



발 간 등 록 번 호

11-1620000-000820-01

2020년 정신장애인 인권증진을
위한 실태조사 연구용역보고서

정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사

정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사

이 보고서를 “정신재활시설 운영 이용실태 및 이용자
인권실태조사” 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2020. 10.

연구수행기관 서울대학교 산학협력단
책임연구원 : 강 상 경 (서울대학교 사회복지학과 교수)
공동연구원 : 제 철 웅 (한양대학교 법학전문대학원 교수)
김 문 근 (대구대학교 사회복지학과 교수)
하 경 희 (아주대학교 공공정책대학원 교수)
김 낭 희 (한국후견·신탁연구센터 전임연구원)
정 은 희 (서울대학교 사회복지연구소 연구교수)
박 재 우 (정신재활시설 서초열린세상 소장)
장 창 현 (살림의원 정신의학과장)
이 정 하 ((사)정신장애와 인권 파도손 대표)
김 성 연 (장애인차별금지추진연대 사무국장)
전 해 숙 (경북대학교 사회복지학과 교수)
연구보조원 : 한 광 현 (서울대학교 사회복지학과 박사수료)
박 종 은 (서울대학교 사회복지학과 박사과정)
김 경 희 (서울대학교 사회복지학과 석사졸업)

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

연구요약

1. 서론

○ 연구배경

- 2006년 채택된 UN 장애인권리협약(CRPD)은 장애 접근과 관련한 의료모델, 복지 모델의 한계를 극복하고 더 적극적인 인권모델 구축의 필요성을 강조하고 있음
- 우리나라는 2008년 UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준하였고, 그 규정 충족에 미흡한 정신보건법을 전면 개정하여 2017년 5월 30일 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하, 정신건강복지법)’을 시행함
- 정신건강복지법 상에 반영된 UN 장애인권리협약(CRPD)의 원칙 실현과 정신장애인 인권증진을 위해 앞으로 우리나라 정신건강서비스체계는 의료모델이나 복지모델의 범위를 넘어 ‘인권모델’을 구축해 나가야 하는 시점임
- 정신건강복지법이 지향하는 인권모델 기반 정신건강서비스는 사회적 약자로서 정신장애인의 생존과 안전을 위한 단순한 사회안전망으로서의 정신건강복지서비스 범주를 넘어 성장 및 자아실현을 추구하는 정신장애인 당사자의 권리로서의 정신건강복지서비스 변화를 의미함
- 정신건강복지법의 이념을 지역사회 정신재활시설서비스에 반영하여 인권모델을 구축하고 실현해 나가기 위해서는 정신재활시설에 대한 인권실태조사를 통해 기본적인 현황과 인권실태를 파악하는 것이 필요함

○ 연구필요성

- 우리나라의 정신건강 정책은 현재, ① UN 장애인권리협약(CRPD) 기준에 맞는 정신건강서비스 제공 필요성 및 요구 증대, ② 정신건강복지법 개정으로 회복과 사회통합을 지향하는 정신건강서비스의 중요성 증가, ③ 당사자들의 변화를 원하는 사회적 요구 증대, ④ 지역사회 재활서비스 기관 인프라 취약 등 국내외적 환경 변화와 차이가 있는 정신건강정책과 같은 국내외적 정책 환경의 영향을 받고 있음
- 하지만 아직까지 지역사회기반 복지서비스의 중추 역할을 담당하는 정신재활시설과 그 이용자들의 현황 및 문제점에 대한 파악이 미흡하여 국가인권위원회를 비롯한 관

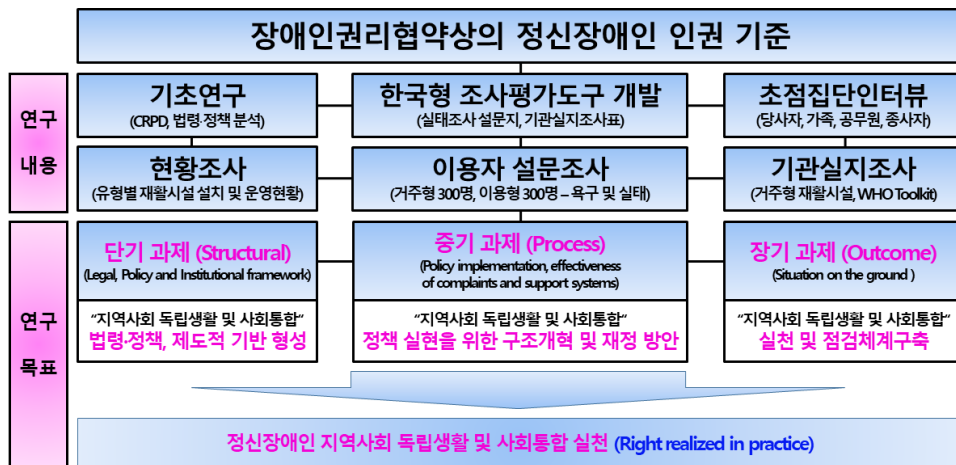
련 기관들이 대정부 정책 권고를 수행하는 데 있어 어려움을 겪고 있음. 이에 정신 재활시설의 전반적 운영현황에 대한 자료 및 이용자 인권실태에 대한 실증 데이터를 구축하는 연구 필요성이 있음

○ 연구목적

- 본 연구는 ① UN 장애인권리협약(CRPD) 상의 국가 의무 이행상황이라는 관점에서 정신재활시설의 실태 및 정신장애인을 위한 지역사회 정신건강서비스 실태를 인권적 관점에서 분석하고, ② 현황 및 실태 분석결과를 바탕으로 국제적 인권기준에 부합하는 지속 가능한 정신재활시설 발전 방향에 대해서 고찰하며, ③ 이를 통해 국제적 인권 기준에 부합하는 정신재활시설 및 정신건강복지체계 관련 단기, 중장기 정책과제를 각각 제언 함으로써 정신장애인 인권신장에 실질적으로 기여하는 것을 주요 목적으로 함

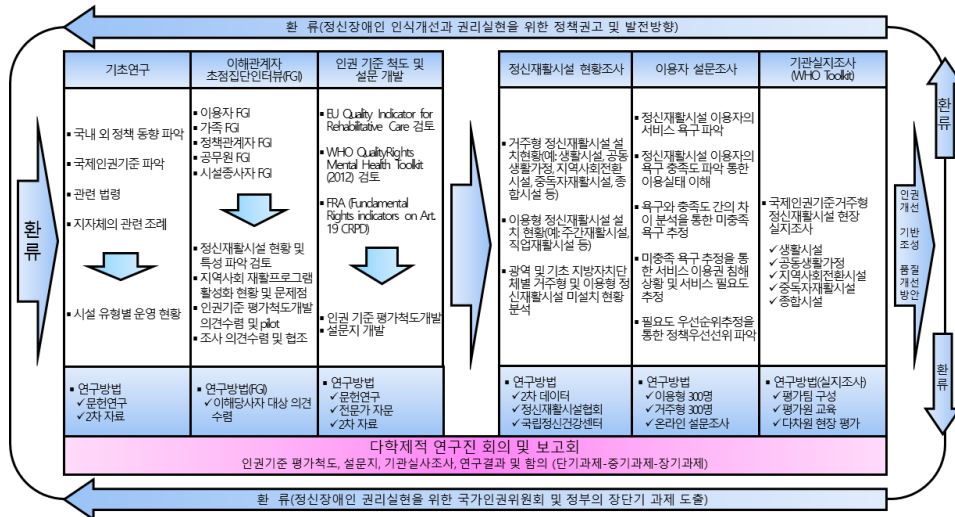
○ 연구내용(범위)

- 본 연구의 내용 및 목표, 범위에 대하여 간략히 그림으로 정리하면 다음과 같음



○ 연구추진 전략 및 방법

- 본 연구의 수행 절차를 개괄적으로 도식화 하면 아래와 같음



2. 연구결과

○ 연구방법 별 정책제언을 위한 시사점 및 도출된 관련 주제는 다음과 같음

○ 기초연구

- 기초연구를 통해 파악한 결과 장애인에 대해서는 탈시설정책이 확대되고, 지역사회 독립생활 지원을 위한 다양한 시도가 진행되고 있음. 그러나 정신장애인 영역에서는 체감할만한 탈시설 움직임은 미약할 뿐만 아니라 다양한 담론을 통해 정신장애인의 시설화를 정당화하는 노력도 여전히 지속되는 것으로 보임
- 법률 분석 결과 우리나라 정신장애인정책은 탈시설화, 지역사회 독립생활, 회복지향의 서비스를 핵심가치로 하고 있는 선진국과 비교하면 매우 뒤쳐져 있는 상황임. 주요 선진국의 경우 전체 정신질환자에 대해 장애인사회보장급여 관련 사회서비스, 초발 정신장애인을 위한 조기개입서비스 등 포괄적인 정책을 마련하여 장애인권리협약의 정신을 실천하고 있다는 점을 우리나라에서는 주목할 필요성이 있음

- 기초연구 결과 다음과 같은 시사점 및 관련 주제가 도출되었음
 - 등록 여부에 무관한 모든 정신질환자에 대한 사회보장급여, 특히 회복지향 사회서비스 제공을 고려해야 함
 - 정신재활시설이 정신질환, 정신장애 당사자가 의미 있는 사회생활을 회복할 수 있도록 개인맞춤형 지원을 하는 것과 광의의 정신장애인(등록 및 비등록 정신장애인)이 정당한 편의제공을 받으면서 다시 의미 있는 일상생활 및 사회생활을 수행하는 것을 목표로 한다는 점이 법률에 명시될 필요성이 있음
 - 정신건강복지법에 광의의 정신장애인, 즉 정신장애인 및 정신건강에 문제가 있는 사람, 모두를 위한 권익옹호체계를 만들고, 이 권익옹호체계를 중심으로 정신건강복지법 및 장애인복지법의 지원을 확대하는 노력을 기울일 필요가 있음

○ 초점집단인터뷰

- 초점집단인터뷰는 정신장애인 당사자, 정신재활시설 이용자, 정신장애인 가족, 정책관계자, 정신재활시설 종사자로 구성된 5개 이해관계자 집단을 대상으로 집단 및 개별 인터뷰를 통해 진행되었음. 초점집단인터뷰 결과 다음과 같은 시사점 및 관련 주제가 도출되었음
 - 정신재활시설의 가장 큰 한계점으로 시설의 양적 부족과 지역 간 편차가 지적됨. 이에 지역사회 정신건강의 중요한 인프라로써 정신재활시설의 확대와 효과적인 운영을 위해 중앙정부의 역할 강화가 필요하다는 의견을 제시함
 - 정신장애인의 치료와 재활을 넘어 개개인의 욕구와 선택을 반영한 실제적 삶에 대한 지원 확대를 원함
 - 정신재활시설의 수적 부족뿐만 아니라 이용 대상 및 서비스가 매우 제한되어 있다고 인식함. 향후 정신재활시설 유형 다양화, 이용 대상 확장, 지역사회 복지자원을 활용한 다양한 서비스 확대 등 정신재활시설 설치 및 이용 기준 개정이 필요하다는 의견을 제시함
 - 장애인관련 법과 제도와 비교할 때 정신장애인에 대한 지원은 미흡하거나 부적합한 부분이 있으므로, 이에 대한 개선이 필요하다는 의견을 피력함
 - 정신장애인 회복에 동료지원이 효과적이므로, 이에 대한 규정을 정신건강복지법에 신설하여 정신재활시설 등 정신건강증진시설에 배치할 수 있는 근거 마련을 주장함
 - 탈원화와 지역사회에서의 회복지원을 위해 정신재활시설의 구체적 설치 기준을 마련할 필요가 있다고 주장함
 - 민간에 정신재활시설 설치가 위임되어 다수 시설의 물리적 환경이 열악하다는 주

장이 있었음. 이에 여타 복지기관과 같이 공공이 시설을 건립하고 민간에 위탁운영하거나 물리적 공간 확보에 추가적 지원이 필요하다는 의견을 제시함

- 정신장애 당사자와 가족들이 시설에 대한 정보 자체를 알지 못하여 서비스를 이용하지 못하는 경우가 많으므로, 필요한 정보 제공 및 적극적 연계 체계 구축이 필요하다고 하였음. 이에 퇴원계획 수립, 지역사회 정보제공 및 연계에 대한 의무를 정신건강복지법 제19조 정신의료기관의 운영에 반영할 필요가 있다고 피력함
- 공동생활에 따른 규칙과 역할, 건강과 안전을 위한 규제는 개인의 자유와 선택을 침해할 수 있다고 인식함. 이에 시설에서의 개인의 자유와 선택에 대한 좀 더 명확한 가이드라인과 규정, 절차 등이 필요하다고 주장함
- 정신장애에 대한 사회적 인식을 개선하기 위한 보다 적극적인 노력이 필요하며, 시설 설치에 대한 혐오와 차별행위에 대해서는 제도적으로 금지해야 한다고 의견을 피력함

○ 정신재활시설 현황조사

- 공공데이터, 2차 자료를 활용해 형성한 정신재활시설 설치 및 운영현황 데이터를 광역지자체 및 기초지자체별로 분석함. 분석결과 다음과 같은 시사점 및 관련 주제가 도출되었음
 - 전국적으로 정신재활시설이 1개소도 설치되어 있지 않은 시·군·구는 분석대상 229개 중 105개로 전체의 45.9%에 달하여, 과반수에 해당하는 시·군·구에 거주하는 정신장애인의 서비스 접근이 차단된 상태인 것으로 나타남. 이는 정신장애인이 일상생활을 유지할 수 있도록 보장해야 한다는 국제적 인권기준에 위배되는 것임. 효과적 탈시설화 유도과 당사자 서비스 이용권 보장을 위해 정신재활시설 확대를 위한 관련 법 개정 및 정책 마련이 필요할 것임
 - 정신재활시설 대부분이 거주형이나 이용형으로, 제공되는 서비스는 주로 치료 및 재활에 초점을 두어 성장지향 서비스는 미흡한 것으로 나타남. 국제적 인권기준이 추구하는 이념을 실현하기 위해서는 정신재활시설의 운영방향 및 서비스의 구성이 재활치료의 한계를 벗어나 보다 적극적인 인권보장과 회복지향으로 전환될 수 있도록 법 및 제도적 개선이 필요함
 - 정신재활시설 하위 유형별로 표준화된 핵심 목적사업은 명확히 구분되지 않는 것으로 나타남. 이에 정신건강복지법상 복지서비스 조항들의 하위법령을 시급히 정비하여 구체적인 복지서비스의 내용 및 기준을 명시하고, 복지서비스의 공급 주체를 비롯한 전달체계도 명확히 규정할 필요가 있음. 그리고 모든 정신장애인과 가족, 서비스 제공자가 공유하고 추구할 수 있는 회복기반실천 사업의 표준화 안을 시설 유형별로 마련할 필요가 있을 것임

○ 인권중심 평가지표 개발

- 정신재활시설 이용자 설문조사와 거주형 재활시설에 대한 기관실지조사에 선행하여 각 조사를 위한 인권중심의 평가지표를 개발하였음
- 정신재활시설 이용자 설문조사를 위해 이용자들에 대한 국제적 인권기준과 정신건강복지법이 지향하고 있는 이념들의 실현 정도 파악이 가능하도록 설문지를 구성하였음. 거주형 재활시설 기관실지조사 수행을 위해서는 WHO QualityRights Tool Kit을 한국어로 번역하여 한국판 Tool Kit을 개발하였음. 지표개발 과정을 통해서 도출한 시사점은 다음과 같음
 - UN 장애인권리협약(CRPD) 채택 후 선진국에서는 그 이념에 부합하는 평가체계를 개발하여 시설평가에 적용하고 있음. 우리나라도 인권 영역 평가 지표를 포함하여 사회복지시설평가에 활용하고 있으나 규범적, 이론적 토대가 취약한 실정임. 이에 UN 장애인권리협약(CRPD)에 근거한 국제적 인권 수준의 실현을 위해 국제적으로 통용되는 인권중심 정신건강서비스 평가체계를 도입할 필요가 있음
 - 국제인권기준에 맞는 평가지표가 개발된다면, 현재 사용되고 있는 시설평가의 인권관련 문항들과 개발되는 평가지표간의 통합 및 조정이 필요함
 - 국제인권기준에 부합하는 지표를 국내에 적용하기 위해서는 먼저 전세계가 지향하고 있는 인권기준에 대한 공통된 이해가 선행되어야 함. 이를 위해 실천 현장에서 UN 장애인권리협약(CRPD)에 대한 교육의 기회를 확대할 필요가 있고, 이러한 교육은 중앙정부나 지방자치단체의 지원이 요구됨

○ 이용시설 설문조사

- 정신재활시설 이용자의 서비스 이용현황 및 관련된 인권실태를 조사하기 위해서 이용형과 거주형 정신재활시설 이용자들을 대상으로 설문조사를 시행하였음
- 이용형 정신재활시설 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 305명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같음
 - 서비스 욕구수준과 충족도를 분석한 결과, 대부분의 영역에서 욕구수준 대비 충족도가 낮아서 서비스 영역에서 미충족 욕구가 상당히 존재하는 것으로 나타남
 - 농어촌 지역의 이용형 정신재활시설 접근성을 높일 필요성이 있음
 - 입원 시 자기결정보다는 가족의 설득 후 동의를 더 많았고, 비자의입원도 10% 가량으로 나타나 비자의입원 비율이 아직도 상당 부분 있는 것으로 나타남
 - 정신재활 서비스에 대한 필요도와 충분도 조사 결과 국제적 인권기준에 따른 정신

- 적 신체적 건강지원 및 개별 맞춤형 회복지원 서비스, 의사결정권 행사 지원서비스, 학대 방지 및 사회적 차별 금지, 지역사회 통합 및 독립지원 서비스에 대한 필요도는 충분도보다 모든 영역에서 높게 나타남
- 학대와 차별의 경험이 발생하지 않도록 보다 강력한 지원체계가 갖춰질 필요가 있음(정신질환을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못한 상황에 대한 경험 41.3%, 정신질환을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시된 경험 39.7% 등을 보고함)
 - 이용형 정신재활시설 이용자의 가장 높은 서비스 욕구는 소득과 직업참여 서비스로 나타남
- 거주형 정신재활시설 설문조사 분석(최종분석 대상자 수: 302명)을 통해 도출한 시사점은 다음과 같음
- 상대적으로 젊은 연령층의 거주형 재활시설 서비스 접근성이 떨어지는 것으로 파악됨(거주형 시설 이용자들의 최초 정신건강문제 발현 연령이 평균 26.5세이며 치료시작 연령이 27.9세인 반면, 현재 거주시설 이용자의 약 65%가 40대 이상임)
 - 거주형 정신재활시설 내 지역사회 통합과 독립을 촉진하는 서비스를 다양화하고 우선순위를 파악할 필요가 있음
 - 생활인의 인권을 보장하기 위해서는 거주형 정신재활시설이 집과 같은 거주환경의 제공방향을 전환할 수 있도록 주거공간에 대한 정신건강 회복을 돕는 물리적 환경을 마련하고 적절한 생활수준을 강화할 수 있도록 노력해야 함
 - 생활인의 사생활보호와 안락한 생활을 할 권리를 보장하고 및 학대와 비인도적 처우 방지하기 위해 정신건강복지법에 국제인권기준에 맞는 거주형 재활시설 서비스 기준을 제시하고 법에 따라 거주형 재활시설의 서비스를 개선해야 함
 - 거주형 정신재활시설 이용자의 가장 높은 서비스 욕구는 주거보장 서비스로 나타남
 - 식사시간과 수면시간의 제한이 있는 거주형 시설이 대부분이고, 공동생활가정의 경우 낮 시간 동안 재활이라는 이름으로 반드시 외출을 해야 하는 경우도 있는 것으로 나타남
 - 거주형 정신재활시설을 이용하는 동안 독립주거의 유형 및 조건에 대한 인식을 충분히 하고, 그에 맞는 청약통장 가입이나 저축을 통한 재정적 준비를 잘할 수 있도록 교육하고 관련된 표준화된 지침도 마련될 필요가 있음

○ 기관실지조사

- 파일럿 조사이기는 하지만, 거주형 재활시설을 대상으로 한국어로 번역한 WHO QualityRights Tool Kit을 사용하여 기관실지조사를 실시함

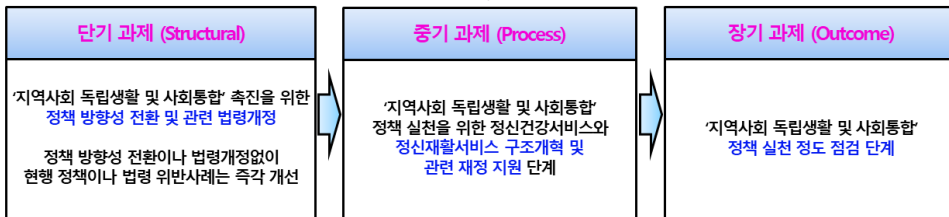
- 기관실지조사에 대한 분석을 통해 도출한 시사점은 다음과 같음
 - 모든 거주형 재활시설이 약 처방에 협조하고 투약을 하여야 서비스를 이용할 수 있도록 규정하고 있는 것으로 나타남
 - 착취, 학대 등 명백한 인권침해를 하는 것은 아니었지만, '치료적 차원' 또는 '타인 배려'라는 명목하에 이용자의 자율성을 저해하는 규칙이 일부 기관에서 작동하고 있는 것으로 나타남
 - 아직까지 한국의 정신건강서비스 제공현장에는 '사전의향지시서'에 대한 정보가 거의 없는 것으로 파악됨
 - 당사자, 기관장, 전문가들은 WHO QualityRights Tool Kit을 활용한 기관실지조사 참여를 통해 국제적 인권기준에 대한 이해를 높일 수 있었다고 긍정적으로 평가함
 - 정신건강서비스 제공기관들은 관리부처의 지침에 따라 이용자 인권실현을 위해 부단히 노력하고 있다는 것을 알 수 있었으나, 그 실현 노력의 실질적 내용은 기본적인 수준인 것으로 나타남

3. 결론 : 인권 기반 정신건강서비스를 통한 정신장애인 지역사회 독립생활과 사회통합 과제 실현을 위한 정책제언

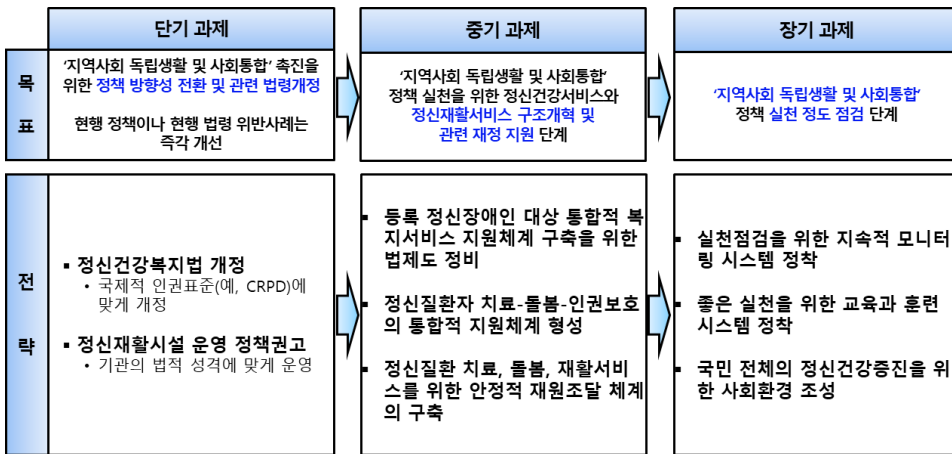
○ 연구 방법 및 접근 요약

연구방법	기준?	목적 및 기대결과 (정신재활시설 현황 및 상대적 인권표준 반영 정도 파악)
<ul style="list-style-type: none"> • 기초연구: 문헌, CRPD, 정신건강복지법, 법령 및 조례, 정책 및 제도 분석 • 초점집단인터뷰 (당사자, 가족, 정책관계자, 종사자) • 한국형 조사평가 도구 개발 (실태조사 설문지, 기관실지조사표) • 현황조사 (광역 및 기초지방자치단체 수준의 재활시설 설치 및 운영현황) • 이용자 설문조사 (거주형 300명, 이용형 300명 - 욕구 및 실태조사) • 기관실지조사 (거주형 재활시설 - 한국판WHOToolKit) 	<p>국제적 인권표준 (CRPD)</p> <p>↓</p> <p>정신건강복지법 (조례/정책/제도)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → CRPD와 정신건강복지법 인권표준으로 정책제도분석 → 이해관계당사자의견수렴, 연구조사방향 설정 → 인권표준에 부합하는 설문지 및 기관실지조사표 개발 → 재활시설 설치 운영현황 조사 및 분석(인권기준) → 개발된 설문지로 욕구 및 실태조사 및 분석 → 한국판WHOToolKit으로 기관실지조사 및 분석

인권기준대비결과 해석 및 정책제언



- 위의 연구전략 통해 도출된 연구결과에 대하여 국제인권표준으로 수용되는 UN 장애인권리협약(CRPD)기준으로 검토 및 분석하고, 이를 바탕으로 국제기준에 미흡한 부분, 실행가능성 및 시급성 따라 단기, 중기, 장기과제 등의 정책 제언을 도출함. 단기, 중기, 장기과제 각각 목표와 접근 전략은 아래의 그림과 같음



○ 정책방향 및 제언

- 단기 정책 방향 및 제언

구분	단기정책	
	방향	내용
정신재활시설	공적 책임성 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 정신 재활 인프라 구축에 대한 중앙 및 지방정부의 책임을 법에 반영 • 지방자치단체 단위로 정신재활시설 설치 기준 및 규정 마련
	서비스 접근성 보장	<ul style="list-style-type: none"> • 퇴원 후 지역사회 연계 체계 마련 및 시행 의무화 • 공공시설 설립 확대 • 서비스 이용대상자 기준 확대
	회복지향 서비스로의 기능 전환	<ul style="list-style-type: none"> • 재활치료에서 인권보장과 회복지향으로 전환 • 시설 유형별 회복지향 핵심사업 명시
	인권보장을 위한 기준 마련	<ul style="list-style-type: none"> • 거주형 정신재활시설의 적정 생활 기준 구체화 • 재활서비스 제공과정에서의 인권 기준과 원칙 마련 • 절차가 인권에 위배 되었을 경우 시설에 책임을 묻는 방식으로 책임 부과 방식 변경

구분	단기정책	
	방향	내용
	자유와 자기의사결정권 보장	<ul style="list-style-type: none"> 거주형 정신재활시설에서의 개인의 자유와 선택 보장 비밀보장, 고지의무, 자기의사결정에 대한 규정 마련
	시설설치에 대한 차별금지 강화	<ul style="list-style-type: none"> 시설 설치에 대한 혐오와 차별행위에 대한 금지
정신 건강 복지 체계	지역사회 정신건강 전달체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 정신건강 서비스 간 연계체계 구축 중앙차원에서의 자원 네트워크 체계 구축
	복지지원에 대한 법 규정 구체화	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제4장 복지서비스 제공에 대한 시행규칙 신설 복지서비스 제공에 있어 정신재활시설의 역할과 기능 구체화
	자기의사결정권 강화	<ul style="list-style-type: none"> 자기의사결정권 강화를 위한 구체적인 시행규정 마련
	인권중심 평가체계 도입	<ul style="list-style-type: none"> 국제적 인권수준을 반영한 평가 지표 활용

- 중장기 정책 방향 및 제언

구분	중장기정책	
	방향	내용
정신 재활 시설	정신재활서비스 전달체계 확립	<ul style="list-style-type: none"> 지역의 욕구를 충족할 수 있는 지역사회전환시설, 공동생활가정, 이용시설, 직업재활시설의 확충
	개별지원 체계로의 전환	<ul style="list-style-type: none"> 개인맞춤형 서비스로의 재편 회복과 자립을 위한 직업재활서비스의 강화
	서비스의 다양화	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 욕구에 부응하는 서비스 스펙트럼 확충 지역 유형에 맞는 맞춤형 서비스 생애주기 및 연령대 맞춤형 서비스 개발 및 확충
	지역사회 돌봄체계 확대	<ul style="list-style-type: none"> 생활시설 등의 기능 개편 지역사회 기반 돌봄서비스의 확충
정신 건강 복지 체계	국제인권기준 준수 강화	<ul style="list-style-type: none"> 국제인권기준에 관한 교육 체계 마련 국제인권기준 수행여부에 대한 자체 평가 방안
	자기결정 지원 제도 강화	<ul style="list-style-type: none"> 절차보조서비스의 확충 사전의향지시서 작성절차 도입
	자기의사결정권 강화	<ul style="list-style-type: none"> 자기의사결정권 강화를 위한 구체적인 시행규정 마련

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구 배경	3
제2절 연구 필요성 및 목적	8
제3절 연구 내용, 범위, 방법	18
제2장 정신재활시설의 법적 기반	25
제1절 정신장애인 사회정책을 평가하는 법적 기준	27
제2절 정신장애인 대상 국내 사회보장정책 관련 법의 현황과 특징	35
제3절 정신재활시설의 법적 근거와 특징: 장애인복지법의 적용이 제한되는 영역	68
제4절 정신장애인을 위한 지방자치단체 차원의 노력: 조례를 통한 분석	89
제5절 법규정 분석을 통한 현행 정신장애인 정책의 문제점과 개선방안	109
제3장 정신재활시설 이해당사자 초점집단인터뷰	117
제1절 초점집단인터뷰 연구방법	119
제2절 초점집단인터뷰 조사 분석 결과	123
제3절 소결	149
제4장 정신재활시설 현황 분석	155
제1절 분석개요	157
제2절 정신재활시설 설치 및 운영에 관한 일반적 현황	158
제3절 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 및 운영 현황 분석	175
제4절 정신재활시설 평가의 이용자 인권 영역 평가 결과	203
제5절 소결	209

제5장 국내외 인권중심 정신건강서비스 평가지표 분석	215
제1절 정신재활시설 운영지침 및 사회복지시설평가 평가지표	217
제2절 인권중심 정신건강서비스 평가 관련 국제 동향	223
제3절 UN 장애인권리협약(CRPD) 기반 WHO QualityRights Tool Kit	225
제4절 WHO QualityRights Tool Kit의 국내외 적용 사례	234
제5절 유럽의 Quality Indicator for Rehabilitative Care(QuIRC)	241
제6절 EU FRA의 UN 장애인권리협약(CRPD) 19조 기반 Human Rights Indicator	243
제7절 소결	244
제6장 이용형 정신재활시설 이용자 욕구 및 이용실태 조사	247
제1절 분석개요	249
제2절 조사대상자들의 일반적 특성	252
제3절 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견	256
제4절 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견	303
제5절 삶의 만족도에 대한 의견	307
제6절 소결	309
제7장 거주형 정신재활시설 이용자 이용실태 및 인권실태 조사	339
제1절 분석개요	341
제2절 조사대상자들의 일반적 특성	345
제3절 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견	348
제4절 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견	400
제5절 삶의 만족도에 대한 의견	404
제6절 소결	406

제8장 정신재활시설 실지 조사	437
제1절 정신재활시설 실지조사 개요	439
제2절 연구방법	441
제3절 실지조사 결과	468
제4절 소결	493
제9장 인권 기반 정신건강서비스를 통한 정신장애인 지역사회 독립생활과 사회통합 과제 실현을 위한 정책제언	495
제1절 연구 및 제언 전략	497
제2절 연구방법 별 정책제언 시사점 및 관련 주제 도출	502
제3절 정책방향 및 제언	518
참고문헌	532
부 록	537

표 목차

〈표 1-1〉 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택 후 OECD 국가의 인구 1,000명당 평균 정신병상 수 변화추이와 한국 병상 수 추이	10
〈표 1-2〉 설문조사 모집단 (표집틀)	23
〈표 2-1〉 호주 장애인 복지 제도(NDIS)에서 정신장애인 및 정신질환자에게 제공하는 사회서비스	33
〈표 2-2〉 장애인을 위한 사회보장급여의 유형	37
〈표 2-3〉 연도별 등록장애인 수	44
〈표 2-4〉 연도별 정신장애인 수 : 2000-2018년	45
〈표 2-5〉 등록정신장애인 수: 연령별, 2014-2018년	46
〈표 2-6〉 정신의료기관 입원환자 연령별 현황	46
〈표 2-7〉 교육수준 - 장애유형별	50
〈표 2-8〉 장애인의 경제활동 현황	50
〈표 2-9〉 장애인일자리 사업 참여자 수: 장애유형별, 만15세 이상, 2017년	51
〈표 2-10〉 장애인가구 및 전체가구 월평균 가구소득	52
〈표 2-11〉 가입한 연금종류 - 연도별, 성별, 장애정도별, 장애유형별	53
〈표 2-12〉 국민기초생활보장 장애인 수급자 현황 - 급여유형별	54
〈표 2-13〉 장애인연금 수급권자 수, 수급자 수, 수급률 - 연도별, 성별, 장애등급별, 소득별	55
〈표 2-14〉 장애인연금 수급권자 수, 수급자 수, 수급률 - 연도별, 성별, 장애등급별, 소득별(계속)	55
〈표 2-15〉 주택 개조 의사 및 희망 개조 장소 - 장애유형별	57
〈표 2-16〉 필요한 주거지원 프로그램1(1순위) - 행정구역, 장애유형별	58
〈표 2-17〉 정신재활시설 등록자 연령별 현황	59
〈표 2-18〉 기관별, 시도별 지역사회 정신건강증진사업 등록이용입소자 현황	60

〈표 2-19〉 기관별, 시도별 정신재활시설 및 지역사회 재활기관 재활프로그램 이용자 현황	61
〈표 2-20〉 기관별 지역사회 등록(이용)자의 직업별 현황	62
〈표 2-21〉 피해장애인 주 장애유형	63
〈표 2-22〉 장애인정책국 예산 추이 - 세부항목별	64
〈표 2-23〉 지자체 국고보조사업 예산 현황	66
〈표 2-24〉 정신재활시설과 장애인복지법과의 관계	68
〈표 2-25〉 등록정신장애인의 이용이 제한될 수 있는 장애인복지법상의 시설과 정신건강복지법상의 대응시설	69
〈표 2-26〉 장애인 거주시설 유형별 현황(연도별, 시도별)	71
〈표 2-27〉 장애인 거주시설 유형별 현황(연도별, 시도별)(계속)	72
〈표 2-28〉 기관 종류 및 시도별 정신의료기관 입원환자 재원기관 현황	73
〈표 2-29〉 권역별 정신요양시설 입소자 재원기간 현황	73
〈표 2-30〉 정신의료기관 입원환자의 재원기간	74
〈표 2-31〉 권역별 정신요양시설 입소자 재원기간 현황	74
〈표 2-32〉 장애인 지역사회재활시설 유형별 현황 - 연도별, 시도별	76
〈표 2-33〉 장애인 직업재활시설 유형별 현황	77
〈표 2-34〉 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 현황	78
〈표 2-35〉 2018년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황	79
〈표 2-36〉 기관 및 권역에 따른 상근인력 직역 현황	80
〈표 2-37〉 기관별 지역사회 등록(이용)자의 직업별 현황	81
〈표 2-38〉 정신재활시설의 서비스 품질 보장을 위한 법규정	82
〈표 2-39〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙(별표 10)	83
〈표 2-40〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙(별표 7)	84
〈표 2-41〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙(별표 8) : 정신재활시설의 유형별 종사자의 수	86
〈표 2-42〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제4조	89
〈표 2-43〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제7조	90

〈표 2-44〉 강원도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	92
〈표 2-45〉 경기도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	93
〈표 2-46〉 경상남도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	95
〈표 2-47〉 경상북도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	96
〈표 2-48〉 광주광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	96
〈표 2-49〉 대구광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	97
〈표 2-50〉 대전광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	98
〈표 2-51〉 부산광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	99
〈표 2-52〉 서울특별시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	101
〈표 2-53〉 전라남도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	103
〈표 2-54〉 울산광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	104
〈표 2-55〉 인천광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	104
〈표 2-56〉 전라북도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	105
〈표 2-57〉 충청남도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	106
〈표 2-58〉 충청북도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	107
〈표 2-59〉 제주도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례	107
〈표 2-60〉 정신건강복지법의 개정방향	114
〈표 3-1〉 초점집단 인터뷰 진행 상황	119
〈표 3-2〉 당사자 단체 참여자 특성	120
〈표 3-3〉 시설 이용자 참여자 특성	120
〈표 3-4〉 가족 참여자 특성	121
〈표 3-5〉 정책 관계자 참여자 특성	121
〈표 3-6〉 시설 종사자 참여자 특성	122
〈표 3-7〉 초점집단인터뷰 질문내용	123
〈표 3-8〉 집단별 기초 분석 결과	125
〈표 3-9〉 주제 분석 결과	127
〈표 4-1〉 연도별 정신재활시설 설치 수 변화 추이	158
〈표 4-2〉 정신건강증진시설 유형별, 시·도별 설치 현황	159

〈표 4-3〉 정신재활시설 등록자의 진단별 현황	161
〈표 4-4〉 정신재활시설 등록자의 의료보장 형태별 현황	162
〈표 4-5〉 정신재활시설 등록자의 이용 기간별 현황	163
〈표 4-6〉 정신재활시설 등록자의 직업별 현황	164
〈표 4-7〉 정신재활시설의 정신건강인력의 전반적 현황	165
〈표 4-8〉 시·도별 지역사회정신건강 예산	166
〈표 4-9〉 시·도별 정신재활시설 보조금 부담 비율	168
〈표 4-10〉 정신재활시설의 이용 및 운영에 관한 기준	170
〈표 4-11〉 생활시설 사업 및 프로그램 현황	170
〈표 4-12〉 공동생활가정 사업 및 프로그램 현황	171
〈표 4-13〉 지역사회전환시설 사업 및 프로그램 현황	172
〈표 4-14〉 중독자 재활시설 사업 및 프로그램 현황	173
〈표 4-15〉 주간재활시설 사업 및 프로그램 현황	173
〈표 4-16〉 직업재활시설 사업 및 프로그램 현황	174
〈표 4-17〉 전체 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 개소 수	175
〈표 4-18〉 정신재활시설 유형별 설치 개소 수 변화추이	176
〈표 4-19〉 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 현황	181
〈표 4-20〉 정신재활시설 유형별 정원 변화 추이	194
〈표 4-21〉 정신재활시설 등록자 지역별 현황	199
〈표 4-22〉 정신재활시설 등록자 세부 연령대별 현황	201
〈표 4-23〉 2017년도 전국정신재활시설 이용자의 권리(E 항, 인권 영역 평가) 평가 항목	203
〈표 4-24〉 이용자의 권리 평가 결과	205
〈표 4-25〉 이용자의 권리 유형별 평가 등급	206
〈표 4-26〉 이용자의 권리 시, 도별 평가점수	207
〈표 5-1〉 정신재활시설의 서비스 관련 규정	219
〈표 5-2〉 2020년도 사회복지시설평가 정신재활시설 평가영역	220
〈표 5-3〉 2020년도 사회복지시설평가 정신재활시설 6개 평가영역별 세부 항목	221

〈표 5-4〉 UN 장애인권리협약(CRPD)과 WHO QualityRights Tool Kit	226
〈표 5-5〉 WHO QualityRights Tool Kit 구성	227
〈표 5-6〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마(Theme)와 표준(Standard) 내용	229
〈표 5-7〉 국외 WHO QualityRights Tool Kit 적용 사례 주요 내용	235
〈표 5-8〉 국외 WHO QualityRights Tool Kit 적용 사례 주요 내용(계속)	236
〈표 5-9〉 국내 WHO QualityRights Tool Kit 적용 사례(조한진 외, 2017)	239
〈표 5-10〉 QuIRC 도구의 구성	241
〈표 6-1〉 설문 조사 내용	249
〈표 6-2〉 전체 응답자들의 일반적 특성	252
〈표 6-3〉 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기	254
〈표 6-4〉 가장 최근 입원기간/가장최근 입원 시 결정주체	255
〈표 6-5〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도	256
〈표 6-6〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도	258
〈표 6-7〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이	260
〈표 6-8〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도	262
〈표 6-9〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도	263
〈표 6-10〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	264
〈표 6-11〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도	265
〈표 6-12〉 주거관련 지원 및 서비스 충분정도	267
〈표 6-13〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	269
〈표 6-14〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도	271
〈표 6-15〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도	272
〈표 6-16〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	273
〈표 6-17〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도	274
〈표 6-18〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도	276
〈표 6-19〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	278
〈표 6-20〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 여부	280
〈표 6-21〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움 요청여부	282

〈표 6-22〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움이나 상담 원하는 주체	284
〈표 6-23〉 정신의료기관 입·퇴원, 본인 재산 관리 등 스스로 결정 내리기 어려운 사항에 대한 지원 주체	285
〈표 6-24〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도	286
〈표 6-25〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도	288
〈표 6-26〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	290
〈표 6-27〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도	292
〈표 6-28〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도	294
〈표 6-29〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	296
〈표 6-30〉 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유	298
〈표 6-31〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도	299
〈표 6-32〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도	300
〈표 6-33〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	301
〈표 6-34〉 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견	303
〈표 6-35〉 현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험	305
〈표 6-36〉 삶의 만족도에 대한 의견	307
〈표 6-37〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(전체)	309
〈표 6-38〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별)	310
〈표 6-39〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(지역별)	311
〈표 6-40〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)	312
〈표 6-41〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(전체)	314

〈표 6-42〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별)	315
〈표 6-43〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(지역별)	316
〈표 6-44〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)	318
〈표 6-45〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(전체)	320
〈표 6-46〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별)	321
〈표 6-47〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(지역별)	322
〈표 6-48〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별, 지역별)	323
〈표 6-49〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(전체) ...	325
〈표 6-50〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별) ...	326
〈표 6-51〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(지역별) ...	327
〈표 6-52〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별, 지역별)	328
〈표 6-53〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(전체)	329
〈표 6-54〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별)	329
〈표 6-55〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(지역별)	330
〈표 6-56〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)	331
〈표 7-1〉 설문 조사 내용	342
〈표 7-2〉 전체 응답자들의 일반적 특성	345
〈표 7-3〉 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기	346
〈표 7-4〉 가장 최근 입원기간/가장최근 입원 시 결정주체	347
〈표 7-5〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도	348
〈표 7-6〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도	350

〈표 7-7〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이	352
〈표 7-8〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도	354
〈표 7-9〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도	355
〈표 7-10〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	356
〈표 7-11〉 침실 사용 인원수	357
〈표 7-12〉 현재 거주 중인 시설 입소 주된 이유	358
〈표 7-13〉 타의에 의한 입소인 경우 결정 주체	358
〈표 7-14〉 현재 거주중인 주거시설 내 일상생활에 관한 의견	359
〈표 7-15〉 시설 퇴소 후 희망생활	361
〈표 7-16〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도	362
〈표 7-17〉 주거관련 지원 및 서비스 충분정도	364
〈표 7-18〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	366
〈표 7-19〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도	368
〈표 7-20〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도	369
〈표 7-21〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	370
〈표 7-22〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도	371
〈표 7-23〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도	373
〈표 7-24〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	375
〈표 7-25〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 여부	377
〈표 7-26〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움 요청여부	379
〈표 7-27〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움이나 상담 원하는 주체(중복응답)	381
〈표 7-28〉 정신의료기관 입·퇴원, 본인 재산 관리 등 스스로 결정 내리기 어려운 사항에 대한 지원 주체	382
〈표 7-29〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도	383
〈표 7-30〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도	385
〈표 7-31〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	387
〈표 7-32〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도	389
〈표 7-33〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도	391

〈표 7-34〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	393
〈표 7-35〉 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유	395
〈표 7-36〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도	396
〈표 7-37〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도	397
〈표 7-38〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)	398
〈표 7-39〉 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견	400
〈표 7-40〉 현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험	402
〈표 7-41〉 삶의 만족도에 대한 의견	404
〈표 7-42〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(전체)	406
〈표 7-43〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별)	407
〈표 7-44〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(지역별)	408
〈표 7-45〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)	409
〈표 7-46〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(전체)	411
〈표 7-47〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별)	412
〈표 7-48〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(지역별)	414
〈표 7-49〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)	415
〈표 7-50〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(전체)	417
〈표 7-51〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별)	418

〈표 7-52〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(지역별)	419
〈표 7-53〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별, 지역별)	420
〈표 7-54〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존증)관련 의견 종합(전체) ...	422
〈표 7-55〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존증)관련 의견 종합(연령별)	423
〈표 7-56〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존증)관련 의견 종합(지역별)	424
〈표 7-57〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존증)관련 의견 종합(연령별, 지역별)	425
〈표 7-58〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(전체)	426
〈표 7-59〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별)	426
〈표 7-60〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(지역별)	427
〈표 7-61〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)	427
〈표 8-1〉 실지조사 개요	440
〈표 8-2〉 정신재활시설 현황 (2019년 말 현재)	442
〈표 8-3〉 WHO QualityRights Tool Kit 개요	443
〈표 8-4〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마별 구성 체계	444
〈표 8-5〉 WHO QualityRights Tool Kit 원안 및 한글 번안	446
〈표 8-6〉 기관특성에 따른 WHO 툴킷 평가항목 적용의 차이	461
〈표 8-7〉 WHO 툴킷 평가등급 및 등급별 평가 기준	461
〈표 8-8〉 실지조사 평가위원의 다양성	462
〈표 8-9〉 기관별 실지조사 평가위원 역할	463
〈표 8-10〉 실지조사 평가위원 사전교육	464
〈표 8-11〉 WHO QualityRights Tool Kit 지침 자료 목록	464
〈표 8-12〉 실지조사 지침 및 양식	466
〈표 8-13〉 실지조사 중앙평가위원회 및 개별평가위원회의 과업	466
〈표 8-14〉 기관방문 개요 및 인터뷰 인원	467
〈표 8-15〉 실지조사 기관 일반적 현황	468
〈표 8-16〉 실지조사 기관 이용자 현황	469

〈표 8-17〉 실시조사 기관 직원 현황	471
〈표 8-18〉 실시조사 기관 제공서비스 현황	472
〈표 8-19〉 WHO QualityRights Tool Kit 기관 사전 자가체크 결과 : 표준 (Standard)	474
〈표 8-20〉 WHO QualityRights Tool Kit 평가위원회 평가 결과 : 표준 (Standard)	475
〈표 8-21〉 WHO QualityRights Tool Kit 기관 사전 자가체크 결과 : 테마 (Theme)	476
〈표 8-22〉 WHO QualityRights Tool Kit 평가위원회 평가 결과 : 테마 (Theme)	476
〈표 8-23〉 한국형 QualityRights Tool Kit 개발 최종안	485
〈표 8-24〉 한국형 툴킷 평가항목 적용의 차이	492
〈표 8-25〉 한국형 툴킷 평가등급 및 등급별 평가 기준	492
〈표 9-1〉 단기 정책방향 및 제언	525
〈표 9-2〉 중장기 정책방향 및 제언	531

그림 목차

[그림 1-1] 정신의료기관 입원환자 수의 연도별 추이 12

[그림 1-2] 연구목표 및 내용(범위) 21

[그림 1-3] 연구추진 전략 및 방법 22

[그림 2-1] UN 장애인권리협약(CRPD) 원칙에 부합하는 정신건강정책 29

[그림 2-2] 영국의 정신장애인을 위한 치료 및 돌봄 정책 흐름도 30

[그림 2-3] 호주의 정신장애인을 위한 치료 및 돌봄 정책 흐름도 32

[그림 2-4] 장애인에게 제공되는 사회보장급여 개요도 36

[그림 2-5] 장애인등록절차 흐름도 40

[그림 2-6] 광의의 정신장애인을 위한 권익옹호체계(안) 113

[그림 4-1] 연도별 정신재활시설 설치 수 변화 추이 158

[그림 4-2] 정신재활시설 등록자 수 160

[그림 4-3] 정신재활시설 등록자의 진단별 현황 161

[그림 4-4] 정신재활시설 등록자의 의료보장 형태별 현황 162

[그림 4-5] 정신재활시설 등록자의 이용 기간별 현황 163

[그림 4-6] 정신재활시설 등록자의 직업별 현황 164

[그림 4-7] 정신재활시설의 정신건강인력의 전반적 현황 166

[그림 4-8] 시·도별 지역사회정신건강 예산 167

[그림 4-9] 시·도별 정신재활시설 보조금 부담 비율 169

[그림 4-10] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(전체) 178

[그림 4-11] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(누적, 종합) 178

[그림 4-12] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(생활시설) 179

[그림 4-13] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(공동생활가정) 179

[그림 4-14] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(지역사회전환시설) 179

[그림 4-15] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(중독자재활시설) 180

[그림 4-16] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(종합시설)	180
[그림 4-17] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(주간재활시설)	180
[그림 4-18] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(직업재활시설)	181
[그림 4-19] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(전체, 미소재: 105개, 소재: 124개)	183
[그림 4-20] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(생활시설, 미소재: 211개, 소재: 18개)	184
[그림 4-21] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(공동생활가정, 미소재: 154개, 소재: 75개)	185
[그림 4-22] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(지역사회전환시설, 미소재: 222개, 소재: 7개)	186
[그림 4-23] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(종합시설, 미소재: 211개, 소재: 18개)	187
[그림 4-24] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(중독자재활시설, 미소재: 226개, 소재: 3개)	188
[그림 4-25] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(주간재활시설, 미소재: 162개, 소재: 67개)	189
[그림 4-26] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(직업재활시설, 미소재: 215개, 소재: 14개)	190
[그림 4-27] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황 (아동청소년정신건강지원시설, 미소재: 219개, 소재: 10개)	191
[그림 4-28] 생활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설 설치현황 (미소재: 140개, 소재: 89개)	192
[그림 4-29] 주간재활시설, 직업재활시설 설치현황(미소재: 155개, 소재: 74개)	193
[그림 4-30] 정신재활시설 유형별 정원 추이(전체)	195
[그림 4-31] 정신재활시설 유형별 정원 추이(누적, 종합)	196
[그림 4-32] 정신재활시설 유형별 정원 추이(생활시설)	196
[그림 4-33] 정신재활시설 유형별 정원 추이(공동생활가정)	197
[그림 4-34] 정신재활시설 유형별 정원 추이(지역사회전환시설)	197
[그림 4-35] 정신재활시설 유형별 정원 추이(중독자재활시설)	197

[그림 4-36] 정신재활시설 유형별 정원 추이(종합시설)	198
[그림 4-37] 정신재활시설 유형별 정원 추이(주간재활시설)	198
[그림 4-38] 정신재활시설 유형별 정원 추이(직업재활시설)	198
[그림 4-39] 시·도별 추정 중증정신장애인 수 대비 정신재활시설 등록률	200
[그림 4-40] 시·도별 정신재활시설 등록자 수 대비 지역사회 재활프로그램 이용률	200
[그림 4-41] 정신재활시설 등록자의 연령별 현황	202
[그림 4-42] 연령별 이용률(추정 중증정신장애인 수 대비 연령별 등록자 수 비율)	202
[그림 4-43] 이용자의 권리 평가 결과	205
[그림 4-44] 이용자의 권리 유형별 평가 등급	206
[그림 4-45] 이용자의 권리 시, 도별 평가점수	208
[그림 5-1] 인권중심 정신건강서비스 평가 관련 국제 동향 분석 체계	224
[그림 5-2] WHO QualityRights Tool Kit의 구성 체계 : ‘테마1’ 예시	227
[그림 5-3] 한국형 인권기반 정신재활시설 평가도구 개발 과정	245
[그림 9-1] 연구전략 : 단기, 중기, 장기 정책제언	499
[그림 9-2] 단기·중기·장기 단계적 정책방향(안)	500
[그림 9-3] 광의의 정신장애인을 위한 권익옹호체계(안)	504

제1장

서론

제1절 연구 배경

정신장애인에 대한 인권의 관점은 장애인 관련 국제적 인권 규범의 변화와 그 맥락을 같이한다. 우선, 제2차 세계대전 이후부터 1960년대까지는 ‘인권감수성 맹아기’로 구분할 수 있다. 국제사회는 양차 세계대전을 거치면서 비로소 인권에 관심을 가지기 시작하였다. 이 시기에는 인권에 관한 관심이 점차 증가하여 ‘UN 인권선언(1948)’, ‘UN 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약’(1966), ‘UN 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약’(1966)이 각각 제정되었다. 한편, 미국에서는 1963년 ‘정신지체시설과 지역건강센터 건립에 관한 법률(The Mental Retardation Facilities and Community Health Centers Construction Act)’이 제정되기는 하였지만, 1960년대까지는 대체로 장애인 인권에 대하여 무관심한 시기였다.

1970년대는 ‘장애인 인권감수성 맹아기’이다. 1960년대까지 증대되어 온 인권감수성에 힘입어, 1970년대에 들어오면서 장애인 인권에 관한 관심이 증가하고 다양한 장애인 관련 국제규범이 제정되었다. 먼저 1971년에 제정된 ‘UN 정신지체자의 권리선언(The Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons)’은 가능한 최대의 권리 향유와 적절한 후견인을 통한 장애인 권리 보호를 선언하였다. 그리고 1975년에 제정된 ‘UN 장애인 인권선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons)’에서는 장애인들도 가능한 최대한의 인권을 향유한다고 선언하였고, 1982년 제정된 ‘장애인 관련 세계행동강령(The World Programme of Action Concerning Disabled Persons)’에서는 장애의 예방, 적절한 치료, 재활, 기회의 평등 등의 원칙이 채택되었다. 이러한 장애에 대한 국제적 인식변화는 장애인의 강제입원 및 강제치료를 저항하여 이루어진 시민권 운동의 산물이자 원동력이었으며 장애에 대한 의료적 모델이나 접근의 근거가 되었다.

1980년대부터 1990년대까지는 앞서 장애인 인권에 대한 감수성 증가로 형성된 의료적 모델의 범위를 벗어나 장애 접근에 있어서 인권모델의 맹아가 싹트고 관련된 다양한 규범이 생겨난 시기이다. 1980년대에 들어서면서 ‘UN 장애인 10년(The International Decade of Disabled Persons: 1983-1992)’, 1983년에 ‘ILO 장애인 직업재활 및 고용에 관한 협약(ILO The Vocational Rehabilitation and Employment of Disabled Persons)’, 1986년에 ‘UN 인권위원회 특별조사관의 소

수자 보호와 차별금지 조사보고서: 정신장애인 인권실태 보고' 등 장애와 관련된 다양한 국제보고서가 작성되었다. 계속해서 1984년부터 1991년 사이에는 'UN 인권위원회 특별조사관의 장애인 인권실태 보고서'가 준비되고 1993년에 발간되었다. 그리고 1987년에는 이탈리아와 스웨덴 대표의 장애인인권협약 제안 시도가 있었고, 1991년 유엔총회에서는 '정신질환자의 보호와 정신건강돌봄의 향상을 위한 원칙(=소위 MI 원칙, Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)'을 채택하였다. 1993년에는 'UN 장애인의 기회균등화에 관한 표준 규칙(UN The Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities)'이 채택되어 의료와 재활을 중시하면서도 지역사회 독립생활 및 개인별 지원 서비스의 개념이 도입되었고, 표준화된 규정(Standard Rules)을 통해 특별조사관이 집행과정을 모니터링 하도록 하였다.

1980년대와 1990년대에 걸쳐 생성된 이러한 국제규범들은 세계 각 지역 국가 차원의 규범 형성에도 영향을 주었다. 미국은 1990년 '미국장애인법 1990(The Americans with Disabilities Act 1990)'을 통해 고용, 공적 서비스(사회서비스 포함), 시설접근, 통신 등 포괄적 영역에서의 장애인 차별을 금지하였다. 1990년대에는 캐나다, 호주 등 선진 각국에서 장애인 차별금지법이 제정되었고, 1990년에는 '장애인 차별금지를 위한 전미조약(the Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities)'이 채택되었다. 계속해서 1997년 '유럽평의회(Council of Europe)'의 '오비에도 협약(Oviedo Convention)'은 강제입원, 강제치료를 불가피한 최후의 수단으로 인정하면서 최대한 강제입원이나 치료를 금지하였다. 그리고 2003년에는 '유럽평의회(Council of Europe)'에서 '장애인의 온전한 사회적 포용(Towards Full Social Inclusion of Persons with Disabilities)'을 채택하였다. 1980년대와 1990년대에 걸쳐서 일어난 이러한 변화는 장애인 인권모델 탄생의 밑거름이 되었다.

20세기 후반의 인권감수성 증가와 장애인 인권 관련한 다양한 국제규범들을 밑바탕으로 하여 2000년대에 들어와서는 장애인 인권모델의 태동과 통합적 장애인 권리규범이 탄생하게 된다. '세계장애인 정상회의(A World Summit on Disability)'의 주도로 2000년에 '장애인 인권선언(The Declaration on the Rights of Persons with Disabilities)'이 채택되었다. 그리고 장애인 인권선언 이

념에 기반하여 장애인 인권증진을 위한 구속력 있는 국제조약을 제정할 것을 강력하게 촉구하기에 이르렀고, 2000년에 아일랜드 정부가 장애인권리협약 제정 안건 상정을 시도했으나 실패하였다. 계속해서 2001년에 멕시코 정부가 장애인권리협약 제정 안건을 상정하였고, 당시 UN은 유엔총회 산하 ‘특별위원회(Ad Hoc Committee)’ 설립을 통해 협약 제정 여부를 검토하도록 지시하였다. ‘특별위원회(Ad Hoc Committee)’ 산하 ‘실무그룹회의(Working Group)’에 다수의 국제 장애인단체가 참가하게 되었고, 드디어 2006년에 ‘UN 장애인권리협약(CRPD)’이 채택되었다. 추후 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준 국가들은 그 이념을 반영하기 위해 각국의 정신보건법을 개정하였고, 그 결과 후견제도를 비롯한 대행의사결정제도의 개혁을 위한 입법을 하고, 장애인을 위한 사회정책의 변화를 경험하게 된다.

UN 장애인권리협약(CRPD)은 인간의 다양성을 존중하고, 장애도 인간 유형의 하나로 인식하며, 장애인의 시민적, 정치적 권리의 완전한 보장을 규정하고 있다. 이에 따르면 장애인도 법 아래 평등하므로 장애인 정책도 다른 국가정책과 마찬가지로 평등하게 수립하여야 한다. 따라서 장애로 인한 배제를 없애고 장애인을 위한 일자리정책, 장애인을 위한 주택정책, 장애인을 위한 사회정책의 수립을 국가가 책임지고 수행할 필요성이 있다. 이러한 UN 장애인권리협약(CRPD) 원칙은 장애 접근과 관련한 의료모델, 복지모델의 한계를 극복하고 더 적극적인 인권모델 구축의 필요성을 강조하고 있다.

우리나라의 경우 1980년대 이전까지는 공적영역이 개입하는 정신건강서비스가 전무한 상황이라서 정신장애인 인권에 대해서는 무감각한 시기였다. 하지만 1980년대 접어들며 복지요양원 관련 인권침해 사건들이 알려지면서 장애인 인권에 대한 감수성이 나타났고, 급기야는 1995년에 정신보건법을 제정하고 1997년에 시행하게 되었다. 정신보건법이 지역사회 정신보건 이념을 표방하고는 있었지만, 정신보건법 시기 동안 우리나라는 입원 병상 수의 증가와 지속적인 장기입원 현상의 악화로 정신장애인 인권에 대한 국제적 지적을 받기에 이른다. 2008년에는 2006년 채택된 ‘UN 장애인권리협약(CRPD)’을 비준하였고, 그 이후 우리나라는 국제법으로써 UN 장애인권리협약(CRPD) 규정을 준수해야 할 책무가 생기게 되었다. UN 장애인권리협약(CRPD) 규정 충족에 미흡한 정신보건법을 전면 개정하고 2017년 5월 30일에 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하, 정신건강복지법)’을 시행하였다. 정신건강복지법 상에 반영된 UN 장애인권리협약

(CRPD)의 원칙 실현을 위해서 우리나라 정신건강서비스체계는 지금까지의 의료모델이나 복지모델의 범위를 넘어서 “인권모델”을 구축해 나가야 하는 시점이다.

의료모델이나 복지모델 하에서 장애에 대한 접근은 질환에 대한 치료 및 재활과 관련된 서비스를 기반으로 장애로 인한 기능 저하에서 오는 미충족 욕구를 복지서비스를 통해서 충족시키고자 한다. 하지만 이러한 치료-재활에 기반한 장애접근은 장애인의 생존이나 안전의 욕구 충족은 할 수 있지만 독립된 사회구성원으로 자존감이나 자아실현을 이루는 과정에서 발생하는 성장이나 증진에 대한 다양한 욕구들에 대해서는 무관심하다. 인권모델에서는 의료모델과 복지모델에서 강조되어오던 의료서비스, 복지서비스 제공을 초월하여 사회적 역할 성취와 자존감 증진을 위해 필요한 다양한 성장지원 서비스도 강조된다. 인권모델 하에서 장애정책은 장애인 일자리정책, 장애인을 위한 근로 정책, 장애인 노동자의 휴식이나 상담 관련 정책, 장애인 주거나 활동 보조 서비스 등 지역사회 통합생활을 위한 지원 정책, 고령화 또는 고령 질환이 있는 장애인을 위한 요양 정책, 등 다양한 스펙트럼의 서비스가 포함된다. 인권모델 하에서 의료 및 복지정책은 당사자의 의사에 반하는 강제입원이나 강제치료의 폐지, 서비스 접근성을 높이기 위한 더 많은 의료 및 복지 인력의 현장 투입, 당사자가 원하는 대안형 정신질환치료의 보장, 지역사회 기반 정신질환 치료(입원보다 외래치료), 사회생활로의 복귀를 위한 개인맞춤형 재활서비스 등을 포함한다.

이러한 정신장애인 인권 감수성의 변화를 반영하여 정신건강 사회복지의 관점이나 접근도 취약계층의 생존 및 안전 보장이라는 사후적이고 소극적인 잔여적 복지모델에서 출발하여, 사회통합이나 자아실현 등 성장을 지원하는 적극적이고 보편적 복지모델로 변화하고 발전해 왔다(강상경, 2013). 이러한 복지의 관점과 접근방법의 변화는 생존권, 자유권, 참정권, 사회권, 사회보장권 등 인권에 대한 관점의 전개 과정과 그 맥락을 같이 하고, 최근 개정된 정신건강복지법은 정신장애인 인권증진을 위해서 지금까지 우리나라 정신건강서비스의 기저를 이루어온 의료모델과 복지모델을 넘어 인권모델 구축의 필요성을 선언하고 있다. 정신건강복지법이 지향하는 인권모델 기반 정신건강서비스는 지금까지 사회적 약자로서 정신장애인의 생존과 안전을 위한 단순한 사회안전망으로서의 정신건강복지서비스 범주를 넘어서 성장과 자아실현을 추구하는 정신장애인 당사자의 권리로서 정신건강복지서비스로의 변화를 의미한다. 최근 급증하고 있는 지원주택이나 통합 커뮤니티케어에 대한 관심은

의료모델과 복지모델의 정착을 통한 의료보장과 생활보장의 기반 위에 교육성취나 직업활동을 통한 정신장애인의 회복과 자아실현을 지원하는 인권모델 반영이다.

정신건강복지법 시행 이후 인권모델 실현을 위한 실태 및 현황을 점검하기 위해 입원병원과 요양시설에 대한 인권실태조사가 시행되었고(조한진 외, 2017), 이를 기반으로 다양한 정책제언이 도출되었다. 하지만 아직까지 정신재활시설 이용자들의 인권실태에 대한 조사는 시행된 적이 없었고, 지역사회 이용형 정신재활시설 이용자의 인권실태나 거주형 정신재활시설 생활인들의 인권실태나 현황에 대해서는 알려진 바가 없다. 우리나라는 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준 국가로서 2017년에 전면 개정되어서 시행된 정신건강복지법의 이념을 지역사회 정신재활시설서비스에 반영하여 인권모델을 구축하고 실현해 나가기 위해서는 정신재활시설에 대한 인권실태조사를 통해 기본적인 현황과 인권실태를 파악하는 것이 필요하다.

제2절 연구 필요성 및 목적

1. 연구 필요성

국제적으로 2006년 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택, 2008년 우리나라의 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준, 2017년 정신건강복지법 시행 등 일련의 국내외적 정책환경 변화에 따라, 정신장애인 인권 감수성 및 지역사회 기반 복지서비스에 대한 욕구는 점차 증가하고 있다. 이러한 정책환경 변화를 반영하여 정신건강복지법에서도 정신장애인을 위한 지역사회기반 복지서비스의 필요성을 구체적으로 명시하고 있다. 하지만 지금까지 우리나라의 지역사회기반 복지서비스의 중추 역할을 하는 정신재활시설의 현황이나 운영 실태에 대해서는 알려진 바가 많지 않고, 정신재활시설을 이용하는 당사자의 인권실태에 대해서는 알려진 바가 더욱 없는 상황이다. 이처럼 정신재활시설 전반적 운영현황에 대한 자료 및 이용자 인권실태에 대한 실증 데이터의 부재는 국가인권위원회를 비롯한 관련 기관들이 현황 및 문제점을 기반으로 대정부 정책권고를 수행하는 데 어려움으로 작용하고 있다. 이와 함께 인권을 둘러싼 다음과 같은 국제적 국내적 환경변화는 정신재활시설의 운영현황과 인권 실태에 관한 연구를 더는 미룰 수 없다는 것을 보여준다.

1) 국제 환경 변화

(1) UN 장애인권리협약(CRPD) 비준: 장애인 권리협약 기준에 맞는 정신건강서비스 제공 필요

UN 장애인권리협약(CRPD) 중 정신장애인에게 특히 관계가 있는 중요한 인권 규정들은 다음과 같다. 첫째, 적정한 수준의 생활을 유지할 권리와 사생활을 존중받을 권리(제28조, 제22조), 둘째, 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리(제25조), 셋째, 자기의사에 의한 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리(제12조, 제14조), 넷째, 고민 또는 잔혹하거나 비인도적이고 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유로울 권리, 착취, 폭력, 학대로부터 자유로울 권리(제15조, 제16조), 다섯째, 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리(제19조), 등이다. 이들 조

항 중 핵심 가치는 제19조의 ‘지역사회에 통합되어 독립적으로 생활할 권리’이며, 이것을 실현하기 위한 중요한 수단은 제12조의 ‘자기결정권 존중’ 및 ‘지원의사결정’이다. UN 장애인권리협약(CRPD)은 이 협약에 비준한 체약국으로 하여금 동 협약상의 국가 의무를 이행하도록 한다. 이러한 다양한 권리 중에서 자유권적 장애인 인권은 즉각적으로 보장하여야 할 부분이다. 사회권적 장애인 인권은 이를 침해하는 조치를 취해서는 안 되며, 동시에 체약국은 정신장애인의 사회권적 인권을 실현하려는 조치 및 계획을 세워 추진하여야 할 책임이 있다.

UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준한 선진국은 동 협약상의 의무를 이행하기 위해 사회권적 인권을 침해하는 조치들(예, 정신병원에 입원하는 것을 우선하는 정책, 장기입원 정책, 비자의입원 정책 등)을 중단하고, 지역사회 기반 정신건강서비스를 제공하기 위해 노력하고 있다. <표 1-1>에서 보듯이 UN 장애인권리협약(CRPD) 발효 이후의 시점인 2008년 이후의 OECD 국가의 인구 1,000명당 병상 수 변화추이를 보면 2008년 0.78개에서 꾸준히 줄어들어 2016년에는 0.70개 수준으로 줄어든 반면, 우리나라는 2008년에 인구 1,000명 당 병상 수가 0.81개였는데 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준 이후에도 꾸준히 증가하여 2016년에는 1.25개로 나타났고, 정신요양시설의 병상 수까지를 포함하면 1.5개 이상으로 추정되는데, 이러한 수치는 OECD 평균 병상 수의 2배 이상에 해당한다. 이러한 병상 수 추이는 OECD 국가 대부분에서 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택 이후 정신장애인이 지역사회에서 독립생활하면서 사회통합 할 권리를 존중하기 위해 탈원화와 지역사회서비스 투자가 일어난 반면, 한국에서는 탈원화가 일어나기보다는 오히려 입원병상이 증가하고 지역사회서비스 투자가 상대적으로 부족하다는 것을 의미한다. 우리나라의 병상 수 증가 추세는 우리나라의 정신건강 정책이나 시행이 정신장애인의 입원을 조장하고 지역사회 독립생활을 저해하여 결과적으로 UN 장애인권리협약(CRPD)을 위반하고 있다고 추정할 수 있는 부분이다. 하지만 아직까지 연구가 부족하여 지역사회 정신재활시설 현황이나 이용자 인권실태에 대해서 알려진 바가 없으므로 이에 대한 현황 및 인권실태조사가 필요하다.

〈표 1-1〉 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택 후 OECD 국가의 인구 1,000명당 평균
정신병상 수 변화추이와 한국 병상 수 추이

국가	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
OECD 평균	0.78	0.74	0.70	0.70	0.71	0.70	0.68	0.68	0.70
한국	0.81	0.85	0.90	0.88	0.91	0.91	1.18	1.25	1.25

자료: 보건복지부 외(2018)

(2) 회복관점 지향 정신건강서비스의 중요성 증가

UN 장애인권리협약(CRPD)은 정신장애를 포함한 장애를 인류의 한 특성이며, 인류의 다양성이라는 관점에서 이해하여야 한다는 관점을 취하고 있으므로, UN 장애인권리협약(CRPD) 원칙 아래에서는 장애인을 사회구성원의 일원으로 평등하게 대우하여야 한다. UN 장애인권리협약(CRPD)은 장애인들의 인간으로서의 존엄성과 인권을 최대한 보장하여야 할 것을 협약국의 의무로 설정하고, 협약국에서 이러한 의무를 실천해 나갈 것을 요구하고 있다. 이러한 UN 장애인권리협약(CRPD) 관점에서 보면 정신질환을 치료하여 질환이 없는 상태로 만드는 것이 정신장애정책의 기본 목표가 되어서는 안 되며, 정신건강 상태나 정신장애와 상관없이 모든 사람이 법 앞에서 평등하므로 정신장애인들도 일상생활과 사회생활, 정치생활, 공적 생활을 수행할 수 있게 지원하여야 한다.

이러한 UN 장애인권리협약(CRPD) 원칙에 의하면 정신장애가 있는 상태에서도 일상생활, 사회생활, 정치생활, 공적 생활로 복귀할 수 있도록 정당한 편의제공을 하는 것에 정신장애 정책의 초점을 맞추어야 하고, 치료, 요양, 재활 등 모든 정신건강 서비스는 이런 회복지향적 관점에서 제공되어야 한다. UN 장애인권리협약(CRPD) 채택 이후 장애인의 회복관점에 대한 인식은 국제적으로 급속하게 확산되고 있다. 급성기 정신질환자에게 정신병원 입원이 아닌 대안적 치료와 요양 서비스를 제공하는 것(위기쉼터 등), 단기간의 정신병원 입원 후 전환시설 및 회복시설에서 일상과 사회생활로의 복귀를 준비하도록 하는 것, 정신질환 경험 있는 사람이 정신질환 있는 상태에서 동료지원가로 채용되어 활동하는 것, 정신질환 있는 상태에서 자신에게 적합한 직장을 구하여 생활하도록 지원하는 것, 정신질환자에 대한 지원주거서비스를 제공하는 것 등이 회복지향적 정신건강서비스의 예이다. 국제적으

로 이러한 회복지향적 서비스에 대한 강조가 증가하고 있으나, 우리나라에서는 아직까지 이러한 회복지향적 서비스에 대한 기초연구가 부족하여 그 현황이나 이용실태에 대한 파악이 부족하다. 따라서 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준국가의 하나로 우리나라 회복지향적 서비스 현황 및 실태 파악을 위해서 정신재활시설 운영현황이나 이용현황에 대한 조사가 필요하다.

2) 국내 환경 변화

(1) UN 장애인권리협약(CRPD) 비준 : 국제적 권리협약 기준에 맞는 정신건강서비스 제공에 대한 요구가 높아지고 있음

2008년 UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준한 우리나라도 정신건강정책에서 정신적 장애인의 인권을 존중하는 정신건강서비스에 우선 가치를 두어야 한다. 정신장애인 단체, 장애인단체, 인권단체와 전문가들이 비자의입원의 요건을 엄격하게 하고, 지역사회 기반 정신건강복지서비스를 확충할 것을 주장하여 2016년 정신건강복지법이 개정된 것도 이러한 국제환경 변화를 국내법에 반영한 것이다. “지역사회 기반 돌봄”은 문재인 정부의 복지정책의 핵심 공약의 하나이다. 그런데도 정신건강서비스 영역에서는 지역사회기반 돌봄은 요원한 실정이고, 오히려 국가가 UN 장애인권리협약(CRPD)의 정신장애인의 인권을 침해하는 정책을 확대하거나 고수하고 있다. 이러한 정책의 결과는 위에서 살펴본 OECD 국가 대비 가파른 입원 병상수의 증가와 더불어 입원 정신장애인 수에서도 나타난다. 아래 [그림 1-1]에 나타난 것처럼 우리나라가 UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준한 2008년 이후에도 정신의료기관에 입원하고 있는 정신질환자의 수는 꾸준히 증가하다가 그나마 정신건강복지법 개정을 전후해서 비로소 조금 줄어들었을 뿐이다.

(단위 : 명)



자료 : 보건복지부, 국립정신건강센터(2016), 보건복지부, 국립정신건강센터(2017), 보건복지부 외(2018), 보건복지부 국립정신건강센터(2020) 자료 종합

[그림 1-1] 정신의료기관 입원환자 수의 연도별 추이

정신병원 입원환자 수가 증가하는 것은 UN 장애인권리협약(CRPD) 제14조(개인적인 안정과 자유를 누릴 권리), 제19조(지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리)에 위반하는 조치를 정부 정책으로 추진하고 있다는 것을 보여주는 반증이 될 수 있다. 정신병상 수가 증가하고 입원병원 환자 수가 증가한다는 것의 의미는 정부 정책이 구조적으로 지역사회 기반 비 입원 치료환경을 늘리지 못하고, 오히려 입원을 증가시키기 때문에 UN 장애인권리협약(CRPD) 제19조의 ‘지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리’를 침해하고 있다는 것을 의미한다.

정신장애인의 인권을 존중하는 조치를 취하기 위해서는 회복지향 서비스 인프라 확충과 지역사회에서의 치료와 재활을 통해 이른 시일 안에 일상생활로의 복귀를 지원하고, 정신장애인의 사회통합을 촉진해야 할 것이다. 지역사회 독립생활을 위한 가장 중요한 서비스 중의 하나가 주거이다. 2019년 기준 202개 주거시설에 2,710명이 이용하고 있는데(2019년 12월 기준 정신재활시설협회 내부자료), 이는 정신질환 유병률 조사의 중증정신장애 유병률인 0.6% 기준으로 추정되는 310,000명 정도의 정신장애인 인구의 1%에도 미치지 못하는 수준이다. 이러한 통계치는 우리나라 지역사회 기반 지원주거가 매우 부족한 상태이고, 우리 정부가 UN 장애인 권리협약(CRPD) 제19조의 인권을 존중하는 조치를 취하는 데 미온적임을 보여준다. 하지만 아직까지 지역사회 거주형 재활시설에 대한 전체적인 현황조사나 이용자에 대한 인권실태조사가 시행된 바 없어서, 현황과 실태를 통한 문제점 파악과 개선책 마련을 위해서는 관련된 현황조사가 필요한 실정이다.

(2) 정신건강복지법 개정 : 회복지향 정신건강서비스의 중요성 증가

UN 장애인권리협약(CRPD)은 병원에서의 치료, 요양, 주거제공, 재활 등이 모두 정신장애인의 회복과 사회통합을 지향하도록 하는 것이 협약 국가의 의무임을 명확히 하고 있다. 회복과 사회통합을 지향하는 정신건강서비스 구축을 위해서는 단기간의 입원, 다양한 방법의 급성기 정신질환의 치료, 지역사회 기반 정신질환 치료, 재활과 일상으로의 빠른 복귀 등이 요구된다. 장애인 권리협약 비준에 따르는 회복지향형 정신건강서비스 구축을 위해 UN 장애인권리협약(CRPD) 이념을 반영하여 정신건강복지법이 개정되었다.

개정 정신건강복지법이 ① 정신질환자의 자기결정권 존중, 자기결정권 행사의 지원, 정신질환 당사자의 의견을 정책에 반영하도록 한 것, ② 지역사회에서의 치료를 우선하고, 입원치료가 필요한 경우에도 자의입원을 우선하며, 비자의입원은 입원치료가 필요한 정도의 정신질환이 있고, 현재 또는 임박한 자해·타해의 위험이 있지만 본인이 자의입원 하지 않을 경우, 그리고 그 기간 동안에만 비자의입원을 하도록 한 것, ③ 정신건강복지서비스를 대폭적으로 확충할 수 있는 근거를 도입한 것 등은 모두 회복지향의 정신건강서비스를 도입하겠다는 국가적 의지가 천명된 것으로 볼 수 있다. 그러나 정신건강복지법 개정 이후 회복지향의 정신건강서비스는 아직 정책화되지 않은 상태이다. 입원환자도 그다지 줄지 않았을 뿐 아니라, 지역사회 주거서비스도 증가하지 않고 있으며, 재활시설 이용자도 증가하지 않는 상태이다. 이러한 현상은 정신건강복지법 전면 개정 및 시행 이후에도 우리나라 정신건강 정책이 국제기준이나 국내외 이념변화를 반영하고 있지 못하다는 것을 방증한다. 회복지향성 정신건강서비스의 확충을 위해서는 우리나라 정신건강서비스가 UN 장애인권리협약(CRPD)의 가치를 반영하고 있는지, 특히 회복지향의 정신건강서비스가 제공되고 있는지에 관한 실태조사와 연구가 필요하다.

(3) 당사자 인식변화 : 변화를 요구하는 사회적 요구 증대

2016년 정신건강복지법 개정 작업을 추동한 것은 인권전문가, 인권단체, 장애인동단체 등의 연대의 힘이었다. 더불어 정신건강복지법 개정 이후 꾸준히 정신장애인 당사자의 목소리가 높아지고 있으며, 정신장애 당사자 단체의 역량도 꾸준히 강화되고 있다. 정신장애당사자 단체와 관련 기관 주도로 2018년 12월부터 2019년

7월까지 시범적으로 전국 3개 기관¹⁾에서 실시한 ‘비자의입원절차에 있는 정신질환자의 의사결정지원’을 위한 절차보조사업이 당사자 역량 증가의 한 예이다. 해당 사업에 참여하는 3개 기관의 당사자 또는 당사자 단체들은 그동안 지속적인 협력을 통해 당사자중심의 정신건강서비스 제공을 할 것을 천명하는 다양한 대회를 개최해 왔다. 정신장애 당사자로 정신장애인의 인권증진과 인권 친화적 정신건강서비스 정책의 전개, 정신장애인 당사자 운동의 역량 강화에 힘을 쏟아 온 미국의 정신과의사 다니엘 피셔(Daniel Fisher) 박사를 초청하여 전국 당사자 권리선언을 하도록 한 것도 그 한 예이다. 정신병원에 입원한 모든 환자를 대상으로 의사결정지원서비스로서 절차보조사업을 제도화하고, 기존의 정신병원 입원 위주의 치료를 대체하거나 보완할 수 있는 위기쉼터 및 일상쉼터를 도입하였다. 또한 정신병원, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에 동료지원가의 채용을 의무화할 것 등을 핵심 내용으로 하는 정신건강복지법 개정안을 정신장애인 당사자 단체가 주도하여 제출하였다.

정신장애 당사자가 창립한 인터넷 신문(마인드포스트)²⁾, 정신장애 당사자들의 자조모임 결성을 위한 전국적 움직임 등도 정신장애 당사자 운동의 성장을 통한 정신건강서비스 이용자의 권익증진에 기여할 것으로 기대된다. 한편 정신장애 당사자와 당사자 단체의 노력이 힘입어 서울시는 정신장애인이 지역사회에서 자립할 수 있는 자립생활지원사업의 규모를 확대하고 있고, 지원주택의 제공범위도 늘리려고 시도하고 있다. 이러한 당사자 단체의 활동은 전국적인 연대조직의 결성으로 발전해 나갈 것으로 예측된다. 정신장애 당사자 단체의 요구는 UN 장애인권리협약(CRPD)상의 정신장애인의 인권을 보호하고 신장하는 정신건강정책을 전개해야 한다는 것으로 요약된다. 즉 응급입원 이외의 모든 비자의입원의 폐지, 폐쇄 정신병동의 폐지, 지역사회 기반의 정신건강서비스, 정신장애인을 위한 주거지원, 취업지원 등을 통한 정신장애인의 지역사회 독립생활과 사회통합이 정신장애인 당사자들의 주요 요구사항이다. 이러한 당사자의 인식변화는 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준 및 정신건강복지법 전면 개정 및 시행과 같은 국내외 정책환경 변화와 더불어 큰 변화를 요구하는 사회적 인식변화의 주축을 이루고 있다. 하지만 아직까지 정신재활시설 이용 당사자 대상의 욕구조사나 이용실태에 관한 연구가 부족하여 이와 관련된 현황 및 실태조사가 필요하다.

1) 당사자 단체 ‘파도손’(서울), 사회적 협동조합 ‘우리다움’(경기), 부산광역시정신건강센터(부산)

2) <http://www.mindpost.or.kr>

3) 국내외 환경 변화와 차이가 있는 정신건강정책: 지역사회 재활서비스 기관 인프라 취약

18세 이상 65세 이하 성인을 대상으로 5년마다 정기적으로 실시되는 정신질환실태조사에서 파악된 중증정신질환 유병률을 기반으로 우리나라 65세 이하 성인 중증정신질환자의 수를 추정하면 약 17만 3천 명으로 추정된다(홍진표 외, 2017). 추정된 정신장애인 중 정신의료기관과 정신요양시설 입원 및 입소자 수는 약 9만 명으로, 거의 과반수에 해당하는 정신장애인들이 지역사회가 아닌 입원병원이나 요양시설에 있다. 정신질환 유병률 조사에서 파악된 동일한 중증정신질환 유병률을 우리나라 전체인구에 대입하면, 중증정신장애인 수는 30만 명가량 되는 것으로 추정되는데, 이 중에서 지역사회 중증정신장애인의 수는 약 10만 명 정도(102,130명)로 추정되어 정신장애인의 지역사회 거주 비율이 상대적으로 낮다(보건복지부 국립정신건강센터 외, 2020; 통계청, 2020).

지역사회 거주 비율이 상대적으로 낮은 이유는 전체 정신장애인 수 대비 정신재활시설의 수가 절대적 부족한 것이 하나의 원인이다. 지역사회에서 정신장애인의 지역사회 전환 및 거주·복지서비스를 지원하는 정신재활시설은 2018년 기준으로 348곳에 불과하였다. 이는 정신의료기관과 정신요양시설 및 정신재활시설을 포함하는 전체 정신건강증진시설 2,077개 중 16.75%에 불과한 수준으로, 우리나라 정신건강서비스 시설이 정신재활시설보다는 정신의료기관과 정신요양시설 위주로 구성되어 있다는 것을 보여준다(보건복지부 국립정신건강센터, 2020). 348개소의 정신재활시설 중에서도 소규모 거주시설인 공동생활가정이 188개로 정신재활시설의 54%를 차지하여 과반수를 넘는 것으로 나타난 반면, 지역사회복지서비스를 제공하는 이용시설인 주간재활시설(85개소)과 직업재활시설(15개소)은 100개소로 나타나 전체 정신재활시설의 28.7%에 불과하였다. 이러한 수치는 우리나라 정신건강서비스가 의료, 입원, 요양 위주로 구성되어 있어서 지역사회정신건강 인프라가 취약하다는 것을 보여주고, 지역사회정신건강 서비스 중에서도 회복지향형 재활서비스 인프라가 특히 더 취약하다는 것을 보여준다. 또한 정신재활시설의 지역적 편차가 심각해서 229개 기초지방자치단체 중 약 45.9%에 달하는 105개 기초지자체에는 정신재활시설이 전혀 없는 것으로 나타났다. 하지만 아직까지 경험적 연구를 통한 현황 및 운영 실태에 대한 조사가 없어서 현황 및 실태 파악이 시급한 실정이다.

4) 소결 : 인권기준 측면에서 정신재활시설 운영 및 인권실태 파악의 필요성

2006년 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택으로 인한 전반적인 국제환경의 변화는, 2008년 우리나라의 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준으로 국내 정신건강 정책 환경에도 큰 영향을 주었다. 그 결과 1995년 제정되어서 우리나라 정신건강서비스의 근간을 이루어온 정신보건법이 2016년에 정신건강복지법으로 전면 개정되고 2017년 5월부터 시행되었다. UN 장애인권리협약(CRPD)에서 기인하는 이러한 국내의 정책환경 변화는 다음과 같은 중요한 메시지를 전달하고 있다. UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준한 국가로서 우리나라는 정신장애인의 ① 적절한 수준의 생활을 유지할 권리와 사생활을 존중받을 권리(제28조, 제22조), ② 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리(제25조), ③ 자기의사에 의한 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리(제12조, 제14조), ④ 고민 또는 잔혹하거나 비인도적이고 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유로울 권리, 착취, 폭력, 학대로부터 자유로울 권리(제15조, 제16조), ⑤ 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리(제19조) 등을 침해해서는 안 된다. UN 장애인권리협약(CRPD)은 이 협약에 비준한 체약국이 동 협약상의 국가의무를 이행하도록 하고 있고, 따라서 체약국은 정신장애인의 사회권적 인권을 실현하기 위한 조치 및 계획을 세워 추진하여야 할 책임이 있다.

이러한 국내외 환경변화의 영향으로 정신장애인의 인권의식과 지역사회 독립생활을 통한 사회통합의 욕구 증가하고 있고, 지역사회에서의 복지서비스에 대한 요구와 서비스 품질변화에 대한 요구도 증대하고 있다. 하지만 아직까지 지역사회 복지서비스에 대한 요구 및 품질변화에 대한 요구의 현황에 관한 연구가 부재하고, 정신재활시설을 비롯한 복지서비스 제공기관의 전반적 운영현황에 대한 축적된 자료가 부족한 실정이다. 이러한 현황 및 실태에 관한 기초자료의 부재로 정신재활시설의 운영현황, 인권 기준, 인권실태 등에 대한 파악이 전혀 이뤄지지 않고 있다. 향후 국제적 인권기준에 부합하는 지속가능한 정신재활시설 발전 방향을 모색하기 위해서는 UN 장애인권리협약(CRPD)과 정신건강복지법에서 지향하는 인권 규정이 우리나라 정신재활시설 운영이나 이용에 있어서 얼마나 반영되어 있는지에 대한 현황 및 실태 파악이 필요하다.

2. 연구 목적

본 연구는 “장애인권리협약 및 정신장애인의 인권과 관련된 국제인권법상의 정신 장애인 인권기준” 측면에서 우리나라 정신재활시설의 운영·이용실태 및 이용자 인권 실태를 조사함으로써, 그 연구 결과를 바탕으로 향후 국제적 인권기준에 부합하는 정신재활시설 및 정신건강복지체계 관련 단기, 중장기 발전 방향 개선책을 구체적으로 제안하는 것을 주목적으로 한다. 그간 진행된 정신장애인 및 장애인 시설 인권 현황에 관한 선행연구들은 보건복지부 차원의 실태조사, 기관평가와 유사한 경향이 있어 연구 결과를 통해 도출한 함의 역시 기존의 정신건강정책 패러다임 내에서의 정부 정책과제를 개선하기 위한 제언 수준에 머무르고 있다. 본 연구에서는 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준국으로서 우리나라의 정신건강정책 패러다임이 근본적으로 바뀌어야 한다는 전제하에 정신장애인 국제인권기준에 부합하는 지표를 활용한 연구를 통해 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 범국가적 지향성과 구체적인 과제를 제시하고자 한다.

본 연구가 이런 방향으로 연구를 수행하고자 하는 이유는 국가인권위원회의 권한과 기능, 정신장애인에 대한 국가인권위원회의 그동안의 역할과 성과를 더욱 발전시키는 데 기여하기 위한 것이다. Paris 원칙을 준수하고 있는 우리나라 국가인권위원회는 국가기관으로부터 자율성과 독립된 지위를 확보하여 시민의 인권을 보호하고 증진하기 위해 노력해 왔다. 그리고 정신건강서비스와 관련하여서는 국제인권협약, 특히 UN 장애인권리협약(CRPD)을 위반하는 국내의 법률과 정책을 개선하기 위한 노력을 기울여 왔다. 지금까지 정신장애인의 인권증진을 위해 국가인권위원회가 수행해 온 활동과 기여도를 바탕으로, 본 연구는 ① UN 장애인권리협약(CRPD) 상의 국가의무 이행상황이라는 관점에서 정신재활시설의 실태 및 정신장애인을 위한 지역사회 정신건강서비스 실태를 인권적 관점에서 분석하고, ② 현황 및 실태 분석 결과를 바탕으로 국제적 인권기준에 부합하는 지속가능한 정신재활시설 발전 방향에 대해서 고찰하며, ③ 이를 통해 국제적 인권 기준에 부합하는 정신재활시설 및 정신건강복지체계 관련 단기, 중장기 정책과제를 각각 제언 함으로써 정신장애인 인권신장에 실질적으로 기여하는 것을 주요 목적으로 한다.

제3절 연구 내용, 범위, 방법

1. 연구 내용

본 연구는 UN 장애인권리협약(CRPD) 상의 정신장애인 인권기준 측면에서 우리나라의 정신재활시설의 현황 및 인권실태를 다음과 같은 연구를 통해서 점검하고 향후 발전 방향을 모색하고자 하였다. 앞 절에서 논의된 연구 필요성과 연구목적에 따른 세부적인 연구내용을 제시하면 아래와 같다.

1) 기초연구 : 국내외 동향 및 우리나라 정신재활시설 관련법과 조례 현황 분석

본 연구에서는 기초연구를 통해 우선적으로 국내외 정책동향 및 인권기준을 파악하고, 이를 기반으로 우리나라 정신재활시설 현황 및 운영실태의 기초가 되는 정신재활시설 설치 및 운영과 관련한 법령과 지자체의 지원 조례 현황을 분석하였다. 조금 더 구체적으로는 UN 장애인권리협약(CRPD)을 기준으로 우리나라 정신건강복지법을 검토하고, 우리나라 정신건강복지법이 UN 장애인권리협약(CRPD)에서 표방하고 있는 장애인 인권기준을 반영하고 있는지 검토하였다. 나아가 우리나라 법 중에서 정신장애인복지 관련 법령과 장애인복지 관련 법령을 비교함으로써 장애인 관련 법령 간 법적 기반의 차이를 분석하고 필요한 법개정의 필요성을 검토하였다. 관련법 및 조례현황 분석과 관련된 주요 연구내용은 ① 국내외 정책동향 파악, ② 정신재활시설 설치 및 운영 관련 법령 분석, ③ 정신재활시설 관련 지자체의 지원 조례 현황조사 분석, ④ 정신장애인복지 관련 법령과 장애인복지 관련 법령 비교 분석 등이다.

2) 이해관계자 초점집단인터뷰

지금까지 정신재활시설 관련 연구가 미흡하였기 때문에, 이를 보완하기 위하여 정신재활시설 현황 및 인권실태와 관련한 이해관계자들의 다양한 의견을 수렴하고, 연구 실행가능성 제고를 위한 연구의 내용 및 접근법에 대한 고찰을 위해서 초점집

단인터뷰를 실시하였다. 구체적으로 당사자, 가족, 정책관계자, 종사자 등 다양한 이해관계자를 대상으로 이해관계자들의 욕구 및 정신재활시설 실태에 관한 이해관계자 인식을 파악하고, 조사목적에 고려할 때 설문지 내용이나 조사가 어떻게 진행되는 것이 좋을지에 대한 의견을 수렴하였다. 정신재활시설 주요 이해관계자들인 서비스 이용자, 가족, 정책관계자(공무원), 시설종사자를 대상 초점집단인터뷰와 관련된 주요 연구내용은 ① 정신재활시설 현황 및 특성 파악 검토, ② 국제적 인권기준 측면에서 정신재활시설 프로그램 현황 및 문제점, ③ 설문조사 및 기관실지조사를 위해 개발되는 평가척도 문항 및 내용에 대한 의견수렴, ④ 기관실지조사 및 설문조사 방식에 대한 의견수렴 및 협조요청 등이다.

3) 국제 인권기준에 따른 재활시설서비스 평가기준 파악 및 한국형 조사 평가 도구 개발

본 연구는 문헌연구와 2차 자료 검토를 통해 정신장애인에 관련된 국제 인권협약의 내용을 파악하고, 그 기준에 비추어 정신재활시설 환경 및 서비스를 평가하는 다양한 척도와 실행방법을 분석하였다. 그리고 이러한 분석결과를 기반으로 정신재활시설 평가 및 정신장애인 인권실태 평가를 위한 한국형 조사평가도구를 개발하고자 하였다. 세부적인 연구 내용은 ① 국제적 인권기준에 따른 정신재활시설 및 서비스 평가 척도의 파악(UN 장애인권리협약, 유럽평의회(Council of Europe)의 유럽인권협약, 오비에도(Oviedo) 협약, EU 차원의 정신건강서비스 품질 평가 기준 등)과 ② 파악된 국내외 척도를 기반으로 국제적 인권기준(예, 장애인권리협약)에 맞는 한국형 설문지 및 기관실지조사 평가도구 개발이다.

4) 정신재활시설 현황조사

본 연구에서는 2차 데이터를 사용한 정신재활시설 현황조사를 실시하였다. 현황조사를 통해서는 거주형 정신재활시설(예, 생활시설, 공동생활가정, 지역사회회전시설, 중독자재활시설, 종합시설 등)과 이용형 정신재활시설(예, 주간재활시설과 직업재활시설 등)의 전국 설치 현황 및 이용자 현황을 기관 유형별로 분석하고, 기초지방자치단체 및 광역지방자치단체 기준으로 정신재활시설 유형별 설치현황을 파악하

였다. 그리고 이와 같은 미설치 지자체 파악을 통해 광역 및 기초지자체 단위의 미충족 욕구 비율을 추정하였다. 현황조사를 통해서 형성된 데이터 분석을 통해서도 정신재활시설 유형별 설치현황을 살펴보고, 광역 및 기초지자체 단위별로 정신재활시설 미설치 비율 산출하였다. 정신재활시설 미설치 지방자치단체는 지역 거주 정신장애인의 재활 및 복지서비스 욕구를 충족시켜줄 수 없는 상황이므로 인권위에서는 미설치 재활시설에 대한 설치를 권고할 수 있다.

5) 정신재활시설 이용자 설문조사

본 연구에서는 정신재활시설 이용자를 대상으로 개발된 설문지를 사용하여 온라인 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 이용형 정신재활시설(예, 주간재활시설과 직업재활시설 등) 이용자 300명과 거주형 정신재활시설(예, 생활시설, 공동생활가정, 지역사회회전환시설, 중독자재활시설, 종합시설 등) 이용자 300명을 대상으로 실시하였다. 정신재활시설 이용자 대상 설문조사를 통해서도 ① 정신재활시설 이용자의 서비스 욕구, ② 이용자의 서비스 욕구 충족정도 파악을 통한 이용실태 이해, ③ 이용자의 서비스 욕구와 충족도 간의 차이분석을 통한 미충족 욕구 분석, ④ 미충족 욕구 추정을 통한 서비스 이용권침해 상황 및 서비스 필요도를 추정하고 그 결과를 제시하였다.

6) 기관실지조사

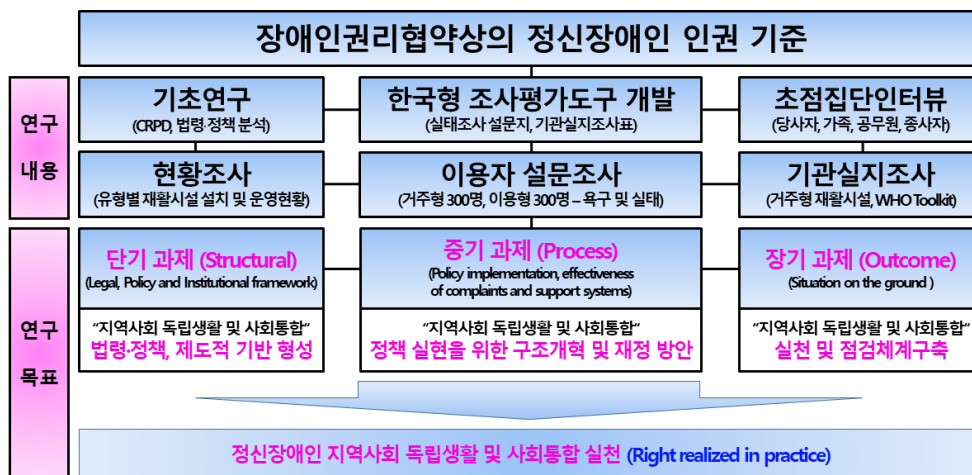
본 연구에서는 UN 장애인권리협약(CRPD) 국제인권기준에 따라 개발된 WHO QualityRights Tool Kit(2012)을 사용하여 거주형 정신재활시설 현장에 대한 기관실지조사를 시행하였다. 기관실지조사의 첫 번째 목적은 WHO Tool Kit을 한국말로 번역하여 한국형 기관실지조사 설문지를 개발하고 개발된 설문지를 사용하여 예비조사(pilot test)를 하는 것이다. 계속해서 기관실지조사의 두 번째 목적은 생활시설, 공동생활가정, 지역사회회전환시설, 중독자재활시설, 종합시설, 등 거주형 정신재활시설 유형별로 기관실지조사를 시행하고 각 시설 유형별로 Tool Kit 적용에 제약이 없는지 검토를 해 보는 것이다. 설문지 개발과 탐색적 적용을 통해 국제적 기준에 맞는 기관실지조사 설문 개발 및 실제 적용의 가능성을 탐색하고 점검하였다.

7) 소결

이러한 일련의 기초연구, 초점집단인터뷰, 척도개발, 현황조사, 실태조사, 기관실지조사 등의 과정을 거쳐서 본 연구가 궁극적으로 달성하고자 하는 바는 연구 결과를 바탕으로 지역사회 정신재활시설 인프라 구축 및 정신장애인 인권증진 방안에 대한 함의를 도출하는 것이다. 구체적으로 인권기준에 부합하는 지역사회 서비스 품질개선 방안 및 인권중심사회 실현을 위한 정신재활시설 제도개선 방안을 논의하고, 한국형 인권실태 조사 평가도구 표준화 및 확산을 통해 향후 연구의 기반을 조성하고자 한다. 마지막으로 본 연구 과정 및 결과를 통해 향후 정신장애인 인권신장에 실질적으로 기여하기 위한 단기, 중장기 정책과제 및 활동 방향성에 대해서 논의하고자 한다.

2. 연구범위

지금까지 살펴본 연구의 목표와 내용 및 범위를 간략히 그림으로 정리해 보면 다음과 같다.

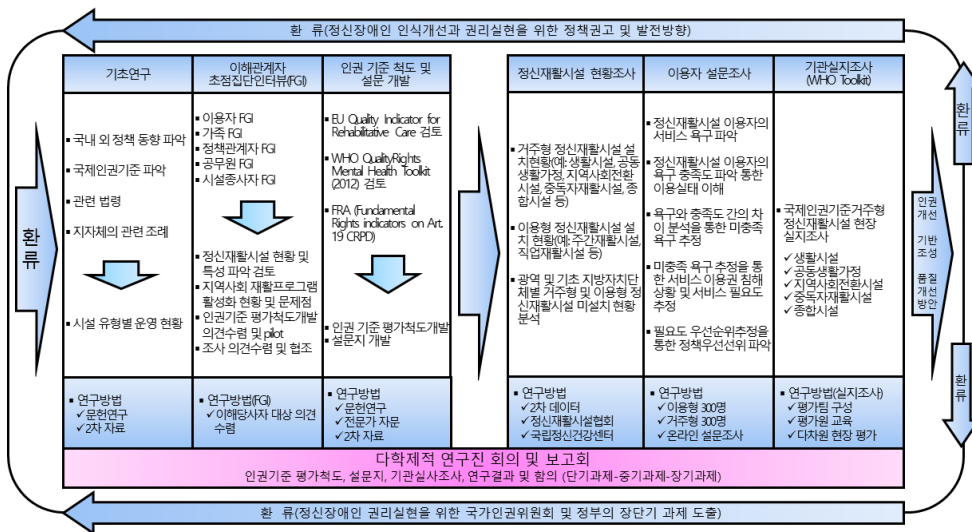


[그림 1-2] 연구목표 및 내용(범위)

3. 연구 방법

1) 연구추진 전략 및 방법

지금까지 제시한 연구목적, 연구 내용 및 범위에서 논의한 내용에 대해 상세한 연구 수행 절차를 개괄적으로 도식화하면 다음의 그림과 같다.



[그림 1-3] 연구추진 전략 및 방법

2) 설문조사 모집단 및 표집틀

설문조사 대상은 거주형 정신재활시설 이용자 300명, 이용형 정신재활시설 이용자 300명을 목표로 하여 진행되었다. 이용형 정신재활시설 중 아동청소년정신건강지원센터는 이용자 연령대 및 서비스 성격이 차이가 나서 조사대상에서 제외하였다. 표본추출 시에는 지역, 시설유형에 따라 비례확률표집을 기본으로 하고 현실적으로 비례확률표집이 어려울 경우 편의표집을 고려해 볼 수 있으나, 가능한 지역, 유형을 고려하여 설문조사를 실시할 수 있도록 하였다. 그리고 종합시설 중 거주형 시설이 없는 경우 이를 표본설계에 반영하였다. 정신재활시설 이용자 설문조사를

위한 표집틀은 아래와 같다. 설문대상 정신재활기관 선정과정에서 목표 연구참여 인원인 거주형 300명, 이용형 300명을 표집하는 것이 한계가 있을 경우에는 전체 정신재활시설 기관에 협조요청 공문을 보내고 목표치를 달성하고자 노력하였다.

〈표 1-2〉 설문조사 모집단 (표집틀)

(단위 : 개소, 명)

지역	구분	총계	거주형 정신재활시설 이용자 2,710명 중 300명(11.0%)						이용형 정신재활시설 ¹⁾ 이용자 3,603명 중 300명 (8.3%)		
			생활 시설	공동 생활 가정	지역 사회 전환 시설	중독자 재활 시설	종합 시설	소계	주간 재활 시설	직업 재활 시설	소계
전국	시설수	299	16	155	7	4	20	202	81	16	97
	이용/입소자수	6,313	433	976	130	62	1,109	2,710	3,197	406	3,603
서울시	시설수	96	-	56	4	3	1	64	25	7	32
	이용/입소자수	1,731	-	310	64	39	50	463	1,096	172	1,268
경기도	시설수	52	1	34	3	-	1	39	9	4	13
	이용/입소자수	929	36	189	66	-	100	391	424	114	538
인천	시설수	8	-	5	-	-	-	5	3	-	3
	이용/입소자수	129	-	39	-	-	-	39	90	-	90
충북	시설수	10	2	4	-	-	1	7	3	-	3
	이용/입소자수	305	45	40	-	-	80	165	140	-	140
충남 (세종, 대전)	시설수	48	6	33	-	-	3	42	6	-	6
	이용/입소자수	760	135	254	-	-	165	554	206	-	206
전북	시설수	21	2	8	-	-	7	17	3	1	4
	이용/입소자수	622	40	26	-	-	336	402	210	10	220
전남 (광주)	시설수	9	1	2	-	-	1	4	5	-	5
	이용/입소자수	198	25	14	-	-	36	75	123	-	123
강원	시설수	3	1	1	-	-	-	2	1	-	1
	이용/입소자수	60	22	9	-	-	-	31	29	-	29
경북 (대구)	시설수	29	3	9	-	1	2	15	14	-	14
	이용/입소자수	805	130	67	-	23	95	315	490	-	490
경남 (부산, 울산)	시설수	19	-	2	-	-	4	6	10	3	13
	이용/입소자수	644	-	18	-	-	247	265	299	80	379
제주	시설수	4	-	1	-	-	-	1	2	1	3
	이용/입소자수	130	-	10	-	-	-	10	90	30	120

자료: 한국정신재활시설협회 내부자료(2019년 12월 기준)

주: 1) 이용형 정신재활시설 중 '아동청소년건강지원시설(시설수 10개, 이용자수 334명)' 제외

제2장

정신재활시설의 법적 기반

제1절 정신장애인 사회정책을 평가하는 법적 기준

1. UN 장애인권리협약(CRPD)에 따른 정신장애인 사회정책의 방향성

UN 장애인권리협약(CRPD)은 장애를 인간의 존재 양식의 하나로 전제한다는 점에 가장 중요한 특징이 있다. 즉 장애는 예방 또는 조기 치료를 통해 그 출현을 막아야 하는 비정상적 인간의 존재 양식이 아니고, “재활”이라는 이름으로 비장애인을 정상상태로 보고 장애인이 정상상태에 맞추기 위해 적응하는 과정을 거쳐야 하는 것으로 보지도 않는다. 또한 영구장애 상태를 사회생활에서 배제되어야 할 만성화된 인간의 비정상적 존재 상태로 보고 “복지”를 통해 남은 삶을 공공부조 등에 의존하여 생활하여야 하는 것으로 보지도 않는다.

UN 장애인권리협약(CRPD)은 장애 상태 자체를 인간의 존재 양식의 하나, 즉 사회의 ‘소수자’ 집단으로 보고 그들이 다른 집단과 더불어 개인생활 및 사회생활을 할 수 있도록 법, 정책, 실무 관행을 변경하도록 하고 있다. 그리고 장애인의 시민적, 정치적 권리를 완전하게 보장하도록 한다(장애인권리협약 제12조 일반평석 참조). UN 장애인권리협약(CRPD) 전문에서 국제연합헌장(The Charter of the United Nations), UN 세계인권선언(UN the Universal Declaration of Human Rights), 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 시민적 정치적 권리에 관한 국제규약(The International Covenant on Civil and Political Rights), 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약(The International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination), 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women), 고문 및 그 밖의 잔혹한·비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약(The Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), 아동의 권리에 관한 협약(The Convention on the Rights of the Child), 모든 이주노동자와 그 가족의 권리 보호에 관한 국제협약(The International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant

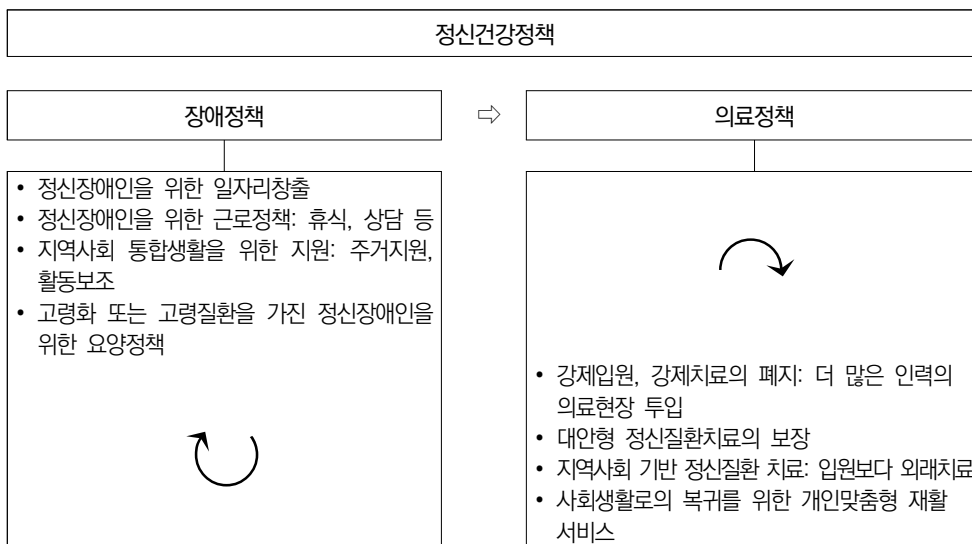
Workers and Members of Their Families) 등에 근거하여, 그 연속선상에 있음을 확인하며, 장애인에 관한 세계 행동 계획(The World Programme of Action concerning Disabled Persons), ‘장애인 기회평등을 위한 표준 규칙(The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities)에 포함된 원칙과 정책의 중요성을 인정하는 것이 바로 그런 이유 때문이다. 특히 UN 장애인권리협약(CRPD) 전문에 1971년 UN 정신지체자의 권리 선언(the Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons), 1975년 UN 장애인인권선언(Declaration on the Rights of Disabled Persons), 1991년 UN 정신질환자의 보호와 정신건강돌봄의 향상을 위한 원칙(=소위 MI 원칙, Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care) 등은 언급하지 않는 점에 주목하여야 한다. 유엔에서 채택된 위 두 선언과 MI 원칙은 모두 의료적 모델에 입각하여 장애를 예방되거나 치료되어야 할 인간의 비정상적 존재양식으로 보는 관점에 있기 때문에, UN 장애인권리협약(CRPD)은 이런 관점과 절연하였다는 것을 분명히 보여주기 위해 장애인권리협약 전문에 유엔에서 채택한 위 두 선언과 MI 원칙을 배제시킨 것이다(Degener. 2015).

또한 복지정책을 포함한 사회정책의 수립에서도 장애인과 비장애인을 평등하게 고려하여야 한다(법 아래에서의 평등, CRPD Committee, General Comment No. 6: 2018). 장애인정책에 배분되는 예산이 다른 사회정책과 비교하여 차별받아서 안 된다는 것이다. 특히 비장애인을 위한 일자리정책만이 아니라 장애인을 위한 일자리정책이 마련되어야 하며, 비장애인을 위한 주택정책만이 아니라 장애인을 위한 주택정책 등이 마련되어야 한다는 것이다. 장애인 내부에서도 평등의 관점이 유지되어야 한다. 신체적 장애인과 정신적 장애인이 법 아래에서 평등하게 대우받아야 한다. 신체 장애인을 위한 사회정책과 동등하게 정신적 장애인을 위한 사회정책에 국가예산이 투입되어야 한다.

UN 장애인권리협약(CRPD)은 협약비준국에 대해 장애인을 위한 사회정책, 특히 복지정책은 장애인이 장애 상태로 지역사회에서 독립하여 생활하고, 사회생활을 영위하는 것을 목표로 재구성하여야 할 의무를 부과하고 있다. 즉 장애인을 위한 일자리창출, 장애인을 위한 근로정책으로서의 휴식, 상담 등 직장에서의 정당한 편의제공, 지역사회에서의 일상생활을 영위하기 위한 주거지원, 활동보조 등이 중요한 정

책이 되어야 한다(UN 장애인권리협약 제19조 일반평석 참조). 또한 고령화 또는 고령질환을 가진 정신장애인을 위한 요양정책도 지역사회 기반의 복지정책이 되어야 할 것이다. 한편 장애인을 위한 의료정책에서는 강제입원, 강제치료를 폐지하는 것, 더 많은 인력의 의료현장 투입하여 장애인의 동의에 기반한 치료의 제공, 나아가 다양한 대안형 질환치료의 보장, 지역사회 기반 전환 치료(입원보다 외래치료, 사회생활로의 복귀를 위한 개인 맞춤형 재활 서비스)를 강조하고 있다(UN 장애인권리협약 제14조 일반평석). 이런 복지정책은 정신장애인에게도 동일하게 적용되어야 할 뿐 아니라, 특히 정신장애인에게 중요하게 적용되어야 한다.

UN 장애인권리협약(CRPD)의 원칙에 부합하는 정신건강정책은 다음 그림표와 같이 정리할 수 있다.



[그림 2-1] UN 장애인권리협약(CRPD) 원칙에 부합하는 정신건강정책

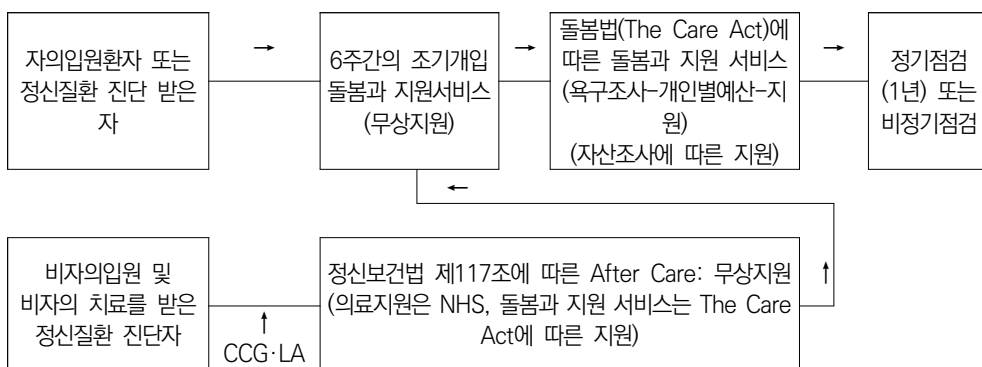
정신장애인(등록장애인에 한정되는 것은 아님)을 위한 정책 일반을 정신건강정책이라고 개념 정의할 때, 여기에는 장애정책(장애인을 위한 사회정책)과 의료정책이 있을 수 있는데, 전통적인 정신건강정책은 의료정책이 우위이고, 장애정책은 부수적인 정책에 불과하였다. 즉 예방과 치료가 우선이었고, 치료되지 않는 정신장애인으로 사회생활을 하지 못하는 사람에 대해 소득보장을 중심으로 한 복지정책이 있었다는 것이다. 그 점에서 전통적인 장애정책은 의료모델이었다고 할 수 있다. 그러

나 UN 장애인권리협약(CRPD)은 ‘예방-치료-재활-기회의 평등’이라는 전통적 장애인 정책 관점을 뒤집어 놓았다는 점에 그 특징이 있다. 지역사회 독립생활을 위한 일자리, 일자리 유지를 위한 근로정책, 주거지원, 사회생활이 우선이어야 하고, 의료는 후순위의 장애정책으로 바뀌었다는 것이다. 질환의 예방도 장애를 수반할 질병의 예방이 아니라, 장애인의 건강 악화의 방지에 초점을 맞추고 있다. 이렇게 함으로써, “장애”를 사회에 주어진 상황, 인간의 다양한 존재 형태로 전제한 후 사회 제도를 개편할 것을 추구하는 것이다.

2. UN 장애인권리협약(CRPD)에 따른 정신장애정책의 예

1) 영국의 정신장애인을 위한 치료 및 돌봄 정책

정신장애인을 위한 영국의 의료정책과 사회보장정책은 상호 밀접한 관련이 있다는 점에 그 특징이 있다. 영국은 2014년 돌봄법(Care Act 2014)을 제정하여 정신건강정책과 정신장애인의 돌봄정책을 밀접하게 연계시키고 있다. 그 관계는 아래 그림과 같다.



[그림 2-2] 영국의 정신장애인을 위한 치료 및 돌봄 정책 흐름도

위 [그림 2-2]에서 보듯이, 정신보건법(The Mental Health Act 1983) 제117조에 의해 정신병원에 비자의적으로 입원하게 되었거나 지역사회에서 치료 명령을 받아 비자의적으로 치료를 받고 있는 사람은 비자의입원 및 비자의치료의 시점부터

지역사회 기반 치료와 회복을 위해 지원계획을 수립하게 된다. 지원계획을 수립하는 주체는 임상치료서비스배분그룹(Clinical Commissioning Group, CCG)과 사회서비스로서의 돌봄서비스를 제공하는 지자체(Local Authorities, LA)이다. 이들은 비자의치료, 비자의입원이 끝난 후부터 사후돌봄(after care)을 무상으로 제공할 책임이 있다. 무상 사후돌봄에는 치료계획만이 아니라 대안적 치료(심리상담, 영양제 복용, 쉼터 이용 등등), 직업재활, 주거제공, 일상생활 및 사회생활 기능회복 등 개인맞춤형 서비스가 포함된다. 비자의입원 및 비자의치료가 더 이상 필요 없다고 판단되는 시점에 사후돌봄 서비스가 종료된다.

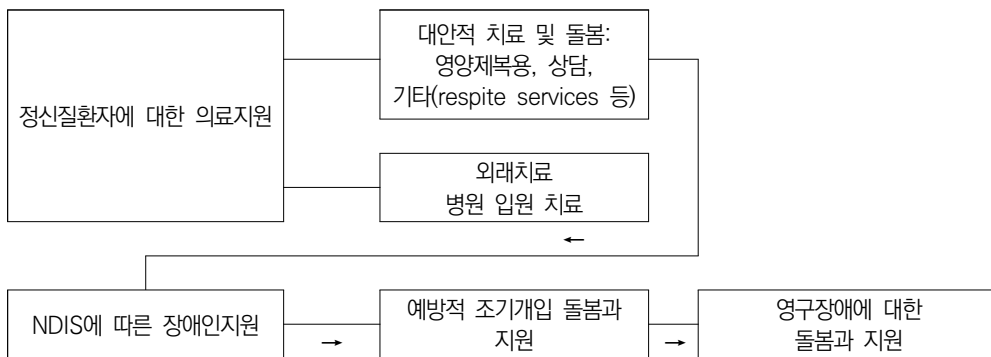
한편 비자의입원 및 비자의치료를 받지 않은 자의입원 또는 자의치료를 받는 정신질환자들(또는 사후돌봄 이후 이 끝난 이후 다시 정신질환이 재발되어 자의입원 또는 치료를 받아야 하는 사람)은 영구장애로의 발전을 막고 일상생활 및 사회생활 수행을 가능하도록 지원하기 위해 단기간(6주)의 돌봄서비스를 무상으로 제공받을 수 있다. 만약 정신질환이 1년 이상 지속되거나 1년 이상 지속될 가능성이 있다고 판단되면 돌봄법(The Care Act 2014)에 따른 개인별지원계획을 수립하여 개인맞춤형 돌봄지원에 필요한 사회서비스 예산을 책정하고, 그 예산에 따라 지원을 받게 된다. 이 때 제공되는 지원에는 주거, 직업재활, 일상생활 및 사회생활 기능회복, 상담, 위기쉼터에서의 휴식, 가사도우미 등등 개인의 니즈(needs)에 따른 지원이 포함된다.

2) 호주의 정신장애인을 위한 치료 및 돌봄 정책

호주는 약 50만 명이 중증정신질환자로 추정되고, 그 중 29만 여명이 정기적인 지원이 필요한 사람이라고 한다(NDIS, 2020). 호주의 경우도 영국과 유사하게 2013년 제정되어 2020년부터 본격적으로 시행되는 전호주 장애인보험법(The National Disability Insurance Scheme Act)을 통해 장애인의 지역사회 독립생활(Independent Living)³⁾을 추구하면서, 정신보건법(주별로 다르다)을 장애인보험법과 긴밀하게 연계될 수 있게 한다. 또한 정신보건법 역시 장애인권리협약의 원칙

3) 'Independent Living'은 탈시설을 핵심요소로 하며, 개인맞춤형의 다양한 지원을 받으면서 지역사회에서 다른 시민과 더불어 생활하는 것을 의미한다. 국내에서는 이를 자립생활로 번역하기도 하는데, 여기서는 그 의미 내용에 대한 국내 학계와 관련 단체의 공유된 인식이 충분하지 않은 점을 감안하여 '독립생활'로 번역하기로 한다.

에 맞추어 지역사회 기반 치료와 돌봄에 초점을 맞추고 있다. 호주는 영국 정신보건법 제117조와 같은 사후돌봄 서비스는 없지만, 정신질환자에 대한 치료는 정신보건법의 범위에서 제공하는데, 거기에 따라 다양한 대안적 치료(영양제의 복용, 상담, 위기쉼터에서의 휴식 등)를 의료정책의 일환으로 제공한다. 또한 외래치료를 우선적으로 제공한다. 한편 정신병원을 통한 비자의입원, 비자의치료는 불가피한 경우 제공된다.



[그림 2-3] 호주의 정신장애인을 위한 치료 및 돌봄 정책 흐름도

한편 호주의 장애정책은 영구장애인이 지역사회에서 독립생활을 하도록 지원하는 것, 사회적 돌봄지원을 경감할 수 있도록 하는 것에 초점을 맞추어 개인별 니즈(needs)에 맞게끔 개인별 지원계획을 수립하여 그 계획에 맞게 서비스를 제공한다. 그런데 영구정신장애로 악화되기 이전의 정신장애인들은 예방적 조기개입의 차원에서 호주 장애인 복지 제도(NDIS)의 장애서비스로서 돌봄과 지원을 받게 된다. 따라서 정신병원에 입원하거나 정신질환자로서 지역사회에서 치료와 돌봄을 받고 있는 사람도 호주 장애인 복지 제도(NDIS)에 의한 지원을 받을 수 있다. 아래 <표 2-1>은 호주 장애인 복지 제도(NDIS)에 의해 정신질환자, 정신장애인에게 제공되는 사회서비스의 예를 나타낸 것이다.

〈표 2-1〉 호주 장애인 복지 제도(NDIS)에서 정신장애인 및 정신질환자에게 제공하는 사회서비스

NDIS에서 지원하는 서비스	정신장애인에게 지원되는 서비스 내용
가사도우미 지원	건강한 가사생활 영위를 위한 기술과 역량 개발을 위한 지원
지원장비 및 레크레이션 장비	기술개발 및 자기관리를 위한 증강현실장비 이용
지원의 촉진	지원을 개인적 필요에 맞출 수 있는 활동력, 돌봄을 통합적이고 연속적으로 제공되게 할 수 있는 역량을 강화시키는 것
계획수립 및 계획관리를 위한 훈련	숙련된 역량 있는 직원이 정신장애인 및 그 가족 네트워크와 연계하여 적절한 계획을 수립할 수 있게 지원
통합적 돌봄의 조율과 계획	지원 및 통합된 돌봄을 조직하여 개인적 필요를 충족시켜 줌
전문가 통합돌봄 조율	스트레스를 감소시킬 수 있게 전문가의 지원을 일시적으로 받는 것
개인적 회복목표를 달성할 수 있게 지원하고, 자극하며, 역량을 강화시킬 수 있는 정신질환 경험 있는 당사자의 확인	앞서 정신질환 경험 있는 당사자로서 개인적 회복 목적 달성을 위해 자극을 줄 수 있는 사람을 찾아 연결해 주기
일상생활 참여의 증진을 지원할 수 있는 실천활동지원	대인관계 기술을 발전시키고, 일상 사회 상황에 의미 있게 참가할 수 있게 역량강화를 위한 실천적 지원
그룹에서의 기술 발전	당사자가 일상적 대인관계 활동에서 독립성을 키울 수 있게끔 그룹 훈련
공유된 이해관계를 가진 공동체의 주류적 활동에 연결하는 것을 촉진	주류공동체 활동에 의미 있게 참여함으로써 당사자의 자아정체감 형성을 지원
공동체 참여활동	개인의 자아정체성 및 이익을 반영하는 주류 공동체 활동에 참여하도록 지원하는 것
개인적 기술개발	개인생활 및 사회생활기술개발과 훈련을 통해 자기충족감과 의미 있는 사회참여, 레크레이션 및 공동체 활동참여를 촉진
직업 관련 평가 및 상담	전문화된 직업활동지원을 통해 당사자로 하여금 직업을 지속할 수 있게 지원
개별화되고 통합된 지원 취업에서의 지원	개인특성에 맞는 통합적 지원취업이 가능하게 지원. 당사자의 선호도, 강점, 직업활동 경험 등을 감안하여 경쟁취업시장에 접근하는 것도 포함
개인 직장알선 및 지원	직장을 계속 다닐 수 있게 지원하고, 고용주로 하여금 당사자의 일 자리를 성공적으로 관리할 수 있게 지원
개별화된 사회기술개발	사회생활과 일상생활에 의미 있게 참여할 수 있게 역량강화를 하는 기술개발로 행동 근거 훈련

NDIS에서 지원하는 서비스	정신장애인에게 지원되는 서비스 내용
자기돌봄 전략을 위한 협동적 지원	가족, 돌봄제공자 등이 강점 및 자기회복성을 구축하여 자기돌봄을 지원하고 사회심리적 장애 당사자를 더 잘 지원할 수 있는 전략을 개발하도록 지원
영양 및 식생활 자문, 심리교육 및 지속적 지원	당사자가 영양 관련 지식을 형성하고 전인적 건강과 복리를 증진할 수 있게 개별화된 영양, 식생활조언 및 심리교육. 초기 전문가의 지원을 포함할 수 있음
영양 및 식생활 자문, 심리교육 및 지속적 지원(그룹지원)	그룹 기반 지원
맞춤형 개인별 신체활동 프로그램과 계획	맞춤형 신체활동 프로그램을 계획하고 참여하도록 개인적으로 조언하고 지원하는 것. 개인의 욕구와 선호도를 충족시킬 수 있는 것이어야 함. 개인트레이닝, 복리 코치를 통해 할 수 있음
학교에서 추가 교육으로의 전이지원	학교교육에서 직업교육으로 그리고 직장으로 전이할 수 있도록 조율하고, 연계하며 지원하는 것
개인별 기술개발과 훈련	개인의 강점과 자원을 축적하여 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있도록 기술발전과 훈련을 하는 것
직업활동을 통한 참여와 복지의 증진	당사자로 하여금 다양한 직업체험, 일상생활체험에 의미 있게 참여할 수 있도록 지원함으로써 자기 회복, 자아정체성 형성, 지역 공동체에 참여할 수 있는 여지를 발전시킴
가족과 돌봄제공자를 위한 기술개발과 교육	가족과 돌봄제공자로 하여금 사회심리적 장애가 있는 사람을 지원할 수 있는 역량을 형성하도록 교육하고 기술을 개발하는 것
그룹 상담	그룹 단위 심리사회적 치료를 통해 강점과 자원을 축적하고 개인의 회복목표를 달성하도록 촉진시킴. 가족과 돌봄제공자를 참여시킬 수 있음
개인별 상담	개인의 강점과 자원을 축적하고 개인의 회복목표를 촉진시킬 수 있게 개인적 심리사회적 치료. 가족과 돌봄제공자를 참여시킬 수 있음
협업적, 사람 중심 그룹 치료	다학제의 협업적 사람 중심 회합
공동체기반 정신건강서비스 제공을 주장하는 단체	이외에도 훨씬 다양한 지역사회 기반, 회복 지향, 조기 개입을 위한 서비스를 NDIS에게 제공해 줄 것을 요청하고 있음.

자료: Anglicare(2020), CHESS CONNECT(2020), NDIS(2020) 재정리

위 서비스는 개별 정신장애인을 위한 회복지원자(Recovery Coach, Personal Helper, Personal Mentor) 없이는 불가능하다. 정신보건영역만이 아니라 호주 장애인 복지 제도(NDIS)에서도 개인별 지원을 하는 것이 특징이다.

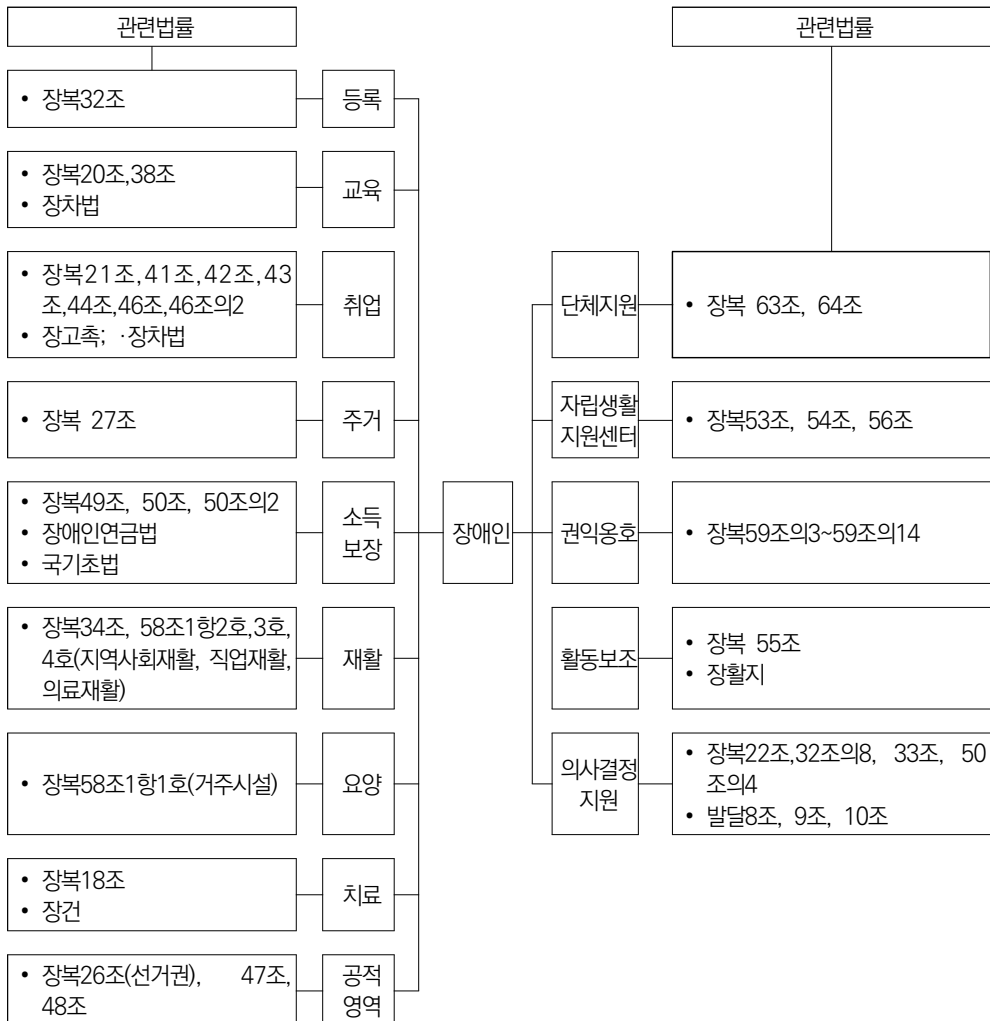
3. 시사점

영국과 호주의 예를 보면, 영구정신장애인만이 아니라 일시적 정신장애인, 영구장애로 악화되기 이전의 일시적 정신장애인에 대해서도 다양한 개인맞춤형 사회서비스가 제공되고 있음을 알 수 있다. 즉 정신건강정책을 장애정책과 긴밀하게 연계시키고 있다는 것이다. 이를 통해 정신장애인이 지역사회에서 다시 의미 있는 삶을 되찾을 수 있도록 지원하는 데 초점을 맞추고 있다. 그 특징의 하나가 바로 일시적 정신장애인에 대한 개인맞춤형 서비스이다.

제2절 정신장애인 대상 국내 사회보장정책 관련 법의 현황과 특징

1. 정신장애인이 활용할 수 있는 다양한 의료 및 복지제도

정신장애인의 관점에서 지역사회에서 독립생활을 영위하기 위한 의료 및 복지 지원 관련 정책의 근거가 되는 법률 규정을 개관하면 아래 [그림 2-4]와 같다.



자료: 법제처 국가법령정보센터(2020) 각 법 내용 재정리

용어: 장복=장애인복지법; 장차법=장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률; 장고촉=장애인고용촉진특별법; 국기초법=국
민기초생활보장법; 장건=장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률; 장활지=장애인활동지원법; 발달=발달장애인
권리보장 및 지원에 관한 법률.

[그림 2-4] 장애인에게 제공되는 사회보장급여 개요도

장애인 관련 법률은 장애인에 대한 사회정책을 제도화하는 것인데, 관련 법률 규정을 보면 다음과 같은 특징이 있다.

첫째, 장애인으로 등록되면 의료, 재활, 교육, 취업지원, 주거, 요양, 소득보장, 그리고 공적 생활영역에서 다양한 지원이 제공된다. 그 중심에 위치해 있는 것이 장애

인복지법이며, 그 이외에도 장애인고용촉진특별법, 장애인건강권 및 의료접근성보장에 관한 법률 등이 있다. 다른 한편 장애인이 지역사회에서 독립생활을 영위하기 위해서는 그의 일상생활 또는 사회생활상의 활동을 지원하는 것(활동보조)을 뒷받침하는 장애인활동지원법, 장애인의 의사결정을 지원하는 공공후견제도, 장애인의 권익침해에 대해 옹호활동을 하는 장애인권익옹호기관, 장애인 당사자 중심의 자립생활센터(이상 장애인복지법), 장애인 차별에 대해 대응하는 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 특별법 등이 그것이다.

둘째, 장애인에 대한 의료, 복지 지원정책은 다양한 유형의 소득보장과 사회서비스를 제공하지만, 그 중 사회서비스는 영국이나 호주 등 선진국에서와 달리 장애인 개인의 니즈(needs)에 맞춘 개인별 지원이 아니라 표준적으로 제공되는 특징이 있다. 우리나라의 경우 소득보장과 사회서비스를 장애인 개인이 접근하여 이용하는 형태로 제공된다. 정보접근성이 상대적으로 높은 등록장애인은 제공되는 소득보장과 사회서비스를 충분히 이용할 수 있지만, 그렇지 못한 장애인은 이용에서 소외될 수 있다. 아래 표에서 보듯이, 장애인에게 제공되는 소득보장과 사회서비스, 의료지원 등이 장애인 개인을 중심으로 맞춤형으로 제공될 수 있게 조직되는 것이 아니라, 제공기관에 신청하여 이용하는 형태로 제공된다.

〈표 2-2〉 장애인을 위한 사회보장급여의 유형

구분	내용
소득보장	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인연금: 중증장애인 대상 지원 • 장애수당: 수급자 및 차상위 중 중증장애인에 해당되지 않는 등록장애인 • 장애아동수당: 수급자 및 차상위 아동 • 장애아동양육수당: 보육시설, 유치원 등을 이용하지 않고 가정에서 취학 전 장애아동을 양육하는 경우 지원. 영아 월 20만원, 유아 월 10만원 • 장애아동입양양육수당: 중증아동 월 627,000원, 경증 월 551,000원 • 장애아보육료지원
사회서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 여성장애인 교육지원: 제공기관에 신청 • 장애대학생교육활동지원: 중증 중심. 대학 내 장애센터 또는 학생지원센터 신청 • 장애인정보화교육: 전국 147개 장애인정보화센터에서 교육, 방문교육도 가능 • 장애학생정보격차해소지원: 특수교육 교수학습프로그램 개발 • 특수학교지원 • 청소년 발달장애인 방과 후 지원: 월 44시간 바우처제공 • 장애인활동지원: 만 6세부터 64세 이하까지. 종합점수에 따른 활동지원 • 장애아가족양육지원: 만 18세미만 장애정도가 심한 장애아동양육지원, 중위소득 120% 이하. 휴식지원은 소득기준과 무관하게 모두 지원

구분	내용
	<ul style="list-style-type: none"> • 발달장애인 주간활동서비스: 만 18세~64세. 낮 시간을 보낼 수 있는 바우처 제공 • 발달장애인 부모 상담지원: 1인당 월 바우처 16만원 지원 • 발달장애인가족휴식지원: 1인당 최대지원 24만원
의료와 재활지원	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 의료비지원: 의료급여증 및 장애인등록증을 의료기관에 제시 • 건강보험 지역가입자 보험료 경감 • 장애인등록심사비지원: 정신적 장애 4만원, 일반 장애 1만 5천원 • 장애검사비 지원: 최대 10만원 범위 내 • 발달 재활서비스: 만 18세 미만 발달장애인에게 매달 14~22만원 바우처 제공 • 언어발달지원: 만 12세 미만 비장애아동으로 소득기준 중위 120% 이하. 월 16만원~22만원 바우처 제공 • 장애인보조기기 교부: 수급자 및 차상위. 지자체에 신청 • 장애인보조기기 건강보험 및 의료급여 적용: 건강보험은 국민건강보험지사, 의료급여는 지자체에 신청 • 장애인의료재활시설 운영: 의료급여증 및 장애등록증 제시 • 등록여성장애인 출산비용지원: 지자체에 신청 • 장애인입양의료비지원: 만 18세 미만 장애인 입양한 경우 연간 260만원 범위에서 지원. 지자체에 신청 • 장애친화건강검진: 장애인, 노인, 거동불편 수감자등에게 지원. 전국 16개 검진기관에 신청 • 특수교육대상자 치료비지원: 학교 또는 특수교육지원센터에 신청 • 장애인산소치료요양비 검사면제: 장애정도가 심한 호흡기장애인, 수급자 100%감면, 여타 90% 감면 • 기초생활수급자 출산비용지원: 출산한 수급자, 여성장애인, 긴급복지대상자 • 지역장애인보건의료센터: 등록장애인 또는 예비장애인. 전국 6개소 운영
권익옹호관련	<ul style="list-style-type: none"> • 발달장애인공공후견서비스 지원: 만 19세 이상 발달장애인. 후견심판비용 및 후견인 할동비지원 • 무료법률구조제도: 중위소득 120% 이하 등록장애인, 무료법률상담. 소송비지원
주거지원	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인거주시설운영: 수급자 및 부양할 사람이 없는 경우 • 실비 입소 장애인 입소비지원: 매월 29만원지원 • 공동주택 특별분양: 지적장애, 정신장애, 뇌병변장애와 그 가족. 청약저축과 무관하게 분양알선 • 농어촌장애인주택개조지원 • 장애인응급알림서비스: 등록장애인 중 수급자이면서 독거. 가스 화재 등 알림이
일자리지원	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인고용서비스: 등록장애인. 장애인 취업지원서비스, 의무고용사업주에게 의무고용 이행지원 강화. 고용노동부에서 담당 • 장애인일자리지원: 만18세 이상 등록장애인. 지자체 및 사업수행위탁기관에 신청. 전일제일자리(주 40시간), 시간제일자리(주 20시간), 복지일자리(월 56시간), 시각장애인 안마파견(주 25시간), 발달장애인 요양보호사 보조(주 25시간) • 장애인생산물 판매지원: 시도 당 1개소 • 장애인기업종합지원센터: 창업공간, 인프라제공 기타 정보제공. 창업 3년 미만 장애인기업이 대상. 장애인 기업종합지원센터에서 지원 • 장애인창업점포지원: 예비창업자 및 업종전환자. 5년 내 최대 1억 3천만 원 대여

구분	내용
	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인창업육성: 예비 창업자 및 업종전환자. 상담, 창업 경진대회, 창업 사업화 자금지원 65명(1인 당 200만 원) • 중증장애인직업재활지원: 15세 이상 등록장애인, 사업수행기관에 문의 • 장애인직업재활시설: 일반일자리 취업이 어려운 저소득중증장애인 보호작업장 • 장애인자립자금대여: 19세 이상 등록장애인 중위소득 50%~100%. 연리 5%로 5년 거치 분할상환 조건 대여. 대여한도액 있음 • 중증장애인경력경쟁채용시험: 중증장애인 대상 공무원임용 시험. 인사혁신처 • 국가공무원 및 외교관후보자 선발시험 편의제공: 사이버고시센터 • 국가직 5, 7급 공채 영어 검정 시험대체: 중증 청각장애인. 듣기 시험대체 • 중증장애인직업재활지원: 장애인고용공단에 신청. 장애인고용촉진법상의 중증장애인 • 장애인표준사업장 설립지원: 선정된 투자자의 투자금의 75% 이내. 10억 원 이내. 장애인 고용 1인당 3천 만 원 지원. 고용의무 7년간 유지 • 장애인고용 시설장비 용자. 지원: 장애인고용공단에 신청. 심사 후 지원 • 장애인취업성공패키지: 18세 이상 69세 이하 구직장애인. 장애인고용공단에 신청 • 장애인직업능력개발운영(훈련수당): 직업능력개발원 5개소, 맞춤형 훈련센터 7개소, 발달장애인 훈련센터 13개소 • 장애인고용장려금: 장애인고용공단에 신청 • 보조공학기기 지원: 장애인고용공단에 신청
<p>기타 문화생활영위를 위한 지원</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 각종의 공공요금 감면 • 통신요금 감면 • 운송이용요금 감면 • 세제혜택
<p>지역사회기반 복지(재활) 시설</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회중심 재활사업: 등록장애인 또는 장애인이 될 것으로 예상되는 자(의료기관퇴원자). 조기적응, 건강관리, 재활훈련, 자원연계서비스 등. 지자체에 신청 • 주간보호시설운영: 재가장애인 • 장애인복지관운영: 등록장애인과 가족. 상담, 의료재활, 직업재활, 사회교육 등 • 장애인재가복지봉사센터운영: 장애인복지관에 부설하여 운영 • 장애인체육시설운영: • 장애인콜택시운영: 중증 보행장애인 • 장애인특별운송사업: 이동장애인 대상 • 여성장애인가사도우미 파견: 저소득 여성장애인. 출산 양육지원 • 가사·간병 방문지원사업: 65세 미만 수급자 및 차상위 장애인으로 가사, 간병서비스가 필요한 경우. 장애정도가 심한 장애인으로 활동보조지원 대상에서 탈락한 경우, 희귀성 난치 질병장애인, 6개월 이상 치료를 요하는 중증질환자, 65세미만 의료수급자로 장기 입원 사례관리 퇴원자. 1년 단위 지원. 단 사례관리 퇴원자는 6개월 한정 • 장애인생활이동지원센터: 생활이동지원센터에 신청 • 수어통역센터운영 • 장애인재활지원센터 • 지적장애인자립지원센터운영 • 시각장애인편의시설지원센터 • 지체장애인편의시설지원센터

자료: 보건복지부(2020), 2020년 장애인복지사업 안내 제1권 재정리

셋째, 장애인으로 등록되면 위에서 언급한 것처럼 다양한 형태의 소득보장 및 서비스를 모두 이용할 수 있지만, 각 서비스가 장애인의 지역사회 독립생활 증진에 어떻게 기여할 것인가의 목표 하에 제공되지 않기 때문에, 국가의 입장에서는 수급자를 제한하거나 지원액을 제한하는 형태를 선호할 수 있다. 수급자를 제한하는 방법은 영구장애를 중심으로 장애등록을 하도록 함으로써 일시적 장애상태, 또는 영구장애로 발전하기 전 단계의 장애인 등은 장애인을 위한 사회복지정책의 혜택을 누리기 어렵게 되어 있다. 이 점은 장애인등록시스템과 밀접한 관련이 있다.



자료: 보건복지부(2020), 2020년 장애인복지사업 안내 제1권

[그림 2-5] 장애인등록절차 흐름도

위 [그림 2-5]에서 보듯이 장애등록에는 의료기관에서 심사용 진단을 받은 후 시·군·구에 등록신청을 하는데, 장애의 정도를 심사하는 것은 국민연금공단에서 심사한다. 연금공단의 역할은 장애 정도만 심사하는 것이고, 장애여부를 결정하는 역할은 개별 의료기관이 담당하게 된다. 국민연금공단의 장애정도 판정도 의료기관의 진단서를 확인하는 수준을 크게 넘어 설 수 없는 셈이다.

한편 장애등록이 장애인의 지원을 위한 선결조건이지, 신체 및 정신적 손상으로

일상생활과 사회생활을 하는데 장애를 겪는 사람에 대해 어떤 지원을 할 것인지를 판단하기 위한 하나의 요소에 불과한 것이 아니라는 것도 ‘영구장애’를 중심으로 장애인 등록을 하도록 하는 것과 밀접한 관련이 있다. 장애등록을 하게 되면 2년의 기간을 정하여 재판정을 받도록 하거나 재판정을 면제해 주기도 한다(장애인복지법 제32조제3항, 동법시행규칙 제7조).

영구장애를 중심으로 등록하게 하는 것이나, 장애 여부가 장애인 지원을 위한 선결조건일 뿐 장애인을 위한 지원내용을 결정하기 위한 전제가 아니라는 것은 개인 맞춤형 지원을 핵심으로 하는 장애인정책의 국제적 흐름에 반하는 것이라 볼 수 있다. 신체 또는 정신에 손상이 있다는 것을 확인하는 것이 의료기관의 역할이라면, 장애는 그런 신체적 손상으로 인해 일상생활과 사회활동에 어떤 장애가 있는지, 또는 그 장애를 넘어서서 지역사회에서 독립생활을 영위하기 위해 국가와 사회는 어떤 지원을 해야 할지 여부를 판단하는 것, 즉 어떤 지원을 하여야 할 것인지를 결정하는 것은 복지담당부서 또는 복지담당전문가의 역할이어야 할 것이다. 여기에는 사회복지사, 당사자, 심리상담사 등 다수의 다학제 팀의 판단이 중요할 것이다. 그러나 이런 다학제 팀을 활용하여 장애의 유무와 정도, 지원의 정도를 판단하고 있지 않기 때문에, 지금의 장애정책에서는 신체 및 정신적 손상이 있어 장애인으로 등록이 된 개별 장애인이 산발적으로 흩어진 여러 지원을 독자적으로 찾아가야 한다.

요컨대 우리나라의 장애정책을 전체적으로 보면, 선진국 못지않게 유형별로는 장애인에게 다양한 형태의 지원을 하지만, 그것이 개별 장애인의 욕구와 니즈에 맞춘 지원이 아니라는 것에 그 특징이 있다. 또한 일시적 장애인, 즉 영구장애로 발전하기 이전 단계의 장애인을 위한 지원에는 무관심한 것도 중요한 특징의 하나라고 할 것이다.

2. 장애인복지법에 따른 장애인 지원의 적절성 평가

1) 정신장애인으로 인정되는 요건: 선진국의 예

(1) 미국

미국의 경우 신체적 또는 정신적 손상(정신질환도 포함)으로 주요한 생활 활동

(major life activities)에 상당한 어려움을 겪을 경우 장애인으로 인정된다. 이런 손상이 있다는 기록이 있거나, 그렇게 간주되는 다른 요건이 갖추어지면 장애인으로 인정된다(미국장애인법, the Americans with Disabilities Act 제3조 USC sec. 12102). 주요한 생활활동이란 자기 돌봄, 손으로 하는 작업, 보고, 듣고, 먹고, 자고, 걷고, 서고, 들어올리고, 구부리고, 말하고, 숨쉬고, 배우고, 읽고, 집중하고, 생각하고, 의사소통하고, 일하는 것 등을 의미한다. 신체기능도 주요한 생활활동에 해당되는데, 면역체계 정상적 세포성장, 소화, 신경, 뇌, 호흡, 순환기 등도 주요한 생활활동에 포함된다. 여기에 상당한 어려움이 있을 때 장애로 인정된다. 정신질환의 경우도 당연히 장애에 해당된다. 그러나 이런 장애가 6개월 이내의 단기간일 경우에는 장애로 인정되지 않는다. 장애로 인정되면 장애법 및 재활법에 따른 차별금지, 고용, 주거, 재활, 요양 등에서 정당한 편의제공을 받게 된다.

(2) 영국

영국은 2010년 영국 평등법(the Equality Act)에 따라 일상생활 수행에 영향을 미치는 정신질환이 1년 이상 지속되거나 지속될 가능성이 있을 때 장애인으로 판정한다. 정신장애인에게는 다양한 유형의 정당한 편의가 제공된다. 근로자의 경우, 파트타임 근무, 단계적 업무복귀, 치료 및 상담을 위한 휴식과 휴가, 정신장애로 인해 처리하기 어려운 업무는 다른 직원에게 부과, 실무상 다양한 지원, 장비 지원 등이 있다. 또한 정신장애인을 채용할 경우 정당한 편의제공을 전제로 채용하여야 하고, 정당한 편의제공을 하지 않기 위해 채용하지 않는 것은 장애인 차별에 해당된다.

2) 정신장애인으로 인정되는 요건: 우리나라의 예

정신적 손상으로 인해 일상생활 및 사회생활을 하는 데 장애를 겪는 사람을 장애인으로 인정하기 시작한 것은 2000년부터이다. 이때부터 정신장애인을 장애인으로 인정하기 시작하였다.

그런데 장애인복지법의 정신장애 정의를 보면, 먼저 ① 지속성 있는, ② 양극성 정동장애, 조현병, 조현정동장애(조현정동장애), 재발성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애가 있어야 하고, ③ 일상생활이나 사회생활에 상당한

제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람이어야 한다. 정신장애의 경우 통상 2년마다 장애판정 재심사를 실시하기 때문에 지속성이라는 것은 이미 만성화된 정신질환으로, 일상생활이나 사회생활을 하는데 상당한 제약이 있어서 다른 사람의 도움을 받아야 한다.

이를 감안하면 정신장애의 인정이 선진국에 비해 매우 엄격할 뿐 아니라, 다른 신체장애에 비해서도 매우 엄격하다. 신체장애와 달리 정신장애는 1급부터 3급까지, 즉 중증정신장애만 장애로 인정된다는 것이다.

우리나라의 정신질환 평생유병률은 약 25.4% 정도로, 국민 4명 중 1명 정도는 일생 동안 1번 이상의 정신건강문제를 경험하는 것으로 알려져 있다. 그리고 우리나라의 고의적 자해(자살)로 인한 사망자 비율은 매우 높은 수준이며(인구 10만 명당 자살사망률 26.6명), 한 해 동안 정신의료기관을 이용하여 진료받은 사람 수는 1,864,968명에 이르는 등⁴⁾ 국민의 정신건강상태는 위험한 수준이다. 또한 정신병원에 입원한 중증정신질환자 수는 40,361명,⁵⁾ 정신요양시설 입소자는 9,518명이 고,⁶⁾ 지역사회에 있는 추정 중증정신장애인 수는 약 30만 명⁷⁾에 이르는데, 장애인 복지시설에 건줄 수 있는 정신재활시설, 기초 및 기본형 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터의 지역사회 재활프로그램 이용자 수는 총 16,892명에 불과하다.⁸⁾ 한편, 정신장애로 등록한 사람의 수는 아래 <표 2-3>과 같이 총 102,140명 정도 수준이다(보건복지부 외, 2020; 통계청, 2020a).

-
- 4) 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, 30쪽. 2018년 1월 1일에서 12월 31일 동안 정신의료기관 이용환자 중 F코드로 진료받은 실인원 수. 인구 10만 명당 4,143명으로 나타남.
 - 5) 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, 78쪽. 2018년 1월 1일에서 12월 31일 동안 연간 자료임. 2018년 한 해 정신병원에 치매 제외한 F코드로 입원한 환자의 수는 전체 67,044명이고, 정신의료기관 전체로 보면 143,156명임.
 - 6) 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, 84쪽. 2018년 12월 31일 기준 정신요양시설 입소자 현원임.
 - 7) 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, 45쪽 우리나라 전체 인구수에서 172쪽 조현병 스펙트럼 장애 평생 유병률(0.5%), 양극성 장애 평생 유병률(0.1%)을 합한 0.6%를 적용해 보면 추정 중증정신장애인의 수는 약 309,640명임.
 - 8) 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 91쪽. 2018년 1월 1일에서 12월 31일 동안 재활서비스를 이용한 전체 실인원임.

〈표 2-3〉 연도별 등록장애인 수

(단위 : 명, %)

구분	전체	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	뇌전증 장애
2001	1,134,177	682,325	64,950	115,911	105,711	94,951	2,516	32,581	28,118	7,114	-	-	-	-	-	
2002	1,294,254	754,651	91,998	135,704	123,823	103,640	4,014	39,494	32,094	8,836	-	-	-	-	-	
2003	1,454,215	813,916	117,514	152,857	126,488	12,837	112,043	5,717	46,883	34,884	10,409	7,039	3,108	673	6,585	3,262
2004	1,610,994	883,296	142,804	170,107	141,908	13,474	119,207	7,740	54,333	38,175	11,634	9,768	4,072	1,114	8,182	5,180
2005	1,798,373	965,014	168,585	189,933	160,565	15,022	127,811	9,518	63,642	41,823	12,807	11,728	5,160	1,490	9,575	6,700
2006	1,967,326	1,049,396	195,253	196,507	182,361	22,794	137,596	10,926	75,058	44,571	13,739	13,035	5,875	1,863	10,461	7,891
2007	2,104,889	1,114,094	214,751	216,881	203,324	14,882	142,589	11,874	81,961	47,509	14,352	14,289	6,329	2,149	11,184	8,721
2008	2,246,965	1,191,013	322,389	228,126	223,102	15,458	146,896	12,954	86,624	50,474	14,732	14,984	6,968	2,337	11,740	9,166
2009	2,429,547	1,293,331	251,818	241,237	245,801	16,249	154,953	13,933	94,776	54,030	15,127	45,860	7,730	2,505	12,437	9,760
2010	2,517,312	1,337,722	261,746	249,259	260,403	17,207	161,249	14,888	95,821	57,142	12,864	15,551	7,920	2,696	13,072	9,772
2011	2,519,241	1,333,429	260,718	251,258	261,067	17,463	167,479	15,857	94,739	60,110	9,542	14,671	8,145	2,715	13,098	8,950
2012	2,511,159	1,322,131	257,797	252,564	258,589	17,743	173,257	16,906	94,638	63,434	7,744	13,879	8,588	2,709	13,374	7,806
2013	2,501,112	1,309,285	253,493	253,095	255,399	17,830	187,866	18,133	95,675	66,551	6,928	13,150	9,194	2,696	13,546	7,271
2014	2,494,460	1,295,608	251,543	252,825	252,779	18,275	184,355	19,524	96,963	70,434	6,401	12,445	9,668	2,689	13,867	7,084
2015	2,490,406	1,281,497	250,862	252,874	250,334	18,813	189,752	21,103	98,643	74,468	5,833	12,033	10,324	2,685	14,116	7,069
2016	2,511,051	1,267,174	250,456	252,794	271,843	19,409	195,283	22,853	100,069	78,750	5,507	11,831	11,042	2,680	14,404	6,956
2017	2,545,637	1,254,130	252,819	252,632	302,003	20,321	200,903	24,698	101,175	83,562	5,399	11,087	11,843	2,692	14,718	6,935
2018	2,585,876	1,238,532	253,083	252,957	342,582	20,744	206,917	26,703	102,140	87,892	5,304	11,761	12,524	2,689	15,027	7,021
	(100.0)	(47.9)	(9.8)	(9.8)	(13.2)	(0.8)	(8.0)	(1.0)	(3.9)	(3.4)	(0.2)	(0.5)	(0.5)	(0.1)	(0.6)	(0.3)

자료: 통계청(2020a)

주: 1) 2018년 12월 말 기준임

정신건강의 문제로 병원에 장기 입원하거나 오랜 기간 질병치료를 하여야 하는 사람의 숫자에 비하면 정신장애인으로 등록된 사람은 전체 장애인 중 접하는 비중은 매우 낮다고 할 수 있다. 정신질환으로 입원한 환자 대부분이 정신질환으로 6개월(미국 기준) 또는 1년(영국 기준) 이상 일상생활 수행에 어려움을 겪기 마련인데, 이들은 장애인으로 등록할 수 없다. 한편 우리의 장애정책이 장애인의 직업, 교육, 기타 사회생활의 수행을 위한 정당한 편의제공에 초점을 맞추기보다 소득보장이나

돌봄(care)에 초점을 맞추고 있는데, 이는 만성화되어 일상생활이나 사회생활을 회복하기가 어려운 상태에 이르러야 비로소 장애로 인정하는 것과 밀접한 관련이 있다. 따라서 다수의 정신장애인은 중증정신질환으로 일상생활 수행에 어려움을 겪더라도 정신장애등록의 판정기준을 높여 두었기 때문에 장애등록을 할 수 없다. 결과적으로 정신장애인들은 지역사회에서 독립생활을 하기 위해 각자에게 필요한 지원을 받기 어렵다고 할 수 있다.

