한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare, Vol. 68, No. 4, 2016. 11, pp. 199-224

정신보건센터 사례관리 실천의 조직화에 관한 제도적 문화기술지*

하 지 선
(제도와 사람 연구소)

[요 약]

본 연구는 현 정신건강증진센터 사례관리가 탈원화와 사회복귀의 측면에서 한계를 보이는 현상을 제도적 맥락에서 이해해보고자 사례관리 실천의 제도적 조직화를 탐구한 연구이다. 이를 위해 제도적 문화기술지(Institutional Ethnography)의 연구방법을 적용하여, 11명의 연구 참여자와의 심층면접과 3개월간의 현장관찰을 통해 얻어진 일 지식과 텍스트 자료를 분석하였다.

분석 결과, 정신건강증진센터 사례관리 실천의 한계는 효율 담론(신공공관리론)과 생의학 담론이 담지된 표준화 정책, 치료율 향상 정책, 성과주의 예산 방식, 성과 평가 체계, 인프라 기능 분할 및 연속적 연계 정책, 복지 자원 연계에 대한 무계획으로부터 텍스트적 실천을 통해 조형되었다. 제도적 조직화의 결과로써 드러난 정신건강증진센터 사례관리는 욕구의 재단과 획일화, 의료적 욕구의 편향, 접촉의 표피화, 사회복귀의 비연속적·미포괄적 지원의 특성을 띠고 있었는데 이는 그간 정책적으로 표방되어 온 사례관리의 유용성과는 간극이 크다.

연구 결과에 따라, 생의학 담론 및 효율 담론의 영향력에 주목하고, 대안 담론을 토대로 한 새로운 정책과 전략의 고안, 성과 관리 체계의 변화, 현장 텍스트들의 재검토와 내용의 재구성, 정신질환자 지원에 대한 사회적 관점의 고취, 새로운 사례관리 사업에 대한 논의의 활성화 등을 제언하였다.

주제어 : 정신건강증진센터 사례관리, 제도적 문화기술지, 생의학 담론, 효율 담론, 관리주의, 성과주의

* 이 논문은 필자의 박사 학위 논문을 수정·요약 한 것임

1. 서론

현재 우리나라에서 중증정신질환자에 대한 서비스는 정신요양원, 정신의료기관, 정신건강증진센터[1], 사회복귀시설의 인프라를 통해 이루어지고 있으며, 이중 (기초)정신건강증진센터는 "정신질환자의 재활·사회복귀를 위한 공공정신보건서비스 수행(보건복지부, 2016)" 기관으로 정신보건시설 간 연계체계 구축을 포함하여 정신질환자의 "사례관리"를 주요 기능으로 한다.

'사례관리'는 지역사회 내 공식적·비공식적인 자원을 개발하고 연계하여 정신질환자의 의료적 욕구 뿐 아니라 재활, 소득, 고용, 주택, 직업 등의 광범위하고 복합적인 욕구에 통합적으로 부응하는 서비스 제공 방법으로 그 유용성을 인정받아(민소영, 2012) 중증정신질환자의 '탈원화'와 '사회복귀'를 위해 지역 정신보건 사업에 적극적으로 도입되어 왔다. 서구의 경우 1960년대에 지역정신보건 패러다임으로의 전환과 더불어 지역사회 지지체계를 구축하는 핵심 장치로 도입되었고 우리나라의 경우에도 1995년 정신보건법 제정 이후 정신보건센터 중증정신질환자 사업에 도입되어 2016년 현재 전국 224개의 정신건강증진센터에서 필수 사업으로 운영 중에 있다(보건복지부, 2016).

중증정신질환자들이 장기입원과 질환을 이유로 사회의 여러 단위에서 배제되어 왔고 참여의 기회가 박탈되어 왔음을 상기해 보면, 주거지원, 경제적 지원, 직업재활, 취업, 교육, 사회보장, 여가활동과 같은 다양한 자원들을 포괄적이고 연속적으로 조정·연결하여 궁극적으로 정신질환자들의 탈원화와 사회복귀를 이끄는 '정신보건센터 사례관리'는 매우 중요한 서비스이다. 그래서 혹자는 정신보건센터의 사례관리를 "지역사회 정신보건사업의 꽃(이기연, 2011)"이라고도 표현한다.

그러나 현재 정신건강증진센터 사례관리는 기대만큼의 성과를 보고하지 못하고 있다. 사례관리에 관한 평가는 탈원화와 사회복귀의 전반적인 정신보건 정책 및 평가 안에서 살펴보아야 하는데 우선, 병상수와 정신의료기관은 여전히 증가상태에 있다. 국공립정신병원, 사립정신병원, (종합)병원 정신과, 정신과의원을 포함하는 정신의료기관은 2001년 822개소에서 2012년 1,280개소로 지속적으로 증가상태에 있고, 2001년 46,472병상에서 2012년 84,220병상으로 거의 2배수의 증가를 보인다(한국장애인개발원, 2014). 재원기간 또한 좀처럼 감소하고 있지 않다. 우리나라 정신보건기관의 평균 재원기간(중앙값)은 247일로 8개월 이상을 입원하는 것으로 나타났으며, 특히 정신요양시설은 3,693일로 평균 10년 이상을 퇴원하지 못하고 있는 것으로 나타났다[2](한국장애인개발원, 2014). 이들 지표들은 1997년부터 지역정신보건정책이 추진되었음에도 불구하고 탈원화 역행 현상이 일어나고 있음을 보여준다. 또한

1) 정신건강증진센터는 최근까지 정신보건센터로 지칭되어 왔다. 이에 본 연구에서는 역사적 전개와 선행연구 인용 시 정신보건센터라는 명칭을 그대로 사용하였고 그 외의 문맥에서는 정신건강증진센터로 표기하였다.

2) 또한 '30일 이내 재입원율'은 정신건강관리의 적절성 여부를 판단하는 지표로, 정신질환자의 입원서비스의 이용을 줄이기 위해 국가적으로 '지역사회 중심의 정책'이 얼마나 이루어지고 있는지를 단편적으로 판단하는 대리지표인데, 우리나라는 19.4%로 OECD 국가 중 30일 이내 재입원율이 가장 높은 국가로 분석되었다(한국장애인개발원, 2014).

정신질환자들은 여전히 열악한 사회적 상황에 처해있다. 추정 정신장애인의 103,894명 중 59,220명(57.0%)이 절대적 빈곤층에 놓여 있어 정신장애인의 과반수 이상이 생계가 어렵고, 89,006명(85.7%)이 비경제활동인구로써 노동시장에서의 배제수준이 높다[3](한국장애인개발원, 2014). 이러한 지표들은 정신건강증진센터의 사례관리가 실제 정신질환자의 탈원화나 사회복귀에 기여하지 못하고 있음을 가리킨다.

그렇다면 정신건강증진센터 사례관리는 왜 기대하는 만큼의 정책적 역할을 수행하지 못하고 있는 것일까? 본 연구는 정신건강증진센터 사례관리의 현 한계를 제도적 맥락에서 이해해보고자 한다. 휴먼서비스는 특정 담론을 담지한 법, 공공정책, 기관의 정책, 관행 등의 제도적 맥락[4]에 크게 영향 받아 조직화되기 때문이다. 많은 양은 아니지만 선행연구들에서 중증정신질환자에 대한 사례관리 실천의 제도적 맥락에 관한 연구들이 이루어져 왔다. 이들 연구들은 정신보건센터가 원래의 목적을 달성하지 못하는 배경으로 정신의료기관의 자본축적 기제나 정신과 의사들의 권력을 다루거나(이용표, 2003) 생의학담론 혹은 의료모델, 생의학적 접근이나 편향으로 인해 사례관리 실천이 문제 중심 또는 결함모델에 기초한 사정을 하고, 약물치료를 과도하게 강조하면서 정신장애인의 비의료적 지원을 상대적으로 간과하고 있다고 비판한다(박정임, 2003; 이용표외, 2006; Nikelly, 2001).

정신보건센터 사례관리 실천에 관한 대부분의 연구들이 사례관리의 운영에 영향을 미치는 요인들 예를 들어 클라이언트 수나 클라이언트 연령, 사례관리자 수, 사례관리 실시기간(민소영, 2005; McGrew et al., 1994), 사례관리팀 접근 여부(민소영, 2009a), 사례관리량(민소영, 2005; 민소영, 2009b; King · Spooner, 2000) 등의 미시적이고 변수화 된 요인들을 밝혀내는 데에 초점이 맞추어져 있음을 감안해본다면 이들 선행 연구들은 사례관리 실천의 특정의 성격과 결과에 배경이 되는 좀 더 근본적이고 거시적인 측면을 다루었다는 데에 의의가 있다.

그러나 이들 연구들은 정신의료기관의 자본축적 기제나 권력, 또는 의료담론과 같은 제도적 맥락이 현장에 어떻게 스며들어 사례관리를 특정한 양상으로 조형하는지, 그리고 제도적 맥락의 여러 요소들이 상호 어떻게 연관을 맺어 작동하는지 등은 보여주지 못하였다. 이로써 논의는 추상적이거나 당위적인 수준에 한정되기 쉽다. 이에 본 연구는 정신건강증진센터 사례관리 실천을 조형하는 제도적 맥락들을 현장 실천으로부터 발견하고, 이들 제도적 맥락들이 상호 어떻게 연관되어 있는지 탐색하며, 그러한 복합적인 제도적 맥락 속에서 사례관리 실천이 실제 어떻게 조직화되는지 살펴보고자 한다. 나아가 이 보이지 않는 과정을 가시화하여 선행연구들의 한계를 보완함으로써, 정신건강증진센터 사례관리의 현 한계의 배경을 보다 명료히 이해해 보고자 한다.

---

3) 우리나라 전체인구 39.0%가 비경제활동인구이고, 전체 장애인구의 과반수 이상인 61.5%가 비경제활동인구임에 비교해 보면, 비장애인에 비해 약 1.5배, 전체장애 평균의 약 1.4배 정도로 노동시장 배제수준이 높다고 볼 수 있다(한국장애인개발원, 2014).

4) 도로시 스미스는 이를 지배 장치(ruling apparatus)라 하며 이 조직화 양식의 지배적인 방법이 사회복지와 같은 제도적 기능을 조정하고 통제한다고 말했다(타운젠트, 1998).

2. 문헌 고찰

휴먼 서비스는 조직과 행정 전달 체계, 정책, 법, 관행, 담론 등의 맥락 속에서 이루어진다. 이들 제도적 맥락은 누가 클라이언트가 될지, 클라이언트의 욕구를 어떻게 개념화할지, 어떤 개입 방법이 유용한 것으로 인정될지 등 실천이 구성되는 방식에 지대한 영향을 미친다(남찬섭 역, 2012). 그래서 제도적 맥락은 실천과 서비스가 이루려는 목적과 지향에 도움이 되기도 하지만 이에 제약이 되거나 한계를 만들어 내기도 한다. 따라서 서비스와 실천이 클라이언트들의 욕구에 상응하고 그 원래의 목적을 달성하기 위해서는 제도적 맥락과 제도적 맥락에서 진행되는 실천에 대한 이해와 성찰적 피드백이 필요하다.

정신보건 실천의 영역에서도 법, 정책, 체계, 담론, 이데올로기, 권력 등의 제도적 맥락이 실천에 어떤 영향을 미치는지 대해 연구들이 진척되어 왔다.[5] 정신보건실천의 제도적 맥락에 관한 연구들은 크게 세 분류로 나뉜다.

첫째, 정신보건 서비스를 특정한 양상으로 이끄는 맥락으로 정신의료기관 및 정신과 의사들의 권력을 다룬 연구들이 있다. 이들 연구들은 정신건강증진센터 운영주체가 정신과 의사들이어서 정신의료기관의 자본축적 기제에 의해 사례관리는 다양한 정신보건자원의 개발이나 조정 및 체계 구축의 역할을 하지 못하고 포괄적 서비스를 할 수 없게 되었다고 비판한다(이용표, 2003; 이용표외, 2006; 이용표외, 2008). 또 독점적 병원 권력과 의학적 지식을 갖는 의사들에 의해 정신장애인들의 증가와 격리, 감금이 이루어지고 있다고 의혹을 제기하기도 하며(권혁장, 2009) 자살 문제를 사회적이고 정치적인 성격으로부터 개인적이고 의학적인 내용으로 변화시킨 중국의 정신의학적 헤게모니를 다룬 연구도(이현정, 2011) 진행되었다.

