많이 낮은 것 같아요. 이 사람들을 보호하는 입장보다는 밀어내는 입장이 많아요. 보니까 아무래도 좀 더 처우가 안 좋은 것 같아요.”(참여자E)

“고립이 되면은 결국 증세가 악화되고 그러다가 결국 극단적으로 노출이 됐을 때 사회적으로 조치가 되는 상황인 것 같아요. 그 중간 단계가 없이 극단, 이 어머니처럼 불을 질러야 조치가 되고 중간에 지원해주는 프로그램이 없어서 좀 안타깝습니다.”(참여자J)

“지금도 자원이 없어가지고 그 사람한테 맞는...그런 지원을 못 해줄 때 아쉬운 그런 것들도 있어요.”(참여자D)

3) 정신장애인 개입의 전문성 부족

연구참여자들은 사전 교육 없이 통합사례관리라는 업무를

수행하고 있었고, 특히 조현병을 지닌 사람에 대한 사례관리 경험이 전무한 경우도 대부분이었다. 업무수행 과정에서도 조현병을 포함한 정신장애와 관련된 전문적인 교육이나 슈퍼비전의 기회도 거의 갖지 못하고 있었다. 그렇다 보니 일반 지역주민과 마찬가지로 정신장애인에 대하여 왜곡되고 과장된 인식을 똑같이 가지고 있는 경우도 있었고, 막연한 두려움을 갖고 일을 하고 있는 경우도 있다. 이 범주의 하위범주는 ‘정신장애인 사례 경험 부재’, ‘정신장애인 이해를 위한 교육 부족’ 등이 있다.

“정신질환자라고 하면 일단은 음, 정신병을 가진 이런 분이시다 보니까는 음, 많은 편견을 가지게 되는 것 같아요.”(참여자E)

“정신질환자라고 하면... 조금 위험하고 격리되어서 약을 먹어야 되고, 병원에 입원 치료해야 된다. 가족들이 많이 힘들 것 같고, 집에서는 가족들이 케어하기는 조금 힘들지 않을까. 가족이 참 많이 힘들 것 같다는 생각. 위험하다는 생각이 많이 들어요. 정상적인 생활은 조금 힘들 것 같기도 하고 그런 생각도 들고요.”(참여자D)

“통합사례관리사의 정신질환자 사례관리를 위한 전문교육은 없어요(웃음). 보수교육처럼 크게 정신질환 케이스를 이렇게 개입했다는 사례에 대한 교육이나 하지. 근데 그런 비슷한 교육이 있어도 실무에 쓸 수 있는 그런 교육들은 없었던 것 같아요.”(참여자A)

다. 중심현상: 정신장애인 위기개입의 막막함

연구참여자들은 공공사례관리를 수행하는 주체로서, 자신들에게 요구되는 무한 책임성에 따른 깊은 고뇌를 한다. 정신장애인 위기개입의 어려움에도 불구하고 공공 및 민간자원을 적극 발굴하고 활용하고자 노력한다. 그러나 정신장애인들이 경험하는 심리사회적 위기가 쉽게 해결되지 않거나 다시 반복될 경우에는 회의감을 경험하게 된다. 특히 홀로 정신장애인에 대한 위기개입을 수행함에 있어 자신감을 상실하거나 전반적인 무기력감을 겪기도 한다. 직무스트레스와 소진을 겪게 되면서 대상자를 회피하거나 자기비난에 빠지기도 한다. 이 범주의 하위범주는 ‘반복되는 문제로 인한 회의감’, ‘정신장애인 사례관리자의 스트레스와 소진’, ‘홀로 떠맡은 책임성에 대한 부담감’ 등이 있다.

“정신질환 사례가 의뢰되면 부담이 많이 돼요. 부담스럽고, 이 사람이 뭘 일을 저지를까. 저지른다는 뭔가가 있는 것 같아요. 시간이 걸린다 하더라도 좋아진다는 보장이 없을 것 같고 막연하고, 그런 느낌. 제일 부담되는...”(참여자K)

“정신질환자에 대한 사례관리와 개입은 혼자만으로 끌고 나갈 수 없는 부분이라서 그게 제일 어려운 것 같아요. 설득도 해야 되고 관찰도 해야 되고 이 사람이 꾸준히 병원을 다니면서 관리를 할 수 있게끔 하는 게 일차적인 목표가 끝나는데, 이게 1대1로 한다고 해결될 수 있는 부분이 아니니깐...”(참여자A)

“이 분이 집이 없다, 수급이 되야 된다. 이런 부분들은 저희가 얼마든지 도움을 줄 수 있지만, 치료적인 부분은 저희가 하면서도 우리가 판단하는 게 맞다. 그런 경우도 있어요.”(참여자H)

라. 중재적 조건

1) 조직에서의 안정적인 직무수행 지원

안정적인 직무수행을 위한 제도적·조직적 지원은 연구참여 자들로 하여금 정신장애인을 위한 통합사례관리를 수행하는데 중요한 원동력이었다. 참여자들은 통합사례관리사업의 제도적 안정과 더불어 역할과 업무 범위가 점차 명확화되면서 업무수행 체계가 잡혀간다고 보았다. 또한 전반적인 처우도 개선되고 신분적 안정 및 조직 차원의 교육 기회도 늘어나고 있었다. 다만 정신장애와 같은 전문적 영역의 교육이나 지원이 여전히 부족한 것도 사실이고 하였다. 공공영역에 배치된 통합사례관리사의 특성으로 인하여 짧은 교육만으로 정신장애에 대한 이해와 전문성은 다소 부족하지만 다른 지역사회 기관과 달리 직접적이고 의미 있는 개입이 가능하다고 보았다. 이 범주의 하위범주는 ‘통합사례관리사업의 제도적 안정’, ‘조직 차원의 전문성 향상 지원’ 등이 있다.

“예전보다 정말 훨씬 더 좋아진 것 같고 예전에는 같은 부서에 있지만 저희가 단독으로 따로 일하는 기본이었다면 지금은 내부적으로 의논 과정도 조금 더 원활한 것 같고 조금 더 의사소통이 되고 있습니다.”(참여자J)

“근데 계(희망복지담당)가 확실히 생기고 나서는 체계적으로 바뀌기도 했고 교육이나 이런 전반적인 점검이 많이 내려오니까 그때부터는 확실히 활성화가 된 것 같아요.”(참여자A)

“원래는 30명을 평균적으로 유지를 해라. 이렇게 지침이 있

었는데, 2019년도 그쯤부터 아마 없어졌던 것 같아요. 없어졌다기보다는 20명으로 조금 낮춰줬던 것 같아요.”(참여자G)

“온라인교육으로 많이 대체 되면서 제가 편한 시간에 업무 중에 시간 내가지고 그 시간에 교육을 듣고 했던 거는 제일 좋은 것 같아요.”(참여자G)

2) 민·관 연계협력 체계 강화

통합사례관리사업의 주요 정책목표라 할 수 있는 찾아가는 보건·복지서비스 제공 및 지역주민의 복지체감도 향상을 위해서는 지역단위에서의 민·관 협력이 선행되어야 한다. 연구참여자들은 과거에 비해 현재 지역 내 공공 및 민간 기관들과의 연계협력 체계도 강화되고 있는 것으로 인식하고 있다. 특히 통합사례회의를 적극 활용하고 있다. 이를 통해 사례 공유 및 조정이 이루어지며, 기관 간 역할 범위를 명확히 하고 기관별 책임성을 갖도록 하고 있다. 지역사회의 정신장애인 사례관리는 민·관 연계협력이 중요하기 때문에 현재의 통합사례관리 체계가 유용한 측면이 많은 것이다. 향후 다른 지역사회 자원이나 시스템을 활용한다고 하더라도 이와 같은 연계 구조를 주목할 필요가 있다. 한편, 통합사례관리의 주요 구성요소라 할 수 있는 지자체 내부 조직에서의 업무 지원 및 관련 부서 공무원들의 협조 수준도 점차 향상되고 있는 것으로 인식하고 있다. 이 범주의 하위범주는 ‘공공조직 공무원들의 협조 강화’, ‘지역 내 기관 간 연계협력 강화’, ‘기관별 실무자 간 상호 호혜적 관계 강화’ 등이 있다.

