# 지역정신건강복지사업

## 일자리 창출 및 비정규직 정규직화 방안

# 국회토론회

☐ 일시 : 2017. 7. 18(화) 오전 9시 30분

☐ 장소 : 국회의원회관 제2세미나실

☐ 주최 : 민주노총 전국보건의료산업노동조합

더불어민주당 국회의원 양승조·정춘숙

정의당 국회의원 윤소하

# • 목 차 •


목차 3
개요 및 진행순서 4

인사말 5

정신건강복지사업에서의 일자리 창출, 고용안정! 국민존중, 노동존중의 첫 걸음입니다. 7
- 유지현 _ 전국보건의료산업노동조합 위원장 .....

정신건강복지사업 근로자의 정규직화와 국민정신건강 증진을 위한 인력충원이 절실한 상황입니다. 9
- 양승조 _ 더불어민주당 국회의원(보건복지위원회 상임위원장) .....

지역정신건강복지사업 인력의 고용안정은 국민 정신건강이 안녕한 대한민국의 나아가는 길입니다. 11
- 정춘숙 _ 더불어민주당 국회의원(보건복지위원회 위원) .....

지역정신건강복지사업에 있어서 '좋은 일자리'를 만들어 가겠습니다. 13
- 정춘숙 _ 정의당 국회의원(보건복지위원회 위원) .....

현장증언 15

지역정신건강복지센터의 현재 17
- 박수진 _ 보건의료노조 서울시정신보건지부 교육부장 .....

발제 21

1 지역사회정신보건사업에 대한 일자리 확충의 필요성과 방안 23
- 전준희 _ 경기도 화성시정신건강증진센터 센터장 .....

2 지역정신건강복지센터 비정규직 정규직화 방향 해법 모색
– 비정규직의 고용의 질 개선과 좋은 일자리 창출 검토 41
- 김종진 _ 한국노동사회연구소 연구위원 .....

3 약칭 『정신건강복지법』 시행에 따른
정신건강복지센터 운영 개선 방향 81
- 김소윤 _ 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 교수 .....

토론 95

토론 1. 정신건강복지분야 일자리 창출과 비정규직 정규직화 97
- 나영명 _ 보건의료노조 정책기획실장 .....

토론 2. 지역정신건강복지사업의 개선을 위한 근거중심의 정책과 서비스에 대하여 103
- 권오용 _ 한국정신장애연대 사무총장, 변호사 .....

토론 3. 정신건강복지센터에 집중된 정신보건역할 109
- 오승준 _ 새하늘병원장 한국정신보건연구회장 .....

토론 4. 정신건강 돌봄 서비스의 외주화가 정상화를 위해서 115
- 김상기 _ 의학전문 라포르시안 편집국 부국장 .....

토론 5. 토론문 117
- 나백주 _ 서울특별시 시민건강국장 .....

토론 6. ! 121
- 차전경 _ 보건복지부 정신건강정책과장 .....

# • 개요 및 진행순서 •

## 지역정신건강복지사업 일자리 창출 및 비정규직 정규직화 방안 국회토론회

▢ 개요

○ 일시 : 2017년 7월 18일 오전 9시30분

○ 장소 : 국회의원회관 제2세미나실

○ 주최 : 보건의료노조, 국회의원 양승조, 정춘숙(더불어민주당), 윤소하(정의당)

▢ 진행

| 진행순서 | 내용 | 비고 |
|---|---|---|
| **개회식** | | |
| 인사말 | • 최권종 보건의료노조 수석부위원장<br>• 양승조 국회 보건복지위 상임위원장<br>• 정춘숙 국회의원 | |
| 인 사 말 | • 윤소하 국회의원 | |
| **토론회 좌장 : 이영문 (서울시 공공보건의료재단 대표이사)** | | |
| 현장증언 | • **지역정신건강복지센터의 현재**<br>- 박수진(보건의료노조 서울시정신보건지부 교육부장) | |
| 발제 | • **지역정신건강복지센터에 대한 일자리 확충의 필요성과 방안**<br>- 전준희 _ 화성시정신건강증진센터 센터장 | |
| | • **지역정신건강복지센터 노동자의 비정규직 정규직화 해법 모색 – 비정규직의 고용의 질 개선과 좋은 일자리 창출 검토**<br>- 김종진 _ 한국노동사회연구소 연구위원 | |
| | • **약칭 『정신건강복지법』 시행에 따른 정신건강복지센터 운영 개선 방향**<br>- 김소윤 _ 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 교수 | |
| 패널 토론 | • **정신건강복지분야 일자리 창출과 비정규직 정규직화**<br>- 나영명 _ 전국보건의료산업노동조합 정책기획실장<br>• **지역정신건강복지사업의 개선을 위한 근거중심의 정책과 서비스에 대하여**<br>- 권오용 _ 한국정신장애연대 사무총장, 변호사<br>• **정신건강복지센터에 집중된 정신보건역할**<br>- 오승준 _ 하늘병원장 한국정신보건연구회장<br>• **정신건강 돌봄 서비스의 외주화가 아닌 정상화를 위해서**<br>- 김상기 _ 의학전문 라포르시안 편집국 부국장<br>• **토론문**<br>- 나백주 _ 서울특별시 시민건강국장<br>• !<br>- 차전경 _ 보건복지부 정신건강정책과장 | |
| 종합토론 | | |

# 인사말

정신건강복지사업에서의 일자리 창출, 고용안정! 국민존중, 노동존중의 첫 걸음입니다.

전국보건의료산업노동조합 위원장 유 지 현

정신건강복지사업 근로자의 정규직화와 국민정신건강 증진을 위한 인력충원이 절실한 상황입니다.

더불어민주당 국회의원(보건복지위원회 위원장) 양 승 조

지역정신건강복지사업 인력의 고용안정은 국민 정신건강이 안녕한 대한민국의 나아가는 길입니다.

더불어민주당 국회의원(보건복지위원회 위원) 정 춘 숙

지역정신건강복지사업에 있어서 '좋은 일자리'를 만들어 가겠습니다.

정의당 국회의원(보건복지위원회 위원) 윤 소 하

인사말

# 정신건강복지사업에서의 일자리 창출, 고용안정! 국민존중, 노동존중의 첫 걸음입니다.

전국보건의료산업노동조합 위원장 유 지 현

안녕하십니까?
전국보건의료산업노동조합 위원장 유지현입니다.

먼저 오늘 토론회를 위해 손을 맞잡아 주신 더불어민주당, 양승조 의원님, 정춘숙 의원님 윤소하 의원님 감사합니다. 그리고 기꺼이 좌장을 맡아주신 이영문 서울시 공공보건의료재단 대표이사님, 발제를 맡은 전준희 경기도 화성시정신건강증진센터 센터장님, 김종진 한국노동사회연구소 연구위원님, 김소윤 연세대학교의과대학 의료법윤리학과 교수님, 토론에 나선 권오용 한국정신장애연대 사무총장님, 오승준 새하늘병원장님, 김상기 라포르시안 부국장님, 나백주 서울시 시민건강국장님, 차전경 보건복지부 정신건강정책과장님께도 따듯한 인사를 전합니다. 그리고 이 자리에 당사자로서 참석하신 서울시 정신건강복지센터를 포함하여 전국에서 정신건강복지사업을 맡고 있는 노동자 여러분께 뜨거운 연대를 전합니다.

오늘 토론회는 문재인 정부가 공공부문 81만개 일자리 창출과 비정규직 제로시대를 추진하는 가운데 무엇보다 국민의 정신건강을 담보하고 있는 지역정신건강증진센터에서의 일자리 창출과 비정규직 정규직화 방안을 찾기 위하여 마련하였습니다. 보건의료노조는 노사공동포럼을 통해 새 정부의 정책기조에 맞춰 지난 6월 14일 일자리위원회 이용섭 부위원장님과 함께 보건의료분야 50만개 일자리 창출을 제기하여 일자리위원회내에 (가칭)보건의료특별분과 설치를 약속 받은 바 있습니다.

보건의료노조가 제기한 일자리 확충에는 OECD 국가 중 자살률 1위인 상황에서 정신건강 돌봄(전문 사례관리)의 질 강화가 필수적이며 이에 따른 인력 확충의 필요성이 포함되어 있습니다. 현재 우리사회는 정신장애를 겪는 분들의 인권신장과 사회적응력을 높이기 위하여 수용 중심에서 점진적 탈원화를 추진하고 있습니다. 지난 5월 30일 새로운 약칭 <정신건강복지법> 시행은 그 시작일 것입니다. 이를 볼 때 지역정신건강복지사업 영역에서의 일자리 확대는 필수적으로 요구되고 있는 상황입니다.

정신건강복지사업에 있어서 일자리 확대 못지않게 중요한 것이 일자리의 질입니다. 현재 지역사회 정신건강증진센터는 민간위탁, 단기기간제, 시간선택제임기제공무원 등 다양한 불안정 고용형태로 운영되고 있습니다. 어떤 형태든 비정규직입니다. 새정부가 공공부문 비정규직 제로시대를 선언한 만큼 지역정신건강증진센터 노동자의 정규직화는 당연하다 하겠습니다.

국민 4명 중 1명은 살아가면서 한 번 이상의 정신질환을 겪고 있는 우리사회에서 지역정신건강복지센터의 역할은 매우 중요합니다. 지역정신건강증진센터의 일자리 확충과 비정규직 정규직화를 통해 국민의 정신건강 돌봄의 질을 높이는 것은 너무나 당연한 것입니다.

특히 오늘 토론회에서 고용안정 방안으로 제기되는 새정부의 사회서비스공단 또는 별도의 재단을 통한 정규직화 방안에 대해서 정부가 그 답을 해야 할 것입니다.

아무쪼록 이번 토론회를 통해 정신건강증진사업에 있어서 일자리를 늘리고 고용안정 방안을 찾아갈 수 있도록 지혜를 모아 주시기 바랍니다. 거듭 강조하지만 정신건강증진사업에서의 일자리 창출과 고용안정은 국민 존중, 노동 존중의 첫 걸음입니다. 보건의료노조는 그 길에 언제나 함께하겠습니다.

감사합니다.

인사말

# 정신건강복지사업 근로자들의 정규직화와 국민정신건강 증진을 위한 인력충원이 절실한 상황입니다.

더불어민주당 국회의원(보건복지위원회 위원장) 양 승 조

여러분, 만나서 반갑습니다.
국회 보건복지위원장 양승조 의원입니다.

먼저 오늘 토론회를 개최할 수 있어서 진심으로 기쁘고 영광스럽게 생각합니다.

함께 자리를 마련해주신 존경하는 정춘숙 의원님과 윤소하 의원님께 감사의 말씀을 전하며 전국보건의료노조 임원진 및 관계자 여러분께도 감사를 표합니다.

일자리가 어느 때보다 중요한 시대에 살고 있습니다. 일자리가 국민의 생명이고 삶 그 자체인 사회입니다. 문재인 정부와 국회는 일자리의 양적 성장과 더불어 질적 성장을 함께 도모할 수 있는 다양한 방안들을 모색하고 있습니다.

특히 오늘 논의될 지역정신건강복지사업을 통한 일자리 창출은 정부와 더불어민주당의 정책기조와 일치하는 대표적인 분야입니다.

우리나라의 지역정신건강복지사업은 1995년 정신보건법 제정 이후 20여년의 역사를 가지고 있으며 그동안 발전에 발전을 거듭했습니다.

특히 사회의 차별과 편견에 맞서 도박, 마약, 알코올 중독 등 국민의 정신건강 증진을 위해 공공적인 역할을 훌륭히 담당해주었고 다양한 성과도 이뤄냈습니다.

그러나 지난 20여년간 민간의 영역에 머무르면서 정부의 관심과 지원을 제대로 받지 못한 측면이 있습니다.

정신보건인력부분을 살펴보면, 2013년을 기준으로 인구 10만명당 정신보건인력이 영국은 318.9명, 미국 125.2명, 핀란드 99.2명으로 조사되었는데 우리나라의 경우 인구 10만명당 42.0

명에 그쳤습니다. 영국의 1/7 수준, 미국의 1/3 수준입니다.

고용의 질 문제는 어떻습니까? 민간위탁은 형식상 위탁의 종료와 즉시 고용이 단절되기 때문에 고용보호의 사각지대에 놓여 있는 상황입니다.

극심한 인력부족으로 적은 인력에게 많은 업무가 부과되고 있음은 물론이고 민간위탁이라는 특성상 고용의 안정성은 매우 취약한 것이 현실입니다.

결과는 어떻겠습니까? 2012년부터 2014년까지 3년 동안 정신건강복지센터에서 근무한 인력 1,157명중 753명(53%)이 그만뒀다고 합니다. 너무나 심각한 수준입니다.

더 이상 이러한 현실을 묵과할 순 없습니다.

세계보건기구(WHO)는 이미 2005년 “정신건강 없이는 어떤 건강도 없다”는 선언을 통해 정신건강이 국가와 사회에 미치는 영향력과 중요성을 알린 적이 있습니다.

지역정신건강복지사업 근로자들의 정규직화와 더불어 국민정신건강 증진을 위한 인력충원이 무엇보다 절실한 상황입니다.

모쪼록 오늘 좋은 토론회가 열린 만큼 다양하고 생산적인 방안들을 모아주신다면 국회 보건복지위원회에서 충분히 논의하여 제도적 개선방안을 마련하도록 하겠습니다.

다시 한 번 오늘 자리를 함께 준비해주신 관계자 여러분께 진심으로 감사의 인사를 드리며, 참석해주신 모든 분들의 건강과 행복을 기원하며 짧은 축사를 마치겠습니다.

감사합니다.

인사말

# 지역정신건강복지사업 인력의 고용안정은 국민 정신건강이 안녕한 대한민국의 나아가는 길입니다.

더불어민주당 국회의원(보건복지위원회 위원) 정 춘 숙

안녕하십니까?
국회 보건복지위원회 소속 더불어민주당 국회의원 정춘숙입니다.

<지역정신건강복지사업 일자리 창출 및 비정규직 정규직화 방안 국회토론회>에 참석해주신 많은 분들께 감사드리며, 국회 보건복지위원회 양승조 위원장님, 윤소하 위원님 그리고 전국보건의료산업노동조합 여러분들과 오늘 토론회를 함께 개최하게 되어 매우 기쁘게 생각합니다.

우리 국민의 건강과 복지를 책임지는 보건복지부는 4실·5국·14관·64과로 구성된 거대한 중앙행정기관입니다. 그러나 그 중 대한민국 국민의 정신건강에 관한 정책을 담당하는 조직은 오직 '정신건강정책과' 1개 과뿐입니다. 5천만 대한민국 국민의 정신건강 정책을 10명이 조금 넘는 인력이 책임지고 있는 이 놀라운 현실에서 우리 국민의 정신건강은 안녕할 수 있는 상황인지 너무나 불안하고 걱정이 됩니다.

얼마 전 대한민국 국민 중 4명 중 1명은 살아가면서 한 번 이상의 정신질환을 겪는다는 통계결과가 있었습니다. 정신질환이 국민의 삶에서 더 이상 남의 일로만 치부할 수 있는 이야기가 아니라 언제든 '나의 일'이 될 수 있는 상황에서, 우리 국민이 필요한 때에 부담 없이 쉽게 정신건강복지서비스를 받을 수 있도록 하는 지역정신건강복지사업은 연속성을 가지고 안정적으로 운영되어야 할 정책이라고 생각합니다. 하지만 현재 지역정신건강복지사업은 적은 예산과 불안정한 인력으로 사업 운영에서 큰 어려움을 겪고 있습니다.

가장 먼저 개선되어야 할 부분은 지역정신건강복지사업 인력들이 지속적으로 정신질환자들에게 서비스를 제공할 수 있도록 고용의 안정성을 보장해주는 것입니다. 지역정신건강복지사업은 심리적으로 불안정한 정신질환자들을 직접 만나 마음을 열고 지속적인 사례관리를 이어나갈 수 있도록 하는 것이 중요하기 때문입니다. 이를 위해 사업 예산 확대와 고용 방침 개선 등 필요한 조치가 조속히 이루어져야 합니다.

오늘 토론회를 통해서 우리 국민이 지역에서 편리하게 더 좋은 정신건강복지 서비스를 받을 수 있도록 하는 방안들이 다양하게 제시되기를 바랍니다. 국민의 정신건강이 안녕할 수 있는 대한민국을 위해 발제자, 토론자, 참석자분들 모두 함께 머리를 모아주시길 기대합니다.

감사합니다.

인사말

# 지역정신건강복지사업에 있어서 ‘좋은 일자리’ 를 만들어 가겠습니다.

정의당 국회의원(보건복지위원회 위원) 윤 소 하

안녕하십니까, 정의당 윤소하 의원입니다.

먼저, 의미 있는 토론회를 함께 주최하시는 더불어민주당 양승조, 정춘숙 의원님과 전국보건의료산업노동조합 관계자 여러분께 감사 인사를 드립니다. 귀한 시간 내어 자리해주신 최권종 보건의료노조 수석부위원장님, 이영문 서울시 공공보건의료재단 대표이사님을 비롯해 좋은 말씀 나누어주실 발제자·토론자 여러분, 그리고 참석자 여러분. 진심으로 감사의 말씀 전합니다.

한 달여 전, 문재인 대통령은 국회에 왔습니다. 추가경정예산안 시정 연설을 위해서였습니다. ‘재난에 가까운 실업’에 대응하기 위해 ‘일자리 추경’이 필요하다는 연설이었습니다. 좋은 연설이었다고 생각합니다. 하지만 추경으로 창출되는 일자리 모두 정말 ‘좋은 일자리’인가, 정말 더 좋아져야 하는 일자리는 무엇인가에 대해서는 물음이 남습니다.

지난 5월 30일부터는 『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률』이 시행되었습니다. 새 법에 따라 수용 중심의 정책은 점진적 탈원화 정책으로 바뀔 것입니다. 정신건강복지사업의 일자리 수요 또한 늘어날 것으로 보입니다. 정신건강복지사업의 일자리야말로 정말 더 늘어나야 하고, 좋아져야 하는 일자리라고 확신합니다. 하지만 늘어나는 일자리는 어떤 형태의 일자리일까요. ‘좋은 일자리’일까요.

전국 정신건강복지센터의 노동자들은 ‘재난에 가까운’ 노동환경에 놓여있습니다. 고용형태가 불안정합니다. 민간위탁, 기간제, 시간선택제임기제공무원 등 천차만별의 형태로 일하고 있습니다. 이 같은 현실에 미루어 봤을 때, 전망은 그리 밝지 않아 보입니다. 하지만 새 정부가 공공부문 비정규직을 정규직화 하겠다는 방침을 세운 만큼, 새로 창출되는 일자리에 대해서도 우리가 그리는 ‘좋은 일자리’를 요구할 수 있을 것입니다.

오늘의 이 토론회에서, 우리가 직접 정신건강복지사업의 ‘좋은 일자리’란 무엇인가를 고민해 봅시다. 정의당과 저 윤소하는 말 뿐인 ‘좋은 일자리’ 말고, 정말 좋은 일자리 만들기 위해 지금

까지 최선을 다해왔습니다. 물론 앞으로도 최선을 다할 것입니다. 오늘의 의미 있고 내실 있는 토론회에서 나온 결과를, 현실에 반영할 수 있도록 제 자리에서 최선을 다하겠습니다.

감사합니다.

# 현장증언

!

전국보건의료산업노동조합 서울시정신보건지부 교육부장 박 수 진

현장증언

# 지역정신건강증진센터의 현재

보건의료노조 서울시정신보건지부 교육부장 박 수 진

안녕하세요. 지역정신건강복지센터에서 근무하는 박수진입니다. 저는 정신건강전문요원으로 15년째 현장에서 일하고 있습니다. 제게 주어진 현장 증언의 시간을 통해 현장에서 근무하며 느꼈던 개인적 경험과 동료들의 사례를 말씀드리도록 하겠습니다.

저는 2003년 정신보건 수련을 마치고 개인 정신과의원에서 3년간 근무하며 많은 정신과 환자들을 만났습니다. 제가 근무했던 병원은 중곡동에 위치해 있었고 당시 국립서울정신병원 주변에 수많은 정신과의원 중 하나였습니다. 병원에는 20년 이상 입원 상태로 계신 환자분들도 계셨고 끊임없이 입·퇴원을 반복하며 병원을 오가는 환자들도 있었습니다. 그리고 외래를 오시던 환자분이 연락이 끊기고 진료에 않아도 올 때까지 기다리는 일 밖에 할 수 없어 안타까워하던 일들이 많았습니다.

병원에 근무하며 병원 밖 그 분들의 생활이 궁금했고 그 분들의 삶으로 들어가 함께 하고 싶은 소망이 생겼습니다. 정신과적 질환의 특수성으로 인해, 그분들이 살아가는 지역사회에서의 지원이 필수라는 생각이 있었기 때문입니다.

2006년에 지역정신건강현장으로 나와 정신보건센터, 정신건강증진센터 이제는 정신건강복지센터에서 12년째 일을 하고 있습니다. 12년의 시간동안 기관의 이름이 바뀌며 제가 해야 하는 일에도 변화가 생겼습니다. 중증정신장애인에 집중한 서비스가 주였던 센터의 사업은 매해 사업의 영역이 확대되어 갔고 아동·청소년 정신건강사업, 자살예방사업, 지역주민을 대상으로 한 일반상담의 확대 등 정신건강과 관련된 모든 문제들의 최전방에 센터가 위치하게 되면서, 공공영역에서 유일한 기관이 되었습니다.

사회적 변화와 요구에 의한 센터 사업의 확장은 표면적으로는 이루어졌지만 그곳에서 근무하는 저와 제 동료들 그리고 서비스를 받아야 하는 중증정신질환대상자는 점점 더 열악한 상황으로 내몰리고 있습니다. 중증정신질환은 만성적이며 개인 차이가 있으나 전반적인 영역에서 어려움을 겪게 되고 재발의 가능성도 늘 있어 지역사회에서 잘 지내기 위해서는 장기적이고 안정된 서비스를 받는 것이 중요함에도, 지역정신건강복지센터를 지원하는 정책입안자분들의 생각은 그 안에서 일하는 전문가들과는 달랐나봅니다.

2006년 처음 입사한 센터의 근무자 수는 10명이었습니다.

2017년 현재 제가 소속된 센터의 근무자 수는 13명입니다.

그리고 저는 매해 계약서를 작성해야 하는 계약직이라는 사실도 변함이 없습니다. 센터의 사업은 확장되고 지역에서의 요구와 기대 역할들은 커지고 위험한 현장 개입은 늘어나고 있습니다. 현장에서 종사자의 경험은 중요한 도구이고 자원이지만 매해 예산에 대한 압박으로 경험 많은 실무자들은 현장에 남아 있을 수 없습니다.

근무하는 종사자의 어려움뿐만 아니라 안정되고 지속된 서비스를 이용해야 할 대상자에게도 적정한 서비스를 제공할 수 없는 상황에 있습니다.

- 사례 1

사회적으로 자살이 이슈화되며 2012년, 서울시에서 야심차게 시작한 자살예방사업으로 2명의 전담인력이 센터에서 근무하게 되었습니다. 이 사업은 시범사업 후 효과성이 입증되어 2013년 25개구 센터로 확대 운영되었습니다. 2014년 자치구의 책임 및 공공성 강화로 보건소 사업으로 이전되며 종사자들이 갑작스럽게 퇴직을 통보받게 되었습니다. 퇴직의 이유는 인건비와 2년 이상 근무 시 정규직으로 전환을 해야 하는 문제에 직면하기 때문이라고 했습니다. 우리는 안정적으로 진행되던 사업임에도 불구하고 무방비하게 퇴사 처리된 직원들을 보며 언젠간 나도 저렇게 될지도 모른다는 막연한 불안감에 시달리고 있습니다.

- 사례 2

언제부턴가 문득 제가 정신건강전문요원으로서 만나고 있는 분들에게 무엇을 하고 있는 건가라는 생각이 들기 시작했습니다. 지역사회에 있는 많은 중증정신질환자들이 정신과적 증상이 심각해도 법적보호자의 부재로 적절한 도움을 받지 못하고, 경찰과는 응급입원 협조가 되지 않아 대상자를 방치할 수밖에 없는 경우가 있습니다. 점차 늘어나는 정신건강사업들을 수행하다보면 사례관리자 한 명 당 100명이 넘는 대상자들을 감당해야 합니다. 한 달에 한 번 보기도 어렵고, 자살위험성평가가 실적화 되는 환경에서 지금까지 제가 정신건강전문요원으로서 꿈꿔왔던 정신장애인의 탈원화와 지역사회 복귀는 어디로 간 건지 다시 한 번 생각해보게 됩니다.

가족보다 더 함께하는 시간이 많은 동료들이 고용 불안정과 표준화되지 않은 업무량으로 인해 하나 둘 떠날 때마다 남아있는 자로서 느끼는 정서적 공허함도 있습니다. 하지만 그것보다 잦은 인력 교체로 인해 발생되는 업무 로딩과 손실이 너무 큽니다. 치료가 필요한 주민에게 적절하게 서비스를 연결하고 일상생활에 적응해가는 모습을 보며 함께 기뻐하고 보람을 느끼는 것이 이 직업의 유일한 버팀목입니다.

- 사례 3

주민센터에서 의뢰받아 알코올 의존과 조현병으로 생활에 어려움을 겪고 있는 회원을 만나게 되었습니다. 치매를 앓고 계신 어머님과 회원 두 사람이 함께 살고 있었습니다. 가정방문 당시 2

평 남짓한 방안에는 먼지와 담배꽁초가 수북이 쌓여 있었으며 구석에는 빈 소주병이 널브러져 있었다. 회원은 씻지 않은 얼굴에 각질이 전체를 덮어 있었고 방문을 할 때마다 술, 담배냄새가 코를 찔렀습니다. 당시 회원은 식사를 하지 않고 술로 배를 채우고 집안에서만 생활하고 있어 건강상의 문제가 의심되었고 입원을 하여 치료가 필요한 상황이었습니다. 그러나 회원이 입원을 강하게 거부하였고 회원이 입원하게 되면 치매를 앓고 계신 어머님이 혼자 계셔야 하는 문제가 있었습니다.

고민 끝에 회원이 입원을 하지 않는 대신 사례관리를 강화해 위기를 극복해 보기로 했습니다. 가정 방문 때 마다 위생상태. 약물관리. 알코올교육. 지역사회자원 연계를 진행하였고 그렇게 시작된 사례관리는 3년을 넘기며 유지되고 있습니다. 현재 회원은 센터 내 알코올 프로그램. 외부 나들이. 재활 프로그램을 참여하고 있으며 스스로 단주와 재활을 위해 노력하고 있습니다.

- 사례 4

제가 만난 회원은 20년 전 조현병 진단받고 병식부족으로 약물관리가 되지 않아 반복적으로 입·퇴원을 반복하고 있었습니다. 지지체계가 없어 재활에 도움을 줄 수 있는 자원도 주변에 없었습니다. 집중적인 사례관리가 필요하다고 판단하여 회원이 퇴원 후 센터 주간재활 프로그램에 참여하게 하였습니다. 초반에는 센터 이용에 거부적이어서 사례관리자가 주간재활프로그램이 있는 날이면 가정으로 방문하여 센터까지 동행하면서 익숙해 질 수 있도록 하였습니다. 집과 센터가 가까운 거리가 아니었음에도 변화하는 회원을 보면서 더 해야겠다는 생각을 했고 시간이 지나 회원 스스로 센터 프로그램에 정기적으로 참여하게 되었습니다. 회원에게 주간활동을 지원하면서 금전관리가 전혀 되지 않고 있다는 사실을 확인하게 되었습니다. 기초생활수급 대상자로 수급비를 지원받고 있으나 관리가 되지 않고 있었기에 주민센터와 협조하에 금전관리를 시작하였고 회원은 수백만의 목돈도 만들 수 있었습니다. 회원은 돈을 모으는 과정에서 성취감이 크게 느끼셨으며 금액이 얼마나 모아졌는지를 계속 확인하는 것을 볼 수 있었습니다.

입·퇴원을 반복하던 악순환을 끊어내고 회원이 자신의 삶에서 주체가 되어가는 이 과정들은 4년이라는 시간동안 일어난 변화이며 지금도 계속 진행되고 있습니다.

불안정한 고용상태와 인건비 상승에 대한 부담으로 자의반 타의반 경험 많은 실무자들 대부분이 현장을 떠났습니다. 그리고 현장을 지키는 대다수의 종사자는 과중한 업무와 위험에 노출되어 있지만 보호 장치도 없이 스스로를 다독이며 긴장과 불안을 견디고 있습니다. 정신건강에 대한 사회적 요구는 증가되고 있으며 그 내용도 매우 다양해지고 있습니다. 그로인해 시간이 지날수록 더 많은 사업들이 센터에 요구되고 있습니다.

산재된 어려움이 있지만 정신건강영역 종사자들은 정신건강문제로 고통받는 사람들과 함께하며 그들의 지원자로 함께 하고 싶다는 희망과 사명감으로 현장을 지키고 있습니다. 안정된 고용과 부족한 인력 충원을 통해 공공영역에서 질 높은 서비스를 제공해야 하는 저희의 책임을 다할 수 있게 되기를 기대합니다.

# 메모장

# 발제

## 지역정신보건사업에 대한 일자리 확충의 필요성과 방안
**발제 1. 전준희** _ 경기도 화성시정신건강증진센터 센터장

## 지역정신건강복지센터 비정규직 정규직화 방향 해법 모색 - 비정규직의 고용의 질 개선과 일자리 창출 검토
**발제 2. 김종진** _ 한국노동사회연구소 연구원

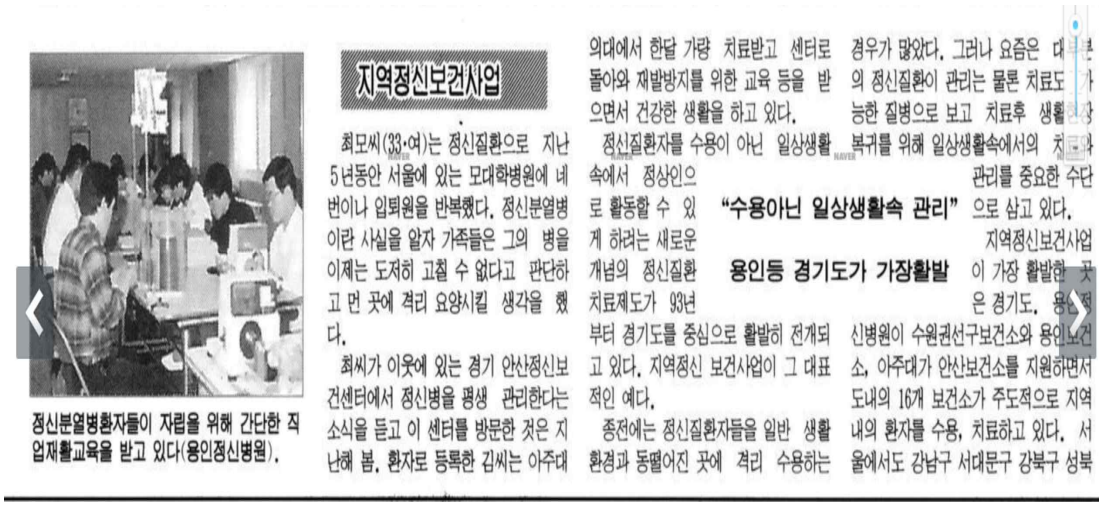
## 약칭 『정신건강복지법』 시행에 따른 정신건강복지센터 운영 개선 방향
**발제 3. 김소윤** _ 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 교수

발제 1

# 지역사회정신보건사업에 대한 일자리 확충의 필요성과 방안

경기도 화성시정신건강증진센터 센터장 전 준 희

지역사회정신보건사업(Community Mental Health Services)는 정신질환을 갖고 있거나 정신건강의 어려움을 갖고 있는 사람들을 병원이나 수용시설이 아닌 가정과 같은 환경에서 지원하고 치료하는 서비스를 말한다. 지역사회 정신보건사업은 서비스가 공급되는 지역마다 특성을 달리 한다. 지역사회 정신보건사업의 목적은 단순히 병원이 아닌 곳에서 치료를 한다거나 외래 형태로 정신과 치료를 받는 것을 뛰어 넘는 그 이상의 것을 의미한다. 지역사회 정신보건사업은 하나의 사업을 넘어서 철학이자 가치로써 현대사회에서 기능하고 있다고 해도 과언이 아니다.



지역정신보건사업

정신분열병환자들이 자립을 위해 간단한 직업재활교육을 받고 있다(용인정신병원).

최모씨(33·여)는 정신질환으로 지난 5년동안 서울에 있는 모대학병원에 네 번이나 입퇴원을 반복했다. 정신분열병이란 사실을 알자 가족들은 그의 병을 이제는 도저히 고칠 수 없다고 판단하고 먼 곳에 격리 요양시킬 생각을 했다.

최씨가 이웃에 있는 경기 안산정신보건센터에서 정신병을 평생 관리한다는 소식을 듣고 이 센터를 방문한 것은 지난해 봄. 환자로 등록한 김씨는 아주대의대에서 한달 가량 치료받고 센터로 돌아와 재발방지를 위한 교육 등을 받으면서 건강한 생활을 하고 있다.

정신질환자를 수용이 아닌 일상생활 속에서 정상인으로 활동할 수 있게 하려는 새로운 개념의 정신질환 치료제도가 93년부터 경기도를 중심으로 활발히 전개되고 있다. 지역정신 보건사업이 그 대표적인 예다.

종전에는 정신질환자들을 일반 생활환경과 동떨어진 곳에 격리 수용하는 경우가 많았다. 그러나 요즘은 대부분의 정신질환이 관리는 물론 치료도 가능한 질병으로 보고 치료후 생활복귀를 위해 일상생활속에서의 치료와 관리를 중요한 수단으로 삼고 있다.

"수용아닌 일상생활속 관리"

용인등 경기도가 가장활발

지역정신보건사업이 가장 활발한 곳은 경기도. 용인정신병원이 수원권선구보건소와 용인보건소, 아주대가 안산보건소를 지원하면서 도내의 16개 보건소가 주도적으로 지역내의 환자를 수용, 치료하고 있다. 서울에서도 강남구 서대문구 강북구 성북

<그림 1> 신문스크랩 1999년 동아일보

우리나라의 지역사회정신보건사업은 1995년 정신보건법의 제정이래 20여년의 역사를 지니고 있다. 최근 수년동안 우리나라의 지역사회정신보건은 전달체계가 급속도로 확충되었다. 기도원같은 비인권적 환경에서 지내오던 정신질환자들을 법적인 근거를 가진 환경에서 치료를 할 수 있도록 만든 제도는 합법적인 차별과 편견을 불러왔다는 냉소속에서도 꾸준히 발전해 온 것이다. 이러한 지역사회정신보건 시설의 양적 확대에도 여전히 우리나라의 정신병상수는 세계에서 가장 빠른 속도로 증가하였고 장기입원 및 수용환자의 재원기간은 감소하지 못해왔다. 그런 가운데에서도 다양한 공공영역에서의 정신건강 아젠다는 늘어났다. 자살, 아동청소

년 정신건강, 재난정신건강, 알코올중독을 필두로 하는 도박, 게임, 마약 4대중독의 문제, 치매와 같은 노인정신건강 등 정신건강의 중요성과 공공성은 확대해 왔다.

| | 2001 | 2015 | 증감률 |
|---|---|---|---|
| 광역정신건강증진센터 | 0 | 15 | 150 |
| 기초정신건강증진센터 | 46 | 209 | 40 |
| 중독관리통합지원센터 | 0 | 50 | 500 |
| 사회복귀시설 | 66 | 333 | 50 |
| 정신요양시설 | 55 | 59 | 2 |

<표 1> 지역사회정신보건시설 현황

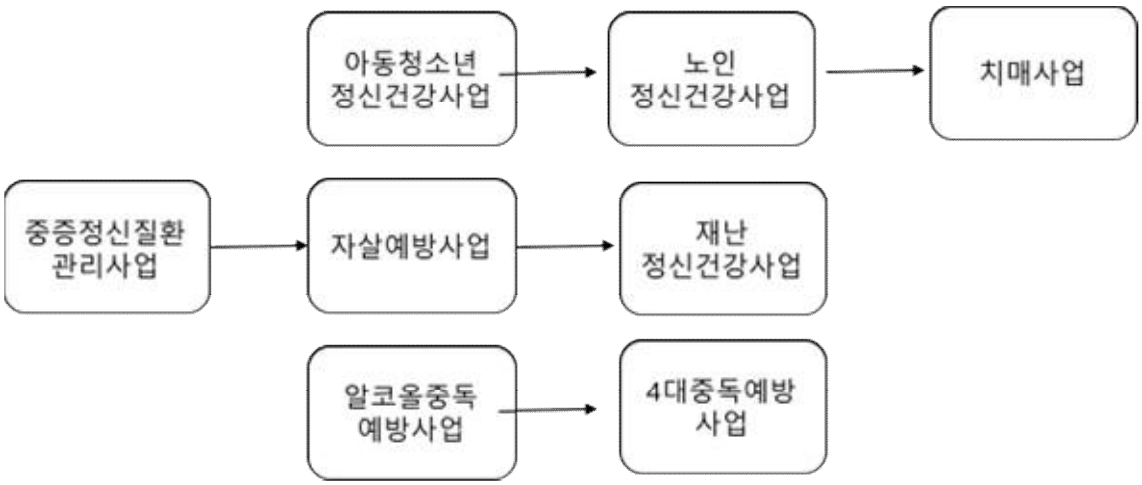
그러나 안타깝게도 국가가 수행해야만 하는 지역사회 정신보건사업은 위탁이라는 형태로 민간에 책임이 지어진 채로 20여년을 지탱해왔다. 20여년의 기간동안 사업은 늘어났지만 예산과 인력의 고용환경은 나아지지 않았고 오히려 답보와 퇴보상태에 있었다고 해도 과언이 아닐 것이다. 이에 2017년 촛불혁명을 통해 탄생한 새정부에서는 공공분야의 비정규직의 정규직화를 최우선 공약으로 내걸고 국민의 선택을 받은 정권이기에 오늘 이 자리를 통해 지역사회정신건강 영역에서 일하고 있는 노동자들의 일자리 문제에 대해서 집중적으로 다루고자 한다.

## Ⅰ. 20년동안 정신건강복지센터는 지역사회정신보건서비스의 커다란 축이 되었다.

○ 1998년 정신보건센터로 시작한 지역사회 정신보건사업은 크게 양대 흐름을 갖고 있다. 공공성을 대표하는 정신건강복지센터(구, 정신보건센터, 정신건강증진센터)와 민간영역을 대표하는 사회복귀시설(현, 정신재활시설)이다. 지역사회 정신보건사업의 대표적인 기관들인 두 기관은 현재 전국적으로 정신건강복지센터 209여개, 정신재활시설 333개가 운영되고 있다. 종사자 숫자는 광역형정신건강복지센터 252명, 기초정신건강복지센터 1,655명, 중독관리통합지원센터 224명이다. 이는 2015년 기준 전국의 정신보건기관 인력중 10%에 해당되는 숫자로 우리나라의 정신보건사업이 어느 전달체계를 중심으로 이루어지고 있는지를 가늠해볼 수 있다.정신재활시설의 경우 1,262명, 정신요양시설 1,201명이 근무하고 있다.

○ 1998년 당시에 전국에 20여개밖에 안되던 기관이 20여년 동안의 기간동안 성장해 왔다. 좀 더 자세히 살펴보면 정신보건센터는 초기의 중증정신질환자에 대한 정신사회재활사업을

중심으로 운영되어 오던 것이 2000년대 들어서 서울과 경기도를 중심으로 사업들이 확대되어 왔다. 주로 정신건강의 생애주기별 특성과 관련한 기능들을 갖은 사업들을 시행하게 된 것이다. 아동청소년정신건강사업과 노인정신건강사업이 그 일환이었다. 또한 한편으로 90년대 후반부터 급증하기 시작하는 자살문제에 대응하기 위해서 자살예방사업이 전국의 정신보건센터의 신규 사업으로 운영되기 시작했고 광역단위로는 24시간 상담과 위기출동사업을 운영하는 곳들도 나타났다. 중증정신질환관리사업을 중점적으로 운영하던 정신보건센터에게는 사업분야의 확장과 더불어서 일정정도의 예산과 인력의 추가가 이루어졌다. 정신보건센터를 중심으로 지역정신보건사업의 핵심 아젠다는 2005년부터 2010년 초반까지의 변화들 속에서 전국적으로 증가하는 자살문제를 대응하기 위해서 자살예방사업들에 그 열정을 쏟아 부었다. 중증정신질환관리사업으로 시작되었던 지역사회정신보건사업은 시대가 변화되면서 정신건강의 어려움을 겪고 있는 모든 사람들에게로 확대되어 왔다. 자살뿐만 아니라 알코올중독, 아동청소년정신건강을 비롯하여 지역마다의 특성에 따라 치매사업까지 다양하게 이루어져 왔다. 2014년 4월 16일 발생한 '세월호사건'이후에는 전남 팽목항에서부터 경기도 안산까지 곳곳의 정신보건센터 인력들은 트라우마에 대한 정신건강지원을 위하여 움직였고 이는 안산트라우마센터를 만드는 밑거름이 되었다.




○ 오늘날 지역사회 정신보건사업은 중증정신질환관리사업만으로 설명되지 않는 다. 시작은 중증정신질환관리사업에서 비롯되었지만 정신건강복지센터를 중심으로 이루어져 온 지역사회 정신보건사업은  정부는 2004년이후 정신건강증진이라는 모토아래 지역사회정신보건사업을 전국민 대상으로 확대하여 사업의 범위를 확장하고 있다. 이러한 과정에서 탄생한 것이 정신건강복지센터를 중심으로  중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 재난정신건강센터와 같은 기관들이다.

## Ⅱ 지역사회 정신보건사업은 공공성을 가진다.

○ 지역사회 정신보건사업은 공공성이 중요하다. 영국정부는 2011년 '정신건강없이 건강없다(no health without mental health'는 정신건강정책을 발표하였다. 카메론총리가 서명한 이 정책은 정신건강의 중요성이 신체적 건강만큼 중요하며 정신건강을 증진하는 정책이야말로[1] 범죄, 약물남용, 폭력, 노숙문제를 해결하고 교육, 훈련, 고용을 풍성하게 하는 것이라고 제안할만큼 정신건강을 중시하는 정책은 중요하게 다루어지고 있다.

