

지역사회 정신보건요원의
사례관리 업무수행

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 명 숙

지역사회 정신보건요원의 사례관리 업무수행

지도 김 소 야 자 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

1999년 12월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 명 숙

김명숙의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 김 소아라 

심사위원 이 만홍 

심사위원 김 선아 

연세대학교 대학원

1999년 12월 일

감사의 글

먼저 낙심하여 지쳐 쓰러지고 싶을 때 큰 손으로 일으켜 세워 힘주시고 위로하여 주신 하나님 아버지께 감사드리며 이 영광 올려 드립니다.

한없이 부족하고 모자란 제자를 위해 자상하고 따뜻한 마음으로 논문의 전반적인 방향에서부터 오자 하나에 이르기까지 넓은 안목과 식견으로 지도에 주셨고, 실망하고 좌절하는 순간마다 힘이 되는 말씀으로 위로하여 주셨고 학교에서 멀리 있는 저를 찾아서 챙겨 주시는 세심한 배려를 아끼지 않으신 김소야자 교수님께 진심으로 감사드립니다. 끊임없는 관심과 기대로 지켜봐 주시고, 깊은 마음으로 질책하여 바른 길로 인도하여 주신 김선아 교수님께 진심으로 감사드립니다. 학문에 대한 열정을 심어주시고 연구과정 중 격려를 아끼지 않으신 이만홍 교수님께 감사드립니다.

연구에 협조해주신 정신보건센터 사례관리자 여러분께 진심으로 감사드립니다. 특히 오랜 시간 같이 해 온 강서 정신보건센터의 장인경, 황정우, 한지희 선생님과 사례관리에 남다른 열정을 보여주신 도경진 선생님, 그리고 설문지 작성에 도움을 주신 강남 정신보건센터의 임영희, 유명이 선생님, 서대문 정신보건센터의 강연화, 안성희 선생님, 고양시 정신보건센터의 금란 선생님께 진심으로 감사를 드립니다. 이 분들의 도움이 없이는 이 논문은 완성되지 못했을 것입니다.

그리고 미처 알고 있지 못했던 부분을 친절히 알려주고 도움을 준 정신간호학 교실에 정 많은 남경아 선배님과 후배 박정화에게 감사드립니다.

실망하고 좌절할 때마다 마다 않고 끝까지 나와 함께 하여 위로하고 격려해 준 나의 친구 기주, 교실 일이 바쁜 가운데에서도 너무나 친절하게 나의 논문 작업을 도와 준 은숙, 성미, 은아 이들의 도움은 우정의 힘이 크다는 것을 새삼스럽게 다시 느낄 수 있는 계기를 만들어 주었습니다.

끝으로 항상 눈물과 기도로 함께 하시고 지금 이 자리에 있게 하신 부모님과 많은 요구 사항에도 잘 응해 준 동생 동현이에게 감사를 드립니다. 더불어 서론의 늦은 나이에 맞아 더욱 귀하고 사랑스런 나의 남편 문강씨에게 귀중한 신혼의 시간들을 다 함께 하지 못해 미안한 마음과 그러한 아내를 잘 이해해 주어 고맙다는 말을 전하고 싶고 바쁘다는 이유로 도리를 다하지 못한 며느리에게 싫은 내색 한번 않으시고 오히려 기도로 간절히 간구 해주신 시부모님, 그리고 시누이께 감사드립니다.

1999년 12월

김명숙 올림

목 차

감사의 글	
목 차	iii
표 목 차	v
국문요약	vi
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	3
C. 용어 정의	3
II. 문헌고찰	4
A. 지역사회 정신보건	4
B. 사례관리	7
III. 연구방법	12
A. 연구설계	12
B. 연구대상	12
C. 연구도구	12
D. 자료수집방법 및 절차	14
E. 자료분석방법	14

IV. 연구결과 및 고찰	15
A. 대상자의 인구사회학적 특성	15
B. 기관 특성	19
C. 사례관리 업무수행정도	22
D. 사례관리 업무수행의 장애요인	38
E. 사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 해결방안	40
V. 결론 및 제언	44
A. 결론	44
B. 제언	47
참고문헌	48
부 록	56
영문요약	66

표 목 차

표 1. 사례관리자의 인구사회학적 특성	17
표 2. 직종별 사례관리 근무경력 및 정신보건 근무경력	18
표 3. 사례관리 치료 팀 구성	20
표 4. 자원봉사자수	20
표 5. 직종별 담당사례수	22
표 6. 사례관리자 1인의 담당사례수	21
표 7. 대상자 발견 업무수행정도	24
표 8. 사정 업무수행정도	26
표 9. 계획 업무수행정도	29
표 10. 치료 업무수행정도	32
표 11. 점검 및 평가 업무수행정도	34
표 12. 옹호 및 연계 업무수행정도	36
표 13. 사례관리 업무수행의 기관 내 장애요인	39
표 14. 사례관리 업무수행의 기관 외 장애요인	39
표 15. 사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 기관 내 해결방안	41
표 16. 사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 기관 외 해결방안	41
표 17. 사례관리 업무수행의 기관 내 장애요인의 각 순위별 선택빈도	64
표 18. 사례관리 업무수행의 기관 외 장애요인의 각 순위별 선택빈도	64
표 19. 사례관리 업무수행의 장애요인의 기관 내 해결방안에 대한 각 순위별 선택빈도	65
표 20. 사례관리 업무수행의 장애요인의 기관 외 해결방안에 대한 각 순위별 선택빈도	65

국 문 요 약

지역사회 정신보건요원의 사례관리 업무수행

정신장애인들을 위한 지역사회 치료체계로서는 이들에 대한 지속적이고 포괄적인 관리체계가 미흡한 실정이며 이러한 현실을 고려한 지역사회 만성 정신장애인의 관리자로서 사례관리자의 역할이 요구된다. 이에 본 연구는 정신보건센터에서 사례관리자로서 근무하고 있는 정신보건요원(간호사, 사회복지사, 임상심리사)을 대상으로 사례관리 업무수행실태를 확인하고, 사례관리 실천에 있어서의 장애요인과 그 해결방안에 대해 알아보았다.

본 연구는 서술적 조사연구로 연구기간은 1999년 9월부터 1999년 11월까지였고, 자료수집은 우편수집하였고, 연구대상자는 서울·경인지역 23개 기관의 정신보건센터에 근무하고 있는 사례관리자 72명이었다.

연구 도구는 문헌고찰과 정신보건센터의 사례관리자들을 대상으로 면접 조사한 내용을 토대로 연구자가 직접 개발하여 내용의 타당성을 전문가에게 확인하고 수정 보완하여 총 96 항목으로 구성된 도구를 사용하였으며 사례관리 업무수행정도 57항목, 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인 15항목, 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인에 대한 해결방안 14항목, 사례관리자의 인구사회학적 특성 및 기관특성에 대한 10개 항목을 포함하였다.

자료 분석은 SPSS Window를 이용하였고, 사례관리자의 일반적 특성, 사례관리 실천의 장애요인, 해결방안은 빈도와 백분율로 분석하였고, 사례관리자의 사례관리 업무수행정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 인구사회학적 특성은 총 72명으로 간호사가 32명, 사회복지사가 34명, 임상심리사가 6명이었으며 여자가 훨씬 많았으며 연령은 26-30세가 가장 많았다. 학력은 대졸이 가장 많았고, 종교를 가지고 있는 경우가 많았다. 정신보건 관련 근무경력 1-5년이 가장 많았고, 사례관리 근무경력 1-2년이 가장 많았다.

2. 기관특성 중 사례관리 치료 팀의 구성을 살펴보면 정신과 전문의와 간호사는 1명이 근무하는 기관이 가장 많았다. 사회복지사는 2명이 근무하는 기관이 가장 많았고, 정신과 전공의와 임상심리사는 근무하고 있지 않은 기관이 더 많았다. 치료 팀 중 자원봉사자는 11-20명과 10명 이하가 가장 많았다. 담당사례 수는 50명 이하가 가장 많았으며 평균 담당사례수는 간호사는 68명, 사회복지사가 54명이고, 임상심리사는 18명이었다.

3. 사례관리자의 사례관리 업무수행정도는 전체 평균이 3.72점으로 대체로 높은 수행정도를 나타내고 있다. 전체 6개 영역 중 ‘대상자 발견’, ‘사정’, ‘계획’, ‘치료’의 영역은 5점 척도에서 3.75 이상의 점수를 나타낸 반면 ‘점검 및 평가’, ‘옹호 및 연계’ 영역은 3.55 이하의 점수를 나타냈다. 전체 6개 영역 중에서 ‘사정’ 업무 영역이 평균 3.95점으로 가장 높은 점수를 나타냈으며, ‘옹호 및 연계’ 업무 영역이 평균 3.47점으로 6개 영역 중 가장 낮게 나타났다.

4. 사례관리 업무수행에 있어서의 장애 요인에서 기관 내에서 발생할 수 있는 장애요인은 전체 9항목 중에서 ‘사례관리 외에 담당하고 있는 업무가 많다.’가 가장 많이 선택되었고, 기관 외에서 발생할 수 있는 장애요인에서는 전체 6항목 중 ‘기관간 연계를 위한 공식적 채널이 없고 이에 대한 정책적 지원이 미비하다.’가 가장 많이 선택되었다.

5. 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인에 대한 해결방안에서 기관 내에서 발생할 수 있는 장애요인에 대한 해결방안은 전체 8항목 중에서 ‘사례관리 프로그램 운영에 대한 적절한 예산을 확보한다.’가 가장 많이 선택되었으며 기관 밖에서 발생할 수 있는 장애요인에 대한 해결방안은 전체 6항목 중 ‘정신장애인을 위한 사회복지시설 설립을 위한 정책적, 제도적 대책마련을 위해 노력한다.’가 가장 많이 선택되었다.

본 연구의 결과는 우리 나라 상황에 적합한 사례관리 업무지침을 위한 기초자료를 제공함과 동시에 사례관리 실천에 있어서의 장애요인을 파악하고 그 해결방안을 인식시켜 사례관리 실천의 개선방안을 제시하게 될 것이다.

핵심되는 말 : 지역사회 정신보건, 사례관리

I. 서 론

A. 연구의 필요성

1950년대 초기 항정신병 약물의 발견은 장기입원 중이던 정신장애인들의 탈원화를 촉진하였다(Bloom, 1977). 이후 미국의 정신보건정책은 지역사회정신보건 서비스를 확장함으로써 예방적인 치료를 효과적으로 실행하고 환자를 조기 발견하여 정신장애인의 발생률을 줄이고 중증의 정신장애인이 지역사회 내에서 살 수 있도록 통합된 서비스를 지속적으로 제공하게 되었다(Bernard, 1982).

특히 오랫동안 사회부적응을 경험한 만성 정신장애인은 적극적인 지지, 각종 교육 및 사회적응 훈련들이 필요하며 환자가 지니고 있는 강점과 잠재력을 충분히 발휘할 수 있도록 도와주어야 하고 병으로 인해 갖게 된 한계점을 평가하여 각 환자가 적절한 재활치료를 지속하도록 하는 것이 중요한데(Liberman, 1988), 이에 1970년 후반부터 미국의 지역사회정신보건제도(mental health system)에서 만성 정신장애인을 위한 보다 발전되고 보편화된 개입방법으로 사례관리가 등장했으며 이후에 이러한 개입방법은 정신장애인 집단의 여러 가지 다양한 문제와 욕구를 해결해 주는 적합하고도 효과적인 실천기법으로 널리 받아들여지고 있다(황성동, 1997).

정신장애인의 사례관리는 대상자의 여러 가지 욕구를 충족시키기 위해 사정하고, 계획하고 치료 및 간호 프로그램을 조정하고, 타기관 의뢰, 그리고 전체적인 과정을 감독하는 체계적인 과정이다. 특히 대상자 스스로의 자기관호 능력을 향상시키고, 질 높은 치료와 간호를 제공받을 수 있도록 하며, 서비스의 불필요한 중복을 피할 수 있어 비용을 절약할 수 있으면서도, 대상자의 삶의 질을 높이는 것으로 나타났다(김소야자, 1996).

최근의 사례관리는 재가중심영역, 정신보건영역, 직업재활영역, 노인복지영역, 아동 및 가정복지 영역 등에서 포괄적이고 다양하게 적용되어 오고 있으며, 그 중에서도 특히 만성 정신장애인의 재활치료에 있어서 매우 중요한 부분으로 인정받게 되어 그 유효성이 입증되고 있다. 이에 사례관리는 장기적인 지역사회 정신보건을 위해 유용한 접근방법이라고 할 수 있다(김소야자, 1996).

최근 국내의 정신보건 정책도 만성정신장애인의 사회복귀와 지역사회 내 관리를 체계적으로 확립시키려는 방향으로 전환하고 있다. 그 동안 우리 나라에서는

많은 정신장애인이 지역사회 내에 방치되어 왔고, 의료시설로부터 퇴원한 이들 정신장애인에 대한 추후관리 등에 대한 대책이 전무하다시피하여, 영구 수용화를 초래하여 왔다(남정자 등, 1994). 그러므로 현재와 같은 정신장애인들을 위한 지역사회 치료체계로서는 이들에 대한 지속적이고 포괄적인 관리체계가 미흡한 실정인데, 이러한 현실을 고려한 지역사회 추후관리자로서는 보건소 중심의 보건, 복지 담당자 및 방문 사례관리자의 역할이 요구된다(Rittman, 1989 ; 김철권, 1995)

현재 우리 나라 정신보건사업에서 간호사를 비롯해 사회복지사, 임상심리사 등 다양한 직종의 전문인력들이 사례관리자로서 활동하고 있는데 이는 사례관리가 포괄적이고 추상적인 성격을 갖고 있어 어느 전문분야에서도 접근이 가능하기 때문으로 생각된다. 그러나, 이들 정신보건 전문요원간의 사례관리 업무에 대한 공통적 시각이 부족하여 역할모호성을 느끼고 이로 인해 갈등이 예측된다(김통원, 1994). 최근 지역사회 정신보건사업에서 사회복지사의 역할에 관한 연구(채인숙, 1997)와 정신장애인을 위한 사례관리 업무개발에 관한 연구(최성연, 1997)는 이를 확인시켜주고 있다.

1995년 제정된 정신보건법은 정신보건전문요원을 정신보건사회복지사, 정신보건간호사 및 정신보건 임상심리사로 규정하고, 그들의 업무 범위와 한계에 대해 규정하고 있으나, 전문요원들간의 업무의 중복이라든지 그들간의 협력에 대해서는 언급하지 않고 있다(양경숙, 1999). 사례관리가 도입된 현 시점에서도 아직 사례관리 실천개념과 인식이 모호하여 사례관리자로서의 역할이 전문적으로 자리 매김을 하는데 장애요인으로 작용하고 있어 이들이 각각 전문직의 특성을 발휘하면서 하나의 사례관리팀으로 일할 수 있도록 직접적인 근거를 마련하는 것이 시급한 실정이다(최성연, 1997).

이에 본 연구에서는 정신보건센터에서 사례관리자로서 근무하고 있는 정신보건요원(간호사, 사회복지사, 임상심리사)의 업무수행실태를 확인하여 우리나라 상황에 적합한 사례관리자로서의 역할정립을 위한 기초자료를 제공함과 동시에 사례관리 실천에 있어서의 장애요인과 그 해결방안에 대해 알아보고 사례관리 실천의 개선방안을 제시하고자 한다. 이는 사례관리자들의 전문적 지위를 향상시키고 체계적이고 효과적인 사례관리 실천을 통해 정신장애인에게 보다 나은 간호를 제공하도록 하기 위함이다.