“우리가 개입하기 어려운 그런 사람들은 정신보건에 전화하면은 정신보건센터에서 바로 현장에 나가거나 우리하고 같이 시간을 맞춰서 같이 하거나 그래요. 정신보건센터가 전문가들이시니까 아, 이사람 이래 이래 해야 되겠다. 그러면 저, 솔직히 입원하려면 일반인들은 돈이 들잖아요. 그러면 그 부분은 우리하고 동주민센터하고 협의해서 이제 입원시키고, 빨리 진단서 떼서 차상위 의료비경감대상 지정하고 이후에는 수급으로 가도록 해요.”(참여자D)

“총복에 회의 가면 장복도 부르고, 정신건강 바우처 기관도 부르고 다 불러가지고 하면, 사실, 우리가 모르는 정보들도 있잖아요. 회의를 하면서 정보도 공유하고 자원도 공유하고 그렇게 되는 것 같아요. 그래서 사례회의가 중요한 것 같아요.”(참여자C)

3) 비공식적 지지체계 강화

연구참여자들은 통합사례관리 과정에서 클라이언트 주변에 소수지만 강한 긍정적 영향력을 발휘하는 비공식적 체계를 발견한다. 당사자의 거주지 인근에 거주하면서 정기적으로 살피며 주는 오빠, 모친의 증상관리와 보호를 위해 군복무를 미루는 아들 등 클라이언트를 위한 보호체계로 기능하는 가족들을 발견한다. 또한 인근에 거주하는 이웃들 중에 클라이언트에게 선의의 관심을 보이면서 보호체계로 기능하는 경우도 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 지역사회에 비공식적 체계가 약함을 염려하고 있으며, 정신장애인의 안정적인 지역사회 거주환경 마련을 위해서는 비공식적 체계를 강화하는 구조적 노력이 필요함을 강조한다. 정신장애인에 대한 사회적 포용력 강화와 인식개선, 마을 내 자생단체들과의 협력체계도 구축되어야 함을 강조한다. 이 범주의 하위범주는 ‘가족 지지체계 강화’, ‘이웃 지지체계 강화’, ‘지역사회 지지체계 강화’ 등이 있다.

“딸이 자기도 아무래도 기질적인 게 있으니까 엄마를 병원에 모시고 갈 수가 없는 거예요. 그래서 그때는 저희가 어머님도 설득을 하고, 딸은 이제 몇 번 엄마랑 같이 병원을 가는 것을 진행을 해주니까, 뒤에는 본인이 엄마를 모시고 갈 수는 있었거든요.”(참여자A)

“지역의 통장님들의 경우 그 지역의 대상자를 발굴했을 때 초기상담을 하러 같이 가거나. 지금 이번에 정신질환자 고위험군뿐만 아니라 이제 정신질환자 의심자로 올라오신 분들 지금 자생단체하고 일대일 매칭을 시켜서 2주에 한 번씩 안부 확인을 하게끔 지금 제도적으로 만들어놨거든요.”(참여자K)

“병원 진료를 위해 계속 설득을 하고, 문을 열어달라고 해도 안 되고 하니까는. 주변에 그 분이 친하게 낯이 익은 분들이 있더라고요. 동이나 그런데 자주 봤던 사람들은 이 분 낯을 좀 안 가리고 호의적으로 대해 주시더라고요. 그래가지고 방문할 때나 그럴 때 그 분과 함께 가거나 하니까 조금 편찮아지시더라고요.”(참여자E)

“앞으로는 이 분들한테 비공식적인 지지체계를 조금 더 만들어 줄 수 있는. 뭐, 자생단체들도 많잖아요. 그런 분들하고, 하여튼 복지관하고 지역 안에 있는 비공식자원을 활용해서 이 분들이 심심하지 않게 살아갈 수 있도록 해주는 게 좋을 것 같아요.”(참여자G)

4) 정신장애인의 지역사회 거주인프라 강화

연구참여자들은 정신장애인의 통합사례관리 실천을 위해서는 근본적으로 지역사회 거주인프라가 강화되어야 함을 강조한다. 정신장애인들이 지역사회에서 장기적으로 안정적 생활을 하기 위해서는 일차적으로 의료서비스 접근성을 높여야 한다고 본다. 지역사회의 정신장애인들이 그들의 개별 특성에 맞는 다양한 의료서비스를 제공받을 수 있는 제도의 마련이 필요하다고 하였다. 마찬가지로 입원치료 중인 정신질환자가 퇴원 후 안정적인 삶을 영위할 수 있도록 맞춤형 퇴원 계획 수립 및 지역사회 거주대책이 동시에 마련되어야 함을 강조한다. 이때 정신건강복지법상의 시설인 정신재활시설이 확대되어 기본적인 일상생활을 지원해야 한다고 본다. 그러나 가장 중요한 것은 정신장애인들이 지역사회에서 장기간 안정적으로 기거할 수 있는 다양한 주택이라고 할 수 있다. 이 범주의 하위범주는 ‘정신장애인의 지역 거주를 위한 의료서비스 체계 필요’, ‘정신장애인에 대한 사회안전망 확대’ 등이 있다.

“오랫동안 장기입원은 하지 말아야 될 것 같고, 나오면은 재할을 할 수 있는 그런 사회적인 기반이 되어야 될 것 같기도 하고...”(참여자D)

“이 분들이 의외로 사회적 교류에 대한 욕구, 자기 스스로 가능하고자 하는 욕구들이 굉장히 강하신데, 사실 그럴 기회도 없고. 조현병 진단을 받았지만 그런 욕구가 굉장히 강하지만 일을 하게 되면 수급이 탈락되고, 그러면 치료를 못 받고 이 악순환...”(참여자J)

“병원에서도 이제, 의사선생님하고, 간호사하고 병원에서도 사례관리라든지 그게 좀 이렇게 같이 되어졌으면 참 좋겠다는 생각이 들고. 약만 먹고 입원만 탁 했다가 탁 내보내는 것보다 안에서 우리 같은 사례관리를 같이 이렇게 해주면은 다음에 사회 나와서도 더 적응하기 좋을 것 같고 그런 생각이 드네요.”(참여자D)

마. 작용·상호작용 전략

1) 지역사회 기관 및 자원 연계하기

연구참여자들은 클라이언트의 안정적인 삶을 위하여 민·관 기관 및 자원들을 활용한다. 그들은 실천 경험과 노하우를 활용하여 클라이언트의 욕구에 맞는 적절한 기관 및 자원을 연계하고 있다. 우선 통합사례관리사에게 의뢰되는 정신장애인

들은 대부분 경제적 어려움을 가지고 있기 때문에 경제적 안정을 도모하기 위한 수단으로 기초생활수급자 등 공적 지원 대상 책정을 지원하고 있다. 또한 참여자들은 정신장애인들의 정신증상 관리를 중요하게 생각하여 의료서비스 접근성 강화를 위해 노력한다. 정신장애인과 병원 동행을 지원하거나 정신건강복지센터나 정신건강토탈케어서비스 등을 연계하기도 한다. 그리고 주거 문제를 해결하기 위해 노력하거나 근로활동 참여를 지원하고 있다. 이 범주의 하위범주는 ‘정신건강케어 및 관리 연계하기’, ‘공공 및 민간기관 연계하기’ 등이 있다.

“그때 당시에는 생활 지원이 첫 번째 목표였어요. 엄마의 정신적인 문제도 있었지만. 일단은 사람이 살아야 하니까 생활 지원이 급했어요.”(참여자H)

“이 사람들에게 먼저 의료, 생계 등 혜택을 받을 수 있게 해주는 거지요.”(참여자J)

“정신건강토탈케어서비스 그쪽에서 복지사님이 나오셔서가고 직접 병원을 데리고 가시고 다 해주시더라고요.”(참여자E)

“(정신장애인 사례에 대한)일차적인 개입 목표는 이제, 그 정신과 진단을 안 받은 대상이면은 병원 동행부터 시작해서 정신과 진단을 받게 하는 거. 그리고 그 집 주거 상황이 열악하면은 주거개선, 그리고 그 다음에는 정신건강케어서비스 연계. 그리고 필요한 물품 이런 거 지원해주면서 계속 좋은 관계를 유지해 나가는 거지요.”(참여자C)

2) 상호 신뢰의 협력적 관계 형성하기

연구참여자들은 클라이언트와 협력적 관계를 기반으로 통합사례관리 실천을 위해 노력한다. 클라이언트와 라포를 충분히 형성한 이후에 기관, 전문가, 자원들을 연결할 수 있음을 경험으로 알고 있다. 정신장애인에 대한 인간적 연민과 애정 어린 마음을 가지고 친근하게 접근하고자 노력하며, 그들의 목소리에 귀를 기울이면서 공감적 이해와 반응을 하기 위해 노력한다. 이 과정에서 정신장애인들이 당면한 현재의 상황을 냉철하게 판단하지 않으면 개입의 효과가 감소될 수 있다는 사실도 확인한다. 참여자들은 조급하게 서두르지 않고 정신장애인과 보조를 맞추어서 자기주도성을 강화시켜야 함을 강조하고 있다. 이 범주의 하위범주는 ‘신뢰관계 구축하기’, ‘자기주도성 강화하기’ 등이 있다.

