

연구 개요

1. 서론

2. 연구질문과 연구방법

3. 본론

1) 사회복지시설은 왜 활성화되어야 하는가?

2) 사회복지시설의 활성화라는 무엇을 의미하는가?

3) 사회복지시설의 활성화의 장애 요인들은 무엇인가?

4) 사회복지시설의 활성화를 위해서 무엇을 해야 하는가?

4. 결론

서울시 사회복귀시설 활성화 방안

최 성 남 (중랑한울지역정신건강센터장)

I. 서 론

정신보건법이 시행된 지 10년이 넘어서고 있다. 정신보건법에서 사회복귀시설은 “정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.”고 규정되어 있다. 즉, 정신질환을 가진 사람들을 수용·격리하지 않고 지역사회에서 생활할 수 있도록 지원하는 지역사회정신보건시설이다. 주지하는 바와 같이, 정신질환을 가진 사람들은 정신과적 증상으로 인해서건 혹은 사회적 편견이나 낙인에 의해서건 지역사회에서 생활하는데 많은 어려움을 가지고 있다. 그럼에도 불구하고 많은 연구결과들은 정신질환을 가진 사람들이 병원이나 요양시설이 아닌 자기가 살았던 곳에서 가족들과 함께 살기를 원하고 있다(국가인권위원회, 2008). 사회복귀시설은 기본적으로 이와 같이 자기 동네에서 가족들과 함께 살고자 하는 정신질환을 가진 사람들의 욕구에 부응하는 것을 책무로 하고 있다. 누군가가 지난 13년간 사회복귀시설이 그러한 기본적 책무를 잘 수행했는가라는 질문에 ‘그렇다’고 자신 있게 대답하기 어려울 것이다. 그 원인에 대해서는 여러 가지 분석이 있을 수 있으며, 본 연구도 그러한 원인을 밝히는 것 가운데 하나 일 것이다. 그러나 원인여부를 떠나서 정신질환을 가진 사람들의 비극적 삶을 생각한다면 사회복귀시설 활성화 방안에 대한 논의 태도는 일단 반성하는 모습이어야 하며, 특히 사회복귀시설 운영에 책임 있는 사람들의 태도가 그러해야 할 것이다. 그러나 사회복귀시설 운영책임자들만의 반성과 결의로 사회복귀시설의 활성화가 이루어질 수 있을 것이라고 기대하기는 어려울 것이다. 왜냐하면, 사회복귀시설이 진공 상태에서 존재하는 것이 아니라 한국 사회의 정신보건환경이라는 구체적 맥락에서 존재하기 때문이다. 그런 점에서 사회복귀시설 활성화라는 주제는 달리 표현하면 사회복귀시설과 환경과의 상호작용 혹은 관계의 활성화라고 할 수도 있을 것이다. 즉, 사회복귀시설의 활성화는 어떻게 이루어질 수 있는가를 찾기 위해서는 사회복귀시설을 둘러싼 법, 제도, 정책, 정신보건전달체계 등이 함께 고려되어야 논의되어야 하고, 더불어 사회복귀시설 내적으로 솔직하고 용기 있는 자세로 스스로의 문제점을 밝히고 책임 있게 새로운 갱신을 결심하는 계기가 마련되어야 할 것이다.

그런 점에서 사회복귀시설 활성화에 대한 논의는 간단하게 답을 찾기가 어렵다. 무엇보다도 사회복귀시설의 활성화를 위해서는 공공부문에서 자원의 새로운 확대 투여가 절대적으로 필요하다. 이는 쉽게 예측될 것이며, 그러한 주장은 그 동안 항상적으로 제기되어 온 것이기 때문이다. 또 다시 동어반복의 결론만이 도출되는 연구에서 새로운 의미를 발견할 수 없을 것이다. 더욱이

우리 눈앞에 놓인 지역사회정신보건 현실이 많은 난맥상을 보이고 있음에도 불구하고, 이러한 현실 자체가 관련된 사람들의 경험과 지혜 그리고 노력들이 최대한 발휘된 결과라고 생각할 때 새로운 지식이나 전망을 내놓는 일이 결코 쉬운 일이 아닌 것이다. 따라서 무슨 획기적인 방안들이 도출될 것이라는 기대를 하기 보다는 차분하게 사회복귀시설 내외에서 이룩한 성과와 어려움을 서로의 입장과 관점에 대해 진지한 태도로 대화를 하면서 가능한 돌파구를 찾아내야 할 것이다. 사회복귀시설의 활성화는 사회복귀시설 운영책임 주체와 그 관계자들이 솔직하고 진지한 대화를 통하여 기존의 관계방식에 대한 반성과 아울러 새로운 관계를 형성하면서 어떤 실마리를 발견하게 될지도 모른다.

사회복귀시설의 활성화 방안을 마련하기 위한 대화를 이끌고 나가기 위한 연구 질문은 다음과 같다.

- 1) 사회복귀시설은 왜 활성화되어야 하는가?
- 2) 사회복귀시설 활성화의 방향은 무엇인가?
- 3) 사회복귀시설 활성화에 장애요인은 무엇인가?
- 4) 사회복귀시설 활성화를 위해 무엇을 해야 하는가?

이러한 연구 질문에 답변하기 위하여 오랫동안 척박한 지역사회정신보건사업에 투신해온 현장 일꾼들의 경험과 지혜를 모으고자 했다. 상대적으로 지역사회정신보건사업에 대해 많은 경험을 가지고 있으면서도 잘 듣지 못했던 목소리를 담고자 현장 일꾼들, 지역사회정신보건사업 소비자들과의 대화를 시도하였다. 이러한 대화에 참여한 사람들은 정신보건센터에 근무하는 팀장급 6명, 정신의료기관 사회사업가 2명, 사회복귀시설장 5명이며, 소비자들은 가족 5명과 사회복귀시설을 이용하고 있는 정신장애 당사자 5명과 각각 집단적 대화를 가졌다. 아울러, 보조적으로 사회복귀시설 일반현황, 신규 정신질환을 가진 사람들의 의뢰현황, 사회복귀시설 활성화를 위한 개선점 등을 듣기 위하여 21개의 사회복귀시설(주거시설 10개소, 입소시설 3개소, 이용시설 8개소)을 대상으로 설문조사를 실시하였다.

II. 본 론

1. 사회복귀시설은 왜 활성화되어야 하는가?

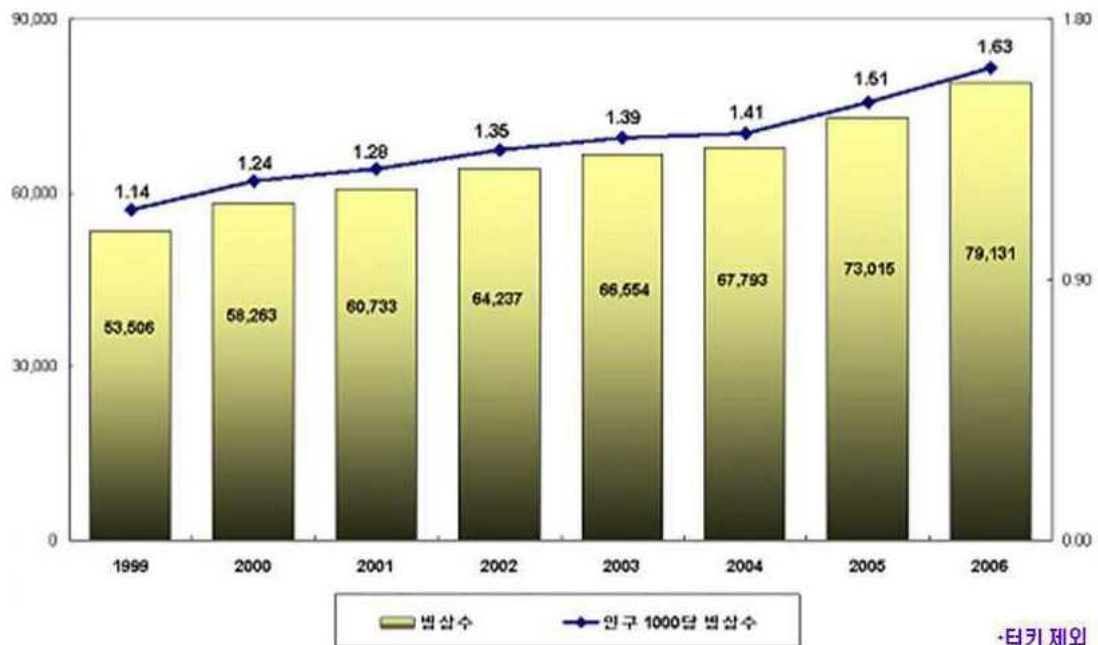
- 1) 중증정신질환자의 탈원화와 사회통합을 위하여.

2009년 국가인권위원회에서는 수 년 간에 걸쳐서 준비하여, 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서(이하 국가보고서)를 발표하였다. 그 주된 내용은 ① 평균재원일수가 233일이라는 장기 입원 실태와 86%를 넘는 비자의적 입원(강제입원)으로 나타나는 격리 수용 중심의 정신보건현황의 문제점, ② 2008년 추정 정신질환자 41,285명에 비하여 지역사회 등록관리율은 19.23%인 80,056명에 머물고, 전체 정신보건인력의 90%이상이 정신의료기관(84.6%), 정신요양시설(6.6%)에 근무하고 있으며 지역사회정신보건기관에는 8.7%만이 근무하는 극단적으로 취약한 지역사회정신보건 인프라, ③ 이로 인하여 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원 혹은 입소하고 있는 정신질환자들의

35.5%가 임상증상에 따라 입원할 필요가 없음에도 수용되고 있는 소위 사회적 입원 현상과 정신보건심판위원회 퇴원 신청 기각률이 5%에도 미치지 못하는 문제점이 개선되어야 한다는 것이었다(국가인권위원회, 2009).

사실 이러한 문제의식은 보건복지부나 서울시도 공식적으로는 다르지 않아 중증정신질환을 가진 사람들에 대한 정신보건사업의 주된 정책방향을 ‘탈원화와 사회통합’으로 제시하고 있다(2010 보건복지부 정신보건사업안내, 서울정신건강 2020 등). 그러나 정부의 주무부처와 서울시 등의 중증정신질환자 탈원화와 사회통합이라는 목표는 나름대로의 노력에도 불구하고 의미 있는 성과를 거두었다고 보기 어려운데 이는 정신의료기관의 입원병상은 지속적으로 증가하고 있으며, 지역사회정신보건 인프라 구축이라는 정책 목표 역시 달성했다고 보기 어렵기 때문이다. 이는 아래의 그림과 같이 달성되지 못하고 있는 것이다<그림 1>.

• OECD 국가 중 병상이 증가하는 유일한 나라*



자료: 2010 중앙정신보건사업지원단 워크숍 자료

[그림 1] 정신의료기관 병상 증가율

2) 정신장애인들의 포괄적 지원의 필요성

정신사회재활모형에 따르면 한 개인에게 정신장애가 발생하면 4가지 단계로 그 영향이 진행된다(Anthony and Gagne, 2002). 즉 손상, 기능결함, 역할장애 그리고 불이익 단계인데 이를 구체적으로 살펴보고 필요한 지원의 유형은 아래의 표와 같다<표 1>.