B. 연구 목적

본 연구는 정신보건센터에서 근무하고 있는 정신보건요원(간호사, 사회복지사, 임상심리사)의 사례관리 업무수행실태를 확인하여 정신보건요원의 사례관리자로서 역할정립과 업무지침을 위한 기초자료를 제공하고 사례관리 실천에서 장애요인들을 파악하고 그에 대한 해결방안을 알아봄으로써 사례관리 실천의 개선방안을 제시하기 위함이다. 이에 대한 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 정신보건요원의 사례관리 업무 수행실태를 파악한다.
2. 정신보건요원이 인식하고 있는 사례관리 업무수행에 있어서 장애요인들을 파악한다.
3. 정신보건요원이 인식하고 있는 사례관리 업무수행에 있어서 장애요인에 대한 해결방안에 대해 파악한다.

C. 용어의 정의

본 연구 목적에 따른 용어 정의는 다음과 같다.

1. 정신보건요원

정신보건분야에 관한 지식과 기술을 가진 자로 본 연구에서는 서울·경기 지역의 23개 정신보건센터에서 근무하고 있는 간호사, 사회복지사, 임상심리사를 말한다.(정신보건법, 1995) .

2. 사례관리 업무수행

정신장애인의 사례관리 업무수행은 대상자의 여러 가지 욕구를 충족시키기 위해 사정하고, 계획하고 치료 및 간호 프로그램을 조정하고, 타기관 의뢰, 그리고 전체적인 과정을 감독하는 체계적인 과정으로, 본 연구에서는 만성 정신장애인들을 대상으로 대상자를 발견하여 사정하고, 계획하고, 치료하고, 점검 및 평가, 옹호 및 연계하는 행위를 말한다(김소야자, 1997).

II. 문헌고찰

A. 지역사회 정신보건

1) 정신장애인의 실태

정신질환의 유병률 및 발생률은 나라들간에 대체로 큰 차이가 없는 것으로 알려져 있다. 이정균 등(1986)은 우리 나라에서 유일하게 전국단위로 정신질환의 역학조사를 실시하였고 이호영 등(1989)은 강화도 지역에서 역학조사를 실시하였는데 그 결과는 동일한 조사도구를 사용한 미국의 ECA역학조사 결과와 비슷한 양상을 보이고 있다. 우리 나라와 미국 모두 평생 유병률이 전체 인구의 약1/3정도로 매우 높은 정신질환의 유병률을 보이고 있다. 특히 우리 나라는 전체 정신질환의 1년 발생률이 12.3%로 동일한 DIS-III를 사용하여 역학 조사한 세계 여러 나라의 결과 중 가장 높은 유병률을 보이고 있다.

의료보험자료를 분석한 문옥륜 등(1988)의 연구와 의료보험자료 및 의료보호자료를 분석한 남정자(1994) 등의 연구는 전체 정신질환의 1년 치료 유병률이 1988년은 2.16%, 1993년은 2.70%로 나타났는데, 1988년에 비해 1993년의 치료유병률이 약 25%정도 증가하였다. 이 같이 전체 유병률과 치료유병률의 큰 차이는 많은 정신장애인이 의료를 이용하지 않거나 비의료시설에 수용되어 있는 것으로 추정할 수 있다. 즉, 지역사회 내에 정신보건서비스에 대한 충족되지 않은 요구(unmet need)가 상당량 존재하고 있다고 할 수 있다(서동우, 1998).

2) 정신장애인들의 관리 현황

1995년에 개정된 지역보건법과 1995년에 제정되고 1997년 12월 개정된 정신보건법은 지역사회정신보건을 실행시켜나갈 법적 · 제도적 기반을 마련해주었다(이충순 등, 1997; 서동우, 1998). 정신보건법에 의한 정신보건시설은 정신의료기관과 정신질환요양시설 및 정신장애인 사회복지시설을 포함한다(서동우, 1998). 그 밖에도 1995년부터 서울과 경기도 등에서 활발하게 운용되고 있는 정신보건센터

가 있다. 정신보건센터는 시설이라기 보다는 보건소와 민간의료기관이나 대학 등이 협력하여 운영하는 프로그램으로(이충순 등, 1997; 조성익, 1998) 1988년 최초로 강화도에 연세대학교 의과대학 정신과 교실과 정신 간호학교실에서 참여하여 강화정신보건사업을 시작한 이래로 이후 94년 서대문구, 연천군 보건복지부 시범사업을 거쳐 서울시에서는 '95 정신질환관리강화 계획'하에 보건소에서 관리하던 정신장애인 수가 100명이 넘는 7개구를 대상으로 가정방문사업을 지속하면서 영세민 밀집지역을 대상으로 지역정신보건시범사업을 시행하기 위해 강남정신보건센터를 설치하였다(윤충한, 1994). 이후 1997년부터는 보건소와 연세대학교 등 민간정신의료기관과의 협력체제로 강서구, 서대문구, 성북구, 노원구에도 정신보건센터를 설치하여 운영하고 있고(조성익, 1998; 김진학, 1999), 경기도에서는 경기도립 정신병원과 협조하여 수원시 권선구에 도시형 지역사회 정신보건센터를, 양평군에는 한양대학교와 협조하여 농촌형 지역사회 정신보건 사업을 시작하였고, 1997년에는 경기도 내의 보건소와 민간 정신의료기관들의 협력형태로 16개 시 · 군으로 확대 실시되었다(경기도, 1997; 이충순 등 1997).

또한 정신보건법상의 정신보건시설은 아니지만 부랑인 시설, 노인복지시설, 장애인복지시설 등의 사회복지시설에도 많은 수의 정신장애인들이 수용되어있다(서동우, 1998). 우리 나라의 정신보건 서비스의 공급체계의 변화는 다른 나라가 여러 시대에 걸쳐 유지하였던 다양한 공급체계가 혼재되어 있어 무허가 기도원에서부터 대단위 정신병원 · 요양시설, 최근에 생겨난 정신보건 서비스에 이르기까지 다양하고 정신질환에 대한 많은 질병관 중에서 잠재적 범죄자로 몰고 가는 사회 방위적 시각이 우세하여 대부분의 만성정신장애인이 장기 입원수용되어 있는 실정이다. 그러나 최근 정신질환 발병과 질병경과에 큰 영향을 미치는 사회적 요인에 대한 인식이 확산되고 지역사회 정신보건에 대한 개념이 도입되면서 국가 정신보건 정책기조 또한 장기수용위주에서 지역사회 내에서의 치료 · 재활을 장려하는 방향으로 변화하고 있다(서동우, 1998).

3) 지역사회 정신보건의 정의 및 특성

지역사회 정신보건은 실제적으로 또는 철학적으로 정의될 수 있다. 지역사회

정신보건은 정신보건관리의 대상이 단순히 개인이 아니라, 환경 내에서 상호 작용하는 개인에게 초점을 두는 방향으로 변화됨을 의미한다. 그리고 병원뿐만 아니라 병원 밖이나 사회, 가정이나 대상자가 살고 있는 지역사회 정신보건은 정신보건을 목적으로 지역사회에서 행해지는 모든 활동으로서 정신장애의 진료, 재활 및 사회 복귀, 그리고 예방 등의 서비스를 일컫는다(Lamb, 1994).

지역사회 정신보건은 기존의 치료적 접근이 정신장애인의 생리학적이며 심리 내적인 부분에 관심 있었던 과거와는 달리 정신장애의 치료와 재활에서 사회 환경적 요소(지역사회)와 재활을 강조하고 있다(하양숙, 이경순, 공숙자 등, 1996).

따라서 오늘날 지역사회정신보건은 지역사회(close to the patient's home)중심으로 개인보다 지역사회 내 주민 전체가 대상이 되며, 정신질환 예방과 정신건강 증진에 그 중요성을 두는 기존의 전통적인 정신보건 관련 사업들과 다른 특성을 갖는다(이충순 등, 1997). 또한 접근방법에 있어서도 지속성과 포괄성, 간접적 서비스의 제공, 대상의 임상적 관리, 지역 특성의 합리적 고려, 지역사회 내 가용 인적 자원의 활용, 지역사회 참여 유도, 지역사회 원인의 정신 병리적 원인 추적 등의 지역사회 정신보건으로서의 특성을 갖추고 있다(남정자 등, 1994).

기존의 지역사회 정신보건과 다른 특성을 갖는 최근의 지역사회 정신보건은 새로운 관점으로 정신보건서비스가 요구되는 때와 장소에서 유용하고, 다른 휴먼 서비스와 통합될 때 더욱 효과적이고, 생활상의 부정적인 면을 감소시켜 긍정적인 면을 강조하게 될 뿐 아니라 자원 활용 측면의 의미를 찾을 수도 있다.

이러한 지역사회 정신보건의 특성 및 접근 방법을 갖춘 구체적인 대상자 관리 기법으로 사례관리가 대두되어지고 있으며 실제로 서울과 경기에서 운영되고 있는 정신보건센터에서는 사례관리를 중심으로 기타 주간재활, 직업재활, 외래진료 등의 사업이 진행되어지고 있다(이주훈, 1997).

2. 사례관리

지역사회 정신 보건의 개념을 실천하는 데 있어 가장 핵심적이고 중추적인 역할을 하는 것이 사례관리(Case Management)이다(양옥경, 1997). 장기보호를 필요로 하는 대상자집단과(Rothman, 1992), 다중욕구를 가진 대상자에게 적합하고 효과적이라는 것은 공통된 의견이다. 특히 지역사회에서 생활하고 있는 정신장애인들에게는 사례관리가 가장 적합한 방법으로 대두되고 있다(Turner & TenHoor, 1976).

사례관리란 복합적인 욕구를 가진 사람들의 기능향상과 복지를 위해 총체적으로 통합적인 일련의 다양한 서비스를 문제의 심각성 정도 및 해결과정의 수준에 따라 단계별로 동시에 각 단계간의 지속적인 연관성이 있도록 제공하는 문제해결 과정이다(O'Connor, 1988 ; Roberts, 1987 ; Intagliata & Baker, 1992 ; Onyett, 1992). 현재 사례관리는 재가중심 영역, 정신보건 영역, 직업재활 영역, 노인복지 영역, 아동 및 가정복지 영역 등에서 포괄적이고 다양하게 적용되고 있는데 정신보건영역에 있어서도 매우 중요하게 생각되어지고 있다(Moxley, 1988 ; Rubin & Peter, 1982 ; Kanter, 1989).

만성 정신질환을 가진 사람들은 약물치료, 심리사회치료, 위기개입, 입원치료 등 다양하고 광범위한 치료 및 재활서비스 뿐 아니라 주택, 재정보조, 직업훈련 및 직업알선, 의료보호 등을 포괄하는 사회적 서비스의 여러 종류를 필요로 한다. 이와 같은 다양한 서비스의 필요욕구는 지역사회에 흩어져 있는 광범위한 자원의 활용을 의미하는데 이런 서비스들을 자기수준에 맞게 획득한다는 것은 일반인들에게도 쉬운 일이 아니며 심한 정신장애를 앓고 있는 사람들에게는 더욱 어려운 일이며, 전문적인 관리체계 없이 방치해 둔다면 편중된 서비스만을 받게 될 가능성이 높다(양옥경, 1997).

이러한 만성정신장애인들에게 사례관리는 대상자의 자가간호능력을 향상시키고, 질 높은 치료와 간호를 제공받을 수 있게 하고, 서비스의 불필요한 중복을 피할 수 있어 비용을 절약할 수 있으면서도 환자의 삶의 질을 높여줄 수 있어 정신

장애인들의 재활치료에 있어 그 핵심요소로 인정받고 있으며 장기적인 지역사회 정신보건을 위해 적합한 접근방법이라고 할 수 있다(김소야자, 1997, 이정섭, 1998).

이에 관한 연구로 내원자와 외래 환자를 대상으로 사례관리그룹, 통제그룹(특별한 서비스를 받지 않는 그룹)에 관해 비교한 것이 있는데 그 결과 사례관리를 받은 집단에 있어 재원일수의 단축과 비용절감의 효과가 나타났으며, 이러한 결과는 특히 잦은 재발로 병원을 자주 이용하는 내원 환자들에게 효과적인 것으로 나타났다(Quinivan 등, 1995).

사례관리의 주요 목적은 비공식적 지원체계(가족, 친족, 친구 등)와 공식적 지원체계(국가 및 공공기관)가 보유하는 각종 자원을 통합하는 기능을 한다. 즉, 외부환경에 적응할 수 있는 정신질환자의 잠재능력을 최대화하고, 정신장애인과 가족이 여러 서비스와 지원체계에 접근하여 이를 활용할 수 있는 방법을 습득하게 하며, 가족, 이웃, 친구 등 비공식적 지원체계가 정신장애인들을 보호할 수 있는 능력을 최대화시키고, 정신장애인과 가족의 욕구를 충족시키는데 있어 공식적 도움체계의 능력을 최대화하는 역할을 수행한다(Moore, 1992).

이러한 목적에 따라 사례관리는 그 특성상 미시적이고 거시적인 실천 모두를 포함하며, 개인에 대한 실천과 지역사회에 대한 실천의 통합적 기능을 갖고 있다. 따라서 크게 치료적 기능과 자원연결의 기능 등 양대 축으로 나뉘며(Rothman, 1991) 여기에 평가가 첨가된다(양옥경, 1997).

사례관리의 치료적 기능으로는 지역사회에 있는 환자에게 개별화된 조언, 상담, 그리고 치료를 제공하는 것을 지적할 수 있으며, 자원연결의 기능은 지역사회에 있는 환자에게 지역사회 공적기관과 비공식적인 원조 네트워크 안에서 필요로 하는 서비스와 지지를 연결하는 것을 지적할 수 있다(Rothman, 1991).

사례관리의 실천과정을 기능과 단계에 따라 종합해보면 대상자 발견, 사정, 계획 연결과 조정, 점검과 평가 등으로 구분하여 볼 수 있으며 특히 정신장애인들의 사례관리에 있어서는 이 기능에 더하여 일상생활의 문제를 다루는데 있어서의 원조, 위기 개입, 개인적 혹은 체계적 수준에서의 옹호를 들 수 있으며 대인관계 형성 및 유지를 위한 심리·정서적 상담과 교육을 들 수 있다.

제반학자들이 제시하고 있는 사례관리 실천과정은 크게 5가지 영역정도로 분류되어진다. 우선 표적집단과 서비스를 찾고 있지 않는 잠재적 대상자들을 예방하거나 치료하기 위해서 그리고 기관이 사회에 대한 책임성을 유지하기 위한 단계인 대상자 발견 과정을 강조하고 있으며 다음으로 대상자의 기능수준, 사회적 지지체계, 서비스에 대한 대상자의 욕구와 태도 등을 조사 또는 진단하는 사정, 대상자욕구에 대한 사정을 기초로 이루어지며 서비스 전달단계 중 점검과 평가를 하기 위한 근거자료로 활용되는 계획, 대상자에게 서비스를 연결하고 서비스계획에 따라 서비스를 제공하는 과정으로서 개입 혹은 개입계획과 자원규명, 재사정과 조정이라고 하는 연결과 조정, 그리고 마지막으로 대상자의 욕구가 충족되었는지 파악하고 제공되어진 서비스가 적절했는지에 대해서 검토하는 과정인 점검과 평가의 단계로 분류하고 있다(Ballem & Mink, 1986; Cargonne, 1983; Downing, 1985; Greenberg, 1981, Kruttz 등, 1984; Moxley, 1988; Rothman, 1991;). 그러나 이러한 단계들은 별도로 분리되어서 전개되어지는 것이 아니며 또 순서 테로 이루어지는 것도 아니라는 것이 연구자들의 공통된 주장이다(이준상, 1995).