○ 우리나라에서도 보건복지부에서 발간한 '2017 정신건강사업안내'를 펼쳐보면 정신건강복지센터는 공공성이 중요하다고 강조하고 있다. 정신건강사업안내만 보더라도 정부는 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 등의 사업의 공공성을 인정하고 추구하고 있는 것이다.

1) This Government recognises that our mental health is central to our quality of life, central to our economic success and interdependent with our success in improving education, training and employment outcomes and tackling some of the persistent problems that scar our society, from homelessness, violence and abuse, to drug use and crime.

## 정신건강증진센터 미션, 가치, 비전

❖ 미션 (mission)

정신건강증진센터는 지역사회를 기반으로 하여 주민들의 정신건강문제에 대한 통합적이고 지속적인 서비스 제공을 목적으로 하는 공공 정신보건 전문기관이다.

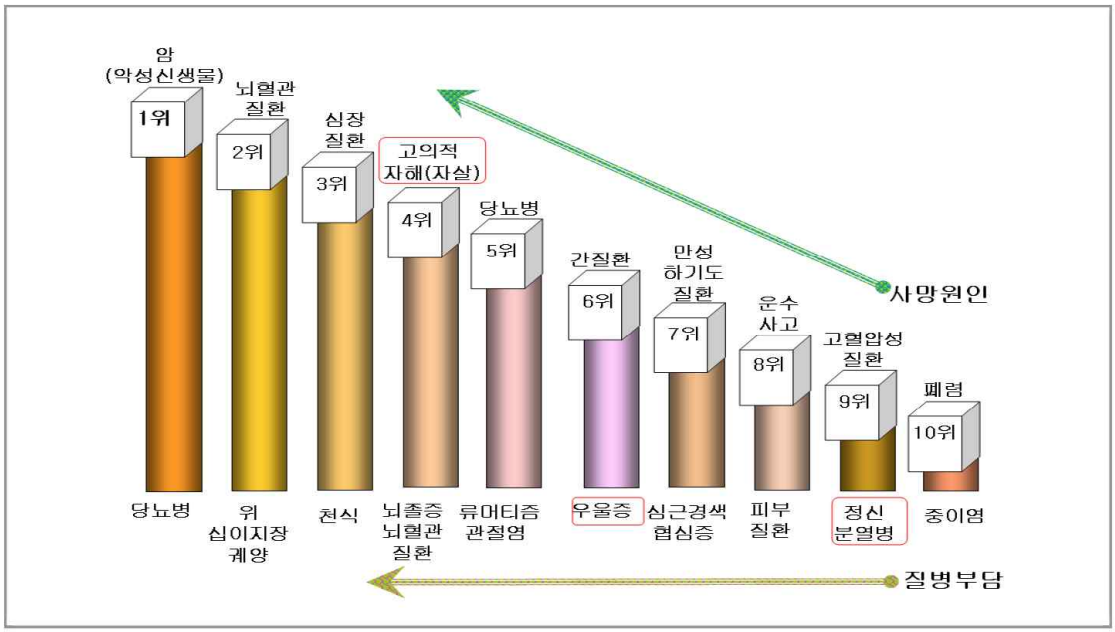
❖ 가치 (values)

| | |
|---|---|
| 리더십 (Leadership) | 공공성에 기초한 책임 있는 전문적 지도력 |
| 전문성, 역량 (Competence) | 지식과 수행능력에서 역량 있는 정신보건전문가 |
| 서비스 통합 (Integration) | 협력과 연계를 통한 서비스 분절 극복 |
| 지역사회 기반 (Community-based) | 예방 증진 회복을 위한 지역사회 중심 정신건강 서비스 |
| 지속성 (Continuity) | 신뢰와 책임성에 기반한 지속적 사례 관리 |

❖ 비전 (vision)

1) 우리 지역 누구나 아는 오직 하나의 정신보건전문기관이 된다.
2) 정신건강에 대한 인식과 민감성을 높여 정신건강 상태의 안녕을 돕는 기관이 된다.
3) 정신건강 문제를 조기발견하고 조기 개입하여 전문서비스를 제공하는 기관이 된다.
4) 정신질환을 앓고 있는 사람들의 사회복귀를 촉진시키고 사회통합을 도모하는 기관이 된다.

지역사회 정신보건사업의 중요성은 결국 국가적 차원에서의 정책적 개입의 중요성으로 이어질 수 밖에 없는데 대표적으로 국민건강증진법 제4조에 의거, 수립된 「제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020, 2016~2020)」에 따르면 정신질환으로 인한 사회적 부담이 다른 질환 대비 높게 나타나고 있다. 2005년 진행된 한국인의 사망원인과 질병부담 연구결과를 살펴보면 사망원인의 4위가 고의적 자해 즉 자살인 것으로 나타난다(배상수, 2005). 질병부담 6위에 우울증과 9위에 조현병이 포함되어 있다. 또한 2016년 2월에 발표된 정부의 '정신건강종합대책'에서도 정신건강증진센터는 정부 정책추진의 핵심적인 전달체계로 다뤄지고 있다.




자료 : 배상수(2005)

○ <표2>에서 서동우(2001)는 미국과 일본, 한국의 정신건강복지센터의 운영주체와 재원조달 방식을 비교한다. 우리나라와 멀고도 가까우면서 지역사회 정신보건정책에 영향을 준 일본의 경우에도 정신보건센터는 보건소가 직영으로 운영되고 있다. 미국의 경우에도 공공조직을 중심으로 민간조직이 참여하는 방식의 지역사회 정신보건사업을 운영하고 있다.

| | 미국 | 일본 | 한국 |
|---|---|---|---|
| 정신건강복지센터 운영주체 | 반관반민의 agency형태의 공공적 민간부문과 일부 기초지자체가 운영하는 공공부문 병존 | 광역자치단체가 직영하는 공공부문 | 민간위탁형과 보건소가 직영하는 공공부문 병존 |
| 재원조달 | 동일재원의 정신보건예산 | 광역자치단체예산 | 건강증진기금 자치단체예산 매칭 |

<표 2> 3개국 정신건강복지센터 운영주체와 재원조달 방식 비교

○ 이와 같이 지역사회 정신보건사업의 공공성은 분명하다. 이영문(미발간, 2016)은 지역정신보건사업은 공공성을 갖는 이유로 첫째, 정신건강 영역은 신체질환과 달리 사회의 안전과 밀접한 관계를 갖고 있다는 점 둘째, 정신질환의 치료과정이 환자의 인권과 밀접한 관련이 있으며 경찰행정력과 더불어 유일하게 인신의 구속이 이루어지는 현장이라는 측면에서 특수하다고 지적한다. 이러한 특수성때문에 정신건강 영역은 공공성의 측면에서 다뤄져야만 한다고

말한다.

## Ⅲ. 열악한 정신건강복지센터의 근로환경 = 질낮은 서비스제공

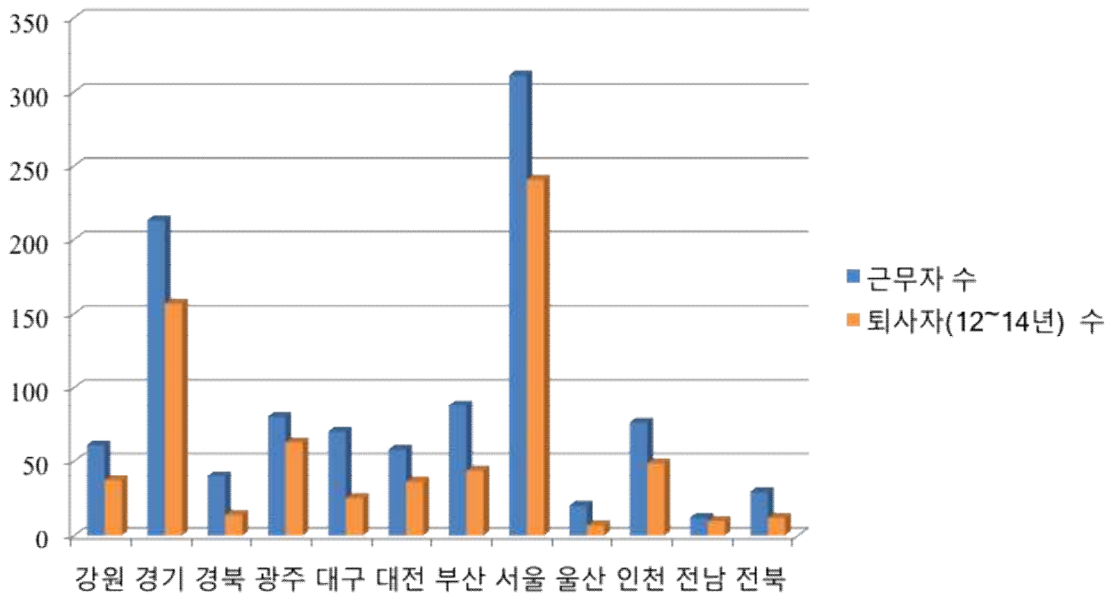
○ <그림6>은 정신건강복지센터에서 수행하고 있는 사업을 나열하고 있다. 중증정신질환관리사업이외에도 아동청소년사업, 자살예방사업이 이루어지고 있고 심지어는 치매관리사업, 자활사업, 노숙사업 등 다양한 사업이 이루어지고 있다. 참고로 정신건강복지센터의 평균인력은 9.9명이다.

단위: 개소

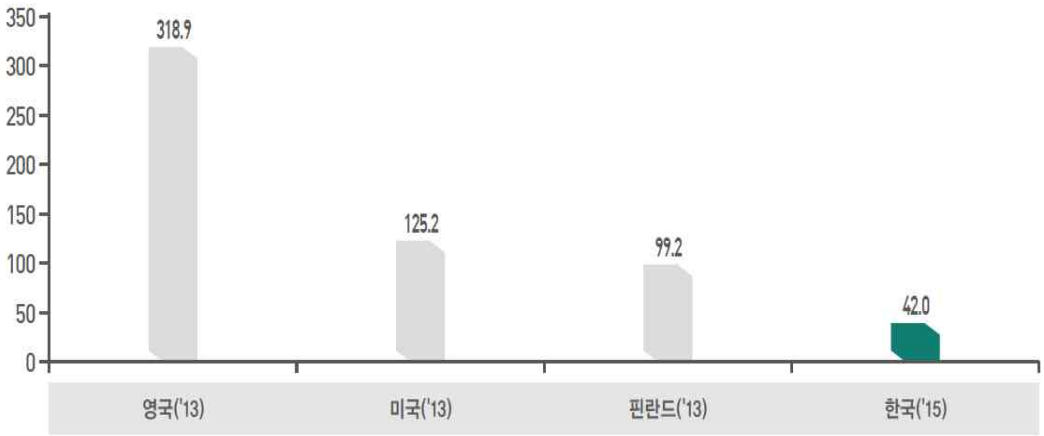
| 구분 | 센터수 | 아동청소년 사업 | 자살예방 사업 | 치매관리 사업 | 자활사업 | 노숙자 사업 | 공동모금회 지원 특별사업 | 기타 사업 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 총계 | 209 | 188 | 192 | 51 | 22 | 1 | 7 | 0 |
| 서울 | 25 | 22 | 21 | 2 | 5 | - | - | - |
| 부산 | 16 | 14 | 15 | 1 | - | - | 1 | - |
| 대구 | 8 | 8 | 8 | 1 | 2 | - | - | - |
| 인천 | 9 | 9 | 9 | - | 1 | - | 1 | - |
| 광주 | 5 | 5 | 4 | 1 | - | - | 1 | - |
| 대전 | 5 | 5 | 5 | - | - | - | - | - |
| 울산 | 5 | 5 | 4 | - | - | - | 1 | - |
| 세종 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | - | - |
| 경기 | 36 | 32 | 30 | 10 | 4 | 1 | 1 | - |
| 강원 | 16 | 16 | 16 | 3 | 2 | - | - | - |
| 충북 | 12 | 12 | 12 | - | 2 | - | 1 | - |
| 충남 | 14 | 14 | 14 | 9 | 3 | - | - | - |
| 전북 | 9 | 9 | 9 | 9 | - | - | - | - |
| 전남 | 16 | 12 | 14 | 9 | 1 | - | - | - |
| 경북 | 11 | 10 | 10 | 1 | - | - | - | - |
| 경남 | 19 | 12 | 18 | 5 | 1 | - | - | - |
| 제주 | 2 | 2 | 2 | - | - | - | 1 | - |

<그림 6 > 2015년 정신건강복지센터 수행사업현황(중증사업 이외)

○ 사업의 확대는 인력과 예산의 증가를 가져와야 하지만 지역사회정신보건사업에서는 제자리 걸음수준의 예산변화가 있어왔다. 이로 인해서 인력의 불안정을 가져왔는데 2014년 '한국정신보건센터협회'에서 발표한 자료에 따르면 2012년부터 2014년까지 정신건강복지센터에서 근무한 인력들 중 절반이상이 바뀌었다고 한다. 3년동안의 기간동안 종사자 1,157명중 53%인 753명이 정신보건센터를 그만둔 것이다.




○ 참고로 우리나라의 정신보건사업인력은 OECD국가들에 비해 매우 적은 수준이다. 세계보건기구에 따르면 2013년을 기준으로 인구 10만명당 정신보건인력은 영국이 318.9명, 미국 125.2명, 핀란드 99.2명으로 조사되었다. 우리나라의 경우 인구 10만명당 42.0명으로 조사되어서 영국의 1/7 수준, 미국의 1/3 수준으로 나타났다. 정신보건사업인력은 지역사회와 병원을 포괄한 인원이기에 직접적인 비교는 어렵지만 외국에 비해 상당히 적은 수준의 인력에게 많은 업무를 부여하고 있는 것이 분명하다.




자료원 : Mental health Atlas country profile. WHO. 2015

○ 또한 정신보건서비스 분야의 인력들의 이직률은 복지영역의 유사한 직종들과의 비교에서도 차이를 보이고 있는 것을 알 수 있다. 2015년를 기준으로 기초정신건강복지센터, 사회복

귀시설, 중독관리통합지원센터와 같은 지역사회정신보건분야의 기관들과의 비교와 장애인복지시설, 아동복지시설, 종합사회복지관, 지역자활센터와 비교를 할 경우를 각각 살펴보면 기초정신건강증진센터와 중독관리통합지원센터 근속기간 평균이 38.1개월, 38.6개월로 힘들기로 유명한 지역자활센터(48.4개월), 종합사회복지관(48.3개월)보다 10개월이나 짧은 것으로 나타났다. 근속기간만으로 기관종사자의 어려움을 단편적으로 평가할 수는 없지만 근속기간이 시사하는 바는 근무의 질을 반영하는 요인임에는 분명하다.

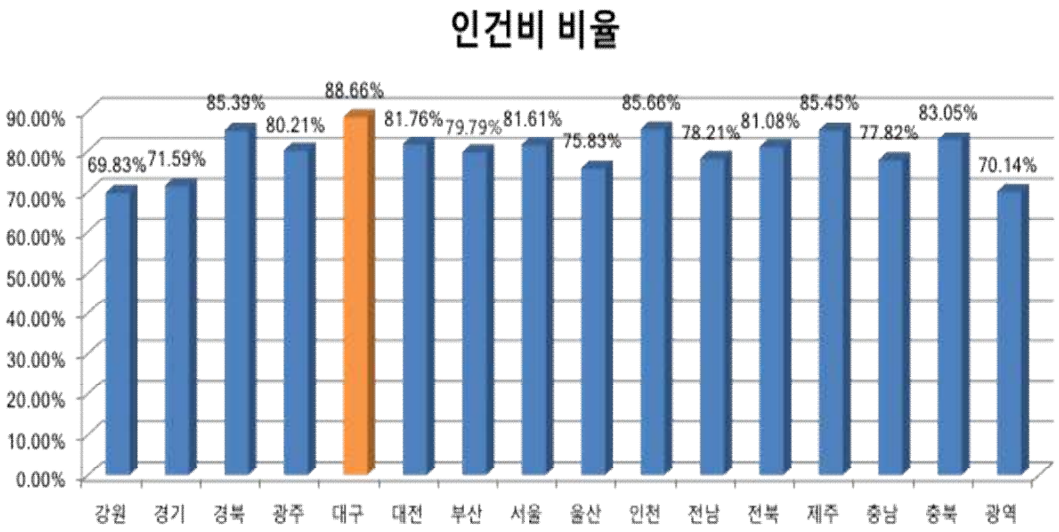
| 구분 | 기초정신건강증진센터 | | 사회복귀시설 | | 중독관리통합지원센터 | | 장애인복지시설 | 아동복지시설 | 사회복지관/결핵·한센시설 | 지역자활센터 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | 평균 | N | 평균 | N | 평균 | 평균 | 평균 | 평균 | 평균 |
| 정신보건경력(개월) | 1,537 | 60.7 | 1,318 | 80.7 | 241 | 70.6 | 84.1 | 72.6 | 72.3 | 72.2 |
| 근속기간(개월) | 1,533 | 38.1 | 1,427 | 43.4 | 262 | 38.6 | 60.4 | 60.1 | 48.3 | 48.4 |

## Ⅴ. 고용의 불안정과 더불어 급여의 불안정까지

○ 정신건강복지센터의 정신건강전문요원들은 사회복지사, 간호사, 임상심리사 자격을 취득한 후 1년이상의 '수련기간'을 거쳐서 정신건강전문요원 2급 자격을 갖게 된다. 2급 자격취득후 5년동안 정신보건사업 현장에서 임상근무를 한 것이 확인되면 1급 정신건강전문요원이 될 수 있다. 이처럼 정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터에 근무하는 인력들은 특별한 교육훈련을 가져야 하고 자격을 유지하기 위해서 지속적인 보수교육의 의무를 이수해야만 한다. 이처럼 정신보건영역에서의 전문인력들은 자격을 취득하기도 까다롭고 자격을 유지하는데에도 쉽지 않은 노력이 필요함에도 불구하고 급여조건에서도 안정적이지 않은 경우가 나타난다. 보건복지부에서는 매년 정신건강사업안내를 통해서 광역 및 기초자치단체에서 운영하는 정신건강복지센터 근무자들의 급여를 지급하는 기준을 제시한다. 그러나 이러한 기준이 있음에도 불구하고 잘 지켜지지 않고 있다.

○ 정신건강복지센터의 예산은 잘 알려져 있다시피 중앙정부와 광역지자체, 기초자치단체의 매칭펀드방식으로 운영된다. 대개의 경우 50%(중앙정부):50%(광역지자체+기초지자체)로 운영되며 서울의 경우 중앙정부의 지원없이 광역지자체 50 :기초지자체 50으로 운영되며 경기도의 경우 중앙정부 15 : 광역지자체 15 : 기초지자체 70의 형태로 운영된다. 이렇게 구성되는 예산속에서 정신건강복지센터는 인건비가 전체예산의 70%가 넘지 않도록 해당 지자체의 보건소로부터 지도감독을 받는다. 보건이나 복지사업은 인력중심의 서비스임에도 불구하고 종사자들만 먹여살리는 사업이라는 기초의회의 냉소를 들으며 종사자들은 고육지책을 내놓으

며 인건비를 절감하기 위해 노력을 할 수 밖에 없는 구조속에서 눈물을 훔치고 있게 된다. 2014년 전국정신건강복지센터의 자료에 따르면 아래와 같이 지역별 정신건강복지센터의 인건비 비율을 알 수가 있다. 몇몇 지역들은 인건비가 70%를 넘어서 90%에 육박하고 있다. 그러나 이러한 데이터 조차 2014년까지의 자료로 이미 90%가 넘은 지역들이 나타나고 있다.




○ 정신보건복지센터에서는 인건비와 사업비를 분리하는 일반회계로의 변화를 요청하고 있으나 국민건강증진기금으로 운영되는 사업의 특성상 이러한 변화가 어려운 상황이다. 그러다보니 각 지역별로 급여에 대한 ① 호봉 STOP: 매년 올라가야 하는 자신의 호봉은 특정호봉에서 멈춘채로 급여를 받는 것이다. 예를 들면 10호봉이상의 호봉승급은 안되도록 하는 등 /② 경력 RESET : 근무자의 이전까지의 호봉이 7호봉이였어도 근무지를 옮기게 되면 1호봉부터 시작하는 것이다. 이전 경력을 인정하지 않는 방식/③ 급여표 CONTINUE : 보건복지부에서 제시하는 해당 연도의 급여표를 따르지 않고 2~3년전의 급여표에 따라 급여를 받는 방식. 가장 많이 나타나는 방식/ ④ 혼합형 HYBRID : 위에 제시된 유형이 복합적으로 적용되는 것이다. 일종의 급여삭감이 암묵적으로 자발적으로 이루어지고 있는 것이다.

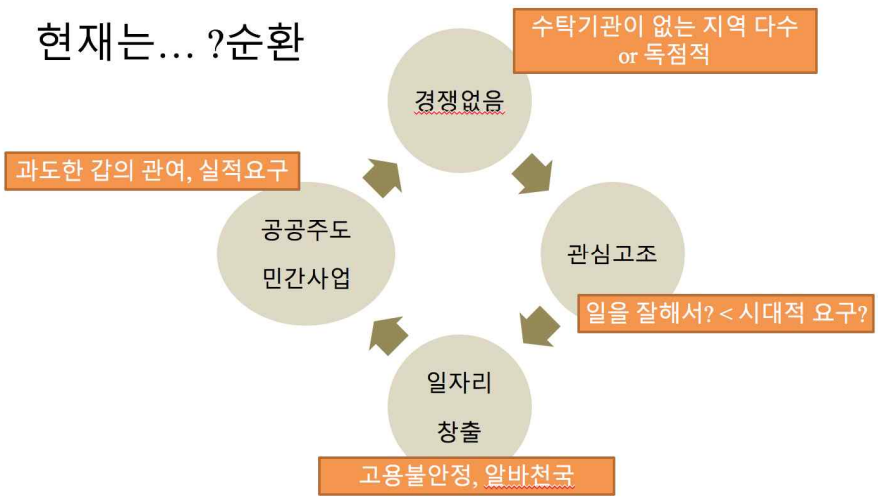
## Ⅳ. 위탁구조의 무책임성

○ 정신건강복지센터를 비롯한 중독관리통합지원센터, 자살예방센터에서의 종사자들의 고용과 급여의 불안정성은 궁극적으로 위탁구조에서부터 시작된다. 정신건강복지센터의 경우 대부분 직영형보다는 위탁의 형태로 운영되고 있다. 약 77%의 기관이 위탁형이고 22.9%의 기관이 직영형으로 운영되고 있다.

단위: 개소(%)

| 구분 | 전체 | 직영 | 위탁 |
|---|---|---|---|
| 2015 총계 | 274(100.0) | 63(22.9) | 211(77.1) |
| 광역정신건강증진센터 | 15(100.0) | 1(6.7) | 14(93.3) |
| 기초정신건강증진센터 | 209(100.0) | 57(27.3) | 152(72.7) |
| 중독관리통합지원센터 | 50(100.0) | 5(10.0) | 45(90.0) |

○ 주로 위탁형태로 운영되고 있는 구조는 1997년이후 시작된 것으로 민간위탁을 통해서 공공사업을 수행하게 되면 민간기관간의 경쟁을 도모할 수 있고 이를 통해 선순환되면서 좋은 서비스가 제공되고 일자리도 늘어나게 되고 민간주도의 공공사업(민영화)가 가능하게 되면 국민들의 관심도 높아지게 되는 결과를 얻을 것이라는 전제아래 시행되게 된 사업형태이다. 그러나 정신건강복지센터의 경우에서는 수탁기관이 없어서 1~2곳의 민간기관이 수탁을 독점하고 발생하는 일자리에 대한 책임성이 낮아서 발생하는 질낮은 일자리를 양산함과 동시에 지자체의 과도한 실적요구와 관여로 인해 민간주도의 공공사업이 아니라 관주도의 민간사업이 되어버리는 상황이 벌어지게 된 것이다.




○ 고용구조 측면에서도 하청-재하청의 구조를 띄고 있어서 보건소에 파견된 근로자처럼 근무하는 양상들이 곳곳에서 나타나고 있다. 즉 위탁은 특정법인에 되어 있지만 사실상 관에서 근로자의 근태, 인사, 사업내용 관여 등을 적극적으로 함으로써 수탁기관의 자율성을 통한 민

간주도의 공공사업의 장점은 점차 줄어들게 되고 있는 것이다. 더군다나 수탁을 하고 있는 법인에서 파견되는 센터장은 대부분 비상근으로 근무하게 되고 대개의 경우 센터장 개인의 이름으로 사업자등록증을 내서 운영을 함으로 인해 고용자와 피고용자의 관계는 더욱 열악해지는 양상을 가져오게 된다.

이와 같이 정신건강복지센터의 일자리는 그동안 전형적인 질낮은 일자리로 지속적으로 증가하는 국민들의 정신건강서비스에 대한 요구에 응답하기 위한 조직으로써 충분하지 못함을 여실히 드러내고 있다. 이에 대한 새정부의 적극적인 대안모색이 요구되는 바이다. 그에 앞서 지난 20여년의 지역사회 정신보건사업의 역사속에서 긍정적으로 나타났던 광주광역시 시범사업 사례는 향후 지역정신보건사업의 일자리가 나아갈 방향을 보여주고 있다.

**대안1. 광주광역시 정신건강시범사업에 주목하자.**

○ 광주광역시는 2012년부터 최근까지 정부의 정신건강시범사업으로 535억을 지원받았다. 2017년 중앙정부의 지역 정신보건사업 예산은 404억원인 것으로 볼 때(10여년째 제자리걸음) 특정지역에 집중적인 예산지원은 이를 통한 효과성을 보기 위한 조치였던 것으로 판단된다. 그러나 예산의 지원만으로 지역의 정신보건사업이 달라질 것인가에 대한 냉소적인 평가도 있었지만 지난 5년간 광주광역시는 놀랍도록 변화하였다.

○ 우선 예산지원을 통해서 정신건강복지센터의 기관과 인력이 증가하였다. 2011년이전까지 40명정도였던 근무인력이 4배정도 증가하여 163명으로 늘어났다. 지역사회 정신보건기관도 8개에서 14개소로 증가하였다. 이러한 증가는 양적인 증가에만 그치지 않았다. 질적인 변화도 일어나게 되었는데

| 구 분 | 센터 인력 변경(명) | |
|---|---|---|
| | 2011 | 2016 |
| 계 | 40 | 163(△123) |
| 광역정신건강증진센터<br>(자살예방센터 포함) | - | 29(△29) |
| 기초정신건강증진센터 | 28 | 83(△55) |
| 중독관리통합지원센터 | 12 | 52(△40) |

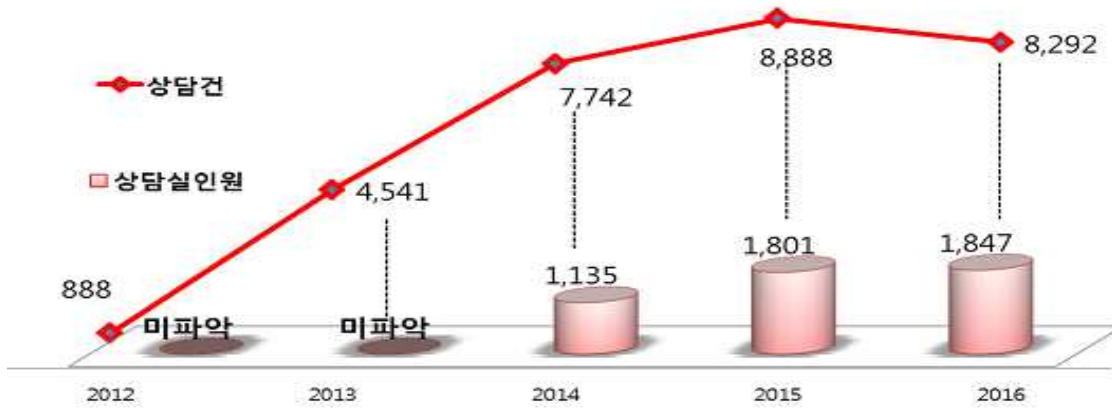
○ 정신질환이나 자살고위험군에 대한 긴급한 대응인 '현장출동'의 경우에도 크게 증가하여 2013년 154건이었던 것이 2016년 363건까지 증가하였다. 특히 현장출동의 충실성을 가늠할

수 있는 112 경찰과 동행출동 및 출동이후 치료서비스로의 연계도 부쩍 증가한 것을 알 수 있다. 이러한 현상은 지역정신보건사업에 대한 시민들의 접근성이 높아짐과 동시에 질적인 성장을 짐작할 수 있는 부분이다.

(단위: 명)

| 구 분 | 2013년 | 2014년 | 2015년 | 2016년 |
|---|---|---|---|---|
| 현장출동 | 154 | 188 | 248 | 363 |
| 112동반현장출동 | - | 142 | 182 | 329 |
| 현장출동 대상자 치료연계 | - | 53 | 31 | 95 |

○ 아울러 광주시민들의 정신건강상담에 대한 수요도도 높아지면서 이에 대한 서비스제공도 증가하였다. 시범사업 시작 직후부터 증가하기 시작한 1577-0199 정신건강상담 전화는 연간 8,292건으로 늘어났고 실인원도 1,847건으로 증가하였다. 이는 전화 상담을 한번 이용했던 시민들이 6번이상 상담을 다시 이용할 정도로 정신건강상담이 유용함을 알 수 있다. 이는 정신건강서비스에 대한 시민들의 요구도를 알 수 있음과 동시에 영국을 비롯한 OECD에서 권고하고 있는 영국식 심리치료 접근성 확대 프로그램인 IAPT(Improving Access To Psychological Therapies)과 같은 수요도 국내에서도 충분히 실현할 수 있는 환경이 이미 조성되고 있다는 것을 반증하기도 한다.




[1577-0199 이용 건(실,연인원)]

○ 광주광역시 시범사업의 성과는 서비스접근성만을 높힌 것이 아니라 정신건강의 최종지표라고 해도 과언이 아닐만한 자살률을 변화시켰는데 광주광역시를 전국에서 가장 자살률이 낮은 지역을 만들었다.

| 시도별 | 2011년 | | 2012년 | | 2013년 | | 2014년 | | 2015년 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 사망자수 | 자살률 | 사망자수 | 자살률 | 사망자수 | 자살률 | 사망자수 | 자살률 | 사망자수 | 자살률 |
| 전국 | 15,906 | 28.8 | 14,160 | 25.1 | 14,427 | 25.1 | 13,836 | 23.9 | 13,513 | 22.7 |
| 서울특별시 | 2,722 | 24.6 | 2,391 | 21.2 | 2,560 | 22.6 | 2,467 | 21.7 | 2,301 | 19.9 |
| 부산광역시 | 1,123 | 28.6 | 1,050 | 26.5 | 1,013 | 24.9 | 1,000 | 25.1 | 1,009 | 24.2 |
| 대구광역시 | 735 | 27.5 | 601 | 22.4 | 666 | 24.1 | 624 | 22.2 | 662 | 22.8 |
| 인천광역시 | 903 | 31.2 | 872 | 29.4 | 868 | 27.9 | 834 | 26.2 | 791 | 24.1 |
| 광주광역시 | 384 | 26.1 | 370 | 24.6 | 331 | 21.6 | 349 | 22.7 | 313 | 19.8 |
| 대전광역시 | 445 | 29 | 382 | 24.1 | 363 | 22.6 | 408 | 24.5 | 409 | 24.5 |
| 울산광역시 | 288 | 25.5 | 263 | 22.8 | 284 | 23.6 | 293 | 23.8 | 283 | 22.6 |
| 세종특별자치시 | - | - | 43 | 33.6 | 23 | 14.7 | 25 | 15.2 | 41 | 19.7 |

○ 광주광역시의 모델은 적정한 인력과 예산을 투입한다면 시민들의 정신건강서비스 접근성을 높이며 지역내 정신건강 고위험군에 대한 서비스가 증가하게 되면서 궁극적으로 자살률에도 긍정적 영향을 미치게 된다는 것을 입증한 사례이다. 광주광역시의 인구가 2016년 기준 150만으로 놓고 볼 때 시범사업 기간동안 163명의 정신건강인력이 근무하고 있다. 이를 기준으로 생각해 본다면 **인구10만명당 10명수준의 인력이 근무하고 있다**는 것이다. 이를 기준으로 전국의 정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터, 자살예방센터 인력에 대한 배치를 고려해보는 것을 제안한다.

**대안2. 사회서비스공단을 통한 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 재난정신건강센터 종사자의 안정적인 근무환경을 요구한다.**

○ 한국정신보건센터협회에서는 2014년도부터 정신건강복지센터의 고질적인 고용과 예산문제를 해결하기 위해 고민하던 중 전세계적으로 수요가 높아가고 있는 정신건강에 대한 미래지향성을 정부가 인지하여 광역지자체 차원의 '사회서비스공단'과 같은 공공성격의 재단을 설립하여 광역과 기초단위의 정신보건사업을 위탁하는 것을 논의한 바 있다. 예를 들면 서울시의 경우 50대50으로 서울시와 기초지자체가 정신건강복지센터 운영비를 충당한다. 운영은 위수탁구조를 통해서 주로 의료법인에 맡겨지게 된다. 그러나 여전히 위수탁구조로 인한 문제가 있기 때문에 서울시 차원의 '서울시 사회서비스공단(가칭)'에 서울시가 기초지자체로 가던

예산을 지원하고(50%), 기초지자체는 위탁법인을 찾기 위해 고민하기 보다는 '서울시 사회서비스공단(가칭)'에 해당 지자체 정신건강복지센터의 운영을 맡김으로써 지역정신보건사업의 공공성을 담보받을 수 있게 된다. 종사자의 입장에서는 안정적인 고용구조가 형성됨으로써 임상현장에서 쌓은 전문성을 바탕으로 좋은 양질의 서비스를 제공할 수 있게 된다. 이는 장기적으로는 서울시민들의 공공영역의 정신건강서비스를 풍성하게 만들 수 있게 될 것이다. 또한 '공공정신건강재단'차원에서의 인사정책을 통해서 서울시 25개구 전역에 고르게 전문인력들을 배치할 수 있고 이는 기초지자체간의 정신건강서비스의 격차도 줄일 수 있는 기회가 될 것이다.

**대안 3. 인구 1만명당 1명의 정신건강복지센터 인력 5,200명을 확보해달라**

○ 2017년 6월 기준 우리나라 인구 51,736,224명이다. 앞에 설명했던 광주광역시 시범사업 모델의 성과를 통해서 살펴볼 때 적어도 인구 1만명당 1명의 지역사회에서 일하는 정신건강복지센터의 인력이 필요하다는 것을 확인했다. 이에  인구 1만명당 정신건강복지센터 인력 1명으로 배치해주실 것을 요청드린다.

| 구 분 | 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 계 | 정신의료기관[1] | 사회복귀시설 | 정신요양시설 | 기초정신건강증진센터 | 광역정신건강증진센터 | 중독관리통합지원센터 | 아동청소년정신건강증진센터 | 자살예방센터[2] |
| 전체 근무인력 수[3] | 21,666 | 16,855 | 1,231 | 1,201 | 1,764 | 271 | 266 | 34 | 44 |
| 상근 근무인력 수 | 21,339 | 16,855 | 1,200 | 1,201 | 1,541 | 249 | 223 | 31 | 39 |
| (상근)정신보건전문인력 수 | 8,285 | 6,130 | 587 | 166 | 1,016 | 198 | 136 | 28 | 24 |
| 2015년 퇴직자 수 | 547 | - | 181 | - | 271 | 49 | 36 | 6 | 4 |
| 전문인력 비율 | 38.8 | 36.4 | 48.9 | 13.8 | 65.9 | 79.5 | 60.7 | 90.3 | 61.5 |
| 퇴직률 | - | - | 15.1 | - | 17.6 | 19.7 | 16.1 | 19.4 | 10.3 |

주 : 1) 정신의료기관 및 정신요양시설의 인력현황은 보건복지부 자료를 활용하였음.
2) 부설형태로 설치된 자살예방센터는 기초정신건강증진센터 인력에 포함함.
3) 전체 근무인력수는 상근 및 비상근 인력을 포함하되, 자문의, 휴직자는 근무인력에서는 제외하였음.

○ 그렇다면 5천명이 근무를 해야 하는데 2015년도 국립정신건강센터 발간한 자료에 의하면 전국의 정신건강복지센터(광역+기초)와 중독관리통합지원센터 인력은 2,379명으로 추계된다. 광역정신건강복지센터 271명, 기초정신건강복지센터 1,764명, 중독관리통합지원센터 266명, 아동청소년정신건강복지센터 34명, 자살예방센터 44명의 2배인 5,200명으로 증원해줄 것을 요청하는 바이다.

**대안 4. 재원조달 방식에 숨통을 틔워보자. 재정성과모형의 적용**

○ 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터는 예산을 쓰기만 하는 소모적인 기관이 아니다. 정신건강복지센터는 경제적이며 인권적이며 미래지향적인 기관이다. 제도적

개선을 통해서 정신건강복지센터에 날개를 달아주기를 바란다. 2017년 시행된 '정신건강증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 법률'은 법률가들의 평가로 보면 정신질환자의 입원과 퇴원 과정에 국가가 개입하게 되었다는 의미를 부여한다. 또한 중앙정부에서는 정신질환자 입퇴원 관리시스템을 통해서 장기입원을 막고 적절한 정신건강서비스를 제공하기 위한 기틀을 마련하고자 노력을 하고 있다. 이처럼 최근의 변화는 지역사회 정신보건환경을 변화시키고 있다. 이속에서 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터는는 정부의 정책을 전달하는데 중요한 역할을 수행하게 될 것이다.

○ 이와 아울러 약간의 제도적 개편을 통한다면 비용효과적인 기관으로 정부의 예산운영에 도움을 줄 것이 분명하다. 그 이유는 의료급여대상자들의 장기입원에 대한 정신건강복지센터의 사례관리를 적극적으로 적용하는 것이다. 2015년을 기준으로 우리나라의 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원중인 정신질환자는 8만 1천여명이다. 이들의 입원과 진료비에 소요되는 예산은 건강보험의 경우 1,249억원, 의료급여의 경우 787억원으로 나타난다. 약 2천억의 비용이 소요되는 것이다. 이중 입원치료를 받은 사람의 경우 81,000여명이며 이중 65%에 해당하는 5만 3천여명이 의료급여 1종과 2종에 해당된다. 일반적으로 1명의 의료급여대상자가 1개월정도 G2에 해당하는 정신의료기관에 입원하게 되면 의료급여예산으로 160-170만원정도(생활비제외)가 들어가게 된다. 1년동안 입원하게 되면 약 2천여만원의 의료급여예산이 소요되게 되는 것이다. 보건복지부 기초의료보장과에 따르면 2015년 기준 30일 이상 장기입원자 중 정신질환자는 '4만6천명'으로 장기입원자 중 20% 수준이다라고 한다. 바로 장기입원중인 정신질환자에 대한 적극적인 사례관리를 제도화한다면 의료급여예산의 절감을 가져올 수 있을 것이다. 이를 통해 탈입원에 대한 재정성과모형을 적용하여 정신건강복지센터에 인센티브를 부여하거나 절감되는 예산으로 정신질환자의 지역사회 복귀를 돕는 주거지원에 투여된다면 장기적으로 우리나라의 의료급여예산의 큰 도움이 될 것으로 판단된다. 이는 의료급여예산에만 도움이 되는 것이 아니다. OECD국가중 정신병상 증가의 나라, 입원기간이 가장 긴 나라에 속하는 오명을 벗는 효과도 가져올 것이기 때문이다. 이는 정신보건의 선진국이라고 할 수 있는 호주와 같은 나라에서 이루어졌던 1990년대 초반의 메인스트림 운동처럼 탈원화와 사회안전망으로써 지역정신보건사업이 기여를 하게 된 계기가 될 것으로 확신한다.

