

# GGWF REPORT

2017-30

## 정신장애인 지원을 위한 지역사회복지 자원 활용 방안

연구책임 | 이병화 (경기복지재단 연구위원)

공동연구 | 하경희 (아주대학교 공공정책대학원 교수)

박예은 (경기복지재단 연구원)

이미영 (경기복지재단 연구원)

■ **감수위원**

최희철 강남대학교 사회복지학과 교수

함석홍 서울장애인종합복지관 기획실장

■ GGWF Report는 사회복지분야의 주요현안에 관하여 정책의 방향설정과 실현에 도움을 주고자, 연구·조사를 통한 정책제안이나 아이디어를 제시하고자 작성된 자료입니다.

■ 본 보고서는 경기복지재단의 공식적인 입장과 다를 수 있습니다. 본 보고서의 내용과 관련한 의견이나 문의 사항이 있으시면 아래로 연락주시기 바랍니다.

Tel : 031-267-9346 Fax : 031-898-5935 E-mail : bhlee@ggwf.or.kr

## 요약

### □ 연구목적

- 경기도 정신장애인 관련 사회복지시설 현황 및 문제점 파악을 통해 지역사회복지 자원 활용 방안을 모색하는 것임

### □ 연구내용

- 국내외 정신장애인 지원 정책 현황 분석
- 정신장애인 현황과 장애인 및 정신장애인 관련 복지시설 공급 현황 파악
- 정신장애인 관련 전문가 의견수렴
  - 정신장애인지원시설 관련 현장 및 학계 전문가 등을 대상으로 서비스의 문제점, 개선 사항 등 제반사항에 대한 의견수렴
- 지역사회복지 자원 활용 방안 마련
  - 자원현황 및 정책현황자료 분석, 관련자 의견수렴 내용을 바탕으로 지역사회복지 자원 활용 방안 마련

### □ 국내외 정신장애인 지원정책

- 회복지향의 복지지원 강화
  - 한국은 정신보건법 제정 이후 정책의 방향이 정신질환자에 대한 치료와 재활에 초점을 맞추어 왔으며, 정신건강복지법의 개정으로 복지서비스에 대한 내용이 비로소 포함되었음
  - 하지만 대부분의 정책이 입원과 시설 서비스 중심으로 이루어져 있어서, 정신장애인의 회복과 자립에 대한 지원정책은 매우 부족하다고 할 수 있음
  - 또한 장애인 복지법 개정 이후 장애유형으로 포함되었지만, 장애인복지법 제15조의 제한 등으로 인해 다양한 장애인 복지혜택에서 배제되고 있음
  - 외국의 경우 탈원화 이후 지난 50년간 정신건강 정책의 방향이 치료와 재활을 넘어 정신장애인의 회복을 지향하고 있음

- 회복은 정신장애인이 잠재력을 발휘하여 의미 있는 삶을 살 수 있도록 의료, 주거, 직업, 여가 관계 등에 대한 포괄적이고 통합적인 지원을 제공하는 것임
  - 이를 위해서는 치료체계 뿐만 아니라 지역사회 기반의 복지지원이 함께 구축되어야 함
  - 특히, 일본의 경우 정신장애인도 장애인복지체계에 완전히 통합됨으로써, 지역사회의 장애인 지원 서비스를 모두 함께 누릴 수 있도록 하고 있음
- 지역사회 기반의 정신장애인 지원체계 구축
- 한국은 정신보건법 제정 이후 지역사회 기반 정신건강을 지향해왔지만 이를 실현할 수 있는 지역사회 기반의 체계 구축은 아직까지 취약한 상황임
  - 외국의 경우 정신장애인이 퇴원을 할 경우 지역사회 자립을 위한 연계체계가 효과적으로 구축되어 있음
- 지역사회 인프라 구축
- 정신장애인이 지역사회에서 자립하여 살아가기 위해서는 이를 지원하는 다양한 지역사회 인프라가 구축되어야 함
  - 특히 지역사회에서 정신장애인이 살아가는데 가장 기반이 되는 주거의 경우 3년 기간 제한이 있는 훈련시설만 제시되어 있고, 실제로 집으로서의 주거는 전혀 포함되어 있지 못함
  - 외국의 경우 정신장애인의 욕구, 기능수준, 자립준비 등에 따라 다양한 주거를 제공하고 있음
- 지역사회 정신장애인 지원예산 확보
- 탈원화와 지역사회기반 정신장애인 지원체계가 확대되기 위해서는 이를 위한 예산확보가 관건임
  - 미국을 비롯한 서구의 경우 건강보험 재정에서 지역사회서비스까지를 포괄하며, 재정적 책임을 기초단체에 위임하고 있음
  - 한국의 경우 의료비용은 건강보험으로, 지역사회 지원은 일반예산으로 분리되어 있기 때문에 탈원화를 통한 의료비용의 감소가 지역사회 투입으로 연계되지 못하며, 각 예산의 주체도 다르기 때문에 효율적인 관리와 비용효과성이 나타날 수 없음
  - 또한 정신장애인에 대한 예산과 전달체계가 보건에 속해 있으며, 복지 전달체계에 예산과는 분리되어 있어서 치료와 재활중심에만 머물러 있는 한계점이 있음

## □ 의견조사 결과

- 정신보건서비스의 문제점과 지역사회복지자원 활용 방안을 모색하기 현장 및 학계 전문가와 자문회의를 진행
- 주요논의 내용
  - 정신보건서비스(전달체계)의 문제점
    - 등록하지 않은 장애인 인구, 특히 정신장애인 인구가 많음
    - 현재의 정신보건서비스는 치료와 보호감호 중심으로 이루어지고 있음
    - 정신건강복지센터의 기능과 역할, 구조 등이 정신장애인을 지원하는데 충분치 않음
    - 정신장애인은 보건과 복지 영역 모두에서 배제되어, 정신장애인에 대한 복지서비스는 발달되지 못함
    - 정신보건법에서 정신건강복지법으로 개정되었으나, 여전히 정신장애인이 복지 서비스 혜택을 누리기에는 부족
    - 장애인복지법 제15조 폐지 또는 개정, 사회인식 개선 운동 필요
  - 정신장애인의 지역 내 장애인복지 자원 활용 방안
    - 장애인복지 현장 전문가를 대상으로 정신장애인에 대한 이해를 도울 수 있는 교육 필요
    - 정신장애인 대상 활동보조서비스 제공 필요
    - 정신장애인과 가족이 자신에게 필요한 서비스에 대한 정보를 얻기 어렵고, 적절한 서비스 체계로 연계되기보다 한 체계 안에 머물러 있는 경우가 많음

## □ 지역사회자원 활용방안

- 정신장애인 지원을 위한 지역사회 네트워크 구축
  - 정신건강복지센터의 네트워크 기능 강화
  - 시군구 정신건강 협의체 구성 및 운영
  - 공공 사례관리 체계와의 연계협력
- 지역사회 정신재활시설 인프라 확충
  - 시군구 단위 정신재활시설 설치 가이드라인 제시
  - 공공형·위탁형 정신재활시설 설치
  - 광역기초 단체 간 정신재활시설 운영비 분담

- 집중 사례관리 체계 구축
  - 정신건강복지센터의 집중 사례관리 체계 구축
  - 위기지원 협력체계 마련
- 정신장애인 주거지원 서비스 제공
  - 주거 전달체계 구축
  - 주거지원 서비스 제공
- 정신장애인 직업재활모델 개발
  - 장애인 직업재활체계와의 연계 강화
  - 정신장애인에게 적합한 직무 개발
  - 정신장애인 직업재활시설에 대한 기능보강 지원

# 목차

<b>I</b>	<b>서론 / 1</b>	
	1. 연구배경 및 목적	1
	2. 연구의 범위와 방법	2
<b>II</b>	<b>국내외 정신장애인 지원 정책 / 5</b>	
	1. 국내 정신장애인 지원정책	5
	2. 국외 정신장애인 지원정책	10
	3. 소결	19
<b>III</b>	<b>정신장애인과 지역사회 자원 현황 / 23</b>	
	1. 정신장애인 현황	23
	2. 장애인 관련 지역사회자원 현황	26
	3. 소결	34
<b>IV</b>	<b>의견조사 결과 / 37</b>	
	1. 조사의 개요	37
	2. 주요 논의 내용	37
<b>V</b>	<b>지역사회자원 활용방안 / 41</b>	
	1. 정신장애인 지원을 위한 지역사회 네트워크 구축	42
	2. 지역사회 정신재활시설 인프라 확충	45
	3. 집중 사례관리 체계 구축	48
	4. 정신장애인 주거지원 서비스 제공	51
	5. 정신장애인 직업재활 모델 개발	54
	<b>참고문헌 / 59</b>	

## 표 차례

〈표 Ⅱ-1〉 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업	6
〈표 Ⅱ-2〉 정신건강 종합대책 추진과제	9
〈표 Ⅲ-1〉 주요 정신질환별 유병률	24
〈표 Ⅲ-2〉 정신장애인 등록 현황 및 추정수 비교	25
〈표 Ⅲ-3〉 2011~2016년 정신재활시설 현황	27
〈표 Ⅲ-4〉 경기도 정신건강시설 현황	27
〈표 Ⅲ-5〉 정신의료기관 현황	28
〈표 Ⅲ-6〉 정신건강복지센터 등록 사례관리 현황	28
〈표 Ⅲ-7〉 정신재활시설 현황	29
〈표 Ⅲ-8〉 경기도 정신재활시설 현황	30
〈표 Ⅲ-9〉 정신요양시설 현황	30
〈표 Ⅲ-10〉 2011~2016년 장애인복지시설 현황	31
〈표 Ⅲ-11〉 경기도 시군별 장애인복지시설 현황	32
〈표 Ⅲ-12〉 장애인복지시설과 정신재활시설 비교	33
〈표 V-1〉 정신장애인 지역사회자원 활용방안	41



## 그림 차례

〈그림 Ⅱ-1〉 정신건강 종합대책 정책목표 및 전략 .....	8
〈그림 Ⅲ-1〉 전체 및 성별 정신질환 현황 .....	24
〈그림 Ⅲ-2〉 연도별 정신질환 유병률 추이 .....	24
〈그림 Ⅲ-3〉 정신장애인 등록 현황 및 추정수 비교 .....	25



# I 서론

## 1. 연구배경 및 목적

### □ 연구배경

- 1995년 「정신보건법」 제정과 함께 지역사회 재활 서비스 증대 및 정신질환자의 증가와 그에 따른 권익보호를 위해 다각적인 노력을 하였으나 재원투입 부족 및 인프라 미흡과 정신질환에 대한 사회적 편견 등의 한계에 직면해 왔음
  - 2011년도 정신질환실태 역학조사에 따르면, 정신질환 평생유병률은 27.6%, 1년 유병률은 16.0%에 달하고 있는 것으로 나타났음
  - 정신장애의 1년 유병률의 경우 기본장애 유병률은 2006년 3.0%에서 3.6%로 증가하였으며, 불안장애 유병률은 5.0%에서 6.8%로 증가한 것으로 나타났고 있음
  - 특히, 국민 중 28.1%는 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 것으로 나타나고 있음
- 「정신보건법」이 21년 만에 전부 개정되어 올해 5월 30일부터 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 「정신건강복지법」)」이 시행되고 있음
  - 「정신건강복지법」은 정신질환자 인권보호 강화를 위한 입·퇴원제도 개선, 정신질환자 지역사회 복지지원 및 국민 정신건강증진에 대한 사업근거를 새로 마련한 법률임
- 법률시행에 따른 입원판정제도 시행을 통해 점진적 탈원화로 정신요양시설, 지역 사회시설 등의 부족 예상됨
  - 경기도 입원환자 14,000여명 중 10~30%는 퇴원이 예상(즉 1,400~4,200여명)되나 현재 경기도 사회복지시설 45개소 70명, 정신요양시설 6개소 439명의 정원 여유만 있음
  - 우리나라 사회복지시설은 총 333개소로 수용정원은 7,019명에 불과하여 필요대상자의 1.4% 밖에 수용할 수 없는 실정임

- 현재, 장애인을 위한 각종 서비스와 제도는 등록된 장애인만을 대상으로 하고 있음
  - 장애인 등록제도는 개인의 상황, 환경, 참여 요인 등을 고려하지 못하고 개인의 손상에만 집중하는 장애 판정 제도
  - 사회적 지원이 필요한 경우에도 장애인 범주에 포함되지 못하여 배제되는 결과를 낳고 있음
  - 정신질환자의 경우 사회적 편견으로 장애인 등록을 기피하여 지역사회에서 필요한 서비스를 받지 못하고 있음
- 이에 부족한 정신장애인 관련 인프라를 확충하기 위한 지역사회자원 활용에 대한 고민이 필요함

#### □ 연구목적

- 경기도 정신장애인 관련 사회복지시설 현황 및 문제점 파악을 통해 지역사회복지 자원 활용 방안을 모색하는 것임

## 2. 연구의 범위와 방법

#### □ 범 위

- 공간적 범위 : 경기도 내 31개 시군
- 내용적 범위 : 경기도 내 정신장애인을 위한 지역사회복지 자원활용 방안 마련

#### □ 과업의 주요내용

- 국내외 정신장애인 지원 정책 현황 분석
- 정신장애인 현황과 장애인 및 정신장애인 관련 복지시설 공급 현황 파악
- 정신장애인 관련자 의견수렴
  - 정신장애인재활시설 관련 전문가 및 당사자 등을 대상으로 서비스의 문제점, 개선 사항 등 제반사항에 대한 의견수렴

○ 지역사회복지 자원활용 방안 마련

- 자원현황 및 정책현황자료 분석, 관련자 의견수렴 내용을 바탕으로 지역사회복지 자원 활용 방안 마련

□ 연구방법

○ 행정자료 및 기타 문헌검토

- 정신장애인 및 장애인 관련 사회복지시설 현황 분석
- 국내외 정신장애인 지원 정책 현황 분석

○ 자문회의

- 정신장애인지원시설 관련 전문가 및 학계 등을 대상으로 의견수렴



## Ⅱ 국내외 정신장애인 지원 정책

### 1. 국내 정신장애인 지원정책

#### 1) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

##### □ 주요 내용

- 1997년 정신보건법이 시행되기 시작한지 20년만인 2017년 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)으로 전면 개정됨
  - 정신건강복지법은 총칙, 정신건강증진 정책의 추진 등, 정신건강증진시설의 개설 설치 및 운영 등, 복지서비스의 제공, 보호 및 치료, 퇴원 등의 청구 및 심사 등, 권익보호 및 지원 등의 내용으로 구성
- 정신건강복지법은 입원제도의 개선을 통해 강제입원 및 장기입원을 최소화하고 지역사회에서 살아갈 수 있도록 복지지원을 강화
  - 주요한 개정내용으로는 첫째, 전국민에 대한 생애주기별 정신건강증진 사업 근거 마련, 둘째, 정신질환자 개념 축소 통한 차별 해소, 셋째, 강제입원제도 개선으로 인권보호 장치 강화, 넷째, 정신질환자에 대한 복지서비스 근거 마련, 다섯째, 정신장애인 당사자의 참여 기회 보장임

##### □ 정신건강복지법 기본 이념

- 입원 또는 입소가 최소화되도록 지역사회 중심의 치료가 우선적으로 고려되어야 하며, 자신의 의지에 따른 입원 또는 입소가 권장되어야 함

- 정신질환자는 원칙적으로 자신의 신체나 재산에 관하여 스스로 판단하고 결정할 권리를 가지며, 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리를 가짐
- 자신과 관련된 정책의 결정과정에 참여할 권리를 가진다고 규정되어 있음

