



경기도정신건강복지센터



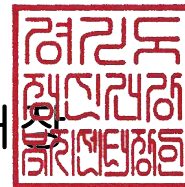
수신처 수신처 참조
(경 유)

제 목 경기도 정신질환자 독립주거 모집 안내

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 경기도 정신질환자 독립주거 지원 신청 가능 주거를 안내하오니 많은 관심과 참여를 바랍니다.
 가. 모집 지역 : 총 3지역 (수원시, 평택시, 포천시)
 나. 신청 기간 : 모집 완료시까지 ※신청 시, 반드시 사전에 문의바랍니다.
 다. 신청 방법 : 이메일(gpmhc@daum.net) 접수
 라. 구비 서류 : 신청서, 의뢰서, 정신의료기관 진단서(또는 소견서) ※붙임(서식) 참고
 마. 문 의 : 지역연계팀 김미경 031-212-0435 (내선_6424)

- 붙임 1. 경기도 정신질환자 독립주거 모집 안내 1부.
 2. 서비스 신청서(대상자 작성용) 1부.
 3. 서비스 의뢰서(사례관리자 작성용) 1부.
 4. BPRS 1부.
 5. GAF 1부. 끝.

경기도정신건강복지센터장



수신처 : 경기도 31개 시군 정신건강복지센터, 정신재활시설

담당 김미경	팀장 박종숙	상임팀장 김정진	센터장 윤미경
시행: 경기정신건강26-021(2026.01.08.)		접수:	
우 16316 경기도 수원시 장안구 수성로 245번길 69		전화: (031)212-0435	전송: (031)212-0442
(정자동) 경기도 의료원 2층		(내선 6424)	
홈페이지 http://www.mentalhealth.or.kr		전자우편 gpmhc@daum.net	

경기도 정신질환자 독립주거 모집 안내

1 추진배경 및 필요성

- 정신질환자는 오랜 기간 정신의료기관(정신요양시설)에 입원·입소 중이거나 주거불안정성이 높은 환경에서(고시원, 여관, 가족 갈등 등) 거주하고 있는 등 주거권을 보장받지 못하는 경우가 있음.

* 주거권 : 기본적인 인권이며 물리적·사회적 위험으로부터 벗어나 쾌적하고 안정적인 주거환경에서 인간다운 주거생활을 할 권리

- 경기도에서는 주거에 취약한 정신질환자를 위한 안정적인 주거공간을 지원하여 지역사회 내 정착 기반을 마련하고 자립을 돕기 위해 ‘경기도 정신질환자 독립주거’를 운영하고 있으며 서비스에 함께할 대상자를 모집하고자 함.

2 사업개요

○ 지원대상

- 도 내 자립에 대한 욕구가 있고, 독립적 일상생활이 가능한 회복정신질환자 중 기관장(정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신의료기관 등)의 추천을 받은 자

○ 모집지역

(2026. 01. 07. 기준)

No.	소재지	면적 / 방개수 / 층	임대료	소모품(가전·가구) 비치 현황 ¹⁾
1	수원시 영통동	48.48㎡(14.7평) / 2개 / 4층	193,690	가스레인지
2	평택시 합정동	24.25㎡(7.3평) / 1개 / 3층	82,160	가스레인지, 신발장
3	포천시 포천동	48.95㎡(14.8평) / 1개 / 4층	121,790	가스레인지

○ 모집기간 : 모집 완료시까지

※신청 시, 반드시 사전에 문의 바랍니다(031-212-0435. 내선_6424).

1) 주거지 내 비치된 소모품은 입주자가 사용할 수 있으나 사용 중 발생한 고장·파손에 대한 수리 및 교체는 입주자가 직접 처리해야 함 (단, 사전에 경기도정신건강복지센터와 처리 방향에 대한 논의 필요).

