

발 간 등 록 번 호

11-00-000000-00

정책보고서 2019

정신건강복지 기본계획 (2021~2025) 수립 연구



전진아· 채수미· 강상경· 고숙자· 고제이· 김경희· 김문근·
김성완· 문용훈· 백종우· 오미애· 윤미경· 이해국· 장은진·
전준희· 채수미· 최진영· 홍선미· 윤시몬· 강혜리

【책임연구자】

전진아 한국보건사회연구원 건강정책연구센터장

【주요저서】

【공동연구진】

강상경 서울대학교 사회복지학과 교수
고숙자 한국보건사회연구원 연구위원
고제이 한국보건사회연구원 연구위원
김경희 서울여자간호대학교 간호학과 교수
김문근 대구대학교 사회복지학과 부교수
김성완 전남대학교 의과대학 정신건강의학과 교수
문용훈 대화샘솟는집 관장
백종우 경희대학교 의과대학 정신건강의학과 교수
오미애 한국보건사회연구원 연구위원
윤미경 경기도 정신건강복지센터 부센터장
이해국 가톨릭대학교 의과대학 정신건강의학과 교수
장은진 침례신학대학교 상담심리학과 교수
전준희 화성시 정신건강복지센터 센터장
채수미 한국보건사회연구원 부연구위원
최진영 서울대학교 심리학과 교수
홍선미 한신대학교 사회복지학과 교수
윤시몬 한국보건사회연구원 전문연구원
강혜리 한국보건사회연구원 연구원

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「정신건강복지 기본계획(2021~2025) 수립 연구」의 최종보고서로 제출합니다.

2019년 12월

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연구책임자: 전진아

※ 본 보고서의 내용은 연구용역과제를 수행한 연구자의 개인적인 의견이므로 보건복지부의 공식적인 견해와는 다를 수 있습니다.

목 차

제1장 서 론	1
제1절 연구 목적 및 필요성	3
제2절 연구 수행 체계	81
제3절 연구 내용 및 방법	22
제2장 국내 정신건강 수준 및 정책 현황	1· 3
제1절 정신건강 규모	33
제2절 정신건강 예방 및 조기 개입 현황	0· 4
제3절 정신건강 치료 및 재활	3 4
제4절 정신건강 인프라	05
제5절 정신건강 정책의 주요 경과	9· 5
제3장 해외의 국가 정신건강계획 고찰	8· 6
제1절 개요	0
제2절 호주	7
제3절 영국	8
제4절 미국	8
제5절 소결	9
제4장 성과 평가	2
제1절 국민 건강증진 정책	4 9
제2절 중증정신질환자 지역사회 통합	901
제3절 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화	4·2 1
제4절 자살예방	19
제5절 소결	170

제5장 정신건강 예방 및 조기개입 분야 정책과제	771
----------------------------------	-----

제1절 정책 추진 배경	0
--------------------	---

제2절 추진 목표 및 과제	0
----------------------	---

제6장 정신질환 치료 및 보호 분야 정책과제	912
--------------------------------	-----

제1절 정책 추진 배경	2
--------------------	---

제2절 추진 목표 및 과제	2
----------------------	---

제7장 정신질환자 사회통합 및 회복분야 정책과제	662
----------------------------------	-----

제1절 정책 추진 배경	8
--------------------	---

제2절 추진 목표 및 과제	8
----------------------	---

제8장 정신건강서비스 전달체계 분야 정책과제	892
--------------------------------	-----

제1절 정책 추진 배경	0
--------------------	---

제2절 추진 목표 및 과제	6
----------------------	---

제9장 정신건강복지서비스 질 개선 분야 정책과제	633
----------------------------------	-----

제1절 정책 추진 배경	3
--------------------	---

제2절 추진 목표 및 과제	0
----------------------	---

제10장 정신건강복지 기본계획 추진체계 구축	883
--------------------------------	-----

제1절 정신건강복지 기본계획 추진을 위한 중앙부처간 협력 체계 구축	8·8·3
---------------------------------------------	-------

제2절 정신건강복지 기본계획 틀	88
-------------------------	----

제3절 정신건강복지 예산 규모 추정	514
---------------------------	-----

참고문헌	438
부록1. 정신건강기본계획 세부 추진과제 표	344
부록2. 성과평가를 위한 설문지	84

표 목차

<표 1-1> 영국 5개년 계획의 8가지 영역	3	1
<표 1-1> 영국 5개년 계획의 8가지 영역	3	1
<표 1-2> 호주 제5차 계획의 8가지 우선순위 영역	4	1
<표 2-1> 정신질환 급여현황	2	4
<표 2-2> 정신건강문제 고위험군 치료서비스 연계율(2017년)	4	4
<표 2-3> 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문율(2017년)	5	4
<표 2-4> 중증정신질환자의 재입원 현황(2017년)	6	4
<표 2-5> 연도별 퇴원환자 1인당 평균 재원일수	7	4
<표 2-6> 연도별 입원기간별 퇴원환자 수	8	4
<표 2-7> 보건복지부 정신건강사업 관련 예산 현황	0	5
<표 2-8> 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 유형별 인력 현황(2017년)	2	5
<표 2-9> 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관의 직역별 인력 현황(2017년)	2	5
<표 2-10> 정신보건분야 종사자 국제비교	3	5
<표 2-11> 시도별 사례관리자 현황	4	5
<표 2-12> 연도별 정신의료기관 수	5	5
<표 2-13> 시도별 정신병상 현황	6	5
<표 2-14> 지역사회 재활기관 현황	8	5
<표 2-15> 정신건강종합대책의 목표, 전략, 정책과제	9	5
<표 3-1> 호주 국가 정신건강계획의 수행지표	7	7
<표 3-2> 영국 정신보건서비스개혁안의 3대 목표	0	8
<표 3-3> 영국 국가정신건강서비스체계의 7대 표준화 영역	1	8
<표 3-4> 영국 정신건강전략의 6대 목표	4	8
<표 3-5> Healthy People 2020 정신보건 분야 중점과제 및 지표	8	8
<표 4-1> 인식개선을 통합 정신건강서비스 이용 제고 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조 사 결과	6	
<표 4-2> 인식개선을 통합 정신건강서비스 이용 제고 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과	8	9
<표 4-3> 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 ..	1	
<표 4-4> 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과	3	0
<표 4-5> 생애주기별 정신건강 지원체계 구축 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 ..	1	
<표 4-6> 생애주기별 정신건강 지원체계 구축 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과	8	0

〈표 4-7〉 초기 집중치료로 만성화 방지 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 .. 1	
〈표 4-8〉 초기 집중치료로 만성화 방지 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과3.....1..... 1	
〈표 4-9〉 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 .. 1	
〈표 4-10〉 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과8.....1..... 1	
〈표 4-11〉 정신질환자 인권강화 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 ...2..... 1	
〈표 4-12〉 정신질환자 인권강화 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과3.....2..... 1	
〈표 4-13〉 중독 폐해에 대한 사회적 환경 조성 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 1	
〈표 4-14〉 중독 폐해에 대한 사회적 환경 조성 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과8.....2..... 1	
〈표 4-15〉 중독 문제 조기선별·개입체계 구축 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 .. 1	
〈표 4-16〉 중독 문제 조기선별·개입체계 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과3.....3..... 1	
〈표 4-17〉 중독자 치료·회복 지원 강화 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 1	
〈표 4-18〉 중독 문제 조기선별·개입체계 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과8.....3..... 1	
〈표 4-19〉 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조 사 결과 141	
〈표 4-20〉 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과3.....4..... 1	
〈표 4-21〉 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지 속 여부 조사 결과 16	
〈표 4-22〉 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과 1	
〈표 4-23〉 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조 사 결과 151	
〈표 4-24〉 적극적 개입·개입 관리를 통한 자살위험 제거 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과5..... 1	
〈표 4-25〉 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 156	
〈표 4-26〉 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과8.....5..... 1	
〈표 4-27〉 대상별 자살예방 추진 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과 ..6..... 1	
〈표 4-28〉 대상별 자살예방 추진 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과4.....6..... 1	
〈표 4-29〉 추진 기반 마련 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과7.....6..... 1	
〈표 4-30〉 추진 기반 마련 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과9.....6..... 1	
〈표 4-31〉 정책 이행 평가 고득점을 받은 정책 과제(상위 12개, 자살분야 정책 포함))1.....7..... 1	
〈표 4-32〉 정책 이행 평가 고득점을 받은 정책 과제(상위 9개, 자살분야 정책 제외)1.....7..... 1	

<표 4-33> 정책 이행 평가 저득점을 받은 정책 과제(하위 10개)	2·7·1
<표 4-34> 정책 중요성이 비교적 높은 정책 과제(상위 10개)	3·7·1
<표 4-35> 정책 중요성이 비교적 낮은 정책 과제(하위 10개)	3·7·1
<표 4-36> 강화되어야 하는 정책 과제(상위 12개)	4·7·1
<표 4-37> 약화 또는 삭제되어야 하는 정책 과제(하위 9개)	5·7·1
<표 4-38> 정책 우선순위 상위 과제(12개)	6·7·1
<표 4-39> 정책 우선순위 하위 과제(12개)	6·7·1
<표 5-1> 정신질환 유병률	081
<표 5-2> 알코올 사용장애 유병률 및 추정 환자 수	0·8·1
<표 5-3> 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구	5·9·1
<표 6-1> 입적심 설치 병원별 심사 및 조사 현황	3·3·2
<표 6-2> 입적심 대면조사 월별 현황	3·3·2
<표 6-3> 정신건강복지법 시행 전후(1개월) 입원·입소 환자 현황	5·3·2
<표 6-4> 병원 기반 사례관리 시범수가(일부)	1·4·2
<표 6-5> 의료인 등 인력확보수준에 따른 기관등급 산정표	3·4·2
<표 6-6> 연령별 알코올 사용 장애 외래, 입원 실입원: 2017	5·4·2
<표 6-7> 중증정신질환자 재입원 현황	6·4·2
<표 7-1> 정신의료기관 및 정신요양시설 입원·입소 현황(2007년)	1·8·2
<표 7-2> 주거 서비스 수요 추계	282
<표 7-3> 주거복지 관련 법 현재 대상자 및 누락 대상자	3·8·2
<표 7-4> 주거복지 관련 법에서 고려해야 하는 대상자	4·8·2
<표 7-5> 정신장애인 복지지원센터 주요 기능	8·8·2
<표 8-1> 보건복지부 사회복지관 최소 인력기준 권고안	2·0·3
<표 8-2> 정신건강 관련 사업을 진행하고 있는 기관 및 기능(1)	1·1·3
<표 8-3> 정신건강 관련 사업을 진행하고 있는 기관 및 기능(2)	3·1·3
<표 8-4> 임상군 정도에 따른 정신건강복지센터 서비스	1·2·3
<표 8-5> 정신건강복지법 제4조 개정 방안	8·2·3
<표 8-6> 현 정신건강복지체계와 정신건강복지 사회안전망 비교	0·3·3
<표 8-7> 지역정신건강복지 사회안전망 기능분담	2·3·3

<표 9-1> WHO 퀄리티라이즈(QualityRights) 핵심 모듈	0·4 3
<표 9-2> 의료인 등 인력확보수준에 따른 기관등급 산정표	3·4 3
<표 9-3> 지역별 정신건강증진시설 개설현황	8·4 3
<표 9-4> 국가 입·퇴원관리시스템의 구성	9·5 3
<표 9-5> 우리나라와 주요 국가 간 정신간호사 인력기준 비교	4·6 3
<표 9-6> 일본의 간호사 비율별 병동구분별 정신과 입원진료비 최대~최저값	6·6 3
<표 9-7> 2016년 정신간호사회 정신보호사 자격신설 제안(안)	7·6 3
<표 9-8> 정신재활시설 유형별 시설 및 인력기준 개선(안)	8·6 3
<표 9-9> 정신재활시설 현황	963
<표 9-10> 장기요양모형과 장기거주모형 비교	3·7 3
<표 9-11> 현행 수련기관 지정 기준 현황	7·7 3
<표 10-1> 장애인복지법 제15조 개정 방안	1·9 3
<표 10-2> 장애인복지법 시행규칙 제13조 개정 방안	2·9 3
<표 10-3> 정신건강복지법 제3조 개정 방안	3·9 3
<표 10-4> 정신건강복지 기본계획의 정책과제(안)	0·0 4
<표 10-5> 정신건강복지 기본계획 세부 과제 및 제안 성과 지표	4·0 4
<표 10-6> 정신건강복지 기본계획 세부과제에 따른 지표 현황 및 목표치	9·0 4
<표 10-7>	2
<표 10-8> 각 서비스 수요 추계를 위한 산출식 및 근거 자료	2·2 4
<표 10-9> 거주 서비스 수요 추정 결과	5·2 4
<표 10-10> 중증정신질환자를 중심으로 본 필요 인력, 시설 및 예산규모 추정	2·3 4
<표 10-11> 정신건강복지 기본계획의 정책과제 예산 규모 추정	5·3 4

그림 목차

[그림 1-1]	10만명 당 자살사망률 및 정신질환 평생유병률	3
[그림 1-2]	정신질환에 대한 인식 및 태도(2017) 및 정신의료서비스 이용률(2016)	5
[그림 1-3]	지역사회 정신건강서비스 이용 현실	6
[그림 1-4]	정신건강 종합대책의 비전과 정책목표	8
[그림 1-5]	자살예방 국가 행동계획의 개입전략	9
[그림 1-6]	정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립 연구 수행체계도	1
[그림 1-7]	정신건강복지기본계획 과제도출 영역 구성 및 영역별 연구 내용	2
[그림 2-1]	우리나라 스트레스 인지율: 2008-2017	3
[그림 2-2]	우리나라 인구사회학적 특성별 스트레스 인지율: 2017	3
[그림 2-3]	우리나라 우울감 경험률: 2008-2017	3
[그림 2-4]	우리나라 인구사회학적 우울감 경험률: 2017	3
[그림 2-5]	만 19세 이상 월간음주율 및 고위험음주율	3
[그림 2-6]	우리나라 자살사망자 수: 2008-2018	3
[그림 2-7]	우리나라 성별 자살사망률: 2008-2018	3
[그림 2-8]	우리나라 연령별 자살사망률: 2008-2018	3
[그림 2-9]	OECD 국가 연령표준화 자살률 비교	3
[그림 2-10]	정신질환 평생유병률	3
[그림 2-11]	정신질환군별 정신건강서비스 평생이용률	4
[그림 2-12]	정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국가별 비교	4
[그림 2-13]	연도별 외래이용 정신질환자 1인당 방문횟수	4
[그림 2-14]	정신병상수 국제비교	5
[그림 2-15]	중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안의 전략 및 추진 과제	6
[그림 2-16]	지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 기본계획의 비전과 목표	6
[그림 2-17]	경기도 화성시의 정신질환자 대상 지역사회 커뮤니티케어 선도사업	6
[그림 3-1]	호주의 1-5차 국가 정신건강 계획의 성과	7
[그림 3-2]	육구별 정신건강서비스의 단계	7
[그림 3-3]	호주의 국가 정신건강 거버넌스	7
[그림 5-1]	알코올 관련 질환 전체 사망자 수 및 '17년 연령별 인구 10만 명당 사망률	1
[그림 5-2]	음주로 인한 사회경제적 비용 및 주 3회 이상 음주로 인한 중독 미 자살사망 소득손실액 연령별 추계	182

[그림 5-3]	뉴미디어 매체 이용률	5·8 1
[그림 5-4]	매체별 주류광고 연간빈도	6·8 1
[그림 5-5]	최근 3년간 미디어 속 음주장면 추이 및 미디어 속 실제 음주장면 예시	7···8··· 1
[그림 5-6]	성·연령대별 고위험음주율 추이	3·9· 1
[그림 6-1]	주요 정신질환의 경과	3·2 2
[그림 6-2]	질환별 환자 1인당 보건예산	7·2 2
[그림 6-3]	정신질환군별 정신건강서비스 이용률(평생, %)	4···4··· 2
[그림 6-4]	병원기반 사례관리 흐름도	2·6 2
[그림 7-1]	장애인 근로자 수 및 고용 비율: 2002-2017	2·7· 2
[그림 7-2]	건강검진 수검률	5·7 2
[그림 8-1]	정신보건법 제정 이후 전달체계 증가	1·0· 3
[그림 8-2]	2017년 정신건강복지센터 인지도 조사(국립정신건강복지센터)	1···0··· 3
[그림 8-3]	중요성, 긴급성에 따른 업무 분류	3·0· 3
[그림 8-4]	한국의 정신건강서비스 전개과정	4·0· 3
[그림 8-5]	정신건강전문요원 직역별 연간 배출인원	5·0· 3
[그림 8-6]	중증정신질환 및 자살 고위험군 중심의 서비스 제공 모형의 운영 체계도(안)	8···1··· 3
[그림 8-7]	중경등도 정신건강 문제에 대한 서비스를 포함하는 모형(표준 모형)의 운영 체계도(안)	8···1··· 3
[그림 8-8]	마음건강보건소 모형의 운영 체계도(안)	0···2··· 3
[그림 8-9]	등록 필요 미등록자 관리 과정	5·2· 3
[그림 8-10]	기초형 정신건강복지 사회안전망 모형	9·2· 3
[그림 8-11]	장기입원 중증정신질환자 지역사회 연계를 위한 의료기관 및 지역사회 기관의 역할(안) ...	3
[그림 8-12]	중증정신질환자 정신의료기관 퇴원 후 지역사회 연계 모형(1안)	4···3··· 3
[그림 8-13]	중증정신질환자 정신의료기관 퇴원 후 지역사회 연계 모형(2안)	4···3··· 3
[그림 8-14]	아동청소년 대상 학교=지역사회 연계 모형(안)	5···3··· 3
[그림 9-1]	정신건강사례관리시스템(MHIS) >	7·5· 3
[그림 9-2]	정신건강사례관리시스템(MHIS)의 테이블 구성	8···5··· 3
[그림 9-3]	정신건강사례관리시스템(MHIS) 운영체계	0···6··· 3
[그림 9-5]	서울시 정신재활시설 질관리 사업단의 역사 및 역할	0···7··· 3
[그림 10-1]	정신건강복지 기본계획의 틀거리	9·9· 3
[그림 10-2]	2020년 보건복지부 정신건강복지예산 주요 현황	5···1··· 4