□ **정신장애인 지역사회 지원**

- 정신장애인의 지역사회 지원 서비스는 정신재활시설을 통해 제공하도록 하고 있음
  - 정신재활시설이란 정신질환자 또는 정신건강 상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설로 정의
  - 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업내용은 <표 II-1>과 같음

<표 II-1> 정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업

종류		사업
1. 생활시설		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자 등에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활 훈련 등의 서비스를 제공하며, 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원하는 시설</li> </ul>
2. 재활 훈련시설	가. 주간재활시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신질환자 등에게 작업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설</li> </ul>
	나. 공동생활가정	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립능력을 갖춘 정신질환자 등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립역량을 함양하는 시설</li> </ul>
	다. 지역사회 전환시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역 내 정신질환자 등에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자 등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설</li> </ul>
	라. 직업재활시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신질환자 등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무기능향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추면 고용시장에 참여할 수 있도록 지원하는 시설</li> </ul>
	마. 아동·청소년 정신건강지원시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 시설</li> </ul>
3. 중독자재활시설		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자 등을 치유하거나 재활을 돕는 시설</li> </ul>
4. 생산품판매시설		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신질환자 등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자 등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로개척, 정보제공 등을 지원하는 시설</li> </ul>
5. 종합시설		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 제1호부터 제4호까지의 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자 등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설</li> </ul>



- 개정된 정신건강복지법 제4장에서는 복지서비스의 제공에 대해 규정
  - 즉, 제33조 복지서비스의 개발, 제34조 고용 및 직업재활 지원, 제35조 평생교육 지원, 제36조 문화예술여가체육활동 등 지원, 제37조 지역사회 거주치료·재활 등 통합 지원, 제38조 가족에 대한 정보제공과 교육의 내용을 담고 있음
  - 이는 기존의 치료와 보호 중심의 정신보건법에서 복지지원으로 복지정책을 전환하였음을 의미
  - 하지만 복지서비스 제공에 대한 실제적인 재원이나 전달체계에 대한 구체적인 내용은 아직 제시하지 않고 있어서 향후 이에 대한 시행규칙 등의 개정이 이루어져야 함

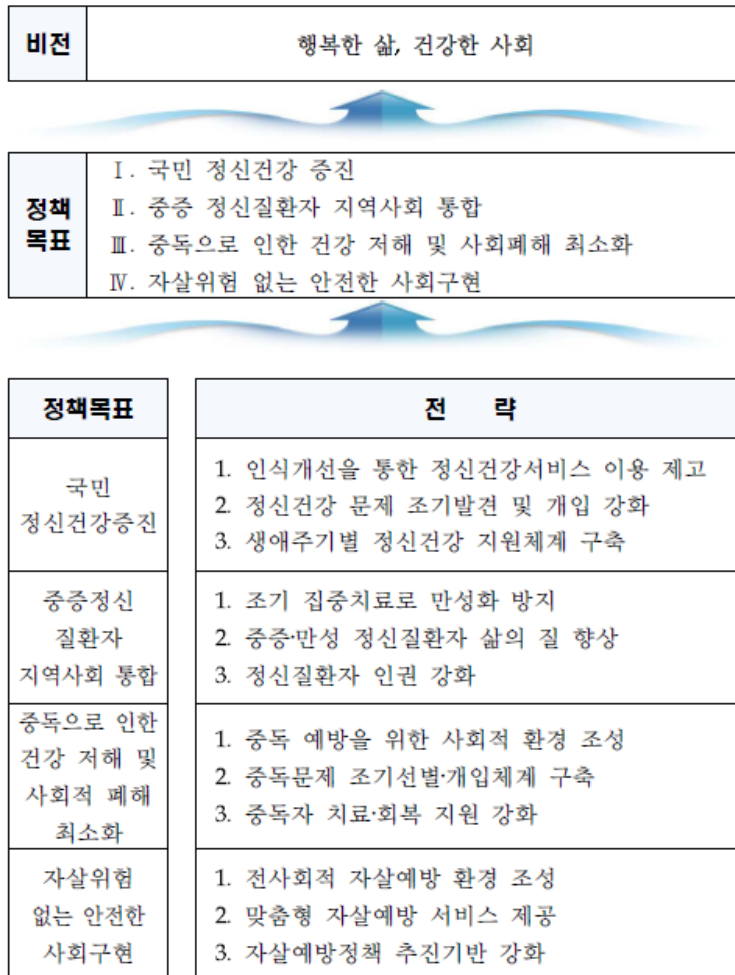
## 2) 장애인복지법

- 2000년 장애인복지법이 개정되면서 장애유형으로 정신장애인이 포함
  - 장애인복지법 시행령에는 정신장애인을 지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障礙 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람으로 규정
- 장애인복지법의 개정으로 정신장애인이 다양한 장애인 복지 제도 및 서비스를 이용할 수 있게 되었음. 특히 지원고용제도 등은 정신장애인이 지역사회에서 살아가는데 중요한 제도적 기반이 됨
- 하지만 실제로 장애인복지법으로 인한 지원 범위는 매우 협소
  - 정신장애인을 세 개의 진단군으로 제한하고 있으며, 장애 등급 또한 1~3등급까지만 정의하고 있어서 정신장애로 등록하기 쉽지 않음
  - 한편 정신장애에 대한 사회적 편견이 매우 높은 상황에서 장애 등록에 대한 거부감이 높아 실제 등록율이 낮게 나타나고 있음
- 장애인복지법의 독소조항으로 지적되고 있는 제15조의 경우 장애인 중 「정신건강복지법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다고 규정하고 있어서 정신장애인에 대한 차별적 요소를 담고 있음

### 3) 정신건강 종합대책

- 정부에서는 2016년 범부처 차원의 정신건강 5개년 종합대책을 수립하고, 구체적인 이행을 위한 실행계획을 수립
  - 이는 국민 정신건강 증진, 자살예방, 중증 정신질환자 삶의 질 향상 및 중독 관리 등 정신건강에 영향을 미치는 분야가 포함된 종합대책임
- 또한 범부처 협의체를 통하여 협조체계 구축 및 계획이행 여부를 점검할 계획임. 종합대책의 정책목표 및 전략은 <그림 II-1>과 같음

<그림 II-1> 정신건강 종합대책 정책목표 및 전략



- 정신건강 종합대책의 추진과제 중 정신장애인 지역사회 지원에 대한 내용을  
 II. 중증정신질환자 지역사회 통합에 포함  
 - 이에 대한 구체적인 내용은 표와 같음

〈표 II-2〉 정신건강 종합대책 추진과제

정책목표	전략	정책과제
II. 중증 정신질환자 지역사회 통합	1. 조기집중 치료로 만성화 방지	1-1. 건강보험 및 의료급여 수가체계 개선 1-2. 초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발
	2. 중증만성 정신질환자 삶의 질 향상	2-1. 지역사회 지원체계 구축 2-2. 사회복귀시설 확충 및 내실화 2-3. 정신의료기관 및 정신요양시설 기능 재정립 및 역량강화
	3. 정신질환자 인권강화	3-1. 정신의료기관 입퇴원 제도개선 3-2. 정신질환자의 자기결정권 강화 3-3. 정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화

- 지역사회 지원체계 구축에 대한 구체적인 추진과제는 중증만성 정신질환자 지역 사회 지원강화로 사례관리 강화, 지역 인프라 간 기능 재정립, 복지서비스 제공의 내용을 포함하고 있으며, 그 외에 외래치료명령제, 장기 지속형 약물처방 활성화로 퇴원 유도, 정신질환자 사회복귀 유도 및 지원이 있음
- 사회복귀시설 확충 및 내실화에 대한 구체적인 추진과제는 인센티브 제공 및 직접 운영을 통한 단계적 확충, 거주시설 및 아동청소년 특화시설 등 다양한 유형의 사회복귀시설 설치운영, 슈퍼비전 지원 및 평가 내실화를 통한 사회복귀시설 질적 수준 제고, 직업재활 활성화를 위한 근로환경 개선 및 모형개발의 내용을 포함

#### 4) 경기도 정신질환자의 사회적응 지원에 관한 조례

##### □ 경기도의 정신건강 관련 조례

- 경기도의 정신건강 관련 조례는 「경기도 광역정신보건심의위원회 조례」, 「경기도 정신건강 증진 조례」, 「경기도 정신질환자의 사회적응 지원에 관한 조례」, 「경기도립정신병원 설치 및 운영에 관한 조례」, 네 가지가 있음

- 정신질환자의 사회적응 지원에 관한 조례는 정신건강복지법에서 규정하고 있는 정신질환자의 사회적응 지원을 위한 사항을 규정하는 것을 목적으로 함
  - 조례에서는 정신질환자의 재활 및 사회적응 촉진을 위한 연구조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하도록 경기도지사의 책무를 규정
  - 그 외에 정신재활시설 설치·운영 및 지원, 고용 및 직업재활 지원, 지역사회 거주 치료·재활 등 통합 지원, 보고·검사 등, 단체·시설의 보호·육성 등, 홍보 및 교육, 포상 등의 내용을 담고 있음
  - 특히 정신재활시설에 대해서는 다양한 기능의 정신재활시설 설치·운영, 사회복지법인 또는 비영리법인에게 위탁 운영, 경기도 공유재산 무상대부 및 우선임대, 사용료 경감 등의 규정을 담고 있음
  - 즉, 정신재활시설의 설치 및 운영에 있어서 공공의 책임성에 대해 강조

## 2. 국외 정신장애인 지원정책

### 1) 미국의 정신장애인 지원정책

#### □ 법제 및 정책

- 미국에서는 제2차 세계대전 이후 정신건강문제에 대한 사회적 관심이 높아지면서 1946년 정신보건법(Mental Health Act)과 1955년 정신보건조사법(Mental Health Study Act)이 제정됨에 따라 정신건강문제에 대한 체계적인 연구와 서비스 개발이 시작
- 또한 1963년 지적장애인시설과 지역사회정신건강센터 설립법, 1987년 요양시설 개혁법이 제정되면서 지역사회 정신건강센터 설립을 통해 지역사회보호를 확대하고 시설 생활인에 대한 권리보호와 삶의 질 개선을 위한 전면적인 개혁이 이루어짐
- 1990년에는 미국 장애인법(American Disability Act)의 제정으로 장애인에 대한 차별을 금지

- 1999년 옴스테드 판결에 따라 정신장애인에게 가능한 지역사회와 같은 통합된 환경에서 서비스 받도록 의무화
- 2003년 부시보고서는 회복중심의 정신보건체계를 구축하기 위해 6개의 목표를 설정
  - 소비자의 권리와 서비스의 통합성, 접근성, 책임성을 반영한 정신보건 시스템을 구축하는데 중요한 계기가 됨
- 10년 주기로 발표하는 국가 공중보건 및 건강증진 계획인 Healthy People 2020에는 정신건강 분야의 중점과제로 정신건강 개선 분야 4개, 치료 접근성 향상 분야 8개 과제를 제시
- 회복의 가치와 회복지향의 정신건강 체계를 정책 및 서비스에 반영
  - 회복이란 개인들이 자신의 건강과 안녕을 증진시키고, 자기주도적인 삶을 살며, 잠재력을 최대한 발휘하기 위한 노력을 통한 변화과정으로 정의
  - 회복의 주요한 영역을 건강, 주거, 목적, 공동체로 제시
  - 또한 회복당사자들과의 파트너십을 통해 회복지원전략계획을 수립하고 주거, 고용, 교육, 기타 삶의 목표를 촉진하고 지역사회에서의 사회적 지원체계를 구축

## □ 재정 및 전달체계

- 미국의 정신보건전달체계는 연방정부의 약물남용 및 정신보건청(Sunatance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)에서 담당
- 5개의 운영지원체계와 4개의 센터로 구성되어 있으며 핵심 사업부서로 정신건강 서비스센터, 약물남용방센터, 약물남용치료센터, 행태보건 통계 및 품질센터가 있음
- 미국의 지역정신건강센터는 인구 7만에서 20만명을 관할대상으로 하며, 다시 3~4개의 지역단위로 나누어짐
  - 센터는 단기 입원치료, 응급치료, 정신건강 상담 및 교육, 아동 및 노인 진료, 퇴원한 환자의 사후관리, 입원 전 진단적 검사, 일시적 거주시설 등의 서비스를 제공하는 임상적 기능이 보다 강화된 형태임

- 지역사회 정신장애인에 대한 팀접근을 통해 지속적인 사례관리를 실시
- 1965년 사회보장법이 제정되면서 시작된 공적보험인 메디케어와 메디케이드가 정신보건 서비스를 의료혜택에 포함
  - 이전에 연방 일반 예산만으로 지원되던 정신보건 서비스에 공적 의료보험 수가 재정이 추가됨으로써 재원이 크게 확장됨
  - 또한 의사 외에 다학제적인 전문 서비스를 수가로 인정하면서 서비스의 범위와 접근성에 변화를 가져옴
- 미국은 60년대 이후 각 주를 중심으로 정신보건 전달체계가 이루어졌으며, 90년대 이후에는 주정부로부터 카운티 정부로 행정과 재정 책임 이전
  - 즉, 재정과 행정 책임을 일치시킴으로써 서비스의 비용통제와 효과성을 높이기 위한 재정관리 전략을 쓸 수 있게 됨
  - 특히 입원치료와 같은 고비용의 서비스를 줄이며 지역사회 기반의 서비스와 예방적 접근을 강화하는 방향으로 정책방향을 전환시킴
  - 특히 이용적정성 관리와 서비스의 접근성을 통제하기 위한 초기사정기능 강화 전략을 사용하고 있음
  - 연방정부에서는 지역정신건강서비스 정액교부금(Community Mental Health Services Block Grant)을 통해 전국적인 주도성을 갖고, 지역사회 기반의 서비스와 회복지원을 위한 서비스를 확대하도록 촉진하고 있음

## □ 정신장애인 지원 서비스

- 위기지원서비스
  - 모바일 위기 팀 : 즉각적인 개입을 필요로 하는 경우 모바일 위기팀에 도움을 요청할 수 있음. 뉴욕시의 경우 누구나 24시간 언제든지 무료로 전화연결을 할 수 있음. 위기 팀에서는 48시간 이내에 방문을 하거나 전화상담, 혹은 타 체계에 의뢰를 해줌. 모바일 위기 팀은 일차적으로 직접 방문하여 정신건강서비스를 제공함. 뉴욕시에는 약 24개의 팀이 있으며 평가, 위기개입, 지지적 상담, 정보제공 및 의뢰, 위기 시 정신과 응급치료 이송 등을 제공함. 자발적인 동의가 어려운 경우 응급실에 가기 위해 NYS Mental Hygiene 규정에 따라 경찰에 요청할 수 있음
  - 위기 임시 보호 센터(Crisis Respite Center) : 정서적 위기를 겪고 있는 사람들에게 입원에 대한 대안을 제공함. 가정에서보다 더 많은 지원이 필요한 경우, 안전하고 안

락하며 지지적인 가정과 같은 장소에서 회복과 휴식을 제공함. 센터는 최대 1주일 동안 숙박을 제공하며, 사람들이 자신의 일상생활을 계속할 수 있도록 개방시설로 운영함. 훈련된 동료 및 전문가들이 정서적 위기를 극복할 수 있도록 지원하는데, 24시간 동료지원, 자기옹호 교육, 정신건강 교육, 자조 훈련, 사회적 지원 그룹, 여가활동, 의료 및 정신과 서비스와의 연계 등을 제공함

○ Assertive Community Treatment (ACT)

