

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 광역자치단체 조례 분석*

문 경 미**
이 미 령***

국문요약

본 연구는 지역사회 구성원의 정신건강증진과 정신질환자 복지서비스 지원을 위한 조례를 분석하고 조례의 개선 방안을 제안하기 위하여 수행하였다. 17건의 광역자치단체의 조례를 분석 대상으로 규범적 타당성과 실효성 체계를 살펴보았다. 분석 결과는 첫째, 조례의 목적과 자치단체장의 책무는 상위법과 유사성이 확인되었다. 둘째, 전달 체계의 책임성과 통합성이 매우 제한적으로 규정되어 있다. 셋째, 급여 종류의 포괄성이 약한 것으로 나타났다. 넷째, 인력의 전문성 및 안정적인 인력 확보를 위한 규정이 미흡한 것으로 확인되었다. 이상의 결과를 바탕으로 조례의 개정 방안을 제안하였다. 본 연구는 정신건강 문제에 관한 관심이 증대되고 있는 가운데 지역사회 구성원이 체감할 수 있는 정신건강 관련 정책의 개선 방안을 제안하였다는 점에서 의의가 있으며, 정신건강 지원체계의 지역 간 격차를 해소하기 위한 기초 자료로 활용될 수 있기를 바란다.

주제어: 정신건강, 정신건강증진, 정신질환자 복지서비스, 광역자치단체 조례, 조례분석

I. 서론

우리나라 정신질환 치료 수진자 수는 약 268만 명으로 국민 4명 중 1명 이상이 정신질환을 평생에 한 번 이상 경험할 정도로 정신건강 문제는 보편적인 현상이 되었다(국립정신건강센터 외, 2023). 2019년 경상남도 진주시에서 발생한 아파트 방화 사건 피의자가 조현병을 앓고 있다는 사실이 알려지면서 정신질환자에 대한 공포가 확산되었다. 이후 잇달아 발생한 이상 동기 범죄에 대한 미디어 보도에 의해 정신질환자에 대한 고정관념과 편견이 확산되고 더 나아가 정신질환자를 회피하고 차별하여 사회적 낙인에 이르게 하였다(서미경 외, 2020: 62~67). 이는 정신질환자를 돌보는 가족에게까지 부정적인 영향을 미친다(정숙희·하명은, 2023; 지은주, 2024). 정신질환자는

* 본 연구는 한국건강형평성학회의 2024 가을 학술대회에서 '광역자치단체의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례 분석'으로 포스터 발표한 내용을 수정·보완한 것이다.

** 제1저자

*** 교신저자

회피의 대상이 아닌 지역사회 공동체의 일원이며, 이들이 겪는 정신건강의 어려움은 지역사회가 함께 해결해야 하는 과제이다(이상영 외, 2018).

정부는 장기간에 걸쳐 국민의 정신건강 분야에 다양한 정책적 지원을 지속해 왔다. 장애인권리 협약(U.N., 2014)의 정신질환자 인권 존중 및 권리 보호를 위한 권고에 따라 2016년 5월에 ‘정신보건법’이 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법)로 전면 개정되었다(강상경 외, 2022; 황정하, 2024). 해당 법률 개정을 통하여 정신질환자의 강제 입원 및 치료에 관한 문제점을 개선하고 지역사회 중심의 치료, 복지서비스 확충, 당사자의 권익 보호 및 자기결정권 강화, 정신건강 친화적인 환경 조성, 정신질환의 예방적 접근, 연구 시스템 등 기존에 미흡했던 부분을 신설 또는 강화하였다(김나은 외, 2020; 안권순, 2023; 최행식, 2017). 정신건강 종합대책(관계부처 합동, 2016), 지역사회통합돌봄(보건복지부, 2018a), 정신건강복지 기본계획(보건복지부, 2021a) 등을 통하여 지역사회 구성원의 정신건강증진 및 예방, 정신질환자의 탈시설화 및 지역사회통합을 위한 각종 지원사업이 이루어지고 있다.

정부의 이러한 노력에도 불구하고 2024년 국민 정신건강 지식 및 태도 조사 결과에 따르면, 지난 1년간 정신건강 유병률, 정신질환에 대한 자기 낙인, 대중 낙인, 정신건강 서비스 이용 방법 인식 등이 전반적으로 악화된 것으로 나타났다(보건복지부, 2024b). 정신건강 분야 정책이 종종 정신질환자를 대상으로 사후적인 치료와 요양에 집중되어 있으며, 정신건강증진 및 정신질환 조기 발견 및 개입 체계를 위한 지원은 부족한 실정이다. 또한, 일상에서 지역주민이 정신건강증진을 위한 양질의 서비스를 계속 이용할 수 있는 서비스 접근성이 낮으며, 안정적인 서비스 제공을 위한 전문인력 확보도 미흡한 실정이다. 그리고 정신질환자의 치료와 재활, 사회복귀 등의 과정에서 전달체계 간의 연계 협력이 파편적으로 이루어지고 있다(김현진·강선경, 2022; 문영희, 2024; 박성원·채현탁, 2024; 이상훈, 2024; 전진아·강혜리, 2020). 정신건강증진 및 정신질환에 대한 사전 대응과 서비스 접근성·통합성을 높이기 위해서는 자치단체 차원의 지원체계 구축이 중요하다. 그러나 지방분권화에 따라 사회복지 사업의 사무와 재정 배분 권한이 지방으로 이양되면서 자치단체의 지역사회 정신건강증진과 정신질환자의 복지서비스에 대한 책무성이 자치법규에 명확하게 규정되어 있지 않아 자치단체에서는 실질적인 정책적 추진이 어려운 실정이다(강상경 외, 2022).

각 자치단체는 정신건강증진 및 정신질환자에 대한 복지서비스의 체계적 지원을 확보하기 위해 관련 조례를 제정해 왔다. 조례는 지역사회 주민의 의사가 최대한 반영되는 자치법규로서(윤찬영, 2010: 159) 정신건강 정책을 지역의 실정에 맞도록 메뉴얼화하여 정신질환 예방 및 발굴, 개입 등의 실천적 기반을 제공하는 역할을 한다(최현재, 2016). 그러나 지역사회에서는 정신질환자와 관련된 사건들이 반복적으로 발생함에 따라 정신건강에 대한 사회적 인식과 정책은 여전히 진보와 퇴보를 반복하는 양상을 보이고 있다. 정신건강에 대한 사회적 인식을 개선하고, 정신질환자의 사회적 통합을 촉진하기 위해서는 중앙정부 주도의 제도적 정책을 넘어 자치단체 중심의 사회적 정책 추진이 필요하다. 이를 위하여 각 자치단체의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원을 위한 조례에서 자치단체의 책무성이 어떻게 규정되어 있는지 면밀하게 검토할 필요가 있다. 그러나, 현재까지 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례를 분석한 연구는 찾아

보기 어렵다. 지역사회에서 정신질환을 경험하는 사람이 증가하고 있으며 정신건강에 관한 관심 또한 높아지고 있다. 조례는 각 자치단체의 정신건강 관련 사업을 추진하는 근거가 되며 지역의 특성과 지역사회 구성원의 욕구를 반영할 수 있어야 하므로 현재 제정되어 시행되고 있는 각 자치단체의 조례의 책무성에 대한 진단이 필요하다. 이에 각 자치단체의 조례 내용을 체계적으로 비교 분석하여 문제점을 찾고, 효과적인 지원체계 확립을 위하여 조례의 개정 방안을 제안하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 지역사회 정신건강 현황

정신건강이란 “단순히 정신질환의 유무만이 아닌, 개인이 자신의 능력을 실현하고 생산적이며 효과적으로 일할 수 있고, 자신이 속한 지역사회에 기여할 수 있는 안녕감이 높은 상태”(WHO, 2008)라고 정의하였다. 이러한 정신건강은 단순히 정신적, 생물학적 요소들과 같은 개인적 요소뿐 아니라 사회적, 환경적 요소들이 복합적으로 상호작용하여 결정된다.

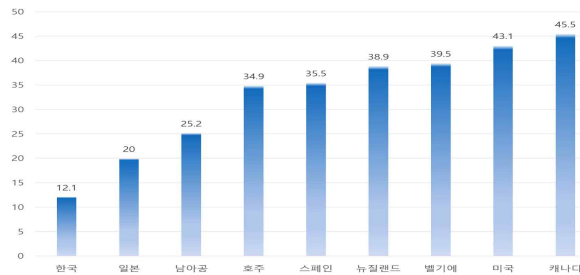
우리나라 정신건강 현황을 살펴보면, 우울을 경험하는 만 19세 이상 성인은 11.3%이다. 연도별로 살펴보았을 때는 대체로 유사한 수준을 유지하나, 2019년도(10.2%)와 비교하여 최근 다시 증가한 것으로 나타났다(보건복지부, 2022). 코로나19와 같은 큰 사회변화로 인한 정신건강 문제의 악화에 대한 우려가 지속되었고 실제로 2019년 이후 우울감 경험률이 소폭 증가한 것으로 나타났다.

정신건강실태조사(보건복지부, 2021)에 따르면, 정신장애 평생유병률이 27.8%(만 18세 이상 만 79세 이하)로 일반 인구 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험하는 것으로 나타났다. 이처럼 정신건강 문제는 누구나 경험할 수 있으며, 코로나19 이후 정신건강의 중요성을 인식함에 따라 정신건강 문제에 대한 대중의 관심이 점차 높아지고 있다. 그러나 정신건강 문제에 대해서 ‘정신질환자’ 개인의 문제로 보는 시각이 여전히 팽배하고 ‘정신질환자’는 관리되어야 할 주요 대상으로 보아왔다.

‘지역사회 정신건강 사업’은 지역사회에 기반한 정신장애 관련 공공 재원을 활용한 모든 활동을 말한다(김기태 외, 2016). 우리나라는 1997년 「정신보건법」 제정 이후 정신질환자의 치료 및 보호에 다소 국한된 사업을 지원하였으나 2016년 「정신건강복지법」으로 전면 개정됨에 따라, 과거 개인의 치료와 재활에 초점을 둔 지원에서 인권에 기반한 사회적 지원을 강화하는 방향으로 패러다임이 변화하였다. 또한 문제를 정신질환에 초점을 두기보다 다양한 스펙트럼의 신체·심리·사회·환경적 요인으로 인한 정신건강 문제에 관심을 가지기 시작하였다. 정신질환자에 대한 치료와 보호를 넘어 복지서비스 지원, 정신건강 예방 지원 등 포괄적인 방향을 강조함으로써 지역사회 정신건강에 대한 논의는 더 활발해지고 있다. 특히 정부는 2018년 ‘커뮤니티케어 추진 방향(보건복지부, 2018b)’을 공표함으로써 정신장애인이 지역사회에서 함께 거주하고 지역 시설을 이용하며 이웃과 어울려 살아가기 위한 국가 차원의 노력이 진행되고 있다. 즉, 정신질환자의 관리보다 탈시

설을 통한 지역사회로의 복귀 등 지역주민들에게 가장 가까운 서비스를 제공하기 위한 노력과 기초지방자치단체 차원에서 서비스 전달체계를 마련하고 운영하고 있다. 그러나 정신건강 서비스 이용률은 12.1%로 <그림 1>에서 국가별 정신건강 서비스 이용률을 살펴보면 최하위 수준인 것을 확인할 수 있다. 치료를 망설이는 주요 요인을 주변인의 부정적 시선(35.7%)과 사회적 불이익(30%)이라고 응답하였다. 이는 정신질환에 대한 낮은 사회적 인식에 따른 것으로 정신질환에 대한 인식 개선이 필요함을 시사한다(보건복지부, 2024b).