[그림 10-3] 2020년 보건복지부 소관 지출 예산	6·1·4
[그림 10-4] OECD 회원국 보건 예산 중 정신건강예산의 비율	7·1·4

제 1 장 서론

제1절 연구 목적 및 필요성

제2절 연구 수행 체계

제3절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 목적 및 필요성

1. 국내 정신건강 및 정신건강복지서비스 지원 현황에 대한 비판적 고찰을 통한 정신건강복지정책 방향설정 필요

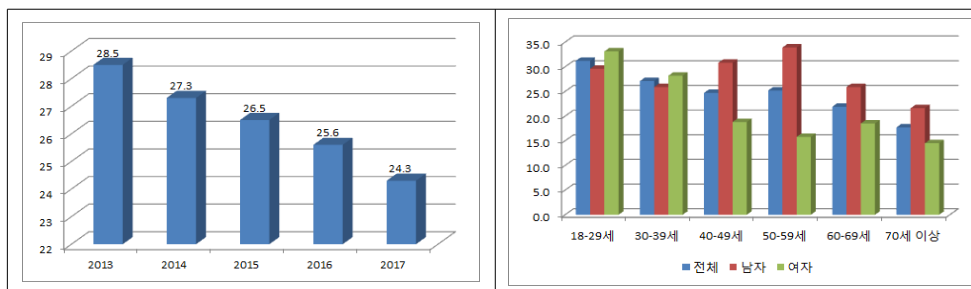
□ 국내 정신건강 및 정신건강복지서비스 지원 현황에 대한 비판적 고찰

○ (문제의식❶ 국민 정신건강 요구 및 사회적 비용 증대) 낮은 행복지수, 높은 스트레스, 약한 사회적 지지망 등으로 정신 건강문제 발생과 더불어 최근 연속적으로 발생한 정신질환자 관련 범죄로 인해 정신건강 문제 예방 및 대응에 대한 사회적 관심 고조

－ (자살 사망) 자살사망률은 2013년 이후 최근까지 지속적인 감소추세를 보이고 있으나, 여전히 OECD 국가 중 높은 자살사망률을 보이고 있으며, 2017년 인구 10만명당 자살사망률은 24.3명으로 나타남(중앙자살예방센터 홈페이지)

－ (정신질환유병) 평생동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율은 25.4%로 나타남(보건복지부, 2016)

[그림 1-1] 10만명 당 자살사망률(원) 및 정신질환 평생유병률(오)



자료1: 중앙자살예방센터홈페이지(www.spckorea-stat.or.kr)

자료2: 보건복지부(2016). 정신질환실태역학조사. 보건복지부

- (우울과 고위험음주) 정신건강문제 중 우울과 고위험음주는 각기 남녀의 대표적인 정신건강 문제임. 우울의 경우 청년과 노인에게서, 고위험음주의 경우 청년과 중장년에게서 높게 나타남(보건복지부·질병관리본부, 2017)
- (정신질환자 관리) 최근 정신질환자 관련 범죄로 사회적 우려가 고조되고 있으며, 정신질환자 치료 및 보호에 대한 국가 책임성 강조되고 있음(보건복지부, 2019)
 - 충주 경찰관 흉기사건(2019.5.9. 조현병), 김천 부자 흉기사건(2019.5.8. 조현병), 부산 가족 살인사건(2019.4.30. 조현병), 칠곡 병원 내 살인사건(2019.4.25. 조현병), 창원 10대 노인 살인사건(2019.4.24. 조현병), 진주방화살인사건(2019.4.17. 조현병), 임세원 교수 사망사건(2018.12.31. 조울증) 등
- (정신건강으로 인한 사회경제적 비용) 정신질환 총 진료비는 지속적으로 증가하고 있으며, 정신질환으로 인한 사회경제적 비용 역시 증가추세를 보임(보건복지부, 2019)
 - 정신질환 총 진료비: '14년 3.8조원 → '15년 4.1조원 → '16년 4.5조원 → '17년 4.8조원
 - 정신질환 사회경제적비용: '12년 9.3조원 → '13년 10.1조원 → '14년 10.7조원 → '15년 11.3조원

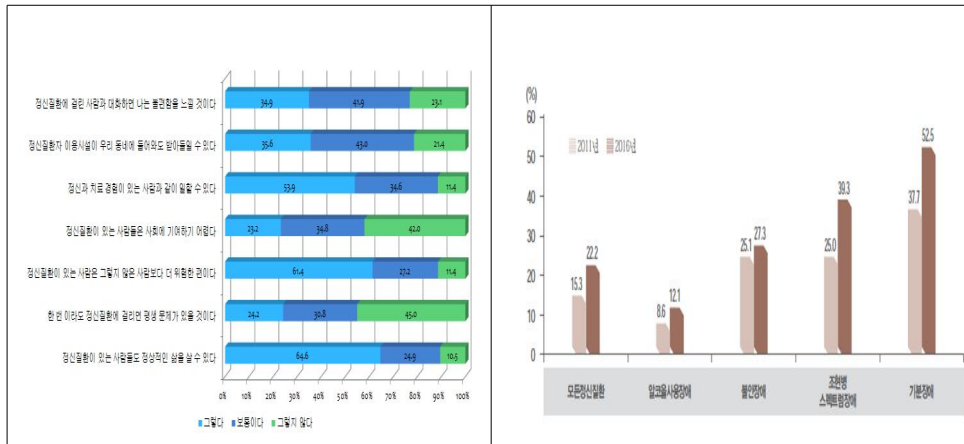
○ (문제意識② 정신건강에 대한 이중적 인식 및 낮은 정신건강서비스 이용)

- (정신질환에 대한 이중적 인식) 정신질환에 대한 긍정적 인식도는 매년 증가하고 있으나, 정신질환에 대한 부정적 인식 역시 공존하고 있음(국립정신건강센터, 2017)
- (정신건강 문제를 둘러싼 스티그마와 차별) 정신질환에 대한 수용을 거부하고, 정신건강서비스 이용에 대한 거부감을 표출하기도 하며, 이것이 결국 정신질환의 중증도를 심화시키고 자타해 위험성을 증가시키는 부정적인 결

과 초래 가능성 높임

- (낮은 정신건강서비스 이용률) 정신건강문제 발생시 약 15%만이 정신건강 서비스를 이용하며, 최초 치료가 이루어지기까지 1.61년 소요됨(보건복지부, 2016)

[그림 1-2] 정신질환에 대한 인식 및 태도(2017)(원) 및 정신의료서비스 이용률(2016)(오)



자료1:국립정신건강센터(2017) 2017년 대국민 정신건강지식 및 태도조사 결과보고서. 국립정신건강센터

자료2: 보건복지부(2016). 2016년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부

○ (문제意識❸ 정신건강서비스 제공 인프라의 취약성)

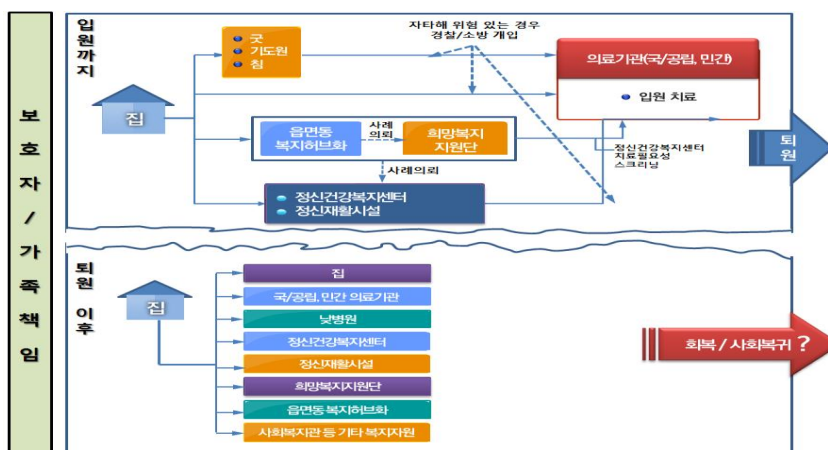
- 지역별, 유형별 편차를 보이는 정신건강서비스 제공 시설
 - 정신건강복지센터 미설치 지역이 존재하며, 재활서비스를 제공하는 정신 재활시설과 더불어 중독 예방 및 관리를 위한 인프라가 제한적임(보건복지부 2019)
 - 중독 예방 및 관리 서비스를 제공하는 중독관리통합지원센터는 전국의 49개소에 불과함
- 정신건강서비스 제공 인력 역량 및 인력에 대한 보호 부족
 - 최근 정책에 따라 정신건강서비스 제공 인력 확충은 이루어지고 있으나, 지역사회 재활기관에서 정신건강 전문요원 인력 채용은 어려우며, 지역으로 갈수록 전문요원 인력 채용의 문제가 심각함

- 응급상황에서 24시간 정신과 진료가 가능한 응급의료기관 부족 등 정신응급상황 대응 체계 미흡
 - 전문의, 병실 부족, 외상 등 동반 신체질환 치료곤란 등의 사유로 응급상황 시 환자를 이송할 적정 병원을 찾지 못하는 사례 빈번(보건복지부, 2019)
- 미흡한 정신건강서비스 예산
 - 인구 1인당 한국의 지역사회 정신보건 예산은 3,657원으로(국립정신건강센터, 2017), WHO Mental Health Atlas 보고서에 따르면 국민 1인당 정신보건 지출은 영국 277.78\$, 미국 272.80\$, 일본 153.7\$에 비해 한국의 경우 44.8\$로 나타나 영국이나 미국의 1/6수준, 일본의 1/3 수준으로 나타남

○ (문제의식④ 분절적 정신건강서비스 제공 체계)

- 통합적 정신건강서비스 제공에 대한 국내외의 요구가 높으나, 국내 정신건강서비스 제공체계는 정신건강서비스제공 주체 간, 정신건강서비스 제공주체와 유관자원 간 협력 및 연계 체계가 원활히 이루어지지 않고 있는 상황임(전진아 외, 2017)

[그림 1-3] 지역사회 정신건강서비스 이용 현실



자료: 전진아 외(201). 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선과제, 한국보건사회연구원

○ (문제意識) ㉔ 정신건강복지서비스 수요자 사회통합 및 회복 지향을 위한 서비스 부족)

- 정신건강복지서비스 제공 편의를 위한 질병중심 모형이 아닌 수요자 중심의 포괄적인 정신건강복지서비스 제공 필요
- 영국, 호주 등 해외에서도 사람, 이용자를 중심으로 놓고 정신건강서비스 ‘제공’과 같은 공급자 주도 모형이 아닌 정신건강서비스 ‘이용’과 같은 이용자/소비자/수요자 중심 모형을 구상하고 있음
- 당사자의 직업재활과 경제활동 참여, 동료지원가 등 당사자의 사회 통합 및 회복 지원을 위한 정책 과제 도출 필요

2. 국내외 정신건강복지정책 성과평가에 기반한 정신건강복지 중장기 정책목표 설정 필요

□ 정신건강종합대책(2016-2020) 이후의 정신건강복지 정책의 흐름

- 1995년 정신보건법이 제정된 이후 정신건강복지정책이 20여년 넘게 이어져 오고 있으며, 국내 정신건강 현황에 대한 주기적인 모니터링 및 평가를 통해 정신건강증진을 도모하기 위한 정책들이 개선 혹은 발굴되어 지속적으로 이행되고 있음
- 2016년 2월 발표된 정신건강종합대책(2016-2020)을 통해 5년간의 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 대한 정책 방향성이 제시된 이후 정신건강 분야 법제도 및 정책과 서비스 추진체계가 구축되고 운영되어왔음
 - 2016년 2월 관계부처 합동으로 발표된 정신건강 종합대책은 ‘행복한 삶, 건강한 사회’라는 비전 하에 국민의 정신건강증진, 중증정신질환자 지역사회 통합, 중독으로 인한 건강 피해 및 사회적 폐해 최소화, 자살위험 없는 안전한 사회 구현이라는 정책 목표를 제시하였음

[그림 1-4] 정신건강 종합대책의 비전과 정책목표

비전	행복한 삶, 건강한 사회	
정책 목표	I. 국민 정신건강 증진 II. 중증 정신질환자 지역사회 통합 III. 중독으로 인한 건강 저해 및 사회폐해 최소화 IV. 자살위험 없는 안전한 사회구현	
정책목표	전 략	
국민 정신건강증진	1. 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고 2. 정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화 3. 생애주기별 정신건강 자원체계 구축	
중증정신 질환자 지역사회 통합	1. 조기 집중치료로 만성화 방지 2. 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 3. 정신질환자 인권 강화	
중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성 2. 중독문제 조기선별·개입체계 구축 3. 중독자 치료·회복 지원 강화	
자살위험 없는 안전한 사회구현	1. 전사회적 자살예방 환경 조성 2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공 3. 자살예방정책 추진기반 강화	

자료: 관계부처합동, (2016.2.25.) 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책

- 정신보건법 전부개정안이 정신건강복지법이 2017년 5월부터 시행되었으며, 정신건강복지법에서는 정신질환자의 범위 축소, 비자의입원의 요건 강화, 정신질환자의 자기결정권을 강조하였음
- 2018년 1월 관계부처 합동으로 자살예방 국가 행동계획이 발표되었으며, 행동계획은 과학에 근거에 기반한 전략적 접근, 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축, 적극적 개입을 통한 자살위험 제거, 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방, 대상별 자살예방 추진을 제시하였음

[그림 1-5] 자살예방 국가 행동계획의 개입전략



자료: 관계부처 합동(2018.1.23.). 자살예방 국가 행동계획.

- 2019년 정신질환자 관련 범죄가 증가함에 따라 5월 중증정신질환자 보호·지원을 위한 우선조치방안이 발표되었으며, 우선 조치 방안으로 정신재활 지속 확충, 비자의 입원 제도 개선, 동료지원가 양성 등이 중장기 과제로 제시되었음
- 정신건강 분야 정책 및 제도 추진체계 구축 및 운영: 국립정신건강센터(2016년), 국가트라우마센터(2018년), 자살예방정책과(2018년) 신설

□ 정신건강 종합대책(2016-2020) 이후의 정신건강복지정책의 성과와 한계

- 정신건강 종합대책(2016-2020) 이후 제도 개선 및 인프라 확충과 같은 정신건강복지 정책의 성과가 있기도 하지만, 여전히 정신건강복지서비스가 분절적으로 제공되는 등 도전적인 과제들이 남아있음

- (정책 성과 ❶ 정신건강복지서비스 제도 개선 및 인프라 확충을 통한 접근성 강화) 정신건강종합대책(2016-2020) 이후 이루어진 정신건강증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원은 정신건강복지법 개정 시행을 통해 정신의료기관 입·퇴원 제도 개선, 정신건강복지센터 인력 등 인프라 확충과 같은 성과를 보였음
 - 그 외에도 국가 트라우마센터 설치 및 운영, 정신건강 자가검진 앱 개발 등을 통한 접근성 강화가 이루어짐
- (정책 성과 ❷ 정신건강복지서비스 예방 및 조기개입에서의 진전) 인식개선 사업, 중독 및 자살예방 사업 강화 및 조기 집중 치료가 가능한 틀거리 마련
 - (인식 개선) 정신건강의 날 지정·시행(2017.10.10.), 정신질환자 자격·면허 취득 제한 개선
 - (조기집중치료) 정신건강의학과 수가 조정을 통한 불필요한 만성 장기입원 유인 억제, 외래 수가체계 개선 등
 - (중독 예방) 음주폐해 예방 캠페인 및 가이드라인 마련 등
- (정책 성과 ❸ 근거 기반 정신건강복지서비스 제공 모니터링 체계 구축) 국립정신건강센터에서 매년 발간하는 국가 정신건강현황 예비조사 보고서, 정신건강사례관리시스템 구축 및 운영과 같은 활동을 통해 국가 정신건강 현황에 대한 모니터링 및 정신건강복지서비스 지원 현황에 대한 모니터링 가능
- (정책 한계 ❶ 개별 부처 중심의 대응으로 통합적 지원체계 미흡) 정신건강에 대한 개별부처 중심의 대응으로 통합적이고 체계적인 지원체계 부족의 문제, 지역사회 서비스 제공기관과 정신건강증진센터 간의 네트워킹 미흡으로 분절적인 대응
 - 정신건강서비스 제공 주체인 정신건강증진시설과 지역사회 재활기관 간 연계 체계 미흡
 - 정신건강서비스 제공주체와 지역사회 서비스 제공기관(예. 읍면동복지허브화사업단 및 희망복지지원단, 지역 사회복지관 등)간의 협력 체계 미흡
 - 다부처 사업으로 진행되는 중독 예방 및 관리 서비스 등 통합적 지원체계 미흡

○ (정책 한계 ② 부족한 인프라에 집중되는 정신건강서비스)

- 정신건강서비스 제공주체, 특히 지역사회 정신건강서비스 제공주체인 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터 등의 취약한 시설수, 인력 수와 인력 역량, 예산 부족 문제가 지속되는 상황에서 전체 국민을 대상으로 문제의 유형과 수준에 관계없이 모든 정신건강 문제에 대한 예방, 조기발견 및 개입, 재활의 역할을 지역의 정신건강서비스 제공주체에게 주고 있는 상황임
- 정신과 전문의 정신의료기관 부족 및 응급병상 부족 등 정신건강 응급상황 대응 체계가 미흡한 상황이며, 응급 상황 발생 시 정신건강전문의의 현장지원 역시 부족한 상황임

