

정신보건사회복지사들의 서비스 연계실태 및 연계관련 요인*

박 미 은**

[요 약]

본 연구는 정신보건기관에 근무하는 정신보건사회복지사 170명을 대상으로 서비스 연계실태 및 연계관련요인을 조사하였다. 조사결과, 첫째로 연계정도는 정보교환과 클라이언트 의뢰에서 높았으며, 자금동원과 공동협회는 상대적으로 낮았다. 기관유형별로는 정신의료기관과 정신보건센터 및 사회복지시설에서 일하는 사회복지사들의 연계가 가장 빈번하였다. 또한 접촉은 전화로, 연계경로는 기관 홍보물과 친분에 의해, 접촉대상은 일선 담당자인 경우가 많았다. 둘째, 대부분의 응답자들이 연계의 필요성을 인식하고 있었고, 그 주요 이유를 클라이언트를 위한 다양한 서비스제공이라고 하였다. 또한 연계활성화를 위해서는: 정보체계의 구축 및 연계대상기관의 확대, 기관의 지원이 필요하다고 하였다. 셋째, 개인요인과 조직요인에 따른 연계의 차이에서는 여성보다 남성이, 학력이 높을수록, 관리자급인 경우, 정신보건경력이 높을수록, 자격증이 있는 경우(이상 개인요인), 그리고 소재지가 농어촌이고, 사회복지시설과 정신보건센터인 경우, 주요대상이 만성 정신장애인인 경우(기관요인)에 연계가 높았다. 넷째, 연계에 미치는 요인을 분석한 결과, 개인요인으로 정신보건경력 및 현 기관경력, 학력이, 그리고 조직요인으로 기관소재지 및 기관유형, 기관연도가 의미 있는 영향을 주는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로, 정신보건서비스 연계를 위한 공식적 협의체 및 정보망을 마련하고, 연계를 정신보건 사회복지사의 공식업무로 인정하며, 나아가 연계내용과 대상을 확대할 뿐 아니라 정부지원 하에 시범적 연계사업을 계획하는 방안을 강구할 것을 제안하였다.

주제어: 정신장애인, 정신보건사회복지사, 서비스 연계, 개인요인, 조직요인

* 이 연구는 2000년도 한국학술진흥재단의 연구비에 의해서 지원되었음(2000-003-C00411).

** 호남대학교 사회복지학과 교수

1. 서 론

우리나라의 경우 많은 정신장애인들이 오랫동안 최적의 치료와 재활서비스를 받지 못한 채 시설에 수용되거나 지역사회에 방치되어 왔다. 그 이유는 정부의 정신보건 정책이 입원치료와 수용보호에 머물렀으며, 정신장애인의 지역 내 재활을 돕는 전문기관이나 프로그램이 부족했기 때문이다. 그러나 장기입원과 수용보호의 서비스는 선진국의 예에서 보듯이 그 치료효과와 인권의 측면, 그리고 비용의 측면에서 많은 비효율성이 지적되었다. 이에 대한 대안으로 우리나라에서는 최근 들어 정신장애인에 대한 조기발견과 입원기간의 최소화, 그리고 재활 프로그램의 확대를 추구하는 지역사회정신보건에 관심을 갖게 되었다.

지역사회정신보건이 우리나라에 본격적으로 도입된 것은 1995년에 정신보건법이 제정되면서부터라고 할 수 있다. 이 법은 정신보건서비스가 기존의 병원치료와 요양위주에서 벗어나 지역사회중심의 사후관리와 재활을 강조하는 방향으로 전환되는 계기가 되었으며, 기존에 없던 새로운 정신보건기관을 설치하는 근거를 마련해주었다. 보건복지부 통계에 따르면, 우리나라의 정신보건기관 현황은 정신의료기관이 750개소, 정신요양시설이 55개소, 정신보건센터가 46개소, 그리고 사회복지시설이 49개소에 이르고 있다(2001. 5). 특히 정신보건센터와 사회복지시설은 지역사회정신보건이 시도되면서 설치된 기관으로 앞으로도 계속 증가할 전망이다. 이렇듯 짧은 기간이지만 정신보건기관들이 크게 증가하고 있는 점은 매우 고무적이나, 이 시점에서 제기되는 중요한 과제는 다양한 기관의 정신보건서비스를 어떻게 효과적으로 조정하고 통합할 것인가의 문제에 있다 하겠다.

정신보건서비스가 연계되어야 하는 필요성은 서비스대상자의 측면과 서비스전달자의 측면에서 살펴볼 수 있다. 먼저 서비스 대상자의 측면에서 보면, 정신장애인과 가족들이 매우 다양하고 복잡한 욕구를 갖고 있다는 점이다. 정신장애인들은 정신적 증상을 통제하려는 의료적 욕구를 비롯하여 사회적 기능수행을 위한 일상생활훈련의 욕구, 주거의 욕구, 직업재활의 욕구, 생계보장의 욕구, 여가생활의 욕구를 갖고 있다(Test & Scott, 1990). 이러한 욕구는 정신장애인이 병원에서 퇴원하여 지역에서 생활할 때 더욱 강조되는 것들이다. 가족들도 정신장애인 못지 않게 다양한 욕구를 갖고 있다. 예를 들면 심리 사회적 욕구, 교육 및 훈련의 욕구, 소득의 욕구, 재가복지의 욕구 등이다. 또한 정신장애인은 질병의 특성상 욕구를 해결하는데 필요한 자원과 서비스를 찾는 동기가 부족하며, 서비스를 이용하고자 해도 구체적인 정보나 이용방법을 모르고 있는 경우가 많다. 따라서 정신장애인 및 가족들의 보건 의료 및 복지 욕구를 충족시키고, 지역에 흩어져 있는 다양한 서비스에 대한 접근가능성을 높이기 위해서는 정신보건 서비스 연계가 질실히 필요하다.

한편, 서비스전달자 혹은 기관 측면에서 볼 때, 기존 정신보건서비스들이 통합되지 못하고 기관간 협력도 매우 부족한 상태이다. 현재 이루어지고 있는 기관간 협력은 인맥이나 친분관계, 혹은 지리적 근접성에 기반 한 일부 기관들간의 비공식적, 산발적인 연계에 머무르고 있다(박미은·박귀서, 1999). 이러한 문제는 그 동안 양적으로 확대된 정신보건기관들이 제 역할과 정체성을 찾는 과정에서 발생한

문제들과 밀접한 관련이 있다. 즉, 각 기관들의 기능과 역할이 분화되지 못하고 중복되어 있으며, 프로그램들도 획일화되어 있다. 또한 각 기관들을 조정하고 통합하는 서비스전달체계가 확립되어 있지 못하기 때문에(양옥경, 2000), 서비스 연계를 어렵게 만들고 있다. 따라서 신설되는 정신보건기관들의 양적인 확대 과정에서 발생하는 이러한 현실적 장애물들을 극복하고, 정신장애인 및 가족들에게 보다 양질의 서비스를 효과적으로 전달하기 위해서는 관련 기관들의 역할정립과 정신보건서비스 연계가 현 시점에서 매우 중요하다.

이처럼 정신보건서비스 연계는 서비스대상자의 다양한 욕구충족 및 서비스접근성의 확보, 그리고 서비스전달의 효과성 및 효율성을 제고하는 차원(Beatrice, 1990; Morrissey, 1998)에서 매우 중요함에도 불구하고, 우리나라에서 정신보건서비스의 연계와 관련한 체계적이고 실증적인 연구는 거의 찾아볼 수 없다. 지금까지 발표된 연구로는 지역사회 정신보건사업에서 서비스 조정의 개념을 소개하고 그 구체적인 조정전략을 우리나라의 상황에 맞게 적용하고자 했던 연구(이선희, 2000)와 정신보건 사회복지사의 서비스 연계에 미치는 요인을 탐색적으로 밝힌 연구(강순영, 2000), 그리고 정신장애인 재활서비스의 지속성에 영향을 미치는 요인을 고찰한 연구(박미진, 2000)에 그치고 있다. 또한 이 연구들은 문헌중심의 탐색적 연구이거나, 연구대상자 및 연계관련 요인의 설정이 매우 제한적으로 이루어진 기초적 연구에 머무르고 있다. 이러한 실정은 다양한 정신보건현장을 포괄하는 체계적이고 실증적인 연구의 필요성을 단적으로 보여 준다고 하겠다.

따라서 본 연구에서는 정신보건서비스 연계가 서비스 대상자의 다양한 욕구충족 및 서비스 전달의 효과성 및 효율성을 제고하는 현실적인 방안이라는 전제 하에, 현재 정신보건서비스 연계가 어떻게 이루어지고 있으며, 이들 연계에 영향을 미치는 요인들이 무엇인지를 규명하고자 한다. 그리고 이 연구에서는 정신보건서비스 연계의 중요성을 강조하고, 향후 보다 효과적인 서비스 연계방안을 모색하는데 있어 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 한다.

이러한 목적을 달성하기 위해 설정한 연구질문은 다음과 같다.

첫째, 정신보건서비스 연계의 실태(전체적인 서비스 연계정도, 기관유형별 연계정도, 연계경로 및 접촉대상, 연계에 대한 인식)는 어떠한가?

둘째, 정신보건사회복지사의 개인요인에 따라 연계의 정도가 어떻게 다른가?

셋째, 조직요인에 따라 연계의 정도가 어떻게 다른가?

넷째, 서비스 연계에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

2. 이론적 배경

1) 연계의 개념

연계의 개념을 규정하는 것은 쉽지 않다. 그것은 연계를 나타내는 용어들이 혼용되고 있을 뿐 아니라, 연구자마다 그 개념적 의미를 상이하게 설정하기 때문이다. 또한 관련 문헌에서 연계(Linkage)란

단어는 특정한 내용을 포함하는 구체적인 용어로 사용되기보다는 협력(cooperation, partnership), 조정(coordination), 협동(collaboration)과 같은 용어로 표현되고 있다. 따라서 지금까지 발표된 기존 문헌을 토대로 연계의 개념을 살펴보고자 한다.

연계란 일반적으로 “서로 다른 분야가 하나의 목적을 향해 함께 일을 하는 것”을 의미한다(이정호 외, 1995; 박경숙, 1996). 또한 연계는 그 발전단계에 따라 연락(개별 조직간 수시의 정보교환이 이루어지는 ‘참’의 구성: communication), 연계(다른 조직과 정기적인 업무제휴를 하는 ‘선’의 구성: coordination), 그리고 통합(하나의 조직 내 향상적인 연계체계를 구축하는 ‘면’의 구성: integration)의 세 단계로 나누어진다.

관련 문헌에서 연계란 대체로 협력(cooperation), 조정(coordination), 협동(collaboration)으로 나누어 사용되고 있다(Kagan, 1991). 즉, 연계에는 3가지 위계를 갖는다고 할 수 있는데, 먼저 협력이란 “기관 혹은 사람들이 단순히 함께 일하는 것”을 말한다. 여기서는 관련된 사람들에게 책임을 거의 요구하지 않으며 최소한의 자원만을 투입하고 자원을 독립적으로 사용하게 된다. 한편 조정이란 협력보다는 복잡한 과정으로서 “기관들간에 정보를 공유하고 공동계획의 수립을 포함하는 것”을 말한다. 여기서는 관련된 사람들에게 일부의 공식적인 책임만을 요구하며 최소한의 변화를 이끌게 된다. 마지막으로 협동은 “자원과 힘, 권위가 공유되고 한 사람 혹은 단일한 기관으로는 달성할 수 없는 공통의 목적을 달성하기 위해 사람들이 함께 일하는 조직간 구조”를 의미하는 것으로, 여기서는 관련된 사람들이 주요한 공식적인 책임을 공유하며 새로운 자원을 투입하고 새로운 체계를 이끌게 된다(Daka-Mulwanda et al., 1995; Franklin & Streeter, 1995; 김재엽·박수경, 2001:111). 이와 관련하여 Bruner(1991)는 협동(collaboration)을 구성하는 3가지 요소를 제시하였다. 그 첫째는 관련 기관들간에 공통의 목적과 방향을 설정하고 이에 동의하는 것이고, 둘째는 그러한 목적을 달성하기 위해 책임을 공유하는 것이며, 셋째는 각 협력자들이 전문성을 발휘하여 공통목적을 달성하기 위해 함께 일하는 것이라고 하였다.