<표 1> 정신사회재활모형

단계	손상	기능결합	역할장애	불이익
정의	심리적, 생리적 혹은 해부학적인 구조나 기능이 상실되거나 어떤 이상이 생긴 상태	정상이라고 생각되는 방식과 범위 내에서 활동수행 능력이 제한되거나 부족한 상태	정상이라고 생각되는 방식과 범위 내에서 역할수행 능력이 제한되거나 부족한 상태	어떤 개인이 정상적인 역할을 수행하는 일에 제한과 방해 받는 불이익 상태
예	환각, 망상, 우울, 무감동	직무적응기술부족 사회기술부족 일상생활기술부족	학교를 다니지 못함 취업을 하지 못함 거주지가 없음	차별, 편견, 실업, 빈곤
필요한 지원	약물치료 정신치료	재활상담 기술훈련 환경지원	재활상담 역할훈련 환경지원	제도변화 권익옹호 편견해소

자료: 손영자배정규(2003). 정신분열병과 가족

정신사회 재활 모형에 따르면 한 개인에게 정신장애가 일단 발생하면 네 단계로 진행되면서 개인의 삶에 부정적 영향을 미치는데, 각 단계들은 또한 서로에게 영향을 주고받는다. 즉, 증상(손상)은 사회적 기술(기능결합)을 떨어뜨리고, 사회기술이 없으면 증상이 악화된다. 또한 사회기술이 없으면 역할수행을 하기 어렵고(역할장애), 반대로 아무리 기술이 있어도 사회 속에서 역할이 없으면 기술(기능)은 떨어진다. 역할 수행능력이 없으면 사회적으로 낙인과 편견을 불러일으키고(불이익 단계), 되돌아 정신장애를 가진 사람들을 고용하지 않거나 사회로부터 고립시키면 가지고 있던 능력도 무너지게 된다(손명자·배정규, 2003). 따라서 정신질환이 있는 사람이 회복되기 위해서는 이 네 가지 단계의 모든 측면에서 도움을 주어야 한다. 즉 네 가지 서비스가 서로 보완적으로 제공될 때 정신장애인의 문제가 해결될 수 있으므로 정신보건전문가들은 각 단계에 포함되는 모든 서비스를 제공해야 하는 것이다.

이러한 정신사회재활의 관점에서 볼 때, 최근까지의 정신보건관련서비스가 전통적인 모형에 따라 정신장애의 첫 단계인 손상만을 강조하여 왔으며, 손상에 대한 치료개입을 통하여 증상을 줄이는 일에만 노력을 기울이는 측면이 있었다. 이러한 이유로 손상 자체보다 더 장기적이고 파괴적인 영향을 주는 기능결합, 역할장애, 사회적 불이익에 대해서는 제대로 된 지원을 거의 하지 못하고 있었다. 사회복지시설에서 주로 제공하는 재활서비스는 이러한 편향성을 극복하는데 매우 중요하다.

이러한 점과 관련 속에서 정신질환을 가진 사람들의 욕구나 희망은 정신질환의 치료와 같은 욕구뿐만이 아니라 심리 정서적지지, 일상생활의 유지, 경제적인 욕구와 직업, 사회적 관계와 여가, 안정된 주거 및 결혼 생활, 자녀 양육에 대한 요구 등 보통사람으로서의 욕구와 권리를 가지고 있는 것이다(박은주, 2006). 사회복지시설의 활성화는 정신질환을 가진 사람들의 이러한 포괄적이고 복합적인 욕구와 필요에 부응하기 위해서 이루어져야 한다.

3) 사회복지시설의 효과성

사회복지시설은 앞에서 언급한 바와 같이 약물치료 등의 정신의료적 접근만으로 해결될 수 없는 정신장애인의 포괄적 욕구와 지원 필요성에 입각한 서비스를 제공해야 하며, 하고자 노력해왔다. 그리고 이러한 측면에서 그 동안 사회복지시설을 중심으로 제공된 정신사회재활서비스의 효과

성이 상당하다는 연구결과들이 있다. 정신사회재활프로그램은 정신장애인의 약물순응도, 사회기술, 일상생활관리, 취업동기, 지원 고용 등을 향상시키며(박상규 외, 2000; 황태연 외, 1998), 통합 정신 재활서비스가 재발률, 입원횟수, 입원일수, 기능의 증진과 삶의 질 향상에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(김철권 외, 1998; 최지욱 외, 1997; 황태연 외, 2001). 한편 사회복지시설의 비용 효과성에 대한 연구(김이영, 2006)의 결과에 따르면 투입예산 대비 187%의 경제적 이득을 창출하고 있는 것을 평가되고 있다¹⁾.

4) 서울시의 의료급여비용의 절감

사회복지시설의 활성화 필요성은 정신질환을 가진 사람들의 인권이나 삶의 질을 위한 것일 뿐만 아니라 국가재정의 절감을 위해서도 필요하다<표 2>²⁾.

<표 2> 의료급여 실 인원 및 진료비용 변화 연도별 변화 추이

구 분		진료 실인원	진료 건수	입·내원일수	진료 일수	총진료비(천원)
2004년	계	194,626	1,366,132	14,758,518	32,832,824	438,605,190
	입원	64,995	545,077	13,450,615	13,896,500	386,560,222
	외래	151,273	785,847	1,255,305	17,823,317	48,915,380
	약국	12,331	35,208	52,598	1,113,007	3,129,588
2005년	계	230,284	1,627,185	16,608,011	38,475,139	507,064,090
	입원	75,029	622,731	15,059,988	15,595,349	442,655,507
	외래	181,784	945,339	1,488,767	21,549,370	60,291,262
	약국	14,502	59,115	59,256	1,330,420	4,117,321
2006년	계	261,523	1,965,580	17,869,431	46,262,298	558,613,085
	입원	82,221	677,064	15,963,754	16,613,922	474,117,058
	외래	210,428	1,155,561	1,772,722	26,787,762	75,314,246
	약국	42,734	132,955	132,955	2,860,614	9,181,781
2007년	계	203,554	2,226,341	18,755,850	49,780,490	595,080,514
	입원	18,921	718,918	16,720,470	17,390,852	502,299,367
	외래	188,156	1,420,372	1,948,329	30,289,926	85,409,072
	약국	20,466	87,051	87,051	2,099,712	7,372,075
2008년	계	307,275	2,516,301	19,648,044	54,142,021	665,658,361
	입원	90,962	764,658	17,502,296	18,244,867	561,254,096
	외래	251,104	1,654,109	2,048,214	33,404,351	95,639,583
	약국	24,959	97,534	97,534	2,492,803	8,764,682
2009년	계	322,676	2,567,611	19,575,805	57,651,010	828,608,723
	입원	91,108	683,691	17,392,034	18,151,611	705,501,462
	외래	265,647	1,819,089	2,118,940	38,027,680	117,616,193
	약국	19,577	64,831	64,831	1,471,719	5,491,068

자료: 국민건강보험공단

- 1) 구체적으로 보면 직업재활로 인해 창출된 이득금 43.57%, 입원기간의 변화로 계산된 사회적 비용 36.75%, 의료보험비 절감 81.26%, 의료급여비 절감분 25.66% 등이다.
- 2) 본고에서는 서울시의 의료급여 통계를 구하지 못해 의료보험관리공단의 자료를 활용하여 전국적인 상황만을 제시하였다. 그러나 사회복지시설 활성화가 의료급여재정 절감과 연관성이 높다는 점을 이해하는데 어려움은 없을 것으로 본다.

위 표는 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인해 의료급여 비용으로 치료를 받은 환자들의 인원과 치료비용에 대한 자료이다. 위의 자료를 보면 환자의 증가율은 2004년 194,626명에서 2009년 322,676명 5년 동안 167.5% 증가하였으며, 이 가운데 입원환자의 증가는 2004년 64,995명에서 2009년 91,108명으로 140.1%가 증가하였다. 이에 따른 치료비용은 2004년 438,605,190천원에서 2009년 828,608,723천원으로 188.9% 증가하였으며, 입원비용은 2004년 386,560,222천원에서 2009년 705,501,462천원으로 182.5% 증가하였다. 또한 1인당 1년간 입원비용은 2009년의 경우 1년 동안 7,800,000원이며, 매월 645,000원이 사용되었다.

5년간 의료급여비용이 급증하고 있음을 알 수 있으며, 이 비용 전체가 국민의 세금으로 납부되는 것이고, 이 가운데 서울시 거주 환자들의 경우에는 서울시가 50%의 비용을 부담하고 있다. 사회복지시설의 활성화는 바로 이와 같이 빠른 속도로 증가하는 의료급여비용의 절감이라는 측면에서도 매우 필요하다는 것을 알 수 있다.

이는 정신의료비 전체의 증가추세를 살펴보아도 알 수 있다. 2008년 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인한 전체 진료비는 1조 3천억원으로 2005년 5천9백원에서 4년간 무려 219%가 증가하고 있다. 이는 매년 30% 이상씩 정신질환으로 인한 의료비가 증가하고 있는 것이다<표 3>.

<표 3> 최근 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인한 진료비 추이

년도	2005	2006	2007	2008
진료비(천원)	597,622,809(천원)	776,926,059(천원)	988,535,765(천원)	1,309,539,921(천원)
급여비(천원)	435,386,774(천원)	572,583,395(천원)	730,004,083(천원)	932,423,213(천원)

자료: 건강보험정책연구원 통계분석팀

이 의료비용 가운데 입원치료 비용은 표에서 보여주는 바와 같이 2005년 2천8백억원에서 2008년 7천2백억원으로 253%로 그 증가 추세가 전체 진료비용보다 더욱 가파르다. 입원비용이 전체 진료비용에서 차지하는 비율은 2008년의 경우 55%이며, 2005년의 경우의 전체 진료비 대비 입원비 비율이 47.6%인데 비하여 약 7.4%로 증가하고 있다<표 4>.

<표 4> 최근 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인한 입원비 추이

년도	2005	2006	2007	2008
진료비(천원)	284,638,625(천원)	412,332,356(천원)	571,529,904(천원)	721,251,550(천원)
급여비(천원)	227,386,945(천원)	325,257,626(천원)	447,240,444(천원)	528,413,273(천원)

자료: 건강보험정책연구원 통계분석팀

위의 표에서 보듯이 눈덩이처럼 불어나고 있는 정신질환으로 인한 의료비의 급증을 제어할 사회적 대응이 필요하다고 하지 않을 수 없다. 한편, 서울시의 정신질환으로 인한 진료비는 2006년 2천1백9십억원, 2007년 2천6백3십억, 2008년 3천2백4십억원으로 해마다 20%이상씩 증가하고 있다<표 5>.

<표 5> 서울시 정신질환 진료비 현황

년도	진료실 인원	지급건수	내원일수	진료일수	진료비(천원)	급여비(천원)
2008	398,000	6,182,629		32,210,048	324,288,687	246,988,202
2007	399,189	2,201,215	6,018,106	31,201,081	263,425,262	206,905,181
2006	357,490	1,626,768	5,341,994	27,079,434	219,192,689	173,662,068

자료: 건강보험정책연구원 통계분석팀

한편, 이러한 정신질환 의료비에 비하여 사회복지시설 운영에 지원되는 2010년의 예산은 아래의 표와 같이 전국적으로 214개소에 2백9십억원으로 전체 입원비 대비 4%에 불과하여 처참한 상황 이상도 이하도 아니다. 무언가 이러한 극단적인 불균형으로 바로잡을 대책이 시급하다고 하지 않을 수 없다. 서울시의 경우 정신질환으로 인한 진료비 대비 사회복지시설 지원예산은 3.2%에 불과하여 불균형이 더욱 심각한 상황이다<표 6>.

<표 6> 2010년 전국 사회복지시설 운영비 예산

시도	개소 수	2010년 사회복지시설 운영비 예산
총계	214	29,246,933 (천원)
서울	81	10,436,655 (천원)

자료: 보건복지부 김춘진 의원실 제출 자료

2. 사회복지시설의 활성화라는 무엇을 의미하는가?