대체로 이러한 과정을 통해 실시되는 사례판리는 그 실천 단계에 있어 당면한 여러 문제점들을 안고 있다. 말하자면, 개념의 모호성, 개입의 구체화에 있어서의 어려움, 사례판리 서비스의 효과에 대한 실증적인 자료가 부족한 것 등으로 이 가운데 가장 근본적인 것은 사례판리 실천의 개념에 대한 의견의 불일치로 인해 학자들마다 혹은 사례판리 실무자들마다 사례판리활동에 있어서 강조하는 것이다(Austin & Caragonne, 1981). 특히 사례판리에서 활용되고 있는 사례판리 실천 개념 중에서 광범위한 치료적 상담과 치료상태에 대한 평가에 주안점을 두어 임상적 치료에만 지나치게 강조를 하고 후속관리(follow-up care)에는 소홀히 하는 경우에 있어 문제가 되어 지역사회에 거주하고 있는 정신장애인들에게 있어 효과적이지 못하고 사례판리자들이 그들의 역할과 과업 및 활동에 대해 혼돈을 일으키게 하기도 한다. 이외에도 여러 가지 구체적인고도 현실적인 문제로는 첫째, 사례판리자의 역할이 불분명해졌다는 것이다. 사례판리의 영역을 너무 포괄적으로 잡다보니 사례판리자가 치료, 재활, 관리, 행정 등 모든 분야의 업무를 담당하게 되었고(Intagliata & Baker, 1983; Rubin & Peter, 1982), 그 결과 사례판리자는

자신의 위치와 정체성에 회의를 가지게 되었다. 둘째, 사례관리자의 직업적 부담 정도가 심각해졌으며 이것은 높은 이직률로 이어졌다. 정신과 환자가 사회에서 직면하는 모든 문제들을 해결하려는 조력을 하다보니 사례관리자는 지치게 되고 직업에 대한 부담이 증가하였다. 이용할 수 있는 자원이 한계가 있음에도 불구하고, 다른 전문가들은 사례관리가 마치 만병 통치약이라고 되는 듯이 어렵고 골치 아픈 일들은 모두 사례관리자에게 떠맡기는 경향이 빈번하게 발생하였다. 실제로 미국에서는 1명의 사례관리자가 40명 전후의 환자들을 관리하는 무거운 부담을 안고 있다. 셋째, 사례관리자의 비전문화 현상이 두드러졌다. 치료자로서의 권위가 없고 임금도 낮기 때문에 대부분의 전문가들은 사례관리 영역에서 일하길 꺼려한다(Rapp & Chamberlain, 1985). 그 결과 전문 지식이나 경험이 거의 없는 보조 전문가들이 그 자리를 대신 차지하게 되고 그것은 정신보건 서비스 전달에 고정적 요인으로 작용하게 되었다. 넷째, 관료주의적 현상이 심해졌다. 사례관리는 담당하고 있는 환자의 숫자에 따른 책임 할당제를 채택하고 있기 때문에 사례관리자는 가급적 신경이 덜 쓰이는 환자들을 맡으려 한다. 게다가 환자가 필요로 하는 것과 자신이 속한 기관의 서비스 제공 원칙이 상반될 때, 이론적으로는 중립적인 위치에서야 하지만 대부분의 사례관리자들이 기관의 입장에 서거나 아니면 그 문제를 회피하려는 관료주의적 태도를 보이고 있다(Specht, 1990).

그러나 이러한 문제점에도 불구하고 사례관리는 지역사회 정신보건 운동을 전개하는데 반드시 필요한 제도이다. 우리 나라에서도 이제 사례관리 기법을 지역사회에 도입하려고 하고 있다. 그러나 위에서 언급된 바대로 지역사회 정신보건센터, 보건소, 사회복지시설 등에서 이루어질 재가 정신장애인에 대한 사례관리는 다양한 전문분야의 인력들의 참여가 요구되어지나 환경을 중시하는 역사적 전통을 내세우는 전문분야와 기초의학 및 정신보건 등의 전문적 지식, 대상자에 대한 접근용이성 등을 내세우는 분야간의 갈등이 예상되며, 실제로 지역사회 내에서 만성 정신장애인들을 관리할만한 전문 훈련을 받은 사례관리자는 부족한 실정이다(김통원, 1994). 때문에 지역사회 정신보건 사업에 있어 사례관리의 실천개념을 적용하여 실시하려고 하고 있는 우리 나라의 실정 상 이미 1970년대부터 사례관리에 의해 정신장애인들을 관리해오고 있는 선진국의 선례를 바탕으로 국내에서 사례관

리 제도를 운영할 때 앞서 발생된 여러 가지 문제점들을 충분히 고려한 후 그것을 효율적으로 보완 할 수 있는 방법을 찾아야 할 것이다. 이에 현재 서울·경기 지역의 정신보건센터에서 근무하고 있는 사례관리자들을 대상으로 사례관리 업무 수행정도를 파악하고 이들간의 공통된 의견을 수렴하여 표준화된 업무지침을 위한 기초자료를 제공하고자 한다. 더불어 5년여 동안 지역사회 정신보건사업에서 시행되어오고 있는 사례관리를 실제로 수행하는데 있어 장애요인과 그 장애요인에 대한 해결방안을 알아봄으로써 좀 더 효과적이고 효율적으로 정신장애인을 관리할 수 있는 구체적인 방안을 제시하고자 한다.

III. 연구방법

A. 연구설계

본 연구는 정신보건센터에 근무하고 있는 정신보건요원들의 사례관리자로서의 업무 수행실태를 파악하고 사례관리 실천에 있어서의 장애요인과 그 해결방안을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

B. 연구대상

본 연구의 대상자는 서울, 경인지역 24곳의 정신보건센터에 근무하는 정신보건요원으로 사례관리업무를 수행하고 있는 간호사, 사회복지사, 임상심리사 83명 중 정신보건센터 내규에 의해 연구 참여를 거부한 1개 센터에 근무하고 있는 4명과 휴가나 휴직, 파견근무 등의 이유로 연구 대상에 포함시키지 못한 7명을 제외한 23개 정신보건센터에서 근무하는 72명이 설문조사에 참여하였다.

C. 연구도구

본 연구의 도구는 사례관리자의 사례관리 업무수행정도, 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인 및 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인에 대한 해결방안, 사례관리자의 인구사회학적 특성 및 기관특성에 대해서 알아보기 위하여 문헌고찰과 정신보건센터의 사례관리자들을 대상으로 면접 조사한 내용을 토대로 연구자가 직접 구성하였다(부록).

1. 사례관리 업무수행정도

사례관리자의 업무수행정도는 문헌고찰을 토대로 연구자가 직접 개발하였는데 그 내용에 대한 타당성을 확인하기 위해 정신간호학교수 2인, 의학교수 1인, 정신보건센터 근무 경력 2년 이상의 사례관리자 간호사 3인, 사회복지사 2인 총 8인의 전문가 집단에게 ‘전혀 타당치 않음’을 1점, ‘다소 타당함’을 2점, ‘거의 타당치 않음’

을 3점, '타당치 않음'을 4점으로 하여 4점 척도로 구성한 예비도구의 설문지를 배부하여 각 항목별로 타당한 점수를 주고 새로 추가할 업무내용은 기술하도록 하였다. 타당도 점수는 각 항목별 타당도 점수를 산정한 후 각 문항별 CVI(Index of Content Validity)을 산출해 Downie & Health(1974)의 유의한 합의전문가 수에 근거하여 유의한 항목을 선정하였다. 즉, 전문가 8인 중 6인 이상이 3점 또는 4점을 주어 66.7%이상의 합의가 이루어진 항목에 대해 유의한 것으로 하였다(Lynn, 1986). 이 설문지에서 제안된 제외되어야할 사례관리 업무내용, 용어의 변경이나 새로 추가되어야할 항목으로 구성된 설문지를 다시 작성한 후 동일한 전문가 집단에게 첫 번째 설문지와 같은 방법으로 타당도 검증을 실시하였다. 전문가 타당도 검증을 거쳐 작성된 설문지를 전문가 타당도 검증에 참여한 실무자를 포함한 10명의 연구대상자에게 사전조사하여 용어의 변경, 새로 추가되어야할 항목, 작성상의 문제점등을 조사한 후 수정, 보완하여 최종 57개 항목을 개발하였다.

최종 개발된 도구의 구체적 영역별 항목 수는 대상자 발견 8개 항목, 사정 11개 항목, 계획 6개 항목, 치료 11개 항목, 점검 및 평가 9개, 옹호 및 연계 12개 항목의 전체 6개 영역의 57개 항목으로 구성하였으며 '전혀 안 함'의 0점에서 '항상 함'의 4점까지 측정하는 5점 Likert 척도이며 점수가 높을수록 사례관리 업무수행 정도가 높은 것을 의미한다.

2. 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인 및 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인에 대한 해결방안

사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인과 그에 대한 해결방안을 파악하기 위하여 21개 센터의 97년·98년 사업보고서와 정신보건센터에서 근무하고 있는 간호사 3인, 사회복지사 2인의 사례관리자들을 대상으로 면접 조사한 내용을 분석한 후 기관 내·외의 장애요인으로 분류하여 '사례관리 업무수행정도'와 함께 두 차례의 전문가 타당도 검증과정과 사전조사과정을 거쳐 개발하였다. 최종 항목은 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인은 기관 내 장애요인 9개 항목, 기관 외 장애요인 6개 항목으로, 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인에 대한 해결방안은 기관 내 해결방안이 8개 항목, 기관 외 해결방안이 6개 항목으로 구성되었다. 이에

대해 기관 내·외별로 각각의 항목들을 읽고 1순위부터 4순위까지로 우선 순위를 기록하도록 하였다.

3. 사례관리자의 일반적 특성 및 기관 특성

총 10개 항목으로 연령, 성별, 학력, 종교, 소지하고 있는 자격증, 정신보건관련 근무경력, 사례관리 근무경력 등의 사례관리자의 일반적 특성 6개 항목과 근무기관의 치료 팀 구성, 담당사례관리 대상자수 등의 기관특성 2개 항목과 사례관리 업무 수행에 있어서의 장애요인과 해결방안을 알아보는 1개 항목으로 구성되었다.

D. 자료수집 방법 및 절차

본 연구의 자료수집 기간은 1999년 10월7일부터 10월 22일까지 자료수집을 위해 전화를 통해 서울·경기지역 23개 정신보건센터에 연구의 목적을 설명한 후 설문 응답에 동의한 경우 반송우표와 함께 79부의 설문지를 발송하였고, 발송 1주 후 작성여부를 전화로 1차 확인하고 2주 후에 설문지 회수가 안된 곳은 전화로 설문지 반송여부를 확인한 후 반송되지 않은 곳은 직접 방문하여 응답에 협조해 줄 것을 요청하여 총 72부를 수집하였다.

E. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS window를 이용하여 분석하였으며 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

1. 연구대상자의 일반적 특성, 사례관리 업무수행의 장애요인, 사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 해결방안은 빈도와 백분율로 분석하였다.
2. 연구대상자의 사례관리 업무수행정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.

IV. 연구결과 및 고찰

A. 대상자의 인구사회학적 특성

본 연구의 대상자는 총 72명으로 간호사가 32명(44.5%) 사회복지사가 34명(47.2%) 임상심리사가 6명(8.3%)이었으며 이중 여자는 64명(88.9%), 남자는 8명(11.1%)으로 여자가 훨씬 많은 것으로 나타났다. 세 직종 중에서 임상심리사의 숫자가 가장 적은 것은 현재 서울·경기 지역 정신보건센터에 근무하고 있는 임상심리사가 모두 8명으로 본 연구뿐만 아니라 서울·경인지역 전체 정신보건센터 인력 중에서 임상심리사가 가장 적은 비율을 차지하고 있음을 알 수 있다.

연령을 살펴보면, 26-30세가 32명(44.4%)으로 가장 많았다. 각 직종별로 좀 더 자세히 살펴보면 간호사는 31-35세가 14명(43.8%)으로 가장 많았고, 사회복지사는 26-30세가 19명(55.9%)을 차지했고, 임상심리사는 26-30세가 3명으로 전체 6명중 반수가 이 연령범주에 속하는 것으로 나타났다. 결과적으로 세 직종 중 간호사가 다른 두 직종에 비해 다소 연령이 높은 것으로 나타났다.

학력을 살펴보면 대졸이 28명(38.9%)으로 가장 많았다. 임상심리사는 전체 6명 중 5명(83.3%)이 대졸이었으며 사회복지사는 전체 34명중 15명(44.1%)이 대졸이었는데 반해 간호사는 전체 32명중 전문대졸이 17명(53.1%)으로 가장 많았다. 또한 대학원 과정 중 또는 수료, 대학원이상도 전체 대상자 72명 중 26명(36.2%)을 차지해 정신보건센터에 근무하는 사례관리자의 학력이 대체로 높은 편으로 나타났다.

최성연(1997)의 사회복지사 대상의 연구에서 연령이 26-30세가 가장 많고, 성별도 여자가 월등히 더 많으며 학력도 대졸이 가장 많고 대학원이상도 비슷한 빈도수로 많아 학력이 점차로 높아지고 있는 추세임을 지적한 결과와 유사한 결과를 보이고 있다.

대상자 중 종교를 가지고 있는 경우는 48명(66.7%)으로 이 중 기독교가 33명(45.8%)으로 가장 많았다.

정신보건 관련 근무경력은 1-5년이 가장 많아 38명(52.8%)이었다. 1년 이상이 간호사 전체 대상자 중에서 29명(90.6%)이었고, 사회복지사 전체 대상자중에서는 27명(79.4%)이었다. 이에 반해 임상심리사는 전체 6명중 5명(83.3%)이 1년 이하로 세 직종중 간호사가 근무경력이 가장 길고 임상심리사가 가장 짧은 것으로 나타났다.

사례관리 근무경력은 1-2년이 40명(55.6%)으로 가장 많았다. 전체 간호사중 20명(43.06%)이 2년 이하의 근무경력을 가지고 있었으며, 사회복지사는 32명(45.83%)이 2년 이하의 근무경력을 가지고 있었는데 비해 임상심리사는 5명(6.94%)이 1년 이하의 근무경력을 가지고 있어 정신보건관련 근무경력과 마찬가지로 임상심리사가 다른 두 직종에 비해 근무경력이 짧은 것으로 나타났다.

정신보건관련 근무경력이 1-5년이 가장 많으면서 사례관리 근무경력이 1-2년이 가장 많은 것은 사례관리자들의 다수가 단기간의 정신보건관련 근무경력으로 사례관리 업무를 수행하는 것으로 생각할 수 있다.

표 1. 사례관리자의 인구사회학적 특성

					n = 72
특성		직 종			전체 n=72
		간호사 n=32 실수(백분율)	사회복지사 n=34 실수(백분율)	임상심리사 n=6 실수(백분율)	
연령	25세이하	1(1.4)	7(9.7)	2(2.8)	10(14.0)
	26-30세	10(13.9)	19(26.4)	3(4.2)	32(44.4)
	31-35세	14(19.4)	7(9.7)	1(1.4)	22(30.6)
	36-40세	3(4.2)	1(1.4)		4(5.6)
	41세이상	4(5.6)			4(5.6)
성별	남	1(1.4)	7(9.7)		8(11.1)
	여	31(43.1)	27(37.5)	6(8.3)	64(88.9)
학력	전문대졸	17(23.6)	1(1.4)		18(25)
	대졸	8(11.1)	15(20.8)	5(6.9)	28(38.9)
	대학원과정중	3(4.17)	7(9.72)		10(14.0)
	또는 수료				
	대학원이상	4(5.6)	11(15.3)	1(1.4)	16(22.2)
종교	기독교	14(19.4)	18(25)	1(1.4)	33(45.8)
	천주교	6(8.3)	5(6.9)		11(15.3)
	불교	2(2.8)			2(2.8)

표 1. 계속

	없음	9(12.5)	10(13.9)	5(6.9)	24(33.3)
	기타	1(1.4)	1(1.4)		2(2.8)
정신보건	1년 이하	3(4.2)	7(9.7)	5(6.9)	15(20.8)
관련	1-5년	14(19.4)	23(31.9)	1(1.4)	38(52.8)
근무경력	6-10년	12(16.7)	4(5.6)		16(22.2)
	11년 이상	3(4.17)			3(4.17)
사례관리	1년 이하	11(15.3)	14(19.4)	5(6.9)	30(41.8)
근무경력	1-2년	20(27.8)	19(26.4)	1(1.4)	40(55.6)
	3년 이상	1(1.4)	1(1.4)		2(2.8)

무응답 제외

표 2. 직종별 사례관리 및 정신보건관련 근무경력

*단위 ; 개월

n = 72

직종	n	사례관리근무경력		정신보건근무경력	
		평균	표준편차	평균	표준편차
간호사	30	21.0	14.5	64.9	44.1
사회복지사	31	21.4	15.1	33.9	27.4
임상심리사	4	11.7	9.4	12.5	8.7
합계	65	20.4	14.5	45.9	39.1

무응답 제외

B. 기관 특성

사례관리 치료 팀의 구성을 살펴보면 전체 23기관 중 정신과 전문의는 1명이 근무하는 기관이 18기관(78.3%)으로 대부분이었으며 간호사와 사회복지사는 간호사 5명, 사회복지사 4명이 근무하는 1개 센터를 제외하고 1명 내지 2명이 근무하고 있었다. 제외된 1개 센터는 서울특별시에서 최초로 설립된 정신보건센터로 현재 타 서울시 정신보건센터와 인근 구 정신보건 지원사업을 병행하고 있기 때문에 타 정신보건센터에 비해 많은 인력이 근무하고 있어 실제로 사례관리에 투입되는 인력은 많지 않은 것으로 보여진다. 정신과 전공의와 임상심리사는 근무하고 있지 않은 기관이 각각 17기관(73.9%)으로 근무하고 있는 기관보다 높게 나왔다.