Hasenfeld와 English(1983)는 “사회복지 관련조직간 조정(interorganizational coordination)이란 두 개이상의 조직들간에 나타나는 다양한 상호작용으로서 조직의 목표를 강화하기 위해 계획된다”고 하였다. Neugeboren(1985)는 조직간 조정이란 “공통의 목적을 달성하기 위해 필요한 보충적인 자원을 두 개 이상의 자율적인 기관들이 자발적으로 교환하는 것”이라고 하였다. Gray(1989:5)는 연계를 하나의 협동적 과정(collaborative process)으로 규정하고 있다. 즉, 협동이란 “특정 문제에 대해 서로 다른 관점을 갖는 사람들이 건설적으로 그들의 상이점을 밝혀내고 각자가 가지고 있는 한계를 뛰어넘어 함께 해결책을 모색하는 과정”이라고 하였다. 이러한 측면에서 Abramson과 Rosenthal(1995:1479)은 협동의 과정은 기관들간의 상호이익과 상호의존, 상호성(reciprocity), 협력지향의 행위, 공동생산을 추구한다고 하였으며, 협동을 “각 기관들이 자신의 고유한 자율성을 유지하면서 구체적인 목적과 실현 가능한 결과를 달성하기 위해 협력하기로 동의한 독립된 조직들의 집단”이라고 정의하였다.

이렇듯, 사회복지 분야에서 사용되는 연계의 용어는 조정(coordination) 혹은 협동(collaboration)이라는 말로 자주 쓰여지고 있음을 알 수 있다. 그렇기 때문에 “연계한다”는 말은 기관간 관계의 목적과 정도에 따라서 “조정한다” 혹은 “협동한다”는 의미로 받아들여질 수 있는 것이다.

우리나라에서 발표된 연계관련 문헌에서는 연계가 조정(coordination)의 의미로 사용되는 경향이 있다. 먼저, 사회복지 관련조직간 연계를 연구한 조애주 등(1996)은 연계를 “각종 사회복지 서비스를 제공하는 관련기관 및 시설에 사회복지대상자를 의뢰하거나 협조·요청하여 통합적·지속적으로 서비스를 받을 수 있도록 연결하는 것”이라고 하였다. 그리고 이현주 등(2000)은 “사회복지서비스에 대한 정보의 공유가 이루어지며 서비스를 필요로 하는 클라이언트에게 서비스를 연결해줄 수 있는 사회복지서비스 기관간 협력”으로 정의하였다. 한편, 가정폭력 관련기관들간의 연계를 연구한 박영관과 황정임(2000)은 연계를 “성폭력 또는 가정폭력 피해여성에게 외부 서비스 기관에 대한 정보를 제공하거나, 외부 서비스기관에 폭력 피해여성을 의뢰하거나 받거나, 외부 서비스기관에게 폭력피해여성을 위한 자원동원을 요청하거나, 폭력피해여성에게 보다 나은 서비스를 제공하기 위해 외부 서비스 기관과 프로그램 계획, 홍보활동, 자원발굴 등을 공동으로 수립·수행하는 활동을 의미하는 것”으로 정의하였다. 박경숙(2000)은 가정폭력서비스 연계란 “가정폭력 피해자의 다양한 욕구에 대응하는 각 기관의 서비스를 연결해 하나의 서비스 체계로 만들어서 그 서비스 체계 내에 들어있는 서비스들이 가까운 관련을 맺고 서비스들이 조화롭게 제공되도록 조정하는 모델”로 정의하였다. 그리고 김재엽과 박수경(2001)은 연계를 “외부서비스 기관에 폭력여성을 의뢰해주거나 의뢰 받는 것, 서로 관련된 정보를 제공하는 것, 공동으로 프로그램을 운영하는 것”으로 정의하였다.

2) 연계속성 및 영향요인에 대한 선행연구

그 동안 사회복지 분야에서 발표된 연구들을 보면, 연구자마다 연계의 속성이나 구성요인을 매우 다양하게 범주화하고 있음을 알 수 있다. 그 대표적인 예를 살펴보면 다음과 같다.

먼저, Knoke와 Kuklinski(1982)는 연계의 속성을 내용(content)과 형태(form)로 구분하였다. 여기서 내용이란 연계가 구체적으로 무엇을 흐름으로 구성되는가의 문제이며, 형태란 관계의 강도와 방향성 등의 형태상 특성을 의미한다고 하였다. Van de Ven과 Ferry(1980)는 서비스 연계를 과정차원(process dimension)과 구조적 차원(structural dimension)으로 구분하였다. 여기서 과정차원이란 기관간 자원의 흐름을 말하는 것으로서, 여기에는 연계의 내용, 방향, 빈도 등을 포함한다. 한편, 구조적 차원은 과정의 차원에서 도출되는 협력의 공식화정도, 구조의 복잡성, 그리고 중심성(centrality)과 밀도(density)에 관한 것이다. 또한 Gray(1989)는 연계를 전제조건(preconditions), 과정(process), 결과(outcome)로 구분하였다. 여기서 전제조건에는 기관의 참여를 유도하는 동기를 포함하여 협동을 가능하게 하는 만드는 요인을 포함하며, 과정은 참여자들이 자신의 목표를 성취하기 위해 상호작용하는 방식, 그리고 결과는 협동적 노력의 결과를 의미한다. Streeter와 Gillespie(1992)는 Van de Ven과 Ferry(1980)와 유사하게 연계를 관계적 특성과 구조적 특성으로 나누었다. 관계적 특성이란 협력관계에서 무엇이 교환되는가의 내용과 관계의 질에 대한 것이며, 구조적 특성은 협력관계를 형성하면서 관련자들이 어떻게 연결되어 있는가를 의미한다.

우리나라에서 발표된 관련연구들을 살펴보면, 박경숙(1996)은 연계를 구조적 특성, 인간적 특성, 연계형태, 연계에 대한 의식, 연계정도로 나누어 고찰하였다. 구조적 특성으로는 연계할 상대기관의 존

재, 수, 거리로 보았으며, 인간적 특성으로는 대상자 의뢰시 상대기관의 협조정도, 상대기관으로의 사후점검 정도, 연계할 기관에서의 협조부탁 정도, 연계할 기관에서 의논해 오는 정도, 상대기관으로부터 서비스를 받는 대상자와 대상자가 받는 서비스에 대한 인지도를 보았다. 연계형태로는 연계하는 상대기관의 담당자, 연결방법, 상대기관과 공동계획 수립여부, 상대기관과의 정기모임 존재여부 및 모임의 빈도와 종류를 보았으며, 연계에 대한 의식은 상대기관과의 연계의 필요성, 바람직한 연계형태에 대한 의식을 보았다. 그리고 연계정도는 객관적 연계(상대기관으로 지난 1년간 연결시켜 준 가구 수)와 주관적 연계(상대기관과 연계가 잘되는 정도)를 포함시켰다.

김인숙 등(1999)은 연계의 속성을 기능적 특성과 구조적 특성으로 나누었는데, 기능적 특성에는 연계의 정도, 내용, 방향을 포함시켰고, 연계의 양(정도)에는 연계를 맺는 조직의 수를 포함시켰다. 또한 구조적 특성에는 연계의 밀도, 중심성을 포함시켰는데, 밀도란 관계망 속의 행위자들이 다른 행위자들과 어느 정도 밀접하고 긴밀하게 연결되어 있는지를 말하고 중심성은 행위자가 갖는 위치로 정도와 매개성, 근접성을 의미한다. 박영란과 황정임(2000)은 박경숙의 연구를 토대로 연계의 속성을 구조적 특성과 관계적 특성, 그리고 과정적 특성으로 나누었다. 한편 김재엽과 박수경(2000)은 Gray(1989)의 협동과정모델(A Collaborative Process Model)과 Harbert와 그의 동료들이 수행한 연구(1997)를 참조하여 연계의 차원을 전제조건/배경, 과정, 결과로 구분하였다. 여기서 전제조건에는 연계를 하기 위한 실무자의 개인적 요인과 조직환경적 요인을 포함시켰으며, 과정차원은 연계하는 조직간의 상호작용 형태를 의미하며, 결과차원에는 현재 연계하고 있는 외부기관수와 의뢰경험여부를 포함시켰다.

한편, 연계를 통해 교환되는 서비스의 내용은 다양하다. Foster-Fishman 등(2001)의 연구에서는 클라이언트 교환, 정보교환, 자금공유를, Boje와 Whetten(1981)의 연구에서는 클라이언트 의뢰, 서비스 교환, 정보교환, 자금공유를 포함시켰다. 그리고 Woodard와 Dorian(1994)은 기존의 관련연구들을 재구성하여 서비스 연계에는 클라이언트 의뢰, 서비스 교환, 정보교환, 자금교환, 그리고 물적자원/관리활동의 교환이 요구된다고 하였다. 즉 첫째, 서비스 교환에는 상담, 평가, 슈퍼비전, 치료, 재가보호 등의 교환이 둘째, 정보교환에는 클라이언트에 대한 모니터링, 클라이언트에 대한 정보공유가 셋째, 물적자원/관리활동의 교환에는 교통, 클라이언트 집단의 확대, 클라이언트 옹호, 기관운영에 대한 모니터링, 공동이사회, 공동프로젝트 등의 교환이 포함되어야 한다고 주장하였다(이현주, 1998, 재인용). 이 외에 Van de Ven과 Ferry(1980)는 클라이언트 의뢰, 정보교환, 자금공유, 그리고 공동사업을 지적하였다.

기관간 연계에 영향을 미치는 요인들은 크게 연계의 성공요인 및 실패요인으로 나누어 고찰한 것을 볼 수 있다. 먼저 Bailey 등(1996)은 리더십(leadership), 멤버십(membership), 환경적 연계(environmental linkage), 전략(strategy), 목적(purpose), 과업(tasks), 구조(structure), 체계(system)를 포함하는 8가지 요소가 연계를 성공적으로 이끄는 핵심요소라고 하였다. Socolar(2002)는 연계에 대한 긍정적인 태도, 연계로 인한 이익이 비용을 앞설 것이라는 인식, 높은 지도력과 예측 가능한 계획과정, 그리고 목적과 가치의 공유, 과거 성공적인 협력의 경험, 분명한 의사소통, 자원의 확보, 기술원조, 지리적 접근성 등이 연계의 성공요인이 된다고 하였다. 한편 연계에 부정적인 영향을 미치는 요인과 관련하여 Daka-Mulwanda 등(1995)은 기관들간에 공동목적에 대한 동의부족 및 리더십 부족,

자금부족, 공유한 정보에 대한 비밀보장의 한계, 그리고 전문직간 의사소통의 부족을 지적하였다. 또한 Hook와 Ford(1998)은 연계에 참여하고 있는 전문직들간의 시각의 차이와 존중의 결여, 비효과적인 의사소통, 공통목표의 부족, 그리고 불명확한 역할규정 등이 연계과정에서 극복되어야 하는 요인이라고 하였다. 그 외에 Glisson과 James(1992)는 기관간 경직된 경계, 의사소통의 부족, 상호인식과 이해의 부족, 그리고 기관들간 지나친 경쟁은 연계를 방해할 수 있다고 하였다. 또한 한편 연계의 성공요인을 지적했던 Socolar(2002)는 기관들간에 연계를 주도하는 기관이 분명하지 않는 경우와 과거 연계의 실패경험, 참여자들간에 상이한 힘의 불균형 및 적대감, 심한 갈등이 있을 때 연계에 부정적인 영향을 미친다고 하였다.

우리나라에서 발표된 연구를 보면, 박경숙(1996)의 연구에서는 객관적 연계의 정도(상대기관으로 지난 1년간 연결시켜준 가구 수)에서 연계자의 근무환경 요인들이 연계에 영향을 미쳤으며, 주관적 연계(상대기관과 연계가 잘되는 정도)에서는 연계자의 인간적 특성요인들이 영향을 주는 것으로 나타났다. 김인숙 등(1999)의 연구에서는 개인적 요인인 친분관계가 조직 요인보다 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 박영란과 황정임의 연구(2000)에서는 연계기관의 존재여부, 실무자의 협조정도, 기관발굴주체 등이 주관적 연계에 영향을 미치는 것으로 드러났다. 한편, 김재엽과 박수경(2001)의 연구에서는 조직형태 변수를 통제한 상태에서 연계에 영향을 미치는 요인들은 연계의 전제조건/배경 차원에서 개인적 특성변인(가정폭력 관련 피교육 경험), 조직환경변인(소속기관의 의지나 노력), 그리고 과정차원의 상호작용 형태(다른 기관과의 연계관련 정보의 공유) 등으로 나타났다. 한편, 정신보건 기관들의 연계와 관련하여, 강순영(2000)의 연구에서는 지역사회 환경요인이나 조직요인보다는 개인적 요인(전문적 능력)이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 학력이 높을수록, 자격증의 급수가 높을수록, 관리자의 위치에 있을수록 연계에 긍정적인 영향을 주었다. 박미진(2000)의 연구에서는 정신장애인의 특성(재발경험, 입원횟수)과 가족의 지지와 이해정도, 퇴원계획의 여부가 재활서비스의 계속성에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상의 고찰을 통해, 연계라는 용어가 여러 가지 의미로 혼용되고 있을 뿐 아니라, 연구자마다 상이한 조작적 정의를 내리고 있음을 알 수 있다. 연계의 속성과 구성요인들 역시 매우 다양하게 범주화되고 있으며, 교환되는 내용으로는 클라이언트 의뢰, 정보교환, 자금공유/자금교환, 공동협의/공동프로그램을 공동적으로 포함하고 있다. 또한 연계에 미치는 요인과 관련해서는 연계의 성공요인과 실패요인을 지적하는 경우가 많으며, 영향요인으로는 연계자의 개인적 특성과 조직적 특성, 그리고 상호작용요인 및 지역적 특성이 지적되고 있음을 알 수 있다.