1) 양적인 확대

서울시에서 사회복지시설에 대한 정책목표를 구체화한 것은 2004년 서울정신건강2020 프로젝트를 통해서였다. 이 계획에 의하면 서울시 정신장애인을 성인인구의 0.17% 17,295명, 정신장애를 제외한 주요정신질환자를 251,644명 등 총 268,940명으로 추계하였으며, 주요 문제점으로는 낮은 치료율과 정신보건시설의 부족함으로 꼽았다. 이를 해소하기 위하여 광역정신보건센터의 설치, 지역정신보건센터의 내실화, 사회복지시설의 지속적인 확충을 통한 입원 및 입소 환자들의 탈원화 추진을 역설하였다. 그리고 주요정신질환자들 가운데 사회복지서비스가 필요한 대상자를 최소한으로 추계한 결과, 재가정신장애인 8,444명의 40.9%인 3,454명이 이용할 수 있는 지역사회정신보건시설이 필요하며, 구체적으로 훈련시설(주간재활시설) 소요 대상자를 2,494명, 주거시설 필요 대상자를 934명으로 분류하였다. 이를 유형별로 보면 1차 사업대상자인 재가 중증정신질환자를 위한 낮병원 혹은 훈련시설이 70개소(1개소 당 30명 관리기준, 탈원화 대상자 포함 시 154개소), 주거시설은 35개소(탈원화 대상 포함 시 129개소), 보호작업장 수요는 23개소(30명 기준)라고 밝힌 바 있다<표 7>.

<표 7> 서울시 지역사회정신보건시설 소요량

	1차 (2005-2008)	2차 (2009-2012)	3차 (2013-2016)	4차 (2017-2020)
광역정신보건센터	1(1)개	1(2)개	1(3)개	1(4)개
지역정신보건센터	10(18)개	7(25)개		
공공 응급병상	25(25)병상	25(50)병상		
사회복귀훈련시설	250(750)명	500(1,250)명	600(1,850)명	650(2,500)명
보호작업장	60(60)명	690(750)명	750(1,500)명	1,500(3,000)명
주거시설	100(200)명	100(300)명	100(400)명	100(500)명

자료: 2004 서울정신건강 2020

이후 서울시는 2008년 서울정신건강 2020 2차 4개년 준비를 위하여 서울시의 정신보건사업 비전을 발표하는 자리를 통하여 서울시 정신보건사업의 최우선 정책목표가 중증정신질환자의 탈원화와 사회통합을 촉진하는 것임을 재확인하였다. 이를 위하여 서울시 추진한 사업 가운데 주거시설의 확보노력은 230%의 달성율을 보였으나 훈련시설 5개소 확보목표는 20%, 보호작업장 시범사업 2개소는 0%의 달성율을 보인 점을 지적하면서 사회복지시설 가운데 훈련시설과 직업재활시설의 확대 설치를 위한 전략 및 투입계획을 수립할 필요성을 강조하였다. 이는 실제적인 인프라 확충 목표가 중증정신질환자의 탈원화를 위하여 최소한의 추계된 양에 훨씬 미치지 못하는 것으로 제대로 달성되지 못했음을 말해주는 것이다.

본 연구를 위하여 대화를 나눈 정신보건센터의 팀장들의 하소연하는 공통적인 어려움 가운데 하나가 사례관리 서비스를 제공하는데 필요한 사회복지시설 등의 지역사회 자원의 부족이었다.

“인력부족이야 맨 날 하는 이야기지만... 사례관리가 힘을 발휘할 수 있으려면 지역사회에 이용가능한 자원이 많이 있어야 하는데 너무나 부족하니까 사례관리의 파워가 떨어질 수밖에 없습시다. 정원 30명의 이용시설 1개소 밖에 없어서.. 어렵사리 회원을 설득해서 데려가도 2-3개월은 대기해야 하는데... (A 정신보건센터 팀장)

현재 서울시의 사회복지시설 설치 현황은 아래의 <표 8>와 같다.

<표 8> 서울시 사회복지시설 설치 현황(2010년 6월 현재)

구	강남	강동	강북	강서	관악	광진	구로	금천	노원	도봉	동대문	동작	마포	서대문	서초	성동	성북	송파	양천	영등포	용산	은평	종로	중구	중랑	합계
시설 수	1	2	2	8	5	7	3	2	6	6	2	3	4	5	2	1	2	3	5	2	2	5	2	0	1	81
이용	1	1	2	3	1	1			1	2	1		2	1	1	1	1	1		1	1	1			1	24
주거				5	4	4	3	2	4	3	1	2		4	1		1	1	4	1	1	3	2			46
입소						1							2													3
기타		1				1			1	1		1						1	1			1				8

<표 9> 서울시 정신장애인 자치구별 현황(2009년 현재)

구	강남	강동	강북	강서	관악	광진	구로	금천	노원	도봉	동대문	동작	마포
정신 장애인수	619	513	655	1,381	788	483	517	389	1,293	494	586	483	502
구	서대문	서초	성동	성북	송파	양천	영등포	용산	은평	종로	중구	중랑	계
정신 장애인수	512	336	439	633	551	544	499	326	1,239	292	228	794	15,096

위의 <표 8>과 <표 9>를 비교하면 알 수 있듯이 전체 서울시 사회복지시설 정원이 1,663명인데 반하여 정신장애인들의 숫자는 15,096명이다. 정신장애인의 등록률이 낮다는 점을 고려하면 이들에게 서비스의 소요도는 최소한 이의 2배 이상으로 예상된다. 더욱이 각 자치구별 정신장애인 현황과 사회복지시설 설치 현황을 보면 사회복지시설 설치가 객관적인 서비스 수요 따른 비례성에 기초하여 의도적으로 설치되었다고 보기 어려운 경향이 있다. 예를 들어, 정신장애인 수가 천명이 넘는 노원, 은평, 강서구 이용시설의 경우 사회복지시설이 전체적으로 각각 6개소, 5개소, 8개소로 나타나 타구에 비하여 많은 수가 설치되어 있으나, 이용시설이 노원, 은평의 경우 각 1개 시설만이 설치되어 있고, 등록정신장애인 수가 1/3인 도봉구와 설치 분포가 다르지 않다. 또한 이용 시설이 설치되어 있지 않은 자치구가 5개구이며, 주거시설이 설치되어 있지 않은 자치구는 8개구이다.

이와 같이 자치구별 사회복지시설 설치 필요성은 아래의 <표 10>과 비교해보아도 그 일관성을 발견하기 어렵다.

<표 10> 서울시지역정신보건센터 등록회원현황 20개구(2008년 기준)

(단위: 명)

구	강남	강동	강북	강서	광진	구로	노원	도봉	동작	마포	
총등록	857	444	806	1,036	493	601	1,427	1,005	446	236	
구	서초	성동	서대문	성북	송파	영등포	은평	종로	중	중랑	계
총등록	258	679	805	1,043	569	653	238	191	381	779	12,947

한편 사회복지시설이 양적으로 확산되어야 한다는 정황 자료가 보건복지부에서 실시한 2008년 장애인실태조사 결과이다. 정신장애인이 서비스 이용경험에 대한 조사 결과가 아래의 표와 같다<표 11>.

<표 11> 정신장애인 지역사회복지시설 이용 경험

구분	정신장애인 이용 경험
정신의료기관	52.8%
장애인복지관	12.4%
장애인직업재활시설	9.6%
정신보건센터	7.8%
정신질환자사회복지시설	5.5%

자료: 2008년 장애인실태조사 결과

위의 표에서 나타난 바와 같이 정신장애인들의 지역사회재활시설 서비스 이용 경험이 전체적으로 매우 낮으며, 특히 정신보건시설인 정신보건센터와 사회복귀시설 이용 경험은 10%에도 이르지 못하고, 전달체계가 다른 장애인복지시설에 대한 이용경험보다도 훨씬 낮은 것으로 나타났다. 이러한 조사 결과의 의미를 여러 가지로 해석할 수 있겠으나 사회복귀시설의 양의 부족으로 인한 것이 주요한 원인으로 추정된다. 그런데 위의 조사결과는 2007년 기준으로 낮병원을 포함한 사회재활프로그램 정원은 4,967명으로 필요서비스 공급량의 7.7% 수준이며, 주거서비스의 경우 현재 약 1,142명 규모로 필요서비스 공급량의 10.3% 수준이라는 (이명수, 2010) 연구 결과와 상당한 일치도를 보이고 있어 사회복귀시설의 양적인 확산의 필요성이 얼마나 절실한가를 웅변하고 있다.

2) 사회복귀시설 서비스 질의 향상

(1) 사회복귀시설 서비스 및 환경에 대한 몇 가지 조사 결과

① 상대적으로 개선이 필요한 사회복귀시설 평가 결과

현재 사회복귀시설의 서비스에 대한 평가는 그리 높은 편이 아니다. 2008년에 실시한 평가 결과는 다음과 같다<표 12>.

<표 12> 2008년 사회복귀시설 평가 결과

평균	정신요양시설	사회복귀시설	부랑인복지시설	장애인복지관
83.16	81.80	79.83	84.07	86.92

자료: 보건복지부

평가지표가 다르기는 하지만 사회복귀시설이 다른 복지시설에 비하여 전체 평균에서 가장 낮은 점수를 기록하고 있다. 또한 장애인복지관이 최우수 비율이 50%에 달하고 있는데 비하여 사회복귀시설은 16%정도에 그치고 있으며, 보통 이하가 16.8%를 차지하고 있어, 사회복귀시설이 전체 운영상에 있어서 열악함을 보여주고 있다<표 13>.

<표 13> 타 분야 사회복지시설과 평가 결과 비교

구분	계	최우수	우수	양호	보통	미흡
계(개소)	323	99(30.65%)	135(41.80%)	53(16.41%)	21(6.50%)	15(4.64%)
정신요양시설	55	9(16.36%)	28(50.91%)	12(21.82%)	4(7.27%)	2(3.64%)
사회복귀시설	113	18(15.93%)	51(45.13%)	25(22.12%)	12(10.62%)	7(6.19%)
부랑인복지시설	36	13(36.11%)	12(33.33%)	8(22.22%)	2(5.56%)	1(2.78%)
장애인복지관	119	59(49.58%)	44(36.97%)	8(6.72%)	3(2.52%)	5(4.20%)

자료: 보건복지부

② 사회복귀시설의 낮은 이용 만족도

이용경험자들의 서비스 만족도 조사결과는 대체로 만족한다 이상이 장애인복지관이 64.7%, 정신보건센터가 64.3%, 정신질환자 사회복귀시설이 48.1%, 정신의료기관이 40.5%, 직업재활시설이 37.3%를 차지하는 것으로 나타났다<표 14>.

<표 14> 정신장애인 지역사회기관 이용 만족도

구분	정신장애				
	매우만족	대체로 만족	보통	약간불만족	매우불만족
직업재활시설	24.5	12.8	35.1	20.0	7.6
장애인복지관	40.7	24.0	22.7	7.9	4.8
정신의료기관	16.1	24.4	29.7	12.6	17.2
정신질환자사회복지시설	23.8	24.3	12.7	20.1	19.1
정신보건센터	34.7	29.6	14.3	12.5	8.9

자료: 2008 장애인 실태조사

또한 향후에 이용의사가 있는 시설에 대한 질문에는 정신의료기관 54.0%, 장애인복지관 29.4%, 정신질환자 사회복지시설 24.2%, 정신보건센터 23.5%로 나타났다<표 15>.