자원봉사자는 11-20명과 10명 이하가 각각 7기관(30.4%)으로 가장 많았으며 다음으로 21-30명이 5기관(21.7%), 31명 이상이 2기관(8.7%) 순 이었다.

담당사례 수는 50명 이하가 전체 72명 중 43명(59.7%)으로 가장 많았으며 51-100명이 16명(22.2%), 201명 이상이 7명(9.7%) 순 이었으며, 간호사가 평균 68명, 사회복지사는 54명, 임상심리사는 18명이었다. 이에 비해 미국 위스콘신주 데인 카운티를 중심으로 1972년 개발되어 정신장애인들의 사회생활기능을 높여주고 지역사회에서 재발 없이 오랜 기간 생활할 수 있도록 함으로써 지역사회치료를 성공적으로 이끈 PACT(Program of Assertive community treatment)에서는 1명의 사례관리자가 10명에서 17명의 정신장애인을 담당하고, 1명의 정신장애인을 위해 3-4명으로 구성된 사례관리팀이 배정되어있다(PACT연수내용, 1998). 또한 많은 사례관리 전문가들은 사례관리자들의 적극적인 활동을 위해서는 정신장애인 1인에 대한 사례관리자의 비율이 높을수록 좋다는 의견이 많다. 즉, 1 - 12명이 적당하다고 생각하며 20명이 넘지 않아야 한다고 하고 있다(McGrew & Bond, 1995).

표 3. 사례관리 치료 팀 구성

n = 23

근무인원 치료 팀	0명 실수(백분율)	1명 실수(백분율)	2-3명 실수(백분율)	4명 이상 실수(백분율)
정신과 전문의		18(78.3)	5(21.7)	
정신과 전공의	17(73.9)	6(26.1)		
간호사		13(56.5)	9(39.1)	1(4.3)
사회복지사		9(39.1)	12(52.2)	1(4.3)
임상심리사	17(73.9)	5(21.7)	1(4.3)	

표 4. 자원봉사자수

n = 23

자원봉사자수	실수	백분율
10명 이하	9	39.1
11-20명	7	30.4
21-30명	5	21.7
31명 이상	2	8.7

표 5. 직종별 담당사례 수

n = 72

직종	n	평균	표준편차
간호사	30	67.97	52.77
사회복지사	32	53.84	74.54
임상심리사	5	18	9.08
합계	67	57.70	63.02

무응답 제외

표 6. 사례관리자 1인의 담당사례 수

n = 72

담당사례 수	실수(백분율)
50명 이하	41(59.72)
51-100명	15(22.22)
101-150명	4(6.94)
151-200명	1(1.39)
201명 이상	6(9.72)

무응답 제외

C. 사례관리 업무 수행정도

사례관리 업무 수행정도는 대상자의 발견, 사정, 계획, 치료, 점검 및 평가, 옹호 및 연계의 6개 영역으로 나뉘어 조사되었으며 각 영역의 업무수행정도를 살펴보면 다음과 같다.

1) 대상자의 발견

대상자 발견 업무 수행정도는 전체 평균이 각각 3.78점이었다. 이 중 간호사의 평균은 3.91점이고, 사회복지사는 3.77점, 임상심리사는 3.15점으로 간호사의 점수가 가장 높게 나타났다. 이 영역의 항목 중 ‘발굴된 대상자가 센터의 사례관리 대상자 기준에 적합한지를 평가한다.’(평균 4.44)의 항목의 점수가 다른 항목들에 비해 높게 나타났다. ‘대상자 특성에 따라 대상자에게 가장 적합한 사례관리자를 결정한다.’(평균 3.99)와 ‘의뢰된 대상자가 기관에 적합한 대상자라는 것을 확인시키기 위해 동의서나 계약서를 작성한다.’(평균 3.93)의 항목도 높게 나타났다.

98년 21개 정신보건센터의 사업보고서 중 3개 정신보건센터를 제외한 정신보건센터에서 만성 정신장애인을 주요 대상으로 하여 정신보건사업을 시행하고 있으며 기타 알콜중독, 치매 등의 질환을 가진 사람들을 대상으로 하고 있어 대상자가 정신보건센터의 기준에 적합한지 여부를 평가하는 과정이 중요하게 여겨지고 있는 것으로 생각된다. 이는 현행 정신보건센터가 1년 단위의 시범사업으로 운영되어지고 있어 많은 인력을 투입할 수 없으므로 해당지역 내에 가장 문제되는 대상자 중심으로 서비스를 제공할 수밖에 없기 때문으로 보여진다.

PACT(Program of Assertive Community Treatment)에 의하면 정신장애인 1인당 간호사, 사회복지사, 작업치료사, 직업재활 상담가 등의 3-4명의 사례관리자로 구성된 팀이 결성되어 팀 접근에 의한 방법으로 대상자를 관리하게 되어져 있다. 그러나, 우리 나라 정신보건센터에서는 대부분 정신장애인 1인을 사례관리자 1인이 전담하여 모든 사례관리 기능에 책임을 지고 대상자에게 필요한 직접 조정, 옹호서비스를 제공하는 일반모델(generalist model)의 형태로 수행되고 있어 ‘대상자발견 영역’에 나와있는 ‘대상자 특성에 따라 대상자에게 가장 적합한 사례관리자를 결정한다.’는 항목은 전문영역에서 서비스 전달의 책임을 갖는 성원들이 모인 전문가들로 정신장애인에게 적합한 사례관리팀을 결성하는 인접전문가 팀 접근모

텔(interdisciplinary team approach model)이 아닌 정신장애인에 대한 1인의 사례 관리 전담자를 결정하는 단계이다. 이러한 제한점을 극복하기 위해 사례회의나 사례관리자들간의 개별적인 토론을 통해 대상자 사례관리에 대해 의논하고 있는 것으로 나타났다(강남, 강서, 수원, 용인 정신보건센터 사업보고서, 1998; 이윤로, 성규택, 1993).

표 7. 대상자발견 업무수행정도

n = 72

대상자발견 업무수행정도	간호사 n=32		사회 복지사 n=34		임상 심리사 n=6		전체 평균
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
1. 관련 기관에 등록된 자료와 의료보험 자료 등을 이용하여 대상자를 발굴해낸다.	4.03	.74	3.82	.80	3.17	.98	3.86
2. 지역 내 보건인력의 도움으로 대상자를 발굴해낸다.	3.44	.91	3.32	.98	3.17	1.17	3.36
3. 발굴된 대상자가 센터의 사례관리 대상자 기준에 적합한지를 평가한다.	4.56	.67	4.32	.84	4.50	.84	4.44
4. 의뢰인이나 관련기관을 통해 대상자에 대한 충분한 정보를 수집한다.	3.84	.77	3.79	.95	3.50	1.22	3.79
5. 대상자 특성에 따라 대상자에게 가장 적합한 사례관리자를 결정한다.	4.25	.72	3.85	.82	3.33	1.21	3.99
6. 첫 방문 전 전화나 서신을 통해 방문목적에 대해 설명한다.	3.78	.75	3.47	1.08	3.00	.63	3.57
7. 대상자에게 현실적 기대를 주기 위해 기관의 정책을 명백히 알려준다.	3.63	.87	3.44	.86	3.50	.55	3.53
8. 의뢰된 대상자가 기관에 적합한 대상자라는 것을 확인시키기 위해 동의서나 계약서를 작성한다.	4.06	.88	3.82	.94	3.33	1.03	3.93
무응답 제외							

2) 사정

사정 업무 수행정도는 전체 평균이 3.95점이고 항목 모두가 3.5점 이상으로 6개 영역 중 가장 높은 점수를 나타냈다. 이 중 간호사는 평균 4.09점이고, 사회복지사는 3.89점, 임상심리사는 3.52점으로 간호사의 점수가 가장 높게 나타났다. 이 영역의 항목 중 '대상자의 일상생활, 사회생활, 대인관계 등의 전반적인 기능수준을 평가한다.'(평균 4.44), '대상자의 경제형편을 사정한다.'(평균 4.18), '대상자의 정신적 건강상태를 파악하고 진단한다.'(평균 4.14)의 점수가 다른 항목들에 비해 높게 나타났다.

만성 정신장애인 사례관리의 가장 우선되는 단계가 대상자의 정신 상태 및 전반적인 기능상태를 평가하는 것이다(Onyett, 1992). 본 연구결과에서도 이 영역의 업무수행점수가 높게 나타났다. 그러나, 이러한 평가를 위한 표준화된 도구가 마련되지 않아 사례관리자가 주관적으로 판단하거나 합의되어지지 않은 도구를 임의로 사용하고 있는 실정으로 대상자에 대한 정확한 평가가 이루어지기 위해서는 사정 도구에 대한 개발이 시급하다.

'대상자의 일상생활, 사회생활, 대인관계 등의 전반적인 기능수준을 평가한다.'의 항목과 함께 '대상자의 경제형편을 사정한다.'의 업무 수행점수가 높게 나타났다. 남경아(1997)의 연구에서 정신장애인 가족이 정신장애인을 위해 국가나 정부의 도움을 필요로 하는 영역으로 경제적 지원이 가장 높게 나타났다. 이현주(1997)는 이를 수입이 낮을수록 의료요구가 많고, 의료 불충족율이 높으며, 빈곤할수록 건강문제는 더욱 심각해지지만 경제적 부족으로 의료이용에 장애가 많기 때문이라고 보고하고 있다. 사례관리자들이 대상자의 경제형편을 정확히 사정하는 작업은 대상자들의 생계유지에 적절한 최저 생계비 수준을 마련하고 의료비 혜택의 수준을 높일 수 있을 것이라고 생각되므로 본 연구에서 이 업무영역의 높은 수행점수는 바람직한 결과라고 보여진다 .

표 8. 사정 업무수행정도

사정 업무수행정도	n = 72							
	간호사 n=32		사회 복지사 n=34		임상 심리사 n=6		전체 평균	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
1.대상자의 정신적 건강상태를 파악하고 진단한다.	4.19	.69	4.15	.89	3.83	.75	4.14	
2.대상자의 입원경력, 가족력, 직업력 등의 과거력을 조사한다.	4.56	.67	4.32	.84	4.50	.84	4.44	
3.대상자의 일상생활, 사회생활, 대인관계 등의 전반적인 기능 수준을 평가한다.	4.06	.88	3.82	.94	3.83	.98	3.93	
4.대상자의 신체적 건강상태를 파악한다.	4.06	.88	3.82	.94	3.83	.98	3.93	
5.대상자의 경제형편을 사정한다.	4.28	.68	4.18	.80	3.67	.82	4.18	
6.대상자의 장점이 되는 특별한 지식, 능력 또는 태도 등의 내적 자원을 평가한다.	4.13	.87	4.03	.97	3.00	.63	3.99	
7.대상자가 이용 가능한 외적자원(공식적·비공식적)을 평가한다.	3.84	.77	3.79	.95	3.50	1.22	3.79	
8.사정자료를 얻기 위해 대상자의 가족과 친구들을 면담한다.	4.25	.72	3.85	.82	3.33	1.21	3.99	

9.사정된 자료에 대한 문제목록을 만들고 우선 순위를 결정한다.	3.78	.75	3.47	1.08	3.00	.63	3.57
10.대상자 및 보호자의 욕구 및 재화에 대한 기대정도를 파악하여 우선 순위를 결정한다.	3.84	.81	3.88	.77	3.50	.55	3.83
11.지속적인 사정을 통해 충분한 자료를 수집한다.	4.00	.76	3.71	.80	3.17	.75	3.79

무응답 제외

3) 계획

계획 업무수행정도는 전체 평균은 3.78점으로 항목 모두가 3.5점 이상의 점수를 나타냈다. 이 중 간호사의 평균은 3.85점이고, 사회복지사는 3.78점, 임상심리사는 각각 3.44점으로 간호사의 점수가 가장 높게 나타났다. 이 영역의 항목 중 ‘대상자 및 가족을 치료계획에 참여시킨다.’(평균 4.13)가 가장 높게 나타났으며, ‘다른 전문인과 치료계획을 의논한다.’(평균 3.63)가 다른 항목에 비해 낮은 점수를 보였다.

대상자에게 필요한 서비스를 제공하기 위해서는 사례관리를 계획할 때 대상자와 그 가족을 참여시키는 것은 중요한데 이는 사례관리가 치료자 중심이 아닌 대상자 중심이 되어야 하기 때문이며 이 과정은 대상자 및 가족의 욕구를 사정하고 치료하며 점검 및 평가, 옹호 및 연계하는 사례관리 과정과 상관이 있다(김윤희, 1998). 이에 비해 다른 전문인과 대상자에 대한 치료계획을 의논하는 업무는 낮은 수행 점수를 나타냈는데 이는 사례관리자 1인당 담당하고 있는 사례수가 많아 대상자 개개인에 대한 타 전문인과 자세하게 상의하기 어렵고 관련기관과의 연계체계 구축정도가 미비하기 때문이라고 보여지며 정신보건센터에 대한 좀 더 적극적인 홍보활동과 정부차원의 정책적 지원을 통해 기존의 정신의료기관이나 공공기관과의 원활한 서비스 호환체계를 형성시켜가야 한다고 본다.

표 9. 계획 업무수행정도

		n = 72						
계획 업무수행정도		간호사 n=32		사회 복지사 n=34		임상 심리사 n=6		전체 평균
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
1.팀 접근에 의해 대상자에 대한 계획을 세운다.		3.75	.98	3.68	.98	3.33	.52	3.68
2.대상자의 치료계획에 대해 기관의 슈퍼바이저나 그 외 적합한 사람에게 조언을 구한다.		3.97	.82	3.76	.82	4.00	.89	3.88
3.다른 전문인(지역 내 동사무소, 복지관, 병·의원 등 에서 대상자를 관리하는 사람)과 치료 계획을 의논한 다.		3.63	.87	3.44	.86	3.50	.55	3.53
4.대상자의 치료계획에 대한 측정 가능한 목표를 세운 다.		3.72	.89	3.91	.87	3.00	.89	3.75
5.대상자에게 의사결정의 권한을 부여한다.		3.94	.80	3.91	.79	3.50	.55	3.89
6.대상자 및 가족을 치료계획에 참여시킨다.		4.13	.87	3.94	.89	3.33	.82	3.97
무응답 제외								

4) 치료

치료 업무수행정도는 전체 평균은 3.82점으로 나타났다. 이 중 간호사의 평균은 3.96점이고, 사회복지사는 3.84, 임상심리사는 2.99점으로 간호사의 점수가 가장 높게 나타났다. 이 영역의 업무는 대체로 평균 4점 이상의 높은 수행정도를 나타냈다. 특히 ‘약물치료에 대해 점검한다.’의 업무가 높은 점수로 나타났다. 이는 남경아(1997)의 연구에서 정신장애인 가족이 정신건강 전문가의 도움을 필요로 하는 영역으로 약물처방이 가장 높게 나타나 대상자 및 그 보호자의 욕구에 부합한 업무활동으로 보여진다. 이와 더불어 본 연구에서 정신건강교육에 대한 높은 수행점수는 정신질환에 대한 올바른 인식이 정신질환의 예방과 치료를 적절하게 수행하는데 중요한 역할을 하고, 올바른 치료추구 행위를 할 수 있도록 도와주기 때문에(신승철, 윤관수, 1990 ; 손기원 등, 1994) 바람직한 결과라고 생각된다.