둘째, 정신보건 서비스의 제도적 맥락으로 생의학담론, 치료이데올로기, 정신의학적 중심의 개입을 다룬 연구들이 있다. 이들 연구들은 관련 담론을 직접적으로 비판하거나, 비판을 통해 새로운 접근 방식을 주장하는 연구들이다. 전자의 경우, 정신질환의 '치료화' 경향이나 '치료이데올로기'로 인해 정신질환자들이 자신의 정체성에 부정적인 경험을 하게 되거나(남상희, 2004) 정신병원이 증가하게 되었다고 비판한다(이용표, 2005). 또 결함모델이나 질병모델에 근거해 실천이 이루어짐으로써 정신질환자들을 임파워먼트 할 수 있는 접근이 실제적으로 불가능하다는 비판도 이루어졌으며(성준모, 2009), Rubin과 Johnson(1982)과 같은 연구자들은 사례관리 서비스가 정신과적 증상에 초점을 맞출수록 사례관리의 조정, 연결, 옹호활동이 덜 중시되는 경향이 있다고 주장하였다.

후자의 논문들의 경우, 정신장애에 대한 정신의학계의 보편적 견해나 문제초점의 접근, 약물치료 위주의 개입방법으로 인해 정신장애인 집단의 능력과 힘에 심각한 영향을 주므로 역량강화접근의 모델이나(김선희, 2002; Segal et al., 1993) 강점관점 사례관리 모델(박정임, 2002; Sullivan, 1992)을 적

5) 정신건강증진센터 사례관리에 초점을 맞추어 그 제도적 맥락을 다룬 연구물들이 많지 않아 정신질환자들에 대한 공공 서비스 및 실천의 영역을 포괄하여 문헌을 고찰하였다.

용해야 한다고 주장하거나, 경험과 의미를 다루어주는 인지행동 및 내러티브 접근(서진환・이선혜, 2007)이 유용할 수 있다고 보았다. 또 ACT 사례관리 모델에 대한 Ziguras와 Stuart(2000)의 연구, PACT 사례관리 모델에 대한 Burns와 Santos(1995)의 연구들은 이들 사례관리 모델이 생의학적 접근에 기울어져 있음을 비판하고, 정신장애인 사례관리에 있어 치료적 기능에 대한 임상 기술만큼 정신장애인의 욕구에 부응하는 서비스 조정 및 연계에 대한 필요성이 강조되어야 한다고 주장하였다.

셋째, 정신보건 서비스의 제도적 맥락으로 자본주의 체제에 관해 언급한 논문들이 있다. 이들 연구들은 정신질환자들이 정치경제적으로 무능력하거나 별 이득이 없는 소수자이기에(김창엽, 2001; 신영전, 2001) 치료와 수용이라는 국가의 관리 방식이 나타나게 되었다고 이야기하고 자본주의 경제체제 내에서 교묘히 착취되고 있다고 보았다(성준모, 2009). 이 외 '마포구 정신장애인 사망사건'으로부터 도출되는 정신보건센터 사례관리의 문제를 정신보건센터 사례관리 업무 지침과 서식을 분석하여 관련 법령에 대한 문제점을 도출하고 비판한 연구(이용표・김도희, 2016)도 진행되었다.

이들 연구들은 정신보건 실천에 어떠한 거시의 담론과 체제가 배경이 되는지 알려줌으로써 정신보건 서비스와 실천의 특정한 성격 형성에 관한 이해의 폭을 넓혀준다. 그러나 서론에서도 밝힌 바, 이들 거시적 배경들의 복합적인 작동과 그로부터 정신보건 서비스와 실천이 어떻게 조형되는지 그 구체적인 양상을 알 수 있을 때 실천의 현 상황에 대한 이해가 더 명료해 질 수 있으며 실천과 제도의 상호작용에 대해 더 다양한 수준과 내용의 논의들이 구체적으로 진척될 수 있을 것이다.

따라서 본 연구는 다양한 제도적 배경으로부터 조직화되는 정신건강증진센터 사례관리 실천을 탐구하여 현 사례관리 실천이 어떻게 중증정신질환자의 탈원화와 사회복귀에 한계를 갖게 되는지 보다 다층적이고 구체적으로 들여다보고자 한다.

3. 연구방법

1) 제도적 문화기술지

본 연구는 '정신건강증진센터의 사례관리'를 사례관리와 관련된 여러 사람들의 행위들과 상호 조정되는 가운데 법, 정책, 체계, 담론, 이데올로기, 권력 등의 제도적 맥락으로부터 조직화되는 실천 활동으로 보고, 그 실천의 조직화를 탐구하기 위해 제도적 문화기술지(Institutional Ethnography) 연구방법을 사용하였다.

제도적 문화기술지는 Dorothy Smith에 의해 발전된 연구방법으로 Marx와 Garfinkel, Foucault, Mead, Bakhtin등의 영향을 받아 발전시킨 방법론이다(김인숙, 2013). 이 연구 방법은 일상 사람들의 특정의 행위(경험)가 사람들 사이에서 끊임없이 조정되는 것으로 보고, 이 조정 과정에 거시적・제도적 맥락이 어떻게 배태되어 있는지 상세히 묘사하여 사람들의 행위(경험)의 사회적 조직화를 그려 보여준다.

Smith(2005)는 행위의 사회적 조직화를 탐구하는데 있어 특히 '일 지식'과 '텍스트'를 중요하게 제안하였다(김인숙 외 역, 2014). '일 지식(work knowledge)'이란 사람들이 행하는 일의 내용과 일을 해나가는 노하우, 일의 조건과 맥락에 관해 알고 있는 것들, 일에 대한 독특한 관점, 일을 수행하면서 느끼는 바들을 포괄하는 용어이다. 사람들은 각기 다른 위치와 부분들에서 서로 다른 일 지식을 가지고 서로의 일에 관여된다. 이 일 지식의 '차이'가 제도적 문화기술지에서 중요한데 각각의 사람들이 실제 행한, 일의 내용과 일의 의미, 일 지식을 모아서 이어 맞추면 행위의 조정 시퀀스인 '사회관계'가 드러나기 때문이다. 이는 제도적 과정을 그려나가는데 실제적이고 구체적인 수단이 된다.

한편, 사람들의 '일 지식' 안에는 '텍스트(texts)'가 포함되어 있다. 여기서 '텍스트'란 물질적으로 복제할 수 있는 단어나 이미지이다. 제도적 문화기술지에서는 사람들의 일이 일정한 양상으로 조직화되는 데에 관여되는 텍스트의 독특한 특성에 주목한다. 하나는 사람들이 텍스트를 읽을 때 나타나는 현상이다. 사람들이 텍스트를 읽게 되면, 마치 텍스트가 사람들에게 어떻게 행동하도록 요구하고 사람들은 이 요구에 응함으로써 텍스트의 행위자처럼 역할 하게 된다. Smith(2005)의 용어로는 '텍스트-독자 대화'의 특성이다. 텍스트는 '텍스트-독자 대화'를 통해 사람들의 의식을 객관화하여 텍스트의 질서를 따르게 만들고, 텍스트의 범주에 사람들의 일을 끼워 맞춘다. '텍스트-독자 대화'에 의해 사람들의 행위는 제도적 행위로 전환된다.

또 다른 텍스트의 특성은 일 현장의 텍스트들이 상이한 수준의 텍스트들과 연결되어 있음으로써 나타난다. 규정, 양식, 스크립트, 지침, 프로토콜, 전산 등 현장에서 직접적으로 사용하는 '텍스트적 장치'는 법, 강령, 정책과 같은 '규제적 텍스트들'과 위계적으로 연결되어 있다. 규제적 텍스트들은 하위의 현장 텍스트들을 개발하며 현장 서식들의 개념, 범주, 문항들을 틀 지운다. 그리고 이들 규제적 틀들과 텍스트적 장치의 위계적 연결은 특정의 담론들, 이데올로기, 제도적 체제를 담지한다. 그래서 사람들이 일 현장에서 현장 텍스트와 적극적이고 능동적으로 '텍스트-독자 대화'를 하게 되면 사람들의 행위 혹은 일은 특정의 담론, 제도의 이해 관계, 이데올로기의 방향과 성격으로 포섭되고 규제되고 조직화 된다.

본 연구는 제도적 문화기술지의 '일지식', '텍스트'의 독특한 장치를 적용하여 정신건강증진센터 사례관리자들이 실천을 수행하면서 구축한 '일 지식'을 토대로 사례관리 실천의 사회적 관계를 탐구하였다. 그리고 특정의 정책, 담론, 제도의 이해관계 등을 담지한 '텍스트'를 매개로 상이한 위치의 사람들 사이에서 나타나는 사례관리 실천의 조정 양상을 살펴봄으로써, 정신건강증진센터 사례관리 실천의 한계가 제도적 맥락으로부터 어떻게 조직화되는지 이해하고자 하였다[6].

6) 한편, 제도적 문화기술지에 의하면 일상 사람들을 '인식의 주체'로 복원하여 그들이 실제 세계에서 무언가를 행하면서 알게 되고 느끼게 된 '경험'들을 토대로 연구가 이루어질 때 일상으로부터 분리되지 않은 이론의 생산이 가능해진다. 이때 연구자가 일상 사람들을 인식의 주체로 하여 그들의 주제, 관심사, 문제로부터 연구를 시작하는 것을 "입장(Standpoint)"을 세운다고 말한다. 본 연구는 정신건강증진센터 현장에서 실제 사례관리를 수행하는 사례관리자들의 '입장'을 취해 연구를 시작하였다.

2) 자료 수집

자료 수집은 2012년 12월부터 2015년 12월까지 이루어졌고, 총 11명의 연구 참여자와의 심층면접과 3개월간의 현장관찰, 텍스트 수집이 이루어졌다. 사례관리 실천에 대한 정보를 수집해야 하므로 연구 참여자는 정신건강증진센터 사례관리를 1년 이상 진행한 실천가들로 선정하였다. 제도적문화기술지에서 연구 참여자의 명수는 중요하지 않되 상이한 위치에서 일하는 사람들의 서로 다른 일 지식에 대한 정보를 얻는 것이 중요하여 이점을 염두에 두고 각 위치의 사람들을 최대한 포괄할 수 있도록 연구 참여자를 선정하였다(〈아래 표 1〉 참조).

〈표 1〉 연구 참여자

번호	명칭	직위	소속	경력 (년)
1	Y1	일선사례관리자	서울지역 정신건강증진센터	2
2	K1	일선사례관리자	서울지역 정신건강증진센터	1
3	J	일선사례관리자	서울지역 정신건강증진센터	1
4	K2	사례관리팀장	서울지역 정신건강증진센터	5
5	Y2	사례관리팀장	서울지역 정신건강증진센터	8
6	W	정신건강증진센터팀장	서울지역 정신건강증진센터	10
7	F	정신건강증진센터팀장	서울지역 정신건강증진센터	15
8	M	전, 정신건강증진센터팀장 현, 기관팀장	서울지역 정신건강토털케어서비스제공기관	3
9	C	전, 일선사례관리자 현, 시설팀장	전, 서울지역 정신건강증진센터 현, 서울지역 사회복귀시설	5
10	김 회원	회원	서울지역 정신건강증진센터	10
11	이 회원	회원	인천지역 정신건강증진센터	13

3) 자료 분석

자료 분석 과정은 심층면접의 필사본을 읽으면서 각기 다른 위치의 실천가들의 일 지식과 일 경험의 '차이'를 파악하고 사회관계 탐구의 인식을 견지한 채 텍스트의 연결을 쫓는 과정이었다. 분석 내용은 '텍스트-일-텍스트' 진행 과정의 상세내용, 텍스트를 매개로 실천가들 사이에서 일어나는 상호작용 양상, 현장 서식의 창출 배경, 텍스트의 역할 및 문항 구성, '텍스트-일-텍스트'의 결합이 초래하는 사례관리 실천의 결과, 현장 서식과 연관된 상위 텍스트, 상위 텍스트(정책 문서)의 내용과 수립 배경, 사례관리 실천의 조정의 결과와 텍스트의 위계적 조정을 관통하는 담론의 발견, 담론들 간의 연관 관계 발견 등이다.[7)]

4. 연구결과

본 절은 분석 결과의 이해를 돕기 위해 일선 사례관리자인 'J팀원'의 업무를 중심으로 조직화 양상을 기술하되, 정신건강증진센터 사례관리 실천의 주요 절차인 개별 사례관리 서비스 계획 단계(Individual Service Plan, 이하 ISP), 직접 개입 단계(전화상담, 내소상담, 가정방문 서비스), 간접 개입 단계(사회재활을 위한 사회복귀시설 연계, 복지자원 연계)의 순으로 일 조정 양상을 기술하여 정신건강증진센터 사례관리 실천의 조직화를 드러내었다.