〈표 2-4〉 연도별 정신장애인 수 : 2000-2018년

(단위 : 명, %)

구분	등록장애인 수	등록정신장애인 수	등록장애인 대비 등록정신장애인 비율
2000	958,196	23,559	2.5
2001	1,134,177	32,581	2.9
2002	1,294,254	39,494	3.1
2003	1,454,215	46,883	3.2
2004	1,610,994	54,333	3.4
2005	1,789,443	63,642	3.6
2006	1,967,326	75,058	3.8
2007	2,104,889	81,961	3.9
2008	2,246,965	86,624	3.9
2009	2,429,547	94,776	3.9
2010	2,517,312	95,821	3.8
2011	2,519,241	94,739	3.8
2012	2,511,159	94,638	3.8
2013	2,501,112	95,675	3.8
2014	2,494,460	96,963	3.9
2015	2,490,406	98,643	4.0
2016	2,511,051	100,069	4.0
2017	2,545,637	101,175	4.0
2018	2,585,876	102,140	3.9

자료 : 통계청(2020c)

요컨대 일상생활 및 사회생활 수행에 어려움을 겪는 다수의 정신질환자 중 중증의 소수만이 장애인복지법상의 정신장애인으로 등록되어 있고, 나머지는 정신건강

증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 “정신건강복지법”이라 한다)에 따른 별도의 지원이 없는 한 사회적으로 방치되기 쉬운 상태라고 할 수 있다.

〈표 2-5〉 등록정신장애인 수: 연령별, 2014-2018년

(단위 : 명, %)

구분	2014		2015		2016		2017		2018	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
전체	96,963	100.0	98,643	100.0	100,069	100.0	101,175	100.0	102,140	100.0
0-9세	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10-19세	136	0.1	111	0.1	106	0.1	88	0.1	86	0.1
20-29세	2,748	2.8	2,700	2.7	2,676	2.7	2,656	2.6	2,620	2.6
30-39세	11,974	12.3	11,291	11.4	10,730	10.7	10,077	10.0	9,665	9.5
40-49세	31,788	32.8	30,999	31.4	29,995	30.0	28,574	28.2	26,613	26.1
50-59세	32,661	33.7	33,640	34.1	34,679	34.7	35,519	35.1	36,592	35.8
60-69세	13,302	13.7	15,236	15.4	16,818	16.8	18,540	18.3	20,274	19.8
70대이상	4,354	4.5	4,666	4.7	5,065	5.1	5,721	5.7	6,290	6.2

자료 : 통계청(2020c)

〈표 2-6〉 정신의료기관 입원환자 연령별 현황

(단위 : 명, %)

구분	전체	15-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상
실인원	143,156	4,082	11,912	14,857	28,054	41,936	17,539	24,766

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p77

위 표에서 보듯이 정신의료기관에 입원한 환자의 일부, 그것도 만성화된 정신질환자 중 일부가 정신장애로 등록되어 있다는 것을 짐작할 수 있다.

한편 위에서 지적한 바 있듯이, 지역사회 거주 중증정신질환자는 약 30만 명으로 추정된다. 이 중 정신재활시설과 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터의 서비스를 이용하는 등록자의 수는 2018년도 12월 31일 기준 총 88,273명⁹⁾이며, 재활 프로그램 이용자 수는 16,982명 정도 수준이다(보건복지부 국립정신건강센터 외,

9) 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 90쪽. 중독관리통합지원센터 등록자 가족대상자를 제외한 중독자 수만 제시함.

2020). 전체적으로 보면 정신의료기관에 입원한 정신질환자 약 14만 명과 정신요양시설 입소 1만 명¹⁰⁾과, 지역사회 거주하는 추정 중증정신질환자 약 30만 명을 합한 수인 45만 명 정도는 장애인등록이 되어야 할 것인데, 현재 약 10만여 명만이 장애인으로 등록되어 있다는 것은 지원이 필요한 당사자의 약 75% 이상이 제대로 된 지원을 받지 못하고 있다고 볼 여지가 있다.

3) 정신장애인 지원에 적절하지 못한 장애인정책의 구조

정신장애인에 대한 사회정책에서의 국제적 흐름은 정신질환의 완치 유무와 무관하게 다시 일상생활, 사회생활을 할 수 있다는 희망과 기대, 즉 회복의 가치 하에 다양한 형태의 지원을 제공한다는 점에 그 특징이 있다. 그렇기 때문에 위의 호주 장애인보험 제도(NDIS)에 의해 제공되는 사회서비스의 예에서 보듯이, 정신장애인에게는 다시 일상생활, 직업활동을 포함한 사회생활을 할 수 있도록 하는 것에 초점을 맞춘 다양한 형태의 개인맞춤형 지원이 필요하다.

그런데 우리나라의 장애인정책은 영구장애인을 중심으로 형성되어 있고, 이들의 최저한의 생활을 보장하고, 안전하게 지역사회 또는 시설에서 생존하도록 지원하는 것에 초점을 맞추고 있다. 특히 중증장애인이나 발달장애인을 위한 지원은 안전한 지역사회 생활 또는 시설에서의 생존에 중점을 두고 있다. 활동보조 역시 거동이 어려운 중증장애인의 지원에 초점을 맞추고 있다. 달리 말하면 우리나라의 장애인정책은 “생존”에만 초점을 두고 있으며 자신만의 의미 있는 “삶을 살아가도록” 지원하는 것에는 초점을 두고 있지 않다. 이런 장애인정책을 제도적으로 뒷받침하는 것이 장애인복지법이다. 장애인복지법의 구성만 보더라도 제2장은 “장애발생의 예방, 의료와 재활치료, 사회적응훈련이 우선시되고, 그 이후 복지정책”이 나열되고 있다. 복지조치에 관한 제3장도 “장애인등록”을 중심으로 구성되어 있다. 앞서 언급한 시대낙후적인 ‘의료모델’ 하의 장애인정책의 법적 표현이 장애인복지법인 셈이다.

특히 현재의 장애인정책, 이를 뒷받침하는 장애인복지법은 회복가치를 지향하고 있는 정신장애인을 위한 지원에는 관심을 두지 않고, 나아가 관심을 둘 수 있는 구

10) 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, 78쪽. 2018년 1월 1일에서 12월 31일 동안 연간 자료이며, 치매 제외 F코드 전체의 실인원임. 이에 따르면, 전체 정신의료기관 전체 입원환자 총 수는 143,156명임.

조도 아니다. 회복지향의 가치를 실현할 수단이나 지원이 장애인복지법에 거의 전무하다시피 한 것은 이를 반영한 것이다.

물론 최근의 법개정을 통해 부분적으로 장애인자립생활의 이념을 장애인복지법에 포함시키고(장애인복지법 제4장), 장애인권익옹호기관을 신설하기도 하였지만(장애인복지법 제5장의 복지시설과 단체), 장애인을 사회의 한계집단으로 인식하는 것에는 큰 변화는 없다고 해도 과언이 아니다. 장애인복지법이야말로 UN 장애인권리협약(CRPD)의 원칙에 반하는 다수의 규정을 여전히 방치하고 있으므로 근본적인 개혁의 대상이 되어야 할 것이다.

3. 등록 정신장애인 내부에서의 차별적 대우

등록 정신장애인에게는 장애인복지법 제15조¹¹⁾에 의해 장애인복지법 제34조 제1항 제2호 및 제3호(2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것, 3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것)는 적용되지 않지만,¹²⁾ 여타의 장애인복지법의 규정, 장애인고용촉진법 등 장애인을 위한 정책은 모두 정신장애인에게도 적용된다. 즉 장애인복지법의 여타의 규정, 장애인건강법, 장애인고용촉진법, 장애인차별금지법, 장애인활동지원법 등은 정신장애인에게도 모두 동일하게 적용된다.

그런데 장애인복지법 제15조에 의해 적용이 배제되는 장애인복지법 제34조 제1항 제2호 및 제3호를 제외한 여타의 장애인복지정책에서는 등록장애인이 차별적 대우를 받지 않는지를 검토할 필요가 있다.

-
- 11) 장애인복지법 제15조에 의해 장애인복지법 제34조 제1항 제2호 및 제3호의 적용이 배제되는 것이 등록 정신장애인에게 중요한 이슈인지는 의문이다. 정신장애인에 대한 복지지원이 사실상 별로 주어지지 않거나, 정신장애인에게 고유한 복지지원이 없거나 부족한 것이 문제일 수 있다. 이런 문제가 발생하게 된 원인을 규명하고, 그 해결방법을 찾는 것이 중요할 것이다.
 - 12) 정신장애인에 대한 주거편의, 상담, 치료, 훈련은 위의 경우 정신요양시설, 정신재활시설 중 주거시설에서 상담, 치료, 훈련 등을 받을 수 있다고 보기 때문이다. 이 점은 제3절에서 다시 후술한다.

1) 장애인등록: 등록의 기능

장애인으로 판정을 받으면 장애인복지법, 장애인활동지원법 등을 비롯하여 다양한 법령상의 사회보장급여의 혜택을 받게 된다. 장애인으로 판정을 받은 경우 장애인고용촉진법에 따라 고용에서도 다양한 지원을 받게 된다.

장애인으로 판정을 받은 경우 장애인차별금지법(이하 “장차법”이라 한다)에 따라 장애인 차별에 대한 구제를 받을 수 있다. 또한 정당한 편의제공을 요구할 수 있다. 장차법의 경우 장애인복지법상의 장애인이 아니라 하더라도 구제를 받을 수 있다. 장차법의 장애인은 장애인복지법 시행령 제2조, 시행규칙 별표 제1호에 따른 등록 장애의 기준과 차이가 있기 때문이다. 그러나 장애인복지법의 장애인으로 인정되지 않는 경우 개인이 구제신청을 하는 것은 쉽지 않다. 장애인으로 인정되지 않은 개인들이 단체를 결성하여 구제를 신청하는 것이 현실적이고 실현가능하기 때문이다.¹³⁾

그 점에서 보면 중증정신장애인만 정신장애인으로 등록할 수 있도록 하고, 그렇지 않은 정신장애인의 등록을 배제하는 것은 다른 신체장애인과 비교하여 차별적이라고 할 수 있다.

2) 정신장애인의 취업

장애인은 정당한 편의제공을 받은 일반 취업, 장애인고용촉진법에 따른 지원 취업, 기타 사회보장적 일거리 등 다양한 형태로 근로활동을 하게 된다.

그런데 정신장애인은 다른 장애인에 비해 학력이 매우 높기 때문에 이들의 취업 가능성도 그만큼 더 높을 수 있다. 아래 <표 2-7>에서 보듯이 정신장애인의 교육수준은 간장애를 제외하면 가장 높다고 할 수 있다. 그만큼 직업활동을 수행하고자 하는 욕구가 크고, 또한 직업활동을 통해 이들이 사회에 기여할 부분도 크다고 할 수 있을 것이다.

13) 2015년부터 2017년까지 국가인권위원회의 장애인 인권침해 결정례집을 보면 정신병원, 정신의료시설에서의 인권침해는 장차법이 아니라 국가인권위원회법 제30조 이하의 권한에 기해 판단하고 있다. 정신병원에서의 인권침해적 치료관행은 동시에 장차법 제15조(용역제공에서의 정신장애인차별), 제31조(의료행위에서의 정신장애인에게 충분한 정보제공을 하지 않는 차별)의 위반으로 볼 수도 있을 것이다.

〈표 2-7〉 교육수준 - 장애유형별

(단위 : %)

구분	계	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	뇌전증 장애
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
무학	10.4	11.2	9.3	8.9	18.6	18.6	7.4	3.1	1.3	2.8	0.0	8.1	2.7	1.7	9.4	0.0
초등학교	27.3	28.9	26.3	26.9	32.7	25.4	23.3	31.1	15.1	22.6	23.5	14.4	1.9	14.1	24.8	14.1
중학교	16.7	18.8	15.6	15.8	14.2	18.6	12.2	7.6	11.9	17.8	9.8	28.0	12.6	15.0	11.5	13.8
고등학교	30.4	27.6	29.6	29.4	22.3	25.1	48.5	51.5	42.1	35.2	42.8	38.3	48.2	46.8	37.4	66.1
대학이상	15.1	13.5	19.1	19.0	12.2	12.3	8.6	6.7	29.6	21.6	23.8	11.2	34.6	22.6	16.8	6.0

자료: 보건복지부 한국보건사회연구원(2017)

주: 1) 대학이상·대학(3년제 이하)에서 대학원까지 모두 포함
2) 무응답 제외

그러나 정신장애인의 취업률은 다른 장애인과 비교하여 가장 낮다. 2017년 자료에 따르면 등록 정신장애인의 10.8%만이 취업을 하고 있다.

〈표 2-8〉 장애인의 경제활동 현황

(단위 : 명, %)

구분	15세 이상 인구	취업자	비경제 활동인구	고용률
전체	2,460,080	898,475	1,507,073	36.5
지체장애	1,264,650	579,975	654,309	45.9
뇌병변장애	241,323	28,011	211,535	11.6
시각장애	250,986	108,055	134,253	43.1
청각장애	268,591	89,608	174,128	33.4
언어장애	17,375	5,342	11,712	30.7
지적장애	172,872	39,625	129,743	22.9
자폐성장애	14,121	3,106	10,836	22.0
정신장애	100,038	10,825	86,482	10.8
신장장애	78,528	18,373	59,038	23.4
심장장애	5,290	1,430	3,804	27.0
호흡기장애	11,790	2,399	9,362	20.3
간장애	10,699	5,045	5,490	47.2

구분	15세 이상 인구	취업자	비경제 활동인구	고용률
안면장애	2,643	1,396	1,200	52.8
장루·요루장애	14,334	4,062	9,879	28.3
뇌전증장애	6,840	1,223	5,302	17.9

자료: 한국장애인고용공단(2017)

- 주: 1) OECD 기준으로 통계청의 "경제활동인구조사"의 경제활동판단기준으로 제시함
 2) 경제활동참가율(%)=(경제활동인구/15세 이상 인구) x 100
 3) 실업율(%)=(실업자/경제활동인구) x 100
 4) 고용율(%)=(취업자/15세 이상 인구) x 100
 5) 가중치 적용 등으로 전체 수치와 표내의 합계가 일치되지 않는 경우가 있을 수 있음
 6) 2017년 5월 기준임

한편 등록장애인을 대상으로 한 복지형 일자리사업들이 제공되기도 한다. 물론, 그 규모는 매우 작아 전체적인 숫자는 17,700여명에 불과한데, 그 중 일반형 일자리가 6,280여개, 복지형 일자리가 그 규모는 10,400여개 정도 수준이다. 그런데 일반형 일자리의 절반 정도는 지체장애인에게 돌아가고, 발달장애인에게도 885개의 일반형 일자리가 제공된다. 그리고 복지형 일자리도 지체장애인과 발달장애인에게 가장 많이 돌아가는 것으로 나타났다. 반면, 등록 정신장애인의 일자리 수는 854개로, 지체장애인, 발달장애인, 시각장애인, 뇌병변장애인, 청각장애인에 이어 여섯 번째 규모에 불과하다.

〈표 2-9〉 장애인일자리 사업 참여자 수: 장애유형별, 만15세 이상, 2017년

(단위: 명)

구분	계	일반형일자리	복지일자리	특화형 일자리
계	17,753	6,286	10,407	1,068
장애유형별				
지체장애	6,431	3,034	3,397	-
뇌병변장애	1,863	835	1,028	-
시각장애	2,041	437	842	762
청각장애	1,087	372	715	-
언어장애	146	48	98	-
지적장애	4,321	885	3,154	282
자폐성장애	358	84	258	16

구분	계	일반형일자리	복지일자리	특화형 일자리
정신장애	854	259	595	-
신장장애	333	171	162	-
심장장애	39	24	15	-
호흡기장애	42	24	18	-
간장애	32	24	8	-
안면장애	26	23	3	-
장루·요루장애	47	16	31	-
뇌전증장애	86	50	36	-

자료: 한국장애인개발원(2018)

주: 1) 특화형 일자리는 시각장애인 안마사 파견 및 발달장애인 요양보호사 보조의 합으로 표기하였음.

3) 정신장애인의 소득보장

등록정신장애인 가구의 소득도 다른 장애인에 비해 매우 낮다. 등록정신장애인 가구의 소득은 2011년 기준 148만원(전체 평균 198만원), 2014년 152만원(전체 평균 223만원), 2017년 180만원(전체 평균 242만원)으로 2017년 기준으로 보면 전체 장애인유형 중 가장 낮다.

〈표 2-10〉 장애인가구 및 전체가구 월평균 가구소득

(단위: 만원)

구분	총계	장애인가구														전체 가구	
		지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애		뇌전증 장애
2000	108.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005	157.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	283.7
2011	198.2	204.4	179.4	198.2	185.6	227.1	215.8	297.7	148.1	230.2	181.1	208.2	243.7	108.0	128.4	148.0	371.3
2014	223.5	218.6	233.1	235.2	213.8	267.7	277.2	349.9	152.1	258.8	246.3	181.3	219.4	251.8	178.9	106.5	415.2
2017	242.1	243.2	227.7	239.9	209.2	310.9	294.0	435.6	180.4	251.4	283.4	239.3	376.3	428.3	209.4	304.5	423.1

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2000), 보건복지부·한국보건사회연구원(2005), 보건복지부·한국보건사회연구원(2011), 보건복지부·한국보건사회연구원(2014), 보건복지부·한국보건사회연구원(2017)

주: 1) 전체가구는 가계 동향 조사 기준이며, 2005년, 2011년, 2014년, 2017년 6월 기준임

정신장애인의 학력은 다른 장애와 비교하여 월등히 높지만, 취업률은 가장 낮고, 그렇기 때문에 소득도 가장 낮을 수밖에 없다. 그런 이유로 국가의 공적부조에 의존하여 생활하는 비율은 가장 높다. 취업률이 낮기 때문에 사회보험수급도 가장 낮다.

〈표 2-11〉 가입한 연금종류 - 연도별, 성별, 장애정도별, 장애유형별

(단위: %)

구 분	국민연금	공무원연금	사립학교 교원연금	군인연금	보훈연금	개인연금 (사적)	기타
2005	20.8	0.8	-	-	0.1	2.1	-
2011	32.9	1.4	0.2	0.4	1.9	3.2	0.1
2014	35.0	2.1	0.4	0.3	1.9	3.8	0.2
2017	37.7	2.1	0.4	0.3	1.5	3.0	-
지체장애	43.3	1.8	0.5	0.4	1.1	3.6	-
뇌병변장애	31.2	1.7	0.4	0.6	2.8	1.6	-
시각장애	43.1	2.5	0.9	-	2.0	3.7	-
청각장애	32.7	3.1	-	0.3	2.8	2.3	-
언어장애	37.8	-	-	-	0.7	4.3	-
지적장애	21.2	0.2	-	-	-	3.3	-
자폐성장애	19.7	-	-	-	-	4.4	-
정신장애	16.5	0.5	0.7	-	0.8	0.7	-
신장장애	35.1	6.1	-	1.5	0.7	1.9	-
심장장애	24.8	8.9	-	-	6.5	-	-
호흡기장애	48.6	6.5	-	-	5.4	-	-
간장애	40.9	11.8	1.9	-	-	8.3	-
안면장애	25.6	-	-	-	-	17.2	-
장루·요루장애	43.9	7.2	-	0.8	0.6	-	-
뇌전증장애	9.8	3.0	-	-	0.0	2.2	-

자료: 1) 보건복지부·한국보건사회연구원(2005), 2005 장애인 실태조사, p.343, 494.

2) 보건복지부·한국보건사회연구원(2011), 2011 장애인 실태조사, p.390, 558.

3) 보건복지부·한국보건사회연구원(2014), 2014 장애인 실태조사, p.399, 594.

4) 보건복지부·한국보건사회연구원(2017), 2017 장애인 실태조사, p.468, 722.

주: 1) 중복응답임

2) 전체 계와 장애정도 계의 차이는 추정 수 차이에 의해 발생함

위 표에서 보듯이 국민연금수급자 비율은 거의 최하위 수준이며, 공무원연금, 사립 학교교직원연금, 군인연금, 보훈연금, 개인연금 등을 받는 비율도 최하위 수준이다.

나아가 정신장애인은 국민기초생활보장법상의 수급자의 비율로 보면 다른 장애인보다 월등이 많아, 수급비율이 가장 높다.

〈표 2-12〉 국민기초생활보장 장애인 수급자 현황 - 급여유형별

(단위: 명)

구분	생계급여	의료급여	주거급여	교육급여
2017	15.0	16.2	14.4	1.4
지체장애	9.6	10.4	9.2	0.8
뇌병변장애	20.4	21.3	19.5	1.1
시각장애	11.6	12.3	10.7	1.5
청각장애	9.2	10.6	8.4	0.8
언어장애	26.9	29.3	28.8	4.2
지적장애	30.4	32.1	29.4	5.4
자폐성장애	6.5	6.5	6.5	2.7
정신장애	54.7	57.7	53.8	1.9
신장장애	19.3	24.1	19.3	0.5
심장장애	17.6	22.9	17.6	-
호흡기장애	16.9	17.3	16.4	7.2
간장애	15.1	16.8	15.1	7.6
안면장애	14.9	16.7	14.9	8.7
장루·요루장애	12.4	14.4	12.4	1.2
뇌전증장애	34.5	37.3	34.5	2.8

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2017), 2017 장애인 실태조사, pp.461-463, 719-720

장애인연금수급자 비율도 장애 유형 중 가장 높다.

〈표 2-13〉 장애인연금 수급권자 수, 수급자 수, 수급률 - 연도별, 성별, 장애등급별, 소득별

(단위: 명, %)

구분		계	지체 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	뇌병변 장애	자폐성 장애
2013	수급자 수	305,394	56,339	24,614	27,465	1,534	69,406	58,142	3,165
2014	수급자 수	328,414	59,308	26,279	30,621	1,881	73,795	63,495	4,000
2015	수급자 수	342,444	59,661	26,935	32,380	2,156	78,755	65,542	4,953
2016	수급자 수	350,161	59,269	27,089	33,408	2,294	82,465	65,894	5,792
2017	수급자 수	359,986	59,311	27,478	34,196	2,426	86,338	67,164	6,728
2018	수급권자 수	521,304	101,872	38,219	52,045	3,481	108,531	100,037	10,886
	수급자 수	364,712	58,420	27,523	34,511	2,416	89,948	66,391	7,706
	수급률	(70.0)	(57.3)	(72.0)	(66.3)	(69.4)	(82.9)	(66.4)	(70.8)
기초생활보장 수급자	수급자 수	146,606	28,115	10,352	10,581	779	38,556	19,848	1,117
	수급률	(28.1)	(27.6)	(27.1)	(20.3)	(22.4)	(35.5)	(19.8)	(10.3)
차상위계층	수급자 수	34,539	5,230	3,457	3,803	243	6,043	8,432	463
	수급률	(6.6)	(5.1)	(9.0)	(7.3)	(7.0)	(5.6)	(8.4)	(4.3)
차상위초과	수급자 수	155,812	22,983	12,882	19,641	1,347	30,175	34,236	5,860
	수급률	(29.9)	(22.6)	(33.7)	(37.7)	(38.7)	(27.8)	(34.2)	(53.8)
시설수급자	수급자 수	27,755	2,092	832	486	47	15,174	3,875	266
	수급률	(5.3)	(2.1)	(2.2)	(0.9)	(1.4)	(14.0)	(3.9)	(2.4)

자료: 보건복지부 내부자료

주: 1) 2018년 12월 말 기준

- 2) 기타 수급자는 해당 월말 장애등급이 중증에서 경증장애로 하락되거나 장애정보가 없는 자를 의미함
- 3) 장애유형 미상은 사망, 장애등록 말소, 등급취소 등의 사유로 장애정보가 없는 자를 의미함
- 4) 소득별 수급권자에 대한 자료가 없는 관계로 소득별 수급률은(수급자 수(18세 이상 중증장애인 수) / 2018년 수급권자 수) * 100으로 구함

〈표 2-14〉 장애인연금 수급권자 수, 수급자 수, 수급률 - 연도별, 성별, 장애등급별, 소득별(계속)

(단위: 명, %)

구분		정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간장애	장루·요루 장애	안면 장애	뇌전증 장애	장애유형 미상
2013	수급자 수	32,971	26,527	531	3,006	356	241	56	404	637
2014	수급자 수	31,533	32,028	557	3,316	322	244	63	372	600
2015	수급자 수	31,184	35,879	536	3,468	295	64	248	372	16
2016	수급자 수	30,853	38,074	512	3,514	255	68	261	397	16

구분		정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간장애	장루·요루 장애	안면 장애	뇌전증 장애	장애유형 미상
2017	수급자 수	30,517	40,716	540	3,586	226	73	269	408	10
	수급권자 수	31,980	65,825	974	5,677	487	166	622	502	-
2018	수급자 수	29,921	42,785	525	3,565	215	82	278	417	9
	수급률	(93.6)	(65.0)	(53.9)	(62.8)	(44.1)	(49.4)	(44.7)	(83.1)	(0.0)
기초생활보장수급자	수급자 수	19,595	15,563	184	1,402	96	23	157	237	1
	수급률	(61.3)	(23.6)	(18.9)	(24.7)	(19.7)	(13.9)	(25.2)	(47.2)	(0.0)
차상위 계층	수급자 수	1,929	4,507	66	286	19	5	15	41	-
	수급률	(6.0)	(6.8)	(6.8)	(5.0)	(3.9)	(3.0)	(2.4)	(8.2)	-
차상위 초과	수급자 수	3,541	22,613	273	1,859	100	53	106	135	8
	수급률	(11.1)	(34.4)	(28.0)	(32.7)	(20.5)	(31.9)	(17.0)	(26.9)	(0.0)
시설수급자	수급자 수	4,856	102	2	18	-	1	-	4	-
	수급률	(15.2)	(0.2)	(0.2)	(0.3)	-	(0.6)	-	(0.8)	-

자료: 보건복지부 내부자료

주: 1) 2018년 12월 말 기준

- 2) 기타 수급자는 해당 월말 장애등급이 중증에서 경증장애로 하락되거나 장애정보가 없는 자를 의미함
- 3) 장애유형 미상은 사망, 장애등록 말소, 등급취소 등의 사유로 장애정보가 없는 자를 의미함
- 4) 소득별 수급권자에 대한 자료가 없는 관계로 소득별 수급률은(수급자 수(18세 이상 중증장애인 수) / 2018년 수급권자 수) * 100으로 구함

그만큼 정신장애인 중증의 영구장애인이고, 취업률이 가장 낮고, 소득도 가장 낮기 때문에 사회보장수급권에 의존하는 비율이 가장 높을 수밖에 없다.

4) 정신장애인의 주거

가장 가난한 계층임에도 불구하고 정신장애인은 주거개조를 희망하지 않는다는 비율이 가장 높다.

〈표 2-15〉 주택 개조 의사 및 희망 개조 장소 - 장애유형별

(단위: %)

구분	전체	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	뇌전증 장애	
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
주택 개조 의사	반드시 개조 원함	3.2	3.0	7.4	2.5	2.3	0.5	1.6	2.9	3.0	1.4	-	3.6	-	-	3.4	2.9
	가급적 개조 원함	13.4	13.9	20.1	13.1	11.2	17.9	9.5	9.1	6.4	11.2	13.5	16.1	4.2	29.9	12.5	9.1
	별로 개조 원치않음	48.8	48.2	49.2	45.6	51.8	52.8	46.0	46.1	57.4	53.2	47.5	40.6	61.1	44.9	44.7	54.4
	전혀 개조 원치않음	31.1	31.1	20.0	33.9	31.7	25.6	40.3	36.5	32.5	32.6	34.8	31.9	32.9	10.9	34.7	33.2
	이미 개조하였음	3.5	3.8	3.2	4.8	3.1	3.1	2.6	5.4	0.7	1.6	4.2	7.8	1.8	14.2	4.7	0.4
희망 개조 장소 (1순위)	부엌	14.9	14	11.9	26.6	13.9	16.2	15.5	-	11.8	22.6	-	22.8	-	67.8	2.3	-
	변기	8.5	8.0	9.0	5.5	6.9	-	13.3	-	18.0	-	-	4.5	42.2	26.8	37.3	82.1
	욕조	11.2	10.7	14.4	3.6	2.3	-	23.2	30.9	11.2	24.3	63.8	14.8	42.2	-	20.2	-
	문턱 낮추기	21.9	25.1	28.1	21.3	12.8	34.6	2.8	-	-	18.0	-	21.0	-	-	4.3	-
	방문(출입 문고치기)	5.6	5.5	2.6	5.9	6.6	22.6	8.0	7.1	9.1	9.2	5.0	14.7	-	-	-	-
	냉·난방	7.9	8.7	2.6	5.0	13.3	6.5	12.7	43.2	18.5	-	-	-	15.6	5.4	6.5	-
	채광	2.6	2.2	1.1	3.9	4.0	2.9	1.3	18.9	12.3	1.0	-	-	-	-	6.9	-
	아파트 출입구(계단)	3.3	3.8	4.5	1.7	-	-	5.3	-	-	6.6	-	-	-	-	-	-
	청각장애인 용초인종 (경광등)	2.1	-	-	-	24.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	현관(계단)	16.6	17.6	20.2	18.5	13.4	17.2	8.0	-	7.9	10.9	31.2	6.7	-	-	-	17.9
	미끄럼방지	2.5	1.3	5.1	4.5	1.5	-	7.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	비상 연락장치	1.3	1.4	-	1.7	0.7	-	3.0	-	-	3.1	-	15.5	-	-	4.8	-
	기타	1.7	1.8	0.5	1.7	0.5	-	-	-	11.2	4.4	-	-	-	-	17.8	-

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2017)

주: 1) 희망 개조 장소 문항은 주택개조 의사 문항에 대해 '반드시 개조 원함'과 '가급적 개조 원함'으로 응답한 이들에 한해 조사함

주거지원프로그램 이용자도 매우 낮다.

〈표 2-16〉 필요한 주거지원 프로그램1(1순위) - 행정구역, 장애유형별

(단위: %)

구분	전체	주택 구입자금 저리용자	전세금 저리용자	주거비 보조	주택 개조비용 보조	주택 개조비용 저리용자	주택개조 현물지원	
계	100.0	10.66	8.88	21.76	5.97	0.99	3.33	
장애 유형	지체장애	53.24	6.31	4.45	11.37	3.69	0.58	1.8
	뇌병변장애	9.64	0.82	0.99	2.43	0.5	0.08	0.32
	시각장애	10.3	1.06	1.05	1.79	0.48	0.14	0.37
	청각장애	10.26	0.89	0.79	2.28	0.58	0.08	0.41
	언어장애	0.76	0.07	0.09	0.14	0.04	-	0.03
	지적장애	6.4	0.51	0.62	1.47	0.28	0.03	0.21
	자폐성장애	0.75	0.13	0.08	0.12	0.01	0.01	0.01
	정신장애	3.54	0.25	0.29	0.96	0.22	0.02	0.09
	신장장애	2.94	0.42	0.32	0.71	0.07	0.02	0.04
	심장장애	0.26	0.04	0.03	0.06	0.01	-	-
	호흡기장애	0.51	0.04	0.05	0.13	0.01	-	0.01
	간장애	0.41	0.06	0.03	0.09	0.02	-	-
	안면장애	0.11	0.01	0.01	0.02	-	-	-
장루·요루장애	0.59	0.04	0.05	0.12	0.03	0.01	0.02	
뇌전증장애	0.29	0.02	0.02	0.09	0.02	-	-	
구분	장애인 전용 공공 임대주택 공급	장애인 특성에 맞는 설계기준의 주택공급	공공임대주택 입주우선권 부여	일반주택 입주우선권 부여	기타	없음		
계	5.61	2.05	7.28	1.5	0.11	31.88		
장애 유형	지체장애	2.75	1.08	3.38	0.74	0.03	17.07	
	뇌병변장애	0.71	0.23	0.67	0.1	0.03	2.77	
	시각장애	0.49	0.3	1.07	0.17	-	3.38	
	청각장애	0.43	0.19	0.73	0.2	0.03	3.65	
	언어장애	0.04	0.02	0.06	0.02	-	0.24	
	지적장애	0.55	0.06	0.46	0.09	0.02	2.09	
	자폐성장애	0.08	0.03	0.05	0.01	-	0.22	
	정신장애	0.3	0.05	0.32	0.03	-	1.01	
	신장장애	0.11	0.03	0.32	0.05	-	0.83	
	심장장애	0.03	0.01	0.02	-	-	0.06	
	호흡기장애	0.03	0.02	0.04	0.01	-	0.17	
	간장애	0.02	0.01	0.04	0.02	-	0.1	
	안면장애	-	-	0.01	-	-	0.04	
장루·요루장애	0.03	0.02	0.08	0.02	-	0.18		
뇌전증장애	0.03	-	0.02	0.02	-	0.07		

자료: 국토교통부·국토연구원(2015)

5) 소결

등록정신장애인은 중증장애인이고, 그 숫자로만 보더라도 발달장애인(지적장애인 및 자폐성장아인)의 53%에 달하는데, 중증장애인 복지정책의 혜택을 거의 받지 못하고 있다. 이는 등록장애인 정책 내부에서도 정신장애인이 차별을 받고 있다고 평가할 수 있다. 이런 차별을 시정하기 위한 특별한 추가적인 지원과 대책이 필요하다는 것이다.

4. 전체 장애정책에서의 정신장애인의 차별적 대우

1) 정신건강복지법의 정신재활시설의 보충적 역할 검토

등록정신장애인 및 기타의 중증정신장애인이 정신건강복지법에 따라 치료, 주거, 재활, 상담 등을 제공받는다면, 장애인복지법 내부에서의 차별이 시정될 수 있다고 볼 여지가 있을 것이다. 이 경우 장애인복지법 제15조, 장애인복지법 제34조제1항 제2호 및 제3호가 이런 효과를 염두에 두었다고 해석할 여지도 있을 것이다. 특히 정신재활시설은 정신장애등록 유무와 무관하게 정신질환자이면 지역사회 기반 정신건강서비스를 받을 수 있기 때문이다. 그렇다면 이들 기관이 정신질환자의 취업을 비롯한 일상생활 및 사회생활 회복에 기여할 수 있게끔 복지서비스를 제공하고 있는지가 문제된다. 그러나 현실은 그렇지 않다. 지역사회 거주 추정 중증정신질환자 30만명 중 재활시설 이용자는 2018년 말 기준 6,622명에 불과하기 때문이다.

〈표 2-17〉 정신재활시설 등록자 연령별 현황

(단위: 명)

구분	전체	10세미만	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~64세	65세이상
전체	6,622	199	252	707	1,363	1,922	1,605	433	141

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p.93

주: 1) 개인 식별의 문제로 전체 값만 제시함

기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터까지 포함하여 재활프로그램 이용자의 현황은 다음과 같다.

〈표 2-18〉 기관별, 시도별 지역사회 정신건강증진사업 등록이용입소자 현황

(단위: 명)

구분	등록자수	정신건강복지센터		중독관리 통합지원센터 ¹⁾	정신재활시설
		기초형	기본형		
총계	88,273	72,551	475	8,625	6,622
서울	14,805	11,997	0	593	2,215
부산	3,937	3,046	0	471	420
대구	3,230	2,440	0	350	440
인천	5,203	4,061	0	973	169
광주	3,467	1,974	0	1,293	200
대전	1,586	767	0	381	438
울산	1,275	1,025	0	191	59
세종	395	370	0	0	25
경기	20,755	17,982	0	2,020	753
강원	4,411	3,925	0	422	64
충북	3,742	3,335	0	154	253
충남	8,422	7,964	0	189	269
전북	2,553	1,459	266	217	611
전남	3,621	3,120	149	285	67
경북	3,491	2,922	60	186	323
경남	5,531	4,812	0	605	114
제주	1,849	1,352	0	295	202

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p.92

주: 1) 중독관리통합지원센터 등록자 가족대상자를 제외한 중독자 수만 제시함

정신건강복지센터에서도 주간재활프로그램, 직업재활프로그램을 운영하지만, 주로 정신질환자의 관리에 초점을 맞춘 기관이어서 정신과약물 복용을 전제로 서비스를 제공하기 때문에 정신장애인이 필요로 하는 복지서비스를 제공하기는 어렵다고 할 수 있다. 정신건강복지센터가 의료기관에 위탁되어 운영되고, 센터의 장도 대부

분 의사인 것도 이를 반증한다.

중독관리통합센터 역시 의료진이 센터장을 겸하는 경우가 대부분이어서 의료모델을 벗어나 정신건강에 문제가 있는 중독자들의 회복을 위한 개인맞춤형 복지서비스 제공을 하는지는 의문이다. 이들 두 기관은 이 보고서의 범위를 벗어나기 때문에 더 이상 검토하지는 않는다.

〈표 2-19〉 기관별, 시도별 정신재활시설 및 지역사회 재활기관 재활프로그램 이용자 현황
(단위: 명)

구분	전체	기초정신건강복지센터 ²⁾	중독관리통합지원센터	정신재활시설
전체	16,892	9,594	2,681	4,617
서울	3,382	1,443	206	1,733
부산	1,127	527	219	381
대구	908	497	61	350
인천	766	489	141	136
광주	990	402	422	166
대전	588	194	156	238
울산	245	99	87	59
세종	27	27	0	0
경기	3,401	2,321	584	496
강원	633	439	162	32
충북	563	344	69	150
충남	545	440	83	22
전북	913	494	33	386
전남	727	608	99	20
경북	753	490	81	182
경남	908	648	188	72
제주	416	132	90	194

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p.91

주: 1) 2018.1.1.~12.31. 동안 재활서비스를 이용한 전체 실인원

2) 기본형 정신건강증진사업 포함

이들 기관 이용자 중 직업 활동을 하는 사람은 매우 적다.

〈표 2-20〉 기관별 지역사회 등록(이용)자의 직업별 현황

(단위: 명)

구분	전체	관리자	사무직	전문직	서비스직	판매직	농어업	기능직	제조업	단순노무	기타직종	무직	미파악
전체	70,885	72	952	565	2,620	334	2,128	820	857	4,604	2,811	50,933	4,189
기초정신건강 복지센터 ¹⁾	60,909	58	534	270	1,450	288	1,946	250	506	3,055	2,228	46,169	4,155
중독관리통합 지원센터	8,547	14	291	276	821	46	173	541	127	978	482	4,764	34
정신재활 시설 ²⁾	1,429	0	127	19	349	0	9	29	224	571	101	0	0

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p99.

주: 1) 기본형 정신건강증진사업 포함

2) 정신재활시설 중 이용시설에 등록된 사람의 직업 현황임

2018년 말 등록 정신질환자 중 취업자 수는 15,763이며 그 중 단순노무직에 종사하는 사람의 비중이 가장 높다. 이는 재활프로그램이 정신질환자의 취업, 사회생활 회복과 직접 연관되어 있지 않다는 추정을 가능하게 한다. 그 원인은 정신질환자의 취업을 가능하도록 하는 정당한 편의제공¹⁴⁾이 매우 없는 것에 있을 수 있다. 물론 여기에는 정신질환에 대한 사회적 편견이 작용할 수 있을 것이다.

이상의 내용을 살펴보면, 정신장애인은 정신건강복지법에 따른 주거, 재활, 상담 등의 복지서비스 이용이 매우 불충분하고, 장애인복지법 내부의 차별을 보완할 정도에는 이르지 못함을 알 수 있다.

2) 정신장애인을 위한 권익옹호기관의 부재

이상에서 살펴본 바와 같이 정신장애인은 제도적 차별이 심각하다는 것을 알 수 있다. 이런 제도적 차별을 시정하기 위한 지원에는 다양한 기관들이 관여할 수 있는데, 장애인복지법상의 장애인권익옹호기관이 그와 같은 역할을 할 수 있는지를 살펴볼 필요가 있다.

장애인권익옹호기관은 장애인학대피해를 구제하는 것에 초점을 맞추고 활동하고

14) 정신장애인의 취업과 관련된 정당한 편의제공에는 가령 정신건강문제가 있을 때 휴가 등을 이용할 수 있는 것, 치료 및 상담을 위한 휴가, 정신건강문제로 인한 근무시간의 조정 등이 있을 수 있다.

있다. 그리고 장애인학대는 장애인복지법에서 규정한 학대범죄에 해당되는 것이다. 정신장애인도 장애인권익옹호기관의 지원을 받아 학대피해를 구제받을 수 있다. 그러나 정신장애인 학대피해 신고는 매우 낮다. 학대신고사례 중 학대피해로 판정받은 건수 중 정신장애인 관련 건수는 6%가 되지 않는다.

〈표 2-21〉 피해장애인 주 장애유형

(단위: 명)

장애유형	건수	비율
지체장애	67	7.1
뇌병변장애	58	6.1
시각장애	22	2.3
청각장애	13	1.4
언어장애	6	0.6
지적장애	623	65.9
자폐성장애	37	3.9
정신장애	55	5.8
신장장애	1	0.1
심장장애	-	-
호흡기장애	-	-
간장애	-	-
안면장애	-	-
장루·요루장애	-	-
뇌전증장애	3	0.3
미등록	60	6.3
계	945	100.0

자료: 보건복지부·장애인옹호기관(2020), 2019년도 전국 장애인 학대 현황보고서, p92

또 다른 구조적인 문제는 장애로 등록되지 않거나 등록되기 어려운 정신질환자는 장애인권익옹호기관의 피해구제대상이 되지 않는다는 점이다. 나아가 정신질환자가 가해자인 경우 그의 권익을 옹호하는 기능이 장애인권익옹호기관에는 없다. 또한 학대피해가 아닌 정신장애인 및 정신질환자의 개인적, 집단적 권익옹호는 장애인권

익옹호기관의 역할에 해당되지 않는다.

이런 이유 때문에 장애인복지법의 적용을 받는 장애인권익옹호기관은 정신질환자와 정신장애인의 권익을 옹호하여 그들이 지역사회에서 의미 있는 삶을 살아 갈 수 있도록 제도개선을 지원하거나 개별적 차별과 피해 구제의 지원에는 한계가 있다.

3) 장애인단체를 통한 권익옹호의 부재

각 장애유형별로 장애인단체가 형성되어 있고, 이들 개별 장애유형별 단체의 연합기관이 활동하고 있다. 2019년 기준 중앙정부의 장애인단체지원은 71억 원이다. 그러나 정신장애인단체로 중앙정부의 지원을 받는 단체는 없고, 장애인단체연합체도 정신장애인 및 정신질환자를 위한 집단옹호활동을 하지는 않는다. 여기에 정신질환자 및 정신장애인을 대표하는 기관이나 대표성 있는 개인이 참여하고 있지 않기 때문이다.

〈표 2-22〉 장애인정책국 예산 추이 - 세부항목별

(단위: 백만원, %)

구분	2018	2019	증감액	증감율
총 합계(일반회계 계 + 증진기금 계)	2,221,333	2,794,044	572,711	25.8
(일반회계) 계	2,211,917	2,785,919	574,002	26.0
장애인의료비	23,072	43,524	20,452	88.6
장애수당(기초)	74,985	75,490	505	0.7
장애수당(차상위 등)	54,779	54,253	△526	△1.0
장애등급심사제도운영	26,902	32,422	5,520	20.5
장애인연금	600,877	719,735	118,858	19.8
장애인보조기기지원	3,242	4,204	962	29.7
장애인지원관리	1,379	889	△490	△35.5
장애인자립자금이자 및 손실보전금지원	208	156	△52	△25.0
장애인활동지원	690,674	1,014,902	324,228	46.9
장애아동가족지원	88,072	100,952	12,880	14.6
여성장애인지원	2,842	2,759	△83	△2.9

구분	2018	2019	증감액	증감율
발달장애인지원	8,572	42,720	34,148	398.4
장애인복지시설기능보강	23,721	38,960	15,239	64.2
장애인거주시설운영지원	470,933	480,881	9,948	2.1
한국장애인개발원지원	7,277	8,057	780	10.7
장애인단체지원	7,111	7,111	-	-
장애인일자리지원	95,745	120,787	25,042	26.2
중증장애인자립생활지원	5,387	6,286	899	16.7
장애인운전교육장 임차 및 순회교육	590	609	19	3.2
장애인차별금지 모니터링 및 인식개선	3,177	5,165	1,988	62.6
중증장애인생산품우선구매촉진	1,855	1,840	△15	△0.8
중증장애인직업재활지원	18,939	16,669	△2,270	△12.0
장애인정책국기본경비(총액)	89	89	-	-
장애인정책국기본경비(비총액)	97	114	17	17.5
장애인건강보건관리사업	942	2,945	2,003	212.6
장애인전동보장구충전기설치	-	4,400	4,400	100.0
장애인편의시설실태조사	450	-	△450	△100.0
(증진기금) 계	9,416	8,125	△1,291	△13.7
재활병원건립	8,000	4,006	△3,994	△49.9
권역재활병원 공공재활프로그램운영지원	616	619	3	0.5
공공어린이재활병원건립	800	3,500	2,700	337.5

자료: 한국장애인개발원(2019), 2019 장애통계연보, p151

〈표 2-23〉 지자체 국고보조사업 예산 현황

(단위: 백만원, %)

세부사업	국고보조율 (서울/지방)	2016년		2017년		2018년	
		국고	지방비	국고	지방비	국고	지방비
계	-	1,898,161	992,133	1,909,383	1,011,824	2,176,102	1,152,483
장애인의료비지원	50/80	35,774	10,789	27,275	9,576	22,772	7,575
장애수당(기초)	50/70	77,582	38,278	78,102	38,752	76,566	38,126
장애수당(차상위 등)	50/70	55,059	27,046	54,609	26,606	56,511	27,432
장애등급심사제도 운영	30/50	503	554	453	492	453	492
장애인연금	50/70	558,457	274,738	559,587	275,316	612,897	301,748
장애인보조기구지원	(보조기구교부사업) 50/80	2,375	1,462	2,399	1,486	2,324	1,476
	(사례관리사업) 50/50						
중증장애인직업생활지원	50/70	5,279	7,138	3,717	5,576	3,803	5,704
여성장애인지원사업	(교육지원) 80/80	2,720	1,317	2,818	1,373	2,842	1,384
	(출산지원) 50/70						
발달장애인지원	(공공후견) 50/70	9,446	5,225	6,866	5,234	6,540	5,170
	(부모심리상담) 50/80						
	(발달장애인지원센터) 50/50						
	(발달장애인 가족휴식) 50/70						
장애인활동지원	50/70	522,070	265,189	531,276	278,429	704,317	364,997
장애아동가족지원	(발달재활, 언어발달) 50/70	78,732	39,309	73,772	36,996	87,965	42,502
	(양육지원) 30/70						
장애인복지시설 기능보강	(거주시설) 50/50	34,479	35,775	29,367	29,367	23,025	24,009
	(의료재활시설) 30/30						
	(생산물판매시설) 40/40						
	(직업재활시설) 50/50						
장애인거주시설 운영지원	50/70	436,988	208,948	454,874	217,330	470,680	225,099
장애인일자리지원	(일반일자리) 30/50	70,012	68,194	80,652	82,137	95,066	96,890
	(복지일자리) 30/50						
	(사각장애인인마사) 80/80						
	(발달장애인요양보호사보조) 30/50						
장애인건강보건관리	50/50					925	925
권역재활병원 공공재활 프로그램 운영지원(기금)	80/80	685	171	616	154	616	154
공공어린이 재활병원건립(기금)	50/50					800	800
재활병원 건립(기금)	50/50	8,000	8,000	3,000	3,000	8,000	8,000

자료: 한국장애인개발원(2019), 2019 장애통계연보, p152

4) 정신장애인 자립생활센터를 통한 권익옹호의 부재

전국에 260개의 장애인자립생활센터가 활동하고 있는데, 이들에 대한 국고보조는 약 90억 원에 해당된다. 그 중 중앙정부의 지원을 받는 장애인자립생활센터는 70여개에 불과하고 나머지는 지방자치단체의 지원을 받고 있다. 그런데 정신장애인이 자립생활센터의 센터장인 곳은 없다. 장애인자립생활센터는 신체장애인의 단체 활동이라고 할 수 있다. 2020년부터 서울 소재 한국정신장애일자립생활센터, 송파 정신장애동료지원센터가 서울시 보건정책과의 지원을 받아 동료상담활동을 하고 있으며, 정신장애와 인권 파도손이 서울시 일자리 사업의 일환으로 동료상담활동에 대한 지원을 받기 시작한 것이 거의 유일하다고 할 수 있다.

국제적으로 통용되는 법적 기준에 따를 때의 정신장애와 국내법에서의 정신장애에 차이가 있음은 앞서도 언급하였다. 정신장애로 인정될 수 있는 정신질환자의 경우, 완치되지 않았다 하더라도 일상생활이나 사회생활을 수행할 수 있는 사람이 많다는 믿음, 즉 회복의 가치 하에 정신장애 정책을 전개할 필요가 있다. 이들의 회복경험은 다른 정신질환자에게 큰 도움이 될 수 있을 것이다.

그 점에 비추어 보면 정신질환자는 ‘일상생활, 사회생활의 회복’에 초점을 맞출 필요가 있을 것이다. 이러한 목적의 활동은 장애인복지법 체계 내의 장애인자립생활센터가 아니라 ‘정신장애인 회복 및 역량강화센터’와 같은 별도의 조직을 통해 지역사회 독립생활 지원을 위한 서비스가 제공될 필요가 있을 것이다.

5. 소결

이상에서 살펴본 바와 같이 정신장애인은 다른 장애인과 비교하여 장애인정책 내에서도 차별적 대우를 받고 있다고 할 수 있다. 위 <표 2-23>에서 보듯이 발달장애인을 위해서는 다양한 지원이 제공되고, 신체장애인을 위해서도 다양한 지원이 제공되는데, 정신장애인을 위한 독자의 지원은 찾아 볼 수 없다. 또한 회복의 가치 하에 정신질환을 겪고 있지만, 영구정신장애로 악화되지 않은 다수의 정신질환자로서 일상생활, 사회생활에 어려움을 겪고 있는 이들에 대한 지원이 필요하다. 이들의 회복경험은 우리사회에서 정신건강의 문제로 어려움을 겪는 다수의 사람들에게 새로

운 희망을 줄 수도 있을 것이다. 그 점에서 정신장애인을 위한 정책은 국내적 관점에서 보더라도 장애정책을 뛰어 넘는 정책, 선진국에서 새롭게 확대되고 있는 회복 패러다임 하에서의 정신장애정책이 제시될 필요가 있을 것이다.

정신장애인에 대한 차별이 역사적이고 구조적이기 때문에 이런 차별을 시정하기 위해서는 특별한 지원이 별도로 강구될 필요가 있다. 즉 정신장애인의 차별시정과 평등을 위한 적극적 우대조치(Affirmative Action)가 필요하다는 것이다.

제3절 정신재활시설의 법적 근거와 특징: 장애인복지법의 적용이 제한되는 영역

1. 장애인복지법의 적용이 제한되는 영역의 보완서비스로서의 정신재활시설 등

정신재활시설, 정신요양시설 등은 모두 장애인복지법에 그 근거를 두고 있다. 등록 정신장애인일 경우 의료, 요양, 주거, 재활, 상담 등은 장애인복지법이 아니라 정신건강복지법의 적용에 따라 제공받을 수 있다. 그 점에서 정신재활시설은 장애인복지법이 아니라 정신건강복지법에 그 근거를 두고 있는 셈이다.

〈표 2-24〉 정신재활시설과 장애인복지법과의 관계

구분	내용
장애인복지법 제15조	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.
장애인복지법 제34조 제1항 제2호, 제3호	2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것 3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것
장애인복지법 시행령 제13조 제2항	③ 법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조 제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다.

자료: 법제처 국가법령정보센터(2020)

정신재활시설과 장애인복지법상의 장애인복지시설 중 등록정신장애인의 이용이 제한될 수 있는 시설을 비교하면 다음과 같다.

〈표 2-25〉 등록정신장애인의 이용이 제한될 수 있는 장애인복지법상의 시설과 정신건강복지법상의 대응시설

장애인복지법	정신건강복지법
1. 장애인 거주시설: 거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설	<ul style="list-style-type: none"> 제22조 이하의 정신요양시설 제27조 제1항 제1호의 생활시설
2. 장애인 지역사회재활시설: 장애인을 전문적으로 상담·치료·훈련하거나 장애인의 일상생활, 여가활동 및 사회참여활동 등을 지원하는 시설	<ul style="list-style-type: none"> 제27조 제1항 제2호의 재활훈련시설 제27조 제1항 제3호/시행령 제16조 제3호의 종합시설: 2개 이상의 정신재활시설의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설
3. 장애인 직업재활시설: 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 시설	<ul style="list-style-type: none"> 제27조 제1항 제2호의 재활훈련시설 제27조 제1항 제3호/시행령 제16조 제3호의 종합시설: 2개 이상의 정신재활시설의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설
4. 장애인 의료재활시설: 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단·판정, 치료 등 의료재활서비스를 제공하는 시설	<ul style="list-style-type: none"> 제27조 제1항 제2호의 재활훈련시설 제27조 제1항 제3호/시행령 제16조 제2호: 중독자재활시설: 알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자들을 치유하거나 재활을 돕는 시설
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설:(장애인생산물 판매시설 및 법 제59조의 13 제1항에 따른 장애인 쉼터)	<ul style="list-style-type: none"> 제27조 제1항 제3호/시행령 제16조 제1호: 생산물판매시설: 정신질환자 또는 제2조 각 호에 따른 장애를 가진 사람(이하 "정신질환자등"이라 한다)이 생산한 생산물의 판매·유통 등을 지원하는 시설, 종합시설: 2개 이상의 정신재활시설의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설

자료: 법제처 국가법령정보센터(2020)

장애인복지시설 중 재활시설에는 장애인복지관, 장애인직업재활시설, 장애인의료재활시설 등이 있고, 정신건강복지법에는 정신재활시설과 정신요양시설이 이 시설들에 대응하는 시설인 셈이다. 개별 등록정신장애인에게 주거편의, 치료, 재활, 상담 등이 필요할 때 보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "장애인복지시설기관"이라 한다)이 장애인복지법상의 장애인복지시설이 아닌 정신건강복지법상의 정신건강증진시설을 이용

하게 조치할 수 있다는 취지이기 때문에, 이를 반대로 해석하면 장애인복지법상의 복지시설 이용조치를 취할 수도 있을 것이다. 그러나 현실에서는 위 표 왼편의 장애인복지시설은 정신장애인이 아닌 장애인을 위한 시설이어서 정신장애인에게 적합한 서비스를 제공하기 어려운 것이 현실이다. 따라서 정신건강복지법에 이에 상응하는 지원이 있어야만 할 것이다.

2. 장애인복지시설과 정신재활시설의 양적 비교

1) 주거복지영역

장애인복지법 제15조에 의해 주거복지 및 재활 복지는 정신장애인에게 제공되지 않거나 제공하기에 부적절하다. 정신장애인만이 아니라 정신질환자에게 정신건강복지법에 따른 주거복지서비스로서 정신병원, 정신요양시설 등이 제공되고, 정신재활 시설 중 생활시설, 공동가정, 전환시설이 제공되도록 제도가 설계되어 있기 때문이라고 할 수 있다.

(1) 정신장애인 이외의 장애인을 위한 주거복지

장애인주거시설의 유형에는 지체장애인 및 뇌병변장애인시설, 시각장애인시설, 청각언어장애인시설, 지적 자폐성장래인 시설, 중증장애인거주시설, 장애인영유아 거주시설, 장애인단기거주시설(쉼터로 이용하고자 하는 장애인 우선이용. 보호자의 단기 휴식을 제공하기 위한 목적), 장애인공동생활가정 등이 있다. 여기에 정신장애인거주시설이 빠져 있는 것도 바로 위와 같은 이유 때문이다. 장애인 주거복지서비스는 다음과 같다.

〈표 2-26〉 장애인 거주시설 유형별 현황(연도별, 시도별)

(단위: 개소, 명)

구분	합계			장애유형별 거주시설											
				지체장애			시각장애			청각장애			지적장애		
	시설수	정원	현원	시설수	정원	현원	시설수	정원	현원	시설수	정원	현원	시설수	정원	현원
2009	397	26,912	23,243	38	2,697	2,230	14	1,096	760	11	792	519	172	10,733	9,539
2010	452	28,571	24,294	40	2,640	2,055	14	1,092	744	10	732	462	196	11,463	10,178
2011	490	29,419	25,345	39	2,594	2,102	15	1,122	787	9	552	361	226	12,161	10,788
2012	1,348	35,545	30,640	40	2,563	2,057	16	1,151	786	8	519	335	278	13,366	11,748
2013	1,397	35,813	31,152	39	2,468	1,978	16	1,151	770	8	482	320	293	13,422	12,001
2014	1,457	35,860	31,406	44	2,627	2,208	15	991	632	7	373	270	309	13,562	12,136
2015	1,484	35,746	31,222	39	1,933	1,668	16	970	628	7	373	255	321	13,971	12,369
2016	1,505	35,232	30,980	40	2,178	1,766	17	1,010	711	7	373	228	317	13,450	12,112
2017	1,517	34,855	30,693	39	2,047	1,690	17	1,011	700	7	363	232	313	13,394	12,008
2018	1,527	34,345	30,152	33	1,754	1,418	16	907	662	7	363	223	320	13,319	11,865
서울	276	4,469	3,738	2	130	99	3	202	108	1	62	28	19	942	778
부산	75	1,610	1,402	3	157	122	1	36	23	0	0	0	14	785	703
대구	51	1,758	1,503	2	300	235	0	0	0	0	0	0	7	606	511
인천	71	1,318	1,062	2	154	77	1	70	50	1	50	19	8	264	238
광주	80	1,098	991	4	130	108	1	45	34	0	0	0	14	454	420
대전	74	1,350	1,209	1	70	60	1	70	54	0	0	0	8	412	368
울산	25	708	650	0	0	0	0	0	0	1	55	31	1	60	60
세종	4	169	158	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	109	102
경기	313	6,871	6,111	6	135	118	4	124	100	2	96	68	80	2,875	2,560
강원	68	1,684	1,543	1	29	22	1	80	67	0	0	0	18	680	617
충북	87	2,209	1,926	3	120	105	2	130	94	1	85	62	19	818	732
충남	60	2,030	1,788	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	1,146	1,024
전북	71	2,003	1,716	4	169	129	1	50	46	0	0	0	32	1,162	1,017
전남	58	1,518	1,303	2	129	127	1	100	86	1	15	15	27	874	759
경북	88	2,815	2,548	1	97	83	0	0	0	0	0	0	28	1,104	1,012
경남	94	2,121	1,920	2	134	133	0	0	0	0	0	0	15	780	727
제주	32	614	584	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	248	237

자료: 한국장애인개발원(2019), 2019 장애통계연보, p.215

〈표 2-27〉 장애인 거주시설 유형별 현황(연도별, 시도별)(계속)

(단위: 개소, 명)

구분	중증장애인 거주시설			장애영유아 거주시설			장애인 단기보호시설			장애인 공동생활가정		
	시설수	정원	현원	시설수	정원	현원	시설수	정원	현원	시설수	정원	현원
2009	153	11,042	9,728	9	552	467	-	-	-	-	-	-
2010	182	12,052	10,364	10	592	491	-	-	-	-	-	-
2011	191	12,404	10,798	10	586	509	-	-	-	-	-	-
2012	201	12,536	11,006	10	592	510	128	1,683	1,438	667	3,140	2,760
2013	216	12,904	11,412	9	528	473	131	1,724	1,432	685	3,134	2,766
2014	223	12,802	11,344	9	539	466	137	1,766	1,495	713	3,200	2,855
2015	233	12,762	11,314	10	622	541	141	1,783	1,548	717	3,276	2,862
2016	233	12,514	11,192	9	522	452	146	1,902	1,616	736	3,283	2,903
2017	233	12,256	10,996	9	522	429	147	1,948	1,699	752	3,314	2,939
2018	239	12,221	10,995	9	522	398	150	1,975	1,671	753	3,284	2,920
서울	25	1,818	1,519	2	95	85	40	455	432	184	765	689
부산	6	314	293	2	91	67	2	30	32	47	197	162
대구	9	586	523	1	96	80	2	26	22	30	144	132
인천	11	507	452	1	50	30	5	56	47	42	167	149
광주	5	199	179	0	0	0	4	59	53	52	211	197
대전	11	421	397	0	0	0	19	241	212	34	136	118
울산	8	465	447	0	0	0	6	92	80	9	36	32
세종	1	60	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0
경기	50	2,540	2,357	1	100	80	27	339	236	143	662	592
강원	15	704	649	0	0	0	6	70	76	27	121	112
충북	12	814	716	0	0	0	3	45	38	47	197	179
충남	14	667	617	0	0	0	7	118	74	19	99	73
전북	12	463	400	1	50	30	2	20	18	19	89	76
전남	7	297	231	0	0	0	3	35	24	17	68	61
경북	32	1,392	1,260	0	0	0	9	141	125	18	81	68
경남	15	730	658	1	40	26	11	194	157	50	243	219
제주	6	244	241	0	0	0	4	54	45	15	68	61

자료: 한국장애인개발원(2019), 2019 장애통계연보, p.216

(2) 정신장애인 주거 제공

현재 정신의료기관은 정신장애인의 정신질환치료만이 아니라 기능상 정신장애인을 위한 주거공간으로 활용되는 측면이 있다. 장기입원질환자가 많기 때문이다. 아래 재원기간을 보면 정신병원의 주거관련 기능이 잘 드러난다.

〈표 2-28〉 기관 종류 및 시도별 정신의료기관 입원환자 재원기관 현황

(단위: 명, 일)

구분	전체	중양값 (일)	1개월미만	1-3개월	3-6개월	6개월 -1년	1-3년	3-5년	5-10년	10년 이상
			정신병원	43,055	45	18,492	14,364	7,596	4,952	5,033
기관 총류	22,915	17	17,341	5,511	853	412	324	49	28	4
종합병원정신과	38,312	38	18,409	12,592	6,846	4,671	3,726	996	480	89
병원정신과	5,413	36	2,576	1,575	900	711	495	88	36	554
정신과의원										

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 2020, 국가정신건강현황보고서 2018, p.80

정신장애인에게 주거제공을 하는 가장 전형적인 기관이 정신요양시설이다. 정신요양시설은 정신질환치료를 받은 정신장애인이 일정기간 요양을 취하면서 지역사회로 복귀하기 위한 공간이 아니라 정신장애인을 위한 주거제공 기능이 더 크다고 할 수 있다. 정신요양시설에 입소한 정신질환자의 평균재원기간을 보면 주거관련 기능이 잘 드러난다는 것이다.

〈표 2-29〉 권역별 정신요양시설 입소자 재원기간 현황

(단위: 명)

구분	전체	1개월 미만	1-3개월	3-6개월	6개월-1년	1-3년	3-5년	5-10년	10년 이상
전체	9,518	95	132	170	449	2,232	724	1,265	4,451
수도권	2,165	6	14	29	75	603	283	397	758
전라권	2,241	28	32	41	129	598	178	247	988
경상권	2,444	47	40	64	147	584	151	297	1,114
충청권	2,668	14	46	36	98	447	112	324	1,591

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 2020, 국가정신건강현황보고서 2018, p.86

정신병원 및 정신요양시설의 주거관련 기능은 아래의 평균재원기간, 평균입소기간을 보더라도 마찬가지로 잘 드러난다. 치료기관임에도 불구하고 이를 주거복지와 다를 바 없다고 보는 이유는 재원기간이 주거와 다를 바 없기 때문이다.

〈표 2-30〉 정신의료기관 입원환자의 재원기간

(단위: 명, 일)

구분	전체	중양감(일)	1개월 미만	1-3개월	3-6개월	6개월-1년	1-3년	3-5년	5-10년	10년 이상
실인원	101,558	32	53,255	33,009	16,011	10,699	9,578	2,096	1,214	248

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 2020, 국가정신건강현황보고서 2018, p.80

〈표 2-31〉 권역별 정신요양시설 입소자 재원기간 현황

(단위: 명)

구분	전체	1개월 미만	1-3개월	3-6개월	6개월-1년	1-3년	3-5년	5-10년	10년 이상
전체	9,518	95	132	170	449	2,232	724	1,265	4,451
수도권	2,165	6	14	29	75	603	283	397	758
전라권	2,241	28	32	41	129	598	178	247	988
경상권	2,444	47	40	64	147	584	151	297	1,114
충청권	2,668	14	46	36	98	447	112	324	1,591

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 2020, 국가정신건강현황보고서 2018, p.86

요컨대 정신장애인 중 많은 사람들이 치료목적보다는 주거 목적으로 요양시설과 정신병원에 입원·입소하여 지내고 있는 셈이다. 여타의 중증장애인과 마찬가지로 정신질환에게 현재 절실히 필요한 것이 “탈시설”임이 잘 드러난다는 것이다. 정신병원과 정신요양시설로부터의 “탈시설”이라는 관점에서 보면, 정신장애인은 다른 장애인이 향유하는 〈표 2-27〉의 단기보호시설, 공동생활가정 등에서 차별을 받고 있다고 할 수 있다.

2) 재활영역

장애인을 위한 지역사회재활시설유형으로는 장애인복지관, 장애인주간보호시설, 장애인 체육시설, 장애인수련시설, 장애인 생활이동지원센터, 수어통역센터, 점자도서관, 점서 및 녹음서 출판시설, 장애인재활치료시설 등이 있다. 장애인복지법상의 장애인재활기관으로는 다음과 같은 것이 있다.

(1) 장애인재활시설

장애인의 지역사회재활시설에는 장애인복지관, 주간보호시설, 장애인체육관, 장애인생활이동지원센터, 수화통역센터, 점자도서관, 점자도서 및 녹음서 출판도서, 수련시설 등이 있다. 이런 시설들은 지역사회 장애인재활시설로 분류되기 때문에 정신장애인은 장애인복지법 제15조에 의해 등록정신장애인의 이용이 제한될 수 있다. 장애인복지법 제15조에 의해 이용이 제한되는 이유는 정신장애인이 이 시설을 이용하는 것이 부적절한 전염성의 질환이 있기 때문이 아니다. 정신건강복지법에 따라 이와 동등한 성격의 지역사회 재활시설을 제공할 것을 예정하였기 때문에 중복이용을 피하기 위한 것에 불과하다. 달리 말하면 정신건강복지법에 따라 등록정신장애인만이 아니라 비등록 정신장애인을 위한 지역사회 재활시설을 마련하여야 할 책임이 국가에 부여되어 있는 셈이다. 장애인복지관에 준하는 정신장애인 재활 시설, 주간보호시설에 준하는 정신장애인 일상쉼터, 정신장애인을 위한 신체적 활동을 촉진시키는 시설 등이 있어야 한다는 것이다. 그것이 전제되고 또 실현되지 않는 한 장애인복지법 제15조는 차별적인 규정이라고 하지 않을 수 없다.¹⁵⁾

15) 국가인권위원회는 2017.12.28.지 결정으로 정신장애인에 대해 복지시설 등의 이용을 제한하는 있는 조례 조항을 삭제하라고 권고하였다. 이 결정에 따르면, 정신장애인이 이용할 수 있는 다른 공간과 시설이 없다면 정신장애인에 대해서도 장애인복지관을 이용할 수 있도록 해야 할 것이다. 정신장애인이 가령 발달장애인이 주로 이용하는 장애인복지관을 이용하는 것이 적절한지는 개별 사안별로 판단하여야 할 것이다.

〈표 2-32〉 장애인 지역사회재활시설 유형별 현황 - 연도별, 시도별

(단위: 개소, 명)

구분	합계		장애인 복지관		주간보호 시설		장애인 체육관		장애인 생활이동 지원센터		수화통역 센터		점자도서관		점자도서 및 녹음서 출판시설		수련시설	
	시설수	종사자 수	시설 수	종사자 수	시설 수	종사자 수	시설 수	종사자 수	시설 수	종사자 수	시설 수	종사자 수	시설 수	종사자 수	시설 수	종사자 수	시설 수	종사자 수
2010	1,708	10,004	191	5,372	443	1,472	27	312	154	870	176	684	23	103	2	11	0	0
2011	1,834	10,803	199	5,825	485	1,624	27	327	156	875	180	700	27	106	4	10	0	0
2012	1,140	9,741	205	5,856	526	1,715	28	374	156	895	191	771	30	117	4	13	0	0
2013	1,184	10,437	219	6,271	558	1,958	29	334	155	946	199	830	23	92	1	6	0	0
2014	1,213	10,716	223	6,359	592	2,111	29	369	156	944	193	835	19	92	1	6	0	0
2015	1,248	11,037	224	6,423	625	2,291	30	388	156	959	193	877	19	93	1	6	0	0
2016	1,303	11,914	231	6,920	663	2,534	34	421	159	979	194	897	20	103	2	60	0	0
2017	1,333	12,229	237	7,041	690	2,743	33	414	157	961	194	911	20	106	1	53	0	0
2018	1,373	12,556	241	7,041	724	2,980	33	428	159	997	195	945	19	107	1	54	1	4

자료: 보건복지부(2019), 장애인복지시설 일람표, p.4

- 주: 1) 단기보호시설과 공동생활가정시설은 기존에 지역사회재활시설로 분류되었으나, 2012년을 기점으로 장애인거주시설로 분류됨(장애인복지법 시행규칙, 2014.4.10., 일부개정)
 2) 장애인 심부름센터의 명칭이 장애인 생활이동지원센터로 변경됨(장애인복지법 시행규칙, 2015.8.3., 일부개정)
 3) 지역사회재활시설의 종류는 장애인복지법 시행규칙 제41조 별표4의 규정에 따름. 시설의 종류는 장애인복지관, 장애인주간보호시설, 장애인체육시설, 장애인수련시설, 장애인생활이동지원센터, 수어통역센터, 점자도서관, 점서 및 녹음서 출판시설, 장애인 재활치료시설이 있음
 4) 2018년 12월 말 기준임

한편 장애인직업재활시설도 정신장애인의 이용이 제한되는 시설이다. 장애인직업재활시설의 유형에는 장애인 보호작업장, 장애인 근로사업장, 장애인 직업적응훈련 시설(발달장애인이 80% 이상을 유지하도록 함) 등이 있다.

〈표 2-33〉 장애인 직업재활시설 유형별 현황

(단위: 개소, 명)

구분	시설 수	근로 장애인	근로사업장		보호작업장		종사자	
			시설 수	근로 장애인	시설 수	근로 장애인	정원	현원
2010	417	11,770	44	1,761	373	10,009	2,395	2,052
2011	456	12,870	53	2,190	403	10,680	2,504	2,260
2012	478	13,758	56	2,384	422	11,374	2,763	2,488
2013	511	14,739	64	2,653	447	12,086	3,187	2,820
2014	541	15,651	64	2,721	477	12,930	3,553	3,160
2015	560	16,414	64	2,798	496	13,616	3,590	3,133
2016	582	17,131	63	2,762	516	14,335	4,115	3,256
2017	625	17,841	62	2,724	553	14,960	4,534	3,732
2018	651	18,205	63	2,690	573	15,262	15	253

자료: 보건복지부(2019), 장애인복지시설 일람표, p.5.

주: 1) 종사자는 근로장애인을 관리 감독하는 비장애인 직원을 의미함

2) 2018년 12월 말 기준임

이런 직업재활시설에 준하는 정신장애인 직업재활시설이 정신건강복지법에 의해 마련되어야 할 것이다. 그렇지 않다면 장애인복지법 제15조는 차별적 규정이라고 할 수 있을 것이다. 보통 법률을 제정할 때 정신장애인을 차별할 것을 염두에 두고 제정하지는 않는다. 그렇다면 장애인복지법에서는 정신건강복지법이 다른 장애인에 준하는 정신장애인 직업재활시설을 마련할 것을 전제하였다고 보아야 한다.

(2) 정신장애인 재활시설

장애인복지법 제15조의 제한을 통해 법률적으로 보면 정신장애인을 위한 재활시설을 정신건강복지법(이전의 정신보건법을 포함)에서 보장하겠다는 것이 전제되어 있었다고 보아야 할 것인데, 현실에서 이것은 실현되지 않고 있다. 정신장애인을 위한 재활시설이 매우 적은 현실을 감안해 보면, 국가가 장애인복지법 제15조를 통해 부담하여야 할 법적 책임을 방기하고 있다고 할 수 있다. 아래는 정신보건시설 및 지역사회 재활기관의 현황을 나타낸 표이다.

〈표 2-34〉 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 현황

(단위: 개소, %)

구분			2013	2014	2015	2016	2017	증감률	
합계			2,015	2,069	2,144	2,214	2,270	2.5	
정신 보건 시설	정신보건시설 소계		1,717	1,769	1,841	1,910	1,962	2.7	
	의료 기관	병원	국립정신병원	6	6	6	6	6	-
			공립정신병원	12	12	12	12	12	-
			사립정신병원	169	174	174	164	136	-20.6
			종합병원정신과	181	186	185	197	198	0.5
			병원정신과	133	129	134	140	181	22.7
	의원	정신과의원	853	895	938	996	1,021	2.4	
	의료기관 소계		1,354	1,402	1,449	1,515	1,554	2.5	
	정신요양시설		59	59	59	59	59	-	
	사회복귀시설		304	308	333	336	349	3.7	
지역 사회 재활 기관	지역사회재활기관 소계		298	300	303	304	308	1.3	
	광역정신건강증진센터		11	12	15	16	16	-	
	기초정신건강증진센터		189	200	209	210	227	7.5	
	중독관리통합지원센터		50	50	50	50	50	-	
	기본형정신건강증진사업2)		48	38	29	28	15	-86.7	

자료: 보건복지부 외(2018), 국가 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서, p.94

주: 1) 2015년부터 국고미지원 시설을 포함함

2) 정신건강복지센터 미설치 지역에서 보건소 기본형정신건강증진사업의 형태로 수행하는 경우를 의미함

장애인재활시설과 비교할 때 지역사회 재활시설은 300여개에 불과하다는 것을 알 수 있다. 이에 반하여 정신의료기관의 숫자가 지역사회재활기관의 숫자보다 월등히 많다. 그만큼 정신장애인의 경우 탈시설화가 진행되지 않고 있다는 것을 보여준다. 아래의 〈표 2-35〉도 병원과 지역사회 재활시설의 비중을 잘 보여주는 표이다.

〈표 2-35〉 2018년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황

(단위: 개소)

구분			2018	
계			2,386	
정신건강 증진시설	정신건강증진시설 소계		2,077	
	의료 기관	병원	국립정신병원	6
			공립정신병원	12
			사립정신병원	126
			종합병원정신과	202
			병원정신과	176
	의원	정신과의원	1,148	
	의료기관 소계		1,670	
	정신요양시설		59	
	정신재활시설		348	
지역사회 재활기관	지역사회 재활기관 소계		309	
	광역정신건강복지센터		16	
	기초정신건강복지센터		235	
	중독관리통합지원센터		50	
	기본형정신건강증진사업 ¹⁾		8	

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p.58

주: 1) 정신건강복지센터 미설치 지역에서 정신건강증진사업을 수행하는 보건소를 의미함

정신병원에 근무하는 인력이 재활시설에 근무하는 인력과 비교하더라도 현저하게 적다. 또한 이는 장애인재활시설에 근무하는 종사자와 비교하더라도 현저히 적은 숫자이다. 재활시설의 일종이라고 분류할 수 있는 요양시설, 재활시설, 정신건강복지센터, 중독센터 등에 근무하는 인력은 합계 5,275명에 불과하고, 정신의료기관에 근무하는 인력은 반면 16,850명에 이른다. 장애인복지관 종사자가 7,041명, 주간보호시설에 종사하는 인력이 2,980명인 것과 비교하더라도 정신재활시설에 종사하는 인력의 숫자는 매우 적다는 것을 알 수 있다.

〈표 2-36〉 기관 및 권역에 따른 상근인력 직역 현황

(단위: 명)

구분	상근 인력 총계	정신건강전문요원						전공의	간호사	사회 복지사	임상 심리사	기타	
		전문 인력 계	정신과 전문의	정신건강전문요원									
				계	간호사	사회 복지사	임상 심리사						
총계	22,125	8,470	3,273	5,197	2,057	2,511	629	530	5,007	2,296	244	5,578	
기관 종류	정신의료기관	16,850	5,858	3,273	2,585	1,300	796	489	530	4,525	460	182	5,295
	정신병원	5,546	1,771	681	1,090	623	393	74	74	1,793	127	6	1,775
	국립	928	338	78	260	215	25	20	50	226	6	0	308
	공립	448	237	67	170	131	29	10	9	91	5	0	106
	사립	4,170	1,196	536	660	277	339	44	15	1,476	116	6	1,361
	종합병원 정신과	3,246	1,356	670	686	358	95	233	452	945	123	134	236
	병원 정신과	4,086	1,204	568	636	271	285	80	0	1,489	107	7	1,279
	정신과의원	3,972	1,527	1,354	173	48	23	102	4	298	103	35	2,005
	정신요양시설	1,168	183	-	183	128	54	1	-	168	699	-	118
	정신재활시설	1,282	702	-	702	142	520	40	-	8	480	5	87
	정신건강복지센터	2,419	1,470	-	1,470	420	957	93	-	287	542	48	72
	광역	257	209	-	209	45	145	19	-	5	30	2	11
	기초	2,162	1,261	-	1,261	375	812	74	-	282	512	46	61
	중독관리통합지원센터	231	142	-	142	38	100	4	-	13	67	3	6
	자살예방센터	175	115	-	115	29	84	2	-	6	48	6	-

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p.102

더 큰 문제는 지역사회 재활시설을 이용하는 사람의 수는 불과 6,200 여명에 불과한데(위의 〈표 2-36〉 참조), 그 중 직업을 보유한 사람은 그 중 20%도 안 되는 1,400여명에 불과하다.

〈표 2-37〉 기관별 지역사회 등록(이용)자의 직업별 현황

(단위: 명)

구분	전체	관리자	사무직	전문직	서비스직	판매직	농어업	기능직	제조업	단순노무	기타직종	무직	미파악
전체	70,885	72	952	565	2,620	334	2,128	820	857	4,604	2,811	50,933	4,189
기초정신건강 복지센터 ¹⁾	60,909	58	534	270	1,450	288	1,946	250	506	3,055	2,228	46,169	4,155
중독관리 통합지원센터	8,547	14	291	276	821	46	173	541	127	978	482	4,764	34
정신 재활시설 ²⁾	1,429	0	127	19	349	0	9	29	224	571	101	0	0

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020), 국가정신건강현황보고서 2018, p.99

주: 1) 기본형정신건강증진사업포함

2) 정신재활시설중이용시설에등록한사람의직업현황임

요컨대 장애인복지법 제15조의 입법취지는 정신장애인(등록정신장애인 및 비등록정신장애인)의 경우 정신건강복지법상의 재활시설을 이용할 것을 예정하였음에도 불구하고 현실에서는 정신장애인을 위한 재활시설을 적절하게 제공하지 않음으로써, 국가가 장애인복지법 제15조를 통해 부담하여야 할 법적 책임을 위반하고 있다고 할 것이다. 그렇지 않다면 애초부터 국가가 정신장애인을 차별하기 위한 목적으로 장애인복지법 제15조를 제정하였다고 보아야 할 것이다. 그러나 이런 해석은 국가 차원의 조직적 차별행위가 있었다는 것을 의미하기 때문에 쉽게 납득할 수는 없을 것이다. 결국 미이행된 국가차원의 책임인 정신장애인을 위한 탈시설과 주거지원, 재활시설의 보장책임을 정신건강복지법을 통해 하루속히 이행하여야 할 것이다.

3. 정신재활시설의 정신장애인 회복 지원 체계 적절성 검토

다른 한편, 정신재활시설이 비록 숫자가 적다고 하더라도 정신장애인의 회복을 위한 지원을 할 수 있는 체계를 가지고 있는지를 검토하는 것도 중요한 부분이다. 정신재활시설이 정신장애인의 회복을 위한 지원을 체계적으로 하기 위해서는 재활시설의 목적 또는 제공하고자 하는 서비스의 회복 관련 목적, 제공하는 서비스가 개인맞춤형의 지원인지, 제공하는 서비스의 유형이 다양한지, 제공하는 서비스의 다양성과 질을 보장할 정도의 인력이 제공되는지, 이에 맞는 예산이 제공되는지 등을

살펴볼 필요가 있다. 아래에서는 정신건강복지법, 동법 시행령, 시행규칙에서 이를 어떻게 규율하고 있는지를 살펴본다.

〈표 2-38〉 정신재활시설의 서비스 품질 보장을 위한 법규정

항목	내용
재활시설의 목적	• 법률: 재활시설의 설립목적에 관한 규정이 없음.
	• 시행령: 설립목적에 관한 규정이 없음
	• 시행규칙: 시행규칙 별표 10에서 설립목적을 유추할 수 있음
재활시설에서 제공하는 서비스와 회복의 관련성	• 법률: 없음
	• 시행령: 없음
	• 시행규칙: 없음. 재활시설이 제공하는 서비스의 기능만 언급
개인맞춤형 서비스 제공의 보장 장치	• 법률: 없음
	• 시행령: 없음
	• 시행규칙: 없음
제공하는 서비스 유형의 다양성 보장장치	• 법률: 없음
	• 시행령: 없음
	• 시행규칙: 없음
제공하는 서비스의 다양성과 질을 보장할 인력의 제공	• 법률: 없음
	• 시행령: 없음
	• 시행규칙: 별표 8에서 인력규정을 두고 있음
예산의 지원	• 법률: 법제25조 제5항에서 위탁 운영할 수 있도록 하였지만, 위탁 운영할 때 예산 지원의 법적 기준에 관한 규정은 없음
	• 시행령: 예산지원의 법적 기준에 관한 규정은 없음
	• 시행규칙: 예산지원에 관한 법적 기준에 관한 규정은 없음

자료: 법제처 국가법령정보센터(2020) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률, 시행령, 시행규칙 내용 정리

정신건강복지법 및 관련 법령을 보면 재활시설의 목적이라든지, 재활서비스와 회복관련성이라든지, 개인맞춤형 서비스 제공을 보장하는 장치나 서비스 유형의 다양성을 보장하는 장치, 서비스 제공 인력의 적정성, 예산지원의 기준 등에 관하여 구체적으로 규정하고 있는 것은 거의 전무하다. 목적과 계획 없는 정신재활시설 서비스 제공이라고 해도 과언이 아닐 것이다. 그 결과 개별 정신재활시설의 장의 의지와

비전에 따라 매우 상이한 서비스가 제공될 수 밖에 없을 것이다. 이 점은 시행규칙 별표에 있는 정신재활시설의 구체적인 종류에 관한 규정을 보더라도 마찬가지이다. 즉 제공되는 서비스를 단순 나열하는 것에 그치고 있다.

〈표 2-39〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙(별표 10)

정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업(제19조 관련)

종류	사업	
1. 생활시설	가정에서 생활하기 어려운 정신질환자등에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등의 서비스를 제공하며, 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원하는 시설	
2. 재활훈련시설	가. 주간재활시설	정신질환자등에게 작업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설
	나. 공동생활가정	완전한 독립생활은 어려우나 어느 정도 자립능력을 갖춘 정신질환자등이 공동으로 생활하며 독립생활을 위한 자립역량을 함양하는 시설
	다. 지역사회전환시설	지역 내 정신질환자등에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응훈련 등의 서비스를 제공하는 시설
	라. 직업재활시설	정신질환자등이 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
	마. 아동·청소년정신건강지원시설	정신질환 아동·청소년을 대상으로 한 상담, 교육 및 정보제공 등을 지원하는 시설
3. 중독자재활시설	알코올 중독, 약물 중독 또는 게임 중독 등으로 인한 정신질환자등을 치유하거나 재활을 돕는 시설	
4. 생산품판매시설	정신질환자등이 생산한 생산품을 판매하거나 유통을 대행하고, 정신질환자등이 생산한 생산품이나 서비스에 관한 상담, 홍보, 마케팅, 판로개척, 정보제공 등을 지원하는 시설	
5. 종합시설	제1호부터 제4호까지의 정신재활시설 중 2개 이상의 정신재활시설이 결합되어 정신질환자등에게 생활지원, 주거지원, 재활훈련 등의 기능을 복합적·종합적으로 제공하는 시설	

자료: 법제처 국가법령정보센터(2020) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률 시행규칙(별표 10)

한편 정신재활시설이 정신장애인의 회복에 도움이 될 수 있는 서비스를 제공하도록

록 하는 것은 지역사회에서 독립하여 생활하는 것과 유사한 환경에서 훈련이 필요하기 때문일 것이다. 그것을 보장하고 있는지는 정신건강복지법 시행규칙 별표 7을 보면 알 수 있다.

〈표 2-40〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙(별표 7)

정신재활시설의 시설기준 및 수용인원기준(제17조 제1항 제3호 관련)

구분	세부유형	시설기준 및 수용인원
1. 공통사항		<p>가. 대중교통수단을 통한 접근이 편리한 곳에 설립할 것</p> <p>나. 입소자·이용자의 건강·안전 및 생활편의에 적합한 시설을 갖출 것</p> <p>다. 「화재예방, 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률」이 정하는 바에 따라 소화설비 등 소방시설을 갖추고, 비상구를 설치하는 등 화재 예방, 소화 및 비상대피에 필요한 조치를 할 것</p> <p>라. 겨울에도 상당한 시간의 일조량을 확보할 수 있을 것</p> <p>마. 적당한 냉방장치·난방장치 및 통풍장치를 갖출 것</p> <p>바. 상담실, 사무실, 식당, 조리실 및 화장실을 갖출 것</p> <p>사. 정신재활시설의 종류별 규모에 적합한 시설면적·부지면적을 확보할 것</p> <p>아. 제2호에 따른 생활시설, 제3호에 따른 재활훈련시설 중 지역사회전환시설, 제4호에 따른 중독자재활시설 및 제6호에 따른 종합시설이 남·여 공용시설인 경우에는 침실 및 목욕실을 남성용과 여성용으로 구분하고, 제3호에 따른 재활훈련시설 중 공동생활가정의 경우에는 남성 또는 여성만으로 운영할 것</p>
2. 생활시설		<p>가. 시설: 다음 시설을 갖출 것. 이 경우 입소자가 24시간 휴식, 취침 등 일상 생활을 할 수 있는 공간으로서 응접실과 침실을 말하는 거실(복도·통로, 관리인 침실, 사무실, 상담실, 다락, 식당, 조리실, 화장실, 목욕실, 세탁장, 건조장 등은 제외한다)의 면적(이하 이 표에서 "거실면적"이라 한다)은 입소자 1명당 4.3제곱미터 이상이어야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 응접실(독립된 방이 아닌 개방공간을 포함한다) 2) 침실 3) 목욕실 4) 재활훈련실 5) 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실 6) 세탁장 및 건조장 <p>나. 정원: 입소정원 50명 이하</p>
3. 재활훈련시설	가. 주간재활 시설	<p>1) 시설: 다음 시설을 갖출 것</p> <ol style="list-style-type: none"> 가) 재활훈련실(면적은 이용자 1명당 3.3제곱미터 이상이어야 한다) 나) 휴게실 다) 집단활동실
	나. 공동생활 가정	<p>1) 시설: 다음 시설을 갖출 것. 이 경우 거실면적은 입소자 1명당 4.3제곱미터 이상이어야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 가) 응접실(독립된 방이 아닌 개방공간을 포함한다) 나) 침실(입소정원 4명인 시설은 1실 당 2명 이하, 입소정원 5명 이상인 시설은 1실 당 3명 이하이어야 한다.)

구분	세부유형	시설기준 및 수용인원
		다) 목욕실 라) 세탁장 및 건조장 마) 상담실 및 사무실(상담실 및 사무실은 같은 공간을 함께 사용할 수 있다) 2) 정원: 입소정원 4명 이상 6명 이하
	다. 지역사회 전환시설	1) 시설: 다음 시설을 갖출 것. 이 경우 거실면적은 입소자 1명당 4.3제곱미터 이상이어야 한다. 가) 응접실(독립된 방이 아닌 개방공간을 포함한다) 나) 침실 다) 목욕실 라) 재활훈련실 마) 자원봉사자 및 보호자 대기실 또는 휴게실 바) 세탁장 및 건조장 2) 정원: 입소정원 25명 이하
	라. 직업재활 시설	1) 시설: 다음 시설을 갖출 것 가) 직업재활훈련실(면적이 이용자 1명당 3.3제곱미터 이상이어야 한다) 나) 재활상담실, 사무실 및 휴게실(재활상담실, 사무실 및 휴게실은 같은 공간을 함께 사용할 수 있다) 다) 근로활동을 위한 시설
	마. 아동·청소년 정신건강지원시설	1) 시설: 다음 시설을 갖출 것 가) 제1호에 따른 공동사향의 시설(식당 및 조리실은 제외한다) 나) 휴게실 다) 프로그램실(면적은 이용자 1인당 3.3제곱미터 이상이어야 한다)
4. 중독자재활시설		가. 시설: 다음 시설을 갖출 것. 이 경우 거실면적은 입소자 1명당 4.3제곱미터 이상이어야 한다. 1) 응접실(독립된 방이 아닌 개방공간을 포함한다) 2) 침실 3) 목욕실 4) 집단활동실 또는 직업재활훈련실 5) 휴게실 6) 세탁장 및 건조장 나. 정원: 입소정원 50명 이하
5. 생산품판매시설		가. 시설: 다음 시설을 갖출 것 1) 판매장(면적이 33제곱미터 이상이어야 한다) 2) 상담실 및 사무실(상담실 및 사무실은 같은 공간을 함께 사용할 수 있다)
6. 종합시설		가. 시설: 다음 시설을 갖출 것 1) 강당 또는 회의실 2) 2개 이상을 결합한 각각의 정신재활시설이 갖추어야 하는 시설

* 비 고

- 정신재활시설(제3호에 따른 재활훈련시설 중 공동생활가정 및 지역사회전환시설은 제외한다)의 장은 입소정원 또는 이용정원의 100분의 10 범위에서 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 인정하는 경우에는 정신질환자들을 추가로 입소 또는 이용하게 할 수 있다.
- 위 표 제5호에 따른 생산품판매시설은 이용자와 종사자가 이용하거나 일을 하는데 불편함이 없도록 그 규모를 적정히 유지하여야 한다.
- 위 표에 따른 시설기준 및 수용인원에 관한 세부 사항에 관하여는 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
 자료: 법제처 국가법령정보센터(2020) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률 시행규칙(별표7)

위 표에서 알 수 있듯이, 정신장애인이 거주하는 생활시설의 경우 침실과 응접실이 1인당 4.3평방미터이면 기준을 충족하게 된다. 이는 1평이 조금 넘는 공간에서 주거와 생활을 하는 것을 의미한다. 이 정도의 공간은 생활시설이 재활시설로 기능하기보다 또 다른 형태의 “시설”로 전락할 수 있는 규모에 불과하다. 여타의 시설도 회복지향의 재활서비스를 제공하기에는 현저히 미달되는 시설조건만을 제시하고 있다.

인력기준은 시행규칙 별표 8에서 정하고 있다. 아래 표가 별표 8이다. 아래 표에서 보듯이 회복지향의 재활서비스를 제공하기에는 인력이 매우 부족하다고 할 수 있다. 달리 말하면 개인 맞춤형 지원을 제공하기에는 거의 불가능한 인력구조이며, 집단적이고 획일적인 재활지원 이상을 제공하기에도 역부족인 구조이다. 만일 현실에서 개인맞춤형 서비스를 제공하고 있다면, 이는 대체로 종사자의 헌신이라 볼 수 있을 것이다.

〈표 2-41〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙(별표 8) : 정신재활시설의 유형별 종사자의 수

정신재활시설 종사자의 수 및 자격기준(제17조 제1항 제4호 관련)

1. 정신재활시설의 유형별 종사자의 수

구분	세부유형	종사자의 수
가. 생활시설		1) 시설의 장: 1명 2) 정신건강전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원: 입소정원 15명당 각 1명을 두되, 그 끝수 인원이 8명 이상인 경우에는 각 1명을 추가한다. 3) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당한다) 4) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당한다)
나. 재활 훈련 시설	1) 주간재활시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원: 이용인원 15명당 1명을 두되, 그 끝수 인원이 8명 이상인 경우에는 1명을 추가한다. 다) 재활활동요원: 이용인원 20명당 1명을 두되, 그 끝수 인원이 11명 이상인 경우에는 1명을 추가한다. 라) 재활활동보조원: 이용인원 30명당 1명을 두되, 그 끝수 인원이 16명 인 이상인 경우에는 1명을 추가한다. 마) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당한다)

구분	세부유형	종사자의 수
	2) 공동생활가정	가) 시설의 장: 1명 나) 시설의 장은 같은 특별자치시·특별자치도·시·군·구에서 3개까지 공동생활가정을 함께 관리할 수 있다. 다) 시설의 장이 3개의 공동생활가정을 관리하는 경우에는 재활활동요원 1명을 둔다.
	3) 지역사회전환 시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원: 입소정원 15명당 각 1명을 두되, 그 끝수 인원이 8명 이상일 경우에는 각 1명을 추가한다. 다) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당한다) 라) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당한다)
	4) 직업재활시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원: 1명 다) 재활활동요원: 이용인원 15명당 1명을 두되, 그 끝수 인원이 8명 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 라) 재활활동보조원: 이용인원 30명당 1명을 두되, 그 끝수 인원이 16명 이상일 경우에는 1명을 추가한다.
	5) 아동·청소년 정신건강지원 시설	가) 시설의 장: 1명 나) 정신건강전문요원: 이용인원 15명 당 1명을 두되, 그 끝수 인원이 8명 이상일 경우에는 1명을 추가한다. 다) 재활활동요원: 이용인원 20명 당 1명을 두되, 그 끝수인원이 11명 이상인 경우에는 1명을 추가한다. 라) 재활활동보조원: 이용인원 30명 당 1명을 두되, 그 끝수인원이 16명 이상인 경우에는 1명을 추가한다.
	다. 중독자재활시설	1) 시설의 장: 1명 2) 정신건강전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원: 입소정원 15명당 각 1명을 두되, 그 끝수 인원이 8명 이상일 경우에는 각 1명을 추가한다. 3) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당한다) 4) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당한다)
	라. 생산품판매시설	1) 시설의 장: 1명 2) 재활활동요원, 관리인 또는 사무원: 1명 이상
	바. 종합시설	1) 시설의 장: 1명 2) 정신건강전문요원 가) 이용인원 15명당 1명을 두되, 그 끝수 인원이 8명 이상인 경우에는 1명을 추가한다. 나) 입소자가 있는 경우에는 입소인원 15명당 1명을 추가 배치하되, 그 끝수 인원이 8명 이상인 경우에는 1명을 추가한다.

구분	세부유형	종사자의 수
		3) 재활활동요원, 재활활동보조원 가) 이용인원 30명당 각 1명을 두되, 그 끝수 인원이 16명 이상인 경우에는 각 1명을 추가한다. 나) 입소자가 있는 경우에는 입소인원 10명당 각 1명을 추가 배치하되, 그 끝수 인원이 6명 이상인 경우에는 각 1명을 추가한다. 4) 조리원: 1명(입소인원이 15명 이상인 시설에만 해당한다) 5) 영양사: 1명(상시 1회 50명 이상에게 식사를 제공하는 시설에만 해당한다) 6) 이용인원과 입소인원은 중복 계산할 수 없다.

* 비 고

- 지역적 인력수급 여건에 따라 위 표에 따른 정신건강전문요원 채용이 곤란한 경우에는 정신건강전문요원 인원수 중 1명은 재활활동요원 1명으로 대체하여 채용할 수 있다.
 - 정신재활시설의 장은 나목에 따른 재활훈련시설 중 공동생활가정을 2개 이상 관리하는 경우를 제외하고는 상근이어야 한다.
 - 정신재활시설 종사자의 자격
 - 정신재활시설의 장은 다음의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다.
 - 정신건강의학과 전문의
 - 정신건강전문요원
 - 정신건강증진시설 및 정신재활시설에서 5년 이상 근무한 경력이 있는 자로서 사회복지법인이나 그 밖의 비영리법인의 대표
 - 나목에 따른 재활훈련시설 중 공동생활가정의 경우에는 간호사, 사회복지사 또는 임상심리사 면허 또는 자격을 취득한 후 정신건강증진시설 및 정신재활시설에서 5년 이상 근무한 경력이 있는 사람
 - 나목에 따른 재활훈련시설 중 직업재활시설의 경우에는 「장애인복지법」 제58조 제1항 제3호에 따른 장애인직업재활시설에서 5년 이상 근무한 사회복지사 또는 5년 이상 그 시설의 장으로서 운영한 경력이 있는 사람
 - 재활활동요원은 다음의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다. 다만, 제1호 나목 2)에 따라 공동생활가정에 두는 재활활동요원은 간호사, 사회복지사 또는 임상심리사의 자격이 있는 사람으로 한다.
 - 간호사, 사회복지사 또는 작업치료사 자격을 취득한 사람
 - 「국가기술자격법」에 따른 임상심리사 자격을 취득한 사람
 - 재활활동보조원은 정신질환에서 스스로 회복하여 다른 사람을 돌볼 수 있는 사람 또는 정신질환자의 재활 및 사회적응을 위한 지식과 경험을 갖춘 사람으로 한다.
 - 영양사는 「국민영양관리법」에 따른 영양사 면허를 취득한 사람으로 한다.
- 자료: 법제처 국가법령정보센터(2020) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률 시행규칙(별표8)

다른 한편, 정신재활시설이 제공하는 서비스의 품질기준이 있어야, 그 품질을 제공할 때의 단가기준이나 예산지원 등이 책정될 수 있을 것이다. 마찬가지로 예산지원의 법적 기준이 있어야 그것에 부합하는 서비스제공을 할 수 있도록 하는 것이 가능할 것이다. 그러나 정신건강복지법에는 이에 대한 기준이 없다.

단적으로 말하면 정신재활시설에서 제공하는 재활서비스는 정신장애인의 ‘회복지향’ 관점이 없으며, 정신장애인의 개인적 필요성에 맞춘 회복 프로그램을 제공할 수 있는 법적 근거가 없고, 질 높은 서비스를 제공할 수 있도록 보장하는 예산지원의

기준도 없다. 정신장애인에 대한 재활서비스는 대체로 주먹구구로 이루어지고 있다고 해도 과언이 아니다. 법구조로 보면, 정신장애인을 위한 재활서비스는 사회의 잔여적 존재에 대한 시혜적 지원을 벗어나지 못하고 있다고 해도 과언이 아니다. 지역 사회 기반의 서비스임에도 이렇다면, 시설에 갇힌 정신장애인에 대해서는 사회에서의 격리를 지속시키기 위한 정책 이상을 제공하기는 매우 어려울 것이다.

제4절 정신장애인을 위한 지방자치단체 차원의 노력: 조례를 통한 분석

1. 국민의 정신건강증진과 지방자치단체의 책임

정신건강복지법 제4조는 국가와 지방자치단체의 책무에 관하여 다음과 같은 규정을 두고 있다.

〈표 2-42〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제4조

제4조(국가와 지방자치단체의 책무)

- ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회적응 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 권익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 시책을 수립하고 그 추진을 위하여 노력하여야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 모든 차별 및 편견을 해소하고 차별받은 정신질환자등과 그 가족의 권리를 구제할 책임이 있으며, 정신질환자등과 그 가족에 대한 차별 및 편견을 해소하기 위하여 적극적인 조치를 하여야 한다.
- ⑤ 국가와 지방자치단체는 정신질환자들의 적절한 치료 및 재활과 자립을 지원하기 위하여 정신질환자등과 그 가족에 대하여 정신건강증진사업 등에 관한 정보를 제공하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

자료: 법제처 국가법령정보센터(2020) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률 제4조

정신질환의 예방, 정신질환자들의 치료, 재활, 지역사회 독립생활 지원은 국가만이 아니라 지방자치단체의 책임이라는 것을 정신건강복지법 제4조에서 정하고 있다. 이런 책임을 이행하기 위해 보건복지부장관은 국가계획을 수립하고, 시·도지사는 광역자치단체 차원의 지역계획을 수립하고, 기초지방자치단체는 각 계획을 실행하기 위한 시행계획을 마련하여야 한다. 그러나 광역지방자치단체는 국가계획의 테두리 내에서만 지역계획을 수립하여야 하는 것도 아니며, 기초자치단체 역시 지역계획의 범위 내에서만 시행계획을 수립하여야 하는 것은 아니다. 지방자치법 제9조 제2항제2호에 따라 법률의 규정에 반하지 않는 범위에서 독자의 계획을 수립하여 시행할 수 있다.

〈표 2-43〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제7조

제7조(국가계획의 수립 등)

- ① 보건복지부장관은 관계 행정기관의 장과 협의하여 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획(이하 "국가계획"이라 한다)을 수립하여야 한다.
- ② 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 국가계획에 따라 각각 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다) 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획(이하 "지역계획"이라 한다)을 수립하여야 한다. 이 경우 해당 지역 계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획과 연계되도록 하여야 한다.
- ③ 국가계획 또는 지역계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.
 1. 정신질환의 예방, 상담, 조기발견, 치료 및 재활을 위한 활동과 각 활동 상호 간 연계
 2. 영·유아, 아동, 청소년, 중·장년, 노인 등 생애주기(이하 "생애주기"라 한다) 및 성별에 따른 정신건강 증진사업
 3. 정신질환자의 조기퇴원 및 사회적응
 4. 적절한 정신건강증진시설의 확보 및 운영
 5. 정신질환에 대한 인식개선을 위한 교육·홍보, 정신질환자의 법적 권리보장 및 인권보호 방안
 6. 전문인력의 양성 및 관리
 7. 정신건강증진을 위한 교육, 주거, 근로환경 등의 개선 및 이와 관련된 부처 또는 기관과의 협력 방안
 8. 정신건강 관련 정보체계 구축 및 활용
 9. 정신질환자와 그 가족의 지원
 10. 정신질환자의 건강, 취업, 교육 및 주거 등 지역사회 재활과 사회참여
 11. 정신질환자에 대한 복지서비스의 연구·개발 및 평가에 관한 사항
 12. 정신질환자에 대한 복지서비스 제공에 필요한 재원의 조달 및 운용에 관한 사항
 13. 그 밖에 보건복지부장관 또는 시·도지사가 정신건강증진을 위하여 필요하다고 인정하는 사항
- ④ 보건복지부장관과 시·도지사는 국가계획 및 지역계획의 수립·시행에 필요한 자료의 제공 및 협조를 관계 행정기관, 정신건강증진시설 및 관련 기관·단체 등에 요청할 수 있다. 이 경우 요청받은 기관·시설·단체 등은 자료의 제공이 법령에 위반되거나 정상적인 업무수행에 뚜렷한 지장을 초래하는 등의 정당한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다.
- ⑤ 국가계획 및 지역계획을 수립할 때에는 「장애인복지법」 제10조의2에 따른 장애인정책종합계획과 연계되도록 하여야 한다.

- ⑥ 보건복지부장관은 5년마다 정신질환자의 인권과 복지증진 추진사항에 관한 백서를 발간하여 공표하여야 한다.
- ⑦ 국가계획 및 지역계획의 수립 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제8조(시행계획의 수립·시행 등)

- ① 보건복지부장관과 시·도지사는 각각 국가계획과 지역계획에 따라 매년 시행계획을 수립·시행하여야 하고, 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 매년 관할 시·도의 지역계획에 따라 시행계획을 수립·시행하여야 한다. 다만, 시·도지사나 시장·군수·구청장이 지역계획의 시행계획 내용을 포함하여 「지역보건법」 제7조제2항 및 제8조에 따라 연차별 시행계획을 수립·시행하는 경우에는 본문에 따른 시행계획을 별도로 수립·시행하지 아니할 수 있다.
- ② 보건복지부장관은 국가계획 및 지역계획의 시행 결과를, 시·도지사는 해당 지역계획의 시행 결과를 각각 대통령령으로 정하는 바에 따라 평가할 수 있다.
- ③ 제1항에 따른 시행계획의 수립·시행에 필요한 자료의 제공 및 협조에 관하여는 제7조제4항을 준용한다. 이 경우 "보건복지부장관과 시·도지사"는 "보건복지부장관과 시·도지사 및 시장·군수·구청장"으로, "국가계획 및 지역계획"은 "국가계획 및 지역계획의 시행계획"으로 본다.
- ④ 제1항에 따른 시행계획의 수립절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

자료: 법제처 국가법령정보센터(2020) 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스에 관한 법률 제7조

특히 정신건강복지법 제7조 제3항에 포함된 지역계획 사항을 광역지방자치단체만이 아니라 기초지방자치단체 역시 조례로 제정하여 독자적으로 국민의 정신건강 증진, 정신건강에 문제가 있는 당사자(정신질환으로 진단받은 사람)의 회복, 지역사회 내에서의 치료, 재활, 병원입원 환자의 경우 조기퇴원 등을 지원하기 위한 정책을 실시할 수 있는 권한이 있다. 법률로 주어진 지방자치단체의 권한을 어떻게 행사하고 있는지는 조례를 통해 확인할 수 있다.

2. 조례의 현황

아래는 광역별로 조례가 있는 지방자치단체를 검색하여 정신건강복지법상의 권한 사항 중 어떤 항목을 조례로 제정하여 정책을 실시하고 있는지를 분석한 내용이다. 조례항목은 지방자치단체가 필수적으로 제공하여야 서비스와 제공여부를 선택할 수 있는 것으로 분류하여 어떤 항목이 조례로 제정되어 제도적으로 뒷받침되고 있는지를 분석하였다. 지방자치단체가 필수적으로 제공하여야 하는 서비스는 정신건강복지센터를 두는 것, 정신건강심의위원회 및 정신건강심사위원회를 두고 정신질환자의 입원치료 및 외래명령에 대한 사항을 심의·심사하는 것(정신건강복지법

제53조 이하)이 있다. 그 밖의 것은 선택적으로 제공할 수 있다. 여기서의 분석은 첫째, 필수적인 서비스 이외에 지방자치단체는 조례로 선택적 서비스를 제공하는가, 둘째, 정신재활시설에 관한 내용을 조례로 규정하고 있는가, 셋째, 선택적 서비스는 의료모델에 따른 치료중심인가, 아니면 당사자의 지역사회 독립생활을 지원하는 것에 초점을 맞추는가, 넷째, 위기쉼터, 일상쉼터와 같이 정신장애인 당사자의 대안적 복지서비스를 제공할 수 있는 근거가 조례에 있는가, 다섯째, 정신장애인 당사자의 취업을 위해 동료지원활동을 조례로 정하고 있는가 등을 기준으로 하였다.

〈표 2-44〉 강원도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○	×	×	○	- 정신건강증진사업 - 정신건강상 문제의 조기발견 체계 구축 - 복지서비스(고용촉진 및 직업재활, 문화·예술·여가 체육활동, 지역사회 통합, 정신질환자와 그 가족에 대한 지원) - 치료비와 약제비 지원
동해시	○	○	○	×	×
삼척시	○	×	×	×	×
속초시	○	×	×	×	- 위기지원 일시보호쉼터 - 의료비 지원
원주시	○	○	○	×	- 중독관리통합지원센터 - 직업재활지원 - 비용지원(진단 및 치료)
정선군	○	×	×	×	- 의료비 경감 및 보조
춘천시	○ (정신건강증진시설)	○	○	×	×
홍천군	○	×	×	×	×
강릉시	○	×	×	○	- 중독관리통합지원센터

강원도 내의 기초자치단체의 경우 필수항목인 정신건강심의위원회와 정신건강심사위원회에 관하여도 조례로 규정하지 않은 곳이 적지 않고, 선택적으로 제공할 수 있는 서비스 중 재활시설에 관한 조례가 있는 지역은 강릉시밖에 없다. 주목할 수 있는 부분은 속초시의 위기지원 일시보호쉼터, 직업재활지원 등이 정신질환 당사자의

욕구에 좀 더 부합하는 서비스이고, 여타 비용지원은 의료비지원에 국한되어 있을
 을 알 수 있다. 그러나 직업재활지원 등을 규정하더라도 정신장애인 당사자가 가장
 잘 할 수 있는 '동료지원활동' 등을 조례로 정하지 않은 것은 직업재활의 실효성을
 떨어뜨리는 것이 될 것이다. 결론적으로 강원도 내의 지방자치단체는 정신장애인을
 위한 복지서비스 지원에 대한 관심이 매우 낮은 것으로 평가할 수 있을 것이다.

〈표 2-45〉 경기도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○	○	○	○	- 독립정신병원 - 동료지원활동 지원 - 위기센터 - 위기대응체계
고양시	○	X	X	X	- 아동·청소년 정신건강복지센터 - 중독관리통합지원센터 - 치료 및 재활지원(응급입원비, 재활 지원비, 행정입원비, 외래치료비, "민 간-공공협력")
가평군	○	○ (기초정신건강심의위원 회)	○ (기초정신건강심사위원 회)	X	X
광명시	○	X	X	X	X
광주시	○	X	X	X	- 지원 및 자립촉진 (가정병상지원비, 외래의료비, 응급입원비, 응급후송비, 자립촉진비)
구리시	○	X	X	X	- 의료비 등 지원 (가정병상지원비, 외 래치료비, 응급입원비, 응급후송비, 자립촉진비)
군포시	○	X	X	X	X
남양주시	○	X	X	X	X
동두천시	○	X	X	X	- 지원 및 자립촉진 (가정병상지원비, 외래의료비, 응급입원비, 응급후송비, 자립촉진비)
부천시	○	X	X	○	X
성남시	○	X	X	X	- 소아청소년 정신건강복지센터 - 중독관리통합지원센터 - 지역사회거주·치료·재활 등 통합지원 - 지원 및 자립촉진 (초기진단비, 외래 치료비, 응급인원 및 후송비, 취업자 립촉진비) - 외래 치료 명령 - 민간-공공협력

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의회위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
수원시	○ (정신건강센터)	X	X	○	- 자립지원 (취업자립촉진비) - 지역사회정신건강사업 - 중독관리통합지원센터
시흥시	○	X	X	X	X
안산시	○	X	X	X	- 중독관리통합센터
안성시	○ (정신건강증진센터)	○ (정신보건심의 위원회)	X	X	X
김포시	○	X	X	X	X
양주시	○	X	X	X	X
안양시	○	X	X	○	- 정신건강검진 및 검진비 지원
양평군	○	X	X	X	X
여주시	○	X	X	X	X
연천군	○ (정신건강증진센터)	X	X	X	X
오산시	○	X	X	X	X
용인시	○	X	X	X	.
의왕시	○	X	X	X	X
의정부시	○	X	X	X	- 중독관리통합지원센터
이천시	○ (정신보건센터)	X	X	X	X
파주시	○	X	X	X	- 중독관리통합지원센터 - 지원 및 자립촉진(자립촉진비, 의료지원비)
평택시	○ (정신건강증진센터)	X	X	X	- 사회복지시설
하남시	○	X	X	X	- 지원 및 자립촉진 (가정병상지 원비, 의료비, 응급후송비, 자립 촉진비)
화성시	○	X	X	X	X
포천시	○	X	X	X	X

경기도의 경우 광역자치단체 차원에서는 정신장애인을 위한 지원이 조례상으로는 상대적으로 더 많이 구비하고 있다고 할 수 있다. 그러나 기초자치단체의 경우

재활시설에 관한 규정이 없는 곳이 압도적이다. 서비스 제공을 선택할 수 있는 영역도 전부 병원치료와 관련된 사항이고, 당사자의 욕구를 반영한 서비스는 전무한 실정이다. 당사자를 위한 위기쉼터, 신체장애인을 위한 주간보호서비스에 비견할 수 있는 일상쉼터, 동료지원가의 양성과 교육, 정신질환 당사자의 권익옹호를 위한 서비스에 관한 규정을 두고 있는 기초자치단체는 찾아 볼 수 없다. 경기도 광역자치단체의 조례에서 동료지원에 관한 규정이 2020년 신설되었지만 아직 그것이 당사자의 직업활동과 연계될 수 있는 구조인지는 불명확하다.

〈표 2-46〉 경상남도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역	○	×	×	×	- 도교육청 학생 정신건강증진 - 위기대응협력체계 - 맞춤형 복지서비스 - 의료비와 약제비 등 지원 - 독립정신병원
밀양시	○	×	×	×	×
양산시	○	×	×	×	- 중독관리통합지원센터
의령군	○	×	×	×	- 의료비 지원(초기 진단비, 외래치료비, 응급입원비, 행정입원비)
창원시	○	×	×	×	- 맞춤형 복지서비스 - 의료비 등 지원
하동군	○	×	×	×	×
함안군	○	×	×	×	- 치료와 상담에 따른 비용 지원
합천군	○	×	×	×	×
고성군	○	×	×	×	×

경상남도의 경우 광역자치단체 차원에서는 위기대응체계, 맞춤형 복지서비스에 관한 규정등을 두고 있다. 조례상으로는 선택적 서비스에 대해서도 관심을 표명하고 있다고 할 수 있다. 그러나 기초자치단체의 경우는 선택적 서비스에 대해 조례로 정한 곳은 거의 없다. 정신재활시설에 대한 조례를 두고 있는 곳은 전무하고, 당사자의 회복과 지역사회 독립생활을 지원할 수 있는 서비스는 전연 제공하지 않고 있다. 기타 사항으로 조례로 규정한 것조차 전부 의료비지원이나 병원치료에 관한 것

에 불과하다. 경상남도 역시 의료모델에 입각하여 정신장애에 대한 무관심이 지배하고 있다고 해도 과언이 아니다.

〈표 2-47〉 경상북도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○ (정신건강증진센터)	X	X	X	- 실태조사 - 정신건강증진사업 - 정신보건사업지원단 - 응급 정신의료서비스 지원 및 협력체계 구축
청송군	○	○ (기초정신건강심의위원회자문)	X	X	X
상주시	○	○	X	X	X
칠곡군	○	X	X	X	X
경주시	○	X	X	X	X

경상북도는 광역자치단체 차원에서도 정신장애인에 대한 관심이 매우 낮은 것으로 조례상 나타난다. 기초자치단체 차원에서도 재활시설에 관한 조례는 찾아 볼 수 없다. 그 밖에 지방자치단체의 권한으로 선택적으로 제공할 수 있는 서비스도 없고, 광역차원의 조례도 병원치료에 관한 것이지, 당사자의 회복과 지역사회 독립생활과 관련된 것은 전무하다. 경상북도 역시 선택적 서비스에 관한 부분 역시 의료모델에 입각한 치료에 관한 것 뿐이다.

〈표 2-48〉 광주광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○	X	X	X	- 시립정신병원 - 중독관리통합지원센터 - 실태조사 - 정신건강증진사업 - 정신건강복지사업지원단 - 정신건강증진시설 - 응급 정신의료서비스 지원체계 구축

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
					- 복지서비스(고용촉진 및 직업재활 지원, 문화·예술·여가 체육활동 지원, 지역사회 통합 지원, 정보제공 및 교육) - 의료비 지원(치료비와 약제비)
동구	0	0 (동구정신건강검진 지원지역협의체-기초정신보건심의위원회와 통합·운영)	X	X	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
남구	0	X	X	X	X
북구	0	X	X	X	X
서구	0	X	X	X	X
광산구	0	0	0	X	- 중독관리통합지원센터

광주광역시 조례에서는 정신장애인을 위한 지원을 좀 더 상세히 규정하고 있다는 특징이 있다. 그러나 광역 차원의 조례도 모두 정신건강에 문제가 있는 사람을 관리하고, 병원에 입원하여 치료하는 것에 중점을 두고 있다. 광주광역시 역시 재활시설에 관한 조례가 없고, 정신건강심의위원회나 정신건강심사위원회에 관한 조례가 없다. 이는 정신장애인이 광역자치단체 차원의 정책의 입안과 집행에 참여할 수 있는 여건이 마련되어 있지 않다는 것을 의미한다. 또한 기초자치단체 차원의 조례에서 정신재활시설에 대한 내용이 없는 것은 정신장애인의 지역사회 독립생활에 대한 무관심을 잘 보여주는 것이라 할 수 있다. 따라서 기초자치단체 차원에서 당사자의 회복과 지역사회 독립생활을 지원하는 서비스는 전무하다.

〈표 2-49〉 대구광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역	0	X	X	X	- 대구정신병원 - 정신건강복지사업지원단 - 복지서비스 (직업재활, 평생교육, 문화·여가 체육 등의 영역 활동 지원)

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
남구	O	O (남구정신건강검진지원지역협의체-기초정신보건심의위원회와 통합·운영)	X	X	- 정신건강검진·상담 및 지원비
동구	O	X	X	X	X
달서구	O	X	X	X	X
북구	O	X	X	X	X
서구	X	O (서구정신건강검진지원지역협의체-기초정신보건심의위원회와 통합·운영)	X	X	- 정신건강검진·상담 및 지원비
수성구	O	X	X	X	X

대구광역시 역시 재활시설의 설치, 재활시설 서비스 제공의 원칙과 목표, 재활시설 운영 비용지원 등에 관한 조례를 두지 않고 있다. 선택적으로 제공할 수 있는 서비스도 모두 정신질환을 치료의 대상으로만 보고 비용 지원하는 것에 그치고 있다. 기초자치단체 차원의 조례에서도 재활시설에 관한 조례를 두고 있는 곳은 없다.

〈표 2-50〉 대전광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	O	X	X	O	- 도교육청 학생 정신건강지원 - 시립정신병원 - 실태조사 - 복지서비스(고용촉진 및 직업재활 지원, 약제비와 치료비 지원, 지역사회 통합지원, 문화·예술·여가 체육 활동 지원, 정보제공 및 교육지원)
중구	O	O (기초정신건강심의위원회)	X	X	- 교육청 학생 정신건강 지원
유성구	O	X	X	X	X
대덕구	O	X	X	X	X

대전광역시외의 조례 역시 정신장애인 치료에 관한 사항만 규율하고 있다. 이들이 지역사회에서 독립생활을 하기 위한 지원에 관한 내용은 규정되어 있지 않다. 한편 대전광역시 내의 기초자치단체에서 조례로 재활시설에 관한 규정을 두고 있는 곳은 없다. 광역단위의 조례에서만 재활시설 관련 조례를 두고 있다. 그 밖의 선택사항에 대해서도 기초자치단체 차원에서 조례로 서비스를 제공하는 곳은 찾아 볼 수 없다.

〈표 2-51〉 부산광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> - 시립정신병원 - 실태조사 - 정신건강증진사업 - 생애주기별 건강증진사업 - 정신질환자의 재활과 사회통합 - 응급 정신의료서비스 지원체계
기장군	○	×	×	×	×
동구	○	×	×	×	×
부산진구	○	×	×	×	×
북구	○	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> - 복지서비스 (고용촉진 및 직업재활 지원, 약제비와 치료비 지원, 지역 사회 통합 지원, 문화·예술·여가 체육활동 지원, 가족에 대한 교육 지원) - 의료비 등의 지원 입원비 및 외래 치료비)
사상구	○	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> - 복지서비스 (고용촉진 및 직업재활 지원, 약제비와 치료비 지원, 통합 지원서비스, 문화·예술·여가 체육 활동 지원, 가족에 대한 정보제공 및 교육 지원) - 의료비 등의 지원(진단과 치료에 드는 의료비 지원)
사하구	○	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강증진사업 - 복지서비스(고용촉진 및 직업재활, 지역사회 거주 및 치료·재활, 문화·예술·여가 체육활동 지원, 가족대상 정신질환자의 적절한 회복과 자립을 지원하는데 필요한 정보 및 관련 교육의 제공 - 의료비 경감·보조

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
연제구	O	X	X	X	X
영도구	O	-	-	O	- 복지서비스 (고용촉진 및 직업재활, 문화·예술·여가 체육활동 지원, 가족에 대한 지원) - 가족에 대한 정보제공과 교육 - 센터 등록 서비스 안내와 홍보 - 의료비 등의 지원
강서구	O	X	X	X	X
중구	O	X	X	X	- 맞춤형 복지서비스(고용촉진 및 직업재활 지원, 문화·예술·여가 체육활동 지원, 지역사회 통합지원, 가족에 대한 정보제공 및 교육 지원) - 의료비와 약제비 지원
해운대구	O (정신보건센터)	X	X	X	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원

부산광역시의 경우 기초자치단체 차원에서 재활시설에 관한 조례를 두고 있는 곳은 영도구 밖에 없다. 그러나 다른 지역의 기초자치단체와 달리 부산광역시의 기초자치단체는 지자체의 권한으로 제공할 선택적 서비스에 관하여 비교적 상세한 규정을 두고 있다. 정신건강의 문제에 관심이 그만큼 많다는 증표라고 할 수 있을 것이다. 또 그 서비스의 내용도 복지에 관한 사항을 다른 지자체보다 더 많이 두고 있다는 점도 고무적이다. 그럼에도 불구하고 여전히 치료에 중점을 두고 지원하는데 관심이 있다는 단점이 있다. 위기쉼터, 일상쉼터, 동료지원, 동료지원단체의 육성, 정신질환 당사자의 권익옹호, 취업지원, 주거지원 등 당사자가 요구하는 수많은 사항들은 거의 반영되어 있지 않다. 이는 광역자치단체 차원의 조례에서 정신질환치료에 관한 사항만 규정하고 있는 것도 영향을 미쳤을 것으로 보인다. 광역자치단체가 수립한 지역계획을 기초자치단체가 실행하기 위한 실행계획을 수립하는 구조인데, 광역자치단체의 조례를 보면 정신질환 치료에 관한 사항만 있기 때문이다.

〈표 2-52〉 서울특별시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○	×	×	○	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강복지사업지원단 - 지역사회통합사업(복지 서비스 개발, 지역사회 안정화지원, 치료환경의 개선, 정신질환자 사회 통합 지원, 정신질환자 가족 지원, 단체에 대한 지원) - 정신건강증진사업 - 자립생활지원사업(고용촉진 및 직업재활, 지역사회 거주 지원, 동료 지원가 양성, 권익옹호, 정신질환자 자립생활 단체 지원) - 취업지원센터 - 지역사회거주지원 - 자립생활지원센터사업 - 자립생활교육 - 시설퇴소자에대한지원
강남구	×	×	×	×	- 정신건강검진 및 검진비 지원
강동구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
강북구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원 - 치료비와약제비지원
강서구	○	×	×	×	- 치료비와 약제비 지원
관악구	○	×	×	×	
광진구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
구로구	○	×	×	×	- 50대 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
금천구	○	×	×	×	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강검진·상담 및 검진비 지원 - 정신건강증진사업 - 복지서비스(고용촉진, 문화·예술·여가 체육활동 지원, 회복과 자립 지원하는데 필요한 정보 및 교육 제공)
도봉구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원 - 중독관리통합지원센터
동대문구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원 - 정신건강증진사업
동작구	○	×	×	×	- 정신건강증진사업
마포구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
서대문구	○	×	×	×	×

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
서초구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
성북구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
노원구	○	×	×	×	- 중독관리통합지원센터 - 치료비와 약제비 지원 - 정신건강증진사업 - 50대 정신건강검진·상담 및 검진비 지원 - 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
송파구	○ (정신보건센터)	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
양천구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
영등포구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
용산구	○	×	×	×	- 진료비 및 치료비 등 지원
은평구	○	×	×	×	- 치료비와 약제비 지원
종로구	○	×	×	×	×
중구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
중랑구	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원

서울시 광역자치단체의 조례는 조금 더 인권친화적임을 알 수 있다. 취업, 자립생활지원, 동료지원, 권익옹호 등의 사항을 조례로 규정하고 있기 때문이다. 그리고 정신장애인의 지역사회 독립생활을 위한 서비스가 자립생활센터, 동료지원 등의 형태로 포함되어 있다는 점에서 전국 여타의 자치단체와 비교할 때 가장 선진적이라고 할 수 있다. 하지만 여전히 서울시의 조례는 매우 미흡하다고 평가할 수 있다. 서울시는 전국 여타의 지역과 비교할 때 상대적으로 더 많은 재원을 가지고 있음에도 불구하고 기초자치단체 차원에서 재활시설에 관한 규정을 두고 이를 제도적으로 뒷받침하려고 하는 곳이 전무 하기 때문이다. 또한 기초자치단체 차원에서 선택적으로 제공할 수 있는 서비스는 모두 정신병원에서의 치료에 초점을 맞춘 것이다. 경제, 문화, 교육 등 여러 분야에서 가장 발전된 자치단체라 할 수 있는 서울시의 정신장애 관련 인권의식이 얼마나 낮은지를 잘 보여준다고 할 수 있다.

〈표 2-53〉 전라남도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○	×	×	○	- 정신건강증진사업 - 직업재활 지원 및 고용촉진, 거주 및 치료, 재활 등 통합지원, 문화·예술·여가·체육활동 등 서비스 지원 - 재정지원
광양시	×	×	×	×	- 외래치료비 및 응급입원비 지원
고흥군	○	×	×	×	×
곡성군	○	×	×	×	×
나주시	○	×	×	×	×
목포시	○ (정신보건센터)	×	×	×	- 실태조사 - 지역사회정신보건사업
무안군	○	×	×	×	×
보성군	○	×	×	×	×
순천시	○	×	×	×	×
여수시	○	×	×	×	- 중독관리통합지원센터
영광군	○	×	×	×	- 치료비와 약제비 지원
영암군	○	×	×	×	×
완도군	○ (정신건강증진센터)	×	×	×	×
장성군	○ (정신건강증진센터)	×	×	×	×
장흥군	○	×	×	×	×
강진군	○	×	×	×	×
진도군	○	×	×	×	- 직업재활 및 고용촉진, 통합적인 행정적·경제적 지원, 문화·예술·여가·체육 활동 등 서비스 지원
화순군	○	×	×	×	- 치료비와 약제비 지원
함평군	○	×	×	×	×

전라남도의 경우 광역자치단체에서만 재활시설에 관한 규정을 구도 있고, 기초자치단체 차원에서 재활시설에 관한 사항을 조례로 정한 곳이 전무하다. 광역자치단체의 조례도 정신질환 치료에 중점을 두고 있다. 그 밖에 기초자치단체가 자신의 역량으로 선택적으로 제공할 수 있는 서비스에 관하여 조례로 뒷받침하는 소수의 지

자체가 있지만, 그것도 모두 치료에 초점을 맞춘 지원이다. 전라남도 광역자치단체 차원의 조례에는 취업이나 주거에 대한 지원을 조례로 정하고 있지만, 당사자의 회복과 지역사회 자립생활 지원이라는 관점에서 여전히 낙후되어 있다고 평가할 수 있을 것이다.

〈표 2-54〉 울산광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

구분	필수				선택
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역	X	X	X	X	X
북구	○	X	X	X	X
동구	X	X	X	X	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원

울산광역시 역시 지자체의 재정이 상대적으로 건전한 곳이라 하지만, 조례로 정신건강증진 관련 서비스를 제공하도록 보장하는 곳은 없다. 재활시설에 관한 규정도 없고, 동구가 선택적으로 제공할 수 있는 서비스를 규정하고 있지만 그것도 치료비 지원에 그치고 있다. 정신장애에 대한 낙후된 인권의식을 그대로 반영한다고 할 것이다.

〈표 2-55〉 인천광역시 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

시	필수				선택
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역	X	X	X	X	X
동구	○	X	X	X	- 중독관리통합지원센터
미추홀구	○	X	X	X	- 생애주기별 정신건강증진사업 - 중독관리통합지원센터 - 정신질환자의 재활과 사회통합 - 응급의료체계구축
부평구	○	X	X	X	- 비용지원 (초기 진단비, 외래치료비, 응급입원 및 후송비, 취업자립 촉진비)
서구	○	X	X	X	X
연수구	○	X	X	X	X
중구	○	X	X	X	X
계양구	X	X	X	X	- 외래치료비 및 응급입원비 지원

인천광역시 역시 조례로 재활시설에 관한 규정을 두고 있는 곳이 전무하다. 특별히 언급할 만한 정신장애인의 지역사회 독립생활 지원을 위한 복지지원은 전무하다. 기초자치단체의 조례 중 선택적으로 제공할 수 있는 서비스를 정한 것도 모두 병원 치료에 관한 지원에 그치고 있다.

〈표 2-56〉 전라북도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

시	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역시	○	○	×	○	- 정신건강복지사업지원단 - 평생교육지원 - 고용 및 직업 재활의 지원 - 지역사회거주·치료·재활 등 통합지원 - 문화·예술·여가·체육활동 등 지원 - 가족에 대한 정보제공과 교육 - 단체·시설의 보호·육성
남원시	○	○	○	×	- 의료비 경감·보조
무주군	○	×	×	×	×
부안군	○	×	×	×	×
익산시	○	×	×	×	×
전주시	○	×	×	×	- 실태조사 - 자립지원비
진안군	○	×	×	×	×
고창군	○	×	×	×	×

전라북도의 기초자치단체가 조례로 재활시설에 관한 규정을 둔 곳은 전무하다. 그 밖에 선택적으로 제공할 수 있는 서비스를 조례로 정한 소수의 지자체가 있지만 그것도 모두 정신질환 치료에 관한 것이다. 물론 전라북도 광역자치단체의 조례에는 취업지원, 지역사회거주에 관한 사항이 있기 때문에 그래도 약간 선진적인 부분이 있다. 그럼에도 불구하고 동료지원, 위기쉼터, 일상쉼터, 권익옹호, 자립생활지원 등을 정하지 않는 한 정신장애인 당사자의 취업 실현은 매우 어렵다. 결국 당사자의 관점에서 보면, 명목에 불과한 조례로 전략할 것이다.

〈표 2-57〉 충청남도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

시	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역	○	X	X	X	- 실태조사 - 조기발견 및 조기개입 - 정신건강증진사업 - 정신건강복지사업지원단 - 등록 활성화 - 비용지원(초기 진단비, 외래 치료비, 응급입원 및 후송비, 의료기관지원) - 복지서비스(고용촉진 및 직업재활, 지역사회통합, 문화·예술·여가·체육 활동 등 지원, 가족에 대한 지원)
계룡시	○	X	X	X	X
논산시	○	X	X	X	X
당진시	○	X	X	X	X
서산시	○	X	X	X	- 기관·단체지원
서천군	○	○ (기초정신보건심의 위원회)	○ (기초정신보건심판 위원회)	X	X
아산시 (발달및정신장애인 종합지원센터)	○	X	X	X	- 발달 및 정신장애인 지원 - 아동청소년 정신건강 지원(검사비, 치료비, 사례관리서비스, 심리상담 프로그램 운영, 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 교육 및 홍보물품 지원)
예산군	○	X	X	X	X
천안시	○	○	○	X	- 비용지원 (초기치료비, 외래치료비, 행정입원·응급입원비, 외래치료지원 제 치료비)
청양군	○	X	X	X	X
태안군	○	X	X	X	- 기관·단체지원
금산군	○	X	X	X	X

충청남도에서 조례로 재활시설에 관한 사항을 정하고 있는 곳은 전무하다. 지자체가 선택적으로 제공할 수 있는 서비스를 조례로 정한 것도 거의 대부분이 정신질환 치료에 그치고 있다. 정신장애인의 지역사회 독립생활을 위한 지원은 전무하고, 정신장애인의 취업을 실질적으로 뒷받침해 줄 제도로서 동료지원활동지원, 자립생활센터지원이 없고, 정신장애인의 치료와 돌봄에서의 선택지를 높여 줄 위기쉼터, 일상쉼터 등의 지원에 관한 내용도 없다.

〈표 2-58〉 충청북도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

시	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역	○	×	×	×	- 문제의 조기발견 - 정신건강증진사업 - 정신건강복지사업지원단 - 예방을 위한 지원 - 질환자 등에 대한 지원 (고용촉진 및 직업재활, 통합지원, 문화·예술·여가·체육활동 등 지원, 회복과 자립 위한 교육) - 의료비 경감·보조 - 단체·시설에 대한 지원
단양군	○	×	×	×	×
보은군	○	×	×	×	×
영동군	○	×	×	×	×
옥천군	○	×	×	×	×
음성군	○	×	×	×	- 정신건강검진·상담 및 검진비 지원
제천시	○	×	×	×	×
증평군	○	×	×	×	×
진천군	○	×	×	×	×
청주시	○	×	×	×	- 중독관리통합지원센터
충주시	○	×	×	×	- 정신건강증진사업 - 정신과적 응급대응체계 - 의료비 지원
괴산군	○	×	×	×	×

충청북도도 재활시설을 조례로 정한 곳은 전무하다. 지자체가 선택적으로 제공할 수 있는 서비스를 조례로 정한 것도 전부 정신질환 치료에 관한 것이다.

〈표 2-59〉 제주도 지방자치단체의 정신건강증진 관련 조례

시	필수			선택	
	정신건강복지센터	정신건강심의위원회	정신건강심사위원회	재활시설	기타
광역	○	×	×	×	- 지역사회 재활지원비, 치료비와 약제비, 응급입원비, 취업자립촉진비, 자립정착지원비 지원 - 학생 정신건강증진 - 아동·청소년 정신건강 지원

제주도의 경우에도 재활시설에 관한 사항을 조례로 정하지 않고 있다. 선택적으로 제공할 수 있는 서비스를 조례로 정한 것도 정신질환을 치료의 대상으로 보면서 치료비를 지원하는 것, 치료를 쉽게 받을 수 있도록 지원하는 것에 그치고 있다.

3. 소결

정신건강증진에 관련된 지방자치단체의 조례를 검토한 결과 다음과 같은 특징이 있음을 알게 되었다. 첫째, 정신건강복지법 제7조에 의해 지방자치단체가 자신의 권한으로 제공할 수 있는 정신장애인을 위한 다양한 복지서비스가 있음에도 불구하고 조례가 없는 지역도 상당수 있었다. 정신건강복지센터, 정신건강심의위원회, 정신건강심사위원회는 정신건강복지법에 의해 반드시 설치하여야 하는 기관이기 때문에 이것만 규정하고 있는 조례는 사실상 조례가 없는 것과 다를 바 없다. 이런 지역까지 포함하면 지방자치단체가 정신장애인을 위한 복지서비스를 제공할 권한이 있음에도 불구하고 아무런 조치를 취하지 않는 지역이 압도적이라고 할 수 있다. 나아가 정신건강복지법에 포함된 내용을 거의 단순 반복하거나 구체화하는 수준에 그치고 있는 조례도 지방자치단체가 자신의 권한을 행사하지 않는 것과 다를 바 없다. 그렇게 보면 전국의 대부분의 지방자치단체가 정신장애인을 위한 대책이 없다고 해도 과언이 아니다.

둘째, 서울, 부산과 같은 일부 광역자치단체가 정신장애인을 위한 독자의 서비스를 제공하려고 노력하고 있지만, 그것도 UN 장애인권리협약(CRPD)의 원칙인 회복 지향, 즉 지역사회 독립생활의 지원이라는 관점이 거의 반영되어 있지 않다. 직업재활, 취업지원을 조례로 정할 경우 이를 실현하기 위해서는 정신장애인이 잘 할 수 있고, 또 사회에도 크게 기여할 수 있는 직업군을 개발하려는 노력이 필수적인데 이런 노력을 하는 지자체는 전무하다. 특히 동료지원가를 양성해서 근로기준법의 적용을 받는 전일제(full time) 직업의 창출이 가장 손쉽게 할 수 있는 영역인데 이를 규정하고 시도하려는 지자체는 전무하다는 것은 놀라운 일이다. 정신장애인이 잘 할 수 있고, 사회적으로 기여할 수 있는 영역은 위기쉼터의 운영, 일상쉼터의 운영, 권익옹호기관의 활동 등이 있다. 동료지원가는 정신병원, 정신재활시설, 정신건강복지센터에 정직원으로 활동할 수도 있다. 이들의 일거리를 확장하는 것이 정신장애인의 지역사회 독립생활을 촉진시키는 것이고, 정신장애를 회복의 관점에서 접근하

는 것이다.

셋째, 정신장애인의 입원치료에 대한 대안인 위기쉼터, 장애인복지관에 준하는 당사자 중심의 일상쉼터 등 대안적 복지서비스에 관하여 규정하고 있는 조례는 전무하다는 점도 특징적이다. 달리 말하면 지방자치단체의 조례 역시 의료모델에 입각하여 정신장애인을 치료의 대상으로만 보는 관점이라고 할 수 있다.

지방자치단체의 조례를 보더라도 정신장애인에 대한 복지서비스에 무관심하다고 할 수 있는데 이는 정신건강복지법이 정신장애를 오로지 치료의 대상으로만 보고 있는 것에 그 원인이 있다고 할 수 있다. 나아가 우리 사회가 정신장애인을 일상생활과 사회생활에서 배제하기 때문이라고 할 수 있다.

제5절 법규정 분석을 통한 현행 정신장애인 정책의 문제점과 개선방안

UN 장애인권리협약(CRPD)의 관점에서 장애인복지법과 장애인 관련 법률 및 정신건강복지법의 현황을 살펴보면 다음과 같은 문제를 발견할 수 있다.

첫째, 2008년 UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준하였음에도 불구하고 우리나라의 장애인복지법은 여전히 낡은 의료모델에 입각하여 장애예방-치료-재활에 중점을 두고, 장애가 영구화될 때 비로소 사회보장급여를 지급하는 제도를 채택하고 있다. 그 결과 장애인복지법에 따른 지원을 받기 위해서는 장애인으로 등록되는 것이 매우 중요하다. 장애인등록절차는 신체 또는 정신상의 손상으로 일상생활 및 사회생활을 하는데 장애가 있는 개인들을 지원하여 일상생활과 사회생활이 가능할 수 있게 개인맞춤형 지원하기 위한 것이 아니라, 기성품으로 마련되어 있는 사회보장급여에 접근할 수 있는 자격을 부여하는 것에 초점을 맞추고 있다. 그 점에서 자기결정권존중과 의사결정지원, 지역사회 독립생활의 가치를 실현할 수 있는 일자리, 근로환경, 주거 생활 등에서 필요한 지원이 우선되지 않는 문제가 있다. 정신장애인도 영구장애가 되어야 비로소 장애인등록이 가능하기 때문에 정신질환 진단을 받아 정신병원에 입원할 정도가 된 사람은 일상생활이나 사회생활을 하는데 중대한 장애가 있음에도 불구하고 치료 이외에 일자리, 근로환경, 주거에서의 지원을 받을 수

없는 문제가 있다. 장애인복지법이 영구장애로 인해 일상생활 및 사회생활 수행이 현저히 곤란해진 사람들의 '사회통합', 즉 직업활동 및 사회생활을 최고 가치 즉 당면과제로 삼지 않기 때문이다. 장애인복지법은 그 점에서 영구장애인의 '생존'을 위한 지원에 중심이 있다고 해도 과언이 아니다. 아직도 많은 장애인이 장애인거주시설에 있는 것도 그 한 징표이고, 장애인의 고용과 주거가 최우선의 과제로 설정되어 있지 않은 것도 그 예라고 할 것이다.

둘째, 장애인복지법 내부에서 등록정신장애인에 대한 차별이 매우 크다고 할 수 있다. 특히 정신장애인의 특성에 맞는 일자리 지원사업이 없는 것, 정신장애인 단체의 육성과 지원이 없는 것 등이 가장 두드러진 차별에 해당된다고 할 것이다.¹⁶⁾

셋째, 장애인복지법 제15조에 의해 정신장애인은 장애인재활시설, 장애인거주시설, 장애인의료의 이용이 제한될 수 있다. 이는 광의의 정신장애가 여타의 장애와 다른 특성이 있기 때문에 정신장애에 고유한 지원이 필요하다는 점을 바탕으로 한 것이라면 불합리하다고 보기는 어려울 것이다. 즉 장애인복지법 제15조에 의한 적용제한은 정신장애인을 차별하기 목적이 아니라 정신건강복지법(또는 구정신보건법)에 따라 정신장애인의 특성에 맞는 별도의 재활시설, 거주시설, 의료를 제공하겠다는 전제에서 중복급여를 받지 않도록 한 것이라고 해석할 수 있고, 그렇게 보는 것이 합리적일 수 있다. 그렇다면 특히 장애인복지관, 장애인직업재활기관, 주간보호센터, 공동생활가정, 지원주거 등에 준하는 정신장애인의 특성에 맞는 서비스를 재활시설 등을 통해 제공하여야 할 것이다. 그런데 정신재활시설을 이용하는 정신질환자는 6,200여명에 불과하고, 따라서 정신재활시설의 일종인 공동생활가정을 이용하는 정신질환자도 매우 부족하며, 장애인복지관, 발달장애인 주간보호센터, 위기쉼터와 유사한 정신장애인 쉼터, 위기쉼터 등은 찾아볼 수 없다. 나아가 장애인일자리사업에 준하는 정신장애인 일자리사업, 장애인직업재활에 준하는 정신장애인 직업재활 활동의 전제가 되는 동료지원가 양성 등이 있어야 하는데, 이와 같은 지원이 정신건강복지법을 바탕으로 해서 제공되는 것은 거의 전무하다. 그 점에서 장애인복지법 제15조의 적용제외를 통해 전제하였던 정신장애인을 위한 국가의 책무를 위반하고 있다고 할 것이다.

넷째, 장애인거주시설의 탈시설정책을 확대하면서 종국적으로 시설을 없애는 것

16) 장애인자립센터는 현재 정신장애인이 센터장인 곳이 거의 없는데, 이는 정신장애인 내부의 문제이기 때문에 그것을 차별이라고 할 수는 없을 것이다.

을 지향하고 있는데 반하여, 정신장애인은 여전히 정신병원과 정신요양시설에서 장기간 거주함으로써 “시설화”의 피해를 고스란히 입고 있다. 그 점에서 정신병원 및 정신요양시설에서의 “탈시설화” 정책을 적극적으로 추진하지 않는 것도 문제라고 할 수 있다.

다섯째, 정신재활시설의 부족, 장애인 주간보호센터의 정신장애인 버전인 위기쉼터 및 일상쉼터의 부재, 정신장애인의 ‘시설화’의 문제 이외에도 정신건강복지법 내부의 문제도 적지 않다. 정신병원은 말할 것도 없지만, 정신재활시설도 정신장애인의 회복지향, 개인맞춤형 지원을 제도화하지 않고 있다. 정신장애인의 회복지향을 제도화하지 않는 것은 취업과 주거를 최우선의 당면과제로 설정하고 거기에 맞는 재활서비스를 제공하여야 할 것인데 그 점이 정신건강복지법에는 전연 규정되어 있지 않다.

여섯째, 이런 문제의 원인이 어디에 있는지도 중요한 부분일 수 있다. 가령 장애인에 대해서는 탈시설정책이 확대되고 있으며, 다양한 유형의 주거지원, 지원주택이 확대되고 있다. 장애인이 중심이 된 지역사회 독립생활을 지원하기 위한 다양한 시도들이 진행되고 있다. 그러한 움직임에 큰 기여를 한 것이 장애인자립생활센터가 자리 잡고 있을 것이다. 그러나 정신장애인은 여전히 탈시설에 대한 움직임은 없고, “인권이나 치료냐”, “치료가 인권이다”, “지역사회 정신질환자의 효과적 관리” 등의 다양한 담론을 통해 정신장애인의 시설화를 정당화시키기 위한 노력이 여전히 지속되고 있다. 이는 정신장애인의 경우 현장의 실무와 정책에 당사자의 관점과 이익이 반영될 수 있도록 하는 당사자의 목소리가 조직되어 있지 않은 점에서 기인한다. 그 원인 역시 정신장애인 등록을 영구장애 상태에서 비로소 가능하도록 하는 것과 무관하지 않을 것이다.

이상 법률의 분석을 통해 살펴본 우리나라의 정신장애인정책은 탈시설화, 지역사회 독립생활, 회복지향의 서비스를 핵심가치로 하고 있는 선진국과 비교하면 매우 후진적이라 할 수 있다. 6개월(미국) 또는 1년 이상(영국) 일상생활 또는 사회생활에 어려움을 겪는 전체 정신질환자에 대해 장애인에게 제공되는 사회보장급여, 특히 사회서비스를 제공하며, 그 이전단계의 정신질환자에 대해서도 장애의 악화를 방지하기 위한 조기개입으로서의 사회서비스를 제공하는 선진국의 예에 주목해야 할 것이다. 이런 정책이 UN 장애인권리협약(CRPD) 제12조, 제14조, 제19조의 정신을 실천하는 길이라 할 것이다.

여기에 비추어 보면 우리나라의 정신장애인은 중증의 만성정신질환자가 되어, 영구장애 상태에 도달하여야 비로소 정신장애인으로 등록될 수 있도록 장애인복지법이 구성되어 있다. 그렇기 때문에 등록 정신장애인이 다시 직업활동을 수행하기가 쉽지 않고, 결과적으로 국가의 공적부조에 의존하여 생활할 수밖에 없는 악순환에 빠질 수 있을 것이다. 반면 대다수의 정신질환자는 장애인으로 분류되지 않아서 장애인에게 제공되는 다양한 복지 지원을 받지 못하고 생활할 가능성이 높다.

이상의 검토를 통해 다음과 같은 정책적 제안을 할 수 있을 것이다.

첫째, 등록 정신장애인의 열악한 상황도 문제이지만, 정신장애인으로 등록되지 않은, 장애 있는 다수의 정신질환자가 제대로 된 지원을 받지 못하고 사회적 지원의 사각지대에 놓여 있을 개연성이 높기 때문에 이들을 포함한 포괄적인, 즉 등록 여부와 무관하게, 모든 정신장애인에 대한 사회보장급여, 특히 회복지향의 사회서비스가 제공될 필요가 있다. 국제인권규범의 관점에서 보면 정신질환·정신장애 당사자 모두 장애인으로 분류될 수 있기 때문이다. 이들에 대해 UN 장애인권리협약(CRPD)에서 요구하는 정책을 실시하여야 할 것이다.

둘째, 정신재활시설의 기능은 정신질환, 정신장애 당사자가 의미 있는 사회생활을 회복할 수 있도록 개인맞춤형 지원을 하는 것을 그 목적으로 한다는 것이 법률에 명시될 필요가 있다. 그래야만 거기에 맞추어 서비스 품질을 평가할 수도 있고, 거기에 맞추어 예산지원도 가능할 것이기 때문이다. 무엇보다도 광의의 정신장애인(등록 및 비등록 정신장애인)이 정당한 편의제공을 받으면서 다시 의미 있는 일상생활 및 사회생활을 수행하는 것을 목표로 정신건강복지법이 개정될 필요가 있다. 광의의 정신장애인을 포괄한 회복지향의 서비스가 제공되기 위해서는 정신건강복지법에 이러한 내용이 입법되는 것이 필요할 것이다.

셋째, 정신건강복지법에 광의의 정신장애인, 즉 정신장애인 및 정신질환자, 정신건강에 문제가 있는 사람(정신질환자등) 모두를 위한 권익옹호체계를 만들어, 이 권익옹호체계를 중심으로 정신건강복지법 및 장애인복지법의 지원을 확대하는 노력을 기울이게 할 필요가 있을 것이다. 그 내용은 아래 그림과 같다.



[그림 2-6] 광의의 정신장애인을 위한 권익옹호체계(안)

국내법적으로는 정신질환자로 일상생활 수행에 상당한 장애가 있는 사람도 장애인으로 등록하지 못하기 때문에, 이들은 장애인복지법 및 장애인관련 법률의 지원을 받을 수 없고, 나아가 장애인차별금지법에 따른 구제를 받기도 쉽지 않다. 그렇기 때문에 정신건강복지법의 이념인 자기결정권 행사의 지원, 정신질환자의 정책참여 등을 정신건강복지법 내부에서 구현할 필요가 있다. 이를 위해 정신건강복지법에 따른 권익옹호기관을 설치하여 이들이 정신질환 및 정신장애 당사자의 정신건강복지법 및 일반 복지(정신건강복지법 및 장애인복지법 관련 부분)에서의 당사자 권익 옹호활동을 수행해야 할 것이다.

나아가 정신질환 및 정신장애 당사자 중 자기결정권 행사가 어려운 사람을 위한 공공후견서비스 역시 정신건강복지법에 따른 치료와 복지제도만이 아니라, 장애인일 경우 장애인복지법상의 혜택과 지원을 받을 수 있도록 의사결정을 지원할 필요가 있을 것이다. 이런 권익옹호체계가 마련되지 않는다면, 정신장애인에 대한 사회보장정책을 개선할 수 있는 구체적인 환경이 결여될 수밖에 없기 때문에, 정신장애인을 위한 인권상황의 개선도 그만큼 더뎠을 것이다. 이 점에서 특히 주목해야 할 부분은 스코틀랜드의 Mental Welfare Commission, 호주, 캐나다, 아일랜드의 Mental Health Commission과 같이 정신질환자 및 정신장애인의 권익을 옹호하는 별도의 지원체계이다. 국가가 설립한 이들 기관은 모두 의료진, 사회복지사 등 서비스공급자로부터

독립하여 정신질환자와 정신장애인의 편에 서서 이들의 권익을 옹호하고 정책방향을 제시하는 역할을 한다. 그 직원은 모두 당사자이거나 비정신과의사들로서 정신장애인의 권익옹호활동에 오랫동안 종사해 온 사람들로 구성되어 있다.

이상에서 언급한 내용을 제도화하기 위해서는 최소한 현행의 정신건강복지법이 다음과 같은 방향으로 개정되어야 할 것이다.

〈표 2-60〉 정신건강복지법의 개정방향

항목	내용
정신건강증진시설 부분 (제3장)	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강심의위원회를 두는 모든 지방자치단체는 관할 지역 내에 정신재활시설을 두는 것을 원칙으로 함. 필요하면 두 개 이상의 지자체가 연합하여 1개의 재활시설을 둘 수도 있음. 정신재활시설 운영의 원칙(회복지향, 자기결정권 존중, 개인맞춤형 서비스 제공 등)을 법정화 할 필요가 있음. 정신재활시설에 대한 비용지원(시설보강, 경상비)의 원칙을 법정화 함으로써 양질의 서비스 제공이 될 수 있도록 할 필요가 있음. 재활시설에서 제공하는 서비스의 내용을 법률에서 유형화할 필요가 있음(직업 재활, 사회관계기술, 일상생활기술에서의 역량강화 등) 주거지원에서도 UN 장애인권리협약(CRPD)의 원칙인 사생활보장 등의 원칙이 구현될 수 있도록 법정화 할 필요가 있음.
복지서비스 제공 부분 (제4장)	<ul style="list-style-type: none"> 장애인복지법 제15조의 적용제한을 상쇄하면서, 정신장애의 특성에 맞는 복지서비스가 제공되어야 한다는 점을 법률에 명시할 필요가 있음. 복지서비스 신청자격, 개인별 욕구와 필요성에 대한 평가를 포함한 개인별지원 계획, 제공될 서비스의 적정성을 보장할 수 있도록 법률에 명시할 필요가 있음. 신청자격은 비자의입원 및 비자의입소 대상자는 무상으로 제공하도록 하고, 그 밖의 경우 정신질환 진단을 받아 일상생활 및 사회생활을 수행하는 데 어려움을 겪는 모든 사람에게 자격을 부여할 필요가 있음. 다만, 비용부담은 사회보장기본법, 사회보장급여법의 일반원칙에 따라 처리하여야 할 것임. 현행 정신건강복지법 제4장의 복지서비스의 유형인 고용 및 직업재활, 평생교육지원, 문화·예술·여가활동, 지역사회 기반 치료 및 재활을 신청자격 있는 사람에게 제공할 법적 책임 있는 서비스로 전환할 필요가 있음.
권익보호 및 지원 (제5장 기타)	<ul style="list-style-type: none"> 장애인복지법에 따른 장애인단체 지원에 걸맞는 정신장애인단체의 육성과 지원을 법적 책임으로 규정할 필요가 있음 장애인복지법 제15조의 적용제한은 정신장애의 특수성을 감안한 것이기에, 이를 반영하여 장애인자립생활센터의 역할을 할 수 있는 정신장애인의 당사자단체의 활동을 통해 자립지원 및 권익옹호가 가능할 수 있도록 정신건강복지법에 이를 규정할 필요가 있음.
조례로 정할 부분	<ul style="list-style-type: none"> 기초자치단체 및 광역자치단체의 조례로 각 지역의 특성에 맞는 재활서비스를 제공할 수 있는 재량권 있음을 명확히 하고, 각 지역의 특성을 살린 다양한 유형의 재활서비스와 취업 및 주거, 동료지원, 위기쉼터, 일상쉼터, 권익옹호, 자립생활지원 등이 상호 연계될 수 있게 할 필요가 있음.

정신장애인을 장애인복지법 제15조를 통해 의료, 재활, 주거 등의 영역에서 장애인복지법의 적용을 제한할 수 있도록 한 것은 정신장애인의 특수성을 감안하여 정신건강복지법(또는 구 정신보건법)에 따른 별도의 지원을 전제한 것이라고 해석하는 것이 합리적일 것이다. 법률 차원에서 장애인 중 정신장애인을 차별할 의도할 수도 없고, 그럴만한 근거가 있는 것도 아니기 때문이다. 그렇다면 그동안 국가가 정신건강복지법에 따라 정신장애인의 특성을 반영한 다양한 유형의 재활, 주거, 의료를 제공하였어야 할 것인데, 그 책임을 방기해 왔다고 할 것이다. 그 점에서 의료와 무관한 역할을 수행하는 재활시설을 기초자치단체별로 모두 설치하는 것이 필수적일 것이다. 또한 UN 장애인권리협약(CRPD)의 원칙을 반영한 재활서비스를 제공할 수 있도록 정신건강복지법을 개정할 필요가 있을 것이다. 즉 회복지향과 개인맞춤형 서비스를 통해 지역사회에 거주하면서 취업을 하여 다른 비장애인, 비정신장애인과 더불어 살아가는 것을 실현하는 것을 정신건강복지법의 핵심원칙으로 설정하고 이를 구체화하는 여러 제도를 둘 필요가 있다.

