

발 간 등 록 번 호

11-1352000-001620-01

정책보고서 2015-86

위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안



김유경 · 김미숙 · 민소영 · 홍선미 · 강은나 · 박신아



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】

김유경 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

사회복지시설 종사자 보수수준 및 근로여건 실태조사

보건복지부 · 한국보건사회연구원, 2014(공저)

사회복지시설 관리·운영 효율화 방안-노인·아동·장애인 생활시설 중심으로

보건복지부 · 한국보건사회연구원, 2012(공저)

【공동연구진】

김미숙 한국보건사회연구원 연구위원

민소영 경기대학교 사회복지학과 교수

홍선미 한신대학교 사회복지학과 교수

강은나 한국보건사회연구원 부연구위원

박신아 한국보건사회연구원 연구위원

제출문 <<

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안」의 최종보고서로 제출합니다.

2015년 11월
한국보건사회연구원장

발간사 <<

최근 가족사회 환경의 변화에 따라 경제적 어려움으로 인한 신빈곤층 진입, 돌봄부양공백, 이혼·별거 등의 해체누적, 자살 및 폭력 등의 응급적 사건·사고 등으로 많은 가정이 가족보호기능을 상실하거나 가정해체 등 위기를 경험하고 있으나, 이들 가정의 특수한 가족개인욕구에 대응하는 맞춤형서비스의 제공이 미흡하다. 복합적인 위기가 발생할 경우 서비스 대상자는 복합적인 욕구를 해결하기 위해 해당 서비스 제공기관을 개별적으로 찾아가 필요한 서비스를 단편적으로 제공받아야 한다. 정부와 지방자치단체를 중심으로 다양한 사례관리 사업이 수행되고 있으나 서비스 대상자 측면에서는 단편적·분절적인 서비스 제공으로 효과성이 떨어지고, 공급자 측면에서 사업 간 중복과 제공기간 관 역할분담의 모호성, 그리고 연계부족 등의 문제점이 지적된다.

본 연구의 목적은 지역사회 내 위기사례에 대응하여 통합적 서비스를 효율적으로 제공하고 사례관리 정책의 실효성 및 서비스 대상자의 정책체감도 제고를 위해 지역사회 통합상담체계 선행사례를 조사하고 운영모델을 개발하여 통합상담체계 구축을 모색하였다.

본 연구는 한국보건사회연구원의 김유경 연구위원의 책임 하에 원내 김미숙 연구위원, 강은나 부연구위원, 박신아 연구원, 원외의 민소영 경기대학교 사회복지학과 교수와 홍선미 한신대학교 사회복지학과 교수에 의해 작성되었다. 본 연구를 수행하는 과정에서 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사와 초점집단면접조사(FGI) 등에 적극적으로 협조를 해주신 보건복지부 기획조정담당관실 담당공무원에게 사의를 표한다. 또한 바쁘신 가운데 초점집단면접조사(FGI)에 적극 참여 해주신 통합상담사례관리를 수행하는 기관의 현장상담 및 사례관리 전문가에게 감사드리며, 통합상담사례 운영모델 개발과 관련하여 좋은 의견을 주신 학계 및 현장 전문가와 지방자치단체 담당 공무원에게도 사의를 표한다. 끝으로 본 연구결과가 우리나라 위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담사례 체계 구축을 위해 유용한 자료로 활용되기를 바란다.

2015년 11월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

요 약	1
제1장 서 론	25
제1절 연구의 필요성 및 목적	27
제2절 연구의 내용 및 방법	30
제2장 이론적 검토 및 선행연구	35
제1절 위기개념 및 위기개입 모델	37
제2절 위기발생 현황 및 원인	46
제3절 선행연구 검토	54
제3장 위기사례 분석: 사례관리과정별 접근	69
제1절 위기사례 분석대상 및 분석 틀	71
제2절 위기사례별 개입과정 분석	74
제3절 소결	94
제4장 국내 통합상담 및 사례관리 체계 분석	103
제1절 위기사례유형별 긴급대응체계	106
제2절 지역사회보호를 위한 통합지원체계	128
제3절 소결	144

제5장 초점집단면접조사(FGI) 분석	147
제1절 초점집단면접조사(FGI) 개요	149
제2절 초점집단면접조사(FGI) 결과 분석	152
제3절 소결	242
 제6장 위기사례 해결을 통합상담사례 체계 운영모델 개발	249
제1절 통합상담사례 체계 운영모델 개발 필요성 및 방향	251
제2절 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델	253
 참고문헌	277
 부록. 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사 결과	283

표 목차

〈표 1-1〉 자문위원 명단	32
〈표 2-1〉 위기유형 분류 및 범주	42
〈표 2-2〉 실천현장에서 적용되는 위기사례 정도에 따른 분류 및 범주	44
〈표 2-3〉 SED 아동 및 가족대상 사례관리모형의 유형과 기능	61
〈표 2-4〉 Woodside & McClam(2006)의 사례관리모형	63
〈표 2-5〉 황성철(1995): 한국적 사례관리 모형	64
〈표 3-1〉 사례가구 특징	71
〈표 3-2〉 욕구사정 결과: 가정폭력 가구	74
〈표 3-3〉 서비스 지원계획: 가정폭력 가구	75
〈표 3-4〉 서비스 제공 및 점검: 가정폭력 가구	75
〈표 3-5〉 평가 및 종결: 가정폭력 가구	76
〈표 3-6〉 욕구사정: 아동학대 위기가구	77
〈표 3-7〉 서비스 목표 및 지원계획: 아동학대 위기가구	78
〈표 3-8〉 서비스 제공 및 점검: 아동학대 위기가구	78
〈표 3-9〉 평가 및 종결: 아동학대 위기가구	79
〈표 3-10〉 욕구사정: 자살충동 가구	81
〈표 3-11〉 서비스 목표 및 지원계획: 자살충동 가구	81
〈표 3-12〉 서비스 제공 및 점검: 자살충동 가구	82
〈표 3-13〉 평가 및 종결: 자살충동 가구	83
〈표 3-14〉 욕구사정: 자살시도한 1인가구	85
〈표 3-15〉 서비스 목표 및 지원계획: 자살시도한 1인가구	85
〈표 3-16〉 서비스 제공 및 점검: 자살시도한 1인가구	86
〈표 3-17〉 평가 및 종결: 자살시도한 1인가구	86
〈표 3-18〉 욕구사정: 알코올 의존증과 자살 위기가구	88
〈표 3-19〉 서비스 목표 및 지원계획: 알코올 의존증과 자살 위기가구	88
〈표 3-20〉 서비스 제공 및 점검: 알코올 의존증과 자살 위기가구	89
〈표 3-21〉 평가 및 종결: 알코올 의존증과 자살 위기가구	89
〈표 3-22〉 욕구사정: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구	91
〈표 3-23〉 서비스 목표 및 지원계획: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구	92
〈표 3-24〉 서비스 제공 및 점검: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구	92

〈표 3-25〉 평가 및 종결: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구	93
〈표 3-26〉 6개 위기사례에서 나타난 주요 욕구	95
〈표 4-1〉 경찰관직무집행법 제4조	110
〈표 4-2〉 내부 사례회의 운영방식	121
〈표 4-3〉 사례판정위원회 운영방식	122
〈표 4-4〉 중독관리통합지원센터 기본중독관리사업	126
〈표 5-1〉 주사례관리기관 초점집단면접조사(FGI) 내용	149
〈표 5-2〉 연계기관 초점집단면접조사(FGI) 내용	150
〈표 5-3〉 초점집단면접조사(FGI) 구성: 주사례기관 및 연계기관	151
〈표 5-4〉 아산시 정신건강증진센터 주요 사업	188
〈표 6-1〉 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델	255

그림 목차

[그림 1-1] 연구 흐름도	33
[그림 2-1] 가족위기 유형	41
[그림 2-2] 연도별 실업자 규모	46
[그림 2-3] 연도별 실업률	46
[그림 2-4] 연도별 사고 및 재난 건수	47
[그림 2-5] 연도별 자살자수 규모	48
[그림 2-6] 연도별 자살률	48
[그림 2-7] OECD국가 자살률 비교	48
[그림 2-8] 연도별 가정폭력범죄 발생건수 현황	49
[그림 2-9] 선행연구결과에서 나타난 자살발생 요인	51
[그림 2-10] 선행연구결과에서 나타난 가정폭력 발생요인	52
[그림 2-11] 선행연구결과에서 나타난 아동 및 노인학대 발생요인	53
[그림 2-12] Moore(1992)의 사례관리모형	62
[그림 4-1] 서울시 통합형 위기관리체계	108
[그림 4-2] 응급실 기반 자살시도자 관리프로세스	112
[그림 4-3] 노인자살예방센터 사업수행방식	113
[그림 4-4] 아동보호전문기관 업무수행방식	118
[그림 4-5] 노인학대사례 업무진행 절차	120
[그림 4-6] 노인학대예방사업의 주요체계	120
[그림 4-7] 가정폭력피해사업의 주요체계	124
[그림 4-8] 드림스타트 사업수행 체계	129
[그림 4-9] 취약·위기가족지원(가족역량강화지원)사업 수행체계	131
[그림 4-10] 심리·정서지원 절차: 긴급 위기지원대상자	133
[그림 4-11] 희망복지지원단 전달체계	136
[그림 4-12] 읍면동 복지허브화 추진계획 모형	140
[그림 4-13] 업무흐름도	141
[그림 4-14] 읍면동 사례관리절차	141
[그림 5-1] 고용복지 플러스센터 조직도	159
[그림 5-2] 남양주 희망케어센터 통합사례관리	162
[그림 5-3] 희망케어센터 통합사례관리 운영체계	173

[그림 5-4] 지역정신보건사업 조직도	188
[그림 5-5] 아산시 정신보건센터 사례관리 운영체계	190
[그림 5-6] 대전시의 사례관리 추진모형	194
[그림 5-7] 대전시의 사례관리 절차	198
[그림 5-8] 대전시 희망타운센터의 인력	202
[그림 5-9] 대전시 수행기관별 역할	203
[그림 5-10] 알코올의존자사회복귀시설인 까리따스 사업체계도	212
[그림 5-11] 자기관리능력강화 프로그램	213
[그림 5-12] 영월군 보건소 조직도	234
[그림 6-1] 위기사례 해결을 위한 개입체계	253
[그림 6-2] 정신건강 분야 전문성 강조모형	257
[그림 6-3] 정신건강 분야 전문성 강조 모형: 조직 및 인력	258
[그림 6-4] 정신건강 분야 전문성 강조 모형: 사례관리 프로세스	259
[그림 6-5] 정신건강과 사회복지 협업모형	261
[그림 6-6] 정신건강과 사회복지 협업모형: 조직 및 인력	262
[그림 6-7] 정신건강과 사회복지 협업모형: 사례관리 프로세스	264
[그림 6-8] 이동(파견)모형의 응급위기대응센터 운영체계도(도시형)	266
[그림 6-9] 이동(파견)모형의 응급위기대응센터 운영체계도(농촌형)	266
[그림 6-10] 응급위기대응센터 및 전문상담체계/통합지원체계의 사례관리 프로세스	269
[그림 6-11] 위기대응팀 구축모형	270
[그림 6-12] 위기대응팀 구축모형: 조직 및 인력	271
[그림 6-13] 위기대응팀 구축모형: 사례관리 프로세스	272
[그림 6-14] 다기능복합센터설치 모형	273
[그림 6-15] 다기능복합센터설치 모형: 조직 및 인력	274
[그림 6-16] 다기능복합센터설치 모형: 사례관리 프로세스	275

1. 연구의 배경 및 목적

□ 연구배경

- 최근 가족·사회 환경의 변화에 따라 경제적 어려움으로 인한 신빈곤층 진입, 돌봄·부양공백, 이혼·별거 등의 해체누적, 자살 및 폭력 등의 응급적 사건·사고 등으로 많은 가정이 가족보호기능을 상실하거나 가정해체 등 위기를 경험하고 있으나, 이들 가정의 특수한 가족·개인욕구에 대응하는 맞춤형서비스의 제공이 미흡함
 - 복합적인 위기가 발생할 경우 서비스 대상자는 복합적인 욕구를 해결하기 위해 해당 서비스 제공기관을 개별적으로 찾아가 필요한 서비스를 단편적으로 제공받아야 함
 - 그러나 이러한 단편적·분절적인 서비스 제공으로는 복합적인 문제를 해결하는 데는 한계가 있으므로, 발생 초기에 면밀한 상담을 통해 서비스 대상자의 문제와 욕구를 진단하고 다양한 서비스를 통합적으로 제공할 필요가 있음
- 정부와 지방자치단체를 중심으로 다양한 사례관리 사업이 수행되고 있으나 서비스 대상자 측면에서는 단편적·분절적인 서비스 제공으로 효과성이 떨어지고, 공급자 측면에서 사업 간 중복과 제공기간 관 역할분담의 모호성, 그리고 연계부족 등의 문제점이 지적됨
 - 공공 사례관리 인프라는 시군구 희망복지지원단을 중심으로 확충되고 있으나, 지역 내 모든 위기사례에 대해 직접 상담을 수행하기에는 인력 및 조직 등에 한계를 내포함
 - 공공·민간 등 각자의 영역에서 상담·사례관리·자원연계를 수행하는 기

2 위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안

관이 다양한 층위에 산재되어 있어서 유사기관 간의 중복성, 기관 및 조직 간 역할분담의 모호성 등으로 서비스 수요공급 측면에서 비효율성을 초래함

- 복합적인 위기에 처한 서비스 대상에게 지역사회 내 신속하고 적절한 서비스를 통합적으로 제공하여 복합적인 문제를 해결하고 해체·자살 등 각종 위기를 예방하기 위해서는 지역 내 각종 상담·사례관리·자원연계 업무를 수행하는 기관을 아우르는 통합 상담체계 구축을 위한 연구의 필요성이 제기됨

□ 연구목적

- 위기개념과 특성, 위기유형 및 심각정도에 따른 분류, 발생원인 도출, 위기 개입 모델 및 선행연구 검토 등으로 이론적 근거 마련
- 위기사례를 사례관리과정별로 분석·진단하고 위기대응 국내 통합상담 및 사례관리 체계성과를 분석하여 통합상담체계 모델개발에 합의점 도출
- 상담·사례수행기관의 현황 파악과 사례관리실무자와의 초점집단면접조사(FGI)를 실시하여 정합성 진단
- 통합상담사례 체계 운영모델을 개발·제시하고 사례관리 수행 단계별 업무 프로토콜 및 운영방안 제시

□ 연구내용

- 위기사례 및 통합상담체계 관련 이론적 검토
- 위기사례분석: 사례관리과정별 접근
- 국내 통합상담 및 사례관리 체계 분석
- 사례관리 수행기관 현황 및 초점집단면접조사(FGI) 분석
- 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델 개발

□ 연구방법

- 문헌연구

- 상담사례관리 수행기관 조사
- 사례관리과정별 위기사례분석
- 초점집단면접조사(FGI)
- 자문회의

2. 주요 연구결과

가. 이론적 검토

□ 위기 및 위기가구 개념

- 학문적으로 ‘위기’는 사회체계(social system) 내에서 구성원이 행복, 생존 등에 위협을 느끼는 상황(Lipman-Blumen, 1973) 의미
 - 단순히 일련의 사건·상황 자체가 아닌 사건·상황이 개인·가족에게 미친 영향 즉 결과로 정의
- 위기란 개인의 현재 자원과 대처기제로는 감당하기 어려운 사건이나 상황을 지각하거나 경험하는 상태로도 정의
 - 만일 고통이 사라지지 않는다면 개인에게 심각한 정서적·행동적·인지적 역기능 야기(한인영 외, 2008)
- 위기란 상대적 개념으로 동일한 스트레스 사건, 상황에 직면하였더라도 개인, 가족의 맥락에 따라 위기 여부가 달라지기 때문에(Beaujot, 1988) 대다수 연구에서 ‘위기’를 유발하는 스트레스 사건·상황을 구체적으로 정의하지 못함(김승권, 2010 재인용)
- 위기가구는 스트레스 사건·상황에 대처 가능할 만큼 충분한 내적·외적 가족자원을 가지고 있지 않아서 스트레스 사건·상황을 위협으로 받아들이게 되며, 이에 적절히 대응하기 어려워 일상적 삶을 유지하기 힘든 가구 의미(서해정 외, 2011)
 - 중앙정부의 위기가구 사례관리사업 대상에서 정의한 위기가정은 경제적,

4 위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안

물리적, 인적 그리고 사회적 자원이 부족한 가구 포함

□ 위기유형 및 심각정도에 따른 분류

○ 위기유형은 연구자 및 연구목적에 따라 다른 범주와 분류체계를 보임

〈표 1〉 위기유형 분류 및 범주

연구	위기유형 분류	주요범주
Brammer (1985)	•발달적 위기	•아이출생, 빈곤, 생활사건스트레스, 건강, 열악한 주거환경
	•상황적위기	•자동차사고, 유괴, 강간, 직업상실, 갑작스런 질병, 죽음
	•실존적위기	•내적갈등, 불안야기 *사회·조직으로부터 박탈감 경험
	•환경적위기	•사회적 재난 *재해와 환경으로부터 부정적 여파
김승권 외 (2011)	•경제적위기	•주부양자의 실직, 사망, 구금시설 수용, 중한 질병·중증 장애 발생, 알코올·약물·도박중독
	•정서심리적위기	•부모별거, 가족원 사망·자살·가출·행방불명, 가족원 알코올·약물·도박중독, 가정폭력·성폭력 피해 가족원 발생, 가족갈등
	•신체적위기	•가족원 장애발생, 가정폭력·성폭력 피해 가족원 발생
	•돌봄/부양위기	•영유아·취학아동의 돌봄공백, 입원·단기돌봄치료 가족원 발생, 치매·중풍·와상 가족원 발생
	•가족외적 위기	•자연재해, 인위적 재난, 재개발 등으로 기초생활에 필요한 주거 및 재산 상실
여성가족부· 중앙건강가정지 원센터 (2011)	•상황적 위기	•성폭력, 학교폭력, 인터넷 중독, 자살(시도), 사회적 재난
긴급복지지원법 (2011)	•가구구성원이 생계유지 등이 어렵게 된 경우	•주소득자가 사망, 가출, 행방불명, 구금시설 수용으로 인한 소득상실로 최저생계비이하인 경우, 중한 질병 또는 부상, 방임·유기·학대, 가정폭력·성폭력, 화재 등으로 주택·건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우
보건복지부·한 국보건복지인력 개발원(2011)	발달적 위기	생활주기상의 변화와 관련된 위기: 아동기 발달과업, 청소년의 정체감 혼돈, 대학입시, 첫 직장 적응, 결혼, 임신, 자녀결혼, 이사, 은퇴 등
	상황적 위기(우발적 위기)	육구충족의 본질적인 자원을 비정상적/예기치 않게 상실하며 유발되는 위기: 범죄피해, 자연재해, 사고, 건강상실, 급성정신질환, 지위와 존경 상실, 이혼·별거, 실직 등

○ 실천현장에서 적용되는 위기사례 심각정도는 3~4단계로 구분되며 서비스대상의 욕구와 문제의 복합성, 심각성 및 응급성 기준으로 분류됨

- 위기정도가 가장 높은 사례에 포함되는 공통적 범주에는 학대·폭력 등 안전 문제와 취약한 정신건강과 이와 연관된 자살로 나타나서 위기사례 해결은 이들 위기유형에 초점 맞출 필요 있음

〈표 2〉 실천현장에서 적용되는 위기사례 정도에 따른 분류 및 범주

구분	위기사례 정도에 따른 분류	범주
위기가구 사례관리 업무 매뉴얼 (4단계구분)	•고위험군: 알코올, 정신질환 등의 복합문제가 있는 가구로 지속적인 전 문서서비스가 필요한 경우	•알코올 •정신질환
	•저위험군: 지속적인 지원 및 돌봄서비스가 필요한 가구, 사회적 기능회 복을 위해 중장기의 집중적 전문서비스가 필요한 경우	
	•서비스연계군: 수급가구, 기타 저소득층(차상위계층)으로 일상적 상태나 자립이 가능한 가구로 단순서비스 지원	•수급가구 •저소득층 (차상위계층)
드림스타트 (3단계구분)	•위기개입: 아동학대, 방임, 가정폭력 등 아동과 가족에게 위기상황이 존 재하는 경우로 사례관리자가 즉각적으로 개입하여 위기상황에 대한 대 처가 필요한 경우	•아동학대 •방임 •가정폭력
	•집중사례: 대상 아동과 가족이 복합적인 욕구 및 문제를 가지고 있어 통합서비스를 제공해야 할 필요성이 높은 경우	
	•일반사례: 대상 아동과 가족의 욕구 및 문제가 복잡적이지 않지만 관련 서비스 연계를 통한 관리가 필요한 경우	
경기도무한돌 봄센터사례관 리(4단계구분)	•긴급사례관리대상: 복합적인 문제를 가지고 있으며, 문제와 욕구가 심 각하고 다양한 자원의 긴급한 개입을 요구하는 대상자와 가족	•의식주문제 •폭력(아동 학 대, 성폭력) •자살 •갑작스러운 사고
	•집중사례관리대상: 복합적 문제를 가지고 있으며 문제와 욕구의 심각성 이 높아 통합적 접근을 요구하는 대상자와 가족	•생계곤란 •가족폭력 및 학대 •의료문제 •중독 및 정신 질환문제 •법적문제
	•공공연계사례관리대상: 복합적인 문제를 가지고 있으나 단순한 서비스 연계를 통해 지원이 가능한 대상자와 가족	
	•단순의회 사례관리대상: 문제와 욕구의 심각성이 상대적으로 낮아 읍· 면· 동이나 각 사회복지기관에서 지원 가능한 대상자와 가족	
	•위기사례: 복합적이고 고질적인(중독, 정신보건,가족치료)문제를 가지고 있으며 문제와 욕구가 심각하여 다양한 자원연계와 전문적 개입이필요 한 사례	•중독 •정신보건 •가족치료
대전복지재단 통합사례관리 시범사업 희망T움(3단 계구분)	•집중사례: 복합적인 문제를 가지고 있으며 문제와 욕구의 심각성이 높 아 통합적 개입이 필요한 사례	
	•일반사례: 문제와 욕구의 심각성이 상대적으로 낮으며 개별기관에서 지 원과 개입이 가능한 사례	

자료: 1) 보건복지부(2016). 드림스타트사업안내; 2) 경기도(2015). 무한돌봄사례관리안내; 3) 여성가족부·중앙건강 가정지원센터(2011). 가족보듬사업 운영 매뉴얼; 4) 대전복지재단(2015). 희망터(Tree)움센터 업무매뉴얼.

□ 위기발생현황

○ 위기유형에 공통적으로 포함되는 범주는 실직, 사고, 재난, 사망(자살), 폭력 등으로 이들 공통적 유형을 중심으로 위기발생 현황을 살펴보면 다음과 같음

- 실업률은 2000년 4.4%에서 2015년 3.6%로 18.2% 감소함
- 재난발생건수는 2000년 330,393건에서 2013년 294,707건으로 10.8% 감소함
- 인구 10만명당 자살률은 2000년 13.6명에서 2014년 27.3명으로 100.7% 증가함
- 가정폭력 발생검거현황은 2000년 12,983건에서 2014년 17,557건으로 35.2% 증가하고, 가정폭력발생률은 2004년 44.6%에서 2013년 45.5%로 비슷한 수준을 유지하나 10가구 중 4가구에서 가정폭력이 발생하여 심각한 수준임

○ 위기유형 중 실직, 사고 및 재난 등은 제도 및 정책개선 등으로 어느 정도 감소하는 추세를 보이나 자살 및 폭력 등은 법적·제도적 기반 마련과 정책개입에도 불구하고 오히려 위기발생이 증가하거나 그 수준이 높아짐

□ 위기 발생원인

○ 자살발생원인

- 정신과적 요인으로 자살자의 60~80%가 우울증에 기인하며, 노인은 자살자의 경우 대부분 정신질환자임(Henriksson, Aro, Marttunen et al, 1993; 제영묘, 2004; 강은정 외, 2010)
 - 자살과 동반하는 정신장애에는 기분장애, 정신분열병, 불안장애, 식사장애, 주의력결핍과잉행동장애, 알코올사용 장애, 기타 물질사용 장애, 인격 장애, 공존 정신장애 포함
- 생애경험 즉 사람의 상실, 대인관계 갈등과 단절, 법적·일과 관련된 문제, 가까운 사람의 죽음, 이혼·별거 같은 상실, 학교에서의 집단 따돌림, 가정에서 배우자 폭력, 아동기의 신체·성적학대, 사회적 고립 등이 자살위험을 증가시킴(강은정 외, 2010)
- 사회·환경요인으로서는 지역, 의료서비스 접근성, 실업, 경제수준 등과 관련이 높아서 농촌지역, 의료서비스 접근성이 낮은 경우, 경기불황과 고실업인

경우 높게 나타남(Platt, 1984; Weyerer, Wiedenmann, 1995; 김형수, 2002; 서동우, 2003; 강은정 외, 2010)

- 생물학적 요인으로는 장애를 수반하는 심각한 신체적 질병이 있는 경우와 신체적 질병이 우울과 같은 기분장애 동반시 자살위험이 증가하며, 알코올 소비량도 자살과 관련이 높은 것으로 나타남(Landberg, 2009; 강은정 외, 2010)

○ 학대발생원인

- 가정폭력 원인은 개인내적 요인으로는 성격, 우울, 공격성, 의존성, 외상, 편집증, 가부장성, 음주·약물로 나타남(김승권 외, 2007; 김재엽 외, 2010; 김미애, 2011; 황정임 외, 2013)
 - 사회심리적 요인으로는 재정·실직문제, 자녀문제, 자존감·질투심, 사회문화적 요인으로는 가정소홀, 성적소홀, 배우자에 대한 집착, 외도, 집안 간 갈등, 말다툼·무시·악담, 스트레스 등으로 나타남
- 아동학대원인은 부모요인으로는 부모의 미성숙, 아동양육 지식부족, 자녀에 대한 기대, 부모의 욕구불만, 사회적지지 부재, 부모의 학대경험 및 정신질환 등으로 나타남(권은주, 1978; 오은영, 2013; 중앙아동보호전문기관, 2014)
 - 아동요인으로는 장애아·기형아인 경우, 가정적 요인으로는 구조적 결손 가족이 학대원인으로 작용할 가능성이 높음
 - 사회적 요인으로는 사회적 고립·지지체계의 결여, 체벌에 대한 허용적 문화, 아동을 존중하지 않는 문화, 자녀에 대한 소유인식 등 포함
- 노인학대는 부양자가 기대하는 부양대가를 받지 못하는 상황 또는 노인의 의존성 증대가 부양자 스트레스를 증가시켜 노인학대가 발생함(한동희, 1996; 박봉길, 2000; 한동희, 2001; 권중돈, 2004; 유영주, 2004)
 - 부양자 스트레스 발생원인은 경제문제, 가족원 상실, 가족 간 감정적 갈등, 알코올 등의 건강문제, 부양자에게 요구되는 정신적·물질적 비용 부담으로 나타남

나. 위기사례분석: 사례관리과정별 접근

□ 위기사례 분석대상 및 분석 틀

○ 위기사례 분석대상 선정 기준

- 자살이나 학대 또는 폭력 등의 위기 상황 경험 가구
- 종결이 이루어진 사례
- 공공과 민간의 자원이 협력하여 개입된 사례

○ 한계점

- 위기사례는 다양한 주 사례기관을 통해 선정된 사례로 일반화에 다소 제한되며, 모든 사례가 사례관리목표 달성을 통하여 종결까지 이루어져서 중단된 사례로부터 도출할 수 있는 실패요인을 발굴하는 데 한계점을 내포함

〈표 3〉 사례가구 특징

사례번호	사례가구의 특징
1	가정폭력과 주거 위기가구
2	아동학대 위기가구
3	아동학대와 자살충동 위기가구
4	자살시도 한 1인 가구
5	알코올 의존증과 자살시도 위기가구
6	알코올 의존증 및 우울증과 자살생각 위기가구

○ 위기사례 분석 틀

- 시간적 연속성을 고려하는 사례관리의 과정은 발굴 및 의뢰, 욕구사정, 서비스계획, 서비스 의뢰와 제공, 점검, 평가, 종결, 사후관리로 구분

□ 위기사례별 개입과정 분석

○ 발굴과정

- 공식적인 조직과 통장이나 이웃 등의 지역 주민을 포함하여 매우 다양한 통로가 존재, 즉 유관기관들(가정폭력상담소, 학교, 공공조직 등)(사례1, 사례2, 사례3, 사례5, 사례6), 이웃이나 통장 등 지역주민으로부터 위기가구가

발굴되어 의뢰됨(사례4)

- 위기사례를 공식적 자원기관이 즉시 파악·개입에는 한계가 있으며 지역 주민의 촘촘하고 상시적인 문지기로서 기능하면서 즉각적으로 위기가구가 발굴·의뢰되는 경우 많음
- 위기가구가 신속·안전하게 대응하도록 112, 119, 지역정신보건체계, 위기보호체계(아동보호기관, 노인학대예방기관 등) 등이 연계되어 개입됨

○ 욕구사정

- 단순히 위기상황(자살이나 안전 문제 등)에서 빠져나오는 것에 국한되지 않고, 이후의 생활 영위가 지속가능하기 위해서 필요한 서비스를 통합적으로 제공하기 위해서 정신·심리적 상태의 파악에서 머물지 않고, 포괄적·다양한 영역에서 문제·욕구 파악
- 표면적 위기상황은 음주와 연결된 자살(사례4, 사례5, 사례6), 학대·폭력 등 안전문제(사례1, 사례2, 사례3)이었으나, 위기상황을 촉발시킨 원인은 경제적 위기가 대부분임
- 실제로 퇴거 위기나 치료비 마련 등의 경제적 위기가 해소되면서 자살, 음주나 가정내 폭력 등의 어려움이 감소되는 경우 많음

○ 서비스 목표와 지원계획

- 위기가구 어려움은 심리정서·정신적 취약성으로 표면화되나 이면에는 다양하고 복합적인 서비스 욕구가 중첩되어 있으므로 서비스 계획은 심리·정서적 문제, 폭력적 행위의 완화를 넘어서 어려움을 유발시킨 생활·환경적 어려움을 해결하기 위한 지원으로 설정함
- 처음에는 위기 상황을 안정화시키기 위한 정서·심리·정신적 치료 개입이 우선됨(사례5, 사례6)
- 일단 위기 상황이 안정화되면 이러한 위기를 유발시켰던 원인을 심도있게 파악하고 제거할 수 있는 목표(예: 취업, 안정적 소득마련, 돌봄체계마련, 건강 회복 등)를 설정하고 이를 달성하기 위해 필요한 자원과 서비스를 연계하고 지원

○ 서비스 제공과 점검

- 사례관리 진행과정 점검은 서비스 계획에서 설정된 목표와 지원계획을 중심으로 이루어짐(사례1, 사례2, 사례3, 사례4, 사례5, 사례6)
- 사례관리 진행 과정을 점검하기 위한 사례회의 실시(사례1, 사례2, 사례6)
 - 사례회의에는 위기가구에 제공·연계된 외부자원·기관들이 참여하여 사례관리 계획의 목표와 진행 과정을 점검, 역할협의·조정 등이 이루어졌고, 사례관리 진행 과정에 대한 점검과 성찰을 위하여 외부 수퍼비전체계 활용(사례2)

○ 평가와 종결

- 위기상황을 초래한 원인을 제거하기 위해 설정된 목표가 긍정적으로 달성되었다고 평가되면 사례관리과정이 종결됨
 - 자살, 학대·폭력 등의 위기가 정신적인 문제와 함께 결합되어 나타나는 경우, 이는 만성적·지속적이기 때문에 정신재활수준 자체를 평가하면서 종결의 시점을 찾기는 쉽지 않음
 - 위기상황을 초래한 외부 환경적 요인-경제적 문제, 가족 갈등, 주거 등이 해소가 되면 종결하되, 정신적 영역은 사후관리 과정에서 지속적으로 관심과 지지 체계를 작동시켜 관리함(사례5, 사례6)

○ 사후관리

- 사후관리 과정은 클라이언트를 근거리에서 지속적으로 접촉하여 접근할 수 있는 지역 기관이 주로 담당
 - 공공기관의 경우 사후관리가 6개월 동안 1-2차례를 요구하는 제약이 있어서, 지속적으로 클라이언트의 상황을 주시할 수 있는 민간 기관의 사후관리 역할이 중요하게 작동됨(사례4- 사례관리가 종결되기보다는 상황이 호전되었으나 민간복지관에서 지속적으로 관심을 갖고 접촉을 취함)
 - 사후관리를 수행하는 기관은 기존의 사례관리를 수행하였던 기관들과 사례회의 등 지속적인 연계 회의를 통하여 클라이언트의 상황 공유함(사례2)

○ 성공과 실패요인

〈표 4〉 사례별 성공과 실패요인

사례 번호	성공요인	실패요인
1	<ul style="list-style-type: none"> •긴급한 위기 대응 기관-가정폭력상담소-와 생활안정화를 위한 포괄적 대응 기관-희망복지 지원단-사이에서 원활한 연계 이루어짐 •위기가구에 대한 개입 방향을 위기 요인-가정 폭력으로부터 탈출과 주거 상실-에 단순한 대응을 포함하여 위기가구가 자립생활역량을 가지도록 다양한 지역사회자원 연계 	
2	<ul style="list-style-type: none"> •위기상황-방임과 학대-이 재발되지 않도록 사례관리자가 밀착적이고 빈번한 접촉을 통하여 위기가구와 신뢰관계 구축 •가구의 복합적 어려움을 대응하기 위해 지역 내 다양한 서비스 기관 자원 연계, 지속적으로 접촉하면서 사례관리 진행 과정 공동 모니터링 •사례관리 과정의 종결 이후 지역 내 기관들과 체계적인 사후관리 과정을 구축하여 위기가구에게 나타났던 긍정적 성과가 지속되도록 노력 •아동학대에 대하여 분리보호보다는 지역내 다양한 서비스 자원 결합을 통한 포괄적 개입이 필요하다는 것을 외부 수퍼비전체제를 통하여 구체적으로 습득하고 적용함 	
3	<ul style="list-style-type: none"> •위기가구의 복합적 욕구에 대응하기 위해 지역 내 공식적 자원 기관과 비공식적 자원을 동시에 고려하여 사례관리 개입 시도 •사례관리 과정의 종결 이후 지역 내 기관들과 체계적인 사후관리 과정을 구축하여 위기가구에게 나타났던 긍정적 성과가 지속되도록 노력 	
4	<ul style="list-style-type: none"> •지역 내에서 밀착적인 파수꾼 역할을 수행하는 지역 주민을 통하여 신속하게 발견된 이후, 공식적 조직으로 위기가구의 개입 신청이 이루어짐 	<ul style="list-style-type: none"> •자살에 대한 위기대응기관과 경제적 생활안정을 위한 지역사회기관 사이의 연계가 원활하지 못한
5	<ul style="list-style-type: none"> •위기대응에 필요한 다양한 기관-시청 콜센터, 보건소, 112, 119-이 지역내에서 유기적으로 연결되어 초기의 긴급한 상황을 적절하게 개입 •자살에 대한 위기 순간을 안정화시킨 이후, 위기를 유발시킨 생활환경적 위험 요인을 탐색하고 이를 해소하기 위한 보다 포괄적인 개입이 이루어짐 •생활환경적 요인의 해소가 이루어져 사례관리 과정이 종결되었다라도, 자살·음주 문제와 관련된 정신적 불안을 예방하기 위한 사후관리가 공식적 및 비공식적 자원 활용으로 나타남 	
6	<ul style="list-style-type: none"> •정신건강서비스 이용자의 접근성 제고를 위해 상대적으로 이용자의 접근이 쉬운 공공기관 안에 정신건강을 위한 이동상담서비스 제공 •이용자가 가장 어려움을 호소하는 문제영역-신체적 건강-부터 사례관리 개입을 시작하면서 	

사례 번호	성공요인	실패요인
	<p>이용자와 신뢰관계를 구축하여 다양한 다른 서비스의 수용을 이끌어 냄</p> <p>•사후관리는 이용자가 접근하기 쉬운 지역사회 기관-쪽방상담소-과의 긴밀한 연계 속에서 이루어짐</p>	

□ 정책함의

○ 위기가구의 개입과정 측면

- 초기발굴과정과 관련하여 읍·면·동 단위의 주민조직을 초기발굴자로 활용하고, 이외에도 지역 내 다양한 방문서비스인력-방문간호사, 독거노인생활관리사, 요양보호사, 활동보조인 등-을 활용하여 수시로 위기가구의 발굴이 이루어질 수 있는 체계 필요
- 위기대응 과정에서는 위기 상황 발생시 긴급하게 발굴되어 위기 가구가 필요한 서비스 체계로 연계될 수 있도록 지역 내 유관기관 사이의 협력적 관계망-위기대응 관계망 구축 필요
 - 위기대응 관계망에는 경찰서, 소방서, 복지관, 상담센터, 희망복지지원단, 정신건강증진센터, 노인학대예방기관, 아동보호전문기관, 중독상담센터, 방문서비스팀 포함
 - 지역내에 존재하는 다양한 서비스기관 간 정보 공유와 위기대응 관계망에 대한 지역내 인지도 향상과 함께 다양한 주민조직을 대상으로 위기대응기관의 서비스 내용과 연락방법을 교육시키는 것도 중요함
- 통합사례관리 과정 단계와 관련하여 발굴·초기대응 단계와 사례관리 단계 사이의 원활한 연계가 이루어지도록 노력 모색
 - 발굴·초기대응을 거쳐 위기상황이 감소된 이후에 위기상황을 유발시켰던 환경적 요인-경제, 가족관계, 교육, 고용, 주거 등-이나 또는 전문적인 심리·정서·정신재활문제에 2차적 개입
 - 2차적 개입은 발굴과 초기 대응을 수행하였던 위기대응 기관과 다를 수도 있으며, 1차와 2차 개입 기관 간에 위기가구 이관이 순조롭지 못하는 경

우가 발생할 가능성 있음

- 사후관리 과정은 지역 내에서 밀착적으로 그리고 신속하게 대응하면서 지속적인 관심을 제공하도록 물리적 접근성이 확보된 ‘근거리 대응체계’ 필요함
 - 전문기관의 대응 이후에 클라이언트가 삶을 열어 가야할 공간은 지역으로 자살·학대·폭력 등 정신적 상처를 동반하고 있는 클라이언트의 경우 지속적으로 정서적인 지지관계를 맺으면서 개입할 수 있는 체계 필요
 - 종결이후 공공-민간 사이에서 사후관리를 위한 역할 분담을 명확히 할 수 있는 체계 구성 필요
- 초기발굴부터 사후관리 과정에 이르기까지 주요한 책임주체로 활동하는 기관들이 서로 유기적으로 결합될 수 있는 지역단위 유기적 결합구조 필요
 - 기관간 연계 실행 매뉴얼을 구체적으로 구축하는 것으로 사례관리가 진행되는 동안 연계되는 기관들 사이의 연락체계가 구조화 필요
 - 사례이관-의뢰기관 간 신뢰적·협력적인 관계를 구축하여 클라이언트의 부정적 저항을 감소시킬 수 있음

○ 인력측면

- 위기 상황 외에도 포괄적인 문제에 접근할 수 있는 실무인력 필요함 즉 심리적·정신적 상담을 수행하면서 동시에 다양한 지역자원의 정보를 파악·의뢰하며 모니터링 할 수 있는 개입 능력과 지식을 갖춘 실무인력이 요구됨
 - 위기가구 분포가 높은 지역 내 기관에는 정신보건과 사회복지를 동시에 개입할 수 있는 능력과 지식을 구비한 인력기반을 마련함
- 위기가구의 대부분은 심리·정서·정신적 상태가 심각하게 훼손되어 있으며, 이러한 심리적 상태를 극복하고 회복탄력성(resilience)을 갖추기 위해서는 실무자의 밀착적·적극적인 관심과 접촉이 중요함
 - 실무인력이 적당한 업무량을 갖출 수 있도록 사례관리자 1인당 담당할 수 있는 위기가구의 사례는 매우 제한적이어야 함

○ 조직측면

- 위기가구의 대부분은 빈곤과 더불어 파생되는 다양한 문제로 자녀 양육과

교육, 돌봄, 가족 갈등, 실업이나 고용불안, 불안정한 주거, 법적 문제의 연루 등 매우 복합적 문제에 노출되어 있으므로 정서적 상담서비스를 포함하여 복합적 문제에 포괄적으로 대응하는 체계 구축 모색

- 대응체계는 이동식 정신건강 상담서비스 제공, 지역내 정신건강관련 조직들과의 협업이 가능하도록 연계 강화, 복합적 문제에 직접적 서비스 제공으로 해결할 수 있는 원스탑서비스 체계 구비 가능
- 지역내 다양한 자원·서비스 조직들이 존재하는 경우, 물리적인 공간 통합을 이루는 원스탑서비스 체계는 오히려 클라이언트의 접근성이나 기관의 독자적 전문성과 자율성을 훼손시킬 가능성 고려

다. 국내 통합상담 및 사례관리체계 분석

□ 위기사례 유형별 긴급대응체계

- 정신보건 영역에는 생명사랑 및 자살예방사업과 노인자살예방사업이 포함되고, 폭력 및 학대 등 안전영역에는 아동학대 및 피해아동 보호체계, 노인학대 및 피해노인 보호체계, 그리고 여성 및 가족 보호지원체계가 포함되며, 중독관리 영역에는 중독관리통합지원체계가 포함됨

〈표 5〉 위기사례유형별 긴급대응체계

영역	사업명	특성	문제점	개선점
자살 시도 및 우울 등 정신건강영역	생명사랑 및 자살예방사업	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강핫라인을 통해 자살위기 상담 등 정신건강 상담과 지지, 정신건강정보 제공, 정신의료기관 안내 제공 • 보건복지콜센터와 협조체계 구축, 정신건강증진센터·보건소로 이관 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살자 다수가 우울증을 겪고 있음에도 불구하고 항우울치료를 받지 않는 경우가 많아서 타겟 집단에 대한 집중적인 예방사업 필요 • 일상적인 위기관리와 생활지원을 위한 복지영역의 지원업무가 유기적으로 연계되지 않는 문제발생 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살시도자에게 정서적 안정성 회복과 재활 촉진하며 자살 재시도를 방지하기 위한 인지치료를 비롯한 집중상담 및 위험요인 감소를 위한 지원체계 마련 • 긴급위기대응 및 집중상담 중심의 역할을 차별화하고 업무프로세스상의 역할분담을 통해 자살예방사업을 수행하는 복지기관과 유기적인 연계 수행

영역	사업명	특성	문제점	개선점
	노인자살예방사업	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건센터 내 자살위기관리팀을 중심으로 고위험군 발견·지속적 관리, 예방사업으로 독거노인 심리상담 및 병원연계 노인돌봄비 등 Gate-Keeper 교육 	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건영역의 일반 자살예방사업에서 특화되지 못하거나 노인대상으로 사회 복지 영역에서 추진되는 경우에는 일반자살예방사업과 연계되지 못하는 문제점 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 위기개입·자살예방의 전문성을 갖춘 정신보건 영역과 접근성·포괄성을 갖춘 노인복지 영역의 통합적 서비스전달방식으로서의 개선 요구 자살취약계층을 위한 보건과 복지서비스를 연계한 통합적 자살고위험군 지원체계 구축 *통합적 자살고위험군 지원체계: 정신건강증진센터는 의료적 응급처치+정신건강영역의 위험성 감소 개입강화+사후서비스 역할 차별(고위험군관리와 자살시도자) *노인자살예방사업: 위험군 발굴과 자살예방사업 전개(상담+사회복지적 자원연계+지지체계 강화), 상시적 모니터링을 위해 재가복지서비스와 병행 제공 *초기사정: 정신보건전문인력+사회복지사(질환적 원인과 사회적 위험 파악)
폭력 학대 등 안전 영역	아동학대 및 피해아동 보호체계	<ul style="list-style-type: none"> 중앙 및 지역아동보호전문기관 52개소를 중심으로 학대아동발견·보호·치료 및 학대예방사업 수행 	<ul style="list-style-type: none"> 아동보호업무 관련 행정기관 협조근거 부재 학대아동 및 가족에 대해 지원 가능한 다양한 지역자원과 서비스 연계 미흡 아동학대 고위험군에 대한 응급위기체계 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> 아동보호업무 책임의 법적근거 마련(아동보호조례화) 지역내 고위험군에 대한 gate keeping 기능강화하고 사각지대발굴주체인 동 주민센터·공공사례관리체계와 유기적 연계 강화 아동학대에 대한 응급위기개입체계구축 및 전문성 강화
	노인학대 및 피해노인 보호체계	<ul style="list-style-type: none"> 중앙 및 지방노인보호전문기관 28개소를 중심으로 학대신고전화 운영·현장조사·상담·사후관리 및 학대예방·시설운영·치료사업 수행 	<ul style="list-style-type: none"> 노인학대 신고율 및 학대인식 등 사례발굴 저조 전문기관으로 신속하게 의뢰하는 과정 불안정 	<ul style="list-style-type: none"> 노인학대에 대한 주민의식 제고와 신고의무자의 활동 강화 지역사회내 통합사례관리와의 협력을 통한 돌봄·재가서비스 포함 포괄적 보호서비스 지원으로 예방 및 대응기반 마련
	여성 및 가족 보호지원 체계	<ul style="list-style-type: none"> 1366 핫라인으로 가정폭력피해자 위기상담 및 긴급보호 상담소 및 쉼터를 통해 전문상담, 법률상담, 의료비 및 임시보호 서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 가정폭력관련 정책수용 미흡(피해자보호명령제도 미흡, 저조한 신고율, 기소율 및 보호처분) 응급위기기 개입 가능한 전문체계 미흡으로 전문적 지원 한계 	<ul style="list-style-type: none"> 가정폭력피해자의 지속적 학대예방과 안전관리체계 강화 *지역내 고위험군에 대한 gate keeping 기능강화하고 사각지대발굴주체인 동 주민센터와 유기적 연계 가정폭력피해자를 위한 응급위기개입체계구축 및 전문성강화 *응급위기관리체계: 서비스기관+경찰과의 연계, 긴급피난시설 확보
중독관리영역	중독관리통합지원체계	<ul style="list-style-type: none"> 50개소 알코올상담센터를 중독관리통합지원센터로 기능개편 알코올·기타중독자 관리체계와 	<ul style="list-style-type: none"> 증가하는 이용자의 욕구에 비해 관련 인프라와 전문인력이 절대적으로 부족 미설치지역의 주 	<ul style="list-style-type: none"> 중독 관련 전문인력 양성과 교육프로그램 개발을 통해 중독관리를 위한 전문적 서비스의 질 향상 지역 내 중독관리를 지원하거나 연계할 기관 및 자원 현황 파악과 연계 활성화 통합사례관리체계와의 유기적인 협력을 통해 생활상의 스트레스감소 및 생활지원체계 구축

16 위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안

영역	사업명	특성	문제점	개선점
		알코올·기타중독폐해예방시스템을 구축, 알코올 및 기타중독자 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀 지원	민에 대한 서비스 접근성이 제한됨	

□ 지역사회보호를 위한 통합지원체계

- 대상별 통합사례관리에는 취약계층 대상 드림스타트 지원과 취약·위기가족 지원 사업(가족역량강화지원)이 포함되고, 공공영역의 통합사례관리에는 희망복지지원단과 동북지가 포함됨

〈표 6〉 지역사회보호를 위한 통합지원체계

영역	사업명	특성	문제점	개선점
대상별 통합사례관리	드림스타트	<ul style="list-style-type: none"> 취약계층 아동 및 가족을 대상으로 복합적인 욕구·문제 파악, 다양한 지역 자원과 연계한 맞춤형 통합서비스 제공 전국 229개 시군구 드림스타트 운영 	<ul style="list-style-type: none"> 예산편성 및 인력확보 불안정으로 일부 취약 아동에게만 서비스 제한적으로 수행 	<ul style="list-style-type: none"> 서비스기반 확충을 위해 예산을 안정적으로 확보하고 서비스 인력의 고용안정을 담보하기 위한 제도적 장치 마련
	취약·위기가족 지원사업	<ul style="list-style-type: none"> 취약·위기가족을 대상으로 사례관리를 통해 가족기능회복과 자립역량 강화 도모 전국 30개 건강가정지원센터 운영 	<ul style="list-style-type: none"> 시범사업의 불안정성 위기가구에 개입하는 시군구단위의 공공사례관리와 중복되면서 지역별 연계 모호 건강가정지원센터(여성가족부)와 보건복지 전달체계(보건복지부)의 칸막이·분절적 교류 발생 	<ul style="list-style-type: none"> 위기가족의 문제해결능력 및 자립역량강화를 위한 전문적이며 집중적인 상담기능 강화, 포괄적인 서비스지원을 위해 공공사례관리(희망복지지원단)와 연계 강화 위기가구의 통합적 지원과 다양한 보건복지지원과의 교류를 위해 지역사회네트워크 활동 강화
공공영역의 통합사례관리	희망복지지원단	<ul style="list-style-type: none"> 주요기능은 기존 서비스연계와 통합사례관리 업무 확대·강화 *시군구단위: 자원 	<ul style="list-style-type: none"> 희망복지지원단의 통합사례관리를 지원하기 위한 구조 변화로는 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> 공공-민간 서비스전달의 역할분담과 기능분화 필요 *공공-민간 영역이 각자 역량과 강점을 살릴 수 있는 사례관리수행 방식 구체화, 지역사회 내 연계와 협력방안 마련 *공공: 서비스의 표준성과 일관성 강점

영역	사업명	특성	문제점	개선점
		발굴·개발, 공공-민간서비스 연계 등 *광역시도: 시군구 희망복지지원단 운영·지원 *읍면동: 사례가구의 초기상담·연계·사후관리	•민간영역의 사례관리와 역할 분담 및 차별화가 이루어지지 않음에 따라 지역 사회기반의 통합적이며 협력적인 사례관리 시스템 구축에는 한계임 •공공만 접근 가능한 정보시스템에 기초한 공공 사례관리체계는 민간-공공간의 서비스 중복과 누락문제 잔재 •사례에 대한 물리적 접근성과 전담인력 부족으로 위기가정 사례발굴과 욕구조사, 상담 등이 전문적으로 수행되기 어려움	민간: 서비스의 전문성과 민첩성 감점 •물리적 접근성 제고 및 전담인력 확충으로 사례관리의 질과 성과 강화 •공공과 민간, 민간 기관간의 중복과 누락을 줄이기 위해 서비스 네트워크를 조정하는 모니터링센터의 역할을 강화하며 지역자원을 발굴하고 활성화하는 역할 강화
	읍면동 복지허브화	•저소득밀집지역 등 복지수요가 높은 읍면동을 대상으로 복지상담, 찾아가는 서비스 등 맞춤형 서비스 제공(통합형, 거점형, 부분거점형 확산)	•수요자의 복합적 욕구에 비해 범주화된 공공자원 중심의 서비스 제공 한계 •민관협력력을 위한 지역역량의 차이로 효율적 민간 자원 활용 제한	•사각지대 발굴 및 위기문제발생에 대한 초기개입의 접근성과 기동성 강화 •주민주도의 지역내 비공식적 민간자원 활성화 •통합적 서비스네트워크 강화를 위해 사례별 위기개입과정에 공공-민간 간 역할 명료화 작업, 민간과의 연계 강화

라. 초점집단면접조사(FGI) 분석

□ 초점집단면접조사(FGI) 개요

○ 대상

- 통합사례관리를 수행하는 기관 및 현장 사례관리 실무자로 총 30개 기관에서 36명의 실무자 참여

○ 주요내용

- 주사례관리기관: ① 통합사례관리 수행과정 및 특성 ② 통합사례관리 운영

체계 ③ 통합사례관리사업 수행상의 어려움 및 한계점 ④ 통합사례관리사업 성과 ⑤ 통합사례관리 주체간 역할분담 및 문제점 ⑥ 효율적 사례관리 수행을 위한 정책과제 등

- 연계기관: ① 서비스 연계기관의 수행과정 및 특성 ② 서비스 연계상의 어려움 및 한계점 ③ 통합사례관리 주체간 역할분담 및 문제점 ④ 효율적 사례관리수행을 위한 정책과제 등

〈표 7〉 초점집단면접조사(FGI) 구성: 주사례기관 및 연계기관

기관	주사례기관	연계기관
남양주시 동부희망케어센터	<ul style="list-style-type: none"> •동부희망케어센터: 센터장 사례관리팀장 사례관리사 •희망복지지원단: 통합사례관리사 	<ul style="list-style-type: none"> •정신건강증진센터: 통합사례관리팀장 •자활지원센터: 사례관리팀장 •드림스타트: 사례관리사 •아동보호전문기관: 사례관리팀장 •자살예방센터: 상담사 •고용복지플러스연계센터: 고용센터 팀장
아산시 보건소	<ul style="list-style-type: none"> •보건소: 주무관, 정신보건전문간호사, 아동청소년 정신보건 간호사, 중독센터 관리사 •아산시청: 사례관리팀 	<ul style="list-style-type: none"> •온양3동 동사무소: 주무관 •충남노인보호전문기관: 과장 •탕정종합사회복지관: 사회복지사 •아산시노인종합복지관: 사회복지사
대전복지재단	<ul style="list-style-type: none"> •대덕구 복지정책과: 사회6급 •대전복지재단: 사례관리팀장 •원도심권역 희망터움센터: 통합사례관리사 •오정권역 희망터움센터: 통합사례관리사 •은행선화동주민센터 	<ul style="list-style-type: none"> •동구중독관리통합지원센터: 사례관리팀장 •중구정신건강증진센터: 사례관리팀장
가정폭력 상담소 및 쉼터	<ul style="list-style-type: none"> •서울 성동가정상담센터: 센터장 •순천여성상담센터: 센터장 •오래뜰 쉼터: 시설장 •떠앗자리: 시설장 	<ul style="list-style-type: none"> •중앙아동보호전문기관: 과장 •알코올의존자 사회복지시설 까리마스: 시설장
강원도 영월군 보건소	<ul style="list-style-type: none"> •보건소: 정신보건 담당 •정신건강증진센터: 사례관리 팀장 	<ul style="list-style-type: none"> •주민생활지원과: 사무국장, 의료급여관리사 •사회복지협의회: 사무국장

□ 초점집단면접조사(FGI) 결과 분석

○ 사례관리기관의 특성 및 한계점

- 사례관리 전문인력의 사업부담(서비스 제공)으로 수퍼비전 등 사례관리에 집중하기 어려움
- 보건이나 정신보건 전문가 중심으로 구성되어 사회복지적 접근이 미흡하여 사례관리의 포괄성이 미흡함
- 보건과 복지의 인력 및 업무상 분리로 인해 복합적 욕구를 가진 취약 대상

자에게 적합한 협업 서비스를 제공하지 못함

- (희망티움)센터가 모든 권역에 설치되어 있지 않아서 자원이 쏠린 지역과 대상자가 많은 지역 간에 자원교환 및 연계가 원활하지 못함
- 서비스 연계 및 인프라의 접근성은 지역에 따라 편차가 큼-도농지역의 경우 인프라의 부재로 인한 다양한 서비스 제공의 한계를 고려할 때 인근지역의 서비스 자원을 연계할 수 있는 컨트롤 타워가 요구됨

○ 통합사례 수행과정 상의 어려움

- 공공은 통합시스템 안에서 자원을 공유하지만 민간은 상호 간에 자원 공유가 어려운 상황으로 공공-민간 간에 자원공유 상의 어려움 있음
- 기관 간 업무분장이나 업무 개입수준의 편차 문제로 대상자 개입에 있어서 공공-민간에 따라서 개입수준이 다르기 때문에 상호갈등의 소지가 있으며, 사례대상자를 두고 경쟁이 생기는 경우 발생함
- 전문인력의 잦은 이직으로 안정성이 담보되지 못하며, 서비스 제공에 편중되어 사례관리의 전문성이 저하됨
- 위기사례에 대응하는 전문인력 개입이 원활하지 않아서 서비스계획을 잘못 수립하는 경우가 발생함
- 자살 및 학대 등의 긴급한 위기사례는 전문서비스의 제공도 중요하나 클라이언트의 스티그마에 대한 배려 필요하므로 전문적인 대응력과 게이트웨이 의 접근방식도 중요함

○ 통합사례관리 주체 간 역할분담

- 주사례기관은 통합사례관리의 주체적인 기능을 수행할 것으로 예상됨에도 공공 전달체계 상의 전담인력이 담보되지 못해 실제 기능을 수행함에 있어 어려움이 발생하여 주체 간에 역할 분담 및 컨트롤 타워 설정의 문제가 시급함
- 위기사례에 대응하여 보건-복지 연계가 핵심적인 기능으로 수행되어야 함에도 불구하고 행정체계상의 문제로 자원 및 서비스 연계의 분절이 발생하여 법적·행정적 차원 외에 사례관리에 대한 통합된 정의도 수립되어야 함
 - 사례관리에의 통합된 정의 부재는 개별기관이 추구하는 성과목표의 차이

에도 영향을 미침

○ 효율적 사례관리를 위한 정책과제

- (가칭)복합사례관리센터에 대해 긍정적 의견
 - 통합사례관리 컨트롤 타워의 설정이 필요하며 대안으로 보건-복지 정보 공유 시스템을 통한 시너지 효과가 예상됨
 - 운영형태로는 정신보건 중심의 대안으로 현재의 소규모 센터로 운영되는 정신건강 관련 센터들을 하나로 통합하여 정신보건팀과 자살예방팀, 그리고 중독예방팀 등을 팀제로 운영하는 방안을 제안함
 - 복합사례관리센터에서 상담과 사례관리를 수행하기 보다는 조정자(coordinator)의 기능을 부여하는 방안을 제시함
 - 공통의 욕구심사 등의 체크리스트 활용 하에 1차사정→심화사정 등 신속하고 체계적인 접근이 필요함
- (가칭)복합사례관리센터에 대해 부정적 의견
 - 희망복지지원단의 경우 사례배분이 잘되므로 단지 공간통합 등의 접근성이 문제가 아닌 초기상담 및 욕구파악, 사례배분 등이 효과적으로 이루어져야 할 것임
 - 원스톱 서비스 제공 및 게이트웨이 통합 측면에서 이상적이나 사례중복·효율성 측면에서 일부 기능·인력이 파견되는 형태는 지양해야 함
 - 복합사례관리센터 모델은 대상자의 특성과 지역적 여건을 반영하여 설계되어야 할 것임

마. 위기사례해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델 개발

□ 통합상담사례 체계 운영모델 개발 방향 및 기본체계

- 일차적으로 정신·심리·정서 영역에 개입하여 응급적 위기의 안정화를 도모하고, 이차적으로는 위기적 유발요인에 포괄적으로 대응하여 위기재발을 방지하고 삶의 안정화를 도모함

- 공공과 민간조직 및 서비스자원이 촘촘한 도시와 절대적으로 부족한 농촌의 지역적 차이를 고려하여 차별적으로 접근되어야 할 것임

○ 심각한 위기에 효과적으로 대응하기 위한 1차적 개입중심의 위기안정화와 2차적 개입인 삶의 안정화를 위해 지역 내 읍면동 및 희망지원단의 공공조직과 종합사회복지관 및 관련 전문기관으로 연계하여 지속적으로 서비스를 제공하여 관리하는 것을 기본 체계로 함

□ 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델

○ 위기사례 해결을 위한 운영모델은 소요기간 및 예산 등을 고려하여 적용 가능성이 높은 단계부터 1단계로 인력배치모형, 2단계로 팀구축 모형, 3단계로 센터설치 모형으로 접근함

- 인력배치 모형으로 정신건강분야 전문성 강조 모형과 정신건강과 사회복지협업 모형을 제시함
- 팀구축 모형으로 이동(파견)모형과 위기대응팀 구축모형을 제시함
- 센터설치모형으로 다기능복합센터 설치모형을 제시함

22 위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안

〈표 8〉 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델

모형	정신건강 분야 전문성 강조 모형(인력배치모형)	정신건강과 사회복지 협업 모형(인력배치모형)	이동(파견)모형	위기대응팀 구축모형	다기능복합센터 설치모형
특성	<ul style="list-style-type: none"> • 자살·폭력·학대 등 위기 상황이 상대적으로 많이 밀집되어 있는 지역에 정신건강문제로 가장 많은 연계가 필요한 기관(정신건강증진센터)의 인력을 증원하여 전문적 서비스 제공 • 기존 정신건강증진센터 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살이나 폭력, 학대와 같은 위기상황이 상대적으로 많이 밀집되어 있는 지역 기관에서 정신건강 상담 및 복지서비스 직접 제공 • 공공 혹은 민간복지기관에 정신보건 전문인력을 배치하여 위기 및 삶의 안정화를 위한 서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 시군구별 응급위기대응센터를 설치하고, 센터내 응급출동을 포함하는 이동형 응급위기 전담팀 운영 • 체계적·즉각적인 응급서비스를 제공하여 관리대응시간 축소 • 전문지원체계와 통합사례관리와의 협력을 통해 지역 내 위기사례의 효과적인 해결 도모 	<ul style="list-style-type: none"> • 신속한 위기대응에 초점을 둔 모형으로 학대와 자살 및 알코올 중독 등 다양한 위기사례가 많이 발생하는 지역에 적절함 • 위기대응팀이 1차로 개입하여 위기상황을 안정화시킨 뒤에 동일한 조직 내에 있는 사례관리팀(지역사회 사례관리를 수행 조직)으로 사례를 의뢰 	<ul style="list-style-type: none"> • 통합적·전문적으로 원스톱 서비스를 제공하는 모형으로 자살이나 폭력, 학대와 같은 위기 상황이 상대적으로 많이 밀집되어 있는 지역에 적절함 • 위기대응 게이트웨이 통합으로 위기 및 삶의 안정화를 위한 One-Stop 서비스 제공
조직	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관(정신건강증진센터, 보건소, 자살예방센터, 중독센터)에 배치 • 정신건강관련 서비스팀, 기타 서비스팀, 사례관리팀으로 구성 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관(읍면동 또는 희망복지지원단) 또는 종합사회복지관(단종복지관)에 배치 • 기존의 희망복지지원단 또는 민간복지기관 조직에 사례관리팀 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급위기센터 내 3개팀 구성 : 응급출동팀(현장출동), triage팀(전문지원체계로 연계), 핫라인팀(위기전화상담) 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관(읍면동 또는 희망복지지원단, 정신건강증진센터, 보건소) 내에 배치 • 기존 공공조직에 다학제적 전문인력 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 솔루션위원회 • 사례발굴팀 • 통합사례팀 • 위기대응단(조기개입팀, 정신건강팀, 학대대응팀) • 지역보호지원단(복지대응팀, 서비스연계팀) • 행정팀
인력	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건 전문인력, 각종 중독문제치료 전문인력 증원 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건 전문인력 신규 채용: 공공조직(읍면동 또는 희망복지지원단) 또는 종합사회복지관(단종복지관)에 배치 	<ul style="list-style-type: none"> • 이동형 응급출동팀: 2인 이상 정신보건전문인력, 순찰·응급후송 지원 인력 2~3인 구성 • Triage팀: 전문인력 1~2인 구성 	<ul style="list-style-type: none"> • 위기대응팀 인력구성: 정신보건 전문인력, 중독문제치료 전문인력, 학대관련 전문인력 • 기존 공공조직 내부의 인력활용과 신규 채용 통해 구성 	<ul style="list-style-type: none"> • 인력구성: 정신보건 전문인력, 중독문제치료 전문인력, 학대관련 전문인력, 일자리 등 복지관련 전문인력, 행정인력 구성

모형	정신건강 분야 전문성 강조 모형(인력배치모형)	정신건강과 사회복지 협업 모형(인력배치모형)	이동(파견)모형	위기대응팀 구축모형	다기능 복합센터 설치모형
역할분담	<ul style="list-style-type: none"> • 읍면동주민센터, 희망복지지원단 등과의 사례발굴 및 의뢰, 통합 사례관리 협력 유지 • 공공과 민간의 복지자원 연계 	<ul style="list-style-type: none"> • 읍면동주민센터, 희망복지지원단 등과의 협력 유지 • 정신건강증진센터: 사례의뢰 및 서비스 이용 등에 대한 상호협력 • 아동 및 노인 보호전문기관: 가해자 조사나 처벌이 필요한 사례 담당 	<ul style="list-style-type: none"> • 읍면동은 고위험가구의 상시적 모니터링 및 응급위기대응센터 연계, 사후관리 담당 • 희망복지지원단은 민간기관의 서비스네트워크 활용 다양한 복지 서비스 연계 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급위기 개입 이후 공공사례관리 대상으로 판정된 경우 읍면동과 희망복지지원단으로 사례 이관 	<ul style="list-style-type: none"> • 읍면동주민센터, 희망복지지원단 등과의 사례발굴 및 의뢰, 통합사례관리 협력 유지 • 공공과 민간의 복지자원 연계
강점	<ul style="list-style-type: none"> • 위기안정화 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 위기 및 삶의 안정화 강화 • 사례관리의 연속성과 효율성 담보 <ul style="list-style-type: none"> - 동일 기관 내 복지자원 동원 - 위기사례에서 일반사례로의 전환 용이(정보공유, 모니터링, 사후관리 등) • 고위험집단에 대한 서비스 확대 <ul style="list-style-type: none"> - 사례발굴, 정신 및 복지서비스 제공, 서비스 연계 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 초기발굴 및 대응강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 다양한 위기 사례에 대한 신속한 대응 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 다양한 위기 사례에 대한 통합·전문적 대응 강화 • 개별 센터설치비용 절감 및 행정 효율화
한계	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강증진센터(보건소)의 건강증진사업 강조로 위기사례의 신속한 개입이 미흡할 가능성 있음 	<ul style="list-style-type: none"> • 타전문성 조직(공공기관, 종합사회복지관)내에서 정신보건 전문인력의 전문성 보호 미흡 • 정신보건전문기관으로 의뢰 시, 실적 공유 문제 발생 • 정신보건 전문성 부족 우려(정신보건 전문성강조 모형과 비교시) • 공공 및 민간기관에 근무하는 정신보건 전문인력의 전문성 보호 및 슈퍼비전 한계 	<ul style="list-style-type: none"> • 서비스제공인력의 상주성 부재로 이용자의 접근성 제약 	<ul style="list-style-type: none"> • 새로운 조직 설치로 비용 증가 • 기존 위기대응조직들과의 중복 	<ul style="list-style-type: none"> • 새로운 기관 설치로 비용 증가 • 기존 위기대응조직들과의 중복 • 센터 간 업무분담 및 실적공유문제 발생
적용	• 도시·농촌 공통적합모형	• 도시적합모형	• 도시·농촌 공통적합모형	• 도시·농촌 공통적합모형	• 농촌적합모형

제 1 장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구필요성

최근 세계적인 저성장추세 및 경기 침체, 인구구조·문화적 변화로 인한 새로운 갈등 요소의 등장, 가족 내 위기요인의 상존 등으로 인해 복합적인 복지욕구를 가진 개인·가구가 지속적으로 발생하고 있다. IMF와 미국발 금융위기 이후 산업의 구조조정 및 중년기의 조기퇴직으로 실업가족이 급증하였고, 일부의 실업가족은 중산층으로 회복 되었으나 지속적인 경제 불황으로 상당수의 실업가족은 사회안전망이 미비한 가운데 신빈곤층으로 진입이 예상된다. 한국의 이혼율은 인구 천명당 3.4건(2003년)으로 OECD국가 중 2위를 기록하였고, 2005년 2.6건, 2010년과 2013년 동일하게 2.3건으로 감소추세에 있으나 일정수준을 유지하고 있다(통계청, 2013). 자살율은 IMF 직후 1998년 인구 10만명당 18.8에서 2005년 24.7로 급증하였으며 2014년 27.3명으로 OECD국가 중 최고 수준이다(통계청, 2013). 가정폭력범죄 발생건수 2000년 12,983건에서 2014년 17,557건으로 증가하였으며 2013년 가정폭력실태조사에 따르면 전체 조사대상 가구 중 45.5%에서 부부폭력이 발생한 것으로 나타나고 있다(경찰청, 2014; 여성가족부, 2013).

이와 같이 가족·사회 환경의 변화에 따라 경제적 어려움으로 인한 신빈곤층 진입, 돌봄·부양공백, 이혼·별거 등의 해체누적, 자살 및 폭력 등의 응급적 사건·사고 등으로 많은 가정이 가족보호기능을 상실하거나 가정해체 등 위기를 경험하고 있으나, 이들 가정의 특수한 가족·개인욕구에 대응하는 맞춤형서비스의 제공이 미흡하다.

복합적인 위기가 발생할 경우 서비스 대상자는 복합적인 욕구를 해결하기 위해 해당 서비스 제공기관을 개별적으로 찾아가 필요한 서비스를 단편적으로 제공받아야 한다. 그러나 이러한 단편적·분절적인 서비스 제공으로는 복합적인 문제를 해결하는 데는

한계가 있으므로, 발생 초기에 면밀한 상담을 통해 서비스 대상자의 문제와 욕구를 진단하고 다양한 서비스를 통합적으로 제공할 필요가 있다. 특히 우리나라의 높은 자살률 및 폭력발생을 해결하기 위해서는 자살 및 폭력 충동을 느끼기 전 단계부터 문제 발견 및 조기개입의 필요성이 제기된다.

한편, 사회보장제도가 다변화되면서 서비스 제공이 대상별로 전문화됨에 따라 각종 사업이 분절적이고 작은 규모의 기관을 통해 수행되는 추세이다. 사례관리사업은 복합적인 문제해결을 위한 중요한 대안으로 제기되어 왔으며 현재 지역사회를 중심으로 공공과 민간차원에서 다양한 사례관리 사업이 수행되고 있으며 취약계층의 복지증진에 기여한 것으로 평가된다. 공공차원에서 희망복지지원단의 차상위빈곤·긴급지원대상가구의 통합사례관리사업, 기초 정신건강증진센터의 중증정신질환 대상 사례관리서비스, 한 공간에서 고용과 복지를 제공하는 고용복지+센터, 취약계층 아동에게 맞춤형 통합사례관리를 제공하는 드림스타트 사업 등이 수행되고 있다. 민간차원에서 종합사회복지관, 노인·장애인복지관 등은 지역 내 보호 및 위기개입대상자에게 사례관리를 통하여 지역 내 민간·공공의 가용자원과 서비스에 대한 정보 제공, 연계 및 의뢰 등을 수행하고 있다.

이와 같이 정부와 지방자치단체를 중심으로 다양한 사례관리 사업이 수행되고 있으나 서비스 대상자 측면에서는 단편적·분절적인 서비스 제공으로 효과성이 떨어지고 있다. 특히 위기사례는 대부분이 만성적이고 지속적인 특성을 가지므로 일차적으로 문제해결에 응급적으로 대처하는 것 외에도 이차적으로 위기상황을 초래한 구조적 원인을 제거하기 위해 지역사회 내에서 보호체계가 필요함에도 대부분의 사례가 일차적 단계에서 파편적으로 종결됨으로써 지역 내 위기사례는 지속적으로 누적되고 있다. 공급자 측면에서 사업 간 중복과 제공기간 관 역할분담의 모호성, 그리고 연계부족 등의 문제점이 지적된다(한국보건사회연구원, 2013). 공공 사례관리 인프라는 시군구 희망복지지원단을 중심으로 확충되고 있으나, 지역 내 모든 위기사례에 대해 직접 상담을 수행하기에는 인력 및 조직 등에 한계를 내포한다. 특히 공공·민간 등 각자의 영역에서 상담·사례관리·자원연계를 수행하는 기관이 다양한 층위에 산재되어 있어서 유사기관 간의 중복성, 기관 및 조직 간 역할분담의 모호성 등으로 서비스 수요공급 측면에서 비효율성을 초래하고 있다.

따라서 복합적인 위기에 처한 서비스 대상에게 지역사회 내 신속하고 적절한 서비스

를 통합적으로 제공하여 복합적인 문제를 해결하고 해체·폭력·자살 등 각종 위기를 예방하기 위해서는 지역 내 각종 상담·사례관리·자원연계 업무를 수행하는 기관을 아우르는 통합 상담체계 구축을 위한 연구의 필요성이 제기된다. 이는 국정과제(43) 「국민중심의 맞춤형 복지전달체계 개편」 중 ‘공공·민간 복지자원 총량 확충 및 자원의 효율적 활용’에 해당된다.

2. 연구목적

본 연구는 지역사회 내 위기사례에 대응하여 통합적 서비스를 효율적으로 제공하고 사례관리 정책의 실효성 및 서비스 대상자의 정책체감도 제고를 위해 지역사회 통합 상담체계 선행사례를 조사하고 운영모델을 개발하여 통합상담체계를 구축한다.

이를 위한 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 위기개념 및 위기사례 범위를 정립하고, 발생 원인을 도출하는 한편, 위기개입 모델 및 선행연구 등을 검토하여 이론적 근거를 마련한다.

둘째, 위기사례를 사례관리과정별로 분석·진단하고 사례해결의 성공적 요인과 실패적 요인을 도출하여 통합상담체계 모델개발에 함의점을 도출한다.

셋째, 위기에 대응하는 국내 통합상담체계 구축 사례를 분석하여 성과 및 한계점을 진단하고 정책적 시사점을 도출한다.

넷째, 현장 사례관리 전문가와의 초점집단면접조사(FGI)를 실시하여 지역별 상담·사례수행기관의 현황 및 기능·역할을 파악하고 정합성을 진단한다.

다섯째, 지역사회 내에서 적용가능한 단계별로 통합상담체계 운영모델을 개발·제시하고 사례관리 수행 단계별 업무 프로토콜 및 운영방안을 제시한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구내용

가. 이론적 검토 및 선행연구

제2장은 위기 및 위기가구 개념, 위기특성 및 발생단계, 위기유형 및 심각정도, 위기 개입 모델 등을 분석하여 이론적으로 체계화하며, 위기발생현황 및 원인을 실증적으로 분석하고, 위기사례, 초기상담 및 통합사례관리, 지역보호체계에 대한 선행연구를 검토하였다.

나. 위기사례 분석: 사례관리과정별 접근

제3장은 위기사례 분석대상 및 분석 틀을 제시하고 위기사례별로 개입과정을 분석하는 한편, 사례해결의 성공적 요인과 실패적 요인을 도출하여 통합 상담체계 모델개발에 함의점을 파악하였다.

다. 국내 통합상담 및 사례관리 체계 분석

제4장은 위기에 대응하는 국내 통합상담 및 사례관리 체계를 위기사례유형별 긴급 대응체계와 지역사회보호를 위한 통합지원체계 등으로 분류하여 개요, 사업수행방식, 그리고 성과 및 한계점을 진단하고 정책적 시사점을 도출하였다.

라. 초점집단면접조사(FGI) 분석

제5장은 통합상담사례관리를 수행하는 기관의 현장 상담 및 사례관리 전문가를 대상으로 초점집단면접조사(FGI)를 실시하여 통합상담사례관리 운영체계, 수행실태 및 문제점, 개선방안 및 위기사례 모형의 적합성 등을 파악하고 정책적 시사점을 도출하였다.

마. 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델 개발

제6장은 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델 개발 필요성 및 방향을 제시하고, 운영모델은 적용가능한 단계별로 1단계로 인력배치 및 이동모형, 2단계는 팀구축 모형, 3단계는 센터설치 모형을 마련하고 상담사례관리의 단계별 업무 프로토콜 가이드라인을 제시하고 조직 및 인력 등 운영체제와 기존 인프라와의 역할분담 방안 등을 도출하였다.

2. 연구방법

가. 문헌연구

이론적 배경에서 제시된 위기 및 위기가구 개념, 위기특성 및 발생 단계, 위기유형 및 심각정도, 위기개입 모델, 위기발생 현황 및 원인, 또한 위기사례, 초기상담 및 통합사례관리, 지역보호체계 관련 연구동향 분석, 그리고 국내 통합상담 및 사례관리 체계 분석 등을 위해 기존 문헌을 고찰하였다.

나. 상담사례관리 수행기관 조사

상담사례관리를 수행하는 보건복지분야 기관 중에서 조사대상은 희망복지지원단, 노인보호전문기관 및 치매상담센터, 아동보호전문기관, 드림스타트, 가정위탁지원센터, 지자체에서 수행하는 의료급여사례관리, 국민연금공단의 장애인 관련 사업, 지역자활센터 및 고용복지플러스센터, 정신건강증진센터 등이다. 조사는 10월 28일부터 11월 6일까지 수행되었다.

조사방식은 수행기관 및 관련 사업을 담당하는 공무원을 대상으로 구조화된 조사양식을 활용하여 온라인으로 자료를 수집하였다. 조사내용은 기관명, 사업명, 사업목적 및 사업대상, 사업내용, 제공인력 자격기준, 설치지역, 예산, 운영주체, 인력현황, 2014년 사업실적 등이다.

다. 사례관리과정별 실제 위기사례분석

자살 및 학대, 폭력 등의 위기상황을 경험한 가구를 대상으로 수행된 위기가구사례 관리 중에서 종결이 이루어졌고 공공과 민간 간에 자원협력이 이루어진 가구를 중심으로 6개의 사례를 사례관리과정별로 실증적으로 분석하였다.

라. 초점집단면접조사(FGI) 및 전문가 자문회의 실시

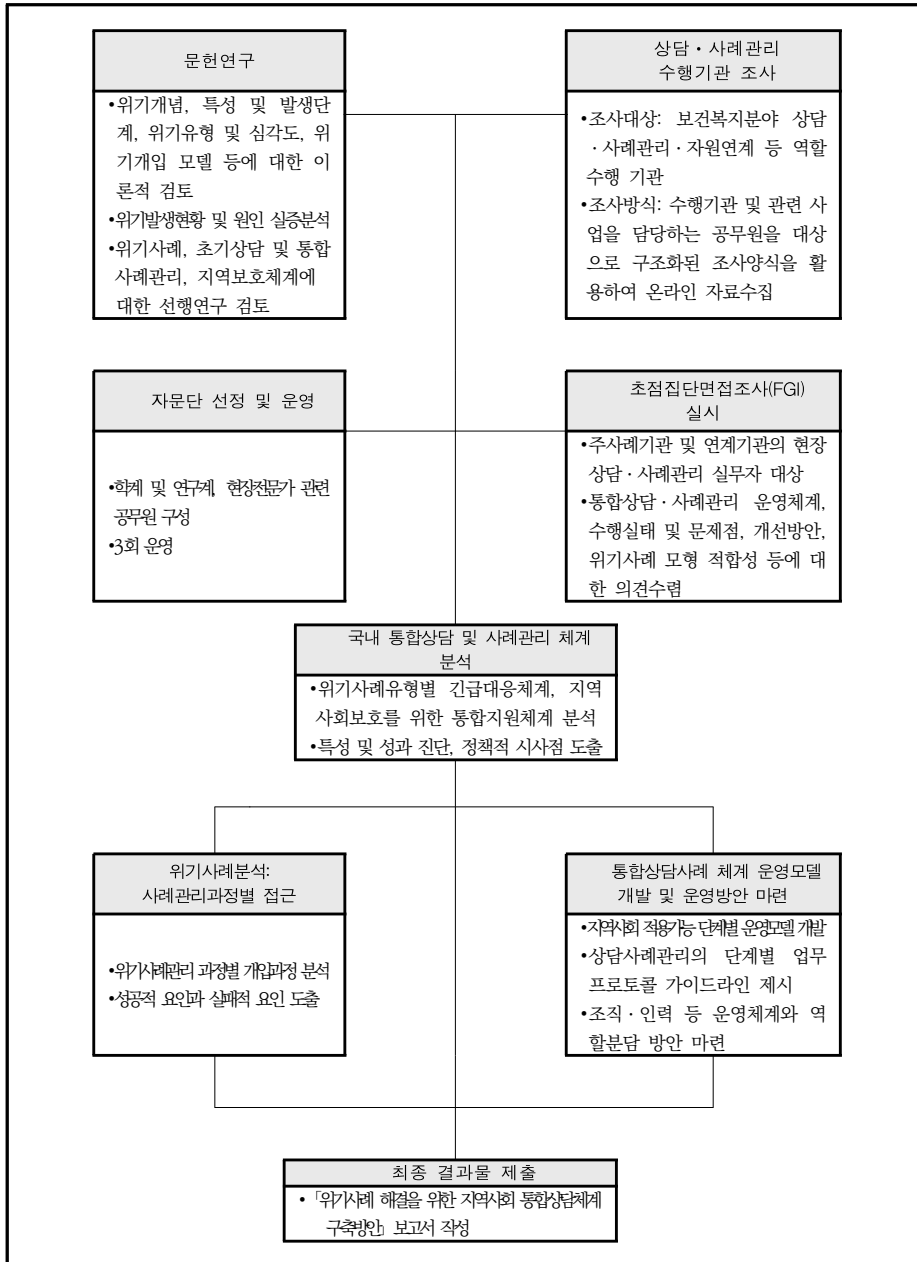
남양주 희망케어센터, 아산시 정신건강증진센터, 대전복지재단 희망T움센터, 가정 폭력 상담소 및 쉼터, 강원도 영월군 보건소를 중심으로 주사례기관 및 연계기관의 현장 상담 및 사례관리 실무자를 대상으로 초점집단면접조사(FGI)를 실시하여 통합상담 및 사례관리 수행과정 및 특성, 운영체계, 성과 및 한계점, 주체 간 역할분담, 개선방안 및 위기사례 모형의 적합성 등에 대한 의견을 수렴하였다.

전문가 자문위원단을 구성하여 위기사례 해결을 위한 공공과 민간의 통합상담사례 관리 문제점 진단과 정책과제, 통합상담사례 체계 운영모델의 적용가능성 검토 및 운영방식 등에 대해 논의하였다.

〈표 1-1〉 자문위원 명단

구분	성명	소속 및 직위
1차	김유심	가양4복지관 관장
	류명석	서울복지재단 전략경영본부장
	조용남	드림스타트사업 지원단장
2차	김유심	가양4복지관 관장
	성은미	경기복지재단 복지전략팀장
	안혜영	고려대학교 근거의학연구소 교수
	이기연	서강대학교 교수
	황미경	서울신학대 교수
3차	김도윤	충남광역정신건강증진센터 부센터장
	김이배	부산복지개발원 부연구위원
	김혜경	대전시청 보건정책과 주무관
	박지영	상지대학교 교수
	이기연	서강대학교 교수

[그림 1-1] 연구 흐름도



제 2 장

이론적 검토 및 선행연구

제1절 위기개념 및 위기개입 모델

제2절 위기발생 현황 및 원인

제3절 선행연구 검토

제1절 위기개념 및 위기개입 모델

1. 위기 및 위기가구 개념

학문적으로 ‘위기’는 사회체계(social system) 내에서 구성원이 행복, 생존 등에 위협을 느끼는 상황(Lipman-Blumen, 1973)을 의미하는데, 단순히 일련의 사건·상황 자체가 아닌 사건·상황이 개인·가족에게 미친 영향, 즉 결과로 정의된다. 위기란 개인의 현재 자원과 대처기제로는 감당하기 어려운 사건이나 상황을 지각하거나 경험하는 상태로도 정의된다. 만일 이 고통이 사라지지 않는다면 개인에게 심각한 정서적·행동적·인지적 역기능을 일으킬 수 있다(한인영 외, 2008). 한편, 위기란 상대적 개념을 가질 수 있다. 동일한 스트레스 사건, 상황에 직면하였더라도 개인, 가족의 맥락에 따라 위기 여부가 달라지기 때문이다(Beaujot, 1988)이다. 따라서 대다수의 연구에서는 ‘위기’를 유발하는 스트레스 사건·상황을 구체적으로 정의하지는 못하고 있다(김승권, 2010 재인용).

한편 위기가구라고 하면 스트레스 사건이나 상황에 대처할 수 있을 만큼 충분하게 내적·외적 가족자원을 가지고 있지 않아서 스트레스 사건·상황을 위협으로 받아들이게 되며, 이에 적절히 대응하기 어려워 일상적 삶을 유지하기 힘든 가구를 의미할 수 있다. 또한, 가족 구성원들의 위기해결 전략이 적절하지 못하여 원래의 삶으로 재적응하기 어려운 가족을 의미한다(서해정 외, 2011). 즉 위기 가구는 현재 가족이 가지고 있는 자원과 대처기제로는 감당하기 어려운 사건이나 상황을 지각하거나 경험하고 있는 가구라고 정의할 수 있다. 중앙정부의 위기가구 사례관리사업 대상에서도 위기가정은 경제적, 물리적, 인적 그리고 사회적 자본이 부족한 가구, 즉 위기에 대처할 자원이 부족한 가구를 의미한다. 먼저 경제적 자본의 부족이란 소득상실과 관련된 내용으로, 공적부조를 받고 있는 수급가구이거나 수급자에서 탈락한 가구를 의미한다. 물리적 자

본이란 주거와 관련된 내용으로, 주거불안정이나 가족 내 폭력, 학대 위협으로 가구 구성원 중 일부의 분리보호가 필요한 경우 등이 포함된다. 인적자본이란 사회생활에 필요한 학습능력과 관련된 내용으로 생활을 같이하는 부양(의무)자가 문제해결능력이 없는 경우, 그리고 고등학교 이하의 학력을 가진 가구 구성원 중 학업중단상태인 가구원이 1인 이상인 가구를 포함한다. 사회적 자본은 지역사회와의 통합과 관련된 내용으로서 한부모, 미혼모·미혼부, 새터민, 결혼이민자 등 가족구성원 중 1인 이상이 지역사회 내에서 방치, 고립, 단절되어 있는 가족이 포함된다.

2. 위기특성 및 발생 단계

위기상황에서 개인은 타살이나 자살을 포함한 심각한 병리적인 상태에 이를 수 있기 때문에 위기는 위험이다. 반면 고통 때문에 도움을 구한다는 점에서 위기는 기회(Aguilera & Messick, 1982)일 수 있다. 그리고 그 위기를 극복하기 위해 얻게 된 기회를 잘 활용할 때 자기성장과 자기실현의 기회가 마련될 수도 있다(Brammer, 1985, 한인영 외 재인용). 이렇듯 다양한 속성을 가진 위기의 특징을 살펴보면(서해정 외, 2011), 첫째, 위기는 단순하지 않다. 위기에 처한 가정이 가지고 있는 그 위기상황은 이해하기 복잡하면서도 매우 다양하다. 단순한 원인과 결과 등으로 설명할 수 없는 경우도 많다. 급작스러운 위기에서 나타나는 개인이나 가족의 증상들도 매우 다양하다. 따라서 다양한 영역에서 직접적, 간접적으로 전문가의 개입이 필요하다.

둘째, 위기 극복과정은 복잡하다. 일반적으로 가정 내의 갑작스러운 특정 사건으로 발생한 위기라면 위기극복 과정은 간단할 수 있다. 그러나 오랫동안 축적된 가족의 문제라면 간단한 해결책만으로 극복을 기대하기는 어렵다. 따라서 중장기적인 보호와 지원을 위한 지역사회의 지지체계가 강조되어야한다.

셋째, 위기에 처한 가정에 대한 개입 방향은 보편성과 고유성을 가지고 있다. 동일한 스트레스 사건이나 상황에 직면하였더라도 위기를 받아들이는 정도가 개인과 가족의 맥락에 따라 다를 수 있다. 같은 상황에서 누군가는 성공적으로 위기를 극복할 수 있는 반면, 누군가는 그렇지 못하다는 측면에서 위기는 고유성을 가지고 있다. 한편, 어떠한 사람도 예기치 않은 위기에 대해 면역력을 가지고 있지 않기 때문에 위기는 보편적이라고 할 수 있다.

France(1990)는 위기의 3단계를 제시하였다. 그리고 이 위기의 단계에 따라 개인은 각기 다른 반응을 보이며, 적어도 두 개 혹은 세 개의 위기단계를 거치게 된다고 하였다. 첫번째 단계는 충격단계이다. 이 단계는 위기상황을 깨닫는 초기 반응의 단계로써, 이 단계에서 사람들은 흔히 무기력, 불안, 좌절, 분노, 두려움, 우울, 통제력 상실 등을 보인다. 충격단계는 보통 갑작스런 사건 이후 즉시 일어나기 때문에 비교적 짧은 기간을 갖는다. 두 번째 단계는 대처단계이다. 이 단계에서는 상황에 대한 변화를 시도하거나 위기사건에 대한 반응을 변화시키려고 노력하게 된다. 불안, 좌절, 절박감이 증가되며 타인에게 더 마음을 열고 도움을 청하기도 한다. 마지막으로 위축단계이다. 상황 및 위기사건에 대해 변화를 시도하였으나 고통을 완화시키는 데 아무런 도움이 되지 못했다고 느껴질 때 나타나는 단계이다. 위축의 형태는 크게 2가지의 형태로 나타나는데, 자발적 위축과 비자발적 위축으로 구분될 수 있다. 먼저, 자발적 위축은 계속되는 위기상황을 회피하기 위하여 자살이나 자살시도를 하는 것으로 나타난다. 비자발적 위축은 인지장애, 정서장애, 성격장애 등의 정신병의 형태로 심리적, 정서적 해체로 나타난다(중앙건강가정지원센터, 2009 재인용).

3. 위기유형 및 심각정도에 따른 분류

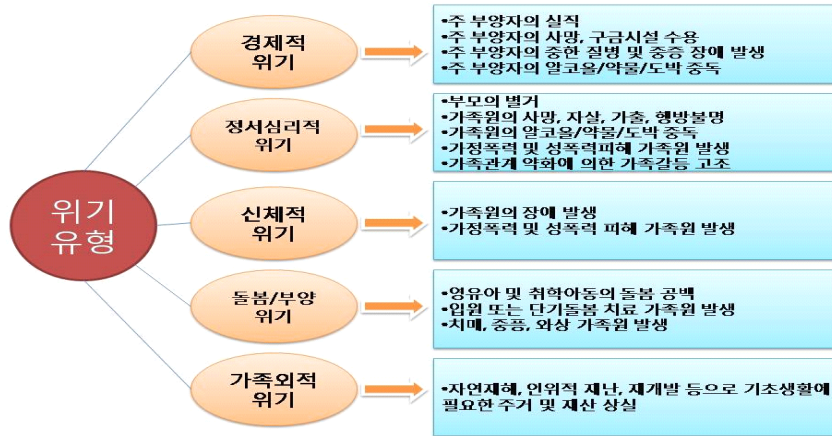
위기유형은 연구자 및 연구목적에 따라 다른 범주와 분류체계를 보인다. 브래머(Brammer, 1985)는 위기를 크게 4가지 형태로 제시하였다. 첫 번째는 발달적 위기이다. 인간이 성장하고 발달하는 과정에서 발생하는 극적인 변화나 전환, 예를 들어 아이의 출생, 대학졸업, 중년기의 직업변화, 은퇴, 노화 등으로 인해 비정상적으로 반응하게 되면서 발생하게 되는 사건이 발달적 위기가 된다. 발달적 위기는 어떤 측면에서는 정상적인 것으로 볼 수 있다. 그러나 가족의 맥락에 따라 발달적 위기가 심각한 위기로 다가 올 수도 있다. 특히 발달과정에서 나타나는 위기 중 아동시기에 직면하게 되는 위기는 청소년기와 성인기를 통해 전 생애에 영향을 미치기 때문에 특히 중요하게 검토될 필요가 있다. 아동이 경험하는 발달위기는 성장발달 과정 전반에 치명적 영향을 미친다. 더구나 성인기 이후까지 부정적 영향을 지속적으로 미치게 되면서, 결과적으로 막대한 사회적 비용을 초래할 수 있다. 국내외 선행연구들에 의하면, 아동기에 노출될 수 있는 발달위기(developmental at-risk)의 대표적 요인으로서, 빈곤, 미혼모(부)

양육, 생활사건스트레스, 가족갈등 및 해체, 가족자원 결핍, 건강문제, 열악한 주거환경, 부적절한 양육행동 등이 제시되고 있다(박세경 외, 2014). 두 번째는 상황적 위기이다. 사람이 예견하거나 통제할 수 없는 드물고도 극히 이례적인 사건이 발생할 때 나타나게 된다. 예를 들어, 자동차 사고, 유괴, 강간, 기업 매각으로 인한 직업 상실, 갑작스러운 질병, 죽음과 같은 사건에서 위기가 발생할 수 있다. 상황적 위기는 예견할 수 없으며, 갑작스럽고 충격적이며 많은 경우 비극적이라는 점에서 다른 위기와 차이가 있다. 세 번째는 실존적 위기이다. 내적 갈등이나 불안을 야기하는 것으로 삶의 목표나 책임감, 독립성, 자유, 의무와 같은 인간적 고민과 함께 일어난다. 예를 들어 40세 직장인이 어느 순간 특정 전문직이나 조직에 중요한 영향력이 없음을 깨달으면서 경험하는 위기 등이 해당된다. 네 번째는 환경적 위기이다. 일반적으로 자연이나 인간이 야기한 재해 등과 환경에 같이 노출된 모두에게 부정적 여파가 미치게 되는 경우에 해당된다. 갑작스럽게 발생하는 사회적 재난 등이 포함될 수 있다.