1) ISP 단계 : 욕구재단과 획일화, 의료적 욕구 편향

J팀원은 '접수상담 회의[8]'에서 사례를 새롭게 부여 받고 ISP를 수립하기 위하여 회원과 상담 일정을 잡고 몇 번의 전화와 대면 상담을 수행하였다. ISP과정은 '욕구사정'과 '관리구분'의 두 가지 과정으로 이루어진다. 우선 J팀원은 회원으로부터 얻은 정보를 기반으로 '욕구사정'을 시행하고자 컴퓨터 앞에 앉아 '서울시 정신보건 정보 시스템(Seoul Mental Health Information System, 이하 SMHIS)'을 실행시켰다. J팀원은 SMHIS을 구성하는 여러 탭 중 〈ISP 탭〉을 열고 회원으로부터 얻은 정보를 되뇌며 '욕구 목록'의 문항들을 채워나갔다. 이때 J팀원의 손에는 『서울시 중증정신질환 프로토콜(업무지침서)』 제본서가 들려있다. 〈SMHIS-ISP 탭〉의 '욕구목록'의 구체적인 내용이 무엇인지, 그리고 각 목록에 대해 평가점수를 어떻게 매겨야 할지 알기 위해서이다.[9] 프로토콜은 이렇듯 사례관리자들이 현장서식을 이해하고 사용하는 데에 길잡이 역할을 한다. J팀원은 각 욕구 목록 마다 회원이 욕구를 충족하고 있다고 판단하면 1점을, 미충족되고 있다고 판단하면 2점을 기입한다. 〈SMHIS-ISP 탭〉 상에서는 '욕구목록'의 문항에 "2점(미충족)"을 주게 되면 그 바로 옆 칸에 심각도 점수를 기입할 수 있도록 창이 활성화 된다. 사례관리자는 문항의 내용에 대해 결핍의 정도가 심하다고 판단할수록 큰 점수를 매긴다.

이어 J팀원은 ISP의 두 번째 단계로 "관리등급(관리구분)"을 매기고자 〈SMHIS-ISP 탭〉 상에서

---

7) 더불어, 본 연구의 엄격성을 확보하기 위하여 다원화, 연구 참여자를 통한 재확인, 감사자료 남기기 등을 실시하였다. 또한 연구를 진행시키는 과정에서 연구자가 가지고 있는 개념들과 선입견이 무엇인지 지속적으로 검토하는 작업을 거쳤으며 이들 개념과 선입견이 연구에 얼마나 개입되고 있는지 지속적으로 성찰하였다.

8) '접수상담회의'는 의뢰되어온 내담자가 정신건강증진센터의 서비스를 제공해야 할 대상자인지 판단하고 센터 회원으로 등록할지 그 여부를 판가름하는 회의이다. 사례관리자들은 이 회의에서 새로운 사례를 배당받는다.

9) 〈SMHIS-ISP탭〉의 '욕구목록'은 "정신장애인 욕구사정척도(Camberwell Assessment of Short Appraisal Schedule, CANSAS)"와 몇 개의 추가문항을 크게 8가지 영역, 총 29개 문항으로 분류하여 재배치(서울시정신보건사업지원단, 2008) 한 것인데, 프로토콜에 CANSAS의 사용법과 척도의 전체 내용이 수록되어 있다.

미충족 욕구의 심각도가 높은 순서대로 정렬시키고 〈프로토콜〉을 기반으로 제작한 '관리구분표'를 적용해 회원의 관리의 등급을 매겼다. 관리구분 과정의 주요 골자는 CANSAS의 영역별 욕구가 얼마나 심각하게 충족되지 않았는지에 따라 '집중관리', '위기관리', '유지관리', '일시관리'로 등급을 매겨 서비스를 차등적으로 계획하는 것이다.[10)]

이처럼 ISP의 과정은 전산을 통해 객관적인 척도와 점수를 기반으로 절차화되어 있다. 현장에서는 전산화되고 절차화된 ISP 과정을 두고 더욱 타당하고 과학적인 근거를 기반으로 개입 계획이 이루어지므로 초창기 정신보건 사례관리에 비해 진일보하였다고 평가한다.

그러나 다른 한편으로 사례관리자들은 ISP 과정에서 애매함과 작위성을 느끼고 문제를 제기한다. 우선, 욕구의 도출은 회원과의 창의적인 대화나 반영적인 의사소통을 통해 구체화되기보다 전문가들이 만든 29개의 욕구 문항으로 실천가(전문가)에 의해 미충족된 욕구를 축출하는 과정이다. 이 과정에서 회원들이 호소하는 일상의 복잡다단한 이야기들과 바램들은 재단되어 규격화된다. 관리구분 과정 또한 등급이 같으면 회원의 특성에 상관없이 동일한 서비스 욕구를 가진 것으로 간주되어 "획일적인" 서비스와 접촉 빈도가 기획된다.

이처럼 사례관리자들은 그들이 의도하지 않았을지라도 개입해야 할 욕구, 개입의 내용과 정도를 틀잡아주는 〈프로토콜〉과 〈SMHIS〉의 절차를 따름으로써 회원의 욕구를 총체적으로 충분히 다루지 못하고 그들이 다루는 욕구와 회원이 실제 가진 욕구사이에 간극을 발생시킨다. 아래 사례관리자 W는 ISP 과정을 두고 긴 컨베이어벨트를 손짓으로 표현하며 이야기를 이어갔는데, "정형화된" 거푸집으로 "규정된 욕구"가 찍어져 나오고 이에 대응되는 서비스가 "기계적으로" 매칭 되는 일련의 공정 속에서 회원의 욕구가 사라진다는 통찰을 주었다.

> "그러니까는 형식은 ISP라고 해서 개별화된 서비스 계획을 세우지만 개별화된 어떤 도구를 만들고 거기에다 사람을 넣는 느낌이 들어요. 실제로 그 사람이 가지고 있는 욕구는 그렇게 이제 정형화된 틀로 정해지는 거는 아니잖아요. 그런데 이제 우리는 한 사람의 사례관리자가 워낙에 많은 사람들을 사례관리를 하다보니까 그렇게 이제 틀을 하나 만들어놓고 그 틀에 의해서 규정짓고 그 사람의 욕구를 규정된 욕구에 대해서 규정된 어떤 자원을 연결하는 쪽의 기계적인 적용을 하고 있는 거지요. 사실은.."(W)

10) '관리구분'의 과정의 과정은 CANSAS의 영역과 심각도 점수에 따라 '위기관리', '치료집중관리', '재활집중관리', '재활유지관리', '자립유지관리' 등으로 나누고 사례를 배치한다. CANSAS의 정신건강 영역, 위험성 영역, 신체건강 영역에서 심각도 4점의 점수가 하나라도 나오면 '위기관리'로 구분한다. 마찬가지의 CANSAS 영역을 기준으로 하여 이들 영역 중 두 가지 이상에서 심각도 3점이 배점되면 '치료 집중 관리'로 사례를 배치시킨다. '재활집중관리'는 CANSAS의 모든 영역에서 심각도 3점이 2가지 이상 있는 경우 배치되는 관리수준이다. '재활유지관리'는 CANSAS의 모든 영역에서 심각도 2점이 2가지 이상 있는 경우에 해당한다. '자립유지관리'는 센터에 등록한지 1년 이상 되거나 6개월 이상 재활프로그램을 참여한 경우, 타 시설에 연계되어 있는 경우, 취업 및 독립적인 사회생활을 하거나 욕구가 있는 경우, 1년 이상 재발되지 않는 경우 배치한다. '일시관리'는 CANSAS의 모든 영역에서 심각도 1점에 해당하는 경우이며, 그 외 등록관리 중 본인이나 가족이 서비스를 거부하거나 접촉이 불가능한 경우 '파악관리'로 구분하고, 사망·전출의 경우 '퇴록'으로 관리수준을 구분한다.

이 “욕구의 재단과 획일화”는 현장의 사례관리 업무를 효율적으로 관리하기 위해 시행한 서울시의 “표준화 정책”과 연관된다. 사례관리 업무 절차를 통제하기 위해서는 우선 사례관리 서비스 대상자인 클라이언트의 욕구를 규격화해야 할 필요성이 있다. 회원이 가진 다양한 욕구가 일정하게 규격화되어야지만 해당 욕구내용과 그 심각성의 정도에 따라 표준화된 개입을 계획할 수 있기 때문이다.

표준화 정책은 두 가지 차원에서 시도되었다. 하나는 ‘SMHIS’의 구축이고 다른 하나는 ‘프로토콜’의 발간이다. SMHIS의 구축은 ‘서울시 정신보건발전 5개년 계획(1998년)’으로 거슬러 올라간다. 당시 서울시는 “정신보건센터가 확산됨에 따라 각 센터의 사업 목표, 대상, 내용 등이 다양화하여 혼선이 유발될 것으로 판단하고 사업을 통합적으로 관리하고자(서울특별시, 2004:11)” 서울시 정신보건 정보화 시스템(SMHIS)의 개발[11]을 추진한다고 밝혔다.

즉 SMHIS는 효율적인 업무 관리를 위해 서울시가 신공공관리론에 입각하여 추진한 행정 개혁과 연관된다. 신공공관리론은 민간경영에 적용되는 관리기법들을 공공행정부분에 도입하여 엄격한 재정적 제약 하에서 공공부문을 효율화하고 성과 실적을 중시하는 이론이다(서순복, 1999). 특히 1990년대 들어 행정개혁은 관리의 효율성을 높이고 공공사업의 효율적인 성과를 도모하기 위해 IT 기술과 정보시스템을 도입하였다[12]. 정보화는 정보통신의 능력으로 구식의 보고, 점검, 감독 기능을 대체하고, 성과와 활동 자료를 자동적으로 포착하며, 시스템 상에 남겨진 전자적 기록들로 일선관료의 행동에 관한 중요한 관리 정보를 생산함으로써 성과와 업무의 관리 효율을 높인다(서순복, 1999). 중증정신질환 사업에 대한 서울시의 정보화 사업도 IT의 이러한 이점에 힘입어 각 지역구 정신건강증진센터의 업무에 대한 관리의 효율을 높이고자 도입된 것이다. 2004년에 들어서는 ‘서울정신건강2020 제 1차 4개년 계획(2004)’ 을 통해 ‘정신보건 정보관리체계’의 확대를 시도하였고 현재에 이르기까지 서울시 정신보건사업 지원단[13]이 정신보건정보화시스템(SMHIS)의 문항을 꾸준히 개발해오고 있다[14].

다른 한편으로 서울시는 표준적인 사례관리 서비스를 시행하고 감독하기 위해 『서울시 지역정신건강증진센터 중증정신질환관리 프로토콜』 발간을 기획하였다(서울특별시, 2004). 이어 『서울 정신보건서비스 Framework(2008년)』의 문서에 ‘서울시 중증정신질환관리 서비스 프로토콜과의 적합성’을 지역구 평가지표로 제시해두어 현장에서 프로토콜을 적용해 업무를 진행시킬 것을 강조하였다. 2016년 현재 〈프로토콜〉에는 사정평가, 위험평가, ISP 수립, 심리사회적 개입 등의 내용을 포함하여 중증정신질환자 사례관리 서비스에 대한 상세한 지침이 실려 있다.

---

11) 서울시는 1998년부터 지역사회 정신보건사업의 표준화, 사업평가지표의 개발, 업무표준화와 평가체계의 정보화의 단계적 대책을 마련하고, 1999년 5개 정신건강증진센터의 업무 분석을 기반으로 그해 12월 수정된 SMHIS를 발표하고 시연하였다(서울특별시, 1999: 송태민, 2000:).

12) 최근 우리나라의 공공사회복지행정에도 정보화 사업이 이루어지고 있는 바, 사회복지통합관리망(행복e음), 사회보장정보시스템 등이 해당된다(김수영・김이배, 2014).