“일단은 이 분 대상자하고의 라포 형성. 왜냐하면 이 분들이 적대감을 가지고 있는 상태에서 개입을 하다 보면은 안되다 보니까 거리를 좁혀 나가는 부분이 제일 중요한 것 같아요.”(참여자E)

“그 대상자 분의 자기결정권을, 대상자 분을 존중해 줄 수 있는 사례관리자가 되어야 될 것 같아요. 이 사람을 존중해서 우리가 같이 협력, 같이 나가야 관리를 진행해야 되는 사람이라는 그 시각이 조금 중요하지 않을까 싶어요.”(참여자J)

“(통합사례관리사들도) 그냥 저 사람(정신장애인)도 나도 다를 바 없다는 마음을 가지는 게 중요하다고 생각해요. 그냥 결국 똑같은 인간이니까.”(참여자A)

3) 비공식적 지지체계 활용하기

연구참여자들은 정신장애인 주변의 비공식적 지지체계를 적극 활용한다. 참여자들은 정신장애인의 특성상 가족이나 친인척들과 협의 과정을 거치면서 사례관리를 한다. 또한 정신장애인과 가족구성원들의 기능을 강화하기 위한 공공 및 민간 자원들을 활용하거나 근린지역의 이웃들이 지지체계로서 역할 하도록 지원한다. 이 범주의 하위범주는 ‘가족 지지체계 활용하기’, ‘이웃 지지체계 활용하기’ 등이 있다.

“우선은 1차적으로는 가족 그 분들과 뭐라도 하나라도 연결되어 있는 가족이 관심을 좀 가져주면 그나마 이 행정기관에서 그 분을 관리하거나 할 때 편리하더라고요. 직계가 아니더라도 뭐 하나라도 걸쳐져 있는 친족 간이면 관심을 좀 가져주면, 협조가 되면 그래서 조금 수월하더라고요.”(참여자K)

“그래도 아들이. 애들이 어느 부분 엄마에 대한 약물관리 역할 할 것 같아요. 그래서 엄마가 약을 먹고 안 먹고 가 우리가 느낄 수 있도록 그렇더라고요.”(참여자H)

“그 사람도 따라줬지만 상당 봉사자 그 분들이 없었으면 그렇게 안 됐어요. 내가 못 하는 것 늘 매일 봐줄 수 있는 사람. 그게 엄청 컸어요.”(참여자F)

4) 직무수행 전문성 향상하기

연구참여자들은 정신장애인 위기개입에 대한 막막함 속에서 포기하거나 체념하기보다는 끊임없이 자신의 역량과 전문성 향상을 위해 노력한다. 그들은 자발적으로 각종 교육에 참석하거나 그동안의 경험과 노하우를 통해 스스로 성찰하고 동료 슈퍼비전을 수시로 활용하기도 한다. 하지만 정신장애인 사례관리는 전문지식뿐만 아니라 경험과 수련도 필요한 영역

이기 때문에 한계에도 부딪힌다. 이를 보완하기 위해 지역사회의 다양한 전문가들의 자문이나 사례에 대한 숙고를 통해 해결해 나가려고 노력한다. 이 범주의 하위범주는 ‘업무숙련도 향상을 위해 노력하기’, ‘노하우 활용하기’ 등이 있다.

“공부도 좀 많이 해야 되고, 교육이라든지 그런데 참석도 많이 해야 되고, 많이 듣고 공부를 많이 해야 될 것 같아요.”(참여자D)

“아무리 읽고 공부를 해도 내 거가 안 되더라구요. 잊어먹고 지나야 생각이 나고 아, 그거 있었는데. 그랬을 때가 많이 생기기 때문에 자꾸자꾸 공부해야죠.”(참여자F)

“일단 자원을 좀 더 많이 알아야 되겠고 그 사람들의 문제점 파악을 좀 잘해야 될 것 같아요. 그리고 기관들하고 네트워크도 중요하고...”(참여자D)

“일차적으로 제가 보지 못한 부분에 있어서 혹시 캐치 하신 게 있는지. 그리고 제가 이렇게 보고 조사한 내용이 조금 어떻게 생각하시는지를 같이 동료분들과 의논하는 것 같아요.”(참여자J)

바. 결과

1) 전문가: 자신감 회복

연구참여자들은 민·관 연계망을 활용한 정신장애인 위기개입 과정의 초기 경험했던 ‘막막함’을 극복하면서 서서히 업무수행 자신감을 회복하게 된다. 즉, 사례관리를 반복하면서 민·관 자원연계 노하우를 습득하게 되고, 성공적인 사례개입 경험을 통해 업무수행 자체에 대한 전반적인 자신감이 향상되었음을 느낀다는 사실이다. 통합사례관리사가 지역사회에 필요한 존재임을 스스로 확인하고 자신의 업무에 대한 자긍심도 생겨난다. 이 과정의 자신감으로부터 정신장애인에 대한 정서적 동요가 크지 않고 소진을 극복하는 새로운 에너지를 발견한다. 이 범주의 하위범주로는 ‘직업적 자존감 향상’, ‘직무 자신감 향상’, ‘소진으로부터 회복’ 등이 있다.

“지금은 이렇게 대상이 탁 올라 오면은 전체, 이렇게 폭 넓게 볼 수 있는, 아, 이 사람한테는 뭐가 뭐가 들어가고 어떻게 해야 되겠다. 이런 게 한눈에 들어오는...”(참여자D)

“다른 선생님들이 이거는 이런 자원이 있으니까 한 번 해보자. 해서 한 게 또 잘 됐어요. 첫 케이스, 두 번째 케이스가.

그렇다 보니까 자신감도 붙고 그랬던 것 같아요.”(참여자G)

“결국에는 이 일을 하면서 약간 충전이 되는 것 같기도 해요. 뭔가 잘 돌아가는 어떤 경험이 생기게 되면 또 힘을 얻고...”(참여자J)

“음, 어떻게 보면은... 먼지나 공기 같은 존재? 있는지 없는지 모르는 그런 존재이기도 하면서 항상 같이 있는 존재 같아요. 눈에는 띄지 않지만 또 없어서는 안 되는...”(참여자E)

2) 정신장애인: 안정적인 삶 회복

연구참여자들은 복잡한 난관을 이겨내는 과정에서 활발한 민·관 연계협력 체계를 구축 및 활용을 통하여 정신장애인의 삶이 안정적으로 회복됨을 경험하게 된다. 눈에 두드러지지는 않지만 정신장애인의 공격성과 같은 심리정서적 반응이나 증상이 완화된 것을 발견하게 되고, 지역사회에서의 관련 민원도 감소함을 느끼게 된다. 궁극적으로는 당초 정신장애인의 문제 상황이 개선되었고, 당사자 또는 주변에서 연구참여자들에게 감사인사를 표현하는 등의 가시적 성과를 발견한다. 이 범주의 하위범주로는 ‘내면의 안정’, ‘지역사회로부터 안정’이 있다.

“그리고 엄마도 많이 좋아졌어요. 옛날에는 심심하면 사람들과 싸우고 그랬는데, 그거도 안 했고...제가 가면은 ‘이모’하면서 인제, 자기 아들을 그렇게 해주고, 제가 잘 챙겨 주니까는 엄마도 좋아지고...”(참여자C)

“현재 대상자는 혼자 잘 생활하고 있고, 가끔씩 양팔이라는 사람이 오기도 하고, 돈 관리도 철저히 잘하고, 병원도 잘 다녀오고, 먹고 싶은 거 알아서 잘 사 먹고 그래요. 그렇게 우리가 혹시나 인자 화재, 전기 이런 부분이 또 걱정되었는데, 아주 그런 것도 잘하고 있구요. 옷도 빨았다면서 옷 해 놓은거 딱, 빨래했다면서 보세요 선생님, 밥도 했어요. 그렇게 말하기도 해요.”(참여자D)

“그래도 그 수 많은 대상자 중에서 한 명이라도 열심히 애쓰고 노력하려고 하는 것 보면 내가 할 수 있는 것 정말 다 끝어다가 해주고 싶거든요. 나는 당연히 한 건데 그거에 되게 힘 받고 고마워하는 것 보면 그래도 내가 사회복지를 잘했다는 생각이 들어요. 기본적으로 어찌 됐든 우리는 도와주는 사람이기 때문에 그거 하나만으로 사실은 보람이 있는 것 같아요.”(참여자I)