김승권 외(2011)는 위기유형을 경제적 위기, 정서·심리적위기, 신체적 위기, 돌봄·부양위기, 가족 외적 위기 등으로 구분하였다. 위기유형별 구체적인 내용은 다음과 같다. 경제적 위기는 주 부양자(main bread winner)와 관련된 것으로 실직, 사망, 구금시설 수용, 중한 질병 및 중증 장애 발생, 알코올·약물·도박 중독 등으로 인하여 가족원을 부양할 수 없는 상황에 직면한 경우가 해당된다. 정서·심리적 위기는 부모의 별거, 가족원의 사망·자살·가출·행방불명, 가족원의 알코올·약물·도박 중독, 가족원간의 가정폭력 발생, 성폭력 피해가족원의 발생, 가족관계 악화에 의한 가족갈등 고조 등이 해당된다. 신체적 위기는 가족원에게 장애가 발생되거나, 가족원간의 가정폭력 발생, 성폭력 피해가족원의 발생 등이 해당된다. 돌봄·부양의 위기는 영유아 및 취학아동의 돌봄 공백상황이 발생되거나, 입원 또는 장기 치료를 요하는 가족원이 발생한 경우, 치매·중풍·와상 가족원이 발생된 경우가 해당된다. 가족 외적 위기는 자연재해, 인위적 재난, 재개발 등으로 가족의 기초생활에 필요한 주거 및 재산이 상실된 경우가 해당된다. 또한, 여성가족부·중앙건강가정지원센터에서는 상황적 위기라는 개념을 사람이 예견하거나 통제할 수 없는 극히 드물고도 이례적인 사건이 발생할 때 일어나는 것으로 우발적 위기라고도 정의하고 있다. 즉 상황적 위기란 예견할 수 없고 갑작스럽고 충격적이며 맹렬하고, 많은 경우 비극적이라는 점에서 다른 위기와 차이가 있다. 상황적 위기 범주에는 성폭력, 학교폭력, 인터넷 중독, 자살(시도), 사회적

재난 등이 포함된다.

[그림 2-1] 가족위기 유형



자료: 김승권 외(2011). 취약·위기 및 한부모가족 지원체계 구축과 자립지원 방안 연구.

그리고 「긴급복지지원법 제2조」에서는 위기상황을 본인 또는 본인과 생계 및 주거를 같이 하고 있는 가구구성원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 인하여 생계유지 등이 어렵게 된 경우로 정의하였다. ① 주소득자가 사망, 가출, 행방불명, 구금시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실하고 가구 소득이 「국민기초생활 보장법」 제6조에 따라 해마다 공표되는 최저생계비(이하 “최저생계비”라 한다) 이하인 경우 ② 중한 질병 또는 부상을 당한 경우 ③ 가구구성원으로부터 방임 또는 유기되거나 학대 등을 당한 경우 ④ 가정폭력을 당하여 가구구성원과 함께 원만한 가정생활을 하기 곤란하거나 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 경우 ⑤ 화재 등으로 인하여 거주하는 주택 또는 건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우 ⑥ 그 밖에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사유가 발생한 경우 등이 포함된다.

보건복지부·한국보건복지인력개발원(2011)에서는 위기를 삶의 발달단계에서 유발되거나 또는 우발적으로 발생하는 것으로 보았고, 위기상태 자체는 병이 아니며 안정상태의 혼란 또는 체계의 불균형상태를 의미하는 것으로 정의하였다. 위기유형별로 주요 내용을 보면 발달적 위기는 인생의 정상적인 발달과정에서 예측가능하고 대비할

수 있는 위기로서 출생, 사춘기, 성인초기, 결혼, 가족구성원의 질병·사망, 갱년기, 노년기 등 생활주기상의 변화와 관련된 위기를 말한다. 예를 들면 아동기 발달과업, 청소년의 정체감 혼돈, 대학입시, 첫 직장 적응, 결혼, 임신, 자녀결혼, 이사, 은퇴 등이 해당된다. 상황적 위기(우발적 위기)는 대체로 예측 불가능한 특성을 가지며 사람들이 욕구충족의 본질적인 자원으로 믿는 것을 비정상적 또는 예기치 않은 가운데 상실함으로써 유발되는 위기를 말한다. 예를 들면 범죄피해, 자연재해, 사고, 건강 상실, 급성정신질환, 지위와 존경 상실, 이혼·별거, 실직 등이 포함된다.

〈표 2-1〉 위기유형 분류 및 범주

연구	위기유형 분류	주요범주
Brammer (1985)	발달적 위기	아이출생, 빈곤, 생활사건스트레스, 건강, 열악한 주거환경
	상황적위기	자동차사고, 유괴, 강간, 직업상실, 갑작스런 질병, 죽음
	실존적위기	내적갈등, 불안야기 *사회·조직으로부터 박탈감 경험
	환경적위기	사회적 재난 *재해와 환경으로부터 부정적 여파
김승권 외 (2011)	경제적위기	주부양자의 실직, 사망, 구금시설 수용, 중한 질병·중증 장애 발생, 알코올·약물·도박중독
	정서심리적위기	부모별거, 가족원 사망·자살·가출·행방불명, 가족원 알코올·약물·도박중독, 가정폭력·성폭력 피해 가족원 발생, 가족갈등
	신체적위기	가족원 장애발생, 가정폭력·성폭력 피해 가족원 발생
	돌봄/부양위기	영유아·취학아동의 돌봄공백, 입원·단기돌봄치료 가족원 발생, 치매·중풍·와상 가족원 발생
	가족외적 위기	자연재해, 인위적 재난, 재개발 등으로 기초생활에 필요한 주거 및 재산 상실
여성가족부· 중앙건강가정지 원센터 (2011)	상황적 위기	성폭력, 학교폭력, 인터넷 중독, 자살(시도), 사회적 재난
긴급복지지원법 (2011)	가구구성원이 생계유지 등이 어렵게 된 경우	주소득자가 사망, 가출, 행방불명, 구금시설 수용으로 인한 소득상실로 최저생계비이하인 경우, 중한 질병 또는 부상, 방임·유기·학대, 가정폭력·성폭력, 화재 등으로 주택·건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우
보건복지부·한 국보건복지인력 개발원(2011)	발달적 위기	생활주기상의 변화와 관련된 위기: 아동기 발달과업, 청소년의 정체감 혼돈, 대학입시, 첫 직장 적응, 결혼, 임신, 자녀결혼, 이사, 은퇴 등
	상황적 위기(우발적 위기)	욕구충족의 본질적인 자원을 비정상적/예기치 않게 상실하며 유발되는 위기: 범죄피해, 자연재해, 사고, 건강상실, 급성정신질환, 지위와 존경 상실, 이혼·별거, 실직 등

한편 위기의 심각정도에 따른 분류는 서비스대상자의 위험정도와 사례관리 기간에 따라 위기정도를 구분한 위기가구 사례관리 업무 매뉴얼과 서비스대상자의 욕구 및 문제의 정도에 따라 위기정도를 구분한 드림스타트, 경기도 무한돌봄센터, 대전희망T움 센터를 중심으로 분류체계 및 범주 등을 살펴보면 다음과 같다.

보건복지부·한국보건복지인력개발원(2011)에서 개발한 위기가구 사례관리 업무 매뉴얼에서는 위기정도에 따라 3단계로 분류하였다. 위기정도가 가장 낮고 사례관리 기간이 짧은 서비스 연계군으로 여기에는 수급가구와 일상적 상태나 자립이 가능한 기타 저소득층(차상위계층)이 포함되며 단순서비스 지원이 제공된다. 위험정도가 낮고 사례관리 기간이 길은 저위험군에는 지속적인 지원 및 돌봄 서비스가 필요한 가구, 중장기의 집중적 전문서비스가 필요한 가구가 포함된다. 그리고 위험정도가 높고 사례관리 기간이 길은 고위험군에는 알코올 및 정신질환 등의 복합문제가 있는 가구로 지속적인 전문 서비스가 필요한 경우가 포함된다.

드림스타트 사업에서는 위기정도에 따라 3단계로 구분하였다. 기준은 서비스 대상자의 욕구 및 문제가 복합적인지 여부와 응급적인 대응이 필요한지에 따라 위기정도가 가장 낮은 경우는 일반대상, 위기정도가 중간인 경우는 집중대상, 위기정도가 가장 높은 경우는 위기개입대상으로 분류하였다. 위기개입대상에 포함되는 범주는 아동학대, 방임 및 가정폭력으로 나타났다.

경기도 무한돌봄센터 사업에서는 드림스타트와 유사하게 서비스대상자의 욕구 및 문제의 심각성과 응급성에 따라 위기정도를 4단계로 구분하였다. 위기정도가 가장 낮은 경우는 단순의뢰대상으로, 중하의 위기정도는 공공연계대상, 중상의 위기정도는 집중대상으로 구분하였고, 여기에는 생계곤란, 가정폭력 및 학대, 의료, 중독 및 정신질환, 법적문제 등이 포함된다. 위기정도가 가장 높은 경우는 긴급대상으로 범주에는 의식주, 아동학대 및 성폭력 등의 폭력, 자살, 갑작스런 사고 등이 해당된다.

대전복지재단의 희망T움 사업도 경기도 무한돌봄사업과 유사하게 서비스대상자의 욕구 및 문제의 심각성에 따라 위기정도를 3단계로 구분하였다. 위기정도가 가장 낮은 경우는 일반대상, 위기정도가 중간인 경우는 집중대상, 위기정도가 가장 높은 경우는 위기대상으로 중독, 정신보건, 가족치료 등이 해당된다.

전반적으로 실천현장에서 적용되는 위기정도는 3~4단계로 구분되며 서비스대상의 욕구와 문제의 복합성, 심각성 및 응급성을 기준으로 분류하였다. 또한 사업별로 위기

정도가 가장 높은 대상에서 나타나는 공통적인 범주에는 학대 및 폭력 등 안전 문제와 취약한 정신건강 또는 이와 연관된 자살로 나타나서 위기사례 해결은 이들 위기유형에 초점을 맞출 필요가 있음을 시사한다.

〈표 2-2〉 실천현장에서 적용되는 위기사례 정도에 따른 분류 및 범주

구분	위기사례 분류	범주
위기가구 사례관리 업무 매뉴얼 (4단계구분)	•고위험군: 알코올, 정신질환 등의 복합문제가 있는 가구로 지속적인 전문서비스가 필요한 경우	•알코올 •정신질환
	•저위험군: 지속적인 지원 및 돌봄서비스가 필요한 가구, 사회적 기능회복을 위해 중장기의 집중적 전문서비스가 필요한 경우	
	•서비스연계군: 수급가구, 기타 저소득층(차상위계층)으로 일상적 상태나 자립이 가능한 가구로 단순서비스 지원	•수급가구 •저소득층 (차상위계층)
드림스타트 (3단계구분)	•위기개입: 아동학대, 방임, 가정폭력 등 아동과 가족에게 위기상황이 존재하는 경우로 사례관리자가 즉각적으로 개입하여 위기상황에 대한 대처가 필요한 경우	•아동학대 •방임 •가정폭력
	•집중사례: 대상 아동과 가족이 복합적인 욕구 및 문제를 가지고 있어 통합서비스를 제공해야 할 필요성이 높은 경우	
	•일반사례: 대상 아동과 가족의 욕구 및 문제가 복합적이지 않지만 관련 서비스 연계를 통한 관리가 필요한 경우	
경기도무한돌봄 센터사례관리(4 단계구분)	•긴급사례관리대상: 복합적인 문제를 가지고 있으며, 문제와 욕구가 심각하고 다양한 자원의 긴급한 개입을 요구하는 대상자와 가족	•의식주문제 •폭력(아동학대, 성폭력) •자살 •갑작스러운 사고
	•집중사례관리대상: 복합적 문제를 가지고 있으며 문제와 욕구의 심각성이 높아 통합적 접근을 요구하는 대상자와 가족	•생계곤란 •가족폭력 및 학대 •의료문제 •중독 및 정신 질환문제 •법적문제
	•공공연계사례관리대상: 복합적인 문제를 가지고 있으나 단순한 서비스 연계를 통해 지원이 가능한 대상자와 가족	
	•단순의뢰 사례관리대상: 문제와 욕구의 심각성이 상대적으로 낮아 읍·면·동이나 각 사회복지기관에서 지원 가능한 대상자와 가족	
	•위기사례: 복합적이고 고질적인(중독, 정신보건,가족치료)문제를 가지고 있으며 문제와 욕구가 심각하여 다양한 자원연계와 전문적 개입이 필요한 사례	•중독 •정신보건 •가족치료
대전복지재단 통합사례관리시범사업 희망T움(3단계구분)	•집중사례: 복합적인 문제를 가지고 있으며 문제와 욕구의 심각성이 높아 통합적 개입이 필요한 사례	
	•일반사례: 문제와 욕구의 심각성이 상대적으로 낮으며 개별기관에서 지원과 개입이 가능한 사례	

자료: 1) 보건복지부·한국보건복지인력개발원(2011). 위기가구 사례관리 업무 매뉴얼 개발 연구; 드림스타트사업안내; 2) 보건복지부(2016). 드림스타트사업안내; 3) 경기도(2015). 무한돌봄사례관리안내; 4) 대전복지재단(2015). 희망T(Tree)움센터 업무매뉴얼.

4. 위기개입 모델

앞에서 논의한 바와 같이 위기상황은 매우 다양하며 경우에 따라서 한 가지 이상의 위기상황에 놓여 있기도 하다. 이러한 위기 중 특히 비극적이고 충격적일 수 있는 위기인 상황적 위기에 놓인 개인이나 가족을 지원하는 방법에 대하여 살펴본다. 이와 관련하여 라이트너(Leitner, 1974)와 벨킨(Belkin, 1984)은 3가지 위기개입 모델을 소개하였다(서해정 외, 2011, 재인용).

첫째는 평형모델이다. 이 모델에서는 위기에 처하게 되면 사람은 심리적·정서적 불평형 상태에 있게 된다는 전제하에 위기 전의 평형상태로 회복시키는 개입을 강조한다. 이는 주로 초기 개입에 가장 적절한 모델로 평가된다. 위기에 처한 사람들이 어느 정도 통제력이나 대처 능력을 되찾을 때까지 그 사람을 안정시키는 데 초점을 둔다.

둘째는 인지모델이다. 이 모델은 위기가 개인으로 하여금 위기사건이나 상황에 대해 잘못된 생각에 근원을 두게 만든다는 전제에서 출발한다. 일반적으로 위기상황에 놓인 사람들은 스스로에게 매우 부정적이고 왜곡된 메시지를 보내게 된다는 것이다. 따라서 위기사건이나 상황에 대한 시각이나 신념을 인식하고 변화하도록 개인을 돕는다. 즉 이러한 부정적 혹은 잘못된 사고가 없어질 때까지 상황에 대한 새로운 자기진술을 연습하고 재연하면서 긍정적인 환류의 고리를 만들고자 노력하는 개입 모델이다.

셋째는 심리사회적 전환모델이다. 이 모델에서는 위기가 내적·외적(심리적·사회적·환경적) 어려움과 관련이 있음을 강조한다. 따라서 위기를 만들어낸 어려움을 찾고, 현재 사용할 수 있는 행동과 태도, 환경적 자원을 선택할 수 있도록 돕는다. 이 모델에서는 가족구성원들이 자율적으로 자신들의 생활을 통제하기 위해서는 적당한 내적 대처기제와 사회적지지 및 환경적 자원을 함께 활용하여야 한다고 제시한다.

이상과 같이 위기 상황은 매우 다양하고 복잡하며 이에 대응하거나 대처하는 방법, 태도 역시 개인에 따라 매우 다양하게 이루어져야한다. 따라서 한 가지의 위기개입 모델을 사용하지 않아도 된다. 오히려 개별 위기 가정을 돕는 데 효과적인 가능한 모든 개입방법을 통합적으로 사용하는 개입 전략이 필요하다.

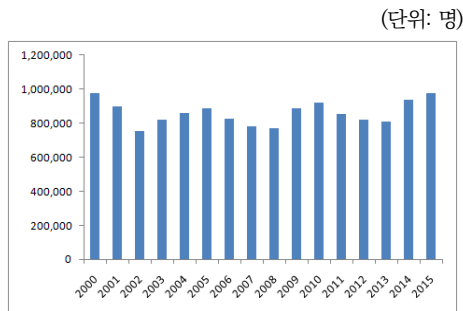
제2절 위기발생 현황 및 원인

1. 위기발생 현황

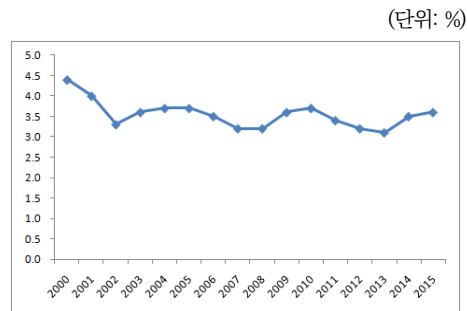
제1절 3에서 살펴본 바와 같이 위기유형은 연구자 및 연구목적에 따라 다양하며 상이한 범주를 가진다. 그럼에도 위기유형에 공통적으로 포함되는 범주는 실직, 사고, 재난, 사망(자살), 폭력으로 나타났다. 이들 공통적 유형을 중심으로 위기발생 현황을 살펴보면 다음과 같다.

연도별로 실업발생을 보면 실업자규모는 2000년 979천명에서 지속적으로 증감을 반복하여 2003년 818천명, 2005년 887천명으로 감소하였고, 2007년 783천명, 2010년 920천명으로 증가하였다. 2012년 820천명으로 소폭으로 감소하다 2015년 976천명으로 다시 증가하였다. 지난 15년간 실업자규모는 지속적으로 증감하다 0.31%의 감소를 보였다.

[그림 2-2] 연도별 실업자 규모



[그림 2-3] 연도별 실업률



자료: 통계청, 경제활동인구통계연보.

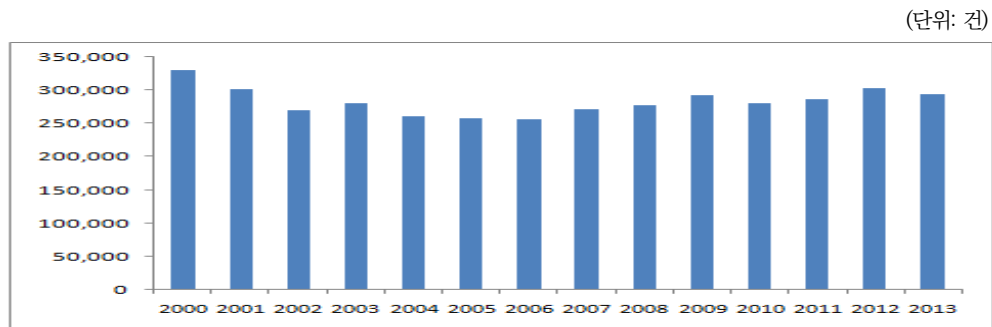
실업률도 실업자규모와 비슷한 경향을 보여 2000년 4.4%에서 2003년과 2005년 각각 3.6%와 3.7%로 소폭으로 감소하였고, 2007년 3.2%로 다시 감소하다 2010년 3.7%로 증가하였으며, 2012년 3.2%로 감소하다 2014년과 2015년 3.5%와 3.6%로 소폭 증가하였다. 동 기간 실업률은 18.2% 감소율을 보였다.

재난에는 도로교통, 화재, 산불, 철도열차, 철도지하철, 폭발, 해양, 가스, 유도선, 환경오염, 공단내 시설, 광산, 전기 간전, 승강기, 보일러, 항공기, 붕괴, 물놀이 익사, 등

산, 추락, 농기계, 자전거, 레저, 놀이시설 등이 포함된다.

연도별로 재난발생을 보면 재난발생건수는 2000년 330,393건에서 2003년 280,869건으로 소폭 감소하였고 2005년 257,278건으로 다시 감소하였다. 2000년대 중반 이후 지속적으로 증가하여 2007년과 2010년 272,090건과 280,607건으로 증가하였고 이는 2012년까지 지속되다 2013년 294,707건으로 소폭 증가하였다. 지난 13년 우리나라에서 발생한 재난규모는 26만~30만 건수 내외로 동 기간 10.8% 감소하였다.

[그림 2-4] 연도별 사고 및 재난 건수

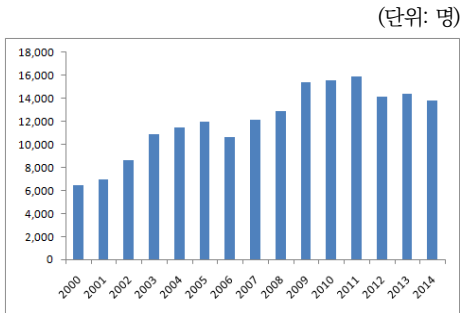


자료: 소방방재청. 재난연감

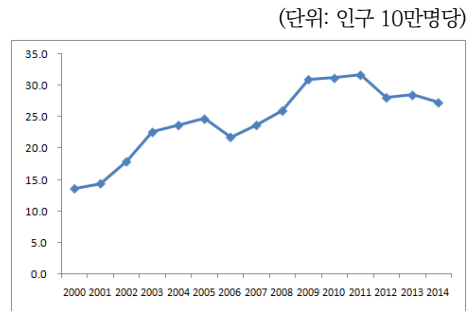
연도별 자살규모를 보면 2000년 6,444명에서 2003년 10,898명, 2005년 12,011명으로 지속적으로 증가하였다. 2000년대 중반 이후에도 지속적으로 증가하여 2007년과 2010년 12,174명과 15,566명으로 증가하였다. 이와 같은 경향은 2011년까지 지속되다 2012년부터 감소하기 시작하여 2012년과 2014년 14,160명과 13,836명으로 감소하였다. 14년간 우리나라에서 발생한 자살자는 6천명~약 16만명으로 동 기간 114.7% 증가율을 보였다.

자살률도 자살규모와 유사한 분포를 보여 2000년 인구 10만명당 자살률은 13.6명에서 2003년과 2005년 22.6명과 24.7명으로 증가하였다. 2000년대 중반 이후에도 자살률은 지속적으로 증가하여 2007년 23.7명에서 2010년 31.2명으로 증가하였으며, 2012년과 2014년에는 28.1명과 27.3명으로 소폭 감소하는 경향을 보였다. 동 기간 인구 10만명당 자살률은 100.7% 증가하였다.

[그림 2-5] 연도별 자살자수 규모



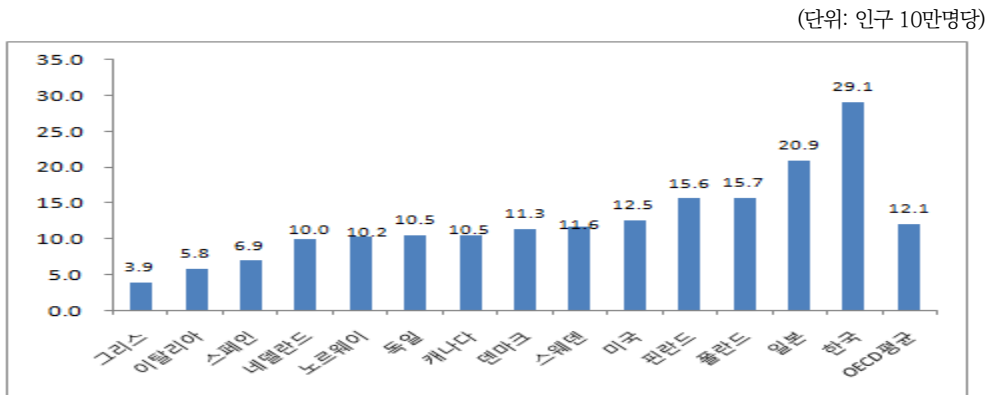
[그림 2-6] 연도별 자살률



자료: 통계청, 사망원인통계연보

OECD 국가의 자살률을 비교하면, 34개 국가 평균은 인구 10만명당 12.1명으로 그 중 한국은 29.1명으로 평균보다 2.4배 높았고, 가장 낮은 국가인 그리스 3.9명보다 2.1배 높은 수치를 보였다.

[그림 2-7] OECD국가 자살률 비교



주: 2010년 자료는 이탈리아, 미국, 2011년자료는 그리스, 캐나다, 일본, 2012년자료는 스페인, 네덜란드, 독일, 덴마크, 스웨덴, 핀란드, 폴란드, 한국 등임.

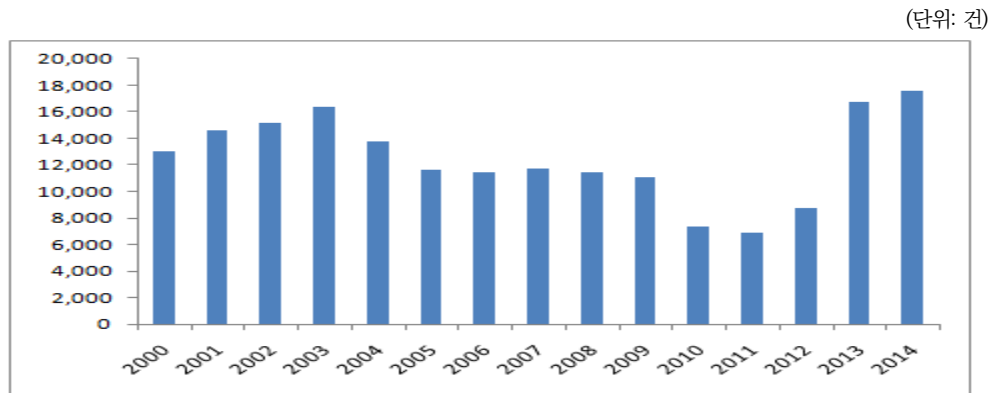
자료: OECD(2012). Health Status Data. Statistics and Indicators for 34 Countries.

가정폭력범죄 발생검거 현황은 가정폭력발생 수준과는 동일하지 않으며 가정폭력의 노출기피와 신고수준이 낮은 것을 감안할 때 실제 가정폭력발생 수준은 훨씬 높을 것으로 예상된다. 경찰청에서 발표한 가정폭력 발생검거현황 규모를 보면, 2000년 12,983건에서 2003년 16,408건으로 증가하다 2005년 11,595건으로 소폭 감소하였

다. 발생검거는 2000년대 중반이후 지속적으로 감소하여 2007년과 2010년 11,744건과 7,359건으로 감소하였다. 2012년부터 다시 증가하여 2012년 8,762건에서 2014년 17,557건으로 2배 증가하는 경향을 보였다. 지난 14년간 가정폭력발생 검거 규모는 35.2% 증가를 보였다. 이는 가정폭력발생이 증가하였다는 의미보다 검거규모가 높아진 것으로 해석할 수 있다.

이를 보완하기 위해 여성가족부에서 실시한 조사자료를 통한 가정폭력발생률을 보면 2004년도 44.6%에서 2007년 40.3%으로 감소하다, 2010년 53.8%로 과반수를 상회하였고 2013년 45.5%로 소폭 감소하였으나 거의 10가구 중 4가구 이상에서 가정폭력이 발생하는 것으로도 해석할 수 있다.

[그림 2-8] 연도별 가정폭력범죄 발생검거 현황



자료: 경찰청, 가정폭력범죄 발생검거 현황

전반적으로 위기유형에 공통적으로 포함되는 범주 중에서 실직, 사고 및 재난 등은 제도 및 정책개선 등으로 어느 정도 감소하는 추세를 보이거나 자살 및 폭력 등은 법적·제도적 기반 마련과 정책개입에도 불구하고 오히려 위기발생이 증가하거나 그 수준이 높았다. 또한 제1절 3의 위기사례 해결을 위한 사업에서도 욕구 및 문제가 가장 심각하고 응급성이 가장 필요한 공통사례로는 학대 및 폭력 등의 안전문제와 자살과 관련된 정신건강 문제로 나타나서 지역사회 주민의 지속가능한 발전·유지를 위해서 이들 위기유형을 중심으로 위기사례 해결을 위한 체계적인 제도적 장치가 모색되어야 할 것이다.

2. 위기발생 원인

본 연구에서는 위기발생현황 및 위기사례에서 가장 심각한 범주에 포함되는 자살 및 폭력에 초점을 두고 발생 원인을 살펴보면 다음과 같다.

자살원인은 다양하며 각 원인이 상호작용하고 있다. 기존 연구결과 성 및 연령 같은 인구학적 요인 외에 정신과적, 생물학적, 사회 및 환경요인, 개인성장 배경 같은 요인 등이 관련되어 있다(강은정 외, 2010).

정신과적 요인으로 자살자의 90% 이상에서 하나 이상의 정신장애가 발견된다(Henriksson, Aro, Marttunen et al, 1993 재인용). 자살자의 60~80%가 우울증에 기인하고 있으며, 정신과 환자의 자살위험은 일반 인구에 비해 3~12배 높은 것으로 나타났다(제영묘, 2004 재인용). 특히 노인의 경우 대부분의 자살자들이 정신질환을 갖는 것으로 나타났다(강은정 외, 2010 재인용). 또한 자살과 동반하는 정신장애에는 기분장애, 정신분열병, 불안장애, 식사장애, 주의력결핍과잉행동장애, 알코올 사용 장애, 기타 물질사용장애, 인격장애, 공존 정신장애 등이 포함된다(제영묘, 2004 재인용).

그리고 두 가지 이상의 정신장애가 공존할 때 자살위험이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 자살예방 차원에서 다양한 정신적 문제를 포괄적으로 파악하는 노력이 요구됨을 의미한다(강은정 외, 2010). 이와 함께 자살 위험 요인으로는 이전의 자살 시도 경험으로 지적되고 있다(Moscicki, 1985 재인용).

생애경험 즉 살아가면서 경험하게 되는 사건들이 자살의 위험을 증가시키는 것으로 지적되었다. 이들 사건에는 사람의 상실, 대인관계 갈등과 단절, 법적인 또는 일과 관련된 문제 등이 포함된다. 가까운 사람의 죽음, 이혼, 별거와 같은 상실은 우울감을 유발한다. 또한 직장이나 가정, 학교에서의 대인관계 문제도 절망감과 우울한 감정을 야기한다. 대인관계 문제로는 학교에서의 집단 따돌림, 가정에서 배우자 등에 의한 폭력, 아동기의 신체 또는 성적학대는 청소년과 성인의 자살위험을 증가시킨다. 또한 사회적 고립도 자살위험을 높이는 생애경험이 될 수 있다(강은정 외, 2010).

사회 및 환경요인으로는 지역별로 도시보다 농촌에서 자살률이 높다는 연구결과가 있다(서동우, 2003). 이는 도시보다 농촌에서의 사회적 고립이 높고, 자살의 증세가 발견되지 않으며 의료서비스의 접근성 또한 낮은 것에 영향을 받는 것으로 지적되었다(강은정 외, 2010). 경기불황과 높은 실업이 나타나는 시기에 자살이 증가하는 연구결

과가 있다(Platt, 1984; Weyerer, Wiedenmann, 1995 재인용). 또한 직업을 가진 사람보다 실업자에게서 자살이 더 많다는 보고가 있다(Platt, 1984). 이외에 경제적 수준도 자살과 관련이 있는데 노인자살의 경우 경제적 문제는 우울 다음에 중요한 원인으로 나타나고 있다(김형수, 2002 재인용).

생물학적 요인은 자살로 유인하는 정신질환에서 나타나는 세로토닌이라는 신경생물학적 과정을 지적하고 있다. 이외에 자살은 장애를 수반하는 심각한 신체적인 질병에서도 발견되고 있다. 자살자 중에서 신체적 질병 유병률은 최소 25%, 노인은 최고 80%까지 이른다는 보고가 있다. 또한 심각한 신체적 질병이 우울과 같은 기분장애를 동반할 때 자살의 위험은 증가하고 있다(강은정 외, 2010 재인용).

알코올 소비량과 자살은 관련이 있는 것으로 연구결과가 나타났다. 알코올 소비에 따라 심리적인 스트레스와 충동적 행동이 강화되는 반면, 자기통제는 약화되어 자살을 촉발한다는 측면이다. 다른 하나는 알코올의 장기적 사용으로 정신건강문제와 사회와의 분리와 같은 자살을 조장하는 요인들을 초래하기 때문으로 지적되고 있다(Landberg, 2009 재인용).

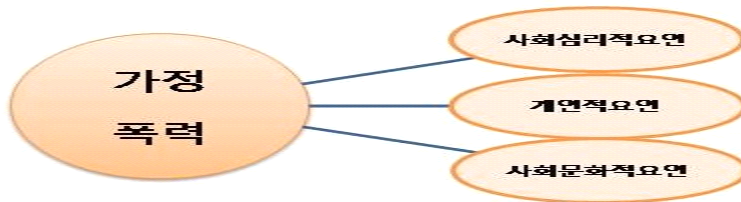
[그림 2-9] 선행연구결과에서 나타난 자살발생 요인



폭력발생원인은 피해자의 특성에 따라 다르게 나타난다(김승권 외, 2007; 김재엽 외, 2010; 김미애, 2010; 황정임 외, 2013). 가정폭력의 원인은 가족구성원 간 상호갈등 속에서 폭력행동을 유발시키는 복합적 요인으로 분노가 발생하고 그로인해 폭력행

위로 발전하는 과정을 거친다(김승권 외, 2007; 김재엽 외, 2010; 김미애, 2011; 황정임 외, 2013). 개인내적 요인으로는 성격, 우울, 공격성, 의존성, 낮은 자아존중감, 외상, 편집증, 가부장성, 음주 및 약물 등이다. 사회심리적 요인으로는 재정적인 문제, 실직, 자녀문제, 자존감 문제, 질투심 등이 연구결과로 나타났고, 사회문화적 요인으로는 가정소홀, 성적소홀, 배우자에 대한 집착, 외도요인, 집안 간 갈등요인, 말다툼, 상호간 무시 및 악담, 스트레스 등으로 나타났다. 실증적 자료에 의하면 가정폭력은 양성평등의식이 낮고 폭력허용도가 높은 경우, 성장기에 부모로부터 학대를 경험하였거나 목격한 경우 폭력정도가 높았다(황정임 외, 2013).

[그림 2-10] 선행연구결과에서 나타난 가정폭력 발생요인

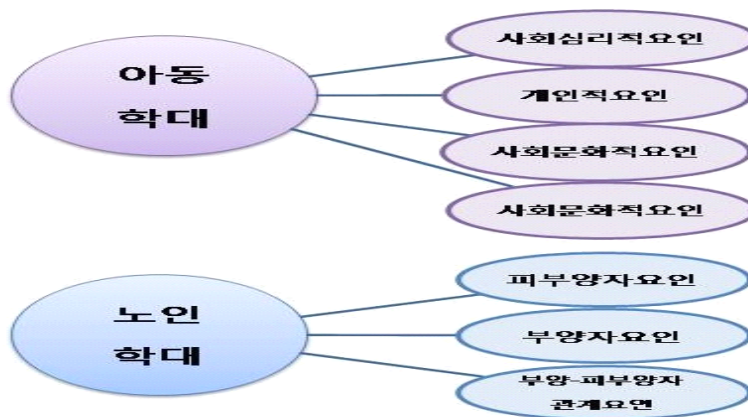


아동학대원인은 크게 아동 자신과 부모, 가족 및 사회적 요인 등에서 발견되고 있다(권은주, 1978; 오은영, 2013; 중앙아동보호전문기관, 2014). 부모요인으로는 부모의 미성숙, 아동양육에 대한 지식부족, 자녀에 대한 지나친 기대, 가정의 위기 및 스트레스로 인한 부모의 욕구불만, 사회적 지지의 부재, 부모의 학대경험 및 알코올·약물 중독, 우울증 등의 정신질환이 학대원인으로 나타났다. 아동요인으로 장애아 또는 기형아인 경우 부모의 사회적·심리적 부담감이 스트레스로 작용하여 아동을 학대할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 가정적 요인으로는 구조적 결손가족이 학대원인으로 작용할 가능성이 높다. 이는 아동양육에 대한 지식부족, 높은 스트레스 및 가족 간 상호작용의 결여 등에 기인되는 것으로 연구결과가 나타났다. 사회적 요인으로는 사회적 고립 및 지지체계의 결여, 신체적 차별에 대한 허용적 문화, 아동을 존중하지 않는 문화, 자녀에 대한 소유인식 및 폭력에 대한 허용가치 등이 포함된다.

노인학대는 부양부담감, 가치관적 요인 및 문화 등에 의해 영향을 받는다(한동희,

1996; 박봉길, 2000; 한동희, 2001; 권중돈, 2004; 유영주, 2004). 노인학대는 부양자와 피부양자 간의 복잡한 관계 속에서 다반사적으로 발생한다. 부양자가 기대하는 부양의 대가를 받지 못하는 상황에서 발생하며, 또한 노인의 의존성 증대가 부양자 스트레스를 증가시키며 발생한다는 것이다. 이외에도 스트레스와의 관계는 가족의 경제 문제, 자녀양육 부담, 가족원 상실, 가족 간 감정적 갈등, 알코올 등의 건강문제, 부양자에게 요구되는 정신적·물질적 비용부담 등 다양한 것으로 나타났다. 다른 한편, 노인에게 나타나는 사회적·생리적인 노화가 가족 내 역할기대와 상호작용, 정체성 등의 변화에 대한 인식 및 기대불일치에서 오는 긴장 및 갈등이 학대를 유발한다는 것이다. 실증적 자료에 의하면 노인학대는 상호이해 부족, 경제적 문제, 성격차이, 가해자의 오해, 자격지심 및 술버릇 등으로 나타나서 가족관계에서 오는 요인이 큰 것임을 보여준다(황정임 외, 2013).

[그림 2-11] 선행연구결과에서 나타난 아동 및 노인학대 발생요인



지금까지 살펴본 자살 및 폭력발생원인은 단편적 측면의 원인만을 제시한 것으로 심층적인 원인 규명을 위해서는 원인 상호 간의 관련성 등 구조적 측면의 종합적 분석이 필요하며 이는 후속 연구과제로 남긴다.

제3절 선행연구 검토

1. 위기사례 관련 선행연구

위기연구는 위기의 정의와 범위를 유형화하는 초기 작업에서부터 시작되어 정책대상을 구체화하고 개별 대상에 대한 위기개입 전략을 수립하는 방향으로 발전되어 왔다. 초기 위기연구로써 위기연구의 접근방법과 대상별 위기전략 수립의 중요성을 분석한 연구를 살펴보고자 한다(김승권 외, 2009; 김승권 외, 2011).

김승권 외(2009)는 위기의 개념과 특성을 정리하여 한국형 사회위기 지표를 개발하고, 개발된 지표로 영역별 사회위기를 측정하여 정책과제를 제시하는 선제적 연구를 수행하였다. 문헌연구를 수행하여 사회위기의 유형과 범위를 분석하여 1차적으로 사회지표(안)를 개발한 후, 델파이 조사를 통해 타당도 검사를 수행하여 사회지표를 확정하였다. 이후 개발된 지표를 활용하여 시계열 자료를 분석하는 양적연구를 수행함으로써 한국 사회의 위기도를 객관적으로 분석하였다. 주요 연구내용으로 사회위기의 개념과 특성 검토, 지표 개발을 위한 델파이 조사 수행, 개발된 사회지표에 의해 검토된 영역별 위기수준 분석과 정책 제언으로 구성되어 있다. 연구결과 10개 영역으로 사회지표를 개발하고 개발된 지표로 영역별 위기수준을 분석함으로써 이전의 연구들과 달리 위기를 실증적으로 분석한 연구라는 점에서 차별성이 있다. 한국사회의 위기수준 분석을 통해 (1)전반적인 사회위기를 관리하는 위기관리 시스템의 모색과 (2)대상별 위기관리 전략의 수립을 정책과제로 제시하였다. 초기 위기연구인 만큼 위기에 대한 접근이 추상적이고 포괄적이지만 위기를 측정 가능한 사회위기로 조작화하고 정책과제로의 시사점까지 도출한 연구라는 점에서 이후 위기연구의 방향을 수립한 의미 있는 연구로 평가할 수 있다.

김승권 외(2011)는 국내 취약·위기 가족의 정의와 규모를 파악하여 이들을 위한 정책 아젠다를 제시하였다. 위기가족의 개념을 정의하기 위해 문헌조사와 전문가 조사를 수행하였으며, 위기가족의 규모 및 욕구를 파악하기 위해서 기존 통계자료 재분석 및 실태조사를 수행하였다. 주요 연구내용은 취약·위기 가족의 실태 파악, 국외 취약·위기 및 한부모 가족정책 분석, 정책 아젠다 제시로 구성되었다. 또한 위기가족을 가족 외부에서 발생한 위기 사건의 유무만이 아니라 외부 사건에 따른 가족의 극복능력 이

라는 내부 요인까지 고려하여 정의하였다. 이에 위기가 발생했을 때 외적 자원과 함께 가족의 대응능력과 위기관리 능력이라는 내부 자원이 부족한 가족을 위기가족으로 정의하였고 이혼가정, 가정폭력피해가족, 위기청소년가족, 성폭력피해가족, 실직자 가족, 한부모가족, 청소년한부모를 사회·정책적 자원의 개입이 필요한 취약·위기가구로 실태조사를 수행했다. 이 연구는 위기가족에 대한 접근이 추상적이고 정책적 개입이 미흡했던 상황에서 취약가구의 특성에 따라 상이한 욕구를 분석하여 정책 아젠다를 제시했다는 점에서 의미가 있다.

정은희 외(2013)는 취약·위기 가구의 복합욕구 해결을 위해 제공되고 있는 사례관리 서비스의 실태를 분석한 후 취약·위기 가구에의 개입 효과성 증진 전략으로 통합 사례관리 개선안을 제시하였다. 연구방법으로 사례관리 현장 전문가 FGI를 주로 수행하였고, 주요 연구내용으로 개별 사례관리 영역별 전문가 인식조사, 공공 사례관리 실태조사, 통합사례관리 개선안을 제시하였다. 취약·위기 가구를 대상으로 제공되고 있는 사례관리 사업으로 (1)희망복지지원단 (2)지역아동센터 (3)방과후교육 (4)교육복지 우선지원사업 (5)드림스타트 (6)청소년 방과후아카데미 (7)지역사회 청소년 통합지원 체계 사업 (8)노인돌봄기본서비스 (9)의료급여 사례관리 (10)장애인 사례관리 시범사업 (11)만성질환자 관리사업 (12)희망리본사업 (13)취업성공패키지 사업 (14)취약한 부모가족역량강화사업 (15)다문화 사례관리사업의 총 15가지 사업을 분석하였다. 개별 사례관리 사업은 취약가구 및 개인의 욕구를 파악하여 개입 효과를 증폭시키는 효과가 있기에 취약가구일수록 사례관리 서비스 형태를 통합 개입은 필수적임에도 불구하고, 분절적·중복적으로 수행되고 있는 현 사례관리 사업의 단점을 극복하기 위한 방안으로 지역사회 중심의 모형 개발, 전문인력의 투입 및 종사자 역량강화, 성과목표 재설정 등의 실행전략을 제시하였다. 이 연구는 보건복지 분야의 위기개입 대상이 유형화된 이후의 연구로 위기대상보다는 위기대상에 개입하는 정책적 전략에 중점을 둔 연구로서 초기연구보다 정교한 정책목표를 고민하고 있다. 사례관리 사업에 주목하여 취약·위기가구에의 개입전략 및 전달체계 개선 방안을 고민하고 있으며, 이러한 고민은 초기 위기연구에서 발전하여 정책과제의 효과성 증진을 도모하고 있다는 점에서 긍정적으로 평가되며 본 연구와도 동일한 방향을 지향한다.

다음은 위기정도가 높은 고위험군 대상자에 대한 실증분석과 지원체계에 초점을 맞추어 선행연구를 검토하면 아래와 같다.

고위험군 대상자의 실증분석은 이들이 경험하는 위기유형과 원인중심으로 살펴보고자 한다. 본 연구에서 분석한 선행연구들은 증가하고 있는 국내 자살률에 문제를 제기하며 자살자의 원인 분석을 통해 자살 원인을 실증적으로 찾고자 했다는 점이 동일하다. 하지만 각 연구가 자살원인을 분석하기 위해 사용한 분석방법이 상이하며 각 연구방법은 장·단점을 가지고 있음을 알 수 있다(가천의과대학, 2007; 서종한 외, 2015; 이혁구 외, 2015)

가천의과대학(2007)의 연구는 국내 자살 및 자살시도자 관련 통계 원자료를 수집·분석하여 자살의 원인 및 규모를 파악한 후 자살 통합관리시스템 구축안을 제시하였다. 연구방법으로 통계청의 사망원인 통계와 경찰청의 변사사건자료를 활용하여 자료 생성 후 양적 분석을 실시하였으며, 이외 국외 사례의 경우 문헌연구를 수행하였다. 주요 연구내용으로 국내 자살사건 원인 분석, 자살 신고체계 분석, 국외 자살시도자 관리 시스템 분석으로 구성되어 있다. 본 연구에서 주목하는 자살원인의 경우 육체적 질병(25.3%), 가정문제(9.5%), 남녀문제(3.8%), 정신적·정신과적 문제(14.9%), 경제문제(8.9%)순으로 자살 원인이 분석되었다. 자살자를 연령대별로 분류한 결과 20세 미만의 경우 학교문제(11.7%), 20대의 경우 우울증(10.9%), 30대의 경우 우울증(11.2%), 40대 이상 연령의 경우 육체적 질병이 연령대별 자살 이유로 가장 많이 나타났다. 자살 원인을 성별과 연령으로 교차분석한 결과 남성의 경우 80세 이상의 육체적 질병이 53.6%, 40대의 육체적 질병이 10.7%로 남성의 경우 육체적 질병이 주요 자살 원인으로 나타났다. 이와 달리 여성의 경우 60대의 육체적 질병이 39.6%로 남성과 마찬가지로 육체적 질병이 가장 큰 자살 원인으로 나타났으나 50대 여성의 경우 기타 우울증이 22.7%를 차지해 남성과 차별점을 보였다. 이 연구는 자살 원인을 분석하기 위해 통계 자료를 생성하였는데 이를 통해 현 자살통계 자료 통합관리체계 구축안을 제시한다. 나아가 연구의 핵심 정책제언으로 지역사회 내 자살시도자 감시체계 구축을 제시함으로써 예방적 접근을 시도했다는 점에서 연구의 차별성이 나타났다.

서종한 외(2015)는 실증연구를 통해 자살사망자의 자살 원인을 분석하였다. 본 연구는 반구조화된 면접조사를 통해 수집된 심리적 부검보고서를 통계자료로 변환한 후 사례-대조군 연구방법을 통해 자살사망자의 자살원인을 분석하였다. 주요 연구내용은 심리적 부검 연구의 실효성 검토, 연구방법 및 연구결과 제시, 자살원인 분석으로 구성되었다. 연구결과, 자살사망자의 경우 정신과 치료경험을 경험하거나 약물 치료를 받는 등 대조집단과 비교하여 정신과질환 보유 비율이 유의미하게 차이가 있는 것으로

나타났다. 하지만 자살사망자의 자살 원인 중 대조 집단과 가장 유의미한 차이를 보인 것은 사망 전 ‘학교 및 직장에서의 적응 정도/주변인과의 관계 형성’ 변인으로 나타났다. 이러한 결과는 자살이 소득, 직업과 같은 사회경제적 변인보다는 사회적 역할과 기능을 얼마나 잘 소화하는가의 자기효능감 및 자기성취감과 관련된 심리사회적 변인에 더 많은 영향을 받는다는 이전의 연구결과와 동일한 접근으로 자살 원인을 추측한다 (Appleby et al., 1999; Cooper et al., 1999; 서종한 외, 2015 재인용). 정책적 제언으로 자살사망자와 같은 고위험군 위기 집단을 대상으로 한 자살 예방 프로그램을 보급하고 이 프로그램을 통해 고위험군 대상자들의 사회적 지지체계를 강화함에 따라 자살과 같은 극단적 행동을 예방할 수 있음을 도출하였다.

이혁구 외(2015)의 연구는 자살예방모델 구축 연구에서 자살 원인을 분석하는 방안으로 질적 연구를 수행했다는 점에서 이전 연구와의 차별성을 가진다. 연구방법으로 자살위험에 노출되어있는 10인(자살시도자 및 자살자 주변인)을 대상으로 1:1 면담 면담의 질적 연구를 수행하였다. 이를 통해 이전의 자살 관련 통계분석 및 심리적 부검 연구가 가진 양적 연구의 한계에서 나아가 개인들의 생애사 분석에 기반해 일반성을 포착하고자 했다. 연구 결과, 자살은 충동적, 일시적 결정이 아닌 전 생애에 걸친 부정적 경험이 표출된 결과이며, 이러한 부정적 경험은 사회적 불평등이라는 근본적 문제가 누적된 결과임을 지적한다.

가천의과대학(2007)과 서종한 외(2015)의 연구는 양적 연구를 수행한 점은 동일하나, 가천의과대학의 경우 한국표준질병사인분류에 따른 사망원인 분류로 의료적 접근에 치우친 한계가 있다. 반면 서종한 외(2015)는 심리사회적, 정신과적 문제를 포괄적으로 분석할 수 있는 심리적 부검 결과를 활용했다는 점에서 자살자의 정신적, 심리적 문제까지 접근한 장점이 있다. 한편, 이혁구 외(2015)의 연구는 1:1 면담에 기반한 질적 연구를 수행함으로써 자살 문제를 더 깊이 있게 접근하였으나 신뢰성 확보 및 일반화 문제에 한계가 있다. 이와 같이 각 연구의 연구방법이 상이하고 그에 따라 자살 원인으로 부각된 문제점도 상이하나, 자살로 대두되는 고위험군 집단이 경험하는 위기의 원인을 살펴본 선행연구라는 점에서 그 의의를 찾는다.

고재욱(2014)의 연구는 노인학대 사례분석 결과에 기반하여 위기사례 개입 서비스 제공 방안을 제시하였다. 내러티브 인터뷰 방식을 사용하여 부양자에 의한 노인학대를 경험한 노부부의 생애사 자료를 수집하고 이를 위기개입 모델에 적용하여 서비스 과정

을 분석하였다. 주요 연구내용은 노인학대의 발생이론 및 사례분석 결과, 정책 제언을 다루고 있다. 이 연구는 복지사각지대에 놓여있는 노인학대 피해자를 대상으로 위기사례 개입모델에 따른 서비스 제공 과정을 분석함에 따라 현 서비스 체계의 한계점을 구체적으로 살펴보는 계기를 제공했다는 점에서 의미가 있다. 정책제언으로는 노인학대가 시급한 위기사례임에도 불구하고 사회적·법적 제도화가 빈약하다는 점에서 학대 피해자에 대한 제도마련이 시급하게 규명될 필요가 있음을 지적하였다. 또한 위기개입 모델에 따른 사례관리 분석결과 사정-시작-중간-종결-사후관리의 각 과정에서 전문성이 향상된 서비스의 제공과 상대적으로 빈약한 사후관리 프로그램 및 관리자의 개발·보급이 필요함을 지적하였다.

2. 초기상담 및 통합사례관리 관련 선행연구

가. 초기상담 관련 선행연구

보건복지부(2014)는 읍·면·동 사회복지업무 강화 전략 중 핵심이슈로 초기상담 내실화를 지적한다. 초기상담은 복지대상자의 복지욕구를 파악하는 첫 번째 과정으로 충실한 초기상담은 이후 복지서비스의 연계 및 의뢰의 정합성을 향상시켜 결과적으로 서비스 효과 증진에 기여한다는 점에서 파급효과도 크다(보건복지부, 2014). 이 연구는 선행연구 검토를 통해 초기상담의 중요성과 의미를 구체적으로 파악하였다.

윤정숙 외(2012)는 내담자와 상담사가 첫 회기에 형성하는 작업동맹¹⁾이 이후 상담성과에 지속적인 영향을 미친다는 점에서 초기상담의 중요성을 보여준다. 연구방법으로 내담자 350명으로부터 수집된 종단자료를 활용하여 자기회귀 교차모형으로 양적 분석을 수행했다. 연구 결과, 첫 회기의 작업 동맹이 이후 상담성과에 지속적으로 영향을 미친다는 점에서 첫 회기의 작업동맹을 어떻게 형성하느냐가 이후 상담성과의 성공에 실패에 주요한 영향을 미친다는 점이 나타났다. 이 연구는 기존 연구들과 마찬가지로 내담

1) Horvath와 Greenberg(1989)는 내담자와 상담자 사이의 작업동맹 수준을 측정하기 위한 질문지로 WAI-S를 개발하였다. WAI-S에서 치료적 관계를 측정하기 위한 질문은 (1)“상담자가 나를 도울 능력이 있다고 확신한다” (2)“내 문제를 개선하는데 도움이 된다” (3)“상담자와 나는 서로 합의한 목표를 가지고 있다”의 3가지 문항으로 구성되어있으며 점수가 높을수록 내담자와 상담자 사이의 작업동맹이 강하게 형성되었음을 의미한다(윤정숙 외, 2012)

자의 변화를 위해서는 상담자와 내담자의 긍정적인 관계가 중요하지만(Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000) 무엇보다 첫 회기에 수립한 긍정적인 관계가 이후 상담성과에 지속적인 영향을 주는 변인으로 그 영향력이 유의미함을 도출하였다.

정은희 외(2013)는 초기상담을 면담, 의뢰된 기관으로부터의 정보, 사례자의 가족 등 주변인으로부터 수집된 정보에 기반하여 대상자의 주요 문제 및 욕구를 확인하고 사례대상자 여부를 판단하는 과정으로 보고 있어서 초기상담이 사례관리대상자를 선별하기 위한 포괄적인 과정임을 규명하고 있다. 초기상담은 사례관리 대상자 여부를 판별하는 첫 번째 관문이라는 점에서 발굴경로 또한 초기상담의 주요 이슈로 지적되었다. 또한 읍면동 상담만으로 발굴되지 못하는 사각지대에 접근하기 위해서는 다양한 경로를 통해 사례가 발굴될 필요가 있으며 콜센터, 지역사회 민간기관, 지역주민의 의뢰 등을 추가 발굴경로로 지적하고 있다. 이 연구는 통합사례관리 단계 내에서 초기상담 단계가 가지는 의미와 중요성을 실천현장의 구체적인 사례를 통해 평가했다는 점에서 시사하는 바가 크다.

김선주·김교정(2013)의 연구는 사회복지시설에서 근무하는 사례관리자 12명을 대상으로 전문가집단 FGI를 수행함으로써 사례관리에 대한 사례관리 담당자들의 인식을 조사하였다. 연구결과, 초기상담은 접수와 동일한 의미로 간주하고 있으며 접수 단계는 구체적으로 사례발견-사례관리 서비스 적격성 여부 판단(인테이크)-계약의 3단계로 구체화 된다. 사례관리 담당자들이 지정한 접수 단계의 문제점은 첫째, 인력의 한계로 인해 아웃리치와 같은 적극적인 사례 발굴에의 한계가 있고, 둘째, 매뉴얼 및 지침의 부재로 현장에서 습득한 노하우로 인테이크를 수행하고 있으며, 셋째, 인테이크 후 의뢰를 위해 연계할 수 있는 자원과 기관의 목록이 명확하지 않다는 점으로 도출되었다.

지금까지 살펴본 바와 같이 초기상담은 사례관리를 수행하는 첫 번째 관문이자 '발굴-초기상담(적격심사)-계약 및 의뢰'를 포괄하는 단계 중에서 상위 구조라는 측면에서 중요성이 지적되었다. 현재 사례관리 시스템은 초기상담과 관련이 높은 사례발굴의 경로 및 인적자원의 협소가 한계점으로 나타나서 사례발굴과 인적자원 확대를 위한 정책적 노력이 필요함을 시사한다. 또한 사례관리 대상 적격심사 과정에서 상담사의 내담자에 대한 충분한 정보는 적절성 판단에 미치는 영향이 크므로 상담사와 내담자 간 긍정적인 관계형성 및 내담자 정보에의 접근성이 담보되어야 한다. 그리고, 사례관리 중 계약 및 의뢰 단계에서 구체적인 자원 목록인 자원맵에 따라서 수행여부가 결정되므로 지역사회 내 자원맵 확보를 위한 정책적 지원이 필요한 것으로 나타났다.

나. 통합사례관리 관련 이론 및 선행연구

1) 사례관리(case management) 개념 및 특징

사례관리(case management)란 클라이언트의 복합적 욕구를 충족시키기 위하여 사례관리자(case manager)가 주체가 되어 클라이언트와 일차 집단의 기능을 향상시키고 공식적 자원과 비공식적 자원을 조직, 조정, 유지하는 활동을 말한다(Moxley, 1989). 사례관리는 휴먼서비스의 탈시설화로 지역사회에서 생활하는 클라이언트의 욕구를 확인하고 이를 충족시키기 위한 서비스를 제공하기 위한 방안으로 그 필요성이 제기되었다. 또한 지방분권화, 복합적인 욕구를 가진 클라이언트의 증가, 사회적 지지와 사회적 네트워크의 중요성에 대한 인식 증가, 기존 서비스의 분산성 등으로 인해, 각각의 기관에서 제공하는 다양한 서비스를 조정·통합할 수 있는 방법이 필요해짐으로써 사회복지사는 사례관리에 주목하게 되었다(Moxley, 1989). 이후 사례관리는 사회복지 전 영역에서 복합적인 욕구를 가진 클라이언트에게 꾸준히 사용되고 있다.

사례관리의 주요한 특징은 다음과 같다. 첫째, 사례관리는 새로운 방법론이 아니라 생태체계이론 및 임파워먼트(empowerment) 관점에서 직접적 개입과 간접적 개입방법을 통합한 접근이다. 둘째, 장기간의 서비스를 필요로 하는 다양하고 복합적인 욕구를 가진 클라이언트를 대상으로 문제해결과 치료보다는 욕구충족과 보호에, 시설보호보다는 지역사회보호에 초점을 둔다. 셋째, 사례관리는 기존의 서비스에 클라이언트를 맞추는 것이 아니라 클라이언트의 욕구에 서비스를 맞추고 있으며, 서비스의 효과성(effectiveness)과 효율성(efficiency)을 높이기 위해 지속적이고 포괄적인 서비스를 연계·조정하여 제공하고 모니터링을 실시한다. 넷째, 클라이언트의 사회적 기능과 자립을 극대화하기 위해서 사례관리자는 지속적인 보호를 통해 사례관리자의 클라이언트에 대한 책임성을 강화하고, 클라이언트와 사회환경과의 상호작용에 관심을 두어 다양한 지원체계의 광범위한 서비스를 활용한다(설진화, 2009).

사례관리와 전통적 실천방법은 분명한 차이점을 보여준다. 사례관리는 복합적인 욕구를 가진 개인과 가족을 대상으로 그들의 욕구 충족을 위해 공식적·비공식적 사회자원을 연결, 조정하는 활동인 반면, 전통적 실천방법은 사회적응에 장애가 되는 문제를 가진 개인을 대상으로 전문가가 행하는 개별적, 의도적 문제해결 과정을 통해 개인의

인성발달과 사회 적응 능력의 향상을 꾀하는 과정이다(권진숙·박지영, 2009). 따라서 사례관리는 전통적 실천방법과 차별성을 띄면서 사례관리 개입대상이 전통적 실천방법의 개입대상과 다름을 알 수 있다.

2) 사례관리의 이론적 모형

사례관리 모형은 사례관리를 시행하는 방법과 절차에 대한 구체화된 체계·틀을 의미하며 미국 정신보건분야에서 처음으로 개발된 사례관리 모형은 보건의료·간호·학교사회복지·노인 및 장애인 복지 등 다양한 휴먼서비스 분야에서 실제로 많은 이론적 모형이 제시·적용된다.

가) Early와 Poetner(1995) 모형

Early와 Poetner(1995) 모형은 사례관리 적용 대상이 되는 클라이언트 집단의 특수성을 제 일차적으로 고려하고 기관간의 연계가능성, 사례관리자의 역할, 근거가 되는 이론 등을 분석의 차원에 두고 재가치료·중개인·기관 연계팀·강점 등 4가지 모형을 제시하고 있다.

〈표 2-3〉 SED 아동 및 가족대상 사례관리모형의 유형과 기능

기능	재가치료모형	중개인모형	범학문적/관련기관연계 팀 모형	강점모형
사정	DSM-III-R에 의거	기능적 사정에 의거하여 서비스 욕구 확인	팀 구성원들 각각의 전문분야에 맞추어 종합적인 임상사정 실시	클라이언트의 강점을 사정
계획	정신보건센터 양식에 따른 치료/돌봄 계획 수립	사례관리자가 서비스 확인하여 연계	범학문적 팀이 서비스 계획을 수립하고 연계	보호자가 돌봄 제공을 위해 필요한 것 아동이 지역사회에서 스스로 적응하기 위해 필요한 것을 중심으로 목표 수립
옹호	아동 및 가족에게 필요할 것으로 판단되는 서비스를 얻는데 초점을 두고 옹호활동 전개	옹호활동은 다른 서비스제공자로부터 서비스 자격조건 및 서비스비용 지불계약의 유동성을 얻도록 하는데 초점을 두고 전개. 필요한 서비스를 새롭게 개발하기도 함	모든 기관의 관계자가 참여하여 서비스 제공에 동의하였기 때문에 별도의 옹호 활동이 불필요함	사례관리자는 클라이언트를 대신하여 서비스를 연계하고, 아동이 일반 활동을 할 수 있도록 교육서비스를 연계하며, 클라이언트 변화를 방해하는 요인을 변화시킴
점검	클라이언트의 피드백을 통해 평가	아동의 가출 서비스종결 등 위기상황 발생 시 서비스계획 수정	정기적인 팀 점검 실시	아동과 보호자와 함께 점검 실시

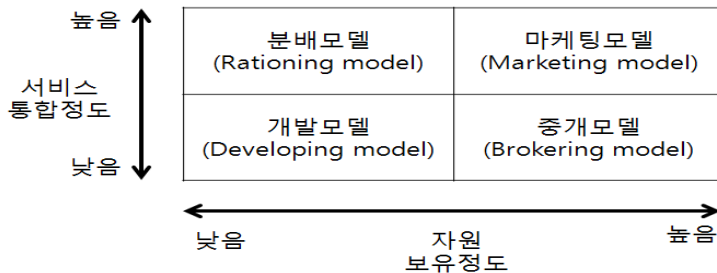
기능	재가치료모형	중개인모형	법학문적/관련기관연 계 팀 모형	강점모형
연계	클라이언트 욕구 발생 시 지역사회 내 기관에 연계(사례관리자의 수동적 태도)	계획에 명시된 서비스에 대해 가족이 인지토록 함. 비용보장을 포함한 의뢰 활동 등 사례관리자에 따라 다양함	사례관리자 1인이 서비스 연계를 모두 담당하기도 하고 부모가 담당하기도 하며 경우에 따라 다양함	서비스 및 자원연계의 내용을 계획에 포함함. 연계책임은 사례관리자, 부모, 아동 등이 지게 됨. 비공식 자원에 대한 확인도 포함해야 함

자료: 김승권 외(2012). 취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(3차년도) 재인용.

나) Moore(1992) 모형

Moore(1992) 모형은 사례관리를 시행하는 지역사회 환경적 특성을 고려하여 지역사회 자원보유의 정도와 서비스의 통합성 정도에 따라 마케팅·분배·중개·개발 등 4가지 모형을 제시하고 있다.

[그림 2-12] Moore(1992)의 사례관리모형



자료: 김승권 외(2012). 취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(3차년도) 재인용.

분배모형(rationing model)은 통합적인 서비스 환경이나 자원이 매우 적을 때 적합한 모형으로, 사례관리자는 효율적으로 자원을 분배하는 역할을 수행한다. 마케팅모형(marketing model)은 자원이 풍부하고 통합적인 서비스 환경에 적합한 모형이다. 마케팅은 클라이언트의 욕구에 맞게 서비스를 연결하는데 초점을 두는 모형으로 사례관리자는 클라이언트의 욕구에 맞게 서비스를 결정하고 서비스 전달이 잘 이루어지도록 한다. 개발모형(developing model)은 자원이 부족하고 서비스 통합수준도 낮은 상황에서 활용되는 모형으로, 사례관리자는 자원을 개발하고 통합하여 클라이언트에게 연계하는 역할을 수행한다. 중개모형(brokering model)은 자원이 많음에도 불구하고

하고 서비스 환경이 분절적일 때 적합한 모형이며, 사례관리자는 다양한 제공기관에 있는 서비스를 연계하여 클라이언트에게 제공한다(Moore, 1992).

다) Woodside & McClam(2006) 모형

Woodside & McClam(2006) 모형은 사례관리 목표, 서비스전달체계, 기타 상황 등에 따라 사례관리자의 역할이 상이한 것에 초점을 둔 것으로 역할기반 사례관리모형, 조직기반 사례관리모형, 책임기반 사례관리모형 등 3가지로 구성된다.

〈표 2-4〉 Woodside & McClam(2006)의 사례관리모형

구분	역할기반 사례관리	조직기반 사례관리	책임성기반 사례관리
목적	클라이언트는 사례관리자를 통해 복합적 욕구를 충족하는 다양한 서비스를 제공받음. 사례관리자는 서비스의 효과성과 질을 평가하고 치료서비스를 제공할 수 있음	사례관리자는 단일 장소에서 클라이언트의 욕구를 충족시킨. 포괄적 서비스제공은 전통적인 대가족의 형태와 유사함	사례관리자의 장/단기간 참여, 서비스조정, 자원봉사자의 도움, 클라이언트 임파워먼트를 증시함
책임성	사례관리자는 사례관리의 전 과정에 대한 책임이 있음	통합적 사례관리 제공. 클라이언트 맞춤형 사정 및 계획 수립. 사례관리자는 서비스조정 및 서비스제공전문가팀장 역할을 수행함	책임을 가진 개인/집단은 전문가 또는 서비스연계를 위해 조정, 사정서비스의 탐색, 다른 사회복지서비스 전달체계와의 연계를 제공함. 문제 정의, 계획, 서비스 이행은 또 다른 책임성임. 사례관리자는 서비스를 연계하고 유지하는데 있어서 도움을 제공하는 역할도 함
주요역할	중개자, 조정자, 상담가, 계획가, 문제해결가, 기록보관자 등	옹호자, 중개자, 조정자, 계획가, 문제해결가, 기록보관자 등	중개자, 조정자, 계획가, 문제해결가, 기록보관자 등
개입기간	클라이언트의 욕구에 따라 다름	사례의 복잡성에 따라 다름	위기 및 발달문제 발생기간동안 단기로 개입하거나 신체적, 정신적 질병 및 노인관련 문제의 경우에는 장기간 개입

자료: 김승권 외(2012). 취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(3차년도) 재인용.

라) 황성철(1995): 한국적 사례관리모형

황성철(1995)은 8가지 차원 즉 사례관리의 근본목적·사례관리기능·사례관리자역할, 사례관리자전문성과 교육정도·조직 내 사례관리자의 위치와 수퍼비전·사례관리

자의 담당 사례수·개별 또는 팀 접근·사례관리자의 자율성과 권한정도 등으로 나누어 단순형, 기본형, 종합형, 전문관리형 등 4가지 실행모형을 제시하고 있다.

〈표 2-5〉 황성철(1995): 한국적 사례관리 모형

구분	단순모형	기본모형	종합모형	전문관리모형
사례관리의 근본 목적	클라이언트와 지역사회 의 자원 및 서비스 연계	클라이언트와 지역사회 서비스의 연계, 클라이언 트의 동기 부여 및 자조 능력 배양 등을 위한 기 초적 상담서비스 제공	클라이언트의 문제 상황과 행동요인, 클라 이언트와 서비스 연계	직접적·간접적 서비 스 제공과 관리자로서 서비스 관리
사례관리의 기능	욕구 인식 및 사정, 사 례계획과 서비스연계, 서비스효과성 점검	적극적 사례발굴, 사 정, 계획, 개입, 서비스 연계, 상담, 서비스 점 검, 정보 및 교육 제공	Rothman의 15가지 기능 수행	기본적인 사례관리 기 능과 자원의 분배, 통 제, 의사결정 기능포함
사례관리자 역할	자원과 서비스 중개자	중개자, 상담자, 교육자, 지지도자, 서비스 점검자	자원과 서비스 중개자 상담/치료자, 교육자, 클라이언트 옹호자	연계자, 상담자, 치료자, 교육자, 관리자
사례관리자 교육 및 전문성정도	비전문가, 준전문가(전문 대 졸업자/훈련된 자원 봉사자)	준전문가, 신입 전문가 (전문대 졸업자/신입사회 복지사)	전문가(경력이 풍부 한 신입사회복지사)	특별 분야별 전문가
조직 내 사례관리자의 위치	기존의 조직과 업무수 행 부서에서 수행가능 (별도의 독립부서 설치 필요 없음)	기존의 조직 내에서 수행	독립된 사례관리 부서 설치	독립된 팀 형성
수퍼비전	전문가에 의한 엄격한 수퍼비전	경험이 많은 사회복지사의 수퍼비전이 필요	최소한의 수퍼비전	수퍼비전 필요 없음
사례관리자담 당사례수	100case 미만	30 case 내외	10~20 case	10 case 미만
개별/팀 접근	팀 접근도 가능하나 주로 개별적 접근	개별적 접근	개별적 접근	팀 접근
사례관리자 업무자율성 및 권위정도	자율적인 결정권이 없 음, 슈퍼바이저와 협의 요망	사례관리자의 자율성 이 어느 정도 보장됨	자율적인 의사결정 이 보장됨	전문 분야별 자율성이 보장되나 공동결정 요망

자료: 김승권 외(2012). 취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(3차년도) 재인용.

전반적으로 사례관리 이론은 고려 요인이 클라이언트 및 지역사회 환경적 특성, 사례관리 및 사례관리자 역할 또는 특성에 따라 구분된다. Moor는 지역사회 환경적 특성을 고려하여 지역사회 자원보유와 서비스 통합정도에 따라 구분하여 본 연구모형에 주는 함의가 크다. 지역에 따라 인적·물적 자원과 서비스 통합정도에 커다란 편차를 보이는 우리나라 사례관리 환경에 적용할 때 본 연구모형은 자원과 이에 따른 서비스 통합수준을 고려하여 지역별로 다른 모형이 적용될 필요가 있음을 시사하며, 이와 함

계 서비스 통합정도에 따라 단계별로 모형이 적용될 필요가 있음을 의미한다. 특히 Moor의 마케팅모형은 자원이 풍부하고 통합적인 서비스 환경에 적합한 모형 즉 클라이언트의 욕구에 맞게 서비스를 연결하는데 초점을 두는 모형으로 지역사회 내 위기사례에 대응하는 통합상담체계 모형의 지향점으로 적용되어야 할 것이다.

3) 사례관리 관련 선행연구

사례관리 연구는 인구집단 특성에 따른 전문 사례관리를 시작으로 서비스 전달체계의 공공성 확보 및 책임성 강화의 논의가 확대됨에 따라 공공 사례관리 연구로 발전·확대되었다. 한편 공공 사례관리체계에 대한 정부 및 복지수요자의 관심과 욕구는 커지는 반면, 민간영역에서 전문적으로 수행해오던 사례관리가 공공영역의 기능으로 전환됨에 따른 문제점이 연구의 주된 이슈로 나타났다. 이에 최근 연구들은 공공-민간협력의 사례관리체계를 통해 공공 사례관리 체계의 보완점을 모색하는 경향을 보이고 있다(홍선미, 2010; 홍선미, 2013; 민소영, 2015).

홍선미(2010)의 연구는 지역사회 내 저소득 위기가구를 대상으로 지역관리를 중심으로 한 다층적 사례관리체계를 제시하고자 하였다. 연구방법으로 관련 제도의 예산, 지원금액, 지원시기를 조사하였고 구체적인 사례로 빈곤위기가구를 지원하는 중앙정부의 민생안정대책, 긴급생계지원과 지자체 사례로 경기도 무한돌봄사업을 비교분석하였다. 연구 내용은 빈곤 위기가구 지원제도의 현황 및 문제점, 지역기반의 사례관리 모형 검토, 지역사회 통합 사례관리체계 방안으로 구성되어 있다. 연구결과로 지역사회 저소득 위기가구 지원체제로 다층구조형 사례관리체계를 제안하였다. 다층구조형 지역사회 기반 위기가구 지원체계의 특징은 첫째, 지역-기초-광역으로 연계되는 다층구조형 서비스네트워크를 구성함으로써 파편적으로 제공되던 서비스를 통합하고, 둘째, 민관협력에 기반한 지역관리센터의 운영으로 공적 영역의 한계를 극복하며, 셋째, 연계된 네트워크를 통해 복지자원의 양적, 질적 수준을 제고하고, 넷째, 지역관리 센터 및 권역별 네트워크에 전문인력을 배치함에 따라 사례관리의 전문성을 높이고자 하였다. 홍선미(2013)의 연구는 공공사례관리체계 도입에 따른 중앙정부, 민간복지기관의 기능 및 역할을 점검하고 개선방향으로 민-관 협력 체계에 기반한 공공사례관리체계를 제안하였다. 연구방법은 문헌연구로 수행되었으며, 공공사례관리체계 도입에 따른 중

양정부와 민간복지기관의 역할을 분석하였다. 주요 연구내용으로 중앙정부의 공공사례관리체계인 희망복지지원단의 사업내용, 공공사례관리체계 도입에 따른 국내 및 미국 민간복지기관의 역할 변화, 그리고 민-관 협력사례인 경기도 무한돌봄센터의 사례관리 체계를 분석하고 있다. 연구결과, 도출된 문제점은 공적 공공사례관리체계인 희망복지지원단의 경우 지역밀착형의 전문적인 사례관리 서비스가 어려운 단점이 있고, 민간 복지기관의 경우 서비스의 제공과 관리상의 어려움과 이에 따른 서비스 중복이 문제점으로 나타났다. 개선방안으로 경기도 무한돌봄센터와 같은 민-관 협력체계가 지역기반 사례관리 체계로 적절한 모형을 제시하며, 이를 위해 공적전달체계는 서비스와 자원을 총괄 관리하고, 지역 내 민간기관들은 조정 및 분배된 역할에 상응하는 전문 서비스를 제공하여 협력적 네트워크 체계를 구축하는 방안을 제안하였다.

민소영(2015)은 국내 사례관리의 역사적 발전과정을 점검하고 공공-민간의 협력적 관계를 제고하기 위한 현 사례관리 체계에의 쟁점을 제시하였다. 주요 연구내용은 사례관리가 시작된 1992년부터 현재에 이르기까지 공공과 민간영역의 역사적 전개과정을 고찰하고 이를 바탕으로 민간영역의 전문성과 공공영역의 폭 넓은 인프라에 기반한 압축적 성과를 개별 영역의 강점으로 진단하였다. 반면 공공과 민간의 중첩된 기능으로 인한 역할분담의 모호함과 민-관의 불평등한 협력구조를 문제점으로 도출하였다. 또한 이를 해소하기 위한 쟁점으로 첫째, 공공 영역에서 제공되는 분절적 서비스를 통합하기 위한 전산시스템 및 조정기관의 필요, 둘째, 공공 사례관리를 위한 실무중심 전문교육의 제공, 셋째, 공공-민간의 사례관리 역할 차별화, 넷째, 기존 민간사례관리 전문기관과 공공기관의 역할 분담을 위한 재정지원 방식의 변화를 대안으로 제시하였다.

최근 가족사회 환경 다변화로 인해 복합적인 복지욕구를 가진 개인·가족이 급증하고 있다. 이러한 복합적 욕구를 지닌 취약가구 및 개인의 욕구 해소를 위해서는 전통적 실천방법이 아닌 사례관리를 통한 개입이 효과적인 방법으로 나타났다. 이는 급증하는 위기사례의 해소를 위해 사례관리의 체계적·효율적 수행이 필요하며, 이를 위해 현 사례관리시스템을 진단하여 문제점과 개선방안을 도출하는 연구가 필요함을 의미한다. 이러한 연구문제로부터 시작하여 다수의 연구(홍선미, 2010; 홍선미, 2013; 민소영, 2015)가 사례관리를 수행하는 구체적인 방안과 역할에 대해 논의하고 있으며 대안으로 민간과 공공이 협력하는 민-관 협력 방식의 사례관리가 성공적인 방향임을 주장하며, 위기가구 및 개인에 개입하는 전달체계 모델을 제시하고 있다. 이는 지역사회 내

복합적인 욕구를 가진 위기가구 및 개인이 발생할 경우에 대비해 사례관리를 체계적·효율적으로 수행하는 모형이 필요하며 일환으로 공공-민간의 자원과 역할이 통합적으로 연계·조정되는 모델의 구상이 필요함을 시사한다.

다. 지역보호체계 관련 연구

지역보호체계 관련 연구는 사회복지 전달체계 측면에서 고찰하였다. 초기에는 개별 지자체의 역할 변화를 도모하던 연구에서 점차 범부처적 중앙정부 형태의 정책에 중점을 두어 연구가 수행되고 있다. 이러한 변화는 공공영역의 책임성을 강화해 복지 전달체계의 기능도 향상해야한다는 흐름에서 나타난 결과이다. 이를 반영하여 기존에는 지자체 조직의 인력과 조직형태에의 개편을 제안하던 방안에서 최근 연구들은 복지행정의 실질적인 효율성을 극대화할 정보시스템 구축 및 통합사례관리를 위한 인프라 구축을 정책 대안으로 제시하고 있다(강혜규 외, 2008; 정홍원 외, 2012; 강혜규 외, 2013).

강혜규 외(2008)의 연구는 사회복지 공공 전달체계인 「희망복지 129」의 세부모형 및 개편안 도출을 목적으로 연구를 수행하였다. 연구방법으로는 문헌연구와 사례조사를 수행했다. 문헌연구에서는 공공 전달체계의 현황 및 장·단기 추진과제와 외국의 복지 전달체계의 특징과 시사점을 분석하였다. 사례조사에서는 13개 시군구 사회복지 담당공무원을 대상으로 구조화된 설문지 조사를 수행하여 시군구-읍면동 중심의 사회복지 전달체계의 문제점을 조사하고, 공청회 개최를 통해 사회복지전달체계 개선점에 관한 의견을 수렴했다. 연구결과 「희망복지지원단」의 개편안으로 지자체별 복지수요에 대응가능한 시군구 단위 조직으로 「희망복지지원단」 설치하고, 읍면동 주민생활지원팀의 사회복지직을 ‘희망복지지원담당’으로 지정할 것을 제안하였다. 또한 민원상담기구인 「시군구 129 콜센터」를 운영하는 한편, 시군구 희망복지지원단의 전문 사례관리 인프라 확보를 위해 사회복지통합관리망을 구축하고 이를 통해 사례관리의 중복, 비효율, 업무지체를 해소할 것을 제안하였다.

정홍원 외(2012)는 지역단위 전달체계 개편에 따른 사회복지통합관리망의 개편방안을 마련하고자 연구를 수행했다. 연구방법으로 지역단위 복지전달체계가 개편된 국내 5개 지역사례(경기도 남양주시, 전라북도 완주군, 서울 노원구, 서울 서대문구, 서울 성동구)를 분석하고 4개국(영국, 프랑스, 독일, 호주)의 외국사례를 분석하였다. 주

요 내용은 지역단위 복지전달체계 현황, 기초자치단체 복지전달체계 개편방안, 사회복지통합관리망의 현황과 연계방안, 개편방안의 비교분석 등으로 구성되어 있다. 사회복지통합관리망의 개편방안으로 지역사회지원이음터의 설치(안), 통합복지행정센터의 설치(안), 읍·면·동주민센터의 기능 강화(안)을 논의하고 있다. 세부추진 전략으로는 첫째, 상이한 지역특성에 적합한 모형을 선택하고, 둘째, 사회복지 담당공무원의 지속적인 충원과 시·군·구·읍·면·동 단위의 역할을 분담하며, 셋째, 중앙정부 차원의 공통지침의 마련을 제시하였다.

강혜규 외(2013)의 연구는 국민 중심의 맞춤형 복지 전달체계 개편을 목표로 복지전달체계 개편모형을 마련하고자 하였다. 연구방법으로 읍·면·동 실태조사(복지담당공무원 2593명 사례조사)와 시·군·구 희망복지지원단 단장 및 통합사례관리사 실태조사(171명)를 실시하였다. 그리고, 업무일지 기록을 통한 실증분석(226 케이스)을 수행하였다. 읍·면·동 실태조사 결과, 도출된 문제점은 통합서비스 제공에의 어려움, 깔대기 현상 등으로 나타났다. 시·군·구 희망복지지원단 단장 및 통합사례관리사를 대상으로 개편(안)에 대한 실태조사를 수행한 결과, 기능보강형과 통합형, 거점형, 부분거점형²⁾ 중 기능보강형의 적절성과 실현가능성이 가장 높은 점수를 보여주었다. 업무일지 기록을 통한 실증분석의 결과, 담당인력의 부족으로 인한 업무 과중화가 가장 큰 문제점으로 분석되었다. 이를 종합하여 통합서비스를 위한 인프라의 부재, 일선복지행정의 업무 과중화, 종합행정을 위한 인적자원의 부족이 문제점으로 도출되었다. 개편모형으로 첫째, 동 주민센터의 복지 허브화 모형과 둘째, 군 지역의 희망복지지원단-보건의 연계 모형을 제시하였다. 개편 모형을 실천함에 있어 요구되는 전략으로 첫째, 동 주민센터의 기능을 지역차원의 사회보장 허브기관으로 강화하고, 둘째, 군 지역의 복지기능 강화를 위해 희망복지지원단의 역할을 강화하며, 셋째, 지자체 복지인력의 확충을 제시하였다.

2) 기능보강형은 현행 동 주민센터에 복지직 공무원을 확충하는 방안을 이르고 통합형은 동 주민센터 2~3개소를 통합하여 거점기관의 형태로 운영하는 방안을 이른다. 거점형은 동 주민센터 2~3개소의 복지담당인력을 활용하여 별도의 기관을 구성해 거점기관으로 활용하는 방안을 이르고, 부분거점형은 권역 센터를 시·구에 설치하여 동 주민센터는 신청과 접수 업무를 담당하고 권역센터는 통합사례관리 업무를 수행하는 방안을 이른다(강혜규 외(2013), 14p).

제 3 장

위기사례 분석: 사례관리과정별 접근

제1절 위기사례 분석대상 및 분석 틀

제2절 위기사례별 개입과정 분석

제3절 소결

3

위기사례 분석: << 사례관리과정별 접근

제1절 위기사례 분석대상 및 분석 틀

1. 위기사례 분석대상

본 장에 분석한 위기사례 분석대상은 다음과 같은 기준으로 선정되었다. 첫째, 자살이나 학대 또는 폭력 등의 위기 상황을 경험한 가구에 대해 진행된 사례관리과정이다. 둘째는 종결이 이루어진 사례이다. 세 번째는 공공과 민간의 자원이 협력하여 개입된 사례이다. 이것을 토대로 진행된 사례는 <표 3-1>과 같다.

이들 사례는 희망복지지원단, 종합사회복지관, 남양주희망케어센터, 아산시보건의료 등 다양한 주사례기관을 통해 선정된 사례이기 때문에 일반화에 다소 제한될 수 있다. 또한, 모든 사례가 사례관리목표 달성을 통하여 종결까지 이루어졌기 때문에, 사례관리 진행이 어려워 도중에 중단된 사례로부터 도출할 수 있는 실패의 요인을 발굴하는데 한계가 있다.

<표 3-1> 사례가구 특징

사례번호	사례가구의 특징
1	가정폭력과 주거 위기가구
2	아동학대 위기가구
3	아동학대와 자살충동 위기가구
4	자살시도한 1인가구
5	알코올 의존증과 자살시도 위기가구
6	알코올 의존증 및 우울증과 자살생각 위기가구

2. 위기사례 분석방법 및 분석틀

위기사례 분석틀은 위기가구에 대해 개입된 사례관리과정에 따른다. 사례관리과정

은 다양한 학자들에 대해서 제시되어 왔다(민소영, 2012).

Moxley(1997)는 사례관리의 수행 기능을 연속적인 문제해결모델(sequential problem-solving model of helping)의 맥락 속에서 파악해야 한다고 제안하였다. 그리고 사례관리의 핵심 기능을 사정, 계획, 개입, 점검, 평가라고 제시하였다. 이러한 내용은 NASW(National Association of Social Workers)가 제시한 사례관리 수행을 위해 마련된 전문적 기준에도 부합된다고 하였다. 이 외에 Rothman(1991)도 정신보건분야를 포함하여 일반적인 서비스 분야에서 적용될 수 있는 사례관리 수행의 체계적 모형을 제시하였다. 사례관리를 개별 클라이언트에게 직접적으로 치료와 상담을 제공하는 미시적 기능과 기관의 서비스와 비공식적 원조망의 지지체제로 클라이언트를 연결하는 거시적 기능을 통합시켜서 현장에서 실천되는 사례관리의 모형을 정립하였다. 이 모형에서는 총 14가지의 사례관리 기능이 제시되었다. 사례 발굴과 의뢰, 인테이크, 사정, 목표설정, 개입 계획설정, 자원파악과 목록화, 자원 연계, 점검, 재사정, 평가, 기관간 조정, 상담, 치료, 옹호 활동이 포함되었다. 이 기능들은 시간적 과정 속에서 연속적인 단계를 거치되, 각 기능들은 서로 분리되어 있지 않고 상호 관련되면서 중첩되어 발생하기도 한다고 설명하였다.

국내의 사례관리의 기능을 단계적 과정으로 제시한 연구들도 상당하다. 이영실(1998)은 기존 문헌들을 고찰하여 정신장애사례관리의 공통적 과정이 사정, 계획, 연계, 지속적 점검 및 평가, 옹호로 제시되었다고 제시하였다. 그리고 이를 기반으로, 우리나라의 지역사회정신보건 실천 현장에서 수행될 수 있는 사례관리의 실제적 과정을 3단계로 제시하였다. 여기에는 클라이언트의 욕구 및 기능과 자원 사정 과정, 클라이언트에게 직접 및 간접적 실천을 수행하는 개입 과정, 클라이언트의 효과성과 서비스를 지원한 관리체계의 평가 과정이 포함되었다.

사례관리를 연속적 과정이라고 보려는 노력은 정신보건 분야에도 해당된다. Intagliata(1982)는 정신보건사례관리 기능이 연속적인 흐름 속에서 이루어지는 일련의 과정(process)이라고 정의하였다. 특정 대상이나 구조와 관계없이 공통적으로 수행되는 5가지의 복합적 기능이 있다고 제시하였다. 첫째, 클라이언트의 욕구사정, 둘째, 포괄적인 서비스 계획 개발, 셋째, 서비스 배치, 넷째, 서비스 점검, 다섯째, 평가와 사후관리를 언급하였다. 이러한 기능들은 특정 상황과 무관하게 거의 모든 사례관리 체계에서 수행되는 것이라고 하였다. Sands(2001)도 정신장애인을 위해 지역사회보

호를 수행하는 사례관리의 기본적 기능으로써 사정, 계획, 연계, 점검을 언급하였다. 이 외에 옹호 기능을 추가하였다.

낮 병원 정신질환자의 재활을 위한 사례관리 과정 연구(이영호, 1997)에서는 사례관리 과정을 사정, 목표설정, 중재계획, 연결, 점검으로 구분하였다. 정신보건센터에 등록된 지역거주 만성정신질환자를 대상으로 진행된 사례관리 연구에서는(이정숙·김수진, 2002) 가정방문과 의뢰, 등록, 개별화된 대상자 사정, 서비스 계획 설정, 직접 및 간접서비스 제공, 평가의 과정을 제안하였다.

만성 정신장애인 대상 사례관리의 전문성 강화를 위해 개발된 사례관리 프로그램 연구(서진환, 2004)에서는 사례관리의 과정을 총 6단계로 구분하였다. 여기에는 관여, 사정, 목표설정 및 계획, 수행과 조정, 점검과 재사정, 그리고 평가와 종결의 단계가 포함되었다. 먼저, 관여 단계에서는 클라이언트와의 라포형성 및 서비스 소개와 계약을 수행한다. 사정 단계에서는 클라이언트와 자원을 사정한다. 목표설정 및 계획 단계에서는 달성하려는 장단기 목표를 설정한다. 수행과 조정 단계에서는 클라이언트와 자원을 연결하고 옹호하며 클라이언트의 내적 자원을 개발한다. 점검과 재사정 단계에서는 앞서 진행한 사정과 계획을 점검하고 수행결과를 점검한다. 마지막으로 평가와 종결 단계에서는 결과를 평가하고 종결을 하며 사후관리의 계획을 세운다. 보건복지부·한국보건복지인력개발원(2011)에서 제시한 위기가구사례관리 업무 매뉴얼에서도 사례관리의 과정을 대상자 발굴 및 관리, 욕구조사, 계획수립, 실행, 평가 및 종결 그리고 사후관리라는 일련의 연결된 과정으로 제시하였다.

이상의 내용을 종합하여 살펴볼 때, 시간적 연속성을 고려하는 사례관리의 과정은 발굴 및 의뢰, 욕구사정, 서비스계획, 서비스 의뢰와 제공, 점검, 평가, 종결, 사후관리로 구분할 수 있다. 물론 이러한 과정은 순차적이고 단선적인 과정이라기보다는 순환적이며 월차(越次)적일 수 있다.

제2절 위기사례의 사례관리과정별 개입과정 분석

1. 가정폭력과 주거 위기가구

가. 사례개요

계부의 가정폭력으로 가족구성원(모(42세), 자녀2(자녀1-20세, 자녀2-7세))이 일시 보호시설에서 보호를 받게 된 가정이다. 모와 동생이 지속적으로 가정폭력을 당해왔으며, 그로 인해 가족구성원 모두가 가출하여 일시보호시설에서 임시보호를 받고 있다.

나. 사례관리개입과정

1) 발굴

지역 소재의 가정폭력상담소로부터 희망복지지원단에 의뢰되었다. 일시보호시설에서 퇴소를 해야 하지만 당장 거처할 거주지가 없으며 생계를 유지할 수 있는 수단이 없어서 긴급하게 의뢰되었다.

2) 욕구사정

가족 전체를 대상으로 필요한 서비스 욕구를 사정하고 필요한 역량을 개발시키기 위한 욕구 사정이 이루어졌다.

〈표 3-2〉 욕구사정 결과: 가정폭력 가구

개입 단위	주요 욕구
가족	머물 수 있는 주거지 필요 생계비 마련
자녀1(20세)	대학과 자격증 취득 사이에서 진로 고민
자녀2(7세)	계부로부터 친권을 획득하여 모가 양육할 수 있는 상황 만들기

3) 서비스 목표와 지원계획

위기가구가 가지는 다양한 분야의 욕구를 해소하고 이들의 역량을 강화하기 위한 다각적인 서비스 지원계획이 이루어졌다. 직접적인 서비스 제공보다는 지역 사회자원을 발굴하고 연계하는 서비스 지원계획이 주를 이루었다.

〈표 3-3〉 서비스 지원계획: 가정폭력 가구

서비스 목표	지원계획
자녀1과 모의 소득활동	- 자녀1과 모에 대한 일자리 연계 - 비정기적 후원물품 연계
자녀1의 진로 결정	- 대학진학과 자격증 취득 사이의 고민을 함께 수행하고 계획
자녀2의 친권획득	- 법률적 지원연계
자녀2의 유치원 부대비용 마련	- 지정후원자 연계
주거지 마련	- 소득활동을 통하여 월세 마련 기회 획득

4) 서비스 제공과 점검

사례관리를 수행하는 과정 동안 정기적 점검 회의를 3차례 진행하면서 사례관리 진행 과정을 점검하였다. 점검회의 동안에는 모와 자녀1의 취업과 이를 통한 경제적 부담감 감소, 무료법률상담 연계 점검, 자활교육진행, 대상자 모의 근로유지관련 등의 다양한 이슈를 논의하였다.

〈표 3-4〉 서비스 제공 및 점검: 가정폭력 가구

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
자녀1과 모의 소득활동	-일자리 연계 :모-지역 내 개인상점에 취업 :자녀1 -인근 편의점에서 아르바이트. 학원 교육시 필요경비로 사용 -경제적 부담 경감 :비정기적 후원물품(쌀, 라면)을 지원하여 식생활에 필요한 경제적 부담감을 감소시킴
자녀1의 진로 결정	-자활교육 연계 :간호조무사 자격증 취득 과정 참여
자녀2의 친권획득	-무료법률상담소를 연계하여 자녀2의 친권 관련한 무료법률상담을 진행
자녀2의 유치원 부대비용 마련	-지정후원과 비정기적 후원물품을 지원 :개인결연 후원자를 매칭하여 자녀2앞으로 매월 10만원을 지원하였으며, 이 금액은 유치원 부대비용으로 사용
주거지 마련	-모 직장의 사장님의 배려로 지역 내 월세집 마련하고 모의 월급으로 월세를 지불

5) 평가와 종결

가족의 경제적 문제와 주거의 문제가 해소되면서 기대한 정도의 목표가 달성되었다고 판단되어 종결되었다. 처음에 의뢰되었던 위기 상황인 거주지 마련이라는 단선적 목표보다는 다각도의 목표 설정과 서비스 지원이 이루어졌다. 결국 경제활동을 통한 소득 마련이라는 자립역량이 강화되면서 보다 지속가능한 가정으로 변화하여 긍정적으로 종결될 수 있었다.

〈표 3-5〉 평가 및 종결: 가정폭력 가구

서비스 목표	평가
자녀1과 모의 소득활동	모-지역내 개인상점에 취업하여 소득활동을 수행 자녀1-아르바이트를 하면서 자활교육을 받다가 간호조무사로 취업 모와 자녀1의 취업으로 가정 내 소득이 증가하여 경제적 어려움이 감소됨
자녀1의 진로 결정	간호조무사 자격증을 취득하여 인근 지역병원에 간호조무사로 취업
자녀2의 친권획득	친권관련 자문을 받았으나 친권에 대한 획득을 하지 못하였음. 다만 모의 양육하에 초등학교에 재학 중임
자녀2의 유치원 부대비용 마련	결연후원자와 연계되어 교육비에 대한 후원금이 마련됨
주거지 마련	모의 직장 사장의 배려로 월세 집을 마련하였으며, 사장님이 도와주신 비용은 늘어난 소득으로 조금씩 상환하고 있음

6) 사례관리 개입의 성공 요인

이 사례의 개입 과정에서 나타난 성공 요인은 첫째, 긴급한 위기대응기관-가정폭력상담소-와 생활안정화를 위한 포괄적 대응기관-희망복지지원단-사이에서 원활한 연계가 이루어졌다는 것이다. 둘째, 위기가구에 대한 개입 방향을 위기 요인-가정폭력으로부터 탈출과 주거 상실-에 단순한 대응에서 멈추지 않고, 지역 내에서 위기가구가 자립생활역량을 가질 수 있도록 다양한 지역사회자원을 연계하였다는 점이다.