○ 참고로 경기도정신건강증진센터(광역형)에 따르면 경기도 중증 정신질환 관리 사업에서의 편익 중 일부인 재원기간 감소로 인한 의료비 절감분과 노동수입 증가분만을 합한 편익을 추계했을 때, 1인당 연간입원비용 절감액은 647,306원, 연간노동수입 증가액은 191,872원이었는데, 두 가지 편익을 합쳐 등록자 1인당 편익금액 931,502원이 산출되었다. 이를 정신건강증진센터 평균 등록자수(8,264명/31개 시·군) 267명을 기준으로 보면, 정신건강증진센터 1개소 당 2억 4천여만원(248,711,034원), 경기도 전체는 약 76억원(7,697,932,528원)의 편익이 산출되었다.

| 구분 | 전체 | 건강보험 | 의료급여1종 | 의료급여2종 | 기타[2] |
|---|---|---|---|---|---|
| 2000 총계 | 50,990 (100.0) | 14,234 (27.9) | 34,545 (67.7) | | 2,211 (4.3) |
| 2001 총계 | 53,711 (100.0) | 16,057 (29.9) | 31,433 (58.5) | 3,656 (6.8) | 2,565 (5.8) |
| 2002 총계 | 61,066 (100.0) | 15,658 (25.6) | 39,781 (65.1) | 2,750 (4.5) | 2,877 (4.7) |
| 2003 총계 | 64,083 (100.0) | 16,391 (25.8) | 41,507 (64.4) | 3,349 (5.3) | 2,836 (4.5) |
| 2004 총계 | 65,339 (100.0) | 16,324 (25.0) | 43,311 (66.3) | 3,092 (4.7) | 2,612 (4.0) |
| 2005 총계 | 67,895 (100.0) | 15,744 (23.2) | 45,508 (67.0) | 3,970 (5.9) | 2,673 (3.9) |
| 2006 총계 | 70,967 (100.0) | 16,980 (23.9) | 47,262 (66.6) | 4,685 (6.6) | 2,040 (2.9) |
| 2007 총계 | 70,516 (100.0) | 17,814 (25.3) | 45,797 (64.9) | 4,573 (6.5) | 2,332 (3.3) |
| 2008 총계 | 72,214 (100.0) | 18,603 (25.8) | 46,431 (64.3) | 4,965 (6.9) | 2,215 (3.1) |
| 2009 총계 | 74,919 (100.0) | 21,752 (29.0) | 47,963 (64.0) | 3,120 (4.2) | 2,084 (2.8) |
| 2010 총계[1] | 75,282 (100.0) | 23,740 (31.5) | 46,126 (61.3) | 3,149 (4.2) | 2,267 (3.0) |
| 2011 총계 | 78,637 (100.0) | 25,784 (32.8) | 48,323 (61.5) | 2,627 (3.3) | 1,903 (2.4) |
| 2012 총계 | 80,569 (100.0) | 27,286 (33.9) | 48,897 (60.7) | 2,321 (2.9) | 2,065 (2.6) |
| 2013 총계 | 80,462 (100.0) | 27,117 (33.7) | 49,141 (61.1) | 2,227 (2.8) | 1,977 (2.5) |
| 2014 총계 | 81,625 (100.0) | 27,212 (33.3) | 50,222 (61.5) | 2,206 (2.7) | 1,985 (2.4) |
| 2015 총계 | 81,105 (100.0) | 25,896 (31.9) | 50,385 (62.1) | 2,760 (3.4) | 2,064 (2.5) |
| 정신의료기관 소계 | 70,628 (100.0) | 24,549 (34.8) | 41,406 (58.6) | 2,620 (3.7) | 2,053 (2.9) |
| 국립정신병원 | 2,273 (100.0) | 498 (21.9) | 552 (24.3) | 40 (1.8) | 1,183 (52.0) |
| 공립정신병원 | 3,351 (100.0) | 885 (26.4) | 2,341 (69.9) | 96 (2.9) | 29 (0.9) |
| 사립정신병원 | 38,202 (100.0) | 12,926 (33.8) | 23,199 (60.7) | 1,546 (4.0) | 531 (1.4) |
| 종합병원정신과 | 4,292 (100.0) | 1,906 (44.4) | 2,136 (49.8) | 120 (2.8) | 130 (3.0) |
| 병원정신과 | 18,426 (100.0) | 6,355 (34.5) | 11,221 (60.9) | 690 (3.7) | 160 (0.9) |
| 정신과의원 | 4,084 (100.0) | 1,979 (48.5) | 1,957 (47.9) | 128 (3.1) | 20 (0.5) |
| 정신요양시설 | 10,477 (100.0) | 1,347 (12.9) | 8,979 (85.7) | 140 (1.3) | 11 (0.1) |
| 계 | 81,105 (100.0) | 25,896 (31.9) | 50,385 (62.1) | 2,760 (3.4) | 2,064 (2.5) |
| 노숙인 시설 | 3,408 (100.0) | - | 3,408 (100.0) | - | - |

주: 1) 2010년부터 추계에서 노숙인 시설 제외
2) 국립법무병원에 입원한 감호치료 대상자 등

그림 15 2015년 정신의료기관 및 정신요양시설 입원환자 현황

참고문헌

1) 2016년 국가 정신건강현황 2차 예비조사결과보고서/국립정신건강센터
2) 정신건강증진센터 예산문제 해결을 위한 보고/2014/한국정신건강복지센터협회
3) 지역사회정신보건의 현황과 전망/서동우/2013/한국사회복지학회
4) Publicity in mentalhealth/이영문/미발간 강의자료
5) 제4차 국민건강증진종합계획/2015/한국건강증진개발원

# 메모장

발제 2

# 지역정신건강복지센터 비정규직 정규직화 방향 해법 모색

## - 비정규직의 고용의 질 개선과 좋은 일자리 창출 검토

한국노동사회연구소 연구위원 김 종 진

## Ⅰ. 머리말 - 문제제기

○ 문재인 정부 최우선 과제는 일자리 문제다. 대통령 첫 업무지시가 일자리위원회 설치였고, 집무실에 상황판까지 만들었다. 취임 첫 주부터 언론에 기사화되었지만 인천국제공항공사를 방문하여 약 1만명의 간접고용 비정규직의 정규직화까지 선언했다. 사실 2011년부터 정부는 <공공부문 비정규직 종합대책>을 수립하고 비정규직의 무기계약 전환을 진행했다. 그러나 그간 공공부문 비정규직은 그 규모가 줄지 않고 있고, 민간부문 간접고용은 오히려 증가하고 있다.

○ 2016년 통계청 경제활동인구부가조사 분석 결과 우리나라 전체 임금노동자 중 간접고용 비정규직은 약 91만명(파견용역) 정도인데, 고용노동부 고용형태 공시제 분석결과 300인 이상 대기업 간접고용 규모만 약 93만명으로 추정된다. 공공부문에서도 간접고용 비정규직이 11만5천명이나 된다. 정부가 모범 사용자로서 '좋은 일자리'를 창출해야 함에도 불안정 저임금 일자리 증가에 기여 한 것이다. 문제는 정부의 공공부문 비정규직 규모와 실태 자료에서 지자체 민간위탁과 일자리 보조사업 등은 포함되어 있지 않다.

○ 지자체 민간위탁은 주로 콜센터, 사회복지시설, 청소년수련관, 어린이집, 정신건강복지센터, 요양센터 등 각종 '위탁시설' 로 240여 지자체에 평균 100개가 넘는다. 지자체 민간위탁 종사자 중 최소 15% 남짓(최대 90%)이 비정규직임에도 공공부문 비정규직 조사대상에도 제외된 곳이다. 게다가 중앙과 지방의 일자리 보조사업은 더 심각하다. 일선 현장에서는 국비와 시·도비 매칭사업으로 불리는데 모두 저임금 비정규직 일자리다. 정신건강복지센터 대부분 지자체 매칭(국도시구비 분담) 사업으로 운영되기에, 정부 공공부문 비정규직 통계에도, 공공부문 비

---

* 이 자료는 2017년 7월 18일 국회 토론회(<지역정신건강복지사업 일자리 창출 및 비정규직 정규직화>) 발제를 위해 필자의 기존 원고(2016.4.25.) 일부 내용을 수정보완 발췌하고, 2017년 7월 전국지역정신건강복지센터협회 도움으로 각 지역센터 노동자 대상 설문조사(2017.7.4.-7) 분석 결과와 정규직화 방안 등을 추가한 것입니다. 이번 토론회 발표 자료 준비를 위해 설문조사에 협조해 주신 협회, 노조(보건의료노조 서울본부 정신건강복지센터지부), 각 센터 노동자들에게 감사의 말씀드립니다.

정규직 전환 대상에도 포함되지 않는 영역이다.

○ 특히 지자체 각종 센터는 직영으로 운영되기 보다는 민간위탁 형태가 다수라는 점에서 **이중노동시장(dual labor market)**의 전형적인 일터로 봐야 한다. **1차** 노동시장(a primary labor market)은 공공부문과 300인 이상 대기업 사업장 노동시장을 의미하며, **2차** 노동시장(a secondary labor market)은 민간부문과 중소영세사업장 노동시장을 의미한다. 지자체 지역정신건강복지센터의 경우 2차 노동시장으로 볼 수 있고, 대부분 비정규직이거나 고용의 질이 열악한 상태라는 점에서 관심의 초점이 되고 있다.

○ 지역정신건강복지센터처럼 민간위탁은 형식상 위탁이 종료되면 고용의 단절(고용계약 만료, 권고사직)이 나타나기 때문에 고용보호의 사각지대에 놓여 있다. 특히 고용의 질(좋은 일자리 decent work) 차원에서 보면 직장 유지라는 '**고용의 안정성**'(job stability)은 높을 수 있으나, 민간위탁이라는 특성상 고용보호의 제도적 장치 여부인 '**고용 안전성**'(job security)은 매우 취약한 상황이다.

○ 지난 수십년간 정신건강복지센터 민간위탁 조직운영 과정에서 다양한 구조 문제점 △민간위탁 과정의 불합리한 문제(법인이 아닌 개별 사업자 형태 센터장 위수탁 운영, 고용승계 불명확성과 고용불안정성, 비상근 센터장 기관 운영, 서비스 및 프로그램 미흡) △고용구조 및 노동조건(민간위탁 내 비정규직 고용, 근로기준법 위반 성격의 근로조건 하향, 인력부족 현상) △노동과정 상 작업안전 및 제반 위험사항(클라이언트와 보호자로부터의 폭언폭행 및 성희롱, 위협, 감정노동 수행, 질병재해 등)이 확인되고 있다(김종진, 2016).

○ 따라서 이 글은 지역정신건강복지센터의 고용구조 및 노동 관련 주요 문제점을 통해 확인된 비정규직의 정규직화 문제 해결을 논의하기 위한 목적으로 기술되었다.

첫째, 정신건강복지센터 위탁 및 고용구조, 노동실태는 어떤 문제점을 갖고 있는가?

둘째, 센터의 공공성과 서비스 질 그리고 비정규직 개선을 위한 과제는 무엇인가?

## Ⅱ. 지자체 비정규직 고용구조와 민간위탁 문제

### 1) 지자체 고용구조와 고용관계

○ 현재 지자체 인력구조는 '정원'과 '현원'(정규직)으로 구분되며, '정원 이외 인력'으로 표현되는 고용형태는 △무기계약직 △기간제 △단시간 △기타로 구분된다. 또한 지자체 인력구조는 법

적용(신분) 기준으로 '공무원'(공무원법 적용)과 '비공무원'(근로기준법 적용)으로 구분되며, 각각 정규직(비공무원 정규직과 무기계약직)과 비정규직 형태로 구분되나, 비정규직은 지자체 기관 및 계약 주체에 따라 △직접고용 비정규직(기간제, 시간제, 일용직) △간접고용 비정규직(파견용역, 기타)으로 구분 가능하다.

○ 지자체 비정규직은 사업 및 직무 유형별로 고용형태를 구분할 수도 있다. 서울시를 중심으로 볼 때 △공공근로형 △국고사업형 △대체업무형 △단시간형 △전문업무형 △업무보조형 △공무직형 7개 형태로 대략 구분된다. 현재 전문업무형, 업무보조형, 공무직형 세 가지는 범주는 상시·지속 및 유사 직무 성격을 고려하여 무기계약으로 전환하는 편이다. 문제는 지자체 기존 고용형태에 포착되지 못하고 있는 민간위탁 종사자 문제다. 여기에서 민간위탁은 파견용역과 같은 간접고용 비정규직이 아닌, 별도의 종사자 범주(category)에 속한다.

○ 우리나라 지자체 고용구조는 민간부문과 달리 매우 복잡하고 이질적인 고용형태를 보인다. 이는 전통적인 공공부문의 이원적 형태(원청-하청)만이 아니라 △고용구조 전환 형태(예: 상용직, 무기계약직) △기존 간접고용 형태(예: 지자체, 산하기관, 출자출연, 자회사) △기존 민간위탁 형태(예: 사무, 시설) 등 다양한 유형으로 나타나고 있다.

### 2) 지자체 민간위탁 운영과 비정규직 문제

○ 현재 지자체 간접적 고용 인력에는 정부의 지자체 직접고용과 간접고용 비정규직 현황(통계, 집계)에는 포함되지 않는 민간위탁(contracting-out) 인력이 있다. 이는 기간제· 시간제·파견 근로와 같이 기존 법률에 정해진 직접고용 비정규직 고용 인력도 있고, 용역 또는 파견업체에 소속이면서 위탁기관·시설에 근무하는 사용 인력도 있다. 사실상 공공부문으로 구분되어야 하나 지자체 비정규직 집계에는 포함되지 않고 있다.

**[참조] 우리나라 지자체 고용 구분 - 직접고용, 간접고용, 민간위탁**

| | 공공영역 | | 민간영역 |
|---|---|---|---|
| | 직접고용 비정규직 | 간접고용 비정규직 | 민간위탁 |
| 고용주체 | 공공기관 | 민간업체 | 민간업체 |
| 사용주체 | 공공기관 | 공공기관 | 민간업체 |
| 근무장소 | 공공기관 사업장 | 공공기관 사업장 | 수탁기관 책임시설 |
| 업무내용 | 행정사무 | 청소, 경비, 시설관리 등 | 행정사무<br>(병원·복지·청소년, 센터 등)<br>(콜센터, 상수도 교체검침 등) |
| 법률관계 | 직접 고용관계 | 도급 | 도급, 위임 |

○ 민간위탁은 '광의'와 '협의'의 민간위탁으로 구분 가능하다. 첫째, 광의의 민간위탁은 '정부가

행정기관을 통해 직접 제공하던 공공서비스를 해당 사무나 서비스의 관할 책임은 정부가 가지고 있으면서 민간기업 등 외부기관을 선정하여 정부를 대신하여 공공서비스를 제공토록 하고 그에 대한 대가를 지불하는 방식' 으로, 「정부조직법」 상의 '위탁'까지 민간위탁 개념에 포함하고 있다.

○ 둘째, 협의의 민간위탁은 '정부가 직접 생산하여 제공하던 공공서비스를 민간기업과 계약을 통해 민간으로 하여금 제공토록 하는 방식' 으로, 「정부조직법」 상의 '위탁'을 제외한 '협의'의 민간위탁 개념이다. 행정자치부의 이러한 개념 정의는 정부기관 특히 산하기관에의 위탁을 민간위탁 개념범위에 포함시켜 민간위탁을 파악하고 있음을 의미하는 것으로 규정된다.

**〈표 1〉 서울특별시 민간위탁 고용 규모(2015년 기준, 353개 민간위탁, 단위: 명)**

| 전체 | 정규직 | 무기 계약직 | 비정규직 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 계 | 직접고용 | | | 간접고용 | | |
| | | | | 기간제 | 시간제 | 기타 | 파견 | 용역 | 특고 |
| 16,164 | 11,772 | 932 | 3,460 | 2,129 | 335 | 145 | 74 | 777 | - |
| 100.0% | 72.8% | 5.8% | 21.4% | 61.5% | 9.7% | 4.2% | 2.1% | 22.5% | - |

자료 : 서울시 내부자료 재분석(2015)

**〈표 2〉 광주광역시 민간위탁 고용 규모(2015년 기준, 122개 민간위탁, 단위: 명)**

| | 정규직 | 무기 계약직 | 비정규직 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 계 | 직접고용 | | | 간접고용 | | |
| | | | | 기간제 | 시간제 | 기타 | 파견 | 용역 | 특고 |
| 1,133 | 717 | 109 | 309 | 140 | 66 | 7 | 3 | 53 | 40 |
| 100.0% | 63.2% | 9.6% | 27.3% | 12.3% | 5.8% | 0.6% | 0.2% | 4.6% | 3.5% |

자료 : 광주시 내부자료 재분석(2015)

○ 2015년 기준 서울특별시 민간위탁은 총 353개였고 전체 종사자 규모는 16,164명(정규직 72.8%, 무기계약직 5.8%)이고 비정규직은 3,460명(21.4% → 기간제 61.5%)였다. 광주광역시 민간위탁은 총 122개였고 전체 종사자 규모는 1,133명(정규직 63.2%, 무기계약직 9.6%)이고 비정규직은 309명(27.3% → 기간제 12.3%)으로 확인되었다(<표1>, <표2>).

○ 지자체 민간위탁 기관의 다수 고용 인력은 병원, 사회복지시설, 청소년수련원, 정신보건 및 건강센터, 장기요양 및 장재인센터, 어린이집 등 사회서비스 성격의 업무다. 문제는 이들 민간위탁 사회서비스 위탁업무 기관이 절반가량 되고, 종사자 고용 규모 또한 다수를 차지하고 있다.

○ 실제로 우리나라 사회서비스 영역 다수는 저임금의 불안정한 비정규직 일자리가 많고 지자체 또한 비슷한 상황이다. 게다가 서울시 이외에도 일부 지자체의 몇몇 업무(콜센터, 수도 검침·

교체, 청소, 조리배식, 시설관리 등)는 노무도급 성격의 사내하도급(하청) 용역근로 형태라는 점에서 간접고용 비정규직으로 분류해야할 업무들도 있다.

### 3) 지역정신건강복지센터 민간위탁과 비정규직 문제

#### 가. 기관·센터 운영 및 위탁구조

○ 정신건강복지센터 설치 및 운영은 1984년 보건사회부의 정신질환 종합대책 수립과 정신보건법(1985)의 국회 제출 이후 사회 흐름을 반영한 정부 정책의 사업 중 하나로 볼 수 있다. 정부의 정신보건 관련 법률 제도화 취지는 산업화 이후 육체적 건강만이 아닌 정신적 건강 문제가 사회적으로 관심을 갖게 되면서 사회정책과 공공행정 인프라를 통한 지역(local) 차원의 정신건강 관련 전담 조직 필요성이 강조한 것이다. 최근 우리 사회에서 우울증·스트레스 등 정신질환이 증가하면서 더욱 정신건강복지센터 역할과 필요성이 강조되고 있다.

〈표 3〉 국내 정신보건 기관 및 시설 현황(2015)

| 지역 | 정신건강 복지센터 | 사회복귀 이용시설 | 사회복귀 주거시설 | 중독관리통합 지원센터 | 정신의료원 | 정신요양시설 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 26 | 45 | 70 | 4 | 334 | 3 |
| 경기 | 37 | 11 | 31 | 7 | 289 | 6 |
| 인천 | 10 | 4 | 5 | 5 | 63 | 2 |
| 전국 | 208 | 129 | 205 | 50 | 1,254 | 59 |

자료 : 2015년 보건복지부 〈정신건강사업 안내〉 재구성

○ 2015년 기준 정신건강복지센터 208곳 중 기초 195개(국비 170곳, 지방비 25곳), 광역 13곳(국비 12곳, 지방비 1곳)이 있으며, 정진건강복지센터 주요 기능은 △지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리, △정신보건시설간 연계구축 등 지역사회정신보건 사업 기획·조정 등을 담당한다. 정신보건전문요원은 △정신질환자와 그 가족 상담 및 교육, △정신질환 예방 활동, △정신보건 조사 및 연구 등의 역할을 한다(보건복지부, 2015).[3)]

○ 문제는 지역정신건강복지센터 대부분 국비와 시도비, 구군비 매칭형태로 운영된다는 것이다. 이런 이유로 지자체는 직영은 행자부 지침 기준인건비 문제로 인력을 최소화(평균 10.9명, 비정규직 9.6명 → 다수 시간제 활용)하고, 민간위탁은 사업비로 위탁비용이 예산으로 책정되어 고용은 지자체 직영에 비해 많으나 비정규직(평균 13.7명, 비정규직 10.8명)으로 운영되는 문제점이 노출되는 것이다.

3) 정신건강복지센터 전문요원은 정신보건법 제정 이후 간호사, 사회복지사, 임상심리사 등 전문직에서 1년 기간 동안 수련과정을 거쳐 자격증을 취득할 수 있다.

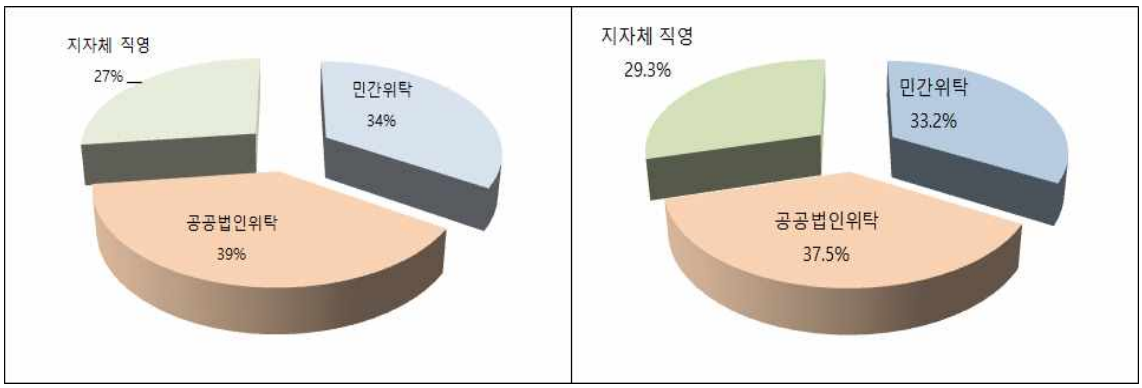
〈표 4〉 지역정신건강복지센터 운영형태 및 고용형태별 인원(2017.7, 단위: 명)

| | 총인원 | 정규직 | 무기계약직 | 비정규직 |
|---|---|---|---|---|
| 민간위탁 | 13.7 | 2.2 | 2.3 | 10.8 |
| 공공법인 위탁 | 15.7 | 2.5 | 2.9 | 12.2 |
| 지자체 직영 | 10.9 | 1.4 | 1.3 | 9.6 |

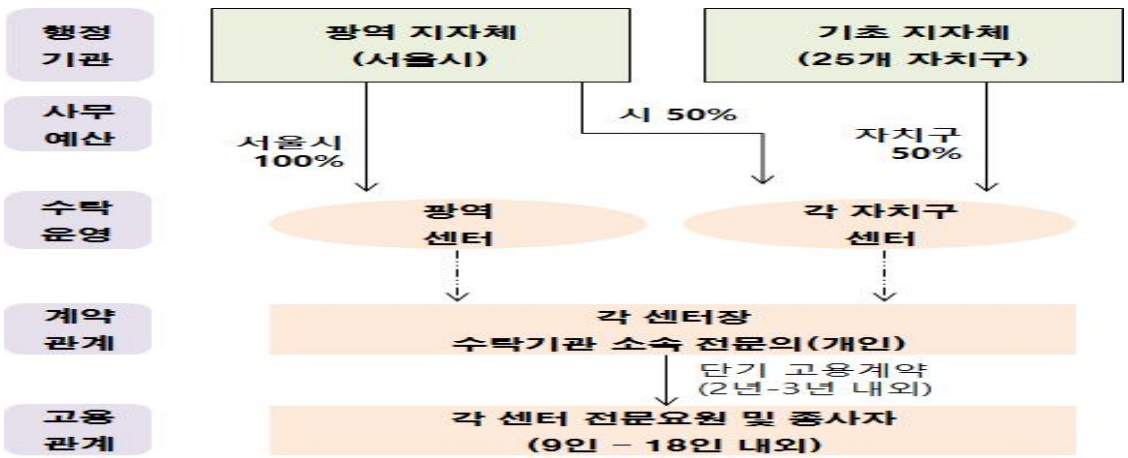
* 주 : 2017년 서울지역 25개 자치구 중 5곳(동작, 용산, 서초, 강북, 성북)은 민간위탁을 직영화 했고, 고용형태는 시간제 공무원(1주 35시간)으로 전환했음.

〔그림 1〕 지역정신건강복지센터 운영형태별 인원 및 비정규직 비율(2017.7)

A)운영형태별 인력 분포 B)운영형태별 비정규직 인력 분포




〔그림 2〕 지역정신건강복지센터 민간위탁 및 고용구조 - 서울시 사례




주 : 센터 고용구조 문제점은 위탁 과정의 중층적인 개인위탁(정신전문의)과 비정규직 고용.

○ 예를 들면 2016년 기준 서울지역 25개 중 20개 정신건강복지센터가 민간위탁 형태로 운영되기 때문이다.[4] 무엇보다 각 센터는 서울시 예산(50%)과 자치구 예산(50%)의 매칭 형태 민간위탁 사무예산으로 운영되고 있다. 이와 같은 시비·구비 매칭 사업 예산으로 운영되는 시설종사자의 실질적인 사용자성이 문제가 된다. 각 센터 수탁기관이 법인 및 기관이 아닌, 위탁

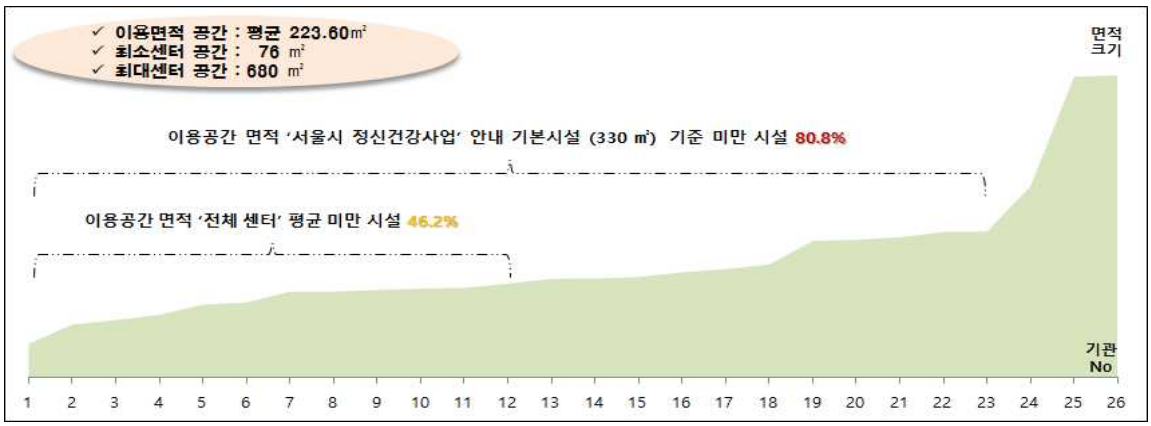
4) 2017년부터 동작, 용산, 서초, 강북, 성북 5개 자치구 센터가 위탁에서 직영으로 전환 과정에서 고용형태 신분을 시간제 공무원(1주 35시간)으로 전환하면서 오히려 임금이 저하되는 상황이 발생했다.

운영기관의 개인(정신과 전문의)이 독립개인사업자로 수탁하는 형태다.

○ 게다가 현재의 정신건강복지센터 위수탁 운영구조는 법인과 개인 센터장에게 3년 동안(최대 5년) 위탁계약기간이 맡겨진 이후 계약종료가 될 경우, 해당 센터 종사자들의 고용불안 소지가 있다. 이와 같은 문제는 수탁기관의 경영과 운영이 제대로 모니터링 되지 못하는 상황에서 고용과 노동의 사각지대를 초래할 개연성을 내포하고 있다. 실제로 2017년 전국 지역 센터 설문조사 결과 위탁·재위탁 과정에서 임금 삭감(17.3%), 권고사직/퇴직(7.3%) 직급직책 하향 조정(5.9%) 등 취업규칙 불이익변경 문제와 근로기준법 위반, 민간위탁 규정 위반 등의 응답이 확인되고 있다.

○ 지자체 위수탁 변경 과정에서 기존 종사자의 고용승계는 묵시적으로 고용된다고 볼 수밖에 없지만, 실제적으로는 고용 불안정성이 높은 것이 사실이다. 지역정신건강복지센터와 같은 사례에서 보면 사실상 법인이나 기관이 아닌 개인사업자(정신과 전문의)로 하는 것은 고용불안정성을 높이는 것이다. 따라서 현재의 지역 센터 민간위수탁 당사자를 개인이 아닌 법인이나 기관으로 상정(법률, 조례 개정)하는 것이 필요하다. 특히 전국 각 지역정신건강복지센터 사업이 시비·구비 매칭 사업(보조사업)으로 운영되는 상황에서 개별 센터의 고용의 질 항목이 없다는 점을 고려하면 고용안정 내용이 추가될 필요성이 있다.

**〔그림 3〕 서울지역 정신건강복지센터 물리적 환경 - 이용면적(2015)**




주 : 서울시 광역 센터와 각 자치구 25개 기준 면적(면적 분석은 중위 값 median)

**〈표 5〉 서울지역 정신건강복지센터 물리적 환경 - 면적, 층, 공간 비교(2015)**

| 지역 권역 | 물리적 환경 - 면적 공간 | | | | | | | | | 방음실 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 공간면적 (㎡) | 이용 공간 층 | 센터장 실 | 사무실 | 상담실 | 회의실 | 교육실 | 휴게실 | 탕비실 | 있음 | 없음 |
| 서울 광역센터 | 683.01 | 5.5 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0% | 100% |
| 강남 권역센터 | 202.80 | 2.0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 27.3% | 72.7% |
| 강북 권역센터 | 223.60 | 2.5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 0% | 100% |
| 전체 | 223.60 | 2.0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 11.5% | 88.5% |

주 : 이용공간 층 중 일부 센터(2-3곳은 지하 1층 위치)

○ 이러한 위탁운영구조는 지역 각 정신건강복지센터의 물리적 환경은 기본적인 업무를 수행하기도 열악한 상황을 해결할 수 없다. 2017년 설문조사 결과 현재 각 센터의 서비스 제공을 위한 인적·물리적 환경을 갖추지 못했다는 의견(51.8% ↔ 갖추었다 48.2%)이 절반 정도였다. 실제로 서울시정신보건사업 안내 기본시설은 공간 면적을 330㎡로 권고하고 있으나, 각 센터의 평균(중위 값 median) 공간은 223.60㎡ 수준(19.2% 권고 기준 미달)에 불과한 실정이다. [그림3], <표 5>에서도 확인할 수 있듯이, 센터 기본시설은 최하 76㎡에서 최대 680㎡까지 그 편차가 5배나 된다.[5)]

## 나. 기관·센터 인력 및 비정규직 고용

○ 2017년 실태조사 대상(932명) 정신건강복지센터 기관 평균 고용형태별 인원을 추정하니 13.6명(정규직 16.1%, 무기계약직 16.1%, 비정규직 79.4%) 정도였다. 설문조사 대상 평균 인원을 기준으로 2015년 보건복지부 정신건강복지센터 기관(208개)로 단순 추계하면 전국에 약 2,828명(정규직 457명, 무기계약직 457명, 비정규직 2,246명)이 고용된 것으로 추정된다. 지역으로는 광주, 서울, 경기, 제주, 경남의 센터 내 비정규직 고용 인원이 가장 많았다.

〈표 6〉 지역정신건강복지센터 인력 및 고용형태별 현황 - 지역(2017.7, 단위: 명)

| 지역 | 총 인원 | 정규직 | 무기 계약직 | 비정규직 | 지역 | 총 인원 | 정규직 | 무기 계약직 | 비정규직 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 15.7 | 1.7 | 2.2 | 13.1 | 충북 | 8.9 | 2.0 | 1.6 | 6.6 |
| 부산 | 10.8 | .6 | .6 | 10.1 | 충남 | 10.5 | .6 | .8 | 10.0 |
| 대구 | 10.4 | 1.1 | 3.9 | 7.1 | 전북 | 9.3 | 1.0 | .6 | 7.8 |
| 인천 | 14.1 | 1.4 | 2.6 | 12.7 | 전남 | 7.2 | 1.2 | .9 | 6.7 |
| 광주 | 19.6 | .6 | .4 | 18.3 | 경북 | 8.4 | 3.4 | 2.5 | 4.4 |
| 대전 | 14.0 | 11.2 | 4.2 | 3.4 | 경남 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| 울산 | 10.0 | 7.3 | .3 | 4.1 | 제주 | 13.8 | 2.0 | 1.2 | 12.3 |
| 경기 | 17.9 | 3.9 | 5.5 | 12.0 | 강원 | 10.0 | .0 | 3.4 | 7.7 |

〈표 7〉 지역정신건강복지센터 인력 및 고용형태별 현황 - 지역(2017.7, 단위: 명)

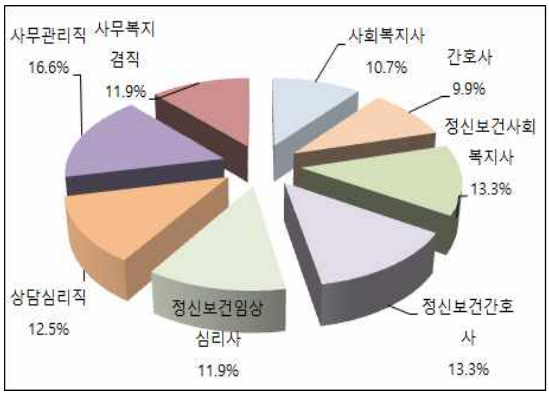
| 직종 | 총인원 | 정규직 | 무기계약직 | 비정규직 |
|---|---|---|---|---|
| 사회복지사 | 11.5 | 2.0 | 2.5 | 8.7 |
| 간호사 | 10.6 | .9 | 1.3 | 9.1 |
| 정신보건사회복지사 | 14.3 | 2.4 | 2.2 | 11.4 |
| 정신보건간호사 | 14.3 | 2.2 | 3.0 | 11.2 |
| 정신보건임상심리사 | 12.8 | 1.8 | 1.4 | 10.4 |
| 상담심리직 | 13.4 | .0 | 2.8 | 10.4 |
| 사무관리직 | 17.9 | 11.2 | .0 | 15.7 |
| 사무복지 겸직 | 12.8 | 1.7 | 4.1 | 8.0 |

5) 기본적인 클라이언트 이용자(대상자, 보호자) 중 장애인을 고려한 저층 위치(건물 층)에 사무실이 있어야 하나, 현재 대부분 2층(강남권역센터 평균 2층, 강북권역 평균 2.5층)이며, 일부는 지하나 고층에 위치한 곳도 있다

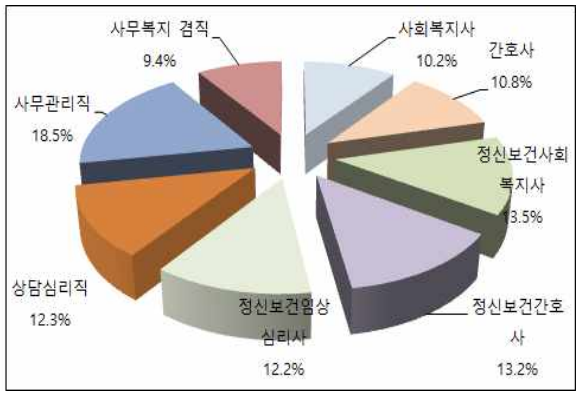
○ 정신건강복지센터 직종별 인력은 사무관리직 16.6%(17.9명 : 비정규직 15.7명), 정신보건사회복지사 13.3%(14.3명 : 비정규직 11.4명), 정신보건간호사 13.3%(14.3명 : 비정규직 11.2명), 상담심리직 12.5%(13.4명 : 비정규직 10.4명), 사무복지직11.9%(12.8명 : 비정규직 8명), 정신보건임상심리사 11.9%(12.8명 : 비정규직 10.4명) 순으로 확인된다. 센터 10명 가운데 7명이 비정규직으로 활용되고 있다.

〔그림 4〕 지역정신건강복지센터 직종별 인원 및 비정규직 비율(2017.7)

A)직종별 인력 분포




B)직종별 비정규직 인력 분포




## Ⅳ. 전국 지역정신건강복지센터 운영 및 노동실태 - 설문조사 분석 결과

### 1) 정신건강복지센터 주요 실태조사

#### 가. 조사 표본 및 특징

○ 이 자료는 2017년 7월4일부터-7일까지 4일간 전국 지역정신건강복지센터 전문요원 및 노동자를 대상으로 한 설문조사 결과다. 이 조사는 연구자(한국노동사회연구소 김종진)와 전국정신건강복지센터협회가 공동으로 국회 <지역정신건강복지센터 일자리 창출 및 비정규직 정규직화 토론회> 발표자료를 목적으로 온라인 설문조사(이메일, 스마트폰)를 통해 진행된 것이다. 설문조사 신뢰구간은 95% ± 2.47이며, 조사표본은 932명다.

〈표 8〉 지역정신건강복지센터 조사 표본1 - 지역, 운영, 고용형태(n=932)

| | 응답 수 | 비율(%) | | 응답 수 | 비율(%) | | 응답 수 | 비율(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 183 | 19.6 | 충북 | 78 | 8.4 | 민간법인 위탁 | 565 | 61.1 |
| 부산 | 83 | 8.9 | 충남 | 22 | 2.4 | 공공법인 위탁 | 258 | 27.9 |
| 대구 | 52 | 5.6 | 전북 | 65 | 7.0 | 지자체 직영 | 102 | 11.0 |
| 인천 | 47 | 5.0 | 전남 | 34 | 3.6 | 정규직 | 108 | 11.7 |
| 광주 | 89 | 9.5 | 경북 | 18 | 1.9 | 무기계약직 | 99 | 10.7 |
| 대전 | 20 | 2.1 | 경남 | 1 | .1 | 비정규직 | 725 | 77.8 |
| 울산 | 35 | 3.8 | 제주 | 26 | 2.8 | 1)기간제 계약직 | 689 | 74.5 |
| 경기 | 165 | 17.7 | 강원 | 14 | 1.5 | 2)시간제 | 29 | 3.1 |

〈표 9〉 지역정신건강복지센터 조사 표본2 - 인구사회학적, 사업장 속성(n=932)

| | | 응답 수 | 비율(%) | | | 응답 수 | 비율(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 성별 | 여성 | 715 | 76.9 | 현재 센터 근속 기간 (평균 2.5년) | 1년 미만 | 184 | 19.9 |
| | 남성 | 215 | 23.1 | | 2년 미만 | 171 | 18.5 |
| 혼인 상태 | 미혼(비혼) | 449 | 48.3 | | 3년 미만 | 137 | 14.8 |
| | 기혼 | 467 | 50.2 | | 4년 미만 | 92 | 10.0 |
| | 기타 | 14 | 1.5 | | 5년 미만 | 184 | 19.9 |
| 직종 | 사회복지사 | 134 | 14.4 | | 6년-10년 미만 | 116 | 12.6 |
| | 간호사 | 38 | 4.1 | | 10년 이상 | 39 | 4.2 |
| | 정신보건사회복지사 | 501 | 54.0 | 종종 업종 경력 기간 (평균 4.6년) | 1년 미만 | 84 | 9.1 |
| | 정신보건간호사 | 182 | 19.6 | | 2년 미만 | 104 | 11.3 |
| | 정신보건임상심리사 | 51 | 5.5 | | 3년 미만 | 107 | 11.6 |
| | 상담심리직 | 5 | .5 | | 4년 미만 | 86 | 9.3 |
| | 사무관리직 | 8 | .9 | | 5년 미만 | 187 | 20.2 |
| | 사무복지 겸직 | 9 | 1.0 | | 6년-10년 미만 | 190 | 20.6 |
| 직책 | 팀원 | 736 | 79.5 | | 10년 이상 | 166 | 18.0 |
| | 부서팀장 | 141 | 15.2 | 평균 연령 (평균 32) | 20대 | 299 | 32.3 |
| | 상임팀장 | 31 | 3.3 | | 30-34세 | 276 | 29.8 |
| | 사무국장 이상 | 18 | 1.9 | | 35-39세 | 169 | 18.3 |
| | | | | | 40대 이상 | 181 | 19.6 |

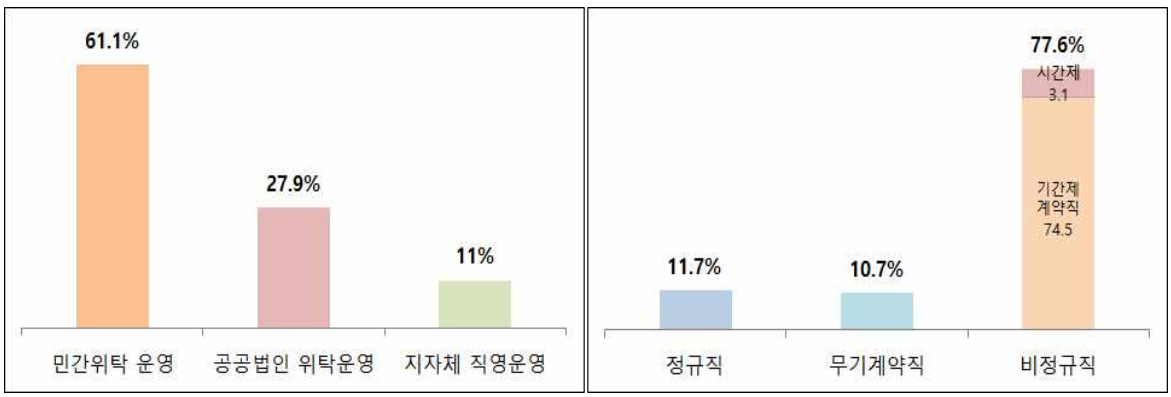
○ 첫째, 정신건강복지센터 조사대상의 인구사회학적 특징은 여성(76.9%)이 다수를 차지하고 있으며, 전체적으로 20대와 30대 연령(평균 연령 32세, 20대 32.3%)이 3분의 2를 차지하고 있다. 정신건강복지센터 10명 가운데 5명은 미혼(48.3%)이었고, 내부 성별혼인 분포는 기혼여성(39.8%), 미혼여성(35.5%), 이 미혼남성(12.7%), 기혼남성(10.4%)로 확인된다.

○ 둘째, 정신건강복지센터 조사대상 조직 내 직종 분포는 정신보건사회복지사 54%(사회복지사 14.4%), 정신보건간호사 19.6%(간호사 4.1%), 정신보건임상심리사 5.5% 순이며, 직급 분포는 팀원 79.5%, 부서팀장급 15.5%, 상임팀장(3.3%)과 사무국장 이상(1.9%) 순이었다.

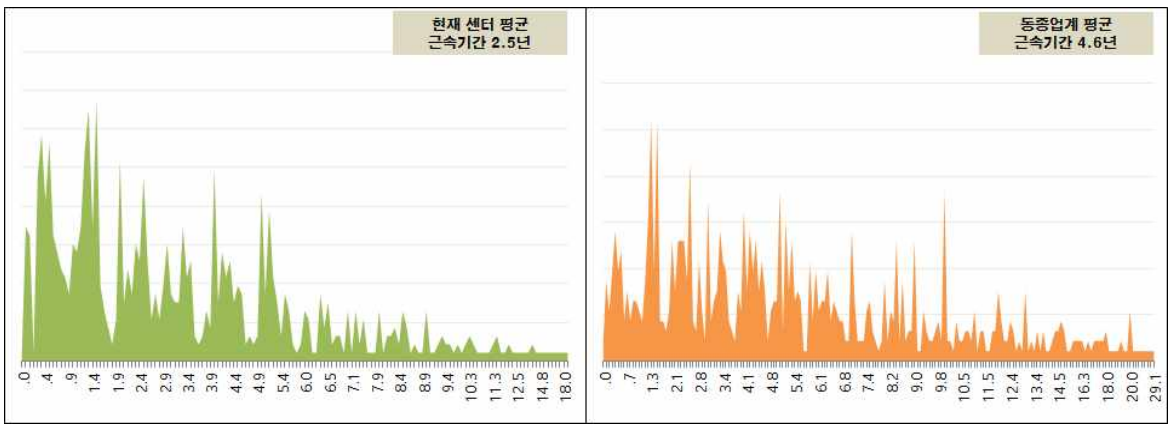
## 나. 노동시장 주요 특징

○ 첫째, 지역정신건강복지센터 조사 표본은 240여 지자체(17개 광역 및 기초) 센터를 대상으로 했다. 지역정신건강복지센터 운영형태별 조사표본은 민간위탁 61.1%, 공공법인위탁 27.9%, 지자체 직영 11% 순이다. 현재 정신건강복지센터 고용형태는 정규직 11.7%, 무기계약직 10.7%, 비정규직 77.6%(기간제 74.5%, 시간제 3.1%)였다. 정신건강복지센터와 같이 지자체 다수 민간위탁에서 정규직과 동일 업무를 수행하는 무기계약이 확산되고 있다는 점이 확인되며, 10명 가운데 7명이 비정규직 고용이라는 것은 공공부문의 민간위탁 심각성을 확인시켜준다.