따라서 본 연구에서는 이러한 선행연구들을 참조하여 연구목적에 맞게 연계의 개념을 다음과 같이 정의하였다. 즉, 연계란 ① 정신보건기관에서 근무하는 사회복지사들이 클라이언트에 관한 정보를 교환하는 것, ② 클라이언트를 의뢰하는 것, ③ 자금지원과 후원활동을 하는 것, ④ 공동협의·공동대처 혹은 공동프로그램을 논의하거나 시행하는 것으로 정의하였다. 이러한 개념정의는 앞서 문헌고찰을 통해 알 수 있듯이, 연계내용에는 대체로 정보교환, 의뢰, 자금지원, 공동협의를 포함하고 있을 뿐 아니라, 우리나라 정신보건의 실정과도 부합된다고 판단했기 때문이다.

또한 본 연구에서는 선행연구에 근거하여 연계 관련요인을 사회복지사 개인적 특성을 반영하는 개

인요인과 사회복지사가 소속되어 있는 기관의 특성을 반영하는 조직요인으로 나누어 살펴보았다. 이러한 구분은 현재 우리 나라 정신보건서비스 연계가 공식적이고 체계적이기보다는 개인적인 친분이나 비공식적인 통로를 통해서 이루어지고 있고, 지역사회 단위에서 연계를 뒷받침할 만한 제도나 체계가 부족한 점을 고려한 것이다. 그리고 선행연구에서 지역요인으로 포함시켰던 기관소재지와 서비스 지역범위를 본 연구에서는 조직요인으로 포함시켰다.

3. 연구방법

1) 조사대상

조사대상은 2001년 5월 한국정신보건사회사업학회에 등록되어 있는 회원들 중에서 정신보건전문요원 수련생과 현장에서 일하지 않는 회원들을 제외한 정신보건사회복지사 360명 전체를 대상으로 우편 조사를 실시하였다. 조사기관(은 국·공립/사립정신병원 82부, 종합병원정신과/병원정신과/정신과의원 153부(이상 정신의료기관: 235부)를 비롯하여 정신보건센터(59부), 사회복지시설(49부), 정신요양시설(17부)로 구성되었다. 조사기간은 2001년 6월 1일부터 20일까지였으며, 회수된 설문지는 총 175부로 48.6%의 회수율을 나타냈다. 각 기관별 회수율을 살펴보면, 국·공립/사립정신병원 61%, 종합병원정신과/병원정신과/정신과의원 48.4%, 정신보건센터 25.5%, 사회복지시설 53.1%, 정신요양시설 29.4%였다.

2) 조사도구

현재 사회복지 서비스연계를 측정하는 신뢰할만한 평가도구가 없는 현실을 감안하여, 본 연구에서는 기존의 선행연구 가운데 박경숙(1996)의 연구와 Van de Ven 외(1980)가 개발하여 국내에서 이현주(1998; 2000)가 사용했던 연계 관련요인들에 근거하여 우리나라 정신보건의 현실에 맞게 연구자가

- 1) 정신보건법 및 관련 지침에 따르면, ① 정신의료기관은 의료법에 의한 정신병원, 정신과 의원 및 병원급 이상에 설치된 정신과를 말한다. ② 사회복지시설은 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복지 촉진을 위한 훈련을 하는 시설을 말한다. ③ 정신요양시설은 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복지 촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다. ④ 정신보건센터는 지역사회에서 정신질환자의 발견 및 등록, 의뢰와 사례관리 뿐 아니라 정신질환자와 가족을 위한 다양한 프로그램을 실시하는 기관을 말한다. 따라서 정신의료기관은 주로 치료기능을 담당하며, 정신보건센터 및 사회복지시설은 지역사회 적용 및 훈련을 강조하며, 정신요양시설은 입소한 후에 요양 및 재활훈련을 강조한다고 볼 수 있다.

본 조사에서 회수된 설문지(170부)를 기준으로 보았을 때, 2001년 5월 현재 우리 나라의 정신보건기관 유형별 구성비와 본 조사대상자 비율을 각각 살펴보면, 정신의료기관은 83.3%:72.9%, 정신보건센터 5.1%:8.8%, 사회복지시설 5.4%:4.9%, 정신요양시설 6.1%:2.9%이다.

재구성하였다.

연계실태 및 연계 관련요인을 파악하기 위한 조사도구는 서비스제공자의 개인요인과 그가 일하고 있는 조직요인으로 나누었다. 개인요인에는 성별, 연령, 학력, 직위, 정신보건전문요원 자격증여부, 정신보건분야 총 경력, 현 기관 총 경력, 한달 평균 사례 수, 주요업무, 지난 1년간 학회/세미나 참가횟수, 그리고 연계의 필요성 및 효과성에 대한 인식을 포함시켰다. 그밖에 연계에 대한 사회복지사의 전반적인 생각을 알아보기 위해 연계경로, 접촉대상, 연계이유, 연계장애요인, 그리고 연계활성화방안을 포함시켰다. 조직요인에는 기관소재지, 기관유형, 기관설립연도, 병상수, 함께 일하는 사회복지사 수, 서비스제공 지역범위, 주요 클라이언트를 포함시켰다.

연계내용으로는 지난 6개월 동안 클라이언트에 대한 정보교환, 클라이언트 의뢰, 자금동원, 공동협의 등을 논의 혹은 시행한 것으로 설정하였으며, 각 영역의 점수가 높을수록 연계정도가 높은 것을 의미하며, 총 연계점수는 4가지 영역의 점수를 모두 합한 것을 말한다. 협력의 방식으로는 전화, 팩스, e-mail, 공문, 면담으로 나누었다. 그리고 협력의 주도성은 협력의 과정에서 주도적이었는지 혹은 비주도적이었는지를 알아보는 것으로, 여기서 주도적이라 함은 기관간 연계에서 협력을 먼저 주도했을 경우를 말하고 비주도적이라 함은 협력을 요청 받은 경우를 말한다.

3) 자료분석방법

본 조사에서 회수된 설문지는 총 175부였으며, 이중 응답의 일관성이 부족한 5개를 제외하고 170부를 분석에 사용하였다. 수집된 자료는 부호화(coding) 및 오류검토작업(data cleaning)을 거쳐 SPSS/PC+ 10.0 Version을 이용하여 통계 처리하였다. 분석방법은 대상자 및 기관의 일반적 특성을 알아보기 위해 빈도분석과 백분율을, 개인요인과 조직요인에 따른 연계정도의 차이를 알아보기 위해 t-test와 oneway-ANOVA를, 그리고 연계에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 multiple regression과 step-wise regression을 사용하였다.

4. 연구결과

1) 조사대상자 및 조직의 일반적 특성

(1) 조사대상자의 특성

조사대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 성별은 남성이 20.6%, 여성이 79.4%로 여성이 훨씬 많았다. 학력은 대졸이 60.0%로 가장 많았으며, 대학원 졸업이 31.7%, 박사과정 이상이 5.3%로 나타났다. 연령은 약 30세였으며, 정신보건기관에서 일한 총 경력이 평균 5.72년이고, 현재 기관에서 일한 총 경력은 평균 4.75년이었다. 또한 이들의 한달 평균 사례 수는 3.86 사례로 나타났다. 조직 내 직위는

일반 사회복지사가 52.4%, 과장급 또는 중간관리자가 47.6%로 나타났다. 정신보건전문요원 자격증 소지여부와 관련하여 53.5%가 2급을, 12.4%가 1급을 소지하고 있었으며, 자격증을 소지하고 있지 않은 경우가 32.3%였다. 이들이 담당하는 주요업무는 집단대상업무가 34.1%로 가장 많았고, 지역사회 재활 업무가 32.9%, 사정 및 개인대상 업무가 25.9%, 가족대상업무가 7.1%의 순으로 나타났다.

(2) 대상기관의 일반적 특성

본 연구에서 나타난 조사대상기관의 일반적 특성은 <표 2>와 같다. 소재는 대도시에 위치한 경우가 52.4%로 가장 많았으며, 중소도시가 32.9%, 농·어촌이 14.7%로 나타났다. 기관유형으로는 정신의료 기관이 차지하는 비율이 72.9%로 가장 많았다. 그 다음으로는 사회복지시설이 15.4%, 정신보건센터가 8.8%, 정신요양시설이 2.9%였다. 기관연도는 평균 12.29년으로 나타났으며, 병상수는 356.42로 상당히 큰 편이었으며, 동료 사회복지사의 수는 3.55명이었다. 서비스를 제공하는 지역범위는 시·도 지역 전체가 71.8%로 나타났으며, 시·군·구 전체가 22.3%, 시·군·구 일부지역이 3.5%였다. 이는 본 조사 대상의 72.9%를 차지하는 정신의료기관의 서비스가 시·도 지역 전체를 대상으로 하는 경우가 많은 현실을 반영한 것으로 사료된다.

<표 1> 조사대상자들의 일반적 특성

특 성	구 분	N(%) 및 평균(표준편차)
성별	남성	35(20.6)
	여성	135(79.4)
학력	전문대 졸	4(2.4)
	대졸	103(60.0)
	대학원 졸	54(31.7)
	박사과정 이상	9(5.3)
직위	과장급 또는 중간관리자	81(47.6)
	일반 사회복지사	89(52.4)
정신보건전문요원 자격증 소지유무	1급	21(12.4)
	2급	91(53.5)
	없음	55(32.3)
	무응답	3(1.8)
주요 업무	사정 및 개인대상 업무	44(25.9)
	집단대상 업무	58(34.1)
	가족대상 업무	12(7.1)
	지역사회 재활 업무	56(32.9)
연령		30.55(7.48)
정신보건분야 총 경력		5.72(4.98)
현 기관 총 경력		4.75(5.14)
한달 평균사례		24.15(35.61)
지난 1년간 학회/세미나 참가횟수		3.86(2.94)
합계		170(100.0)

<표 2> 조사대상기관의 일반적 특성

특 성	구 분	N(%) 및 평균(표준편차)
소재지	대도시	89(52.4)
	중소도시	56(32.9)
	농·어촌	25(14.7)
기관유형	국·공립/사립 정신병원	50(29.4)
	종합병원정신과/병원정신과/의원	74(43.5)
	정신보건센터	15(8.8)
	사회복지시설	26(15.4)
	정신요양시설	5(2.9)
서비스 제공 지역범위	시·도 지역 전체	122(71.8)
	시군구 전체	38(22.3)
	시·군·구 일부지역	6(3.5)
	무응답	4(2.4)
주요 클라이언트	급성 정신질환자	20(11.8)
	중증 만성 정신질환자	57(33.5)
	만성 정신질환자	64(37.6)
	기능상 구분 없음	26(15.3)
	무응답	3(1.8)
기관 연도		12.29(13.28)
병상수(이용인원)		356.42(455.08)
사회복지사 수		3.55(3.01)
합계		170(100.0)

2) 정신보건서비스 연계 실태

(1) 서비스 연계정도

본 연구에서 정신보건사회복지사들의 서비스 연계정도는 지난 6개월 동안 외부 관련 기관들과 정보교환, 클라이언트 의뢰, 자금지원, 공동협의를 위해 접촉했던 건수를 말한다. 본 연구에서 나타난 서비스 연계정도는 <표 3>과 같다. 즉, 정보교환 건수가 평균 18.72회로 가장 높았으며, 클라이언트 의뢰는 13.58회, 공동협회는 7.23회, 그리고 자금지원은 5.16회의 순으로 나타났다. 또한 각 하위영역별 연계정도를 합한 총 서비스 연계는 44.69회로 나타났다. 이러한 결과는 관련 선행연구들에서도 유사하게 나타났다. 즉, 김인숙 외(1999)와 강순영(2000)의 연구에서는 클라이언트 의뢰가 정보교환보다 약간 높게 나타났으며, 이현주(2000)의 연구에서는 정보교환이 클라이언트보다 다소 높았다. 따라서 현재 우리나라 사회복지관련 서비스의 연계는 주로 정보교환이나 클라이언트 의뢰에 집중되어 있음을 알 수 있다.