2. 아동학대 위기가구

가. 사례개요

이혼 후 두 아이(자녀1-8세, 자녀2-6세)를 키우는 한부 가족이다. 공황장애를 가지

고 있는 부(46세)는 알콜섭취 시 폭력적이며, 특히 자녀1에 대하여 아동학대 상황이 나타난다. 자녀1은 심각한 분리 불안을 느끼고 있으며, 유분증, 학습저하 등의 문제와 함께 ADHD 판정을 받았다.

나. 사례관리개입과정

1) 발굴

자녀1의 초등학교 담임으로부터 아동 방임과 학대가 의심된다며 아동에 대한 개입을 희망복지지원단에 요청하면서 의뢰되었다.

2) 욕구사정

가족 전체를 대상으로 필요한 서비스 욕구를 사정하고 필요한 역량을 개발시키기 위한 욕구 사정이 이루어졌다. 이 외에도 가족 주변의 비공식적 체계(고모)와 공식적 체계(학교)등 다양한 범위에 걸쳐 포괄적 사정을 수행하면서 클라이언트 상황에 대한 객관적이고 논리적 사정을 수행하기 위해 노력하였다.

〈표 3-6〉 욕구사정: 아동학대 위기가구

개입 단위	주요 욕구
자녀1	내 학교생활에 대한 아버지의 관심(알림장 사인)
부	학교 및 가정 생활에 대한 자녀1의 적절한 적응
가족	부와 자녀1의 정신적 문제 완화

3) 서비스 목표와 지원계획

위기가구가 가지는 다양한 분야의 욕구를 해소하고 이들의 역량을 강화하기 위한 다각적인 서비스 지원계획이 이루어졌다. 서비스 지원 계획 시 외부의 공식적 자원 외에도 비공식적 자원을 포괄적으로 고려하여 지원계획이 이루어졌다. 외부의 공식적 자원은 직접적인 서비스 제공보다는 지역자원을 발굴하고 연계하는 간접적 제공을 통한 서비스 지원계획이 설정되었

다. 이러한 서비스 계획은 사례관리를 진행하면서 학대가정에 대한 개입의 관점을 어떠한 방향으로 취해야 할지에 대한 외부 수퍼비전 속에서 보다 더 구체화되었다. 외부 수퍼비전을 통하여 아동학대가정을 ‘분리보호’라는 기계적 대응보다는 ‘지역체계 내의 보호’속에서 이루어질 수 있도록 지역 내 다양한 자원을 활용하는 사례관리 계획을 세우도록 유도되었다.

〈표 3-7〉 서비스 목표 및 지원계획: 아동학대 위기가구

개입체계	서비스 목표	지원계획
자녀1	심리증상에 맞는 치료 참여	정신적 증상에 대한 치료 연계
	생애주기발달에 필요한 문화 및 학습 환경 마련	-연령에 맞는 가구 및 생필품 갖추기
부	심리증상에 맞는 치료 참여	정신적 증상에 대한 치료 연계
	양육태도 향상	부모교육과 양육 상담 연계
환경	주거환경 개선	-주거환경 개선과 주거이전
	경제적 조건 개선	-식사 및 반찬 지원 -치료비 지원, 생필품 지원, 각종 공적서비스 정보 안내

4) 서비스 제공과 점검

방임과 학대의 정황이 포착될 수 있는 환경에 노출되지 않도록 부와 자녀1에 대한 밀착적 개입이 진행되었다. 특히, 방임과 학대의 문제를 인정하려하지 않는 부의 저항을 극복하여 사례관리 과정에 개입시키고자 부와 신뢰관계를 쌓기위해 사례관리자의 적극적이고 밀착된 관계 개입이 약 2달 이상 진행되었다. 주 1회 이상 전화 및 방문상담을 진행하면서 신뢰관계를 공고히 하기 위해 노력하였다. 서비스의 연계 이후에는 기관 담당자(병원, 정신건강증진센터, 치료센터, 드림스타트, 학교, 복지관, 동주민센터, 구청 등)와 월1회 이상 소통하며 클라이언트의 참여 과정을 모니터링 하였다.

〈표 3-8〉 서비스 제공 및 점검: 아동학대 위기가구

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
자녀1, 부의 심리증상에 맞는 치료 참여	-정신건강증진센터에 월 2회 이상 상담 및 확인 -정신과 병원 진단 및 월 1회 이상 정기적 치료 -심리치료센터 주 1회 상담 -부가 자녀1의 병원과 심리치료센터 동행
생애주기발달에 필요한 문화 및 학습환경 마련	-육아용품(책, 장난감 연계) -드림스타트 연계하여 태권도 주 3회 참여, 학습지 지원

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
	-복지관 공부방 주1회 이상 이용
양육태도 향상	-심리치료실과 정신과병원에서 가족상담 및 부모상담 월 1회 이상 진행 -자녀1에 대한 부의 안전한 양육 행위를 모니터링하기 위해 학교/복지관, 공부방/심리치료실 주 3회 이상 모니터링
주거환경 개선	-매입임대에 대한 정보전달 -책상지원 -도배장판지원 검토
일상생활과 경제생활 조건 개선	-방학 중 주민센터의 식사쿠폰과 복지관의 반찬서비스 지원 -드림스타트와 구청(희망복지서비스팀)과 연계하여 진단비(30만원) 및 치료비 지원

5) 평가와 종결

자녀에 대한 부의 아동학대 상황이 호전되면서 기대한 정도의 목표가 달성되었다고 판단되어 종결되었다. 또한 이러한 긍정적 상황이 지속적으로 유지될 수 있도록 지역 내에서 다양한 자원체계(학교, 복지관)가 안전망을 형성하여 지속적이고 유기적으로 작동될 수 있도록 하였다.

〈표 3-9〉 평가 및 종결: 아동학대 위기가구

서비스 목표	평가
자녀1, 부의 심리증상에 맞는 치료 참여	자녀1-유분증(자신도 모르게 옷에 변을 보는 행위) 감소, 악몽 횟수가 줄면서 심리 상태 호전 부-음주 감소와 이로 인한 공황장애발작 감소, 심리치료서비스에 자녀1과 동행하여 참여, 지역자원의 다양한 정보 활용 능력 증가
생애주기발달에 필요한 문화 및 학습환경 마련	자녀1-기초학습능력의 향상
양육태도 향상	부-자녀1에 대한 폭행 중단, 자녀1의 긍정적 변화에 즉각적 반응과 개입 노력 증가
주거환경 개선	주거이전과 도배장판을 통한 주거환경 개선
일상생활과 경제생활 조건 개선	치료비 마련 식사생활 개선

6) 사후관리

종결 후 3개월간 구청의 사례관리팀과 동 주민센터의 담당자가 함께 가정에 대하여 정기적으로 모니터링을 진행하였다. 즉 사례관리를 실시하는 주체(구청)와 사후관리를 실시하는 주체(동 주민센터) 사이의 연계를 통하여 보호의 지속성을 위해 협력함으로

써, 사례관리 동안 나타난 긍정적 성과가 지속적으로 유지될 수 있도록 하였다.

7) 사례관리 개입의 성공 요인

이 사례의 개입 과정에서 나타난 성공 요인은 첫째, 위기상황 -방임과 학대-이 재발되지 않도록 사례관리자가 밀착적이고 빈번한 접촉을 통하여 위기가구와 신뢰관계를 구축하면서 사례관리를 수행하였다는 점이다. 둘째, 이 가구의 복합적 어려움을 대응하기 위해 지역 내 다양한 서비스 기관들의 자원을 연계시키고, 이 기관들과 지속적으로 접촉하면서 사례관리 진행 과정을 공동으로 모니터링하였다. 셋째, 사례관리 과정의 종결 이후 지역 내 기관들과 체계적인 사후관리 과정을 구축하여 위기가구에게 나타났던 긍정적 성과가 지속될 수 있도록 노력하였다. 넷째, 아동학대에 대하여 분리보호보다는 지역 내 다양한 서비스 자원의 결합을 통한 포괄적 개입이 필요하다는 것을 외부 슈퍼비전 체계를 통하여 구체적으로 습득하고 적용하였다.

3. 아동학대와 자살충동 위기가구

가. 사례개요

5자녀를 키우는 재혼 가정이다. 5명의 자녀(자녀1-11세, 자녀2-8세, 자녀3-7세, 자녀4-3세, 자녀5-1세)는 부가 모두 다르며, 이 중 5번째 아이의 아버지가 현재의 남편(30세)이다. 이혼정리가 되지 않은 채 현재의 남편을 만났기 때문에, 전 남편의 호적에 나머지 4명의 자녀가 등재되어있다. 이 중 자2은 입양되었다 파행되었다. 현 남편은 음주문제가 있으며, 음주 시 자살충동을 느껴서 경찰이 출동한 경우도 있다. 그리고 교도소에 수감되었다 출소되기도 하였다. 엄마(30세)는 돌봄 부담과 경제적 부담 속에 있다. 자녀들은 심리적 불안 상태가 심하였다. 자녀들에 대한 방임 때문에 아동보호전문기관에서 개입하였다.

나. 사례관리개입과정

1) 발굴

이 사례의 초기발굴은 아동학대로 신고되었고 동주민센터로부터 종합사회복지관에 의뢰되었다.

2) 욕구사정

가족 전체 외에 그 동안 위기 가구에 개입하였던 다양한 공식 및 비공식적 체계(어린이집, 학교, 지역아동센터, 아동보호전문기관, 드림스타트, 관리사무소, 교회)를 대상으로 클라이언트 가구의 상황에 대하여 사정이 이루어졌다.

〈표 3-10〉 욕구사정: 자살충동 가구

개입 단위	주요 욕구
자녀1~4	심리적 불안 감소, 유치원 및 학교생활 적응
부	양육부담 완화와 양육방법 습득, 자살충동 억제, 부부관계 개선, 직업생활
모	양육 부담 완화와 양육방법 습득, 부부관계 개선, 직업생활
가족	-비위생적 주거 환경 변화, 다자녀가구가 살 수 있는 거주 공간 마련 -각종 공과금 지불 -전 남편과 법적으로 이혼하여 가족관계 정리

3) 서비스 목표와 지원계획

위기가구가 가지는 다양한 분야의 욕구를 해소하고 이들의 역량을 강화하기 위한 다각적인 서비스 지원계획이 이루어졌다. 서비스 지원 계획 시 외부의 공식적 자원은 직접적인 서비스 제공보다는 지역자원을 발굴하고 연계하는 간접적 제공을 통한 서비스 지원계획이 설정되었다.

〈표 3-11〉 서비스 목표 및 지원계획: 자살충동 가구

개입체계	서비스 목표	지원계획
자녀 1~4	심리적 안정	발달검사 심리언어관련 재활치료 연계

개입체계	서비스 목표	지원계획
		인지-심리치료
	유지원 및 학교생활 적응	-학습지도서비스 연계
자5	건강한 출산	-출산준비교육 연계 -출산용품지원
부, 모	양육태도 향상	부모상담서비스와 부모교육 연계
	부부관계 개선	부부상담서비스 연계
	구직	직업훈련서비스 및 일자리 연계
부	심리적 안정	신경정신과 치료 연계 정신건강증진센터 연계로 약물복용 관리
가족	가족간 애착관계 형성	가족공동프로그램 연계
	가족관계 정리	-무료법률구조공단연계
	주거환경 개선과 적절한 거주공간 마련	-무상가구지원서비스 연계
		-집안생활유지방법에 대한 교육
		-월세체납 해결 -매입임대주택신청
	기초생활과 경제적 조건 개선	-생계비지원 -후원 모집

4) 서비스 제공과 점검

계획된 서비스가 대상가구에게 적절하게 제공되어 진행되는지를 점검하기 위하여 다양한 주체들과 접촉을 시도하였다. 대상가구와 연계되어 있는 이웃, 교회, 친인척은 물론 연계기관(드림스타트) 담당자와 공동방문을 실시하여 가정환경을 꼼꼼히 살펴보았다. 또한, 병원이나 치료기관에 결석하게 되면 사례관리자에게 즉시 알려주도록 요청해두었다. 법적 문제를 의뢰한 변호사에게는 사례관리자에게 팩스로 진행상황을 통보해주도록 요청해두었다.

〈표 3-12〉 서비스 제공 및 점검: 자살충동 가구

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
심리적 안정	장애아동재활 바우처로 심리발달센터 치료서비스 연계 드림스타트 미술치료 연계
유지원 및 학교생활 적응	-드림스타트 연계하여 학습지 지원 및 방학기간 프로그램 참여
건강한 출산	-보건소의 예비맘 교실 참여 -대한적십자사에서 출산용품 지원 -드림스타트에서 양육관련 교육 지원 -노인인력개발센터에서 아이돌봄 서비스 신청자로 등록
양육태도 향상	-아동보호전문기관의 부모상담 연계 -드림스타트 부모교육과 자조모임 연계
부부관계 개선	-건강가정지원센터의 부부상담서비스 연계
구직	-지역자활센터의 직업훈련 연계(모-간호조무사 자격증, 부-대형운전면

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
	허 자격증 훈련 참여) - 집수리사업단 참여하여 자활의지 고취
심리적 안정	-신경정신과, 정신건강증진센터, 병원 등을 통하여 치료 서비스 연계 -정신건강증진센터에 자살대상자로 등록하고 정기적 방문상담 진행
가족간 애착관계 형성	-아동보호전문기관의 가족체협 프로그램 연계
가족관계 정리	-OO지방법원 변호사회를 통하여 전 남편과의 이혼 처리 진행 -유전자 검사비 지원
주거환경 개선과 적절한 거주공간 마련	-재활용센터에서 장롱 및 수납가구 지원 -정리정돈방법 교육 -대한적십자사의 생활지원으로 채납된 월세 일부 해결 -사례관리자의 중재로 집주인과 채납된 월세금액 조정 -아름다운가게 희망나누기 주거지원과 연계 -주택공사와 논의하여 취약계층 긴급주택 대상으로 선정되어 매입임대주택으로 이사 -청소 및 소득 지원
일상생활과 경제적 조건 개선	-고모와 작은아버지와의 관계망을 형성하여 일상생활 도움받음 -자녀 의류, 쌀, 동절기 김장김치, 밑반찬 지원 - 공무원 초과수당 모금을 통해 채납된 공공요금 지원

5) 평가와 종결

자녀들에 대한 부모의 양육태도가 호전되고, 부모의 경제능력이 향상되며 다자녀를 양육할 수 있는 적절한 거주공간이 확보되면서 기대한 정도의 목표가 달성되었다고 판단되어 종결되었다. 또한 이러한 긍정적 상황이 지속적으로 유지될 수 있도록 지역 내에서 비공식적 지지체계(고모, 작은아버지)와의 안전망을 형성할 수 있도록 하였다.

〈표 3-13〉 평가 및 종결: 자살충동 가구

서비스 목표	평가
자녀들과 부의 심리적 안정	-심리 치료 서비스에 지속적이고 정기적으로 참여 -심리정서적으로 안정된 모습이 나타남
유치원 및 학교생활 적응	-안정적인 출석 -자녀1은 영재반에 발탁
건강한 출산	-출산준비교실에 적극적으로 정기적으로 참여 -산후조리를 제공받음
양육태도 향상	모의 자조모임에 적극적으로 참여
부부관계 개선	모와 부가 서로 좋은 가정을 유지시키고자 하는 의지 유지
구직	집수리 사업단에 참여하면서 자활 의지 유지
가족간 애착관계 형성	자녀 방임문제 해소
가족관계 정리	이혼 및 친생자부존재 소송의 판결을 앞두고 현재의 남편과 혼인신고가 가능해졌음
주거환경 개선과 적절한 거주공간 마련	-매입임대주택으로 이사 -청결한 집안 상태 유지

서비스 목표	평가
일상생활과 경제적 조건 개선	-필요물품(의복, 쌀, 김장김치, 밀반찬 등) 을 지원받음 -고모와 작은아버지와 비공식적 지지체계 마련 -채납된 공과금 해결

6) 사후관리

종결 후 동 주민센터, 그리고 자녀들에 가장 많은 서비스를 제공하고 있는 드림스타트가 지속적으로 모니터링 할 수 있도록 하였다.

7) 사례관리 개입의 성공 요인

이 사례의 개입 과정에서 나타난 성공 요인은 첫째, 위기가구의 복합적 욕구에 대응하기 위해 지역 내 공식적 자원 기관 외에 비공식적 자원을 동시에 고려하여 사례관리 개입을 시도하였다는 점이다. 둘째, 앞서 다른 사례에서도 나타났듯이, 사례관리 과정의 종결 이후 지역 내 기관들과 체계적인 사후관리 과정을 구축하여 위기가구에게 나타났던 긍정적 성과가 지속될 수 있도록 노력하였다.

4. 자살시도한 1인가구

가. 사례개요

자살을 시도한 1인 남성(58세) 가구이다. 소아마비로 인해 어렸을때부터 장애를 가지고 있다. 한해 전에 오른 손 수술과 교통사고가 겹쳐서 올해 소득활동을 전혀 하지 못하였고, 관리비가 연체되어 퇴거 소송위기에 있는 상태이다. 아들(20대 중반)에게 경제적 지원을 요청하였으나 거부당했다. 경제적 문제로 정신적 스트레스가 극심하며 결식으로 영양 부족 문제가 나타나고 있다.

나. 사례관리개입과정

1) 발굴

옆집 주민의 연락을 받은 통장이 종합사회복지관에 의뢰하였다.

2) 욕구사정

클라이언트 개인을 상대로 주변의 도움 체계를 사정하였으며, 관찰을 통하여 클라이언트의 상황을 파악하였다.

〈표 3-14〉 욕구사정: 자살시도한 1인가구

개입 단위	주요 욕구
본인	-관리비 해결 -생계를 유지할 수 있는 일거리 마련

3) 서비스 목표와 지원계획

경제적 문제로 인한 극심한 스트레스를 해소하기 위한 지역자원(자살예방센터)의 연계를 시도하면서 동시에 당장 퇴거조치를 당할 수 있는 상황을 해소하기 위한 긴급 지원 등의 계획을 동시에 수행하였다. 긴급 지원에 대한 계획은 민간 자원의 동원 외에 공적 자원 체계의 동원을 함께 고려하였다.

〈표 3-15〉 서비스 목표 및 지원계획: 자살시도한 1인가구

개입체계	서비스 목표	지원계획
본인	영양상태 호전	식사 지원
	생계 유지수단 마련	-일거리 찾아서 구체적 계획세우기
	경제생활비(생계비, 주거비, 의료비) 마련	-후원금 연계 -긴급생계비를 통한 현금지원 연계
	자살생각 감소	-자살상담서비스 연계

4) 서비스 제공과 점검

사례관리가 진행되는 동안 자살시도가 이루어졌으며, 자살이 이루어진 이후에 자살 시도 후유증으로 병원에 입원하여 간병 도움이 필요하는 등 새로운 경제적 어려움이 발생하였다. 이것을 위해 지역 내 무료서비스를 발굴하여 연계하였다. 이 외에도 경제적 어려움을 해소하기 위하여 다양한 사회복지제도 및 지역자원을 적극적으로 발굴하여 활용하였다. 반면, 자살 생각에 대한 정신적 개입을 위하여 자살예방센터로 연계하였으나, 이용자가 거부하여 어려움을 겪었다

〈표 3-16〉 서비스 제공 및 점검: 자살시도한 1인가구

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
영양상태 호전	도시락 배달
생계 유지수단 마련	-트럭을 할부로 구매하여 과일 장사 시작 -지역복지관을 통하여 로타리 클럽에서 외부후원금(월 10만원) 연계 -구청의 긴급생계비(월 40만원) 지원서비스 연계
경제생활비(생계비, 주거비, 의료비) 마련	-아들의 경제적 지원 거부와 관련하여 법정부양비청구 소송에 대한 정보 안내 -긴급의료비 지원서비스 연계
자살 후유증 및 자살 생각 감소	-병원입원 후 지역사회활동센터의 무료간병인 서비스 신청 -자살예방센터 상담 서비스 연계

5) 평가와 종결

병원에서 퇴원한 이후 정기적인 식사 배달을 통하여 신체적 건강을 회복해가고 있다. 퇴거 위기에서 벗어나면서 당장의 경제적 위기는 사라졌다. 보다 장기적으로 경제적 위험을 해소하기 위한 생계유지의 수단으로 과일 장사를 시작하면서 소득활동을 시작하였다. 그러나 현재의 소득활동으로 형편이 나아지는 것은 지켜봐야하며, 이것에 따라 언제든지 경제적 위험에 다시 빠질 수 있어서 사례관리를 통하여 지속적으로 살펴봐야하는 경우이다.

〈표 3-17〉 평가 및 종결: 자살시도한 1인가구

서비스 목표	평가
영양상태 호전	도시락 배달로 정기적인 식사 생활을 유지하면서 건강상태가 호전되어가고 있음
생계 유지수단 마련	-트럭을 할부로 구매하여 과일 장사를 시작하면서 소득활동을 하려는 의지가 보임

서비스 목표	평가
경제생활비(생계비, 주거비, 의료비) 마련	-민간과 공공 자원의 연계로 정기적인 생계비 마련이 이루어져 퇴거 위기에서 벗어났음
자살 후유증 및 자살 생각 감소	-지역 내 비공식적 지지체계 확충을 위해 노력이 더 필요

6) 사례관리 개입의 성공 요인 및 한계

이 사례의 개입 과정에서 나타난 성공 요인은 지역 내에서 밀착적인 파수꾼 역할을 수행하는 지역 주민을 통하여 신속하게 발견된 이후, 공식적 조직으로 위기가구의 개입 신청이 이루어졌다는 점이다. 반면 한계로는 자살에 대한 위기대응기관과 경제적 생활안정을 위한 지역사회기관 사이의 연계가 원활하지 못하다는 것이었다.

5. 알코올 의존증과 자살 위기가구

가. 사례개요

자살 시도로 신고된 남성(34세)이다. 교도소 복역 중 어머니의 사망 사건을 알게되면서 상실감과 어머니의 임종을 지키지 못했다는 죄책감에 일상생활 의욕을 잃고 술에 의존해 살고 있다. 그 여파로 생활고, 아파트 관리비 및 공과금 체납 등의 어려움을 가지고 있다. 알코올의존증세가 심하고 취중에는 자해나 타해 위험이 있다. 가족들은 연락오거나 접촉하는 것을 꺼려하고 있다. 집행유예기간에 있으며, 고등학교 중퇴로 취업에 자신 없어 한다. 아파트에서 투신하려 한다는 연락이 와서 개입하게 되었다.

나. 사례관리개입과정

1) 발굴

아파트에 투신하겠다는 전화를 받은 시청 콜센터로부터 보건소에 의뢰되었다. 이에 응급 개입 필요성이 보여서 즉시 출동하면서 112와 119에 협조요청하게 되었다.

2) 욕구사정

클라이언트 개인 외에 주변의 여러 가족구성원들을 상대로 사정하였다.

〈표 3-18〉 욕구사정: 알코올 의존증과 자살 위기가구

개입 단위	주요 욕구
본인	-생계비 마련 -가족들이나 주변으로부터 정서적 지지 -주거환경 및 개인 위생의 개선

3) 서비스 목표와 지원계획

자살 위험의 위기 순간을 넘기기 위한 개입 계획이 먼저 시도되었다. 또한 자살 생각을 부추키는 음주 문제를 개입하는 계획이 세워졌다. 그 다음으로는 위기 순간을 가져 오게 만드는 외부환경적 요인에 개입하였다. 지원계획은 사례관리자의 직접적 개입, 즉 교육이나 상담 등의 서비스 외에도 외부의 민간 및 공적 자원 체계를 활용하였다.

〈표 3-19〉 서비스 목표 및 지원계획: 알코올 의존증과 자살 위기가구

개입체계	서비스 목표	지원계획
본인	자살위험 낮추기	응급입원치료 생명사랑 교육 실시
	긴급생활자금 마련하기	긴급생계비 지원
	분노조절방법 익히기	-인지행동수정방법을 통해 분노조절 및 의사전달방법 교육
	절주환경 만들기	-응급입원이후 통원치료병원 연계 -알코올 교육 실시 -여가생활 지원
	생계 유지수단 마련	-생계비관련 공적부조 체계 연계 -아파트 대출 등 빚 청산 -취업 교육 지원
	가족관계 개선하기	-인지행동수정을 통해 지지체계 강화 -가족대상 가족교육 및 상담을 통해 클라이언트의 증상과 지지방법 교육

4) 서비스 제공과 점검

사례관리가 진행되는 동안 사례관리자가 지지적인 상담과 교육을 통하여 클라이언트

는 분노를 조절하고 가족과 관계를 개선하기 위하여 노력하였다. 경제적 환경과 관련하여 긴급생활지원비를 지원받아 긴급한 생활고는 해결하였으며, 생계 유지를 위한 장기적 대안을 모색하고자 현재의 아파트를 처분하여 빚을 갚고 새로운 주거지로 이동하였다.

〈표 3-20〉 서비스 제공 및 점검: 알코올 의존증과 자살 위기가구

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
자살위험 낮추기	119와 112의 협조 통하여 응급입원치료 실시 라포형성 및 정서적 지지를 해주고 생명사랑 교육 실시
긴급생활자금 마련하기	주민센터 사회복지과와 연계하여 긴급생활지원비를 지원
분노조절방법 익히기	-지지적 상담 -클라이언트의 공격성을 직면시켜 타인에게 분노를 표출할 경우, 본인에게 돌아오는 장단점을 인식하게 하여 본인의 의사를 분노 없이 전달할 수 있도록 함
절주환경 만들기	-응급입원치료 이후 통원할 병원을 탐색 -의료비 지원을 실시 -알코올상담센터 재활프로그램에 참여하여 알코올교육, 신체활동, 정서활동, 여가활동을 지원
생계 유지수단 마련	-주민센터를 통해 조건부 수급 선정 -아파트를 처분하여 대출을 갚고 나머지 금액으로 새로운 주거지 마련 -취업 전 교육(직업탐색, 이력서 및 자기소개서) 및 구직활동 실시
가족관계 개선하기	-관계개선을 위해 클라이언트 및 가족 대상의 교육 및 상담 실시 -술 먹었을 때는 전화하거나 찾아가지 않기, 내 감정보다 타인(가족)의 감정 탐색하기, 본인의 변화된 생각과 미안한 감정을 가족들에게 전달하기, 하루에 한 번 가족들에게 안부 전하기 등을 교육하고 실시 여부 모니터링

5) 평가와 종결

응급병원에서 퇴원한 이후 생계 및 가족들과의 관계와 관련한 지속적인 개입으로 자살생각이 많이 감소하였다. 음주에 대한 지속적 관리 과정 속에서 여가생활을 갖게 되고 정서적 안정을 찾게 되었다. 구직활동을 통하여 이삿집센터에서 일하면서 생계 안정 상태를 갖게 되었다. 가족과의 관계도 차츰 호전되었다. 그러나 여전히 실제 상황에서 자신의 감정을 억누르지 못하고 분노를 표출하는 경우가 있다.

〈표 3-21〉 평가 및 종결: 알코올 의존증과 자살 위기가구

서비스 목표	평가
자살위험 낮추기	생명의 소중함을 인지함
긴급생활자금 마련하기	-긴급생활비를 지원받으면서 생계안정
분노조절방법 익히기	-분노조절이 상당히 이루어졌으나, 성격이 불쑥불쑥 나오며 시간이 좀 더 필요

서비스 목표	평가
절주환경 만들기	-프로그램을 통하여 여가생활을 보내고 정서적으로 안정되면서 음주 촉발 요인이 감소하여 절주를 하게 됨
생계 유지수단 마련	-조건부 수급으로 선정 -현재 아파트를 처분하여 빚을 청산하고 원룸 전세로 옮겨 생활하면서 안정을 찾음 -이삿집센터에 취업하여 생계활동을 하고 있음
가족관계 개선하기	-가족들이 클라이언트에게 관심을 많이 보이고 있으며 가족모임에도 꾸준히 참석하고 있음

6) 사후관리

보건소에서 지속적으로 의료비 지원과 약물관리로 자살 및 음주 문제의 재발 방지를 위해 노력하고 있다. 클라이언트로 하여금 휴무 날에는 주간재활프로그램에 참여하도록 유도하고 있다. 이 외에도 정기적인 가족 모임과 교육을 통하여 클라이언트의 지지 체계를 강화하기 위해 노력하고 있다.

7) 사례관리 개입의 성공 요인

이 사례의 개입 과정에서 나타난 성공 요인은 첫째, 위기대응에 필요한 다양한 기관 - 시청 콜센터, 보건소, 112, 119-이 지역 내에서 유기적으로 연결되어 초기의 긴급한 상황을 적절하게 개입할 수 있었다는 점이다. 둘째, 자살에 대한 위기 순간을 안정화시킨 이후에는 위기를 유발시킨 생활환경적 위험 요인을 탐색하고 이를 해소하기 위한 보다 포괄적인 개입이 이루어졌다. 셋째, 생활환경적 요인의 해소가 이루어져 사례관리과정이 종결되었더라도, 일상 속에서 언제든지 자살 및 음주 문제와 관련된 정신적 불안이 나타날 수 있으므로 이를 예방하기 위한 사후관리가 공식적 및 비공식적 자원 활용으로 나타났다.

6. 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구

가. 사례개요

알코올 의존증과 우울증, 그리고 자살을 호소하는 1인 가구의 남성(54세)이다. 30대 중반

에 구치소 복역 이후 사회에서 일자리를 구하지 못해왔다. 국민기초생활보장 수급권자로 보호받았으나, 음주문제로 자활사업 참여가 어렵게 되자 수급이 중지되었다. 쪽방에서 거주하는데 월세가 수개월 미납되어 있고, 납부할 능력이 되지 않아 막막해하며 자살을 호소하였다.

나. 사례관리개입과정

1) 발굴

구청 복지지원과에서 음주 문제 및 정신건강문제에 대한 개입으로 정신건강증진센터의 이동상담소에 의뢰되었다.

2) 욕구사정

클라이언트 개인을 상대로 주요한 어려움과 욕구를 사정하였다.

〈표 3-22〉 욕구사정: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구

개입 단위	주요 욕구
본인	-신체적 건강(허리통증) -미린 월세 해결

3) 서비스 목표와 지원계획

자살 위험과 우울증에 대한 상담 계획이 먼저 시도되었다. 그러나 클라이언트 본인의 거부로 이러한 정신적 건강보다는 클라이언트가 주요하게 호소하는 신체적 건강의 어려움부터 개입하였다. 그리고 신체적 건강의 호전을 계기로 정신적 건강 및 경제적 문제 등에 개입하였다. 지원계획은 사례관리자의 직접적 개입, 즉 교육이나 상담 등의 서비스 외에도 외부의 민간 및 공적 자원 체계를 활용하였다.

〈표 3-23〉 서비스 목표 및 지원계획: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구

개입체계	서비스 목표	지원계획
본인	신체적 건강 호전	치과 치료 연계하기 내과 치료 연계하기 요리 등 식생활 관리 교육
	음주 줄이기	정신건강의학과 치료 연계
	주거 안정	-임대주택 정보 제공 보증금 마련 방법 세우기
	생계비 마련과 유지	-금전관리교육 -수급권 관련한 공적부조 체계 연계 지역자활센터로 연계

4) 서비스 제공과 점검

치과와 내과에 연결되어 치료받는 동안 음식 섭취에 대한 의사의 처방을 따르면서 신체적 건강이 호전되었다. 신체적 건강 호전은 자연스럽게 일상생활관리를 향상시키고 이것은 정신적 안정을 가져왔다. 경제적으로도 필요한 생계비를 마련할 수 있도록 기초생활수급권이 신청되어 선정되면서 주거 마련에 필요한 저축도 가능하게 되었다. 미래에 대한 희망이 생기면서 정신건강치료에 대한 낙인감을 줄이고 치료서비스를 수용하여 음주 및 정신적 문제를 해소하기 위한 이용자의 노력이 시작될 수 있었다. 그리고 사례관리 과정이 적절하게 이루어지는지를 점검하기 위한 사례회의를 유관기관들-희망복지지원단, 동주민센터, 정신건강증진센터, 쪽방상담소, 보건소-과 수행하였다.

〈표 3-24〉 서비스 제공 및 점검: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구

서비스 목표	서비스 의뢰와 제공
신체적 건강 호전	시립병원의 치과 치료 연계 적십자 병원의 내과와 연계 수급비로 음식 재료를 사서 요리 교육 및 식사 관리 교육
음주 줄이기	적십자 병원의 정신건강의학과 진료 시작 단주의 동기 강화 및 알코올 프로그램의 참여를 지속적 권유
주거 안정	국민행복적금 통장을 개설하여 수급비의 일부를 저축
생계비 마련과 유지	국민기초생활수급권 신청하여 선정 쪽방상담소 및 주민센터를 통하여 주거지원제도 탐색

5) 평가와 종결

수술 이후 신체적 건강이 조금씩 호전되면서 음주도 감소하였다. 식사도 규칙적으로 하면서 위생이나 혈색 등이 좋아지면서 자기관리가 되어갔다. 국민기초생활수급권자로 선정되면서 생계비를 마련하게 되었다. 보증금을 마련하기 위하여 수급비의 일부를 저축하고 있다.

〈표 3-25〉 평가 및 종결: 알코올 의존증 및 우울증과 자살 위기가구

서비스 목표	평가
신체적 건강 호전	시립병원의 치과를 통하여 단계적으로 발치하여 틀니 시술을 앞두고 있음 적십자 병원의 내과와 연계하여 용종 적출 수술과 허리디스크 수술을 받음 수급비로 음식 재료를 사서 식사를 챙겨먹으면서 혈색이 좋아짐
음주 줄이기	수술 받은 이후 단주를 하면서 자기관리가 더 잘되고 있음
주거 안정	국민행복적금 통장을 개설하여 수급비 중 매월 10만원을 저금하면서 보증금을 만들어가고 있음
생계비 마련과 유지	국민기초생활수급비로 생활

6) 사후관리

정신건강증진센터에서 지속적인 상담을 통해 정서적으로 지원하되 쪽방상담소에서 일상적인 생활 측면을 관리하고 있다. 이러한 긴밀한 연계 외에도 지역 내 통합사례회의(보건소, 정신건강증진센터, 구청 희망복지지원단, 동주민센터, 쪽방상담소)를 통하여 클라이언트를 모니터링하고 있다.

7) 사례관리 개입의 성공 요인

이 사례의 개입 과정에서 나타난 성공 요인은 첫째, 정신건강서비스에 대한 이용자들의 접근성을 줄이기 위하여 상대적으로 이용자의 접근이 쉬운 공공기관 안에 정신건강을 위한 이동상담서비스가 제공되었다는 점이다. 둘째, 이용자가 가장 어려움을 호소하는 문제영역-신체적 건강-부터 사례관리 개입을 시작하면서 이용자와 신뢰관계를 구축하여 다양한 다른 서비스의 수용을 이끌어 낼 수 있었다. 셋째, 사후관리는 이용자가 접근하기 쉬운 지역사회기관-쪽방상담소-과의 긴밀한 연계 속에서 이루어지고 있다.

제3절 소결

1. 위기사례의 사례관리 과정별 논의

가. 발굴과정

발굴과정은 공식적인 조직과 통장이나 이웃 등의 지역 주민을 포함하여 매우 다양한 통로가 존재하였다. 즉 유관기관들(가정폭력상담소, 학교, 공공조직 등)로부터의 위기가구가 발굴되어 의뢰되기도 하였다(사례1, 사례2, 사례3, 사례5, 사례6). 또한, 가장 밀착적으로 긴밀하게 작용하여 위기 가구를 발굴해줄 수 있는 중요한 자원이 이웃이나 통장 등 지역주민이었다(사례4). 사실 지역 내 위기 사례를 공식적 자원 기관들이 즉시 파악하고 개입하는 데에는 한계가 있다. 이 때 지역주민이 촘촘하고 상시적인 문지기로서 기능하면서 즉각적으로 위기 가구가 발굴되어 의뢰되는 경우들도 상당하였다. 단 위기가구가 의뢰될 경우, 신속하고 안전하게 대응할 수 있도록 112나 119, 그리고 지역정신보건체계와 위기보호체계(아동보호기관, 노인학대예방기관 등) 등이 연계되어 개입되었다.

나. 욕구사정

단순히 위기상황(자살이나 안전 문제 등)에서 빠져나오는 것에 국한되지 않고, 이후의 생활 영위가 지속가능하기 위해서 필요한 서비스를 통합적으로 제공하기 위해서 다양한 영역에서 문제 및 욕구가 파악되었다. 표면적으로 드러난 위기 상황은 음주와 이것과 연결된 자살(사례4, 사례5, 사례6), 혹은 학대와 폭력 관련된 안전의 문제(사례1, 사례2, 사례3)이었지만, 이러한 위기 상황을 촉발시킨 것은 경제적 위기인 경우가 대부분이었다. 실제로 퇴거 위기나 치료비 마련 등의 경제적 위기가 해소되면서 자살, 음주나 가정 내 폭력 등의 어려움이 감소되는 경우가 상당하였다. 이렇듯 정신 혹은 심리적 상태의 파악에서 머물지 않고, 보다 포괄적인 영역에서 클라이언트의 상황을 파악하는 사정 과정이 이루어졌다. 한 클라이언트의 상황 및 필요한 서비스 욕구를 보다 객관적이고 포괄적으로 살펴보기 위하여 지역 내 공식 및 비공식적 체계 등 다양한 범위에 걸쳐 사정이 이루어졌다.

〈표 3-26〉 6개 위기사례에서 나타난 주요 욕구

위기사례 유형	주요 욕구
가정폭력과 주거 위기가구(사례1)	<ul style="list-style-type: none"> •주거지 필요(생활환경욕구) •생계비 마련(경제욕구) •진로고민(교육욕구) •친권획득과 모 양육환경 마련(가족관계 욕구)
아동학대 위기가구(사례2)	<ul style="list-style-type: none"> •학교생활에 대한 아버지 관심(가족관계 욕구) •학교 및 가정생활에 대한 자녀의 적응(가족관계 및 사회적 관계 욕구) •부와 자녀의 정신적 문제(건강욕구)
아동학대와 자살충동 위기가구(사례3)	<ul style="list-style-type: none"> •심리적 불안 감소(건강욕구) •유치원 및 학교생활 적응(사회적 관계 욕구) •양육부담 완화와 양육방법 습득(경제 및 교육욕구) •부부관계 개선(가족관계 욕구) •직업생활(고용욕구) •주거환경 개선(생활환경 욕구) •공과금 지불(경제욕구) •전 남편 법적 이혼 가족관계 정리(법률 및 권익보장욕구)
자살시도 1인가구(사례4)	<ul style="list-style-type: none"> •관리비 해결(경제욕구) •생계유지가능한 일거리 마련(고용욕구)
알코올 의존증과 자살시도위기 가구(사례5)	<ul style="list-style-type: none"> •생계비 마련(경제욕구) •가족 및 주변으로 정서적지지(사회적 관계욕구) •주거환경 및 개인위생 개선(생활환경 욕구)
알코올 의존증 및 우울증과 자살생각 위기가구(사례6)	<ul style="list-style-type: none"> •신체적 건강(건강욕구) •밀린 월세 해결(경제욕구)

주: 1) ()은 위기사례에서 나타난 주요 욕구를 보건복지부(2016) 희망복지지원단 업무안내의 10대 욕구영역에 적용하여 분류한 것임.

2) 10대 욕구영역에는 안전욕구, 건강욕구, 일상생활유지 욕구, 가족관계 욕구, 사회적 관계 욕구, 경제 욕구, 교육 욕구, 고용욕구, 생활환경 욕구, 법률 및 권익보장 욕구 등이 포함됨.

다. 서비스 목표와 지원계획

위기가구가 가지는 다양한 분야의 욕구를 해소하고 이들의 역량을 강화하기 위한 다각적인 서비스 지원계획이 이루어졌다. 처음에는 위기 상황을 안정화시키기 위한 정서·심리·정신적 치료 개입이 우선되었다(사례5, 사례6). 일단 위기 상황이 안정화되면 이러한 위기를 유발시켰던 원인을 심도있게 파악하고 제거할 수 있는 목표(예: 취업, 안정적 소득마련, 돌봄체계마련, 건강 회복 등)를 설정하였다. 그리고 이러한 목표를 달성하기 위해 필요한 자원과 서비스를 연계하고 지원하였다. 앞서 언급하였듯이 위기가구가 겪는 어려움은 심리정서나 정신적 취약성으로 표면화되었으나 그 이면에는 다양하고 복합적인 서비스 욕구가 중첩되어 있었다. 따라서 서비스 계획은 심리정서적 문제나 폭력적 행위의 완화를 넘어서서 그러한 어려움을 유발시킨 생활 환경적 어려움

을 해결하기 위한 지원으로 설정되었던 것이다.

그리고 서비스 지원 계획은 외부의 공식적 자원 외에도 비공식적 자원을 포괄적으로 고려하여 이루어졌다(사례2, 사례3, 사례4, 사례5). 이를 위하여 지역자원을 발굴하고 연계하는 간접적 제공을 통한 서비스 지원계획이 설정되었다. 또한 비공식적 자원이 사례관리의 종결 이후에도 지속적으로 지역 내에서 안전망으로 기능할 수 있도록 하는 서비스 지원 계획이 이루어졌다(사례5).

라. 서비스제공과 점검

사례관리 진행 과정의 점검은 서비스 계획에서 설정된 목표와 지원 계획을 중심으로 이루어졌다(사례1, 사례2, 사례3, 사례4, 사례5, 사례6). 그리고 사례관리 진행 과정을 점검하기 위한 사례회의가 이루어졌다(사례1, 사례2, 사례6). 사례회의에는 위기가구에 제공되거나 연계된 외부 자원과 기관들이 참여하여 사례관리 계획의 목표와 진행 과정을 점검하고 서로의 역할을 협의하며 조정하였다. 또한, 사례관리 진행 과정에 대한 점검과 성찰을 위하여 외부 슈퍼비전 체계를 활용하였다(사례2).

마. 평가와 종결

위기 상황을 초래한 원인을 제거하기 위해 설정된 목표가 긍정적으로 달성되었다고 평가되면 사례관리과정이 종결되었다. 물론 자살, 학대, 폭력 등의 위기가 정신적인 문제와 함께 결합되어 나타나는 경우, 정신재활수준 자체를 평가하면서 종결의 시점을 찾기는 쉽지 않다. 정신적인 문제는 만성적이고 지속적이기 때문이다. 따라서 앞서 언급하였듯이 위기 상황을 초래한 외부 환경적 요인 -경제적 문제, 가족 갈등, 주거 등이 해소가 되면 종결하되, 정신적 영역은 사후관리 과정에서 지속적으로 관심과 지지 체계를 작동시켜 관리되었다(사례5, 사례6).

바. 사후관리

사후관리 과정은 클라이언트를 근거리에서 지속적으로 접촉하여 접근할 수 있는 지

역 기관이 주로 담당하였다. 공공과 민간 기관이 사후관리의 기관이 될 수는 있었으나, 공공의 경우 사례관리 개입 이후의 사후관리가 6개월 동안 1-2차례를 요구하고 있다. 따라서 이러한 기간의 제약없이 클라이언트의 상황을 주시할 수 있는 민간 기관의 사후관리 역할이 중요하게 작동되었다(사례4- 사례관리가 종결되기보다는 상황이 호전되었으나 민간복지관에서 지속적으로 관심을 갖고 접촉을 취하고 있음). 사후관리를 수행하는 기관은 기존의 사례관리를 수행하였던 기관들과 사례회의 등 지속적인 연계 회의를 통하여 클라이언트의 상황을 공유하기도 하였다(사례2).

2. 문제점 및 대안

가. 위기가구의 개입 과정 측면

위기가구의 개입 과정을 위한 사례관리 진행 과정은 크게 4단계로 구분될 수 있다. 첫째, 초기 발굴, 둘째, 위기대응 과정, 둘째, 욕구사정 부터 종결에 이르는 통합사례관리과정, 셋째, 사후관리과정이다.

첫째, 초기발굴과정은 긴급한 위기가 발생할 수 있거나 발생했을 때 발굴하여 위기대응기관에게 연락하는 과정이다. 최근 읍면동 단위에서 사각지대를 발굴하기 위한 주민조직들이 조직화되고 있는데, 이들을 초기발굴자로 활용해야한다. 이 외에도 지역 내 다양한 방문서비스인력- 예를 들어, 방문간호사, 독거노인생활관리사, 요양보호사, 활동보조인 등-을 활용하여 수시로 위기가구의 발굴이 이루어질 수 있는 체계가 필요하다.

둘째, 위기대응 과정에서는 위기 상황 발생 시 긴급하게 발굴되어 위기 가구가 필요한 서비스 체계로 연계될 수 있도록, 지역 내 유관기관 사이의 협력적 관계망, 즉 위기대응 관계망이 구축되어야 한다. 이러한 위기대응 관계망에는 경찰서, 소방서, 복지관, 상담센터, 희망복지지원단, 정신건강증진센터, 노인학대예방기관, 아동보호전문기관, 중독상담센터, 방문서비스팀 등이 포함될 수 있다. 그리고 지역 내에 존재하는 다양한 서비스 기관들에 대하여 기관 서로 간의 정보를 공유할 수 있어야 하겠다. 실제로 클라이언트 개인이 읍면동이나 시군구의 공식적 기관의 도움을 요청하였으나 어떠한 공식 서비스에도 자격요건이 해당하지 않아서 위기 상황이 지속되는 경우가 있었다. 이 때 복지관 등의 민간기관에 연계되어 복지관이 구축하고 있는 지역 내 공식 및 비공식적

자원으로 연계되어 위기 상황이 해소되기도 하였다. 또한, 위기 가구가 의뢰되어 개입할 수 있는 위기대응 관계망에 대한 지역 내 인지도를 향상시킬 필요가 있다. 초기발굴을 시도하는 다양한 주민조직들에게 지역 내 다양한 위기대응기관의 서비스 내용과 연락방법을 교육시키는 것도 중요하겠다.

셋째, 통합사례관리 과정 단계와 관련하여서는 발굴 및 초기 대응 단계와 사례관리 단계 사이의 원활한 연계가 이루어지도록 노력해야한다. 발굴과 초기 대응을 거쳐 위기 상황이 감소된 이후에는 위기 상황을 유발시켜왔던 환경적 요인 -예, 경제, 가족관계, 교육, 고용, 주거 등 -이나 또는 전문적인 심리·정서·정신재활문제에 개입하게 된다. 그리고 이러한 개입은 발굴과 초기 대응을 수행하였던 위기대응 기관들과 다를 수도 있다. 이 때 발굴 및 초기개입을 수행하였던 지역기관과 이후 전문적으로 대응하는 특화기관 사이에서 위기가구 이관이 순조롭지 못하는 경우가 발생할 수 있다. 클라이언트 입장에서는 위험했던 급박한 상황에서 개입한 초기 대응 기관에게 자신의 어려운 처지를 토로하며 신뢰를 형성했는데, 이후 전문서비스기관으로 이관될 경우 자신의 문제를 또 한번 노출시켜야한다는 부담감과 피로감, 수치심을 느끼게 되기 때문이었다. 심지어 자살 시도 이후 정신건강증진센터로 의뢰할 것을 클라이언트와 동의하였음에도 막상 정신건강증진센터에서 서비스 진행을 위해 연락이 오면 이를 거부하는 경우도 나타났다.

넷째, 사후관리 과정은 지역 내에서 밀착적으로 그리고 신속하게 대응하면서 지속적인 관심을 제공하도록 물리적 접근성이 확보된 즉 ‘근거리 대응체계’가 필요하겠다. 전문기관의 대응 이후에 클라이언트가 삶을 열어 가야할 공간은 바로 지역이다.

아울러 자살이나 학대나 폭력 등 정신적 상처를 동반하고 있는 클라이언트의 경우 지속적으로 정서적인 지지 관계를 맺으면서 개입할 수 있는 체계가 필요하다. 예를 들어, 지역복지관의 경우 비록 타전문서비스 기관으로 주사례관리업무를 이관하였더라도 종결 이후에 클라이언트는 지역으로 돌아오기 때문에 지속적으로 클라이언트와 관계를 이어가야하는 처지에 있다. 또한, 공공영역에서는 사례관리 과정이 일반적으로 6개월의 개입 기간으로 제한되어 있으며, 사후관리는 종결이후 6개월 단위로 1-2회를 실시하도록 요구된다. 그러나 자살이나 안전과 같은 위기문제를 경험한 가구의 경우 긴급한 지원 외에도 지속적인 정서적 지원과 관심이 요구되는 경우가 상당하다. 따라서 공공 영역의 현재 사례관리 여건상 정서적 관계를 유지하면서 지속적이고 세심한

관심을 제공하기가 어렵다. 결국 지역에 뿌리를 두면서 근거리에서 클라이언트의 상황을 살펴볼 수 있는 민간 기관의 역할이 중요할 수밖에 없다.

따라서 종결 이후 공공과 민간 기관 사이에서 사후관리를 위한 역할 분담을 명확히 할 수 있는 체계를 구성하는 것이 필요할 것이다. 민간 기관에서는 사후관리를 수행하면서 위기징조가 나타나는지, 그리고 이 때 공공의 긴급한 지원이 필요한지를 주의 깊게 살펴볼 수 있는 파수꾼 역할을 수행할 수 있다. 그리고 이러한 문지기 역할을 제대로 수행할 수 있도록 민간 기관에게 명확한 역할 분담을 제시하고 이 역할 수행이 원활하게 진행될 수 있도록 공공은 필요한 정보와 자원을 민간과 공유할 필요가 있다.

다섯째, 초기 발굴부터 사후관리 과정에 이르기까지 주요한 책임주체로 활동하는 기관들이 서로 유기적으로 결합될 수 있는 지역단위 구조가 필요하겠다. 다시 말해서 초기 대응부터 사후관리까지의 일련의 과정이 클라이언트가 생활하는 지역 단위 안에서 체계적으로 수행될 수 있도록 지역 내 서비스 자원들이 유기적으로 결합된 구조가 필요하겠다.

이를 위해서는 기관간 연계 실행 매뉴얼을 구체적으로 구축하는 것이다. 즉 사례관리가 진행되는 동안 연계되는 기관들 사이의 연락체계가 구조화될 필요가 있다. 지역 사회 유관기관 사이의 협력체계가 원활하게 가동되지 않아서 지역 내 보호의 지속성을 담보하는 데 한계가 나타나고 있기 때문이다. 예를 들어서, 정신병원에서 퇴원한 이후 지역기관과 연결이 안되어 위기 상황이 재발된다거나, 시군구 단위에서 사례관리 개입 이후 호전되어 종결되었으나 읍면동 주민센터의 사후관리에 연계되지 않아서 긍정적 성과가 중단되는 경우가 나타날 수 있다.

따라서 기관간의 유기적 연계 구조가 설계될 필요가 있다. 예를 들어, 서비스가 종결(예: 병원 퇴원 시)되는 경우 혹은 의뢰 기관별로 맡았던 역할 수행에서 변화가 일어나는 경우, 이러한 종결이나 변화의 정보를 주사례관리기관에 의무적으로 제공하도록 강제하는 노력이 필요하다. 예를 들어, 외국의 경우 ‘지역거주 정신질환자가 갑작스런 정신증 악화로 긴급하게 병원에 입원한 경우, 72시간 이내에 주사례관리기관은 병원과 연락을 취해야한다’는 등의 강제규정 등이 있다. 이때 클라이언트의 비밀 보장의 범위를 고려해야할 것이다.

또 다른 지점은 사례 이관이나 의뢰 기관 사이의 신뢰적이고 협력적인 관계가 구축되어야한다. 클라이언트는 타기관의 개입이나 접촉에 대하여 불안함과 두려움을 느끼게 된다. 이 때 서비스 기관 사이의 긴밀한 관계는 클라이언트의 부정적 저항을 감소시

킬 수 있다. 예를 들어, 기관 사이의 관계가 우호적이어서 실무자들이 공동으로 클라이언트를 방문하여 의뢰 단계를 거친다면, 클라이언트의 거부를 감소시킬 가능성이 높아진다.

나. 인력 측면

첫째, 위기 상황 외에도 포괄적인 문제에 접근할 수 있는 실무인력이 필요하다. 심리적·정신적 상담을 수행하면서 동시에 다양한 지역자원의 정보를 충분히 파악하고, 여기에 의뢰하며 모니터링할 수 있는 개입 능력과 지식을 갖춘 실무인력이 필요하다. 말하자면 위기가구를 상당히 다루어야 하는 지역의 기관에는 정신보건과 사회복지를 동시에 개입할 수 있는 능력과 지식을 구비한 인력을 갖추는 필요가 있다.

이를 위해서는 다양한 방법을 고려해볼 수 있다. 먼저, 정신보건지식과 기술의 지역 공유체계를 활발히 하는 것이다(민소영, 2015). 이는 교육, 그리고 연계회의 등을 통하여 획득될 수 있을 것이다. 교육과 관련하여서는 지역 내 사례관리체계에서 활동하는 공공 및 민간사례관리자들을 대상으로 정신건강문제를 파악하고 개입할 수 있는 지식과 기술에 대한 교육을 제공하는 것이다. 이 외에 보다 적극적으로 교육 대상³⁾을 발굴하고 이들의 교육 욕구에 기반한 맞춤형 교육 내용을 구상하는 노력이 필요하다. 무엇보다도 교육 제공자가 아닌 교육 수요자의 입장에서 교육 내용을 만들어야 한다. 공공 및 민간사례관리자들이 대응하기 어려워하거나 두려워하는 부분이 무엇인지를 구체적으로 듣고 이것을 기반으로 교육 내용을 짜야 한다. 교육 내용은 사례 중심과 실습 중심으로 구성하여 사례관리자의 실무 능력을 키우는 것이 중요하다.

또 다른 방법으로, 연계회의와 관련해서 가장 효율적인 것은 지역단위에서 이루어지고 있는 사례회의에 정신보건영역의 참여를 체계화시키는 것이다. 정신보건전문인력이 사례회의에 참여하면 정신건강 문제에 대한 지식과 기술을 자연스럽게 교육하고 수퍼비전 할 수 있는 기회를 가질 수 있다. 비정신보건분야에서 활동하는 사례관리자들이 궁금해하는 정신보건관련 지식과 개입기술을 자연스럽게 제공할 수 있는 기회가 될 수 있다. 정신건강문제가 있는 클라이언트에 개입할 때 효과적인 방법, 그리고 조심해

3) 최근에는 주거복지상담사가 채용되어 영구임대아파트단지를 중심으로 서비스를 제공하고 있다. 그런데 이들의 주 호소가 정신건강문제에 대한 개입이 어렵다는 것이다. 이렇듯 정신건강문제에 대응을 필요로 하는 실무자의 유형이 점점 확대되고 있다.

야할 언행, 태도 등을 자문해줄 수 있다. 특정 진단을 받지 않았으나 경계선상의 정신 건강문제가 나타나는 클라이언트에 대하여 무슨 조짐을 살펴봐야하는지, 이 때 어떻게 개입해야하는지, 그리고 사례관리자는 무엇을 준비하고 실천해야하는지에 대하여 정신건강서비스 전문인력은 자신들의 지식과 기술을 공유할 수 있다(민소영, 2015).

둘째, 위기가구의 대부분은 심리·정서·정신적 상태가 심각하게 훼손되어 있으며, 이러한 심리적 상태를 극복하고 회복탄력성(resilience)을 갖추기 위해서는 실무자의 밀착적이고 적극적인 관심과 접촉이 중요하였다. 실제로 앞의 사례에서도 나타났듯이 폭력과 학대, 자살 등의 위기 상황에 노출되어 발굴된 가구에 대하여 사례관리자는 적어도 1주일에 1번 이상은 클라이언트와 접촉을 시도하였다. 가정방문을 위한 이동 시간까지 고려한다면 사례관리자 1인당 담당할 수 있는 위기가구의 사례는 매우 제한적이어야 한다. 실무인력이 적극적인 개입을 수행하기에 적당한 업무량을 갖출 수 있도록 배려해야한다.

셋째, 위의 방법은 복합적인 위기 상황에 초기대응하고 이후 지속적으로 개입하기 위하여 전문적인 지식과 기술을 지속적으로 쌓는 방법을 제시하였다. 그러나 이보다 더 직접적인 방법은 복합적 위기 상황에 개입하는 과정에서 지역에서 가장 중요한 협업을 하고 있는 지역기관에게 이러한 실무인력을 증원 배치하는 것이다. 배치는 정신건강증진센터와 같이 정신건강과 직접 관련 있는 기관, 또는 음주, 자살, 폭력, 학대와 같은 위기 상황의 노출이 밀집되어 있는 지역의 기관, 예를 들면, 영구임대주택단지의 종합사회복지관, 그리고 공공기관으로는 읍면동이나 희망복지지원단을 고려할 수 있다.

다만, 인력배치 시 고민해야할 것은 전문성의 유지와 발휘를 촉진시킬 수 있는 조직 환경이다. 만약, 정신보건전문요원을 정신건강증진센터가 아닌, 사회복지분야의 실무자와 동일한 공간에 배치하여 협업할 수 있도록 하는 조직 - 종합사회복지관이나 공공조직-의 경우, 이들의 전문성이 유지되고 발휘될 수 있도록 다양한 내외부 수퍼비전 체계가 동시에 고려되어야할 것이다.

다. 조직측면

정서적 상담 외에 복합적인 삶의 어려움을 동시에 접근할 수 있는 지역사회체계가 필요하다. 자살, 음주, 학대, 폭력 등에 노출된 가구의 경우, 단순히 정서적 상담만으로

대응하기에는 한계가 있다. 위기가구의 대부분은 빈곤과 더불어 파생되는 다양한 문제, 자녀 양육과 교육, 돌봄, 가족 갈등, 실업이나 고용불안, 불안정한 주거, 법적 문제의 연루 등 매우 복합적 문제에 노출되어 있는 경우가 상당하다. 그리고 이러한 다양한 어려움이 자살, 음주, 학대, 폭력과 같은 극단적이거나 절망적 위기 상황으로 분출된다. 따라서 정서적 상담서비스를 벗어나 복합적 문제에 포괄적으로 대응할 수 있는 체계가 필요하다.

이를 위해서는 이동식 정신건강 상담서비스를 제공하거나, 지역 내 정신건강관련 조직들과의 협업이 가능하도록 연계를 강화하거나, 복합적 문제에 직접적 서비스 제공으로 해결할 수 있는 원스탑서비스 체계를 구비할 수 있다. 그러나 지역 내 이미 다양한 계 자원이나 서비스 조직들이 존재하는 경우, 물리적인 공간 통합을 이루는 원스톱서비스 체계는 오히려 클라이언트의 접근성이나 기관의 독자적 전문성과 자율성을 훼손시킬 수도 있다.

제 4 장

국내 통합상담 및 사례관리 체계 분석

제1절 위기사례유형별 긴급대응체계

제2절 지역사회보호를 위한 통합지원체계

제3절 소결

4

국내 통합상담 및 사례관리 체계 분석

국민기초생활보장제도의 도입을 통해 최소한의 공적 보호장치가 마련되었다는 기대에도 불구하고, 절대적 빈곤계층만을 위한 최소한의 사회적 안전망으로는 최근의 양극화, 노동시장의 불안정, 고령화 및 가족기능저하 등으로 증가된 우리사회의 한계빈곤층의 확산을 막지 못하는 문제가 발생하고 있다. 더욱이 최근의 경제상황 악화로 인한 위기상황이 증가함에 따라, 기존 제도로 보호받지 못하고 사각지대에 놓이는 취약계층 및 저소득가정이 증가하고 있다. 이에 정부는 최저생계비 이하의 절대빈곤층뿐 아니라 저소득층 가정의 위기상황에 대한 지원을 통해 보다 심각한 개인적·사회적 위협으로의 진전을 막으려는 방안을 모색하고 있다.

현재 위기가구를 지원하기 위해 추진되고 있는 중앙정부와 지방정부의 공공사례관리는 저소득가구의 생활지원서비스나 급여제공을 통해 사회위험요소를 감소시키는 보호기능은 있으나, 임상적 위기에 대한 사후개입의 전문성이 떨어지는 문제가 있다. 또한 지역사회 내에는 복지사각지대에 놓인 개인이나 가족을 돕기 위한 다양한 지원사업들이 진행되고 있음에도 불구하고, 공급자중심의 대상별·기능별 사업방식에 따라 분절적으로 운영되며 지역사회 내 지원체계 간 역할분담과 협력체계가 마련되어있지 않음으로써 위기사례에 대한 전문적이며 통합적인 개입에 어려움을 겪고 있다.

본 장에서는 현재 운영되고 있는 공공 및 민간의 사례관리 및 통합지원사업의 분석을 통해 복지취약계층이 상시적인 위험으로부터 보호받으며 물질적 지원 뿐 아니라 정서적 위기나 사회적 위험을 극복하는데 필요한 지원체계의 수준을 분석하고 개선방향을 모색하고자 한다. 먼저, 자살이나 정신건강의 문제, 가정폭력과 같은 위기상황에 대해 응급적으로 전문적인 개입을 하는 지역사회 내 주요기관이나 사업을 주요 내용과 수행방식, 성과 및 한계점 등에 초점을 맞추어 분석하고자 한다. 아울러 특정 문제나 위기에 대한 전문적 개입보다는 복지취약계층에 대해 통합적인 개입과 포괄적인 지원을 하는 지역사회 내 통합지원체계에 대해서도 동일한 틀로 살펴보고 이들 기관이나 사업이 위기대응체계 및 지역사회보호체계로서의 적절성을 진단하고자 한다.

제1절 위기사례 유형별 긴급대응체계

1. 자살시도 및 우울 등 정신건강 영역

보건복지부의 2013년도 자살실태조사 분석결과, 자살시도자의 자살시도 이유로 우울감 등 정신과적 증상이 37.9%, 대인관계로 인한 스트레스 31.2%, 경제적 문제 10.1%, 신체질병 5.7% 등으로 나타났다. 또한 자살시도자 가운데 자살로 사망한 사람의 특징을 분석한 결과, 60대의 경우 10대 자살시도자에 비해 자살위험도가 3.6배 높았고, 70대는 3.0배로 60대 이후 자살위험도가 급격히 증가하였다. 자살의 심각성을 인식하여 정부에서도 이를 예방하기 위한 정책을 전개하고 있으며, <자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률>이 2011년 제정되었다. 국가자살예방사업은 자살예방기본대책기본계획에 따라 자살예방을 위한 10개 과제를 선정하고, 총 14개 부처가 수행 중에 있다(보건복지부·중앙자살예방센터, 2015).

가. 정신보건영역의 생명사랑 및 자살예방사업

1) 개요

보건복지부에서는 자살에 대한 국가적 차원의 책무를 인식하고 자살예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정하며 국민의 소중한 생명 보호 및 생명존중문화를 조성하기 위한 사업을 시행하고 있다. 사업대상은 지역주민 전체이나 자살사망의 위험이 있는 청소년, 중·장년층, 노인 등이 된다. 특히 자살 고위험군에는 정신병적 증상으로 인해 발생하는 위기를 가진 자가 포함된다. 이러한 위기는 ‘보건복지가족부 고시 제 97-18 호’의 자해 및 타해의 위험기준(정신보건법 제25조 제4항 규정에 근거)에 제시되고 있다. 위기의 범위는 ① 정신병으로 인한 의식장애가 심한 상태: 의식의 혼탁과 지남력, 기억력, 충동조절능력상실 등의 증상이 심하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 높은 상태, ② 정신병으로 인한 망상에 의해 행동이 지배되는 상태, ③ 정신병으로 인한 환청 등의 환각에 의해 행동이 지배되는 상태, ④ 정신병으로 현실 판단 능력이 심하게 손상되어 예측 불가능한 행동을 할 가능성이 높은 상태, ⑤ 심한 우울증으로 삶의 의욕을

상실하여 자해의 가능성이 높은 상태, ⑥ 정신병의 증상으로 극도로 흥분하여 난폭한 행동을 하는 상태 등이다. 그러나 보건복지가족부 고시에서 정의하고 있는 자해 및 타해의 위험 기준은 객관적인 기준에 따라 판단하기 어렵기 때문에, 임상전문가의 소견에 의존하기도 한다. 이외에 특이심리민원인에 대한 대응 매뉴얼(2009)에서 제시하고 있는 일반적인 자해 및 타해의 행동이나 위험징후를 파악하는 기준은 ① 현재 증상 및 문제의 심각도, ② 과거 병력 및 자살시도력, ③ 현재의 사회적 지지체계 유무 및 지지강도, ④ 대상자의 협조도 등이 있다.

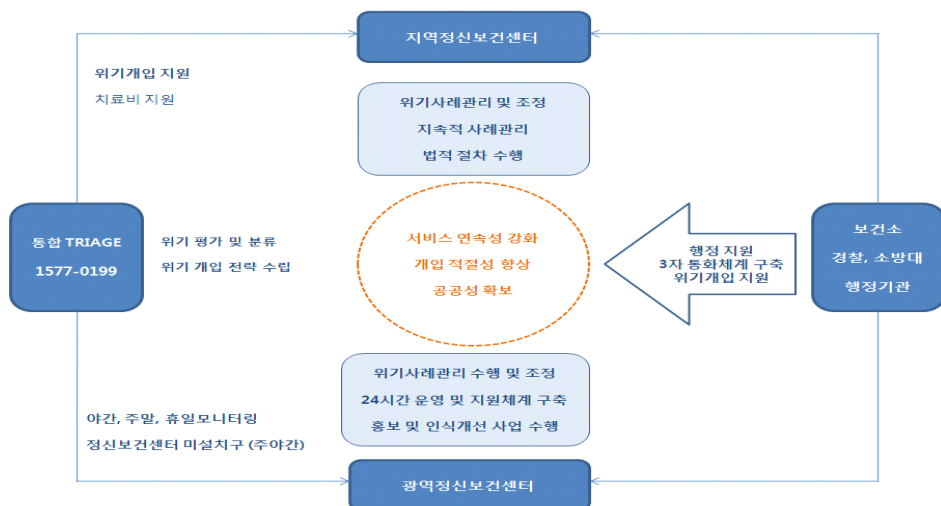
2) 사업수행방식

우리나라의 경우 전국 동일 대표번호인 1577-0199 정신건강핫라인을 통해 자살 및 정신질환 위기상담 전화를 받고 있다. 전국 어디에서나 전화를 걸면 시·군·구별로 정신보건전문요원 등이 자살위기 상담 등 정신건강 상담과 지지, 정신건강정보 제공, 정신의료기관 안내 등을 제공할 수 있다. 야간 및 일·휴무일은 지정된 관할 국·공립정신의료기관 및 광역정신건강증진센터로 착신을 전환하여 연결하고 있다. 또한 보건복지콜센터 129와의 협조체계를 구축하고 보건복지콜센터에서 자살이나 정신건강 관련 대상자를 거주지역의 정신건강증진센터나 보건소(정신건강증진센터 미설치 지역)로 이관하는 시스템을 갖추고 있다. 정신건강증진센터에서 수행하는 자살예방사업은 지역 주민을 대상으로 전국의 자살률 감소 및 생명존중 등의 문화를 조성하는 데 초점을 두고 있다(부표 2 참조). 자살예방사업의 사례발굴은 유관기관, 경찰청, 소방재청, 지역주민 의뢰를 통해 발굴하며 욕구평가는 심층면담 및 사정평가도구를 활용하여 심층사정평가가 수행되고 있다. 서비스 제공은 대상자 욕구와 위기상황을 고려하여 수립하고 있으며 자살예방센터 협의체를 구성하여 운영하고 있다. 사례회의 및 모니터링은 지자체 및 사례의 특성을 고려하여 사례별로 논의되고 사례종결 전까지 모니터링을 실시한다. 임상적 치료가 필요한 경우 정신의료기관으로 연계하고 욕구파악 후 지역사회자원을 연계한다. 사례종결은 특정기간 동안 자살사고 및 시도가 없는 경우, 사망한 경우에 이루어진다(부표 8 참조).

그러나 서울, 경기 및 인천지역 등 24시간 정신보건 위기관리시스템을 운영하는 지역을 제외하면 상담을 넘어서는 실효성 있는 개입이 이루어지지 못하고 있는 실정

다. 대표적인 광역형 정신보건위기관리시스템을 2005년부터 구축·운영하고 있는 서울시에서는 공식적 협력관계에 기반을 둔 2단계의 위기관리체계에 근접하다. 24시간 365일 운영되는 시스템으로써, 25개 자치구에 설치 운영되고 있으며, 지역정신건강증진센터, 경찰, 119 등 공권력 등과의 협력체계를 통해 정신질환으로 인한 위기 및 자살 위기에 대해 적극적으로 대처하는 모형을 갖추고 있다. 서울시에서는 지역 내에서 위기가 발생하게 되면 블루터치 핫라인 1577-0199를 통한 접수상담이 이루어진다. 의뢰와 접수는 본인이나 가족 이외에도 경찰(지역지구대/112 상황실), 소방대(소방파출소/119 상황실), 129 보건복지 콜 센터, 120 다산 콜 센터, 행정기관 및 지역복지기관(사회복지관, 아동복지관, 학대예방센터) 등 다양한 곳으로부터 이루어진다. 평가를 통해 개입이 필요한 경찰과 구급대의 지원을 받아 진행을 한다. 이 때 대상자의 안전, 위기개입자의 안전, 가족과 주민들의 안전을 고려하고 경찰과 구급대원의 도움을 받기 어려운 경우 사설이송서비스를 활용하기도 한다.

[그림 4-1] 서울시 통합형 위기관리체계



자료: 특이심리민원인에 대한 대응 매뉴얼(2009), 서울시정신건강증진센터

그 외 정신보건법 제26조(응급입원4)에서는 “정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견하는 자는 그 상황이 매우 급박하여 제23조 내지

제25조의 규정에 의한 입원을 시킬 수 없을 때에는 의사와 경찰관의 동의를 얻어 정신 의료기관에 당해인에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다”고 규정되어 있다. 또한, 제1항의 규정에 의하여 “입원을 의뢰할 때에는 이에 동의한 경찰관 또는 소방기본법 제35조의 규정에 따른 구급대의 대원은 정신의료기관까지 당해인을 호송한다”고 명시하고 있다. 시행령 제8조(구급대의 이용)에서는 “정신질환자로 추정되는 자를 발견한 자가 법 제26조 제1항의 규정에 의하여 당해 정신질환자로 추정되는 자에 대한 응급인원을 의뢰한 경우 그 입원의뢰에 동의한 국가경찰공무원은 소방법 제93조 제1항의 규정에 의한 구급대를 이용하여 제35조호송할 수 있다. 제1항의 경우 당해 국가경찰공무원은 구급차에 동승할 수 있다”고 구급대 이용에 관한 사항을 규정하고 있다. 구급대와 관련해서는 소방기본법 제 35조(구급대의 편성과 운영)에서 “소방방재청장, 소방본부장 또는 소방서장은 화재, 재난, 재해 그 밖의 위급한 상황에서 발생한 응급환자를 응급처치하거나 의료기관에 긴급히 이송하기 위하여 구급대를 편성운영한다”고 되어 있어, 정신과적인 증상으로 인해 발생하는 위기상황에서의 개입과 응급입원이 필요한 경우 의료기관으로의 이송에 대한 구급대의 역할을 요구할 수 있다.

경찰관직무집행법 제4조 (보호조치 등)에서도, “경찰관은보건의료기관 또는 공공구호기관에 긴급구호를 요청하거나 경찰관서에 보호하는 등 적당한 조치를 취할 수 있다”고 명시하고 있으며 그 대상으로 “정신착란 또는 술취한 상태로 인하여.....자살을 기도하는 자’ 등으로 규정하고 있다. 이와 같이 의사와 경찰관의 동의하에 입원의뢰를 하는 경우에는 응급입원의뢰서를 작성하게 되며, 면허가 있는 의사(정신과전문의가 아니어도 됨)의 확인과 소속이 있는 경찰관의 확인이 반드시 요구된다. 이와 같이 정신과적 증상으로 인해 발생하는 위기에 대응하는 과정에서 응급입원의뢰와 호송이 필요한 경우가 많으며, 이때 경찰과의 협력관계는 매우 중요하게 고려되어야 한다. 경찰의 협력이 이루어지는 수준에 따라 3단계로 나누어 살펴보면 다음과 같다(특이심리민원인에 대한 대응 매뉴얼, 2009).

① 1단계는 비공식적 협력관계의 구성이다. 이는 정신보건법과 경찰직무집행법 등 최소한의 법적 기반은 마련되어 있으나, 실제로 긍정적인 협력관계를 구축하기 위해서

4) 응급입원이란 정신질환자로 추정되는 자로 자신이나 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견하였는데, 상황이 급박하여 자의입원, 보호의무자에 의한 입원, 시·군·구청장에 의한 입원을 시킬 수 없는 경우에 행하는 입원방식으로써 72시간 범위 내에서 입원을 시행하는 제도이다.

는 상호 기관 간 이해 부족, 인력 부족 또는 기관의 서비스 우선순위의 문제 등을 극복하기 위한 실행단계에서의 노력이 필요하다.

② 2단계는 공식적 협력관계이다. 경찰과의 파트너십을 통해 공동의 위기대응 체계(crisis intervention with police)를 갖는 것이다. 광역자치단체 및 기초자치단체 수준에서의 MOU 등을 통해 보다 공식적인 협력관계를 구성하는 것이나, 구체적인 상호관계의 유지를 위한 노력이 지속적으로 필요하다.

③ 3단계는 경찰조직 내의 위기관리(crisis intervention in police) 체계 구축이다. 강제입원 시 경찰의 개입을 필수조건으로 하는 경우에는 경찰조직 내부에 인력을 두고 정신질환자와 그 가족에 대한 개입을 하기도 한다. 이 경우, 지역사회 차원에서 정신질환에 대한 위기대응이 신속해지며 방치되었던 정신질환자의 발견이 용이해지는 등 긍정적 효과가 있으나 공권력의 개입에 따르는 문제를 최소화하기 위한 체계적인 교육과정과 수퍼비전 체계를 갖추는 것이 중요하다.

〈표 4-1〉 경찰관직무집행법 제4조

<p>제4조(보호조치등)</p> <p>①경찰관은 수상한 거동 기타 주위의 사정을 합리적으로 판단하여 다음 각호의 1에 해당함이 명백하며 응급의 구호를 요한다고 믿을 만한 상당한 이유가 있는 자를 발견한 때에는 보건의료기관 또는 공공구호기관에 긴급구호를 요청하거나 경찰관서에 보호하는 등 적당한 조치를 할 수 있다. <개정 1988.12.31></p> <p>1. 정신착란 또는 술취한 상태로 인하여 자기 또는 타인의 생명·신체와 재산에 위해를 미칠 우려가 있는 자와 자살을 기도하는 자</p> <p>2. 미아·병자·부상자등으로서 적당한 보호자가 없으며 응급의 구호를 요한다고 인정되는 자. 다만, 당해인이 이를 거절하는 경우에는 예외로 한다.</p> <p>②제1항의 긴급구호요청을 받은 보건의료기관이나 공공구호기관은 정당한 이유없이 긴급구호를 거절할 수 없다.</p> <p>③제1항의 경우에 피구호자가 휴대하고 있는 무기·흉기등 위험을 야기할 수 있는 것으로 인정되는 물건은 경찰관서에 임시영치할 수 있다.</p> <p>④경찰관이 제1항의 조치를 한 때에는 지체없이 이를 피구호자의 가족·친지 기타의 연고자에게 그 사실을 통지하여야 하며, 연고자가 발견되지 아니할 때에는 피보호자를 적당한 공중보건의료기관이나 공공구호기관에 즉시 인계하여야 한다.</p> <p>⑤경찰관은 제4항의 규정에 의하여 피구호자를 공중보건의료기관 또는 공공구호기관에 인계한 때에는 즉시 그 사실을 소속 경찰서장 또는 지방해양경찰관서의 장에게 보고하여야 한다. <신설 1988.12.31, 1996.8.8></p> <p>⑥제5항의 보고를 받은 소속 경찰서장 또는 지방해양경찰관서의 장은 대통령령이 정하는 바에 의하여 피구호자를 인계한 사실을 지체없이 당해 공중보건의료기관·공공구호기관의 장 및 그 감독행정청에 통보하여야 한다. <신설 1988.12.31, 1996.8.8></p> <p>⑦제1항의 규정에 의한 경찰관서에서의 보호는 24시간을, 제3항의 임시영치는 10일을 초과할 수 없다. <개정 1988.12.31></p>
--

자료: 국가법령정보센터(<http://www.law.go.kr>).

자살시도자의 재시도율과 자살성공율이 높음에 따라 자살시도자에 대한 사후관리서비스 또한 중요하다. 사후관리는 지역여건에 따라 응급의료센터, 정신과전문의 및 자살예방센터(정신건강증진센터)가 공동으로 또는 한 기관에서 주도적 역할을 수행하도록 되어있으나 대부분 정신건강증진센터가 담당하고 있다. 자살예방센터(정신건강증진센터)는 의료기관과의 연계방안을 강구하고 사후관리 차원에서 6개월 이상 월 1회 정도 자살시도자의 치료유무, 자살의도 유무 등 전화상담을 실시하도록 권고하고 있다. 우울장애나 성격장애 등으로 인지행동요법 등이 도움이 될 경우 주기적인 집단상담 프로그램을 운영하도록 되어있으나 센터 여건상 임상적 집단프로그램을 전문적으로 운영할 인력이 없는 실정이다. 자살자 유가족 사후관리를 위해 정신건강증진센터는 자살 사망자의 유가족 등에게 필요한 서비스를 파악하고 필요시 상담서비스를 제공한다. 이외에 자살시도자 지원체계로서, 공공과의 연계를 통해 정신과 전문서비스가 필요하나 경제적 여력이 없는 경우 한시적으로 의료비를 지원하고 위기사유 발생으로 인한 생계유지 곤란 시 기존 긴급지원서비스를 연계한다. 그 외 민간기관에서 제공하는 지역사회 내 서비스나 자원을 자살시도자의 욕구에 따라 연계하도록 한다.

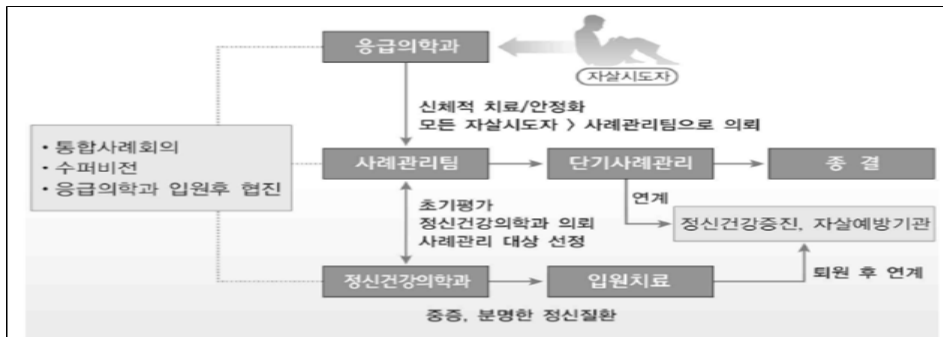
3) 성과 및 한계점

자살예방을 위한 주요사업의 하나는 자살예방캠페인이다. 대부분이 대도시의 범비는 지역에서 적은 예산으로 진행되는 일회성 로드캠페인을 주를 이루어지고 있어 자살예방의 목적달성에 한계가 있다. 또한 리플렛이나 소식지, 대중매체나 홈페이지를 통해 안내하고 있으나, 사업소개가 중심이 되는 단순 홍보성 매체들이 다수이기 때문에 메시지 전달력이 떨어지기도 한다. 장기적이며 지속적인 노출을 통해 인식개선이 이루어질 수 있도록 체계적인 캠페인방식과 전문가에 의해 제작된 창의적인 제작물이 요구된다.

자살예방사업을 효과적으로 추진하기 위해서는 사업대상을 이원화하여 대중교육 및 공익캠페인을 통해 전반적인 인식개선을 이루어가는 한편 세분화된 집단을 차별화하여 구체적이며 실질적인 예방사업을 시행하는 것이 바람직하겠다. 불특정다수를 대상으로 하는 캠페인보다는 지역주민을 대상으로 우울증 예방 및 관리 가이드라인의 보급 및 교육이 지속적이며 장기적으로 추진될 필요가 있다. 또한 자살자 다수가 우울증을

겪고 있음에도 불구하고 항우울치료를 받지 않는 경우가 많은 것으로 파악되기 때문에 타겟집단에 대한 집중적인 예방사업이 필요하다. 자살시도자를 비롯한 집중예방사업 대상에 대해서는 정신건강증진센터에서 긴급위기대응 및 집중상담 중심의 역할을 전문적으로 차별화해나가는 것이 필요하다. 응급실을 내원했던 자살시도자에게 정서적 안정성을 회복시키고 재발을 촉진하며 자살재시도를 방지하기 위한 인지치료를 비롯한 집중상담 및 위험요인 감소를 위한 지원체계가 마련되어야 한다. 자살시도자 관리 프로세스에 제시된 바와 같이 의료기관과 정신건강증진센터를 중심으로 응급 및 위기 관리를 위한 단기개입과 입원치료가 이루어지며, 여러 가지 자살에 대한 사회경제적 위험요인을 해소하기 위해 지역사회내 유관기관들과 유기적인 연계를 이루면서 사후 관리가 이루어지도록 협력체계를 구축해야 하겠다.

[그림 4-2] 응급실 기반 자살시도자 관리프로세스



나. 노인자살예방사업

1) 개요

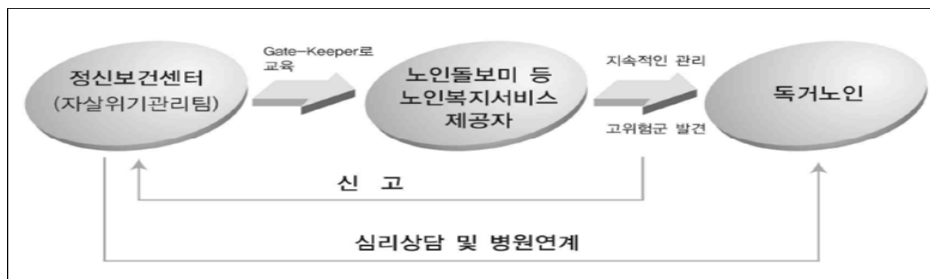
우리나라 인구 10만 명당 노인자살률은 2000년 43.2명에서 2010년 80.3명으로 10년 새 거의 두 배 가량 증가해 경제개발협력기구(OECD) 국가 중 노인자살률 1위를 기록하고 있다. 최근자료인 2013년도 통계에 따르면, 65세 이상 자살사망률(64.2명/10만 명)이 평균자살사망률(28.15명/10만 명)보다 2배 이상 높게 나타남에 따라, 자

살고위험군인 노인 계층에 대한 특화된 자살예방대책 추진이 요구되고 있다. 특히 노인자살은 농약과 같은 독극물 등 상대적으로 치명적인 자살 수단을 선택하는 비율이 높기 때문에 다른 연령대의 자살시도 대비 자살수행 비율인 200:1에 비해 매우 높은 4:1로 나타나고 있어 관심 군이 되고 있다.

2) 사업수행방식

자살예방사업은 일반인대상의 사업과 생애주기별로 특화된 노인대상의 사업으로 구분되고 있다. 노인자살예방사업의 대상은 노인복지법 제4조에 근거하며 60세 이상 노인 및 노인과 거주하는 일반인이다. 노인자살예방사업은 정신보건전달체계를 통해 정신건강증진센터에서 노인자살예방업무를 수행하는 경우와 복지전달체계를 통해 노인복지정책담당부서에서 노인복지관 등을 통해 사업을 수행하는 방식이 있다. 경기도는 2009년부터 광역시도 최초로 노인자살예방센터를 노인복지관 등에 설치하여 각 시·군단위에서 노인 자살고위험군 관리 및 위기노인 지역자원 연계 등 노인자살예방사업을 전개하고 있다. 생명존중사상에 대한 사회적 인식개선과 자살예방사업인력확보 차원에서 독거노인생활관리사나 통장 등을 중심으로 게이트키퍼 양성과 관리가 이루어지고 있다.

[그림 4-3] 노인자살예방센터 사업수행방식



3) 성과 및 한계점

노인자살이 경제적 어려움과 만성질환, 가족 및 사회관계로부터의 배제로 인한 우울

감 등 복합적인 원인에 의해 나타나므로 복지, 보건, 의료 영역 간 기능적 통합이 필요하다. 그러나 정신보건영역의 일반 자살예방사업 내에서 특화되지 못하거나 노인대상으로 사회복지 영역에서 추진되는 경우에는 일반자살예방사업과 연계되지 못하는 문제점이 발생하고 있다. 따라서 위기개입 및 자살예방의 전문성을 갖춘 정신보건 영역과 접근성 및 포괄성을 갖춘 노인복지 영역의 통합적 서비스전달방식으로서의 개선이 요구된다.

향후 취약계층 노인 및 복지 사각지대 계층 등 자살취약계층을 위한 보건과 복지 서비스를 연계한 통합적 자살고위험군 지원체계의 구축방식은 다음과 같이 제안할 수 있다. 정신건강증진센터는 의료적인 응급처치와 정신 건강영역에 대한 위험성감소를 위한 개입을 강화하고 고위험군관리와 자살시도자 사후서비스중심으로 역할을 차별화하는 것이 필요하다. 한편 노인복지전달체계 내의 노인자살예방사업은 상담 및 사회복지적 자원연계 및 지지체계 강화를 중심으로 위험군 발굴과 자살예방사업 전개하며 상시적 모니터링을 위해 재가복지서비스(가사도우미·말벗상담 등 자원봉사자 파견)를 병행하여 제공하는 것이 중요하다. 정신건강증진센터와 노인자살예방사업주체간 유기적인 연계를 이루어가는 것이 중요하며, 자살시도자에 대한 우울증 등 질환적인 원인과 사회적 위험을 전체적으로 파악하기 위해서는 정신보건전문인력과 사회복지사가 초기 사정을 함께 수행하는 것이 가장 바람직하다. 보건소의 방문보건사업에 정신보건전문요원이 동반하여 정신건강 상담을 필수적으로 포함하는 방안도 고려될 수 있다.

2. 폭력 및 학대 등 안전 영역

가. 아동학대 및 피해아동 보호체계

1) 개요

아동복지법 제45조에 근거하여, 중앙정부 차원에서는 아동학대예방사업 활성화 및 지역 간 연계체계 구축을 위해 중앙아동보호전문기관을 설치·운영하고, 지방자치단체는 학대받은 아동의 발견, 보호, 치료에 대한 신속처리 및 아동학대예방을 위해 지역아동보호전문기관을 시·도 및 시·군·구에 설치·운영하고 있다. 아동보호전문기관

은 만18세 미만 학대피해아동과 가족 및 학대행위자를 대상으로 아동학대 예방강화 및 피해아동에 대한 적극적인 보호를 통해 아동의 안정적인 성장환경 조성 및 권리 증진을 도모하는 데 있다. 2015년 현재 중앙아동보호전문기관 1개소, 지역아동보호전문기관 55개소가 운영 중에 있다(부표 11 참조).

2) 사업수행방식

아동보호체계는 사업실행기관인 아동보호전문기관 이외에도 중앙 및 지방정부, 의료기관 및 사회복지기관, 법원 및 경찰 등 다양한 주체 간 협조를 필요로 한다. 주요 주체별 기능을 살펴보면 다음과 같다.

① 중앙부처: 보건복지부는 아동학대 예방을 위한 정책 수립, 관련 법·제도 마련 및 개선의 책임을 갖고, 중앙아동보호전문기관, 지역아동보호전문기관 및 학대피해아동쉼터 설치 및 운영 지원 등을 담당하는 행정기관이다. 법무부는 아동학대범죄의 처벌 및 피해아동 보호에 관련한 법·제도·정책 마련 및 개선을 위한 행정주체로서, 아동학대 피해자 지원체계 구축 및 행위자 교정·교화 지원체계 운영과 관련한 행정적 책임을 진다. 여성가족부는 가정폭력예방과 아동학대예방을 위한 협력체계 구축 및 가정폭력피해자보호시설 내 피해아동 보호지원과 관련한 행정기관으로서 역할을 담당한다. 그 외 교육부는 아동학대 예방을 위한 교과과정 포함, 교육프로그램 개발 등 교육지원 업무를 담당한다.

② 시도: 지역아동보호전문기관 및 학대피해아동쉼터 설치 및 운영 지원, 업무지도와 감독을 한다. 시군구의 피해아동에 대한 보호조치 및 아동학대 예방사업에 대한 관리·감독 업무를 담당한다. 피해아동 보호조치는 원칙적으로 시·군·구에서 담당하되, 시·군·구의 조치사항이 미비할 경우, 시도에서 시정조치 요청 또는 직접 시정조치 시행이 가능하다. 피해아동 보호를 위한 보호시설을 지역별로 균형 있게 설치하며, 장애아동 및 성학대피해아동 등 다양한 유형의 피해아동 보호를 위한 시설을 운영하도록 한다. 어린이집, 아동복지시설, 교육훈련시설 등 집단시설에서 아동학대 발생 시 아동보호전문기관의 현장조사 및 개입이 원활히 진행될

수 있도록 협조하고, 지역아동보호전문기관에 접수된 신고사례에 대한 현장조사 시 동행요청에 협조한다. 아동학대가 발생한 아동복지시설 및 교육훈련시설, 어린이집에 대한 행정조치를 한다.

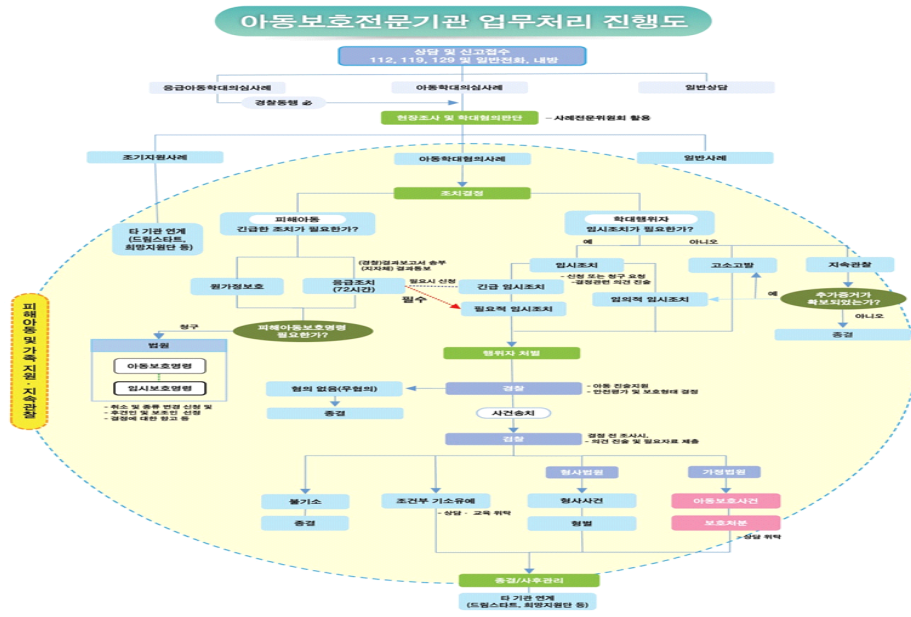
- ③ 시군구: 지역아동보호전문기관 및 학대피해아동쉼터 설치 및 운영을 지원하고, 업무지도와 감독을 한다. 아동보호전문기관 또는 수사기관에서 현장조사 시 동행요청에 협조하는 등 아동보호전문기관의 피해아동 보호조치가 원활히 진행될 수 있도록 적극 협조한다. 특히, 시설(어린이집, 아동복지시설 등 아동이 이용생활하는 모든 시설)내 학대 신고에 대해서는 아동보호전문기관 또는 수사기관의 요청이 있는 경우 시설 소재지를 관할하는 시·군·구 아동·보육 담당 부서에서 반드시 동행하도록 한다.
- ④ 중앙아동보호전문기관: 중앙아동보호전문기관에서 제공하는 지원내용은 다음과 같다. 지역아동보호전문기관 및 학대피해아동쉼터 업무 지원, 아동학대예방 관련 연구 및 교육프로그램 등 개발, 아동학대예방사업 관련 업무수행지침 및 보고서 발간, 아동학대예방사업 정책 개발, 아동보호전문기관 상담원 직무교육 프로그램 개발 및 교육, 아동보호전문기관 상담원의 신변안전 보호를 위한 교육, 아동학대 예방 관련 홍보 및 교육, 국가아동학대정보시스템 운영, 아동학대 관련 통계 관리 및 분석, 관련기관 협력체계 구축 및 관리, 해외발생아동학대사례 관련 국제협력 지원 등이다.
- ⑤ 지역아동보호전문기관: 지역아동보호전문기관에서는 주된 업무로 아동학대 신고 접수 및 현장조사 수행을 한다. 아동학대 업무는 공공과 민간이 연합하여 수행하며, 학대 상담 및 신고접수가 되면, 학대 의심사례 혹은 일반상담사례로 구분한다. 아동학대범죄 신고를 접수한 사법경찰관리 및 아동보호전문기관 직원은 아동학대범죄가 행하여지고 있는 것으로 신고된 현장에 출입하여 아동 또는 아동학대 행위자 등 관계인에 대하여 조사를 실시한다. 학대 의심사례의 경우는 현장조사를 통하여 응급(격리)조치 또는 원가정 보호를 결정하고, 이후 사례판정을 통하여 잠재위험사례, 아동학대 사례, 일반사례로 구분한다. 아동학대 사례의 경우는 조

치를 결정하여 아동 및 학대 행위자에 대해 보호 및 고소 고발 등의 조치가 취해지고, 나머지 잠재 및 일반사례에 대해서는 교육 및 예방 등을 실시한다(부표 3 참조). 현장에 출동한 사법경찰관리 및 아동보호전문기관의 직원이 업무를 수행할 때에 폭행·협박이나 현장 조사 거부 등 그 업무 수행을 방해하는 행위를 하여서는 안되며 아동보호전문기관의 직원에 대하여 폭행 또는 협박하거나 위계 또는 위력으로써 그 업무수행을 방해한 사람은 5년 이하의 징역 또는 1천 500만원 이하에 벌금에 처하도록 되어있다. 시설 내 학대의 경우는 필요 시 지자체에 현장조사 동행을 요청할 수 있고, 아동학대범죄 행위 제지 및 아동학대행위자를 격리하는 응급조치가 가능하다. 피해아동을 보호시설 및 의료기관으로 인도하는 응급조치를 72시간 이내에 시행하고 상담·치료 등의 서비스를 제공한다. 피해아동 및 학대행위자·가족에 대한 상담·교육 등의 서비스 제공하고, 피해아동 가정에 사후관리를 실시한다. 아동학대 업무수행 결과는 국가아동학대정보시스템에 입력 및 보존하도록 한다. 그 외 아동학대예방 교육 및 홍보와 지역사회 자원 개발 및 관련기관 협력체계 구축을 위해 노력한다. 또한 피해아동 보호를 위한 전담 치료 보호시설(공동생활가정, 일시보호시설)을 운영할 수 있다.