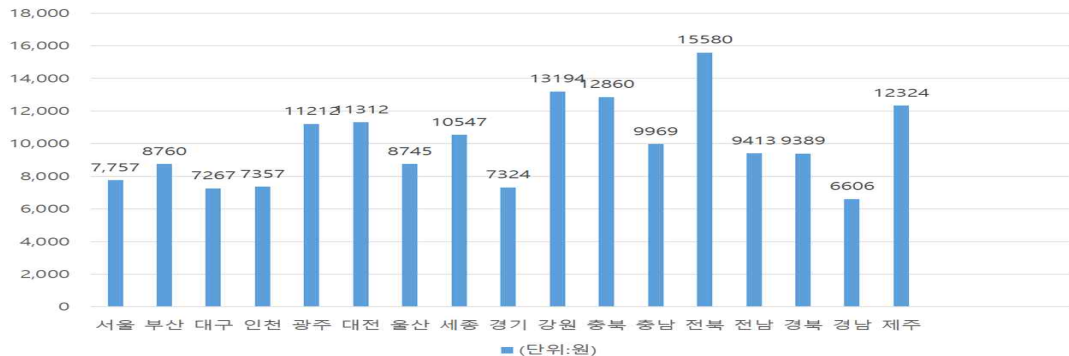
<그림 1> 국가별 정신건강 서비스 이용률



자료: 보건복지부(2024), 국가정신건강현황보고서(2023)

정부는 사회적 흐름과 변화에 맞추어 정신건강 정책을 지속적으로 발전시켜 왔다. 2023년 말 정부는 ‘정신건강 정책 혁신 방안’을 발표하였고, 이에 따른 인프라 구축 및 서비스 개발의 적극적인 추진을 밝혔다. 그러나 정신건강 복지사업의 지방 정부로의 이양에 따라 재원이 중앙정부와 지방자치단체 간의 혼합 방식으로 운영되면서 이로 인한 지역별 서비스의 질과 접근성 등에서는 격차가 발생한다(남은지, 2023). 국가 정신건강 현황(보건복지부 외, 2024c)에 따르면, 2023년 기준 우리나라 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산은 8,710원으로 전년 대비 9.8% 증가하였으나, <그림 2>와 같이 전북은 15,580원 경남은 6,606원으로 지역 간 예산 배분에 큰 차이를 보인다.

<그림 2> 시도별 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산



자료: 보건복지부(2024), 국가정신건강현황보고서 2023

또한, 정신건강 관련 기관에 근무하는 정신건강 전문인력수를 <표 1>과 같이 살펴보면, 인구 10만 명당 정신건강 전문인력은 전국 평균 20.3명이지만, 광주는 26.9명, 울산은 14.8명으로 지역별 차이가 뚜렷하다. 이는 각 자치단체의 예산, 치료 및 서비스 인프라 부족 등 지역사회 중심의 정신건강 서비스 제공을 위한 자치단체의 전달체계와 제도적 기반에 현저한 차이가 존재함을 시사하며, 정신건강 복지서비스 질과 접근성에서 지역 간 격차의 가능성을 내포하고 있다.

〈표 1〉 정신건강 관련기관에서 근무하는 상근인력 및 정신건강 전문인력수

시도	상근인력 총계(T)	전문인력 계(S)	상근인력 대비 전문인력 비율(%) (S/T)	인구 10만 명당 인력수	
				상근인력수	전문인력수
전국	31,241	10,500	33.6	60.4	20.3
강원	883	253	28.7	57.9	16.6
경기	6,669	2,371	35.6	48.4	17.2
경남	2,284	589	25.8	69.9	18.0
경북	1,857	438	23.6	71.1	16.8
광주	1,091	394	36.1	74.6	26.9
대구	1,671	533	31.9	70.8	22.6
대전	982	341	34.7	66.6	23.1
부산	2,342	776	33.1	71.3	23.6
서울	5,274	2,380	45.1	56.1	25.3
세종	185	63	34.1	47.8	16.3
울산	510	164	32.2	46.1	14.8
인천	1,671	70	28.1	55.5	15.6
전남	1,354	380	28.1	76.6	21.5
전북	1,315	447	34.0	74.4	25.3
제주	382	127	33.2	56.5	18.8
충남	1,676	498	29.7	76.0	22.6
충북	1,095	276	25.2	67.3	17.0

자료: 보건복지부(2024), 국가 정신건강 현황 보고서 2023

2. 조례 제정 현황 및 특성

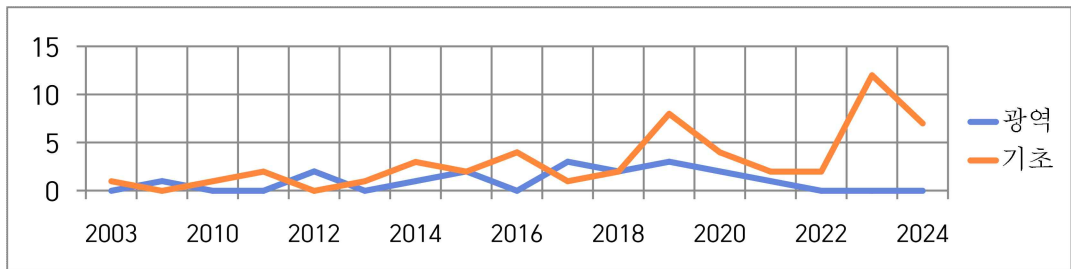
지방자치단체는 지역사회 구성원의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 제공을 위한 근거 마련을 위하여 조례를 제정하고 있다. 2024년 10월 기준 전국의 조례 제정 현황은 <표 2>와 같이 광역자치단체 17건과 기초 자치단체 52건, 총 69건의 조례가 제정·시행되고 있다.

〈표 2〉 자치단체별 조례 제정 현황

구분	조례 제정 지자체	
특별시, 특별자치시, 특별자치도(5)	강원, 서울, 세종, 전북, 제주	
광역시(6)	광주, 대구, 대전, 부산, 울산, 인천	
도(6)	경기, 경남, 경북, 전남, 충남, 충북	
시/군/구 (51)	강원(7)	동해시, 삼척시, 속초시, 원주시, 춘천시, 태백시, 평창군, 화천군, 횡성군
	경기(11)	고양시, 과천시, 광명시, 남양주시, 부천시, 수원시, 안산시, 안성시, 평택시, 화성시
	경남(4)	김해시, 사천시, 진주시, 창원시
	경북(3)	구미시, 문경시, 고령군
	부산(7)	금정구, 북구, 사상구, 사하구, 연제구, 영도구, 중구
	서울(7)	강남구, 강서구, 금천구, 노원구, 서초구, 영등포구, 용산구
	전남(4)	목포시, 구례군, 무안군, 장성군
	전북(2)	김제시, 정읍시
	충남(3)	공주시, 아산시, 천안시
	충북(3)	청주시, 충주시, 음성군

각 자치단체의 최초 조례 제정 연도 현황을 〈그림 3〉에서 살펴보면, 2017년 「정신건강복지법」의 시행과 코로나 팬데믹 이후 정신건강에 대한 지역사회의 관심이 증대되면서 기초 자치단체의 조례 제정이 두드러지게 증가한 것을 확인할 수 있다.

〈그림 3〉 조례 제정 연도별 현황



조례명별 제정 현황을 〈표 3〉에서 살펴보면 가장 많이 사용되고 있는 조례명은 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스에 관한 지원’으로 29개 자치단체에서 사용하고 있다. 다음으로 ‘정신건강증진’으로 26개의 자치단체에서 사용하고 있다. 이 외에 ‘정신건강증진 및 위기 대응체계 구축’은 8개, ‘정신건강증진 및 정신건강복지센터 설치 및 운영’은 3개, ‘정신건강증진 및 피해 예방’은 2개, ‘정신건강증진 및 심리상담실 운영’은 1곳으로 확인할 수 있다.

〈표 3〉 조례명별 제정 현황

구분	광역	기초
정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원	강원, 경기, 광주, 대구, 대전, 부산, 서울, 세종, 울산, 인천, 전남, 전북, 충남, 충북	강원 속초시, 태백시, 평창군, 화천군, 경남 사천시, 부산 사상구, 사하구, 영도구, 서울 금천구, 전남 구례군, 목포시, 전북 김제시, 충남 아산시, 천안시, 충북 청주시
정신건강증진	경기, 경북, 제주	강원 동해시, 삼척시, 춘천시, 경기 고양시, 과천시, 남양주시, 수원시, 안산시, 안성시, 평택시, 경남 김해시, 진주시, 창원시, 경북 고령군, 구미시, 부산 금정구, 연제구, 서울 강남구, 노원구, 서초구, 용산구, 전남 장성군, 충북 음성군
정신건강증진 및 위기 대응 체계 구축	-	강원 원주시, 횡성군, 경기 광명시, 부천시, 화성시, 경북 문경시, 전남 무안군, 전북 정읍시
정신건강증진 및 정신건강 복지센터 설치 운영	-	서울 강서구, 충남 공주시, 충북 충주시
정신건강증진 및 피해 예방	-	부산시 북구, 중구
정신건강증진 및 심리상담실 운영	-	서울 영등포구

3. 선행연구 고찰

조례는 법령의 범위 안에서 지방자치단체가 제정하는 법규로, 해당 자치단체의 특성과 환경을 반영하여 발의 및 추진된다. 특히, 조례는 지방자치단체장이나 지방의회 의원뿐만 아니라 지역주민의 발의로도 제정될 수 있어 주민들의 삶에 직접적인 영향을 미친다(김송미, 박동진, 2017). 최근 지역사회에서의 정신건강에 관한 관심이 높아지고 있음에도 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원과 관련한 조례 연구는 중앙정신보건사업지원단(2018)이 수행한 「정신건강복지법」 관련 조례 현황 조사 외에는 거의 이루어지지 않았다.

지역사회의 정신건강 증진과 관련된 선행연구를 살펴보면, 박혜민(2016)은 지역 간 정신질환 유병률의 차이를 보고하며, 지역의 특성과 지역사회 구성원의 욕구를 반영한 자치단체의 정책 추진이 중요함을 강조하였다. 남일성(2019)은 정신건강 형평성을 제고하기 위해 정신건강 서비스 및 정보 접근성 향상, 전문 인력 배치 및 활용, 의료비 부담, 당사자의 치료 거부 및 낙인감 감소를 위한 다차원적 노력의 필요성을 제언하였다.