“그래서 이제 뒤에는 우리가 가면 앞에 그랬던 소리 지르고 싫어하고 이런 게 없고 아, 선생님 오셨어요. 요렇게 되는데” (참여자H)

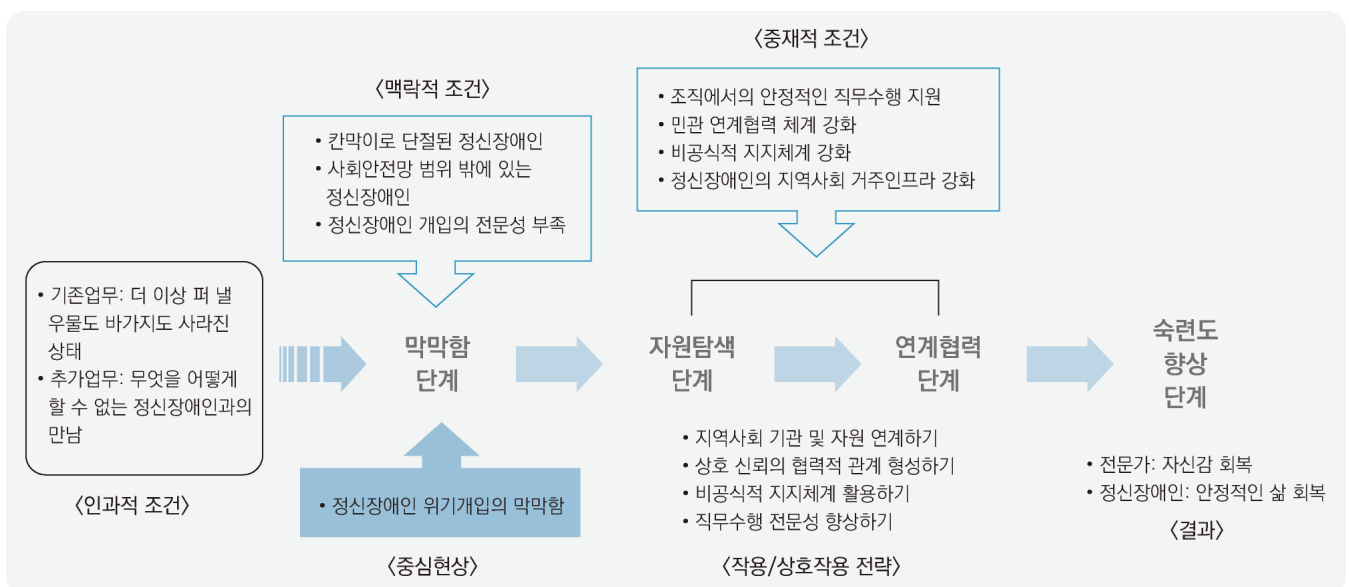
4. 과정분석(Coding for Process)

과정은 구조적 상황 또는 조건들의 변화에 따라 작용/상호 작용 전략이 전개되어 가는 것을 의미하며, 과정분석은 구조적 상황의 틀 속에서 이러한 전개가 시간의 흐름에 따라 어떻게 변화되어 가는지 파악하는 것이다(김소선, 2003). 즉, 과정과 구조의 상호작용으로 시간이 지나면서 현상에 대한 반응, 대처, 조절에 관계하는 작용/상호작용의 연속적인 연결을 의미한다(홍현미라, 2005). 본 연구에서는 조현병과 같은 만성 정신장애인 대상의 지역사회 서비스 과정에서 겪게 되는 어려움을 분석한 결과, 네 단계로 구분할 수 있었다. 첫 번째 단계는 정신장애인 서비스 개입의 부담감과 스트레스를 경험하는 '막막함 단계'이며, 두 번째 단계는 서비스 개입을 위한 자원이 될 대상에 대한 '자원탐색 단계', 세 번째 단계는 탐색된 자원을 적극적으로 활용하게 되는 '연계협력 단계'이다. 마지막 단계는 정신장애인과 관련된 서비스 개입에 대한 자신감이 회복되고, 클라이언트의 삶도 안정적으로 회복되는 '숙련도 향상 단계'로 분석되었다. 물론 연구참여자들 모두가 숙련도 향상 단계로 나아가는 것은 아니었지만 중재적 조건과 작용/상호작용 전략이 제대로 수행이 되는 경우에 나타나는 결과라 할 수 있다. 과정분석에 관한 내용은 [그림 2]와 같이 도식화할 수 있다.

가. 막막함 단계

연구참여자들이 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 지역사회 서비스 과정에서 경험하는 첫 번째 단계는 '막막함 단계'이다. 이 과정에서 참여자들은 어찌해야 할지 모르는 부담감과 스트레스를 경험하고 있다. 현재 사회복지전달 체계에서 통합사례관리사들은 지역 내 고난도 사례, 특히 정신질환을 지닌 대상자를 만나게 되면 혼란과 압박감을 받게 된다. 그들은 비협조적이거나, 공격성을 보이거나, 억지스러운 요구를 하기도 하면서 연구참여자들의 어려움은 심화된다. 그럼에도 불구하고 정신장애인의 욕구에 따른 맞춤형 지원을 수행하려고 하지만, 복합적인 욕구를 전문적으로 파악하거나 지역사회 관련 자원들을 찾고 연계하는데도 어려움을 겪는다. 타 전문가나 슈퍼비전을 통해 정신장애인 욕구를 파악한다고 하더라도 지역사회 지원 인프라가 부족하여 개입조치 시도하지 못하는 경우도 있다. 연구참여자들이 만나는 정신장애인들은 지역사회에서 고립되어 있는 경우가 많기 때문에 비공식적 지지 자원을 확보하는 것도 쉽지 않다. 조현병을 지닌 사람을 위한 공식적, 비공식적 자원이 절대적으로 부족함을 절실히 느끼는 가운데, 이들과 관련된 민원해결을 다방면으로 요구받게 되면서 개입의 막막한 상태로 내몰리게 된다.

그림 2. 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 서비스 경험의 과정모형



나. 자원탐색 단계

‘자원탐색 단계’는 연구참여자들이 ‘막막함 단계’에 머무르는 것이 아니라 공공부문 사례관리자로서의 책임성을 다하기 위한 노력을 시도하는 단계이다. 이 단계에서는 중재적 조건과 작용/상호작용 전략이 동시에 검토된다. 정신장애인 서비스 개입과 관련하여 어디서부터 어떻게 시작해야 할지를 모르지만 참여자들이 확보하고 있는 활용 가능한 자원들을 탐색한다. 우선 참여자들은 자신이 할 수 있는 것과 할 수 없는 것을 검토한다. 그리고 정신장애인의 능동성을 확인하거나 가족 지지체계의 여부 및 협력 가능성을 탐색해보기도 한다. 또한 정신장애인에게 선한 관심을 갖고 있는 이웃이 있는지, 정신장애인이 교류하는 모임이나 관계망이 있는지 탐색하며, 해당 자원이 없을 경우에는 지역 내 인위적 자생단체와의 연계협력 가능성도 검토해보게 된다. 이러한 비공식적 자원의 탐색에 이어 공식적 자원들도 파악한다.

참여자들은 정신장애인을 대상으로 사례관리를 수행하면서 일차적인 초점을 ‘정신질환’에 둔다. 정신질환과 관련된 증상관리, 병원입원, 약물치료, 일상생활 케어 지원 등을 위한 공공 및 민간 자원이 있는지 탐색하는 것이다. 다소 과하게 의료모델에 치우쳐져 있는 경향은 있으나, 지역사회 거주 인프라를 함께 탐색하고 고민하면서 지역사회 재활모델의 관점에서 자원을 탐색하기도 한다. 물론 지역사회 내에서 정신장애인의 지역사회 거주를 위한 인프라가 열악하기 때문에 자원 탐색에 있어서도 한계에 많이 부딪힌다. 하지만 참여자들은 가용 가능한 자원에 대한 탐색 활동과 관심을 지속적으로 유지하고 있다.

이 단계에서 연구참여자들은 대체로 정신장애인들을 충분히 이해하고 그들의 욕구를 파악한 상황에서 필요한 자원을 탐색하지 못하는 경향도 있다. 정신장애인 혹은 정신질환에 대한 지식이나 경험이 부족하기 때문에 자신들의 입장이나 기존의 정형화된 모델에 따라 자원의 양적 확대에만 관심을 가지는 한계를 나타내기도 한다.