〈표 3〉 정신보건서비스 연계정도

연계내용	평균(회)	표준편차	최소치	최대치	응답자수(%)
정보교환	18.72	41.79	0	300	149(87.6)
클라이언트 의뢰	13.58	27.48	0	300	153(90.0)
자금지원 및 후원	5.16	12.34	0	100	87(51.2)
공동협의/대처/프로그램	7.23	24.43	0	300	121(71.2)
총 연계	44.69	93.65	0	1000	N-170

(2) 기관유형별 연계정도

정신보건기관의 유형에 따른 사회복지사들의 서비스 연계정도를 살펴보면 〈표 4〉와 같다. 우선 국립·사립 정신병원(n=50)의 경우, 정신보건센터와 가장 많은 연계를 한 것으로 나타났다. 즉, 응답자중 32명이 정신보건센터와 평균 3.3회 정도 접촉하였다. 그리고 사회복지시설과는 31명이 2.1회, 정신병원과는 28명이 5.6회, 읍·면·동사무소와는 22명이 2.4회, 그리고 사회복지관과는 17명이 1.6회 정도 접촉한 것으로 나타났다. 둘째로 정신과 병·의원(n=74)도 마찬가지로 정신보건센터와 가장 많은 연계를 한 것으로 나타났다. 즉, 응답자중 44명이 정신보건센터와 평균 3.8회 접촉하였다. 그리고 사회복지시설과는 40명이 2.3회, 사회복지관과는 38명이 3.5회, 정신병원과는 36명이 4.0회, 읍·면·동사무소와는 29명이 3.9회 접촉하였다.

셋째로 정신보건센터(n=15)의 경우, 정신병원과 가장 많은 연계를 한 것으로 나타났다. 즉, 응답자중 12명이 정신병원과 평균 21.9회 접촉한 것으로 나타났다. 그 다음으로 읍·면·동사무소와는 11명이 13.1회, 고용직업기관과 11명이 6.9회였으며, 그밖에 정신보건센터, 사회복지시설, 보건의료기관, 가족자조모임과 비슷한 비율로 접촉하였다. 넷째로 사회복지시설(n=26)의 경우도 마찬가지로 정신병원과 가장 많은 연계를 한 것으로 나타났다. 즉, 응답자중 22명이 정신병원과 평균 18.8회 접촉하였다. 그 다음으로는 가족자조모임과는 21명이 11.6회, 읍·면·동사무소와는 19명이 14.5회, 정신보건센터와는 17명이 11.3회, 사회복지시설과는 15명이 14.9회 접촉하였다. 끝으로 정신요양시설(n=5)의 경우, 보건의료기관과 가장 많은 연계를 한 것으로 나타났다. 즉, 응답자중 3명이 보건의료기관과 평균 41.2회 접촉하였다. 그 다음으로 정신병원, 자위봉사기관, 정신병원, 시·군·구청, 그리고 사회단체의 순이었다.

연계방식에서는 전화가 67.3%로 가장 높았으며, 면담이 15.9%, 공문이 14.7%, 팩스가 1.3%, e-mail 0.8%의 순이었다. 그리고 연계는 대부분 주도적으로 이루어진 것으로 나타났는데, 즉 협력을 요청한 경우가 76.7%, 협력을 요청 받은 경우가 23.3%였다.

<표 4> 기관유형별 연계정도

<단위: 연계를 수행한 사회복지사수, ()는 평균 연계횟수, 중복응답>

종류	외부 기관	정신 병원	정신 보건 센터	사회 복지 시설	정신 요양 시설	보건 의료 기관	읍면 동사무소	시군 구청	사회 복지 관	사회 복지 시설	고용 직업 기관	자원 봉사 기관	상담 기관	각종 사회 단체	경찰 소방	가족 자조 모임
국공·사립정신 병원 (N=50)	28 (5.6)	32 (3.3)	31 (2.1)	11 (1.5)	12 (0.9)	22 (2.4)	10 (0.8)	17 (1.6)	8 (0.9)	10 (1.2)	10 (0.6)	9 (0.4)	5 (0.2)	4 (0.4)	13 (1.5)	
정신과 병·의원(N=74)	36 (4.0)	44 (3.8)	40 (2.3)	20 (2.8)	26 (2.5)	29 (3.9)	18 (1.5)	38 (3.5)	22 (2.1)	14 (0.6)	30 (2.1)	18 (1.3)	14 (1.2)	9 (0.7)	13 (2.6)	
정신보건센터 (N=15)	12 (21.9)	9 (6.2)	9 (7.2)	6 (4.3)	9 (14.3)	11 (13.1)	8 (7.9)	10 (11.7)	7 (9.1)	11 (6.9)	6 (4.7)	8 (3.6)	6 (4.6)	7 (1.5)	9 (6.7)	
사회복지시설 (N=26)	22 (18.8)	17 (11.3)	15 (14.9)	7 (3.4)	16 (14.1)	19 (14.5)	13 (9.7)	18 (8.0)	10 (8.2)	15 (5.4)	12 (13.1)	13 (2.2)	10 (11.5)	13 (2.3)	21 (11.6)	
정신요양시설 (N=5)	3 (8.6)	2 (0.8)	1 (0.8)	1 (0.4)	3 (41.2)	2 (6.4)	3 (4.4)	2 (0.6)	1 (2.0)	1 (0.6)	3 (6.2)	1 (1.0)	2 (5.4)	2 (1.4)	2 (3.0)	

이상의 결과를 통해, 정신보건사회복지사들은 그들이 일하는 기관의 성격에 따라 다소 상이한 연계를 수행하고 있음을 확인할 수 있다. 즉, 사회복지사들은 정신의료기관의 경우에 정신보건센터 및 사회복지시설과 연계를 많이 하며, 정신보건센터와 사회복지시설은 반대로 정신의료기관과 연계를 많이 하는 것을 발견할 수 있다. 이러한 특징 외에 정신보건센터의 경우에는 읍·면·동사무소 및 고용직업기관과, 사회복지시설의 경우에는 가족자조모임과 읍·면·동사무소와, 그리고 정신요양시설의 경우에는 보건의료기관 및 자원봉사기관, 시·군·구청과의 접촉이 다소 많다는 것을 알 수 있다. 이러한 경향은 정신보건서비스에서 정신의료기관과 기타 비정신의료기관과의 유기적 연계가 중요하다는 것을 단적으로 보여준다. 그러나 사회복지사들이 사회복지시설이나 상담기관, 각종 사회단체, 경찰/소방시설과의 연계는 매우 저조한 것으로 나타났는데, 이는 향후 보다 활성화되어야 함을 시사해준다. 끝으로 연계방식은 연계자가 전화를 통해 주도적으로 수행하는 경향이 있음을 알 수 있다.

(3) 연계경로 및 접촉대상

<표 5>에서 보는 바와 같이 상대기관과 연계하는 경로는 기관에 대한 홍보물을 참조해서 이루어지는 경우가 46.5%로 가장 높았다. 또한 개인적인 친분으로 이루어지는 경우가 25.3%, 선임자 및 다른 동료의 조언 혹은 제안에 의한 경우가 12.9%, 정기적인 모임이나 협의체를 통해서가 8.8%, 그리고 부정기적인 모임이나 협의체를 통해서가 6.5%였다. 이는 연계의 대부분이 기관 홍보물이나 개인적인 친분 등의 비공식적 통로를 통해 이루어지고 있음을 보여준다. 그리고 정기적이든 부정기적이든 모임과 협의체를 통해서 이루어지고 있는 경우는 극소수에 불과하다. 이러한 결과는 이현주(2000)의 연구에서도 유사하게 나타났는데, 즉 사회복지 관련조직들간의 일차적 연계경로는 기관의 홍보물이었다. 한편, 접촉대상은 기관의 업무 담당자가 56.9%였으며, 그 다음으로 기관의 사회복지사가 31.8%, 기관의 책임자 및 관리자가 12.4%였다. 이러한 결과는 책임자나 관리자 수준에서 연계가 이루어지기보다는

일선 담당자의 수준에서 직접적으로 이루어지고 있음을 보여주는 것이다.

<표 5> 연계경로와 접촉대상

내 용	구 분	N(%)
연계경로	① 개인적인 친분으로	43(25.3)
	② 기관에 대한 홍보물을 참조해서	79(46.5)
	③ 선입자 및 다른 동료의 조언 혹은 제안으로	22(12.9)
	④ 부정기적인 모임이나 협의체를 통해서	11(6.5)
	⑤ 정기적인 모임이나 협의체를 통해서	15(8.8)
접촉대상	① 기관의 책임자 및 관리자	21(12.4)
	② 기관의 업무 담당자	95(55.9)
	③ 기관의 사회복지사	54(31.8)

(4) 연계에 대한 인식

<표 6>에서 보는 바와 같이, 연계가 매우 필요하다고 응답한 경우가 53.5%, 다소 필요하다고 응답한 경우가 45.3%로 전체의 98.8%가 연계의 필요성을 지적하였다. 연계의 이유로 클라이언트에게 좀 더 다양한 서비스를 제공하기 위해서라는 응답이 60.6%로 가장 많았으며, 클라이언트 및 서비스에 대한 정보를 확보하기 위해서가 20.6%, 클라이언트를 의뢰하기 위해서가 14.1%였다. 또한 연계의 경험이 있는 경우, 응답자의 97%가 연계가 도움이 되었다고 하였다.

연계 장애요인으로 30.0%가 정보부족 및 정보체계의 미비를 지적하였으며, 그 다음으로는 지역 내 협력할 기관의 부족 및 서비스 부족을 지적하였다. 그 외에도 기관 내 인식부족 및 다양한 자원의 부족에 대한 것이 18.8%, 업무과다 및 타 분야에 대한 인식부족과 갈등에 대한 것이 각각 8.8%, 정신장애인에 대한 편견이 4.1%로 나타났다. 끝으로 연계를 활성화하기 위해 요구되는 과제와 관련하여 정보의 확대 및 정보체계의 수립에 대한 것이 40.0%로 가장 높게 나타났다. 그 다음으로는 지역 내 협력할 기관의 개발 및 서비스 개발이 27.1%, 기관 내 인식변화 및 지원확대가 14.1%, 공식적 연계를 보장하는 법규정 및 협의체 마련이 7.6%, 타 분야의 인식개선 및 이해확대가 7.2%, 기관 내 업무량 축소가 2.9%로 나타났다.

이상의 결과를 통해, 대부분의 정신보건사회복지사들이 클라이언트에 대한 다양한 서비스 제공 및 정보제공과 의뢰를 위해 연계가 필요하다고 생각하고 있으나, 현실적으로 연계에 필요한 정보부족과 협력기관의 부족, 관련 전문가들의 인식부족으로 어려움을 겪고 있음을 알 수 있다. 또한 이러한 문제를 극복하기 위해서는 무엇보다 정보체계를 구축하고 협력가능 기관을 확대하며, 기관에서 연계를 공식업무로 인정해주는 지원이 필요함을 보여주고 있다.

<표 6> 연계에 대한 인식

내 용	구 분	N(%)
연계 필요성	① 매우 필요하다	91(53.5)
	② 다소 필요하다	77(45.3)
	③ 필요성을 별로 느끼지 못한다	1(0.6)
	④ 전혀 필요성을 느끼지 못한다	1(0.6)
연계 이유	① 클라이언트 및 서비스에 대한 정보를 확보하기 위해서	35(20.6)
	② 클라이언트를 의뢰하기 위해서	24(14.1)
	③ 클라이언트에게 좀더 다양한 서비스를 제공하기 위해서	103(60.6)
	④ 클라이언트를 위한 자금 및 후원금을 동원하기 위해서	2(1.2)
	⑤ 지역내 공동프로그램/공동사업을 계획·협의하기 위해서	6(3.5)
연계 효과성	① 매우 도움이 되었다	74(43.5)
	② 다소 도움이 되었다	91(53.5)
	③ 별로 도움이 안되었다	5(3.0)
	④ 전혀 도움이 안되고 오히려 방해가 되었다	0(0.0)
연계 장애요인	① 정보부족 및 정보체계의 미비	51(30.0)
	② 업무과다	15(8.8)
	③ 타 분야에 대한 인식부족과 갈등	15(8.8)
	④ 기관 내 인식부족 및 다양한 자원의 부족	32(18.8)
	⑤ 지역 내 협력할 기관의 부족 및 서비스 부족	46(27.1)
	⑥ 정신장애인에 대한 편견	7(4.1)
	⑦ 무응답	4(2.4)
향후과제	① 정보의 확대 및 정보체계의 수립	68(40.0)
	② 기관 내 업무량 축소	5(2.9)
	③ 타 분야의 인식개선 및 이해확대	12(7.1)
	④ 기관 내 인식변화와 지원확대	24(14.1)
	⑤ 지역 내 협력할 기관의 개발 및 서비스 개발	46(27.1)
	⑥ 공식적 연계를 보장하는 법규정 및 협의체 마련	13(7.6)
	⑦ 무응답	2(1.2)

3) 개인요인과 조직요인에 따른 서비스 연계의 차이

(1) 개인요인에 따른 서비스 연계의 차이

정신보건사회복지사의 개인요인에 따른 서비스 연계의 차이를 살펴보면 <표 7>과 같다. 표에서 보는바와 같이, 성별에서는 정보교환을 제외한 모든 영역에서 여성보다 남성이 연계정도가 높았다. 그러나 통계적으로 유의미한 차이를 보인 것은 클라이언트 의뢰에 대한 것이었다($p < 0.05$).