○ 지원내용 : ‘주거’ 지원 대상

- 경기도(경기도정신건강복지센터)에서 임대한 주거를 일정기간 동안 무상 지원
- 월 임대료 및 관리비(공과금 등) 본인 부담
- 최초 계약 1년, 본인 희망 여부와 독립생활 적합성 평가하여 연장 논의

○ 구비서류

- 독립주거 지원 서비스 신청서 [붙임2] ([대상자 직접 수기 작성](#))
- 독립주거 지원 서비스 의뢰서 [붙임3] (사례관리자 작성)
- BPRS [붙임4] (사례관리자 작성)
- GAF [붙임5] (사례관리자 작성)
- 정신건강의학과 병의원 진단서(또는 소견서) (별도 서식 없음)

※ 신청일 기준, 3개월 이내 발급 서류

○ 지원방법 : 붙임서식 작성 후 구비서류와 함께 이메일(gpmhc@daum.net) 접수

○ 대상자 선정과정

- 1차 서류심사 → 2차 현장평가(*현 주거지) 및 면담 → 3차 선정회의(심사)

※(심사 기준)주거 불안정성, 자·타해 위험, 증상관리능력, 독립 준비도, 향후 주거계획

○ 입주조건 및 기간

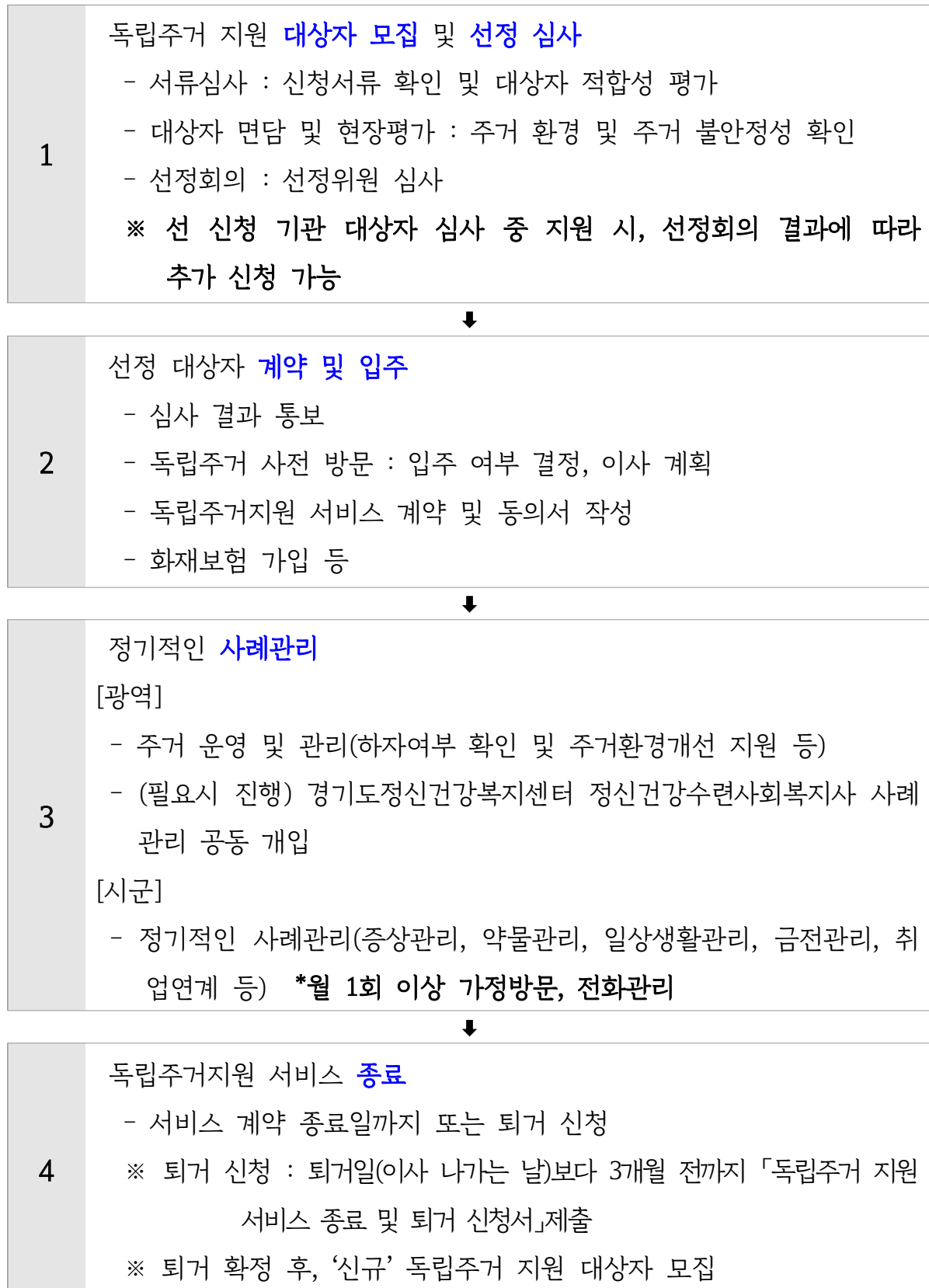
- 입주 조건

대상자	1) 정기적인 사례관리(가정방문, 전화관리 등) 서비스 동의 2) 규칙적인 약물복용 및 치료 유지 3) 월 임대료, 관리비(전기, 수도 등 개인사용분) 본인 부담 4) 화재보험 가입(월 1~2만원 / 개별 가입, 보험료 본인 부담)
소속기관 (사례관리자)	1) 정기적인 사례관리 (증상관리, 약물관리, 일상생활관리, 금전관리, 취업연계, 자립준비 등) ※ 월 1회 이상 가정방문, 전화관리 2) 경기도정신건강복지센터와 사례관리 진행사항 공유

- 입주 기간 : 최초 입주 계약은 1년으로 하며, 계약기간 종료 후 연장 논의

※ 단, 재계약 시 설정목표달성 정도 및 평가에 따라 입주기간 조정가능

○ 진행절차



○ 경기도 정신질환자 독립주거·체험홈 지원 현황 (2026. 1. 7. 기준)

no.	구분		지역	소재지	월임대료(원)	지원현황
1	LH 경기 남부 지역 본부	부천권	부천A	고강본동	98,620	입주 완료