다. 연계협력 단계

‘연계협력 단계’는 정신장애인 서비스의 막막함을 넘어 확보된 자원을 바탕으로 지역사회 서비스를 제공하기 위해 다양한 방법을 시도하는 단계이다. 참여자들은 우선적으로 정신장

애인과의 협력적 관계를 형성해야 한다고 본다. 정신장애인과 의사소통 및 접근의 어려움을 경험하기도 하지만, 인간적 연민과 다양한 실천기법들을 활용하여 신뢰관계를 형성하기 위해 노력한다. 이와 함께 지역 내 다양한 공공 및 민간기관을 연계하거나 자원 개발을 시도한다. 정신장애인의 경제적 안정을 우선적 목표로 공적 지원 대상이 될 수 있도록 지원한다. 모든 대상이 기초생활수급자로 책정되는 것은 아니지만 차상위 지원을 비롯한 다양한 공적 지원을 제공받을 수 있도록 한다. 그리고 정신증상이나 약물 관리 등을 지원하기 위해 의료 서비스 및 관련 지역 서비스를 연계하기도 한다. 또한 주거 문제, 근로 및 사회활동 문제 등을 해결하기 위한 노력도 기울인다. 이때 지역 내 민·관 협력과 연계를 위해서는 본 연구에서 발견한 중재적 조건들이 주요하게 작용되어야 함을 알 수 있었다. 즉, 지역 내 기관 간 연계협력은 기계적이거나 형식적이거나 행정적인 수준에서만 다루어질 경우 한계가 있으며, 지역 내 유관기관 실무종사자들 상호 간 호혜적 관계를 기반으로 한 연계활동이 이루어져야 할 필요성이다.

연구참여자들은 비공식적 지지체계의 활용에도 적극적이다. 사례개입 시 협력이 가능한 가족체계와의 유기적 협력을 통해 개입하고자 노력하며, 이웃체계의 협력과 도움을 적극 구하기도 한다. 당사자의 가족구성원들의 여건이나 상황이 좋지 못한 경우에는 해당 가족원에 대한 개입과 지원도 함께 병행한다. 궁극적으로 가족이나 친인척, 이웃들이 정신장애인에 대한 지속가능한 보호체계, 지지체계가 될 수 있도록 설득하거나 도움을 구하는 노력들을 시도한다. 이 역시 본 연구에서 발견된 중재적 조건이 함께 갖추어져야 효과성을 높일 수 있다. 가족 및 이웃 지지체계를 적극 개발 및 활용할 필요성이 있으며, 이러한 노력들 역시 참여자들의 고유 업무이자 성과로서 인정될 수 있어야 한다. 또한 마을 내에 조직된 자생단체들, 마을단체들과 통합사례관리사 간의 협력체계를 구축하여 마을 단위의 보호 및 지지체계가 형성될 수 있는 기반을 조성해야 한다. 이와 같은 비공식적 지지체계를 강화하고 활용하기 위한 선행 요건으로 사회 전반의 정신장애인에 대한 포용력 향상과 인식개선도 함께 이루어져야 한다.

한편, 참여자들은 ‘연계협력 단계’에서 자신의 직무수행 전문성 향상을 위해서도 노력한다. 정신질환에 대한 이해를 위해 자발적으로 학습하거나 다양한 교육기회에 참여하려고 한다. 책임감 있는 실천을 위해 정신장애인 서비스 개입 과정 전반에 대해 수시로 성찰하고자 노력하고 있으며, 특히 참여

자 본인의 역량과 한계는 무엇인지, 지금까지 개입하고 있는 방법과 내용들이 적절한지 등을 확인한다.

라. 숙련도 향상 단계

‘숙련도 향상 단계는 참여자들이 조현병을 포함한 정신장애를 지닌 사람에 대한 서비스 개입에서 경험하는 막막함 속에서 더 이상 매몰되어 있지 않고 지역사회 서비스 전문가로서 자신감을 회복하면서 정신장애인들의 삶도 안정화되는 단계이다. 정신장애인들은 연구참여자들의 병원치료 지원, 증상관리 지원 등을 통해 공격성이 감소되거나 전반적인 일상생활 능력이 향상되었다. 이와 함께 당초 경험하고 있었던 심리사회적 위기나 문제 상황들이 상당히 개선되었다. 연구참여자들은 정신장애인 당사자의 감사 표현과 지역사회의 인정과 지지를 받기도 하면서 직업에 대한 자부심을 느끼기도 한다. 이런 일련의 과정들을 통해 정신장애인 개입의 막막함을 벗어나 전문적인 역량을 발휘할 수 있는 전문가로 성장해 나가게 된다. 숙련도가 향상되면서 조현병을 지닌 사람에 대한 개입 혼란이나 부담감을 최소화하고 있으며, 막막함 속에 존재하던 직무 스트레스와 소진도 어느 정도 해소하게 된다. 그들은 자신의 일에 대해 보람을 느끼고, 지역사회에 필요한 존재라는 것을 인식하게 되면서 더욱 책임감 있는 자세로 업무를 수행하게 된다.

5. 선택코딩(Selective Coding)

선택코딩은 범주를 통합시키고 구성화하는 과정으로, 범주를 통합하여 하나의 새로운 범주를 제시하고 이를 중심으로 이야기 윤곽을 기술하는 것이다. 하나의 단어, 절, 문장 등으로 표시할 수 있는데 국내연구자들의 경우 대부분 짧은 단어는 지양하고 하나의 문장으로 적고 있다(이경란, 2019). 본 연구에서는 16개의 범주와 42개의 하위범주들을 통합 수렴할 수 있는 하나의 문장 형태로 핵심범주를 제시하고자 한다. 이렇게 제시되는 핵심범주를 기초로 하여 통합사례관리사들의 정신장애인 위기개입 경험에 대한 이야기 윤곽을 전개하고자 한다.

가. 핵심범주(Core Category)

핵심범주는 연구의 중심 주제를 대변하는 것으로 ‘이 연구

가 무엇에 관한 것’인지를 알려주는 것이며, 몇 단어 안에 응축하는 추상화 작업이다(Strauss & Corbin, 1998). 앞서 개방코딩과 축코딩을 통해 통합사례관리사들의 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 사례관리 경험과 관련된 범주들을 정리하였고, 과정모형을 통해 재구조화하였다. 특히 지역사회 서비스의 막막한 상황에서도 자원을 탐색하고 연계 협력을 시도하여 궁극적으로 조현병을 지닌 사람의 안정적인 삶이 회복되도록 하면서 전문가로서의 자신감도 회복되는 일련의 과정들을 확인할 수 있었다. 이를 통해 도출한 핵심범주는 ‘정신장애인 위기개입의 막막함 속에서 지역사회 연계망 활용을 통한 공공사례관리 전문가로 성장하기로 결정했다.

나. 이야기 윤곽(Story Line)

이야기 윤곽은 연구참여자들의 경험을 내러티브라는 방법을 통해서 재정리 하고 통합하여 새로운 통찰을 제공하는 것이다(이경란, 2019). 연구참여자들은 공공부문 사례관리자로 지역 내 복지사각지대 및 고위험, 고난도 불특정 사례를 담당하게 된다. 그 중에서도 대표적으로 어려움을 겪는 사례가 조현병을 지닌 사람을 포함한 만성 정신장애인 사례이다. 이들이 만나는 대부분의 정신장애인은 병식이 없이 지역사회에 오래 방치되었거나 가족의 지지가 부족하거나 적절한 의료서비스를 이용하지 않고 있었다. 또한 비협조적이거나 특이한 행동 반응을 보였으며 이웃과의 갈등으로 민원의 대상인 경우도 많았다. 연구참여자들은 거의 홀로 정신장애인의 복합적인 욕구와 문제들을 6개월 내외의 단기간에 해결해야 하는 상황에 놓이게 된다. 정신장애인 사례에 대한 개입에 부담감과 스트레스를 겪게 된다. 조현병, 양극성장애, 주요우울증 혹은 성격장애 등을 구분하지 못하고 막연하게 정신질환자로 지칭하고 일단의 두려움을 지닌 채 개입을 시도한다. 주로 다양한 서비스대상자들에게 지원하였던 경제적 자원을 탐색하여 연결시켰다. 상호 신뢰가 충분히 형성되지 못한 경우에는 성급한 자원 연결이 오히려 해가 되는 경우도 있었다. 한편, 연구참여자들은 소속기관의 특성상 정신장애인들로 인해 발생하는 지역주민의 민원 처리에 촉각을 곤두세울 수밖에 없었다. 이에 의 무적으로 서비스대상자와의 접촉을 시도하기도 하지만, 그 과정에서 가족이나 지역주민들이 자원이 될 수 있음을 확인하였다. 이때 가족구성원 중 추가적으로 서비스 대상이 되어야 하거나 가족 전체에 대한 지원이 필요한 경우도 있어, 이들에

대한 개입도 함께 시도한다.