<표 15> 정신장애인 향후 지역사회시설 이용 의사

구분	정신장애
직업재활시설	17.8%
장애인복지관	29.4%
정신의료기관	54.0%
정신질환자사회복지시설	24.2%
정신보건센터	23.5%

자료: 2008 장애인 실태조사

(2) 사회복지시설 서비스에 대한 전문가 및 소비자 평가

① 개별화된 서비스의 부족

“회원들에 대한 프로그램이千篇일률적이지요... 성별에 따른 요구가 다르고, 연령에 따라 서로 원하는 욕구나 문화가 다른데... 아이들마다 바라거나 필요한 것이 다 다른데 이런 것에 부응하는 서비스가 제대로 안 되고 있다 보아야 하지요”(정신장애인 가족, 52세, 여)

“요즘에 약이 좋아져서 우리 병원 같은 곳은 2개월 이상 입원하지 않거든요... 주로 초발 환자들이 많은데... 그 사람들에게 맞는 지역사회 서비스가 없는 거 같아요... 10대 후반이나 20대 초반의 환자들을 위한 별도의 서비스가 없는 거 같아요... 사회에서도 소속할 곳이 없는 친구들인데...”(정신의료기관 사회사업가, 43세, 여)

“우리 센터가 오랜 동안 이용한 회원분들 가운데 50대 이상 된 분들에게 필요한 사회복지시설이 없는 거 같아요... 그 분들은 직업을 갖기도 어렵고 어떻게 보면 사랑방 같은 곳이 필요한 분들인데... 우리 지역의 사회복지시설로 의뢰하였는데 젊은 사람 중심으로 직업 재활 등에 집중하는 분위기다 보니까 소외감을 느끼신데요...”(정신보건센터 팀장, 36세, 여)

“여성들에 대한 별도의 접근이 필요하다고 봐요. 제가 의뢰한 경험으로 봐서는 그분들의

드랍아웃이 가장 높은 거 같아요. 머랄까 그 분들은 정서적 접근이 매우 중요해서 개별적으로 깊은 정서적 접촉을 원하거든요... 물론 사회복지시설에 직원들의 숫자가 부족하지만..."(정신의료기관 사회사업가, 43세 여)

"연령별도 혹은 또래 별로 모일 기회를 주는 것이 너무나도 중요해요. 우리 애가 처음 센터를 가서 다 나이 많은 사람들만 있다고... 물론 선배들한테 배우는 것도 중요하지만 요즘에는 또래 관계가 참 중요하잖아요... 한 기관에서 안 된다면 다른 기관과 협력해서라도 그런 또래 별 프로그램을 추진해야 하지 않을까요?"(정신장애인 가족, 58세, 남)

정신의료기관이나 정신보건센터 그리고 가족들의 욕구는 정신질환을 가진 사람들의 개별화된 특성에 따른 접근이 부족하다는 점을 현 사회복지시설 서비스의 가장 커다란 문제로 지적하고 있었다. 적어도 성별, 연령별, 학력별 등 사회복지시설 이용자들에 대한 인구사회학적 특성이라도 고려된 욕구 적합성이 높은 프로그램 혹은 서비스 지원체계에 요구가 높았다. 이는 프로그램 제공 방식에 대한 비판으로 연결되었다.

"많은 회원들이 불만으로 여기거나 이용을 중단하는 이유는 획일화되고 집단화된 프로그램 운용방식에 있다고 봐요. 모두가 동일한 시간에 출근하고 의무적으로 모든 프로그램에 참여해야 하는 방식... 결국 공급자 위주의 서비스 방식이 아닌가요? 장애인복지관과 같은 방식의 운영이 필요하다고 봅니다. 원하는 프로그램에 참여하고, 그저 쉬고 싶은 때는 쉴 공간도 있고요.. 당연히 개별화된 상담이 충분하게 이루어질 수 있는..."(정신보건센터 팀장, 39세, 남)

정신재활서비스든지 사회복지서비스든지 서비스 소비자의 개별화된 욕구에 부합하는 방식과 내용으로 서비스가 전달되어야 한다는 것은 기본에 속하는 요소이다. 정신질환과 증상에 방점이 찍힌 서비스가 아니라 '사람'이라는 점이 우선적으로 고려되는 서비스 제공 방식의 도입이 절실하다는 점이 다시 한 번 확인되고 있다.

또한 정신의료기관과 정신보건센터의 실무자들이 최근 들어 가장 필요성을 제기하고 있는 대상군은 초발환자 군들에 대한 지역사회재활서비스가 사각화 되어 있다는 지적이다. 이들은 오랫동안 정신질환을 겪으면서 소위 만성화 된 상황 속에서 긍정적 의미든 부정적 의미든 정신질환을 가진 사람으로의 정체성을 받아들인 군과는 확연하게 다른 양상을 띠고 있다는 점이다.

"10대 후반이나 20대 초반 초발환자 군에 대한 별도의 서비스가 필요해요... 그 친구들은 만성화된 환자들에 대해서 거부감을 많이 가지고 있고... 학습의 지원 프로그램도 별도로 필요하고 문화도 다르고... 솔직히 만성화된 사람들에 물들지 않고 희망을 주면서 운영되는 별도의 공간이 필요합니다... 보낼 곳이 없어요."(정신보건센터 팀장, 40세, 여)

현재 서울시 정신보건정책 체계에서도 초발환자 군에 대한 별도의 접근의 중요성을 명목적으로 밝히고 있으나, 이들을 위한 집중적 심리재활서비스를 제공하는 사회복지시설은 존재하지 않고 있다.

중증 정신질환을 가진 사람들이 서비스를 통한 의미 있는 변화를 가져오기 위해서는 집중적인 인적 자원의 투여가 필요하다. 새롭게 서비스를 이용하는 정신질환을 가진 사람과의 라포 관계의 형성, 위기 시에 집중적인 서비스 제공, 가족들과의 관계 형성과 가족 전체에 대한 지원 등 각 활동이 모두 양적인 시간의 투여가 절대적으로 필요하다. 현재의 인적 자

원의 수준으로 개별화된 형태로 의미 있는 서비스를 제공하는 일이 결코 쉽지 않다.

② 시설의 열악함

“시설이 열악한 경우가 문제이다. 회원들과 견학을 가기 위해서 찾아가다보면 접근성이 너무나 떨어진 외진 곳에 있는 경우도 많다. 환경이 열악하면 일단 회원들이 실망을 하고 가려고 하지 않는다. 어렵게 설득해서 의뢰하고자 했는데...”(정신의료기관 사회사업가, 43세, 여)

“처음엔 거부감이 확 들었어요. 뭐 어두침침하고 창고 같은 분위기에... 달리 갈 데가 없어서 다니기로 했지만...”(정신장애인 가족, 61세, 여)

“아이들에게 풍물놀이를 한다든지 춤 치료라든지 그런 몸으로 움직이는 프로그램이 다양하게 있었으면 좋겠다는 생각이 들지요.. 그런데 너무 좁잖아요. 장애인복지관에 갔더니 어떤 곳은 헬스 기구를 구비해서 자유롭게 운동을 할 수 있는 곳도 있던데...”(정신장애인 가족, 68세, 남)

“회원들이 흡연을 많이 하잖아요. 그런데 별도의 흡연공간이 없으니 골목에 모여서 담배를 피우게 되고... 사람들이 다 쳐다보고... 그냥 편안하게 쉴 수 있는 공간이 있었으면 좋겠어요... 식당도 별도로 있었으면 넘 좋겠어요.”(정신장애인 당사자, 30세, 남)

“인테리어 비용으로 4천만원 들었어요. 제가 소유한 건물도 아닌데... 주변 사람들이 저보고 바보래요... 제가 좋은 환경을 회원들에게 제공하고 싶어서 일방적으로 퍼부은 거지만 아마도 개인들이 시설 운영하면서 이런 자원을 투자하는 것은 어렵겠지요.”(사회복지시설 시설장, 43세, 여)

“여성들의 프라이버시가 보장되는 환경들이 필요합니다. 특히 화장실에 여성을 위한 비대를 설치하거나 별도의 휴식공간 등등”(사회복지시설 시설장, 38세, 여)

모든 사람들에게 주로 이용하는 환경은 매우 큰 영향을 미친다. 좁지 않은 공간, 프라이버시가 지켜지는 공간의 존재, 적당한 조명과 온도 그리고 습도, 식물의 존재, 기능별로 분화된 공간들, 목적에 걸맞은 기구들의 유무 등은 사람들의 정신에 큰 영향을 미치게 된다. 특히 스트레스에 취약한 정신장애인들에게 시설의 환경은 매우 중요하다. 이러한 요인으로 인해서 교육기관, 사회복지기관 등의 평가에는 항상 시설 환경에 대한 평가가 주요 항목의 하나가 된다. 그런데 사회복지시설의 경우에 이러한 시설을 마련하는 기본적인 책임이 운영주체에게 속한다. 운영주체의 소유 건물이 아니라면 기능보강 등의 예산지원도 이루어지지 않는다³⁾. 그럼에도 불구하고 개인들에게도 운영이 허용된다. 서울시는 전국에서 가장 부동산 임대료가 비싼 지역이다. 가뜩이나 사회적 편견에 위축된 정신장애인들은 이러한 정신장애인들의 열악한 환경에 거부감을 갖게 되고, 이용을 꺼리게 되는 경우가 발생하거나 자존감의 상처를 받으면서도 ‘갈 곳이 없어서 이용한다’고 말하고 있는 경우도 있었다.

③ 직업재활의 수준이 낮음

사회복지시설이 기능과 역할에 있어서 다른 정신보건시설과의 차별성을 갖는 영역이 직업

3) 예외가 소방법의 개정으로 인하여 방염 커튼 등에 대해서 서울시에서 별도의 예산을 지원한 바가 있다.

재활 영역이라고 할 수 있을 것이다. 이에 대한 평가는 다음과 같았다.

“취업도 일단 본인이 원하면 바로바로 시켜줘야 하는데 사회성 키운다고 시간만 끌고...”(정신장애인 가족, 61세, 여)

“뭐라고 해도 사회복지시설의 전문성은 직업재활이라고 본다. 훨씬 더 디테일한 직업재활 프로그램이 마련되어야 한다고 본다. 그런데 정신장애인들에게 주어지는 일거리는 기능이나 성별 혹은 연령에 따라서 별 차이가 없는 것 같다.”(정신보건센터 팀장, 40세, 여)

“뭐 우리에게 주어진 일들이 한마디로 막일 위주죠 뭐.... 각 사람들의 능력도 고려하고, 취향도 생각해줘야 하는데.... 좀 사회적으로 인정받지 못하고 급여도 너무 적은 그런 일자리들만 주로 소개시켜 주니까”(정신장애인 당사자, 34세, 남)

“주로 사회복지사들이잖아요. 정신질환자 직업재활에 대해서 별도로 학습을 하거나 훈련을 받은 적이 없어요.. 뭐 맨땅에 헤딩하는 식으로 몸으로 부딪치면서 배웠죠... 그런데 같이 직업재활을 담당하던 선생님들이 지금은 다 그만뒀어요... ”(사회복지시설장, 38세, 여)

“우리 기관에서 선 배치 후 훈련 모델을 도입하면서 취업하는 회원들이 많이 늘었지요. 그런데 직무지도는 취업담당 직원들만 나가는 것은 아니기 때문에 부서 회원 한 명에 대한 직무지도를 한 번 나가게 되면 하루 종일 시간을 보내야 하는데... 부서의 다른 회원들에 대한 상담이나 지원을 놓치게 되는 경우가 종종 발생하지요”(사회복지시설 시설장, 38세, 남)

현재 사회복지시설에서 제공하는 직업재활서비스는 다양한 편차로 존재하고 있다. 사회복지시설 내에 보호작업을 실시하는 곳, 임시취업, 지원고용 등 다양한 직업재활 접근을 실시하는 곳 혹은 거의 직업재활 사업은 진행하지 않는 곳 등. 이러한 상황은 사회복지시설 내에 직업재활서비스에 대한 별도의 정책적 지원이나 가이드라인이 존재하지 않는 상황으로 개별 사회복지시설들의 역량이나 의지에만 의존하는 조건에서 발생하고 있다. 더욱이 정신보건법 개정으로 인하여 사회복지시설이 주간재활시설과 직업재활시설로 세분화되고 있으나, 조사에 의하면 직업재활시설로 전문적으로 운영하겠다는 곳은 현재 존재하지 않는 것으로 나타났다.