- 1970년대 Leonard Stein, Mary Ann 등이 개발하였으며, Wisconsin Madison에서 시작됨. Program of Assertive Community Treatment(PACT)으로 정신병원에서 근무하는 직원들이 지역사회로 옮겨와 24시간, 일주일 내내 개별화되고 현장중심의 접근을 통해 정신장애인들이 지역사회에서 생활할 수 있도록 도움. 지역사회에서 집중적인 치료 서비스를 제공함으로써 탈원화가 가능하도록 함
- 1990년대 이후 미국의 대부분의 주에서 실시하고 있음. 특정 치료모델을 지지하지 않는 NAMI에서 유일하게 ACT를 최선의 실천으로서 확대하도록 의사 표명함. 각 주마다 조금씩 형태와 강조점이 변형되어 적용됨. 관리의료체계에서 ACT를 사례관리 중 유일하게 체계적이고, 증거기반 서비스 모델로서 인정하고 있음. 전세계적으로 꾸준히 확대되고 있으며 청소년, 노숙자, 가족 등 다양한 가족으로 확대되고 있음
- ACT는 모든 정신장애인에게 보편적으로 제공되기 보다 구체적인 표적집단을 설정할 필요가 있음. ACT의 도입목적이 장기입원 환자의 퇴원을 촉진하고, 위기환자의 입원에 대한 대안으로서, 불안정한 만성환자의 지역사회 거주를 유지할 수 있도록 하기 위함임. 주요 대상자는 다른 정신보건서비스에는 잘 반응하지 않고, 잦은 입퇴원을 반복하는 만성정신질환자로서 일반적으로 지역사회 주민의 0.1%로 간주함
- ACT의 주요 원칙은 다음과 같음
  - 다학제적 팀 구성과 팀 접근
  - 통합적 서비스, 개별화된 서비스 제공
  - 1:10의 낮은 사례관리 부담, 시간제한이 없는 서비스
  - 지역사회에서의 접촉, 일상의 문제에 초점
  - 적극적인 아웃리치, 빠른 접근
  - 가족개입 및 직업재활 서비스
- ACT의 효과는 대부분의 연구에서 정신병원 이용 감소, 주거 안정성 증가, 증상 감소 및 주관적인 삶의 질 향상을 나타냄. ACT의 원칙에 충실할수록 더 높은 효과를 나타냄. ACT의 부정적인 효과에 대한 연구는 매우 드물음

## ○ 주거지원 서비스

- 미국에서는 연방정부의 공공주거정책을 담당하는 부처인 주택도시개발국(Departement of Housing and Urban Development)에서 주택구입 및 주거지역 개발, 임대비 지원, 임대주택 기금 운영 등을 하고 있음. 정상화의 관점에서 다양한 지역사회 주거지를 제공하고 있으며, 아파트나 SRO(single-room occupancy residences), 지지적 주거를 제공함. 특히, 지지적 주거는 일반주택 입주자로서 동등한 권리를 갖고 생활하며, 외부의 선택적이며 자율적인 서비스를 필요에 따라 제공받는 주거유형임
- 뉴욕시에 제공하고 있는 다양한 주거유형은 다음과 같음
  - Level I : 독립적인 생활이 어려운 대상자, 장기간의 보호, 전문적 슈퍼비전  
Family Type Home for Adults : 4명. 거주기간 제한 없음. 기본 일상 서비스 제공, 24시간 전문적 관리, 약물 관리, 구조화된 주간재활 의무화하지 않음, 가족과 같은 분위기
  - Level II : 독립적 생활 훈련 대상자. 높은 수준의 지지와 슈퍼비전. 독립적인 형태로 시설로 옮기는 것을 목표
  - Transitional Model (18-24개월)  
Apartment treatment : 2-4명. 담당 사례관리자가 일주일에 3~7회 방문. 일상생활훈련, 사례관리, 사회화 훈련, 위기개입, 재정관리 지원. 구조화된 주간재활 및 직업재활 적극 장려  
Supervised Community Residence : 10~24명. 24시간 관리. 식사 제공되며, 식사 준비에 참여 권장. 면담, 일상생활훈련, 사회화 훈련, 위기개입, 금전관리, 약물 관리 등 제공. 매일 구조화된 주간재활 활동에 참여해야함  
MICA Community Residence : 이중진단 대상자를 위한 시설. 10~24명. 24시간 관리. 이중진단 치료나 프로그램 참여. 서비스는 유사
  - Extended Model (2~5년)  
Community Residence/ Single Room Occupancy : 35~65개의 single room을 가지고 있는 시설. 욕실이나 부엌은 공유하기도 함. 24시간 관리. 서비스 유사
  - Permanent Model  
Adult Home : 50~300명 거주. 2명이 함께 거주, 노인이나 장애인 등도 함께 거주, 24시간 관리, 좀 더 포괄적인 개인보호를 필요로 하는 경우, 모든 일상 서비스 제공  
Residence For Adults : Adult Home과 유사하나 개인 보호는 제공하지 않음,
  - Community Care : 독립적인 생활 가능자. 영구적인 주거



Supported Single Room Occupancy Residence : 20개의 Single Room을 가지고 있는 시설. 독립적인 생활이 가능한 자, 서비스 팀이 함께 있으며 사례관리, 집단 활동, 재정 관리, 직업재활, 필요한 경우 약물관리 제공

Supported Housing : 1~3명 함께 거주. 독립된 침실, 낮 시간 동안 대상자의 필요나 요청에 따라 방문하여 서비스 제공

## 2) 일본의 정신장애인 지원정책

### □ 법제 및 정책

- 일본에서는 1950년 정신위생법 제정, 1965년 개정으로 정신보건 상담, 방문지도 를 주축으로 보건소 정신위생업무가 정신질환자에 대한 지역사회지원정책으로 추진되기 시작
- 이후 공동주거와 소규모 공동작업소 등이 확산되기 시작하였으며 1975년에 와서는 사회복귀시설 및 데이케어시설 운영지침이 만들어짐
  - 정신질환에 대한 치료와 보호가 주요한 정책방향
- 1987년 정신보건법으로 개정되어 법의 목적에 정신장애인의 사회복귀 촉진, 복지 증진이 새로이 추가되어 사회복귀시설에 관한 규정이 포함되었으며, 원호기숙사와 수산시설이 법정시설로 되었음
- 1993년 심신장애인대책기본법을 전면 개정하여 장애인기본법이 공포
  - 장애인기본법에는 ‘정신장애로 인해 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제한을 받는 자’로 처음으로 정신장애인을 장애인으로 포함
  - 1995년 정신보건법을 정신보건 및 정신장애인복지에 관한 법률로 개정하여 정신장애인의 자립과 사회경제활동의 참여촉진을 포함
  - 정신장애인보건복지수첩을 규정하여, 복지지원을 받을 수 있도록 함
- 2005년 장애인자립지원법을 제정하여 장애유형마다 상이한 법률에 기초하였던 것을 공통의 제도 하에 일원적으로 제공하는 구조를 구축
  - 이에 따라 정신보건복지법상 복지 및 의료에 관한 규정은 장애인자립지원법에 통합됨
- 2005년 정신보건법을 개정하여 목적규정에 ‘장애인자립지원법과 더불어’라는 구문이 추가되고, ‘장애인 복지 및 의료에 관한 사항’을 삭제

- 2012년 장애인자립지원법이 장애인종합지원법으로 개정
  - 중증방문개호의 대상을 지적장애와 정신장애로 확대하고, 지역이행지원의 대상을 정신병원 입원자로 확대하여 정신장애인에 대한 지역이행계획 수립, 방문상담, 지역사회 시설 체험, 주거확보와 관계기관 조정 등 서비스 제공, 시민후견인 육성, 의사소통지원인 양성 등을 추가

## □ 재정 및 전달체계

- 중앙정부에서는 후생성노동성사회원호국 장애인보건복지부 장애인복지과 및 정신장애보건과가 담당하며, 부속기관으로 국립정신신경의료연구센터 정신보건연구구소 및 사회보장심의회가 설치
- 도도부현에서는 위생주관부국과 장애인보건복지부국 등의 정신보건복지 주관과가 담당
- 장애인자립지원법이 시행됨에 따라 복지서비스의 책임주체가 도도부현에서 시정촌으로 일원화되었으며, 도도현은 전문적인 기술지도 및 기술원조를 하는 정신보건복지센터와 인권보호 역할을 담당하는 정신의료심의회를 두고 있음
- 시정촌에서는 자립지원 급여와 지역생활지원사업을 담당하고 있음
  - 자립지원급여에는 개호급여, 훈련급여, 자립지원의료, 보장구비 등의 지급결정을 담당
  - 지역생활지원사업으로는 자발적 활동지원, 상담지원, 성년후견제도, 의사소통지원 지역생활지원센터 등을 지원
- 정신보건 예산은 장애인종합지원법의 제정으로 다른 장애와 같은 예산과 정책을 적용하게 됨
- 정신장애인 보건복지수첩을 통해 다양한 지원책을 제공하고 있으며, 특히 타장애와 달리 장애지원등급 판정을 받지 않아도 신청할 수 있음
  - 자립지원의료에 의한 의료비 조성과 장애인종합지원법에 의한 장애인복지서비스는 수첩의 유무와 상관없이 중복해서 받을 수 있음
  - 정신장애인의 소득보장을 위한 개별 지원방식으로 생활보호, 특별장애인수당, 장애연금, 특별장애급부금제도, 특별아동부양수당, 장애아동복지수당 등을 지원하고 있음

- 일본의 국민의료비는 꾸준히 증가하고 있으나, 정신의료비는 감소하는 것으로 나타나고 있음
  - 특히 정신보건복지법에 의거한 의료비가 2006년 이후 급격하게 감소하고 있으며,
  - 이는 자립지원의료비에 갱생의료, 육성의료, 정신과통원의료비가 포함되면서 나타난 현상임
  - 장애인종합지원법상 국가는 기초 및 광역지자체가 지급하는 비용 중 50%를 부담하도록 하고 있음
  - 도도부현은 자립지원의료비와 지역생활지원사업에 소요되는 부담을 부담하고 있으며, 시정촌에서 지급하는 비용 중 1/4 이내를 보조할 수 있도록 함

## □ 정신장애인 지원 서비스

- 일본에서 정신장애인이 이용 가능한 서비스는 다음과 같음(국가인권위원회, 2016)
  - 거택보호(재가요양) : 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 장애인을 대상으로 재가에서 입욕, 배변 및 식사 지원, 조리, 세탁 및 청소 등의 가사와 생활에 관한 상담 및 조언, 그 밖의 생활 전반에 걸친 원조를 제공함. 장애지원등급이 1등급이상 해당됨
  - 중증방문요양 : 중증의 지체 부자유 또는 중증의 지적장애, 정신 장애로 인해 행동에 있어 상당히 곤란을 겪는 장애인 중 상시 요양을 필요로 하는 대상에게 재가에서의 입욕, 배변 및 식사 개호, 조리 세탁 및 청소 등의 가사와 생활에 관한 상담 및 조언, 그 밖의 생활 전반에 걸친 원조 및 외출 시 이동 등의 개호를 종합적으로 제공함. 4등급 이상 해당됨
  - 행동원호 : 지적장애 및 정신장애로 인해 행동 상의 상당한 곤란을 겪는 장애인 중 상시 개호를 필요로 하는 자에게 행동 시 발생하는 위험을 피하기 위해 필요한 원호, 외출 시 이동 중의 개호, 배변 및 식사 등의 개호와 그 밖의 행동 시 필요한 원조를 제공함. 3등급 이상 해당됨
  - 중증장애인 포괄지원 : 상시 개호의 필요성이 매우 높은 장애인을 대상으로 서비스 이용계획에 근거하여 재가 개호와 그 밖의 서비스를 긴급한 욕구에 임기응변으로 제공함. 6등급 이상 가능함
  - 단기 입소 : 자택에서 요양인이 병에 걸린 경우 등에 단기간 장애인지원시설 등에 입소하여 개호를 받을 수 있도록 지원. 1등급 이상 가능함
  - 시설입소 지원 : 시설에 입소한 장애인에 대하여 야간이나 휴일에 입욕, 배변, 식사,

개호를 제공함. 4등급 이상 가능함

- 공동생활원조개호 서비스 포괄형 : 야간이나 휴일, 공동생활을 하는 주거에서 상담, 입욕, 배변 또는 식사의 개호와 그 밖의 일상생활 상의 상담을 제공함. 사업소의 종사자가 상담이나 가사지원 등을 일상생활 상의 원조와 입욕 등의 개호를 아울러 제공함
- 외부서비스 이용형 공동생활원조 : 야간이나 휴일, 공동생활을 하는 주거에서 상담, 입욕, 배변 또는 식사의 개호와 그 밖의 일상생활 상의 원조를 제공함. 상담이나 가사지원 등의 일상생활 원조는 사업소의 종사자가 제공하고 입욕 등의 개호는 사업소가 위탁 계약한 지정거택개호사업자가 제공함
- 생활 개호 : 상시 개호가 필요한 장애인에 대하여, 낮 동안의 입욕, 배변, 식사 등의 개호를 제공하고 창작활동 또는 생산활동의 기회를 제공함. 3등급 이상 또는 50세 이상의 2등급 이상인 경우 해당함
- 숙박형 자립훈련 : 야간이나 휴일에 거실 설비를 사용하면서 가사 등의 일상생활능력을 향상시키는 원조 및 생활 상담을 지원함. 자립훈련대상자 중 일상에서 일반적인 근로나 외부의 장애인복지서비스를 이용하는 자로 지역이행을 위해 일정기간 거주공간을 제공하고 복귀 후에 생활능력 등을 유지 향상시키기 위한 훈련 및 지원이 필요한 지적장애인 및 정신장애인에게 해당함
- 자립훈련 : 자립된 일상생활이나 사회생활을 하기 위해 지적장애인과 정신장애인을 대상으로 일정의 기간 생활능력의 유지 및 향상을 위해 재활서비스를 제공함. 지역생활을 영위함에 있어 생활능력의 유지 향상 등을 위해 일정의 지원이 필요한 지적장애인 및 정신장애인에게 해당함
- 취로이행지원 일반형 : 취로를 희망하는 65세 미만의 장애인 중 일반 사업소에 고용되는 것이 가능하다고 예상되는 자에 한하여, 생산 활동, 직장체험 그 밖의 활동의 기회를 제공하고 근로에 필요한 지식 및 능력 향상을 위해 필요한 훈련, 구직활동에 관한 지원, 적성에 맞는 직장 발굴, 취직 후 직장에서의 정착을 이해 필요한 상담 등의 지원을 제공함. 취로를 희망하는 자 중 혼자서 취직하는 것이 어렵기 때문에 취로에 필요한 지식 또는 기술의 습득 또는 직장 소개 등의 지원을 필요로 하는 65세 미만의 자에 해당함
- 취로속지원 : 일반기업 등에서 취로가 어려운 장애인을 대상으로 근로의 장을 제공함과 동시에 지식 및 능력의 향상을 위해 필요한 훈련을 제공함
- 계획상담지원 : 장애인복지서비스 이용 신청에 있어, 서비스 이용 계획에 관한 상담이나 서비스 이용계획 작성 등의 지원을 제공하며 이용 상황을 파악하고 이용계획의 변

경이나 관계자와의 연계 조정 등을 지원함. 장애인복지서비스를 신청한 장애인 또는 지역상담지원을 신청한 장애인으로 시정촌으로부터 서비스 이용계획안의 제출을 요구 받은 자에 해당함