연구참여자들은 지금까지 자신들이 확보하였던 신체·심리·경제·사회적 서비스나 자원들을 정신장애인들에게 연결시키기 위해 노력한다. 그 외중에 정신장애인을 위한 지역사회 인프라가 매우 부족하다는 사실을 확인하고 절망감을 가지기도 하였으며, 정신질환과 관련된 의료서비스 접근성이 까다롭고 자원도 부족하여 서비스를 연결하는 데 어려움을 겪었다. 그럼에도 불구하고 연구참여자들은 의무감과 사명감을 가지고 지역사회의 공공 및 민간 자원들을 탐색하여 대상자의 욕구에 맞춘 지원을 위해 노력하였다. 정신증상에 대한 직접적인 개입이 아니더라도 일상생활을 유지할 수 있는 지원들을 통해 당사자들이 안정되는 모습을 보며 자신감을 얻기도 한다. 하지만 원인을 알 수 없는 부적절한 행동들에 대해서는 여전히 좌절하는 등의 양가적 감정을 드러내기도 하였다.

점차 시간이 지나거나 유사한 사례들을 경험하면서 조현병을 지닌 사람에 대한 충분한 이해까지는 아니더라도 어느 정도 만성 정신장애인을 위한 개입에서 안정감을 찾을 수 있었다. 지역사회의 타 전문가와의 교류 혹은 슈퍼비전을 통해 조현병에 대한 이해의 폭을 확장하였으며, 자발적으로 교육 및 훈련에 참여하여 도움을 얻기도 한다. 하지만 이해할 수 없는 행동을 하는 사람들에 대해서는 여전히 광의의 '정신질환자'로만 명명하였으며 '조현병'에 대한 구체적 이해를 위한 체계적인 지식 습득과 경험이 필요함을 역설하였다.

연구참여자들은 공식적, 비공식적 자원들을 탐색하고, 지역사회 기관이나 시설의 협력을 통해 조현병을 포함한 만성 정신장애를 지닌 사람들에게 필요한 자원이나 서비스를 연결하면서 숙련도가 향상되었다. 이 과정에서 대상자의 생활이 안정되거나 일부 감사를 표현하는 것에서 자신감이나 자부심을 느끼기도 한다. 그러면서 조현병 환자를 포함한 정신장애인들의 안정적인 지역사회 거주를 위한 인프라가 개선되어야 할 필요성을 끊임없이 제기하고 있다. 지역사회에 조현병을 지닌 사람을 위한 의료·경제·거주·생활과 관련된 서비스나 자원들이 최소한이라도 배치되어 있다면 사례관리 방법을 통해 안정적인 삶을 도모할 수 있다고 생각하고 있다. 조현병과 같은 정신질환을 지닌 사람에 대한 개입은 통합사례관리사로서 결코 쉬운 일이 아니지만, 공공부문 사례관리의 장점을 살리고 활용 가능한 인프라가 뒷받침된다면 지역사회 전문가로서의 역할을 지금보다는 훨씬 더 적절하게 수행할 수 있다고 믿고 있다.

IV. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 지역사회 기반 서비스 확충을 위한 선행적 자료를 확보하는 데 있다. 이를 위해 질적연구 방법 중 근거이론 접근 방법을 활용하여 통합사례관리사 12명에 대해 심층인터뷰를 실시하였으며, 수집된 자료에 대해서 개방코딩과 축코딩, 과정보분석, 그리고 선택코딩의 순으로 자료분석을 진행하였다. 분석 결과를 통해 다양한 전문가를 활용하여 조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 기반 서비스가 제공될 수 있음을 확인하였다. 그 과정에서 조현병을 지닌 사람들이 지역사회에서 생활할 수 있는 기본적 인프라가 구축되어야 한다는 전제 조건 역시 중요함을 알 수 있었다.

조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 중심 서비스에서 이론과 실제의 차이가 크게 있는 상황에서(주소희, 이경은, 2019; 황정훈, 2020) 실현 가능한 이론적 가설을 확인해 가는 과정이 필요하다. 조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 기반 서비스는 주로 사례관리 방법을 활용하는 것이 효과적이라고 알려져 있다(김문근, 하경희, 2015). 그리고 이를 위해서는 기본적으로 주거, 외래치료 및 개인별 맞춤 회복 프로그램이 필요하다(New York State Office of Mental Health, 2021a; 2021b; 2021c). 조현병을 지닌 사람을 위한 안정적인 주거 지원이 가능하려면 개인별 맞춤 회복을 지원하기 위한 전문가가 필수적으로 포함되어야 하는 것이다. 기존의 조현병 환자를 위한 사례관리모델은 이러한 가정을 중심으로 제시되어 왔다(Adamou, 2005; Desai, et al., 2013).

본 연구를 통해 지역사회 전문가 중심의 접근 모델에 대한 현실 가능한 수정 방안을 제시할 수 있다. 지금까지 지역사회에 거주하고 있는 조현병과 같은 만성 정신장애인을 위한 서비스는 지역사회에서 통합적인 서비스를 제공하는 적극적 지역사회치료 모델(assertive community treatment model)을 주로 가정하였다(권진숙, 박지영, 2008). 왜냐하면 조현병과 같은 만성 정신장애는 정신과 의사를 포함한 다학제적 팀 접근을 통해서만 서비스의 질적 수준을 높이고 지역사회정신건강의 이념을 실현할 수 있다고 보았기 때문이다. 하지만 적극적인 지역사회치료 모델의 경우 다학제적 팀을 통한 소수의 사례에 집중 개입하는 모델이기에 비용적 측면뿐만 아니라 전문가의 부족 등으로 인해 지역사회에 거주하고 있는 조현병과 같은 만성 정신장애인에 대해 충분히 대응하지 못하는 한계를

보여 왔다. 따라서 조현병과 같은 만성 정신장애인을 위한 중개자 및 일반주의 모델(broker/generalist model)을 활용할 방안들을 탐색할 필요가 있다. 이와 관련하여 이번 연구에서는 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람을 위한 사례관리 모델의 수정 방안을 발견할 수 있었다.

조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 기반 서비스에서 중개자 및 일반주의 모델의 적용을 위한 일차적 조건은 지역사회의 정신장애 전문가가 아닌 서비스 실무자들의 역량 강화라고 할 수 있다. 본 연구를 통해 정신건강사회복지사와 같이 수련과 경험을 가진 사회복지사가 아니라도 어느 정도 수준에서 조현병을 지닌 사람들의 지역사회 적응을 함께 할 수 있었다. 안정적인 지역사회 거주를 지원하기 위한 전문가로 정신건강전문요원을 확대하는 것이 필요하지만, 지역적 특성 등으로 인해 정신건강 전문인력을 충분히 확보하기 어려울 경우에는 체계적인 준전문가 양성 프로그램을 통해서도 대응할 수 있는 것이다. 지역의 정신건강복지센터나 재활시설의 전문가들과 유기적 협력을 맺고, 각 지역에 배치되어 있는 통합사례관리사를 포함한 지역사회서비스 전문가들을 위한 교육 및 훈련 프로그램이 필요하다. 이 프로그램은 공식적이지 않더라도 지역사회의 물적, 인적 자원을 활용하고 공공영역의 지원을 통한 장·단기적 사업으로도 가능할 것이다.

민소영(2012)의 정신보건영역의 실천 현장에 적합한 표준적 사례관리활동 목록을 살펴보면 특히 사정(assessment) 영역에서 정신건강전문요원이 아닌 경우, 즉 통합사례관리사와 같은 지역사회 서비스 전문가들이 어려움을 겪을 수 있음을 알 수 있다. 연구참여자들은 조현병을 지닌 사람에 대한 서비스 개입에 있어서 자신의 경험적 노하우를 적극 활용하는 모습을 보이기도 했다. 지역복지서비스 제공자들이 경험적으로 습득하게 되는 업무 노하우가 적재적소에 활용될 수 있다는 의미이다. 하지만 조현병과 같은 정신장애를 지닌 사람에 대한 서비스는 정신질환에 대한 이해, 정신장애인과 주변 환경과의 역학관계에 대한 이해, 지역사회 인프라와 연계망에 대한 이해, 기타 지역사회 자원개발 및 연계에 대한 이해 등 복합적이고 전문적인 역량을 필요로 한다. 이러한 역량들을 제대로 수행하기 위해서는 사례관리의 전 과정에서 클라이언트와 함께하는 사정을 지원할 전문가 체계가 존재해야 한다. 지역사회 내의 사정 지원 체계를 확보할 수 있다면 중개자 및 일반주의 모델을 통해 조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 기반 서비스를 수행할 수 있을 것이다.