□ 국내 보건의료 및 사회복지 분야 정책에서도 중요시되는 정신건강 정책

- 국내 정신건강증진 도모 및 정신질환자 복지서비스 지원에 대한 중요성은 단지 정신건강 분야에 한정되어 논의되는 것이 아니라, 국정과제 및 관련 보건의료, 사회복지 분야 계획에서도 주요한 내용으로 논의되고 있음. 따라서 이들 정책에 대한 비판적 고찰을 통해 정책의 연속성 확보 가능성을 검토할 필요가 있음
- 국정과제 중 ‘정신건강증진체계 강화’ 과제
 - 국정과제 44번. 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원
 - (정신건강 증진체계 강화) 정신건강 관련 서비스 전달체계 개편 및 전문인력 확충과 근무조건 개선, 자살예방 및 생명존중 문화 확산
- 국민건강증진종합계획, 포용국가 아동정책, 보건의료발전계획 등 유관 보건의료 및 사회복지 분야 계획에서도 정신건강은 중요한 비중을 차지하고 있으며 지속적으로 논의되고 있음
 - 제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2016-2020)에서 ‘정신건강증진 및 자살예방’ 영역으로 생활밀착 정신건강서비스 제공 → 정신질환 조기발견 시스템 강화, 자살 고위험군의 특성에 따른 맞춤형 예방대책 추진, 생명 지킴이 양성을 통한 생명존중 문화 조성을 주요 정책과제로 제시한 바

있음

- 2019년 발표된 포용국가 아동정책에서도 아동의 건강권, ‘생애 초기부터 촘촘하게 돌보는 아동 건강’을 주제로, 아동의 정신건강 예방 및 관리 강화를 위한 정신건강 돌봄체계 강화 및 위기군에 대한 조기개입과 지원강화를 주요 정책과제로 제시하였음. 현재 진행중인 제2차 아동정책기본계획 수립 과정에서도 아동청소년 정신건강은 주요한 분야로 논의되고 있음
- 그 외 지난 2018년 보건의료발전계획 수립을 위한 논의 시 정신건강서비스의 접근성 제고, 정신건강서비스 제공 효과성 제고, 수요자 중심의 회복지향적 정신건강서비스 제공, 근거기반 정신건강 및 자살예방 관리체계 구축을 토대로 기존 정신건강종합대책(2016-2020)의 정책과제와 신규 과제들이 논의된 바 있음
- 또한 여성가족부를 주축으로 현재 논의되고 있는 여성건강종합계획에서도 여성의 정신건강서비스로의 심리적/물리적 접근성 개선, 정신건강 취약 여성 대상 맞춤형 정신건강서비스 제공, 정신건강서비스 제공 주체의 역량 강화, 여성 정신건강에 대한 조사 및 연구 강화 등의 정책 과제들이 논의된 바 있음

□ 최근 발표된 해외 정신건강 분야 중장기 계획의 정책 목표 검토

○ 영국의 정신건강 5개년 계획 (Five Year Forward View for Mental Health) (2016.2)

- 영국은 1959년 제정된 정신보건법(Mental Health Act)이후, 1999년 정신건강증진과 정신건강서비스에의 접근성 향상, 정신건강 서비스의 질, 자살예방 등을 포함하는 국가정신건강서비스 프레임워크(the National Service Framework for Mental Health)가 만들어졌으며 이를 실행하기 위한 국가보건계획이 2000년에 만들어졌음
- 2010년대 들어서, 국가정신건강서비스 향상을 위해 정부합동으로 구성된 2011년 정신건강전략보고서와 영국 보건부의 ‘2010-2015년 정책: 정신건강개혁’ 보고서 등이 발표되면서 정신건강에 대한 정책 우선순위

를 강조하는 등 다양한 정신보건정책이 이루어졌음

- 하지만 여전히 미흡한 위지원체계, 서비스 접근성에서의 제약, 높은 자살 사망률과 정신질환으로 인한 높은 사회경제적 비용부담 등 정신건강 문제가 상당하다는 판단에, 영국은 2015년 정신건강 5개년 계획(Five Year Forward View for Mental Health, 이하 5개년 계획)을 수립하고 발표하였음
- 5개년 계획에서 제시된 8가지 영역의 다양한 활동 중 위기 상황 시 정신 건강서비스에의 접근성 향상(A 7 day NHS—right care, right time, right quality), 정신건강과 신체 건강에 대한 통합적 접근(An integrated mental and physical health approach), 정신건강 예방 및 증진(Promoting good mental health and preventing poor mental health)을 우선순위 활동으로 선정하였음

<표 1-1> 영국 5개년 계획의 8가지 영역

우선순위	내용
1	Getting the foundations right: Commissioning for preventing and quality care
2	Good quality care for all 7 days a week
3	Innovation and research to drive change now and in the future
4	Strengthening the workforce
5	A transparency and data revolution
6	Incentives, levers and payment
7	Faire regulations and inspection
8	Principles underpinning payment approaches in mental health

○ 호주의 제5차 국가 정신건강 및 자살예방 계획(The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan) (2017.10)

- 호주는 정신건강 증진, 중증정신질환 만성화 예방, 정신질환이 개인, 가족 및 지역사회에 미치는 부정적인 영향 감소, 정신질환자의 권리 보장을 목표로 삼는 국가 정신건강 전략(the National Mental Health Strategy)을

1992년 수립한 것을 기점으로 1993년부터 5년 단위로 새로운 국가 정신건강계획 수립 및 이행

- 2017년 10월에 발표된 호주의 제5차 국가 정신건강 및 자살예방 계획(이하 제5차 계획)은 1992년에 수립된 국가 정신건강 전략에 기반을 둔 5번째의 국가 정신건강 계획이며, 자살예방을 포함한 첫 번째 계획임
- 호주의 제5차 계획은 정신질환자와 가족 및 보호자, 지역사회의 삶을 개선하는 것을 목표로 통합적인 정신건강 체계를 구축하기 위한 정부의 역할 강조
- 우선순위는 지역계획과 서비스 제공 통합 달성, 자살예방, 중증정신질환자에 대한 지원, 정신질환자의 신체건강 문제와 조기사망을 감소, 낙인과 차별 감소, 정신건강서비스 제공의 질 향상, 효과적인 시스템 강화, 원주민 정신건강증진 및 자살예방 강화를 포함함

<표 1-2> 호주 제5차 계획의 8가지 우선순위 영역

우선순위	내용
1	Achieving integrated regional planning and service delivery
2	Suicide prevention
3	Coordinating treatment and supports for people with severe and complex mental illness
4	Improving Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and suicide prevention
5	Improving the physical health of people living with mental illness and reducing early mortality
6	Reducing stigma and discrimination
7	Making safety and quality central to mental health service delivery
8	Ensuring that the enablers of effective system performance and system improvement are in place

□ 기존 국내 정신건강복지 정책의 흐름을 고려하고 정신건강종합대책(2016-2020) 뿐 아니라 보건 의료 및 사회복지 분야의 정책들에서 제시된 정신건강 분야 정책 과제들을 종합적으로 검토하여 기존 정책의 연속성 확보 가능성에 대한 검토 필요. 이에 기반한 정신건강 정책 목표 설정 필요

- 최근 수립된 해외 정신건강 계획에 대한 비판적 검토를 통한 국내 정신건강정책 목표 및 정책 과제에의 적용가능성 검토 필요

3. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에 따른 정신건강복지 기본계획(2021-2025) 수립 필요

□ 「정신건강복지법」 제7조에 따라 정신건강복지 기본계획(2021~2025) 수립 필요

- * **정신건강복지법 §7(국가계획의 수립 등)** ① 보건복지부장관은 관계 행정기관의 장과 협의하여 5년마다 **정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획**(이하 “국가계획”이라고 한다)을 수립하여야 한다.

- **국내 정신건강 현황에 대한 이해를 기반으로 정신건강 종합대책(2016-2020) 등 정신건강 분야 기존 정책 추진 과제의 성과를 평가하고, 기존에 미흡했던 정신건강 분야 정책 과제들을 새롭게 발굴하여, 「정신건강복지법」 제7조에 따른 정신건강복지 기본계획(2021~2025) 수립 필요**

- 기존 정신건강분야 정책들에 대한 평가를 통해 기존 과제 중 지속적으로 포함할 과제들을 선정하고, 기존에 미흡했던 정신건강 분야 정책 과제들을 새롭게 발굴하여 향후 2021-2025 중장기 정신건강복지 기본계획 수립에 대한 로드맵 구성과 핵심 과제를 발굴하고 실천 전략을 수립하는 것이 필요함
- 정신건강복지 기본계획(2021-2025) 수립 시 고려해야하는 요소

- **(고려요소 ① 다양한 이해관계자의 의견을 폭넓게 반영한 국가 정신건강 복지 기본계획 수립)** 필연적으로 정신건강서비스를 둘러싼 이해관계자들의 목소리는 다룰 수 밖에 없음. 다양한 목소리를 모두 포괄하는 국가 계획은 추진력을 담보하기 어려움. 중장기 정신건강복지정책의 우선순위 활동들을 제안하고, 이행하기 위해서는 다양한 이해관계자들의 우선순위를 조정하는 작업이 필수적임

- ※ 호주와 영국은 국가 정신건강 계획 수립 시 다양한 이해관계자의 의견을 폭넓게 반영하고, 특히 정부 관계자와 정신보건 전문가와 더불어 소비자 및 가족의 의견이 함께 반영되어있다는 점에서 특색이 있음

※ 국내 정신건강복지서비스를 둘러싼 다양한 이해관계자인 정신질환자 당사자와 보호자, 정신건강서비스 제공 주체(정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설)와 서비스 제공 인력(정신과 의사, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강임상심리사 등) 간 충분한 논의와 의견 수렴 과정을 거친 정신건강복지 기본계획(2021-2025) 수립 필요

- (고려요소 ② 정신건강 및 정신건강 서비스 제공 현황 진단에 근거한 국가 정신건강복지 기본계획 수립) 국가 정신건강복지기본계획은 현재 국민의 정신건강 수준과 정신건강 관련 이슈를 파악하고, 정신건강서비스 전달체계, 인프라에 대한 진단에 기반을 두어 구체적인 제안이 담긴 정신건강 계획을 구성하는 것이 필요함

※ 호주의 정신건강위원회나 영국 정신건강 TF의 현황 검토 보고서는 정신건강을 둘러싼 광범위한 영역에 걸쳐 현황 진단을 실시하였고, 이를 통해 국가 정신건강 계획 개발에의 근거를 산출하였음

- (고려요소 ③ 구체성이 높은 국가 정신건강복지 기본계획 수립) 국가 정신건강복지 기본계획은 정책 이행 기간 동안 어떠한 구체적인 목표를 가지고 언제까지 무엇을 어떻게 어떤 자원을 가지고 계획을 실행할 것인지와 같은 구체성을 담보하는 것이 필요함

※ 호주와 영국의 정신건강 계획과 이행계획은 일반론적인 언어들로 구성된 것이 아닌 구체적인 성과치(산출물이 아닌 성과에 초점을 둔), 각 제공 주체의 역할과 책임 명료화, 과학적 분석에 기반을 둔 필요한 인프라(필요 인력 및 예산) 제시 등 구체적인 내용을 포함함

- (고려요소 ④ Output이 아닌 outcome을 제시하는 국가 정신건강복지 기본계획 수립) 정신건강복지정책의 5년간의 성과를 무엇으로 설정하고, 이를 달성하기 위해서는 어떠한 활동들을 우선적으로 해야 할 것인가에 초점을 두고 계획을 구성하는 것이 필요함

※ 성과는 측정가능한 지표로 제시되어야 하며, 예상되는 정책효과를 지표로 선정하는 것이 정책의 실효성을 높일 수 있음

- (고려요소 ⑤ **모니터링 및 평가를 강조하는 국가 정신건강복지 기본계획 수립**) 정신건강복지 기본계획 이행을 모니터링하고 평가하는 주체, 모니터링 및 평가 방법 등에 대한 내용이 담기는 것이 필요함

※ 영국과 호주는 국가 정신건강 계획의 이행을 가속화하고 모니터링 및 평가를 위한 거버넌스 구축을 국가 정신건강 계획에서 제안하고 있음

- (고려요소 ⑥ **중앙과 지방의 정신건강 계획 간 부합성 제고 및 지역의 정신건강 특성을 고려한 지역 계획 구성 필요성 제안 필요**) 중앙의 정신건강 계획과 부합하지만 지역의 정신건강 문제와 서비스 전달체계를 고려하여 지자체 차원의 정신건강 계획 수립을 할 수 있도록 중앙과 광역, 기초 지자체의 역할을 명료하게 제시하는 것을 고려할 필요 있음

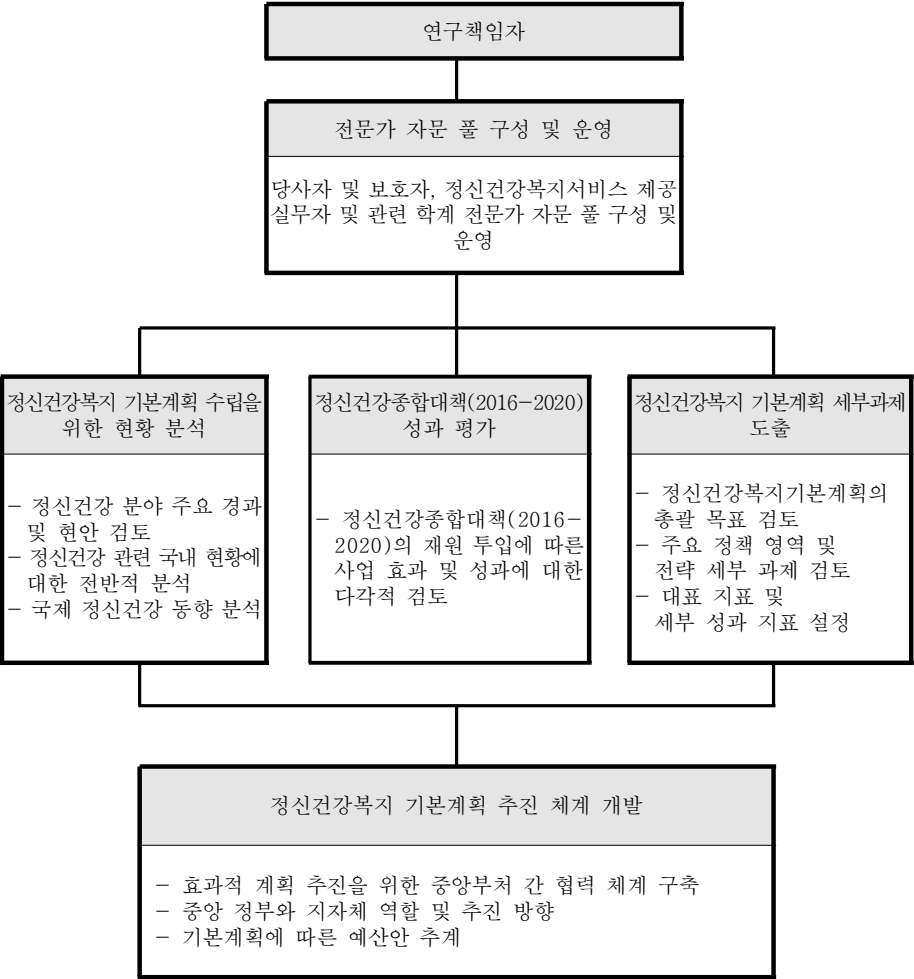
○ 고려 요소들을 통합해서 살펴보면, 과학적 연구에 기반을 둔 현황 진단과 다양한 이해관계자들과의 지속적인 협의와 자문을 거쳐 구성된 구체성 및 이행력을 갖춘 국가 정신건강 계획 수립 필요

제2절 연구 수행체계

□ 연구 수행체계도

○ 정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립을 위한 연구 수행 체계도는 다음과 같음

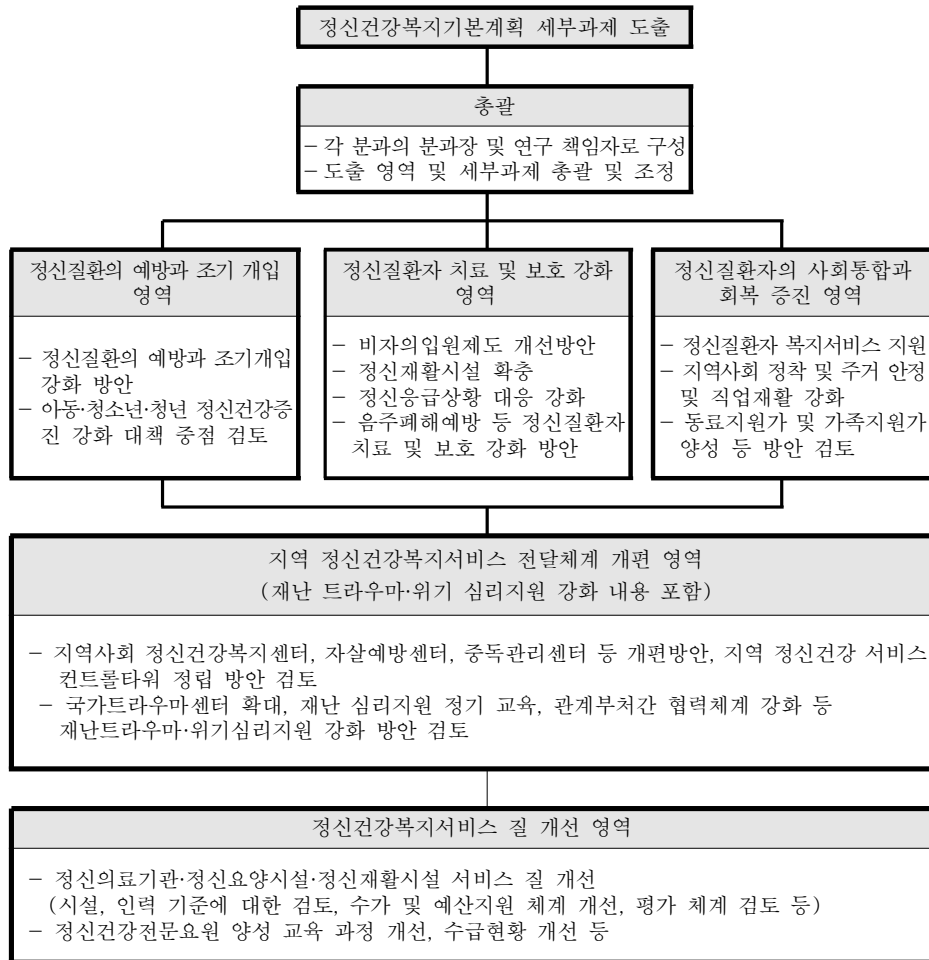
[그림 1-6] 정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립 연구 수행체계도