현재 상대적으로 직업재활을 활발하게 수행하는 기관들에 대한 조사에 따르면, 문제의 양상은 다음과 같다.

첫째, 정신장애 등록을 하지 않은 정신질환자들에게는 법 제도적으로 취업 등을 촉진할만한 유인책이 존재하지 않으며, 서울시 정신보건정책에서 별도의 직업재활 활성화 지원책은 존재하지 않고 있다.

둘째, 정신장애 등록을 한 정신장애인들에게도 별도의 전달체계인 장애인직업재활 법 제도를 우회적으로 활용하고 있다. 이러한 조건으로 인해서 장애인고용촉진공단이나 장애인개발원 등 장애인복지전달체계나 직업재활체계의 지원 정책에서 1차적으로 소외되어 있거나 정보 습득 등에서 지체현상이 발생하고 있다.

셋째, 정신질환을 가진 사람들은 취업 현장에서 신체장애를 가진 사람들과는 구별되는 장애요소를 가지고 있어서 특화된 직무환경의 조정 등이 요구되나 이를 제도적 정책적으로 보편화된 형태를 지원할 수 있는 방안 등이 고려되고 있지 않다.

한편, 사회복지시설 서비스 질의 향상과 관련하여 진행된 서울시의 정책적인 노력은 주로 서울시 정신보건사업지원단을 중심으로 이루어져왔다. 사회복지시설 서비스 표준화 및 질 향

상을 위한 최소기준안⁴⁾을 마련하였다. 또한 사회복지시설 다원화를 위한 TF회의를 조직하여, 2008년 사회복지시설 평가 결과 양호 이하의 평가를 받았거나, 운영을 시작한 기간이 3년이 되지 않아 평가에서 제외된 기관과 새롭게 운영을 시작한 기관 등의 서비스 질 향상을 위한 action-plan 안을 제시하였다. 그리고 TF에서는 사회복지시설 예산 지원방식의 변화, 기존 사회복지시설의 시설유형 변경에 따른 시설 공급예측, 사회복지지역의 정신장애인 직업재활시설 확충, 위탁형 지역사회재활시설 설치 운영의 필요성, 기존 종합사회복지관에 복지관형 사회복지시설 설치 등 사회복지시설 다원화를 위한 시급한 현안에 대한 아이디어들이 실용적으로 제시되기도 하였다. 그러나 사회복지시설 서비스의 질이 낮은 기관이 존재하는 구조적 원인에 대한 대책의 수립과 연관되지 못한 상황에서 진행되었고, 질 관리를 위한 교육 훈련 등 안정적인 지원체계의 부재 속에서 제시된 안들이 1회성 논의만으로 그치고 정책으로 실천되는 경우는 매우 적은 한계를 가지고 있었다.

④ 사회복지시설 내부의 논의들

한국사회복지시설협회를 중심으로 사회복지시설 활성화 방안이 다양한 측면에서 논의되었는데, 그 주된 내용은 주로 직업재활의 활성화 방안, 사회복지시설 서비스 제공의 사회적 책임성 강화 방안으로 서비스 효과성 평가 및 성과를 객관적 제시 방안, 회복패러다임 등 정신의료적 접근을 넘어서는 새로운 접근 방식의 소개 및 실천, 제도 환경의 변화에 따른 대응 방안 등이 지속적으로 논의되어 왔다⁵⁾.

사회복지시설은 지속적으로 사회복지시설의 역할과 기능의 확대·심화·고양을 위하여 지속적인 연구 및 경험의 교류를 진행하여왔다. 그 고민의 방향도 직업재활의 사회적 기반, 사회복지시설 운영 및 서비스 개선 전략, 사회복지시설 서비스의 사회적 책무성 제고를 위한 효과성 평가, 정신의학적 접근에 대한 대안적 접근 모델에 대한 실천적 탐색, 정신보건 전달체계에 대한 비판적 검토, 정책과 제도 환경 변화에 대한 대응방안 마련 등 다양한 영역에 걸쳐서 이루어졌다. 그러나 이러한 논의 및 성과들이 전체 사회복지시설로의 보편화를 위한 방안과 정책당국과의 공유노력, 사회복지시설협회 자주적 역량 강화 등으로 이어지지 못한 한계를 가지고 있다고 하겠다.

3) 사회복지시설의 기능의 다양화

사회복지시설 기능의 다양화가 필요한 이유는 첫째는 탈원화를 촉진하기 위한 효과적인 전달체계의 구축이라는 측면과 둘째는 정신장애인들의 생애주기와 관련된 다양한 욕구에 부응하기 위한 것이다. 전자의 경우에 요구되는 기관 유형으로는 half-way house, 주간재활시설, 주거시설, 독립주거(임대주택지원) 등이 있을 수 있으며, 후자의 경우에는 주간재활시설, 직업재활시설, 아동정신건강 주간재활시설, 노인정신건강 주간재활시설 혹은 포괄적 기능이나 인프라를 갖춘 정신장애인 복지관 등이 있을 수 있다.

한편, 사회복지시설의 종류 및 기능에 대한 정신보건법의 규정은 1995년 법 제정 당시에 마련되어 2008년 법 개정 시 종류와 유형이 다양해졌다. 이를 간단하게 살펴보면, 법 제정 당시 사회복지시설의 유형은 정신질환자 생활훈련시설, 정신질환자 작업훈련시설, 그리고 보건복지부령으로 정하는 기타 시설로서 주거시설과 종합훈련시설이 있었다. 이러한 유형은 사회복지시설이 어떤 기

4) 인권, 환경, 운영, 인력, 서비스 등 6개 핵심 영역에 26개의 기준을 세워 43개의 영역에 기준안을 제시하였다

5) 좀 더 구체적으로는 행해진 주제를 살펴보면 정신장애인 직업재활의 사회적 기반 조성, 사회복지시설의 서비스 효과성 증명, 회복(recovery)패러다임의 소개 및 실천 사례 소개, 사회복지시설 운영 및 서비스 역량강화 방안, 바우처 제도 도입 등 사회서비스 변화에 대한 소개와 사회복지시설의 대응방안, 정신보건법 등 제도 변화에 따른 사회복지시설 대응방안 연구, 정신보건전달체계에 대한 논의 등이 있었다.

능을 담당해야 하는 가에 대한 면밀한 검토 속에서 이루어졌기 보다는 일본의 법에서의 유형을 그대로 도입한 것으로 알려졌다. 이러한 사회복지시설의 종류와 사업 내용은 2008년에 정신질환자 생활시설, 정신질환자 지역사회재활시설, 정신질환자 직업재활시설, 중독자 재활시설, 정신질환자 생산물 판매시설, 정신질환자 종합시설로 세분화 되고, 생활시설은 사업 내용으로 세분화 하여 입소생활시설, 주거제공시설로 지역사회재활시설은 주간재활시설, 심신수련시설, 공동생활가정으로 세분화하였다. 이렇게 사회복지시설이 다양화 방향으로 법이 개정되게 된 배경은 기존 사회복지시설의 종류와 기능이 지나치게 단순하거나 포괄적이라는 비판과 더불어 장애인복지법 상에 다양하게 존재하는 서비스에서 정신질환 혹은 정신장애를 가진 사람들이 배제되었다는 비판으로 인한 것이었다. 그런데 개정된 정신보건법 상의 사회복지시설의 다양화 역시 정신질환자 사회복지시설이 담당해야 하는 역할과 기능에 대한 면밀하게 따져보지 못한 채 장애인복지법 상의 시설 유형을 그대로 도입했다는 점이다.

사회복지시설의 기능의 다양화는 무엇보다도 앞서도 언급한 바와 같이 정신질환을 가진 사람들의 탈원화를 효율적으로 추진하기 위한 전달체계라는 측면과 아울러 정신장애인들의 생애주기 등에 따른 다양한 욕구와 필요에 부응하는 방향에서 새롭게 논의가 되어야 할 것이다. 본 고에서는 연구의 한계 상 본격적으로 이 부분에 대한 논의를 전개할 수는 없지만 일선 현장에서 시급하게 제기되고 있는 내용을 아이디어 차원에서 소개하고자 한다. 예를 들어, 종합사회복지관이나 장애인복지관, 노인복지관 등과 같이 다양한 서비스나 인프라를 갖춘 정신장애인 복지관 등이 적어도 거점형으로는 마련되어야 하고, 생애주기별로 구별된 서비스 제공이 필요한 청년정신질환자나 노인정신질환자, 그리고 중복적인 정신질환을 가진 사람들에 대한 재활시설들 그리고 야간이나 휴일 등 서비스 사각시간을 보완하기 위한 drop-in center 등이 필요하다고 제기되고 있다.

3. 사회복지시설의 활성화의 장애 요인들은 무엇인가?

1) 사회복지시설의 양적 확산에 대한 공공부문의 책임성과 민간부문 참여의 한계

앞에서 언급한 바와 같이 서울시는 2004년 ‘서울정신건강 2020 사업’이라는 중장기적 정신보건 사업계획을 수립하고 기본적인 방향으로 ‘중증정신질환자의 탈원화와 지역사회통합’을 설정하고 이를 달성하기 위하여 지역사회정신보건인프라 구축을 최우선 과제로 설정하였다.

이러한 서울시 계획의 1차년도의 결과는 아래의 표와 같다<표 16>.

<표 16> 서울시 지역사회 인프라 구축 현황

	광역정신 보건센터	지역정신 보건센터	공공응급병상	사회복지시설	보호작업장	주거시설
목표	1(1)개	10(18)개	25(25)병상	250(750)명	60(60)명	100(200)명
달성도	1개(100%)	13개(130%)	49개(196%)	40명(16%)	-	36개(360%) 427명(427%)

자료: 서울시정신보건사업지원단 5개년 보고서

사회복지시설의 확산의 경우 위의 자료에서 나타나지 않는 half-way house 6개소 설치, 아동사회복지시설(I-zone) 5개소 설치 등이 추가되어야 한다. 이를 포함하여 그 동안의 성과를 살펴보면 그 특징을 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 정신보건센터, 응급병상의 확보, half-way house, 아동사회복지시설, 공공임대형 주거 시설

과 같은 서울시 혹은 자치구 등 공공부문의 자원이 투입된 영역에서는 목표가 초과로 달성되었다.

둘째, 초기 인프라 투자규모가 적은 부분 즉 소규모 주거시설의 경우에 민간부문의 참여가 활발하였다.

셋째, 상대적으로 넓은 공간을 확보해야 하는 주간이용시설이나 보호작업장의 경우에는 민간부문의 참여가 매우 저조하였다.

넷째, 민간부문에서 사회복지법인, 의료법인, 학교법인 등 비영리공공부문의 참여는 매우 저조하였으며, 개인들의 경우에 참여가 활발하였다.

이러한 결과가 말해주는 것은 다음과 같다.