〔그림5〕 지역정신건강복지센터 운영 및 고용형태 비교




〔그림 6〕 지역정신건강복지센터 조사 표본 노동시장 속성 - 근속기간, 경력기간



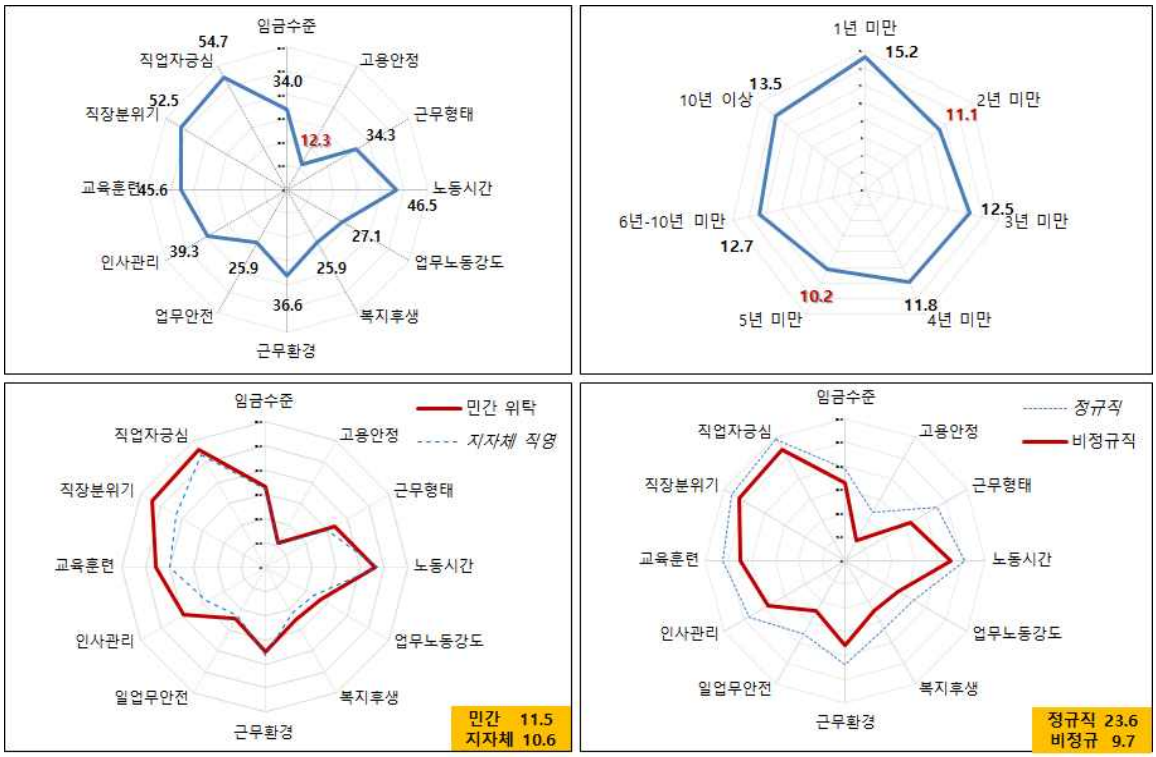

○ 둘째, 조사대상 각 센터 평균 근속기간은 2.5년(2년 미만 39.4%)이고, 동종업계 평균 근속기간은 4.6년(10년 이상 18%)으로 확인된다. 1년 미만 단기 근속자 비율이 10명 중 2명(19.9%)이었고, 10년 이상 장기 근속자 비율은 10명 가운데 0.5명(4.2%)이 채 안 되는 상황이다. 이와 같은 정신건강센터 단기 고용(기간제 계약직)은 전문요원의 고용불안으로 숙련 형성과 시민 서비스 질(보건의료복지 공공성) 하락을 초래하는 요인이 된다.

## 2) 지역정신건강복지센터 직장생활과 노동실태

### (1) 직장생활 - 만족도

○ 정신건강복지센터 직장생활 및 노동환경의 전반적인 상황은 직장생활 만족도(주관적 인식)를 통해서 추정 가능하다. 첫째, 2017년 정신건강복지센터 종사자의 직장생활 만족도는 39.5점으로 매우 낮은 편이며, 직장생활(10개 항목) 중 만족도가 낮은 영역은 △고용안정(12.3점), △일 업무 안전(25점), △업무 노동강도(27.1점), △복리후생(25.9점), △임금수준(34점), △근무형태(34.3점), △근무환경(36.6점), △인사관리(39.3점) 순이다.

〔그림 7〕 지역정신건강복지센터 직장생활 만족도 및 고용안정성(단위: 점수, 0점-100점)




주 : 〔그림〕 우측 상단은 지역정신건강증지센터 근속기간별 고용안정성 점수

〈표 10〉 전국 지역정신건강복지센터 직장생활 만족도 실태 - 운영위탁 및 고용형태

| | 만족 종합 | 임금 수준 | 고용 안정 | 근무 형태 | 노동 시간 | 업무 노동 강도 | 복지 후생 | 근무 환경 | 업무 안전 | 인사 관리 | 교육 훈련 | 직장 분위기 | 직업 자긍심 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 민간 위탁 | 39.3 | 33.1 | 11.5 | 33.6 | 46.0 | 27.2 | 25.3 | 35.2 | 24.7 | 39.6 | 45.6 | 54.5 | 55.6 |
| 공공 법인 | 41.9 | 36.5 | 14.9 | 37.6 | 47.2 | 28.8 | 28.5 | 39.9 | 29.8 | 43.3 | 47.8 | 52.2 | 53.4 |
| 지자체 직영 | 35.5 | 32.1 | 10.6 | 29.9 | 47.3 | 23.5 | 22.3 | 36.8 | 23.3 | 28.2 | 39.7 | 43.1 | 53.2 |
| 정규직 | 47.2 | 38.9 | 23.6 | 45.3 | 51.4 | 33.6 | 33.3 | 44.0 | 35.5 | 47.5 | 52.3 | 56.1 | 59.3 |
| 무기 계약직 | 40.9 | 35.5 | 18.9 | 37.6 | 50.3 | 29.6 | 27.0 | 35.9 | 25.5 | 39.1 | 44.7 | 49.5 | 52.3 |
| 비정 규직 | 38.3 | 33.0 | 9.7 | 32.2 | 45.2 | 25.8 | 24.6 | 35.6 | 24.5 | 38.1 | 44.8 | 52.4 | 54.4 |

〈표 11〉 전국 지역정신건강복지센터 직장생활 만족도 실태 - 주체 속성별

| 직종 | 고용안정성 | 근속기간 | 고용안정성 | 구분 | | 고용안정성 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 사회복지사 | 18.4 | 1년 미만 | 15.2 | 직책 | 팀원 | 12.9 |
| 간호사 | 17.1 | 2년 미만 | 11.1 | | 부서팀장 | 8.5 |
| 정신보건사회복지사 | 10.1 | 3년 미만 | 12.5 | | 상임팀장 | 12.9 |
| 정신보건간호사 | 12.5 | 4년 미만 | 11.8 | | 사무국장 이상 | 11.1 |
| 정신보건임상심리사 | 11.5 | 5년 미만 | 10.2 | 성별 | 여성 | 13.3 |
| 상담심리직 | 5.0 | 6년-10년 미만 | 12.7 | | 남성 | 8.6 |
| 사무관리직 | 18.8 | 10년 이상 | 13.5 | 혼인 상태 | 미혼 | 12.9 |
| 사무복지 겸직 | 16.7 | | | | 기혼 | 11.5 |

〈표 12〉 전국 지역정신건강복지센터 직장생활 만족도 실태 - 지역

| | 만족 종합 | 임금 수준 | 고용 안정 | 근무 형태 | 노동 시간 | 업무 노동 강도 | 복지 후생 | 근무 환경 | 업무 안전 | 인사 관리 | 교육 훈련 | 직장 분위기 | 직업 자긍심 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 36.4 | 37.2 | 7.8 | 27.5 | 43.7 | 24.2 | 25.8 | 31.6 | 22.3 | 34.5 | 43.6 | 50.3 | 51.0 |
| 부산 | 38.1 | 34.3 | 7.6 | 31.3 | 46.4 | 22.9 | 24.7 | 31.3 | 22.9 | 38.6 | 48.8 | 54.6 | 56.1 |
| 대구 | 38.2 | 31.4 | 12.0 | 37.5 | 52.4 | 30.5 | 18.8 | 34.6 | 25.0 | 38.2 | 40.2 | 50.0 | 53.4 |
| 인천 | 35.5 | 27.7 | 11.4 | 29.8 | 43.1 | 21.3 | 29.8 | 34.6 | 18.1 | 41.0 | 40.4 | 48.4 | 48.9 |
| 광주 | 39.4 | 38.4 | 8.5 | 32.3 | 43.5 | 28.7 | 25.8 | 35.4 | 27.0 | 40.2 | 49.1 | 48.6 | 53.9 |
| 대전 | 40.7 | 33.8 | 33.8 | 31.3 | 43.8 | 31.3 | 35.0 | 43.8 | 31.3 | 28.8 | 45.0 | 36.3 | 53.8 |
| 울산 | 43.4 | 36.4 | 18.6 | 42.9 | 53.6 | 32.1 | 27.1 | 37.9 | 30.7 | 42.1 | 46.4 | 53.6 | 55.7 |
| 경기 | 42.1 | 33.2 | 16.5 | 36.8 | 45.8 | 27.1 | 28.6 | 38.9 | 24.2 | 42.6 | 49.1 | 57.7 | 58.1 |
| 충북 | 45.3 | 38.8 | 15.7 | 41.6 | 51.6 | 31.1 | 31.1 | 45.2 | 32.7 | 46.8 | 44.9 | 58.7 | 60.9 |
| 충남 | 43.6 | 34.1 | 19.3 | 39.8 | 45.5 | 25.0 | 26.1 | 44.3 | 42.0 | 42.0 | 48.9 | 55.7 | 56.8 |
| 전북 | 39.7 | 28.1 | 10.8 | 35.8 | 46.9 | 29.2 | 23.5 | 34.2 | 30.4 | 41.0 | 42.3 | 59.2 | 55.4 |
| 전남 | 35.8 | 21.3 | 12.1 | 33.1 | 48.5 | 27.2 | 20.6 | 41.2 | 28.7 | 30.1 | 41.9 | 37.5 | 52.2 |
| 경북 | 37.8 | 30.6 | 9.7 | 38.9 | 48.6 | 23.6 | 19.4 | 43.1 | 26.5 | 33.3 | 52.8 | 43.1 | 51.4 |
| 경남 | 54.5 | 50.0 | 25.0 | 50.0 | 75.0 | 50.0 | 25.0 | 50.0 | 75.0 | 50.0 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| 제주 | 38.1 | 33.7 | 13.5 | 40.4 | 45.0 | 26.9 | 19.2 | 42.3 | 22.1 | 35.6 | 45.2 | 47.1 | 49.0 |
| 강원 | 41.6 | 32.1 | 7.1 | 37.5 | 50.0 | 41.1 | 12.5 | 32.1 | 25.0 | 48.2 | 41.1 | 66.1 | 64.3 |

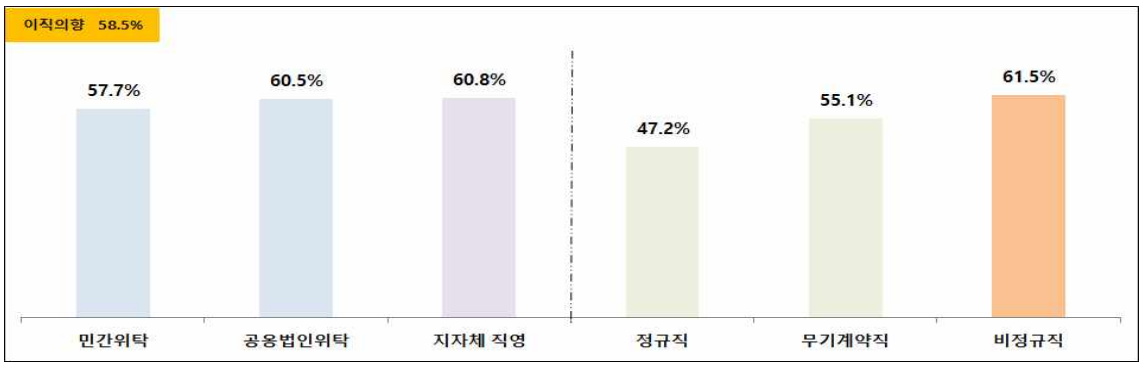
주 ; 직장생활 만족도 점수는 0점에서 100점(중간 값 50점)

○ 셋째, 정신건강복지센터 운영형태별 고용안정성은 ①지자체 직영(10.6점) > ②민간위탁(11.5점) > ③공공법인위탁(14.9점) 순이었고, 고용형태별로 고용안정성은 ▲비정규직(9.7점 : 기간제 9.3점, 시간제 14.6점), ▲무기계약직(18.9점), 정규직(23.6점) 낮았다. 정신건강복지센터 직장생활 만족도 11개 항목 중 고용형태별 격차는 고용안정성 항목의 의견 격차(정규직 ↔ 비정규직 격차 13.9점)가 가장 크게 나타났다.

### (2) 직장생활 - 이직

○ 정신건강복지센터의 고용불안과 낮은 처우 그리고 높은 노동강도는 이직요인 중 하나가 된다. 이와 관련하여 각 센터 노동시장 고용불안 및 이직과 관련해서는 작업환경 요인과 마찬가지로 다소 개선 현상들이 확인되고 있으나, 절대적인 고용의 질이 크게 개선되지는 못한 것으로 보인다.

〔그림 8〕 전국 지역정신건강복지센터 1년 내 의직 의향 - 운영형태, 고용형태(2017)




* 주 : 이직의향 지역 경남 100% 〉 경북 72%〉 제주 73.1% 〉 서울 68.9% 〉 인천 66% 〉 광주 65.2% 〉 대전 65% 〉 전북 60 〉 대구 58.8% 〉 부산 57.3% 〉 울산 54.3% 〉 강원 50% 〉 경기 48.5% 〉 충북 46.2% 〉 충남 45.5%

〈표 13〉 지역정신건강복지센터, 유사 직종 이직 의향 실태 비교

| | 1년 이내 이직 의향 | 이직 이유(1순위) | 동종업계 이직 의향 |
|---|---|---|---|
| 정신건강복지센터(2017) | 58.8%<br>(정규 47.2%, 비정규 61.5%) | 근로여건 불만 62.1%<br>(정규 50%, 비정규 64.5%) | 54.7%<br>(정규 57.6%, 비정규 54.6) |
| 보건의료 노동자(2017) | 57.5% | 근로여건, 노동강도 40.1% | - |
| 사회복지 노동자(2013) | 22.3% | 근로여건 불만 42.3% | 66.2% |

자료 : 1) 사회복지사 노동자 실태조사는 국가인권위원회 2013년 실태조사 원자료(김종진, 한국노동사회연구소)
2) 보건의료 노동자 실태조사는 보건의료노조 2017년 실태조사 원자료

〈표 14〉 지역정신건강복지센터 이직의향 - 운영형태, 고용형태(단위: 명, %)

| | | 이직의향 | | 전체 | | | 이직의향 | | 전체 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 없음 | 있음 | | | | 없음 | 있음 | |
| 민간위탁 | 빈도 | 238 | 325 | 563 | 정규직 | 빈도 | 57 | 51 | 108 |
| | 비율 | 42.3% | 57.7% | 100.0% | | 비율 | 52.8% | 47.2% | 100.0% |
| 공공법인위탁 | 빈도 | 102 | 156 | 258 | 무기계약직 | 빈도 | 44 | 54 | 98 |
| | 비율 | 39.5% | 60.5% | 100.0% | | 비율 | 44.9% | 55.1% | 100.0% |
| 지자체직영 | 빈도 | 40 | 62 | 102 | 비정규직 | 빈도 | 279 | 445 | 724 |
| | 비율 | 39.2% | 60.8% | 100.0% | | 비율 | 38.5% | 61.5% | 100.0% |
| 전체 | 빈도 | 380 | 543 | 923 | 전체 | 빈도 | 380 | 550 | 930 |
| | 비율 | 41.2% | 58.8% | 100.0% | | 비율 | 40.9% | 59.1% | 100.0% |

〈표 15〉 지역정신건강복지센터 및 유사 직종 이직의향 이유 비교(단위: 명, %)

| | 전국 지역정신건강복지센터(2017) | | | | | | | | 전국 사회복지사(2013) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1,2순위 합계 | | 1순위 | | 비정규직 1순위 | | 민간위탁 종사자 1순위 | | 1,2 순위 합계 | 1순위 |
| | 응답 | 비율 | 응답 | 비율 | 응답 | 비율 | 응답 | 비율 | | |
| **근로여건 불만족** | **521** | **45.5** | **362** | **62.1** | **301** | **64.5** | **231** | **66.2** | **32.5** | **42.3** |
| 전공, 지식 적성 맞지 않아 | 40 | 3.5 | 15 | 2.6 | 8 | 1.7 | 9 | 2.6 | 8.4 | 8.9 |
| **직장, 현재 일 전망이 없어** | **187** | **16.3** | **58** | **9.9** | **43** | **9.2** | **33** | **9.5** | **15.8** | **13.0** |
| 직장 내 인간관계 때문에 | 67 | 5.9 | 26 | 4.5 | 20 | 4.3 | 17 | 4.9 | 11.5 | 8.2 |
| 개인, 가족적인 이유 | 52 | 4.5 | 19 | 3.3 | 13 | 2.8 | 4 | 1.1 | 10.2 | 11.7 |
| 일이 임시직 혹은 완료되어 | 29 | 2.5 | 7 | 1.2 | 6 | 1.3 | 2 | 0.6 | 1.9 | 1.8 |
| 계약기간이 끝나서 | 76 | 6.6 | 35 | 6.0 | 32 | 6.9 | 16 | 4.6 | 4.4 | 4.3 |
| 일거리가 없거나 시설 사정 어려워 | 8 | 0.7 | 2 | .3 | 1 | .2 | 2 | 0.6 | 0.3 | |
| 권고사직, 정리해고로 인해 | 12 | 1.0 | 6 | 1.0 | 6 | 1.3 | 6 | 1.7 | 0.2 | 0.2 |
| 직장 휴업, 폐업 등으로 인해 | 11 | 1.0 | 6 | 1.0 | 5 | 1.1 | 4 | 1.1 | 0.3 | 0.4 |
| 기관 특성 문제로 인한 갈등 | 74 | 6.5 | 22 | 3.8 | 17 | 3.6 | 8 | 2.3 | 3.6 | 2.1 |
| 기타 | 68 | 5.9 | 25 | 4.3 | 15 | 3.2 | 17 | 2.3 | 10.9 | 7.3 |
| 합계 | 1145 | 100.0 | 583 | 100.0 | 467 | 100.0 | 349 | 4.9 | 100 | 100.0 |

○ 첫째, 현재의 직장(센터) 고용안정성은 2.4%에 불과했고, 1년 내 이직 의향을 갖고 있었던 응답은 58.8%(정규직 47.2% ↔ 비정규직 61.5%)나 되는 것으로 나타났다. 센터 구성원들의 이직 의향 이유 중 '근로여건 불만족' 응답이 3분의 2(62.1%, 정규직 47.2% ↔ 비정규직 61.5%)나 되는 것으로 확인된다.

○ 둘째, 정신건강복지센터 종사자 이직 문제는 유사 전문직과 비교하면 몇 가지 함의가 있다. 먼저 3교대 근무 사업장인 병원사업장 보건의료 노동자(2017년 57.5%)와 비교할 때는 이직 의향은 비슷한 정도였으나, 사회복지사 이직의향(2013년 22.3%)과 비교할 때는 두 배 정도 높은 상황이다. 특히 센터 구성원들의 이직 요인은 일반 사회복지사(42.3%)보다 20%p 높았다(<표 13>).

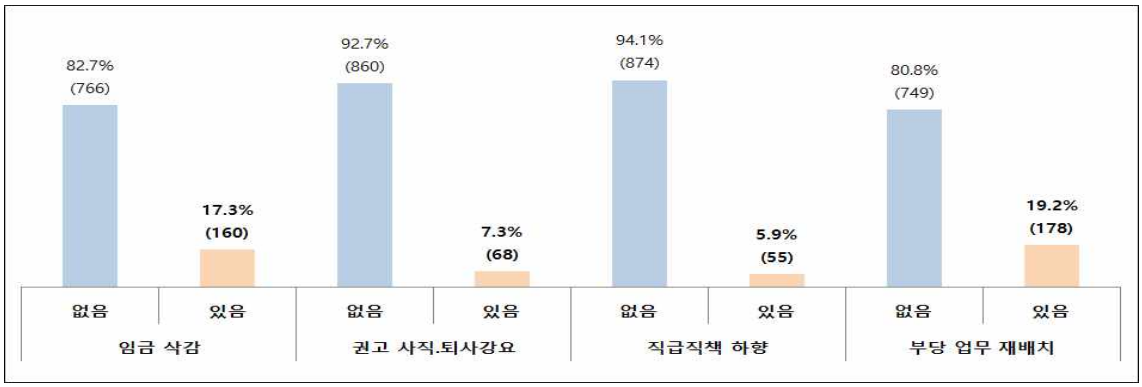
○ 셋째, 정신건강복지센터 이직의향자 중 동종업계로의 이직 의향은 54.7%(정규직 57.6% ↔ 비정규직 54.6%)에 불과하여 일반 사회복지사(66.2%)에 비해 11.5%p나 적었다. 이는 현재의 정신건강복지센터 이직요인 중 '직장과 일의 전망(비전)이 없어서'(16.3%)라는 의견도 노동환경이나 전반적인 운영구조 재검토의 필요성으 보여주는 징표다. 더불어 비정규직은 계약기간 만료 및 일이 임시직 사유(5.2%)라는 점이 정규직 보다 높은 요인이었다(<표 15>).

### (3) 직장생활 - 부당 노동 경험

○ 전국 각 지역에 정신건강복지센터가 설립되었으나 민간위탁으로 대부분 운영되는 과정에서 제도적 보호(입법, 조례, 정책)가 미흡하여 고용불안과 항상적 구조조정 그리고 법률 위반적 성격의 사각지대 현상도 확인된다.

○ 첫째, 지역정신건강복지센터 10명 중 2명은 위탁·재위탁 과정에서 임금삭감(17.3%, 정규직 10.3% ↔ 비정규직 18.3%)이나 부당 업무 재배치(19.2%, 정규직 9.3% ↔ 비정규직 20.8%)를 경험한 것으로 확인된다. 또한 위탁·재위탁 과정에서 권고사직이나 퇴사 강요(7.3%, 정규직 4.7% ↔ 비정규직 8.0%), 직급직책 하향(5.9%, 정규직 3.7% ↔ 비정규직 6.6%) 경험도 있는 것으로 확인된다.

〔그림 8〕 지역정신건강복지센터 직장생활 과정 주요 부당 문제 경험




○ 둘째, 지역정신건강복지센터 노동자들의 임금 삭감 요인은 정부(중앙, 지자체)의 센터 운영이나 임금체계 관련 제도 개편 혹은 직영과 위탁 변경과정에서 고용형태 변경(풀타임 정규직 → 시간제, 시간선택제 공무원)과 같은 정책이나 규정 변경 때문이다(<표 16>).

〈표 16〉 지역정신건강복지센터 임금 하락 변화 요인 검토

| 2014년 | 2015년 | 2016년 | 2017년 |
|---|---|---|---|
| 2013년 보건복지부 기준에서 2014년 서울시사회복지이용시설 지급기준에 준하며, 호봉관리 기준을 포함하여 준용하여 변경<br>상임팀장 2급, 부서팀장, 2,3급 정신보건전문요원 팀원<br>→ 36개월 이하 4급, 이상 3급<br>시간외수당 20시간 인정 | 2015년 사회복지이용시설 기준<br>→ 임금하락 자치구 7개<br><br>12월 사회복귀시설과 임금체계 동일하게 적용 변경 지시<br>→ 3급에서 4급으로의 임금체계 하락됨에도, 일방적 합의지시<br>시간외수당 10시간 인정 | 2016년 사회복지이용시설 기준<br><br>→ 2017년도 임금하락을 합의한다는 조건으로, 2016년도 임금 지급 통보<br><br>→ 상임팀장 중 2급에서 3급으로 조정되어 임금하락자 발생<br>시간외수당 5시간 인정 | 2017년 민간위탁 센터의 직영 전환 과정에서 임금 하락<br><br>→ 서울 5곳 자치구(동작, 용산, 서초, 성북, 강북)가 직영센터의 종사자 신분을 시간제 공무원(1주 35시간) 고용하면서 임금 하락(기존 1주 40시간 근로) |

### (3) 직장생활 - 임금 및 노동조건

○ 첫째, 정신건강복지센터 2017년 6월 말 급여 기준 월 평균 총액 임금은 256만6천원(기본급 233만4천원)이었고, 지자체 직영 직원 월 평균 급여는 247만2천원(기본급 215만5천원 ↔ 민간위탁 총액 261만8천원, 기본급 238만8천원)이었다. 한편 정신건강복지센터 정규직(총액 260만원, 기본급 242만3천원)과 비정규직(총액 256만원, 기본급 232만6천원)의 기본급 격차는 9만7천원으로 확인된다.

〈표 17〉 지역정신건강복지센터 월 평균 임금 비교 - 운영형태, 고용형태(단위: 년, 만원)

| | 근속년수 | 경력년수 | 총액임금 | 기본급 | | 근속년수 | 경력년수 | 총액임금 | 기본급 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 민간위탁 운영 | 3.6 | 6.2 | 261.8 | 238.8 | 정규직 | 3.3 | 6.0 | 260.0 | 242.3 |
| 공공위탁 운영 | 3.0 | 5.3 | 245.5 | 227.4 | 무기 계약직 | 3.4 | 5.6 | 247.4 | 229.6 |
| 지자체 직영운영 | 5.0 | 5.2 | 247.2 | 215.5 | 비정규직 | 3.6 | 5.9 | 256.0 | 232.6 |
| 전체 | 3.6 | 5.9 | 255.6 | 233.4 | 여성 | 3.6 | 6.0 | 253.8 | 232.4 |
| | | | | | 남성 | 2.9 | 5.0 | 260.8 | 236.3 |

〈표 18〉 지역정신건강복지센터 월 평균 임금 비교 - 지역별(단위: 년, 만원)

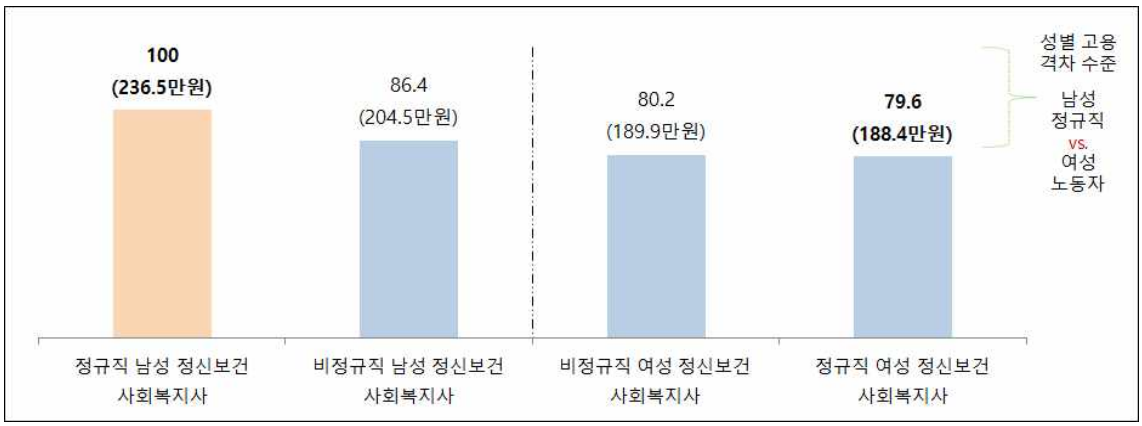
| 지역 | 근속년수 | 경력년수 | 총액임금 | 기본급 | 지역 | 근속년수 | 경력년수 | 총액임금 | 기본급 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 3.8 | 6.3 | 293.9 | 214.4 | 충북 | 3.1 | 4.5 | 237.5 | 236.3 |
| 부산 | 3.3 | 6.2 | 264.0 | 245.2 | 충남 | 4.1 | 6.0 | 246.5 | 228.7 |
| 대구 | 3.1 | 4.8 | 226.2 | 228.0 | 전북 | 3.2 | 5.3 | 234.2 | 227.6 |
| 인천 | 3.4 | 5.2 | 239.9 | 233.3 | 전남 | 3.6 | 5.0 | 218.0 | 217.0 |
| 광주 | 3.6 | 6.2 | 259.7 | 249.4 | 경북 | 8.1 | 5.8 | 231.9 | 230.1 |
| 대전 | 3.4 | 6.9 | 254.6 | 248.7 | 경남 | 1.0 | 1.0 | 190.0 | 208.0 |
| 울산 | 3.6 | 6.2 | 253.8 | 246.1 | 제주 | 2.5 | 4.0 | 246.8 | 225.3 |
| 경기 | 3.7 | 6.7 | 251.1 | 241.1 | 강원 | 3.3 | 6.1 | 263.1 | 265.1 |

○ 둘째, 정신건강복지센터 2017년 6월 말 급여 준 월 평균 총액임금은 지역간 격차도 확인된다. 표본이 작은 경남을 제외하면 센터 종사자 중 임금이 가장 높은 서울(총액 293만원)과 전남(총액 218만원)의 격차는 약 76만원 수준이다. 기본급 지역간 격차는 가장 높은 광주(249만원)와 서울(214만원)이 35만원 수준 차이가 있다.

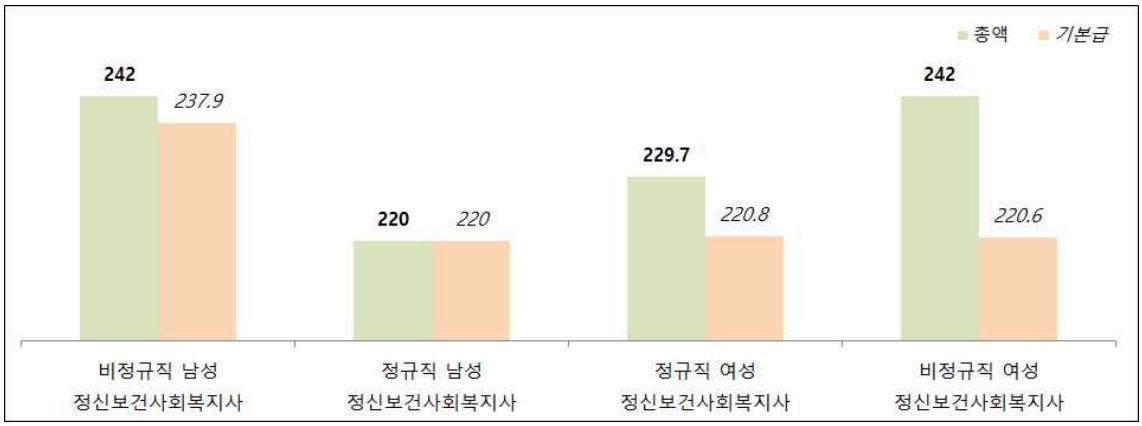
〈표 19〉 지역정신건강복지센터 월 평균 임금 비교 - 1년차 직원 기준(단위: 년, 만원)

| | 총액임금 | 기본급 | 직종 | 총액임금 | 기본급 |
|---|---|---|---|---|---|
| 민간위탁운영 | 214.9 | 197.8 | 사회복지사 | 182.9 | 179.4 |
| 공공위탁운영 | 211.5 | 193.6 | 간호사 | 190.6 | 182.5 |
| 지자체직영운영 | 231.1 | 192.5 | 정신보건사회복지사 | 224.0 | 197.3 |
| 정규직 | 212.7 | 188.3 | 정신보건간호사 | 253.8 | 225.1 |
| 무기계약직 | 232.4 | 211.2 | 정신보건임상심리사 | 208.4 | 198.3 |
| 비정규직 | 212.7 | 194.6 | 상담심리직 | 206.0 | 181.0 |
| 여성 | 215.9 | 193.2 | 사무관리직 | 130.0 | 150.0 |
| 남성 | 212.0 | 205.3 | 사무복지 겸직 | 190.5 | 198.5 |
| 전체 | 215.0 | 196.0 | 전체 | 214.9 | 195.9 |

〔그림 9〕 지역정신건강복지센터 기본급 임금 비교 - 1년차 고용-성별




〔그림 10〕 지역정신건강복지센터 기본급 임금 비교 - 3년차 고용-성별(단위: 년, 만원)




○ 셋째, 정신건강복지센터 직종간 임금격차를 확인하기 위해 1년차 기준 직원만을 대상으로 2017년 6월 말 급여 월 평균 총액 임금은 214만9천원(기본급 195만9천원)이었다. 센터 직종별 정신보건사회복지사 월 평균 임금은 224만원(기본급 197.3만원)이었으며, 정신보건간호사 월 평균 임금은 253만8천원(기본급 225만1천원)이었다. 한편 센터 내부 직종 중 사무관리직(기본급 150만원)과 정신보건 간호사 직종 간 임금 격차는 75만원 수준이다.

〈표 20〉 지역정신건강복지센터 월 평균 임금 비교 - 1년차 고용-성별-직종(단위: 년, 만원)

| 고용구분 | 성별 | 직종 | 총액임금 | 기본급 |
|---|---|---|---|---|
| 정규직 | 여성 | 사회복지사 | 185.0 | 181.0 |
| | | 간호사 | 83.0 | 83.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 217.4 | 188.4 |
| | | 계 | 204.5 | 179.7 |
| | 남성 | 정신보건사회복지사 | 259.5 | 236.5 |
| | | 계 | 259.5 | 236.5 |
| | 계 | 사회복지사 | 185.0 | 181.0 |
| | | 간호사 | 83.0 | 83.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 223.8 | 195.8 |
| | | 계 | 211.9 | 187.3 |
| 무기계약직 | 여성 | 사회복지사 | 180.0 | 180.0 |
| | | 간호사 | 191.0 | 187.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 232.0 | 200.8 |
| | | 정신보건간호사 | 250.2 | 221.8 |
| | | 정신보건임상심리사 | 197.0 | 193.0 |
| | | 사무복지 겸직 | 171.0 | 187.0 |
| | | 계 | 226.7 | 205.5 |
| | 남성 | 사회복지사 | 200.0 | 180.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 261.8 | 240.5 |
| | | 계 | 249.4 | 228.4 |
| | 계 | 사회복지사 | 190.0 | 180.0 |
| | | 간호사 | 191.0 | 187.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 245.2 | 218.4 |
| | | 정신보건간호사 | 250.2 | 221.8 |
| | | 정신보건임상심리사 | 197.0 | 193.0 |
| | | 사무복지 겸직 | 171.0 | 187.0 |
| | | 계 | 232.4 | 211.2 |
| 비정규직 | 여성 | 사회복지사 | 186.8 | 178.8 |
| | | 간호사 | 201.3 | 192.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 224.0 | 189.9 |
| | | 정신보건간호사 | 255.2 | 226.5 |
| | | 정신보건임상심리사 | 208.0 | 195.0 |
| | | 상담심리직 | 206.0 | 181.0 |
| | | 사무관리직 | 130.0 | 150.0 |
| | | 사무복지 겸직 | 210.0 | 210.0 |
| | | 계 | 215.6 | 193.0 |
| | 남성 | 사회복지사 | 171.1 | 181.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 215.5 | 204.5 |
| | | 정신보건임상심리사 | 215.5 | 207.7 |
| | | 계 | 203.4 | 199.7 |
| | 계 | 사회복지사 | 182.4 | 179.3 |
| | | 간호사 | 201.3 | 192.0 |
| | | 정신보건사회복지사 | 221.2 | 194.8 |
| | | 정신보건간호사 | 255.2 | 226.5 |
| | | 정신보건임상심리사 | 209.5 | 198.8 |
| | | 상담심리직 | 206.0 | 181.0 |
| | | 사무관리직 | 130.0 | 150.0 |
| | | 사무복지 겸직 | 210.0 | 210.0 |
| | | 계 | 212.7 | 194.6 |

○ 넷째, 정신건강복지센터 '동일노동 동일임금' 차별실태를 확인하기 위해 고용형태와 성별 동일 직군(정신보건사회복지사 1년차 직원) 임금을 비교 했더니, 남성 정규직(100)을 기준으로 할 때 남성 비정규직은 86.4, 여성 비정규직과 정규직은 80 수준이었다. 결국 정신건강복지센터 차별은 성별 임금 차별이 더 크게 존재하는 것이다([그림 9]).

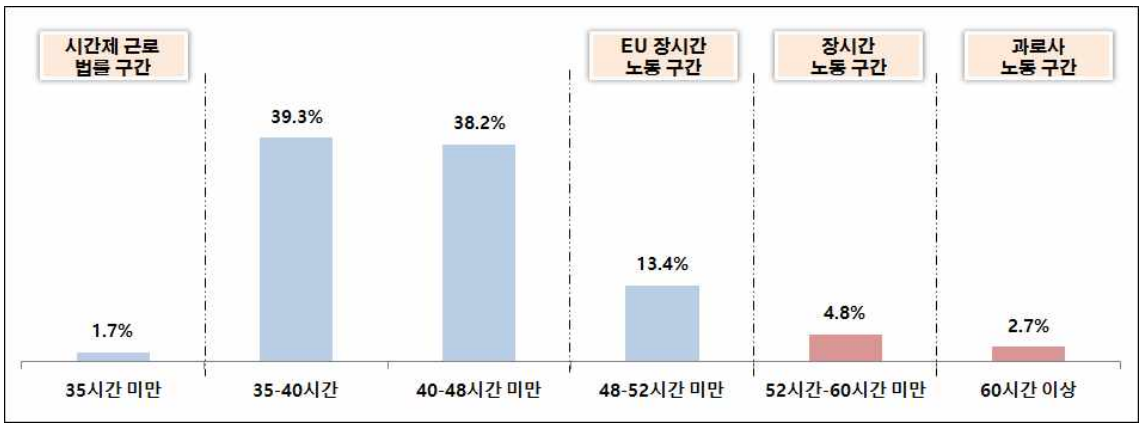
○ 다섯째, 정신건강복지센터 무기계약직 여성은 6개 직무이나, 남성은 2개 직무로, 정신건강복지센터 비정규직 여성은 8개 직무이나, 남성은 3개 직무로 확인되어 전반적으로 정신건강복지센터 채용구조에서 간접차별의 징후가 확인된다(<표 20>). 실제 노동시장에서 임금격차는 대기업과 중소기업간 규모의 차이와 정규직과 비정규직의 고용형태만이 아니라, 성별 임금격차도 주요 요인이다.

### (4) 직장생활 - 노동시간

○ 첫째, 정신건강복지센터 노동자의 주당 평균 노동시간은 43.8시간이며, 1일 근로시간은 8.6시간이었다. 정신건강복지센터 하루 근무 시간 중 휴게시간은 58.9분이었다. 문제는 정규직(43시간)과 비정규직(43.9시간)간 1주일 노동시간은 거의 차이가 없었고, 오히려 비정규직 노동시간이 0.9시간 많았다.

○ 둘째, 정신건강복지센터 노동자의 주당 평균 노동시장 중 52시간 이상 장시간 노동비율이 7.5% 정도였고, 장시간 노동자 중 과로노동(1주 60시간 이상) 비율이 2.7%였다. 다만 지자체 직영은 시간선택제 활용으로 1주 노동시간(41.7시간)이 민간위탁(44.1시간)에 비해 2.4시간 가량 짧았다.

〔그림 11〕 지역정신건강복지센터 1주일 노동시간 분포




〈표 21〉 지역정신건강복지센터 노동시간 - 각 속성별(단위: 시간, 분)

| | 1일 근무시간 | 1주 근무시간 | 1일 휴게시간 | 직종 | 1일 근무시간 | 1주 근무시간 | 1일 휴게시간 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 합계 | 8.6 | 43.8 | 58.9 | 사회복지사 | 8.5 | 43.3 | 60.3 |
| 민간위탁 | 8.6 | 44.1 | 58.2 | 간호사 | 8.2 | 43.6 | 59.7 |
| 공공위탁 | 8.6 | 43.8 | 60.1 | 정신보건사회복지사 | 8.6 | 43.8 | 59.5 |
| 지자체직영 | 8.1 | 41.7 | 59.3 | 정신보건간호사 | 8.5 | 43.8 | 56.0 |
| 정규직 | 8.3 | 43.0 | 60.2 | 정신보건임상심리사 | 8.7 | 45.4 | 58.7 |
| 무기계약직 | 8.5 | 43.3 | 55.8 | 상담심리직 | 8.8 | 43.4 | 67.5 |
| 비정규직 | 8.6 | 43.9 | 59.1 | 사무관리직 | 8.4 | 42.1 | 56.3 |
| 여성 | 8.6 | 43.6 | 58.4 | 사무복지 겸직 | 8.4 | 43.4 | 60.0 |
| 남성 | 8.6 | 44.3 | 60.5 | | | | |

〈표 22〉 지역정신건강복지센터 노동시간 - 각 지역별(단위: 시간, 분)

| 지역 | 1일 근무시간 | 1주 근무시간 | 1이 휴게시간 | 지역 | 1일 근무시간 | 1주 근무시간 | 1일 휴게시간 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 8.7 | 44.0 | 60.2 | 충북 | 8.4 | 42.8 | 62.9 |
| 부산 | 8.9 | 45.2 | 57.7 | 충남 | 8.6 | 43.2 | 60.0 |
| 대구 | 8.1 | 42.7 | 57.9 | 전북 | 8.6 | 44.1 | 57.6 |
| 인천 | 8.3 | 42.7 | 59.1 | 전남 | 8.6 | 42.6 | 59.4 |
| 광주 | 8.5 | 43.7 | 59.2 | 경북 | 8.8 | 43.6 | 56.1 |
| 대전 | 8.5 | 42.3 | 61.0 | 경남 | 8.3 | 42.0 | 60.0 |
| 울산 | 8.3 | 43.7 | 58.6 | 제주 | 8.9 | 46.7 | 56.3 |
| 경기 | 8.6 | 43.7 | 56.5 | 강원 | 8.6 | 46.4 | 62.1 |

○ 셋째, 정신건강복지센터 지역별 노동시간은 16개 광역지자체 기준 5곳(제주, 강원, 서울, 부산)이 1주일 45시간 이상 노동을 하는 곳으로 확인된다. 각 지역의 설문조사 표본의 평균 노

동시간이라는 점을 고려하면 주요 사업장별로 지자체나 센터 행사(주말)나 미사용 연차 등을 고려하면 '숨겨진 노동시간'은 더 있을 것으로 보인다.