○ 정신건강복지 기본계획 세부과제 도출 분과 운영

- 분과는 각 분과의 내용을 총괄하고 조정하는 총괄 분과를 구성하고 그 하부에 ‘정신질환 예방 및 조기개입 분과’, ‘정신질환자 치료 및 보호강화 분과’, ‘정신질환자 사회통합 및 회복 증진 분과’, ‘지역정신건강복지서비스 전달체계 개편 분과’, 그리고 ‘정신건강복지서비스 질 개선 분과’를 구성하여 운영
- 연구 수행체계도의 ‘정신건강복지기본계획 세부과제 도출’ 영역에서 분과를 구성하여 운영하는 것으로 그 외의 연구 내용은 분과로 운영되지 않음
- 정신건강복지서비스의 continuum of care의 연속선상에 따라 정신질환 예방 및 조기개입, 치료와 보호, 사회통합과 회복증진 분과로 3개 분과를 구성하고자 하며, 정신건강서비스의 제공을 위한 인프라와 질(quality) 개선을 위한 분과를 별도로 구성함
- 다른 분과와 달리 ‘재난 트라우마·위기 심리지원 강화’에 대한 정책 과제 도출 영역은 다른 분과들이 정신건강복지서비스의 스펙트럼선상에 위치하는 것과는 달리 정신건강 문제의 유형으로 구분되어있고 연구제안서에 제시된 정책과제 예시들이 서비스 전달체계 구축과 연관성이 높아 ‘지역정신건강복지서비스 전달체계 개편’ 분과에서 함께 논의하였음

[그림 1-7] 정신건강복지기본계획 과제도출 영역 구성 및 영역별 연구 내용



- 정신건강 종합대책(2016-2020)에서는 정신건강 문제의 유형별로 정책 과제들이 도출된 것과 달리 정신건강복지 기본계획(2021-2025)은 정신건강 복지서비스의 continuum of care의 스펙트럼을 고려하여 구성되었음. 하지만 정신건강복지 기본계획(2021-2025)에서 역시 정신건강 종합대책 (2016-2020)에서 다룬 정신건강 문제의 유형을 포괄함

- 정신질환의 예방과 조기개입 분과는 정신건강 종합대책(2016-2020)의

일반 국민의 정신건강 증진 및 자살예방을 위한 정책 과제들을 포괄함

- 정신질환자 치료와 보호, 정신질환자 사회통합과 회복 증진 분과는 정신건강 종합대책(2016-2020)의 중증정신질환과 중독 영역에서 다루었던 정책 과제들을 주로 포함함

○ 전문가 자문회의 운영

- 국내 정신건강 현황 분석 및 정신건강 종합대책(2016-2020) 성과 평가, 정신건강복지 기본계획 세부과제 도출 및 추진체계 개발 등 연구 전반의 과정에서 의견 수렴을 위해 정신질환자 당사자 및 보호자 단체, 정신건강서비스 제공 실무자, 정신건강 분야 관련 직역단체, 정신건강 분야 학계 전문가들을 대상으로 전문가 자문회의를 운영함

제3절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

1) 정신건강복지기본계획 수립을 위한 기초 분석

□ 정신건강분야 주요 경과 및 현안 검토

○ 최소 10여년간 정신건강분야 주요 정책 추진 사항, 국민인식 변화, 최근 정신건강관련 이슈 등 분석

－ 국가 정신건강 분야 중장기 계획에 대한 검토

- 2011년 국가 정신보건 5개년 계획, 2016년 정신건강종합대책, 2017년 정신건강복지법, 2018년 자살예방국가행동계획, 2019년 중증정신질환자 보호·지원을 위한 우선조치방안 등 정신건강 분야 단기/중장기 계획 검토

－ 국가 단위 보건의료 분야 및 사회복지 분야 중장기 계획에 담긴 정신건강 분야 계획에 대한 검토

- 국민건강증진계획, 보건의료발전기본계획, 포용국가 아동 정책 등에 포함된 정신건강 정책과제 검토

－ 문헌고찰 및 2차 자료(예. 대국민 인식 실태조사, 정신질환실태조사, 국가 정신건강현황 보고서 등)을 활용한 정신건강에 대한 국민 인식 변화와 최근 정신건강 관련 이슈 파악

□ 우리나라 정신건강 관련 현황의 전반적 분석

○ 우리나라의 정신건강 수준, 정신건강분야 투자(건강보험 및 의료급여 등 포함), 정신의료서비스 및 정신건강복지서비스의 질, 정신질환자의 삶의 질 등 종합적 분석

－ 국가정신건강현황예비조사 보고서(각년도), 국민건강보험청구자료 전수자료 혹은 건강보험심사평가원 심결자료를 활용한 정신건강 의료비와 의료이

용 현황, 보건복지부 및 국립정신건강센터 내부 실적 자료 등을 활용한 국내 정신건강 현황 분석

- 정신건강복지서비스의 질, 정신질환자의 삶의 질과 같이 전국 단위의 조사 자료나 행정자료를 통해 파악하기 어려운 현황의 경우 문헌 고찰의 방식으로 진행

□ 국제 정신건강 동향 분석

○ WHO, OECD 등 국제기구의 정신건강분야 권고사항, 대책, 국제 정신건강 동향 검토

- WHO의 2013-2020 Mental Health Action Plan에서 제시한 정신건강 분야 권고사항, WHO Mental Health Atlas 및 OECD Health Statistics에서 주기적으로 공유되는 국제 정신건강 동향 분석

○ 영국, 호주 등 정신건강분야 투자가 큰 나라들의 정신건강정책 및 추진 방향 검토

- 호주의 제5차 국가 정신건강 및 자살예방 계획(The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan) 과 영국의 정신건강 5개년 계획 (Five Year Forward View for Mental Health)에 대한 문헌 검토 및 현지 방문 조사를 통한 정신건강정책 추진 절차 및 정책 비전과 가치(core principle), 주요 정책과제 내용, 정신건강 분야 투자 규모 산출 근거 리뷰 및 시사점 도출
- 그 외 미국, 캐나다 등 해외의 정신건강 계획 및 정책에 대한 문헌고찰을 통해 국내 정신건강복지 기본계획 수립에의 벤치마킹 가능성 검토

2) 정신건강종합대책(2016~2020) 성과평가

□ 기존 정신건강 종합대책(2016~2020)의 재원 투입에 따른 사업 효과, 그 성과 등에 대한 다각적 검토

○ 기존 정신건강 종합대책(2016-2020)에 대한 예비 평가 자료(중앙정신건강복지사업지원단, 2017), 기재부의 정신건강사업군 심층 재정 평가(이은경 외, 2018), 국가 정신건강 현황보고서(각년도)를 활용한 사업 실적 및 성과, 효과에 대한 분석

○ 중독 예방 및 관리 사업의 경우 2013년도 기재부에서 수행한 4대 중독사업군 심층재정평가 작업 이후 심층 성과 평가 작업이 이루어지지 않았으나, 노성원 외(2017) 연구에서 수행한 중독관리 통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발 연구 등 문헌 고찰 및 국가 정신건강 현황 예비조사 보고서(각년도) 내용을 활용하는 방식으로 성과평가 진행

□ **전문가 의견 조사를 활용**하여 정신건강 종합대책(2016-2020) 뿐 아니라 정신건강 유관 분야의 기본계획, 종합계획, 종합대책 등에 포함된 **정신건강 분야 정책 과제들의 중요도, 시급도, 활용가능성 등에 대한 평가 작업 진행**

○ 정신건강 종합대책(2016-2020) 뿐 아니라 타 부처 혹은 보건복지부 내 보건 분야, 사회복지 분야에서 제시되는 다양한 정책 과제 안에 포함된 정신건강 분야 정책 과제들을 리스트업 하여, 이들 정책의 중요도, 시급도, 활용가능성 등을 전문가 의견조사를 통해 평가하고, 정신건강복지 기본계획(2021-2025)에 지속적으로 포함할 과제들을 사전적으로 정리하였음

– 전문가 의견 조사에 활용하는 평가틀은 2017년 중앙정신건강복지사업지원단에서 활용한 틀을 활용하되, 정책 과제의 리스트는 정신건강종합대책과 더불어 타 계획/정책에 포함된 정신건강 분야 과제들을 포괄함

3) 정신건강복지 기본계획 세부 과제 선정

□ **정신건강복지 기본계획의 총괄 목표 검토**

○ 영국과 호주 등 해외의 정신건강 분야 계획에서의 비전과 미션, 핵심 가치에 대한 검토 작업과, 연구진 및 자문단 회의, 원탁토론회 등 다양한 이해관계자들과의 의견 수렴을 통해 정신건강복지 기본계획의 비전과 미션, 핵심가치 도출

- 호주의 제5차 국가 정신건강 및 자살예방 계획(The Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Plan)의 비전은 1) 회복을 가능하게 하고, 2) 정신질환을 예방하고 조기발견 가능하도록 하며, 3) 정신질환을 경험하는 모든 호주인이 지역사회에 충분히(혹은 완전히) 참여할 수 있도록 하는 효과적이고 적절한 치료와 지역사회 지원에의 접근성 강화임
- 호주와 영국의 정신건강 중장기 계획에서 제시한 주요 핵심 가치는 회복 지향, 사회 구성원으로서의 정신질환자, 반응성 강화, 근거 기반, 포용과 사회 통합 등임

□ 주요 정책 영역 및 전략, 세부 과제 도출

- 국내 정신건강 현황 분석, 정신건강종합대책 및 정신건강 분야 정책 과제 검토 작업, 해외 정신건강 계획 고찰, 전문가 의견조사 및 자문회의 등의 연구 내용을 바탕으로 정신건강복지 기본계획의 주요 정책 영역 및 세부과제 설정
 - 국내 정신건강 현황 분석 내용 등을 바탕으로 주요 정책 영역 혹은 과제별 정기적 측정이 가능한 성과 지표 설정 및 5년간의 목표치 제시
 - 대표지표 및 성과 지표 제시 시 지표 수집 및 활용가능성에 대한 검토 뿐 아니라 책임성과 정확성 강화 방안 제시
- 정신건강복지 기본계획 세부과제 도출과 더불어 주요 정책 영역(혹은 과제) 도출시 다음의 사항들을 고려하였음
 - 주요 정책 영역(혹은 과제)가 왜 도출되었는지에 대한 근거를 제시하고, 주요 정책 영역(혹은 과제) 이행과 성과 모니터링 및 평가에 대한 책임성을 강화하기 위해 서비스 제공 주체별 역할과 책임 제시
 - 호주의 경우 제 5차 국가 정신건강 및 자살예방 계획에서 우선순위 과제별 역할과 책임 주체를 명시하고 있음
 - 주요 정책 영역(혹은 과제) 제시 시 5년 이후 어떠한 것들이 달라질 것인지에 대한 비전을 제시하는 방식 고려

① 정신질환(이하 중독질환 포함) 예방 및 조기개입 분과

- 정신질환의 예방과 조기개입 강화 과제 도출, 특히 아동·청소년·청년 정신 건강증진 강화 대책 중점 검토
 - 예시) 정신건강 자가 관리 강화, 정신질환에 대한 인식 개선, 정신건강 literacy 강화, 초발 정신질환자 치료비 지원 및 서비스 접근성 강화 방안, 아동·청소년 학교 정신건강 교육 의무화 등

② 정신질환자 치료 및 보호 강화 분과

- 비자의입원제도 개선방안, 특히 입원심사제도 개선 검토, 입원이 필요한 사람이 입원하지 못하고 지역에 방치되어있는 경우에 대한 대응 체계 검토
- 지역별, 유형별 불균형 구조 검토 및 정신재활시설 확충 방안 검토
- 정신응급의료기관, 정신응급센터, 정신건강복지센터 응급개입팀 등 정신응급상황 대응 강화
- 조현병 등 중증정신질환자에 대한 집중사례관리 도입 가능성 검토 및 지역사회 등록관리를 향상 및 재입원을 감소를 위한 과제 도출
- 음주폐해예방 대책(2018.11)에 기반한 중독 치료, 관리 강화
- 게임사용장애 질병코드화 관련 대응방안 모색 등 정신질환자 치료 및 보호 강화 과제 도출

③ 정신질환자 사회 통합 및 회복 증진 분과

- 정신질환자 지역사회 정착 및 주거 안정을 위한 지원 확대(예: 자립체험주택, 케어안심주택 등)
- 정신질환자 평생교육, 문화·예술·여가·체육활동 등 지원 방안(정신건강복지법 제35조, 제36조)
- 정신질환자 대상 직업재활 지원 강화를 통한 경제활동 참여 지원 방안
- 동료지원가 및 가족지원가 양성 및 활동 지원 등 사회통합과 회복 증진 과제 도출

④ 지역 정신건강복지서비스 전달체계 개편 분과

- 지역사회 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터 등 개편 방안 및 지역 정신건강 서비스 컨트롤타워 정립 방안 도출
- 재난 트라우마 및 위기 심리지원 체계 강화: 권역별 국가트라우마센터 확대, 재난 심리지원 정기 교육을 통한 재난 심리지원 인력 양성 및 전문성 강화, 관계부처 간 협력체계 강화 등 재난트라우마·위기심리지원 강화 과제 도출

⑤ 정신건강복지서비스 질 개선 분과

- 정신의료기관, 정신요양시설, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터 서비스 질 개선 과제 도출
 - 시설, 인력 기준에 대한 검토, 수가 및 예산지원 체계 개선, 평가 체계 검토를 통한 과제 도출
- 정신건강전문요원 양성 교육 과정 개선 및 수급체계 개선과제 도출
- 정신건강 관련 전산시스템 신규 설치 필요성 검토 및 기존 정신건강 관련 전산시스템 고도화
- 정신건강 R&D 과제 도출 등 정신건강복지서비스 질 개선을 위한 정책과제 도출

4) 정신건강복지 기본계획 추진 체계 개발

□ 효과적 계획 추진을 위한 중앙정부 간 협력 체계 구축

- 정신건강복지 기본계획 세부과제 이행력 담보를 위한 중앙정부 간 협력체계 구축 방안 제시
 - 정신건강복지 기본계획에 보건복지부 뿐 아니라 교육부, 여가부, 문화체육관광부, 기재부, 경찰청 등 중앙부처 간 조율 및 협의가 필요한 내용이 세부과제로 포함될 가능성이 높음. 정신건강복지 기본계획의 이행력 담보를 위한 중앙부처 간 협력체계 구축 방안 제시

□ 중앙 정부와 지방자치단체 역할과 추진 방향

- 정신건강복지 기본계획의 주요 정책 영역(혹은 과제)에 담긴 각 주체별 역할과 책임에 대한 내용들을 총괄적으로 정리하여 중앙정부 및 지방자치단체의 역할 제시

□ 기본계획에 따른 예산안 추계

- 정신건강복지 기본계획의 주요 정책 영역(혹은 과제) 도출 이후 이행을 위한 정신건강분야 필요 투자 규모 산출

2. 연구방법

□ 문헌 고찰

- 국내·외 정신건강 대책·관련 대책 및 추진사례 분석
- 호주·영국 등 타 국가의 정신건강대책 및 추진 사례 분석, WHO, OECD 등 국제기구의 정신건강분야 권고사항 등 분석
- 보건복지부, 국립정신건강센터, 중앙정신건강복지사업지원단 등에서 발간한 국내 관련자료 및 연구자료 검토

□ 2차 자료 분석

- 데이터분석
 - 정신건강 종합대책(2016-2020) 성과 평가를 위한 보건복지부 및 국립정신건강센터 내부 실적 자료, 국내 정신건강 현황 파악을 위한 국민건강보험공단 청구자료 혹은 건강보험심사평가원 심결자료, 통계청 사망원인통계 자료 등 2차 자료 분석
- 정책 자료 분석
 - 정신건강 종합대책(2016-2020), 중증정신질환자 보호·지원을 위한 우선

조치 방안, 자살예방 국가행동계획, 음주폐해 예방대책 및 타 보건의료 및 사회복지 분야 기본계획, 종합계획, 종합대책 내 포함되어있는 정신건강 분야 정책 과제의 내용 및 목표 분석

- 정신건강 종합대책(2016-2020) 연도별 추진 실적 정리 및 분석

□ 해외 현지 방문 조사

○ 해외 현지 방문 조사 목적: 최근 국가 정신건강계획을 수립한 호주와 영국을 방문하여 정신건강정책 추진 절차 및 정책 비전과 가치(core principle), 주요 정책과제 내용, 정신건강 분야 투자 규모 산출 근거 리뷰 및 시사점 도출

○ 방문 국가: 호주와 영국

- 호주: National Mental Health Commission, Mental Health Expert Advisory Group, Suicide Prevention Subcommittee 등 국가 정신건강 계획 수립의 역할을 한 기구 및 계획으로 인해 신설된 조직 방문
- 영국: NHS England, Care Quality Commission, Health Education England, Department of Health 등 국가 정신건강 계획 이행의 역할과 책임을 가지고 있는 기구 및 조직 방문

□ 전문가 의견 조사 실시

○ 전문가 대상 의견 조사는 연구 과정에서 총 1회 수행

- 전문가 대상 의견조사는 정책자료 분석 과정에서 리스트업된 정책과제에 대한 평가와 정신건강복지 기본계획(2021-2025)에서 지속적으로 포함해야하는 과제 도출 및 신규 포함 필요 과제를 위한 의견 수렴의 용도로 진행
 - 조사에서는 중앙정신건강복지사업지원단(2017) 연구에 기반하여 기존 정책과제의 중요도, 지속 필요성(혹은 삭제 필요성) 등을 평가하는 방식으로 진행하며, 추가적으로 포함이 필요한 과제에 대한 기초(preliminary) 의견을 수렴하였음
- 조사 대상: 정신건강정책과 관련된 다양한 분야 전문가 및 당사자

- 서면자문 조사 결과 39명의 전문가 및 당사자가 참여

－ 조사 내용

- 2016년 관계부처 합동으로 발표된 ‘행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신 건강 종합대책’에 제시된 전략과 정책과제에 대한 정책 이행 정도, 중요성, 지속 수행 필요 여부, 우선순위에 대한 의견
- 2018년 관계부처 합동으로 발표된 ‘자살예방국가행동계획’에 제시된 전략과 정책과제에 대한 정책 이행 정도, 중요성, 지속 수행 필요 여부, 우선순위에 대한 의견

□ 자문회의 운영

- 정신건강복지서비스 이용 및 제공을 둘러싼 다양한 이해관계자들이 가지는 정신건강 종합대책(2016-2020)에 대한 성과 평가 및 정신건강복지 기본계획(2021-2025)에 포함되어야 하는 과제 도출을 위한 자문회의 운영
- 이해관계자들의 원활한 의견 개진과 효과적인 정책과제 도출을 위해 이해관계자 유형별로 자문회의를 구성하여 운영함
 - － 자문회의는 총괄 분과 주도로 구성하고 운영하되 개별 영역에서 관련 내용이 있을 경우 각 담당 연구진이 참여하는 구조로 운영하였음.