또 본 연구결과에서는 ‘주거시설을 마련한다.’와 ‘신체질환이 있는 경우 적절한 관리를 한다.’업무의 수행점수가 낮게 나타났다. 그러나, 남경아(1997)의 연구에 의하면 현재 동거인이 어머니인 경우가 가장 많았으며 정신장애인 가족이 정신장애인을 위한 국가나 정부의 도움을 필요로 하는 영역은 경제적 지원과 더불어 정신장애인을 위한 거주장소에 대한 요구였는데 정신장애인 대상자 중 대부분이 무직이라는 결과를 고려할 경우 고령인 부모가 사망하게 되는 경우 끝까지 책임지고 돌 볼 수 있는 사람이 없어져 가족이나 경제적 지지체계가 와해될 가능성이 상당히 높을 것으로 보이므로 이런 대상자들에게는 거주장소, 생계수단 등이 제공되어 정신장애인들이 독립적으로 생활할 수 있는 능력을 가질 수 있도록 돕는 것이 매우 중요할 것으로 보고 있다. 또한 만성 정신장애인을 위한 직업재활은 대상자의 상태나 현재 기능을 세심히 사정하고, 직업에 대한 비현실적인 기대감과 갈등을 해소하여 적절한 직업역할을 선택할 수 있도록 도울 수 있기 때문에 이들의 독립적인 생활을 더욱 견고히 할 것으로 생각한다(신현균 등, 1993). 이렇듯 주거시설 마련 및 직업재활에 대한 중요성이 강조되고 있어 이 업무에 사례관리자들의 활발한 활동이 요구되며 이에 앞서 이들의 활동에 대한 국가나 정부의 적극적 지원이 필요하다고 생각된다.

주거시설마련에 대한 낮은 업무수행점수와 함께 ‘신체질환이 있는 경우 적절한 관리를 한다.’의 항목 또한 낮은 수행점수를 나타냈는데 이는 정신장애인의 정신상태 및 전반적 일상생활 및 사회생활 기능수준의 향상 등에 사례관리 치료활동이 치우쳐 있기 때문이라고 보여진다. 그러나, 정신장애인의 신체질환 관리는 인지기

능의 저하와 정신과적 음성증상을 가지고 있는 만성 정신장애인의 경우 중요한 사례관리 업무내용이라고 할 수 있다. 이에 PACT에서는 특별 치료요소 목록으로 신체적 치료를 포함시키고 있다(PACT연수내용, 1998).

표 10. 치료 업무수행정도

n = 72

치료 업무수행정도	간호사 n=34		사회 복지사 n=32		임상 심리사 n=6		전체 평균
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
1.개인상담 및 집단상담을 한다	4.16	.81	4.09	.90	3.50	.55	4.07
2.약물치료에 대해 점검한다.	4.53	.76	4.47	.79	4.00	.89	4.46
3.사회기술훈련, 일상생활훈련 등 정신사회재활프로 그램을 시행한다.	4.37	.75	4.24	.92	2.83	1.33	4.18
4.가족치료 및 교육을 한다.	4.22	.71	4.12	.81	3.33	.52	4.10
5.정신건강교육을 한다.	4.41	.87	4.18	.80	3.17	.98	4.19
6.위기상황 발생 시 적절한 조치를 취한다.	4.09	.69	4.06	.74	3.50	.84	4.03
7.신체 질환이 있는 경우 적절한 관리를 한다.	3.63	.91	3.26	.86	2.50	.55	3.36
8.정신보건센터에서 운영하는 서비스(직업재활, 주간 재활 등)를 제공한다.	4.53	.67	4.26	.75	3.17	1.33	4.29
9.사례회의를 한다.	4.16	1.08	4.06	1.04	3.00	.63	4.01
10.주거시설을 마련한다.	1.56	.72	1.82	1.00	1.17	.41	1.65
11.환자권리, 긴급서비스 의뢰 처, 의뢰기관의 서비 스 내용 등에 관해 교육한다.	3.88	.91	3.65	.81	2.67	1.03	3.67
무응답 제외							

5) 점검 및 평가

점검 및 평가 업무수행정도는 전체 평균이 3.51점으로 나타났다. 이 중 간호사의 평균은 3.51점이고, 사회복지사는 3.61점, 임상심리사는 각각 2.91점으로 사회복지사의 점수가 다른 두 직종에 비해 높게 나타났다. 이 영역의 항목 중 '사례관리 과정을 기록하고 확인한다.'(평균 4.35)가 가장 높게 나타났으며, '표준화된 사전, 사후 검사도구를 사용한다.'(평균 2.86)가 가장 낮게 나타났다. 최성연(1997)의 연구에서도 이 영역의 실시정도가 낮게 나타났다. 그러나 최성연(1997)의 연구에서 서비스 계획이 잘못되었을 경우 다시 계획을 세워야 함에도 불구하고 이 부문이 잘 되고 있지 못함을 지적한 결과와는 달리 '사례관리과정에 대한 기록 및 확인'의 업무수행 점수가 높게 나타난 결과로 보아 대상자의 사례관리 계획의 수정·보완 작업이 비교적 잘 이루어지고 있음을 알 수 있다.

앞서 표준화된 사전 도구 부재에 대한 문제점이 언급되었다시피 사례관리 업무에 대한 표준화된 사전, 사후 평가도구 또한 문제가 되어지고 있음을 연구결과로 알 수 있다. 이는 사례관리의 효과를 측정할 수 있는 중요한 도구로 향후 정신보건센터의 정착과 발전을 위해 이에 대한 개발이 반드시 필요할 것으로 보여진다.

표 11. 점검 및 평가 업무수행정도

n = 72

점검 및 평가 업무수행정도	간호사 n=32		사회 복지사 n=34		임상 심리사 n=6		전체 평균
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
1.대상자 개인별 평가 목록을 작성한다.	3.28	.85	3.32	1.01	2.83	.98	3.26
2.표준화된 사전, 사후 검사도구를 사용한다.	2.84	.85	2.94	1.01	2.50	.55	2.86
3.사례관리과정을 기록하고 확인한다.	4.41	.76	4.41	.82	3.67	1.21	4.35
4.서비스가 대상자에게 적합하고 효과적인지를 점검한다.	3.78	.79	4.00	.78	3.50	.55	3.86
5.대상자와 가족의 상태 및 욕구에 따라 치료계획을 수정, 보완한다.	3.91	.82	3.97	.87	3.00	.00	3.86
6.관련기관 실무자들이 제공하는 서비스 내용과 지원목표 달성여부를 점검한다.	3.41	1.04	3.56	.86	2.33	.52	3.39
7.점검과정을 통해 지속적으로 정보를 보완하여 계획을 수정한다.	3.38	.91	3.47	.66	2.67	.52	3.36
8.대상자의 호전정도에 따라 종결되어야 할 사례를 결정한다.	3.19	.78	3.35	.95	2.67	.82	3.22
9.정신보건센터에서 시행하는 연구에 참여한다.	3.41	.98	3.50	.96	3.00	.63	3.42

무응답 제외

6) 옹호 및 연계

옹호 및 연계 업무수행정도는 전체 평균은 3.47점으로 6개 영역 중 가장 낮게 나타났다. 이 중 간호사의 평균은 3.47점이고, 사회복지사는 3.58점, 임상심리사는 2.81점으로 사회복지사의 점수가 가장 높게 나타났다. 이 영역의 항목 중 '지역 사회 기관 및 인적자원을 개발하고 관리한다.'(평균 4.00)가 가장 높게 나타났으며, '입원에 대한 탄원(청원)이 있을 경우나 법률상의 소송절차에서 대상자권리를 옹호한다.'(평균 3.00)와 '대상자와 그 가족이 자주 모이는 장소를 방문하여 사례관리에 관해 홍보한다.'(평균 3.01)가 다른 항목에 비해 낮게 나타났다.

정신장애인을 위한 사례관리에 있어 정신장애인의 권리를 대변하고 보호하는 업무와 지역사회에 흩어져 있는 다양한 인적·물적 자원을 대상자의 필요나 욕구에 맞게 연계시켜주는 작업은 정신질환으로 인해 여러 기능이 위축되어져 있는 대상자에게 매우 중요한 사례관리 업무중의 하나라고 할 수 있다. 그러나, 연구결과에 의하면 다른 영역들에 비해 낮은 점수를 보이고 있다. 이는 최성연(1997)의 연구에서 옹호 및 연계에 관한 사례관리 업무 실시정도에 비해 필요정도가 높게 나타난 결과에 의하면 사례관리자들의 인식이 부족하여 옹호 및 연계 수행점수가 낮게 나타난 것이 아니라 업무수행을 위한 지역사회 자원이 부족하기 때문으로 생각된다. 따라서 정신장애인에 대한 옹호 및 연계의 사례관리 업무가 활발히 진행되기 위해서는 국가나 정부 차원의 적극적인 지원이 필요하다고 보여진다. 즉, 정신장애인이 이용 가능하고 그들에게 적합한 사회복지시설을 설립함과 동시에 기존 시설을 정신장애인이 이용할 수 있도록 하기 위해 지역주민의 인식을 변화시키기 위한 적극적 활동을 펼치고 정신장애인과 그 가족들을 대상으로는 시설에 대한 홍보를 실시해 이용 가능한 시설에 대한 정보가 부족해 이용하지 못하는 일이 없도록 해야하겠다.

표 12. 옹호 및 연계 업무수행정도

n = 72							
옹호 및 연계 업무수행정도	간호사 n=32		사회 복지사 n=34		임상 심리사 n=6		전체 평균
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
1.입원에 대한 탄원(청원)이 있을 경우나 법률상의 소송절차에서 대상자의 권리를 옹호한다.	2.97	.90	3.06	.98	2.83	.41	3.00
2. 입원시 재원관리를 한다.	3.34	1.10	3.56	.96	2.33	.82	3.36
3.의뢰기관에 동행하여 대상자를 소개시킨다.	3.38	1.01	3.68	.77	3.00	1.10	3.49
4.관련기관의 서비스 정책개발자, 지역 매체, 지역사회리더, 입법가 등에게 대상자가 필요한 혜택이나 서비스에 대해 알려준다.	3.44	.95	3.15	.89	2.50	1.05	3.22
5.대상자가 의뢰된 기관의 의뢰결과를 확인한다.	3.88	.79	3.71	.63	3.33	1.03	3.75
6.지역사회 기관 및 인적자원(자원봉사자 등)을 개발하고 관리한다.	3.88	.83	4.18	.76	3.67	.82	4.00
7.관련기관에서 대상자에게 제공되는 서비스 내용을 조정한다.	3.53	.092	3.59	.96	2.50	1.05	3.47
8.관련 기관이나 다른 정신보건센터의 사례관리자와 만나 정보를 공유한다.	3.56	.88	3.53	.79	2.17	.98	3.43

9.대상자와 그 가족이 자주 모이는 장소(기관)를 방문하여 사례관리에 관해 홍보한다.	3.06	.88	3.12	.91	2.17	.75	3.01
10.정신장애인을 위한 지지체계나 자조 집단의 구성 및 활동을 지원한다.	3.50	.95	3.76	.85	3.00	.63	3.58
11.자원봉사자를 모집하고 교육한다.	3.72	1.05	4.03	.90	3.17	.98	3.82
12.관련 기관과의 협조체제를 유지, 강화하기 위한 모임을 갖는다.	3.41	.87	3.56	.89	3.00	1.10	3.44
무응답 제외							

D. 사례관리 업무수행 장애요인

사례관리 업무수행의 장애요인을 파악하기 위해 기관 내와 기관 밖에서 발생할 수 있는 장애요인으로 나누어 전체 항목에 대한 선택빈도와 1순위부터 4순위까지 각각의 순위별 선택빈도를 조사하였으나, 이 두 선택빈도의 결과가 크게 다르지 않아 전체 항목에 대한 선택 순만을 제시하고 순위별 선택순은 부록에 실어 참조할 수 있도록 하였다(부록 표 17.과 부록 표 18.).

우선 기관 내에서 발생할 수 있는 장애요인은 전체 9항목 중 ‘사례관리 외에 담당하고 있는 업무가 많다.’의 항목이 58명(80.6%)으로 가장 많이 선택되었고 순위별 선택 순에서도 1순위와 2순위로 가장 많이 선택되어 정신보건센터의 사례관리자들이 사례관리 활동을 하는데 가장 큰 장애 요인으로 생각하고 있는 것으로 나타났다. 다음으로 ‘정신보건센터 내 자원이 부족하다.’의 항목이 50명(69.4%), ‘업무량에 비해 임금이나 복지혜택수준이 낮다.’의 항목이 43명(59.7%), ‘표준화된 업무 지침이 없어 체계적인 업무수행이 곤란하다.’의 항목이 34명(47.2%) 순 이었다.

기관 외에서 발생할 수 있는 장애요인에서는 전체 6항목 중 ‘기관간 연계를 위한 공식적 채널이 없고 이에 대한 정책적 지원이 미비하다.’의 항목이 66명(91.7%)으로 가장 많이 선택되었고 순위별 선택 순에서도 1순위, 2순위, 3순위로 가장 많이 선택되어 사례관리 활동을 하는데 외부적으로 가장 큰 장애 요인으로 생각하는 것으로 나타났으며 이는 앞서 ‘사례관리 업무수행정도’에 관한 연구 결과에서 ‘옹호 및 연계’의 영역이 가장 낮은 수행점수를 나타낸 결과와 상관이 있는 것으로 보여진다. 즉 사례관리 업무수행 시 관련기관과의 연계체계가 잘 구축되어 있지 않고 이를 지원할만한 정책이 미비하기 때문에 사례관리자들의 관련기관과의 연계가 원활히 이루어지지 못하는 원인이 된다고 생각된다. 다음으로는 ‘관련기관 및 지역사회 주민 인식이 부족하다.’의 항목이 61명(84.7%), ‘사례관리자의 신분보장이 되어있지 않아 활동에 제약이 있다.’의 항목이 58명(80.6%), ‘대상자에게 필요한 지역사회 자원이 없거나 빈약하다.’의 항목이 55명(76.4%)의 순서로 선택되었다.