**〔참조〕 서울지역 정신건강복지센터 사례관리 현황(2016)**

| 자치구명 | 등록회원 현황 | 직원 수 | 사례관리 현황 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 사례관리 수행 인력 수 | 1인당 평균 사례관리 회원 수 |
| A구 | 663 | 13 | 10 | 66.3 |
| B구 | 711 | 11 | 10 | 71.1 |
| C구 | 549 | 10 | 5 | 109.8 |
| D구 | 385 | 9 | 4 | 90.0 |
| E구 | 476 | 12 | 10 | 47.6 |
| 5개 평균 | 556.8 | 55 | 5 | 76.96 |

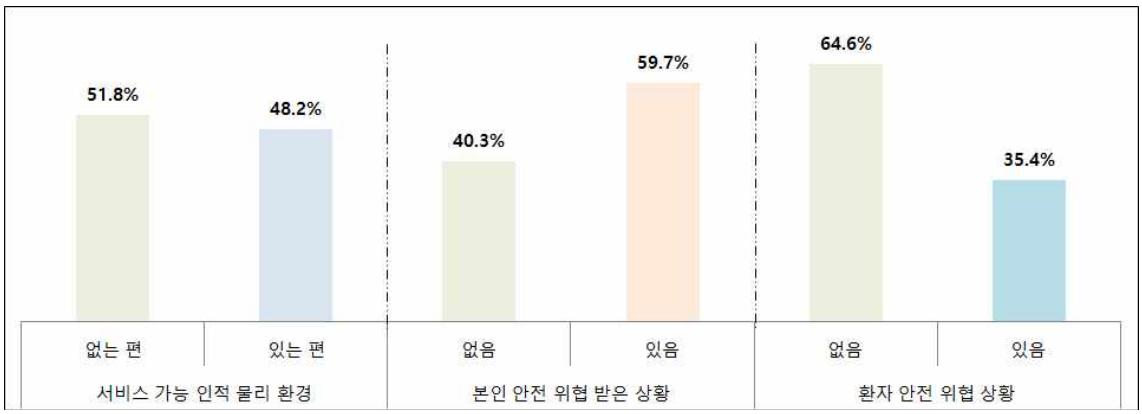
○ 넷째, 현재 정신건강복지센터 노동자의 하루 업무 수행 과정 중 잠시 짬을 낼 여유시간(휴게시간)이 상대적으로 부족한 것으로 판단된다. 이는 지난 몇 년 사이 정신건강복지센터 업무가 증가했기 때문으로 유추된다. 2016년 4월 서울지역 기준으로 각 센터 전문요원 1인당 사례관리 수행인원은 5명이고, 1인당 평균 사례 관리 수는 77명 남짓 정도로 추정된다. 이는 현재 보건복지부의 일반적 사례관리 관행적 규정 3분의 2 수준의 인력으로 각 센터 내 증가하는 업무와 프로그램 대비 절대 인력 자체가 부족한 것을 보여주는 사례다.

### (5) 작업장 안건 및 보호 - 폭언폭행과 감정노동

○ 지역정신건강복지센터 가장 큰 문제 중 하나는 업무 수행 과정의 안전과 건강상의 위해 환경이다. 무엇보다 클라이언트와 보호자(가족)으로부터 전문요원들이 무방비한 상태로 업무를 수행하고 있고, 일 자체가 정신건강, 사례관리 업무이기 때문에 감정노동 수행 비중도 높은 편이다(김종진, 2016).

○ 첫째, 2017년 설문조사 결과 환자, 본인, 사례관리 등 전반적인 작업환경과 업무 수행과정 상 위험한 상황에 노출되어 있다. 지난 6개월 동안 사례관리 위협 혹은 가정방문 중 클라이언트나 가족으로부터 △본인 안전이 위협받은 상황 59.7%(월평균 1.7회) △대상자(환자)의 안전이 위협 받은 상황은 35.5%(월 평균 1.9회)나 된다.

〔그림 12〕 지역정신건강복지센터 업무 환경 및 작업안전 문제




〈표 23〉 지역정신건강복지센터 업무 수행 과정 위험 경험(단위: 월 평균, 회수)

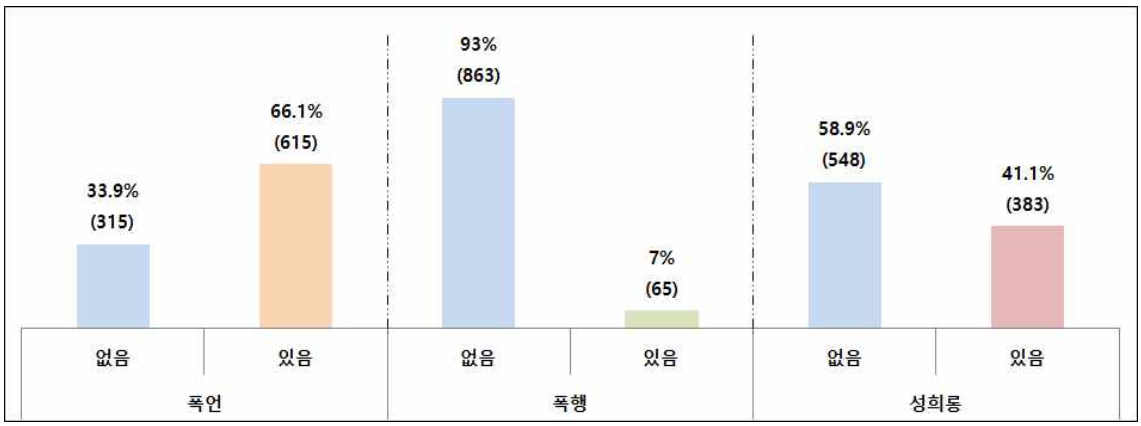
| 운영형태 | 인적 물적 환경 (유) | 업무 수행 과정 위험성 | | | | 고용구분 | 인적 물적 환경 (유) | 업무 수행 과정 위험성 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 본인경험 회수 | | 대상자 경험 회수 | | | | 본인 경험 회수 | | 대상자 경험 회수 | |
| | | 유경험 | 회수 | 유검험 | 회수 | | | 유경험 | 회수 | 유경험 | 회수 |
| 민간위탁 | 48.5 | 42.8 | 1.7 | 37.8 | 1.9 | 정규직 | 59.2 | 23.1 | 1.3 | 31.4 | 1.7 |
| 공공위탁 | 55.2 | 33.3 | 1.6 | 28.5 | 2.1 | 무기계약직 | 43.4 | 44.4 | 1.5 | 40.8 | 1.8 |
| 지자체직영 | 49.0 | 43.6 | 1.7 | 40.0 | 1.8 | 비정규직 | 47.3 | 42.1 | 1.7 | 35.4 | 1.9 |
| 계 | 48.2 | 40.3 | 1.7 | 35.4 | 1.9 | 계 | 48.2 | 40.2 | 1.6 | 35.5 | 1.9 |

〈표 24〉 지역정신건강복지센터 업무 수행 과정 위험 경험(단위: 월 평균, 회수)

| 지역 | 본인 위험 회수 | 대상자 위험 회수 | 지역 | 본인 위험 회수 | 대상자 위험 회수 |
|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 1.7 | 2.1 | 충북 | 1.3 | 1.3 |
| 부산 | 2.0 | 2.1 | 충남 | 1.1 | 1.3 |
| 대구 | 1.2 | 2.3 | 전북 | 2.2 | 2.2 |
| 인천 | 1.9 | 2.5 | 전남 | 1.6 | 1.5 |
| 광주 | 1.6 | 1.9 | 경북 | 1.6 | 2.3 |
| 대전 | 1.5 | 3.1 | 경남 | | 4.0 |
| 울산 | 1.6 | 1.8 | 제주 | 1.5 | 1.7 |
| 경기 | 1.6 | 1.6 | 강원 | 1.6 | 1.3 |

○ 둘째, 지난 6개월 동안 사례관리 위협 혹은 가정방문 중 클라이언트나 가족으로부터 위험은 정규직에 비해 비정규직이 더 높은 위험에 노출된 것으로 확인된다. 정신건강복지센터 비정규직은 △본인 안전이 위협받은 상황 42.1%(월평균 1.7회 ↔ 정규직 23.1%, 월 평균 1.3회) △대상자(환자)의 안전이 위협 받은 상황은 35.4%(월 평균 1.9회 ↔ 정규직 31.4%, 월 평균 1.7회)나 된다.

〔그림 13〕 지역정신건강복지센터 업무 수행 도중 불쾌한 언행 경험 비율(2017.1-6)




○ 셋째, 정신건강복지센터 종사자들은 지난 6개월 사이 업무 수행 도중 작업환경 위해요인으로 꼽히는 폭언은 66.1%(정규직 61.1% ↔ 비정규직 67.7%), 폭행은 7%(정규직 6.5% ↔ 비정규직 7.5%), 성희롱은 41.1%(정규직 37% ↔ 비정규직 414%) 경험한 것으로 확인된다. 폭행은 객관적, 명시적으로 사실관계가 확인 가능한 현상이나, 폭언과 성희롱은 업무 성격(1인 상담, 사례관리)상 잘 드러나지 않기에, 각 센터와 비정규직의 감정노동 상황은 매우 심각한 수준으로 판단된다.

### (6) 작업장 건강 - 건강

○ 정신건강복지센터 노동자 인력부족으로 인한 건강상태를 판단하기 위해 지난 6개월 사이 아파서 출근을 하지 못한 상황을 조사했다. 일반적으로 직업의학 분야에서 사용하는 '업센티즘(Absenteeism) '과 '프리젠티즘(Presenteeism)'으로 조사 질문을 했다.

○ 첫째, 정신건강복지센터 노동자가 일하다 몸이 아파 결근한 응답(업센티즘)은 31.7%(평균 3.1일, 3일 이상 비율 27.6%)였고, 몸이 아픔에도 나와서 일을 한 출근한 응답(프리젠티즘)은 57.8%(평균 5일, 3일 이상 비율 61.4% )였다. 결국 결근에 비해 출근 비율이 26.1%p로 센터의 인력부족 현상을 간접적으로 확인시켜 준다.

〈표 25〉 지역정신건강복지센터 프리젠티즘과 업센티즘 실태 비교

| 업센티즘(Absenteeism) : 결근 | | | | | | | 프리젠티즘(Presenteeism) : 출근 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 빈도 | 비율(%) | 결근일 | 일수 | 빈도 | 비율(%) | | 빈도 | 비율(%) | 결근일 | 일수 | 빈도 | 비율(%) |
| 없음 | 635 | 68.3 | | | | | 없음 | 390 | 42.2 | | | | |
| 있음 | 295 | 31.7 | 3.1 | 3일 이상 | 79 | 27.6 | 있음 | 534 | 57.8 | 5.0 | 3일 이상 | 320 | 61.4 |
| | | | | 3일 미만 | 207 | 72.4 | | | | | 3일 미만 | 201 | 38.6 |
| 계 | 930 | 100 | | 계 | 286 | 100 | 계 | 924 | 100 | | 계 | 521 | 100.0 |

주 : 1) 업센티즘(Absenteeism) 지난 6개월 동안 몸이 아파 출근하지 못한 경험
2) 프리젠티즘(Presenteeism) 지난 6개월 동안 몸이 아픈데도 나와서 일을 한 경험

〈표 26〉 지역정신건강복지센터 프리젠티즘과 업센티즘 실태 비교

| 운영형태별 비교 | | | | | 고용형태별 비교 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 업센티즘 | 회수 | 프리젠티즘 | 회수 | | 업센티즘 | 회수 | 프리젠티즘 | 회수 |
| 민간위탁 | 33.9% | 3.2 | 60.8% | 5.2 | 정규직 | 28.7% | 2.4 | 50.0 | 4.6 |
| 공공법인 위탁 | 26.7% | 2.6 | 53.7% | 4.2 | 무기 계약직 | 33.3% | 2.3 | 58.8% | 4.8 |
| 지자체 직영 | 31.4% | 3.5 | 52.5% | 5.9 | 비정규직 | 32.0% | 3.3 | 58.8% | 5.1 |
| 계 | 31.6% | 3.1 | 57.9% | 5.0 | 계 | 31.7% | 3.1 | 57.8% | 5.0 |

○ 둘째, 정신건강복지센터 비정규직 노동자가 일하다 몸이 아파 결근한 응답(업센티즘)은 32%(평균 3.3일 ↔ 정규직 28.7%, 4.6일)이었고, 몸이 아픔에도 나와서 일을 한 출근한 응답(프리젠티즘)은 58.8%(평균 5.1일 ↔ 정규직 50%, 4.6일)였다. 결국 결근에 비해 출근 비율이 26.8%p로 센터 인력부족 현상은 비정규직에게 더 가혹한 현실임을 간접적으로 확인시켜 준다.

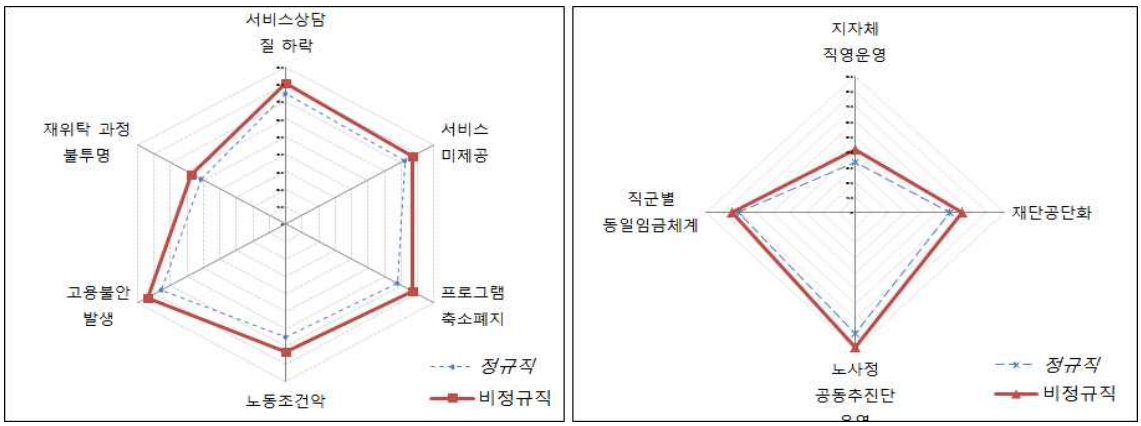
〈표 27〉 지역정신건강복지센터 프리젠티즘과 업센티즘 유경험 회수

| 지역 | 업센티즘 회수 | 프리젠티즘 회수 | 지역 | 업센티즘 회수 | 프리젠티즘 회수 |
|---|---|---|---|---|---|
| 서울 | 3.8 | 4.7 | 충북 | 3.7 | 3.5 |
| 부산 | 2.0 | 4.5 | 충남 | 10.4 | 4.8 |
| 대구 | 1.4 | 4.1 | 전북 | 2.5 | 6.6 |
| 인천 | 3.4 | 6.5 | 전남 | 6.4 | 4.9 |
| 광주 | 3.0 | 4.7 | 경북 | 1.8 | 6.1 |
| 대전 | 2.7 | 6.1 | 경남 | 1.0 | |
| 울산 | 2.7 | 6.3 | 제주 | 1.1 | 7.0 |
| 경기 | 2.3 | 4.7 | 강원 | 3.0 | 2.4 |

### (7) 센터 운영 및 제도

○ 지역정신건강복지센터의 다양한 조직운영 및 노동문제(기관 위탁 운영, 인력부족과 업무, 고용불안과 노동조건, 작업환경, 안전과 건강 등)는 시민의 정신건강서비스 제공에 부정적 영향을 초래할 요인들이다. 이를 위해서는 현재의 운영구조와 고용 및 노동조건 해결 방안을 모색해야 한다. 2017년 7월 전국의 센터 노동자들을 대상으로 △상담서비스 및 프로그램 △고용 및 노동조건 △센터 운영형태 3가지 항목을 중심으로 의견조사를 실시했다.

〔그림 14〕 지역정신건강복지센터 위탁·재위탁 문제와 정책 의견 - 서비스, 노동, 과정




○ 첫째, 현재 각 센터 위탁·재위탁 문제는 △기관 위탁·직영 운영형태에서 서비스 질이 하락(79.8점 ↔ 비정규직 80.7점) △인력부족으로 서비스·상담 미제공(76.1점 ↔ 비정규직 76.9점) △위탁 변경과정에서 센터 프로그램 축소 또는 폐지(75.7점 ↔ 비정규직 77.3점) 등이 확인되고 있다.

○ 둘째, 현재 각 센터 구성원들이 인식하는 위탁·재위탁으로 인한 노동 문제는 △위탁·재위탁과정에서 고용불안 발생(82.3점 ↔ 비정규직 84.1점) △운영형태에서 임금 및 근로조건 부정적 영향(71.4점 ↔ 비정규직 84.1점) △재위탁 과정의 불투명성(56.3점 ↔ 비정규직 57.2점) 순으로 나타났다.

○ 셋째, 현재 각 센터 구성원들이 인식하는 위탁운영 형태의 제도개선 의견으로는 클라이언트와 시민의 서비스와 공공성을 위한 새로운 운영방식 모색 필요성은 지자체 직영운영(41.7점)보다 재단·공단 운영(63.3점)이 상대적으로 높았다. 지역정신건강복지센터의 새로운 제도적 대안적 운영형태로 지자체 직영보다 지자체 산하 공공기관을 문제 해결의 방안으로 인식하고 있는 것이다.[6)]

〈표 26〉 지역정신건강복지센터 위탁·재위탁 과정의 문제점 의견(단위: 점수)

| | 센터 서비스, 프로그램 문제 | | | 위탁, 재위탁 과정 문제 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 인력부족 서비스 상담 질 하락 | 서비스 미제공 | 프로그램 축소 폐지 | 노동조건 악화 | 고용불안 발생 | 재위탁 과정 불투명 |
| 민간위탁운영 | 81.7 | 77.6 | 76.5 | 71.7 | 82.5 | 55.8 |
| 공공위탁운영 | 76.4 | 72.0 | 74.5 | 72.0 | 81.5 | 54.5 |
| 지자체직영운영 | 77.7 | 77.5 | 73.8 | 68.4 | 82.6 | 62.9 |
| 정규직 | 75.0 | 72.5 | 68.2 | 64.4 | 75.2 | 51.2 |
| 무기계약직 | 78.0 | 74.0 | 72.5 | 69.2 | 77.0 | 54.6 |
| 비정규직 | 80.7 | 76.9 | 77.3 | 72.8 | 84.1 | 57.2 |
| 전체 | 79.8 | 76.1 | 75.7 | 71.4 | 82.3 | 56.3 |

6) 정신건강복지센터 노동자들이 지자체 직영보다 재단이나 공단을 선호하는 이유는 지자체 센터 운영의 불확실성(단체장 변경, 낮은 노동조건 변화, 공무원 및 보건소 책임자의 전문성 부족 등) 때문이다.

〈표 27〉 지역정신건강복지센터 직영-정규직화, 정책대안 모색 의견(단위: 점수)

| | 센터 운영 직영화 방식 | | 정책 대안 모색 | |
|---|---|---|---|---|
| | 지자체 직영 운영 | 재단 공단화 | 노사정 공동추진단 TF 운영 모색 | 직군별 동일 임금체계 |
| 민간위탁 | 38.3 | 64.1 | 87.7 | 73.4 |
| 공공법인 위탁 | 43.1 | 60.6 | 86.7 | 74.4 |
| 지자체 직영 | 47.8 | 64.1 | 87.4 | 71.5 |
| 정규직 | 33.1 | 57.2 | 79.6 | 70.6 |
| 무기계약직 | 40.7 | 57.8 | 87.4 | 71.9 |
| 비정규직 | 41.7 | 64.9 | 88.6 | 74.2 |
| 전체 | 40.6 | 63.3 | 87.4 | 73.6 |

○ 넷째, 현재 각 센터 노동자들은 향후 정신건강복지센터의 운영방식, 정규직 문제, 노동조건 개선 등을 위해 정부, 협회, 노동단체 및 전문가 등이 공공 추진단을 구성하여 단기·중강기적인 발전방향을 모색하는 것에 높은 의견(87.4점 ↔ 비정규직 88.6점)을 보이고 있다. 또한 센터 설립부터 현재까지 각 지역(광역, 기초)에서 자의적으로 임금이 설정되어 동일노동 동일임금의 차별이나 격차 해소 등의 방안을 위한 '직군별 동일임금체계'마련에도 긍정적 의견(73.6점 ↔ 비정규직 74.2점)이 많았다.

〈표 28〉 지역정신건강복지센터 위탁운영, 서비스, 고용, 정책 방향 의견 - 지역(단위: 100점 만점 기준)

| | 서비스, 프로그램 문제 | | | 위탁, 재위탁 과정 문제 | | | 센터 운영 직영화 방식 | | 정책 대안 모색 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 인력부족 서비스상담 질 하락 | 서비스 미제공 | 프로그램 축소폐지 경험 | 노동조건 악화 | 고용불안 발생 | 위탁과정 불투명 | 지자체 직영운연 | 재단 공단화 | 노사정 공동추진단 TF 운영 모색 | 직군별 동일 임금체계 |
| 서울 | 84.1 | 79.4 | 85.6 | 73.5 | 88.5 | 62.2 | 33.3 | 70.9 | 91.3 | 72.1 |
| 부산 | 83.8 | 78.9 | 79.2 | 77.1 | 85.8 | 60.5 | 43.0 | 75.3 | 88.9 | 78.9 |
| 대구 | 81.7 | 75.0 | 77.9 | 74.5 | 86.1 | 51.0 | 49.0 | 62.7 | 86.5 | 67.6 |
| 인천 | 88.3 | 80.9 | 79.3 | 76.1 | 86.2 | 62.8 | 36.2 | 55.3 | 82.4 | 72.3 |
| 광주 | 74.7 | 62.6 | 71.6 | 71.1 | 84.1 | 56.0 | 53.1 | 71.6 | 88.2 | 75.9 |
| 대전 | 78.8 | 76.3 | 68.8 | 65.0 | 75.0 | 51.3 | 18.8 | 48.8 | 82.5 | 73.8 |
| 울산 | 82.1 | 80.7 | 74.3 | 74.3 | 74.3 | 61.4 | 32.1 | 60.0 | 84.3 | 69.3 |
| 경기 | 77.6 | 76.1 | 73.3 | 66.7 | 79.8 | 49.8 | 34.1 | 57.6 | 86.8 | 73.2 |
| 충북 | 70.8 | 75.3 | 67.3 | 60.9 | 71.2 | 45.8 | 37.2 | 55.1 | 83.3 | 75.6 |
| 충남 | 80.7 | 76.1 | 80.7 | 69.3 | 76.1 | 51.2 | 39.3 | 55.7 | 92.0 | 72.6 |
| 전북 | 81.2 | 82.7 | 75.8 | 79.6 | 83.1 | 62.7 | 61.2 | 68.1 | 89.2 | 76.2 |
| 전남 | 72.1 | 72.1 | 52.2 | 59.6 | 70.5 | 50.0 | 45.6 | 58.1 | 83.3 | 76.5 |
| 경북 | 87.5 | 81.9 | 68.1 | 66.7 | 86.1 | 52.9 | 48.6 | 59.7 | 83.3 | 80.6 |
| 경남 | 75.0 | 75.0 | 75.0 | 50.0 | 50.0 | 50.0 | .0 | .0 | 75.0 | 75.0 |
| 제주 | 74.0 | 61.5 | 73.1 | 79.8 | 81.7 | 61.5 | 55.8 | 55.8 | 83.7 | 62.5 |
| 강원 | 80.4 | 80.4 | 85.7 | 89.3 | 94.6 | 67.9 | 30.4 | 33.9 | 96.4 | 69.6 |

## Ⅴ. 맺음말 - 요약 및 토론

### ✔ 첫째, 정신건강복지센터 비정규직의 고용불안, 차별 개선 필요

○ 2017년 정신건강복지센터 실태조사 결과 비정규직 노동자들은 정규직 노동자보다 0.9시간 더 일을 함에도 불구하고 임금(정규직 대비 기간제 98% 수준, 기간제 85% 수준)이나 고용불안(근속기간 평균 3.6년, 시간제 2.4년)에 놓여 있다. 센터 1년 미만 단기 근속자 비율은 10명 중 2명(19.9%)이었고, 10년 이상 장기 근속자 비율은 10명 가운데 0.5명(4.2%)이 채 안 되는 상황이다. 이와 같은 정신건강센터 단기 고용(기간제 계약직)은 전문요원의 고용불안으로 숙련형성과 시민 서비스 질(보건의료복지 공공성) 하락을 초래하는 요인이 된다.

○ 지역정신건강복지센터 지역, 운영, 고용형태에 따른 임금 차별이 존재한다. 이번 조사에서 정신건강복지센터 '동일노동 동일임금' 차별실태를 확인하기 위해 고용형태와 성별 동일 직군(정신보건사회복지사 1년차 직원) 임금을 비교 했더니, 남성 정규직(100)을 기준으로 할 때 남성 비정규직은 86.4, 여성 비정규직과 정규직은 80 수준이었다. 게다가 센터 무기계약직 여성은 6개 직무이나, 남성은 2개 직무로, 정신건강복지센터 비정규직 여성은 8개 직무이나, 남성은 3개 직무로 확인되어 전반적으로 정신건강복지센터 채용구조에서 간접차별의 징후가 확인된다.

○ 정신건강복지센터 업무라는 것이 중앙과 지방의 입법·조례를 근거로 진행되고 있고, 사업비 자체가 중앙(보건복지부)과 지역(지자체)에서 제공되고 있음에도 성별, 고용형태별 임금 차별이 확인된다. 이것은 우리 사회에서 일과 직무에 기반한 '동일노동 동일임금'(equal pay for equal work)의 원칙이 최소한의 직무평가가 쉬운 전문직 직종별 노동시장에서도 반영되지 못한 현실을 보여주는 것이다.[7)]

### ✔ 둘째, 정신건강복지센터 일터의 안전건강 보호조치 필요 - 더 위험한 일에 노출

○ 2017년 실태조사 결과 정신건강복지센터 비정규직 노동자들이 몸이 아프거나 혹은 아픔에도 불구하고 센터 내 인력부족으로 결근과 출근한 비율이 비해 높았다. 또한 정신건강복지센터 일터에서 비정규직 노동자들은 △본인 안전이 위협받은 상황 42.1%(월평균 1.7회 ↔ 정규직 23.1%, 월 평균 1.3회) △대상자(환자)의 안전이 위협 받은 상황은 35.4%(월 평균 1.9회 ↔ 정규직 31.4%, 월 평균 1.7회)이 더 많았다.

---

7) '동일노동 동일임금' 원칙은 통상 동일한 기업(사업장) 내 동일한 작업조건에서 동일한 기술, 노력 및 책임감을 요구한다면 직무는 동일하기 때문에 동일임금을 지급하여야 한다는 취지다. 국제노동기구(ILO)는 1951년 제100호 협약에서 채택되었고, 미국은『균등임금법』(Equal Pay Act of 1963), 한국은 『근로기준법』 제6조 '균등한 처우'에서 그 취지를 반영하고 있다.

○ 게다가 정신건강복지센터 비정규직 노동자들은 지난 6개월 사이 업무 수행 도중 작업환경 위해요인으로 꼽히는 폭언(정규직 61.1% ↔ 비정규직 67.7%), 폭행(정규직 6.5% ↔ 비정규직 7.5%), 성희롱(정규직 37% ↔ 비정규직 41.4%)에도 더 많은 불쾌한 언행을 경험했다. 또한 비정규직 노동자가 일하다 몸이 아파 결근(업센티즘, 32%, 평균 3.3일 ↔ 정규직 28.7%, 4.6일)이나, 몸이 아픔에도 나와서 일을 한 출근(프리젠티즘 58.8%, 평균 5.1일 ↔ 정규직 50%, 4.6일)이 더 많았다. 센터 비정규직은 정규직 노동자들에 비해서도 결근에 비해 출근 비율이 26.8%p 많아, 센터 인력부족 현상은 비정규직에게 더 가혹한 현실임을 간접적으로 확인시켜 준다.

○ 결국 기존 법제도가 센터 내에서 좀 더 실효성 있게 작동하도록 하기 위해서는 가해 클라이언트와 가족 및 보호자 대한 기관의 권리와 의무를 명시하는 방안을 적극 검토해야 한다. 이와 관련하여 현행 「산업안전보건법」의 '제26조(작업중지)'조항을 정신건강복지센터 업무를 현장에 적극 적용할 필요가 있다.[8] 이미 기존 지자체 조례(종사자 안전보장 및 법률지원)에도 관련 내용이 명시되어 있음에도 불구하고 방치하고 있는 것이다.

○ 또한 보호자 및 가족으로부터의 폭언, 폭행, 성희롱, 위협 등의 문제를 각 현장에서 발생하는 '중대재해'의 하나로 인식하고 이로 인한 노동자 피해를 예방하기 위해서는 입법적 보호의 강화 조치가 필요한 상황이다. 특히 전신건강복지센터 노동자의 폭언폭행 및 성희롱, 신변위협 그리고 과도한 감정노동 상황을 해소하기 위한 제도적 실행(action plan)이 필요하다. 이미 국가인권위원회(2016.12)에서 감정노동 관련 보호조치(고용노동부)와 입법 요청(국회의장) 했고, 관련 부처와 보건복지부 자체 정책으로도 충분히 가능한 상황이다.[9]

### ✔ 셋째, 정신건강복지센터 비정규직의 정규직 전환과 일자리 창출 모색

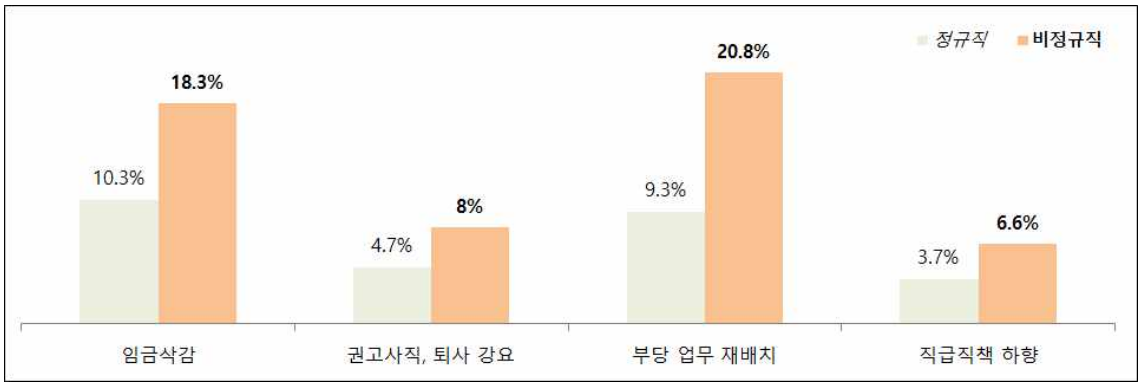
○ 무엇보다 기존 지자체 일반적인 위수탁 변경 과정에서 기존 노동자의 고용불안 문제가 심각하다. 기존 규정에서 인력의 고용승계가 가능 하도록 되어 있지만 전환 과정에서 일부 노동자들은 제외되는 현실이 존재한다. 또한 기존 규정이 실제 현장에서 작동 가능하도록 되어야 하나 현재의 운영구조 속에서는 그 한계가 명확하다. 특히 위탁·재위탁 과정에서 정규직에 비해 비정규직 노동자들은 더 많은 부당한 대우와 경험을 겪고 있다([그림 15]). 센터 노동자들의 고용안정성은 비정규직(9.7점 : 기간제 9.3점, 시간제 14.6점)과 무기계약직(18.9점)이 정규직(23.6점)에 비해 격차(정규직 ↔ 비정규직 격차 13.9점)가 가장 크게 나타난 항목이다.

---

8) 이 조항은 '산업재해가 발생할 급박한 위험이 있을 때 또는 중대재해가 발생하였을 때에는 즉시 작업을 중지시키고 근로자를 작업장소로부터 대피시키는 등 필요한 안전·보건상의 조치를 한 후 작업을 다시 시작' 해야 한다고 사업주의 의무를 명시하고 있다.

9) 감정노동 입법안은 이미 19대 국회와 20대 국회에도 법안이 제출된 상태이고 문재인 대통령 노동분야 공약에도 감정노동자보호법 제정이 포함되어 있다는 점을 고려하면 더 이상 늦출 이유가 없는 문제다.

〔그림 15〕 지역정신건강복지센터 직장생활 과정 주요 부당 문제 경험(단위: %)




주 : 고용안정성은 지자체 직영(10.6점) 〉 민간위탁(11.5점) 〉 공공법인위탁(14.9점) 순으로 낮음.

○ 실제로 2017년 설문조사 결과 현재 정신건강복지센터에서 법률 위반한 상황이 확인되고 있다. 특히 각 센터 내 사업장에서 발생하는 개별 노동자의 근로조건 불이익 문제(퇴사 강요 7.3%, 부당 업무 변경 15%, 직급직책 하향 이동 8.2%)가 있고, 일부 사안은 근로기준법 위반(임금 삭감 66.8%) 현상도 확인된다. 또한 주요 센터 중 몇몇 기관들은 예산 부족을 이유로 실질 임금을 삭감하는 조치까지 확인되고 있다. 현행 근로기준법을 위반하는 상황이 발생하는데도 민간위탁이라는 '제도적 사각지대'가, 노동의'실질적 사각지대' 현상을 초래한 것이다.

○ 지역정신건강복지센터 고용 안정성(job stability) 문제와 위탁·재위탁 과정 문제를 해결하기 위해서는 '고용 안정성'(job security)을 명기(입법)해야 한다. 특히 현재의 비정규직 고용불안과 차별 문제는 보건복지의료서비스의 공공성 강화와 서비스 질 향상이라는 전제와 함께 같이 검토될 필요가 있다.[10] 이를 위해서는 현재의 각 지자체와 위탁 센터를 총괄적인 공공기관으로 재구조화(재단·공단)하는 것이 필요하다. 이는 현재 문재인 대통령의 공공부문 일자리 창출 공약(가칭 사회서비스공단)에도 유사한 언급이 있기 때문에 함께 검토될 필요가 있다.[11]

10) 법률적인 의미에서 차별(discrimination)은 '합리적인 이유' 또는 '정당한 사유'가 없음에도 불구하고 특정한 사람을 우대·배제·구별하거나 불리하게 대우하는 행위를 가리킴 즉, 법률적인 의미에서는 설령 어떤 요인에 따라 현격한 차이가 있더라도 그것이 '합리적인 이유' 또는 '정당한 사유'에 따른 것이라면 정당화된다. 이는 일부 입법정책적 예외를 제외하고는 "같은 것을 같게, 다른 것을 다르게" 대우한다는 것이 평등의 원칙 또는 차별금지의 원칙이라 법률적 취지다(「국가인권위원회법」 제2조제3호, 「남녀고용평등과 일'가정 양립 지원에 관한 법률」, 제2조제1호)

11) 현재의 직장(센터) 고용안정성은 2.4%에 불과했고, 1년 내 이직 의향을 갖고 있었던 응답은 58.8%(정규직 47.2% ↔ 비정규직 61.5%)나 되는 것으로 나타났다. 센터 구성원들의 이직 의향 이유 중 '근로여건 불만족' 응답이 3분의 2(62.1%, 정규직 47.2% ↔ 비정규직 61.5%)나 되는 것으로 확인된다.

## 〈표 29〉 지역정신건강복지센터 공공성, 서비스 질, 정규직화 방향 위한 운영 조직 검토

| | 지자체<br>위탁운영 | 지자체<br>직영 운영 | 지자체<br>재단 설립 운영 | 지자체<br>공단 설립 운영 |
|---|---|---|---|---|
| 기관<br>설치 | 법률, 조례 근거<br>약 210개 지자체 설치 | 법률, 조례 근거<br>(구로, 동작, 용산, 서초, 성북, 강북 등) | 법률, 조례<br>신설 보완 필요 | 법률, 조례<br>신설 보완 필요 |
| 적용<br>벌률 | 정신건강증진 및 정신질환복지지원서비스 지원에 관한 법률 | 정신건강증진 및 정신질환복지지원서비스 지원에 관한 법 | 지자체 출자.출연기관의 운영에 관한 법률 및 시행령<br>시 출자.출연기관의 운영에 관한 조례 | 지방공기업법 및 시행령, 시행 규칙 |
| 운영<br>형태 | 사무·시설위탁 사업<br>위탁 사업비 | 직영 운영 | 설립목적 고유사업<br>출연금 | 개별 법, 조례<br>위탁 대행사업<br>대행사업비 |
| 지도<br>감독 | 지자체 보건의료<br>해당 관련 부서 | 지자체 보건의료<br>해당 부서(보건소) | 시도 : 위탁 사업, 소관 업무와 직접 관련 사항, 업무/회계//재산 관련 사항 | 시도 : 사장 임면, 업무감독, 정관병경인가, 공단 업무, 회계, 재산 감사 보고 |
| 고용<br>관계 | 정규직<br>무기계약직<br>비정규직<br>→ 70% 이상<br>비정규직 고용 | 무기계약직<br>비정규직<br>(기간제, 시간제)<br>→ 무기계약,<br>시간제 고용 | 정규직<br>비정규직<br>(대체 근로)<br>→ 다수 정규직 고용 | 정규직<br>비정규직<br>(대체 근로)<br>→ 다수 정규직 고용 |
| 장점<br>단점 | 조직 서비스<br>지속성 한계<br>노동사각 지대<br>비정규직 문제 | 조직 서비스<br>전문성 한계<br>기준인건비 구속<br>비정규직 문제 | 조직 서비스<br>지속성, 공공성 강화 | 조직 서비스<br>지속성, 공공성 강화 |
| 검토<br>사항 | 공공성, 서비스<br>고용 차원에서<br>조직 운영<br>재검토 필요 | 전문성과 서비스<br>제공 역량 문제<br>고용의 질 저하 검토 | 보건복지부<br>법률 제개정 | 행정자치부<br>지정 기관 |
| 정책<br>환경 | 민간위탁 불안정성<br>지속적 검토 | 직영 전환<br>기준인건비 등 제약 | 〔서울시 논의〕<br>보건의료<br>공공서비스재단 | 〔대통령 공약〕<br>사회서비스공단 |

**정신건강 서비스 공공성 강화 및 고용안정 해법**
**- 보건복지부 특별법 vs. 별도 행정자치부 정책화 -**

**정신건강증진 및 정신질환자 복지지원서비스 지원에 관한 법률 개정**

제15조 (정신건강복지센터의 설치 및 운영) ① 보건복지부장관은 필요한 지역에서의 제12조제1항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.

② 시·도지사는 관할 구역에서의 제12조제2항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 광역정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.

③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조제3항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 "보건소"라 한다)에 기초정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.

⇨ 개정(안)

○ 시도지사는 관한 구역에 광역·권역별 재단·공단을 설치·운영할 수 있다.

○ 재단·공단은 신설 및 기존 센터부터 전환한다. 다만 기존 센터의 재단·공단 전환은 위탁기간 종료 시점 이후부터 점진적으로 진행한다.

○ 예를 들면 광역 및 자치구 센터의 전달체계 개선과 보건의료 서비스 개선을 위해서 지자체 민간위탁과 직영보다 별도의 제3의 조직운영(보건의료공공서비스재단 혹은 사회서비스공단)

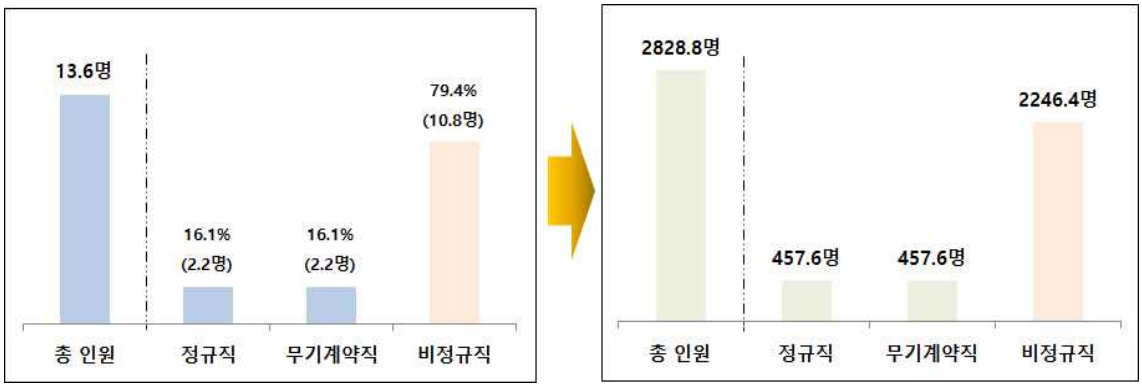
형태가 더 적합할지도 모르겠다. 현재의 지역정신건강복지센터 운영형태 변경을 중앙과 지자체가 함께 다양한 행정조직과 전달체계 개편 속에서 총체적 논의가 필요한 상황이다. 서울시는 이미 지난 5년 동안 공공부문 비정규직 정규직화를 하면서 민간위탁 2곳(120다산콜센터, 상수도검침 교체) 업무를 별도의 재단 설립(120다산콜재단, 2017.5.1)과 공단(상수도 검침 업무 → 서울시설공단, 2016.9)으로 이관한바 있다. 물론 단기적으로는 기존의 각 광역지자체 산하 복지재단의 사업본부 형태로 설치하는 것도 고려할 수 있다.