- ⑥ 학대피해아동쉼터: 학대피해아동쉼터에는 아동보호전문기관 또는 경찰에 의해 분리보호 조치된 아동에 한하여 입소하는 시설이다. 주요기능은 피해아동 보호 및 숙식 제공, 피해아동 일상생활 훈련 및 생활 지원, 상담 및 치료(심리검사, 개별심리치료, 집단심리치료, 건강검진 지원 및 병원 치료), 교육 및 정서지원(학업 지도, 안전교육, 문화체험, 체육활동) 등을 포함한다.

본 연구를 위한 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사결과, 2014년 기준 55개 아동보호전문기관 당 평균 대상자 발굴사례는 평균 321.40건으로 파악되었고, 욕구평가는 평균 181.56건으로 대상자 대비 욕구평가 비율은 56.5%이었다. 서비스 연계에서 타 기관에 의뢰한 경우는 평균 14.58건(대상자 대비 4.5%)이고, 타 기관으로부터 의뢰를 받은 경우는 평균 103.53건으로 파악되어 전체적으로 보면 평균 118.53건의 서비스 연계가 있었다. 종결된 사례수는 평균 42.93건으로 전체 대상자 대비 13.36%이었고, 직접서비스를 제공한 경우는 평균 8,517.5건으로 집계되었다(부표 10 참조).

[그림 4-4] 아동보호전문기관 업무수행방식



3) 성과 및 한계점

지역사회 아동보호업무를 진행하는 과정에서 행정기관의 협조가 필요한 경우가 많으나 법적 강제를 할 수 없기 때문에 긴급하게 아동보호업무가 진행되기 위해서는 업무책임의 근거를 마련하고 의무화하는 아동보호조례 등을 만들 필요가 있다. 지역 내 아동학대 고위험군에 대한 gate keeping 기능을 강화하기 위해서는 지역사회 내 복지 사각지대발굴주체인 동주민센터나 공공사례관리체계와의 유기적 연계도 중요하다. 보호아동의 지역사회 내 보호기능을 강화하기 위해서는 아동복지서비스 인프라를 확충하고 학교나 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터, 정신건강증진센터 등 아동 및 청소년과 그 가족을 지원할 수 있는 지원체계의 기능을 동시에 강화해나가도록 한다. 또한 아동학대에 대한 응급위기개입체계구축 및 전문성강화를 위해서는 아동보호전문가 양성을 지원하고 연구개발 기능도 강화할 필요가 있다.

나. 노인학대 및 피해노인 보호체계

1) 개요

급속한 인구 노령화와 핵가족화 등의 사회변화에 따라 가족 간 갈등 및 노인부양부담 증대하면서 노인학대사례가 증가하고 있다. 정부는 노인 학대 문제에 전문적이며 체계적으로 대처하고 노인권익을 보호하고, 노인학대 예방 및 노인인식개선 등을 통한 노인의 삶의 질 향상을 위해 노인보호전문기관을 설치·운영하고 있다. 노인보호전문기관은 2004년 전국에 17개 지방노인보호전문기관이 설치되었고, 2005년 중앙노인보호전문기관이 개관하였으며, 2015년 현재 중앙노인보호전문기관을 포함해 전국에 28개의 노인보호전문기관이 설치·운영 중이다(부표 11 참조).

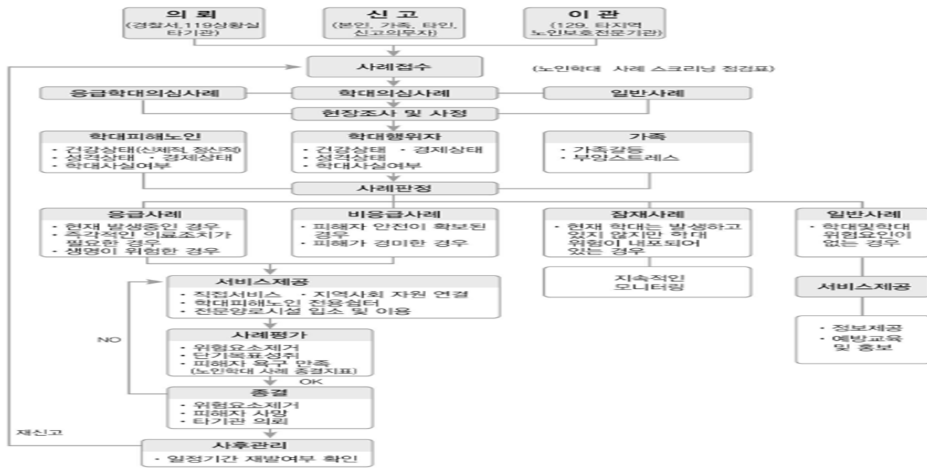
2) 사업수행방식

지역노인보호전문기관의 업무는 2004년에 개정된 노인복지법 제39조의5(노인보호전문기관의 설치 등) 및 노인복지법 시행규칙 제29조의14(지역노인보호전문기관의 업무)에 근거하고 있다. 주요업무에는 노인학대 신고전화의 운영 및 사례접수, 노인학대 의심 사례에 대한 현장조사, 학대피해노인 및 노인학대행위자에 대한 상담, 학대피해노인 사후관리, 지역단위 노인학대 예방교육 및 홍보, 노인학대 피해자 지원을 위한 자원개발 및 연계, 노인학대신고의무자 등에 대한 노인학대 예방교육, 일반인을 대상으로 한 노인학대 예방교육, 피해노인을 일시적으로 보호하기 위한 시설의 운영, 피해노인의 의료기관 치료의뢰 및 노인복지시설 입소의뢰, 관련기관과의 협력체계 구축 등이 포함된다.

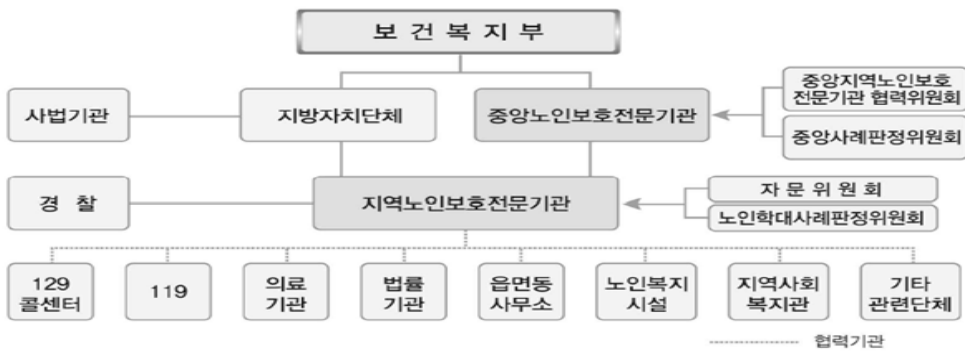
노인보호전문기관 사례관리 단계별 업무내용은 다음과 같다(부표 3 참조). 첫 단계는 신고 접수된 사례에 대해 노인학대 여부, 응급성 정도, 현재 학대피해노인의 안전 및 학대의 지속성 여부, 노인보호전문기관의 대처 유형 등을 파악하기 위한 기초정보를 수집하고 노인학대 의심사례인지를 판정하고 현장조사 실시여부를 결정하는 것이다. 사례접수는 연중 24시간 노인학대 신고상담전화 1577-1389를 통해 이루어진다. 이외에 보건복지콜센터(129)나 119 신고에 의한 접수도 가능하다. 또한 노인보호전문기관 홈페이지나 이메일 등을 통한 온라인 접수, 직접내방, 가정방문, 이동상담 등을

통한 대면 접수, 서신에 의한 접수 등이 있다. 응급학대의심사례는 신고접수 당시 응급한 노인학대 상황으로 의심되며, 노인의 안전을 위하여 12시간 이내에 현장조사를 실시해야 한다고 판단되는 사례이다. 학대의심사례는 신고접수 당시 노인학대로 의심되어 현장조사가 필요하다고 판단되는 사례 가운데, 응급학대의심사례를 제외한 모든 사례(비응급의심사례, 잠재의심사례)가 해당되며, 신고접수를 받은 후 72시간 이내에 현장조사를 실시하도록 한다.

[그림 4-5] 노인학대사례 업무진행 절차



[그림 4-6] 노인학대예방사업의 주요체계



두 번째 단계인 현장조사 및 사정은 노인의 안전 및 응급성 여부를 확인하고, 학대 피해노인에 대한 신변보장과 안전조치 확인을 하기 위한 것이다. 노인학대의심사례로서의 적합성 판정에 필요한 충분한 자료 및 정보를 수집하고, 학대피해노인 보호에 필요한 지원체계를 확인하고 서비스 제공을 위한 계획을 수립하도록 한다. 세 번째 단계인 사례판정 및 조치에서는 신고 접수된 사례의 학대여부를 판정하고, 심각성 정도, 응급성 여부를 결정하며 향후 해당 사례에 대한 적절한 조치 및 사례개입방법, 서비스 제공 계획 등을 결정한다. 기관 내 상급자, 동료상담자와 사례회의를 통하여 사례판정을 하며, 사례판정시 노인학대 사례 스크리닝 점검표 점수 및 분류 결과와 담당자의 의견 및 기타 자료를 종합적으로 참고한다.

〈표 4-2〉 내부 사례회의 운영방식

구성	노인보호전문기관 관장 또는 중간관리자, 상담원, 쉼터사회복지사로 구성
역할	신고 접수된 노인학대의심사례의 사례판정 및 서비스제공 계획 등 사례 전반에 대한 논의
운영	기관별 자체지침에 따라 운영하되, 최소 주1회, 월4회 이상 개최

서비스제공단계에서는 학대상황 변화 및 학대위험요인 제거를 위해 전략을 수립하고 학대피해노인 및 학대행위자 등을 포함한 가족 전체를 위한 서비스를 제공한다. 학대피해노인을 위해 제공 가능한 서비스로는 피해자 개별상담 및 집단상담, 가족상담, 학대피해노인 관련자상담(이웃주민이나 직장동료, 관련기관 실무자 등) 등이 있다. 복지서비스 지원을 위해 긴급복지지원이나 가족지원서비스, 노인돌봄서비스 및 재가서비스(방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스), 의료서비스 등을 연결한다. 법적 조치를 위해 법률상담이나 소송을 연계하며, 학대행위자의 고소절차를 지원한다. 일정기간 보호를 위해서는 학대피해노인 전용쉼터 입소로 연계하며, 장기적인 분리가 필요한 경우에는 시설입소를 통해 보호조치를 취할 수 있다. 학대행위자를 위한 서비스로는 학대행위자 개별상담, 집단상담, 가족상담, 관련자상담, 심리 및 기타검사 등이 있다. 마지막 단계는 사례평가 및 사후관리로서, 현장조사와 사정을 통해 수립하였던 목표와 제공된 서비스에 대해 효과성을 평가하고 평가결과에 따라 지속여부 및 종결여부를 판단한다. 종결 후에는 사후관리를 통해 학대피해노인의 안전유지, 학대재발 가능성 방지 및 예방, 가족의 안정유지를 위해 일정기간 모니터링한다.

〈표 4-3〉 사례판정위원회 운영방식

목적	사례개입의 객관성 확보 및 전문성 향상을 도모하기 위하여 설치
구성	<ul style="list-style-type: none"> - 노인보호전문기관 2인(관장, 상담원 1인), 법률·의료·관계공무원·노인복지분야 교수 또는 노인(사회)복지 분야 전문가 각 1인 등 6인 이상으로 사례판정위원회 구성 - 사례판정위원의 임기는 2년이며 연임 가능 - 사례판정위원회 위원장은 외부위원 중에서 호선하며 부위원장은 노인보호전문기관 관장이 겸임
역할	<ul style="list-style-type: none"> - 사례판정위원회 운영지침에 따라 최소 분기별 1회 이상 개최 - 위원회 및 기관의 요청이 있을 경우 수시 개최 가능 - 노인보호전문기관 직원을 제외한 최소 3인 이상 사례판정위원이 참석하는 것으로 개최 - 노인보호전문기관은 사례판정위원들에게 노인학대 의심사례와 관련하여 전문가적 지식을 자문 받고 진행과정 및 결과자료 제공

본 연구를 위한 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사결과, 2014년 기준 27개 노인 보호전문기관 당 평균 대상자 발굴수는 391.44⁵⁾건으로 조사되었고, 발굴사례에 대해 100% 욕구평가를 실시하였다. 서비스 연계에서 타 기관에 의뢰한 경우는 평균 2.15⁶⁾건으로 전체 사례의 0.45%만이 타 지역의 노인보호전문기관을 제외한 다른 기관에 의뢰하는 것으로 파악되었다. 타 기관으로부터 의뢰를 받는 경우는 평균 6.59건으로 타 기관으로 의뢰하기보다는 의뢰받는 비중이 더 높다고 할 수 있다. 기관 내 자원을 활용하여 직접 서비스를 제공한 건수는 평균 2205.9건으로 학대피해노인 1명당 평균 5.6개의 서비스를 제공하는 것으로 분석되었다. 사례 종결 대상자수는 기관 당 평균 122.15건으로 발굴 사례 대비 종결사례는 31.21%로 파악되었다(부표 9 참조).

3) 성과 및 한계점

노인학대를 예방하고 학대피해노인을 신속하게 발견하여 지원하는 초기단계가 중요함에도 불구하고 노인학대신고율이 낮으며 적극적인 사례발굴전략이 모색되지 못하는 한계가 있다. 신고를 받은 경찰이 노인학대 문제에 대한 이해가 높지 않아 가족의 문제로 소홀히 개입하는 경우가 있으며 이를 전문기관으로 신속하게 의뢰하는 과정도 불안정하다. 노인학대에 대한 지역주민의 인식제고와 신고의무자의 적극적인 활동이 필요

5) 전체 신고 접수된 사례는 10,569건으로 그중 일반사례 7,037건, 학대사례 3,532건임.

6) 타 기관에 의뢰한 사례는 총 58건으로 그중 타 지역에 위치한 노인보호전문기관에 의뢰한 경우 10건, 기타 타 기관에 의뢰한 경우 48건으로 조사됨.

하다. 노인학대피해자가 적절한 보호와 지원을 통해 회복하기 위해서는 가족 내의 보호 상황을 살피고 가족들의 학대유발요인을 감소시키기 위한 노력이 중요하다. 가족관계개선과 가족부양부담을 줄이기 위해서는 다양한 지역사회의 복지서비스 제공 및 자원연계를 통해 피해자 및 피의자, 가족에게 제공할 필요가 있다. 특히 지역사회내 통합사례관리와의 협력을 통해 돌봄 및 재가서비스를 포함하는 포괄적인 보호서비스지원이 이루어지도록 한다.

다. 여성 및 가족 보호지원체계

1) 개요

여성가족부의 가정폭력피해자지원사업은 가정폭력방지 및 피해자보호등에 관한 법률 제4조, 제13조에 근거하여, 가정폭력 피해자의 신체적, 정신적 치료를 통해 일상생활로의 복귀를 돕고, 피해자뿐만 아니라 가족구성원이 함께 자립할 수 있도록 지원하는 것이다. 가장 대표적인 사업으로는 여성긴급전화 운영으로서, 가정폭력·성폭력·성매매 등으로 긴급한 구조·보호 또는 상담을 필요로 하는 여성들이 전화로 피해상담을 받을 수 있도록 전국적으로 통일된 국번 없는 특수전화 ‘1366’을 24시간 365일 운영하는 것이다. 이외에도 가정폭력 피해자지원 상담소(2014년도 93개소) 및 피해자보호시설(2014년도 68개소)을 운영하고 있다.

2) 사업수행방식

가정폭력피해자 위기상담 및 긴급보호는 국번 없이 1366에서 접수하며, 지속상담을 원할 경우 가까운 가정폭력상담소에서 상담을 실시한다. 가정폭력으로 인한 사실과의 인과관계가 인정될 경우 신체적·정신적 피해에 대한 치료, 임신부 및 태아보호를 위한 검사 및 치료 등에 대한 의료비 지원이 가능하다. 지원 금액은 치료보호에 소요된 비용을 전액 지원하는 것을 원칙으로 하며, 지원기한은 피해발생 후 5년 이내 범위에 서 지원한다. 가정폭력피해자(국내거주 이주여성 포함)에 한하여 가정폭력 관련 민사가사 사건에 대한 무료법률 상담 및 구조신청이 대한법률구조공단 지부 및 출장소, 지

소 또는 한국가정법률상담소 본부 및 지부를 통해 가능하다.

가정폭력피해자 중 가해자와 분리된 생활을 원하는 피해자에 대해서는 관련 상담 기관과 면접상담 후 보호시설 입소가 가능하다. 입소기간은 임시보호는 3일 이내, 단기 쉼터는 6개월, 장기쉼터는 2년 이내이다. 가정폭력피해자와 자녀가 안정적이고 장기적인 거주지를 원할 경우 입주심사를 거쳐 임대주택 거주가 가능하도록 지원한다. 가정폭력피해자 보호 및 지원을 위해 국가 및 지방자치단체, 한국토지주택공사 또는 지방공사가 건설하는 국민임대주택의 입주권을 우선적으로 부여한다. 임대기간은 2년, 1회에 한하여 2년 연장 가능하며, 임대주택 1호당 2~3세대 입주하되 임대 보증금은 운영기관에서 부담하고 관리비 및 각종 공과금은 입주자가 부담한다.

[그림 4-7] 가정폭력피해사업의 주요체계



3) 성과 및 한계점

2012년 여성가족부의 ‘여성정책 수요조사’에 따르면, 가정폭력을 방지하기 위해 우선적으로 추진해야 할 정책 1순위로 가정폭력 행위자 처벌강화가 35.5%로 나타났고, 가정폭력 행위자 재범방지 강화방안(가해자 교정치료 프로그램)이 28.4%로 나타났다. 가정폭력 가해자를 주거에서 격리하거나 접근하지 못하도록 피해자가 가정법원에 보호명령을 청구토록 하는 ‘피해자보호명령제도’의 활용도 저조했다고 보도하고 있어 가정폭력피해자의 지속적인 학대예방과 안전관리체계가 강화될 필요가 있다. 응급

위기 시 개입할 수 있는 전문체계를 갖추지 않은 지역에서는 의뢰과정에 장애들이 많으며 전문적인 지원이 미흡할 수 있다는 우려도 있다. 폭력피해여성의 긴급보호를 위해 서비스기관과 경찰과의 연계 하에 지역사회 내 응급위기관리체계가 가동되어야 하며 긴급피난시설을 확보하여 긴급보호가 이루어질 수 있도록 인프라확보방안이 마련되어야 한다. 가정폭력상담소의 설치운영과 관련한 지역별 편차와 전문적 운영역량의 차이를 줄이기 위한 노력도 필요하며 폭력피해 여성의 자립지원강화방안도 지역사회 자원연계를 통해 보다 적극적으로 마련될 필요가 있다. 경찰에 대한 불신으로 인한 낮은 신고율과 사법 처리과정에서의 낮은 임시조치 청구와 기소율, 법원의 보호처분 이행실태에 대한 모니터링 등의 부재도 가정폭력지원체계의 한계가 되고 있다. 가정폭력 예방교육의 강화를 통해 가정폭력을 예방할 뿐 아니라, 가정폭력 대응주체들에 대한 실무교육도 강화해야 한다.

3. 중독관리 영역

1) 개요

최근 사회적으로 이슈가 되고 있는 4대 중독(알코올, 마약, 도박, 인터넷)의 폐해는 중독자 뿐 아니라 그 가족 및 사회전반에 심각한 영향을 미치고 있다. 우리나라 국민의 8명 중 1명이 중독자로서, 4대 중독의 사회경제적비용은 109조 5천억원에 이른다. 정부는 알코올을 비롯한 다양한 유형의 중독을 통합적으로 관리하기 위해, 전국에 운영 중인 50개소의 알코올 상담센터를 2014년도에 중독관리통합지원센터로 기능개편하였다. 설치목적은 지역사회 중심의 통합적인 알코올 및 기타중독(마약, 도박, 인터넷게임 등)에 문제가 있는 자를 지원하는 것으로써, 알코올·기타중독자 관리체계와 알코올·기타중독폐해예방시스템을 구축하고 알코올 및 기타중독자 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀를 지원하도록 한다.

2) 사업수행방식

국가 또는 지방자치단체가 직영 또는 정신보건법에 따른 정신보건시설(정신의료기

관, 정신요양시설, 사회복지시설), 고등교육법 제2조에 따른 학교, 정신보건사업을 위해 설립된 비영리법인에 위탁하여 운영할 수 있다. 기본중독관리사업의 총예산은 국민건강증진기금 3,173,625천원으로, 센터 당 예산규모는 141,050천원이다. 기준 보조율은 국비 50%, 지방비 50%로 구성된다. 노숙인 등 취약계층 중독관리 사업은 국민건강증진기금 300,000천원으로, 센터당 100,000천원(6개소)을 지원하고 있다(기준 보조율 : 국비 50%, 지방비 50%). 이용대상은 지역주민 모두이나, 지역사회 내 알코올 및 기타중독에 문제가 있으며 관련 상담 및 재활훈련서비스가 필요한 알코올 및 기타중독자와 그 가족이 주대상이 된다. 또한 의료기관 또는 시설 등에서 퇴원(소)한 알코올 및 기타중독자로서 사회적응훈련을 필요로 하는 알코올 및 기타중독자를 포함한다. 국민기초생활보장 수급권자 및 차상위계층, 이주여성 및 자녀, 새터민 등 사회취약계층이 전체 이용자의 1/2 이상이 되도록 우선 이용 대상으로 고려한다.

〈표 4-4〉 중독관리통합지원센터 기본중독관리사업

사업영역	서비스내용
알코올·기타중독자 관리사업	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 고위험군* 조기발견 및 개입서비스 ◦ 아동·청소년 예방교육사업 ◦ 직장인 음주·기타중독폐해예방지원사업 ◦ 지역주민 예방교육사업 ◦ 인식개선 및 홍보사업
알코올·기타중독자 가족지원사업	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 보건복지 네트워크 구축 ◦ 지역 법무 연계·협력체계 구축 ◦ 자원봉사 관리·운영체계 구축 ◦ 경찰 및 응급지원 네트워크 구축 ◦ 지역 인프라 구축
알코올·기타중독폐해 예방 및 교육사업	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지역사회 진단 및 연구 ◦ 서비스 기획 ◦ 자원조정 및 중재
지역사회 사회안전망 조성사업	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 보건복지 네트워크 구축 ◦ 지역 법무 연계·협력체계 구축 ◦ 자원봉사 관리·운영체계 구축 ◦ 경찰 및 응급지원 네트워크 구축 ◦ 지역 인프라 구축
지역진단 및 기획	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지역사회 진단 및 연구 ◦ 서비스 기획 ◦ 자원조정 및 중재

사례관리와 관련해서는 의뢰되는 대상자에 대해 표준화된 도구를 활용하여 중독문제 선별이 이루어지고, 중독문제에 대한 진단적 평가를 통해 적절한 치료계획을 수립

하고 단기개입 서비스를 직접 제공한다. 대상자 평가에 따라 개별 치료계획과 목표를 설정하고, 이에 적합한 사례관리서비스를 제공하고 필요한 외부의 사회복지 서비스를 연계한다. 그 외 집단상담이나 교육 프로그램을 개발하고 지원한다.

3) 성과 및 한계점

중독관리통합지원센터는 인구 20만 이상 지역(시·구)에 1개소 설치를 기준으로 하고 있으나, 현재 설치된 50개소는 증가하는 서비스 이용자의 욕구 및 환자 수에 비해 절대적으로 부족한 실정이다. 설치지역 내의 주민을 우선 대상으로 하되, 상황에 따라 인근의 미설치 지역의 주민에게도 관련서비스 제공이 가능하도록 되어 있다. 그러나 기초자치단체의 예산지원에 따라 타 지역주민의 서비스이용에 제한을 둘 가능성이 있다. 중독 관련 전문 인력을 양성하기 위한 별도의 교육프로그램이나 수련체계가 미흡하여 중독관리통합지원센터의 특수성에 기반한 전문적인 서비스의 질을 높이는데 한계가 있다. 중독관리통합지원센터는 알코올상담센터에서 해오던 노숙인 및 취약계층 알코올중독관리사업을 지속하고 있으나 지역사회 내 중독관리를 지원하거나 연계할 기관 및 자원 현황 파악이 미흡하고 노숙인쉼터를 비롯한 노숙인 관련 시설과의 협조 체계나 통합지원업무가 원활하게 이루어지지 않고 있으며 지역사회내 통합사례관리체계와 유기적인 협력체계를 구축하는데 어려움을 겪고 있다.

제2절 지역사회보호를 위한 통합지원체계

1. 대상별 통합사례관리

가. 취약계층 아동을 위한 드림스타트

1) 개요

아동복지법 제37조, 아동복지법 시행령 제37조에 근거하여 취약계층 아동에게 맞춤형 통합서비스를 제공하여 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하고 공평한 출발기회를 보장하고자 하는 사업이다. 대상자의 복합적인 욕구 및 문제를 파악하여 보건, 복지, 보호, 교육 등 다양한 지역자원과 연계한 맞춤형 통합서비스를 종합적으로 제공하는 사례관리가 기본 사업 틀이 된다. 사업대상은 0세(임산부)~만 12세(초등학생 이하) 아동 및 가족으로, 국민기초수급 및 차상위계층 가정, 보호대상 한부모가정(조손가정 포함), 학대 및 성폭력피해아동 등을 우선적으로 지원하고 있다(부표 2 참조).

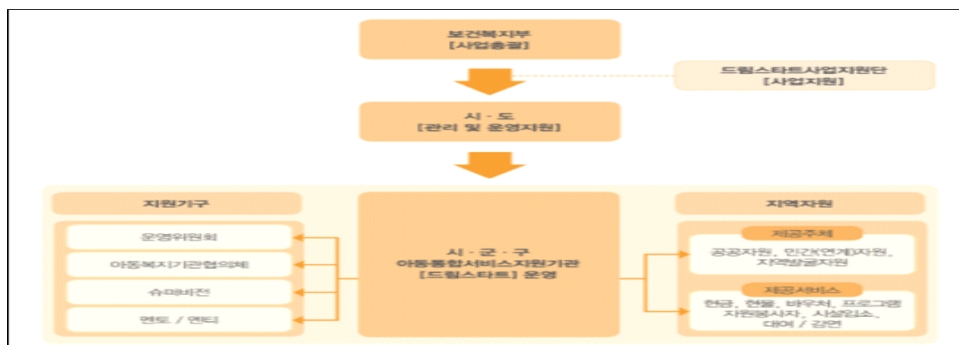
2) 사업수행방식

보건복지부가 사업을 총괄하며 사업의 원활한 진행을 위해 사업지원단이 사업 모니터링, 직원 교육, 사업홍보, 사업평가 등의 사업을 위탁받아 수행하고 있다. 사업실행은 시군구에 사업운영을 위한 드림스타트 조직을 설치하고, 3~4인 정도의 전담 공무원을 배치하고, 4~7인 정도의 민간전문인력을 채용하여 사업지역마다 총 7인 정도의 인력으로 사업을 수행하고 있다. 2015년 현재 전국 229개 시군구로 사업지역을 확대하였으며, 평균적으로 350명 내외의 아동에게 서비스가 지원되고 있다. 드림스타트 운영예산 3억원은 지방의 경우 전액 국고보조로 편성되고, 서울의 경우 66.7%가 국고지원 된다. 향후 전국적인 조직 인프라를 활용하여 지역의 아동복지서비스를 통합·조정하는 기능을 수행하는 것을 목표로 한다. 또한 타 사업 간(지역아동센터, 희망복지지원단, 아동보호전문기관 등) 사례관리 협력체계구축을 통해 서비스 통합 및 조정을 이루도록 한다.

운영 책임은 시장·군수·구청장에게 있으며, 드림스타트 전담부서를 설치하여 사업운영 관련된 제반 사항을 지원한다. 운영 관리는 전담공무원이 담당한다. 6급 이상 공무원인 팀장을 포함하여, 사회복지, 간호·보건, 보육, 행정 분야 각 1인씩 최소 3인을 배치한다. 사업의 원활한 수행을 위하여 지자체 공무원 이외에 아동통합서비스 전문요원을 보건·복지·보육(교육) 분야별로 채용한다. 지역별로 기본 4명을 배치하고 사례관리 아동 수(전문요원 1인당 사례관리 아동 수 60~80명 권장)에 따라 최대 7명까지 채용한다.

지역 내 아동복지기관 간 정보 공유 및 아동복지서비스 연계·조정을 위해 지역자원 아동복지기관협의체를 운영한다. 아동부서 담당 국·과장이 위원장이며, 위원은 공무원, 아동복지시설 및 관련기관의 장 등으로 구성되며 드림스타트 팀장이 간사를 맡는다. 분기별 1회 이상 운영하도록 하며, 지역실정에 따라 지역사회복지협의체의 아동·청소년 분야 분과위원회를 활용하는 방법도 가능하다.

[그림 4-8] 드림스타트 사업수행 체계



아동의 건강한 성장과 발달을 위해 지역사회 내 자원 연계를 통해 아동의 문제 및 욕구별 맞춤형 통합서비스를 제공한다. 단계별로는 가정방문 상담을 통한 사례관리 대상아동(위기아동 등) 발굴, 취약계층 아동(가정)에 대한 문제 및 욕구 파악을 통한 서비스계획 수립, 아동별 맞춤형 통합서비스 제공(서비스 연계) 및 점검, 사례관리 기초기록 관리 및 아동별 데이터베이스 구축 등이 진행된다(부표 5 참조).

본 연구를 위한 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사결과, 2014년 기준 229개 드

림스타트는 기관 당 평균 대상자 발굴수는 평균 469.58건으로 파악되었고, 욕구평가는 100% 이루어져 평균 469.58건으로 조사되었다. 종결된 사례수는 평균 99.4건으로 전체 대상자 대비 21.2%를 차지한다. 직접 서비스는 제공한 경우는 기관 당 평균 154.7건으로 조사되었다⁷⁾(부표 10 참조).

3) 성과 및 한계점

아동복지법에 근거하여 수행하는 우리나라의 대표적인 아동복지사업으로 전체 시군구에 229개의 드림스타트 설치를 완료하고 전국에서 사업을 수행하고 있다. 그럼에도 불구하고 드림스타트는 매년 예산편성 및 전문인력 확보 등이 상당히 불안정하여 취약계층 아동 중 일부에게만 서비스를 제공하고 있는 상태이다.

드림스타트 서비스 기반을 확충하기 위해서 서비스 대상자를 확대할 수 있도록 예산을 안정적으로 확보하고, 드림스타트에 근무하는 민간 인력의 고용안정성을 담보하기 위해 제도적인 뒷받침이 있어야 할 것이다.

나. 취약·위기가족지원(가족역량강화지원)사업

1) 개요

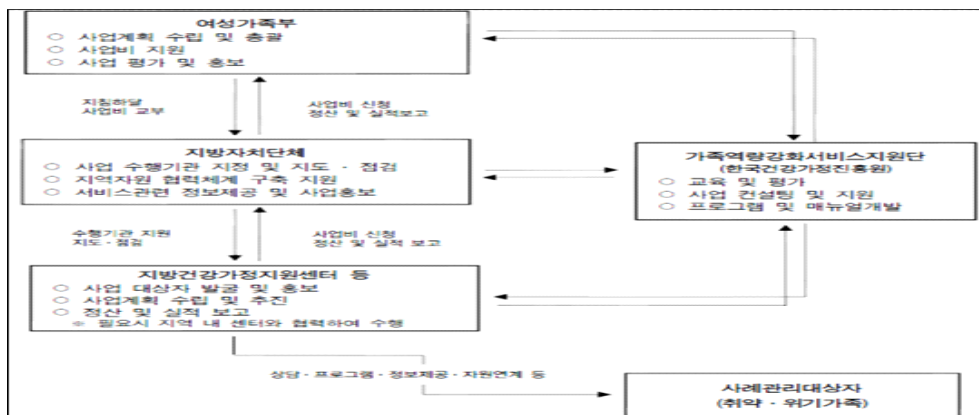
건강가정기본법 제21조(가정에 대한 지원)와 한부모가족지원법 제17조(가족지원서비스)에 근거하여 추진되고 있는 사업으로서, 취약·위기가족이 가진 복합적 문제해결 및 욕구해소를 위해 지속적인 사례관리를 통해 가족기능 회복과 정서·경제적 자립역량 강화 도모하는 것을 목적으로 한다. 2004년에 시작한 취약여성가구주 사례관리 시범사업을 시작으로 한부모가족 생활안정지원사업, 취약가족(한부모가족) 역량강화서비스, 위기가족 대상 가족보듬사업 등의 시범사업을 거쳐 2015년 현재 전국적으로 30개소의 취약·위기가족지원사업이 건강가정지원센터를 거점으로 운영 중에 있다.

7) 드림스타트 서비스 제공방식은 직접서비스를 제외하고 서비스 연계가 원칙이나 조사결과 타 기관에 의뢰된 사례건수는 집계되지 않아서 제시하지 않았다.

2) 사업수행방식

광역단위의 물리적 사업범위를 갖고 시도별 2개소 수준의 사업수행기관이 지정되고 있다. 사업추진체계는 아래의 그림과 같이 여성가족부에서 사업계획수립 및 총괄을 하며 지방건강강화지원센터에서 사업추진을 한다. 가족역량강화서비스지원단에서 교육 및 컨설팅을 지원하며 해당 지방자치단체는 행정적 지원을 하도록 되어 있다. 사업전담인력은 시도당 6명 이내로 센터 1개소당 3명 내외의 전담인력을 두고 상시 사례관리 대상 50~60가구를 지원하도록 한다. 사례관리 이외에 가족의 문제해결 능력 및 자립 역량 강화를 지원하기 위한 가족지원서비스를 중점적으로 제공한다. 지원대상은 최저생계비 180% 이하의 저소득 취약위기가족으로서, 가정폭력과 이혼, 자살, 사망, 사고, 경제적 및 사회적 위기사건을 직면한 긴급위기가족과 가족기능이 취약한 한부모가족, 조손가족, 미혼모부자가족, 북한이탈가족 등을 포함한다.

[그림 4-9] 취약·위기가족지원(가족역량강화지원)사업 수행체계



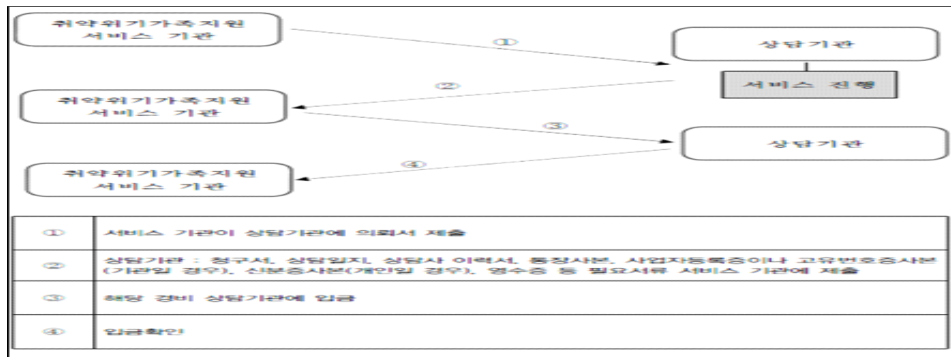
심리·경제적 자립, 역량강화를 위한 지속적인 사례관리를 비롯하여, 자녀 학습·정서지원, 생활가사지원, 부모교육, 가족관계, 자녀양육교육 등 프로그램 및 자조모임 운영, 정보제공 및 지역 사회 자원 활용·연계, 긴급 위기지원 등을 포함한다. 세부 사업내용은 다음과 같다.

심리·경제적 자립, 역량강화를 위한 지속적인 사례관리는 ① 초기상담 → ② 사례관리 등록 → ③ 욕구 및 강점사정 → ④ 서비스 계획 → ⑤ 서비스 제공 → ⑥ 서비스

점검 → ⑦ 평가 및 종결 → ⑧ 사후관리 순이다. 자녀 학습·정서지원(배움지도사 파견 지원)의 지원대상은 초등학교(1~6학년) 재학 또는 이에 상응하는 연령대의 조손가족 손자녀 및 한부모가족이고, 지원내용은 배움지도사/방문지도사를 파견하여 학습지도(학습동기·목표 점검, 기초학습·자기주도학습·부진교과목 지도 등) 및 정서지원(일상생활지도, 멘토·멘티 서비스 등) 등이다. 지원기간은 1년 이내이다. 생활가사지원(키움보듬이 파견 지원)의 지원대상은 65세 이상의 가구주 또는 그의 배우자와 만 18세 미만 손자녀가 생계·주거를 함께 하는 저소득 조손가족으로 조부모의 건강 악화 등으로 일상생활이 어려운 가구로 지원내용은 키움보듬이를 가정에 파견하여 거동불편 조부모의 외출 및 병원진료 등 활동보조, 조부모의 건강상태 악화로 인한 손자녀의 긴급 일시돌봄 등 전반적인 생활가사지원을 제공한다. 지원시간은 연 90시간 이내(가구당)이다.

부모교육, 가족관계, 자녀양육교육 등 프로그램 및 자조모임은 자녀 및 부모의 자존감 향상, 가족관계 향상, 의사소통, 사회성 향상, 부모교육, 경제교육 등 교육프로그램, 가족 유대감 형성을 위해 가족이 함께할 수 있는 문화체험 프로그램, 구성원간의 지지와 격려, 정보공유 등을 제공한다. 그리고 자립·자활을 위한 직업훈련, 창업컨설팅 및 돌봄서비스 연계, 고용지원센터, 후원단체, 신용회복위원회, 법률상담소, 학교 등 기관 연계, 생계비, 창업자금, 장학금, 의료비 등 물적자원 연계, 후원자, 자원봉사자, 법률전문가, 학습교사 등 인적자원 연계, 건강문제, 직업교육, 보육서비스, 아이돌보미, 사회적일자리, 법률문제 등 정보 등을 제공한다. 긴급 심리·정서지원(지지리더 파견지원)은 지지리더를 파견하여 충격적 사건을 경험한 가족 곁에서 가족이 심리적 안정을 찾고 사건을 해결하기 위해 필요한 활동에 동행하면서 사건처리 과정에 도움을 주는 역할을 수행한다. 긴급 가족돌봄 지원은 돌보미를 파견하여 사건으로 인해 갑자기 보호자의 공백이 발생한 가정에 수요에 따라 양육돌봄, 노인돌봄, 가사돌봄, 동행서비스, 병원돌봄 등을 지원한다. 가족역량증진 지원으로는 교육 및 집단프로그램, 가족치유크프 및 자조모임 운영 지원, 법률지원, 의료지원, 복지서비스 등 연계서비스를 제공한다. 긴급 위기지원대상자의 경우 심리정서지원을 위해 전문상담사 및 심리치료 전문기관으로부터 가족상담 및 심리치료를 받을 수 있도록 아래의 그림과 같은 절차를 통해 상담비를 지원하고 있다.

[그림 4-10] 심리·정서지원 절차: 긴급 위기지원대상자



3) 성과 및 한계점

현재 시범사업으로 광역단위별로 30개 센터가 지정·운영됨에 따라 사업에 대한 불안정성과 함께 시군구단위의 공공사례관리체계와의 지역별 연계가 모호하다는 문제가 발생하고 있다. 건강가정지원센터 인프라를 기반으로 운영되는 사업의 특성을 살려 희망복지지원단과 유사하게 포괄적인 서비스지원기능을 강조하기 보다는 위기가족의 문제해결능력 및 자립역량강화를 위한 전문적이며 집중적인 상담기능을 강화하며 공공사례관리와 연계를 강화해나가는 것이 필요하겠다. 또한 여성가족부 전달체계인 건강가정지원센터가 지역에 따라 보건복지전달체계와 활발히 교류하지 않은 경우가 있다. 지역사회내 위기가구에 대한 통합적 지원과 다양한 보건복지기관과의 인적, 물적 자원의 교류를 위해 지역사회네트워크 활동에 보다 적극적으로 참여하여 가족역량강화를 위한 사업의 전문기능을 살려나도록 한다.

2. 공공영역의 통합사례관리

공공서비스의 만족도를 높이고 효율적으로 서비스를 제공하기 위해 국민들에게 개별 부처가 제공하는 각각의 공공서비스를 통합적으로 제공하고 한 곳에서 모든 문제를 해결할 수 있도록 하는 복지전달체계개편 사례가 전 세계적으로 증가하고 있다. 공공사례관리와 관련한 우리나라의 주요변화로는 2011년도 1월부터 사회복지통합관리망

을 통한 급여관리 및 서비스이력관리가 이루어짐과 동시에 공공사례관리가 본격적으로 실시되기 시작한 것이다. 실제로 공공영역의 사례관리는 2008년 보건복지부 주관으로 시군구 서비스 연계팀의 ‘위기가구 사례관리사업’이 도입되면서부터 전국적으로 실시되었다. 공공사례관리의 주체는 서비스 연계팀 공무원으로 규정되어 있으나, 민생안정 지원정책 수행을 위해 채용된 계약직 형태의 사회복지통합서비스전문요원이 주도적으로 수행하였다. 2009년 하반기 6개월간 10개 시군구⁸⁾를 중심으로 사례관리 시범사업이 운영되었으며, 그 결과를 기초로 위기가구 대상의 공공 사례관리가 전국 시군구 단위에서 시행되기 시작하였다(보건복지가족부, 2009a; 보건복지가족부, 2009b). 2012년도 4월부터 전국단위의 복지서비스연계를 위한 공공사례관리 전담조직인 희망복지지원단이 설치되면서 사회복지전달체계에 관한 논의가 본격적으로 이루어지기 시작하였다. 맞춤형 복지서비스 제공체계를 구축하고자 기획된 희망복지지원단 설치를 계기로 주민생활지원 조직의 확대 개편과 복지전담공무원의 확충이 이루어지기 시작하였다. 사회복지담당공무원 확충계획에 따라 최근 약 7,000여명 채용이 진행되고 있고 있으며, 시군구 당 평균 6명의 신규 및 기존 복지직 공무원⁹⁾이 희망복지지원단에 배치되어 지역단위의 통합사례관리와 서비스연계업무를 맡고 있다.

가. 희망복지지원단

1) 개요

2011년 7월 13일 관계부처 합동으로 마련된 복지전달체계 개선대책에는 지역단위 통합맞춤형 서비스 제공체계 구축이 주요하게 포함되어 있다. 기본내용은 사회복지담당공무원 확충을 통해 지역단위의 통합사례관리와 서비스연계업무를 효율화하는 것이며, 2012년 4월 1일 신규 및 기존 복지직 공무원 배치와 조직개편에 맞춰 ‘희망복지지원단’을 설치하여 거점화하는 것이다. ‘희망복지지원단’의 주요기능은 현행 업무인 기

8) 2009년도 공공 사례관리 시범사업 10개 지역은 인천 남동구, 남양주, 당진군, 동래구, 마포구, 부평구, 성남시, 영도구, 영등포구, 하남시 등이다.

9) 최소 5년 이상 근무경력을 가진 사회복지직 7~8급 공무원을 배치하되, 신규 공무원 중 종합복지관 등 민간기관에서 사례관리업무 3년 이상 유경험자를 배치한다.

존 서비스연계팀 업무(자원연계·관리, 긴급복지, 사례관리 등)를 수행하며 충원되는 공무원 및 전문요원을 활용하여 통합사례관리 업무를 확대·강화하는 것이다. 희망복지지원단의 추가적인 업무로는 지역사회복지협의체 관리·운영 업무, 읍면동 주민센터 복지업무 총괄 관리(사후관리, 내방상담, 찾아가는 서비스 등 읍면동 복지업무 총괄), 지역 내 방문형서비스(방문간호, 노인돌봄 등)를 활용한 대상자 사후관리 총괄(방문 대상자에 대한 상호 정보 공유, 서비스 연계 등 방문서비스 체계화), 지역 내 주민의 복지 관련 의견수렴 기능 수행 등이다. 실질적인 개별사례의 문제해결을 위한 통합사례관리업무와 함께 지역 내 서비스관련 업무에 대한 모니터링 기능도 포함하고 있다.

2) 사업수행방식

희망복지지원단에서 수행하는 사례관리 방식은 다음과 같다. 사례관리 대상자는 읍면동에서 발굴하여 시군구 희망복지지원단에 의뢰하고 있으며 이외에 지역주민에 의한 발굴 또는 취약계층이 자발적으로 의뢰하는 형태로 수행되고 있다. 욕구평가는 주 사례관리사를 통해 심층면담과 위기도 조사 방식으로 진행되는 심층사정평가를 수행하고 있으며 욕구조사 후 사례관리회의를 통해 대상자를 구분하고 대상가구의 특성 및 가용자원을 고려하여 개입기간을 정하고 있다. 서비스제공계획은 대상가구의 표현욕구 및 잠재욕구를 반영하여 주사례관리자가 서비스 제공계획을 수립하고 있다. 사례회의를 통해 대상자선정 및 서비스제공계획이 수립되고 있으며 읍면동에서 6개월에 2회 정도 사후관리 모니터링이 수행되고 있다. 서비스 연계는 공공자원을 우선적으로 연계하고 있으며 이외에 욕구와 지역내 자원을 매칭하여 연계가 수행되고 있다. 사례종결은 사례관리 개입목표가 달성된 경우, 거부 등의 사유로 사례개입이 불가능한 경우 종결이 된다. 위기도 조사 후 사례회의를 통해 사례종결을 결정한다. 직접서비스로는 상담, 집단프로그램, 정서지지, 옹호프로그램 등이 제공된다.

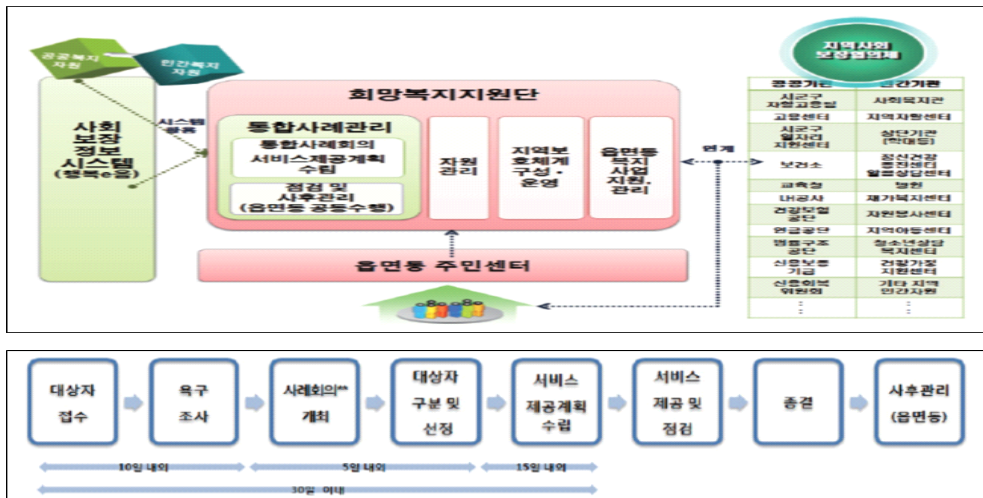
다음은 희망복지지원단 운영과 관련한 핵심주체의 기능을 보면 아래와 같다.

- ① 시군구 : 시군구 역할은 희망복지지원단의 효율적 운영을 위한 상시 협력체계 구축, 통합사례관리 사업 등을 통해 파악되는 지역 내 부족자원 관리를 통해 자원을 발굴·개발, 시도 지원체계, 지역 내 전문가 등을 적극 활용하여 희망복지지원단

교육, 수퍼비전, 컨설팅 등 활성화, 지역사회복지협의체를 비롯하여, 맞춤형 복지 지원에 요청되는 다양한 자원을 공유하고 서비스 지원을 활성화할 수 있는 공공·민간 서비스기관과의 서비스연계체계 등을 마련한다.

- ② 광역시도 : 광역 시도의 역할은 시군구 희망복지지원단 운영 지원 및 운영 관련 시도 지원체계 운영, 광역 내 전문가 풀 구성을 통한 통합사례관리 교육, 수퍼비전 및 컨설팅 지원, 평가 등 희망복지지원단 통합사례관리사업 지원, 희망복지지원단 기능 및 읍·면·동 주민센터의 종합복지기능 강화, 관련 우수사례 등 광역 내 홍보 등을 실시한다.
- ③ 읍·면·동 : 읍·면·동의 역할은 초기상담 자료에 근거하여 대상가구에 대한 사례관리가 원활히 이루어질 수 있도록 통합사례관리 의뢰 가구에 대해 충실한 초기상담을 실시한다. 사례관리가 종결된 가구에 대해서는 관할 읍·면·동에서 사후관리를 진행하고, 추가적인 욕구 등이 있을 경우 희망복지지원단으로 연계한다. 읍·면·동을 중심으로 권역 내 방문형서비스 수행 인력 간 정보공유, 공동방문 등 협력체계를 구축운영한다.

[그림 4-11] 희망복지지원단 전달체계



2012년도 설치이후 희망복지지원단의 업무분석을 통해 시도별 업무성과를 파악하고 지자체별 강점 및 취약요소를 분석하고 업무개선 및 품질개선을 유도하고자 2013년도에 성과점검이 230개 시군구(대도시 82개소, 중소도시 64개소, 농어촌 84개소) 희망복지지원단을 대상으로 이루어졌다. 정량적 점검에는 초기상담의 활성화, 업무처리 준수율, 서비스계획 대비 제공률, 서비스점검, 종결 등이 포함되었고, 정성적 점검에는 사례과정의 각 단계별 질적 내용에 대한 점검이 이루어졌다. 점검결과, 지역유형별로는 대도시형>중소도시형>농어촌형 순으로 업무성과가 나타났으며, 업무편차도 농어촌지역이 가장 높게 나타나 이 지역들의 통합사례관리업무에 따른 어려움이 큰 것을 알 수 있다.

본 연구를 위한 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사결과, 2014년 1년간 229 시·군·구 희망복지지원단의 사업수행실적은 대상자 발굴이 평균 714.56건이었고, 욕구평가는 평균 589.02건으로 사례발굴 대비 욕구평가는 82.4%가 이루어졌으며, 타 기관에 의뢰한 서비스 연계는 평균 523.89건으로 전체 사례의 73.3%로 조사되어 2/3 이상이 타 기관에 연계하였다. 이에 비해 타 기관으로부터 의뢰를 받은 경우는 2014년 1년간 전혀 없었다. 사례종결은 평균 194.47건으로 사례관리대상자 대비 46.22%로 거의 절반정도에 해당되었다. 그리고 직접서비스 제공건수는 전혀 없는 것으로 조사되었다(부표 10 참조).

3) 성과 및 한계점

전달체계개편 과정은 정부가 주민생활을 지원하기 위한 포괄적인 역할을 고려하면서 사회서비스전달의 일차적 책임을 인식하였다는 차원에서 의미를 찾을 수 있다. 또한 중앙정부의 복지서비스전달체계 개편을 계기로 사회복지직 공무원의 확충을 통해 통합적인 서비스지원을 위한 사례관리 인력을 공공에서 확충하였다는 성과가 있다. 그러나 대상별, 분야별로 단절적으로 이루어지던 서비스제공방식을 맞춤형 통합복지체제로 전환하는데 필요한 인력보강과 사업수행 여건은 미흡한 것으로 파악된다(홍선미, 2012). 예를 들어, 통합조사팀의 조사와 사례관리팀의 욕구조사가 분리되어 이루어지고 있으며 노인장기요양과 같은 급여가 필요한 경우 공단에서 진행하는 조사까지 반복적으로 이루어지면서 통합관리가 어려운 문제가 있다. 또한 서비스연계팀 조직을 확대

개편하고 사례관리 전담인력을 확보하면서 공공의 사례관리시스템을 갖춘 것은 바람직하나, 민간영역의 사례관리와 역할분담 및 차별화가 이루어지지 않음에 따라 지역사회기반의 통합적이며 협력적인 사례관리시스템 구축이 어려웠다는 점이다. 즉 정부가 사회복지서비스전달체계의 효율성제고를 위해 기관이나 프로그램 중심의 관리로부터 개인별·가구별 사례관리시스템으로 전환하고자 하는 방향은 바람직하나, 지역 내 복지기관들이 기존에 수행하던 사례관리와 유사하게 또는 경쟁적으로 진행하는 결과를 가져오기도 하였다. 이미 민간 영역에서는 다양한 분야의 사회복지기관에서 노인, 아동 및 청소년, 장애인 등을 대상으로 사례관리를 수행해왔으며 이와 관련한 상당한 지식과 경험을 갖추고 있다. 지역사회복지관의 경우는 사례관리 기능에 대한 법적 근거를 마련하고, 기능개편을 통해 지역사회복지관의 사례관리 기능을 강조하고 있다(정무성 외, 2010). 그럼에도 불구하고 공공이 진행하는 위기가구 사례관리 과정에서 민간기관 간 서비스 네트워크 활용이 제한되고 민간전문가들의 사례관리역량이 지원되지 않음에 따라 공공사례관리 내에서 사례발굴로부터 사후관리까지의 전 과정을 담당하는 구조로 정착되고 있다. 이 경우 공공사례관리는 개별 사례관리차원에서 단순의뢰 및 연계형태로 한정되며 민간 사회복지서비스 기관 사례관리와의 중복가능성은 높아지게 된다. 결과적으로 지역을 기반으로 한 사회복지실천현장의 조정·연계·협조기능이 떨어지면서 수요자욕구에 반응적인 서비스체계로의 변화는 어려울 수 있다(성은미 외, 2012). 더욱이 시군구의 서비스연계팀과 사회복지통합서비스전문요원 등 공공만 접근할 수 있는 정보시스템에 기초한 공공사례관리체계는 필요한 서비스를 개별사례에 연계하는 효과는 있으나 민간과 공공간의 서비스 중복과 누락문제를 해소하면서 지역중심의 복지체제로 변화되는 적극적인 역동은 일어나지 못하는 한계가 있다.

개별 사례관리 차원에서도 각 사례에 대한 물리적 접근성과 전담인력 부족으로 인해 선택적인 사례발굴과 서비스연계가 이루어지며 위기가정에 대한 욕구조사나 상담 등이 전문적으로 진행되는데 어려움이 있다. 그간 민간 복지전문가에 의해 제공되었던 사례관리업무가 짧은 기간의 교육만으로 전문성을 담보하는 데에는 한계가 있으며, 복지직 공무원 확충에도 불구하고 집중적인 위기가구 사례관리를 위한 적정인력에는 미치지 못하는 수준이므로 실질적인 사례관리의 질과 성과를 높이기 위한 노력이 필요하다. 복합적인 위기를 가진 사례에 소요되는 사례관리 인력을 20~30 많게는 50 사례 당 1인으로 산정할 때 복지직 공무원 확충에도 불구하고 기초자치단체

의 서비스이용인원대비 적정인력에 못 미치는 수준이기 때문에, 지역전체의 대상자수에 비해 공공사례관리 인력이 담당하는 사례의 coverage를 적정수준으로 높일 필요가 있다. 향후 그간의 공공사례관리 성과분석을 기초로, 희망복지지원단의 사업방향 및 기능을 점검할 필요가 있으며 이를 계기로 지역의 복지환경에 맞는 서비스전달의 역할분담과 기능분화가 공공과 민간 간 이루어질 필요가 있다. 이때 공공과 민간 영역이 각자의 역량과 강점을 살릴 수 있는 지역의 사례관리 수행체계와 역할을 구체화하고 지역사회 내 연계와 협력방안을 마련할 필요가 있다. 공공 영역이 갖는 서비스 표준성과 일관성의 강점, 그리고 민간 영역이 갖는 서비스 전문성과 탄력성의 강점이 서로 조화가 될 수 있도록 역할 분담이 이루어져야할 것이다.

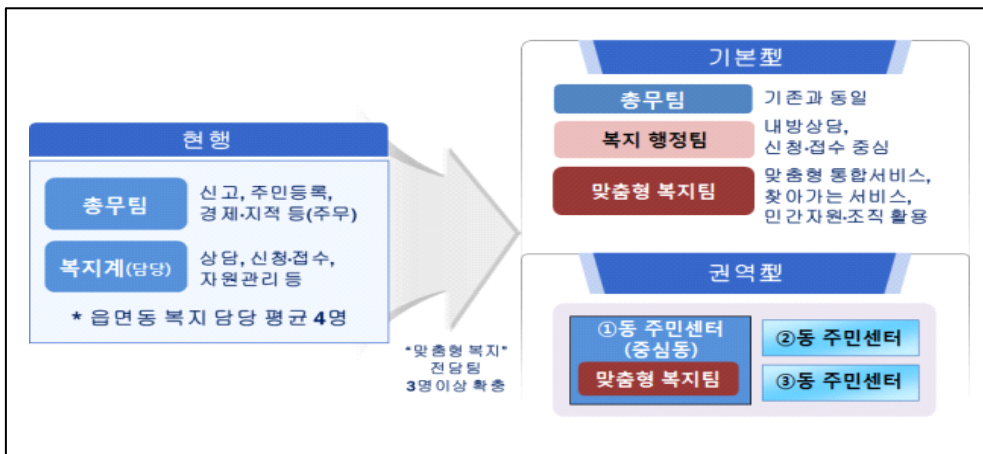
나. 읍면동 복지허브화

1) 개요

현재 시군구 희망복지지원단에서 통합사례관리를 제공하고 있으나, 대상자의 적극적 발굴, 찾아가는 서비스 제공에 한계가 있다는 의견에 따라, 저소득밀집지역 등 복지수요가 높은 읍면동의 경우에는 복지상담, 찾아가는 서비스 등 맞춤형 서비스 제공이 가능하도록 추진하는 안이다. 이에 2013년도에 제시된 공공전달체계개편안에서는 주민센터가 복지허브로 기능하는 내용을 제시하고 있다. 2014년 3월까지 읍면동 복지담당 공무원을 2.8명(복지직 1.6명, 행정직 1.2명: 2010년 6월 기준)에서 4.2명(복지직 3.0명+행정직 1.2명) 수준으로 확충하여 동 주민센터 기능을 보강하고, 복지서비스와 관련한 원스톱 기능을 확장하고 사례관리 전문인력을 배치하여 맞춤형 서비스 기능을 강화하는 등 주민센터의 현장밀착형 복지허브기능을 정착시키는 안이다. 주민센터복지허브화가 추진됨에 따라 안전행정부와 보건복지부는 복지전달체계개편 우수사례매뉴얼 형식으로 2013년 11월에 기능보강형 개편 시행지침을 마련하여 지자체에 전달한 바 있다(김승권 외, 2013). 복지전달체계개편매뉴얼에서는 기능보강모형(서대문구, 성동구)과 부분거점모형(남양주시, 완주군)을 비롯한 우수지자체의 개편사례를 참고로 전달체계개편의 성공 및 장애요인, 극복과정 등을 제시하고 있으나 지자체별로 지역특성에 맞는 조직 및 기능개편을 진행하는데 있어서 세부적인 지침으로서는 미흡한 것으

로 평가된다. 지자체는 2013년 12월까지 이행계획을 수립하고 수요자 중심의 맞춤형 사업과 연계하여 주민센터의 원스톱 서비스를 단계적으로 시행하도록 하고 있다. 2014년도에는 지자체 기능 재조정, 조직·인력 개편 등 동 기능보강형 개편 지침을 마련하여 전국적으로 기능보강형 개편을 우선 추진하고, 2015년부터는 통합형, 거점형, 부분거점형 확산 등 지자체의 특성과 현실을 반영하여 전달체계 개편에 대한 성과계약 방식을 도입하는 것을 제안한 바 있다. 2016년 관계부처 합동으로 발표한 읍면동 복지허브화 추진계획에서는 복지직 팀장을 포함한 최소 3인 이상의 맞춤형 복지전담팀을 구성하고, 지역의 특성 및 여건에 따라 개별 읍면동 단위의 기본형과 몇 개 읍면동을 권역으로 묶어 복지전담팀을 운영하는 권역형으로 나누어 제시하고 있다(관계부처합동, 2016).

[그림 4-12] 읍면동 복지허브화 추진계획 모형

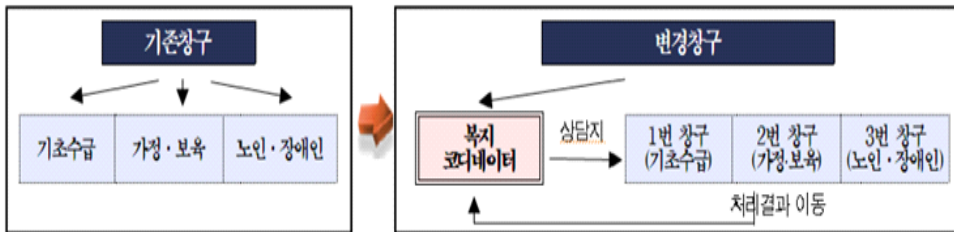


2) 사업수행방식

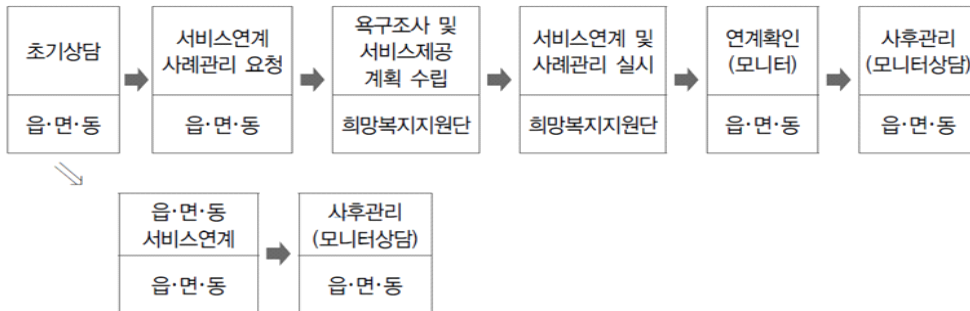
읍면동 복지허브화사업에서는 초기상담과 종합 복지상담서비스 기능을 강화하는 방향에서 맞춤형 복지팀 중심으로 사업수행체계가 개편되고 있다. 노인·장애인 등 거동이 불편한 대상에 대한 집중 방문·상담이나 우선 확인을 통한 모니터링을 강화한다. 개인별욕구에 맞는 복지서비스를 종합안내하고 서비스의 일괄신청을 지원하기 위해 상

담역량이 있는 복지코디네이터를 지정·배치하여 초기상담 및 종합상담을 실시하도록 한다. 또한 초기상담의 내실화를 기하기 위해 기존에 사례관리 의뢰 대상에 대하여 실시한 초기상담을 읍·면·동에 복지욕구를 가지고 방문한 모든 지역주민으로 확대한다. 세밀한 스크리닝을 위해 초기상담을 통해 얻은 대상자 정보와 지원 가능한 서비스 정보를 종합하여 적절한 서비스와 지원 방법 판단, 종합정보 제공 및 지원연계를 위해 중앙부처·지자체·민간의 복지급여·서비스 등에 대한 다양한 복지정보와 지원요건 등을 학습하여 지역주민이 활용할 수 있도록 정보제공 및 신청 등을 지원한다. 특히 민간조직 및 자원을 적극 활용하기 위해 복지통(이)장 및 지역사회보장협의체, 복지기관과 협력하여 지원대상이나 자원 발굴을 확대하고 민간자원 연계를 활성화하고자 한다.

[그림 4-13] 업무흐름도



[그림 4-14] 읍면동 사례관리절차



복지대상자에 대한 모니터·케어 활동 강화를 위해 기존 복지대상자 및 잠재적 복지 대상자에 대하여 전화, 방문, 방문형서비스, 제공자 등 다양한 방법을 활용하여 대상자

의 상태와 욕구의 변화, 새로운 문제, 기존 연계 서비스의 효과와 지속여부 등을 체크하여 적절한 서비스가 연계 또는 제공되도록 활동한다. 복지대상자와 자주 접촉하여 자존감과 관계기능 회복 등 대상자의 내적문제완화를 통한 기능향상을 위하여 지속적인 개별 상담서비스를 실시한다.

희망복지지원단 통합사례관리 지원으로 초기상담 및 복지대상자 모니터 활동 중 통합사례관리가 필요한 경우 수집한 정보를 희망복지지원단에 제공하고 사례관리를 요청한다. 사례관리를 통해 문제해결능력 향상, 자신과 주변의 문제해결 및 완화가 가능하며 이를 통하여 자립성을 향상시키고 급여의 의존성을 낮출 수 있는 대상을 발굴하여 사례관리 의뢰한다. 사례관리대상자에 대하여는 희망복지지원단과 협력하여 대상자의 정보를 공유하는 등 원활한 사례관리를 지원한다. 통합사례관리 종결자는 일정기간의 사후모니터를 통해 사례관리가 목표한 결과가 지속되고 있는지, 혹은 새로운 문제와 욕구의 발생 등을 확인하여 필요시 사례관리자에게 개입을 요청한다.

지역주민의 복지조직화, 자원개발 및 기능 등을 강화한다. 이를 위해 지역사회 구성원에게 발생하는 문제를 지역사회의 자원과 협력을 통해 해결 할 수 있도록 역량과 자원 개발 추진하고, 읍·면·동에 의뢰된 이웃돕기 후원금품 등을 사회복지공동모금회 등 공식 후원기관과의 협력체계를 통해 공정하고 투명하게 처리한다. 읍·면·동 단위의 민간 자원(서비스, 자원봉사 등)을 발굴 관리하고, 희망복지지원단과 자원정보를 공유한다.

개별사업 신규 및 확대서비스 대상자 발굴 및 연계 협력을 제공한다. 장애인, 노인, 한부모가족 등 개별대상자를 지원하는 서비스가 새롭게 개발되거나 확대된 경우 서비스가 필요한 대상자를 적극적으로 발굴하여 연계한다.

3) 성과 및 한계점

읍면동 주민센터는 지역주민의 위기상황에 대한 확인이나 사각지대 발굴이 가능한 일선 복지현장으로서 의미를 갖는다. 읍면동 복지기능강화는 지역주민의 일차적인 위기를 파악하고 신속하게 전문적인 도움을 받도록 연계하는 관문(gate)의 역할을 강화하는 계기가 된다. 또한 시군구차원에서 시행중인 희망복지지원단의 통합사례관리나 위기발굴 및 지원을 위한 전문기관의 지원체계와 긴밀하게 연계하면서 민간자원의 발

굴 및 지원이 활성화될 가능성도 크다. 2014년도 하반기부터 2015년에 걸쳐 진행된 읍면동 복지허브화 모델도출을 위한 시범사업에서는 이전에 비해 사각지대 발굴이 6.2배, 방문상담 4.3배, 서비스연계는 3.4배의 성과를 보이는 것으로 나타났다. 또한 읍면동 지역사회보장협의체나 복지통장제 등을 통해 지역사회안전망을 강화하는 다양한 사업들이 전국적으로 확산되고 있다(관계부처합동, 2016).

주민의 복지욕구를 심층적으로 파악하고 복지대상자를 발굴하고 지원하는 통로로서 읍면동의 복지 기능이 강화되기 위해서는 복지인력의 확충 및 전문성 확보가 무엇보다 중요하다. 중앙정부의 정책에 따라 읍면동 단위까지 조직구조의 개편이 이루어지고 복지전담팀이 구성되어 방문상담 및 찾아가는 서비스가 확대되고 있으나, 가구별 욕구에 따른 맞춤형 통합서비스를 제공하고 근본적인 위기상황을 해결하는 데에는 한계가 있다. 현재는 인력확충에도 불구하고 읍·면·동에 복지욕구를 가지고 방문한 모든 지역 주민을 대상으로 초기상담을 넘어 맞춤형상담을 내실 있게 수행하는데 어려움이 있으며 문제와 욕구를 세심하게 파악하기 위한 전문역량의 편차가 크게 발생하고 있다. 특히 복합 욕구를 갖고 있는 저소득 가구에 대한 복지·보건·고용·교육·주거 등 맞춤형 서비스를 제공하기 위해서는 일선 복지행정의 노력을 넘어 지역사회 내 희망복지지원단을 비롯한 통합사례관리와 다양한 복지기관과의 적극적인 연계와 협력이 필요하다. 향후 읍면동 주민센터가 복지허브로서 지역별로 구축되고 있는 공공 및 민간영역의 통합된 보호체계 내에서 제 역할을 담당할 수 있도록 위기 사례별로 개입과정에서 공공과 다양한 민간기관의 역할을 구체적으로 제시하고 역할을 차별화하고 조정해나갈 필요가 있다. 이를 위해서는 공공 및 민간 복지기관과의 상시적인 연계 및 협력체계내에서 읍면동의 복지허브기능을 안정화하기 위한 지역별 모니터링 및 컨설팅이 마련될 필요가 있다.

제3절 소결

지금까지 국내 통합상담 및 사례관리 체계를 위기사례 유형별 응급지원과 만성적 위기에 대한 통합지원, 그리고 공공행정을 통한 통합사례관리로 분류하여 사업개요 및 수행방식을 분석하고 성과 및 한계점을 진단하였다. 각 사업의 한계점을 중심으로 문제점을 논의하고 이에 대한 개선안을 제시하면 다음과 같다.

자살시도 및 우울 등 정신건강영역으로 분류되는 생명사랑 및 자살예방사업의 수행상의 한계점으로는 일상적인 위기관리와 생활지원을 위한 복지영역의 지원업무가 유기적으로 연계되지 않는 문제발생으로 나타났다. 이에 대한 개선점으로는 긴급위기대응 및 집중상담 중심의 역할을 차별화하고 업무프로세스상의 역할분담을 통해 자살예방사업을 수행하는 복지기관과 유기적인 연계 강화 등을 도출할 수 있다. 노인자살예방사업을 분석한 결과, 한계점으로 노인자살은 복합적 원인으로 발생함에도 정신보건 영역의 위기개입 및 자살예방에 대한 전문성이 담보되지 못하는 것으로 나타났다. 따라서 사업의 전문성 제고를 위해 관련 기관 간에 예방 및 고위험군관리, 사후서비스중심으로 역할을 차별화하고 업무프로세스상의 역할분담을 통해 정신건강증진센터와 유기적인 연계를 마련할 필요가 있다.

폭력 및 학대 등 안전영역에 포함되는 아동학대 및 피해아동 보호체계에서 나타난 한계점은 지역사회 내 아동학대 고위험군의 gate keeping 및 보호기능 지원체계의 미비점이었다. 개선점으로는 먼저 지역사회 내 고위험군에 대한 gate keeping 기능을 강화하고 사각지대 발굴주체인 동 주민센터와의 유기적 연계를 강화하여 아동학대에 대한 응급위기개입체계를 구축하고 전문성을 강화할 필요가 있다. 노인학대 및 피해노인 보호체계 관련 사업을 분석한 결과, 한계점으로는 노인학대신고율이 저조하며 적극적인 사례발굴전략과 전문기관으로의 신속한 의뢰도가 제한적으로 나타났다. 개선안으로는 먼저, 노인학대의 사례발굴 확대를 위해 지역주민의 인식제고와 신고의무자의 적극적인 활동이 담보되어야 할 것이다. 또한 지역사회 내 돌봄 및 재가서비스 등 보호서비스 지원체계 구축으로 학대발생 환경 개선이 이루어져야 할 것이다. 여성 및 가족 보호지원체계에서 나타난 한계점은 지역사회 내 폭력피해여성의 긴급보호를 위한 응급위기관리체계와 자립지원을 위한 자원연계의 미비였다. 개선안으로는 가정폭력피해자를 위한 응급위기개입체계구축과 전문성이 강화되어야 할 것이다. 그리고 폭

력피해여성의 자립역량 제고를 위해 지역사회 자원 및 서비스 연계가 강화될 필요가 있다.

중독관리영역인 중독관리통합지원체계에서 분석된 한계점으로는 증가하는 이용자의 욕구에 비해 관련 인프라와 전문인력이 부족한 실정으로 미설치지역의 주민에 대한 서비스접근성의 제한이었다. 먼저, 서비스의 질 제고를 위해 중독 관련 전문 인력 양성과 교육프로그램을 개발하고, 자원 간 연계활성화를 위해 지역 내 기관 및 자원 현황을 파악하여 체계를 마련한다. 또한 통합사례관리체계와의 유기적인 협력을 통해 생활상의 스트레스감소 및 생활지원체계가 구축되어야 할 것이다.

대상별 통합사례관리 중 드림스타트 사업은 전국 229개 시군구에서 사업을 수행하고 있음에도 예산편성 및 전문인력 확보가 불안정하여 일부 취약아동에게만 서비스가 수행되고 있다. 따라서 드림스타트 서비스 기반 확충을 위해 예산을 안정적으로 확보하고, 서비스 인력의 고용안정을 담보하기 위한 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다. 취약·위기가족지원 사업에서 나타난 한계점으로는 위기가구에 개입하는 시군구단위의 공공사례관리와 중복되면서 공공체계의 역할차별화가 이루어지지 않을 가능성이 크다는 점이다. 대안으로는 위기가족의 문제해결능력 및 자립역량강화를 위한 전문적이며 집중적인 상담기능을 강화하며 포괄적인 서비스지원을 위해 희망복지지원단과 연계를 강화할 필요가 있다.

공공영역의 통합사례관리에 포함되는 희망복지지원단의 수행상 한계점으로는 공공정보시스템에 기반하여 공공자원 연계중심의 사례관리운영으로 서비스제공기관인 민간기관들과의 협력적 관계가 원활하지 못한 경우가 다수로 나타났다. 개선안으로는 공공과 민간, 민간 기관간의 중복과 누락을 줄이기 위해 서비스 네트워크를 조정하는 모니터링센터로서의 기능을 강화하며 지역자원을 발굴하고 활성화하는 역할 또한 강화되어야 할 것이다. 읍면동 복지허브화는 동단위의 접근성강화의 의미가 있으나, 시군구단위의 희망복지지원단과의 연계와 기능차별화가 필요한 것으로 나타났다. 대안으로는 사각지대 발굴 및 위기문제발생에 대한 초기개입의 접근성과 기동성을 강화하여 읍면동과 희망지원단과의 역할을 차별화하고 이를 위해 주민주도의 지역 내 비공식적 민간자원을 활성화할 필요가 있다.

제 5 장

초점집단면접조사(FGI) 분석

제1절 초점집단면접조사(FGI) 개요

제2절 초점집단면접조사(FGI) 결과 분석

제3절 소결

5

초점집단면접조사(FGI) 분석 <<

제1절 초점집단면접조사(FGI) 개요

1. 초점집단면접조사(FGI) 내용

통합사례관리를 수행하는 기관의 현장 사례관리 실무자를 대상으로 초점집단인터뷰(FGI)를 실시하였다. 인터뷰어는 사전 구성된 질문지를 통해 예상 질문을 파악하고 인터뷰에 참여하였다. 인터뷰 주요내용은 주사례관리기관을 대상으로 ① 통합사례관리 수행과정 및 특성 ② 통합사례관리 운영체계 ③ 통합사례관리사업 수행상의 어려움 및 한계점 ④ 통합사례관리사업 성과 ⑤ 통합사례관리 주체간 역할분담 및 문제점 ⑥ 효율적 사례관리 수행을 위한 정책과제 등으로 구성하였다. 연계기관을 대상으로 ① 서비스 연계기관의 수행과정 및 특성 ② 서비스 연계상의 어려움 및 한계점 ③ 통합사례관리 주체간 역할분담 및 문제점 ④ 효율적 사례관리수행을 위한 정책과제 등으로 구성하였다. 세부사항은 다음 <표 5-1>, <표 5-2>와 같다.

<표 5-1> 주사례관리기관 초점집단면접조사(FGI) 내용

영역	내용
통합사례관리 수행과정 및 특성	① 특성 및 장단점
	①-1 사례회의 참석여부, 사례분배과정과 기준
	①-2 주체하는 협의체 유무 및 구성, 활동, 사례회의 실시여부 및 조치, 장단점
	①-3 타 기관주체 협의체 유무 및 역할, 참여빈도, 장단점
	② 서비스제공상 어려움 또는 문제 발생시 해결방식
	③ 타 기관에 의뢰한 서비스와 타 기관으로부터 받은 서비스 수준
	③-1 연계내용, 모니터링 실시 및 기간
	④ 직접서비스 제공유무 및 내용
	⑤ 사례관리 타겟집단(대상자) 범주, 사례선정기준
	⑤-1 심층적 위기상황 판단기준, 위기유형, 위기가구나 개인에 대한 사례관리 방식
	⑤-2 위기사례 대상 발굴 방법 및 사정평가방식
	⑤-3 복합적 문제 사례의 자원연계 방식
	⑥ 위기사례관리 목표 및 목표 달성 판단 기준
	⑥-1 통합사례관리사업의 목표 대비 성과에 대한 자체평가, 성공적 요인과 실패적 요인

150 위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안

영역	내용
통합사례관리 운영체계	① 업무분장 및 사례관리 담당자 간 역할분담 ② 통합사례관리 인력 채용 기준(폴타임 전담인력의 기준) ③ 조직과 인력의 적절성과 (적절하지 않다면) 개선방안
통합사례관리사업 수행상의 어려움 및 한계점	① 통합사례관리사업 수행 과정 중 가장 어려운 업무 및 구체적 애로사항 ② 애로사항 해결방안
통합사례관리 주체간 역할분담 및 문제점	① 사례관리 제공 주체 기관 간 역할분담, 협력수준 및 갈등·어려움 ② 연계기관과의 역할분담, 협력수준 및 갈등·어려움
효율적 사례관리수행을 위한 정책과제	① 복합적 위기상황에 처한 주민의 문제 해결을 위한 효율적 사례관리 수행방안 ①-1 (가칭) 복합사례관리센터 모델에 대한 의견 ①-2 적용할 경우 도시와 농촌의 차이점 ② 사례관리 주체 간 또는 사례관리 주체와 연계기관, 서비스 제공기관 간 역할 조정 방식 ③ 전국 확대의 필요성과 고려사항

〈표 5-2〉 연계기관 초점집단면접조사(FGI) 내용

영역	내용
서비스연계기관의 수행과정 및 특성	① 서비스 연계 방식 ①-1 심층적 위기상황 판단기준, 위기유형, 위기가구나 개인에 대한 사례관리 방식 ①-2 통합사례관리 수행과정 중 참여단계 ①-3 사례회의의 참석여부, 사례분배과정과 기준 ①-4 주체하는 협의체 유무 및 구성, 활동, 사례회의의 실시여부 및 조치, 장단점 ①-5 타 기관주체 협의체 유무 및 역할, 참여빈도, 장단점 ② 서비스제공상 어려움 또는 문제 발생시 해결방식 ③ 타 기관에 의뢰한 서비스와 타 기관으로부터 받은 서비스 수준 ③-1 연계내용, 모니터링 실시 및 기간 ④ 직접서비스 제공유무 및 내용 ⑤ 위기사례관리 목표 및 목표 달성 판단 기준 ⑤-1 통합사례관리사업의 목표 대비 성과에 대한 자체평가, 성공적 요인과 실패적 요인
통합사례관리 운영체계	① 통합사례관리 수행 조직과 인력 ② 예산지원
서비스연계상의 어려움 및 한계점	① 서비스연계 수행 과정 중 어려움 및 한계점 ② 어려움 및 한계점의 해결방안
통합사례관리 주체간 역할분담 및 문제점	① 연계기관과 사례관리 제공 주체 기관 간 역할분담, 협력수준 및 갈등·어려움 ② 연계기관과 서비스제공기관과의 역할분담, 협력수준 및 갈등·어려움
효율적 사례관리수행을 위한 정책과제	① 복합적 위기상황에 처한 주민의 문제 해결을 위한 효율적 사례관리 수행방안 ①-1 (가칭) 복합사례관리센터 모델에 대한 의견 ①-2 적용할 경우 도시와 농촌의 차이점 ② 사례관리 주체 간 또는 사례관리 주체와 연계기관, 서비스 제공기관 간 역할 조정 방식 ③ 전국 확대의 필요성과 고려사항

2. 초점집단면접조사(FGI) 통합사례관리 실무자의 일반사항

초점집단면접조사(FGI)에 참여한 기관 및 실무자를 보면 다음과 같다. 남양주는 주 사례기관으로 2개소에 4명이, 연계기관으로 6개소에 6명이 참여하였다. 아산시는 주 사례기관으로 2개소에 5명이, 연계기관으로 4개소에 4명이 참석하였다. 대전시는 주 사례기관으로 5개소에 5명이, 2개소 2명이 참여하였고, 가정폭력은 주기관 3개소에 4명, 연계기관 2개소 2명이 참석하였다. 강원도 영월군은 주사례기관 1개소에 2명, 연계기관 2개소 3명이 참여하였다.

〈표 5-3〉 초점집단면접조사(FGI) 구성: 주사례기관 및 연계기관

기관	주사례기관	연계기관
남양주시 동부희망케어센터	<ul style="list-style-type: none"> •동부희망케어센터: 센터장, 사례관리 팀장, 통합사례관리사 •희망복지지원단: 통합사례관리사 	<ul style="list-style-type: none"> •정신건강증진센터: 통합사례관리팀장 •자활지원센터: 사례관리팀장 •드림스타트: 사례관리사 •아동보호전문기관: 사례관리팀장 •자살예방센터: 상담사 •고용복지플러스연계센터: 고용센터 팀장
아산시 보건소	<ul style="list-style-type: none"> •보건소: 주무관, 정신보건전문간호사, 아동청소년 정신보건 간호사, 중독센터 관리사 •아산시청: 사례관리팀 	<ul style="list-style-type: none"> •온양3동 동사무소: 주무관 •충남노인보호전문기관: 과장 •탕정종합사회복지관: 사회복지사 •아산시노인종합복지관: 사회복지사
대전복지재단	<ul style="list-style-type: none"> •대덕구 복지정책과: 사회6급 •대전복지재단: 사례관리팀장 •원도심권역 희망티움센터: 통합사례관리사 •오정권역 희망티움센터: 통합사례관리사 •은행선화동주민센터 	<ul style="list-style-type: none"> •동구중독관리통합지원센터: 사례관리팀장 •중구정신건강증진센터: 사례관리팀장
가정폭력 상담소 및 쉼터	<ul style="list-style-type: none"> •서울 성동가정상담센터: 센터장 •순천여성상담센터: 센터장 •오래뜰 쉼터: 시설장 •띠앗자리: 시설장 	<ul style="list-style-type: none"> •중앙아동보호전문기관: 과장 •알코올의존자 사회복귀시설 까리파스: 시설장
강원도 영월군 보건소	<ul style="list-style-type: none"> •보건소: 정신보건 담당 •정신건강증진센터: 사례관리 팀장 	<ul style="list-style-type: none"> •주민생활지원과: 사무국장, 의료급여 관리사 •사회복지협의회: 사무국장

제2절 초점집단면접조사(FGI) 결과 분석

1. 남양주 희망케어센터

가. 특성 및 한계점

1) 주사례관리기관

남양주 희망케어센터는 개별적으로 수행되던 복지정책(의료지원·복지상담·생활지원 등)과 민간자원을 연계하여 수요자 맞춤형 원스톱 서비스를 제공하고 있다. 사례대상은 취약계층으로 주로 독거노인, 수급자, 저소득장애인, 차상위계층이 해당된다. 수행체계를 보면 사업총괄 및 지원은 남양주시청 주민생활지원과 희망케어팀에서 담당하고 있으며, 권역별로(동부, 서부, 남부, 북부) 4개소의 희망케어센터를 운영하고 있다.

기관의 장점으로선 민관이 함께 사례관리를 수행하므로 신속하고 정확한 점을 들 수 있다. 긴급사례의 경우 공공-민간이 공동으로 초기상담부터 개입하므로 협조적이고 복지욕구에 대응하는 자원의뢰 및 연계 등의 절차가 단축된다. 또한 공공기관과의 협력체계를 통한 공공기관의 공신력 등의 도움으로 사례 및 서비스 연계가 효율적으로 이루어진다. 공적 데이터에 대한 정보를 얻을 수 있어서 클라이언트의 서비스 계획 및 목표를 수립할 때 도움이 되며 서비스 중복 등을 예방한다는 점이다. 그러나 한정된 인력으로 사례관리와 서비스연계가 이루어지기 때문에 서비스 제공에 대한 업무 부담으로 사례관리 서비스의 집중력이 떨어지는 한계점이 나타난다.

“민관이 함께 근무를 하고 있기 때문에 사례관리하는데 굉장히 신속하고 정확성을 장점으로 들 수 있을 것 같아요. 예를 들면 사례가 의뢰가 들어왔을 때 보통 기존에는 이제 저희들만 갔는데 긴급사례라고 생각이 되어지고 판단이 되어지면 공공이랑 같이 초기상담부터 시작을 하거든요. 그렇기 때문에 아무래도 의뢰하고 연계하고 뭐 이런 것들의 절차가 짧아질 수도 있구요. 그 다음에 사례에 대해서 공공사례관리자가 직접 눈으로 보고 판단하기 때문에 훨씬 더 협조적이기 때문에 신속하고 정확하고 이런 부분은 굉장히 많은 도움이 되고” (사례 1)

“지역사회랑 함께 일하면서 또 공공이랑 일하면 굉장히 좋았던 점이 공공이 가지고 있는 어.. 공신성이 있기 때문에 저희가 뭐 사례를 연계한다든지 서비스를 연계한다든지 이럴 때에도 공신력이 있어서 굉장히 많은 도움이 됐구요.” (사례1)

“저희가 사통망 행복e음을 직접 열람할 수는 없지만 공적데이터에 대한 접근성 그 다음에 열람은 못하지만 정보를 요청했었을 때 간단한 데이터를 저희에게 탐을 주실 수 있으셔서... 어떤 서비스를 받고 있는지 그동안 히스토리를 볼 수 있기 때문에 중복 서비스를 사전에 예방할 수도 있었고 또 그런 부분들이 굉장히 많은 저희한테 도움이 됐던 거 같아요.” (사례1)

남양주 희망복지지원단은 희망복지팀, 희망케어팀, 통합사례관리팀, 드림스타트, 동부, 서부, 북부 및 남부 민관복지협력팀을 운영하고 있다. 복지사업기획과 관련된 업무는 희망복지 및 희망케어팀 통합사례관리 및 드림스타트팀에서 진행하고, 대민과 관련된 통합조사, 사례관리 관련 업무는 민관복지협력팀에서 수행하고 있다. 구체적으로 통합사례관리팀은 지역단위 맞춤형 서비스제공의 컨트롤타워로서 민관사례관리사의 역량강화 교육, 공공-민간자원관리, 긴급복지, 무한돌봄, 지역보호체계운영, 복지서비스 연계, 연계체계 구축 업무 등을 수행한다. 민관복지협력팀은 통합조사 및 직접적인 사례관리를 4개 권역별로 수행한다. 특성과 장점은 희망케어센터에 제시한 바와 동일하다. 한계점으로는 통합사례관리를 수행하는 과정 중에 희망지원단과 다른 기관 서비스 대상자로 중복되는 경우가 발견되어 기관 간에 대상자 관리가 통합적으로 이루어지지 않고 있음을 알 수 있다. 또한 기준상 모든 사례가 6개월을 초과할 수 없어서 대부분이 단기목표 중심으로 수립되고 장기적 사례의 경우 전문기관에 의뢰를 하는 형태로 수행된다.

“저희는 사례관리 전반적인 과정속에서 음.. 지역사회안 에 통합사례회의를 통해서 서비스연계를 의뢰를 하거나. 아니면 대상자가 발굴이 돼서 초기상담이든 욕구조사를 나가는 과정속에 이미 다른 서비스 연계기관의 대상자인 경우들을 볼 수도 있어요. 어쨌든 각각의 서비스 연계기관이 개입하고 있는 것들이 중복될지언정. 저희가 가서보면 중복되는 것들이 있기도 하더라고요. 아 이 연계기관에서 들어갔었는데 우리는 저희는

희망복지지원단 입장에서 보면.. 그 제공기관에서 개입하고 있었다는걸 몰랐더라는게 어쩔때는 조금 뜨끔하더라구요. (생략) 지금 정신건강증진센터하고 중복되는 경우들이 가끔 있더라구요. 지역사회 안에서 자살시도자들은 우울증이 있는 사람들은 경제적인 어려움이든 기초수급 신청하는 과정속에서 저희한테 발견이 되는 경우들이 많이 있어서. 서비스 연계기관하고는 어쨌든지 마주치게 되는 경우들이 많이 있는데. 중복.. 중복이라기보다는 과한 것도 괜찮다라는 생각이.. 그런 부분들에서 들어있구요” (사례2)

“저희는 6개월 안에 종결해야되는게 있어서요. 목표수립을 좀 죄송하지만 실적 수치로 가능한 단기적인. 개인 그.. 사례대상자하고 함께 수립한 그 목표들을 좀.. 어.. 저희가 봤을 땐 장기로 갈 수가 없을 것 같아요. 그래서 장기목표는 정말 더 훗날의 모니터링 사후관리 과정 속에서 잘되고 있는지에 대한 문제구요. 단기목표가 주로 저희는 많이 세워지고 있어요” (사례2)

2) 연계기관

남양주 희망케어센터에서 수행하는 사례관리 연계기관으로는 남양주 정신건강증진센터, 드림스타트, 아동보호전문기관, 자살예방센터, 고용복지플러스연계센터(자활지원센터)를 중심으로 기관의 특성 및 한계점 등을 살펴보고자 한다.

남양주 정신건강증진센터는 센터장, 상임팀장 및 사례관리팀장을 중심으로 자문위원회와 실무운영위원회를 운영하고 있으며 정신질환자관리사업, 정신건강증진사업, 생명사랑 나누미사업, 지역사회자원개발사업 등을 수행하고 있다. 정신질환자관리사업의 하나인 사례관리서비스의 대상은 자료순응도가 낮은 정신질환자, 입원환자 및 퇴원한 정신질환자, 지지체계가 미약한 정신질환자, 서비스를 필요로 하는 정신질환자, 정신적 위기에 처해있는 가족 및 개인 등이다. 자살시도자, 노인우울증 환자에 대해서는 20~40만원의 의료비를 지원하고 있으나 일반 건강보험환자의 경우 3~6개월 정도 병원에 입원해야 하는 등 의료비 부담이 발생하여 주로 희망케어센터에 의뢰가 이루어진다. 센터에 등록되어 있는 만성정신장애인은 약 450사례 정도 되고 장기적으로 사례관리를 수행한다. 특히 정신과적 사례는 지속적으로 관리해야 되므로 다른 사례에 비해 관리 부담이 큰 편이다. 이는 한정된 인력으로 업무 부담과 소진을 야기하여 서비

스의 질적 저하를 가져올 가능성이 높다.

“의료비에 대한 것도 마찬가지이구요. 정신건강증진센터에서 의료비를 지금 내놓고 지원할 수 있는 거는 자살시도자, 그 다음에 노인우울증 밖에 없어요. 그렇지 않은 다른 일반 조현병이라든지 우울증 가지신 분들은 본인 자력으로 치료를 하셔야 돼요. 그러니까 무슨 말이나면 자살시도자들은 무조건 연 40만원 의료비를 지원할 수 있는 방법이 지원한다고 나와 있고, 노인우울증도 20만원 지원할 수 있는 방법이 있는데, 수급자라고 하면은 별문제가 없죠. 그런데 건강보험가입자라든지 그런 분들은 의료비가 발생하는데 의료비가 부담이 커서 입원도 해야 되고 이런 상황인데. 그럴 경우에 저희가 주로 희망케어센터에 많이 의뢰하는 상황이구요. (생략) 또.. 잘 아시겠지만 정신과 적 질환자들은 단기로 치료할 수 있는 것이 아니어서 최단 3개월 그 이상 6개월까지 치료를 해야 하는 상황이어서 어쩔수 없이 저희가 희망케어센터랑 같이 좀 지원을 해서 치료를 하고 있는 상황이구요.” (사례3)

“저희 센터에 등록되어있는 만성 정신장애인이 사백 한 오십케이스 정도 되요. 근데 그분들은 종결할 수 있는게 아니죠. 장기적으로 가야되는 거고, 종결이라고 하는거는 희망케어센터랑 통합사례회의 한 대상자에 대해서는 종결이라는 의미가 있을 것 같아요. 저희 센터는 종결이라는 의미가 없어요. 왜냐면 만성정신질환자이기 때문에 지속적으로. 아까 말한 것처럼 저희도 위기, 집중... 단계별로 해서 관리를 하는 것이기 때문에 지속적으로 갈 수밖에 없어요.” (사례3)

남양주 드림스타트는 중앙센터와 4개 권역별로 센터를 운영하고 있다. 동부센터에서는 건강 및 보육, 복지서비스 대상자 사례관리와 서비스를 제공한다. 가정방문을 통한 사례관리로 아동의 성장발달에 필요한 신체·건강, 정서·행동, 인·언어, 부모교육 등 아동발달에 필요한 필수서비스 및 아동의 개별욕구와 상황에 맞는 맞춤 서비스를 제공하고 있다.