정신질환자의 복지서비스 지원과 관련된 선행연구를 살펴보면, 지역사회에 거주하는 정신질환자가 다양한 서비스를 이용하는 경우 사회적 기능 증진, 삶의 질 향상, 대인관계 향상, 질병의 증상 개선 등에 유의미한 효과가 보고되었다(박연화, 황동욱, 2023; 이정철, 정은경, 2024; 황정하, 2024). 또한 탈시설화에 따라 지역사회에 거주하는 정신질환자의 독립 주거지원 효과 연구에서 주거지원의 효과 입증과 동시에 당사자의 선호도를 반영한 안정적인 주거지 제공과 주거 접근성 확대의 중요성이 강조되었다(김희정 외, 2022). 그 외 기초정신복지센터 이용자의 미충족 욕구 해소를 위해서는 지역사회의 공공의료기관 및 정신건강 지원 기관과의 연계 협력이 중요하며, 당사자 맞춤형 서비스 제공을 위한 협의체 구성의 필요성이 제기되었다(안효자 외, 2022).

한편, 정신건강 사업 예산의 효과성 관련 연구에서 1인당 정신건강 예산이 많을수록 해당 지역

주민의 정신질환 경험률이 낮게 나타난다고 확인되었다(남은지, 2023). 그러나 정부의 정신건강 관련 예산 중 4%만이 지역사회 정신건강 서비스에 사용되었으며 96% 이상이 병원 등 의료 서비스에 할당되고 있어 전문인력을 갖추기에 예산이 부족한 실정이다(김나은 외, 2020). 실제 서울시의 기초정신건강복지센터 전문인력은 점차 감소 추세며 열악한 근무 환경으로 인한 짧은 근속연수가 전문 서비스 기관으로서 역할 수행에 한계점이 있음을 지적하였으며(김세인 외, 2022), 지역사회 정신건강 서비스의 안정적이고 통합적인 운영을 위해 정신건강전문요원의 소진 예방과 보호의 필요성이 보고되었다(이상훈, 2024; 전진아·강혜리, 2020). 이처럼 지역사회 구성원의 정신건강은 개인적, 환경적, 정책적 요인에 의해 영향을 받을 수 있으며, 정신질환자의 지역사회 정착을 위해 당사자의 자기결정권을 존중하는 서비스 제공, 다양한 서비스 제공 및 서비스 접근성 향상을 위한 지원체계의 확립과 재정 확보 노력, 다 직종 연계 협력과 더불어 정신건강 전문 인력의 안정적인 확보의 중요성을 시사한다.

2016년 정신건강복지법이 전면 개정됨에 따라 법과 제도에 관련된 논의를 통하여 인권을 기반한 치료 환경 조성, 지역사회 기반 서비스 체계 구축, 고용 및 주거지원, 복지 전달체계 구축, 자기결정권 보장 등을 실현하기 위한 개정 방안을 제안했다(강상경 외, 2020; 김나은 외, 2020; 홍선미 외, 2020; 제철용 외, 2021). 정신건강복지법이 서비스 시행에 관한 권한은 있으나 의무가 규정되지 않아 지역에서 정신건강 관련 복지 체감도가 향상되지 못하고 있으며, 이는 중앙정부와 자치단체의 책무성 강화의 필요성을 시사한다(강상경 외, 2022; 신권철, 2017; 염형국, 2017).

이상 선행연구 고찰을 통하여, 자치단체에 정신건강 서비스가 효과적으로 전달되기 위해서는 지역 특성과 주민의 욕구를 반영한 정신건강 추진 정책의 확립과 더불어 자치단체의 전달체계 확립, 다양한 급여 제공 및 안정적인 재정 확보를 위한 노력 등이 요구되는 것을 확인할 수 있다. 이는 자치단체가 추진하는 지역사회 구성원의 정신건강 증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원 정책의 근거가 되는 조례의 책무성을 면밀하게 검토할 필요성이 제기된다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 자료 수집

본 연구는 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례를 연구 대상으로 한다. 2024년 10월 기준으로 국가법령정보센터(<https://www.law.go.kr/>)에서 ‘정신건강증진’, 또는, ‘정신건강증진’과 ‘정신질환’이라는 키워드 조합으로 68건의 조례를 검색하였고 그중 광역자치단체 17건의 조례를 분석 대상으로 연구를 진행하였다. 최종 분석 대상으로 선정된 조례는 아래 <표 4>와 같다.

〈표 4〉 광역자치단체의 조례 제정 현황

지역	조례명	제정	일부 또는 전면 개정
강원	강원특별자치도 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례	2018. 11. 9.	2024. 3. 8.
경기	경기도 정신건강증진조례	2012. 3. 5.	2024. 1. 10.
경남	경상남도정신건강증진 및 정신질환자복지서비스지원에 관한조례	2019. 7. 11.	2023.10.10.
경북	경상북도 정신건강증진 조례	2015. 11. 5.	2016. 9. 19.
광주	광주광역시 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 조례	2012. 7. 10.	2023.11.10.
대구	대구광역시 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례	2017. 10. 30.	2021. 9. 30
대전	대전광역시 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원조례	2018. 10. 5.	-
부산	부산광역시 정신건강증진 및 정신질환자등 복지서비스 지원에 관한 조례	2004. 1. 1.	2023. 5. 17.
서울	서울특별시 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례	2017. 9. 21.	2024. 3. 15.
세종	세종특별자치시 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 조례	2021. 11. 15.	2024. 2. 26.
울산	울산광역시 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 조례	2020. 12. 29.	-
인천	인천광역시 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례	2020. 12. 31.	2022. 2. 24.
전남	전라남도 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 조례	2014. 5. 12.	2017. 12. 28.
전북	전북특별자치도 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 조례	2023. 11. 10.	2024. 1. 18.
제주	제주특별자치도 정신건강증진 조례	2017. 9. 27.	-
충남	충청남도 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례	2019. 7. 10.	-
충북	충청북도 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원 조례	2019. 7. 5.	2021. 5. 18.

2. 분석 방법

본 연구의 조례 분석 틀은 윤찬영(2013)의 사회복지법 입법 평가의 내용적 체계화를 토대로 김윤민(2023), 김송미·박동진(2017), 민기채(2023a), 조미정 외(2023)의 분석 항목을 참고하여 구성하였다.

윤찬영(2013: 252-280)에 따르면, 법률이 법으로 존재하고 기능하기 위해서는 규범적 타당성과 그 법이 실현될 수 있는 실효성이 합치될 때 법적 효력을 가질 수 있으며 체계성을 갖게 된다고 설명한다. 규범적 타당성은 법의 이념과 가치를 바탕으로, 사회복지제도와 실천의 본질적 성격을 반영하는 것을 의미하여, 구성 요소는 조례의 권리성과 적용 대상의 요건과 범위, 급여 지급 요건과 범위, 재정 부담 원칙으로 구성되어 있다. 실효성 체계는 법이 실현될 수 있는 장치를 의미하며 구성 요소는 전달체계로서의 조직과 인력, 재정 조달 방법, 권리 구제 절차, 벌칙으로 구성된다.

일반적으로 사회복지 관련 조례를 분석한 연구에서는 조례를 구성하는 조항의 항목을 비교하여 개정 방안을 도출한다(김윤민, 2023; 김송미·박동진, 2017; 조미정 외, 2023). 그러나, 민기채(2023b)는 조례 조항의 구성 요소가 높은 규정 수준으로 내용적 체계화를 이루었는지 확인하기 위하여 구성 요소의 조례 항목 수와 규정 수준을 측정하는 방법과 해석 기준을 제시한다. 이때 구성 요소는 해당 조례 조항의 유무 혹은 특성에 따라 조정될 수 있으며, 규정 수준은 조례 조항이 ‘~해야 한다’인 경우는 강행규정, ‘노력해야 한다’인 경우는 노력의무규정, ‘할 수 있다’의 경우는 임의규정으로 분류한다. 또한, 분석 결과를 도식화하여 사회복지 조례의 내용적 체계에 부합하는 자

치단체의 조례를 통하여, 그렇지 못한 자치단체의 조례 개정 방안을 제안할 수 있다.

본 연구에서는 민기채(2023b)의 체계적인 분석 틀을 수정·보완하여 <표 5>와 같이 활용하고자 한다. 구성 요소와 내용은 규범적 타당성 체계에 속하는 권리성(조례의 목적과 자치단체장 및 주민의 책무)과 적용 대상의 보편성, 급여 종류의 포괄성, 재정 책임성과 실효성 체계에 속하는 전달 체계의 책임성·통합성, 인력의 전문성에 관한 조항의 항목 수와 규정 수준을 파악하여 각 자치단체 조례의 내용적 체계를 파악하고자 한다. 정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원 조례에 권리 구제 절차와 벌칙 조항은 부재하기 때문에 제외하였다. 규정 수준을 해석할 때는 조례 목적과 적용 대상을 제외한 나머지 구성 요소는 항목 수가 많을수록, 강행규정일수록 높은 규정 수준으로 해석할 수 있다. 조례의 목적은 질적 해석이 필요하며, 적용 대상자의 보편성은 대상자의 요건이 많고 범위가 좁을수록 규범적 타당성을 상실하게 되므로 항목 수가 적을수록 규정 수준이 높은 것으로 해석한다.

<표 5> 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례 분석 틀

구분	분석 기준	구성 요소	측정 방법	해석
규범적 타당성 체계	권리성	조례의 목적	-	질적 해석
		자치단체장의 책무	① 항목 수 ② 항목별 규정 수준 (강행)노력의무)임의)부재)	항목 수가 많을수록, 강행규정일수록, 책무성 강화
		주민의 의무	① 항목 수 ② 항목별 규정 수준 (강행)노력의무)임의)부재)	항목 수가 많을수록, 강행규정일수록, 권리성 강화
	적용 대상	적용대상자의 보편성	①항목 수	항목 수가 적을수록, 보편성 강화
	급여	급여 종류의 포괄성	① 항목 수 ② 항목별 규정 수준 (강행)노력의무)임의)부재)	항목 수가 많을수록, 강행규정일수록, 포괄성 강화
	재정 부담	재정 책임성	① 항목 수 ② 항목별 규정 수준 (강행)노력의무)임의)부재)	항목 수가 많을수록, 강행규정일수록, 재정 책임성 강화
실효성 체계	주체 및 관련 조직	전달체계의 책임성·통합성	① 항목 수 ② 항목별 규정 수준 (강행)노력의무)임의)부재)	항목 수가 많을수록, 강행규정일수록, 책임성, 통합성 강화
	인력	인력의 전문성	① 항목 수 ② 항목별 규정 수준 (강행)노력의무)임의)부재)	항목 수가 많을수록, 강행규정일수록, 전문성 강화

주: 민기채(2023b) 재구성

IV. 연구결과

1. 규범적 타당성

1) 권리성

권리성은 해당 조례의 대상자가 가진 권리를 명확하게 규정하고, 그에 따른 자치단체장과 주민의 책임과 의무를 규정해야 한다(윤찬영, 2013, 254~257). 본 연구에서는 목적 지향성과 자치단체장의 책무, 주민의 의무가 이에 해당한다.