나아가 지방자치단체의 특성을 살려 재활서비스를 제공하고, 그것과 일자리 및 주거 지원 등이 밀접하게 연계될 수 있도록 하기 위해 지방자치단체가 재량을 갖고 조례를 제정할 수 있음을 법률에 명시하여야 할 것이다.

제3장

정신재활시설 이해당사자 초점집단인터뷰

제1절 초점집단인터뷰 연구방법

1. 조사과정

정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태에 대한 이해관계자들의 경험과 인식을 이해하기 위해 질적 조사를 실시하였다. 조사 방법은 집단 및 개별 인터뷰를 통해 이루어졌으며 5개 집단을 대상으로 하였다. 첫째, 정신장애 당사자는 현재 당사자 단체에서 활동하고 있는 정신장애인을 대상으로 하였다. 둘째, 정신재활시설 이용자는 서울 및 경기도 지역의 시설을 통해 추천을 받아 모집하였다. 셋째, 정신장애인 가족은 가족동료지원활동가 교육을 받고 있는 가족을 대상으로 하였다. 넷째, 정책관계자는 경기도의 보건소, 광역 및 정신건강복지센터 실무자, 보건복지부 및 국립정신건강센터 담당자, 부산시광역정신건강복지센터 실무자를 대상으로 하였다. 다섯째, 정신재활시설 종사자는 지역 및 시설유형을 고려하여 한국정신재활시설협회로부터 추천받았다. 인터뷰는 진행은 6월부터 7월까지 진행되었으며 구체적인 일정은 다음 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 초점집단 인터뷰 진행 상황

구분	일정	참여 인원	
정신장애 당사자 단체	6월 24일	9명	
시설 이용자	서울	7월 02일	5명
	경기도	7월 09일	2명
정신장애인 가족	6월 30일	9명	
정책관계자	경기도	6월 25일	6명
	보건복지부	6월 10일	1명
	국립정신건강센터	6월 18일	1명
	부산	7월 10일	1명
시설 종사자	6월 04일	9명	

2. 참여자 특성

인터뷰 참여자는 정신장애인 당사자 9명, 정신재활시설 이용자 7명, 가족 9명, 정책관계자 9명, 정신재활시설 종사자 9명으로 총 43명이었다. 각 참여자에 대한 특성은 다음 <표 3-2>에서 <표 3-6>까지의 내용과 같다.

<표 3-2> 당사자 단체 참여자 특성

ID	성별	연령	학력	진단명	유병기간	이용 기관	이용 기간	당사자 단체 활동기간
1	남성	51	대졸	조현병	28년	주간재활	8년	2개월
2	여성	45	고졸	조현병	28년	주간재활	12개월	2개월
3	여성	31	대졸	기타	10년 8개월	주간재활	2년	2개월
4	남성	32	대졸	기타	12년	주간, 직업재활, 공동생활가정	8년	2개월
5	남성	44	고졸	우울장애	6년 1개월	공동생활가정	3개월	6개월
6	남성	37	대졸	조현병	3년 6개월	-	-	11개월
7	남성	39	고졸	기타	21년	-	-	1년
8	여성	29	고졸	기타	11년	-	-	2개월
9	여성	48	대졸	양극성 장애	20년 6개월	-	-	1년 6개월

<표 3-3> 시설 이용자 참여자 특성

ID	성별	연령	학력	진단명	유병 기간	이용 기관	이용 기간
1	여성	24	고졸	우울장애	13년 1개월	주간재활, 공동생활가정	11개월
2	남성	39	중졸	조현병	20년 6개월	주간재활, 공동생활가정	1년 8개월
3	여성	42	대졸	기타	23년	주간재활	3년 6개월
4	여성	52	대졸	양극성 장애	31년	주간재활	6년 5개월
5	여성	35	대학원	조현병	11년 6개월	주간재활	1년 1개월
6	남성	49	중졸	조현병	2년	공동생활가정	1년
7	여성	46	고졸	조현병	4년 7개월	공동생활가정	3년 7개월

〈표 3-4〉 가족 참여자 특성

ID	성별	연령	학력	가족의 진단명	가족의 유병기간	가족의 이용 기관	가족의 이용 기간	가족단체 활동기간
1	여성	59	-	조현병	13년 6개월	-	5년 6개월	5년 6개월
2	여성	63	고졸	조현병	9년	직업재활	-	-
3	여성	69	-	조현병	54년	-	-	-
4	여성	65	고졸	조현병	23년	주간재활, 공동생활가정	15년	-
5	여성	74	고졸	조현병	9년	주간재활	2년	3년
6	여성	56	대학원	조현병	11년 4개월	주간재활	7년 3개월	1년 8개월
7	여성	64	고졸	조현병	20년 2개월	주간재활	10년	5년
8	여성	61	대학원	조현병	6년	-	3년	3년
9	여성	60	고졸	양극성 장애	3년 11개월	-	-	-

〈표 3-5〉 정책 관계자 참여자 특성

ID	성별	연령	학력	전문자격	근무기관	근무기간	정신건강 분야 총 경력
1	남성	49	대학원	의사	공공기관	1년 11개월	1년 11개월
2	여성	49	대학원	간호사	공공기관	1년 9개월	26년
3	여성	58	대학원	의사	공공기관	27년 10개월	15년
4	여성	59	대학원	정신건강 간호사 2급	공공기관	32년 4개월	20년
5	남성	50	대학원	의사	정신건강 복지센터	6년	20년
6	여성	44	대학원	정신건강 간호사 1급	정신건강 복지센터	17년 9개월	22년 1개월
7	여성	54	대학원	정신건강 간호사 1급	정신건강 복지센터	19년 5개월	28년 3개월
8	남성	52	대졸	-	공공기관	28년	1년
9	여성	50	대학원	정신건강 사회복지사 1급	정신건강 복지센터	9년 6개월	25년 6개월

〈표 3-6〉 시설 종사자 참여자 특성

ID	성별	연령	학력	전문자격	근무기관	근무기간	정신건강 분야 총 경력
1	남성	50	대학원	정신건강 임상심리사 1급	주간재활시설	20년 4개월	20년 4개월
2	남성	40	대졸	정신건강 사회복지사 1급	공동생활가정	2년 3개월	13년
3	남성	46	대학원	정신건강 사회복지사 1급	지역사회전환시설	20년 6개월	20년 6개월
4	여성	42	대학원	정신건강 사회복지사 1급	종합시설	20년 2개월	20년 2개월
5	여성	44	대학원	정신건강 사회복지사 1급	직업재활시설	20년 4개월	20년 4개월
6	남성	45	대학원	정신건강 사회복지사 1급	주간재활시설	3년 8개월	19년 1개월
7	남성	38	대졸	정신건강 사회복지사 1급	생활시설	10년 6개월	12년 6개월
8	남성	41	대학원	사회복지사	공동생활가정	6년 4개월	11년 5개월
9	남성	43	대학원	정신건강 사회복지사 1급	정신재활시설	1년 9개월	15년 9개월

3. 질문내용 구성

인터뷰 질문은 크게 세 가지 내용으로 구성하였다. 첫째, 정신재활시설과 관련된 경력과 경험, 둘째, 정신재활시설의 역할과 기능, 그리고 인권현황 및 개선점, 셋째, 인권실태 조사 시 포함해야 할 영역과 고려할 점이다. 참여자에 따라 인터뷰 진행시 좀 더 중점을 둔 질문이 달랐다. 정신장애인 당사자 단체의 경우 정신재활시설 이용자의 인권현황에 대해, 시설 이용자와 가족의 경우 정신재활시설 관련 경험에 대해, 정책관계자의 경우 정신재활시설의 역할과 이용자의 인권현황에 대해, 그리고 시설 종사자의 경우 인권실태 조사에 대해 상대적으로 좀 더 비중을 두어 질문하였다. 구체적인 질문내용은 다음 〈표 3-7〉과 같다.

〈표 3-7〉 초점집단인터뷰 질문내용

〈정신재활시설 관련 경험〉

1. 정신재활시설과 관련된 경력과 경험에 대해 설명해 주시기 바랍니다.

〈정신재활시설의 역할과 이용자의 인권현황〉

2. 정신장애인의 인권증진을 위해, 정신재활시설은 어떤 역할과 기능을 수행한다고 생각하십니까?
3. 정신장애인의 인권증진을 위해, 정신재활시설에 대해 가장 중요한 정책적 문제점 혹은 과제는 무엇이라고 생각하십니까?
4. 우리나라 정신재활시설에서 아래 영역의 인권현황은 어떠하다고 생각하십니까?
 - 적절한 수준의 생활, 정신적·신체적 건강을 누릴 권리
 - 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리
 - 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 폭력과 학대로부터의 자유
 - 자립적으로 생활할 권리와 공동체에 속할 권리
5. 위 영역 중 가장 개선이 필요하다고 생각하시는 영역과 그 이유는 무엇입니까?
6. 정신재활시설에서 이용자 인권증진을 위해 시설 및 중앙·지방정부 차원에서 노력해야 할 부분은 무엇이라고 생각하십니까?

〈인권실태 조사〉

7. 이용시설(주간재활 및 직업재활시설) 및 주거형 시설(생활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설)의 이용실태, 욕구 및 인권실태를 파악하기 위하여 설문조사에 반드시 포함되어야 할 내용과 기타 고려해야 할 점들에 대해 의견주시기 바랍니다.
8. 주거형 정신재활시설에 대한 현장 실지조사에 반드시 포함되어야 할 주요 영역과 기타 고려해야 할 점들에 대해 의견주시기 바랍니다.

제2절 초점집단인터뷰 조사 분석 결과

1. 집단별 기초분석 결과

당사자 단체, 시설 이용자, 가족, 시설 종사자, 정책 관계자 5개 집단에 대한 기초분석 결과는 다음 〈표 3-8〉과 같다. 집단 간 대체로 비슷한 주제가 드러났으나, 집단 간에 좀 더 관심 있게 논의된 주제의 비중은 다소 다르게 나타났다.

당사자 단체 집단의 경우 정신재활시설의 서비스에 대한 기대를 가장 많이 논의하였다. 시설 외부 지역사회와의 연계와 참여, 배우고 성장할 수 있는 경험, 개별 맞춤형 맨투맨 지원, 장기적인 인생에 대한 계획, 안정적인 직업, 재정적인 교육과

관리, 교육에 대한 정보와 기회 제공, 능동적으로 참여할 수 있는 기회, 가족에 대한 교육의 욕구를 표현하였다. 정책적인 한계점과 개선점으로는 시설에 대한 정보를 어디서도 얻지 못하였으며, 병원에서부터 연계가 이루어져야 한다는 것, 재정적으로 운영이 어려운 것, 동료지원가를 인력으로 배치해야한다는 제언을 하였다.

시설 이용자 집단의 경우 자신들의 경험을 토대로 시설의 긍정적인 역할과 운영의 한계점에 대해 많이 논의하였다. 시설을 이용함으로써 같은 경험을 가진 사람들과 관계를 맺고 자신감을 얻었으며, 생활의 리듬을 찾고, 이용자의 욕구와 의견을 반영하며, 주체적인 활동을 통해 대인관계 자신감이 향상되었고, 일상의 삶을 회복하며, 독립을 위한 준비와 기반을 마련하였다고 하였다. 운영의 한계점으로는 등록 장애인 중심의 취업기회, 주거시설에서 맡은 역할을 수행해야 하는 어려움, 공동생활에 따른 자유 제한, 건강과 안전을 위한 제한, 사적 공간 부족, 규칙을 견디지 못하는 사람은 중단, 낮시간 활동과 격주 집에 가는 날의 어려움에 대해 표현하였다.

가족 집단의 경우 시설의 서비스에 대한 기대와 정책적인 한계점에 대해 주로 논의하였다. 정신재활시설이 개개인에게 맞는 맞춤형의 개별지원이 이루어져야 하고, 체계적인 직업재활을 가장 원하며, 지역사회와 어울리고 참여할 수 있는 기회를 마련하고, 당사자가 동기가 없을 때는 가족부터 먼저 지원할 수 있어야 한다고 기대하였다. 또한 정신재활시설에 대한 정보가 부재하여 병원에서부터 시설에 대한 안내와 연계가 있어야 한다는 것, 지역에 이용할 수 있는 시설이 없다는 한계점을 제안하였다.

시설종사자 집단에서는 시설운영의 한계점과 정책적인 한계점 및 개선점에 대해 주로 논의하였다. 정신재활시설이 등록제로 인해 서비스 대상이 제한된다는 것, 시설장에 따른 시설 운영의 차이가 크다는 것, 주거제공시설에서의 사적 공간의 보장, 규칙과 훈련 속에서 자유의 제한, 시설 환경의 열악함에 대해 논의하였다.

정책관계자 집단에서는 정책적인 한계 및 개선점이 주로 논의되었다. 중앙정부의 역할 한계와 지자체의 부담, 정신장애인 정책에 대한 지자체의 소극적인 태도, 시설 설치에 대한 적극적인 조항의 필요, 신규시설의 운영비 지원에 대한 기준 마련, 시설 설치에 대한 지역사회의 편견, 서비스 의뢰체계 마련, 동료지원가의 배치, 지역복지시설을 활용한 서비스 확장, 정신장애인 복지 담당 인력의 필요 등을 제안하였다.

〈표 3-8〉 집단별 기초 분석 결과

구분	당사자 단체	시설이용자	가족	시설종사자	정책관계자
정신재활 시설의 긍정적인 역할	<ul style="list-style-type: none"> • 사회로 발을 내딛을 수 있는 기회 • 같은 당사자들을 만나고 함께 하니 도움이 됨 • 중사자들의 정신건강 전문성에 대한 만족 	<ul style="list-style-type: none"> • 같은 경험을 가진 사람들과의 관계 맺음, 자신감 • 생활의 리듬을 찾는 • 이용자의 욕구와 의견을 존중하고 반영함 • 주체적인 활동을 통한 대인관계와 자신감 향상 • 일상의 삶을 회복해 나감 • 독립을 위한 준비와 기반 마련 	<ul style="list-style-type: none"> • 사람들과 친밀한 관계를 맺을 수 있음 • 당사자 주도 프로그램이 점점 더 많아짐 • 가족에 대한 교육과 자원 상의할 수 있는 유일한 곳 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원이 아닌 지역사회에서의 삶의 대안 • 당사자들이 존중받고 신뢰할 수 있는 곳 • 당사자의 삶을 회복해 나가는 발판 • 지역사회에서의 삶의 권리를 찾도록 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 숨 쉴 수 있는 공간 • 지역사회로 나가는 힘을 기르는 곳 • 당사자들의 결집력이 생기면서 목소리를 내게 됨
정신재활 시설의 서비스에 대한 기대	<ul style="list-style-type: none"> • 시설 외부 지역사회와의 연계와 참여가 많아져야 함 • 배우고 성장할 수 있는 경험 제공 • 개별맞춤의 멘토멘 지원 • 단기적인 아닌, 장기적인 인생에 대한 계획 • 안정적인 직업에 대한 욕구가 가장 큼 • 재정적인 교육과 관리 • 교육에 대한 정보와 기회 제공 • 정신장애인이 능동적으로 참여할 수 있는 기회 제공 • 가족에 대한 교육 	<ul style="list-style-type: none"> • 개별화된 욕구를 반영한 프로그램과 지원 • 지역사회 참여활동 • 취업에 도전할 수 있도록 교육하고 지원 • 장기적인 주거 마련 • 가족에 대한 교육이 필요함 	<ul style="list-style-type: none"> • 개인에게 맞는 맞춤형의 개별지원이 이루어져야 함 • 제일 원하는 것은 체계적인 직업재활 • 지역사회와 어울리고 참여할 수 있는 기회 • 당사자가 동기가 없을 때는 가족부터 먼저 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 시설 내 생활이 아닌 삶을 고민하고 회복을 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 직업재활이 가장 중요함
정신재활 시설 운영의 한계점	<ul style="list-style-type: none"> • 자리가 없어서 대기하다가 이용하지 못함 • 본인 의사보다는 가족에 의해 주거시설에 오게 됨 • 오박이나 저녁 외출의 제한 	<ul style="list-style-type: none"> • 등록장애인 중심의 취업 기회 • 주거시설에서 맡은 역할을 수행해야 하는 어려움 • 공동생활에 따른 자유 제한 • 건강과 안전을 위한 제한 • 사적 공간 부족 • 규칙을 건디지 못하는 사람은 중단하게 됨 	<ul style="list-style-type: none"> • 시설 이용비용에 대한 부담 	<ul style="list-style-type: none"> • 등록제로 인해 서비스 대상이 제한됨 • 시설장애 따른 시설 운영의 차이 • 주거제공시설에서의 사적 공간이 보장되어야 함 • 규칙과 훈련 속에서 자유의 제한 • 시설 환경의 열악함 	<ul style="list-style-type: none"> • 등록 정원 외에 다양한 서비스로 확대될 필요가 있음 • 기관장의 마인드에 따라 기간 관 천차만별 • 열악한 시설의 물리적 환경 • 시설에서 제공되는 서비스에 대한 질 관리가 필요함 • 인권과 안전의 딜레마

구분	당사자 단체	사실이용자	가족	시설종사자	정책관계자
		<ul style="list-style-type: none"> • 낮시간 활동과 격주 집에 가는 날의 어려움 			
정신재활 시설 관련 정책적인 한계 및 개선점	<ul style="list-style-type: none"> • 시설에 대한 정보를 어디서도 얻지 못함 • 재정적으로 운영이 어려워 보임 • 병원에서부터 연계가 이루어져야 함 • 정신장애인 동료지원가를 인력으로 배치 	<ul style="list-style-type: none"> • 가족이나 본인이 정보를 찾아 알게 됨 • 지금보다 인력과 운영비 지원이 더 필요함 • 보건과 복지가 분리됨 • 지역사회의 편견 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신재활시설에 대한 정보의 부재 • 병원에서부터 시설에 대한 안내와 연계가 있어야 함 • 지역에 이용할 수 있는 시설이 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 전달체계가 작동하지 않고 알음알음으로 찾아옴 • 지역 단위로 최소한의 시설은 늘어나야 함 • 초기 운영비 지원 기준이 명확해야 함 • 물리적 공간의 인프라 구축은 지원되어야 함 • 지역 간 시설 설치 및 운영의 편차 • 정신재활시설에 대한 지자체의 의지 부족 • 당사자들의 욕구만큼 시설 정책/지침이 따라주지 못함 • 복지지원 전달체계 부재 • 장애인시설 지원 제도에서 제외되어 이중차별 받음 • 장애 미등록 정신장애인에 대한 복지지원 방안 마련 	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙정부의 역할 한계와 지자체의 부담 • 정신장애인에 대한 지자체의 소극적 태도 • 정신재활시설 설치에 대한 적극적인 조항 필요 • 신규시설의 운영비 지원에 대한 기준 마련 • 시설 설치에 대한 지역사회의 편견의 벽이 높음, 민원으로 지자체가 소극적 • ISP에 근거한 서비스 의뢰체계 마련 • 동료지원가의 배치 • 지역복지시설을 활용한 서비스 확장 • 정신장애인에 복지 담당 인력 필요

2. 주제 분석 결과

다섯 집단의 인터뷰 결과를 종합적으로 분석한 결과는 다음 <표 3-9>와 같다. ‘정신재활시설의 긍정적 역할’, ‘정신재활시설에 대한 기대’, ‘정신재활시설 운영의 한계점’, ‘정신재활시설 관련 정책적 한계점’, ‘정책적 개선방향’이라는 5개 범주에 29개 주제가 도출되었다.

〈표 3-9〉 주제 분석 결과

범주		주제
정신재활시설의 긍정적 역할		<ul style="list-style-type: none"> • 사람들과의 관계맺음을 통해 자신감을 얻음 • 일상의 삶을 회복해 나감 • 다양한 경험을 통해 배우고 성장해 나감 • 사회로 발을 내딛을 수 있는 발판이 됨
정신재활시설의 서비스에 대한 기대		<ul style="list-style-type: none"> • 개별화된 욕구를 반영한 맞춤형 지원이 이루어져야 함 • 가장 원하는 것은 직업재활임 • 장기적인 삶의 계획을 실제로 지원하는 것이 중요함 • 지역사회와 어울리고 참여할 수 있는 기회가 많아져야 함 • 가족에 대한 교육과 지원이 함께 이루어져야 함
정신재활시설 운영의 한계점	공통	<ul style="list-style-type: none"> • 기관장의 마인드에 따라 기관 간 천차만별 • 열악한 시설의 물리적 환경
	주간재활	<ul style="list-style-type: none"> • 자리가 없어서 대기하다가 이용하지 못함 • 등록제로 인해 서비스 대상이 제한됨 • 등록장애인 중심의 취업 지원
	주거제공	<ul style="list-style-type: none"> • 사적 공간 부족 • 공동생활에 따른 규칙과 역할 • 건강과 안전을 위한 규제
정신재활시설 관련 정책적 한계점		<ul style="list-style-type: none"> • 시설에 대한 정보를 얻기 어렵고, 전달체계가 작동하지 않음 • 지역에 이용할 수 있는 시설이 없음 • 지자체의 부담과 중앙정부의 역할 한계 • 시설 설치에 대한 지역사회의 높은 편견 • 지자체의 소극적인 태도와 지역 간 격차 • 당사자의 욕구만큼 정책이 따라주지 못함
정책적 개선방향		<ul style="list-style-type: none"> • 지역 단위로 시설 설치의 기준 및 적극적인 규정 마련 • 초기 설치 지원 및 운영비 규정 마련 • 복지지원 체계 마련 및 장애인복지 제도의 이중차별 폐지 • 정신재활시설에 대한 안내 및 의뢰체계 구축 • 지역복지시설을 활용한 서비스 확장 • 동료지원가의 배치

1) 정신재활시설의 긍정적 역할

(1) 사람들과의 관계맺음을 통해 자신감을 얻음

정신재활시설을 이용함으로써 가장 큰 도움을 받는 것은 사람들과의 관계 경험을 통해 자신감을 얻는다는 것이다. 많은 정신장애인이 대인관계의 어려움을 갖고 있

고, 고립된 생활을 하고 있다. 그러다 정신재활시설을 이용하면서 사람들을 만나고, 친해지고, 사회기술훈련을 받고, 또 지지적인 관계 경험을 하면서 조금씩 인간관계에서의 자신감을 높여간다. 특히, 많은 참여자들이 정신재활시설에서 같은 어려움을 갖고 있는 당사자들을 만나는 경험에 대해 언급하였다. 자신과 비슷한 사람들을 만나면서 공감과 지지의 얻고, 사회적 비교를 통해 변화의 동기를 가지게 되며, 정신장애인의 권리와 목소리 내기에도 관심을 갖게 된다고 하였다.

제 상태가 어땠냐 하면.. 사람 만나는 걸 굉장히 두려워했어요. 사람에 대한 상처가 있어서 내가 굉장히 조심스럽게 행동했고 말 걸거나 그런 것도 굉장히 조심스러웠고, 그래서 000 가게 되면서 거기 사회복지사 선생님들이 말도 많이 걸어주시고 해서.. 처음에는 조심스럽게 하다가 나중에는 웃기도 하고.. 그런 점에서 약간 다시 사회로 발을 내딛을 수 있는 기회가 되었던 것 같아요..(당사자 단체 3)

제가 이전에 인간관계에 대해 무서워하는 게 있었는데 거기에서는 사람들이랑 빨리 친해지고 선생님들도 에너지를 북돋아 주는 얘기도 많이 해 주시고.. 그래서 인간관계에 자신감을 가지게 되었어요...(중략)...일단 비슷한 아픔을 가진 친구들이 있었고 자기 의견 말하는 시간이 좀 많이 있다 보니까 그럴 때 아 사람들이 이런 생각을 하는구나.. 라고 생각하고 좀 빨리 친해졌어요. 사람들이 좋았어요.. (시설 이용자 5)

효과적인 프로그램은 애네들도 자기가 원하는 거 하고.. 외출도 하고 왜냐하면 친구가 없으니까 종일 외출하는 경우에는 미술관도 가고 여러가지 박물관도 가고 여러 가지 그런 프로그램.. 그래서 당사자들끼리 같이 함께 선생님들하고 가고 회식도 하고 그러면서 친구가 없는데.. 그런 대인관계기술이든가 사회기술훈련을 통해서 본인도 성장하고 좋고 (가족 7)

(2) 일상의 삶을 회복해 나감

정신재활시설은 지역사회에서 살아가는 정신장애인에게 일상의 삶을 회복해 나가는 계기가 되었다. 주간재활시설의 경우 ‘직장’과 같이 하루 일과를 규칙적으로 만들어주고, 주거제공시설의 경우 공동체 생활에서 스스로를 관리할 수 있는 역량을 키워 나가게 된다. 또한 자신에게 필요한 관계, 교육, 취업 등에 대한 지원을 받음으로써 치료를 넘어 일상의 삶을 조금씩 회복해 나가는 과정을 경험하게 된다.

개인의 능력도 향상을 시켜야 하고 개인이 필요로 하는 자원들을 연계시켜 주고 그런 것을 통해서 기본적인 삶이 있도록 연결도 시켜드리고 찾아서 가져다드리기도 하고 그런 것들이 이분들이 인간으로서 지역사회에서 살아갈 수 있는 기본.. 주간재활시설이니 출퇴근을 하셔야 되는데 그게 안 되잖아요. 그래서 알아봤더니 장애활동보조도우미 붙이면 되겠다고 해서 안내해드리고 알아봐드리고 했더니 모시고 오고 모시고 가니까 집에 안 계시고 나와서 활동하시고 가시고.. 기본적인

그런.. 개인으로서 살아가는데 필요한 것들을 뒷받침해주는 역할들을 하고 있는 거라서.. 아주 기본적인 일들을 제일 앞에서 해야될 일들을 같이 해드리고 있는 게 아닌가..(시설 종사자 1)

매일 9시부터 4시까지 프로그램이 있습니다. 그것을 정기적으로 들어야 되는 거고.. 그 다음에 2-3년 정도 거의 직장 같은 느낌.. 그래서 거기 같이 계신 회원분들도 같은 연배 회원분들도 계셔서 많이 얘기도 통하고 같이 얘기도 하고.. 그렇게 지냈고..(당사자 단체 1)

살림 배운 건 좋은 거 같아요. 예전에는 요리하고 설거지하고 청소하고 그런 건 했지만 화장실 청소는 몇 번 안 했었는데 다 해야 되니까 그런 거를 배우는 건 더 좋았던 거 같아요.. (시설 이용자 5)

(3) 다양한 경험들을 통해 배우고 성장해 나감

참여자들은 정신재활시설에서의 프로그램이나 활동에 참여하면서, 그동안 해보지 못했던 새로운 경험들을 통해 배우고 성장해 나갈 수 있었다고 하였다. 심리치료나 자기인식 프로그램, 다양한 인문학 프로그램, 지역사회 참여활동, 취업 경험 등을 통해 자신이 뭔가를 배우고 성장하고 있다는 느낌이 가장 만족도가 높다고 하였다. 이때 가장 도움이 되는 프로그램은 이용자들의 욕구에 맞고, 스스로 주도적으로 참여하는 활동이라고 강조하였다.

저는 개인적으로 주간재활시설은 프로그램은 있어야 된다고 생각을 하고요. 프로그램이 없고 만약에 가서 가만히 앉아 있거나 쉬거나 하고 오면 그게 과연 무슨 의미가 있을까 그 생각을 했거든요. 저희가 가는 목적은 뭔가를 배우고 뭔가를 깨닫고 뭔가를 얻기 위해서 다니는 거거든요. 아무 목적 없이 가서 앉아 있다 오는 곳이 주간재활시설이 아니라고 저는 생각을 해요. 그게 병원이랑 다른 거죠. 병원에 가서는 아무 생각 없이 가서 있다 오는 거예요. (당사자 단체 2)

처음 갔을 때 들은 얘기가 당사자라는 그런 개념을 들었어요. 우리나라에서 생긴 거는 아닌 것 같아요. 그 개념을 처음에 얘기를 하는데 당사자라는 개념이 치료를 받아야 하는 수동적인 입장에서 자기가 직접 뭔가를 할 수 있는 능동적인 입장으로의 전환이거든요. 그런 것들..(중략).. 다니면서 내가 할 수 있는 역할이 무엇인가 생각을 해봤어요. 프로그램도 진행을 했었고 그 다음에 자치위원, 운영위원 참여도 하고 있거든요. 저는 그랬어요. (..) 능동적으로 참여해보려고 했던 거 있었던 거 같아요. (당사자 단체 1)

프로그램 같은 것도 사실은 당사자 주도.. 당사자들이 회의도 해서 결정을 하죠. 요즘에는.. 당사자 위주로 프로그램을 선택해서 만들고, 만들어 달라는 의견도 듣고.. 뭐 배우고 싶다, 유튜브 배우고 싶다고 하면 동영상 찍는 것도 가르쳐 주고.. 그때 그때 욕구를 들어주고 해요. 우리 아들도 트위터, 유튜브 하고 그런 거를 일대일로 원하는 걸로 해서 많이 배워서 도움이 되었는데.. (가족 7)

(4) 사회로 발을 내딛을 수 있는 발판이 됨

정신재활시설은 가정과 사회, 또는 병원과 지역사회 간의 중간 단계로서의 디딤돌 역할을 하고 있었다. 참여자들은 정신재활시설을 ‘숨 쉴 수 있는 공간’, ‘사회로 나가는 기회’, ‘사회에 발을 내딛을 수 있는 발판’이라고 설명하였다. 즉, 정신장애로 인해 고립되고 위축되었던 삶에서 점차 사회로 나갈 수 있도록 힘을 기르고, 준비할 수 있는 발판이 되어주었다. 자신감과 대인관계 역량이 향상되고, 안전하게 사회적 경험들을 해보고, 자립할 수 있는 소득과 주거의 마련을 통해 사회로 나갈 수 있게 되었다고 하였다.

재활시설에서 하는 건 좀 더 체계적이고 정말 지역사회의 하나의 삶과 어우러지는 그런 역할을 할 수 있는 프로그램들이 진행되는 거 같아요. 거기에 환자나 부모들을 만나보면 어디 갈 데가 없는데 숨 쉴 수 있는 공간이다. 이런 얘기들도 하시고 나름대로 정신질환자와 가족에게는 어떻게 보면 숨 쉴 수 있는 하나의 공간을 주는 기능을 하고 있다. 그걸 기반으로 해서 자기의 정체성도 다시 확립하고 지역사회에 나가기 위한 어떤 힘을 길러서 실제로 취업하고 연계되는 부분도 있습니다. 그런 측면에서 굉장히 긍정적.. (정책관계자 3)

저는 일단 경제적으로 능력이 없었어요. 능력이 없다기보다는 시설을 이용하지 않았을 때는 학원 강사를 했었어요. 애들을 가르치는 수학강사였는데.. 폐이는 괜찮았는데 돈을 모으지 못했다가 00라는 공동생활가정에 들어가서 그것을 통해서 독립할 수 있는 돈을 모았어요. 지금은 아파트가 당첨이 되어서 임대아파트 살고 있거든요. 좋았던 점은 경제적 기반을 마련할 수 있는 그런 걸 도와주신 것도 감사하고.. (시설 이용자 3)

정신재활시설.. 당연히 환자들이 이제.. 질병을 앓고 있으면서 정상적이 기능을 못했다고 하면 정상적인 일상생활을 회복하고 일상생활 유지뿐만 아니라 필요하면 사회생활, 직업생활까지 할 수 있는 그런 것을 도와주는 재활기능을 하는 시설인 거죠. 그래서 그런 기능이 가장 핵심적인 기능이 될 거고요. (정책관계자 1)

2) 정신재활시설의 서비스에 대한 기대

(1) 개별화된 욕구를 반영한 맞춤형 지원이 이루어져야 함

참여자들이 정신재활시설의 서비스에 대해 가장 많이 표현한 기대는 개별화된 욕구를 반영하여 맞춤형 지원이 이루어져야 한다는 것이다. 참여자들은 ‘멘투맨’, ‘개별화’, ‘맞춤형’, ‘개별지원’, ‘욕구에 맞게’ 등의 언급을 가장 많이 하였다. 참여자들은 욕구에 맞게 개별화 될 때, 참여의 동기가 높아지고, 실제로 도움이 되고, 만족

도도 높아진다고 하였다. 일부 시설의 경우 이용자의 특성이나 욕구, 선택을 고려하지 않은 채 일방적으로 짜여지고 정해진 프로그램과 매번 똑같이 반복되는 활동들을 하고 있어서 전혀 도움이 되지 못하고 있다.

직업을 가지고자.. 충분히 가능하다고 해서 갔는데 아이가 한 달을 다니고 못하겠다고 해서 왜 그러냐고 했더니.. 말하자면 굉장히 맞춤형으로 가르쳐야 되는데 그냥 거기 있는 걸로.. 적당하지 않다고 해서.. 조금만 더 다녀볼래.. 라고 했는데도 안 다닌다고 해서 제가 그때부터는 데리고 다녔어요. (가족 2)

저도 00에서 프로그램 하면서 느낀 게 있는데 거의 대부분 정식 프로그램은 선생님들이 많이 정해서 이거 필요하신 거 같은데 들어가세요. 이런 식으로 권유를 받거나 아니면 괜찮은 게 있다 싶으면 저희가 찍어서 가기는 하는데..저는 선생님들이 정식 프로그램을 다 정하는 것보다 00에서 한 것처럼.. 좀 더 회원들의 욕구를 반영해서 하는 프로그램이 많아졌으면 좋겠어요. 항상 선생님들이 짜주시는 거 위주로 하다 보면 솔직히 말하면 재미도 없고 지루하고 하다 보면 하기도 싫어지고 해서..욕구나 의욕이 사라지는 것 같아요. (시설 이용자 1)

(2) 가장 원하는 것은 직업재활임

정신재활시설의 가장 중요한 서비스로 직업재활을 모두 강조하였다. 특히 정신장애인과 가족은 일을 한다는 것이 자립과 회복의 가장 중요한 기반이자 결과라고 보았다. 정신재활시설에서 정신장애인의 욕구나 기능에 맞는 다양한 직업훈련, 취업연계, 그리고 고용유지를 위한 지속적인 지원이 보다 체계적으로 이루어질 필요가 있다.

저희들은 그 얘기 맨날 하거든요. 일자리가 치료다. 일자리가 약이다. 앞으로 많이 늘어나서 혜택보시는 분들도 많아지고.. 당사자들의 목소리도 사회에 건전하게 잘 퍼진다면 생각보다 살맛나는 세상이 빨리 올 수도 있다. 그런 생각도 조금 들거든요. (당사자 단체 6)

당사자들이 제일 소원하는 거는 직업이에요. 직업재활에 대한 것을 거기서 간단한 직업재활이라도.. 당사자들이 지역에서 일할 수 있는 일자리를.. 센터가 아이들을 제일 잘 알아요. 이 사람에게 일자리에 대한 정보를 줘서 기량을 길러줘야 되는 거예요. 다른 지역으로 갈 게 아니라 자기 사는 지역에서... (가족 3)

일반인들이 편견을 개선하는 가장 좋은 방법이기도 하지만 가장 난이도 높은 전략은 직업재활이라고 생각하거든요.. 지원 고용 또는 전환 고용.. (중략)...이런 것들이 편견해소에 가장 중요한 방법이고.. 사실 회복이라는 측면에서도 지원 고용, 전환 고용이 굉장히 파워풀한 효과가 있는 것임에도 불구하고. 최근 정신재활시설의 직업재활모델은 사회적 기업 형태로만 가는 것이 아닌가.. 라는 아쉬움이 있어요... (정책관계자 5)

(3) 장기적인 삶의 계획을 실제로 지원하는 것이 중요함

정신재활시설에서의 활동이나 프로그램이 단지 시간을 때우고, 그날그날을 보내는 소일거리처럼 느껴지지 않도록 해야 한다. 정신장애인들은 정신재활시설에서 자신의 삶을 장기적으로 바라보고 계획을 세울 수 있어야 한다고 느꼈다. 인생에 대한 계획을 세우고, 그에 따라 취업, 주거, 교육, 재정관리 등 보다 실제적인 지원이 이루어져야 한다고 느꼈다. 예들 들면, 몇몇 참여자들은 재정관리의 필요성을 제안하였다. 제한된 소득을 가지고 살아가야 하는데 소비를 어떻게 계획적으로 할지, 적은 금액이라도 저축이나 연금 등을 어떻게 들면 좋을지, 사기를 당하지 않기 위해 어떤 것을 조심해야 할지 등의 실제적인 교육이 필요하다고 제안하였다.

정신재활시설에서 하는 프로그램들이 좋기는 좋죠. 뭐 인문학 소양을 배운다든가.. 다른 사람과의 대인관계를 배운다든가.. 그런 건 좋은데.. 일시적인.. 프로그램들이 일시적이고 단기적이거든요. 그날그날 주어진 단기적.. 그날 생활 하루를 보내는 거리지 사실 인생 전체적으로 봤을 때 어떻게 살아갈지에 대한 계획은 없거든요. 그런 인생 계획 없이 인문학 소양 프로그램밖에 없어서.. 시설에서 좀 더 인생에 대한 계획을 세울 수 있는 게 필요하다고 생각하고.. (당사자 단체 4)

이제 저 같은 경우에는... 지금 현재는 시설에 있지만 향후 몇년에는 독립을 해야 되잖아요. 그러면 월급은 뽀하고 수입은 고정적이고... 뽀하잖아요. 그러면 제가 앞으로 미래를 내다볼 수 있으면.. 없는 경우는 집이 제일 중요하잖아요. 내 소유의 집.. (시설 이용자 7)

중요한 건 회원분들이 그동안 입, 퇴원 반복하시면서 그분들의 어떤 증상이나 이런 데만 초점이 맞춰졌었지 삶에 대해서 고민을 했었던 주체는 없었던 거 같아요...(중략).. 결국에는 다시 입원하지 않고, 장기적으로 자기 의사와 상관없이 퇴소하지 않고 궁극적으로 지역에서 다시 한번 살아갈 수 있는 기회와 자기 선택으로 인해서 자립생활을 할 수 있는 발판이 마련되는 것이죠. 인권을 보장하고 그들에게 기회를 제공하는데 있어서 그런 역할을 (시설 종사자 8)

(4) 지역사회와 어울리고 참여할 수 있는 기회가 많아져야 함

정신재활시설이 다시 '시설' 안에 제한되지 않아야 한다. 정신장애인이나 가족들이 가장 만족해하고, 기대하는 활동은 시설 밖에 지역사회로 나아가 참여하는 것이다. 시설 내부 프로그램 보다는 사회의 활동에 참여하거나, 지역사회 기관이나 자원을 활용하는 것, 그리고 외부의 사람들과 접촉하는 경험들이 보다 효과적이라고 인식하였다. 똑같은 운동을 하더라도 가능하면 지역사회 체육시설을 활용하거나, 외부 운동 프로그램에 참여하는 방식이 회복에 더 도움이 된다고 보았다.

0000이 내부 프로그램도 좋았지만 외부 기관들과의 연대도 많이 있었던 거 같아요. 그래서 0000 그런 것에 참여하게 되고.. 그런 거를 제가 만약에 0000에 다니지 않고 혼자 있었다고 하면 전혀 접해볼 수 없는 거잖아요. 그런 거는 지역사회 인권 면에서 잘할 수 있었던 거고.. 그래서 서 회복이 되는 느낌이 많이 들었던 것 같습니다. (당사자 단체 1)

정신재활시설을 보면 프로그램을 건물 안에서 할 수 있는 것밖에 안 하거든요. 밖에 나가는 외부활동은 전혀 없고 거의 없다고 보면 되요. 외부활동 같은 게 거의 없다 보니까 외부에 나가서 운동할 수 있는 활동이 좀 있으면.. 일반인들이 이용하는 극장 그런 데 가서 영화관 가서 영화를 편하게 볼 수 있는 그런 기회가.. 사람들 간의 접촉점이고.. 시설을 이용할 수 있는 기회 같은 것도 만들어 줬으면 좋겠고 야구장이나 다양한 문화시설도 이용할 수도 있고... (당사자 단체 4)

(5) 가족에 대한 교육과 지원이 함께 이루어져야 함

정신장애인 당사자 단체 활동가, 시설 이용자, 그리고 가족 세 집단에서 공통적으로 나온 의견 중 하나는 가족에 대한 지원이었다. 정신장애인 당사자뿐만 아니라 가족에 대한 정보제공, 교육, 상담, 그리고 자조모임 등의 지원이 중요하다고 강조하였다. 가족이 정신장애에 대해 잘 이해할 때 소통이나 관계가 개선될 수 있고, 가족 간의 갈등을 해소할 수 있으며, 이는 정신장애인의 회복에 도움이 된다고 보았다. 특히 가족 집단에서는 정신장애인이 등록을 해야한다는 규정 외에, 가족에게 먼저 정보제공이나 지원이 이루어질 수 있어야 한다고 제안하였다. 정신장애인이 서비스에 대한 동기나 의지가 부족할 때, 가족이 먼저 서비스에 대한 이해나 필요성을 인식할 수 있으면 설득을 통해 참여를 할 수 있을 것이라고 기대하였다.

저는 좀 가족들이 저희 질병이나 약물이나 그런 것에 대해서 알 수 있는 그런 시간이나 활동, 모임이 있었으면 좋을 거 같아요. 아니면 혼자 공부를 해야 하고.. 혼자 책 들여다 보고 해야해서 물론 저희 아빠가 엄마한테 많이 배우시고 뇌에 대한 책도 혼자 보시면서 독학으로 하시기는 했지만.. 약에 대해서는 잘 모르시는 부분이라서.. 좀 더 알면 저랑 가족 간의 소통이 원활하지 않을까... (시설 이용자 1)

여기 등록을 하려면 아이부터 해야되는데 어떻게 하면 좋겠냐고 했더니.. 같은 아픔을 가진 어머니의 마음으로 나오시라고 아이 등록은 안 했어도 나오시라고 해서 너무 감사했어요. 저의 바람은 아이부터 먼저 등록을 하라는 그런 규정이 있는지 모르겠어요. 그걸 개선이 되었으면 좋겠어요. 부모님이라도 먼저 해서.. 그래서 제가 다녀와서 이런 교육이 있고, 저런 교육이 있어서 좋더라고 하니까.. 안 듣는 거 같아도 들어서.. 그래도 가는.. 00에서 할 때는 아예 거부감이 있었는데 엄마부터 부모회에 나가니까 지도 따라서 나가고 그랬거든요.(가족 8)

3) 정신재활시설 운영의 한계점

(1) 공통

① 기관장의 마인드에 따라 기관 간 천차만별

정책관계자 및 시설 종사자 집단에서는 현재 정신재활시설의 운영이 기관장의 마인드에 따라 기관 간 차이가 매우 크다는 점을 지적하였다. 시설의 규모가 작고, 특히 주거제공시설의 경우 개인시설도 많은 만큼 시설장의 개인의 관점이나 전문성에 따라 운영방식이나 서비스 제공에 있어서 편차가 크게 나타난다. 또한 정신재활시설이 신고시설로서, 초기 진입시 시설장 및 운영체계에 대한 검증이나 평가 없다는 것도 한 요인이 된다. 다른 한편으로는 정신재활시설에 대한 운영지침이 명확하지 않거나 현실과 맞지 않음을 지적하기도 한다. 즉, 정신보건법 제정 이후 25년이 지났음에도 불구하고 정신재활시설의 서비스에 대한 지침은 그대로인 상황에서, 정신건강정책 환경이나 정신장애인의 욕구 변화에 따라 서비스를 지속적으로 변화시켜 가고 있는 시설과 25년 전의 지침에 따라 여전히 운영하고 있는 기관 간의 차이는 당연한 것이기도 하다.

정신재활시설은 일단 너무 규모가 작다 보니까.. 조금은.. 너무 가족적인 분위기.. 좋은 의미에서는 가족적일 수도 있고.. 조금 안 좋은 의미에서는 약간... 허술하다는 표현은 좀 그렇기는 하지만.. 너무 작은 규모에 의해서 좀 편리하게 운영이 되는 이런 느낌들도 조금 있고 그다음에 작은 시설이다 보니 기관장 한 명의.. 기관장의 마인드에 따라서 정신재활시설의 퀄리티가 천차만별인.. 이런 기준점이 잘 없다는 느낌.. 굉장히 열심히 하는 이런 정신재활시설 같은 경우에는 뭐.. 센터가 배워야 할 만큼 그렇게 열심히 하는 데가 있는데.. 어떤 데는 가보면 그냥 정말 몇 명의 정신장애인이랑 그냥 관습적인.. 의례적인 이런 운영을 하고 있고 그런 느낌들이.. 조금 그러니까 기관장의 마인드에 따라서 너무 천차만별이더라. (정책관계자 9)

20년 전에 정신재활시설을 시작할 때 각 시설별로 보면.. 모든 프로그램이 획일화된 프로그램이었거든요. 취업준비 프로그램이 다 매뉴얼화 되어서 전 시설들이 다 똑같은 매뉴얼 프로그램으로 운영을 했었고, 사회기술훈련부터 해서 모든 프로그램 자체가 그런 운영체계를 가졌었는데 차츰 20년 이후의 현재 상황들을 보면 똑같은 매뉴얼로 운영하는 시설은 없다고 봐야 되지 않을까. 정말 열심히 하는 시설들은 공통된 매뉴얼로 하는 게 아니라 시설협회에서도 매뉴얼을 만들어서 보급하기는 했지만 그 매뉴얼을 준수해서 운영한다는 시설은 없어요.. 각 지역에 맞춰서 회원에 맞춰서 그 특성에 맞춰서 운영을 하고 있기 때문에 아까 잠깐 얘기했지만 정신건강 사업안 내나 지침이나 내용들을 볼 때도 사실은 그 지침을 준수할 수 있는 상황이 아니라 그 시설이 가진 특성을 가지고 운영을 하는 형태가 가장 많지 않나 하는 생각이 들고요. (시설 종사자 3)

② 열악한 시설의 물리적 환경

정신재활시설의 초기 설치 및 물리적 공간의 확보는 민간에서 해야 한다. 따라서 매입 및 임대료의 부담으로 인해 많은 시설들의 물리적 환경이 상대적으로 열악하다. 주간재활시설의 경우 법적 평수 기준만을 겨우 맞추거나, 접근성이 떨어지는 외곽에 위치하거나, 주거제공시설의 경우 반지하에 있는 경우도 여전히 있다. 시설 이전이나 개보수를 하려고 해도 노유자 시설이나 장애인편의시설 기준을 맞추기 현실적으로 쉽지 않고, 특히 건물주가 반대하거나 리모델링 후 오히려 재계약을 안 하는 사례까지 발생하고 있다. 물리적 환경을 제대로 갖추기 위해 부담해야 하는 비용 규모가 크기 때문에 현실적으로 각 기관 단위에서 이를 해결하기에는 쉽지 않다.

사실은 보조금으로 시설을 운영하지만 굉장히 부족한 부분.. 가보면 시설에서 50명이 왔다갔다 하는 게 놀랍다고 생각을 할 정도로 좁은 공간이에요...(중략)... 이런 부분들이 사실은 이용시설이 너무 열악한 거죠. 기능은 많은 활동은 하지만 운영하는 사람들이 임대료를 걱정하는 정도의 시설이어서는 안 된다. 센터도 있고 재활시설이 있지만 실제로 지역사회에서 마음이 아픈 사람들이 그들 안에서만 공유하지는 않겠지만 지역사회 하나의 그 어떤 하나의 정체성을 가지기 위해서는 종합복지관처럼 정말 크고 멋진 건물들을 하나씩 놔야지. (정책관계자 3)

처음 시작은 쉬운데 여전히 그룹워크라든가 숨 쉴 수 있는 공간성이라는 측면에서의 미충족 수요는 여전히 안고 가게 되지 않을까 하는.. 물론 사회복지관이라는 공간성을 공유한다면 말은 달라지겠지만. 공간복지적인 관점에서 있는 시설 인프라도 더 좋게 만들어야 될 것 같기도 하고 1인당 스페이스에 대한 문제도 해결해야 될 것 같기도 하고 그와 동시에 공간이 있어야 되지 않을까.. (정책관계자 5)

그리고 각기 시설장의 역량에 따라서 마련하다 보니 사실은 주거가 정말 깨끗하고 좋은 환경이 아니라 누가 봐도 "아 나 살기 싫어."하는 곳들이 보여요. 실제로 저희 기관에서 어떤 기관에 의뢰를 했는데 사례관리자가 같이 갔는데 그 낮동안에 있는 환경 속에서 바퀴벌레가 수시로 나오는 환경에 살아야되는 그런 걸 보고 회원들 의뢰하기가 너무 어려웠다. 그런 상황들에 대해서는 조금 더 우리가 고민해 봐야되지 않을까.. (시설 종사자 3)

(2) 주간재활

① 자리가 없어서 대기하다가 이용하지 못함

주간재활시설의 경우 정원 제한이 있어서 접근성에 한계가 크다. 현재 주간재활시설은 대부분 30~50인 규모에다가 한번 등록을 하면 이용 기간이 몇 년씩 되다 보니, 좋은 시설일수록 대기자가 많고, 적게는 몇 개월에서 길게는 1년까지 기다려야 하는 시설도 있다. 특히 주간재활시설의 경우 대부분 시·군·구 단위에 한 개 정

도박에 되지 않기 때문에 이용할 수 있는 정신장애인의 수는 극히 제한된다. 따라서 병원이나 정신건강복지센터에서 의뢰를 하더라도 늘 정원이 차있기 때문에 실제적인 연계가 이루어지기 어렵다.

집에서 자꾸 사회로 나가라고 돈을 벌어오라고 푸시를 하셔서 제가 그 전에.. 저도 어쨌든 많이 힘들 때니까 대인관계도 어려웠고, 자신감도 떨어졌었고.. 00나 아니면 해당이 되는지 모르겠는데 000000.. 집이 가까워서 그쪽으로 알아보고 노력을 했었는데 자리가 너무 없다고 그러셔서 3-4개월을 기다리라고 하셔서 제가 못 했던.. 결국 일자리를 알아보고 짧리고 이런 거를 반복했던 그런 경험이 있었어요. (당사자 단체 5)

제가 주간재활 제발 좀 하지마라. 센터가 할 일이 얼마나 많은데 주간재활까지 하느냐.. 제발 보내라 정신재활시설에.. 이러니까 .. 정원이 찼다던데요.. 라는 것도 있고. (정책관계자 9)

② 등록제로 인해 서비스 대상이 제한됨

현재 주간재활시설은 ‘등록제’로 운영되고 있다. 즉, 서비스 단위로 이용할 수 있는 것이 아니라 등록을 해서 월요일부터 금요일까지 정해진 프로그램과 활동에 모두 참여해야 한다. 정원이 제한되어 있고 그나마도 등록제다보니, 지역에서 서비스를 이용할 수 있는 기회는 더욱 제한된다. 등록을 하지 않고, 특정 프로그램이나 활동에만 참여하기 어려운 구조이다. 따라서 이러한 수요에 대응하기 위해 최근에는 몇몇 시설에서 대기자를 위한 프로그램, 미등록자를 위한 취업 훈련이나 회복프로그램을 운영하는 사례도 있다. 이에 정신재활시설이 등록인원에만 제한된 서비스를 제공하는 것을 보다 지역사회로 확장해야 한다는 의견도 있었다.

원래 이렇게 재활시설은 자기 등록된... 분들에 대해서만 사례관리를 해주게 되어있거든요. 그런데 다른 재활시설도 똑같고요. 등록된 사람 외에도 재활시설을 거쳐 갔다가 다른 데 지역사회에서 잘 생활하는 분들이라든지.. 그러니까 정신건강복지센터만 사례관리 하니까 너무 일이 집중되고 힘들지 않느냐.. 재활시설도 역량이 되는 거점 재활시설 같은 곳은 정신건강전문요원도 많고 이런 사례관리를 할 수 있는 역량도 되니.. 그런 곳은 지원을 해서 아웃리치 서비스도 할 수 있게 오는 사람들만 하지 말고 이런 요구도 있어요. (정책관계자 1)

직업재활 욕구는 있는데 시설은 이용하기 어렵고.. 교육은 받고 싶은 사람이 그 대상이 되는 거고.. 여기서 맛보기를 한 후에 괜찮다고 하면 이용하실 수 있는 것을 시범적으로 올해부터 시행을 하기로 했어요. 그거는 직업재활에 대한 욕구는 많이 있는데 직업재활을 받으려면 시설에 꼭 등록을 해야 되고 이용을 해야 되고 매일매일 나가서 일주일에 한번 받고 이런 상황이 되니까.. 이거는.. 욕구에 전혀 맞지 않는 과정이라고 생각이 들어서. (시설 종사자 5)

③ 등록장애인 중심의 취업 지원

정신재활시설에서 가장 욕구가 높은 서비스는 직업재활이지만, 소규모의 시설 특성상 가장 어려운 서비스 또한 직업재활이다. 특히 정신건강복지법과 전달 체계상 직업재활이나 취업지원 관련 서비스가 아직 없는 상황에서, 현실적으로는 장애인 등록을 통해 장애인 지원고용제도를 활용하는 방식이 가장 많이 이루어지고 있다. 따라서 정신장애인 등록을 하지 않은 경우에는 취업지원의 기회가 상대적으로 적고, 일자리 수준도 더 열악하다고 느끼고 있었다. 이에 참여자들은 정신장애인 등록을 하지 않더라도 장애인 고용지원 서비스를 이용할 수 있는 방안이 마련되기를 기대하였다.

00 같은 경우에도 00님께서 말씀하신 대로 저희가 복지카드 있으신 분들 위주로만 취업 공고가 올라오다 보니까 저 같이 아예 없는 경우에는 알바몬이나 알바천국이라는 어플을 이용해서 일반인들이랑 똑같은 선에서 해야 되니까 그런 핸디캡이 있어서 저희도 복지카드만 없지 같은 정신 질환이 있는데 그런 데에서 차별이라고 해야 하나 그런 데에서 배제를 받아야 되나 계속 마음이 걸렸거든요. 취업을 복지카드 있는 사람만이 아니고 복지카드 없는 사람들도 지원을 해줬으면 하는 게 있어요. (시설 이용자 1)

등록장애인이 아니면 안 된다는 형태로 갔고요, 15조가 풀리면 결국 등록장애인 위주의 서비스밖에 안 되는 거죠. 그렇지만 그것도 저희에게는 시급한 문제이기도 하고 그러면 나머지 50%는 어떻게 가야될 거냐 하면 결국 정신장애인 지원에 관한 법률을 별도로 만드는 방법밖에 없지 않나.. 아니면 일본처럼 정신장애인에게는 주치의 진단에 의해서 모든 복지서비스를 받을 수 있는 체계로 바꾸는 것은 어떤가 이런 생각을 하는 거죠. 그래서 전달체계가 일본에서는 등록과 상관없이 센터와 재활시설을 구분해서 양쪽 다 장애인복지에 관련한 모든 서비스를 다 받을 수 있도록 하고 있잖아요. (시설 종사자 3)

(3) 주거제공

① 사적 공간 부족

현재 주거제공시설은 2인 혹은 3인이 1실을 사용하도록 되어 있다. 주거 공간을 공유해야 하는 상황에서 개인의 사적 공간을 보장받기는 어렵다. 낯선 사람들끼리 한 공간을 사용함으로써 서로 맞추어야 하는 불편함이 때로는 스트레스 요인이 되기도 하며, 무엇보다 개인의 프라이버시를 보장받기 어렵다. 특히 젊은 연령대의 경우 가정에서도 주로 혼자 방을 쓰는 것을 고려할 때 함께 생활해야 하는 불편함은 더 크게 느껴질 수밖에 없다.

이제...저도...처음에 00에 왔을 때는 방을 같이 생활하시는 분이 저는 처음이잖아요. 그러니까 생활하다 보면 마음에 안 들기도 하고... 저 또한 마찬가지로 상대방 입장에서 제가 마음에 안든 점도 있고... 그런 거가 있고.. (중략).. 눈치껏 알아서 해요. 아 언니가 오늘 내가 출근하고.. 퇴근하고 왔는데 언니가 좀 눈치가 혼자 있고 싶다. 그러면 거실로 나와요. 티비를 본다든가.. 아니면 그분이 내가 좀 혼자 있고 싶어하는구나 하면 그분이 또 거실로 나오시더라고요. 그런 게 있는 거 같아요. (시설 이용자 7)

그전에는 사실 말그대로 3명, 2명 같이 지내다 보니까 그런 불편감들이나 서로의 갈등이라든지 그걸 매일 해결하는데 시간이 그냥 지나갈 정도로.. 그리고 이용하시는 분들도 방이 그렇게 크거나 그런 것도 아니잖습니까. 작은방에서 생활하시다 보니까 어쩔 수 없이 그런 일들이 발생할 수밖에 없는데 그렇다고 집을 옮기거나 집을 새로 짓는 것은 너무 어려운 것이기 때문에 그래서 그런 문제를 계속 가지고 있었습니다. 지금도 일부는 가지고 있지만 저희는 리모델링을 하면서 1인실을 몇 개를 만들었거든요. 그래도 방이 몇 개가 더 있어서 그런 것들을 활용하니까 1인실 사시는 분들이 너무 좋아하시는 거죠. 사실 크지는 않지만 개인적인 공간, 개인 책상, 컴퓨터, 침대만 있어도 사실 아 이게 진짜 내방이 생겼구나. 그것만 가지고 있는 것만으로 해도 그중에 내방을 처음 가졌다고 하신 분도 계셨으니까 사실.. 그렇게 만족도가 올라가는 것을 봤었는데.. 사실 다른 곳이 진짜 얼마나 그렇게 갖춰져 있을까 고민들이 사실 크고요.. (시설 종사자 2)

② 공동생활에 따른 규칙과 역할

주거시설에서는 공동생활에 따른 규칙과 역할이 있다. 정해진 일과와 식단 등을 지켜야 하고, 청소·빨래·식사 등의 담당 역할을 규칙에 따라 수행해야 하며, 정해진 전체 프로그램에도 참여해야 한다. 이러한 짜여진 규칙 속에서 생활한다는 것이 정신장애인에게 결코 쉽지 않고, 적응하지 못하는 경우에는 시설을 나가는 경우도 많다. 특히, 직장을 다니는 경우에는 퇴근 후에도 공동생활의 규칙과 역할을 수행하는 것이 힘들고, 집에서조차 쉽이 이루어지지 못한다고 느끼기도 한다.

다른 건 되게 만족스럽고 좋았는데.. 음식이 좀 문제였어요.. 저도 정신과 약 먹고 나서 체중이 많이 변해서 스트레스니까 아침은 잘 먹고 저녁 조금 먹거나 이런 상태였는데 가보니까 거기는 아침은 거의 나가야 되니까 많이 안 먹고 저녁은 맛있는 것을 항상 하는 거예요. 처음에는 안 먹다가 조금이라도 드세요. 해서 먹다 보니까 음식조절을 잘 못했어요. 같이 살면 어쩔 수 없는 부분도 있기는 하지만.. 조금은 자유가 있었으면 좋겠어요...(중략).. 일주일에 한 번 정도는 자기가 원하는 거.. 들어가면 좋을 것 같아요. 저희는 주말에도 다 정해져 있었거든요 (시설 이용자 5)

그런 것만 있는 게 아니라 식단회의 일주일에 한 번씩 하죠. 청소 당번도 짜죠. 그리고 또 자제회의라고 하죠. 또 한 달에 한 번 영화를 보러 가거나 나들이를 또 가야 돼요. 같이 가줘야 해요. 사진 찍어야 하죠. 그러니까 주거시설이 생활이 쉬울 것 같아도 힘들더라고요. 매일 매일이 저는 바빴어요 (시설 이용자 4)

저 같은 경우는 주거시설 이용할 때는 물론 식사 당번이 있고 매일 매일 해야 할 일이 있어요.

청소도 매일 해야 되고.. 식사 당번 하면 일주일에 두 번은 꼭 돌아오고 빨래도 해야 되고.. 집에서 하는 일을 개인 거를 다 해야 되는 거예요. 주거시설에서.. 그래서 취업하면서는 그게 힘들더라고요. 병행을 해야 되는 게.. 제 일이 안 끝나고.. 그리고 식사 당번이 다음 날이면 전날 그거를 만들어 놓고 자야 해요. 그래서 주거시설 할 때는 취업이랑 병행하는 어려움이 있었고.. (시설 이용자 2)

③ 건강과 안전을 위한 규제

주거시설에서는 건강과 안전을 위해 지켜야 하는 규제들이 있다. 예를 들면, 금연, 정해진 식사, 약 복용, 건강관리, 취침시간, 야간 입출입 등에 대한 규제가 있다. 한 참여자는 안전을 위해 화장실에 잠금장치가 없다는 것에 불안함을 표현하기도 하였다. 또한 현행 규정상 주간엔 외부 서비스를 이용하거나, 직장 또는 학교에 나가는 것을 원칙으로 하고 있어서 편하게 집에 있기 어렵거나 한 달에 한 번 집에 가야하는 등의 불편함도 있다. 이는 시설운영상 안전과 인권 간의 딜레마가 존재하며, 특히, 현재와 같이 시설운영자가 무한책임을 져야 하는 상황에서 건강과 안전을 위해 어디까지 규제하는 것이 적절한가에 대한 현실적인 어려움이 있다.

아니요. 밤 10시인가 저녁 7시인가.. 그 안에는 들어와야 하는 규칙이 있어서.. 00동에 있는 거기도 밤 10시 이전에는 나가면 안 되고 다 문을 잠가 놔요. 나갈 수는 있는데 나가게 되면.. 들어올 수는 있는데 규칙을 어기는 거니까.. (중략)...개인적으로 가족 이런 거 아니면 개인적으로 잠깐 나가서 바람쐬고 그런 건... 안 되고.. 외박도 안 되고. (당사자 단체 4)

제가 처음에 여기에 들어왔을 때 잠금장치를 못 하신다는 거예요. 화장실 잠금장치를..... 그래가지고 왜 그러냐 그랬더니 혹시 무슨 일이 발생했을 때 원장님께서 바로 열고 들어가셔야 하기 때문에... 그리고 회원이 무슨 일이 있을 때 잠가버리면 어떻게 할 수가 없잖아요. 그니까 잠금장치가 안 되어있으니까 불안한 거예요. 막 샤워할 때도 그렇고.... 소변이나 대변 볼 때도 좀 불편한 점이 있더라고요. 그래서 그렇게... 메모판 같은 거 사용 중, 그런 거를 했어요. (시설 이용자 7)

저는 주거시설이 시설 생활에 처음은 아니었지만.. 좀 힘들었던 게 뭐냐 하면 내가 아침잠이 많았어요. 그런데 9시에 나가면 저녁 4시에 들어와야 하는 규칙이 있었는데.. 규칙이 있는 이유가 현장 생활에 적응하게 하기 위해서 그렇게 해야 된다고 하지만.. 그래도 우울한 날에는 잠이 많이 오잖아요. 너무 나가기 싫고 자고 싶은데 선생님께서 나가야 돼요. 하니까 그게 너무 싫은 거예요. 그때는 수급자라 일도 안 하고 있어서 맨날 도서관 가서 맨날 김밥으로 책보면서 보낸 시간이 있었는데 그게 좀 많이 힘들었어요. 그래서 저는 직장이나 프로그램 가는 사람 없이 한 분이 아무것도 없어서 그분은 밖에 나가서 돌아다니다 오시는 분도 있었어요. 공원이나 이렇게 시간을 때우다가 들어가는 거죠. (시설 이용자 3)

4) 정신재활시설 관련 정책적 한계점

(1) 시설에 대한 정보를 얻기 어렵고, 전달체계가 작동하지 않음

정신장애인 당사자와 가족들이 가장 많이 표현한 한계점은 시설에 대한 정보를 얻기 어렵다는 것이다. 대부분 병원에서 치료를 받지만 시설에 대한 안내나 정보를 받은 경우는 소수에 불과했다. 가족들은 병원 치료에만 의존하며 시간을 헛되게 보내다가, 스스로 인터넷에 찾아보거나 지역정보지 등에서 우연히 시설을 알게 되어 방문하게 된 경우가 많았다. 실제로 정신재활시설에 오게 되는 경로 중 정신의료기관이나 정신건강복지센터를 통한 경우는 가장 적다고 하였다. 이는 정신건강 전달체계가 유기적으로 작동하지 않음을 보여준다.

저는 그런 게 있다는 것 자체도 몰랐고 찾아볼 생각도 안 했고.. 집에서 저 혼자 견뎌냈어요. 만약에 그런 게 정보가 있었고 갈 데가 있다, 만날 사람이 있다고 했으면 갔을 거예요. 그런데 제가 할 수 있는 방법이 인터넷밖에 없었고 인터넷 카페에 들어가서 거기서 만난 사람들과 이야기하는 것밖에...그분들도 저랑 비슷한 상황이어서 정보가 그렇게 많이 돌지는 않았던 거 같아요. (당사자 단체 9)

병원에는 그런 정보가 아예 없어요. 일단 그런 정보를 지역에 정신건강복지센터가 있다는 것조차 말해 준 적이 없었어요. 정말 우리가 말하는 전달체계 그런 게 어떻게 되는지를 말해만 주면 가족들이 충분히 찾아갈텐데, 처음에 딱 발병했을 때는 다들 병원으로 가게 되잖아요. 그런데 병원에서 그런 정보를 전혀 주시지를 않으니깐.. 계속 병원만 믿고 있다가 세월을 보내거나 집에 방치되어 있거나.. 그런 상태인 거 같아서.. (가족 6)

전달체계가 된다면 몇 개소 없는 정신재활시설들이 전국에 차고 넘쳐야 하는 것이 이론적으로는 정상인 상황인데.. 이게 왜 차고 넘치지 않고 계속 시설장들의 개인기나 지역사회의 인맥을 통해서 이 사업들이 펼쳐져야 하는지.. 정책을 하시는 분들이.. 고민을 하셔야 하는 부분이 아닌가.. 정신보건센터에서... 전달체계를 통해서 본다면 센터에서 이런 재활시설 쪽으로 분명히 의뢰를 받아야 되는 거죠...(중략).. 전달체계 내에서 필요한 서비스를 연결해 줘야되는데.. 과연.. 전국에 있는 정신재활시설 중에 센터에서 의뢰받아서 서비스를 하고 있는 케이스가 몇 개나 되는지 (시설 종사자 6)

(2) 지역에 이용할 수 있는 시설이 없음

참여자들 중 정신재활시설을 이용해 본 경험이 없는 경우는 주로 자신이 사는 지역에 정신재활시설이 아예 없기 때문이었다. 아직까지 전국적으로 시·군·구 단위에 정신재활시설, 특히 주간재활시설이 없는 지역이 많은 상황에서 서비스에 대한 접

근성은 근본적으로 제한될 수밖에 없다.

협회에도 문의 전화가 종종 와요. 당사자본 가족분들이 협회로 문의를 하세요. 내가 갈 곳이 내가 원하는 직업재활 서비스가 아니면 생활을 하면서 배울 수 있는 곳이 있냐. 이런 문의들이 오는데 대부분 그냥 연결이 안 되는 거예요. 왜냐하면 그 지역에 없어요. 본인이 살고 싶은 지역에 연결할 때가 없어요. 말씀하신 것처럼 주거 선택을.. 내가 살 곳을 선택할 수 없는 상황을 증명할 수밖에 없고 다른 지역을 간다고 하더라도 모험이 되는 거고.. 또 이제 다른 지역에 갔을 때 그 시설 하나만 있다 (시설 종사자 9)

지역 특성에 맞게 서비스를 줘야 하고 대기자가 많은데 왔다가 두 시간 하고 가, 그러면 개는 사각지대에 놓이는 거예요. 센터에도 연결이 안 되고 집에 있고.. 부모는 속이 타고 보내고 싶어도 보내지 못하고 갈수록 그런 사람들이 히키코모리가 되는 거예요. 그래서 사각지대가 되어서 더 만성화 환자가 더 되고... (가족 7)

(3) 지자체의 부담과 중앙정부의 역할 한계

현재 서울 외의 대부분 지역에서는 시설 예산 중 90% 정도를 시·군·구에서 부담하고 있다. 따라서 지자체에서는 정신재활시설 운영비 지원에 대한 재정적 부담을 크게 느끼고 있다. 하지만 정신재활시설은 지방이양사업으로 중앙정부에서 지원할 수 있는 부분이 제한된다. 현재 중앙에서는 정신재활시설의 신축에만 지원할 수 있으나 주거비용이 비싼 도심지역의 경우 신축할 수 있는 경우는 거의 없다. 최근 통합정신건강사업으로 비교적 규모가 큰 예산이 지자체에 지원되고 있으나, 사용할 수 있는 항목에 정신재활시설 설치나 운영은 없다. 중앙정부의 예산 지원이 없는 상황에서 지자체에 정책적 요구를 하기에는 제한이 있다. 결국 각 지자체가 정신재활 시설 설치에 대한 의지가 어떠한가에 따라 달라질 수밖에 없다.

어쨌든 간에 가장 중요한 건 보조금인데.. 이상하게 도비가 10%고 시비가 90%예요. 국비에서 50% 해주면 매칭사업으로 해주면 얼마든지 시에서도 활용하고 계속 늘어날 수 있는데 왜 10대 90이예요. 그러니.. 지금 그나마 00시 같은 큰 도시는 그렇지만 중소도시는 공무원 인건비도 힘든데.. 90%를 누가 감당하겠어요. 이거 도차원에서 그렇고 시차원에서 그렇고.. 50대 50으로 가야되요 최소한 50은 국가에서 보조를 해줘야지...자치단체에서도 얼마든지 호응해서 필요성 절감하기 때문에 계속 늘어날 수 있는데.. 이거 문제가 많아요.(정책관계자 4)

우리도 공동생활가정 4개를 열고 여기를 전환 주거의 기능을 하도록 하자고 했는데 브레이크가 딱 걸린 거예요. 왜냐. 통합정신건강예산은 국비가 내려오잖아요. 근데 정신재활시설은 지방비.. 지방이양사업이잖아요. 근데 이거는 한번 고민...우리 사회복지 영역에서도 고민해야 되는 것 중에 하나가 통합정신건강이라는 것들이 정신장애인을 위한 재활시설에 예산을 쓸 수 없다

면..이게 의미가 있나 라는 생각이 드는 거예요. (정책관계자 9)

(중앙정부에서) 지침을 주려면 국비가 들어가는 사업에 대해서는 이렇게 쓰세요 라고 하는데.. 순수 지방비로 운영되는 것을 또.. 법에 있는 운영규정이나 그런 가이드라인.. 법 시행규칙에 있는 것 외에는.. 디테일하게 용처라든지 그런 것을 하지는 않죠...(정책관계자 1)

중앙정부는.. 현장에서 요구하는 것들에 대한 분석해서 해주는 역할을 하고.. 결국은 지방재원이 들어가는 것에 대한 것이 훨씬 더 크거든요. 그러면 중앙보다는 지방에.. 그래서 가이드라인을 내릴 때 크게 밖에 못 내리는 거예요. 세부화는 나머지는 서울시가 예전에 서울시 사업안내를 만들었듯이 서울시 재원으로 하니깐 그게 가능했잖아요. 중앙 재원을 플러스에 지방의 가이드를 내리도록 하는데... 지금 현재 지방에서는 그렇게 하지 않거든요. (정책관계자 2)

(4) 시설에 대한 지역사회의 높은 편견

정책관계자나 시설 종사자는 정신재활시설에 대한 지역사회의 편견을 가장 큰 장애물로 언급하였다. 실제 참여자들 중에도 지역사회의 반대로 인해 시설 설치를 중단하거나 많은 민원에 시달린 경험들이 있었다. 시설 이용자들 또한 이웃들이 보내는 부정적인 시선이나 편견으로 고통을 경험하기도 하였다. 참여자들은 최근 미디어에 정신질환과 관련된 부정적인 보도들이 연이어 있으면서 지역사회의 편견은 더욱 심해지고 있다고 느꼈다. 정신재활시설을 신규 설치하는 데 가장 큰 걸림들은 지역사회의 부정적인 태도라고 인식하였다.

저희는... 00에 있을 때는 아파트에 있었어요. 근데 굉장히 힘들었어요. 옆집 때문에... 막 민원 넣고 그 옆집 할머니께서 민원 넣고...그니까 그 아파트에서... 사람 우루루 나오니까... 8명 주루룩 나오니까 왜 이렇게 많이 사나 색안경을 끼고 보는 거예요. 특별하게 저희가 잘못된 것도 없는데...(중략).. 자기 아파트 이미지 깎인다고 다른 데로 이사가 달라.... 뭐 그런 일이 많았어요. 지금도 벌어지고 있고... 되게 조심스럽고 그럴더라고요... (시설 이용자 7)

가능하면 정신재활시설 들어오는 거 허가해줘라.. 이러면 그렇게 막 거기서 성토대회가 되는 거예요. 너네가 뭘.. 너네가 직접 와서그런 민원 당해봐라.. 그리고 지자체장이 안 한다는데 우리가 무슨 수로 하느냐.. 너네는 탁상공론.. (중략).. 오히려 그렇게.. 이제 간혹.. 그런데 그런(?) 아까 말씀하셨던 것처럼 공무원들 입장에서는 정신장애인을 위한 시설이 들어오는 건 골치아프다. 이거는 엄청난 민원거리고.. 우선에서 좋아하지 않고 이게 허가가 났을 경우에 민원이 제기되어서 문제가 되면 나는 아주 골치 아파지는.. 이런 사업이라는 인식이 팽배한 거죠.. 그니까 시의원도 마찬가지인 거고 이걸 내가 못 막으면 다음에 나는 당선되지 못한다. (정책관계자 9)

(5) 지자체의 소극적인 태도와 지역 간 격차

참여자들은 지자체가 정신건강 사업에 무관심하거나 매우 소극적이라고 인식하

였다. 특히 정신재활시설의 경우 지역사회의 민원에 대한 두려움으로 ‘골칫거리’, ‘막아야 하는 사업’으로 생각하며, 정책적인 우선순위에서 가장 뒤에 놓여지게 된다. 따라서 지자체의 관심과 의지에 따라 지역 간 격차가 매우 커질 수밖에 없고, 서울시를 제외하고 대부분의 지역에서는 정신재활시설의 확대가 매우 더디다.

조그마한 사회복지 기관들도 복지 천국인데 정신장애인에 관한 부분들에 대해서는 거의 아무도 관심을 가지지 않고 있다는 거죠. 사실은.. 그래서 잘 해보면 굉장히 긍정적으로 받아들일 수 있는데 그런 부분들이 너무 지역사회에 파급을 주기에는 한계가 있다. 거기에 계신 가족들이나 또는 활동 목소리를 내는데 그게 목소리를 내도 수용이 잘 안 된다는 거죠. (정책관계자 3)

그래서 시설협회에서 정책위원회에서 이야기 하는 제안들은 각 지자체별로 거점인 시설들.. 유형별로 최소 1개의 시설들을 반드시 구비해야 되지 않냐.. 이게 중앙에서 진행하다가 지자체의 책임으로 들어가면서 결국 지자체가 정신보건 쪽에 관심들이 없다 보니까..(중략).. 지자체가 갖는 책임성이나 내용들이 없는 거죠. 우선순위에서 계속 밀려나고.. 정책적 과제로 보면 어쨌든 거점인 정신장애인을 위한 서비스 거점들이 분명히 생겨나야 되는데 거점들이 없다보니 다 방치되거나 아예 방임되는 사례들이 너무 많이 발생하고.. (시설 종사자 3)

가능하면 정신재활시설 들어오는 거 허가해줘라.. 이러면 그렇게 막 거기서 성토대회가 되는 거예요. 너네가 뭘.. 너네가 직접 와서 그런 민원 당해봐라.. 그리고 지자체장이 안 한다는데 우리가 무슨 수로 하느냐.. 너네는 탁상공론.. (중략).. 오히려 그렇게.. 이제 간혹.. 그런데 아까 말씀하셨던 것처럼 공무원들 입장에서는 정신장애인을 위한 시설이 들어오는 건 골치아프다. 이거는 엄청난 민원거리고.. 우선에서 좋아하지 않고 이게 허가가 났을 경우에 민원이 제기되어서 문제가 되면 나는 아주 골치 아파지는.. 이런 사업이라는 인식이 팽배한 거죠.. 그니까 시의원도 마찬가지인 거고 이걸 내가 못 막으면 다음에 나는 당선되지 못한다. (정책관계자 9)

광역처럼 재활시설도 어느 정도 최소한 도비가 붙어있으면 도 가운데 하나에는 상징적인 의미가 있어서 시·군·구마다 이런 편차라든지 없는 지역들은 서로 조율을 해서 같이 발전을 해나가야 되지 않냐... 시·군·구에서 각자 말하면 다 다른 말을 하고 도에서도 다른 말을 하니.. 획일화가 안 되더라고요. 저희 00같은 경우에도 00이랑 너무 다르고.. 급여 테이블이 다 다르잖아요. 같은 도 안에서도.. 그런 상황이니깐.. 시·군·구마다 달라요. 그리고 심지어 사업안내 해석하는 것도 다 달라요. (시설 종사자 7)

(6) 당사자의 욕구만큼 정책이 따라주지 못함

1995년 정신보건법이 제정된 지 25여년이 지났고, 그 사이 국내외적인 정신건강 및 장애 관련 정책 환경이 많이 바뀌었으며, 정신장애인과 가족의 인식과 욕구 또한 크게 변해왔다. 하지만 정신건강 정책, 특히 정신재활시설 관련 정책은 이러한 변화를 전혀 쫓아가지 못하고 있다. 특히, 정신재활시설의 정원제, 등록제, 기간제한, 사

회재활 및 직업재활 서비스로 규정된 체계가 25여 년 동안 그대로 이어져 오고 있다. 이는 고용, 주거, 교육 등 정신장애인의 다양한 욕구를 충분히 포괄하지 못하며, 보호와 훈련 중심의 재활 패러다임에 여전히 머물러 있다. 따라서 정신재활시설의 운영과 서비스에 대한 정책과 지침을 변화된 환경에 맞게 개선할 필요가 있다.

저 개인적인 생각으로 정신재활시설이 그런 패러다임 변화에서는 가장 앞서있지 않나하는 생각을 해요. 센터나 병원보다는 지역사회 내에서 가장 빨리 그런.. 이론적인 부분이나 그런 것을 도입하고 적용해보고 안되는 것도 있기는 하지만 그런 변화들 수용에 있어서는 좀.. 제일 빠르지 않나라고 생각이 드는데.. 조금 안타까운 부분은 정책적인 부분이나 지침이나 이런 것이 그 변화를 우리가 가는만큼 지원해주지 못한다거나 변하지 못하는 부분이 많은 것 같아요. 지침은 20년 전 것을 그대로 사용하고 있는데 저희들은 다른 방향으로 가고 있는 부분에 있어서.. 계속 지침에 얽매었으니까 새로운 서비스나 다양화된 서비스를 개입을 할 수 없는 상황들에 많이 막히게 되는 게.. 지금의 현 상황이지 않을까 라는 생각을 계속해요. (시설 종사자 5)

조금 더 당사자 중심의 서비스를 제공하고 있음에도 불구하고 서울시에서 만들어지는 일들은 자립주택이나 지원주택은 또 똑같은 그냥.. 기존의 기숙사형 같은 형태로 운영되는 딜레마가 있거든요. 제가 볼 때는.. (중략)...인권을 보장하는 환경이 구성되지 않은 상태에서 당사자들의 인권을 그냥 우리 어떤 그냥 개인의 역량으로만 그걸 보장하기에는 한계들이 있어요. 같이 환경적으로 정책적으로 뒷받침해주면서 가야지 인권이 더 보장되고 더 활성화되지 않을까 하는 생각을 해봐요. (시설 종사자 8)

5) 정책적 개선방향

(1) 지역 단위로 시설 설치의 기준 및 적극적인 규정 마련

정신재활시설의 설치를 지자체의 의지에만 맡겨둬으로써, 지금과 같이 양적으로 확대되지 못하고, 지역 간의 편차가 큰 결과를 가져왔다. 따라서 참여자들은 지역사회에 정신재활시설이 적정하게 설치될 수 있도록 국가적인 기준이 제시되어야 한다고 제안하였다. 이를 위해서는 시설 유형별 수요를 추계하여, 시·군·구 혹은 시도 단위에 어느 정도의 인프라가 구축되어야 하는지 가이드 라인을 마련해야 한다.

문제는 정신장애인에 대해서 명확한 이런 일들을 하려면 굉장한 에너지를 가지고 막 밀어붙여야 되어요. 조례도 만들고 예산도 확보하고 이래야 하는데 그게 정말 관심이 없으면 못 하게 되죠. 그래서 사실 그런 게 너무 안타까운 거 같고 법도 보면 우리가 정신건강복지센터는 자치단체 별로 하나 두어야 된다고 되어있지 않나요? 그러면 재활시설도 강제 조항을 만들면 되는데 왜 그

거를 보면.. 다 할 수 있다고 만들어놔서 조례를 강제조항으로 만들어야... 어쨌거나 그런 것들이 단계적으로라도 해야되는 거죠. (정책관계자 3)

지자체가 이런 이런 일을 하는데 있어서 평가를 해서 정신재활시설이 필요한 부분에 대해서 확충이 되어가고 있는지.. 서비스가 되고 있는지 할 수 있는 방법이 있는데.. 그거를 하기 전에... 해야 될 게 뭐냐 하면.. 수요를 조사를 해야 되거든요. 전국에 개수가 몇 개라는 게 나와있지만 그게 어디에 쏠려있다고 현황만 파악되지.. 어디가 얼마나 부족한지.. 이걸 아직 잘 몰라요.. 그 수요를 파악해서 지자체마다 없는 것에 대해서 확충 노력을 해야죠. 그런 거를 정하는 게 중요한 것 같아요. 그래야 목표가 생기니까요. (정책관계자 1)

(2) 초기 설치 지원 및 운영비 규정 마련

정신재활시설이 확대되지 못하는 가장 큰 이유는 초기 설치에 따른 비용 부담이 크고, 운영비 지원의 기준이 명확하지 않기 때문에 민간에서 참여할 유인이 매우 적다. 특히 설치 비용이나 임대료 부담이 큰 주간재활시설의 경우 더욱 그러하다. 그나마 기존의 시설들도 유지비 부담으로 인해 시설환경이 열악한 경우가 많다. 따라서 참여자들은 시설 설치에 대한 공적 지원이 더 확대되어야 한다고 제안하였다. 복지관과 같이 공공이 시설을 건립하고 이를 민간에 위탁운영 하거나, 임대료 지원 등 물리적 공간 확보에 추가적인 예산 지원을 하거나, 6개월 정도의 심사 기간을 거쳐 운영비를 지원하는 규정을 마련하는 등 제도 개선이 필요하다.

정신재활시설도 투자 대비 뭔가 나올지를 개인이나 또는 법인이 판단해서 할 텐데 지금은 그런 시장유인 효과가 전혀 없다는 거죠. 처음 셋팅할 때부터.. 그래서 00시에서는 사회복귀시설을 처음에 할 때 기준을 많이 완화시키고 지금은 거의 풀셋팅이 되어서 1년 정도 해야 그다음에 보조금 지원을 하는데 사실 그 1년 동안이 너무 어려우니까..(중략).. 신고를 한 다음에 보조금 신청 기간까지를 뭔가 기준을 정해서 우선순위를 정해서 최대한 빨리 해주는 그런 기준을 만드는 것도 이거는 조례까지 아니고 지침 선에서 될 수 있을 것 같아요. (정책관계자 5)

기본적인 인프라를 지원해줬으면 좋겠어요. 제가 시설을 할 때 제 돈 투자해서 한 부분이.. 초기 설치하고 운영하는 부분에 있어서 투자비용이 너무 많이 들어가는 거죠. 법인 단위에서 한다고 해도 법인에서 얼마나 많은 지원을 해주겠어요. 그렇다면 임대료도 몇백만원씩 계속 늘고 있는 상황인데.. 그런 부분에서 안정되지 않으면 인프라가 확대될 수는 없는 상황이고.. 그걸 설치가 되었다라도 그 안정화시키는데 또 몇 년이라는 시간이 들어가면 사실 그 안에서 질 좋은 서비스가 제공될 수 있을까는 좀 의문인 부분인 거 같아요. 그래서 복지관은 설립한다고 땅 주고 건물 주고 인건비 다 주고 이렇게 시작하는 부분인데.. 저희가 시작할 때는 맨땅에서 시작해야 되는 상황인데 누가 과연 이거를 할 것인가.. 그리고 지금 하고 있는 데도 사실 손을 놓는 상황이 많아요. 추세가.. 그렇다면 이게 과연 확대가 될 수 있는냐의 문제가 생존의 문제랑 사실 연관이 되는 거 같은데.. (시설 종사자 5)

지금은 신규시설을 오픈을 하면 1년에서 1년 6개월 이상을 법인이 책임을 지거나 설치한 주 최자가 직원의 인건비나 운영비를 책임져야 되는 상황들이 벌어지고 있던 말이에요. 개인의 투자 비용이 정말 어마어마하게 들어가는 거죠. 이용시설을 낼 때는 사실은 그래서 많은 시설에 관심이 있는 분들이 공동생활가정을 선호해요. 좀 쉽다고 생각을 하는 거죠. 투자비용이 덜 들어가니까. 이용시설이나 직업재활시설을 내면 어마어마한 비용이 각 법인이나 개인에게 책임이 주어지니까 하고 싶어도 못하고 이용시설을 하고 싶다고 생각하고 뛰어들었다가 공동생활가정으로 바꾸신 분들도 많고.. 하다가 지자체하고 협조가 안 되어서 바로 폐지하는 경우도 생기고.. (시설 종사자 3)

(3) 복지지원 체계 마련 및 장애인복지 제도의 이중차별 폐지

정신장애인과 가족은 지역에서 자립하여 살아갈 수 있는 복지지원에 대한 욕구들이 점차 높아지고 있으며, 정신재활시설에서도 삶을 회복할 수 있도록 주거, 고용, 교육 등의 포괄적인 지원이 이루어지기를 기대하고 있다. 하지만 현재의 정신건강 복지법과 정신건강전달체계 안에서는 이에 대한 제도적 기반이 전혀 갖추어지지 못하고 있다. 참여자들은 정신건강복지법에서의 복지지원에 대한 정책이 구체화되어야 하고, 담당 부처에 복지 담당 인력이 확보되어야 한다고 제안하였다. 또한 장애인복지법 상에서 배제되거나 이중차별 받고 있는 부분에 대한 제도적 개선이 이루어져야 한다. 예를 들면, 직업재활시설이 장애인복지법이나 관련 제도에서 제외된 다거나, 주거나 고용 정책에서 정신장애인을 대상에서 제한하고 있는 규정들은 반드시 개선되어야 한다.

서비스를 발굴하고 하려면 첫 번째는 그러니까 그게.. 보건복지부 안에서 중앙 정부 안에서 그런 그.. 정책들이 나와줘야 되고요.. 기존의 장애인정책에서 조금 떨어진 정신질환자에 맞는 정책들이 발굴되어야 하고 그런 쪽에 정식 담당자가 있어야 되거든요.. 담당 사무를 보는 사무관 하나 주무관 하나 이 단위를 계라고 하거든요. 그런 걸 만들어야 서비스가 발굴이 되어.. (정책관계자 1)

달레마죠. 우리가 하는 일은 복지인데 복지정책과에 소속이 안 되어있다보니 전반적인 복지전달체계 안에서는 빠져있고 가장 소외되어 있고.. 다른 연구를 할 때에도 복지정책과 연구가 아니기 때문에 다시 없어지기도 하고.. 이거는 조금 큰 차원에서 학계라든가 정책쪽에서 풀어야 할 문제인 거 같아요. 그게 안 풀리면 전달체계가 쉽지 않죠. (시설 종사자 8)

직업재활시설은 장애인고용법에 들어가야 혜택을 받는 건데.. 연계고용제도 같은 것도 장애인 직업재활시설들은 일반기업이 장애인 직업재활시설과 연계해서 실제 장애인 고용을 하고 시설에 생산품들을 구매하고 이런 것들을 하는데 정신재활시설 쪽은 해당이 안 되는 거죠. 그 시설이 한 생산품들이 판매된다든지.. 그걸 통해서.. 회원 분들이 직접 고용에 대한 혜택들이 가는.. 이런

제도들이 계속 의견은 계속 내죠. 사실 법이 바뀌는 것이 쉽지는 않겠지만 장애인복지법과 정신 건강복지법의 갭이 너무 커서 조금 바뀌어야 되는 부분들이 있죠. (시설 종사자 9)

장애인복지법이란 상충되면서 장애 영역에서 이중차별을 받고 있잖아요. 예를 들면 저희 정신 장애인분들 장애인 복지영역에서 오래 전부터 운영되었던 자립주택에 못 들어가세요. 법이 상충되면서 정신장애인복지법은 예외로 한다는 것 때문에.. 이거보다 더 큰 차별과 인권침해가 어디 있겠어요. 그거 하나로도 엄청난 인권침해를 당한다고 생각이 들고요. 결국에는 저는 주거의 기간을 늘리고 이런 것도 필요하지만 유형을 다양화해서 선택권을 넓혀주는 게 이분들의 인권을 보장하는 길인데 자꾸 우리 영역 안에서만 해결하려고 하지 말고 영역을 시야를 넓혀서 장애인복지 영역에 있는 서비스들을 모두 이용할 수 있게만 하더라도 훨씬 이분들의 인권보장이나 삶의 질이 올라가겠다고 생각이 드는 거죠. 이런 것이 문제제기만 하고 해결은 안 되고 있어서 답답한 거죠. 당사자 분들도 답답하고... (시설 종사자 8)

(4) 정신재활시설에 대한 안내 및 의뢰 체계 구축

참여자들은 정신재활시설에 대한 정보를 전혀 얻지 못하고, 병원이나 정신건강복지센터에서 연계되지 않는 문제점을 지적하였다. 이에 대해 정신장애인과 가족 집단에서는 정신의료기관이나 정신건강복지센터에서 정신재활시설에 대한 정보를 제공하고 적극적으로 연계할 수 있도록 제도화해야 한다고 제안하였다. 한편 정책관계자 집단에서는 정신재활시설의 서비스 이용에 대한 공적 의뢰체계가 구축될 필요가 있다고 제안하였다. 물론 현재는 수적으로 매우 부족하기 때문에 적용이 쉽지 않지만, 전달체계를 고려했을 때, 장기적으로는 공적 영역에서의 개인별 지원 계획에 근거하여 정신재활시설 이용에 대한 의뢰가 이루어져야 한다. 장기요양제도나 장애인 활동지원급여와 같이 정신장애인에 대한 욕구조사에 근거하여 서비스를 의뢰하는 절차가 필요하다고 제안하였다.

퇴원해서 어머니들이 갈 데가 없고 집으로 가는 경우가 많잖아요. 우리를 만났으면 다 얘기를 해주겠는데.. 그러면 병원에서라도 담당 의사나 인턴 선생님들이 계시잖아요. 그러면 그 선생님이 퇴원하고 어디 가실 겁니까 라고 물어서 아는 데를 안내를 해주셔서 사회복지시설을 얘기를 해서.. 그거가 중요할 것 같아요. (가족 4)

그것도 미국은 주거시설 아무나 못 들어가잖아요. 그러니까 중앙위원회에서 신청을 받아서 이 시설, 이 시설이 적합하네 라고 해서 배치가 되고 갈 수 있는 거지.. 그게 영구형이라고 하더라도요...(중략).. 사실 제대로 시스템을 하려면 그렇게 해야 할 것 같아요. 영구시설을 만들더라도 시설장 재량으로 관찮은 사람들 뽑아다가 계속 데리고 있는 여건은.. (정책관계자 5)

서비스를 배치하고 재배치하는 것에 대해서 시설들이 책임지고 가는 게 아니라 공적인 책임을 가지고 배분하고 알려주고 또 그에 따라서 서비스가 어떤 요구들을 받는 건지를 공공에서 파악할

수 있으면 생생이 될 거라는 이야기인 거죠. 그래서 재배치하는 것들에 대한 것은 공적 기관에서 하지 않으면 민간에서 인프라를 자생적으로 만드는 게 어렵다는 거예요. 여기서 해야 서비스를 만들고자 하는 것들이 공공 안에서의 논의가 될 거고 그러면 정책으로 반영되는 게 빠를 거고.. 그러면 생길 거라는 것이 제 판단이에요. (정책관계자 2)

(5) 지역복지시설을 활용한 서비스 확장

정신재활시설을 확충하는 데 있어, 물리적 공간 확보나 지역사회의 편견이라는 장애물을 고려했을 때, 기존의 지역복지시설을 활용하여 서비스를 확장하는 방안에 대해 제안하였다. 지역사회 복지기관의 공간을 활용하거나, 장애인복지기관의 서비스를 통합적으로 활용하거나, 정신건강 서비스 수요가 높은 임대아파트 단지 내 복지관에 정신건강전문요원을 채용하는 등 다양한 방식으로 서비스를 확장할 수 있을 것이다. 이는 정신재활서비스에 대한 접근성을 높이고, 정신장애인의 지역사회 참여와 통합을 더욱 촉진할 수 있는 방안이 될 것이다.

지역에 있는 복지시설을 이용해서 그 시설을 이용해서 그 지역에 있는 정신장애인들을 재활하고 교육하는 프로그램을 운영하는 것이 훨씬 더 효율적인 거라는 얘기를 하셨어요. 그래서 그런 내용이 통합정신건강증진사업 안에 설명은 되어 있거든요. 기존의 복지시설을 잘 이용해서 프로그램을 하나 더 없어서 운영하는 부분.. 그러려면 어쨌든 운영할 사람이 필요한 거잖아요. 그러면 사람 충원해서 그러니까.. 없는 정신재활시설을 만드는 것도 필요하지만 있는 복지시설도 활용하는 그런 것에 대해서도 얘기를 하고 있죠. (정책관계자 1)

정신장애인도 그(복지관) 그 안에서 프로그램을 넣으려면 저희가 그거 할 때 시설 공간이 있는지 확보를 다 받았어요. 공간에 대한 확보를 할 수 있는지 이런 부분들인데 정신장애인에 관한 부분들도 실질적으로 프로그램을 도입을 하려면 공간을 할애해야 되고 인력에 대한 부분도 있기 때문에 그거를 시범적으로 해보고 그게 가능한 거라면 훨씬 더 빠르게 도입할 수 있지 않을까 그런 생각이 들었어요. (정책관계자 3)

(6) 동료지원가의 배치

참여자들은 정신재활시설에 동료지원가를 배치할 것을 제안하였다. 공감과 지지, 신뢰관계 형성, 모델링, 당사자 관점 등에 있어 효과적인 서비스로 인정받고 있는 동료지원을 정신재활시설에서도 제도화할 필요가 있다. 현재에도 많은 정신재활시설에서 동료지원활동을 실시하고 있고 그 효과성을 체감하고는 있으나, 단기적인 사업으로만 끝나고 지속성을 갖지 못하고 있다. 정신재활시설의 인력 중 동료지원

가를 배치할 수 있도록 제도화함으로써, 시설을 이용하는 정신장애인들이 동료지원을 경험하고 이를 통해 당사자의 권익과 회복을 촉진할 수 있을 것이다.

저는 능력있는 동료상담가가 배치되고 당사자들이 경험해본다면 사람들이 원하게 될 거라고 생각해요. 동료상담가만큼 자기를 이해해주는 사람도 없고 변화를 일으킬 수 있는 사람도 없기 때문에 한 명씩 배치되면 훌륭하지 않을까.. (당사자 단체 3)

재활시설에도 그 동료들이.. 그.. 채용이 되어서 일을 할 수 있게.. 지금 화성에서 커뮤니티케어 시범사업을 하고 있는데 거기에 하프웨이하우스가 프로그램 안에 들어가 있거든요...(중략).. 회복된 당사자들이 거기에서 일을 하면서 퇴원한 사람들을 같이 돌보면서 복귀시키는.. 재활에도 충분히 개입을 할 수 있거든요..(중략).. 동료 인건비를.. 그걸 반드시 뽑아야 돼요. (정책관계자 1)

제3절 소결

1. 주요 연구 결과

정신재활시설 이해당사자 초점집단인터뷰는 당사자 단체, 시설 이용자, 가족, 시설 종사자, 그리고 정책 관계자 5개 집단에 총 43명이 참여하였다. 초점집단인터뷰 전체 분석 결과 5개 범주에 총 29개의 주제가 도출되었다. 이에 대해 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 정신재활시설의 긍정적인 역할로는 ‘사람들과의 관계맺음을 통해 자신감을 얻음’, ‘일상의 삶을 회복해 나감’, ‘다양한 경험을 통해 배우고 성장해 나감’, ‘사회로 발을 내딛을 수 있는 발판이 됨’이라는 주제가 도출되었다. 참여자들은 정신재활시설을 통해 사람들과 관계를 맺음으로써 자신감을 얻는 것이 가장 의미 있는 경험이라고 하였다. 특히 같은 정신장애를 갖고 있는 당사자들과의 만남을 통해 공감과 지지를 얻을 수 있었다. 시설에서의 규칙적인 일과, 인간관계, 기본적인 일상의 경험들은 삶을 회복해 나가는 과정이 되었으며, 프로그램이나 활동 등의 다양한 경험을 통해 새롭게 배우고 성장해 나갈 수 있었다. 이러한 과정은 사회로 나아갈 수 있는 기회와 발판이 되어주었다.

둘째, 정신재활시설의 서비스에 대한 기대로는 ‘개별화된 욕구를 반영한 맞춤형

지원이 이루어져야 함', '가장 원하는 것은 직업재활임', '장기적인 삶의 계획을 실제로 지원하는 것이 중요함', '지역사회와 어울리고 참여할 수 있는 기회가 많아져야 함', '가족에 대한 교육과 지원이 함께 이루어져야 함'이라는 주제가 도출되었다. 정신재활시설이 프로그램 중심의 획일화된 서비스가 아니라 각자의 욕구와 특성에 맞게 개별적이고, 맞춤형으로 지원되어야 한다고 하였다. 다양한 서비스 중 가장 욕구가 높고, 시설에 기대하는 서비스는 직업재활이었다. 직업을 가진다는 것이 회복의 궁극적인 목표이기도 하고, 회복에 가장 효과적이기 때문에 다양하고 실제적인 취업 지원 서비스가 제공되기를 기대하였다. 단기적이고 일회적인 서비스가 아닌 각자의 장기적인 삶의 계획을 실제로 지원할 수 있어야 한다. 소득, 취업, 주거, 교육 등 삶을 살아가는데 필요한 복지 지원에 대한 기대가 높았다. 그리고 시설 안에서만 이루어지는 서비스가 아니라 지역사회와 어울리고 참여할 수 있는 기회들이 많아져야 한다. 또한 당사자뿐만 아니라 가족들에 대한 교육과 지원이 함께 이루어져야 하며, 당사자가 동기가 낮을 때는 가족의 지원이 우선될 수 있어야 한다.

셋째, 정신재활시설 운영의 한계점으로는 공통적으로 '기관장의 마인드에 따라 기관 간 천차만별', '열악한 시설의 물리적 환경', 주간재활시설에는 '자리가 없어서 대기하다가 이용하지 못함', '등록제로 인해 서비스 대상이 제한됨', '등록장애인 중심의 취업 지원', 주거제공시설에는 '사적 공간 부족', '공동생활에 따른 자유 제한', '건강과 안전을 위한 규제'라는 주제가 도출되었다. 정신재활시설의 기관장에 따라 서비스 운영에 차이가 크고, 초기 설치가 민간에 위임됨에 따라 물리적 환경이 열악하다고 하였다. 주간재활시설은 등록제로 인해 제한된 인원만 이용할 수 있고, 직업재활의 경우 장애인 등록을 한 이용자들 위주라고 인식하였다. 주거제공시설은 2~3인이 함께 공간을 사용함으로써 사적 공간이 부족하고, 공동생활에 따른 식사나 일과, 역할 등에 자유가 제한되고, 또한 건강과 안전이라는 목적을 위해 지켜야 하는 규제들이 존재하였다.

넷째, 정신재활시설 관련 정책적 한계점으로는 '시설에 대한 정보를 얻기 어렵고, 전달체계가 작동하지 않음', '지역에 이용할 수 있는 시설이 없음', '지자체의 부담과 중앙정부의 역할 한계', '시설설치에 대한 지역사회의 높은 편견', '지자체의 소극적인 태도와 지역 간 격차', '당사자의 욕구만큼 정책이 따라주지 못함'이라는 주제가 도출되었다. 많은 당사자와 가족들이 시설에 대한 정보를 얻지 못했고, 각자 알아서 찾아야 했다. 정신의료기관이나 정신건강복지센터에서 시설에 대한 정보를

주거나 의뢰하는 전달체계가 전혀 작동하지 않는다고 인식하였다. 자신이 살고 있는 지역에 정신재활시설이 아예 없어서 이용할 수 없는 경우도 많았다. 정신재활시설의 운영비는 기초 단체계가 대부분 지원하고 있어서 예산의 부담이 크지만, 지방이양사업이기 때문에 중앙정부의 역할 또한 한계가 있었다. 무엇보다 정신질환에 대한 부정적인 인식이 높아지면서 시설 설치에 대한 지역사회의 높은 편견을 문제로 지적하였다. 이로 인해 지자체에서는 민원에 대한 부담으로 시설 설치에 소극적인 태도를 가질 수밖에 없고, 지자체의 의지에 따라 지역 간 격차는 더 심화될 수밖에 없다. 정신장애인 당사자의 서비스 욕구나 기대는 점차 다양해지고 높아지고 있지만, 정신재활시설 운영지침은 20여 년 전과 거의 변화가 없어서 정책이 욕구에 따라가지 못하는 문제점이 있다.

마지막으로 정책적 개선방향으로는 ‘지역 단위로 시설 설치의 기준 및 적극적인 규정 마련’, ‘초기설치 지원 및 운영비 규정 마련’, ‘복지지원 체계 마련 및 장애인 복지 제도의 이중차별 폐지’, ‘정신재활시설에 대한 안내 및 의뢰체계 구축’, ‘지역 복지시설을 활용한 서비스 확장’, ‘동료지원가의 배치’라는 주제가 도출되었다. 참여자들은 지역사회 인프라로서, 각 지역 단위로 최소한의 정신재활시설은 설치되어야 한다고 주장하였다. 이를 위해서는 정신재활서비스에 대한 수요 추계와 적정 설치 기준의 마련이 우선되어야 하며, 이를 강제할 수 있는 보다 적극적인 규정이 필요하다고 제안하였다. 시설이 확장되지 못하는 가장 큰 이유가 초기 설치 부담인 만큼, 특히 고비용이 드는 주간재활시설의 경우 초기 설치비용을 지원하거나, 공공이 직접 설치하여 위탁 운영하는 방식이 필요하다. 또한 설치 후 운영비 지원 기준을 보다 명확하게 규정하여, 운영의 불확실성을 최소화하여야 그나마 민간에서 참여할 수 있는 유인구조가 될 수 있다. 정신건강복지법의 개정 이후 복지지원에 대한 규정은 마련되었으나 여전히 어떠한 자원과 전달체계로 수행할지에 대한 세부적인 내용은 없다. 정신장애인 당사자들이 고용, 주거, 교육, 여가문화 등 다양해지는 복지 욕구에 대해 지원할 수 있는 체계가 마련되어야 한다. 또한 정신장애인으로서는, 혹은 정신재활시설로서 장애인복지법 및 지원 제도에서 배제되는 이중차별을 폐지하고, 더 나아가 등록하지 않은 정신장애인에 대한 지원 방안도 마련할 필요가 있다. 특히 직업재활시설의 경우 장애인 관련 유사 시설과 비교하였을 때 지원 내용이나 수준이 현저히 차이가 나며, 관련 제도로 부서의 배제도 크다. 정신재활시설에 대해 정보를 제공하고, 안내하며, 의뢰할 수 있는 체계가 구축되어야 하며, 기존의 복지자원

이나 시설을 활용한 서비스 확장 방안도 고려할 필요가 있다. 마지막으로 회복에 가장 효과적이라고 인정되고 있는 동료지원을 확대하기 위해 정신재활시설에도 인력 기준에 동료지원가를 배치할 수 있도록 하고, 예산을 지원할 필요가 있다.

2. 정책제언을 위한 합의

1) 정신재활서비스에 대한 접근권 보장

- ▶ 지역 단위로 시설 설치의 기준 및 적극적인 규정 마련
- ▶ 정신재활시설에 대한 안내 및 의뢰체계 구축
- ▶ 서비스와 공간의 확장성 방안 마련

정신재활시설의 가장 큰 한계점은 시설의 양적 부족과 지역 간 편차이다. 서비스를 이용하고 싶어도 서비스 접근에 있어서 근본적인 한계가 있다는 것이다. 이에 지역 단위로 시설 설치 기준이 제시되어야 하며, 이를 위해 시설 유형별 수요를 추계하여 가이드라인을 마련해야 한다. 많은 당사자들이 시설에 대한 정보 자체를 알지 못하여 서비스를 이용하지 못하는 경우가 많았다. 정신의료기관이나 정신건강복지센터에서 필요한 정보를 제공하고 적극적으로 연계할 수 있는 체계를 구축해야 한다. 한편 현재의 등록 정원제 및 시설 중심의 서비스는 여전히 접근성에 제한이 있을 수밖에 없다. 따라서 주간재활시설의 경우 등록이 아닌 이용 개념의 서비스를 확대하거나, 시설이 아닌 기존의 지역복지기관을 활용하여 서비스를 확대하는 방안도 접근성과 실현가능성의 측면에서 고려할 필요가 있다.

2) 적절한 물리적 환경 및 개인의 자유 보장

- ▶ 공공시설 설치 및 임대료 지원
- ▶ 사적 공간 보장
- ▶ 자유와 선택의 보장

정신재활시설의 설치가 민간에 위임되어 있기 때문에 많은 시설의 물리적 환경이 열악하다. 특히 설치비용이나 임대료 부담이 큰 주간재활시설의 경우 더욱 그러하며, 이는 시설 확대의 가장 큰 장애요인이 되기도 한다. 따라서 여타의 복지기관처럼 공공이 시설을 건립하고 민간에 위탁운영하거나, 임대료 등 물리적 공간 확보에 추가적인 지원이 있어야 한다. 또한 주거시설의 경우 여전히 2~3인이 한 방을 쓰고 있어서 사적공간이 전혀 보장되지 못한다. 1인 1실의 원칙이 보장될 수 있도록 개선해나갈 필요가 있다. 또한 공동생활에 따른 규칙과 역할, 건강과 안전을 위한 규제는 개인의 자유와 선택을 침해할 수 있다. 지금과 같이 시설운영자가 무한책임을 져야 하는 상황에서 안전과 자유 간의 딜레마는 지속될 수밖에 없다. 시설에서의 개인의 자유와 선택에 대한 좀 더 명확한 가이드라인과 규정, 절차 등에 대한 논의가 필요하다.

3) 고용·주거·교육 등 개별화된 삶의 지원을 위한 정신건강복지체계 구축

- ▶ 개별화된 욕구와 선택을 반영한 맞춤형 지원
- ▶ 고용·주거·교육 등의 복지지원체계 마련
- ▶ 장애인복지에서의 정신장애인 차별과 배제 해소

많은 참여자들은 규격화된 프로그램 중심의 서비스에 문제점을 지적하였으며, 개별화된 욕구와 선택을 반영한 맞춤형 지원을 강조하였다. 반복적인 기술 훈련과 재화를 넘어 개개인의 삶의 목표와 계획에 따른 지원이 보다 강화되어야 한다. 이를 위해서는 고용, 주거, 교육 등 실제적인 삶을 지원할 수 있는 복지지원체계가 마련되어야 한다. 정신건강복지법 상에 명시된 복지서비스를 실제로 어떻게 제공할 것인지, 이에 대해 정신재활시설은 어떠한 역할과 기능을 수행할 것인지 구체화될 필요가 있다. 더불어 장애인복지법 상에서 배제되거나 이중차별 받고 있는 부분에 대한 제도적 개선이 이루어져야 한다. 특히 직업재활시설이 활성화되기 위해서는 장애인복지법 수준으로 지원이 강화되어야 한다.

4) 지역사회 참여 및 당사자의 주도성 강화

- ▶ 지역사회 참여와 연계 활성화
- ▶ 당사자 주도 활성화 및 동료지원가 배치
- ▶ 가족에 대한 교육과 지원

정신장애인이 자칫 시설 안에서 다시 고립되지 않도록 지역사회에 적극적으로 참여할 수 있는 기회를 제공해야 한다. 지역사회의 다양한 자원을 연계하여 정신장애인이 지역주민으로서 더불어 살아가 수 있도록 지원하는 것이 궁극적인 목적이 되어야 한다. 또한 정신장애인이 주체적으로 참여할 수 있는 활동을 강화하고 동료지원가를 인력으로 배치해야 한다. 가족에 대한 교육과 지원을 통해 돌봄의 부담을 완화하고 효과적으로 지지할 수 있도록 역량강화 해야 한다.

5) 지역사회 편견 해소 및 중앙정부의 역할 강화

- ▶ 사회적 인식 개선 및 차별금지 강화
- ▶ 행·재정에서의 중앙정부의 적극적인 역할

정신재활시설이 확대되는데 있어 가장 큰 장애물 중 하나는 지역사회의 편견이다. 이미 지역사회의 반대에 부딪혀 시설 설치가 중단되는 사례들이 발생하고 있다. 정신장애에 대한 사회적 인식을 개선하기 위한 보다 적극적인 노력이 필요하며, 차별행위에 대해서는 제도적으로 금지해야 한다. 지역사회 정신건강의 중요한 인프라로서 정신재활시설의 확대와 효과적인 운영에 중앙정부의 역할이 보다 강화되어야 한다. 지방이양사업이기 때문에 지자체에만 부담을 전가하는 것은 바람직하지 않다. 중앙정부로서 해야 할 역할, 특히 행정적·재정적 책임을 보다 강화해야 한다.

제4장

정신재활시설 현황 분석

제1절 분석개요

정신재활시설의 설립 및 운영 등 시설현황을 파악하기 위해 관련 문헌 자료에 대한 분석을 실시하였다. 이를 위해 매년 6월 또는 12월 말을 기준으로 보건복지부에 보고하게 되어 있는 “정신재활시설 현황조사표”와 우리나라 정신건강수준 모니터링을 목적으로 2015년부터 실시하고 있는 연도별 “국가정신건강현황조사”를 중점적으로 분석하였다. 이밖에도 보건복지부, 통계청과 같은 정부 부처의 통계 및 연구자료, 한국정신재활시설협회 등에서 자체적으로 보유하고 있는 통계 자료 등을 수집하고 종합적인 분석을 실시하였다. 대체로 현황은 2018년도 12월 31일을 기준으로 하였으며, 각 표 및 그림마다 자료의 출처와 혼동을 방지하기 위한 설명을 달기 위해 노력하였다.

정신재활시설 현황 분석은 크게 다음과 같은 순서로 진행된다. 첫째, 정신재활시설의 설치 및 운영에 관한 전반적인 이해를 돕고자 전체 정신재활시설의 연도별 설치 수 변화 추이, 기타 정신건강증진시설과 대비한 시·도별 설치 현황, 등록자, 종사자, 예산, 정신재활시설에서 제공 또는 운영하는 사업과 프로그램의 전반적인 현황에 대해 정리하였다. 둘째, 앞선 전체적인 정신재활시설 설치 및 운영 현황을 조금 더 구체적인 기준에 따라 나누어 세부적으로 분석하였다. 여기서 분석의 기준은 대체로 정신재활시설의 유형(이용형, 거주형 등), 지역구분(시·도별, 기초지방자치단체별) 등을 활용하였다. 이러한 분석을 통해 예를 들어 미설치 지자체를 파악하고 광역 및 기초지자체 단위의 미충족 욕구 비율 등을 추정하여 제시하였다. 셋째, 정신재활시설에 대한 평가 중 이용자 권리에 대한 평가 결과를 통해 정신재활시설의 인권에 관한 현황이 간접적으로 어떠한지 파악하고 제시하고자 노력하였다. 넷째, 이와 같은 연구 결과를 종합하여 요약하고, 향후 정신재활시설의 사업 및 서비스, 프로그램에 대한 함의 및 시사점이 무엇인지 논의하였다.

제2절 정신재활시설 설치 및 운영에 관한 일반적 현황

1. 연도별 정신재활시설 설치 수 변화 추이

〈표 4-1〉 연도별 정신재활시설 설치 수 변화 추이

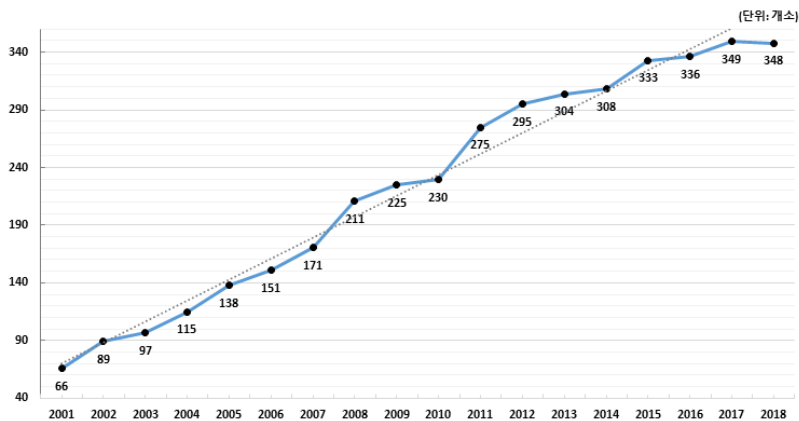
(단위: 개소, %)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
전체	66	89	97	115	138	151	171	211	225
전년대비	-	23	8	18	23	13	20	40	14
전년대비 증감 비율	-	34.8	9.0	18.6	20.0	9.4	13.2	23.4	6.6
구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체	230	275	295	304	308	333	336	349	348
전년대비	5	45	20	9	4	25	3	13	-1
전년대비 증감 비율	2.2	19.6	7.3	3.1	1.3	8.1	0.9	3.9	-0.3

자료: 보건복지부 외(2018), 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

주: 1) 2015년도부터 국고 미지원 시설을 포함

2001년도부터 2018년도까지 연도별로 전체 정신재활시설 설치 수 변화 추이를 살펴본 결과는 위의 〈표 4-1〉과 같다. 이에 따르면 대체로 분석 대상 기간인 2001년도(66개소)에서 2018년도(348개소)까지 전국적으로 정신재활시설의 수는 지속적으로 증가하는 추세를 보이는 것으로 나타났다.



〔그림 4-1〕 연도별 정신재활시설 설치 수 변화 추이

2. 정신건강증진시설 유형별, 시·도별 설치 현황

〈표 4-2〉 정신건강증진시설 유형별, 시·도별 설치 현황

(단위: 개소, %)

구분	전체	정신 재활 시설	정신의료기관						정신 요양 시설
			정신병원			종합병원 정신과	병원 정신과	정신과의원	
			국립 정신병원	공립 정신병원	시립 정신병원				
2018년	2,077(100.0)	348(100.0)	6(100.0)	12(100.0)	126(100.0)	202(100.0)	176(100.0)	1,148(100.0)	59(100.0)
서울	544(26.2)	114(32.8)	1(16.7)	1(8.3)	3(2.4)	40(19.8)	20(11.4)	362(31.5)	3(5.1)
부산	157(7.6)	13(3.7)	-	1(8.3)	18(14.3)	21(10.4)	4(2.3)	97(8.4)	3(5.1)
대구	109(5.2)	18(5.2)	-	1(8.3)	1(0.8)	8(4.0)	16(9.1)	62(5.4)	3(5.1)
인천	93(4.5)	11(3.2)	-	-	4(3.2)	15(7.4)	14(8.0)	47(4.1)	2(3.4)
광주	72(3.5)	12(3.4)	-	1(8.3)	4(3.2)	8(4.0)	9(5.1)	34(3.0)	4(6.8)
대전	107(5.2)	29(8.3)	-	1(8.3)	3(2.4)	8(4.0)	4(2.3)	58(5.1)	4(6.8)
울산	30(1.4)	2(0.6)	-	-	-	3(1.5)	7(4.0)	17(1.5)	1(1.7)
세종	12(0.6)	3(0.9)	-	-	1(0.8)	-	-	7(0.6)	1(1.7)
경기	410(19.7)	55(15.8)	-	5(41.7)	35(27.8)	32(15.8)	32(18.2)	245(21.3)	6(10.2)
강원	48(2.3)	5(1.4)	1(16.7)	-	4(3.2)	11(5.4)	5(2.8)	22(1.9)	-
충북	63(3.0)	11(3.2)	-	-	8(6.3)	7(3.5)	6(3.4)	27(2.4)	4(6.8)
충남	90(4.3)	24(6.9)	2(33.3)	-	14(11.1)	4(2.0)	4(2.3)	3(0.3)	10(16.9)
전북	87(4.2)	21(6.0)	-	1(8.3)	2(1.6)	9(4.5)	7(4.0)	43(3.7)	4(6.8)
전남	58(2.8)	3(0.9)	1(16.7)	-	5(4.0)	11(5.4)	14(8.0)	20(1.7)	4(6.8)
경북	92(4.4)	19(5.5)	-	-	6(4.8)	12(5.9)	21(11.9)	29(2.5)	5(8.5)
경남	95(4.6)	4(1.1)	1(16.7)	1(8.3)	17(13.5)	10(5.0)	12(6.8)	46(4.0)	4(6.8)
제주	10(0.5)	4(1.1)	-	-	1(0.8)	3(1.5)	1(0.6)	-	1(1.7)

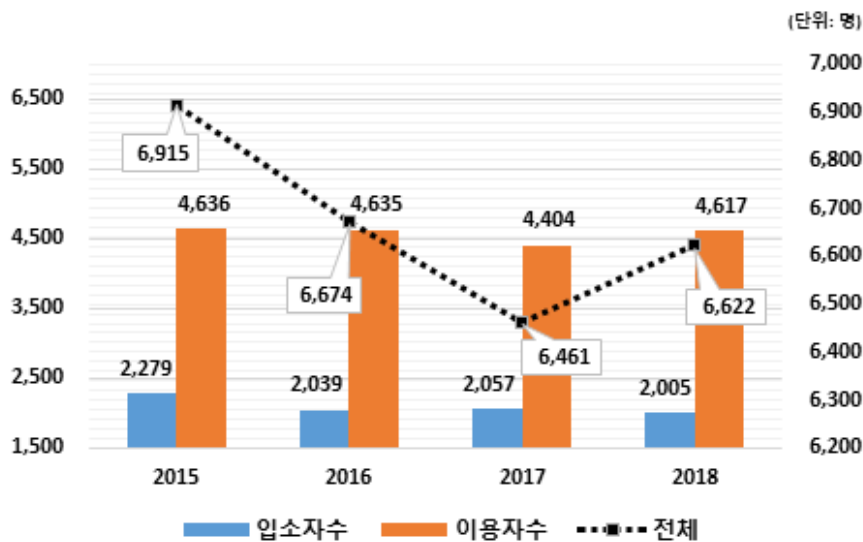
자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

정신건강증진시설의 시·도별 설치 현황에 대하여 정리해 보면 위의 〈표 4-2〉와 같다. 이에 따르면, 2018년도 기준으로 설치된 정신건강증진시설 2,077개소였고, 이중 정신의료기관은 1,670개소, 정신재활시설 348개소, 정신요양시설 59개소로 분석되었다. 전체적으로 정신건강증진시설은 서울이 544개소(26.2%)로 가장 많이 설치되어 있었고, 그 다음으로는 경기 410개소(19.7%), 부산 157개소(7.6%), 대구

109개소(5.2%)의 순이었다. 정신재활시설 역시 서울(114개소, 32.8%)과 경기도(55개소, 15.8%)에 설치된 시설이 총 169개소(전체의 48.5%)로 가장 높은 비율을 차지하고 있었다.

3. 정신재활시설 등록자의 전반적 현황

1) 연도별 정신재활시설 등록자 수 변화 추이



자료: 보건복지부 외(2018), 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

[그림 4-2] 정신재활시설 등록자 수

정신재활시설의 연도별 등록자 수 변화 추이를 살펴보면 위의 [그림 4-2]와 같다. 이에 따르면 대체로 2015년도(6,915명)부터 2018년도(4,617명) 사이 전체 정신재활시설 등록자 수는 줄어드는 추세를 보이는 것으로 나타났다. 특히 입소자의 숫자는 조사 기간 4년 간 매해 꾸준히 감소(2015년 2,279명 → 2018년 2,005명)한 것으로 조사되었다. 이처럼 전체 정신재활시설 등록자 수의 규모가 축소되는 추세를 보이는 이유는 신규설치 시설이 대부분 공동생활가정이고, 기존 주거제공시설(10인)이 공동생활가정(4~6인)으로 변경되는 변화 과정의 영향을 받았기 때문으로 설명할 수 있다.

2) 정신재활시설 등록자의 진단별 현황

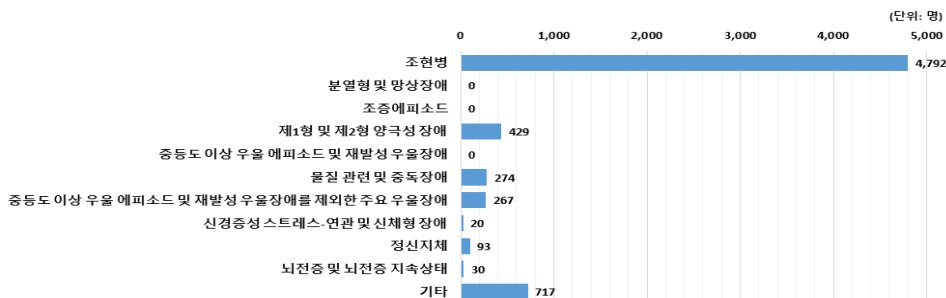
〈표 4-3〉 정신재활시설 등록자의 진단별 현황

(단위: 명, %)

진단명		인원수
전체		6,622(100.0)
중증 정신 질환	조현병	4,792(72.4)
	분열형 및 망상장애	0(0.0)
	조증에피소드	0(0.0)
	제1형 및 제2형 양극성 장애	429(6.5)
	중등도 이상 우울 에피소드 및 재발성 우울장애	0(0.0)
	중증 정신질환 소계	5,221(78.8)
물질 관련 및 중독장애		274(4.1)
중등도 이상 우울 에피소드 및 재발성 우울장애를 제외한 주요 우울장애		267(4.0)
신경증성 스트레스-연관 및 신체형 장애		20(0.3)
정신지체		93(1.4)
뇌전증 및 뇌전증 지속상태		30(0.5)
기타		717(10.8)

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

정신재활시설 등록자의 진단별 현황을 살펴본 결과는 위의 〈표 4-3〉과 같다. 이에 따르면 2018년 기준 전체 정신재활시설 등록자 6,622명 중 78.8%(5,221명)가 중증정신질환으로 분류되는 진단명을 받고 있는 것으로 나타났다. 특히 단일 진단 명으로는 조현병이 4,792명(72.4%)으로 가장 높은 비율을 차지하고 있었고, 그 다음으로는 제 1형 및 제 2형 양극성 장애(429명, 6.5%), 물질 관련 및 중독장애(274명, 4.1%), 중등도 이상 우울 에피소드 및 재발성 우울장애를 제외한 주요 우울장애 (267명, 4.0%)의 순이었다.



[그림 4-3] 정신재활시설 등록자의 진단별 현황

3) 정신재활시설 등록자의 의료보장 형태별 현황

〈표 4-4〉 정신재활시설 등록자의 의료보장 형태별 현황

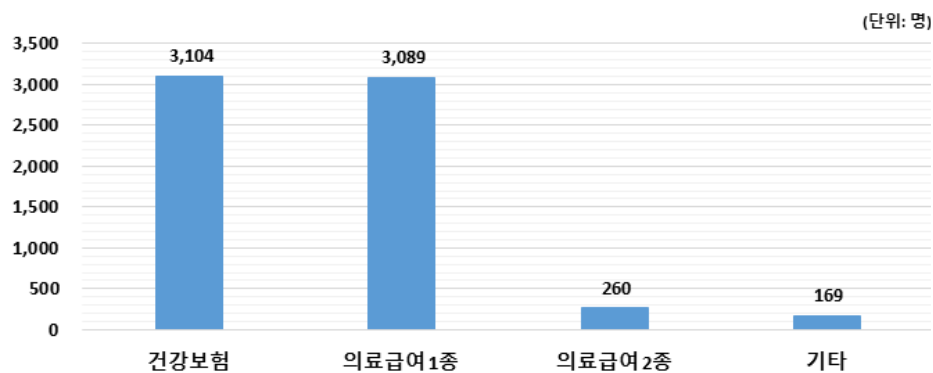
(단위: 명, %)

전체	건강보험	의료급여			기타 ¹⁾
		소계	1종	2종	
6,622(100.0)	3,104(46.9)	3,349(50.6)	3,089(46.6)	260(3.9)	169(2.6)

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

주 : 1) 기타의 경우 보훈, 외국인 근로자, 행려환자 등을 의미

정신재활시설 등록자를 의료보장 형태별로 구분하여 살펴본 결과는 위의 〈표 4-4〉와 같다. 이에 따르면 전체의 50.6%가 의료급여 수급자인 것을 알 수 있다. 지역별로 분석할 수는 없었지만, 수급자 비율은 지역별로 편차가 클 것이라 추측된다. 분석 결과 의료급여 수급자 비율이 과반을 차지한다는 사실은, 우선적으로 기초 소득 보장을 위한 정책 및 서비스의 필요성과 직업 재활 정책에서 정신장애인의 수급권 탈락 문제를 함께 고려해야 함 필요성을 보여준다고 볼 수 있다.



〈그림 4-4〉 정신재활시설 등록자의 의료보장 형태별 현황

4) 정신재활시설 등록자의 이용 기간별 현황

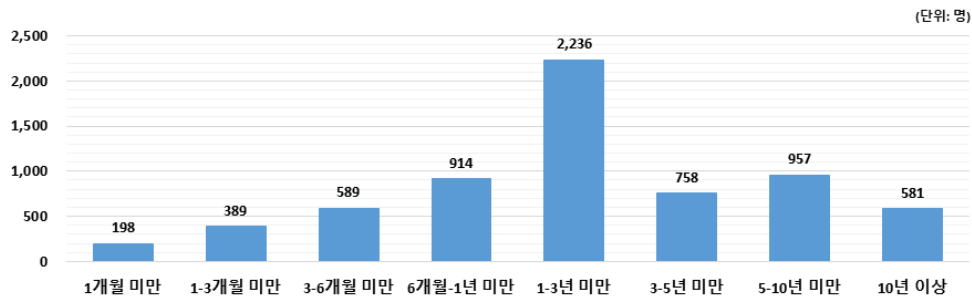
〈표 4-5〉 정신재활시설 등록자의 이용 기간별 현황

(단위: 명, %)

전체	1개월 미만	1~3개월 미만	3~6개월 미만	6개월~1년 미만	1~3년 미만	3~5년 미만	5~10년 미만	10년 이상
6,622(100.0)	198(3.0)	389(5.9)	589(8.9)	914(13.8)	2,236(33.8)	758(11.4)	957(14.5)	581(8.8)

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

전체 정신재활시설 등록자 중 76.8%(5,084명) 정도의 이용 기간은 5년 미만에 해당하는 것으로 나타났다. 반면, 5년 이상 장기 이용자의 비율은 23.2% 정도 수준이었다. 따라서 전체 등록자의 76.8%가 이용 기간 5년 미만에 해당하였다. 5년 이상 장기 이용자의 비율은 23.2%(1,538명)이므로 소수의 이용자가 공적 자원을 장기간 독점한다는 우려는 크지 않을 것이라고 해석 가능하다. 한편, 1~3년 미만 기간 동안의 이용자(2,236명, 33.8%)가 가장 높은 비중을 차지하여, 정신재활시설에 신규 이용자 유입이 원활히 이루어지고 있다고 볼 수 있다. 다만, 공동생활가정의 이용자 등록 연한을 3년 이하로 제한하는 기초지자체도 있기 때문에 보다 정확한 해석을 위해서는 추가적인 자료와 분석이 필요할 것으로 보인다.



[그림 4-5] 정신재활시설 등록자의 이용 기간별 현황

5) 정신재활시설 등록자의 직업별 현황

〈표 4-6〉 정신재활시설 등록자의 직업별 현황

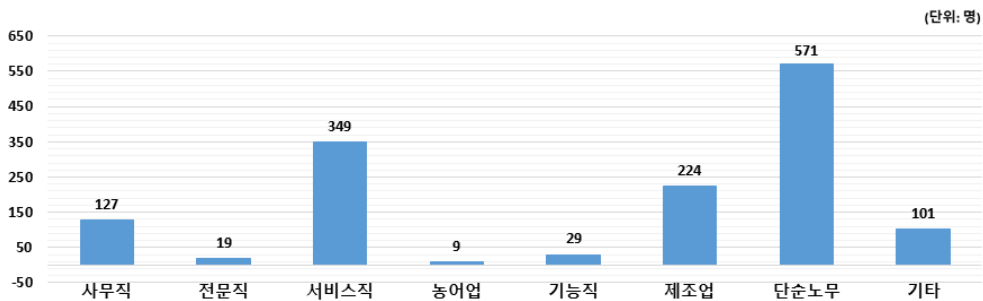
(단위: 명, %)

직업	소지자	사무직	전문직	서비스직	농어업	기능직	제조업	단순노무	기타
	1,429(100.0)	127(8.9)	19(1.3)	349(24.4)	9(0.6)	29(2.0)	224(15.7)	571(40.0)	101(7.1)

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

주: 1) 정신재활시설 중 이용시설에 등록된 사람의 직업 현황임

전체 등록자 6,622명 중 약 21.6%(1,429명) 정도가 직업을 가지고 있는 것으로 나타났다. 단, 이와 같은 비율은 전체 정신재활시설 등록자 중 국민기초생활보장제도 수급으로 인해 미취업 상태일 가능성이 높은 의료급여 1종, 2종 이용자(3,349명)를 제외하고 건강보험 이용자(3,104명)만을 기준으로 한다면, 직업 소지자의 비중은 약 46.0%에 이르게 된다. 이와 같은 양상을 통해 정신재활시설에서 재활의 중요한 목표로 취업을 설정하고 직업재활서비스를 활발히 제공하고 있다고 해석할 수 있다. 다만, 직종별로 구분하여 세부적으로 살펴보면 단순노무 종사자가 571명(40.0%), 서비스직 종사자가 349명(24.4%)로 대다수를 차지하고 있기 때문에, 이에 대해 개선해야 할 필요성이 있다고 판단된다.



[그림 4-6] 정신재활시설 등록자의 직업별 현황

4. 정신재활시설 정신건강인력의 전반적 현황

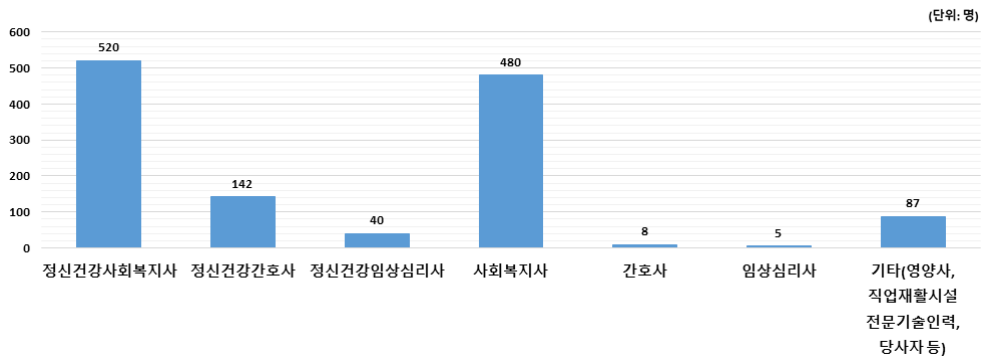
〈표 4-7〉 정신재활시설의 정신건강인력의 전반적 현황

(단위: 명, %)

구 분	정신재활시설	정신의료기관	정신요양시설	정신건강 복지센터	중독관리통합 지원센터	자살예방센터
상근인력 총계	1,282(100.0)	16,850(100.0)	1,168(100.0)	2,419(100.0)	231(100.0)	175(100.0)
정신과전문의	0(0.0)	3,273(19.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
정신 건강 전문 요원	정신건강사회복지사	796(4.7)	54(4.6)	957(39.6)	100(43.3)	84(48.0)
	정신건강간호사	1,300(7.7)	128(11.0)	420(17.4)	38(16.5)	29(16.6)
	정신건강임상심리사	40(3.1)	489(2.9)	1(0.1)	93(3.8)	4(1.7)
전공의	0(0.0)	530(3.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
사회복지사	480(37.4)	460(2.7)	699(59.8)	542(22.4)	67(29.0)	48(27.4)
간호사	8(0.6)	4,525(26.9)	168(14.4)	287(11.9)	13(5.6)	6(3.4)
임상심리사	5(0.4)	182(1.1)	0(0.0)	48(2.0)	3(1.3)	6(3.4)
기타	87(6.8)	5,295(31.4)	118(10.1)	72(3.0)	6(2.6)	0(0.0)

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

정신재활시설에서 종사하는 상근 인력은 전체 1,282명 정도 수준이며, 이 중 정신건강전문요원은 54.7%(702명) 정도 수준인 것으로 나타났다. 전체적으로는 정신건강전문요원 중 정신건강사회복지사가 520명(40.6%)으로 가장 비중이 높았고, 그 다음으로는 사회복지사 480명(37.4%), 정신건강간호사 142명(11.1%)의 순이었다. 한편, 정신건강사회복지사와 사회복지사의 인력 비중이 상근인력 총계에서 차지하는 비율은 78.0%로 가장 높은 수준이었다. 재활시설이 종사자에 대한 분석결과 다음과 같은 개선 필요성이 제기된다. 첫째, 법규 상 정신건강전문가(정신과의사, 정신건강전문요원)가 아니어도 시설장이 될 수 있는 시설은 공동생활가정과 직업재활 시설인데, 이런 시설에서는 정신건강전문가가 1명도 없는 경우가 있으므로 이들 기관에서 정신건강 사례관리가 질적으로 제공될 수 있도록 지원할 필요가 있다. 둘째, 정신건강전문요원의 경우 법규에 따라 1년에 12시간의 정신건강관련 보수교육을 이수해야 하나 비전문요원의 경우에는 해당 자격 유지와 관련된 보수교육만 이수하면 되므로 비전문요원의 정신건강 관련 전문성 계발을 지원하는 체계 마련이 요구된다.



[그림 4-7] 정신재활시설의 정신건강인력의 전반적 현황

5. 정신재활시설의 전반적 예산 현황

1) 시·도별 지역사회정신건강 예산 현황

〈표 4-8〉 시·도별 지역사회정신건강 예산

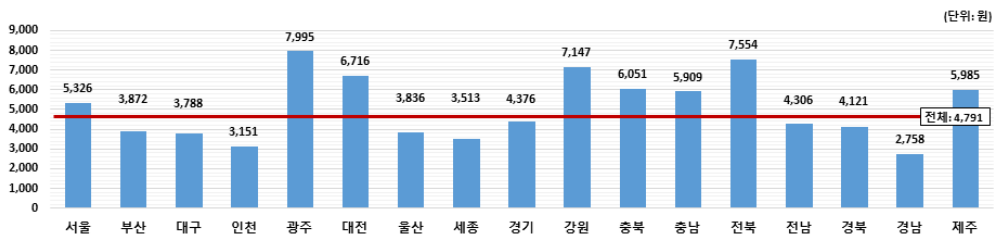
시도	인구수(명,%)	정신건강 예산(천원,%)	인구 1인당 지역사회 정신건강 예산(원) ¹⁾
전체	51,606,633(100.0)	247,231,720(100.0)	4,791
서울	9,704,546(18.8)	51,682,760(20.9)	5,326
부산	3,400,027(6.6)	13,164,210(5.3)	3,872
대구	2,449,789(4.7)	9,278,691(3.8)	3,788
인천	2,938,875(5.7)	9,260,057(3.7)	3,151
광주	1,493,417(2.9)	11,939,960(4.8)	7,995
대전	1,517,902(2.9)	10,193,937(4.1)	6,716
울산	1,154,482(2.2)	4,429,126(1.8)	3,836
세종	303,582(0.6)	1,066,573(0.4)	3,513
경기	13,031,356(25.3)	57,030,907(23.1)	4,376
강원	1,520,816(2.9)	10,868,877(4.4)	7,147
충북	1,618,877(3.1)	9,796,335(4.0)	6,051

시도	인구수(명,%)	정신건강 예산(천원,%)	인구 1인당 지역사회 정신건강 예산(원) ¹⁾
충남	2,179,663(4.2)	12,880,011(5.2)	5,909
전북	1,820,168(3.5)	13,748,886(5.6)	7,554
전남	1,790,233(3.5)	7,709,398(3.1)	4,306
경북	2,674,333(5.2)	11,020,461(4.5)	4,121
경남	3,355,874(6.5)	9,255,094(3.7)	2,758
제주	652,693(1.3)	3,906,437(1.6)	5,985

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

주: 1) 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산은 추계인구 수 대비 정신재활시설, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 예산 총액을 의미함.

시, 도별 지역사회정신건강 예산에 대하여 분석한 결과에 따르면, 2018년도 기준 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산 평균은 4,791원으로 전년대 비교해 보았을 때, 약 902원 증가(2017년 3,889원)한 것으로 나타났다. 17개 시·도별로 나누어 지역사회정신건강 예산을 살펴보면 광주광역시가 7,995원으로 가장 높았고, 경남이 2,758원으로 가장 낮았다. 앞서 광주의 정신재활시설 등록률은 2.23%로 전국 평균 2.14%보다 약간 높아, 지역사회정신건강예산이 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터에 많이 투입되고 있음을 알 수 있다. 물론 절대 금액으로는 서울이 516억 원으로 가장 많지만 인구 1인당 예산으로는 전국 평균보다 535원 정도 더 많은 예산을 사용한 것으로 나타났다.



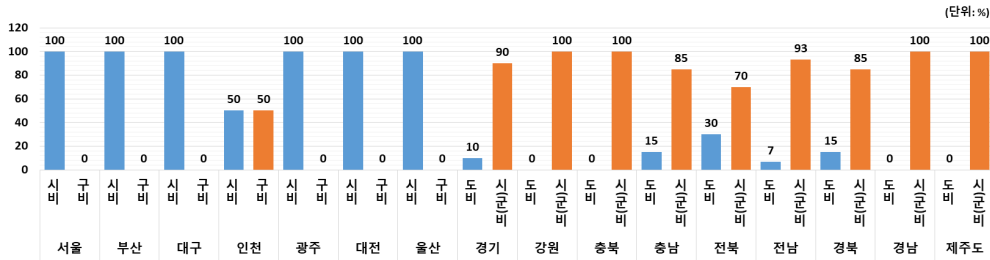
[그림 4-8] 시·도별 지역사회정신건강 예산

2) 시·도별 정신재활시설 보조금 부담 비율

〈표 4-9〉 시·도별 정신재활시설 보조금 부담 비율

시도	부담 비율	비고
서울	시비 100%	-
부산	시비 100%	-
대구	시비 100%	-
인천	시비 50% 구비 50%	-
광주	시비 100%	-
대전	시비 100%	구에서 종사자 수당 일부 지원
울산	시비 100%	-
경기	도비 10% 시(군)비 90%	-
강원	도비 0% 시(군)비 100%	-
충북	도비 0% 시(군)비 100%	-
충남	도비 15% 시(군)비 85%	-
전북	도비 30% 시(군)비 70%	-
전남	도비 7% 시(군)비 93%	-
경북	도비 15% 시(군)비 85%	20년부터 적용(19년까지는 시마다 상이했음)
경남	도비 0% 시(군)비 100%	도에서 종사자 수당 일부 지원
제주도	도비 0% 시비 100%	-

인천을 제외한 서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 울산 6개 광역시는 모두 보조금 부담 비율이 시비 100%로 나타났다. 도 단위에서는 강원도, 충청북도, 경상남도, 제주도에 도비 지원 없이 기초 시, 군 차원에서 정신재활시설에 대한 보조금을 100% 부담하는 것으로 조사되었다. 정신재활시설 등록률과 비교하면, 도비 지원이 없는 강원도의 등록률은 0.70%로 광역자치단체 중 15위였고, 경상남도는 0.57%, 17위로 가장 낮았다. 도비를 부담하고 있는 지역 중 가장 낮은 비율(7%)을 부담하는 전라남도의 등록률은 0.62%로 16위정도 수준이었다. 즉, 정신재활시설 등록률이 가장 낮은 하위권에 속한 강원도, 전라남도, 경상남도의 경우 도비 지원이 전혀 없거나 매우 낮은 수준에 머무르고 있다는 특징이 있다.



[그림 4-9] 시·도별 정신재활시설 보조금 부담 비율

6. 정신재활시설의 전반적 사업 및 프로그램 현황

1) 정신재활시설 사업 및 프로그램 현황 분석 개요

정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업은 『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙』(정신건강복지법 시행규칙) [별표 9] ‘정신재활시설의 이용 및 운영에 관한 기준’에 매우 포괄적으로 기술되어 있다. 하단에 정리한 <표 4-10>의 제7호 내용에 따르면, 정신재활시설의 훈련 및 사업에 관한 사항에서 “정신재활시설의 장은 사회재활활동과 직업재활활동을 실시하여야 한다”라고 규정하고 있다. 보건복지부에서는 이를 근거로 정신재활시설평가를 통해 “사회재활활동”과 “직업재활활동”을 위한 정신재활시설의 프로그램 실시 여부를 평가하고 있다. 다만, 현실적으로는 정신재활시설의 사업 및 프로그램은 표준화되어 전국에 공통적으로 제공되고 있지 않은 특수성을 갖는다. 따라서 여기에서는 2019년 한국정신재활시설협회 주관으로 수행된 “지역사회 내에서 정신재활시설의 기능과 역할” 연구(김민, 2019)에서 정신재활시설 유형별로 사업 내용을 정리한 것을 중심으로 참고하여 정리하였다.

〈표 4-10〉 정신재활시설의 이용 및 운영에 관한 기준

『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙』[별표9] '정신재활시설의 이용 및 운영에 관한 기준'

7. 정신재활시설의 훈련 및 사업에 관한 사항

가. 정신재활시설의 장은 입소·이용자가 일상생활을 관리하고, 사회생활에 적응하며, 정신질환을 치유할 수 있도록 다음의 사회재활활동 및 직업재활활동을 실시하여야 한다.

- 1) "사회재활활동"이란 정신질환자 등의 일상생활 관리, 사회적응능력 향상 또는 대인관계 증진을 위한 개별 또는 집단활동으로서 다음의 활동을 말한다.
 - 가) 사회기술 및 일상생활기술을 증진하기 위한 활동
 - 나) 약물 및 증상 관리를 포함한 정신건강을 증진하기 위한 활동
 - 다) 스트레스 관리 및 긴장 완화를 위한 교육 및 체험활동
 - 라) 동료상담 등을 통한 소통, 여가 및 문화활동
 - 마) 정규학교 및 지역사회 평생교육에 참여하는 활동
- 2) "직업재활활동"이란 어느 정도 작업능력이 있는 정신질환자 등의 작업능력향상과 직업재활을 위하여 정신재활시설 내·외부에서 실시하는 활동으로서 다음의 활동을 말한다.
 - 가) 단순 반복적인 작업훈련을 포함하는 보호작업
 - 나) 고용 촉진을 위한 지역사회 자원 연계를 통한 작업훈련
 - 다) 취업 알선 및 취업 지도 활동
 - 라) 취업자의 직업 유지 및 관리활동
 - 마) 정신재활시설 내·외부에서물품을 생산하거나 생산품을 판매하는 활동과 관련된 제반 활동

2) 정신재활시설 유형별 사업 및 프로그램 현황

(1) 생활시설

〈표 4-11〉 생활시설 사업 및 프로그램 현황

대분류	소분류
고용/직업재활 지원	• 취업(전) 교육
	• 취업지원
평생교육 지원	• 개별학습지원
	• 또래문화습득
문화/예술/여가/체육활동 지원	• 사회적응/여가활동
	• 정서안정, 스트레스관리/긴장완화/체육활동
지역사회 거주/치료/재활 통합지원	• 일상생활관리훈련
	• 신체건강관리
가족대상 정보제공/ 교육	• 가족교육
	• 가족모임

자료: 김민(2019)

정신재활시설 유형 중 생활시설에서는 총 5가지 사업 및 프로그램을 진행하고 있다. 해당 사업 및 프로그램에는 고용 및 직업재활지원, 평생교육지원, 문화, 예술, 여가, 체육활동지원, 지역사회거주, 치료, 재활통합지원, 가족대상정보제공 및 교육, 기타지원제공으로 나누어진다. 세부적으로 취업(전) 교육, 취업지원, 개별학습지원 등 총 10가지 사업 및 프로그램이 진행되는 것으로 파악되었다.

(2) 공동생활가정

〈표 4-12〉 공동생활가정 사업 및 프로그램 현황

대분류	중분류	소분류
사례관리	자립생활 준비지원	• 생활훈련
		• 건강관리
		• 여가활동
		• 스트레스 관리
		• 가족 유대관계
	독립주거 준비지원	• 독립주거계획수립
		• 취업지원
		• 금전관리
		• 직업재활

자료: 김민(2019)

공동생활가정에서 제공 중에 있는 사업 및 프로그램 현황을 정리해 보면 위의 〈표 4-12〉의 내용과 같다. 대체로 사례관리를 중심으로 하여 자립생활 준비지원, 독립주거 준비지원 사업 및 프로그램을 실시하는 것으로 조사되었다. 세부적으로는 생활훈련, 건강관리, 여가활동 등 총 9가지의 사업 및 프로그램이 제공되는 것으로 나타났다.

(3) 지역사회전환시설

〈표 4-13〉 지역사회전환시설 사업 및 프로그램 현황

대분류	중분류
사회재활/회복, 지역사회 연계 지원	• 입원치료기관에 대한 연계 체계 구축
	• 의료 기관 입원환자에 대한 교육 및 정보 제공 사업
정신질환자탈원화지원	• 정신질환자에 대한 동기강화
	• 퇴소유형별(가정복귀, 기관연계, 독립생활, 입원)별 자원연계
	• 지역사회 연계율 및 지역사회유지율 강화
지역사회 재발방지 및 쉼터지원	• 지역거주 정신질환자에 대한 재발방지/사회적응
	• 개인의 재발방지 요인을 찾고 이에 대한 표적 치료
단기 집중적 재활훈련 지원	
사후관리	• 서비스 종료 후 지역사회 복귀 회원에 대한 서비스
재활훈련 기초 정보화 지원	

자료: 김민(2019)

정신재활시설 하위 유형 중 지역사회전환시설에서는 사회재활 및 회복, 지역사회 연계 지원, 정신질환자 탈원화 지원, 지역사회 재발방지 및 쉼터 지원, 단기 집중적 재활훈련 지원, 사후관리, 재활훈련 기초 정보화 지원의 총 6가지 사업 및 프로그램이 제공되고 있었다. 세부적으로는 입원치료기관에 대한 연계 체계 구축, 의료 기관 입원환자에 대한 교육 및 정보 제공 사업, 정신질환자에 대한 동기강화 등 8가지 사업 및 프로그램이 이용자들에게 제공되는 것으로 나타났다.

(4) 중독자재활시설

〈표 4-14〉 중독자 재활시설 사업 및 프로그램 현황

대분류	중분류	소분류
중독재활 서비스		• 지적/영적 이해증진
		• 생활방식변화훈련
		• 심리정서적 탐색 및 치유
가족개입 및 지역사회 조직/연계		• 자조모임 활동지원
		• 가족지원서비스
		• 직업재활
		• 금융/채무조정 지원
		• 퇴소자지원
		• 약물관리

자료: 김민(2019)

중독자재활시설에서는 크게 중독재활 서비스, 가족개입 및 지역사회 조직 및 연계 지원 사업 및 프로그램이 진행되고 있는 것으로 나타났다. 세부적으로는 지적, 영적 이해증진, 생활방식변화훈련, 심리정서적 탐색 및 치유 등 8가지 유형의 사업 및 프로그램이 제공되는 것으로 조사되었다.

(5) 주간재활시설

〈표 4-15〉 주간재활시설 사업 및 프로그램 현황

대분류	소분류
복지서비스	• 개별 서비스 지원을 위해 시스템
	• 클럽하우스 모델, 강점관점 모델, 임파워먼트 모델
고용/직업재활 지원	• 취업 전 교육 및 취업준비
	• 업무능력 및 적성 평가
평생교육 지원	• 홀로서기를 위한 평생계획 프로그램
	• 정규과정 지원(과정선택, 수행지원 등)사업
문화/예술/여가/체육활동 지원	
지역사회 거주/치료/재활 통합 지원	• 독립주거 준비모임
	• 독립주거 가이드 및 성공 워크북 제작
가족 대상 정보제공/교육	

자료: 김민(2019)

주간재활시설에서는 크게 복지서비스, 고용 및 직업재활지원, 평생교육 지원, 문화, 예술, 여가, 체육활동 지원, 지역사회 거주, 치료, 재활 통합 지원, 가족대상 정보제공 및 교육 제공 사업 및 프로그램이 진행되는 것으로 파악되었다. 세부적으로는 개별 서비스 지원을 위해 시스템, 클럽하우스 모델, 강점관점 모델, 임파워먼트 모델을 중심으로 한 서비스 등 총 8가지 유형의 사업 및 프로그램이 제공되는 것으로 나타났다.

(6) 직업재활시설

〈표 4-16〉 직업재활시설 사업 및 프로그램 현황

대분류	중분류
직업재활 서비스 제공	• 직업적응 능력향상
	• 보호작업/임시취업/지지도용/취업 후 지원
신규 회원 지원	
직업재활개별지원계획 수립	• 직업재활 개별지원계획서 작성
	• 개별지원 서비스 제공
직업평가	• 직업평가 계획 및 평가실시
직업재활훈련(보호고용)	• 직업준비·직업수행 적응훈련
	• 직무능력향상·직업유지 적응훈련
취업지원(고용연계)	
취업 후 지원	• 취업연계, 훈련
	• 취업장방문 및 사례지원, 고용주 지원

자료: 김민(2019)

직업재활시설에서 제공되는 사업 및 프로그램을 정리해 보면 위의 〈표 4-16〉의 내용과 같다. 이에 따르면, 직업재활시설에서는 직업재활 서비스 제공, 신규 회원 지원, 직업재활개별지원계획 수립, 직업평가, 직업재활훈련, 취업지원, 취업 후 지원의 총 7가지 유형의 사업 및 프로그램이 제공되고 있는 것으로 나타났다.

제3절 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 및 운영 현황 분석

1. 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 개소 수

〈표 4-17〉 전체 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 개소 수

(단위: 개소, %)

시도	전체	거주형 정신재활시설					이용형 정신재활시설		아동 청소년 정신건강지원시설
		생활 시설	공동 생활가정	지역사회 전환시설	종합시설	중독자 재활시설	주간 재활시설	직업 재활시설	
전국	348(100.0)	19(100.0)	188(100.0)	7(100.0)	20(100.0)	4(100.0)	85(100.0)	15(100.0)	10(100.0)
서울	114(32.8)	-	63(33.5)	4(57.1)	1(5.0)	3(75.0)	27(31.8)	6(40.0)	10(100.0)
부산	13(3.7)	-	2(1.1)	-	2(10.0)	-	6(7.1)	3(20.0)	-
대구	18(5.2)	-	7(3.7)	-	1(5.0)	1(25.0)	9(10.6)	-	-
인천	11(3.2)	-	6(3.2)	-	-	-	4(4.7)	1(6.7)	-
광주	12(3.4)	1(5.3)	4(2.1)	-	-	-	7(8.2)	-	-
대전	29(8.3)	2(10.5)	20(10.6)	-	2(10.0)	-	5(5.9)	-	-
울산	2(0.6)	-	-	-	-	-	2(2.4)	-	-
세종	3(0.9)	1(5.3)	2(1.1)	-	-	-	-	-	-
경기	55(15.8)	1(5.3)	39(20.7)	3(42.9)	1(5.0)	-	9(10.6)	2(13.3)	-
강원	5(1.4)	1(5.3)	3(1.6)	-	-	-	1(1.2)	-	-
충북	11(3.2)	2(10.5)	5(2.7)	-	1(5.0)	-	3(3.5)	-	-
충남	24(6.9)	4(21.1)	17(9.0)	-	1(5.0)	-	1(1.2)	1(6.7)	-
전북	21(6.0)	2(10.5)	8(4.3)	-	8(40.0)	-	2(2.4)	1(6.7)	-
전남	3(0.9)	1(5.3)	1(0.5)	-	1(5.0)	-	-	-	-
경북	19(5.5)	3(15.8)	10(5.3)	-	1(5.0)	-	5(5.9)	-	-
경남	4(1.1)	1(5.3)	-	-	1(5.0)	-	2(2.4)	-	-
제주	4(1.1)	-	1(0.5)	-	-	-	2(2.4)	1(6.7)	-

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

정신재활시설 유형별 설치 현황을 살펴보면 위의 〈표 4-17〉과 같다. 이에 따르

면, 설치 수가 가장 많은 유형은 공동생활가정으로 총 188개소(전체 대비 54.0%)로 나타났다. 그 다음으로는 주간재활시설(85개소, 전체 대비 24.4%), 종합시설(20개소, 전체 대비 5.7%), 생활시설(19개소, 전체 대비 5.5%)의 순이었다. 유형별로 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 생활시설의 경우 충남(4개소, 21.1%)의 설치 개소수가 가장 많았고, 서울을 포함한 6개 시도에서 설치가 전무한 것으로 나타났다. 공동생활가정은 서울(63개소, 33.5%), 경기(39개소, 20.7%), 대전(10.6%)의 순으로 설치 개소수가 많았다. 지역사회전환시설은 서울(4개소, 57.1%), 경기(3개소, 42.9%) 지역에만 설치되어 있는 것으로 나타났고, 기타 15개 시도는 미설치 상태인 것으로 나타났다. 종합시설의 경우 전북지역이 8개소(40.0%)로 설치 수가 가장 많았고, 미설치 시도는 6개 지역이었다. 그리고 중독자 재활시설은 서울(3개소, 75.0%), 대구(1개소, 25.0%) 지역에서만 집중 설치되어 운영하고 있는 것으로 나타났다. 주간재활시설은 서울(27개소, 31.8%), 경기(10.6%), 대구(10.6%)의 순으로, 직업재활시설은 서울(6개소, 40.0%), 부산(3개소, 20.0%), 경기(2개소, 13.3%)의 순으로 설치 개소수가 많았다. 아동청소년정신건강지원시설의 경우 서울(10개소, 100.0%) 지역에만 집중되어 설치되어 있는 것으로 분석되었다.