2			부천B	고강동	104,520	입주 완료
3		수원권	수원A	영통구 영통동	187,070	입주 완료
4			수원B	영통구 영통동	89,070	입주 완료
5			수원C	영통구 영통동	193,690	모 집 중
6			수원D	장안구 조원동	179,370	입주 완료
7			수원E	장안구 조원동	107,050	입주 완료
8			수원F	권선구 호매실동	75,300	입주 완료
9		안양권	군포	산본동	68,730	입주 완료
10			안산A	단원구 와동	26,240	입주 완료
11			안산B	단원구 와동	75,280	입주 완료
12			안산C	단원구 선부동	47,770	입주 완료
13			의왕	내손동	79,960	입주 완료
14		오산권	오산A	고현동	106,440	입주 완료
15			오산B	내삼미동	97,990	입주 완료
16		용인권	여주	가남읍 태평리	77,620	입주 완료
17			용인	기흥구 구갈동	97,980	입주 완료
18			이천	대월면 사동리	89,990	입주 완료
19		평택 안성권	안성	금산동	99,050	입주 예정
20			평택	합정동	82,160	모 집 중
21		화성 서부권	화성A	봉담읍 와우리	89,270	입주 완료
22			화성B	봉담읍 와우리	101,190	입주 완료
23			화성C	기안동	79,540	입주 완료
24			화성D	기안동	79,540	입주 완료
25	LH 경기 북부 지역 본부	남양주권	남양주	호평동	128,850	입주 완료
26		고양권	고양A	일산동구 중산동	80,010	입주 완료
27			고양B	덕양구 행신동	56,540	입주 완료
28		양주권	동두천	동두천동	105,490	입주 완료
29			양주	백석읍 방성리	78,070	입주 완료
30			연천	전곡읍 전곡리	71,160	입주 완료
31		의정부권	의정부A	호원동	57,880	입주 완료
32			의정부B	가능동	156,640	입주 완료
33			포천A	선단동	131,640	입주 완료
34			포천B	포천동	121,790	모 집 중
35		파주권	파주A	금릉동	137,130	입주 완료
36			파주B	금릉동	152,900	입주 완료