13) 서울시 정신건강증진센터 사업과 관련한 정책 문서, 프로토콜을 발간하고 SMHIS를 구축・보완하는 사업 지원단이다.

14) 이로써 2016년 현재 SMHIS에는 접수상담, 의뢰접수, 사정평가, ISP, 연계처리, 개별상담, 자원조정, 교육훈련, 그룹 프로그램 등 사례관리자의 모든 업무와 관련된 문항들이 순차적으로 구성되어 있다. 오랜 시간 다듬어진 SMHIS는 사례관리자 업무를 절차화하고 표준화하는 데에 가장 강력한 텍스트가 되어 이제 사례관리자들은 SMHIS를 중심으로 하는 문서적 절차에 상당 부분 의존하여 실천을 행하고 있다.

즉 회원의 '욕구의 재단과 획일화'와 그로 인해 사례관리자들이 갖는 애매함과 작위성은 서울시가 각 지자체의 중증정신질환자 사업을 "효율적으로 관리"하기 위하여 〈SMHIS〉와 〈프로토콜〉을 통해 업무를 "표준화"하는 과정에서 나타나게 된 현상이다.[15)]

한편, 회원의 욕구를 재단하고 획일화하는 "ISP 과정"은 '관리구분'의 과정을 기점으로 또 다른 주요한 특징이 발견된다. '관리구분'은 두 가지의 기준을 병행하여 이루어지는데, 하나는 퇴원 후 증상 없이 지낸 기간이다. 퇴원한지 3개월 이전인 회원은 '치료집중'의 관리수준에 배치되고, 퇴원 후 3개월 이상 6개월 미만인 경우는 '재활집중'에, 퇴원 후 6개월 이상 1년 미만 동안 재발되지 않았을 경우는 '재활유지'에, 퇴원 후 1년 이상 재발되지 않은 경우는 '자립유지' 관리수준에 배치된다. 또 다른 기준은 CANSAS의 1, 3, 4 영역이다. 이 영역은 정신건강, 자해 및 자살의 자타해 위험, 신체건강 영역으로 회원의 '의료적 욕구'와 연관된다. 〈관리 구분표〉에 의하면 CANSAS 1, 3, 4 영역 즉 '의료적 욕구'가 결핍되어 있는 정도에 따라 '위기관리'와 '치료집중'관리로, 그 외 영역의 심각도 정도에 따라 '재활집중', '재활유지', '자립유지' 등으로 구분된다.

여기서 두 기준을 중심으로 배치된 관리등급에 따라 접촉빈도가 달라지는 것에 주목할 필요가 있다. '치료집중관리'로 배치한 회원에게는 "주 1회 이상 사례관리'를 계획하고, '재활집중관리'인 경우에는 '2주 1회 이상 사례관리'를, '재활유지관리'인 경우에는 '1개월 1회 사례관리'를, '자립유지관리'에 배치할 경우에는 '2개월에 1회 사례관리'를 계획한다. 즉 관리구분의 절차는 〈프로토콜〉, 〈SMHIS-ISP 탭〉, 〈관리구분표〉를 기반으로 증상이 불안정할수록 접촉빈도를 높이고 의료적 욕구에 결핍이 있을 때 즉각적이고 우선적이며 집중적으로 서비스가 이루어지도록 고안되어 있다. 회원의 의료적 욕구는 우선적으로 다루어지되 비의료적 욕구 즉 회원의 사회적 관계나 고용 상태 등의 문제는 시급하고 집중적으로 다루어야 할 성질로 여겨지지 않는다.

이러한 텍스트의 실천 조정 양상은 서울시의 "정신질환자 발굴 및 치료율 향상" 정책과 맞물려 있다. 서울시의 치료율 향상 정책은 2004년으로 거슬러 올라간다. 당시 서울시는 『서울정신건강 2020 제1차 4개년 계획(2004년-2008년)』에서 정신질환자 대비 현저히 낮은 치료율과 정신질환자 치료를 통한 사회 치안의 확보를 이유로 "치료 받지 않는 정신질환자의 발굴 및 치료체계로의 연계"를 사업 목표로 제시하였다. 『서울정신건강 2020 제 2차 4개년 계획(2009년-2012년)』을 수립하던 당시에는 "초기 정신질환자의 발견·관리 및 지원시스템의 강화"를 세부목표로 수립하여 만성 중증 정신질환자보다 초기 중증 정신질환자에 주목하여 만성화를 예방함으로써 치료율을 높이려 하였다. 즉 2004년부터 최근에 이르기까지 서울시 정신보건 사업의 기조 중 하나는 "정신질환자 발굴 및 치료율 향상"이

15) 사실 정신건강증진센터 사례관리 실천 과정에서 가장 두드러진 양식은 전산양식(SMHIS)과 프로토콜이다. 사례관리자들은 업무를 수행하기에 앞서 컴퓨터를 키고 SMHIS를 실행시켜 해당 창에 진입해 이전의 업무 내용과 현재 해야 할 업무 내용을 확인하며 프로토콜을 지참하여 SMHIS의 각 탭(접수상담 탭 - 사정평가 탭- ISP 탭 - 직접개입 탭 - 간접개입 탭)을 따라 업무를 수행해나간다. 여기에 사례관리 실천의 각 단계마다 현장서식들(의뢰 접수 양식, 접수 상담 일지, 일반 상담 기록지, CANSAS, 관리구분표, 마음상담일지 등)이 연결된다. 여기서 현장서식들은 SMHIS나 프로토콜을 기반으로 센터에서 자체적으로 만든 서식이다. 이처럼 SMHIS와 프로토콜은 사례관리 실천의 조형에 핵심적인 텍스트이다.

다.

서울시의 '정신질환자 발굴과 치료율 향상' 정책의 목표는 『서울 정신보건서비스 Framework (2008년)』에서 "지역사회 의뢰체계 활성화 / TRIAGE 시스템 구축 및 운영 / 치료 연계 체계 구축"의 방안으로 구체화되었다. 여기서 트리아지(TRIAGE) 체계는 정책적으로 "지역 사회 의뢰 체계"와 "치료 연계 체계"의 가교 역할로 소환되었으므로, 발굴된 사례에 '증상'을 기준으로 한 분류체계를 적용하여 '치료'가 필요한 대상을 우선 선별하고 이들 집단을 치료 체계로 빠르고 정확하게 연계하는 기능을 수행할 수 있어야 한다. 이 트리아지 전략은 정신건강증진센터 〈프로토콜〉의 관리 구분에 관한 지침과 〈SMHIS〉의 절차에 의해 치료가 필요한 정신질환자를 우선 선별하여 병원과의 협력을 통해 이들 선별된 중증정신질환자들을 병(의)원으로 효율적으로 연계함으로써 현장에서 구현된다.

의료적 욕구를 우선시하는 ISP의 '관리 구분' 과정과 관련된 전산양식(SMHIS), 지침(프로토콜), 트리아지 전략, 치료율 향상 정책의 일련의 시퀀스를 살펴보면 이는 "생의학 담론"에 입각해 구성되었음을 알 수 있다. 생의학에서 질병과 장애는 생물학적 손상이나 병리적인 기능장애이며 이 손상과 병리를 제거하면 건강해진다고 본다. 따라서 개입(투약 또는 치료)을 통하여 증상을 없애는 것이 최우선의 방법이다(조병희, 2006). 이 생의학 모형에 입각하면, 정신장애도 '증상'의 문제가 되고 치료가 잘 이루어지면 재활은 자연스럽게 성취되므로(이용표, 2005), 예산 효율을 높이기 위해 가장 좋은 방안은 증상이나 병리를 없애거나 완화하는 약리학적 치료가 된다. 사례관리자들은 '생의학 담론'에 입각한 지역정신보건서비스 체계와 정책으로부터 형성된 텍스트를 매개로 업무를 수행함으로써 회원을 '지역사회 구성원'이기보다 개인적인 질환을 가진 '환자'로 간주하고 회원의 의료적 욕구에 주목하게 된다. 이때 사례관리자라는 인력적 자원이 '치료'와 '증상관리'에 집중적으로 투입됨으로써, 대단히 적은 중증정신질환사업의 예산은 정신질환자의 '치료율'을 높이는 데에 집약된다.

2) 직접 개입의 단계 : 접촉의 표피화

연초, J팀원이 속한 정신건강증진센터의 팀장은 마음이 바쁘다. 정신건강증진센터의 한해 예산을 신청하기 위해 1년의 사업계획서를 작성하고 시일에 맞추어 제출해야 하기 때문이다. 이때 사업계획서에 꼭 포함되어야 할 내용이 있는데 그것은 단위 사업별 "세부 목표량"이다. 특히 사례관리의 '직접 개입'에 해당하는 전화상담, 내소상담, 방문상담의 "사례관리 목표량"은 중증정신질환자 사업에 핵심적인 성과이므로 팀장은 이 부분을 꼼꼼히 작성한다.[16]

사업의 결과를 양적 수치로 계획하여 사업계획서를 작성하는 것은 중앙과 서울시에서 적용하고 있는 '성과주의 예산방식(performance-based budgeting)'에 따라서이다. 성과주의 예산제도의 도입은 '성과를 관리'하기 위하여 예산의 지출과 성과의 관계를 명백하게 하기 위해 채택된 예산체계로 '신공공관리론'에 입각한 행정 개혁에 의한다. 중앙은 2000년도 시범사업을 통해 성과주의 예산방식을 적용

16) 팀장은 "사례관리 목표량"을 작성하기 위해 전년도 실적을 참조하여 사례관리자의 전일제 노동력당 사례 수, 대면접촉 수 등을 계산하고, 올해 등록한 회원수와 인력의 증가분에 따라 전화상담, 내소상담, 방문상담 건수를 계획한다.

해왔으며, 지방정부로써는 서울시가 2001년부터 전면적으로 도입하여 시행해 왔다(강윤호, 2007). 정신건강증진센터 운영과 관련해보면, 서울시는 복지건강실의 "공공보건・의료분야 대시민 서비스 수준 향상" 사업의 일환으로 지역정신건강증진센터 운영에 성과주의예산을 적용하고(서울특별시, 2014), 보건복지부는 정신건강증진센터 운영을 '보건의료분야'에 포함시켜 국민건강증진기금의 재원으로 성과주의예산을 적용하고 있다(보건복지부, 2014). 이 예산 체계에서 정부의 각 기관은 예산사업의 성과목표와 달성 방법, 예산 집행의 객관적인 실적을 보고하고 예산당국은 매년 성과 결과를 평가해 다음 회계연도 예산에 반영하고 인센티브를 결정한다. 따라서 각 기관이 예산을 신청할 때는 사업 활동별로 목표를 세우고 이에 대한 구체적인 실행계획, 업무의 양적 측정치를 표시하여 성과 계획서를 제출해야 한다(고성철, 2006). 정신건강증진센터 팀장이 "사례관리 목표량"을 꼼꼼히 작성하는 것은 이 때문이다.

한편, 보건소[17]에 제출된 '사업 목표량'은 한해 정신보건사업이 어떻게 운영되었는지 평가하는 기준이 된다. 성과주의예산제도에서는 사업의 결과가 다음해 예산에 반영되기 때문에 계획된 목표량에 대한 성과 보고를 중요하게 여긴다. 실적보고가 강조됨으로써, 팀장은 팀원들이 '사례관리 목표량(전화상담・내소상담・가정방문의 양)'을 얼마나 완수하고 있는가를 촉각을 세워 관리한다.

우선, 팀장은 〈사례관리 목표량〉을 작은 표로 만들어 팀원들에게 배부하였다. 배부된 〈사례관리 목표량〉 표에는 사례관리 목표량수와 산출근거가 표시되어 있었고, 각 사례관리자마다 달성해야 할 방문건수, 전화건수, 내소건수가 년, 분기, 월, 주 단위로 적혀 있었다. 〈사례관리목표량〉 배부 후 팀장은 매주 회의시간 마다 팀원들이 목표량을 얼마나 완수해가고 있는지 지속적으로 점검하였다.

조직의 분위기에 따라 사례관리 팀원들은 사례관리 목표량을 채우는 것을 중요한 과업으로 여겼고 이에 능동적으로 대응해 나갔다. J팀원은 〈사례관리 목표량〉 표를 책상 위 유리판에 삽입해두었다. 다른 팀원들은 데스크 탑의 하단이나 책상 칸막이의 전면에 붙여 두어 눈에 잘 띄도록 해두었다. 사례관리자 스스로 1년에, 분기마다, 1개월에, 1주에, 그리고 매일 어느 정도 회원을 접촉해야 하는지 수시로 각성하기 위해서이다.