조례의 목적 지향성은 17개 자치단체 모두가 시(도)민의 정신건강을 증진하는 것을 목적으로 하고 있다. 이에 더해 강원, 대구, 서울, 제주, 충남의 경우 정신질환자의 지역사회통합을 위한 지원을 명시하고 있으며, 경기, 광주, 대전, 부산, 세종, 울산, 인천, 전북, 충북은 정신질환자의 인간다운 삶을 영위를 위하여 지원한다는 목적을 명시하고 있다. 이러한 목적을 달성하기 위한 구체적인 목표는 울산과 전북을 제외한 15개 자치단체에서 명시하고 있다. 경기, 광주, 대전, 부산, 세종, 인천, 충북은 시(도)민의 정신질환 예방과 치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장, 정신건강 친화적인 환경 조성을 규정하고 있다. 각 자치단체의 조례 목적은 상위법인 「정신건강복지법」의 제1조(목적)에서 규정하고 있는 ‘정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는데 이바지함을 목적으로 한다’의 범위 안에서 규정하고 있는 것을 확인할 수 있다. 그중 광주와 부산은 정신질환 예방 및 치료뿐만 아니라 중독과 트라우마의 치료를 포함하고 있는 점이 특징적이다. 강원, 경남, 대구, 제주, 충남은 예방, 치료, 재활, 복지는 동일하지만 권리 보장, 사회복귀, 자립생활을 각각 목표로 명시하고 있다. 경북과 전남은 예방, 치료, 재활, 사회복귀를 명시하고 있으며, 서울은 정신질환자에 초점을 둔 재활, 자기 결정권 강화, 인권의 보호 및 복지서비스 제공을 명시하고 있는 점이 특징적이다.

자치단체장의 책무성은 시책추진, 기본계획 수립, 실태조사 조항에서 확인할 수 있다. 시책추진은 대전과 제주를 제외한 15개의 자치단체에서 정신질환의 예방·치료, 연구·조사, 지도·상담, 전달체계 확립, 정보 및 생애주기별 서비스 제공, 차별·편견 해소 및 권리 구제, 권익향상 및 인권 보호 지원, 정신질환자 사회복귀, 위기 상황에 대한 대응체계 구축, 정신질환자의 참여 보장 등을 규정하고 있으며, 규정 수준은 경북이 노력의무규정이고 나머지 14개 자치단체는 강행규정으로 규정하고 있다. 기본계획 수립의 경우 대전과 울산을 제외한 15개 자치단체에서 강행규정으로 규정하고 있으며, 경남, 경북, 부산의 경우 계획수립 주기를 5년으로 명시하고 있으나, 나머지 12개 자치단체에서는 구체적인 주기를 명시하지 않았다. 또한, 실태조사는 경북, 광주, 대구, 부산, 서울, 제주가 강행규정으로 규정하고 있으며, 경남, 대전, 세종, 충남은 임의규정. 강원, 경기, 울산, 인천, 전남, 전북, 충북은 규정이 부재하였다. 또한 실태조사 주기는 서울이 3년, 경북, 부산은 5년으로 명시하고 있으나 나머지 7개 자치단체는 구체적인 주기를 명시하지 않았다.

주민의 의무는 경남, 서울, 세종, 충북에서 강행규정으로, 주민의 정신건강증진을 위하여 자치단체에서 실시하는 조사와 정신건강증진 사업 및 정신질환자 복지서비스 지원사업에 협력해야 한다고 명시하고 있다.

조례의 권리성 정도를 비교한 결과 <표 6>에서 알 수 있듯이, 권리성이 가장 강한 자치단체는 세종과 충북이며, 다음으로 강한 자치단체는 광주, 부산, 서울, 경남 순이다. 권리성이 중간 정도인 자치단체는 강원, 제주, 대전, 경북, 전남 순이며, 상대적으로 약한 자치단체는 전북, 가장 약한 자치단체는 울산으로 나타났다.

〈표 6〉 권리성 비교

구분	강원	경기	경남	경북	광주	대구	대전	부산	서울	세종	울산	인천	전남	전북	제주	충남	충북
정신건강증진	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
지역사회통합	○	×	×	×	×	○	×	×	○	×	×	×	×	×	○	○	×
인간다운 삶 영위	×	○	×	×	○	×	○	○	×	○	○	○	×	○	×	×	○
예방	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○	×	○	○	○
치료	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○	×	○	○	○
재활	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○	○
복지	○	○	○	×	○	○	○	○	×	○	×	○	×	×	○	○	○
권리보장	×	○	○	×	○	○	○	○	×	○	×	○	×	×	○	×	○
정신건강 친화적인 환경 조성	×	○	×	×	○	×	○	○	×	○	×	○	×	×	×	×	○
사회복귀	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	○	×
자립생활	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
자기결정권 강화	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×
인권 보호	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×
복지서비스제공	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×
시책추진	○	○	○	▲	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
기본계획	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○
실태조사	×	×	△	○	○	○	△	○	○	△	×	×	×	×	○	△	×
조사에 협력	×	×	○	×	×	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	○
정신건강증진사업 등에 협력	×	×	○	×	×	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	○

주: 1. 목적 지향성: ○ 규정 존재, × 규정 부재
 2. 자치단체장의 책무성: ○ 강행규정, ▲ 노력의무규정, △ 임의규정, × 규정 부재
 3. 다른 조항의 구성 요소로 자치단체장의 책무를 규정하고 있는 경우, 해당 조항에서 분석함(민기채, 2023b)

2) 적용 대상

조례에서 대상자의 요건과 범위가 제한된다면 규범적으로 타당성을 상실한다(윤찬영, 2013: 257). 적용 대상의 보편성을 확인하기 위하여 적용 대상자를 규정하고 있는 조항을 확인하였으나 부재하였다. 지원 대상 조항이 별도로 규정되어 있지 않은 경우, 조례 명, 목적과 용어 정의 조항, 급여 자격에 대한 제한 요건 등을 분석하여 적용 대상의 보편성을 확인한다(김윤민, 2023; 민기채,

2023a; 민기채, 2023b). 17개의 자치단체의 목적에서 해당 자치단체의 주민과 정신질환자를 지원 대상으로 명시하고 있는 것을 확인할 수 있다. 또한, 조례에서 사용되는 용어에 관한 정의 조항에서 제주를 제외한 16개의 자치단체가 정신질환자에 대한 정의를 규정하고 있다. 따라서 적용 대상의 보편성은 <표 7>과 같이 모든 자치단체가 같은 수준인 것으로 판단할 수 있다.

〈표 7〉 적용 대상의 보편성 비교

구분	주민	정신질환자
강원	○	○
경기	○	○
경남	○	○
경북	○	○
광주	○	○
대구	○	○
대전	○	○
부산	○	○
서울	○	○
세종	○	○
울산	○	○
인천	○	○
전남	○	○
전북	○	○
제주	○	○
충남	○	○
충북	○	○

주: ○ 규정 존재, × 규정 부재

3) 급여

급여 또는 서비스를 받는 것과 관련해 급여의 구성요건과 급여의 종류 및 제공 방법을 어떻게 규정하는가의 쟁점은 사회복지법의 규범적 정당성을 확인할 수 있는 하나의 근거가 된다(윤찬영, 2013:272~273). 이에 급여 종류의 포괄성이라는 입법 구성 내용을 파악하기 위해 지원사업의 종류를 살펴보았다. 조례에 명시되어 있는 지원사업들은 총 10개의 항목으로 의료비 지원, 일자리, 평생교육, 문화·예술·여가·체육활동, 지역사회통합, 가족 지원, 자립생활 교육, 동료 지원가 양성, 권익옹호, 지역사회 안정화 지원이다.

17개 자치단체 모두 지원사업에 대하여 명시하고 있었다. 먼저 의료비 지원에 관해서는 강원, 경기, 경남, 광주, 대구, 대전, 세종, 인천, 제주, 충남에서 임의규정으로 명시하고 있었다. 정신질환자와 보호자의 경제적 부담을 줄이기 위한 치료 경비의 일부 또는 전부에 대한 지원을 명시하였다. 그중 특히 충남의 경우는 초기 진단비, 외래치료비, 응급 후송비 등을 명시하여 지원의 범위를

넓게 명시하고 있다.

정신장애인의 일자리 지원에 관해 10개의 자치단체에서 규정을 명시하고 있다. 그중 대구, 서울, 세종, 전남, 전북, 충북은 강행규정으로 명시하고 있고 강원과 충남이 노력의무규정으로 명시하고 있으며 광주, 대전이 임의규정으로 명시하였다. 특히 대전은 성별 특성에 따른 고용 촉진 및 직업재활 지원을 명시함으로써 다른 자치단체와 차이가 있었으나 임의규정으로만 명시하고 있다.

평생교육 지원 및 문화·예술·여가·체육 관련 규정은 경기, 경남, 경북, 부산, 인천, 제주를 제외한 모든 단체에서 규정을 명시하고 있다.

지역사회통합 관련 규정은 강원, 광주, 대구, 대전, 서울, 세종, 울산, 전남, 전북, 충남, 충북에서 규정을 명시하고 있다. 주로 거주, 치료, 재활 지원을 통한 지역사회통합을 명시하고 있었으며 대전, 부산, 울산의 경우 지역통합을 위한 마을공동체 또는 지역사회 지원체계 구축 및 연계, 보건·복지 지원 연계 등 지역사회통합을 위해 서비스 연계를 명시하고 있다.

정신질환자 가족 지원에 관해 강원, 경남, 광주, 대구, 대전, 서울, 세종, 전남, 충남, 충북 10개의 자치단체에서 규정을 명시하고 있다. 그중 서울과 대구는 가족 지원에 관한 독립된 조항으로 명문화하여 가족 돌봄 및 휴식 지원, 가족 상담 지원, 가족 역량 강화, 가족의 권리교육 등을 세부적으로 더 포함하고 있다. 또한 경남 역시 가족의 모범사례 또는 위기 사례발굴 지원, 가족 소통 및 갈등 해소에 관한 역량 강화 지원 등을 구체적으로 명시하고 있다. 이처럼 서울, 대구, 경남은 가족 지원에 관한 규정을 독립된 조항으로 명문화함으로써 구체성을 갖고 있다고 볼 수 있다.

자립생활 지원 규정은 17개 자치단체 중 경남과 광주만이 명시되어 있고, 특히 경남의 경우 자립 정착지원비를 지원할 수 있도록 규정하고 있다.