2. 정신재활시설 유형별 설치 개소 수 변화추이

〈표 4-18〉 정신재활시설 유형별 설치 개소 수 변화추이

(단위: 개소)

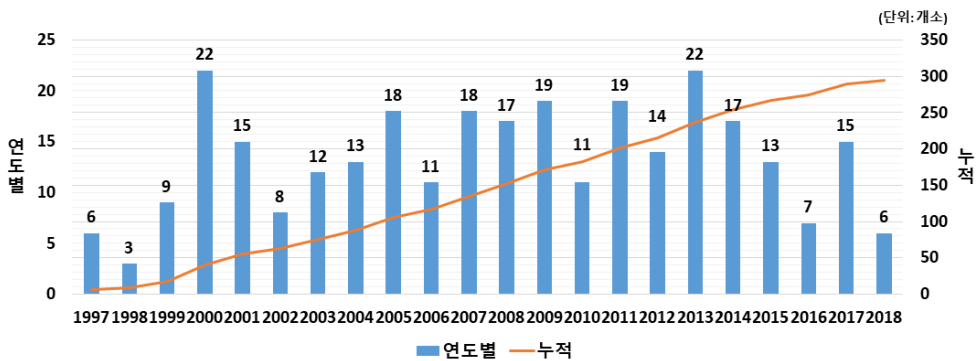
구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
전체	6	3	9	22	15	8	12	13	18	11	18
전체(누적)	6	9	18	40	55	63	75	88	106	117	135
생활시설	1	0	0	0	1	0	1	1	3	2	1
생활시설(누적)	1	1	1	1	2	2	3	4	7	9	10
공동생활가정	1	0	0	5	4	1	4	5	5	3	14
공동생활가정(누적)	1	1	1	6	10	11	15	20	25	28	42
지역사회전환시설	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
지역사회전환시설(누적)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3
중독자재활시설	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
중독자재활시설(누적)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2
종합시설	0	1	5	3	4	2	1	0	1	2	1
종합시설(누적)	0	1	6	9	13	15	16	16	17	19	20
주간재활시설	4	2	4	14	5	4	6	5	6	3	2
주간재활시설(누적)	4	6	10	24	29	33	39	44	50	53	55
직업재활시설	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0
직업재활시설(누적)	0	0	0	0	1	2	2	3	3	3	3
구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체	17	19	11	19	14	22	17	13	7	15	6
전체(누적)	152	171	182	201	215	237	254	267	274	289	295
생활시설	0	3	1	2	1	1	0	0	0	0	0
생활시설(누적)	10	13	14	16	17	18	18	18	18	18	18
공동생활가정	11	11	5	15	13	16	14	10	5	10	3
공동생활가정(누적)	53	64	69	84	97	113	127	137	142	152	155
지역사회전환시설	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
지역사회전환시설(누적)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7
중독자재활시설	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
중독자재활시설(누적)	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
종합시설	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
종합시설(누적)	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
주간재활시설	3	4	4	2	0	4	2	1	1	2	0
주간재활시설(누적)	58	62	66	68	68	72	74	75	76	78	78
직업재활시설	1	1	0	0	0	1	1	2	1	3	0
직업재활시설(누적)	4	5	5	5	5	6	7	9	10	13	13

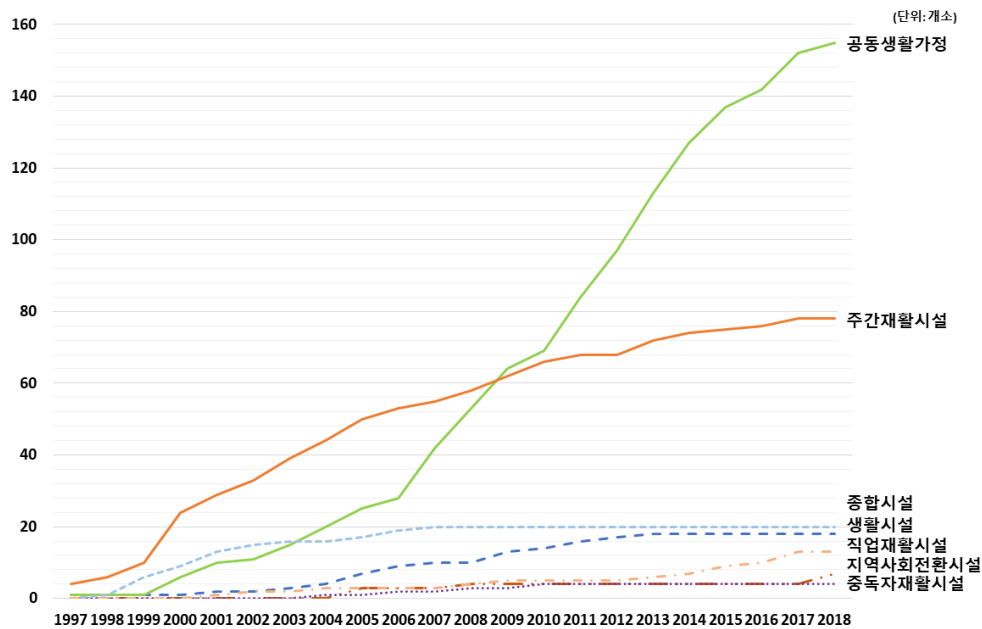
자료: 한국정신재활시설협회, 전북정신재활시설협회 내부자료, 2018년 12월 31일 기준

분석 대상인 1997개소부터 2018년도까지 전체 295개소 정신재활시설의 연도별 설치 추이를 유형별로 분석한 결과는 위의 <표 4-18>의 내용과 같다. 해당 결과에 따르면, 우선 전체 정신재활시설은 시작점인 1997년부터 현재까지 전국적으로 꾸준히 증가해 온 추세를 보이는 것으로 나타났다. 유형별로 설치 추이를 종합하여 살펴보면, 공동생활가정의 경우 2007년도부터 크게 증가하기 시작해 대체로 2009년

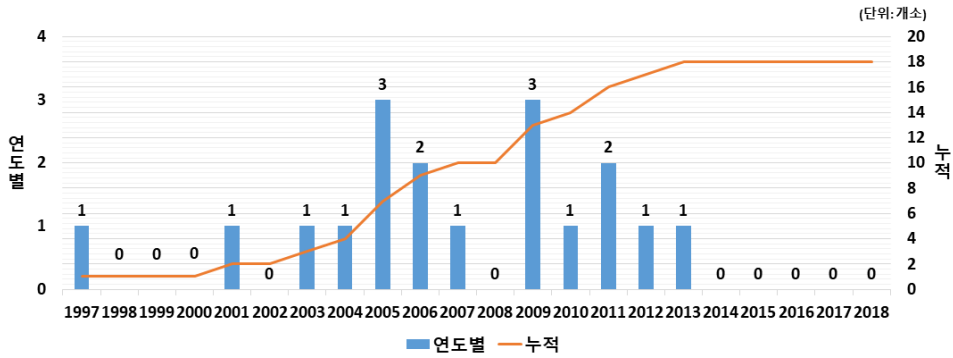
도부터 전국적으로 설치 개소수가 가장 많은 시설 유형으로 분석되었다. 주간재활 시설의 경우 2000년도 한 해 14개소가 설치되며 크게 늘었고, 이후 매년 꾸준히 설치되며 완만하게 증가한 것으로 나타났다. 한편, 종합시설은 1998년도와 2007년도 사이에 꾸준히 설치되었으나, 2008년도부터 2018년까지 10년 간 설치되지 않은 특징이 나타났다. 기타 분석 연도 기간 동안 각 정신재활시설 유형별 설치 변화 추이를 정리한 결과는 아래의 [그림 4-10]에서 [그림 4-18]까지와 같다.



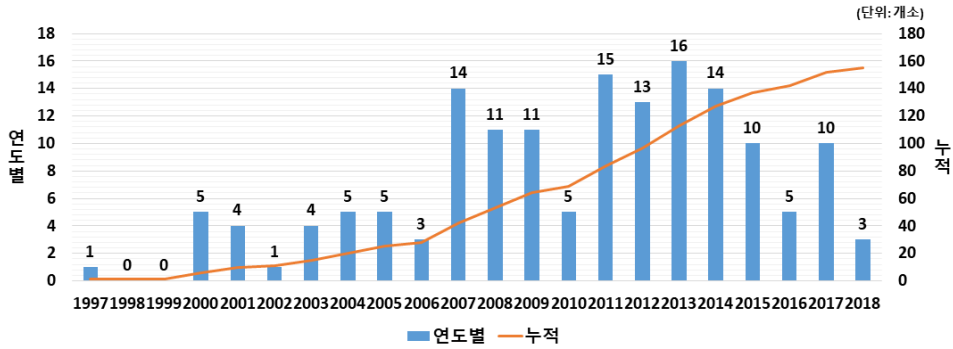
[그림 4-10] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(전체)



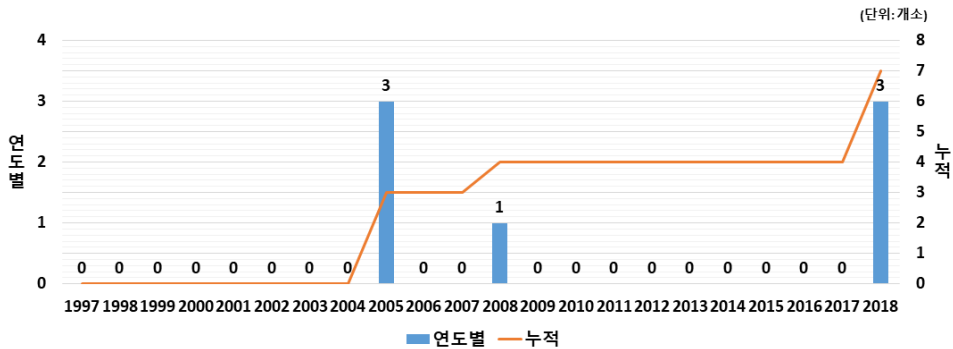
[그림 4-11] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(누적, 종합)



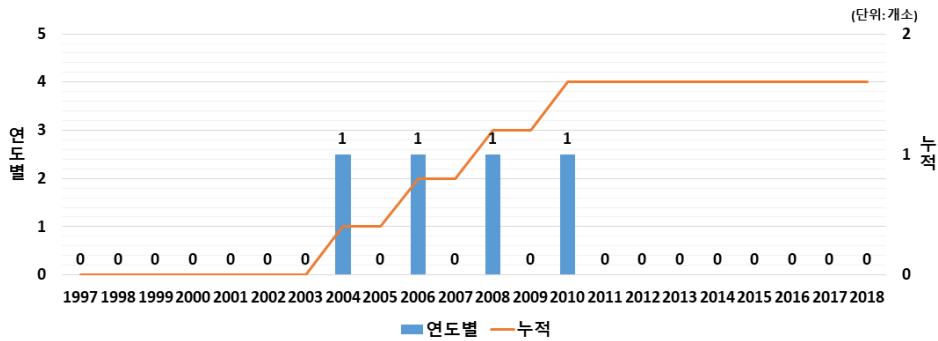
[그림 4-12] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(생활시설)



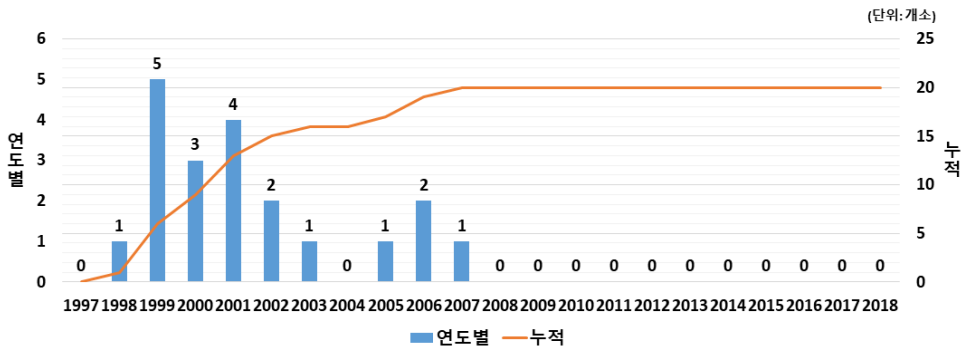
[그림 4-13] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(공동생활가정)



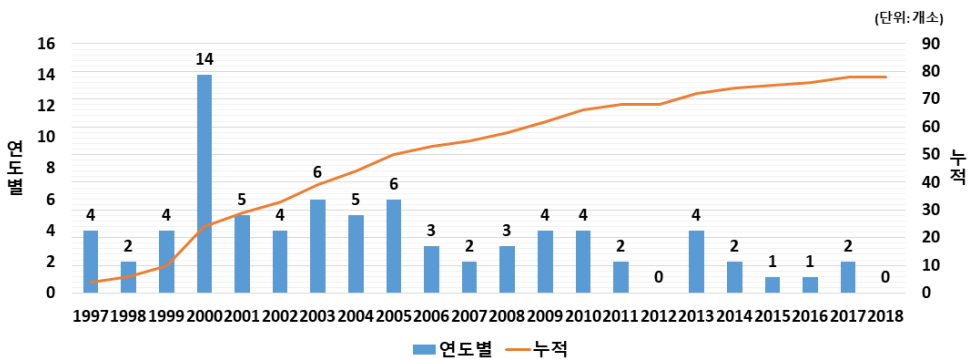
[그림 4-14] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(지역사회전환시설)



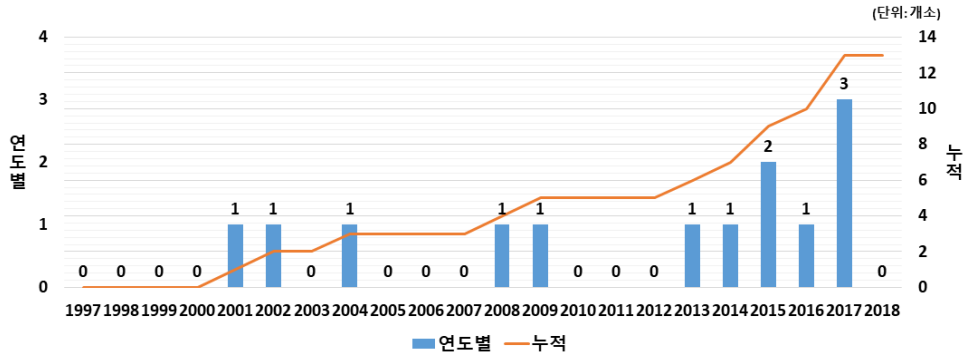
[그림 4-15] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(중독자재활시설)



[그림 4-16] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(종합시설)



[그림 4-17] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(주간재활시설)



[그림 4-18] 지역사회 정신재활시설 유형별 설치 추이(직업재활시설)

3. 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 현황

〈표 4-19〉 정신재활시설 유형별, 지역별 설치 현황

(단위: 개, %)

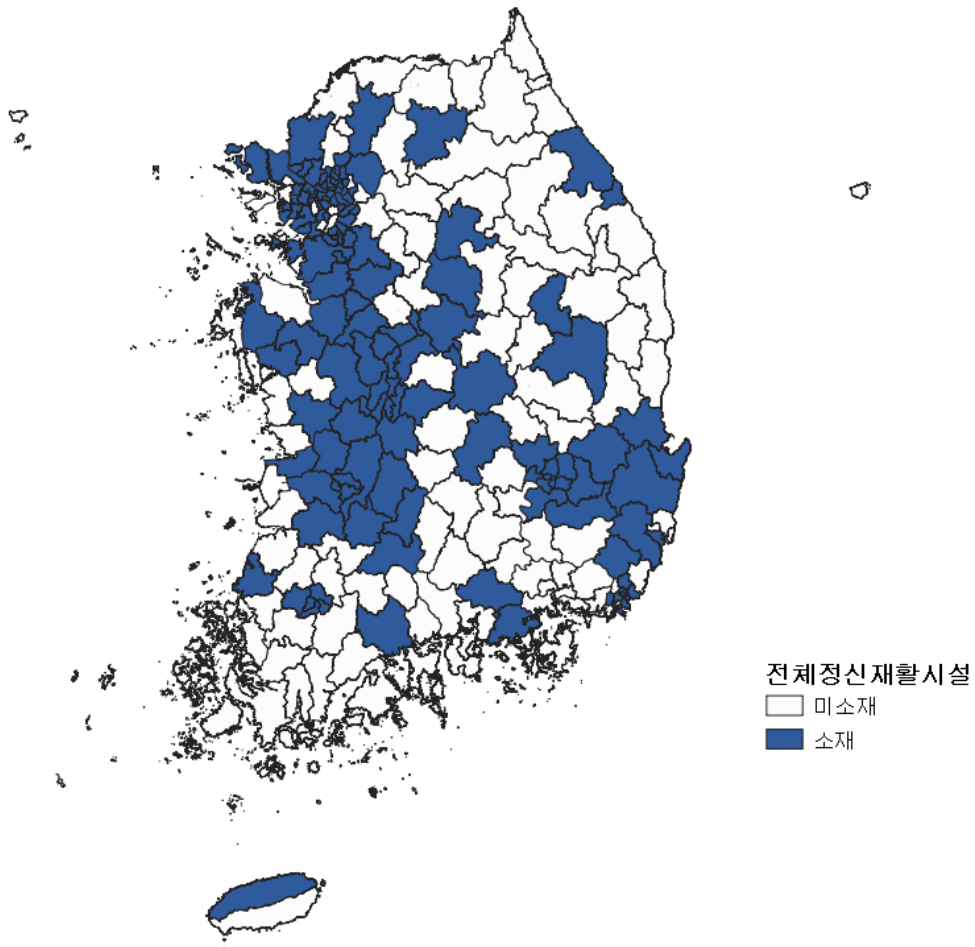
시도	시·군·구 수	설치 시·군·구 수										
		전체 정신재활 시설	거주형 정신재활시설					이용형정신재활시설		아동 청소년 정신건강 지원시설	생활시설 + 공동생활 + 지역사회 전환	주간 + 직업 재활 시설
			생활 시설	공동 생활 가정	지역 사회 전환 시설	종합 시설	중독자 재활 시설	주간 재활 시설	직업 재활 시설			
전국	229(100.0)	124(54.1)	18(7.9)	75(32.8)	7(3.1)	18(7.9)	3(1.3)	67(29.3)	14(6.1)	10(4.4)	89(38.9)	74(32.3)
서울	25(100.0)	25(100.0)	0(0.0)	18(72.0)	4(16.0)	1(4.0)	2(8.0)	20(80.0)	6(24.0)	10(40.0)	18(72.0)	22(88.0)
부산	16(100.0)	10(62.5)	0(0.0)	2(12.5)	0(0.0)	2(12.5)	0(0.0)	5(31.3)	3(18.8)	0(0.0)	2(12.5)	8(50.0)
대구	8(100.0)	8(100.0)	0(0.0)	4(50.0)	0(0.0)	1(12.5)	1(12.5)	7(87.5)	0(0.0)	0(0.0)	4(50.0)	7(87.5)
인천	10(100.0)	6(60.0)	0(0.0)	4(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(40.0)	1(10.0)	0(0.0)	4(40.0)	5(50.0)
광주	5(100.0)	5(100.0)	1(20.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(60.0)	5(100.0)
대전	5(100.0)	5(100.0)	2(40.0)	5(100.0)	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	3(60.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)	3(60.0)
울산	5(100.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)
세종	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)
경기	31(100.0)	17(54.8)	1(3.2)	14(45.2)	3(9.7)	1(3.2)	0(0.0)	8(25.8)	1(3.2)	0(0.0)	15(48.4)	8(25.8)
강원	18(100.0)	4(22.2)	1(5.6)	3(16.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.6)	0(0.0)	0(0.0)	4(22.2)	1(5.6)
충북	11(100.0)	5(45.5)	2(18.2)	3(27.3)	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)	2(18.2)	0(0.0)	0(0.0)	5(45.5)	2(18.2)

시도	시·군·구 수	설치 시·군·구 수										
		전체 정신재활 시설	거주형 정신재활시설					이용형정신재활시설		아동 청소년 정신건강 지원시설	생활시설 + 공동생활 + 지역사회 전환	주간 + 직업 재활 시설
			생활 시설	공동 생활 가정	지역 사회 전환 시설	종합 시설	중독자 재활 시설	주간 재활 시설	직업 재활 시설			
충남	15(100.0)	10(66.7)	3(20.0)	7(46.7)	0(0.0)	1(6.7)	0(0.0)	1(6.7)	1(6.7)	0(0.0)	10(66.7)	2(13.3)
전북	14(100.0)	10(71.4)	2(14.3)	3(21.4)	0(0.0)	7(50.0)	0(0.0)	2(14.3)	1(7.1)	0(0.0)	5(35.7)	2(14.3)
전남	22(100.0)	2(9.1)	1(4.5)	1(4.5)	0(0.0)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(9.1)	0(0)
경북	23(100.0)	10(43.5)	3(13.0)	7(30.4)	0(0.0)	1(4.3)	0(0.0)	4(17.4)	0(0.0)	0(0.0)	9(39.1)	4(17.4)
경남	18(100.0)	3(16.7)	1(5.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.6)	0(0.0)	2(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.6)	2(11.1)
제주	2(100.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)

자료: 보건복지부, 국립정신건강센터(2019), 전국 정신건강증진기관·시설 현황집 참고하여 재가공

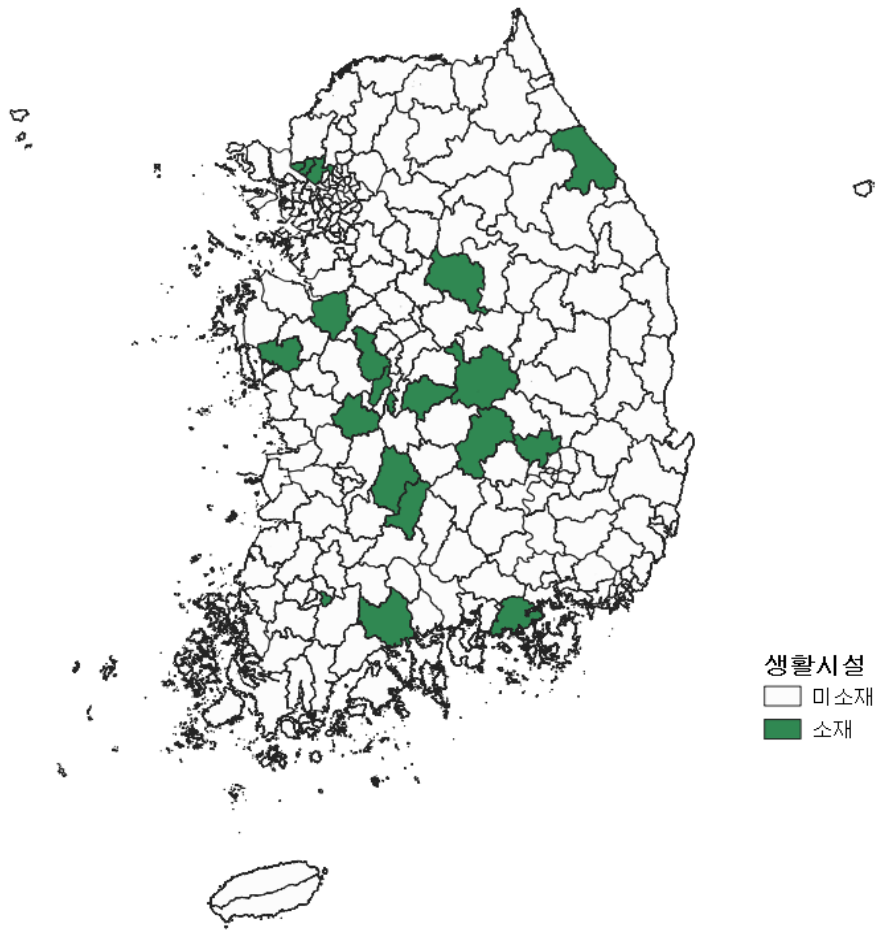
정신재활시설 유형별로 전국 시·군·구 단위 지역별 설치 현황을 살펴보면 위의 <표 4-19>와 같다. 우선적으로 2018년도 전국 229개 시·군·구를 기준으로 정신재활시설이 하나라도 설치되어 있는 시·군·구는 총 124개로 전체의 54.1% 정도 수준이었다. 세부유형별로는 나누어 살펴보면 전체 시·군·구 수 대비 설치 비율은 최저 1.3%에서 최고 32.8% 수준의 범위를 보여주어, 유형별로 나누어 살펴보면 전반적으로 미설치 비율이 높다는 것을 알 수가 있다. 보다 구체적으로는, 생활시설(18개 시·군·구, 설치 비율 7.9%)이나 지역사회전환시설(7개 시·군·구, 설치 비율 3.1%), 직업재활시설(14개 시·군·구, 설치 비율 6.1%)과 같이 퇴원 후 지역사회에서 안정적으로 생활해 나갈 수 있도록 지원하는 생활 또는 직업 관련 지원 시설이 전국적 설치 비율이 상당히 낮아, 정신장애인의 일상적인 사회생활로의 복귀, 지역사회통합이라는 목적 달성을 위해 필수적인 우리나라의 지역사회정신건강 인프라가 매우 빈약하다는 것을 알 수 있다.

이처럼 취약한 우리나라의 정신재활시설 설치 현황을 보다 구체적으로 살펴보기 위해, 전국 229개 기초지방자치단체를 기준으로 하여 소재 및 미소재 지역을 지도 상에 표시해 보면 다음의 [그림 4-19]에서 [그림 4-29]까지와 같다.



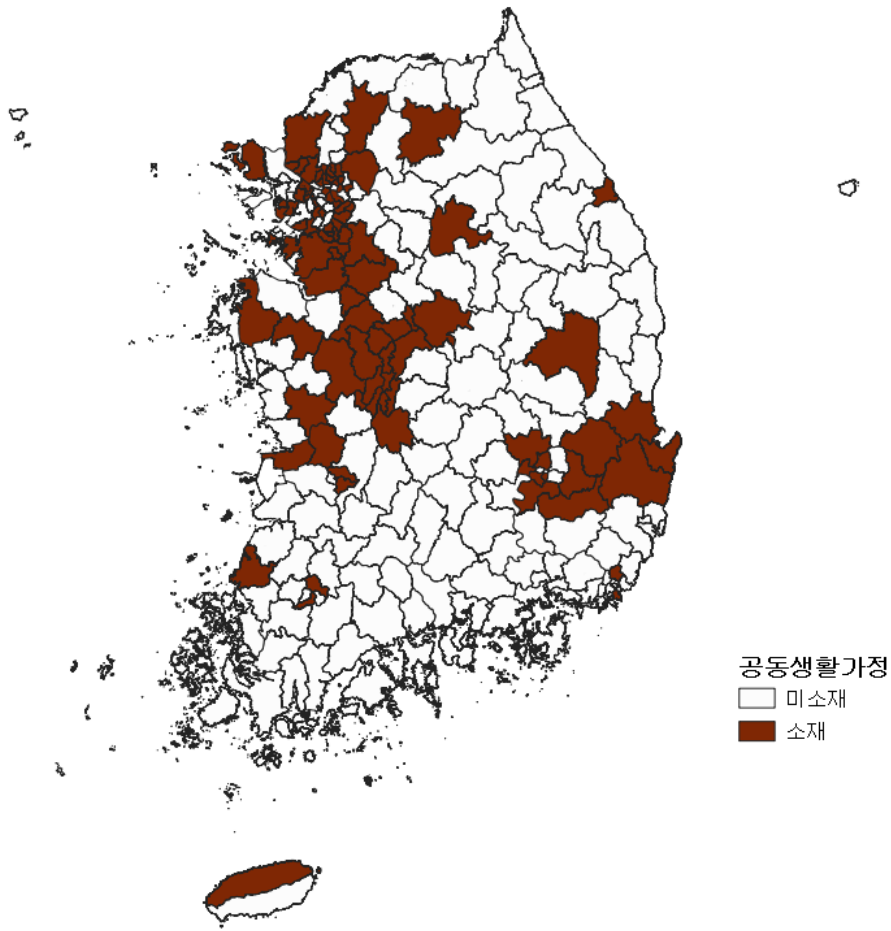
[그림 4-19] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(전체, 미소재: 105개, 소재: 124개)

위의 [그림 4-19]는 2018년 12월 31일 기준 전국 229개 시·군·구 중 정신재활 시설을 하나라도 설치하여 운영하고 있는 시·군·구의 분포를 지도에 표시하여 나타 낸 자료이다. 이에 따르면, 전체 시·군·구 중 정신재활시설이 소재한 곳은 124개 (54.1%)였고, 미설치 시·군·구는 총 105개(45.9%)로 나타났다. 시·도별로 살펴보면, 전남지역의 경우 설치 비율이 9.1%(22개 시·군·구 중 2개)로 가장 낮았다. 그 다음으로 설치 비율이 낮은 곳은 경남(16.7%, 18개 시·군·구 중 3개), 강원(22.2%, 18개 시·군·구 중 4개) 지역의 순이었다.



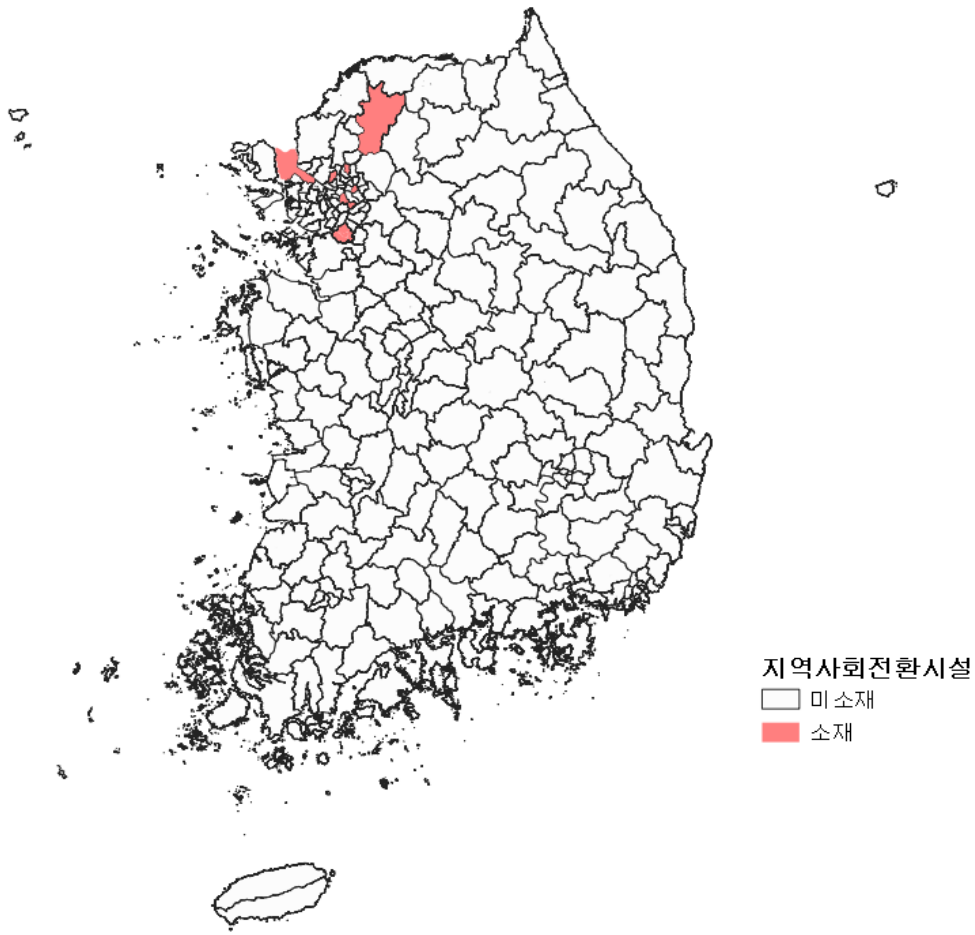
[그림 4-20] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(생활시설, 미소재: 211개, 소재: 18개)

정신재활시설의 세부유형 중 생활시설의 전국적인 설치 현황을 지도에 표시해 보면 위의 [그림 4-20]과 같다. 이에 따르면 총 229개 시·군·구 중 생활시설을 하나라도 설치해 운영하고 있는 곳은 총 18개 시·군·구(7.9%)에 불과하여, 전국적으로 설치 비율이 높지 않은 것을 알 수 있다. 한편, 생활시설이 한 개소라도 설치되어 있지 않은 시·도는 서울, 부산, 대구, 인천, 울산, 제주와 같은 대도시 지역인 것으로 나타났다.



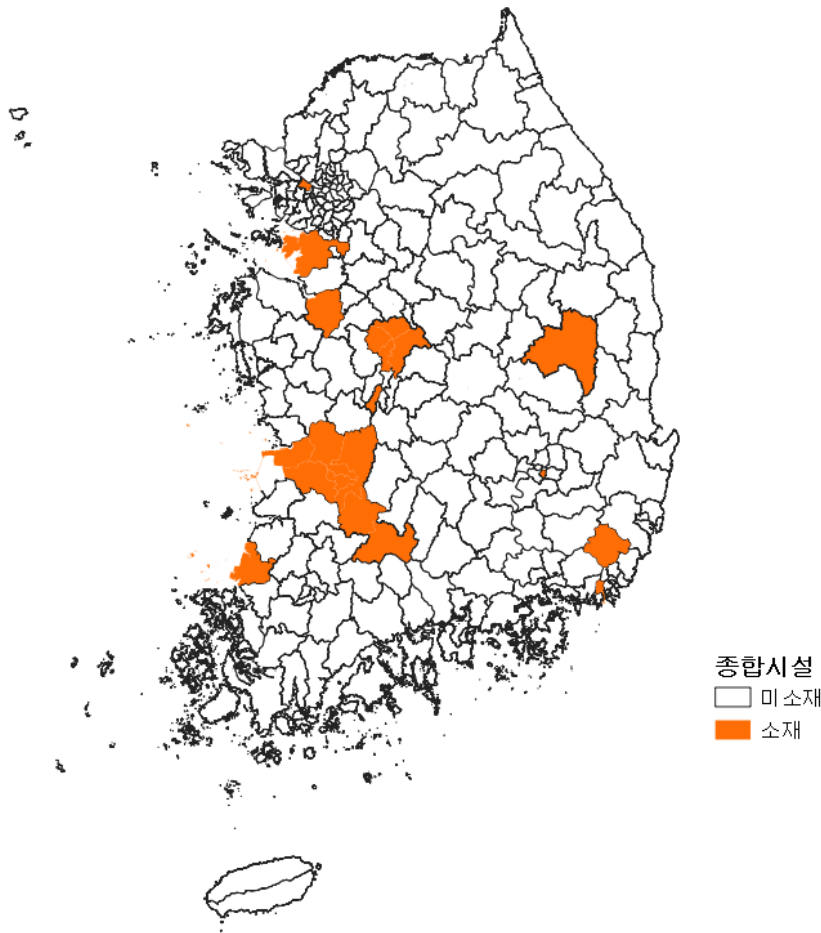
[그림 4-21] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(공동생활가정, 미소재: 154개, 소재: 75개)

공동생활가정의 전국적인 시·군·구별 설치 비율은 32.8%로, 총 75개 시·군·구에 서 최소 1개 이상을 설치하여 운영하고 있었다. 이는 모든 정신재활시설 세부 유형 중에서 전국적으로 설치 비율이 가장 높은 것이나, 30% 초반 정도의 수준이기 때 문에 전반적으로 우리나라의 지역사회 정신건강서비스 인프라 구축이 미흡하다는 것 을 알 수 있다. 한편, 세부적으로 살펴보면, 대전 지역의 경우 총 5개 기초지자체 중 5개 시·군·구 모두에 공동생활가정이 한 개 이상 설치되어 있어 그 비율이 가장 높게 나타났다. 반면, 울산(0.0%), 경남(0.0%), 전남(4.5%) 지역의 경우 설치 비율 이 10% 미만으로 낮았다.



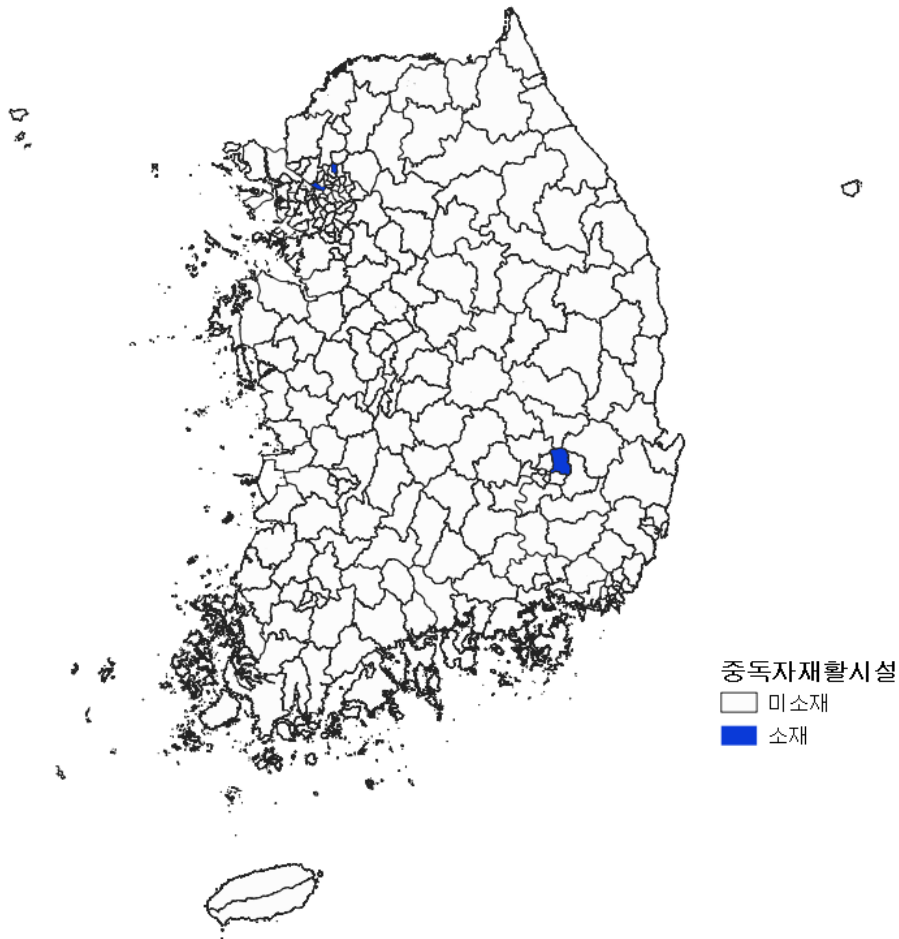
[그림 4-22] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(지역사회전환시설, 미소재: 222개, 소재: 7개)

위의 [그림 4-22]는 전국적으로 지역사회전환시설의 설치 현황을 지도로써 표현한 것이다. 이에 따르면, 정신장애인을 위한 지역사회정신건강 인프라의 하나로써 지역사회전환시설은 우리나라 전역에 걸쳐 아직까지 제대로 갖추어지지 않고 있음을 알 수 있다. 현재 전국적으로 7개 시·군·구(3.1%)에서 지역사회전환시설을 1개소 이상 설치하여 운영하고 있으나, 이마저도 주로 서울, 경기 지역에 편중되어 운영되고 있는 것으로 나타났다.



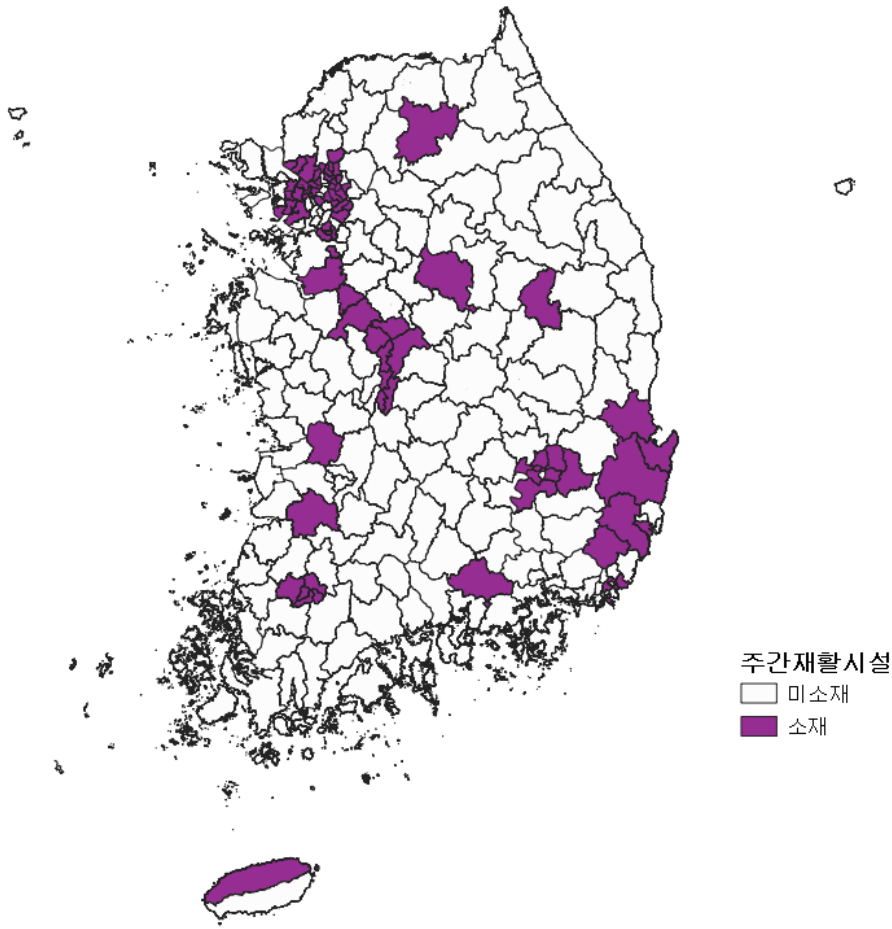
[그림 4-23] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(종합시설, 미소재: 211개, 소재: 18개)

종합시설은 전국 229개 기초지방자치단체 중 총 18개 지역에 소재한 것으로 나타났다. 소속 시·군·구 대비 소재 지역 비율이 가장 높은 시·도는 전남으로, 총 14개 시·군·구 중 7개 지역(50.0%)에 종합시설이 한 개소 이상 설치된 것으로 파악되었다. 종합시설이 지역사회 내에 한 개소라도 설치되어 있지 않은 시·도는 인천, 광주, 울산, 세종, 강원, 제주 지역으로 나타났다.



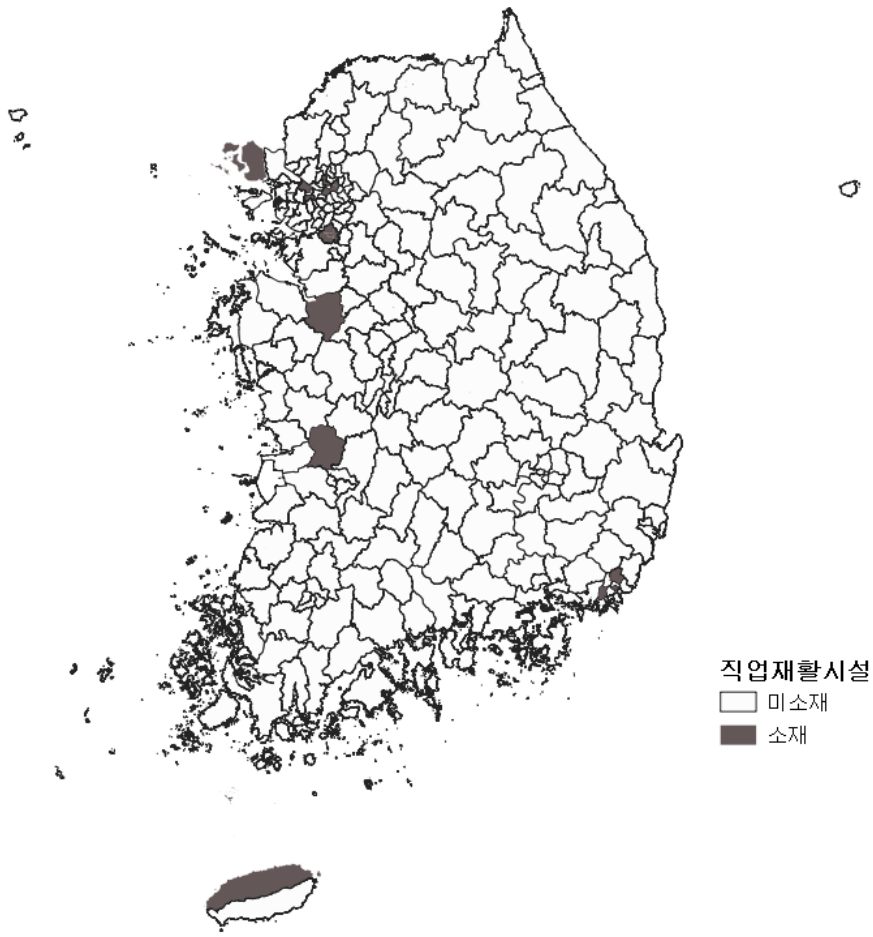
[그림 4-24] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(중독자재활시설, 미소재: 226개, 소재: 37개)

정신재활시설 유형으로 나누어 보았을 때 중독자 재활시설은 전국적으로 소재한 기초지방자치단체 수가 3개로 가장 적었다(전체 기초지자체 중 1.3%). 중독자재활 시설은 서울에 2개, 대구에 1개 시·군·구에 설치되어 있어, 이를 제외한 나머지 부산, 인천, 광주, 대전, 울산, 세종, 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주에서는 해당 인프라가 지역적으로 전무한 것으로 나타났다.



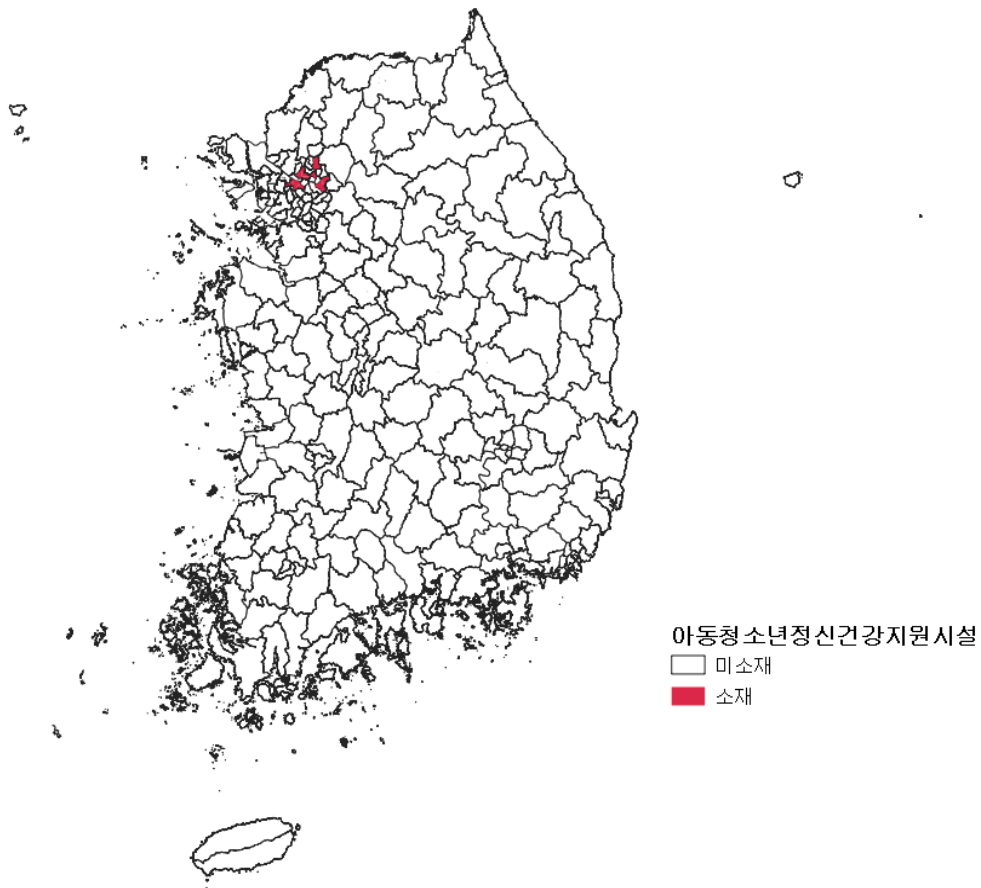
[그림 4-25] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(주간재활시설, 미소재: 162개, 소재: 67개)

지역사회 내에 주간재활시설을 한 개소라도 설치하여 운영하고 있는 기초지방자치단체의 수는 총 67개 시·군·구로 설치 비율은 29.3%정도 수준이었다. 시도별로 나누어 보면, 광주(5개 지자체 중 5개, 설치비율 100.0%), 대구(8개 지자체 중 7개, 설치비율 87.5%), 서울(25개 지자체 중 20개, 설치비율 80.0%) 지역의 설치비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 반면, 전남과 세종의 경우 설치 비율이 0.0%로 가장 낮았고, 그 다음으로는 강원(5.6%), 충남(6.7%), 경남(11.1%)의 순이었다.



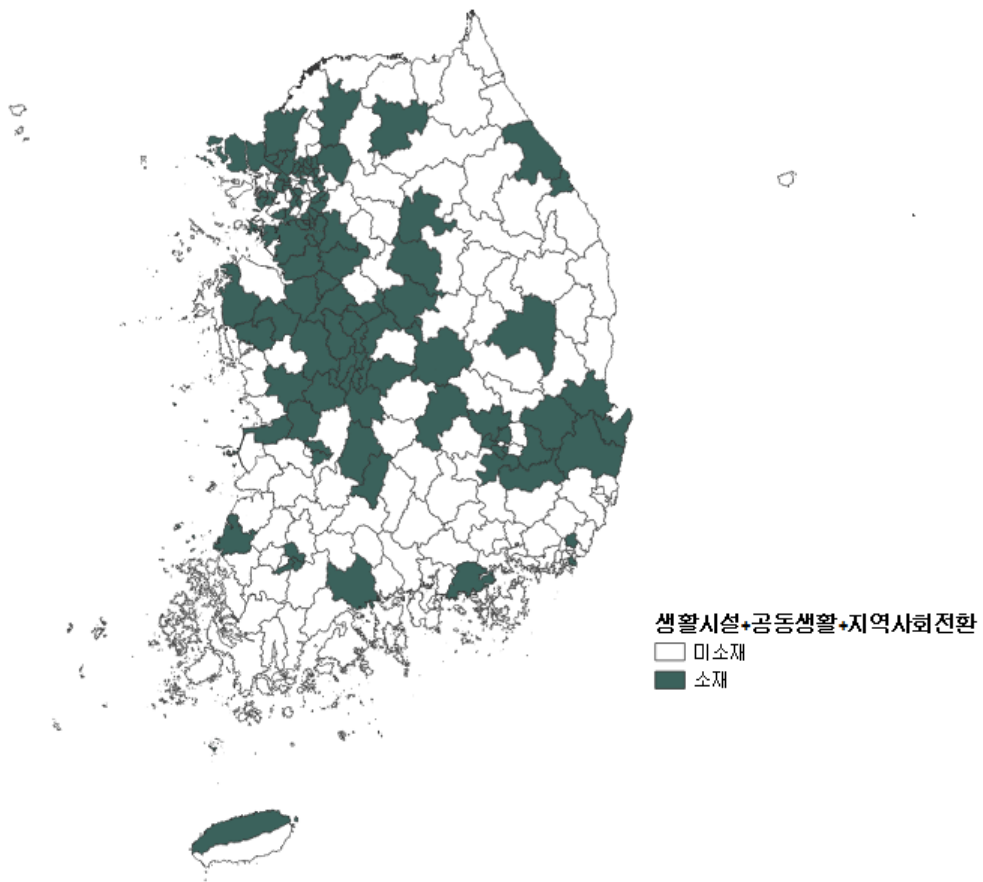
[그림 4-26] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(직업재활시설, 미소재: 215개, 소재: 14개)

전국적으로 직업재활시설은 총 14개 시·군·구에 소재하고 있는 것으로 나타났다. 이를 전국지도 위에 표시해 보면 위의 [그림 4-26]과 같다. 이에 따르면 직업재활시설이 가장 많이 소재하고 있는 지역은 서울 지역인 것으로 나타났으나, 총 25개 구 중 6개 구에만 설치되어 그 비율은 24.0% 정도 수준에 불과하였다. 한편, 대구, 광주, 대전, 울산, 세종, 강원, 충북, 전남, 경북, 경남지역 같은 경우는 소속된 시·군·구 단위 중 한 곳에도 직업재활시설이 설치되어 있지 않은 것으로 나타났다.



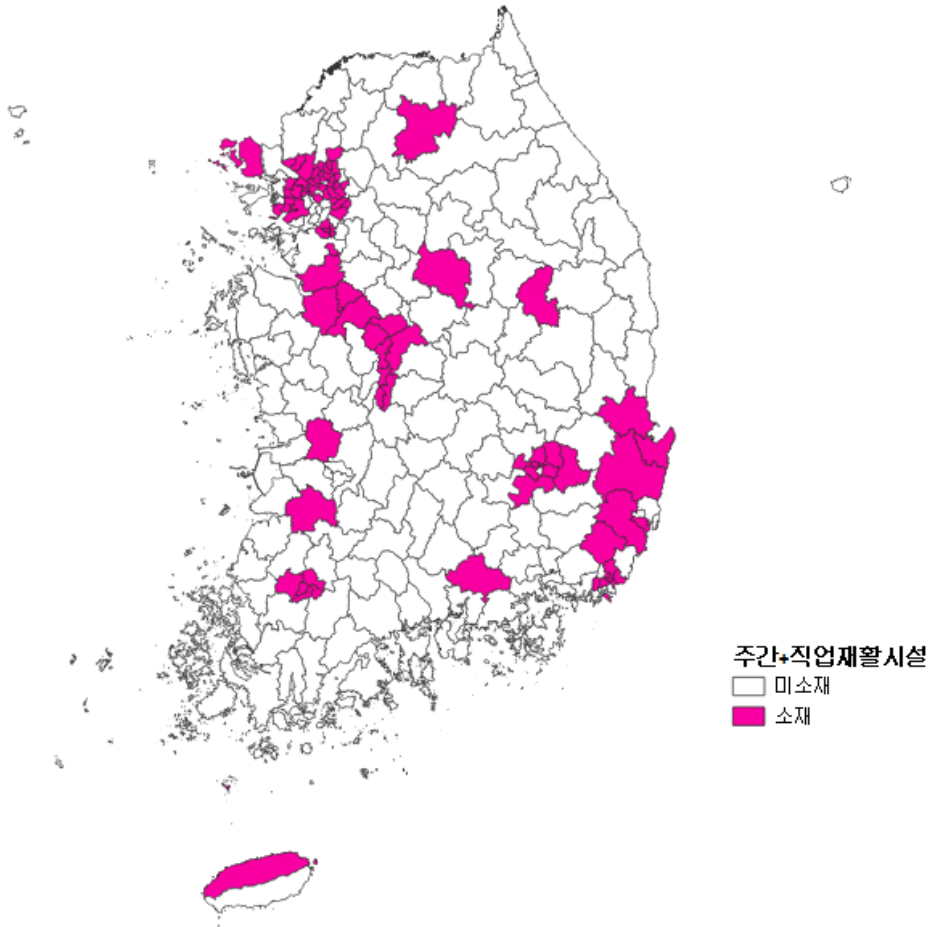
[그림 4-27] 정신재활시설의 유형 및 시·도별 설치 현황(아동청소년정신건강지원시설, 미소재: 219개, 소재: 10개)

전국적으로 아동청소년정신건강지원시설은 총 10개소가 설치되어 있는데, 이들 모두가 서울지역에만 집중 되어 있는 것으로 나타났다. 서울을 제외한 모든 지역에서는 아직까지 아동청소년정신건강지원시설이 설치되어 있지 않아, 정신발달 및 정서행동 문제를 가진 아동을 돕기 위한 지역사회 정신건강 인프라의 지역적 편중 경향이 높음을 알 수 있다.



[그림 4-28] 생활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설 설치현황(미소재: 140개, 소재: 89개)

거주형 정신재활시설 중 생활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설만을 따로 합하여 전국적 분포 현황을 살펴 본 그림은 위와 같다. 이에 따르면, 부산, 울산, 강원, 전북, 전남, 경북, 경남 지역의 경우 타 지역에 비해 제공 시·군·구 비율이 높지 않아, 정신장애인들을 위한 거주형 시설의 제공 취약성이 높은 것을 알 수 있다.



[그림 4-29] 주간재활시설, 직업재활시설 설치현황(미소재: 155개, 소재: 74개)

주간 및 직업재활시설의 설치 현황을 종합하여 살펴보면, 위의 [그림 4-29]와 같다. 이에 따르면, 대도시 지역과 비교해 보았을 때, 중소도시 및 농어촌 지역의 경우 이용형 정신재활시설의 제공 충분성이 높지 않음을 알 수가 있다.

4. 정신재활시설 유형별 정원 변화 추이

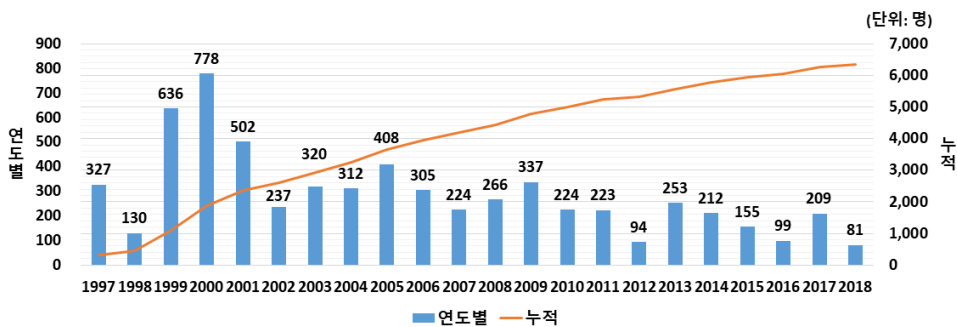
〈표 4-20〉 정신재활시설 유형별 정원 변화 추이

(단위: 명)

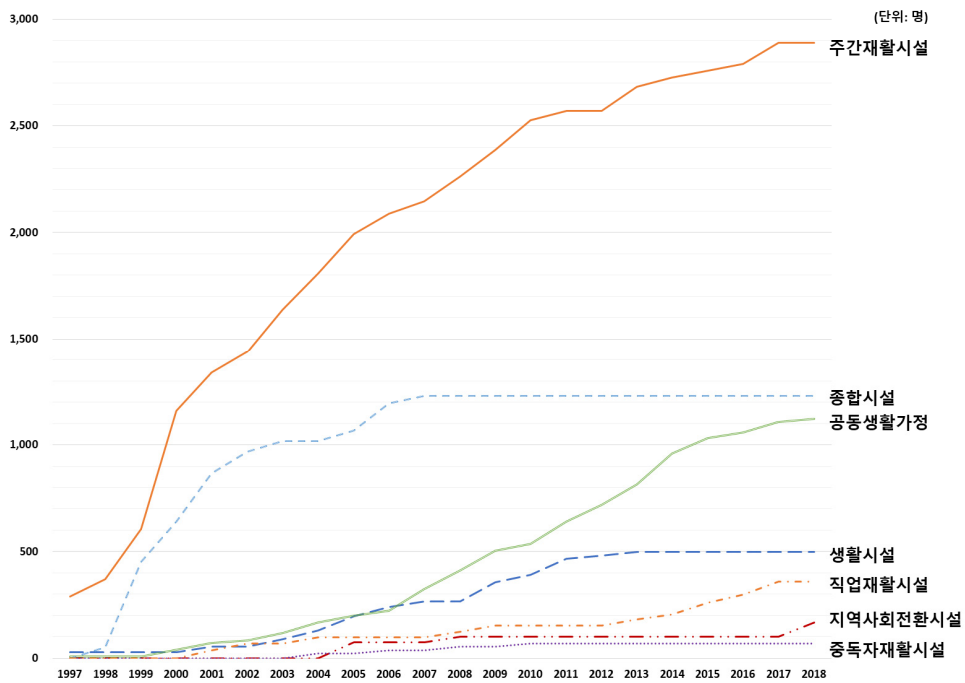
구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
전체	327	130	636	778	502	237	320	312	408	305	224
전체(누적)	327	457	1,093	1,871	2,373	2,610	2,930	3,242	3,650	3,955	4,179
생활시설	29	0	0	0	25	0	35	40	67	45	25
생활시설(누적)	29	29	29	29	54	54	89	129	196	241	266
공동생활가정	8	0	0	33	32	9	35	50	32	23	103
공동생활가정(누적)	8	8	8	41	73	82	117	167	199	222	325
지역사회전환시설	0	0	0	0	0	0	0	0	75	0	0
지역사회전환시설(누적)	0	0	0	0	0	0	0	0	75	75	75
중독자재활시설	0	0	0	0	0	0	0	23	0	15	0
중독자재활시설(누적)	0	0	0	0	0	0	0	23	23	38	38
종합시설	0	50	401	189	227	100	50	0	50	127	36
종합시설(누적)	0	50	451	640	867	967	1,017	1,017	1,067	1,194	1,230
주간재활시설	290	80	235	556	180	98	200	169	184	95	60
주간재활시설(누적)	290	370	605	1,161	1,341	1,439	1,639	1,808	1,992	2,087	2,147
직업재활시설	0	0	0	0	38	30	0	30	0	0	0
직업재활시설(누적)	0	0	0	0	38	68	68	98	98	98	98
구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체	266	337	224	223	94	253	212	155	99	209	81
전체(누적)	4,445	4,782	5,006	5,229	5,323	5,576	5,788	5,943	6,042	6,251	6,332
생활시설	0	90	36	75	15	15	0	0	0	0	0
생활시설(누적)	266	356	392	467	482	497	497	497	497	497	497
공동생활가정	86	92	34	103	79	96	144	72	27	49	15
공동생활가정(누적)	411	503	537	640	719	815	959	1,031	1,058	1,107	1,122
지역사회전환시설	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66
지역사회전환시설(누적)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	166
중독자재활시설	15	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0
중독자재활시설(누적)	53	53	68	68	68	68	68	68	68	68	68
종합시설	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
종합시설(누적)	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230	1,230
주간재활시설	115	125	139	45	0	112	45	30	32	100	0
주간재활시설(누적)	2,262	2,387	2,526	2,571	2,571	2,683	2,728	2,758	2,790	2,890	2,890
직업재활시설	25	30	0	0	0	30	23	53	40	60	0
직업재활시설(누적)	123	153	153	153	153	183	206	259	299	359	359

자료: 한국정신재활시설협회, 전북정신재활시설협회 내부자료, 2018년 12월 31일 기준

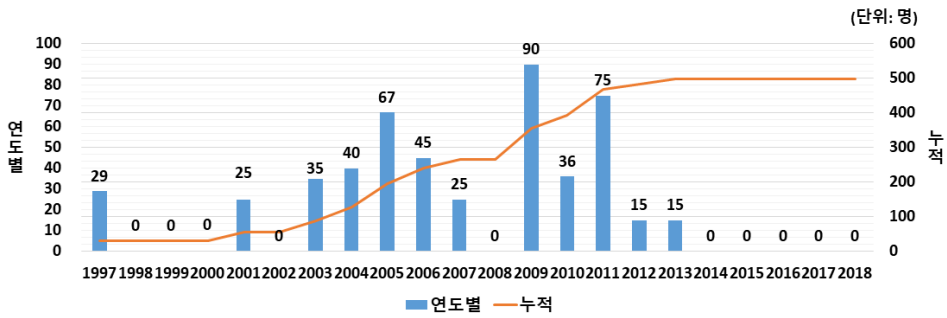
전체 295개소 정신재활시설을 유형별로 나누어 연도별 정원 변화 추이를 살펴보면 위의 <표 4-20>과 같다. 이에 따르면, 전체적으로 정신재활시설의 정원 규모는 1999년도(636명), 2000년도(778명) 시점 크게 증가하였다가 이후 시점부터 증가폭이 완만하게 감소한 형태로 증가한 것으로 나타났다. 유형별로 설치 추이를 종합하여 살펴보면, 주간재활시설의 경우 2000년도 시점 한 해 정원이 556명으로 크게 증가한 모습을 보였다가, 이후 증가폭이 낮아진 채로 꾸준히 정원이 늘어난 것으로 나타났다. 공동생활가정의 경우 2000년대 초반부터 2014년도까지 매해 증가폭이 상승하는 추세를 보여주었다가 2015년도 이후 전년 대비 증가폭이 50%정도 감소한 특징을 보였다. 기타 분석 연도 기간 동안 각 정신재활시설 유형별 정원 변화 추이를 정리한 결과는 아래의 [그림 4-30]에서 [그림 4-38]까지와 같다.



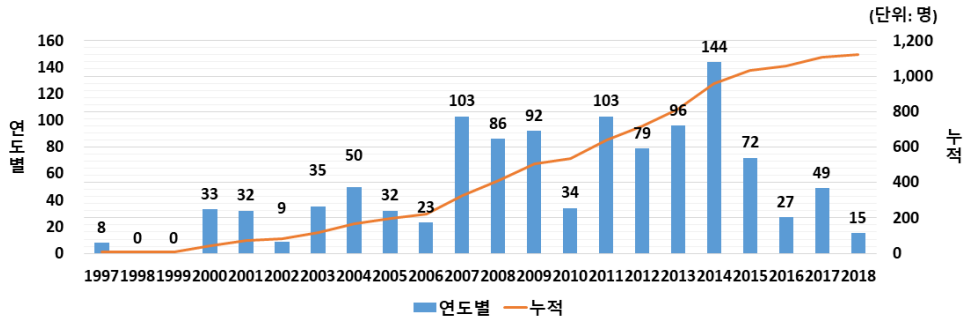
[그림 4-30] 정신재활시설 유형별 정원 추이(전체)



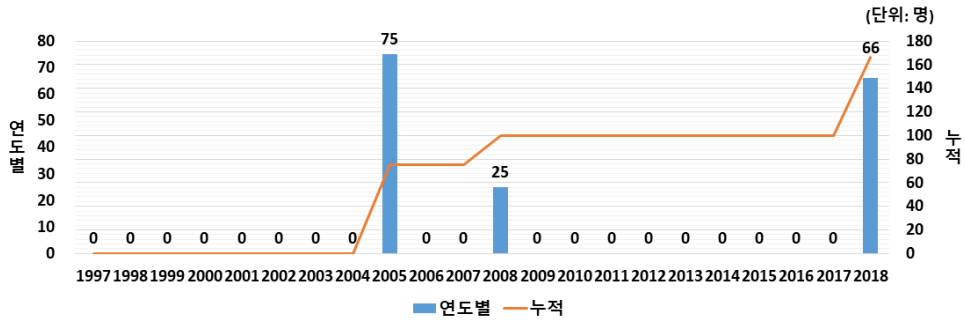
[그림 4-31] 정신재활시설 유형별 정원 추이(누적, 종합)



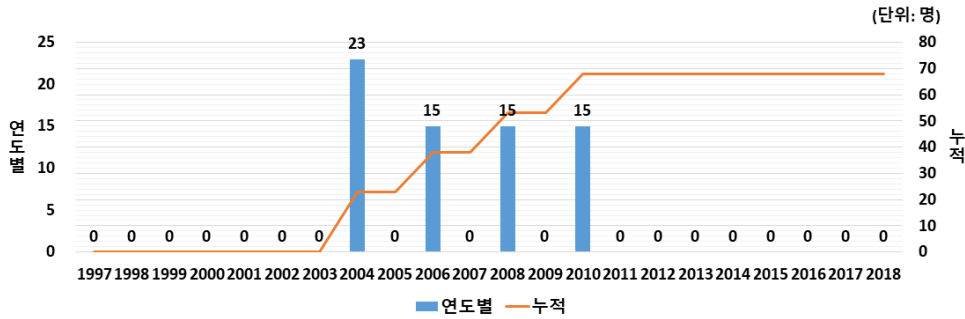
[그림 4-32] 정신재활시설 유형별 정원 추이(생활시설)



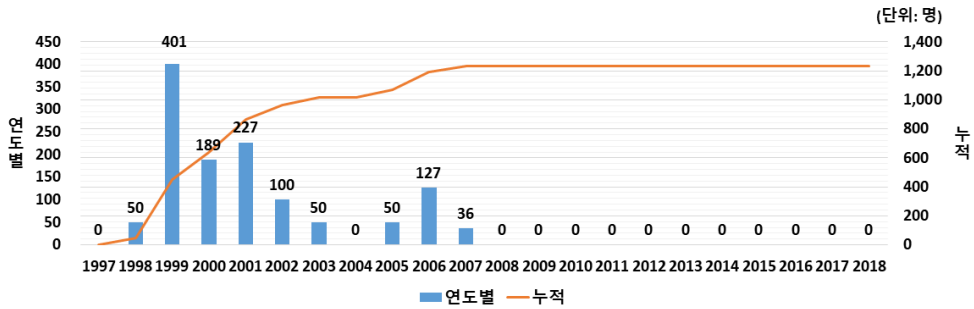
[그림 4-33] 정신재활시설 유형별 정원 추이(공동생활가정)



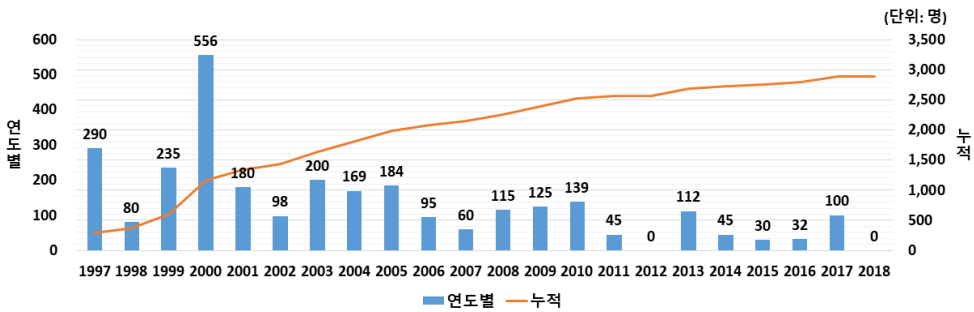
[그림 4-34] 정신재활시설 유형별 정원 추이(지역사회전환시설)



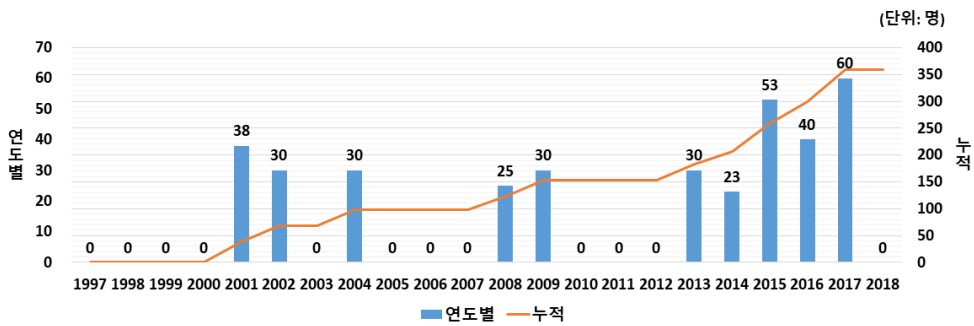
[그림 4-35] 정신재활시설 유형별 정원 추이(중독자재활시설)



[그림 4-36] 정신재활시설 유형별 정원 추이(종합시설)



[그림 4-37] 정신재활시설 유형별 정원 추이(주간재활시설)



[그림 4-38] 정신재활시설 유형별 정원 추이(직업재활시설)

5. 정신재활시설 등록자 지역별 현황

〈표 4-21〉 정신재활시설 등록자 지역별 현황

(단위: 명, %)

시도	전체 인구 수 ¹⁾	추정 중증정신 장애인 수 ²⁾	정신재활시설 등록자 수 ³⁾			지역사회 재활프로그램 이용자 수	추정 중증정신 장애인 수 대비 등록률 ⁴⁾	등록자 수 대비 지역사회 재활프로그램 이용률 ⁵⁾
			전체	남	여			
전국	51,606,633(100.0)	309,640(100.0)	6,622(100.0)	4,006(100.0)	2,616(100.0)	4,617(100.0)	2.14	69.7
서울	9,704,546(18.8)	58,227(18.8)	2,215(33.4)	1,342(33.5)	873(33.4)	1,733(37.5)	3.80	78.2
부산	3,400,027(6.6)	20,400(6.6)	420(6.3)	243(6.1)	177(6.8)	381(8.3)	2.06	90.7
대구	2,449,789(4.7)	14,699(4.7)	440(6.6)	281(7.0)	159(6.1)	350(7.6)	2.99	79.5
인천	2,938,875(5.7)	17,633(5.7)	169(2.6)	123(3.1)	46(1.8)	136(2.9)	0.96	80.5
광주	1,493,417(2.9)	8,961(2.9)	200(3.0)	120(3.0)	80(3.1)	166(3.6)	2.23	83.0
대전	1,517,902(2.9)	9,107(2.9)	438(6.6)	240(6.0)	198(7.6)	238(5.2)	4.81	54.3
울산	1,154,482(2.2)	6,927(2.2)	59(0.9)	35(0.9)	24(0.9)	59(1.3)	0.85	100.0
세종	303,582(0.6)	1,821(0.6)	25(0.4)	20(0.5)	5(0.2)	0(0.0)	1.37	0.0
경기	13,031,356(25.3)	78,188(25.3)	753(11.4)	453(11.3)	300(11.5)	496(10.7)	0.96	65.9
강원	1,520,816(2.9)	9,125(2.9)	64(1.0)	56(1.4)	8(0.3)	32(0.7)	0.70	50.0
충북	1,618,877(3.1)	9,713(3.1)	253(3.8)	146(3.6)	107(4.1)	150(3.2)	2.60	59.3
충남	2,179,663(4.2)	13,078(4.2)	269(4.1)	118(2.9)	151(5.8)	22(0.5)	2.06	8.2
전북	1,820,168(3.5)	10,921(3.5)	611(9.2)	396(9.9)	215(8.2)	386(8.4)	5.59	63.2
전남	1,790,233(3.5)	10,741(3.5)	67(1.0)	44(1.1)	23(0.9)	20(0.4)	0.62	29.9
경북	2,674,333(5.2)	16,046(5.2)	323(4.9)	215(5.4)	108(4.1)	182(3.9)	2.01	56.3
경남	3,355,874(6.5)	20,135(6.5)	114(1.7)	62(1.5)	52(2.0)	72(1.6)	0.57	63.2
제주	652,693(1.3)	3,916(1.3)	202(3.1)	112(2.8)	90(3.4)	194(4.2)	5.16	96.0

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020)

주: 1) 위의 자료 p.45 시·도별 지역사회 정신건강 예산 내용 참고

2) 위의 자료 p.172 조현병 스펙트럼 장애 평생 유병률(0.5%), 양극성 장애 평생 유병률(0.1%)을 합한 0.6% 적용

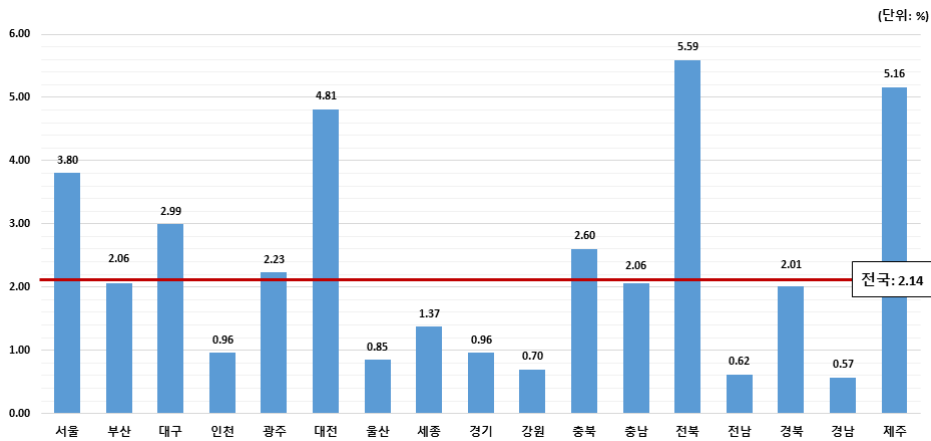
3) 위의 자료 p.92 기관별, 시·도별 등록자 성별 현황 참고

4) 등록자 수/추정 중증정신장애인 수*100

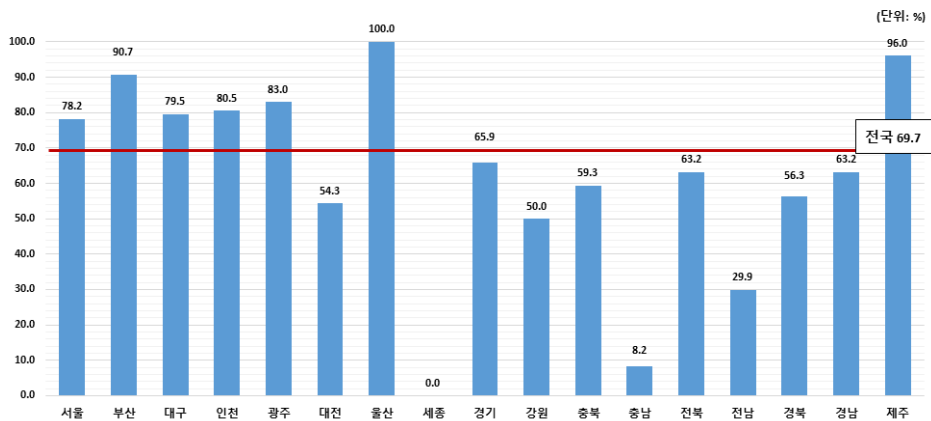
5) 지역사회재활프로그램 이용자 수/등록자 수*100

위의 〈표 4-21〉은 중증정신질환자의 정신재활시설 이용(등록)율을 알아보기 위해 조현병 스펙트럼 장애 평생 유병률(0.5%), 양극성 장애 평생 유병률(0.1%)을 합

한 0.6%를 적용하여(보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2020) 중증정신질환자수를 추계한 후 정신재활시설 이용(등록)자와 비교하여 정신재활시설 이용률(등록)을 추산한 것이다. 이에 따르면, 전국적으로 추정 중증정신질환자는 309,640명이며, 정신재활시설 이용자는 6,622명이므로 전국 평균 이용률은 2.14%에 불과하다. 이용률이 가장 높은 지역은 전북지역으로 5.59%이며, 가장 낮은 지역은 경남지역으로 이용률이 0.57% 정도 수준인 것으로 나타났다. 한편, 정신재활시설 등록자 수 대비 지역사회 재활프로그램 이용률 평균은 69.7%정도 수준이었고, 시도별로는 울산 지역의 평균이 100.0%로 가장 높게 나타났다. 그 다음으로는 제주 96.0%, 부산 90.7%, 광주 83.0%의 순이었다.



[그림 4-39] 시·도별 추정 중증정신장애인 수 대비 정신재활시설 등록률



[그림 4-40] 시·도별 정신재활시설 등록자 수 대비 지역사회 재활프로그램 이용률

6. 정신재활시설 등록자 세부 연령대별 현황

〈표 4-22〉 정신재활시설 등록자 세부 연령대별 현황

(단위: 명, %)

구분	등록자 수	전체 인구 수 ¹⁾	추정 중증장애인 수 ²⁾	등록률 ³⁾
전체	6,622(100.0)	51,606,633(100.0)	309,640(100.0)	2.14
10세미만	199(3.0)	4,321,647(8.4)	25,930(8.4)	0.77
10-19세	252(3.8)	5,084,986(9.9)	30,510(9.9)	0.83
20-29세	707(10.7)	6,993,944(13.6)	41,964(13.6)	1.68
30-39세	1,363(20.6)	7,467,083(14.5)	44,802(14.5)	3.04
40-49세	1,922(29.0)	8,512,524(16.5)	51,075(16.5)	3.76
50-59세	1,605(24.2)	8,463,461(16.4)	50,781(16.4)	3.16
60-64세	433(6.5)	3,390,828(6.6)	20,345(6.6)	2.13
65세 이상	141(2.1)	7,372,160(14.3)	44,233(14.3)	0.32

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외(2020) 통계청(2020b)

주: 1) 통계청 장래인구추계 성 및 연령별 추계인구 자료 활용

2) 조현병 스펙트럼 장애 평생 유병률(0.5%), 양극성 장애 평생 유병률(0.1%)을 합한 0.6%를 적용(보건복지부 국립정신건강센터 외, 2020)

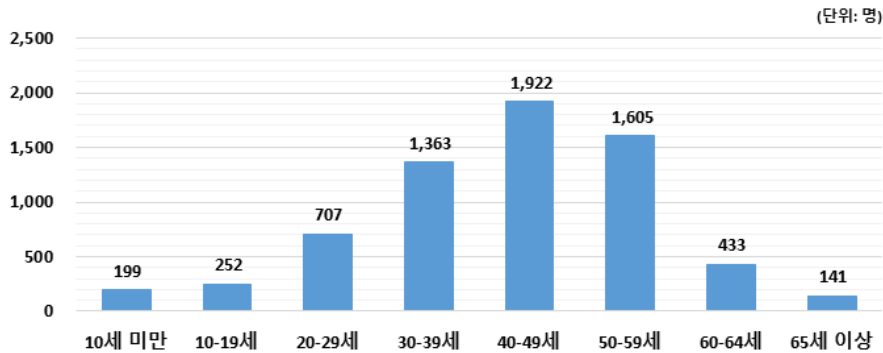
3) 등록자 수/추정 중증정신장애인 수*100

2018년 기준 전체 정신재활시설 등록자 6,622명의 연령대는 40대가 1,922명(29.0%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 50대(1,605명, 24.2%), 30대(1,363명, 20.6%), 20대(707명, 10.7%)의 순으로 나타났다. 추정 중증장애인 수에 대비하여 등록자 수의 비율이 가장 많은 연령대 또한 40대로써, 그 비율은 3.76%정도 수준이었다. 그 다음으로는 50대(3.16%), 30대(3.04%), 60대(2.13%)의 순으로 이용률이 높게 나타났다.

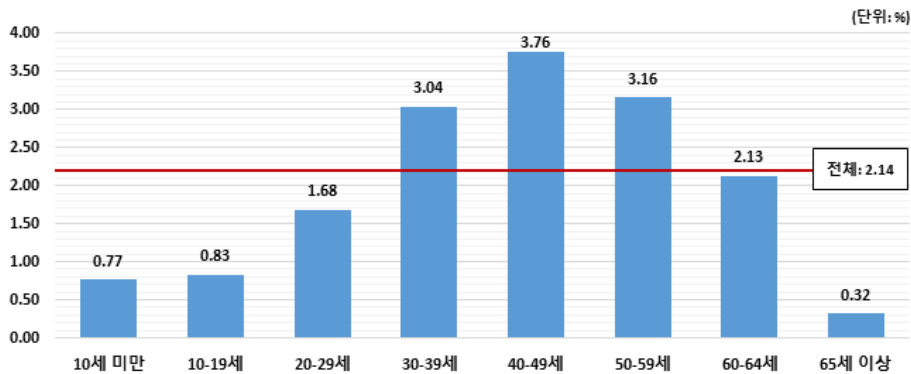
40대는 생애주기상 부모의 사망이나 고령화로 인해 보호의무자가 부모에서 형제자매로 전환되는 시기이다. 이처럼 형제자매가 보호의무자가 된다는 것은 부모와 함께 거주하던 환경에서 자(독)립 생활을 해야 하는 환경으로 변화될 가능성이 높다는 것을 의미한다. 또한 40대 이후는 자립생활 준비와 자립생활 영위, 상속과 자산관리, 생애주기 상의 위기관리, 성인병 등 신체건강의 어려움, 노년기 준비 등의 과제가 본격적으로 대두되는 시기이다. 따라서 정신재활시설은 정신질환자의 치료적 '재활' 기능만을 수행하는 것이 아니라 생애주기에 따른 복지서비스를 제공하고 있으며, 정신재활시설 이용자들의 복합적인 욕구에 대응하는 프로그램 개발과 제도적

지원이 필요하다는 점을 알 수 있다.

한편, 정신장애 발생률이 가장 높은 20~29세 이용자가 전체의 10.7% 수준을 차지 한다는 분석결과는 시사하는 바가 크다. 이는 대체로 정신재활시설은 정신장애가 만성화된 이후 접근하는 자원의 하나로 이용되고 있으며, 초발 또는 조기정신증을 가진 당사자들의 필요를 채우지 못하고 있다는 걸 의미한다. 정신재활시설은 30~50대가 다수를 차지하는 연령구조 특성으로 인해 20대 전후의 당사자가 필요로 하는 성인기로의 전환기 발달 과업인 교육과 직업능력계발을 위한 지원을 충분히 제공하지 못하고 있으며, 이는 조기정신증 당사자가 선택할 수 있는 지역사회정신건강서비스 자체가 절대적으로 부족하다는 걸 보여준다. 따라서 아동·청소년정신건강지원시설 확충을 통해 20대 전후의 조기정신증 당사자의 회복 지원을 위한 서비스 공급을 확대하고, 회복 기반의 조기정신증 개입 프로그램인 NAVIGATE 등을 보급할 필요가 있다.



[그림 4-41] 정신재활시설 등록자의 연령별 현황



[그림 4-42] 연령별 이용률(추정 중증정신장애인 수 대비 연령별 등록자 수 비율)

제4절 정신재활시설 평가의 이용자 인권 영역 평가 결과

보건복지부에서는 『사회복지사업법』에 따라 정신재활시설에 대한 평가를 3년 주기로 실시하고 있는데, 가장 최근에 실시된 2017년 평가에서는 총 285개 시설에 대한 평가가 진행되었다. 평가 항목 중 E항의 경우 이용자 권리에 대하여 평가하는 총 4개 문항으로 구성되어 있으며, 이는 정신재활시설 내 모든 유형의 시설에 동일하게 적용되는 항목이다. 여기에서는 2017년도 전국사회복지시설평가 내용을 중심으로 파악 가능한 정신재활시설 평가에서 인권 영역 평가 결과에 대해서 정리하였다(보건복지부, 2018).

1. 2017년도 전국정신재활시설 이용자의 권리(E항, 인권 영역 평가) 항목

〈표 4-23〉 2017년도 전국정신재활시설 이용자의 권리(E항, 인권 영역 평가) 평가 항목

2017년도 전국정신재활시설 평가: E. 이용자의 권리 평가 항목	
E1. (이용자의 비밀보장) 이용자의 개인정보에 대해 비밀이 보장되어 있는가?	<ul style="list-style-type: none"> ① 개인정보의 비밀보장 관련규정이나 지침이 명문화되어 있다. ② 개인정보나 기록, 전산프로그램은 보안을 유지하기 위해 열람자를 지정하고 보안 및 잠금 장치에 의해 철저히 관리된다. ③ 개인정보의 제공은 공문에 의해 판단하고 조치하고 있다. ④ 이용자의 개인정보 보호를 위한 직원교육을 연 1회 이상 실시하고 있다. ⑤ 이용자 또는 가족에게 개인정보 수집 및 활용에 대해 사전에 동의서를 받고 있다.
E2. (이용자의 고충처리) 이용자의 고충처리를 위한 처리과정 및 결과전달은 적절한가?	<ul style="list-style-type: none"> ① 이용자의 고충을 처리하는 담당직원이 있다. ② 이용자의 고충접수 및 처리과정을 문서화하고 있다. ③ 이용자의 고충처리를 위한 회의개최 및 처리내용이 문서화되어 있다. ④ 홈페이지나 건의함 등 건의(고충)사항을 제기할 수 있는 통로가 마련되어 있다. ⑤ 이용자가 제기한 고충은 15일 이내에 그 진행과정 및 처리결과를 해당자에게 안내하고 공지하고 있다.

E3. (이용자의 인권보장) 이용자의 인권을 보장하기 위한 규정을 마련하여 시행하고 있는가?

- ① 이용자 인권 관련 행정상 조치를 받은 사실이 없다.
- ② 이용자의 인권을 보장하기 위한 근거 규정이 있다.
- ③ '인권진정함'을 이용자의 접근이 용이한 곳에 설치하여 활용하고 있다.
- ④ 직원을 대상으로 한 인권교육계획이 있고, 연1회 이상 실행되고 있다.
- ⑤ 이용자를 대상으로 한 인권교육계획이 있고, 연1회 이상 실행되고 있다.
- ⑥ 이용자를 대상으로 성적 위협이나 위해에 대한 예방과 자기관리를 위한 성교육을 실시하고 있다.

E4. (이용자에 대한 정보제공, 자기결정권) 이용자에 대한 정보제공, 권리에 대한 정보제공, 자기결정권 등이 제공 및 보장되고 있는가?

- ① 서비스 선택에 필요한 정보가 기재된 안내물이 비치되어 제공되고 있다.
- ② 홈페이지 운영 및 소식지를 통해 정보를 제공하고 있다.
- ③ 이용 희망자의 방문이나 견학을 담당하는 직원이 지정되어 있다.
- ④ 시설 이용자의 권리와 관련된 규정이나 지침이 명시화되어 있다.
- ⑤ 시설 이용자 또는 가족(또는 보호자)에게 이용자의 권리와 책임에 대한 내용을 문서로 제공하고 있다.
- ⑥ 시설은 충분한 정보제공과 이용자의 자기결정에 의한 서비스 동의를 기록으로 남기고 있다.

우선적으로 2017년도에 진행된 전국정신재활시설에 대한 평가 중 이용자의 권리 (E항, 인권 영역 평가) 평가 내용에 대하여 정리해 보면 위의 <표 4-23>과 같다. 이에 따르면 이용자의 권리 평가 항목은 이용자의 개인정보에 대한 비밀보장, 이용자의 고충처리, 이용자의 인권 보장 규정 마련, 이용자에 대한 정보제공, 자기결정권에 대한 4가지 영역으로 구분되어 있으며, 총 22가지 세부 항목을 통해 정신재활시설을 평가할 수 있도록 구성되어 있다.

2. 이용자의 권리 평가 결과

〈표 4-24〉 이용자의 권리 평가 결과

(단위: 개소, %, 점)

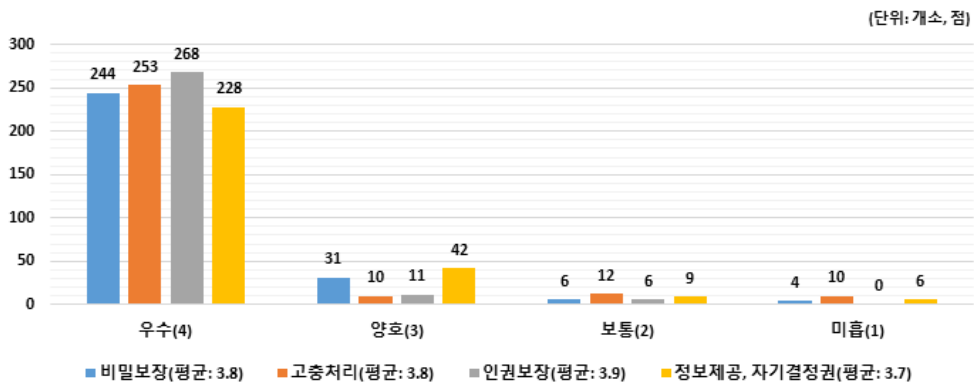
구분	등급별 해당 시설분포				평균	표준 편차
	우수(4)	양호(3)	보통(2)	미흡(1)		
E1.이용자의 비밀보장	244(85.6)	31(10.9)	6(2.1)	4(1.4)	3.8	0.5
E2.이용자의 고충처리	253(88.8)	10(3.5)	12(4.2)	10(3.5)	3.8	0.7
E3.이용자의 인권보장	268(94.0)	11(3.9)	6(2.1)	0(0.0)	3.9	0.3
E4.이용자에 대한 정보제공, 자기결정권	228(80.0)	42(14.7)	9(3.2)	6(2.1)	3.7	0.6

자료: 보건복지부(2018)

주: 1) N=285(주간재활시설 92개소, 직업재활시설 7개소, 입소생활시설 16개소, 중독자재활시설 4개소, 단기 보호시설 4개소, 공동생활가정 140개소, 종합시설 22개소)

2) 등급별 해당 시설분포는 4점 단위의 원점수를 기준으로 함

총 285개 정신재활시설에 대한 이용자의 권리 영역 평가 결과 크게 4가지 항목의 평가 결과는 총점 4점 만점에서 평균 3.7~3.9점 정도 수준으로, ‘우수(4)’ 기준에 가장 가까운 것으로 나타났다. 세부적으로는 이용자의 인권보장 항목에서 ‘우수(4)’ 평가를 받은 시설이 268개소(94.0%)로 가장 많았고, 이용자에 대한 정보제공, 자기결정권 항목에서 ‘우수(4)’ 평가를 받은 시설은 228개소(80.0%)로 가장 적었다. 한편, ‘미흡(1)’ 평가결과는 이용자의 고충처리 항목이 총 10개소(3.5%)로 가장 많았다.



[그림 4-43] 이용자의 권리 평가 결과

3. 이용자의 권리 유형별 평가 등급

〈표 4-25〉 이용자의 권리 유형별 평가 등급

(단위: 개소, %)

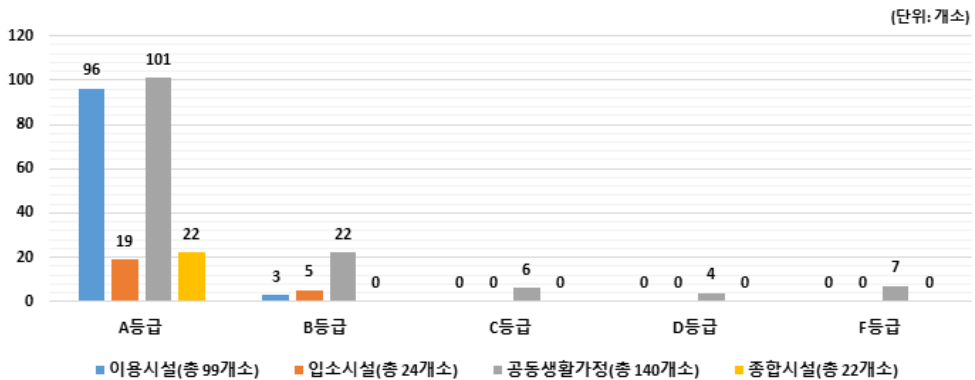
구분	등급구분				
	A등급	B등급	C등급	D등급	F등급
전체	238(83.5)	30(10.5)	6(2.1)	4(1.4)	7(2.5)
이용시설	96(97.0)	3(3.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
입소시설	19(79.2)	5(20.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
공동생활가정	101(72.1)	22(15.7)	6(4.3)	4(2.9)	7(5.0)
종합시설	22(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

자료: 보건복지부(2018)

주: 1) N=285(주간재활시설 92개소, 직업재활시설 7개소, 입소생활시설 16개소, 중독자재활시설 4개소, 단기보호시설 4개소, 공동생활가정 140개소

2) 종합시설 22개소 A등급 : 90점이상, B등급 : 80점이상~90점미만, C등급 70점이상~80점미만, D등급 : 60점이상~70점미만, F등급 : 60점미만

이용자의 권리 평가에 대하여 유형별로 세분화하여 등급을 제시한 결과는 위의 〈표 4-25〉와 같다. 이에 따르면 대체로 구분된 4개 유형 모두 전반적으로 'A등급'을 받은 기관의 비중이 가장 많은 것으로 나타났다. 세부 유형별로는 종합시설이 평가 대상인 22개소 모두 A등급(100.0%)을 받아 해당 등급의 비중이 가장 높았고, 공동생활가정은 평가 대상인 140개 시설 중 101개소(72.1%)로 그 비중이 가장 낮았다.



〈그림 4-44〉 이용자의 권리 유형별 평가 등급

4. 이용자의 권리 시, 도별 평가점수

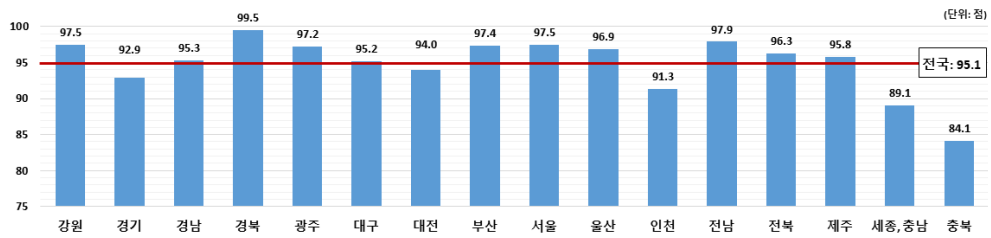
〈표 4-26〉 이용자의 권리 시, 도별 평가점수

(단위: 점)

구분	최소		최대		중위수		평균		표준편차	
	100점 환산 점수	실제 취득 점수	100점 환산 점수	실제 취득 점수	100점 환산 점수	실제 취득 점수	100점 환산 점수	실제 취득 점수	100점 환산 점수	실제 취득 점수
전국	31.3	1.6	100.0	5.0	100.0	5.0	95.1	4.8	11.1	0.6
강원	87.5	4.4	100.0	5.0	100.0	5.0	97.5	4.9	5.6	0.3
경기	31.3	1.6	100.0	5.0	100.0	5.0	92.9	4.6	13.9	0.7
경남	87.5	4.4	100.0	5.0	96.9	4.8	95.3	4.8	6.0	0.3
경북	93.8	4.7	100.0	5.0	100.0	5.0	99.5	5.0	1.7	0.1
광주	75.0	3.8	100.0	5.0	100.0	5.0	97.2	4.9	8.3	0.4
대구	37.5	1.9	100.0	5.0	100.0	5.0	95.2	4.8	15.1	0.8
대전	56.3	2.8	100.0	5.0	100.0	5.0	94.0	4.7	10.9	0.5
부산	81.3	4.1	100.0	5.0	100.0	5.0	97.4	4.9	6.2	0.3
서울	62.5	3.1	100.0	5.0	100.0	5.0	97.5	4.9	5.8	0.3
울산	93.8	4.7	100.0	5.0	96.9	4.8	96.9	4.8	4.4	0.2
인천	43.8	2.2	100.0	5.0	96.9	4.8	91.3	4.6	17.2	0.9
전남	93.8	4.7	100.0	5.0	100.0	5.0	97.9	4.9	3.6	0.2
전북	81.3	4.1	100.0	5.0	100.0	5.0	96.3	4.8	6.7	0.3
제주	87.5	4.4	100.0	5.0	100.0	5.0	95.8	4.8	7.2	0.4
세종·충남	56.3	2.8	100.0	5.0	93.8	4.7	89.1	4.5	12.5	0.6
충북	31.3	1.6	100.0	5.0	100.0	5.0	84.1	4.2	27.3	1.4

자료: 보건복지부(2018)

정신재활시설 이용자의 권리(E) 영역에 대한 평가 결과를 100점 만점 점수로 환산하면 평균 95.1점 정도 수준으로 나타났다. 지역별로는 전체 16개 시·도 중 경북 지역이 평균 99.5점으로 가장 높았고, 그 다음으로는 전남(97.9점), 강원(97.5점), 서울(97.5점) 순으로 평균 평가 점수가 높았다. 반면, 평균 평가 점수가 가장 낮은 지역은 충청북도(84.1점) 지역이며, 그 다음으로는 세종·충남(89.1점), 인천(91.3점), 경기(92.9점)의 순이었다.



[그림 4-45] 이용자의 권리 시, 도별 평가점수

제5절 소결

1. 주요 연구 결과

1) 정신재활시설 설치 및 등록자 수

2001년부터 2018년까지 연도별로 전체 정신재활시설 수는 꾸준히 증가하여 2018. 12. 31 기준 348개소가 설치되어 있다. 그러나 16개 광역자치단체를 기준으로 할 때 전체 정신재활시설의 48.5%가 서울시와 경기도에 집중되어 있어 지역별 편차가 매우 크다.

정신재활시설의 지역별 편차는 정신재활시설의 유형별 설치 현황을 보면 더욱 두드러지게 나타난다. 정신재활시설 중 지역사회전환시설은 서울시와 경기도에만 설치되어 있으며, 아동청소년정신건강지원시설은 전국에서 유일하게 서울시에만 존재한다. 중독자재활시설 또한 서울시와 대구시에만 설치되어 있으며, 직업재활시설은 서울시, 부산시, 인천시, 경기도, 충청남도, 전라북도, 제주도에만 설치 운영되고 있는 실정이다.

정신장애인의 서비스 접근성을 고려하면 정신재활시설 설치 현황은 광역자치단체가 아닌 전국 229개 기초자치단체를 중심으로 살펴보아야 한다. 2018년도 기준 전국 229개 시·군·구 중 정신재활시설이 하나라도 설치되어 있지 않은 시·군·구는 총 105개로 전체의 45.9%에 달한다. 시·군·구별 정신재활시설 미설치현황을 정신재활시설 유형별로 보면 중독자재활시설은 미설치율이 98.7%, 지역사회전환시설은 96.9%, 아동청소년정신건강지원시설은 95.6%, 직업재활시설은 93.9%, 종합시설과 생활시설은 공히 92.1%로 나타나 미설치율이 압도적으로 높다. 정신장애인이 정신병원에서 퇴원 후 지역사회에서 재활과 회복지원서비스를 받을 수 있는 주간재활시설, 직업재활시설, 종합시설 중 단 1개소도 설치되어 있지 않은 시·군·구가 142곳으로 62.8%에 이른다.

정신재활시설 수가 꾸준히 증가한 것과 달리 정신재활시설 등록자 수는 2015년부터 2018년까지 감소하는 추세를 보이고 있다. 이는 이용시설 이용자 수는 별다른 변동이 없는데 비해, 거주시설의 입소자 숫자가 줄어든 결과이다. 이처럼 입소자 수

감소에 따라 전체 정신재활시설 등록자 수의 규모가 줄어드는 추세를 보이는 이유는 2015년 이후 신규로 설치된 시설이 대부분 공동생활가정이고, 기존에 정원 10명 이내의 주거제공시설이 정원 6명 이내의 공동생활가정으로 변경되는 제도 변화에 따른 것으로 판단된다. 공동생활가정은 기본적으로 생활공간이므로 입소자의 인권보호 측면에서도 1인당 주거면적을 적정 수준으로 확보하고, 사생활보호를 위한 독립된 공간을 제공하는 방향으로의 정책변화는 바람직하나 시설당 정원이 줄어들면 주거서비스 총량이 감소한다는 것을 충분히 예상할 수 있었음에도 이를 보완하기 위한 시설 공급 대책을 마련하지 못했기 때문에 전체 이용자 수는 오히려 감소하는 결과를 가져오게 되었다.

중증정신장애인의 정신재활시설 등록(이용)률을 추산해보면 2018년 기준 전국적으로 추정 중증정신질환자는 309,640명이며, 정신재활시설 이용자는 6,622명으로 등록률은 2.14%에 그친다. 등록률이 가장 높은 지역은 전라북도로 5.59%이며, 가장 낮은 지역은 경상남도로 0.57% 수준인 것으로 나타났다.

2) 정신재활시설 등록자 현황

2018년 기준 전체 정신재활시설 등록자는 6,622명이다. 진단명으로 보면 조현병 진단을 가진 사람들이 4,792명으로 전체의 72.4%를 차지하며, 양극성 장애 진단을 가진 사람들이 429명으로 6.5%에 이른다. 이들을 의료보장 형태별로 살펴보면 의료급여 수급자가 3,349명으로 50.6%, 건강보험 이용자가 46.9%로 의료급여 수급자가 절반을 넘는 것으로 나타났다.

정신재활시설 등록자의 직업별 현황을 살펴보면 전체 등록자의 21.6%인 1,429명이 직업을 가지고 있는 것으로 나타났는데, 이는 건강보험 이용자의 46.0%에 이른다. 이를 통해 정신재활시설에서 직업지원프로그램이 활발히 제공되고 있음을 알 수 있다. 그러나 직종별로 세분하여 살펴보면 취업 분야가 단순노무와 서비스직에 편중된 모습을 보이고 있으므로 정신장애인 적합 직종 개발과 직업능력개발, 고용지원서비스가 확대될 필요가 있다.

정신재활시설 등록자의 연령별 현황을 살펴보면 40대가 1,922명(29.0%)으로 가장 많았고, 50대, 30대, 20대 순으로 나타났다. 주목해야 할 부분은 정신질환 발생률이 가장 높은 20대의 정신재활시설 등록률은 10.7%밖에 되지 않는다는 점이다.

이것은 정신재활시설이 대체로 정신장애가 만성화된 이후에 접근하는 자원으로 활용되고 있으며, 지역사회 정신건강서비스를 제공하는 또 다른 주체인 정신건강복지센터가 의료적 사례관리에 집중하는 현실을 고려하면 정신질환이 발생한 이후부터 만성화되기 전까지의 중요한 시기 동안 당사자와 가족의 회복을 지원하는 지역사회 서비스가 매우 부족하다는 걸 알 수 있다.

3) 정신재활시설의 사업

정신재활시설의 구체적인 종류 및 사업은 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 별표9 ‘정신재활시설의 이용 및 운영에 관한 기준’에 명시되어 있는데, 이에 따르면 정신재활시설의 주요 사업은 사회재활활동과 직업재활활동이다. 사회재활활동은 정신질환자의 일상생활 관리, 사회적응능력 향상, 대인관계 증진을 위한 활동이며, 직업재활활동은 정신질환자의 작업능력향상과 직업재활을 위한 활동을 의미한다. 즉 법적으로 정신재활시설은 정신질환자의 사회적·직업적 기능향상을 목적으로 하는 사업을 수행하는 시설이다.

정신재활시설의 주요 사업으로 명시되어 있는 사회재활활동과 직업재활활동을 시설의 유형에 따라 구성하고 운영하는 방식을 규정한 지침이나 가이드라인은 없다. 즉 정신재활시설의 구체적인 사업과 프로그램은 표준화되어 있지 않은데, 여기에는 정신건강복지센터 사업은 표준화를, 정신재활시설의 사업은 다양화를 추구해 온 지역사회정신건강복지사업의 실천적 맥락의 영향도 있을 것이다.

4) 정신재활시설 평가에서 이용자 인권 영역 평가 결과

사회복지사업법에 따라 보건복지부는 3년마다 정신재활시설에 대한 평가를 실시하고 있으며, 2017년 평가에서는 총 285개 정신재활시설에 대한 평가가 진행되었다. 평가항목 E항은 ‘이용자의 권리 평가 항목’인데, 주요 내용은 이용자의 비밀보장, 이용자의 고충처리, 이용자의 인권보장, 이용자에 대한 정보제공과 자기결정권으로 구성되었다. 이용자의 권리 영역 평가 결과는 총점 4점 만점에서 평균 3.7~3.9점 수준으로 우수(4점) 기준에 가장 가까운 것으로 나타났다.

그러나 이들 항목이 정신재활시설의 인권 수준을 종합적으로 평가하기에는 매우

협소하고, 대부분 서류점검으로 진행되는 평가방식의 한계로 인해 정신재활시설의 인권실태를 정확하게 반영할 수 없다는 문제점은 지속적으로 제기되어 오고 있다.

2. 정책제언을 위한 합의

1) 정신재활시설 확대 설치·운영할 수 있는 특단의 대책 필요

2018년 기준 전국 229개 시·군·구 중 정신재활시설이 하나라도 설치되어 있지 않은 시·군·구는 총 105개로 전체의 45.9%에 달한다. 정신장애인이 정신병원에서 퇴원 후 지역사회에서 재활과 회복지원서비스를 받을 수 있는 주간재활시설, 직업재활시설, 종합시설로 범위를 좁혀보면 이중 단 1개소도 설치되어 있지 않은 시·군·구는 142개로 62.8%까지 올라간다. 정신건강복지센터가 제공하는 중증정신장애인 서비스가 의료적 사례관리에 치우친 현실을 고려하면 이들 지역에 거주하는 정신장애인은 재활과 회복지원서비스에서 사실상 배제되어 있다.

문제는 이러한 설치현황이 1995년 정신보건법 제정 이후 20여 년이 지난 시점의 현실이라는 점이다. 정신재활시설 설치를 비롯한 복지서비스가 지방이양사업으로 전환되면서 이들 시설의 설치와 운영 책임이 지방자치단체에 귀속되어 있으니 지방자치단체가 정신장애를 가진 주민들의 재활과 회복을 위해 정신재활시설을 설치·운영할 것이라는 기대는 현실에서 실현되지 않았다. 정신재활시설이 전무한 지역에 정신재활시설을 공급하기 위해서는 중앙정부가 강력한 정책 의지를 가지고 주도하지 않으면 안 된다.

2) 정신건강복지법 제4장(복지서비스 제공)의 복지서비스 공급 주체로 정신재활시설 활용

2016년 개정된 정신건강복지법은 제4장에서 정신장애인에 대한 복지서비스 제공을 국가와 지방자치단체의 책임으로 명시하고 있다. 구체적으로는 법 제33조 복지서비스의 개발, 제34조 고용 및 직업재활지원, 제35조 평생교육 지원, 제36조 문화·예술·여가·체육활동 등 지원, 제37조 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원, 제

38조 가족에 대한 정보제공과 교육을 복지서비스의 내용으로 담고 있다. 문제는 정신보건법이 정신건강복지법으로 개정된 지 4년이 지났음에도 이들 조항의 하위법령이 마련되어 있지 않거나 있는 조항도 ‘실태조사를 할 수 있다’는 수준에 그치고 있어서 이 법에 근거한 복지서비스의 확대는 전무하다는 점이다. 위 조항들의 하위법령을 시급히 정비하여 구체적인 복지서비스의 내용을 명시하고, 복지서비스의 공급 주체도 고려해야 한다. 법 제33조에서 제38조의 복지서비스의 상당 부분은 정신재활시설에서 제공하는 프로그램과 유사한 면이 있다. 이러한 복지서비스는 모두 정신장애인과 가족에게 제공되는 직접서비스이므로 직접서비스 제공의 경험과 역량을 갖춘 정신재활시설을 이들 복지서비스의 공급 주체로 활용하는 방안을 모색할 필요가 있다. 이를 위해서는 정신재활시설이 기존의 정원제 방식에서 사회서비스 제공 방식으로 전환될 수 있도록 해야 하며, 종합적인 복지서비스 제공을 위한 인프라 구축을 위해 정신질환자복지관을 정신재활시설 유형에 추가하고, 이를 지자체가 설립하여 직영 또는 위탁 운영하는 방식으로 공급해야 한다.

3) 회복지원사업을 정신재활시설의 핵심 사업으로

정신건강복지법 시행규칙 별표9에 규정된 정신재활시설의 사업은 사회재활활동과 직업재활활동이다. 과거 정신보건법이 제정되던 시대에는 정신재활시설(당시에는 사회복귀시설)의 목적이 재활치료와 기능 향상을 통한 사회복귀지원이었으나, 2000년대 이후 전세계적으로 정신건강정책과 서비스의 핵심 가치는 인권과 회복이다. 즉 정신건강서비스는 정신장애인과 가족의 인권증진을 최우선 가치로 삼고, 이를 실현하는 정신건강서비스는 회복기반실천이 표준인 것이다. 그렇다면 정신재활시설도 인권기반실천, 회복기반실천을 하는 기관으로 변화해야 한다. 사실, 정신재활시설이 가진 최대 강점은 정신장애인과 함께 하는 시간이 길다는 점인데, 회복을 지원하는 정신건강서비스에서 가장 중요한 자원이 함께하는 ‘시간’ 자원이라는 걸 고려하면 정신재활시설은 회복지원의 주체로 기능할 수 있는 최적의 환경이라고 할 수 있다.

이를 실현하기 위해서는 첫째, 우리나라의 정신건강복지정책과 서비스의 전체적인 방향성이 회복지향으로 변화해야 하고, 인권과 회복의 핵심 가치를 명확히 해야 한다. 회복기반실천이 정신재활시설만의 프로그램이 아니라 전체 정신건강체계의

보편적 원칙으로 자리매김하도록 해야만 정신재활시설도 변화할 수 있을 것이다. 둘째, 회복기반실천을 포함하여 각 시설 유형에 따른 핵심 목적 사업은 표준화할 필요가 있다. 정신재활시설은 직접서비스 제공 기관이므로 기관 철학과 지역적 환경에 따른 다양성을 추구해야 하지만, 회복기반실천은 모든 정신장애인과 가족, 서비스 제공자가 공유하고 추구할 수 있도록 표준화하고, 시설 유형을 구분하지 않고 포괄적으로 사회재활활동과 직업재활활동을 실시하도록 되어 있는 부분은 시설의 유형에 따라 목적과 핵심 사업을 구체적으로 명시할 수 있도록 재정비할 필요가 있다.

제5장

국내외 인권중심 정신건강서비스 평가지표 분석

제1절 정신재활시설 운영지침 및 사회복지시설평가 평가지표

1. 개요

정신재활시설의 운영 및 서비스에 관한 평가와 모니터링은 정신건강복지법에 근거해 매년 발간되는 ‘정신건강사업안내’(보건복지부, 2020)와 매 3년을 주기로 실시되는 사회복지사업법에 근거한 사회복지시설평가의 ‘정신재활시설 평가지표’를 활용한 평가에 근거하고 있다.

정신건강사업안내 지침은 정신재활시설의 설치·운영과 관련하여 시설 및 인력기준, 운영비 지원기준, 프로그램의 내용과 운영절차, 입소·이용자의 등록 및 관리, 입소·이용자의 권리보호, 안전관리 등을 규정하고 있다.

사회복지시설평가는 사회복지사업법 제 43조의 2항 시설의 평가에 근거하여 보건복지부가 3년마다 시설운영 효율화 및 이용·생활인에 대한 서비스의 질 향상을 목적으로 실시하며, 정신재활시설은 2020년 평가대상 시설이다. 2020년 정신재활시설평가는 2017년 1월 1일 전 설치 신고 된 기관을 대상으로 하며, 지난 3년(2017-2019년)이 평가대상기간이다. 정신재활시설 평가는 2020년 5-6월 시설 자체평가, 7-8월 현장평가, 10월 확인평가의 순서로 진행된다.

2. 정신재활시설 운영지침

정신재활시설 운영에 관한 정부의 공식적인 지침인 ‘정신건강사업안내’(보건복지부, 2020)는 정신재활시설의 사업목적 및 운영목표와 관련해 정신질환자의 사회복지 촉진을 위한 전문적인 재활훈련서비스를 제공하고, 시설운영에 있어 적정성, 전문성, 투명성 및 효율성을 향상시켜 양질의 재활훈련서비스를 제공함으로써 정신질환자의 자립과 사회참여를 지원하여 사회복지기를 촉진하는 것으로 규정하고 있다.

‘정신재활시설 설치·운영’ 지침에 따르면 정신재활시설은 1) 정신질환자의 사회적 기능회복이라는 본연의 기능, 2) 지역사회접근성 보장, 3) 정신보건 전문성을 갖춘 인력 중심의 운영, 4) 지역사회 자원 개발 및 활용, 5) 지역사회와 교류촉진 및 정신질환자의 자원봉사활동 참여, 6) 정신질환자 사회복지기를 위한 예방·치료·재활

프로그램의 개발과 보급, 7) 사업의 적정성 및 효율성 평가와 개선 등으로 운영방침이 규정되어 있다.

시설 운영을 위한 물리적인 시설기준과 전문인력 배치기준도 규정하고 있는데, 인력기준에 따르면 시설장과 종사자는 관련 법령의 결격사유에 해당하지 않아야 하고, 정신보건 관련 전문자격을 보유하여야 하며, 자질 향상을 위해 자체교육 실시, 국가 및 지방자치단체 교육 참여, 종사자의 정신건강관리 지원 등을 하도록 규정하고 있다. 정신질환자의 보호, 치료, 재활 등에 적합한 시설물의 입지, 면적, 실내공간 구성, 설비 등에 관한 규정도 마련되어 있다. 이 지침에 의하면 전문인력은 입소·이용자 규모에 따라 표준적인 산식을 통해 최소인력규모가 결정되며, 시설 운영자는 최소인력기준을 충족해야 할 책무가 있다.

서비스 제공과 관련하여 크게 회원(이용자) 관리와 사회복지훈련(서비스관리)을 규정하고 있다. 회원 관리는 1) 등록 및 입소·이용관리, 2) 인권 및 재산상의 권리 보호, 3) 건강관리, 4) 급식 및 위생관리 등을 규정하고 있다. 사회복지훈련에 대해서는 1) 사회재활활동, 2) 직업재활활동, 3) 직업재활에 관한 규칙, 4) 시설의 사회복지훈련에 대한 기타 규정 등을 규정하고 있다. 정신재활시설의 서비스와 관련한 세부 내용은 아래의 <표 5-1>과 같다.

한편 이 지침은 정신재활시설의 안전관리에 대해 규정하고 있는데, 시설 유형에 따라 주간 및 야간 상시근무자를 지정하여 근무, 입소·이용자의 자해 및 타해 행위 예방, 화재 및 안전사고 예방 등을 위한 안전설비를 갖추도록 규정하고 있다. 이와 함께 사고 시 보고, 의료조치, 초기대응 등을 담당할 체계를 구성하도록 하며, 분기별 안전관리훈련을 실시하고, 사회복지시설 안전관리매뉴얼에 따라 안전사고 예방 및 대응을 위한 적절한 조치를 취하도록 규정하고 있다.

이러한 정신재활시설 운영에 관한 전반적인 지침은 그 성격이 시설운영자에게 운영의 최소한의 기준을 안내하고, 지방자치단체 담당공무원이 정기적으로 행정적인 지도·감독을 제공하기 위한 근거를 제공하는 기능을 한다. 정신재활시설에 대한 운영지침의 내용은 다양한 내용을 포괄하고 있지만 각 항목별로 검토해 본다면 그 자체로 일관성 있는 해석이 어려울 정도로 모호하고 일반적인 내용으로 서술되어 있다. 그로 인해 지방자치단체 공무원은 지도감독과정에서 이러한 지침에 대해 재량적인 해석의 영역이 확대되고, 시설운영자는 지속적으로 시설운영을 위해 지침에 대한 유권해석을 지방자치단체 담당 공무원에게 요구해야 하는 어려움이 있다.

뿐만 아니라 정신재활시설의 핵심적인 운영원칙이 정신질환자의 사회적 기능 회복을 위한 전문적인 사회복귀훈련의 제공이라 할 수 있는데, 서비스와 관련된 구체적인 기준이 존재하지 않는다. 그러므로 정신재활시설의 서비스에 관해서는 시설 운영자의 자율에 맡겨져 있다고 볼 수 있다. 근거기반의 접근을 강조하는 해외의 관점에서 볼 때 정신재활시설의 재활서비스에 대한 규정은 운영자의 전문성과 자율성을 존중하는 것으로 그치고 있다(김문근 외, 2015).

〈표 5-1〉 정신재활시설의 서비스 관련 규정

회원(이용자) 관리		사회복귀훈련	
영역	세부 내용	영역	세부내용
등록 및 입소·이용관리	<ul style="list-style-type: none"> • 입소를 위한 정신건강의학전문의 진단 및 감염성 질환 진단 • 거주기간(기본 2년, 1년씩 3회 연장) • 공동생활가정의 주간 활동 규정 • 시설 이용 종료 후 지원 	사회재활 활동	<ul style="list-style-type: none"> • 사회기술 및 일상생활 증진활동 • 약물 및 증상 관리 • 스트레스 관리 • 동료상담 및 여가문화활동 • 정규학교 및 평생교육 활동
인권 및 재산상 권리보호	<ul style="list-style-type: none"> • 강제 입소·이용의 금지 • 강제노역 금지 • 폭행, 협박 등 강압에 의한 입소·이용자 관리 금지 • 성폭력 및 성희롱 금지 • 통신, 면회 등 행동제한 및 기타 인권유린 행위 금지 • 인권지킴이단 운영 • 입소·이용자의 재산상 권리를 보호하기 위한 금전 관리 지원 	직업재활 활동	<ul style="list-style-type: none"> • 보호작업 • 지역사회 자원연계를 통한 작업훈련 • 취업알선 및 취업지도 • 취업자의 직업유지 지원 • 물품 생산과 판매하는 활동
건강관리	<ul style="list-style-type: none"> • 건강진단 (매년 1회) • 정신건강문제가 있는 경우 전문의 통보 및 의뢰 • 건강상태에 따른 재활훈련 • 전염성 환자 발생에 대한 조치 • 정신질환 재발이 우려되는 경우 가족 및 전문의와의 협의 및 조치 • 외래치료서비스 모니터링 및 지원 • 건강관리, 재활 및 생활지도 사항에 관한 기록 유지 	직업재활 관련 규칙	<ul style="list-style-type: none"> • 근로계약 체결 • 근로시간 규정(1일 8시간, 1주 40시간 이내) • 근로활동에 대한 적절한 보상기준 마련 및 개인별 계좌 입금
급식 및 위생관리	<ul style="list-style-type: none"> • 적절한 운동과 규칙적인 생활프로그램 제공 • 영양사의 식단에 따른 급식 • 먹는 물에 대한 관리 • 적절한 위생관리를 위한 목록 실시 • 가정적 분위기의 생활환경 조성 	기타	<ul style="list-style-type: none"> • 이용자에 대해 수시로 면담 실시, 관찰·지도, 지원내용의 기록 유지, 보호의 경과에 따른 퇴소 등의 필요조치 실시 • 재활시설을 개방하고, 입소·이용자 및 보호자의 의견을 수렴하여 재활프로그램을 운영 • 정신질환자의 지역사회와의 친화를 강화하기 위한 자원봉사활동 활용

자료 : 보건복지부(2020), 2020년 정신건강사업안내, 193-229면 참조하여 요약

3. 정신재활시설 평가지표

2020년 사회복지시설 평가지표의 방향은 1) 지표 실효성 강화 및 시설의 평가부담 완화, 2) 인권관련 지표 강화, 3) 시설운영 전반, 4) 예고지표도입 등이다.

정신재활시설 평가지표는 총 6개 평가영역으로 구성되어 있으며, 정신재활시설 중 공동생활가정은 4개 평가영역으로 구성된 별도의 평가지표를 제시하고 있다.

〈표 5-2〉 2020년도 사회복지시설평가 정신재활시설 평가영역

6개 평가영역 적용		4개 평가영역 적용	
평가영역	적용시설유형	평가영역	적용시설유형
A. 시설 및 환경 B. 재정 및 조직운영 C. 프로그램 및 서비스 D. 이용자의 권리 E. 지역사회관계 F. 시설운영전반	<ul style="list-style-type: none"> • 생활시설 • 주간재활시설 • 지역사회전환시설 • 직업재활시설 • 아동청소년정신건강지원시설 • 중독자재활시설 • 생산품판매시설 • 종합시설 	A. 시설환경 및 운영 B. 이용자의 권리 C. 프로그램 및 서비스 D. 시설운영 전반	<ul style="list-style-type: none"> • 공동생활가정

6개 평가영역을 중심으로 각 영역별 세부 평가항목을 살펴보면 아래 〈표 5-3〉과 같다. 시설유형의 특성에 따라 세부평가항목 적용에 차이가 있다. 각 평가항목별로 평가해당 여부를 확인한 후, 각 내용에 대해 배점기준(예: 우수4점, 양호3점, 보통2점, 미흡1점)에 따라 점수를 부여한다. 점수배점을 위해 참고할 수 있는 상세한 평가방법(근거, 평가대상기간, 평가인정범위, 평가자료, 필수포함사항 등)이 제시되어 있다.

〈표 5-3〉 2020년도 사회복지시설평가 정신재활시설 6개 평가영역별 세부 항목

평가영역	세부 평가항목
A. 시설 및 환경	편의시설의 적절성, 안전관리, 응급상황 및 화재예방 안전체계 구축
B. 재정 및 조직운영	사업비 비용, 후원금 비용, 회계의 투명성, 직원충원율, 직원근속률, 직원교육활동비, 직원채용의 공정성, 시설장 및 최고중간관리자(사무국장)의 전문성, 직원교육, 직원복지, 직원의 권리 및 인권보호, 사업(운영) 계획의 수립 및 실행, 직원 대상 슈퍼비전
C. 프로그램 및 서비스	초기사정 및 서비스계획, 서비스 수행의 전문성, 이용자 건강지원, 이용자 가족관계 지원, [아동청소년정신건강지원시설] 가족기능강화 프로그램, [아동청소년정신건강지원시설] 아동청소년의 지역사회 적응지원, [주간재활시설/종합시설] 직업재활 활동, [직업재활시설] 임금지급, [직업재활시설] 이용자의 사업장 배치 후 적응 지원, 서비스 욕구 및 만족도 조사, [생활시설, 종합시설 중 생활시설을 포함하고 있는 시설] 퇴소 후 자립생활 준비, 이용종료 및 사후관리, 프로그램 기획의 전문성, 프로그램 수행과정, 프로그램 평가
D. 이용자의 권리	비밀보장, 학대예방 및 인권보장, 고충처리, (이용공동) 서비스 정보제공 및 이용자의 자기결정권, (생활공동) 서비스 정보제공, (생활공동) 서비스과정 참여 및 자기결정권, (생활공동) 인권진정함 설치·운영
E. 지역사회관계	외부자원개발, 자원봉사자관리, 후원금(품) 사용 및 관리, 지역사회와의 연계활동
F. 시설운영전반	시설운영전반

4. 정신재활시설 운영지침 및 사회복지시설평가 평가지표의 함의

정신재활시설의 운영지침은 정신재활시설의 사업목적과 운영목표, 운영원칙, 시설 및 인력기준, 회원관리, 서비스 관리(사회복귀훈련), 안전관리 등을 중심으로 규정하고 있다. 적절한 보호, 치료, 재활, 인권보호는 회원관리와 사회복귀훈련을 중심으로 규정하고 있다. 이러한 규정은 운영자의 시설운영 및 지방자치단체의 시설에 대한 지도·감독에 활용되는데, 일반적인 원칙과 방향만 제시하거나 규제를 위한 기준을 제시하는데 그치고 있다. 따라서 이 지침은 전국적으로 동일하지만, 지방자치단체마다, 담당자마다 이러한 지침을 해석하고, 적용하는데 있어 불일치가 발생할 개연성이 높아 인권기준에 기반한 정신재활시설 평가도구로 볼 수는 없다.

사회복지시설평가는 1998년 사회복지사업법 개정으로 평가가 의무화되어 2020년 현재 8기 평가시행을 앞두고 있다. 그동안 평가지표의 개발 및 수정보완이 꾸준히 진행되어 왔으나 평가지표의 개발과 수정보완이 뚜렷하게 어떤 기준에서 이루어

지는지 명확하지 않다. 평가가 반복되면서, 평가지표에 변화가 있으나 점증적 변화에 그치고 있으며, 현 평가기준이 정신질환자 및 정신장애인의 인권과 복지, 사회통합을 보장하는데 타당한 지표들로 구성되어 있는지, 그 준거가 명확하지 않다.

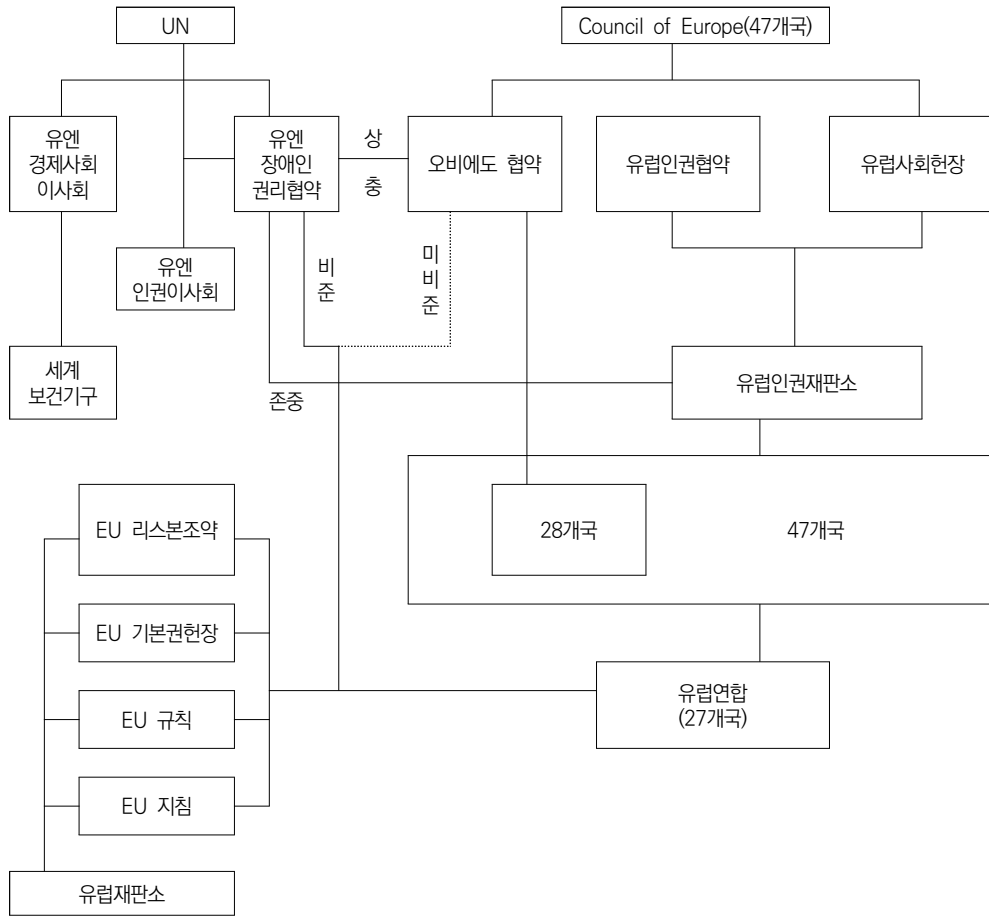
정신재활시설에 대한 평가가 반복되는 동안 실제 평가를 받는 시설 운영자들은 공통평가지표 비중이 높은 반면 정신재활시설 고유의 평가지표 비중은 낮아 평가지표가 정신재활시설의 특성을 충분히 반영하지 못하며, 평가는 결국 지표를 증빙하는 '서류'에 대한 평가에 그치는 한계가 있으며, 과정평가에 치중하므로 평가가 우수한 시설과 그렇지 않은 시설을 변별해 내는 역량이 제한적이라고 인식하는 것으로 나타났다(김문근 외, 2014; 김문근 외, 2015). 현 정신재활시설평가는 만족도조사 등을 통해 정신장애인 당사자의 관점을 일부 반영하지만 평가과정의 전반에서 당사자는 소외되어 있다. 그래서 평가과정에서 당사자의 참여를 강화하고, 평가기준들에도 당사자 관점을 반영하여야 한다는 비판적 제언이 제기되고 있다(서미경, 2019).

이처럼 현재의 정신재활시설평가는 인권의 관점에 근거하고 있다기보다는 공적 재원에 대한 책무성을 확보하기 위해 정신재활시설 운영자 및 서비스 제공자들의 수행과 서비스의 품질을 높이는데 목적이 있다. 결과적으로 평가지표의 구성과 그 규범적, 이론적 토대가 취약할 수밖에 없다. 따라서 국제적인 인권규범과 가치 및 원칙에 일관되며, 이미 개발되어 있는 정신건강분야의 의료 및 주거서비스 등을 평가하기 위한 국제적인 평가도구들과 일관성 있는 인권 중심의 정신재활시설 평가도구를 개발할 필요가 있다.

이러한 기존 정신재활시설 운영지침 및 평가도구의 한계를 고려할 때 UN, EU 등 국제 인권기준에 따른 평가지표를 분석하고 한국에 적합한 인권중심 평가도구를 개발하는 것은 중요한 함의를 갖는다. 이에 본 연구는 UN 장애인권리협약(CRPD)과 일관성을 가지는 WHO의 QualityRights Tool Kit, EU의 QuIRC 등을 심층적으로 검토, 분석하고, 국내의 정신재활시설 운영지침 및 정신재활시설 평가기준의 한계를 보완할 수 있는 한국형 정신재활시설 평가지표를 개발하여 본 연구에 활용하고자 하였다.

제2절 인권중심 정신건강서비스 평가 관련 국제 동향

정신건강서비스의 인권 적합성에 대한 관심은 특히 유럽이사회의 유럽인권조약, UN 장애인권리협약(CRPD)의 영향 하에 높아졌다. 이에 근거하여 국제적 차원 및 유럽연합 차원에서 인권적합성이라는 관점에서 정신건강서비스의 질을 평가하는 시도가 이루어지고 있다. 미국에서와 달리 유럽 각국에서 제공하는 정신건강서비스가 유럽인권협약에 위반되는지 여부가 꾸준히 유럽인권재판소에서 검토되었고, 그 결과 유럽지역에서 인권적합적 정신건강서비스의 발전에 기여한 측면이 있다. 특히 UN 장애인권리협약(CRPD) 제정 이후 WHO가 국제적 차원에서 UN 장애인권리협약(CRPD)의 국가의무에 충실한 정신건강서비스(치료 및 재활 포함) 제공을 촉구하고(종래의 MI 원칙 아닌 UN 장애인권리협약(CRPD)의 원칙 준수 촉구) 국가의무의 이행여부를 평가하기 위한 정신건강서비스 평가척도를 개발하여 그 사용을 권장하고 있다. 또한 유럽연합(EU)은 국가연합으로써 유럽인권협약이나 유럽이사회의 Oviedo 협약에는 가입하지 않았지만, UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준함으로써 유럽연합(EU) 차원에서 회원국의 정신건강서비스가 인권적합적인지를 평가하는 평가도구를 개발하고, 그 기준에 따라 각국의 정신건강서비스를 평가하도록 권장하고 있다. 아래 [그림 5-1]은 한국형 인권중심 정신건강서비스 평가지표 개발에 앞서 필요한 국제적 동향을 검토하기 위한 분석체계를 그림으로 표현한 것이다.



[그림 5-1] 인권중심 정신건강서비스 평가 관련 국제 동향 분석 체계

제3절 UN 장애인권리협약(CRPD) 기반 WHO QualityRights Tool Kit

1. 개요

WHO QualityRights Tool Kit(WHO, 2012)은 정신건강서비스 제공시설 및 서비스 품질과 인권수준을 사정함으로써 서비스이용자의 인권을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었다. 툴킷은 다양한 국가, 다양한 정신건강서비스 현장에 시범 적용하여 개발된 도구로 모든 정신건강서비스 현장에 보편적으로 적용할 수 있도록 설계되었다. 정신과입원병동, 정신요양시설, 정신재활시설 등 입원·거주서비스 제공기관 뿐만 아니라 정신과외래서비스, 지역사회정신재활시설 등 이용서비스 제공기관을 포괄하여 평가적용이 가능하다. WHO는 툴킷 활용 지침에서 지향점에 대해 설명하고 있는데, 툴킷을 활용한 평가를 통해 장기입원·입소시설의 열악한 서비스 여건과 인권침해 상황을 지적하되, 정신건강서비스 체계가 나아갈 방향은 궁극적으로 장기입원시설을 점진적으로 폐쇄하고 지역사회기반 서비스 구축과 통합적인 정신건강서비스를 제공하는 것이 되어야 한다고 권고하였다. 즉 툴킷은 정신장애인의 장기입원시설을 장려하기 위한 목적이 아니라, 그러한 장기수용시설이 존재하는 한 시설에 거주하는 사람들의 권리를 증진시키고자 하는 데 목적이 있음을 의미한다.

2. 툴킷의 구성

정신장애인서비스 제공시설에서 이행해야 하는 인권기준의 기준선은 UN 장애인권리협약(CRPD)에 기초하고 있다. UN 장애인권리협약(CRPD) 근거조항과 그에 따른 툴킷의 5가지 테마를 정리하면 아래 <표 5-4>와 같다. 테마1은 UN 장애인권리협약(CRPD) 제28조 ‘적절한 생활수준과 사회적 보호’의 내용을 반영하며, 테마2는 UN 장애인권리협약(CRPD) 제25조 ‘건강’, 테마3은 UN 장애인권리협약(CRPD) 제12조와 14조인 ‘법 앞의 평등’과 ‘신체의 자유 및 안전’의 내용을 반영하고 있다. 테마4는 UN 장애인권리협약(CRPD) 제15조와 제16조, ‘고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유’, ‘착취, 폭력 및 학대로

부터의 자유’를, 마지막으로 테마5는 UN 장애인권리협약(CRPD) 제19조 ‘자립적 생활 및 지역사회에의 동참’의 내용을 지표에 반영하고 있다.

〈표 5-4〉 UN 장애인권리협약(CRPD)과 WHO QualityRights Tool Kit

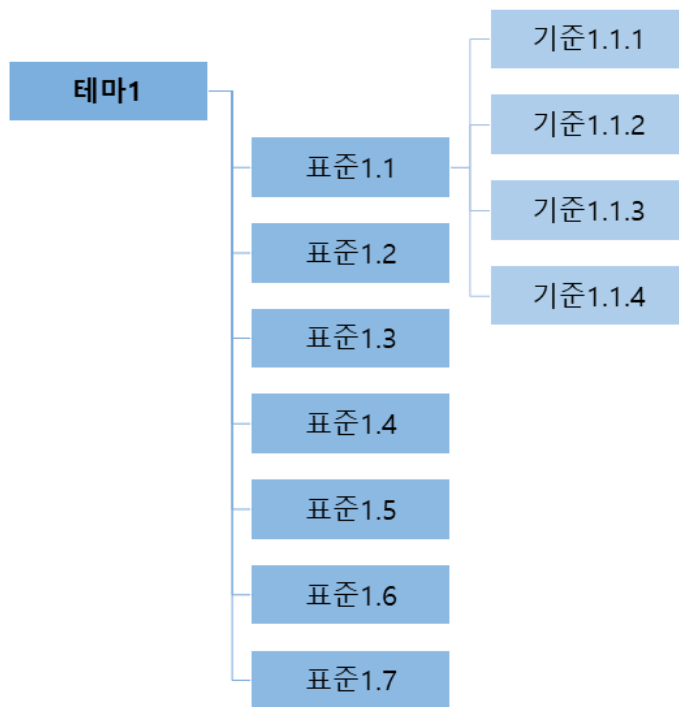
주요내용	적정한 생활환경	건강권	평등, 자유, 안전	학대로부터의 자유	사회통합
CRPD 근거조항	[제28조] 적절한 생활수준과 사회적 보호	[제25조] 건강	[제12조] 법 앞의 평등	[제15조] 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유	[제19조] 자립적 생활 및 지역사회에의 동참
			[제14조] 신체의 자유 및 안전	[제16조] 착취, 폭력 및 학대로부터의 자유	
WHO 툴킷	[테마1] 적절한 수준의 생활을 유지할 권리	[테마2] 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	[테마3] 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	[테마4] 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	[테마5] 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리

위와 같이 툴킷은 UN 장애인권리협약(CRPD)을 기반으로 5가지 테마(Theme)를 도출하였으며, 각 테마 하위요소로 표준(Standard)과 기준(Criteria)을 제시하고 있다. 5개 테마 하위요소로 25개 표준과 116개 기준이 구성되어 툴킷 전체로는 총 146개 항목을 평가한다(〈표 5-5〉). 툴킷의 평가항목 적용은 서비스 제공기관의 특성과 평가 맥락에 따라 선별하여 적용할 수 있으나, WHO는 가능한 모든 테마를 평가하도록 권고하고 있다.

툴킷 구성체계를 테마1의 예시로 살펴보면 아래 [그림 5-2]와 같다. 테마1은 7개 표준으로 구성되며, 각 표준 하위항목으로 4~5개 기준이 포함되어 있다. 툴킷을 활용하여 평가할 때는 하위항목부터, 즉 기준-표준-테마의 순서로 평가한다. 가장 세부적인 내용을 평가하는 기준(Criteria)을 먼저 검토한 후, 그 결과에 기반하여 중간 항목인 표준(Standard)을 평가하고, 표준항목의 평가결과에 기반하여 기관의 인권수준이 UN 장애인권리협약(CRPD)에 기반한 5가지 테마(Theme)를 실현하고 있는지 최종적으로 평가한다.

〈표 5-5〉 WHO QualityRights Tool Kit 구성

총 146 항목 : 5개 테마, 25개 표준, 116개 기준					
구분	테마1	테마2	테마3	테마4	테마5
항목수	40개	32개	25개	32개	17개
구성	테마 1개 표준 7개 기준 32개	테마 1개 표준 5개 기준 26개	테마 1개 표준 4개 기준 20개	테마 1개 표준 5개 기준 26개	테마 1개 표준 4개 기준 12개



[그림 5-2] WHO QualityRights Tool Kit의 구성 체계 : ‘테마1’ 예시

3. 툴킷의 내용

툴킷의 5가지 테마와 테마별 하위 표준의 내용은 아래의 <표 5-6>과 같다.¹⁷⁾ 테마1은 '적정한 수준의 생활을 유지할 권리'에 대해 평가한다. 물리적인 건물상태, 시설 위생과 청결, 편안한 수면환경 등 물리적 환경에 대한 내용을 포함하여 그러한 환경 속에서 이용자가 인간의 존엄을 유지할 수 있는 적정한 생활을 할 수 있도록 지원하는지 검토한다. 테마2는 '가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리'에 대해 평가한다. 서비스가 필요한 사람이면 어떠한 차별도 없이 누구나 서비스를 제공받을 수 있는지, 그리고 그러한 서비스를 기관에 한정하지 않고, 지역사회와 연계하며 지역사회 내에서 살아가는 데 기여하고 있는지 검토한다. 테마3은 '법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리'에 대해 평가한다. 개인의 평등, 자유, 안전에 대한 이슈를 다루며 이용자들이 서비스를 이용하는 과정에서 법률적 행위에 대한 권리를 충분히 누리며 자율적인 의사결정에 따라 안전하게 서비스를 이용하는지 검토한다. 테마4는 '고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유'에 대해 평가한다. 기관에서 서비스를 이용하며 비인간적 대우를 받거나 착취, 폭력, 학대 등 잠재적 위기를 예방할 수 있는 조치가 마련되어 있는지 검토하며 기관 내·외부에서 이루어지는 의료적 처치가 사전동의 하에 안전하게 제공되는지 검토한다. 테마5는 '지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리'에 대해 평가한다. 궁극적으로 서비스를 통해 교육, 고용, 종교활동, 투표 등 이용자가 지역사회에서 통합된 삶을 살 수 있도록 지원하는지 평가한다.

17) 본 연구에서 한국형 WHO QualityRights Tool Kit 개발을 위해 타당화 및 예비조사를 수행하였다. 타당화 및 예비조사 후 최종적으로 수정반영한 툴킷 내용을 <표 5-6>에 제시하였다. 8장 '정신재활시설 실지 조사'에 타당화 및 예비조사에 대한 구체적인 내용이 기술되어 있다.

〈표 5-6〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마(Theme)와 표준(Standard) 내용

테마(Theme)	표준(Standard)
<p>1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리 (UN 장애인권리협약 제28조)</p>	<p>1.1. 건물이 물리적으로 좋은 상태를 유지하고 있다. 1.2. 이용자의 수면환경은 편안하고 충분한 사생활을 보장한다. 1.3. 기관·시설이 위생 및 청결 요건을 충족한다. 1.4. 이용자는 그들의 필요와 기호에 맞는 음식, 안전한 식수, 의복을 제공받고 있다. 1.5. 이용자는 자유롭게 의사소통(통신)을 할 수 있고, 사생활 권리를 존중받고 있다. 1.6. 기관·시설은 이용자들에게 적극적인 참여와 상호작용을 촉진하는, 따뜻하고, 편안하고, 활기찬 환경을 제공한다. 1.7. 이용자는 의미 있는 개인생활 및 사회생활을 영위할 수 있고, 지역사회 내 활동과 생활에 계속 참여할 수 있다.</p>
<p>2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제25조)</p>	<p>2.1. 치료·서비스와 지원이 필요한 모든 사람들이 기관·시설을 이용할 수 있다. 2.2. 기관·시설에 숙련된 직원들이 있고, 양질의 정신건강서비스를 제공한다. 2.3. 치료, 심리사회적 재활, 지원네트워크와 연계, 그 외 서비스들은 이용자 주도 회복 계획의 요소들이며, 이용자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있는 역량에 기여한다. 2.4. 기관·시설은 이용자에게 적절한 가격의 정신과약물을 제공하고, 약물은 적절하게 사용된다. 2.5. 전반적인 건강과 생식건강(출산, 피임, 성건강 등)을 위한 적절한 서비스가 제공되고 있다.</p>
<p>3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제12조, 제14조)</p>	<p>3.1. 치료·서비스 제공 장소와 방법에 관한 이용자의 선호(선택)가 언제나 가장 우선이 된다. 3.2. 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료·서비스를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있다. 3.3. 이용자 스스로 자신의 권리를 행사할 수 있고, 그 과정에서 필요한 지원을 받을 수 있다. 3.4. 이용자는 비밀을 보장받을 권리와 그들의 개인기록을 열람할 권리가 있다.</p>
<p>4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유 (UN 장애인권리협약 제15조, 제16조)</p>	<p>4.1. 이용자는 언어적·정신적·신체적·성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다. 4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다. 4.3. 기관·시설 내외 무관하게, 영구적이고 비가역적인 영향을 줄 수 있는 전기경련치료, 정신외과, 여타의 의료 시술이 남용되어서는 안 되며, 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있을 때에만 실시한다.</p>

테마(Theme)	표준(Standard)
	4.4. 사전동의 없이 이용자는 의료 또는 연구·조사의 대상이 될 수 없다. 4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있다.
5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리 (UN 장애인권리협약 제19조)	5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원받는다. 5.2. 이용자는 교육 및 고용에 대한 기회를 가진다. 5.3. 이용자는 정치 및 공공 생활에 참여할 권리를 가지며, 결사의 자유를 행사할 권리를 지원받는다. 5.4. 이용자는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동에 참여할 수 있도록 지원받는다.

4. 평가방법

WHO는 QualityRights Tool Kit 내용을 전반적으로 소개하는 주매뉴얼 이외에 평가방법, 결과보고, 결과활용에 대한 세부 지침도 제공하고 있다. 툴킷 활용 및 평가방법에 대한 주요 내용은 다음과 같다. WHO QualityRights Tool Kit은 다양한 수준의 단위로 사용이 가능하다. 예를 들면, 국제기구에서 정신건강서비스 제공시설의 인권상황을 국가 단위로 비교하기 위해 활용할 수도 있으며, 국가에서는 전국 정신건강서비스 체계의 인권수준을 평가하기 위해 사용할 수 있다. 보건의료서비스 인증기관에서 툴킷을 정신건강서비스 제공시설 인허가 과정에 활용함으로써 인가된 기관이 기본적인 품질기준을 충족했음을 인증하는데 활용할 수 있다. 그 외 정신장애 관련 NGO는 의도적으로 현재의 열악한 인권상황을 강조함으로써 국가의 책임을 강화하기 위한 목적으로 척도를 활용할 수도 있다.

기관평가를 실시하기 위해 평가위원회를 구성한다. 평가위원회는 전체 평가프로젝트를 책임관리하는 중앙평가위원회와 실질적으로 평가를 수행하는 개별평가위원회로 구성한다. 중앙평가위원회는 평가의 목적을 명확히 설정하고, 평가지침 제공, 평가 관리조정, 총괄평가보고, 평가후속관리 등의 역할을 수행한다. 개별평가위원회는 실제적인 평가과업을 수행한다.

평가단위는 평가의 목적에 따라 전국단위 정신건강서비스 제공기관 평가도 가능하며, 단일 기관을 평가할 수도 있다. 평가대상기관의 인권수준을 객관적으로 제시

하기 위해 암치료병동과 같이 일반적인 의료서비스 기관과 비교하여 결과를 제시하는 것이 바람직하다.

자료수집은 인터뷰, 관찰, 서류검토를 통해 이루어진다. 인터뷰는 이용자, 가족, 직원을 대상으로 한다. 평가 맥락과 기관 규모에 따라 인터뷰 인원을 조정하되, 평가에 필요한 자료수집이 충분히 이루어졌다고 판단되면 인원수가 충족하지 않아도 인터뷰를 종료할 수 있다. 관찰은 평가의 핵심이다. 시설의 모든 부분을 꼼꼼히 관찰해야 한다. 단순히 시설의 물리적 환경을 관찰하는 것에 국한하지 않고 서비스 이용자와 직원 간 상호작용은 어떠한지, 프로그램의 내용은 단순히 내용을 전달하고 있는지, 아니면 이용자의 참여를 독려하는지 관찰한다. WHO 지침은 관찰시 오감을 활용하여 평가할 것을 강조하고 있다. 즉, 음식에 대한 평가를 할 때 직접 음식 맛을 보고 평가를 하는 것이다. 서류검토는 크게 네 가지 유형의 서류를 검토하도록 제시하고 있다: 1) 시설 정책, 지침, 표준 및 기타 공식 지침, 2) 행정 기록 (예: 직원 수 및 범주, 서비스 이용자 수, 연령 및 성별, 입원 및 퇴원 기록), 3) 특정 사건의 기록 (예: 불만사항, 비자의입원 및 치료에 대한 이의제기, 절도, 학대, 사망), 4) 서비스 이용자의 개인 기록 또는 파일. 정책이 없다는 것은 관련 기준이 충족되지 않는다는 것을 의미한다. 예를 들어, 급박한 위기 상황에 기관 외부에서 실시하는 의료적 처치에 대한 사전동의에 대한 규정이 없다는 것이 이용자의 동의 없이 치료가 가해질 가능성이 높다. 반대로 문서가 갖추어져 있다고 해서 이용자의 인권이 보장되는 것은 아니므로 인터뷰, 관찰, 서류검토를 통해 톨킷의 내용을 평가해야 한다.

위원들은 평가를 완료한 직후, 즉 시설에 대한 인상과 정보가 희미해지기 전에 가능한 빨리 회의를 개최하여 인터뷰, 관찰, 서류검토 결과를 토의하고 협의된 결과에 따라 톨킷의 각 기준, 표준, 테마에 점수를 부여한다. 평가는 각 평가지표가 실현된 근거를 확인하고 그 수준에 따라 ‘완전실현(A/F, Achieved in Full)’, ‘부분실현(A/P, Achieved Partially)’, ‘실현시작(A/I, Achievement Initiated)’, ‘시도없음(N/I, Not Initiated)’의 4개 등급으로 평가하며, 평가항목이 해당되지 않는 경우 ‘해당없음(N/A, Not Applicable)’으로 평가한다. 결과보고는 개별단위 기관을 평가한 결과보고 형태가 있고, 여러 기관을 평가한 경우 전체 기관평가에 대한 결과를 종합적으로 보고하는 형태가 있다. 여러 기관을 평가하는 경우 중앙평가위원회에서 전체기관평가 결과를 보고한다.

5. WHO QualityRights Tool Kit의 함의

WHO Tool Kit은 UN 장애인권리협약(CRPD)의 인권보장 지향점을 실제 측정 가능한 수준으로 개발했다는 데 가장 큰 의의가 있다. 이상적이고 추상적인 UN 장애인권리협약(CRPD)의 내용을 구현하기 위해 실제 정신건강서비스 제공 체계에서 '무엇을', '얼마나', '어떻게' 수행해야 하는지에 대한 구체적인 지표를 제시하고 있기 때문이다. UN 장애인권리협약(CRPD)에 비준한 국가들은 WHO QualityRights Tool Kit의 항목을 점검함으로써 UN 장애인권리협약(CRPD) 실현 수준을 실제적인 차원에서 객관적으로 평가할 수 있다. 이뿐만 아니라 동일한 측정 지표를 통해 세계 각국, 여러 유형의 기관·서비스를 평가하여 해당국가, 해당기관의 인권수준이 국제적 기준에 부합하는지 비교평가도 가능하다. 예를 들어, 한국의 정신건강서비스 실천현장은 아직까지 '사전의료지시서' 또는 '사전의향지시서'에 대한 개념이 일반화되어 있지 않다. 하지만, 툴킷의 평가항목 중 테마2 '가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리' 중 이용자주도의 회복 계획세우기의 일환으로 '사전의향지시서'를 작성하는 것이 평가지표에 포함되어 있다. 이를 통해 국제기준에 부합하는 인권 실현을 위해 한국의 정신건강서비스 실천현장에 사전의향지시서 도입의 필요성을 파악할 수 있다.

WHO는 툴킷을 활용한 평가결과를 여러 목적으로 활용할 수 있다고 제안하고 있다(WHO, 2012). 첫째, 국가 정책, 계획, 법률 개정에 대한 정보를 제공하는 것이다. 거시적 차원에서 국가 정책, 계획, 법률을 알리기 위해 평가결과를 활용한다. 예로, 평가결과를 통해 직원훈련강화의 필요성을 제기할 수 있으며, 이것은 후에 국가정신건강정책 및 계획수립에 통합될 수 있다. 또한 평가결과를 법률 개정의 필요성을 제기하는 데도 활용할 수 있다. 만약 평가결과로 많은 정신장애인들이 비자발적으로 치료서비스를 이용하는 것이 드러난다면, 이는 사전동의에 관한 조항이 강화되어야 함을 의미한다. 평가를 통해 이용자의 권리를 개괄적으로 설명하는 '환자헌장(patient charter)'의 필요성을 제기할 수도 있다. 둘째, 인권침해 현황에 대한 이해와 변화를 위한 옹호활동에 평가결과를 활용할 수 있다. 평가결과는 현재 시설에서 발생하고 있는 인권침해의 유형과 범위에 대해 이해할 수 있게 하며, 관련 이해당사자 및 정부당국을 환기시키는 데 활용할 수 있다. 평가를 통해 시설의 문제, 학대 상황을 강조함으로써 정부당국과 시민사회가 이러한 문제를 해결하도록 설득

할 수 있다. 셋째, 시설의 서비스 품질 개선을 위한 목적으로 활용할 수 있다. 평가 결과 및 권고사항을 제시하여 기관·서비스의 품질개선을 위한 방향성을 제시하는 것이다. 예로, 기관·서비스 인권수준 향상을 위해 직원, 이용자, 가족이 함께 인권 증진계획에 참여할 것을 제안하는 것이다. 넷째, 기관, 이용자, 지역사회의 인권 역량 강화를 도모하는 데 평가결과를 활용할 수 있다. 평가를 통해 국제인권기준에 대한 지식의 격차를 규명하고 직원, 이용자, 가족 등 이해당사자를 대상으로 교육훈련을 실시하는 근거자료로 활용할 수 있다.