J팀원은 자신이 관리하고 있는 사례들을 죽 훑어보며 이전 단계에서 행한 ISP의 결과와 "사례관리 목표량"을 기준으로 전화・내소・가정방문의 스케줄을 잡고 바쁜 업무 속에서 스케줄을 완수해 내기 위해 가정방문의 동선을 효율적으로 구조화하였다. 금번 가정방문 때에 J팀원은 ○○○회원의 집만이 아니라 인접한 회원의 집을 모두 들르기로 하였다. 사례관리자가 하루에 한 가정만 방문하는 경우는 많지 않다. 투입 시간 대비 가정방문의 건수를 높이기 위해 한번 출장을 나갈 때 두서너 집을 방문 한다. 이때 가정방문이 꼭 필요한 회원이 아니더라도 인접한 곳에 위치한 가정은 방문 리스트에 포함되기도 한다. 또 J팀원은 퇴근 시간까지 그날 계획한 가정방문 목표량을 다 채우기 위해 한 집에 오래 머물지 않는다. J팀원은 회원과의 이야기가 길어지지 않게 얼른 얼른 자리를 떠 다음 집으로 이동하였다. 사례관리자들은 주어진 목표량을 효율적으로 달성하기 위해 회원을 어떤 방법으로, 얼마에 한번씩, 얼마만큼의 시간을 들여 접촉해야 할지 생각하고 실적을 많이 낼 수 있는 일의 방식과 일 내용을

17) 정신건강증진센터 사업 감독 기관이다.

택하여 고군분투한다.

가정방문을 다녀온 J팀원은 SMHIS에 기록하는 것으로 일과를 마무리하였다. 실적의 누수를 막기 위해 팀장은 가정 방문을 마치고 온 팀원에게 상담 내용을 바로 SMHIS에 기록하라고 지시한다. J팀원은 〈SMHIS-직접개입 탭〉에 가정 방문의 내용을 남김으로써 오늘 자신이 한 업무 내용을 실적으로 만들었다. 정신건강증진센터 팀장은 상부기관으로부터 실적 제출에 대한 공문을 접수할 때마다 SMHIS를 자료원으로 실적을 "뽑아" 보고서로 만들어 제출한다.

SMHIS는 업무 통제 장치이기도 하지만 성과를 관리하는 데에도 특화된 텍스트이다. SMHIS는 사례관리자의 거의 모든 업무 성과를 기록하도록 구성되어 있다. J팀원은 SMHIS로 사례관리자가 "한 달 동안 무엇을 했는지 다 볼 수 있다"고 말하며 혀를 내둘렀다. 이처럼 SMHIS에 기록된 수치와 내용은 여러 평가지표에 대한 객관적인 자료로 활용되어 정신건강증진센터 사업의 전반적인 평가와 이듬해 정책이나 예산확보의 근거로 활용된다. 따라서 사례관리자가 자신이 행한 업무를 SMHIS에 기록하는 것은 매우 중요한 과업이 된다. 그러나 이 '기록업무'는 사례관리 업무시간의 상당량을 차지함으로써, 많은 사례관리자들이 호소하는 고통 중의 하나이다.

한편, 일선사례관리자들이 '직접개입'의 양적인 실적에 신경을 곤두세우는 것은 사례관리 목표량을 달성해야 하기 때문만은 아니다. 여기에는 서울시와 중앙의 성과평가도 크게 기여한다. 1980년대 신공공관리론의 확산 이후 공공부문의 성과평가는 중요한 공공관리 기법 중의 하나로 자리 잡았다(이혜영, 2013). 또한 성과의 강조는 분권화의 추세에 따른 결과이기도 하다. 많은 선진국들에서 분권화에 따른 성과를 관리하고자 지방정부의 성과측정을 통해 공공서비스의 품질과 효율성을 향상시키려 노력하고 있다(이혜영, 2013). 중앙과 서울시 또한 지방 분권화에 따라(중앙-광역자치단체, 서울시-기초자치단체) 각기 광역자치단체와 기초자치단체의 사업을 유인하고 이를 효율적이고 효과적으로 통제하고자 성과관리 제도를 도입하였는데, 중증정신질환자사업에 대해서는 '정부합동평가[18]'와 '서울지역보건소 창의성과 평가'를 들 수 있다.

성과평가의 지표 중 '사례관리서비스 제공률[19](지자체합동평가지표, 2010년)', '중증정신질환자 서비스 수행도[20](보건소 인센티브사업 평가지표, 2012년)', '집중사례관리제공율[21](지자체합동평가지표, 2014년)', '가정방문·전화관리·내소상담 건수(보건복지부 정신보건세터 업무실적지표)'와 같은 지표들은 사례관리의 '직접 개입'과 직접적으로 연관되는 지표들이다. 즉 중앙과 서울시는 정신건강증진센터의 '직접개입'의 양적인 실적을 평가함으로써 각 지자체의 중증정신질환사업 수행을 유인하고 관리한다. 정신건강증진센터의 '직접 개입의 시행 건수'나 '직접 개입을 제공받은 인원수'가 많을수록 광역

18) 지자체정부합동평가는 중앙정부의 사업이나 시책이 지방자치단체에서 원활하게 시행되고 있는지를 평가하기 위해 행정안전부를 중심으로 통합하여 운영되는 제도이다(박충훈, 2010).

19) 사례관리 서비스 제공률 = (사례관리 서비스 제공 연인원/중증정신질환자 추정수) × 100 (사례관리 서비스 제공 연인원 : 등록회원에 대해 제공된 내소, 가정방문, 전화(사이버 상담) 사례관리 인원(광역 정신건강증진센터 실적 포함)

20) 가정방문·내소상담·전화상담의 건수

21) 집중사례관리제공율= (집중사례관리수혜자 수/중증정신질환 등록관리자 수)×100
(집중사례관리수혜자 : '13년 정신건강증진센터에 등록되어 사례관리서비스를 제공받은 중증정신질환자 중 서비스 제공기간 중 월 평균 2회 이상의 서비스를 제공받은 대상자의 수

자치단체나 기초자치단체는 성과 평가에서 높은 점수와 인센티브를 받는다. 일정한 평가지표를 적용하여 그 성적에 따라 지자체의 순위가 매겨지고 인센티브가 시행됨으로써 성과평가는 경쟁적 성격을 띤다. 이에 사례관리자들은 정신장애인의 사회복귀의 성과가 아니라 전화상담·내소상담·가정방문의 접촉량 중심의 실적 생산에 과중하게 압박 받기 쉽다.

여기서 중요한 점은 중앙과 서울시가 성과 효율의 원칙을 담지한 양적 실적 중심의 성과 관리 시스템을 구축함으로써 도래되는 문제는 사례관리자가 주어진 시간 안에 "접촉량"을 채우고 늘리려다 보니 회원의 욕구나 상황에 적합한 방식으로 '충분한 시간'을 기울여 회원을 만나기 어렵게 되었다는 것이다.[22)]

> "이런 것들이 정말 A라는 사람한테 한번을 가서 30분 동안 이야기하는 거랑 B한테 가서 5분 동안 두 번 이야기하는 거랑 다르잖아요. 그런데 실적이라는 걸 통해서 질적인 거는 안하고 더 많이 접촉하는 것만이 좋다고 보니까 이거는 좀 아닌 것 같아요.."(J)

피상적인 만남의 당연한 결과로 사례관리자는 회원에 밀착하여 회원의 변해가는 사회재활의 욕구에 맞는 새로운 서비스를 창출하기 어렵게 되었다. 직접개입의 양적 수치는 계속 생산되고 있으나 오히려 그 개입의 내용은 피상화되고 있는 모순된 상황에 대해 W는 무력감과 체념을 보였다.

> "근데 문제는 그 예산에 따른 양적인 지표들을 만들어 내고 그걸로 정신보건 서비스가 마치 제대로 가고 있는 것처럼 설명이 되는 그런 구조를 계속 가져가는 한은 사실은 이게 일종의 정신보건이라는 회칠한 무덤. 속은 계속 썩어 가는데 겉만 번드르르하게 만드는 그런 식의 지금 순환인거 같아요."(W)

3) 간접 개입의 단계 : 비연속적 · 미포괄적 지원

간접개입의 단계 중 주요한 업무 중 하나는 "사회복귀시설로의 연계"이다. J팀원은 6개월 정도 꾸준히 센터 주간 재활 프로그램에 참석하는 김○○회원을 보고 사회복귀시설 프로그램을 이용해볼 것을 권유하였다. 3개월에서 6개월 정도 센터 프로그램을 꾸준히 참석했다는 것은 "기능이 좋다"는 것을 의미하기 때문에 사회복귀시설로 연계할 충분한 근거가 되었다.

---

22) 회원과 충분히 상호작용을 하지 못하는 경향은 2014년에 들어 정부합동평가의 지표에 '집중사례관리제공률[1)]'의 지표가 추가됨으로써 더욱 두드러졌다. '집중사례관리제공률' 지표는 '정신건강증진센터에 등록되어 사례관리서비스를 제공받은 중증정신질환자 중 월 평균 2회 이상의 서비스를 제공받은 대상자의 수'를 의미한다. 변화된 평가지표를 따르면 월 평균 2회 이상의 서비스를 제공받은 회원 수가 많을수록 평가에서 높은 점수를 받게 된다. 실적을 만들어내야 하는 입장에서 사례관리자는 "최대한 1구간의 3점을" 받기 위해 월 2회 이상 접촉하는 회원의 수를 "더 많이" 늘려야 한다. 그런데 사례관리자의 시간과 에너지는 한정되어 있으므로 사례관리자는 실제 월 2회보다 많은 접촉을 해야 할 회원들에 대한 접촉빈도는 낮추고 대신 다른 회원을 접촉하여 월 2회 이상 접촉한 회원 수를 증가시킨다. 월 2회 이상의 서비스를 더 많은 회원에 제공해야 하므로 한 회원에게 많은 시간과 공을 들여 개입하는 것은 비효율적이기 때문이다.

사례관리자들의 사회복귀시설로의 권유는 서울시의 정신보건 서비스 인프라에 대한 정책 방침, 더 구체적으로는 "연속적 정신보건 서비스 체계"를 구축하려는 정책 방침[23]으로부터 비롯된다. 서울시는 2008년 〈서울정신건강2020 제2차 4개년 계획〉에서 두 가지의 정책 계획을 수립하였다. 첫 번째는 재원 기간을 최소화하기 위해 의료기관과 지역 서비스 체계 간의 연계 체계를 활성화하고자 하였다. 이 정책계획은 프로토콜(2008년)에서 "연속적 정신보건서비스 체계의 구축의 원칙"으로 구체화되었다. 두 번째는 사회통합의 촉진을 위해 사회복귀시설에 대한 예산 지원 방식의 변화, 장애인 직업재활시설에 정신 장애인을 위한 시설의 설치, 임대 아파트 내 복지관형 사회복귀시설 설치 등 사회복귀시설을 다원화하고 인프라를 적정하게 구축하고자 하였다. 이 정책 계획은 프로토콜(2008년)에서 "지역정신건강증진센터, 사회복귀시설, 주거시설 등의 포괄적인 지역정신보건 인프라 구축의 원칙"으로 구체화되었다. 즉 서울시는 지역정신보건 인프라를 충분히 갖추고 이와 동시에 '병의원-정신건강증진센터-사회복귀시설'이라는 "연속적 서비스 체계"를 구축하여 퇴원한 환자가 단절 없이 지역사회서비스로 편입할 수 있도록 계획을 도모한 것이다. 이 맥락에서 정신건강증진센터 사례관리는 병(의)원에서 사회복귀시설로 "연계"하는 역할이 강조되었다.