서울은 지역사회 안정화 지원을 명시하고 있다. 정신질환자에게 정신질환 악화 등 위기 상황이 발생하는 경우 해당 지역 내에서의 안정화를 지원하기 위하여 위기 안전 전화, 응급 병상, 동료 지원 쉼터, 안정화 쉼터 등 시책을 마련한다는 규정이다. 권익옹호와 동료지원가 양성 시책을 포함하여 명시한 곳은 서울과 대구이다.

자치단체의 급여 종류의 포괄성에서 지역 간의 차이를 확인할 수 있다. 급여 종류의 포괄성이 가장 강한 자치단체는 서울과 대구이다. 서울은 6개의 강행규정과 1개의 임의규정을, 대구는 강행규정 5개와 임의규정 2개를 명시하고 있으며, 특히 이 두 자치단체는 정신질환자 가족에 대한 지원과 지역사회 안정화 지원에 관한 별도의 조항을 독립적으로 명시하고 있다는 특징이 있다.

광주는 6개의 임의규정을 두고 있고, 세종은 4개의 강행규정과 1개의 임의규정, 강원과 충남은 4개의 노력의무규정과 1개의 임의규정을, 대전은 5개의 임의규정을 명시하고 있다. 광주, 세종, 강원, 충남, 대전은 급여 종류의 포괄성이 강한 편이다.

충북은 2개의 강행규정과 2개의 임의규정, 전남은 3개의 강행규정이 있다. 전북은 2개의 노력의무규정과 1개의 임의규정을 명시하고 경남은 3개의 임의규정을 두고 있고 울산은 2개의 임의규정을 명시하고 있어 급여의 포괄성은 중간이다.

경기, 부산, 인천, 제주는 1개의 임의규정만 명시하고 있어 급여의 포괄성 수준이 매우 낮으며, 경북은 급여에 관한 규정이 부재하였다.

〈표 8〉 급여 종류의 포괄성 비교

구분	의료비지원	일자리	평생교육 및 문화·예술·여가· 체육활동	지역 사회통합	자립 생활지원	동료 지원가양성	권익 옹호	가족 지원	지역 사회 안정화 지원
강원	△	▲	▲	▲	×	×	×	▲	×
경기	△	×	×	×	×	×	×	×	×
경남	△	×	×	×	△	×	×	△	×
경북	×	×	×	×	×	×	×	×	×
광주	△	△	△	△	△	×	×	△	×
대구	△	○	○	○	×	○	○	△	×
대전	△	△	△	△	×	×	×	△	×
부산	×	×	×	△	×	×	×	×	×
서울	×	○	○	○	×	○	○	△	○
세종	△	○	○	○	×	×	×	○	×
울산	×	×	△	△	×	×	×	×	×
인천	△	×	×	×	×	×	×	×	×
전남	×	○	○	○	×	×	×	×	×
전북	×	○	▲	▲	×	×	×	△	×
제주	△	×	×	×	×	×	×	×	×
충남	△	▲	▲	▲	×	×	×	▲	×
충북	×	○	△	○	×	×	×	△	×

주: ○ 강행규정, ▲ 노력의무규정, △ 임의규정, × 규정 부재

4) 재정 부담

조례가 규범적으로 정당성을 갖기 위해서는 자치단체의 재정 부담에 대한 책임성이 충실히 이행되어야 한다. 왜냐하면 재정 부담은 사회복지 급여 제공과 대상자의 권리성 보장과 직결되기 때문이다(윤찬영, 2013, 264-267). 본 조례에서 자치단체장의 재정 책임성은 기본계획의 재정 조달, 사업 수행 기관의 예산 지원, 정신질환자를 위한 교육과정 운영 예산 지원, 정신건강전문요원 배치, 확충 예산 지원 등에 대한 자치단체장의 책임 규정을 통하여 확인하였다.

자치단체장의 책무 조항에서는 재원 조달에 관한 규정이 17개 자치단체 모두 부재하였다. 반면, 기본계획에서의 재원 조달 및 운영에 관하여 경남, 울산은 제외한 15개 자치단체에서 강행규정으로 명시하고 있다. 또한, 지원사업을 수행하는 단체의 예산 지원에 관하여 제주를 제외한 16개 자치단체에서 임의규정으로 명시하고 있다. 정신질환자를 위한 교육과정을 운영하는 평생교육기관의 경비에 대한 지원을 전북이 유일하게 임의규정으로 규정하고 있으며, 정신건강전문요원 배치와 운영, 확충과 치우개선 추진을 위한 예산에 관하여 충남은 노력의무규정, 서울은 임의규정으로 명시하고 있다. 자치단체의 재정 부담에 대한 책임성을 비교한 결과 〈표 9〉에서 확인할 수 있듯이 가장 강한 자치단체는 강행규정 1개와 노력의무규정 1개, 임의규정 1개인 충남이다. 다음으로 서울과 전북이 강행규정 1개와 임의규정 2개로 상대적으로 강한 것으로 나타났다. 강원, 경기, 광주,

경북, 대구, 대전, 부산, 세종, 인천, 전남, 충북은 강행규정 1개와 임의규정 1개로 중간 수준이다. 제주는 강행규정 1개로 상대적으로 약하며, 재정 책임도가 낮은 자치단체는 임의규정 1개인 경남과 울산으로 확인되었다.

〈표 9〉 재정 책임성 비교

구분	기본계획	단체지원	평생교육	전문요원 배치/확충과 처우개선
강원	○	△	×	×
경기	○	△	×	×
경남	×	△	×	×
경북	○	△	×	×
광주	○	△	×	×
대구	○	△	×	×
대전	○	△	×	×
부산	○	△	×	×
서울	○	△	×	△
세종	○	△	×	×
울산	×	△	×	×
인천	○	△	×	×
전남	○	△	×	×
전북	○	△	△	×
제주	○	×	×	×
충남	○	△	×	▲
충북	○	△	×	×

주: ○ 강행규정, ▲노력의무규정, △ 임의규정, × 규정 부재

2. 규범적 실효성

1) 전달체계

급여 및 서비스의 실효성을 위해 전달조직으로서 전달체계의 확보와 운영이 필요하다. 전달체계의 확립은 자원의 효율적 이용과 대상자의 욕구를 효과적으로 충족시키는 결정적 역할을 한다. 따라서 실효성 증대를 위해 전달체계의 확립이 요구된다(윤찬영, 2013, 268). 전달체계 구성 요소에서는 전달체계의 책임성과 통합성 관련 구성 내용을 분석하였다. 전달체계의 책임성과 통합성을 파악하기 위한 입법 내용 구성은 단체장의 책무, 기본계획, 조기 발견 체계, 지원시설의 설치·운영, 심의위원회, 정신건강복지사업지원단, 협력체계 구축에 관한 조항을 분석하여 전달체계의 책임성과 통합성을 파악하였다. 17개 자치단체의 전달체계의 책임성과 통합성 수준이 다양하게 구분되는 것을 볼 수 있다.

전달체계에 대한 자치단체장의 책무를 명시한 곳은 강원, 경기, 광주, 대구, 서울, 세종, 충남, 충북에서 정신건강 서비스 증진을 위한 정신건강복지센터 및 정신건강증진시설, 학교 및 사업장 등

을 연계하는 정신건강 서비스 전달체계를 확립하도록 강행규정으로 명시하고 있다. 기본계획 수립 규정에서 울산은 제외한 16개의 자치단체에서 기본계획 수립 시 전달체계에 관한 사항을 계획에 포함하도록 하고 있어 전달체계 책임성을 확보한 것으로 평가할 수 있다.

조기 발견 체계에 관한 규정을 보면, 강원, 광주, 대구, 대전, 서울, 세종, 전남, 충남, 충북에서 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위해 정신건강복지센터, 정신건강증진 시설 및 의료기관 등 관련기관을 연계한 정신건강 문제의 조기 발견 체계 구축을 강행규정으로 명시하고 있다. 대전과 충남의 경우, 정신건강복지센터·학교 및 의료기관 등 유관 기관 연계 체계 구축, 초발중증 정신질환자 사례관리 시스템 구축, 24시간 핫라인 상담 등의 현황분석 및 관련 정보 데이터 구축을 추가로 명시하고 있다.

다음으로 지역사회에서 정신건강을 지원하는 센터 및 시설 설치·운영 관련 규정을 살펴보았다. 17개 자치단체 모두가 정신건강복지센터 설치·운영을 명시하고 있으며, 특히 울산의 경우는 정신건강복지센터 설치·운영을 강행규정으로 명시하고 있는 반면에, 그 외 자치단체에서는 임의규정으로 명시하고 있다. 그 외 강원, 경남, 광주, 대전, 서울, 세종, 전남, 전북, 충남에서는 정신건강복지센터 외 정신건강 지원시설에 관한 설치·운영에 관해 명시하고 있다. 특히 서울과 대전은 정신재활시설, 생활시설, 재활훈련시설, 생산품판매시설, 중독자재활시설, 종합시설 등 다양한 시설 종류를 명문화하고 있으며, 세종은 중독관리통합지원센터, 광주는 중독관리통합지원센터와 자립생활지원센터의 설치·운영까지 명시하고 있어 지역별 지원시설 규정의 차이를 볼 수 있었다.

정신건강복지사업지원단 설치·운영 관련 규정은 17개 자치단체 중 경기, 경남, 경북, 광주, 대구, 서울, 세종, 울산, 인천, 충남, 충북에서 규정하고 있다. 정신건강복지사업지원단의 직무는 정신건강증진 사업에 대한 업무 개발 및 기술지원과 같은 자문, 평가, 연계 체계 구축, 현황 파악 및 통계 등의 업무로 실질적 역할은 유사하다.

반면 심의위원회 관련 규정에서 심의위원회는 정신건강에 관한 중요한 사항을 심의 또는 심사하기 위한 전달체제로 경남과 전북에서만 명시하고 있다.

협력 관련 규정은 경남, 경북, 광주, 부산, 세종에서 강행규정으로 명시하고 있다. 정신건강증진, 정신질환자의 권리 보호 등을 위해 교육청, 경찰청, 소방본부, 학교 및 관련 단체, 사법기관, 정신의료기관 등 다양한 협력체계를 구축할 수 있도록 규정하고 있으며 모두 강행규정으로 명시하고 있다. 특히, 경북과 부산의 경우 정신건강 위기 상황에 대비한 응급 지원체계를 마련하도록 규정하고 있다.

전달체계의 책임성과 통합성에 대해 17개 자치단체 조례 비교 결과 광주와 세종이 5개의 강행규정과 2개의 임의규정을 명시하고 있으므로 전달체계의 책임성과 통합성 정도가 가장 강하다고 볼 수 있다. 서울과 충남, 경남은 4개의 강행규정과 2개의 임의규정을 명시하고 있으며 강원은 3개의 강행규정과 3개의 임의규정을 명시하여 이들 자치단체는 전달체계의 책임성과 통합성 정도가 강한 편이다. 충북과 대구는 4개의 강행규정, 1개의 임의규정을 명시하고 있고, 경기, 경북, 전남, 전북은 2개의 강행규정, 2개의 임의규정을 명시함으로써 전달체계의 책임성과 통합성 정도가 중간 수준이다.