제 2 장

국내 정신건강 수준 및 정책 현황

제1절 정신건강 규모

제2절 정신건강 예방 및 조기개입 현황

제3절 정신건강 치료 및 재활

제4절 정신건강 인프라

제5절 정신건강 정책의 주요 경과

2

국내 정신건강 수준 및 정책 현황 <

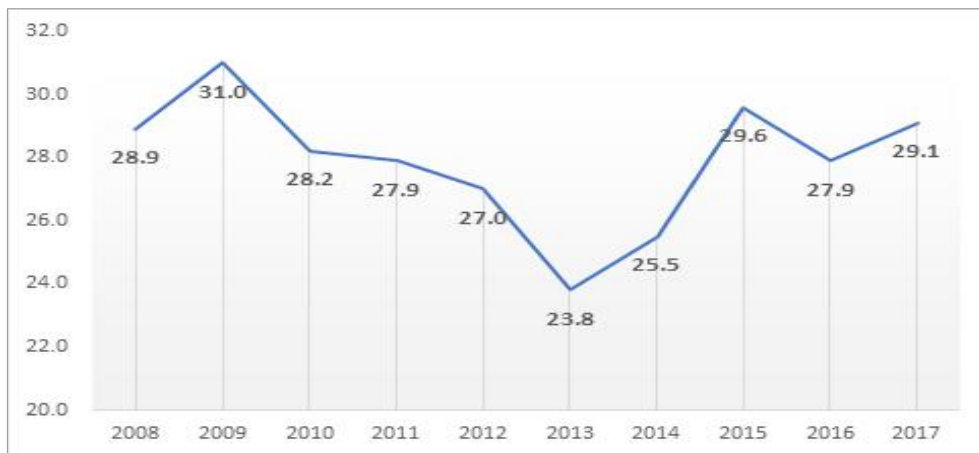
<

제1절 정신건강 규모

□ 스트레스 인지율

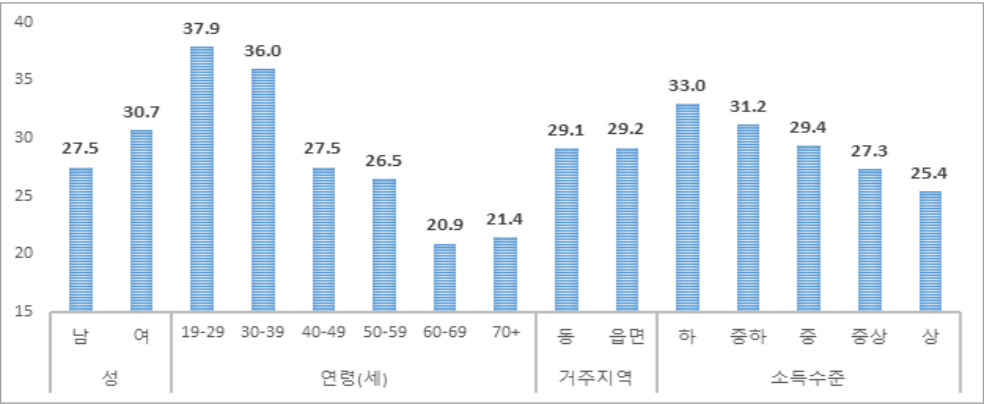
- 우리나라 19세 이상 성인의 평소 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 비율은 2017년 29.1%로, 2009~2013년 사이 감소했다가 그 이후 다시 급격히 증가하고 있음
- 인구사회학적 특성별로 보면, 남자에 비해 여자가, 젊은 세대일수록, 소득이 낮을수록 스트레스를 더 많이 느끼는 것으로 보고됨(보건복지부, 질병관리본부, 2018)

[그림 2-1] 우리나라 스트레스 인지율: 2008-2017



자료: 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2017 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 재구성

[그림 2-2] 우리나라 인구사회학적 특성별 스트레스 인지율: 2017

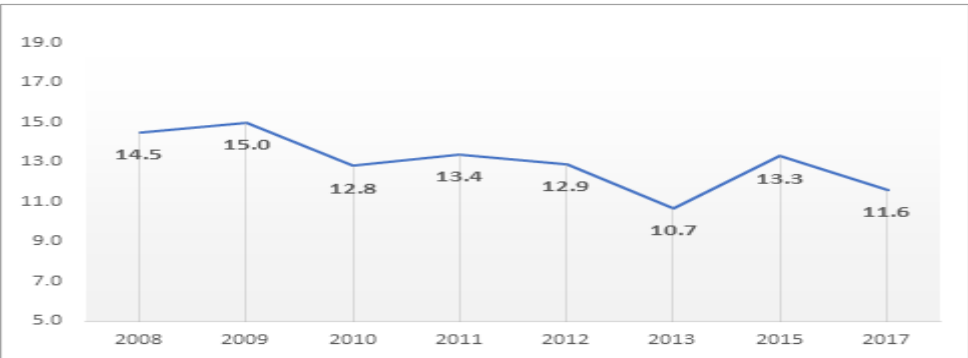


자료: 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2017 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 재구성

□ 우울감 경험률

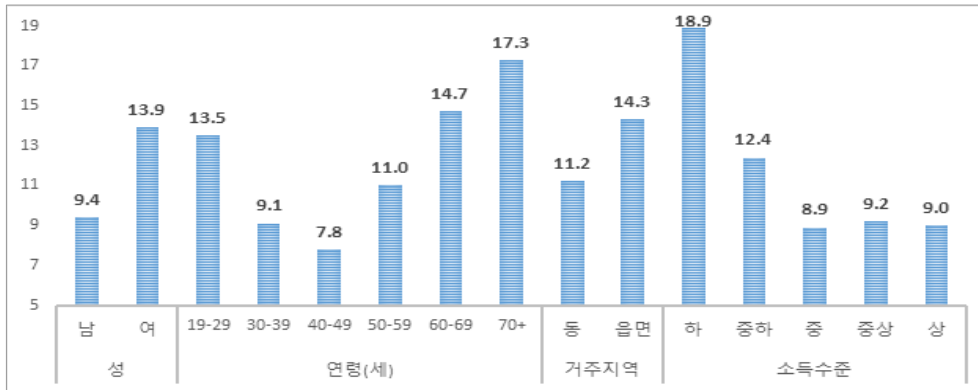
- 우리나라 19세 이상 성인의 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 비율은 2017년 11.6%로, 최근 10년간 증감을 반복하고 있어 분명하게 감소했다고 보기는 어려움
- 인구사회학적 특성별로 보면, 남자에 비해 여자가, 동지역보다 읍면지역 거주자가, 소득이 낮을수록, 연령이 낮을수록 스트레스를 더 많이 느끼는 것으로 보고되었음(보건복지부, 질병관리본부, 2018)

[그림 2-3] 우리나라 우울감경험률: 2008-2017



자료: 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2017 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 재구성

[그림 2-4] 우리나라 인구사회학적 우울감경험률: 2017

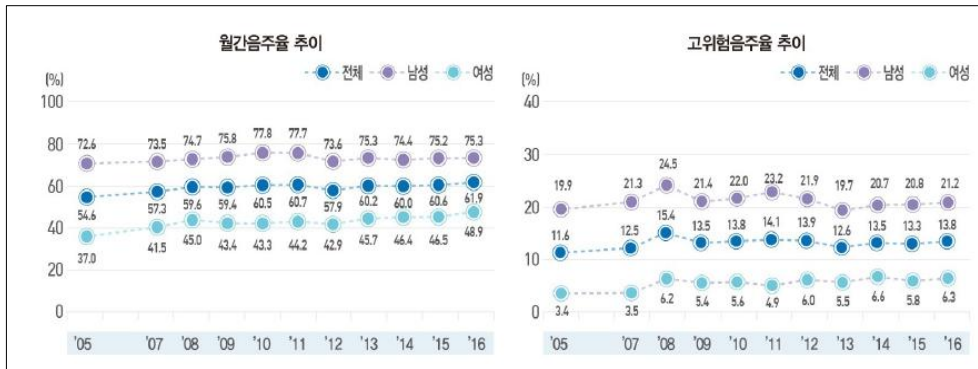


자료: 보건복지부, 질병관리본부(2018). 2017 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 2차년도(2017) 재구성

□ 고위험 음주

- 2016년 국민건강영양조사 결과 만 19세 이상 성인의 월간음주율(최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 분율)은 61.9%로 나타났으며, 고위험 음주율(1회 평균 음주량이 남자 7잔 이상, 여자 5잔 이상이면 주 2회 이상 음주하는 분율)은 13.8%였음

[그림 2-5] 만 19세 이상 월간음주율 및 고위험음주율

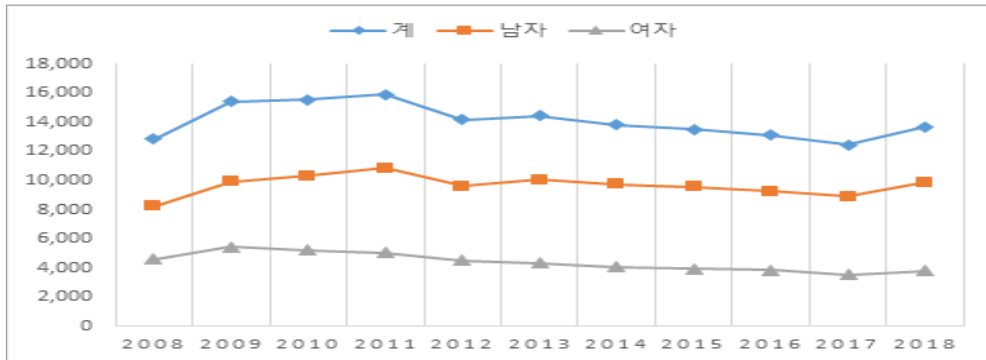


자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서

□ 자살사망

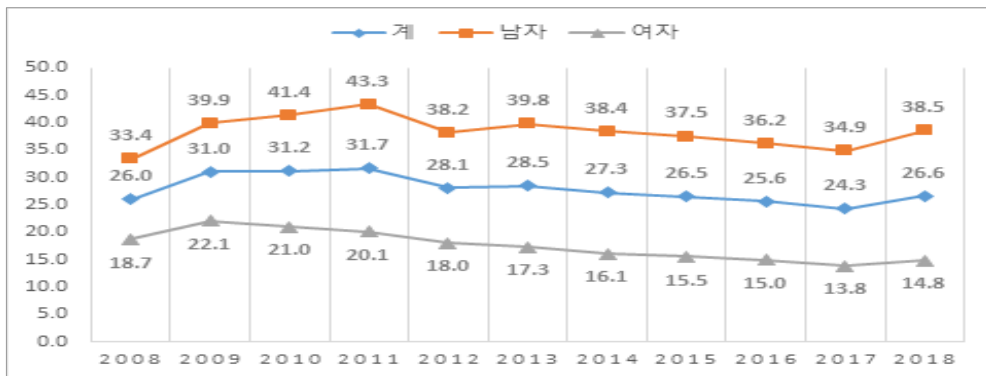
- 우리나라 자살사망자수는 연간 13,000명 내외로 집계되고 있음
 - 2008년 12,858명이었다가 2011년 15,906명으로 증가하였으며, 그 이후 감소하는 경향을 보였다가 2018년 다시 증가하여 13,670명으로 확인됨
- 남자의 자살사망이 여자에 비해 많으며, 남녀 자살사망자수의 격차가 점차 커지고 있음
 - 2008년 남자 8,260명, 여자 4,598명으로 남자가 여자보다 1.8배 많았는데, 2018년 남자 9,862명, 여자 3,808명으로 남자가 여자에 비해 2.6배 더 많았음
- 인구 십만 명당 자살사망률은 2018년 26.6명으로, 남자 38.5명, 여자 14.8명으로 보고되고 있으며, 최근 10년 경향에서 주목할 점은 5년간 감소추세를 보이다가 2018년도에 다시 증가했다는 것임
- 연령군별로 인구 십만 명당 자살사망률은 다른 특징을 보이고 있음
 - 65세 이상 노인은 2010년 81.9명에서 상당히 감소해 2018년 48.6명으로 나타났는데, 그 이하 연령 집단에 비해 매우 높다는 점에 주목해야 함
 - 15~64세 이상 성인집단은 2018년 26.9명으로, 2009~2011년에 30명을 넘었던 것에 비해 감소하긴 했으나, 안정적으로 감소하고 있다고 볼 수는 없음
 - 15세 미만 아동청소년의 자살사망도 꾸준히 보고되고 있으며, 2017년 0.7명을 기록함
- 우리나라 자살사망률은 국제적으로 비교했을 때 상당히 높은 수준임
 - OECD 국가의 평균 자살사망률은 인구 십만 명당 11.9명으로, 우리나라의 절반 수준임(통계청, 각 년도)

[그림 2-6] 우리나라 자살사망자수: 2008-2018



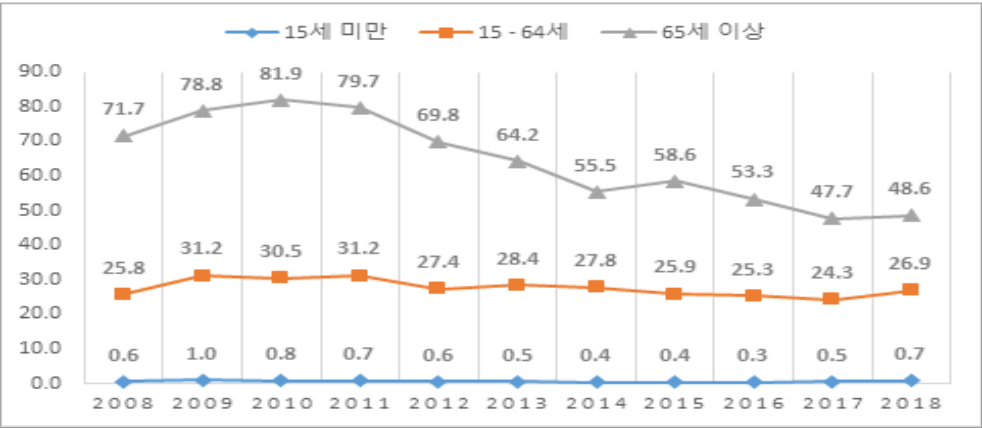
자료: 통계청(각 년도). 사망원인통계 재구성

[그림 2-7] 우리나라 성별 자살사망률: 2008-2018



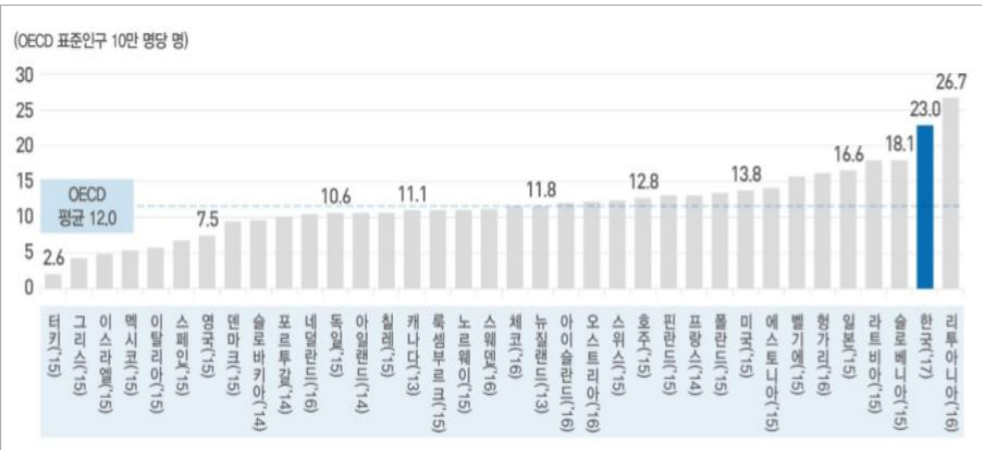
자료: 통계청(각 년도). 사망원인통계 재구성

[그림 2-8] 우리나라 연령별 자살사망률: 2008-2018



자료: 통계청(각 년도), 사망원인통계 재구성

[그림 2-9] OECD 국가 연령표준화 자살률 비교



자료: OECD.STAT, Health Status Data(2018. 9. 추출), 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018)에서 재인용.