제4절 WHO QualityRights Tool Kit의 국내외 적용 사례

1. 국외 사례

1) 툴킷의 적용 가능성

다양한 국가들에서 WHO 툴킷을 활용하여 정신의료 및 재활시설의 인권기반 품질을 평가하고 있다. 즉 정신과병의원, 정신재활 이용시설 및 주거시설, 약물관련 시설에서 정신질환을 가진 이용자들을 위해 국제인권기준에 부합한 시설환경을 제공하는지, 의사결정에 대한 존중과 건강권 및 법적능력 보장을 지원하는지, 지역사회 통합을 위해 필요한 서비스를 충분히 제공하고 있는지를 툴킷에 따라 객관적으로 평가하는 사례들이 보고되고 있다.

개별적인 시설을 중심으로 살펴보면 튀니지, 소말리아, 이집트, 알바니아에서는 정신과병원을 대상으로(Currie, 2012; Fawzy, 2015; Loli-Dano, 2019; Rekhis et al., 2017), 그리스에서는 공공 정신과 클리닉을 대상으로(Nomidou, 2013), 리투아니아에서는 생활시설에 해당하는 독립생활 가정을 대상으로 툴킷을 적용한 결과가 보고된다(Grigaitė, 2017). 스페인의 경우 정신병원, 통합치료센터, 중독관련치료공동체, 지원주거시설로 구분한 국내 정신의료재활시설들을 종합적으로 평가한 결과를 보고하였다(González-López, 2010). 나아가 WHO에서는 유럽지역 51개국을 대상으로 국가 내 정신의료재활시설의 현황파악 및 툴킷의 적용을 시도하였으며, 최종 31개 국가로부터 국가 내 정신의료재활시설 인권기준의 성취수준에 대한 종합보고서를 발표하였다(WHO, 2018). 이러한 사례들은 2006년 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택 이후 인권보장의 취약시설로 인식되는 정신의료재활시설에 대한 각국의 인권기준 개선방안을 위한 노력들을 보여준다. 동시에 객관적인 평가를 위한 지침으로써 WHO의 툴킷 적용 가능성을 지속적으로 보여주고 있다. 즉 정신장애인이 이용하거나 거주하는 다양한 시설에 기본적으로 필요한 인권기준이 무엇이며, 그동안 어떻게 적용이 되어왔는지, 어떠한 부분이 개선되어야 하는지를 WHO 툴킷을 통해 보다 객관적으로 제안할 수 있음을 국외 연구사례를 통해 확인할 수 있다.

2) 툴킷의 평가과정

WHO 툴킷은 UN 장애인권리협약(CRPD)을 바탕으로 모든 정신의료재활시설에 적용할 수 있는 지침을 가지고 있으며 객관적 평가를 위한 공통적인 절차를 제시하고 있다. 국가별 사례적용을 통해 확인할 수 있는 공통된 평가과정은 다음과 같다. 첫째, 툴킷의 평가를 위한 평가위원회를 구성해야 한다. 평가위원회는 정신건강과 관련된 다학제 전문가 및 당사자와 가족을 포함할 수 있다. 둘째, 툴킷에 대한 전문적인 사전 교육이 시행되어야 한다. 셋째, 툴킷을 평가하는 방법이 다원화되어있다. 시설의 직원, 이용자, 가족에 대한 인터뷰를 기본으로 시설에 대한 객관적인 관찰 및 서류 검토를 통해 평가를 다원화한다. 또한 기본적으로 정신병동과 일반병동, 정신장애인 재활 시설과 지역사회 내 비교할 만한 시설을 함께 살펴보는 것을 권장하여 평가결과를 비교할 수 있도록 권장한다. 넷째, 평가위원회는 합의를 통해 툴킷의 기준에 대한 종합적인 평가결과를 도출한다. 이러한 과정을 통해 평가위원회는 종합적인 평가 및 세부 평가 근거에 기반하여 시설의 인권개선방안을 제안할 수 있게 된다.

〈표 5-7〉 국외 WHO QualityRights Tool Kit 적용 사례 주요 내용

참고문헌	평가대상	사전교육	평가방법
WHO (2018)	<ul style="list-style-type: none"> 정신의료재활기관 세부: 유럽지역 및 코소보 등 31개국 내 정신의료재활시설 98개소 	<ul style="list-style-type: none"> 5가지 테마 25개 세부기준 교육 과정은 2회에 걸쳐 각각 평균 5시간씩 실시 	<ul style="list-style-type: none"> 시기: 2017/1-12 위원회: 25개 팀 구성 자료수집: 관찰(물리적 조건관찰), 문서검토(행정기록, 불만접수 대상), 인터뷰(직원, 이용자, 가족) 평가: 각국의 총 98개 기관의 25개 기준에 성취수준에 따라 AF/AP/AI/NI/NA부여 후 5가지 테마별 비율제시
Fawzy (2015)	<ul style="list-style-type: none"> 정신병원 세부: 이집트 카이로의 El Abbassia 정신병원, 1,474병상 규모 	<ul style="list-style-type: none"> 책임연구자가 2012년 12월경 카이로에서 개최된 WHO Quality Rights Assessment Tool 워크숍에 참여 	<ul style="list-style-type: none"> 시기: 2013/6-2013/8 위원회: 연구팀, 정신과 의사, 간호사, 당사자 가족으로 구성 자료수집: 2013년 6월 한 달 동안 공식 및 비공식적 방문을 실시하여 관찰·문서검토·인터뷰를 시행 평가: 평가위원회 합의를 통해 5개 기준에 AF/AP/AI/NI부여
Grigaitė (2017)	<ul style="list-style-type: none"> 정신재활시설(생활시설형) 세부: 리투아니아 독립생활가정 2곳, 시설별 26-27명 거주 	<ul style="list-style-type: none"> 평가위원 12인 모두 UN 장애인권리협약(CRPD), 정신건강서비스의 국제적 모범사례, 탈시설화, 지역사회 기반 서비스, 옹호, 회복기반접근법, 인터뷰 방 	<ul style="list-style-type: none"> 시기: 2017/6-7 위원회: 인권 분야, 정신건강문제의 전문가 12인 자료수집: 2개의 시설 내부문서검토, 관찰, 이용자 및 직원과의 총 30회 인터뷰를 통해

참고문헌	평가대상	사전교육	평가방법
		<ul style="list-style-type: none"> 법, 대안적 의사소통방법 등의 교육 수료 책임연구자와 평가위원회 중 위원 2명 WHO QualityRights 교육을 받음 	<ul style="list-style-type: none"> 자료를 수집 평가: 평가위원회 합의를 통해 5개 기준에 AF/AP/AI/NI부여
Currie (2012)	<ul style="list-style-type: none"> 정신병원 세부: 소말리아 Hargeisa 정신건강병원 	<ul style="list-style-type: none"> WHO와 GRT(Gruppo per le Relazioni Transculturali-비영리단체)로부터 정신건강과 인권에 대한 폭넓은 교육 WHO 툴킷에 대한 전체 회의 	<ul style="list-style-type: none"> 시기: 2012/4 위원회: 병원관계자, WHO 관계자, NGO단체, 지역단체, 민간병원 관계자, 인권 변호사 등 총 10명 자료수집: 서류검토 결과, 면담결과, 관찰결과를 종합
González-López (2010)	<ul style="list-style-type: none"> 1) 병원, 2) 통합치료센터, 3) 중독치료공동체, 4)자원주거시설 세부: 스페인 28개 기관, 4개 시설유형, 186명 인터뷰 	<ul style="list-style-type: none"> 현장 조사팀은 조사 전 정신건강 관련 법, 정신건강에 대한 국제 인권 기준, 인터뷰 기술 및 규정에 대해 사전교육을 받음. 	<ul style="list-style-type: none"> 시기: 2010/2-3월 위원회: 조사팀은 총 17명 자료수집: 이용자, 가족, 전문가들을 인터뷰함. 툴킷 평가등급은 Asturias 상황에 맞게 수정하여 사용하였음 - 'CT; 완전 성취', 'CP; 부분 성취', 'N; 성취 시작', 'NC; 성취되지못함', 'N/A; 해당 없음' 참고: 위 평가등급을 WHO툴킷에 따라 수정 제시함
Rekhis., et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> 정신병원(일반병동 비교) 세부: 튀니지 El Razi 정신병원 비교: 같은 도시의 대학병원 비정신과 (내분비학과) 	<ul style="list-style-type: none"> WHO 툴킷의 각 테마별 구성내용과 적용방법을 연구하고, 튀니지 방안을 포함한 아랍어로 번역함 	<ul style="list-style-type: none"> 시기: 2014/3- 2015/2 위원회: 연구팀, 시설 직원(의사, 간호사, 기타 직원), 시설이용자, 이용자 가족으로 구성 자료수집: 관찰법, 설문법, 서류조사의 방법을 활용

〈표 5-8〉 국외 WHO QualityRights Tool Kit 적용 사례 주요 내용(계속)

참고문헌	Tool Kit 평가결과	주요결론
WHO (2018)	<ul style="list-style-type: none"> 테마1:A/P, 테마2:A/P, 테마3:A/I, 테마4:A/P, 테마5:A/I (테마별 가장 높은 비율 제시) 	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 이용자에게 대한 의사소통 제한 입원 및 치료 동의에 대한 직원의 지식 부족 이용자의 의사결정을 위한 지원 부족 잠재적인 이용자 노동 착취 세부적인 개별 치료 및 회복 계획 수립의 부족 지원주택에 대한 접근성
Fawzy (2015)	<ul style="list-style-type: none"> 테마1:A/P, 테마2:A/P, 테마3:A/I, 테마4:A/P, 테마5:A/I (테마별 평가위원회 합의결과) 	<ul style="list-style-type: none"> 불이익에 대한 두려움으로 대부분의 서비스 이용자 및 직원들의 의견제시 제약 저소득국가의 서비스 자원 제한: 안전하고, 치료적이고, 적절한 정신건강서비스에 지속적으로 접근하지 못함 저소득 국가들에서 제공하는 입원 및 외래 서비스는 상태가 좋지 않거나 오히려 해로울 수 있으며, 회복을 방해할 수도 있음. 제공되는 치료들은 사람들의 자율성을 높이고 삶의 질을 향상시키기보다 사람들과 그들의 상태를 '통제' 상태로 유지하기 위한 것

참고문헌	Tool Kit 평가결과	주요결론
Grigaité (2017)	<ul style="list-style-type: none"> 시설1-시설2 : 테마1:A/P-A/P, 테마2:A/P-A/F, 테마3:A/P-A/P, 테마4:A/P-A/P, 테마5:N/I-N/I (테마별 평가위원회 합의결과) 	<ul style="list-style-type: none"> 〈기관별 수준〉 신체건강에 대한 권리는 대부분 보장되어 있지만 정신건강 권리는 방임 및 방치되어 있었음 의사결정 지원이나 사전지침활용 미실천 서비스 이용자들 사이에서 다툼이 일어나는 경우 탈분산기법 활용 등 직원교육이 없었음 〈제도적 수준〉 리투아니아의 탈시설화 방향을 비판적으로 검토해야 함 국가 정신건강 및 사회적 돌봄 정책 및 법적 프레임은 국제인권기준 및 UN 장애인권리협약(CRPD)의 방향, 지속가능한 발전을 위한 2030 아젠다와도 일치시켜야 함 국가차원에서 지역사회 기반 지원 및 서비스에 대한 계획을 수립, 서비스의 효과에 대해 평가필요 국가차원 정책검토 시 지적장애 및 정신장애 당사자뿐만 아니라 가족, 권익옹호단체 등이 참여해야 함
Currie (2012)	<ul style="list-style-type: none"> 테마1:N/I, 테마2:N/I, 테마3:N/I, 테마4:N/I, 테마5:N/I (테마별 평가위원회 합의결과) 	<ul style="list-style-type: none"> 직원, 이용자, 관계자들의 정신건강에 대한 지식미비 기본적인 인권을 위한 물리적 환경 및 인권보장, 정신건강서비스 제공한 경이 갖추어지지 못하여 WHO 톨킷 테마1-5를 적용하는데 한계 이용자를 입원시키는 과정에서 이용자의 의견이 철저히 배제되고, 가족은 이용자를 기관에 ‘버리는(abandoning)’ 인식을 가지고 있음 가족과 지역사회의 인식변화가 우선적으로 개선되어야 함
González-López (2010)	<ul style="list-style-type: none"> 병원-통합치료센터: 테마1:A/P-A/P, 테마2:A/P-A/P, 테마3:A/P-A/P, 테마4:A/P-A/P, 테마5:A/P-A/F 중독치료공동체-지원주거시설: 테마1:A/P-A/F, 테마2:A/F-A/F, 테마3:N/A-A/F, 테마4:A/F-A/F, 테마5:A/F-A/F (자체 등급 표로 측정, 평가위원회 합의) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자들의 인권, 의료 정보, 치료 과정 및 기밀 유지, 이의제기 절차 등의 정보가 부족하거나 충분하지 못함 시설, 자원, 지역 및 기관 간 협력부족 당사자와 그 가족 대상으로 정신질환 치료, 일상생활 조정 등에 관한 프로토콜, 치료 가이드라인 및 기타 절차가 적절치 못함 치료에 있어서 당사자와의 인간적인 관계 형성 결여
Rekhis., et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> 정신병원-일반병동: 테마 1:A/I-A/P, 테마 2:A/P-A/P, 테마 3:A/I-A/P, 테마 4:A/I-A/P, 테마5:N/I-N/I (테마별 평가위원회 평균점수 도출 및 합의결과) 	<ul style="list-style-type: none"> 병원의 물리적 환경: 구숙을 기반으로 하고 있으며, 비위생적이고, 침구가 부족하고, 개인사생활이 보장되지 못함 비자발적 입원이 진행됨 ‘건강(health)’에 대해, 환자는 통제 가능하고 넓은 의미에서 상태의 호전으로 이해하지만, 직원은 고문, 비인권, 처벌, 학대 등에서 자신의 법적권리를 주장하는 정도로 해석 병원은 지역사회에서 고립된 위치에 있으며 지역사회복귀 및 통합지원 서비스 거의 없음 직원들의 시설내의 인권침해행위에 항상 비난의 대상이 되어, 스스로를 낙인찍고 있었음. 방어적인 태도로 조사에 임함

3) 국외 사례의 함의

국외에서 진행된 툃킷 적용 연구들은 다음과 같이 크게 세 가지 측면에서 함의를 가진다. 첫째는 객관적인 평가도구로서의 적용가능성에 대한 함의이다. 연구사례는 툃킷이 다양한 치료 환경에서 평가절차로 적용될 수 있다는 것을 시사해 준다. 정신장애인에 대한 인권침해 현장을 보고하는 도구로써 공통적인 평가과정은 연구 설계의 틀로 활용할 수 있다. 그러나 이러한 기능을 위해서는 툃킷에 대한 이해가 사전 교육을 통해 전문적으로 이뤄져야함을 보여준다.

둘째, 툃킷 적용을 통해 인권보장의 기준과 실제가 차이가 있음을 보여줄 수 있다는 것이다. 연구사례를 통해 유럽국가 및 저소득 국가 간 인권보장의 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 유럽국가의 경우 정신건강시설의 물리적 환경에서는 기준이 대부분 부분성취이상으로 나타난 반면, 몇몇의 저소득 국가에서는 최소한의 물리적 환경도 갖춰지지 않고 있음을 확인할 수 있었다. 또한 모든 국가들에서 공통적으로 정신장애인에 대한 법률적 의사결정에 대한 지원이 상대적으로 부족한 것으로 나타났다. 무엇보다 툃킷 적용을 통해 인권기반, 회복지향모델을 기반으로 한 정책마련의 필요성을 인지하게 되는 결과를 보여주었다.

셋째, 객관적 평가를 위한 다원화된 방법에도 불구하고 평가위원회의 함의를 통한 종합평가는 상대적이고 주관적일 수 있음을 보여준다. 평가기간 및 위원회의 구성, 인터뷰 시간 등 세부적인 기준이 제시되지 않고 주관적으로 합의된 평가가 기준이 된다. 이에 따라 일부의 국가에서는 실제 시설의 물리적 환경이나 의사결정권이 충족되지 않아도 부분성취로 평가하기도 하고, 다른 국가에서는 보다 높은 인권기준에 비추어 실제 시설과 서비스에 대해 상대적으로 부족한 평가를 내릴 가능성도 있다.

2. 국내 사례

1) 툃킷 평가과정

현재까지 국내에서 WHO 툃킷을 적용하여 진행된 연구는 국가인권위원회에서 수행한 '중증·정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사'가 유일하다(조한진 외,

2017). 보건복지부의 사회복지시설 실태조사나 기존 국가인권위원회 실태조사는 전반적 인권실태와 자립욕구를 파악하는 것에 그치고, 장애유형이나 시설유형 등 세분화된 분야로 적용하기에는 충분하지 않았다. 반면 이 연구는 인권적으로 더욱 취약한 중증발달장애인, 만성정신질환이 있는 정신장애인 거주시설을 대상으로 인권실태조사를 실시하였다는 점에서 의의가 있다. WHO 툴킷을 적용한 정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사의 평가과정은 구체적으로 아래 <표 5-9>와 같다.

<표 5-9> 국내 WHO QualityRights Tool Kit 적용 사례(조한진 외, 2017)

구분	내용
연구방법	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌연구: 국내외 법, 제도 • 설문조사: 이용자(면접), 운영자(면접), 종사자(온라인) • 현장조사: 시설환경(관찰) • 초점집단인터뷰: 전문가, 당사자 • 조사설계, 정책분야 전문가 자문
조사대상	<ul style="list-style-type: none"> • 중증장애인 거주시설: 233개소 중 45개소 무작위 추출 • 정신요양시설: 59개소 중 30개소 무작위 추출
응답대상	<ul style="list-style-type: none"> • 이용자(1,500명 무작위 추출), 시설운영자, 시설종사자(1,037명)
측정지표	<ul style="list-style-type: none"> • QualityRights Tool Kit - 시설환경조사 - 기타 선행연구 지표 추출 & 재구성 • 시설 거주자 건강검진 문진표(요양시설 30개소 중 20개 선정, 시설당 20명 할당)
조사기간	<ul style="list-style-type: none"> • 2017.7.12. - 10.19.

2) 국내 사례의 함의

WHO 툴킷을 활용한 국내 연구는 인권보장 국제기준을 국가 단위 조사에 최초로 활용했다는 점에 의의가 있다. 그러나 WHO 툴킷의 증범주는 포함하였으나, 소범주가 반영되지 않음으로써 결과적으로 인권기준에 적합한 서비스제공인지를 평가하는 것에는 한계가 있었다. 또한 서비스 제공이 UN 장애인권리협약(CRPD) 인권기준에 적합하지 여부를 평가하기 위해서는 질적조사가 필수적인데 설문으로 대체함으로써 한계가 있었다. 결과적으로 실제 평가내용은 UN 장애인권리협약(CRPD)의 인권기준에 적합한 평가지표보다는 다른 항목들이 많이 포함되어 기존의 보건복지부 시설평가와 크게 다르다고 할 수 없다. 나아가 WHO 툴킷에 기반하여 정신건강서비스를 평가를 한다면 국제적 인권기준에 부합하는 다양한 정책제안이 가능한

데 그 역시 미흡할 수 밖에 없었다.

이런 한계를 극복하기 위해서는 WHO 툴킷의 내용에 대한 숙지 및 한국적 상황에서 적용이 가능한지를 꼼꼼하게 살펴보는 과정이 필요하다. 사전예비조사단계, 실제 툴킷의 적용단계, 시설유형별 적용 단계 등으로 확대해가는 것도 필요하다. 이러한 과정을 통해 한국의 정신건강서비스 환경과 체계 내에서 시설 유형별 상대적 위치를 파악하고, 시설별 적용가능성이 고려된 맞춤형 평가기준 및 정책제안이 마련될 수 있을 것이다.

제5절 유럽의 Quality Indicator for Rehabilitative Care(QuIRC)¹⁸⁾

1. QuIRC 도구의 개요

QuIRC는 장기적으로 정신건강시설·서비스를 이용하는 사람들의 생활환경, 돌봄, 인권에 대해 평가하는 인터넷기반 도구이다. 영국, 독일, 스페인 등 유럽연합의 10개국이 2007~2010년까지 3년 간 DEMoBinc 프로젝트에 참여하여 QuIRC를 개발하였다.¹⁹⁾ 시설 관리자나 상급자가 직접 설문에 참여하는 방식으로 이루어지며 총 7가지 측면을 다루고 있다. 정신장애인의 인권적 측면에 대한 평가와 함께 물리적 환경, 치료적 환경 등을 다각도로 살펴볼 수 있다.

〈표 5-10〉 QuIRC 도구의 구성

구분	주요 내용
1. 생활/물리적 환경	시설 환경 및 운영
2. 치료적 환경	치료문화, 직원배치, 직원 교육 및 직원 슈퍼비전, 직원태도, 독립적/외부 검사, 서비스이용자 활동촉진
3. 치료와 개입	의료·심리·사회적 치료 및 개입, 신체건강증진, 도전적 행동 제약
4. 자기결정권과 자율성	환자·거주인·이용자의 독립과 선택 촉진
5. 사회적 상호작용	지역사회 활동 참여, 시설 외부인과 상호작용
6. 인권	돌봄서비스에 대한 환자·거주인·이용자의 권리와 의사결정참여 증진, 비밀기록, 이의신청절차, 환자·거주인·이용자의 권리옹호서비스 접근성과 투표권 보장
7. 회복기반 실천	환자·거주인·이용자의 치료개입 및 치료계획 동의과정 참여, 환자·거주인·이용자의 회복에 대한 직원의 기대, 시설의 지역사회 통합정도, 환자·거주인·이용자의 자율성 증진

18) 자료: QuIRC(2020), 홈페이지 참고(<https://quirc.eu/>)

19) 10개국 11개 센터에서 프로젝트에 참여하였음(UK, Germany, Spain, Czech Republic, Bulgaria, Italy, Netherlands, Poland, Greece, Portugal).

2. QuIRC 활용 연구

QuIRC를 활용한 연구는 매우 다양하며 대체로 정신장애인에게 제공하는 돌봄서비스의 품질 평가, 이에 대한 국가 비교, 지역사회와 병원 세팅과의 비교연구가 주를 이루고 있다. Salisbury(2013)는 EU국가를 대상으로 정신건강에 대한 국가적 지출과 탈시설화·돌봄의 연관성을 평가하기 위해 시설 관리자에게는 QuIRC를, 시설 이용자에게는 자율성, 삶의 만족도, 돌봄 경험, 치료적 환경에 대한 자료를 수집하였다. 연구결과, 국가지출과 탈시설화의 증가는 QuIRC 평가결과와 정적 관계에 있었고, 국가지출과 탈시설화의 증가는 이용자의 자율성 및 돌봄 경험과 정적 관계에 있음을 확인하였다.

Cardoso 외(2016)는 포르투갈의 정신재활시설 거주이용자의 생활환경, 돌봄서비스, 인권에 대해 연구하였다. 지역사회와 병원기반 돌봄의 질을 비교하기 위해 QuIRC를 활용하였다. 연구 결과, 병원기반 돌봄서비스를 이용하는 정신장애인보다 지역사회 거주시설을 이용하는 정신장애인의 생활환경이나 치료·개입의 질이 더 양호한 것으로 나타났다. 또한 이용자의 자기관리나 자율성 역시 지역사회 거주시설 이용자가 더 양호하였다.

그 외 Salisbury 외(2017)는 EU 9개 국가의 장기간 정신건강 돌봄의 품질을 분석하기 위해 QuIRC를 활용하였으며, Dalton-Locke 외(2018), Harvey(2019), Killaspy 외(2019) 등이 QuIRC를 활용하여 정신건강서비스의 품질과 서비스 효과성을 평가하는 연구를 시행하였다.

3. QuIRC 활용 연구의 함의

QuIRC는 인터넷을 기반으로 한다는 점에서 자료수집 및 활용이 용이하다는 장점이 있다. 또한 유럽 10개국의 다양한 치료세팅에 적용되어 왔기 때문에 정신장애인 시설 및 서비스에 대한 평가 결과를 국가별로, 치료세팅별로 비교할 수 있다는 점 역시 도구의 이점이라 할 수 있다.

제6절 EU FRA의 UN 장애인권리협약(CRPD) 19조 기반 Human Rights Indicator

1. 개요

유럽연합 산하 기구인 EU Agency for Fundamental Human Rights, FRA는 UN 장애인권리협약(CRPD) 제19조의 이행정도에 관한 유럽연합 각국의 상황을 평가하는 척도로 Fra's Human Rights Indicator on the Article 19 of CRPD를 만들었다. 상기 척도는 탈시설과 정신장애인의 지역사회 독립생활 및 사회통합을 촉진하기 위한 목적으로 장기간의 정신건강서비스를 제공하는 기관(정신병원, 정신요양시설, 지원주거, 재활시설, 주간이용시설 등)이 UN 장애인권리협약(CRPD) 및 인권적 기준에 부합하는 정신건강서비스를 제공하는지 평가한다. 척도를 활용하여 EU 회원국들이 정신장애인의 사회통합을 지향하는 서비스를 제공하고 있는지, 인권기준에 부합하는 회복지향적 정신건강서비스를 제공하고 있는지 평가한다.

2. FRA's Human Rights Indicator 활용의 함의

EU는 FRA의 척도를 활용하여 EU 차원에서 UN 장애인권리협약(CRPD) 제19조 상의 국가의무 이행여부를 각 항목별로 평가하고 있다. UN 장애인권리협약(CRPD) 상 국가의무 이행정도를 조사하는 기준은 국내의 시설평가 및 당사자의 인권실태를 조사연구에 참조할 수 있는 중요한 기준이 될 수 있다. UN 장애인권리협약(CRPD)의 내용 중 특히 '지역사회 독립생활 및 사회통합'에 대한 인권기준을 제시한 19조에 초점을 맞추므로써 정신장애인에게 제공되는 모든 서비스는 궁극적으로는 '지역사회 독립생활', '사회통합'을 지향해야 한다는 점을 보여주는 지표라 할 수 있다. 위 기준과 WHO 기준은 공통점이 있기 때문에 양자를 비교하여 우리 실정에 맞는 인권실태 조사 평가기준을 마련할 수 있다.

제7절 소결

1. 주요 연구 결과

본 장에서는 한국형 인권기반 정신재활시설 평가도구를 구성하기 위해 국내 정신재활시설 운영지침과 정신재활시설평가도구를 검토하고, 국제장애인권리협약의 기준과 일관된 WHO QualityRights Tool Kit, 유럽의 QuIRC, EU 차원의 FRA 인권지표 등의 도구를 검토하고, 관련 국내외 연구를 검토하였다. 이러한 기초적 분석 결과, 현재 국내의 정신재활시설 운영지침과 정신재활시설 평가도구는 정부 및 지방자치단체가 정신재활시설의 운영을 지도감독하기 위한 기준으로 볼 수 있지만 정신장애인의 인권보장에 목적이 있는 기준으로서는 한계가 큰 것으로 나타났다. 따라서 상기 지표들을 검토하고 인권에 기반한 정신건강서비스 평가지표를 새롭게 구성하였다.

나아가 현재 국내의 정신재활시설 평가기준의 한계를 보완하면서, 국제적인 표준을 준용할 수 있는 가장 타당한 방법은 WHO QualityRights Tool Kit을 한국화하는 것이라는 결론에 이르렀다. 이 도구는 국제장애인권리협약의 포괄적인 장애인 인권표준들을 반영하고 있을 뿐 아니라 의료시설, 요양시설, 거주시설, 주간재활시설 등의 평가에 범용할 수 있는 공통적 기반을 갖추고 있기 때문이다. 다만 의료시설에 특화된 문항들은 요양·거주시설에서는 제외하거나 수정하는 것이 요구되고, 주간재활시설에 대해서는 비거주시설의 특성을 고려할 필요가 있다.

본 연구의 한국판 WHO QualityRights Tool Kit 타당화는 5단계의 과정을 거쳤다. 이러한 평가도구 개발과정과 적용 타당도 확보를 위한 실지조사결과는 제8장에 서술하였다.

1단계	WHO QualityRights Tool Kit 번역 초안 작성 (정신건강전문 사회복지학자)
2단계	WHO QualityRights Tool Kit 한국판 초안 법적 검토 (정신건강정책연구전문 법학자)
3단계	WHO QualityRights Tool Kit 한국판 초안 이중언어 타당도 검증 (이중언어 사회복지학자)
4단계	WHO QualityRights Tool Kit 한국판 초안 전문가 타당도 검증 (정신건강의학전문, 정신장애인당사자, 장애인인권운동가, 정신건강현장전문가, 사회복지학 교수)
5단계	WHO QualityRights Tool Kit 한국판 수정안 완성 및 실지조사를 통한 적용 타당성 검증

[그림 5-3] 한국형 인권기반 정신재활시설 평가도구 개발 과정

2. 정책제언을 위한 합의

본 장에서는 국내외에서 활용되고 있는 다양한 인권기반 정신건강서비스 평가지표를 포괄적으로 검토하고, 국내 정신재활시설·서비스를 인권중심적으로 평가하기 위한 지표 구성의 이론적 근거를 마련할 수 있었다. 특히 UN 장애인권리협약(CRPD)의 인권기준과 일관된 WHO QualityRights Tool Kit을 번안하고 한국에 적합화시킴으로써 한국형 인권기반 정신재활시설 평가도구를 개발하였다는 데 의의가 있다. 5단계에 걸친 WHO QualityRights Tool Kit 타당화 과정을 거치면서 다음과 같은 몇 가지 정책제언과 관련한 합의를 발견하였다.

첫째, 국제인권기준에 준하는 정신재활시설평가도구를 번안하고, 현지화 함에 있어 국가별로 정신건강복지법령, 제도, 정책적 기반이 상이하므로 평가도구를 통해 평가되는 것이 정신건강복지시스템의 한계인지 또는 피평가시설의 한계인지를 구분할 필요가 있다는 것이다. 예컨대 정신장애인을 위해 의사결정지원제도가 제도적으로 완비되어 있지 않다면 의사결정지원영역의 낮은 평가결과는 정신재활시설의 한계 이전에 정신건강복지시스템의 한계로 평가함이 타당할 것이다. 이러한 합의는 인권기반의 정신재활시설평가를 위해서는 평가도구가 내재하고 있는 실천의 가치와 원칙을 구현할 제도적, 정책적 기반이 얼마나 갖추어져 있는지에 대한 사전적 평가

와 이에 대한 정책제언이 선행되어야 한다는 점이다.

둘째, 평가도구의 각 문항의 문화적 측면과 규범적 측면에 대한 인식의 불일치 가능성을 사전에 고려해야 한다는 점이다. 과거에 비해 국제사회의 문화적 공통기반이 확장되었으나 그럼에도 서구의 문화와 한국의 문화적 맥락은 차이가 존재할 수 있다. 이러한 문화적 차이는 평가도구의 변안과정에서도 중요한 고려사항이지만, 개발된 평가도구를 활용하는 평가주체(평가기관, 평가위원)와 피평가자(피평가시설과 운영자) 사이에서, 동일한 평가팀 내에서도 중요한 고려사항이어야 할 것이다. 특히 평가주체와 피평가자 사이에 평가도구에 대한 공통된 이해가 전제되어야 하며, 이를 위해서는 평가도구에 대한 통일된 이해를 뒷받침할 수 있는 공개적 논의와 교육의 기회 보장이 중요할 것이다.

셋째, 한국형 인권기반 정신재활시설평가도구의 활용을 위해서는 기존의 정신재활시설에 대한 주기적인 평가와 인권기반 정신재활시설평가를 어떻게 조화시킬 것인가에 대한 정책적 결정이 필요하다는 점이다. 정신장애인의 인권보호는 국가인권위원회의 중요사무이면서 동시에 정신건강복지서비스를 주관하는 보건복지부와 일선 지방자치단체의 중요사무이다. 두 평가가 강조점이 다르다는 점에서 국가인권위원회가 독립적인 평가를 운영하여, 보건복지부 주관의 정신재활시설평가와 차별화할 수 있을 것이다. 또는 두 가지 평가를 통합적으로 운영하는 방안을 모색할 수 있다. 두 가지 평가를 독립적으로 운영할 경우 피평가자인 정신재활시설이 평가를 받아야 하는 부담이 가중되는 부작용이 존재할 수 있으며, 두 평가를 통합적으로 운영하는 경우 기존의 정신재활시설평가기준을 대대적으로 개편해야 하는 부담이 따른다. 기존의 정신재활시설평가기준이 시설운영자와 종사자 등 이해관계자의 참여하에 장기간에 걸쳐 점증적으로 발전해 온 것을 고려할 때 인권기반 정신재활시설평가도구를 대폭 반영하려면 ‘정신재활시설의 평가초점을 국제인권기준에 적합화시킨다’는 큰 틀의 정책적 전환이 필요할 것이다.

넷째, 기존의 정신재활시설평가기준이 이번 연구를 통해 개발한 한국형 인권기반 정신재활시설평가도구와 일부 일치하는 평가영역을 포함하지만 평가도구의 완결성 측면에서 인권기반 평가도구가 국제적인 표준에 준한다는 점에서 이 도구의 적용은 국제적 함의까지 지니므로 유용성이 있다. 정신장애인의 인권을 보호한다는 관점에서 국제적인 기준과 연구와 국내의 현실을 비교하여 정책적 공조를 강화할 수 있다는 점에서 인권기반 평가도구의 적용가치가 높다 하겠다.

제6장

이용형 정신재활시설 이용자 욕구 및 이용실태 조사

제1절 분석개요

1. 분석자료 개요

이용형 정신재활시설 이용자들의 욕구 및 이용실태를 파악하기 위해 연구진이 구축한 양적 자료에 대한 분석을 실시하였다. 보다 구체적으로, 본 조사는 이용형 정신재활시설 이용자 대상의 설문을 통하여 현재까지 시행된 정신재활시설의 성과를 점검하고, 이를 바탕으로 최근 국내외 정책환경 변화를 고려할 때 정신재활시설이 미래에 어떠한 방향으로 사업 및 서비스, 프로그램을 전개해 나갈 것인가를 고찰하고자 하는 목적을 가지고 있다. 조사 대상자는 전국의 이용형 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인 당사자로, 실제 조사는 연구진이 직접 구성한 설문지를 가지고 온라인 설문조사 시스템을 활용하여 진행되었다.

2. 조사 내용

이용형 정신재활시설 이용자들에 대한 설문조사는 응답자들의 일반적 특성, 정신장애인이 지역사회에 살아가기 위해 필요한 각종 제도나 서비스에 대한 필요도와 충분도에 대한 인지정도, 정신장애로 인한 학대 및 차별 경험, 현재 이용하고 있는 지역사회 정신재활시설에 대한 의견, 개인의 다양한 삶의 영역에 대한 만족도에 대한 의견 등 총 12가지 영역으로 구성되어 있다. 각 조사 영역별 설문 내용을 구체적으로 정리한 결과는 아래의 <표 6-1>과 같다.

<표 6-1> 설문 조사 내용

설문영역	조사 세부 항목
응답자들의 일반적 특성	<ul style="list-style-type: none"> • 거주지역 • 성별 • 출생시기 • 국민기초생활보장수급 상태 및 유형 • 장애등록상태(주된장애/중복장애/장애미등록 이유) • 주된 진단명 • 의료보장 유형 • 최초 정신건강 문제 경험 및 치료 받은 시기 • 정신장애로 인한 입원경험, 최근 입원시기, 입원 기간 • 입원 시 결정 주체

설문영역	조사 세부 항목	
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스의 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> • 소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장) • 주거보장(기본 살 곳) • 신체 건강 • 정신 건강 • 학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대, 등) • 사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등) 	<ul style="list-style-type: none"> • 사회 참여지원(사회참여 및 소속지원) • 직업 참여지원(고용지원) • 교육 참여지원(정규교육, 비정규교육, 등) • 자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원, 등) • 개인맞춤형 회복 지원 • 여가생활 지원
소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> • 공적 소득지원(국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원 • 정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원 • 위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원 • 자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원
주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> • 주택 임대 및 구입을 위한 대출 • 공공임대주택(아파트) • 공동생활가정서비스(그룹홈 등 소규모주거시설) • 월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원 • 전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호 • 지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선 	<ul style="list-style-type: none"> • 주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원 • 주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원 • 단기보호, 위기쉼터 서비스(쉼터) • 주거관리 및 독립생활지원 서비스 • 자립생활체험서비스 • 독립주거전환지원 서비스
신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> • 신체질환의 치료비용 지원 • 신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원 • 신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원
정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> • 상담서비스(개별상담, 집단상담) • 증상 및 약물관리 서비스 • 정신질환 치료와 관련해 정보와 안내 • 정신질환의 치료비용 지원 • 정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원 • 정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 서비스(정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스) • 재활 서비스(질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활) • 대안적 서비스(지원교육, 자원고용, 등) • 가사도우미 서비스 • 외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스 • 회복교육(증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복) • 개인별 회복계획수립 및 지원서비스
정신(질환) 장애로 인한 학대 및 차별 경험	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환(장애)로 인한 총 26가지 영역에 대한 차별 경험 및 차별 경험 시 도움 요청여부 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신장애인이라는 이유로 권리 침해 시 도움이 나 상담을 받기를 원하는 주체 • 스스로 결정내리기 어려운 행위에 대한 지원 필요시 도움의 주체
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등) • 정신장애인 자조모임 지원 서비스 • 정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등) • 문화·예술 활동 제공 및 지원 • 여가활동 제공 및 지원 • 체육활동 제공 및 지원 • 지역사회 자원봉사활동 참여 지원 • 인식개선 활동 참여 지원 • 당사자단체 참여 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계 • 이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동 • 이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동 • 이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동 • 이용자에게 대한 인권교육 • 이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)

설문영역	조사 세부 항목
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 개인맞춤형 직업재활 및 고용지원(일자리정보 및 알선) 이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램 보호작업(보호작업장) 일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임 시취업 및 지원고용) 정신장애인을 위한 특별 채용 일자리(장애인일 자리사업 또는 장애인 의무고용) 정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려(직장편의) 업무수행 시 타인의 도움 정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선 창업지원(창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등) 직장 정보제공 및 연결 서비스 취업 전 훈련 및 직업기술훈련 취업 후 지속적 지원 및 옹호
교육경험 및 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 응답자의 학력 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만 둔 이유 정규교육 및 비정규교육 관련 제도 및 지원에 대한 필요정도와 충분정도
현재 이용하는 지역사회재활시설에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> 본인이 이용하는 지역사회 정신재활시설의 지원 서비스에 대한 12가지 영역에 대한 의견 본인이 이용하는 지역사회 정신재활시설의 지원 서비스에 대한 9가지 영역에 경험
삶의 만족도	<ul style="list-style-type: none"> 신체건강에 대한 만족도 정신건강에 대한 만족도 주거환경에 대한 만족도 가족관계에 대한 만족도 직업(일)에 대한 만족도 소득에 대한 만족도 사회적 친분관계에 대한 만족도 여가생활에 대한 만족도 전반적인 생활에 대한 만족도

3. 분석 방법

설문조사의 결과는 기본적으로 빈도분석, 교차분석 등의 기술통계 방법을 사용하여 분석하였다. 우선 시설의 일반적 특성과 일상생활유지를 위해 기본적으로 필요한 서비스 영역과 하위 서비스 및 프로그램에 대한 필요정도와 충분정도 비교, 재활 시설의 인권관련 서비스에 대한 의견과 경험, 삶의 만족도에 대해 기술통계분석을 실시하였다. 이때, 전체 분석은 대도시, 중소도시, 농어촌 지역별로 구분한 결과를 포함하였다. 둘째, 주요결과를 일상생활지원서비스 세부영역별, 전반적인 인식도를 지역과 연령에 따라 요약 정리하였다. 셋째, 국제인권기준인 UN 장애인권리협약(CRPD), WHO 시설인권기준 지침 툴킷, EU의 QuIRC등을 바탕으로 재활시설의 국제인권기준 대응현황을 요약하였다. 마지막으로 주요결과를 바탕으로 정책적 제언과 함의를 논하였다.

제2절 조사대상자들의 일반적 특성

1. 일반적 특성

〈표 6-2〉 전체 응답자들의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분		응답자 수	응답자 비율	구분		응답자 수	응답자 비율
전체		305	100.0	입원	아니오	52	17.0
성별	여성	129	42.3	경험	예	253	83.0
	남성	176	57.7		서울	76	24.9
연령	청년기(30세 미만)	55	18.0	부산	24	7.9	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	47.2	대구	41	13.4	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	31.5	인천	13	4.3	
	노년기(60세 이상)	10	3.3	광주	19	6.2	
학력	무학	1	0.3	대전	12	3.9	
	초등학교	3	1.0	울산	7	2.3	
	중학교	13	4.3	세종	1	0.3	
	고등학교	130	42.6	경기	38	12.5	
	대학교(3년제 이하)	77	25.2	강원	12	3.9	
	대학교(4년제 이상)	76	24.9	충북	2	0.7	
	대학원 이상	5	1.6	충남	4	1.3	
결혼 상태	미혼	247	81.0	전남	2	0.7	
	결혼/동거 (함께 사는 배우자 있음)	27	8.9	전북	0	0.0	
	별거	1	0.3	경북	45	14.8	
	이혼	29	9.5	경남	6	2.0	
	사별	1	0.3	제주	3	1.0	
국기 초유형	수급대상 아님	169	55.4	지역 구분	대도시	190	62.3
	일반수급가구 (의료·교육·자활특례 제외)	109	35.7		중소도시	110	36.1
	조건부수급가구	14	4.6		농어촌	5	1.6
	의료·교육·자활특례	13	4.3	주된 진단명	조현병(정신분열증)	218	71.5
장애 등록 유무	등록	237	77.7		양극성정동장애(조울증)	36	11.8
	미등록	68	22.3		우울증(반복성우울)	23	7.5
의료 보장 유형	의료급여	109	35.7		분열정동장애	3	1.0
	건강보험	137	44.9		발달장애(지적/자폐성)	6	2.0
	모름	59	19.3		알코올/약물장애	1	0.3
					신경증	4	1.3
				ADHD (주의력결핍과잉행동장애)	3	1.0	
				기타	11	3.6	

이용형 정신재활시설 응답자들의 일반적 특성은 위의 <표 6-2>의 내용과 같다. 이에 따르면, 전체 설문 참여자 중 총 305명의 응답 자료가 분석에 활용되었다. 세부적으로 살펴보면, 남성 응답자가 176명(57.7%)으로 여성 응답자 129명(42.3%)보다 많았다. 연령별로는 성인초기(30세 이상 45세 미만) 응답자가 144명(47.2%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 중장년기(96명, 31.5%), 청년기(55명, 18.0%), 노년기(10명, 3.3%) 응답자의 순이었다. 응답자들의 학력은 고등학교 재학 또는 졸업자(130명, 42.6%), 결혼 상태로는 미혼(247명, 81.0%)인 경우의 응답자 비중이 가장 높았다. 계속해서 국민기초생활보장수급 형태는 수급대상이 아닌 경우가 169명(55.4%)으로 응답자 수가 가장 많았고, 장애등록 상태는 등록의 경우가 237명(77.7%)가 미등록의 경우 68명(22.3%)보다 많았다. 의료보장 유형에 따른 구분에서는 건강보험 대상자인 경우가 137명(44.9%)으로 가장 응답 비중이 높았다. 정신 의료기관에 입원한 경험에 대한 질문에는 입원 경험이 있었다는 응답이 253명(83.0%)으로, 입원경험이 없다는 응답자 52명(17.0%)보다 많은 것으로 나타났다. 광역시도별로 나누어 보면, 서울지역에 거주하는 응답자가 76명(24.9%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 경북(45명, 14.8%), 대구(41명, 13.4%) 지역 거주자의 순으로 응답 비율이 높았다. 한편, 지역유형으로 나누어 보면 대도시(190명, 62.3%), 중소도시(110명, 36.1%), 농어촌(5명, 1.6%)의 순으로 응답자 수가 많았다. 끝으로 주된 진단명에 대한 응답 결과에 따르면, 조현병(정신분열증)인 경우가 218명(71.5%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 양극성정동장애(조울증) 36명(11.8%), 우울증(반복성우울) 23명(7.5%)의 순이었다.

2. 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기

〈표 6-3〉 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기

(단위: 명, %)

구분	정신건강문제 최초발현시기							평균 (세)
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상	계	
사례수	117	120	56	9	2	1	305	23.3
비율	38.4	39.3	18.4	3.0	0.7	0.3	100.0	-
구분	정신건강문제 최초치료시기							평균 (세)
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상	계	
사례수	87	136	65	12	4	1	305	25.0
비율	28.5	44.6	21.3	3.9	1.3	0.3	100.0	-

응답자들이 최초로 정신건강 문제가 나타나 일상 생활상에서 어려움을 겪기 시작 시기가 언제인지 질문하였다. 그 결과 20대(120명, 39.3%), 20대 미만(117명, 38.4%), 30대(56명, 18.4%)의 순으로 응답 비율이 높았고, 정신건강문제가 최초로 발현된 연령은 평균 23.3세였다. 계속해서 정신건강 문제로 처음 치료를 받은 시기 역시 20대(136명, 44.6%), 20대 미만(87명, 28.5%), 30대(65명, 21.3%)의 순으로 응답자 수가 많았고, 최초 치료 시기 평균 연령은 25.0세인 것으로 나타났다.

3. 가장 최근 입원기간/가장최근 입원시 결정주체

〈표 6-4〉 가장 최근 입원기간/가장최근 입원 시 결정주체

(단위: 명, %)

구분	가장최근 입원기간						평균 (개월)
	1개월 미만	1~3개월 미만	3~6개월 미만	6개월~ 1년 미만	1년 이상	계	
사례수	48	87	67	37	14	253	3.47
비율	19.0	34.4	26.5	14.6	5.5	100.0	
구분	가장 최근 입원시 결정주체					계	
	스스로결정	가족설득/동의	가족설득 /비동의	정신건강복지센터/ 경찰/비동의	기타/비동의		
사례수	79	92	54	17	11	253	
비율	31.2	36.4	21.3	6.7	4.4	100.0	

가장 최근 입원하였을 때 그 기간이 어느 정도인지 질문하였다. 그 결과 입원기간이 1~3개월 미만이었던 경우가 총 87명(34.4%)으로 응답 비율이 가장 높았다. 그 다음으로는 3~6개월 미만(67명, 26.5%), 1개월 미만(48명, 19.0%)의 순이었다. 다음으로 가장 최근에 입원할 때, 입원은 누구의 결정에 의해 주로 이루어졌는지 질문하였다. 이에 따르면 가족의 설득에 동의하여 입원한 경우가 92명(36.4%)으로 가장 많았고, 계속해서 스스로 결정하여 입원한 경우(79명, 31.2%), 가족의 결정에 의해 비자발적으로 입원한 경우(54명, 21.3%)의 순이었다.

제3절 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견

1. 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 전반적 인식

1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도

〈표 6-5〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	305	2.39	0.65	2	79.67	대도시	190	2.35	0.63	78.42
						중소도시	110	2.45	0.69	81.52
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
주거보장(기본 설 곳)	305	2.32	0.73	5	77.27	대도시	190	2.27	0.72	75.79
						중소도시	110	2.39	0.77	79.70
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
신체 건강	305	2.38	0.63	3	79.23	대도시	190	2.33	0.63	77.54
						중소도시	110	2.46	0.63	82.12
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
정신 건강	305	2.40	0.62	1	79.89	대도시	190	2.36	0.61	78.77
						중소도시	110	2.45	0.63	81.52
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	305	2.11	0.89	12	70.49	대도시	190	2.03	0.88	67.72
						중소도시	110	2.24	0.89	74.55
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	305	2.25	0.73	9	74.97	대도시	190	2.21	0.75	73.68
						중소도시	110	2.31	0.70	76.97
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	305	2.25	0.67	10	74.86	대도시	190	2.22	0.65	74.04
						중소도시	110	2.28	0.69	76.06
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
직업 참여지원(고용지원)	305	2.30	0.70	6	76.61	대도시	190	2.26	0.70	75.44
						중소도시	110	2.35	0.71	78.18
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	305	2.14	0.73	11	71.48	대도시	190	2.12	0.73	70.53
						중소도시	110	2.18	0.73	72.73
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원, 등)	305	2.26	0.70	8	75.19	대도시	190	2.20	0.71	73.33
						중소도시	110	2.34	0.69	77.88
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
개인맞춤형 회복 지원	305	2.35	0.61	4	78.47	대도시	190	2.33	0.60	77.54
						중소도시	110	2.40	0.62	80.00
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
여가생활 지원	305	2.30	0.64	7	76.50	대도시	190	2.24	0.63	74.74
						중소도시	110	2.38	0.65	79.39
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 종합	305	2.29	0.55	-	76.22	대도시	190	2.24	0.53	74.80
						중소도시	110	2.35	0.56	78.38
						농어촌	5	2.48	0.46	82.78

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

일상적인 생활을 살아가는데 도움이 되는 다양한 제도나 지원 서비스를 나열하고, 이에 대한 응답자들의 필요정도는 어느 정도인지 분석하였다. 그 결과 세부적으로는 정신건강에 대한 지원이나 서비스에 대한 필요정도 평균이 2.40점으로 가장 높은 것으로 나타났다. 그 다음으로는 소득보장(2.39점), 신체건강(2.38점)의 순으로 응답 점수 평균이 높았다. 일상생활을 위해 필요한 세부적인 지원 및 서비스에

대한 필요정도를 모두 종합해 보면 그 평균 점수는 3점 만점을 기준으로 평균 2.29 점 정도로, 대체로 조사 척도가 나타내는 지표 기준상 필요 이상이라는 의견을 가진 것으로 나타났다.

2) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 영역별 충분정도

〈표 6-6〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	287	1.55	0.86	12	51.80	대도시	180	1.56	0.80	51.85
						중소도시	102	1.58	0.97	52.61
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
주거보장(기본 설 곳)	274	1.69	0.87	4	56.20	대도시	168	1.71	0.81	56.94
						중소도시	101	1.69	0.95	56.44
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
신체 건강	290	1.67	0.80	6	55.75	대도시	179	1.70	0.73	56.80
						중소도시	106	1.65	0.89	55.03
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
정신 건강	292	1.76	0.79	1	58.56	대도시	183	1.79	0.76	59.74
						중소도시	104	1.73	0.84	57.69
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	247	1.61	0.81	10	53.58	대도시	151	1.66	0.74	55.41
						중소도시	91	1.55	0.91	51.65
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	272	1.56	0.82	11	51.96	대도시	168	1.63	0.75	54.37
						중소도시	99	1.46	0.91	48.82
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	278	1.74	0.78	3	58.15	대도시	174	1.79	0.70	59.77
						중소도시	99	1.70	0.89	56.57
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
직업 참여지원(고용지원)	276	1.65	0.82	8	55.07	대도시	170	1.68	0.76	55.88
						중소도시	101	1.64	0.92	54.79
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	261	1.66	0.82	7	55.43	대도시	161	1.72	0.76	57.35
						중소도시	95	1.60	0.90	53.33
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	275	1.75	0.80	2	58.42	대도시	172	1.77	0.73	59.11
						중소도시	98	1.74	0.88	58.16
						농어촌	5	1.20	1.10	40.00
개인맞춤형 회복 지원	290	1.68	0.79	5	55.86	대도시	181	1.71	0.72	57.09
						중소도시	104	1.63	0.90	54.49
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
여가생활 지원	281	1.62	0.85	9	53.86	대도시	174	1.66	0.79	55.17
						중소도시	102	1.59	0.93	52.94
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 종합	302	1.67	0.69	-	55.51	대도시	188	1.70	0.61	56.55
						중소도시	109	1.64	0.79	54.74
						농어촌	5	1.00	0.75	33.33

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

일상생활을 하는데 있어 기본적으로 필요한 다양한 지원 및 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 설문 참여자들에게 질문하였다. 그 결과 세부 영역 중 정신건강에 대한 지원 및 서비스 충분정도 인식 평균이 3점 만점 기준에서 1.76점으로 가장 높았다. 그 다음으로는 자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)(1.75점), 사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)(1.74점)의 순으로 응답 점수 평균이 높았다. 반면, 소득보장을 위한 지원 및 서비스의 충분정도 평균은 1.55점으로, 모든 항목 중에서 가장 낮은 것으로 조사되었다. 제시된 모든 세부 항목들을 합하여 종합적으로 평균 점수를 산출해 본 결과 평균 점수는 3점 리커트 척도 기준 1.67점 정도로, 대체로 설문 참여자들의 일상생활 지원을 위한 제도 및 서비스에 대한 제공 충분정도 인식은 보통에서 약간 높은 수준인 것으로 나타났다.

3) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 영역별 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-7〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	287	0.94	1.05	1	대도시	180	0.89	0.99
					중소도시	102	1.00	1.16
					농어촌	5	1.60	0.89
주거보장 (기본 살 곳)	274	0.81	1.04	4	대도시	168	0.76	0.96
					중소도시	101	0.87	1.15
					농어촌	5	1.60	1.14
신체 건강	290	0.79	0.95	7	대도시	179	0.72	0.86
					중소도시	106	0.89	1.07
					농어촌	5	1.40	0.89
정신 건강	292	0.72	0.94	9	대도시	183	0.64	0.89
					중소도시	104	0.81	1.00
					농어촌	5	1.60	0.89
학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	247	0.86	0.99	3	대도시	151	0.74	0.89
					중소도시	91	1.02	1.11
					농어촌	5	1.60	1.14
사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	272	0.88	1.01	2	대도시	168	0.79	0.93
					중소도시	99	1.01	1.10
					농어촌	5	1.40	1.34
사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	278	0.64	0.93	12	대도시	174	0.56	0.83
					중소도시	99	0.75	1.06
					농어촌	5	1.40	0.89
직업 참여지원 (고용지원)	276	0.81	0.96	5	대도시	170	0.76	0.90
					중소도시	101	0.85	1.03
					농어촌	5	1.60	0.89

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	261	0.71	0.91	10	대도시	161	0.63	0.83
					중소도시	95	0.80	1.01
					농어촌	5	1.40	0.89
자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	275	0.67	0.93	11	대도시	172	0.59	0.86
					중소도시	98	0.77	1.03
					농어촌	5	1.40	1.14
개인맞춤형 회복 지원	290	0.76	0.95	8	대도시	181	0.69	0.86
					중소도시	104	0.86	1.09
					농어촌	5	1.20	0.84
여가생활 지원	281	0.80	0.96	6	대도시	174	0.71	0.89
					중소도시	102	0.91	1.04
					농어촌	5	1.60	1.14
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	302	0.76	0.82	-	대도시	188	0.69	0.73
					중소도시	109	0.84	0.93
					농어촌	5	1.48	0.87

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 필요정도와 충분정도의 차이가 어떠한지 분석한 결과는 위의 <표 6-7>과 같다. 이에 따르면, 위의 표에 제시된 모든 항목의 차이 점수 평균값이 양수로 나와 전반적으로 응답자들은 일상생활 지원 및 서비스에 대하여 충분정도 보다 필요정도를 크게 인식하고 있는 것으로 나타났다. 세부적으로 보면, 소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)을 위한 지원 및 서비스에 대한 필요도와 충분도 차이 값의 크기가 0.94점으로 가장 컸고, 그 다음으로는 사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)(0.88점), 학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)(0.86점), 주거보장(기본 살 곳)(0.81점)의 순으로 차이 값 평균이 컸다.

2. 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역별 전반적 인식

1) 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 6-8〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
공적 소득지원 (국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등에 대한 안내, 정보제공, 신청지원)	305	2.33	0.65	1	77.60	대도시	190	2.26	0.65	75.26
						중소도시	110	2.45	0.63	81.52
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원	305	2.15	0.72	4	71.69	대도시	190	2.09	0.75	69.65
						중소도시	110	2.25	0.64	75.15
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원	305	2.19	0.69	2	73.11	대도시	190	2.16	0.68	71.93
						중소도시	110	2.25	0.70	75.15
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원	305	2.16	0.70	3	72.02	대도시	190	2.11	0.70	70.18
						중소도시	110	2.25	0.68	75.15
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원	305	2.05	0.76	5	68.42	대도시	190	2.05	0.72	68.42
						중소도시	110	2.05	0.83	68.18
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	305	2.18	0.60	-	72.57	대도시	190	2.13	0.61	71.09
						중소도시	110	2.25	0.58	75.03
						농어촌	5	2.24	0.77	74.67

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

설문 참여자들의 소득 수준을 보장하기 위해 사회적으로 제공되는 세부적인 사회적 제도나 서비스에 대한 필요 정도를 모두 종합하여 평균을 내어 보면 3점 만점 기준으로 2.18점 정도 수준인 것으로 나타났다. 그리고 세부 항목들에 대한 필요정

도 인식 평균값은 최소 2.05점에서 최대 2.33점 사이의 범주에 속해 있었다. 이에 따라 소득 보장과 관련된 모든 항목에서 측정 지표상 필요하다 이상의 의견을 가진 것을 알 수 있다. 세부적으로 분석 결과 평균값이 가장 높은 지원 및 서비스는 공적 소득지원(국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원(평균 2.33점)이었고, 가장 평균 인식 정도가 낮은 세부 항목은 자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원(평균 2.05점)으로 나타났다.

(2) 소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 6-9〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
공적 소득지원 (국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원	289	1.59	0.84	1	53.06	대도시	178	1.57	0.76	52.43
						중소도시	106	1.65	0.95	55.03
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원	266	1.51	0.85	2	50.38	대도시	162	1.51	0.80	50.41
						중소도시	100	1.53	0.93	51.00
						농어촌	4	1.00	0.82	33.33
저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원	271	1.49	0.84	3	49.57	대도시	169	1.46	0.82	48.52
						중소도시	98	1.56	0.87	52.04
						농어촌	4	1.00	0.82	33.33
위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원	269	1.43	0.88	5	47.83	대도시	166	1.42	0.85	47.19
						중소도시	99	1.47	0.92	49.16
						농어촌	4	1.25	0.96	41.67
자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원	251	1.45	0.86	4	48.34	대도시	160	1.43	0.81	47.71
						중소도시	87	1.49	0.94	49.81
						농어촌	4	1.25	0.96	41.67
소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	297	1.49	0.77	-	49.59	대도시	183	1.48	0.73	49.32
						중소도시	109	1.52	0.84	50.68
						농어촌	5	1.08	0.73	36.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

지역사회에서 살아가는데 필요한 소득보장과 관련한 다양한 지원의 제공 충분정도가 어떠한지 살펴보았다. 그 결과 응답자들의 평균 응답점수는 공적 소득지원(국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원(평균 1.59점), 정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원(평균 1.51점), 저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원(평균 1.49점)의 순으로 높았다. 충분정도를 종합한 평균값은 1.49점으로, 조사 참여자들의 충분정도에 대한 평가는 보통보다 약간 낮은 수준인 것으로 나타났다.

(3) 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-10〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
공적 소득지원 (국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등에 대한 안내, 정보제공, 신청지원)	289	0.83	0.99	5	대도시	178	0.80	0.95
					중소도시	106	0.87	1.06
					농어촌	5	1.40	0.89
정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원	266	0.85	0.95	4	대도시	162	0.82	0.93
					중소도시	100	0.86	0.98
					농어촌	4	1.50	1.00
저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원	271	0.88	0.97	2	대도시	169	0.88	0.96
					중소도시	98	0.87	0.99
					농어촌	4	1.50	1.00
위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원	269	0.91	1.02	1	대도시	166	0.89	1.02
					중소도시	99	0.94	1.04
					농어촌	4	1.25	0.96
자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원	251	0.88	0.95	3	대도시	160	0.86	0.91
					중소도시	87	0.90	1.02
					농어촌	4	1.25	0.96
소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	297	0.87	0.89	-	대도시	183	0.84	0.88
					중소도시	109	0.89	0.90
					농어촌	5	1.32	0.84

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

응답자들의 소득보장 관련 지원 및 서비스에 대한 필요정도와 충분정도에 대한 인식의 차이가 어떠한지 분석하였다. 그 결과 세부 항목에 대한 차이 값의 평균은 0.83점에서 0.91점 사이의 범주로 나타났다. 그리고 모든 세부 항목을 합하여 종합적으로 살펴본 결과 평균 점수는 0.87점 수준이었다. 차이가 가장 큰 영역은 ‘위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원(0.91점)’이었다. 이와 같은 결과를 놓고 볼 때, 전반적으로 설문 참여자들은 스스로의 필요정도에 비해 소득보장 관련 지원 및 서비스가 충분하게 제공되고 있지 않다고 인식하고 있음을 알 수 있다. 지역별로는 농어촌 지역에서 소득보장 관련 서비스의 필요도와 충분도 차이가 가장 큰 것으로 나타났다.

2) 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 주거관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 6-11〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
주택 임대 및 구입을 위한 대출	305	2.17	0.79	7	72.46	대도시	190	2.14	0.77	71.40
						중소도시	110	2.23	0.82	74.24
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
공공임대주택(아파트)	305	2.29	0.74	2	76.39	대도시	190	2.25	0.74	75.09
						중소도시	110	2.35	0.74	78.48
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
공동생활가정서비스(그룹홈 등 소규모주거시설)	305	1.99	0.84	12	66.23	대도시	190	1.95	0.84	64.91
						중소도시	110	2.04	0.85	67.88
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원	305	2.38	0.66	1	79.45	대도시	190	2.30	0.68	76.67
						중소도시	110	2.53	0.60	84.24
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	305	2.23	0.74	4	74.32	대도시	190	2.19	0.74	73.16
						중소도시	110	2.28	0.74	76.06
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	305	2.16	0.73	8	71.91	대도시	190	2.13	0.72	70.88
						중소도시	110	2.19	0.74	73.03
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	305	2.24	0.72	3	74.64	대도시	190	2.15	0.73	71.75
						중소도시	110	2.38	0.69	79.39
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	305	2.15	0.74	9	71.80	대도시	190	2.13	0.72	70.88
						중소도시	110	2.20	0.76	73.33
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)	305	2.04	0.83	11	68.09	대도시	190	2.01	0.86	66.84
						중소도시	110	2.10	0.80	70.00
						농어촌	5	2.20	0.45	73.33
주거관리 및 독립생활지원 서비스	305	2.21	0.72	5	73.77	대도시	190	2.16	0.73	71.93
						중소도시	110	2.30	0.71	76.67
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
자립생활체험서비스	305	2.13	0.78	10	71.04	대도시	190	2.09	0.77	69.65
						중소도시	110	2.19	0.80	73.03
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
독립주거전환지원 서비스	305	2.18	0.77	6	72.68	대도시	190	2.12	0.79	70.70
						중소도시	110	2.27	0.74	75.76
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
주거관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	305	2.18	0.62	-	72.73	대도시	190	2.13	0.63	71.15
						중소도시	110	2.26	0.61	75.18
						농어촌	5	2.37	0.54	78.89

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

지역사회에서 독립적으로 살아가기 위해 주거와 관련된 지원 및 서비스가 어느 정도 필요하다고 생각하는지 질문하였다. 그 결과 세부 지원 및 서비스에 대한 필요 정도는 3점 만점 기준에서 평균 1.99점에서 2.38점 사이의 범위로 조사되었다. 구체적으로 가장 필요정도가 높았던 주거 관련 지원 및 서비스는 월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원으로 평균 점수는 2.38점이었다. 그 다음으로는 공공임대주택(아파트) 2.29점, 주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원 2.24점의 순으로 평균 점수가 높았다. 주거관련 지원 및 서비스 세부 항목들에 대한 필요도를 모두 합하여 종합해 본 결과 평균값은 2.18점 정도 수준으로 나타났다.

(2) 주거관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 6-12〉 주거관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
주택 임대 및 구입을 위한 대출	254	1.43	0.88	10	47.77	대도시	159	1.47	0.81	48.85
						중소도시	91	1.40	0.99	46.52
						농어촌	4	1.00	0.82	33.33
공공임대주택(아파트)	272	1.47	0.86	8	48.90	대도시	168	1.45	0.81	48.41
						중소도시	99	1.49	0.95	49.83
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67
공동생활가정서비스(그룹 홈 등 소규모주거시설)	230	1.50	0.85	5	50.00	대도시	142	1.54	0.81	51.41
						중소도시	83	1.45	0.91	48.19
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원	287	1.50	0.89	4	50.06	대도시	176	1.56	0.83	52.08
						중소도시	106	1.43	0.98	47.80
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	269	1.50	0.87	6	49.94	대도시	167	1.53	0.81	51.10
						중소도시	97	1.46	0.97	48.80
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	261	1.53	0.85	2	50.96	대도시	163	1.50	0.85	50.10
						중소도시	93	1.59	0.85	53.05
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	266	1.36	0.92	12	45.49	대도시	162	1.40	0.87	46.50
						중소도시	99	1.34	0.99	44.78
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	254	1.40	0.91	11	46.72	대도시	161	1.41	0.88	47.00
						중소도시	89	1.42	0.96	47.19
						농어촌	4	0.75	0.96	25.00
단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)	236	1.47	0.86	9	48.87	대도시	143	1.51	0.84	50.35
						중소도시	88	1.43	0.88	47.73
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
주거관리 및 독립생활지원 서비스	269	1.55	0.83	1	51.67	대도시	166	1.53	0.81	51.00
						중소도시	98	1.61	0.85	53.74
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
자립생활체험서비스	254	1.51	0.81	3	50.26	대도시	159	1.46	0.81	48.64
						중소도시	90	1.62	0.82	54.07
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
독립주거전환지원 서비스	263	1.49	0.82	7	49.56	대도시	161	1.48	0.78	49.28
						중소도시	97	1.54	0.88	51.20
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
주거관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	299	1.47	0.75	-	49.05	대도시	185	1.47	0.73	48.99
						중소도시	109	1.50	0.79	49.87
						농어촌	5	0.99	0.75	33.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

응답자들의 주거 관련 세부 지원 및 서비스 항목에 대한 제공 충분정도 인식 수준을 종합적으로 구하여 평균을 내어 보면, 3점 만점 기준 평균 1.47점으로 나타나 대체로 불충분하다는 인식에 가까운 것으로 나타났다. 세부 항목별로는 주거관리

및 독립생활지원 서비스에 대한 충분정도 인식 수준이 평균 1.55점으로 가장 높았고, 반면 주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원에 대한 충분정도 인식 수준은 평균 1.36점으로 가장 낮았다.

(3) 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-13〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
주택 임대 및 구입을 위한 대출	254	1.02	1.02	2	대도시	159	0.94	0.96
					중소도시	91	1.13	1.12
					농어촌	4	1.50	1.00
공공임대주택(아파트)	272	1.01	1.09	3	대도시	168	1.00	1.04
					중소도시	99	1.04	1.19
					농어촌	5	1.00	1.00
공동생활가정서비스(그룹홈 등 소규모주거시설)	230	0.88	1.00	10	대도시	142	0.81	0.96
					중소도시	83	0.99	1.05
					농어촌	5	1.20	1.10
월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원	287	0.99	1.08	5	대도시	176	0.87	0.99
					중소도시	106	1.16	1.20
					농어촌	5	1.60	1.14
전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	269	0.93	1.07	7	대도시	167	0.87	0.99
					중소도시	97	1.02	1.20
					농어촌	5	1.40	0.89
지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	261	0.85	1.04	12	대도시	163	0.85	1.03
					중소도시	93	0.84	1.07
					농어촌	5	1.40	0.89
주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	266	1.08	1.11	1	대도시	162	0.99	1.05
					중소도시	99	1.20	1.20
					농어촌	5	1.60	1.14
주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	254	1.01	1.09	4	대도시	161	0.95	1.07
					중소도시	89	1.08	1.13
					농어촌	4	1.75	1.26

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준편차	차이 순위	구분	N	평균	표준편차
단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)	236	0.94	1.02	6	대도시	143	0.90	0.99
					중소도시	88	0.99	1.09
					농어촌	5	1.40	0.89
주거관리 및 독립생활지원 서비스	269	0.86	0.97	11	대도시	166	0.84	0.94
					중소도시	98	0.87	1.02
					농어촌	5	1.40	0.89
자립생활체험서비스	254	0.90	0.98	9	대도시	159	0.90	0.95
					중소도시	90	0.87	1.04
					농어촌	5	1.40	0.89
독립주거전환지원 서비스	263	0.93	0.97	8	대도시	161	0.91	0.93
					중소도시	97	0.94	1.04
					농어촌	5	1.60	1.14
주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	299	0.93	0.91	-	대도시	185	0.89	0.88
					중소도시	109	0.97	0.96
					농어촌	5	1.41	0.95

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

독립적으로 지역사회 안에서 살아가기 위해 필요한 주거관련 지원 및 서비스의 필요정도와 충분정도의 차이가 어떠한지 살펴보면 위의 <표 6-13>과 같다. 우선 모든 세부 항목을 합하여 종합적인 차이 값을 구해보면, 평균 0.93점으로 충분정도에 비해 필요정도가 더욱 큰 것으로 나타났다. 세부 항목별로 살펴보면, 주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원에 대한 차이 값이 1.08점으로 가장 컸고, 그 다음으로는 주택 임대 및 구입을 위한 대출(1.02점), 공공임대주택(아파트)(1.01점)의 순이었다.

3) 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 6-14〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
신체질환의 치료비용 지원	305	2.34	0.63	1	77.92	대도시	190	2.29	0.61	76.32
						중소도시	110	2.42	0.67	80.61
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원	305	2.25	0.67	4	75.08	대도시	190	2.23	0.64	74.39
						중소도시	110	2.28	0.73	76.06
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	305	2.31	0.68	2	76.94	대도시	190	2.28	0.64	75.96
						중소도시	110	2.35	0.74	78.48
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	305	2.30	0.61	3	76.50	대도시	190	2.27	0.58	75.79
						중소도시	110	2.33	0.67	77.58
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	305	2.30	0.59	-	76.61	대도시	190	2.27	0.56	75.61
						중소도시	110	2.35	0.64	78.18
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

신체건강에 대한 지원 및 서비스 필요 정도에 대하여 정리해 보면, 위의 〈표 6-14〉와 같다. 이에 따르면, 전반적으로 신체건강 관련 세부 지원 및 서비스 항목의 종합적인 평균값은 3점 만점 척도 상 2.30점으로, 필요하다고 인식하는 쪽에 가까운 것으로 나타났다. 세부 항목별로 나누어 보면, 신체질환의 치료비용 지원(2.34점), 신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원(2.31점), 신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원(2.30점), 신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원(2.25점)의 순으로 평균 점수가 높았다.

(2) 신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 6-15〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
신체질환의 치료비용 지원	286	1.49	0.86	4	49.65	대도시	178	1.53	0.81	50.94
						중소도시	103	1.45	0.94	48.22
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원	277	1.52	0.82	3	50.66	대도시	174	1.53	0.77	51.15
						중소도시	98	1.51	0.91	50.34
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	282	1.59	0.87	1	52.84	대도시	178	1.62	0.84	54.12
						중소도시	99	1.57	0.92	52.19
						농어촌	5	0.60	0.89	20.00
신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	288	1.54	0.85	2	51.39	대도시	181	1.56	0.82	52.12
						중소도시	102	1.54	0.90	51.31
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	295	1.53	0.79	-	51.08	대도시	184	1.56	0.75	51.87
						중소도시	106	1.52	0.85	50.71
						농어촌	5	0.90	0.76	30.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도에 대한 응답자들의 의견을 종합하여 평균을 내어 보면 3점 만점 척도 기준으로 1.53점 정도 수준이었다. 구체적으로는 신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원에 대한 충분정도 응답 평균이 1.59점으로 가장 높았고, 계속해서 신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원(1.54점), 신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원(1.52점), 신체질환의 치료비용 지원(1.49점)의 순이었다.

(3) 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-16〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
신체질환의 치료비용 지원	286	0.95	1.05	1	대도시	178	0.86	1.01
					중소도시	103	1.09	1.11
					농어촌	5	1.40	0.89
신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원	277	0.88	0.99	2	대도시	174	0.83	0.94
					중소도시	98	0.96	1.07
					농어촌	5	1.20	0.84
신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	282	0.85	1.05	3	대도시	178	0.76	1.00
					중소도시	99	0.97	1.10
					농어촌	5	1.80	1.10
신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	288	0.84	0.99	4	대도시	181	0.78	0.97
					중소도시	102	0.91	1.02
					농어촌	5	1.60	1.14
신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	295	0.87	0.95	-	대도시	184	0.81	0.91
					중소도시	106	0.96	1.01
					농어촌	5	1.50	0.95

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

신체건강을 보장하기 위한 다양한 제도 및 서비스에 대한 필요정도와 충분정도의 차이를 종합하여 평균을 내어 본 결과 0.87점으로, 대체적으로 응답자들은 충분정도에 비해 필요정도를 더욱 높게 인지하는 것으로 나타났다. 세부적으로 차이 점수가 가장 큰 항목은 신체질환의 치료비용 지원(0.95점)이었고, 가장 적은 항목은 신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원(0.84점)이었다.

4) 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 6-17〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
상담서비스(개별상담, 집단상담)	305	2.27	0.66	5	75.74	대도시	190	2.26	0.63	20.98
						중소도시	110	2.30	0.68	22.82
						농어촌	5	2.00	1.22	40.82
증상 및 약물관리 서비스	305	2.22	0.69	10	74.10	대도시	190	2.18	0.67	22.30
						중소도시	110	2.32	0.69	22.99
						농어촌	5	1.60	1.14	38.01
정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	305	2.25	0.65	7	75.08	대도시	190	2.23	0.64	21.31
						중소도시	110	2.32	0.62	20.66
						농어촌	5	1.80	1.30	43.46
정신질환의 치료비용 지원	305	2.33	0.66	1	77.81	대도시	190	2.27	0.64	21.32
						중소도시	110	2.45	0.67	22.39
						농어촌	5	2.40	0.89	29.81
정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	305	2.23	0.66	9	74.21	대도시	190	2.18	0.64	21.21
						중소도시	110	2.28	0.69	23.08
						농어촌	5	2.60	0.55	18.26
정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	305	2.28	0.62	3	75.96	대도시	190	2.24	0.59	19.75
						중소도시	110	2.34	0.67	22.25
						농어촌	5	2.60	0.55	18.26
치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	305	2.14	0.73	11	71.48	대도시	190	2.11	0.73	24.23
						중소도시	110	2.20	0.73	24.23
						농어촌	5	2.40	0.89	29.81

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	305	2.31	0.66	2	77.05	대도시	190	2.28	0.68	22.51
						중소도시	110	2.35	0.64	21.46
						농어촌	5	2.60	0.55	18.26
대안적 서비스 (지원교육, 지원고용 등)	305	2.24	0.66	8	74.75	대도시	190	2.22	0.63	20.96
						중소도시	110	2.26	0.71	23.75
						농어촌	5	2.60	0.55	18.26
가사도우미 서비스	305	1.88	0.85	13	62.62	대도시	190	1.83	0.79	26.26
						중소도시	110	1.98	0.94	31.28
						농어촌	5	1.60	1.14	38.01
외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	305	1.96	0.85	12	65.36	대도시	190	1.89	0.82	27.29
						중소도시	110	2.06	0.88	29.36
						농어촌	5	2.40	0.89	29.81
회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	305	2.28	0.66	4	75.85	대도시	190	2.25	0.62	20.56
						중소도시	110	2.33	0.69	23.07
						농어촌	5	2.00	1.22	40.82
개인별 회복계획수립 및 지원서비스	305	2.26	0.63	6	75.19	대도시	190	2.25	0.61	20.20
						중소도시	110	2.28	0.65	21.72
						농어촌	5	2.00	1.22	40.82
정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	305	2.20	0.54	-	73.48	대도시	190	2.17	0.52	72.27
						중소도시	110	2.27	0.57	75.57
						농어촌	5	2.20	0.69	73.33

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

정신건강을 지원하기 위해 제공되는 다양한 제도 및 서비스의 필요정도를 어느 정도 인식하고 있는지 질문하였다. 그 결과 종합적인 필요정도 점수는 3점 척도 기준으로 2.20점 정도 수준으로 나타났다. 세부 항목별로 나누어 보았을 때, 평균 점수는 정신질환의 치료비용 지원(2.33점), 재활 서비스(질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)(2.31점), 정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원(2.28점)의 순으로 높았다.

(2) 정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 6-18〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
상담서비스(개별상담, 집단상담)	283	1.72	0.74	2	57.48	대도시	177	1.73	0.70	57.82
						중소도시	102	1.72	0.78	57.19
						농어촌	4	1.50	1.29	50.00
증상 및 약물관리 서비스	273	1.77	0.77	1	58.97	대도시	170	1.77	0.75	59.02
						중소도시	100	1.77	0.81	59.00
						농어촌	3	1.67	0.58	55.56
정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	280	1.71	0.77	3	56.90	대도시	174	1.71	0.74	57.09
						중소도시	103	1.71	0.82	56.96
						농어촌	3	1.33	0.58	44.44
정신질환의 치료비용 지원	281	1.48	0.90	12	49.47	대도시	176	1.56	0.83	51.89
						중소도시	101	1.39	1.00	46.20
						농어촌	4	0.75	0.96	25.00
정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	274	1.64	0.80	8	54.50	대도시	172	1.67	0.76	55.81
						중소도시	97	1.60	0.85	53.26
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	283	1.62	0.81	9	53.95	대도시	178	1.66	0.77	55.24
						중소도시	100	1.58	0.87	52.67
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	259	1.70	0.78	4	56.76	대도시	161	1.73	0.72	57.56
						중소도시	94	1.70	0.87	56.74
						농어촌	4	0.75	0.96	25.00
재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	281	1.68	0.80	5	55.99	대도시	174	1.68	0.78	56.13
						중소도시	102	1.72	0.83	57.19
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
대안적 서비스 (지원교육, 지원고용 등)	281	1.59	0.79	10	53.14	대도시	177	1.61	0.75	53.67
						중소도시	99	1.61	0.84	53.54
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
가사도우미 서비스	216	1.42	0.89	13	47.38	대도시	128	1.47	0.81	48.96
						중소도시	85	1.34	1.01	44.71
						농어촌	3	1.67	0.58	55.56
외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	224	1.54	0.85	11	51.19	대도시	137	1.61	0.77	53.53
						중소도시	83	1.45	0.97	48.19
						농어촌	4	1.00	0.82	33.33
회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	282	1.64	0.82	7	54.73	대도시	178	1.66	0.77	55.43
						중소도시	100	1.63	0.91	54.33
						농어촌	4	1.00	0.82	33.33
개인별 회복계획수립 및 지원서비스	281	1.65	0.80	6	55.16	대도시	177	1.64	0.79	54.61
						중소도시	100	1.70	0.82	56.67
						농어촌	4	1.25	0.96	41.67
정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	300	1.63	0.69	-	54.23	대도시	186	1.65	0.66	55.16
						중소도시	109	1.61	0.74	53.63
						농어촌	5	0.98	0.82	32.75

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

지역사회에서 살아가는데 도움이 되는 정신건강 관련 지원이나 서비스가 응답자들에게 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 질문하였다. 이에 따르면 지원 및 서비스에 대한 응답점수 종합 결과는 3점 만점 기준으로 평균 1.63점 정도 수준으로 나타났다. 세부적으로 충분정도 응답 평균 점수가 가장 높았던 정신건강 관련 지원 및 서비스는 증상 및 약물관리 서비스(1.77점)였고, 그 다음으로는 상담서비스(개별상담, 집단상담)(1.72점), 정신질환 치료와 관련해 정보와 안내(1.71점)의 순이었다.

(3) 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-19〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
상담서비스(개별상담, 집단상담)	283	0.67	0.86	12	대도시	177	0.64	0.82
					중소도시	102	0.72	0.89
					농어촌	4	1.00	1.41
증상 및 약물관리 서비스	273	0.62	0.85	13	대도시	170	0.58	0.81
					중소도시	100	0.70	0.93
					농어촌	3	0.67	0.58
정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	280	0.67	0.87	11	대도시	174	0.64	0.83
					중소도시	103	0.71	0.94
					농어촌	3	1.33	1.15
정신질환의 치료비용 지원	281	0.98	1.09	1	대도시	176	0.83	0.99
					중소도시	101	1.20	1.20
					농어촌	4	2.00	1.41
정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	274	0.74	0.93	8	대도시	172	0.65	0.86
					중소도시	97	0.87	1.01
					농어촌	5	1.60	1.34
정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	283	0.77	0.96	5	대도시	178	0.67	0.91
					중소도시	100	0.90	1.00
					농어촌	5	1.60	1.34
치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	259	0.68	0.88	10	대도시	161	0.61	0.79
					중소도시	94	0.72	0.97
					농어촌	4	2.00	1.41
재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	281	0.76	0.96	6	대도시	174	0.74	0.91
					중소도시	102	0.75	1.01
					농어촌	5	1.80	1.30
대안적 서비스 (자원교육, 지원고용 등)	281	0.78	0.96	4	대도시	177	0.72	0.92
					중소도시	99	0.83	1.00
					농어촌	5	1.80	1.30

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
가사도우미 서비스	216	0.92	1.03	2	대도시	128	0.82	0.92
					중소도시	85	1.07	1.18
					농어촌	3	0.67	0.58
외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	224	0.85	1.00	3	대도시	137	0.71	0.88
					중소도시	83	1.04	1.12
					농어촌	4	1.75	1.26
회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	282	0.76	0.95	7	대도시	178	0.69	0.90
					중소도시	100	0.85	1.02
					농어촌	4	1.50	1.29
개인별 회복계획수립 및 지원서비스	281	0.72	0.94	9	대도시	177	0.71	0.93
					중소도시	100	0.72	0.93
					농어촌	4	1.25	1.50
정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	300	0.75	0.81	-	대도시	186	0.68	0.76
					중소도시	109	0.83	0.87
					농어촌	5	1.60	1.19

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

정신건강 관련 지원 및 서비스의 필요정도와 충분정도의 차이값을 구해 정리한 결과는 위의 <표 6-19>와 같다. 이에 따르면, 종합적인 차이 점수 평균은 0.75점 정도 수준으로 나타났다. 세부적으로 차이 값의 평균이 가장 높았던 지원 및 서비스는 정신질환의 치료비용 지원(0.98점)이었고, 상담서비스(개별상담, 집단상담)(0.67)에 대한 차이 점수 평균이 가장 낮았다. 농어촌지역에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 크게 나타났다.

5) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험

(1) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 여부

〈표 6-20〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 여부

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농어촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함	없음	179	(58.7)	113	(59.5)	64	(58.2)	2	(40.0)
	있음	126	(41.3)	77	(40.5)	46	(41.8)	3	(60.0)
정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨	없음	184	(60.3)	116	(61.1)	66	(60.0)	2	(40.0)
	있음	121	(39.7)	74	(38.9)	44	(40.0)	3	(60.0)
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함	없음	221	(72.5)	138	(72.6)	79	(71.8)	4	(80.0)
	있음	84	(27.5)	52	(27.4)	31	(28.2)	1	(20.0)
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 강박(또는 격리)을 당함	없음	222	(72.8)	141	(74.2)	79	(71.8)	2	(40.0)
	있음	83	(27.2)	49	(25.8)	31	(28.2)	3	(60.0)
정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함	없음	209	(68.5)	135	(71.1)	72	(65.5)	2	(40.0)
	있음	96	(31.5)	55	(28.9)	38	(34.5)	3	(60.0)
정신질환(장애)을 이유로 해고 당함	없음	252	(82.6)	156	(82.1)	93	(84.5)	3	(60.0)
	있음	53	(17.4)	34	(17.9)	17	(15.5)	2	(40.0)
정신질환(장애)을 이유로 승진에 불이익을 당함	없음	263	(86.2)	163	(85.8)	95	(86.4)	5	(100.0)
	있음	42	(13.8)	27	(14.2)	15	(13.6)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 낮은 임금을 받음	없음	239	(78.4)	151	(79.5)	84	(76.4)	4	(80.0)
	있음	66	(21.6)	39	(20.5)	26	(23.6)	1	(20.0)
정신질환(장애)을 이유로 입학에 차별을 당함	없음	274	(89.8)	170	(89.5)	99	(90.0)	5	(100.0)
	있음	31	(10.2)	20	(10.5)	11	(10.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 학교에서 따돌림을 당함	없음	226	(74.1)	148	(77.9)	74	(67.3)	4	(80.0)
	있음	79	(25.9)	42	(22.1)	36	(32.7)	1	(20.0)
정신질환(장애)을 이유로 집주인이나 부동산 중개인으로부터 입주를 거절당함	없음	290	(95.1)	181	(95.3)	104	(94.5)	5	(100.0)
	있음	15	(4.9)	9	(4.7)	6	(5.5)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 집주인으로부터 이사를 강요당함	없음	286	(93.8)	179	(94.2)	102	(92.7)	5	(100.0)
	있음	19	(6.2)	11	(5.8)	8	(7.3)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험이 있음	없음	261	(85.6)	162	(85.3)	95	(86.4)	4	(80.0)
	있음	44	(14.4)	28	(14.7)	15	(13.6)	1	(20.0)
정신질환(장애)을 이유로 증상이나 기능을 이유로 주거시설에 입소를 거부당한 경험이 있음	없음	300	(98.4)	187	(98.4)	108	(98.2)	5	(100.0)
	있음	5	(1.6)	3	(1.6)	2	(1.8)	0	(0.0)

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농어촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 주거시설의 정책이나 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소한 경험이 있음	없음	292	(95.7)	180	(94.7)	107	(97.3)	5	(100.0)
	있음	13	(4.3)	10	(5.3)	3	(2.7)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음	없음	280	(91.8)	175	(92.1)	100	(90.9)	5	(100.0)
	있음	25	(8.2)	15	(7.9)	10	(9.1)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 운전면허 취득에서의 차별(면허취득 제한, 면허취소 등)	없음	258	(84.6)	165	(86.8)	88	(80.0)	5	(100.0)
	있음	47	(15.4)	25	(13.2)	22	(20.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서 차별(자격 취득 금지, 제한)	없음	255	(83.6)	165	(86.8)	86	(78.2)	4	(80.0)
	있음	50	(16.4)	25	(13.2)	24	(21.8)	1	(20.0)
정신질환(장애)을 이유로 민간보험가입에서의 차별(가입거부, 제한)	없음	226	(74.1)	142	(74.7)	80	(72.7)	4	(80.0)
	있음	79	(25.9)	48	(25.3)	30	(27.3)	1	(20.0)
정신질환(장애)을 이유로 공공시설물 이용에서의 차별(이용거부, 제한)	없음	276	(90.5)	176	(92.6)	95	(86.4)	5	(100.0)
	있음	29	(9.5)	14	(7.4)	15	(13.6)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 대중시설 이용에서의 차별(예, 대중목욕탕, 대중교통 승차거부 등)	없음	286	(93.8)	184	(96.8)	97	(88.2)	5	(100.0)
	있음	19	(6.2)	6	(3.2)	13	(11.8)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	없음	289	(94.8)	185	(97.4)	99	(90.0)	5	(100.0)
	있음	16	(5.2)	5	(2.6)	11	(10.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 문화, 예술, 체육활동의 차별(공연, 전시, 관람)	없음	285	(93.4)	183	(96.3)	97	(88.2)	5	(100.0)
	있음	20	(6.6)	7	(3.7)	13	(11.8)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	없음	281	(92.1)	181	(95.3)	95	(86.4)	5	(100.0)
	있음	24	(7.9)	9	(4.7)	15	(13.6)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 투표권 행사, 피선거권의 차별	없음	292	(95.7)	186	(97.9)	101	(91.8)	5	(100.0)
	있음	13	(4.3)	4	(2.1)	9	(8.2)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	없음	232	(76.1)	156	(82.1)	71	(64.5)	5	(100.0)
	있음	73	(23.9)	34	(17.9)	39	(35.5)	0	(0.0)

지역사회에서 살아가면서 느끼는 학대 및 차별 경험이 어떠한지에 대하여 질문하였다. 그 결과 정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못한 상황에 대한 경험 있음 응답 비율이 가장 높게 나타났다(있음 41.3%, 없음 58.7%). 그 다음으로 정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨(있음 39.7%, 없음 60.3%), 정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함(있음 31.5%, 없음 68.5%), 정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함(있음 27.5%, 없음 72.5%)의 순으로 경험 있음 응답 비율이 높았다.

(2) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움 요청여부

〈표 6-21〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움 요청여부

구분	전체		도시유형별						
			대도시		중소도시		농촌		
	없음	있음	N	비율	N	비율	N	비율	N
정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함	없음	48 (38.1)	25	(32.5)	22	(47.8)	1	(33.3)	
	있음	78 (61.9)	52	(67.5)	24	(52.2)	2	(66.7)	
정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨	없음	68 (56.2)	39	(52.7)	28	(63.6)	1	(33.3)	
	있음	53 (43.8)	35	(47.3)	16	(36.4)	2	(66.7)	
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함	없음	48 (57.1)	30	(57.7)	17	(54.8)	1	(100.0)	
	있음	36 (42.9)	22	(42.3)	14	(45.2)	0	(0.0)	
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 강박(또는 격리)을 당함	없음	40 (48.2)	24	(49.0)	15	(48.4)	1	(33.3)	
	있음	43 (51.8)	25	(51.0)	16	(51.6)	2	(66.7)	
정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함	없음	57 (59.4)	35	(63.6)	22	(57.9)	0	(0.0)	
	있음	39 (40.6)	20	(36.4)	16	(42.1)	3	(100.0)	
정신질환(장애)을 이유로 해고 당함	없음	37 (69.8)	24	(70.6)	12	(70.6)	1	(50.0)	
	있음	16 (30.2)	10	(29.4)	5	(29.4)	1	(50.0)	
정신질환(장애)을 이유로 승진에 불이익을 당함	없음	24 (57.1)	17	(63.0)	7	(46.7)	0	(0.0)	
	있음	18 (42.9)	10	(37.0)	8	(53.3)	0	(0.0)	
정신질환(장애)을 이유로 낮은 임금을 받음	없음	41 (62.1)	27	(69.2)	13	(50.0)	1	(100.0)	
	있음	25 (37.9)	12	(30.8)	13	(50.0)	0	(0.0)	
정신질환(장애)을 이유로 입학에 차별을 당함	없음	21 (67.7)	15	(75.0)	6	(54.5)	0	(0.0)	
	있음	10 (32.3)	5	(25.0)	5	(45.5)	0	(0.0)	
정신질환(장애)을 이유로 학교에서 따돌림을 당함	없음	43 (54.4)	23	(54.8)	20	(55.6)	0	(0.0)	
	있음	36 (45.6)	19	(45.2)	16	(44.4)	1	(100.0)	
정신질환(장애)을 이유로 집주인이나 부동산 중개인으로부터 입주를 거절당함	없음	11 (73.3)	7	(77.8)	4	(66.7)	0	(0.0)	
	있음	4 (26.7)	2	(22.2)	2	(33.3)	0	(0.0)	
정신질환(장애)을 이유로 집주인으로부터 이사를 강요당함	없음	10 (52.6)	6	(54.5)	4	(50.0)	0	(0.0)	
	있음	9 (47.4)	5	(45.5)	4	(50.0)	0	(0.0)	
정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험이 있음	없음	20 (45.5)	13	(46.4)	7	(46.7)	0	(0.0)	
	있음	24 (54.5)	15	(53.6)	8	(53.3)	1	(100.0)	
정신질환(장애)을 이유로 증상이나 기능을 이유로 주거시설에 입소를 거부당한 경험이 있음	없음	1 (20.0)	1	(33.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	
	있음	4 (80.0)	2	(66.7)	2	(100.0)	0	(0.0)	
정신질환(장애)을 이유로 주거시설의 정책이나 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소한 경험이 있음	없음	8 (61.5)	7	(70.0)	1	(33.3)	0	(0.0)	
	있음	5 (38.5)	3	(30.0)	2	(66.7)	0	(0.0)	

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음	없음	9	(36.0)	5	(33.3)	4	(40.0)	0	(0.0)
	있음	16	(64.0)	10	(66.7)	6	(60.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 운전면허 취득에서의 차별(면허취득 제한, 면허취소 등)	없음	29	(61.7)	17	(68.0)	12	(54.5)	0	(0.0)
	있음	18	(38.3)	8	(32.0)	10	(45.5)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서 차별(자격 취득 금지, 제한)	없음	38	(76.0)	20	(80.0)	17	(70.8)	1	(100.0)
	있음	12	(24.0)	5	(20.0)	7	(29.2)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 민간보험가입에서의 차별(가입거부, 제한)	없음	52	(65.8)	30	(62.5)	21	(70.0)	1	(100.0)
	있음	27	(34.2)	18	(37.5)	9	(30.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 공공시설물 이용에서의 차별(이용거부, 제한)	없음	19	(65.5)	10	(71.4)	9	(60.0)	0	(0.0)
	있음	10	(34.5)	4	(28.6)	6	(40.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 대중시설 이용에서의 차별(예, 대중목욕탕, 대중교통 승차거부 등)	없음	12	(63.2)	4	(66.7)	8	(61.5)	0	(0.0)
	있음	7	(36.8)	2	(33.3)	5	(38.5)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	없음	11	(68.8)	4	(80.0)	7	(63.6)	0	(0.0)
	있음	5	(31.3)	1	(20.0)	4	(36.4)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 문화, 예술, 체육활동의 차별(공연, 전시, 관람)	없음	12	(60.0)	5	(71.4)	7	(53.8)	0	(0.0)
	있음	8	(40.0)	2	(28.6)	6	(46.2)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	없음	12	(50.0)	3	(33.3)	9	(60.0)	0	(0.0)
	있음	12	(50.0)	6	(66.7)	6	(40.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 투표권 행사, 피선거권의 차별	없음	9	(69.2)	4	(100.0)	5	(55.6)	0	(0.0)
	있음	4	(30.8)	0	(0.0)	4	(44.4)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	없음	50	(68.5)	23	(67.6)	27	(69.2)	0	(0.0)
	있음	23	(31.5)	11	(32.4)	12	(30.8)	0	(0.0)

정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별을 경험한 경우, 해당 사항에 대하여 주변에 도움을 요청한 적이 있는지에 대하여 질문하였다. 앞서 차별 경험 비율이 가장 높았던 항목을 순서대로 살펴보면, 정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못하였을 때 도움을 요청한 응답자 비율은 61.9%(78명) 정도 수준이었고, 다음으로 정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시되었을 때 도움 요청 응답자 비율은 43.8%(53명)로 나타났다. 그리고 정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당하였을 경우의 도움 요청 비율은 40.6%(39명), 정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가하였다는 항목에서의 도움 요청 비율은 42.9%(36명) 정도 수준이었다.

(3) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움이나 상담 원하는 주체

〈표 6-22〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움이나 상담 원하는 주체

구분	N (%)	정신재활 시설	정신장애인 당사자단체	장애인권익 옹호기관	시·군·구청	국가인권위원회	국민권익위원회	경찰서	잘 모르겠음	기타
전체	305	240	89	97	90	104	59	38	37	18
	(100.0)	(78.7)	(29.2)	(31.8)	(29.5)	(34.1)	(19.3)	(12.5)	(12.1)	(5.9)
대도시	190	152	53	57	60	64	34	22	20	8
	(100.0)	(80.0)	(27.9)	(30.0)	(31.6)	(33.7)	(17.9)	(11.6)	(10.5)	(4.2)
중소도시	110	86	35	39	27	38	24	16	16	1
	(100.0)	(78.2)	(31.8)	(35.5)	(24.5)	(34.5)	(21.8)	(14.5)	(14.5)	(0.9)
농어촌	5	2	1	1	3	2	1	0	1	0
	(100.0)	(40.0)	(20.0)	(20.0)	(60.0)	(40.0)	(20.0)	(0.0)	(20.0)	(0.0)

앞으로 지역사회에서 살아가는 동안 정신장애인이라는 이유로 본인의 권리가 침해된다면 어떤 기관의 도움이나 상담을 통해 도움 받기를 원하는지 질문하였다. 그 결과, 정신재활시설을 통해 도움이나 상담을 받고 싶다는 경우가 240명(78.7%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 국가인권위원회(104명, 34.1%), 장애인권익옹호기관(97명, 31.8%), 정신장애인인당사자단체(89명, 29.2%) 순으로 선택 비율이 높게 나타났다.

(4) 정신의료기관 입·퇴원, 본인 재산 관리 등 스스로 결정 내리기 어려운 사항에 대한 지원 주체

〈표 6-23〉 정신의료기관 입·퇴원, 본인 재산 관리 등 스스로 결정 내리기 어려운 사항에 대한 지원 주체

구분	N (%)	가족 및 친척	정신재활시설 전문가 (사례관리자)	정신장애인 동료상담가	장애인 인권단체	법무사나 변호사	기타	
1순위	전체	305	148	91	21	23	20	2
		(100.0)	(48.5)	(29.8)	(6.9)	(7.5)	(6.6)	(0.7)
	대도시	190	100	51	14	14	9	2
		(100.0)	(52.6)	(26.8)	(7.4)	(7.4)	(4.7)	(1.1)
	중소도시	110	45	40	7	7	11	0
		(100.0)	(40.9)	(36.4)	(6.4)	(6.4)	(10.0)	(0.0)
	농어촌	5	3	0	0	2	0	0
		(100.0)	(60.0)	(0.0)	(0.0)	(40.0)	(0.0)	(0.0)
2순위	전체	305	51	121	57	39	29	8
		(100.0)	(16.7)	(39.7)	(18.7)	(12.8)	(9.5)	(2.6)
	대도시	190	29	84	31	23	19	4
		(100.0)	(15.3)	(44.2)	(16.3)	(12.1)	(10.0)	(2.1)
	중소도시	110	21	35	26	15	10	3
		(100.0)	(19.1)	(31.8)	(23.6)	(13.6)	(9.1)	(2.7)
	농어촌	5	1	2	0	1	0	1
		(100.0)	(20.0)	(40.0)	(0.0)	(20.0)	(0.0)	(20.0)

정신의료기관 입원이나 퇴원, 본인의 재산 관리 등과 관련하여 스스로 결정을 내리기 어려운 경우 어떠한 지원 주체로부터 도움 받기를 원하는지 질문하였다. 그 결과 1순위로 가족 및 친척을 선택한 경우가 148명(48.5%)으로 가장 많았다. 그 다음으로는 정신재활시설전문가(사례관리자)(91명, 29.8%), 장애인인권단체(23명, 7.5%)의 순으로 응답 비율이 높았다. 2순위로는 정신재활시설전문가(사례관리자)를 선택한 경우가 121명(39.7%)으로 가장 많았고, 계속해서 정신장애인동료상담가(57명, 18.7%), 가족 및 친척(51명, 16.7%)의 순이었다.

6) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

〈표 6-24〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	305	2.21	0.69	4	73.55	대도시	190	2.17	0.66	72.46
						중소도시	110	2.25	0.74	74.85
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
정신장애인 자조모임 지원 서비스	305	2.19	0.69	6	72.90	대도시	190	2.11	0.69	70.18
						중소도시	110	2.31	0.67	76.97
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등)	305	2.16	0.71	9	71.91	대도시	190	2.12	0.70	70.53
						중소도시	110	2.21	0.73	73.64
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
문화·예술 활동 제공 및 지원	305	2.24	0.65	3	74.54	대도시	190	2.22	0.62	73.86
						중소도시	110	2.25	0.71	74.85
						농어촌	5	2.80	0.45	93.33
여가활동 제공 및 지원	305	2.25	0.66	2	74.86	대도시	190	2.20	0.64	73.33
						중소도시	110	2.31	0.67	76.97
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
체육활동 제공 및 지원	305	2.12	0.71	11	70.82	대도시	190	2.09	0.70	69.82
						중소도시	110	2.15	0.73	71.82
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
지역사회 자원봉사활동 참여 지원	305	2.04	0.72	15	68.09	대도시	190	1.99	0.71	66.49
						중소도시	110	2.10	0.74	70.00
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
인식개선 활동 참여 지원	305	2.19	0.70	5	73.01	대도시	190	2.17	0.66	72.46
						중소도시	110	2.20	0.78	73.33
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
당사자단체 참여 지원	305	2.08	0.73	13	69.29	대도시	190	2.04	0.69	67.89
						중소도시	110	2.13	0.78	70.91
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	305	2.06	0.71	14	68.52	대도시	190	2.06	0.66	68.77
						중소도시	110	2.02	0.79	67.27
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	305	2.15	0.67	10	71.58	대도시	190	2.14	0.65	71.40
						중소도시	110	2.14	0.72	71.21
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	305	2.17	0.64	8	72.35	대도시	190	2.16	0.62	71.93
						중소도시	110	2.17	0.66	72.42
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	305	2.12	0.68	12	70.71	대도시	190	2.10	0.66	70.00
						중소도시	110	2.14	0.72	71.21
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
이용자에 대한 인권교육	305	2.25	0.63	1	74.86	대도시	190	2.24	0.60	74.56
						중소도시	110	2.25	0.69	74.85
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	305	2.18	0.71	7	72.57	대도시	190	2.14	0.69	71.40
						중소도시	110	2.22	0.73	73.94
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 종합	305	2.16	0.58	-	71.97	대도시	190	2.13	0.56	71.01
						중소도시	110	2.19	0.61	72.95
						농어촌	5	2.61	0.53	87.11

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

사회참여 지원을 위한 제도나 서비스에 대하여 응답자들의 필요정도를 조사한 결과는 위의 <표 6-24>와 같다. 세부 항목별로 나누어 보면, 이용자에 대한 인권교육이 3점 만점 기준에 평균 2.25점으로 필요정도 인지 수준이 가장 높았고, 그 다음

으로는 여가활동 제공 및 지원(2.25점), 문화·예술 활동 제공 및 지원(2.24점), 사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)(2.21점)의 순으로 평균 점수가 높게 나왔다. 사회참여 지원 제도나 서비스 필요정도 종합 점수는 2.16점으로, 필요하다는 의견이 우세한 것으로 나타났다.

(2) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

〈표 6-25〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	273	1.73	0.75	2	57.75	대도시	170	1.72	0.72	57.45
						중소도시	98	1.78	0.79	59.18
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
정신장애인 자조모임 지원 서비스	272	1.70	0.81	5	56.62	대도시	166	1.65	0.78	55.02
						중소도시	101	1.80	0.85	60.07
						농어촌	5	1.20	1.10	40.00
정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등)	262	1.64	0.82	7	54.71	대도시	163	1.64	0.78	54.81
						중소도시	94	1.63	0.88	54.26
						농어촌	5	1.80	0.84	60.00
문화·예술 활동 제공 및 지원	278	1.57	0.84	14	52.40	대도시	174	1.58	0.81	52.68
						중소도시	99	1.55	0.87	51.52
						농어촌	5	1.80	1.30	60.00
여가활동 제공 및 지원	276	1.58	0.84	13	52.66	대도시	170	1.61	0.80	53.53
						중소도시	101	1.52	0.89	50.83
						농어촌	5	1.80	1.30	60.00
체육활동 제공 및 지원	255	1.58	0.83	12	52.81	대도시	158	1.59	0.78	52.95
						중소도시	92	1.58	0.90	52.54
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
지역사회 자원봉사활동 참여 지원	250	1.63	0.81	9	54.40	대도시	154	1.57	0.78	52.38
						중소도시	91	1.74	0.84	57.88
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
인식개선 활동 참여 지원	269	1.64	0.80	8	54.52	대도시	170	1.59	0.78	53.14
						중소도시	94	1.72	0.82	57.45
						농어촌	5	1.40	1.14	46.67
당사자단체 참여 지원	252	1.61	0.83	11	53.70	대도시	156	1.63	0.80	54.49
						중소도시	91	1.58	0.87	52.75
						농어촌	5	1.40	1.14	46.67
공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	254	1.54	0.88	15	51.18	대도시	160	1.59	0.82	53.13
						중소도시	89	1.44	0.96	47.94
						농어촌	5	1.40	1.14	46.67
이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	267	1.66	0.79	6	55.18	대도시	168	1.68	0.73	55.95
						중소도시	94	1.62	0.88	53.90
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	275	1.70	0.77	4	56.73	대도시	172	1.70	0.75	56.78
						중소도시	98	1.71	0.80	57.14
						농어촌	5	1.40	1.14	46.67
이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	263	1.71	0.76	3	56.91	대도시	164	1.71	0.72	57.11
						중소도시	94	1.71	0.80	57.09
						농어촌	5	1.40	1.14	46.67
이용자에 대한 인권교육	284	1.76	0.77	1	58.57	대도시	179	1.73	0.75	57.73
						중소도시	100	1.80	0.79	60.00
						농어촌	5	1.80	1.10	60.00
이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	261	1.62	0.83	10	54.15	대도시	162	1.64	0.78	54.53
						중소도시	94	1.61	0.89	53.55
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도 종합	298	1.64	0.70	-	54.57	대도시	186	1.63	0.67	54.49
						중소도시	107	1.65	0.73	54.87
						농어촌	5	1.53	0.95	51.11

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

응답자들의 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스에 대한 제공 충분정도를 종합하여 평균을 내어 보면, 3점 만점 척도 상 1.64점 정도 수준으로 나타났다. 세부 항목별로 나누어 살펴보면, 이용자에 대한 인권교육에 대한 충분정도 인식 평균 점수가 1.76점으로 가장 높았고, 공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계에 대한 충분정도 인식 평균 점수가 1.54점으로 가장 낮았다.

(3) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-26〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	273	0.64	0.85	12	대도시	170	0.61	0.80
					중소도시	98	0.66	0.88
					농어촌	5	1.40	1.34
정신장애인 자조모임 지원 서비스	272	0.66	0.96	11	대도시	166	0.65	0.89
					중소도시	101	0.64	1.03
					농어촌	5	1.40	1.52
정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스 (동료상담 등)	262	0.73	0.98	7	대도시	163	0.69	0.94
					중소도시	94	0.81	1.04
					농어촌	5	0.80	1.10
문화·예술 활동 제공 및 지원	278	0.80	0.98	2	대도시	174	0.76	0.93
					중소도시	99	0.87	1.03
					농어촌	5	1.00	1.58
여가활동 제공 및 지원	276	0.81	0.97	1	대도시	170	0.75	0.91
					중소도시	101	0.92	1.04
					농어촌	5	0.80	1.64
체육활동 제공 및 지원	255	0.78	0.98	3	대도시	158	0.75	0.94
					중소도시	92	0.83	1.04
					농어촌	5	1.00	1.41
지역사회 자원봉사활동 참여 지원	250	0.68	0.90	10	대도시	154	0.69	0.87
					중소도시	91	0.63	0.93
					농어촌	5	1.00	1.41

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
인식개선 활동 참여 지원	269	0.74	0.94	6	대도시	170	0.74	0.91
					중소도시	94	0.72	0.99
					농어촌	5	1.20	1.30
당사자단체 참여 지원	252	0.73	0.96	8	대도시	156	0.65	0.90
					중소도시	91	0.82	1.04
					농어촌	5	1.20	1.30
공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	254	0.77	0.96	5	대도시	160	0.69	0.88
					중소도시	89	0.89	1.07
					농어촌	5	1.20	1.30
이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	267	0.68	0.90	9	대도시	168	0.63	0.84
					중소도시	94	0.74	0.98
					농어촌	5	1.00	1.41
이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	275	0.61	0.87	14	대도시	172	0.59	0.86
					중소도시	98	0.62	0.87
					농어촌	5	1.20	1.30
이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	263	0.62	0.88	13	대도시	164	0.58	0.84
					중소도시	94	0.65	0.92
					농어촌	5	1.20	1.30
이용자에 대한 인권교육	284	0.60	0.87	15	대도시	179	0.60	0.85
					중소도시	100	0.60	0.88
					농어촌	5	0.80	1.30
이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	261	0.77	0.92	4	대도시	162	0.72	0.86
					중소도시	94	0.84	0.99
					농어촌	5	1.00	1.41
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	298	0.70	0.80	-	대도시	186	0.66	0.76
					중소도시	107	0.74	0.84
					농어촌	5	1.08	1.25

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

사회참여 지원을 위한 제도나 서비스에 대한 응답자들의 필요인식 정도와 충분 정도 사이의 차이를 분석한 결과는 위의 <표 6-26>과 같다. 이에 따르면 종합적인 차이 값의 평균은 0.70점 수준이었고, 세부 항목별 평균 점수는 최소 0.60점에서 최대 0.81점 사이의 범주에 있는 것으로 나타났다. 필요정도에 비해 제공 충분성이 가장 낮은 것으로 인식된 사회참여 관련 제도나 서비스는 이용자에 대한 여가활동 제공 및 지원(0.81점)이었고, 그 다음으로는 문화·예술 활동 제공 및 지원(0.80점), 체육활동 제공 및 지원(0.78점), 이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)(0.77점)의 순이었다.

7) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

<표 6-27> 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	305	2.26	0.71	4	75.19	대도시	190	2.21	0.70	73.68
						중소도시	110	2.33	0.72	77.58
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	305	2.15	0.73	9	71.80	대도시	190	2.09	0.72	69.65
						중소도시	110	2.25	0.75	75.15
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
보호작업 (보호작업장)	305	1.99	0.79	12	66.45	대도시	190	1.94	0.77	64.56
						중소도시	110	2.08	0.83	69.39
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 지원고용)	305	2.18	0.71	8	72.79	대도시	190	2.16	0.69	72.11
						중소도시	110	2.21	0.76	73.64
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	305	2.29	0.71	2	76.17	대도시	190	2.23	0.73	74.39
						중소도시	110	2.36	0.67	78.79
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	305	2.25	0.69	5	74.86	대도시	190	2.19	0.69	72.98
						중소도시	110	2.35	0.68	78.18
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
업무수행 시 타인의 도움	305	2.05	0.76	10	68.20	대도시	190	2.03	0.72	67.54
						중소도시	110	2.07	0.81	69.09
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	305	2.26	0.68	3	75.41	대도시	190	2.24	0.65	74.74
						중소도시	110	2.28	0.73	76.06
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	305	2.03	0.82	11	67.76	대도시	190	1.99	0.77	66.49
						중소도시	110	2.08	0.92	69.39
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
직장 정보제공 및 연결 서비스	305	2.25	0.73	6	74.86	대도시	190	2.21	0.72	73.68
						중소도시	110	2.29	0.75	76.36
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
취업 전 훈련 및 직업기술훈련	305	2.19	0.73	7	73.11	대도시	190	2.17	0.70	72.46
						중소도시	110	2.21	0.78	73.64
						농어촌	5	2.60	0.55	86.67
취업 후 지속적 지원 및 옹호	305	2.29	0.68	1	76.28	대도시	190	2.25	0.70	74.91
						중소도시	110	2.36	0.66	78.79
						농어촌	5	2.20	0.84	73.33
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 종합	305	2.18	0.61	-	72.74	대도시	190	2.14	0.60	71.43
						중소도시	110	2.24	0.63	74.67
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

고용 및 직업참여를 지원하기 위한 제도나 서비스에 대한 필요정도를 조사한 결과는 위의 <표 6-27>과 같다. 이에 따르면, 모든 항목을 종합하여 산출한 평균 필요정도는 3점 만점 기준에 2.18점 정도 수준인 것으로 나타났다. 세부 항목별로 나누어 살펴보면, 취업 후 지속적 지원 및 옹호에 대한 필요성 인지 정도가 평균 2.29점으로 가장 높았고, 그 다음으로는 정신장애인을 위한 특별 채용 일자리(장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)(2.29점), 정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선(2.26점), 개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)(2.26점)의 순이었다.

(2) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

<표 6-28> 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준편차	평균점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	278	1.62	0.85	4	54.08	대도시	171	1.63	0.82	54.19
						중소도시	102	1.64	0.90	54.58
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	266	1.68	0.79	1	56.02	대도시	163	1.69	0.77	56.24
						중소도시	98	1.69	0.82	56.46
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
보호작업 (보호작업장)	242	1.62	0.82	3	54.13	대도시	147	1.63	0.79	54.20
						중소도시	91	1.63	0.88	54.21
						농어촌	4	1.50	0.58	50.00
일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 자원고용)	275	1.59	0.82	6	52.85	대도시	172	1.61	0.78	53.68
						중소도시	98	1.55	0.87	51.70
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67
정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	279	1.51	0.93	10	50.30	대도시	172	1.58	0.88	52.71
						중소도시	102	1.39	1.00	46.41
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	275	1.56	0.89	8	52.12	대도시	170	1.61	0.82	53.73
						중소도시	101	1.50	1.00	49.83
						농어촌	4	1.25	0.96	41.67
업무수행 시 타인의 도움	253	1.58	0.81	7	52.83	대도시	159	1.64	0.75	54.72
						중소도시	90	1.50	0.90	50.00
						농어촌	4	1.25	0.96	41.67
정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	278	1.48	0.87	11	49.28	대도시	177	1.50	0.84	49.91
						중소도시	96	1.47	0.92	48.96
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	243	1.44	0.90	12	48.01	대도시	148	1.49	0.85	49.77
						중소도시	90	1.38	0.98	45.93
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
직장 정보제공 및 연결 서비스	275	1.54	0.85	9	51.39	대도시	171	1.58	0.81	52.63
						중소도시	99	1.49	0.91	49.83
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
취업 전 훈련 및 직업기술훈련	270	1.59	0.81	5	53.09	대도시	169	1.58	0.79	52.66
						중소도시	96	1.63	0.85	54.17
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67
취업 후 지속적 지원 및 옹호	281	1.67	0.82	2	55.75	대도시	174	1.70	0.79	56.51
						중소도시	103	1.65	0.86	55.02
						농어촌	4	1.25	0.96	41.67
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도 종합	296	1.58	0.74	-	52.50	대도시	183	1.60	0.71	53.23
						중소도시	108	1.55	0.79	51.79
						농어촌	5	1.23	0.78	41.11

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

지역사회에서 살아가기 위해 필요한 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스가 어느 정도 충분하게 제공되고 있다고 생각하는지 응답자들에게 질문하였다. 우선적으로 모든 세부 항목들을 종합한 평균값은 3점 척도 기준에서 1.58점이었고,

세부 항목별 평균값의 범주는 최소 1.44점에서 최대 1.68점 정도 수준이었다. 제공 충분도 인지 점수가 가장 높았던 제도나 서비스는 이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램(1.68점)이었고, 그 다음으로는 취업 후 지속적 지원 및 옹호(1.67점), 보호작업(1.62점), 개인맞춤형 직업재활 및 고용지원(일자리정보 및 알선)(1.62점)의 순이었다.

(3) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-29〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	278	0.79	1.02	7	대도시	171	0.75	0.99
					중소도시	102	0.83	1.06
					농어촌	5	1.20	1.30
이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	266	0.68	0.95	12	대도시	163	0.63	0.94
					중소도시	98	0.76	0.96
					농어촌	5	1.20	1.30
보호작업 (보호작업장)	242	0.70	0.97	11	대도시	147	0.65	0.91
					중소도시	91	0.76	1.05
					농어촌	4	1.00	1.15
일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 지원고용)	275	0.77	0.98	8	대도시	172	0.72	0.91
					중소도시	98	0.86	1.07
					농어촌	5	1.00	1.41
정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	279	0.93	1.12	1	대도시	172	0.83	1.06
					중소도시	102	1.10	1.19
					농어촌	5	1.20	1.30
정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	275	0.84	1.08	5	대도시	170	0.75	0.96
					중소도시	101	0.99	1.23
					농어촌	4	1.25	1.50
업무수행 시 타인의 도움	253	0.73	0.95	10	대도시	159	0.64	0.86
					중소도시	90	0.88	1.06
					농어촌	4	1.25	1.50

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	278	0.93	1.05	2	대도시	177	0.86	1.00
					중소도시	96	1.02	1.11
					농어촌	5	1.60	1.52
창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	243	0.93	1.10	3	대도시	148	0.83	1.01
					중소도시	90	1.07	1.21
					농어촌	5	1.40	1.34
직장 정보제공 및 연결 서비스	275	0.88	1.03	4	대도시	171	0.81	0.97
					중소도시	99	0.98	1.12
					농어촌	5	1.40	0.89
취업 전 훈련 및 직업기술훈련	270	0.80	0.96	6	대도시	169	0.78	0.93
					중소도시	96	0.81	0.99
					농어촌	5	1.20	1.30
취업 후 지속적 지원 및 옹호	281	0.75	1.00	9	대도시	174	0.70	0.94
					중소도시	103	0.83	1.09
					농어촌	4	1.25	1.50
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	296	0.80	0.89	-	대도시	183	0.74	0.84
					중소도시	108	0.87	0.96
					농어촌	5	1.26	1.23

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

응답자들의 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스에 대한 필요정도와 충분 정도 차이값을 구한 결과는 위의 <표 6-29>와 같다. 세부 항목별로 나누어 보면 정신 장애인을 위한 특별 채용 일자리(장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)에 대한 필요도와 충분정도 사이의 차이값이 평균 0.93점으로 가장 높았고, 그 다음으로는 정신 장애인에 대한 인식개선 및 차별개선(0.93점), 창업지원(창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)(0.93점), 직장 정보제공 및 연결 서비스(0.88점)의 순이었다. 모든 항목을 종합하여 평균을 내어 본 결과 평균 차이값은 0.80점으로, 전반적으로 응답자들의 욕구에 비해 서비스 제공정도에 대한 인식은 충분하지 않은 것을 알 수 있다.

8) 교육경험 및 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유

〈표 6-30〉 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농어촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
심한 장애나 병으로 인해	그렇지 않음	20	(35.1)	8	(24.2)	10	(45.5)	2	(100.0)
	그러함	37	(64.9)	25	(75.8)	12	(54.5)	0	(.0)
입원으로 인해	그렇지 않음	41	(71.9)	23	(69.7)	17	(77.3)	1	(50.0)
	그러함	16	(28.1)	10	(30.3)	5	(22.7)	1	(50.0)
약물 부작용으로 인해	그렇지 않음	49	(86.0)	28	(84.8)	19	(86.4)	2	(100.0)
	그러함	8	(14.0)	5	(15.2)	3	(13.6)	0	(.0)
가족이 다니지 못하게 해서	그렇지 않음	49	(86.0)	31	(93.9)	16	(72.7)	2	(100.0)
	그러함	8	(14.0)	2	(6.1)	6	(27.3)	0	(.0)
학교로부터 지원 또는 배려를 받지 못해서	그렇지 않음	46	(80.7)	26	(78.8)	19	(86.4)	1	(50.0)
	그러함	11	(19.3)	7	(21.2)	3	(13.6)	1	(50.0)
주위의 시선 및 편견 때문에	그렇지 않음	44	(77.2)	25	(75.8)	18	(81.8)	1	(50.0)
	그러함	13	(22.8)	8	(24.2)	4	(18.2)	1	(50.0)
근처에 학교가 없어서	그렇지 않음	54	(94.7)	31	(93.9)	21	(95.5)	2	(100.0)
	그러함	3	(5.3)	2	(6.1)	1	(4.5)	0	(.0)
다니기 싫어서	그렇지 않음	35	(61.4)	20	(60.6)	15	(68.2)	0	(.0)
	그러함	22	(38.6)	13	(39.4)	7	(31.8)	2	(100.0)

학교에 다니지 않았거나 중도에 그만두지 않았다고 응답한 참여자들(57명)을 대상으로, 세부 항목을 예시로 들어 그 이유가 무엇인지 질문하였다. 이에 따르면, 선택 비중이 가장 높았던 이유는 심한 장애나 병으로 인해 교육에 더 이상 참여하지 못하였다는 항목(그러함 64.9%, 그렇지 않음 35.1%)이었다. 반면, 선택 비중이 가장 낮았던 이유는 근처에 학교가 없어서(그러함 5.3%, 그렇지 않음 94.7%)로 나타났다.

(2) 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

〈표 6-31〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	305	1.76	1.03	5	58.69	대도시	190	1.84	1.01	61.23
						중소도시	110	1.63	1.09	54.24
						농어촌	5	1.80	0.45	60.00
고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)	305	1.87	0.96	4	62.19	대도시	190	1.86	0.93	61.93
						중소도시	110	1.87	1.01	62.42
						농어촌	5	2.00	0.71	66.67
대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	305	1.58	0.96	7	52.57	대도시	190	1.51	0.96	50.18
						중소도시	110	1.66	0.95	55.45
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	305	1.71	1.00	6	57.05	대도시	190	1.71	0.96	57.02
						중소도시	110	1.69	1.09	56.36
						농어촌	5	2.20	0.45	73.33
인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육	305	2.00	0.84	2	66.67	대도시	190	1.97	0.82	65.79
						중소도시	110	2.03	0.89	67.58
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
문화·체육·예술 교육	305	1.99	0.83	3	66.23	대도시	190	1.98	0.79	65.96
						중소도시	110	1.98	0.91	66.06
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	305	2.07	0.78	1	68.96	대도시	190	2.05	0.75	68.42
						중소도시	110	2.08	0.84	69.39
						농어촌	5	2.40	0.55	80.00
교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 종합	305	1.85	0.72	-	61.76	대도시	190	1.85	0.69	61.50
						중소도시	110	1.85	0.77	61.65
						농어촌	5	2.23	0.37	74.29

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

정규교육 및 비정규 교육과 관련한 다양한 지원이나 제도, 서비스 필요정도가 어떠한지 질문하였다. 그 결과 시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)에 대한 지원이나 서비스에 대한 필요정도 평균이 3점 만점 척도 상 2.07점으로 가장 높은 것으로 나타났다. 그 다음으로 인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육(2.00점), 문화·체육·예술

교육(1.99점), 고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)(1.87점)의 순으로 응답 점수 평균이 높았다. 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도를 모두 종합해 보면, 그 평균 점수는 1.85점 정도 수준이었다.

(3) 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

〈표 6-32〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준편차	평균점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	197	1.76	0.83	1	58.71	대도시	130	1.75	0.84	58.46
						중소도시	63	1.78	0.83	59.26
						농어촌	4	1.75	0.50	58.33
고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)	217	1.58	0.85	3	52.69	대도시	135	1.64	0.86	54.81
						중소도시	78	1.46	0.83	48.72
						농어촌	4	1.75	0.50	58.33
대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	163	1.48	0.93	7	49.28	대도시	98	1.56	0.85	52.04
						중소도시	60	1.37	1.04	45.56
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	201	1.57	0.86	4	52.40	대도시	125	1.60	0.84	53.33
						중소도시	71	1.54	0.91	51.17
						농어촌	5	1.40	0.55	46.67
인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육	243	1.52	0.88	6	50.75	대도시	148	1.55	0.87	51.80
						중소도시	90	1.48	0.90	49.26
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67
문화·체육·예술 교육	240	1.58	0.85	2	52.78	대도시	151	1.59	0.85	52.98
						중소도시	84	1.58	0.87	52.78
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67
시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	254	1.56	0.89	5	51.84	대도시	163	1.58	0.84	52.56
						중소도시	86	1.53	0.98	51.16
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도 종합	283	1.56	0.79	-	51.92	대도시	177	1.59	0.76	52.86
						중소도시	101	1.52	0.84	50.59
						농어촌	5	1.35	0.76	45.14

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

응답자들의 교육 참여 관련 세부 지원 및 서비스 항목에 대한 제공 충분정도 인식 수준의 종합적인 평균은 3점 만점 기준 상 1.56점으로 대체로 보통 정도라는 인식에 가까운 것으로 나타났다. 세부 항목별로는 중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육에 대한 충분정도 인식 수준이 평균 1.76점으로 가장 높았고, 이와는 반대로 대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육에 대한 충분정도 인식 수준은 평균 1.48점으로 가장 낮았다.

(4) 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 6-33〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	197	0.67	0.95	7	대도시	130	0.68	0.95
					중소도시	63	0.68	0.98
					농어촌	4	0.25	0.50
고등교육(전문대, 대학 졸업을 위한 지원교육)	217	0.81	0.95	3	대도시	135	0.72	0.95
					중소도시	78	0.97	0.94
					농어촌	4	0.50	1.00
대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	163	0.88	1.06	1	대도시	98	0.76	0.97
					중소도시	60	1.05	1.16
					농어촌	5	1.20	1.30
학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	201	0.77	1.00	5	대도시	125	0.71	0.98
					중소도시	71	0.87	1.05
					농어촌	5	0.80	0.84
인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육	243	0.83	0.94	2	대도시	148	0.78	0.95
					중소도시	90	0.90	0.91
					농어촌	5	1.00	1.41
문화·체육·예술 교육	240	0.76	0.95	6	대도시	151	0.72	0.93
					중소도시	84	0.82	0.96
					농어촌	5	1.00	1.41
시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	254	0.79	0.98	4	대도시	163	0.72	0.94
					중소도시	86	0.91	1.02
					농어촌	5	1.20	1.30
교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	283	0.79	0.86	-	대도시	177	0.72	0.83
					중소도시	101	0.89	0.88
					농어촌	5	0.98	1.19

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

교육 참여 관련 지원 및 서비스의 필요정도와 충분정도의 차이가 어떠한지 살펴 보면 위의 <표 6-33>과 같다. 우선 모든 세부 항목을 합하여 종합적인 차이 값을 구해보면, 평균 0.79점으로 충분정도에 비해 필요정도가 더욱 큰 것으로 나타났다. 세부 항목별로 살펴보면, 대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육에 대한 차이 값이 0.88점으로 가장 컸고, 그 다음으로는 인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육(0.83점), 고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)(0.81점)의 순이었다.

제4절 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견

1. 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견

〈표 6-34〉 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	305	2.16	0.66	1	72.13	대도시	190	2.08	0.65	69.47
						중소도시	110	2.32	0.63	77.27
						농어촌	5	1.80	1.30	60.00
시설은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	305	2.10	0.68	4	70.05	대도시	190	2.07	0.65	69.12
						중소도시	110	2.16	0.71	72.12
						농어촌	5	1.80	1.30	60.00
시설은 나의 고용 학습 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	305	2.02	0.70	7	67.32	대도시	190	1.94	0.68	64.74
						중소도시	110	2.17	0.69	72.42
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	305	2.15	0.72	2	71.80	대도시	190	2.06	0.71	68.60
						중소도시	110	2.35	0.67	78.18
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
시설은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둬으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	305	1.99	0.80	9	66.34	대도시	190	1.94	0.78	64.56
						중소도시	110	2.11	0.81	70.30
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67
시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	305	2.10	0.69	5	69.84	대도시	190	2.04	0.65	67.89
						중소도시	110	2.23	0.71	74.24
						농어촌	5	1.40	0.89	46.67

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
시설은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	305	1.98	0.78	10	66.01	대도시	190	1.92	0.78	63.86
						중소도시	110	2.14	0.74	71.21
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
시설은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	305	2.02	0.75	8	67.21	대도시	190	1.95	0.74	65.09
						중소도시	110	2.17	0.73	72.42
						농어촌	5	1.00	0.71	33.33
시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	305	1.93	0.74	12	64.48	대도시	190	1.91	0.73	63.68
						중소도시	110	2.03	0.72	67.58
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
시설은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	305	2.11	0.69	3	70.49	대도시	190	2.07	0.67	68.95
						중소도시	110	2.22	0.67	73.94
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
시설은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	305	2.03	0.69	6	67.65	대도시	190	1.97	0.70	65.61
						중소도시	110	2.15	0.64	71.82
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
시설은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고 신청절차를 지원해준다.	305	1.95	0.81	11	64.92	대도시	190	1.87	0.82	62.28
						중소도시	110	2.13	0.76	70.91
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	305	2.05	0.61	-	68.19	대도시	190	1.98	0.59	66.15
						중소도시	110	2.18	0.60	72.70
						농어촌	5	1.38	0.89	46.11

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

응답자 현재 이용하고 있는 지역사회 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견에 대하여 질문하였다. 세부적으로 살펴보면, ‘시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다’는 항목의 평균값이 2.16점으로 가장 컸다. 그 다음으로는 ‘시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다’는 항목(2.15점), ‘시설은 직업재

활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다는 항목(2.11점)에서 평균 응답 값이 가장 긍정적인 것으로 나타났다. 반면, 지원수준이 가장 낮게 인식된 부분은 '시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다(1.93)'이다. 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 모든 세부 항목에 대한 응답값을 종합하여 평균을 내어보면 총 3점 만점 척도 상 2.05점으로 나타나, 대체로 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대하여 긍정적인 의견을 가지고 있음을 알 수 있다.

2. 현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험

〈표 6-35〉 현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	305	2.13	0.73	9	71.15	대도시	190	2.09	0.74	69.65
						중소도시	110	2.21	0.73	73.64
						농어촌	5	2.20	0.45	73.33
나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	305	2.24	0.71	3	74.75	대도시	190	2.16	0.71	71.93
						중소도시	110	2.40	0.69	80.00
						농어촌	5	2.00	0.71	66.67
나는 시설에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	305	2.18	0.75	6	72.79	대도시	190	2.16	0.70	71.93
						중소도시	110	2.26	0.79	75.45
						농어촌	5	1.40	1.14	46.67
나는 하루 일과를 자유롭게 결정한다.	305	2.17	0.69	7	72.24	대도시	190	2.16	0.69	71.93
						중소도시	110	2.23	0.67	74.24
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	305	2.18	0.67	5	72.79	대도시	190	2.13	0.66	71.05
						중소도시	110	2.27	0.69	75.76
						농어촌	5	2.20	0.45	73.33

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
특정한 종교를 강요받지 않는다.	305	2.30	0.69	1	76.83	대도시	190	2.27	0.67	75.79
						중소도시	110	2.39	0.69	79.70
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
시설에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	305	2.22	0.69	4	74.10	대도시	190	2.17	0.69	72.28
						중소도시	110	2.34	0.64	77.88
						농어촌	5	1.80	1.10	60.00
시설에서 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	305	2.17	0.68	8	72.24	대도시	190	2.13	0.68	70.88
						중소도시	110	2.25	0.68	74.85
						농어촌	5	2.00	0.71	66.67
시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단을 강요하지 않는다.	305	2.27	0.67	2	75.52	대도시	190	2.22	0.66	73.86
						중소도시	110	2.38	0.65	79.39
						농어촌	5	1.60	1.14	53.33
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	305	2.21	0.58		73.60	대도시	190	2.16	0.57	72.14
						중소도시	110	2.30	0.58	76.77
						농어촌	5	1.78	0.69	59.26

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

응답자가 이용하고 있는 시설에서의 경험이 어떠한지 다양한 항목을 예시로 질문 하였다. 그 결과 종합적인 평균값은 3점 만점 척도상 2.21점으로 긍정적인 응답에 가까운 것으로 나타났다. 세부 항목별로는 ‘특정한 종교를 강요받지 않는다(2.30 점)’, ‘시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단을 강요하지 않는다(2.27점)’, ‘나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다(2.24점)’의 순으로 평균 응답값이 높았다.

제5절 삶의 만족도에 대한 의견

〈표 6-36〉 삶의 만족도에 대한 의견

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
신체건강	305	1.67	0.86	7	55.52	대도시	190	1.73	0.83	57.54
						중소도시	110	1.60	0.89	53.33
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
정신건강	305	1.78	0.80	3	59.23	대도시	190	1.79	0.77	59.82
						중소도시	110	1.78	0.84	59.39
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
주거환경 (현재 거주하고 있는 환경 기준)	305	1.93	0.71	1	64.26	대도시	190	1.90	0.70	63.33
						중소도시	110	2.03	0.67	67.58
						농어촌	5	0.80	0.84	26.67
가족관계	305	1.87	0.79	2	62.19	대도시	190	1.91	0.75	63.68
						중소도시	110	1.83	0.81	60.91
						농어촌	5	1.00	1.41	33.33
직업(일) (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	305	1.68	0.88	6	56.07	대도시	190	1.73	0.83	57.54
						중소도시	110	1.65	0.93	55.15
						농어촌	5	0.60	0.89	20.00
소득	305	1.40	0.88	8	46.78	대도시	190	1.41	0.82	46.84
						중소도시	110	1.43	0.95	47.58
						농어촌	5	0.80	1.10	26.67
사회적 친분관계	305	1.70	0.80	5	56.83	대도시	190	1.76	0.78	58.77
						중소도시	110	1.63	0.81	54.24
						농어촌	5	1.20	0.84	40.00
여가생활	305	1.77	0.80	4	59.13	대도시	190	1.82	0.74	60.70
						중소도시	110	1.73	0.88	57.58
						농어촌	5	1.00	1.00	33.33
영역별 삶의 만족도 종합	305	1.73	0.62	-	57.50	대도시	190	1.76	0.56	58.53
						중소도시	110	1.71	0.68	56.97
						농어촌	5	0.90	0.73	30.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

삶의 다양한 영역에 대한 만족도에 대하여 질문하였다. 우선적으로 모든 영역에 대한 응답자들의 만족도를 종합해 보면 3점 만점 기준으로 1.73점 정도 수준으로 나타났다. 세부항목별로는 주거환경(현재 거주하고 있는 환경 기준)에 대한 만족도가 1.93점으로 가장 높았고, 그 다음으로는 가족관계(1.87점), 정신건강(1.78점)에 대한 만족도 수준이 상대적으로 다른 항목들에 비하여 높은 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시에서의 삶의 만족도(약 58점)가 가장 높고, 중소도시(약 57점)와 농어촌(약 30점) 순으로 높았다.

제6절 소결

1. 주요 연구 결과 종합

1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견 종합

(1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합

① 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(전체)

〈표 6-37〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(전체)

구분		전체				
		N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균
전반적 인식	일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스	305	2.29	0.55	-	76.22
세부 영역별	소득보장	305	2.18	0.60	5	72.57
	주거	305	2.18	0.62	4	72.73
	신체건강	305	2.30	0.59	1	76.61
	정신건강	305	2.20	0.54	2	73.48
	사회참여 지원	305	2.16	0.58	6	71.97
	고용 및 직업참여 지원	305	2.18	0.61	3	72.74
	교육 참여 지원	305	1.85	0.72	7	61.76

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요도에 대한 전반적인 인식 평균은 2.29점이며 100점 기준 약 76점에 해당한다. 일상생활 지원 서비스 세부영역에 대한 인식평균은 소득, 주거, 신체 및 정신건강, 사회참여, 고용 및 교육 지원의 구체적인 하위 서비스 항목들의 평균값을 활용하였다. 100점 만점 기준으로 세부영역 서비스 중 가장 높은 필요도 평균값을 보인 것은 1순위 ‘신체 건강(약 77점)’, 2순위 ‘정신건강(약 73점)’, 3순위 ‘고용 및 직업참여 지원(약 73점)’

으로 나타났다. 즉 이용형 정신재활시설 응답자들은 신체 및 정신건강과 함께 고용의 안정을 일상생활 유지에 가장 필요한 서비스라고 인식하고 있다고 볼 수 있다.

② 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별)

〈표 6-38〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별)

구분		전체				
		N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	55	2.22	0.67	73.94
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.21	0.59	73.80
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.14	0.53	71.39
		노년기(60세 이상)	10	1.76	0.83	58.67
	주거	청년기(30세 미만)	55	2.24	0.63	74.70
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.17	0.62	72.42
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.19	0.59	73.00
		노년기(60세 이상)	10	1.92	0.85	63.89
	신체건강	청년기(30세 미만)	55	2.23	0.69	74.39
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.30	0.55	76.56
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.34	0.56	78.04
		노년기(60세 이상)	10	2.28	0.93	75.83
	정신건강	청년기(30세 미만)	55	2.22	0.58	73.99
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.22	0.51	74.06
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.18	0.53	72.54
		노년기(60세 이상)	10	2.14	0.89	71.28
	사회참여 지원	청년기(30세 미만)	55	2.24	0.60	74.63
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.14	0.60	71.45
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.16	0.49	71.92
		노년기(60세 이상)	10	1.96	0.82	65.33
	고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	55	2.28	0.61	75.86
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.19	0.60	73.07
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.16	0.56	72.16
		노년기(60세 이상)	10	1.69	1.11	56.39
	교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	55	1.94	0.76	64.76
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	1.81	0.75	60.25
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	1.88	0.63	62.70
		노년기(60세 이상)	10	1.74	0.92	58.10

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도를 연령별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 중 6개 영역에서 다른 연령대보다 청년기에서 서비스 필요도가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 100점 만점을 기준으로 할 때, 소득보장(약 74점), 주거지원(약 75점), 정신건강(약 74점), 사회참여지원(약 75점), 고용 및 직업참여 지원(약 76점), 교육참여 지원(약 65점)서비스 필요도가 청년기에서 가장 높게 나타났다. 반면, 신체건강(약 78점) 서비스 필요도는 중장년기에서 가장 높게 나타났다.

③ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(지역별)

〈표 6-39〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(지역별)

구분			전체			
			N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
세부 영역별	소득보장	대도시	190	2.13	0.61	71.09
		중소도시	110	2.25	0.58	75.03
		농어촌	5	2.24	0.77	74.67
	주거	대도시	190	2.13	0.63	71.15
		중소도시	110	2.26	0.61	75.18
		농어촌	5	2.37	0.54	78.89
	신체건강	대도시	190	2.27	0.56	75.61
		중소도시	110	2.35	0.64	78.18
		농어촌	5	2.40	0.55	80.00
	정신건강	대도시	190	2.17	0.52	72.27
		중소도시	110	2.27	0.57	75.57
		농어촌	5	2.20	0.69	73.33
	사회참여 지원	대도시	190	2.13	0.56	71.01
		중소도시	110	2.19	0.61	72.95
		농어촌	5	2.61	0.53	87.11
	고용 및 직업참여 지원	대도시	190	2.14	0.60	71.43
		중소도시	110	2.24	0.63	74.67
		농어촌	5	2.40	0.55	80.00
	교육 참여 지원	대도시	190	1.85	0.69	61.50
		중소도시	110	1.85	0.77	61.65
		농어촌	5	2.23	0.37	74.29

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도를 지역별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 100점 만점을 기준으로 할 때, 농어촌에서 주거지원(약 79점), 신체건강(약 80점), 정신건강(약 73점), 사회참여지원(약 87점), 고용 및 직업참여 지원(약 80점), 교육참여 지원(약 74점)서비스의 평균값이 가장 높았다. 중소도시에서 가장 서비스 필요도가 높은 것으로 나온 영역은 소득보장(약 75점)서비스였다. 따라서 전체적으로 농어촌 지역의 이용형 정신재활시설 응답자들이 대부분의 일상생활 유지를 위한 서비스 필요도를 높게 인식하는 것으로 볼 수 있다.

④ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

<표 6-40> 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

구분			도시유형								
			대도시			중소도시			농어촌		
			N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	29	1.98	0.74	22	2.48	0.46	4	2.50	0.58
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.14	0.62	51	2.36	0.50	1	1.20	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	2.21	0.50	29	1.99	0.56	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	1.50	0.71	8	1.83	0.89	0	-	-
	주거	청년기(30세 미만)	29	2.04	0.69	22	2.46	0.45	4	2.48	0.55
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.11	0.66	51	2.28	0.55	1	1.92	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	2.21	0.56	29	2.14	0.67	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	1.88	0.65	8	1.93	0.93	0	-	-
	신체건강	청년기(30세 미만)	29	2.02	0.62	22	2.47	0.73	4	2.50	0.58
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.26	0.55	51	2.37	0.54	1	2.00	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	2.38	0.52	29	2.25	0.64	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	2.50	0.71	8	2.22	1.01	0	-	-
	정신건강	청년기(30세 미만)	29	2.03	0.59	22	2.44	0.48	4	2.37	0.67
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.18	0.51	51	2.32	0.50	1	1.54	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	2.21	0.50	29	2.09	0.60	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	2.23	0.44	8	2.12	0.99	0	-	-

구분			도시유형								
			대도시			중소도시			농어촌		
			N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
사회참여 지원	청년기(30세 미만)	29	2.03	0.64	22	2.42	0.45	4	2.75	0.50	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.11	0.60	51	2.20	0.61	1	2.07	-	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	2.20	0.45	29	2.07	0.59	0	-	-	
	노년기(60세 이상)	2	2.23	0.33	8	1.89	0.91	0	-	-	
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	29	2.10	0.69	22	2.47	0.44	4	2.52	0.55	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.15	0.59	51	2.26	0.61	1	1.92	-	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	2.18	0.54	29	2.12	0.61	0	-	-	
	노년기(60세 이상)	2	0.92	1.30	8	1.89	1.06	0	-	-	
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	29	1.72	0.73	22	2.17	0.80	4	2.29	0.40	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	1.84	0.72	51	1.74	0.80	1	2.00	-	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	1.92	0.64	29	1.80	0.59	0	-	-	
	노년기(60세 이상)	2	1.36	0.10	8	1.84	1.02	0	-	-	

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도를 지역과 연령을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 평균값을 기준으로 먼저, 소득보장 서비스는 청년기에서는 농어촌거주 집단의 필요도가 가장 높았고(2.50점), 성인초기와 노년기에서는 중소도시거주 집단이(각 2.36점, 1.83점), 중장년기에서는 대도시 거주집단(2.21점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

주거서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌거주 집단(2.43점)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(2.28점), 중장년기에서는 대도시 거주 집단(2.21점), 노년기에서는 중소도시 거주집단(1.93점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

신체건강서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌거주 집단(2.50점)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(2.37점)이, 중장년기와 노년기에서는 대도시 거주집단(각 2.38점, 2.50점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

정신건강서비스를 살펴보면, 청년기에서는 중소도시 거주집단(2.44점)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(2.32점), 중장년기와 노년기에서는 대도시 거주집단(각 2.21점, 2.22점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

사회참여서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(각 2.42점, 2.13)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(2.20점), 중장년기와 노년기에서는 대도시 거주집단(각 2.20점, 2.23점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

고용 및 직업참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(2.52 점)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 2.26 점, 1.89점)이, 중장년기에서는 대도시 거주집단(2.18점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

교육참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서는 농어촌 거주집단(각 2.29, 2.00)의 필요도가 가장 높았고, 중장년기에서는 대도시 거주집단(1.92점), 노년기에서는 중소도시 거주집단(1.84점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

(2) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합

① 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(전체)

〈표 6-41〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(전체)

구분		전체				
		N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균
전반적 인식	일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스	302	1.67	0.69	-	55.51
세부 영역별	소득보장	297	1.49	0.77	6	49.59
	주거	299	1.47	0.75	7	49.05
	신체건강	295	1.53	0.79	5	51.08
	정신건강	300	1.63	0.69	2	54.23
	사회참여 지원	298	1.64	0.70	1	54.57
	고용 및 직업참여 지원	296	1.58	0.74	3	52.50
	교육 참여 지원	283	1.56	0.79	4	51.92

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분도에 대한 전반적인 인식 평균은 1.67점이며 100점 기준 약 55점에 해당한다. 일

상생활 지원 서비스 세부영역에 대한 인식평균은 소득, 주거, 신체 및 정신건강, 사회참여, 고용 및 교육 지원의 구체적인 하위 서비스 항목들의 평균값을 활용하였다. 100점 만점 기준으로 세부영역 서비스 중 가장 높은 충분도 평균값을 보인 것은 1순위 '사회참여 지원(약 54점)', 2순위 '정신건강(약 54점), 3순위 '고용 및 직업참여 지원(약 52점)'으로 나타났다. 즉 이용형 정신재활시설 응답자들은 사회참여 지원과 함께 정신건강, 고용의 안정과 관련된 서비스 제공정도의 충분성을 가장 높게 인식하고 있다고 볼 수 있다.

② 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별)

<표 6-42> 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별)

구분		전체				
		N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균	
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	52	1.59	0.76	52.95
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	141	1.55	0.80	51.81
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	95	1.32	0.72	43.92
		노년기(60세 이상)	9	1.66	0.70	55.37
	주거	청년기(30세 미만)	54	1.54	0.73	51.37
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	141	1.56	0.79	52.10
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	95	1.29	0.70	43.10
		노년기(60세 이상)	9	1.50	0.64	50.09
	신체건강	청년기(30세 미만)	52	1.71	0.76	56.84
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	141	1.57	0.81	52.46
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	93	1.38	0.75	45.97
		노년기(60세 이상)	9	1.47	0.92	49.07
	정신건강	청년기(30세 미만)	53	1.81	0.61	60.26
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	143	1.67	0.73	55.82
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	95	1.47	0.67	48.92
		노년기(60세 이상)	9	1.49	0.45	49.69
사회참여 지원	청년기(30세 미만)	53	1.89	0.65	62.95	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	140	1.70	0.70	56.77	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	1.39	0.67	46.43	
	노년기(60세 이상)	9	1.73	0.60	57.68	

구분			전체			
			N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)		53	1.75	0.74	58.35
	성인초기(30세 이상 45세 미만)		141	1.64	0.76	54.57
	중장년기(45세 이상 60세 미만)		94	1.40	0.69	46.76
	노년기(60세 이상)		8	1.34	0.60	44.76
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)		50	1.63	0.71	54.27
	성인초기(30세 이상 45세 미만)		132	1.66	0.84	55.27
	중장년기(45세 이상 60세 미만)		92	1.37	0.73	45.51
	노년기(60세 이상)		9	1.65	0.64	55.16

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 충분도를 연령별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 중 6개 영역에서 다른 연령대보다 중장년기에서 서비스 충분도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 즉 100점 만점을 기준으로 소득보장(약 44점), 주거지원(약 43점), 신체건강(약 45점), 정신건강(약 49점), 사회참여지원(약 46점), 교육참여 지원(약 46점)서비스 충분도가 중장년기에서 가장 낮게 나타났다. 반면, 고용 및 직업참여 지원(약 45점)서비스 충분도는 노년기에서 가장 낮게 나타났다.

③ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(지역별)

〈표 6-43〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(지역별)

구분			전체			
			N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
세부 영역별	소득보장	대도시	183	1.48	0.73	49.32
		중소도시	109	1.52	0.84	50.68
		농어촌	5	1.08	0.73	36.00
	주거	대도시	185	1.47	0.73	48.99
		중소도시	109	1.50	0.79	49.87
		농어촌	5	0.99	0.75	33.00

구분		전체			
		N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
신체건강	대도시	184	1.56	0.75	51.87
	중소도시	106	1.52	0.85	50.71
	농어촌	5	0.90	0.76	30.00
정신건강	대도시	186	1.65	0.66	55.16
	중소도시	109	1.61	0.74	53.63
	농어촌	5	0.98	0.82	32.75
사회참여 지원	대도시	186	1.63	0.67	54.49
	중소도시	107	1.65	0.73	54.87
	농어촌	5	1.53	0.95	51.11
고용 및 직업참여 지원	대도시	183	1.60	0.71	53.23
	중소도시	108	1.55	0.79	51.79
	농어촌	5	1.23	0.78	41.11
교육 참여 지원	대도시	177	1.59	0.76	52.86
	중소도시	101	1.52	0.84	50.59
	농어촌	5	1.35	0.76	45.14

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 충분도를 지역별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 7개 영역 모두에서 농어촌지역의 서비스 충분도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 즉 100점 만점 기준으로 소득보장(약 36점), 주거지원(약 33점), 신체건강(약 30점), 정신건강(약 32점), 사회참여지원(약 51점), 고용 및 직업참여 지원(약 52점), 교육참여 지원(약 45점) 서비스 충분도 평균값이 농어촌지역에서 가장 낮았다.

④ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

〈표 6-44〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

구분		도시유형									
		대도시			중소도시			농어촌			
		N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	26	1.45	0.55	22	1.85	0.90	4	1.10	0.84
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	89	1.55	0.80	51	1.58	0.83	1	1.00	
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.40	0.72	29	1.13	0.70	0		
		노년기(60세 이상)	2	1.50	0.71	7	1.71	0.75	0		
	주거	청년기(30세 미만)	28	1.45	0.66	22	1.77	0.73	4	0.94	0.85
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	89	1.57	0.77	51	1.56	0.82	1	1.20	
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.36	0.69	29	1.15	0.69	0		
		노년기(60세 이상)	2	1.16	0.34	7	1.60	0.69	0		
	신체건강	청년기(30세 미만)	27	1.63	0.65	21	1.95	0.80	4	0.94	0.88
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	89	1.63	0.79	51	1.49	0.85	1	0.75	
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.43	0.74	27	1.27	0.78	0		
		노년기(60세 이상)	2	1.50	0.71	7	1.46	1.02	0		
	정신건강	청년기(30세 미만)	27	1.80	0.37	22	1.98	0.67	4	0.94	0.94
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	91	1.74	0.71	51	1.58	0.77	1	1.14	
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.49	0.65	29	1.42	0.71	0		
		노년기(60세 이상)	2	1.50	0.71	7	1.49	0.43	0		
	사회참여 지원	청년기(30세 미만)	27	1.84	0.55	22	2.02	0.66	4	1.50	1.10
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	90	1.74	0.69	49	1.63	0.71	1	1.67	
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	1.41	0.65	29	1.34	0.72	0		
		노년기(60세 이상)	2	1.50	0.71	7	1.80	0.61	0		
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	27	1.68	0.66	22	1.92	0.79	4	1.29	0.89	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	90	1.70	0.73	50	1.54	0.80	1	1.00		
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	1.42	0.66	29	1.37	0.77	0			
	노년기(60세 이상)	1	2.00		7	1.25	0.59	0			
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	26	1.51	0.65	20	1.84	0.74	4	1.30	0.87	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	84	1.73	0.77	47	1.54	0.96	1	1.57		
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	1.44	0.77	27	1.19	0.61	0			
	노년기(60세 이상)	2	1.50	0.24	7	1.70	0.73	0			

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 충분도를 지역과 연령을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 먼저, 평균값을 기준으로 소득보장 서비스는 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단의 충분도가 가장 낮았고(각 1.10점, 1.00), 중장년기에서는 중소도시 거주집단(1.15점)이, 노년기에서는 대도시 거주집단(1.16점)이 서비스 충분도가 가장 낮게 나왔다.

주거서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단의 충분도가 가장 낮았고(각 0.94점, 1.20), 중장년기에서는 중소도시 거주집단(1.15점)이, 노년기에서는 대도시 거주집단(1.16점)이 서비스 충분도가 가장 낮게 나왔다.

신체건강서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단의 충분도가 가장 낮았고(각 0.94점, 0.75), 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 1.27점, 1.46점)이 서비스 충분도가 가장 낮게 나왔다.

정신건강서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단의 충분도가 가장 낮았고(각 0.94점, 1.14), 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 1.42점, 1.49점)이 서비스 충분도가 가장 낮게 나왔다.

사회참여 지원 서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(1.50점)이, 성인초기와 중장년기에서는 중소도시 거주집단(각 1.63점, 1.34점)이, 노년기에서는 대도시 거주집단(1.50점)의 서비스 충분도가 가장 낮았다.

고용 및 직업참여 서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서는 농어촌 거주집단(각 1.29점, 1.00점)의 서비스 충분도가 가장 낮았고, 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 1.37점, 1.25점)이 서비스 충분도가 가장 낮았다.

교육참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(1.30점)의 서비스 충분도가 가장 낮았고, 성인초기와 중장년기에서는 중소도시 거주집단(각 1.54점, 1.19점)이, 노년기에서는 대도시 거주집단(1.50점)이 서비스 충분도가 가장 낮았다.

(3) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합

① 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(전체)

〈표 6-45〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(전체)

구분		전체			
		N	평균	표준 편차	차이 점수 순위
전반적 인식	일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스	302	0.76	0.82	
세부 영역별	소득보장	297	0.87	0.89	2
	주거	299	0.93	0.91	1
	신체건강	295	0.87	0.95	3
	정신건강	300	0.75	0.81	6
	사회참여 지원	298	0.70	0.80	7
	고용 및 직업참여 지원	296	0.80	0.89	4
	교육 참여 지원	283	0.79	0.86	5

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 필요도와 충분도의 차이를 종합적으로 살펴본 결과는 다음과 같다. 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 0.76점이라는 것은 필요도가 충분도에 비해 크다는 것을 의미한다. 세부영역별로는 주거(0.93)서비스에서 필요도와 충분도의 차이가 가장 큰 것으로 나타났고, 다음으로 소득보장(0.87), 신체건강서비스(0.87) 순으로 필요도와 충분도의 차이가 큰 것으로 나타났다.

② 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별)

〈표 6-46〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	52	0.80	0.82
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	141	0.82	0.91
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	95	1.01	0.89
		노년기(60세 이상)	9	0.52	0.60
	주거	청년기(30세 미만)	54	0.87	0.90
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	141	0.84	0.91
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	95	1.12	0.92
		노년기(60세 이상)	9	0.79	0.53
	신체건강	청년기(30세 미만)	52	0.70	0.90
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	141	0.81	0.95
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	93	1.05	0.95
		노년기(60세 이상)	9	1.06	1.11
	정신건강	청년기(30세 미만)	53	0.60	0.79
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	143	0.71	0.84
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	95	0.88	0.78
		노년기(60세 이상)	9	0.96	0.78
	사회참여 지원	청년기(30세 미만)	53	0.51	0.75
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	140	0.64	0.78
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	0.89	0.82
		노년기(60세 이상)	9	0.57	0.70
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	53	0.65	0.94	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	141	0.75	0.88	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	94	0.92	0.88	
	노년기(60세 이상)	8	1.02	0.84	
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	50	0.74	0.79	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	132	0.70	0.89	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	92	0.94	0.86	
	노년기(60세 이상)	9	0.68	0.61	

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도와 충분도의 차이를 연령별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 중 4개 영역에서 다른 연령대보다 중장년기에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 100점 만점을 기준으로 할 때, 소득보장(1.01), 주거지원(1.12), 사회참여지원(0.89), 교육참여 지원(0.94)서비스의 필요도와 충분도 차이가 중장년기에서 가장 높게 나타났다. 반면, 신체건강(1.06), 정신건강(0.59), 고용 및 직업 참여지원(1.02)서비스 필요도와 충분도 차이는 노년기에서 가장 높게 나타났다.

③ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(지역별)

〈표 6-47〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(지역별)

구분			전체		
			N	평균	표준편차
세부 영역별	소득보장	대도시	183	0.84	0.88
		중소도시	109	0.89	0.90
		농어촌	5	1.32	0.84
	주거	대도시	185	0.89	0.88
		중소도시	109	0.97	0.96
		농어촌	5	1.41	0.95
	신체건강	대도시	184	0.81	0.91
		중소도시	106	0.96	1.01
		농어촌	5	1.50	0.95
	정신건강	대도시	186	0.68	0.76
		중소도시	109	0.83	0.87
		농어촌	5	1.60	1.19
	사회참여 지원	대도시	186	0.66	0.76
		중소도시	107	0.74	0.84
		농어촌	5	1.08	1.25
	고용 및 직업참여 지원	대도시	183	0.74	0.84
		중소도시	108	0.87	0.96
		농어촌	5	1.26	1.23
	교육 참여 지원	대도시	177	0.72	0.83
		중소도시	101	0.89	0.88
		농어촌	5	0.98	1.19

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도와 충분도의 차이를 지역별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 모두에서 다른 지역보다 농어촌 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 평균 차이값을 기준으로 할 때, 소득보장(1.32), 주거지원(1.41), 신체건강(1.50), 정신건강(1.60), 사회참여지원(1.08), 고용 및 직업 참여지원(1.26), 교육참여 지원(0.98)서비스의 필요도와 충분도 차이가 모두 농어촌지역에서 가장 높게 나타났다.

④ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별, 지역별)

<표 6-48> 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별, 지역별)

구분			도시유형								
			대도시			중소도시			농어촌		
			N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	26	0.83	0.67	22	0.66	0.94	4	1.40	0.95
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	89	0.77	0.93	51	0.89	0.90	1	1.00	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	0.94	0.89	29	1.17	0.89	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	0.50	0.71	7	0.53	0.62	0	-	-
	주거	청년기(30세 미만)	28	0.86	0.88	22	0.75	0.89	4	1.54	1.05
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	89	0.80	0.88	51	0.90	0.97	1	0.90	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.03	0.88	29	1.32	1.00	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	1.01	0.58	7	0.73	0.54	0	-	-
	신체건강	청년기(30세 미만)	27	0.61	0.83	21	0.64	0.92	4	1.56	1.09
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	89	0.72	0.91	51	0.96	1.01	1	1.25	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.01	0.93	27	1.17	1.02	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	1.00	1.41	7	1.07	1.14	0	-	-
	정신건강	청년기(30세 미만)	27	0.49	0.61	22	0.53	0.76	4	1.75	1.32
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	91	0.61	0.77	51	0.88	0.93	1	1.00	-
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	0.86	0.76	29	0.93	0.82	0	-	-
		노년기(60세 이상)	2	0.75	1.06	7	1.02	0.78	0	-	-

구분			도시유형								
			대도시			중소도시			농어촌		
			N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
사회참여 지원	청년기(30세 미만)	27	0.47	0.58	22	0.43	0.76	4	1.25	1.37	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	90	0.57	0.75	49	0.79	0.83	1	0.40	-	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	0.87	0.79	29	0.94	0.89	0	-	-	
	노년기(60세 이상)	2	0.73	1.04	7	0.52	0.69	0	-	-	
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	27	0.64	0.84	22	0.56	0.98	4	1.23	1.41	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	90	0.66	0.83	50	0.90	0.95	1	1.38	-	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	0.90	0.84	29	0.98	0.98	0	-	-	
	노년기(60세 이상)	1	0.00	-	7	1.17	0.79	0	-	-	
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	26	0.76	0.74	20	0.64	0.76	4	1.11	1.32	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	84	0.60	0.81	47	0.90	0.99	1	0.43	-	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	0.88	0.88	27	1.08	0.81	0	-	-	
	노년기(60세 이상)	2	0.50	0.24	7	0.73	0.69	0	-	-	

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도와 충분도의 차이를 지역과 연령을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 먼저, 소득보장 지원 서비스를 살펴보면, 차이값의 평균을 기준으로 청년기와 성인초기(각 1.40, 1.00)에서 농어촌 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기(각 1.17, 0.53)에서는 중소도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

주거지원 서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(1.54)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 성인초기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.90, 1.32)에서, 노년기에서는 대도시 거주집단(1.01)에서 서비스의 필요도와 충분도 차이의 평균값이 가장 컸다.

신체건강 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단(각 1.56, 1.25)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 1.02, 1.14)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

정신건강 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단(각 1.75, 1.00)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.93, 1.02)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

사회참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기에서는 대도시 거주집단(1.23)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 성인초기와 중장년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.79, 0.94)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸으며, 노년기에서는 대도시 거주집단(0.73)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

고용 및 직업참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단(각 1.23, 1.38)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.98, 1.17)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

교육 참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(1.11)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 성인초기, 중장년기 및 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.90, 1.08, 0.73)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

2) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합

(1) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(전체)

〈표 6-49〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(전체)

구분	전체			
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	305	2.05	0.61	68.19
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	305	2.21	0.58	73.60

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자가 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험의 종합 평균값은 각각 2.05점과 2.21점으로 나타났다. 100점 만점 기준으로는 각각 68.19점과 73.60점에 해당한다.

(2) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별)

〈표 6-50〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	청년기(30세 미만)	55	1.99	0.74	66.26
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.08	0.60	69.23
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.03	0.51	67.51
	노년기(60세 이상)	10	2.11	0.87	70.28
현재 이용하는 정신재활시설에서 의 경험 종합	청년기(30세 미만)	55	2.21	0.67	73.80
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	2.18	0.57	72.58
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	2.25	0.50	75.08
	노년기(60세 이상)	10	2.19	0.92	72.96

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들이 현재 이용하는 지역사회재활시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험을 연령별로 구분하여 조사한 결과를 요약하면 다음과 같다. 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견의 전체 평균값이 가장 높은 연령대는 노년기로 2.11점이며, 100점 만점 기준 약 70점에 해당한다. 이용형 정신재활시설 응답자들이 현재 이용하는 지역사회재활시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 경험의 전체 평균값이 가장 높은 연령대는 중장년기로 2.25점이며, 100점 만점 기준 약 75점에 해당한다. 반면, 이용시설 지원서비스에 대한 의견과 경험에 대한 인식이 가장 낮은 연령대는 각각 중장년기(약 67점)와 성인초기(약 73점)인 것으로 나타났다.

(3) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(지역별)

〈표 6-51〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(지역별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	대도시	190	1.98	0.59	66.15
	중소도시	110	2.18	0.60	72.70
	농어촌	5	1.38	0.89	46.11
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	대도시	190	2.16	0.57	72.14
	중소도시	110	2.30	0.58	76.77
	농어촌	5	1.78	0.69	59.26

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들이 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험을 지역별로 구분하여 조사한 결과를 요약하면 다음과 같다. 현재 이용시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견의 전체 평균값이 가장 높은 지역은 중소도시로 평균 2.18점이다. 100점 만점 기준 약 73점에 해당한다. 다음으로 현재 거주시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 경험의 전체 평균값이 가장 높은 지역도 중소도시로 2.30(약77점)인 것으로 나타났다. 반면, 현재 거주시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험의 전체 평균값이 가장 낮은 지역은 모두 농어촌지역으로 각각 1.38점(약 46점)과 1.78점(약 59점)으로 나타났다.

(4) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별, 지역별)

〈표 6-52〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별, 지역별)

구분		도시유형								
		대도시			중소도시			농어촌		
		N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	청년기(30세 미만)	29	1.84	0.71	22	2.33	0.58	4	1.19	0.90
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.06	0.60	51	2.11	0.61	1	2.17	-
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	1.95	0.52	29	2.20	0.45	0	-	-
	노년기(60세 이상)	2	1.88	0.06	8	2.17	0.97	0	-	-
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	청년기(30세 미만)	29	2.12	0.72	22	2.41	0.53	4	1.81	0.79
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	2.14	0.57	51	2.26	0.59	1	1.67	-
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	2.23	0.52	29	2.31	0.45	0	-	-
	노년기(60세 이상)	2	1.89	0.16	8	2.26	1.03	0	-	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들이 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험을 연령과 지역을 함께 고려하여 조사한 결과를 요약하면 다음과 같다. 먼저, 현재 이용시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견을 살펴보면, 청년기와 중장년기 및 노년에는 중소도시 거주집단(각 2.33점, 2.20점, 2.17점)에서 의견이 가장 긍정적으로 나타났다. 그러나 성인초기에서는 농어촌 거주집단(2.17점)의 의견이 가장 긍정적이었다.

현재 이용시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 경험을 살펴보면, 청년기(2.41점), 성인초기(2.26점), 중장년기(2.31) 및 노년기(2.26점) 모두에서 중소도시 거주집단의 경험이 가장 긍정적인 것으로 나타났다.

3) 삶의 만족도에 대한 의견 종합

(1) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(전체)

〈표 6-53〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(전체)

구분	전체			
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
영역별 삶의 만족도 종합	305	1.73	0.62	57.50

이용형 정신재활시설 응답자들의 영역별 삶의 만족도 종합 평균값은 1.73점으로 100점 만점 기준 약 58점으로 다소 낮은 것으로 나타났다.

(2) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별)

〈표 6-54〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별)

구분	구분	전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
영역별 삶의 만족도 종합	청년기(30세 미만)	55	1.77	0.75	58.86
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	1.76	0.60	58.80
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	1.67	0.55	55.56
	노년기(60세 이상)	10	1.50	0.70	50.00
전반적 만족도(사전)	청년기(30세 미만)	55	1.93	0.90	64.24
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	1.79	0.72	59.72
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	1.89	0.66	62.85
	노년기(60세 이상)	10	1.80	0.63	60.00
전반적 만족도(사후)	청년기(30세 미만)	55	1.93	0.86	64.24
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	144	1.78	0.79	59.49
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	96	1.77	0.67	59.03
	노년기(60세 이상)	10	1.50	0.85	50.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 영역별 삶의 만족도를 연령별로 살펴본 결과는 다음과 같다. 청년기에서의 삶의 만족도 평균값이 1.77점으로 가장 높았다. 이는 100점 만점 기준 약 59점에 해당한다. 삶의 만족도가 가장 낮게 나온 연령대는 노년기로 1.50점(약 50점)으로 나타났다.

(3) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(지역별)

〈표 6-55〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(지역별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
영역별 삶의 만족도 종합	대도시	190	1.76	0.56	58.53
	중소도시	110	1.71	0.68	56.97
	농어촌	5	0.90	0.73	30.00
전반적 만족도(사전)	대도시	190	1.89	0.68	63.16
	중소도시	110	1.79	0.81	59.70
	농어촌	5	1.20	0.45	40.00
전반적 만족도(사후)	대도시	190	1.79	0.75	59.65
	중소도시	110	1.85	0.79	61.52
	농어촌	5	1.00	0.71	33.33

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 영역별 삶의 만족도를 지역별로 살펴본 결과는 다음과 같다. 대도시에서의 삶의 만족도 평균값이 1.76점으로 가장 높았다. 이는 100점 만점 기준 약 59점에 해당한다. 삶의 만족도가 가장 낮게 나온 지역은 농어촌으로 0.90점(약 30점)으로 나타났다.

(4) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

〈표 6-56〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

구분		도시유형								
		대도시			중소도시			농어촌		
		N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
영역별 삶의 만족도 종합	청년기(30세 미만)	29	1.72	0.61	22	1.98	0.79	4	0.88	0.84
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	1.82	0.56	51	1.68	0.66	1	1.00	-
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	1.69	0.54	29	1.61	0.58	0	-	-
	노년기(60세 이상)	2	1.44	0.44	8	1.52	0.78	0	-	-
전반적 만족도(사전)	청년기(30세 미만)	29	2.00	0.93	22	1.95	0.90	4	1.25	0.50
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	1.85	0.66	51	1.71	0.81	1	1.00	-
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	1.91	0.60	29	1.83	0.80	0	-	-
	노년기(60세 이상)	2	2.00	0.00	8	1.75	0.71	0	-	-
전반적 만족도(사후)	청년기(30세 미만)	29	1.90	0.82	22	2.14	0.83	4	1.00	0.82
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	92	1.83	0.79	51	1.73	0.80	1	1.00	-
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	67	1.72	0.67	29	1.90	0.67	0	-	-
	노년기(60세 이상)	2	1.00	0.00	8	1.63	0.92	0	-	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

이용형 정신재활시설 응답자들의 영역별 삶의 만족도를 연령과 지역을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 청년기에서는 중소도시(1.98점)에서, 성인초기에서는 대도시(1.82점)에서, 중장년기에서는 대도시(1.69점)에서, 노년기에서는 중소도시 거주집단(1.52)에서 삶의 만족도가 가장 높았다. 반면, 전체적으로 노년기이면서 대도시 거주집단인 경우 삶의 만족도가 가장 낮았다(1.44점)

2. 주요 연구 결과 분석요약

1) 일반적 특성

설문에 응답한 이용형 정신재활시설 이용자의 일반적인 특성을 요약하면 다음과 같다. 남성이 여성보다 많고 연령은 성인초기(30세 이상 45세 미만) 응답자가 144명(47.2%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 중장년기(96명, 31.5%)가 가장 많았다. 학력은 고등학교 이상이 약 94%로 설문에 실제 응답한 사람들이 다소 젊고 교육수준이 높은 것을 알 수 있다. 응답자의 약 81%이상이 미혼이고 약 78%가 장애인등록 상태였다. 응답자의 입원경험이 있는 경우가 약 83%로 높게 나타났다. 지역유형으로 나누어 보면 대도시(190명, 62.3%), 중소도시(110명, 36.1%), 농어촌(5명, 1.6%)의 순으로 응답자 수가 많았다. 응답자의 약 72%는 조현병이 주요 정신질환으로 나타났다. 응답자의 정신건강 문제 최초발현시기는 평균 23.3세였으나 치료 시작 연령은 평균 25세로 정신건강문제 발현 후 약 1.6년 후 치료를 시작한 것으로 나타났다. 이용형 정신재활시설 응답자의 가장 최근 입원기간은 전체적으로 1-3개월 미만의 단기성 입원이 가장 많았다. 입원시 결정주체는 스스로 결정한 것보다 가족의 설득에 동의한 경우가 더 많았다. 비동의 형태의 입원도 약 30% 수준으로 보고되었다.

2) 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 우선순위

일상생활에 필요한 7가지 서비스영역의 세부 서비스들을 종합적으로 고려하였을 때, 이용형 정신재활시설의 응답자에게 가장 필요도가 높은 서비스는 신체건강(약 77점)과 정신건강(73점), 고용 및 직업참여지원(73점) 순으로 나타났다. 그러나 필요도와 충분도의 차이가 가장 큰 서비스는 주거와 소득보장이었다. 따라서 필요도에 우선순위를 두되, 서비스의 불충분한 부분을 개선하는 데도 지원방안의 초점을 두어야 한다. 특히 이용형 정신재활시설의 지역적 특성을 통해서 전체 7개 영역 모두에서 다른 지역보다 농어촌 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 높은 것으로 나타났다. 다음은 세부 서비스 영역의 하위 프로그램들의 우선순위와 연령, 지역을 고려한 우선순위를 요약한 결과이다.

- 소득보장관련 서비스: 소득보장 관련 하위 서비스 필요도 우선순위는 공적소득지원(약 78점) 및 저축 및 투자상담(약 73점)으로 나타났다. 그러나 소득 관련 지원 및 서비스에 대한 필요도와 충분도 차이 값의 크기가 가장 큰 하위 서비스는 사적연금 및 보험가입 상담과 지원이었다. 이러한 결과는 기존의 공적 소득지원에 대해서는 인식도가 높기 때문으로 보여지며 향후에는 다양한 소득 지원 프로그램이 확대될 필요가 있음을 보여준다. 연령과 지역을 고려해 보면, 청년기와 성인초기(각 1.40, 1.00)에서 농어촌 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기(각 1.17, 0.53)에서는 중소도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

- 주거지원관련 서비스: 주거지원관련 서비스에서도 월세 및 공공요금 지원, 공공임대주택에 대한 필요도가 가장 높았지만(79점), 필요도와 충분도 차이에 있어서는 주택수리 비용지원, 주택 임대 및 구입을 위한 대출 등이 차이가 큰 것으로 나타났다. 마찬가지로 향후 다양한 주거 지원 프로그램이 확대될 필요가 있음을 보여준다. 주거지원서비스에서 연령과 지역을 고려해 보면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(1.54)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 성인초기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.90, 1.32)에서, 노년기에서는 대도시 거주집단(1.01)에서 서비스의 필요도와 충분도 차이의 평균값이 가장 컸다.

- 신체건강지원 서비스: 신체건강 관련해서는 신체질환 치료비용 지원 필요도가 (약 78점)가 가장 높게 나타났다. 신체건강 관련 서비스 필요도와 충분도 차이 값도 치료비용지원이 가장 큰 차이값을 나타내었다. 농어촌지역에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 크게 나타났다. 신체건강 지원서비스를 연령과 지역을 고려해 살펴보면, 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단(각 1.56, 1.25)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 1.02, 1.14)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

- 정신건강지원 서비스: 정신건강 측면에서도 정신질환의 치료비용 지원(약 78

점)에 대한 필요도가 가장 높고 충분도와 차이가 가장 큰 부분도 치료비용 지원이었다. 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단(각 1.75, 1.00)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.93, 1.02)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

- 사회참여지원 서비스: 사회참여지원 서비스에 있어서 이용자 인권교육(약 75점), 여가활동지원(약 75점)이 가장 필요하다고 응답하였으나 필요도와 충분도 차이에 있어서는 여가활동, 문화체육활동 지원의 차이값이 가장 컸다. 청년기에서는 대도시 거주집단(1.23)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 성인초기와 중장년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.79, 0.94)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸으며, 노년기에서는 대도시 거주집단(0.73)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.
- 고용 및 직업참여지원 서비스: 고용 및 직업참여 부분에서는 취업 후 지속적 지원 및 옹호(약 76점), 장애인특별 일자리 지원(약 76점)이 가장 필요하다고 응답하였으나 필요도와 충분도 차이에 있어서는 특별 채용 일자리 지원, 정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선의 차이값이 큰 것으로 나타났다. 청년기와 성인초기에서 농어촌 거주집단(각 1.23, 1.38)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.98, 1.17)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.
- 교육참여지원 서비스: 교육 중단 경험자들은 심한 장애나 병으로 인해 교육에 더 이상 참여하지 못하였다는 응답(64.9%)이 가장 높았다. 장애나 병으로 인한 교육중단이 없도록 교육지원방안이 마련되어야 한다. 교육참여지원 서비스 필요도는 시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)(69점)과 인문교양교육서비스(67점)가 가장 높았으나 필요도와 충분도 차이에 있어서는 대학원 지원교육, 인문교양 지원교육으로 나타났다. 따라서 필요도에 대한 지원과 함께 필요도와 충분도에서 차이가 큰 서비스들을 중심으로 다양한 서비스들이 개발되고 확대될 필요가 있다. 연령과 지역을 고려하면, 청년기에서는 농어촌 거주집단(1.11)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 성인초기, 중장년

기 및 노년기에서는 중소도시 거주집단(각 0.90, 1.08, 0.73)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

3) 현재 이용하는 지역사회재활시설의 인권존중에 대한 의견과 경험

- 지역사회재활시설 서비스의 인권존중에 대한 의견: 정신재활시설의 개별적인 치료 및 재활계획을 수립서비스에 대한 인식이 가장 높았다(약 72점). 반면, 공공주거지원제도 안내 및 이용지원에 대한 인식이 가장 낮게 나타났다(약 64점). 전반적으로는 지역사회재활 시설 서비스에 대한 인식도는 약 65점으로 보통수준으로 나타났다. 인권존중 관련 서비스에 대한 의견을 연령과 지역을 고려해서 살펴보면, 청년기와 중장년기 및 노년에서는 중소도시 거주집단(각 2.33점, 2.20점, 2.17점)에서 의견이 가장 긍정적으로 나타났다. 그러나 성인초기에서는 농어촌 거주집단(2.17점)의 의견이 가장 긍정적이었다.
- 지역사회재활시설 서비스의 인권존중에 대한 경험: 정신재활시설 이용시 인권 존중과 관련된 경험을 묻는 질문에서 가장 긍정적인 응답은 종교에 대한 강요 없음(약 77점)과 시설이용중단 강요없음(약 76점) 등으로 나타났다. 반면, 개인의 의료 및 재활 기록 비밀보장에 대한 안내(약 71점), 인권보호에 관한 기본교육 안내제공(약 72점)에 대한 인식도는 낮았다. 청년기(2.41점), 성인초기(2.26점), 중장년기(2.31) 및 노년기(2.26점) 모두에서 중소도시 거주집단의 경험이 가장 긍정적인 것으로 나타났다.

4) 전반적인 삶의 만족도

일상생활에 필요한 각 영역들의 종합적인 만족도는 약 58점으로 다소 낮게 나타났다. 세부영역 중에서는 주거환경(약 64점)과 가족관계(약 62점)에 대한 만족도가 높았다. 반면, 소득에 대한 만족도가 약 47점으로 낮게 나타났다. 지역별로는 대도시에서의 삶의 만족도가 가장 높고, 농어촌 지역이 가장 낮았다. 청년기에서는 중소도시(1.98점)에서, 성인초기에서는 대도시(1.82점)에서, 중장년기에서는 대도시(1.69점)에서, 노년기에서는 중소도시 거주집단(1.52)에서 삶의 만족도가 가장 높았

다. 반면, 전체적으로 노년기이면서 대도시 거주집단인 경우 삶의 만족도가 가장 낮았다(1.44점).

5) 국제인권기준 대응

이용형 정신재활시설의 이용자 인권현황을 국제인권기준에 대응하여 살펴보았다. 국제기준인 UN 장애인권리협약(CRPD), QuIRC 등을 참고하여 네 가지로 요약하면 다음과 같다.

- 가능한 최고의 정신건강 및 신체건강 지원서비스를 받을 권리: 이용형 정신재활시설 이용자들은 정신건강과 신체건강 지원서비스에 대해 전반적으로 잘 지켜지고 있다고 보았다. 구체적으로는 치료, 재활 및 회복계획 수립 시 이용자 의견 최우선고려가 잘 되고 있다고 응답한 반면 주거와 생활보장에 대한 정보와 안내가 상대적으로 낮게 나타났다.
- 자기결정권을 존중받을 권리: 이용자들은 시설 내에서 자기결정권 존중 및 인권보장 수준을 비교적 높게 인식하고 있었다. 구체적으로 가장 높은 것으로 인식하는 부분은 특정종교 강요(약 77점)나 시설이용중단을 강요하지 않는 것(약 76점)이며, 상대적으로 자신의 의료 및 재활기록 비밀보장에 대한 설명(약 71점)과 인권교육 및 안내제공(약 72점)에 대한 인식이 낮았다. 그러나 농어촌 지역에서는 상대적으로 인식이 낮았다(약 66점).
- 비인도적 대우 및 학대로부터 자유로울 권리: 이용자들은 전반적으로 시설 내에서 비인도적 대우 및 학대로부터 자유롭다고 인식(약 75점)하였다. 지역별로는 농어촌 지역에서는 상대적으로 인식이 낮았다(약 66점). 그러나 학대와 차별에 대한 일반적인 인식을 구체적으로 살펴보면(〈표 6-20〉참조) 정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못한 상황에 대한 경험(41.3%)과 정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시된 경험(39.7%), 정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당한 경험(31.5%), 정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가한 경험(27.5%)이 낮지 않다.

- 지역사회 통합 및 독립지원 서비스를 받을 권리: 지역사회 통합 및 독립을 위한 일상생활지원에 필요한 세부 서비스 영역의 충분도에 대한 의견에 따르면 (<표 6-6> 참조) 평균값이 약 55점에 해당하여, 이용자들은 지역사회 통합 및 독립지원 서비스가 비교적 충분하지 않다고 인식하고 있다. 특히 주거와 소득 보장 서비스 충분도가 낮게 나타났다(약 49점).

3. 정책제언을 위한 함의

이용형 정신재활시설 이용자의 이용실태와 인권실태에 대한 설문결과를 바탕으로 다음과 같은 정책적 지원방안을 모색할 수 있다.

첫째, 이용자의 정신건강문제 발현과 치료시점의 간격을 좁힐 수 있는 정책적 지원방안이 마련될 필요가 있다. 농어촌지역은 일상생활지원을 위한 서비스의 대부분의 영역에서 필요도가 가장 높은데도 전반적으로 지역에서 이용할 수 있는 시설이 많지 않다. 이용형 재활시설에 대한 접근성과 인식이 향상된다면 보다 빨리 치료로 이어질 수 있을 것이다.

둘째, 정신재활시설 이용자의 입원 시 자기결정권 향상을 위한 정책적 지원이 필요하다. 또한 입원이 불가피할 경우 단기간으로 유지될 수 있도록 재활시설과 퇴원 연계 서비스를 강화할 필요가 있다.

셋째, 이용형 정신재활시설 이용자의 지역사회 통합과 회복을 지원하기 위해서는 세부 서비스 영역의 우선순위 및 서비스의 필요도와 충분도 차이를 확인하고 맞춤형으로 지원해야 한다. 특히 필요도가 소득과 주거 및 직업참여 지원 서비스는 기본적인 최저기준 등이 법적으로 보장될 필요가 있다. 나아가 서비스 필요도와 충분도의 간격이 컸던 다양한 서비스에 대한 지속적인 개발과 홍보가 필요하다. 예를 들어, 저축 및 투자상담, 주택 개선 및 수리서비스, 인문교양 서비스, 인권교육, 문화체육 및 여가활용서비스 등은 필요도와 충분도의 간격이 크게 나타났다. 이용자들이 다양한 서비스를 인식하고 활용할 수 있도록 하여 서비스 필요도와 충분도의 간격을 좁혀야 한다.

넷째, 이용형 정신재활시설이 전국적으로 균형 있게 설치될 필요가 있다. 조사결과 일상생활에 필요한 소득과 주거, 건강, 사회참여, 고용 및 직업, 교육 지원과 서

비스의 모든 영역에서 농어촌지역의 서비스 필요도가 가장 높고 충분도는 낮으며 그 차이도 가장 큰 것으로 나타났다.

다섯째, 국제적 기준에 맞는 인권기반 서비스 제공기준이 정신재활시설 이용자에게 적용되어야 한다. 구체적으로 이용자의 치료계획, 회복지원과정에서 비밀보장과 인권교육 및 이용자에게 충분한 설명이 이뤄질 수 있는 관련 지침이 마련되어야 한다. 또한 각 인권기준들에 대한 필요도와 충분도의 간격을 메울 수 있도록 지속적으로 모니터링하고 그 과정에 당사자가 참여할 수 있도록 지원해야 한다.

제7장

거주형 정신재활시설 이용자 이용실태 및 인권실태 조사

제1절 분석개요

1. 분석자료 개요

거주형 정신재활시설 이용자들의 욕구 및 이용실태를 파악하기 위해 연구진이 구축한 양적 자료에 대한 분석을 실시하였다. 앞선 이용형 정신재활시설 이용자 조사와 마찬가지로, 본 조사는 전국에 소재하는 거주형 정신재활시설 이용자 대상의 설문문을 통하여 현재까지 제공되고 있는 정신재활시설의 운영 성과를 점검하고, 이를 바탕으로 최근 국내의 정책환경 변화를 고려할 때 정신재활시설이 향후 사업 및 서비스, 프로그램을 어떻게 제공해 나갈지에 대한 함의를 제공하는 목적을 가지고 있다. 조사 대상자는 전국의 거주형 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인 당사자로, 이 조사 또한 실제 연구진이 직접 구성한 설문지를 가지고 온라인 설문조사 시스템을 활용하여 진행되었다.

2. 조사 내용

거주형 정신재활시설 이용자들에 대한 설문조사는 앞선 이용형 정신재활시설 조사와 마찬가지로 크게 12가지 영역으로 구성되어 있다. 내용 또한 이용형 정신재활시설 조사와 크게 다르지는 않다. 다만, 주거관련 서비스 이용현황과 서비스 필요정도 및 충분정도 조사 시 이용자가 거주하는 시설에 대한 일상생활에 대한 질문과 시설 퇴소 후 생활에 대한 의견 등을 조금 더 구체적으로 질문하고 분석하였다. 각 조사 영역별 설문내용을 구체적으로 정리한 결과는 아래의 <표 7-1>과 같다.

〈표 7-1〉 설문 조사 내용

설문영역	조사 세부 항목	
응답자들의 일반적 특성	<ul style="list-style-type: none"> 거주지역 성별 출생시기 국민기초생활보장수급 상태 및 유형 장애등록상태(주된장애/중복장애/장애미등록 이유) 	<ul style="list-style-type: none"> 주된 진단명 의료보장 유형 최초 정신건강 문제 경험 및 치료 받은 시기 정신장애로 인한 입원경험, 최근 입원시기, 입원기간 입원 시 결정 주체
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스의 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장) 주거보장(기본 살 곳) 신체 건강 정신 건강 학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대, 등) 사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등) 	<ul style="list-style-type: none"> 사회 참여지원(사회참여 및 소속지원) 직업 참여지원(고용지원) 교육 참여지원(정규교육, 비정규교육, 등) 자기사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원, 등) 개인맞춤형 회복 지원 여가생활 지원
소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 공적 소득지원(국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원 정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원 위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원 자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원
주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 현재 주거하고 있는 거주형 정신재활시설 유형 함께 침실을 사용하는 이용자의 수 현 주거시설 입소시 결정 주체 	<ul style="list-style-type: none"> 현재 거주하는 주거시설 내 일상생활에 대한 의견 시설 퇴소 후 희망하는 생활 지역사회에서 독립적으로 살아가기 위해 필요한 주거(보장) 관련 지원들의 필요성 및 충분정도에 대한 의견
신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 신체질환의 치료비용 지원 신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원 신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원
정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 상담서비스(개별상담, 집단상담) 증상 및 약물관리 서비스 정신질환 치료와 관련해 정보와 안내 정신질환의 치료비용 지원 정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원 정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 치료 서비스(정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스) 재활 서비스(질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활) 대안적 서비스(지원교육, 지원고용, 등) 가사도우미 서비스 외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스 회복교육(증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복) 개인별 회복계획수립 및 지원서비스

설문영역	조사 세부 항목	
정신(질환) 장애로 인한 학대 및 차별 경험	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환(장애)로 인한 총 26가지 영역에 대한 차별 경험 및 차별 경험 시 도움 요청여부 	<ul style="list-style-type: none"> 정신장애인이란 이유로 권리 침해시 도움이나 상담을 받기를 원하는 주체 스스로 결정내리기 어려운 행위에 대한 지원 필요시 도움의 주체
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등) 정신장애인 자조모임 지원 서비스 정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등) 문화·예술 활동 제공 및 지원 여가활동 제공 및 지원 체육활동 제공 및 지원 지역사회 자원봉사활동 참여 지원 인식개선 활동 참여 지원 당사자단체 참여 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계 이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동 이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동 이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동 이용자에 대한 인권교육 이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도	<ul style="list-style-type: none"> 개인맞춤형 직업재활 및 고용지원(일자리 정보 및 알선) 이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램 보호작업(보호작업장) 일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 지원고용) 정신장애인을 위한 특별 채용 일자리(장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용) 	<ul style="list-style-type: none"> 정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려(직장편의) 업무수행 시 타인의 도움 정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선 창업지원(창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등) 직장 정보제공 및 연결 서비스 취업 전 훈련 및 직업기술훈련 취업 후 지속적 지원 및 옹호
교육경험 및 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도와	<ul style="list-style-type: none"> 응답자의 학력 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유 	<ul style="list-style-type: none"> 정규교육 및 비정규교육 관련 제도 및 지원에 대한 필요정도와 충분정도
현재 이용하는 지역사회재활시설에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> 본인이 이용하는 지역사회 정신재활시설의 지원 서비스에 대한 12가지 영역에 대한 의견 	<ul style="list-style-type: none"> 본인이 이용하는 지역사회 정신재활시설의 지원 서비스에 대한 9가지 영역에 경험
삶의 만족도	<ul style="list-style-type: none"> 신체건강에 대한 만족도 정신건강에 대한 만족도 주거환경에 대한 만족도 가족관계에 대한 만족도 	<ul style="list-style-type: none"> 직업(일)에 대한 만족도 소득에 대한 만족도 사회적 친분관계에 대한 만족도 여가생활에 대한 만족도 전반적인 생활에 대한 만족도

3. 분석 방법

앞선 이용형 정신재활시설 설문조사 분석과 마찬가지로 설문조사의 결과는 기본적으로 빈도분석, 교차분석 등의 기술통계 방법을 사용하여 분석하였다. 우선 시설의 일반적 특성과 일상생활유지를 위해 기본적으로 필요한 서비스 영역과 하위 서비스 및 프로그램에 대한 필요정도와 충분정도 비교, 재활시설의 인권관련 서비스에 대한 의견과 경험, 삶의 만족도에 대해 기술통계분석을 실시하였다. 이때, 전체 분석은 대도시, 중소도시, 농어촌 지역별로 구분한 결과를 포함하였다. 둘째, 주요 결과를 일상생활지원서비스 세부영역별, 전반적인 인식도를 지역과 연령에 따라 요약 정리하였다. 셋째, 국제인권기준인 UN 장애인권리협약(CRPD), WHO 시설인권 기준 지침 툃킷, EU의 QuIRC등을 바탕으로 재활시설의 국제인권기준 대응현황을 요약하였다. 마지막으로 주요결과를 바탕으로 정책적 제언과 함의를 논하였다.

제2절 조사대상자들의 일반적 특성

1. 일반적 특성

〈표 7-2〉 전체 응답자들의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분		응답자 수	응답자 비율	구분		응답자 수	응답자 비율
성별	전체	302	100.0	입원 경험	아니오	26	8.6
	여성	133	44.0		예	276	91.4
	남성	169	56.0		서울	103	34.1
연령	청년기(30세 미만)	36	11.9	부산	17	5.6	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	36.8	대구	12	4.0	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	43.7	인천	2	0.7	
	노년기(60세 이상)	23	7.6	광주	2	0.7	
학력	무학	1	0.3	대전	22	7.3	
	초등학교	9	3.0	울산	0	0.0	
	중학교	24	7.9	세종	1	0.3	
	고등학교	146	48.3	경기	67	22.2	
	대학교(3년제 이하)	50	16.6	강원	7	2.3	
	대학교(4년제 이상)	66	21.9	충북	20	6.6	
	대학원 이상	6	2.0	충남	6	2.0	
결혼 상태	미혼	244	80.8	전남	0	0.0	
	결혼/동거 (함께 사는 배우자 있음)	13	4.3	전북	16	5.3	
	별거	3	1.0	경북	23	7.6	
	이혼	37	12.3	경남	3	1.0	
	사별	4	1.3	제주	1	0.3	
	무응답	1	0.3	대도시	159	52.6	
국기 초유 형	수급대상 아님	115	38.1	지역 구분	중소도시	129	42.7
	일반수급가구 (의료·교육·자활특례 제외)	151	50.0		농어촌	14	4.6
	조건부수급가구	12	4.0		조현병(정신분열증)	217	71.9
	의료·교육·자활특례	24	7.9		양극성정동장애(조울증)	29	9.6
장애 등록 유무	등록	214	70.9	주된 진단 명	우울증(반복성우울)	18	6.0
	미등록	88	29.1		분열정동장애	3	1.0
의료 보장 유형	의료급여	167	55.3		발달장애(지적/자폐성)	4	1.3
	건강보험	115	38.1		알코올/약물장애	14	4.6
	모름	20	6.6		신경증	2	0.7
					ADHD (주의력결핍과잉행동장애)	1	0.3
					기타	14	4.6

거주형 응답자의 일반적 특성은 위의 <표 7-2>와 같다. 거주형 응답자 총 302명 중 남성이 169명, 여성이 133명으로 남성 응답비율(56%)이 높았다. 응답자의 지역 분포는 대도시와 중소도시가 약 95%를 차지하는 것으로 나타났다. 연령대는 45세 이상 60세미만의 중장년기의 비율이 약 44%로 가장 높았다. 응답자의 약 89%가 고등학교이상의 학력이며, 약 81%가 미혼인 것으로 나타났다. 국민기초수급대상자 비율은 약 62%이며, 장애등록비율은 약 71%로 나타났다. 전체 응답자 중 약 91%가 입원경험이 있으며, 약 72%가 주요 진단명이 조현병이었으며, 양극성 정동장애(9.6%)와 우울증(6%) 순으로 많았다.

2. 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기

<표 7-3> 정신건강문제 최초발현시기/최초치료시기

(단위: 명, %)

구분	정신건강문제 최초발현시기							평균 (세)
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상	계	
사례수	79	118	73	22	10	0	302	26.5
비율	26.2	39.1	24.2	7.3	3.3	0.0	100.0	-
구분	정신건강문제 최초치료시기							평균 (세)
	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상	계	
사례수	59	127	79	27	10	0	302	27.9
비율	19.5	42.1	26.2	8.9	3.3	0.0	100.0	-

거주형 응답자의 정신건강문제 최초발현시기 연령은 평균 26.5세로 나타났다. 20대인 경우가 전체의 약 39%로 가장 많았고, 20대 미만이 약 26%, 30대인 경우 약 24.2% 순으로 대부분 20-30대 이전에 발현된 것으로 나타났다. 그러나 정신건강문제에 대한 최초 치료시기 연령은 평균 27.9세로 정신건강 문제 최초발현시기와 약 1년 4개월의 차이가 있는 것으로 나타났다.

3. 가장 최근 입원기간/가장최근 입원시 결정주체

〈표 7-4〉 가장 최근 입원기간/가장최근 입원 시 결정주체

(단위: 명, %)

구분	가장최근 입원기간					계	평균 (개월)
	1개월 미만	1~3개월 미만	3~6개월 미만	6개월~1년 미만	1년 이상		
사례수	22	88	64	63	39	276	7.09
비율	8.0	31.9	23.2	22.8	14.1	100.0	-
구분	가장최근 입원시 결정주체					계	
	스스로결정	가족설득/동의	가족설득/ 비동의	정신건강복지센터/ 경찰/비동의	기타/비동의		
사례수	92	100	57	16	11	276	
비율	33.3	36.2	20.7	5.8	4.0	100.0	

거주형 응답자 중 가장 최근기준 입원 평균 기간은 약 7개월로 나타났다. 6개월 미만이 약 55%지만 6개월 이상도 약 37%의 비율을 나타냈다. 최근 입원시 결정주체는 자의입원인 경우는 33.3%에 불과하며 가족설득에 의한 동의가 36%로 가장 많고, 비동의 비율도 전체에서 약 30%로 나타났다.

제3절 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견

1. 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 전반적 인식

1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도

〈표 7-5〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	302	2.40	0.69	2	80.02	대도시	159	2.41	0.70	80.29
						중소도시	129	2.40	0.65	79.84
						농어촌	14	2.36	0.84	78.57
주거보장(기본 살 곳)	302	2.44	0.66	1	81.24	대도시	159	2.46	0.63	81.97
						중소도시	129	2.43	0.66	81.14
						농어촌	14	2.21	0.89	73.81
신체 건강	302	2.34	0.65	4	78.15	대도시	159	2.37	0.65	79.04
						중소도시	129	2.33	0.63	77.78
						농어촌	14	2.14	0.77	71.43
정신 건강	302	2.38	0.67	3	79.36	대도시	159	2.43	0.66	80.92
						중소도시	129	2.32	0.66	77.26
						농어촌	14	2.43	0.85	80.95
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	302	2.12	0.86	12	70.64	대도시	159	2.17	0.88	72.33
						중소도시	129	2.08	0.83	69.25
						농어촌	14	1.93	0.83	64.29
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	302	2.31	0.74	7	76.93	대도시	159	2.34	0.76	77.99
						중소도시	129	2.29	0.72	76.23
						농어촌	14	2.14	0.77	71.43
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	302	2.17	0.68	10	72.30	대도시	159	2.23	0.73	74.21
						중소도시	129	2.12	0.61	70.54
						농어촌	14	2.00	0.78	66.67

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
직업 참여지원(고용지원)	302	2.32	0.70	6	77.26	대도시	159	2.42	0.68	80.71
						중소도시	129	2.21	0.68	73.64
						농어촌	14	2.14	0.86	71.43
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	302	2.12	0.71	11	70.64	대도시	159	2.17	0.72	72.33
						중소도시	129	2.09	0.65	69.77
						농어촌	14	1.79	0.89	59.52
자기의사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	302	2.29	0.63	9	76.27	대도시	159	2.34	0.62	77.99
						중소도시	129	2.23	0.64	74.42
						농어촌	14	2.21	0.58	73.81
개인맞춤형 회복 지원	302	2.33	0.63	5	77.70	대도시	159	2.40	0.63	79.87
						중소도시	129	2.27	0.65	75.71
						농어촌	14	2.14	0.36	71.43
여가생활 지원	302	2.29	0.63	8	76.49	대도시	159	2.30	0.64	76.73
						중소도시	129	2.29	0.60	76.49
						농어촌	14	2.21	0.80	73.81
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도 종합	302	2.29	0.51	-	76.42	대도시	159	2.34	0.51	77.87
						중소도시	129	2.26	0.51	75.17
						농어촌	14	2.14	0.58	71.43

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자에게 일상생활에 필요한 지원서비스 필요도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원 여가생활로 구분하여 질문한 결과 필요도 1-3순위는 다음과 같다. 일상생활에 필요한 지원서비스 중 주거에 대한 필요도가 1순위로 나타났으며, 소득과 정신건강서비스에 대한 필요도가 그 다음으로 높았다. 전체 서비스의 필요도에 대한 종합 평균은 2.29점으로 100점 만점 기준으로 약 76점에 해당한다. 지역 규모별 일상생활 지원 서비스 필요도는 대도시, 중소도시, 농어촌지역 순으로 대도시 거주형 정신재활시설 이용자의 필요도 평균이 가장 높은 것으로 나타났다.

2) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도

〈표 7-6〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
소득보장(기본 입고 먹는 수준 보장)	281	1.68	0.84	12	55.87	대도시	147	1.54	0.89	51.47
						중소도시	121	1.83	0.76	61.16
						농어촌	13	1.69	0.75	56.41
주거보장(기본 살 곳)	284	1.78	0.80	10	59.27	대도시	151	1.74	0.86	58.06
						중소도시	121	1.81	0.72	60.33
						농어촌	12	1.92	0.90	63.89
신체 건강	285	1.87	0.70	4	62.34	대도시	150	1.80	0.78	60.00
						중소도시	122	1.93	0.60	64.48
						농어촌	13	2.08	0.64	69.23
정신 건강	282	1.91	0.74	3	63.83	대도시	150	1.83	0.81	60.89
						중소도시	119	2.03	0.60	67.79
						농어촌	13	1.85	0.90	61.54
학대 방지(가정에서 학대, 사회적 학대 등)	245	1.92	0.82	2	64.08	대도시	133	1.80	0.91	60.15
						중소도시	101	2.04	0.69	67.99
						농어촌	11	2.27	0.47	75.76
사회적 차별 금지(학교, 직장, 주거, 취업 등)	269	1.83	0.78	7	60.97	대도시	141	1.75	0.83	58.39
						중소도시	115	1.90	0.71	63.48
						농어촌	13	2.00	0.71	66.67
사회 참여지원(사회참여 및 소속지원)	267	1.80	0.76	8	59.93	대도시	141	1.71	0.81	56.97
						중소도시	114	1.92	0.65	64.04
						농어촌	12	1.67	0.98	55.56
직업 참여지원(고용지원)	274	1.73	0.78	11	57.54	대도시	148	1.64	0.82	54.73
						중소도시	114	1.84	0.70	61.40
						농어촌	12	1.67	0.98	55.56

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
교육 참여지원(정규교육, 비정규교육 등)	257	1.84	0.70	5	61.48	대도시	137	1.78	0.77	59.37
						중소도시	111	1.92	0.61	63.96
						농어촌	9	1.89	0.60	62.96
자기사결정권 행사 지원(치료, 약물, 입원 등)	277	1.93	0.71	1	64.26	대도시	148	1.86	0.76	61.94
						중소도시	116	2.02	0.66	67.24
						농어촌	13	1.92	0.49	64.10
개인맞춤형 회복 지원	284	1.84	0.77	6	61.38	대도시	151	1.75	0.83	58.50
						중소도시	119	1.97	0.66	65.83
						농어촌	14	1.64	0.84	54.76
여가생활 지원	281	1.78	0.75	9	59.43	대도시	145	1.61	0.80	53.79
						중소도시	123	1.98	0.64	66.12
						농어촌	13	1.77	0.73	58.97
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도 종합	300	1.82	0.60	-	60.66	대도시	157	1.74	0.67	58.11
						중소도시	129	1.91	0.50	63.66
						농어촌	14	1.85	0.60	61.76

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자에게 일상생활에 필요한 지원서비스 충분도를 소득, 주거, 정신 및 신체건강, 학대, 차별, 직업, 교육, 자기결정권, 개별 맞춤형 회복지원, 여가생활 12항목으로 구분하여 질문하였다. 전체 서비스의 충분도에 대한 종합 평균은 1.82점으로 100점 만점 기준으로 약 61점에 해당한다. 소득에 대한 충분도가 가장 낮았고(약 56점), 주거(약 59점) 및 고용(약 57점)지원 서비스 충분도가 다음 순으로 낮게 나타났다. 이는 필요도와 연결되는 결과로써 소득, 주거 등 기본적인 생활보장에 대한 필요성이 높은 것을 의미한다. 마찬가지로 필요도 평균 76점에 비해 매우 낮아 일상생활에 필요한 기본적인 서비스에 대한 욕구가 큰 것으로 볼 수 있다. 지역 규모별 일상생활 지원서비스 충분도는 대도시가 가장 낮고 다음으로 농어촌과 중소도시 순으로 낮은 것으로 나타났다.

3) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-7〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	281	0.85	1.00	1	대도시	147	1.01	1.06
					중소도시	121	0.67	0.90
					농어촌	13	0.85	0.90
주거보장 (기본 살 곳)	284	0.77	0.99	2	대도시	151	0.81	1.08
					중소도시	121	0.74	0.85
					농어촌	12	0.58	1.08
신체 건강	285	0.58	0.84	8	대도시	150	0.67	0.94
					중소도시	122	0.49	0.68
					농어촌	13	0.23	0.83
정신 건강	282	0.59	0.91	7	대도시	150	0.71	1.02
					중소도시	119	0.41	0.69
					농어촌	13	0.77	1.09
학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	245	0.53	0.99	10	대도시	133	0.68	1.11
					중소도시	101	0.40	0.81
					농어촌	11	0.00	0.45
사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	269	0.67	0.92	4	대도시	141	0.79	1.01
					중소도시	115	0.57	0.81
					농어촌	13	0.31	0.75
사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	267	0.55	0.91	9	대도시	141	0.71	1.00
					중소도시	114	0.35	0.73
					농어촌	12	0.58	1.08
직업 참여지원 (고용지원)	274	0.75	0.94	3	대도시	148	0.91	0.98
					중소도시	114	0.54	0.81
					농어촌	12	0.75	1.22
교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	257	0.50	0.88	11	대도시	137	0.61	1.01
					중소도시	111	0.37	0.69
					농어촌	9	0.44	0.73

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	277	0.48	0.82	12	대도시	148	0.59	0.93
					중소도시	116	0.36	0.69
					농어촌	13	0.38	0.51
개인맞춤형 회복 지원	284	0.59	0.93	6	대도시	151	0.73	1.05
					중소도시	119	0.42	0.73
					농어촌	14	0.50	1.02
여가생활 지원	281	0.62	0.91	5	대도시	145	0.82	1.03
					중소도시	123	0.39	0.71
					농어촌	13	0.62	0.77
일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	300	0.61	0.72	-	대도시	157	0.73	0.83
					중소도시	129	0.49	0.55
					농어촌	14	0.49	0.73

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 0.61점이라는 것은 필요도가 충분도에 비해 크다는 것을 의미한다. 세부영역별로는 소득 보장 서비스에서 필요도와 충분도의 차이가 가장 큰 것으로 나타났고, 주거와 고용이 그 다음순서로 차이가 높은 영역으로 나타났다. 지역별로는 대도시에서 전체 서비스의 필요도와 충분도 차이값 평균이 가장 큰 것으로 나타났고, 다음으로 중소도시와 농어촌지역에서 차이값 평균이 동일하게 큰 것으로 나타났다.

2. 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역별 전반적 인식

1) 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 7-8〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
공적 소득지원 (국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원	302	2.31	0.64	1	77.15	대도시	159	2.35	0.69	78.41
						중소도시	129	2.25	0.59	74.94
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원	302	2.13	0.74	3	70.97	대도시	159	2.16	0.79	71.91
						중소도시	129	2.10	0.67	70.03
						농어촌	14	2.07	0.73	69.05
저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원	302	2.15	0.75	2	71.63	대도시	159	2.17	0.84	72.33
						중소도시	129	2.13	0.63	71.06
						농어촌	14	2.07	0.73	69.05
위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원	302	2.05	0.77	4	68.43	대도시	159	2.07	0.84	68.97
						중소도시	129	2.04	0.68	67.96
						농어촌	14	2.00	0.68	66.67
자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원	302	2.03	0.77	5	67.77	대도시	159	2.02	0.86	67.30
						중소도시	129	2.05	0.67	68.48
						농어촌	14	2.00	0.68	66.67
소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	302	2.14	0.63	-	71.19	대도시	159	2.15	0.69	71.78
						중소도시	129	2.11	0.55	70.49
						농어촌	14	2.13	0.57	70.95

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

일상생활에 필요한 지원서비스 중 소득보장서비스의 하위 서비스 부분을 살펴보면, 거주형 정신재활시설 이용자들은 국민기초생활보장제도 등 공적 소득지원서비

스를 가장 필요로 하는 것으로 나타났다. 다음으로 저축 및 투자상담지원과 정기적인 소득의 활용 및 재정관리 상담서비스 순으로 필요도가 높다고 응답하였다. 소득보장 세부서비스 필요도 전체 평균값은 2.14로 100점 만점 기준 약 71점에 해당한다. 소득보장 서비스도 대도시에서 전체 필요도 평균값이 가장 높았으며, 다음으로 농어촌지역과 중소도시 지역으로 나타났다. 그러나 세부 지원서비스 영역 중 공적 소득지원서비스는 농어촌지역에서 서비스 필요도가 가장 높은 것으로 나타났다.

(2) 소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 7-9〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
공적 소득지원 (국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원	281	1.77	0.80	1	58.96	대도시	146	1.68	0.85	55.94
						중소도시	121	1.86	0.71	61.98
						농어촌	14	1.93	0.92	64.29
정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원	251	1.71	0.81	2	57.10	대도시	132	1.63	0.89	54.29
						중소도시	108	1.81	0.68	60.19
						농어촌	11	1.82	0.87	60.61
저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원	249	1.68	0.83	3	56.09	대도시	127	1.60	0.91	53.28
						중소도시	111	1.76	0.72	58.56
						농어촌	11	1.91	0.94	63.64
위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원	241	1.51	0.87	5	50.48	대도시	124	1.40	0.92	46.77
						중소도시	106	1.66	0.79	55.35
						농어촌	11	1.36	0.81	45.45
자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원	233	1.52	0.85	4	50.64	대도시	118	1.41	0.91	46.89
						중소도시	104	1.66	0.77	55.45
						농어촌	11	1.36	0.81	45.45
소득보장 관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	289	1.64	0.73	-	54.72	대도시	151	1.56	0.79	51.92
						중소도시	124	1.75	0.64	58.18
						농어촌	14	1.63	0.71	54.29

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

일상생활에 필요한 지원서비스 중 소득보장서비스의 하위 서비스 부분을 살펴보면, 거주형 정신재활시설 이용자들은 ‘위험대비 사적연금 및 보험 상담서비스가 가장 충분하지 않다(약 50점)’고 보고하였으며, ‘자산의 상속과 재산권 보호에 관한 상담서비스가 다음으로 충분하지 않다(약 50점)’고 응답하였다. 반면 서비스 필요도에서 가장 높다고 응답한 국민기초생활보장제도 등 공적 소득지원서비스의 충분도도 가장 높은 것으로 나타났다. 소득보장 관련 지원서비스 전체 충분도 평균값은 1.64로 100점 만점 기준 약 55점에 불과해 필요도 평균 71점에 비해 매우 낮은 것으로 나타났다.

(3) 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-10〉 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
공적 소득지원(국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등에 대한 안내, 정보제공, 신청지원)	281	0.66	0.92	5	대도시	146	0.82	0.98
					중소도시	121	0.48	0.80
					농어촌	14	0.57	1.09
정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원	251	0.67	0.94	4	대도시	132	0.81	1.06
					중소도시	108	0.52	0.73
					농어촌	11	0.55	1.13
저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원	249	0.73	0.97	3	대도시	127	0.91	1.05
					중소도시	111	0.56	0.83
					농어촌	11	0.45	0.93
위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원	241	0.85	1.02	2	대도시	124	1.03	1.10
					중소도시	106	0.62	0.86
					농어촌	11	0.91	1.14
자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원	233	0.85	1.01	1	대도시	118	1.03	1.09
					중소도시	104	0.64	0.85
					농어촌	11	0.91	1.14
소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	289	0.73	0.86	-	대도시	151	0.87	0.94
					중소도시	124	0.55	0.70
					농어촌	14	0.79	1.03

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

소득보장 지원서비스의 필요도와 충분도 차이를 살펴보면 ‘자산의 상속 및 재산권 보호 상담서비스’가 필요도와 충분도에서 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. ‘위험대비 사적 연금 상담서비스’가 그 다음으로 차이가 큰 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시에서 필요도와 충분도 차이가 가장 크고 농어촌, 중소도시 순으로 차이가 큰 것으로 나타났다.

2) 주거관련 서비스 현황과 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 침실 사용 인원수

〈표 7-11〉 침실 사용 인원수

구분	N	평균	표준편차	최소	최대
전체	298	2.52	1.06	1	7
대도시	159	2.39	1.00	1	7
중소도시	125	2.63	1.14	1	5
농어촌	14	3.07	0.83	2	4

거주형 정신재활시설 응답자들은 시설에서 침실 당 평균 2.52명이 생활하는 것으로 응답하였다. 지역별로는 대도시가 2.39명, 중소도시가 2.63명, 농어촌지역이 3.07명이 침실을 함께 사용하는 것으로 나타났다.

(2) 현재 거주 중인 시설 입소 주된 이유

〈표 7-12〉 현재 거주 중인 시설 입소 주된 이유

구분	N	친구의 권유로	가족이 원해서	가족외타인(의사, 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 공무원등)의 권유로	거주할 곳이 없어서	증상을 스스로 관리할 자신이 없어서	가족에게 피해를 주기 싫어서	기타
전체	251	0.8	27.1	22.3	17.5	19.1	10.0	3.2
대도시	132	1.5	23.5	17.4	15.9	26.5	11.4	3.8
중소도시	107	0.0	30.8	29.0	18.7	10.3	8.4	2.8
농어촌	12	0.0	33.3	16.7	25.0	16.7	8.3	0.0

거주형 정신재활시설 응답자들이 거주할 곳이 없어서 시설에 입소한 경우는 17.5%에 불과하며 가족이 원한 경우가 27.1%, 전문가 등의 권유가 22.3%로 가장 많이 나타났다. 특히 농어촌 지역에서 가족이 원하는 비율은 33.3%에 달하는 것으로 나타났다. 중소도시와 농어촌은 가족이 원한 경우가 가장 많고, 대도시는 증상을 스스로 관리할 자신이 없다고 응답한 경우가 가장 많았다.

(3) 타의에 의한 입소인 경우 결정 주체

〈표 7-13〉 타의에 의한 입소인 경우 결정 주체

구분	N	가족 또는 보호자의 결정	시·군·구청 및 정신건강복지센터의 결정	잘 모르겠음	기타
전체	51	88.2	0.0	7.8	3.9
대도시	27	81.5	0.0	11.1	7.4
중소도시	22	95.5	0.0	4.5	0.0
농어촌	2	100.0	0.0	0.0	0.0

거주형 정신재활시설 응답자들의 타의에 의한 입소 시 결정주체는 대부분 가족과 보호자인 것으로 나타났다. 농어촌과 중소도시에서는 타의에 의한 입소 시 95%이상이 가족 또는 보호자의 결정으로 입소한 것으로 나타났다.

(4) 현재 거주중인 주거시설 내 일상생활에 관한 의견

〈표 7-14〉 현재 거주중인 주거시설 내 일상생활에 관한 의견

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
다른 사람이 안 보는 곳에서 옷을 갈아입을 수 있다.	302	2.26	0.68	9	75.50	대도시	159	2.34	0.64	77.99
						중소도시	129	2.18	0.69	72.61
						농어촌	14	2.21	0.97	73.81
본인의 물품을 보관할 수 있는 개인사물함을 가지고 있다.	302	2.39	0.55	1	79.58	대도시	159	2.40	0.55	80.08
						중소도시	129	2.36	0.54	78.55
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
같은 방을 사용하는 사람이 마음에 들지 않거나 사이가 안 좋아진다면 같은 방을 사용하는 사람을 바꿀 수 있다.	302	2.13	0.69	12	71.08	대도시	159	2.16	0.69	72.12
						중소도시	129	2.08	0.68	69.25
						농어촌	14	2.29	0.73	76.19
화장실 및 목욕실은 깨끗하고 시설은 제대로 작동한다.	302	2.32	0.60	7	77.26	대도시	159	2.32	0.62	77.36
						중소도시	129	2.31	0.54	77.00
						농어촌	14	2.36	0.84	78.57
화장실 및 목욕실 사용시 타인에게 노출되지 않는다.	302	2.31	0.64	8	76.93	대도시	159	2.38	0.59	79.45
						중소도시	129	2.22	0.64	74.16
						농어촌	14	2.21	0.97	73.81
거실을 자유롭게 사용할 수 있다.	302	2.37	0.55	2	79.03	대도시	159	2.43	0.50	81.13
						중소도시	129	2.28	0.60	75.97
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
주방을 자유롭게 사용할 수 있다.	302	1.98	0.82	17	66.00	대도시	159	2.11	0.75	70.44
						중소도시	129	1.84	0.86	61.50
						농어촌	14	1.71	0.91	57.14

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
식사 외에 먹고 싶은 음식을 자유롭게 구매하여 먹을 수 있다.	302	2.13	0.76	13	70.86	대도시	159	2.22	0.76	74.00
						중소도시	129	2.02	0.74	67.44
						농어촌	14	2.00	0.78	66.67
기본적인 식사시간 외에 본인이 원할 경우 식사할 수 있다.	302	1.87	0.84	18	62.25	대도시	159	1.96	0.84	65.20
						중소도시	129	1.76	0.83	58.66
						농어촌	14	1.86	0.95	61.90
본인이 원하는 신발과 옷을 구매할 수 있다.	302	2.34	0.64	4	78.04	대도시	159	2.38	0.62	79.45
						중소도시	129	2.29	0.65	76.23
						농어촌	14	2.36	0.63	78.57
개인의 의복을 개별적으로 세탁할 수 있다.	302	2.32	0.63	6	77.37	대도시	159	2.38	0.57	79.45
						중소도시	129	2.22	0.68	74.16
						농어촌	14	2.50	0.65	83.33
냉·난방기를 본인이 원할 때 자유롭게 사용할 수 있다.	302	2.15	0.70	11	71.52	대도시	159	2.22	0.71	74.00
						중소도시	129	2.02	0.67	67.18
						농어촌	14	2.50	0.65	83.33
집기(TV, 라디오, 운동시설 등)를 자유롭게 사용할 수 있다.	302	2.35	0.58	3	78.26	대도시	159	2.35	0.61	74.00
						중소도시	129	2.33	0.55	67.18
						농어촌	14	2.43	0.65	83.33
원하는 경우 외출과 외박이 가능하다.	302	2.12	0.76	14	70.75	대도시	159	2.08	0.80	78.41
						중소도시	129	2.16	0.71	77.78
						농어촌	14	2.29	0.73	80.95
원하는 시간에 취침하거나 기상할 수 있다.	302	2.01	0.77	16	67.00	대도시	159	2.02	0.85	69.39
						중소도시	129	1.98	0.67	71.83
						농어촌	14	2.21	0.58	76.19
명절, 공휴일, 주말에도 시설에 머무를 수 있다.	302	2.33	0.67	5	77.81	대도시	159	2.31	0.69	67.30
						중소도시	129	2.36	0.63	65.89
						농어촌	14	2.43	0.65	73.81
친구나 가족이 방문할 때 응대할 공간이 준비되어 있다.	302	2.08	0.75	15	69.32	대도시	159	2.04	0.76	76.94
						중소도시	129	2.12	0.70	78.55
						농어촌	14	2.21	0.97	80.95

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
자유롭게 사용할 수 있는 컴퓨터가 비치되어 있다.	302	2.15	0.73	10	71.52	대도시	159	2.06	0.76	67.92
						중소도시	129	2.25	0.69	70.54
						농어촌	14	2.21	0.80	73.81
현재 거주중인 주거시설 내 일상생활에 관한 의견 종합	302	2.20	0.47	-	73.34	대도시	159	2.23	0.47	74.40
						중소도시	129	2.15	0.45	71.79
						농어촌	14	2.27	0.63	75.53

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자의 시설 내 생활환경에 대한 인식에서 가장 긍정적인 부분은 개인사물함과 거실을 자유롭게 이용할 수 있다고 응답한 부분이다. 가장 낮은 평균값을 보이는 문항의 순서는 ‘식사시간 외에 원할 때 식사(1.87, 약 62점)’, ‘주방의 자유로운 사용’(1.98, 66점), ‘원하는 시간에 취침과 기상(2.01, 67점)’으로 나타났다.

(5) 시설 퇴소 후 희망생활

〈표 7-15〉 시설 퇴소 후 희망생활

구분	N	가정에서 가족과 함께 생활하고 싶다	주택을 마련하여 혼자서 생활 하고 싶다	마음이 맞는 동료 정신장애인과 함께 생활하고 싶다	할 수 만 있다면 공동생활가정(그룹 홈)에서 계속 살아가고 싶다	기타
전체	302	24.2	49.3	10.9	13.9	1.7
대도시	159	23.3	49.7	11.3	14.5	1.3
중소도시	129	25.6	48.1	10.9	14.0	1.6
농어촌	14	21.4	57.1	7.1	7.1	7.1

거주형 정신재활시설 응답자들은 시설 퇴소 후 희망생활을 묻는 질문에서 전체의 약 49%가 ‘주택을 마련하여 혼자 생활하고 싶다’고 응답하였다. 이는 대도시와 중소도시 및 농어촌지역에서도 동일하게 가장 희망하는 생활인 것으로 나타났다.

(6) 주거관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 7-16〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
주택 임대 및 구입을 위한 대출	302	2.10	0.79	11	69.98	대도시	159	2.14	0.85	71.28
						중소도시	129	2.07	0.73	68.99
						농어촌	14	1.93	0.62	64.29
공공임대주택(아파트)	302	2.36	0.68	1	78.81	대도시	159	2.36	0.71	78.62
						중소도시	129	2.38	0.63	79.33
						농어촌	14	2.29	0.73	76.19
공동생활가정서비스(그룹홈 등 소규모주거시설)	302	2.15	0.79	9	71.63	대도시	159	2.14	0.79	71.28
						중소도시	129	2.15	0.76	71.58
						농어촌	14	2.29	0.99	76.19
월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원	302	2.35	0.72	2	78.26	대도시	159	2.35	0.76	78.20
						중소도시	129	2.33	0.68	77.78
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	302	2.23	0.74	5	74.17	대도시	159	2.22	0.83	74.00
						중소도시	129	2.25	0.63	74.94
						농어촌	14	2.07	0.62	69.05
지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	302	2.22	0.70	7	73.95	대도시	159	2.25	0.74	74.84
						중소도시	129	2.18	0.64	72.61
						농어촌	14	2.29	0.73	76.19
주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	302	2.16	0.75	8	71.96	대도시	159	2.19	0.80	73.17
						중소도시	129	2.11	0.70	70.28
						농어촌	14	2.21	0.70	73.81
주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	302	2.09	0.79	12	69.65	대도시	159	2.09	0.88	69.60
						중소도시	129	2.09	0.69	69.51
						농어촌	14	2.14	0.66	71.43
단기보호, 위기쉼터 서비스(쉼터)	302	2.11	0.79	10	70.31	대도시	159	2.16	0.83	72.12
						중소도시	129	2.09	0.73	69.51
						농어촌	14	1.71	0.83	57.14

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
주거관리 및 독립생활지원 서비스	302	2.26	0.69	3	75.39	대도시	159	2.30	0.74	76.73
						중소도시	129	2.21	0.65	73.64
						농어촌	14	2.29	0.61	76.19
자립생활체험서비스	302	2.22	0.70	6	73.95	대도시	159	2.28	0.69	76.10
						중소도시	129	2.14	0.68	71.32
						농어촌	14	2.21	0.80	73.81
독립주거전환지원 서비스	302	2.25	0.69	4	74.83	대도시	159	2.35	0.67	78.20
						중소도시	129	2.15	0.66	71.58
						농어촌	14	2.00	0.88	66.67
주거관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	302	2.21	0.58	-	73.57	대도시	159	2.24	0.63	74.51
						중소도시	129	2.18	0.52	72.59
						농어촌	14	2.16	0.49	72.02

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 주거관련 지원 및 서비스 필요도 전체 평균은 2.21점이며 100점 기준 약 74점에 해당한다. 세부항목 서비스 중 가장 높은 필요도를 보인 주거관련 지원 및 서비스는 1순위 ‘공공임대주택(아파트)(약 79점)’, 2순위 ‘월세 및 공공요금 지원(약 78점)’, 3순위 ‘주거관리 및 독립생활지원 서비스(약 75점)’인 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 75점), 중소도시(약 73점), 농어촌(약 72점)으로 대도시에서 주거지원 및 서비스 필요도 전체 평균값이 가장 높은 것으로 나타났다. 그러나 세부서비스를 살펴보면, ‘공동생활가정’, ‘월세 및 공공요금지원’, ‘지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선’, ‘주택수리 개조 비용 지원’ 등은 농어촌지역에서 필요도가 가장 높은 것으로 나타났다.

(7) 주거관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 7-17〉 주거관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
주택 임대 및 구입을 위한 대출	241	1.45	0.84	11	48.27	대도시	127	1.30	0.84	43.31
						중소도시	103	1.63	0.79	54.37
						농어촌	11	1.45	1.04	48.48
공공임대주택(아파트)	276	1.48	0.82	10	49.40	대도시	143	1.38	0.84	46.15
						중소도시	121	1.59	0.78	52.89
						농어촌	12	1.58	0.90	52.78
공동생활가정서비스(그룹 홈 등 소규모주거시설)	252	1.71	0.80	1	57.14	대도시	133	1.71	0.83	56.89
						중소도시	108	1.78	0.73	59.26
						농어촌	11	1.18	0.87	39.39
월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원	275	1.59	0.83	7	53.09	대도시	143	1.52	0.90	50.82
						중소도시	118	1.69	0.74	56.21
						농어촌	14	1.50	0.85	50.00
전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	262	1.61	0.81	6	53.82	대도시	134	1.53	0.87	51.00
						중소도시	116	1.72	0.72	57.47
						농어촌	12	1.50	0.90	50.00
지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	266	1.62	0.82	5	54.14	대도시	138	1.57	0.91	52.42
						중소도시	116	1.69	0.69	56.32
						농어촌	12	1.58	0.90	52.78
주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	255	1.50	0.84	9	49.93	대도시	133	1.41	0.92	46.87
						중소도시	110	1.61	0.71	53.64
						농어촌	12	1.50	0.90	50.00
주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	244	1.45	0.86	12	48.22	대도시	124	1.33	0.91	44.35
						중소도시	108	1.60	0.77	53.40
						농어촌	12	1.25	0.87	41.67

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)	237	1.54	0.85	8	51.48	대도시	124	1.50	0.90	50.00
						중소도시	104	1.64	0.79	54.81
						농어촌	9	1.00	0.71	33.33
주거관리 및 독립생활지원 서비스	269	1.70	0.81	2	56.75	대도시	141	1.62	0.88	54.14
						중소도시	115	1.77	0.70	59.13
						농어촌	13	1.92	0.76	64.10
자립생활체험서비스	267	1.68	0.81	3	56.05	대도시	143	1.63	0.84	54.31
						중소도시	113	1.73	0.77	57.52
						농어촌	11	1.91	0.83	63.64
독립주거전환지원 서비스	269	1.64	0.83	4	54.65	대도시	147	1.54	0.89	51.25
						중소도시	111	1.77	0.75	58.86
						농어촌	11	1.73	0.65	57.58
주거관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	296	1.58	0.69	-	52.64	대도시	156	1.52	0.73	50.61
						중소도시	126	1.66	0.62	55.25
						농어촌	14	1.56	0.74	51.91

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 주거관련 지원 및 서비스 충분도 전체 평균은 1.58로 100점 기준 약 53점에 해당한다. 필요도 평균 2.21점(74점)에 비해 충분도가 낮음을 알 수 있다. 세부항목 서비스 중 가장 낮은 충분도를 보인 주거관련 지원 및 서비스는 ‘주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원(약 48점)’, ‘주택 임대 및 구입을 위한 대출(약 48점)’, ‘공공임대주택(아파트)(약 49점)’인 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 51점), 중소도시(약 55점), 농어촌(약 52점)으로 대도시에서 주거지원 및 서비스 충분도 전체 평균값이 가장 낮은 것으로 나타났다. 그러나 세부서비스를 살펴보면, ‘주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원’, ‘단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)’, ‘공동생활가정서비스’ 등은 농어촌지역에서 충분도가 가장 낮은 것으로 나타났다.

(8) 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-18〉 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이순위	구분	N	평균	표준 편차
주택 임대 및 구입을 위한 대출	241	0.97	0.99	2	대도시	127	1.19	1.03
					중소도시	103	0.73	0.83
					농어촌	11	0.73	1.35
공공임대주택(아파트)	276	1.03	0.97	1	대도시	143	1.15	0.99
					중소도시	121	0.89	0.90
					농어촌	12	0.92	1.24
공동생활가정서비스(그룹홈 등 소규모주거시설)	252	0.71	0.94	12	대도시	133	0.71	0.97
					중소도시	108	0.63	0.83
					농어촌	11	1.55	1.21
월세 및 공공요금 (전기·수도·도시가스·통신) 지원	275	0.92	1.01	4	대도시	143	1.01	1.09
					중소도시	118	0.79	0.89
					농어촌	14	1.00	1.11
전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	262	0.83	0.99	7	대도시	134	0.98	1.06
					중소도시	116	0.66	0.83
					농어촌	12	0.75	1.29
지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	266	0.78	0.99	8	대도시	138	0.89	1.14
					중소도시	116	0.64	0.74
					농어촌	12	0.92	1.08
주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	255	0.91	1.04	5	대도시	133	1.07	1.16
					중소도시	110	0.72	0.83
					농어촌	12	0.92	1.16
주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	244	0.95	1.05	3	대도시	124	1.15	1.15
					중소도시	108	0.71	0.87
					농어촌	12	1.08	1.08
단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)	237	0.90	1.03	6	대도시	124	1.02	1.13
					중소도시	104	0.72	0.88
					농어촌	9	1.22	1.09
주거관리 및 독립생활지원 서비스	269	0.73	0.97	10	대도시	141	0.87	1.07
					중소도시	115	0.59	0.82
					농어촌	13	0.46	0.88

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이순위	구분	N	평균	표준 편차
자립생활체험서비스	267	0.72	0.97	11	대도시	143	0.82	1.03
					중소도시	113	0.60	0.86
					농어촌	11	0.64	1.03
독립주거전환지원 서비스	269	0.78	1.00	9	대도시	147	0.94	1.08
					중소도시	111	0.58	0.85
					농어촌	11	0.64	0.92
주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	296	0.83	0.83	-	대도시	156	0.93	0.91
					중소도시	126	0.70	0.69
					농어촌	14	0.84	0.96

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

주거관련 지원 및 서비스의 필요도와 충분도 차이를 살펴보면 ‘공공임대주택(아파트)’가 필요도와 충분도에서 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 두 번째로 큰 차이를 보이는 서비스는 ‘주택 임대 및 구입을 위한 대출’로 나타났다. 지역별로는 대도시에서 필요도와 충분도 차이가 가장 크고 농어촌, 중소도시 순으로 차이가 큰 것으로 나타났다. ‘공동생활가정서비스’나 ‘단기쉼터’ 및 ‘지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선’ 등은 농어촌에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 큰 것으로 나타났다.

3) 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 7-19〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
신체질환의 치료비용 지원	302	2.33	0.68	1	77.70	대도시	159	2.33	0.67	77.78
						중소도시	129	2.30	0.71	76.74
						농어촌	14	2.57	0.51	85.71
신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원	302	2.29	0.65	3	76.38	대도시	159	2.33	0.61	77.57
						중소도시	129	2.22	0.71	73.90
						농어촌	14	2.57	0.51	85.71
신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	302	2.30	0.66	2	76.60	대도시	159	2.34	0.63	77.99
						중소도시	129	2.25	0.67	74.94
						농어촌	14	2.29	0.73	76.19
신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	302	2.25	0.68	4	75.17	대도시	159	2.30	0.63	76.73
						중소도시	129	2.19	0.72	73.13
						농어촌	14	2.29	0.73	76.19
신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	302	2.29	0.60	-	76.46	대도시	159	2.33	0.58	77.52
						중소도시	129	2.24	0.64	74.68
						농어촌	14	2.43	0.56	80.95

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 신체건강관련 지원 및 서비스 필요도 전체 평균은 2.29점이며 100점 기준 약 76점에 해당한다. 세부항목 서비스 중 가장 높은 필요도를 보인 신체건강관련 지원 및 서비스는 1순위 ‘신체질환의 치료비용 지원(약 78점)’, 2순위 ‘신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원(약 77점)인 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 77점), 중소도시(약 74점), 농어촌(약 80점)으로 농어촌지역에서 신체건강 지원 및 서비스 필요도 전체 평균값이 가장 높은 것으로 나타났다.

(2) 신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 7-20〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준편차	평균점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
신체질환의 치료비용 지원	273	1.67	0.82	4	55.80	대도시	145	1.56	0.87	51.95
						중소도시	114	1.83	0.73	61.11
						농어촌	14	1.57	0.76	52.38
신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원	277	1.79	0.78	2	59.69	대도시	149	1.67	0.83	55.70
						중소도시	114	1.93	0.70	64.33
						농어촌	14	1.93	0.73	64.29
신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	275	1.82	0.77	1	60.61	대도시	147	1.72	0.87	57.37
						중소도시	116	1.95	0.62	64.94
						농어촌	12	1.75	0.75	58.33
신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	270	1.78	0.81	3	59.38	대도시	148	1.68	0.87	55.86
						중소도시	110	1.92	0.72	63.94
						농어촌	12	1.83	0.72	61.11
신체건강 관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	288	1.76	0.73	-	58.73	대도시	153	1.65	0.80	54.88
						중소도시	121	1.90	0.62	63.50
						농어촌	14	1.79	0.60	59.52

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 신체건강관련 지원 및 서비스 충분도 전체 평균은 1.76로 100점 기준 약 59점에 해당한다. 필요도 평균 2.29점(76점)에 비해 충분도가 낮음을 알 수 있다. 세부항목 서비스 중 가장 낮은 충분도를 보인 신체건강 관련 지원 및 서비스 순서는 ‘신체질환의 치료비용 지원(약 56점)’이며, 다음으로 ‘신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원(약 59점)’인 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 54점), 농어촌(약 59점), 중소도시(약 63점) 순으로 신체건강관련 지원 및 서비스 충분도 전체 평균값이 낮은 것으로 나타났다.

(3) 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-21〉 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
신체질환의 치료비용 지원	273	0.81	0.93	1	대도시	145	0.92	0.99
					중소도시	114	0.66	0.81
					농어촌	14	1.00	1.04
신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원	277	0.63	0.86	3	대도시	149	0.75	0.94
					중소도시	114	0.47	0.72
					농어촌	14	0.64	0.93
신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	275	0.62	0.89	4	대도시	147	0.73	1.00
					중소도시	116	0.46	0.70
					농어촌	12	0.75	0.97
신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	270	0.64	0.91	2	대도시	148	0.74	0.98
					중소도시	110	0.50	0.80
					농어촌	12	0.67	0.89
신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	288	0.67	0.81	-	대도시	153	0.79	0.90
					중소도시	121	0.50	0.64
					농어촌	14	0.72	0.81

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

신체건강관련 지원 및 서비스의 필요도와 충분도 차이를 살펴보면, ‘신체질환의 치료비용 지원’ 항목의 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 두 번째로 큰 차이를 보이는 서비스는 ‘신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원’으로 나타났다. 지역별 전체 평균에서는 대도시에서 필요도와 충분도 차이가 가장 크고 농어촌, 중소도시 순으로 차이가 큰 것으로 나타났지만 ‘신체질환의 치료비용 지원’ 및 ‘신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원’은 농어촌에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 큰 것으로 나타났다.

4) 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

〈표 7-22〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
상담서비스(개별상담, 집단상담)	302	2.24	0.64	6	74.50	대도시	159	2.32	0.60	77.36
						중소도시	129	2.12	0.67	70.80
						농어촌	14	2.29	0.61	76.19
증상 및 약물관리 서비스	302	2.24	0.66	4	74.72	대도시	159	2.29	0.66	76.31
						중소도시	129	2.16	0.65	72.09
						농어촌	14	2.43	0.65	80.95
정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	302	2.22	0.64	8	74.06	대도시	159	2.30	0.60	76.73
						중소도시	129	2.11	0.66	70.28
						농어촌	14	2.36	0.63	78.57
정신질환의 치료비용 지원	302	2.30	0.66	1	76.71	대도시	159	2.35	0.65	78.20
						중소도시	129	2.23	0.68	74.42
						농어촌	14	2.43	0.51	80.95
정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	302	2.23	0.61	7	74.28	대도시	159	2.25	0.57	75.05
						중소도시	129	2.17	0.65	72.35
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	302	2.21	0.63	9	73.73	대도시	159	2.26	0.60	75.26
						중소도시	129	2.13	0.68	71.06
						농어촌	14	2.43	0.51	80.95
치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	302	2.16	0.70	11	71.85	대도시	159	2.21	0.67	73.79
						중소도시	129	2.06	0.74	68.73
						농어촌	14	2.36	0.63	78.57

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	302	2.25	0.67	3	74.83	대도시	159	2.30	0.66	76.52
						중소도시	129	2.17	0.69	72.35
						농어촌	14	2.36	0.50	78.57
대안적 서비스 (지원교육, 지원고용 등)	302	2.20	0.64	10	73.29	대도시	159	2.28	0.61	76.10
						중소도시	129	2.09	0.68	69.77
						농어촌	14	2.21	0.58	73.81
가사도우미 서비스	302	1.84	0.85	13	61.48	대도시	159	1.76	0.91	58.70
						중소도시	129	1.91	0.76	63.57
						농어촌	14	2.21	0.70	73.81
외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	302	1.91	0.86	12	63.69	대도시	159	1.85	0.93	61.64
						중소도시	129	1.96	0.76	65.37
						농어촌	14	2.14	0.77	71.43
회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	302	2.24	0.63	5	74.72	대도시	159	2.32	0.63	77.36
						중소도시	129	2.13	0.63	71.06
						농어촌	14	2.36	0.63	78.57
개인별 회복계획수립 및 지원서비스	302	2.26	0.62	2	75.50	대도시	159	2.32	0.62	77.36
						중소도시	129	2.19	0.61	73.13
						농어촌	14	2.29	0.61	76.19
정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도 종합	302	2.18	0.54	-	72.57	대도시	159	2.22	0.52	73.88
						중소도시	129	2.11	0.55	70.38
						농어촌	14	2.34	0.49	77.84

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 정신건강관련 지원 및 서비스 필요도 전체 평균은 2.18점이며 100점 기준 약 73점에 해당한다. 세부항목 서비스 중 가장 높은 필요도를 보인 정신건강관련 지원 및 서비스는 1순위 '정신질환의 치료비용 지원(약 77점)', 2순위 '개인별 회복계획수립 및 지원서비스(약 76점)인 것으로 나타났다. 지역별로는 농어촌(약 78점), 대도시(약 74점), 중소도시(약 70점) 순으로 정신건강 지원 및 서비스 필요도가 높은 것으로 나타났다.

(2) 정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

〈표 7-23〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
상담서비스(개별상담, 집단상담)	276	1.99	0.69	2	66.43	대도시	150	1.95	0.79	65.11
						중소도시	113	2.07	0.55	69.03
						농어촌	13	1.77	0.60	58.97
증상 및 약물관리 서비스	275	2.01	0.68	1	67.15	대도시	145	1.99	0.74	66.44
						중소도시	117	2.08	0.57	69.23
						농어촌	13	1.69	0.75	56.41
정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	275	1.94	0.72	3	64.73	대도시	149	1.90	0.78	63.31
						중소도시	113	2.02	0.63	67.26
						농어촌	13	1.77	0.83	58.97
정신질환의 치료비용 지원	281	1.71	0.76	11	57.06	대도시	148	1.68	0.80	55.86
						중소도시	119	1.78	0.74	59.38
						농어촌	14	1.50	0.52	50.00
정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	279	1.86	0.69	5	61.89	대도시	150	1.84	0.72	61.33
						중소도시	115	1.88	0.66	62.61
						농어촌	14	1.86	0.53	61.90
정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	277	1.83	0.70	6	61.13	대도시	148	1.80	0.73	60.14
						중소도시	115	1.88	0.65	62.61
						농어촌	14	1.79	0.80	59.52
치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	260	1.87	0.71	4	62.18	대도시	141	1.84	0.76	61.47
						중소도시	106	1.91	0.64	63.52
						농어촌	13	1.77	0.83	58.97
재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	273	1.82	0.74	7	60.81	대도시	143	1.76	0.80	58.51
						중소도시	116	1.90	0.66	63.22
						농어촌	14	1.93	0.73	64.29

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
대안적 서비스 (지원교육, 지원고용 등)	276	1.74	0.71	10	57.97	대도시	150	1.70	0.75	56.67
						중소도시	113	1.79	0.67	59.59
						농어촌	13	1.77	0.60	58.97
가사도우미 서비스	209	1.62	0.76	13	53.91	대도시	102	1.57	0.79	52.29
						중소도시	95	1.71	0.74	56.84
						농어촌	12	1.33	0.49	44.44
외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	223	1.67	0.77	12	55.75	대도시	113	1.65	0.79	55.16
						중소도시	99	1.68	0.77	55.89
						농어촌	11	1.82	0.75	60.61
회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	275	1.76	0.74	9	58.79	대도시	149	1.72	0.77	57.49
						중소도시	113	1.83	0.67	61.06
						농어촌	13	1.62	0.96	53.85
개인별 회복계획수립 및 지원서비스	278	1.78	0.79	8	59.23	대도시	148	1.78	0.85	59.23
						중소도시	117	1.79	0.69	59.83
						농어촌	13	1.62	0.96	53.85
정신건강 관련 지원 및 서비스 충분정도 종합	297	1.82	0.61	-	60.61	대도시	155	1.80	0.66	60.13
						중소도시	128	1.85	0.56	61.54
						농어촌	14	1.72	0.60	57.37

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 정신건강관련 지원 및 서비스 충분도 전체 평균은 1.82로 100점 기준 약 61점에 해당한다. 필요도 평균 2.18점(73점)에 비해 충분도가 낮음을 알 수 있다. 세부항목 서비스 중 가장 낮은 충분도를 보인 정신건강 관련 지원 및 서비스는 ‘가사도우미 서비스(약 54점)’, ‘외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스(약 56점)’, ‘정신질환의 치료비용 지원(약 57점)’ 순으로 나타났다. 지역별로는 농어촌(약 57점), 중소도시(약 61점), 대도시(약 60점) 순으로 농어촌 지역에서 정신건강관련 지원 및 서비스 충분도 전체 평균값이 가장 낮은 것으로 나타났다.

(3) 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-24〉 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
상담서비스(개별상담, 집단상담)	276	0.37	0.80	12	대도시	150	0.45	0.92
					중소도시	113	0.24	0.59
					농어촌	13	0.62	0.77
증상 및 약물관리 서비스	275	0.37	0.76	13	대도시	145	0.43	0.83
					중소도시	117	0.23	0.61
					농어촌	13	0.85	0.90
정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	275	0.41	0.81	11	대도시	149	0.50	0.93
					중소도시	113	0.27	0.59
					농어촌	13	0.69	0.85
정신질환의 치료비용 지원	281	0.71	0.90	1	대도시	148	0.78	0.97
					중소도시	119	0.59	0.82
					농어촌	14	0.93	0.73
정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	279	0.48	0.79	10	대도시	150	0.49	0.85
					중소도시	115	0.45	0.73
					농어촌	14	0.64	0.74
정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	277	0.51	0.84	8	대도시	148	0.55	0.88
					중소도시	115	0.43	0.74
					농어촌	14	0.64	1.08
치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	260	0.50	0.84	9	대도시	141	0.54	0.92
					중소도시	106	0.42	0.68
					농어촌	13	0.69	1.11
재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	273	0.57	0.90	7	대도시	143	0.69	0.99
					중소도시	116	0.44	0.76
					농어촌	14	0.43	0.85
대안적 서비스 (자원교육, 지원고용 등)	276	0.59	0.83	6	대도시	150	0.67	0.92
					중소도시	113	0.50	0.71
					농어촌	13	0.54	0.66

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
가사도우미 서비스	209	0.70	0.85	2	대도시	102	0.77	0.90
					중소도시	95	0.58	0.78
					농어촌	12	1.08	0.79
외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	223	0.66	0.90	3	대도시	113	0.70	0.92
					중소도시	99	0.63	0.88
					농어촌	11	0.64	1.12
회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	275	0.61	0.85	4	대도시	149	0.70	0.91
					중소도시	113	0.47	0.74
					농어촌	13	0.85	0.99
개인별 회복계획수립 및 지원서비스	278	0.60	0.94	5	대도시	148	0.65	1.03
					중소도시	117	0.53	0.79
					농어촌	13	0.77	1.17
정신건강 관련 지원 및 서비스 필요도와 충분도 차이 종합	296	0.53	0.70	-	대도시	154	0.58	0.77
					중소도시	128	0.44	0.59
					농어촌	14	0.69	0.73

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

정신건강관련 지원 및 서비스의 필요도와 충분도 차이를 살펴보면, ‘정신질환의 치료비용 지원’ 서비스에서 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 다음으로 큰 차이를 보이는 서비스는 ‘가사도우미’와 ‘외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스’ 순으로 나타났다. 지역별 전체 평균에서는 대도시, 농어촌, 중소도시 순으로 차이가 큰 것으로 나타났지만 ‘회복교육’ 및 ‘개인별 회복계획수립 및 지원서비스’은 농어촌에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 큰 것으로 나타났다.

5) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험

(1) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 여부

〈표 7-25〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 여부

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함	없음	162	(53.6)	81	(50.9)	74	(57.4)	7	(50.0)
	있음	140	(46.4)	78	(49.1)	55	(42.6)	7	(50.0)
정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨	없음	180	(59.6)	92	(57.9)	79	(61.2)	9	(64.3)
	있음	122	(40.4)	67	(42.1)	50	(38.8)	5	(35.7)
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함	없음	200	(66.2)	104	(65.4)	87	(67.4)	9	(64.3)
	있음	102	(33.8)	55	(34.6)	42	(32.6)	5	(35.7)
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 강박(또는 격리)을 당함	없음	219	(72.5)	113	(71.1)	93	(72.1)	13	(92.9)
	있음	83	(27.5)	46	(28.9)	36	(27.9)	1	(7.1)
정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함	없음	220	(72.8)	116	(73.0)	98	(76.0)	6	(42.9)
	있음	82	(27.2)	43	(27.0)	31	(24.0)	8	(57.1)
정신질환(장애)을 이유로 해고 당함	없음	256	(84.8)	138	(86.8)	108	(83.7)	10	(71.4)
	있음	46	(15.2)	21	(13.2)	21	(16.3)	4	(28.6)
정신질환(장애)을 이유로 승진에 불이익을 당함	없음	254	(84.1)	139	(87.4)	107	(82.9)	8	(57.1)
	있음	48	(15.9)	20	(12.6)	22	(17.1)	6	(42.9)
정신질환(장애)을 이유로 낮은 임금을 받음	없음	213	(70.5)	112	(70.4)	94	(72.9)	7	(50.0)
	있음	89	(29.5)	47	(29.6)	35	(27.1)	7	(50.0)
정신질환(장애)을 이유로 입학에 차별을 당함	없음	276	(91.4)	146	(91.8)	118	(91.5)	12	(85.7)
	있음	26	(8.6)	13	(8.2)	11	(8.5)	2	(14.3)
정신질환(장애)을 이유로 학교에서 따돌림을 당함	없음	246	(81.5)	132	(83.0)	105	(81.4)	9	(64.3)
	있음	56	(18.5)	27	(17.0)	24	(18.6)	5	(35.7)
정신질환(장애)을 이유로 집주인이나 부동산 중개인으로부터 입주를 거절당함	없음	274	(90.7)	147	(92.5)	117	(90.7)	10	(71.4)
	있음	28	(9.3)	12	(7.5)	12	(9.3)	4	(28.6)
정신질환(장애)을 이유로 집주인으로부터 이사를 강요당함	없음	272	(90.1)	147	(92.5)	113	(87.6)	12	(85.7)
	있음	30	(9.9)	12	(7.5)	16	(12.4)	2	(14.3)

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험이 있음	없음	192	(63.6)	106	(66.7)	77	(59.7)	9	(64.3)
	있음	110	(36.4)	53	(33.3)	52	(40.3)	5	(35.7)
정신질환(장애)을 이유로 증상이나 기능을 이유로 주거시설에 입소를 거부당한 경험이 있음	없음	275	(91.1)	148	(93.1)	117	(90.7)	10	(71.4)
	있음	27	(8.9)	11	(6.9)	12	(9.3)	4	(28.6)
정신질환(장애)을 이유로 주거시설의 정책이나 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소한 경험이 있음	없음	264	(87.4)	144	(90.6)	109	(84.5)	11	(78.6)
	있음	38	(12.6)	15	(9.4)	20	(15.5)	3	(21.4)
정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음	없음	248	(82.1)	129	(81.1)	107	(82.9)	12	(85.7)
	있음	54	(17.9)	30	(18.9)	22	(17.1)	2	(14.3)
정신질환(장애)을 이유로 운전면허 취득에서의 차별(면허취득 제한, 면허취소 등)	없음	262	(86.8)	143	(89.9)	109	(84.5)	10	(71.4)
	있음	40	(13.2)	16	(10.1)	20	(15.5)	4	(28.6)
정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서의 차별(자격 취득 금지, 제한)	없음	270	(89.4)	145	(91.2)	114	(88.4)	11	(78.6)
	있음	32	(10.6)	14	(8.8)	15	(11.6)	3	(21.4)
정신질환(장애)을 이유로 민간보험가입에서의 차별(가입거부, 제한)	없음	232	(76.8)	124	(78.0)	100	(77.5)	8	(57.1)
	있음	70	(23.2)	35	(22.0)	29	(22.5)	6	(42.9)
정신질환(장애)을 이유로 공공시설물 이용에서의 차별(이용거부, 제한)	없음	276	(91.4)	150	(94.3)	116	(89.9)	10	(71.4)
	있음	26	(8.6)	9	(5.7)	13	(10.1)	4	(28.6)
정신질환(장애)을 이유로 대중시설 이용에서의 차별(예, 대중목욕탕, 대중교통 승차거부 등)	없음	282	(93.4)	151	(95.0)	120	(93.0)	11	(78.6)
	있음	20	(6.6)	8	(5.0)	9	(7.0)	3	(21.4)
정신질환(장애)을 이유로 정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	없음	281	(93.0)	147	(92.5)	120	(93.0)	14	(100.0)
	있음	21	(7.0)	12	(7.5)	9	(7.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 문화, 예술, 체육활동의 차별(공연, 전시, 관람)	없음	283	(93.7)	152	(95.6)	117	(90.7)	14	(100.0)
	있음	19	(6.3)	7	(4.4)	12	(9.3)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	없음	284	(94.0)	150	(94.3)	120	(93.0)	14	(100.0)
	있음	18	(6.0)	9	(5.7)	9	(7.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 투표권 행사, 피선거권의 차별	없음	289	(95.7)	154	(96.9)	121	(93.8)	14	(100.0)
	있음	13	(4.3)	5	(3.1)	8	(6.2)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	없음	249	(82.5)	126	(79.2)	111	(86.0)	12	(85.7)
	있음	53	(17.5)	33	(20.8)	18	(14.0)	2	(14.3)

거주형 정신재활시설 응답자들이 정신질환(장애)로 인해 일상생활이나 직업, 여가, 가족구성, 사회생활 전반에서 학대 및 차별 경험이 있는지를 살펴보았다. 학대 및 차별경험이 가장 많이 있었던 영역은 ‘정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못한 상황에 대한 경험 있음(46.4%)’이며, 다음으로 ‘정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험(36.4%)’, ‘정신질환(장애)을 이유로 민간보험가입에서의 차별(가입거부, 제한)(23.2%)’, ‘정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음(17.9%)’, ‘정신질환(장애)을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별(17.5%)’ 순으로 경험이 있다고 대답했다. 정신장애를 이유로 10명중 약 4명은 비자의적인 입소를 경험하고, 10명중 약 2명은 민간보험가입에서 차별을 경험하며, 퇴원(소)후에도 살 곳이 없어 퇴원이 미뤄지고 있으며, 정신질환을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀 출산과 관련된 차별을 경험하고 있는 것이다.

(2) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움 요청여부

〈표 7-26〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움 요청여부

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함	없음	74	(52.9)	35	(44.9)	34	(61.8)	5	(71.4)
	있음	66	(47.1)	43	(55.1)	21	(38.2)	2	(28.6)
정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨	없음	82	(67.2)	43	(64.2)	36	(72.0)	3	(60.0)
	있음	40	(32.8)	24	(35.8)	14	(28.0)	2	(40.0)
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함	없음	65	(63.7)	30	(54.5)	32	(76.2)	3	(60.0)
	있음	37	(36.3)	25	(45.5)	10	(23.8)	2	(40.0)
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 강박(또는 격리)을 당함	없음	54	(65.1)	33	(71.7)	21	(58.3)	0	(0.0)
	있음	29	(34.9)	13	(28.3)	15	(41.7)	1	(100.0)
정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함	없음	56	(68.3)	28	(65.1)	23	(74.2)	5	(62.5)
	있음	26	(31.7)	15	(34.9)	8	(25.8)	3	(37.5)
정신질환(장애)을 이유로 해고 당함	없음	29	(63.0)	14	(66.7)	14	(66.7)	1	(25.0)
	있음	17	(37.0)	7	(33.3)	7	(33.3)	3	(75.0)
정신질환(장애)을 이유로 승진에 불이익을 당함	없음	35	(72.9)	12	(60.0)	18	(81.8)	5	(83.3)
	있음	13	(27.1)	8	(40.0)	4	(18.2)	1	(16.7)

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 낮은 임금을 받음	없음	60	(67.4)	31	(66.0)	24	(68.6)	5	(71.4)
	있음	29	(32.6)	16	(34.0)	11	(31.4)	2	(28.6)
정신질환(장애)을 이유로 입학에 차별을 당함	없음	17	(65.4)	9	(69.2)	7	(63.6)	1	(50.0)
	있음	9	(34.6)	4	(30.8)	4	(36.4)	1	(50.0)
정신질환(장애)을 이유로 학교에서 따돌림을 당함	없음	40	(71.4)	17	(63.0)	19	(79.2)	4	(80.0)
	있음	16	(28.6)	10	(37.0)	5	(20.8)	1	(20.0)
정신질환(장애)을 이유로 집주인이나 부동산 중개인으로부터 입주를 거절당함	없음	18	(64.3)	7	(58.3)	9	(75.0)	2	(50.0)
	있음	10	(35.7)	5	(41.7)	3	(25.0)	2	(50.0)
정신질환(장애)을 이유로 집주인으로부터 이사를 강요당함	없음	20	(66.7)	8	(66.7)	11	(68.8)	1	(50.0)
	있음	10	(33.3)	4	(33.3)	5	(31.3)	1	(50.0)
정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험이 있음	없음	64	(58.2)	27	(50.9)	34	(65.4)	3	(60.0)
	있음	46	(41.8)	26	(49.1)	18	(34.6)	2	(40.0)
정신질환(장애)을 이유로 증상이나 기능을 이유로 주거시설에 입소를 거부당한 경험이 있음	없음	17	(63.0)	7	(63.6)	9	(75.0)	1	(25.0)
	있음	10	(37.0)	4	(36.4)	3	(25.0)	3	(75.0)
정신질환(장애)을 이유로 주거시설의 정책이나 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소한 경험이 있음	없음	23	(60.5)	8	(53.3)	13	(65.0)	2	(66.7)
	있음	15	(39.5)	7	(46.7)	7	(35.0)	1	(33.3)
정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음	없음	25	(46.3)	12	(40.0)	11	(50.0)	2	(100.0)
	있음	29	(53.7)	18	(60.0)	11	(50.0)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 운전면허 취득에서의 차별(면허취득 제한, 면허취소 등)	없음	23	(57.5)	8	(50.0)	12	(60.0)	3	(75.0)
	있음	17	(42.5)	8	(50.0)	8	(40.0)	1	(25.0)
정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서의 차별(자격 취득 금지, 제한)	없음	17	(53.1)	7	(50.0)	9	(60.0)	1	(33.3)
	있음	15	(46.9)	7	(50.0)	6	(40.0)	2	(66.7)
정신질환(장애)을 이유로 민간보험가입에서의 차별(가입거부, 제한)	없음	52	(74.3)	25	(71.4)	23	(79.3)	4	(66.7)
	있음	18	(25.7)	10	(28.6)	6	(20.7)	2	(33.3)
정신질환(장애)을 이유로 공공시설물 이용에서의 차별(이용거부, 제한)	없음	17	(65.4)	7	(77.8)	8	(61.5)	2	(50.0)
	있음	9	(34.6)	2	(22.2)	5	(38.5)	2	(50.0)
정신질환(장애)을 이유로 대중시설 이용에서의 차별(예, 대중목욕탕, 대중교통 승차거부 등)	없음	11	(55.0)	4	(50.0)	5	(55.6)	2	(66.7)
	있음	9	(45.0)	4	(50.0)	4	(44.4)	1	(33.3)
정신질환(장애)을 이유로 정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	없음	13	(61.9)	8	(66.7)	5	(55.6)	0	(0.0)
	있음	8	(38.1)	4	(33.3)	4	(44.4)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 문화, 예술, 체육활동의 차별(공연, 전시, 관람)	없음	12	(63.2)	4	(57.1)	8	(66.7)	0	(0.0)
	있음	7	(36.8)	3	(42.9)	4	(33.3)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	없음	12	(66.7)	5	(55.6)	7	(77.8)	0	(0.0)
	있음	6	(33.3)	4	(44.4)	2	(22.2)	0	(0.0)

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
정신질환(장애)을 이유로 투표권 행사, 피선거권의 차별	없음	11	(84.6)	4	(80.0)	7	(87.5)	0	(0.0)
	있음	2	(15.4)	1	(20.0)	1	(12.5)	0	(0.0)
정신질환(장애)을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	없음	40	(75.5)	23	(69.7)	15	(83.3)	2	(100.0)
	있음	13	(24.5)	10	(30.3)	3	(16.7)	0	(0.0)

학대 및 차별을 경험할 시 도움을 가장 많이 요청했다고 답변한 부분은 ‘정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음(53.7%)’ 이었고, 다음으로 ‘정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함(47.1%)’, ‘정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서 차별(46.9%)’ 순으로 도움을 요청한 적이 있다고 응답하였다.

(3) 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움이나 상담 원하는 주체

〈표 7-27〉 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험 시 도움이나 상담 원하는 주체(중복응답)

구분	N	정신재활 시설		정신장애인 당사자단체		장애인권익 옹호기관		시·군·구청		국가인권위원회		국민권익위원회		경찰서		잘 모르겠음		기타	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율	N	비율	N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
		전체	302	214	70.9	72	23.8	90	29.8	88	29.1	104	34.4	51	16.9	52	17.2	16	5.3
대도시	159	113	71.1	51	32.1	55	34.6	46	28.9	64	40.3	36	22.6	32	20.1	11	6.9	2	1.3
중소도시	129	90	69.8	20	15.5	35	27.1	37	28.7	39	30.2	15	11.6	18	14.0	4	3.1	3	2.3
농어촌	14	11	78.6	1	7.1	0	0.0	5	35.7	1	7.1	0	0.0	2	14.3	1	7.1	0	0.0

학대 및 차별을 경험할 시 도움이나 상담을 원하는 주체는 정신재활시설이 70.9%로 가장 많았다. 이는 응답자들이 정신재활시설 이용자이기 때문으로 보인다. 정신재활시설 다음으로 도움을 받길 원하는 주체는 국가인권위원회(34.4%)인 것으로 나타났다.

(4) 정신의료기관 입·퇴원, 본인 재산 관리 등 스스로 결정 내리기 어려운 사항에 대한 지원 주체

〈표 7-28〉 정신의료기관 입·퇴원, 본인 재산 관리 등 스스로 결정 내리기 어려운 사항에 대한 지원 주체

구분	N (%)	가족 및 친척	정신재활시설 전문가 (사례관리자)	정신장애인 동료상담가	장애인 인권단체	법무사/변호사	기타	
1순위	전체	302	113	120	29	25	12	3
		(100.0)	(37.4)	(39.7)	(9.6)	(8.3)	(4.0)	(1.0)
	대도시	159	57	68	11	14	8	1
		(100.0)	(35.8)	(42.8)	(6.9)	(8.8)	(5.0)	(0.6)
	중소도시	129	52	45	17	11	2	2
		(100.0)	(40.3)	(34.9)	(13.2)	(8.5)	(1.6)	(1.6)
	농어촌	14	4	7	1	0	2	0
		(100.0)	(28.6)	(50.0)	(7.1)	(0.0)	(14.3)	(0.0)
2순위	전체	302	92	116	40	26	20	8
		(100.0)	(30.5)	(38.4)	(13.2)	(8.6)	(6.6)	(2.6)
	대도시	159	49	57	21	16	13	3
		(100.0)	(30.8)	(35.8)	(13.2)	(10.1)	(8.2)	(1.9)
	중소도시	129	37	55	15	10	7	5
		(100.0)	(28.7)	(42.6)	(11.6)	(7.8)	(5.4)	(3.9)
	농어촌	14	6	4	4	0	0	0
		(100.0)	(42.9)	(28.6)	(28.6)	(0.0)	(0.0)	(0.0)

정신의료기관 입·퇴원, 본인 재산 관리 등 스스로 결정 내리기 어려운 사항에 대한 지원 주체 1순위가 누구인지를 묻는 질문에 대해 응답자들은 정신재활시설전문가(39.7%)를 가장 많이 선택하였다. 다음으로 가족이 37.4%로 나타났다. 대도시와 농어촌지역에서도 지원주체 1순위는 정신재활전문가이지만 중소도시는 가족 및 친척이라고 응답하였다.

6) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

〈표 7-29〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	302	2.28	0.63	1	75.94	대도시	159	2.34	0.61	77.99
						중소도시	129	2.21	0.65	73.64
						농어촌	14	2.21	0.58	73.81
정신장애인 자조모임 지원 서비스	302	2.16	0.61	6	71.85	대도시	159	2.21	0.61	73.58
						중소도시	129	2.10	0.62	70.03
						농어촌	14	2.07	0.62	69.05
정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등)	302	2.12	0.68	12	70.64	대도시	159	2.15	0.70	71.70
						중소도시	129	2.10	0.66	70.03
						농어촌	14	1.93	0.62	64.29
문화·예술 활동 제공 및 지원	302	2.22	0.60	4	73.84	대도시	159	2.28	0.58	76.10
						중소도시	129	2.15	0.63	71.58
						농어촌	14	2.07	0.62	69.05
여가활동 제공 및 지원	302	2.23	0.59	2	74.28	대도시	159	2.24	0.57	74.63
						중소도시	129	2.23	0.61	74.42
						농어촌	14	2.07	0.62	69.05
체육활동 제공 및 지원	302	2.15	0.64	7	71.74	대도시	159	2.23	0.64	74.42
						중소도시	129	2.07	0.64	68.99
						농어촌	14	2.00	0.55	66.67
지역사회 자원봉사활동 참여 지원	302	2.09	0.66	13	69.65	대도시	159	2.11	0.68	70.44
						중소도시	129	2.07	0.65	68.99
						농어촌	14	2.00	0.55	66.67
인식개선 활동 참여 지원	302	2.14	0.63	8	71.30	대도시	159	2.18	0.60	72.54
						중소도시	129	2.12	0.65	70.54
						농어촌	14	1.93	0.73	64.29

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
당사자단체 참여 지원	302	2.06	0.66	14	68.54	대도시	159	2.07	0.69	68.97
						중소도시	129	2.05	0.63	68.48
						농어촌	14	1.93	0.62	64.29
공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	302	2.05	0.71	15	68.21	대도시	159	2.07	0.75	68.97
						중소도시	129	2.05	0.65	68.22
						농어촌	14	1.79	0.80	59.52
이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	302	2.13	0.62	11	70.86	대도시	159	2.19	0.59	72.96
						중소도시	129	2.06	0.67	68.73
						농어촌	14	2.00	0.55	66.67
이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	302	2.16	0.61	5	72.08	대도시	159	2.21	0.57	73.79
						중소도시	129	2.10	0.67	70.03
						농어촌	14	2.14	0.53	71.43
이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	302	2.14	0.62	9	71.30	대도시	159	2.19	0.58	73.17
						중소도시	129	2.07	0.65	68.99
						농어촌	14	2.14	0.66	71.43
이용자에 대한 인권교육	302	2.22	0.59	3	74.06	대도시	159	2.28	0.56	75.89
						중소도시	129	2.17	0.63	72.35
						농어촌	14	2.07	0.47	69.05
이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	302	2.13	0.61	10	71.08	대도시	159	2.19	0.62	73.17
						중소도시	129	2.05	0.59	68.48
						농어촌	14	2.14	0.53	71.43
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 종합	302	2.15	0.53	-	71.69	대도시	159	2.20	0.52	73.22
						중소도시	129	2.11	0.54	70.23
						농어촌	14	2.03	0.50	67.78

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 전체 평균은 2.15점이며 100점 기준 약 72점에 해당한다. 세부항목 서비스 중 가장 높은 필요도를 보인 사회참여관련 지원 및 서비스는 1순위 '사회적응훈련 서비스(약 76점)', 2순위 '여가활동 제공 및 지원(74.3점)', 3순위 '이용자에 대한 인권교육(74.1

점) 인 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 73점), 중소도시(약 70점), 농어촌(약 68점) 순으로 사회참여관련 지원 및 서비스 필요도가 높은 것으로 나타났다.

(2) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

〈표 7-30〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	277	1.91	0.74	1	63.78	대도시	149	1.87	0.79	62.42
						중소도시	115	1.97	0.67	65.51
						농어촌	13	1.92	0.64	64.10
정신장애인 자조모임 지원 서비스	271	1.80	0.74	4	60.15	대도시	145	1.82	0.81	60.69
						중소도시	114	1.81	0.68	60.23
						농어촌	12	1.58	0.51	52.78
정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등)	265	1.70	0.72	12	56.60	대도시	139	1.60	0.74	53.24
						중소도시	115	1.83	0.68	60.87
						농어촌	11	1.64	0.67	54.55
문화·예술 활동 제공 및 지원	279	1.71	0.76	11	57.11	대도시	153	1.62	0.79	54.03
						중소도시	114	1.84	0.70	61.40
						농어촌	12	1.67	0.78	55.56
여가활동 제공 및 지원	281	1.78	0.78	6	59.43	대도시	150	1.71	0.82	57.11
						중소도시	119	1.87	0.72	62.46
						농어촌	12	1.75	0.75	58.33
체육활동 제공 및 지원	264	1.75	0.77	9	58.21	대도시	143	1.64	0.82	54.78
						중소도시	109	1.91	0.67	63.61
						농어촌	12	1.50	0.67	50.00
지역사회 자원봉사활동 참여 지원	256	1.75	0.73	10	58.20	대도시	134	1.66	0.76	55.47
						중소도시	110	1.88	0.67	62.73
						농어촌	12	1.42	0.67	47.22
인식개선 활동 참여 지원	269	1.69	0.75	13	56.38	대도시	144	1.64	0.78	54.63
						중소도시	113	1.77	0.69	59.00
						농어촌	12	1.58	0.79	52.78

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
당사자단체 참여 지원	250	1.68	0.74	14	55.87	대도시	130	1.58	0.78	52.56
						중소도시	109	1.82	0.68	60.55
						농어촌	11	1.45	0.69	48.48
공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	253	1.65	0.74	15	54.94	대도시	134	1.64	0.78	54.73
						중소도시	109	1.70	0.70	56.57
						농어촌	10	1.20	0.63	40.00
이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	266	1.78	0.70	8	59.27	대도시	146	1.73	0.74	57.53
						중소도시	108	1.87	0.64	62.35
						농어촌	12	1.58	0.67	52.78
이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	272	1.78	0.70	7	59.31	대도시	149	1.73	0.74	57.72
						중소도시	110	1.85	0.64	61.52
						농어촌	13	1.77	0.73	58.97
이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	271	1.85	0.69	3	61.50	대도시	147	1.80	0.73	60.09
						중소도시	112	1.90	0.66	63.39
						농어촌	12	1.83	0.39	61.11
이용자에 대한 인권교육	282	1.87	0.71	2	62.17	대도시	152	1.80	0.76	60.09
						중소도시	117	1.95	0.67	64.96
						농어촌	13	1.85	0.38	61.54
이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	272	1.80	0.70	5	59.93	대도시	147	1.74	0.75	58.05
						중소도시	112	1.87	0.65	62.20
						농어촌	13	1.85	0.38	61.54
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도 종합	297	1.75	0.63	-	58.34	대도시	158	1.70	0.67	56.65
						중소도시	126	1.82	0.57	60.76
						농어촌	13	1.67	0.50	55.56

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 사회참여관련 지원 및 서비스 충분도 전체 평균은 1.75로 100점 기준 약 58점에 해당한다. 필요도 평균 2.15점(72점)에 비해 충분도가 낮음을 알 수 있다. 세부항목 서비스 중 가장 낮은 충분도를 보인 사회참여 관련 지원 및 서비스는 ‘공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계(약 55점)’, ‘당사자단체 참여 지원(55.8점)’, ‘인식개선 활동 참여 지원(56.4)’의 순서로 나타

났다. 지역별로는 농어촌(약 56점), 대도시(약 57점), 중소도시(약 61점) 순으로 나타나, 농어촌지역에서 사회참여관련 지원 및 서비스 충분도 전체 평균값이 가장 낮은 것으로 나타났다.

(3) 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-31〉 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	277	0.49	0.85	12	대도시	149	0.56	0.90
					중소도시	115	0.40	0.79
					농어촌	13	0.38	0.87
정신장애인 자조모임 지원 서비스	271	0.49	0.89	11	대도시	145	0.51	0.95
					중소도시	114	0.46	0.83
					농어촌	12	0.67	0.78
정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스 (동료상담 등)	265	0.61	0.88	4	대도시	139	0.75	0.91
					중소도시	115	0.44	0.81
					농어촌	11	0.55	1.04
문화·예술 활동 제공 및 지원	279	0.61	0.86	2	대도시	153	0.73	0.90
					중소도시	114	0.46	0.77
					농어촌	12	0.58	1.00
여가활동 제공 및 지원	281	0.54	0.89	8	대도시	150	0.61	0.93
					중소도시	119	0.47	0.83
					농어촌	12	0.50	1.00
체육활동 제공 및 지원	264	0.58	0.90	6	대도시	143	0.73	0.96
					중소도시	109	0.37	0.78
					농어촌	12	0.67	0.98
지역사회 자원봉사활동 참여 지원	256	0.55	0.86	7	대도시	134	0.67	0.94
					중소도시	110	0.39	0.72
					농어촌	12	0.75	0.97
인식개선 활동 참여 지원	269	0.60	0.88	5	대도시	144	0.67	0.90
					중소도시	113	0.52	0.84
					농어촌	12	0.58	1.08

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
당사자단체 참여 지원	250	0.61	0.89	3	대도시	130	0.75	0.96
					중소도시	109	0.44	0.76
					농어촌	11	0.73	1.01
공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	253	0.64	0.86	1	대도시	134	0.68	0.91
					중소도시	109	0.56	0.80
					농어촌	10	1.00	0.94
이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	266	0.51	0.85	10	대도시	146	0.58	0.91
					중소도시	108	0.42	0.75
					농어촌	12	0.58	0.90
이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	272	0.52	0.84	9	대도시	149	0.57	0.89
					중소도시	110	0.46	0.75
					농어촌	13	0.46	0.97
이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	271	0.44	0.80	15	대도시	147	0.50	0.86
					중소도시	112	0.36	0.75
					농어촌	12	0.50	0.52
이용자에 대한 인권교육	282	0.45	0.83	14	대도시	152	0.54	0.88
					중소도시	117	0.36	0.77
					농어촌	13	0.31	0.48
이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	272	0.47	0.83	13	대도시	147	0.57	0.90
					중소도시	112	0.36	0.75
					농어촌	13	0.38	0.51
사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	297	0.54	0.75	-	대도시	158	0.62	0.81
					중소도시	126	0.45	0.65
					농어촌	13	0.54	0.76

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이를 살펴보면, ‘공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계’ 서비스에서 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 다음으로 큰 차이를 보이는 서비스는 ‘문화·예술 활동 제공 및 지원’과 ‘당사자단체 참여 지원’ 순으로 나타났다. 지역별 전체 평균에서는 대도시, 농어촌, 중소도시 순으로 차이가 큰 것으로 나타났다.

7) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

〈표 7-32〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	302	2.28	0.64	1	76.16	대도시	159	2.34	0.61	77.99
						중소도시	129	2.22	0.65	74.16
						농어촌	14	2.21	0.70	73.81
이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	302	2.20	0.68	9	73.18	대도시	159	2.25	0.68	74.84
						중소도시	129	2.14	0.68	71.32
						농어촌	14	2.14	0.53	71.43
보호작업 (보호직업장)	302	2.07	0.72	11	69.09	대도시	159	2.13	0.69	70.86
						중소도시	129	1.98	0.76	66.15
						농어촌	14	2.29	0.61	76.19
일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 자원고용)	302	2.21	0.65	8	73.62	대도시	159	2.24	0.65	74.63
						중소도시	129	2.17	0.64	72.35
						농어촌	14	2.21	0.70	73.81
정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	302	2.25	0.65	5	74.83	대도시	159	2.29	0.65	76.31
						중소도시	129	2.17	0.66	72.35
						농어촌	14	2.43	0.51	80.95
정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	302	2.22	0.66	7	74.06	대도시	159	2.27	0.63	75.68
						중소도시	129	2.16	0.69	72.09
						농어촌	14	2.21	0.58	73.81
업무수행 시 타인의 도움	302	2.11	0.67	10	70.42	대도시	159	2.16	0.68	72.12
						중소도시	129	2.05	0.65	68.48
						농어촌	14	2.07	0.62	69.05

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	302	2.27	0.65	3	75.72	대도시	159	2.33	0.63	77.78
						중소도시	129	2.19	0.66	73.13
						농어촌	14	2.29	0.61	76.19
창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	302	1.98	0.81	12	65.89	대도시	159	2.02	0.85	67.30
						중소도시	129	1.93	0.75	64.34
						농어촌	14	1.93	0.83	64.29
직장 정보제공 및 연결 서비스	302	2.25	0.67	4	74.83	대도시	159	2.33	0.65	77.57
						중소도시	129	2.15	0.69	71.58
						농어촌	14	2.21	0.70	73.81
취업 전 훈련 및 직업기술훈련	302	2.24	0.68	6	74.72	대도시	159	2.30	0.67	76.73
						중소도시	129	2.17	0.67	72.35
						농어촌	14	2.21	0.70	73.81
취업 후 지속적 지원 및 옹호	302	2.27	0.64	2	75.72	대도시	159	2.31	0.63	76.94
						중소도시	129	2.22	0.66	74.16
						농어촌	14	2.29	0.61	76.19
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 종합	302	2.20	0.57	-	73.19	대도시	159	2.25	0.56	74.90
						중소도시	129	2.13	0.58	71.04
						농어촌	14	2.21	0.53	73.61

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 전체 평균은 2.20점이며 100점 기준 약 73점에 해당한다. 세부항목 서비스 중 가장 높은 필요도를 보인 고용 및 직업참여 지원 및 서비스는 1순위 ‘개인맞춤형 직업재활 및 고용지원(76.2점)’, 2순위 ‘취업 후 지속적 지원 및 옹호(75.7점)’인 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 74점), 농어촌(약 73점), 중소도시(약 71점) 순으로 고용 및 직업참여 지원 및 서비스 필요도가 높은 것으로 나타났다.

(2) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

〈표 7-33〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	278	1.62	0.79	5	54.08	대도시	149	1.54	0.83	51.45
						중소도시	117	1.71	0.71	56.98
						농어촌	12	1.75	0.97	58.33
이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	267	1.66	0.77	1	55.18	대도시	143	1.54	0.80	51.28
						중소도시	111	1.78	0.68	59.46
						농어촌	13	1.85	0.90	61.54
보호작업 (보호작업장)	250	1.65	0.78	2	55.07	대도시	136	1.58	0.80	52.70
						중소도시	101	1.73	0.72	57.76
						농어촌	13	1.77	0.93	58.97
일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 지원고용)	272	1.59	0.79	7	52.94	대도시	144	1.51	0.82	50.23
						중소도시	116	1.69	0.73	56.32
						농어촌	12	1.58	1.00	52.78
정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	274	1.55	0.81	9	51.70	대도시	144	1.50	0.84	50.00
						중소도시	116	1.64	0.77	54.60
						농어촌	14	1.36	0.74	45.24
정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	273	1.57	0.82	8	52.38	대도시	145	1.48	0.88	49.43
						중소도시	115	1.70	0.73	56.52
						농어촌	13	1.46	0.78	48.72
업무수행 시 타인의 도움	258	1.64	0.79	4	54.52	대도시	139	1.53	0.83	51.08
						중소도시	107	1.79	0.71	59.50
						농어촌	12	1.50	0.80	50.00
정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	277	1.52	0.82	11	50.78	대도시	147	1.42	0.88	47.39
						중소도시	117	1.67	0.73	55.56
						농어촌	13	1.38	0.77	46.15
창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	224	1.46	0.85	12	48.51	대도시	121	1.33	0.87	44.35
						중소도시	94	1.65	0.80	54.96
						농어촌	9	1.11	0.78	37.04

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
직장 정보제공 및 연결 서비스	272	1.55	0.82	10	51.59	대도시	147	1.46	0.87	48.75
						중소도시	113	1.66	0.74	55.46
						농어촌	12	1.50	0.80	50.00
취업 전 훈련 및 직업기술훈련	271	1.64	0.83	3	54.74	대도시	144	1.52	0.85	50.69
						중소도시	115	1.80	0.76	60.00
						농어촌	12	1.58	0.90	52.78
취업 후 지속적 지원 및 옹호	278	1.62	0.80	5	54.08	대도시	149	1.52	0.84	50.56
						중소도시	116	1.77	0.74	58.91
						농어촌	13	1.54	0.78	51.28
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도 종합	295	1.58	0.70	-	52.60	대도시	155	1.50	0.74	49.85
						중소도시	126	1.68	0.64	56.11
						농어촌	14	1.55	0.69	51.52

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 고용 및 직업참여 지원 및 서비스 충분도 전체 평균은 1.58로 100점 기준 약 53점에 해당한다. 필요도 평균 2.20점(73점)에 비해 충분도가 낮음을 알 수 있다. 세부항목 서비스 중 가장 낮은 충분도를 보인 고용 및 직업참여 지원 및 서비스는 ‘창업지원(약 49점)’, ‘정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선(약 51점)’, ‘직장 정보제공 및 연결 서비스(약 51점)’ 순으로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 50점), 농어촌(약 51점), 중소도시(약 56점) 순으로 고용 및 직업 참여 지원 및 서비스 충분도 전체 평균값이 낮은 것으로 나타났다.

(3) 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-34〉 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이순 위	구분	N	평균	표준 편차
개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	278	0.78	0.96	6	대도시	149	0.89	1.03
					중소도시	117	0.66	0.82
					농어촌	12	0.67	1.15
이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	267	0.72	0.93	10	대도시	143	0.87	0.98
					중소도시	111	0.56	0.79
					농어촌	13	0.38	1.12
보호직업 (보호직업장)	250	0.68	0.89	12	대도시	136	0.76	0.92
					중소도시	101	0.57	0.82
					농어촌	13	0.62	1.12
일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 지원고용)	272	0.77	0.97	8	대도시	144	0.88	1.02
					중소도시	116	0.63	0.85
					농어촌	12	0.83	1.27
정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	274	0.84	0.99	4	대도시	144	0.93	1.02
					중소도시	116	0.69	0.92
					농어촌	14	1.07	1.14
정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	273	0.80	0.99	5	대도시	145	0.92	1.08
					중소도시	115	0.64	0.85
					농어촌	13	0.85	0.90
업무수행 시 타인의 도움	258	0.68	0.95	11	대도시	139	0.82	1.00
					중소도시	107	0.50	0.84
					농어촌	12	0.75	1.14
정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	277	0.88	1.02	2	대도시	147	1.03	1.11
					중소도시	117	0.68	0.85
					농어촌	13	1.00	1.15

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이순 위	구분	N	평균	표준 편차
창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	224	0.92	1.02	1	대도시	121	1.08	1.07
					중소도시	94	0.66	0.89
					농어촌	9	1.33	1.12
직장 정보제공 및 연결 서비스	272	0.85	1.00	3	대도시	147	0.99	1.06
					중소도시	113	0.67	0.89
					농어촌	12	0.92	1.08
취업 전 훈련 및 직업기술훈련	271	0.76	1.01	9	대도시	144	0.93	1.06
					중소도시	115	0.54	0.90
					농어촌	12	0.83	1.19
취업 후 지속적 지원 및 옹호	278	0.77	0.97	7	대도시	149	0.89	1.04
					중소도시	116	0.61	0.85
					농어촌	13	0.85	1.07
고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	295	0.78	0.86	-	대도시	155	0.89	0.91
					중소도시	126	0.64	0.75
					농어촌	14	0.81	0.98

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요도와 충분도 차이를 살펴보면, '창업지원' 서비스에서 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 다음으로 큰 차이를 보이는 서비스는 '정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선'과 '직장 정보제공 및 연결 서비스' 순으로 나타났다. 지역별 전체 평균에서는 대도시, 농어촌, 중소도시 순으로 차이가 큰 것으로 나타났다.

8) 교육경험 및 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

(1) 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유

〈표 7-35〉 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유

구분		전체		도시유형별					
				대도시		중소도시		농촌	
		N	비율	N	비율	N	비율	N	비율
심한 장애나 병으로 인해	그렇지 않음	35	(50.0)	20	(48.8)	14	(50.0)	1	(100.0)
	그러함	35	(50.0)	21	(51.2)	14	(50.0)	0	(0.0)
입원으로 인해	그렇지 않음	48	(68.6)	27	(65.9)	20	(71.4)	1	(100.0)
	그러함	22	(31.4)	14	(34.1)	8	(28.6)	0	(0.0)
약물 부작용으로 인해	그렇지 않음	62	(88.6)	37	(90.2)	24	(85.7)	1	(100.0)
	그러함	8	(11.4)	4	(9.8)	4	(14.3)	0	(0.0)
가족이 다니지 못하게 해서	그렇지 않음	60	(85.7)	35	(85.4)	24	(85.7)	1	(100.0)
	그러함	10	(14.3)	6	(14.6)	4	(14.3)	0	(0.0)
학교로부터 지원 또는 배려를 받지 못해서	그렇지 않음	54	(77.1)	30	(73.2)	23	(82.1)	1	(100.0)
	그러함	16	(22.9)	11	(26.8)	5	(17.9)	0	(0.0)
주위의 시선 및 편견 때문에	그렇지 않음	51	(72.9)	27	(65.9)	23	(82.1)	1	(100.0)
	그러함	19	(27.1)	14	(34.1)	5	(17.9)	0	(0.0)
근처에 학교가 없어서	그렇지 않음	66	(94.3)	41	(100.0)	24	(85.7)	1	(100.0)
	그러함	4	(5.7)	0	(0.0)	4	(14.3)	0	(0.0)
다니기 싫어서	그렇지 않음	39	(55.7)	21	(51.2)	18	(64.3)	0	(0.0)
	그러함	31	(44.3)	20	(48.8)	10	(35.7)	1	(100.0)

거주형 정신재활시설 응답자 중 약 23%는 학교를 다니지 않거나 중단한 경우가 있는 것으로 대답했다. 주된 이유는 ‘장애나 병으로 인해서’인 경우 약 50%로 가장 많았고, 다음으로 ‘다니기 싫어서’, ‘입원으로 인한’ 경우가 그 뒤를 이었다.

(2) 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

〈표 7-36〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	302	1.89	0.96	5	63.02	대도시	159	1.97	1.00	65.62
						중소도시	129	1.81	0.92	60.47
						농어촌	14	1.71	0.99	57.14
고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)	302	1.91	0.89	4	63.69	대도시	159	1.92	0.96	64.15
						중소도시	129	1.91	0.81	63.82
						농어촌	14	1.71	0.83	57.14
대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	302	1.61	0.92	7	53.53	대도시	159	1.58	0.98	52.62
						중소도시	129	1.66	0.86	55.30
						농어촌	14	1.43	0.76	47.62
학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	302	1.74	0.94	6	57.84	대도시	159	1.70	1.00	56.60
						중소도시	129	1.76	0.85	58.66
						농어촌	14	1.93	0.92	64.29
인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육	302	1.92	0.85	3	64.13	대도시	159	1.93	0.91	64.36
						중소도시	129	1.93	0.77	64.34
						농어촌	14	1.79	0.89	59.52
문화·체육·예술 교육	302	1.94	0.83	2	64.57	대도시	159	1.94	0.90	64.78
						중소도시	129	1.94	0.75	64.60
						농어촌	14	1.86	0.86	61.90
시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	302	1.97	0.84	1	65.67	대도시	159	1.99	0.89	66.25
						중소도시	129	1.97	0.78	65.63
						농어촌	14	1.79	0.80	59.52
교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도 종합	302	1.85	0.74	-	61.78	대도시	159	1.86	0.79	62.05
						중소도시	129	1.85	0.68	61.83
						농어촌	14	1.74	0.81	58.16

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자의 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요도 전체 평균은 1.85점이며 100점 기준 약 62점에 해당한다. 세부항목 서비스 중 가장

높은 필요도를 보인 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스는 1순위 ‘시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)(약 66점)’, 2순위 ‘문화·체육·예술 교육(약 65점)인 것으로 나타났다. 지역별로는 대도시(62점), 중소도시(61.8점), 농어촌(58.2점) 순으로 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요도가 높은 것으로 나타났다.

(3) 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

〈표 7-37〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	200	1.78	0.83	1	59.33	대도시	110	1.86	0.88	62.12
						중소도시	81	1.72	0.75	57.20
						농어촌	9	1.33	0.87	44.44
고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)	207	1.67	0.83	2	55.56	대도시	107	1.68	0.89	56.07
						중소도시	91	1.68	0.76	56.04
						농어촌	9	1.33	0.87	44.44
대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	157	1.55	0.85	7	51.59	대도시	81	1.47	0.90	48.97
						중소도시	70	1.66	0.80	55.24
						농어촌	6	1.33	0.82	44.44
학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	187	1.66	0.84	3	55.44	대도시	94	1.65	0.89	54.96
						중소도시	83	1.69	0.76	56.22
						농어촌	10	1.60	1.07	53.33
인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육	222	1.60	0.82	5	53.45	대도시	117	1.52	0.86	50.71
						중소도시	96	1.72	0.75	57.29
						농어촌	9	1.44	1.01	48.15
문화·체육·예술 교육	223	1.60	0.81	6	53.36	대도시	116	1.52	0.85	50.57
						중소도시	97	1.72	0.75	57.39
						농어촌	10	1.40	0.84	46.67
시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	230	1.62	0.81	4	53.91	대도시	122	1.57	0.85	52.19
						중소도시	98	1.70	0.75	56.80
						농어촌	10	1.40	0.84	46.67
교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도 종합	268	1.63	0.76	-	54.28	대도시	144	1.63	0.81	54.35
						중소도시	113	1.64	0.69	54.66
						농어촌	11	1.48	0.84	49.35

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자의 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분도 전체 평균은 1.63이며 100점 기준 약 62점에 해당한다. 1.85점이며 100점 기준 약 62점에 해당한다. 필요도 평균 1.85점(62점)에 비해 충분도가 낮음을 알 수 있다. 세부항목 서비스 중 가장 낮은 충분도를 보인 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스는 '대학원공부를 위한 지원교육(약 52점)', '문화·체육·예술 교육(약 53점) 순으로 나타났다. 지역별로는 농어촌(49.4점) 대도시(54.3점), 중소도시(54.6점), 순으로 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분도가 낮은 것으로 나타났다.

(4) 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

〈표 7-38〉 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이(gap)

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	200	0.71	0.89	7	대도시	110	0.68	0.91
					중소도시	81	0.70	0.83
					농어촌	9	1.00	1.22
고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)	207	0.76	0.90	2	대도시	107	0.82	0.94
					중소도시	91	0.67	0.83
					농어촌	9	0.89	1.05
대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	157	0.83	0.94	1	대도시	81	0.95	1.00
					중소도시	70	0.69	0.84
					농어촌	6	0.83	1.17
학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	187	0.71	0.91	6	대도시	94	0.78	0.95
					중소도시	83	0.61	0.78
					농어촌	10	0.80	1.40
인문교양(문화, 체육, 예술, 등) 교육	222	0.75	0.93	4	대도시	117	0.87	0.95
					중소도시	96	0.58	0.83
					농어촌	9	0.89	1.36
문화·체육·예술 교육	223	0.75	0.93	3	대도시	116	0.89	0.96
					중소도시	97	0.57	0.85
					농어촌	10	0.90	1.20

구분	전체				도시유형별			
	N	평균	표준 편차	차이 순위	구분	N	평균	표준 편차
시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	230	0.74	0.94	5	대도시	122	0.83	0.97
					중소도시	98	0.62	0.88
					농어촌	10	0.80	1.23
교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합	268	0.72	0.82	-	대도시	144	0.77	0.86
					중소도시	113	0.66	0.73
					농어촌	11	0.77	1.16

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스의 필요도와 충분도 차이를 살펴보면, ‘대학 원공부를 위한 지원교육’ 서비스에서 차이가 가장 큰 것으로 나타났다. 다음으로 큰 차이를 보이는 서비스는 ‘고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)순’으로 나타났다. 지역별 전체 평균에서는 대도시와 농어촌의 교육 서비스의 필요도와 충분도 차이가 동일하게 크고 중소도시 차이가 상대적으로 작은 것으로 나타났다.

제4절 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견

1. 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견

〈표 7-39〉 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	302	2.18	0.66	5	72.74	대도시	159	2.26	0.66	75.47
						중소도시	129	2.10	0.68	70.03
						농어촌	14	2.00	0.39	66.67
시설은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	302	2.19	0.66	4	72.85	대도시	159	2.23	0.65	74.42
						중소도시	129	2.13	0.68	71.06
						농어촌	14	2.14	0.53	71.43
시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	302	2.08	0.69	12	69.43	대도시	159	2.15	0.70	71.70
						중소도시	129	2.00	0.71	66.67
						농어촌	14	2.07	0.27	69.05
시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	302	2.20	0.64	1	73.40	대도시	159	2.27	0.63	75.68
						중소도시	129	2.12	0.66	70.54
						농어촌	14	2.21	0.43	73.81
시설은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둬으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	302	2.08	0.74	11	69.43	대도시	159	2.13	0.75	71.07
						중소도시	129	2.01	0.73	66.93
						농어촌	14	2.21	0.58	73.81
시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	302	2.20	0.68	2	73.18	대도시	159	2.25	0.66	75.05
						중소도시	129	2.11	0.72	70.28
						농어촌	14	2.36	0.50	78.57

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
시설은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	302	2.15	0.67	6	71.74	대도시	159	2.23	0.67	74.42
						중소도시	129	2.05	0.69	68.48
						농어촌	14	2.14	0.36	71.43
시설은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	302	2.19	0.69	3	72.96	대도시	159	2.26	0.66	75.26
						중소도시	129	2.12	0.74	70.54
						농어촌	14	2.07	0.47	69.05
시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	302	2.14	0.70	7	71.19	대도시	159	2.23	0.70	74.42
						중소도시	129	2.02	0.72	67.18
						농어촌	14	2.14	0.36	71.43
시설은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	302	2.09	0.69	10	69.65	대도시	159	2.12	0.75	70.65
						중소도시	129	2.05	0.65	68.22
						농어촌	14	2.14	0.36	71.43
시설은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	302	2.12	0.69	9	70.53	대도시	159	2.16	0.73	71.91
						중소도시	129	2.05	0.66	68.22
						농어촌	14	2.29	0.47	76.19
시설은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고 신청절차를 지원해준다.	302	2.13	0.69	8	70.97	대도시	159	2.17	0.73	72.33
						중소도시	129	2.05	0.65	68.48
						농어촌	14	2.36	0.50	78.57
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	302	2.15	0.58	-	71.50	대도시	159	2.21	0.59	73.53
						중소도시	129	2.07	0.59	68.88
						농어촌	14	2.18	0.30	72.62

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들이 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견을 인권보장 측면에서 살펴보았다. 거주형 정신재활시설이 생활인들의 재활과 회복, 자기결정권, 자립 등을 지원하고 있는지에 대한 인식도 전체 평균 평균 값은 2.15점으로 나타났다. 100점 만점 기준 약 72점에 해당한다. 구체적으로 가장 높은 인식도를 보인 부분은 '시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할

때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다(약73점)'이고, 가장 낮은 인식도를 보인 것은 '시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원 계획을 수립하여 지원한다(약 69점)'로 나타났다. 지역별로는 대도시(약 74점), 농어촌(약 73점), 중소도시(약 51점) 순으로 현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 인식이 높은 것으로 나타났다.

2. 현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험

〈표 7-40〉 현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	302	2.20	0.67	6	73.40	대도시	159	2.23	0.70	74.42
						중소도시	129	2.13	0.64	71.06
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	302	2.27	0.65	1	75.61	대도시	159	2.34	0.61	77.99
						중소도시	129	2.16	0.69	71.83
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
나는 시설에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	302	2.21	0.69	5	73.62	대도시	159	2.23	0.71	74.21
						중소도시	129	2.16	0.68	71.83
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
나는 하루 일과를 자유롭게 결정한다.	302	2.11	0.71	8	70.20	대도시	159	2.16	0.71	72.12
						중소도시	129	1.99	0.69	66.41
						농어촌	14	2.50	0.65	83.33
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	302	2.06	0.73	9	68.65	대도시	159	2.06	0.77	68.55
						중소도시	129	2.02	0.69	67.44
						농어촌	14	2.43	0.51	80.95

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
특정한 종교를 강요받지 않는다.	302	2.26	0.70	2	75.28	대도시	159	2.28	0.75	76.10
						중소도시	129	2.22	0.66	73.90
						농어촌	14	2.36	0.50	78.57
시설에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	302	2.16	0.68	7	71.96	대도시	159	2.22	0.67	74.00
						중소도시	129	2.05	0.68	68.22
						농어촌	14	2.50	0.52	83.33
시설에서 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	302	2.22	0.60	4	74.06	대도시	159	2.22	0.59	74.00
						중소도시	129	2.19	0.61	72.87
						농어촌	14	2.57	0.51	85.71
시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단을 강요하지 않는다.	302	2.24	0.61	3	74.61	대도시	159	2.37	0.51	79.04
						중소도시	129	2.06	0.67	68.73
						농어촌	14	2.36	0.63	78.57
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	302	2.19	0.52	-	73.04	대도시	159	2.23	0.49	74.49
						중소도시	129	2.11	0.55	70.26
						농어촌	14	2.47	0.44	82.28

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들이 현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험을 통해 인식하는 인권 보장 수준을 살펴보았다. 거주형 정신재활시설이 생활인들의 자율성, 비밀보장, 학대나 비인도적 처우에 대한 경험도 전체 평균 평균값은 2.19점으로 나타났다. 이는 100점 만점 기준 약 73점에 해당한다. 구체적으로 가장 높은 인식도를 보인 부분은 '나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다(약73점)'였고, 가장 낮은 인식도를 보인 것은 '나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다(약 69점)'로 나타났다. 지역별로는 농어촌(약 82점), 대도시(약 74점), 중소도시(약 70점) 순으로 현재 이용하는 정신재활시설의 인권보장 경험에 대한 인식이 높은 낮은 것으로 나타났다.

제5절 삶의 만족도에 대한 의견

〈표 7-41〉 삶의 만족도에 대한 의견

구분	전체					도시유형별				
	N	평균	표준 편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균	구분	N	평균	표준 편차	100점 만점 기준 평균
신체건강	302	1.93	0.70	3	64.46	대도시	159	1.97	0.71	65.62
						중소도시	129	1.88	0.70	62.79
						농어촌	14	2.00	0.55	66.67
정신건강	302	1.98	0.69	2	66.11	대도시	159	2.01	0.72	66.88
						중소도시	129	1.98	0.67	65.89
						농어촌	14	1.79	0.43	59.52
주거환경 (현재 거주하고 있는 환경 기준)	302	2.10	0.67	1	69.87	대도시	159	2.11	0.74	70.23
						중소도시	129	2.08	0.59	69.25
						농어촌	14	2.14	0.36	71.43
가족관계	302	1.78	0.77	6	59.49	대도시	159	1.72	0.84	57.23
						중소도시	129	1.90	0.66	63.31
						농어촌	14	1.50	0.76	50.00
직업(일) (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	302	1.70	0.84	7	56.73	대도시	159	1.60	0.89	53.25
						중소도시	129	1.82	0.78	60.72
						농어촌	14	1.79	0.70	59.52
소득	302	1.51	0.83	8	50.33	대도시	159	1.47	0.86	48.85
						중소도시	129	1.57	0.80	52.20
						농어촌	14	1.50	0.76	50.00
사회적 친분관계	302	1.83	0.70	5	61.04	대도시	159	1.84	0.73	61.43
						중소도시	129	1.82	0.67	60.72
						농어촌	14	1.79	0.70	59.52
여가생활	302	1.88	0.75	4	62.80	대도시	159	1.85	0.79	61.64
						중소도시	129	1.91	0.69	63.82
						농어촌	14	2.00	0.88	66.67
영역별 삶의 만족도 종합	302	1.84	0.55	-	61.35	대도시	159	1.82	0.59	60.64
						중소도시	129	1.87	0.50	62.34
						농어촌	14	1.81	0.53	60.42

주: 1) 평균치 산출방법: 0-3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 응답자들의 일상생활에 필요한 서비스 영역별 삶의 만족도를 살펴보았다. 만족도의 전체 평균은 1.84로 100점 만점 기준 약 61점에 해당한다. 영역별로는 ‘주거환경 (현재 거주하고 있는 환경 기준)(69.8점)’, ‘정신건강(66.1점)’, ‘신체건강(64.4점)’ 순으로 만족도가 높게 나왔다. 지역별로는 중소도시(62.3점), 대도시(60.6점), 농어촌(60.4점) 순으로 전체 만족도가 높았다.

제6절 소결

1. 주요 연구 결과 종합

1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 의견 종합

(1) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합

① 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(전체)

〈표 7-42〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(전체)

구분		전체				
		N	평균	표준편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균
전반적 인식	일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스	302	2.29	0.51	-	76.42
세부 영역별	소득보장	302	2.14	0.63	6	71.19
	주거	302	2.21	0.58	2	73.57
	신체건강	302	2.29	0.60	1	76.46
	정신건강	302	2.18	0.54	4	72.57
	사회참여 지원	302	2.15	0.53	5	71.69
	고용 및 직업참여 지원	302	2.20	0.57	3	73.19
	교육 참여 지원	302	1.85	0.74	7	61.78

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요도에 대한 전반적인 인식 평균은 2.29점이며 100점 기준 약 76점에 해당한다. 일상생활 지원 서비스 세부영역에 대한 인식평균은 소득, 주거, 신체 및 정신건강, 사회참여, 고용 및 교육 지원의 구체적인 하위 서비스 항목들의 평균값을 활용하였다. 세부영역 서비스 중 가장 높은 필요도를 보인 것은 1순위 '신체건강(약 76점)', 2순위 '주거(약 74점)', 3순위 '고용 및 직업참여 지원(약 73점)'으로 나타났다. 즉 거주형 정신재활시설 이용자들은 신체건강과 함께 주거와 고용의 안정을 일상생활 유지에 있어 가장 필요한 서비스라고 인식하고 있다고 볼 수 있다.

② 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별)

〈표 7-43〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별)

구분		전체				
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	36	2.29	0.67	76.30
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.19	0.62	72.91
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.11	0.60	70.25
		노년기(60세 이상)	23	1.81	0.70	60.29
	주거	청년기(30세 미만)	36	2.36	0.58	78.63
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.17	0.59	72.42
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.25	0.53	75.08
		노년기(60세 이상)	23	1.88	0.63	62.56
	신체건강	청년기(30세 미만)	36	2.27	0.73	75.69
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.30	0.59	76.73
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.31	0.59	76.96
		노년기(60세 이상)	23	2.21	0.55	73.55
	정신건강	청년기(30세 미만)	36	2.27	0.64	75.57
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.18	0.49	72.81
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.17	0.54	72.38
		노년기(60세 이상)	23	2.03	0.59	67.78
	사회참여 지원	청년기(30세 미만)	36	2.39	0.50	79.81
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.10	0.49	70.01
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.17	0.52	72.44
		노년기(60세 이상)	23	1.88	0.60	62.80
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	36	2.43	0.54	80.86	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.17	0.51	72.32	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.21	0.57	73.53	
	노년기(60세 이상)	23	1.90	0.74	63.41	
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	36	2.10	0.70	70.11	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	1.87	0.74	62.29	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	1.82	0.73	60.57	
	노년기(60세 이상)	23	1.60	0.79	53.21	

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도를 연령별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 중 6개 영역에서 다른 연령대보다 청년기에서 서비스 필요도가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 100점 만점을 기준으로 할 때, 소득보장(약 76점), 주거지원(약 79점), 정신건강(약 76점), 사회참여지원(약 80점), 고용 및 직업참여 지원(약 81점), 교육참여 지원(약 70점)서비스 필요도가 청년기에서 가장 높게 나타났다. 신체건강(약 77점) 서비스 필요도는 중장년기에서 가장 높게 나타났다.

③ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(지역별)

<표 7-44> 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(지역별)

구분			전체			
			N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
세부 영역별	소득보장	대도시	159	2.15	0.69	71.78
		중소도시	129	2.11	0.55	70.49
		농어촌	14	2.13	0.57	70.95
	주거	대도시	159	2.24	0.63	74.51
		중소도시	129	2.18	0.52	72.59
		농어촌	14	2.16	0.49	72.02
	신체건강	대도시	159	2.33	0.58	77.52
		중소도시	129	2.24	0.64	74.68
		농어촌	14	2.43	0.56	80.95
	정신건강	대도시	159	2.22	0.52	73.88
		중소도시	129	2.11	0.55	70.38
		농어촌	14	2.34	0.49	77.84
	사회참여 지원	대도시	159	2.20	0.52	73.22
		중소도시	129	2.11	0.54	70.23
		농어촌	14	2.03	0.50	67.78
	고용 및 직업참여 지원	대도시	159	2.25	0.56	74.90
		중소도시	129	2.13	0.58	71.04
		농어촌	14	2.21	0.53	73.61
	교육 참여 지원	대도시	159	1.86	0.79	62.05
		중소도시	129	1.85	0.68	61.83
		농어촌	14	1.74	0.81	58.16

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도를 지역별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 대도시에서 서비스 필요도가 가장 높은 것은 주거지원(약 75점), 고용 및 직업참여 지원(약 75 점), 교육참여 지원(약 62점), 사회참여지원(약 73점), 소득보장(약 72점) 서비스였고, 농어촌에서 서비스 필요도가 높은 것은 신체건강(약 77점)과 정신건강(약 76점) 서비스였다.

④ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

〈표 7-45〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

구분			지역 유형								
			대도시			중소도시			농어촌		
			N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
세부 영역 별	소득보장	청년기(30세 미만)	22	2.43	0.58	14	2.07	0.77	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.15	0.71	49	2.22	0.53	6	2.23	0.41
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.18	0.66	60	2.02	0.52	6	2.20	0.70
		노년기(60세 이상)	15	1.67	0.76	6	2.23	0.46	2	1.60	0.57
	주거	청년기(30세 미만)	22	2.43	0.57	14	2.24	0.61	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.12	0.62	49	2.23	0.58	6	2.19	0.36
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.35	0.57	60	2.13	0.47	6	2.32	0.56
		노년기(60세 이상)	15	1.87	0.77	6	2.00	0.14	2	1.58	0.35
	신체건강	청년기(30세 미만)	22	2.33	0.72	14	2.18	0.76	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.33	0.56	49	2.27	0.63	6	2.33	0.54
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.34	0.56	60	2.23	0.62	6	2.75	0.42
		노년기(60세 이상)	15	2.22	0.54	6	2.33	0.61	2	1.75	0.35
	정신건강	청년기(30세 미만)	22	2.29	0.71	14	2.23	0.53	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.20	0.43	49	2.16	0.56	6	2.27	0.40
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.25	0.49	60	2.04	0.56	6	2.63	0.39
		노년기(60세 이상)	15	2.01	0.64	6	2.22	0.48	2	1.65	0.38

구분		지역 유형								
		대도시			중소도시			농어촌		
		N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
사회참여 지원	청년기(30세 미만)	22	2.42	0.54	14	2.35	0.45	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.13	0.49	49	2.09	0.53	6	1.96	0.12
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.26	0.47	60	2.06	0.56	6	2.29	0.58
	노년기(60세 이상)	15	1.84	0.64	6	2.12	0.45	2	1.50	0.71
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	22	2.45	0.58	14	2.39	0.48	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.20	0.44	49	2.14	0.61	6	2.14	0.24
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.31	0.53	60	2.07	0.57	6	2.47	0.64
	노년기(60세 이상)	15	1.87	0.85	6	2.08	0.51	2	1.63	0.53
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	22	2.22	0.77	14	1.92	0.56	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	1.86	0.74	49	1.90	0.76	6	1.76	0.66
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.87	0.78	60	1.76	0.63	6	1.81	1.06
	노년기(60세 이상)	15	1.33	0.74	6	2.29	0.59	2	1.50	0.71

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 불필요 ① ↔ 매우 필요 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도를 지역과 연령을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 먼저, 소득보장 서비스는 청년기에서는 대도시거주 집단의 필요도가 가장 높았고 (2.43점), 성인초기와 중장년기에서는 농어촌 거주집단이(각 2.23점, 2.20점), 노년기에서는 중소도시 거주집단이(2.23점) 서비스 필요도가 높게 나왔다.

주거서비스를 살펴보면, 청년기에서는 대도시 거주집단(2.43점)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(2.23점), 중장년기에서는 대도시거주집단 (2.35점), 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.23점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

신체건강서비스를 살펴보면, 청년기에서는 대도시 거주집단(2.33점)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기에서는 대도시와 농어촌 거주집단(2.33점)이 동일하게 높았고, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(2.75점), 노년기에서는 중소도시 거주집단 (2.33점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

정신건강서비스를 살펴보면, 청년기에서는 대도시 거주집단(2.29점)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기와 중장년기에서는 농어촌 거주집단(각 2.27점, 2.63점), 노

년기에서는 중소도시 거주집단(2.22점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

사회참여서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서는 대도시 거주집단(각 2.42점, 2.13)의 필요도가 가장 높았고, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(2.29점), 중장년기에서는 대도시거주집단(2.35점), 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.12점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

고용 및 직업참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기에서는 대도시 거주집단(각2.45점, 2.20점)의 필요도가 가장 높았고, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(2.47점), 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.08점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

교육참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기에서는 대도시 거주집단(2.22)의 필요도가 가장 높았고, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(1.90점)의 필요도가 가장 높았고, 중장년기에서는 대도시 거주집단(1.87점), 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.29점)이 서비스 필요도가 높게 나왔다.

(2) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합

① 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(전체)

〈표 7-46〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(전체)

구분		전체				
		N	평균	표준편차	평균 점수 순위	100점 만점 기준 평균
전반적 인식	일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스	300	1.82	0.60	-	60.66
세부 영역별	소득보장	289	1.64	0.73	4	54.72
	주거	296	1.58	0.69	6	52.64
	신체건강	288	1.76	0.73	2	58.73
	정신건강	297	1.82	0.61	1	60.61
	사회참여 지원	297	1.75	0.63	3	58.34
	고용 및 직업참여 지원	295	1.58	0.70	7	52.60
	교육 참여 지원	268	1.63	0.76	5	54.28

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분도에 대한 전반적인 인식평균은 1.82점으로 100점 기준 약 61점에 해당한다. 서비스 필요도 2.29점(약 76점)에 비해 낮은 것을 알 수 있다. 일상생활을 위한 기본적인 소득, 주거, 건강, 사회참여, 고용 및 교육과 관련된 세부항목 서비스 중 가장 낮은 충분도를 보인 것은 ‘고용 및 직업참여 지원(52.60점)’이며, ‘주거(52.64점)’와 ‘교육 참여 지원(54.28점)’ 순으로 충분도가 낮게 나타났다. 즉 거주형 정신재활시설 이용자들은 고용 및 주거분야의 서비스가 충분하지 않다고 인식하고 있다.

② 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별)

〈표 7-47〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별)

구분			전체			
			N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	33	1.85	0.88	61.62
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	106	1.75	0.71	58.31
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	129	1.53	0.71	51.06
		노년기(60세 이상)	21	1.45	0.63	48.25
	주거	청년기(30세 미만)	35	1.77	0.79	59.05
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	108	1.64	0.63	54.70
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	131	1.50	0.71	49.85
		노년기(60세 이상)	22	1.47	0.53	49.01
	신체건강	청년기(30세 미만)	31	1.98	0.77	66.13
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	106	1.79	0.73	59.59
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	128	1.71	0.74	56.92
		노년기(60세 이상)	23	1.64	0.54	54.83
	정신건강	청년기(30세 미만)	34	2.04	0.76	67.98
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	1.84	0.55	61.31
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	130	1.75	0.62	58.20
		노년기(60세 이상)	22	1.80	0.54	59.94

구분		전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
사회참여 지원	청년기(30세 미만)	36	1.94	0.77	64.79
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	108	1.76	0.58	58.70
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	131	1.71	0.63	57.11
	노년기(60세 이상)	22	1.60	0.55	53.38
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	35	1.81	0.86	60.39
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	109	1.63	0.66	54.44
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	130	1.49	0.69	49.54
	노년기(60세 이상)	21	1.47	0.64	49.04
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	34	1.89	0.95	63.16
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	99	1.62	0.76	54.08
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	116	1.55	0.69	51.70
	노년기(60세 이상)	19	1.65	0.69	55.09

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 충분도를 연령별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 중 5개 영역에서 다른 연령대보다 노년기에서 서비스 충분도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 즉 100점 만점을 기준으로 소득보장(약 48점), 주거지원(약 49점), 신체건강(약 55점), 고용 및 직업참여 지원(약 49점) 서비스 충분도가 노년기에서 가장 낮게 나타났다. 정신건강(약 58점)과 교육참여 지원(약 52점)서비스 충분도는 중장년기에서 가장 낮게 나타났다.

③ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(지역별)

〈표 7-48〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(지역별)

구분		전체				
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	
세부 영역별	소득보장	대도시	151	1.56	0.79	51.92
		중소도시	124	1.75	0.64	58.18
		농어촌	14	1.63	0.71	54.29
	주거	대도시	156	1.52	0.73	50.61
		중소도시	126	1.66	0.62	55.25
		농어촌	14	1.56	0.74	51.91
	신체건강	대도시	153	1.65	0.80	54.88
		중소도시	121	1.90	0.62	63.50
		농어촌	14	1.79	0.60	59.52
	정신건강	대도시	155	1.80	0.66	60.13
		중소도시	128	1.85	0.56	61.54
		농어촌	14	1.72	0.60	57.37
	사회참여 지원	대도시	158	1.70	0.67	56.65
		중소도시	126	1.82	0.57	60.76
		농어촌	13	1.67	0.50	55.56
	고용 및 직업참여 지원	대도시	155	1.50	0.74	49.85
		중소도시	126	1.68	0.64	56.11
		농어촌	14	1.55	0.69	51.52
	교육 참여 지원	대도시	144	1.63	0.81	54.35
		중소도시	113	1.64	0.69	54.66
		농어촌	11	1.48	0.84	49.35

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부영역에 대한 충분도를 지역별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 대도시에서 서비스 충분도가 가장 낮은 것은 소득보장(약 52점), 주거지원(약 51점), 신체건강(약 55점), 고용 및 직업참여 지원(약 50점)서비스였고, 농어촌에서 서비스 필요도가 높은 것은 정신건강(약 57점), 사회참여지원(약 56점), 교육참여 지원(약 49점) 서비스였다.

④ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

〈표 7-49〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 충분정도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

구분		도시유형									
		대도시			중소도시			농어촌			
		N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	22	1.75	0.90	11	2.05	0.84	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	52	1.65	0.78	48	1.81	0.63	6	2.13	0.47
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	64	1.44	0.78	59	1.67	0.59	6	1.13	0.67
		노년기(60세 이상)	13	1.43	0.67	6	1.43	0.63	2	1.60	0.57
	주거	청년기(30세 미만)	22	1.67	0.86	13	1.94	0.65	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	55	1.55	0.68	47	1.74	0.59	6	1.70	0.38
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	1.45	0.75	60	1.55	0.63	6	1.52	1.09
		노년기(60세 이상)	14	1.49	0.57	6	1.49	0.53	2	1.25	0.35
	신체건강	청년기(30세 미만)	20	1.80	0.86	11	2.32	0.46	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	54	1.68	0.83	46	1.90	0.63	6	1.83	0.26
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	64	1.59	0.82	58	1.83	0.61	6	1.75	0.92
		노년기(60세 이상)	15	1.56	0.55	6	1.83	0.58	2	1.75	0.35
	정신건강	청년기(30세 미만)	21	1.98	0.91	13	2.14	0.44	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	1.85	0.54	49	1.82	0.59	6	1.89	0.42
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	64	1.72	0.67	60	1.79	0.56	6	1.63	0.79
		노년기(60세 이상)	14	1.77	0.61	6	1.97	0.32	2	1.50	0.71
	사회참여 지원	청년기(30세 미만)	22	1.84	0.86	14	2.11	0.58	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	55	1.73	0.55	47	1.78	0.65	6	1.85	0.34
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.66	0.72	59	1.78	0.52	6	1.59	0.59
		노년기(60세 이상)	15	1.54	0.58	6	1.86	0.41	1	1.00	-
	고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	21	1.64	0.97	14	2.07	0.62	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	1.55	0.63	47	1.69	0.72	6	1.98	0.23
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	1.43	0.76	59	1.59	0.59	6	1.13	0.81
		노년기(60세 이상)	13	1.39	0.76	6	1.65	0.33	2	1.50	0.71
	교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	21	2.03	0.92	13	1.68	0.99	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	51	1.51	0.82	43	1.71	0.72	5	2.03	0.06
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	60	1.62	0.75	51	1.53	0.57	5	1.03	1.04
		노년기(60세 이상)	12	1.53	0.72	6	2.00	0.55	1	1.00	-

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 충분도를 지역과 연령을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 먼저, 소득보장 서비스는 청년기와 성인초기에서는 대도시거주 집단의 충분도가 가장 낮았고(각 1.75점, 1.65점), 중장년기에서는 농어촌 거주집단이(1.13점), 노년기에서는 대도시와 중소도시 거주집단이(2.23점) 동일하게 서비스 충분도가 가장 낮게 나왔다.