대전은 1개의 강행규정과 3개의 임의규정, 부산과 인천은 2개의 강행규정과 1개의 임의규정을 명시하여 전달체계의 책임성과 통합성 정도가 약하다. 울산의 경우 2개의 강행규정을 명시하고 제주는 1개의 강행규정과 1개의 임의규정을 명시함으로써 전달체계의 책임성과 통합성 정도가 가장 약하다.

〈표 10〉 전달체계의 책임성 및 통합성 비교

구분	자치단체장 책무	기본 계획	조기 발견 체계	정신건강 복지센터	정신 재활시설	그외 시설	사업지원단	심의위원회	협력
강원	○	○	○	△	△	△	×	×	×
경기	○	○	×	△	×	×	△	×	×
경남	×	○	×	△	△	×	○	○	○
경북	×	○	×	△	×	×	△	△	○
광주	○	○	○	△	×	△	○	×	○
대구	○	○	○	△	×	×	○	×	×
대전	×	△	○	△	△	×	×	×	×
부산	×	○	×	△	×	×	×	×	○
서울	○	○	○	△	△	×	○	×	×
세종	○	○	○	△	×	△	○	×	○
울산	×	×	×	○	×	×	○	×	×
인천	×	○	×	△	×	×	○	×	×
전남	×	○	○	△	△	×	×	×	×
전북	×	○	×	△	△	×	×	○	×
제주	×	○	×	△	×	×	×	×	×
충남	○	○	○	△	△	×	○	×	×
충북	○	○	○	△	×	×	○	×	×

주: ○ 강행규정, ▲ 노력의무규정, △ 임의규정, × 규정 부재

2) 인력

법의 실효성 체계를 구성하는 중요한 요소 중 하나는 인력에 관한 규정이다. 전문인력이 없이는 서비스가 제공될 수 없으므로 인력의 전문성에 관한 규정을 체계적으로 두는 것이 필요하다(윤찬영, 2013, 272). 인력의 전문성에 관한 규정은 계획수립, 위탁기관의 전문성, 위탁기관 내(정신건강복지센터) 전 인력의 구성, 위원회 및 전문지원단 구성 시 전문가 참여, 전문인력의 전문성 향상을 위한 교육 및 기술지원, 종사자의 안전보장 및 처우개선, 시설의 전문인력 배치 규정이 있다.

먼저 계획수립에서 전문인력 양성 규정을 명시하고 있는 곳은 강원, 경기, 경북, 광주, 대구, 부산, 서울, 세종, 인천, 전남, 전북, 제주, 충남, 충북이다. 그중 강원, 경기, 광주, 대구, 서울, 세종, 인천, 전남, 전북, 제주, 충남, 충북 12개의 자치단체는 상위법인 「정신건강복지법」 제7조(국가계획의 수립 등) ③항의 지역계획 내 ‘전문인력의 양성 및 관리’에 따르도록 되어 있다. 강원, 경기, 경북, 광주, 대구의 경우 ‘전문인력의 양성 및 관리’를 조례 내용에 별도로 명시하고 있다. 그러나 경북의

경우 정신보건시설의 설치·운영자와 종사자 또는 정신보건전문요원에 대한 교육·연수사업에 대한 계획수립을 명시하고 있는데, 조례 제정 이후 상위법인 「정신보건법」이 「정신건강복지법」으로 개정된 이후 조례 내용에 인력 자격의 명칭이 ‘정신보건전문요원’에서 ‘정신건강전문요원’으로 변경된 점을 반영하지 않은 점을 확인할 수 있다.

위탁은 전문성 있는 기관·단체 운영에 관한 사항을 위탁하는 것이다. 강원, 경기, 경남, 광주, 대전, 서울, 세종, 인천, 전남, 전북, 제주, 충남, 충북에서 정신건강에 관한 전문성이 있는 기관·단체에 위탁운영 할 수 있다는 규정을 명시하고 있다.

서비스 제공 인력의 전문성은 정신건강복지센터 설치·운영 내 ‘전문지식이 있는 다양한 인력의 서비스 제공’으로 명시되어 있는데, 강원, 경남은 정신과전문의, 정신건강전문요원 등 정신건강에 관한 전문지식이 있는 다양한 인력으로 서비스를 제공해야 한다고 명시하고 있으며, 광주는 중독관리통합지원센터에 정신건강전문요원을 두어야 한다는 강행규정을 명시하였다.

운영·심의위원회 및 정신건강복지사업지원단 구성 시 전문가 포함 규정을 보면, 경기, 경북, 광주, 대구, 세종, 울산, 인천, 전북, 충북에서 위원회 또는 사업지원단원의 구성 시 전문가를 포함할 것을 명시하고 있었다.

인력 전문성 향상 지원 관련 규정은 경북, 광주, 대구, 부산, 서울, 울산, 전남, 제주에서 강행규정으로 명시하고 있다. 경북은 인력의 전문성 향상을 위한 교육 및 기술지원, 광주는 종사자에 대한 역량 강화, 대구, 울산, 전남, 제주는 전문성 향상을 위한 교육훈련 및 프로그램 개발, 부산은 종사자 역량강화사업을 지원하고 있다.

종사자 안전보장 및 처우개선에 관한 규정을 보면, 광주와 제주는 종사자의 안전 및 처우개선을 강행규정으로 명시하고 있고, 서울과 충남은 노력의무규정으로 명시하고 있다. 특히 충남은 정신건강전문요원 확충과 처우개선 추진과 필요한 예산 확보를 명시하고 있다. 한편 서울은 정신건강 관련 시설이 아닌 종합사회복지관 내 정신건강 전문인력 배치에 관한 규정을 임의규정으로 명시하고 있다.

각 자치단체 간 인력의 전문성에 있어서 차이점이 확인되었다. 인력의 전문성이 가장 강한 자치단체는 광주로 6개의 강행규정을 명시하고 있다. 서울은 2개의 강행규정과 1개의 노력의무규정, 2개의 임의규정을 명시하고 있으며, 경기, 인천, 전북, 제주의 경우 3개의 강행규정, 1개의 임의규정을 명시하고 있어, 서울, 경기, 인천, 전북, 제주 이들 자치단체는 인력의 전문성이 강한 편이다.

대구와 경북은 3개의 강행규정을 명시하고 있으며, 강원, 전남, 세종, 충북은 2개의 강행규정과 1개의 임의규정, 충남은 강행규정, 노력의무규정, 임의규정을 각 1개씩 명시하고 있다. 대구, 경북, 강원, 전남, 세종, 충북, 충남은 인력의 전문성이 중간 수준이다.

부산과 울산은 2개의 강행규정을 명시하고, 경남은 노력의무규정과 임의규정을 각 1개씩 명시하고 있어 이들 자치단체의 인력의 전문성은 약하다. 대전의 경우는 1개의 임의규정을 명시하고 있으므로 인력의 전문성이 매우 약하다고 할 수 있다.

〈표 11〉 인력의 전문성 비교

구분	계획 수립	위탁	서비스 제공 인력의 전문성	센터운영위원회 구성	심의위원회 구성	정신건강복지 사업지원단 구성	인력 전문성 향상 지원	종사자 안전보장 및 처우 개선	종합사회복지관내 전문인력 배치
강원	○	△	○	×	×	×	×	×	×
경기	○	△	×	○	×	○	×	×	×
경남	×	△	▲	×	×	×	×	×	×
경북	○	×	×	×	×	○	○	×	×
광주	○	○	○	×	×	○	○	○	×
대구	○	×	×	×	×	○	○	×	×
대전	×	△	×	×	×	×	×	×	×
부산	○	×	×	×	×	×	○	×	×
서울	○	△	×	×	×	×	○	▲	△
세종	○	△	×	×	×	○	×	×	×
울산	×	×	×	×	×	○	○	×	×
인천	○	△	×	○	×	○	×	×	×
전남	○	△	×	×	×	×	○	×	×
전북	○	△	×	○	○	×	×	×	×
제주	○	△	×	×	×	×	○	○	×
충남	○	△	×	×	×	×	×	▲	×
충북	○	△	×	×	×	○	×	×	×

주: ○ 강행규정, ▲ 노력의무규정, △ 임의규정, × 규정 부재

V. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 광역자치단체의 ‘정신건강증진 및 복지서비스 지원에 관한 조례’의 비교 분석을 통해 조례의 개정 방안을 제안하기 위함이다. 분석자료는 국가법령정보센터의 자치법규시스템의 전국 17개 광역자치단체의 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례’를 활용하여 연구를 진행하였다. 분석 내용은 규범적 타당성에 속하는 조례의 권리성, 조례 적용 대상의 보편성, 급여의 포괄성, 재정 책임성과 실효성 체계에 속하는 전달체계의 책임성·통합성, 인력의 전문성을 활용하였다.

‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 조례’ 분석 결과를 종합하면 〈그림 4〉와 같다. 조례의 내용적 체계의 정도를 파악하기 위해 약함과 강함으로 각 지방자치단체를 일차원으로 도식화하였다. 서울과 광주는 조례의 목적 지향성, 자치단체장의 책무성, 급여 종류의 포괄성, 자치단체장의 책임성 및 통합성, 인력의 전문성이 전반적으로 강한 수준이었다. 반면, 울산이 전반적으로 내용적 체계가 미약하였는데, 조례의 목적 지향성, 자치단체장의 책무성, 급여 종류의 포괄성, 자치단체장의 재정 책임성, 자치단체장의 책임성 및 통합성, 인력의 전문성 측면에서 전반적으로 약한 수준으로 나타났다. 구성 요소별로 살펴보면 조례의 권리성에서는 충북, 적용 대상

의 보편성에서는 17개 자치단체 모두, 급여 종류의 포괄성에서는 서울, 자치단체장의 재정 책임성에서는 충남, 전달체계의 책임성 및 통합성에서는 광주, 세종, 인력의 전문성에서는 광주가 이상적인 조례의 내용적 체계를 갖추었다. 반면, 경북의 조례는 개정 전의 상위법 내용을 준용하고 상위법 개정 이후 조례 개정이 이루어지지 않아 자치단체의 관심이 매우 낮다고 판단된다. 각 자치단체마다의 인구학적 특성, 경제적 상황, 지역의 문제, 욕구, 위험 등의 변화로 개선이 필요할 때 즉시 조례 개정을 통해 문제 해결 및 욕구가 충족되도록 할 필요가 있다. 또한 해당 조례의 규범적 구성 요소가 약한 자치단체는 강한 자치단체의 조례를 검토 및 적용할 수 있을 것이다. 다만 자치단체별 특성, 규모, 재정 자립도 등으로 인해 다른 지역의 조례를 무조건 모방하기보다 지역별 특성이 다를 수 있음을 염두에 두어야 할 것이며 차별화된 서비스를 고려해야 한다. 즉, 자치단체는 지역의 인구 규모, 인구 구성, 지리적·지역적 특성에 따른 지역 밀착형 서비스를 개발하고 지원해야 한다. 그러나 현재 지역사회정신건강 관련 예산 대부분이 중앙정부의 예산으로 운영되고 있어 자치단체의 독립된 예산 마련이 필요하고, 밀착 서비스 지원을 위한 당사자의 참여, 전문인력 확보와 그들의 역할 및 책임, 더 나아가 보호에 관한 책무성을 강화할 필요가 있다.