표 13. 사례관리 업무수행의 기관 내 장애요인

n = 72

순서	항목	실수(백분율)
1	사례관리 외에 담당하고 있는 업무가 많다.	58(80.6)
2	정신보건센터 내 자원(차량, 신변보호를 위한 안전 및 보호시설 등)이 부족하다.	50(69.4)
3	업무량에 비해 임금이나 복지혜택수준이 낮다.	42(59.7)
4	표준화된 업무지침이 없어 체계적인 업무수행이 곤란하다.	33(47.2)
5	담당하고 있는 하고 있는 사례가 너무 많다.	32(44.4)
6	사정 및 평가 도구가 미비하다.	29(40.3)
7	사례관리자들의 슈퍼바이저(supervisor)가 없다.	19(26.4)
8	정신사회재활치료와 사례관리 업무운영 등에 관한 재교육의 기회가 없다.	12(16.7)
9	다양한 직종의 사례관리자간에 대상자 관리에 대한 시각이 다르다.	10(13.9)

*전체 실수 = 72×4(응답자 1인당 4회씩 복수 선택),

무응답 제외

표 14. 사례관리 업무수행의 기관 외 장애요인

n = 72

순서	항목	실수(백분율)
1	기관간 연계를 위한 공식적 채널이 없고 이에 대한 정책적 지원이 미비하다.	66(91.7)
2	관련기관 및 지역사회 주민인식이 부족하다.	61(84.7)
3	사례관리자의 신분보장이 되어 있지 않아 활동에 제약이 있다.	58(80.6)
4	대상자에게 필요한 지역사회 자원이 없거나 빈약하다.	54(76.4)
5	정신보건활동에 대한 홍보 및 계몽활동이 미비하다.	31(44.4)
6	기관간 서비스가 중복된다.	11(15.3)

*전체실수 = 72× 4(응답자 1인당 4회씩 복수선택)

무응답 제외

E. 사례관리 업무 수행의 장애요인에 대한 해결방안

사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 해결방안을 파악하기 위해 장애요인에 대한 기관 내·외로 나누어 전체 항목에 대한 선택빈도와 1순위부터 4순위까지 각각의 순위별 선택빈도를 조사하였으나, 사례관리 업무수행의 장애요인과 마찬가지로 이 두 선택빈도의 결과가 크게 다르지 않아 전체 항목에 대한 선택순만을 제시하고 순위별 선택순은 부록에 실어 참조할 수 있도록 하였다(부록 표 19.와 부록 표 20.).

우선 장애요인에 대한 기관 내 해결방안은 전체 8항목 중에서 '사례관리 프로그램 운영에 대한 적절한 예산을 확보한다.'의 항목이 52명(72.2%)으로 순위별 선택순에서도 1순위와 2순위로 가장 많이 선택되었는데 이는 주간재활이나 직업재활, 정신건강증진사업 등과 달리 사례관리를 위한 예산규모가 훨씬 적은 것으로 나타난다(강남, 강서정신보건센터, 1998). 그러나, 사례관리 대상자들을 대상으로 일상생활기술훈련, 지역사회적응훈련과 같은 정신사회재활 프로그램을 시행하는데 대부분이 생활보호대상자인 대상자에게 그 비용을 부담시키기는 어려운 실정으로 이에 대한 적절한 예산이 확보되어야 할 것으로 생각된다. 다음으로 '필요한 서비스 및 프로그램과 그 운영지침을 개발한다.'의 항목이 48명(66.7%), '사례관리 특성에 따라 적절한 숫자의 대상자를 배당한다.'의 항목이 45명(62.5%), '표준화된 업무지침을 마련한다.'의 항목이 43명(59.7%)의 순서로 선택되었다.

장애요인에 대한 기관 외 해결방안은 전체 6항목 중 '정신장애인을 위한 사회복지복지시설 설립을 위한 정책적, 제도적 대책마련을 위해 노력한다.'의 항목이 62명(86.1%)으로 가장 많이 선택되었고 순위별 선택에 있어서도 1순위와 2순위로 가장 많이 선택되어 정신장애인을 위한 사회복지복지시설이 매우 부족한 실정이며 이러한 기관이 늘어날 수 있도록 하는 노력이 필요한 것으로 나타났다. 다음으로 '정책적 지원 하에 유관기관간 연계를 위한 공식적 채널을 마련한다.'의 항목이 59명(81.9%), '신분보장을 대책을 마련한다.'의 항목이 55명(73.6%), '센터에 관한 홍보활동을 강화한다.'의 항목이 47명(65.3%)의 순서로 선택되었다.

표 15. 사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 기관 내 해결방안

n = 72

순서	항목	실수(백분율)
1	사례관리 프로그램 운영에 대한 적절한 예산을 확보한다.	52(72.2)
2	필요한 서비스 및 프로그램과 그 운영지침을 개발한다.	48(66.7)
3	사례관리자 특성에 따라 적절한 숫자를 배당한다.	45(62.5)
4	표준화된 업무지침을 마련한다.	43(59.7)
5	사정 및 평가도구를 개발한다.	37(52.8)
6	사례관리자를 정기적인 보수교육을 실시한다.	25(34.7)
7	사례회의, 팀 접근을 통한 의사소통의 기회를 마련한다.	24(33.3)
8	업무를 전산화한다.	11(16.7)

*전체실수 = 72×4(응답자 1인당 4회씩 복수선택)

무응답 제외

표 16. 사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 기관 외 해결방안

n = 72

순서	항목	실수(백분율)
1	정신장애인을 위한 사회복귀시설의 설립을 위한 정책적, 제도적 대책 마련을 위해 노력한다.	62(86.1)
2	정책적 지원 하에 유관기관간 연계를 위한 공식적 채널을 마련한다.	59(81.9)
3	신분보장을 위한 대책을 마련한다.	52(73.6)
4	센터에 관한 홍보활동을 강화한다.	47(65.3)
5	유관기관 정신보건 실무자를 대상으로 정기교육을 실시한다.	38(52.8)
6	자원봉사자나 실습생 등의 비전문 인력을 활용한다.	24(34.7)

*전체실수 = 72×4(응답자 1인당 4회씩 복수선택)

무응답 제외

이상의 연구결과를 종합해 보면 다음과 같다.

첫째, '99 서울특별시 지역사회 정신보건세미나의 정신보건센터 업무내용분석을 보면 사례관리활동과 이에 관련된 행정업무를 제외하고 주간재활, 직업재활, 외래 진료보조, 예산관리, 교육, 회의, 홍보, 기자재 및 시설관리 등 평균 25가지의 업무를 수행하고 있었으며 이를 평균 3명의 인력이 분담하고 있어 정신보건센터 사례관리자의 업무가 과중함을 알 수 있었다. 이러한 과중한 업무에 비해 사례관리 사업의 운영비가 부족하고, 정신보건센터 소유의 차량이 없고, 신변 보호를 위한 안전시설이 없는 상황 등 기관 내 자원이 부족하고, 사례관리자들에 대한 임금, 복지혜택수준이 낮은 문제점들은 사례관리 활동에 제약이 되며 사례관리자들의 사례관리 업무의 원활한 활동을 위해서는 예산지원 및 인력확충 등의 정부차원의 지원이 요구된다.

둘째, 사례관리에 대한 각 정신보건센터 내·정신보건센터 간에 표준화된 업무지침이 없어 사례관리자 개개인 혹은 정신보건센터별로 서로 다른 업무지침 하에 사례관리를 하고 있어 표준화된 사례관리 업무지침의 개발이 시급한 것으로 나타났다.

셋째, 앞서 언급된 사례관리 업무 중 옹호 및 연계 영역에서도 지적되었던 바와 같이 사례관리 활동을 하는데 있어 정신보건센터 자체 자원을 활용하는 것만으로는 제한이 있고 지역사회 자원을 적극적으로 활용하여야 하나 정신장애인이 이용할만한 지역사회 자원이 부족한 것은 물론 정신장애인에 대한 편견과 선입견으로 인한 관련기관 및 지역사회 주민들의 왜곡된 인식이 기존의 시설을 비롯한 지역 사회 내 인적·물적 자원을 활용하는데 어려움을 초래하고 있다. 이는 사례관리자가 지방자치단체 혹은 보건복지부와 민간의료기관에서 운영하는 정신보건센터의 직원으로 그 신분이 분명하지 않아 관련기관의 협조를 구하기 쉽지 않기 때문으로 보여진다. 따라서, 사례관리자의 신분보장에 대한 지방자치단체나 보건복지부의 지원이 촉구된다.

넷째, 현재 정신보건센터 인력을 위한 교육의 기회는 거의 전무한 것으로 나타나고 있으나 사례관리 업무의 보다 질적인 향상과 정신보건센터간 업무 내용의 편차를 경감시키기 위해 사례관리자에 대한 연속적 교육훈련 및 기본안내서의 확충이 필요하다(윤명숙, 1999).

다수의 빈도로 선택된 상기 내용과는 다르게 기관 내에서 발생할 수 있는 장애요인 중 '다양한 직종의 사례관리자간에 대상자 관리에 대한 시각이 다르다'의

항목은 가장 낮은 순위로 선택되었는데 이는 김신실(1996)이나 김통원(1994)의 연구에서 사례관리업무에 대한 공통적 시각이 부족하여 역할모호성을 느낀다고 한 결과와는 상반된 것으로 사례관리자간에 사례관리에 대한 합의가 이루어져가고 있고 사례관리자들간에 의사소통이 비교적 원활하게 이루어지고 있기 때문이라고 생각된다.

또한, 기관 밖에서 올 수 있는 장애요인에 대한 해결방안으로 '유관기관 정신보건 실무자를 대상으로 정기교육을 실시한다.', '자원봉사자나 실습생 등의 비전문인력을 활용한다.'의 항목도 낮은 순위로 선택되었는데 이는 현재 대부분의 정신보건센터에서 잘 운영되어지고 있기 때문이라고 생각되어지며, 기관 내 해결방안으로 제시된 '사례회의, 팀 접근을 통한 의사소통의 기회를 마련한다.'의 항목 또한 비교적 잘 운영되어지고 있기 때문으로 생각된다. 이 외 기관 내 장애요인에 대한 해결방안 중 '업무를 전산화한다.'의 항목이 낮은 순위로 선택된 것은 현재 서울특별시 5개 정신보건센터에서 이미 업무전산화가 이루어지고 있기 때문으로 보여지나 이 전산프로그램이 운영되기 시작한 지 1년여밖에 되지 않았고, 정신보건센터 간 업무 표준화가 이루어져 있지 않아 각 정신보건센터 사업 중 전산프로그램에 없는 사업내용은 수작업과 전산작업의 이중작업을 하고 있는 등 활용상의 문제점이 있다. 그러나, 1999년 말 현재 각 정신보건센터의 업무분석과 더불어 전산프로그램에 대한 기능향상작업이 진행 중에 있어 좀 더 효율적인 업무수행에 도움이 될 것으로 생각된다.

V. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 서울, 경인지역 24곳의 정신보건센터에 근무하면서 사례관리업무를 수행하고 있는 간호사, 사회복지사, 임상심리사 83명 중 72명의 사례관리자로서의 사례관리 업무 수행실태를 파악하고 사례관리 실천에 있어서의 장애요인과 그 해결방안을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구기간은 1999년 9월부터 1999년 11월까지였으며, 연구대상자는 서울·경인지역 24곳의 정신보건센터 중 정신보건센터내규에 의해 연구 참여를 거부한 1개 센터에 근무하고 있는 4명과 휴가, 파견근무 등의 이유로 연구 대상에 포함시키지 못한 7명을 제외한 23개 정신보건센터에서 근무하는 72명이었다.

연구 도구는 문헌고찰과 정신보건센터의 사례관리자들을 대상으로 면접 조사한 내용을 토대로 연구자가 직접 개발하여 내용의 타당성을 전문가에게 확인하고 수정 보완하여 총 96 항목으로 구성하였다. 구체적으로 대상자 발견 8개 항목, 사정 11개 항목, 계획 6개 항목, 치료 11개 항목, 점검 및 평가 9개, 옹호 및 연계 12개 항목의 전체 6개 영역의 57개 항목으로 구성된 사례관리자의 사례관리 업무수행정도, 기관 내 장애요인이 9개 항목·기관 외 장애요인이 6개 항목으로 구성된 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인 및 기관 내 장애요인에 대한 해결방안 8개 항목·기관 외 장애요인에 대한 해결방안 6개 항목으로 구성된 사례관리 업무수행에 있어서의 장애요인에 대한 해결방안, 사례관리자의 인구사회학적 특성 및 기관특성에 대한 10개 항목을 포함하는 도구를 사용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 인구사회학적 특성은 총 72명으로 간호사가 32명(44.5%) 사회복지사가 34명(47.2%) 임상심리사가 6명(8.3%)이었으며 이중 여자가 64명(88.9%)으로 훨씬 많은 것으로 나타났다. 연령은 26-30세가 32명(44.4%)으로 가장 많았고, 학력은 대졸이 28명(38.9%)으로 가장 많았다. 종교를 가지고 있는 경우가 48명(66.7%)으로 그렇지 않은 경우보다 많았으며 이 중 기독교가 33명(45.8%)으로 가장 많았

다. 정신보건 관련 근무경력은 1-5년이 가장 많아 38명(52.8%)이었으며, 사례관리 근무경력은 1-2년이 40명(55.6%)으로 가장 많았다.

2. 기관특성 중 사례관리 치료 팀의 구성을 살펴보면 전체 23기관 중 정신과 전문의와 간호사는 1명이 근무하는 기관이 가장 많았다. 사회복지사는 2명이 근무하는 기관이 가장 많았고, 정신과 전공의와 임상심리사는 근무하고 있지 않은 기관이 근무하는 기관보다 많았다. 사례관리자 1인의 담당사례 수는 50명 이하가 가장 많았으며 사례관리자 1인당 평균 담당사례수는 간호사가 68명, 사회복지사는 54명, 임상심리사는 18명이었다.

3. 사례관리자의 사례관리 업무수행정도에서는 전체 평균이 5점 척도에서 3.72점으로 전체적으로 높은 수행점수를 나타냈으며 6개 영역 중 '대상자 발견', '사정', '계획', '치료'의 영역은 3.75 이상의 점수를 나타낸 반면 '점검 및 평가', '옹호 및 연계' 영역은 3.55 이하의 점수를 나타냈다. 각 영역별로 살펴보면, '사정' 업무 수행정도가 전체 평균 3.95점이고 항목 모두가 3.5점 이상으로 6개 영역 중 가장 높은 점수로 나타났고, '옹호 및 연계' 업무수행정도는 전체 평균은 3.47점으로 6개 영역 중 가장 낮게 나타났다.

4. 사례관리 업무수행의 장애 요인은 기관 내에서 발생할 수 있는 장애요인에서 전체 9항목 중 '사례관리 외에 담당하고 있는 업무가 많다.'의 항목이 58명(80.6%)으로 가장 많이 선택되었다. 기관 밖에서 발생할 수 있는 장애요인에서는 전체 6항목 중 '기관간 연계를 위한 공식적 채널이 없고 이에 대한 정책적 지원이 미비하다.'의 항목이 66명(91.7%)으로 가장 많이 선택되었다.

5. 사례관리 업무수행의 장애요인에 대한 해결방안은 기관 내에서 발생할 수 있는 장애요인에 대한 해결방안은 전체 8항목 중 '사례관리 프로그램 운영에 대한 적절한 예산을 확보한다.'의 항목이 52명(72.2%)으로 가장 많이 선택되었다. 기관 밖에서 발생할 수 있는 장애요인에 대한 해결방안에서는 전체 6항목 중 '정신장애인을 위한 사회복지시설 설립을 위한 정책적, 제도적 대책마련을 위해 노력한다.'의 항목이 62명(86.1%)으로 가장 많이 선택되었다.

이상의 연구결과를 종합해 보면, 본 연구에서 조사된 6개 사례관리 업무 영역 모두에서 대체로 높은 수행점수를 나타냈으나 '점검 및 평가', '옹호 및 연계'의 업무영역이 다른 4개 업무영역보다 낮은 수행점수로 나타났다. 이 결과는 사례관리

자들이 대상자의 개인별 평가목록을 작성하고 표준화된 평가도구를 사용하여 정신장애인의 정신상태나 기능수준 등을 개관적으로 평가하고, 관련기관에 의뢰된 내용을 정확히 확인하여 대상자에 대한 서비스 제공을 원활하게 하고, 대상자에 대한 정보를 지속적으로 수정·보완해가는 ‘점검 및 평가’의 업무활동과 지역사회 내 인적·물적 자원을 개발하여 대상자나 그 가족이 요구하는 서비스에 부응하고 정신장애인의 권익을 옹호하고 대변하는 ‘옹호 및 연계’의 사례관리 업무활동을 더욱 강화시켜가야 할 것을 피력한 것으로 보여지며 이를 위해서는 적절한 예산 및 인력의 확보, 표준화된 업무지침 및 평가도구의 마련, 사회복지시설 설립을 위한 정책적, 제도적 지원, 관련기관과의 연계체계의 구축, 정신보건센터 홍보활동 강화, 사례관리자들의 자질함양 등 사례관리자 개개인과 정신보건센터를 위탁운영하고 있는 민간의료기관, 지방자치단체나 보건복지부 등이 각자의 위치에서 최선을 다해 노력할 때 실행가능하다고 보여지며 이는 우리나라 정신보건사업의 발전과 정신장애인의 보건·복지수준의 향상을 위해 반드시 필요한 것으로 생각된다.