아동보호전문기관은 2007년 6월에 개관하여 아동학대 현장조사, 아동심리치료실, 아동학대 예방·홍보사업을 중점적으로 수행하고 있으며, 조직은 상담팀, 교육·홍보팀, 치료팀이 운영되고 있다. 사례관리 수행을 위해 사례판정위원회를 운영하고 있다. 구성원은 행정, 교육, 의료 및 법률, 아동과 사회복지 등의 전문가로 구성되었고 해당사

례의 심각성 정도, 응급성 여부 및 적절한 조치 및 사례개입 방법, 서비스 계획 등을 판정하고 있다. 아동학대사례에 전문적으로 개입하고 있으며 발굴부터 종결과정까지 주체한다. 공공-민간 간에 촘촘한 연계가 이루어지는 편이나 학대아동의 보호기능 시설이 부족하고 특수아동을 전담하는 시설이 전무하여 자원연계상의 한계점이 지적되었다.

“저희가 이제 학대부분 아이들이 격리되어야하는 경우가 발생하거든요. 저희가 제일 어려운 부분이 아이들 학대 보호할 수 있는 기관이 사실은 부족하다는거. 특히나 장애아동이 갈 수 있는 장애학대판단을 받은 아이들이 갈 수 있는 기관들이 없어요. 거의. 일시적으로 일시보호소 가야되는데. 거기서 일시보호소에서는 정상적인 평균 아이들만 이렇게 갈 수 있거든요. 장애아동은 받지 않더라고요. 그게 가장 어려운 경우인거 같아요.”(사례5)

남양주시 노인자살예방센터는 지자체단위에서 운영하는 기관으로 중앙자살예방센터와 정신건강증진센터와는 구별되게 노인자살만을 따로 떼어서 경기도 자체가 45개 정도 운영하고 있으며 남양주는 노인복지관에 설치가 되었었다. 인력은 상담사 1명으로 노인사회활동지원사업 인력인 생명사랑교육단 22명을 활용하고 있다. 생사단은 만 65세 이상 노인으로 글쓰기가 자유로운 동년배를 상담할 정도의 인격과 용모를 갖춘 노인을 선발한다. 센터 상담사는 생사단의 선발, 교육 및 대상자 관리를 위한 관리업무가 많은 비중을 차지한다. 발굴은 주로 홍보활동이나 노인복지관의 동년배 상담사에 의해서 수행되며 신고의뢰가 오는 경우 긴급출동 형태로 여러 기관에 협조요청을 하는 방식으로 진행된다. 한계점은 기관 특성상 상담위주의 기능이어서 사례대상자를 대상으로 재정지원을 비롯한 다양한 서비스를 제공할 수 없다는 것이다. 이 경우는 타 기관에 서비스 연계로 해결한다. 또한 노인사례는 단기보다 중장기적으로 접근되고 전화든 방문을 통해 지속적인 관리가 필요한 특성이 있다.

“저희는 생명사랑지킴이라고 하는 동년배 상담자들이 있으세요. 그분들의 발굴에 의해서 위기자들이 발굴이 돼요. 그래서 위기자 발굴을 할 때 저희 기준은 우울척도가 기준이 되구요. 그리고 또 간혹 자살하겠다고 신고가 들어오는 이런 분들이 계세요. 그러면 긴급출동을 하고 그러는데. 그럴 때는 저희가 혼자 하는 경우도 있지만 그때 필요

하다 생각되면 기관들한테 협조요청을 해서 함께 나가요. 그럴 경우에는 미리 회의를 하거나 하는 과정이 있을 수가 없죠. 바로 의뢰를 해서 함께 나가고. 거기에 가서는 위기 상황에 따라서. 저희는 상담을 주로 하는 쪽이기 때문에 대부분 어떤 재정적 인거나 뭐 다른 것들이 들어가는 게 어려워요. 그게 좀 한계점인거 같아요.” (사례7)

“그래도 이제 저희 같은 경우에는 계속 전화든 방문이든 해서. 그러니까 좀.. 저희 노 인자살은 종결사례가 가기가 쉽지는 않아요. 그리고 종결을 했다 하더라도 나중에 또 그분들은 저희 생사단 선생님들하고 굉장히 밀착이 되세요. 친구가 돼버려요. 그래서 이제 어.. 좀 적당히 됐을 때 횃수를 좀 드문드문 하는데. 그렇게라도 해야지 추수상담 이라도 해야지 그분들이 견디는 거죠. 그리고 와서도 지속적으로 돼요. 어느 분 몇 년 동안 계속 저희를 좀.. 협박이죠. 나 자살생각이 있다.” (사례7)

남양주 고용복지플러스연계센터의 특성은 기존 독립적 기능을 수행하던 센터들이 통합된 공간에서 서비스를 제공하여 정부와 자치단체, 그리고 민간수탁기관 등 다양한 부처가 연계함에 따라 원스톱 서비스를 제공하고 있다. 서비스 대상은 실업급여수급자와 일반구직자, 경력단절여성과 기초생활수급자, 그리고 구인기업 등을 대상으로 센터별로 다양한 서비스를 제공한다. 고용복지플러스연계센터는 고용복지센터, 새일센터, 지역자활센터, 일자리센터, 서민금융센터, 복지지원팀 등 5개센터와 1개팀으로 조직되고 인력은 총 66명으로 구성되어 있다. 통합센터의 예산운영은 별도센터의 관리비용을 공통경비로 수행하고 있어서 예산비용 절감 등의 효과가 있다. 통합센터로서 어려운 점은 유사센터 간에 실적 경쟁과 중복되는 경우 등이 발생하여서 실적을 동등하게 처리하는 등 문제점을 최소화하기 위한 노력이 모색되고 있다. 인력 및 조직측면에서 5개 센터별로 별도 조직을 확보하여 고유기능이 이루어지는 편이나 지자체단위의 일자리 또는 복지분야는 일부 인력이 파견형태로 운영되어 플러스센터의 실효성 담보측면에서 한계를 내포한다.

“전화비라든지 그런거 소모품 같은거는 각자 하시지만. 큰 경비같은거는 거기서 주기 때문에 지역자활센터 같은 경우는 굉장히 혜택을 보고 있다고 생각이 들고. 여가부도.. 새일센터도 마찬가지이고 그런데. 문제.. 조금 뭐 어려운 문제랄까 그런거. 뭐 조

정을 해야되는거는. 실적관련 부분이 고용하고 복지쪽은 겹치는게 없으니까 실적까지
고서 경쟁할 일은 없는데. 고용하고 뭐.. 시일자리센터라든지 새일센터라던지 그쪽은
실적이 중복될 수가 있거든요. 예를 들면 민원인이 한명 오면 고용부로 가서 그 사람이
취업을 해버리면 이쪽 두 기관에서 멈춘 것일 수도 있고 어쨌든. 아니면 구인 어떤 기
업이 구인처 구인.. 사람을 구해달라고 하는데 그 정보를 공유하지 않고 혼자만 알고
있고 자기들이 이제 해버릴 수도 있는 거고. 그런 실적 가지고 그런 거를 경쟁할 수도
있죠.”(사례7)

“어 아니예요. 그러니까 제가 말하는 거는 지금 그렇게 된다는 게 아니라 그럴수가
있다는거죠. 아 근데 저희가 운영위원회나 실무자회의를 자주 연다고 했잖아요. 그런
걸 통해서. 그리고 고용부가 제가 보기에는 많이 양보를 해요. 평가 같은거를 다 주고
있거든요. 그러니까 그쪽에 우리는 새일이나 지차체 실적도 우리의 실적으로 똑같이
주기 때문에 어디서 그거를 사람을 취업을 시키든 우리는 개의치 않는 거예요. 그러니
까 그런식으로..”. (사례7)

“(생략)고용복지플러스센터는 일반센터보다는 분명히 양이 많아요. 왜냐면 또 업무
외적으로도 청와대 보고자료, 뭐 보고자료, 우수사례.. 여기저기에서 또 뭐 방문하시
고. 그런 것까지 준비하다보면은 업무량이 많기는 한데 못하는 수준은 아닌 것 같아요.
집중적으로 하면 할 수 있어요. 근데 저희가 문제가 아니라 복지 쪽이 문제인거죠. 복
지는 뭐. 예를 들면 플러스센터에 저희는 되게 좋은게 함께 시에서 과가 전체적으로 나
와있으니까 크게 문제가 안되지만. 시에서 복지담당공무원 한명 나와있고 일자리도 한
명 한두명 나와있고 그렇게 되면은 이제 사실은 플러스센터를 만든 실효성이 있을까
그렇게 걱정스럽기는 하죠.”(사례7)

남양주지역자활센터의 경우 근본적으로 근로의지가 있는 저소득층에게 근로의 기회
를 제공함으로써 경제활동을 함과 동시에 근로를 통한 공동체성 함양과 사회성 증진을
중점으로 사업이 진행된다. 대부분 지차체를 통해 의뢰서를 받고 자활사업 안내 후 자
활사업 참여를 희망하는 주민에 한해서 사업을 진행하며, 이후 2~3개월간 진행하는
게이트웨이 과정에서 서비스 연계를 비롯한 자활·자립 계획을 수립하는 상담과 자활

센터에 대해 소개하는 교육 및 인간관계를 증진하는 기초교육을 제공한다. 자활센터에서 운영하는 5군데 사업에 대해 2주간 실습을 진행한 후 사례대상의 적성과 비전을 세울 수 있는 사업단에서 지속적인 근로를 통해 안정적인 근로를 지향한다. 과거에 비해 최근에는 근로활동이라는 사업적 측면보다 사례대상 개인별 사례관리로 접근하는 경향이 많아진 편이다. 그럼에도 주로 근로능력자에 한해 근로 중심의 서비스를 제공하며 건강 및 수급 관련 서비스를 연계하는 경우도 있다.

고용복지플러스센터와는 홍보 등의 업무를 공유하고 있으며 동 센터 내 고용센터, 새날여성센터, 일자리센터 등과 비교해서 의뢰되는 사례수가 적은 편이며 주로 복지지원팀에서 수급권자의 일자리와 관련하여 의뢰가 되는 편이다.

[그림 5-1] 고용복지 플러스센터 조직도



자료: 남양주 고용복지플러스센터 홈페이지

나. 통합사례관리 수행과정 및 어려움

1) 주사례관리기관

남양주 희망케어센터와 희망복지지원단의 통합사례관리 수행과정은 다음과 같다. 먼저, 희망케어센터의 경우 사례발굴은 읍면동을 중심으로 이루어지며 주로 복지넷, 통이장, 부녀회장이 복지사각지대 대상자를 제보하는 경우가 많이 있으며, 공적지원을

신청하기 위해 방문하여 공적지원뿐만이 아닌 복합적인 욕구에 의해 민간서비스도 필요한 경우 사례의뢰가 이루어진다. 읍면동에서 초기상담을 수행하고 나서 민간사례관리사와 함께 대상가구 가정을 방문하여 욕구사정이 이루어지며 대체적으로 매주 1회 사례회의를 개최하고 있다. 사례배분방식은 공적서비스 지원이 주된 욕구인 경우 희망복지지원단에서 사례관리를 하고, 민간서비스 지원이 주된 욕구인 경우 희망케어센터 사례관리사가 맡고 있다. 사례배분 기준은 사례 량에 맞추어 배분하거나 심각한 사례의 경우 사회복지 경력이 많은 민간사례관리사가 맡는 경우가 있다. 사례를 구분하는 기준은 집중, 일반, 단순으로 구분된다. 단순은 단순서비스를 제공하는 사례관리 대상을 말하고, 집중과 일반은 대상자의 문제해결 능력여부에 따라 재구분한다. 긴급하게 처리하는 위기사례는 생명, 안전, 보호 등이 부합되었을 때 진행된다. 사례관리 목표는 클라이언트와 사례관리사가 공동으로 세우고 목표달성의 중요한 기준은 클라이언트의 주관적인 체감도가 반영되며, 클라이언트가 해결되지 않은 것으로 생각할 경우 사례관리사는 2차 목표를 수립한다.

서비스 연계는 평균적으로 타 기관에 의뢰한 경우 85%, 받은 경우 15%정도이다. 타 기관에 의뢰한 경우는 정신건강증진센터의 정신질환자 사례관리와 민간서비스기관의 직접서비스가 해당되며 서비스에는 의료비, 생계비, 밀반찬서비스, 주거환경개선서비스 등이 포함된다. 타 기관에 의뢰한 경우 대상자에 대한 모니터링은 주사례관리자가 대략 사례개입 초기에 1개월 동안 실시하고 있다. 기관에서 제공하는 직접서비스는 사례관리 사업비를 통한 가구당 50만원 정도의 의료비, 교육훈련비 등 비용지원이 있다.

대상자 서비스 연계를 위해 주체하는 협의체는 별도로 없으며 읍면동 주관의 협의체인 복지넷이 운영되고 있다. 협의체 구성은 20~30명 정도의 사람들로 구성되었고, 활동은 김장나누기, 바자회, 장학금전달 등을 하고 있다. 협의체 내에서 부정기적으로 사례회의를 하고 있으며 사례회의 결과, 직접서비스를 지원하거나 희망복지지원단 또는 희망케어센터에 사례를 의뢰하고 있다.

남양주 동부희망케어센터에서 수행하는 통합사례관리 성과를 보면, 공공기관과 연계는 물론 다양한 민간복지시설과 연계체계를 정비하고 있다. 보건소의 방문보건사업과 긴밀한 협조체계를 유지하여 의료 및 간호서비스를 제공하고 있다. 이와 같은 특성은 위기사례에 대응하여 공공-민간이 긴급하게 대응하므로 초기상담 및 연계 등의 절차가 단축되는 장점이 있다. 또한 공공과 민간의 통합으로 민간센터 측면에서 공공의

공신력의 영향으로 사례 및 서비스가 효율적으로 연계되고 있다. 주민조직화, 복지위원 구성 및 희망매니저 운영으로 촘촘한 사례발굴 시스템의 기반을 확보하는 한편, 전문자원봉사자를 발굴하여 대상자의 욕구에 부합하는 전문적 서비스를 제공하고 있다. 그리고, 행복e음 정보 즉 공적 데이터의 접근성 제고(정보 공유 제공)로 중복서비스 방지 등 서비스제공의 효율성 기반이 마련되었다.

“(생략) 특히 이장님들을 중심으로 한 그런 주민조직화가 되어있기 때문에 그런 이장님들을 통해서 의뢰가 들어오는 경우도 많고. 희망케어센터가 지금은 많이 홍보가 되어 있다보니까는 시민분들, 희망케어센터에서 어려운 이웃을 의뢰를 하면 도움을 받을 수 있겠구나하는 그런 인식이 많이 있으시기 때문에. 희망케어센터로 주민들이 많이 의뢰를 해주시고 있고. 어떻게 보면은 저희 사회복지사들이 많이 없어져야지 지역사회가 더.. 옛날식으로.. 내가 옆집사람을 돌보고 동네에서 이웃들을 돌볼 수 있는 시스템이 지금은 어느정도 자리잡아가고 있는 단계라고 생각을 하고. 그 부분에 대해서 저희가 긍정적으로.. 주민조직화라든가 마을공동체 그런 부분에 대해서 긍정적으로 계획을 하고 있습니다.” (사례1)

남양주 동부희망케어센터의 통합사례관리 수행과정에서 경험하는 어려움은 초기에는 사례관리 접근상 공공과 민간 간에 전문성과 경험 등의 차이가 발견되었으나 지역사회복지협의체를 중심으로 사례관리 교육을 통해 극복되었다. 각 지역별로 사례관리자가 배분되어 있어서 지역자원과 관계가 어느 정도 형성되어 있다. 그럼에도 한정된 인력으로 사례관리 업무 외에 서비스 제공사업을 수행하여 사례관리에 집중하기 어려운 한계점이 있다.

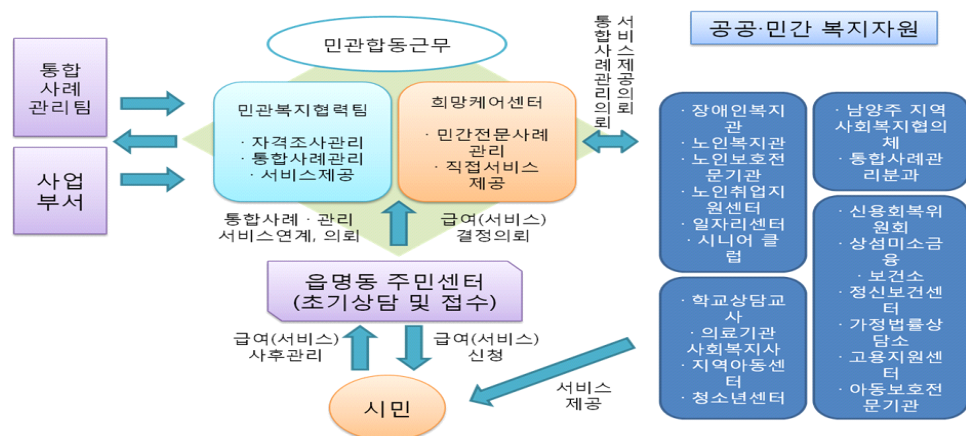
“사례관리를 바라보는 어떤 관점의 차이들이 좀 있었습니다. 그러니까는 저희 민간기관에서는 오랫동안 사례관리를 지속적으로 해왔지만 공공에서는 사례관리를 주로 주업무로 시작한게 오래되지는 않았었기 때문에 어떤 사례를 바라보는 관점의 차이가 좀 많이 있었습니다. 저희같은 경우는 그런 사례를 같이 개입하는 그런거에 대한 우려하는 부분이 좀 있었고. 문제점들이 좀 많이 발생이 되고 있었죠. 그런 것들을 극복하기 위해서 저희 지역사회복지협의체에서 민간과 공공이 함께 사례관리 교육을 진행을

했습니다.” (사례1)

“(생략) 우리 희망케어센터의 직원들이 거의 사례관리 플러스 사업들을 해요 서비스 제공 사업을. 그래서 가장 어려운게 뭐냐면 사례관리에 집중하기가 어려운거죠. 네. 그제 좀 한계점이 있구요. 그리고 또 자원이 남양주에 인프라가 어.. 많으면 많을수도 있지만 없는 것들도 있다라는 거죠. 예를 들면 장애인 여성이 발견이 됐어요. 보호를 해야되는데 보호할 시설이 없어요. 임시보호할 시설이. 공간이 없어서 외부에 의뢰를 해야되고 다른 지자체에 손을 내밀어야되고. 이런 인프라도 없고 또 자원들이 없고 서비스들이 없기 때문에 희망케어센터에서 만들어야 되는 서비스의 역할들이 있습니다. 그런 역할에 대한 가중치가 높다라는 거죠. 그런 한계점이 좀 있습니다. 그래서 서비스.. 사례관리에 집중하지 못하고 서비스제공에 집중할 수밖에 없는 그런 역할부담에 대한 부담이 좀 가중이.” (사례1)

“그러니까 사례관리를 집중할 인력풀이 부족한거죠. 현실적으로 얘기하면. 그 다음에 서비스에 대한 관리를 하는 자원을 구분해서 저희가 이루어진다고 하면 가장 최상이겠죠.”(사례1)

[그림 5-2] 남양주 희망케어센터 통합사례관리



자료: 남양주 희망케어센터 내부자료 참고

남양주 희망지원단의 통합사례관리 수행과정을 보면, 읍면동, 복지넷, 통이장 및 부녀회장 등을 중심으로 사례발굴이 이루어지고 읍면동의 초기상담을 거쳐 대상자를 접수하고 민간사례관리사와 함께 대상가구 가정을 방문하여 욕구사정 및 위기도조사가 이루어진다. 사례회의를 통해 대상자는 ‘사례관리대상자’, ‘서비스연계대상자’로 선정과 구분이 이루어지며 서비스 제공계획이 수립된다. 서비스제공계획 수립 이후 서비스연계기관에 서비스 제공을 의뢰하고, 대상자와 함께 서비스제공기관에 방문하거나 사전에 전화나 서비스연계의뢰서를 발송하여 서비스를 의뢰하고 있다. 정신건강증진센터에 약물중독자와 자살시도자, 그리고 정신질환자의 사례관리를 주로 의뢰하며 모니터링은 담당자와 전화통화로 서비스 개입 초기에는 주 1회 정도하고 이후 월 1회 정도로 모니터링 하고 있다. 사례관리와 사례목표를 달성했다고 판단하는 기준은 단기목표를 수립하기 위한 서비스 연계이고, 서비스 연계가 되었을 때 목표를 달성한 것으로 간주한다. 남양주 희망복지지원단의 통합사례관리 성과는 공공과 민간이 유기적으로 협력하여 통합사례회의부터 서비스 의뢰 및 연계 등이 잘 이루어져 서비스대상자의 자활·자립을 성과로 지적하였다. 실패적인 부분은 사례관리 담당자의 역량과 관점차이로 인해 서비스계획과 목표수립 등을 자활·자립보다 서비스의 단순제공에 중점을 두어 사례대상이 장기적으로 만성화됨에 따라 나타나는 사례관리 효과성이 떨어지는 부분을 말하여 사례관리사의 관점을 통일하는 제도적 장치가 필요함을 의미한다.

“사례관리를 수행하면서 어려운 점이나 한계점은 요. 각각의 담당자의 역량차이와 관점차이 때문에 사례관리에 어려움이 있는 경우들이 종종 있었습니다. (생략) 관점차이가 다르다보면 문제 중심으로 보게 돼서 서비스를 뭔가 더 주느냐 아니면 대상자가 스스로 할 수 있는 부분을 끌어내는 부분에 있어서 목표수립이 현저히 바뀌어지게 되거든요. 그래서 제공기관 입장에서의 목표와 받는 사람 입장에서의 목표수립이 차이가 있어서 그거에 따른 결과물이 현저히 차이가 나요. 의존적인 클라이언트를 만드느냐 아니면 성공적인 클라이언트를 만드느냐. 이런 부분에 있어서 한계점이 많다는거죠. (생략) 시간이 오래 걸리기는 하더라도 그 사람들과 그.. 목표수립을 잘해서 의존적인게 아니라 스스로 해결해나갈 수 있는 그런 힘을 길러주는 그런 사례관리를 해야 된다는 게. 그래서 관점에 대한 통일을 시켜주는 부분들이 필요할 것 같다는 생각이 들구요.” (사례2)

“최근에 복지위원들이 생기게 되면서 각 읍면동마다 복지에 뜻을 가지신 분들이 이렇게 위원회를 만들어서 자체적으로 만들어서 구성되어서 지금 활동 중에 계시는데. 더러 너무 의욕적이신 분들이 계셔서 마치 희망케어센터가 서비스 제공기관으로서의 역할만 해주기를 바라는 경우들을 봐요. 이렇게 장학금이 필요한 집이다 장학금 좀 바로 준비해라. 예를 들면 이렇게 해서. 여기에서도 충분히 그 집을 가서 사정을 하고. 장학금이 문제가 아니라 부모님의 직장의 문제라든지 뭐 정신 우울증 이런 것 좀 해야되는 개입은 다 제쳐두고 단순한 어떤 서비스만을 제공하기를 바라는 그런 분들이 계셔서 좀 한계가 있는 것 같다는 생각이 좀 들어요.” (사례2)

2) 연계기관

남양주 정신건강증진센터, 드림스타트, 아동보호전문기관, 자살예방센터, 고용복지플러스연계센터(자활지원센터)를 중심으로 사례관리수행과정 및 어려움 등을 살펴보고자 한다.

남양주 정신건강증진센터의 통합사례관리 수행체계를 보면 개입, 의료기관, 보건소와 동사무소 등의 공공기관, 학교시설, 지역 내 유관기관 및 복지시설 등을 통해 대상자를 발굴한다. 기본적인 면담 과정을 거쳐 필요한 자원이 있으나 자력으로 할 수 없다고 판단될시 의료기관을 포함하여 타 기관을 연계하거나 가정방문, 전화상담 및 내원상담 등을 통해 사례관리서비스를 제공한다. 이외에 센터에서 직접 제공하는 서비스는 주간재활 및 직업재활서비스, 가족지원서비스, 자원연계서비스 등을 포함한다. 사례관리목표와 목표를 달성했다고 판단하는 기준은 사례대상의 증상이 완화되고 원하는 욕구에 부합되는 활동으로 연계될시 목표를 달성한 것으로 간주한다.

통합사례관리 수행시 어려움은 전문인력의 잦은 이직으로 인해 안정성이 담보되지 못한다는 점이다. 인력상의 문제는 사례관리 수행단계에서 여러 문제점으로 작용한다. 하나는 사례관리사 간에 사례를 보는 관점의 차이로 사례진단 및 서비스 계획 등에 차이를 보여 효과적이고 질 높은 사례관리 수행에 장애요인이 된다. 다른 하나는 타 기관과의 유기적인 협력관계에서 인력의 빠른 교체로 소통과 협조 등이 문제가 될 가능성이 높다.

“뭘.. 어려움이라기보다는 한계가 좀 있기는 있는 것 같아요. 인력들의 근무 년차가 어.. 뭘.. 저희 센터 같은 경우도 3년 이상 가는 경우가 많지 않기 때문에. 다른 기관들도 희망케어센터도 그렇고 다른 기관들도 3년 이상 넘기기가 어려워요. 그 이유가 여러 가지가 있겠죠. (생략) 그런게 있다 보니까 어떤 위기 상태에 대해서 판단을 서로가 커뮤니케이션이 안 될 때가 가끔은 있어요. 그러니까 우리가 봤을때는 위기라고 판단이 되는데. 의뢰해주시는 곳이나 받는 데에서 그렇게 생각안할 수도 있고. (생략) 저희가 정신보건센터라고 하면 정신보건전문간호사가 사회복지사가 실은 근무를 해야 돼요. 다행히 사례관리팀은 지금 그 중에서도 5명이 사례관리팀원인데 3명 정도가 전문요원이고 나머지 2명은 전문요원이 아닌 거죠. 저희도 실은 저희 센터도 한계가 있어요. 사례를 보는 어떤 시각적인 면에서 전문성이 부족할 수가 있다. 의뢰를 하거나 의뢰를 받거나 했을 때. 우리가 의뢰를 했을 때도 거기에 대해서 그게 큰 문제가 될까 뭐 우리가 또 의뢰를 받았을 때는 이게 큰 문제는 아닌 거 같은데 이렇게 서로가 이제 그런 게 좀 있는 불편함이 좀 있지만. 서로 커뮤니케이션하면서 진행을 해나가고 있는 거구요. (생략) 어쨌든 간 조금 다른 생각일 수 있겠는데. 사람이 오래 있어야 일을 하는 것 같아요. 이 일을 오래있어야 하는데 이 일을 오래하는 사람들이 별로 없죠. (생략) 다른 기관에 가거나 하면은 너무 새로운 뉴페이스들이 너무 많아요. 그러니까 그분들하고 제가 누군지도 모르는 경우도 많이 있죠. 제가 꽤 됐는데도. 그런 문제가 있는 것 같아서. 사람이 오래 있어야 되는 직장이 되었으면 좋겠어요.” (사례3)

남양주 드림스타트의 사례관리서비스 수행을 보면 다음과 같다. 접수면접, 사정 및 욕구조사를 통해 개입계획을 수립한 후 사례회의를 거쳐 대상자를 선정한다. 욕구조사와 사정단계에서는 대상아동의 양육환경과 아동발달단계에서 사정되어야 할 신체·건강, 인지·언어, 정서·행동별 발달지표에 근거하여 사정하고 가족차원에서 가족구조와 가족기능적 분석 및 체계 내에서 발현되는 문제를 분석한다. 욕구와 사정조사를 기반으로 사례관리자와 대상아동 및 가구와의 합의하에 서비스연계를 의뢰한다. 타 기관에 사례 의뢰시 전체 통합사례관리 수행과정에 참여하여 개입한다. 대체로 통합사례회의에 참여하고 있으며 사례배분과정은 먼저 지역 내에 의뢰된 0~12세 아동에 대해 접수면접과 사정과정을 통해 사례를 선정한다. 사례기준은 0~12세 취약계층의 아동은 사례대상이 될 수 있고 대상선정기준은 사정의 양육환경지표와 아동발달지표를 통해

위기관리대상, 집중관리대상 및 일반사례대상의 3개 영역으로 구분된다. 서비스 제공 과정에서 어려움 또는 문제가 발생할 경우 민관복지협력팀과 희망케어를 통하여 사례 회의를 수행한 후 각기관의 서비스를 연계가 필요한지 도움을 받고 외부 자원인 초록우산, 굿네이버스 등을 활용한다.

드림스타트는 보건복지부 중앙지원단의 지원을 받아서 프로그램과 서비스를 제공하기 때문에 대부분이 자체적으로 수행되고 외부에 서비스 연계는 10%정도 된다. 위급한 상황인 경우 집중적으로 사례관리사가 대상자와 의뢰기관에 대해 모니터링을 실시하고 그 서비스가 완료되기까지 실시한다. 정기적으로 실시되는 서비스에 대해서는 주 1회~월 1회 모니터링을 실시한다. 직접적으로 제공하는 서비스는 필수교육 및 학습, 문화체험활동, 방학프로그램이나 예방접종 심리검사나 치료비 등을 지원한다. 남양주 드림스타트의 통합사례관리 상에 어려움은 프로그램은 아동중심으로 설계되었으나 실제 가족단위로 접근하므로 상담 및 서비스연계가 현재 인력 및 자원 상으로는 힘들고 특히 자원 활용에 제약이 있다는 점이 지적되었다.

“이제는 사실 여기서 얘기할거는 아닌데요. 저희가 아동이 70명에서 80명 대상자를 갖고 있어요. 그런데 아동만이 아니라 부모님들이랑 같이 논의 되거든요. 그러다보면 사실 저희가 상담 들어가는 게 굉장히 힘들어져요. 서비스 연계도 그렇고. 아동만의 서비스 연계가 아니라 부모의 상담까지도 들어가고 부모의 연계까지도 들어가야 되거든요. 요게 가장 힘든 것 같아요. 저희는 자원이 많은 게 아닌데 전체적인걸 봐야 되니까. 아동이라는걸 잡아놓고 전체적인걸 가족이라는거를 다 들어가야 되니까. 그게 조금 힘든거 같구요. 저희가 자원이 없다보니까 사실은 ~~~라든지 어떤 굿네이버스 이런데 활용을 되게 많이 해요. ~~ 라든지. 근데 이런걸 저희가 올려서 되면 좋은데 안되는게 되게 많거든요. 자원 활용할 수 있는게 그렇게 많지는 않은 거 같아요.” (사례5)

남양주 아동보호전문기관은 학대신고를 받으면 아동상담 및 학대내용, 응급여부 등을 기준으로 사례관리 주체를 결정한다. 학대가정의 상담진행 후 서비스 계획을 세우고 있다. 학대아동 및 가정의 주된 욕구를 판단 후 희망케어센터 또는 타 기관으로 연계하고 있다. 다른 방식으로는 희망케어센터에서 사례관리 수행과정에서 학대가 발견된 경우 아동보호전문기관으로 의뢰가 오면 현장 출동하여 학대를 진단하고 개입을 하

고 있다. 사례발굴은 신고를 통해서 하며 서비스 제공은 주사례기관 및 다른 기관으로 연계하고 재 학대발생을 예방하기 위해 학대아동이 안전하게 살고 있는지 모니터링을 하고 있다. 사례종결은 아동보호전문기관에서 결정하는 데 기준으로는 재학대가 발생하지 않고 가해자인 부모도 의지가 있어야 하므로 종합적인 회의를 통해 사례종결이 이루어지고 있다. 어려운 점으로는 아이들 격리가 필요한 사례의 경우 학대아동을 보호하는 기관이 부족하며 특히 장애아동이 갈수 있는 기관이 전무하다는 점이 지적되고 있다.

“아동보호전문기관은 아예 학대부분에 있어서 저희가 신고를 받게되면 아동의 상담이나 학대. 또 실무내용에 있어서 어떠한 학대내용이 있었는지. 그래서 저희가 그 부분에 있어서도 아이가 응급상황인건지 그 사례를 저희가 하게 됩니다. 나갔을 때. 어.. 그 가정에 대해서 상담진행 후에 서비스계획을 세우거든요.. 서비스를 다 제공할 수 없기 때문에 그 주된 욕구를 판단한 다음에 사례관리연계 주사례기관 희망케어센터쪽으로 연계한다든지 아니면 타기관쪽으로 연계한다든지 요런 식으로 저희가 수행을 하고 있습니다.” (사례5)

“재학대가 발생하지 않아야 되기 때문에 그 정도까지 개입을 하고. 그 이외적인 서비스 제공에 있어서는 주사례기관이라던지 다른 기관쪽이라던지 연계쪽으로 이렇게 하고 있는... 모든 서비스제공을 저희가 다 관리하지는 않아요.” (사례5)

“..이제 학대부분 아이들이 격리되어야하는 경우가 발생하거든요. 저희가 제일 어려운 부분이 아이들 학대 보호할 수 있는 기관이 사실은 부족하다는거. 특히나 장애아동이 갈 수 있는 장애학대판단을 받은 아이들이 갈 수 있는 기관들이 없어요.” (사례5)

남양주 노인자살예방센터의 사례대상자는 주민센터 및 희망케어센터 등의 지역사회 연계 및 주변인 추천, 홍보 활동 시 우울검사를 통하여 발굴하고 있다. 우울 검사, 초기 상담을 통하여 상황을 파악한 후 사례관리 주체를 결정한다. 센터와 생산단과의 사례 회의는 월 2회 실시하며 사례배분과 기준은 발굴 시 상담 및 우울검사를 진행한 사례를 우선적으로 배정한다. 노인자살예방센터 내 서비스 연계를 위한 정기적인 협의체 구성

은 없으나 복지관 내 연계가 필요한 경우 담당자와 결정권자와 협의 후 연계를 결정하며, 참여 협의체로는 사회복지협의체의 통합사례분과에 활동 중이며, 역량강화와 친밀도를 통한 기관 간 원활한 연계 및 정보 교환이 이루어지고 있다. 서비스 제공과정에서의 어려움은 상급자에게 의견을 구하고 센터 내에서 해결한다. 센터의 직접서비스 제공은 복지관 내 재가복지 센터와 협의 후 결식을 우려한 밀반찬, 공적 부조에 대한 지식 제공 및 신청, 비정기적 서비스 등을 제공한다. 노인자살예방센터의 장점은 노인복지관 부설이기 때문에 밀반찬 및 연료문제 등의 서비스는 원활하게 제공되나 노인자살위기 사례의 경우 지역 내 보호인프라 자원이 부재하여 상담사례관리에 어려움이 있다. 지역 내 인프라마다 이용 대상자의 조건과 범위가 뚜렷하여 자원을 이용하는 데 한계가 있다. 또한 상담사는 상담 및 사례관리 외에 생사단 선발 및 관리, 행정업무를 처리하므로 전문 상담 및 사례관리 수행이 어렵다. 그리고 노인사례는 장기적·만성적으로 재발되는 특성이 있어서 한정된 인력과 조직으로는 한계가 있으며 예산상에 제약으로 사례육구에 대응하는 직접서비스를 제공할 수 없는 것 등이 주요한 어려움으로 지적되었다.

“예전에 한번 제가 자살위기자 때문에 방문을 드리고 나서 그분을 이제 보호할 그런 기회가 있었어요. (생략) 그때 그.. 이분이 거주할 곳을 찾느라고 노인보호전문기관에 전화를 해서 의뢰를 하는게 어떻게겠느냐고 제가 여쭙았는데. 받을 수 없겠다는 거예요. 각 기관마다 자기가 받을 수 있는 사람, 받을 수 있는 여건. 그렇게 해버리니까 노인자살위기자 경우에는 갈 데가 없어지더라고요. 그래서 어떤 그.. 이거 어떻게 해야 되지 한계 같은 게 있었어요. 그리고 이제 저희 같은 경우에는 제가 상담을 주로 많이 해야 돼요. 그러한데도 불구하고 지금 저는 생사단이라는 분들에 대한 관리. 그분들도 저와 함께 동반해서 하시니까. 그런 관리나 아니면은 다른 업무들과 더불어 하다보니까. 만족도 이런거는 좀 떨어집니다. 정말 그러니까 집중적으로 계속 하루종일 상담을 할 수는 없지요. 저도 소진이 되니까. 또 저희가 이제 노인복지관에 있어서 굉장히 좋은점들이 되게 많아요. 노인이 노인복지관에 부설로 있으니까 뭔가 가장 간단한 밀반찬 연계라거나. 다른거 겨울철에 연료의 문제 이런 것들은 가까이 있어서 빨리 접수시킬 수 있고 빨리 뭐 할 수 있어서 이러한 것들은 되게 빨리 협력해서 이루어낼 수 있으니까 그런 부분은.” (사례7)

“생사단 분들이 여기 와서 의뢰 하시기도 하구요. 자기 내담자이니까 해결을 하기 위해서 그렇게 하기도 하구요. 저도 제가 필요할 경우 복지관 안에서 많이 하고 있어요. 그리고 저희가 갖고 있는 한계점은. 예를 들어서 예산 부분이라는 거죠. 그분들에게 정말 물질적으로 해줄 수 있는 그런 것들이 전혀 없으니까 그런거 다 요청해서 해야되고. 또 이분들한테 그런 부분을 많이 주는 거는 원치는 않아요. 어떤 위기생각을 벗어나게 하는데 초점을 맞추기 때문에. 조금 이렇게 상담사나 생사단분들에게 조금 어려운 점 중에 하나인거 같아요. 돌아왔다고 생각했는데 어느 순간 다시 또.. 거부하시고. 기관 간의 연계는 그래도 했을 때 해주시니까 그래도.. 본인들이 원하는 만큼 다 해드릴려면 끝이었죠. 그런거는 선별해서 하고. 노인의 특성상 길게 가고 자꾸 되돌아가니까. 그런 한계점이 있습니다.” (사례7)

고용복지플러스센터의 사례대상은 대다수가 실업급여 수령 또는 취업사업성공패के이지 참여 등을 위해 자발적으로 방문한 경우이고, 이외에 희망복지지원단에서 의뢰받은 경우도 있다. 일반사례는 초기상담창구에서 일차적으로 상담을 수행하고 특성 및 욕구 등을 진단한 후 각 센터에 연계하는 절차로 접근된다. 연계기준은 운영위원회에서 결정되나 대체로 여성구직자는 새일센터로 연계되고, 실업급여 지급자는 고용센터로 연계되는 분포가 높다. 센터 운영을 위해 본부차원 또는 내부적으로 운영매뉴얼을 개발하여 지침으로 활용하고 있다. 고용복지플러스연계센터의 사례관리는 4개 센터를 중심으로 자체적으로 서비스를 제공하고 있으며, 외부 서비스가 필요한 경우는 희망복지지원단 쪽으로 연계하고 있다. 센터운영 및 사례수행을 위해 운영위원회가 한 달에 1회, 실무위원회가 한 달에 2회 운영되고 있다. 운영위원회는 각 센터대표와 총괄팀장, 그리고 간사로 구성되고, 센터운영의 전체적인 방향을 결정한다. 실무위원회는 팀장급회의와 확대실무회의가 운영되고 있다. 실무위원회에서는 한 달 동안 수행된 연계와 센터별 사업 등을 공유하고 복지제도 변경 안내와 협조요청 등이 이루어진다.

고용복지플러스연계센터는 고용에서 복지로 연계는 어느 정도 이루어지는 편이나 복지에서 고용으로의 연계는 제한적이어서 공간통합을 넘어서 센터 간에 유기적인 연계에는 한계점이 지적된다. 이는 형식적 의미의 고용·복지 통합은 이루어졌으나 실질적 의미로 고용서비스와 복지서비스가 유기적으로 연계되어 제공되지는 못했다는 점에서 명목적인 수준의 서비스에 머무른다는 점을 의미한다. 인력 상으로는 고용상태상

의 불안정과 업무부담으로 인해 사후관리와 모니터링 등 질적인 관리가 수반되지 못하는 점이 어려움으로 나타났다.

“그러니까 지금 문제가 저희도 고용에서 복지로의 연계가 대부분이고. 원래 정말 필요한건 복지에서 고용으로 연계가 중요하고 그런데. 이게 조금 어려운거예요. 여러 가지 이유가 있겠지만. 그런 사람들은 애당초 드러나지 않고 있으니까 그런 문제도 있을 거고. 또 조직적인 면에서도 복지 지원을 담당하는 분들이 네 분 나와 계신데. 또 자치 단체의 그런 조직이 또 되게 다양하잖아요. 그거.. 그 복지에서 고용을 담당하고 있는 부서가 또 다른 부서로 알고 있어요. 그쪽의 지원이라던지 그런게 없이는 조금 사업이 어려울 것 같다는 생각이 들더라고요.” (사례 7)

“네. 그게 사후관리나 모니터링까지 할 역량은 안되고 새알센터에서는 조금하고 있어요.” (사례 7)

“그저는 모든 업무가 다 마찬가지로. 실업급여도 실업급여를 타려면 우선 처음에서 신청을 하고 교육을 받고 그 다음에는 2주나 4주마다 와서 구직활동 했다는 걸 증명해줘야 되거든요. 그때마다 한 달에 한번 마주칠 때 그 사람을 상담하면서 알게 되는 거죠. 취업성공패키지만 말하는 건 아니고 모든 업무에서 연계는 이루어지죠.” (사례 7)

“무기계약직이고. 아니면은 저희 고용노동부 같은 경우는 상담원들은 오래됐기 때문에. 상담원들도 상담직 공무원으로 해주신다든지. 상담직 공무원으로 많이 됐고. 최근에 입사하신 분들만 상담원 신분이고. 그래서. 근데 그.. 신분이 계층이 되게 많아요. 일단 공무원. 상담원출신 공무원을 상담직 공무원이라고 하고. 그 다음에 아직 공무원이 안되신 무기계약직 상담원이 있고. 한시, 단기계약 하신 분들도 있고. 그래서 굉장히 다양해서 그 부분이 결국 고용부의 조금 해결해야 될 부분이지요 인력적인 면에서. 근데 행정직들이 보기에는 음.. 속으로 이제 그런 갈등들이 있죠.” (사례 7)

지역자활지원센터의 경우 전반적으로 참여하는 대상자에 대한 전체적인 사례관리를 게이트웨이 과정에서 진행하고 있으며 지속적인 근로를 유지하기 위한 장기적인 플랜

및 서비스 연계는 사업단 근로를 통해 방안을 모색하고 있다. 자자체 의뢰를 통한 대상자 발굴의 비율이 가장 많으며 유관기관을 통해 의뢰되는 경우도 간혹 있다. 장기적인 측면에서 경제활동을 통한 자립이 필요한 경우 의뢰가 오고 있으며 고용복지플러스 센터로 일하게 된 후 지자체에서 운영하는 복지지원팀을 통해 의뢰되는 경우가 더 많다.

사례대상 중 위기 관리 대상자 및 집중 관리 대상자의 경우 희망케어센터를 비롯한 무한 돌봄 등 지자체와 함께 사례관리를 하는 경우가 있으며 희망케어센터를 비롯한 유관기관에서 안정적인 근로활동이 필요한 경우 의뢰가 오는 경우가 있다. 센터에서 타 기관에게 서비스를 의뢰하는 경우는 상대적으로 적은 편이고, 주로 의뢰하는 내용은 심리상담을 비롯한 정실질환 대상자 상담, 의료비 지원 및 주거 문제 등 다양하며 의뢰한 경우 대상자가 참여하고 있는 사업단 팀장이 모니터링을 진행한다. 의뢰 후 근로를 통해 모니터링을 진행하며 특별하게 기간을 정해두어서 진행하지 않고 자활사업 종료가 될 때까지 지속적으로 모니터링을 진행한다. 직접 제공하는 서비스는 없으며 주로 연계를 통해 서비스를 제공하며 자활근로사업과 같은 일자리 제공을 비롯한 취업 알선 및 동행면접 등과 같은 취업지원, 부채상담과 같은 개인별 재무상담 등을 진행한다.

사례회의에 참석하며 특별하게 배분 기준은 정해져 있지 않다. 자체적으로 진행할 경우 게이트웨이 과정을 진행한 후 사업단 참여를 통해 지속적으로 자활근로 사업에 참여하는 경우 기관 사례회의를 진행하고 있으며 비정기적으로 운영된다. 외부 기관에 의뢰하거나 의뢰를 받는 경우 당회 사례회의에 참석하여 공유하고 있다. 사업단 참여를 할 경우에는 주 5일 근무를 하고 있기 때문에 기본적으로 사례를 담당하며 대상자에게 특별한 상황이 발생할 경우 의뢰한 기관에게 이에 대한 정보를 알려주거나 향후 계획에 대해 서로 공유하고 있다. 센터가 별도 주관하는 협의체는 없으며 지역사회복지협의체를 통해 유관기관과의 협력에 적극적으로 참여하는데 자활센터 실무자의 경우 해당사업과 유사한 분과회의에 참석하고 있다.

사업특성상 자활근로사업이 종료 될 경우 더 이상의 사례관리를 하지 않기 때문에 특별한 문제가 되는 부분은 없으며 특히, 조건부수급자의 경우 생계급여를 비롯한 수급권 유지를 위한 강제성이 부과되는 측면이 있어 서비스 연계시 어려움 보다는 근로 동기 유발과 근로를 통한 사회성 회복에 중점을 두고 사업을 진행한다. 또한 사례별 욕구와 서비스 자원이 매치가 안되는 경우 서비스 제공에 제약을 받으며 의료비 지원은 조건이 충족되지 않아서 서비스를 받지 못하는 경우도 발생한다.

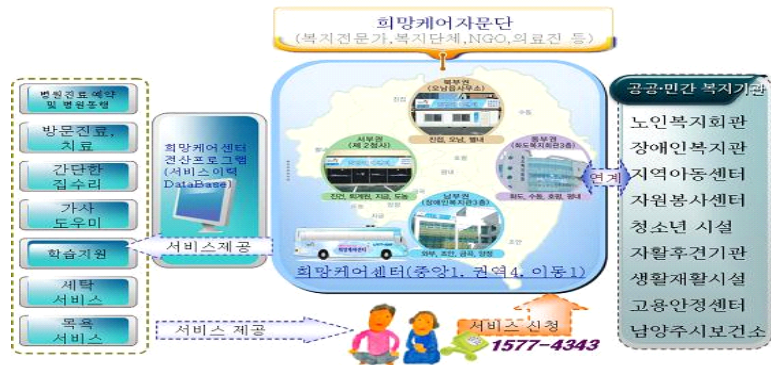
“지역에 있는 4개 권역의 희망케어센터에서 지원하는 서비스 영역이 달라 해당지역의 참여주민에 따라 지원되는 서비스의 차이가 있어요. 다른 지역에 사는 분이 받고 싶어 하는 서비스가 본인의 거주지가 아닌 다른 지역의 희망케어센터에서 지원이 가능하지만 서비스를 받을 수 없어 막막한 경우가 있구요. 또한 참여 대상자의 특징 중 의료비 지원을 희망하는 대상자가 많지만, 대상자의 조건이 충족되지 않아 서비스를 받지 못하는 경우가 있습니다.” (사례4)

다. 통합사례관리 운영체계

남양주시는 주민생활지원과 내에 희망케어팀(사례관리팀)을 설치하여 사례관리 총괄, 권역별 센터와 이동센터를 위탁·설치하고 전담인력을 파견(인건비 지원)하여 민간과의 효율적 연계 시스템을 구축운영하고 있다. 운영체계는 중앙센터 1개소(주민생활지원과/희망케어팀), 이동센터 1개소(직접운영/주민생활지원과), 권역별 센터 4개소(위탁운영/사회복지법인)가 설치·운영되고 있다. 중앙센터에 사례관리자 2명, 희망케어센터에 각 1명을 두어, 간단한 사례는 희망케어센터에서 커버하며, 복잡한 사례의 경우 중앙에서 담당한다.

중앙희망케어센터는 센터 운영지원 및 관리, 서비스 연계 총괄 조정, 지역사회 복지자원 발굴 동원 연계·관리, 민간 연계 체계 등을 마련하고 있다. 권역별 희망케어센터(4개소)는 사회복지 및 보건관련(방문보건 등) 초기 상담 및 서비스를 제공하는 역할을 수행한다. 이동희망케어센터에서는 복지상담, 의료, 진료, 이동세탁, 방문간호 등 보건·복지서비스 제공과 의료서비스 제공, 그리고 투약을 병행 실시한다. 읍·면·동사무소에서는 법정서비스 및 8대 서비스 관련 초기상담을 실시하고, 서비스 신청을 접수하는 한편 심사를 거쳐 서비스를 제공한다. 다만 수혜자에게 필요한 직접 및 간접 서비스 제공이 어려울 경우는 ‘희망케어센터’와 연계하여 원스톱 서비스를 제공한다. 「희망케어자문단」을 구성운영하고 있으며 주 1회 협력기관과 함께 사례회의를 진행하며 보통 20~30명 정도 참여한다. 공공과 민간 복지기관은 연계기관으로 통합사례관리에 참여한다.

[그림 5-3] 희망케어센터 통합사례관리 운영체계



자료: 남양주 희망케어센터 내부자료 참고

라. 통합사례관리 주체 간 역할분담 및 문제점

1) 주사례관리기관

남양주 동부희망케어센터의 다른 사례관리 수행 기관과의 역할분담은 현장에서 자연스럽게 이루어지는 편으로 기관 간에 갈등이 거의 없다. 그러나 정신건강 서비스를 제공하는 인프라는 사례 및 욕구 등에 비해 상당히 부족하여 균형적인 서비스 연계가 이루어지지 못하는 편으로 지적되었다. 이는 지역사회 내의 통합사례관리 주체와 연계 기관, 그리고 서비스 기관 간에 역할분담도 중요하나 도농지역의 경우 인프라의 부재로 인한 다양한 서비스 제공의 한계를 고려할 때 인근지역의 서비스 자원을 연계할 수 있는 컨트롤 타워가 필요함을 시사한다.

남양주 희망지원단의 경우 통합사례관리 주체 간 역할분담은 대상자의 특별한 상황에 맞게 주사례관리기관이 결정되며, 공식서비스에 관련된 역할은 희망복지지원단에서 진행하고 민간서비스와 전문적 치료서비스의 경우 민간기관에서 제공한다. 그리고 공공과 민간 기관 간에 상호 간 피드백과 모니터링의 어려움은 없는 편으로 서비스진행이 원활한 편이다. 그러나 최근 사례의 특성상 정신건강 관련 전문인력의 서비스 제공이 필요함에도 인력 부족으로 서비스 대응에 한계가 있는 것으로 나타났다.

“(생략) 그..사례관리수행 역할분담은 그게요. 예전에는 역할분담하면 이렇게 앉아 가지고 이저해 이저해 이저 이렇게 하는 것만 역할분담이라고 생각했는데요. 일을 하다보니까 굳이 통합사례회의가 저희는 그렇게 자주 필요하지 않더라구요. 그냥 현장에서 자연스럽게 역할분담이 되고 그..그걸로 인해서 특별하게 갈등이나 이런거는 없었는데.” (사례1)

“남양주는 공공과 민간이 협력적으로 통합하여 시스템이 마련되어 있어서 사례관리 주체 및 서비스제공과 연계기관 간에 갈등과 마찰 없이 효율적으로 서비스 연계가 수행되는 편이다. 그러나 남양주 내에 없는 장애인시설 같은 인프라의 연계를 위해 타 지역에 서비스를 의뢰할 때는 원활하지 않아서 어려움이 많은 편이다.” (사례1).

“(생략) 예를 들면 저희들이 만나는 사례 특히 동부권역 같은 경우에는. 저희가 만나는 사례중에 10에 한 7정도는 기본적으로 우울증을 다 깔고 가세요. 근데 우울증이 있으시다고 해서 정신건강센터에다가 의뢰를 못하겠는 거죠. 왜냐면 다 해야 되는 상황 이니까. 그래서 이제.. 어느 정도 좀 심하다 어느 정도 좀 있겠다 싶을 때만 의뢰하고 긴급으로 요청하고 이러는 건데. 그거는 굉장히 좀 많이 안타까운 것 같아요. 그래서.. 예를 들면 정신건강센터가 하나 있는데 4개의 희망케어센터를 다 커버하고 남양주전체를 커버하다 보니까 인력적인 부분이 부족해서 우리가 좀 더 적극적으로 그나마 못하고 있는 부분이 있다. 이런 것들이 조금 어려운 부분인 것 같구요. 뭐 특별하게 연계하고 이런 부분에 있어서는 어렵지 않구요.” (사례2)

“통합사례관리 주체 간 역할분담은 대상자의 특별한 상황에 맞게 주사례관리기관이 결정되며, 공적서비스에 관련된 역할은 희망복지지원단에서 진행하고 민간서비스와 전문적 치료서비스의 경우 민간기관에서 서비스 제공하며, 서로 피드백과 모니터링의 어려움은 없는 편으로 서비스진행이 원활하다.” (사례2)

2) 연계기관

남양주 정신건강센터에서 나타나는 문제는 대상자의 주문제에 따라 주체가 달라진

다. 통합사례회의를 통한 대상자의 주된 문제가 무엇인지를 판단 후에 사례기간 간에 역할분담을 조율하고 있다. 주사관례관리자로 결정되면 최대한 업무를 진행하고 있으며 역할분담 등의 문제로 갈등과 어려움은 없으나 정신보건 사례는 장기적이며 해결되지 않은 경우도 많다. 장점으로서는 한 건물 안에 정신보건센터와 희망복지지원단이 함께 있어서 바로 협의와 조율의 접근성이 높다는 점이다. 어려움으로는 최근 정신관련 위기 사례가 많이 발생하는 것에 비해 전문인력 개입이 원활하게 이루어지지 않아서 서비스 계획을 잘못 수립하는 경우가 발생하므로 사례발견 초기단계부터 전문인력이 개입하여 정확한 욕구사정에 의해 계획이 수립될 수 있는 시스템이 마련되어야 할 것이다.

“그리고 이제 통합사례관리 주체간 역할 분담이나 문제점 같은 경우에는 뭐.. 아까도 말씀드렸었는데. 대상자의 주문제가 뭔가에 따라서 이제 주체가 되고 하는거죠. 특히 정신에 대한거는 아까 말씀한 것처럼 50%가.. 그럴 것 같아요. 50%쯤 될 것 같아요. 왜냐면 한 사람의 가정에 한 가정의 아니면 한 자녀의 문제로 모든 집안들의 문제가 다 힘들어지기 때문에 그래서 이제 그런 경우는 저희가 우선순위를 결정을 해서 저희가 주사례관리자가 되기도 하고. 모니터링을 같이 해나가면서 그렇게 하기도 하는 방법이 있구요. 정말 정신보건센터가 모든 걸 다 해야될 때가 있었거든요. 저희도 이제 한계가 있다보니까. 유동적으로 잘 못하는 것도 없지 않아 있었고 해서 조금 많이 반성을 하게 되는데. 어쨌든간 자기가 주사례관리자로 결정이 된다고 하면은 최대한 그 업무를 진행하려고 지금 저희가 하고는 있는 상황인데요. 현재 시점에 특별하게 무슨 갈등이나 어려움은 없었던 것 같아요.” (사례3)

“근데 뭐 나름 그냥 안락하다 생각하고 살았었어요. 근데 지상으로 와서 다행인데. 좋은게 또 뭐냐면 바로 2층에 희망복지팀이 있어요. 그게 큰 장점이라고 생각해요. 희망케어센터는 멀리 있지만 그래도 바로 올라가서 조율할 수 있고 하기 때문에 큰 장점이라고 생각합니다.” (사례3)

“한 2,3년전부터 위기사례가 많이 발생된 건 사실이기 때문에. 그때그때마다 빨리 달려와 주어야 되는데 아까 말씀드린 것처럼 전문요원이 와서 액팅을 해줘야 되는데. 저희가 심할 때는 전문요원이 간혹 저희 사례관리팀에 저박에 없는 경우도 있었거든

요. 그럼 제가 나와서 해야 되는데. 또 제가 어쨌든 간에 로딩이 좀 세다보니까 그러한 것들이 좀 있었죠.” (사례3)

“저희가 통합사례에 올라오거나 사례회의를 하면 가장 문제가 뭐냐면 사례관리사가 판단하기가 더 어렵거든요. 이런 정신적인 질환이 있을 때. 그냥 어림짐작으로 판단해서 사례계획을 올린단말이죠. 그러면은 그게 정말 계획부터 잘못 수립할 수가 있거든요. 그런 부분에 있어서 현장에 처음 위기사례를 발견했을 때 같이 발견해주면 정확한 사정에 의해서 계획이 이루어질 수 있죠.” (사례1)

남양주 고용복지플러스센터 내에 공간통합 형태로 수행되는 자활센터는 대상자 층이 제한되고 기본적으로 한주에 2회 전체 회의와 센터장이 주관하는 자활센터 별도 회의 등이 수행되고 있으나 센터 간 의사소통과 협조적인 면에서 한계가 발견된다. 고용복지플러스센터 전체에서 자활센터가 차지하는 비중이 적고 공동으로 박람회 행사와 홍보활동 등을 함께 수행하나 역할이 상대적으로 미약하여 성과 및 평가부분이 균형적이지 않다. 개선안으로 전체 행사에 적극 참여하여 인식을 제고하고 역할을 강화하는 방안이 필요함을 제안하였다.

“제가 아까 말씀드렸다시피 저희 기관이 배타성까지는 없는데. 약간 그.. 고용복지플러스센터에서 저희가 맡는 영역이라고 하는. 그게 100이라고 치면 저희 센터가 맡는 부분이 적기는 적어요. 고용복지플러스센터의 전체적인 행사라든가 그런 거는 같이. 예를 들면 지난달인가 10월달에 있었던 중장년층취업박람회라든가 어떤 홍보활동을 한다든가 그런데는 같이 참여도 하고 그러는데. 아무래도 솔직히 이제.. 그 돈을 투자해서 하는 것이기 때문에 성과라든가 당연히 평가에 들어가잖아요. 그런 측면에서 보면은 저희쪽에서 아무래도 그런거를 목소리를 낸다고 표현하기는 좀 그렇고. 저희 지역자활센터가 고용복지플러스센터에 소속돼서 같이 하는 성과적인 부분은 좀 미약한 부분이 있더라고요.” (사례4)

“(생략) 아무래도 소통하는 점에서는 같이 이제는 1주일에 두 번 정도 회의도 하고 센터장님 오셔서 회의도 진행하고 있는데. 아무래도 협조적인 측면에서는 저희 지역자

활센터가 약간 부족한게 없지 않아 있구요. 그거를 어떻게 말씀을 드려야 되지? ... 솔직히 저희가 이거를... 비관적일 수 있는데. 저희가 센터가 고용복지플러스센터에서 저희가 뭐 주체적인 것까지는 아니겠지만 어느 정도 역할을 하는 부분이 분명히 있어야 된다고 생각하는데. 그거를 어떻게 개선을 해야겠다 아니면은 그런 부분에 대해서는 확실히 저도 많이 고민한 부분이 없어요. 그래서 아까 제가 말씀드렸던 제 예를 들면 지역내에서 고용복지플러스센터를 홍보를 한다 아니면은 뭐 어디를 나간다 취업박람회를 한다 그럴 때 면 적극적으로 참여를 해야죠. 그리고 해야겠죠. 그런거 밖에 제가 지금 떠오르는 게 없어 가지구요.” (사례4)

남양주 노인자살예방센터는 노인복지관 부설로 민간 간에 협력이 잘되고 있고 공간도 공유하므로 업무적인 협조도 잘 이루어진다. 그러나 이러한 업무협조 때문에 상담사로서의 고유 역할 등이 소홀하게 되어 전문적인 업무가 담보되지 못하는 점이 지적되어서 민간기관 관에 관계도 고유의 업무기능을 담보하면서 협력적인 업무도 수행되는 균형적인 역할분담이 필요하다. 자살 및 학대 등의 긴급한 위기사례는 전문서비스의 제공도 중요하나 클라이언트의 스티크마에 대한 배려도 필요하다. 위기사례는 신속하고 전문적인 대응력과 함께 게이트웨이의 접근 방식도 중요하므로 이에 대한 고려와 함께 기능 통합시 전문 인력과 조직 간에 전문성을 유지하면서 효율적인 방식으로 이루어질 필요가 있다.

“복지관하고는 저희가 이제 부설이라고 해서 따로 별개로 되어있지 않고 같은 공간에서 같이 근무를 해요. 민간협력하는거죠. 똑같이. 그리고 복지관측에서는 저를 타기관의 직원이라고 생각안하죠. 같은 직원으로 생각하죠. 그러다보니까 업무적인 협조는 많이 이루어져요. 그러다보니까 그런 협조를 많이 하다보니까 상담사로서의 역할. 그런 부분들이 상당히 부족하죠. 서로 주고받는 부분이니깐.” (사례7)

“남양주 자살예방센터는 노인복지관과 연계하여 자살노인을 대상으로 초기 촘촘한 상담과 복지서비스 제공으로 동 사업이 자리잡아 가고 있는데 중앙정부 방침이 자살예방센터와 정신건강증진센터에 통합하라는 것은 전문성의 증진보다 노인이라는 특수성을 무시한 획일적인 가이드라인이다.” (사례7)

남양주 고용복지플러스센터는 연계기관으로서 주사례기관인 희망케어센터 및 희망복지지원단 등과 전산적으로 문제공유가 안되어서 사례관리 수행단계별로 기관 간에 균형적으로 참여하는 데 어려움이 있으며, 특히 사후관리와 모니터링 단계에서 효율성이 떨어진다. 내부적으로도 센터 간에 사례 공유가 안 되고 유기적인 협력 등이 잘 이루어지지 않아서 사례관리의 효과적·전문적인 대응이 낮을 것으로 예상된다.

“전산적인 문제가 공유가 안되다보니까 전산이 연결이 안됐으니까 그거를 저희쪽으로 공유하고 음.. 이해시키는데 좀 어려움이 있다라고 하시고. 또 예를 들면 이제 출장을 나가잖아요. 그러면은 저희 소장님이나 저는 어떤 상담을 하고 어떤 회의를 하고왔는 지 궁금한데 그게 모르는 거죠. 특별히 보고를 하지 않는 이상은...” (사례7)

마. 효율적 사례관리수행을 위한 정책과제

최근 복합적인 위기에 처한 대상자가 급증하는 가운데 지역사회 내에서 효율적인 사례관리를 수행하기 위해 일환으로 사례관리 역할을 수행하는 다양한 기관을 한 공간에 입주하게 하는 (가칭)복합사례관리센터에 대한 의견을 수렴한 결과는 다음과 같다.

(가칭) 복합사례관리센터 설치에 대한 의견으로는 읍면동에서 초기상담과 서비스연계기능이 강화되었으나 인프라가 미흡하고 읍면동에서 역할이 불충분하므로 대안으로서 바람직하다. 원스톱 서비스 제공 및 게이트웨이 통합 측면에서 이상적인 형태이나 내부적으로 사례중복 및 효율적인 수행을 위해 표준화된 체크리스트 활용 하에 1차적 욕구사정과 심화사정 등이 신속하게 이루어지는 체계적인 접근이 필요하다. 센터 구성형태는 센터별 고유 기능과 인력 보강이 담보되어야 하며 지역설치 단위와 시설 등에 대한 검토가 종합적으로 고려되어야 할 것이다. 또한 통합방식의 사례관리는 복합센터 설치 같이 단순히 공간 통합 등 접근성의 문제가 아니고 초기상담 및 욕구파악, 사례배분 등이 효과적으로 이루어질 필요가 있다는 점이 지적되었다. 효율적인 사례관리 수행을 위해 사례관리 주체 간 또는 사례관리주체와 서비스 연계 및 제공기관 간에 지속적인 모니터링이 필요하고 진행되고 있는 사항에 대해 원활한 소통과 교류가 필요하며, 필요시에는 목표를 수정할 수 있는 탄력성도 가지고 있어야 한다는 점 등이 지적되었다.

“복합사례관리센터가 만들어지면 서비스이용자의 입장에서 편의성, 접근성 및 정보의 정확성으로 인해 신속하게 복합적인 문제 해결에 도움이 될 것으로 보인다.” (사례2)

“업무조정이 분명히 필요하겠지만 사례발생시 빠른 개입 협조가 가능할 수 있고, 우선은 대상자가 여기 저기 가지 않아도 되니 편리할듯하다.” (사례3)

“(생략) 저희가 희망케어센터가 처음에 초창기때 4명이서 시작을 할 때 가장 문제가 났었나면, 읍면동에서 서비스. 그러니까 대상자가 발견이 되면 다 저희한테 패스를 다 했어요 정말. 그래서 직원들이 되게 힘들었어요. 1차면접부터 초기상담부터 서비스연계까지 또 통합사례 우리가 다 개최해야되고 기관연계까지하는 역할들을 저희가 했었던 말이지요. 근데 두 번째 민간복지협력팀이랑 통합이 되면서 여기 센터에 오면서 가장 해결됐던 부분이. 일차면접은 그래도 읍면동의 담당들이 민간복지협력팀에 의뢰를 한단 말이지요. 거기서 걸려진 대상을 우리한테 의뢰를 했어요. (생략) 우리 센터의 지금 현재의 과제라고 생각을 한다면. 이것을 다시 또 정신보건센터나 아동보호전문기관이나 자살예방센터나 이런 직원들을 다 통합을 해야 되느냐. 이거는 실은 역할에 대한 것을 보장하고 그들의 고유 업무와 인력과 보강하지 않으면 통합을 한다는 건 실질적으로 어렵다는 거죠. 그래서 통합을 권역별로 할 거냐 지리적인 특성도 생각을 해야 될 거구요. 한곳만 시작을 할 거냐 아니면 4개 권역을 할 거냐. 정말 접근성을 위해서 8개 책임 읍면동을 우리가 하니까 8개 다 시작할거냐 이거는 예산적인 부분 시설에 대한 부분 인력적인 부분이 다 같이 고민이 돼서 할 수 있을 때 가능한 거라고 저는 생각이 되어 집니다.” (사례1)

“사실 공통의 체크리스트같은 것들이 그거는. 그걸 가지고 어떤 문제 영역이 있는지 1차사정을 하고 심화사정으로 들어간다면 좋을 것 같다는 생각이.” (사례1)

“물론 그렇게 되면 가장 이상적인건데. 사실은 그게 또 중복이 나타날 수도 있는거. 고용복지플러스센터 지금 만들어졌는데 또 이쪽에서 통합사례 중복이 될수도 있는거고. 아니면 우리 직원이 이쪽에 파견나가 있는데 근데 그 직원이 또 모든걸 할 수 있는 건 아니거든요. 그 직원은 그냥 연결해주는 사람일 뿐인 거지 그 직원이 어떤 걸 결정

할 수 있는것도 아니고. 그래서 저희는 하나의 과라던지 하나의 센터가 전부 다 들어와 있잖아요. 근데 통합사례회의의 지금 생각하시는거는. 어떤 기관 전체가 아닌 어떤 담당자들의 통합이라면.” (사례7)

“근데 지금 뭐.. 추구하고자 하는 정말 위기사례의 경우에. 통합을 했어 회의를 했어 그런데 그래서 뭐.. 어떤 긍정적인 성과가 있나 그런 것 까지 도출하기까지는 많은 시간이 필요하실 것 같다는 생각이 들구요. 제가 복지쪽 잘 모르지만 말씀드렸다시피 중복되고 중복되는 업무라서 그런 걸 어떻게 조정할 것인지도. (생략) 시에서는 기본적으로 복지는 읍면동에서 하는 걸로 세팅이 되어 있잖아요. 그러니까 거기서 가장 많이 이루어지고 그래서 되게 반발이 크더라고요.” (사례7)

“복합사례관리센터가 만들어지는 것에 반대하며, 이유는 초기면접자의 역량에 따라 사례배분의 어려움 즉 갈등, 사례 떠넘기기 등이 예상 된다.” (사례2)

“공간이 통일 된다면 제가 상상을 한번 해봤을 때. 클라이언트가 어떤 도움을 요청하기 위해서 1층을 딱 들어섰을 때. 1층에 들어선 사람을 몇 층으로 안내할 것인가에 대한 고민이 엄청 될 것 같아요. 이 사람이 건강의 문제냐 경제적인 문제냐 그런 부분에 있어서 일단 누가 먼저 인테이크를 하는지에 대한 배분의 역할을 누군가 해야 되는 데 그 역할은 또 어떤 기관이 가질 것인지 이런 부분에 대해서도 고민이 될 것 같아요. 자칫 잘못하면 사례가 패스되는 경우도 또 있을 것 같아요.” (사례2)

“그냥 저는.. 희망케어센터나 원스탑서비스가 다 제공되는 이런 기관이 과연 전국에 만들어질까 이런 것도 좀 의심스럽기는 한데. 그게 조금 어렵다면 제가 생각하는건 읍면동에서 읍면동에서 초기상담과 서비스연계기능이 강화되면 정말 좋겠다. 왜냐면 그 많은 전국에서 해외에서까지 희망케어센터를 벤치마킹 왔는데. 우리나라에서 딱 두군데만 벤치마킹해서 만들었다고 얘기 들었거든요. 이게 여건상으로 그렇게 만만하지는 않은가 봐요. 다른 데는 제가 잘 모르겠지만. 그렇다면 이렇게 많이들 와서 그러면 우리가 대안적으로 우리가 할 수 있는 게 뭐가 있을까 물어보시더라고요. 제가 생각하기엔 희망케어센터가 민간의 모든 서비스를 다 갖고 있는 건 아니잖아요. 우리가 할 수

있는 게 있고 또 우리도 못하면 또 연계를 하거든요. 그러면 정말 읍면동에서 지역주민들이 가장 쉽게 접근할 수 있고 가장 쉽게 찾아갈 수 있고 접근성도 용이하고 이렇다면. 그런 것들이 좀 활발하게 이루어지면 정말 좋겠다.” (사례1)

“지속적인 모니터링이 필요하고 진행되고 있는 사항에 대해 원활한 대화가 필요하며 필요시에는 목표를 수정할 수 있는 탄력성도 가지고 있어야 한다고 생각합니다.” (사례3)

2. 아산시 보건소

가. 특성 및 한계점

1) 주사례관리기관: 아산시 보건소

아산시 보건소의 주요 사업 중에서 정신건강문제와 관련한 상담, 사례관리, 서비스 제공과 관련한 사업으로 지역정신보건사업, 치매상담센터, 중독관리통합지원센터, 아동·청소년 정신보건사업, 정신보건사업, 자살예방사업을 운영하고 있다. 즉 보건소의 정신보건사업 안에 아동부터 노인에 이르는 전 인구계층을 대상으로 정신보건 관련한 사업을 통합적으로 진행하고 있다는 특성이 있다.

아산시 보건소에서는 정신건강증진센터, 자살예방사업, 중독관리통합지원센터, 아동·청소년 정신보건사업 등을 직영하고 있다. 즉 보건소 건물 안에 보건소 고유의 사업과 정신건강 사업이 동시에 진행되고 있는 것이다. 그리고 중독관리통합지원센터(알코올)와 아동·청소년 정신보건사업은 전국사업이 아니지만 아산시에서는 이 두가지 사업을 운영 중에 있으며, 정신보건사업은 보건소보다는 민간기관에서 위탁운영하는 경우가 일반적이라는 점에서 타 지자체와의 차별성으로 제시되고 있다.

“직영으로 운영하면서 좋은 점은 저희가 지소나 진료소. 그러니까 각 구석구석 연결이 되어 있잖아요. 어 지소 진료소나 아니면 이제.. 사회복지과 시청의 사회복지과라든가 경찰서라든가 요런데 연계하는 부분은 훨씬 유리한 부분이 있어요.” (사례1)

보건소에서 정신건강 관련 센터 또는 사업을 직접 운영하는 방식의 장점은 다음과 같다. 첫째, 아산시 내의 공공기관간의 연계와 협력의 용이성이다. 즉 보건지소, 진료소, 시청의 사회복지과, 경찰서 등과의 연계하고 협조를 구하는데 수월하다는 평가를 받고 있다. 둘째, 동일한 조직구조 안에서 같은 공간을 사용함으로써 팀별 접근이 유기적으로 이루어지고 있다는 점이다. 복합적 욕구를 지닌 사례에 대해서 같은 기관 안에 있는 서로 다른 전공분야의 전문가들과의 사례회의나 정보교환의 수월성, 자문시간 단축, 현장방문 동행, 센터 내 대상자 의뢰의 신속성, 프로그램 강사 지원 등에서 유리하다고 할 수 있다. 셋째, 2~3개의 센터장을 한명이 겸직하기 때문에 인건비가 절감되고, 관공서 건물을 사용함으로써 공공요금 지출부담이 없다는 점도 직영의 장점이라 할 수 있다. 반면, 아산시 보건소 모델의 단점으로는 사례관리의 포괄성에 대한 부족을 들 수 있다. 보건이나 정신보건 전문가 중심으로 인력이 구성되어 있어 심리정서적, 정신과적 접근이 중심이 되고 있으며, 사회복지적 접근은 상대적으로 부족하다고 할 수 있다.

“다른 위탁기관 같은 경우에는 다 분리가 되어 있어가지고 사례가 있으면 그 사례를 해결하기 위해서 모여야 되는 시간이나 그런 것들이 많이 걸리는 반면에. 저희 같은 경우는 항상 같이 모여 있습니다. 그래서 어떤 한 사례가 있으면은 유기적으로 바로 처리할 수 있 계끔 그렇게 시스템이 돼 있어가지고. 그런거는 장점이라고 볼 수가 있어요.” (사례3)

“포괄적으로 이렇게 우리가 정신과적으로 뿐만이 아니라 복지쪽으로도 개입을 해야되는 데 그런 접근이. 정신과적으로는 용이하지만 그런 쪽으로는 다소 좀.. 좀 부족하지 않은가.” (사례2)

2) 연계기관

아산시 정신보건 사례와 관련한 연계기관은 순천향대 응급실, 아산충무병원 응급실, 읍면동사무소, 시청 사례관리팀, 노인보호전문기관, 지역사회복지관, 119, 지구대, 이동상담, 보건소 상담전화 등으로 광범위하지만, 본 FGI에 참여한 기관을 중심으로 기관의 사례관리 및 지역사회 내 협의체계 등에 대해 살펴보고자 한다.

먼저, 아산시는 공공사례관리 주체로 아산희망키움지원단(희망복지지원단)을 운영

하고 있다. 희망키움지원단에서는 주로 읍면동 사무소, 119, 이웃 등을 통해 발굴된 사례를 중심으로 읍면동사무소에서 초기상담을 실시하여 내부 선정회의를 거쳐 필요한 서비스를 직접 제공하거나 연계하고 있다. 그러나 고위험 사례의 경우에는 월1회 실시하는 거점회의나 행복키움솔루션회의를 거쳐 보다 전문적인 사례개입 계획을 세우고 서비스를 연계하게 된다.

“일단 사례가 올라오면 저희는 욕구조사를 하고 더 심층적으로 좀 더 회의를 진행을 해서 선정을 하게 되고. 또 그 문제가 자살위험이 있다고 하면 저희가 이제 한달에 한 번씩 거점회의를 하고 있어요. (중략) 그 때 누가 주사례가 될 것인지 선정도 하고 목표도 세우고 서비스연계까지 그 자리에서 해결이 되고. 그게 해결이 되지 않으면 협의체에 저희는 사례관리분과협의체가 있거든요. 그쪽에서 얘기를 해보거나 아니면 솔루션 회의를 통해서 이제 더 나은 이제 전문기관 이런 쪽으로 다 동원해서 직접적으로 실질적으로 서비스를 지원할 수 있도록 하고 있구요.” (사례4)

아산희망키움지원단은 경제적 어려움에 처한 사례가 많으며, 정신건강과 관련한 문제에 대해서는 보건소의 정신건강센터, 협약병원 등과 연계를 하며, 경증 우울증의 경우에는 지역 내 바우처 사업을 연결하고 있다. 그리고 의료비나 약값지원은 보건소와 연계하고, 기타 자원은 후원처를 발굴하여 연결하고 있다. 아산희망키움지원단 사례관리의 주된 목표는 ‘자립’이며, 사례관리 기간은 일반적으로 6개월에서 12개월간 진행된다. 아산시 공공사례관리 특성 중의 하나로 아산시에서 종합사회복지관에 사례관리사를 1명씩 파견하여 종합사회복지관이 거점사례관리기관으로 역할을 부여하고 있으며, 민관협력 사례관리 및 사업을 활성화하는데 기여하고 있다.

둘째, 충남노인보호전문기관은 노인학대 예방과 노인학대 발생시 신고접수부터 사후관리까지 진행하고 있다. 노인보호전문기관은 24시간 상담전화를 운영하고 있어 야간이나 새벽시간에도 노인학대에 대한 위기개입과 응급시 현장조사도 가능하다는 장점이 있다. 또한, 노인학대 발생시, 가해자와 피해자를 일시적으로 분리할 수 있도록 쉼터 입소도 연계하고 있다. 노인학대 접수는 노인 본인의 신고가 약 70%로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 그 밖에 지인이나 이웃, 신고의무기관의 신고나 의뢰 등으로 이루어진다. 그리고 접수 사례 100건 중 5건 정도가 자살과 관련된다고 할 수 있다. 노

인 자살의 경우, 정신질환으로 인한 자살도 있지만 일상생활에서의 결정권이 무시되거나 정서적인 소외 등으로 인한 고립감과 우울감으로 인한 자살도 발생하고 있다. 노인보호기관의 대상자 중 자살위험도가 높은 사례는 주로 노인보호전문기관에서 아산시 정신보건센터로 의뢰하고 있다. 노인보호전문기관의 경우, 기관 내 사례판정위원회나 자문위원회를 운영하고 있어 의료, 법률, 사회복지 등 다양한 영역의 전문가들과 사례회의와 개별적 자문을 받고 있다. 노인보호기관의 사례관리의 한계로는 야간시간이나 새벽에 발생한 학대나 자살시도의 경우에 서비스 개입이나 연계기관 부족하다는 점이다. 24시간 운영하고 있는 병원 응급실이나 경찰서만 연락이 가능하다는 애로사항이 제시되었다. 이와 함께 노인보호기관의 직원은 주로 사회복지사로 정신관련 문제에 적극적으로 개입할 수 있는 임상심리상담사가 드물다는 점이다. 이로 인해 정신 관련 문제에 대해서는 정확한 진단을 내리는데 제한이 따르고, 이로 인해 필요한 서비스 연계도 신속하게 이루어지지 못하는 부분이 한계로 제시되었다.

“그러니까 만약에 자살시도를 한 분이라던가 우울로 인해서 뭐 그런 부분들이 있거나. 아니면 특히 정신질환으로 보여지는 경우에. 저희가 이 분이 어떠한 정신질환으로 인해서 어떻게 보이는지에 대한 것을 선불리 판단할 수 없는 부분이기 때문에. (중략) 임상심리사가 따로 배치되어 있거나 이런 부분이 있어서 같이 출동이 진행이 되어지면 그런 부분들이 진단이 되어지거나 그러면 빨리빨리 이렇게 좀 더 응급상황에서 연계가 될 수 있는 부분이 있겠지만.” (사례5)

셋째, 아산시 5개 종합사회복지관 중 본 FGI에 참여한 탕정종합사회복지관의 사례를 살펴보면, 탕정종합사회복지관은 사례관리사 2명(아산시 지원 1명과 자체 1명)이 사례관리를 담당하고 있으며, 공동모금회의 지원으로 사례관리지원사업도 진행하고 있다. 사례발굴은 읍면동 사무소, 보건소, 학교, 이장님 등으로부터 의뢰되는 경우가 절반 이상이며, 기관 내부적으로 월 2회 사례회의를 진행하고 있다. 심각한 자살이나 학대 사례가 종합사회복지관에서 자체 발굴되거나 종합사회복지관으로 의뢰되는 경우는 드물다고 할 수 있다. 일부 자살을 생각해 본적이 있다는 사례는 있으나, 경제적인 문제나 취업의 문제가 해결되거나 심리정서적인 문제(우울이나 고립감)가 해결되면 자살위험도는 급격히 낮아지는 사례가 대부분이다. 실제로 자살을 시도하는 경우에는

복지관으로 연계되지 않고, 정신보건센터 등으로 연계되고 있다.

“자살? ‘저 죽고 싶습니다’ 이런 부분보다는. 저희는 조금 자살을 생각하는 자살을 생각해봤다 이런 분들에게 저희가 실전을 한다거나 그런 것보다는. 경제적인 문제나 아니면 우울증으로 인해서 아 이제 경제가 안되다 보니까 이제 너무 힘들니까 죽고싶다 이렇게 생각이 드는거지. 경제적인 문제가 조금 일부가 해결이 되면 솔직히 자살까지는 이렇게 하시는건 아니예요.” (사례6)

공동모금회의 사례관리지원사업은 심리상담사가 심리정서적인 문제를 가진 대상자의 집에 직접 찾아가서 상담치료를 진행하고 있으며, 정신보건센터에서도 상담치료가 필요한 사례의 경우 복지관에 의뢰해서 상담치료를 받도록 연결하고 있다. 본 사업의 경우, 상담사가 가정방문을 한다는 점과 필요에 따라서는 저녁시간에 서비스를 제공하고 있다는 점에서 장점으로 작용하고 있다. 그러나 우울이나 자살감과 관련하여 최근 40-50대 중년층에 대한 서비스가 부족하다는 점이 한계로 제시되었다. 건강이 좋지 않거나 비자발적인 실업상태에 놓이게 되면 소득중단으로 이어져 극단적인 경우 자살을 생각하거나 시도하는 사례도 종종 발생하게 된다. 그러나 이들에게 필요한 취업지원, 경제적 안정 등의 서비스가 필요하지만 중년층에 대한 서비스 연계가 쉽지 않다는 점이 한계라고 할 수 있다.

넷째, 노인종합사회복지관에서는 노인정신건강과 관련있는 ‘독거노인친구만들기’ 사업을 담당하는 사회복지사가 참여하여 노인복지관의 전반적인 사업보다는 ‘독거노인친구만들기’사업과 관련한 내용을 주로 논의하였다. 독거노인친구만들기 사업의 대상자는 공공기관에서 제공하는 서비스(예, 노인요양서비스, 노인돌봄종합서비스, 노인사회참여사업 등)를 받지 않는 노인을 대상으로 하기 때문에 대상자 발굴이 상당히 어렵다고 할 수 있다. 대상자 발굴은 정신보건센터, 온양 1~6동 주민센터, 충남노인보호전문기관 등 지역 내 34개 유관기관에서 의뢰하고 있으며, 자체 발굴 대상자보다는 의뢰 받은 대상자가 월등히 많다고 할 수 있다.

“저희같은 경우에는 주로 정신건강증진센터랑 중독센터로부터 의뢰를 받고 있거든요. 그 의뢰를. 의뢰를 요청하고 의뢰를 받아서 처음에는 그.. 의뢰된 어르신들을 가정

방문을 해서 저희가 사전척도지라고 해서 거기 우울증이나 고독감 자살감 이렇게 포함된 척도지가 따로 있거든요. 그 부분들을 좀 조사를 하러 나가요. 그래서 어르신들이 어느 정도 우울감 척도지로 판단해서. 좀 우울증이 있으신분들은 저희가 개별적으로 병원에 동행해서 우울증 진단을 받을 수 있도록 찾아가고 있구요. 그리고 만약에 진단이 나오신 경우에는 저희가 따로 대상으로 선정을 완료해서 저희가 프로그램에 참여할 수 있게 도와드리구요.” (사례7)

독거노인친구만들기 사업은 활동제한형 고독사 위험군, 은둔형 고독사 위험군, 우울증 자살위험군으로 구분하여 맞춤형 프로그램을 제공하고 있으며, 우울증 자살위험군 프로그램으로 우울증 진단, 약물 투약치료, 집단치료, 원예치료, 자조모임, 문화체험 등의 서비스를 제공하고 있다. 지역사회 내 통합적인 사례관리를 위해 운영되고 있는 협의체로는 보건소에서 운영하고 있는 자살예방협의체, 읍면동사무소 및 거점복지관 중심의 월1회 거점통합사례회의, 지역사회보장협의체 중심의 분기별 사례관리분과회의, 그리고 아산시 중심의 행복키움솔루션 회의 등이 있다. 거점통합사례회의는 아산시 5개 복지관을 중심으로 5개 지역으로 구분하여 거점별로 사례관리 회의를 실시하고 있다. 그리고 행복키움솔루션회의는 희망키움지원단에 의뢰된 복합문제를 가진 사례를 중심으로 의사, 변호사, 경찰, 교수, 사회복지사 등 전문가를 중심으로 사례계획 및 개입방안을 논의하고 있다.

나. 통합사례관리 수행과정 및 어려움

사례관리 수행에 있어서 서비스 연계의 한계 상황이 발생하고 있으며, 주로 직면하게 되는 문제로는 지역 내 연계 자원부족과 제한적 서비스 자격요건으로 인한 어려움이 제시되었다.

먼저, 지역 내 연계자원 부족은 대상자에게 필요한 서비스가 있으나 지역사회 내 관련 서비스가 아예 없거나 서비스 부족으로 대기해야 경우가 발생하고 있다는 것이다. 예를 들어 시설입소(요양원, 쉼터 등)가 필요하지만 여유가 없어서 대기해야 하는 경우가 있다. 이로 인해 서비스 연결이 불가능하거나 지연됨으로서 서비스 개입이 어렵게 되고, 더 나가서 대상자로부터 해당 기관이나 담당자의 신뢰를 떨어뜨리는 요인으로 작용하게 된다.

“아니면 타 기관에서 저희 동으로 전출을 했는데 저희 동으로 전출을 했을 때 저희가 이제 복지관 내에 서비스나 자원이 부족할 경우에 또 그 서비스 대상자를 또 다른 기관에 의뢰를 해야 되잖아요. 그럴 때마다 이제 의뢰를 몇 번씩 한거죠.” (사례6)

두번째로 지역사회 내 공공서비스는 주로 기초생활수급자나 차상위계층을 대상으로 하는 경우가 많다. 이로 인해 필요한 서비스를 연계하고 싶어도 자격요건에 맞지 않거나 우선순위에서 떨어져 서비스 연계가 불가능해지는 경우도 발생하고 있다. 그러나 문제는 자살이나 우울 등과 같은 정신건강의 문제는 기초수급자나 차상위계층만의 문제가 아니라는 점이다. 그리고 저소득층이 아닌 자살시도자를 정신과 병원으로 연계해도 진료비가 없어 치료를 포기하는 사각지대도 매년 발견되고 있다. 이로 인해 정신건강문제의 경우 서비스 자격요건을 완화하여 위기에 처한 대상자에게 보다 포괄적인 서비스 제공할 수 있는 기반을 마련해야 할 것이다.

다. 통합사례관리 운영체계

1) 아산시 보건소 조직체계

아산시 보건소는 보건행정과와 건강증진과 2개의 과로 구성되어 있다. 보건행정과는 보건행정팀, 질병관리팀, 의약팀, 진료팀, 그리고 가족보건팀으로 구성되어 있으며, 건강증진과는 건강증진팀, 지역보건팀, 방문보건팀, 정신보건팀, 구강보건팀, 그리고 건강생활지원센터팀으로 구성된다.

정신건강과 관련한 사업은 건강증진과 내 정신보건팀(정신보건사업)에 해당하며, 정신보건팀 안에 정신건강증진센터와 중독관리통합지원센터를 운영하고 있다. 정신건강증진센터에서는 아동·청소년 정신보건사업과 지역정신보건사업, 그리고 자살예방사업 등을 실시하고 있으며, 치매상담센터 운영도 병행하고 있다. 그리고 중독관리통합지원센터에서는 알코올중독을 중심으로 서비스를 제공하고 있다. 정신보건팀에서는 총 13명의 전문인력이 사례관리를 담당하고 있다.

[그림 5-4] 지역정신보건사업 조직도



자료: 아산시 보건소 내부자료 및 홈페이지 내용 참고

아산시 정신건강증진센터에서 수행하고 있는 사업은 크게 지역정신보건사업, 치매상담센터, 중독관리통합지원센터, 아동·청소년 정신보건사업, 정신보건사업, 자살예방사업 등이 있으며, 주요 내용은 아래 표와 같다.

〈표 5-4〉 아산시 정신건강증진센터 주요 사업

사업	주요사업	주요 대상
지역정신보건사업	사례관리, 주관재활프로그램 운영	만성정신질환자
아동·청소년 정신보건사업	아동·청소년 정신건강진단, 상담, 심리검사, 집단프로그램, 교육 및 세미나	아동·청소년
중독관리통합지원센터	주관재활프로그램, 예방교육, 거리상담 캠페인, 절주 홍보사업, 지역주민 음주실태조사	알코올문제를 가진 대상자 및 가족, 일반인
자살예방사업	위기상담전화 운영, 자살시도자 사후관리, 심리프로그램, 예방교육, 주니어 게이트키퍼양성 프로그램	아산시민 누구나
치매상담센터	치매환자 등록관리, 사례관리, 조기검진사업, 배회가 능어르신 신원확인 인식표 지원, 치매어르신 투약비 지원, 위생용품 및 의료용품 지원	치매노인

2) 사례관리 수행과정

아산시 정신보건센터는 일반 성인, 아동·청소년, 노인 등을 대상으로 전반적인 정신

보건사업을 수행하고 있으며, 본 섹션에서는 지역사회 내 자살이나 우울, 알코올 중독 등의 정신건강문제에 대응하는 과정에 대해 살펴보고자 한다.

정신건강사례에 대한 개입과정은 크게 발굴-진단-사례개입(직접 서비스 제공, 연계)-종결-사후관리 등을 거치게 된다.

발굴과정은 성인과 아동·청소년의 발굴과정이 다소 다르다고 할 수 있다. 일반 성인의 경우, 복지부 콜센터, 병원 응급실, 읍면동사무소, 시청 사례관리팀, 노인보호전문기관, 복지관, 119, 지구대, 이동상담, 보건소 상담전화 등을 통해 사례발굴이 이루어지고 있다. 그리고 야간에는 충남광역증진센터에서 위급 상담전화를 받고 있다. 발굴되는 사례 10명 중 3명은 보건소 자체 발굴로서 관련 교육이나 캠페인, 이동상담 과정에서 발견되고 있다. 아동·청소년은 주로 학교를 통해 고위험 자살군이나 우울고위험군 등을 의뢰받고 있다. 매년 교육청 주관으로 학교에서 정신건강 관련 스크리닝 조사를 실시하여 고위험자살군을 발견되면 보건소에 있는 아동청소년상담센터로 의뢰하게 된다. 고위험 아동청소년은 보건소에서 전문 평가도구를 이용하여 심층평가를 실시하여 적절한 프로그램을 제공·연계하고, 필요시 정신과 의뢰 및 치료비 지원을 하고 있다.

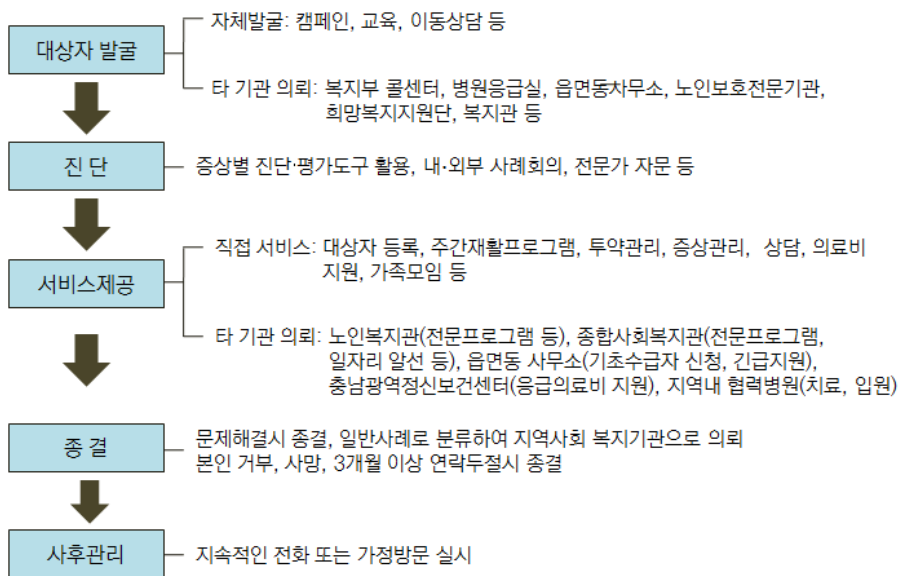
진단과정에서는 위기분류척도, 응급대응척도, 우울척도(소아, 청소년, 성인 등), 자살위험, 알코올 중독, 금단증상 등과 관련한 진단 혹은 평가도구를 활용하여 대상자의 심각도를 측정하고, 내부회의나 전문가 자문을 얻어 필요한 개입 방안을 결정하게 된다.

서비스 제공에는 크게 두 가지 경로로 진행된다. 하나는 보건소 내에 동원 가능한 서비스나 자원이 있는 경우에는 직접 서비스를 제공하는 것이다. 대상자 동의를 얻어 회원등록을 하게 되고, 보건소 내 주간재활프로그램(매주 목요일, 금요일), 투약관리, 증상관리, 상담서비스, 의료비 지원, 분기별 가족모임 등의 서비스를 제공하고 있다. 다른 하나는 보건소 내에 활용가능한 자원이 없는 경우, 타 기관의 서비스와 연계하는 것이다. 보다 집중적인 의료서비스가 필요한 경우에는 지역 내 협약병원에 의뢰하고, 지역사회 내 종합복지기관에서 운영하고 있는 상담치료프로그램이나 일자리알선프로그램, 노인복지관에서 운영하고 있는 노인자살고위험군 프로그램, 읍면동사무소에는 기초생활수급자 신청이나 긴급생활비 지원, 충남광역정신보건센터에는 응급의료비 지원 등을 활용하는 것으로 나타났다.