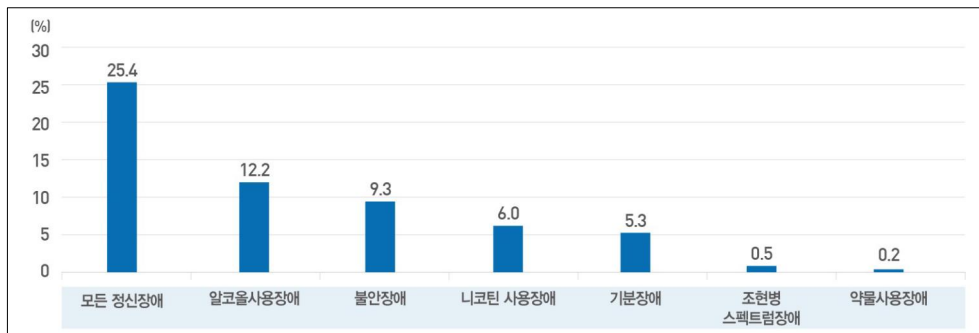
- 주: 1) 우리나라 최근자료는 OECD 표준인구로 계산한 수치임.
2) OECD 평균은 자료 이용이 가능한 36개 국가의 가장 최근자료를 이용하여 계산
3) 국제 비교를 위하여 OECD 기준인구로 연령구조 차이를 제거한 표준화 사망률

□ 정신질환 평생유병률

○ 2016년 정신질환실태 조사에 따르면 정신질환 평생유병률은 25.4%로 국민 4명 중 1명은 평생 동안 한 번 이상 정신질환을 경험하고 있는 것으로 나타났으며, 성별로는 남성 28.8%, 여성 21.9%로 나타남(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

－ 주요 정신질환군별 평생유병률은 알코올 사용장애 12.2%, 불안장애 9.3%, 니코틴 사용장애 6.0%, 기분장애 5.3%(주요우울장애 5.0%), 조현병 스펙트럼장애 0.5%, 약물 사용장애 0.2% 순으로 나타났으며, 성별로는 남성은 알코올 사용장애, 여성은 불안장애가 가장 높게 나타남

[그림 2-10] 정신질환 평생유병률



자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서

제2절 정신건강 예방 및 조기 개입 현황

□ 정신질환에 대한 긍정적 태도

- 2018년 대국민 정신건강 지식 및 태도조사 결과, 정신질환에 대한 긍정적 인식도는 58.0%로, 2017년에 비해 긍정적으로 인식한 비율이 감소함

□ 지역사회 정신건강증진 교육 수혜율

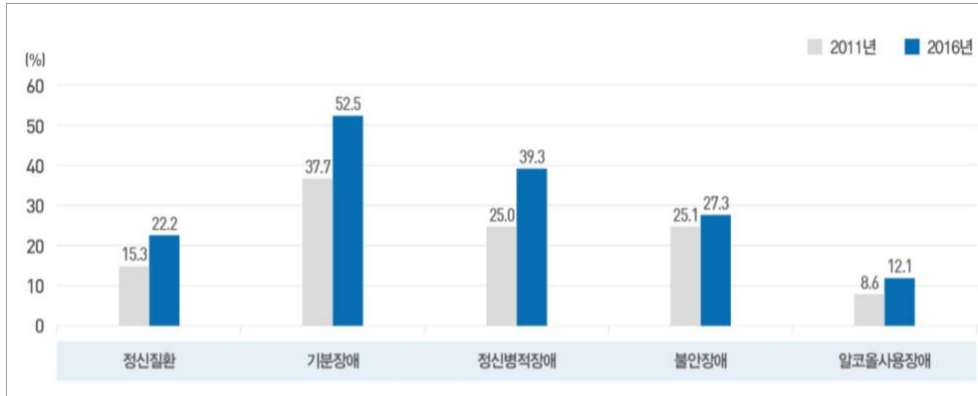
- 2017년 정신건강복지센터 업무 실적자료에 따르면, 지역사회 정신건강 예방 교육훈련을 받은 경우가 주민등록인구 51,778,544명 중 3.4%(1,749,466명)로 나타남
 - 보건소, 정신건강복지센터, 아동·청소년정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터에서 정신건강증진을 위한 정신건강 관련 교육훈련을 참가한 대상자 수를 의미함(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)
 - 지역사회 정신건강 증진의 핵심적인 역할을 담당하고 있는 센터의 기능이 확장되고 있음에도 지역주민을 대상으로 센터에 대한 인지도와 심리적 접근성을 보다 향상시켜야 할 필요가 있음

□ 정신건강서비스 이용률

- 정신질환에 이환된 적이 있는 사람들 중 지금까지 살아오면서 정신건강상의 문제로 전문가와 상의한 적이 있다는 문항에 긍정 응답을 한 경우가 2016년 22.2%로 2011년 15.3%에 비해 증가함(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)
 - 긍정 응답률의 증가는 좋은 변화이기는 하지만, 5년 사이 정신질환에 대한 인식이 개선됨에 따라 긍정적으로 응답하는 경향이 높아졌을 가능성도 포함돼 있음
 - 또한 지속적인, 충분한 의료이용에 대한 평가가 아니라는 점을 고려하면 정신건강서비스 이용률은 상당히 낮은 수준으로, 이는 주요 국가와 비교한 결

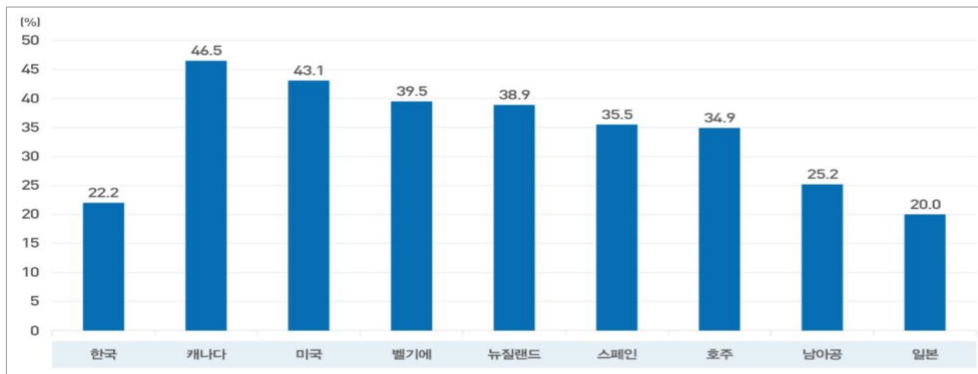
과에서 확인할 수 있음

[그림 2-11] 정신질환군별 정신건강서비스 평생이용률



자료: 보건복지부, (2017). 2016년도 정신질환실태 조사, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018)에서 재인용.

[그림 2-12] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강서비스 이용률 국가별 비교



자료: 보건복지부, (2017). 2016년도 정신질환실태 조사, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018)에서 재인용.

주: 한국: 평생, 그 외 국가: 12개월

□ 정신질환 급여

- 건강보험 또는 의료급여 가입자 중 실제 진료 받은 정신질환자 수는 2014년 270만 명이었으며, 점차 증가하여 2016년부터는 300만 명을 넘어서고 있음 (국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

－ 그러나 현재로서는 이러한 증가 속도가 수요를 적절하게 충족시키고 있는지 평가하기는 어려움

○ 공단부담금(기관부담금)과 본인부담금을 더한 진료비 총액은 2014년 3조 8487억 원이었으며, 3년 후인 2017년에는 약 1조가 증가했음

－ 진료실인원이 증가함에 따라 진료비도 증가하고 있어, 정신질환으로 인한 사회적 부담이 급격히 높아지고 있음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

<표 2-1> 정신질환 급여현황

단위: 명, 일, 천원

구분	진료실인원 ¹²⁾	입내원일수 ¹³⁾	급여일수 ¹⁴⁾	진료비 ¹⁵⁾	급여비 ¹⁶⁾
2014 계	2,741,609	63,965,263	404,192,088	3,848,742,098	3,122,054,033
2015 계	2,857,828	67,069,255	429,546,532	4,130,656,010	3,335,307,204
2016 계	3,039,137	71,005,336	467,315,609	4,511,887,891	3,625,008,329
2017 계	3,185,509	74,146,666	495,101,365	4,834,916,797	3,859,760,676

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018)

주: 수진기준(의료이용은 약국 제외, 급여일수, 진료비와 급여비는 약국포함)이며, 의료급여 포함

제3절 정신건강 치료 및 재활

1. 정신건강 치료

□ 정신질환치료 수진율

○ 정신질환자로 추정되는 환자 수 대비 실제 의료이용을 한 경우는 약 60.3%로 추정됨

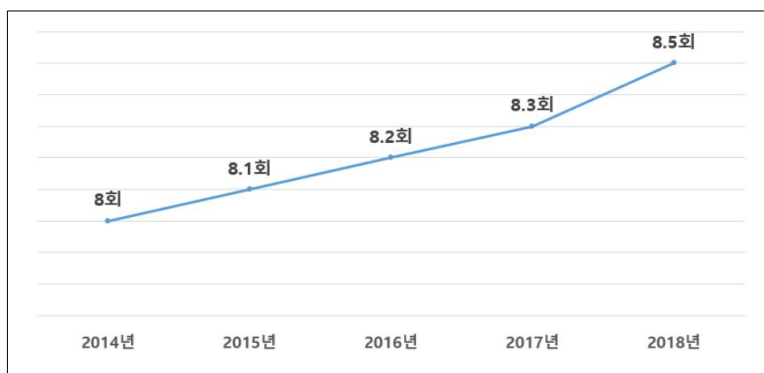
– 2017년 지역별 의료이용통계에서 건강보험 및 의료급여 가입자 중 F코드로 진료 받은 실인원이 3,185,509명으로 집계되고, 2016년도 정신질환실태 조사에서 추정한 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애가 10.2%(51,778,544명)로 추정되어, 이를 적용한 결과임

○ 정신질환치료 수진율은 전년 57.6% 대비 4.7%p 증가하긴 했지만, 지속적인 치료의 개념이 포함되지 않았으므로 여전히 미충족 의료가 클 것으로 예측되는 상황임(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

□ 환자 1인당 외래 방문횟수

○ 2018년 외래를 이용한 정신질환자 1인당 방문횟수는 8.5회로 2014년 이후 매년 지속적으로 증가 추세를 보임(최지숙 외, 2019)

[그림 2-13] 연도별 외래이용 정신질환자 1인당 방문횟수



자료: 최지숙 외(2019), 2018년 정신건강의료이용현황, 건강보험심사평가원

□ 비자의 입원을

○ 해당연도 12월 31일 기준으로 정신의료기관 입원자 중 비자의 입원의 형태로 입원한 대상자의 분율은 지속적으로 감소해 왔으며, 특히 2016년(61.7%)에 비해 2017년(37.9%) 큰 폭으로 낮아짐

– 비자의 입원은 정신건강복지법 제41조 자의입원과 제42조 동의입원의 형태를 제외한 형태로 입원한 경우를 의미하며, 제43조 보호의무자에 의한 입원, 제44조 시·군·구청장에 의한 입원, 제50조 응급입원이 포함됨

○ 2017년 5월 30일 개정된 정신건강복지법의 효과로 추정되고 있는데, 비자의 입원이 감소한 만큼 자의입원이 증가하고 있어 입원의 형태가 바뀌는 양상을 보임(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

□ 정신건강문제 고위험군 치료연계율

○ 정신건강문제 고위험군 치료연계율은 전체 4.0%이며, 문제 유형별로는 우울문제(자살문제 제외) 3.7%, 자살문제(우울문제 제외) 4.6%, 중독문제(인터넷, 물질 등) 4.5%로 나타나 자살문제로 상담받은 대상자의 정신과적 치료 연계율이 가장 높았음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

〈표 2-2〉 정신건강문제 고위험군 치료서비스 연계율(2017년)

구분	소계	정신건강 상담 제공받은 실인원			소계	치료서비스 연계 실인원 (연계율)		
		아동청소년 (19세 이하)	성인 (20~64세)	노인 (65세 이상)		아동청소년 (19세 이하)	성인 (20~64세)	노인 (65세 이상)
우울문제	189,088	25,533	75,443	88,112	6,913 (3.7)	1,459 (5.7)	3,812 (5.1)	1,642 (1.9)
자살문제	66,571	8,480	39,133	18,958	3,091 (4.6)	405 (4.8)	2,070 (5.3)	616 (3.2)
중독문제	52,285	4,992	40,178	7,115	2,339 (4.5)	34 (0.7)	2,006 (5.0)	299 (4.2)
소계	307,944	39,005	154,754	114,185	12,343 (4.0)	1,898 (4.9)	7,883 (5.1)	2,557 (2.2)

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서

주: 1) 자살문제 제외

2) 우울문제 제외

□ 퇴원 후 정신의료기관 외래 방문율

- 2018년 퇴원 후 30일 이내 정신의료기관 외래 방문율은 84.0%, 7일 이내 방문율은 38.9%로 두 지표 모두 2014년에 비해 증가함

□ 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 내 외래방문율

- 2017년 한 해 동안 퇴원한 중증정신질환자 수는 54,695명이며, 1개월 이내 정신과 외래진료를 방문한 환자 수는 33,897명으로 퇴원한 중증정신질환자의 62.0%가 1개월 이내 외래 방문을 하는 것으로 나타났으며, 이는 전년대비 1.3% 감소한 수치임(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

〈표 2-3〉 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문율(2017년)

구분	2017년 퇴원 환자 수	퇴원 후 1개월 내에 정신과 외래를 방문한 환자 수	1개월 이내 외래 방문 비율
전체	54,695	33,897	62.0
정신병원	22,286	11,642	52.2
입원 시설을 갖춘 정신과 의원	3,654	2,067	56.6
병원 정신과 (정신과 입원 시설 있는 곳)	17,590	9,107	51.8
종합병원 정신과 (정신과 입원 시설 있는 곳)	14,259	11,081	77.7

□ 퇴원 후 정신의료기관 재입원율

- 2014년 퇴원 후 7일 이내 정신의료기관 재입원율이 17.2%에서 연평균 3.0% 증가하여, 2018년 퇴원환자의 17.7%가 퇴원 후 7일 이내 정신의료기관에 재입원하였음. 최근 5년간 퇴원 후 30일 이내 정신의료기관 재입원율이 연평균 2.9% 증가하여, 2018년 퇴원환자의 29.8%가 퇴원 후 30일 이내 정신의료기관에 재입원한 것으로 나타남(최지숙 외, 2019)

□ 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 내 동일병원 재입원율

- 건강보험심사평가원 자료에 의하면, 2017년 1월 1일부터 12월 31일까지 중

중증신질환 진단코드(F20.x-F29.x, F30.x, F31.x, F32.1-3, F33.1-3)로 의료기관에서 퇴원한 환자 수는 54,695명이었으며, 이 가운데 퇴원 후 1개월 이내 동일병원에 재입원한 수는 12,993명으로 재입원율은 23.8%로 나타남. 이는 전년 21.6% 대비 2.2%p 상승한 수치임

- 중증정신질환 퇴원환자의 7일 이내 재입원율은 동일병원 13.7%, 타 병원 11.5%로 나타났으며, 1개월 이내 재입원율은 동일병원 23.8%, 타 병원 14.1%로 나타났음. 또한, 3개월 이내 재입원율은 동일병원 31.3%, 타 병원 16.3%로 나타나 퇴원 후 재입원까지의 기간이 길어질수록 동일병원 재입원율이 높아지는 것을 알 수 있음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

〈표 2-4〉 중증정신질환자의 재입원 현황(2017년)

구분		실인원	재입원율
7일 이내	동일병원 재입원	7,489	13.7
	타 병원 재입원	6,299	11.5
30일 이내	동일병원 재입원	12,993	23.8
	타 병원 재입원	7,690	14.1
3개월 이내	동일병원 재입원	17,135	31.3
	타 병원 재입원	8,938	16.3

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서

□ 퇴원 후 정신의료기관 낮병동 방문율

- 퇴원 후 7일 또는 30일 이내 정신의료기관 낮병동 이용률은 낮고, 최근 5년간 큰 변화 없었음. 2018년 퇴원 후 7일 이내 정신의료기관 낮병동 방문율은 0.8%, 퇴원 후 30일 이내 정신의료기관 낮병동 이용률은 1.0%으로 나타남(최지숙 외, 2019)

□ 정신의료기관 연간 평균 재원기간

- 건강보험심사평가원 자료에 나타난 2017년 1월 1일부터 12월 31일 사이 라

F코드로 입원한 환자는 156,645명이며, 평균 입원 횟수가 1.6회, 평균 재원기간은 98.1일로 나타남

- 이 중 알코올 사용장애 진단코드(F10.x)로 입원한 경우(평균 입원 횟수는 1.9회, 평균 재원기간은 71.2일)가 중증정신질환 진단코드 (F20.x-F29.x, F30.x, F31.x, F32.1-3, F33.1-3)로 입원한 경우(1.5회, 124.5일)에 비해 입원횟수는 더 많지만 입원일수는 더 짧았음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

□ 환자 1인당 평균 재원일수

- 환자 1인당 평균 재원일수는 2014년 184.2일, 2018년 208.8일로 2016년 감소하였다가 2017년부터 다시 증가하고 있는 추세임

〈표 2-5〉 연도별 퇴원환자 1인당 평균 재원일수

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	연평균 증감률
퇴원환자 1인당 평균 재원일수 (전년대비 증가율)	184.2	209.7 (13.8)	197.3 (-5.9)	208.1 (5.5)	208.8 (0.3)	(13.3)

자료: 최지숙 외(2019), 2018년 정신건강의료이용현황, 건강보험심사평가원

주: 치매를 제외한 정신질환으로 퇴원한 환자 대상

□ 입원기관별 환자 수

- 최근 5년간 1년 이상 입원을 경험한 퇴원환자 수는 증가하고 있으며, 5년 이상 장기입원하는 퇴원환자 수도 지속 증가하여 2018년 기준 전체 퇴원환자의 1.4%가 5년 초과하여 입원한 경험이 있음(최지숙 외, 2019)

〈표 2-6〉 연도별 입원기관별 퇴원환자 수

연도	퇴원환자 수 전체	입원기간별 퇴원환자 수					
		30일 이내	60일 이내	90일 이내	1년 이내	5년 이내	5년 초과
2014	113 (100)	57 (50.6)	36 (31.9)	23 (20.0)	12 (10.9)	11 (9.6)	1.2 (1.0)
2015	114 (100)	57 (49.8)	36 (31.2)	22 (19.7)	12 (10.6)	12 (10.7)	1.8 (1.6)
2016	112 (100)	57 (51.1)	35 (31.5)	22 (19.6)	12 (11.0)	11 (10.1)	1.3 (1.2)
2017	104 (100)	53 (51.3)	33 (31.5)	19 (18.6)	11 (10.6)	11 (10.9)	1.5 (1.5)
2018	102 (100)	53 (52.4)	33 (32.5)	16 (15.8)	11 (10.5)	12 (11.5)	1.5 (1.4)