재정 상황	수입 지출	(월 수입) 원	(월 지출) 원
	채무 현황	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유(원, 사유:)	
	저축 상황	(현 저축금액) 원	(목표금액) 원
재정 계획	* 저축 목표금액 달성을 위한 이후 계획		
증상·약물 관리	나는 정신건강의학과 약물복용 이유를 <input type="checkbox"/> 안다 (이유 :) <input type="checkbox"/> 모른다 나는 처방 받은 대로 <input type="checkbox"/> 복용한다 <input type="checkbox"/> 복용하지 않는다 (이유 :)		
수면 관리	<input type="checkbox"/> 규칙적 (취침시간 : 기상시간 :) <input type="checkbox"/> 불규칙적		
음주 여부	<input type="checkbox"/> 음주를 한다 (주 회 / 1회 음주양) <input type="checkbox"/> 음주를 하지 않는다		
자살 시도·사고 여부	나는 자살시도를 한 적이 <input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 · 언제 : · 방법 : · 이유 : 나는 지금도 자살 생각이 <input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 · 언제 : · 방법 : · 이유 :		
이후 주거 계획	독립주거 지원 대상자로 선정되지 않을 경우 이후 주거계획		
	독립주거 입주 후 퇴거 계획(입주 희망 기간, 퇴거 후 주거계획)		

보호자 정보 ☐ 없음

성 명		관 계	
주 소			
연락처		동거여부	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유

본인 _____(은)는 사실에 근거하여 위의 내용을 작성하였으며, 경기도 독립주거지원 서비스를 신청하고자 합니다.

작성일 2026년 월 일 • 신청인 (인)

독립주거지원 서비스 의뢰서 (사례관리자용)

의뢰기관명					
사례관리자		연락처			
대상자명		(기관) 등록일	년	월	일
의뢰 사유					
이후 사례관리 계획					
치료력	진단명	*진단서(소견서) 첨부			
	치료기간	병원명	주치의	입원·외래	특이사항
	~				
	~				
	~				
	~				
	~				
	현 복용약물 (약물명/복용량)	아침			
		점심			
		저녁			
		취침전			
	부작용				
	자타해위험 여부	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무			
중독문제 여부	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무				
신체적 질환	<input type="checkbox"/> 유()		신체 질환 약물복용 여부	<input type="checkbox"/> 유() <input type="checkbox"/> 무	
현재 약물관리 담당	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족() <input type="checkbox"/> 사례관리자 <input type="checkbox"/> 기타()				

가족상황					
가족 정보	관계	성명	나이	동거여부	병식
					<input type="checkbox"/> 파악안됨 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
					<input type="checkbox"/> 파악안됨 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
					<input type="checkbox"/> 파악안됨 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
					<input type="checkbox"/> 파악안됨 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
가족력	<input type="checkbox"/> 유 (관계: 진단명 :) <input type="checkbox"/> 무				
가계도					
가족 상황 · 관계 기술					

기관명 (직인)

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

대상자		평가일		평가자		총점				
항 목				없다 최경도 경도 중등도 중고도 고도 최고도						
1 신체에 대한 염려 (Somatic concern)				1	2	3	4	5	6	7
2 불안 (Anxiety)				1	2	3	4	5	6	7
3 감정의 위축 (Emotional withdrawal)				1	2	3	4	5	6	7
4 개념의 와해 (Conceptual disorganization)				1	2	3	4	5	6	7
5 죄책감 (Guilt feeling)				1	2	3	4	5	6	7
6 긴장 (Tension)				1	2	3	4	5	6	7
7 습관적인 행동과 자세 (Mannerism & posturing)				1	2	3	4	5	6	7
8 과대성 (Grandiosity)				1	2	3	4	5	6	7
9 우울 (Depression)				1	2	3	4	5	6	7
10 적개심 (Hostility)				1	2	3	4	5	6	7
11 의심 (Suspiciousness)				1	2	3	4	5	6	7
12 환각행동 (Hallucinatory behavior)				1	2	3	4	5	6	7
13 운동지체 (Motor retardation)				1	2	3	4	5	6	7
14 비협조성 (Uncooperativeness)				1	2	3	4	5	6	7
15 이상한 사고 내용 (Unusual thought content)				1	2	3	4	5	6	7
16 둔마된 정동 (Blunted affect)				1	2	3	4	5	6	7
17 흥분 (Excitement)				1	2	3	4	5	6	7
18 지남력장애 (Disorientation)				1	2	3	4	5	6	7