〈그림 4〉 조례 분석 결과



주: ○ 강행규정, ▲ 노력의무규정, △ 임의규정

본 연구 결과를 바탕으로 조례 개정 방안을 제안하고자 한다.

첫째, 자치단체 목적 조항은 대부분 상위법인 「정신건강복지법」과 유사하나, 일부가 지역사회 의 욕구와 특성을 반영한 목적을 명시하고 있다. 부산의 경우 정신질환의 예방뿐 아니라 트라우마 예방·치료를 포함하고 있었으며 광주는 중독을, 서울은 정신질환자의 재활, 자기 결정권 강화, 인권의 보호 및 복지서비스 제공 등 지역사회통합에 필요한 사항을 포함하도록 명시하였다. 이러한 노력은 지역의 정신건강 현안에 적극적으로 개입하고자 하는 자치단체의 책무성을 담보하며 서비스 제공을 위한 예산 확보에 힘을 실을 수 있다.

둘째, 자치단체장의 책무로써 기본계획 수립 항목, 지원사업의 종류를 살펴볼 필요가 있다. 17

개 자치단체 중 경남, 울산을 제외한 모든 자치단체에서 기본계획 수립을 강행규정으로 명시하고 있으며 기본계획 수립 항목은 상위법인 「정신건강복지법」 제7조에 명시된 국가계획 수립에 관한 항목을 반영하고 있거나 유사하게 적용하면서도 일부 내용은 포함하지 않고 있다. 경기도의 경우, 다른 자치단체에 없는 디지털 정신건강 서비스를 바탕으로 도민의 정신건강증진에 관한 사항을 2024년도에 신설하는 등 자치단체의 고유 특성을 반영한 점이 눈에 띈다. 조례의 내용이 구체적이면서 명확할수록 서비스 제공에 있어 질적 수준이 높아질 수 있으므로 조례 항목을 보다 구체적이고 명확하게 규정하여 포괄성을 제고할 수 있다(민기채, 2021: 359). 이에 사업의 근간이 될 수 있는 조례를 시기 및 지역 상황에 맞도록 검토하고 구체적으로 구성하는 것이 필요하다. 이를 위해 계획수립을 위한 지역의 실태조사를 강행규정으로 명시할 필요가 있으며, 대전이 계획수립을 위한 시민 의견 수렴을 위한 공청회 개최를 명시한 것과 같이 지역의 욕구를 반영하기 위한 노력이 명시될 필요가 있다.

셋째, 전달체계에서는 대부분의 자치단체에서 정신건강복지센터 설치·운영을 임의규정으로 정하고 있으며, 지원시설의 설치·운영 역시 임의규정이거나 규정이 부재한 경우가 대부분이었다. 정신건강복지센터는 지역주민에게 직접적인 서비스 제공과 밀접한 관련이 있는 정신건강 복지 전달체계의 구심점이라 볼 수 있다. 그럼에도 정신건강복지센터의 설치·운영을 임의규정으로 두는 것은 정신건강 지원사업의 실행력을 강하게 담보하기 어려우므로 정신건강복지센터 설치·운영을 임의규정에서 강행규정으로 변경하는 것이 필요하다. 또한 협력체계에 대해 강행규정을 명시한 자치단체는 5개에 불과했다. 이 중 광주를 특히 주목할 만하다. 정신 응급 위기 상황에서는 정신질환의 유무, 자·타해의 위험성, 즉각성 등을 종합적으로 파악해야 하고, 관련 전문가와 기관의 협력이 매우 중요하다. 광주는 협력체계 구축에 관한 규정을 독립적으로 명시함과 동시에 응급 정신 의료 서비스 지원체계 구축도 독립적으로 규정하여 위기 개입에 필요한 협력 기관을 연계하여 응급 정신 의료 서비스를 지원할 수 있도록 하였다. 정신과적 위기 상황에 대한 지역사회 대응을 높이는 응급 협력체계에 대해 독립적으로 명시하여 구체화한 점은 타 자치단체에서도 조례에 반영할 수 있을 것이다.

한편, 정신건강증진, 정신질환자의 권리보장과 사회복지를 위한 협력체계를 구축해야 한다는 규정이 명시되어 있지만, 대체로 운영되는 협의체는 정신 응급협의체, 자살 예방위원회 등 정신질환 위기 대응을 위한 목적이다. 위기 대응뿐만 아니라 정신질환자가 안정적으로 지역사회에 정착하기 위한 민·관 기관의 협력체계가 필요하다. 그러므로 주거, 교육, 고용, 장애인 복지와 관련된 다양한 민·관 기관 중심의 협의체를 구성하여 퇴원 후 지역사회에 복귀하는 정신질환자의 적극적으로 지원하기 위한 명확한 독립된 근거 규정을 마련하는 것이 필요하다. 현실적으로 정신장애인을 위한 모든 협의체를 만들기는 어려우므로 현재 운영되고 있는 정신 응급협의체에서 지역사회 복귀를 위한 지원 논의를 좀 더 활발히 논의 할 수 있는 규정을 마련하거나 지역사회 정신장애인 복지와 관련된 유관기관 전문가를 다양하게 참여시킴으로써 서비스가 연계될 수 있도록 체계를 마련하는 것이 필요하다.

넷째, 급여 종류의 포괄성 및 그 수준 측면에서 지역적 특성을 반영한 차별화된 예방 사업 추진

이 필요하다. 대체로 급여에 관한 조항이 획일적인 내용으로 구성되어 있어 적시에 효과적이고 선제적으로 대응하기 위한 시대별, 지역별 차별화된 전략을 확인하기 어렵다. 또한 목적과 적용 대상을 살펴보았을 때, 목적에는 정신건강증진과 정신질환자 지원에 관해서 명시하고 있고 적용 대상도 지역주민과 정신질환자로 명시하고 있다. 그러나 급여 종류에는 대체로 정신질환자와 그 가족에 대한 지원이 명시되어 있었다. 급여 종류의 포괄성 수준을 높이기 위해서는 적용 대상에 대한 급여 내용을 구체적으로 명시할 필요가 있다. 서울, 대구의 경우 타 자치단체와 비교하여 당사자 동료지원가 양성, 권익옹호와 같은 정신질환자 당사자 권익 신장을 위한 급여를 명시하였다. 급여 종류의 포괄성을 확보하기 위해 구체적이고 다양한 급여 종류를 명시하고 타 자치단체의 아이디어를 수용할 수도 있으며, 지역의 현안과 특성을 반영한 장기적이고 꾸준한 지원사업을 위해 급여 종류를 구체적으로 명시할 필요가 있다. 서울의 경우 동료지원가 양성, 권익옹호에 관해 명시하였다. 조례 규정에 당사자의 권익옹호 및 활동에 관해 명시하였다는 것은 공급자 중심에서 벗어나 정신질환자 당사자 중심으로 필요한 서비스를 논의 할 수 있다는 점에서 주목할 만하다. 당사자가 주도적 역할을 할 수 있도록 도움으로써 정신질환자의 지역사회 적응뿐만 아니라 지역사회 참여를 이끌 수 있다는 점에서 중요하다.

다섯째, 인력의 전문성 측면에서, 전문성 확보를 위한 인력 배치는 대체로 규정되어 있었으며 배치된 인력의 전문성 향상에 대한 노력을 담고 있었다. 그러나 실제 정신건강전문요원이 매우 부족한 실정으로 그 공백을 비정신건강전문요원이 채우고 있다. 한정된 예산으로 경험 있는 전문인력의 장기근속이 어려우며, 이로 인해 열악한 근무 환경은 정신건강 서비스 전문성을 심각하게 저해하고 있다. 또한 도·농간 전문인력수도 큰 차이가 있어 이에 따른 지역의 정신건강 서비스 전문성 수준에도 영향을 미친다고 볼 수 있다. 따라서 지역의 전문성 확보를 위한 수련기관을 확충하기 위한 노력이 필요하다. 또한, 전문성을 확보하는 것도 중요하나 확보된 전문성을 유지하는 것이 결국 서비스의 질을 향상한다고 볼 때 종사자의 안전보장 및 처우개선이 매우 중요하다. 광주와 제주가 강행규정, 서울과 충남이 노력의무규정이며 나머지 대부분의 자치단체는 규정이 부재하였다. 정신건강 전문인력은 정신건강증진을 위한 예방적 개입, 정신질환자의 치료·재활 및 지역사회 복귀, 가족 개입, 정신질환자 위기 개입 등 다양한 측면에서 전문성을 발휘하고 있다. 반면, 자신의 안전을 위협받을 수 있는 상황에 놓이게 되는 경우도 많아 고도의 전문가적 기술이 요구되고 있다. 전문성 확보 및 유지와 더불어 종사자 안전보장과 처우개선은 서비스 질 향상으로 이어질 수 있으므로 규정의 명문화뿐 아니라 실질적인 재정 조달의 책무성을 규정할 필요가 있다.

본 연구는 정신건강에 관한 관심이 급증하며 정신건강 관련 법과 제도가 진보하고 서비스 영역을 확장하고 있는 현 상황에서 각 자치단체가 지역주민이 체감할 수 있는 정신건강 정책 및 서비스 대응을 하고 있는지에 대한 문제 제기로서 관련 조례를 비교하여 분석하였다는 점에 의의가 있다. 지역사회 정신건강증진을 위해서는 지역 개개인의 역량을 높이는 것뿐만 아니라, 인력 및 시설 인프라 구축, 사회적 낙인 해결 등 지역사회의 역량을 높이는 것이 매우 중요하다. 이를 위해서는 법과 제도, 그리고 이를 현실에서 구현하기 위한 시스템과 인력을 갖추고 재원을 확보하는 것이 중요하다.

그러나 상위법에서 제정되지 않은 상태에서 자치단체가 자체적으로 해당 조례를 시행하기에 예산 문제가 따를 수밖에 없다. 자치단체 예산은 대부분 중앙정부의 매칭 예산으로 이루어져 있어 독립적으로 운영할 수 있는 예산이 부족하다. 예산이 부족한 상황에서 다른 여러 지역 현안에 비해 정신건강에 대한 인식과 관심이 부족하여 다른 이슈에서 우선순위에 밀려나므로 조례 제·개정 에 힘을 가지기 어려운 실정이다. 자치단체가 적극적인 개정을 실행할 의지가 있어야 할 것이며, 정신건강 서비스 주체자인 정신질환자의 집단적 역량 강화를 위한 지원이 지속되어야 할 것이다. 동료지원가 양성에 그치지 않고 정책 및 서비스 개발 활동에 참여 기회를 확대해야 할 것이다.