<표 7> 개인요인에 따른 서비스 연계의 차이

개인 특성	구분	N	정보교환	CT 의뢰	자금동원	공동협의	총 연계
			M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
성별	·남성	35	30.74(59.90)	28.54(52.02)* ¹⁾	8.29(19.55)	14.91(50.78)	82.49(172.04)
	·여성	135	34.89(55.51)	9.70(13.86)	4.36(9.58)	5.24(8.87)	34.89(55.51)
연령	·30세 미만	98	13.29(25.80)	9.87(15.52)	4.18(10.30)	5.29(9.29)	32.62(47.93)
	·40세 미만	51	30.14(63.83)	21.65(43.85)	6.94(16.91)	12.22(42.44)	70.94(153.32)
	·50세 미만	15	16.33(30.66)	10.93(7.16)	4.53(5.08)	4.47(6.00)	36.27(35.97)
	·50세 이상	6	18.50(29.53)	13.83(23.16)	8.50(10.17)	4.33(5.28)	45.17(56.07)
학력	·전문대 졸	4	16.25(12.12)** ²⁾	26.00(36.26)***	2.25(2.63)**	12.25(13.35)***	56.75(58.66)***
	·대졸	75	13.65(38.05)	8.51(13.49)	4.00(9.67)	4.59(7.53)	30.75(55.76)
	·대학원 재	28	12.79(21.93)	11.71(16.55)	1.46(2.46)	2.93(3.60)	28.89(33.45)
	·대학원 졸	54	19.96(32.28)	14.07(13.96)	7.13(12.73)	6.96(12.18)	48.13(59.14)
	·박사과정이상	9	73.00(105.94)	53.11(97.32)	15.89(32.18)	42.00(97.37)	184.00(321.84)
직위	·관리자급	81	23.56(46.78)	18.65(36.66)* ¹⁾	8.06(16.06)**	10.58(4.18)	60.85(122.66)*
	·일반사회복지사	89	14.31(36.38)	8.96(13.53)	2.53(6.56)	4.18(6.01)	29.68(52.01)
정신 보건 경력	·5년 미만	81	17.27(40.72)	12.23(17.88)** ²⁾	3.95(9.87)	6.12(10.15)**	39.57(64.73)**
	·10년 미만	56	17.18(33.13)	11.05(16.51)	4.50(8.74)	4.00(5.42)	36.73(53.02)
	·15년 미만	13	48.15(83.03)	41.00(78.68)	14.23(30.38)	33.15(81.94)	136.54(266.50)
	·15년 이상	14	8.36(8.43)	7.93(7.95)	7.21(9.03)	3.79(5.67)	27.29(20.26)
현기 관 경력	·5년 미만	111	22.20(49.27)	16.13(32.91)	4.99(13.76)	9.04(29.89)	52.35(112.52)
	·10년 미만	39	8.87(12.47)	7.26(8.00)	5.10(9.87)	3.49(4.75)	24.72(29.67)
	·15년 미만	7	38.14(45.09)	20.57(19.18)	6.29(6.85)	8.14(7.78)	73.14(58.40)
	·15년 이상	13	8.08(7.73)	7.00(7.44)	6.23(8.58)	2.54(3.36)	23.85(13.47)
자각 증	·없음	55	16.51(33.56)	13.07(19.69)	3.09(5.64)	4.62(7.39)* ¹⁾	37.29(55.55)
	·있음	112	20.28(45.80)	14.12(30.94)	6.28(14.58)	8.52(29.58)	49.19(108.51)
사례 수	·10미만	40	18.83(51.08)	14.75(46.87)	5.50(16.27)	11.18(47.24)	50.25(157.26)
	·30미만	72	22.13(47.75)	13.25(18.60)	5.00(10.97)	6.33(10.51)	46.71(75.08)
	·50미만	19	14.16(16.95)	11.79(12.47)	5.37(13.82)	9.21(14.59)	40.53(52.48)
	·50이상	25	18.04(28.33)	17.92(22.84)	3.72(4.58)	4.56(5.02)	44.24(41.13)
주요 업무	·사정/개별업무	44	23.14(45.23)	17.86(21.00)	4.75(11.25)	6.32(13.31)	52.07(76.61)
	·집단 업무	58	8.03(16.66)	6.59(8.64)	3.76(9.67)	3.34(5.67)	21.72(32.11)
	·가족 업무	12	12.08(10.07)	13.58(9.10)	3.75(4.75)	3.58(3.94)	33.00(16.60)
	·지역/재활업무	56	27.73(56.84)	17.45(42.43)	7.25(16.13)	12.75(40.10)	65.18(142.05)
학회 참여	·참가 없음	8	13.88(25.57)	16.25(19.72)	2.50(3.38)	2.13(3.36)	34.75(50.49)
	·5회 미만	112	21.24(46.91)	14.71(31.65)	4.74(12.34)	8.12(29.29)	48.81(108.04)
	·10회 미만	38	11.03(15.02)	10.24(11.01)	7.76(14.88)	6.26(11.28)	35.29(44.65)
	·10회 이상	12	22.75(56.07)	11.75(27.90)	2.67(3.52)	5.42(6.17)	42.58(89.79)
연계 필요 성	·필요	168	18.86(42.01)	13.69(27.62)	5.20(12.41)	7.29(24.56)	45.04(94.14)
	·불필요	2	7.00(7.07)	4.00(2.83)	2.00(2.83)	2.00(2.83)	15.00(15.56)
연계 효과 성	·효과적	165	19.15(4.40)	13.86(27.84)	5.32(12.49)	7.42(24.77)	45.75(94.86)
	·비효과적	5	4.40(1.34)	4.20(3.19)	0.00(0.00)	1.00(1.00)	9.60(3.43)

1)은 t-value, 2)는 F-value. * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

연령은 연계의 모든 영역에서 30세 이상 40세 미만의 연령 대에서 높게 나타났으나, 통계적으로 유의미한 차이는 없었다. 학력은 모든 영역에서 통계적으로 유의한 결과가 나타났는데(p<0.01), 대체로

학력이 높을수록 연계를 많이 하고 있었으며, 특히 박사과정이상에서 가장 높았다. 직위에서는 관리자급이 일반사회복지사 보다 모든 영역에서 연계를 많이 하는 것으로 나타났으며, 이러한 차이는 클라이언트 의뢰($p<0.05$)와 자금동원($p<0.01$), 그리고 총 연계($p<0.05$)에서 통계적으로 유의미하였다. 정신보건 경력에서는 10년 이상 15년 미만에서 연계정도가 높게 나타났는데, 통계적으로 유의미한 차이는 클라이언트 의뢰, 공동협의, 그리고 총 연계에서였다($p<0.01$). 현 근무지에서 경력에 따른 차이는 정신보건 경력과 마찬가지로 10년 이상 15년 미만에서 연계정도가 높았으나, 통계적으로 의미 있는 차이는 없었다. 또한 자격증이 없는 경우보다는 있는 경우에 더 많은 연계를 하는 경향이 있었으나, 통계적으로 유의미한 차이는 공동협의에서만 나타났다($p<0.05$).

그리고 사회복지사가 담당하는 사례 수가 적을수록, 주요업무에서는 지역사회재활업무, 사정 및 개별업무, 가족업무, 집단업무의 순으로, 학회참여 여부에서는 참여한 경우에 모든 영역에서 연계정도가 높게 나타났다. 또한 대상자들이 연계가 필요성과 효과성을 느끼는 경우에 연계정도가 높았다. 그러나 이러한 요인들, 즉 사례 수, 주요업무, 학회 및 세미나 참여여부, 연계필요성 및 효과성에 대한 인식과 관련해서는 통계적으로 유의미한 차이가 없었다.

한편 이러한 차이에 대해 Scheffe 사후검증을 한 결과를 보면, 학력에서는 정보교환, 클라이언트 의뢰, 공동협의, 총 연계 수에서 박사과정 이상과 대졸, 대학원재, 대학원 졸 사이에 유의미한 차이가 있었다. 그리고 자금동원에서는 박사과정 이상과 대학원 재 사이에만 유의미한 차이가 있었다. 정신보건 분야에서의 총 경력에서는 클라이언트 의뢰, 공동협의, 그리고 총 연계수의 영역에서 5년 미만과 15년 미만, 10년 미만과 15년 미만, 15년 미만과 15년 이상 사이에 유의미한 차이가 있었다. 그러나 성별, 직위, 자격증과 관련해서는 차이가 없었다.

(2) 조직요인에 따른 서비스 연계의 차이

조직요인에 따른 연계의 차이를 살펴보면 <표 8>과 같다. 표에서 보는 바와 같이, 기관소재지, 기관 유형, 서비스 대상지역, 주요 클라이언트에서 통계적으로 유의미한 차이가 발견되었다. 즉, 소재지는 클라이언트 의뢰, 자금동원, 총 연계에서 대도시와 중소도시 보다 농어촌에 위치한 기관의 경우에 연계정도가 높았다($p<0.05$). 이러한 현상은 지역규모가 상대적으로 작은 농어촌일수록 사회복지사들간의 유대와 상호작용이 활발하고, 친분과 인맥에 기반 한 연계의 가능성이 다른 지역에 비해 높은데서 비롯된 것으로 사료된다. 기관유형은 연계의 모든 영역에서 사회복지시설이 다른 기관들에 비해 가장 높았고, 그 다음은 정신보건센터로 나타났다($p<0.01$). 이는 정신의료기관 보다는 최근 지역에서 확대되고 있는 사회복지시설과 정신보건센터의 경우에 사회복지사들이 퇴원한 정신장애인의 다양한 욕구를 충족시키기 위해 관련기관과 활발한 접촉을 시도하고 있는 현실을 반영하고 있다. 서비스 제공범위는 정보교환에서만 통계적으로 유의미한 차이가 있었는데, 즉 시·도 전체나 시·군·구 전체보다는 시·군·구 일부지역에서 연계정도가 높았다($p<0.001$). 다른 연계 하위영역에서도 시·도 전체보다는 시·군·구 전체 혹은 시·군·구 일부지역에서 연계정도가 높았다. 이는 앞서 기관소재지가 농어촌일수록 연계정도가 높다는 결과와 유사한 맥락에서 해석할 수 있다. 주요 클라이언트와 관련해서는 규성보다는 만성정신장애인을 돕는 경우에 연계정도가 높았는데, 이는 사회복지시설이나 정신보건

센터의 주요대상이 만성 정신장애인이라는 현실을 잘 반영하고 있다. 그러나 이러한 결과가 통계적으로 의미 있는 차이로 나타난 것은 자금동원에서였다($p < 0.01$).

한편, 기관연도와 병상 수, 그리고 함께 일하는 동료 사회복지사의 수에 따라서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 그러나 기관연도가 20년 이상 30년 미만의 경우에, 병상수가 적을수록, 그리고 함께 일하는 사회복지사의 수가 많을수록 연계정도가 높게 나타났다.