첫째, 지역사회 정신보건인프라 구축의 주된 동력은 재론의 여지가 없이 공공부문이라는 점이다. 이는 GDP 대비 정신보건예산 비중이 외국에 비하여 1/10-1/3에도 미치지 못하는 현실(김윤, 2010)에서 비롯된 것으로, 공공부문의 과감한 투자 없이 지역사회 정신보건 인프라 구축은 실질적인 성과를 거두기는 어렵다. 이 문제와 관련하여 정신보건법 상의 국가와 지방자치단체의 책임과 의무에 대한 정신을 다시 살펴볼 필요가 있다. 정신보건법 4조에는 “국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진, 정신질환을 예방, 정신질환자의 치료·재활 및 장애극복과 사회복지촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.”고 포괄적으로 국가와 지방자치단체의 의무를 규정하고 있으며, 구체적으로 동법 4조 2항에서 이를 위하여 “국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방과 치료 및 재활을 위하여 정신보건센터와 정신보건시설을 연계하는 정신보건서비스전달체계를 확립하여야 한다.”고 규정하고 있다. 계속해서 정신보건법 4조의 3에서 구체적인 정신보건사업계획의 수립의 의무를 국가와 지방자치단체가 있음을 적시하고 있다⁶⁾.

이러한 국가와 지방자치단체의 포괄적인 의무에 입각하여 정신보건법 15조에는 사회복지시설을 직접 운영하는 방안, 위탁 운영하는 방안, 그 외의 자가 신고 운영하는 방안 등을 규정하고 있다. 이러한 규정에 의거하여 서울시의 경우에 입소시설과 아동청소년사회복지시설 등 인프라를 마련하여 정신의료기관 등에 위탁운영하고 있는 것이다. 그러나 왜 사회복지 이용시설, 직업재활시설, 주거시설의 경우에는 정부와 지방자치단체에 의한 공공자원의 투입을 통한 인프라 구축이 시도되지 않은 것일까? 아마도 공공부문 자원 투입의 제한성에 따른 선택과 집종의 필요성, 정신보건센터와 같이 법적으로 인프라 구축의 책임이 공공부문에 있음이 명확하게 된 경우와의 차별성 등을 추론할 수 있을 것이다. 그러나 서울시가 기왕에 공개적으로 밝힌 정책 목표를 실질적으로 달성하고자하는 정책의지의 부족과 한정된 재원 집행의 개관적 기준에 어떤 자의성이 작용하지 않았나 하는 의문을 지을 수 없다⁷⁾.

한편, 이 문제의 극복을 위해서 공공부문의 윤리적 책임을 지적하는데 그쳐서는 이루어질 수가 없다. 왜냐하면, 사회복지시설의 인프라 확충이 적극적으로 이루어지지 않은 까닭은 사회복지시설이 탈원화와 중증정신질환자의 지역사회 통합에 기여하는 바가 총체적으로 다루어지지 않았기 때문이라고 보아야 한다. 즉 논의의 시야를 확대하여 서울시에서 50%이상 부담하고 있는 의료급여 및 의료보험 재정 절감 효과와 더불어 사회복지시설이 중증정신질환자들의 지역사회 통합에 구체적으로 어떤 기여를 하고 있는가에 대한 적극적이고 과학적 규명이 더불어 이루어져야 한다.⁸⁾

6) 이 조항 가운데 사회복지시설의 기능과 역할에 해당하는 조항은 3항 정신질환자의 치료 및 재활 등에 해당하는 것이 될 것이다.

7) 사회복지시설의 양적 확산의 실패에 대한 원인의 하나로 서울시 정신보건사업지원단에서는 인프라 확충의 근거가 부재하다는 점은 위에서 상술한 바와 같이 정신보건법에 다양한 방식으로 규정되어 있으므로 동의하기가 어려우며, 지원정책의 부재 또한 입소시설이나 아동청소년 사회복지시설의 예를 통해 볼 때 납득하기 어렵다.

8) 사회복지이용시설의 확충이 이루어지지 않는 요인은 기초자치단체의 적극성을 유도할 만한 기제가 부재하다는 것이다. 실제로 지역사회정신보건 사업을 일선에서 지도 감독하는 기초자치단체의 경우에 의료급여재정분담의 책임에

두 번째로 민간부문의 참여의 양상에 대해서 살펴보면, 개인들의 참여가 상대적으로 활발했던 반면에 사회복지법인이나 학교법인과 같은 비영리부문에서 공공성을 갖춘 단체들의 참여가 매우 저조하였다는 점이다. 이 결과 상대적으로 소규모 인프라 구축의 능력으로 참여할 수 있는 주거시설의 경우에는 매우 빠른 확산으로 보였으며, 상대적으로 대규모 인프라 구축이 필요한 주간재활 시설이나 직업재활시설의 경우에는 저조한 확산을 보이게 되었다. 이러한 원인에 대해서도 좀 더 면밀하고 체계적인 연구들이 진행되어야 할 것이나, 현재 개인 차원의 주간재활 시설이나 직업재활 시설에서의 민간부문 참여는 그 전망이 매우 비관적이다. 실제로 최근에 개소한 주간재활시설들의 구체적인 양상들을 살펴보면서 논의를 진행하고자 한다.

<표 17> 최근 개소한 주간재활시설 준비기간 비용 조사 결과

(단위: 천원)

시설명	운영 주체	인건비	임대보증금	임대료	시설비	사업비 등	총액
소망나무	개인	18,000	20,000	9,500	23,500	4,000	75,000
좋은 친구들	개인	3,400	20,000	6,000	52,000		81,400
행복정신 건강센터	개인	42,000	30,000	7,200	20,000	6,000	100,520

위의 3개 기관들의 평균 개소비용이 9천만원에 이르고 있는 점을 보면, 이러한 방식에 의존한 주간재활시설 등의 양적 확산에 대한 기대는 비관적일 수밖에 없을 것이다⁹⁾. 위의 표에서는 주로 주간재활 사회복지시설의 설치 운영에 대한 초기 부담 비용만을 중심으로 언급했으나, 지속적으로 임대료를 운영주체들이 부담해야 하는 문제는 여전히 운영상의 커다란 부담으로 작용하여 이를 마련하기 위한 후원활동 등에 전념하다 보면 서비스 인력의 공백이 발생함은 불가피하다고 하겠다<표 17>.

정신보건분야가 전통적으로 정신의학적 전문성에 기초한 치료위주의 임상 영역이라는 인식들이 복지 분야의 영역이 아니라는 선입견을 갖게 한 것은 아닌가 한다. 이는 공무원들의 업무 편제에도 정신보건영역이 보건의료영역에 편입되어 있고 복지영역과는 별도 체계로 되어 있는 것과도 상당한 연관성을 갖는 것이라고 본다. 공공부문 자원 투여의 급격한 확대가 어렵다면 사회복지부문, 종교부문과 같은 민간부문들의 참여를 위한 적극적인 정책 홍보가 매우 필요하다고 여겨진다.

서울시에서는 사회복지이용시설의 확충을 촉진하기 위하여 예산지원방식에 대한 약간의 개선이 있었으나 기본적으로 위와 같은 막대한 물리적 시설비용을 위한 부담은 주간재활 사회복지시설 운영 동기를 약화시킬 수밖에 없을 것이다¹⁰⁾. 적어도 공적 자원 투여의 단기적 투여 확대가 어렵다면 민간의 참여를 촉진하는 문제는 지역사회정신보건 사업의 활성화에 핵심적인 요인으로서 인식하는 자세 전환이 필요하다.

서 제외되어 있어서 탈원화 혹은 지역사회 통합을 위한 재정적 동기 유인이 부재하며, 보건소 평가에서도 지역사회정신보건계획에서의 사회복지시설 확충 요인이 부재하여 업무의 과중 정도로 인식하는 경우가 많다.

9) 더욱이 이러한 개인 자산의 투여에도 불구하고, 관계 공무원들의 태도나 지원 자세에 더욱 실망이 컸다는 점을 토로하고 있었다. 즉 어려운 결단에 대한 행정 서비스는 여전히 고압적 태도뿐만 아니라 지역주민들의 납비 현상 운운하면서 지원을 가능하면 하지 않으려는 모습을 보이고 있었다고 한다.

10) 최근 서울시에서 사회복지시설 운영자에게 공문을 발송 보조금 및 이용자들의 이용료 등을 시설의 임대료로 사용하지 못하도록 지침을 내리면서 사회복지시설 운영자들의 도덕적 해이를 지적한 바가 있다. 이는 매우 부족한 사회복지시설의 사업비가 이용자들의 복리 후생 및 서비스 질 향상에 쓰여야 한다는 점에서 타당하나 기본적인 문제의 원인이 공공부문이 담당해야 할 책임을 민간에게 전가하는 과정에서 발생한다는 점을 간과한 측면이 있다.

2) 사회복지시설 서비스 질 저하의 구조적 원인과 서울시 정책의 향상

사회복지시설 서비스의 질이 낮다는 관계자들의 평가나 시설의 열악함의 구조적 원인이 어디에서 비롯되었는가는 위에서 논의한 바와 같이 공공부문에서의 자원투여가 제한적이며, 상대적으로 재원마련 능력이 취약한 개인 중심의 민간참여에서 찾을 수 있을 것이다. 이를 서비스 질이라는 측면에서 좀 더 구체적으로 살펴보기 위하여 서울시가 유사한 방식으로 지원하는 장애인직업재활시설과 비교하면 그 심각성이 더욱 드러난다. 아래의 표는 주간재활시설과 장애인직업재활시설의 서울시 지원 양상을 비교한 것이다<표 18>.

<표 18> 사회복지시설(주간재활)과 장애인직업재활시설 보조금 지원액 비교

구분		사회복지시설	장애인직업재활시설
이용정원		50	24
직원 수		6	3
보조금	관리운영비	22,948천원 (1인당 458,960원)	17,930천원 (1인당 597,700원)
	사업비	9,288천원 (1인당 18만 5천원)	4,848천원 (1인당 202,000원에서 243,000원까지)
	인건비	기준 동일함	기준 동일함
이용료수납여부		보건복지부 고시액	이용료 없음
보건복지부지원		기능보강비 (자가 소유 토지 및 건물)	임대보증금 150,000천원 기능보강비 31,592천원
서울시 지원		서울시 별도 지원프로그램 없음	서울시장장애인직업재활시설협회에 '경영지원센터 지원' 2009년 기능보강비 4,500,000원 지원

위의 표에서는 보는 바와 같이 장애인직업재활시설의 경우 관리 운영비 지원이 이용자 1인당 장애인직업재활시설은 597,700원이며, 사회복지시설의 경우에 458,960원으로 약 138,740원의 차이가 나며, 사업비의 경우에 장애인직업재활시설의 경우 1인당 최고 243,000원에서 최저 202,000원으로 사회복지시설 1인당 185,000원으로 1인당 최고 58,000원에서 최저 17,000원의 차이가 나고 있다. 이러한 차이의 발생 원인이 무엇인지 알 수 없으나 사회복지시설 서비스 취약성의 근본적 원인의 일단을 알 수 있는 것이라고 여겨진다. 계속해서 서울시의 경우에 서울시장장애인직업재활시설협회에 직원 6명 등 4억여원의 예산을 지원하여 개별 시설들의 전문성 고양을 위하여 항상적인 컨설팅 서비스 등의 체계를 갖추고 있으며, 위 예시 시설의 경우 기능보강비로 4백5십만원을 지원받기도 하였다. 사회복지시설의 양적인 확산뿐만 아니라 서비스 질의 향상을 위해서도 공공부문의 자원 투여의 확대는 너무나도 절실하다고 하겠다.