자료: 최지숙 외(2019), 2018년 정신건강의료이용현황, 건강보험심사평가원

주: 1) 해당 연도에 치매를 제외한 정신질환으로 퇴원한 실환자 수 대상

2) 연간 퇴원이 2회 이상인 경우 입원기간별 퇴원환자 수가 중복 존재할 수 있음

□ 낮병동 이용기간별 환자 수

- 2018년 낮병동 이용환자의 1인당 평균 방문일수는 100.6일로, 2014년 82.2일에서 18.4일 증가하였음

□ 입원 에피소드 건당 평균 재원일수

- 2014년 퇴원 에피소드 건당 평균 재원일수는 116.8일이고, 연평균 12.6%가 증가하여 2018년에는 131.5일로 나타남. 퇴원 에피소드 건의 재원일수 중앙값은 34일이고, 매년 지속 감소하여 2018년 32.0일임(최지숙 외, 2019)

2. 정신건강 재활

□ 지역사회 재활서비스 이용률

- ‘2016년 정신질환실태 조사’의 추정 중증정신질환자 수(173,192명) 대비 정신재활시설과 지역사회 재활기관에 등록되어 재활 서비스를 제공받은 대상자

의 비율(7,884명)은 4.6%로 나타남(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

- 재활서비스 이용률이 전체 수요자 대비 상당히 낮은 수준일 뿐 아니라, 재활서비스 이용 후 실질적으로 자립이 가능하거나 자립 상태가 유지되는 정도까지 목표로 한다면 향후 재활서비스의 양적, 질적 확대가 시급히 요구되는 상황임

□ 지역사회 등록 정신질환자 취업률

- 2017년 12월 31일 기준 정신재활시설 및 지역사회 재활기관 등록 정신질환자 가운데 수입을 목적으로 1시간 이상 취업한 대상자의 비율은 16.2%임(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)
- 지역사회 재활서비스 이용률이 극히 낮은 상황에서, 취업의 범위를 넓게 포괄 하더라도 재활서비스를 통해 경제활동까지 이어진 경우가 많지 않다는 점에 서, 정신질환자들은 정신적인 문제와 더불어 경제적 어려움에 함께 노출되어 있음을 알 수 있음

□ 지역사회 등록 정신질환자 불안정 거주율

- 지역사회 재활기관 및 정신재활시설을 이용하는 등록 정신질환자 90,849명 중 불안정 거주상태의 비율이 12.3%로 전년도에 비해 2.1% 증가함(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)
- 보호가 필요한 대상으로 발굴된 이들이 안정적인 환경에서 적절하게 관리 받지 못하고 있어 재활의 가능성이 낮고, 이러한 상황은 지난 해에 비해 악화된 것으로 보고되어 거주 공간의 확보가 시급함

제4절 정신건강 인프라

1. 예산

□ 보건복지부의 정신건강사업 관련 예산은 2018년 1490억원으로 일반회계가 58.8%, 국민건강증진기금이 41.2%로 구성됨

○ 일반회계는 정신보건시설 확충과 운영에 활용되고 있으며, 국민건강증진기금으로는 인식개선, 정신건강증진, 자살예방사업 등이 추진되고 있음(한국조세재정연구원, 2018)

〈표 2-7〉 보건복지부 정신건강사업 관련 예산 현황

(단위: 백만원)

구분	단위사업	세부사업	2016	2017	2018
정신질환 관련 예산 총계			130,610	131,381	149,021
일반회계	소계		84,264	82,226	87,619
	정신보건시설 기능보강	정신보건시설확충	4,275	3,848	3,484
		정신요양 시설보강	3,668	3,270	2,906
		사회복귀 시설보강	639	578	578
		정신건강기술개발(R&D)	6,583	5,264	5,267
		정신요양시설 운영지원	73,406	73,114	78,868
		정신요양시설 운영지원	73,406	73,114	78,458
		공공후견인 활동비지원	—	—	410
국민건강증진기금	소계		46,346	49,155	61,402
	정신질환 인식개선	정신질환 인식개선 및 정신의료 기관평가	1,632	982	982
		정신질환 인식개선	100	100	100
		정신보건 시설인권교육	150	150	150
		정신의료 기관평가	732	732	732
		정신건강 인식개선홍보	—	—	—
		정신질환 자살태조사	650	—	—
	정신건강 증진사업	자살예방및지역정신보건사업	44,714	48,173	60,420
		지역정신보건사업	38,337	40,410	46,217
		광역정신건강증진센터지원	5,377	5,544	5,746
		기초정신건강증진센터지원	14,844	16,653	25,660

구분	단위사업	세부사업	2016	2017	2018
		아동청소년정신보건소운영	3,250	3,250	3,250
		정신건강증진사업	1,500	1,500	1,500
		지역자살예방사업	2,600	2,600	2,600
		사회복지공무원정신건강증진	512	512	512
		통합정신건강증진사업	4,649	4,649	4,649
		중독관리통합지원센터	3,305	3,402	—
		노숙자등중독자사례관리	300	300	300
		안산정신건강트라우마센터지원	2,000	2,000	2,000
		자살예방사업	5,926	7,331	13,769
		생명존중문화조성	1,280	1,280	1,280
		중앙자살예방센터운영	386	399	409
		자살예방교육 및 인력양성	300	300	300
		자살유해정보 모니터링 및 차단	100	100	100
		민관협력 자살예방사업	700	700	700
		심리부검체계 구축	960	960	960
		지역사회기반 자살예방사업	—	100	100
		자살예방연구	200	200	200
		자살고위험군 집중관리사업(구,응급실기반자살 시도자관리)	2,000	3,292	4,700
		자살실태조사			200
		게이트키퍼 50만명양성			1,205
		3년간자살사망자전수(5.4만명)통 계조사			2,880
		자살예방상담장비 등 확충			650
		전남화순군 기초정신건강증진센터 운영비			85
		중앙정신보건사업지원단운영	220	220	220
		정신건강정책연구개발	200	200	200
		운영비	31	12	14

자료: 보건복지부, 「보건복지부 예산 및 기금운용계획」, 연도별, 한국조세재정연구원, 2018 재인용
주: 본예산 기준

2. 인력

□ 정신건강 인력

- 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에 종사하는 인력은 21,814명으로, 이는 인구 10만 명당 42.1명임
- 전체 인력 중 상근 정신건강전문인력은 38.3%(8,365명)를 차지하며, 이는 인구 10만 명당 16.2명 수준임
- 전체 인력을 직역별로 살펴보면, 기타가 5,306명(24.3%)으로 가장 많은 비중을 차지하고 있었으며, 간호사(5,087명, 23.3%), 정신과전문의(3,123명, 14.3%), 정신건강사회복지사(2,439명, 11.2%)의 순으로 많았음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

〈표 2-8〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 유형별 인력 현황(2017년)

구 분	정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관							
	계	정신의료기관	정신재활시설	정신요양시설	기초정신건강복지센터	광역정신건강복지센터	중독관리통합지원센터	자살예방센터
전체 근무인력 수	21,814	16,823	1,248	1,186	2,007	263	218	69
정신건강전문인력 수	8,365	5,840	679	179	1,265	217	142	43
전문인력 비율	38.3	34.7	54.4	15.1	63.0	82.5	65.1	62.3

자료: 2018 정신의료기관 현황, 2018 국가 정신건강현황 조사, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018 재인용

〈표 2-9〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관의 직역별 인력 현황(2017년)

구 분	상근인력의 직역별 현황									
	계	정신과전문의	정신과전공의	정신건강간호사	정신건강사회복지사	정신건강임상심리사	간호사	사회복지사	임상심리사	기타
정신건강증진시설	19,257	3,123	587	1,655	1,358	562	4,840	1,694	174	5,264
지역사회재활기관	2,557	-	-	476	1,081	110	247	571	30	42
상근인력	21,814	3,123	587	2,131	2,439	672	5,087	2,265	204	5,306

자료: 2018 정신의료기관 현황, 2018 국가 정신건강현황 조사, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018 재인용

- 정신보건분야 종사자를 OECD 국가들의 평균과 비교하면, 우리나라가 상대적으로 의사, 간호사, 심리학자의 수가 매우 적은 것으로 나타남(한국조세재정연구원, 2018)

<표 2-10> 정신보건분야 종사자 국제비교

(단위: 인구 십만 명당)

구분	의사수		간호사수		사회복지사		심리학자	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
Korea	5.1		21.6		6.0		1.1	
OECD average	12.6	12.1	48.2	40.6	5.3	14.1	18.4	19.2

출처 : WHO GHO data, 한국조세재정연구원, 2018 재인용

□ 사례관리자

- 지역사회 사례관리를 담당하는 기초정신건강복지센터, 아동청소년정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터에서 근무하는 상근 사례관리자는 2,005명으로, 사례관리자 1인당 등록 정신질환자수는 43.2명임
 - － 지역별로 보면 전북(24.8명), 부산(28.0명), 울산(28.1명)이 상대적으로 여건이 좋은 편이며, 충남은 110.6명으로 두드러지게 취약했음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)
- 사례관리자가 등록된 환자를 개별 방문해 지속적으로 약물 치료를 독려하는 등의 사례관리를 담당하기에 어려움이 있을 것으로 보이며, 현실적으로 사례관리자는 사례관리 외의 업무도 수행하고 있음

〈표 2-11〉 시도별 사례관리자 현황

시도	등록 정신질환자 수	사례관리자	사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수
서울	14,592	292	50.0
부산	3,441	123	28.0
대구	2,636	62	42.5
인천	4,663	92	50.7
광주	3,506	110	31.9
대전	1,266	40	31.7
울산	1,154	41	28.1
세종	278	8	34.8
경기	21,395	555	38.5
강원	4,969	126	39.4
충북	3,388	83	40.8
충남	9,399	85	110.6
전북	2,158	87	24.8
전남	3,418	83	41.2
경북	2,970	87	34.1
경남	5,875	106	55.4
제주	1,412	25	56.5
전국	86,520	2,005	43.2

자료: 2018 국가 정신건강현황 조사, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018 재
인용

3. 시설

□ 정신의료기관 수

- 지난 5년 간 정신의료기관 수를 살펴보면 외래 의료기관 수가 연 평균 21.7%로 크게 증가하였고 입원 및 낮병동 정신의료기관 수는 감소하였음

〈표 2-12〉 연도별 정신의료기관 수

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	연평균 증감율
입원	581	587	591	568	572	(-1.5)
낮병동	122	138	132	131	121	(-0.8)
외래	1,383	1,450	1,543	1,526	1,683	(21.7)
전체	1,385	1,452	1,544	1,527	1,685	(21.7)

자료: 최지숙 외(2019), 2018년 정신건강의료이용현황, 건강보험심사평가원

□ 정신병상수

- 2017년 우리나라 정신병상수는 95,019개(정신의료기관 81,734병상, 정신요양시설 13,285병상)로, 정신요양시설 포함할 경우 인구 10만 명당 183.5명, 포함하지 않을 경우 157.9명으로 2013~2017년 사이 감소추이를 보이고 있음
- OECD 국가들의 평균은 2000년 인구 1000명당 0.76개로 우리나라 0.65개 보다 많았으나, OECD국가는 지속적으로 감소한 반면 우리나라는 점차 증가해 2006년부터 OECD 평균을 넘어서서 2016년에는 1.25개로 보고되었음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)

〈표 2-13〉 시도별 정신병상 현황

(단위: 개소, 병상(정원, %))

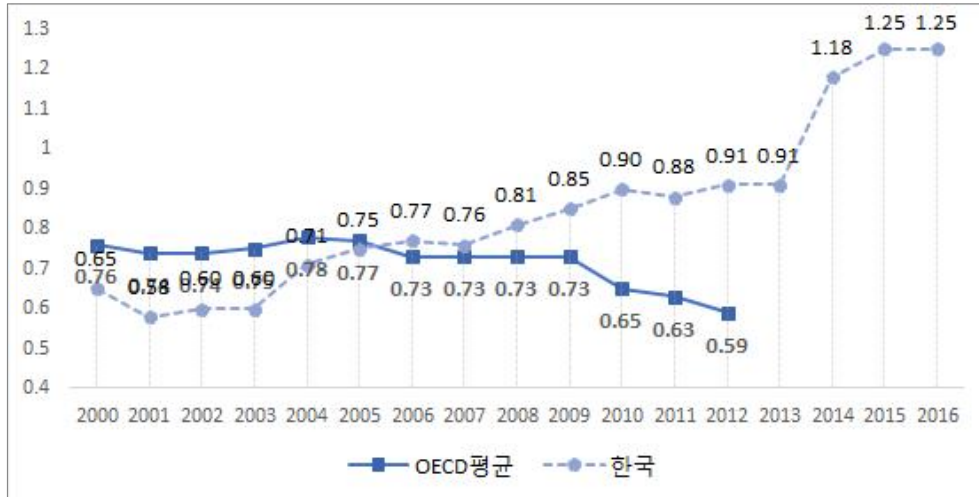
구분	정신보건 기관수 ¹⁾	정신병상 (정원) 수 ²⁾	정신 병상 (정원)의 상대적 비율	인구 10만 명당 정신병상(정원) 수 (정신요양시설 포함)					인구 10만 명당 정신병상 수 (정신요양시설 제외)				
				2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
전국	2,254	95,019	1.00	189.6	190.0	189.3	187.5	183.5	162.3	163.1	162.4	161.3	157.9
서울	527	6,051	0.33	60.8	66.6	63.9	61.1	61.4	53.3	56.3	53.5	53.8	54.0
부산	168	6,838	1.07	192.3	197.1	199.9	203.7	197.0	170.1	174.9	177.7	181.4	174.6
대구	118	5,950	1.31	196.7	258.3	239.7	243.5	240.4	170.0	195.4	212.9	216.7	213.4
인천	103	4,341	0.80	157.4	143.8	143.5	149.1	147.2	146.2	132.7	132.5	138.1	136.3
광주	83	3,204	1.19	247.3	234.4	228.7	222.3	218.9	202.8	190.1	184.2	177.7	174.1
대전	116	2,626	0.95	197.1	164.4	188.1	195.1	174.8	133.6	106.0	129.2	136.1	115.3
울산	38	1,552	0.73	158.0	155.8	115.6	135.5	133.2	145.0	142.9	102.9	122.7	120.3
세종	10	275	0.54	343.8	188.3	151.7	131.7	98.2	98.2	76.9	56.9	49.4	42.8
경기	424	18,475	0.78	155.2	150.3	150.2	146.1	143.5	139.9	135.4	135.5	131.6	129.2
강원	69	2,716	0.95	179.1	175.3	178.1	174.3	175.2	179.1	175.3	178.1	174.3	175.2
충북	81	4,852	1.66	308.1	301.3	305.7	309.2	304.3	247.2	240.7	245.3	249.1	244.3
충남	108	7,304	1.88	357.2	341.6	348.6	342.7	345.1	267.7	262.9	270.4	265.3	268.3
전북	97	3,603	1.06	206.1	204.6	210.4	201.0	194.3	159.6	158.0	163.8	154.3	147.3
전남	80	5,801	1.67	319.2	319.8	321.6	313.9	305.9	252.2	252.7	254.7	246.8	248.5
경북	99	9,353	1.89	358.0	381.3	379.5	368.4	347.5	321.6	332.1	330.3	319.1	298.0
경남	115	11,358	1.83	344.0	359.8	336.2	335.5	336.0	304.7	331.0	307.6	307.0	307.5
제주	18	720	0.60	111.3	112.8	116.9	121.1	109.6	69.2	71.6	76.9	82.1	71.5

주: 정신보건기관은 정신건강증진시설(정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설)과 지역사회 재활기관(정신건강 복지센터, 중독관리통합지원센터)을 포함함.