- 지역이행지원 : 입소시설이나 정신과병원 등으로부터 퇴소, 퇴원하는데 있어 지원을 필요로 하는 장애인에 대하여, 입소시설이나 정신과 병원에서 지역이행으로 연계하면서, 거주지 확보나 지역으로의 생활이행을 위해 필요한 활동에 관하여 상담을 하고, 장애인복지서비스 사업소에 동행하여 지원함. 장애인지원시설 등 요양개호시설에 입소한 장애인, 정신과병원에 입원한 정신장애인에 해당함
- 지역 정착지원 : 혼자서 생활을 하는 장애인으로 지역생활을 지속함에 필요한 연락체제를 확보하고, 긴급 시 지원체제가 필요하다고 예상되는 자에 대하여, 상시 연락체제를 확보, 장애 특성에 기인하여 발생하는 긴급상황에 맞춰 긴급 방문이나 대응 등의 각종 지원을 제공함. 독신으로 생활하면서 긴급 시 지원이 필요하다고 예상되는 자, 가족과 동거하여도 가족이 장애 또는 질병을 가지고 있어 긴급 시 지원을 필요로 하다고 예상되는 자에 해당함

### 3. 소결

#### 1) 회복지향의 복지지원 강화

- 한국은 정신보건법 제정 이후 정책의 방향이 정신질환자에 대한 치료와 재활에 초점을 맞추어 왔으며, 정신건강복지법의 개정으로 복지서비스에 대한 내용이 비로소 포함되었음
- 하지만 대부분의 정책이 입원과 시설 서비스 중심으로 이루어져 있어서, 정신장애인의 회복과 자립에 대한 지원정책은 매우 부족하다고 할 수 있음
- 또한 장애인복지법 개정 이후 장애유형으로 포함되었지만, 장애인복지법 제15조의 제한 등으로 인해 다양한 장애인 복지혜택에서 배제되고 있음
- 외국의 경우 탈원화 이후 지난 50년간 정신건강 정책의 방향이 치료와 재활을 넘어 정신장애인의 회복을 지향하고 있음

- 회복은 정신장애인이 잠재력을 발휘하여 의미 있는 삶을 살 수 있도록 의료, 주거, 직업, 여가 관계 등에 대한 포괄적이고 통합적인 지원을 제공하는 것임
- 이를 위해서는 치료체계 뿐만 아니라 지역사회 기반의 복지지원이 함께 구축되어야 함
- 특히, 일본의 경우 정신장애인도 장애인복지체계에 완전히 통합됨으로써, 지역사회의 장애인 지원 서비스를 모두 함께 누릴 수 있도록 하고 있음

## 2) 지역사회 기반의 정신장애인 지원체계 구축

- 한국은 정신건강복지법 개정 이후 지역사회 기반 정신건강을 지향해왔지만 이를 실현할 수 있는 지역사회 기반의 체계 구축은 아직까지 취약한 상황임
  - 정신건강복지센터가 지역적인 책임을 가지고 네트워크를 구축하며, 정신재활시설을 통해 회복과 자립 지원 서비스를 제공하도록 규정하고 있음
  - 하지만 각 서비스 체계 간의 연계가 부족하고, 지역 단위에서의 지원체계에 대한 구체적인 규정이 제시되지 못하고 있음
  - 따라서 정신장애인이 병원이나 시설에서 지역사회로 나왔을 때, 어떤 절차를 통해 어떤 서비스를 이용할 수 있는지 알기 어려움
  - 또한 지역사회에서 위기 상황을 경험할 때, 병원입원 외에 대안적인 서비스나 지원체계가 부족한 상황임
- 외국의 경우 정신장애인이 퇴원을 할 경우 지역사회 자립을 위한 연계체계가 효과적으로 구축되어 있음
  - 일본의 경우 입소시설이나 정신과병원 등으로부터 퇴소, 퇴원하는데 있어 지원을 필요한 경우, 거주지 확보나 지역으로의 생활이행을 위해 필요한 지원을 제공하고 있음
  - 미국의 경우 병원치료에 대한 서비스로서 ACT와 같이 적극적인 사례관리를 실시하고 있으며, 주거, 취업, 여가, 위기개입 등의 통합적인 서비스를 제공하고 있음. 모바일 위기팀이나 단기보호와 같이 위기상황에서 즉각적으로 도움을 요청할 수 있으며, 보호와 쉼을 제공함으로써 입원하지 않고도 위기에 대처할 수 있도록 지원하고 있음

## 3) 지역사회 인프라 구축

- 정신장애인이 지역사회에서 자립하여 살아가기 위해서는 이를 지원하는 다양한 지역사회 인프라가 구축되어야 함

- 한국의 경우 정신건강복지법에 정신재활시설을 규정해 놓고 있음
  - 하지만 정신보건법 제정 이후 정신재활시설은 양적으로 확대되지 못하고 있으며, 특히 경기도의 31개 시군 중 17개 시군에 단 한 개의 정신재활시설도 설치되어 있지 못함
  - 더구나 정신건강복지법에 고용, 주거, 평생교육, 여가 등의 복지서비스에 대한 내용을 새로이 포함하였으나, 이러한 복지서비스를 구체적으로 어떻게 제공할지에 대해서는 전혀 명시하지 않고 있음
- 특히 지역사회에서 정신장애인이 살아가는데 가장 기반이 되는 주거의 경우 3년 기간 제한이 있는 훈련시설만 제시되어 있고, 실제로 집으로서의 주거는 전혀 포함되어 있지 못함
    - 따라서 3년간 취업 등을 통해 주거를 마련하지 못하면, 주거시설 퇴소 후에는 다시 병원이나 요양시설로 가야하는 상황이 빈번하게 발생함
    - 한편 임대주택 등의 주거를 마련한다고 하여도, 이사, 일상생활유지, 주거관리 등 자립을 유지하는데 필요한 지원을 받을 수 있는 곳이 전혀 없음
  - 외국의 경우 정신장애인의 욕구, 기능수준, 자립준비 등에 따라 다양한 주거를 제공하고 있음
    - 미국 뉴욕주의 경우 독립적인 아파트 형태에서 24시간 보호가 제공되는 시설보호에 이르기까지 다양한 주거의 선택권을 보장하고 있음. 주거와 결합된 지역사회 지원서비스 연계가 이루어지고 있음
    - 일본의 경우 재가요양, 방문요양, 행동원호, 지역정착지원 등을 통해 지역사회에서 살아가는데 필요한 지원서비스를 제공하고 있음

#### 4) 지역사회 정신장애인 지원예산 확보

- 탈원화와 지역사회기반 정신장애인 지원체계가 확대되기 위해서는 이를 위한 예산확보가 관건임
  - 한국의 경우 건강보험과 일반예산으로 재정창구가 이원화 되어 있어서, 재정의 확대가 쉽지 않음
- 미국을 비롯한 서구의 경우 건강보험 재정에서 지역사회서비스까지 포괄하며, 재정적 책임을 기초단체에 위임하고 있음.
  - 따라서 고비용이 드는 입원치료를 최소화하고, 이를 통해 절감되는 비용을 지역사회

- 지원체계 구축에 투입하였기 때문에 탈원화가 실제적으로 가능
- 또한 기초단체에 행정과 재정의 책임을 일원화함으로써 비용효율성과 서비스 통제가 가능하도록 하였음
  - 미국의 경우 초기사정기능을 강화하여 이용적정성 관리와 서비스의 접근성을 통제하는 전략을 사용하고 있음
  - 한편 일본의 경우 정신장애인에 대한 지역사회 지원체계를 장애인 복지와 일원화하여 복지 예산 안에서 통합적으로 지원하고 있음
- 한국의 경우 의료비용은 건강보험으로, 지역사회 지원은 일반예산으로 분리되어 있기 때문에 탈원화를 통한 의료비용의 감소가 지역사회 투입으로 연계되지 못하며, 각 예산의 주체도 다르기 때문에 효율적인 관리와 비용효과성이 나타날 수 없음
  - 또한 정신장애인에 대한 예산과 전달체계가 보건에 속해 있으며, 복지 전달체계나 예산과는 분리되어 있어서 치료와 재활중심에만 머물러 있는 한계점이 있음



# Ⅲ 정신장애인과 지역사회 자원 현황

## 1. 정신장애인 현황

- 2016년 정신질환실태 역학조사(보건복지부)에 따르면, 정신건강에 대한 요구는 지속적으로 증가하고 있음
  - 우리나라 성인 인구 4명 중 1명은 평생에 걸쳐 한번 이상 우울, 불안 등 정신건강의 문제를 경험함
    - 우리나라 성인 인구의 정신장애 평생유병률<sup>1)</sup>은 약 25.4%(남자 28.8%, 여자 21.9%)로 1천만 명에 달하고, 일년유병률<sup>2)</sup>은 약 11.9%(남자 12.2%, 여자 11.5%)임. 즉 남자의 평생유병률이 여자의 약 1.3배였음
    - 그 외 알코올 사용장애 12.2%, 불안장애 9.3%, 기분장애 5.3%(주요우울장애 5.0%), 조현병 스펙트럼장애가 0.5% 등으로 조사됨. 개별 주요 정신질환군의 유병률을 성별로 살펴보면 남성에서는 알코올 사용장애가, 여성에서는 불안장애의 평생유병률이 가장 높은 것으로 나타남

1) 평생동안 한번 이상 정신질환에 이환된 적이 있는 사람의 비율

2) 지난 일년 간 한번 이상 정신질환에 이환된 적이 있는 사람의 비율

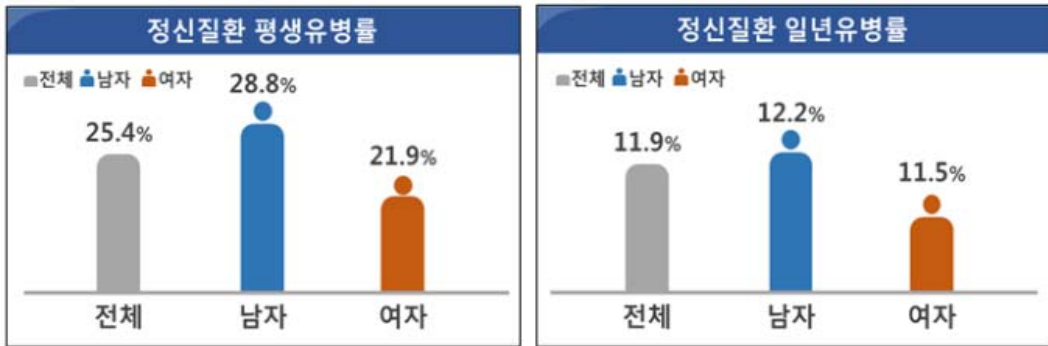
〈표 Ⅲ-1〉 주요 정신질환별 유병률

(단위 : %)

병명	평생유병률			일년유병률		
	전체	남	여	전체	남	여
주요우울장애(우울증)	5.0	3.0	6.9	1.5	1.1	2.0
불안장애	9.3	6.7	11.7	5.7	3.8	7.5
조현병 스펙트럼장애	0.5	0.5	0.4	0.2	0.2	0.2
알코올 사용장애	12.2	18.1	6.4	3.5	5.0	2.1
니코틴 사용장애	6.0	10.6	1.4	2.5	4.5	0.6
자살생각 및 시도	15.4	-	-	-	-	-

자료 : 보건복지부(<http://blog.naver.com/mohw2016/220982361528>)

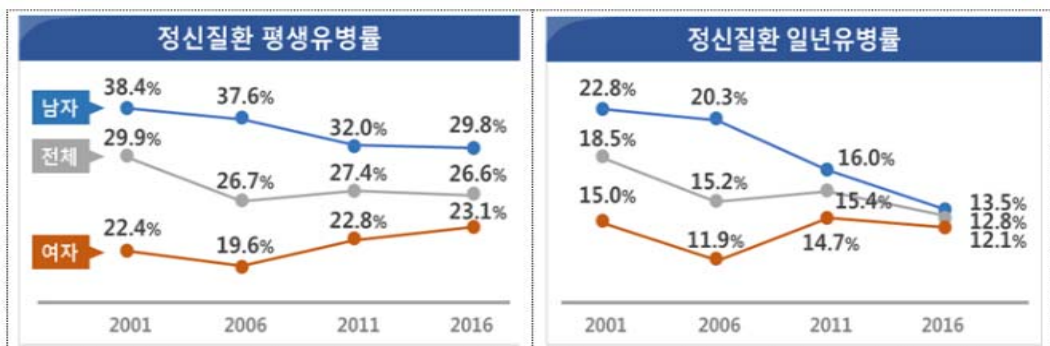
〈그림 Ⅲ-1〉 전체 및 성별 정신질환 현황



자료 : 보건복지부(<http://blog.naver.com/mohw2016/220982361528>)

- 그러나 연도별 정신질환 유병률 추이를 살펴보면, 전반적으로 감소하는 추세임. 평생 유병률은 전년도 대비 0.8%p 감소하였고, 일년유병률도 전년도 대비 2.6%p 감소함

〈그림 Ⅲ-2〉 연도별 정신질환 유병률 추이



자료 : 보건복지부(<http://blog.naver.com/mohw2016/220982361528>)

□ 보건복지부 2016년 전국 장애인 등록 현황에 따르면 등록 정신장애인은 매우 미미함

- 정신질환자의 경우 사회적 편견으로 장애등록을 기피하고 있고 현재 장애인을 위한 서비스와 제도는 등록 장애인만을 대상으로 함
  - 보건복지부 2016년 전국 장애인 등록 현황에 따르면 등록 장애인수 2,511,051명 중 정신장애는 100,069명이 등록되어 있음
- 그러나 2016년 정신질환실태 역학조사(보건복지부)에 따르면 중증정신질환자 추정 수는 만18세~74세 성인인구의 1%이므로 전국 399,831명, 경기도는 97,816명, 서울은 79,687명으로 추정됨
  - 실제 등록된 정신장애인과 추정수의 격차를 볼 때 법적인 장애인 범주에 포함되지 못하여 지역사회에서 필요한 서비스를 받지 못하는 경우가 많을 것으로 추정됨

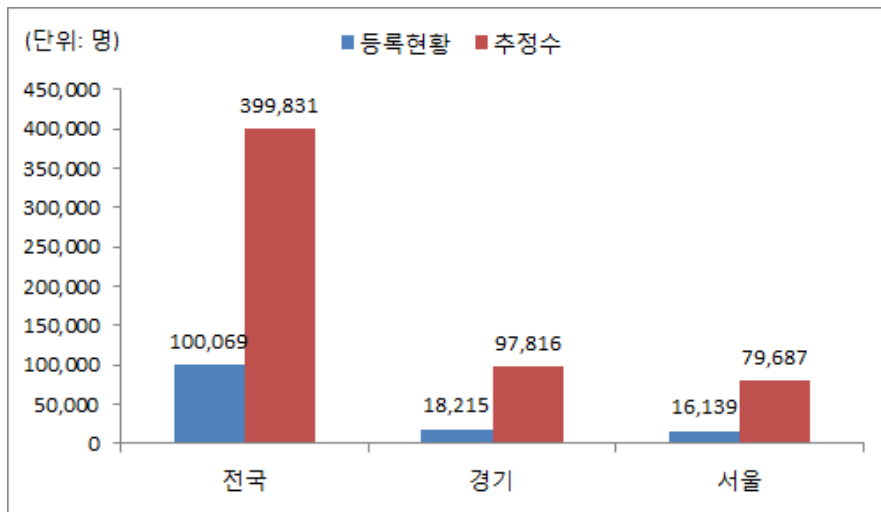
〈표 Ⅲ-2〉 정신장애인 등록 현황 및 추정수 비교

(단위 : 명)

구분	전국	경기도	서울시
등록수	100,069	18,215	16,139
추정수	399,831	97,816	79,687

자료 : 경기도(2016. 12월말 기준), 보건복지부(2016)