3) 정신보건전달체계의 향상과 사회복지시설의 활성화

모두에서 언급한 바와 같이 사회복지시설의 활성화는 사회복지시설 자체만을 대상으로 하는 좁은 시야로서는 기대하는 바와 같은 성과를 얻을 수 없다. 서울시의 정신보건정책의 목표인 탈원화와 지역사회통합을 이룩하기 위하여 정신보건전달체계가 정상적으로 작동해야 하며, 정신보건전달체계가 정신의료기관에 입원한 정신질환자들의 조기 퇴원과 퇴원 정신질환자들이 치료-보호-재활-사회통합의 연속성 속에서 유기적으로 작동해야 할 것이다. 그러나 현재 정신보건전달체계는 이러한 기대에 값할 정도로 기능한다고 보기 어렵다. 무엇보다도 정신의료기관에서 지역사회로의 연계체계가 원활하게 작동하지 않고 있으며, 이를 획기적으로 개선할 만한 방안도 당장에는 마땅하지

않는 것으로 보인다¹¹⁾. 이는 서울시정신보건센터를 중심으로 지역의료기관과 정신보건센터 간에 상호간에 의뢰연계체계를 활발히 하기 위한 협약을 체결하여 활동에 들어간 이음프로젝트의 운영 결과가 결과적으로 실패한 것을 보면(서울정신보건사업지원단, 2010), 이 문제의 개선이 얼마나 어려운가와 더불어 새롭고 강력한 대안이 제시되어야 한다는 것을 말해주고 있다.

아무튼 정신의료기관-정신보건센터-사회복지시설-지역사회통합으로 원활하게 이루어져야 하는 정신보건전달체계의 기능이 취약함에 따라 사회복지시설이 겪는 1차적 어려움은 이용대상자들의 확보의 문제이다. 예를 들어, “서울시 알코올 사용장애 추정환자수가 58만 명이 있다고 알고 있으나 시설은 입소 회원확보가 정말 힘듭니다. 병원과 지역사회 네트워크의 활성화가 절실하다고 봅니다(알코올 입소시설).”라든가, “체계적인 연계가 이루어지도록 하는 시스템”에 대한 바램들이 제기되고 있다. 이러한 문제제기가 발생하는 원인을 좀 더 구체적으로 살펴보기 위하여 21개의 사회복지시설을 대상으로 2009년 하반기와 2010년도 상반기 사회복지시설에 신규로 의뢰된 정신질환의 의뢰경로를 자체 조사하였다. 그 결과는 아래의 표와 같다<표 19>.

<표 19> 2009년 사회복지시설 신규 회원 등록 경로 현황

구분	주거시설	입소시설	이용시설	계(명)	비율(%)
정신과병의원	35	62	106	203	27%
정신보건센터	5	29	143	177	24%
사회복지시설	40	16	121	177	24%
개인 및 가족	17	8	148	173	23%
기타	10		6	16	2%
계	107	115	524	746	100%

위 표는 21개 사회복지시설의 2009년 하반기와 2010년 상반기의 신규 회원 의뢰현황을 조사한 것이다. 가장 높은 의뢰 현황은 정신의료기관이 203명으로 27%, 정신보건센터와 사회복지시설에서 사회복지시설로의 의뢰가 각각 177명으로 24%를 차지하고 있으며 개인 및 가족이 173명으로 23%를 차지하고 있다. 전체적으로 보아 당연한 것으로 기대되는 정신의료기관-정신보건센터-사회복지시설로의 의뢰체계가 원활하게 작동하고 있지 않음을 알 수 있다. 개인 및 가족들이 직접 사회복지시설로 방문하는 경우가 1/4 가까이 되는 경우가 이를 말해준다¹²⁾. 사회복지시설장들과의 면접 혹은 설문조사에서 “정신장애인들의 정원을 채우는 일이 너무나 힘들다”는 호소를 하고 있는데, 가장 큰 원인으로 정신보건전달체계의 작동이 원활하지 않다는 점을 지적하고 있다. 앞서서도 언급한 바와 같이 서울시의 일부 지역의 정신보건센터는 사회복지시설이 너무나 적어 의뢰할 업무를 내지 못한다는 진술을 상기할 때 전달체계 전반에 대한 점검과 개선이 시급하다.

정신의료기관은 정신보건센터를 신뢰하지 못하고, 정신보건센터는 과도한 사례부담으로 인해 의미 있는 서비스를 제공하지 못하고, 사회복지시설은 이용정원 확보에 급급하고 있는데 소비자들의 일부는 이러한 시설의 존재를 인식하지 못하고 있었다는 것은 현재 정신보건전달체계의 난맥상을

11) 본고의 논의 수준을 벗어나는 것이기는 하나, 정신의료기관의 85%가 민간영리조직에 의해서 운영되고 있는 현실 속에서 국가가 정신의료기관에 끼칠 수 있는 영향력이 한계가 있으나 의료보험 혹은 의료급여 수가의 차등화를 통한 장기입원의 방지, 혹은 의료급여제정과 지역사회정신보건인프라의 확충과 연계시키는 방안 등이 탈원화와 더불어 지역사회 정신보건활성화를 위한 방안이 될 수 있을 것이다.

12) 현장에서 경험은 정신장애인 당사자나 가족들이 사회복지시설을 방문하는 경우에 발병 후 수년 혹은 10년 이상이 지났음에도 불구하고, 이러한 시설이 존재한다는 것을 모르고 있었다는 말을 종종 듣는다.

단적으로 보여주는 것이라 하겠다.

가장 근본적인 대안은 정신보건센터의 공적 지위의 강화를 통한 역할의 활성화라 여겨진다. 정신보건센터가 관할 지역의 정신의료기관에 장기재원 환자의 퇴원 계획 수립에 책임성과 영향력을 확보할 수 있는 권한과 더불어 이들의 퇴원 후 이용할 수 있는 서비스 수요에 따른 지역사회 인프라 계획을 수립할 권한도 갖도록 하는 총체적인 정신보건센터의 공공성 강화가 절실하다고 하겠다. 더불어 정신보건전달체계의 원활한 작동을 위하여 국가 혹은 서울시가 통제력을 강화하기 위해서도 지역사회정신보건 인프라의 확충이 시급하다는 것을 말해준다.

4) 사회복지시설의 영세성 문제

지금까지 사회복지시설의 활성화를 가로막는 장애요인으로서 주로 공적 자원 투여의 취약성과 민간자원 동원을 위한 공공부문의 적극성 부족 그리고 정부나 서울시 등의 탈원화 의지를 관철할 수 없는 조건의 전달체계 양상에 대하여 거칠게나마 논구하였다. 이러한 지역사회정신보건의 구조적 취약성의 결과는 사회복지시설의 영세성이라는 최종적 양상을 나타낸다. 다음이 표는 다른 복지영역과의 재원규모를 비교한 표이다<표 20>.

<표 20> 시설예산 및 재원규모

구분	사 회 복지관	노인	장애인	아동	여성 가족	부랑인 노숙인	정신 보건	지역 자활	합계
1억 미만	-	38 (15.0)	14 (5.4)	-	-	11 (21.5)	41 (60.3)	-	104 (12.4)
1억~5억	1 (1.1)	132 (52.2)	144 (55.8)	20 (31.7)	11 (57.9)	29 (56.8)	22 (32.4)	18 (58.1)	377 (45.0)
5억~10억	1 (1.1)	13 (5.1)	17 (6.6)	19 (30.1)	5 (26.3)	4 (7.8)	-	6 (19.4)	65 (7.8)
10억~50억	93 (97.8)	54 (21.3)	75 (29.1)	19 (30.1)	3 (15.8)	4 (7.8)	4 (5.9)	7 (22.6)	259 (30.9)
50억 이상	-	1 (0.4)	4 (1.5)	3 (4.8)	-	1 (2.0)	-	-	9 (1.1)
무응답	-	15 (5.9)	4 (1.5)	2 (3.2)	-	2 (4.0)	1 (1.5)	-	24 (2.9)
합계	95 (100.0)	253 (100.0)	258 (100.0)	63 (100.0)	19 (100.0)	51 (100.0)	68 (100.0)	31 (100.0)	838 (100.0)

<표 21> 복지 분야별 시설평균 예산액

(단위 : 천원)

구분	사회복지관	노인	장애인	아동	여성가족	부랑인 노숙인	정신보건	지역자활
평 균 예산액	1,543,894	711,242	878,536	1,413,071	677,346	525,116	224,422	604,624

위의 <표 20> 과 <표 21> 에서 알 수 있듯이 정신보건분야의 시설 평균 예산액은 2억2천4백만 원 정도로 가장 적은 부랑인 노숙인 시설의 50%가 되지 않고 있다. 이와 같은 규모상의 극단적인 영세성은 1인이 회계, 시설 관리 운영, 서비스 제공 등 다중적인 역할을 하게 됨에 따른 운영에

있어 체계성이 취약하게 되고, 무엇보다도 전문성이 요구되는 정신보건분야에서의 직원들의 지속적인 보수교육 및 훈련 등이 용이하지 않게 된다. 과중한 업무와 직업전망의 불안감 등으로 직원들의 잦은 이직율의 원인이 되기도 한다. 이는 이용자들의 서비스 만족도를 저하와 서비스 효과성의 저하를 가져오게 됨에 따라 사회적으로 필요한 시설인가에 대한 의구심까지 불러오게 된다¹³⁾. 이러한 악순환의 고리를 끊기 위해서는 사회복귀시설의 영세성을 극복하기 위한 획기적인 자원의 투여가 필요하다.

4. 사회복귀시설의 활성화를 위해서 무엇을 해야 하는가?

1) 구조적 취약성을 극복하기 위한 공공부문의 적극적 역할이 필요함

- (1) 서울시는 기왕의 정책목표인 중증정신질환을 가진 사람들의 탈원화와 지역사회통합을 명목적으로만 제시하는 것이 아니라 실질적으로 달성할 수 있는 적극적인 정책의지를 통해 정교하고 합리적인 정책계획을 가질 수 있어야 한다. 이를 위하여 공공부문에서 담당하고 있는 정신질환을 가진 사람들의 정신과 의료비용, 지역사회재활비용 등을 포괄하는 장기적 정책 효과성을 위한 합리적이고 정교한 정책계획을 수립해야 할 것이다. 이 목표를 달성하기 위해서는 현재 보다 획기적으로 확대된 예산의 투여가 불가피하고, 이는 서울시 지역사회정신보건사업에 대한 공공의 책임성의 확고한 구현인 제도적 바탕 속에서만 근본적으로 가능할 것이다. 다시 말해 정신보건법 상의 지방자치단체의 의무를 적극적으로 해석하여 추진하다 중단된 서울시 정신보건사업에 대한 조례제정을 통해서 이룩되어야 할 것이다.
- (2) 사회복귀시설의 활성화를 위한 민간참여의 의의와 효과를 전략적 수준에서 평가하여 사회복지분야, 종교분야 등 민간자원의 참여를 유도하기 위한 구체적인 정책 수단이 마련되어야 한다. 여기서 민간자원은 단순히 경제적인 의미 이상으로서 민간부문의 경험과 지혜, 열정 등이 서울시 정신보건사업의 성과를 위한 자원으로 활용되어야 한다. 이를 위해서는 민간부문과 관료부문의 새로운 거버넌스 정신이 마련되어야 한다. 물질적 보상이 어렵다면 관계수준에서의 지위와 역할을 보장하여 정신보건전문가들이 보람을 느낄 수 있도록 하는 지혜가 절실하다. 구체적으로는 현재의 정신보건사업지원단이 실질적인 현장의 목소리를 반영할 수 있는 체계로 변화되어야 한다. 사회복귀시설의 대표, 정신보건센터 팀장들의 대표, 정신보건소비자와 가족들이 정신보건사업지원단에 참여할 수 있도록 하여 실질적인 거버넌스의 형태로 정신보건정책이 수립될 수 있도록 되어야 한다. 혹은 서울시의 사회복귀시설협회를 지원 육성하여 사회복귀시설의 전문성 강화를 자체적으로 꾀할 수 있도록 지원하는 방안도 적극 고려되어야 한다.
- (3) 서울시 정신보건전달체계가 실질적인 탈원화와 지역사회통합의 기능을 담당할 수 있도록 섬세한 정책 수립이 필요하다. 정신의료기관의 퇴원 환자들의 지역사회 정착을 위하여 정신의료기관에 대한 통제와 유인 방법이 설계되어야 하며, 정신보건센터가 이러한 퇴원계획에 실질적인 역할을 수행할 수 있는 권한이 주어져야 한다. 사회복귀시설의 기능과 역할이 정신보건센터와 구분이 되어 좀 더 명확하게 설정되어야 한다.
- (4) 서울시가 서울형 정신질환자 직업재활 사업을 독자적으로 마련하는 것이 필요하다. 정신보

13) 비공식적으로 전달받은 것이기는 하나 기획재정부에서 사회복귀시설이 재입원을 저하나 정신질환자들의 취업률이 낮은 것을 기준으로 삼아 예산 효율성이 떨어진다고 판단하여 추가적인 예산 지원의 필요성이 없다는 지적이 있었다고 한다.