주거서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기 및 중장년기 모두 대도시거주 집단(각 1.67점, 1.55점, 1.45점)의 충분도가 가장 낮았고, 노년기에서는 농어촌 거주집단(1.25점)이 서비스 충분도가 가장 낮게 나왔다.

신체건강서비스를 살펴보면, 청년기(1.80점)와 성인초기(1.68점), 중장년기(1.59점) 및 노년기(1.56점) 모두 대도시 거주집단의 서비스 충분도가 가장 낮은 것으로 나타났다.

정신건강서비스를 살펴보면, 청년기에서는 대도시 거주집단(1.98점)의 충분도가 가장 낮았고, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(1.82점), 중장년기와 노년기에서는 농어촌 거주집단(각 1.63, 1.50점)이 서비스 충분도가 가장 낮게 나왔다.

사회참여 지원 서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 1.84점, 1.73점, 1.54점)에서 대도시 거주집단의 서비스 충분도가 가장 낮았고, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.59점)이 서비스 충분도가 가장 낮았다.

고용 및 직업참여 서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 1.64점, 1.55점, 1.39점)에서 대도시 거주집단의 서비스 충분도가 가장 낮았고, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.13점)이 서비스 충분도가 가장 낮았다.

교육참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기에서 중소도시 거주집단(1.68점)의 서비스 충분도가 가장 낮았고, 성인초기에서는 대도시 거주집단(1.51점), 중장년기와 노년기에서는 농어촌 거주집단(각 1.03, 1.00점)이 서비스 충분도가 가장 낮았다.

(3) 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합

① 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(전체)

〈표 7-50〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(전체)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	차이 점수 순위
전반적 인식	일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스	300	0.61	0.72	-
세부 영역별	소득보장	289	0.73	0.86	3
	주거	296	0.83	0.83	1
	신체건강	288	0.67	0.81	5
	정신건강	296	0.53	0.70	7
	사회참여 지원	297	0.54	0.75	6
	고용 및 직업참여 지원	295	0.78	0.86	2
	교육 참여 지원	268	0.72	0.82	4

주: 1) 차이(gap) 평균치 산출방법: 개인별 필요도 응답 점수 - 충분도 응답점수의 평균

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스에 대한 필요도와 충분도의 차이를 종합적으로 살펴본 결과는 다음과 같다. 일상생활에 필요한 지원서비스의 필요도와 충분도 차이의 전체 평균값이 0.61점이라는 것은 필요도가 충분도에 비해 크다는 것을 의미한다. 세부영역별로는 주거(0.83)서비스에서 필요도와 충분도의 차이가 가장 큰 것으로 나타났고, 다음으로 고용 및 직업참여 지원(0.78), 소득보장(0.85)서비스 순으로 필요도와 충분도의 차이가 큰 것으로 나타났다.

② 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별)

〈표 7-51〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	33	0.65	0.99
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	106	0.61	0.81
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	129	0.83	0.85
		노년기(60세 이상)	21	0.85	0.91
	주거	청년기(30세 미만)	35	0.74	0.92
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	108	0.73	0.78
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	131	0.95	0.87
		노년기(60세 이상)	22	0.76	0.69
	신체건강	청년기(30세 미만)	31	0.55	0.77
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	106	0.62	0.81
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	128	0.73	0.85
		노년기(60세 이상)	23	0.68	0.64
	정신건강	청년기(30세 미만)	34	0.43	0.88
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	0.48	0.63
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	130	0.59	0.70
		노년기(60세 이상)	21	0.56	0.67
	사회참여 지원	청년기(30세 미만)	36	0.51	0.83
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	108	0.49	0.70
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	131	0.59	0.76
		노년기(60세 이상)	22	0.60	0.77
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	35	0.72	0.95	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	109	0.69	0.79	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	130	0.87	0.88	
	노년기(60세 이상)	21	0.79	0.91	
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	34	0.62	0.86	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	99	0.70	0.82	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	116	0.79	0.81	
	노년기(60세 이상)	19	0.62	0.82	

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도와 충분도의 차이를 연령별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 중 5개 영역에서 다른 연령대보다 중장년기에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 평균 차이값을 기준으로 주거지원(0.95), 신체건강(0.73), 정신건강(0.59), 고용 및 직업 참여지원(0.87), 교육참여 지원(0.79)서비스의 필요도와 충분도 차이가 중장년기에서 가장 높게 나타났다. 반면, 소득보장(0.85), 사회참여지원(0.60)서비스 필요도와 충분도 차이는 노년기에서 가장 높게 나타났다.

③ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(지역별)

〈표 7-52〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(지역별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	
세부 영역별	소득보장	대도시	151	0.87	0.94
		중소도시	124	0.55	0.70
		농어촌	14	0.79	1.03
	주거	대도시	156	0.93	0.91
		중소도시	126	0.70	0.69
		농어촌	14	0.84	0.96
	신체건강	대도시	153	0.79	0.90
		중소도시	121	0.50	0.64
		농어촌	14	0.72	0.81
	정신건강	대도시	154	0.58	0.77
		중소도시	128	0.44	0.59
		농어촌	14	0.69	0.73
	사회참여 지원	대도시	158	0.62	0.81
		중소도시	126	0.45	0.65
		농어촌	13	0.54	0.76
	고용 및 직업참여 지원	대도시	155	0.89	0.91
		중소도시	126	0.64	0.75
		농어촌	14	0.81	0.98
	교육 참여 지원	대도시	144	0.77	0.86
		중소도시	113	0.66	0.73
		농어촌	11	0.77	1.16

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도와 충분도의 차이를 지역별로 구분하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 전체 7개 영역 중 6개 영역에서 다른 지역보다 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 평균 차이값을 기준으로 소득보장(0.87), 주거지원(0.93), 신체건강(0.79), 사회참여지원(0.62), 고용 및 직업 참여지원(0.89), 교육참여 지원(0.77)서비스의 필요도와 충분도 차이가 대도시 거주집단에서 가장 높게 나타났다. 반면, 정신건강(0.69)과 교육 및 참여지원(0.77)서비스 필요도와 충분도 차이는 농어촌 거주집단에서 가장 높게 나타났다.

④ 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별, 지역별)

〈표 7-53〉 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 필요정도와 충분정도 차이 종합(연령별, 지역별)

구분			도시유형								
			대도시			중소도시			농어촌		
			N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
세부 영역별	소득보장	청년기(30세 미만)	22	0.77	0.99	11	0.42	1.00	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	52	0.76	0.95	48	0.51	0.61	6	0.10	0.62
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	64	1.00	0.91	59	0.57	0.68	6	1.60	0.94
		노년기(60세 이상)	13	0.91	0.97	6	0.88	0.96	2	0.40	0.57
	주거	청년기(30세 미만)	22	0.87	1.01	13	0.51	0.74	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	55	0.79	0.88	47	0.67	0.67	6	0.60	0.64
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	1.10	0.93	60	0.78	0.72	6	1.10	1.34
		노년기(60세 이상)	14	0.83	0.76	6	0.59	0.63	2	0.75	0.35
	신체건강	청년기(30세 미만)	20	0.74	0.88	11	0.20	0.35	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	54	0.72	0.92	46	0.51	0.69	6	0.54	0.60
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	64	0.86	0.95	58	0.55	0.66	6	1.06	1.03
		노년기(60세 이상)	15	0.78	0.72	6	0.58	0.47	2	0.25	0.35
	정신건강	청년기(30세 미만)	21	0.56	1.06	13	0.22	0.41	0	-	-
		성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	0.46	0.62	49	0.51	0.68	6	0.40	0.41
		중장년기(45세 이상 60세 미만)	64	0.68	0.77	60	0.45	0.56	6	1.03	0.93
		노년기(60세 이상)	13	0.70	0.76	6	0.29	0.43	2	0.50	0.71

구분			도시유형								
			대도시			중소도시			농어촌		
			N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
사회참여 지원	청년기(30세 미만)	22	0.66	0.89	14	0.27	0.68	0	-	-	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	55	0.51	0.73	47	0.49	0.70	6	0.21	0.32	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	0.68	0.84	59	0.46	0.63	6	0.79	1.01	
	노년기(60세 이상)	15	0.68	0.89	6	0.36	0.42	1	1.00	-	
고용 및 직업참여 지원	청년기(30세 미만)	21	0.96	1.02	14	0.36	0.72	0	-	-	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	0.74	0.80	47	0.68	0.80	6	0.21	0.37	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	65	0.99	0.95	59	0.67	0.72	6	1.51	1.09	
	노년기(60세 이상)	13	0.94	1.04	6	0.55	0.68	2	0.50	0.71	
교육 참여 지원	청년기(30세 미만)	21	0.56	0.82	13	0.72	0.95	0	-	-	
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	51	0.82	0.87	43	0.62	0.78	5	0.11	0.34	
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	60	0.82	0.86	51	0.70	0.65	5	1.37	1.50	
	노년기(60세 이상)	12	0.71	0.93	6	0.36	0.64	1	1.00	-	

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불충분 ① ↔ 매우 충분 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스 세부 영역에 대한 필요도와 충분도의 차이를 지역과 연령을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 먼저, 소득보장 지원 서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 0.77, 0.76, 0.91)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.60)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

주거지원 서비스를 살펴보면, 모든 연령대 즉 청년기, 성인초기, 중장년기 및 노년기 모두(각 0.87, 0.79, 1.10, 0.83)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.10)에서 대도시와 차이의 평균값이 같았다.

신체건강 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 0.74, 0.72, 0.78)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.06)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

정신건강 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 노년기(각 0.56, 0.70)에서 대도시

거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(0.51)이, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.03)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

사회참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기(각 0.66, 0.51)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기(각 0.79, 1.00)에서는 농어촌 거주집단이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

고용 및 직업참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 0.96, 0.74, 0.94)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.51)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

교육 참여 지원서비스를 살펴보면, 청년기에서는 중소도시 거주집단(0.72)이, 성인초기에서는 대도시 거주집단(0.82)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 농어촌 거주집단(각 1.37, 1.00)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

2) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합

(1) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(전체)

〈표 7-54〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(전체)

구분	전체			
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	302	2.15	0.58	71.50
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	302	2.19	0.52	73.04

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들이 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험의 종합 평균값은 각각 2.15점과 2.19점으로 나타났다. 100점 만점 기준으로는 각각 71.50점과 73.04점에 해당한다.

(2) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별)

〈표 7-55〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	청년기(30세 미만)	36	2.30	0.79	76.77
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.04	0.61	68.07
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.19	0.51	72.85
	노년기(60세 이상)	23	2.16	0.36	72.10
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	청년기(30세 미만)	36	2.30	0.64	76.54
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	2.13	0.52	70.87
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	2.21	0.49	73.68
	노년기(60세 이상)	23	2.23	0.52	74.40

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 거주자들이 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험을 연령별로 구분하여 조사한 결과를 요약하면 다음과 같다. 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험의 전체 평균값이 가장 높은 연령대는 모두 청년기로 각각 모두 2.30점이며 100점 만점 기준 약 76점에 해당한다. 반면 거주형 정신재활시설 거주자들이 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험의 전체 평균값이 가장 낮은 연령대는 모두 성인초기로 각각 2.04점(약 68점)과 2.13점(약 71점)으로 나타났다.

(3) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(지역별)

〈표 7-56〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(지역별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	대도시	159	2.21	0.59	73.53
	중소도시	129	2.07	0.59	68.88
	농어촌	14	2.18	0.30	72.62
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	대도시	159	2.23	0.49	74.49
	중소도시	129	2.11	0.55	70.26
	농어촌	14	2.47	0.44	82.28

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 거주자들이 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험을 지역별로 구분하여 조사한 결과를 요약하면 다음과 같다. 현재 거주시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견의 전체 평균값이 가장 높은 지역은 대도시로 평균 2.21점이다. 100점 만점 기준 약 74점에 해당한다. 다음으로 현재 거주시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 경험의 전체 평균값이 가장 높은 지역은 평균 2.47점(약 82점)의 농어촌인 것으로 나타났다. 반면, 현재 거주시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험의 전체 평균값이 가장 낮은 지역은 모두 중소도시로 각각 2.07점(약 69점)과 2.11점(약 70점)으로 나타났다.

(4) 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별, 지역별)

〈표 7-57〉 현재 이용하는 지역사회재활시설 (인권존중)관련 의견 종합(연령별, 지역별)

구분		도시유형								
		대도시			중소도시			농어촌		
		N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
현재 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 대한 의견 종합	청년기(30세 미만)	22	2.40	0.76	14	2.15	0.83	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.09	0.63	49	1.96	0.62	6	2.25	0.31
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.25	0.53	60	2.11	0.51	6	2.17	0.35
	노년기(60세 이상)	15	2.15	0.38	6	2.25	0.39	2	2.00	0.00
현재 이용하는 정신재활시설에서의 경험 종합	청년기(30세 미만)	22	2.43	0.48	14	2.09	0.82	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.14	0.49	49	2.07	0.55	6	2.43	0.46
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.24	0.49	60	2.13	0.47	6	2.70	0.30
	노년기(60세 이상)	15	2.28	0.48	6	2.22	0.68	2	1.89	0.16

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 전혀 아님 ① ↔ 매우 그러함 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 거주자들이 현재 이용하는 지역사회재활 시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견과 경험을 연령과 지역을 함께 고려하여 조사한 결과를 요약하면 다음과 같다. 먼저, 현재 거주시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 의견을 살펴보면, 청년기와 중장년기에서는 대도시 거주집단(각 2.40점, 2.25점)에서 의견이 가장 긍정적으로 나타났다. 성인초기에서는 농어촌 거주집단(2.25점)의 의견이, 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.25점)의 의견이 가장 긍정적이었다.

현재 거주시설의 인권존중 관련 서비스에 대한 경험을 살펴보면, 청년기와 노년에서는 대도시 거주집단(각 2.43점, 2.28점)에서 관련 경험을 가장 긍정적으로 인식하였다. 성인초기와 중장년기에서는 농어촌 거주집단(각 2.43, 2.70점)에서 관련 경험을 가장 긍정적으로 인식하였다. 반면 의견이, 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.25점)의 의견이 가장 긍정적이었다.

3) 삶의 만족도에 대한 의견 종합

(1) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(전체)

〈표 7-58〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(전체)

구분	전체			
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
영역별 삶의 만족도 종합	302	1.84	0.55	61.35

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 소득, 주거, 건강, 사회참여, 고용 및 교육영역을 종합하여 응답한 삶의 만족도 종합 평균값은 1.84점으로 100점 만점 기준 약 61점으로 다소 낮은 것으로 나타났다.

(2) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별)

〈표 7-59〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별)

구분	전체				
	N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균	
영역별 삶의 만족도 종합	청년기(30세 미만)	36	1.85	0.70	61.81
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	111	1.83	0.54	61.00
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	132	1.83	0.54	60.98
	노년기(60세 이상)	23	1.93	0.40	64.49

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 영역별 삶의 만족도를 연령별로 살펴본 결과는 다음과 같다. 노년기에서의 삶의 만족도 평균값이 1.93점으로 가장 높았다. 이는 100점 만점 기준 약 64점에 해당한다. 삶의 만족도가 가장 낮게 나온 연령대는 성인초기와 중장년기로 동일하게 1.83점(약 61점)으로 나타났다.

(3) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(지역별)

〈표 7-60〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(지역별)

구분		전체			
		N	평균	표준편차	100점 만점 기준 평균
영역별 삶의 만족도 종합	대도시	159	1.82	0.59	60.64
	중소도시	129	1.87	0.50	62.34
	농어촌	14	1.81	0.53	60.42

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 영역별 삶의 만족도를 지역별로 살펴본 결과는 다음과 같다. 중소도시에서의 삶의 만족도 평균값이 1.87점으로 가장 높았다. 이는 100점 만점 기준 약 62점에 해당한다. 삶의 만족도가 가장 낮게 나온 지역은 농어촌으로 1.81점(약 60점)으로 나타났다.

(4) 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

〈표 7-61〉 삶의 만족도에 대한 의견 종합(연령별, 지역별)

구분		도시유형								
		대도시			중소도시			농어촌		
		N	평균	표준편차	N	평균	표준편차	N	평균	표준편차
영역별 삶의 만족도 종합	청년기(30세 미만)	22	1.73	0.71	14	2.05	0.65	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	1.80	0.57	49	1.85	0.51	6	1.94	0.41
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.85	0.61	60	1.82	0.45	6	1.73	0.70
	노년기(60세 이상)	15	1.88	0.31	6	2.17	0.53	2	1.69	0.44
전반적 만족도(사전)	청년기(30세 미만)	22	2.14	0.89	14	2.29	0.73	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	2.04	0.57	49	2.02	0.63	6	2.00	1.10
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	2.06	0.78	60	2.17	0.46	6	2.00	0.63
	노년기(60세 이상)	15	1.93	0.59	6	2.33	0.52	2	1.50	0.71

구분		도시유형								
		대도시			중소도시			농어촌		
		N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차	N	평균	표준 편차
전반적 만족도(사후)	청년기(30세 미만)	22	1.82	1.01	14	2.00	0.88	0	-	-
	성인초기(30세 이상 45세 미만)	56	1.93	0.68	49	2.00	0.65	6	1.83	0.98
	중장년기(45세 이상 60세 미만)	66	1.94	0.72	60	1.95	0.65	6	1.50	1.22
	노년기(60세 이상)	15	2.13	0.52	6	2.33	0.52	2	2.00	0.00

주: 1) 평균치 산출방법: 0~3점 범위, 매우 불만족 ① ↔ 매우 만족 ③, 무응답자 제외

거주형 정신재활시설 이용자들의 영역별 삶의 만족도를 연령과 지역을 함께 고려하여 살펴본 결과는 다음과 같다. 청년기에서는 중소도시(2.05점)에서, 성인초기에서는 농어촌지역(1.94점)에서, 중장년기에서는 대도시(1.85점)에서, 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.17)에서 삶의 만족도가 가장 높았다. 반면, 전체적으로 노년기 이면서 농어촌 거주집단인 경우 삶의 만족도가 가장 낮았다(1.69점).

2. 주요 연구 결과 분석요약

1) 일반적 특성

설문에 응답한 거주형 정신재활시설 이용자의 일반적인 특성을 요약하면 다음과 같다. 남성이 여성보다 많고 연령은 연령대는 45세 이상 60세 미만의 중장년기의 비율이 약 44%로 가장 높았다. 이용형 재활시설에 비해 연령대가 높은 것을 알 수 있다. 응답자의 약 89%가 고등학교이상의 학력이며, 약 81%가 미혼인 것으로 나타났다. 국민기초수급대상자 비율은 약 62%이며, 장애등록비율은 약 71%로 나타났다. 전체 응답자 중 약 91%가 입원경험이 있으며, 약 72%가 주요 진단명이 조현병이었으며, 양극성 정동장애(9.6%)와 우울증(6%) 순으로 많았다. 거주형 응답자의 정신건강문제 최초발현시기 연령은 평균 26.5세이며 최초 치료시기 연령은 평균 27.9세로 정신건강 문제 최초발현시기와 약 1년 4개월의 차이가 있는 것으로 나타

났다. 거주형 정신재활시설 응답자의 가장 최근 입원기간은 6개월 미만이 약 55%지만 6개월 이상도 약 37%의 비율을 나타냈다. 최근 입원시 결정주체는 자의입원인 경우는 33.3%에 불과하며 가족설득에 의한 동이가 36%로 가장 많고, 비동의 비율도 전체에서 약 30%로 나타났다.

2) 일상생활에 필요한 지원 및 서비스 우선순위

일상생활에 필요한 7가지 서비스영역의 세부 서비스들을 종합적으로 고려하였을 때, 거주형 정신재활시설의 응답자에게 가장 필요도가 높은 서비스는 신체건강(약 77점)과 정신건강(73점), 고용 및 직업참여지원(73점) 순으로 나타났다. 그러나 필요도와 충분도의 차이가 가장 큰 서비스는 주거와 소득보장이었다. 따라서 필요도에 우선순위를 두되, 서비스의 불충분한 부분을 개선하는 데도 지원방안의 초점을 두어야 한다. 나아가 지역적 특성을 고려할 때 소득보장, 주거지원, 신체건강, 사회참여지원, 고용 및 직업 참여지원, 교육참여 지원 서비스의 필요도와 충분도 차이가 대도시 거주집단에서 가장 높게 나타났고, 정신건강과 교육 및 참여지원서비스 필요도와 충분도 차이는 농어촌 거주집단에서 가장 높게 나타나 지역별로 서비스 우선순위를 이용자의 욕구를 반영하여 제공할 필요가 있다. 다음은 세부 서비스 영역의 하위 프로그램들의 우선순위와 연령, 지역을 고려한 우선순위를 요약한 결과이다.

- 소득보장관련 서비스: 소득보장 관련 하위 서비스 필요도 우선순위는 공적소득지원(약 77점) 및 저축 및 투자상담(약 72점)으로 나타났다. 그러나 소득 관련 지원 및 서비스에 대한 필요도와 충분도 차이 값의 크기가 가장 큰 하위서비스는 ‘자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원’ 및 ‘사적연금 및 보험가입 상담과 지원’이었다. 공적소득지원에 대한 서비스제공을 기본으로 하되 다양한 소득지원 프로그램이 확대될 필요가 있다. 연령과 지역을 고려해 보면, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 0.77, 0.76, 0.91)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.60)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

- 주거지원관련 서비스: 거주형 정신재활시설 응답자들은 시설에서 침실 당 평균 2.82명이 생활하는 것으로 응답하였다. 거주형 정신재활시설 응답자들은 가족과 전문가의 권유로 입원한 경우가 전체의 약 49%를 차지하며 농어촌 지역에서 가족이 원하는 비율이 높았다. 거주시설 내 서비스에 대한 인식에서 가장 긍정적으로 답변한 영역은 개인사물함 보유(약 80점)와 거실의 자율사용(약 79점)이며, 가장 낮은 인식을 보인 부분은 식사시간 자율(약 62점) 및 취침과 기상시간 자율결정(약 67점)이었다. 주거지원관련 서비스 필요도가 가장 높은 부분은 공공임대주택(79점)과 월세 및 공공요금 지원(약 78점)이었다. 필요도와 충분도 차이에 있어서는 공공임대주택지원과 주택 임대 및 구입을 위한 대출 등이 차이가 큰 것으로 나타났다. 거주형 정신재활시설의 경우 퇴소 후 지역사회 내 독립거주를 위한 안정적이고 다양한 주거 지원 프로그램이 확대될 필요가 있음을 보여준다. 주거지원서비스에서 연령과 지역을 고려해 보면, 모든 연령대 즉 청년기, 성인초기, 중장년기 및 노년기 모두(각 0.87, 0.79, 1.10, 0.83)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.
- 신체건강지원 서비스: 거주형 정신재활시설 이용자들도 신체건강 관련해서는 신체질환 치료비용 지원 필요도가 (약 78점)이 가장 높게 인식하였다. 신체건강 관련 서비스 필요도와 충분도 차이값도 치료비용지원이 가장 큰 차이값을 나타내었다. 전반적으로 농어촌지역에서 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 크게 나타났다. 신체건강 지원서비스를 연령과 지역을 고려해 살펴보면, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 0.74, 0.72, 0.78)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.06)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.
- 정신건강지원 서비스: 정신건강 측면에서는 정신질환의 치료비용 지원(약 77 점)에 대한 필요도가 가장 높고 개인별 회복계획 수립에 대한 필요도(약 76점)도 높은 편이다. 필요도와 충분도와의 차이가 가장 큰 부분은 치료비용 지원이었지만 가사도우미 지원 및 외출 등 활동보조서비스에 대한 필요도와 충분도 차이도 그 다음으로 크게 나타났다. 정신건강지원서비스의 하위항목 모두

필요도가 충분도 보다 높았다. 연령과 지역을 고려하면 청년기와 노년기(각 0.56, 0.70)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 성인초기에서는 중소도시 거주집단(0.51)이, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.03)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

- 사회참여지원 서비스: 거주형 정신재활시설 응답자들은 사회참여지원 서비스에 있어서 사회적응훈련 서비스(약 76점)와 여가활동지원(약 74점)이 필요도가 높다고 응답하였으나 필요도와 충분도 차이에 있어서는 ‘공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계’와 ‘문화체육활동 지원’서비스에서 차이값이 가장 컸다. 다양한 사회참여서비스를 개발하고 확대할 필요를 보여준다. 연령과 지역을 고려할 때, 청년기와 성인초기(각 0.66, 0.51)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기(각 0.79, 1.00)에서는 농어촌 거주집단이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.
- 고용 및 직업참여지원 서비스: 거주형 정신재활시설 응답자들은 개인맞춤형 직업재활 및 고용지원(약 76점), 취업 후 지속적 지원 및 옹호(약 76점)이 가장 필요하다고 응답하였으나 필요도와 충분도 차이에 있어서는 창업 지원과 정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선의 차이값이 가장 큰 것으로 나타났다. 연령과 지역을 고려할 때, 청년기와 성인초기 및 노년기 모두(각 0.96, 0.74, 0.94)에서 대도시 거주집단의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기에서는 농어촌 거주집단(1.51)이 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.
- 교육참여지원 서비스: 거주형 정신재활시설 응답자 중 교육 중단 경험자들은 심한 장애나 병으로 인해 교육에 더 이상 참여하지 못하였다는 응답(50.0%)이 가장 높았다. 장애나 병으로 인한 교육중단이 없도록 교육지원방안이 마련되어야 한다. 교육참여지원 서비스 필요도는 시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)(약 66점)과 문화체육예술교육(약 65점)이 가장 높았으나 필요도와 충분도 차이에 있어서는 대학원 지원교육, 고등교육 지원교육으로 나타났다. 따라서 필요도에 대한 지원과 함께 필요도와 충분도에서 차이가 큰 서비스들을 중심

으로 다양한 서비스들이 개발되고 확대될 필요가 있다. 연령과 지역을 고려하면, 청년기에서는 중소도시 거주집단(0.72)이, 성인초기에서는 대도시 거주집단(0.82)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다. 반면, 중장년기와 노년기에서는 농어촌 거주집단(각 1.37, 1.00)의 서비스 필요도와 충분도 차이가 가장 컸다.

3) 현재 거주하는 지역사회재활시설의 인권존중에 대한 의견과 경험

- 지역사회재활시설 서비스의 인권존중에 대한 의견: 가장 높은 인식도를 보인 부분은 '시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다(약 73점)'였고, 가장 낮은 인식도를 보인 것은 '시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다(약 69점)'로 나타났다. 전반적으로는 지역사회재활 시설 서비스에 대한 인식도는 약 72점으로 보통수준으로 나타났다. 인권존중 관련 서비스에 대한 의견을 연령과 지역을 고려해서 살펴보면, 청년기와 중장년기에서는 대도시 거주집단(각 2.40점, 2.25점)에서 의견이 가장 긍정적으로 나타났다. 성인초기에서는 농어촌 거주집단(2.25점)의 의견이, 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.25점)의 의견이 가장 긍정적이었다.
- 지역사회재활시설 서비스의 인권존중에 대한 경험: 정신재활시설 이용시 인권존중과 관련된 경험을 묻는 질문에서 가장 높은 인식을 보인 부분은 학대나 괴롭힘 없음(약 77점)과 종교강요 없음(약 75점)이며, 가장 낮은 인식도를 보인 것은 원치 않는 프로그램이나 서비스이용 강요없음(약 73점)으로 나타났다. 연령과 지역을 고려하면, 청년기와 노년에서는 대도시 거주집단(각 2.43점, 2.28점)에서 관련 경험을 가장 긍정적으로 인식하였다. 성인초기와 중장년기에서는 농어촌 거주집단(각 2.43점, 2.70점)에서 관련 경험을 가장 긍정적으로 인식하였다. 반면 의견이, 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.25점)의 의견이 가장 긍정적이었다.

4) 전반적인 삶의 만족도

거주형 정신재활시설 응답자들의 일상생활에 필요한 서비스 영역별 삶의 만족도의 전체 평균은 보통수준으로 나타났다(약 61점) 영역별로는 ‘주거환경(약 70점)’, ‘정신건강(약 66점)’, ‘신체건강(약 64점)’ 순으로 만족도가 높게 나왔다. 지역별로는 중소도시(약 62점), 대도시(61점), 농어촌(60점) 순으로 전체 만족도가 높았다. 연령과 지역을 고려하면, 청년기에서는 중소도시(2.05점)에서, 성인초기에서는 농어촌 거주집단(1.94점)에서, 중장년기에서는 대도시(1.85점)에서, 노년기에서는 중소도시 거주집단(2.17)에서 삶의 만족도가 가장 높았다. 반면, 전체적으로 노년기이면서 농어촌 거주집단인 경우 삶의 만족도가 가장 낮았다(1.69점).

5) 국제인권기준 대응

거주형 정신재활시설의 이용자 인권현황을 국제인권기준에 대응하여 살펴보았다. 국제기준인 UN 장애인권리협약(CRPD), QuIRC 등을 참고하여 다섯 가지로 요약하면 다음과 같다.

- 주거시설 내 적절한 수준의 생활을 유지할 권리: 거주시설내 객관적인 환경평가에서 침실사용 인원이 2-3명이상인 경우가 전체의 약 66%를 차지하여 개인적 사생활 보장은 다소 부족한 것으로 나타났다. 이용자들은 주관적 인식평가에서 개인사물함 보유(약 80점)와 거실의 자율사용(약 79점) 권리는 높지만, 식사시간 자율(약 62점) 및 취침과 기상시간 자율결정(약 67점)에서는 부족하다고 인식하였다.
- 가능한 최고의 정신건강 및 신체건강 지원서비스를 받을 권리: 거주형 정신재활시설 이용자들은 정신건강과 신체건강 지원서비스에 대해 전반적으로 잘 지켜지고 있다고 보았다. 구체적으로는 치료, 재활 및 회복계획 수립 시 이용자의견 최우선고려가 잘 되고 있다고 응답(약 73점)했다. 반면, 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립 지원(약 69점)은 인식이 가장 낮았다.

- 자기결정권을 존중받을 권리: 거주시설 이용자들은 시설 내에서 자기결정권 존중 및 인권보장 수준을 비교적 높게 인식하고 있었다. 구체적으로 가장 높은 것으로 인식하는 부분은 학대나 괴롭힘을 당하지 않음(약 76점)나 종교강요 없음(약 75점)이며, 상대적으로 프로그램 서비스 이용 강요받음(약 68점)과 하루 일과를 자유롭게 결정(약 70점)항목에 대한 인식이 낮았다.
- 비인도적 대우 및 학대로부터 자유로울 권리: 이용자들은 전반적으로 시설 내에서 비인도적 대우 및 학대로부터 자유롭다고 인식(약 74점)하였다(〈표 7-40〉참조). 그러나 학대와 차별에 대한 일반적인 인식을 구체적으로 살펴보면(〈표 7-25〉참조) 거주시설 응답자 10명중 약 5명은 과거 입원 시 원할 때 퇴원하지 못했고, 10명중 4명은 치료선택시 의견이 무시되며, 비자의적인 입소를 경험하며, 10명중 약 3명은 설명 없이 약물의 양이 증가하거나 강박 또는 격리를 당한 경험이 있었다고 응답하였다. 또한 10명중 약 2명은 민간보험 가입에서 차별을 경험하며, 퇴원(소)후에도 살 곳이 없어 퇴원이 미뤄지고 있으며, 정신질환을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀 출산과 관련된 차별을 경험하고 있는 것으로 나타났다.
- 지역사회 통합 및 독립지원 서비스를 받을 권리: 지역사회 통합 및 독립을 위한 일상생활지원에 필요한 세부 서비스 영역의 충분도 종합 평균값은 100점 만점 기준 약 61점에 해당하여 필요도 평균 76점에 비해 매우 낮아 일상생활에 필요한 기본적인 서비스에 대한 욕구가 큰 것으로 볼 수 있다(〈표 7-6〉참조). 특히 소득(약 56점), 주거(약 59점), 고용(약 57점)지원 서비스 충분도가 낮게 나타났다.

3. 정책제언을 위한 함의

거주형 정신재활시설 이용자의 이용실태와 인권실태에 대한 설문결과를 바탕으로 다음과 같은 정책적 지원방안을 모색할 수 있다.

첫째, 거주형 정신재활시설 이용자들의 입원 시 자기결정권 향상을 위한 정책적

지원이 필요하다. 또한 입원이 불가피할 경우 단기간으로 유지될 수 있도록 재활시설의 단기거주서비스가 많아질 필요가 있다. 둘째, 거주형시설 내에서 자기결정권을 보장하는 지침이 마련될 필요가 있다. 식사시간과 취침 및 수면시간의 제한 등이 개선되어야 한다. 프로그램 서비스 이용을 강요받지 않고 자유롭게 하루일과를 결정할 수 있는 유연성이 필요하다. 셋째, 국제적 기준에 맞는 인권기반 서비스 제공 기준이 거주형 정신재활시설 이용자에게도 적용되어야 한다. 구체적으로 비인도적 처우나 학대가 발생하지 않도록 시설입소기간, 정원 등 시설유형에 따른 구조적인 특성을 고려하여 모니터링과 관련 지침을 제안할 필요가 있다. 넷째, 거주형 정신재활시설 이용자의 지역사회통합과 독립생활을 지원하기 위해서는 안정적인 주거와 소득보장이 필수적이다. 주거시설 내에서 독립주거로 전환하는 과정에 필요한 주거와 소득보장 관련 프로그램이 정책적으로 마련되어야 한다. 그러나 동시에 거주형 정신재활시설에서도 세부 서비스 영역의 우선순위 및 서비스의 필요도와 충분도 차이를 확인하고 맞춤형으로 지원해야 한다. 거주형 정신재활시설에서도 대부분의 서비스 필요도가 충분도보다 높게 나타났다.

제8장

정신재활시설 실지 조사

제1절 정신재활시설 실지조사 개요

정신재활시설 실지조사의 궁극적으로 정신재활시설 현장 방문을 통해 시설의 서비스 품질과 인권수준을 평가하는 데 목적이 있다. 그러나 본 조사를 실시하기에 앞서 객관적이고 표준화된 평가도구의 필요성이 선행되었고 이에 본 실지조사는 한국형 정신재활시설 인권수준 평가도구를 개발하는 데 초점을 맞추었다. 정신재활시설의 인권수준을 평가하기 위해서는 준거틀이 필요한데, WHO QualityRights Tool Kit은 UN 장애인권리협약(CRPD)에 기반하여 정신건강서비스 체계가 준수해야 할 보편적 인권수준에 대한 기준을 제시하고 있어 UN 장애인권리협약에 비준한 우리나라의 국제인권기준을 평가하기에 적합한 평가도구라 할 수 있다. WHO QualityRights Tool Kit 도구에 대한 타당화 연구가 미흡한 상황에서 국내 정신건강서비스 현장에 곧바로 적용한다면 상당한 마찰이 발생할 것으로 예상되었다. 따라서 정신재활시설 실지조사에 앞서, 국제인권기준 평가도구인 WHO QualityRights Tool Kit을 한국형으로 개발하기 위한 예비조사의 성격으로 실지조사를 실시하였다. 특히 정신과 입원병동부터 지역사회통합서비스까지 한국의 모든 정신건강서비스 체계에 보편적으로 적용할 수 있는 도구를 개발하는 데 초점을 맞추었다.

실지조사를 위해 총 5개 기관을 방문하였다. 정신재활시설 8개 유형 중 거주서비스를 제공하는 5개 유형의 기관을 대상으로 하였다. 각 시설유형별로 1개 기관을 방문하였으며, 가능한 WHO QualityRights Tool Kit의 지침을 준수하며 평가를 실시하고자 시도하였다. 지침대로 중앙평가위원회를 조직하여 실지조사 전반을 기획하였다. 중앙평가위원회는 WHO 지침을 번안하여 툴킷 내용을 숙지하고, 방문기관별로 개별평가위원회를 조직하고 사전교육을 실시하였다. 중앙평가위원회에서 방문기관 선정, 일정조정, 사전조사 등을 실시하였다. 사전조사는 먼저 중앙평가위원회에서 기관에 대한 일반적인 정보를 탐색한 후 기관에 기관현황표 작성을 요청하였다. 또한 WHO QualityRights Tool Kit을 시설장 또는 시설에 대해 잘 알고 있는 직원에게 사전 자가체크를 하도록 요청하여 사전에 툴킷에 대해 충분히 숙지한 후 실지조사를 실시할 수 있도록 하였다. 이후 기관과 협의된 일정에 개별평가위원회가 각 기관을 방문하여 실지조사를 실시하였다. 개별평가위원회는 기관 방문시 시설장, 직원, 이용자를 대상으로 인터뷰를 실시하고, 시설의 현황을 관찰하였으며,

시설장의 승인 하에 검토 가능한 행정서류를 살펴보았다. 이용자 인터뷰는 5개 기관 중 3개 기관만 실시하였다. 낮 시간에 기관외부에서 취업활동을 하거나 다른 서비스를 이용하는 이용자의 상황을 고려하였다.

〈표 8-1〉 실시조사 개요

구분	내용				
	시설A	시설B	시설C	시설D	시설E
방문일자	8/12(수)	8/13(목)	8/14(금)	8/18(화)	8/24(월)
시설유형	생활시설	종합시설	중독자재활시설	지역사회전환시설	공동생활가정
지역	읍·면지역	중소도시	대도시	중소도시	대도시
인터뷰 (인원)	시설장(1) 직원(2) 이용자(1)	시설장(1) 직원(1) 이용자(2)	시설장(1) 직원(1)	시설장(1) 직원(1) 이용자(2)	시설장(1) 직원(1)
방문위원 (인권위포함)	6명	6명	6명	8명	6명
사전교육	4회 온라인 세미나 개최				
자료수집방법	기관장 사전 설문조사 (일반적 기관 현황, WHO QualityRights Tool Kit 사전 자가체크) 기관방문 실시조사 (기관장·직원·이용자 인터뷰, 관찰, 서류검토)				

제2절 연구방법

1. 조사대상 기관

1) 정신재활시설의 유형과 서비스 대상

실지조사의 대상은 국내 정신재활시설 중 거주형 시설에 국한하였다. 거주형 정신재활시설 중 성인대상 서비스가 아닌 아동청소년정신건강지원시설을 제외하고, 종합시설 중 거주서비스를 제공하지 않는 시설도 제외하였다. 최종적으로 ①공동생활가정, ②생활시설, ③중독자재활시설, ④지역사회전환시설, ⑤종합시설(거주형)을 조사대상으로 하였다. 시설의 서비스대상은 아동청소년을 제외한 성인 및 노인이며, 알코올사용장애 및 물질사용장애, 정신장애가 있는 사람을 포괄한다.

2) 조사대상 기관 선정

조사대상기관 현황은 아래 <표 8-2>와 같다. 2019년 말 현재 전국에 8개 유형별로 총 346개 정신재활시설이 있으며 이중 5개 유형, 총 236개 기관에서 거주서비스를 제공하고 있다.

〈표 8-2〉 정신재활시설 현황 (2019년 말 현재)

거주/이용	기관유형	서비스대상	정신재활시설수	실지조사 대상기관수 (성인&거주서비스제공)
거주형	공동생활가정	성인	187	187
거주형	생활시설	성인	20	20
거주형	중독자재활시설	성인	4	4
거주형	지역사회전환시설	성인	7	7
거주/이용형	종합시설 (거주18, 이용2)	성인	20	18
거주형	아동청소년 정신건강지원시설	아동	11	-
이용형	주간재활시설	성인	82	-
이용형	직업재활시설	성인	15	-
전체			346	236

자료: 한국정신재활시설협회 내부자료 및 전북지역 정신재활시설 현황 자료 취합

236개 조사대상기관 중 각 1개 기관, 총 5개 기관 방문을 목표로 하여 정신재활 시설 현장 전문가의 협조 하에 각 시설유형별로 기관방문 협조 요청을 하고 방문을 수락한 기관을 대상기관으로 선정하였다. 조사대상 기관의 지역은 제한을 두지 않았다. 기관선정 과정에서 시설장은 기관방문을 수락하였으나 법인에서 기관방문을 거절한 1개 기관은 다른 기관으로 대체되었다. 최종적으로 대도시 2개, 중소도시 2개, 읍·면지역 1개 기관을 방문하였다. 시설의 익명성 보장을 위해 방문기관 상호 간에도 어떤 기관을 방문하는지 정보를 공유하지 않도록 하였으며, 기관방문에 대한 정보를 외부에 유출하지 않도록 연구진에게 비밀유지를 준수하도록 하였다.

2. 평가 도구의 개발

1) 평가도구 개요

실지조사의 측정도구는 WHO(2012)의 ‘WHO QualityRights Tool Kit’을 활용하였다. 툴킷은 UN 장애인권리협약(CRPD)에 기반하여 다섯 개의 테마로 구성되어 있다. 각 테마(Theme)는 표준(Standard)과 기준(criteria)으로 하위항목을 구성하

고 있다. 평가 항목 수는 총 146개로, 5개 테마, 25개 표준, 116개 기준을 평가한다. 전략적으로 최하위 항목인 ‘기준’을 먼저 평가하고, 그것을 기반으로 ‘표준’ 항목을 평가하며, 최종적으로 5개 ‘테마’를 순차적으로 평가한다. 평가는 4개 등급으로 평가하며, 의료적 치료, 거주서비스 등 제공서비스 특성상의 평가항목 적용이 불가능한 경우 ‘해당없음(Not Applicable, N/A)’에 응답할 수 있다.

〈표 8-3〉 WHO QualityRights Tool Kit 개요

구분	내용		
테마	테마1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리 (UN 장애인권리협약 제28조) 테마2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제25조) 테마3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제12조, 제14조) 테마4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유 (UN 장애인권리협약 제15조, 제16조) 테마5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리 (UN 장애인권리협약 제19조)		
구성	5개 테마 (Theme) - 25개 표준 (Standard) - 116개 기준 (Criteria) : 총 146개		
평가등급	4개 평가 등급 및 해당 없음(N/A)		
	등급	달성수준	내용 설명
	A/F	Achieved in Full 완전실현	기준, 표준, 테마가 완전히 실현된 근거가 있다.
	A/P	Achieved Partially 부분실현	기준, 표준, 테마가 실현된 근거는 있지만, 일부 개선이 필요하다.
	A/I	Achievement Initiated 실현시작	기준, 표준, 테마가 실현되는 과정에 있다는 근거가 있지만, 상당한 개선이 필요하다.
	N/I	Not Initiated 시도없음	기준, 표준, 테마를 실현하기 위한 시도의 근거가 없다.
N/A	Not Applicable 해당없음	시설에 해당 기준, 표준, 테마가 적용되지 않는다. (해당없음)	

〈표 8-4〉 WHO QualityRights Tool Kit 테마별 구성 체계

구분	테마1	테마2	테마3	테마4	테마5
테마내용	적정한 수준의 생활을 유지할 권리	가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리
하위구성체계	7개 표준 32개 기준	5개 표준 26개 기준	4개 표준 20개 기준	5개 표준 26개 기준	4개 표준 12개 기준

2) 평가도구 번역 및 내용타당도 검증

WHO QualityRights Tool Kit 도구는 다양한 영역의 전문가 견해가 반영될 수 있도록 번역 및 내용타당도 검증을 4단계로 수행하였다. 1단계로 정신건강서비스 측면을 고려하여 사회복지학 박사가 툫킷 번역 초안을 작성하고, 2단계로 UN 장애인권리협약(CRPD) 근거조항 측면이 충분히 반영할 수 있도록 법학과 교수가 내용을 검토하였다. 3단계로 툫킷의 내용이 적합하게 반영되었는지 검토하기 위해 이중언어를 사용하는 외국인 사회복지학 교수를 통해 번역 내용에 대한 타당도를 검증받았다. 4단계로 툫킷 내용이 한국의 정신건강서비스 제공 현장에 적합한지 검토하기 위해 정신과의사, 정신장애인당사자, 장애인인권운동가, 정신건강서비스 현장 전문가, 사회복지학 교수로부터 다측면적으로 내용타당도를 검토하였다. 위와 같은 4단계 과정을 거쳐 최종적으로 실지조사를 위한 한국형 툫킷 초안을 완성하였다.

원칙도 번역과정에서 논의된 사안은 주로 용어의 해석, 그리고 한국 사회에 적용했을 때 문화적 이해도와 관련이 있었다. 주요한 내용을 살펴보면 먼저 ‘facility’의 경우 본 연구에서는 정신재활시설을 대상으로 조사를 하기 때문에 ‘시설’로 변환해도 조사에 어려움이 없을 것으로 판단되나, 우리나라 복지서비스체계에서 규정하는 ‘시설’의 개념에 제한될 우려가 논의되었다. 본 척도를 향후 의료기관이나 외래서비스 제공기관에도 보편적으로 적용할 수 있도록 하기 위해 facility를 ‘기관·시설’로 번역하였다. 그 다음 주요한 논점은 ‘advance directives’에 대한 논의였다. 한국에서는 이를 사전의료지시서 또는 사전의향서로 번역을 하는데 아직까지 한국의 정

신건강서비스체계에서 활용도가 낮아 이에 대한 개념이 정립되어 있지 않다는 것이 논점이 되었다. 정신장애인이 의사결정능력이 제한되었을 때 의료적 처치에 대한 의향을 사전에 공표한다는 의미를 전달하기 위해 ‘사전의료지시서’로 용어를 번역하였다. 원칙도에서 ‘reproductive health’는 우리나라 의료계에서 일반적으로 생식건강으로 사용하므로 ‘생식건강’으로 번역하는 것이 바람직하나, 생식(生食)과 혼동이 있을 것으로 판단되어, ‘성·생식건강’으로 용어를 수정·번안하였다. ‘regular access to bathing and toilet facilities’에 대해 ‘정기적인 목욕실, 화장실 이용’은 군대나 과거 대규모 수용시설에 적합한 문항으로 한국의 정신재활시설 운영상황을 고려하여 ‘필요할 때 자유롭게 목욕실과 화장실을 이용’하는 것으로 수정·번안하였다. 시설의 접근성과 관련하여 ‘physical disabilities’에 대해 신체장애 이외에 다양한 장애를 고려하고 있는지 포괄적으로 고려할 수 있도록 ‘신체장애(지체, 시각, 청각장애 등)’으로 부연설명을 추가하였다. 개인정보기록열람과 관련하여 ‘health information’, ‘medical files’ 등은 주로 보건의료서비스 영역에서 활용하는 용어로 제한될 우려가 있으므로, 일반적인 개인건강기록 내용을 포괄적으로 전달할 수 있도록 ‘개인 문서기록’으로 용어를 번안하였다. ‘electrical stimulation therapy(EST)’는 정신의학계에서 사용하는 전기충격요법으로 용어를 번안하였다. ‘medical or scientific experimentation’은 ‘의료 또는 과학실험’으로 번안될 경우 의미가 축소되어 사회과학적 연구는 해당사항이 없는 것으로 판단될 수 있어 포괄적인 의미를 가질 수 있도록 ‘의료 또는 연구·조사’로 번안하였다. 그 외 치료, 지원의사결정, 사전의료지시서와 같이 그 의미가 모호하거나 개념이 미정립되어 있는 경우 조사 안내에 ‘용어의 정의’를 추가하였다. ‘치료’는 의료, 심리, 직업재활, 일상생활회복훈련 등을 포괄하는 개념으로 정의하였으며, ‘지원의사결정’은 의사결정에 어려움이 있는 정신적 장애인의 의사결정을 돕는 것, 후견인제도와 같이 의사결정을 대신하는 ‘대리의사결정’과 대비되는 용어로 개념정의 하였다. ‘사전의료지시서’는 의사결정능력을 상실한 상황에 대비하여 본인이 받을 치료, 서비스에 대해 미리 공표하는 것으로 정의하였다. WHO QualityRights Tool Kit 원안과 번안 및 내용타당도 검토 내용을 반영한 틀킷 한글본은 아래 <표 8-5>와 같다.

〈표 8-5〉 WHO QualityRights Tool Kit 원안 및 한글 번안

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
1. The right to an adequate standard of living (Article 28 of the CRPD)	1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리(UN 장애인권리협약 제28조)
1.1. The building is in good physical condition.	1.1. 건물이 물리적으로 좋은 상태를 유지하고 있다.
1.1.1 The building is in a good state of repair (e.g. windows are not broken, paint is not peeling from the walls).	1.1.1 건물 보수 상태가 양호하다(예: 깨진 창문이 없고 벽 페인트 칠이 벗겨지지 않음).
1.1.2 The building is accessible for people with physical disabilities.	1.1.2 신체장애(지체, 시각, 청각장애 등)가 있는 이용자가 건물을 이용할 수 있다.
1.1.3 The building's lighting (artificial and natural), heating and ventilation provide a comfortable living environment.	1.1.3 건물의 조명(인공 및 채광)과 난방, 환기 등이 편안한 생활환경을 제공한다.
1.1.4 Measures are in place to protect people against injury through fire.	1.1.4 화재 위험으로부터 이용자를 보호하는 조치가 마련되어 있다.
1.2. The sleeping conditions of service users are comfortable and allow sufficient privacy.	1.2. 이용자의 수면환경은 편안하고 충분한 사생활을 보장한다.
1.2.1 The sleeping quarters provide sufficient living space per service user and are not overcrowded.	1.2.1 수면구역은 이용자 1인당 충분한 생활공간을 제공하며 붐비지 않는다.
1.2.2 Men and women as well as children and older persons have separate sleeping quarters.	1.2.2 남녀는 물론 어린이와 노인도 분리된 침실공간이 있다.
1.2.3 Service users are free to choose when to get up and when to go to bed.	1.2.3 이용자는 취침 시간과 기상시간을 자유롭게 선택할 수 있다.
1.2.4 The sleeping quarters allow for the privacy of service users.	1.2.4 수면구역은 이용자의 사생활을 보장한다.
1.2.5 Sufficient numbers of clean blankets and bedding are available to service users.	1.2.5 이용자에게 깨끗한 담요와 침구가 충분히 제공된다.
1.2.6 Service users can keep personal belongings and have adequate lockable space to store them.	1.2.6 이용자는 개인물품을 소지할 수 있고, 잠금장치가 있는 보관 장소를 가지고 있다.
1.3. The facility meets hygiene and sanitary requirements.	1.3. 기관·시설이 위생 및 청결 요건을 충족한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
1.3.1 The bathing and toilet facilities are clean and working properly.	1.3.1 목욕실과 화장실이 깨끗하고 제대로 작동하고 있다.
1.3.2 The bathing and toilet facilities allow privacy, and there are separate facilities for men and women.	1.3.2 목욕실과 화장실은 사생활이 보장되며, 남녀 시설이 구분되어 있다
1.3.3 Service users have regular access to bathing and toilet facilities.	1.3.3 이용자는 필요할 때 자유롭게 목욕실과 화장실을 이용할 수 있다.
1.3.4 The bathing and toileting needs of service users who are bedridden or who have impaired mobility or other physical disabilities are accommodated.	1.3.4 와상이거나, 이동이 어렵거나, 그 외 신체적 장애가 있는 이용자의 목욕 및 배변 활동을 위한 지원이 마련되어 있다.
1.4. Service users are given food, safe drinking-water and clothing that meet their needs and preferences.	1.4. 이용자는 그들의 필요와 기호에 맞는 음식, 안전한 식수, 의복을 제공받고 있다.
1.4.1 Food and safe drinking-water are available in sufficient quantities, are of good quality and meet with the service user's cultural preferences and physical health requirements.	1.4.1 좋은 음식과 안전한 식수가 충분히 제공되며, 이용자의 문화적 선호와 건강 관리에 적합하게 제공되고 있다.
1.4.2 Food is prepared and served under satisfactory conditions, and eating areas are culturally appropriate and reflect the eating arrangements in the community.	1.4.2 음식은 적절한 환경에서 조리되어 제공되고, 식사 장소는 문화적으로 적절하며, 음식은 지역사회 식사문화를 고려하여 제공된다.
1.4.3 Service users can wear their own clothing and shoes (day wear and night wear).	1.4.3 이용자는 자신만의 옷과 신발이 있다(평상복, 잠옷).
1.4.4 When service users do not have their own clothing, good-quality clothing is provided that meets their cultural preferences and is suitable for the climate.	1.4.4 본인 옷이 없는 이용자에게는, 자신의 문화적 선호에 부합하고 날씨에 적합한 양질의 의복이 제공된다.
1.5. Service users can communicate freely, and their right to privacy is respected.	1.5. 이용자는 자유롭게 의사소통(통신)을 할 수 있고, 사생활 권리를 존중받고 있다.
1.5.1 Telephones, letters, e-mails and the Internet are freely available to service users, without censorship.	1.5.1 이용자는 검열 없이 전화, 편지, 이메일, 인터넷을 자유롭게 이용할 수 있다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
1.5.2 Service users' privacy in communications is respected.	1.5.2 대화와 소통에서 이용자의 사생활을 존중한다.
1.5.3 Service users can communicate in the language of their choice, and the facility provides support (e.g. translators) to ensure that the service users can express their needs.	1.5.3 이용자는 자신이 선택한 언어로 의사소통할 수 있고, 이용자가 자신의 욕구를 표현할 수 있도록 지원한다(통역 등).
1.5.4 Service users can receive visitors, choose who they want to see and participate in visits at any reasonable time.	1.5.4 이용자는 방문객을 만날 수 있고, 자신의 선택에 따라 방문객을 맞이할 수 있으며, 방문은 적절한 시간 내 언제든지 가능하다.
1.5.5 Service users can move freely around the facility.	1.5.5 이용자는 기관·시설 주변을 자유롭게 이동할 수 있다.
1.6. The facility provides a welcoming, comfortable, stimulating environment conducive to active participation and interaction.	1.6. 기관·시설은 이용자들에게 적극적인 참여와 상호작용을 촉진하는, 따뜻하고, 편안하고, 활기찬 환경을 제공한다.
1.6.1 There are ample furnishings, and they are comfortable and in good condition.	1.6.1 가구가 넉넉하고, 편안하며 상태가 좋다.
1.6.2 The layout of the facility is conducive to interaction between and among service users, staff and visitors.	1.6.2 기관·시설의 배치는 이용자, 직원, 방문객 간 상호작용에 도움이 된다.
1.6.3 The necessary resources, including equipment, are provided by the facility to ensure that service users have opportunities to interact and participate in leisure activities.	1.6.3 기관·시설은 이용자가 서로 만나고 참여할 수 있는 여가활동을 위해 필요한 자원(장비 포함)을 제공한다.
1.6.4 Rooms within the facility are specifically designated as leisure areas for service users.	1.6.4 기관·시설 내에 이용자의 여가를 위해 지정된 공간이 있다.
1.7. Service users can enjoy fulfilling social and personal lives and remain engaged in community life and activities.	1.7. 이용자는 의미있는 개인 및 사회생활을 영위할 수 있고, 지역사회 내 활동과 생활에 계속 참여할 수 있다.
1.7.1 Service users can interact with other service users, including members of the opposite sex.	1.7.1 이용자는 이성 회원을 포함한 다른 이용자와 교류를 할 수 있다.
1.7.2 Personal requests, such as to attend weddings or funerals, are facilitated by staff.	1.7.2 결혼식, 장례식 참석과 같은 개인적 요청 사항은 직원과 협의하여 진행한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
1.7.3 A range of regularly scheduled, organized activities are offered in both the facility and the community that are relevant and age-appropriate.	1.7.3 정기적이고 조직화된 다양한 활동들이 기관·시설 내부와 지역사회에서 이용자에게 의미 있고 연령에 적합한 방식으로 제공된다.
1.7.4 Staff provide information to service users about activities in the community and facilitate their access to those activities.	1.7.4 직원들은 지역사회 활동에 대한 정보를 이용자에게 제공하고 활동 참여가 가능하도록 지원한다.
1.7.5 Staff facilitate service users' access to entertainment outside the facility, and entertainment from the community is brought into the facility.	1.7.5 직원들은 기관·시설 밖에서 제공되는 다양한 여가활동(영화, 음악감상 등)에 이용자들이 쉽게 참여할 수 있도록, 기관 내로 초청하여 기관 안에서도 참여할 수 있는 기회를 마련하기도 한다.
2. The right to enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Article 25 of the CRPD)	2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제25조)
2.1. Facilities are available to everyone who requires treatment and support.	2.1. 치료와 지원이 필요한 모든 사람들이 기관·시설을 이용할 수 있다.
2.1.1 No person is denied access to facilities or treatment on the basis of economic factors or of his or her race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic, indigenous or social origin, property, disability, birth, age or other status.	2.1.1 그 누구도 인종, 성별, 언어, 종교, 정치 성향 또는 다른 신념 또는 다른 사회적 배경, 자산, 장애, 출생, 연령 등 기타 신분의 이유로 기관·시설 또는 치료 접근이 거부되지 않는다.
2.1.2 Everyone who requests mental health treatment receives care in this facility or is referred to another facility where care can be provided.	2.1.2 정신건강치료를 요구하는 모든 사람은 이 기관·시설에서 서비스를 이용하거나 다른 기관·시설로 의뢰될 수 있다.
2.1.3 No service user is admitted, treated or kept in the facility on the basis of his or her race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic, indigenous or social origin, property, disability, birth, age or other status.	2.1.3 그 누구도 인종, 성별, 언어, 종교, 정치 성향 또는 다른 신념 또는 다른 사회적 배경, 자산, 장애, 출생, 연령 등 기타 신분의 이유로 이 기관·시설에 입소(원), 치료, 거주 우선권이 주어지지 않는다.
2.2. The facility has skilled staff and provides good-quality mental health services.	2.2 기관·시설에 숙련된 직원들이 있고, 양질의 정신건강서비스를 제공한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
2.2.1 The facility has staff with sufficiently diverse skills to provide counselling, psychosocial rehabilitation, information, education and support to service users and their families, friends or carers, in order to promote independent living and inclusion in the community.	2.2.1 직원들은(이용자의) 지역사회에서 독립적인 생활과 사회통합을 위해, 이용자와 이용자 지인 및 가족, 돌봄제공자에게 상담, 심리사회적 재활, 정보, 교육, 지원 등을 제공 할 수 있는 다양한 기술을 충분히 갖추고 있다.
2.2.2 Staff are knowledgeable about the availability and role of community services and resources to promote independent living and inclusion in the community.	2.2.2 직원들은 (이용자의) 지역사회에서의 독립생활과 사회통합 증진을 위해 필요한 지역사회서비스와 자원의 역할과 이용가능성에 대해 잘 알고 있다.
2.2.3 Service users can consult with a psychiatrist or other specialized mental health staff when they wish to do so.	2.2.3 이용자는 그들이 원할 때 정신의학과 전문의나 그 외 정신건강전문가와 상담할 수 있다.
2.2.4 Staff in the facility are trained and licensed to prescribe and review psychotropic medication.	2.2.4 기관·시설에 정신과약물 처방 및 처방검토가 가능한 전문훈련을 받은(면허소지) 직원이 있다.
2.2.5 Staff are given training and written information on the rights of persons with mental disabilities and are familiar with international human rights standards, including the CRPD.	2.2.5 직원들은 정신장애인의 권리에 관한 교육훈련 및 문서화된 자료를 제공받았으며, CRPD를 포함한 국제인권기준에 대해 잘 인지하고 있다.
2.2.6 Service users are informed of and have access to mechanisms for expressing their opinions on service provision and improvement.	2.2.6 이용자는 서비스 제공 및 개선에 관한 자신의 의견을 표현할 수 있는 방법에 대해 안내받고, 필요하다면 언제든지 그것을 이용할 수 있다.
2.3. Treatment, psychosocial rehabilitation and links to support networks and other services are elements of a service user- driven recovery plan and contribute to a service user's ability to live independently in the community.	2.3. 치료, 심리사회적 재활, 지원네트워크와 연계, 그 외 서비스들은 이용자 주도 회복 계획의 요소들이며, 이용자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있는 역량에 기여한다.
2.3.1 Each service user has a comprehensive, individualized recovery plan that includes his or her social, medical, employment and education goals and objectives for recovery.	2.3.1 개별 이용자는 회복을 위한 사회적, 의료적, 취업 및 학업 목적·목표가 포함된 종합적이고 개별화된 회복계획이 있다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
2.3.2 Recovery plans are driven by the service user, reflect his or her choices and preferences for care, are put into effect and are reviewed and updated regularly by the service user and a staff member.	2.3.2 회복계획은 이용자가 주도하고, 돌봄에 관한 자신의 선택과 선호를 반영하며, 계획 수립 직후 바로 실행되며, 이용자와 직원이 정기적으로 점검하여 계획을 지속적으로 수정보완한다.
2.3.3 As part of their recovery plans, service users are encouraged to develop advance directives which specify the treatment and recovery options they wish to have as well as those that they don't, to be used if they are unable to communicate their choices at some point in the future.	2.3.3 회복계획의 일환으로 이용자에게 사전의료지시서를 작성할 것을 권장한다. 사전의료지시서에는 미래 어떤 시점에 자신의 선택을 전달할 수 없을 때를 대비하여, 자신이 원하거나 원하지 않는 치료 및 회복 방법을 명시한다.
2.3.4 Each service user has access to psychosocial programmes for fulfilling the social roles of his or her choice by developing the skills necessary for employment, education or other areas. Skill development is tailored to the person's recovery preferences and may include enhancement of life and self-care skills.	2.3.4 이용자에게 각각 고용, 교육 기타 분야에 필요한 기술을 계발시킴으로써 자신이 선택한 사회적 역할(직장 기타 사회적 역할)을 수행하는데 필요한 심리사회적 프로그램에 참여할 수 있다. 기술 계발은 개인의 회복 선호(본인의 욕구)에 맞춘 것이고, 삶의 질과 자기 돌봄 기술을 향상시키는 것을 포함할 수 있다.
2.3.5 Service users are encouraged to establish a social support network and/or maintain contact with members of their network to facilitate independent living in the community. The facility provides assistance in connecting service users with family and friends, in line with their wishes.	2.3.5 (기관·시설은) 이용자들이 지역사회 내 독립생활 영위를 위해 사회적지지망을 만들고 그들과 지속적으로 연락을 유지하는 것을 격려한다. 기관·시설은 이용자들이 원하는 선에서 이용자들이 가족, 친구들과 연락할 수 있도록 지원한다.
2.3.6 Facilities link service users with the general health care system, other levels of mental health services, such as secondary care, and services in the community such as grants, housing, employment agencies, day-care centres and assisted residential care.	2.3.6 기관·시설은 이용자를 일반의료체계, 2차 진료와 같은 다른 차원의 정신건강서비스, 지원금, 주거, 취업연계서비스, 주간돌봄센터, 지원주거 돌봄 등과 같은 지역사회 서비스들과 연계한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
2.4. Psychotropic medication is available, affordable and used appropriately.	2.4. 기관·시설은 이용자에게 적절한 가격의 정신과 약물(항정신성 약물)을 제공하고, 약물은 적절하게 사용된다.
2.4.1 The appropriate psychotropic medication (specified in the national essential medicines list) is available at the facility or can be prescribed.	2.4.1 적절한 정신과약물(국가 필수 의약품 목록에 명시된 약물)을 기관·시설에서 제공하거나 처방할 수 있다.
2.4.2 A constant supply of essential psychotropic medication is available, in sufficient quantities to meet the needs of service users.	2.4.2 기관·시설에는 이용자가 필요에 맞는 충분한 양의 필수(주요) 항정신성 약물을 보유하고 있다.
2.4.3 Medication type and dosage are always appropriate for the clinical diagnoses of service users and are reviewed regularly.	2.4.3 약물의 종류와 복용량은 항상 이용자의 임상 진단에 적합하게 정해지며, 정기적으로 점검된다.
2.4.4 Service users are informed about the purpose of the medications being offered and any potential side effects.	2.4.4 이용자는 제공되는 약물의 목적과 잠재적인 부작용에 대한 정보를 제공받고 있다.
2.4.5 Service users are informed about treatment options that are possible alternatives to or could complement medication, such as psychotherapy.	2.4.5 이용자는 심리치료와 같이 약물치료를 대체하거나 보완할 수 있는 치료선택지에 대한 정보를 제공받아 알고 있다.
2.5. Adequate services are available for general and reproductive health.	2.5. 전반적인 건강과 성·생식건강을 위한 적절한 서비스가 제공되고 있다.
2.5.1 Service users are offered physical health examinations and/or screening for particular illnesses on entry to the facility and regularly thereafter.	2.5.1 이용자는 기관·시설에 입소(원)할 때와 이후 정기적으로 건강검진 및/또는 특정 질병에 관한 검진을 받을 수 있다.
2.5.2 Treatment for general health problems, including vaccinations, is available to service users at the facility or by referral.	2.5.2 백신 접종과 같은 일반적인 건강 관련 문제에 대한 치료가 기관·시설에서, 또는 의뢰를 통해 제공된다.
2.5.3 When surgical or medical procedures are needed that cannot be provided at the facility, there are referral mechanisms to ensure that the service users receive these health services in a timely manner.	2.5.3 기관·시설에서 제공할 수 없는 외과적 또는 의료 시술이 필요한 경우, 이용자가 적시에 해당 건강서비스를 제공받을 수 있도록 의뢰할 수 있는 체계를 갖추고 있다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
2.5.4 Regular health education and promotion are conducted at the facility.	2.5.4 기관·시설에서 정기적인 건강교육과 홍보를 실시한다.
2.5.5 Service users are informed of and advised about reproductive health and family planning matters.	2.5.5 기관·시설에서는 이용자에게 성·생식건강과 가족계획 관련 정보에 대해 알리며 조언을 주고 있다.
2.5.6 General and reproductive health services are provided to service users with free and informed consent.	2.5.6 전반적인 건강 및 성·생식건강 관련 서비스는 이용자들에게 자유의사에 따른 사전 동의와 함께 제공된다.
3. The right to exercise legal capacity and the right to personal liberty and the security of person (Articles 12 and 14 of the CRPD)	3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리(UN 장애인권리협약 제12조, 제14조)
3.1. Service users' preferences regarding the place and form of treatment are always a priority.	3.1. 치료 장소와 방법에 관한 이용자의 선택(선택)이 언제나 가장 우선이 된다.
3.1.1 Service users' preferences are the priority in all decisions on where they will access services.	3.1.1 서비스 이용과 관련된 모든 의사결정에서 가장 높은 우선순위는 이용자의 선택(선택)에 둔다.
3.1.2 All efforts are made to facilitate discharge so that service users can live in their communities.	3.1.2 지역사회 내 생활을 할 수 있게끔 이용자의 탈 시설(퇴소/퇴원)을 위해 모든 노력을 기울인다.
3.1.3 Service users' preferences are the priority for all decisions on their treatment and recovery plan.	3.1.3 치료 및 회복 계획에 관한 모든 의사결정에서 가장 높은 우선순위는 이용자의 선택(선택)이다.
3.2. Procedures and safeguards are in place to prevent detention and treatment without free and informed consent.	3.2 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있다.
3.2.1 Admission and treatment are based on the free and informed consent of service users.	3.2.1 입소(원) 및 치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의 후 진행한다.
3.2.2 Staff respect the advance directives of service users when providing treatment.	3.2.2 직원들은 치료 제공 시 이용자의 사전의료지시서를 존중한다.
3.2.3 Service users have the right to refuse treatment.	3.2.3 이용자는 치료를 거부할 권리가 있다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
3.2.4 Any case of treatment or detention in a facility without free and informed consent is documented and reported rapidly to a legal authority.	3.2.4 이용자의 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행된 기관·시설 내 치료 혹은 강제입원은 모두 기록되며, 관계당국(경찰 등)에 신속히 신고(보고)된다.
3.2.5 People being treated or detained by a facility without their informed consent are informed about procedures for appealing their treatment or detention.	3.2.5 자유의사에 따른 사전동의 없이 기관·시설에 강제입원되거나 기관·시설에서 치료 중인 이용자에게는 이에 대한 이의제기(항소) 절차가 안내되고 있다.
3.2.6 Facilities support people being treated or detained without their informed consent in accessing appeals procedures and legal representation.	3.2.6 기관·시설은 자유의사에 따른 사전동의 없이 기관·시설에 강제입원/치료된 이용자들이 이의제기(항소) 절차를 밟고 법적 대리인을 구할 수 있도록 지원한다.
3.3. Service users can exercise their legal capacity and are given the support they may require to exercise their legal capacity.	3.3. 이용자 스스로 자신의 권리를 행사할 수 있고, 그 과정에서 필요할 수 있는 지원을 받을 수 있다.
3.3.1 At all times, staff interact with service users in a respectful way, recognizing their capacity to understand information and make decisions and choices.	3.3.1 직원들은 이용자들이 정보를 이해하고 의사결정과 선택을 할 수 있는 권리와 행위능력이 있음을 항상 인식하면서, 이용자를 존중하는 태도로 상호작용한다.
3.3.2 Clear, comprehensive information about the rights of service users is provided in both written and verbal form.	3.3.2 이용자의 권리에 대한 명확하고 종합적인 정보가 이용자에게 서면과 구두로 제공된다.
3.3.3 Clear, comprehensive information about assessment, diagnosis, treatment and recovery options is given to service users in a form that they understand and which allows them to make free and informed decisions.	3.3.3 평가(사정), 진단, 치료 및 회복관련 선택사항에 대한 명확하고 포괄적인 정보는 이용자가 이해할 수 있고 이를 통해 스스로 자유의사에 기반한 고지된 결정을 내릴 수 있는 방법(형태)으로 제공된다.
3.3.4 Service users can nominate and consult with a support person or network of people of their own free choice in making decisions about admission, treatment and personal, legal, financial or other affairs, and the people selected will be recognized by the staff.	3.3.4 이용자는 입소(원), 치료, 그리고 일상상의 문제, 법률문제, 재정문제 기타 사무와 관련된 의사결정과정에서 자신이 선택한 후원자 혹은 인적 네트워크를 지정하고, 이들과 상의할 수 있다. 또한 직원들은 이런 후원자의 역할을 인식하고 이들을 존중한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
3.3.5 Staff respect the authority of a nominated support person or network of people to communicate the decisions of the service user being supported.	3.3.5 직원들은 이용자가 지정한 후원자 또는 인적 네트워크가 이용자의 결정을 대신 전달할 수 있는 권한이 있음을 존중한다.
3.3.6 Supported decision-making is the predominant model, and substitute decision-making is avoided.	3.3.6 지원의사결정이 지배적인 모델이며, 대리 의사결정은 지양한다.
3.3.7 When a service user has no support person or network of people and wishes to appoint one, the facility will help the user to access appropriate support.	3.3.7 이용자에게 의사결정 지원자 또는 네트워크가 없고 이용자가 이를 지정하기를 원하는 경우, 기관·시설은 이용자가 적절한 지원을 받을 수 있도록 돕는다.
3.4. Service users have the right to confidentiality and access to their personal health information.	3.4. 이용자는 비밀을 보장받을 권리와 그들의 개인 기록을 열람할 권리가 있다.
3.4.1 A personal, confidential medical file is created for each service user.	3.4.1 이용자별로 비밀유지가 보장되는 개인별 기록이 마련되어 있다.
3.4.2 Service users have access to the information contained in their medical files.	3.4.2 이용자는 본인의 문서기록정보를 볼 수 있다.
3.4.3 Information about service users is kept confidential.	3.4.3 이용자에 대한 정보는 기밀로 유지된다.
3.4.4 Service users can add written information, opinions and comments to their medical files without censorship.	3.4.4 이용자는 본인의 문서기록에 서면으로 정보, 자신의 의견을 검열없이 추가할 수 있다.
4. Freedom from torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment and from exploitation, violence and abuse (Articles 15 and 16 of the CRPD)	4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유(UN 장애인권리협약 제15조, 제16조)
4.1. Service users have the right to be free from verbal, mental, physical and sexual abuse and physical and emotional neglect.	4.1. 이용자는 언어적·정신적·신체적·성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다.
4.1.1 Staff members treat service users with humanity, dignity and respect.	4.1.1 직원들은 인간미, 존엄, 존경의 태도로 이용자를 대한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
4.1.2 No service user is subjected to verbal, physical, sexual or mental abuse.	4.1.2 어떠한 이용자도 언어적·신체적·성적·정신적 학대 대상이 되지 않는다.
4.1.3 No service user is subjected to physical or emotional neglect.	4.1.3 어떠한 이용자도 신체적·정서적으로 방임되지 않는다.
4.1.4 Appropriate steps are taken to prevent all instances of abuse.	4.1.4. 모든 학대 및 방임 상황을 예방하기 위해 적절한 조치가 마련되어 있다.
4.1.5 Staff support service users who have been subjected to abuse in accessing the support they may want.	4.1.5 직원들은 학대에 노출되었던 이용자가 자신이 원하는 서비스를 이용할 수 있도록 지원한다.
4.2. Alternative methods are used in place of seclusion and restraint as means of de-escalating potential crises.	4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다.
4.2.1 Service users are not subjected to seclusion or restraint.	4.2.1 이용자는 격리나 강박을 당하지 않는다.
4.2.2 Alternatives to seclusion and restraint are in place at the facility, and staff are trained in de-escalation techniques for intervening in crises and preventing harm to service users or staff.	4.2.2 기관·시설에는 격리와 강박에 대한 대안이 마련되어 있으며, 직원들은 위기개입 및 이용자와 직원에 대한 위해예방을 위한 위기완화기술 훈련을 받고 있다
4.2.3 A de-escalation assessment is conducted in consultation with the service user concerned in order to identify the triggers and factors he or she finds helpful in diffusing crises and to determine the preferred methods of intervention in crises.	4.2.3 위기 관련 이용자와 협의하여 위기완화평가를 실시하여, 위기촉발요인 및 위기를 완화하는데 도움이 된다고 이용자가 판단하는 요인을 파악하고, 선호하는 위기개입 방식을 결정하도록 한다.
4.2.4 The preferred methods of intervention identified by the service user concerned are readily available in a crisis and are integrated into the user's individual recovery plan.	4.2.4 이용자가 선호하는 개입 방법은 위기상황에서 실제로 활용될 수 있게 준비되어 있고, 이용자의 개별 회복계획에 포함되어 있다.
4.2.5 Any instances of seclusion or restraint are recorded (e.g. type, duration) and reported to the head of the facility and to a relevant external body.	4.2.5 모든 격리, 강박의 사례는 기록되고(예: 유형, 지속시간), 기관·시설장과 관련 외부 기관에 보고한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
4.3. Electroconvulsive therapy, psychosurgery and other medical procedures that may have permanent or irreversible effects, whether performed at the facility or referred to another facility, must not be abused and can be administered only with the free and informed consent of the service user.	4.3. 기관·시설 내외 무관하게, 영구적이고 비가역적인 영향을 줄 수 있는 전기경련치료, 정신외과, 여타의 의료 시술이 남용되어서는 안 되며, 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있을 때에만 실시한다.
4.3.1 No electroconvulsive therapy is given without the free and informed consent of service users.	4.3.1 전기경련치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의없이 시행되지 않는다.
4.3.2 Clear evidence-based clinical guidelines on when and how electroconvulsive therapy can or cannot be administered are available and adhered to.	4.3.2 전기경련치료는 언제 어떠한 방법으로 시행할 수 있고, 언제 어떠한 방법은 시행할 수 없는지에 대해 명확하고, 근거기반 임상지침이 있고, 이를 준수하고 있다.
4.3.3 Electroconvulsive therapy is never used in its unmodified form (i.e. without an anaesthetic and a muscle relaxant).	4.3.3 전기경련치료는 수정되지 않은 고전적 형태로는 절대 사용하지 않는다(예: 마취제, 근육이완제가 없는 상태).
4.3.4 No minor is given electroconvulsive therapy.	4.3.4 미성년자에게 전기경련치료를 시행하지 않는다.
4.3.5 Psychosurgery and other irreversible treatments are not conducted without both the service user's free and informed consent and the independent approval of a board.	4.3.5 정신외과적 수술을 포함한 비가역적 치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의와 위원회의 독립적인 승인없이 시행되지 않는다.
4.3.6 Abortions and sterilizations are not carried out on service users without their consent.	4.3.6 이용자의 동의없이 임신중절수술이나 불임수술을 시행하지 않는다.
4.4. No service user is subjected to medical or scientific experimentation without his or her informed consent.	4.4. 사전동의 없이 이용자는 의료 또는 연구·조사의 대상이 될 수 없다.
4.4.1 Medical or scientific experimentation is conducted only with the free and informed consent of service users.	4.4.1 의료 또는 연구·조사는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있어야만 수행된다.
4.4.2 Staff do not receive any privileges, compensation or remuneration in exchange for encouraging or recruiting service users to participate in medical or scientific experimentation.	4.4.2 직원들은 이용자가 의료 또는 연구·조사에 참여하도록 권하거나 모집하는 대가로 어떠한 특혜, 보상 또는 보수를 받지 않는다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
4.4.3 Medical or scientific experimentation is not undertaken if it is potentially harmful or dangerous to the service user.	4.4.3 의료 또는 연구·조사가 이용자에게 잠재적으로 유해하거나 위험할 경우 수행하지 않는다.
4.4.4 Any medical or scientific experimentation is approved by an independent ethics committee.	4.4.4 모든 의료 또는 연구·조사는 독립된 윤리위원회 승인을 받는다.
4.5. Safeguards are in place to prevent torture or cruel, inhuman or degrading treatment and other forms of ill-treatment and abuse.	4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있다.
4.5.1 Service users are informed of and have access to procedures to file appeals and complaints, on a confidential basis, to an outside, independent legal body on issues related to neglect, abuse, seclusion or restraint, admission or treatment without informed consent and other relevant matters.	4.5.1 이용자는 방임, 학대, 격리 또는 강박, 사전동의 없이 진행된 입소(원)나 치료, 그 밖의 이와 관련된 사안에 대해 외부의 독립된 법적기관에 비밀보장 하에 이의를 제기하거나 고충처리를 요구하는 절차에 관하여 정보를 제공받아 알고 있고, 그 절차를 밟을 수 있다.
4.5.2 Service users are safe from negative repercussions resulting from complaints they may file.	4.5.2 이용자는 그들의 고충과 불만 문제제기로 인해 부정적인 영향을 받지 않는다.
4.5.3 Service users have access to legal representatives and can meet with them confidentially.	4.5.3 이용자는 법률대리인에 대한 접근권이 있고, 비밀보장 하에 만날 수 있다.
4.5.4 Service users have access to advocates to inform them of their rights, discuss problems and support them in exercising their human rights and filing appeals and complaints.	4.5.4 이용자는 자신의 권리를 알려주고, 문제를 논의하고, 자신의 인권 행사, 이의와 고충 제기를 지원할 수 있는 옹호자를 만날 수 있다.
4.5.5 Disciplinary and/or legal action is taken against any person found to be abusing or neglecting service users.	4.5.5 이용자를 학대하거나 방임한 것으로 확인된 사람에 대해 징계조치 그리고/또는 법적 조치를 취한다.
4.5.6 The facility is monitored by an independent authority to prevent the occurrence of ill-treatment.	4.5.6 이용자에 대한 부당한 대우를 예방하기 위해 독립 기관이 해당 시설을 관리 감독한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
5. The right to live independently and be included in the community (Article 19 of the CRPD)	5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리 (UN 장애인권리협약 제19조)
5.1. Service users are supported in gaining access to a place to live and have the financial resources necessary to live in the community.	5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원받는다.
5.1.1 Staff inform service users about options for housing and financial resources.	5.1.1 직원들은 이용자에게 주거 및 재정지원의 선택지에 대한 정보를 제공한다.
5.1.2 Staff support service users in accessing and maintaining safe, affordable, decent housing.	5.1.2 직원들은 이용자가 안전하고, 비용이 적당하며, 적합한 주거지를 구하고 이를 유지할 수 있도록 지원한다.
5.1.3 Staff support service users in accessing the financial resources necessary to live in the community.	5.1.3 직원들은 이용자가 지역사회에서 생활하는 데 필요한 재정지원에 접근할 수 있도록 지원한다.
5.2. Service users can access education and employment opportunities.	5.2. 이용자는 교육 및 고용에 대한 기회를 가진다.
5.2.1 Staff give service users information about education and employment opportunities in the community.	5.2.1 직원들은 이용자에게 지역사회에서의 교육 및 고용 기회에 대한 정보를 제공한다.
5.2.2 Staff support service users in accessing education opportunities, including primary, secondary and post-secondary education.	5.2.2 직원들은 초·중·고교 및 고등교육을 포함하여 이용자가 교육에 대한 기회를 가질 수 있도록 이용자를 지원한다.
5.2.3 Staff support service users in career development and in accessing paid employment opportunities.	5.2.3 직원들은 이용자가 경력개발 및 유급 취업 및 기회를 가질 수 있도록 지원한다.
5.3. The right of service users to participate in political and public life and to exercise freedom of association is supported.	5.3. 이용자는 정치 및 공공 생활에 참여할 권리를 가지며, 결사의 자유를 행사할 권리를 지원받는다.
5.3.1 Staff give service users the information necessary for them to participate fully in political and public life and to enjoy the benefits of freedom of association.	5.3.1 직원들은 이용자가 정치 및 공공 생활에 온전히 참여하고 결사의 자유로 인한 혜택을 누릴 수 있도록 필요한 정보를 제공한다.
5.3.2 Staff support service users in exercising their right to vote.	5.3.2 직원들은 이용자의 투표권 행사를 지원한다.

Themes, standards and criteria of the WHO QualityRights Tool Kit 원안	WHO QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 한글 번안
5.3.3 Staff support service users in joining and participating in the activities of political, religious, social, disability and mental disability organizations and other groups.	5.3.3 직원들은 이용자가 정치단체, 종교단체, 사회단체, 장애 단체 및 정신장애 단체, 여타의 단체에 가입하고 활동에 참여하는 것을 지원한다.
5.4. Service users are supported in taking part in social, cultural, religious and leisure activities.	5.4. 이용자는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동에 참여할 수 있도록 지원받는다.
5.4.1 Staff give service users information on the social, cultural, religious and leisure activity options available.	5.4.1 직원들은 이용자에게 이용할 수 있는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동의 선택지에 대한 정보를 제공한다.
5.4.2 Staff support service users in participating in the social and leisure activities of their choice.	5.4.2 직원들은 이용자가 원하는 사회활동, 여가활동에 참여할 수 있도록 지원한다.
5.4.3 Staff support service users in participating in the cultural and religious activities of their choice.	5.4.3 직원들은 이용자가 원하는 문화활동, 종교활동에 참여할 수 있도록 지원한다.

3) 측정방법

WHO QualityRights Tool Kit은 기관 특성을 고려하여 테마를 선정할 수 있는데, 본 연구는 테마1~테마5에 대해 모두 평가를 실시하였다. 국내 정신재활시설의 특성에 따라 해당사항이 없는 문항은 '해당없음'으로 표기할 수 있도록 하였다. 원 툴킷의 설명에 의하면, 입원·입소시설은 테마1~5의 모든 표준·기준이 다 해당되지만, 외래·이용시설은 테마1이 해당되지 않는다. 본 실지조사는 거주형 정신재활시설을 대상으로 하였으므로 위 항목들도 모두 평가항목에 포함하였다.

국내 정신재활시설의 경우 의료서비스를 제공하지 않기 때문에 의료서비스와 관련한 항목, 예를 들면, 약물처방 관련 사항(기준2.4.1, 기준2.4.2) 등 일부 항목은 정신재활시설 평가항목에 해당하지 않는다. 그러나 실지조사의 일차 목적을 툴킷의 타당도 검증에 초점화 하였으므로, 정신재활시설 평가항목에 해당하지 않아도 평가항목을 그대로 유지하고, 시설에 해당하지 않는 경우 '해당없음(N/A)'에 표기하도록 하였다.

〈표 8-6〉 기관특성에 따른 WHO 툃킷 평가항목 적용의 차이

구분	입원·거주시설		외래·이용시설		비고
	의료기관	비의료기관	의료기관	비의료기관	
테마1	○	○	×	×	외래·이용시설은 테마1 제외
테마2	○	△	○	△	비의료기관은 약물처방관련 항목 제외 (2.4.1, 2.4.2)
테마3	○	○	○	○	
테마4	○	○	○	○	
테마5	○	○	○	○	

평가등급은 WHO 툃킷의 원안대로 완전실현(A/F, Achieved in Full), 부분실현(A/P, Achieved Partially), 실현시작(A/I, Achievement Initiated), 시도없음(N/I, Not Initiated)의 4개 등급으로 평가하되, 평가항목에 해당사항이 없는 경우 해당없음(N/A, Not Applicable)으로 표기하도록 하였다. 평가등급을 부여할 때는 평가기준 내용에 따라 해당 항목이 실현된 근거를 기반으로 평가할 수 있도록 ‘평가 기준 내용’을 함께 제시하였다.

〈표 8-7〉 WHO 툃킷 평가등급 및 등급별 평가 기준

등급	달성수준		평가 기준 내용
A/F	Achieved in Full	완전실현	기준, 표준, 테마가 완전히 실현된 근거가 있다.
A/P	Achieved Partially	부분실현	기준, 표준, 테마가 실현된 근거는 있지만, 일부 개선이 필요하다.
A/I	Achievement Initiated	실현시작	기준, 표준, 테마가 실현되는 과정에 있다는 근거가 있지만, 상당한 개선이 필요하다.
N/I	Not Initiated	시도없음	기준, 표준, 테마를 실현하기 위한 시도의 근거가 없다.
N/A	Not Applicable	해당없음	시설에 해당 기준, 표준, 테마가 적용되지 않는다. (해당없음)

3. 조사 절차

조사절차는 WHO QualityRights Tool Kit 지침에 따르되, 본 평가위원회에 평가권한이 없으며 실지조사의 일차목적이 도구개발 및 타당도 검증이라는 점을 고려하여 기관의 상황을 고려하여 조사를 수행하였다. 자료수집은 성인대상 거주형 정신재활시설 5개 기관에 대해 2020년 8월 12일부터 24일까지 약 2주간 실시하였다. 번역 및 내용타당도를 마친 한국형 WHO QualityRights Tool Kit 도구를 활용하여 총 12명의 평가위원과 5명의 연구보조원이 인터뷰, 관찰, 서류검토를 통해 자료를 수집하였다.

1) 평가위원회 구성

WHO 툴킷의 지침에 따라 먼저 평가위원회를 구성하였다. 평가위원회는 1개 중앙평가위원회와 5개 개별평가위원회로 구성하였다. 중앙평가위원회는 연구책임자를 포함하여 현지실사 연구진으로 구성하였으며, 개별평가위원회는 기관을 방문하는 개별 위원들로 구성하였다. 개별평가위원회는 당사자, 전문가, 활동가 위원이 참여하며, 개별위원회마다 연구보조원 1인이 위원회 활동을 지원하였다. 총 17명(평가위원 12명, 연구보조원 5명)으로 평가위원회를 구성하였다.

평가위원은 영역별, 분야별, 문화별 다양성을 고려하여 다학제적 시각으로 현장을 평가할 수 있도록 하였다. 평가위원들은 직접 기관을 방문하거나 방문결과에 대해 논의하는 역할을 수행하였다. 시설의 물리적 환경에 대한 평가를 위해 건축학 전공 박사를 외부 평가위원으로 초빙하였다.

〈표 8-8〉 실지조사 평가위원의 다양성

구분		평가위원 구성
영역별	학계	사회복지학 6명, 법학 1명, 건축학 1명
	현장	정신의학 1명, 인권활동가 1명, 당사자리더 1명, 시설장 1명
분야별	전공	정신건강 4명, 의료 및 간호 2명, 중독 1명, 노인 1명 법학 1명, 장애실천 2명, 건축학 1명
	조사연구	질적연구 4명, 양적연구 4명 (※학계 전문가만 구성)
문화별	성별	남성 5명, 여성 7명
	활동	교수 및 연구원 8명, 현장 실천가 3명, 당사자 1명
연구지원		박사과정 4명, 석사과정 1명
		총 17명 (평가위원 12명, 연구보조원 5명)

2) 평가위원의 주요 역할

본 연구과제에서 평가위원회는 예고 없이 기관에 방문·평가할 권한이 없기 때문에 정신재활시설협회의 협조를 바탕으로 사전에 구두로 기관방문을 승인받고 기관 방문을 하였다. 평가위원은 인터뷰, 관찰, 서류검토 영역에 따라 주역할을 수행함과 동시에 인터뷰, 관찰, 서류검토에 함께 참여하였다. 기관에 방문하여 시설장으로부터 시설에 대한 전반적인 내용을 안내 받고, 이어 평가위원들이 역할을 나누어 시설장, 직원, 이용자 인터뷰를 실시하였다. 이용자인터뷰는 취업활동 등 기관외부에서 주간활동을 하는 상황을 고려하여 5개 기관 중 3개 기관에 대해서만 인터뷰를 진행하였다. 직원 인터뷰를 하는 평가위원들은 인터뷰와 함께 시설관찰, 서류검토 등도 함께 수행하였다. 각 시설마다 1명의 연구보조원이 평가위원의 활동을 지원하였다.

〈표 8-9〉 기관별 실시조사 평가위원 역할

구분		시설A	시설B	시설C	시설D	시설E
방문일자		8/12(수)	8/13(목)	8/14(금)	8/18(화)	8/24(월)
시설유형		생활시설	종합시설	중독자재활시설	지역사회 전환시설	공동생활가정
위원 역할	시설장 인터뷰	위원B	위원A	위원A 위원B	위원A 위원E	위원A 위원B
	직원 인터뷰	위원G 위원H	위원G 위원H	위원G 위원H	위원F 위원G 위원H	위원F 위원G 위원H
	이용자 인터뷰	위원C	위원D	-	위원B	-
	관찰	위원G 위원H	위원G 위원H	위원G 위원H	위원F	위원F
	서류검토	위원G 위원H	위원G 위원H	위원G 위원H	위원G 위원H	위원G 위원H
평가지원		연구보조원A	연구보조원B	연구보조원C	연구보조원D	연구보조원E
참관		인권위	인권위	인권위	인권위	-
방문 인원	평가위원	4명	4명	4명	6명	5명
	연구보조원	1명	1명	1명	1명	1명
	국가인권위원회	1명	1명	1명	1명	-

3) 사전 교육

평가에 앞서 먼저 툴킷에 대한 이해가 선행되어야 하므로, 중앙평가위원회에서 툴킷의 지침을 한글로 번안하여 평가위원들에게 제공함으로써 평가위원들은 각자 툴킷 지침을 학습하고 평가 방법에 대해 사전 숙지할 수 있도록 하였다. 또한 법학, 사회복지학, 정신건강실천가 등 각 분야의 연구진이 UN 장애인권리협약(CRPD) 등 국제인권표준, 정신건강 관련 국가제도와 정신재활시설 현황, 국내 정신건강서비스 인권현황조사 지표와 관련한 온라인 세미나를 3회 개최하여 정신재활시설 실지조사 시 요구되는 사전지식을 공유할 수 있도록 하였다. 마지막으로 실제 기관방문시 수행하게 될 평가과정, 평가도구활용, 보고서 작성 등을 상세히 설명하는 실지조사지침 사전교육을 온라인으로 실시하였다.

〈표 8-10〉 실지조사 평가위원 사전교육

구분	내용
WHO 툴킷 지침 제공	1. WHO QualityRights Tool Kit 개별학습 (영어판, 한글판 자료 제공)
온라인 세미나	1. UN 장애인권리협약(CRPD) 등 국제인권표준에 대한 이해 온라인 세미나 (2020.5.8.) 2. 정신건강 관련 국가제도와 정신재활시설에 대한 이해 온라인 세미나 (2020.5.22.) 3. 국내 정신건강서비스 인권현황조사 지표에 대한 이해 온라인 세미나 (2020.5.29.) 4. 실지조사지침 사전교육 온라인 세미나 (2020.8.10.)

〈표 8-11〉 WHO QualityRights Tool Kit 지침 자료 목록

WHO QualityRights Tool Kit 영문 자료 목록	WHO QualityRights Tool Kit 한글 번안 자료 목록
1. WHO QualityRights Tool Kit - 5가지 테마 포함	1. WHO QualityRights Tool Kit 활용 지침 - WHO QualityRights Tool Kit 5가지 테마
2. Interview Tool	2. 인터뷰 지침
3. Review of documents & Observation Tool	3. 서류검토 및 관찰 지침
4. Facility-based Assessment Report	4. 시설별 결과보고서 작성 지침
5. Country-wide Assessment Report	5. 총괄 결과보고서 작성 지침

주: 1) WHO 자료 링크: https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/

4) 자료 수집 과정

자료수집은 2020년 8월 12일부터 8월 24일까지 진행되었다. 기관을 방문하기 전에 먼저 기관 홈페이지, 뉴스, 유튜브 등을 통해 기관의 일반적인 현황을 파악하고 전체 평가위원이 5개 방문대상기관에 대한 정보를 공유하였다. 그리고 기관 방문시 보다 효율적인 평가를 수행하기 위해 기관 일반 현황 및 이용자, 종사자, 제공 서비스 현황 설문, ‘WHO QualityRights Tool Kit 사전 자가체크’를 사전 작성해 줄 것을 기관에 요청하였다.

개별평가위원회는 기관을 방문하기 전에 미리 수집된 기관 정보, 툴킷 사전 자가체크 현황을 살펴보고 기관을 방문하였다. 기관 방문 당일 30분 전에 기관평가 과정, 평가위원 역할분담에 대해 사전논의를 거친 후 기관평가를 실시하였다. 개별 평가위원은 사전교육에서 이미 숙지한 ‘WHO QualityRights Tool Kit 지침’ 및 ‘기관방문 매뉴얼’에 따라 각자 역할을 나누어 평가를 실시하였다.

자료수집은 1) 인터뷰, 2) 관찰, 3) 서류검토를 통해 이루어졌으며, 인터뷰는 1) 시설장, 2) 직원, 3) 이용자를 대상으로 하였다. 인터뷰 전에 참여자에게 연구참여 자용 설명문을 통해 연구내용에 대해 설명하고, 연구참여 동의서에 상호 서명을 한 후 인터뷰를 진행하였다. 시설사진촬영이 필요한 경우 기관장의 동의를 구하고 이용자를 촬영하지 않는 조건으로 시설물을 촬영하였다.

툴킷 평가에 필요한 수집자료를 분명히 하기 위해 툴킷의 인터뷰, 서류검토, 관찰 지침을 참고하였다. 인터뷰, 서류검토, 관찰을 통해 자료를 수집하면서 개별 평가위원은 기관·시설 평가 내용을 각자 기록하고, 기관방문이 종료된 직후 평가위원들의 의견을 종합하고, 중앙평가위원회는 기관방문후 2일 이내에 기관·시설별 결과보고서를 취합하였다.

〈표 8-12〉 실시조사 지침 및 양식

구분
(1) 기관방문매뉴얼 [부록] 인터뷰, 서류검토, 관찰 지침 [양식1] 위원 개인별 기관·시설 평가보고 [양식2] 기관·시설별 결과보고서
(2) 기관현황조사표
(3) 기관방문 안내문 (기관현황표, WHO QualityRights Tool Kit 사전 자가체크 양식 포함)
(4) 연구참여자용 설명문, 연구참여 동의서

〈표 8-13〉 실시조사 중앙평가위원회 및 개별평가위원회의 과업

구분	과업
중앙평가위원회	1. 기관방문 매뉴얼 제작
	2. 기관현황조사표(사전탐색용) 제작
	3. 기관방문 안내문 (기관현황표, 툴킷 사전자가체크 양식 포함) 제작
	4. 연구설명서, 동의서 제작 : 서울대 IRB 신청 양식 활용
	5. 평가위원 온라인 세미나, 사전교육 실시
	6. 시설장 연락, 일정 확인, 방문당일 위원 대기장소 확인 등
	7. [양식2] '기관·시설별 결과보고서' 취합 및 최종보고서 작성
개별평가위원회	1. WHO 툴킷 사전 검토. 개별학습
	2. 온라인 세미나, 사전교육 참여
	3. 방문기관현황조사표 사전 검토
	4. 방문단 사전 논의: 방문당일 30분 전에 주요 사안, 역할 분담 논의
	5. 기관방문: 인터뷰(시설장, 직원, 이용자), 관찰, 서류검토 실시
	6. 평가내용 기록: [양식1] '위원 개인별 기관·시설 평가보고'
	7. 기관방문 직후 평가내용 종합 및 논의
	8. 결과보고서 작성: [양식2] '기관·시설별 결과보고서'

기관당 방문시간은 평가위원회 논의시간을 포함하여 약 4~5시간 가량 소요되었다. 기관을 방문하여 가장 먼저 시설장으로부터 기관에 대해 대략적인 안내를 듣고 곧바로 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰는 시설장, 직원, 이용자를 대상으로 하였다. 5

개 기관 중 2개 기관은 이용자가 주간활동으로 시설에 있지 않아 인터뷰를 실시하지 않았다. WHO 톨킷 지침에 의하면 가족도 인터뷰 대상이지만 사전 협의가 필요한 사안으로 본 예비조사 면접대상에서 제외하였다. 시설의 물리적 환경 등을 관찰하고, 시설장의 허락 하에 시설물을 촬영하였다. 공간 이동 순서에 따라 순차적으로 촬영하되 각 객실에 들어가기 전 표지판, 방 번호 등이 보이도록 사진을 찍고, 내부 공간은 4면이 확인 가능하도록 사진을 촬영하였다. 서류 검토는 직원 인터뷰를 실시하면서 검토가 필요한 서류를 요청하였고, 공개가능 여부에 따라 가능한 서류를 검토하였다.

〈표 8-14〉 기관방문 개요 및 인터뷰 인원

시설	시설A	시설B	시설C	시설D	시설E
방문일자	8/12(수)	8/13(목)	8/14(금)	8/18(화)	8/24(월)
소요시간	13:30-18:00	13:30-18:00	13:30-18:00	13:30-18:00	14:00-18:00
시설유형	생활시설	종합시설	중독자재활시설	지역사회전환시설	공동생활가정
지역	읍·면지역	중소도시	대도시	중소도시	대도시
인터뷰 대상 (인원)	시설장(1) 직원(2) 이용자(1)	시설장(1) 직원(1) 이용자(2)	시설장(1) 직원(1)	시설장(1) 직원(1) 이용자(2)	시설장(1) 직원(1)
방문인원	6명 (국가인권위원회 1명 포함)	6명 (국가인권위원회 1명 포함)	6명 (국가인권위원회 1명 포함)	8명 (국가인권위원회 1명 포함)	6명 -

제3절 실지조사 결과

1. 조사기관 일반 현황

실지조사 대상기관의 일반 현황은 아래 <표 8-15>와 같다. 거주형 정신재활시설 유형별로 1개 기관이다. 운영주체는 4개 기관이 사회복지법인, 1개 기관은 사단법인으로 집계되었다. 건물면적 규모는 시설의 유형에 따라 차이가 있는데, 공동생활가정이 가장 소규모로 운영되고 있으며, 상대적으로 종합시설과 생활시설, 지역사회전환시설의 건물면적이 큰 것으로 보고되었다. 엘리베이터는 1개 시설에만 설치되어 있어 신체장애인 이용의 접근성은 대부분 낮은 것으로 보였다. 종사자 근무형태는 공동생활가정을 제외하고 4개 기관이 '직원이 24시간, 주7일 상주하며, 야간에는 취침'을 하는 형태로 운영되고 있었다. 건물형태는 3개 기관이 생활시설 전용 건물로 운영되고 있었으며, 그 외 중독자재활시설은 단독주택, 공동생활가정은 다세대주택의 형태로 운영되고 있었다. 건축물소유형태는 3개 기관은 운영법인이 소유하고 있었으며, 지역사회전환시설은 공공임대주택 형태로, 공동생활가정은 모법인에서 주택공사 임차형태로 운영하고 있었다.

<표 8-15> 실지조사 기관 일반적 현황

구분	시설A	시설B	시설C	시설D	시설E
시설유형	생활시설	종합시설	중독자재활시설	지역사회전환시설	공동생활가정
운영주체	사회복지법인	사회복지법인	사회복지법인	사단법인	사회복지법인
건물면적	721.20㎡	807.32㎡	295.42㎡	657.2㎡	105.96㎡
층수	지상2층	3층	지하1층, 지상3층	5층	2층
엘리베이터	없음	없음	없음	있음	없음
종사자 근무형태	직원이 24시간, 주7일 상주하며, 야간에는 취침을 함	직원이 24시간, 주7일 상주하며, 야간에는 취침을 함	직원이 24시간, 주7일 상주하며, 야간에는 취침을 함	직원이 24시간, 주7일 상주하며, 야간에는 취침을 함	직원이 하루 일부 시간 근무하며, 주6일 이내로 근무하며, 휴일에는 퇴근함
건물형태	생활시설용 전용 건물	생활시설용 전용 건물	단독주택	생활시설용 전용 건물	다세대 주택
건축물 소유형태	운영법인 소유	운영법인 소유	운영법인 소유	공공임대주택	내주택공사 임대 (임차인: 모법인)
이용자정원	30명	50명	15명	24명	8명
이용자현원	28명	36명	9명	18명	6명
직원수	8명	20명	5명	10명	2명

기관이용자의 일반적 현황을 보면 아래 <표 8-16>과 같다. 이용자 정원은 시설 유형에 따라 생활시설, 종합시설의 정원이 상대적으로 많고, 공동생활가정은 소규모 인원이 서비스를 이용하고 있었다. 3개 기관은 남녀가 모두 이용가능 했지만, 중독자재활시설과 공동생활가정은 남성시설로 운영되고 있었다. 연령대를 보면 생활시설, 종합시설은 50대가 가장 많은 비율을 차지하였고, 지역사회전환시설은 상대적으로 20대가 다른 연령대보다 높은 비율로 구성되어 있었다. 후견인이 있는 이용자는 없었다. 진단명을 보면 중독자재활시설은 제외하고 대부분 조현병의 비중이 높은 것으로 보고되었다. 중독자재활시설은 전체 이용자가 알코올/약물사용장애로 모두 장애미등록 상태로 서비스를 이용하고 있었으며, 또한 19세 이하 미성년자도 서비스를 이용하고 있었다. 이용자들은 주간에 시설에 머무르거나 다른 정신재활시설 서비스를 이용하며, 소수는 직업재활시설, 평생교육서비스를 이용하고 있었다. 이용자의 평균적인 거주기간은 지침에 근거하여 시설유형에 따라 차이가 있을 수 있는데, 직업사회전환시설인 3개월로 가장 짧았으며 공동생활가정의 평균거주기간이 2년으로 가장 긴 것으로 보고되었다.

<표 8-16> 실지조사 기관 이용자 현황

단위: 명, (%)

구분	시설A	시설B	시설C	시설D	시설E	
시설유형	생활시설	종합시설	중독자재활시설	지역사회전환시설	공동생활가정	
정원	30명	50명	15명	24명	8명	
현원	28명	36명	9명	18명	6명	
충원율	93.3%	72.0%	60.0%	75.0%	75.0%	
성별	남성	16 (57.1)	28 (77.8)	9 (100.0)	7 (38.9)	6 (100.0)
	여성	12 (42.9)	8 (22.2)	-	11 (61.1)	-
연령대	19세 이하	-	-	1 (11.1)	-	-
	20-29세	1 (3.6)	4 (11.1)	1 (11.1)	9 (50.0)	2 (33.3)
	30-39세	6 (21.4)	7 (19.4)	-	3 (16.7)	1 (16.7)
	40-49세	2 (7.1)	7 (19.4)	2 (22.2)	3 (16.7)	-
	50-59세	11 (39.3)	14 (38.9)	2 (22.2)	2 (11.1)	2 (33.3)
	60-64세	8 (28.6)	3 (8.3)	3 (33.3)	1 (5.6)	-
65세 이상	-	1 (2.8)	-	-	1 (16.7)	
연고	연고자-유료	23 (82.1)	15 (41.7)	5 (55.6)	16 (88.9)	6 (100.0)

구분		사실A	사실B	사실C	사실D	사실E
	연고자-무료	3 (10.7)	20 (55.6)	3 (33.3)	-	-
	무연고자	2 (7.1)	1 (2.8)	1 (11.1)	2 (11.1)	-
후견인	후견인이 있음	-	-	-	-	-
건강 보험	건강보험	3 (10.7)	15 (41.7)	6 (66.7)	11 (61.1)	4 (66.7)
	의료급여1종	25 (89.3)	20 (55.6)	3 (33.3)	7 (38.9)	2 (33.3)
	의료급여2종	-	-	-	-	-
	기타	-	1 (2.8)	-	-	-
장애 등록	장애-경증	19 (67.9)	-	-	-	-
	장애-중증	8 (28.6)	26 (72.2)	-	9 (50.0)	4 (66.7)
	장애-미등록	1 (3.6)	10 (27.8)	9 (100.0)	9 (50.0)	2 (33.3)
진단명	조현병	22 (78.6)	30 (83.3)	-	13 (72.2)	5 (83.3)
	조울증	-	4 (11.1)	-	4 (22.2)	-
	알코올/약물장애	-	-	9 (100.0)	-	-
	우울증	1 (3.6)	-	-	-	1 (16.7)
	지적장애	-	2 (5.6)	-	-	-
	인격장애	1 (3.6)	-	-	-	-
	조현정동장애	-	-	-	1 (5.6)	-
	기타	4 (14.3)	-	-	-	-
주간 활동	정신재활시설	26 (92.9)	36 (100.0)	-	18 (100.0)	5 (83.3)
	직업재활시설	2 (7.1)	-	-	-	-
	평생교육	-	-	-	-	1 (16.7)
	정신건강복지센터	-	-	-	-	-
	낮병원	-	-	-	-	-
	취업	-	-	-	-	-
	정규교육과정	-	-	-	-	-
거주 기간	3개월 미만	-	2 (5.6)	2 (22.2)	10 (55.6)	-
	3개월~6개월 미만	3 (10.7)	6 (16.7)	-	8 (44.4)	-
	6개월~1년 미만	8 (28.6)	7 (19.4)	2 (22.2)	-	2 (33.3)
	1년~3년 미만	17 (60.7)	16 (44.4)	5 (55.6)	-	4 (66.7)
	3년~5년 미만	-	5 (13.9)	-	-	-
	5년 이상	-	-	-	-	-
	평균거주기간	1년 6개월	1년 6개월	1년	3개월	2년

기관의 직원 현황은 아래 <표 8-17>과 같다. 직원은 시설장을 포함하여 전문요원, 재활활동요원, 재활활동보조원 등으로 구성되어 있다. 생활시설은 다른 기관들에 비해 이용자수 대비 직원 비율이 가장 낮은 것으로 파악되었다. 종합시설은 직원수가 총 20명이지만, 이용시설 50명, 거주시설 50명, 총 100명을 대상으로 서비스를 제공하고 있는 점을 고려하면 직원 1인당 5명의 이용자를 담당하는 것으로 이해할 수 있다. 생활시설인 시설A의 경우, 이용자 현원이 28명으로 직원 1인당 3.5명의 이용자를 담당하고 있는 반면 직업전환시설인 시설D는 직원 1인당 1.8명의 이용자를 담당하고 있는 것으로 파악되었다. 모든 시설에 정신건강전문요원이 상근으로 근무하고 있었다. 생활시설, 종합시설, 지역사회전환시설은 정신건강전문요원 간호사와 사회복지사가 모두 종사하고 있었으며, 중독자재활시설과 공동생활가정은 정신건강전문요원 사회복지사만 종사하는 것으로 집계되었다.

<표 8-17> 실시조사 기관 직원 현황

단위: 명, (%)

구분	시설A	시설B	시설C	시설D	시설E	
시설유형	생활시설	종합시설	중독자재활시설	지역사회전환시설	공동생활가정	
총인원	8 (100.0)	20 (100.0)	5 (100.0)	10 (100.0)	2 (100.0)	
시설장	1 (12.5)	1 (5.0)	1 (20.0)	1 (10.0)	1 (50.0)	
전문요원	1 (12.5)	5 (25.0)	-	5 (50.0)	1 (50.0)	
재활활동요원	3 (37.5)	6 (30.0)	2 (40.0)	1 (10.0)	-	
재활활동보조원	2 (25.0)	6 (30.0)	1 (20.0)	2 (20.0)	-	
조리원	1 (12.5)	1 (5.0)	1 (20.0)	1 (10.0)	-	
영양사	-	1 (5.0)	-	-	-	
정신건강 전문요원	간호사	1 (12.5)	1 (5.0)	-	1 (10.0)	-
	사회복지사	1 (12.5)	9 (45.0)	1 (20.0)	6 (60.0)	2 (100.0)
	임상심리사	-	-	-	-	-
비전문요원	간호사	-	-	-	-	-
	사회복지사	5 (62.5)	4	4 (80.0)	2 (20.0)	-
	임상심리사	-	-	-	-	-
기타	조리원	1 (12.5)	-	-	1 (10.0)	-
	기타	-	6 (30.0)	-	-	-

실지조사 기관에서 제공하는 서비스 내용은 아래 <표 8-18>과 같다. 서비스 내용은 해당시설 유형에 따라 차이가 있다. 예를 들어 생활시설은 가사활동지원과 관련한 서비스나 자립지원을 위한 서비스는 제공하지 않는다. 지역사회전환시설의 경우 상대적으로 더 다양한 서비스를 제공하고 있는 것으로 보고되었다.

<표 8-18> 실지조사 기관 제공서비스 현황

구분	서비스	시설A	시설B	시설C	시설D	시설E
		생활시설	종합시설	중독자 재활시설	지역사회 전환시설	공동생활 가정
상담·훈련	정규 상담서비스(개별상담, 집단상담)	√	.	√	√	√
	증상 및 약물관리 서비스	√	.	√	√	√
	사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	√	.	√	√	√
가사·활동 지원	가사 도우미 서비스	.	√	.	.	√
	외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	.	.	√	√	.
	주거관리 및 독립생활지원 서비스	.	√	√	√	√
자조·가족 지원	정신장애인 자조모임 지원 서비스	.	.	√	√	√
	정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등)	.	.	√	√	√
	가족지원 서비스(가족을 위한 정보제공, 교육, 상담, 가족회 지원 등)	√	.	√	√	√
취업	취업 전 훈련 및 직업기술훈련 연계	√	.	√	√	√
	구직 관련 기관 및 구직등록 안내	.	.	√	√	.
	보호작업장 서비스 안내 및 연계	.	.	√	√	.
	임시취업 및 지원고용 안내 및 연계
주거	단기보호·위기쉼터 서비스(쉼터)	.	√	√	√	.
	공동생활가정	.	√	√	.	√
	자립생활체험 서비스	.	√	√	√	√
	독립주거전환지원 서비스	.	√	.	√	√
교육·여가	평생교육 안내 및 연계	.	.	.	√	√
	문화·예술 활동 제공 및 지원	.	.	√	√	√
	여가활동 제공 및 지원	√	.	√	√	√
	체육활동 제공 및 지원	√	.	√	√	√
신체건강 관리지원	신체건강 관리, 치료에 관한 정보제공 및 안내	√	.	√	√	√

구분	서비스	시설A	시설B	시설C	시설D	시설E
		생활시설	종합시설	중독자 재활시설	지역사회 전환시설	공동생활 가정
	신체질환 치료비용 지원	-	-	√	√	-
	신체질환 치료에 관한 구체적인 상담과 의사결정 지원	√	-	√	-	√
	신체질환 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	√	-	√	-	√
	신체질환 예방을 위한 영양관리, 운동, 금연, 금주 등 건강습관 관련 프로그램	√	-	√	√	√
	건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	√	√	√	-	√
정신건강 관리지원	정신질환 치료에 관한 정보제공 및 안내	√	-	√	√	√
	정신질환 치료비용 지원	-	√	√	√	-
	외래치료를 위한 정신의료기관 안내 및 연계	√	-	√	√	√
	입원치료에 대한 구체적인 상담과 의사결정 지원	√	-	√	√	√
	거주자 요청시 정신의료기관 입원과정 동행	√	-	√	√	√
	거주자 요청시 정신의료기관 외래치료 동행	√	-	√	√	√
사회통합	당사자를 위한 인권교육	√	-	√	√	√
	동료상담서비스 안내 및 연계	-	-	√	√	√
	지역사회 자원봉사활동 참여 지원	√	-	√	√	√
	인식개선 활동 참여 지원	-	-	√	√	√
	당사자단체 참여 지원	-	√	√	-	√
	공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	-	-	-	√	√
기타	일상생활훈련 (위생관리, 정리정돈, 금전관리 등 자기관리)	-	-	-	√	-
	사회기술훈련 (대인관계에 필요한 기술 등)	-	-	-	√	-
	사회적응훈련 (사회적응 시 필요한 자원 활용 등)	-	-	-	√	-
	나들이 (1박 2일 캠프 등)	-	-	-	√	-
	지역사회전환시설 체험 서비스 (5일)	-	-	-	√	-
	안전교육 (화재, 재난 등의 상황 시뮬레이션 교육 및 훈련)	-	-	-	√	-
	자조모임 (동아리, 부서활동 등)	-	-	-	√	-

2. 기관 사전자가체크 및 평가위원회 평가 결과

기관실지조사의 일차 목적은 WHO QualityRights Tool Kit을 번안하여 한국형 툴킷을 개발하기 위해 타당도를 검증하는 데 있다. 따라서 평가위원회에서 일방적으로 기관을 평가하기보다 기관에서 사전 자가체크를 통해 툴킷이 해당 기관 유형에 적합한지 검토할 수 있도록 하였다. 이후 평가위원회에서 기관을 방문하여 예비조사 성격의 평가를 실시하였다.

기관에서 작성한 사전 자가체크 및 평가위원회가 평가등급을 부여한 결과가 아래 제시되어 있다. 전반적으로 기관에서 자가체크한 결과보다 평가위원회의 평가등급이 상대적으로 낮게 나타났다. 기관의 사전 자가체크 결과를 보면 테마2의 처방약물 관련 내용, 테마3의 사전의료지시서, 테마4 전기경련치료 등에 대해 해당사항이 없다고 평가하였으나, 평가위원회는 상기 내용 중 직접적인 약물처방과 관련한 항목만 정신재활시설에 해당 사항이 없을 뿐, 그 외는 인권문제가 발생할 가능성이 있는 사안에 대한 점검, 안내, 정보제공 등 사전 예방 지침과 관련이 있는 것으로 판단하였다. 따라서 해당사항이 없는 몇몇 기준(criteria)을 제외하더라도 상위 지표인 표준(standard)은 평가를 할 수 있기 때문에 모든 표준에 대해 평가를 하였다.

〈표 8-19〉 WHO QualityRights Tool Kit 기관 사전 자가체크 결과 : 표준 (Standard)

시설 코드	테마1 표준							테마2 표준					테마3 표준				테마4 표준					테마5 표준			
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	5.3	5.4
시설A	A/P	A/P	A/P	A/F	A/F	A/P	A/P	A/F	A/P	A/P	A/F	A/P	A/P	A/I	A/P	A/F	A/F	A/I	A/F	A/F	A/F	A/P	A/I	A/P	A/P
시설B	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	N/I	A/I	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	N/I	A/F	A/P	A/P	A/P	A/P	A/F
시설C	A/P	A/P	A/F	A/P	A/F	A/P	A/P	A/F	A/P	A/F	N/A	A/P	A/F	N/A	A/F	A/P	A/F	A/F	N/A	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F
시설D	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	N/A	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F
시설E	A/P	A/F	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	N/A	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F

〈표 8-20〉 WHO QualityRights Tool Kit 평가위원회 평가 결과 : 표준 (Standard)

시설 코드	테마1 표준							테마2 표준					테마3 표준				테마4 표준					테마5 표준				
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	5.3	5.4	
시설A	A/P	A/I	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/I	A/I	A/I	A/P	A/I	A/I	A/I	A/I	A/F	A/P	A/P	A/P	A/P	A/I	A/I	A/I	A/P	A/I
시설B	A/P	A/I	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/I	A/P	A/P	A/I	A/P	A/P	A/F	A/P	A/P	A/P	A/P	A/I	A/P	A/P	A/P	A/P
시설C	A/P	A/I	A/P	A/F	A/I	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/I	A/P	A/I	A/P	A/F	A/F	A/P	A/P	A/I	A/P	A/P	A/P	A/I	
시설D	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/P	A/F	A/P	A/P	A/P	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/P	A/P	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F
시설E	A/P	A/P	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/P	A/P	A/F	A/P	A/P	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/P	A/P	A/P	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F

아래 〈표 8-21〉에 5개 테마에 대해 각 기관의 사전 자가체크와 평가위원회 평가 결과가 제시되어 있다. 평가 결과를 제시함에 있어 ‘평균적 등급’의 의미가 매우 제한적이므로 이를 해석하는 데 주의가 필요하다. 다만 전반적인 경향을 살펴보기 위한 참고용으로 ‘완전실현’ 3점, ‘부분실현’ 2점, ‘실현시작’ 1점, ‘시도없음’ 0점으로 정량적 점수를 부여하고 평균을 내어 결과를 제시하였다. 먼저 기관 사전 자가체크의 경우 5개 기관 중 2개 기관은 해당 기관의 인권실현을 평균적으로 ‘부분실현(A/P)’으로 평가하였으며, 3개 기관은 ‘완전실현(A/F)’으로 평가하였다. 5개 기관은 평균적으로 기관의 인권실현 수준을 ‘완전실현(A/F)’으로 평가하고 있었다. 반면 평가위원회는 1개 기관은 ‘실현시작(A/I)’, 2개 기관은 ‘부분실현(A/P)’, 2개 기관은 ‘완전실현(A/F)’로 평가하였다. 5개 기관 평균적인 인권실현 수준은 ‘부분실현(A/P)’으로 평가하였다.

〈표 8-21〉 WHO QualityRights Tool Kit 기관 사전 자가체크 결과 : 테마 (Theme)

구분	테마1	테마2	테마3	테마4	테마5	평균적 등급
테마내용	적정한 수준의 생활을 유지할 권리	가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 차별로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리	
시설A	A/P	A/P	A/P	A/F	A/P	A/P
시설B	A/P	A/P	A/P	A/F	A/P	A/P
시설C	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F
시설D	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F
시설E	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F
평균적 등급	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F	A/F

〈표 8-22〉 WHO QualityRights Tool Kit 평가위원회 평가 결과 : 테마 (Theme)

구분	테마1	테마2	테마3	테마4	테마5	평균적 등급
테마내용	적정한 수준의 생활을 유지할 권리	가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리	법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리	고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 차별로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유	지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리	
시설A	A/P	A/I	A/I	A/P	A/I	A/I
시설B	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P
시설C	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P
시설D	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F
시설E	A/F	A/P	A/F	A/F	A/F	A/F
평균적 등급	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P	A/P

3. 평가위원회 주요 논의 결과

1) 테마1, '적정한 수준의 생활을 유지할 권리' 평가 지표

건물의 물리적 환경은 대부분 좋은 상태를 유지하고 있으나, 신체장애인 등이 이용하기에는 한계가 있었다. 엘리베이터가 있는 기관은 1개 기관에 불과했다. 생활 시설용 전용건물 형태로 운영되는 기관은 상대적으로 물리적 환경은 좋은 편에 속하였다. 하지만 지역사회 내에서 단독주택이나 다세대주택의 형태로 운영기관은 물리적 환경은 다소 열악해 보였다. 특히 주택공사와 임대계약을 맺고 건물을 이용하는 경우 유지보수를 요청해도 오랜 시간이 걸려 환경을 개선하는 데 오랜 시간이 걸린다는 의견이 있었다. 지역사회에서 멀리 떨어져 있고 대규모 생활시설용으로 운영되는 경우는 물리적 환경이 비교적 좋은 것으로 보이나, 지역사회에 속해 있으면서 소규모로 운영하는 기관들은 시설환경이 상대적으로 열악하다는 점을 파악할 수 있었다. 정부가 지역사회통합의 정책 기조를 강조하고 있으므로 지역사회내 거주형 재활시설에 대한 물리적 환경개선에 관심을 기울일 필요가 있어 보였다.

기관내 수면환경은 비교적 쾌적하다고 할 수 있지만, 사생활보장 측면에서는 충분한 수준으로 보장되고 있지 않은 것으로 평가되었다. 평가 대상기관 중 1인 1실이 마련된 곳은 없었다. 치료적 차원에서 1명보다는 2~3명이 함께 생활을 하는 것이 바람직하다는 기관의 의견이 있었다. 한편 실지조사를 실시한 모든 기관이 단체 생활을 해야 하기 때문에 취침, 기상 시간에 제한이 있었다. 1인 1실이 아니기 때문에 한 사람이 취침을 늦게 하면 다른 사람에게 영향을 미치게 된다는 기관의 설명이 있었다. 모든 사람들의 취침 기상 시간이 개별적으로 차이가 있기 때문에 일정 시간이 되면 공용 공간 이용을 제한하기도 하였다. 모든 사람들이 취침과 기상시간이 다르다는 점은 다시 말해 개별화된 취침, 기상시간의 고려가 필요하다는 것을 의미하기도 한다. 그럼에도 불구하고 기관의 입장에서는 시설이 공동으로 생활하는 공간이므로 타인에게 불편함을 주지 않기 위해 일률적인 취침, 기상시간을 적용하고 있었다. 관리적 측면에서 활용되는 것으로 볼 수 있다. 현재 한국의 정신건강서비스 체계에서 1인 1실은 자원의 한계로 현실화하는데 어려움이 있다. 그럼에도 불구하고 시설 이용자의 사생활 보장, 개별화된 접근을 위해 1인 1실 제공에 대해 장기적인 검토가 요구되며, 만약 치료적 측면에서 다인 1실을 지향해야 한다면 그 실

천적인 근거기반을 충분히 확보할 필요가 있다.

몇몇 기관은 기상시간이 매우 이른 경우가 있어 주간 활동에 어려움이 있지 않을까 우려되었다. 예를 들면 기상시간이 6시인 기관의 경우 너무 이른 기상 시간이 오히려 이용자들의 생활 리듬을 깨뜨려 낮잠을 유도하고, 그로 인한 불면증 호소, 수면제 처방, 수면 방해의 악순환을 초래할 가능성이 있을 것으로 논의되었다. 기상, 취침시간은 개인의 생활리듬을 충분히 고려하여 1~2시간 여유를 가지고 조정할 수 있는 융통성을 가지는 것이 필요해 보였다.

대부분의 시설에서 남성과 여성이 구분된 공간에서 생활하거나 남성위주의 시설이며 아동, 노인을 위한 구분된 공간이 마련되어 있지 않았다. 현실적으로 기관에서 제공가능한 서비스를 고려한다면 성인 여성과 남성, 혹은 성인 남성만을 대상으로 거주서비스를 제공하는 것이 바람직할 것이다. 하지만 남녀노소 누구나 서비스 이용이 가능한 환경이 준비된 후 성인 남성, 성인 여성들이 서비스를 이용하는 것과, 처음부터 제한된 대상만 서비스 이용이 가능하도록 제한되어 있는 것은 다른 차원의 논의가 필요하다. 실지조사 기관 중 일부 기관은 19세 미만 청소년, 65세 이상 노인이 서비스를 이용하는 기관도 있었다. 기관에서는 연령대를 고려하여 방을 배정한다는 의견도 있었으나, 이것이 기관의 운영지침으로 마련되어 있지 않고 실무자의 판단에 의해 결정되고 있으므로 임의적인 지침이 될 수 있다. 따라서 평가위원회는 남녀노소 누구나 서비스를 이용할 수 있는 여건을 마련하는 것이 선행되어야 한다는 입장을 견지하고 테마1을 평가하였다.

이용자의 자유로운 지역사회와의 교류나 자유로운 개인생활 유지의 권리는 일부 기관에서 치료적 목적으로 제한되고 있었다. 예를 들어 중독자재활시설은 중독을 촉발하는 환경과의 차단이 치료적 목적으로 요구되기 때문에 실무자의 판단 하에 일정기간 지인과의 접촉을 차단하고 있었다. 평가위원들은 위와 같은 기관의 입장을 충분히 이해할 수 있었다. 그럼에도 불구하고 통제보다는 개인의 자율적 동기를 강화하는 노력이 선행되어야 한다고 판단하여, 치료적 목적이라 하더라도 개인의 자유로운 지역사회 참여활동을 통제하는 것은 지양할 필요가 있다고 보았다.

2) 테마2, '가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리' 평가 지표

신체장애인이 차별없이 서비스를 이용할 수 있는지에 대해 일부 기관은 신체장애

인도 해당 기관을 이용할 수 있다고 하였으나, 일부 기관은 신체장애인이 기관에서 생활하기에는 한계가 있다고 응답하였다. 공통점은 아직까지 신체장애인이 기관서비스를 이용하겠다고 방문한 적이 없다는 점이었다. 신체장애와 정신장애가 모두 있는 중복장애인의 존재 가능성을 고려하면 중복장애인에 대한 사회적 관심이 필요해 보였다. 노인의 경우도 마찬가지였다. 기관 특성상 단기거주를 통해 지역사회로의 통합을 지향하는 기관은 기관목적에 따라 서비스이용 대상을 60세로 제한하기도 하였다. 이 역시 기관의 주관적인 판단에 의해 서비스이용을 제한하는 것이라 볼 수 있다. 수화서비스가 필요한 경우는 모든 기관에서 직접 서비스를 제공할 수 있도록 수화통역사를 채용하도록 할 수는 없다. 이러한 경우 연계 가능한 네트워크 자원을 활용할 수 있으나 그러한 자원네트워크가 체계적으로 구축되어 있지 않았다. 기관에서 제공할 수 있는 서비스의 한계, 기관실무자의 자의적 판단, 자원네트워크 체계 미흡 등의 사유로 장애, 연령, 성별 등에 따른 서비스 이용의 차별이 불가피하게 발생하고 있는 것으로 판단하였다.

기관 실무자들은 UN 장애인권리협약(CRPD)에 대해 들어본 적이 없거나, 들어봤다고 해도 그 내용에 대해 상세하게 교육훈련을 받은 경험이 없었다. 이용자 인권보장과 관련하여서는 기관운영 차원의 시·도 지침, 또는 국가인권위원회 차원의 포괄적인 인권지침을 준수하고 있는 것으로 보였다. 기관에 따라 별도의 지침을 마련하고 있기도 했지만, UN 장애인권리협약(CRPD) 내용을 고려한 세부적인 인권지침이 마련되어 있지는 않았다. 즉, 국제적인권기준에 대한 정보가 부족하여 현실적으로 준수해야만 하는 기본적인 인권수준을 유지하고 있는 것으로 판단되었다. 정부 지침을 잘 준수하면 기관차원에서는 이용자의 인권을 보장하고 있다고 생각할 수 있다. 국제적 인권기준에 부합하는 서비스 제공을 위해서는 실무자 및 이용자를 포함하여 정신건강서비스 체계 이해당사자들에 대한 UN 장애인권리협약(CRPD) 교육훈련 체계를 마련할 필요가 있겠다.

기관은 정부 및 지자체 지침에 따라 시행해야 하는 프로그램, 서비스를 실시하고 있다. 그러나 대규모 시설의 경우 직원수 부족으로 개별화된 서비스 제공이 어려운 한계가 있었다. 소규모 시설은 사례관리자가 이용자 한 사람 한 사람에게 맞춤형으로 서비스를 제공하고 있지만, 대규모 시설은 사례관리가 거의 불가능한 수준이었다. 평가위원회는 이는 기관의 문제라기보다는 기관운영에 대한 정부지원의 부족에 원인이 있다고 파악하였다. 따라서 서비스 이용자의 개별화된 프로그램, 서비스 제

공을 위해서는 인력지원의 현실화는 불가피하게 논의될 수밖에 없다.

기관은 ‘사전의료지시서’에 대한 개념이 거의 없는 것으로 파악되었다. 사전의료지시서가 무엇인지 의미를 파악하지 못하는 기관이 있는가 하면, 무엇인지 대략적으로 이해는 하지만 그 필요성을 잘 느끼지 않는다는 의견이었다. 필요성을 인식하지 못하는 경우는 위기 상황이 되면 이용자에게 어느 병원을 가고 싶은지, 어떻게 대우해 주면 좋을지 물어보고 결정을 하기 때문이라고 설명했다. 그럼에도 불구하고 급박한 위기 상황에 이용자가 의사소통이 불가하면 어떻게 할지 물어보니 그때는 보호자에게 연락하여 보호자가 결정하도록 한다는 응답이었다. 이러한 내용을 살펴보면 기관의 입장에서는 이용자에게 사전에 동의를 구하고 서비스를 제공하는 것으로 보이지만, 최종적으로 의사결정이 어려운 상황이 되면 보호자나 직원이 임의적으로 결정을 하게 될 가능성이 있다고 판단된다. 다른 한편으로 사전의료지시서에 대한 개념을 알지 못했던 기관들은 이번 조사를 통해 사전의료지시서의 필요성에 대해 인식하게 되었다는 의견도 있었다. 평가위원회는 국제수준의 인권실현을 위해 사전의료지시서 또는 사전의향지시서의 도입이 필요하다는 것에 합의하였다.

적정한 약물관리와 관련하여 조사대상이 된 기관 모두 비의료기관이었기 때문에 약물처방에 대해서는 해당사항이 없었다. 하지만 모든 기관에서 이용자가 약물을 투약하지 않으면 시설이용이 불가능한 것으로 보고되었다. 툭킷은 약물치료를 대체하거나 보완할 수 있는 치료선택사항에 대한 정보를 제공하는지 평가하고 있다. 즉 약물치료를 ‘대체’하는 것에 대한 가능성을 열어놓고 있으나 우리나라의 거주형 재활 시설은 약물치료의 ‘대체’ 방안에 대해 논의조차 불가능하다. 그 이유는 지자체 지침을 준수해야 하기 때문인 것으로 파악되었다. 보건복지부 지침에는 약물투약을 하지 않으면 기관이용이 불가하다는 내용이 없으나, 지자체 차원에서 이용자는 ‘투약에 협조적이어야 한다’는 지침이 있어 기관은 약물투약의 대체 방안에 대한 고려조차 하지 않는 것이다. 정부 및 지자체 공무원들도 국외에서 시도되고 있는 다양한 정신건강서비스에 대해 학습하고 서비스제공의 패러다임을 전환하는 노력을 시도할 필요가 있겠다.

평가위원회는 약물을 투약하지 않을 경우 정신과적 증상으로 인한 위험상황 발생의 책임을 기관에게 전가하는 것이 이용자의 자율적인 치료·서비스 선택 및 대안적 프로그램의 시도를 막는 원인이 된다고 평가하였다. 거주시설에서 이용자가 정신과적 증상으로 사고가 발생할 경우 모든 책임이 기관에 전가되고 있어 기관 입장에서

는 관리와 통제 수단을 더 활용할 수밖에 없는 기제가 작동하는 것이다. 이에 대한 대안으로 기관에게는 양질의 서비스를 제공하는 의무만 부과하되 이용자와 계약한 개별화된 서비스를 충실히 제공했을 때에는 정신과적 증상으로 인해 발생한 사건·사고에 대해 기관에 책임을 부과하지 않는 방안을 구체적으로 마련하는 것을 고려해 볼 수 있다.

생식건강과 관련하여 기관들은 성교육으로 국한하여 이해하는 경우가 많았다. 최근 사회적으로 성폭력 문제가 이슈화되어 기관에서도 장애인 상호간 성 문제가 발생하지 않도록 교육하고 있다는 응답이었다. 가족계획이나 피임, 성기능 관리, 생식기 위생관리 등과 관련한 보다 포괄적인 생식건강서비스 체계를 마련할 필요가 있어 보인다.

3) 테마3, ‘법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리’ 평가 지표

시설에 입소하는 이용자는 대부분 자신의 의지보다는 가족에 의해 입소하는 경우가 많다는 의견이 있었다. 기관에 입소하기 위해서는 본인 동의가 필요한데, 완전한 개인의 자율적 선택으로 시설에 입소하기보다는 가족 설득에 의해 본인동의를 하고 입소하는 경우가 많은 것이다. 이용자 선택에 의해 기관을 입·퇴소하는 것은 현실적으로 매우 어렵다는 의견이었다. 왜냐하면 퇴소하여 지역사회로 나갈 경우 여전히 보호자의 재정지원을 받아야 하기 때문이다. 지역사회에서 생활하기 위한 재정을 가족이 책임지고 있기 때문에 이용자의 완전한 자율적 선택에 의한 입·퇴소가 어려운 것이다. 국제인권기준에 따라 이용자의 선택을 최우선으로 하기 위해서는 지역사회에 대한 정부재원 투입을 확대하고 자원활용 연계가 더욱 강화되어야 할 것으로 평가되었다.

테마3의 내용 중에는 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있는지 검토하는 항목이 있다. 기관들은 사전동의 없이 구금, 치료하는 것은 금지되어 있기 때문에 논의 자체가 되지 않는다고 판단하고 있었다. 하지만 해당 평가항목은 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료를 시행하고 있는지 그 여부에 대해 평가하는 것이 아니라 그것을 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있는지 평가하는 내용이다. 기관들은 사전동의 없이 진행되는

구금, 치료에 대해서는 그것이 불가하다고 명확하게 응답하였으나, 그것을 예방하기 위한 절차 또는 그것이 발생했을 때 이의제기할 수 있는 절차가 안내되고 있는지에 대해서는 명확한 응답을 하지 못하고, ‘지침에 있는 거 같은데...’라고 답변하는 경우가 많았다. 너무나 당연한 것이기 때문에 검토대상 자체가 되지 않는다고 판단하여 해당내용을 위반했을 때 대응절차가 명확히 마련되어 있지 않은 것으로 판단되었다. 이는 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료에 대한 구체적 이해가 부족하여 사안이 불명확하거나, 심각하지 않은 경우는 사전동의 없는 구금, 치료가 행해질 가능성을 배제할 수 없음을 의미한다.

개인기록을 열람할 권리에 대해 대부분의 기관이 이용자에게 그러한 권리가 있다고 응답하였다. 그러나 이용자에게 개인기록을 열람할 권리에 대해 충분히 고지하고 있는지에 대해서는 기관마다 다른 의견을 보였다. 일부기관은 개인사례관리 내용을 보고서로 기록한 후 최종적으로 이용자에게 서명을 받음으로써 이용자가 직접 자신의 기록을 확인할 수 있는 절차를 마련해 두고 있었다. 그러나 또 다른 기관에서는 개인상담 내용을 당사자와 공유하는 것이 아니라 치료목적으로 보호자와 공유한다고 하였다. 평가위원회는 기본적으로 개인기록에 대해서는 개인에게 열람 권리를 충분히 고지하고, 보호자에게 상담내용을 공유할 때는 당사자의 동의를 구하고 정보를 공유하는 것이 개인의 권리를 실현하는 것이라고 판단하였다.

4) 테마4, ‘고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유’ 평가 지표

기관들은 격리, 강박이 금지되어 있기 때문에 당연히 하지 않는다고 판단하여 높은 등급으로 해당 항목들을 평가하였다. 또한 조사대상이 된 기관들이 모두 비의료 기관이므로 전기경련치료, 정신외과, 의료기술 등에 대해 해당사항이 없다고 보았다. 하지만 해당 문항은 ‘기관·시설 내외 무관하게’라는 전제를 제시하고 있으므로 평가위원회는 이를 고려하여 상기 항목에 대해 모든 기관이 평가대상이 된다고 판단하였다. 기관내부에서는 당연히 법적으로 의료서비스 제공이 불가하지만, 기관외부의 의료기관으로 의뢰될 경우 사전동의없이 의료기술이 이루어질 수 있다고 논의되었다.

연구·조사와 관련하여 모든 기관이 사전동의 하에 설문조사 등을 실시하고 있으

며, 실제로 본인이 동의하지 않으면 연구·조사가 불가하다고 답하였다. 다만 기관마다 독립된 윤리위원회가 설치된 것은 아니기 때문에 이용자를 대상으로 하는 연구 조사에 대해 윤리위원회의 승인을 받는지 여부에 대한 평가는 현재 상황에서 불가한 것으로 평가되었다. 그럼에도 불구하고 국제인권기준의 부합여부를 평가하기 위해서는 해당 항목을 삭제하기보다 유지·평가함으로써 장기적으로는 기관별로 윤리위원회를 설치하도록 권고할 필요가 있어 보인다.

고문, 비인도적 대우, 학대에 대해서는 아예 그러한 일이 발생하지 않기 때문에 학대 예방을 위한 안전장치가 필요하지 않다고 보는 기관이 있었다. 그러나 이 역시 학대를 하지 않는 것도 중요하지만, 학대를 예방하기 위한 절차 또는 학대가 발생했을 때 어떻게 대처해야 하는지에 대해 안내하는 것과는 별개로 평가될 필요가 있다. 모든 기관이 국가인권위원회 진정함 설치가 의무라는 점을 알고 있으며 실제 진정함을 설치해 두었다. 그러나 국가인권위원회 진정함의 설치 및 관리에는 차이가 있었다. 일부 기관은 진정함 내용을 검열하고 대부분 증상적 차원으로 판단하기도 하고, 일부 기관은 편지봉투와 우표까지 진정함 옆에 마련하여 비밀보장이 되는 상황에서 인권위 진정이 가능하게 관리하는 기관도 있었다. 그러나 아직까지 인권위 진정함을 이용한 당사자는 없었다고 했다. 대부분의 기관이 이용자의 이의제기, 고충 처리 절차에 대해 충분한 정보를 제공하지 못하고 있는 것으로 보였다. 이용자가 이의제기를 할 경우 기관에서 법률적 대리인에 대한 접근권을 보장하는지 평가하고 있으나, 우리나라의 정신건강서비스 체계는 법률적 대리인 자원이 매우 부족하기 때문에 기관 차원에서는 해당사항에 대한 인권보장을 충분히 실행할 수 없으며 그에 따라 이용자에게 충분한 정보를 제공하기 어려운 것으로 파악되었다.

평가위원회는 지역사회 환경과 차단되고, 상대적으로 자율성이 통제되는 상황에서 고문, 학대 예방에 대한 안전장치가 마련되어 있는지 확인하는 것 자체가 어렵다고 보았다. 고문, 비인도적 대우, 학대에 대해서는 평가위원회에 더 많은 권한이 주어졌을 때 세밀한 평가가 가능할 것으로 판단하였다.

5) 테마5, ‘지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리’ 평가 지표

기관의 입장에서는 이용자들이 지역사회에서 통합되어 살아갈 수 있도록 적극적으로 지원하고자 하는 의사를 표현하였다. 그러나 지역사회자원 부족으로 이용자들

이 지역사회에서 독립적으로 살아가기에는 많은 제약이 따르는 것으로 평가되었다. 결론적으로 이용자들이 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리는 단순히 기관만의 노력으로는 불가하며 이용자와 가족, 기관, 지역사회 그리고 정부의 노력이 동반되어야 한다.

중독자재활시설은 치료적 차원에서 지역사회와 자유롭게 교류하는 것에 대해 제약을 하는 경우가 많았다. 궁극적인 치료효과를 기대하기 위해서는 타율적 통제보다는 자율적 통제가 우선되어야 할 것으로 논의되어, 아무리 치료적 차원이라 하더라도 통제의 수단은 지양되는 것이 바람직하다고 평가하였다.

4. 한국형 WHO QualityRights Tool Kit

기관 사전 자가체크와 기관방문을 통한 기관장, 실무자, 이용자 인터뷰, 그리고 평가위원회의 종합적 논의를 거쳐 최종적으로 한국형 QualityRights Tool Kit을 개발하였다. 초기 번안 내용에서 수정된 주요 내용은 다음과 같다. 먼저 ‘치료’ 용어를 필요한 경우 ‘치료·서비스’로 수정하였다. 치료라는 용어를 의료적 용어로만 해석할 수 있기 때문이다. 본 툴킷은 의료시설 뿐만 아니라 다양한 정신건강서비스 제공기관에 적용가능한 툴킷이라는 점을 고려하여 ‘치료’의 용어를 문맥을 고려하여 ‘치료·서비스’로 수정하였다. ‘사전의료지시서’를 ‘사전의향지시서’로 수정하였다. 이용자가 의사결정능력이 제한될 때 필요한 서비스는 의료서비스에 국한되지 않으므로 좀 더 포괄적인 개념을 적용하여 ‘사전의향지시서’로 수정하였다. ‘성·생식건강’의 용어를 의미가 좀 더 명확하게 전달될 수 있도록 ‘생식건강(출산, 피임, 성건강 등)’으로 부연설명을 추가하여 수정하였다. ‘후원자’ 용어를 ‘후원자(지원자)’로 수정하였다. 후원자는 우리나라에서 대체로 재정적인 지원을 하는 사람으로 이해되기 때문에 용어에 부연설명을 추가하여 수정하였다. 그 외 문맥 수정이 필요한 부분을 전반적으로 수정하였다.

〈표 8-23〉 한국형 QualityRights Tool Kit 개발 최종안

한국형 QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 평가 항목	수정 반영 내용
1. 적절한 수준의 생활을 유지할 권리 (UN 장애인권리협약 제28조)	
1.1. 건물이 물리적으로 좋은 상태를 유지하고 있다.	
1.1.1 건물 보수 상태가 양호하다(예: 깨진 창문이 없고 벽 페인트 칠이 벗겨지지 않음).	
1.1.2 신체장애(지체, 시각, 청각장애 등)가 있는 이용자가 건물을 이용할 수 있다.	
1.1.3 건물의 조명(인공 및 채광)과 난방, 환기 등이 편안한 생활환경을 제공한다.	
1.1.4 화재 위험으로부터 이용자를 보호하는 조치가 마련되어 있다.	
1.2. 이용자의 수면환경은 편안하고 충분한 사생활을 보장한다.	
1.2.1 수면구역은 이용자 1인당 충분한 생활공간을 제공하며 붐비지 않는다.	
1.2.2 남녀는 물론 어린이와 노인도 분리된 침실공간이 있다.	
1.2.3 이용자는 취침 시간과 기상시간을 자유롭게 선택할 수 있다.	
1.2.4 수면구역은 이용자의 사생활을 보장한다.	
1.2.5 이용자에게 깨끗한 담요와 침구가 충분히 제공된다.	
1.2.6 이용자는 개인물품을 소지할 수 있고, 잠금장치가 있는 보관 장소를 가지고 있다.	
1.3. 기관·시설이 위생 및 청결 요건을 충족한다.	
1.3.1 목욕실과 화장실이 깨끗하고 제대로 작동하고 있다.	
1.3.2 목욕실과 화장실은 사생활이 보장되며, 남녀시설이 구분되어 있다.	
1.3.3 이용자는 필요할 때 자유롭게 목욕실과 화장실을 이용할 수 있다.	
1.3.4 와상이거나, 이동이 어렵거나, 그 외 신체적 장애가 있는 이용자의 목욕 및 배변 활동을 위한 지원이 마련되어 있다.	
1.4. 이용자는 그들의 필요와 기호에 맞는 음식, 안전한 식수, 의복을 제공받고 있다.	
1.4.1 좋은 음식과 안전한 식수가 충분히 제공되며, 이용자의 문화적 선호와 건강 관리에 적합하게 제공되고 있다.	
1.4.2 음식은 적절한 환경에서 조리되어 제공되고, 식사 장소는 문화적으로 적절하며, 음식은 지역사회 식사문화를 고려하여 제공된다.	
1.4.3 이용자는 자신만의 옷과 신발이 있다(평상복, 잠옷).	
1.4.4 본인 옷이 없는 이용자에게는, 자신의 문화적 선호에 부합하고 날씨에 적합한 양질의 의복을 제공한다.	
1.5. 이용자는 자유롭게 의사소통(통신)을 할 수 있고, 사생활 권리를 존중받고 있다.	
1.5.1 이용자는 검열 없이 전화, 편지, 이메일, 인터넷을 자유롭게 이용할 수 있다.	
1.5.2 대화와 소통에서 이용자의 사생활을 존중한다.	
1.5.3 이용자는 자신이 선택한 언어로 의사소통할 수 있고, 이용자가 자신의 욕구를 표현할 수 있도록 지원한다(통역 등).	

한국형 QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 평가 항목	수정 반영 내용
1.5.4 이용자는 방문객을 만날 수 있고, 자신의 선택에 따라 방문객을 맞이할 수 있으며, 방문은 적절한 시간 내 언제든지 가능하다.	
1.5.5 이용자는 기관·시설 주변을 자유롭게 이동할 수 있다.	
1.6. 기관·시설은 이용자들에게 적극적인 참여와 상호작용을 촉진하는, 따뜻하고, 편안하고, 활기찬 환경을 제공한다.	
1.6.1 가구가 넉넉하고, 편안하며 상태가 좋다.	
1.6.2 기관·시설의 배치는 이용자, 직원, 방문객 간 상호작용에 도움이 된다.	
1.6.3 기관·시설은 이용자가 서로 만나고 참여할 수 있는 여가활동을 위해 필요한 자원(장비 포함)을 제공한다.	
1.6.4 기관·시설 내에 이용자의 여가를 위해 지정된 공간이 있다.	
1.7. 이용자는 의미있는 개인생활 및 사회생활 을 영위할 수 있고, 지역사회 내 활동과 생활에 계속 참여할 수 있다.	'개인 및 사회생활'을 '개인생활 및 사회생활'로 수정
1.7.1 이용자는 이성 회원을 포함한 다른 이용자와 교류를 할 수 있다.	
1.7.2 결혼식, 장례식 참석과 같은 개인적 요청 사항은 직원과 협의하여 진행한다.	
1.7.3 정기적이고 조직화된 다양한 활동들이 기관·시설 내부와 지역사회에서 이용자에게 의미 있고 연령에 적합한 방식으로 제공된다.	
1.7.4 직원들은 지역사회 활동에 대한 정보를 이용자에게 제공하고 활동 참여가 가능하도록 지원한다.	
1.7.5 직원들은 기관·시설 밖에서 제공되는 다양한 여가활동(영화, 음악감상 등)에 이용자들이 쉽게 참여할 수 있도록, 기관 내로 초청하여 기관 안에서도 참여할 수 있는 기회를 마련한다.	'마련하기도 한다'를 '마련한다'로 수정
2. 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제25조)	
2.1. 치료·서비스와 지원이 필요한 모든 사람들이 기관·시설을 이용할 수 있다.	
2.1.1 그 누구도 인종, 성별, 언어, 종교, 정치 성향 또는 다른 신념, 다른 사회적 배경, 자산, 장애, 출생, 연령 등 기타 신분의 이유로 기관·시설 또는 치료·서비스 접근이 거부되지 않는다.	중복된 '또는' 삭제 '치료'를 '치료·서비스'로 수정
2.1.2 정신건강치료를 요구하는 모든 사람은 이 기관·시설에서 서비스를 이용하거나 다른 기관·시설로 의뢰될 수 있다.	
2.1.3 그 누구도 인종, 성별, 언어, 종교, 정치 성향 또는 다른 신념, 다른 사회적 배경, 자산, 장애, 출생, 연령 등 기타 신분의 이유로 이 기관·시설에 입소(원), 치료·서비스 , 거주 의 우선권이 주어지지 않는다	중복된 '또는' 삭제 '치료'를 '치료·서비스'로 수정
2.2. 기관·시설에 숙련된 직원들이 있고, 양질의 정신건강서비스를 제공한다.	
2.2.1 직원들은 (이용자의) 지역사회에서 독립적인 생활과 사회통합을 위해, 이용자와 이용자 지인 및 가족, 돌봄제공자에게 상담, 심리사회적 재활, 정보, 교육, 지원 등을 제공할 수 있는 다양한 기술을 충분히 갖추고 있다.	
2.2.2 직원들은 (이용자의) 지역사회에서의 독립생활과 사회통합 증진을 위해 필요한 지역사회서비스와 자원의 역할과 이용가능성에 대해 잘 알고 있다.	

한국형 QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 평가 항목	수정 반영 내용
2.2.3 이용자는 그들이 원할 때 정신의학과 전문의나 그 외 정신건강전문가와 상담할 수 있다.	
2.2.4 기관·시설에 정신과약물 처방 및 처방검토가 가능한 전문훈련을 받은(면허소지자, 정신건강전문요원 등) 직원이 있다.	'면허소지'를 '면허소지자, 정신건강전문요원 등'으로 부연설명 추가하여 수정
2.2.5 직원들은 정신장애인의 권리에 관한 교육훈련 및 문서화된 자료를 제공받았으며, CRPD를 포함한 국제인권기준에 대해 잘 인지하고 있다.	
2.2.6 이용자는 서비스 제공 및 개선에 관한 자신의 의견을 표현할 수 있는 방법에 대해 안내받고, 필요하다면 언제든지 그것을 이용할 수 있다.	
2.3. 치료, 심리사회적 재활, 지원네트워크와 연계, 그 외 서비스들은 이용자 주도 회복 계획의 요소들이며, 이용자가 지역사회에서 독립생활을 할 수 있는 역량에 기여한다.	
2.3.1 개별 이용자는 회복을 위한 사회적, 의료적, 취업 및 학업 목적·목표가 포함된 종합적이고 개별화된 회복계획이 있다.	
2.3.2 회복계획은 이용자가 주도하고, 돌봄에 관한 자신의 선택과 선호를 반영하며, 계획 수립 직후 바로 실행되며, 이용자와 직원이 정기적으로 점검하여 계획을 지속적으로 수정보완한다.	
2.3.3 회복계획의 일환으로 이용자에게 사전의향지시서를 작성할 것을 권장한다. 사전의향지시서 에는 미래 어떤 시점에 자신의 선택을 전달할 수 없을 때를 대비하여, 자신이 원하거나 원하지 않는 치료·서비스 및 회복 방법을 명시한다.	'사전의료지시서'를 '사전의향지시서'로 수정 '치료'를 '치료·서비스'로 수정
2.3.4 이용자에게 각각 고용, 교육 기타 분야에 필요한 기술을 개발시킴으로써 자신이 선택한 사회적 역할(직장 기타 사회적 역할)을 수행하는데 필요한 심리사회적 프로그램에 참여할 수 있다. 기술 개발은 개인의 회복 선호(본인의 욕구)에 맞춘 것이고, 삶의 질과 자기 돌봄 기술을 향상시키는 것을 포함할 수 있다.	
2.3.5 (기관·시설은) 이용자들이 지역사회 내 독립생활 영위를 위해 사회적 지지망을 만들고 그들과 지속적으로 연락을 유지하는 것을 격려한다. 기관·시설은 이용자들이 원하는 선에서 이용자들이 가족, 친구들과 연락할 수 있도록 지원한다.	
2.3.6 기관·시설은 이용자를 일반의료체계, 2차 진료와 같은 다른 차원의 정신건강서비스, 지원금, 주거, 취업연계서비스, 주간돌봄센터, 지원주거돌봄 등과 같은 지역사회 서비스들과 연계한다.	
2.4. 기관·시설은 이용자에게 적절한 가격의 정신과약물 을 제공하고, 약물은 적절하게 사용된다.	'정신과약물(항정신성약물)'을 '정신과약물'로 수정
2.4.1 적절한 정신과약물(국가 필수 의약품 목록에 명시된 약물)을 기관·시설에서 제공하거나 처방할 수 있다.	
2.4.2 기관·시설에는 이용자가 필요에 맞는 충분한 양의 필수 정신과약물을 보유하고 있다.	'필수(주요)'를 '필수'로 수정
2.4.3 약물의 종류와 복용량은 항상 이용자의 임상 진단에 적합하게 정해지며, 정기적으로 점검된다.	
2.4.4 이용자는 제공되는 약물의 목적과 잠재적인 부작용에 대한 정보를 제공받고 있다.	
2.4.5 이용자는 심리치료와 같이 약물치료를 대체하거나 보완할 수 있는 치료선택지에 대한 정보를 제공받아 알고 있다.	