〈그림 Ⅲ-3〉 정신장애인 등록 현황 및 추정수 비교



## 2. 장애인 관련 지역사회자원 현황

### 1) 정신장애인 관련 지역사회자원

#### □ 정신장애인 관련 지역사회자원 유형

- ‘정신건강복지법’에서 규정하는 정신장애인 관련 지역사회자원 유형은 정신건강 복지센터와 정신건강증진시설에 해당하는 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활 시설임
  - 정신건강복지센터란 정신건강증진시설, 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(이하 ‘사회복지시설’이라 한다), 학교 및 사업장과 연계체계를 구축하여 지역사회에서의 정신건강증진사업 및 제33조부터 제38조까지의 규정에 따른 정신질환자 복지서비스 지원사업(이하 ‘정신건강증진사업등’이라 한다)을 하는 기관 또는 단체
  - 정신건강증진시설이란 정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설을 말함
    - 정신의료기관이란 주로 정신질환자를 치료할 목적으로 설치된 기관
    - 정신요양시설이란 제22조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자를 입소시켜 요양 서비스를 제공하는 시설
    - 정신재활시설이란 제26조에 따라 설치된 시설로서 정신질환자 또는 정신건강 상 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람(이하 ‘정신질환자등’이라 한다)의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설을 말함 : 생활시설은 정신질환자등이 생활할 수 있도록 주로 의식주 서비스를 제공하는 시설이며, 재활훈련시설은 정신질환자등이 지역사회에서 직업활동과 사회생활을 할 수 있도록 주로 상담·교육·취업·여가·문화·사회참여 등 각종 재활활동을 지원하는 시설
- 2011~2016년 정신재활시설 현황을 살펴보면, 주거제공시설(공동생활가정)만 지속적으로 증가할 뿐, 다른 시설의 증가는 거의 이루어지지 않음
  - 이는 민간에서 재활시설을 설치하면, 일정기간이 지나야 예산을 지원하는 형태로 장소와 직원을 확보하여 1~2년간 운영해야 예산을 지원하는 현재 지원 방식에 대한 개선이 필요함
  - 정신재활시설 확대를 위해서는 국가 및 지방자치단체가 직접 장소를 마련하고 직접 운영하거나 위탁하는 방식을 취하거나 기존 사회복지시설 인프라를 활용하여 민간의 부담을 줄이는 방법이 모색되어야 함

〈표 Ⅲ-3〉 2011~2016년 정신재활시설 현황

(단위 : 개)

연도	주간재활시설	입소생활시설	종합시설	주거제공시설 (공동생활가정)	직업재활시설	중독자 재활시설	계
2011	81	15	24	88	3	3	214
2012	81	17	24	101	5	3	231
2013	86	17	22	123	6	3	257
2014	91	17	22	131	8	4	273
2015	90	22	22	143	10	3	290
2016	91	22	21	150	11	3	298

자료 : 문용훈(2017)

## □ 경기도 정신장애인 관련 지역사회자원 현황

### ○ 경기도 정신건강시설 현황

- 위에서 살펴본 바와 같이 정신장애인 관련 정신재활시설은 다음 표와 같음. 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설(주거·공동/이용·종합), 정신요양시설로 구분할 수 있음
- 정신의료기관은 병상이 있는 곳과 없는 곳으로 나뉠 수 있으며, 2016년 12월말 기준 경기도 정신의료기관은 31개로 병상이 있는 곳은 121개, 병상 없는 곳은 193개이었으며 이용자 수는 23,284명임
- 정신건강복지센터는 총 36개소로 11,761명이 이용할 수 있었으며, 정신재활시설은 총 45개로 725명이 이용할 수 있고, 정신요양시설은 총 6개소로 1,409명이 이용할 수 있어 경기도 총 314개 시설에서 23,284명이 이용할 수 있는 것으로 나타남

〈표 Ⅲ-4〉 경기도 정신건강시설 현황

(단위 : 개, 명)

구분	정신의료기관			정신건강 복지센터	정신재활시설			정신요양 시설
	계	병상있음	병상없음		계	주거·공동	이용·종합	
개소수	314	121	193	36	45	33	12	6
정원	-	16,732	-	-	795	276	519	1,848
이용자수	23,284	14,024	9,260	11,761	725	244	481	1,409

자료 : 경기도(2016, 12월말 기준)

○ 정신의료기관 현황

- 보건복지부 정신의료기관 현황에 따르면, 전국 병상 수는 83,140개로 입원환자는 69,300명(83.4%)이었고, 경기도는 병상 수 16,732(20%)개로 입원환자 14,024명(83.8%)로 나타남. 서울은 경기도보다 병상 수와 입원환자의 수가 적음

〈표 Ⅲ-5〉 정신의료기관 현황

(단위 : 개, 명, %)

전국		경기(비율)		서울(비율)	
병상 수	입원환자(비율)	병상 수	입원환자(비율)	병상 수	입원환자(비율)
83,140	69,300(83.4)	16,732(20)	14,024(83.8)	5,291(6)	4,153(78.5)

자료 : 경기도(2016. 12월말 기준)

\* 병상 수 : 폐쇄 입원병상 + 개방 입원병상

○ 정신건강복지센터 현황

- 현재 정신건강복지센터는 경기도 31개 시·군에 모두 1개소씩 설치되어 있으며, 수원시는 4개소, 성남시는 2개소가 설치되어 있어 광역정신건강복지센터 1개소, 시·군 정신건강복지센터 35개소로 총 36개소임
- 정신건강복지센터 운영비 지원은 총21,667백만원으로 국비 13.8%, 도비 12.9%, 시·군비 73.3%인 것으로 나타남
- 정신건강복지센터 등록 사례관리 현황을 살펴보면, 등록 사례관리 수는 총2,481명으로 남자 919명, 여자 1,562명으로 여자가 훨씬 많음. 퇴록 사례관리 수는 총1,608명으로 남자 659명, 여자 949명인 것으로 나타남. 등록에 비해 퇴록 사례관리 수가 적었으며, 2016년 12월말 사례관리 현황은 총 11,761명으로 남자 4,927명, 여자 6,834명인 것으로 나타남

〈표 Ⅲ-6〉 정신건강복지센터 등록 사례관리 현황

(단위 : 명)

등록			퇴록			당반기말 회원 수		
소계	남자	여자	소계	남자	여자	소계	남자	여자
2,481	919	1,562	1,608	659	949	11,761	4,927	6,834

자료 : 경기도(2016. 12월말 기준)

○ 정신재활시설 현황

- 보건복지부 정신재활시설 현황에 따르면, 전국 357개소가 있으며 경기도에는 45개소 (15%), 서울에는 117개소(31%)가 운영 중임
- 전국 정신재활시설 정원 7,081명 중 6,736명(95.1%)가 시설을 이용 중인 것으로 나타났으며, 경기도 역시 정원 795명 중 725명(91.2%)가 시설을 이용하고 있었음. 서울 역시 정원 2,354명 중 2,214명(94.1%)이 이용하고 있는 것으로 나타나 이용률이 매우 높은 것으로 파악됨

〈표 Ⅲ-7〉 정신재활시설 현황

(단위 : 개, 명, %)

전국		경기(비율)		서울(비율)	
개소	정원/현원	개소	정원/현원	개소	정원/현원
357	17,081/6,736 (95.1)	45 (15)	795/725 (91.2)	117 (31)	2,354/2,214 (94.1)

자료 : 경기도(2016. 12월말 기준)

- 경기도 정신재활시설 운영 현황을 더 자세히 살펴보면, 전체 45개소 중 주거·공동이 33개소, 이용·종합이 12개소인 것으로 나타남. 지역별로는 〈표Ⅲ-8〉과 같음
  - 주거·공동시설은 정신질환자가 독립을 준비하며 공동으로 생활하는 시설을 말함
  - 이용·종합시설은 정신질환자의 사회복귀 준비를 위한 직업 및 일상생활 훈련 등의 주간서비스를 제공하는 시설을 의미함
- 경기도 정신재활시설 45개소 중 38개소(84.4%)는 경기 남부지역에 집중되어 있음. 수원에 제일 많은 13개 시설이 운영 중이었으며, 화성 5개소, 성남, 평택 각 4개소, 오산 3개소인 것으로 나타남
- 또한 경기도 31개 시·군 중에서 정신재활시설이 없는 지역은 16개 지역으로 과천시, 군포시, 의왕시, 안양시, 광명시, 이천시, 여주시, 연천군, 김포시, 양주시, 구리시, 양평군, 광주시, 가평군, 하남시, 동두천시였음

〈표 Ⅲ-8〉 경기도 정신재활시설 현황

(단위 : 개)

구분	계	수원	화성	오산	평택	용인	성남	시흥	부천	안산	안성	의정부	남양주	고양	포천	파주
시설수	45	13	5	3	4	2	4	1	2	2	2	1	1	2	1	2
주거·공동	33	10	4	2	3	2	3	-	-	2	2	-	1	1	1	2
이용·종합	12	3	1	1	1	-	1	1	2	-	-	1	-	1	-	-

자료 : 경기도(2016. 12월말 기준)

○ 정신요양시설 현황

- 보건복지부 정신요양시설 현황에 따르면, 전국 요양시설 59개소로 정원 13,519명에 현재 10,181명(75.3%)이 입소하여 생활하고 있으며, 경기도에는 총 6개의 정신요양시설이 있으며 정원 1,848명 중 1,409명(76.2%)이 입소하였음. 서울 정신요양시설 3개소 중 정원 730명 중 687명(94.1%)가 입소하여 생활하고 있어 입소율이 매우 높은 것으로 나타남

〈표 Ⅲ-9〉 정신요양시설 현황

(단위 : 개, 명, %)

전국		경기(비율)		서울(비율)	
개소	정원/현원	개소	정원/현원	개소	정원/현원
59	13,519/10,181 (75.3)	6 (10)	1,848/1,409 (76.2)	3 (5)	730/687 (94.1)

자료 : 경기도(2016. 12월말 기준)

\* 설치 6개 시·군 : 용인, 화성, 오산, 고양, 동두천, 가평

## 2) 장애인 관련 지역사회자원

### □ 장애인 관련 지역사회자원 유형

○ 장애인복지법 제58조 장애인복지시설에 명시된 종류는 다음과 같음

- 장애인 거주시설은 거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안 주거·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설
- 장애인 지역사회재활시설은 장애인을 전문적으로 상담·치료·훈련하거나 장애인의 일상생활, 여가활동 및 사회참여활동 등을 지원하는 시설



- 장애인 직업재활시설은 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 시설
- 장애인 의료재활시설은 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단·판정, 치료 등 의료재활서비스를 제공하는 시설

○ 반면, 2011~2016년 장애인복지시설 현황을 살펴보면, 정신재활시설과는 달리 거주시설, 지역사회재활시설, 직업재활시설 모두 지속적인 시설의 증가가 이루어짐

- 이렇게 장애인복지시설이 증가한 이유는 정신장애인 외의 기타 장애인들의 적극적인 욕구표출로 인해 복지부와 지자체 단위에서 적극적으로 설치를 장려 및 지원했기 때문으로 사료됨. 특히, 정신보건의 예산한계도 있었으나 정신재활시설에 비해 시설 초기 설치에 필요한 사업비, 인건비, 운영비를 지원하는 경우가 많았다고 볼 수 있음

〈표 Ⅲ-10〉 2011~2016년 장애인복지시설 현황

(단위 : 개)

연도	장애인 거주시설1)			지역사회재활시설				직업재활시설				계
	계	단기	공동	계	장애인 복지관	주간 보호 시설	기타2)	계	근로 사업장	보호 작업장	직업 적응 훈련 시설	
2011	1,246	119	637	1,064	199	485	380	456	53	403	-	2,766
2012	1,348	128	667	1,106	205	526	375	478	56	422	-	2,932
2013	1,397	131	685	1,160	219	558	383	511	64	447	-	3,068
2014	1,457	137	713	1,213	223	592	398	541	64	477	-	3,211
2015	1,484	141	717	1,248	224	625	399	560	64	496	-	3,292
2016	1,505	146	736	1,303	231	663	409	582	63	516	3	3,390

1) 단기보호시설 및 공동생활가정의 경우 지역사회재활시설로 분류되던 것에서 2012년부터 거주시설로 분류. 본 현황 표에서는 2011년으로 일괄 제시

2) 기타시설에는 장애인체육관, 생활이동지원센터, 수화통역센터, 점자도서관, 점자도서 및 녹음서 출판시설이 해당

자료: 보건복지부, 장애인복지시설 일람표 각년도

## □ 경기도 장애인 관련 지역사회자원 현황

○ 경기도 장애인 관련 시설을 구체적으로 살펴보면 다음과 같음

- 지역사회재활시설, 장애인거주시설, 직업재활시설 등 경기도 장애인복지시설은 총 698개소가 있으며 이 중 장애인거주시설 313개소, 지역사회재활시설 221개소, 직업재활시설 100개소, 기타시설 64개소 순으로 나타남

- 특히 시군별로 보면, 고양시(53개소), 수원시(50개소), 안산시·성남시(46개소), 용인시(45개소) 순으로 나타나고 있어 대체로 서울인접 대도시 중심으로 시설이 편중되어 있음
- 권역별로 보면, 남부 499개소, 북부 199개소로서 해당 권역의 시군 수를 감안해서 보더라도 상대적으로 남부에 시설이 치중되어 있음을 알 수 있음

〈표 Ⅲ-11〉 경기도 시군별 장애인복지시설 현황

(단위 : 개)

시군명 \ 유형	지역사회 재활시설	장애인거주시설	직업재활시설	기타 시설	합계(개소)
경기도	221	313	100	64	698
수원시	16	16	12	6	50
성남시	14	22	7	3	46
부천시	14	11	4	2	31
용인시	12	25	5	3	45
안산시	14	23	6	3	46
안양시	8	5	2	2	17
평택시	11	7	4	1	23
시흥시	8	10	1	5	24
화성시	8	10	5	2	25
광명시	5	2	2	2	11
군포시	7	3	3	1	14
광주시	5	16	4	1	26
김포시	8	8	4	2	22
이천시	5	11	6	2	24
안성시	4	16	3	1	24
오산시	5	2	1	1	9
하남시	3	5	1	1	10
의왕시	5	3	1	2	11
여주시	5	5	2	2	14
양평군	4	15	2	0	21
과천시	5	0	0	1	6
남부 계	166	215	75	43	499
고양시	12	24	10	7	53
남양주시	7	12	4	1	24
의정부시	8	6	1	4	19
파주시	6	13	2	2	23
구리시	5	5	3	2	15
양주시	4	9	1	1	15

시군명 \ 유형	지역사회 재활시설	장애인거주시설	직업재활시설	기타 시설	합계(개소)
포천시	4	17	2	2	25
동두천시	4	1	1	1	7
가평군	3	6	0	0	9
연천군	2	5	1	1	9
북부 계	55	98	25	21	199

주1 : 장애인 거주시설 : 지체장애인 거주시설, 시각장애인 거주시설, 청각 언어장애인 거주시설, 지적장애인 거주시설, 중증 장애인거주시설, 장애영유아 거주시설, 장애인단기거주시설, 장애인공동생활가정  
지역사회 재활시설 : 장애인복지관, 주간보호시설, 장애인체육시설, 장애인심부름센터, 수화통역센터, 점자도서관  
직업재활시설 : 근로사업장, 보호작업장, 장애인 생산품판매시설  
기타시설: 장애인가족지원센터, 장애인자립생활센터  
주2 : 장애인복지관 중 준공 중이거나 개관 예정인 2개소(양주시 1개소, 화성시 1개소) 포함  
주3 : 장애인거주시설, 직업재활시설에서 제시된 입소자수는 현원기준  
자료 : 보건복지부(2016), 「2016년 장애인복지시설 일람표」, 경기도(2017), 「2017년 장애인복지 사업 안내」, 경기도 내부자료(2016).