전반적 기능 평가 척도(GAF)

정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해본다. 신체적 (환경적) 제한으로 인한 기능 손상은 포함되지 않는다. 부호 (주의: 필요한 경우는 중간 점수도 사용된다. 예: 45. 68. 72 등)

대상자	평가일	평가자	총점
100 91	전반적인 활동에서 최우수 기능, 생활의 문제를 잘 통제하고 있고 개인의 많은 긍정적인 특질로 인하여 타인의 모범이 되고 있음. 증상 없음		
90 81	증상이 없거나 약간의 증상(예: 시험 전 약간의 불안)이 있음, 모든 영역에서 잘 기능하고 다양한 활동을 하고 있고 흥미를 느낌도 있음, 사회적인 효율성이 있고, 대체로 생활에 만족, 일상의 문제나 관심사 이상의 심각한 문제는 없음(예: 가족과 가끔 말싸움).		
80 71	만약 증상이 있다면, 일시적이거나 심리사회적 스트레스에 대한 예상 가능한 반응임. (예: 가족과의 논쟁 후 집중하기가 어려움). 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 손상 정도 이상은 아님(예: 일시적인 성적 저하).		
70 61	가벼운 몇몇 증상(예: 우울한 정서와 가벼운 불면증) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 어려움이 있음(예: 일시적인 무단결석, 또는 가정 내에서 흠칫). 그러나 일반적인 기능은 꽤 잘 되는 편이며, 의미 있는 대인관계에서 약간의 문제가 있음.		
60 51	중간 정도의 증상(예: 무감동한 정서와 우회증적인 말, 일시적인 공황 상태) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서의 중간 정도의 어려움(예: 친구가 없거나 일정한 직업을 갖지 못함)이 있음.		
50 41	심각한 증상(예: 자살 생각, 심각한 강박적 의식, 빈번한 소매치기) 또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서의 심각한 손상(예: 친구가 없거나 일정하게 직업을 갖지 못함)이 있음.		
40 31	현실 검증력과 의사소통에서의 장애(예: 말이 비논리적이고, 모호하고, 부적절하다), 또는 일이나 학교, 가족 관계, 판단, 사고, 정서 등 여러 방면에서 주요 손상이 있음(예: 친구를 피하는 우울한 사람, 가족을 방치하고, 일을 할 수 없고, 나이 든 소아는 나이 어린 소아를 빈번하게 때리고 집에서 반항하고, 학업에 실패함).		
30 21	망상과 환각에 의해 심각하게 영향 받는 행동, 또는 의사소통과 판단에 있어서 심각한 손상, 지리멸렬, 전반적으로 부적절하게 행동하기, 자살에의 몰입이 있거나, 또는 거의 전 영역에서 기능할 수 없음(예: 하루 종일 침대에 누워 있음, 직업과 가정과 친구가 없음).		
20 11	자신이나 타인을 해칠 약간의 위험(예: 죽음에 대한 명확한 예견 없이 자살을 시도, 빈번하게 폭력적이고 조증의 흥분 상태), 또는 최소한의 개인위생을 유지하는 데 실패(예: 대변을 묻힘), 또는 의사소통의 광범위한 손상(예: 대개 부적절하거나 말을 하지 않음)이 있음.		
10 1	자신이나 타인을 심각하게 해칠 지속적인 위험(예: 재발성 폭력), 또는 최소한의 개인위생을 유지함에 있어서 지속적인 무능, 또는 죽음에 대한 명확한 기대 없는 심각한 자살 행동이 있음.		
0	불충분한 정보		