본 연구는 광역자치단체의 조례분석을 통해 지역 간 조례의 차이를 분석하였다. 그러나 각 자치 단체의 실정에 대한 고려 없이 조례의 조항만을 분석하였다. 또한 지역 간의 격차 해소를 위한 구 체적인 방안과 정책적 시사점을 제안하지 못한 한계가 있다. 향후 조례를 바탕으로 각 자치단체의 규모, 재정 여권 등의 파악과 함께 실제 자치단체의 정책과 서비스에 관한 심층적인 분석을 통한 조례의 개선 방안을 제시하는 후속 연구를 제안하는 바이다. 지역사회에서 정신건강에 관한 관심 이 증가하고 있는 상황에서 본 연구의 결과가 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원의 기 초 자료로 활용될 수 있기를 바란다.

참고문헌

- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(타법개정 2024. 9. 20, 법률 제20449호).
 강상경·하경희·김경희. (2022). 정신질환자의 복지화 권리를 보장하기 위한 정신건강복지법 개정 방 안. 「사회복지연구」, 53(1): 5-33. <http://dx.doi.org/10.16999/kasws.2022.53.1.5>.
- 국립정신건강센터. 건강보험심사평가원. 한국보건사회연구원. (2023). 국가 정신건강현황 주요지표.
 김기태·황성동·최송식·박봉길·최말옥. (2016). 「정신보건복지론 (제4판)」. 서울: 양서원.
- 김나은·제철웅·최기홍. (2020). 정신건강복지법 개정에 따른 지역사회 정신건강 서비스 개선 방 향. 「한국심리학회지」, 39(1): 1-26. <http://dx.doi.org/10.22257/kjp.2020.39.1.1>.
- 김현진·강선경. (2022). 정신건강복지서비스 전달체계와 서비스 연계에 관한 일 고찰. 「생명연구」, 64(1): 31-60.
- 김세인·나은영·이승연·이해우. (2022). 2022년 서울시 정신건강복지센터 운영 컨설팅 보고서, The Mental health. Dec 31: 12:3.
- 김송미·박동진. (2017). 다문화가족지원을 위한 지방자치단체 조례 분석. 「사회과학연구」, 33(4): 181-208. <http://dx.doi.org/10.18859/ssrr.2017.11.33.4.181>.
- 김윤민. (2023). 고독사 예방에 관한 광역자치단체 조례분석 연구. 「한국지역사회복지학」, 84: 1-36. <http://dx.doi.org/10.15300/jcw.2023.84.1.1>.
- 김희정·오희영·백서하. (2022). 정신장애인을 위한 지지독립주거의 효과에 관한 연구. 「Korean Journal of Health Promotion」, 22(4): 211-221.
- 관계부처 합동. (2016). 정신건강종합대책. 보건복지부.

- 남은지. (2023). 인천광역시 개인 및 지역별 정신건강 격차 분석-정신건강 예산 및 인력을 중심으로. 「인천학연구」, 39: 239-278. <http://dx.doi.org/10.46331/jis.2023.08.39.239>.
- 남일성. (2019). 정신건강 형평성: 사회복지사의 사회정의 실현. 「한국정신건강사회복지학회 학술 발표논문집」, 서울.
- 문영희. (2024). 현행 정신건강복지법에 관한 고찰. 「사회법연구」, 54: 543-582.
- 민기채·김혜원·반소영·사유림·양유라·이호진·조요셉. (2021). 다문화가족 청소년의 학교생활적응을 위한 다문화가족지원조례 개정 방안: 경기도와 충청북도 및 안산시와 충주시 비교를 중심으로. 「보건사회연구」, 41(2): 1-21. <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2021.41.1.343>.
- 민기채. (2023a). 사회적 고립청년 지원 조례에 관한 비교 연구. GRI 연구논총, 25(3), 227-248.
- 민기채. (2023b). 은둔형 외톨이 지원 조례 비교 연구. 「대구경북연구」, 22(2): 131-166. <http://dx.doi.org/10.23029/jdgs.2023.22.2.131>.
- 박성원·채현탁. (2024). 영구임대아파트 중증정신질환 주민의 지역사회 돌봄 개선에 관한 탐색적 연구. 「청소년상담학회지」, 5(4): 97-115. 10.51613/JKYCA.2024.5.4.97.
- 박연화·황동욱. (2023). 정신질환자의 정신건강도탈케어서비스 이용경험에 관한 질적연구: 인천 지역 이용자를 중심으로. 「사회복지 실천과 연구」, 20(2): 223-250.
- 박향경. (2022). 지역사회 기반의 정신장애인 서비스 지원 방안 및 정신건강사회복지사의 역할. 「한국정신건강사회복지학회 학술발표논문집」, 79-109.
- 박혜민. (2016). 건강보험자료를 활용한 인구학적, 도농 및 건강보험 종류에 따른 우울증 유병률 차이. 성균관대학교 석사학위 논문.
- 보건복지부. (2018a). 지역사회통합돌봄 기본계획.
- 보건복지부. (2018b). 국가정신건강현황 5차 예비조사 결과보고서.
- 보건복지부. (2021a). 제2차 정신건강복지기본계획.
- 보건복지부. (2021b). 정신건강실태조사 보고서.
- 보건복지부. (2022). 국민건강통계, 질병관리청.
- 보건복지부. (2024a). 2024 정신건강 사업 안내.
- 보건복지부. (2024b). 국민 정신건강 지식 및 태도 조사.
- 보건복지부·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원. (2024c). 국가 정신건강현황 보고서 2023.
- 서미경·이민화·박근우. (2020). 사회적 낙인과 정신장애. 「경상대학교 인권사회발전연구총서」.
- 신권철. (2017). 한국 정신보건법의 변화와 그 의미, 경희법학, 52, 171-210.
- 안권순. (2023). 「현대인을 위한 정신건강론」. 서울: 학지사.
- 안효자·배영주·배안·최승기. (2022). 기초정신건강복지센터 임의프로그램 대상자의 미충족욕구와 지역사회기관 연계. 「한국보건기초의학회지」, 15(2): 166-173.
- 염형국. (2017). 정신건강복지법 평가와 과제 토론문, 한국장애학회학술대회자료집, 69-73.
- 윤찬영. (2010). 「사회복지법제론」. 경기: 나남.
- 윤찬영. (2013). 「사회복지법제론」. 경기: 나남.
- 이관형·장창현·하경희·김경희. (2021). 「정신장애인 지원의사결정제도 도입 방안 연구」. 서울: 한국후견신탁연구센터.

- 이상영·채수미·전진아·윤시몬·차미란·정진욱·윤장호·김영우·김주혜. (2018). 지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안: 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로. 「한국보건사회연구원」.
- 이상훈. (2020). 정신건강인력의 현황과 과제. 「보건복지포럼」, 282, 43-54.
- 이정철·정은경. (2024). 지역사회 거주 만성 조현병 환자의 생활기술 작업치료 프로그램 효과. 「대한지역사회작업치료학회지」, 14(2), 25-37.
- 조미정·정순돌·이하진. (2023). 광역 및 기초지방자치단체의 고독사 예방에 관한 조례 비교분석: 고독사 예방법을 중심으로. 「사회복지법제연구」, 14(2), 3-26. 10.35589/SWLJ.2023.14.2.3.
- 전진아·강혜리. (2020). 정신건강서비스 전달체계의 현황과 과제. 「보건복지포럼」, 282: 30-42.
- 정숙희·하명은. (2023). 정신장애인 자녀를 둔 부모의 돌봄 경험에 대한 개념도 연구: B 클럽하우스 가족 자조모임 참여자 중심으로. 「미래사회복지연구」, 14(1), 5-32.
- 중앙정신보건사업지원단. (2018). 조례로 보는 정신건강, 「정신건강동향」, Vol.1 3월 2018년.
- 지은주. (2024). 조현병 자녀 어머니의 모성경험: 내면화된 낙인과 감정을 중심으로. 「한국여성학」, 40(3): 125-158. <http://dx.doi.org/10.30719/JKWS.2024.09.40.3.125>.
- 제철용·강상경·이관형·장창현·하경희·김경희. (2021). 정신장애인 지원의사결정제도 도입 방안 연구, 서울: 한국후견신탁연구센터.
- 최현재. (2016). 지방자치단체의 정보화 조례 비교 연구: 17개 시·도를 중심으로. 「한국지역정보학회지」, 19(2): 59-78.
- 최행식. (2017). 전면개정 정신건강증진법의 주요내용과 향후의 과제. 「한국의료법학회지」, 25(1): 7-26. <http://dx.doi.org/10.17215/kaml.2017.06.25.1.7>.
- U. N. (2014). Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea. CRPD/C/KOR/CO/1, 2014.
- 홍선미·김도희·신권철·이상민·전진아·신진호·유진선·이아영. (2020). 정신장애인 인권 관련 법령·정책 개선과제 연구, 서울: 국가인권위원회.
- 황정하. (2024). 중증정신질환자가 이용하는 지역사회 정신건강서비스에 대한 체계적 고찰. 「한국정신보건작업치료학회지」, 11(1): 25-35. <http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2023.32.3.245>.

국가법령정보센터(<https://www.law.go.kr/>).

청년 의사. 제2의 안인득 사건을 막을 방법은 정말 없었을까? 2019.04.22.

문경미(文京美): 일본의 Doshisha University에서 사회복지학 석사학위(児童養護施設の自立支援のあり方, 2018)를 취득하고, 부산대학교 대학원 사회복지학과 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 청년의 사회적 고립, 은둔형 외톨이 현상 등이다.(mkm2023@pusan.ac.kr)

이미령(李美領): 부산대학교 대학원 사회복지학과에서 석사학위(아동기 대인외상경험이 청소년 자살생각에 미치는 영향-스트레스대처능력의 조절효과, 2019)를 취득하고, 동 대학원 박사과정에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 지역사회 정신건강, 아동·청소년 정신건강 등이다.(free9465@nate.com)

Abstract

An Analysis of Metropolitan Ordinances on Mental Health Promotion and Supporting Welfare Services for Individuals with Mental Disorders

Mun, Kyoungmi

Lee, Miryeong

The purpose of this study is to analyze ordinances aimed at promoting mental health and supporting welfare services for individuals with mental disorders and to propose improvement measures. The analysis focused on 17 ordinances from metropolitan municipalities, examining their normative validity and effectiveness. The findings are as follows. First, the objectives of the ordinances and the responsibilities of local governments heads were found to be largely similar to those stipulated in higher-level laws. Second, the accountability and integration of delivery systems were defined in a highly limited manner. Third, the comprehensiveness of the types of benefits provided was insufficient. Fourth, provisions to ensure the professionalism and stable recruitment of personnel were found to be inadequate. Based on these findings, directions for revising the ordinances were proposed. This study is significant as it offers practical improvement measures for mental health policies that can directly impact local community members amidst growing interest in mental health.

Key Words: mental health, mental health promotion, welfare services for individuals with mental disorders, metropolitan ordinance, ordinance analysis