다음으로 조현병을 지닌 사람에 대한 지역사회서비스 전달체계와 관련된 함의이다. 현재 사회복지전달체계는 여러 개편 과정을 거치면서 읍면동의 찾아가는 보건복지서비스를 강화하고 있으며(보건복지부, 2021), 이 과정에서 각 지자체에 설치되어 있는 희망복지지원단이 민·관 사례관리 협력체계 구축의 핵심기능을 담당하도록 하고 있다(보건복지부, 2020b). 정부에서는 사례관리 대상자 및 기관의 특성에 따른 사례관리 실천과정에서 민·관 연계·협력이 원활히 이루어질 수 있도록 다양한 모형을 제시하고 있다(보건복지부, 사회보장정보원, 2020). 제도적으로 전달체계를 강화하고 있고 사례관리 과정에서의 연계·협력을 중요하게 고려하고 있지만, 연구참여자들은 실제적으로 잘 작동하지 않고 있다고 이야기하였다. 특히 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람의 경우 지역사회 연계망이 더욱 취약하였다. 연구참여자들은 지역사회서비스 전달체계 내의 종사자 간 실질적인 협력과 자문체계, 그리고 상호 유대관계 형성이 원활하지 않아서 나타난 결과라고 보았다. 이를 보완하기 위해서는 조현병과 같은 만성장애를 지닌 사람에 대한 지역사회서비스 전달체계 내의 종사자 간의 의도적인 교류활동을 위한 조건들을 강화할 필요가 있다. 예를 들어, 조현병을 지닌 사람과 관련된 공공 및 민간 사례관리 종사자 공동 워크숍, 지역 단위에서의 공동 교육 및 슈퍼비전 제공, 소규모 비공식적 정기모임 지원, 기타 학습모임 지원 등 종사자들 간의 교류활동 내용들이 서비스 전달체계 내에서 지원될 수 있도록 하는 것이다.

본 연구의 결과를 바탕으로 조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 기반 서비스의 실행에 대해 몇 가지 제언하고자 한다. 연구참여자들은 조현병과 같은 정신장애를 지닌 사람에 대한 서비스에서 클라이언트의 비공식적 체계를 강조했다. 정신질환자에 대한 사회의 부정적 인식이 존재하는 가운데, 그들에 대한 선의의 관심과 호의를 가지고 있는 가족, 이웃, 지역 내 자생단체 등의 역할과 기능이 중요함을 강조하고 있다. 그중에서도 제도적으로 비교적 쉽게 접근하고 활용할 수 있는 체계는 지역 내 자생단체가 될 것이다. 가족이나 이웃의 경우 클라이언트와 밀착된 관계에 있어 이들에 대한 복잡한 작용/상호작용적 관계를 이해하는 것이 선행되어야 하며 비교적 조심스럽게 연계협력이 이루어져야 한다. 반면에 지역단위, 마을단위로 구성되어 있는 자생단체들은 기본적으로 클라이언트와 정서적으로 제3자에 위치해 있으면서 물리적으로는 가장 가까운 곳에 있는 이웃이라 할 수 있다. 한편으로는 여론주

도출될 수도 있어 지역에서 생활하는 정신장애인을 보호하고 지원할 수 있는 중요한 자원이 될 수 있다. 본 연구의 참여자들은 마을 단위로 구성되어 있는 자생단체와 연결고리를 마련 해주면 좋겠다고 호소하기도 했다. 따라서 행정기관에서는 조현병을 지닌 사람들의 지역사회 기반 서비스와 관련된 전문가나 기관들과 지역 내 자생단체들과 연계협력이 강화될 수 있는 프로그램의 정기적 추진이 필요하다.

또한 조현병을 지닌 사람에게 적절한 서비스를 하기 위해서는 게이트웨이 체계로서 읍면동의 전문성을 강화해야 한다. 최근의 사회복지전달체계의 핵심은 읍면동의 복지기능 강화에 있으며, 특히 찾아가는 보건복지팀 운영을 통한 적극적인 주민 지원 및 통합사례관리 활성화에 초점을 두고 있다. 연구 참여자들은 읍면동의 공무원들이 지역사회 서비스 대상자의 사례관리에 대해 협조적이라고 생각하지만 그들의 전문성에 대해서는 의문을 갖기도 했다. 공무원들이 개입하기 어렵고 까다롭거나 여력이 되지 않는다는 이유로 무조건적이고 일방적으로 사례를 의뢰하는 부분에서 큰 실망을 하고 있었다. 공공조직의 구성원들이 조현병에 대해 정확한 이해가 없이 일방적이고 기계적으로 대상자를 고난도 사례로 의뢰하여 역할을 강요하는 측면에서 어려움을 호소하고 있었다. 사회복지전달체계의 흐름과 관련 지침에서 언급하고 있는 내용을 토대로 살펴볼 때, 위기상황에 당면한 취약계층이나 정신장애인에 대해서 읍면동 주민센터를 포함한 공공조직이 게이트웨이로서 기능하기 위해서는 기본적 지식과 전문성이 필요하다. 이를 위해 현재 각 시군구의 희망복지지원단에서 읍면동의 전문성 향상을 지원하도록 하고 있으나, 대부분 일회성 교육제공 등 단편적 지원에 그치고 있다. 따라서 관련 지침이나 지역단

위에서 자체 교육훈련 계획 등을 보다 구체적으로 제시할 필요가 있으며, 이는 경력별, 역량 수준별, 직무별로 세분화될 필요가 있는 것이다. 공공조직의 구성원들이 조현병을 지닌 사람과 같은 만성 정신장애인에 대한 이해도가 높아질수록 지역사회 기반 서비스를 수행하는 전문가들과의 협력적 관계는 강화될 수 있을 것이다. 이러한 일련의 과정을 통해 조현병을 지닌 사람들이 지역사회 적응을 보다 안정적으로 할 수 있는 시스템을 확보하게 되는 것이다.

본 연구에서는 조현병과 같은 만성 정신장애를 지닌 사람에 대한 지역사회 기반 서비스 확충을 위한 선행적 자료를 확보하기 위해 통합사례관리사를 심층 인터뷰하였다. 그러나 통합사례관리사들의 경험에 한정함으로써 다른 지역사회 기반 서비스 전문가들을 충분히 고려하지 못한 점이 있다. 또한 조현병을 지닌 사람을 위한 지역사회 인프라가 부족한 특정 지역의 전문가들을 대상으로 하였기 때문에 전국적 상황과 다소 다를 수 있다. 마지막으로 통합사례관리사들이 조현병에 대해 정확히 인식하지 못하였기 때문에 정신장애인, 정신질환자로 막연히 지칭하였는데 대부분 조현병의 특성들을 언급하였지만 정확한 정신의학적인 진단을 확인할 수 없었다는 한계를 지닌다.

강병진은 경남대학교에서 사회복지학 박사과정을 수료하였으며, 경남연구원에서 전문연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 사례관리, 아동청소년복지, 지역사회복지, 정신보건사회복지이다.

(E-mail: sw-kmj@hanmail.net)

엄태완은 부산대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 경남대학교 사회복지학과에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건사회복지이며, 현재 정신건강과 사회정의 및 인권 등을 연구하고 있다.

(E-mail: tweom@kyungnam.ac.kr)