그러나 여전히 국가적으로 투입되는 재원과 인력은 부족했고 정신보건심판위원회와 외래치료명령제의 역할, 퇴원한 정신질환자에 대한 적극적인 사례관리와 지역서비스로의 연계율, 장기입원의 억제 정도에 대해 의문과 비판이 지속되자(서울대학교건강증진사업지원단, 2010), 서울시는 중증정신질환자 관리에 대한 성과를 효율적으로 내기 위하여 개정프로토콜(2012)을 통해 각 인프라의 기능, 특히 정신건강증진센터와 사회복귀시설의 역할을 명확히 분담하여 "연속적 정신보건서비스 체계"를 제대로 안착시키려 하였다.[24] 우선, 개정프로토콜에서는 이전의 '중증정신질환관리 프로토콜'에서 제시된 트리아지와는 달리 I, B, A, P라는 새로운 분류체계(트리아지)를 적용하였다. 사례관리자는 이 프로토콜에 따라 회원을 '정신과적 위기평가', '정신과 치료력', '정신과적 평가', '중증정신질환자 평가', '집중사례관리 등록 대상 적합성'을 고려하여 I, B, A, P 그룹으로 회원들을 구분하였다. 이 분류체계에서 주목해야 할 그룹은 I 그룹과 B 그룹인데, '집중사례관리그룹(I그룹)'은 주로 정신과적 증상의 관리가 필요한 회원들이 배치되어 정신건강증진센터 사례관리를 통해 증상관리, 일상생활, 대인관계 등의 서비스를 집중적이고 강도 높게 제공받는다. 중증정신질환자이지만 위기상황이 아닌 경우에는 '연계그룹(B그룹)'에 배치되는데, 이들 회원들은 사회복귀시설로 연계하여 사회재활서비스를 제공해야 한다.

23) 이 방침은 2008년 정신보건법 개정으로부터 촉발되었다. 이 개정에서 중증정신질환자 사업과 관련하여 눈여겨 볼 부분은 두 가지이다. 하나는 정신보건심의위원회와 관련한 조항들(제27조, 제28조), 퇴원심사와 관련한 조항들을 개정하고, 제27조의2(외래치료명령)조항을 신설하여 재원기간을 최소화하고자 한 것이다. 다른 하나는 '제16조 사회복귀시설의 종류'의 전문개정을 통해 사회복귀시설의 종류를 '정신질환자생활시설', '정신질환자지역사회재활시설', '정신질환자직업재활시설' 등으로 세분화하여 사회복귀시설의 인프라를 다양하게 확보하고 중증정신질환자의 사회복귀를 촉진하고자 한 것이다.

24) 중증정신질환관리 프로토콜은 2013년에 「서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜(안)」으로 개정되었다. 개정의 이유는 소아청소년, 우울, 자살예방 등에 대한 정책적 개입의 필요성 증대 및 중증정신질환자에 대한 공공관리 책임의 강화 등 정신보건서비스의 욕구가 사회적으로 확대되고 있지만 이에 비해 정책적 투입은 부족하고 사례관리자 1인당 사례관리 부담률은 여전히 높은 상황이라 중증정신질환자 서비스의 목표를 현실화해야 한다는 것이었다.

즉, 서울시는 정신건강증진센터와 사회복귀시설의 인프라 기능을 명료히 분할하여, 정신건강증진센터에는 퇴원한 회원의 '증상관리, 일상안정, 재발 예방'과 이를 통해 기능이 회복된 회원을 '사회복귀시설'로 활발히 연계시키는 역할을 할당하고, 사회복귀시설은 정신질환자의 사회재활 서비스를 충실히 제공하도록 하여, "연속적 서비스 체계"를 성공적으로 안착시키고 궁극적으로는 정신질환자의 사회복귀 촉진과 장기재원율의 감소를 도모하고자 한 것이다. J팀원이 정신건강증진센터 주간 재활 프로그램에 참석하는 회원 중 증상이 완화되고 기능이 회복된 회원들에게 사회복귀시설 서비스를 권유하는 것은 바로 이 '인프라 기능 분할'과 '정신보건 센터를 매개로 한 서비스 연속성 확보'의 서울시 정책 방침을 배경으로 한다.

그런데 이 정책 방침은 일종의 시나리오를 전제로 한다. '증상이 감소되면 기능제약이 완화되고 이에 따라 사회적 불리상태가 없어진다'는 '생의학 모델[25]'을 전제로 할 때 구성 가능한 시퀀스이다. 시나리오의 내용은 이렇다. 정신건강증진센터는 지역사회에서 발견한 정신질환자를 대상으로 증상치료가 필요한 집단을 우선 선별하여 치료체계로 연계하고("치료율 향상 정책"), 정신의료기관은 치료를 담당하며, 의료기관으로부터 퇴원한 정신질환자는 다시 정신건강증진센터로 연계되어 '증상관리'의 서비스를 받고, 이로부터 증상이 완화되고 기능이 회복되면 사회복귀시설로 회원이 "토스(F)"되어 사회복귀시설은 회원의 사회재활훈련을 맡아 회원을 사회로 복귀시킨다. 각 인프라의 기능이 순차적으로 분할된 생의학적 재활의 시퀀스에서 회원은 정신건강증진센터를 매개로 별다른 무리 없이 각 인프라를 단계별로 이동할 것이라 가정된다. 따라서 연계의 과정을 지원하는 정책적·조직적 수준에서의 치밀한 전략은 크게 필요 없다. 그저 단순히 연계하면 회원은 사회로 '복귀'될 것이다.

그러나 실제 현장에서 특히 사회복귀시설로의 연계과정에서 이 관념적인 생의학적 재활 시나리오는 순탄하게 진행되지 않는다. 우선, 투약을 관리한다 해도 여전히 증상과 기능이 회복되지 않는 회원들이 존재한다. 음성증상은 대개 약물치료의 효과가 높지 않아 만성의 중증정신질환자들은 치료 이후에라도 비정신질환자들의 기능만큼 호전되기 쉽지 않다. 또 "기능이 좋은" 회원이 있다 하더라도 출퇴근이 가능한 거리 안에 있는 사회복귀시설 수 자체가 적어 회원의 선택권은 매우 제한된다.[26] 2016년 현재 주거시설까지 포함하여 서울의 25개 자치구에 총 120개의 사회복귀시설만이 설치되어 있다(보건복지부, 2016년). 서울지역의 추계중증정신질환자수가 100,222명[27]임을 감안해보면 정책 분류상 사회적 재활을 담당하도록 규정되어 있는 사회복귀시설은 그 수가 매우 미미하다. 사회복귀시설이 지역의 정신질환자의 수를 포괄하기 어려우므로 회원은 여분의 자리가 날 때까지 대기 상태에 있기 쉽다. 또 자리가 있더라도 사회복귀시설마다 차별화된 프로그램이 운영되지 않아 회원의 입장에서는 참여 동기가 생기지 않거나 연계한 이후에라도 참여를 지속하는 데에 어려움을 겪는다. 일부의 회원들은 사회복귀시설을 통해 경제적 독립을 꿈꾸지만 몇몇 직업재활에 강점을 갖는 사회복귀시설을 제

25) 이용표 외(2006)에 제시된 Liverman 정신장애인 재활모델을 참조하였다.

26) 이에 대한 문제점은 정부보고서(서울대학교 건강증진사업 지원단 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015)수립)에 이미 파악되어 있다. 대체적으로 사회복귀시설의 수가 적고 특정 지역의 경우에는 사회복귀시설이 하나도 설치되어 있지 않아 구조적 기반이 불완전한 상태라 평가하였다(26-27).

27) 서울시정신보건통계(http://seoulmentalhealth.kr, 검색일 2016년 10월 1일)

외하고는 대개 포장, 쇼핑백 만들기 등 부업에 가까운 일들을 하고, 혹은 보호 작업장 수준의 직업재활 서비스를 제공하고 있어 회원들의 욕구에 부응하기 힘든 실정이다. 또한 사회복귀시설에 적응을 하더라도 증상을 치료하기 위해 들어간 병원에 장기간 입원하게 됨으로써 입원 전에 가지고 있던 인간 관계와 사회적 관계가 모두 끊겨 사회적 활동의 기반이 사라져 버린 상태로 사회복귀가 생각처럼 쉽지 않다. 이는 증상을 완화한다고 해서 회복될 수 있는 성질의 것이 아니다.

정신질환자들이 오랜 기간 병원에 갇혀 왔고 퇴원 이후에도 지역사회로부터 배척되어온 사실의 심각성에 비추어볼 때, 마치 지역의 정신질환자들을 포괄할 수 있을 만큼의 다양한 종류와 충분한 수의 사회복귀시설이 개비되어 있는 것처럼, 또 사회복귀시설의 규격화된 운영방침과 일정, 프로그램 내용에도 불구하고 회원을 사회복귀시설로 연계하기만 하면 회원의 사회적 재활의 욕구가 충족되는 것처럼 가정된 생의학적 재활 시나리오는 무성의하고 나태하다.

한편, 간접개입 중 "복지 자원 연계"란 회원이 일상적인 어려움에 처했거나 사회적 활동을 위해 무언가 시도하기를 원할 때 사례관리자가 공공기관과 지역사회로부터 관련된 복지자원을 찾아 조정·연계하는 업무를 말한다. J팀원은 가정방문을 나가 회원으로부터 여러 가지 하소연을 듣는다. 어떤 회원은 당장 내야 할 월세가 없어 막막하다고 호소하고, 어떤 회원은 쪽방에서 벗어날 방법이 없냐고 묻고, 어떤 회원은 취업할 수 있는 곳을 알아봐달라고 한다. 사실, 정신질환자가 삶에서 갖는 어려움은 자신의 증상으로 인한 것보다 비정신질환자를 중심으로 설계된 사회로부터 도래된다. 부업을 하려 해도 생산성을 이유로 일감 얻기가 쉽지 않고, 자격증을 따보려 학원에 다녀 봐도 비정신질환자를 중심으로 진행되어 진도가 너무 빨라 수업 내용을 이해하기 힘들 때가 많다. 정신건강증진센터에 다니면서 남들이 하지 않는 시간제 일이나 보조적인 일자리에라도 들어가서 일해보고자 욕심을 내지만 지시사항을 바로바로 알아듣지 못하고 어눌한 말투로 응대해 자의반 타의반으로 내쫓길 때도 많다. 그러므로 회원들이 사례관리자들에게 무엇보다 많이 바라는 지원은 삶을 살아가는 데에 필요한 여러 자원과 기회를 제공받는 것이다. 사례관리자들은 회원들과 만날수록 증상관리나 사회복귀시설의 사회재활 훈련만으로는 한계가 있다는 것을 알게 되고, 회원들에게 복지자원의 폭넓은 연계와 환경과 사회조건의 변화가 중요하다는 것을 알아간다.

하지만 J팀원은 회원들이 여러 다양한 문제를 노출하고 그들이 원하는 바를 이야기할 때 적잖이 고민스럽다. 팀장이나 다른 팀원들에게 조언을 구하기도 하고 인터넷을 두드려도 보지만, 어떤 자원을 발굴해야 할지, 어디에서 발굴해야 할지, 어떤 절차를 통해 발굴해야 하는지 등에 대해 알고 있는 것이 많지 않다. 사례관리자들에게 정신보건서비스 체계 외 복지자원을 발굴하는 작업은 어렵기만 하다.

사례관리자의 이러한 어려움은 복지 자원 연계와 관련하여 현장에 업무적 정의만 있을 뿐 이 업무를 수행 가능하도록 지원하는 사업 계획, 체계가 부재하기 때문이다. 아래 표는 현장에서 시행되고 있는 연계의 영역과 관련된 정책 계획과 프로토콜 및 사업안내(지침)를 정리해둔 것이다. 표에서 보듯 연계는 총 3가지 영역에서 이루어진다. 하나는 치료 체계로의 연계이고, 다른 하나는 사회복귀시설이나 지역사회서비스 투자사업 기관으로의 연계이며, 마지막은 복지 자원의 연계이다.