○ 결국 보건복지부와 지자체가 현재에도 지자체 수탁기관에 대하여 연1회 이상 지도·감독 계획을 수립하고 현장지도·감독을 실시해야 한다. 현재의 위탁사무 처리가 위법 또는 부당하다고 인정될 때에는 감사·조사·평가를 실시하고 시정계획 수립 및 위탁의 취소 등 시정을 위하여 필요한 조치를 할 수 있지만 보다 더 강화할 필요가 있다. 특히 현재의 각 센터 노동문제는 위탁 센터라는 현실 때문에 지자체 담당 행정부에서도 어떤 상황이 발생하는지 잘 포착되지 않는다. 이를 위해 서울시에서 현재 준비 중인 노동인권조사관(가칭)이나 명예옴브즈맨 등과 같은 정책사업을 통해 위탁 센터의 노동문제를 더 세밀하게 조사, 모니터링하는 것이 필요하다.

○ 더불어 현재의 지역정신건강복지센터의 비정규직 정규직 전환은 '공공부문 좋은 일자리 창출'과 맞물려 검토하는 것도 필요하다. 2017년 실태조사 대상(932명) 정신건강복지센터 기관 평균 고용형태별 인원을 추정하니 13.6명(정규직 16.1%, 무기계약직 16.1%, 비정규직 79.4%) 정도였다. 설문조사 대상 평균 인원을 기준으로 2015년 보건복지부 정신건강복지센터 기관(208개)로 단순 추계하면 전국에 약 2,828명(정규직 457명, 무기계약직 457명, 비정규직 2,246명)이 고용된 것으로 추정된다. 따라서 약 2,246명의 비정규직 인력 중 상시·지속 업무에 해당한다면 2,200여명의 정규직 전환 일자리가 창출되는 것이다.

○ 따라서 민간위탁 시설 내 다수의 기관에서 증가하는 업무 대비 내부 인력 부족으로 법률 위반이나 안전건강 문제가 발생하고 있는 상황을 고려하면 신규 인원 충원이 재단이나 공단 전환을 준비하면서 같이 모색되어야 한다. 결국 정신건강복지센터 업무와 프로그램 등 노동강도에 비례한 인력 규정이 재검토될 필요가 있다. 앞에서 기술한 바와 같이 인력 추정은 1개 기관 평균 인력을 기준으로 한 것이며, 전체 센터 인력의 기관 당 평균 인력을 75% 수준 맞출 경우 기관당 평균 17명으로 현재 인력보다 약 4명의 신규 인력이 충원되어야 한다. 따라서 208개 정신건강복지센터 일자리 최소 적정 수준(1개 센터 17명 → 총 3,536명)을 기준으로 할 경우 신규 일자리는 창출은 708명 정도 가능할 수 있다.

〔그림16〕 지역정신건강복지센터 비정규직 정규직 전환과 기존 일자리 규모 추계(ver)




〔별첨자료1〕 지역정신건강증지센터 운영형태-고용형태 인력 현황 조사표(2017.7, 명)

| 지역 | 운영형태 | 직종 | 총인원 | 정규직 | 무기계약직 | 비정규직 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 서울 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 14.0 | .0 | .0 | 14.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 16.0 | 1.5 | 1.9 | 13.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 15.8 | .2 | 1.5 | 14.6 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 13.0 | | | |
| | | 7 사무관리직 | 13.0 | | | 13.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 13.5 | 6.0 | .0 | 7.0 |
| | | 합계 | 15.8 | 1.5 | 1.8 | 13.5 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 13.0 | | | 11.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 15.0 | 2.8 | .4 | 12.1 |
| | | 4 정신보건간호사 | 19.0 | .1 | 10.4 | 9.2 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| | | 6 상담심리직 | 13.0 | | 12.0 | 1.0 |
| | | 합계 | 15.8 | 2.0 | 3.2 | 11.1 |
| | 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | 9.8 | 3.3 | 2.7 | 6.8 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 17.2 | 2.4 | 2.7 | 15.9 |
| | | 4 정신보건간호사 | 14.6 | .0 | .0 | 14.6 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 8.0 | .0 | .0 | 8.0 |
| | | 합계 | 15.8 | 2.3 | 2.4 | 14.3 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 11.3 | 2.6 | 2.0 | 8.4 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 16.0 | 1.9 | 1.8 | 13.7 |
| | | 4 정신보건간호사 | 16.8 | .2 | 5.3 | 12.6 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 11.0 | .0 | .0 | 10.0 |
| | | 6 상담심리직 | 13.0 | | 12.0 | 1.0 |
| | | 7 사무관리직 | 13.0 | | | 13.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 13.5 | 6.0 | .0 | 7.0 |
| | | 합계 | 15.8 | 1.8 | 2.3 | 13.1 |
| 2 부산 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 7.0 | .0 | .0 | 7.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 10.4 | .7 | .6 | 9.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 11.6 | 1.4 | .0 | 12.3 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 11.8 | .0 | .0 | 12.0 |
| | | 7 사무관리직 | 23.0 | .0 | .0 | 23.0 |
| | | 합계 | 10.7 | .7 | .5 | 10.1 |
| | 2 공공위탁운영 | 2 간호사 | 15.0 | .0 | .0 | 15.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 10.3 | .3 | 1.8 | 8.9 |
| | | 4 정신보건간호사 | 9.0 | .0 | .0 | 9.0 |
| | | 합계 | 10.9 | .2 | 1.2 | 10.0 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 7.0 | .0 | .0 | 7.0 |
| | | 2 간호사 | 15.0 | .0 | .0 | 15.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 10.4 | .7 | .8 | 9.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 11.0 | 1.0 | .0 | 11.5 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 11.8 | .0 | .0 | 12.0 |
| | | 7 사무관리직 | 23.0 | .0 | .0 | 23.0 |
| | | 합계 | 10.8 | .6 | .6 | 10.1 |
| 3 대구 | 1 민간위탁운영 | 2 간호사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 9.0 | 1.1 | 1.5 | 7.5 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 정신보건간호사 | 9.6 | 3.7 | 2.3 | 5.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 9.7 | .0 | 3.5 | 7.3 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 7.0 | .0 | 7.0 | .0 |
| | | 합계 | 9.1 | 1.1 | 2.5 | 6.9 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 14.0 | .0 | 12.5 | 8.0 |
| | | 2 간호사 | 12.0 | 4.3 | .3 | 7.3 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 12.9 | .0 | 6.1 | 6.7 |
| | | 4 정신보건간호사 | 14.8 | 1.3 | 4.2 | 9.3 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 6.0 | | 6.0 | 6.0 |
| | | 7 사무관리직 | 8.0 | | | 8.0 |
| | | 합계 | 12.4 | 1.2 | 5.3 | 7.4 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 14.0 | .0 | 12.5 | 8.0 |
| | | 2 간호사 | 10.5 | 3.3 | .3 | 7.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 10.2 | .6 | 3.7 | 7.2 |
| | | 4 정신보건간호사 | 12.2 | 2.3 | 3.5 | 7.3 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 9.0 | .0 | 3.9 | 7.2 |
| | | 7 사무관리직 | 8.0 | | | 8.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 7.0 | .0 | 7.0 | .0 |
| | | 합계 | 10.4 | 1.1 | 3.9 | 7.1 |
| 4 인천 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 10.8 | .0 | 6.4 | 7.8 |
| | | 2 간호사 | 25.0 | | | 25.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 14.4 | 1.7 | 3.6 | 12.7 |
| | | 4 정신보건간호사 | 11.5 | 1.4 | .0 | 12.3 |
| | | 합계 | 13.5 | 1.4 | 3.3 | 12.2 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 16.3 | 2.3 | .0 | 14.5 |
| | | 2 간호사 | 8.0 | .0 | .0 | 8.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 17.8 | 1.6 | .0 | 16.2 |
| | | 합계 | 16.2 | 1.7 | .0 | 14.7 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 13.2 | .9 | 4.6 | 10.5 |
| | | 2 간호사 | 16.5 | .0 | .0 | 16.5 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 15.0 | 1.7 | 2.8 | 13.4 |
| | | 4 정신보건간호사 | 11.5 | 1.4 | .0 | 12.3 |
| | | 합계 | 14.1 | 1.4 | 2.6 | 12.7 |
| 5 광주 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 20.0 | .0 | .0 | 20.0 |
| | | 2 간호사 | 14.0 | .0 | .0 | 14.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 16.5 | .0 | 1.3 | 15.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 21.5 | 8.3 | .0 | 17.3 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 25.0 | .0 | .0 | 21.3 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 15.0 | .0 | .0 | 15.0 |
| | | 합계 | 18.7 | 1.3 | .7 | 17.1 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 25.5 | .0 | .0 | 18.8 |
| | | 2 간호사 | 26.0 | | | 26.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 20.5 | .0 | 1.0 | 19.6 |
| | | 4 정신보건간호사 | 21.1 | .0 | .0 | 20.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 23.0 | .0 | .0 | 23.0 |
| | | 6 상담심리직 | 19.5 | .0 | .0 | 19.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 26.0 | .0 | .0 | 26.0 |
| | | 합계 | 21.5 | .0 | .4 | 20.4 |
| | 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | 15.0 | 1.5 | .5 | 13.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 14.8 | .8 | .3 | 13.8 |
| | | 4 정신보건간호사 | 16.0 | 3.0 | .0 | 13.0 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 13.0 | .0 | .0 | 13.0 |
| | | 합계 | 15.2 | 1.8 | .2 | 13.3 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 21.2 | .4 | .1 | 18.1 |
| | | 2 간호사 | 20.0 | .0 | .0 | 20.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 18.6 | .1 | 1.0 | 17.6 |
| | | 4 정신보건간호사 | 20.2 | 2.1 | .0 | 18.4 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 22.1 | .0 | .0 | 21.1 |
| | | 6 상담심리직 | 19.5 | .0 | .0 | 19.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 20.5 | .0 | .0 | 20.5 |
| | | 합계 | 19.7 | .7 | .5 | 18.4 |
| 6 대전 | 1 민간위탁운영 | 3 정신보건사회복지사 | 13.8 | 12.0 | 2.3 | 4.2 |
| | | 4 정신보건간호사 | 17.0 | 9.7 | 14.0 | 2.7 |
| | | 합계 | 14.4 | 11.5 | 4.0 | 3.9 |
| | 2 공공위탁운영 | 3 정신보건사회복지사 | 17.0 | 14.5 | 7.0 | 2.7 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 4 정신보건간호사 | 6.5 | 6.0 | .0 | 1.0 |
| | | 합계 | 12.8 | 10.3 | 4.7 | 2.0 |
| | 합계 | 3 정신보건사회복지사 | 14.4 | 12.4 | 3.5 | 3.9 |
| | | 4 정신보건간호사 | 12.8 | 8.2 | 7.0 | 2.0 |
| | | 합계 | 14.0 | 11.2 | 4.2 | 3.4 |
| 7 울산 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 8.0 | 8.0 | .0 | .0 |
| | | 2 간호사 | 8.0 | | | 8.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 9.5 | 6.3 | .7 | 4.2 |
| | | 4 정신보건간호사 | 9.3 | 7.0 | .0 | 3.5 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 10.9 | 8.6 | .0 | 4.7 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 8.0 | .0 | .0 | 7.0 |
| | | 합계 | 9.6 | 6.7 | .4 | 4.4 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 7.0 | | | |
| | | 2 간호사 | 7.0 | 6.0 | .0 | 1.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 15.0 | 15.0 | .0 | .0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 8.0 | 7.0 | .0 | .0 |
| | | 합계 | 10.4 | 10.8 | .0 | .3 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 7.5 | 8.0 | .0 | .0 |
| | | 2 간호사 | 7.5 | 6.0 | .0 | 4.5 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 10.1 | 7.5 | .6 | 3.9 |
| | | 4 정신보건간호사 | 9.0 | 7.0 | .0 | 2.3 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 10.9 | 8.6 | .0 | 4.7 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 8.0 | .0 | .0 | 7.0 |
| | | 합계 | 9.8 | 7.3 | .3 | 3.9 |
| 8 경기 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 16.2 | 4.1 | 4.8 | 10.0 |
| | | 2 간호사 | 14.3 | .0 | .0 | 14.3 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 18.2 | 3.1 | 4.5 | 13.2 |
| | | 4 정신보건간호사 | 17.9 | 3.3 | 8.1 | 10.9 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 14.7 | .0 | 5.5 | 7.0 |
| | | 7 사무관리직 | 16.5 | .5 | .0 | 16.0 |
| | | 합계 | 17.5 | 3.1 | 5.2 | 12.0 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 13.4 | 3.0 | 6.2 | 9.0 |
| | | 2 간호사 | 14.0 | .0 | 7.5 | 6.5 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 19.9 | 6.8 | 7.0 | 11.2 |
| | | 4 정신보건간호사 | 20.3 | 4.6 | 4.3 | 14.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 13.5 | .0 | .0 | 13.5 |
| | | 7 사무관리직 | 24.0 | 24.0 | | |
| | | 8 사무복지 겸직 | 13.0 | .0 | 11.0 | 2.0 |
| | | 합계 | 18.6 | 6.0 | 6.4 | 11.1 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 15.7 | 3.9 | 5.1 | 9.9 |
| | | 2 간호사 | 14.2 | .0 | 2.5 | 11.7 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 18.7 | 4.3 | 5.3 | 12.6 |
| | | 4 정신보건간호사 | 18.5 | 3.5 | 7.6 | 11.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 14.2 | .0 | 2.8 | 10.3 |
| | | 7 사무관리직 | 20.3 | 12.3 | .0 | 16.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 13.0 | .0 | 11.0 | 2.0 |
| | | 합계 | 17.8 | 3.9 | 5.6 | 11.8 |
| 9 충북 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 7.4 | 2.3 | .7 | 5.1 |
| | | 2 간호사 | 7.0 | 3.5 | .0 | 3.5 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 7.8 | 2.5 | .7 | 5.2 |
| | | 4 정신보건간호사 | 7.0 | .0 | .0 | 7.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 6.0 | | | 6.0 |
| | | 합계 | 7.4 | 2.3 | .6 | 5.2 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 9.3 | 2.1 | 3.0 | 5.6 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 13.2 | .0 | 5.3 | 11.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 9.3 | 4.0 | .0 | 9.2 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 10.0 | | | 10.0 |
| | | 합계 | 10.8 | 1.7 | 3.6 | 8.5 |
| | 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | 8.0 | 4.0 | .0 | 4.0 |
| | | 2 간호사 | 4.0 | .0 | .0 | 4.0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 4.0 | .0 | .0 | 4.0 |
| | | 합계 | 5.6 | 1.6 | .0 | 4.0 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 8.2 | 2.3 | 1.6 | 5.2 |
| | | 2 간호사 | 5.5 | 1.8 | .0 | 3.8 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 10.6 | 1.8 | 2.4 | 8.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 7.9 | 1.6 | .0 | 8.0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 5 정신보건임상심리사 | 10.0 | | | 10.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 6.0 | | | 6.0 |
| | | 합계 | 8.8 | 2.0 | 1.6 | 6.5 |
| 10 충남 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 7.0 | .0 | .0 | 6.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 7.0 | | | 6.0 |
| | | 합계 | 7.0 | .0 | .0 | 6.3 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 15.0 | .0 | .0 | 15.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 14.6 | .0 | .0 | 14.6 |
| | | 4 정신보건간호사 | 16.0 | | | 15.5 |
| | | 합계 | 15.0 | .0 | .0 | 14.9 |
| | 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | 6.3 | 1.0 | 1.0 | 4.3 |
| | | 2 간호사 | 5.0 | .5 | 2.0 | 5.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 5.0 | .0 | .0 | 5.0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 6.0 | 2.0 | 2.0 | 2.0 |
| | | 합계 | 5.8 | 1.0 | 1.4 | 3.9 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 10.3 | .5 | .5 | 9.6 |
| | | 2 간호사 | 5.0 | .5 | 2.0 | 5.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 13.0 | .0 | .0 | 13.0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 10.2 | 2.0 | 2.0 | 8.2 |
| | | 합계 | 10.5 | .6 | .8 | 10.0 |
| 11 전북 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 6.3 | 1.2 | .0 | 7.2 |
| | | 2 간호사 | 12.0 | 1.0 | .0 | 11.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 9.8 | .2 | .5 | 8.9 |
| | | 4 정신보건간호사 | 8.7 | 2.8 | .0 | 6.2 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 13.3 | 4.0 | 3.5 | 5.8 |
| | | 6 상담심리직 | 7.5 | .0 | 1.0 | 6.5 |
| | | 합계 | 9.5 | .9 | .6 | 8.1 |
| | 2 공공위탁운영 | 3 정신보건사회복지사 | 13.5 | 4.5 | .5 | 8.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 8.5 | .0 | .0 | 8.5 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| | | 합계 | 11.2 | 1.8 | .3 | 9.2 |
| | 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | 6.0 | 2.0 | .0 | 4.0 |
| | | 2 간호사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 6.0 | .0 | .0 | 5.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 8.0 | 2.0 | | 6.0 |
| | | 합계 | 6.6 | 1.1 | .0 | 5.3 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 6.3 | 1.4 | .0 | 6.3 |
| | | 2 간호사 | 9.0 | .5 | .0 | 8.5 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 9.8 | .5 | .4 | 8.6 |
| | | 4 정신보건간호사 | 8.5 | 2.0 | .0 | 6.6 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 13.0 | 3.2 | 2.8 | 7.0 |
| | | 6 상담심리직 | 7.5 | .0 | 1.0 | 6.5 |
| | | 합계 | 9.3 | 1.0 | .6 | 7.8 |
| 12 전남 | 1 민간위탁운영 | 3 정신보건사회복지사 | 7.0 | 2.0 | 5.0 | .0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 5.0 | .0 | .0 | 5.0 |
| | | 합계 | 6.0 | 1.0 | 2.5 | 2.5 |
| | 2 공공위탁운영 | 2 간호사 | 6.0 | .0 | 2.0 | 4.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 13.4 | 3.3 | .0 | 13.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 합계 | 12.1 | 2.7 | .2 | 11.8 |
| | 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | 4.1 | .4 | 1.6 | 1.8 |
| | | 2 간호사 | 4.5 | .0 | 1.0 | 4.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 6.0 | .0 | 1.0 | 5.0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 5.2 | .5 | .5 | 6.0 |
| | | 합계 | 4.7 | .3 | 1.1 | 4.1 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 4.1 | .4 | 1.6 | 1.8 |
| | | 2 간호사 | 4.8 | .0 | 1.2 | 4.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 11.7 | 2.7 | .6 | 10.8 |
| | | 4 정신보건간호사 | 5.3 | .4 | .4 | 5.9 |
| | | 합계 | 7.2 | 1.2 | .9 | 6.7 |
| 13 경북 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 6.0 | | 6.0 | |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 8.6 | 3.5 | 3.1 | 2.4 |
| | | 4 정신보건간호사 | 5.7 | 6.0 | | |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| | | 합계 | 7.9 | 3.7 | 3.1 | 3.6 |
| | 2 공공위탁운영 | 3 정신보건사회복지사 | 7.0 | 2.0 | 2.5 | 2.0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 5 정신보건임상심리사 | 12.0 | 11.0 | | 1.0 |
| | | 합계 | 8.7 | 5.0 | 2.5 | 1.7 |
| | 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | | | | 6.0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 16.0 | .0 | .0 | 15.0 |
| | | 합계 | 11.0 | .0 | .0 | 9.0 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 6.0 | | 6.0 | 6.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 8.2 | 3.1 | 3.0 | 2.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 5.8 | 4.0 | .0 | 6.0 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 13.3 | 3.7 | .0 | 9.3 |
| | | 합계 | 8.4 | 3.4 | 2.5 | 4.4 |
| 14 경남 | 2 공공위탁운영 | 5 정신보건임상심리사 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| | | 합계 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| | 합계 | 5 정신보건임상심리사 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| | | 합계 | 12.0 | .0 | .0 | 12.0 |
| 15 제주 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 18.3 | .0 | .0 | 18.3 |
| | | 2 간호사 | 18.0 | .0 | 9.0 | 18.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 14.7 | 3.6 | .0 | 11.8 |
| | | 4 정신보건간호사 | 12.4 | .0 | .0 | 12.2 |
| | | 7 사무관리직 | 18.0 | 18.0 | | 18.0 |
| | | 합계 | 15.4 | 2.6 | 1.5 | 14.2 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 17.0 | .0 | .0 | 17.0 |
| | | 2 간호사 | 18.0 | .0 | .0 | 18.0 |
| | | 합계 | 17.5 | .0 | .0 | 17.5 |
| | 3 지자체직영운영 | 2 간호사 | 7.5 | 1.0 | 1.0 | 5.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 7.8 | 1.5 | 1.0 | 5.3 |
| | | 합계 | 7.7 | 1.3 | 1.0 | 5.3 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 18.0 | .0 | .0 | 18.0 |
| | | 2 간호사 | 13.8 | .5 | 4.0 | 11.8 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 14.7 | 3.6 | .0 | 11.8 |
| | | 4 정신보건간호사 | 10.3 | .8 | .6 | 9.1 |
| | | 7 사무관리직 | 18.0 | 18.0 | | 18.0 |
| | | 합계 | 13.8 | 2.0 | 1.2 | 12.3 |
| 16 강원 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 2 간호사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 13.0 | .0 | 6.5 | 6.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 8.8 | .0 | .0 | 8.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 7.0 | | | 6.0 |
| | | 합계 | 8.6 | .0 | 2.2 | 7.4 |
| | 2 공공위탁운영 | 3 정신보건사회복지사 | 16.0 | .0 | 9.0 | 7.0 |
| | | 4 정신보건간호사 | 13.0 | .0 | .0 | 13.0 |
| | | 합계 | 15.0 | .0 | 6.0 | 9.0 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 2 간호사 | 6.0 | .0 | .0 | 6.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 14.5 | .0 | 7.8 | 6.8 |
| | | 4 정신보건간호사 | 9.5 | .0 | .0 | 9.5 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 7.0 | | | 6.0 |
| | | 합계 | 10.0 | .0 | 3.4 | 7.7 |
| 합계 | 1 민간위탁운영 | 1 사회복지사 | 11.7 | 2.2 | 2.5 | 8.8 |
| | | 2 간호사 | 12.7 | .7 | 1.5 | 11.7 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 13.4 | 2.2 | 2.0 | 10.7 |
| | | 4 정신보건간호사 | 14.0 | 2.9 | 3.6 | 10.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 12.1 | 2.3 | 1.9 | 8.8 |
| | | 6 상담심리직 | 7.5 | .0 | 1.0 | 6.5 |
| | | 7 사무관리직 | 17.4 | 4.8 | .0 | 17.2 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 10.5 | 2.4 | 1.8 | 7.0 |
| | | 합계 | 13.2 | 2.3 | 2.2 | 10.4 |
| | 2 공공위탁운영 | 1 사회복지사 | 13.5 | 1.7 | 3.4 | 10.4 |
| | | 2 간호사 | 13.3 | 1.7 | 1.6 | 10.2 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 16.1 | 3.0 | 2.9 | 12.5 |
| | | 4 정신보건간호사 | 16.8 | 1.4 | 3.4 | 13.0 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 14.5 | 1.1 | .6 | 14.3 |
| | | 6 상담심리직 | 17.3 | .0 | 4.0 | 13.0 |
| | | 7 사무관리직 | 18.7 | 24.0 | | 8.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 17.3 | .0 | 7.3 | 10.0 |
| | | 합계 | 15.7 | 2.5 | 2.9 | 12.2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 지자체직영운영 | 1 사회복지사 | 7.1 | 1.6 | 1.3 | 5.0 |
| | 2 간호사 | 5.2 | .3 | .9 | 4.6 |
| | 3 정신보건사회복지사 | 15.4 | 1.8 | 2.0 | 13.9 |
| | 4 정신보건간호사 | 9.7 | 1.4 | .6 | 8.5 |
| | 5 정신보건임상심리사 | 12.3 | .0 | .0 | 12.0 |
| | 합계 | 10.9 | 1.4 | 1.3 | 9.6 |
| 합계 | 1 사회복지사 | 11.5 | 2.0 | 2.5 | 8.6 |
| | 2 간호사 | 10.6 | .9 | 1.3 | 9.1 |
| | 3 정신보건사회복지사 | 14.3 | 2.4 | 2.2 | 11.4 |
| | 4 정신보건간호사 | 14.2 | 2.2 | 3.0 | 11.1 |
| | 5 정신보건임상심리사 | 12.8 | 1.8 | 1.4 | 10.4 |
| | 6 상담심리직 | 13.4 | .0 | 2.8 | 10.4 |
| | 7 사무관리직 | 17.9 | 11.2 | .0 | 15.7 |
| | 8 사무복지 겸직 | 12.8 | 1.7 | 4.1 | 8.0 |
| | 합계 | 13.7 | 2.3 | 2.3 | 10.8 |

## 〔별첨자료2〕 지역정신건강복지센터 운영-고용-직종 임금실태(2017년 6월 1년차)

| 운영형태 | 고용구분 | 성별 | 총액임금 | 기본급 |
|---|---|---|---|---|
| 1 민간위탁운영 | 1 정규직 | 1 여성 | 212.9 | 193.9 |
| | | 2 남성 | 279.0 | 247.0 |
| | | 합계 | 221.1 | 200.5 |
| | 2 무기계약직 | 1 여성 | 200.3 | 205.1 |
| | | 2 남성 | 264.5 | 252.5 |
| | | 합계 | 216.4 | 215.7 |
| | 3 비정규직 | 1 여성 | 213.9 | 192.3 |
| | | 2 남성 | 214.8 | 205.2 |
| | | 합계 | 214.1 | 195.6 |
| | 합계 | 1 여성 | 212.7 | 193.7 |
| | | 2 남성 | 221.9 | 210.9 |
| | | 합계 | 214.9 | 197.8 |
| 2 공공위탁운영 | 1 정규직 | 1 여성 | 199.1 | 169.0 |
| | | 2 남성 | 240.0 | 226.0 |
| | | 합계 | 204.3 | 176.1 |
| | 2 무기계약직 | 1 여성 | 244.2 | 205.8 |
| | | 2 남성 | 239.3 | 212.3 |
| | | 합계 | 243.0 | 207.5 |
| | 3 비정규직 | 1 여성 | 204.6 | 192.7 |
| | | 2 남성 | 201.9 | 195.4 |
| | | 합계 | 204.0 | 193.2 |
| | 합계 | 1 여성 | 210.9 | 191.4 |
| | | 2 남성 | 213.5 | 202.2 |
| | | 합계 | 211.5 | 193.6 |
| 3 지자체직영운영 | 3 비정규직 | 1 여성 | 263.5 | 199.2 |
| | | 2 남성 | 150.0 | 172.3 |
| | | 합계 | 231.1 | 192.5 |
| | 합계 | 1 여성 | 263.5 | 199.2 |
| | | 2 남성 | 150.0 | 172.3 |
| | | 합계 | 231.1 | 192.5 |
| 합계 | 1 정규직 | 1 여성 | 206.0 | 181.4 |
| | | 2 남성 | 259.5 | 236.5 |
| | | 합계 | 212.7 | 188.3 |
| | 2 무기계약직 | 1 여성 | 226.7 | 205.5 |
| | | 2 남성 | 249.4 | 228.4 |
| | | 합계 | 232.4 | 211.2 |
| | 3 비정규직 | 1 여성 | 215.6 | 193.0 |
| | | 2 남성 | 203.4 | 199.7 |
| | | 합계 | 212.7 | 194.6 |
| | 합계 | 1 여성 | 215.9 | 193.2 |
| | | 2 남성 | 212.0 | 205.3 |
| | | 합계 | 215.0 | 196.0 |
| 운영형태 | 고용구분 | 직종 | 총액임금 | 기본급 |
| 1 민간위탁운영 | 1 정규직 | 1 사회복지사 | 185.0 | 181.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 226.5 | 203.2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 합계 | 220.6 | 200.0 |
| | 2 무기계약직 | 2 간호사 | 191.0 | 187.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 234.4 | 227.4 |
| | | 4 정신보건간호사 | | 237.0 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 197.0 | 193.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 171.0 | 187.0 |
| | | 합계 | 216.4 | 215.7 |
| | 3 비정규직 | 1 사회복지사 | 191.7 | 178.6 |
| | | 2 간호사 | 208.7 | 195.6 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 220.5 | 197.2 |
| | | 4 정신보건간호사 | 243.3 | 234.0 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 205.4 | 197.2 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 210.0 | 210.0 |
| | | 합계 | 214.1 | 195.6 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 191.3 | 178.8 |
| | | 2 간호사 | 206.5 | 194.6 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 222.3 | 200.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 243.3 | 234.6 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 204.0 | 196.6 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 190.5 | 198.5 |
| | | 합계 | 214.8 | 197.8 |
| **2 공공위탁운영** | 1 정규직 | 2 간호사 | 83.0 | 83.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 221.6 | 189.4 |
| | | 합계 | 204.3 | 176.1 |
| | 2 무기계약직 | 1 사회복지사 | 190.0 | 180.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 258.8 | 207.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 250.2 | 218.8 |
| | | 합계 | 243.0 | 207.5 |
| | 3 비정규직 | 1 사회복지사 | 181.1 | 181.6 |
| | | 2 간호사 | 184.0 | 183.3 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 198.6 | 188.8 |
| | | 4 정신보건간호사 | 266.4 | 227.3 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 222.7 | 205.0 |
| | | 6 상담심리직 | 206.0 | 181.0 |
| | | 7 사무관리직 | 130.0 | 150.0 |
| | | 합계 | 204.0 | 193.2 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 182.4 | 181.4 |
| | | 2 간호사 | 158.8 | 158.3 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 213.5 | 191.9 |
| | | 4 정신보건간호사 | 258.9 | 223.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 222.7 | 205.0 |
| | | 6 상담심리직 | 206.0 | 181.0 |
| | | 7 사무관리직 | 130.0 | 150.0 |
| | | 합계 | 211.5 | 193.6 |
| **3 지자체직영운영** | 3 비정규직 | 1 사회복지사 | 157.6 | 175.8 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 352.3 | 182.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 247.5 | 217.5 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 200.0 | 190.0 |
| | | 합계 | 231.1 | 192.5 |
| | 합계 | 1 사회복지사 | 157.6 | 175.8 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 352.3 | 182.3 |
| | | 4 정신보건간호사 | 247.5 | 217.5 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 200.0 | 190.0 |
| | | 합계 | 231.1 | 192.5 |
| **합계** | 1 정규직 | 1 사회복지사 | 185.0 | 181.0 |
| | | 2 간호사 | 83.0 | 83.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 223.8 | 195.8 |
| | | 합계 | 211.9 | 187.3 |
| | 2 무기계약직 | 1 사회복지사 | 190.0 | 180.0 |
| | | 2 간호사 | 191.0 | 187.0 |
| | | 3 정신보건사회복지사 | 245.2 | 218.4 |
| | | 4 정신보건간호사 | 250.2 | 221.8 |
| | | 5 정신보건임상심리사 | 197.0 | 193.0 |
| | | 8 사무복지 겸직 | 171.0 | 187.0 |
| | | 합계 | 232.4 | 211.2 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 비정규직 | 1 사회복지사 | 182.4 | 179.3 |
| | 2 간호사 | 201.3 | 192.0 |
| | 3 정신보건사회복지사 | 221.2 | 194.8 |
| | 4 정신보건간호사 | 255.2 | 226.5 |
| | 5 정신보건임상심리사 | 209.5 | 198.8 |
| | 6 상담심리직 | 206.0 | 181.0 |
| | 7 사무관리직 | 130.0 | 150.0 |
| | 8 사무복지 겸직 | 210.0 | 210.0 |
| | 합계 | 212.7 | 194.6 |
| 합계 | 1 사회복지사 | 182.9 | 179.4 |
| | 2 간호사 | 190.6 | 182.5 |
| | 3 정신보건사회복지사 | 224.0 | 197.3 |
| | 4 정신보건간호사 | 253.8 | 225.1 |
| | 5 정신보건임상심리사 | 208.4 | 198.3 |
| | 6 상담심리직 | 206.0 | 181.0 |
| | 7 사무관리직 | 130.0 | 150.0 |
| | 8 사무복지 겸직 | 190.5 | 198.5 |
| | 합계 | 214.9 | 195.9 |

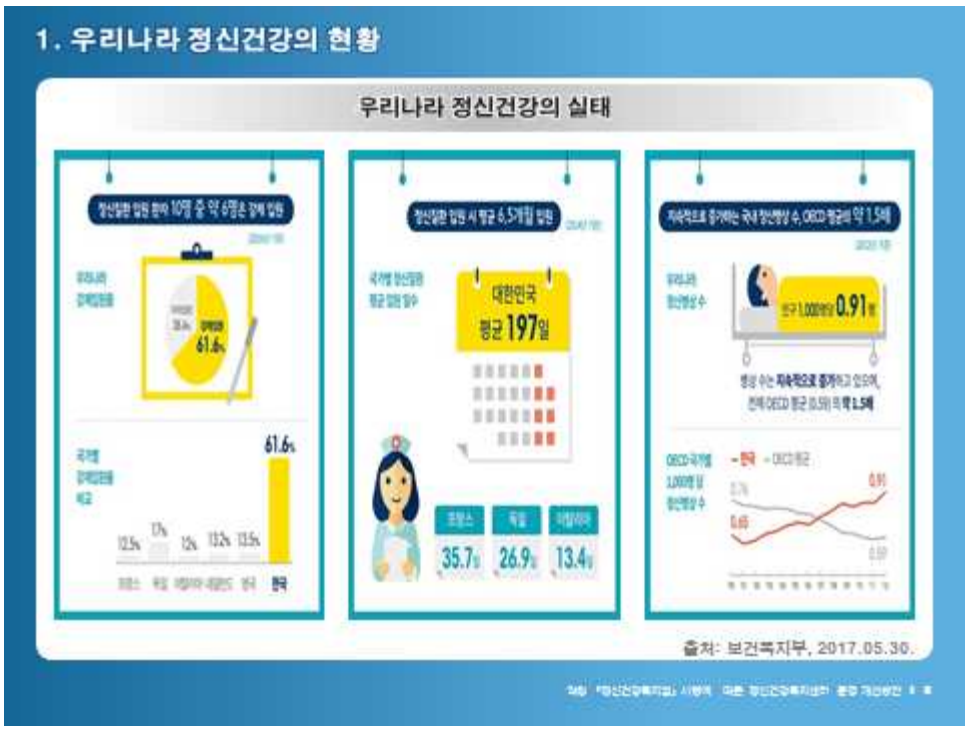
# 메모장

발제 3

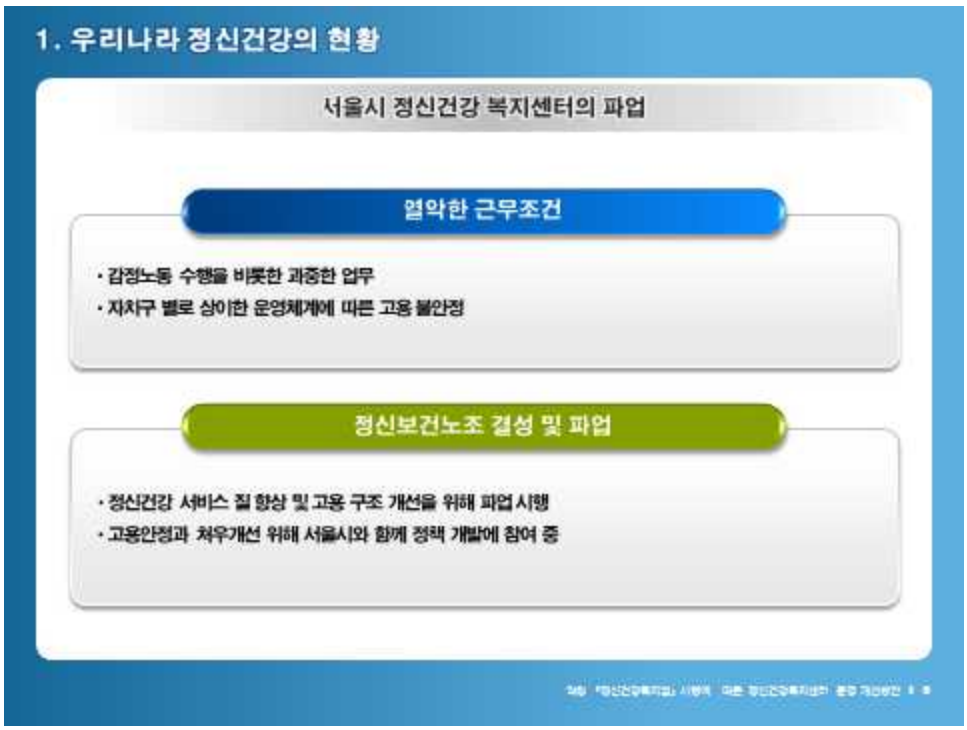
# 약칭『정신건강복지법』시행에 따른 정신건강복지센터 운영 개선 방향

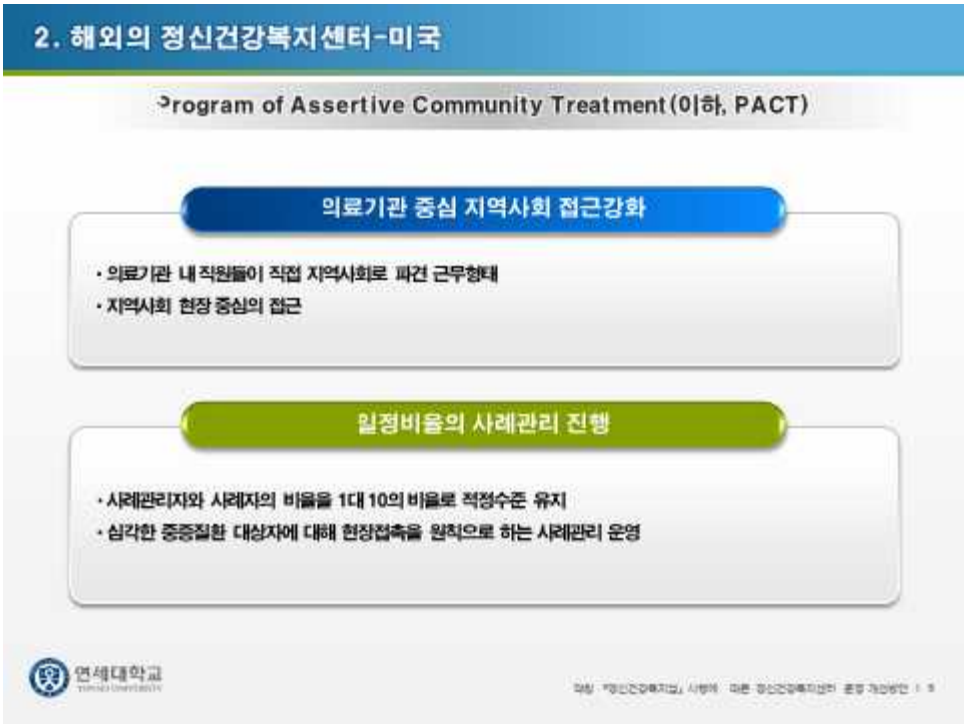
연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 교수 김 소 윤

Mental health
drug
목 차
1 우리나라 정신건강의 현황
2 해외의 정신건강복지센터
3 우리나라 정신건강복지센터의 운영 문제점
4 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안


1. 우리나라 정신건강의 현황
우리나라 정신건강의 실태
61.6%
대한민국
평균 197일
35.7%
26.9%
13.4%
0.91명
출처: 보건복지부, 2017.05.30.