마지막으로 종결과 사후관리 과정을 거치게 된다. 우울이나 자살감, 중독과 같은 정신건강문제를 지닌 사례를 완전히 종결하는 경우는 그리 많지 않다고 할 수 있다. 종결

의 경우, 해당 측정도구를 활용하여 대상자의 변화를 민감히 살펴보고, 정신건강문제가 어느정도 완화되었다고 판단되는 경우에는 일반사례로 분류하여 지역사회 복지기관에 의뢰하여 복지기관이 주사례기관으로 전환되게 된다. 복지기관으로 사례를 의뢰한 이후에도 주기적으로 관련 문제의 재발이나 상태에 대해 점검하고 있는 것으로 나타났다. 특히, 중독은 완치라는 개념보다는 관리의 개념으로 접근하고 있으며, 긴급한 사례가 아니어도 재발의 위험이 항상 가지고 있어 최소 한 달에 한번 이상 전화나 가정방문을 통해 사후관리 실시하고 있다. 그리고 본인이 거부하거나 사망한 경우, 또는 3개월 이상 연락두절의 경우에는 문제해결 여부와 관련 없이 종결하게 된다. 그리고 종결 이후 관련 파일은 3년 정도 보관하는 것으로 나타났다.

[그림 5-5] 아산시 정신보건센터 사례관리 운영체계



자료: 아산시 보건소 내부자료 및 홈페이지 내용 참고

라. 통합사례관리 주체 간 역할분담 및 문제점

통합사례관리에서 주체 간 역할분담과 관련한 어려움으로는 공공기관의 인식 부족이 제시되었다. 자살과 관련하여 경찰서의 협조가 절대적으로 필요하나 경찰서 내부적

으로 전담부서가 없는 것이 한계로 지적되었다. 자살 등의 정신건강 문제로 인해 응급 입원 시 경찰의 사인이 필요하지만, 이러한 절차를 모르는 경우도 많으며, 지속적으로 교육을 해도 순환보직으로 인해 교육의 효과도 미미한 실정이다. 지역사회 내 정신건강문제에 대해 신속하게 개입하기 위해서는 경찰과의 유기적인 연계를 이끌어내기 위한 구체적인 방안이 필요하다.

“경찰서 협조가 참 어려워요. 경찰서는 연락을 하면 전담부서가 없어서 돌고돌고돌고. 또 정신보건 관련해서 업무를 정확하게 이해하시는 분이 없어서 그 부분에 대해서 설명을 해도 해결이 잘 안되기 때문에.” (사례1)

이와 함께 사례관리 담당자의 이직이나 발령 등과 같은 변동이 기관간 연계나 협력의 걸림돌으로 작용하고, 신규 사례관리 담당자의 경우 지역사회자원이나 유관 기관 등에 대한 이해 부족으로 서비스 연계가 지연되는 가능성도 지적되고 있다.

“오래된 사람들은 서비스 제공기관이 어디이며 어디 뭐 필요하다는거를 금방금방 캐치를 해가지고 제공을 해놓으면 같이 이제 복지관이라든가 사회복지관 이제 같이 연계해서 나가는데. 그제 안되고. 모르니까 대상자 서비스가 뭐가 부족한지를 파악을 못 해가지고 나중에 두 번 세 번 상담이 이루어지면서 뒤늦게 이루어지다보니까 좀 늦어지는 경우가 있어요.” (사례8)

마. 효율적 사례관리수행을 위한 정책과제

본 전문가집단인터뷰를 통해 제시된 효율적 사례관리를 위한 과제를 크게 정신건강 사업서비스 제공 및 인프라 차원에서 제시하였다.

정신건강 사례관리 증진을 위해서는 전문인력의 양적 확충과 전문프로그램 개발과 보급, 기존 전문인력의 소진 완화 등이 제안되었다. 전문 인력의 양적 확충과 관련하여 자살문제를 담당하고 있는 직원 1명이 자살고위험군 50명 정도를 지속적으로 관리하고 있으며, 그 밖에 신규 자살고위험군 발굴과 욕구사정, 연계 등의 업무가 추가되어 업무수행의 한계에 직면하고 있다. 뿐만 아니라 자살 업무를 담당하고 있는 직원이 1

명밖에 없어 전문 교육이나 워크샵에 참석하지 못하는 경우도 많고, 지역사회 내 자원 연계도 한계가 있다. 자살뿐만 아니라 정신건강 관련 전문인력의 확충을 통해 증가하고 있는 자살이나 우울 등의 정신건강 고위험군에 대한 적극적인 발굴과 서비스 제공, 지역내 네트워크 강화 등이 균형 있게 진행되어야 할 것이다.

두 번째는 자살이나 우울 예방을 위한 전문프로그램의 개발에 적극적인 지원이 필요하다. 현재는 자살이나 우울고위험군의 발굴은 상대적으로 잘 이뤄지고 있으나, 발굴 이후에 필요한 예방프로그램이나 치료프로그램으로 이어지기는 힘든 실정이다. 이는 앞에서 언급한 전문인력의 확충과 직접적으로 관련이 있다고 할 수 있다. 자살이나 우울 고위험군을 대상으로 한 심리치료프로그램이 요구되며, 자살한 가족이 있는 자살 유가족의 외상후스트레스 장애를 완화할 수 있는 프로그램 등도 지역사회 안에서 제공될 필요가 있다.

셋째, 정신건강 담당자의 소진 예방을 위한 서비스 제공자의 치유 및 회복프로그램이 마련되어야 할 것이다. 정신건강 사례의 경우, 병식은 있는데 의지가 없는 대상자나 재발의 위험이 항상 있는 중독 사례는 장기간 사례관리를 요하게 된다. 이 과정에서 담당자들의 소진문제가 빈번하게 발생하고 있어 직원의 소진문제에 대한 적극적인 지원도 고려되어야 할 것이다.

“그래서 병식과 의지가 없는 분을 개입하기가 상당히 어렵더라고요. 이분들을 접근 하는데는 상당히 많은 시간과 투자가 필요한데 그 부분에 대해서 인력이 좀 많이 부족하다는점. 그리고 어찌됐든 그 대상자도 사람이고 실무자도 사람인데. 번아웃된 경우가 상당히 많이 있거든요.” (사례3)

효율적인 사례관리 수행을 위한 인프라 혹은 시스템과 관련하여 (가칭) 복합사례관리센터 모델에 대한 의견을 수렴한 결과는 다음과 같다. (가칭) 복합사례관리센터의 설립은 자원연계나 정보공유가 신속하게 이루어지고, 현재 센터별로 분산되어 있는 상담인력을 한 곳으로 모으게 되어 업무량 분산도 가능할 수 있다는 의견이 제시되었다.

“통합사례관리센터가 만약에 한다면. 그 한. 그 쪽에서 다 나눠주는거죠. 역할분담을. 각자. 그러면 이제 그 대상자가 그 기관 한군데만 가도 여러 군데로 다 분배를 해주

니까 서비스 차원에서는 굉장히 효과적이지 않을까 싶어요.” (사례2)

사례관리 인프라 혹은 전달체계와 관련하여 다음의 세 가지 방안이 도출되었다.

첫째, 정신보건 중심의 대안으로 현재의 소규모 센터로 운영되는 정신건강 관련 센터들을 하나로 통합하여 하나의 센터 안에 정신보건팀, 자살예방팀, 중독예방팀 등을 팀제로 운영하는 방안이다. 즉 한 명의 센터장 하에 여러 전문인력이 유기적으로 사례관리를 진행하는 것이 효율적이고 더불어 예산절감의 효과도 발생할 수 있다는 장점이 있는 것으로 제안되었다.

“센터장을 한 분 두시면서 그 나머지는 팀제로 운영하면서 좀 더 이렇게 하는 부분이. 여러 가지 센터를 운영하면서 많은 시설들이 더 필요하면서. 이런 부분들을 예산을 훨씬 절약할 수 있는 방법이 아닌가 생각을 해봤었어요” (사례8)

둘째, 희망복지지원단 중심의 대안으로 희망복지지원단을 확대하여 (가칭) 복합사례관리센터로 활용하는 모델이다. (가칭) 복합사례관리센터 안에 아동팀, 노인팀, 자활팀, 정신팀 등으로 구분하여 사례발굴부터 사후관리까지 원스톱서비스를 제공하는 방안이다.

“컨트롤타워 역할을 하는거죠. 희망복지지원단 자체가. 그런식으로 해서 되면. 뭐 알코올이 왔든 정신이 왔든 아동이 왔든 노인이 왔든. 그 안에서 조금 그래도 어느 정도 원스톱 서비스가 지원되지 않을까.” (사례4)

셋째, 복합사례관리센터의 기능에 대한 의견으로 하나의 복합사례관리센터에서 상담과 사례관리를 수행하기 보다는 조정자(coordinator)의 기능을 부여하는 방안도 제시되었다. 현재 지역사회 내에 다양한 사례관리 기관이 운영되고, 지역별로 사례관리 시스템이 어느 정도 정착되어 있는 상황에서 새로운 사례관리기관의 설립보다는 사례에 대한 정확한 사정과 필요한 기관이나 서비스를 잘 연결해줄 수 있는 조정기관(coordination center)의 설치가 보다 현실적인 대안이라는 의견이었다.

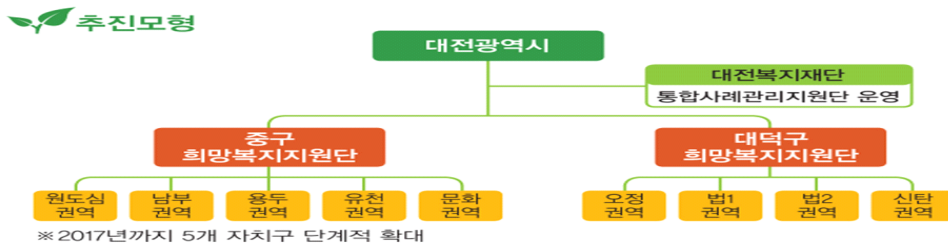
3. 대전시 희망T(Tree)움센터

가. 특성 및 한계점

1) 주사례관리기관: 대전시 희망티움(Tree)센터

대전시의 주사례기관은 대전시 희망티움센터이다. 센터는 위기가정 지원을 위한 수요자 중심의 맞춤형 서비스 제공의 한계를 극복하고 민관 소통과 연계 시스템 미흡으로 인한 복지 분절을 극복하고자 설립되었다. 센터의 목적은 복지사각지대를 해소하기 위해 읍면동 주민센터를 복지전달체계의 허브로 전환하여 복지체감도를 높이는데 있다. 센터를 총괄하는 통합사례관리지원단은 2013년에 전국 최초로 대전복지재단에 설치되어 있다. 대전시의 사례관리 추진 모형은 다음 그림에 제시하였다.

[그림 5-6] 대전시의 사례관리 추진모형



자료: 대전복지재단(2015) 위기사례발굴 및 지원을 위한 ‘희망티움센터’ 발표자료.

센터는 권역별로 설치되어 있고 현재 원도심권역, 남부권역, 용두권역, 유천권역, 문화권역 등 총 5개소가 있다. 센터가 권역에 설치되어 있어서 이를 권역동주민센터라고 부르기도 한다. 센터의 역할은 사례관리 대상자 발굴 및 사례관리 업무 수행, 통합사례회의 개최 및 솔루션위원회 상정, 민관협력 통합사례관리 네트워크 교류 강화에 있다.

대전의 특이한 점은 대전복지재단에 설치된 통합사례관리지원단에서 전문수퍼비전을 제공하고 있다는데 있다. 통합사례관리지원단의 역할은 희망티움 운영지원체계를 강화하고 민관협력을 제고하며 통합사례관리 전문역량을 강화하기 위하여 슈퍼바이저

체계 구축 및 통합사례회의를 하는 것이다. 사례는 유형별로 나뉘어서 접근되는데, 여기에는 일반사례, 집중사례, 위기사례가 있다.

“통합사례관리지원단이 추구하는 바는 현장의 사례관리를 하는 희망타운센터 등에 배치되어 있는 희망타운센터의 사례관리 하시는 분들이. 위기사례나 뭐 복합적인 욕구를 가진 사례들이 지속적이고 체계적으로 계속 사례관리를 할 수 있는 체계를 만들어 주는 게 저희의 가장 큰 역할이라고 장점이라고 봐주시면 될 것 같아요...” (사례1)

또한 지역복지 자원을 연계하기 위해서 대전복지재단에 지역사회복지자원 데이터베이스(‘생생티움자원망’)를 구축해 놓고 있다(앱 포함). 이를 위해 재단에 자원담당 통합사례관리사를 채용하여 구청에 파견하여 자원연계 업무를 더욱 원활하게 하도록 하고 있다. 교육과정을 통해서 사례관리 일반과 전문적인 분야까지 교육훈련하고 있다.

그런데, 아직까지는 센터가 모든 권역에 설치되어 있지 않기 때문에 한계를 가진다. 특히 자원이 쏠린 구와 대상자가 많은 구간의 자원교환 및 연계가 원활하지 못한 면이 있다. 센터 내 부족한 인력문제도 있다. 현재로는 교육을 받거나 충분한 수퍼비전 등을 하기에는 인력이 부족한 상황이다.

“인력이 굉장히 지금 좀 부족한 것 같아요. 그래서 권역이 있는데 권역팀장님이. 권역팀장님이 일을 하면서 같은 사회복지 일을 하고 계신거예요. 그러니까 너무 그 분이 너무 힘들어 하세요. 그래서 그 부분이 좀 제일 문제이지 않나 하는 생각도 들구요.” (사례3)

2) 연계기관

대전시의 주사례기관의 연계기관으로는 희망복지지원단, 동구중독관리통합지원센터, 중구 정신건강증진센터 등이 있다. 희망복지지원단은 원래 사례관리를 담당하는 기관인데, 대전시의 경우는 희망타운센터가 생겨서 사례관리는 권역에서 나누어서 하고 있다. 다만 희망복지지원단에서는 사례에 대한 수급자 책정 등의 행정적인 처리를 주로 담당하고 있다. 아울러 이전에 사례관리를 희망복지지원단에서 담당했던 때보다 희망타운센터가 담당하게 되면서 사례 의뢰수도 훨씬 더 증가하게 되었다.

주사례기관인 희망티움센터에서는 해당 사례를 전문기관으로 의뢰한다. 사례 대상자의 위기유형에 따라서 적합한 기관에서 사례를 담당하게 된다. 즉 통합사례관리를 통해서 이제는 대상자의 욕구를 충족시키기에 적합한 기관에 연계하는 것이 매우 용이해졌다.

“저희(중독관리통합지원센터)가 그 타겟 대상자만 집중적으로 볼 수 있는 부분들이 굉장히 효과적으로 바뀐 부분이다라는 생각이 들어요.” (사례4)

통합사례관리지원단에서 사례관리와 관련한 전문적인 교육을 제공하고 있기 때문에 기본적인 문제는 희망티움센터 자체적으로 해결하고, 전문적인 개입이 필요한 복합적인 사례는 전문기관에 의뢰되어 사례가 가지고 있는 문제를 해결하는 것이 상당히 용이해졌다는 지적을 하고 있다.

“그 사례관리사들도 중독에 대해 정보가 없기 때문에 저희한테 사례를 보내오는데 저희가 어디서부터 손을 대야될지 모를만큼. 막 이제 가족 문제니 이런 복합적인 문제들을 같이 안고 왔어요. 그런데 이제 여기서 지원. 재단에서 교육들을 하고. 중독 관련 된 저희도 할 수 있는건 저희 인력이 없기 때문에 전문가까지는 아니지만 중독의 기본적인 그 지식을 가지는 사례관리가 필요하다는 생각 때문에 교육을 지원하고 해서. 지금은 기본적으로 중독에 대한 정보들을 사례관리사들이 알고 있고. 이제 해결할 수 있는 부분들은 해결하고. 더 어떤 자문이나 이런 것들이 필요한 경우에 저희 센터로 넘어오는 방향으로 많이 안정화된거 같아요.” (사례4)

그런데 연계기관의 어려움은 특히 민간기관의 경우 종사자의 잦은 이직문제이다. 종사자는 신분이 계약직으로 불안정하고 담당하는 지역도 넓어서 관리가 어려운 실정이다. 종사자의 근로조건 문제는 시의 예산부족문제와도 연결된다. 다른 문제로는 센터의 부족에 있다. 모든 구에 중독센터 등이 설치되어 있지 못하기 때문에 한 센터에서 담당하는 사례수가 많은 문제를 가진다.

“대전에 5개 구 중에 3개 구만 중독센터가 있어요. 근데 가장 취약한 구가 중구랑 동구예요. 근데 중구에는 중독센터가 없고 동구에 있는데. 이제 그러니까 동구와 인접해

있는게 중구이기 때문에 동구 저희센터에서 동구와 중구를 다 포괄해서 이제 봐야되는
실정인거죠.” (사례5)

다른 문제로는 희망티움센터의 사례발굴이 활발하여 사례를 증가했으나 이에 상응
하는 연계기관들이 부족하다는데 있다.

“이전에는 그냥 본인들 스스로가 오는 인원만 감당해도 충분했는데, 거기에 이제 발
굴이 되기 시작하니까 저희도 놀랄만큼 어마어마한 대상자들이 막 생기기 시작했거든
요. 근데 그걸 저희가 다 저희 체계 안에서 해결할 수 없다라는 것이 가장 큰 지금 문제
점으로 저희도 고민하고 있는 부분 중에 하나인 것 같아요.” (사례4)

나. 통합사례관리 수행과정 및 어려움

1) 주사례관리기관

대전희망티움센터에서는 그림과 같은 사례관리 절차를 밟고 있다. 우선 다양한 방법
으로 의뢰가 들어와서 사례가 발굴된다. 특히 희망티움센터 이전에는 소수의 경로로만
발굴되던 사례가 이제는 8-9가지 경로를 거쳐서 의뢰되고 있다. 특히 센터가 구 단위
가 아니라 권역(17개 동)으로 좁혀지면서 더욱 집중적인 발굴이 가능해 졌다. 발굴 경
로로 사회복지기관은 물론이고 통장, 지역 자생단체, 복지만두레 등도 포함된다.

“구에 있을 때는 아무래도 구 중심으로만 사례관리를 하셨던 상황인거 같고. 권역으
로 내려가면서 그 권역 단위에 가까이에 있는 사회복지기관들하고 집약 집중적으로 이
렇게.” (사례1)

다음 단계인 욕구사정은 전국적으로 공통인 희망복지지원단의 통합사례관리 매뉴얼
을 준용하여 수행한다. 사정은 내부사례회를 통해서 처리되는데 사례는 단순/위기/집
중으로 나누어서 관리된다. 단순사례는 간단한 서비스를 제공하거나 의뢰하는데서 마
무리되고, 집중/위기사례는 권역별 통합사례회의를 거쳐서 상정된다. 계획수립이란

사례관리 대상자에 대한 개입계획을 수립하는 것이다. 이때 개입계획이 수립되고 서비스가 연계된다. 그 다음 단계는 모니터링 단계로 집중사례관리는 통합사례회의를 거쳐서 서비스를 제공하고, 위기사례는 솔루션위원회를 거쳐서 전문적 치료 및 개입을 하게 된다. 이후 재사정을 거쳐서 사례가 종결된다.

[그림 5-7] 대전시의 사례관리 절차



자료: 대전복지재단(2015) 위기사례발굴 및 지원을 위한 ‘희망티움센터’ 발표자료.

희망티움센터의 장점은 여러 가지가 있는데 우선은 사례발굴의 용이성에 있다. 즉 발굴창구가 이전에는 담당자에 국한되었는데, 이제는 창구가 다양화되어 지역사회에서 사각지대 및 복지수요 발굴이 많아지고 있다.

“이제 지금 뭐 자살이나 학대 뭐 이런 위기가구에 대한 발굴같은 경우는. 그전에는 그 담당자가 인지하지 못하면은 그냥 사장된다던지 그 케이스들을 그냥 흘려버리는 경우가 있었거든요. 지금은 이제 구성원 외에도 또 복지담당공무원뿐만 아니고 다른 업무를 보시는 분들도 사례관리가 필요하다 그렇게 하면은 이 사람에 대해 가지고 개입

해줄 수 있으니까 이런 의뢰도 들어오고. 또 이제 복지통장이라던지 또 연계기관에서 그런 체계가 돼 있거든요. 그전에는 일개 담당자가 판단해서 사례를 의뢰를 했다면. 지금은 주민들도 의뢰를 하고 또 복지업무를 보는 다른 직원들도 의뢰를 하고. 그런 시스템이 결국에는 다양해졌다. 그렇게 말씀을 드리면 될까요.” (사례2)

둘째는 신속성에 있다. 이전에는 서비스 개입을 위한 절차가 길었는데, 센터 설립이후 즉각적인 개입이 가능해졌다는 것이다. 즉 권역에 설치된 센터가 지역주민과 밀착되어 사례발굴 및 개입이 신속하게 수행하고 있다는 것이다.

“희망티움센터가 생기면서는 그런 부분에 대해서 저희들이 즉각적으로 알 수가 있고. 그래서 좀 개입할 수..... 개입할 수 있는 것들이 좀 더 많아지고 신속하게 할 수 있는 부분이 있는 것 같습니다.” (사례3)

“지역주민들이 볼 때 전문적인 판단을 할 수 없지만 이상하다라고 느끼는 그런 것들을 동네다 얘기했을 때 동에서 그거를 일일이 다 대응하지 못했던 것들을 이제 저희는 동네 있다 보니까 그런 것들에 즉각적으로 대응할 수 있었다는 것. 그러니까 발굴이 좀 더 잘 이루어지는 그런 부분들은 좋은 점이었구요.” (사례7)

셋째는 전문성(효율성)을 들 수 있다. 여러 기관이 희망티움센터를 중심으로 연계되어 있기 때문에 전문적인 서비스가 가능해졌다는 것이다.

“온전히 다 저희들이 케어할 수도 없고. 그런데 이제 뭐 정신도 있고 중독도 있고 뭐 자살도 있고. 연계기관하고 합심해서 이렇게 개입할 수 있다는 면에서는 상당히 효율적이라고 보거든요.” (사례2)

“그전에는 어떻게 보면 동 단위에서 또 이제 구청 단위에서 일개 사례관리사의 개인적 역량에 따라가지고 케어를 하고 개입을 했다고 그러면은. 이제 이제 권역사례관리 체계가 되면서 서로 이렇게 시스템화 되어있고 네트워크가 되어가지고 서로 이렇게 머리를 맞대니까. 하나의 사례에 대해가지고 혼자 생각하는 것보다 여러 명이 회의를 하

는게 협력체를 구축해놓으면 다양한 아이디어가 나오고 또 자원연계체계에 있어서도 그 경로가 다양해졌어요.”(사례2)

아울러 주기적인 권역별 사례회의를 통해서 서비스의 중복을 점검하고, 자원 공유를 하고 있다. 서비스 의뢰 후에는 지속적인 협력을 통해서 서비스가 효과적으로 제공되고 있는지 등을 검토하고 있다.

이러한 장점들로 인해서 개입된 사례가 회복되는 등의 성과를 상당히 거두고 있다. 희망티움센터는 그동안 상당한 성과를 거두면서 센터 설치 후 희망복지지원단 우수지자체 공모에서 2개 분야 우수지체 대상을 수상하였고(2013년), 행정자치부에서는 정부 3.0 국민디자인과제에서 우수브랜드로 선정되었다(2014년).

통합사례관리 상의 어려움으로는 첫째, 공공과 민간 간에 자원 공유의 어려움 문제가 있다. 특히 민간의 경우는 공공의 자원을 용이하게 활용하는데 한계가 있는 것이다. 공공은 통합시스템 안에서 자원을 공유할 수 있지만 민간은 상호 간에 자원 공유가 어려운 상황이다.

“같은 자치구 안에 있어도 공공의 자원을 같은 자치구에 있는 민간이 같이 공유하지 못하는 시스템이 지금 현재거든요.”(사례1)

이러한 문제를 해결하기 위해서 대전에서는 복지자원망을 구축한 상황이지만 아직까지는 정착단계에 있다.

둘째, 기관 간에 업무분장이나 업무 개입수준의 편차 문제이다. 대상자에 대한 개입을 같이 하지만 기관별, 특히 공공이나 민간이나에 따라서 개입수준이 다르기 때문에 상호 갈등의 소지가 있는 것이다. 특히 민간의 사례관리는 자원연계에 그치고 있는 관행이 과거부터 지금까지 이어져 오고 있어서 현재의 공공 사례관리와 충돌되는 부분이 있다. 나아가서는 사례대상자를 두고 경쟁이 되는 경우도 있다.

“저희가 이 정도까지 개입해줬으면 좋겠다 하는 수준이 있는데 그만큼 해주지 못할 때 그 기관에 대한 실망감도 있고. 그 기관에서도 마찬가지이고. 저희가 그 역할을 다 못해줬을 때 실망감. 그렇게 한번 실망한 경우에는 다시 연계하기가...”(사례7)

셋째, 인력부족과 업무수행의 무변화에 있다. 통합사례관리가 동단위의 업무로 되기는 했지만 아직까지 동의 업무 구조와 이를 뒷받침할 수 없는 상황이고, 그렇기 때문에 사례관리를 위한 가정 방문 등의 시간이 부족한 상황이다.

“희망복지지원단이 생기고 읍면동에 복지공무원들이 현장중심의 업무를 수행하라 이렇게 됐음에도 불구하고. 위에서 그렇게 주문을 하더라도 밑에서는. 현장에 가보면 전화오는 민원, 찾아오는 민원 때문에 바깥에 나갈 수 있는 여력이 없어요. 특히 업무 분장 면에서도 다른 업무가 들어와 있기 때문에. 이 사례관리 대상자한테 서비스 연계를 해 줄라고 해도 이쪽에 에너지를 집중할 수 있는 여력이 100에서 100% 중에 저는 한 10%도 안된다고 보거든요.” (사례2)

2) 연계기관

희망복지지원단은 희망티움센터 운영을 총괄하고, 공공서비스 연계 및 자원관리 조정 역할을 하고, 센터 내 인력을 관리하는 역할을 한다. 사례가 희망티움센터에서 발굴된 후 일반 사례는 센터 자체적으로 관리하지만, 중독 및 알콜 중독 사례는 전문적인 센터에 의뢰된다.

정신적 위기를 사례를 다루는 정신건강증진센터에서는 정확한 사례판정을 통해서 보다 전문적인 정신과적 개입을 하고 있다.

중독관리통합지원센터는 독자적인 사정도구를 통해서 중독판정을 하고 1차적인 중독 문제가 어느 정도 해결된 후에 재육구사정을 통해서 필요한 자원을 연계하는 역할을 한다.

연계기관으로서 통합사례관리에서의 어려움은 첫째, 자원부족에 있다. 서비스를 필요로 하는 대상은 늘어나는데 비해서 지역사회의 자원은 비례적으로 증가하고 있지는 못한 상황이다.

“서비스 연계를 의뢰하면서 어려웠던 점들은 적합한 서비스를 찾는 일입니다. 물론 자원들도 많이 예전에 비해서는 많이 발굴돼 있어서 자원의 총량은 많이 늘어나 있는 거는 사실인데. 저희가 필요로 할 때. 이 자원이 꾸준하게 있는 자원에 아니라 들쭉날쭉하게 있는 자원들이기 때문에.” (사례7)

둘째, 공공의 경우 사례관리 매뉴얼이 있어서 업무 프로세스가 통일되는데 반해, 민간은 기관마다 개별적으로 사례관리 매뉴얼을 가지고 있어서 업무의 혼선이 있고, 개입상에서 차이를 보인다.

“관은 공공매뉴얼을 만들어서 돌렸잖아요. 다 동일한 시스템 안에 입력하면서 쓰시잖아요. 정보도 대구에 있는 사람이 대전으로 와도 정보공유가 되잖아요. 근데 민간기관은 매뉴얼도 공통된 게 없어요. 시스템도 공통된 게 없습니다. 각자 따로따로 하고 있고 교육도 따로따로 받고 있고. 이런 시스템 안에서 민간하고 협력사례관리를 하려면 민간은 분통이 터지는 거예요. (사례1)

다. 통합사례관리 운영체계

각 권역희망티움센터내 인력으로 그림에서 보는 바와 같이 6급 사회복지팀장, 사회복지직 1~2명, 통합사례관리사 2명과 자원봉사자인 보라미가 배치되어 있다. 희망티움센터에서 월 1회의 권역 사례회의를 한다.

[그림 5-8] 대전시 희망티움센터의 인력



자료: 대전복지재단(2015) 위기사례발굴 및 지원을 위한 ‘희망티움센터’ 발표자료.

주사례기관인 희망티움센터의 가장 큰 어려움은 인력의 부족에 있다. 특히 사회복지팀장은 사례관리 총괄 뿐 아니라 일반 행정업무도 해야 하므로 업무가 과중한 상황에 있다. 아울러 권역별로 보유자원이 다르고 복지수요자 규모도 다르기 때문에 이를 적절하게 매칭하지 못하는 경우가 발생한다.

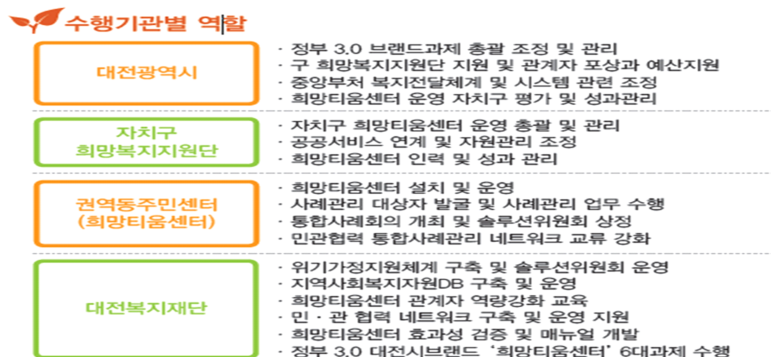
라. 통합사례관리 주체 간 역할분담 및 문제점

1) 주사례관리기관

대전시에서 통합사례관리의 전체 수행기관은 다음 그림에 제시하였다. 대전광역시와 통합사례관리 사업 전체를 총괄하고 중앙의 시스템을 받아서 조정하고 희망티움센터에 대한 평가를 실시한다. 희망복지지원단은 희망티움센터 운영을 총괄하고, 공공서비스 연계 및 자원관리 조정역할을 하고, 센터 내 인력을 관리한다. 희망티움센터(권역동주민센터)는 대상자 발굴, 통합사례회의 및 솔루션위원회 개최, 네트워크 강화 등을 실질적인 업무를 담당한다. 대전복지재단은 솔루션위원회 운영, 센터 종사자 교육 및 역량강화, 민관 협력체계 구축, 사업의 효과성 평가 등의 지원역할을 담당하고 있다.

대전시 내 공공의 주 사례기관간의 역할분담은 명확한 편이고, 특히 통합사례관리지원단이 대전복지재단에 설치되어 있어서 커다란 어려움 없이 사례관리가 수행되고 있는 것으로 판단된다.

[그림 5-9] 대전시 수행기관별 역할



자료: 대전복지재단(2015) 위기사례발굴 및 지원을 위한 '희망티움센터' 발표자료.

2) 연계기관

연계기관은 각종 중독 및 정신질환 문제 등을 특화하여 전문적인 서비스를 제공하고 있다. 그럼에도 종사자의 열악한 근로조건으로 인한 잦은 이직문제, 인력의 부족, 예산의 불충분으로 인한 어려움은 여전히 남아있다.

“어쨌든 민에서도 풀뿌리처럼 자기네들이 그 지역의 특수한 욕구들을 받아들여서 나름대로 정책도 만들어 커지고 이런 것들이 지금 지역에 다 이렇게 널리 퍼져 있잖아요. 그런데 굉장히 기관은 많은데 제대로 된 기관은 없어요. 욕구에 의해서 하나씩 생겨나고 뭔가를 하고 있지만. 예산이나 인력이나 이런 것이 불충분하다보니까 아주 마지널하게만 하고 있을 뿐이지.” (사례4)

마. 효율적 사례관리수행을 위한 정책과제

효율적인 사례관리를 위해서 몇 가지 사항들이 제안되었다. 첫째, 경제적으로 수급층 및 차상위 바로 위층에 있는 대상자에 대한 지원이 필요하다. 이들은 잠재적인 보호대상자로서 국가에서 약간의 지원을 해 주면 삶을 유지할 수 있는 계층이므로 예방적 차원에서의 지원이 필요하다.

“근데 그런 분들 경제선상에 있는 분들 조금만 도와주고 이렇게 지원해 주면 금방 회복된다던지 삶을 조금 더 나은 수준으로 유지할 수 있다고 보거든요.” (사례2)

둘째, 인력이 확충되어야 한다. 현재와 같은 상황에서는 대상자의 욕구를 충분히 사정해서 서비스를 제공하기에는 인력과 예산이 부족한 상황이다. 사례관리는 결국 대민 서비스이므로 이를 담당하는 인력이 충분히 확보되어야 하는 것이다.

“각자가 맡고 있는 사례들을 충분히 볼 수 있는 인력이 있어야 모여 있더라도 모여서 뭔가 사례를 할 수 있고.” (사례7)

셋째, 공무원의 순환주기가 최소한 2년 이상은 되어야 한다. 공무원의 순환보직은 여러 가지 업무상의 문제를 해결해 주는 역할을 해왔던 것이 사실이지만, 너무 잦은 인사로 인해서 업무의 연속성이 저해되는 상황이다. 사회복지업무 분야만이라도 제도적으로 일정기간 이상은 한 업무를 지속할 수 있도록 하는 장치가 필요하다. 한편, 민간 종사자의 경우는 근로조건의 향상과 고용의 안정화를 통해서 이직 및 소진을 예방하는 문제가 선결되어야 할 것이다.

“가능하면 좀 오랫동안 계속 이 지역에서 좀 밀착하면서 이분들을 계속 만나고 싶은데. 그런 시스템적으로. 외형의 변화가 아니라 정말 이 사람이 계속 이 자리에서 이 지역민과 계속 만날 수 있도록 그걸 안정화시켜 주시는 게 효율적인 사례관리에서 필요한 부분이라고 생각을 해요.” (사례7)

넷째, 종사자에 대한 신변보호 장치가 필요하다. 사례관리 대상자의 문제가 다양하고 때로는 신변의 위험도 느끼므로 상해보험 등이 필요하고 대상자 방문 시 동료와 동행하도록 해야 한다.

“지금하는 사례관리사선생님들이 좀 무섭다고. 알코올 상대하고 정신 이상 상대하다보니까 저 사람이 나를 칼로 찌를 것 같은 불안감이 생겨서 사무실에 있기가 좀 두렵다는 생각을 한다 그러더라고요. 그런 문제 부분에 대해서도 조금 좀 안전에 대한 그런 정책적으로 마련되어야 되지않나 하는 생각이 들더라고요.” (사례6)

마지막으로, 사례관리센터 모델은 지역 특성에 맞도록 설계되어야 한다. 하나의 모델로 전국에 적용하기에는 대상자의 특성과 지역적 여건이 다르므로 이를 감안한 유용한 모형이 개발되어야 한다.

“복합사례관리센터모델은 농촌에는 적합할 것 같습니다. 왜냐면 농촌은 분명히 알코올이나 중독이나 정신건강 이 부분이 자원연계기관들이 녹록하지가 않거든요. 그리고 거의 노인 세대들이 많다보니까 한 번에 와서 좀 해결할 수 있는 그 시스템이 갖춰져 있다면 연계기관 이런 차원에서도 훨씬 더 효율적이 될거다라고 생각이 들구요.” (사례1)

“지휘체계. 선생님께서도 말씀하셨지만 그게 일원화되지 않은 상태에서 그냥 한 공간을 쓴다는 것 자체로는 그렇게 큰 시너지 효과를 낼 수 없을 것이다.” (사례7)

4. 가정폭력 지원체계: 상담소 및 쉼터

가. 특성 및 한계점

1) 주상담사례기관: 상담소 및 쉼터

서울 성동가정상담센터를 중심으로 가정폭력상담소에서 수행하는 상담의 특성은 가정폭력이라는 위기상황의 성격을 띠며 일회성과 지속적·장기적인 상담이 혼합적으로 이루어진다. 가정폭력상담소의 장점은 가정폭력이라는 위기상황을 전문적으로 해결하는 기관으로서의 인식과 신뢰가 높다는 측면이고, 한계점으로는 피해자와 가해자의 상담을 병행하는 데 있어서 균형적으로 이루어지지 않는 부분이다. 피해자 상담은 상담소의 주요 업무인데 반해, 가해자 상담은 법원에서 상담명령을 내릴 경우 비자발적으로 맡거나 쉼터요청으로 가해자 상담이 이루어지며, 가해자 상담의 목표는 피해자를 보호하고 지원하는 데 있다. 이런 맥락에서 가해자 상담은 피해자 상담을 해결하는 기제로서 중요하게 작용하고 있음에도 현장에서 가해자의 비협조로 인해 피해자 상담은 상당한 어려움을 경험한다. 다른 한계점으로는 상담소에서 피해자와 가해자 상담을 병행하고 있으며 피해자의 욕구는 다양한데 비해 대응하는 인력이 부족하다는 점이다. 예산은 동결된데 비해 가해자 상담 및 교육 등 부가적인 역할이 급증한 것도 원인으로 작용한다.

“그 상담소 안에서도 저희는 가정폭력이 주가 되고 있는 그런 상담소예요. 대표적으로는 이제 당연히 가정폭력이기 때문에 위기상황이라고 할 수 있구요. 근데 한편으로는 굉장히 지속적이고 장기적인 상담이 되는 경우도 꽤 많습니다. 그 두가지가 상당히 좀 혼합돼 있어요. 그래서 마찬가지로 어떤 상담은 정말 일회성으로 끝나는 상담도 있구요.” (사례1)

“저희 장점은 어 아무래도 이제 누구나 다 갖고 있는 어려움이지만 상당히 위기상황에서의 상담이기 때문에. 어떤 경우는 정말 뭐 신뢰형성을 비롯해서 도움을 받는 그 부분에 있어서 상당히 뭐라 그럴까. 좀 큰 도움을 받았다 정말. 이런 부분이 있을 수 있구요. 이제 한계점은 저희가 물론 피해자 상담도 하고 가해자 상담도 하는데. 특히 피해자 상담의 경우는. 피해자로서 본인으로서 또 저희 상담소에서 돕는 그 한도 내를 넘어서는 영역이 있는 거죠. 예를 들면 가해자가 돕지 않는 다던가 기타 등등.” (사례1)

“피해자 상담은 뭐 당연히 저희가 주로 하고 있는 업무구요. 이제 가해자 같은 경우는 요즘에 법원에서 상담명령을 내리면 위탁이 돼요. 수탁기관에. 그렇게 해서 오는 어떤 그런 사례가 거의 많고 자발적인 경우보다는.. 근데 이제 중요한 것은 가해자 상담을 해도 그 가해자상담의 목표가 피해자를 보호하고 지원하는데 있다는 거예요.” (사례1)

“저희가 1년에 한 30명의 정도의 가해자 프로그램에서 피해자하고 같이 따로 불러서 이렇게 하거나. 또 하나의 가해자 상담을 할 수 있는 부분은 심터에 본인이 원해서. 심터에서 할 수 없으니까 연계되거나 스스로 하거나 이러는데. 어쨌든 가해자에 피해자는 별도로 보고 피해자가 동의하지 않으면 안하는데. 지금 전체. 그런 경향을 보면 상당히 다양화됐다고.” (사례2)

“한계를 들으라고 한다면 점점 피해자나 가해자 프로그램 돌리는거 이거는 많은데 저희들 인력으로는 완전 역부족이라. 제가 하면서도 가해자 프로그램은 특히나 부실하다기 보다는 집단으로 넘어가서 할 수 밖에 없는 상황이거든요. 아까 말씀드린 것처럼. 2012년 그 전에 십여년동안 했던 가해자 프로그램이 1년에 30명 정도가 평균이라면. 2013년도에 69명 14년에 거의 백여명. 이번에는 분기가 아직 남았는데 112명. 그렇습니다. 예산은 같고. 우리가 예산이 없어도 가해자 교육을 집단교육 방식으로 수행하는데 그 숫자상으로만 봐도 실은 한계가 지금 이렇습니다.” (사례2)

가정폭력상담소에서 수행하는 가정폭력은 과거와는 다르게 단순폭력보다 정신질환과 알코올로 인한 폭력 등 다양한 추세로 변화되고 있으므로 모든 가정폭력 사례를 상담소에서만 다루기에는 한계가 있으며 가해의 특성 및 발생 원인에 따라 전문기관과의

연계가 필요한 것으로 보여진다. 그러나 실제 현장에서는 폭력사례 특성에 따른 체계적인 분류와 전문기관과의 연계는 원활하게 이루어지지 않는 것으로 나타났다. 사례특성에 따라서 정기적인 내부회의나 외부 전문가와의 수퍼비전을 활용하나 인력상의 한계로 인해 사례별로 체계적·전문적인 접근은 미흡한 실정이다.

“그 다음에 요즘은 조금 이렇게 정상을 넘어선 조금은 약간 정신질환. 이런 경우가 가해자도 피해자도 사실 많은 경우가 있어요. 그래서 물론 이것을 폭력 관점에서 볼 때는 그 부분에서 저희가 하지만. 조금 또 달리 도움을 받아야 할 영역이 참 있는데. 그게 사실 쉽지는 않은 것 같아요. 하여튼 상담소 자체 내에서는 그럴 때 어떤 그 뭐라 그럴까 단계를 나누다거나 할 때. 또 좀 더 이렇게 위기상황 내지는 또 다른 어떤 대안이 필요하다고 보는 경우구요. 마찬가지로 이제 그 상대방. 배우자가 또 그냥 네. 그냥 폭력을 하는 경우도 있지만 또 조금은 그런 정상범위를 넘어서는 경우가 있거든요. 물론 이제 거기에 포함을 시킬 수도 있겠으나 이제 뭐 그렇지만. 알코올 부분이 또 가미된 경우 굉장히 많구요. 또 그것을 조금 더 분포를 보자면 최근에는 피해자 중에서도 네 여성 중에서도 또 알코올 부분이 이제 많이.” (사례1)

“어떤 면에서는 인원이 다는 아니지만. 인원이 많으면 정말 어떤 분야를 나누고. 막 이런 어떻게 이제 눈에 보이겠지만. 저희 같은 상담소 같은 경우는 대체로 상근직원은 3명이거든요. 그랬을 때 어.. 저희 안에서 이제 뭐 예를 들면 뭐 3명 중에 누군가가 먼저 그 내담자를 접했을 수 있잖아요. 그랬을 때 이제 그런 사례를 각자 본인이 맡은 그 상담원이 하지만. 요런 사례에 대해서는 같이 좀 나누고. 또 지금 말씀드린 그런 일반적인 부분을 조금 넘어선 어떤 영역들에 대해서는 어떻게 연계를 할건지 또 아니면 하고 있는 프로그램 중에 어느 프로그램을 어떻게 해서 어떻게 할건지 뭐. 정말 이렇게 가족이 같이 해야될지 어떻게 해야될지. 그런 부분에 대해서는 저희가 의논을 하면서 하죠.” (사례1)

“당연히 뭐 회의 시간을 거쳐서 그 중에 한 타임을 한다거나. 아니면 주나 월 안에 정해진 날짜에 하는 그런 경우들이 있구요. 뭐 외부수퍼비전을 사실은 받는 데가 저는 많다고 보고 있어요. 다양해요. 회 상담소에서 이제 많이 하는 것은 특히 이제 가해자 프

로그램 하고 이럴 때 외부강사가 오셔서 같이 할 때가 있어요. 그럴 때 저희 기관의 뭐 그 자문을 맡은 분이랴던가 아니면 수퍼비전을 해주시는 분이 올 경우는 그런 프로그램을 하러 올 때 그 전후로 해서 저희가 수퍼비전을 같이 하고 그런 형식을 취하고 있어요.” (사례1)

오래뜰 쉼터(단기쉼터)와 띠앗자리(중기쉼터)는 비공개시설인 가정폭력피해자 보호 시설로 다른 복지시설과는 차이점이 크다. 일반적으로 복지시설 이용자는 서비스 수혜자로 간주한다면 폭력관련 시설은 클라이언트를 범죄피해자로 보는 것이 적절하다. 또한 가정폭력 및 성폭력 상담소는 피해자와 가해자를 중심으로 접근하는 데 비해, 쉼터는 피해자 보호시설로 가해자로부터 피해자를 보호 및 치료하는 기관으로 차별성을 갖는다. 쉼터의 장점은 피해자 보호와 치료도 중요하나 폭력 경험자 간에 사례공유 및 역동과 지지 등이 중요하고 또한 개인 및 집단 등의 생활상담 등이 치유에 긍정적인 영향을 준다.

“이분들은 무조건 이 국가가 헌법에 의해서 지켜줘야 하는 국민의 안전을 침해당한 범죄피해자로 분류가 돼야지. 복지적인 마인드로 이분들을 바라보며는 계속 미스가 날 수 밖에 없고. 이분들이 치유에 도움이 전혀 되지 않아요. 근데 정부는 계속 복지적인 마인드로 이분들과 같이 바라보면서 그 서비스적인 측면으로만 이거를. 어떤 범죄 피해에 대한 정부가 이분들을 그 범죄 피해를 당하기 전으로 다시 되돌리기 위한 지원과 노력과 이런 것들에 대한 책무를 갖고 있음에도 계속 어떤 취약계층에 대한 서비스로 이렇게 바라보는 것에 있어서 문제가 있는 것 같아요.” (사례3)

“사실 쉼터에 이분들이 와야 하는 이유는. 쉼터 안에서 이 프로그램만 하는게 아니고 이 생활 속에서 선후배들이 있잖아요. 먼저 들어오신 분 뒤에 들어오신 분 그리고 거의 비슷한 어떤 가정폭력 피해를 경험한 분들끼리의 역동과 지지가 장난 아니예요. 그 안에서 치유되는 측면이 굉장히 많아요. 그리고 뭐 주1회 개인상담 받고 주1회 집단 뭐 몇 가지하고 이런 일에도 가장 영향을 끼치는 게 생활 상담이예요. 실무자들하고 계속 나눠가는 생활상담 이라고 저는 생각을 하고. 그렇기 때문에 쉼터에 들어와서 뭐 1개월 만에 귀가를 하는 분이 있다 하더라도. 들어왔던 경험과 들어오지 않은 경험을 가진 사람은 엄청나게 대응력에서 차이가 있다라고 생각이 들어요.” (사례3)

쉼터의 어려운 점은 최근 정부가 가해자 교정프로그램과 치유 프로그램 중 가해자에 예산을 더 편성하는 관계로 피해자 중심으로 운영하는 쉼터 운영이 상대적으로 힘들게 나타난다. 폭력 피해자의 후유증 치료와 자립문제에 예산을 집중해야 하나 한계가 크다. 특히 쉼터는 외부에 홍보할 수 없어서 일반인 뿐 아니라 정부조차 인식이 낮아서 지역사회 자원연계 및 후원 등이 어렵다. 그리고 365일 24시간 근무해야하는 생활시설임에도 적은 예산과 겸임조항이 잔재하여 부족한 인력으로 운영할 수밖에 없는 구조적인 문제가 고질화되어 있다. 폭력대상자들이 다양화되고 있음에도 대상자별로 차별화된 전문서비스를 제공할 수 없어 효과가 저조하다.

“쉼터는 가해자와 같이 상담도 할 수 없고 그래서 피해자에만 집중되어야 하는. 특히 여성폭력은 저는 그렇게 생각을 하고. 그런데 지금 정부가 그 가해자 교정 프로그램과 피해자 치유프로그램 두 가지를 이제 그 사업으로 가지고 있는데. 예산이 가해자 쪽이 더 많아요.” (사례3)

“이런 거에 대한 저희. 그러니까 쉼터가 굉장히 어려울 수밖에 없어요. 쉼터야 말로 생활시설이기 때문에 폭력피해자의 신체화 증상 등 피해 후유증에 대해서 굉장히 집중해서 치유하고 자립 이런 것들 저소득 문제를 포함해서. 법정으로 가더라도. 이 예산의 한계가 너무 큰 거예요. 그래서 이런 문제가 굉장히 있고.” (사례3)

“저희를 드러내고 홍보할 수도 없고. 그래서 저희는 서울시나 정부에 끊임없이 쉼터가 이렇게 있다 존재한다 여전히 한국사회에 쉼터가 있다. 왜냐면 많은 분들이 아직도 그런데 가 피난처가 있어? 라고 물어봐요. 쉼터가 실제로 존재한다. 또 쉼터에서 어떤 지원들이 이루어지고 있다. 이런 것들을 홍보를 해달라고 요구를 하는데 제대로 안되고 있죠.” (사례3, 사례4)

“그런데 문제는 가폭쉼터가 365일 24시간 근무해야하는 생활시설임에도 그 겸임조항이라던가 이런 게 있어서 굉장히 인력이 판데에 비해서 부족해요. 지금 그 경제적으로 어려울 때 시설장이 상담원을 겸임하는 조항이 유일하게 남아있는데가 가폭쉼터예요. 그렇기 때문에 4명이 정원인데 저희 같은 경우도 돈이 없으니까 3명으로 일을 한단

말이에요.” (사례3)

“쉼터 입소자 한해에 4천명에서 4천5백명 정도 쉼터를 이용을 해요 저희 쉼터를. 그리고 나이대별로 쪽 보면은 가장 특이할만한 사항이. 전체에서 차지하는 비율이 높지는 않지만 노인이 계속 꾸준히 증가하고 있다는 거예요.” (사례3)

“이런 상황에서 근무를 할 때 그 노인분들 있잖아요 65세 이상. 노인분들은 케어 할 수가 없어요. 임산부도 마찬가지고 장애를 가진 분들도 심한 장애들은 케어 할 수가 없어요.” (사례3)

“또 하나 추세는 원 가정에서 폭력 피해를 당한 미혼여성들이 조금씩 늘고 있다라는 게 피부로 느껴지는. 그리고 다른 쉼터들에서도 그 얘기를 해요. 그런데 20대 원가정. 부모폭력을 어릴 때부터 당해 양육자에게 당해서 오랜 기간 그러다가 도저히 못 견뎌서 성인이 돼서 나온 경우는 쉼터에 적응력이 상당히 떨어져요. 쉼터 자체가 남편에 의한 폭력피해를 당한 분들이 대부분이잖아요. 집단을 할 때도 이분들은 튀는 거예요. 그러니까 얘기가 맞지가 않죠. 그래서 이분들을 위한 또 한 특화된 보호시설이 필요하다고 저는 생각을 해요.” (사례3)

2) 연계기관

중앙 아동보호전문기관의 설치근거는 아동복지법 제45조로 국가는 아동학대예방사업을 활성화하고 지역 간 연계체계를 구축하기 위해 중앙아동보호전문기관을 두도록 되어있다. 2001년 10월 설치된 기관으로 지역아동보호전문기관을 지원하고, 아동학대예방사업 연구 및 자료발간, 효율적인 아동학대예방사업을 위한 연계체계 구축, 아동학대예방 프로그램 개발 및 평가, 상담원 직무교육 및 아동학대예방관련 교육 및 홍보, 아동보호전문기관 전산시스템 구축 및 운영 등의 업무를 수행한다. 조직은 관장 1인과 정보관리팀, 사업지원팀, 홍보협력팀, 정책연구팀 등 4개팀으로 구성된다. 정보관리팀은 시스템운영관리, 개인정보관리, 통계데이터 추출 및 관리, 세미나 및 포럼 개최, 사업지원팀은 전국아동보호전문기관 업무지원, 상담원 전문인력 양성, 각종 매뉴얼 개발, 업무협

의 회의 운영 등이다. 홍보협력팀은 홍보사업, 협력체계 구축 및 연계사업, 교육사업, 홈페이지 및 모바일 앱 운영, 외부지원 사업, 행사 및 캠페인 진행 등을 수행하며, 정책연구팀은 자문위원 및 자문위원회의를 운영하고, 프로그램 및 교육교재를 개발한다. 그리고 정책을 제안하고, 세미나 및 포럼을 개최한다. 중앙 아동보호전문기관은 지역아동보호전문기관의 관리운영 및 행정효율화를 위해 체계적으로 지원하고 있으나 서비스의 질 관리를 위한 실질적인 컨트롤 타워로서의 역할이 강화되어야 할 필요가 있다.

알코올의존자 사회복지시설인 까리따스는 방배종합사회복지관 4층에 위치해 있으며, 시설 및 구조는 사무실 및 상담실과 자녀교육, 여성모임, 가족모임, 재활, 문화체험, 회의 등이 수행되는 프로그램실 4실로 구성되었다. 비전은 건강한 시민, 행복한 가정이고, 미션은 자기관리능력강화(SCM)으로 높은 회복율을 지향하는 한국형중독자치료모델개발 보급이다. 조직은 경영지원팀과 서비스지원팀으로 구성되었고, 경영지원팀에서는 교육준비 및 행정업무, 서비스지원팀에서는 시설관리 및 서비스지원업무 등을 수행한다. 사업체계도는 지역사회 내 정신의료기관, 알코올상담센터, 정신보건센터, 사회복지기관, 기타 유관기관 등과 연계하여 상담을 의뢰하고 의뢰 받는다. 단계별로는 알코올의존자를 대상으로 입소 전 입소상담을 실시하고 1단계로 1주간 오리엔테이션을 제공한다. 2단계로 자기관리능력강화프로그램을 제공하고, 3단계로 6개월 간 사회복지준비와 직업훈련 프로그램 등을 제공한다. 4단계로 6개월 이후 사회복지관을 수행한다.

[그림 5-10] 알코올의존자사회복지시설인 까리따스 사업체계도



자기관리능력강화(Self Case Management)는 사례관리를 스스로 할 수 있는 힘을 강화하는 것을 의미한다. 재활프로그램과 생활철학 실천을 통해 심리적 관리능력을 강화하고, 일상생활훈련과 약물 및 건강관리를 통해 신체적 관리능력을 강화한다. 공동체철학 실천과 종교활동 12단계 실천을 통해 영적 관리능력을 강화하고, 사회적응훈련, 사후관리 및 가정기능 강화를 통해 사회적 관리능력을 강화하고, 취업과정지원, 독립취업유도 및 취업유지지원을 통해 직업적 관리능력을 강화한다.

사업으로 주간재활이 제공되는데 구성에는 자기관리능력으로 자기문제진단과 동기면담 등이 수행되고, 요가, 가족교육, 12단계, 가족교육 심화, 알코올기본교육, 문화체험, 명상/가족초급, 스트레스관리, 자기개발활동, 마침모임, 취업준비활동 등으로 구성된다. 야간프로그램으로 12단계심화, 자녀교육, 성인아이교육, 직장인 알코올교육, 여성교육, 가족알코올교육, 취업자 자조모임 등이 수행된다. 이외에 년 1회 1박2일 여름캠프, 가족모임캠프, 나들이 야외프로그램 등이 제공된다.

이 기관의 특성 및 장점은 알코올 중독자가 병원에서 치료를 받고 퇴원 후에 재발을 방지하고 사회 및 가족에 복귀하도록 지원하는 브리지 시설로서의 기능 및 역할을 한다는 측면이다. 개인 및 가족 단위 프로그램이 체계적으로 개발되어있고 특히 알코올 의존자의 신체적 및 심리적, 영적, 사회적과 직업적 분야에 이르기까지 자기관리능력을 균형적으로 강화하여 알코올 의존자의 사회복귀의 실효성이 높다는 점이다.

[그림 5-11] 자기관리능력강화 프로그램



나. 통합상담사례관리 수행과정 및 어려움

1) 주상담사례기관: 상담소 및 쉼터

상담소와 쉼터에서 수행하는 폭력사례는 응급적인 개입이 필요한 위기사례로 간주된다. 폭력위기사례 발굴은 상담소와 쉼터 모두 여성긴급전화 1366 및 경찰서, 아동보호전문기관 및 노인보호전문기관을 통해서 의뢰를 받는다. 이외에 쉼터는 상담소까지 포함된다. 욕구사정도 상담소와 쉼터 모두 일차적으로 1366, 아동보호전문기관 및 노인보호전문기관을 통해 이루어지고, 이외에 쉼터는 상담소를 통해 욕구사정이 이루어지나 이차적으로 상담소와 쉼터에 마련된 욕구사정 틀에 의해 재 사정을 통해 구체적인 욕구를 도출 한다. 서비스 연계를 보면, 타 기관으로부터 받는 의뢰는 1/3이 법원에서 폭력 및 재판이혼 과정의 갈등과 관련한 협의이혼 문제이고 병원에서 갈등상담을 의뢰받는 경우가 있다. 타 기관에 요청하는 서비스는 주로 법률 및 의료서비스, 긴급지원과 경찰출동 등이다. 특히 의뢰된 사례 중 긴급성을 요하는 경우는 지역 내 주민센터 및 경찰 등과 긴급 사례회의를 통해 서비스 계획을 결정한다.

폭력피해자의 상담 및 보호업무를 수행하는 과정에서 법률서비스는 법률구조공단이나 사법연수생 실무실습과 로스쿨 등의 연계를 통하여 어느 정도 이루어지는 편이나, 의료기관과의 협약 및 연계 등이 제한되어 힘들고, 지원되는 예산부족으로 폭력피해자가 필요로 하는 전문적인 의료서비스를 제공하기 힘들다. 또한 폭력피해자의 재활과 사회복지를 위해 직업훈련서비스를 제공하는 데 정부차원의 기관이나 협약을 통해서 는 노출되기 쉬우므로 일반기관이나 학원 간에 협약을 통해서 이루어질 필요가 있다. 이와 함께 시설의 특성상 비밀과 안전이 유지되어야 함에도 동반자녀의 비공개 진학과 정이나 학대관련 전문기관에서 폭력사례를 의뢰 받는 경우 사례관리 등의 지속적인 관여로 안전상의 문제를 유발한다. 이는 폭력피해자의 보호 및 치료과정에서 안전에 대한 인식과 법적·제도적인 근거 부족에서 오기 때문으로 이에 대한 개선이 요구된다.

“친밀한 관계의 남성에게 살해당한 여성 수는 매스컴에 노출된 건수를 기준으로 2014년이 114건이었어요. 근데 이 여성의 주변인까지 살해당한 걸 포함하면 144건이에요. 3일에 1명꼴로 친밀한 관계에 있는 남성에게서 살해당하고 있는 게 이 땅의 여성

의 현실 이에요. 그 중에서 물론 남편한테 살해당하는 건수가 제일 높아요. 자기 동거인, 사실혼 관계와 데이트 폭력이 이어진 살인까지. 다 이제 센 건데. 그렇다면 가폭으로 쉼터까지. 자기의 모든 생활 터를 버리고 쉼터까지 오는 여성들이나 아이들은 무조건 저는 100% 위기상태다. 그렇게 봐요.” (사례3)

“그럼요. 그런데 여기 서류를 받지만 굉장히 간단하고. 그리고 쉼터를 오기까지 이분들이 뭐 지속상담 쪽 하면서 다 준비 다 해갖고 오는 게 아니라. 급하게 오니까. 그것과 별도로 쉼터에 입소하면 쉼터에서 이분들이 원하는 게 뭔지 쉼터에서 가장 뭘 하고 싶은지 이후의 삶을 어떻게 생각하는지 혹시 법률적인 도움이 필요한지. 이런 식의 새로운 욕구사정이 필요하고 이는 성격이 조금 다른 거죠.” (사례3)

“실질적으로 저희한테 거의 다 그 협력부분. 가정폭력 협력부분이랑 연계되는 게 가장 많구요. 또 한편으로는 지금 뭐 위기상담이라고 해서 갈등상담으로 해야 하는 부분이 병원에서 연계한 상담이 굉장히 많이 있습니다. 공식적으로 각각의 법원들이 자기들이 규칙을 만들어서 아예 전문상담기관으로 협의이혼 사례를 연계하고 있으며 상담소로 보내는 협의이혼 신청이 생각보다 굉장히 많고 그중에 실제 미성년자 자녀가 있는 경우에는 자녀들 양육에 관한 뭐 이런 것들을 저희가 상담을 하여서.” (사례3)

“사실 이혼의 상당부분이 협의이혼으로 갔지만 그 이혼사유가 폭력인 경우가 1/3 정도 차지합니다. 실제 상담해보면 상담결과보고를 보내야 협의이혼이 진행되도록 하는 거라. 아까 뭐 행위자건도 그렇고. 재판이혼 과정의 갈등이라던가 법원에서 연계된 협의이혼 건이 전체 상담의 한 30% 가까이 하더라구요.” (사례3)

“상당히 문제. 자살까지는 아니어도 문제가 되는 경우. 갈 데도 없고 쉼터도 안간다고 그러고 이 사람이 어떻게 했을 때. 저희는 저 같은 경우는 시에서 연계되거나 뭐 이렇게 했을 때는 긴급하게 이 건에 관련된 주민센터 경찰 저희 뭐 이렇게 해서 긴급하게 회의소집을 해서 해결하고 있어요. 어찌 보면은 좀 역으로 책임분산을 하는 거지요.” (사례3)

“저희가 이분들을 지원하는 거는 엄청나죠. 일단 의료, 병원하고 연계돼 있는 경우들이 있고, 연계되어있지 않은 병원을 또 가야되는 경우들이 있어요. 그런데 연계 협약을 맺기가 굉장히 쉽지가 않아요. 일단 예산이 너무 부족하고, 이분들 노출 때문에 의료급여증이 없는 비수급자라든가. 의료급여증이 나올 때까지 한 달 내지 두 달 간은 일반진료를 해요.” (사례3)

“돈은 이제 정부에서 나오는 의료비로 하고, 없으면 돈이 없는 경우는 아주 멀리가서 자기 주민번호를 대고 기존에 자기가 가지고 있는 보험처리를 하라고 하죠. 이런 상태 이기는 한데, 의료기관은 사실 협약을 맺기가 너무나 어려워요. 예를 들어서 그 심리검사와 일반의료 할 때 혹은 놀이치료 이런 거 아이들 계속 꾸준히 진행을 할 때 신경정신과나 그런 센터가 있는 어떤 병원을 협약을 맺고 싶어도, 일단 단가가 틀려요. 우리 지침상의 단가와 개네가 받는 단가가 굉장히 틀려요. 그러니까 저희 10년 이상 연계된 신경정신과 딱 한군데만. 판 데서는 다 올려 받아도 우리한테는 지침 상 치유회복이 올라가지를 않으니깐. 깎아주면서 받는 거예요. 뭐 이런 방식. 그래서 의료기관연계가 특히 신경정신과를 굉장히 많이 이용하는데 연계해내기가 굉장히 어렵고.” (사례3)

“이분들이 이제 무료법률구조를 받도록 저희가 법률구조공단이란 하고, 이렇게 무료법률구조를 하는 두 군데에 연계를 해요. (생략). 그것만이 아니예요. 저희같은 경우는 사법연수생들 실무실습, 로스쿨이란 서울대랑 협약을 맺어서 실습을 와요. 그분들이 진술서 쓰는거를 네 맡아서 해주기도 해요. 오는 동안, 네. 그런거. 아무튼 법률은 끊임없이 우리가 함께 해나가야 돼요.” (사례3)

“그 다음에 또 우리가 해야 되는 게 직업훈련. 직업훈련은 작년부터 우리가 따냈어요. 그래서 직업훈련을 하는데, 아직까지는 직업훈련을 연계된 데를 저희는 발굴을 하지 않았어요. 왜냐면 학원 자체가 노출의 위험이 너무 많기 때문에. (생략) 이후에 마련해야될게 직업훈련기관 이예요. 네. 협약. 그러니까 그. 다른 시스템화 되어있는 정부 산하기관들은 노출의 위험이 너무 커요. 그래서 본인들이 찾아서 이렇게 하는데, 그냥 일반학원이나 일반기관이라도 저희가 협약을 맺는다면 좀 더 이분들이 편안하게 그럴 수 있겠죠. 좀 더 보호받으면서, 네 이게 늘어나야 된다 라고 보고.” (사례3)

“(생략) 지역에서 아동보호전문기관에서 이 아동과 엄마가 의뢰 돼서 쉼터로 오신 분들. 이렇게. 그러니까 아동만 떼어놓을 수 없으니까. 어머니가 굉장히 위험한 상황에서 쉼터에 연계되어가지고 왔는데. 저희가 또 중요하게 뭐냐면 동반자녀예요. 동반자녀 비공개 전학과정에서도 굉장히 노출이 많이 돼요. 그래서 저희가 관계하는 비공개전학에서 관계하는 시설 기관 만해도. 저쪽 학교. 저쪽 학교 담당 교육청. 전학할 교육청. 전학할 학교예요. 네군데 어딘가에서는 핑크가 많이 나요. (생략) 저희 쪽에서 문제제기가 나온 거는 뭐냐면. 아동보호전문기관은 연계를 하고나서도 이 기관에서 계속 사례관리를 하고자 해요. 비공개시설인 쉼터에 연계를 해놓고. 계속 사례관리를 요구를 하니깐. 쉼터에서는 으악하는 거예요. 그래서 연계를 못 받겠다. 왜냐면 쉼터가 계속 노출되는 상황이 벌어지는 거죠.” (사례3)

“(생략) 왜냐면 여기서 종료하고 이쪽으로 오기 때문에 전학도 다시 해야되구요. 병원도 이제 다시.. 모든걸 새로 시작하는 거죠. 그러다보니까 애로사항은 여기랑 다른 게 하나도 없어요. 그래서 조금은 연계할 때. 지역사회로 연계할 때 인식문제가 너무 안돼서 그게 제일 어려워요.” (사례4)

중앙부처 단위의 폭력 관련 공식적인 협의체로 아동·여성안전 지역연대를 구축 운영하고 있다. 이는 아동·여성 보호 및 지역안전망으로 가정폭력 및 성폭력 등 아동·여성폭력 피해 예방활동을 전개하고 안전한 지역사회 환경 조성을 위해 지역사회 민·관협력과 자원·정보교류 등을 수행하고 있다. 시도 단위에는 광역지역연대가, 시·군·구 단위에는 기초지역연대가 구성되어 운영위원회와 실무사례협의회가 운영되고 있다. 지역연대에는 지방자치단체 아동·여성업무 관련 부서, 아동·여성 피해자지원 및 예방 관련 기관시설(1366, 성폭력·가정폭력·성매매 상담소 및 보호시설, 해바라기센터, 아동보호전문기관), 청소년상담시설, 아동가족지원시설, 의료기관, 교육기관, 형사사법기관, 지역주민대표, 학계전문가 등이 포함되어 있다. 지역연대 역할은 기관 간 정보교류 및 협력체계 구축, 예방지원, 안전사업, 사례개입 및 관리 등을 수행하고 있다. 운영위원회 회의는 연 1회 이상, 실무사례협의회는 연2회(반기별 1회) 이상 운영하고 있다.

아동·여성안전 지역연대는 지역 내 관련 분야의 인력 및 시설과의 교류의 장을 체계화하고 근거를 마련했다는 데는 의미가 있으나 실효성 측면에서 관주도의 실적위주의

행사수준에 불과하여 실제적으로 기관 간 협력 및 사례해결에서는 효과가 떨어진다는 지적도 있다.

“전국에 아동여성 폭력에 관련된 도 단위의 지역연대가 있구요. 시군단위에도 동일한 조직이 있어서. 이제 1년에 두 번씩 모이고는 있습니다만은. 그거는 아시다시피 정말 형식적인. 그러니까 그리고 실제 저는 사고라던가 어떤 논의가 있을 경우에는 저희 상담소 바로 앞에 위치한. 의료원 바로. 저희 상황이 다른 상담소하고 틀린 게. 상담소 바로 앞애가 이렇게 지방도립공사 그 의료원이 있습니다. 여기하고 국가가 2006년도에 협약을 맺어서 거기를 저희는 무료로 아주 잘. 의료는 의식화시켜서 모든 과정에 비밀이 유지되고 협조가 잘됩니다.” (사례2)

“저는 문제점이 이원화됐다는 것이죠. 실제로. 실제로 국가에서 해놓은 그런 협의체도 있고. 실제 일을 하는 저희가 직접 이렇게. 저는 이게 이 저희들 사회복지시스템의 협의라던가 연계시스템은 실은 만들어진 연계시스템이 아니라 사람이 일하는 사람의 연계라고 생각이 듭니다.” (사례2)

“그러니까 지금 말씀하신 부분 중에. 이런 구성된 그 협의체라고나 할까. 그 기관 회의 이런 것들은 상당히 많구요. 저도 보니까 굉장히 많은데 소속이 돼있더라구요. 근데 아까 말씀하신 것처럼 그 모임에 가서 거기서 어떤 사례가 유기적으로 연계된다기보다는. 그날의 회의는 이제 뭐 조금은 형식적인. ...말씀하신 것처럼 거기서 알게 된 어떤 기관과. 이런 게 많은 거 같아서. 그것도 효과적인 부분이 뭐 아니라고 볼 수는 없지만. 어쨌든 그 국가에서 또는 초기에 하려고 했던 그 원래의 그 목표든지. 아니면 원래 목표가 그게 진짜 아닌지도 잘 모르겠지만. 그 부분에 대한 거는 좀 볼 필요가 있는 것 같구요. 그리고 아까 말씀하신 것 중에. 보통 소장이나 대표가 되면 그런 협의체의 어떤 모임에서도 실무협의체가 있고 대표자 협의체가 있으면. 대표자 협의체에 해당되는 데를 보통 가게 돼요. 근데 그런데가 보통은 더 형식적이더라구요. 제가 이제 이 성동구로 오면서 어 처음으로 이렇게 실무체 협의체를 한번 가보게 됐어요. 네. 근데 훨씬. 아까 말씀하신 것처럼 훨씬 그 모임에서 더 유기적으로 네 이제.” (사례1)

지방자치단체 단위의 협의체로 서울복지거버넌스가 2013년부터 서울시를 중심으로 운영되고 있다. 이는 민관의 자발적 협의기구로 법인 및 시설운영자와의 정책 간담회, 사회복지공무원과의 정책간담회 등을 통해 민관 간 소통을 통해 욕구를 수렴하고 있다. 사회복지영역별로 TFT를 구성하여 영역별 현장 의제를 취합하고 구성주체별 TFT 참여 대표를 선정한다. 2015년 11개분과(지역사회, 어르신, 장애인, 자활, 여성복지, 아동, 외국인주민, 가족, 보육, 정신보건) 137명 위원(분과별 15명 이내)이 활동하고 있다. 이 협의체의 특성은 모임빈도가 촘촘하고 조직 등이 분야별로 세분화되고, 민관이 상호 협력적 관계를 유지하여 기존의 관주도적이고 형식적인 체계를 개선하였다는 데 의의가 크다.

“네. 근데 그나마 조금 실효성이 있는 협의체가 있다면. 서울시 주관으로 운영하는 사회복지 거버넌스라는 협의체예요. 다른 협의체인 시나 도가 주관하는 협의체들은 우리의 역할이 특별히 있는 것이 아니라 저희는 참여만 하는 거라면. 이 사회복지거버넌스는 거의 주체가 한 반반까지는 안돼도 서울시와 우리가 많이 좀 같이해요.” (사례1)

“서울시 사회복지 거버넌스는 기능과 역할은. 뭐 예를 들면 이제 저희 여성복지파트라고 한다면 뭐. 일단 다른 협의체에 비해서는 회의도 많아요. 연 2회가 아니라 뭐 최소한 4회 이상이라던가. 그리고 그 안에서 워크숍이면 워크숍이라는 모임도 해요. 다 같이 한번 가는 기회가 돼서 뭐 파트별로 함께 의논하고 뭐 이런 기회도 있고. 그리고 그때그때. 예를 들면 제가 다른 협의체를 가면 주제를 제가 내지 않거든요. 거기서 나온 주제를 가지고 하지만. 여기 복지거버넌스 같은 경우는. 참여자가 건의하는 주제를 다 이렇게 모으죠. 그래서 그 중에 다루어야 할 걸 우선적으로 다루고. 이러니까 어쨌든 그 주가 되는 것이 네. 합해져서 한다는 점에서는. 그래서 아마도 전국 서울복지. 서울시 사회복지거버넌스 자체를 말한다기보다. 그런 형태. 그런 부분이 필요하지 않을까.” (사례1)

“네네. 말씀드린 것처럼 사회복지 거버넌스는 완전히 이제 그 국가주도형보다는 아무래도 조금 더 어떤 장점이 있다는 걸 얘기하는 거죠.” (사례1)

2) 연계기관

중앙아동보호전문기관은 지역아동보호전문기관 및 학대피해아동쉼터 업무를 지원하는 기능을 한다. 아동보호전문기관은 아동학대 현장에 출동하여 피해아동 및 학대행위자 등 관계인을 대상으로 조사를 수행하고 신고접수 및 현장조사 내용을 토대로 아동학대 여부를 판단한다. 아동학대범죄 행위를 제지하고 학대행위자를 격리하는 응급조치를 취한다. 피해아동을 대상으로 보호시설 및 의료기관으로 인도하는 응급조치 및 상담·치료 등을 지원하고, 피해아동 가정을 대상으로 상담 및 사후관리를 실시한다. 학대피해아동 쉼터는 아동보호전문기관 또는 경찰이 분리보호 조치한 학대피해아동을 입소하는 특수 공동생활가정으로 피해아동을 대상으로 보호 및 숙식제공, 생활지원, 상담 및 치료, 교육 및 정서지원 등의 서비스를 제공한다. 종사자는 보육사 3명 이상, 심리치료 전문인력 1명 이상을 배치하여 전문적인 서비스를 제공한다.

“아동보호전문기관은 학대피해아동들 대상으로 신고를 접수 받고 현장에 나가서 학대여부를 확인하는. 그리고 확인한 이후에는 아동학대 인지 판단을 한 다음에. 그 부분을 사법으로 넘길지 이런 것들을 지원하고. 그리고 아동의 후유증같은 것들이 있기 때문에 학대 후유증 심리치료나 병원치료 기타 상담같은 것들을 지원하고 있구요. 직접적인 복지서비스가 다 갖춰져 있지 않기 때문에 그런 부분은 지역에 연계해서 부탁하고. 또 쉼터로 아동이 입소될 부분은 학대피해아동만 전담으로 하는 쉼터가 있거든요. 그쪽으로 아동이 입소한다던지. 이런 것들 진행하고 있습니다.” (사례5)

“학대피해아동쉼터는 일반적으로 아동·청소년을 대상으로 하는 쉼터랑 구조가 흡사하지만. 거기에 금년부터는 예산이나 인력을 지원을 해서 보육사랄지 아니면 심리치료 선생님이 또 따로 계시거든요. 학대 후유증이 대부분 심리적인 부분들로 많이 이어지기 때문에. 그래서 아동들이 생활하면서 심리적인 치료도 받을 수 있도록. 그런 식으로 이제 지원을 하고 있습니다.” (사례5)

위기사례의 기준은 응급으로 신고가 들어오는 사례들이 해당된다. 일례로 현장에서 아동이 학대를 당하는 상태 또는 타박을 입어서 출혈이 있는 상태를 의미한다. 학대경

중정도, 경찰수사를 바로 연계하는 경우, 학대의 장기적인 지속성도 위기사례의 기준이 된다. 행위자를 기준으로 볼 때 전과자 또는 다혈질, 우울증의 병력이 있는 경우 아동에게 해를 가할 가능성이 높으므로 응급적인 관리가 필요한 사례에 포함된다. 아동보호전문기관에서 다루는 아동학대의 욕구사정은 대부분이 응급사정으로 다른 기관의 욕구사정과는 차별되며 주로 사례관리 방법과 서비스 유형 및 모니터링 지속여부에 초점을 두고 설계된 척도를 활용하여 심리 및 의료치료에 집중하고 연계를 통해 서비스를 제공한다. 사례자문위원은 가정폭력 관련 전문가, 교정, 경찰, 정신과의사 및 대학교수 등으로 구성되어 있으며, 학대피해사례의 연계는 주로 지역사회 중심의 네트워크 및 지역협의체를 활용한다.

통합사례관리 수행과정에서의 어려움은 아동보호전문기관의 역할이 복지서비스 제공이 아니고 신고를 받고 아동을 보호하고 응급한 부분에 집중되므로 복지서비스 연계 측면에 어려움이 있다. 또한 아동학대도 가정폭력 안에서 통합적으로 접근이 필요함에도 가정폭력과 아동학대가 별도로 분절적으로 수행되어 정책 효과성이 떨어지고 있다.

“저희야 이제 응급하면 바로 신고가 바로 들어오는 사례들이라고 할 수 있는데. 현장에서 아동이 이제 학대를 당하고 있다거나. 뭐 타박을 입어서 이렇게 출혈이 있다거나 이런 경우를 위기로 보고 있고. 저희가 위기로 볼 때는 이제 행위 학대행위의 경중이 나.” (사례5)

“실제적으로 또 성학대 같은 경우는 굉장히 큰 문제로 갈 수 있어서 그 가정에 다시 돌려보낼 수 있는 상황은 아니거든요. 그런 부분은 이제 굉장히 심각하고. 또 경찰수사를 바로 연계해야 되는 부분이라서 심각할 수 있을 것이고. 행위자의 태도 같은 부분들도 고질적, 장기적으로 학대는 한 번에 발생하지 않고 조금씩 있어오면서 결국에 큰 문제로 오기 때문에 장기적으로 이루어졌느냐 그리고 학대 행위자가 굉장히 저칠거나 전과이력이나 다혈질인 경우. 저희가 요즘에 더 집중하는 부분은 우울증이 있으신 부모님 같은 경우에는 낮낮이가 있으시잖아요. 경우에 따라서 목숨을 끊으시거나 아동에게도 해를 가할 수 있는 부분도 많고. 신체적인 학대를 하는 건 아니지만 관리 케어를 안 하고 본인의 기분에 굉장히 이제 끌려가시기 때문에 아동이 보호를 제대로 못 받는 그런 상황들이 조금 응급하고. 네. 관리를 좀 해야 되는 부분들이 있죠.” (사례5)

“저희 같은 경우는 욕구사정은 응급사정 같은 게 많이 있기 때문에. 아동에 대한 의료지원과 심리적인 치료를 먼저 하거든요. 그 이외에는 사회적 서비스를 연계할 수 있는 부분으로 가고 있어서. 한계점이라면 재학대가 발생하는 경우가 좀 있거든요. 아동을 보호했다가 다시 가정으로 돌려보냈는데도 불구하고 가정 자체가 변하지 않고 행위자가 변하지 않기 때문에 계속 이제 학대가 발생하는 부분이라. 또 저희의 역할 자체가 복지적인 영역으로 많이 가는 거보다는 신고를 받고 아동을 보호하고 응급한 부분들을 많이 하기 때문에. 다양한 복지적인 서비스가 복지관처럼 갖춰져 있는 게 아니라 그런 부분들이 연계를 해야 된다는 그런 부분들이. 어려움이 있습니다.” (사례5)

“(생략) 퇴소할 때까지 있는 그런 시설을 갔을 때까지 저희가 연계했을 때 사례를 마무리하는데. 대부분은 계속 이어가는 경우거든요. 그래서 말씀하신 것처럼 저희도 개인적인 네트워크가 가장 핵심적인 것 같아요. 어떤 모임에서 만났던 분들을 통해서 직접적으로 관계를 맺으시는 부분이나. 아니면 아동이 거주하고 있는 곳에 있는 복지관이나 이런 곳을 찾아서 연계를 한다거나 그런 부분이 가장 좀 많은 영향을 주는 것 같습니다. 개인적인 네트워크가 가장 협력이 많이 되는 것 같아요.” (사례5)

“(생략) 112에 가폭 신고가 되요. 뭐 이웃이건 본인이건 자녀건. 그래서 경찰이 갔을 때 아이가 피를 흘리고 있지 않으면 엄마에만 초점을 맞추지 아이를 보지는 않아요. 아이도 목격을 했건 뭐건 학대피해자임에도. 아이에는 전혀. 가정폭력쪽은 이런 방식이 되고. 또 아동쪽은 아동에만 또 초점이 맞춰져서. (생략) 이것을 어떤 같이 이해하는 선상에서 바라보지 못하는. 굉장히 분절적으로 지금. 같은 가족단위임에도. 그리고 아내 폭력이 일어나는 가정에 굉장히 높은 자녀폭력이 같이 일어난단 말이에요. 근데 이제 분절적으로 다루어지는 게 문제인 것 같아요.” (사례3)

중앙아동보호전문기관은 지역아동보호전문기관의 협의체 역할을 담당하고 있다. 중앙차원에서 병원 및 해바라기아동센터 등과 협약을 맺어 네트워크를 구성하여 연계해 주고 있으며, 가정법원에 경찰을 통해 업무협약이 이루어지기도 한다. 또한 사례판단 위원회를 구성하여 내적인 네트워크로 활용하기도 한다. 이외에 CYS-Net 또는 공적으로 조직되어 있는 아동여성안전 지역연대 등이 지역협의체 역할을 한다. 협의체를

통해 아동학대 신고가 이루어지고 있으며, 피해아동을 보호하는 시설입소 결정과 사례 관리의 솔루션 위원회 구성과 운영 등도 수행한다.

“네. 중앙차원의 이제 의료시설. 병원쪽하고 협약도 맺기도 하고 뭐 해바라기라던지 이런 쪽으로도 협약 맺기도 하구요. 여성~~ 해서 협약을 맺어서 지역에 그런 네트워크를 연계해주는 역할을 좀 하기도 하고. 가정법원에 경찰들 통해서 저희가 뭐 업무협의를 한다거나 이런 것들도 약간의 어떤 협의체제로 볼 수도 있을 것 같구요. 그리고 사례판단위원이라고 해서 저희가 이제 아동학대가 발생했을 때 좀 더 전문의의 어떤 판단기준이 필요할 때. 조직되어있는 이 위원들 통해서도 뭐 저희가 내적인 네트워크로 활용하기도 하고. 그리고 뭐 초빙해서 저희가 관계를 맺기도 하는 요런 과정에 있구요. 그리고 다 말씀하신 것처럼 이제 뭐 저희 CYS-Net이나 아니면은 그 공무원 조직으로 해서.” (사례5)

“협의체 통해서 저희도 이제 진행을 하고 있는 부분도 있고. 저희는 일반적으로. 뭐 협의체 통해서 신고를 받죠. 저희한테 요청하는 부분이 아동학대가 의심되니까 조사해라 아니면 이런 부분이 필요하니까 아동보호전에서 개입해라. 저희가 실무로 받아서 지원하는 부분이고. 저희가 반대로 좀.. 도움을 요청하는 경우에는 말씀하신 것처럼. 입소할지 아동의 보호랄지 이런 부분에 대해서 저희가 진행하고 있는 부분이 있구요.” (사례5)

알코올 의존자 사회복귀시설인 까리파스는 주간 및 야간 재활시설로서 12단계 프로그램을 통한 자기관리능력을 강화하여 알코올 의존자의 재발을 방지하고 사회복귀를 도모하는 성과가 나타나고 있다. 알코올은 가정폭력 및 자살 등 응급위기사례의 발생 원인으로 작용하여 알코올 치료는 이들 행위를 차단하는 효과를 가진다. 대상자발굴은 체계적인 시스템에 의한 것보다 알코올 의존자 가족, 지인 및 직장동료, 가정법원 등을 통해서 이루어진다. 욕구사정은 수업시간 평가와 매주 부서회의 등을 통해 수행되고 사례회의는 사례별 위기 발생시 모든 스텝이 참여하는 방식으로 이루어진다.

“이분들이 병원에 나와서 조금 있으면 다시 또 장기치료 들어가는 거예요. 계속 술을 마시거나 재발이 되니까. 여기 나와서 갈 곳이 없는 거예요. 다시 먹다가 또 병원 들어

가는. 그래서 저희들이 10년 동안 해온 거 주간재활을 더 살리자. 왜. 여기를 거쳐가신 분들은 단주유지가 되고 12단계 모임을 나오고 계속 회복이 되니까. 의사선생님들은 우리가 말하면 거짓말이라고 얘기를 한대요. 그렇게 회복자가 나올 수 없다. 이렇게 얘기가 나왔다고 그래요. 근데 저희들은 이 주간재활을 이용하다보니까 여기서 회복자가 생기는 것을 확실히 느낄 수가 있어요.” (사례6)

“그러니까 이제 이런 엄마들이 와서 가족모임 하다보니까. 나 당신 너 거기래도 안가면 너하고 못산다 뭐 이런식이라든가. 본인이 바닥을 친다든가. 아니면 다른 알코올중독자들에게 온다든가. 아니면 전화를 해서 아 제가 이런 데요 그러면. 저희가 직장반이 지금 두 개가 있거든요 저녁에. 직장인반들이 직장을 통해서 오거나. 그러니까 여기 까리파스에 대해서 알코올에 대해서 본인들이 더 잘 알아요. 그리고 입원했던 분들이 야 까리파스 가봐라. 뭐 이렇게 알려지거나 하니까. 가정법원에서 보내시는 경우도 있어요.” (사례6)

“욕구사정이라면. 처음에 의존자들이 오면 욕구라기보다는 그들이 어느 정도 알코올 문제가 있는지 어떤 우울감이 있는지. 뭐 이런 부분들이 있고. 저희 또 수업시간에 평가를 하게 되면 그들의 욕구가 나와요. 우리는 매주 마다 부서회의를 해요. 그들이 원하는 게 뭔지. 그러면 우리는 욕구를 근거로 서비스제공 계획을 세워요. 그 다음에 각자 사례회의는 의존자 각자 위기에 따라서. 모든 스텝이 개입하므로 외부에서 뭐 수퍼비전을 받고 뭐 이럴 필요는 없을 정도로 안에서 해결이 되고 있구요.” (사례6)

까리파스는 100% 시비지원을 받고 있으며, 전국 단위로 이러한 유형의 시설은 거의 부재한 실정으로 처음 시도되는 시설이기 때문에 기존 관리운영 모델이 없어서 체계적으로 시설을 운영하는데 한계가 있다. 그리고 프로그램 운영단위가 가족임에도 불구하고 알코올 의존자만 정원개념에 포함되고 가족은 포함되지 않아서 예산상의 어려움이 크다. 시설 목표는 재활로서 외부 자원연계보다 시설 자체 내의 프로그램으로 대부분이 이루어지고 있으며 전문서비스가 필요한 경우 시설에 조직된 운영위원회의 인적자원을 활용하여 제공된다.

“사회복지시설은 인천이나 수원에 있고 서울은 저희가 처음이니까. 전국적으로는. 이 시설들 외에는 없을 겁니다. 아마.” (사례6)

“정말 중요한 게 뭐냐면 알코올 가족인 엄마들이 먼저 와서 막 죽겠다 맨날 폭력 당하고 나 정말 자살하고 싶어요. 라고 엄마들이 와서 처음 와서 여기서 자기 얘기를 하다보니까 이런데도 있구나 어머 나만 그러는 게 아니고 너도 그러네 라면서 힘을 얻고. 또 1박2일정도 캠프가서 사이코드라마해주고. 감정 카타르시스로 힘을 얻으니까 남편한테 맞지를 않고 신고 할 수 있는 힘이 생기는 거예요. 그러면서 남편한테 휘둘리지 않고 아이들하고 딱 서고 있으면서 알코올 의존자인 남편에게 이혼 등을 당당하게 요구하니까 남편들이 시설에 치료받으러 결심하고 오게 돼 있는 거예요. 이런 점에서 굉장히 가족이 아주 중요하다는 거.” (사례6)

“우리시설은 특징적인 게 자녀모임, 여성모임 같은 가족모임이 있습니다. 왜냐면 알코올 의존자 가족이 먼저 와야 그 다음에 의존자가 오거든요. 근데 실제로는 가족은 등록자로 쳐주지를 않아요. 근데 시에서 우리의 이런 얘기를 알고 아직은 바뀌어지지는 않았지만. 이 엄마들이 자기네가 시에다 건의하겠다고 얘기를 해요. 우리가 여기 와서 도움을 받아서 남편을 데리고 오는데 이거는 말이 안된다 이렇게 얘기를 하지요.” (사례6)

“(생략)거의 자체에서 하구요. 저희들이 하는 것은 그냥 그 수료를 한다면. 그 사람이 직장생활을 하면 저희들이 직장으로 한 달에 한번이든 일주일에 한번이든 사례관리를 계속해가고 있다는거. 또 그 부분이 있고. 어.. 그리고서는 그다지 외부의 어떤 것들이 필요하지는..(생략)”. (사례6)

“(생략) 그리고 또 저희가 이제 운영위원회 같은 경우. 중독 전문가 선생님이 계시니까. 우리가 그 사례가 안될 경우 그분들의 도움 받거나 (생략)”. (사례6)

까리파스는 5개 알코올에 관계된 이용과 주거시설이 있는데 매년 1회 정도 전체가 모여서 프로그램을 운영하거나 필요한 경우 실무자 또는 시설장이 함께 위기관련 사례 회의를 진행한다. 까리파스가 주축이 되어 구성된 협의체가 있으며 참여는 병원, 경찰

서, 자활센터, 알코올상담센터, 노인보호전문기관, 데이케어, 쉼터 등으로 구성되어있다. 협의체를 중심으로 사례의뢰 및 발굴이 이루어지고, 자문과 사례관리 솔루션 회의 등도 운영된다. 구 단위의 심판위원회가 조직되어 1년에 3~4회 모여서 해당사례에 대해 검토하고 판단하는 수퍼비전 역할을 수행한다.

“그저 가지고는 프로그램 돌리기가 어려워요. 그래서 후원을. 수녀들이 발품 팔아서 후원들을 많이 받아서 하고 있구요. 이 분들 유대관계 위해서 1년에 한 번씩이라도 전체를 모여서 프로그램을 한다던가. 이 실무자나 또 시설장들이 모여서 또 어떤 위기들이나 이런 거를 잘 이렇게 도움을 서로 구하고 있고. 이번에 저희가 협의체로서는 한 곳곳에 열 몇 개를 했어요. 병원, 경찰서, 자활센터, 알코올상담센터, 노인보호전문기관, 데이케어 뭐 쉼터. 이런 부분으로 해서 또 자활센터. 이렇게 여러 가지 해서. 알코올이 안 들어간 데가 없으니까. 거기에 또 가기도 하고 저희들한테 또 자문도 오기도 하고 그래서 그 부분 하고 있구요. (생략) 그리고 심판위원회가 구에서 있어서 또 한 1년에 한 세네 번 이상은 모이는 것 같아요. 그래서 어떤 환자들이 잘 되는지 뭐 이런 부분에 대해서 심판위원처럼 들어가서 함께 하고”. (사례6)

다. 효율적 사례관리수행을 위한 정책과제

최근 복합적인 위기에 처한 자살 및 학대 대상자가 급증하는 가운데 지역사회 내에서 효율적인 상담·사례관리를 수행하기 위해 상담·사례관리 역할을 수행하는 다양한 기관을 한 공간에 입주하게 하는 (가칭) 복합사례관리센터 모델에 대한 의견을 수렴한 결과는 다음과 같다.

긍정적인 의견으로는 통합사례가 한 공간에서 이루어지므로, 통합적 관리로 시간, 인력 및 예산이 절감되고 그 예산을 필요한 부분에 투자할 수 있는 장점이 있다. 또한 유기적인 서비스의 제공으로 클라이언트에게 질 높은 서비스를 제공하는 효과도 있다. 이러한 시너지 효과는 실제 지역사회 내 공간통합 다기능 시설에서도 보여주고 있다. 그리고 폭력과 복지부분의 공간 통합의 경우 지역 내 스티그마가 약화될 가능성도 있다. 다만 통합기관의 운영주체에 따라서 원래 목표와는 다르게 변질될 가능성도 배제할 수 없으므로 공공-민간이 동반자 관계에서 균형적으로 운영될 필요가 있다.

“저는 그렇지 않는데. 지금 통합사례 얘기. 어떤 이런 통합사례 얘기하시니까. 어저는 개인적으로 그냥 노인전문기관에서 실제 일을 했었고. 또 이제 알코올이나 여러쪽에 있었는데. 지금 말씀하시는 부분이 저는 오히려 통합사례쪽으로 이렇게 간다면 훨씬 효율적인 부분으로 보고 있어서.” (사례6)

“네. 왜냐면 그렇게 되면 경찰까지 배치가 된다면. 훨씬 인력이나 모든 부분이 오히려 예산이 절감돼서 진짜 가야될 데를 갈 수 있지 않을까. 왜냐면 지금 여기 주고 여기 주고 예산도 없는데다 더 없애고 이러는데. 이제 통합적으로 관리하면 훨씬 시간뿐만 아니라 예산도 절감이 될거고. 우리가 필요할 때 그 안에 경찰시스템까지 같이 있어서 한다면.” (사례6)

“저희 이제. 자꾸 제가 번지수 안 맞는데 여기서 또 얘기를 하는데. 저희 수도회 지금 건물이 밑에가 그 무료급식소이고 그 다음에 어린이집이 있고 장애아동이 있고 복지관이 있고 데이케어가 있고 노인보호전문기관이 있고 알코올이 있어요. 이 건물 안에 하나 이렇게 있으니 서로 유기되지 않는 부분도 있지만. 여기서 훨씬 도움을 받고 있고 모든 부분에 있어서 이렇게 훨씬 서비스들 뿐만 아니라. 길게 설명은 못하겠고. 훨씬 더 이렇게 질 높은 서비스를 할 수 있는 상황이 돼서. 제가 이제 저희는 뭐 쉽거나 이런 거 모르고 하는 부분은 아니고 한다면 훨씬 효과적인 부분이 있겠다 이렇게만 말씀을 드리고.” (사례6)

“그렇다면은 음.. 글썄요. 이제 그냥 그 건물 안에 어떤 그 그 그 부분만 넣는게 아니고. 약간 복지부분으로 넣는다면 더. 아까 말한대로 낙인부분도 좀 흐려질 것 같아요.” (사례6)

(가칭) 복합사례관리센터 모델에 대한 부정적인 의견은 다음과 같다. 효율적인 상담·사례관리를 수행하기 위해 통합이 필요하다는 것은 공감되었으나 통합관점이 한 공간 안에서 여러 기능이 함께 이루어지는 것보다 개별 기관의 고유 기능을 담보하면서 이루어져야 하며 기관 간에 유기적인 공유와 인식이 선행되어야 한다는 것이다. 그동안 여성폭력 및 학대를 통합하려는 정책적 노력은 시도되었으나 그 시도는 공급자의 원스

통합개념이지 수요자의 원스톱개념과는 차이가 있다는 점이 지적되었다. 또한 한 공간에서 다기능을 수행한다고 해서 원스톱서비스가 가능할지 의문이며 특히 학대와 폭력 같은 스티그마가 큰 사례의 경우 한 건물에서 이루어지는 경우 부정적으로 작용할 가능성도 높고, 새로운 인프라의 재편을 통한 접근은 기존 인프라와 사이에 역할 중복과 혼재 등으로 옥상옥 구조를 만들 가능성도 배제할 수 없다는 것이다.