〈표 2〉 연계 업무와 관련한 정책 계획과 프로토콜

간접개입 업무영역	간접개입과 관련된 정책계획과 지침		
	서울정신건강2020 제2차4개년	프레임워크	프로토콜/ 정신건강사업안내
치료체계 연계	지역사회사례관리서비스의 강화: 개정정신보건법의 방향성에 따라 정신건강증진센터 사례관리를 통해 회원의 증상관리와 재발방지를 도모. 장기입원과 재입원 억제	-트리아지시스템 구축 운영 -치료 연계 체계 구축 -응급관리 시스템 구축	-위기관리서비스, 정신보건심판위원회 업무지원, 외래치료명령대상자 집중적인 사례관리(사업안내) -관리구분, 관리구분에 따른 서비스 내용 지침화(프로토콜) -사례관리서비스(가정방문, 전화관리, 내소상담)
사회복귀시설 및 지역사회서비스투자사업 연계	1. 지역사회 인프라 구축 1) 사회복귀이용시설의 다원화 및 적정인프라 구축계획 추진 2) 권역형 직업재활시설 설치 추진 2. 사회재활프로그램의 다양화 : 정신건강증진센터와 사회복귀시설, 사회서비스를 활용하여 사회재활프로그램 다양화	-포괄적인 정신보건 인프라 구축 : 주거시설, 사회복귀시설 등의 다양한 정신보건서비스 영역 확보 노력	1. 주거서비스 네트워크 구축(사업안내) 2. 지역사회서비스 투자 사업과의 연계 (사업안내) 3. 전문적 사례관리 서비스 수행, 개별서비스계획 수립(프로토콜) : 개별상담, 교육훈련, 자원조정 4. 사회재활프로그램제공에 대한 세부지침제시(프로토콜) / 지역사회정신건강증진센터와 사회복귀시설 간 사회재활프로그램 분담 명확화(프로토콜) / 사회재활프로그램과 직업재활프로그램 업무 내용 규정(사업안내)
복지자원 연계	-	-	1. 개별서비스계획수립(프로토콜) : 자원조정 정의 기입 2. 긴급지원대상자발굴(사업안내)

위 표에 의하면, 사례관리자의 “치료 체계로의 연계” 업무는 ‘장기 입원과 재입원의 억제’라는 정책 방침에 입각하여 ‘정신질환자 발굴 - 증상에 따른 치료집단 선별 및 치료계획 수립’이라는 트리아지 체계와 응급관리 시스템 등 치료 연계를 지원할 수 있는 지원 체계로 뒷받침된다. “사회복귀시설 및 지역사회서비스투자사업 연계” 업무 또한 교육훈련, 사회재활프로그램, 자원조정, 지역사회서비스투자사업 기관 연계 등에 관한 지침에 의해 진행되는데, 이는 사회복귀시설, 주거시설, 직업재활시설 등의 인프라의 구축에 대한 정책 방침과 주거서비스 네트워크와 같은 지원 체계가 받침 된다. 반면 “복지자원 연계”는 정책 방침, 해당 업무를 지원할 수 있는 인프라나 네트워크 체계 구축에 대한 정책 계획, 그리고 구체적인 지침 없이 정책 문서에 복지 자원 연계의 필요성만이 당위적으로 제시되어 있거나 업무에 대한 규정만 지침에 제시되어 있을 뿐이다.

요컨대 현장에서 사례관리자들이 복지자원 연계의 중요성을 절감하는 것과 달리, 서울시와 중앙은 회원의 취업, 경제적 안정, 주택 등 사회적 활동을 위한 서비스에 대해 체계적이고 조직적인 방침과 전략, 지원체계는 수립하지 않고 있다. 정책은 회원의 사회적 활동을 위한 지원을 ‘의료기관-정신건강

증진센터-사회복귀시설' 인프라에서 이루어지는 치료와 증상관리, 사회재활프로그램으로 한정시킨다.[28)]

즉 '복지 자원 연계 정책의 비어 있음' 또한 정신질환자들이 갖는 삶의 어려움의 배경을 사회구조로 보지 않고 개인의 질환 혹은 비적응의 문제로 보는 생의학 담론과 연결되어 있다. 생의학 담론에 의하면 개인 병리를 치료받는 시스템이 중요하지 정신질환자들에게 사회 내 보호나 사회 참여의 기회를 직접적으로 보장하는 "복지 자원 연계"의 구체적인 전략은 간과되기 쉽다. 더불어 예산효율의 측면도 담지 되어 있다. 정신질환자들의 사회복귀를 위한 인프라를 구축하거나 복지의 여러 부처들과 인프라 간 연계를 위한 모델을 구축하거나 기존 복지 자원 인프라를 실제 활용할 수 있도록 직접 지원비 등에 대한 예산은 수립하지 않은 채 사례관리자들의 인건비 정도를 투입하여 공공과 민간 자원으로부터 서비스를 창출하는 것을 지향한다.

결국 여러 자원에 대한 도움을 고대하는 회원의 얼굴을 매일같이 맞닥뜨려야 하는 사례관리자들은 정부의 실질적인 지원이나 구체적인 정책·전략·지침 없이 "혼자 알아서" 자원을 발굴하고 개발해야 하는 입장에 처하게 된다. 따라서 복지 자원 연계는 개별 사례관리자 수준에서 그들의 열정과 역량에 따라, 또 개인의 친분에 의해, 임의적이고 산발적으로 이루어지게 된다. 또한 사례관리자들은 타 기관 서비스의 상세한 내용이나 자원의 활용에 대한 정보를 알기 위해 상당한 시간과 시행착오를 거쳐야 한다. 그러므로 사례관리자들에게 자원 연계 업무는 비효율적이고 고된 일이다. 들인 시간만큼 드라마틱한 결과가 도출되지 않고 업무의 양도 배가 되어 사례관리자는 지치기 쉬운 상태가 된다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 현 정신건강증진센터 사례관리의 한계를 제도적 맥락에서 보다 심도 있게 이해해보고자 사례관리 실천이 텍스트를 매개로 정책, 체계, 담론 등이 담지 된 사회관계 안에서 어떻게 조직화되는지 그 "구체적인 양상"을 탐색한 연구이다. 이를 위해 제도적문화기술지 연구방법을 적용하여 총 11명의 연구 참여자와의 심층면접과 3개월 간의 현장관찰을 통해 얻어진 일 지식과 텍스트의 자료를 분석하였다.

분석결과, 정신건강증진센터 사례관리는 "욕구의 재단과 획일화", "의료적 욕구 편향", "접촉의 표피화", "사회복귀(사회재활)의 비연속적·미포괄적 지원"의 양상으로 조직화되고 있었다. 지역정신보건사업에 사례관리가 도입된 원래의 목적이 정신질환자의 탈원화와 사회복귀를 위해 그들의 복잡하고 변화하는 욕구에 맞는 자원을 개발·연계하여 연속적이고 포괄적으로 지원하는 것임을 떠올려 본다면 현재의 사례관리 실천의 양상은 정책 목적에 부합되지 않는다. 정신과 의료보호 환자의 대부분이 지역사회 지지체계가 형성되어 있지 않아 병원 밖에서는 돌봄을 제공받기도, 먹고 사는 문제를 해결할 수도 없어서 장기적으로 입원하는 경향을(하경희, 2010) 떠올려보면, 현 정신건강증진센터 사례관리

28) 하지만 사회재활서비스마저도 제대로 수행되지 않고 있음은 이미 언급하였다.

는 정신질환자들의 '입원-퇴원-입원-퇴원'의 고리를 끊는 데에, 혹은 정신질환자들이 사회의 한 구성원으로 살아가는 데에 기여하는데 한계가 있다.

이 지점에서 현 정신건강증진센터 사례관리의 실제를 조직화하는 제도적 맥락에 주목하는 것은 중요하다. 연구결과, 사례관리의 절차와 핵심적인 내용들은 업무관리와 성과관리를 통해 효율을 높이고자 하는 효율담론(신공공관리론)과 생의학 담론에 입각해 기획된 서울시와 중앙의 정책들('표준화 정책', '치료율 향상 정책', '성과주의 예산 방식', '성과 평가 체계', '인프라 기능 분할과 서비스 연속성 확보'의 방침과 전략들, 복지 자원 연계에 대한 무계획)을 기반으로 창출되고 그 세부 내용과 문항들이 구성된 텍스트들(프로토콜, SMHIS, 지표들, 현장서식들)을 현장에서 숙지하고 사용하며 텍스트의 절차를 진행해 나가는 과정에서 조형되었음을 알 수 있다. 즉 정신건강증진센터 사례관리 실천의 한계는 효율 담론과 생의학 담론을 담지한 정신보건 정책과 텍스트적 실천으로부터 도래된 결과이다.

이러한 연구 결과는 정신건강증진센터 사례관리에 영향을 미치는 변수 중심의 기존 연구들에 비해 사례관리 실천의 거시적인 배경을 밝혀내었다는 데에 의의를 가지고, 제도적 맥락을 다룬 기존의 연구들에 비해서는 미시의 실천과 거시의 제도적 맥락을 촘촘히 연결하고 가시화함으로써 사례관리에 대한 제도적 맥락의 작동을 명료히 드러내고 현 정신건강증진센터 사례관리의 한계가 어떻게 도래되었는지 그 연원에 대한 이해를 높였다는 데에 의의를 갖는다. 증진된 이해는 정신건강증진센터 사례관리의 대안을 근본적이고 구체적으로 모색해 내는 데에 기여할 수 있을 것이다.

연구결과를 바탕으로 몇 가지 논의를 제안하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구로부터 정신건강증진센터 사례관리의 효율(신공공관리론)의 담론, 생의학 담론의 영향력을 확인할 수 있었다. 이 영향력에 대한 주목과 더불어 변화의 방안들을 모색해나가는 것이 필요하다. 우선, 사회복지 실천의 관리주의의 영향력은 이미 서구의 연구들에서 발견 되는 바, 효율 우선의 관리 방침이 사회복지 실천에 표준화된 사정과 개입 절차를 강조하고 클라이언트의 욕구에 주목하지 못하게 만듦으로써 실천에 부정적인 결과가 도래되고 있고(Preston-Shoot, 2001; Cooper and Broadfoot, 2006) 클라이언트 중심의 개입을 어렵게 만든다는(Townsend et al., 2003) 논의들이 있다. 정신건강증진센터 사례관리 실천에 담지 되어 있는 '관리, 성과, 예산 효율'에 대한 대응을 위해 행정 시스템의 영향력에 대해 지속적인 감시가 필요하고, 관련된 전산, 문서, 양식, 평가지표들의 내용과 절차의 변화를 도모할 필요가 있다.

한편, 정신건강증진센터 사례관리를 중증정신질환자의 사회복귀를 위한 실제적인 도구로써 작동하는 데에 한계를 갖게 만드는 '생의학 담론'의 영향력도 주시해야 할 것이다. 회복 패러다임, 장애의 사회적 모델 등 생의학 담론의 힘을 견제하는 데에 도움이 될 대안 담론을 모색하고 이를 기반으로 하는 정책과 전략들을 고안하며, 현재의 프로토콜과 전산양식의 내용과 문항들, 절차들을 수정하고 현장에서 사용하는 여러 양식들의 문항과 내용들의 세밀한 재검토를 통해 정신질환자들의 삶에 실제적인 기여를 할 수 있는 사례관리의 실천을 재조형해야 할 것이다. 이에는 지역사회 자원 연계에 대한 정신보건전문요원 수련교육이나 보수교육 등의 커리큘럼 강화도 포함될 것이다.

둘째, 통상 사례관리의 자원 연계는 클라이언트의 다양한 욕구를 충족시키기 위해 '포괄적'으로 지원되며, 자립생활이 가능해질 때까지 클라이언트의 변화하는 욕구에 따라 '연속적'으로 이루어지는 것을 특징으로 한다(엄명용 외, 2008; 한국정신보건사회복지사협회, 2012). 정신보건 서비스 체계에서

정신질환자들의 지역사회 내 보호 혹은 사회복귀를 위한 '연속적이고 포괄적 지원'이 실제 이루어지기 위해서는 우선, 정신장애의 문제를 의학적 관점을 넘어 사회적인 문제로 바라보는 시각의 전환이 필요하다.

이 관점에서 정신장애를 보게 되면 '사회경제적 요인을 중심에 놓고 경제·교육·노동·법률·주택·복지 분야의 여러 부문이 함께 협력하는 전략(김창엽, 2013)'이 필요하다는 것을 알게 된다. 사례관리의 연계 체계는 바로 이 전략을 수행하는 것이어야 하며, 이로부터 이루어지는 사례관리 서비스는 중증정신질환자들에게 실제적으로 지역사회 안에서 자신의 자리를 되찾을 수 있는 기회를 제공하는 것이어야 한다. 내년에 시행될 정신건강복지법은 정신질환자들의 지역사회정착에 초점을 두는 것으로 알려져 있다. 이 법의 실제적인 역할을 지켜볼 필요가 있겠다.