<표 8> 조직요인에 따른 서비스 연계의 차이

기관 특성	구 분	N	정보교환	CT 의뢰	자금동원	공동협의	총 연계
			M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
소재지	· 대도시	89	16.56(34.45)	10.45(15.89)* ²⁾	3.11(6.24)*	5.04(8.59)	35.17(53.85)*
	· 중소도시	56	14.59(21.69)	12.84(16.68)	5.75(12.73)	5.80(10.53)	38.98(49.66)
	· 농어촌	25	35.64(80.69)	26.36(59.55)	11.16(22.45)	18.20(59.41)	91.36(206.85)
기관 유형	· 정신의료기관	124	9.34(13.68)*** ²⁾	9.86(12.27)**	3.21(6.83)**	3.46(5.62)**	25.87(28.65)***
	· 정신보건센터	15	40.80(52.27)	24.73(27.31)	5.33(10.40)	13.93(15.86)	84.80(82.22)
	· 사회복지시설	26	46.54(85.09)	25.35(60.37)	12.65(24.00)	20.85(58.61)	105.38(209.59)
	· 요양시설	5	40.40(55.13)	11.00(9.27)	14.20(20.79)	9.80(7.98)	44.69(93.65)
서비스 지역	· 시도 전체	122	13.21(33.76)*** ²⁾	13.30(30.89)	4.24(11.52)	6.68(27.74)	37.43(96.92)
	· 시군구 전체	38	25.87(38.05)	14.37(16.03)	8.39(15.05)	9.42(13.43)	58.05(67.53)
	· 시군구 일부	6	94.83(111.75)	19.00(20.66)	6.83(11.57)	9.00(11.17)	129.67(152.15)
주요 CT	· 급성	20	6.80(7.37)	7.55(6.01)	1.70(3.71)** ¹⁾	3.40(5.67)	19.45(14.53)
	· 만성	121	20.78(47.26)	13.66(31.21)	6.07(14.25)	8.40(28.62)	48.91(108.38)
기관 연도	· 5년 미만	62	22.77(39.29)	13.03(19.92)	5.44(12.67)	7.08(12.61)	48.32(69.09)
	· 10년 미만	24	12.04(12.73)	14.67(15.80)	2.00(3.59)	4.29(5.03)	33.00(36.63)
	· 20년 미만	39	10.85(17.46)	11.51(13.25)	5.59(7.49)	5.59(7.49)	33.74(36.63)
	· 30년 미만	19	36.32(93.22)	23.95(68.34)	19.58(68.35)	19.58(68.35)	90.32(239.49)
	· 30년 이상	21	16.33(29.68)	9.90(14.21)	3.24(5.11)	3.24(5.11)	32.48(42.35)
병상수	· 100미만	50	31.92(68.39)	17.08(44.56)	8.50(18.83)	13.20(43.54)	70.70(160.95)
	· 300미만	47	16.60(26.34)	15.60(19.83)	5.53(11.64)	5.60(8.05)	43.32(46.43)
	· 500미만	25	13.96(22.60)	6.60(4.97)	2.76(3.91)	6.04(8.16)	29.36(31.09)
	· 700미만	19	11.16(10.42)	13.95(16.43)	3.63(4.34)	2.63(2.67)	19.75(18.96)
	· 700이상	20	6.55(7.86)	7.80(8.51)	1.70(3.63)	3.70(4.26)	19.75(18.96)
사회 복지사	· 1-2명	68	12.28(20.51)	12.28(17.74)	3.90(9.54)	4.97(8.03)	33.43(41.69)
	· 3-4명	66	19.23(36.29)	12.17(16.08)	5.80(11.76)	6.18(11.42)	43.38(62.36)
	· 5명 이상	35	30.77(71.35)	18.97(50.99)	6.57(17.50)	13.77(50.31)	70.08(178.24)

1)은 t-value, 2)는 F-value. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

한편, 이러한 차이에 대한 Scheffe 사후검증 결과를 보면, 소재지에서는 연계의 하위영역 가운데 클라이언트 의뢰, 자금동원, 그리고 총 연계에서 대도시와 농어촌 사이에 유의미한 차이가 있었다. 기관 유형에서는 연계의 하위영역 가운데 정보교환에서 정신의료기관과 정신보건센터 사이에, 정신의료기관과 사회복지시설 사이에 유의미한 차이가 있었다. 그리고 자금동원과 공동협의, 그리고 총 연계에서는 정신의료기관과 사회복지시설 사이에 유의미한 차이가 있었다. 서비스 제공범위와 관련해서는 연계의 하위영역 가운데 정보제공에서 시·도 지역 전체와 시·군·구 일부지역, 시·군·구 일부지역과 시·군·구 전체에서 유의미한 차이를 보였다. 그러나 주요 클라이언트와 관련해서는 차이가 나타나지 않았다.

4) 서비스 연계에 영향을 미치는 요인

정신보건사회복지사들의 개인요인과 조직요인이 연계에 미치는 영향을 알아보기 위해 중다회귀분석(multiple regression)을 실시하였다. 분석은 총 연계 수에 미치는 영향요인 뿐 아니라 연계의 하위 영역별로 그 영향요인을 알아보았다. 또한 본 연구에서는 앞서 제시한 기술적 분석의 결과를 고려하여, 개인요인 가운데 성별, 학력, 자격증, 주요업무를, 그리고 조직요인 가운데 기관소재지, 기관유형, 서비스제공 대상지역, 주요 클라이언트를 각각 더미로 처리하였다.

<표 9> 정보교환 및 클라이언트 의뢰에 영향을 미치는 요인

구 분		정보교환			클라이언트 의뢰		
		B	Beta	t값	B	Beta	t값
연령		-2.00	-.031	-1.99	-.514	-.121	-.752
정신보건 총 경력		2.775	.304	1.644	2.699	.448	2.355*
현 기관 총 경력		-3.464	-.420	-2.764**	-2.980	-.547	-3.503**
한달 평균 사례수		1.263E-02	.010	.125	5.126E-02	.061	.750
학회/세미나 참여횟수		-.572	-.039	-.465	-.483	-.050	-.578
성별	· 남(0=여)	4.827	.043	.441	8.081	.109	1.096
학력	· 대학원졸 이상 (0=대졸이하)	18.363	.196	1.862	12.137	.197	1.813
직위	· 일반사회복지사 (0=과장급 이상)	-5.515	-.056	-.604	-7.561	-.116	-1.221
자격증	· 있음(0=없음)	-10.380	-.106	-1.174	-6.509	-.101	-1.085
주요 업무	· 지역관련 업무 (0=개별/가족/집단)	-10.736	-.116	-1.328	-3.796	-.062	-.692
연계 필요성 인식		5.123	.063	.737	1.707	.032	.362
연계 효과성 인식		3.858	.047	.570	-.395	-.007	-.086
기관 소재지	· 농어촌 (0=도시)	31.863	.267	3.172**	19.862	.253	2.914**
기관 유형	· 비정신의료기관 (0=정신의료기관)	45.173	.457	3.824***	26.217	.402	3.269**
서비스 제공지역	· 시군구 및 일부 (0=시도지역 전체)	5.714	.057	.617	-5.652	-.085	-.899
주요 CT	· 만성/중증 (0=응급환자)	4.139	.033	.341	.722	.009	.088
기관연도		.585	.178	1.886	.311	.143	1.475
병상수		-4.4E-03	-.044	-.410	1.508E-03	.023	.206
사회복지사 수		.693	.046	.431	-.245	-.025	-.225
* p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001		R ² =.358 (F: 3.376, p=.000)			R ² =.320 (F :2.842, p=.000)		

(1) 정보교환과 클라이언트 의뢰에 미치는 영향요인 분석

정신보건사회복지사들의 개인요인과 조직요인이 정보교환 및 클라이언트 의뢰에 미치는 영향을 분

석한 결과는 <표 9>와 같다.

분석결과, 정보교환에서 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 변인은 개인요인에서 현 기관경력과, 조직요인에서 기관소재지(p<0.01)와 기관유형(p<0.001)인 것으로 나타났다. 또한 클라이언트 의뢰에 영향을 미치는 요인은 정보교환과 마찬가지로 개인요인에서 정신보건분야 총 경력(p<0.05)과 현 기관 경력(p<0.01)과, 조직요인에서 기관소재지와 기관유형(p<0.01)인 것으로 나타났다. 즉, 현재 기관에서의 경력이 짧을수록, 기관유형이 비정신의료기관(정신보건센터, 사회복지시설, 정신요양시설)인 경우에 정보교환 및 클라이언트 의뢰에 통계적으로 유의미한 영향을 미친다고 할 수 있다. 특히 클라이언트 의뢰의 경우에 정신보건의 총 경력이 많은 경우에 연계에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 분석은 F분포를 고려할 때 이 회귀방정식의 유의도 수준이 모두 유의미하였으며, 정보교환이 35.8%, 클라이언트 의뢰가 32.0%의 설명력을 보여주었다.

<표 10> 자금지원 및 공동협약에 영향을 미치는 요인

구 분		자금지원			공동협약		
		B	Beta	t값	B	Beta	t값
연령		-.378	-.193	-1.222	-.930	-.238	-1.468
정신보건 총 경력		1.220	.441	2.357*	3.201	.580	3.013**
현 기관 총 경력		-1.010	-.404	-2.627*	-2.774	-.556	-3.517**
한달 평균 사례수		-2.8E-02	-.073	-.904	-5.8E-03	-.008	-.091
학회/세미나 참여횟수		.115	.026	.306	-.449	-.051	-.581
성별	· 남(0=여)	-.784	-.023	-.235	2.423	.036	.354
학력	· 대학원졸 이상 (0=대졸이하)	7.835	.277	2.590*	11.441	.202	1.843
직위	· 일반사회복지사 (0=과장급 이상)	-5.034	-.168	-1.799	-6.881	-.115	-1.198
자격증	· 있음(0=없음)	-.357	-.012	-.132	-2.952	-.050	-.531
주요 업무	· 지역관련 업무 (0=개별/가족/집단)	-1.846	-.066	-.744	-.636	-.011	-.125
연계 필요성 인식		.821	.034	.386	-.315	-.006	-.072
연계 효과성 인식		2.313	.094	1.115	1.785	.036	.419
기관 소재지	· 농어촌 (0=도시)	9.054	.251	2.939**	18.272	.254	2.891**
기관 유형	· 비정신의료기관 (0=정신의료기관)	11.086	.371	3.060**	22.287	.373	2.997**
서비스 제공지역	· 시군구 및 일부 (0=시도지역 전체)	-1.7E-02	-.001	-.006	-6.230	-.103	-1.069
주요 CT	· 만성/중증 (0=응급환자)	4.723	.124	1.270	1.762	.023	.231
기관연도		.180	.181	1.892	.316	.159	1.617
병상수		-1.6E-04	-.005	-.048	3.64E-04	.006	.054
사회복지사 수		-.479	-.104	-.972	-.106	-.012	-.105
* p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001				R ² =.341(F: 3.132, p=.000)		R ² =.304(F :2.642, p=.001)	

(2) 자금동원 및 공동협약에 미치는 영향요인 분석

정신보건사회복지사들의 개인요인과 조직요인이 자금동원 및 공동협약에 미치는 영향을 분석한 결과는 <표 10>과 같다.

분석결과, F분포를 고려할 때 이 회귀방정식의 유의도 수준이 모두 유의미하였으며, 자금동원이 34.1%, 공동협약이 30.4%의 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 먼저, 자금동원에 통계적으로 유의미한 예측력을 가지는 변인은 개인요인에서 정신보건분야 총 경력과 현 기관경력, 그리고 학력($p < 0.05$)에서 나타났으며, 조직요인에서 기관소재지와 기관유형인 것으로 나타났다($p < 0.01$). 또한 공동협약에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 변인은 개인요인에서 정신보건 총 경력과 현 기관경력, 그리고 조직요인에서 기관소재지와 기관유형으로 나타났다($p < 0.01$). 즉, 자금동원에서 정신보건분야의 경험이 많고, 현재 기관에서 경력이 짧을수록, 학력이 높을수록, 비정신의료기관(정신보건센터, 사회복지시설, 정신요양시설)인 경우, 그리고 농어촌의 경우에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 공동협약에서는 정신보건 경력이 많고, 현재 기관에서 경력이 짧을수록, 비정신의료기관이고 농어촌인 경우 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

(3) 총 연계에 미치는 영향요인 분석

정신보건사회복지사들의 개인요인 및 기관요인이 총 연계에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 <표 11>과 같다. 분석결과, F분포를 고려할 때 이 회귀방정식의 유의도 수준이 모두 유의미했으며, 요인들의 설명력은 39.1%였다. 또한 총 연계에 통계적으로 유의미한 예측력을 가지는 변인은 개인요인에서 정신보건 총 경력 및 학력($p < 0.05$), 현 기관경력($p < 0.001$)에서, 그리고 조직요인에서는 기관소재지($p < 0.01$)와 기관유형($p < 0.001$), 기관연도($p < 0.05$)인 것으로 나타났다. 즉, 정신보건 분야의 총 경력이 많을수록, 현 기관에서 일한 경력이 짧을수록, 학력이 석사학위 이상인 경우, 그리고 기관이 농어촌에 있고, 비정신의료기관(정신보건센터, 사회복지시설, 정신요양시설)이며, 기관설립 연도가 오래된 경우에 연계에 영향을 주는 것으로 나타났다. 여기서 정신보건 총 경력이 연계에 영향을 미친다는 것은 경력이 많을수록 관리자급의 위치에 있을 가능성이 높고 학력에서도 고학력일 가능성이 있기 때문으로 사료된다. 즉, 이러한 가능성은 앞서 개인요인에 따른 연계의 차이를 분석한 결과에서도 일반사회복지사보다는 관리자급이, 그리고 학력이 낮은 경우보다는 높은 경우에 연계정도가 높다는 결과를 통해서도 유추할 수 있다. 또한 현 기관에서 일한 경험이 짧을수록 연계에 영향을 미친다는 점은 최근 신설되고 있는 비정신의료기관(정신보건센터와 사회복지시설)에서 일하는 사회복지사들이 대부분 젊은 연령층이고, 이들이 수행하는 업무 또한 정신장애인들의 심리사회적 재활 및 직업재활을 위해 지역의 다양한 기관을 접촉하는 경우가 많기 때문으로 생각된다.