따라서 공간적 통합보다는 기관 간에 기능적 교류와 인식 강화 등으로 접근되어야 하고, 거점별로 인원을 보강하여서 카운슬링, 욕구 및 의견 수렴, 정보제공 측면에서 현재 인프라의 기능과 역할이 강화하도록 정책적으로 뒷받침되어야 할 것이다.

“통합은 저는 그렇게 바라봐요. 그러니까 아까 얘기나온것처럼 굉장히 필요하죠 진짜. 여러 분야에서 하여튼 필요한 그 통합. 그런데 그 통합을 어떻게 볼거냐의 문제인데. 저는 통합을 보는 관점은. 예를 들면 단적으로 아까 우리 고대표님이 얘기한 것과 같은 그런 부분이 최소한 이런 자리에서 또는 어떤 또 다른 어떤 보다 확대된 자리에서 이렇게 공유되고 인식되는거. 그래서 이제 통합적으로 뭔가를 함께 나아가는 그 통합이.” (사례1)

“뭐 저의 의견을 얘기하자면. 일단 가장 통합이 잘되는 하나의 그 나타나는 형태는. 각자의 영역에서 최대한 그 영역의 기능이 저는 사는거라고 봐요. 뭐 장소가 하나가 된 다거나 이런거 보다는. 하지만 아까 단적으로 나온 그런 사례처럼. 이게 막 공유가 되고 인식이 같이 가고. 이런 부분에 저는 통합이 훨씬 우선적이라고 보고 있어요.” (사례1)

“원스톱이 아니고 실제로 그 내담자는 여전히 여기서 끝나면 저쪽 상담소로 가야되고. 우리는 심층상담을 못하니 저기로 가고. 이쪽에서 가는 의료지원은 여기가면 못하고. 이리로 직접 온 것만 하고 하는 그런 통합이었었습니다. 그리고 실제로 아까 중요한 얘기가 전체적으로 이 인식이 그렇게 몇백년에 걸쳐서 바뀔 상황도 아닌거보면은. 한 공간에 지금 그렇게 있다고 해서 거기서 서비스 받으러 쫓 가냐. 절대 안 된다는 거죠. 그 정말로 지방으로 갈수록 그 건물에 들어가면 저 사람 맞은 여자라는 낙인을 하게 되는데. 한 건물안에.” (사례2)

“(생략) 하나의 대표적인 예가 지금 해바라기센터로 성폭이 주가 되어야 되는데 지역으로 가면 성폭사건이 많지 않고 학폭은 학교폭력으로 빠져 나가버렸고 가정폭력이 되니까. 제가 각각의 19개 파출소를 다녀보면 같은 자기네들 경찰이 가 있는 해바라기센터 원스톱 센터에도 굉장한 반감을 갖고 있습니다. 왜냐면 본인들 일이 하나 더 늘어났거든요. 실적 때문에. 대표적으로 지금 현재 인권진흥원 안에 가정폭력방지본부 성폭방지본부. 일이 저희가 협의해서 있지만 여가부가 거기로 내려서 일로 하는거고 결국은 인권진흥원하고 양평원하교의 업무가 혼재돼서. 하나는 이리로 가고 하나는 이리로 가고 이런 식이 돼버렸거든요.” (사례2)

“(생략) 만약에 한다면 그렇게 중간에 어떤 카운슬링이나 아니면 제언을 하는 이런 쪽. 약간은 저희 중심적인. 저희 중심으로 저희가 마치 이제 상담소처럼 저희의 어떤 욕구나 이런 것들을 들어주시고 약간의 어떤 정보를 주시는 부분. 그리고 많은 사람들 접촉점을 만들어서 교류할 수 있게 하는 부분으로 좀 가야되지 않을까. 한 공간에서 한다는 부분은 통합한다는 부분은 약간.” (사례5)

5. 영월군 보건소: 정신건강증진센터

가. 특성 및 한계점

1) 주사례관리기관: 영월군 보건소

도시지역과 비교하여 인력 및 인프라 측면에서 절대적인 한계가 존재함에도 불구하고 작은 지역사회의 특성을 활용하여 사례관리 유관기관들과 지속적인 네트워크를 구축함에 따라 사례관리를 자체적으로 연계 및 관리하는 강점이 나타났다.

“지역적으로 협소하다보니까. 그야말로 대상자가 너무 이제 너무 공유가 많이 되다 보니까. 그 대상자한테 집중적으로 막 투입이 되고 이러면. 오히려 그런걸 또 부담스러워 하는 경우가 있어요.” (사례2)

“저희가 협의체가 있는데. 저희는 이제 기꺼이 가는거죠. 너무 감사해서. 그 자원을 끌어올 수 있는 방법은 그 방법밖에 없기 때문에. 근데 이렇게 회의해서 모이면 얘기를 하고 어떤 사례를 얘기하고 그리고 자원을 이렇게 연계할 수 있는데. 갑자기 뜬금없이 뭐 잘 알지도 못하는데 전화를 해서 뭐를 도와달라고 하면 쉽지 않은 일이잖아요. 그래서 이제 뭐 한 2개월에 매월 이렇게 모일 때마다 꼭 참석을 해서 우리들한테는 어떤 사람이 있고 복지쪽에는 또 어떤 사람이 있는데. 어 질병의 문제는 또 뭐고 복지의 문제는 뭔데 어떻게 어떻게 개입을 하자는 이제 그런 얘기를 해요.” (사례1)

자체적 노력을 통해 구축한 지역사회 네트워크의 강점에도 불구하고 영월군 보건소가 위기사례 개입 및 통합 사례관리를 담당함에 있어서의 문제점은 첫째, 보건과 복지의 인력 및 업무상 분리로 인해 복합적 욕구를 가진 취약 대상자에게 적합한 협업 서비스를 제공하지 못하고 있다는 점이다. 둘째로 사례관리와 관련된 사업이 미약함에 따라 사례관리 사업을 공공영역이 주도적으로 수행하기 보다는 지역사회 협의회가 역할을 주도적으로 수행하고 있다는 점에서 공공 전달체계의 역할에 대한 의문이 제시되었다. 셋째로 지역적으로 벽지 지역임에 따라 자원의 양 자체가 절대적으로 적다는 점이 지적되었다.

“지금 작년부터 제가 참석을 했는데 어려운 점은. 어.. 대상자들이 뭐라 그럴까. 복지로 이렇게 연계하는건 어려운건 없어요. 어려운건 없는데 대상자에 따라서 뭐라 그럴까 우리가 서비스 하기도 애매하고 복지쪽에서 서비스 하기도 애매할 때 이렇게 약간 핑퐁 같은 스타일 있잖아요. 그렇게 되는 경우가 가끔 있구요.” (사례2)

“협의회에 그게 전체적으로 다 올라오면 그거에 대해서 이제 논의해요. 모든 그 취약하거나 위기 되시는 분은 다 올려서 아는지 모르는지 정보부터 공유하고 그 다음에 이제 그거에 대해서 우리는 뭘 해줄건지를 서로가 얘기를 해서. 이제 주민생활지원과에서는 그야말로 할 수 있는걸 하고. 우리는 뭐 상담이나 아니면 치료연계나 이런걸 하겠다. 그런걸 토론하죠.” (사례3)

“제가 영월에 와서 느끼는 것은 영월 가까이에 의료기관 정신의료기관이 없기 때문에 그것이 굉장히 제일 사실은 제일 큰 어려움이라고 봐요. 급할 때 여기는 모시고 가

려면 제천 원주로 나가야 되고 이래서. 저는 그게 지금 제가 영월에 일을 시작하면서 굉장히 어려운 부분이고 과제로 좀 다가오고 있거든요. 현장에서는 필요한데. 이제 저희 센터에 전문의선생님이 1주일에 한번 오시는데 비상근인거 아니잖아요.” (사례2)

2) 연계기관

영월군 보건소에서 사례관리 사업을 의뢰 및 연계하는 기관은 영월군종합사회복지관, 영월군 자원봉사센터, 영월군 지역자활센터, 영월 우체국, 영월 의료원, 영월 노인 전문요양원 등과 같이 다양한 기관이 협력업무를 수행하고 있으나, 사례관리 사업을 핵심적으로 연계 및 의뢰하고 있는 영월군 정신건강증진센터, 영월군청 주민생활지원과, 영월군 사회복지협의회를 중심으로 살펴보고자 한다.

영월군 정신건강증진센터는 2015년 7월부터 보건소와 연계업무를 시작하였고 자살 고위험군 대상자를 3분류(정신과질환 환자 및 가족, 자살시도자 및 자살자 유가족, 정신건강 문제가 있는 19세이하 아동 및 청소년)로 나누어 사례관리를 수행하고 있다. 사례발굴을 위해 매우 월요일 주1회 병원을 방문하는 아웃리치 활동을 수행 중이며 전체 사례관리자의 90%는 아웃리치를 통해 발굴된 대상자들이다. 영월군 정신건강증진센터는 복지기관과 달리 개인정보 접근 권한이 제한적임에 따라 서비스 제공에 어려움을 겪고 있는 문제점을 지적하였다.

“그분이 이제 기초생활수급권자였는데 이제 입원하는 문제 때문에 그랬어요. 근데 저희는 이제 그런거를 개인적인 정보이기 때문에 알아 아는게 이제 저희는 제한적이잖아요 정신. 보건소쪽에서는. 그래서 복지쪽에서 사실 알려달라고 한 적이 있었는데. 복지쪽에서는 개인정보이기 때문에. 그분의 개인성향이기도 하겠지만 안알려주셔가지고. 되게 어려웠던 적이 있고.”(사례2)

영월군청의 주민생활지원과는 사례관리사 및 의료급여 관리사가 사례관리 업무를 전담하여 영월군 보건소와 통합 사례관리 업무를 유기적으로 수행하고 있다. 주민생활지원과의 경우 요청된 사례를 위주로 고위험군 사례를 발굴, 관리하고 있으며 이에 따라 발굴 자체가 되지 않는 은둔형 사례자에 대해서는 사례관리 개입이 어려운 상황이

었다. 또한 개별 기관의 ‘사례관리’ 정의에 따라 누락되는 고위험군 대상자가 있다는 점에서 고위험군 대상자를 관리, 연계하는 과정이 통합 시스템으로 확립되지 않았음을 지적하였다.

“저희 같은 경우는 일단 뭐 요청이나. 대상자가 발굴되거나 이런 부분에 대해서는 한정이 딱 되어있어서. 읍면에서 요청이 들어와야지만 일단 이제 나가서 조사를 하거나 할 수가 있어요. 그러니까 음.. 개별적으로. 제가 안쓰러운 마음에 아니면 이제 사례관리를 하고 있으면서 이 사람은 위험한 것 같은데 하는 마음이 들어도 읍면에 있는 복지사들이나 담당자들이 요청을 안해주시면 안되는. 그 사례관리를 진행을 할 수가 없거든요. 그런 측면으로 본다고 그러면. 일단은 음. 이 사람이 정말 위기. 뭐라 그럴까. 위기가구라는게 관점에 따라서 틀리더라구요.” (사례4)

“어떤 관점에서 이 사람을 위기라고 보느냐에 따라서 위기가구라는 그 기준은 상당히 애매모호하다고 해야되죠. (생략) 그 케이스를 자활에 연계했는데. 어 그러니까 좀 타이트하게. 이제 기관의 특성이기는 하겠지만 타이트하게 이렇게 잡아주시를 았더라구요. 그러니까 제가 의도하는 바와 정신건강증진센터에서 의도한 바와 이런 것들이 안되니까. 그래서 지금은 오히려 대상자가 거부를 하고 있는거죠. 그대로 나는 그냥 여태까지 이대로 살았으니까 그대로 살겠다.” (사례4)

보건소와 마찬가지로 영월군청 주민생활지원과도 사례관리 인력이 부족함에 따라 사례관리 사업 수행의 질적 향상이 어려운 부분을 근본적 한계점으로 제시하였다. 나아가 영월군청의 사례관리사업을 수행하는 전담인력이 존재함에도 불구하고 사례관리사의 역량 및 전문성이 발휘되기 위해서는 조직 차원의 처우개선이 우선되어야 함이 나타났다. 사례관리사의 처우개선 문제는 복지영역 전반에 걸쳐 논의가 필요한 문제로 영월군청만의 특수한 문제는 아니며 제도개선으로 극복되어야 함을 확인하였다.

“대부분 자살하려는 분들도 그렇고 정신 관련 질환이 있는 분들이 집밖으로 잘 안나오세요. 노출되는거 꺼리시고 일단 나오려고 준비하고 이러는거 상당히 싫어하시는데. 그렇게. 일단 여기까지 한번은 최소한 한번은 모시고 와야되는 부분이. 그러니까 인력

이 많이 모자라서. 전문가집단이 저희가 원할 때. 최선 최상의 서비스는 이분이 안가시려고 그러면 최소 한번 정도는 집에 와서 정말 보고 이 사람이 진짜 어느 정도의 심각한 상태인지를 봐주셨으면 하는 마음이 있는데.” (사례4)

“결재권자의 재량이 아무래도 좀 (많은 부분을 차지한다). 그러니까 저희가(사례관리사) 전적으로 어떤 것들을 이 품을 만들어서 올리기 전에 기본적으로 요청이 됐을 당시에. (결재권자가) 그 부분에 대해서 투입을 할 것인가 말것인가에 대한 부분을 많이 결정하신다는거죠. (생략)올리기는 하지만 반영되는 부분이 한 50대 50. 아니면은 60대 40 정도. 그래서 권한을 더 주셔야 되는 것 같아요.” (사례4)

“어찌됐든 기관에 뭐 제장도 있고 담당직원 있고 그 다음에 이제 사례관리사를 쓰잖아요. 그러면은 사실 제장님이나 담당자입장에서는 이렇게 동등한 입장이라고 생각 아마 안하실거예요. 그런게 있기 때문에 거기서 이제 지금 이렇게 커트한다는 얘기가 나올 수 있는데. 그러기 때문에 이제 사례관리사하시는 선생님들한테도 어떤 이제 그런 권한이나 역량 같은거를 더 키우고 더 줘야지 될 것 같다는 생각이 들어요. 왜냐면 사실 담당자 입장에서는 모르고 있는 경우 많거든요. 네 그런 이제 그런 지휘체계 부분인 것 같아요.” (사례1)

영월군 복지협회의 경우 상대적으로 공공 전달체계를 통한 사례관리가 빈약한 영월군의 특성을 보완하는 민간기관으로 주요한 역할을 수행하고 있다. 형식적인 기능에 머물러 있는 사회복지협의체의 기능을 보완하여 통합사례관리를 수행하기 위한 주체기관으로 기능하고 있다는 점에서 차별성이 확인되었다. 영월군 복지협회는 개별적으로 확보한 예산을 바탕으로 공공영역에서 해소하지 못하는 복지욕구를 해소하고자 다양한 자체사업을 수행하고 있다. 특히 지역사회의 특성을 감안한 사업들을 제공하고 있다는 점에서 긍정적인 역할을 확인하였고, 정책 개발 과정에서 영월군과 같은 벽지 지역의 특성을 섬세하게 반영하는 과정이 필요함이 나타났다.

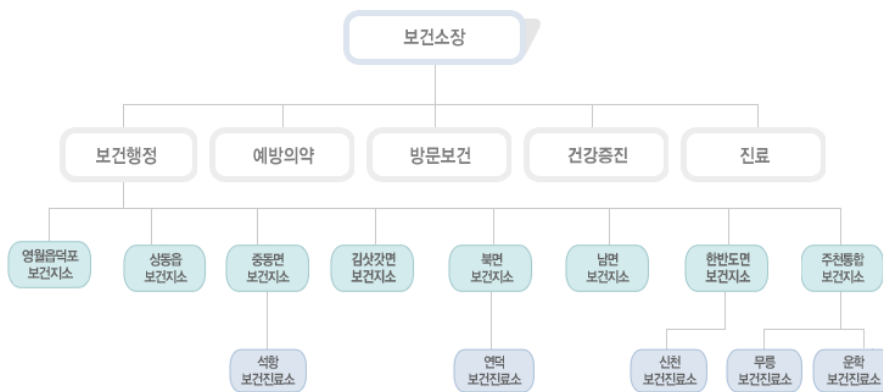
“2011년도에 영월군이 제가 읍.. 자살률이 굉장히 높아서 왜 가만히 있냐. (생략) 제가 2011년도부터 그 자살쪽 프로그램을 했어요. 그래서 2013년도에는 제가 이제 보

건복지부 한국사회복지협의회에서 고독사 관련된 4천만원 예산을 받아서. (생략) 사랑의 통아저씨라고 해서 우체국의 우체부들이 가가호호 방문을 하시니까. 집배원 아저씨들이 사례를 발굴하면 협의회가 사례를 배분을 좀 해주시는 편이었죠. 그리고 간단하게 기관에 서비스연계를 해서 어느 정도 경과만 지켜보면 되겠다 그러면 민간에서도 해도 되니까...” (사례3)

나. 통합사례관리 운영체계

영월군 보건소는 예방의약, 방문보건, 건강증진, 진료의 4개 실무사업 담당부서와 1개 보건행정 부서로 구성되어 있으며 군단위 보건소 특성 상 8개 보건지소와 의료취약 지구에 개설되는 보건진료소가 5개소 설치되어있다. 정신건강증진사업 및 자살예방사업, 치매관리사업과 같이 본 연구의 관심사업은 방문보건 부서에서 담당하고 있다. 도시에 위치한 보건소와 달리 사업내용이 다양하지 않으며 사례관리를 담당하는 사업 및 인력이 독립적으로는 배치되어 있지 않다.

[그림 5-12] 영월군 보건소 조직도



자료: 아산시 보건소 홈페이지 참고

총 27명의 인력 중 지역사회 정신건강 사업을 수행하는 방문보건 인력은 4명으로 이 중에서도 1명의 인력이 통합사례관리와 유사한 지역사회 정신건강 증진 및 자살예방 사업을 수행하고 있다는 점에서 인력적 한계가 나타났다.

다. 통합사례관리 주체 간 역할분담 및 문제점

1) 주사례관리기관

영월군 보건소는 집단 스크리닝을 통해 대상자를 발굴하며 이외에 지역 기관에서 의뢰 및 연계되는 케이스도 통합사례관리 사례자로 관리하는데, 대체로 연계된 케이스가 더 복합적인 욕구를 보이는 것으로 나타났다. 비단 영월군 뿐만이 아니라 지역사회 정신보건 대상자의 특성 상 만성질환자가 주대상자로, 만성질환자 관리 프로그램 사업이 주요사업으로 운영되고 있으며 지역사회 재활과 같은 자립지원 사업은 수요자뿐 아니라 공급자 입장에서든 어려운 현실로 분석되었다. 영월군 보건소의 경우 통합사례관리 인력이 별도로 존재하지 않지만 위탁기관인 정신건강증진센터의 사례관리 전담인력을 통해 통합사례관리를 수행하고 있다. 정신건강증진센터의 경우 사례자 발굴 및 욕구사정을 수행함에 있어 다양한 경로를 활용하고 있었으며 무엇보다 상대적으로 지역사회 규모가 적음에 따라 사례관리자와 대상자의 직접 대면이 더 빈번하게 이루어질 수 있다는 점에서 도시지역과의 차별성이 나타났다.

“자살생각이나 척도 SSI나 이런 척도를 해서 우울하고 자살척도를 사용해서 이제 스크리닝을 좀 하구요. 그리고 무엇보다 중요한건 사례관리자들이 스크리닝도 우선 하지만 사례관리사를 직접 만나게 되면서 꾸준히 하고 있기 때문에. 이분들의 상황 동향을 파악을 할 수가 있거든요. 그래서 이 사람 생활에서 진행되는 그런 것들이나 이런 것들에서 사례관리자의 직관들도 굉장히 중요하고. 그런 것들을 통해서 필요성이 보이면 직접 저희는 병원으로 연계도 되구요. 욕구사정은 스크리닝 도구를 사용한다든가 사례관리자들의 정기적인 규칙적인 방문, 직관 이런 것들도 무시하지 않습니다.” (사례2)

영월군 보건소의 경우 통합사례관리를 수행함에 있어서 보건-복지의 연계가 핵심적인 기능으로 수행되어야 함에도 불구하고 행정체계 상의 문제로 자원의 분절 및 서비스 연계의 분절이 발생하는 상황을 가장 큰 문제점으로 지적하였다. 이러한 보건-복지 서비스의 분절이 비단 법적, 행적적 차원의 문제만이 아니라 개별기관이 사례관리를 바라보는 관점의 차이라는 점에서 사례관리에 대한 통합된 정의가 필요한 시점이라고

분석되었다. 사례관리에의 통합된 정의 부재는 개별기관이 추구하는 성과목표에도 영향을 미친다는 점에서 추후 통일된 성과지표의 발굴 및 적용이 주요한 이슈가 될 수 있음이 예상된다.

“복지에서는 딱 지원하는게 한계가 있잖아요. 어디까지 지원하면 그 이상을 지원하면 법적으로 문제돼. 이런 경우도 있잖아요. 그러면 그 지원하는걸 끊어야지 되는 상황이 오잖아요. 근데 저희가 이렇게 나가서 일을 하다보면. 그 사람이 이제 경제적인 문제가 해결된게 완전히 아니잖아요. 그런 문제를 갖고 질병적인 문제도 가지고 있는데. 우리 질병쪽만 자꾸 들어가면 경제적인 문제 컴플레인을 계속 하는거예요. 그러면 복지쪽에 얘기하면 복지는 또 아 이제는 더 줄게 없다.” (사례1)

“복지쪽에서야 이제 치료적인거를 우선으로 하고 치료를 잘하면 이 사람이 사례관리도 잘되겠지 이렇게 생각을 할수도 있겠지만. 저는 그 사람 입장에서는 치료적인 개입이 중요하기는 중요하지만. 사회적으로 살 수 있으면. 왜냐면 정신과라는게 어떤 낙인 부분도 있잖아요. 그러면 한번 들어갔다 나오면 그 사람은 앞으로 살기 더 힘들어져요. 그렇기 때문에 최소한 이 사람이 버틸 수 있는데까지는 버티고 그 다음에 정 안되면 병원에 보내겠다는거죠. (생략) 자활기관하고도 싫은 소리를 했던게. 네 그쪽에서는 책임못지겠다고 이제 얘기를 하는거고. 저는 왜 이 사람 일을 못시키느냐. 어. 좀 시켜봐라.” (사례1)

2) 연계기관

정신보건증진센터의 경우도 영원군 보건소와 마찬가지로 보건-복지 서비스의 체계가 상이함에 따른 서비스 분절을 핵심 문제로 지적하였다.

“사회복지쪽은 서비스 종결이 있어요. 정신보건쪽은 종결이 없어요. 그래서 사회복지쪽에서 어느정도 경제적인 지원이라든가 사회적인 지원이 끝나면서 안전궤도에 올랐다고 하고 종결을 하지만. 저희는 정신과적인 부분은 계속 봐야되는 부분이기 때문에 종결이 끝나는 것은 아니죠.” (사례2)

영원군청의 경우 통합사례관리사가 전담인력으로 확보된 기관으로 통합사례관리의 주체적인 기능을 수행할 것으로 예상됨에도 불구하고 명확한 공공 전달체계 인력으로 보장되지 못함에 따라 실제 기능을 수행함에 있어 여러 어려움이 있음을 지적하였다.

영월군 내 사례관리 담당자들은 공통적으로 주사례기관의 부재 및 명확한 역할분담을 주요 문제로 지적하였다. 또한 영원군의 경우 솔루션급 회의 및 전문가문가를 구성할 인적자원을 확보하지 못하는 상황도 한계점으로 지적하였다. 이에 공공전달체계 및 지역사회복지협의체의 역할은 명목상의 역할에 불구하고 실제 주사례기관의 역할은 지역사회협의회(민간)에서 자체적으로 수행하며 통합 사례관리사업의 핵심 기능도 개별 연대 및 지역 네트워크를 활용하여 해결하고 있다는 점에서 문제점이 나타났다. 결과적으로 역할 분담 및 컨트롤 타워 설정의 문제가 시급한 상황으로 분석되었다.

“솔루션급 회의가 필요한게 맞는데. 저희는 사실 어. 관에서 일을 하고 있지만 민간인의 자격이잖아요. 그런데 민간에서는 공공에서 일하시는 분이고. 이렇게 돼요. 그러니까 처음에 취지 자체는 정말 좋았어요. 뽑았을때는. 그런데 사실상 업무를 하면서 그런 부분이 많이 어려운데. 저희가 이제 회의를 개최를 하고 싶고 회의를 하고. 이제 회의를 이렇게 열겠다고 해도. 사실상 오시는 분들한테 뭔가를 이렇게 주지 못한다면. 오시라고 강압적으로 말씀드릴수도 없고. 그러니까 저희 쪽에서는 항상 이제 중앙에서 정신이든 뭐 의료든 사례관리에 있어 주가 되어야 되는거는 저희라고 얘기를 하는데. 사실상 그런 부분에 뭔가 이렇게 확 펼치기에는 (어려움이 많죠).” (사례4)

“일단은 (지역사회협의회에서) 자원은 받을 수 있는 뭔가 줄 수 있는 사람들 토대로 분과위원을 구성을 했어요. 그리고 사례관리를 하는 사람. 사례관리를 하는 기관도 포함이 됐지만 서비스연계가 또 포함이 돼서. 일단 어떤 어려운 점이 있거나 문제점이 있을 때 얘기를 했을 때는 (생략) 알아보고 나서 이제 그 사람 이거 내가 해줄 수 있다 이런거를 다음 회의에 얘기를 하기도 하고. 이제 그 자활같은 경우도 아 이 사람 취업을 시켜야되는데 (지역자활센터에서) 오면은 그냥 단호하게 아 됐다고 그사람 안되니까. 막상 다음회의에 나오면 다음 회기가 돼서 또 회의에 참석을 하면 직접 이사람 봐야되는데 단호하게 거절을 못하시는거죠. 계속 봐야되는 사람들이니까 거기에 그런 부분들이 좀 좋게 많은 상호작용이 있었던 것 같아요.” (사례3)

라. 효율적 사례관리수행을 위한 정책과제

사례관리 서비스 체계 내 명확한 역할분담의 부재로 인한 사업의 중복 및 비효율성이 증폭과 함께 수요자 측면의 효과성과 체감 효과가 저하되고 있다는 점에서 역할분담의 명확화가 필수적 과제가 나타났다. 더불어 생애주기별/ 맞춤형 서비스와 같은 고도의 서비스 개발·제공을 통해 사례관리 서비스의 질적 향상을 모색할 단계에 이르렀음을 지적하였다.

“예를 들면 사례발굴을 하는 기관이 따로 있고, 복지지원하는 기관이 따로 있고, 예를 들면 센터 치료적인 부분하는데 따로 있고, 이렇게 기관을 이렇게 딱 정해줘서 너네는 그야말로 사례발굴만 해라. 그래서 어떻게 어디까지 연계만 해라. 그리고 니네는 복지만 하고 니네는 센터. 오히려 그렇게 명확하게 해주던가. 아니면 확 섞어놓든가. 둘 중에 하나가 돼야지. 지금 보서는, 복지하고 보건의 여기는 잘되고 있지만 대부분이 아마 따로 놓고 있을거라는 생각을 많이 해요.” (사례1)

“프로그램도 하는데 뭐 예를 들면 종합사회복지관에서도 하고 협의회에서도 하고 그야말로 보건소에서도 하고. 그렇게 프로그램을 이렇게 여러 군데에서 지금 동시다발적으로 하고 있잖아요. 그렇지만 그 사람의 정말 삶의 질이 얼마나 좋아졌는지는 아마..... (생략) 프로그램도 사실은 여기저기서. 사실 따지고 보면 한사람한테 엄청나게 많은 사실 자원이 들어가요. 그 사람들한테 투입되는 돈은 상당히 많을거예요. 상당히 많은데 그 사람이 얼마만큼 정말로 개선이 되는지를 아마....” (사례1)

“사례관리를 해서 뭐 진짜 꾸준히 그것도 해줘야 되지만. 진단을 했을 때 병원에 가서 집중치료를 받던가 뭔가 진짜 집중적으로 뭔가를 해야지. 이거는 생활 그냥 먹고사는거에 사례관리밖에 안되거든요. 몰라요. 지금은 정신보건센터가 생겼기 때문에 먹고사는거 외에 그런 정신적인 문제도 사례관리를 해주게 되겠지만. 그래도 여기가 처방하고 의료지원하는데는 아니잖아요. 그죠. 그러니까 제가 보기에는 본인들이 안갔다고 할 수도 있고 본인들이 의지가 없는 것도 있지만. 좀 그렇게 좀 적재적소에 필요할 때 그런 거를 해주는 것도 사례관리로 들어가야 된다고 생각이 들고. 그렇게 안하니까 우리가 다

이제 진이 빠지는거예요. 그리고 이제 또 나중에는 또 다시 원상태로 돌아오고 또 이제 반복이 되고. (생략) 그 사람은 벌써 여기에 채워졌고 다른 욕구가 필요하고 단계가 필요한데. 계속 이제 밑에 것만 반복하거나. 1단계 2단계. 5단계까지는 가지도 못하면서 1단계 2단계까지만 계속 왔다갔다왔다갔다 하는 느낌이 사실 들었거든요.” (사례3)

영월군의 경우 벽지 지역이라는 지역적 특성으로 인해 인적, 물리적 자원이 도시지역에 비해 상대적으로 부족하다는 점에서 인프라 설립을 통해 현재의 한계 상황을 보완하는 방안이 긍정적으로 분석되었다. 역으로 제도 및 인프라 보급에 있어서 상대적으로 적은 자원을 보유하고 있는 군도시 지역의 특성을 감안하여 도시지역과는 차별적인 접근이 필요함을 지적하였다. 또한 사례관리사가 상대하는 대상자들의 특성 상 위험에 노출되기 쉬운 환경이라는 점에서 사례관리사의 안전보장이 정책과제로 추진되어야 할 필요가 나타났다.

“저는 영월에 일을 시작하면서 굉장히 어려운 부분이고 과제로 다가오는게 현장에서는 필요한데 이제 저희 센터에 전문의선생님이 1주일에 한번 오시는데 비상근근지 아시잖아요. 그래서 오셔서 상담을 하셔서 병원으로 가시라고 소견만 낼 수 있어요. 그래서 소견받고 지금 안가신 분들이 꽤. 안가고 계시는 거예요.” (사례2)

“통합으로 뭐 한다는게 있더라구요. 어찌됐든 전에 이제 홍천에서 시범사업을 했는데 그게 실패했잖아요. 그쵸. 보건-복지 통합시켜보겠다고 했는데 그게 실패를 한 케이스예요. 하지만 보건복지는 대상자의 욕구로 봤을 때 같이 가지 않으면 절대 안되는 부분이라고 생각하거든요. 그러기 때문에 어 그야말로 모여서 어 머리 터지게 싸우더라도 보건복지는 저는 같이 가야지 된다고 생각을 합니다.” (사례1)

“무슨 회의를 하든 뭐를 하든 행정을 하든 특이사항이라는게 항상 들어가잖아요 특이사항. 근데 사실은 영월이 벽지예요. 근데 보건복지부에서 무슨 뭐 세상에 뭐를 할때 마다 다 똑같이 보는거야.” (사례3)

“대상자가 칼을 가지고 있어요. 네. 칼을. 칼을 가지고 자해를 한다거나. 칼을 가지

고. 칼도 가서 뺏어오고 이런 상태이기 때문에. 저희 이제 우리 센터 생기기 전에 저는 상해보험 가입하라고 했어요. (생략)그런거보면 사실 어떤 인력들한테도 처우개선이 필요하다는 생각이 들어요.” (사례2)

통합사례관리 사업의 효과성 향상을 위해서 사례관리 컨트롤 타워의 설정이 우선적인 문제로 나타났다. 컨트롤 타워가 명확히 지정되면 차후 인력 및 시스템 조정을 통해서 보건-복지의 불균형을 해소할 수 있다는 긍정적 영향이 예상되었다. 구체적인 대안으로 보건-복지 정보공유 시스템을 통한 시너지 효과가 예상되었다. 또한 컨트롤 타워가 물리적으로 설립되는 것이 아니라 기능적으로 설립되어도 상당 부분의 문제가 해소될 것으로 예상되었다. 영월군의 경우 자원의 부족이 지속적인 문제로 야기된 지역으로 도시지역에 비해 통합사례관리센터 설립을 긍정적으로 평가하였다.

“개인정보를 동의 받고 이렇게 되고 저희도 또 개인정보를 동의받아야되고. 그래서 그런 것들이 아까 제도 말씀하셔서. 그런 부분들이 연계될 수 있도록 그런 제도를 마련 해주시면 자동적으로 그냥 이렇게 끝나는 것이 아니라 넘어올 수 있지 않을까. 네 저는 그런 생각을 좀 해봅니다. (생략) 지역사회가 영월은 굉장히 좁아서. 많이들 아시거든요. 그래서 그런 것들이 좀 제도에서 뒷받침이 되면 그 사례관리에서 필요한데 ~~되는 인원 그 케이스들을 좀 잡아볼 수 있지 않을까 싶은 생각이 들었어요.” (사례5)

“컨트롤타워가 예를 들어 보건의 되겠다 이러면 보건쪽에는 좋을거고. 또 복지가 보건이 된다면 또 보건쪽에서 좋겠죠. 그렇기 때문에 그런 인력적인 부분을 비슷하게 안 배를 하면은 별 문제가 없을거라고 저는 생각을 해요.” (사례1)

“솔루션 회의를 할때 (주사례기관이) 통보를 해서 필요로 하는 대상 그 솔루션 참여자들만 불러서 솔루션을 하고 필요한 서비스를 연계하는 것들을 그 컨트롤타워에서 어디어디에 무슨 서비스. 이 사람이 필요한게 어떤 거다. 솔루션에서 어떤 결과가 나오잖아요. 그거에 대해서 주면 그 각 기관들에서 자기 사례관리하는 영역에서 그 부분을 해결을 해주고 지원을 해주면 중복도 안될 것이고.” (사례4)

“예를 들어서. 기존에 모든 자원. 영월군에서 자원을 어떻게 늘릴수는 없잖아요. 그렇다고 복지부에서 뭐 어떤 시설을 주실 것도 아니고. 그러니까 기존에 있는 자원들을 활용을 하는데. 거기에서 사례들이 발생했을 때 적절하게 사례들이 그 필요한 자원. 자원의 서비스를 얻을 수 있는 그것들조차도 이 대상자들이 놓치고 있다는 얘기죠. 필요할 때에. 그거를 해줄 수 있는 그런 컨트롤타워가 저희는 필요하다는 말씀인거죠.” (사례4)

“한공간에 있다 그러면 오히려 그런 부분은 좀 더 잘 소통이 되겠죠. (생략) 시간을 단축할 수 있는거랑 효율성이랑 효과성은 오히려 더 있을거라고 생각해요. 공간을 한 공간에서 사용한다는거 자체는. (생략) 그 회의결과에 대해서. 그런데 어느 정도 계속 이렇게 만나서 얘기를 하고 내가 이해하지 못한 부분에 대해서도 다른 이렇게 모여있는 전문가들이 그렇기 때문에 이런거 지금 이 시점에는 해야된다라는 부분을 계속 피드백을 준다고 그러면 그런 부분에서는 오히려 성과가 더 많이.” (사례1)

제3절 소결

통합사례관리를 수행하는 기관의 현장 사례관리 실무자를 대상으로 초점집단인터뷰(FGI)를 실시하였다. 참여한 기관 및 실무자는 30개 기관에 36명이 참석하였다.

분석결과, 첫째, 사례기관의 특성 및 한계점은 다음과 같다. 남양주 희망케어센터는 개별적으로 수행되던 복지정책과 민간자원을 연계하여 수요자 맞춤형 원스톱 서비스를 제공하는 기관으로 사업총괄 및 지원은 남양주시청 주민생활지원과 희망케어팀에서 담당하고 있으며, 권역별로(동부, 서부, 남부, 북부) 4개소의 희망케어센터를 운영하고 있다. 센터의 장점으로서는 민관이 함께 사례관리를 수행하므로 신속하고 정확한 점을 들 수 있다. 긴급사례의 경우 공공-민간이 공동으로 초기상담부터 개입하므로 협조적이고 복지욕구에 대응하는 자원의뢰 및 연계 등의 절차가 단축된다. 또한 공공기관과의 협력체계를 통한 공공기관의 공신력 등의 도움으로 사례 및 서비스 연계가 효율적으로 이루어진다. 공적 데이터에 대한 정보를 얻을 수 있어서 클라이언트의 서비스 계획 및 목표를 수립할 때 도움이 되며 서비스 중복 등을 예방한다는 점이다. 그러나 한정된 인력으로 사례관리와 서비스연계가 이루어지기 때문에 서비스 제공에 대한 업무 부담으로 사례관리 서비스의 집중력이 떨어지는 것이 한계점으로 지적되었다. **아산시 보건소**는 정신건강증진센터, 자살예방사업, 중독관리통합지원센터, 아동청소년 정신보건사업 등을 직영하고 있다. 보건소 건물 안에 각각의 보건소 고유의 사업과 정신건강 사업이 동시에 진행되고 있어서 공공기관 간에 연계와 협력의 용이성이다. 동일한 조직구조 안에서 같은 공간을 사용함으로써 팀별 접근이 유기적으로 이루어지고 있다. 또한 복합적 욕구를 지닌 사례에 대해서 같은 기관 안에 있는 서로 다른 전공분야의 전문가들과의 사례회의나 정보교환의 수월성, 자문시간 단축, 현장방문 동행, 센터 내 대상자 의뢰의 신속성, 프로그램 강사 지원 등에서 유리하다. 2~3개의 센터장을 한명이 겸직하기 때문에 인건비가 절감되고, 관공서 건물을 사용함으로써 공공요금 지출 부담이 없다. 단점으로는 사례관리의 포괄성에 대한 부족을 들 수 있다. 보건이나 정신보건 전문가 중심으로 인력이 구성되어 있어 심리정서적, 정신과적 접근이 중심이 되고 있으며, 사회복지적 접근은 상대적으로 부족하다고 할 수 있다. **대전희망티움센터**는 복지사각지대를 해소하기 위해 읍면동 주민센터를 복지전달체계의 허브로 전환하여 복지체감도를 높이는데 있다. 센터를 총괄하는 통합사례관리지원단은 2013년에

전국 최초로 대전복지재단에 설치되어 희망티움 운영지원체계를 강화하고 민관협력을 제고하며 통합사례관리 전문역량을 강화하기 위하여 슈퍼바이저 체계 구축 및 통합사례회의를 하고 있다. **가정폭력상담소**에서 수행하는 상담의 특성은 가정폭력이라는 위기상황의 성격을 띠며 일회성과 지속적·장기적인 상담이 혼합적으로 이루어진다. 가정폭력상담소는 가정폭력이라는 위기상황을 전문적으로 해결하는 기관으로서의 인식과 신뢰가 높다는 측면은 긍정적이다. 그러나 가정폭력은 과거와는 다르게 단순폭력보다 정신질환과 알코올로 인한 폭력 등 다양한 추세로 변화되고 있으므로 모든 가정폭력 사례를 상담소에서만 다루기에는 한계가 있으며 가해의 특성 및 발생 원인에 따라 전문기관과의 연계가 필요한 것으로 보여 진다. 그럼에도 실제 현장에서는 폭력사례 특성에 따른 체계적인 분류와 전문기관과의 연계는 원활하게 이루어지지 않는 것으로 나타났다. 또한 기존의 피해자 중심의 상담에서 가해자 상담까지 병행하는데 균형적으로 이루어지지 않는 부분이 어려움으로 지적되었다. 가해자 상담은 피해자 상담을 해결하는 기제로서 중요하게 작용하고 있음에도 현장에서 가해자의 비협조로 인해 피해자 상담은 상당한 어려움을 경험하는 것으로 나타났다. **강원도 영월군 보건소**는 예방의약, 방문보건, 건강증진, 진료의 4개 실무사업 담당부서와 1개 보건행정 부서로 구성되어 있으며 정신건강증진사업 및 자살예방사업, 치매관리사업은 방문보건 부서에서 담당하고 있다. 도시에 위치한 보건소와 달리 사업내용이 다양하지 않으며 사례관리를 담당하는 사업 및 인력이 독립적으로는 배치되어 있지 않다. 도시지역에 비해 인력 및 인프라 측면에서 한계가 있음에도 지역사회의 특성을 활용하여 사례관리 유관기관들과 지속적인 네트워크를 구축하여 수행하는 강점이 나타났다. 한계점으로는 보건이나 정신보건 전문가 중심으로 인력이 구성되어 심리정서적과 정신과적으로 편중되고 사회복지적 접근은 미흡하여 사례관리의 포괄성에 대한 부족이 지적되었다. 또한 보건과 복지의 인력 및 업무상 분리로 인해 복합적 욕구를 가진 취약 대상자에게 적합한 협업 서비스를 제공하지 못하고 있다는 점이다. 아산시 보건소는 복지부 공공사례관리와 경기도 무한돌봄사업 등과 유사한 사업방식으로 진행되고 있으나 일원화되지 않은 전산 체계로 행정적 에너지 소모가 발생되고 있다. 그리고 인프라의 균형적 배치문제로 자원이 쏠린 지역과 대상자가 많은 지역 간에 자원교환 및 연계가 원활하지 못한 면이 어려움으로 나타났다.

둘째, 통합사례관리 수행과정 상의 어려움은 다음과 같다. ① 공공과 민간 간에 자원

공유상의 어려움이 있다. 공공은 통합시스템 안에서 자원을 공유할 수 있지만 민간은 상호간 자원 공유가 어려운 상황으로 공공의 자원을 용이하게 활용하는데 한계가 지적되었다. ② 기관 간 업무분장이나 업무 개입수준의 편차 문제이다. 대상자에 대한 개입을 같이 하지만 기관 및 공공-민간 등에 따라서 사례를 보는 관점과 개입수준이 다르기 때문에 상호 갈등의 소지가 있다. 민간의 사례관리는 자원연계에 편중된 경향이 지금까지 계속되어 현재의 공공 사례관리와 충돌되는 부분이 있다. 여기에 사례대상자를 두고 공공과 민간 간에 경쟁이 되는 경우도 발생한다. ③ 인력부족과 업무수행 환경에 있다. 전문인력의 잦은 이직으로 인해 안정성이 담보되지 못한다는 점이다. 인력상의 문제는 타 기관과의 유기적인 협력단계에서 인력의 빠른 교체로 소통과 협조 등이 문제가 될 가능성이 높다. 또한 한정된 전문인력으로 서비스 제공에 편중되어 사례관리의 전문성이 저하되는 문제점이 지적되고 있다. 통합사례관리가 읍면동단위의 업무로 되기는 했지만 아직까지 읍면동 단위의 업무구조가 이를 뒷받침할 수 없는 상황이므로 가정방문을 통한 사례관리 수행 등 질적인 접근은 한계가 있다. ④ 최근 정신관련 위기 사례가 많이 발생하는 것에 비해 전문인력 개입이 원활하게 이루어지지 않아서 서비스 계획을 잘못 수립하는 경우가 발생하므로 사례발견 초기단계부터 전문인력이 개입하여 정확한 욕구사정에 의해 계획이 수립될 수 있는 시스템이 마련되어야 할 것이다. ⑤ 자살 및 학대 등의 긴급한 위기사례는 전문서비스의 제공도 중요하나 클라이언트의 스티그마에 대한 배려도 필요하다. 위기사례는 신속하고 전문적인 대응력과 함께 게이트웨이의 접근 방식도 중요함을 의미한다.

셋째, 통합사례관리 주체 간 역할분담과 문제점은 다음과 같다. ① 주사례기관은 통합사례관리의 주체적인 기능을 수행할 것으로 예상됨에도 불구하고 공공 전달체계 상의 전문인력이 담보되지 못하여 실제 기능을 수행함에 있어 어려움이 있는 것으로 파악되었다. 이는 통합사례관리 주체 간에 역할 분담 및 컨트롤 타워 설정의 문제가 시급한 상황임을 시사한다. ② 보건-복지의 연계가 핵심적인 기능으로 수행되어야 함에도 불구하고 행정체계 상의 문제로 자원의 분절 및 서비스 연계의 분절이 발생하는 상황이다. 이는 법적·행정적 차원의 문제만이 아니라 근본적 관점의 차이라는 점에서 사례관리에 대한 통합된 정의가 필요한 시점으로 분석되었다. 이러한 사례관리에의 통합된 정의 부재는 개별기관이 추구하는 성과목표의 차이에도 영향을 미친다. ③ 서비스 연계 및 인프라의 접근성은 지역에 따라 편차가 크다. 지역사회 내의 통합사례관리 주체

및 연계기관과 서비스 기관 간의 역할분담도 중요하나 도농지역의 경우 인프라의 부재로 인한 다양한 서비스 제공의 한계를 고려할 때 인근지역의 서비스 자원을 연계할 수 있는 콘트를 타워가 필요함을 시사한다. 같은 맥락에서 지역 내 연계자원 부족은 대상자에게 필요한 서비스가 있으나 지역사회 내 관련 서비스가 아예 없거나 서비스 부족으로 대기해야 경우가 발생하고 있다는 것이다. 예를 들어 시설입소(요양원, 쉼터 등)가 필요하지만 여유가 없어서 대기해야 하는 경우가 있다. 이로 인해 서비스 연결이 불가능하거나 지연됨으로서 서비스 개입이 어렵게 되고, 더 나가서 대상자로부터 해당 기관이나 담당자의 신뢰를 떨어뜨리는 요인으로 작용하게 된다.

넷째, 효율적 사례관리 수행을 위한 정책과제는 다음과 같이 도출되었다. ① 명확한 역할분담의 부재로 인한 사업의 중복 및 비효율성이 증폭된다는 점에서 사례관리 주체 간에 역할분담 방향을 재설정하고 생애주기별 맞춤형 서비스와 같은 고도의 서비스 개발·제공을 통해 효과성 및 서비스의 질적 제고 방안이 모색되어야 함을 지적하였다. ② 정신건강 사례관리 증진과 관련하여 전문 인력의 양적 확충과 전문프로그램 개발과 보급, 기존 전문인력의 소진 완화 등이 제안되었다. 이와 함께 종사자에 대한 신변보호 장치가 필요하다. 사례관리 대상자의 문제가 다양하고 때로는 신변의 위협도 느끼므로 상해보험 등이 필요하고 대상자 방문시 동료와 동행하도록 해야 한다. ③ 공무원의 순환주기가 최소한 2년 이상은 되어야 한다. 공무원의 순환보직은 여러 가지 업무상의 문제를 해결해 주는 역할을 해왔던 것이 사실이지만, 너무 잦은 인사로 인해서 업무의 연속성이 저해되는 상황이다. 사회복지업무 분야만이라도 제도적으로 일정기간 이상은 한 업무를 지속할 수 있도록 하는 장치가 필요하다. ④ 사례관리 수행과정 상에서 주로 직면하게 되는 문제로는 지역내 연계 자원부족, 제한적 서비스 자격요건, 그리고 공공기관의 인식 부족이 제시되어 이를 강화 및 확대하는 방향의 정책과제 모색이 요구된다. ⑤ 도시지역에 비해 농어촌지역은 인적 및 물리적 자원이 훨씬 부족한 것으로 나타났고 지역 간 격차해소를 위해서는 절대적으로 인프라의 양적 확충이 필요함에 의견이 수렴되었다. 이와 동시에 불균형적인 서비스 자원을 체계적으로 연계하는 콘트를 타워역할을 하는 기반마련도 시급함이 지적되었다.

최근 복합적인 위기에 처한 대상자가 급증하는 가운데 지역사회 내에서 효율적인 사례관리를 수행하기 위해 일환으로 사례관리 역할을 수행하는 다양한 기관을 한 공간에 입주하게 하는 (가칭)복합사례관리센터에 대한 의견을 수렴한 결과는 다음과 같다.

긍정적인 측면에서는 ① 통합사례관리 컨트롤 타워의 설정이 우선적인 문제로 나타났다. 컨트롤 타워가 명확히 지정되면 차후 인력 및 시스템 조정을 통해서 보건-복지의 불균형을 해소할 수 있다는 긍정적 예상을 기반으로 우선 컨트롤 타워의 명확한 설정을 통한 사례관리사업의 혼선 해소가 우선과제로 대두되었다. 구체적인 대안으로 보건-복지 정보공유 시스템을 통한 시너지 효과가 발생할 수 있음이 예상되었다. 또한 컨트롤 타워가 물리적으로 설립되는 것이 아니라 기능적으로 설립되어도 상당 부분의 문제가 해소될 것으로 예상되었다. 영월군의 경우 자원의 부족이 지속적인 문제로 야기된 지역으로 도시지역에 비해 통합사례관리센터의 설립을 긍정적인 대안으로 분석되었다. ② 형태로는 정신보건 중심의 대안으로 현재의 소규모 센터로 운영되는 정신건강 관련 센터들을 하나로 통합하여 하나의 센터 안에 정신보건팀과 자살예방팀, 그리고 중독예방팀 등을 팀제로 운영하는 방안이다. 또한, 희망복지지원단 중심의 대안으로 희망복지지원단을 확대하여 (가칭) 복합사례관리센터로 활용하는 모델이다. 읍면동에서 초기상담과 서비스연계기능이 강화되었으나 인프라가 미흡하고 읍면동에서 역할이 불충분하므로 대안으로 바람직하다. ③ 복합사례관리센터의 기능에 대한 의견으로 하나의 복합사례관리센터에서 상담과 사례관리를 수행하기 보다는 조정자(coordinator)의 기능을 부여하는 방안도 제시되었다. ④ 공통의 욕구심사 등의 체크리스트 활용 하에 1차사정→심화사정 등의 신속하고 체계적인 접근이 필요하다는 의견이 수렴되었다. ⑤ 폭력과 복지부분의 공간 통합의 경우 지역 내 스티그마가 약화될 가능성도 있다. 다만 통합기관의 운영주체에 따라서 원래 목표와는 다르게 변질될 가능성도 배제할 수 없으므로 공공-민간이 동반자 관계에서 균형적으로 운영될 필요가 있다.

부정적 측면에서는 ① 희망복지지원단의 경우 사례배분이 잘되므로 단지 공간통합 등의 접근성이 문제가 아니고 초기상담 및 욕구파악, 사례배분 등이 효과적으로 이루어질 필요가 있다. ② 원스톱 서비스 제공 및 게이트웨이 통합 측면에서 이상적이나 사례중복 및 효율성 측면에서 일부 기능 또는 인력이 파견되는 형태를 지양해야 할 것이다. ③ 복합사례관리센터 모델은 지역 특성에 맞도록 설계되어야 한다. 하나의 모델로 전국에 적용하기에는 대상자의 특성과 지역적 여건이 다르므로 이를 감안한 유용한 모델이 개발되어야 한다. ④ 한 공간에서 다기능을 수행한다고 해서 원스톱서비스가 가능할지 의문이며 특히 확대와 폭력 같은 스티그마가 큰 사례의 경우 한 건물에서 이루

어지는 경우 부정적으로 작용할 가능성도 높고, 새로운 인프라의 재편을 통한 접근은 기존 인프라와 사이에 역할 중복과 혼재 등으로 옥상옥 구조를 만들 가능성도 배제할 수 없다 등 다양한 의견이 논의되고 수렴되었다.

지역사회를 기반으로 하는 통합사례관리는 개별기관의 역량과 노력만으로 성패가 결정되는 것은 아니며 기관 및 공공-민간 등 다양한 주체간의 유기적인 협력과 연계가 이루어질 때 성과는 배가될 것이다. 이런 맥락에서 현장실무자의 생생한 의견들은 지역사회 효율적 사례관리 수행을 위해 중요한 초석이 될 것으로 기대하는 바이다.

제 6 장

위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델 개발

제1절 통합상담사례 체계 운영모델 개발 필요성 및 방향

제2절 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델

6

위기사례 해결을 위한 《 통합상담사례 체계 운영모델 개발

제1절 통합상담사례 체계 운영모델 개발 필요성 및 방향

최근 경기 침체 및 인구구조·문화적 변화로 인한 새로운 갈등요소의 등장, 가족 내 위
기요인의 상존 등으로 인해 복합적인 복지욕구를 가진 개인·가구가 지속적으로 발생
하고 있다. 이와 같이 가족·사회 환경의 변화에 따라 경제적 어려움으로 인한 신빈곤
층 진입, 돌봄·부양공백, 이혼·별거 등의 해체누적, 자살 및 폭력 등의 응급적 사건·
사고 등으로 많은 가정이 가족보호기능을 상실하거나 가정해체 등 위기를 경험하고 있
으나, 이들 가정의 특수한 가족·개인욕구에 대응하는 맞춤형서비스의 제공이 미흡하다.

지역사회를 기반으로 한 공공 통합사례관리, 공공-민간 통합사례관리 모형이 개선
발전하면서 맞춤형 서비스 제공의 접근·신속성은 제고되고 있으나 행정조직의 옥상
옥 구조와 공공-민간 기관 간 사례관리 역할분담으로 역할중복과 주체 간 협력 등으로
새로운 문제가 야기되고 있다.

위기사례 분석, 국내 통합상담 및 사례관리 체계 분석 및 초점집단면접조사(FGI) 결
과, 지역사회 내에서 발생하는 위기사례에 대응하여 현 지원체계는 정신보건영역의 위
기개입 및 자살예방에 대한 전문적인 지원체계가 미흡하며, 응급적인 위기관리와 생활
지원을 위한 복지영역의 지원업무가 유기적으로 연계되지 않는 한계점이 도출되었다.
또한 공공-민간 간에 정보공유가 어려우며 정보접근의 차별화로 복지행정의 혼선을
초래하는 한편, 공공정보시스템에 기반한 공공자원 중심의 사례관리운영으로 공공-민
간 간 협력적 관계가 원활하지 못하여 위기사례에 효율적인 대응을 하지 못하는 실정
이다. 특히 복합서비스를 아우르는 전문인력의 한계로 인해 단편적·분절적 서비스 제
공으로 엄밀한 의미의 심층 통합사례관리 수행에 한계를 보여 클라이언트의 복합적 욕
구·문제에 대응력이 떨어진다. 이러한 지원체계의 구조적인 한계는 실제적인 위기사
례분석결과에서도 반영되고 있다. 위기가구가 겪는 어려움은 심리정서나 정신적 취약
성으로 표면화되었으나 그 이면에는 다양하고 복합적인 서비스 욕구가 중첩되어 있다.

위기가구의 대부분은 빈곤과 더불어 파생되는 다양한 문제 즉 자녀 양육과 교육, 돌봄, 가족 갈등, 실업이나 고용불안, 불안정한 주거, 법적 문제의 연루 등 매우 복합적 문제에 노출되어 있는 경우가 상당하다. 그리고 이러한 다양한 어려움은 자살과 음주 및 학대와 폭력과 같은 극단적이거나 절망적 위기 상황으로 분출된다. 따라서 정서적 상담 서비스를 벗어나 복합적 문제에 포괄적으로 대응할 수 있는 전문적·통합적인 지원체계가 필요하다. 이와 함께 심리적·정신적 상담을 수행하면서 동시에 다양한 지역자원의 정보를 충분히 파악하고, 모니터링할 수 있는 개입 능력과 지식을 갖춘 실무인력이 필요하다.

본 연구결과를 반영하여 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델 개발 방향은 다음과 같다. 복합적인 위기를 해결하기 위해서는 2단계의 접근이 필요하다. 일차적으로 정신·심리·정서 영역에 개입하여 응급적 위기의 안정화를 도모한다. 이차적으로는 위기적 유발요인에 포괄적으로 대응하여 위기재발을 방지하고 삶의 안정화를 도모한다. 그리고 이는 공공과 민간조직 및 서비스자원이 촘촘한 도시와 도시에 비해 절대적으로 부족한 농촌의 지역적 차이를 고려하여 차별적으로 접근되어야 할 것이다.

위기사례해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델 유형은 다음과 같다.

첫째, 지역사회 내 전문적 서비스 제공 기관(정신건강증진센터, 보건소, 자살예방센터, 중독센터) 또는 정신건강과 사회복지 협업을 하고 기관(희망지원단, 민간복지기관) 내에 위기대응 전문인력을 증원 배치하여 위기대응 전문성을 강화한다.

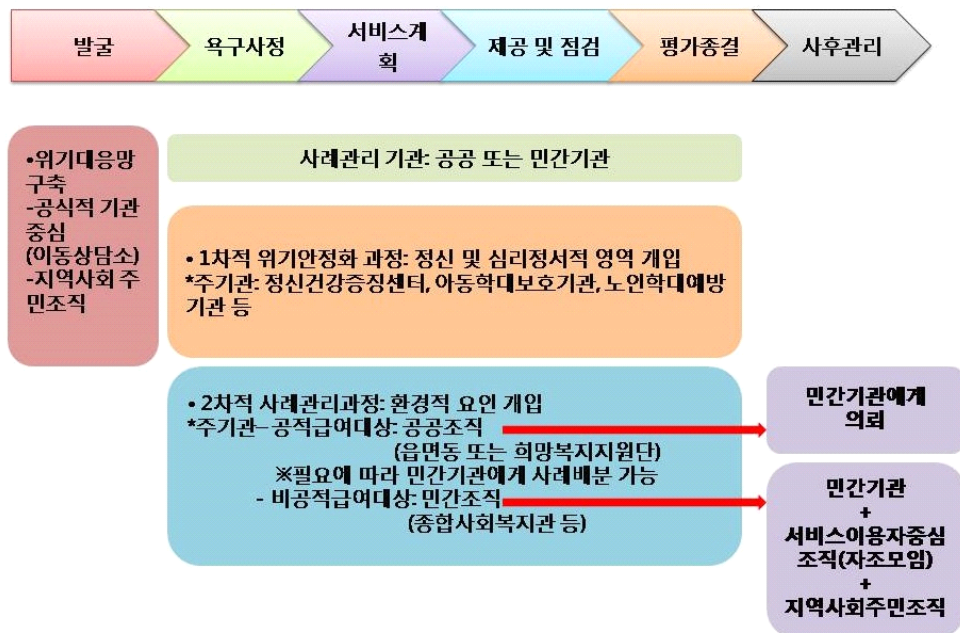
둘째, 위기상황이 밀집되어 있는 지역에 위기대응인력의 순환 배치인 이동(파견)형태로 팀을 구성하거나 기존 공공조직에 위기대응팀(정신보건, 중독문제치료, 학대관련 전문인력)을 구축하여 현장접근성과 신속한 개입력으로 초기발굴과 신속성·전문성을 높인다.

셋째, 복합적 위기대응 서비스를 수행하는 센터(정신건강증진센터, 자살예방센터, 중독센터, 노인보호전문기관, 아동보호전문기관, 드림스타트, 지역사회활센터, 건강가정지원센터)를 한 공간에서 통합적으로 제공하는 방식의 다기능복합센터 설치를 통하여 다양한 위기사례에 대한 통합·전문적 대응을 강화하는 한편, 행정효율화 및 운영비 절감, 인프라 확대 등으로 촘촘한 전달체계 기반을 마련한다.

제2절 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델

본 연구에서 의미하는 위기사례는 욕구와 문제가 가장 심각하고 응급적인 특성을 가지는 상황을 말하는 것으로 실천현장의 사례구분에서 고위험군, 위기개입, 긴급사례관리대상 등으로 분류되며 공통적으로 포함되는 범주에는 알코올, 정신질환, 아동학대, 가정폭력, 자살, 중독 등으로 나타났다(보건복지부·한국보건복지인력개발원, 2011; 보건복지부, 2016; 경기도, 2015; 대전복지재단, 2015). 따라서 위기사례는 최근 지역사회 내에서 지속적으로 발생하며 가족 및 지역사회 안전에 심각한 위협을 끼치는 학대 및 폭력 등의 안전문제와 자살과 관련된 정신건강 문제 등에 중점을 두고자 한다. 이들 응급적·복합적으로 발생하는 위기사례는 대부분이 만성적·지속적인 특성을 가지고 단편적·파편적인 접근으로는 해결되지 않으므로 체계적인 고도화된 개입이 요구된다.

[그림 6-1] 위기사례 해결을 위한 개입체계



위의 [그림 6-1]은 위기사례 해결을 위한 개입체계 및 개입과정을 도식화한 모형이다. 지역사회 내에서 발생하는 복합적 위기사례에 대응하여 1차적 개입으로 정신·심리·정서 영역에 개입하여 응급적 위기의 안정화 유도과 2차적 개입으로 위기 상황을 유발 하였던 각종 환경적 어려움(빈곤, 자녀 양육과 교육, 돌봄, 가족 갈등, 실업이나 고용불안, 불안정한 주거, 법적 문제의 연루)에 포괄적으로 대응할 필요가 있다. 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 지원체계는 자살, 학대 및 폭력 등 심각한 위기에 효과적으로 대응하기 위한 1차적 개입중심의 위기안정화와 함께 2차적 개입인 위기안정화 후에 삶의 안정화를 위해 지역 내 읍면동 및 희망지원단의 공공조직과 종합사회복지관 및 관련 전문기관으로 연계하여 지속적으로 서비스를 제공하여 관리하는 것을 기본 체계로 보고자 한다.

지역사회 내에서 발생하는 위기사례 해결을 위한 운영모델로 다섯 가지를 제시하고자 한다. 모형은 소요기간 및 예산 등을 고려하여 적용 가능성이 높은 단계부터 1단계로 인력배치 모형, 2단계로 팀구축 모형, 3단계로 센터설치 모형으로 접근하였다. 인력배치 모형으로는 정신건강분야 전문성 강조 모형과 정신건강과 사회복지 협업 모형을 제시하였고, 팀구축 모형은 이동(파견)모형과 위기대응팀 구축 모형을 제안하였다. 그리고, 센터설치모형으로는 다기능복합센터 설치모형을 제시하였다(표 6-1 참조). 각 모형별로 특성과 운영체계, 역할분담 및 사례관리 단계별 업무 프로세스 등을 제시하면 다음과 같다.

〈표 6-1〉 위기사례 해결을 위한 통합상담사례 체계 운영모델

모형	정신건강 분야 전문성 강조 모형	정신건강과 사회복지 협업 모형	이동(파견)모형	위기대응팀 구축모형	다기능복합센터 설치모형
특성	<ul style="list-style-type: none"> • 자살·폭력·학대 등 위기 상황이 상대적으로 많이 밀집되어 있는 지역에 정신건강문제로 가장 많은 연계가 필요한 기관(정신건강증진센터)의 인력을 증원하여 전문적 서비스 제공 • 기존 정신건강증진센터 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 자살이나 폭력, 학대와 같은 위기상황이 상대적으로 많이 밀집되어 있는 지역 기관에서 정신건강 상담 및 복지서비스 직접 제공 • 공공 혹은 민간복지기관에 정신보건 전문인력을 배치하여 위기 및 삶의 안정화를 위한 서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 시군구별 응급위기대응센터를 설치하고, 센터내 응급출동을 포함하는 이동형 응급위기 전담팀 운영 • 체계적·즉각적인 응급서비스를 제공하여 관리대응시간 축소 • 전문지원체제와 통합사례관리와의 협력을 통해 지역 내 위기사례의 효과적인 해결 도모 	<ul style="list-style-type: none"> • 신속한 위기대응에 초점을 둔 모형으로 학대와 자살 및 알코올 중독 등 다양한 위기사례가 많이 발생하는 지역에 적절함 • 위기대응팀이 1차로 개입하여 위기상황을 안정화시킨 뒤에 동일한 조직 내에 있는 사례관리팀(지역사회 사례관리를 수행 조직)으로 사례를 의뢰 	<ul style="list-style-type: none"> • 통합적·전문적으로 원스톱 서비스를 제공하는 모형으로 자살이나 폭력, 학대와 같은 위기 상황이 상대적으로 많이 밀집되어 있는 지역에 적절함 • 위기대응 게이트웨이 통합으로 위기 및 삶의 안정화를 위한 One-Stop 서비스 제공
조직	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관(정신건강증진센터, 보건소, 자살예방센터, 중독센터)에 배치 • 정신건강관련 서비스팀, 기타 서비스팀, 사례관리팀으로 구성 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관(읍면동 또는 희망복지지원단) 또는 종합사회복지관(단종복지관)에 배치 • 기존의 희망복지지원단 또는 민간복지기관 조직에 사례관리팀 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급위기센터 내 3개팀 구성 : 응급출동팀(현장출동), triage팀(전문지원체계로 연계, 핫라인팀(위기전화상담)) 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관(읍면동 또는 희망복지지원단, 정신건강증진센터, 보건소) 내에 배치 • 기존 공공조직에 다학제적 전문인력 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 솔루션위원회 • 사례발굴팀 • 통합사례팀 • 위기대응단(조기개입팀, 정신건강팀, 학대대응팀) • 지역보호지원단(복지대응팀, 서비스연계팀) • 행정팀
인력	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건 전문인력, 각종 중독문제치료 전문인력 증원 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신보건 전문인력 신규 채용: 공공조직(읍면동 또는 희망복지지원단) 또는 종합사회복지관(단종복지관)에 배치 	<ul style="list-style-type: none"> • 이동형 응급출동팀: 2인 이상 정신보건전문인력, 순찰·응급후송 지원 인력 2~3인 구성 • Triage팀: 전문인력 1~2인 구성 	<ul style="list-style-type: none"> • 위기대응팀 인력구성: 정신보건 전문인력, 중독문제치료 전문인력, 학대관련 전문인력 • 기존 공공조직 내부의 인력활용과 신규 채용 통해 구성 	<ul style="list-style-type: none"> • 인력구성: 정신보건 전문인력, 중독문제치료 전문인력, 학대관련 전문인력, 일자리 등 복지관련 전문인력, 행정인력 구성

256 위기사례 해결을 위한 지역사회 통합상담체계 구축방안

모형	정신건강 분야 전문성 강조 모형	정신건강과 사회복지 협업 모형	이동(파견)모형	위기대응팀 구축모형	다기능 복합센터 설치모형
역할분담	<ul style="list-style-type: none"> •읍면동주민센터, 희망복지지원단 등과의 사례발굴 및 의뢰, 통합 사례관리 협력 유지 •공공과 민간의 복지자원 연계 	<ul style="list-style-type: none"> •읍면동주민센터, 희망복지지원단 등과의 협력 유지 •정신건강증진센터: 사례의뢰 및 서비스 이용 등에 대한 상호협력 •아동 및 노인 보호전문기관: 가해자 조사나 처벌이 필요한 사례 담당 	<ul style="list-style-type: none"> •읍면동은 고위험가구의 상시적 모니터링 및 응급위기대응센터 연계, 사후관리 담당 •희망복지지원단은 민간기관의 서비스네트워크 활용 다양한 복지 서비스 연계 	<ul style="list-style-type: none"> •응급위기 개입 이후 공공사례관리 대상으로 판정된 경우 읍면동과 희망복지지원단으로 사례 이관 	<ul style="list-style-type: none"> •읍면동주민센터, 희망복지지원단 등과의 사례발굴 및 의뢰, 통합사례관리 협력 유지 •공공과 민간의 복지자원 연계
강점	<ul style="list-style-type: none"> •위기안정화 강화 	<ul style="list-style-type: none"> •위기 및 삶의 안정화 강화 •사례관리의 연속성과 효율성 담보 -동일 기관 내 복지자원 동원 -위기사례에서 일반사례로의 전환 용이(정보공유, 모니터링, 사후관리 등) •고위험집단에 대한 서비스 확대 -사례발굴, 정신 및 복지서비스 제공, 서비스 연계 등 	<ul style="list-style-type: none"> •초기발굴 및 대응강화 	<ul style="list-style-type: none"> •다양한 위기 사례에 대한 신속한 대응 강화 	<ul style="list-style-type: none"> •다양한 위기 사례에 대한 통합·전문적 대응 강화 •개별 센터설치비용 절감 및 행정 효율화
한계	<ul style="list-style-type: none"> •정신건강증진센터(보건소)의 건강증진사업 강조로 위기사례의 신속한 개입이 미흡할 가능성 있음 	<ul style="list-style-type: none"> •타전문성 조직(공공기관, 종합사회복지관)내에서 정신보건 전문인력의 전문성 보호 미흡 •정신보건전문기관으로 의뢰 시, 실적 공유 문제 발생 •정신보건 전문성 부족 우려(정신보건 전문성강조 모형과 비교시) •공공 및 민간기관에 근무하는 정신보건 전문인력의 전문성 보호 및 수퍼비전 한계 	<ul style="list-style-type: none"> •서비스제공인력의 상주성 부재로 이용자의 접근성 제약 	<ul style="list-style-type: none"> •새로운 조직 설치로 비용 증가 •기존 위기대응조직들과의 중복 	<ul style="list-style-type: none"> •새로운 기관 설치로 비용 증가 •기존 위기대응조직들과의 중복 •센터 간 업무분담 및 실적공유문제 발생
적용	•도시·농촌 공통적합모형	•도시적합모형	•도시·농촌 공통적합모형	•도시·농촌 공통적합모형	•농촌적합모형

1. 정신건강 분야 전문성 강조 모형

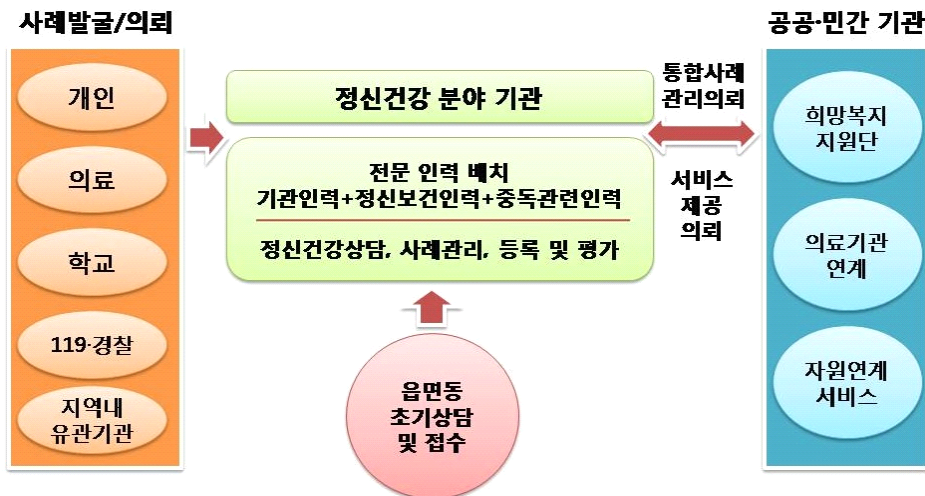
가. 특성

정신건강 분야 전문성 강조 모형은 우울·알코올중독 및 자살 같은 정신건강문제를 주로 다루는 공공기관 즉 정신건강증진센터, 보건소, 자살예방센터, 중독센터 등에 정신건강 관련 전문인력을 추가 배치하여 사례관리 등 전문적 서비스를 제공한다.

이 모형은 정신건강 분야 전문성을 강화하는 모형으로 우울·중독 및 자살, 폭력 및 학대 등 위기상황이 상대적으로 많이 발생하는 지역에 적용하는 것이 적절하다. 도시와 농촌지역에 모두 적용 가능한 모형으로 정신건강증진센터 또는 보건소 내에 정신건강 관련 전문인력을 추가 배치하는 것을 검토할 수 있다.

정신건강 분야 전문성 강조모형은 우울·알코올중독 및 자살 같은 정신건강 관련 위기사례에 전문서비스를 신속하고 효과적으로 제공하여 1차적 위기안정화 단계를 강화할 수 있다는 정점이 있다. 한계점으로는 정신건강 관련 전문인력을 추가 배치하였어도 정신건강 관련 기관인 정신건강증진센터 또는 보건소의 사업 강조로 위기사례에 신속한 개입이 미흡할 가능성을 배제할 수 없다.

[그림 6-2] 정신건강 분야 전문성 강조모형



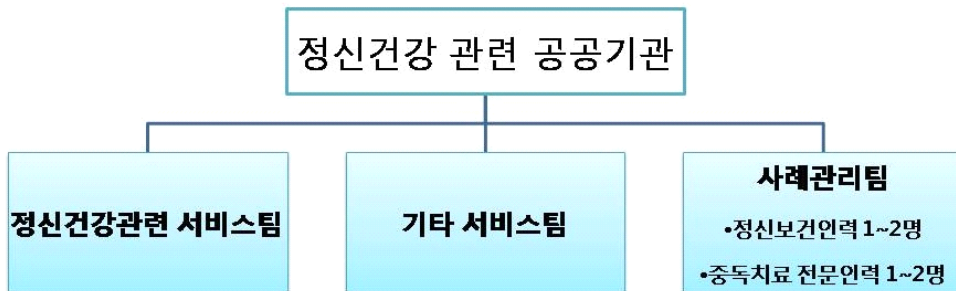
나. 운영체계: 조직 및 인력

정신건강분야 전문성 강조 모형은 기존의 정신건강 분야 공공기관에 정신건강 분야 전문인력을 배치하는 것으로 기존 조직과는 큰 차이가 없으며 사례관리팀에 정신보건 관련 전문인력을 확대하여 정신건강 관련 위기사례기능을 강화한다.

전문성 강조모형의 인력은 추가로 정신보건전문인력과 각종 중독문제치료 전문인력을 1~2명 추가 배치한다. 이들 인력은 우울·알코올중독 및 자살 등의 정신건강 관련 위기사례관리만을 전담한다.

전문성 강조모형을 운영하기 위해서는 정신보건 전문인력 및 각종 중독문제치료 전문인력을 활용하기 위한 인건비 추가지원이 필요하다.

[그림 6-3] 정신건강 분야 전문성 강조 모형: 조직 및 인력



다. 역할분담

정신건강분야 전문성 강조 모형에서는 기존 정신건강 분야 관련 기관인 정신건강증진센터 및 보건소의 추진체계를 그대로 유지한다. 정신건강 관련 위기사례의 발굴 및 의뢰는 공공조직인 읍면동 주민센터 및 희망복지지원단을 통해 일부 이루어지며 의뢰 이전단계에서 읍면동 주민센터를 통해 초기상담 및 접수기능이 동반된다.

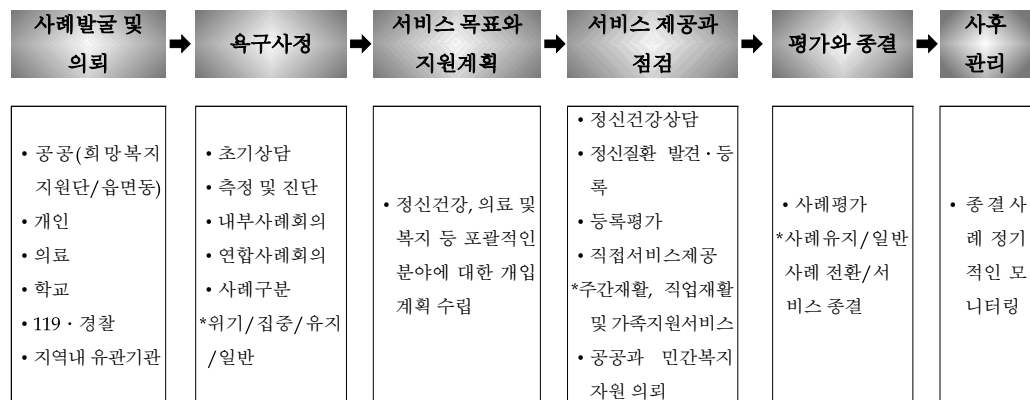
정신건강분야 기관에서 자체적으로 사례관리가 이루어지나 통합사례관리가 필요한 경우 공공조직인 읍면동 주민센터 또는 희망복지지원단과 함께 통합사례관리를 진행하며 사례관리 결과 공공자원이 필요하다고 판단된 경우 희망복지지원단에 서비스를 의뢰한다.

라. 사례관리 단계별 업무 프로세스

정신건강 분야 전문성 강조 모형에서는 정신건강 관련 위기사례 발굴 및 의뢰는 정신건강 분야 관련 기관에서 직접 또는 공공조직인 읍면동 및 희망복지지원단, 개인, 의료, 학교 및 119, 경찰, 그리고 지역 내 유관기관 등을 통해 이루어진다. 초기상담 및 측정도구, 내부사례회의를 통해 정신건강문제 및 유형, 심각도 등을 사정하고 이를 근거로 사례유형을 결정한다. 사례유형에는 위기사례, 집중사례, 유지사례, 일반사례인지 진단하고 이에 근거하여 서비스목표와 지원계획을 수립한다. 또한 유관기관과의 의뢰 또는 협조가 필요한 경우 연합사례회의를 통해 최종 사례유형을 결정하고 서비스목표와 지원계획을 확정한다.

위기사례인 경우 전문적인 정신건강, 의료 및 복지 등 관련 분야에 대한 서비스 계획을 수립하고 기관 내외 서비스 자원을 연계하여 위기해결을 모색한다. 그리고 위기사례에 대한 점검 및 평가를 통해 사례유지, 일반사례로의 전환 및 서비스 종결 여부를 결정한다. 평가결과 위기사례가 해결되지 않은 경우 재사정을 통해 서비스 목표와 계획을 수정하고 서비스를 제공한다. 일반사례로 전환된 경우는 지역 내 공공 및 민간기관 사례관리기관에 의뢰하여 서비스를 제공한다. 서비스가 종결된 경우 정신건강 관련 기관에서 정기적으로 모니터링을 통해 재발 위험도를 진단한다.

[그림 6-4] 정신건강 분야 전문성 강조 모형: 사례관리 프로세스



2. 정신건강과 사회복지 협업 모형

가. 특성

정신건강과 사회복지 협업 모형은 희망복지지원단과 같은 공공기관 또는 종합사회복지관이나 노인복지관 등의 민간복지기관에 정신보건 전문인력을 신규로 채용하여 위기개입 및 위기 안정화 단계에서의 사례관리를 전문적으로 수행하는 모형이다. 즉 복지서비스를 기반으로 하는 기관 안에 정신보건 전문인력을 투입하면서 정신보건 기능을 강화하고, 복지와 정신보건서비스를 동일한 기관에서 제공하는 시스템을 구축하는 것이다.

협업모형은 도시와 농촌의 지리적 접근성의 차이, 서비스 제공기관과 전문 인력의 차이, 그리고 서비스 욕구와 문제발생 빈도 등의 차이 등을 반영하여 운영될 필요가 있다. 도시지역은 자살률이 높은 지역이나 영구임대아파트 단지 내 종합사회복지관의 사례관리팀에 정신보건인력을 배치하여 운영하는 방안이 고려될 수 있다. 도시지역은 사회복지 및 보건의료 인프라가 전문 분야별로 세분화되어 접근이 상대적으로 용이하게 위치해있다. 그러므로 위기상황의 발생 빈도가 높거나 잠재적 위기지역에 위치한 민간복지기관에 위기대응 및 위기사례관리를 위한 인력을 배치하여 서비스를 제공하는 방안이 적용가능하다. 농촌지역에 본 모형을 적용할 경우, 농촌지역의 특징을 반영할 필요가 있다. 농촌은 사회복지나 보건의료 부분에서 활용할 수 있는 민간자원의 부족과 함께 지리적으로 넓게 분포하고 있는 접근성의 한계를 어떻게 해결할지에 대한 고민이 병행되어야 한다. 그리고 위기개입에 있어서 또 다른 고려사항은 지역 내에 발생하는 위기빈도로서 농촌지역은 가정폭력이나 학대, 자살 등의 위기개입을 요하는 발생 빈도가 상대적으로 낮다(조미형 외, 2014). 그러므로 농촌지역의 경우, 위기에 대응한 사례 발굴은 노인보호전문기관이나 병원, 복지기관 등에 의존하기 보다는 농촌 공동체 안에서 이장이나 부녀회 등의 역량을 증진시키는 방안이 필요하다. 그리고 노인인구비중이 높은 초고령 지역이나 자살률이 높은 지역을 중심으로 희망복지지원단에 정신보건인력을 배치하는 것이 현실성 있는 방안이라 할 수 있다. 그러나 협업모형은 타 모형에 비해 농촌지역의 정신건강 관련 인프라 및 인력 부족의 만성적인 문제와 전문적인 정신보건서비스를 제공한다는 측면에서 농촌 적합성이 가장 낮은 모형으로 판단된다.

협업모형은 한 기관에서 위기 안정화 단계와 삶의 안정화 단계에 대한 개입이 가능하므로 사례관리의 연속성과 효율성을 담보할 수 있다는 점에서 긍정적인 모델이라 할 수 있다. 즉 위기 대응과 안정화 단계에서 요구되는 여타 복지서비스를 동일 기관 내에서 동원 가능함으로서 개입의 신속성과 안정성을 도모할 수 있으며, 위기 안정화가 성취된 경우 동일 기관의 일반 사례로 전환되어 타 기관에 의뢰나 연계 절차 없이 연속적인 사례관리가 수월하게 이루어질 수 있다는 장점이 있다. 같은 맥락에서 위기사례관리팀에서 종결된 사례라고 하더라도 같은 기관의 일반 사례로 정기적인 모니터링이나 사후관리(위기개입의 측면)가 용이하고, 사례에 대한 기관 내 정보공유가 수월해지게 된다. 이와 함께 협업모형은 기존에 사례관리와 복지서비스 제공경험이 있는 기관에서 담당하게 되므로 지역사회 내 고위험 집단에 대한 정보축적과 사례발굴 및 예방적 측면에 필요한 복지자원의 접근성이 높아 위기발생 이전 단계에 대한 개입도 가능하다. 학대 고위험군이나 고위험자살군 등과 같은 잠재적 위험군 또는 고위험집단에 대한 개입과 지원이 가능해지면서 고위험단계와 실제 학대나 자살행위 간의 경계선에 있는 집단까지도 공식적으로 포괄할 수 있다. 이러한 고위험 집단에 대한 개입이 가능한 점은 협업모형이 가진 장점 중의 하나라 할 수 있다.

[그림 6-5] 정신건강과 사회복지 협업모형

공공/민간 기관내 사례관리팀

사례발굴 및 의뢰

119, 경찰, 병의원,
노인보호전문기관,
아동보호전문기관,
건강가정지원센터
등
통·반장, 부녀회장,
지역주민 등

- 개입범주: 아동학대, 노인학대, 가정폭력, 우울, 자살 등
- 서비스 내용: 사례의뢰·접수, 초기상담 및 진단, 서비스계획수립, 서비스 제공, 종결, 사후관리
- 내부사례회의, 전문위원회 운영 등
- 위기사례에서 의뢰된 사례에 대한 삶의 안정화 도모
- 위기문제에 대한 정기적인 모니터링 실시

사례의뢰, 서비스연계,
지역위기대응네트워크 구축

- 희망복지지원단, 읍면동사무소, 보건소 등
- 정신건강증진센터
- 노인복지관, 장애인복지관 등
- 취업지원센터
- 의료기관
- 학교 등

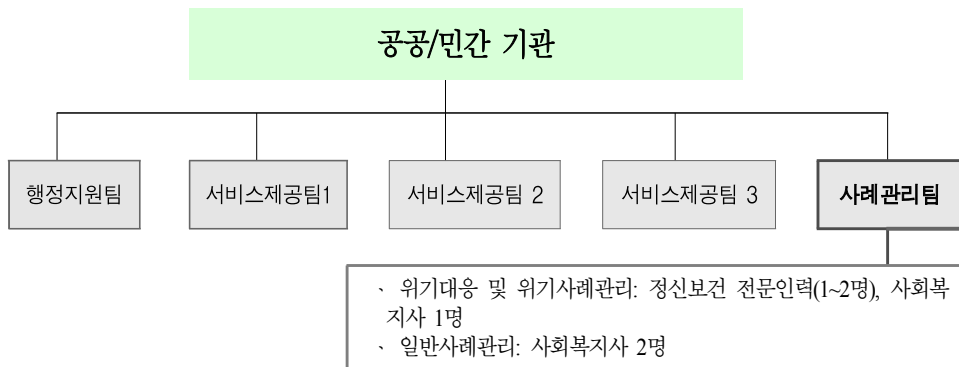
나. 운영체계: 조직 및 인력

협업모형은 기존의 공공기관 또는 민간복지기관을 활용하여 기관 내 사례관리팀에 정신보건 전문인력을 배치하는 것이므로 기존 조직구조의 큰 변화는 없다고 할 수 있다. 단지, 사례관리팀에 정신보건 전문인력을 채용하여 사례관리팀의 인력을 늘리고, 위기사례관리 기능을 추가하여 위기사례관리와 일반사례관리를 운영하는 것이다.

협업모형의 인력은 기존의 사례관리를 담당하고 있던 사회복지사와 정신보건인력이 추가된다. 기존의 사회복지사는 복지 욕구 파악 및 개인이 처한 사회경제적 환경 진단, 사례개입 계획수립, 기관 내 서비스 연결 및 제공, 지역사회 내 서비스 연계 등의 업무를 수행한다. 그리고 새롭게 배치된 정신보건 전문인력은 정신보건 영역에 대한 진단과 분석, 사례개입 계획수립, 증상관리, 상담(개인, 가족, 집단, 방문 등), 프로그램 운영 등을 담당하게 된다.

협업모형을 운영하기 위해서는 정신보건 전문인력에 대한 인건비와 사업비에 대한 지원이 필요하다. 신규 배치되는 정신보건 전문인력은 협업모형 운영기관에서 모집하여 기관의 직원으로 채용하게 되고, 소속된 기관의 방침과 위기사례관리 운영절차에 따라 근무하게 된다.

[그림 6-6] 정신건강과 사회복지 협업모형: 조직 및 인력



다. 역할분담

협업모형에서는 읍면동 주민센터나 희망복지지원단과의 연계와 협력을 긴밀히 유지하는 것을 원칙으로 한다. 협업모델의 위기사례관리 및 일반사례관리에서는 외부 자원 연계 부분은 빠질 수 없는 부분이며, 공공서비스 연계와 정보공유 등의 차원에서 읍면동 주민센터의 역할은 중요하며, 희망복지지원단과는 사례의뢰나 사례회의, 전문가회의 등을 통한 협력이 가능하다. 마찬가지로 지역사회 내 민간복지기관 및 의료기관, 보건소 등과의 지속적인 연계체계는 유지할 필요가 있다.

자살이나 알콜 중독 등의 문제를 지닌 지역주민에 대해서는 위기사례관리팀에서 서비스 제공계획을 세워 필요한 상담이나 프로그램을 제공하고, 필요한 경우 지역내 정신건강증진센터에서 제공하고 있는 재활이나 치료프로그램에 연계할 필요가 있다.

학대 사례의 경우, 학대로 인한 가해자에 조사와 처벌 등의 집중적인 조사와 면담, 그리고 경찰과의 긴밀한 협조 등이 필요한 경우와 시설 안에서의 학대에 대해서는 가급적 아동 및 노인보호전문기관에서 담당하고, 가해자의 처벌까지 가지 않을 사안에 대해서는 협업모델 운영기관의 위기사례관리팀에서 담당하는 방식을 고려할 수 있다.

라. 사례관리 단계별 업무 프로세스

위기사례가 발견되면 공식적인 위기대응망이나 지역사회주민 등에 의해 신고되고, 협업모형 운영기관에서 초기 대응하거나, 경찰이나 119, 병원, 정신건강증진센터, 노인보호전문기관이나 아동보호전문기관 등에서 일차적으로 초기 대응을 하게 된다. 즉 사례가 접수된 기관에서 해당 가정이나 시설에 방문을 하여 초기 스크리닝을 통해 위험의 종류와 심각성을 사정하게 된다. 협업모델은 자살이나 학대위험이 높은 지역에 설치·운영되므로 지역 내 위기사례 발생에 가장 신속하게 대응할 수 있다. 그러나 협업모형 운영기관은 24시간 대응시스템 구축의 한계가 있으므로 야간이나 새벽에 발생한 위기사례에 대해서는 경찰이나 119, 병원, 그리고 광역정신건강증진센터, 노인보호전문기관 등에서 위기개입을 담당해야 할 필요가 있다.

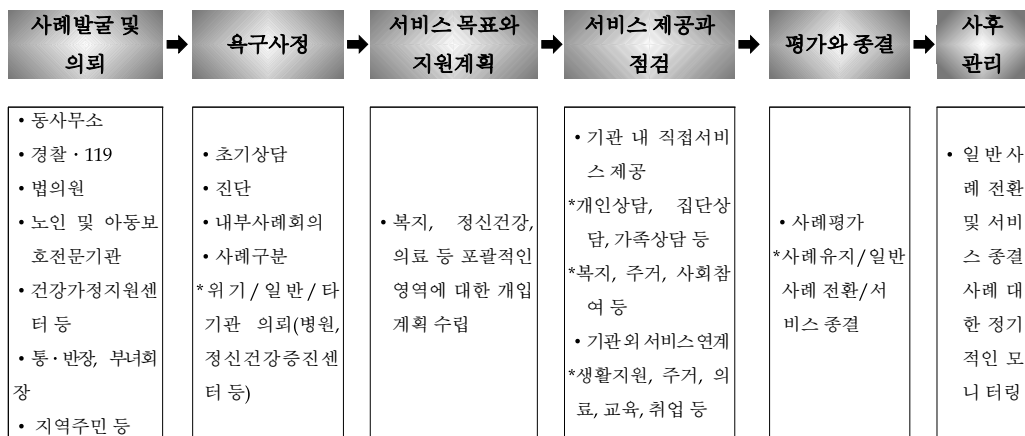
협업모형 운영기관의 지역 내에서 위기 사례가 발견되면 협업모형 운영기관에서 사례관리를 실시하는 것이 일반적인 절차라 할 수 있겠지만, 협업모형 운영기관에서 컨

트롤하기 어렵거나 타 기관에서 사례를 담당하는 것이 적절하다고 판단될 경우, 유관 기관 간에 사례회의를 열어 사례개입방안과 주사례기관을 결정하도록 한다.

위기사례가 접수되면 기관에서는 사회복지사와 정신보건 전문인력이 각자의 영역에서 맞는 초기상담과 진단을 실시하게 된다. 그리고 내부사례회의를 통해 사례의 유형을 결정한다. 즉 해당 사례가 위기사례인지, 일반사례인지, 아니면 병원이나 보다 전문적인 서비스를 제공하는 기관으로 외퇴해야 하는지를 결정한다.

해당 사례가 위기사례로 판명을 받으면 복지, 정신건강, 의료 등의 영역에 대한 개입 계획을 수립하게 되고, 기관 내·외 자원을 연계하여 위기문제 해결에 노력하게 된다. 그리고 해당 위기상황이 해소되었다고 판단될 경우, 사례종결에 대한 평가를 실시하여 서비스 유지, 일반사례로의 전환, 또는 서비스 완료(종결) 여부를 결정한다. 해당 사례의 문제가 해결되지 않은 경우에는 재사정을 통해 서비스 계획을 다시 세우고 서비스를 제공하게 된다. 그리고 위기문제는 해결되었으나, 빈곤이나 취업, 건강이나 돌봄 등의 일상적이고 만성적인 문제가 남아있을 경우에는 일반사례로 전환하여 같은 사례관리팀에서 다른 사회복지사(사례관리자)에 의뢰를 하게된다. 그리고 위기 문제가 완전히 해결되고, 삶의 안정화를 위한 개입필요성이 낮은 경우에는 사례를 종결하고, 이후 6개월이나 1년간 정기적으로 모니터링을 하면서 재발 위험도를 체크한다.