### 3) 장애인 관련 지역사회시설과 정신장애인 지역사회시설 비교

- 장애인복지시설과 정신재활시설을 비교하면 <표 III-12>와 같음. 장애인복지시설의 거주시설과 정신건강복지법의 생활시설(입소생활시설)은 비슷한 기능을 하고 있고, 장애인복지시설의 지역사회재활시설과 직업재활시설은 정신건강복지법의 재활훈련시설과 비슷한 내용을 담고 있음
- 그러나 장애인복지시설의 의료재활시설에 해당되는 부분은 정신재활시설에 없으며, 정신재활시설의 성별·생애 유형별 시설, 중독자재활시설, 생산품판매시설, 종합시설은 장애인복지시설에 없음

<표 III-12> 장애인복지시설과 정신재활시설 비교

장애인복지법	정신건강복지법
거주시설	생활시설(입소생활시설)
지역사회재활시설	재활훈련시설
직업재활시설	
의료재활시설	-
-	성별·생애 유형별 시설
-	중독자재활시설
-	생산품판매시설
-	종합시설

- 장애인복지법 제15조, 시행령 제13조에 따르면 장애인 중 「정신건강복지법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조 제1항 제2호 및 제3호[(재활상담 등의 조치) 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스]를 적용하지 아니한다고 명시함

### 3. 소결

- 보건복지부 조사에 따르면 우리나라 정신장애 평생유병률은 25.4%로 높아 정신건강에 대한 요구가 지속적으로 증가하고 있음
- 정신질환자의 경우 사회적 편견으로 장애등록을 기피하고 있어 법적인 장애 범주에 포함되지 못하여 필요한 서비스를 받지 못하는 경우가 많을 것으로 추정됨
  - 보건복지부 2016년 전국 장애인 등록 현황에 따르면 정신장애인은 전국 100,069명, 경기도 399,831명으로 나타남
  - 그러나 보건복지부 2016년 정신질환실태 역학조사에 따르면 중증정신질환자 추정수는 전국 399,831명, 경기도 97,816명으로 추정
- 지속적인 욕구 증가에도 불구하고 정신장애인 관련 지역사회자원은 미비한 상황이며, 특히 장애인복지법 제15조로 인해 정신장애인의 장애인복지시설 이용은 제한되고 있음
  - 2011~2016년 정신재활시설 현황을 살펴보면, 주거제공시설(공동생활가정)만 지속 증가할 뿐 다른 시설의 증가는 거의 이루어지지 않음
    - 이는 민간에서 재활시설을 설치하고 직원을 확보하여 1~2년간 운영해야 예산을 지원 하는 방식 때문으로 사료됨
  - 반면 장애인복지법 상의 시설 현황을 살펴보면 거주시설, 지역사회재활시설, 직

업재활시설 모두 지속적인 증가가 이루어짐

- 이는 보건복지부와 지자체 단위에서 적극적으로 설치를 장려 및 지원했기 때문으로 사료됨. 특히, 정신보건의 예산한계도 있겠으나 정신재활시설에 비해 시설 초기설치에 필요한 사업비, 인건비, 운영비를 지원하는 경우가 많았다고 볼 수 있음
- 또한 정신장애인의 경우 장애인복지법 제15조로 인해 장애인복지시설에서 이용이 제한되고 있어 정신장애인이 실제로 지역사회 내에서 활용할 수 있는 복지자원은 턱없이 부족한 실정임
- 이러한 문제를 개선하기 위해서는 국가 및 지방자치단체가 직접 장소를 마련하고 직영 및 위탁하는 방식을 취하거나 기존 사회복지시설 인프라를 활용하여 민간의 부담을 줄이는 방법 모색이 필요함



# IV 의견조사 결과

## 1. 조사의 개요

- 정신보건서비스의 문제점과 지역사회복지자원 활용 방안을 모색하기 학계 및 현장 전문가와 자문회의를 진행
  - 자문위원은 정신보건전공 교수, 정신재활시설(주거공동/이용종합), 정신건강복지센터, 정신장애인직업재활시설, 장애인복지관 관계자 8명을 중심으로 이루어짐

## 2. 주요 논의 내용

- 정신보건서비스(전달체계)의 문제점
  - 등록하지 않은 장애인 인구, 특히 정신장애인 인구가 많음
    - 2011년 장애인실태조사에 따르면 우리나라 등록장애인은 2,517,312명이며, 등록하지 않은 장애인까지 포함하는 추정장애인은 2,683,477명
    - 등록 정신장애인은 95,821명이며, 추정 정신장애인은 115,151명
  - 현재의 정신보건서비스는 치료와 보호감호 중심으로 이루어지고 있음
    - 1997년 정신보건법이 시행된 후 정신장애인을 격리시키는 정신의료기관 및 정신요양시설 입소자 규모는 지속적 증가
    - 입원자 증가는 개정 전 정신보건법의 강제입원제도의 영향이 큼
    - 정신장애인은 위험하기 때문에 사회와 격리시켜야 하고 약물치료를 통해 위험성을 치료해야 한다는 기조가 작용

- 그 수단으로 정신장애인 가족이나 행정관청은 강제적으로 당사자의 의사와 관계없이 정신장애인을 병원 혹은 시설에 강제 입소 시켜왔으며, 사회적으로 묵인되어 옴
- 정신건강복지센터의 기능과 역할, 구조 등이 정신장애인을 지원하는데 충분치 않음
  - 국민의 정신건강증진을 위해 시군구에 정신건강복지센터가 설치되어 있음
  - 센터의 주요 기능은 자살예방사업에 초점이 맞추어져 있으며, 지역의 정신장애인을 위한 사업수행과 인력배치는 열악한 상황임
  - 사례관리자 1명이 지역 내 정신장애인 약 100명을 지원하고 있고, 이는 곧 한 명의 사례관리자가 하루 동안 5명을 담당해야 하는 수준임
  - 이러한 구조는 업무 효율성을 저하시킬 뿐 아니라 실질적 지원보다는 종사자로 하여금 형식적인 수준의 업무수행을 할 수밖에 없게 만들
  - 또한 지역 기관에서 정신장애인에 대한 이해가 부족하다보니 찾아가는 동복지서비스를 포함한 경찰관 및 소방관 출동 시 당사자가 정신과적 문제가 있다고 하면 정신건강복지센터로 연계하려고 하는 경향 또한 센터의 업무를 과중시키고 있음
- 정신장애인은 보건과 복지 영역 모두에서 배제되어, 정신장애인에 대한 복지서비스는 발달되지 못함
  - 정신장애인은 장애인복지법상 장애인이지만 예외조항인 장애인복지법 제15조<sup>3)</sup>로 인해 장애인복지법이 아닌 정신건강복지법의 적용을 받음
  - 장애인복지법 제15조는 강제조항이 아니지만 정신장애를 제외한 장애인들에게 복지서비스를 제공하고 있는 기관들은 이 조항을 근거로 정신장애인에 대한 서비스를 제한함
  - 뿐만 아니라 복지영역에서는 장애인복지법의 예외조항을 들어 정신장애인을 배제하고, 보건영역에서는 보건 중심의 정신건강복지법에 초점을 맞추어 정신장애인을 외면하는 등 보건과 복지영역에서의 핑퐁게임으로 인해 복지서비스가 발달하지 못함
- 정신보건법에서 정신건강복지법으로 개정되었으나, 여전히 정신장애인이 복지서비스 혜택을 누리기에는 부족
  - 1997년 정신보건법 제정된 이후 개정과정을 거치며 2016년 정신건강복지법으로 개정됨
  - 이는 정신장애 분야도 치료 중심의 전달체계에서 벗어나 복지에 중점을 둔 전달체계로의 변화를 의미

---

3) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다



- 그러나 실제 법의 내용을 들여다보면 복지와 관련된 내용은 거의 없음

○ 장애인복지법 제15조 폐지 또는 개정, 사회인식 개선 운동 필요

- 우리나라의 장애인복지는 사회운동을 통해 발전을 거듭해왔으나, 그 과정에서 정신장애인은 배제되어 옴

- 장애인복지법의 적용대상에서 정신장애인을 합법적으로 배제해왔던 제15조가 큰 영향력으로 작용

- 또한 우리나라에서는 정신장애는 개인이 극복하고 감당해야 하는 문제라는 인식에서 벗어나지 못하고 있음

- 이를 극복하기 위해 정신장애로 인한 사회적 인식을 제고시키고 정신과적 문제가 발생해도 지역사회에서 잘 살아갈 수 있도록 지역 주민들의 태도 변화도 필요

□ 정신장애인의 지역 내 장애인복지 자원 활용 방안

○ 장애인복지 현장 전문가를 대상으로 정신장애인에 대한 이해를 도울 수 있는 교육 필요

- 정신건강복지법으로 개정된 이후 실제로 지역사회 장애인복지관에서 정신장애인을 대상으로 하는 서비스를 제공하기 위한 움직임이 있음

- 하지만 그동안 서비스 대상에서 제외되었던 장애 유형에 대한 두려움이 실제로 적절한 서비스를 제공하는데 걸림돌이 되고 있음

- 이러한 문제를 해소하지 위해 정신장애인에 대한 이해를 높이기 위한 교육과 함께 더불어 생활해보는 방안 고려 가능

○ 정신장애인 대상 활동보조서비스 제공 필요

- 지역사회에 거주하는 정신장애인 중 이동 자체에는 문제가 없지만 심리적, 정신적인 문제로 인해 이동 및 일상생활에 어려운 장애인이 있는데, 이들의 경우 활동보조서비스가 있다면 충분히 일상생활이 가능

- 그러나 현 활동보조서비스는 신체 장애인을 위주로 판정되고 있기 때문에 실제로 정신장애인이 활동보조서비스를 신청하여 받을 수 있는 경우가 극히 드물

- 정신장애의 특성을 반영할 수 있도록 활동보조서비스의 판정기준 개선 필요

○ 정신장애인과 가족이 자신에게 필요한 서비스에 대한 정보를 얻기 어렵고, 적절한 서비스 체계로 연계되기보다 한 체계 안에 머물러 있는 경우가 많음

- 정신의료기관에서 불필요하게 장기입원 하고 있거나, 정신건강복지센터의 주간재활 프로그램에 10년 이상 머물러 있거나, 정신재활시설 이후 서비스가 단절되는 등의 현상이 나타남
- 이는 각 체계들 간의 연계가 부족하고, 개별적인 사업에만 매몰되어 있어서 정신장애인에게 필요하고 적절한 서비스로의 흐름이 이루어지지 못하고 있음

# V 지역사회자원 활용방안

- 지역사회자원 활용방안은 <표 V-1>과 같이 설정하였으며, 각 정책제안의 기술은 사업이 추진되어야 하는 배경과 필요성, 세부추진방안을 중심으로 기술

<표 V-1> 정신장애인 지역사회자원 활용방안

정책제언	추진방안
정신장애인 지원을 위한 지역사회 네트워크 구축	정신건강복지센터의 네트워크 기능 강화
	시군구 정신건강 협의체 구성 및 운영
	공공 사례관리 체계와의 연계협력
지역사회 정신재활시설 인프라 확충	시군구 단위 정신재활시설 설치 가이드라인 제시
	공공형·위탁형 정신재활시설 설치
	광역기초 단체 간 정신재활시설 운영비 분담
집중 사례관리 체계 구축	정신건강복지센터의 집중 사례관리 체계 구축
	위기지원 협력체계 마련
정신장애인 주거지원 서비스 제공	주거 전달체계 구축
	주거지원 서비스 제공
정신장애인 직업재활 모델 개발	장애인 직업재활체계와의 연계 강화
	정신장애인에게 적합한 직무 개발
	정신장애인 직업재활시설에 대한 기능보강 지원

# 1. 정신장애인 지원을 위한 지역사회 네트워크 구축

## 1) 배경 및 필요성

### □ 정신장애인 지원 체계 간의 연계 부족

- 지역사회의 정신장애인 지원 체계는 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신의료기관, 요양시설이 있지만, 이들 체계 간의 연계가 부족하고 단절되어 있음
- 이로 인해 정신장애인과 가족이 자신에게 필요한 서비스에 대한 정보를 얻기 어렵고, 적절한 서비스 체계로 연계되기보다 한 체계 안에 머물러 있는 경우가 많음
  - 정신의료기관에서 불필요하게 장기입원 하고 있거나, 정신건강복지센터의 주간재활 프로그램에 10년 이상 머물러 있거나, 정신재활시설 이후 서비스가 단절되는 등의 현상이 나타남
  - 이는 각 체계들 간의 연계가 부족하고, 개별적인 사업에만 매몰되어 있어서 정신장애인에게 필요하고 적절한 서비스로의 흐름이 이루어지지 못하고 있음

### □ 보건과 복지 간의 연계 부족

- 정신장애인이 지역사회에서 자립하여 살아가기 위해서는 약물증상관리 등의 보건서비스를 넘어 생계, 주거, 직업, 평생교육, 여가 등의 다양한 삶의 욕구가 해결되어야 함
  - 개정된 정신건강복지법 제4장에도 복지서비스 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화예술여가체육활동 등 지원, 거주치료·재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등 복지서비스 제공에 대한 내용을 포함하고 있음
  - 하지만 현재 정신장애인에 대한 지원체계는 질병에 대한 의료적 개입에만 초점이 맞추어져 있고, 다양한 복지 서비스와의 연계는 잘 이루어지지 못하고 있음
- 한편 공공사례관리 체계 등 복지영역에서 해결되지 않는 소위 고난이도 사례의 경우 대부분 정신건강의 문제를 복합적으로 가지고 있음. 따라서 복지 전달체계에서 정신건강에 대한 지원 요구가 매우 높아지고 있지만, 정신보건 영역에서의 대응이나 지원 역량에 한계가 큰 상황임

## 2) 추진 방안

### □ 정신건강복지센터의 네트워크 기능 강화

- 지역사회기반의 정신건강 전달체계의 중심은 정신건강복지센터의 지역사회 연계 및 조정 역할 미비함
  - 정신건강복지법에서는 정신건강복지센터의 설치 목적을 정신건강증진사업 등의 제공 및 연계에 두고 있음. 즉, 연계의 기능이 가장 중요한 설치 목적 중 하나임
  - 하지만 현재 정신건강복지센터는 중증, 자살, 아동·청소년, 중진 등 다양한 사업들의 양적 실적에 초점이 맞추어져 있고, 지역사회 연계와 조정의 역할은 매우 미비함
- 지역사회 정신건강 수요 및 정신장애인 현황 파악에 근거해 전달체계를 구축하고, 각 체계들이 유기적이고 협력적으로 기능할 수 있도록 중심적인 역할을 수행해야 함
- 특히, 기존의 네트워크 기능이 사업 중심이었다면, 앞으로는 정신장애인을 중심으로 지역사회 통합지원에 대한 계획과 연계, 그리고 모니터링이 이루어질 수 있도록 네트워크를 활성화해야 함
  - 예를 들면, 장기입원 환자에 대한 적극적인 퇴원계획 수립, 자립지원 중심의 사례관리, 정신재활시설로의 연계 등이 효과적으로 이루어질 수 있도록 해야 함
- 정신건강복지센터가 이러한 리더십을 발휘하기 위해서는 공공성을 갖춘 운영체계가 마련되어야 함
  - 현재 대부분 정신건강복지센터가 민간위탁형으로 운영되고 있고, 비상근 시설장 체제이기 때문에 사업의 공공성과 책임성을 담보하는데 구조적인 한계가 있음
  - 따라서 사회서비스 공단과 같은 공공재단의 운영체제 혹은 직영형으로 개편되어야 하며, 전문 상근 시설장을 두도록 해야 함
  - 이러한 구조적인 변화가 없이는 정신건강복지센터가 일개 사업수행 체계를 벗어날 수 없음