이상의 결과는 장애인복지기관의 연계에는 사회복지사의 경력이 영향을 미친다는 연구(이현주, 1998)와 정신보건사회복지사들의 연계에는 사회복지사의 지역자원에 대한 지식과 경력, 그리고 담당 사례 수 및 조직규모가 영향을 미친다는 연구(강순영, 2000), 그리고 가정폭력기관들간의 연계에는 조직형태가 영향을 미친다는 연구(김인숙 외, 1999)를 통해서도 확인할 수 있다.

<표 11> 총 연계에 영향을 미치는 요인

구 분		정보교환		
		B	Beta	t값
연령		-2.022	-.137	-.900
정신보건 총 경력		9.895	.473	2.626*
현 기관 총 경력		-10.229	-.541	-3.656***
한달 평균 사례수		3.020E-02	.010	.134
학회/세미나 참여횟수		-1.389	-.042	-.506
성별	· 남(0=여)	14.546	.057	.600
학력	· 대학원졸 이상 (0=대졸이하)	49.775	.232	2.261*
직위	· 일반사회복지사 (0=과장급 이상)	-24.991	-.110	-1.227
자격증	· 있음(0=없음)	-20.198	-.090	-1.024
주요 업무	· 지역관련 업무 (0=개별/가족/집단)	-17.014	-.080	-.943
연계 필요성 인식		7.339	.040	.473
연계 효과성 인식		7.561	.041	.501
기관 소재지	· 농어촌 (0=도시)	79.051	.290	3.526**
기관 유형	· 비정신의료기관 (0=정신의료기관)	104.764	.463	3.973***
서비스 제공지역	· 시군구 및 일부 (0=시도지역 전체)	-6.185	-.027	-.299
주요 CT	· 만성/중증 (0=응급환자)	11.347	.039	.419
기관연도		1.391	.185	2.010*
병상수		-2.7E-03	-.012	-.113
사회복지사 수		-.137	-.004	-.038
* p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001		R ² =.391 (F: 3.883, p=.000)		

<표 12> 총 연계에 영향을 주는 요인들의 단계별 회귀분석

구 분	총 연계 수			
	B	Beta	t값	t값 유의도
정신보건 총 경력	9.405	.449	3.557	.001
기관유형	81.772	.361	4.466	.000
기관소재지	77.406	.284	3.616	.000
학력	43.308	.202	2.666	.009
현 기관 총경력	-3.193	-.169	-2.034	.044
R ² =.338 (F : 13.150, p=.000)				

한편, 총 연계정도를 가장 잘 설명할 수 있는 요인을 알아보기 위해 단계적(stop-wise) 회귀분석을 실시하였는데, <표 12>에서 보는 바와 같이 정신보건 총 경력, 기관유형, 기관소재지, 학력, 현 기관 경

력이 예측요인으로 나타났다. 즉, 이 요인들이 총 연계를 33.8%가량 설명할 수 있으며, 다른 요인들은 전체적인 영향력에 유의미한 변화를 일으키지 않는다는 것을 나타낸다. 또한 요인들 중에서 기관유형이 Beta값 .449로 가장 영향력이 컸으며, 기관유형이 Beta값 .361의 순으로 나타났다. 이것은 정신보건 분야의 경력이 많고, 비정신의료기관(사회복지시설, 정신보건센터, 정신요양시설)이고, 기관이 농어촌에 있고, 학력이 높으며, 현 기관의 경력이 짧을수록 연계에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다.

5. 결론 및 고찰

본 연구는 정신보건사회복지사들의 서비스 연계실태 및 그 관련요인들을 알아보기 위한 것이다. 이를 위해서 선행연구와 우리나라 정신보건의 현실을 고려하여 연계 관련요인으로 정신보건사회복지사 개인요인(성별, 연령, 학력, 직위, 정신보건 경력, 현 기관경력, 자격증, 사례 수, 주요업무, 학회참여, 연계필요성과 효과성 인식)과 조직요인(소재지, 기관유형, 서비스 제공지역, 주요 클라이언트, 기관연도, 병상 수, 사회복지사 수)으로 나누어 살펴보았다. 연구의 주요결과는 다음과 같다.

첫째, 정신보건서비스 연계실태를 살펴보면, 연계정도에서 정보교환이 가장 높게 나타났으며, 클라이언트 의뢰가 그 다음으로 높았다. 그러나 공동협의와 자금동원은 상대적으로 적게 나타났다. 정신보건사회복지사들이 소속되어 있는 기관유형별로는 정신의료기관의 경우에 정신보건센터 및 사회복지시설과, 정신보건센터와 사회복지시설의 경우는 정신의료기관과 연계하는 경향이 높았다. 특히 정신보건센터에서는 정신의료기관 이외에 읍·면·동사무소 및 고용직업기관, 사회복지시설에서는 가족자조모임과 읍·면·동사무소, 그리고 정신요양시설에서는 보건의료기관 및 자원봉사기관, 시·군·구청과의 접촉이 두드러졌다. 접촉은 전화로 이루어지는 경우가 가장 많았고, 대부분이 주도적으로 연계하고 있었다. 연계경로는 대부분 기관에 대한 홍보물과 친분을 바탕으로 이루어지고 있었으며, 접촉대상은 관리자보다는 일선 담당자인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 연계기능을 활성화하기 위해서는 연계의 내용을 다양화하고, 연계의 방법과 절차를 공식화하며, 지역의 다양한 기관들을 연계대상에 포함시켜야 하는 과제를 시사해주고 있다.

둘째, 연계에 대한 인식과 관련하여 대부분의 응답자들이 연계의 필요성을 느끼고 있으며, 그 이유로 클라이언트에게 다양한 서비스를 제공하고, 관련 정보를 확보하며, 클라이언트를 의뢰하기 위해서라고 지적하고 있다. 연계를 방해하는 요인으로는 정보체계의 부족을 가장 많이 지적하였고, 기관 내 인식 및 지원의 부족과 협력대상 기관의 부족을 들었다. 연계활성화를 위한 향후과제로 정보확대 및 정보체계의 수립을 가장 많이 지적하였으며, 그 다음으로는 협력대상기관의 개발, 기관 내 인식변화 및 지원확대를 지적하였다. 이러한 결과는 대부분의 정신보건사회복지사들이 연계에 대해 매우 긍정적으로 받아들이고 있지만, 실제적으로 연계에 필요한 제반여건이 갖추어져 있지 않음을 보여주고 있는 것이다.

셋째, 정신보건사회복지사들의 개인요인과 조직요인에 따른 연계의 차이를 살펴보면, 개인요인에서 성별, 학력, 직위, 정신보건 경력, 정신보건전문요원 자격증에서 의미 있는 차이가 발견되었다. 즉, 여

성보다 남성이(의미 있는 차이: 클라이언트 의뢰), 학력이 높을수록(모든 영역), 일반 사회복지사보다는 관리자급인 경우(클라이언트 의뢰, 자금지원), 정신보건 경력이 10년 이상에서 15년 미만인 경우(클라이언트 의뢰, 공동협의), 그리고 정신보건전문요원 자격증이 있는 경우(공동협의)에 상대적으로 연계정도가 높았다. 그리고 총 연계만을 보았을 때, 학력과 직위, 그리고 정신보건 경력에 따라 차이가 있었다. 한편, 조직요인에 따른 차이를 살펴보면, 소재지, 기관유형, 서비스 제공지역, 주요 클라이언트에서 의미 있는 차이가 발견되었다. 즉, 대도시나 중소도시보다는 농어촌인 경우(의미 있는 차이: 클라이언트 의뢰, 자금지원)에서, 사회복지시설인 경우(모든 영역), 서비스 제공지역이 시·군·구 일부인 경우(정보교환), 주요 클라이언트가 만성 정신장애인인 경우(자금지원)에 상대적으로 연계정도가 높았다. 그리고 총 연계만을 보았을 때, 소재지와 기관유형에서 차이가 나타났다. 이러한 결과를 통해서, 정신보건사회복지사들이 여성보다는 남성이고, 학력이 높으며, 정신보건 분야에서의 경험이 많은 경우에, 그리고 기관이 농어촌에 위치하고 있고 정신의료기관보다는 신설되고 있는 사회복지시설과 정신보건센터인 경우에 사회복지사들이 연계를 많이 하고 있음을 알 수 있다.

넷째, 정신보건사회복지사들의 개인요인과 조직요인이 연계의 하위영역(정보교환, 클라이언트 의뢰, 자금지원, 공동협의)에 미치는 영향을 알아본 결과, 정보교환과 클라이언트 의뢰 모두에서 개인요인으로 현 기관경력과 조직요인으로 기관소재지 및 기관유형이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한 클라이언트 의뢰에서는 정신보건 총 경력도 영향요인이었다. 즉, 현재 기관에서 일한 경력이 짧고, 정신보건 총 경력이 많은 경우(클라이언트 의뢰만 해당), 그리고 비정신의료기관(정신보건센터·사회복지시설·정신요양시설)인 경우에 정보교환과 클라이언트 의뢰에 영향을 미쳤다. 한편, 자금지원에서 개인요인으로 정신보건 총 경력, 현 기관 경력 및 학력이, 조직요인으로 기관소재지 및 기관유형이 영향을 미쳤다. 그리고 공동협의에 영향을 미치는 요인은 개인요인에서 정신보건 총 경력과 현 기관 경력이었으며, 조직요인으로는 기관소재지 및 기관유형이었다. 즉, 자금지원 및 공동협의 모두에서 정신보건 총 경력이 많고, 현재 기관에서 경력이 짧을수록, 기관이 농어촌에 위치하고 비정신의료기관인 경우에 영향을 미쳤으며, 특히 자금지원에서는 학력이 대학원 이상인 경우에도 영향을 미치는 것으로 나타났다.

다섯째, 총 연계에 미치는 영향요인을 분석한 결과, 정신보건사회복지사 개인요인으로 정신보건 경력, 현 기관경력과 학력이, 그리고 조직요인으로 기관소재지 및 기관유형, 기관연도가 통계적으로 의미 있는 영향을 주는 것으로 나타났다. 즉, 정신보건 분야의 경력이 많을수록, 현 기관에서 일한 경력이 짧을수록, 학력이 대학원 이상인 경우, 기관이 농어촌에 소재하고, 비정신의료기관이며, 설립연도가 오래된 경우에 영향을 주는 것으로 나타났다. 정신보건분야의 경력이 많을수록 연계에 영향을 미친다는 결과는 경력이 많을수록 관리자급이나 슈퍼바이저의 위치에 있을 가능성이 높고, 고학력일 가능성도 높다는 점과 관련이 있다. 앞서 기술적 분석에서 나타났듯이 일반사회복지사보다는 관리자급이, 그리고 학력이 높을수록 연계정도가 높다는 결과가 이를 뒷받침해 준다. 그리고 현 기관에서 일한 경험이 짧을수록 연계에 영향을 미친다는 결과는 최근 신설된 비정신의료기관의 사회복지사들이 대체로 젊은 연령층이고, 만성 정신장애인들의 재활을 위해 지역의 다양한 기관을 접촉해야 하는 경우가 많기 때문인 것으로 사료된다. 한편, 총 연계정도를 가장 잘 설명할 수 있는 요인을 알아보기 위해 단계

적(step-wise) 회귀분석을 한 결과 정신보건 총 경력, 기관유형, 기관소재지, 학력, 현 기관 경력이 예측요인으로 나타났으며, 요인들의 설명력은 33.8%였다.