참고문헌

- 강연주, 서용진, 이명수, 이은지, 김은희, 좌희선. (2017). 지역사회 비스에 유입된 정신증 고위험군에 관한 추적 관찰 연구. *정신건강연구집*, 7, pp.6-13.
- 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2021). *국가 정신건강현황 보고서 2020*. 서울: 국립정신건강센터.
- 권진숙, 박지영. (2008). 사례관리의 이론과 실제. 서울: 학지사.
- 김나은, 제철용, 최기홍. (2020). 정신건강복지법 개정에 따른 지역사회 정신건강 서비스 개선 방향. *한국심리학회지: 일반*, 39(1), pp.1-26.
- 김문근, 하경희. (2015). 장기입원 정신질환자의 탈시설화를 위한 정신보건전달체계 개편 방안: 정신보건기관 기능개편에 관한 전문가 인식을 중심으로. *사회복지정책*, 43(3), pp.31-57.
- 김민선, 박선영, 최진숙. (2020). 장기 재원 조현병 환자에서 재입원 혹은 탈원에 따른 사회적 및 임상적 특징 차이. *대한조현병학회지*, 23(1), pp.38-44.
- 김민철. (2019. 10. 25.). 조현병 환자 입원시키려 밤새 병원 뺑뺑이... 6개월 넘게 바쁘게 없다. *조선일보*. https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2019/10/24/2019102403489.html에서 2021. 10. 6. 인출.
- 김소선. (2003). 근거이론 연구방법의 이론과 실제. *간호학탐구*, 12(1), pp.69-81.
- 김용득. (2015). 지역사회 사례관리체계에서 공공과 민간의 역할, 이대로 괜찮은가?: 경직된 실천과 파편적 제도. *한국사회복지행정학*, 17(1), pp.241-266.
- 김정진. (2019). 조현병 치료 및 사회 통합 위한 공공자원 확대 시급. *월간공공정책*, 163, pp.8-10.
- 김진숙. (2007). 위탁가정 아동의 적응과정 연구: 근거이론접근. 석사학위논문, 성균관대학교.
- 남재현. (2019. 5. 2.). "병원 안 간다" 버티면...법원이 '입원' 결정하라. *MBC뉴스데스크*. https://imnews.imbc.com/replay/2019/nwdesk/article/5273785_28802.html에서 2021. 10. 6. 인출.
- 민소영. (2012). 정신보건실천현황의 사례관리활동 목록(Case Management Activities Inventory) 개발 연구. *한국사회복지학*, 64(3), pp. 127-153.
- 박인환, 이용표. (2018). 정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제 15조 등 법제 개선방향. *법과 정책연구*, 18(2), pp.111-152.
- 박한샘, 연문희. (2004). 부모 이혼 후 자녀의 적응과정에 관한 연구. *청소년상담연구*, 12(2), pp.11-29.
- 박현실. (2016). 공공영역의 사례관리 정착화와 통합사례관리사의 근무환경 개선을 위한 정책토론회 토론회. *국회보건복지위원회, 보건복지부*. (편). *공공영역의 사례관리 정착화와 통합사례관리사의 근무환경 개선을 위한 정책토론회 자료집*. 서울: 동 기관. pp.51-55.
- 보건복지부, 사회보장정보원. (2020). *공공부문 사례관리 연계·협력 업무 안내*. 서울: 사회보장정보원 사례관리정책지원센터.
- 보건복지부. (2020a). *2019 보건복지백서*. 세종: 동 기관.
- 보건복지부. (2020b). *2020년 희망복지지원단 업무안내*. 세종: 동 기관.
- 보건복지부. (2021). *2021년 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼*. 세종: 동 기관.
- 서진우. (2019. 5. 15.). 50만 조현병 대책...강제입원 빠져 실효성 논란. *매일경제*. <https://www.mk.co.kr/news/it/view/2019/05/3199699>에서 2021. 10. 6. 인출.
- 서진환, 이선혜, 황순찬. (2011). 정신건강문제가 있는 클라이언트를 위한 사회복지기관의 서비스 제공과정 연구: 사회복지사의 현장체험을 바탕으로. *정신건강과 사회복지*, 37, pp.279-320.
- 손지훈, 안성희, 성수정, 유지민, 박지은, 조맹제. (2015). 지역사회 거주 조현병 환자 대상 사례관리 서비스 중재: 36개월 전향적 추적 연구. *신경정신의학*, 54(4), pp.578-586.
- 손지훈, 백종우, 배지혜, 서화연, 이해우, 장미, 최희승, 권도현. (2021). 정신건강 영역의 한국형 커뮤니티 케어 모델 마련을 위한 기초연구. *대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서*, pp.1-225.
- 신성식, 이에스터. (2019. 4. 24.). 정신질환자 강제입원 사실상 막혀, 법원이 결정하는 사법입원 도입을. *중앙일보*. <https://www.joongang.co.kr/article/23449040#home>에서 2021. 10. 6. 인출.
- 이경관. (2019). *다문화가족 사례관리사의 직무경험에 관한 근거이론 접근*. 박사학위논문, 단국대학교.
- 이민화, 서미경. (2021). 정신장애인에 대한 공공영역 사례관리자의 공감능력과 실천관계에 관한 연구. *보건사회연구*, 41(3), pp.110-129.
- 이태진, 김미근, 김태완, 김진우, 정원오, 유진영. (2009). *2009 민생안정대책 추진상황 평가*. 서울: 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.
- 조해람. (2019. 4. 26.). 뜨거운 감자, 조현병 '강제입원'...해외는 어떻게? *머니투데이*. <https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2019042510043557877>에서 2021. 10. 6. 인출.
- 주소희, 이경은. (2019). 빅데이터를 활용한 조현병 인식에 관한 연구. *정신건강과 사회복지*, 47(4), pp.34-53.
- 홍현미라. (2005). *지역사회 변화전략으로써의 자원개발과정에 관한 연*

- 구: 사회자본 관점 적용. 박사학위논문, 이화여자대학교
- 황정훈. (2020). 조현병 스펙트럼 장애와 관련한 정신건강복지법에 대한 비판적 고찰. *법이론실무연구*, 8(2), pp.31-57.
- Adamou, M. (2005). Community service models for schizophrenia: evidence-based implications and future directions. *Psychiatry*, 2(2), pp.24-30.
- Creswell, J. W. (2005). *질적 연구방법론: 다섯 가지 접근* (조홍식, 정선옥, 김진숙, 권지성, 공역). 서울: 학지사. (원서출판 1998).
- Desai, P. R., Lawson, K. A., Barner, J. C., & Rascati, K. L. (2013). Schizophrenia-related costs for community-dwellers. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 4, pp.187-194.
- Gabriele, D. & Vincenza, P. (2019). 이탈리아의 정신건강서비스 제 공자 보호정책과 실행 현황. *국제사회보장리뷰*, 2019년 여름 9호, pp.48-55.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Demler, O., Falloon, I. R., Gagnon, E., Guyer, M., Howes, M. J., Kendler, K. S., Shi, L., Walters, E., & Wu, E. Q. (2005). The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological psychiatry*, 58(8), pp.668-676.
- New York State Office of Mental Health. (2021a). *About OHM*. <https://omh.ny.gov/omhweb/about>에서 2021. 9. 2. 인출.
- New York State Office of Mental Health. (2021b). *About OHM: organization chart*. <https://omh.ny.gov/omhweb/about/omh-orgchart.pdf>에서 2021. 9. 2. 인출.
- New York State Office of Mental Health. (2021c). *Adult housing*. <https://omh.ny.gov/omhweb/adults>에서 2021. 9. 2. 인출.
- OECD. (2015). *의료정책연구: 정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대: 정신보건의료 문제를 방치한 결과 발생하는 사회경제적 비용*. 서울: OECD 대한민국정책센터.
- Padgett, D. K. (2001). *사회복지 질적연구방법론* (유태균, 역). 서울: 나남출판. (원서출판 1998).
- Strauss, A., & Corbin, J. (2001). *근거이론의 단계* (신경림, 역). 서울: 현문사. (원서출판 1998)
- Wu, E. Q., Shi, L., Birnbaum, H., Hudson, T., & Kessler, R. (2006). Annual prevalence of diagnosed schizophrenia in the USA: a claims data analysis approach. *Psychological medicine*, 36(11), pp.1535-1540.

Exploring Community-Based Service Experiences for People with Schizophrenia:

Focusing on the Experience of an Integrated Case Manager for Chronic Mental Disorders

Kang, Myung Jin¹ | Eom, Tae Wan²

¹ Gyeongnam Institute

² Kyungnam University

Abstract

The purpose of this study is to obtain a priori data for expanding community-based services for people with chronic mental disorders such as schizophrenia. For this purpose, in-depth interviews were conducted with 12 people working as integrated case managers in the region. For data collection and analysis, the grounded theory of Strauss & Corbin (1998) was applied.

Our analysis derived 113 concepts, 42 subcategories, and 16 categories. The central phenomenon turned out to be <The difficulty of intervention in crisis of mentally disabled people>. The causal conditions were <existing work: there are no more wells or bucket to pump>, <extra work: encounter with a mentally disabled person who cannot do anything>. The contextual conditions were <mentally disabled people separated by partitions>, <mentally disabled outside the social safety net>, <lack of expertise in interventions for mentally disabled people>. The action/interaction strategies included <linking community organizations and resources>, <forming a cooperative relationship of mutual trust>, <using informal support systems>, <improving job performance expertise>. The mediating conditions were <support for stable job performance in the organization>, <strengthening the public-private partnership system>, <strengthening the informal support system>, <strengthening the local community's residential infrastructure>. The results were <expert: confidence recovery>, <mentally disabled: stable life recovery>. The core category of case management experience for people with schizophrenia was decided to "grow as a public case management expert through the use of community networks in the midst of difficulties intervening in a crisis for the mentally disabled." Based on the analysis results, a measures to community-based service for people with chronic mental disorders such as schizophrenia was proposed.

Keywords: Schizophrenia, People with Schizophrenia, Community-Based Services, Integrated case Managers, Grounded Theory