### □ 시군구 정신건강 협의체 구성 및 운영

- 정신장애인 지원을 위한 지역사회 네트워크를 구축하기 위해서는 공식적인 협의 기구가 운영되어야 함

- 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신의료기관, 요양시설 등 정신건강체계가 정기적으로 만나서 지역사회 정신건강사업에 대한 기획과 추진, 통합 사례회의를 통한 정신장애인 통합 서비스 지원 방안 마련, 관련 정책과 제도 개선 노력이 이루어져야함
- 정신건강복지법의 개정으로 시도와 시군구 단위에 정신건강복지 TF팀이 구성되었으나 유명무실
  - 법 개정 이후 탈원화하는 정신장애인이 지역사회에서 정착 및 자립할 수 있도록 체계적인 지원방안을 마련하기 위한 목적으로 구성
  - 하지만 일시적인 기능에 머물고, 실제 탈원화의 변화가 급격하게 일어나지 않음에 따라 유명무실해졌음
  - 이러한 체계가 좀 더 정기적이고 안정적인 논의기구로 만들어져야함
  - 가칭 ‘정신건강협의체’를 구성하여 분기별 1회 함께 논의할 수 있도록 제도화해야 함

#### □ 공공 사례관리 체계와의 연계협력

- 보건복지부 정신보건사업 지침에는 정신보건서비스와 복지서비스 간 연계체계를 구축함으로써 정신장애인에 대한 복지지원 강화 및 사회적 취약계층의 정신건강 증진을 도모하도록 제시하고 있음
- 이를 위해 지역보건의료정보시스템과 행복e음 시스템을 연계 공유할 수 있도록 하고 있으나 실제 복지현장에서의 연계와 협력은 활발하게 이루어지지 않고 있음
- 최근 공공복지 전달체계가 동을 중심으로 재편되고 있으며, 공공 사례관리가 네트워크의 중심으로 기능하고 있음. 따라서 정신건강체계가 공공복지 전달체계의 한 주체로 포함되어 역할을 수행해야함
- 특히, 공공 사례관리체계에서 통합사례회의 참여, 서비스 연계, 위기지원 등의 역할을 할 수 있도록 해야 함

## 2. 지역사회 정신재활시설 인프라 확충

### 1) 배경 및 필요성

#### □ 정신재활시설의 양적 부족

- 정신장애인의 자립 및 회복을 지원하기 위해서는 지역사회 인프라 구축이 가장 중요하나 절대적으로 부족한 실정임
  - 현재 치료적 목적이 아닌 사회적 입원환자의 비율이 25.9%이고, 정신보건심판위원회에서 퇴원명령이 3.5% 수준에 머무르고 있는 것은, 지역사회에서 살아갈 수 있는 지원 체계가 부재하기 때문임
  - 특히 정신건강복지법의 개정으로 경기도 입원환자 14,000명 중 10~30%에 해당하는 1,400~4,200명이 퇴원할 것으로 예상될 때, 이들에 대한 지역사회 지지체계는 거의 부재하다고 할 수 있음
  - 2015년 기준 경기도 정신재활시설은 총 42개에 불과하며, 이는 2005년과 비교했을 때 10년간 13개소만이 증가한 것임. 특히, 지역적인 분포를 고려할 때 31개 시군 중 17개 지역에 단 한 개의 정신재활시설도 없음
  - 시설 종류를 살펴보면, 주간재활시설은 8개 시군밖에 없으며, 이는 서울시에 정신재활시설이 115개소인 것과 비교했을 때, 절대적으로 부족한 현실을 보여주고 있음
- 이러한 정신재활시설의 부족은 탈원화를 막는 가장 중요한 명분으로 작용함. 즉, 정신병원이나 요양시설에서 나가도 대안적인 서비스가 없다는 것임
- 또한 정신건강복지센터의 기능과 역할에 있어서도 지역 내 재활시설이 없는 경우 직접서비스까지 제공해야하기 때문에 본연의 기능을 수행하는데 큰 어려움이 있음
- 따라서 정신장애인의 지원을 위해 가장 우선적으로 해결해야할 과제는 지역사회 정신재활시설의 양적 확충에 있음

#### □ 정신재활시설 설치 및 운영 부담

- 정신보건법이 제정된 지 20년이 지났지만, 정신재활시설의 양적 확대가 이렇게 미진한 이유는 초기설치의 부담 때문임

- 현재 정신재활시설의 설치 및 운영은 민간에게 위임되어 있음. 즉 민간 복지단체 혹은 개인이 초기 재정 투입을 통해 시설설치를 한 후 일정 기간 후 공공으로부터 운영비 지원을 받을 수 있음
- 따라서 초기 설치에 투입되는 비용이 적게는 몇 천만원에서 자가 매입일 경우 10억까지 이르는 큰 금액이 소요됨
- 또한 매입이 아닌 임대의 경우 매달 임대료로 몇 백만원의 지속적인 투입이 필요함
- 또한 일단 설치를 하고난 후 공공으로부터 운영비 지원을 받을 수 있는 조건이나 절차가 명시화 되어 있지 않음
  - 각 지자체의 관심과 의지에 따라 적게는 6개월에서 길게는 몇 년까지 기약이 없는 상황임. 따라서 재정지원에 대한 불투명한 기대만을 가지고 시설 설치를 하기에는 위험 부담이 매우 큰 상황임
  - 서울의 경우 보조금 지원 심의위원회, 신규시설 인큐베이팅, 6개월 이상 정원의 50% 이상 충족 등의 조건과 절차를 마련해 놓고 있기 때문에 신규 시설설치가 비교적 용이하다고 할 수 있음

## 2) 추진 방안

### □ 시군구 단위 정신재활시설 설치 가이드라인 제시

- 정신재활시설 확충의 필요성과 중요성은 모든 정책 연구에서 공통적으로 제안하고 있지만 이를 실제로 실현할 수 있는 구체적인 방안이 마련되어야 함
  - 일차적으로는 각 지자체에서 정신재활시설을 설치할 수 있는 명확한 지침 혹은 가이드라인을 제시할 필요가 있음
  - 현재 정신건강복지법이나 경기도 조례에도 이에 대한 명확한 규정이 없음. 따라서 기초 지자체에서 정책적인 관심이 있지 않은 한 설치에 대한 의무를 가지지 않고 있음
- 지역사회 기반으로서 역할을 하기 위해서는 최소한 시군구 단위에 정신재활이 시설유형별은 1개소 이상 설치되어야 하며, 특히 주간재활시설과 주거제공시설이 각 1개소씩은 설치되어야 함
- 또한 추가적으로 각 시군구 단위에 정신장애인 현황 및 수요 파악을 통해 필요 시설에 대해 추산한 후 중장기적인 설치계획을 수립해야함
  - 실제로 시설을 확충해 나가는지 평가지표 반영 등을 통해 모니터링 해야 함



## □ 공공형·위탁형 정신재활시설 설치

- 정신재활시설의 신규 설치가 미비한 가장 중요한 이유는 민간에게 책임이 전가되어 있기 때문이므로 공공이 시설 설치를 주도해 나가야 함
- 공공이 재정 투입을 통해 정신재활시설을 신축하고 이를 공공형으로 직접 운영하거나 민간에게 위탁 운영하는 방식을 채택해야함
- 특히, 장애인 복지시설 등 타 복지 영역에서에서 이용시설의 설치를 민간에게 위임하는 경우는 거의 없음
  - 장애인 복지관 등을 공공이 신축하고 이를 민간에게 위탁운영하는 방식임
- 경기도 조례의 경우 정신재활시설의 설치 및 운영에 있어서 공공의 책임성에 대해 강조하고 있음
  - 다양한 기능의 정신재활시설 설치·운영, 사회복지법인 또는 비영리법인에게 위탁 운영, 경기도 공유재산 무상대부 및 우선임대, 사용료 경감 등의 규정을 담고 있음
- 따라서 초기 설치 비용이나 임대료 부담이 큰 주간재활시설의 경우 주간재활시설이 없는 지역에는 공공이 신규 설치하도록 의무화하여 재정 투입이 되도록 해야 함
- 또한 주거제공시설의 경우 LH 등과의 계약을 통해 주택을 무상으로 혹은 저렴한 임대료로 지원받을 수 있도록 함
- 이와 같은 공공 주도의 설치 계획이 구체화 되어야 실제적인 인프라 확충이 가능할 것임

## □ 광역기초 단체 간 정신재활시설 운영비 분담

- 현재 경기도의 경우 정신재활시설에 대한 운영비 부담을 도와 시군이 1:9의 비율로 분담하고 있음
  - 원래는 도와 시군의 부담이 5:5였으나, 도와 비중이 점차 줄어들면서 현재는 10%도 채 되지 않고 있음
- 이러한 상황에서 시군에서는 정신재활시설의 운영비 지원이 큰 부담이 될 수밖에 없음

- 따라서 정신재활시설 운영비에 대해 도와 시군이 5:5로 지원할 수 있도록 개선해 나가야 함

### 3. 집중 사례관리 체계 구축

#### 1) 배경 및 필요성

##### □ 정신장애인 사례관리 체계 부실

- 정신장애인이 병원이나 시설에서는 주거부터 모든 서비스가 원스톱으로 제공받게 되지만 지역사회로 나오게 되면 주거부터 생계, 의료 등 분산된 서비스를 통합적으로 제공받을 수 있는 사례관리가 중요하게 됨
  - 사례관리는 지역사회에서 정신장애인을 지원하기 위한 가장 효과적인 실천으로 강조되고 있으며, 미국 등 서구에서도 증거기반실천의 대표적인 서비스로 인정받고 있음
- 그러나 정신건강복지센터의 현재 인력 수준에서 복지영역까지 확대된 사업과 더불어 사례관리 업무까지 수행하는 것에는 한계가 있음
  - 경기도 정신건강복지센터 운영 현황을 살펴보면(전진아 외, 2016), 2016년 기준 31개 시군 정신건강복지센터의 총 인력은 446명으로 센터 당 평균 14명이었음
  - 기관별 사업 당 평균 인력은 3.5명이었으며, 각 사업별 전담인력은 평균 1.8명이었음
- 최근 정신건강복지센터의 사업내용과 대상이 확대되고, 특히 증진사업의 실적이 중요시되면서 중증정신질환자에 대한 사례관리는 점차 사업비중이 줄어들고 있는 것이 현실임
  - 실제로 기초 정신건강복지센터에서의 사례관리 부담이 1명의 사례관리자 당 적게는 30명에서 많게는 100명에까지 이르는 것으로 나타남
  - 이러한 현실에서 월 1회 가정방문 혹은 전화상담 이상의 실제적인 사례관리는 기대하기가 어려움
- 이에 정신건강복지법의 개정 이후 보건복지부 및 경기도에서도 각 시군 정신건강복지센터에 정신장애인 사례관리에 대한 인력을 추가 배치할 계획임

## □ 위기지원 체계 미비

- 정신장애인은 신체장애인과 달리 환경적인 변화나 스트레스 상황에 따라 혹은 증상의 변화에 따른 위기지원이 필요함
  - 특히 정신장애인에 대한 실제적인 돌봄 부담을 지고 있는 가족의 입장에서도 정신장애인의 위기 상황에 어떻게 대처할 것인가에 대한 부담이 매우 큼
- 현재 지역사회 지원체계가 매우 취약한 상황에서 정신장애인이 위기를 경험할 때 가능한 대안은 입원치료 밖에 없음
- 하지만 입원 과정에서 인권침해가 발생하거나 한번 입원하면 장기간 입원으로 이어져 오히려 위기가 부정적인 결과를 가져올 수 있음
- 최근 정신건강복지법의 개정으로 입원을 최소화하는 정책으로 바뀌어가고 있지만 이에 대한 지역사회의 지원체계는 매우 미비한 상황임
- 현재 정신건강복지센터를 중심으로 이루어지고 있는 위기지원은 주로 자타해의 위험성을 중심으로 강제입원에 초점이 맞추어져 있음
  - 그러다 보니 위기상황이 악화되어 자타해의 위험까지 갈 때 사후적으로 개입이 이루어질 뿐만 아니라, 실제 강제입원 외에는 개입할 수 있는 여지도 매우 적음
- 따라서 위기대상에 대한 집중 사례관리 체계가 운영됨으로써 위기를 사전에 예방하고, 위기 시 집중적이고 적절한 지원이 이루어질 수 있도록 해야 함

## 2) 추진 방안

### □ 정신건강복지센터의 집중 사례관리 체계 구축

- 현재 정신건강복지센터의 사례관리 체계는 그 대상, 서비스 강도, 목표 등에 있어서 명료하지 않으며, 실제적인 서비스가 이루어지지 못하고 있어 집중사례관리를 위한 체계가 구축되어야 함
- 이를 위해 우선 집중 사례관리 대상 기준 및 서비스 목표를 설정할 필요가 있음
  - 예를 들면 즉각적인 개입이 없으면 자타해의 위험이 있는 대상자, 잦은 입원이나 응급 서비스 이용이 높은 대상자, 심판위원회 퇴원명령 대상자, 장기입원 후 가정으로 돌아

오는 정신장애인, 초발정신질환자 등 집중 사례관리를 필요로 하는 대상자의 특성을 고려하여 선정 기준 및 서비스 목표를 명확하게 규명할 필요가 있음

- **질적인 사례관리 서비스가 이루어질 수 있는 적정 서비스량 혹은 사례관리 부담을 규정해야함**
  - 현재와 같이 등록관리 인원 중심으로는 단지 서비스 양을 늘리는 것 이상의 정책목표를 달성하기 어려움
  - 지역에서 필요로 하는 사례관리 서비스의 총량을 추산하고, 그에 따른 적정 인력의 확충, 그리고 사례관리자 1인당 적정 사례관리 부담을 정해야 함
  - 미국의 ACT와 같이 집중 사례관리 체계에서는 일반적으로 사례관리자 1인당 대상자 10명~20명 수준임
  - 한국의 공공 사례관리체계에서도 사례관리 부담이 20명을 넘지 않도록 정하고 있음
- 따라서 정신장애인 사례관리에 대한 인력 총원 계획과 더불어 질적인 서비스 제공을 위한 집중 사례관리 체계가 마련되어야 함. 그렇지 않으며 투입에 대한 정책적인 목표를 달성하는데 한계가 있음

#### □ 위기지원 협력체계 마련

- 점차 지역사회에서의 정신장애인 위기지원에 대한 요구가 높아지고 있음
- 입원을 최소화하기 위해서는 정신장애인이 경험하는 위기상황에 대해 지역사회에서 효과적으로 대처할 수 있는 서비스가 마련되어야 하며, 공공 사례관리 체계에서도 정신과적인 위기 상황에 대한 지원 요구가 급격히 높아지고 있는 상황임
- 따라서 정신건강복지센터에서 이러한 위기지원을 효과적으로 하기 위해서는 집중 사례관리 체계의 마련과 더불어 지역사회 협력체계가 함께 구축되어야 함
  - 위기지원에 관여하는 체계는 정신건강복지센터 외에 경찰과 119구급대 등이 있음
  - 특히 자타해의 위험상황에서는 경찰과 119구급대의 역할이 매우 중요함
  - 경찰의 경우 신원확인, 안전확보, 위험대응 등에 있어서 적극적인 역할을 하여야 하며, 그 과정에서 인권침해를 최소화하고 정신장애인의 안전확보와 자기결정이 보장될 수 있도록 개입해야 함
  - 위기지원 협력체계 간의 역할을 명확히 하고 상호 협력의 기반을 마련하기 위해서는 정례적인 협의가 이루어져야할 것임