B. 제언

본 연구는 연구의 대상자가 서울·경기 지역의 23개 정신보건센터에서 사례관리자로 활동 중인 간호사, 사회복지사, 임상심리사로 이들 세 직종 중 임상심리사의 집단 크기가 다른 두 직종에 비해 훨씬 적어 세 집단간의 사례관리 업무수행정도를 비교하기 어렵고 본 연구결과를 우리 나라 전체 사례관리자에게 일반화시키는데 제한점이 있다.

본 연구의 결과를 토대로 하여 지역사회 정신보건요원의 사례관리 업무수행에 관련된 추후 연구의 방향과 간호실무 적용에 있어서 다음과 같이 제언한다.

1. 본 연구는 전국 38개 정신보건센터 중 서울·경기 지역의 정신보건센터의 정신보건요원만을 대상으로 조사하였는데 전체 정신보건센터에 대한 조사가 요구된다.
2. 서비스 대상자인 정신장애인과 그 가족에 대한 조사를 통하여 사례관리 서비스에 대한 효과를 입증할 수 있어야 하겠다.
3. 본 연구의 결과를 기초 자료로 하여 체계화된 업무 지침의 개발이 필요하다.
4. 장기적 안목에서 사례관리 서비스의 질적인 개선과 정신보건사업의 발전을 위해 사례관리 비용 효율성과 효과성에 대한 조사와 연구가 이루어져야 할 것이다.
5. 원활한 사례관리 업무수행을 위한 지역사회 자원 개발과 이를 위한 정부차원의 지원이 촉구된다.
6. 사례관리자로서의 다양한 역할을 수행하기 위한 전문적 교육 및 훈련이 반드시 필요하다. 이는 이들이 지역사회 내로 배출되기 이전에 실시되어야 하고, 정기적인 보수교육을 통해 지속적으로 보완되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 강순정, 김영희, 고영(1998). 지역사회 정신보건간호사의 역할 및 활동, 그리고 방향성에 관한 연구. 용인정신의학보, 5(2), 135-157.
- 경기도립정신병원조례(1995). 경기도.
- 김만두(1993). 사례관리 실천론. 홍익제.
- 김민영(1996). 정신과 낮병원 환자에 대한 사례관리 모델의 활용. 카톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 김소야자(1994). 지역사회 정신보건사업에서의 정신간호사의 역할과 과제. 정신간호학회지, 3(2), 5-9.
- 김소야자(1996). 사례관리자 역할. 대한간호, 35(3), 18-20.
- 김윤희(1995). 미국의 정신보건간호사 제도에 관한 연구. 정신간호학회지, 4(2), 17-34.
- 김윤희(1997). 만성정신분열병 환자의 사례관리. 정신간호학회지, 6(2), 298-306.
- 김윤희(1998). 정신질환자 재가관리의 이론과 실제. '98 서울특별시 정신보건담당자 정기교육 자료, 99-122.
- 김진학(1998). 지역정신보건사업의 운영. '98 서울특별시 정신보건담당자 정기교육 자료, 131-151.
- 김철권(1995). 정신과 환자를 위한 사회기술훈련. 대한의사협회지, 38(10), 1281-1284.
- 김통원(1994). 만성장애인을 위한 사례관리 서비스. 사회과학, 33(2), 서울 : 성균관대학교 사회과학연구소, 142.
- 김희정(1992). 퇴원한 정신질환자가 지각한 사회적 지지와 정신건강상태에 관한 연구. 정신간호학회지, 1(1), 51-65.
- 남경아(1997). 의료보호 정신질환자들의 정신사회재활을 위한 기초조사. 연세대학교 간호대학원 석사학위논문.
- 남정자, 최정수(1994). 지역사회정신보건법 시행연구에 관한 연구. 서울 : 한국보건

사회연구원, p1.

남정자, 한영자, 최장수, 한충길(1994). 정신보건 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원.

문옥륜, 김정순, 서동우(1989). 정신질환의 이환상태와 관리방안에 관한 조사연구. 보건사회복지부 용역사업연구.

박정호(1998). 사례관리. 대한간호, 37(2), 13-19.

박종원, 이충순, 이주훈(1995). 지역사회 정신보건과 정신과적 재활치료(정신보건전문 요원을 위한 정신보건의 이론과 실제). 서울특별시, 서울지역사회정신보건시범센터, 의료법인용인정신병원.

배민진(1995). 만성 정신질환자를 위한 사례관리 연구. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.

서동우(1998). 우리 나라 정신보건의 현황과 전망. '98 서울특별시 정신보건담당자 정기교육 자료, 152-169.

서울·경기 정신보건센터 '97, '98 사업보고서.

손기원, 박철수, 손진욱(1994). 만성 정신분열병 환자들의 치료경로에 관한 연구. 신경정신의학, 33(6), 1253-1261.

신승철, 이호영(1989). 일 농촌지역(강화도)의 정신보건 의료 요구 평가. 신경정신의학, 28(4), 632-647.

신현균, 한양순, 이영문, 한일우(1993). 작업치료 참여 정신분열증 환자들의 스트레스 대처 유형, 지각된 사회적지지 및 자기 지각. 한국심리학회지, 12, 140-150.

안정미(1993). 지역사회복지관에서 사례관리모델 적용에 관한 연구. 서울여자대학교 대학원 사회사업과 석사학위논문.

양경숙(1999). 정신보건간호사의 역할인식과 역할수행에 관한 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.

양옥경(1997). 지역사회 정신건강, 나남출판사.

윤충한(1994). 정신간호사 가정방문사업의 개요, 용인정신의학보, 1(1), 41-44.

윤명숙(1999). '99 지역사회 정신보건사업 평가세미나. 고양시 정신보건센터.

- 원정숙(1997). 지역사회 정신보건법의 적용을 위한 정신전문간호사의 대응전략. 정신간호학회지, 6(1), 20-43.
- 이경순, 하양숙, 이정섭, 장성옥(1997). 재가 정신질환자를 위한 지역사회 정신보건 사업의 효과에 관한 연구. 정신간호학회지, 6(1), 61-69.
- 이광자(1993). 정신보건법(안)의 문제점과 정신간호사의 역할 및 활용. 정신간호학회지, 2, 5-22.
- 이광자(1998). 지역사회 정신보건간호사의 역할과 과제. 한국정신사회재활협회.
- 이영희(1996). Case Management. 대한간호, 35(3), 39-44.
- 이윤로, 성규탁(1993). 사례관리 : 효과적 서비스 전달을 위한 방법. 사회복지, 한국사회복지협의회, 118, 112-131.
- 이정섭(1995). 지역사회 정신건강간호. 대한간호, 3권(1), 17-22.
- 이주훈(1995). 서울특별시 지역사회 정신보건 시범사업 실행보고서. 강남정신보건센터.
- 이주훈(1997). 정신보건센터 설치운영 및 정신보건요원의 역할. 한국정신보건전문간호사회. 세미나자료집.
- 이주훈(1999). '99 지역사회 정신보건세미나. 강남 정신보건센터
- 이준상(1995). 사례관리 실천과정에 대한 분석적 고찰. 사회복지개발연구, 1(1), 59-79.
- 이충순, 황태연, 박종원, 한은선, 이주훈, 최병곤(1996). 지역사회 정신보건센터의 설치와 운영. 융인정신의학보, 97-126.
- 이충순, 박종원, 한은선, 황태연, 이주훈, 이종국, 고영(1997) 현대 정신보건과 지역사회. 의료법인 융인정신병원.
- 이현주(1997). 도시 저소득층 주민의 의료이용에 관한 사례 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 이호영, 정영기, 김병후, 이영문, 김용익, 조맹제(1994). 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준개발 연구. 보건복지부 용역사업연구보고서.
- 정신보건법(1995). 보건복지부.
- 정신보건법시행령 제정안(1996). 보건복지부.

지역보건법(1995). 보건복지부.

조성익(1998). 서울특별시 지역정신보건사업의 체계와 발전방향. '98 서울특별시 정신보건담당자 정기교육 자료, 123-130.

지역사회정신간호사업의 이론과 실제(1998). 국제학술대회 자료집.

채인숙(1997). 지역사회 정신보건사업에서 사회복지사의 역할에 관한 연구. 부산대학교 대학원 사회복지학과 석사학위논문.

최성연(1997). 정신질환자를 위한 사례관리 업무개발에 관한 연구. 서울여자대학교 대학원 사회사업학과 석사학위논문.

하양숙, 이정섭, 양수, 원정숙, 김수지, 김윤희, 유숙자, 이정순, 김기숙, 김소야자, 이광자, 조희, 이미형, 임영숙(1997). 성북구 재가 정신질환자를 위한 지역사회 정신보건 간호사업 프로그램 개발, 정신간호학회지, 6(1), 5-19.

황성동(1997). 정신보건제도에 있어서의 사례관리 서비스의 도입과 활용, 사회정책 논총, 제9집, 267-298.

PACT 연수내용(1998).

Anthony W.A., Liberman R.P.(1986). The practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical Conceptual and Research Base. Schizophrenic Bulletin, 12(4), 542-559.

Atkinson M.M.(1996). Psychiatric clinical nurse specialists as intensive case managers for the seriously mentally ill. Seminar Nurse Management, 4(2), 130-6.

Austin, D. M., Caragonne, P.(1981). A Comparative Analysis of Twenty-Two Settings Using Case Management Components, Case Management Research Project, Austin, TX : University of Texas at Austin School of Social Work.

Ballew, J., Mink J.(1986). Case Management in the human services. Springfield. Illinois : Charles C Thomas Publisher.

Biegel, A.(1982). Community mental health centers : a look ahead, Hospital and Community Psychiatry, 33, 741-745.

- Bernard, L.B.(1977). Community mental health, Books/Cole Publishing Company, Monterey, California.
- Caragonne, P.(1983). A Comparison of Case Management Work Activity and Current Models. Austin : Texas Department of Mental Health and Mentardation.
- Charles A.(1998). Practicing Psychiatry in the Community: A Manual. Community Mental Health Journal, 34(1), 116-117.
- Charles A., Rapp C.A.(1998). The active ingredients of effective case management: A research synthesis. 34(4), 363-380.
- Downing, R.(1985). The Elderly & their Families Case Management in Human Service Practice. San Francisco : Jossey-Bass.
- Greenberg, J. et al.(1981). A Comparative Study of Long-Term Care Demonstrations : Lessons for Future Inquire. Minneapolis. University of Minesota. Center for Health Services Research.
- Hromco, J.G., Lyons,J.S., Nikkel, R.E.(1995). Mental health case management: characteristics, job function, and occupational stress. Community Mental Health J, 31(2), 111-125.
- Ian J. N., Edward P.(1999). Working together in adult community mental health services: An Inter-professional dialogue. Journal of Mental Health, 8(3), 217.
- Jill W., Marvin S.(1998). Treatment Boundaries in the Case Management Relationship, A Clinical Case and Discussion. Community Mental Health Journal, 34(3), 299-311.
- Intagliata J.(1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled : The role of the case management. Schizophrenic Bulletin, 8(4), 655- 674.
- Intagliata J., Baker F.(1983). Factor affecting case management services for the chronically mentally ill. Administration in Mental Health, 11(2), 75-91.

- John H. M., Eric R, Wright B. A., Pescosolido, Elizabeth C. M.(1999). The closing of Central State Hospital: Long-term outcomes for persons with severe mental illness, The Journal Behavioral Health Services & Research, 26(3), 246-261.
- John T., Jane M.(1999). Case management: Trial practice in the 21st century, International Commercial Litigation, 48.
- Johnson P.J., Rubin A.(1983) Case management in mental health : A social work domain? Social Work, 28(1), 49-55.
- Kanter, J.(1989). Clinical Case Management : Definition, Principles, Components, Hospital and Community Psychiatry, 40(4), 361-368.
- Kruttz, L., Bagarozzi, D., Pollane, L.(1984). Case Management in Mental Health. Health & Social Work, 9.
- Lamb, H.R.(1994). Public psychiatry and prevention. The American Press Textbook of Psychiatry, 2nd ed., 1424-1443.
- Lynn, M. R.(1986). Reliability estimates : Use & disuse. Nursing research, 34, 4, 254-256.
- McGrew, J.H., Bond, G.R.(1995). Critical ingredients of assertive community treatment: Judgments of the experts. The Journal of Mental Health Administration, 22(2), 113-125.
- Moxley, D.P.(1988). The Practice of Case Management. Newbury Park London newdelhi : Sage Publication, Inc.
- Moore, S.T.(1992). Case Management and the Integration of Services : How Service Delivery Systems Shape Case Management, Social Work.
- Mueser K.T., Bond G.R, Drake R.E., Resnick S.G.(1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenic Bulletin, 24(1), 37-74.
- Norman L.(1978). The Chronic Patient : Problems, Solutions, and Recommendations for Public Policy, Washington D.C. : American

- Psychiatric Association, 159-164.
- O'Connor, G.(1988). Case management : System and Practice. Social Casework, 69, 97-106.
- Quinlivan R., Hough R., Crowell A., Beach C., Hofstetter R., Kenworthy K.(1995). Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. Psychiatric Service, 46(4), 365-371.
- Rothman, R.(1991). A Model of Case Management : Toward Empirically Based Practice. Social Work, 36(6).
- Rothman, R.(1992). Guideline for Case Management, Itasca, III. : F.E.Peacock Publication, Inc.
- Roberts, D.M.(1987). Developing Case Management as a Practice Model, Social Work, 68(8), 466.
- Rapp, C.A., Chamberlain R.(1985). Case management services for the chronically mentally ill. Social Work, 30, pp417-422.
- Rebecca P. S.(1999). The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. Community Mental Health Journal, 35(2), 169-180.
- Robert E Drake Nina Marlowe, (1998). Case Managers and Boundaries. Community Mental Health Journal, 34(3), 319-320.
- Robine E. C., Gregory B. T., Susan K. R., Philip W. B. et al,(1998). Cost effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. Health Services Research, 33(5), 1285-1308.
- Rubin, A. and Peter, J. J.(1982). Practitioner Orientation toward the Chronically Disabled : Projects for Policy Implementation, Administration in Mental Health, 10, 3-12.
- Specht, H.(1990). Social Work and Popular Psychotherapies, Social Service

Review, 64(3), 345-357.

Steve O.(1992). Case management in mental health. Chapman & Hall, London, UK.

Steve O.(1999). Community mental health team working as socially valued enterprise, Journal of Mental Health, 8(3), 245.

Turner, J.C., TenHoor, W.J.(1976). The NIMH Community Support Program : Pilot Approach to a Needed Social Reform, Schizophrenic Bulletin, 4, 319-344.

부 록 1.

설 문 지

안녕하십니까?

저는 강서 정신보건센터 사례관리자로 근무하면서 연세대학교 간호대학원에서 정신간호를 전공하고 있는 학생입니다.

본 설문지는 '정신보건요원의 사례관리 업무수행에 관한 연구'를 위하여 서울, 경기지역의 정신보건센터에서 근무하고 있는 사례관리자들을 대상으로 작성된 것입니다.

본 조사의 목적은 지역사회 정신보건사업에서 정신보건요원의 사례관리자로서의 역할 및 기능을 확인하여 사례관리자로서의 역할인식을 분명히 하고 나아가 체계적인 업무수행에 도움을 주고자 하는데 있습니다.