셋째, 최근 정부는 정신보건 사업의 방향을 공공 정신보건으로 선회하였다. 2012년 정신보건법을 「정신건강증진법」으로 명칭을 변경하고 그 내용을 '중증 정신질환자의 입원·치료 위주에서 모든 국민의 정신건강 증진 및 정신질환 조기 발견·치료' 중심으로 전면 개정하겠다는 '정신건강증진종합대책'은 물론 2016년 2월 국가정책조정회의에서도 기존 '중증 정신질환자 관리 중심'에서 '국민 정신건강 증진 서비스 제공'으로 전환하여 생애주기별 정신건강 조기검사(스크리닝) 실시를 주요 내용으로 '정신건강 종합대책'을 논의·확정하였다. 이는 투입대비 성과가 뚜렷하지 않은 중증정신질환자의 사회복귀 사업을 축소하고 일반 대중을 대상으로 정신질환의 조기 발견과 예방으로 사업의 추를 옮긴 것이다. 이러한 정책의 흐름에 일부의 현장 실천가들은 '사례관리'를 이미 철지난 용어라 여긴다.

그러나 '사례관리'를 정말 철지난 용어라 치부해버려도 좋은 것일까? 연구 결과에서 보듯 지난 시간 동안 정신건강증진센터 사례관리는 정책적으로 정신질환자의 사회복귀 혹은 사회참여를 위한 도구로 기능하기 어렵도록 설계되어 왔고, 연속적이고 포괄적인 지원을 위한 정부의 의지나 청사진은 거의 전무하였다. 생의학 담론과 효율 담론이 결합된 체제에서 조직화된 정신건강증진센터 사례관리는 어쩌면 '환자관리'의 또 다른 용어였거나 지역사회 정신보건사업을 수행한다는 것을 보여줄 '수사'에 불과했는지 모른다. 요컨대 사례관리에 대한 정책적 논의가 제대로 충분히 이루어진 적이 없었다.

더욱이 사례관리에 대한 논의를 놓아 버린다면 앞으로 도래할 더 강력한 생의학 담론과 효율의 논리를 받아들여야 할 것이다. 이로부터 사례관리 실천가들의 열의와 열정은 더 무의미한 것이 되기 쉬우며, 노동시장으로부터 배제되고 안전한 삶 바깥에 위치한 정신질환자들의 삶은 더 열악해 지기 쉽다. 특히 강남역 살인 사건에서 보듯 우리 사회는 정신질환자 혐오와 배제가 우선적으로 논의되는 사회이다.

따라서 중증정신질환자의 탈원화와 사회복귀를 위한 새로운 사례관리 사업은 정책적으로 더 진지하고 적극적으로 논의되어야 한다. 이에는 정신건강증진센터 사례관리를 위한 인력(의료 서비스에 특화된 인력이 아닌 지역 자원 연계와 지역사회복귀에 특화된 인력의 증원) 및 예산의 증가, 사회복귀를 위한 자원연계 체계 구축 및 연계 비용의 책정, 사례관리팀을 의료지원팀(가칭)과 사회재활팀(가칭)으로 나누어 운영하는 계획 등 세세한 정책적 방침과 전략에 관한 논의가 포함되어야 할 것이다.

참고문헌

강윤호, 2007, “성과주의 예산제도의 평가와 그 결과에 영향을 미치는 요인”, 『한국거버넌스학회보』, 14(1): 291-325.

고성철, 2006, “국고보조금과 지방정부 사업평가의 연계 방안에 관한 연구 : 중요국책사업에 대한 합동평가와의 연계를 중심으로”, 『한국지방자치연구』, 8(1): 109-126.

김선희, 2002, “정신보건영역에 있어서 역량강화 실천에 관한 연구”, 『한국사회복지연구』, 6 : 171-191.

김수영 · 김이배, 2014, “공공사회복지행정의 정보화가 사회복지일선관료의 실천에 미친 영향 : 사회복지통합관리망에 대한 비판적 고찰”, 『한국사회복지행정학』, 16(4): 91-126.

김인숙, 2013, “제도적 문화기술지: 왜 또 다른 연구방법인가?”, 『한국사회복지학』, 65(1): 229-324.

김인숙 · 강지나 · 우아영 · 조혜련 · 하지선 · 한상미 역, 2014, 『제도적문화기술지』, Smith, D. E., 2005, Institutional Ethnography (A Sociology For People), 나남.

김창엽, 2011, “한국 사회와 정신 질환 : 사회적 반응으로서의 배제”, 김창엽외 편, 『나는 나쁜 장애인이고 싶다』, 삼인, 177-202.

김창엽, 2013, 『건강할 권리』, 후마니타스.

남상희, 2004, “정신질환의 생산과 만성화에 대한 의료사회학적 접근”, 『한국사회학』, 38(2): 101-134.

남찬섭 역, 2012, 『사회복지사를 위한 실천이론』, Karen Healy, 2005, Social Work Theories in Context, 나눔의 집.

민소영, 2005, “지역사회 정신건강증진센터의 사례관리 구조에 대한 탐색적 고찰”, 『사회과학연구』, 21(2):139-163.

민소영, 2009a, “사례관리 수행요소와 지역거주 정신장애인의 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 경로 탐색”, 『한국사회복지학』, 61(3): 103-127.

민소영, 2009b, “정신건강증진센터 사례관리 수행요소와 네트워크 활동에 대한 고찰”, 『한국케어매니지먼트 연구』, 3: 21-40.

민소영, 2012, “정신보건실천현장의 사례관리활동목록 개발 연구”, 『한국사회복지학』, 64(3): 127-153.

박정임, 2003, “정신장애인을 위한 강점관점 사례관리모델의 적용 효과에 관한 연구”. 『사회복지실천』, 97-136.

박충훈, 2010, 『정부합동평가지표의 개선방안』, 경기개발연구원.

보건복지부, 2014, “2014년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요”, 보건복지부.

보건복지부, 2016, 『2016 정신건강 사업 안내』, 보건복지부 건강정책국 정신건강정책과.

서순복, 1999, “신공공관리에 관한 보완적 접근”, 『조선대 사회과학연구』, 20(3): 305-331.

서울대학교건강증진사업지원단, 2010, “국가정신보건 5개년 계획(2011-2015)수립”, 서울대학교건강증진사업지원단.

서울시정신보건사업지원단, 2008, “서울정신보건서비스 Framework”, 서울시정신보건사업지원단.

서울특별시, 1999. “’99 서울특별시 지역사회 정신보건세미나 서울특별시 정신보건 정보관리 시스템 발표 및 시연회 팜플렛”, 서울특별시.

서울특별시, 2004, “서울정신건강2020사업 제1차 4개년 계획”, 서울특별시.

서울특별시, 2008, “서울시지역정신건강증진센터 중증정신질환관리 프로토콜”, 서울특별시서울시정신보건사업지원단.

서울특별시, 2013, “서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서”, 서울특별시.
서울특별시, 2014, “(알기쉬운)서울시 예산 : 2014년도 성과주의 예산개요”, 서울특별시.
서진환・이선혜, 2007, “정신분열병을 가진 사람의 환청에 대한 사회복지사 개입”, 『사회복지연구』, 35 : 469-497.
성준모, 2009, “정신보건영역에서의 임파워먼트 실천에 대한 고찰”, 『정신보건과사회사업』, 33: 291-301.
송태민, 2000, 『정신보건정보관리체계구축방안연구』, 한국보건사회연구원
신영전, 2011, “브롬덴 추장은 무사히 그 골짜기로 돌아갈 수 있었을까?”, 김창엽 외 편, 『나는 나쁜 장애인이고 싶다』, 삼인, 177-202.
엄명용・김성천・오혜경・윤혜미, 2008, 『사회복지실천의 이해』, 학지사.
이기연, 2011, “정신보건영역에서의 사례관리사업 평가: 현황 및 전망”, 제4회 한국사례관리학회 추계학술대회 발표자료.
이용표, 2003, “정신건강증진센터 법제화의 쟁점과 대안 모색”, 『상황과 복지』, 15: 343-364.
이용표, 2005, “정신장애인 직업재활정책의 경로의존에 관한 연구 ; 역사적 제도주의 관점을 중심으로”. 『한국직업재활학회』, 15(2): 25-44.
이용표・강상경・김이영, 2006, 『정신보건의 이해와 실천패러다임』, EM커뮤니티.
이용표・정현주・두진영, 2008, “서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 연구”, 『서울도시연구』, 9(4) : 107-130.
이용표・김도희, 2016, “마포구 정신장애인 사망사건을 통해본 정신보건법제의 개선방안”, 『법과 정책연구』, 16(1): 419-443.
이현정, “헤게모니 경합의 장인 정신보건 : 중국 개혁시기 여성주의 NGO와 의료전문가의 자살예방 접근방식에 관한 민족지적 연구”, 『현대중국연구』, 12(2): 41-82.
이혜영, 2013, “지방정부 성과평가 대상에 관한 연구”, 『한국공공관리학보』, 27(3): 21-45.
조병희, 2006, 『질병과 의료의 사회학』, 집문당.
하경희, 2010, “한국에서의 ACT 적용에 대한 사례관리자 경험에 관한 연구”, 『사회복지연구』, 41(2): 107-133.
한국장애인개발원, 2014, “정신장애인 지역사회통합 지원방안 연구”, 한국장애인개발원.
한국정신보건사회복지사협회, 2012, 『정신보건사회복지의 이론과 실제』. 양서원.
행정안전부, 2013, “2014년(13년 실적) 지방자치단체 합동평가 평가지표 및 매뉴얼”, 행정안전부.
Burns, B. J., and Santos, A. B., 1995, “Assertive community treatments: an update of randomized trials”, *Psychiatric Services*, 46: 669 - 675.
Cooper, B. and Broadfoot, P., 2006. “Beyond Description and Prescription: Towards Conductive Assessment in Social Work Education”, *International Studies in the Sociology of Education*, 16(2): 139-157.
King, R., Bas, J. L., and Spooner, D., 2000, “The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers”, *Psychiatric Services*, 51(3): 364-368.
McGrew, J. H., Bond, G. R., Laura. D., Michelle, S., 1994, “Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4): 670-678.
Nikelly. A. G., 2001, “The role of environment in mental health: individual empowerment through

social restructuring", *The Journal of Applied Behavioral Science*, 37(3): 305-323.

Preston-Shoot. M., 2001, "Regulating the road of good intentions : observations on the relationship between policy", *Regulations and Practice In Social Work. Practice*, 13: 5-20.

Rubin, A., and Johnson, P. J., 1982, "Practitioner orientations toward the chronically disabled: Prospects for policy implementation", *Administration in Mental Health*, 10(1): 3-12.

Segal, S. P., Silverman, C., and Temkin, T., 1993, "Empowerment and self-help agency practice for people with mental disabilities", *Social work*, 38(6): 705-712.

Smith, D. E., 2005, "Institutional Ethnography(A Sociology For People)", *ALTAMIRA PRESS*.

Sullivan, W. P., 1992, "Reclaiming the Community: The strengths perspective and deinstitutionalization", *Social Work*, 37(3): 204-209.

Townsend, E., Langille, L., and Ripley, D., 2003, "Professional Tensions in Client-Centered Practice: Using Institutional Ethnography to Generate Understanding and Transformation", *Occupational Therapy*, 57(1): 17-28.

Ziguras, S. J. and Stuart, G. W., 2000, "A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 Years". *Psychiatric Services*, 51: 1410- 1421.

서울시정신보건통계, 2015, "추계정신질환자수", http://seoulmentalhealth.kr.

Abstract

Institutional Ethnography on Organization of Case Management Practice at a Mental Health Center

Ha, Ji Seoun
(Institution and Human Research Institute)

This study is a research that investigated organization of case management practice at a mental health center. For organization research of case management practice, this study applied the research method of Institutional Ethnography, and analyzed 'work knowledge' and 'texts' data which were obtained through field work that lasted 3 months with 11 study participants. The analysis is not interpretation of the researcher, but it is work that assembles 'work knowledge' of field workers until they reach discovering institutions that organize case management practice.

As a result of this study, case management practice of the mental health center was being standardized as 'a service that is biased towards symptom management without comprehensive and continual resources links' by new public management theory, bio-medicine discussion, 'standardization policy', 'treatment rate improvement policy', 'performance-based budget system', 'performance evaluation system' and 'continual linkage policy', mediating texts. This is a different outcome from usefulness of case management that is claimed to support politically.

Key words: case management practice at a mental health center, Institutional Ethnography, organization of practice, bio-medicine discussion, new public management theory

〔논문 접수일 : 16. 10. 01, 심사일 : 16. 10. 24, 게재 확정일 : 16. 11. 05〕