건법 47조에는 정신질환으로 회복된 사람들에 대한 취업 지원 등을 국가와 지방자치단체의 의무사항으로 하고 있다. 적어도 서울시 정신보건 주무부서에 정신질환을 가진 사람들의 직업재활이나 소득보장을 지원하기 위한 담당 직원이 추가적으로 배치되어야 한다.

2) 세부적인 정책 방향에서의 대안들

- (1) 사회복지시설의 양적인 활성화를 촉진하기 위한 다양한 방안들이 구축되어야 한다. 저소득층 밀집지역 사회복지관의 기능보강비 지원제도 등을 활용하여 사회복지시설 설치 운영에 적극적으로 참여할 수 있는 유인방안들이 마련되어야 하며, 복지관 정도의 규모를 갖춘 정신질환자 복지회관이 거점형으로 마련되어야 할 것이다.
- (2) 사회복지시설의 인프라 구축이 단기간에 어렵다면, 현재 설치 운영 중인 사회복지시설의 서비스 능력을 극대화시키는 방안 등이 고려되어야 한다. 현재 정원 외의 정신질환자들에 대한 추가적인 서비스 지원에 대한 기준 등을 마련하여 이 서비스에 대한 공공의 지원 방식이 적극적으로 고려되어야 한다¹⁴⁾. 다른 측면에서 이용료 부담을 하지 않는 수급자들의 비율이 일정 정도 이상인 경우에는 별도의 추가적 지원을 할 수 있을 것이다.
- (3) 사회복지시설이 사업 개시 즉시 보조금을 지원하는 방안을 시급하게 도입해야 한다. 정밀한 지역조사를 통해 전년도에 필요 사회복지시설 수요를 추계하고, 사업계획서 등을 제출받아 공정한 심사를 통해 운영 시초부터 지원하는 방안을 고려해야 한다.
- (4) 사회복지시설의 활성화를 위해서 보건소 평가나 정신보건센터 평가에 사회복지시설 확충이나 정신질환자 의뢰 성과 등의 요소를 포함시키는 등 자치구의 지역사회정신보건사업의 적극성을 제고하기 위한 정책방안이 필요하다.
- (5) 서울시가 직접 혹은 서울시사회복지시설협회 등을 활용하여 사회복지법인, 학교법인, 종교법인 등에서 정신보건사업에 참여를 유도할 수 있는 지속적이고 적극적인 정책 홍보활동이 요구된다.
- (6) 사회복지시설의 활동성과에 대한 공정하고 효율적인 평가 시스템을 마련하여, 한편에서는 인센티브 제공과 다른 한편에서는 제재를 가하는 방안을 도입하여 사회복지시설의 건전한 경쟁체제를 구축해야 한다.

3) 기타 사항들

- (1) 사회복지시설들이 장애인복지제도나 정책을 적극적으로 활용할 수 있는 정보제공 등의 활동이 활성화되어야 한다.¹⁵⁾
- (2) 주거시설 등의 예산지원방식의 합리성을 기할 수 있도록 인건비와 사업비를 분리 지원해야 한다.¹⁶⁾
- (3) 특수한 욕구를 가지거나 더욱 취약한 정신질환을 가진 인구층에 대한 특화된 서비스가 마련되어야 한다.¹⁷⁾

14) 비용부담이 가능한 가구를 대상으로 비급여 프로그램을 허용하여 이를 재원으로 수급자 등에 대한 비용으로 전환할 수 있도록 하는 것도 고려해 볼 수 있을 것이다.

15) 예를 들어, 장애인개발원에서 지원하는 지원고용제도의 활용, 서울시 사회복지기금(장애인계정) 사업에 적극적인 참여, 서울형 사회적기업 사업 등이 부족한 사회복지시설의 재원 활용에 쓰일 수 있을 것이다.

16) 최근 인권광역시의 경우 장애인공동생활가정 등에 5호봉 기준으로 인건비와 운영비를 구분하여 보조금을 지원하고 있으므로 이러한 방안의 도입을 고려할 수 있을 것이다.

17) 초발환자를 위한 기관, 노인, 여성, 이중 장애를 가진 정신질환자 등을 위한 시설이나 서비스가 마련되어야 한다.

III. 결 론

사회복지시설의 활성화되어야 하는 일차적 이유는 주지하는 바와 같이 사회적으로 방임된 정신 질환을 가진 사람들이 동네에서 가족이나 이웃과 함께 국민이나 시민으로서 살아갈 수 있는 기회의 확대이다. 본 연구를 진행하면서 새삼 확인할 수 있었던 것이 정신분열증과 같은 소위 만성질환을 가진 사람들이 자신들이 겪는 고통에 대해서 나아질 수 있다는 ‘희망의 소식 혹은 경험’을 가질 수 있는 기회가 얼마나 적은 가였다. 이는 그들의 희망을 위한 쏟아야 할 자원 배분에 우리 사회가 얼마나 인색했는가 하는 아픈 반성이며, 그 부족한 자원마저도 극단적으로 불균형하게 쓰이고 있다는 것이다. 본문에서 언급한 사회복지시설 환경의 열악함과 그 서비스 질이 낮음에 대한 지적의 근원은 전체 정신질환 의료비의 4% 밖에 차지하지 못하는 비극적 현실인 것이다. 이러한 구조를 바로잡을 수 있도록 정책담당자들의 심각한 문제의식이 시급하게 요청된다고 하겠다.

물론 국민들의 보건복지 욕구가 폭발적으로 증가하고 있는 현실에서 볼 때 정신질환을 가진 사람들에 대한 정신보건사업에 예산을 배분할 여유가 충분하지 않을 수 있다. 그러나 정신질환을 가진 사람들에 대한 우리 사회의 정신보건정책은 그 합리성이 심각하게 결여되어 있다고 볼 수밖에 없으며, 국가와 서울시 등 공공부문의 선도적이고 지도적인 노력을 필두로 하여 가능한 한 사회적 자원을 지역사회정신보건의 활성화를 위해서 투여할 지혜를 모아야 할 것이다. 시장적 기제의 도입으로 인한 정신보건사업의 효율성의 제고 혹은 제 3섹터라 일컬어지는 시민사회의 자율성의 극대화시키는 방안도 적극적으로 고려되어야 할 것이다. 이를 위해서 당장에 필요한 것은 서울시에 서 지역사회정신보건의 활성화를 위해 새로운 거버넌스의 개념을 도입해야 하는 것으로 본다. 현재 서울시 정신보건사업지원단의 형태의 협소한 거버넌스를 더욱 확대하여 정신보건센터나 사회복지시설 등의 일선 일꾼들 그리고 서비스 이용자 및 그 가족 등의 참여가 이루어져야 한다. 더욱이 그 지위와 역할도 예산의 확보에서 사용까지 관계자들의 동등하게 주어져야 할 것이라고 본다. 이러한 수평적 협치를 넓히고 심화시킴과 아울러 기왕의 서울정신건강 2020 계획이 안정적으로 집행될 수 있도록 서울시 정신보건조례의 제정이 절실하게 요청된다고 하겠다.

[참고문헌]

- 국민건강보험공단. 2004. 『건강보험통계연보』 서울: 국민건강보험공단.
 _____. 2005. 『건강보험통계연보』 서울: 국민건강보험공단.
 _____. 2006. 『건강보험통계연보』 서울: 국민건강보험공단.
 _____. 2007. 『건강보험통계연보』 서울: 국민건강보험공단.
 _____. 2008. 『건강보험통계연보』 서울: 국민건강보험공단.
- 국가인권위원회. 2009. 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』 서울: 국가인권위원회.
- 김문근 · 김이영. 2008. 『재가정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구』 서울: 국가인권위원회.
- 김윤. 2010. "정신보건정책 현주소". 『2010 지역사회정신보건사업관계자 Work Shop 자료집』 서울: 중앙정신보건사업지원단.
- 김이영. 2007. "사회복지시설 서비스 효과성 연구의 필요성 및 고려해야 할 사항".
- 박은주. 2006. "정신장애인의 재활서비스 네트워크 모형 개발". 부산대학교 박사학위논문.
- 변용찬 · 김성희 · 윤상용 · 강민희 · 최미영 · 손창균 · 오혜경. 2009. 『2008년 장애인 실태조사』 한국보건사회연구원.
- 보건복지가족부. 2004. 『의료급여통계』 서울: 보건복지가족부.
 _____. 2005. 『의료급여통계』 서울: 보건복지가족부.
 _____. 2006. 『의료급여통계』 서울: 보건복지가족부.
 _____. 2007. 『의료급여통계』 서울: 보건복지가족부.
 _____. 2008. 『의료급여통계』 서울: 보건복지가족부.
 _____. 2009. 『의료급여통계』 서울: 보건복지가족부.
 _____. 2010. 『2010년도 정신보건사업 안내』 서울: 보건복지가족부
- 서울시정신보건사업지원단. 2008. 『서울 정신보건서비스 Frame Work』
 _____. 2010. 『서울시정신보건사업지원단 5개년 보고서』
- 신현웅. 2008. "정신질환자 사회복지시설 인프라 확충 및 활성화 방안". 보건사회연구원.
- 이근희. 2007. "송파사회복지시설 5년간 직업재활 성과에 대한 연구". 사회복지시설협회 2007 춘계 세미나 자료집.
- 이명수. 2008. "서울정신보건서비스 Frame Work 및 2008 지원단 및 광역 서비스 계획". 서울시정신보건사업지원단.
 _____. 2010. "지역사회정신보건 현주소". 『지역사회정신보건사업관계자 Work Shop 자료집』
- 이용표. 2000. "지역사회 정신보건프로그램이 정신장애인의 재활효과에 미치는 영향". 『한국정신보건사회복지학회 춘계 학술대회 및 수련교육』 125-158.
- _____. 2008. "정신장애인의 정신의료기관 입, 퇴원과 국가관리에 관한 질적 연구". 『사회복지연구』 37: 369-397.
- 이용표 · 정현주 · 두진영. 2008. "서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 연구". 『서울도시연구』 9(4): 107-130.
- 황태연 · 김주현 · 한은선 · 이충순. 1998. "직업재활프로그램이 만성정신분열병 환자의 삶의 질에 미치는 영향". 『신경정신의학』 37(6): 1087-1098.
- 황태연 · 박찬일 · 이종국 · 고영 · 이명수 · 이우경. 2001. "지역사회정신보건센터의 지역사회재활 성과에 대한 3년간 추적조사". 『사회정신의학』 6(2): 130-138.