[그림 6-7] 정신건강과 사회복지 협업모형: 사례관리 프로세스

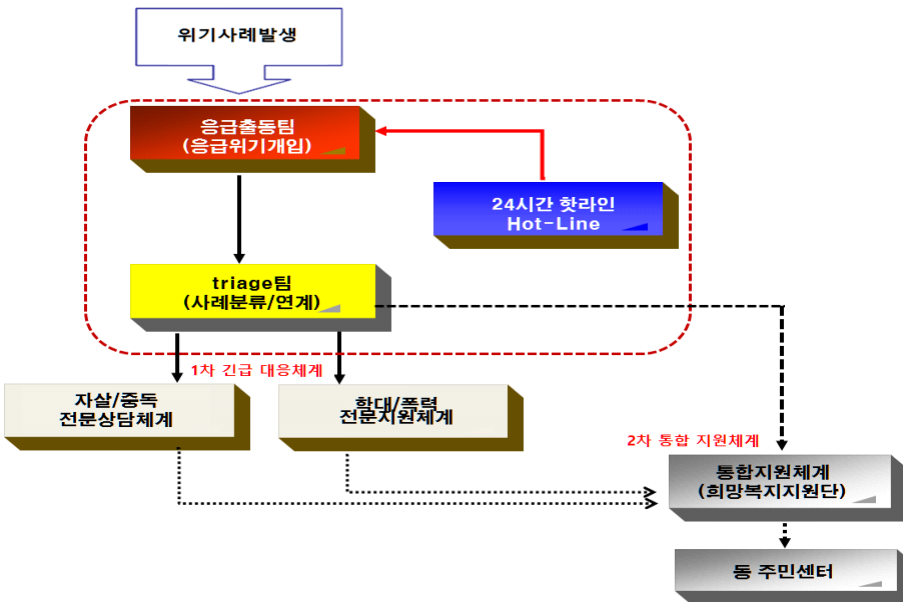


3. 이동(파견)모형

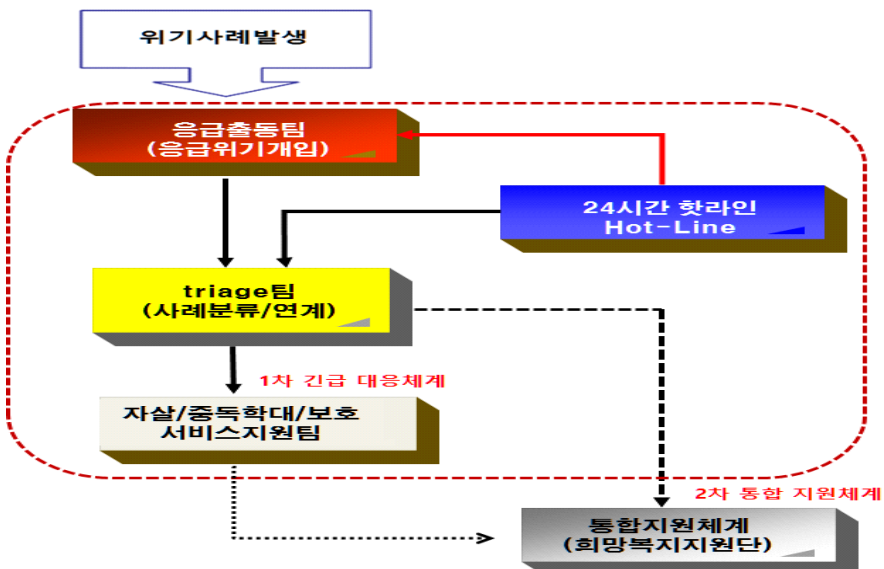
가. 특성

응급 및 위기사례에 대한 초기발굴 및 대응력 강화를 위해서는 현장접근성을 높이고 신속한 개입이 가능한 지원체계가 필요하다. 현재는 위기사례발생 시 자살시도, 폭력 및 학대, 중독과 관련한 긴급대응체계별로 응급서비스지원이 이루어지고 있으나, 서비스제공을 위한 기관 내 상주인력의 부족과 기관별 24시간 응급위기상담 및 개입이 이루어지기 어려운 여건이다. 이에 지역사회 내 대표적인 위기사례가 되는 자살 및 중독, 학대 및 폭력으로 인한 위험상황을 신속하게 인지하고 대응하기 위한 초기진입단계의 모델로서 이동(파견)모형에서는 시군구별로 응급위기대응센터를 설치하여 응급사례관리를 제공한다. 응급위기대응센터 내 응급출동을 포함하는 이동형 응급위기 전담팀을 운영하는 경우에 체계적이고 즉각적인 응급서비스를 제공함으로써 관리대응시간을 줄이고 관련 전문지원체계와 통합사례관리와의 협력을 통해 지역 내 위기사례의 효과적인 해결을 도모할 것으로 기대한다. 위기개입 이후에는 자살이나 중독, 가정폭력 및 학대문제에 전문적으로 개입하여 문제해결을 지원하는 전문지원체계로 일차적인 의뢰를 하고, 이후 대상자 및 대상가구의 욕구에 따라 포괄적인 서비스 지원을 통해 안정적인 생활이 가능하도록 희망복지지원단과 같은 통합지원체계로 이차적인 연계를 하여 문제해결과정에 필요한 지역사회서비스가 제공되도록 한다. 사례종결 이후에는 읍면동 주민센터에서의 사후관리를 통해 상시적인 모니터링과 관리가 가능하도록 한다.

[그림 6-8] 이동(파견)모형의 응급위기대응센터 운영체계도(도시형)



[그림 6-9] 이동(파견)모형의 응급위기대응센터 운영체계도(농촌형)



나. 운영체계: 조직 및 인력

이동(파견)모형에 기반한 응급위기대응센터에는 긴급하게 발생한 위기사례의 초기 대응체계로서 현장출동이 이루어지는 응급출동팀과 위기대응이후 스크리닝을 통해 전문지원체제로 신속하게 연계하는 triage팀, 24시간 위기전화상담을 받는 핫라인팀의 3개팀으로 구성한다.

위기발생시 진입하는 첫 단계로, 상시적이며 신속한 지역사회 위기사례 발굴 및 응급지원을 위해 이동형 응급출동팀을 운영한다. 이동형 응급출동팀은 24시간 운영과 출동이 가능한 119(소방소)나 보건소와 같은 장소에 설치하고, 2인 이상의 정신보건 전문인력과 순찰 및 응급후송을 지원할 인력 2~3인으로 구성한다.

둘째, 이동(파견)모형에서는 시군구별로 Triage팀을 설치하여 위기유형 및 속성에 따라 스크리닝을 하고 서비스의 우선순위와 지원방식을 일차적으로 분류하여 적절한 전문지원체제로 연계하여 서비스를 받도록 지원하는 업무를 수행한다.

셋째, 응급위기대응센터에서는 위기상담을 위한 24시간 핫라인(Hot-Line)을 운영하여 상시적인 사례발굴 및 위기상담이 이루어지도록하며, 위기관리 지침서, 홍보물 제작 및 배포 등의 제반업무도 수행할 수 있다.

이와 같은 이동(파견)모형은 도시와 농촌 모두에게 적용이 가능한 모형이나, 위기개입이후 전문적인 상담 및 지원을 제공할 수 있는 정신건강증진센터나 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, 보호전문기관 등이 설치·운영되지 않는 지역에서는 응급위기대응센터 내 선택적으로 지역사회에 설치되지 않은 전문기능을 지원하는 서비스지원팀을 추가로 설치·운영하는 방안을 고려할 수 있다.

다. 역할분담

읍·면·동에서는 위기가 발생할 수 있는 고위험가구에 대한 상시적인 모니터링과 위기발생시 응급위기대응센터로 연계하는데 역점을 두며, 위기가구에 대한 전문상담 및 통합지원체제의 개입 이후에 지역에서 위기가구에 대한 사후관리를 담당하는 것이 보다 적절하다.

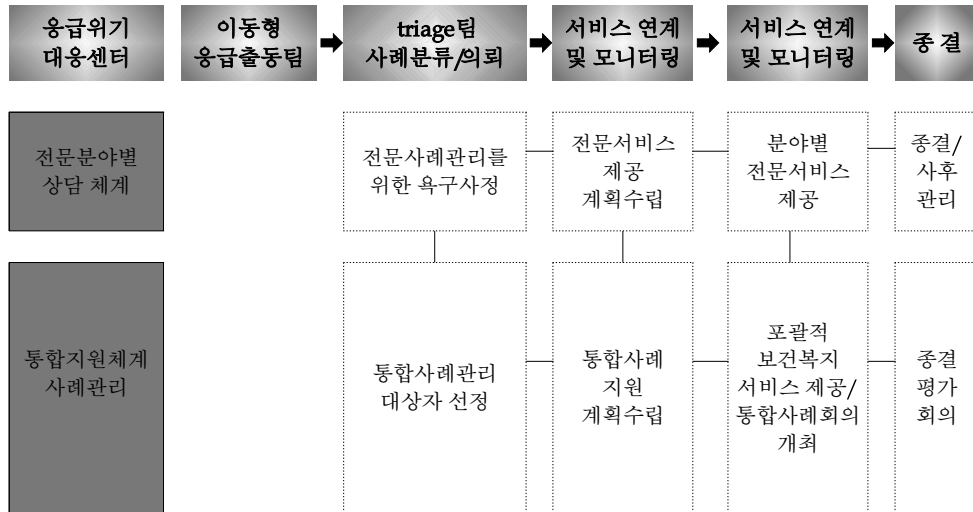
희망복지지원단에서는 복합적인 문제를 가진 위기가구에 대해 지역사회 내 주요 복

지서비스전달주체인 민간기관의 서비스네트워크를 활용하여 위기가구가 필요로 하는 다양한 복지서비스를 연계하도록 한다. 이를 위해서는 기존의 읍면동에서 의뢰되는 저소득가구 이외에도 분야별 네트워크로부터 의뢰되는 위기가구의 문제에 대한 이해를 높이고 이에 부합하는 다양한 복지욕구에 대해 접근하도록 한다. 이때 각 분야별 전문기관과의 의뢰 및 연계체계가 불안정한 경우 이러한 기능이 원활하지 않을 수 있으므로 응급위기대응센터와 같이 다양한 분야의 위기사례를 전담하는 경우 사례의 누수를 방지할 수 있다. 이외에 지역사회의 다양한 민간서비스기관은 희망복지지원단의 네트워크기관으로서 생계 및 주거, 자활, 보건의료 등과 관련하여 필요한 서비스지원을 하도록 한다.

라. 사례관리 단계별 업무 프로세스

응급위기대응센터에서는 다양한 지역사회로부터의 의뢰나 24시간 핫라인을 통한 신고 및 상담전화를 통해 위기사례에 개입하게 된다. 이동형 응급출동팀에서는 위기사례가 발생한 곳으로 신속히 현장출동을 하여 사례에 대한 초기사정을 하게 되며 필요한 위기개입서비스를 제공한다. 필요시 응급출동팀에서는 후송서비스를 제공하고 응급입원절차를 진행하도록 한다. 위기개입이후 보다 전문적인 서비스제공을 위해 필요한 triage팀에서는 자살예방이나 정신건강, 중독관리, 보호를 위한 전문상담 및 통합지원체계의 의뢰를 위해 사정(assessment)을 하고 필요한 전문기관으로 서비스를 이관한다. 여러 영역에 걸쳐 다양한 서비스지원이 필요한 경우에는 희망복지지원단에 의뢰하여 통합사례관리 대상자선정 및 통합사례 지원계획수립, 포괄적 서비스제공 등의 통합사례관리절차를 거치도록 한다. 이 과정에서 응급위기대응센터는 사후관리차원에서 모니터링하고 응급출동 및 위기개입 등의 욕구가 없다고 판정되는 경우에는 해당 위기사례를 종결하도록 한다.

[그림 6-10] 응급위기대응센터 및 전문상담체계/통합지원체계의 사례관리 프로세스



4. 위기대응팀 구축모형

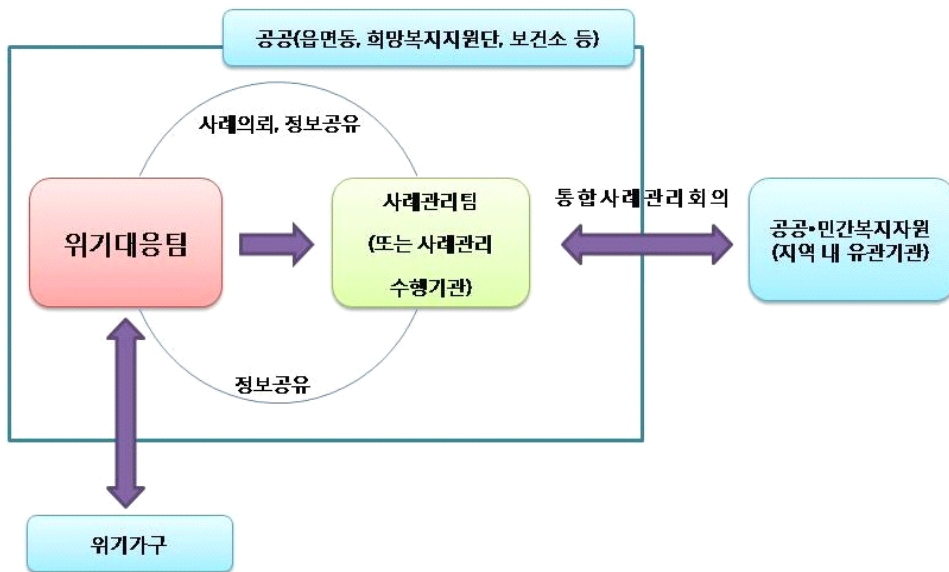
가. 특성

위기대응팀 구축모형은 읍면동 또는 희망복지지원단, 정신건강증진센터 및 보건소 등의 공공조직 내에 위기대응팀을 배치한다. 위기가구가 발생할 경우, 위기대응팀이 1차로 개입하여 위기상황을 안정화시킨 뒤에 동일한 조직 내에 있는 사례관리팀이나 혹은 지역사회에서 사례관리를 수행하는 조직으로 사례를 의뢰하는 모형이다. 일단 사례관리팀이나 혹은 사례관리수행기관으로 의뢰되면, 여기에서는 지역 내 다양한 공공과 민간 복지자원을 가진 유관기관을 활용하여 통합사례관리를 수행한다.

이 모형은 신속한 위기대응에 초점을 둔 모형으로 학대와 자살 및 알코올 중독 등 다양한 위기사례가 많이 발생하는 지역에 적용하는 것이 적절하다. 도시와 농촌지역에 모두 적용가능한 모형으로 도시와 농촌지역 모두 읍면동 주민센터와 희망복지지원단에 위기대응팀 배치를 검토할 수 있고, 이외에 도시는 정신건강증진센터에, 농촌은 보건소 등에도 대응팀을 배치할 수 있다.

위기대응팀 구축모형은 우울·알코올중독 및 자살 같은 정신건강 관련 위기와 학대 및 폭력 등의 위기사례에 전문서비스를 통합적으로 신속하게 제공하여 1차적 위기안정화 단계를 강화할 수 있다는 장점이 있다. 한계점으로는 기존 조직 내에 팀 형태로 배치되어도 타 팀과의 긴밀한 협력 및 연계 등이 체계적으로 이루어질 수 있는 통제기능이 필요하다.

[그림 6-11] 위기대응팀 구축모형

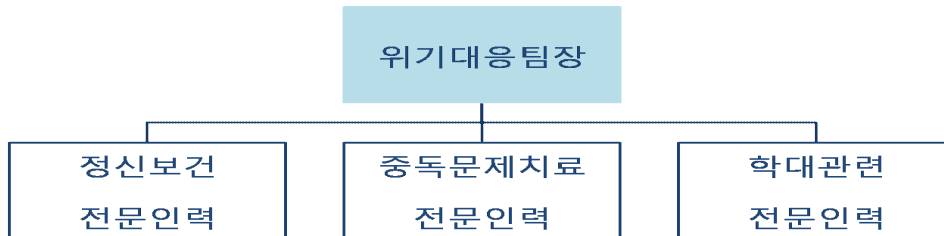


나. 운영체계: 조직 및 인력

기존 조직에 추가로 배치되는 위기대응팀은 자살과 학대 및 이와 관련된 정신건강분야의 전문가로 다학제적 전문인력이 배치되어야한다. 위기대응팀의 인력 구성은 정신보건 전문인력, 각종 중독문제치료 전문인력, 학대관련 전문인력 등이 포함될 수 있다. 인력배치는 위기대응팀이 설치되는 기존 공공조직 내에 있는 전문인력을 우선적으로 활용하며, 부족한 전문인력은 신규로 채용하여 위기대응팀을 구성한다.

위기대응팀을 운영하기 위해서는 추가로 배치되는 전문인력 활용에 대한 인건비 지원이 필요하다.

[그림 6-12] 위기대응팀 구축모형: 조직 및 인력



다. 역할분담

위기대응팀에서는 자살과 학대 등 일차적으로 나타난 현상과 이에 관련된 갑작스런 정신 및 정서적 위기상황을 극복하기 위하여 개입한다. 개입한 이후에 공공사례관리(읍면동과 희망복지지원단)의 대상으로 판단된 경우에는 읍면동이나 희망복지지원단으로 사례를 이관한다. 이관된 사례에 대하여 읍면동 혹은 희망복지지원단에서는 기존 공공사례관리 업무과정 대로 사례관리를 수행하게 된다.

또한, 공공사례관리 대상의 자격에 포함되지 않는 사례에 대해서는 지역사회에서 사례관리를 수행하는 민간 기관으로 의뢰한다. 즉 지역사회복지관 또는 정신건강증진센터 등으로 사례를 이관하여 사례관리 대상으로 관리될 수 있도록 한다.

라. 사례관리 단계별 업무 프로세스

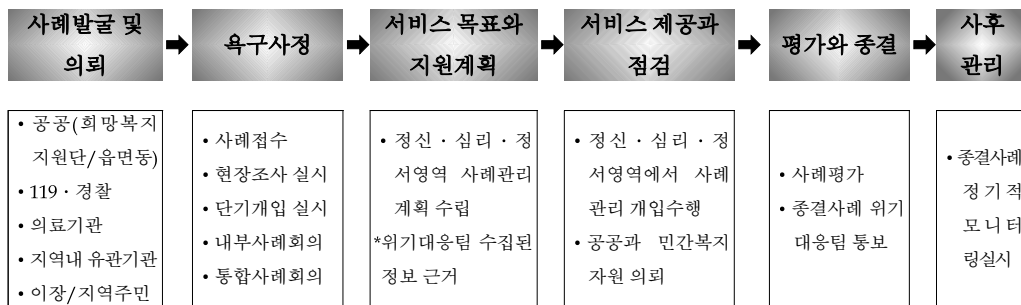
위기대응팀에서는 현장조사와 단기개입을 수행한다. 이후 응급적 위기 상황이 안정화되면 사례관리팀 혹은 사례관리수행기관으로 사례를 이관하여 보다 장기적인 개입을 진행한다.

구체적으로 살펴보면, 먼저 위기대응팀에서는 위기가구로 발굴된 사례를 접수하고 현장조사를 실시한다. 현장조사에서는 위기 상황의 심각성 및 그 원인을 파악할 수 있는 조사를 실시한다. 현장조사를 실시하여 만약 법적인 문제가 발견되면(예를 들어, 학대의 경우 법적인 문제와 관련될 수 있음) 전문적으로 여기에 개입하는 기관(예: 경찰, 폭력 및 학대보호전문기관 등)으로 의뢰한다. 현장조사를 실시하여 위기 상황을 유발시킨 원인에 대하여 단기개입을 실시한다. 즉 정신·심리·정서 영역에 개입하여 응급적

위기의 안정화를 도모한다.

응급적 위기가 안정되면 위기가구의 사례관리 자격에 따라 공공 및 민간사례관리 수행기관으로 사례를 이관한다. 사례관리 수행기관에서는 이관된 클라이언트 가구에 대하여 복합적 욕구를 사정하고 위기 상황을 유발시켰던 보다 근본적 원인과 문제를 파악한다. 이 때 위기대응팀에서 수집된 정보를 최대한 공유한다. 사정단계에서 수집된 정보를 바탕으로 사례관리계획을 세워서 사례관리개입을 수행한다. 위기 요인의 해소와 삶의 안정화가 달성되면 사례를 종결한다. 종결된 사례에 대하여 위기대응팀에 통보한다.

[그림 6-13] 위기대응팀 구축모형: 사례관리 프로세스



5. 다기능복합센터설치 모형

가. 특성

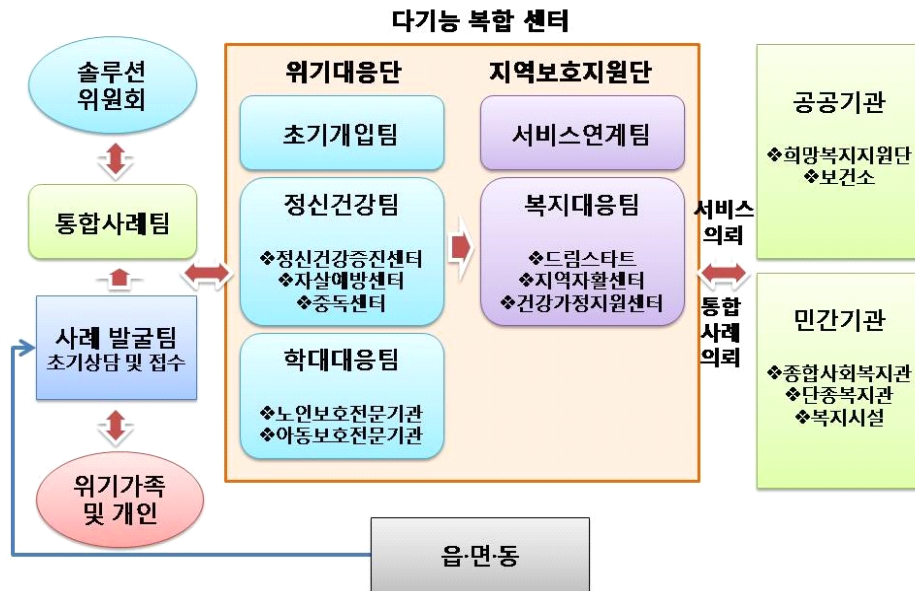
다기능복합센터설치 모형은 우울·중독 및 자살, 폭력 및 학대 등의 위기문제와 빈곤 및 자활, 돌봄, 취약가족 등 2차적 삶의 안정화를 주로 다루는 센터기능을 통합하여 위기개입과 1차 위기안정화, 그리고 2차적 삶의 안정화까지 통합적·전문적으로 One-Stop 서비스를 수행하는 모형이다.

이 모형은 우울·중독 및 자살, 폭력 및 학대 등 위기상황이 상대적으로 많이 발생하는 지역에 적용하는 것이 적절하다. 도시지역의 경우 정신건강 및 폭력 관련 인프라가 촘촘하게 설치되어 있는 편으로 다기능복합센터 설치모형은 기존 인프라와의 중복성

과 비용대비 효과성 측면에서 적합성이 낮은 편이다. 그러나 농촌의 경우는 도시지역에 비해 인프라가 상대적으로 미흡하고 위기와 복지에 대한 수요 또한 높으므로 비용대비 효과성 측면에서 적합한 모형으로 판단된다.

다기능복합센터설치 모형은 다양한 위기사례에 대한 통합적·전문적인 서비스를 신속하게 제공하는 한편, 개별 센터설치 비용 절감 및 행정 효율화에 대한 효과가 클 것으로 기대된다. 한계점으로는 새로운 복합센터 설치로 비용증가가 발생되고, 기존 위기대응 조직들과의 중복문제, 센터 간 업무분담 및 실적공유 문제 등의 발생이 예상된다.

[그림 6-14] 다기능복합센터설치 모형



나. 운영체계: 조직 및 인력

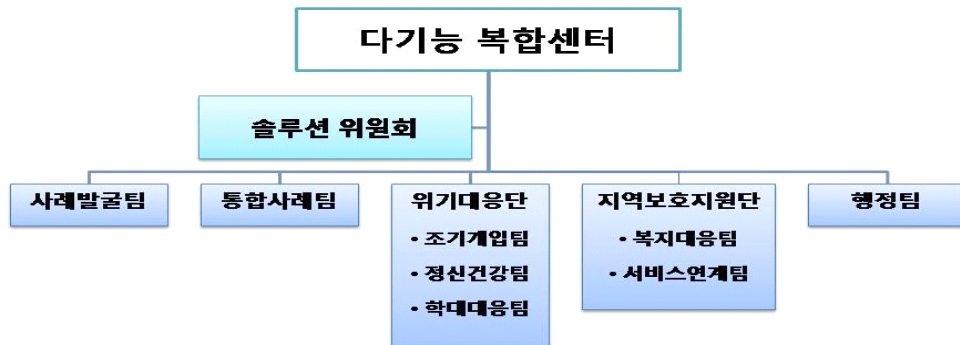
다기능복합센터설치 모형을 구성하는 조직은 2개단의 8개팀으로 구성된다. 2개단은 위기대응단과 지역보호지원단이며 위기대응단은 초기개입팀, 정신건강팀, 학대대응팀 등 3개팀으로 구성되고, 지역보호지원단은 복지대응팀과 서비스연계팀 등 2개팀으로 구성된다. 나머지는 사례발굴팀, 통합사례팀, 행정팀으로 구성된다. 통합적 위기

사례개입을 위해 솔루션위원회를 운영한다. 이 위원회에는 의료분야, 임상심리분야, 사회분야, 가족치료분야, 공공분야 전문인력들로 구성된다.

다기능복합센터설치 모형의 인력배치는 정신보건전문인력, 각종 중독문제치료 전문인력, 학대관련 전문인력, 일자리 및 돌봄, 역량강화 등 복지관련 전문인력, 행정인력 등으로 구성한다.

다기능복합센터설치 모형을 운영하기 위해서는 센터설치비용이 필요하며 기존 센터에 제공되는 사업비와 인건비를 재편성할 필요가 있다.

[그림 6-15] 다기능복합센터설치 모형: 조직 및 인력



다. 역할분담

다기능복합센터설치 모형에서 위기사례 발굴은 위기대응 게이트웨이 통합방식으로 운영되는 센터 사례발굴팀을 통해 자체적으로 이루어지나 모든 위기사례에 대응하기에는 인프라 공급에 한계가 있으므로 비교적 촘촘하게 설계된 읍면동 주민센터 및 희망복지지원단을 통해 사례발굴 및 의뢰가 협력적으로 이루어 져야 할 것이다.

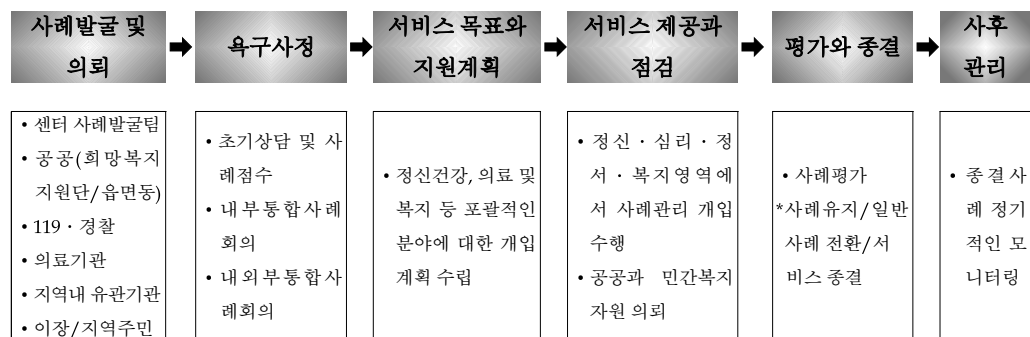
다기능복합센터에서는 위기사례에 대해 통합적·전문적인 사례관리를 수행하는 조직을 갖추었으나 1차 위기개입 및 2차 삶의 안정화단계에서 타 기관과 연계하여 통합 사례관리가 필요한 경우 체계적으로 사례관리 조직이 정비된 공공조직과 긴밀하게 사례관리 수행이 가능하다. 또한 사례관리결과 공공 및 민간자원이 필요한 경우 지역사회에서 사례관리를 수행하는 기관으로 사례를 이관하여 서비스를 제공한다.

라. 사례관리 단계별 업무 프로세스

다기능복합센터설치 모형에서는 위기사례 발굴 및 의뢰는 센터 사례발굴팀에서 직접 이루어지며, 이외에 공공조직인 읍면동 및 희망복지지원단, 119, 경찰, 의료기관 및 지역 내 유관기관, 이장 및 지역주민 등을 통해 의뢰된다. 센터 설치모형은 게이트웨이 통합방식으로 접근되므로 발굴 및 의뢰된 사례에 대해 초기상담 및 내부사례회의를 통해 사례유형 및 심각도 등을 사정하고 사례유형을 결정한다. 사례유형에는 위기사례, 집중사례, 일반사례 등으로 진단하고 집중 및 일반사례의 경우는 욕구사정 결과를 근거로 서비스목표와 지원계획을 수립한다. 위기사례로 판정된 경우 센터 내부의 솔루션 위원회를 거쳐서 목표와 계획을 수립한다. 또한 유관기관과의 의뢰 또는 협조가 필요한 경우 내외통합사례관리를 통해 최종 사례유형을 결정하고 서비스목표와 지원계획을 확정한다.

위기사례인 경우 전문적인 정신건강, 의료 및 복지 등 관련 분야에 대한 서비스 계획을 수립하고 센터 내외 서비스 자원을 연계하여 위기해소방안을 마련한다. 그리고 위기사례에 대한 점검 및 평가를 통해 사례유지, 일반사례로의 전환 및 서비스 종결 여부를 결정한다. 평가결과 위기사례가 해결되지 않은 경우 재사정을 통해 서비스 목표와 계획을 수정하고 서비스를 제공한다. 일반사례로 전환된 경우는 복합센터 자체 및 지역 내 공공 및 민간기관 사례관리기관에 의뢰하여 서비스를 제공한다. 서비스가 종결된 경우 센터에서 정기적으로 모니터링을 통해 재발 위험도를 진단한다.

[그림 6-16] 다기능복합센터설치 모형: 사례관리 프로세스



지금까지 위기사례해결을 위한 5개 모형의 특성과 운영체계, 역할분담 및 사례관리 단계별 업무 프로세스에 대해 살펴보았다. 이들 모형을 지역사회에 적용할 때 소요기간 및 예산 등이 종합적으로 고려되어야 할 것이다. 5개 모형 중 비교적 현실가능성이 높은 모형은 기존 조직에 인력을 배치하는 인력배치모형(정신건강 분야 전문성 강조모형, 정신건강과 사회복지 협업모형) 또는 위기사례 발생 현장에 응급적으로 출동하는 이동(파견) 모형 등을 검토할 수 있다. 다음으로는 기존의 공공조직에 위기대응팀을 배치하는 모형이 현실 가능성이 높을 것으로 생각되며, 다른 모형에 비해 기간 및 예산 등이 많이 소요될 것으로 예상되는 다기능복합센터 설치모형은 최종단계에서 적용 가능할 것이다. 실제로 이들 모형은 지역 내에 발생하는 위기사례의 특성에 기반하여 단일 기능을 선택하여 적용하는 방안을 모색할 수 있다. 학대 및 폭력 등 안전문제가 높은 지역은 학대관련 전문인력(팀)을 배치하는 학대모형을 적용하고, 자살 등 정신건강 문제가 높은 지역은 정신보건 관련 전문인력(팀)을 배치하는 자살모형을 적용해 볼 수 있다. 또한 다기능센터설치모형은 신규 센터를 별도로 설치하는 하는 것보다 지역특성을 고려하여 기존 센터에 기능을 확대하면서 최종적으로 다기능복합센터 형태를 갖추는 것이 소요기간과 예산 등을 고려할 때 바람직 할 수 있을 것이다. 그리고 중장기적으로 다기능복합센터 형태는 지역사회 내에 위기사례 해결을 위한 컨트롤타워 역할을 담당하는(가칭) 위기극복종합센터 또는(가칭) 종합위기관리센터로서 정착되어야 할 것이다.

후속연구로 지역특성에 적합한 위기사례 모형개발을 위해서 시범사업을 통해 성과 및 효과성 등을 검증하는 후속 연구가 수행될 필요가 있으며, 연구결과를 반영한 모형의 수정·보완 과정을 통해 지역사회 내 위기사례 해결을 위한 고도화되고 실효성 높은 통합상담체계 구축이 이루어지기를 기대하는 바이다.

참고문헌 <<

- 가천의과대학교 건강증진사업지원단(2008). 국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구. 가천과대학교.
- 강은정, 이수형(2010). 자살의 원인과 대책 연구: 정의학적 접근을 넘어서. 한국보건사회연구원.
- 강혜규, 김태완, 정홍원, 최현수, 김동진, 김영옥, 박해육, 류영아, 안혜영, 신수민, 이정은(2013). 지방자치단체 복지 전달체계 개편방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 강혜규, 이현주, 최균, 안혜영, 김영중, 전지현, 김은정, 박소현(2008). 사회복지서비스 공공 전달체계 개선방안 연구. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.
- 경찰청(2014). 범죄통계자료.
- 고재욱(2014). 노인학대 노부부의 위기개입을 통한 사례관리 연구. 한국케어매니지먼트 연구(12), 197-220.
- 권은주(1978). 아동학대의 원인 및 대책에 관한 고찰. 이화여자대학교 대학원.
- 권중돈(2004). 노인학대에 영향을 미치는 요인. 한국노년학회지, 24(1).
- 권진숙, 박지영(2009). 『사례관리의 이론과 실제』. 학지사.
- 김기현, 염동문, 장화정(2014). 아동학대범죄 행위자 및 학대 피해아동 처분 등을 위한 아동학대 위험도 평가척도 개발. 법무부.
- 김미숙, 양심영, 김기현, 하태정(2013). 아동보호체계 연계성 제고방안. 한국보건사회연구원.
- 김미애(2010). 가정폭력 유발요인과 폭력행동 간의 관계에 대한 조절변수 효과. 한국심리학회지 여성, 15(4).
- 김선주, 김교정(2013). 사회복지시설 사례관리자의 사례관리 과정에 대한 인식과 수행에 관한 연구. 한국콘텐츠학회논문지, 13(1), 221-233.
- 김승권, 김유경, 조애저, 김성희, 이진우, 전영실, 강은영, 곽배희, 박소현, 채규만, 현혜순, 신연희, 정춘숙(2007). 2007년 전국 성폭력 실태조사. 여성가족부.
- 김승권, 조현순, 김연우(2010). 취약위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합 사례관리 연구(1차년도). 한국보건사회연구원.
- 김승권, 김유경, 박정윤, 김연우, 최영준(2011). 취약위기 및 한부모가족 지원체계 구축과 자립 지원 방안 연구. 여성가족부·한국보건사회연구원.
- 김승권, 황성철, 김연우(2012). 취약위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(3차년도).

- 김승권, 이혜영, 신윤경, 이형진, 이애희(2013). 복지전달체계 개편 우수사례 매뉴얼. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김재엽, 송인한, 김기한, 정윤경, 이명숙, 위재민(2010). 2010년 성폭력 실태조사. 여성가족부.
- 김형수(2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. 한국노년학회지, 22(1), pp.159-172.
- 김희연, 성은미, 박춘배(2010). Policy brief: 저소득층 자립을 위한 무한돌봄사업 방향. 경기개발연구원.
- 대전복지재단(2014). 통합사례관리 시범사업 안착을 위한 정책과제 모색. 대전복지재단.
- 민소영(2012). 정신보건실천현장의 사례관리활동목록(Case Management Activities Inventory)개발 연구. 한국사회복지학64(3). 127-153.
- 민소영(2015). 지역사회 환경변화, 정신보건 사례관리 실천의 방향 모색. 한국정신보건사회복지학회 추계학술대회.
- 민소영(2015). 한국의 사례관리 전개 과정과 쟁점 고찰. 한국사회복지행정학, 17(1), 213-239.
- 박봉길(2000). 노인학대 인식도 분석을 통한 사회사업 원조전략. 부산대학교 일반대학원 박사 논문.
- 박세경, 강혜규, 류정희, 이주연, 노충래, 이상균, 장선영, 황옥경(2014). 아동보호체계 진단 및 개선방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 법무부, 성균관 산학협력단(2014). '아동학대범죄 행위자 및 학대 피해아동 처분 등을 위한 아동학대 위험도 평가척도 개발' 법무부.
- 보건복지가족부(2009a). 민간복지서비스 전달체계 개선계획.
- 보건복지가족부(2009b). 사회복지전달체계개편방안 설명회자료.
- 보건복지부(2013). 자살실태보고서. 보건복지부.
- 보건복지부(2014). 드림스타트 사업안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2014). 희망복지지원단 업무안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2015). 2014년 읍·면·동 사회복지업무안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2015a). 2015 사회복지관 운영관리 업무처리 안내
- 보건복지부(2015b). 2015 노인복지시설현황
- 보건복지부(2015c). 노인복지사업안내
- 보건복지부, 중앙아동보호전문기관(2014). 전국아동학대현황보고서. 보건복지부.
- 보건복지가족부, 한국보건복지인력개발원(2008). 지방자치단체 사례관리 업무매뉴얼. 보건복지가족부, 한국보건복지인력개발원.
- 서동우(2003). 우리나라 자살률의 현황과 정신보건센터의 역할. 2003년 지역사회정신보건사

- 업 2차 관계자 워크숍 자료집.
- 서종한, 이창환, 김경일, 김성혜(2012). 한국 자살사망자 특징. 한국심리학회지: 일반, 31(2), 323-344.
- 서해정, 민소영, 안태윤, 이사라(2011). 경기도 위기가정 생활실태 및 지원방안 연구. 경기도여성가족연구원.
- 설진화(2009). 『사례관리론』. 양서원.
- 성은미, 오민수(2012). 무한돌봄사업 발전방안 연구. 경기복지재단.
- 시소와그네(2010). 사례관리매뉴얼. SB7 시소와 그네 전문위원회·사회복지공동모금회.
- 양정남, 권구영, 김화선, 최은정, 한혜경(2009). 사례관리. 양서원.
- 여성가족부(2013). 2013년 가정폭력 실태조사.
- 오은영(2013). 아동학대와 아동보호에 대한 부모의 인식. 대학대학교 석사학위논문.
- 월드비전(2010). 월드비전 사례관리매뉴얼 월드비전.
- 유영주(2004). 노인학대에 대한 원인분석 및 정책적 대응방안 연구. 세종대학교 박사학위논문.
- 윤정숙, 유성경, 홍세희(2012). 상담 초기 작업동맹과 상담성과 사이의 자기회귀 교차지연 효과 검증. 상담학연구 13(40), 1903-1919.
- 이봉주, 김용득, 김문근(2008). 사회복지서비스의 공급체계: 쟁점과 대안. EM커뮤니티
- 이영실(1998). “정신보건분야에서의 사례관리의 과정에 관한 이론적 소고”. 『사회과학연구』 5(1): 175-188.
- 이영호. 1997. “정신질환자를 위한 낮병원에서 사례관리적용에 관한 연구”. 정신보건과 사회사업, 4, pp.49-80.
- 이정숙, 김수진(2002). 만성정신질환자의 재활을 위한 사례관리의 효과. 정신간호학회지, 11, pp.206-220.
- 이혁구, 이근무, 강선경, 탁평곤, 강준혁, 홍혜미, 장지민, 김시양, 전지형(2015). 질적 연구 조사를 통한 자살예방모델 개발과 제도개선 방안. 보건복지부.
- 인천광역시 사회복지관협회(2009). 인천광역시 사회복지관 사례관리 실천을 위한 매뉴얼. 사례관리연구학회.
- (사)장애인복지관(2013). 장애인복지관 사례관리 매뉴얼.
- 서진환. 2004. “정신보건센터 사례관리 프로그램 개발 연구”. 『사회복지연구』 24: 93-124.
- 서울시정신보건센터(2009). 특이심리민원인에 대한 대응 방안 연구. 서울시정신보건센터
- 정무성 외(2010). 사회복지관기능정립연구사업공청회자료집. 한국사회복지관협회.
- 정은희, 박수지, 김보영, 안혜영, 이기연, 정익중, 김효진(2013). 취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체제 구축 및 통합사례관리 연구(4차년도). 한국보건사회연구원.

- 정홍원, 강혜규, 김보영, 홍성대, 황덕균, 이정은, 이한나(2012). 행복e음 도입 이후 지역단위 복지전달체계 모형 정립을 위한 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 제영묘(2004). 자살과 정신장애. 생물치료정신의학, 10(1) pp.3-10.
- 조미형, 박대식, 남승희(2014). 농촌 지역사회기반 복지시스템 구축 방안 연구. 한국농촌경제연구원.
- 중앙건강가정지원센터(2009).「2009 위기가족 상담지원사업 운영매뉴얼」. 중앙건강가정지원센터.
- 중앙아동보호전문기관(2014). 2014년 전국아동학대현황보고서. 중앙아동보호전문기관.
- 한국사회복지사협회(2014). 위기가정지원사업. 한국사회복지사협회.
- 한동희(1996). 노인학대에 관한 연구. 대구효성가톨릭대학교 박사학위논문.
- 한동희(2001). 여성노인학대에 대한 이해, 노인복지연구, 13권 pp. 193-208. 한국노인복지학회.
- 홀트아동복지회(2012). 홀트아동복지회 사례관리매뉴얼. 홀트아동복지회.
- 홍선미(2009). 정부의 긴급복지지원 확대 한시생계보호 등이 무한돌봄사업에 미치는 영향 분석. 경기복지재단.
- 홍선미, 민소영, 한소정, 성은미(2010). 무한돌봄센터 사례관리 매뉴얼. 경기복지재단.
- 홍선미(2010). 위기가구지원을 위한 지역사회관리체계 구축방안. 한국사회복지행정학, 12(1), 337-362.
- 홍선미(2013). 공공사례관리도입에 따른 지역복지기관의 사례관리 기능. 한국사회복지행정학회 학술대회 자료집, 95-107.
- 홍성대, 이대영, 박경희, 박지영, 윤태상, 한설희, 김상희(2011). 통합적 사례관리 및 자원관리 방안 마련을 위한 연구 I :통합사례관리체계 구축 방안. 보건복지부·한국보건복지정보개발원.
- 황성철(1995). 사례관리 실천을 위한 모형개발과 한국적 적용에 관한 연구. 한국사회복지학, Vol. 27, pp.275-304.
- 황정임, 윤덕경, 이미정, 김영란, 주재선, 김동식, 이인선, 정수연, 김현정, 김은경(2013). 2013년 성폭력 실태조사. 한국여성정책연구원.
- Aguilera, D. C., & Messick, J. M. (1982). Crisis intervention: Therapy for psychological emergencies. Plume.
- Appleby L, Cooper J, Amos T, & Faragher B(1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35, Britain Journal of Psychiatry, 175, 168-74.
- Brammer, L. M., & MacDonald, G. (2003). The helping relationship: Process and skills . Allyn & Bacon.

- Beaujot, R. (1988). The Family in Crisis?. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 305-311.
- Cooper, & Jayne. (1999). Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide, *Journal of Clinical Nursing*, 8(4), 468-72.
- Early, T. J. & J. Poertner(1995). Examining current approaches to case management for families with children who have serious emotional disorders. In B. Friesen and J. Poertner, Eds. *From case management to service coordination for children with emotional, behavioral or mental disorders: Building on family strengths*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes. pp. 37-59.
- France K (1990). *Crisis Intervention: A Handbook of Immediate Person-to-Person Help*. Second Edition. Springfield: Charles C Thomas Publishers.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory.
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kouppasalmi KI, et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp.935-940.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Intagliata, J. 1982. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), pp.655-674.
- Landberg J. (2009). Per capita alcohol consumption and suicide rates in the US, 1950-2002. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 34(4), pp.453-459.
- LIPMAN-BLUMEN. (1973). Role De?Differentiation as a System Response to Crisis: Occupational and Political Roles of Women*. *Sociological Inquiry*, 43(2), 105-129.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Moscicki EK. (1985), Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. new York, NY, Guilford,

pp.22-35.

- Moore, Stephen(1992). Case Management and the Integration of Services: How Service Delivery Systems Shape Case Management. *Social Work*, Vol. 37 No. 5, pp. 418-23.
- Moxley, D.(1989). The practice of case management. Newberry Park, CA: Sage Publication.
- OECD(2012). Health Status Data. Statistics and Indicators for 34 Countries.
- Platt S(1984). Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 19, pp.93-115.
- Richard K. James., Burl E. Gilliland(2005). *Crisis Intervention Strategies*(5th edition). Cengage Learning. 한인영, 장수미, 최정숙, 박형원, 이소래, 이혜경(역). 2008. 위기 개입. 나눔의 집.
- Rothman, J. (1991). A model of case management: Toward empirically based practice. *Social Work*, 36(6), 520-528.
- Sands, R. 2001. "Community Care of Persons with Severe Mental Illness: Case Management and Community Resources". In *Clinical Social Work Practice in Behavioral Mental Health : A Postmodern Approach to Practice with Adults*. USA: Allyn and Bacon.
- Weyerer S, Wiedenmann A(1995). Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 76, pp.1331-1341.
- Woodside, M. & T. McClam(2006). *Generalist case management: A method of human service delivery*(3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

부록 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사 결과 <<

□ 조사개요

- 조사대상: 보건복지 분야 상담사례관리 관련 사업 및 수행기관
 - 희망복지지원단, 노인보호전문기관 및 치매상담센터, 아동보호전문기관, 드림스타트센터, 가정위탁지원센터, 지자체에서 수행하는 의료급여사례관리, 국민연금공단의 장애인 관련 사업, 지역자활센터 및 고용복지플러스센터, 정신건강증진센터 등임.
- 조사기간: 10월 28일~11월 6일
- 조사방식: 공무원을 대상으로 온라인으로 자료 수집
- 조사내용: 기관명, 사업명, 사업목적 및 사업대상, 사업내용, 제공인력 자격기준, 설치지역, 예산, 운영주체, 인력현황, 2014년 사업실적 등(부표 1 참조).

〈부표 1〉 조사내용

부 문	사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사
요약표 (9개 항목)	① 기관명 ② 담당(담당부서/담당자/연락처) ③ 사업명 ④ 사업목적 ⑤ 사업대상 ⑥ 사업내용(대상자 발굴/육구평가/서비스 제공계획/협의체구성·사례회의/서비스 연계/사례종결/직접 제공서비스) ⑦ 제공인력 자격기준 ⑧ 설치지역(설치단위/설치 시·도수/설치 시·군·구수) ⑨ 예산
설치지역 및 운영현황 (7개 항목)	① 사업수행기관 ② 시도 ③ 시군구 ④ 주소 ⑤ 운영주체 ⑥ 인력현황(사례관리/서비스/행정) ⑦ 사업수행실적(대상자 발굴/육구평가/서비스 연계(타 기관 의뢰/타 기관으로부터 의뢰 받음)/사례종결(사례관리대상자수/종결사례수)/직접서비스/비고

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

□ 상담사례관리 관련 수행기관별 사업내용

〈부표 2〉 상담사례관리 관련 사업 수행기관의 사업명, 사업목적 및 사업대상

구분		사업명	사업목적	사업대상
공공	희망지원단	통합사례관리사업	•위기가구 및 취약계층을 신속 발굴하고 복지대상자의 욕구파악, 공공민간자원 발굴관리 등 맞춤형 복지서비스 제공	•복지욕구를 가진 주민 •탈빈곤·자활지원가능 가구 •통합사례관리를 통해 빈곤예방지원가능가구
노인	노인보호전문기관	노인학대 예방사업	•노인학대사례의 전문적이고 체계적 대체와 노인권익 보호 •노인학대예방 및 노인인식개선 등을 통한 노인의 삶의 질 향상 도모	•만 60세 이상의 학대 피해 노인
	치매센터	치매검진사업	•지역사회 치매예방 및 관리사업 수행, 치매 노인 등록, 관리 및 상담, 지원 등의 서비스 제공을 통해 치매노인이 보다 건강한 삶을 누릴 수 있도록 함	•만 60세 이상 노인
		치매노인사례관리사업	•지역사회 치매예방 및 관리사업 수행, 치매 노인 등록, 관리 및 상담, 지원 등의 서비스 제공을 통해 치매노인이 보다 건강한 삶을 누릴 수 있도록 함	•보건소등록 치매환자
아동	아동보호전문기관 및 피해아동 보호	아동학대 예방 및 피해아동 보호	•아동학대 예방강화 및 피해아동에 대한 적극적인 보호를 통해 아동의 안정적인 성장 환경 조성 및 권리 증진 도모	•만18세 미만 학대피해아동과 가족 및 학대행위자
	드림스타트센터	취약계층아동 통합서비스지원사업	•취약계층 아동에게 맞춤형 통합서비스를 제공하여 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하고 공평한 출발기회를 보장함으로써 건강하고 행복한 사회구성원으로 성장 할 수 있도록 지원	•전국 0세(임산부)~만12세(초등학생이하)아동 및 가족
	가정위탁지원센터	가정위탁 지원 운영	•보호가 필요한 아동의 가정위탁, 위탁가정 발굴 및 위탁아동의 사후관리 강화, 지역가정위탁지원센터 통합·지원 기능을 통해 가정위탁사업 활성화 및 아동의 가정보호 및 건전육성 도모	•가정위탁아동

구분	사업명	사업목적	대상
공공	의료급여사례관리	의료급여수급자의 건강관리능력 향상, 합리적 의료이용 유도 등을 통해 건강, 삶의 질 향상과 의료급여 재정 안정화 도모	의료급여수급자
	국민연금공단	신규 등록 장애인에게 종합상담을 통해 필요 서비스를 확인하고 대상자가 활용할 수 있는 복지서비스를 안내하거나 서비스 이용을 연계하여 자립 등 생활안정을 지원	사업지역 내 신규 등록 장애인과 기존장애인 중 희망자
		장애인서비스 판정도구 및 전달체계 모형을 시범사업을 통해 적정성 및 본 사업의 실현 가능성 점검	시범사업 수행 6개 지자체 관할 지역 거주 장애인
	지역자활센터	자활사업 참여자의 개인별 자활방향 수립을 지원하고, 자활을 위해 필요한 서비스 연계와 조정, 점검 및 사후 관리를 통해 자립역량강화 및 자활 촉진	자활사업 참여자(조 건부수급자, 차상위자, 일반수급자)
	고용복지플러스센터	다양한 고용·복지 기관들이 공급자 입장에서 각각 서비스를 제공하던 것에서 벗어나, 국민들이 한곳에서 편리하게 one-stop 서비스를 제공받을 수 있도록 고용·복지 전달체계 혁신	근로 빈곤층
보건	정신건강증진센터	중증 및 초발 정신질환관리	만 19세 이상 정신질환을 갖고 있는 대상
		아동·청소년 정신건강증진	만18세 이하 아동·청소년
		자살예방사업	전 국민(해당 지역 주민)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

□ 상담사례관리 관련 수행기관의 통합상담사례관리 사업 개요

〈부표 3〉 사례관리 수행기관의 사업내용: 희망복지지원단, 노인 및 아동보호 전문기관

사업내용	희망복지지원단	노인보호전문기관	아동보호전문기관
대상자 발굴	<ul style="list-style-type: none"> •복합적인 욕구를 가진 사례관리대상자 의뢰 (읍면동→시군구 희망복지지원단) •유관기관 의뢰, 지역주민 의뢰를 통한 발굴 및 지역사회 취약계층 직접 발굴 	<ul style="list-style-type: none"> •지역사회 현황 파악, 연계체계 구축 및 교육·홍보 •유관기관 의뢰, 지역사회네트워크 연계(희망복지지원단, 건강보험공단, 경로당, 노인돌봄기본서비스 생활관리사 등)를 통한 발굴 및 지역사회 취약계층 직접 발굴 •129, 119, 경찰 및 유관기관으로 부터 연계 사례 발굴 	<ul style="list-style-type: none"> •112 또는 아동보호전문기관을 통한 신고접수를 진행하고, 접수된 사안에 대해 아동학대의심사례와 일반상담을 구분하여 현장조사 실시여부 결정 •신고접수된 사례의 응급성 정도 및 아동의 안전여부, 학대의 피해정도 여부, 아동보호 전문기관의 개입방안 등을 파

사업내용	희망복지지원단	노인보호전문기관	아동보호전문기관
욕구평가	<ul style="list-style-type: none"> •주사례관리사를 통한 심층사정평가 시행(심층면담+위기도조사) •욕구조사후 사례회의를 통해 대상자 구분(사례관리가구, 서비스연계가구, 미선정가구) *대상가구의 특성 및 가용자원 등을 감안하여 개입 기간을 기준으로 1개월 이상 예상 시 사례관리 가구로, 1개월 미만 예상 시 서비스연계가구로 구분 	<ul style="list-style-type: none"> •욕구평가 대상: 학대피해노인 및 학대행위자 등 •평가방법: 신고접수 및 현장소 등에서 수집된 정보를 바탕으로 심층사정 *심층사정 내용: 신고자 및 학대피해노인, 주변인 진술, 피해노인의 안전, 위급성, 적합성 등을 파악, 학대피해노인 및 학대행위자 욕구, 가계도 및 생태도 활용 	<ul style="list-style-type: none"> •악하기 위해 기초정보 수집 •(현장조사) 아동보호전문기관 상담원이나 사법경찰관리가 피해아동 또는 학대행위자 등 관계인을 대상으로 학대발생 여부 확인
서비스 제공계획	<ul style="list-style-type: none"> •사례관리가구의 경우, 표현 욕구 및 잠재 욕구를 파악하여 주사례관리자가 서비스 제공계획 수립(공공서비스우선 지원) •서비스 연계가구의 경우, 민간 및 타사례관리 사업 등자원 연계(개인상담, 심리치료, 후원금(품)) 	<ul style="list-style-type: none"> •수립주체: 지역노인보호전문기관 •수립기준: 학대피해노인 및 학대행위자의 특성과 사정결과를 기준으로 개입계획 수립 •계획에 포함되는 내용: 학대피해노인에 대한 상담, 복지, 법률, 의료서비스 등 연계방안 	<ul style="list-style-type: none"> •학대유발 요인을 제거하거나 감소하고 가족기능을 강화하기 위한 피해아동·학대행위자·부모 및 가족의 당면과제 및 욕구, 주변자원 등을 바탕으로 아동보호전문기관에서 서비스 계획을 수립
협의체 구성/사례회의	<ul style="list-style-type: none"> •사례회의 *대상자선정 및 계획수립, 서비스 •모니터링(사후관리)은 읍면동수행 *사례관리가구는 종결후 6개월에 1회씩 2번 실시 *서비스연계가구는 종결후 6개월에 1회 *가구별 특성고려하여 주기수립 *사례관리 가구에 대해 종결후 만족도 조사 실시 	<ul style="list-style-type: none"> •사례판정위원회 구성·운영 *참여기관: 노인보호전문기관, 법률·의료·관계공무원·노인복지분야 교수 또는 노인(사회)복지 전문가 각 1인 이상(최소 6인 이상구성) *개최빈도: 최소 분기별 1회 이상 *논의내용: 사례 개입 및 처리방향 논의 및 조언, 사례판정이 어려운 사례 등 •자체사례 회의 *운영주체: 해당 지역노인보호전문기관 *해당 기관의 역할: 노인학대 의심사례의 사례판정 및 서비스제공계획 등 사례 전반에 대한 논의 *참여빈도: 주1회 이상 •모니터링 *노인학대사례 모니터링은 회수에 제한 없이 상시 모니터링 	<ul style="list-style-type: none"> •아동학대사례전문위원회 구성·운영 *운영주체: 지역 아동보호전문기관 *참여기관: 지역아동보호전문기관장, 시도 또는 시군구의 아동학대 담당 공무원, 아동학대 담당 경찰관, 검사, 판사, 의사, 법학·아동복지학·사회복지학·심리학 관련 전문가 등 *개최빈도: 평균 연 12회 •자체사례회의 *지역아동보호전문기관 내 아동학대사례 판단 시, 아동학대사례 서비스 계획 및 사례 종결시 등 수시로 개최됨. •아동보호전문기관 주관 네트워크 회의 *지역 내 위급한 아동학대사례 발생 시 지역사회 유관기관을 위해 사례 개입을 위한 통합사례회의 등을 진행 *개최빈도: 평균 연 30회
서비스	<ul style="list-style-type: none"> •공공서비스 우선 지원 	<ul style="list-style-type: none"> •복지서비스 연계 	<ul style="list-style-type: none"> •드림스타트, 희망복지지원체

사업내용	희망복지지원단	노인보호전문기관	아동보호전문기관
연계	<ul style="list-style-type: none"> 지역내 자원을 욕구와 매칭하여 지원 예) 정신질환자 관리 및 검사 : 정신건강증진센터 	<ul style="list-style-type: none"> *지자체를 통해 국민기초생활수급, 긴급복지지원, 재가서비스 등 관련기관에 연계 •법률서비스 연계 *학대행위자 고소 고발 관련하여 법률 자문 연계 •의료서비스 연계 *응급치료가 필요한 경우 119구급대 또는 의료기관에 지원 요청(연계) *기타 의료 지원이 필요한 경우 지역사회 의료기관으로 연계 •보호서비스 연계 *응급사례인 경우 학대피해 노인 및 보호자 동의 하에 장기요양기관에 연계 *학대피해노인전용쉼터 입소 *쉼터 입소 후 원가정복귀가 어려운 피해노인에게 전국 지정양로시설(52개소)에 연계 	<ul style="list-style-type: none"> 단 등 사례관리 수행기관과 연계 •지역 정신건강지원센터 및 치료기관과 연계 •아동복지시설(일시보호소, 양육시설, 지역아동센터 등)과 연계 •해바라기아동센터 등 성폭력 및 가정폭력피해자 지원기관과 연계
사례종결	<ul style="list-style-type: none"> •사례관리의 개입목표가 달성되었거나 거부 등의 사유로 사례관리 개입이 불가능할 경우 위기도 조사 실시 후 사례회의를 통해종결 여부 결정 *장(단)기목표달성, 상황호전, 이사, 사망, 거절, 포기, 연락두절 등 •종결 후 읍면동 및 연계기관을 통한 사후관리 수행 	<ul style="list-style-type: none"> •종결 판단 주체: 노인보호전문기관 내 자체사례회의 또는 사례판정위원회 개최 •종결방법 : 노인학대 종결여부의 적절성 판단을 위한 "노인학대사례 종결지표" 활용하여 자체 사례회의로 종결 여부 결정 *종결 후 학대피해노인의 안전 유지, 재학대 예방 등을 위하여 일정기간 동안 사후관리 실시 	<ul style="list-style-type: none"> •다음의 경우 사례를 종결평가 시점으로 고려함 *학대재발 위험사유 감소, 피해아동 아동연령 초과, 피해아동 장기보호조치, 피해아동 사망, 학대행위자 사망, 타기관 의뢰 •사례종결에 대해 자체사례회의를 통한 평가 실시 *학대 재발 위험요소 감소 여부 *사례관리 개입목표 달성정도 검토 *사후관리계획 수립
직접제공 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 개별상담, 집단프로그램, 정서지지, 대상자 옹호 등 제공 	<ul style="list-style-type: none"> •지역노인보호전문기관 *학대피해노인 및 학대행위자 개별상담, 집단상담, 가족상담, 가족 상담, 심리 및 기타 검사 등 •학대피해노인전용쉼터 *학대피해노인의 일시보호 및 심리치유 프로그램 제공 	<ul style="list-style-type: none"> •상담서비스: 개별상담, 집단상담, 기관상담, 주변인상담 •의료서비스: 검진 및 검사, 입원치료, 통원치료 •심리치료서비스: 심리검사, 심리치료 •가족기능강화서비스: 가정지원서비스, 사회복지서비스기관연결, 공적지원연결 •일시보호서비스 •사건처리지원서비스 등

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 4〉 사례관리 수행기관의 사업내용: 치매센터

사업내용	치매센터	
	치매검진사업	치매노인사례관리사업
대상자발굴	<ul style="list-style-type: none"> 지역주민 대상 안내문 발송, 관련 행사 시 홍보 취약지역 경로당, 노인복지관 등 방문하여 대상자 직접 발굴 	<ul style="list-style-type: none"> 등록 치매환자 방문관리
욕구평가	<ul style="list-style-type: none"> 치매상담센터에서 치매 선별검사(MMSE-DS) 실시 	
서비스제공계획	<ul style="list-style-type: none"> 보건소별 자체계획 수립 	<ul style="list-style-type: none"> 보건소별 자체계획 수립
협의체구성/사례회의	<ul style="list-style-type: none"> 시군구 및 보건소별 자체계획에 따라 운영 	<ul style="list-style-type: none"> 시군구 및 보건소별 자체계획에 따라 운영
서비스 연계	<ul style="list-style-type: none"> 선별검사 후 필요 시 협약병원의 진단검사, 감별검사 연계 치매군은 치매환자 등록관리를 통해 장기요양, 돌봄서비스 등 연계, 정상 또는 치매고위험군은 치매예방프로그램 연계 	<ul style="list-style-type: none"> 치매군은 치매환자 등록관리를 통해 장기요양, 돌봄서비스 등 연계, 정상 또는 치매고위험군은 치매예방프로그램 연계 지역 내 사회복지서비스 연계
사례종결	<ul style="list-style-type: none"> 센터 자체적으로 결정 	<ul style="list-style-type: none"> 사례관리 지원인력 등 센터 자체적으로 결정
직접제공서비스	<ul style="list-style-type: none"> 치매 선별검사, 치매노인 등록, 치매노인 및 가족 상담, 치매치료비지원 등 서비스 연계, 재가치매노인 방문관리, 치매예방사업 등 	<ul style="list-style-type: none"> 치매 선별검사, 치매노인 등록, 치매노인 및 가족 상담, 치매치료비지원 등 서비스 연계, 재가치매노인 방문관리, 치매예방사업 등

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 5〉 사례관리 수행기관의 사업내용: 드림스타트 및 가정위탁지원센터

사업내용	드림스타트	가정위탁지원센터
대상자발굴	<ul style="list-style-type: none"> 가정방문을 통한 드림스타트 자체 발굴 및 개별(본인 및 타인) 및 관련기관(읍면동, 지역아동센터, 아동보호전문기관, 학교 등)의뢰 접수 	<ul style="list-style-type: none"> 후원지원을 위해 지역가정위탁지원센터 추천을 받아 대상자 발굴
욕구평가	<ul style="list-style-type: none"> 욕구조사: 대상자 및 가구구성원을 통해 표출된 욕구를 파악하고 파악된 욕구와 사례관리자의 전문적 판단을 추가하여 정보를 종합적으로 파악 양육환경 및 아동발달 사정: 드림스타트 통합 사례관리 개입 여부, 서비스 개입 방향 수준 등을 결정하기 위한 과정 (2015 드림스타트 사업안내 P.54.55) 	<ul style="list-style-type: none"> 연1회 만족도 조사를 하고 있음(표본)
서비스제공계획	<ul style="list-style-type: none"> 대상자의 장/단기목표 달성을 위한 서비스 제공 전략(서비스제공자, 전달방법, 제공 횟수 및 시간, 서비스 비용 및 부담, 평가방법 등)을 구체적으로 수립하는 과정 	
협의체구성/사례회의	<ul style="list-style-type: none"> 아동복지기관협의체: 지역 내 아동복지기관 간의 정보 공유 및 아동복지서비스 연계/조정 *구성: 위원장 아동부서 담당 국(과)장이 위원장, 공무원, 아동복지시설 및 관련기관의 장 등 위원으로 구성(운영위원회, 아동복지기관협의체, 수퍼비전) 	<ul style="list-style-type: none"> 지역가정위탁지원센터 담당 상담원이 모니터링

사업내용	드림스타트	가정위탁지원센터
서비스 연계	<ul style="list-style-type: none"> •아동복지기관협의체: 지역 내 아동복지기관 간의 정보 공유 및 아동복지서비스 연계/조정 *구성 : 위원장 아동부서 담당 국(과)장이 위원장, 공무원, 아동복지시설 및 관련기관의 장 등 위원으로 구성(운영위원회, 아동복지기관협의체, 수퍼비전) 	
사례종결	<ul style="list-style-type: none"> •제공된 서비스에 대한 장/단기목표 달성 여부와 대상 아동 및 가족에게 바람직한 변화를 가져왔는지를 판단하여 종결여부를 결정하는 단계 •종결 후 사후관리 실시여부 및 사후관리일정과 내용을 포함하는 사후관리 계획 수립 	
직접제공서비스	<ul style="list-style-type: none"> •지역사회 내 연계할 자원이 부족한 경우 드림스타트 서비스예산으로 서비스를 구성하여 제공 	<ul style="list-style-type: none"> •후원지원 서비스(장학금 지급, 양육물품 지원 등)

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 6〉 사례관리 수행기관의 사업내용: 의료급여사례관리 및 국민연금공단

사업내용	의료급여사례관리	국민연금공단	
		장애인서비스연계지원	장애등급제 개편시범사업
대상자발굴	의료급여사례관리대상자 명단통보(심명원 등→지자체) 및 지자체에서 시스템(의료급여종합정보시스템 등)을 통해 대상자 발굴	<ul style="list-style-type: none"> •사업지역내 신규 등록 장애인 •기존 장애인 중 신청자 •장애인활동지원 신청자 중 등급외 및 등급하락자 	<ul style="list-style-type: none"> •신규 및 기존 등록 장애인 중 희망자
욕구평가	의료급여관리사가 사례관리 대상자에게 전화 또는 방문하여 욕구사정 수행	종합상담 신청자에게 출장을 통해 이용자의 장애상태, 경제상황, 근로능력, 개인별 욕구 등 개입의 시급성을 종합적으로 파악	<ul style="list-style-type: none"> •장애인등록자를 대상으로 전문가(복지플래너)가 욕구조사 시행(심층면담+사정평가도구)
서비스제공계획	의료급여관리사가 욕구 사정을 토대로 수행 활동 위주로 계획을 수립	종합상담의 결과를 중심으로 대상자의 여건에 따라 사례를 구분하고 적절한 서비스 제공을 위해 사례회의 및 서비스위원회를 개최하여 서비스지원 종합계획을 수립하는 등 효율적인 지원방안 모색	<ul style="list-style-type: none"> •국민연금공단의 욕구조사를 바탕으로 공공·민간 서비스를 연결하는 개인별이용계획을 수립
협의체구성/사례회의	<ul style="list-style-type: none"> • 사례회의 * 대상자의 욕구 또는 복합적 문제를 유관기관과의 협력체계 구축 및 다각적인 접근을 통해 사례관리사업의 효율성 도모 * 유관부서와 회의, 사례검토회의 	<ul style="list-style-type: none"> •서비스위원회 구성·운영 *운영주체: 국민연금공단 사업수행지사 *참여기관: 지역 내 복지기관 관계자 및 장애인전문가 등 *개최빈도: 월1회 ※20개 지사에서 서비스위원회를 구성하여 운영 중(서비스위원은 지사당 5~50명씩 위촉하여 현재 280명으로 운영중임) •사례회의 	<ul style="list-style-type: none"> •사례회의 *운영주체: 국민연금공단 *개인별이용계획수립의 적정성 등 논의 •장애인서비스심의위원회 구성·운영 *운영주체: 시·군·구 *참여기관: 지자체, 서비스제공기관(공공, 민간) *개최빈도: 월1~2회 •모니터링 *운영주체: 국민연금공단

사업내용	의료급여사례관리	국민연금공단	
		장애인서비스연계지원	장애등급제 개편시범 사업
		<p>*서비스제공 기본계획이 완료된 사례를 수시로 지사 업무수행자 전체회의를 통해 추가적인 자원 연계 등 이용계획에 대한 논의 및 검증</p> <p>•모니터링</p> <p>*서비스 연계·의뢰 후 1개월 경과 시점에서 서비스의 실질적인 이용 상황을 확인하고 변화된 욕구 등을 파악하여 추가적인 서비스 연계·의뢰</p> <p>*서비스 이용과 특이사항이 없는 경우 첫번째 모니터링으로 종결하고 지속관리가 필요한 대상자는 최대 6개월까지 관리</p>	<p>*서비스이용 여부 및 미이용사유 등 확인</p>
서비스 연계	사례관리 대상자에게 적합한 지역사회 내 자원 및 서비스 기관 등 연계 수행	<p>•공공기관 및 지역 민간 복지서비스 해당기관에 연계 수행</p>	<p>•장애인의 욕구를 해소할 수 있는 공공서비스가 있고 자격요건에 해당하는 경우 해당 서비스로 연계</p> <p>•장애인의 욕구를 해소할 수 있는 공공서비스가 있으나 자격요건에 해당하지 않는 경우 또는 공공서비스가 없는 경우, 욕구에 대응하는 민간서비스 연계</p>
사례종결	<p>의료급여관리사가 사례관리 대상자 요구 성과지표를 활용하여 사후 평가를 실시하고 목표달성 여부 확인 후 종결(재 개입 가능)</p> <p>*최장 12개월까지 전화·방문을 통해 서비스를 제공하고 모니터링 실시</p>	<p>•다음의 경우 사례를 종결</p> <p>*종합상담을 신청하여 상담 중 사망 및 신청 취소 등으로 상담진행이 불가능한 경우</p> <p>*서비스 연계·의뢰 후 1개월 경과 시점에서 모니터링을 실시하고 서비스 이용 후 특이사항이 없는 경우</p> <p>*지속관리가 필요한 대상자는 최대 6개월까지 관리</p>	<p>•다음의 경우 사례를 종결</p> <p>*개인별이용계획의 심의위원회 심의결정·서비스연계 후 모니터링 및 추가서비스 연계하고 종결</p>
직접제공서비스	<p>•수급권자의 건강관리 능력 향상을 위한 교육 및 상담</p> <p>•의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담</p> <p>•의사의 의료와 보전지도 및 약사의 복약지도에 대한 수급권자의 이행여부 모니터링 등 요양방법의 지도</p> <p>•수급권자와 보장시설 등 보건복지자원과의 연계 등</p>		

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 7〉 사례관리 수행기관의 사업내용: 지역자활센터 및 고용복지플러스센터

	지역자활센터	고용복지플러스센터
대상자발굴	본인요청, 의뢰(지자체, 타기관 등), 참여자 발굴	•고용복지플러스 센터 방문자
육구평가	게이트웨이를 통한 육구사정: 취·창업육구, 취·창업장애요인, 근로역량, 자원 및 강점	•취업 및 복지 육구가 있는 내방자들에 대하여 상담 실시 및 관련 서비스 연계 *별도 육구사정·평가 도구 없음
서비스제공계획	자활경로 및 지원계획: IAP, ISP작성	•한 공간에서 다양한 고용과 복지 서비스를 통합 제공
협의체구성/사례회의	<ul style="list-style-type: none"> •사례회의(월 1~2회, 사례관리팀 전원) •센터전체회의(월 1회, 실장 및 사업단 담당자 등 전 직원 참석) •통합사례회의(상반기, 하반기/권역별) •긴급시안에 대해서는 비정기적으로 회의를 개최하여 조치 	<ul style="list-style-type: none"> •사례회의 *운영주체: 고용복지센터 *참여기관: 고용복지센터, 복지공무원, 일자리 제공 기관 등 *개최빈도: 매주 또는 필요시 *논의대상: 상담자에 대한 서비스 연계 방안 등
서비스 연계	<ul style="list-style-type: none"> •자활프로그램 발굴연계·모니터링 *사업단 연계·유지, 취·창업지원, 자산형성 지원 *복지서비스 및 자원연계(심리정서/경제/교육/법률/의료/주거/기타서비스) 	고용부, 여가부 등 일자리 제공 기관 및 국민기초생활 수급 신청 등
사례종결	자활사업 종료 시	
직접제공서비스	근로기회 제공 및 취업알선 등	일자리 제공

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 8〉 사례관리 수행기관의 사업내용: 정신건강증진센터

	정신건강증진센터		
	중증 및 초발정신 질환관리	아동·청소년 정신건강증진	자살예방사업
대상자발굴	<ul style="list-style-type: none"> •발굴 방식: 직접발굴 및 지역사회 의뢰를 통해 대상자 발굴 •역할: <ul style="list-style-type: none"> *홍보 및 교육, 회의 주최: 지역사회 즉 방문보건팀, 지역주민센터, 복지관, 의료급여사례관리사, 정신의료기관경찰 등 유관기관에 정신건강증진센터 역할 및 기능, 등록대상군에 대한 정보 제공 *초기상담 진행: 정신건강문제 유무 및 유형, 심각도 파악을 위한 초기 평가 진행 	<ul style="list-style-type: none"> •발굴 방식: 직접발굴 및 지역사회 의뢰를 통해 대상자 발굴 •의뢰기관: <ul style="list-style-type: none"> *학교(정서행동특성검사 포함), 지역아동센터, 청소년상담센터, wee 센터, 아동학대예방센터, 정신의료기관, 아동복지시설 등 •역할: <ul style="list-style-type: none"> *홍보 및 교육, 회의 주최: 학교를 비롯한 아동관련 유관기관과 정기적인 회의, 교육, 홍보를 통해 정신건강증진센터 역할 및 기능, 등록대상군에 대한 정보 제공 *초기상담 진행: 정신건강문제 유무 및 유형, 심각도 파악을 위한 초기 평가 진행 	<ul style="list-style-type: none"> •지역사회 현황 파악 연계 체계 구축 및 교육·홍보->유관기관 의뢰, 경찰청, 소방방재청등의 자살시도자 의뢰, 지역주민 의뢰를 통한 발굴 및 지역사회 취약계층 직접 발굴
육구평가	•정신질환 진단군 -> 동의	•소아기 및 청년기에 주로	•발굴대상자 대상 심층사정

	정신건강증진센터		
	중증 및 초발정신 질환관리	아동·청소년 정신건강증진	자살예방사업
	<p>시 등록 및 사례관리</p> <p>1)초발: PANSS, SUMD, HoNos, SIPS, 자살사고 평가, CANSAS 등</p> <p>2)중증: 대상자의 병력, 기능, 증상과 관련한 전반적인 상태를 심층사정평가 수행 (사정평가도구는 GAF, QOL, BPRS, MCAS, HoNos, 자살사고 평가, CANSAS 등을 활용)</p> <p>•정신질환 진단이 없는 군 -> 치료 연계 및 등록(사례관리서비스 제공) 혹은 정보제공 후 종결</p> <p>1)정신건강문제 의심군(전구기): SIPS, PANSS, 자살사고 평가, QOL 등(심층사정평가 후 치료기관 연계, 대상자 동의 시 등록하여 사례관리서비스 제공)</p> <p>2)정신건강문제 없는 군: 정보제공 및 추후 어려움 발생 시 도움받을 수 있도록 상담전화번호 안내</p>	<p>발병하는 행동 및 정서장애를 가진 진단군(F90-98) ->등록 및 사례관리</p> <p>(주로 adhd 등 행동문제, 정서문제, 자살사고 등 문제)</p> <p>1)심층사정평가 제공: 자살평가, SDQ-kr, K-ARS, CASS, RCMAS, ESI, K-CBCL, CDI, MMPI, K-WISC, K-WAIS 등 (직접 수행 및 전문가 의뢰)</p> <p>•소아기 및 청년기 주요문제를 보이는 군 -> 치료 연계 및 사례관리</p> <p>*예를 들어 우울 등 정서문제, ADHD 등 행동문제, 식사장애 문제 등의 정신건강문제가 평가될 경우</p> <p>•정신건강문제 없는 군: 정보제공 및 추후 어려움 발생 시 도움받을 수 있도록 상담전화번호 안내</p>	<p>평가 시행 (심층면담 + 사정평가도구)</p>
서비스제공계획	<p>•CANSAS 도구를 활용하여 욕구사정 결과를 통해 4개 군으로 분류</p> <p>*위기관리군: CANSAS 욕구사정 결과 미충족 항목의 심각도가 하나 이상 4로 체크된 대상자(자타해 위험 등 24시간 이내 긴급하게 서비스가 제공되어야 하는 대상)</p> <p>*집중사례관리군: CANSAS 욕구사정 결과 미충족 항목의 심각도가 하나 이상 3으로 체크된 대상자(월 2회 이상 집중서비스 제공)</p> <p>*유지관리군: CANSAS 욕구사정 결과 미충족 항목의 심각도가 하나 이상 2로 체크된 대상자(최소 3개월에 1회 이상 사례관리서비스 제공)</p>	<p>•cansas 도구 활용 혹은 ISP(개별화된 서비스계획수립)를 통해 위기관리, 집중사례관리, 유지관리의 기준을 두고 사례회의를 통해 사례관리 빈도 및 개입 방향 등을 설정하고 있음.</p> <p>*아동청소년: 단기집중사례관리군이 대부분이며,아동청소년을 포함하여 보호자, 교사 등에게 서비스 제공</p> <p>*위기관리군: 자타해 위험 등 24시간 이내 긴급하게 서비스가 제공되어야 하는 대상</p> <p>*집중사례관리군: 월 2회 이상 집중서비스 제공</p> <p>*유지관리군: 최소 3개월에 1회 이상 사례관리서비스 제공</p>	<p>•대상자 욕구와 위기상황을 고려하여 정신건강증진센터에서 서비스 제공계획 수립(개인상담, 집단프로그램 등 포함)</p>

	정신건강증진센터		
	중증 및 초발정신 질환관리	아동·청소년 정신건강증진	자살예방사업
	<p>*일시관리군: 정기적인 평가나 점검의 필요가 있는 경우, CANSAS 욕구사정 결과 미충족 항목은 존재하나 심각도가 모두 1인 경우(3개월에서 6개월에 최소 1회 이상 서비스 제공)</p>		
협업체구성/사례회의	<ul style="list-style-type: none"> •사례회의 *운영주체/참여기관: 정신건강증진센터 *참여자: 정신과전문의, 사례관리자 *빈도: 주 1회 *내용: 센터 등록 및 비등록군 서비스계획수립, 목표, 개입 방안 논의 •연합사례회의 *운영주체: 정신건강증진센터 혹은 지역 유관기관(지역 및 사례에 따라 상이-주관하기도 하고 참여하기도 함) *참여기관: 사회복지기관, 병원, 다문화가족지원센터, 기타 유관기관 등 *빈도: 분기별 1회 이상 *내용: 의뢰연계 사례 개입 논의 및 모니터링 •지역사회복지협의체 회의 참여 	<ul style="list-style-type: none"> •사례회의 *운영주체/참여기관: 정신건강증진센터 *참여자: 정신과전문의, 사례관리자 *빈도: 주 1회 *내용: 센터 등록 및 비등록군 서비스계획수립, 목표, 개입 방안 논의 •연합사례회의 *운영주체: 정신건강증진센터 혹은 지역 유관기관(지역 및 사례에 따라 상이-주관하기도 하고 참여하기도 함) *참여기관: 사회복지기관, 병원, wee센터, CYS-net, 청소년상담복지센터, 기타 유관기관 등 *빈도: 분기별 1회 이상 *내용: 의뢰연계 사례 개입 논의 및 모니터링 •지역사회복지협의체 회의 참여 	<ul style="list-style-type: none"> •자살예방사업 협의회 구성·운영 *운영주체: 각 지자체 정신건강증진센터(자살예방센터) *참여기관: 지역 내 정신의료기관, 교육청, 경찰청, 복지시설 등 지역별 특성을 고려하여 구성 *사례회의 및 모니터링: 지자체별, 사례의 특성을 고려하여 케이스별 필요 사항에 대해 논의 *모니터링: 지자체별, 사례 특성, 서비스 등의 등을 통한 모니터링 진행(종결전까지 서비스 동의를 한 자에 한해 지속 모니터링)
서비스 연계	<ul style="list-style-type: none"> •연계기관 *정신의료기관: 임상적 치료를 필요로 하는 대상 *정신질환자종합시설, 정신질환자재활시설 등: 사회복지 재활 및 직업재활에 욕구가 있는 대상 *거주시설: 독립을 준비하는 대상으로 일상생활훈련, 사회기술훈련, 약물관리 등의 서비스 *사회서비스: 소득 및 기준을 충족하고 욕구가 있는 대상 *보건소: 신체질환 관련 문제 대상 *기타 사회복지시설 	<ul style="list-style-type: none"> •연계기관 *정신의료기관: 임상적 치료를 필요로 하는 대상 *아동청소년 사회복지시설: 정서행동심리상담(음악, 미술, 놀이, 모래치료 등) *발달장애아동치료센터 *지역아동센터 *사회서비스: 소득 및 기준을 충족하고 욕구가 있는 대상 *보건소: 신체질환 관련 문제 대상 *기타 사회복지시설(지역 인프라 구축 현황에 따라 연계기관 상이) 	<ul style="list-style-type: none"> •임상적 치료를 필요로 하는 경우는 지역 정신의료기관으로 연계 •욕구파악 후 지역사회자원 연계

	정신건강증진센터		
	중증 및 초발정신 질환관리	아동·청소년 정신건강증진	자살예방사업
사례종결	<ul style="list-style-type: none"> •사례종결 *기준: 사망 혹은 전출, 서비스 거부, 6개월 이상 연락두절 *이를 제외한 경우는 모두 센터에서 사례관리를 제공하나 접촉 빈도가 낮음(최소 6개월 1회) 	<ul style="list-style-type: none"> •사례종결 *기준: 사망 혹은 전출, 서비스 거부일 경우 *이를 제외한 경우는 모두 센터에서 사례관리를 제공하나 접촉 빈도가 낮음(최소 6개월 1회) 	<ul style="list-style-type: none"> •다음의 경우 사례를 종결 *사례회의를 통해 종결이 결정된 경우 *특정 기간 동안 자살사고 및 시도 없을 경우 종결 *사망
직접제공서비스	<ul style="list-style-type: none"> •개별상담: 전화, 방문, 내소 등을 통해 상담서비스 제공(야간일 경우 1577-0199를 통해 상담 제공) •개별 및 집단상담: *필수: 정신건강교육, 증상관리, 약물교육, 가족교육 등 *선택: 해당 지역에 연계기관이 부재한 경우 정신건강증진센터 내부에서 제공(일상생활훈련, 사회기술훈련, 집단상담, 직업훈련, 지역사회적응훈련, 인지행동치료 등) 	<ul style="list-style-type: none"> •개별상담: 전화, 방문, 내소 등을 통해 상담서비스 제공(야간일 경우 1577-0199를 통해 상담 제공) •개별 및 집단상담 : *정신건강증진 프로그램: 학교 내 혹은 센터 내에서 제공(ADHD, 사회성증진, 학교폭력예방, 생명존중교육, 교사교육, 가족교육 등) 	

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

□ 상담사례관리 관련 수행기관의 통합사례관리 실적

〈부표 9〉 사례관리 수행기관의 평균 사업수행실적: 광역단위(2014)

(단위: 건수)

구분		대상자 발굴	요구 평가 (대상자 대비 평가 비율)	서비스연계			사례종결			직접 서비스	(분석대상기관)
				타 기관에 의뢰함 (대상자 대비 의뢰 비율)	타 기관으로부터 의뢰 받음	소개	사례 관리 대상 자수 (A)	종결 사례수 (B)	비율 (B/A)		
노인	노인보호전문기관	391.44 ²⁾	391.44 ²⁾ (100.0)	2.15 ³⁾ (0.55)	6.59	8.743	391.44 ²⁾	122.15	31.21	2205.9	(27)
보건	정신건강증진센터	1,337.7					1,337.7				(17)

주: 1) 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사결과, 광역단위 아동보호전문기관, 가정위탁지원센터, 장애인서비스 연계지원(국민연금공단) 사업 등은 2014년 사례관리 실적이 수집되지 않아 제시하지 않음.
 2) 노인보호전문기관에 2014년 신고 접수된 사례는 10,569건으로 그중 일반사례는 7,037건, 학대사례 3,532건임.
 3) 타 기관에 의뢰한 사례는 총 58건으로 타 지역 노인보호전문기관 의뢰 10건, 기타 타 기관 의뢰 48건으로 조사됨.
 자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 10〉 사례관리 수행기관의 평균 사업수행실적: 시·군·구 단위(2014)

(단위: 건수)

구분		대상자 발굴	육구 평가 (대상자 대비 평가 비율)	서비스연계			사례종결			직접 서비스	(분석대 상기관)
				타 기관에 의뢰함 (대상자 대비 의뢰 비율)	타 기관으 로부터 의뢰 받음	소계	사례 관리 대상 자수 (A)	종결 사례수 (B)	비율 (B/A)		
공공	희망복지지원단	714.56	589.02 (82.4)	523.89 (73.3)		523.89	420.76 (58.9)	194.47	46.22		(229)
노인	치매센터	5626.7		338.1 (4.0)	49.0	387.1	5626.7			5517.1	(254)
아동	아동보호전문기관	321.40	181.56 (56.5)	14.58 (4.5)	103.53	118.11	321.40	42.93	13.36	8517.5	(55)
	드림스타트	469.58	469.58 (100.0)	0	0	0	469.58	99.42	21.2	154.7	(229)
장애인 · 자 활 · 고용	의료급여사례관리	6646	664.6 (100.0)	162.8 (24.5)	0	162.8	6646	664.6	100.0	2806.6	(229)
	장애인서비스 연계지원 (국민연금공단)	262.25	262.25 (100.0)	262.25 (100.0)	0	262.25	262.25	262.25	100.0		(47)
	장애등급제 개편사업 (국민연금공단)	427.5	427.5			0	427.5	427.5	100.0		(6)
	지역자활센터	101.22	101.22 (100.0)	48.2 (47.6)	0	48.2	101.22	35.97	35.5	65.25	(60)

주: 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사결과, 시군구단위 고용복지플러스센터, 정신건강증진센터는 2014년 사례관리 실적이 수집되지 않아 제시하지 않음.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015), 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

□ 상담사례관리 관련 수행기관 설치단위 및 규모

〈부표 11〉 사례관리 수행기관의 설치단위 및 규모(2014)

구분		설치단위(개수)		
		중앙	시도	시군구
공공	희망지원단	희망복지지원단 중앙지원센터(1)		희 망 복 지 지 원 단 (229)
노인	노인보호전문기관	중앙노인보호전문기관 (1)	(시도)지역노인보호 전문기관(16)	
	치매센터	중앙치매센터(1)	(시도)광역치매센터 (16)	(시군구) 보건소 (255)
아동	아동보호전문기관	중앙아동보호전문기관 (1)	(시도) 지역아동보호 전문기관(16)	(시군구) 지역아동보 호전문기관(38)
	드림스타트			(시군구) 드림스타트

구분		설치단위(개수)		
		중앙	시도	시군구
				(229)
	가정위탁지원센터	(중앙) 가정위탁지원센터(1)	(시도) 가정위탁지원센터(16)	
장애인·자활·고용	의료급여사례관리	(중앙) 의료급여사례관리사업지원단(1)	(시도) 의료급여관리사	(시군구) 의료급여관리사
	장애인서비스 연계지원(국민연금공단)			국민연금공단 20개지사(47)
	장애등급제 개편시범사업(국민연금공단)			시군구(6)
	지역자활센터	중앙자활센터	(시도)지역자활센터(14)	(시군구)지역자활센터(60)
	고용복지플러스센터			시군구(22)
보건	정신건강증진센터		(시도) 광역정신건강증진센터(15)	(시군구) 기초정신건강증진센터(209)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

□ 상담사례관리 관련 수행기관의 운영주체

〈부표 12〉 사례관리 수행기관의 운영주체: 광역단위(2014)

(단위: 개소(지자체), (%))

구분		지자체	사단법인	재단법인	사회복지법인	의료법인	비법인 의료기관	전체
노인	노인보호전문기관	1(3.4)	3(10.3)	25(86.2)	0	0	0	29(100.0)
	치매센터	0	0	0	0	13(100.0)	0	13(100.0)
아동	가정위탁지원센터	0	7(41.2)	10(58.8)	0	0	0	17(100.0)
장애인·자활·고용	의료급여 사례관리	17(100.0)	0	0	0	0	0	17(100.0)
보건	정신건강증진센터	6(42.9)	0	8(57.1)	0	0	0	14(100.0)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 13〉 사례관리 수행기관의 운영주체: 시·군·구단위(2014)

(단위: 개소(지자체), (%))

구분		지자체	사단법인	재단법인	사회복지법 인	비법인 의료 기관	전체
공공	희망복지지원단	229(100.0)	0	0	0	0	229(100.0)
노인	치매센터	255(100.0)	0	0	0	0	255(100.0)
아동	아동보호전문기관	3(5.5)	0	52(94.5)	0	0	55(100.0)
	드림스타트	229(100.0)	0	0	0	0	229(100.0)
장애인·자활· 고용	의료급여사례관리	229(100.0)	0	0	0	0	229(100.0)
	장애인서비스 연 계지원(국민연금 공단)	47(100.0)	0	0	0	0	47(100.0)
	장애등급제 개편 시범사업(국민연 금공단)	6(100.0)	0	0	0	0	6(100.0)
	지역자활센터	10(16.7)	7(11.7)	43(71.7)	0	0	60(100.0)
	고용복지플러스센터	22(100.0)	0	0	0	0	22(100.0)
보건	정신건강증진센터	98(40.7)	0	132(54.8)	11(4.6)	0	241(100.0)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

□ 상담사례관리 관련 수행기관의 통합사례관리 수행 인력

〈부표 14〉 수행기관의 통합사례관리 수행 인력 자격기준

구분		사례관리 인력 자격기준	사례관리자 명칭
공공	희망지원단	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사회복지사 1급 자격증을 취득한 후 사회복지분야 근무 경력이 2년 이상인 자 ○ 사회복지사 2급 자격증을 취득한 후 사회복지분야 근무 경력이 4년 이상이고 상담관련자격증*을 보유한 자 *상담관련 자격증에 심리치료 관련 자격증을 포함하되, 자격증 적합여부는 지자체가 자격증 관련 증빙서류를 확인하여 판단할 것 ○ 정신보건사회복지사 2급 이상 자격증을 취득한 후 관련 사회복지분야 또는 보건분야 근무경력이 2년 이상인 자 ○ 간호사 면허증을 취득한 후 관련 사회복지분야 또는 보건분야 근무경력이 2년 이상인 자 	○ 통합사례관리사
노인	노인보호전문기관	<ul style="list-style-type: none"> ○ 사회복지사, 공무원, 의료인, 정신보건전문요원 등에 어느 하나에 해당하는 자로 보건복지부 장관이 정하는 노인학대예방 교육을 이수한 자 ○ 풀타임 전담인력 기준: 일반적인 자격기준과 동일 	○ 노인보호전문상담원
	치매센터	○ 의료법 제2조제1항에 따른 의사, 한의사, 간호사 또는 정신보건법 제7조에 따른 정신보건전문요원 중에서 지정	

구분		사례관리 인력 자격기준	사례관리자 명칭
아동		○의사, 한의사, 간호사, 사회복지사 중 하나 이상의 자격증을 소지한 자	
	아동보호전문기관	○아동보호전문기관의 장은 지역아동보호전문기관에서 3년이상 상담원으로 근무한 경력이 있는 자 ○아동보호전문기관 상담원은 사회복지사 1급 자격이 있는 자 또는 대학 또는 이와 같은 수준 이상의 학력이 있다고 교육부장관이 인정하는 학교에서 심리학과 또는 아동복지 또는 사회복지 관련 교과목을 이수하고 졸업한 자 ○임상심리치료 전문인력은 임상심리사 자격이 있거나 놀이치료, 미술치료, 음악치료, 심리상담 등 전문적인 치료를 할 수 있는 등 피해아동의 심리치료를 할 수 있는 자	
	드림스타트	○관련분야에 대한 지식 및 실무적용능력(사례관리, 상담 및 교육능력)을 갖춘 자 *관련분야 자격증(간호, 복지, 보육(교육))이나 학위소지자를 우선 채용 ○풀타임 전담인력 기준: 자격기준과 동일	○아동통합서비스 전문요원
	가정위탁지원센터	사회복지사 자격증 소지자	
장애인·자활·고용	의료급여사례관리	○의료법 제2조에 따른 의료인으로 의료기관에서 2년 이상 근무 경력자 ○모두 풀타임 전담인력	○의료급여관리사
	장애인서비스 연계지원(국민연금공단)	○사회복지사 자격증 소지자 및 사회복지 사례관리 유경험자 등	○복지플래너
	장애등급제 개편 시범사업(국민연금공단)	○사회복지사, 직업재활사, 특수교사 자격증 소지자 ○사례관리 유경험자 우대	
	지역자활센터	○사회복지사 1급·2급, 신보건의사회복지사1급·2급, 직업상담사, 요양보호사	
	고용복지플러스센터	○고용부 소속 직원 및 지자체 공무원 등	○자립지원상담사
보건	정신건강증진센터	○정신보건전문요원(정신보건간호사, 정신보건임상심리사, 정신보건사회복지사) ○간호사, 임상심리사, 사회복지사 및 기타 관련 분야의 자격증 소지자 ○정신건강영역의 심리검사 및 평가가 가능한 자를 우선 선발 ○풀타임인력기준: 자격기준과 동일	
		○정신보건전문요원, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 기타 자살예방 사업 분야에 전문성이 있는 자	

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

〈부표 15〉 수행기관 및 설치단위별 사례관리 평균 인력(2014)

(단위: 명, 개소, 지자체)

구분		광역단위					시·군·구단위				
		사례 관리	사업	행정	전체	(분석대 상수)	사례 관리	사업	행정	전체	(분석대 상수)
공공	희망복지지원단						17.39			17.39	(229)
노인	노인보호전문기관	6.83		1.0	7.83	(29)					
	치매센터	0	0	8.69	8.69	(13)	0	3.44	0	3.44	(255)
아동	아동보호전문기관						10.42	1.07	0.75	12.24	(55)
	드림스타트						4.13	0	0	4.13	(229)
	가정위탁지원센터					(17)					
장애인· 자활· 고용	의료급여사례관리	1.4				(17)	2.18	0	0	0	(229)
	장애인서비스 연계 지원(국민연금공단)						2.8	0	0.5	3.3	(20)
	장애등급제 개편사업 (국민연금공단)						4.3	0	0.7	5.0	(6)
	지역자활센터						2.75	4.27	2.95	9.97	(60)
	고용복지플러스센터						1.73	0	0	1.73	(22)
보건	정신건강증진센터	20.43		20.43		(14)	8.05			8.05	(242)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.

□ 상담사례관리 관련 수행기관의 총 예산

〈부표 16〉 사례관리 수행기관의 총 예산(2014)

(단위: 백만원, 개소)

구분		총 예산	(분석대상수)
공공	희망복지지원단	12,898	(229)
노인	노인보호전문기관	10,094	(254)
	치매센터	2,080	(55)
아동	아동보호전문기관	31,355	(230)
	드림스타트	65,150	(229)
	가정위탁지원센터	435	(14)
장애인·자활· 고용	의료급여사례관리	12,405	(229)
	장애인서비스 연계지원(국민연금공단)	922	(20)
	장애등급제 개편사업(국민연금공단)	1,125	(6)
	지역자활센터	569	(60)

주: 고용복지플러스센터, 정신건강증진센터의 2014년 총 예산 자료가 수집되지 않아 제시하지 않음.
 자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2015). 사례관리 관련 사업 및 수행기관 조사.