- 정신장애인 위기지원체계에 관여하는 실무자들에 대한 교육이 정기적으로 이루어질 필요가 있음
  - 정신장애인이 가장 취약한 위기 상황에 만나게 되는 실무자들의 태도와 인식은 이후 치료와 회복과정에 매우 중요함
  - 특히 경찰이나 119구급대의 경우 정신장애인을 예비 범죄자 취급하거나 인권침해적인 대응이 이루어지지 않도록 더욱 주의할 필요가 있음
  - 따라서 정신장애에 대한 이해, 위기에 대한 정의, 효과적인 대응, 그리고 회복관점에 대한 이해 등이 이루어질 수 있도록 정기적인 교육이 이루어져야 함

## 4. 정신장애인 주거지원 서비스 제공

### 1) 배경 및 필요성

#### □ 주거마련의 어려움

- 2014년 장애인 실태조사 결과에 따른 정신장애인의 주거현황을 살펴보면 이들의 주거상태가 열악한 것을 알 수 있음
  - 자가의 비율이 44%로 전체 장애인 58.5%보다 낮으며,
  - 집의 소유주가 자신인 경우가 32.4%로 전체 장애인 50.3%보다 낮음
  - 또한 보증금이 5백만원 미만, 월세가 10만원 미만이 절반 정도를 차지
  - 또한 정신장애인 대부분 경제적인 수준이 낮아서 기초생활수급권자의 비율이 54.5% (전체 장애인 16.9%), 경제활동 참가율은 14%(전체 장애인 36)로 주거를 마련하는 것이 쉽지 않음을 알 수 있음
- 현재 정신장애인 주거시설로는 정원 50인 이하의 생활시설과 4명이상 6명 이하의 공동생활가정이 있으나, 두 시설 모두 거주 기간이 3년으로 제한되어 있음
- 즉, 주거가 제공된다기 보다는 주거훈련으로서의 서비스만 있는 상황이며, 3년의 주거훈련 후에는 가정으로 돌아가거나 자립해야함
- 하지만 현실적으로 3년 동안 자립의 준비가 쉽지 않은 상황에서 대부분 다시 병원이나 시설로 돌아가야 하는 것이 현실임

- 정신장애인이 지역사회에서 자립적으로 살아가기 위해서는 무엇보다 주거마련에 대한 실제적인 지원이 이루어져야 함

#### □ 주거지원 서비스의 부재

- 현재 정신장애인이 자립적인 주거를 하고자 할 때 주거와 관련하여 도움을 받을 수 있는 서비스 체계가 부재
- 주거와 관련해서 일반적인 주거복지센터가 지역마다 있지만 정신장애인의 상황에 맞는 상담이나 지원에는 큰 한계가 있음
- 독립한다는 것은 그에 따른 생활 전반의 문제를 스스로 해결해야함을 의미함
  - 예를 들면, 정신장애인이 독립하기 위해서는 집을 알아보고 계약하고, 생활물품 등을 마련하고 집을 관리해 나가야 함
  - 또한 혼자 살아가면서 부딪히는 문제들을 해결하고, 증상관리나 정서적인 어려움에 대처해 나가야함
- 따라서 정신장애의 자립을 지원해 줄 수 있는 지원체계가 마련되어야 함
  - 현재 정신건강복지센터나 정신재활시설에서도 주거에 대한 별도의 서비스를 제공하고 있지 못함
- 경기도에서는 2010년부터 3년간 공동모금회와 함께 정신건강 주거복지 네트워크 사업을 실시한 경험이 있음
  - 정신장애인에게 주거비를 지원하고 지역 정신건강복지센터에서 사례관리를 함께 제공하는 사업으로 매우 효과성 있는 사업으로 평가받았음
- 또한 최근 정신건강복지법 개정으로 경기도에서도 내와의 협력을 통해 정신장애인에 대한 주거 지원방안을 제시하고 있음

## 2) 추진 방안

### □ 주거 전달체계 구축

- 정신장애인에게 주거를 제공하기 위한 전달체계가 구축되어야 함
  - 현재 주거제공 시설로는 지역사회전환시설, 입소시설, 공동생활가정이 있음
- 우선 탈원화의 수요에 따른 시설을 확대하는 것이 중요하며, 정신장애인이 자신에게 적합한 주거를 선택할 수 있도록 정보와 지원이 이루어져야 함
- 특히, 장기간 입원 후 퇴소하는 정신장애인이 지역사회에 정착할 수 있도록 주거 지원 방안이 우선적으로 마련되어야 함
- 이를 위해 경기도 정신건강복지센터에서는 주거에 대한 수요 파악을 통해 적절한 주거제공시설의 확충 및 주택마련 방안, 그리고 각 서비스 간의 전달체계를 구축해야함
- 경기도에서는 정신건강복지법 개정 이후 지역사회 전환시설을 2개소 개소 예정임
  - 전환시설은 주거 전달체계에서 핵심적인 기능을 수행해야함
  - 즉, 자립의 준비가 되지 않은 정신장애인이 병원에서 지역사회로의 성공적인 정착이 이루어질 수 있도록 하는 중요한 역할을 수행해야함
  - 이를 위해 전환시설이 의료기관 및 지역사회 서비스와의 적극적으로 연계해야하며, 기능에 맞는 서비스 대상과 목표를 명확하게 설정할 필요가 있음
  - 특히 정신건강심사위원회에서 퇴원명령이 결정되는 정신장애인에 대한 적극적인 연계를 우선순위로 할 수 있음

### □ 주거지원 서비스 제공

- 현재의 주거전달체계는 주거제공시설까지 이루어져 있음. 즉 시설 이후 자립에 대한 지원체계는 전혀 없음
- 주거제공시설이 모두 3년이라는 기간제한이 있음을 고려할 때 퇴소 후 자립에 대한 지원이 더욱 중요함
- 특히, 스트레스에 취약하고 증상의 변화가 있는 정신장애인의 경우 주거와 자립

지원서비스가 함께 이루어지는 것이 중요함

- 경기도에서 이루어졌던 주거복지 네트워크 사업이나 서울에서 실시한 주거지원 서비스의 평가 결과를 살펴보면, 주거지원 서비스의 중요성을 모두 강조하고 있음
- 주거지원을 위해 가칭 ‘주거지원센터’를 설치할 필요가 있음
  - 센터에서는 주택마련에 대한 정보제공, 주택 계약 및 이사 지원, 초기 정착 및 주거관리 지원, 복지서비스 및 사례관리 서비스 연계 등의 기능을 수행할 수 있음
  - 주거지원센터는 정신재활시설 중 특화사업으로 거점센터를 지정하는 방법이 가능함
  - 경기도에는 이미 주거지원에 대한 사업경험이 있는 시설들이 있기 때문에 기존 사업의 확대지원이 효과적일 수 있음

## 5. 정신장애인 직업재활 모델 개발

### 1) 배경 및 필요성

#### □ 낮은 취업률과 취업 유지의 어려움

- 취업은 이미 많은 연구를 통해 정신장애인의 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 요인이며, 재활에 있어 핵심적인 원리이자 효과로 강조되고 있으나 정신장애인의 취업실태는 좋지 못함
  - 외국의 경우 정신장애인의 실업률은 3배에서 5배 정도 더 높으며, 조현병과 같은 중증 정신장애의 경우 실업률이 전형적으로 80~90%정도로 높게 나타남
  - 우리나라의 경우에도 장애인 경제활동 실태조사를 분석해 보면, 정신장애인의 경제활동 참여율은 전체 인구의 5분의 1 수준, 타 장애 유형의 3분의 1 수준으로 낮게 나타남
  - 2014년 장애인 실태조사 결과를 살펴보면, 전체 장애인의 취업률 93.75%에 비하여 정신장애인은 70.0%로 매우 낮은 것을 알 수 있으며, 경제활동 참가율의 경우도 13.85%로 전체 장애인 39.01% 비해 매우 낮음
- 정신장애인의 취업률이 낮은 이유는 장애의 특성, 사회적 인식, 그리고 제도적 한계로 볼 수 있음
  - 정신장애인의 경우 지속적인 약물증상관리와 스트레스 취약성으로 인해 취업 자체 보



- 다는 취업 유지에 어려움이 더 큼
- 따라서 취업장의 지지적 환경과 지속적인 취업지원 서비스의 필요성이 중요함
- 무엇보다 정신장애에 대한 사회적 편견은 취업의 가장 큰 장벽으로 작용함
- 그리고 정신장애인의 경우 낮은 장애 등록률로 인해 장애인 고용지원 제도를 활용하지 못하는 경우가 많음

#### □ 장애인 직업재활체계와의 연계 부족

- 현재 정신재활시설 유형 중 직업재활시설이 있으나 절대적으로 부족한 상황으로 대부분의 직업재활시설에서는 장애인 직업재활체계와 연계하여 작업장 연계 및 지원고용 사업을 추진
  - 경기도의 경우 1개소에 불과하며, 타 지역의 직업재활시설의 경우에도 장애인 시설과 지원규모가 매우 열악하여 효과적으로 운영되고 있는 곳이 극히 적음
- 2000년 장애인복지법 개정으로 정신장애 유형이 포함되면서 그동안 장애인 직업재활체계와의 연계 노력을 지속적으로 있어 왔음
- 하지만 아직까지 장애인 시설에서 정신장애에 대한 이해가 높지 않고, 서비스 대상의 우선순위가 낮은 경우가 많음
- 따라서 장애인 직업재활체계와의 적극적인 연계를 위한 노력이 필요함
  - 정기적인 직업재활 네트워크를 구축하거나 정신장애인 취업장 개발 등의 협력사업 등을 추진해 볼 수 있음

#### □ 정신장애인에게 적합한 직무 부족

- 정신장애의 특성상 노동 시간이 길거나 노동 강도 높은 업무는 유지가 쉽지 않아 정신장애의 특성에 좀 더 적합한 직무개발이 필요함
- 2014년 장애인 실태조사 결과를 보면, 정신장애인이 희망하는 일자리의 업종은 타 장애유형과 비교하여 공공행정, 사회복지 서비스, 예술 및 여가, 협회 및 단체 관련 서비스업이 매우 높게 나타났음
- 이와 관련하여 최근 주목받고 있는 것이 동료지원활동가임

- 이미 서구의 경우 정신장애로부터 회복된 당사자들이 다양한 정신건강 서비스 영역에서 동료지원활동가로 일하고 있음
- Peer support specialist라는 하나의 직종으로 동료지원의 역할을 수행
- 이는 회복 패러다임과 당사자 주의에서 강조하는 가장 중요한 서비스 요소이기도 함
- 동료지원 활동은 소속감과 성장, 실제적인 정보제공, 사회적 학습 효과, 회복에 대한 희망과 동기 등의 긍정적인 효과가 있음(Salzer & Shear, 2002)

## 2) 추진 방안

### □ 장애인 직업재활체계와의 연계 강화

- 장애인 직업재활체계와 정신건강 체계와의 연계를 통해 다양한 장애인 고용지원 제도를 활용할 수 있도록 해야 함
- 이를 위해 장기적으로는 장애인 등록제의 문제를 정책적으로 해결함으로써, 일본과 같이 장애인 등록을 하지 않더라도 적절한 평가를 통해 서비스를 이용할 수 있도록 해야 함
- 단기적으로는 정신장애로 등록하는 경우에 지원고용제도 등을 활용할 수 있도록 장애인 직업재활기관들과의 연계를 활성화해야함
- 무엇보다 장애인 직업재활 관련 실무자들에게 정신장애에 대한 이해교육을 실시해야하며, 기존 장애인 직업재활 프로그램들을 정신장애인에게 맞게 다양화할 수 있도록 노력해야함
  - 예를 들면 직업훈련 과정에서 정신장애인은 개개인에 대한 정서적으로 민감한 배려가 필요하며, 수업시간을 탄력적으로 운영하거나 취업 동기강화를 강조하는 등의 접근이 필요(이금진, 2005)

### □ 정신장애인에게 적합한 직무 개발

- 정신장애인에게 적합한 직무를 개발할 필요가 있으며, 특히 동료지원활동가가 정신장애인에게 적합한 직무로 평가받고 있어 활성화시키는 것이 중요함
  - 서구의 경우에는 지역사회 정신건강 서비스팀에 한 구성원으로서 동료지원전문가가

대부분 참여하고 있어서 하나의 직종으로 활성화되어 있음

- 이미 서울 지역의 경우 정신재활시설 중 모든 주간재활시설에서 동료지원활동을 할 수 있도록 추가적인 예산지원을 하고 있음
- 그 결과 동료지원활동을 통해 역량강화와 직무향상에 긍정적인 효과가 있는 것으로 나타났다

○ 정신장애인의 동료지원활동은 장기적으로 자립생활지원센터 활성화와 연계될 수 있음

- 현재 장애인 활동보조 서비스의 경우 신체적 활동에 초점이 맞추어져 있어 정신장애인의 경우 평가기준이나 활동내용이 전혀 맞지 않음
- 하지만 정신장애인이 지역사회에서 자립적으로 살아가는데 있어서는 일상생활 보조 및 심리정서적 지원이 매우 중요함
- 이러한 역할을 전문가보다도 동료지원가가 더욱 효과적으로 수행할 수 있음
- 서울의 경우 이미 정신장애인 자립생활지원센터가 1개소 운영되고 있으며 이러한 동료지원활동을 주로 하고 있음
- 경기도에서도 동료지원활동가를 하나의 직무로 개발하고 이들이 활동할 수 있는 자립생활지원센터의 설치가 필요함

□ 정신장애인 직업재활시설에 대한 기능보강 지원

- 현재 정신장애인 직업재활시설의 경우 일반적인 정신재활시설의 설치기준을 따르고 있어 직업재활에 필요한 실제적인 지원은 이루어지지 못하고 있음
- 특히, 사업 확충을 위한 기능보강비 지원이 전혀 이루어지지 않기 때문에, 영세한 가공업 수준에 머물러 있음
- 따라서 10만원 내외의 매우 열악한 급여가 지급되는 등 직업재활시설로서의 기능을 전혀 수행하지 못하고 있음
- 직업재활시설이 활성화되기 위해서는 적극적인 기능보강 지원이 이루어져야하며, 이를 통해 새로운 사업을 개발하고 적정 수준의 수익성을 담보할 수 있음



## 참고문헌

- 문용훈(2017). 탈원화를 위한 정신장애인 재활, 주거 및 복지서비스 제공 체계 구—축의 방향성과 전략. 2017 국가정신건강솔루션 2차 포럼 자료집.
- 이금진(2005). 정신장애인의 직업능력개발을 위한 참여적 실행연구: 공공 직업훈련의 가능성 탐구 및 지원체계준비 중심, 한국장애인복지학, 2, 97-123.
- 전진아, 전민경, 이난희, 최지희(2016). 경기도 정신건강증진체계 발전방안 연구, 한국보건사회연구원.
- 국가인권위원회(2016). 정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원(2014). 2014년 장애인 실태조사.
- 보건복지부(2016). 2016년 장애인복지사업 안내.
- 보건복지부(2016). 2016년 장애인복지시설 일람표.
- 경기도(2017). 2017년 장애인복지사업 안내.
- Salzer, M., and Shear, S. L., 2002, "Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services.", *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 127-139
- <http://blog.naver.com/mohw2016/220982361528>(보건복지부 블로그).



경기복지재단 GGWF REPORT 2017-30

## 정신장애인 지원을 위한 지역사회복지 자원 활용 방안

---

발행일 2017년 12월

발행인 경기복지재단 대표이사 양복완

발행처 경기복지재단

경기도 수원시 장안구 경수대로 1150(파장동 179) ☎ 16207

Tel. 1577-4312 Fax. 031-898-5937

Homepage. [ggwf.gg.go.kr](http://ggwf.gg.go.kr)