한국형 QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 평가 항목	수정 반영 내용
2.5. 전반적인 건강과 생식건강(출산, 피임, 성건강 등) 을 위한 적절한 서비스가 제공되고 있다.	'성·생식건강'을 '생식건강(출산, 피임, 성건강 등)'으로 수정하고 부연설명 추가
2.5.1 이용자는 기관·시설에 입소(원)할 때와 이후 정기적으로 건강검진 및/또는 특정 질병에 관한 검진을 받을 수 있다.	
2.5.2 백신 접종과 같은 일반적인 건강 관련 문제에 대한 치료가 기관·시설에서, 또는 의뢰를 통해 제공된다.	
2.5.3 기관·시설에서 제공할 수 없는 외과적 또는 의료 시술이 필요한 경우, 이용자가 적시에 해당 건강서비스를 제공받을 수 있도록 의뢰할 수 있는 체계를 갖추고 있다.	
2.5.4 기관·시설에서 정기적인 건강교육과 홍보를 실시한다.	
2.5.5 기관·시설에서는 이용자에게 생식건강(출산, 피임, 성건강 등) 과 가족계획 관련 정보에 대해 알리며 조언을 주고 있다.	'성·생식건강'을 '생식건강(출산, 피임, 성건강 등)'으로 수정하고 부연설명 추가
2.5.6 전반적인 건강 및 생식건강(출산, 피임, 성건강 등) 관련 서비스는 이용자들에게 자유의사에 따른 사전 동의와 함께 제공된다.	'성·생식건강'을 '생식건강(출산, 피임, 성건강 등)'으로 수정하고 부연설명 추가
3. 법률적 행위를 할 권리, 개인적인 자유와 안정을 누릴 권리 (UN 장애인권리협약 제 12조, 제14조)	
3.1. 치료·서비스 제공 장소와 방법에 대해서는 이용자의 선택(선택) 가 언제나 가장 우선이 된다.	치료에 대한 부연설명 삭제 '치료'를 '치료·서비스 제공'으로 수정 '선택'을 '선택(선택)'로 수정
3.1.1 서비스 이용과 관련된 모든 의사결정에서 가장 높은 우선순위는 이용자의 선택(선택) 에 둔다.	'선택'을 '선택(선택)'로 수정
3.1.2 지역사회 내 생활을 할 수 있게끔 이용자의 탈시설(퇴소, 퇴원)을 위해 모든 노력을 기울인다.	
3.1.3 치료·서비스 및 회복 계획에 관한 모든 의사결정에서 가장 높은 우선순위는 이용자의 선택(선택) 이다.	'치료'를 '치료·서비스'로 수정 '선택'을 '선택(선택)'로 수정
3.2. 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행되는 구금, 치료·서비스 를 막기 위한 절차와 보호장치가 마련되어 있다.	'치료'를 '치료·서비스'로 수정
3.2.1 입소(원) 및 치료·서비스 는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의 후 진행한다.	'치료'를 '치료·서비스'로 수정
3.2.2 직원들은 치료·서비스 제공 시 이용자의 사전의향지시서 를 존중한다.	'치료'를 '치료·서비스'로 수정 '사전의료지시서'를 '사전의향지시서'로 수정
3.2.3 이용자는 치료·서비스 를 거부할 권리가 있다.	'치료'를 '치료·서비스'로 수정
3.2.4 이용자의 자유의사에 따른 사전동의 없이 진행된 기관·시설 내 치료·서비스 혹은 강제입소(원) 은 모두 기록되며, 관계당국(경찰 등)에 신속히 신고(보고)된다.	'치료'를 '치료·서비스'로 수정 '강제입원'을 '강제입소(원)'로 수정

한국형 QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 평가 항목	수정 반영 내용
3.2.5 자유의사에 따른 사전동의 없이 기관·시설에 강제입소(원) 되거나 기관·시설에서 치료·서비스 를 이용 중인 이용자에게는 이에 대한 이익제기(항소) 절차가 안내되고 있다.	'강제입원'을 '강제입소(원)'로 수정 '치료'를 '치료·서비스'로 수정
3.2.6 기관·시설은 자유의사에 따른 사전동의 없이 기관·시설에 강제입소(원) /치료된 이용자들이 이익제기(항소) 절차를 밟고 법적 대리인을 구할 수 있도록 지원한다.	'강제입원'을 '강제입소(원)'로 수정
3.3. 이용자 스스로 자신의 권리를 행사할 수 있고, 그 과정에서 필요한 지원 을 받을 수 있다.	'필요할 수 있는 지원'을 '필요한 지원'으로 수정
3.3.1 직원들은 이용자들이 정보를 이해하고 의사결정과 선택을 할 수 있는 권리와 행위능력이 있음을 항상 인식하면서, 이용자를 존중하는 태도로 상호작용한다.	
3.3.2 이용자의 권리에 대한 명확하고 종합적인 정보가 이용자에게 서면과 구두로 제공된다.	
3.3.3 사정 , 진단, 치료·서비스 및 회복과정에 대해 이용자가 명확하고 포괄적으로 이해하고 결정할 수 있도록 다양한 선택사항을 제공한다.	'평가(사정)'을 '사정'으로 수정. '치료'를 '치료·서비스'로 수정 전반적 문구수정
3.3.4 이용자는 입소(원), 치료·서비스, 그리고 일상상의 문제, 법률문제, 재정문제 기타 사무와 관련된 의사결정과정에서 자신이 선택한 지원자(후원자) 혹은 인적 네트워크를 지정하고, 이들과 상의할 수 있다. 또한 직원들은 이런 지원자(후원자)의 역할을 인식하고 이들을 존중한다.	'후원자'를 '지원자(후원자)'로 수정
3.3.5 직원들은 이용자가 지정한 지원자(후원자) 또는 인적 네트워크가 이용자의 결정을 대신 전달할 수 있는 권한이 있음을 존중한다.	'후원자'를 '지원자(후원자)'로 수정
3.3.6 지원의사결정이 지배적인 모델이며, 대리의사결정은 지양한다.	
3.3.7 이용자에게 의사결정 지원자(후원자) 또는 인적 네트워크가 없고 이용자가 이를 지정하기를 원하는 경우, 기관·시설은 이용자가 적절한 지원을 받을 수 있도록 돕는다.	'후원자'를 '지원자(후원자)'로 수정
3.4. 이용자는 비밀을 보장받을 권리와 그들의 개인기록을 열람할 권리가 있다.	
3.4.1 이용자별로 비밀유지가 보장되는 개인별 기록이 마련되어 있다.	
3.4.2 이용자는 본인의 문서기록정보를 볼 수 있다.	
3.4.3 이용자에 대한 정보는 기밀로 유지된다.	
3.4.4 이용자는 본인의 문서기록에 서면으로 자신의 정보, 의견을 검열없이 추가할 수 있다.	'정보, 자신의 의견'을 '자신의 정보, 의견'으로 수정
4. 고문 또는 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우와 처벌로부터의 자유 및 착취, 폭력과 학대로부터의 자유 (UN 장애인권리협약 제15조, 제16조)	
4.1. 이용자는 언어적·정신적·신체적·성적 학대 및 신체적·정서적 방임으로부터 자유로울 권리가 있다.	
4.1.1 직원들은 인간미, 존엄, 존경의 태도로 이용자를 대한다.	
4.1.2 어떠한 이용자도 언어적·신체적·성적·정신적 학대 의 대상이 되지 않는다.	'학대'를 '학대'로 수정
4.1.3 어떠한 이용자도 신체적·정서적으로 방임되지 않는다.	
4.1.4 모든 학대 및 방임 상황을 예방하기 위해 적절한 조치가 마련되어 있다.	

한국형 QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 평가 항목	수정 반영 내용
4.1.5 직원들은 학대에 노출되었던 이용자가 자신이 원하는 서비스를 이용할 수 있도록 지원한다.	
4.2. 잠재적 위기를 완화하기 위해 격리 또는 강박 대신 대안적 조치가 사용된다.	
4.2.1 이용자는 격리나 강박을 당하지 않는다.	
4.2.2 기관·시설에는 격리와 강박에 대한 대안이 마련되어 있으며, 직원들은 위기개입 및 이용자와 직원에 대한 위해예방을 위한 위기완화기술 훈련을 받고 있다	
4.2.3 위기 관련 이용자와 협의하여 위기완화 평가사정을 실시하여, 위기촉발요인 및 위기를 완화하는데 도움이 된다고 이용자가 판단하는 요인을 파악하고, 선호하는 위기개입 방식을 결정하도록 한다.	
4.2.4 이용자가 선호하는 개입 방법은 위기상황에서 실제로 활용될 수 있게 준비되어 있고, 이용자의 개별 회복계획에 포함되어 있다.	
4.2.5 모든 격리, 강박의 사례는 기록되고(예: 유형, 지속시간), 기관·시설장과 관련 외부 기관에 보고한다.	
4.3. 기관·시설 내외 무관하게, 영구적이고 비가역적인 영향을 줄 수 있는 전기경련치료, 정신외과, 여타의 의료 시술이 남용되어서는 안 되며, 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있을 때에만 실시한다.	
4.3.1 전기경련치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의없이 시행되지 않는다.	
4.3.2 전기경련치료는 언제 어떠한 방법으로 시행할 수 있고, 언제 어떠한 방법은 시행할 수 없는지에 대해 명확한 근거기반 임상지침이 있고, 이를 준수하고 있다.	'명확하고'를 '명확한'으로 수정
4.3.3 전기경련치료는 수정되지 않은 고전적 형태로는 절대 사용하지 않는다(예: 마취제, 근육이완제가 없는 상태).	
4.3.4 미성년자에게 전기경련치료를 시행하지 않는다.	
4.3.5 정신외과적 수술을 포함한 비가역적 치료는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의와 위원회의 독립적인 승인없이 시행되지 않는다.	
4.3.6 이용자의 동의없이 임신중절수술이나 불임수술을 시행하지 않는다.	
4.4. 사전동의 없이 이용자는 의료 또는 연구·조사의 대상이 될 수 없다.	
4.4.1 의료 또는 연구·조사는 이용자의 자유의사에 따른 사전동의가 있어야만 수행된다.	
4.4.2 직원들은 이용자가 의료 또는 연구·조사에 참여하도록 권하거나 모집하는 대가로 어떠한 특혜, 보상 또는 보수를 받지 않는다.	
4.4.3 의료 또는 연구·조사가 이용자에게 잠재적으로 유해하거나 위험할 경우 수행하지 않는다.	
4.4.4 모든 의료 또는 연구·조사는 독립된 윤리위원회의 승인을 받는다.	
4.5. 고문 또는 잔혹하고, 비인도적이거나 모욕적인 대우 및 모든 형태의 부당한 대우와 학대를 예방하기 위한 안전장치가 마련되어 있다.	
4.5.1 이용자는 방임, 학대, 격리 또는 강박, 사전동의 없이 진행된 입소(원)나 치료·서비스 , 그 밖의 이와 관련된 사안에 대해 외부의 독립된 법적기관에 비밀보장 하에 이의를 제기하거나 고충처리를 요구하는 절차에 관하여 정보를 제공받아 알고 있고, 그 절차를 밟을 수 있다.	'치료'를 '치료·서비스'로 수정

한국형 QualityRights Tool Kit 테마-표준-기준 평가 항목	수정 반영 내용
4.5.2 이용자는 그들의 고충과 불만 문제제기로 인해 부정적인 영향을 받지 않는다.	
4.5.3 이용자는 법률대리인에 대한 접근권이 있고, 비밀보장 하에 만날 수 있다.	
4.5.4 이용자는 자신의 권리를 알려주고, 문제를 논의하고, 자신의 인권 행사, 이의와 고충 제기를 지원할 수 있는 옹호자를 만날 수 있다.	
4.5.5 이용자를 학대하거나 방임한 것으로 확인된 사람에 대해 징계조치 그리고/또는 법적 조치를 취한다.	
4.5.6 이용자에 대한 부당한 대우를 예방하기 위해 독립 기관이 해당 시설을 관리 감독한다.	
5. 지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리 (UN 장애인권리협약 제19조)	
5.1. 이용자는 지역사회에서 생활하는 데 필요한 주거 공간과 재정지원에 접근할 수 있도록 지원받는다.	
5.1.1 직원들은 이용자에게 주거 및 재정지원의 선택지에 대한 정보를 제공한다.	
5.1.2 직원들은 이용자가 안전하고, 비용이 적당하며, 적합한 주거지를 구하고 이를 유지할 수 있도록 지원한다.	
5.1.3 직원들은 이용자가 지역사회에서 생활하는 데 필요한 재정지원에 접근할 수 있도록 지원한다.	
5.2. 이용자는 교육 및 고용에 대한 기회를 가진다.	
5.2.1 직원들은 이용자에게 지역사회에서의 교육 및 고용 기회에 대한 정보를 제공한다.	
5.2.2 직원들은 초·중·고교 및 고등교육을 포함하여 이용자가 교육에 대한 기회를 가질 수 있도록 이용자를 지원한다.	
5.2.3 직원들은 이용자가 경력개발 및 유급 취업 및 기회를 가질 수 있도록 지원한다.	
5.3. 이용자는 정치 및 공공 생활에 참여할 권리를 가지며, 결사의 자유를 행사할 권리를 지원받는다.	
5.3.1 직원들은 이용자가 정치 및 공공 생활에 온전히 참여하고 결사의 자유로 인한 혜택을 누릴 수 있도록 필요한 정보를 제공한다.	
5.3.2 직원들은 이용자의 투표권 행사를 지원한다.	
5.3.3 직원들은 이용자가 정치단체, 종교단체, 사회단체, 장애 단체 및 정신장애 단체, 여타의 단체에 가입하고 활동에 참여하는 것을 지원한다.	
5.4. 이용자는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동에 참여할 수 있도록 지원받는다.	
5.4.1 직원들은 이용자에게 이용할 수 있는 사회활동, 문화활동, 종교활동 및 여가활동의 선택지에 대한 정보를 제공한다.	
5.4.2 직원들은 이용자가 원하는 사회활동, 여가활동에 참여할 수 있도록 지원한다.	
5.4.3 직원들은 이용자가 원하는 문화활동, 종교활동에 참여할 수 있도록 지원한다.	

기관유형별 평가항목 적용은 본 실지조사에서 적용한 것과 동일하게 입원·거주시설과 외래이용시설을 구분하고, 의료기관과 비의료기관을 구분한다. 외래·이용시설

은 테마1 항목의 평가를 제외하며, 비의료기관은 직접적인 약물처방과 관련한 테마 2의 기준2.4.1, 기준2.4.2의 항목을 제외한다.

〈표 8-24〉 한국형 툃킷 평가항목 적용의 차이

구분	입원·거주시설		외래·이용시설		비고
	의료기관	비의료기관	의료기관	비의료기관	
테마1	○	○	×	×	외래·이용시설은 테마1 제외
테마2	○	△	○	△	비의료기관은 약물처방관련 항목 제외 (2.4.1, 2.4.2)
테마3	○	○	○	○	
테마4	○	○	○	○	
테마5	○	○	○	○	

평가등급은 WHO 툃킷의 원안대로 완전실현(A/F, Achieved in Full), 부분실현(A/P, Achieved Partially), 실현시작(A/I, Achievement Initiated), 시도없음(N/I, Not Initiated)의 4개 등급으로 평가하되, '평가기준 내용'에 따라 해당 항목이 실현된 근거를 기반으로 평가한다. 평가항목에 해당사항이 없는 경우 해당없음(N/A, Not Applicable)으로 표기한다.

〈표 8-25〉 한국형 툃킷 평가등급 및 등급별 평가 기준

등급	달성수준		평가 기준 내용
A/F	Achieved in Full	완전실현	기준, 표준, 테마가 완전히 실현된 근거가 있다.
A/P	Achieved Partially	부분실현	기준, 표준, 테마가 실현된 근거는 있지만, 일부 개선이 필요하다.
A/I	Achievement Initiated	실현시작	기준, 표준, 테마가 실현되는 과정에 있다는 근거가 있지만, 상당한 개선이 필요하다.
N/I	Not Initiated	시도없음	기준, 표준, 테마를 실현하기 위한 시도의 근거가 없다.
N/A	Not Applicable	해당없음	시설에 해당 기준, 표준, 테마가 적용되지 않는다. (해당없음)

제4절 소결

실지조사를 통해 성인·거주형 정신재활시설 유형별 1개 기관, 총 5개 기관을 대상으로 심층적인 평가를 실시하였다. 평가도구는 WHO QualityRights Tool Kit을 활용하였다. 한국 정신건강서비스제공기관의 인권수준이 국제기준에 부합하는지 여부를 평가하기 위해 한국 상황에 적합한 툴킷 개발이 선행될 필요성이 논의되었고, 이에 본 장에서는 실지조사의 일차 목적을 툴킷의 타당도를 검토하는 것에 초점을 맞추었다. 이를 위해 5개 유형별 정신재활시설의 협조를 얻어 예비조사 형태로 평가조사를 실시하였다. 척도타당화에 일차 목적이 있기 때문에 기관에서 사전 자가체크를 실시하고 이후 평가위원회가 기관을 방문하여 평가를 실시하였다.

실지조사 평가 결과, 전반적으로 기관의 평가수준이 평가위원회의 평가수준보다 높은 것으로 나타났다. 이는 기관 입장에서 해당사항이 없다고 판단하는 항목들이 많고, 당위적인 것들에 대해서는 세부 항목에 대한 꼼꼼한 평가를 간과한 결과라 할 수 있다. 일례로, 사전의료지시서의 경우 서비스를 제공하기 전에 구두로 대부분 확인하고 있기 때문에 불필요하다고 인식하며, 착취, 학대 금지 등에 관해서도 너무나 당연한 것이기 때문에 하위 항목에 대한 검토가 불필요하다고 느끼는 것이다. 그러나 인터뷰를 통해 맥락을 파악해 보면, 의사결정 능력이 부족한 상황에서는 결국 보호자나 직원이 치료서비스에 대해 결정하고 있으며, 만약 착취나 학대가 발생하는 상황에서 어떻게 대처해야 하는지, 그리고 착취나 학대를 예방하기 위해 마련되어 있는 안전정치가 무엇인지에 대해서는 정확한 정보를 가지고 있지 않았다. 따라서 툴킷의 평가항목을 고려하여 국제인권기준에 부합하는 제도나 절차를 보완할 필요가 있다.

직원을 대상으로 국제인권기준에 대한 교육훈련이 충분히 이루어질 필요가 있다. 대부분의 기관에서 UN 장애인권리협약(CRPD)이 무엇인지 들어보기는 하였으나 구체적인 내용에 대해 교육훈련을 받은 적이 없는 것으로 파악되었다. 기관들은 국내 정신건강서비스체계나 시·도 관리부처의 지침에 준하여 이용자 인권을 보장하고자 노력하고 있었다. 그러나 이는 반드시 지켜야 하는 기본적인 수준이라 할 수 있다. 예를 들어 착취, 학대, 고문은 당연히 하면 안되는 것으로 모든 기관이 인식하고 있었지만, ‘인간미, 존엄, 존경의 태도로 이용자를 대한다’에 대해서는 그것이 인권수준을 평가하는 항목이 되는지에 대해서 인지도가 낮았다. 직원들의 국제인권수

준에 대한 감각을 향상시키고 인권역량을 강화하기 위해 실무자를 포함하여 정신건강서비스체계 이해당사자를 대상으로 하는 UN 장애인권리협약(CRPD) 교육훈련 체계가 마련되어야 할 것이다.

정신건강서비스제공기관의 국제인권기준 실현을 위해 중앙정부 및 지자체의 패러다임 변화가 요구된다. 정신과적 증상관리와 관련하여 국외에서는 오픈다이얼로그 등 다양한 대안적 노력이 시도되고 있다. 그러나 우리나라 정부는 약물투약에 협조하지 않으면 시설이용이 불가하도록 하여 약물투약에 대한 대안적 시도 자체를 원천적으로 봉쇄하고 있다. 약물투약에 대해 의학계에서는 반드시 필요한 것이라고 주장할 수 있으나 정부차원에서 정신과적 증상대처에 대해 다양한 시도를 해 볼 수 있는 통로를 열어두어 많은 정신장애인들이 제약 없이 정신재활시설을 이용할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

기관 자원확충 및 지역사회자원 연계·확충이 필연적으로 이어져야 한다. 복지영역에서 자원부족은 매우 식상한 주장으로 들리지만 자원부족은 기관의 인권수준 향상에 상당한 걸림돌이 된다. 특히 대규모 생활시설의 경우 적정 수준의 인력이 확보되지 않는다면 개별화된 맞춤형 서비스 제공은 요원할 수밖에 없다. 또한 정신장애인의 지역사회통합을 추구한다면 지역사회자원이 확충되어야 하며 자원연계가 원활하게 이루어지는 체계가 마련되어야 한다. 자원부족은 국가 및 지자체 재정의 한계일 수도 있으나, 자원연계시스템의 부재로 나타날 수도 있다. 예를 들어 청각장애가 있는 정신장애인의 경우 수화서비스가 필요한데 모든 기관에 수화통역사를 채용할 수는 없다. 이 경우 수화통역사 서비스를 제공할 수 있는 기관과 연계되는 체계가 마련되어 있다면 필요한 서비스를 신속하고 체계적으로 제공할 수 있을 것이다. 자원연계를 사업의 일환으로 기관에서 구축할 경우 네트워크 자원이 부족한 지역, 시설에서는 여전히 서비스 공백이 생길 수밖에 없다. 국제인권기준 준수와 관련한 서비스 자원연계체계는 중앙정신건강서비스체계 차원에서 구축할 필요가 있다.

제9장

**인권 기반 정신건강서비스를 통한
정신장애인 지역사회 독립생활과
사회통합 과제 실현을 위한 정책제언**

제1절 연구 및 제언 전략

1. 연구 전략

본 연구의 첫 번째 목적은 우리나라 정신재활시설의 법적 근거가 되는 정신건강복지법이 국제적 인권기준인 UN 장애인권리협약(CRPD)에 부합하는지를 살펴보고, 우리나라의 관련법령, 조례, 정책, 및 제도가 좁게는 현행 정신건강복지법이나 넓게는 국제 장애인 인권기준인 UN 장애인권리협약(CRPD)에 부합하는지를 살펴보는 것이다. 이러한 목적을 달성하기 위해서는 UN 장애인권리협약(CRPD), 정신건강복지법, 관련 법령 및 조례, 정책 및 제도 분석 등 문헌이나 2차 자료 분석방법을 사용하였다.

본 연구의 두 번째 목적은 이해관계 당사자들의 정신재활시설 운영현황이나 실태에 대한 의견을 수렴하고, 이러한 의견수렴을 과정에서 협력관계 형성을 통해 설문조사 및 기관실지조사 협력체계를 형성해 나가는 것을 목적으로 하였다. 이러한 의견수렴을 위해 이용자, 가족, 정책관계자, 종사자 등 다양한 이해 관계자 48명을 대상으로 초점집단인터뷰를 실시하였다.

본 연구의 세 번째 목적은 국제인권기준에 부합하는 실태조사 설문지와 기관실지조사표를 개발하는 것이었다. 이러한 목표를 달성하기 위해서 기존 인권실태조사에서 사용되었던 설문지를 토대로 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택 이후 유럽연합과 UN에서 장애인이나 정신장애인 인권실태조사를 위해 개발된 설문 및 조사표를 분석하였다. 계속해서 이를 기반으로 국제 인권기준에 맞는 설문조사표를 구성하였고, WHO QualityRights Tool Kit 번역 및 파일럿 조사를 통해 한국형 기관실지조사표를 구축하였다. 그리고 최종적으로 구축된 설문조사표와 기관실지조사표를 사용하여 설문조사와 기관실지조사를 시행하였다.

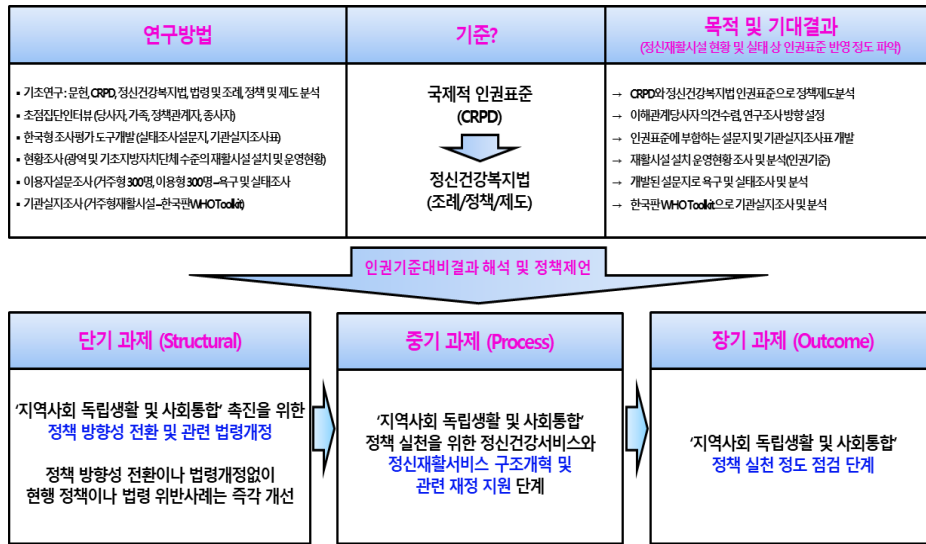
연구의 네 번째 목적은 우리나라 정신재활시설 설치 및 운영현황이 UN 장애인권리협약(CRPD)과 같은 국제인권기준에 부합하는지를 평가하고 부합하지 않는 부분에 대한 비판적 고찰 및 이해를 통해 향후 개선방향을 도모하는 것이었다. 이러한 연구목적 달성을 위해서 2차 자료 및 2차 데이터를 기반으로 17개 광역지방자치단체와 229개 기초지방자치단체 기준으로 정신재활시설 설치현황과 유형별 설치운영 현황을 살펴보았다. 지역사회 독립생활을 통한 장애인의 사회통합의 권리를

규정하고 있는 국제인권기준의 관점에서 미설치 지방자치단체는 주거, 주간재활, 직업재활 서비스 등을 이용할 수 있는 해당지역 거주 정신장애인의 기본적 인권을 침해하고 있는 것이므로, 즉각적 개선이 필요한 상황이라고 할 수 있다.

연구의 다섯 번째 목적은 설문조사를 통해 국제적 인권기준 관점에서 우리나라 정신재활시설을 이용하고 있는 이용자들의 욕구 및 충족도와 각 재활시설 서비스 제공기관의 인권보장 현황에 대한 조사 및 분석을 하는 것이었다. 이러한 목적을 달성하기 위해서 거주형 정신재활시설 생활인 302명과 이용형 정신재활시설 이용자 305명을 대상으로 욕구 및 충족도를 파악하고, 어떠한 서비스 영역에서 미충족 욕구가 상대적으로 크게 나타나는지를 파악하였다. 이를 토대로 정신재활시설 서비스 구축의 우선순위를 고려하는데 참고자료로 삼고자 하였다.

여섯 번째 연구목적은 향후 정신건강증진시설의 인권실태 및 현황을 파악하는데 기초 조사표로 사용할 수 있도록 한국어 버전의 WHO QualityRights Tool kit 즉 기관실지조사표를 구축하는 것이었다. 이 목적을 달성하기 위해서 UN WHO QualityRights Tool kit 관련 문헌검토를 통해 이해도를 높이고 이를 기반으로 영어버전의 WHO QualityRights Tool Kit을 한국어로 번역하였다. 번역은 언어적으로 영어와 한국어에 능통한 사회복지 및 인권 관련분야 전문가가 수행하였다. 구축된 기관실지조사표를 사용하여 거주형 재활시설을 대상으로 파일럿 조사를 시행하였다. 파일럿 조사 결과를 토대로 설문을 개선하고 기관실지조사 결과 수집된 자료를 기반으로 거주형 재활시설 유형별로 인권현황을 정리하였다.

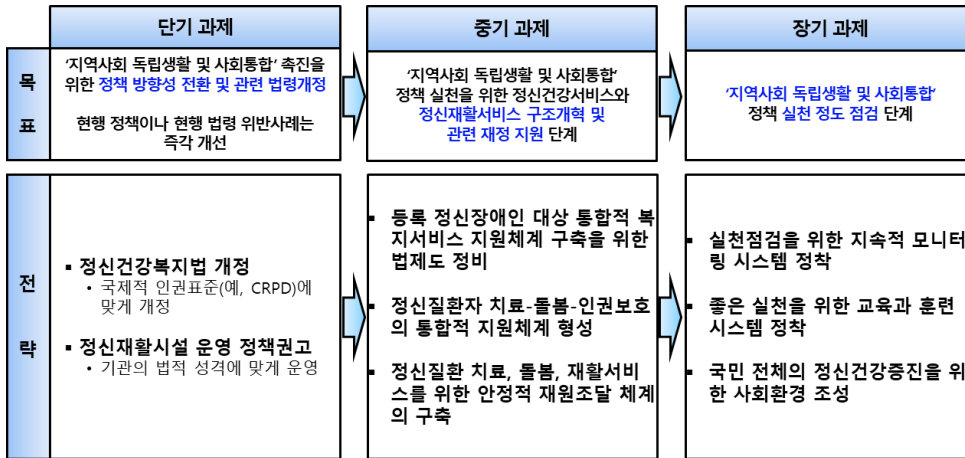
본 연구의 목적과 각 목적을 달성하기 위해서 사용된 연구방법 및 접근을 요약적으로 정리하면 아래 [그림 9-1]과 같다. 본 연구에서는 법과 관계 문헌에 대한 기초 연구, 이해관계자 대상 초점집단인터뷰, 광역 및 기초지자체 재활시설 현황조사, 이용자 대상 설문조사, 기관실지조사의 결과분석을 통해 국제적 인권기준 대비 우리나라의 정신재활시설 관련 법, 제도, 현황, 및 이용실태를 분석하였고, 이를 바탕으로 국제기준에 맞지 않는 영역을 파악하고 그 개선을 위한 정책 방향과 제언을 제공하고자 노력하였다. 특히 정책 방향과 제언의 경우 단기, 중장기에 걸친 다양한 스펙트럼의 정책 방향과 제언을 제시하였는데, 이때 정신재활시설 및 정신건강복지 체계별로 나누어 각각의 영역에서 구체적으로 필요한 정책 방향 및 제언을 제공하고자 노력하였다.



[그림 9-1] 연구전략 : 단기, 중기, 장기 정책제언

2. 정책제언 전략

위에서 정리한 여섯 가지 연구전략을 통해서 도출된 연구결과에 대해 국제 인권표준으로 수용되고 있는 UN 장애인권리협약(CRPD) 기준으로 검토 및 분석을 하고, 이를 바탕으로 국제기준에 미흡한 부분이나 실행가능성 및 시급성에 따라서 단기과제, 중기과제, 장기과제 등 다양한 스펙트럼의 정책제언을 도출하였다. 단기과제, 중기과제, 장기과제 각각의 목표와 접근전략을 정리하면 다음 [그림 9-2]와 같다.



[그림 9-2] 단기·중기·장기 단계적 정책방향(안)

단기과제는 정책방향성 전환을 위해서 필요한 사안들에 대해서 연구결과를 기반으로 즉각 정책제언을 해야 할 필요성이 있는 부분들로 구성된다. 첫 번째 단기과제는 우리나라 정신재활시설의 현황 및 운영이 국제적 인권기준에 부합할 수 있도록 정신재활시설의 근거가 되는 정신건강복지법이나 관련 법령 및 조례를 UN 장애인 권리협약(CRPD)과 같은 국제적 인권기준에 부합하도록 전면적 또는 부분적 개정 필요성에 대한 제언이다. 정신재활시설의 설치나 운영의 근거가 되는 법이 인권기준에 부합하여야 정책, 제도, 운영 및 서비스가 국제인권 기준에 부합할 수 있다. 두 번째 단기과제는 현재 정신건강복지법이나 관련 법령 및 조례에는 규정되어 있지만 정책, 제도, 운영 및 서비스에는 아직까지 반영되지 않고 있는 부분에 대한 정책 권고이다. 이러한 부분은 현재 법에 규정되어 있는 부분이 실행되지 않고 있는 영역에 대한 제언으로, 법 개정 필요 없이 바로 시행할 수 있다는 점에서 단기과제로 포함한다.

중기과제는 단기과제의 중요한 부분인 국제 인권기준에 부합하는 개정된 법을 기반으로 ‘정신장애인의 지역사회 독립생활을 기반으로 한 사회통합 권리’를 추구하는 정책실천을 위해 필요한 정신재활서비스 구조개혁 및 관련 인프라를 실질적으로 구축하고 확충해 나가는 단계이다. 중기단계에서는 개정된 법이 지향하는 인권이념에 부합하는 생활, 치료, 재활, 돌봄, 인권보호 등 통합적 지원체계 형성과 더불어 이러한 지원체계 구축을 위해서 필요한 인력, 자원 등의 전달체계 확립을 추진하는

단계이다.

장기과제는 단기과제인 법 개정과 중기과제인 통합적 지원체계 및 전달체계 구축을 통해 시행될 정책, 제도, 서비스 전달 등의 실천이 얼마나 정신장애인 당사자의 지역사회 독립생활을 통한 사회통합이 가능하게 하였는지에 대한 점검 및 평가를 하고 이를 통해 지속적 발전방안을 모색해 나가는 단계이다. 이 단계에서는 실천 점검을 지속적으로 수행할 수 있는 평가 시스템을 정착시키고, 인권 표준에 맞는 실천이 지속될 수 있도록 인력에 대한 교육과 훈련 시스템을 정착시키며, 최종적으로 정신재활시설 이용자를 포함한 전 국민의 정신건강증진을 위한 사회 환경을 조성하는 것이 목적을 갖는다.

본 연구의 목적은 중기과제와 장기과제의 출발점이자 기본이 될 수 있는 단기과제에 대한 국가인권위원회 차원의 정책제언을 도출하기 위한 것이다. 이러한 목적을 달성하기 위해 (1) 우리나라 정신재활서비스의 근거가 되는 정신건강복지법 및 관련 법령이 국제인권기준에 부합하는지, (2) 정신건강복지법과 관련 법령에 규정되어 있는 이념이 실제 정신재활시설 설치, 운영, 서비스 전달에 반영되고 있는지를 위에서 정리한 여섯 가지 연구방법을 통해 살펴보았다.

연구결과를 바탕으로 시스템 형성단계인 중기과제와 형성된 시스템의 실천 점검 단계인 장기과제의 토대가 되는 (1) 인권기준에 맞는 법 개정 및 (2) 인권기준과 현행법 기준으로 시행되고 있지 못한 부분들에 대한 구체적인 정책권고안 등 단기과제를 도출하는 것이 본 연구의 주목적이다. 따라서 정책제언 부분에서는 연구결과 활용방안 중 단기과제의 목표와 전략에 초점을 둔다.

정책제언은 (1) 첫 번째 단계로 6가지 연구방법별로 도출된 세부 결과를 기반으로 한 정책제언과 관련한 시사점 및 주제를 도출하고 (2) 이러한 세부 정책제언 주제들의 공통이슈를 기반으로 포괄적 정책제언을 구상하는 2단계 접근을 취한다.

제2절 연구방법 별 정책제언 시사점 및 관련 주제 도출

1. 기초연구 : 시사점

기초연구를 통해서 도출된 결과들은 장애인에 대해서는 탈시설정책이 확대되고 있으며, 다양한 유형의 주거지원, 지원주택이 확대되고 있다는 것을 보여준다. 장애인이 중심이 된 지역사회 독립생활을 지원하기 위한 다양한 시도들이 진행되고 있고, 이러한 움직임에 큰 기여를 한 것은 장애인자립생활센터로 추론된다. 그러나 정신장애인 영역에서는 아직도 체감할 수 있는 실질적인 탈시설 움직임은 매우 미약하다. 오히려, “인권이나 치료냐”, “치료가 인권이다”, “지역사회 정신질환자의 효과적 관리” 등의 다양한 담론을 통해 정신장애인의 시설화를 정당화시키기 위한 노력들도 여전히 지속되고 있다고 생각된다.

법률의 분석을 통해 살펴본 우리나라의 정신장애인정책은 탈시설화, 지역사회 독립생활, 회복지향의 서비스를 핵심가치로 하고 있는 선진국과 비교하면 매우 후진적이라 할 수 있다. 선진국에서는 6개월(미국) 또는 1년 이상(영국) 일상생활 또는 사회생활에 어려움을 겪는 전체 정신질환자에 대해 장애인사회보장급여와 관련된 사회서비스를 제공하고 있고, 그 이전단계의 초발 정신장애인에 대해서도 장애 악화를 방지하기 위해 조기개입서비스를 포괄적으로 제공하고 있다. 이러한 선진국의 정책은 UN 장애인권리협약(CRPD) 제12조, 제14조, 제19조의 정신을 실천하는 길이기 때문에 UN 장애인권리협약(CRPD) 비준국인 우리나라도 주목해야 한다. 이러한 선진국 사례에 비해 우리나라의 정신장애인은 초발 시점이나 경증 장애를 경험하는 시기에는 접근 가능한 서비스가 거의 없으며, 중증 만성정신질환자가 되어 영구장애 상태에 도달하여야 비로소 정신장애인으로 등록될 수 있도록 장애인복지법이 구성되어 있다. 그렇기 때문에 발병 전에 직업 활동을 하였던 정신장애인들도 장애가 워낙 진행된 상태에서 장애등록을 할 수 있기 때문에 장애 등록을 한 후에는 다시 직업 활동을 재개하는 것이 쉽지 않고, 결과적으로 국가의 공적부조에 의존하여 생활할 수밖에 없는 악순환에 빠질 가능성이 높다. 더구나 대다수의 미등록 정신장애인은 장애인으로 분류되지 않아서 장애인에게 제공되는 다양한 편의제공을 받지 못하고 생활할 가능성이 높다. 이러한 기초연구 결과에 대한 검토를 통해 다음과

같은 정책제안 주제들을 도출할 수 있다.

첫째, 등록 정신장애인의 열악한 상황도 문제지만, 정신장애인으로 등록되지 않았지만 실질적으로 장애가 있는 다수의 정신질환자가 제대로 된 지원을 받지 못하고 사회적 지원의 사각지대에 놓여 있기 때문에 등록 여부와 무관하게 모든 정신장애인에 대한 사회보장급여, 특히 회복지향의 사회서비스가 제공될 필요가 있다. 국제인권규범의 관점에서 보면 정신질환·정신장애 당사자 모두 장애인으로 분류될 수 있기 때문이다. 이들에 대해 UN 장애인권리협약(CRPD)에서 요구하는 정책을 실시하여야 할 것이다.

둘째, 정신재활시설의 기능은 정신질환, 정신장애 당사자가 의미 있는 사회생활을 회복할 수 있도록 개인맞춤형 지원을 하는 것을 그 목적으로 한다는 것이 법률에 명시될 필요가 있다. 그래야만 거기에 맞추어 서비스 품질을 평가할 수도 있고, 거기에 맞추어 예산지원도 가능할 것이기 때문이다. 무엇보다도 광의의 정신장애인(등록 및 비등록 정신장애인)이 각자에게 필요한 지원을 받으면서 다시 의미 있는 일상생활 및 사회생활을 수행하는 것을 목표로 정신건강복지법이 개정될 필요가 있다. 광의의 정신장애인을 포괄한 회복지향의 서비스가 제공되기 위해서는 정신건강복지법에 이러한 내용이 입법되는 것이 필요할 것이다.

셋째, 정신건강복지법에 광의의 정신장애인, 즉 정신장애인 및 정신건강에 문제가 있는 사람, 모두를 위한 권익옹호체계를 만들고, 이 권익옹호체계를 중심으로 정신건강복지법 및 장애인복지법의 지원을 확대하는 노력을 기울이게 할 필요가 있을 것이다. 광의의 정신장애인에 대한 권익옹호체계의 내용을 도식화하면 아래 [그림 9-3]과 같다.



[그림 9-3] 광의의 정신장애인을 위한 권익옹호체계(안)

국내법적으로는 정신질환자로 일상생활 수행에 상당한 장애가 있는 사람도 장애인으로 등록하지 못하기 때문에, 이들은 장애인복지법 및 장애인관련 법률의 지원을 받을 수 없고, 장애인차별금지법에 따른 구제를 받기도 쉽지 않다. 그렇기 때문에 정신건강복지법의 이념인 자기결정권 행사의 지원, 정신질환자의 정책참여 등을 정신건강복지법 내부에서 구현할 필요가 있다. 이를 위해 정신건강복지법에 따른 권익옹호기관을 설치하여 이들이 정신질환 및 정신장애 당사자의 정신건강복지법 및 일반 복지(정신건강복지법 및 장애인복지법 관련 부분)에서의 당사자 권익옹호활동을 수행할 필요가 있다는 것이다. 나아가 정신질환 및 정신장애 당사자 중 자기결정권 행사가 어려운 사람을 위한 공공후견서비스 역시 정신건강복지법에 따른 치료와 복지제도만이 아니라, 장애인일 경우 장애인복지법상의 혜택과 지원을 받을 수 있도록 의사결정을 지원할 필요가 있을 것이다.

이런 권익옹호체계가 마련되지 않는다면, 정신장애인에 대한 사회보장정책을 개선할 수 있는 주체적 환경이 결여될 수밖에 없기 때문에, 정신장애인을 위한 인권상황의 개선도 그만큼 더뎠을 것이다. 이 점에서 특히 주목해야 할 부분은 스코틀랜드의 Mental Welfare Commission, 호주, 캐나다, 아일랜드의 Mental Health Commission과 같이 정신질환자 및 정신장애인의 권익을 옹호하는 별도의 지원체

계이다. 국가가 설립한 이들 기관은 모두 의료진, 사회복지사 등 서비스공급자로부터 독립하여 정신질환자와 정신장애인의 편에 서서 이들의 권익을 옹호하고 정책방향을 제시하는 역할을 한다. 그 직원은 모두 당사자이거나 비정신과의사들로서 정신장애인 권익옹호활동에 오랫동안 종사해 온 사람들로 구성되어 있다.

2. 초점집단인터뷰 : 시사점

다양한 이해관계자에 대한 초점집단인터뷰를 통해서는 다음과 같은 시사점이 도출되었다. 첫째, 초점집단인터뷰 참가자들은 정신재활시설의 가장 큰 한계점으로 시설의 양적 부족과 지역 간 편차를 꼽았다. 시설 및 서비스의 양적부족과 지역 간 편차로 인해 서비스를 이용하고 싶어도 서비스 접근에 있어서 근본적인 한계가 있기 때문에, 정신건강복지법에 정신재활시설 설치에 대한 국가 및 지방자치단체의 책무를 명확히 하고, 국가 및 지역계획에 장단기 설치 계획을 포함하도록 명시할 것을 희망하였다. 특히, 지역사회 정신건강의 중요한 인프라로서 정신재활시설의 확대와 효과적인 운영에 중앙정부의 역할이 보다 강화되어야 한다고 주장하였다. 지방이양사업이기 때문에 지자체에만 부담을 전가하는 것은 바람직하지 않고, 중앙정부로서 해야 할 역할, 특히 행정적·재정적 책임을 보다 강화해야 한다고 의견을 모았다.

둘째, 정신장애인은 치료와 재활을 넘어 개개인의 욕구와 선택을 반영한 실제적인 삶의 지원이 확대되기를 기대한다. 초점집단인터뷰 참가자들은 이러한 실질적 지원확대를 위해 정신건강복지법 제4장 복지서비스 제공에 대한 세부적인 실행방안을 시행규칙에 신설하여야 한다고 주장하면서, 복지서비스 전달체계 구축과정에서 정신재활시설의 역할과 기능도 구체화될 필요가 있다고 하였다.

셋째, 초점집단인터뷰 참가자들은 정신재활시설이 수 적으로 부족할 뿐만 아니라 이용 대상 및 서비스에 있어서도 매우 제한적이라고 인식하고 있었다. 이러한 인식에 따라서 참가자들은 정신장애인의 회복 지원을 위해 정신재활시설의 유형을 보다 다양화하고, 이용시설의 등록제를 보완하여 이용 대상을 확장하며, 지역사회 복지자원을 활용한 다양한 서비스 확대 방안을 모색할 필요가 있고, 이를 위해 정신재활시설 설치 및 이용기준을 개정해야 한다고 주장하였다.

넷째, 참가자들은 현재 정신재활시설에 대한 규정을 살펴보면, 장애인복지법 상

의 시설과 비교하여 차이가 많이 나며, 특히 직업재활시설의 경우 장애인 고용지원 정책에서 배제되는 경우도 많다고 인식하고 있었다. 따라서 정신건강복지법 상 정신재활시설에 대한 지원 기준을 장애인복지시설과 유사한 수준으로 맞추어야 한다고 주장하였다. 또한 장애인 정책에 정신재활시설이 배제되지 않도록 하고, 활동지원 등 정신장애인에게 적합하지 않거나 불합리한 장애인 지원 제도들을 개선해 나가야 한다고 피력하였다.

다섯째, 참가자들은 정신장애인의 회복에 동료지원이 매우 효과적이며, 중요한 서비스 요소가 된다고 생각하고 있었다. 이미 정신재활시설에서 부분적으로 실시하고 있으나, 이를 제도화할 수 있도록 정신건강복지법에 동료지원가에 대한 규정을 신설하고, 정신재활시설 등 정신건강증진시설에 배치할 수 있는 근거를 마련해야 한다고 주장하였다.

여섯째, 참가자들은 탈원화와 지역사회에서의 회복지원을 위해 정신재활시설의 구체적 설치 기준을 마련할 필요가 있다고 주장하였다. 시설 유형별 수요를 추계하여 지역 단위로 시설 설치의 가이드라인을 마련하고, 이를 기준으로 지역별 설치 계획을 수립하여 정기적으로 모니터링하고 평가해야 한다고 의견을 모았다.

일곱째, 초점집단인터뷰 참가자들은 정신재활시설의 설치가 민간에 위임되어 있기 때문에 많은 시설의 물리적 환경이 열악하다고 인식하고 있었다. 특히 설치 비용이나 임대료 부담이 큰 주간재활시설의 경우 더욱 그러하며, 이는 시설 확대의 가장 큰 장애요인이 되기도 한다. 따라서 여타의 복지기관처럼 공공이 시설을 건립하고 민간에 위탁운영하거나, 임대료 등 물리적 공간 확보에 추가적인 지원이 있어야 한다고 주장하였다.

여덟째, 참가자들의 경험에 따르면 많은 정신장애 당사자와 가족들이 시설에 대한 정보 자체를 알지 못하여 서비스를 이용하지 못하는 경우가 많았다. 이를 방지하기 위해서는 정신의료기관에서 정신건강복지센터, 정신재활시설, 복지지원 등 필요한 정보를 제공하고 적극적으로 연계할 수 있는 체계를 구축해야 한다. 참가자들은 이를 위해 퇴원계획 수립, 지역사회 정보제공 및 연계에 대한 의무를 정신건강복지법 제19조 정신의료기관의 운영에 반영할 필요가 있다고 피력하였다.

아홉째, 초점집단인터뷰 참가자들은 공동생활에 따른 규칙과 역할, 건강과 안전을 위한 규제는 개인의 자유와 선택을 침해할 수 있다고 인식하고 있었다. 지금과 같이 시설운영자가 무한책임을 져야 하는 상황에서 안전과 자유 간의 딜레마는 지

속될 수밖에 없다. 참가자들은 이러한 딜레마를 해결하기 위해서는 시설에서의 개인의 자유와 선택에 대한 좀 더 명확한 가이드라인과 규정, 절차 등이 필요하다고 주장하였다.

열 번째, 참가자들은 정신재활시설이 확대되는데 있어 가장 큰 장애물 중 하나가 지역사회 의견이라고 인식하고 있었다. 실제로 이미 지역사회의 반대에 부딪혀 시설 설치가 중단되는 사례들이 발생하고 있다. 정신장애에 대한 사회적 인식을 개선하기 위한 보다 적극적인 노력이 필요하며, 시설 설치에 대한 혐오와 차별행위에 대해서는 제도적으로 금지해야 한다고 의견을 피력하였다.

3. 정신재활시설 현황조사 : 시사점

공공데이터와 2차 자료를 활용해서 형성한 정신재활시설 설치 및 운영현황 데이터를 광역지자체 및 기초지자체 별로 분석하였다. 가장 주목할 만한 데이터 분석결과는 전국적으로 정신재활시설이 설치되어 있지 않은 시·군·구는 총 105개로 전체의 45.9%에 달하는 것으로 나타나는 것이다. 이는 전체 기초지방자치단체 229개의 거의 과반수에 달하는 지역에 재활시설 설치가 되어 있지 않아서 해당 기초지자체에 거주하는 정신장애인의 서비스 접근은 완전히 차단된 상태라는 것을 의미한다. 또 다른 중요한 결과는 정신재활시설의 대부분이 거주형이나 이용형으로 제공되는 서비스가 치료 및 재활에 초점을 두고 있고 성장지향 서비스는 미흡하다. 또한 정신재활시설이 거주형과 이용형으로 대분되어서 그 하위에 다양한 시설유형이 구분되어 있지만, 아직까지 각 시설유형의 표준화된 핵심 목적사업은 명확하게 구분되지 않는다. 이러한 데이터 분석 결과가 정책제언 관련해서 시사하는 바는 다음과 같다.

첫째, 정신재활시설 미설치 지역이 과반수에 달한다는 것은 정신장애인이 일상생활을 유지할 수 있도록 보장해야 한다는 국제적 인권기준에 위배되는 것이다. 따라서 효과적인 탈시설화를 유도하고 정신장애인 당사자의 서비스 이용권을 보장하기 위해서 미설치 지역에 정신재활시설을 설치하려는 중앙정부와 지방자치단체장의 강력한 의지가 필요하다. 국제인권기준의 적용 선언 역시 국가단위로 이뤄지는 것이므로 중앙정부차원에서 정신재활시설을 확대할 수 있는 관련 법 개정 및 정책을 마련해야 한다.

둘째, 국제인권기준에 따르면 정신질환자들의 지역사회 통합과 독립지원을 위한

보다 세부적인 기준들을 필요로 한다. 개정된 정신건강복지법은 복지서비스 제공하여야 한다는 조항을 포함하고 있어서 국제적 인권기준을 적용하려는 법적기반은 마련하였지만 아직도 복지서비스의 세부 내용 및 기준을 제시하지 못하고 있다는 한계가 있다. 따라서 정신건강복지법상 복지서비스 조항들의 하위법령을 시급히 정비하여 구체적인 복지서비스의 내용 및 기준을 명시하고, 복지서비스의 공급 주체를 비롯한 전달체계도 명확히 규정할 필요가 있다. 특히 정신재활시설이 기존의 정원제 방식에서 탈피하여 욕구가 있는 정신장애인을 위한 공급이 창출될 수 있는 사회서비스 제공 방식으로 전환될 수 있도록 해야 한다. 종합적인 복지서비스 제공을 위한 인프라 구축의 하나의 대안으로 정신장애인복지관을 정신재활시설 유형에 추가하고, 이를 지자체가 설립하여 직영 또는 위탁 운영하는 방식을 고려해 볼 수 있다.

셋째, 정신재활시설의 전체적 공급부족에 추가적으로, 현재의 정신재활시설의 구성은 공동생활가정을 비롯한 거주형과 주간재활시설과 같은 이용형 정신재활시설이 대부분이고, 직업재활시설이나 지원고용과 같은 성장회복 위주의 서비스는 제한적이다. 국제적 인권기준이 추구하는 이념을 실현하기 위해서는 정신재활시설의 운영 방향 및 서비스의 구성이 재활치료의 한계를 벗어나 보다 적극적인 인권보장과 회복지향으로 전환되어야 한다. 이를 위해서는 정신건강복지법 시행규칙 별표9에 규정된 정신재활시설의 사업에 사회재활활동과 직업재활활동의 내용에 추가적으로 인권과 회복지향 재활활동이 추가할 것을 제안할 필요가 있다. 정신건강서비스는 정신장애인의 인권증진을 최우선 가치로 삼고, 이를 실현하는 정신건강서비스는 회복기반실천이 표준임을 법에 명시해야 한다.

넷째, 정신재활시설의 유형이 다양한데, 아직까지 각 시설 유형에 따른 핵심 목적사업이 표준화되어 있지 않다. 정신재활시설은 모든 정신장애인과 가족, 서비스 제공자가 공유하고 추구할 수 있는 회복기반실천 사업의 표준화 안을 시설 유형별로 마련해야 한다. 시설의 유형에 따라 역할이 다르지만 회복지향을 바탕으로 한 목적과 핵심 사업이 구체적으로 명시될 수 있도록 재정비할 필요가 있다.

4. 인권중심 평가지표 개발 : 시사점

본 연구는 초점집단인터뷰와 더불어 재활시설 이용자 설문조사와 거주형 재활시설에 대한 기관실지조사를 병행하였다. 재활시설이용자 조사를 위해서는 국제적 인

권기준과 정신건강복지법이 지향하고 있는 이념들이 정신재활시설 이용자들을 대상으로 얼마나 실현되고 있는지를 살펴볼 필요가 있고 이를 위한 설문지를 구성하였다. 거주형 재활시설 기관실지조사를 수행하기 위해서 WHO QualityRights Tool Kit을 한국어로 번역하여 한국판 Tool Kit을 개발하고 파일럿 조사를 시행하였다. 지표개발 과정을 통해서 도출할 수 있는 시사점은 다음과 같다.

첫째, UN 장애인권리협약(CRPD)이 채택된 후 유럽연합이나 미국의 경우 채택된 UN 장애인권리협약(CRPD) 이념에 부합하는 평가체계를 개발하여 시설평가에 적용하고 있다. 우리나라도 사회복지시설평가에 인권 영역 평가 지표가 포함되어 있다. 그러나 사회복지시설평가는 인권의 관점에 근거하기보다는 공적 재원에 대한 책무성을 확보하는데 목적을 두고 있다. 결과적으로 평가지표의 구성은 그 규범적, 이론적 토대가 취약할 수밖에 없다. 또한 기본적인 수준의 인권 수준, 즉 '인권침해를 하지 않는 것'에 머무르는 수준이며, '인권을 존중하는 것'의 수준은 아니다. 따라서 우리나라도 UN 장애인권리협약(CRPD)에 근거한 국제적 인권 수준의 실현을 위해 국제적으로 통용되는 인권중심 정신건강서비스평가체계를 도입할 필요가 있다.

둘째, 국제인권기준에 맞는 평가지표가 개발된다면, 현재 사용되고 있는 시설평가의 인권관련 문항들과 개발되는 평가지표간의 통합 및 조정이 필요하다. 국제인권기준에 부합하는 평가체계를 도입하는 것은 UN 장애인권리협약(CRPD)에 비준한 국가로서 당위적인 과제라 할 수 있다. 그러나 정신건강서비스제공 현장은 각각 별도로 평가체계가 이미 작동하고 있다. 사회복지사업법에 의해 사회복지시설평가가 실시되고 있으며, 국민건강보험법에 의해 병원평가가 실시되고 있다. 시설의 입장에서는 여러 종류의 평가가 다발적으로 시행되는 것이 부담될 수 있으므로 시설평가와 국제인권기준평가체계를 통합·조정하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 다른 한편으로 시설의 책무성을 강조하는 시설평가와 국제인권수준의 실현을 강조하는 국제인권기준평가는 각각 다른 목적을 추구할 수 있으므로 오히려 시설평가에서 인권평가 영역을 분리하여 국제인권기준평가를 위한 별도의 인권중심 평가체계를 마련하는 것도 고려해 볼 수 있다.

셋째, UN 장애인권리협약(CRPD)에 기반하여 개발된 WHO QualityRights Tool Kit의 내용을 보면, 지원의사결정 지향, 사전의료지시서 작성 등을 평가항목으로 제시하고 있다. 그러나 아직까지 한국에서 지원의사결정, 사전의료지시서에 대한 인식은 매우 낮은 수준이다. 따라서 국제인권기준에 부합하는 지표를 국내에

적용하기 이해서는 먼저 전세계가 지향하고 있는 인권기준에 대한 공통된 이해가 선행되어야 한다. 이를 위해 실천 현장에서 UN 장애인권리협약(CRPD)에 대한 교육의 기회를 확대할 필요가 있고, 이러한 교육은 중앙정부나 지방자치단체의 지원이 요구된다.

넷째, WHO QualityRights Tool Kit은 궁극적으로 장애인이 지역사회에 통합되어 자율적인 삶을 살 수 있도록 전 사회가 나아가야할 방향을 제시하고 있다. 한국은 이미 '인권침해'에 대해 엄격히 금지하고 있으며, 정신건강서비스 제공기관들도 이를 성실히 수행하고 있다. 그러나 다른 한편으로 시설 종사자 또는 이용자들이 인식하지 못하는 인권침해가 발생할 가능성도 무시할 수 없다. 인권침해는 드러나지 않으며 외부인에 의한 평가로는 그 내용을 파악하기 어렵기 때문이다. 따라서 장기적 관점에서 국제인권기준 평가체계 도입을 논의하기에 앞서 먼저 기관차원에서 국제인권기준 평가지표를 적용하여 부합성 정도를 자체적으로 점검하는 과정을 이행하는 것이 현장에서 선행될 필요가 있다.

5. 이용시설 설문조사 : 시사점

정신재활시설 이용자의 서비스 이용현황 및 관련된 인권실태를 조사하기 위해서 거주형과 이용형 정신재활시설 이용자들을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 각각의 조사결과를 기반으로 도출할 수 있는 시사점은 다음과 같다.

1) 이용형 정신재활시설 설문조사 : 시사점

첫째, 이용형 정신재활시설 이용자의 서비스 욕구수준과 충족도를 분석한 결과, 대부분의 영역에서 욕구수준 대비 충족도가 낮아서 서비스 영역에서 미충족 욕구가 상당히 존재하는 것으로 나타났다. 따라서 이용형 정신재활서비스 제공기관의 양적 설치 확대 기준 마련 및 시설의 서비스 이용 자격 완화를 통해 공급시설을 늘리고 이용자의 서비스 접근성을 높일 필요가 있다. 국제인권기준에 따르면 정신장애인은 가능한 최고의 정신적·신체적 건강을 누릴 권리가 있다. 치료와 지원이 필요한 경우 누구나 기관·시설을 이용할 수 있어야 하므로 정신재활서비스를 제공하는 기관

과 시설이 충분히 존재해야 한다. 이용형 정신재활시설 설문조사결과 정신재활시설 이용자의 정신건강문제 발현과 치료시점간의 간격이 약 1.6년으로 나타나 정신장애인이 필요한 치료와 지원을 충분히 받고 있지 못함을 확인하였다. 특히 이용자들의 최초 정신건강문제 발현 연령이 20대 이전이 가장 많음에도 불구하고 정신재활시설 이용자의 연령은 40대가 가장 많다. 최초 치료가 대부분 의료기관 방문임을 고려할 때 정신재활시설 이용까지는 더 많은 시간이 소요될 수 있다. 의료기관에서 정신재활시설로의 연계가 보다 빠르게 이뤄지기 위해서는 이용자가 쉽게 접근할 수 있는 시설이 다양하게 있어야 한다. 정신건강복지법에 퇴원 퇴소 후 치료정보제공(제1장 6조 ②항), 조기발견 및 연계(제2장 11조 ①항) 등이 규정되어 있으나, 해당 지역 내 정신재활시설이 없는 경우에는 적용될 수 없다. 정신재활시설의 확충을 통해 늦은 연령, 증상의 만성화, 반복적인 입원 후에 이용하게 되는 시설이 아니라 누구나 치료와 지원이 필요한 경우 이용할 수 있는 시설로 방향이 전환될 필요가 있다.

둘째, 농어촌 지역의 이용형 정신재활시설 접근성을 높여야 한다. 설문결과 일상 생활에 필요한 서비스영역의 대부분에서 농어촌 지역의 서비스 필요도와 충분도 차이가 컸다. 즉 주거, 소득, 건강, 사회참여, 직업 및 교육지원 서비스영역 모두에서 농어촌 지역의 서비스가 부족하다고 응답하였다. 이는 실제 이용가능한 시설과 서비스가 다양하지 못해서 나타나는 특성일 수 있다. 특히 농어촌지역에 거주하는 청년기와 성인기 이용자의 서비스 욕구가 높았으므로 지역별 연령별 특성에 따른 서비스 욕구를 파악하고 우선순위를 마련할 필요가 있다.

셋째, 설문조사 결과는 입원 시 자기결정보다는 가족의 설득 후 동의가 더 많았고, 비자의입원도 10% 가량으로 나타나 비자의입원 비율이 아직도 상당 부분 있다는 것을 보여주었다. 또한 이용형 정신재활시설 내에서도 서비스에 대한 자기의사결정권을 행사할 수 있도록 지원이 필요한 정도가 서비스 충분도보다 더 높게 나타나 자기의사결정에 의한 서비스 이용이 충분히 이루어지고 있지는 못한 것으로 나타났다. 정신건강복지법의 기본이념(제2조)에 정신건강증진시설 장의 의무(제 6조) 중의 하나로 정신질환자등의 자기결정권 및 의견을 존중하도록 되어 있다. 하지만 어떻게 당사자의 자기의사결정권을 존중할 것인지에 대한 구체적인 시행방법은 제시되어 있지 않다. 따라서 정신재활시설 유형에 따라 당사자들에게 충분한 정보제공을 제공하고 자기결정권 행사를 지원할 수 있는 구체적 조항을 마련하여 서비스 자기결정권을 강화하여야 한다.

넷째, 이용형 정신재활시설 이용자를 대상으로 정신재활 서비스에 대한 필요도와 충분도를 조사한 결과 국제적 인권기준에 따른 정신적 신체적 건강지원 및 개별 맞춤형 회복지원 서비스, 의사결정권 행사 지원서비스, 학대 방지 및 사회적 차별 금지, 지역사회 통합 및 독립지원 서비스에 대한 필요도는 충분도보다 모든 영역에서 높게 나타났다. 나아가 학대와 차별에 대한 전반적 경험을 조사한 결과, 정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못한 상황에 대한 경험(41.3%)과 정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시된 경험(39.7%), 정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당한 경험(31.5%), 정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가한 경험(27.5%)을 보고하였다. 따라서 학대와 차별의 경험이 발생하지 않도록 보다 강력한 지원체계가 갖춰질 필요가 있다. 정신건강복지법 내에 국제인권기준에 따른 서비스 제공기준을 제시하고 정신장애인 당사자의 체감을 반영할 수 있도록 평가 등에 참여시키는 방안을 포함한 전체적인 지침을 마련하고, 국제적 기준에 맞는 인권기반 서비스 제공기준을 제시해야 한다.

다섯째, 이용형 정신재활시설 이용자의 가장 높은 서비스 욕구는 소득과 직업참여 서비스로 나타났다. 국제인권기준에 따르면 정신장애인이 지역사회 통합과 독립생활을 할 수 있도록 다양한 복지서비스를 제공할 것을 규정하고 있다. 개정된 정신건강복지법에서는 고용, 교육, 여가활용, 가족교육 및 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원 서비스를 복지서비스로 제시하였다. 즉 독립적으로 살 권리를 보장하는 조항이 구체적으로 명시되어 있지 않다. 국제인권기준에 따르면, 소득과 주거지원을 지역사회통합 및 독립생활을 위한 서비스 중에서도 우선순위를 부여하고 있다. 따라서 정신질환자등의 인권개선과 지역사회통합 및 독립을 위해서는 정신건강복지법 내 소득과 주거 및 고용에 대한 우선순위가 나타난 지원법이 되어야 한다.

여섯째, 설문결과를 바탕으로 이용형 정신재활시설 운영에 현재 시점에서 적용이 이뤄질 필요가 있는 정책 권고사항은 다음과 같이 정리될 수 있다. ① 이용형 시설의 다양한 치료 및 회복지원서비스가 이용자에게 충분한 설명과 함께 제공될 수 있도록 명문화된 지침이 마련되어 있고 이용자가 이를 정기적으로 안내받을 수 있도록 해야 한다. ② 이용형 정신재활 시설의 치료 및 재활 서비스들은 인권기준에 따라 모니터링 되어야 하고 이 과정에는 당사자의 의견반영이 정례화 되어야 한다. ③ 이용형 정신재활시설 이용자의 욕구를 반영하여 소득 및 직업참여지원서비스를 현재보다 더 증대시키고 지자체와 연계하여 지원을 강화해야 한다.

2) 거주형 설문조사 : 시사점

첫째, 거주형 재활시설 생활인에 대한 설문조사 데이터를 분석한 결과, 거주형 시설 이용자들의 최초 정신건강문제 발현 연령이 평균 26.5세이며 치료시작 연령이 27.9세인 반면, 현재 거주시설 이용자의 약 65%가 40대 이상인 것으로 나타났다. 초발 연령 대비 생활인 연령이 왜 높은지는 본 연구를 통해서 명확하게 분석하기는 어렵지만, 상대적으로 젊은 연령층의 거주형 재활시설서비스 접근성이 떨어지는 것으로 파악된다. 그 이유는 아마도 젊은 정신장애인이 상대적으로 정보가 부족하고, 스티그마로 인해서 거주형 재활시설 이용을 꺼려하기 때문일 수도 있지만, 추정정신장애인 인구수 대비 정신재활시설 이용정원이 3%에도 미치지 못한다는 점을 고려할 때, 가장 큰 이유는 거주형 정신재활시설의 절대적 공급부족으로 해석된다. 보다 젊은 연령에서부터 주거보장을 통해 지역사회 독립이 용이한 상황에서 정신장애인의 회복과 성장을 통한 사회통합의 가능성이 더 높아진다. 따라서 지역사회 통합과 독립을 촉진하는 형태의 거주형 정신재활서비스 제공기관의 설치 및 공급이 대폭 확대되어야 한다.

둘째, 거주형 정신재활시설 내 지역사회 통합과 독립을 촉진하는 서비스를 다양화하고 우선순위를 파악할 필요가 있다. 지역사회통합을 위한 소득보장 및 주거 서비스 중 기초생활보장과 공공임대주택 지원 등 기본적 서비스도 필요도가 높지만 저축이나 투자상당, 주택수리 및 개선등의 서비스도 필요도와 충분도의 차이가 큰 것으로 나타났다. 또한 일상생활 유지에 필요한 소득, 주거, 건강, 사회참여, 직업 및 교육 등 서비스 필요도와 충분도의 차이가 큰 지역은 대부분 대도시지역으로 나타났다. 거주형 시설이 전반적으로 대도시지역에 많이 위치해 있지만 이용자들의 다양한 욕구를 반영하지는 못하고 있다.

셋째, 국제 인권기준에 따르면, 거주형 정신재활시설의 이용자들은 적절한 수준의 생활환경을 보장받아야 한다. 그러나 실제 이용자의 설문조사에 따르면 침실의 규정이 2-3인용이 가장 많고, 식사 및 취침이나 기상이 자유롭지 않다고 응답하였다. 생활인의 인권을 보장하기 위해서는 거주형 정신재활시설이 집과 같은 거주환경의 제공방향을 전환할 수 있도록 주거공간에 대한 정신건강 회복을 돕는 물리적 환경을 마련하고 적절한 생활수준을 강화할 수 있도록 노력해야 한다.

넷째, 인권기준에 따르면 거주형 정신재활시설 이용자의 사생활을 보호하고, 안

락한 환경 및 위생을 보장하며, 학대와 차별로부터 자유로운 환경이 제공되어야 한다. 하지만, 서비스에 대한 필요도와 충분도 조사 결과에서 적절한 생활환경 유지, 정신적 신체적 건강지원 및 개별 맞춤형 회복지원 서비스, 의사결정권 행사 지원서비스, 학대 방지 및 사회적 차별 금지, 지역사회 통합 및 독립지원 서비스에 대한 생활인들의 필요도가 서비스 제공 충분도보다 높게 나타났다. 나아가 학대와 차별에 대한 인식도 조사결과에 따르면, 거주시설 응답자 10명중 약 5명은 과거 입원시 원할 때 퇴원하지 못했고, 10명중 4명은 치료선택시 의견이 무시되며, 비자의적인 입소를 경험하며, 10명중 약 3명은 설명 없이 약물의 양이 증가하거나 강박 또는 격리를 당한 경험이 있었다고 응답하였다. 또한 10명중 약 2명은 민간보험가입에서 차별을 경험하며, 퇴원(소)후에도 살 곳이 없어 퇴원이 미뤄지고 있으며, 정신질환을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀 출산과 관련된 차별을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 생활인의 사생활보호와 안락한 생활을 할 권리를 보장하고 및 학대와 비인도적 처우 방지하기 위해서 정신건강복지법에 국제인권기준에 맞는 거주형 재활시설 서비스 기준을 제시하고 법에 따라 거주형 재활시설의 서비스를 개선해야 한다. 변화된 기준 실행에 옮기기 위해서는 정신장애인 당사자의 사생활보호 및 안락한 환경 기준과 거주시설 내 학대와 차별 방지 기준들이 시설평가 지침에 포함될 필요가 있다.

다섯째, 거주형 정신재활시설 이용자의 가장 높은 서비스 욕구는 주거보장 서비스로 나타났다. 거주형 시설을 이용하고 있다는 자체가 개인적 차원에서 주거가 불안정한 상황이라는 것을 반증하는 것이므로, 거주형 정신재활시설 이용자들의 주거에 대한 불안정이 (이용시설 이용자들 보다) 클 수 있다. 따라서 거주형 정신재활시설 이용자들이 지역사회 내에 독립주거로 안정적으로 전환할 수 있도록 공동생활가정이나 전환시설과 같은 주거보장 확충과 더불어 독립주거를 위한 재정적 기반을 마련할 수 있도록 소득보장이나 소득지원 규정이 구체적으로 마련될 필요가 있다.

여섯째, 조사결과를 통해 식사시간과 수면시간의 제한이 있는 거주형 시설이 대부분이고, 공동생활가정의 경우 낮 시간 동안 재활이라는 이름으로 반드시 외출을 해야 하는 경우도 있다는 것을 알게 되었다. 이러한 사실은 거주시설의 식사시간과 취침 및 수면시간의 제한이 개선되어야 하고, 프로그램 서비스 이용을 강요받지 않고 자유롭게 하루일과를 결정할 수 있도록 거주형 재활시설의 규정이 바뀌어야 할 필요가 있다.

일곱째, 거주형 정신재활시설 이용은 생활인 당사자가 생활시설, 공동생활가정 및 지역사회전환시설 이용 후 독립주거로 이행하는 과정이다. 따라서 거주형 정신재활시설을 이용하는 동안 독립주거의 유형 및 조건에 대한 인식을 충분히 하고, 그에 맞는 청약통장 가입이나 저축을 통한 재정적 준비를 잘 할 수 있도록 교육하고 관련된 표준화된 지침도 마련될 필요가 있다.

6. 기관실지조사

비록 파일럿 조사이기는 하지만, 거주형 재활시설을 대상으로 한국어로 번역한 WHO QualityRights Tool Kit을 사용하여 실시한 기관실지조사 결과 분석을 통해 다음과 같은 시사점을 도출하였다. 첫째, 기관실지조사를 통해서 모든 거주형시설이 약 처방에 협조하고 투약을 하여야 서비스를 이용할 수 있도록 규정하고 있다는 것을 알게 되었다. 기관이 국제인권기준을 실현하기 위해서는 중앙정부 및 지자체의 패러다임 변화가 가장 먼저 선행되어야 한다. 특히 지자체 차원에서 사업지침에 명시된 내용은 특정 집단의 정신건강서비스 이용을 차단하는 결과를 초래한다. 예를 들어, 약물투약에 협조하지 않으면 시설이용이 불가하다는 지자체 지침은 시설 및 정신장애인의 약물투약에 대해 대안적 시도 자체를 원천적으로 봉쇄하는 것이기 때문이다. 정부차원에서 정신과적 증상대처에 대해 다양한 시도를 해 볼 수 있는 통로를 열어두어 정신장애인들이 자신의 신념에 대한 차별 없이 정신건강서비스를 이용할 수 있도록 해야 할 것이다.

둘째, 정신재활시설에서 착취, 학대 등 명백한 인권침해를 하는 것은 아니었지만, ‘치료적 차원’ 또는 ‘타인 배려’라는 명목 하에 이용자의 자율성을 저해하는 규칙이 일부 기관에서 작동하고 있다는 것을 기관실지조사를 통해 알 수 있었다. 인권기준으로는 정신장애인의 자율적 통제능력을 개발하는 것이 우선되어야 하나 실제 시설 내 생활에서는 타율적 통제로 이용자를 ‘관리’하고 있는 것으로 보였다. 자율적 통제능력 개발보다 타율적 통제가 우선하는 이유는 시설에서 발생할 수 있는 사건사고 발생의 우려 때문인 것으로 파악되었다. 정신과적 증상으로 인한 사건사고의 책임을 시설에 전가하면 시설은 더욱 더 통제의 필요성을 강조할 수밖에 없다. 따라서 장기적인 관점에서 기관은 정신장애인 개인에 의한 사건사고의 책임으로부터 자유롭게 하되, 인권중심 서비스제공에 대한 책임소재를 분명히 하는 입법 개정이 필요

해 보인다.

셋째, 기관실지조사를 통해서 아직까지 한국의 정신건강서비스 제공현장에는 ‘사전의향지시서’에 대한 정보가 거의 없다는 것은 파악할 수 있었다. 사전의향지시서가 무엇인지 대략은 이해하고 있더라도, 정확하게 어떤 내용인지 또 그것이 왜 필요한지는 잘 인식하지 못하였다. 실천현장에서는 정신장애인이 위기상황에 처하게 되면 이용자에게 어느 정도 의견을 물어보기는 하지만, 이용자와 의사소통이 불가능한 상황에서는 보호자에게 연락하여 치료에 대해 결정한다. 기관 입장에서는 이용자에게 사전에 동의를 구하고 서비스를 제공하는 것처럼 보이지만, 최종적으로 의사결정이 어려운 상황이 되면 보호자나 직원이 임의적으로 결정을 할 가능성이 높다. 따라서 당사자의 자기의사결정권을 최대한 보장하기 위해서는 사전의향지시서 작성을 도입하는 것이 국제수준의 인권기준을 실현하는 길이다.

넷째, WHO QualityRights Tool Kit은 UN 장애인권리협약(CRPD)에 기반하여 개발된 평가도구로 정신건강서비스 제공서비스의 인권수준을 평가하고 개선방안을 제시하는 것에 도구 활용의 목적을 두고 있다. 기관실지조사에 참가한 당사자, 기관장, 전문가들은 기관실지조사 참여를 통해서 국제적 인권기준에 대한 이해를 높일 수 있었다고 긍정적으로 평가하였다. 이처럼 WHO 툴킷은 평가를 통해 기관 재정을 삭감하거나 질책하는 것에 목적이 있는 것이 아니라 더 나은 인권지향적 서비스를 제공할 수 있도록 돕는다. 장기적으로는 국가 차원에서 국제인권기준과 비교하며 당국의 정신건강서비스 인권수준의 객관적인 위치를 평가하는 데 활용할 수 있겠으나, 단기적으로는 기관에서 국제인권기준에 부합하는 서비스를 제공하고 있는지 자체적으로 평가하는 용도로 활용할 수 있을 것이다. 지속가능한 인권실현은 이와 같은 기관의 자정 노력을 통해 달성하는 것이 가장 바람직할 것이다.

다섯째, 기관실지조사를 통해 정신건강서비스 제공기관들은 관리부처의 지침에 따라 이용자 인권실현을 위해 부단히 노력하고 있다는 것을 알 수 있었다. 인권실현 노력의 실질적인 내용은 기본적인 수준이었다. 하지만 기관 입장에서는 당위적인 것들에 대해서는 최선의 노력을 다하여 확실한 금지조치를 하고 있다고 믿고 있기 때문에 스스로 본인들 기관에서 인권침해는 거의 없다고 인식하고 있었다. 그러나 아직까지 ‘인권존중’, ‘인권실현’에 대한 명확한 인식은 부족하였고 지침도 마련되어 있지 않았다. 예를 들어 서비스제공기관은 당사자의 의견을 최대한 존중한다고 보고하였지만, 실제 당사자 관련한 의사결정 과정에서 당사자 동의 없이 보호자의

의견을 물어보거나 지원이라는 명목 하에 더 당사자를 위하는 결정이라고 직원이 느낄 때는 당사자 의사에 반하여 의사결정을 하는 것에 대해서 전혀 문제의식을 느끼지 못하고 있었다. 결국 보호자나 직원이 치료서비스에 대해 결정하는 사례가 다수 있는 것으로 파악되었다. 또한 착취나 학대 등 극단적인 인권침해 상황은 없을지라도, 착취나 학대를 예방하기 위한 안전정치를 마련하고 있는지 또는 이용자의 서비스이용 이의제기 절차를 충분히 고지하고 있는지에 대해서는 확신할 수 없었다. 이용자의 알 권리에 대해서도 기관은 소극적인 자세를 취하거나 ‘치료적 차원’에서 정보제공을 차단하기도 하였다. 정신건강서비스 영역에서 국제인권수준에 대한 감각을 향상시키고 인권역량을 강화하기 위해서는 실무자를 포함하여 정신건강서비스 체계 이해당사자를 대상으로 하는 UN 장애인권리협약(CRPD) 교육훈련 체계가 시급히 마련되어야 할 것이다.

제3절 정책방향 및 제언

2006년 UN 장애인권리협약(CRPD) 채택은 이후 장애인 인권과 관련된 전반적인 국제 환경에 변화를 가져왔다. UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준한 국가는 협약에 제시된 국가 의무를 이행해야 하므로 정신장애인의 사회권적 인권을 실현하기 위한 조치 및 계획을 세워 추진하여야 할 책임이 있다. 따라서 2008년도에 UN 장애인권리협약(CRPD)을 비준한 우리나라도 협약국으로써 UN 장애인권리협약(CRPD)이 지향하는 위와 같은 기본이념을 수행할 의무가 있다. 하지만 UN 장애인권리협약(CRPD) 이념이 우리나라 법체계에 어느 정도 반영되어 있는지, 그리고 그러한 이념이 정책, 제도 및 서비스 전달과정에서 구체적으로 나타나고 있는지 파악한 실증 연구는 없다. 이에 본 연구는 UN 장애인권리협약(CRPD)과 정신건강복지법에서 지향하는 인권 규정이 정신재활시설 운영이나 이용에 있어서 적절하게 반영되어 있는지에 대한 현황 및 실태를 파악하였고, 그 결과를 기반으로 다음과 같은 정책 방향과 제언을 제시하고자 한다. 이때, 단기정책 방향은 변화의 근간이 되는 법이나 원칙 개정과 관련된 것이고, 중장기 정책 방향은 법이나 원칙 개정의 결과로 파생되는 실질적인 전달체계나 서비스의 변화와 관련된 것이다.

1. 단기 정책방향 및 제언

1) 정신재활시설

첫째, 지역사회기반 정신재활서비스에 대한 공적 책임성을 제도적으로 강화해야 한다.

이를 위해 우선, 지역사회 인프라 구축에 대한 중앙 및 지방정부의 책임을 개정 법에 반영하여 다음과 같은 조항을 명확히 명시할 필요가 있다.

- ① 지자체별로 각 유형의 정신재활시설을 모두 설치할 것을 명시하여야 한다.
- ② 지자체별 설치가 어려운 경우에는 대안적으로 광역 또는 권역 단위 설치 의무화를 명시하여야 한다.
- ③ 정신재활시설 설치에 대한 중앙정부 및 지방자치단체의 책무를 명확히 하고,

국가 및 지역계획에 장단기 설치 계획을 포함하도록 명시하여야 한다.

④ 중앙정부의 역할, 특히 행정적·재정적 책임을 보다 강화하여 법제화해야 한다.

법 개정과 더불어 광역이나 기초지방자치단체 단위로 **정신재활시설 설치 기준 및 규정 마련**이 필요하다. 조례를 분석한 결과, 광역지방자치단체의 경우 총 17개 광역지방자치단체 중 정신건강복지센터 관련 조례는 12개에 있었고(5개 없음), 정신건강심의위원회 관련 조례는 2개(15개 없음)에만 있었다. 계속해서 정신건강심사위원회 관련 조례는 1개(16개 없음), 재활시설 관련 조례는 5개(12개 없음)에만 있는 것으로 나타났다. 기초지방자치단체의 경우, 전체 229개 중에서 정신건강복지센터 관련 조례는 151개(78개 없음), 정신건강심의위원회 관련 조례는 15개(214개 없음), 정신건강심사위원회 관련 조례는 8개(221개 없음), 재활시설 관련 조례는 5개(224개 없음)에만 있는 것으로 분석되었다. 재활시설 설치 기준이나 규정을 중앙에서 표준화하는 것을 원칙으로 해야 하지만, 지역 특성에 따라 예외적 상황이 있을 수 있어서 지역사회에서의 회복지원을 위해 지방자치단체의 정신재활시설 설치 기준도 명확히 할 필요가 있다. 따라서 지방자치단체별로 시설 유형별 수요를 추계하여 지역 단위로 시설 설치의 가이드라인을 마련하고, 이를 기준으로 지역별 설치 계획을 수립하여 중앙정부가 이를 정기적으로 모니터링하고 평가할 필요가 있다.

둘째, 정신재활 서비스에 대한 접근성이 보장되어야 한다.

정신장애 당사자와 가족들이 시설에 대한 정보 자체를 알지 못하여 서비스를 이용하지 못하는 경우가 많다. 정신의료기관에서 정신건강복지센터, 정신재활시설, 복지지원 등 필요한 정보를 제공하고 적극적으로 연계할 수 있는 체계를 구축해야 한다. 이를 위해 **퇴원 후 지역사회연계 체계 마련 및 시행 의무를 법제화**해야 한다. 즉, 퇴원계획 수립, 지역사회 정보제공 및 연계에 대한 의무를 정신건강복지법 제19조 정신의료기관의 운영 및 관련된 정신건강증진시설 운영에 반영할 필요가 있다.

그간 정신재활시설이 양적으로 확대되지 못한 이유는 정신재활시설의 설치가 민간에 위임되어 있기 때문이며, 그로 인해 많은 시설들의 물리적 환경 또한 열악한 상황이다. 특히 설치비용이나 임대료 부담이 큰 주간재활시설이 많아서 시설 확대의 가장 큰 장애요인으로 작용하고 있다. 따라서 정신재활시설 설치 및 임대료 지원에 관한 기준 및 규정이 마련될 필요가 있다. 여타의 복지기관들처럼 **공공이 시설을 건립하고 민간에 위탁 운영하거나, 임대료 등 물리적 공간 확보에 추가적인 지원**을

제공해야 할 것이다. 지속가능한 정신재활시설의 확충을 위해서는 이러한 설치 및 지원에 관한 기준 및 규정이 마련되어야 한다.

아울러 정신재활시설 설치 및 이용기준 개정을 통해 **서비스 이용대상자를 확장**해 나가야 한다. 현재는 이용시설 정원제를 시행하고 있으므로 다수의 지역사회 정신재활시설에서 욕구가 있는 모든 정신장애인에 대한 서비스를 제공하지 못하고 있고, 이에 따라 순서를 기다리는 대기자가 있는 상황이다. 이에 대한 해결책으로 정원제를 기반으로 하더라도 이용하지 못하는 지역사회 정신장애인의 욕구에 부응하는 서비스 제공기능을 추가하는 방안 등을 법제화하여 이용대상자를 확대하는 방안을 생각해 볼 수 있다.

셋째, 정신재활시설의 서비스가 회복지원으로 기능이 전환되어야 한다.

정신재활시설의 **운영 방향이 재활치료에서 인권보장과 회복지향으로 전환**되어야 한다. 정신건강복지법 시행규칙 별표9에 규정된 정신재활시설의 사업인 사회재활활동과 직업재활활동에 더하여 “인권보장과 회복지향 활동”이 추가될 수 있도록 지침 개정안을 제안할 필요가 있다. 정신건강서비스는 정신장애인 당사자와 가족의 인권 증진을 최우선 가치로 삼고, 이를 실현하는 정신건강서비스는 회복기반실천이 표준임을 정확하게 명시해야 한다.

더불어 정신재활시설 각 유형에 따라서 핵심 목적 사업을 표준화해야 한다. 정신재활시설은 모든 정신장애인과 가족, 서비스 제공자가 공유하고 추구할 수 있는 회복기반 실천사업의 표준화 안을 시설 유형별로 마련해야 한다. 정신재활시설의 다양한 하위 시설유형에 따라 역할이 다르지만, **회복지향을 바탕으로 한 목적과 핵심 사업**이 구체적으로 명시될 수 있도록 재정비할 필요가 있다.

넷째, 정신재활시설에서의 인권보장을 위한 기준이 마련되어야 한다.

거주형 정신재활시설의 적정 생활 수준의 기준이 구체화 될 수 있도록 다음의 내용에 대해 법이 개정되어야 한다.

- ① 거주형 정신재활시설 중 생활시설의 경우 침실 하나에 2~4인이 공유하고, 공동생활가정이나 전환시설의 경우 2~3인이 하나의 침실을 공유하는 사례가 많은 것으로 나타났다. 하지만 인권 기준의 하나인 사생활 침해를 받지 않을 권리 기준을 지키려면 1인실을 기본적으로 고려할 필요성이 있다.

- ② 연구결과 거주형 정신재활시설 생활인들이 식사시간, 취침이나 기상이 자유롭지 않다고 응답하였다. 하지만 집단생활을 하는 거주형 시설일지라도 당사자의 독립성과 일상생활에서 자기 의사를 최대한 존중할 수 있도록 법제화할 필요가 있다.
- ③ 재활시설로 분류되어있는 공동생활가정의 경우 낮 시간 재활프로그램 참여가 의무화되어 있는 것으로 나타났다. 생활인이 프로그램 참여를 원하지 않을 경우 기관 차원의 이러한 규정은 인권침해의 소지가 있으므로 법 개정을 통해 자기의사결정권을 존중하는 방향으로 규정을 변경할 필요가 있다.
- ④ 연구결과에 의하면 대부분 공동생활가정은 생활인들을 대상으로 독립주거 준비를 위한 기능을 수행하고 있었다. 이에 공동생활가정의 주거 마련 재정계획(청약통장 및 기본자금 마련)이나 고용지원 등 생활인의 독립 지원을 하는 기능을 구체적으로 법에 명시할 필요가 있다.

법 개정과 더불어 정신재활시설 관계자들이 인권 기준에 맞게 기관을 운영하고, 제공하는 서비스가 인권 존중 및 자기결정권 존중의 서비스가 될 수 있도록 **재활시설서비스 제공과정에서 준수해야 할 원칙들을 정비할 필요**가 있다. 그중의 하나가 평가지표의 변경이다. 지금까지는 당사자의 자기의사결정권을 존중한 결과로 사건이나 사고가 발생하는 경우 주책임을 기관이나 종사자에게 돌리는 경향이 있었다. 이러한 이유로 기관차원에서는 당사자의 자기의사결정권을 존중해 주고 싶어도 혹시 모르는 우려 때문에 한계가 있었고, 결국에는 당사자의 인권침해로 연결되는 경우가 많다. 이러한 딜레마를 극복하기 위해서는 결과에 대한 책임을 묻거나 결과로 기관을 평가하는 것이 아니라, **인권기준에 맞는 절차 및 개입**이 이루어졌는지 여부에 따라 기관을 평가하고 책임을 묻는 것으로 평가기준을 전환할 필요가 있다.

기관 측면에서는 **정신재활시설에 대한 책임부과 방식이 법에 구체화될 필요**가 있다. 현재는 절차와 상관없이 결과적인 사건사고에 대한 책임을 기관이나 담당자에게 부과하는 방식이다. 이러한 이유로 기관이나 담당자 입장에서는 당사자의 인권이 침해되더라도 사건이나 사고가 예방될 수 있는 방향으로 의사결정을 하는 경우가 많았다. 따라서 법에 국제적 표준에 맞는 인권 기준을 정립하고, 결과에 대한 책임이 아니라 서비스 제공 절차가 인권 기준에 맞게 이루어졌는지를 평가하고, 절차가 인권 기준에 위배 되었을 경우 기관에 대한 책임을 묻는 방식을 법제화할 필요가 있다. 연구결과에 따르면 인권 기준에 따라 자기의사결정권을 존중할 경우에 생

길 수 있는 사건 사고 발생이나 이에 대한 기관 책임의 우려 때문에 의도치 않게 이용자의 자율성을 저해하는 규칙이 일부 기관에서 작동하고 있었다. 정신과적 증상으로 인한 사건 사고의 책임을 시설에 전가하면 시설은 더욱 통제의 필요성을 강조할 수밖에 없다. 따라서 정신재활시설이 정신장애인의 자의사결정권을 존중하는 실천을 하기 위해서는 인권중심 서비스 제공에 대한 책임소재를 분명히 하는 정책 기반 마련이 필요하다.

다섯째, 개인의 자유와 자의사결정권이 보장되어야 한다.

이용형 시설에서도 마찬가지로, 특히 여러 명이 공동 생활하는 거주형 정신재활시설에서 **개인의 자유와 선택을 보장**하도록 해야 한다. 공동생활에 따른 규칙과 역할, 건강과 안전을 위한 규제는 개인의 자유와 선택을 침해할 가능성이 있다. 현재와 같이 시설운영자가 무한책임을 져야 하는 상황에서는 생활인의 안전과 자유간의 딜레마는 지속될 수밖에 없다. 이러한 딜레마를 극복하고 생활인의 인권을 보장하기 위해서는 시설에서의 개인의 자유와 선택에 대한 좀 더 명확한 가이드라인과 규정과 절차가 마련될 필요가 있다. 동시에 앞에서 논의한 것처럼 시설운영자의 결과에 대한 무한책임이 아니라 절차에서 인권 기준에 맞게 업무를 수행하였는지에 대한 평가가 이루어져야 한다.

회복지원과정에서의 **비밀보장에 대한 내용 및 고지의무에 대한 규정**을 마련하여, **당사자 참여 증진 및 자의사결정권을 존중**해야 한다. 새로운 사례를 접수할 때 계획수립, 회복지원과정, 비밀보장, 자의사결정권 등에 대해서 당사자 및 가족에게 자세히 설명할 수 있도록 구체적 지침을 마련하고 시행해야 한다. 또한 인권 기준에 따른 재활시설 서비스 개선을 위한 모니터링 및 평가과정에 당사자가 직접 참여할 수 있도록 해야 한다. 즉, 정신재활 시설의 치료 및 재활 서비스들은 인권 기준에 따라 모니터링 되어야 하고 이 과정에는 당사자의 의견반영이 정례화 되어야 한다.

여섯째, 정신재활시설의 설치에 대한 차별금지가 강화되어야 한다.

정신재활시설 확충 및 이용자의 인권증진을 위해서 제도적으로 차별금지가 강화되어야 한다. 정신재활시설이 확대되는 데 있어 가장 큰 장애물 중 하나는 지역사회의 편견이다. 본 연구에서도 정신장애 당사자와 관계자들이 가장 우려하는 부분이 시설설치에 대한 지역의 혐오로 나타났다. 실제로 시설설치 과정에서 주민들이 조

직적으로 반대운동을 벌이고 그 과정에서 혐오와 차별의 표현들이 공격적으로 이루어지는 사례들이 발생하고 있다. 따라서 정신장애에 대한 사회적 인식을 개선하기 위한 보다 적극적인 노력이 필요하다. 무엇보다도 정신재활시설 설치에 대한 혐오와 차별행위에 대해서는 장애인차별금지법에 근거하여 제도적으로 강력하게 금지할 필요가 있다.

2) 정신건강복지체계

첫째, 지역사회 정신건강서비스에 대한 체계적인 전달체계를 구축하여야 한다.

현재 지역사회 정신건강 서비스 체계들은 분절되어 있어, 실제로 정신장애인이거나 가족들이 서비스를 효과적으로 이용하는 데에는 큰 한계가 있다. 서비스에 대한 정보를 개별적으로 알아보고 선택해야 하므로, 서비스에 대한 접근성이 떨어질 수밖에 없다. 또한 서비스 대상 및 내용에 대한 결정이 기관과 개인 간의 판단에 따라 이루어지며, 적정 서비스에 대한 기준 또한 명확하지 않은 상황이므로 서비스 체계가 효과적으로 작동하기에는 큰 한계가 있다.

따라서 지역사회 정신재활시설을 비롯한 **지역사회 정신건강 서비스 간 연계체계를 구축**하고, 이를 효과적으로 관리할 수 있는 중앙정보체계도 구축되어야 한다. 자원 확충은 인권중심 정신건강서비스제공을 위한 필요조건이다. 따라서 효율적인 자원연계체계를 구축하기 위해서는 기관 차원으로 네트워크를 위임하기보다 **중앙 차원에서 자원네트워크 체계를 구축**할 필요가 있다. 이러한 통합적 체계가 구축될 때, 각 지역에서의 서비스에 대한 요구도를 더욱 명확하게 파악할 수 있고, 그에 근거한 서비스 제공 계획도 수립될 수 있을 것이다.

둘째, 정신장애인 복지지원에 대한 구체적인 법적 근거가 마련되어야 한다.

법 개정을 통해 현행 정신건강복지법 제4장 복지서비스 제공이 현실적으로 중앙정부 및 지방자치단체에 의해서 실행될 수 있도록 하여 **지속 가능한 복지지원체계를 형성**하여야 한다. 이를 위해서는 구체적으로 다음과 같은 법 개정이 필요하다.

- ① 정신건강복지법 제4장 복지서비스 제공에 대한 세부적인 실행방안에 대한 시행규칙을 신설하여야 한다.
- ② 정신재활시설이 복지서비스 제공에 있어 어떠한 역할과 기능을 수행할 것인지

구체적으로 규정해야 한다.

정신건강복지법 뿐만 아니라, 장애인복지 영역에서 문제가 되어 온 복지서비스 혜택에서 정신장애인이 차별받거나 배제되는 현상을 해소해야 한다. 이를 위해서는 다음과 같은 내용을 법제화할 필요가 있다.

- ① 정신건강복지법상 정신재활시설에 대한 지원기준을 장애인복지시설과 유사한 수준으로 맞추고, 장애인 고용지원 정책 등에서 정신재활시설이 배제되지 않도록 해야 한다.

장애인개발원 등 정부에서 수행하는 다양한 장애인 직업재활 및 고용 지원사업에서 참여 대상을 장애인복지법에 의한 장애인복지시설로 제한함으로써 정신재활시설을 이용하는 정신장애인이 차별당하는 일이 반복되지 않도록 제도 개선이 이루어져야 한다.

- ② 정신장애인에게 적합하지 않거나 불합리한 장애인 지원 제도들을 법 개정을 통해서 개선해 나가야 한다.

셋째, 정신장애인의 자기의사결정권을 강화하여야 한다.

자기의사결정권을 강화하기 위한 구체적인 규정이 마련되어야 한다. 정신건강복지법 기본이념(제2조)이나 정신건강증진시설장의 의무(제6조)에는 정신질환자 등의 자기결정권 및 의견을 존중하도록 규정되어 있다. 하지만 아직 이를 위한 구체적인 시행 방법은 제시되어 있지 않아서 실효성이 없는 상황이다. 따라서 정신건강증진시설의 유형에 따라 입원 및 서비스 이용에 대한 충분한 정보제공 및 자기결정권 행사를 지원할 수 있는 구체적 법 조항이 마련되어야 한다.

넷째, 인권중심의 서비스 평가체계를 도입하여야 한다.

법 개정을 통해 국제기준에 부합하는 인권중심 정신건강서비스 평가체계를 도입해야 한다. 국제적 인권중심 평가체계의 도입을 통해 정신재활시설 서비스의 인권 감수성을 제고 할 수 있다. 또한 현재 시행되고 있는 사회복지시설평가의 인권 영역 평가 지표에 대한 재검토를 통해, 향후 사회복지시설시설 인권영역평가에 국제적 인권수준을 반영한 지표를 구조화하여 평가에 활용할 수 있다. 그리고 서비스 이용자가 시설에 장기간 머문다는 측면에서 공통점이 있는 거주형 정신재활시설, 입원 병원, 요양시설 등에 대해서는 시설평가와 국제인권기준 평가체계를 통합 또는 조정하는 방안을 고려해 볼 수 있을 것이다.

〈표 9-1〉 단기 정책방향 및 제언

구분	단기정책	
	방향	내용
정신 재활 시설	공적 책임성 강화	<ul style="list-style-type: none"> 정신 재활 인프라 구축에 대한 중앙 및 지방정부의 책임을 법에 반영 지방자치단체 단위로 정신재활시설 설치 기준 및 규정 마련
	서비스 접근성 보장	<ul style="list-style-type: none"> 퇴원 후 지역사회 연계 체계 마련 및 시행 의무화 공공시설 설립 확대 서비스 이용대상자 기준 확대
	회복지향 서비스로의 기능 전환	<ul style="list-style-type: none"> 재활치료에서 인권보장과 회복지향으로 전환 시설 유형별 회복지향 핵심사업 명시
	인권보장을 위한 기준 마련	<ul style="list-style-type: none"> 거주형 정신재활시설의 적정 생활 기준 구체화 재활서비스 제공과정에서의 인권 기준과 원칙 마련 절차가 인권에 위배 되었을 경우 시설에 책임을 묻는 방식으로 책임 부과 방식 변경
	자유와 자기의사결정권 보장	<ul style="list-style-type: none"> 거주형 정신재활시설에서의 개인의 자유와 선택 보장 비밀보장, 고지의무, 자기의사결정에 대한 규정 마련
	시설설치에 대한 차별금지 강화	<ul style="list-style-type: none"> 시설 설치에 대한 혐오와 차별행위에 대한 금지
정신 건강 복지 체계	지역사회 정신건강 전달체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 정신건강 서비스 간 연계체계 구축 중앙차원에서의 자원 네트워킹 체계 구축
	복지지원에 대한 법 규정 구체화	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강복지법 제4장 복지서비스 제공에 대한 시행규칙 신설 복지서비스 제공에 있어 정신재활시설의 역할과 기능 구체화
	자기의사결정권 강화	<ul style="list-style-type: none"> 자기의사결정권 강화를 위한 구체적인 시행규정 마련
	인권중심 평가체계 도입	<ul style="list-style-type: none"> 국제적 인권수준을 반영한 평가 지표 활용

2. 중장기 정책방향 및 제언

1) 정신재활시설

첫째, 통합적 정신재활서비스 전달체계를 확립하여야 한다.

정신장애인이 지역사회에 통합되어 독립적으로 생활하기 위해서는 주거, 소득, 재활 및 회복지원 등 다양한 스펙트럼의 서비스가 필요하다. 우리나라 정신건강서비스 전달체계에서 이러한 서비스 제공을 담당하는 기관은 정신재활시설이다. 정신장애인의 사회통합과 독립적 생활보장을 위해서는 정신재활시설 전달체계가 확립되어 있어야 하지만, 본 연구결과에 의하면 기초지방자치단체별 정신재활시설 설치율은 매우 저조한 것으로 나타났다.

주거서비스와 재활서비스는 지역사회 독립거주 및 사회통합을 위한 필수적 요소이므로 거주형 또는 이용형 시설 미설치 지역은 (1) UN 장애인권리협약(CRPD) 제 19조에 규정된 ‘지역사회에 통합되어 독립적으로 살 권리’를 침해하는 것이고, (2) 정신건강복지법 제37조인 “지역사회 거주, 치료, 재활 등 통합지원” 조항에 위배되는 것이다. 따라서 정부와 지방자치단체는 기초지방자치단체 단위에 모든 유형의 정신재활서비스 기관을 설치해야 한다. 그 근거는 정신건강복지법 제37조에 ① 국가와 지방자치단체는 정신질환자의 지역사회 거주 및 치료를 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다고 규정되어 있고, ② 국가와 지방자치단체는 정신건강증진시설에서의 퇴원 등이 필요한 정신질환자에 대한 지역사회 재활지원 등 지역사회 통합지원을 위하여 노력하여야 한다고 선언하고 있기 때문이다. 모든 지자체에 모든 유형의 정신재활시설 설치가 현실적으로 어렵거나 지역사회 욕구를 고려할 때 전체 설치 필요가 없는 경우에는 주변 지자체와 논의하여 지역사회 욕구에 부합할 수 있는 주거시설과 이용시설을 설치할 필요가 있다.

연구결과를 통해서 아직도 상당수 정신장애인들이 병원이나 요양시설에 입원해 있거나 입소 중이라는 사실을 알 수 있었다. 이러한 현상은 당사자의 자기 의사에 의한 결정이라기보다는 강제입원이나 동의입원의 결과로, 자의적으로 퇴원하기 어려운 상황이거나 또는 자발적 퇴원이 가능한 경우에도 마땅히 지역사회에 거주할 곳이 없어서 퇴원하지 못하는 경우가 대부분이다. 정신장애인의 지역사회 독립생활 및 사회통합을 지원하기 위해서는 탈시설을 촉진할 수 있는 다음과 같은 노력이 병

행되어야 한다.

우선 **지역사회 전환시설의 확충**이 필요하다. 지역사회전환시설은 입원이나 입소 후 바로 지역사회로 퇴원이나 퇴소를 하는 것이 한계가 있는 정신장애인을 위해 3개월에서 6개월 정도 머무르면서 지역사회 적응을 위한 재활훈련을 하는 주거시설이다. 우리나라의 경우 장기입원이나 입소가 많아서 지역사회 전환시설 서비스가 필요한 사람들이 많다. 따라서 탈시설을 촉진하기 위해서는 지역사회전환시설을 확충할 필요가 있다.

지역사회에서 자립을 준비할 수 있는 **공동생활가정의 확충**도 필요하다. 우리나라 정신건강서비스 전달체계에서 주거 관련 서비스 제공은 매우 취약하다. 최근 이러한 한계를 보완하기 위해서 다양한 형태의 지역사회 주거서비스가 확충되고 있다. 대표적 거주형 정신재활시설인 생활시설의 경우 정원이 30명에서 50명에 달해 진정한 의미의 가족적 분위기의 주거시설이라기보다 요양시설에 가까운 거주시설이다. 지역사회 독립생활과 사회통합을 위해서는 가족적 분위기의 안정적 주거가 필요조건이다. 이러한 당사자들의 주거욕구를 해결하기 위해 공동생활가정이 운영되고 있다. 공동생활가정은 작게는 3인에서 많게는 8인까지 하나의 주거공간에서 3년에서 5년 정도까지 공동생활하면서 재활훈련을 하는 서비스 기관이다. 공동생활가정에 머무르는 동안 재활훈련을 통한 회복과 독립주거를 위해 필요한 주택청약예금 가입이나 보증금을 마련하는 기능을 하고 있다는 점에서 독립생활을 위해 꼭 필요하고 확충되어야 할 주거서비스이다.

여기에 더해 탈시설화 후 정신장애인들이 이용할 수 있는 **지역사회 이용시설 확충**이 필요하다. 양적 질적 조사를 통해서 지역사회에서 이용할 수 있는 서비스가 부족하다는 의견이 수렴되었다. 탈시설화를 위해서는 거주형 재활시설 뿐 아니라 지역사회 정신장애인들이 사회기술 훈련 및 사회재활서비스를 받을 수 있는 지역사회 서비스 기관이 존재해야 한다.

마지막으로 사회재활을 목표로 하는 이용시설과 함께 직업재활을 통한 궁극적 회복을 지향하는 **직업재활시설 및 공동작업장의 확충**이 필요하다. 양적질적 조사에서 나타난 것처럼 지역사회 정신장애인들이 궁극적으로 원하는 것은 독립생활을 하면서 직업을 통해 사회구성원의 한 사람으로서 역할을 하는 것이다. 이러한 욕구를 충족시키기 위해서는 직업재활시설이나 공동작업장 같은 정신재활시설의 확충이 필요하다.

둘째, 개별지원체계로 정신재활시설의 서비스가 전환되어야 한다.

정신재활시설의 서비스가 **개인맞춤형 서비스**로 재편되어야 한다. 현재 정신재활 시설은 재원이나 인력의 문제로 이용자 개인의 고유한 욕구에 부응하는 맞춤형 서비스를 제공하는 데 한계가 있다. 특히 초발정신장애인의 경우 연령도 낮고 교육 및 직업재활에 관한 욕구가 많다. 하지만 현재 정신재활시설의 서비스는 이용자의 상당수가 40대나 50대 연령층의 만성 정신장애인이 대부분이다. 따라서 정신재활시설의 서비스 또한 20대 30대 초발 정신장애인의 눈높이에 맞추기보다 중장년층 만성 정신장애인의 눈높이에 맞춘 집단서비스가 일반적이다. 지역사회 정신재활시설은 지역사회의 다양한 욕구를 가진 당사자 집단 대상으로 서비스를 제공한다. 따라서 **천편일률적인 서비스가 아니라 당사자의 욕구에 부응하는 맞춤형 서비스**, 대도시, 중소도시, 농어촌 등과 같은 지역사회 특성을 반영한 보다 다양한 복지서비스가 제공되도록 노력할 필요성이 있을 것이다.

회복지향 정신건강증진서비스를 확충하기 위해서 무엇보다 직업재활중심의 정신장애인 정책을 도입하고, 정신장애인 회복과 자아실현을 지원하기 위해서 **직업재활 서비스가 강화**되어야 한다. 정신건강서비스가 의료모델에서 복지모델을 거쳐 인권 모델을 지향하고 있는 현시점에서 정신재활서비스의 궁극적 목표는 지역사회 독립생활과 사회통합을 구현하는 것이다. 독립생활과 사회통합을 구현하기 위해서는 회복지향적 직업재활서비스의 확충은 필요조건이다. 직업은 인간의 사회적 역할 정체성을 부여할 뿐 아니라 소득을 통한 생활의 안정성을 가져다주며, 궁극적으로 정신장애인 당사자의 사회적 불평등을 해소하여 독립생활과 사회통합에 기여한다.

계속해서 정신장애 당사자의 취업 확대를 위한 대책과 정신재활시설의 기능 연계가 필요하다. 정신장애인의 취업은 바로 이루어지는 것이 아니라 직업재활훈련을 통한 직업기능향상과 지역사회에 안정적으로 거주할 수 있는 주거 및 일상생활 영위를 위한 다양한 복지서비스의 토대 위에서 가능하다. 따라서 정신재활시설은 당사자 직업재활 및 취업을 위해 필요한 주거, 복지, 의료, 등 다양한 스펙트럼의 서비스들을 제공하거나 연계할 필요가 있다.

셋째, 정신재활서비스의 다양성이 확보되어야 한다.

이용시설과 거주시설 이용자에 대한 설문조사를 통해서 밝혀진 것처럼 재활시설 이용자들의 욕구는 생활을 위한 기본적인 욕구에서부터 회복을 위한 욕구 및 자아

실현을 위한 욕구까지 스펙트럼이 매우 다양하다. 하지만 현재 정신재활시설의 서비스는 대부분이 주거서비스나 사회재활서비스에 그치고 있고, 실질적인 회복지원을 위한 직업재활서비스나 교육지원서비스 등은 매우 제한적이다. 따라서 재활시설 이용자들의 **다양한 욕구에 부응하는 서비스 스펙트럼을 확충**할 필요가 있다.

재활시설 설치나 서비스 제공이 지역유형에 따라서 많은 차이가 있었고, 이용자들의 욕구수준 또한 대도시, 중소도시, 농어촌에 따라서 상이하였다. 이러한 조사 결과가 의미하는 바는 지역 유형에 따라서 서비스 기관 설치율이 다르고 이용자들의 욕구 또한 다양하다는 것을 의미한다. 따라서 **지역유형에 따른 맞춤형 서비스** 전달체계를 확립하기 위해서는 지역맞춤형 서비스 개발을 할 필요가 있다. 직업재활의 예를 들면, 대도시나 중소도시에서는 직업재활시설이나 공동작업장이 효과적일 수 있지만, 농어촌이나 산촌의 사회적 농어업이나 삼림기반 재활서비스 등이 효과적일 수 있다.

이와 더불어 질적 양적 조사에서 나타난 것처럼 20세 전후의 초발정신장애인과 중장년기 또는 노년기의 서비스에 대한 욕구는 서로 차이가 있다. 하지만 현재 정신재활시설 서비스는 연령대에 따른 맞춤형이라기 보다는 생애주기를 고려하지 않고 일괄적으로 구성되어 있는 상황이다. 따라서 **생애주기 또는 연령대 맞춤형 서비스 개발 및 확충**이 필요하다.

2) 정신건강복지체계

첫째, 지역사회 통합돌봄체계를 확대해 나가야 한다.

앞에서 논의한 것처럼 우리나라에는 입원병원이나 요양시설에 장기입원 또는 입소하고 있는 정신장애인들이 많다. 이러한 장기입소 후 퇴소한 사람들의 고유한 욕구를 충족하기 위해서 지역사회 기반 돌봄을 확대할 필요가 있다.

우선 장기입원 후 퇴원한 정신장애인에 대한 **돌봄을 확대하기 위해 생활시설 등의 기능을 개편**할 필요가 있다. 생활시설의 경우 현재 30명에서 50명의 사람들이 거주하는 공동생활주거로 이해된다. 하지만 지역사회에 독립적으로 생활하거나 공동생활가정에서 재활서비스를 받는 것이 한계가 있는 정신장애인들의 경우에는 돌봄서비스도 필요하면서 안식처로서의 주거공간이나 복지지원서비스가 필요하다. 이러한 정신장애인들을 위해 요양시설의 기능개선을 통하여 생활시설과 같은 주거시

설을 확충하여 주거공간을 통한 돌봄서비스와 복지서비스를 제공할 수 있는 시설 확충이 필요하다.

더불어 장애인복지법 제15조의 금지 규정을 상쇄할 수 있는 **지역사회 기반 돌봄 서비스의 확충**이 필요하다. 예를 들어 주거지원 및 정신장애인 당사자의 특성에 맞는 데이케어(day care) 센터로서의 일상 쉼터를 지역사회 중증정신장애인의 수를 고려하여 장애인복지관의 수준 이상으로 확충해 나가는 방안을 고려해 볼 수 있다.

둘째, 국제인권기준이 준수될 수 있도록 인권기준이 강화되어야 한다.

실천현장에서 전문가들과 관계자들은 **국제인권기준에 대한 공통기반 형성**을 위해 노력해야 한다. UN 장애인권리협약(CRPD)에 기반하여 개발된 WHO QualityRights Tool Kit의 내용을 보면, 지원의사결정 지향, 사전의료지시서 작성 등을 평가항목으로 제시하고 있다. 인권기준에 대한 공통된 이해를 촉진하기 위해 실천 현장에서 UN 장애인권리협약(CRPD)에 대한 교육의 기회를 확대할 필요가 있다. 즉, **국제인권기준에 관한 교육 체계**를 마련하고 실행하여야 한다. 정신건강 서비스 영역에서 국제인권수준에 대한 감각을 향상시키고 인권역량을 강화하기 위해서는 실무자를 포함하여 정신건강서비스체계 이해당사자를 대상으로 하는 UN 장애인권리협약(CRPD) 교육훈련 체계가 마련되어야 한다.

실천현장, 즉 지방자치단체와 기관 차원에서 자체적으로 각 정신재활시설의 **국제인권기준 수행여부에 대해 스스로 평가**할 필요가 있다. WHO QualityRights Tool Kit은 궁극적으로 정신장애인이 지역사회에 통합되어 자율적인 삶을 살 수 있도록 전 사회가 나아가야 할 방향을 제시하고 있다. 따라서 국제인권기준 평가체계 도입과 관련한 논의와 병행하여 기관차원에서 국제인권기준 평가지표를 적용해 인권기준에 따른 업무수행 정도를 자체적으로 점검하는 과정을 이행하는 것이 필요하다. 이를 위해 WHO QualityRights Tool Kit은 기관에서 국제인권기준에 부합하는 서비스를 제공하고 있는지 자체적으로 평가하는 용도로 유용하게 활용될 수 있다.

셋째, 정신장애인의 자기결정을 지원할 수 있는 제도를 강화해야 한다.

병원 입원단계부터 퇴원계획을 수립하여 퇴원을 촉진할 수 있는 **절차보조서비스의 확충**이 필요하다. 우리나라 병원이나 요양시설 입소자들은 만성적으로 고착화된 장기입원 입소 현상을 경험하고 있다. 이러한 만성형 입원이나 입소로 인해 상당수가 일상생활 기능이나 사회생활 기능 저하를 경험하고 있으므로, 지역사회로 퇴

원이나 퇴소하기 위해서 스스로 지역사회서비스에 대한 정보를 수집하고 정보를 바탕으로 스스로 의사를 결정하는 데 어려움이 있는 정신장애인들이 많다. 따라서 이러한 정신장애인들을 지원하여 퇴원 후 지역사회 정착을 원활하게 지원하는 절차보조서비스 사업의 확충이 필요하다.

정신재활시설을 비롯한 정신건강증진시설 서비스 이용 과정에서 **사전의향지시서 작성 절차를 도입**할 필요가 있다. 본 연구의 결과에 의하면 아직까지 우리나라 정신건강서비스 제공현장에서는 ‘사전의향지시서’에 대한 정보가 거의 없는 것으로 파악된다. 실천현장에서 정신장애인이 위기 상황에 처하게 되면 이용자에게 어느 정도 의견을 물어보기는 하지만, 이용자와 의사소통이 불가능한 상황에서는 보호자에게 연락하여 보호자의 의견에 따라 치료서비스 선택이 이루어지고 있는 것으로 판단된다. 하지만 이러한 조치는 표면적으로는 이용자에게 사전에 동의를 구하고 서비스를 제공하는 것처럼 보이지만, 최종적으로 의사결정이 어려운 상황이 되면 보호자나 직원이 임의적으로 의사결정을 할 가능성이 높고, 당사자의 자기의사결정권 원칙을 위반할 가능성이 매우 높다. 따라서 사전의향지시서를 도입하고 이에 대한 교육 및 적용을 통해 사전의향지시서 작성 절차 도입 여부가 시설의 운영 평가에 반영될 필요가 있다.

〈표 9-2〉 중장기 정책방향 및 제언

구분	중장기정책	
	방향	내용
정신 재활 시설	정신재활서비스 전달체계 확립	<ul style="list-style-type: none"> 지역의 욕구를 충족할 수 있는 지역사회전환시설, 공동생활가정, 이용시설, 직업재활시설의 확충
	개별지원 체계로의 전환	<ul style="list-style-type: none"> 개인맞춤형 서비스로의 재편 회복과 자립을 위한 직업재활서비스의 강화
	서비스의 다양화	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 욕구에 부응하는 서비스 스펙트럼 확충 지역 유형에 맞는 맞춤형 서비스 생애주기 및 연령대 맞춤형 서비스 개발 및 확충
정신 건강 복지 체계	통합지역사회 돌봄체계 확대	<ul style="list-style-type: none"> 생활시설 등의 기능 개편 지역사회 기반 돌봄서비스의 확충
	국제인권기준 준수 강화	<ul style="list-style-type: none"> 국제인권기준에 관한 교육 체계 마련 국제인권기준 수행여부에 대한 자체 평가 방안
	자기결정 지원 제도 강화	<ul style="list-style-type: none"> 절차보조서비스의 확충 사전의향지시서 작성절차 도입

참고문헌

- 국가인권위원회, 2019, 《국가인권위원회 장애인 인권침해 결정례집 2015~2019》, 서울: 국가인권위원회.
- 국토교통부·국토연구원, 2015, 《2015년도 주거실태조사: 장애인》, 세종: 국토교통부.
- 김문근·서규동·하경희·김태완, 2014, 《정신질환자 요양 및 재활서비스 제공체계 개선 방안 연구》, 대구: 대구대학교 산학협력단.
- 김문근·하경희·배은미, 2015, 《사회복귀시설 성과관리 및 발전방안 연구》, 서울: 한국사회복지시설협회.
- 김민(2019), 《지역사회 내에서 정신재활시설의 기능과 역할》, 서울: 한국정신재활시설협회.
- 법제처 국가법령정보센터, 2020, “현행법령”, <http://law.go.kr>.
- 보건복지부, 2018, 《전국사회복지시설평가》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 2019, 《장애인복지시설 일람표》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 2020, 《2020년 장애인복지사업 안내》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부·국립정신건강센터, 2016, 《국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서》, 서울: 국립정신건강센터.
- 보건복지부·국립정신건강센터, 2017, 《국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서》, 서울: 국립정신건강센터.
- 보건복지부·국립정신건강센터, 2018, 《2018 전국 정신건강증진기관·시설 현황집》, 서울: 국립정신건강센터.
- 보건복지부·국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, 2018, 《정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서》, 서울: 국립정신건강센터.
- 보건복지부·국립정신건강센터, 2019, 《2019 전국 정신건강증진기관·시설 현황집》, 서울: 국립정신건강센터.
- 보건복지부·국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, 2020, 《국가 정신건강현황 보고서 2018》, 서울: 국립정신건강센터.
- 보건복지부 장애인옹호기관, 2020, 《2019년도 전국 장애인 학대 현황보고서》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터, 2015, 《2015 국가정신건강현황 예비조사 결과보고서》, 서울: 국립정신건강센터.

- 보건복지부·한국보건사회연구원, 2000, 《2000 장애인 실태조사》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 2005, 《2005 장애인 실태조사》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 2011, 《2011 장애인 실태조사》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 2014, 《2014 장애인 실태조사》, 세종: 보건복지부.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 2017, 《2017 장애인 실태조사》, 세종: 보건복지부.
- 서미경, 2019, “지역사회정신건강 서비스 질 평가지표 연구: 우리나라와 뉴질랜드의 평가지표를 중심으로”, 《사회과학연구》, 35(4): 1-19.
- 조한진 외, 2017, 《중증·정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사》, 서울: 국가인권위원회.
- 통계청, 2020a, “전국 장애유형별, 성별 등록장애인수”, <http://kosis.kr>.
- 통계청, 2020b, “장애인구추계: 성 및 연령별 추계인구(1세별, 5세별)”, <http://kosis.kr>.
- 통계청, 2020c, “장애인 현황”, <http://kosis.kr>.
- 한국장애인개발원, 2018, 《2018 장애통계연보》, 서울: 한국장애인개발원.
- 한국장애인개발원, 2019, 《2019 장애통계연보》, 서울: 한국장애인개발원.
- 한국장애인고용공단, 2017, 《2017년 장애인경제활동실태조사》, 경기: 한국장애인고용공단.
- 홍진표 외, 2017, 《2016년도 정신질환실태조사》, 세종: 보건복지부.
- Anglicare, 2020, “Mental Health services under NDIS”,
<https://www.anglicare.org.au>.
- Cardoso, G., Papoila, A., Tomé, G., Killaspy, H., King, M., and Caldas-de-Almeida, J. M., 2016, Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in portugal-a cross-sectional study. BMC Psychiatry, 16(1), 34.
- CHESS CONNECT, 2020, “Whar is psychosocial disability & How can the NDIS help?”, <https://chessconnect.org.au>.
- Currie, J., 2012, Project report - Assessment of the Mental Health Ward, Hargeisa Group Hospital in Somalia, Using the WHO Quality Rights Tool Kit, Geneva: WHO, Retrieved from:
http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/Somalia_qrs_report.pdf
- Dalton-Locke, C., Attard, R., Killaspy, H., and White, S., 2018, Predictors of quality of care in mental health supported accommodation services in England: a multiple regression modelling study. BMC Psychiatry, 18(1), 344.
- Degener, T., and Begg A., 2017, “From invisible citizens to agents of change: A short history of the struggle for the recognition of the rights of persons with

- disabilities at the United Nations”, 1-39, in *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, edited by Della F. V., Cera R., and Palmisano G., Cham: Springer International Publishing.
- Degener, T., 1999, “International disability law-A new legal subject on the rise: The interregional experts meeting in Hong Kong, *Berkeley Journal of International Law*, 18(1): 180-195.
- Department of Health, 2015, “Code of Practice of the Mental Health Act 1983”, <https://www.gov.uk>.
- Fawzy, M. E., 2015, “Quality of life and human rights conditions in a public psychiatric hospital in Cairo”, *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 8(4): 199-217.
- Gerad, Q., 2005, “Closing: Next steps-Toward a United Nations treaty on the rights of persons with disabilities”, 180-195, in *Disability Rights*, edited by Peter, B., Florence: Routledge.
- González-López, A., 2010, *Evaluation of Mental Health Services the Principality of Asturias - Second phase: Human Rights and Quality Assessment in Detention Facilities*, Geneva: WHO. Retrieved from: https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/Asturias_qrs_EN_G.pdf.
- Grigaitė, U., 2017, *Human rights conditions and quality of care in ‘Independent Living Homes’ for adults, who have intellectual and/or psychosocial disabilities*, in Vilnius: analysis of good practice examples, systemic challenges and recommendations for the future, Doctoral dissertation.
- Harvey, C., Brophy, L., Tibble, H., Killaspy, H., Spittal, M. J., Hamilton, B., Ennals, P., Newton, R., Cruickshank, P., Hall, T., and Fletcher, J., 2019, *Prevention and recovery care services in Australia: developing a state-wide typology of a subacute residential mental health service model*. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 383.
- Killaspy, H., Priebe, S., King, M., Eldridge, S., McCrone, P., Shepherd, G., Arbuthnott, M., Leavey, G., Curtis, S., McPherson, P., and Dowling, S., 2019, *Supported accommodation for people with mental health problems: the QuEST research programme with feasibility RCT*, Programme Grants for

Applied Research, No 7.7.

- Loli-Dano, L., 2019, Do Albanian mental health services meet human rights standards?: a critical application of the World Health Organization Quality Rights Tool Kit at Albania's psychiatric hospitals, Doctoral dissertation.
- NDIS, 2020, "What is the NDIS", <https://www.ndis.gov.au>.
- NHS, 2020, "The Mental Health Act", <https://www.nhs.uk>.
- Nomidou, A., 2013, "Standards in mental health facilities - an in depth case study in Greece using the WHO QualityRights tool", *Journal of Public Mental Health*, 12(4): 201-211.
- QuIRC, 2020, "About QuIRC", <https://quirc.eu>.
- Rekhis, M., Ben Hamouda, A., Ouanes, S., and Rafrafi, R., 2017, "Rights of people with mental disorders: Realities in healthcare facilities in Tunisia", *International Journal of Social Psychiatry*, 63(5): 439-447.
- Salisbury, T. T., 2013, *Improving Care in Longer Term Mental Health Facilities: International Differences in Quality and Service User Experiences of Care* (Doctoral dissertation, UCL (University College London))
- Salisbury, T. T., Killaspy, H., and King, M., 2017, The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: a cross-sectional study. *European Psychiatry*, 42, 95-102.
- Spencer-Lane, T., 2015, *The Care Act Manual*, Sweet & Maxwell.
- The Federal Register of Legislation, 2020, "The National Disability Insurance Scheme Act", <https://www.legislation.gov.au/Home>.
- The Ministry of Health, 2020, "The Mental Health Act 1983: Code of Practice", <https://www.legislation.gov.uk>.
- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2014a, "General Comment on Art", <https://www.ohchr.org>.
- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2014b, "General Comment No.1 on Article 12", <https://www.ohchr.org>.
- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2017a, "General comment No. 5 on living independently and being included in the community", <https://www.ohchr.org>.

- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2017b, “General Comment No.5 on Article 19”, <https://www.ohchr.org>.
- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2017c, “Guideline on Article 14”, <https://www.ohchr.org>.
- UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2018, “General Comment No.6 on Article 5”, <https://www.ohchr.org>.
- United State Congress, 2020, "Lawyer's Reference Guidebook to Rehabilitation Act of 1973", <https://www.congress.gov>.
- WHO, 2012, WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities. World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/.
- WHO, 2018, Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region, Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf.

부 록

부록 1 : 정신재활시설 이용자 욕구 및 이용실태조사 설문문항

A. 삶의 만족도

구분	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하는 전반적으로 귀하의 생활에 얼마나 만족하고 계십니까?	①	①	②	③

B. 응답자의 일반적 특성

1. 거주지역	() 도, 특별시, 광역시		
2. 성별	① 남성		② 여성
3. 출생시기 및 조사시기	출생시기(출생 년 월)		조사시기(조사 년 월)
	<input type="text"/> 년 <input type="text"/> 월	2 0 2 0년 <input type="text"/> 월	
4. 결혼상태	① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거		④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ()
5. 국민기초생활보장수급 상태 및 유형	① 수급대상 아님 ② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)		③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례
6. 장애등록 상태	① 등록장애인 ② 등록장애인 아님		
주된 장애	장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 신장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
	장애등급	<input type="text"/> 급	
	장애등록연도	<input type="text"/> 년	
중복 장애	유무	① 없음 ② 있음	
	장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 신장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
7. 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유	① 등록절차와 방법을 몰라서 ⑥ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서 ② 등록해도 혜택이 없을 것 같아서 ⑦ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서 ③ 등록하는데 비용이 들 것 같아서 ⑧ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서 ④ 등록과정이 번거로우서 ⑨ 기타() ⑤ 장애인이라고 생각하지 않아서		
8. 의료보장 유형	① 의료급여 ② 건강보험(의료보험) ③ 모름		

9. 최초로 **정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때는 언제입니까?**

년 (만 세)

10. 귀하의 주된 **진단명**은 무엇입니까?(1개만 선택 가능)

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| ① 조현병(정신분열증) | ⑥ 알코올/약물장애 |
| ② 양극성정동장애(조울증) | ⑦ 신경증 |
| ③ 우울증(반복성 우울) | ⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애) |
| ④ 분열정동장애 | ⑨ 기타() |
| ⑤ 발달장애(지적, 자폐성) | ⑩ 진단받지 않았음 |

11. 최초로 **정신건강 문제로 치료를 받은 때는 언제입니까?**

년 (만 세)

11.1. 정신질환(정신장애)으로 정신의료기관에 입원한 경험이 있나요?

ⓐ 아니요 ⓑ 예 ⇒ 총 입원 횟수 ()회 총 입원기간 ()년 ()개월

11.2. 가장 최근에 입원한 것은 언제이며, 입원 기간은 어느 정도였나요?

년 월 (입원기간 : 개월)

11.3. 가장 최근에 입원할 때 입원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

- ① 스스로 결정하여 입원함
- ② 가족의 설득에 동의하여 입원함
- ③ 가족의 결정에 의해 비자발적으로 입원함
- ④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 입원함

C. 전반적 인식(※ 귀하의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스의 필요정도와 충분정도)

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	①	①	②	③
①	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	①	①	②	③
①	①	②	③	신체 건강	①	①	②	③
①	①	②	③	정신 건강	①	①	②	③
①	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	①	①	②	③
①	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	①	①	②	③
①	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	여가생활 지원	①	①	②	③

D. 소득보장 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

1. 다음은 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **소득(보장)과 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				소득 및 소득보장 관련 지원 및 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	공적 소득지원(국민기초생활보장제도, 장애인연금, 국민연금, 장애수당, 긴급복지지원 등)에 대한 안내, 정보제공, 신청지원	①	①	②	③
①	①	②	③	정기적인 소득의 활용 또는 재정관리에 대한 상담과 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	저축 및 투자 등에 대한 상담과 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	위험에 대비하기 위한 사적 연금 또는 보험가입에 대한 상담과 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	자산의 상속 및 재산권 보호에 관한 법률 및 세무 상담과 지원	①	①	②	③

E. 주거관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

1. 귀하가 지역사회에서 독립적으로 살아가기 위해 필요한 **주거(보장)와 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				주거관련 지원 및 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	주택 임대 및 구입을 위한 대출	①	①	②	③
①	①	②	③	공공임대주택(아파트)	①	①	②	③
①	①	②	③	공동생활가정서비스(그룹홈 등 소규모주거시설)	①	①	②	③
①	①	②	③	월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	①	①	②	③
①	①	②	③	지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	①	①	②	③
①	①	②	③	주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)	①	①	②	③
①	①	②	③	주거관리 및 독립생활지원 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	자립생활체험서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	독립주거전환지원 서비스	①	①	②	③

F. 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **신체건강(보장)과 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				신체건강 관련 지원 및 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	신체질환의 치료비용 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사결정 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	①	①	②	③

G. 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **정신건강(보장)과 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				정신건강 관련 지원 및 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	상담서비스(개별상담, 집단상담)	①	①	②	③
①	①	②	③	증상 및 약물관리 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환의 치료비용 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	①	①	②	③
①	①	②	③	재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	①	①	②	③
①	①	②	③	대안적 서비스 (지원교육, 지원고용 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	가사도우미 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	①	①	②	③
①	①	②	③	개인별 회복계획수립 및 지원서비스	①	①	②	③

H. 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험

1. 지역사회에서 살아가면서 경험할 수 있는 **정신장애(질환)로 인한 학대 및 차별로 인한 사회참여 제약 경험**과 관련한 문항들을 나열한 것입니다. 다음 각 항목에 대한 **차별 경험, 도움요청 여부에 대해서 귀하 경험을 말씀해 주십시오.**

항목	차별 경험		(차별경험 시 도움 요청 여부)	
	없다	있다	요청 안함	요청 함
정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 강박(또는 격리)을 당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 해고 당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 승진에 불이익을 당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 낮은 임금을 받음	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 입학에 차별을 당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 학교에서 따돌림을 당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 집주인이나 부동산 중개인으로부터 입주를 거절당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 집주인으로부터 이사를 강요당함	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험이 있음	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 증상이나 기능을 이유로 주거시설에 입소를 거부당한 경험이 있음	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 주거시설의 정책이나 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소한 경험이 있음	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 운전면허 취득에서의 차별(면허취득 제한, 면허취소 등)	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서 차별(자격 취득 금지, 제한)	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 민간보험가입에서의 차별(가입거부, 제한)	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 공공시설물 이용에서의 차별(이용거부, 제한)	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 대중시설 이용에서의 차별(예, 대중목욕탕, 대중교통 승차거부 등)	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 문화, 예술, 체육활동의 차별(공연, 전시, 관람)	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 투표권 행사, 피선거권의 차별	①	①	①	①
정신질환(장애)을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	①	①	①	①

2. 앞으로 지역사회에서 살아가는 동안 정신장애인이라는 이유로 본인의 권리가 침해된다면 어떤 **기관의 도움이나 상담**을 통해 도움을 받기를 원하십니까? **해당되는 모든 항목을 선택해** 주세요.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| ① 정신재활시설 | ⑥ 국민권익위원회 |
| ② 정신장애인 당사자단체 | ⑦ 경찰서 |
| ③ 장애인권익옹호기관 | ⑧ 잘 모르겠음 |
| ④ 시·군·구청 | ⑨ 기타() |
| ⑤ 국가인권위원회 | |

3. 정신의료기관 입원이나 퇴원, 본인의 재산 관리 등과 관련하여 스스로 결정을 내리기 어려워 누군가로부터 지원을 받아야 한다면 누구로부터 도움을 받기 원하는지 우선순위로 두 가지를 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- | | |
|---------------------|------------|
| ① 가족 및 친척 | ④ 장애인인권단체 |
| ② 정신재활시설 전문가(사례관리자) | ⑤ 법무사나 변호사 |
| ③ 정신장애인 동료상담가 | ⑥ 기타() |

I. 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				사회참여 지원을 위한 제도나 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인 자조모임 지원 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	문화·예술 활동 제공 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	여가활동 제공 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	체육활동 제공 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	지역사회 자원봉사활동 참여 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	인식개선 활동 참여 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	당사자단체 참여 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자에 대한 인권교육	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	①	①	②	③

J. 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **고용 및 직업과 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	①	①	②	③
①	①	②	③	이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	①	①	②	③
①	①	②	③	보호작업 (보호작업장)	①	①	②	③
①	①	②	③	일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 지월고용)	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	①	①	②	③
①	①	②	③	업무수행 시 타인의 도움	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	①	①	②	③
①	①	②	③	창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	직장 정보제공 및 연결 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	취업 전 훈련 및 직업기술훈련	①	①	②	③
①	①	②	③	취업 후 지속적 지원 및 옹호	①	①	②	③

K. 교육경험 및 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

1. 귀하의 학력은 다음 중 어디에 해당하십니까?

학교	졸업 상태
① 무학	① 재학
② 초등학교	② 중퇴
③ 중학교	③ 졸업(수료 포함)
④ 고등학교	④ 휴학
⑤ 대학교(3년제 이하)	
⑥ 대학교(4년제 이상)	
⑦ 대학원 이상	

1.1. (위의 질문에서 ‘학교’ ① 무학, ‘졸업 상태’ ② 중퇴, ④ 휴학 선택 시 응답가능) **학교를 다니지 않았거나 중도에 그만 둔 적이 있다면 그 이유는 무엇입니까?**

학교 다니지 않거나 중도 그만둔 이유	그렇지 않음	그려함
심한 장애나 병으로 인해	①	①
입원으로 인해	①	①
약물 부작용으로 인해	①	①
가족이 다니지 못하게 해서	①	①
학교로부터 지원 또는 배려를 받지 못해서	①	①
주위의 시선 및 편견 때문에	①	①
근처에 학교가 없어서	①	①
다니기 싫어서	①	①
기타()	①	①

2. 현대 사회에서 중요한 **정규교육 및 비정규 교육** 관련한 다양한 지원들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				정규교육 관련	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	①	①	②	③
①	①	②	③	고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)	①	①	②	③
①	①	②	③	대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	①	①	②	③
필요정도				비정규교육관련	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	①	①	②	③
①	①	②	③	인문교양(문화, 체육, 예술 등) 교육	①	①	②	③
①	①	②	③	문화·체육·예술 교육	①	①	②	③
①	①	②	③	시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	기타()	①	①	②	③

L. 귀하가 현재 이용하는 지역사회재활시설 관련

1. 다음은 귀하가 이용하는 정신재활시설의 지원서비스에 관한 문항입니다. 귀하가 이용하는 정신재활시설의 지원서비스는 실제 어떠한지 각 문항별로 동의하는 정도를 응답해 주시기 바랍니다.

지역사회 정신재활시설의 지원 서비스	전혀 아님	아님	그려 함	매우 그럼
시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	①	①	②	③
시설은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	①	①	②	③
시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	①	①	②	③
시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	①	①	②	③
시설은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둬으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	①	①	②	③
시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	①	①	②	③
시설은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	①	①	②	③
시설은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	①	①	②	③
시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	①	①	②	③
시설은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	①	①	②	③
시설은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	①	①	②	③
시설은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고 신청절차를 지원해준다.	①	①	②	③

2. 다음은 귀하가 이용하는 정신재활시설에서 귀하의 경험에 관한 문항입니다. 각 문항별로 동의하는 정도를 답해 주시기 바랍니다.

현재 이용하고 있는 재활시설에서의 경험	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	①	①	②	③
나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
나는 시설에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
나는 하루 일과를 자유롭게 결정한다.	①	①	②	③
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	①	①	②	③
특정한 종교를 강요받지 않는다.	①	①	②	③
시설에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	①	①	②	③
시설에서 기본적인 인권을 보호받기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	①	①	②	③
시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단을 강요하지 않는다.	①	①	②	③

M. 삶의 만족도

1. 다음 각 항목에 대하여 현재 귀하의 만족도는 어느 정도입니까?

영역별 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하의 신체건강	①	①	②	③
귀하의 정신건강	①	①	②	③
귀하의 주거환경 (현재 거주하고 있는 환경 기준)	①	①	②	③
귀하의 가족관계	①	①	②	③
귀하의 직업(일) (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	①	①	②	③
귀하의 소득	①	①	②	③
귀하의 사회적 친분관계	①	①	②	③
귀하의 여가생활	①	①	②	③
전반적 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
위의 상황을 모두 고려할 때 귀하는 전반적으로 생활에 얼마나 만족하고 계십니까?	①	①	②	③

부록 2 : 거주형 정신재활시설 이용자 이용실태 및 인권실태조사 설문문항

A. 삶의 만족도

구분	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하는 전반적으로 귀하의 생활에 얼마나 만족하고 계십니까?	①	①	②	③

B. 응답자의 일반적 특성

1. 거주지역	() 도, 특별시, 광역시		
2. 성별	① 남성		② 여성
3. 출생시기 및 조사시기	출생시기(출생 년 월) □ □ □ □ 년 □ □ 월		조사시기(조사 년 월) 2 0 2 0 년 □ □ 월
4. 결혼상태	① 미혼 ② 결혼/동거(함께 사는 배우자 있음) ③ 별거		④ 이혼 ⑤ 사별 ⑥ 기타 ()
5. 국민기초생활보장수급 상태 및 유형	① 수급대상 아님 ② 일반수급가구(의료·교육·자활특례 제외)		③ 조건부수급가구 ④ 의료·교육·자활특례
6. 장애등록 상태	① 등록장애인		② 등록장애인 아님
주된 장애	장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 심장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
	장애등급	□ 급	
	장애등록연도	□ □ □ □ 년	
중복 장애	유무	① 없음 ② 있음	
	장애유형	① 정신장애 ⑤ 청각장애 ⑨ 심장장애 ⑬ 안면장애 ② 지체장애 ⑥ 언어장애 ⑩ 심장장애 ⑭ 장루·요루장애 ③ 뇌병변장애 ⑦ 지적장애 ⑪ 호흡기장애 ⑮ 뇌전증(간질)장애 ④ 시각장애 ⑧ 자폐성장애 ⑫ 간장애	
7. 장애등록을 하지 않았거나 원하지 않는 이유	① 등록절차와 방법을 몰라서 ⑥ 남에게 장애인임을 알리기 싫어서 ② 등록해도 혜택이 없을 것 같아서 ⑦ 등록하지 않아도 생활하는데 불편이 없어서 ③ 등록하는데 비용이 들 것 같아서 ⑧ 앞으로 장애상태가 호전될 것 같아서 ④ 등록과정이 번거로워서 ⑨ 기타() ⑤ 장애인이라고 생각하지 않아서		
8. 의료보장 유형	① 의료급여 ② 건강보험(의료보험) ③ 모름		

9. 최초로 **정신건강 문제가 나타나 생활상의 어려움을 겪기 시작한 때**는 언제입니까?

□□□□년 (만 □□세)

10. 귀하의 주된 **진단명**은 무엇입니까?(1개만 선택 가능)

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| ① 조현병(정신분열증) | ⑥ 알코올/약물장애 |
| ② 양극성정동장애(조울증) | ⑦ 신경증 |
| ③ 우울증(반복성 우울) | ⑧ ADHD(주의력 결핍 과잉행동장애) |
| ④ 분열정동장애 | ⑨ 기타() |
| ⑤ 발달장애(지적, 자폐성) | ⑩ 진단받지 않았음 |

11. 최초로 **정신건강 문제로 치료를 받은 때**는 언제입니까?

□□□□년 (만 □□세)

11.1. 정신질환(정신장애)으로 정신의료기관에 입원한 경험이 있나요?

① 아니요 ② 예 ⇒ 총 입원 횟수 ()회 총 입원기간 ()년 ()개월

11.2. 가장 최근에 입원한 것은 언제이며, 입원 기간은 어느 정도였나요?

□□□□년 □□월 (입원기간 : □□개월)

11.3. 가장 최근에 입원할 때 입원은 누구의 결정에 의해 이루어졌나요?

- ① 스스로 결정하여 입원함
- ② 가족의 설득에 동의하여 입원함
- ③ 가족의 결정에 의해 비자발적으로 입원함
- ④ 정신건강복지센터나 경찰 등의 개입으로 비자발적으로 입원함

C. 전반적 인식(※ 귀하의 일상생활을 위해 필요한 지원이나 서비스의 필요정도와 충분정도)

1. 다음은 일반적으로 사람들의 삶을 위해 필요한 제도(지원)나 서비스들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				삶을 위한 지원 제도 및 서비스 세부항목	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	소득보장 (기본 입고 먹는 수준 보장)	①	①	②	③
①	①	②	③	주거보장 (기본 살 곳)	①	①	②	③
①	①	②	③	신체 건강	①	①	②	③
①	①	②	③	정신 건강	①	①	②	③
①	①	②	③	학대 방지 (가정에서 학대, 사회적 학대 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	사회적 차별 금지 (학교, 직장, 주거, 취업 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	사회 참여지원 (사회참여 및 소속지원)	①	①	②	③
①	①	②	③	직업 참여지원 (고용지원)	①	①	②	③
①	①	②	③	교육 참여지원 (정규교육, 비정규교육 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	자기의사결정권 행사 지원 (치료, 약물, 입원 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	개인맞춤형 회복 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	여가생활 지원	①	①	②	③

3.2. (위의 질문에서 ② **아니오** 선택 경우만 응답) 자신의 결정이 아니었다면 누구의 결정이었나요?

- ① 가족 또는 보호자의 결정
- ② 시·군·구청 및 정신건강복지센터의 결정
- ③ 잘 모르겠음
- ④ 기타()

4. 다음은 귀하가 현재 거주하는 주거시설 내 일상생활에 관한 질문입니다. 각 문항별로 동의하는 정도를 답해 주시기 바랍니다.

항목	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
다른 사람이 안 보는 곳에서 옷을 갈아입을 수 있다.	①	①	②	③
본인의 물품을 보관할 수 있는 개인사물함을 가지고 있다.	①	①	②	③
같은 방을 사용하는 사람이 마음에 들지 않거나 사이가 안 좋아진다면 같은 방을 사용하는 사람을 바꿀 수 있다.	①	①	②	③
화장실 및 목욕실은 깨끗하고 시설은 제대로 작동한다.	①	①	②	③
화장실 및 목욕실 사용시 타인에게 노출되지 않는다.	①	①	②	③
거실을 자유롭게 사용할 수 있다.	①	①	②	③
주방을 자유롭게 사용할 수 있다.	①	①	②	③
식사 외에 먹고 싶은 음식을 자유롭게 구매하여 먹을 수 있다.	①	①	②	③
기본적인 식사시간 외에 본인이 원할 경우 식사할 수 있다.	①	①	②	③
본인이 원하는 신발과 옷을 구매할 수 있다.	①	①	②	③
개인의 의복을 개별적으로 세탁할 수 있다.	①	①	②	③
냉·난방기를 본인이 원할 때 자유롭게 사용할 수 있다.	①	①	②	③
집기(TV, 라디오, 운동시설 등)를 자유롭게 사용할 수 있다.	①	①	②	③
원하는 경우 외출과 외박이 가능하다.	①	①	②	③
원하는 시간에 취침하거나 기상할 수 있다.	①	①	②	③
명절, 공휴일, 주말에도 시설에 머무를 수 있다.	①	①	②	③
친구나 가족이 방문할 때 응대할 공간이 준비되어 있다.	①	①	②	③
자유롭게 사용할 수 있는 컴퓨터가 비치되어 있다.	①	①	②	③

5. 시설 퇴소 후 어떤 생활을 희망하십니까?

- ① 가정에서 가족과 함께 생활하고 싶다.
- ② 주택을 마련하여 혼자서 생활하고 싶다.
- ③ 마음이 맞는 동료 정신장애인과 함께 생활하고 싶다.
- ④ 할 수만 있다면 공동생활가정(그룹홈)에서 계속 살아가고 싶다.
- ⑤ 기타 ()

6. 귀하가 지역사회에서 독립적으로 살아가기 위해 필요한 **주거(보장)와 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				주거관련 지원 및 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	주택 임대 및 구입을 위한 대출	①	①	②	③
①	①	②	③	공공임대주택(아파트)	①	①	②	③
①	①	②	③	공동생활가정서비스(그룹홈 등 소규모주거시설)	①	①	②	③
①	①	②	③	월세 및 공공요금(전기·수도·도시가스·통신) 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	전·월세계약 지원 및 임차인의 권리 보호	①	①	②	③
①	①	②	③	지역주민과 갈등 중재 및 지역사회 인식개선	①	①	②	③
①	①	②	③	주택의 수리, 개조를 위한 비용 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	주택 구입, 상속 등과 관련 법률상담 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	단기보호, 위기쉼터 서비스 (쉼터)	①	①	②	③
①	①	②	③	주거관리 및 독립생활지원 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	자립생활체험서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	독립주거전환지원 서비스	①	①	②	③

F. 신체건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **신체건강(보장)과 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				신체건강 관련 지원 및 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	신체질환의 치료비용 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	신체질환의 치료에 관한 구체적인 상담과 치료에 관한 의사 결정 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	신체질환의 예방과 조기치료를 위한 정기적인 건강검진 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	신체질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	①	①	②	③

G. 정신건강 관련 지원 및 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **정신건강(보장)과 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				정신건강 관련 지원 및 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	상담서비스(개별상담, 집단상담)	①	①	②	③
①	①	②	③	증상 및 약물관리 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환 치료와 관련해 정보와 안내	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환의 치료비용 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환의 치료와 상담에 관한 의사결정 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	정신질환 치료 및 예방을 위한 건강보험 또는 의료급여의 가입 및 신청, 자격유지 등에 대한 상담 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	치료 서비스 (정신질환에 대한 치료: 외래 입원서비스)	①	①	②	③
①	①	②	③	재활 서비스 (질환으로 인한 장애극복: 사회재활, 직업재활)	①	①	②	③
①	①	②	③	대안적 서비스 (지원교육, 지원고용 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	가사도우미 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	외출 및 사회활동을 돕는 활동보조 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	회복교육 (증상회복을 넘어 정신장애 주체로서의 회복)	①	①	②	③
①	①	②	③	개인별 회복계획수립 및 지원서비스	①	①	②	③

H. 정신질환(장애)로 인한 학대 및 차별 경험

1. 지역사회에서 살아가면서 경험할 수 있는 **정신장애(질환)로 인한 학대 및 차별로 인한 사회참여 제약 경험**과 관련한 문항들을 나열한 것입니다. 다음 각 항목에 대한 **차별 경험, 도움요청 여부**에 대해서 **귀하 경험**을 말씀해 주십시오.

항목	차별 경험		(차별경험 시) 도움 요청여부	
	없다	있다	요청 안함	요청 함
정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 강박(또는 격리)을 당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 해고 당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 승진에 불이익을 당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 낮은 임금을 받음	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 입학에 차별을 당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 학교에서 따돌림을 당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 집주인이나 부동산 중개인으로부터 입주를 거절당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 집주인으로부터 이사를 강요당함	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험이 있음	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 증상이나 기능을 이유로 주거시설에 입소를 거부당한 경험이 있음	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 주거시설의 정책이나 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소한 경험이 있음	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 운전면허 취득에서의 차별(면허취득 제한, 면허취소 등)	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서 차별(자격 취득 금지, 제한)	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 민간보험가입에서의 차별(가입거부, 제한)	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 공공시설물 이용에서의 차별(이용거부, 제한)	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 대중시설 이용에서의 차별(예, 대중목욕탕, 대중교통 승차거부 등)	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 정보접근에서의 차별(전화, 인터넷, 도서관 등)	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 문화, 예술, 체육활동의 차별(공연, 전시, 관람)	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 투표권 행사, 피선거권의 차별	0	1	0	1
정신질환(장애)을 이유로 이성교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별	0	1	0	1

2. 앞으로 지역사회에서 살아가는 동안 정신장애인이라는 이유로 본인의 권리가 침해된다면 어떤 기관의 도움이나 상담을 통해 도움을 받기를 원하십니까? 해당되는 모든 항목을 선택해 주세요.

- ① 정신재활시설
- ⑥ 국민권익위원회
- ② 정신장애인 당사자단체
- ⑦ 경찰서
- ③ 장애인권익옹호기관
- ⑧ 잘 모르겠음
- ④ 시·군·구청
- ⑨ 기타()
- ⑤ 국가인권위원회

3. 정신의료기관 입원이나 퇴원, 본인의 재산 관리 등과 관련하여 스스로 결정을 내리기 어려워 누군가로부터 지원을 받아야 한다면 누구로부터 도움을 받기 원하는지 우선순위별로 두 가지를 선택해 주세요.

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 가족 및 친척
- ④ 장애인인권단체
- ② 정신재활시설 전문가(사례관리자)
- ⑤ 법무사나 변호사
- ③ 정신장애인 동료상담가
- ⑥ 기타()

I. 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **사회참여 지원**을 위한 제도나 서비스들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 어느 정도 필요한지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				사회참여 지원을 위한 제도나 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	사회적응훈련 서비스(사회기술훈련 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인 자조모임 지원 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스(동료상담 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	문화·예술 활동 제공 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	여가활동 제공 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	체육활동 제공 및 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	지역사회 자원봉사활동 참여 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	인식개선 활동 참여 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	당사자단체 참여 지원	①	①	②	③
①	①	②	③	공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자에 대한 인권교육	①	①	②	③
①	①	②	③	이용자가 참여하는 인권보호 활동(인권지킴이단 등)	①	①	②	③

J. 고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

1. 지역사회에서 살아가기 위해 필요한 **고용 및 직업과 관련한 다양한 지원**들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				고용 및 직업참여 지원을 위한 제도나 서비스	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	개인맞춤형 직업재활 및 고용지원 (일자리정보 및 알선)	①	①	②	③
①	①	②	③	이력서 작성, 면접기술 등 구직역량강화 프로그램	①	①	②	③
①	①	②	③	보호작업 (보호작업장)	①	①	②	③
①	①	②	③	일정기간 현장훈련을 통해 적응한 이후 근로 (임시취업 및 지원고용)	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인을 위한 특별 채용 일자리 (장애인일자리사업 또는 장애인 의무고용)	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인에게 적합하도록 근무일, 근무시간, 업무의 조정과 배려 (직장편의)	①	①	②	③
①	①	②	③	업무수행 시 타인의 도움	①	①	②	③
①	①	②	③	정신장애인에 대한 인식개선 및 차별개선	①	①	②	③
①	①	②	③	창업지원 (창업관련 정보제공, 행정절차 지원 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	직장 정보제공 및 연결 서비스	①	①	②	③
①	①	②	③	취업 전 훈련 및 직업기술훈련	①	①	②	③
①	①	②	③	취업 후 지속적 지원 및 옹호	①	①	②	③

K. 교육경험 및 교육 참여 지원을 위한 제도나 서비스 필요정도와 충분정도

1. 귀하의 학력은 다음 중 어디에 해당하십니까?

학교	졸업 상태
① 무학	① 재학
② 초등학교	② 중퇴
③ 중학교	③ 졸업(수료 포함)
④ 고등학교	④ 휴학
⑤ 대학교(3년제 이하)	
⑥ 대학교(4년제 이상)	
⑦ 대학원 이상	

1.1. (위의 질문에서 '학교' ① 무학, '졸업 상태' ② 중퇴, ④ 휴학 선택 시 응답가능) **학교를 다니지 않았거나 중도에 그만 둔 적이 있다면 그 이유는 무엇입니까?**

학교 다니지 않거나 중도 그만둔 이유	그렇지 않음	그려함
심한 장애나 병으로 인해	①	①
입원으로 인해	①	①
약물 부작용으로 인해	①	①
가족이 다니지 못하게 해서	①	①
학교로부터 지원 또는 배려를 받지 못해서	①	①
주위의 시선 및 편견 때문에	①	①
근처에 학교가 없어서	①	①
다니기 싫어서	①	①
기타()	①	①

2. 현대 사회에서 중요한 **정규교육 및 비정규 교육** 관련한 다양한 지원들을 나열한 것입니다. 다음 각 제도(지원)나 서비스가 귀하의 삶에서 **어느 정도 필요한지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오. 또한 각 지원이나 서비스가 **얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하는지** 개인적인 느낌과 의견을 말씀해 주십시오.

필요정도				정규교육 관련	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	중등교육(중, 고등학교 졸업 검정고시 자격증) 지원교육	①	①	②	③
①	①	②	③	고등교육(전문대, 대학교 졸업을 위한 지원교육)	①	①	②	③
①	①	②	③	대학원(석사, 박사 과정 공부 및 학위) 공부를 위한 지원교육	①	①	②	③
필요정도				비정규교육관련	충분정도			
전혀 불필요	불필요	필요	매우 필요		매우 불충분	불충분	충분	매우 충분
①	①	②	③	학력 보완(문자해독, 초등, 예비중등 수준 학력) 교육	①	①	②	③
①	①	②	③	인문교양(문화, 체육, 예술 등) 교육	①	①	②	③
①	①	②	③	문화·체육·예술 교육	①	①	②	③
①	①	②	③	시민참여교육(동료지원, 인권옹호 등)	①	①	②	③
①	①	②	③	기타()	①	①	②	③

L. 귀하가 현재 거주하는 주거시설 관련

1. 다음은 귀하가 현재 거주하고 있는 주거시설의 지원서비스에 관한 문항입니다. 귀하가 거주하는 주거시설의 지원서비스는 실제 어떠한지 각 문항별로 동의하는 정도를 응답해 주시기 바랍니다.

지역사회 정신재활시설의 지원 서비스	전혀 아님	아님	그렇함	매우 그림
시설은 나의 정신건강 향상과 사회적 기능 향상을 위한 개별적인 치료 및 재활계획을 수립하여 지원한다.	①	①	②	③
시설은 나의 치료 재활에 도움이 되는 정신의료기관 또는 재활시설 등을 적절하게 안내하고 연계해 준다.	①	①	②	③
시설은 나의 고용 학업 등 사회적 역할과 관련한 목표가 포함된 개별화된 지원계획을 수립하여 지원한다.	①	①	②	③
시설은 나의 치료 및 재활계획, 회복계획을 수립할 때 나의 의견을 최우선적으로 고려한다.	①	①	②	③
시설은 향후 있을지도 모를 정신과적 응급상황이나 정신의료기관 입원과 관련하여 미리 나의 의사를 파악하여 문서(사전의향서)를 만들어 둬으로써 치료에 관한 자기결정을 지원한다.	①	①	②	③
시설은 내가 신체적으로 치료가 필요한 질병이 있을 때 치료에 대한 안내 및 지원을 제공한다.	①	①	②	③
시설은 내가 자립적인 생활을 할 수 있도록 장기적인 주거계획을 함께 수립한다.	①	①	②	③
시설은 내가 자립적 생활을 할 수 있도록 기본적인 일상생활과 주택관리 등에 대한 교육훈련을 제공한다.	①	①	②	③
시설은 공공임대주택이나 주거비 지원과 같은 공공주거지원제도를 안내하고, 이용을 지원한다.	①	①	②	③
시설은 직업재활서비스나 고용지원서비스 등에 관한 안내 및 정보를 제공한다.	①	①	②	③
시설은 지역사회의 문화, 여가, 체육, 평생교육 등의 공공자원을 안내하고, 이용을 지원해 준다.	①	①	②	③
시설은 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 건강보험 등 사회복지제도를 안내하고 신청절차를 지원해준다.	①	①	②	③

2. 다음은 귀하가 거주하고 있는 시설에서 귀하의 경험에 관한 문항입니다. 각 문항별로 동의하는 정도를 답해 주시기 바랍니다.

현재 거주하고 있는 시설에서의 경험	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
나의 의료 및 재활 정보(기록)는 내 개인의 기록이므로 나의 허락 없이는 누구도 볼 수 없다는 설명을 들어서 알고 있다.	①	①	②	③
나는 시설의 직원, 자원봉사자 등으로부터 항상 성인으로 존중받고, 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
나는 시설에서 함께 이용하는 동료 정신장애인으로 부터 성인으로 존중받고 학대나 괴롭힘, 비인격적 대우를 당하지 않는다.	①	①	②	③
나는 하루 일과를 자유롭게 결정한다.	①	①	②	③
나는 원하지 않는 프로그램이나 서비스 이용을 강요받지 않는다.	①	①	②	③
특정한 종교를 강요받지 않는다.	①	①	②	③
시설에서 이루어지는 연구나 조사에 참여할 것인가는 내가 스스로 결정한다.	①	①	②	③
시설에서 기본적인 인권을 보호하기 위해 필요한 안내와 교육을 충분히 받고 있다.	①	①	②	③
시설은 내가 원하지 않는 한 시설이용 중단을 강요하지 않는다.	①	①	②	③

M. 삶의 만족도

1. 다음 각 항목에 대하여 현재 귀하의 만족도는 어느 정도입니까?

영역별 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
귀하의 신체건강	①	①	②	③
귀하의 정신건강	①	①	②	③
귀하의 주거환경 (현재 거주하고 있는 환경 기준)	①	①	②	③
귀하의 가족관계	①	①	②	③
귀하의 직업(일) (무직, 전업주부 등도 현재 상황에서 만족도 표기)	①	①	②	③
귀하의 소득	①	①	②	③
귀하의 사회적 친분관계	①	①	②	③
귀하의 여가생활	①	①	②	③
전반적 만족도	매우 불만족	불만족	만족	매우 만족
위의 상황을 모두 고려할 때 귀하는 전반적으로 생활에 얼마나 만족하고 계십니까?	①	①	②	③



정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사

|인쇄일| 2020년 10월 20일
|발행일| 2020년 10월 20일
|발행처| 국가인권위원회
|주 소| 04551 서울특별시 중구 삼일대로 340(저동1가)
나라키움 저동빌딩
<http://www.humanrights.go.kr>
|전 화| 장애차별조사2과 02)2125-9985
|F A X| 02)2125-0925
|제 작| (주)두루행복한세상 (사회적·장애인기업)
|전 화| (070) 4659-0803

ISBN 978-89-6114-811-5 93330

비매품