1. 우리나라 정신건강의 현황
약칭 『정신건강복지법』의 도입
헌법재판소의 정신보건법 헌법불합치 결정
정신질환자에 대한 인권 침해와 차별적인 요소가 큼
정신질환자에 대한 복지서비스 미약
개정된 정신건강 복지법의 도입
강제 입원 등의 행정 절차 개선
정신과 전문의 1인의 진단 외에 소속이 다른 전문의의 진단 필요)
정신질환자 차별 해소의 근거 마련
정신질환자의 정의를 '독립적 일상생활을 하는데 중대한 제약이 있는 사람'으로 축소
정신건강 증진 및 복지서비스 근거를 마련
정신건강복지법 도입 후 변화
개선된 입·퇴원 제도에 따른 정신질환자의 지역사회 유입 증가
유입된 정신질환자에 대한 각 지방자치단체의 대책 마련 -시행 중
정부 및 의료계 예상
• 대한신경정신학회: 1만5000 ~ 1만9000명 한꺼번에 퇴원
• 보건복지부: 3000명 정도가 순차적으로 퇴원


1. 우리나라 정신건강의 현황
서울시 정신건강 복지센터의 파업
열악한 근무조건
• 감정노동 수행을 비롯한 과중한 업무
• 자치구 별로 상이한 운영체계에 따른 고용 불안정
정신보건노조 결성 및 파업
• 정신건강 서비스 질 향상 및 고용 구조 개선을 위해 파업 시행
• 고용안정과 처우개선 위해 서울시와 함께 정책 개발에 참여 중


2. 해외의 정신건강복지센터-미국
Program of Assertive Community Treatment(이하, PACT)
의료기관 중심 지역사회 접근강화
• 의료기관 내 직원들이 직접 지역사회로 파견 근무형태
• 지역사회 현장 중심의 접근
일정비율의 사례관리 진행
• 사례관리자와 사례자의 비율을 1대 10의 비율로 적정수준 유지
• 심각한 중증질환 대상자에 대해 현장접촉을 원칙으로 하는 사례관리 운영
연세대학교

2. 해외의 정신건강복지센터-미국
Program of Assertive Community Treatment(이하, PACT)
구분
주요내용
사례접근
- 사례관리 팀과 사례자의 비율을 1:10으로 조정하고 그 이상이 되지 않도록 관리
- 필요한 경우 직원을 한정하여 사례자와의 비율을 지속적으로 조정
- 90% 이상의 사례자가 관리자와 1주일에 4회 이상 상담
직원구성
- ACT팀은 정신과의사, 간호사, 사회복지사, 작업치료사 등으로 구성
- 정신과 의사: 100명 당 1명
- 간호사: 100명 당 2명
- 상담 등의 관련 전문가: 100명 당 2명
서비스 규모
- 최소 10명 이상의 정규직원으로 구성
- 직원의 요청에 의한 경우를 제외하고 지속적인 사례관리 진행
- 근무시간의 50% 이상 직접 접촉을 통한 사례관리
등록관리
- 명도의 등록 가이드라인 제시
- 가이드라인에 제시된 대상집단에 대한 발굴 및 관리
- 모든 사례를 명시적으로 접수 기준에 맞춰 진행
기관연계
- 거점 의료기관을 포함한 정신과적 입원에 직접 관여
- 대상 사례자에 대한 퇴원계획 작성에 직접참여
연세대학교

## 2. 해외의 정신건강복지센터-미국

Houston 지역의 정신건강 관련 인력구성

### 미국의 정신보건 인력 비율

- 인구 1,500명 당 1명의 정신보건 관련 인력이 필요

### 휴스턴 지역의 정신보건 인력 비율

- 휴스턴 지역(약 200만명)의 경우 1,400명의 정신보건 인력이 종사하고 있음
- 정신과 전문의 25명이 정확히 100명의 사례관리를 시행함

연세대학교

## 2. 해외의 정신건강복지센터-호주

호주 빅토리아 주의 정신건강전달체계

### 의료기관 내 별도 팀 구성

- 각 지역사회의 거점의료기관 중심 구축 운영
- 의료기관 내 각 서비스 별 전담 팀 구성
- 우리나라의 정신건강복지센터와 유사한 형태의 별도 팀 존재

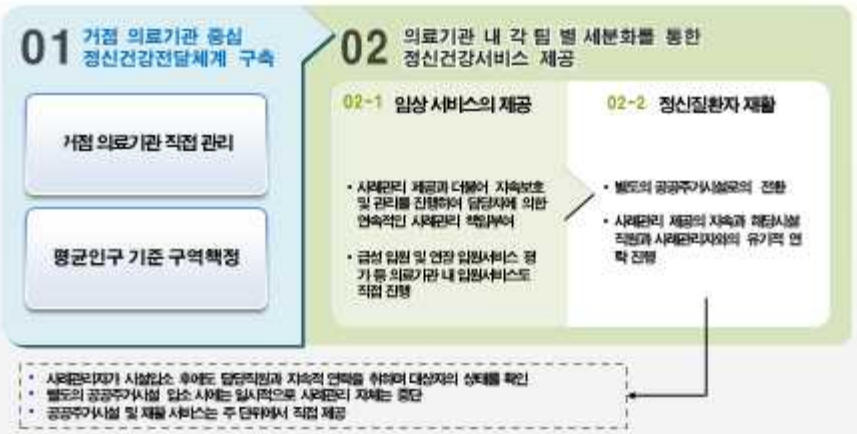
### 임상서비스와 직접적인 연계

- 사례관리자와 사례자의 비율을 1대 10의 비율로 적정수준 유지
- 중증질환 대상자에게 위기상황 발생 시 즉각적인 급성입원 보호 등의 조치 가능

연세대학교

## 2. 해외의 정신건강복지센터-호주

### 호주 빅토리아 주의 정신건강전달체계




연세대학교

## 2. 해외의 정신건강복지센터

### 각 국가의 정신건강복지센터 업무 현황 비교

| | 미국 | 호주 | 우리나라 |
|---|---|---|---|
| 중증정신질환자 대상 | - 중증질환 사례관리<br>- 중증질환 조기개입<br>- 입원진료 연계서비스<br>- 긴급대상자 사례발굴<br>-지역사회재활시설연계 | - 중증질환 사례관리<br>- 중증질환 조기개입<br>- 입원진료 연계서비스<br>- 긴급대상자 사례발굴<br>-지역사회재활시설연계 | - 중증질환 사례관리<br>- 중증질환 조기개입<br>- 입원진료 연계서비스<br>- 긴급대상자 사례발굴<br>-지역사회재활시설연계 |
| 정신건강증진 및 자살예방 | -중증질환자인식개선<br>- 긴급대상자 위기관리 | -중증질환자인식개선<br>- 긴급대상자 위기관리 | - 인식개선 사업, 고위험군 조기발견 및 치료연계 사업(아동청소년, 성인 및 노인정신건강 등), 정신건강 상담전화 운영, 일반상담, 프로그램, 사례관리 등 |
| 아동 청소년 | - 별도의 센터 구분 | - 별도의 센터 구분 | - 정신질환 조기발견, 정서행동 특성화 검사(교육청) 사례관리, 사례관리(개인상담, 집단프로그램) 병원연계 및 치료비 지원, 교육 및 홍보,지역사회 서비스와의 연계 등 |
| 중독관련 | - 별도의 센터 구분 | - 별도의 센터 구분 | - 사정 평가, 치료 연계 및 모니터링, 사례관리 서비스(단, 중독관련 별도 센터가 있는 경우 의뢰연계만 진행) |

연세대학교

## 3. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 문제점-사용자 측면(1)

### 근무형태에 따른 고용안정 문제

- 고용불안 해소를 위한 국가단위 지침 개발 필요
- 위탁업체 변경 자체가 고용변경으로 이어지는 것은 아님

### 근로조건에 따른 고용환경 문제

- 업무량은 증가하나 이것이 실제 사례자 증가문제와는 별개
- 추가적인 업무량(홍보, 예방사업)에 대한 문제해결이 필요
- 위탁 운영 시 공무원 기준을 상회하는 급여기준(사회복지시설 종사자 대비)등의 문제가 고용승계에 지장

연세대학교

## 3. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 문제점-사용자 측면(2)

### 예산편성 등에 따른 질 향상 문제

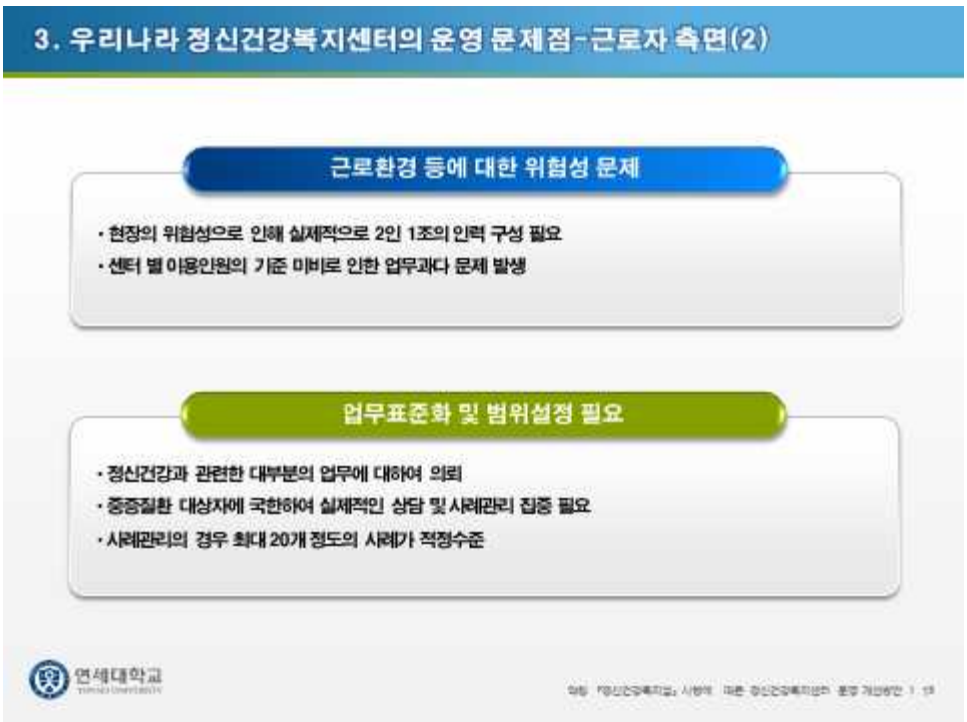
- 총액 사업비 기준 외에 사업비 영역과 별도의 인건비 할당제 등이 필요
- 지역 요구도 평가에 따른 예산배분 기준 마련 시급

### 업무사항에 따른 질 향상 문제

- 업무량에 비례한 결과평가 외에 별도의 정성평가 방식 필요
- 등록 사례자에 대한 퇴록기준 마련
- 일반임기제공무원 제도 등을 통한 센터업무 전담인력 비율 확충 필요

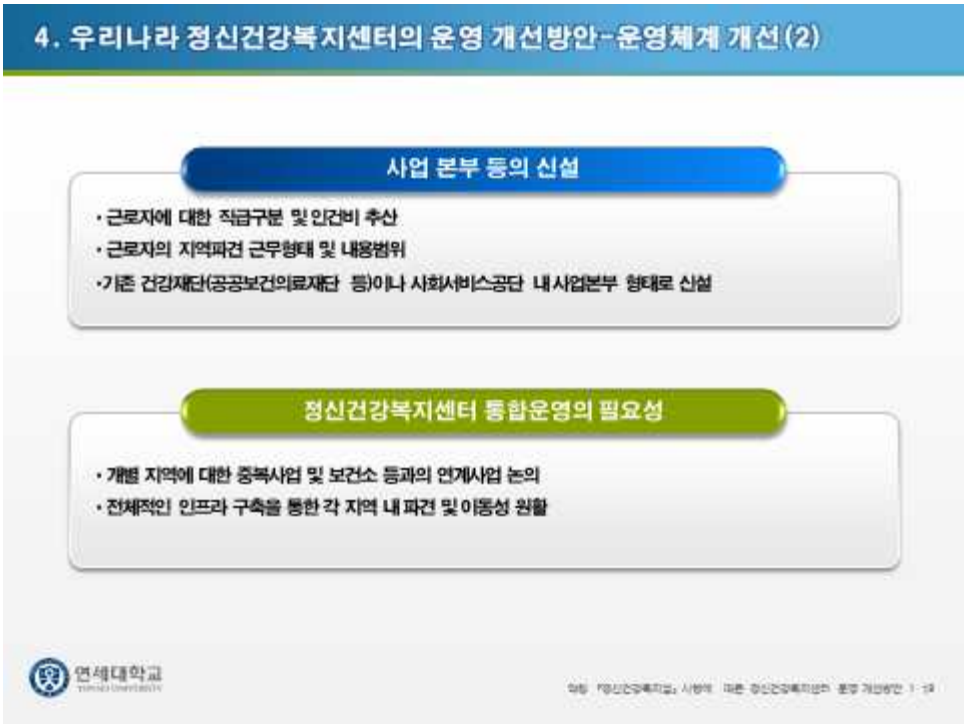
연세대학교

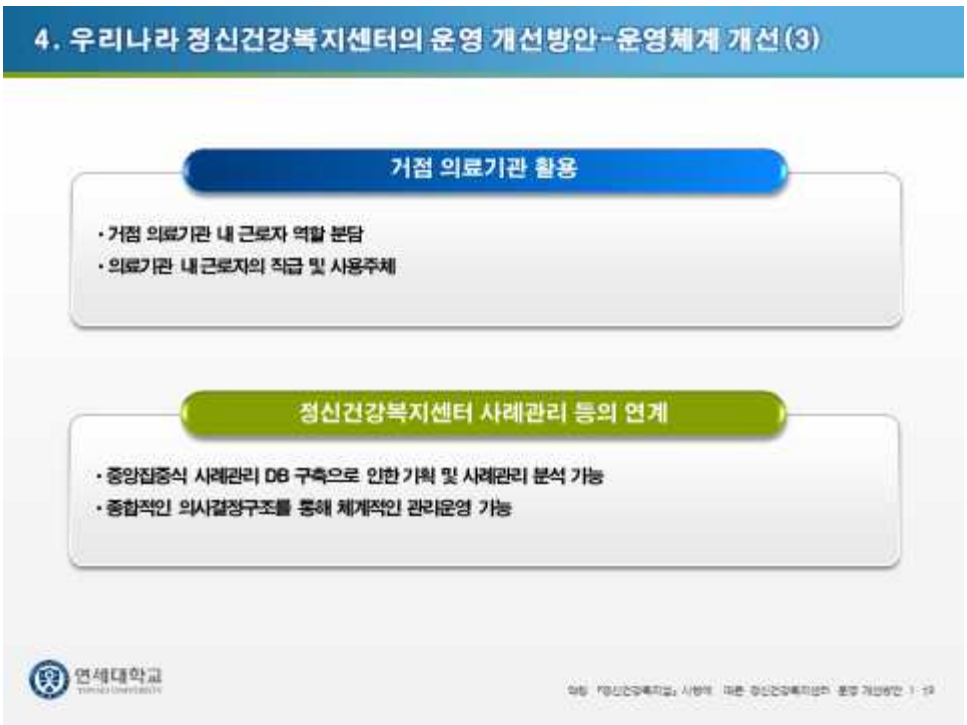
3. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 문제점-근로자 측면(1)
예산에 따른 고용문제
문제점
명확하지 않은 관리체계
01
민간위탁과 직영의 구분
02
사업주 등의 관리체계 불분명
연세대학교

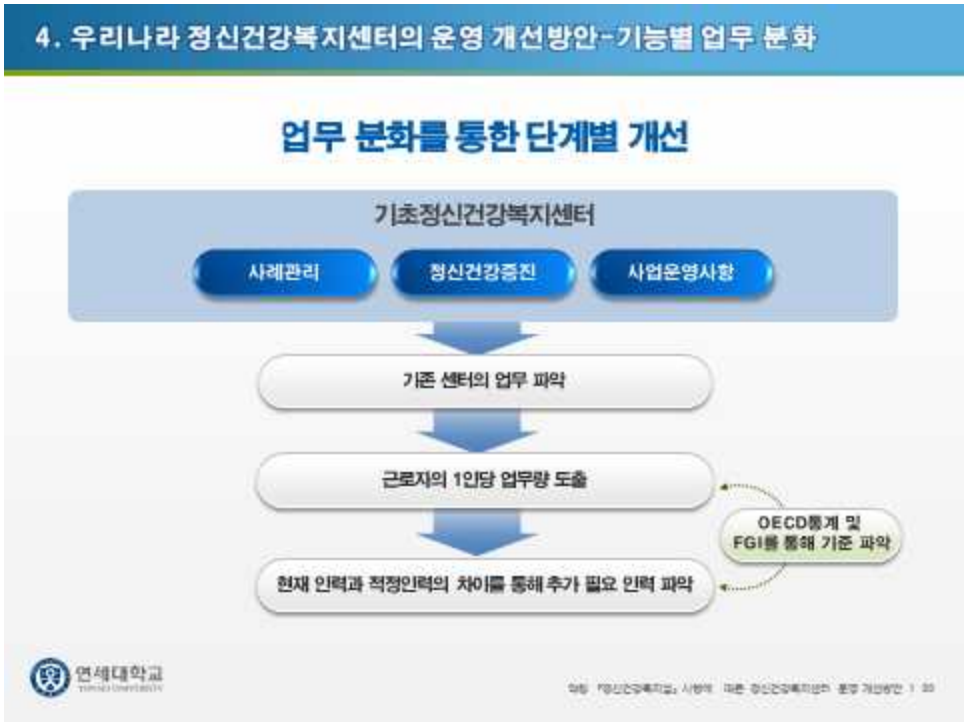

3. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 문제점-근로자 측면(2)
근로환경 등에 대한 위험성 문제
· 현장의 위험성으로 인해 실제적으로 2인 1조의 인력 구성 필요
· 센터 별 이용인원의 기준 미비로 인한 업무과다 문제 발생
업무표준화 및 범위설정 필요
· 정신건강과 관련한 대부분의 업무에 대하여 의뢰
· 중증질환 대상자에 국한하여 실제적인 상담 및 사례관리 집중 필요
· 사례관리의 경우 최대 20개 정도의 사례가 적정수준
연세대학교

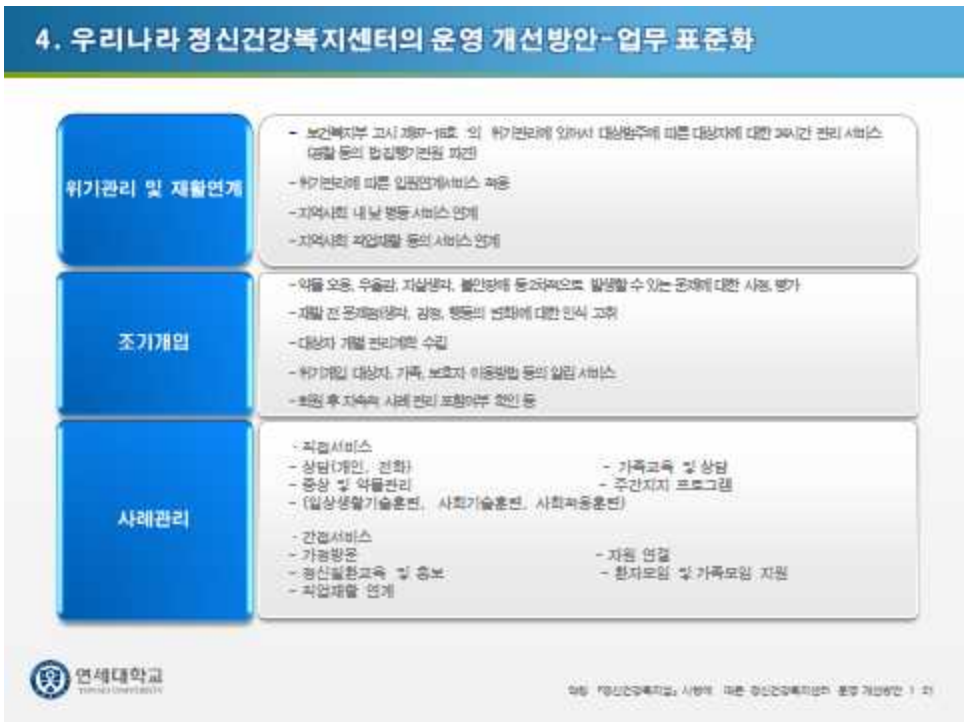
## 3. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 문제점-이용자 측면

## 4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-운영체계 개선(1)

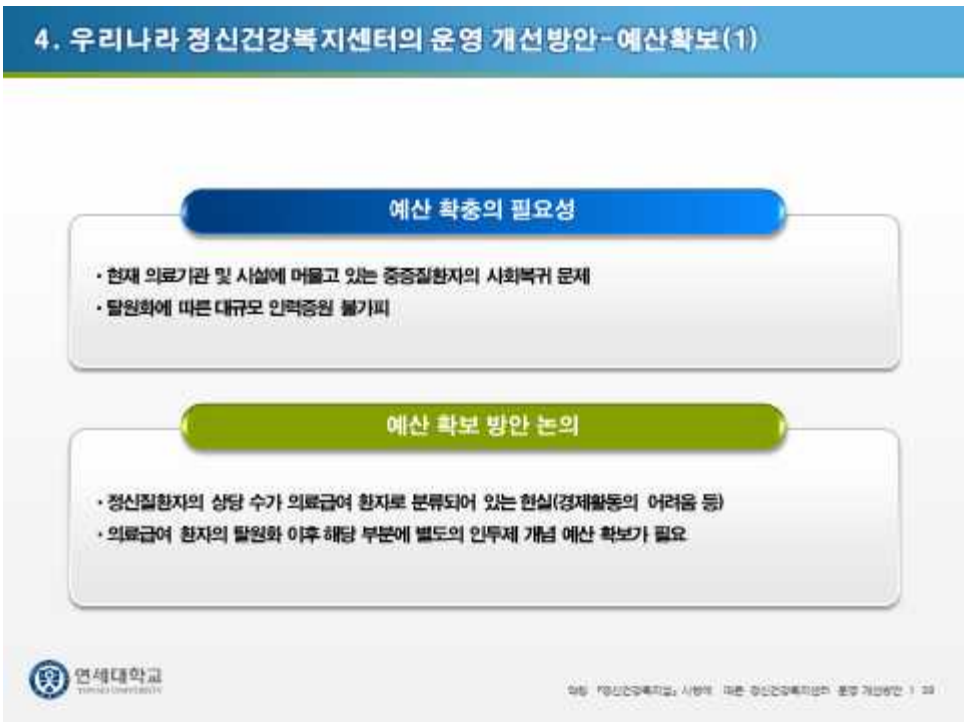

4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-운영체계 개선(2)
사업 본부 등의 신설
·근로자에 대한 직급구분 및 인건비 추산
·근로자의 지역파견 근무형태 및 내용범위
·기존 건강재단(공공보건의료재단 등)이나 사회서비스공단 내 사업본부 형태로 신설
정신건강복지센터 통합운영의 필요성
·개별 지역에 대한 중복사업 및 보건소 등과의 연계사업 논의
·전체적인 인프라 구축을 통한 각 지역 내 파견 및 이동성 원활
연세대학교


4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-운영체계 개선(3)
거점 의료기관 활용
·거점 의료기관 내 근로자 역할 분담
·의료기관 내 근로자의 직급 및 사용주체
정신건강복지센터 사례관리 등의 연계
·중앙집중식 사례관리 DB 구축으로 인한 기획 및 사례관리 분석 가능
·종합적인 의사결정구조를 통해 체계적인 관리운영 가능
연세대학교


4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-기능별 업무 분화
업무 분화를 통한 단계별 개선
기초정신건강복지센터
사례관리
정신건강증진
사업운영사항
기존 센터의 업무 파악
근로자의 1인당 업무량 도출
OECD통계 및 FGI를 통해 기준 파악
현재 인력과 적정인력의 차이를 통해 추가 필요 인력 파악
연세대학교


4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-업무 표준화
위기관리 및 재활연계
조기개입
사례관리
연세대학교

4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-근로 여건
"모든 근로자의 정규직 전환"
단기 개선안
• 필수업무에 대해 우선적 인력 충원
• 호주와 미국의 사례를 참고
장기 개선안
• 정신건강증진업무 추가
연세대학교


4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-예산확보(1)
예산 확충의 필요성
• 현재 의료기관 및 시설에 머물고 있는 중증질환자의 사회복귀 문제
• 탈원화에 따른 대규모 인력증원 불가피
예산 확보 방안 논의
• 정신질환자의 상당 수가 의료급여 환자로 분류되어 있는 현실(경제활동의 어려움 등)
• 의료급여 환자의 탈원화 이후 해당 부분에 별도의 인두제 개념 예산 확보가 필요
연세대학교

## 4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-예산확보(2)

연세대학교

## 4. 우리나라 정신건강복지센터의 운영 개선방안-운영주체 별 장 · 단점

| 운영주체 | 장점 | 단점 |
|---|---|---|
| 중앙행정기관차원 | - 전국 단위의 표준화된 서비스가 제공됨<br>- 전국 사례관리 DB 구축을 통해 정확한 통계 자료의 확보가 가능함(회록 관리 등)<br>- 전국적 인프라 구축으로 적재적소에 인력 배치용이<br>- 안정적인 신분보장<br>- 종합적인 의사결정구조를 통한 체계적인 관리운영<br>- 예산 규모의 증가로 다양한 서비스 기획이 가능함 | - 개별 지역 요구에 대한 반응속도가 떨어짐<br>- 연고지역 외의 지역에서 근무 가능성 존재함 |
| 광역지방자치단체 | - 광역지방자치단체 단위의 표준화된 서비스가 제공됨<br>- 중앙집중식 사례관리 DB구축으로 정확한 서비스 기준 및 사례관리 분석 가능<br>- 광역지방자치단체 수준의 인프라 구축으로 각 지역 우선순위 사업에 즉각적 대응<br>- 안정적인 신분보장<br>- 종합적인 의사결정구조를 통한 체계적인 관리운영<br>- 예산 규모의 증가로 다양한 서비스 기획이 가능함 | - 개별 지역 요구에 대한 반응속도가 떨어짐<br>- 연고지역 외의 지역에서 근무 가능성 존재함 |
| 기초지방자치단체 | - 개별 지역 요구에 대해 빠른 대처가 가능함<br>- 근로자 연고지에서의 근무가 보장됨 | - 기초지방자치단체 간의 서비스 표준화가 힘듦<br>- 예산 규모의 한계로 정책 기획의 한계가 존재함<br>- 예산 배정 불안정으로 고용 불안정의 위험이 존재함<br>- 명확한 관리체계가 수반되지 않을 시 DB의 신뢰성을 확보할 수 없음(이용자의 전출 · 입동)<br>- 기초지방자치단체의 성과 |

연세대학교

Mental health
drug
감사합니다.
연세대학교 의과대학 의료법윤리학과
연세대학교

# 토론

**정신건강복지분야 일자리 창출과 비정규직 정규직화**
**토론 1. 나영명** _ 보건의료노조 정책기획실장

**지역정신건강복지사업의 개선을 위한 근거중심의 정책과 서비스에 대하여**
**토론 2. 권오용**_ 한국정신장애연대 사무총장, 변호사

**정신건강복지센터에 집중된 정신보건 역할**
**토론 3 오승준** _ 새하늘병원장 한국정신보건연구회장

**정신건강 돌봄 서비스의 외주화가 아닌 정상화를 위해서**
**토론 4. 김상기** 의학전문 라포르시안 편집국 부국장

**토론문**
**토론 5. 나백주** _ 서울시 시민건강국장

**!**
**토론 6 차전경** _ 보건복지부 정신건강정책과장

토론 1

# 정신건강복지분야 일자리 창출과 비정규직 정규직화

보건의료노조 정책기획실장 나 영 명

## 1. 새 술은 새 부대에! : 정신건강업무-필요인력-고용형태-운영형태-예산이 조응하는 체계가 마련되어야 함.

○ 정신건강업무 영역은 중증정신질환(조현병, 조울증, 우울증, 치매 등), 신경증(전환장애, 강박장애, 불안장애 등) 자살, 아동청소년 정신건강, 성인정신건강, 노인정신건강, 재난정신건강, 4대 중독(알코올, 도박, 게임, 마약), 정신건강상담 등 점차 확대되고 있음.

- 정신분열성 장애 : 정신분열증
- 기분장애 : 조울증, 우울증, 조증
- 불안장애 : 공황장애, 범불안장애, 폐쇄공포증, 이성공포증, 암소공포증(어두운곳), 광장공포증, 매독공포증, 선단공포증, 적면공포증, 고소공포증, 동물공포증, 단순공포증, 사회공포증
- 스트레스
- 적응장애 : 외상후 스트레스
- 섭식장애 : 거식증, 폭식증
- 망상장애 : 편집증
- 인격장애 : 사이코패스, 쏘시오패스, 편집성 인격장애, 히스테리성 인력장애, 자기애적 인격장애, 경계선 인격장애, 의존성 인격장애
- 신체형장애 : 신체화장애, 전환장애
- 강박장애 : 강박증
- 충동조절장애 : 쇼핑중독, 방화, 폭발성 장애
- 중독 : 알코올, 도박, 게임, 마약
- 발달장애 : 정신지체, 정신박약, 언어장애, 지각장애, 자폐성장애(자폐증, 아스퍼거증후군, 광범성발달장애), ADHD(주의력결핍 과잉행동장애)
- 치매
- 수면장애 : 불면증

○ 정신건강업무를 담당하는 인력은 환자와 국민의 정신건강을 담당하기 때문에 정신건강업무에 대한 고도의 전문성과 숙련성을 필요로 함. 그런데도 정신건강복지센터 근무인력 중 53%가 3년 사이에 그만두고, 근속기간이 38개월 정도밖에 안 되는 것은 정신건강업무에 필요한 전문성과 숙련성이 정신건강업무를 담당하는 인력의 전문성·숙련성으로 담되는 구조가 확립되지 못하고 있다는 것을 보여줌. 따라서, 정신건강업무를 담당하는 인력의 전문성과 숙련성을 보장하기 위한 제도적 장치가 마련되어야 함.

○ 정신건강복지센터의 고용형태가 정규직은 11.7%에 불과하고, 무기계약직 10.7%, 비정규직이 압도적 다수인 77.6%(기간제 74.5%, 시간제 3.1%)를 차지하고, 무기계약직이 10.7%였다는 조사결과는 충격적임. 비정규직 고용형태가 절대 다수이다 보니 임금과 근로조건이 열악하고, 고용이 불안해 평균 근속기간이 2.5년에 불과한 상황임. 정신건강업무를 담당하는 인력이 질 낮은 일자리인 비정규직 고용형태에 머물러 있고 단기재직자가 반복 교체되는 상황에서는 정신건강복지의 질을 담보할 수 없음. 따라서 국민들에게 필요한 양질의 정신건강복지를 안정적으로 제공하기 위해서는 정신건강업무 담당 인력의 고용형태를 정규직으로 전환하는 획기적 조치가 필요함.

○ 지역정신건강복지센터는 대부분 민간위탁으로 운영하고 있고, 그것도 법인이나 기관이 아닌 개인시업자에게 위탁하여 운영하고 있음. 이렇게 해서는 생색내기나 구색맞추기를 위한 최소한의 정신건강복지를 제공하는데 머무를 수밖에 없고 ▲정신건강복지정책에 대한 체계적인 기획 ▲다양한 정신건강복지 개발과 표준화 ▲체계적인 정신보건서비스 인프라 구축 ▲효율적이고 지속가능한 정신건강복지 관리운영체계 구축 등이 사실상 불가능함. 또한, 위탁·재위탁 과정에서 임금삭감, 근로조건 하향, 부당한 업무 재배치, 근로관계 단절조치 등으로 질높은 정신건강복지를 안정적으로 제공할 수 있는 인력 인프라 구축을 불가능하게 함. 개인사업자에게 민간위탁하는 방식의 운영체계는 국민의 정신건강을 책임져야 할 국가와 지자체의 책무를 방기하는 것이므로, 지역정신건강복지센터 운영형태를 전면적으로 개편해야 함.

○ 정신건강복지 제공인력의 고용형태와 정신건강복지 제공기관의 운영형태가 정신건강복지의 질 담보를 좌지우지하는 것처럼 정신건강복지 예산 또한 정신건강복지의 질에 결정적 영향을 미침. 정신건강업무 영역은 나날이 늘고 있지만 예산은 늘어나지 않는 점, 정신건강복지의 가치와 물가 등을 반영한 인건비가 안정적으로 확보되지 않은 점, 탈원화와 지역사회 복귀를 위한 정신건강복지 제공체계 구축에 필요한 예산 확충 계획과 예산 확충 주체가 명확하지 않은 점 등은 정신건강복지 제공에 대한 정부와 지자체의 무책임한 태도를 증명해주고 있음. 중앙정부와 광역자치단체, 기초자치단체가 정신건강복지 예산규모를 대폭 늘리고, 이를 적절

하게 분담하기 위한 협의에 착수해야 함.

○ 이처럼 양질의 정신건강복지를 제공하기 위해 정신건강업무 영역, 필요인력, 고용형태, 운영형태, 예산이 상호 조응하는 시스템을 구축하기 위한 종합적이고 체계적인 정책이 마련되어야 함. 즉, 늘어나는 정신건강업무와 개발해야 할 정신건강업무를 고려한 양질의 인력을 충분히 확충하고, 국민들에게 최상의 정신건강복지를 안정적으로 제공할 수 있는 운영 시스템 구축과 예산 확충이 이루어져야 함.

## 2. 정신건강복지분야 일자리 창출

○ 문재인 정부는 '일자리 정부'를 표방하고, 국가일자리위원회를 만들어 일자리 창출에 적극 나서고 있음. 구체적으로 공공부문 81만개 일자리 창출, 민간부문 50만개 일자리 창출을 공약하였고, 일자리창출 종합계획을 마련하고 있음.

○ 문재인 대통령은 치매국가책임제를 공약하였음. 치매 뿐만 아니리 정신건강복지는 국가 주요사업으로 추진되어야 하고, 일자리 창출정책과 연동하여 추진해야 함.

○ 저출산고령화, 치열한 경쟁사회, 빈익빈부익부와 사회양극화 사회 등으로 인해 치매, 우울증, 조현병, 자살, 중독 등의 정신질환 예방과 치료, 관리가 중요해지고 있음.

○ 그러나, 1990년 이후 대부분의 OECD국가에서 자살률이 20% 이상 감소할 때 한국은 2000년 대비 2011년 자살률이 100% 증가하였음. OECD 자료(2013)에 따르면 한국의 자살률은 2011년에 33.3명(인구 10만 명당)으로 OECD 회원 국가 중 가장 높았음.

○ 우리나라의 정신건강복지 이용수준(정신건강 전문가 혹은 정신과 전문의에게 상담 혹은 치료를 받은 비율)은 15.3%로서 선진국에 비하면 매우 낮은 수준임. 미국 39.2%(2010), 호주 46%(2011), 뉴질랜드 38.9%(2006)의 정신의료서비스 이용률과 비교했을 때 매우 낮으며, 정신질환자 중 85%는 정신의료서비스를 이용한 적이 없음.

○ 정신보건인력수도 절대적으로 부족함. 2011년 OECD 평균 인구 10만명 당 15.6명의 정신과 전문의수를 기록할 때 한국은 6.6명이었음(OECD, 2013). 2011년 인구 10만명 당 정신보건 간호사수는 OECD 평균 50명이었지만, 한국은 14명이었음. 한국보다 적은 간호사수를 기록한 나라는 포르투칼, 헝가리, 멕시코, 터키 등임(OECD, 2013).

○ 정신건강복지를 제공하는 정신건강전문요원수를 대폭 늘려야 함. 인구 10만명당 100명의 정신건강전문요원수를 확충할 경우 최대 총 5만 1720명의 인력이 필요하고, 현재 등록인원을 감안하여 1인당 30~40명의 정신질환자를 관리할 경우 최소 6460명의 인력이 필요함.

| 구분 | 기준 | 일자리 확충 규모 | 비고 |
|---|---|---|---|
| PLAN A | 1000:1 | 51,720 | 최상의 기준, 외국 사례<br>10만명당 정신보건인력 : 영국(318.9명), 미국(125.2명), 핀란드(99.2명) |
| PLAN B | 8000:1 | 6,460 | 1인당 30~40명 사례관리<br>미국과 호주는 1인당 10명 사례관리 |
| PLAN C | 10000:1 | 5,170 | 최소기준 |

## 3. 정신건강복지 인력의 정규직화

○ 문재인 정부는 공공부문 비정규직 제로시대를 선포하면서 비정규직 정규직화정책을 추진하고 있음. 문재인 정부가 추진하고 있는 비정규직 정규직화의 대원칙은 ▲상시·지속적 업무는 정규직화 ▲생명·안전업무는 외주화 금지와 직영 전환 ▲차별금지와 동일가치노동 동일임금 실현임.

○ 정신건강사업은 일시·간헐적 업무가 아니라 상시·지속적 업무이고, 국민의 정신건강을 다루는 생명·안전업무이므로 정규직 고용, 직영이 바람직함. 그러나, 현재 지역정신건강증진복지센터의 운영형태는 대부분 민간위탁이고, 고용형태는 무기계약직, 기간제, 시간선택제임기제공무원 등으로 다양함.

○ 현재 문재인 정부는 <공공부문 비정규직 정규직 추진 가이드라인>을 마련하고 있고, 이를 바탕으로 비정규직 정규직 전환 추진 로드맵을 마련하여 시행할 계획임. 이러한 정부 정책에 발맞춰 지역정신건강증진복지센터의 운영형태와 고용형태를 개선하기 위한 대책이 시급하게 마련되어야 함.

○ 지역정신건강증진복지센터의 올바른 운영형태와 고용형태 모형을 개발할 때 가장 중요한 원칙이 되어야 하는 것은 양질의 정신건강복지를 안정적으로 제공할 수 있는 체계를 구축하는 것임. 이에 따라 운영형태는 현재처럼 공공재단도 아니고 공공기관도 아닌 민간 개인사업자에게 위탁하는 방식은 전면적으로 개선되어야 함. 개별 기초자치단체들이 직영하는 곳도 생기고 있으나 기초자치단체들간의 상황과 조건, 정책방향의 차이에 따라 천차만별로 운영되고 불안정하게 운영되는 것보다는  다양성을 보장하면서도 종합적·체계적으로 운영되도록 하기

위해서는 광역시도단위별 직영방식이나 공공재단 또는 공공기관을 설립하여 위탁운영하는 방식을 모색하는 것이 바람직함.

○ 고용형태는 정신건강업무를 당당하는 인력의 전문성과 숙련성을 높이고, 양질의 정신건강복지를 안정적으로 제공하기 위해 무기계약직, 기간제 계약직, 시간선택제 등을 지양하고 정규직 고용으로 전면 전환해야 함. 특히, 무기계약직은 고용형태상으로는 정규직과 차별이 없지만 임금, 인사승진, 복리후생 등에서는 명백한 차별이 있으므로 이런 차별을 전면 해소할 수 있는 방안을 마련해야 함. 아울러 지역정신건강증진센터 노동자들이 임금과 근로조건, 인사승진에서 불이익과 차별을 받지 않도록 표준임금과 표준근로조건을 마련하는 것이 필요함.

○ 정부는 7월에 공공부문 비정규직 정규직화 추진 가이라드인을 발표한 후 비정규직 실태조사에 들어갈 계획임. '김추어 놓은 비정규직 인력'인 지역정신건강증진복지센터 노동자들도 당연히 정규직 전환 대상에 포함되어야 하며, 실태조사 대상에도 포함되어야 함.

# 메모장

토론 2

# 지역정신건강복지사업의 개선을 위한 근거중심의 정책과 서비스에 대하여

한국정신장애연대(카미) 사무총장, 변호사 권 오 용

1. 이번 토론회는 지역정신건강복지사업의 개선을 위하여 정신보건센터 인력 확충의 필요성과 현재 비정규직으로 운영되고 있는 센터 직원들의 고용형태를 정규직화 하여 지역정신건강센터의 서비스의 질을 높이는 목표에 대한 구체적 방안을 이야기는 자리인 것으로 이해합니다. 저는 소비자들의 권익을 대변하는 단체의 대표자로서 논의의 주제와 관련하여 몇 가지 말씀드리고자 합니다.

2. **근거 중심으로 정책과 서비스 개선이 필요합니다.**

- 1995년도에 제정되고 최근 전부 개정법률이 시행된 우리나라 정신보건법('정신건강복지법')은 그 역할이 정신질환자들에 대한 좋은 정신건강과 정신의료서비스를 제공하고 국민들의 정신건강을 증진하기 위한 것이었지만 사실은 정신의료기관과 정신보건센터 등 서비스기관과 인력의 증가를 가져왔고 이에 따라 정신건강과 관련한 국가예산과 국민건강보험지출의 증가를 가져왔습니다.

- 정신보건센터가 지역사회 정신보건사업을 위한 공공 인프라로서 20년간 지역사회정신보건서비스의 큰 축이 되었던 사실, 그러나 자살예방사업을 비롯하여 국가정책 실행을 위한 서비스의 양은 크게 증가한 한편 그 예산과 인력은 상대적으로 늘어나지 않고 직원들의 고용은 비정규직으로서 주로 대학병원이나 정신과병원장에게 위탁 운영되는 그 구조적인 문제를 지적한 전준희 센터장의 발표내용에는 대부분 전적으로 동의합니다.

- 다만 정신건강서비스의 이용자인 정신장애인과 돌봄을 맡은 가족의 이익을 대변하는 입장에서 덧붙이고 싶은 것은 정신보건센터를 비롯하여 정신의료기관과 정신요양시설, 사회복귀시설 등에서 제공되는 서비스에 대하여 그 비용과 효과에 대한 분석과 소비자들의 욕구가 제대로 반영되고 있는지에 대한 조사가 이루어 진 후 전준희 센터장이 지적한 정신보건센터의 여러 문제점에 대한 개선이 서비스의 질을 높이는 차원에서 이루어져야 한다고 생각합니다.

- 이러한 관점에서 김종진 한국노동사회연구소 연구위원이 정신보건센터의 노동실태와 공

공성과 서비스 질 제고를 위하여 고용구조와 기관운영의 위탁구조에 대하여 분석하여 발표해 주신데 대하여 진심으로 감사드립니다. 발표에서 지적된 직원들의 고용불안 문제와 안전 건강문제의 해결은 시급하고도 반드시 이루어져야 한다고 생각합니다. 다만 정신건강센터의 인력확충의 문제는 위에서 말씀드린 바와 같이 우리나라 전체 정신건강서비스와 정신의료서비스를 포함하여 서비스의 효과성과 질에 대한 분석과 제고방안이 함께 논의되어야 한다고 생각합니다.

- 국가 전체의 정신건강에 지출되는 예산은 정신의료기관인 국공립과 민간 정신병원과 정신과의원, 종합병원 정신과 등 전체 의료기관에 지출되는 예산이 약 4조 원 정도 내외로서 2007년도에 비교할 때 2배 이상 증가하였고 그 예산은 국민건강보험, 의료급여예산으로서 서비스에 대하여 100% 보장되는 반면에 지역사회 정신보건서비스의 핵심축인 정신건강센터의 예산은 국민건강증진기금과 지방자치단체 예산의 '매칭펀드'로서 예산은 속성상 매년 해당 부처의 사업목표와 지방자치단체의 예산 사정에 따라 매우 불안정하고 서비스가 늘어나도 함께 늘어나지 않기 때문에 정신보건센터의 역사가 20년이 된 시점에 사업이 매우 확대되었음에도 각 센터의 예산은 거의 늘어나지 않았습니다.

- 금년도 기초 정신보건센터 기관 당 예산이 50%인 국비 8,540만원, 지방자치단체 예산 포함 전체 1억5120만원으로 알고 있는데 국립정신병원과 정신요양시설에 지출되는 국가예산을 제외하고 정신보건센터의 예산만을 두고 본다면 전체 정신건강지출 중에서 의료서비스를 위한 지출에 비교할 때 전체 정신건강지출의 2%가 안 되는 예산으로 국민에 대한 정신보건과 복지서비스, 건강증진서비스를 주로 담당케 한다는 생각은 처음부터 그 모양에 비교할 때 실질적인 것은 기대할 수 없는 구조라고 생각합니다.