이상의 결과를 바탕으로 정신보건사회복지사들의 서비스연계에 대한 관심을 제고하고, 효과적인 연계방안을 모색하기 위한 몇 가지 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 정신보건서비스 연계를 위한 공식적 협의체를 마련해야 한다. 우리나라에는 현재 정신의료기관을 비롯하여 정신보건센터, 사회복지시설, 정신요양시설 등의 정신보건기관이 있다. 그러나 본 연구에서 나타난 바와 같이, 정신보건사회복지사들의 서비스 연계가 대부분 기관의 홍보물이나 친분에 의해서 비공식적으로 이루어지고 있으며, 공식적인 협의체나 모임을 통해 이루어지는 경우는 거의 없다. 따라서 지역별로 정신보건서비스 연계를 위한 협의체를 구성하여 연계가 공식적이고, 체계적으로 이루어질 수 있도록 제도적 장치를 마련해야 한다. 또한 연계를 활성화하기 위해서는 이를 주도하는 핵심기관을 설정하는 것이 필요하다. 이것은 현재 사회복지시설과 정신보건센터에서 연계가 활발한 점을 감안하여, 이 두 기관을 지역실정에 따라 연계의 핵심기관으로 설정하는 방안을 폭넓게 논의해야 할 것이다.

둘째, 정신보건서비스 연계를 가능하게 하는 정보망을 마련해야 한다. 본 연구에서도 나타났듯이, 정신보건사회복지사들이 정보체계의 부족으로 인해 연계에 어려움을 겪고 있다. 따라서 정신보건서비스 및 관련기관에 대한 정보를 수집하고, 이를 데이터베이스화하는 작업을 해야 한다. 이러한 정보망은 지역의 정신장애인 및 가족, 그리고 일반인들이 쉽게 접근하고 활용할 수 있도록 정보지도와 목록을 만드는 것 뿐 아니라, 전문가들이 클라이언트에 대한 정보를 공유하고 협력할 수 있도록 해야 한다. 그러나 정보체계를 마련하는 과정에서 정신장애인의 신상이 쉽게 노출되거나 사생활이 침해되지 않도록 예방조치를 함께 강구해야 할 것이다.

셋째, 연계업무가 정신보건사회복지사의 공식업무로 인정될 수 있도록 관련 기관들은 지원을 확대하고 인식을 달리해야 한다. 현재 대부분의 정신보건기관들은 소수의 인력으로 많은 사업을 수행하고 있기 때문에, 이 같은 실정에서는 기관 내 업무뿐 아니라 지역 내 연계업무를 제대로 수행할 수 없다. 따라서 앞으로 사회복지사들의 연계업무를 활성화하기 위해서는 일차적으로 기관 안에서부터 연계의 필요성과 중요성을 인식하고, 연계업무가 일상의 공식업무로 자리잡을 수 있도록 그 시간적, 재정적, 관리차원의 지원을 확대해야 한다.

넷째, 서비스 연계의 내용을 다양화하고, 연계 대상기관을 확대해야 한다. 현재 정신보건사회복지사들의 연계는 주로 정보교환과 클라이언트 의뢰에 집중하고 있다. 또한 주로 정신의료기관과 신설된 정신보건기관 사이에 연계가 많이 이루어지고 있다. 따라서 앞으로 정신장애인 및 가족의 보건 및 복지욕구를 충족시키고 서비스전달의 효과성을 제고하기 위해서는 정신보건기관의 고유한 기능과 서비스를 충분히 고려하여 정보교환과 클라이언트 의뢰 뿐 아니라 자금동원과 후원을 확대하고 기관들간의 공동사업과 공동프로그램을 확대하는 노력을 해야 한다. 또한 다양한 복지관련 기관들과 사회단체들과도 연계할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

다섯째, 이상의 제안이 현실화되는 과정에서 우선 몇 가지 사항을 고려해야 할 것이다. 즉, 조사결과에서 나타난 바와 같이, 연계업무는 지역사회와의 접촉이 활발한 정신보건센터 및 사회복지시설에

서 정신보건 경력이 많거나, 학력수준이 상대적으로 높은 관리직급에서 연계업무를 강화할 필요가 있다. 특히, 서비스제공범위가 넓은 도시보다는 지역범위가 좁은 농어촌에 위치한 정신보건센터 혹은 사회복지시설에서부터 지역의 관련기관들과 협의체를 구성하고 연계를 활성화하는 노력이 필요하다. 또한 이러한 서비스연계가 활성화될 수 있도록 정부 및 지방자치단체에서 시범지역을 선정하여 예산지원과 행정지원을 하는 방안도 고려해야 할 것이다.

끝으로 본 연구는 정신보건 서비스연계에 대한 논의가 이제 시작되는 시점에서 수행된 연구로서, 서비스연계에 영향을 미칠 수 있는 변인들을 충분히 포괄하고 있다고는 할 수 없다. 또한 현재 사회복지 서비스연계를 측정하는 객관적인 척도가 없기 때문에, 선행연구들과 마찬가지로 본 연구에도 연계의 개념정의 및 관련변인의 설정, 그리고 측정방법에 연구자의 주관적인 견해가 포함되어 있을 것이라는 점을 밝혀두고자 한다. 따라서 이 연구를 계기로 후속연구에서는 좀더 다양한 측면에서 연계 실태 및 관련요인을 분석하며, 관심 있는 전문가들의 활발한 논의를 통해서 연계를 측정하는 객관적인 도구가 개발되기를 기대한다. 또한 실천현장에서도 이 연구를 계기로 정신보건 서비스연계에 대한 인식을 새롭게 하고, 우리문화와 지역실정에 맞는 연계방안에 대한 논의 및 시도가 계속 이어지길 기대한다.

참 고 문 헌

- 강순영. 2000. "정신보건 사회복지사의 서비스 연계에 영향을 미치는 요인", 석사학위논문, 가톨릭대학교.
- 김인숙 외. 1999. "가정폭력 피해자를 위한 서비스 네트워크 모델 개발", 『한국가족복지학』 제3호.
- 김재엽·박수경. 2001. "가정폭력 관련 기관들의 서비스 연계실태와 관련요인", 『한국사회복지학』 제47호.
- 박경숙. 1996. "사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스 연계에 영향을 미치는 요인들: 중·소도시, 농촌의 사회복지전문요원을 중심으로", 『한국사회복지학』 제30호.
- _____. 2000. 『가정폭력 감소를 위한 서비스 연계모델 개발』, 보건복지부.
- 박미은·박귀서. 1999. "정신질환자를 위한 사례관리에서 자원활용에 관한 연구", 『정신보건과 사회사업』 제8집, pp. 79-104.
- 박미진. 2000. "정신장애인 재활서비스의 계속성에 영향을 미치는 요인", 석사학위논문, 부산대학교.
- 박영관·황정임. 2000. "여성에 대한 폭력관련 상담소의 서비스 연계실태 및 연계관련요인", 『한국사회복지학』 제43호.
- 양옥경. 2000. "광증정신보건을 위한 지역사회 정신건강 모형개발연구", 『정신보건과 사회사업』 제9집, pp. 79-96.
- 이선훈. 2000. "지역사회 정신보건사업에서 서비스 조정전략", 『정신보건과 사회사업』 제9집, pp. 127-152.
- 이정호 외. 1995. "보건·의료·복지의 통합적 접근방안 연구", 국립사회복지연수원.
- 이현주. 1998. "사회복지조직 구성원의 조직간 관계: 장애인복지 관련조직을 중심으로", 박사학위논문, 서울대학교.
- 이현주 외. 2000. 『지역단위 사회복지 관련 서비스 연계체계 모형개발』, 한국보건사회연구원.
- 조애저 외. 1996. 『지역단위 사회복지 서비스 연계체계 구축방안』, 한국보건사회연구원.
- Abramson, J. S. & Rosenthal, B. 1995. "Interdisciplinary and Interorganizational Collaboration. in R. L. Edwards(ed.) *Encyclopedia of Social Work*(19ed.). pp. 1479-1489.
- Bailey and Koney. 1996. "Interorganizational Community-based Collaborations: A Strategic Response to Shape the Social Work Agenda", *Social Work*. 40(6). pp. 602-611.
- Beatrice, Dennis F. 1990. "Inter-Agency Coordination: A Practitioner's Guide to a Strategy for Effective Social Policy", *Administration in Social Work*. Vol. 14(4), pp. 45-59.
- Bojje, David M. & Whetten, Davie A. 1981. "Effects of Organizational Strategies and Contextual Constraints on Centrality and Attributions of Influence Interorganizational Networks", *Administrative Science Quarterly*. 26. pp. 378-395.
- Bruner, C. 1991. *Thinking Collaboratively: Ten Questions and Answers to help Policy Makers improve Children's Services*. Washington D. C.: Education and Human Services Consortium.
- Daka-mulwanda, Vai, Thornburg, Kathy R, Filbert, Laura, & Klein, Tanna. 1995. "Collaboration of Services for Children and Families: A Synthesis of Recent Research and Recommendation", *Family Relation*. vol 44(2).
- Foster-Fishman, P., Salem, D. A., Allen, N. A., & Fahrbach, K. 2001. "Facilitating Inter-organizational

- Collaboration: the Contributions of Inter-organizational Alliances", *American J of Community Psychology*. 29(6). pp. 875-905.
- Franklin, Cynthia & Streeter, Calvin L. 1995. "School Reform: Linking Public School with Human Services", *Social Work*. 40(6). pp. 773-781.
- Glisson, C. & James, L. 1992. "The Interorganizational Coordination of Services to Children in State Custody. in D. Bargal & H. Schmid(Eds.) *Organizational Change and Development in Human Service Organizations* (pp. 65-80). New York: The Haword Press.
- Gray, B. 1989. *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hansfeld and English(eds.). 1983. *Human Service Organizations: A Book of Readings*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Harbert, A, Finngan, D, and Tyler, N. 1997. "Collaboration: A Study of A Children's Initiative", *Social Work*, Vol. 40(6).
- Kagan, S.L. 1991. *United We Stand: Collaboration for Child Care and Early Education Services*. New York: Teachers College Press.
- Knoke, D. & Kuklinski, J. 1982. *Network Analysis*. CA: Beverly Hills, Sage Pub.
- Morrissey, Joseph P. 1998. *Research in Community and Mental Health*. Vol. 9, JAI Press INC.
- Neugaboren, B. 1990. Introduction: Coordination Human Services Delivery. *Administration in Social Work*, 14(4), 1-7.
- Socular, R. 2002. "Collaboration: the End or the Means?", *J of Public Health Management and Practice*. 8(1).
- Streeter, C. K. & Gillespie, D.F. 1992. "Social Network Analysis", *Administration in Social Work*.
- Test, Mary Ann & Scott, R. 1990. *Theoretical and Research Basis of Community Care Program*, Cambridge University Press. pp. 11-16.
- Van Hook, M.P. & Ford, M.E. 1998. "the Linkage Model for Delivering Mental Health Services in Rural Communities: Benefits and Challenges", *Health and Social Work*. 23(1), pp. 53-60.
- Van de Ven, A. & Ferry, D. 1980. *Measuring and Assessing Organizations*. A Wiley Interscience Pub.
- Woodard, K.L. & Doreian, P. 1994. "Utilizing and Understanding Community Service Provision Networks: A Report of Three Case Studies Having 583 Participants", *J of Social Service Research* 18(3). pp. 1-41.

A Study of Influencing Factors on Linking Services among Mental Health Social Workers

Park, Mi-Eun

(Professor, Dept. of Social Welfare, Honam University)

This article investigates 170 mental health social workers in order to find out the current status and influencing factors on linking services. The social workers of this study work at different kinds of mental health organizations(mental hospitals, mental health centers, mental rehabilitation facilities, mental residential facilities). The result from the research were 1) the degree of linking services is low, and the primary type of coordination is sharing of information and client referrals. The fund-raising and joint project cases are very poor. 2) based on personal and organizational characteristics, there are significant differences between respondents' sex, education level, job-related status, experience in mental health field, mental health licence(personal factors), location, type of organization, and type of primary client(organizational factors). 3) the factors affecting service coordination among mental health social workers are experience in mental health field, current job-related experience(personal factors), education, location of organization, type of organization, and history of organization(organizational factors). Finally, the research recommends that establishment of cooperation system, service delivery system, and information network is needed in order to enhancing the function of service coordination among mental health social workers. Also, mental health professional associations and agencies should provide opportunity of discussion and training for mental health social workers, and develop the institutional devices to expand the content and type of service coordination.

[접수일 2002.7.6 게재확정일 2002.11.1]