귀하가 답하신 내용은 순수한 연구목적으로만 사용될 것이며 무기명으로 실시하여 절대 비밀보장이 되오니 평소의 고견을 한 항목도 빠짐없이 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다.

협조해 주심에 진심으로 감사드립니다.

1999년 10월

연구자 ; 김명숙

지도교수 ; 김소야자

I. 다음은 사례관리 업무내용을 열거한 것입니다. 현재 실시하고 있는 사례관리 업무의 수행정도를 표시해 주십시오.

정 도 사례관리 업무	수 행 정 도				
	항상 함	자주 함	하고 있음	거의 안함	전혀 안함
1. 의뢰인이나 관련기관을 통해 대상자에게 대한 충분한 정보를 수집한다.					
2. 대상자 특성에 따라 대상자에게 가장 적합한 사례관리자를 결정한다.					
3. 대상자의 입원경력, 가족력, 직업력 등의 과거력을 조사한다.					
4. 대상자가 이용 가능한 외적 자원(공식적·비공식적)을 평가한다.					
5. 대상자에 대한 정보를 얻기 위해 대상자의 가족과 친구들을 면담한다.					
6. 사정된 자료에 대한 문제목록을 만들고 우선 순위를 결정한다.					
7. 다른 전문인(지역 내 동사무소, 복지관, 병·의원 등에서 대상자를 관리하는 사람)과 치료계획을 의논한다.					
8. 대상자의 일상생활, 사회생활, 대인관계 등의 전반적인 기능수준을 평가한다.					
9. 대상자의 신체 건강상태를 파악한다.					
10. 대상자의 치료계획에 대한 측정 가능한 목표를 세운다.					
11. 대상자에게 의사결정의 권한을 부여한다.					
12. 대상자의 경제상태를 사정한다.					
13. 대상자의 장점이 되는 특별한 지식, 능력 또는 태도 등의 내적 자원을 평가한다.					
14. 대상자 및 가족을 치료계획에 참여시킨다.					
15. 지속적인 사정을 통해 충분한 자료를 수집한다.					
16. 관련기관에 등록된 자료와 의료보험 자료 등을 이용하여 대상자를 지속적으로 발굴한다.					

정 도 사례관리 업무	수 행 정 도				
	항상 합	자주 합	하고 있음	거의 안함	전혀 안함
17. 대상자 및 보호자의 욕구 및 재화에 대한 기대정도를 파악하여 우선 순위를 결정한다.					
18. 대상자의 치료계획에 대해 기관의 슈퍼바이저나 그 외 적합한 사람에게 조언을 구한다.					
19. 지역 내 보건인력의 도움으로 대상자를 발굴한다.					
20. 발굴된 대상자가 센터의 사례관리 대상자 기준에 적합한지를 평가한다.					
21. 팀 접근에 의해 대상자에 대한 치료계획을 세운다.					
22. 첫 방문 전 전화나 서신을 통해 방문목적에 대해 설명한다.					
23. 대상자에게 현실적인 기대를 주기 위해 기관의 정책을 명백히 알려준다.					
24. 사례관리 동의서나 계약서를 작성한다.					
25. 개인상담 및 집단상담을 한다.					
26. 대상자가 필요로 하는 혜택이나 서비스에 대해 관련기관의 서비스 정책개발자, 지역매체, 지역사회리더, 입법가를 계몽시킨다.					
27. 대상자가 의뢰된 기관에 의뢰결과를 확인한다.					
28. 대상자의 약물관리상태를 점검한다.					
29. 대상자의 권리, 긴급서비스 의뢰처, 의뢰기관의 서비스 내용 등에 관해 대상자 및 그 가족에게 교육한다.					
30. 대상자 개인별 평가목록을 작성한다.					
31. 신체질환이 있는 경우 적절한 관리를 한다.					
32. 정신보건센터에서 운영한 서비스(직업재활, 주간재활 등)를 제공한다.					
33. 표준화된 사전·사후 검사도구를 사용한다.					
34. 정신건강교육을 한다.					

정 도 사례관리 업무	수 행 정 도				
	항상 합	자주 합	하고 있음	거의 안함	전혀 안함
35. 위기상황 발생 시 적절한 조치를 취한다.					
36. 사례관리과정을 기록하고 확인한다.					
37. 서비스가 대상자에게 적합하고 효과적인지를 점검한다.					
38. 가족치료 또는 가족교육을 한다.					
39. 입원 시 재원관리를 한다.					
40. 사회기술훈련, 일상생활훈련 등 정신재활치료 프로그램을 시행한다.					
41. 주거시설을 마련한다.					
42. 점검과정을 통해 지속적으로 정보를 보완하여 계획을 수정한다.					
43. 의뢰기관에 동행하여 대상자를 소개시킨다.					
44. 사례회의를 한다.					
45. 대상자와 가족의 상태 및 욕구에 따라 치료계획을 수정, 보완한다.					
46. 관련기관의 실무자들이 제공하는 서비스내용과 지원목표 달성여부를 점검한다.					
47. 지역사회 기관 및 인적자원(자원봉사자 등)을 개발하고 관리한다.					
48. 대상자에게 제공되는 관련기관 간의 서비스 내용을 조정한다.					
49. 관련 기관이나 다른 정신보건센터의 사례관리자와 만나 정보를 공유한다.					
50. 대상자와 가족이 자주 모이는 장소(기관)를 방문하여 사례관리에 관해 홍보한다.					
51. 자원봉사자를 모집하고 교육한다.					
52. 관련기관과의 협조체제를 유지, 강화하기 위한 모임을 갖는다.					

정 도 사례관리 업무	수 행 정 도				
	항상 합	자주 합	하고 있음	거의 안함	전혀 안함
53. 대상자의 호전정도에 따라 종결되어야 할 사례를 결정한다.					
54. 정신보건센터에서 시행하는 연구에 참여한다.					
55. 입원에 대한 탄원(청원)이 있을 경우나 법률상의 소송 등에서 대상자의 권리를 옹호한다.					
56. 대상자의 정신건강상태를 파악하고 진단한다.					
57. 정신장애인을 위한 지지체계나 자조집단의 구성 및 활동을 지원한다.					

II. 사례관리를 수행하는데 있어서의 기관안팎에서 올 수 있는 어려움(장애요인)에 관한 내용입니다. 이 중 4가지를 선택하여 우선 순위를 적어 넣어 주십시오,

장애요인		우선 순위
기관 내	1. 표준화된 업무 지침이 없어 체계적인 업무수행이 곤란하다.	
	2. 정신사회재활치료와 사례관리 업무 운영 등에 관한 재교육의 기회가 없다.	
	3. 사례관리자를 관리·감독할 사람(supervisor)이 없다.	
	4. 다양한 분야의 참여로 사례관리에 대한 시각이 정리되어 있지 않다.	
	5. 사정 및 평가 도구가 미비하다.	
	6. 기관 내 자원이 부족하다.	
	7. 담당하고 있는 사례가 너무 많다.	
	8. 사례관리 외에 담당하고 있는 업무가 많다.	
	9. 업무량에 비해 임금이나 복지 혜택 수준이 낮다.	

기관 외	1. 관련기관 및 지역사회 주민인식이 부족하다.	
	2. 기관간 서비스가 중복된다.	
	3. 기관간 연계를 위한 공식적 채널이 없고 이에 대한 정책적 지원이 미비하다.	
	4. 정신보건활동에 대한 홍보 및 계몽활동이 미비하다.	
	5. 대상자에게 필요한 지역사회 자원이 없거나 빈약하다.	
	6. 사례관리자의 신분보장이 되어있지 않아 활동에 제약이 있다.	

III. 사례관리를 수행하는데 있어서의 장애요인에 대한 기관 내 · 외의 해결방안에 관한 내용입니다. 이 중 4가지를 선택하여 우선 순위를 적어 넣어주시요.

해결방안		우선 순위
기관 내	1. 표준화된 업무지침을 마련한다.	
	2. 사례관리자를 위한 정기적인 보수교육을 실시한다.	
	3. 사례회의, 팀 접근 등을 통한 의사소통의 기회를 마련한다.	
	4. 사정 및 평가 도구를 개발한다.	
	5. 사례관리자 특성에 따라 적절한 숫자의 대상자를 배당한다.	
	7. 업무를 전산화한다.	
	8. 필요한 서비스 및 프로그램과 그 운영지침을 개발한다.	
	9. 사례관리 프로그램 운영에 대한 적절한 예산을 확보한다.	

기관 외	1. 센터에 관한 홍보활동을 강화한다.	
	2. 유관기관 정신보건 실무자를 대상으로 정기교육을 실시한다.	
	3. 정책적 지원하에 유관기관간 연계를 위한 공식적 채널을 마련한다.	
	4. 관리 · 감독하에 자원 봉사자나 실습생 등의 비전문 인력을 활용한다.	
	5. 정신장애인을 위한 사회복지시설의 설립을 위한 정책적, 제도적 지원을 위해 노력한다.	
	6. 신분보장을 위한 대책 마련한다.	

* 다음은 귀하의 인구사회학적 특성 및 기관에 대한 질문입니다.

1. 연령

- ① 25세 이하 ② 26-30세 ③ 31-35세
④ 36-40세 ⑤ 41세 이상

2. 성별

- ① 남 ② 여

3. 최종학력

- ① 전문대졸 ② 대졸 ③ 대학원과정 중 또는 수료
④ 대학원 졸업이상 ⑤ 기타

4. 종교

- ① 기독교 ② 천주교 ③ 불교
④ 없음 ⑤ 기타

5. 소지하고 있는 자격증

6. 정신보건관련기관 근무경력

예) 정신과병원 2년 2개월

___년 ___개월

7. 사례관리 근무경력

___년 ___개월

8. 치료팀 구성

정신과 전문의	___명	정신과 전공의	___명
간호사	___명	사회복지사	___명
임상심리사	___명	작업치료사	___명
자원봉사자	___명	기타	___명

9. 현재 맡고 있는 사례관리 대상자수

___명

표 17. 사례관리 업무수행의 기관 내 장애요인의 각 순위별 선택빈도

순서	항목	실수(백분율)
1순위	사례관리 외 업무가 많다.	17(23.6)
2순위	사례관리 외 업무가 많다.	21(29.2)
3순위	기관 내 자원이 부족하다.	14(19.4)
4순위	업무량에 비해 임금이나 복지 혜택수준이 낮다.	13(18.1)

표 18. 사례관리 업무수행의 기관 외 장애요인의 각 순위별 선택빈도

순서	항목	실수(백분율)
1순위	기관간 연계를 위한 공식적 채널이 업소 이에 대한 정책적 지원이 미비하다.	22(30.6)
2순위	기관간 연계를 위한 공식적 채널이 업소 이에 대한 정책적 지원이 미비하다. / 사례관리자의 신분보장이 되어 있지 않아 활동에 제약이 있다.	18(25) /18(25)
3순위	기관간 연계를 위한 공식적 채널이 업소 이에 대한 정책적 지원이 미비하다.	18(25)
4순위	관련 기관 및 지역사회 주민인식이 부족하다.	24(33.3)

- 64 -

표 19. 사례관리 업무수행의 장애요인의 기관 내 해결방안에 대한
각 순위별 선택빈도

n = 72

순서	항목	실수(백분율)
1순위	사례관리 프로그램 운영에 대한 적절한 예산을 확보한다.	22(30.6)
2순위	사정 및 평가도구를 개발한다.	16(22.2)
3순위	필요한 서비스 및 프로그램과 그 운영 지침을 개발한다.	13(18.1)
4순위	필요한 서비스 및 프로그램과 그 운영 지침을 개발한다.	17(23.6)
*전체 실수 = 72×4(응답자 1인당 4회씩 복수선택)		무응답 제외

표 20. 사례관리 업무수행의 장애요인의 기관 외 해결방안에 대한
각 순위별 선택빈도

n = 72

순서	항목	실수(백분율)
1	정책적 지원 하에 유관기관간 연계를 위한 공식적 채널을 마련한다.	26(36.1)
2	정신장애인을 위한 사회복지시설의 설립을 위한 정책적, 제도적 대책 마련을 위해 노력한다.	21(29.2)
3	센터에 관한 홍보활동을 강화한다.	17(23.6)
4	센터에 관한 홍보활동을 강화한다.	21(29.2)
*전체 실수 = 72×4(응답자 1인당 4회씩 복수선택)		무응답 제외

Abstract

A study on performance of case management of mental health care staffs for community

Kim, myung-sook
College of Nursing
Graduate School
Yonsei University

Community mental health care system for the mentally ill patients is short of continuous and comprehensive management. Considering such a fact, role of case manager is required as a manager of chronic mentally ill patients in a community. The study has researched status of job performance of case management regarding mental health staffs (for example, nurse, social welfare specialists and clinical psychologists), who attend the community Mental Health Center as case managers, and furthermore has surveyed troubles and solutions of actual practices of case management.

From September 1999 to November 1999, the study was conducted in descriptive way, and collected materials by mail, and researched 72 case managers, who attended 23 mental health care centers at Seoul, and Kyunggi Province.

Based on literature review, survey and interview contents regarding case managers at mental community centers, researchers have developed research tool by themselves to let specialists check content validity and make correction and supplement them. As a result, followings have been included: 96 tools in total, 57 items of case management performance

degree, 15 items of trouble factors in case management performance, 14 items of solutions in case management performance, and 10 items of population sociological features and organizational features of case managers.

Data have been analyzed by SPSS window as follows: 1) General features of case managers, trouble factors of case management practice and their solutions have been analyzed in frequency and percentage. 2) Case management performance degree of case managers has been analyzed in mean average and stand deviation.

The results were as follows :

1. Sociodemographic characteristics of the surveyed persons are: 1) 72 surveyed persons consist of 32 nurses, 34 social welfare specialists and 6 clinical psychologists. 2) Number of women was much more than that of men. 3) Major age group ranges 26 to 30 years old. 4) In educational background, number of the ones, who had graduated colleges, was the largest. 5) Most of them believed in a religion. 6) 1 to 5 years of mental health related job experience was the largest, while 1 to 2 years of case management job experience was the largest.

2. Case management treatment team of organizations mostly consists of each one person of psychiatric physician and nurse respectively. Number of organizations, where two of social welfare specialists work, is the largest, while that of organizations, where psychiatric residents as well as clinical psychologists do not work, is outnumbered. Number of volunteer mostly consists of either 11 to 20 persons or 10 persons and below. Number of 50 persons or less of cases in charge is the largest, while number of average cases in charge is 68 persons of nurses, 54 persons of social welfare specialists and 18 persons of clinical psychologists.

3. Case management performance degree of case managers is total mean average 3.72: The degree of "client identification", "assessment", "planning"

and "treatment" accounts for 5 points, while that of measure does 3.75 points or more. On the other hand, that of "monitoring" and "support and connection" does 3.55 or less. "Assessment" area of six areas in total accounts for 3.95 points in average, the highest point, while "advocacy and linkage" area does 3.47 points in average, the lowest point.

4. Trouble factors, which may occur in organization while carrying out case management, has been selected the most in the factor of "There exist jobs in charge in other jobs as well as case management." among nine items in total. In trouble factor, which may occur in other than organization, there is no official channel for connection between organizations among six items in total, so that the item of "There exists no official channel for connection among organizations, for which political support is insufficient." has been selected the most.

5. In solution of trouble factors , which may occur within an organization while carrying out case management, the item of "Proper budget shall be gotten to operate case management program." has been selected the most among eight items in total. On the other hand, in solution of trouble factors, which may occur out of an organization, the item of "Efforts are being done to prepare for political and systematical measures for establishment of social rehabilitation facilities for the mentally disabled persons" has been selected the most among six of total items.

Outcome of the study will supply basic materials for a guide of case management, who are suitable to the situation in Korea, and furthermore will find out troubles and solutions for practices of case control to present improvement ways for practices of case management.

Key Words : community mental health, case management