- 제가 모 광역센터에서 사례관리 케이스에 대한 발표를 하는 것을 보았는데 어떤 한 사례 대상자에 대하여 사례관리를 한 모범사례에 대하여 발표하는 것을 보고 그 한 대상자에게는 그러한 서비스가 제공될 수 있지만 더 많은 사례에 대하여 제공되려면 인력과 예산이 수반되어야 하는데 현재 우리나라 정신보건센터의 예산과 인력의 운용구조로서는 보편적으로 제공될 수 없는 사례관리 서비스라서 안타깝다고 의견을 제시한 적이 있었습니다. 따라서 미국 등 선진각국의 이미 2000년대 초반의 정신건강지출 구조와 같이 입원진료비용이 그 중 60% 이상인 정신의료서비스에 제공되는 비용이 지역사회 정신건강서비스에 제공되는 비용에 비할 때 약 50% 미만으로 내려가도록 관련 법제를 고쳐 정신건강의 예산이 정신보건센터의 서비스를 비롯하여 지역사회에서 제공되는 여러 가지 서비스에 배분되도록 하는 구조적인 개혁이 필요하다고 생각합니다.

- 저는 2000년대 초반부터 인천광역시 정신보건심의위원, 심판위원의 활동을 시작하여 기초와 광역 정신보건센터의 사정을 비교적 많이 지켜볼 수 있었는데 사실 오래전부터 정신장애인과 가족들은 정신건강센터의 서비스를 그렇게 많이 이용하지 못하고 있는 실정입니다. 이렇게 된

이유를 먼저 알아보고 정신보건센터가 국민들이 이용할 수 있고 이용하고 싶은 기관이 되려면 어떻게 하여야 되는지에 대한 고민과 개선이 필요합니다. 그렇지 않다면 꽤 오래전 장애인실태조사에서 다시 이용하고 싶은 희망자의 비율이 6% 밖에 되지 않는 정신의료기관의 서비스와 같이 정신보건센터도 소비자들이 그 효용성을 느끼지 못하고 찾지 않는 기관으로 남게 될 것으로 우려하고 있습니다.

### 3. 헌법재판소의 정신보건법 제24조에 대한 헌법불합치 판결

- 김소윤 교수의 발표와 최근 보건복지부의 어떤 홍보자료에서 헌법재판소의 헌법불합치 결정 이유에 대하여 '정신질환자에 대한 복지서비스 미약'이라고 제시된 내용에 대하여 매우 의아하게 생각하고 있습니다. 헌법재판소의 구 정신보건법 제24조 1항, 2항, 가족 2명의 동의에 대한 비자의입원('보호입원')이 헌법상 기본권인 신체의 자유를 과도하게 침해한다는 헌법불합치 결정의 이유는 헌법재판소에서 배포한 보도자료에 그 결정의 요약이 비교적 상세하면서 이해하기 쉬운 내용으로 실려 있으므로 이곳에 계시는 의원님들과 정부와 기타 정신보건정책과 서비스 관계자들은 꼭 읽어 보시고 정확하게 이해하시도록 부탁드리고 싶습니다.

- 헌법재판소에서 구 정신보건법 제24조에 의한 비자의입원이 헌법에 불합치 한다고 결정한 이유를 다음과 같이 요약하고 있습니다.

침해의 최소성 위반

○ 보호입원의 대상과 진단의 문제

- 정신과전문의는 정신질환자가 ① 입원치료·요양을 받을 만한 정도의 정신질환에 걸려 있거나, ② 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위해 입원을 할 필요가 있는 경우에 입원의 필요성이 있다고 진단한다. 따라서 정신질환자는 입원치료·요양을 받을 만한 정도의 정신질환을 가지고 있는 경우에도 보호입원될 수 있고, 치료·요양을 위한 것이 아니라고 하더라도 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위해서도 보호입원될 수 있다.

- 그런데 정신보건법은 입원치료·요양을 받을 정도의 정신질환이 어떤 것인지에 대해서는 구체적인 기준을 제시하지 않고 있어, 정신과전문의의 정신질환 소견만 있으면 누구나 보호입원될 가능성이 있다. 또한 '자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전'이라는 요건 또한 매우 추상적일 뿐만 아니라 이를 판단할 수 있는 구체적인 기준도 마련되어 있지 않다. 실제 통계를 보면 보호입원이 얼마나 광범위하게 이용되고 있는지를 알 수 있다.

○ 보호의무자 2인의 동의와 정신과전문의 1인의 진단 요건의 문제

- 또한, 심판대상조항이 정한 보호입원의 요건은 보호입원의 적정성을 담보하기에 부족하다.

- 심판대상조항이 보호의무자 2인의 동의를 요건으로 설정한 것은 보호의무자가 정신질환자의 입원 여부를 결정함에 있어 정신질환자 본인을 위하여 최대한 이익이 되는 쪽으로 판단하리라는 선의에 기초하고 있으나, 보호의무자 중에는 부양의무의 면탈이나 정신질환자의 재산탈취와 같은

목적으로 보호입원을 악용하는 사람도 있을 수 있으므로, 이러한 경우에는 그 보호의무자의 동의권은 제한되거나 부정되어야 한다. 그러나 현행 정신보건법은 정신질환자의 이익을 저해하는 보호입원을 방지할 수 있는 제도를 충분히 마련하고 있지 않다. 소송이 제기되지 않은 상태에서 이해충돌이나 갈등이 발생할 수 있고 이해충돌이나 갈등이 모두 소송으로 발전하는 것도 아니므로, 정신보건법 제21조 제1항 제3호와 같은 결격사유를 둔 것만으로는 보호의무자와 정신질환자 사이의 이해충돌을 적절히 예방하고 있다고 볼 수 없다.

- 정신장애나 질환의 특성상 보호입원의 필요 여부에 관하여 전문가의 의견이 필요하다는 점은 부인할 수 없으나, 이러한 필요성이 인정되더라도 그 진단의 남용가능성을 차단할 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 한다. 그러나 심판대상조항은 입원치료·요양을 받을 만한 정신질환을 앓고 있는지 또는 환자 자신의 건강·안전이나 타인의 안전을 위하여 입원이 필요한지 여부에 대한 판단권한을 정신과전문의 1인에게 전적으로 부여함으로써, 그의 자의적 판단 또는 권한의 남용가능성을 배제하지 못하고 있다. 정신과전문의가 자신의 경제적 이익을 위하여 진단 권한을 남용하는 경우 현행 정신보건법상 이를 막을 방법이 없고, 정신과전문의와 보호입원된 정신질환자(이하 '피보호입원자'라고만 한다) 사이에 이해관계가 충돌할 수 있다.

- 보호의무자 동의 요건의 문제점과 정신과전문의 진단 요건에 관한 문제점들이 서로 결합하는 경우 보호입원 제도가 남용될 위험성은 더욱 커진다. 보호의무자 2인이 정신과전문의와 공모하거나, 또는 그로부터 방조·용인을 받아 정신질환자를 보호입원시킬 수 있고, 이는 실제로도 종종 발생하여 사회문제가 되었다. 또한, 사설 응급이송단에 의한 정신질환자의 불법적 이송, 감금 또는 폭행과 같은 문제도 빈번하게 발생하고 있다.

○ 입원기간과 계속입원의 문제

- 보호입원은 입원기간도 최초부터 6개월이라는 장기로 정해져 있어, 보호입원이 치료의 목적보다는 격리의 목적으로 이용될 우려가 크다. 피보호입원자와 보호의무자는 언제든지 정신의료기관장에게 퇴원을 신청할 수 있으나, 정신의료기관장은 정신과전문의로부터 정신질환자의 위험성을 고지받았음을 이유로 이를 거부할 수 있다. 또한, 정신의료기관장은 6개월이 지난 후에도 피보호입원자에 대하여 계속하여 입원치료가 필요하다는 정신과전문의의 진단 및 보호의무자 2인의 동의가 있는 때에는 6개월마다 시장·군수·구청장 소속 기초정신보건심의위원회의 계속입원 심사를 통해 얼마든지 피보호입원자의 입원을 연장할 수 있다. 이로 인하여 보호의무자와 의료기관 사이의 이해만 맞으면 얼마든지 정신질환자의 의사나 이익에 반하는 장기입원이 가능하다. 실제로 2013년 통계에 의하면 평균입원기간은 정신의료기관의 경우 176일, 정신요양시설의 경우 3,655일에 이른다.

○ 보호입원 대상자의 의사 확인이나 절차 보조인의 관여 배제

- 강제입원은 기본적으로 인신구속의 성질을 가지므로 부당한 강제입원으로부터 환자의 권리를 보호할 수 있는 절차의 마련이 필요하다. 예컨대 당사자에 대한 사전고지, 청문 및 진술의 기회, 강제입원에 대한 불복, 부당한 강제입원에 대한 사법심사, 국가 또는 공적 기관에서 제공하는 절차보조인의 조력과 같은 절차가 보장될 필요가 있다. 그런데 정신보건법은 심판대상조항과 같은 보호입원제도를 두면서 이러한 절차들을 전혀 마련하고 있지 아니하다.

- 심판대상조항은 입원을 결정함에 있어 정신질환자 모두에 대해 판단능력 내지 입원에 대한 동의능력이 전혀 없는 것으로 간주하여 이들의 의사를 고려하고 있지 아니하다. 또한, 입원 전이나 입원 당시에 당사자에게 고지하는 제도가 없고, 입원 후에야 이를 통지하는 사후통지제도만을 두고 있다. 공적기관에서 제공하는 절차보조인과 같이 보호입원 전반에 걸쳐 객관성을 담보할 수 있는 자의 관여도 허용하고 있지 아니하다.

- 기초정신보건심의위원회는 피보호 입원자의 정신의료기관장의 퇴원거부에 대한 이의신청, 정신의료기관장의 피보호 입원자에 대한 입원기간 연장에 대하여 심사한다. 그러나 위 위원회에서는 피보호입원자를 직접 대면하여 그의 진술을 충분히 청취하는 절차를 거치지 않은 채 대부분 서류를 위주로 심사가 이루어지고 있는 점, 피보호 입원자가 이미 보호입원된 상태에서 사후적으로 입원의 필요성 등을 심사하게 되어 결국은 처음 입원의 필요성이 있다고 인정한 정신과 전문의 1인의 진단에 상당히 의존할 수밖에 없는 점 등에 비추어 보면, 위 위원회가 보호입원 당시의 위법·부당성을 충분히 심사할 수 있으리라고 기대하기 어렵고, 이는 통계로도 알 수 있다.

- 더구나 피보호 입원자는 정신의료기관으로부터 치료의 필요성이라는 이유로 통신·면회의 제유를 제한받을 수 있고, 또 정신의료기관 내에서 격리되거나 결박당할 수도 있다. 보호의무자나 정신의료기관장이 외부와의 접촉이나 퇴원을 원하는 피보호입원자의 입원을 장기화할 목적으로 이를 악용할 경우, 피보호입원자는 인간으로서 가져야 할 최소한의 존엄성마저 침해당할 수 있다.

- 법원에 인신보호법 제3조에 따라 구제를 청구하는 것도 피보호입원자를 위법·부당한 보호입원으로부터 충분히 보호방법이 되기 어렵다. 인신보호법상 구제청구는 보호입원의 위법성을 심사함에 있어 심판대상조항에서 정한 보호입원 요건이 구비되었는지 여부만을 심사함에 그칠 수 있고, 피보호입원자가 보호입원된 때와 인신보호법상 구제청구 사이에는 상당한 시간적 간격이 있으며, 피보호입원자로서는 정신의료기관에 격리수용되어 있어 구제청구 자체를 이용하기도 쉽지 않다. 나아가 피보호입원자에 대한 구제청구 절차가 진행되면 정신의료기관이 정신질환자를 퇴원시키거나 다른 정신의료기관으로 전원시키는 방법으로 그 절차를 무력화시킬 수 있다.

○ 소결

- 이상과 같이 심판대상조항은 입원의 필요성에 대한 판단에 있어 객관성과 공정성을 담보할 만한 장치를 두고 있지 않고, 보호입원 대상자의 의사 확인이나 부당한 강제입원에 대한 불복제도도 충분히 갖추고 있지 아니하여, 보호입원 대상자의 신체의 자유를 과도하게 제한하고 있어, 침해의 최소성에 반한다.

법익의 균형성 위반

○ 심판대상조항이 정신질환자를 신속·적정하게 치료하고, 정신질환자 본인과 사회의 안전을 도모한다는 공익을 위한 것임은 인정된다. 그러나 심판대상조항은 단지 보호의무자 2인의 동의와 정신과전문의 1인의 판단만으로 정신질환자에 대한 보호입원이 가능하도록 하면서 정신질환자의 신체의 자유 침해를 최소화할 수 있는 적절한 방안을 마련하지 아니함으로써 지나치게 기본권을 제한하고 있다. 따라서 심판대상조항은 법익의 균형성 요건도 충족하지 못한다.

- 아울러 2014년도에 유엔장애인권리위원회는 대한민국의 정신장애인이 관련된 정신의료와 보건서비스에 관련된 중요한 8가지 권고를 하였고 그 내용 중에는 정신보건과 의료서비스 등에서 비자의 입원과 치료가 강행 국제규범인 장애인권리협약에 반함에도 대한민국에서 일어나고 있는 인권침해 문제에 대하여 큰 우려와 함께 다음과 같이 권고한 내용이 있음을 상기하여 주시길 부탁드립니다.

"22. 위원회는 당사국이 대체의사결정에서, 의료적 치료에 대한 고지된 동의의 제시와 철회에 대한 권리, 사법접근권, 투표권, 결혼에 대한 권리, 일할 권리, 거주지를 선택할 권리 등에 관한 것을 포함하여, 개인의 자율성과 의지, 선호를 존중하며 협약 제12조와 일반논평 제1호와 완전히 부합하는 조력의사결정으로 전환할 것을 권고한다. 또한 위원회는 당사국이 장애인과 그들을 대표하는 단체와 협의 및 협력함을 통하여 국가·지방·지역 차원에서 공무원과 판사, 사회복지사를 포함한 모든 주체들을 대상으로 장애인의 법적 권한과 조력의사결정체계에 관해 교육을 제공할 것을 권고한다."

## 4. 결 어

저는 지난주에 "법률과 정신건강"이라는 세계학회에서 엄청나게 많은 발표자들이 각국에서 실행하고 있는 정신건강 관련 법제와 서비스에 대한 연구결과를 발표하는 것을 보고 돌아왔습니다. 그 중에 "theraputic jurisprudence"라는 주제에 관심을 갖게 되었는데 법률과 제도, 정책과 서비스가 그 시행되는 대상자인 이용자의 치료와 복지에 효과가 있다는 것이 입증되어야 한다는 것입니다. 이것은 "evidence-based practice"라는 사회서비스가 제공되려면 그 효과성에 대한 근거가 있어야 한다는 것이고 이것은 책임성과도 관련되는 원칙인 것입니다. 이러한 각국의 연구자들의 발표를 들어볼 때 우리나라에서 진행되고 있는 정신건강에 관련된 정책, 법제도, 서비스가 아직 방향을 잡지 못하고 갈팡질팡 하는 것을 생각할 때 매우 안타까운 마음을 금하지 못하였습니다. 막대한 국가예산을 지출하면서 그 효과에 대한 증거가 없는 장기입원을 비롯한 입원과 정신과 진료에만 97% 이상을 쓰면서 정신장애인의 권리인 지역사회 정신건강과 사회서비스를 누리지 못하게 하는 정신보건법을 비롯하여 각종 정신건강예산의 지출구조를 결정하는 법제도와 서비스 구조에 대하여 그 서비스를 이용하는 소비자단체들과 그 대변자들을 포함시키고 현장의 실무자들을 포함하여 다학제적으로 구성된 양심적인 학자들과 공무원이 공동으로 우리나라 정신건강정책을 분석하고 검토하여 지역의 정신건강센터와 정신의료기관, 기타 기관들의 서비스가 국민들의 정신건강과 복지를 위하여 효과적이고 질 높은 수준으로 제고되기를 간절히 희망하면서 토론을 마침

토론 3

# 정신건강복지센터에 집중된 정신보건 역할

새하늘병원장, 한국정신보건연구회장 오 승 준

정신건강을 유지하고 회복하기 위해서는 병의원 등에서 치료만 해서 되는 것이 아니라 지역사회에서 예방과 재활을 함께 할 수 있는 기관이 필수적이다.

예방 및 재활을 담당하는 기관은 여러 종류가 있을 수 있으나 우리 나라 지역사회에서 정신건강에 대해 이러한 역할을 담당해주는 기관은 정신건강복지센터와 정신재활시설로 나눌 수 있다. 기초 및 광역 지차체에 설치되어 있는 정신건강복지센터는 1995년 정신보건센터에서 출발해서 정신건강증진센터로 이름을 바꾸었다가 지난 5월 30일부터 시행된 정신건강복지법에 따라 정신건강복지센터로 변경되었다. 그 동안 단순히 이름만 바뀌었던 것은 아니었으며 기능과 역할, 규모 등에서 현격한 변화를 거쳐온 것이 사실이다.

과거 기초자치단체 정신보건센터는 기본형, 표준형으로 분류 되었으며 기본형에서는 1-2명의 보건소 직원이 정신보건센터 서비스를 모두 책임지는 형태였으며 2010년이 되어서야 경기도에서 모든 시군에 표준형 센터가 설치될 수 있었다. 표준형이라고 하면, 대개는 정신건강의학과 전문의인 1명의 비상근 센터장과 4-5명의 상근직원으로 구성되어 있어서 기본형과 비교하면 현격한 차이를 보여주었다. 중증정신질환 주간재활, 가정방문 사례관리, 내담자 상담 및 안내 등의 기본적인 역할이었으며 예산도 1억원대 초반에서 시작되는 정도였다.

시간이 지날수록 지역 정신보건센터의 역할은 다양해지고 지역에서의 요구도 높아져 갔다. 인간의 행복에 정신건강이 중요하다는 사실을 인지하게 될수록 지역 정신보건센터로의 문의는 늘어갔고 아동 및 청소년, 노인, 주부, 직장인, 우울증, 공황장애, 알콜의존, 치매 등 다양한 영역에서의 상담 및 치료 프로그램 운영 수요가 증가하였다. 특히, 정신보건 영역의 다양한 유관기관 회의에서 나오는 여러 가지 좋은 생각들은 결국 정신보건센터가 감당해야 하는 일들이 대부분이었다.

정신보건센터는 건강증진사업 중심의 역할이 크다는 생각에서 정신건강증진센터로 이름을 바꾸었으나 그 기능은 이전과 큰 차이가 없었고 여전히 수요는 점차로 증가하였다. 일부지역에서는 알콜상담센터, 자살예방센터, 아동청소년 정신보건센터, 노인정신보건센터, 노숙인상담센터 등 여러 가지 모습의 정신질환과 관련된 지역사회 상담센터들이 생겨나면서 국민들에게 더욱 다양한

형태의 서비스가 제공되었으며 이는 국민들의 정신보건에 대한 수요를 반증하는 것이기도 하였다.

최근에는 정신질환자 복지서비스를 국가가 앞장서서 책임지고 제공하여야겠다는 생각하고 이는 기존의 시스템을 활용하여야 하기에 정신건강증진센터는 정신건강복지센터로 이름이 변경되고 복지서비스에 대한 핵심역할을 하도록 요구받고 있다.

그 사이 정신건강복지센터는 각 센터마다 직원 수가 점차로 늘어났고 예산도 처음과 비교하면 몇 배로 증가되었다. 그러나, 발제자료에서 확인할 수 있는 것처럼 시간이 지날수록 정신건강복지센터 직원들은 자신들의 정신건강과 복지를 걱정해야 할 상황이라는 것을 절감하고 있다고 호소하고 있다. 이직률도 높은 편이며 소신 있게 얘기하거나 관심 있는 사업을 추진해보기 어렵게 되고 기관평가 및 개인평가에 맞추어 실적 위주로 고민하고 있는 것이다.

처음 서비스가 시작되기 시작했을 때부터 지금까지 정신건강복지센터에는 여러 가지 기능과 역할들이 지속적으로 추가되고 있기 때문이다. 마치 찰흙으로 무언가를 빚어가는 것처럼 필요하다고 생각되는 것을 일단 붙여놓으면 그대로 합쳐져서 이후엔 당연히 그 역할을 수행해 내도록 하다 보니 뼈대는 처음 그대로인데 몸채는 너무 커져버려서 불안정해 보이는 작품처럼 보이는 것이다.

소아청소년 정신보건사업, 알코올 상담사업, 자살예방사업 등 중요하지 않은 과제들이 없지만, 정신건강복지센터의 가장 기본적인 역할은 중증정신질환 주간재활 및 방문사례관리라고 할 수 있다. 중증정신질환 주간재활 및 방문사례관리는 가장 기본적인 것임에도 상당수의 센터에서 우선순위가 뒤로 밀리고 있는 프로그램으로 분류가 되고 있다.

주간재활 프로그램은 낮병원이나 주간이용 정신재활시설 등으로 역할을 재분배해야 한다는 의견이 대두되면서 지역에 낮병원 등이 있는 경우에는 센터 전체 프로그램에서 아예 삭제되는 경우도 있으나, 상당수의 센터에서는 여전히 가장 중요한 프로그램으로 자리 잡고 있으며 이에 투입되고 있는 인력과 예산도 상당한 수준이다.

방문사례관리는 정신보건센터 시절부터 가장 중요한 핵심 사업이었다. 입원 치료 후 퇴원한 환자뿐 아니라 아직 병원에 가보지 않은 상담자들까지 회원으로 등록되고 정신보건 전문요원이 직접 삶의 현장에 방문하여 상담해주는 것은 매우 현실적으로 도움이 되는 서비스라고 할 수 있다. 그러나, 회원수가 늘어나고 담당하는 업무가 늘어나면서 사례관리는 전화 통화로 대체하는 경우가 대부분이고 심각한 문제가 발생한 경우에만 긴급출동 등의 형태로 방문하게 되는 것으로 변해가고 있다. 사례관리가 얼마나 중요한 역할을 하는지 잘 알고 있음에도 불구하고 실제 현장에서는 하루 종일 다녀도 3-4 건에 불과하고 방문했다가도 문전박대를 당하거나 혼자서 방문했다가 봉변을 당하는 등의 여러 가지 어려움들로 인해 방문 사례관리에 대해 다른 방법을 생각해봐야 한다는 목소리가 높아지고 있다.

정신보건 정책의 선진국들에서는 공통적으로 사례관리에 대해 매우 중요한 방점을 두고 있다. 비자의입원 뿐 아니라 자의입원인 경우에도 입원기간은 대개 10-15일 이내인 경우가 대부분이며 필요한 입원 후에는 가능한 빨리 퇴원하여 지역사회에서 상담 및 재활치료에 등록되도록 하고 있다. 입원 치료가 필요한 급성 상태에서는 매우 집중적인 치료가 제공되도록 하고 있다. 주치의와 다수의 직원들에 의해 여러 가지 입원치료 서비스가 집약적으로 제공된다.

지역사회에서 개입하는 대표적인 예로 ACT(Assertive Community Treatment, 적극적 지역사회 치료) 등을 들 수 있다. 정신건강의학과 전문의 한 명을 중심으로 정신전문 간호사, 사회복지사, 직업재활전문가 등으로 팀을 구성하여 담당할 수 있는 환자분들의 규모를 정하고 각 전문요원들마다 담당 환자들을 지정하여 지정된 환자분들에 대해서 약물복용, 일반건강검진, 주거 및 직업까지 상담하고 실제적인 도움을 주려고 노력한다. 정신건강의학과 전문의도 지속적으로 방문상담에 참여하고 1-2달내에는 자신이 담당하고 있는 모든 환자들을 방문할 수 있도록 하는 경우가 대부분이다. 물론 긴급상황이 되는 경우에는 별도의 매뉴얼에 따른다.

이와 같은 지역사회 서비스가 가능할 때 비로소 탈수용화 및 낮은 재입원률, 낮은 비자의입원률 등의 긍정적인 수치들이 가능하게 되는 것이다. 이런 서비스에는 상당히 많은 인력과 시설을 필요로 하며 그에 따른 적극적인 예산 편성도 필수적이다. 그런 것들을 모두 감당하고 정신질환자 재활에 적절한 서비스를 제공하고 있기 때문에 서구 사회에서는 우리나라와 눈에 띄게 차이나는 결과들을 보여주고 있는 것이다.

우리나라에서는 최근까지 오랜 시간에 걸쳐 정신질환자 수용위주 정책을 통해 사회로부터 격리 시키는 것을 우선하여 왔기 때문에 대다수 정신병원의 기능을 입원과 입원 유지 등으로 인식하고 있다. 많은 수의 환자는 장기 입원하고 있으며 소수의 퇴원 환자에 대해 정신건강복지센터에서 사례관리 받도록 하고 있으나 실제로 퇴원이후에 센터 사례관리를 거부하는 경우도 상당히 많은 편이다. 퇴원한 이후에는 외래 치료에 내원하여 약물처방 및 상담치료 하는 것 외에는 재활치료의 대부분을 스스로 알아서 찾아다니거나 정신건강복지센터에서 담당하도록 하여 왔다. 그러나, 이제는 퇴원 후 사례관리의 창구를 다양화 할 필요가 있어 보인다.

입원치료나 통원치료를 하였던 환자에 대해 가장 잘 아는 사람은 주치의와 치료진들이다. 많은 시간과 노력을 통해 환자와 치료적인 관계를 만들어 왔고, 정신 및 신체 건강에 대해 확보된 정보가 누적되어 있으며 가족들도 충분히 인지되어 있는 상태이다. 이런 상황에서 간헐적으로 전화 등을 통해 확인하는 정도가 아니라, 약물복용, 건강상태, 가정생활, 대인관계, 문제상황해결, 직업재활 등에 대해 적극적으로 방문하여 상담해 주거나 이를 교육해주는 치료 프로그램을 외래 통원 치료 기반으로 제공하여 준다면 매우 실질적인 도움이 될 것이다.

이런 서비스를 “병원기반 사례관리(Hospital-based Case Management) ”라고 한다. 이미 여러 나라에서 시행되고 있는 상태이며 ACT 팀 역시 병원을 기반에 두고 만들어지는 경우가 대부분이다. 우리나라에 이런 병원기반 사례관리를 도입하면 여러 가지 장점을 보여줄 수 있다.

첫째, 지역사회 재활서비스의 기반이 부족한 상태에서 기존의 병원들이 사례관리 업무를 담당해 줌으로서 정신건강복지센터 및 정신재활시설들과 협력이 가능해지고, 정신건강복지센터에 과중하게 부여되고 있는 업무량을 재분배 하는 효과가 있다. 정신건강복지센터는 인력 증원 및 재배치, 업무 조정 등을 통해 지금보다 효율적으로 여러 사업들에 매진할 수 있게 된다.

둘째, 병원들이 탈수용화 정책에 동참하게 하는 동기부여가 될 수 있다. 퇴원하고 나면 환자들이 병원과 연계되지 않는다는 생각 때문에  기존의 진료형태를 고수하고자 하는 병원들이 다수 있을 수 있으며 이 병원들에게 조금 더 전향적인 방향을 제시할 수 있는 정책이 될 수 있다. 낮병원의 활성화와 더불어 생각하면 더욱 좋은 모델을 만들어 나갈 수 있을 것이다.

셋째, 유휴 간호사 및 사회복지사에게 새로운 고용창출의 기회가 된다. 전일 근무 형태는 당연할뿐더러 시간제 근무 등 근무의 유연성도 확보할 수 있는 기회가 되므로 탄력적인 근무가 필요한 분들도 근로현장으로 유입할 기회가 될 수 있다. 전국에 있는 정신병원들마다 사례관리를 위한 방문간호 및 상담팀을 만든다면 상당한 수의 새로운 일자리 창출이 가능하다.

넷째, 환자 및 가족들은 퇴원 후에도 충분한 양의 정보와 안내를 받기 용이해진다. 병원기반 사례관리가 정착되면 입원 중에도 퇴원을 준비하며 퇴원 후 과정에 대해 충분히 안내가 되기 때문에 정신건강복지센터에 통지서를 보내 이를 통해 센터직원이 방문하는 과정보다 훨씬 더 효율적으로 재활서비스에 접근이 가능해진다. 환자 입장에서도 주치의에게 충분한 설명을 들은 경우 자신에게 맞는 재활서비스가 어디에서 어떤 방식으로 제공되는지 미리 알고 선택하게 되기 때문에 참여 동기가 높아지고 재활치료의 성과도 좋아질 수 있다.

다섯째, 병원기반 사례관리를 담당하게 될 직원들은 병원 전체 직원들과 함께 어우러져서 일하게 되기 때문에 고용의 안정성이 보장되고 업무 보완, 결원시 대책 등에 있어서 매우 유연한 조건이 될 수 있다.

이러한 장점들로 인해 정신보건에 앞서가는 나라들에서는 병원기반 사례관리의 중요성을 강조하고 여러 가지 형태로 사례관리 서비스가 제공될 수 있도록 구조(system)를 만들어가려고 노력하고 있다. 병원기반 사례관리가 정착되기 위해서는 보건복지부, 건강보험공단, 심사평가원 등의 전향적인 검토가 필요하며 병원들도 탈수용화를 위한 적극적인 노력을 동반하여야 한다.

찰흙으로 작품을 만들어갈 때, 작품이 너무 비대해지면 기존에 만들었던 뼈대를 늘리고 바닥에

좀 더 강하게 고정시키는 것도 방법이지만, 너무 많이 붙여 놓은 찰흙들을 정돈하고 떼어내서 기존의 작품이 보기 좋은 모습으로 되도록 하는 것도 또 다른 방법이다. 과도한 업무량과 다양한 사업방향으로 인해 힘들어하고 있는 정신건강복지센터를 위해 지금은 두 가지 방법 모두를 고민하고 연구해봐야 할 시점이다.

# 메모장

토론 4

# 정신건강 돌봄 서비스의 외주화가 아닌 정상화를 위해서

라포르시안 편집국 부국장 김 상 기

1995년 정신보건법이 제정될 당시 이 법이 추구한 목표는 입원중심의 정신보건 체계에서 '정신장애인의 탈원화를 통한 지역사회 복귀'였다. 그러나 법이 시행된 지 20년도 넘게 지났지만 여전히 탈원화와 지역사회 중심의 체계로의 전환은 요원하다. 오히려 지난 20여년 간  정신병원과 요양원은 더 늘었고 입원을 통한 격리와 배제의 관리 모델은 더 확고해졌다. 이런 결과는 정신보건법 제정을 통해 추구한 정책 목표를 달성하기 위한 정책 수단과 사회적 인프라 확충이 실현되지 못했기 때문이다.

그러는 사이 우울·불안·중독 등 우리 사회의 정신건강 문제는 지속적으로 증가하고 있으며, 이에 따른 자살률 증가 등 사회적 비용도 함께 증가하는 추세다. 지난 2016년 정신질환실태 역학조사에 따르면 성인 4명 중 1명이 평생 한번 이상 정신건강문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다.

정부는 지난해 국민 정신건강 문제의 사전 예방과 조기 관리에 중점을 둔 '정신건강 종합대책'을 마련했다. 정신건강 종합대책을 통해 유아·아동·청소년·청장년·노인 등 생애주기별로 정밀검사 및 심리상담 등의 정신건강 서비스를 지원하고, 정신질환자를 위한 사회복귀시설도 단계적으로 확충해 퇴원 후 지역사회에서 충분한 재활서비스가 제공될 수 있도록 하겠다고 밝혔다. 또 강제입원이 가진 인권문제를 최소화하기 위해 강제입원 요건을 한층 강화한 정신건강증진법을 마련해 지난 5월 말부터 시행에 들어갔다.

문제는 이런 대책이 충분한 인프라 확충 없이는 불가능하다는 점이다. 탈원화를 표방하면서 지역사회 중심 정신보건 인프라 구축 없이 강제입원을 줄이는 것만으로는 다른 편법과 왜곡을 부를 뿐이라는 점은 충분히 예상 가능한 일이다.

지난해 전국보건의료노조 산하 서울시정신보건지부가 파업에 들어가면서 공개한 정신보건전문요원의 노동 환경은 너무 열악했다. 인력 부족으로 1명의 정신건강전문요원이 감당하기 힘들 정도로 많은 상담자를 관리하는 탓에 정신건강 증진이라는 본래 사업목표를 제대로 수행하기 힘들

지경이라는 게 파업에 나선 정신보건전문요원들의 주장이었다.

2014년 기준으로 정신보건인력은 서울시 인구 10만명 당 5.1명에 불과하고, 만성적인 인력부족 상황에서 1명의 정신보건전문요원이 감당하기 힘들 정도로 많은 정신질환자를 상담해야 하는 고강도의 감정노동에 시달리고 있다고 했다. '감정 중노동', '극한의 감정노동자'라는 표현이 지나치지 않을 정도였다.

애초에 지역정신보건사업의 취지는 정신장애인을 사회로부터 배제하기 위한 격리·수용하는 방식이 아니라 '탈원화·탈시설화'를 통해 지역사회로 복귀할 수 있도록 지원하자는 것이다. 그러기 위해서는 정신건강증진센터, 정신보건전문요원 등의 인력과 시설,운영체계 등의 인프라를 제대로 갖춰야 하는 건 너무나 당연하다.

토론회 발제에서도 언급했지만 정신건강증진센터의 고용불안과 낮은 처우, 그리고 높은 노동강도는 정신보건전문요원의 이직요인 중 하나가 된다. 그 결과 정신건강센터 전문요원의 단기 고용(기간제 계약직)은 전문요원의 숙련 형성과 서비스 질의 하락을 초래하는 악순환 구조를 구축했다. 이는 의료 분야에서 간호인력 부족으로 겪고 있는 상황과 거의 흡사하다.

이런 열악한 조건에서 돌봄 노동의 질은 오로지 정신보건전문요원 개인의 선의와 노력, 지나친 감정노동에 의존하는 구조일 수밖에 없다. 이런 구조 속에서 지속가능한 '양질의 돌봄 노동'을 기대하기란 불가능하다.

시민의 정신건강증진을 위해 근무하는 종사자들이 열악한 노동환경과 고용불안으로 인해 오히려 정신건강이 피폐해질 지경이라고 한다. 열악한 노동환경 속에서 자신들을 타인의 정신건강증진을 위한 '감정의 쓰레기통' 같은 존재라고 탄식하는 상황에서 돌봄 서비스의 질을 언급한다는 것 자체가 무의미하다.

정신건강 돌봄 서비스의 정상화를 위해서는 적정 인력을 확충하는 것이 최우선이며, 특히 고용안정이 보장되는 양질의 일자리를 늘리는 것이 필수조건이라고 할 수 있다. 이를 위해서는 관주도의 민간정신보건 사업이라는 기형적인 틀을 깨고 중앙정부의 보다 적극적인 예산 지원과 지자체의 관리운영 책임을 강화하는 쪽으로 정신보건사업의 틀을 전환해야 한다.

토론 5

# 토론문

서울특별시 시민건강국장 나 백 주

- 전체적으로 발표된 내용 즉, 정신건강복지센터 업무의 중요성과 인력확충의 필요성 노동조건 및 처우 개선의 필요성 및 정신건강관리 서비스 질 향상 등에 관해 동의함.
- 하지만 어떤 과정을 거쳐 이러한 목표에 도달 할 수 있을 것인가에 관한 과정 혹은 전략에 대해 다양한 의견이 있을 수 있으므로 광범위한 의견 수렴 필요함.
- 정신건강업무를 일반적으로 정신건강복지센터업무로 통칭하고 있으나 실은 자세히 나눠볼 필요가 있음. 정신건강업무 기획 및 평가와 서비스 질 관리, 다른 행정기관과의 연계 조정 등 공조직으로 직영하여 처리하는 것이 바람직하거나 보다 효과적인 업무, 중증 입원환자의 퇴원 후 후속관리 등 정신과 입원시설이 개설된 병원 및 종합병원에서 맡으면 보다 효과적인 업무, 지역사회에서 신규로 의뢰된 정신과 문제를 가진 주민의 초기 평가 및 인테이크 여부 판단과 연계 관리 등 공공행정조직에서 맡는 것이 바람직하나 민간기관에서도 위탁 운영이 가능한 업무, 경증 정신질환자의 사례관리 및 재활과 생활지원 등 민간기관에서 위탁 운영하는 것이 보다 효과적인 업무 등으로 나누어서 향후 대응을 고민하는 것이 좋겠음.
- 현재 정신건강복지사업 업무의 어려움이 초래된 한국사회체계와 역사의 맥락을 통찰한 기초위에 향후 전략방향을 모색하는 것이 필요함. 구체적으로 그동안 정신질환자에 대한 인권의식 희박과 공공의료기관에 대한 투자부족으로 초래된 공공의료의 약화의 결과로 정신건강복지사업의 민간위탁 위주 업무로 진행되었고 한편 지방자치단체에 부여된 정신건강복지센터 및 정신건강사업 업무 추진에 대한 중앙정부의 업무 위임에 따른 충분한 예산 지원 부족 문제에 따라 기초지자체별 정신보건수요 대비 비례적인 공급을 맞추지 못하는 문제도 발생하고 있음. 또한 현재 정신보건업무 종사자들의 어려운 근무여건과 처우 문제는 공공보건분야 비정규직에 공통되는 문제이기도 함.
- 현재 주로 제시되고 있는 사회서비스공단 혹은 공공보건의료재단을 통한 직영 접근은 몇 가지 점에서 우려되는 측면이 있음. 우선 지방자치단체가 당연히 맡아야 할 지역보건업무로서 정신보건업무에 대해서까지 공단 혹은 재단에 위탁을 하면 어떻게 될 것인가에 대한 문제의식임. 사회서비스공단이 만들어져도 지역보건체계를 대체하지 않도록 하는 것이 필요함. 지역보건체계는 나름의 존재 이유가 있기 때문에 정신보건사업에서 지자체 보건소가 직접 수행(직영)해야 할 업무에 대해서는 명확히 제시를 할 필요가 있음. 특히 취약계층 정신질환자 초기 발견 및 연계와 경증이라도 사례관리에서 민간에서 맡기 어려운 부분이 있을 때는 당연히 직영으로

하는 것이 적극 고려될 필요가 있음. 이와 관련해서 최근 논의되고 있는 공공부문 공무원 확충 논의는 당연히 복지, 보건 등 영역에서 이루어져야 하므로 방문보건간호사 뿐 아니라 지역정신보건사업 담당자의 공무원 편제가 전국적으로 고려되는 것도 필요함.

- 사회서비스공단과 공공보건의료재단에 대한 선택은 향후 전국 확대를 고려할 때 전략적으로 이루어지는 것이 필요함.
- 사회서비스공단을 통한 일자리 창출 노력이 현재는 주로 요양돌봄서비스 영역과 보육서비스에 한정되어 논의되고 있는 것에 문제제기가 필요함. 정신건강복지 및 재활 영역도 사회서비스 영역에서 새롭게 도입이 적극 검토되어야 할 필요가 있음. 특히 경증 사례관리 및 정신재활, 주간보호 영역에서 새롭게 투자가 필요한 영역 및 기존 정신재활, 주간보호 시설 등에서 새롭게 경증 사례관리 업무를 추가하는 등을 조건으로 사회서비스공단에서 업무 인수 등을 통해 공단업무로 전환하는 방법도 검토가 필요함. 최소한 광주광역시 사례에 기초한 전문요원 일인당 정신보건사업대상자 수에 비례한 인력확보를 전국적으로 달성하는 측면에서 추가로 필요한 인력의 상당수는 사회서비스공단을 통해 단계적으로 확보하는 적극적 관점이 필요함.
- 중증사례관리는 병원에 입원했다 지역사회로 퇴원하는 환자를 대상으로 제공되어야 할 서비스로 병원기반 사업으로 새롭게 시작하는 것이 바람직하겠음. 그리고 이러한 사업은 추후 건강보험공단 및 의료급여 수가체계에서 반영되도록 하거나 최소한 ppm 결핵간호사처럼 중앙정부 매칭예산으로 될 필요가 있음. 현재 위탁된 정신건강복지센터 업무는 업무 특성에 따라 분화되어 일부 업무는 보건소 직영으로, 경증 사례관리를 중심으로 한 업무는 사회서비스공단 업무로, 중증 사례관리는 병원사업으로 전환하고 각 업무특성에 따른 업무성과지표도 새롭게 제시 될 필요 있음.
- 가장 중요한 과제는 지역보건자치 혹은 지역보건분권의 과제를 새롭게 정립할 필요가 있음. 지역의 보건의료 수요 특히 정신보건 수요에 비례하는 보건투자가 이루어지도록 하려면 국비투자에 매칭할 수 있는 지방보건의료예산 확보도 필요함(실제 매칭할 예산이 없어서 국비사업을 포기하는 기초지자체도 있는 실정임). 현재 지방재정자립도도 어려운 형편이어서 이에 대한 개선방안이 국가차원에서 개헌안을 포함하여 광범위하게 논의되고 있는 것으로 알고 있음. 하지만 지방보건의료 영역에 대한 투자는 을(乙)중에서도 을(乙)이어서 투자우선순위가 더 낮은 실정임. 이 경우 지방예산이 늘어도 실질적으로 지방보건의료 투자에까지 낙수효과가 발생하기를 기대하기는 어려운 실정임.
- 따라서 지방보건의료 투자를 원활하게 하기 위해 지방보건의료수요에 따른 광역건강증진기금 확보 전략이 필요함. 시도 자체의 공공보건의료 인프라 확대 및 공공보건의료전달체계 강화, 그리고 국비에 따른 매칭비 확보가 가능하도록 체계적인 지역보건 및 복지지표를 분석한 기초위에 기존 지역보건의료계획, 공공의료시행계획, 응급의료계획, 정신보건사업시행계획, 건강증진사업시행계획, 지역복지계획 등과 연계성 있는 투자계획을 수립하도록 하고 이를 체계적으로 평가하여 보건의료수요에 비례하는 공급계획이 추진될 수 있도록 할 필요가 있음(호주 연방정부의 Health and hospitals fund 사례 참조). 서울의 경우도 다른 시도에 비하면 많은 액수의 투자를 하고 있지만 전체 시예산의 약 1%를 약간 넘는 정도이고 건강형평성 관련 투자

를 위해서는 더 많은 투자 지원이 필요함. 구체적으로 서울시 차원의 공공의료 인프라 투자 및 시군구 투자 지원이 필요한 실정임. 특히 사회서비스공단이 시도차원에서 구성되는 것으로 설계되고 있어 공단차원의 자체 수익사업을 통한 예산 보전도 일어나야 하지만 질높은 사회서비스 제공을 위해서는 시도 차원의 추가적인 투자가 절실한 실정임.

# 메모장

토론 6

# !

보건복지부 정신건강정책과 과장 차 전 경

# 메모장