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018

[그림 2-14] 정신병상수 국제비교

(단위: 인구 1000명당 정신병상수)



자료: OECD.Stat(<https://stats.oecd.org/>) 2018 11월 5일 업데이트된 데이터 사용, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018 재인용 재구성

□ 재활기관

- 2017년 기준 정신건강복지센터가 광역 단위 16개, 기초단위 227개 설치돼 있으며, 중독관리 통합지원센터는 전국에 50개가 있음(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018)
- 지역단위에 정신건강복지센터가 상당히 확대되어 왔으나, 요구가 있는 대상자를 포괄할 수 있도록 향후 제공서비스의 유형과 질을 제고하는 것이 당면 과제이며, 중독관리 통합지원센터는 여전히 거리적 접근성이 낮은 상황임

〈표 2-14〉 지역사회 재활기관 현황

(단위: 개소, %)

구분	전체	정신건강복지센터			중독관리 통합지원센터	인구 10만 명당 기관 수
		광역	기초	기본		
2001년	55 (100.0)	-	46 (83.6)	-	9 (16.4)	
2002년	64 (100.0)	-	50 (78.1)	-	14 (21.9)	-
2003년	66 (100.0)	-	50 (75.8)	-	16 (24.2)	-
2004년	69 (100.0)	-	52 (75.4)	-	17 (24.6)	-
2005년	83 (100.0)	1 (1.2)	62 (74.7)	-	20 (24.1)	-
2006년	99 (100.0)	-	73 (73.7)	-	26 (26.3)	-
2007년	127 (100.0)	-	97 (76.4)	-	30 (23.6)	-
2008년	190 (100.0)	3 (1.6)	153 (80.5)	-	34 (17.9)	-
2009년	190 (100.0)	-	155 (81.6)	-	35 (18.4)	-
2010년	203 (100.0)	5 (2.5)	157 (77.3)	-	41 (20.2)	-
2011년	209 (100.0)	6 (2.9)	160 (76.6)	-	43 (20.6)	-
2012년	229 (100.0)	9 (3.9)	173 (75.5)	-	47 (20.5)	-
2013년	298 ¹⁾ (100.0)	11 (3.7)	189 (63.4)	48 (16.1)	50 (16.8)	-
2014년	300 (100.0)	12 (4.0)	200 (66.7)	38 (12.7)	50 (16.7)	-
2015년	303 (100.0)	15 (5.0)	209 (69.0)	29 (9.6)	50 (16.5)	-
2016년	304 (100.0)	16 (5.3)	210 (69.1)	28 (9.2)	50 (16.4)	-
2017년	308 (100.0)	16 (5.2)	227 (73.7)	15 (4.9)	50 (16.2)	0.6
서울	30 (9.7)	1	25		4	0.3
부산	21 (6.8)	1	16		4	0.6
대구	11 (3.6)	1	8		2	0.4
인천	17 (5.5)	1	10	1	5	0.6
광주	11 (3.6)	1	5		5	0.8
대전	9 (2.9)	1	5		3	0.6
울산	8 (2.6)	1	5		2	0.7
세종	1 (0.3)	-	1		-	0.4
경기	44 (14.3)	1	36		7	0.3
강원	22 (7.1)	1	18		3	1.4
충북	16 (5.2)	1	14		1	1.0
충남	19 (6.2)	1	16		2	0.9
전북	17 (5.5)	1	11	3	2	0.9
전남	25 (8.1)	1	20	2	2	1.3
경북	27 (8.8)	1	15	9	2	1.0
경남	25 (8.1)	1	20		4	0.7
제주	5 (1.6)	1	2		2	0.8

주: 2013년부터 전체 계에 기본형정신건강증진사업 수행기관(보건소)을 포함하여 산출함.
 자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018

제5절 정신건강 정책의 주요 경과

1. 정신건강종합대책 수립

□ 「정신보건법」 제4조의 3, 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제7조에 근거해 2016년 관계부처 합동으로 수립됨

□ 국민의 정신건강증진을 비롯해 중증 정신질환자, 중독, 자살에 대해 포괄적으로 관리하기 위한 목표를 기반으로 12개 전략, 32개 정책과제를 제시함(관계부처 합동, 2016)

〈표 2-15〉 정신건강종합대책의 목표, 전략, 정책과제

정책목표	전략 [12]	정책과제 [32]
Ⅰ. 국민 정신건강 증진	1. 인식개선을 통한 정신건강 서비스 이용 제고	1-1. 정신건강증진 서비스 접근성 제고 1-2. 정신건강에 대한 국민 관심 제고 1-3. 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선
	2. 정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화	2-1. 우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화 2-2. 스트레스 고위험군 집중관리 지원 2-3. 재난 피해자 등 위기심리지원 강화
	3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축	3-1. 영유아 정신건강 지원 3-2. 아동·청소년 정신건강 지원 3-3. 청년·여성 정신건강 지원 3-4. 노인 정신건강 지원
Ⅱ. 중증정신질환자 지역사회 통합	1. 조기 집중 치료로 안정화 방지	1-1. 건강보험 및 의료급여 추가체계 개선 1-2. 초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발
	2. 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상	2-1. 지역사회 지원체계 구축 2-2. 사회복귀시설 확충 및 내실화 2-3. 정신의료기관 및 정신요양시설 기능 재정립 및 역할 강화
	3. 정신질환자 인권강화	3-1. 정신의료기관 입·퇴원 제도개선 3-2. 정신질환자의 자기결정권 강화 3-3. 정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화
Ⅲ. 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성	1-1. 중독 피해에 대한 사회적 인식 개선 1-2. 중독 위험환경 개선
	2. 중독문제 조기선별·개입체계 구축	2-1. 대상별 중독 선별체계 강화 2-2. 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공
	3. 중독자 치료회복 지원 강화	3-1. 치료서비스 접근성 강화 3-2. 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련
Ⅳ. 자살위험 없는 안전한 사회구현	1. 전사회적 자살예방 환경 조성	1-1. 사회적 인식 개선 1-2. 자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련 1-3. 자살 위험환경 개선
	2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공	2-1. 생애주기별 자살예방 대책 추진 2-2. 자살 고위험군 예방체계 강화 2-3. 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련
	3. 자살예방정책 추진기반 강화	3-1. 자살예방 관련 교육 강화 3-2. 근거기반 자살예방 연구체계 마련

자료: 관계부처 합동, 2016

2. 정신건강복지법 시행

□ 1995년 「정신보건법」이 제정되었음

○ 1990년대 이전 정신보건법이 없던 시절에 정신질환을 이유로 기도원, 요양시설 등에 방치되거나 치료받지 못하는 경우가 많았음.

○ 이에 따라 미인가 정신의료기관, 시설 등을 제도화하고, 입퇴원 절차를 규정하는 것을 주요골자로 하는 정신보건법이 제정됨(보건복지부, 2017).

□ 「정신보건법」은 20여년 만인 2017년 5월 「정신건강복지법」으로 전면 개정됨

○ 「정신보건법」은 보호자와 전문의 1인의 동의만으로 본인 의사와 무관한 非자의입원을 허용하였으며, 이것은 재산 다툼·가족 간의 갈등으로 정상인이나 경증환자를 강제입원 시키는 수단으로 남용되어 왔음

○ 2016년 9월 정신보건법 제24조 '보호의무자에 의한 입원'(강제입원)이 재판관 9인 전원 일치로 헌법불합치로 결정됨

○ 그 결과로 「정신보건법」은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스지원에 관한 법률(정신건강복지법)」로 개정됨(보건복지부, 2017)

□ 「정신건강복지법」의 입·퇴원제도 주요 변경 사항

○ 자의입원(제41조)



○ 보호의무자에 의한 입원(제43조)

	현행	개정
보호의무자 범위	■ 사군구청장이 보호의무자가 되는 경우 포함	✓ 사군구청장이 보호의무자가 되는 규정 삭제
보호의무자 순위	■ 부양의무자 → 후견인	✓ 후견인 → 부양의무자
입원 요건	■ 입원이 필요한 정신질환 OR 자타해 위험	✓ 입원이 필요한 정신질환 AND 자타해 위험
입원 절차	■ 보호의무자 2인 동의 + 전문의 1인 진단	✓ 보호의무자 2인 신청 (※ 동의권제한) + 전문의 1인의 진단(1차) + 출장진단의 1인의 진단(2차)
입원적합성 심사	■ 없음	✓ 3일 이내 입원사실 신고 → 최초 입원일부터 1개월 내 입원적합여부 판단
입원연장 심사	■ 전문의 1인 진단 + 보호의무자 2인 동의 ⇒ 6개월마다 심사	✓ 소속이 다른 전문의 2인 일치된 소견 + 보호의무자 2인 동의 ⇒ 1차 연장 3개월, 1차 연장 이후 매 6개월마다 심사

○ 행정입원(제44조)

	현행	개정
입원 요청	■ 규정 없음	✓ 경찰관이 정신건강전문요원 또는 전문의에게 행정입원 요청 가능
입원 연장 심사	■ 3개월 이내 ⇒ 이후 연장 불가	✓ 최초 입원시 3개월 ⇒ 이후 6개월 마다

자료: 보건복지부, 2017

3. 자살예방 국가 행동계획 수립

- 현 정부가 역대정부 최초로 자살예방 및 생명존중 문화 확산을 국정과제에 포함하면서, 방향성을 제시하는 기본계획이 아닌 action plan으로 성과가 입증된 과제 중심으로 대책을 수립함

- 2018년 관계부처 합동으로 수립된 계획은 자살률 감소 목표를 설정함
 - 2022년까지 자살률 20명 이내, 연간 자살자 수 1만 명 이내 달성을 목표로 함
 - '16년 자살률 25.6명 /자살자 13,092명 → '22년 17.0명 /8,727명
 - 2022년 말까지 5년간 누적 자살자수 총 1.5만명 감소를 목표로 함
- 5가지 추진 과제와 세부 전략을 제시함
 - 과학적 근거에 기반한 전략적 접근
 - 5년간('12~'16년) 발생한 자살사망자 7만명 전수조사 (경찰 수사기록활용)
 - 「국가 자살동향 감시체계(National Surveillance System on Suicide Trend)」 구축
 - 자살고위험군 발굴을 위한 쏘사회적 네트워크 구축
 - 지역사회 풀뿌리조직 중심 자살예방 게이트키퍼 100만명 양성
 - 사회보장서비스 제공기관(각종 센터) 간 연계 강화
 - 우울증 검진 및 스크리닝 강화
 - 적극적 개입을 통한 자살위험 제거
 - 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축
 - 지역사회 정신건강 서비스 접근성 강화
 - 자살을 촉발하는 위험요인 제거
 - 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방
 - 자살시도자 사후관리 강화
 - 유명인 자살사건 대응체계 구축
 - 대상별 자살예방 추진
 - 노동자 및 실직자 자살예방
 - 자살위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화

－ 연령별 자살예방 대책 수립(관계부처 합동, 2018a)

4. 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안 발표

□ 정신건강복지법 시행 이후에도 정신건강 인프라 및 사회적 인식 부족으로 퇴원환자에 대한 지원과 관리가 적절하게 이루어지지 않았으며, 정신질환자 관련 범죄가 빈번하게 발생됨에 따라 국가의 책임이 강조되었음

□ 보건복지부는 2019년 ‘중증정신질환 보호·재활을 통해 상생하는 포용사회 구현’이라는 목적으로 우선 조치 방안을 발표함(보건복지부, 2019a)

[그림 2-15] 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안의 전략 및 추진 과제

5대 전략	주요 추진 과제
「정신건강서비스 개선」	<ul style="list-style-type: none"> ▷ 정신건강복지센터 인력 확충, 미설치 지역 설치 ▷ 집중사례관리 도입 ▷ 통합정신건강사업 단계적 전국 확대
「정신응급환자 적시개입·지속관리」	<ul style="list-style-type: none"> ▷ 정신응급 대응체계 개선 : 응급개입팀, 현장대응 강화 ▷ 정신응급의료기관 지정 ▷ 국가지원 확대 : 응급·행정입원, 외래치료 치료비 지원
「발병 초기 환자 집중치료지원」	<ul style="list-style-type: none"> ▷ 조기발견 : 기관간 연계 의뢰 협력체계 구축 ▷ 조기중재지원 사업 : 발병 초기 환자 등록, 치료지원 ▷ 병원기반 사례관리 시범사업
「만성환자 탈원화·치료재활」	<ul style="list-style-type: none"> ▷ 당사자·가족의 자기주도 치료지원 ▷ 정신재활 서비스 강화 ▷ 낮병원 활성화
「민관협력으로 사각지대 해소」	<ul style="list-style-type: none"> ▷ 시도, 시군구 정신응급대응 협의체 설치·운영 ▷ 보건-복지-경찰 예방협력 : 민원평가, 통합사례관리 ▷ 민간 전문가 참여 협력사업 : 조기발견·진료연계

자료: 보건복지부, 2019a

5. 통합정신건강증진사업 실행계획 수립

- 보건복지부는 ‘중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안’에서 통합 정신건강사업을 단계적으로 전국 확대하기로 계획하였음
 - 광역 지자체에 포괄적 예산을 지원하여 지역 친화적 특성화 사업을 자율적으로 추진하도록 하는 것임(보건복지부, 2019a)
 - 통합정신건강사업은 2012년부터 광주광역시에서 시범적으로 운영되어 왔음.
 - 시범 사업을 통해 지역사회 맞춤형 정신보건 서비스가 수행되고, 정신보건 자원이 효율적으로 활용·연계되는 성과를 보였음
 - 자살사망자 감소, 타시도 대비 높은 현장출동 건수(보건복지부, 2019b)
- 통합정신건강증진사업 실행계획에서는 중앙, 광역지자체, 기초 지자체의 추진 방향을 제시함
 - 중앙에서는 통합사업을 우선 도입할 지자체를 선정하고, 지자체를 위한 세부 프로그램을 발굴하고 지침을 제공함
 - 광역 지자체는 정신응급대응체계 구축에 더불어 통합사업 운영비를 배분하고, 추가 인력을 배치하는 등 시도의 역할과 기능을 강화함
 - 기초 지자체는 교부받은 사업비 집행과 인력 배치 등에 최대한 자율성을 갖고 운영함(보건복지부, 2019b)

6. 국가 커뮤니티케어 사업 내 정신건강 정책 동향

- 2018년 관계부처 통합으로 「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 기본계획」이 발표됨
 - 정부는 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 20대 국정전략으로 두고, 그간 소득보장, 건강 및 의료보장을 중점으로 추진해 왔으며, 앞으로 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)을 추진하여 포용적 복지를 완성하기 위한 목표를 세움(관

계부처 합동, 2019b)

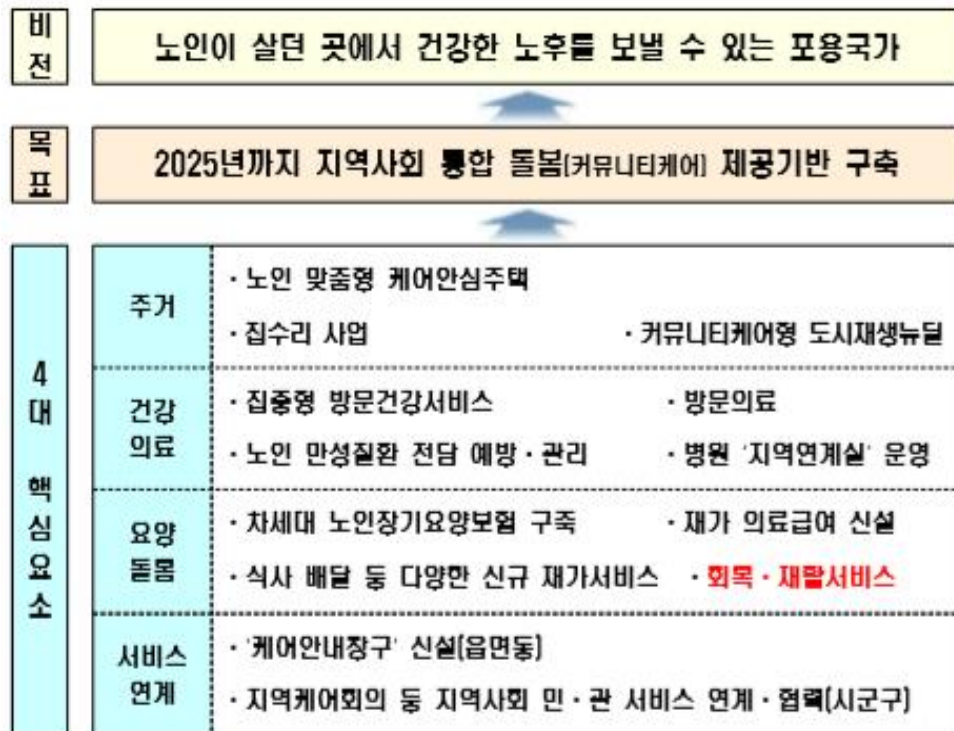
- 커뮤니티케어 선도사업을 위해 2018년 보건복지부 예산이 81억 원이 책정된 바 있으며, 2019년에 64억 원이 책정됨
 - 이 예산은 8개 시군구를 대상으로 지역사회통합돌봄 모델 마련을 위한 시범사업 추진에 활용됨(보건복지부, 2019c)

- 커뮤니티케어는 주민들이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스정책을 의미함(관계부처 합동, 2019b)

□ 커뮤니티케어 1단계는 노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 포용국가를 구현하는 것임

- 2018~2022년은 선도사업 실시 및 핵심 인프라 확충 단계, 2025년까지는 지역사회 통합 돌봄 제공기반 구축 단계, 2026년부터는 지역사회 통합 돌봄 보편화 단계로 로드맵을 구성함
- 이번 발표한 커뮤니티케어 대상은 노인이지만, 향후 장애인, 아동, 정신질환자 등으로 케어 필요대상자를 구체화하고 단계적으로 확대할 계획을 가지고 있음(관계부처 합동, 2019b)

[그림 2-16] 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 기본계획의 비전과 목표



자료: 관계부처 합동, 2019b

- 현재 8개 지자체에서 커뮤니티케어 선도사업이 운영되고 있으며, 5개 지역이 노인, 2개 지역이 장애인을 대상으로 하고 있으며, 1개 지역(경기도 화성시)에서 정신질환자를 대상으로 수행하고 있음
- 경기도 화성시는 2019년도에 자체시비 2.9억 원을 포함해 총 9.7억 원의 예산을 정신질환자 대상 커뮤니티케어 사업에 투입함
- 투입인력은 선도사업 총괄팀 4명, 융합 서비스팀 9명, 화성시 정신건강복지센터 전문인력 10명, 읍면동 케어안내창구 전담인력 26명을 계획하고 있음(관계부처 합동, 2019b)

[그림 2-17] 경기도 화성시의 정신질환자 대상 지역사회 커뮤니케어 선도사업

비전	정신장애인과 함께 사는 화성 지역사회 통합 돌봄의 하모니, 화성		
목표	장기입원 정신질환자의 지역사회 복귀를 위한 기반조성	방치된 정신질환자를 위해 찾아가는 서비스 구현	정신질환자의 지역 정착을 위한 정책대안 마련
세부 과제	<ul style="list-style-type: none"> ○보건과 복지의 통합 돌봄을 위한 융합서비스팀 운영으로 장기입원 정신질환자 발견체계 구축 ○지역케어회의, 지역사회복귀협의체 확대 운영 ○정신건강 및 정신재활 인프라 신설·확대로 지역 격차 해소 ○ 정신종합시설 <u>사람</u> <u>발의</u> 기능 개편으로 정신장애인 이용시설 환경개선 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정신질환 사례관리자 인력확충을 통한 집중 사례관리 제공 ○ 26개읍면동 케어안내창구를 통한 정신질환자 발굴체계 구축 ○ 정신장애인 가족을 위한 가족지원, 자조모임을 통한 가족 부담 경감 ○ 취약계층 정신질환자 발굴을 위한 <u>행복뽕뽕</u> <u>마음건강버스</u> 운영 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정신장애인 자립 체험 홈, 이용시설확대 등 정책 지속을 위한 조례 제정 ○ 시민 친화 참여형 정신 건강 이벤트 존 <u>"T.Tzone"</u> 운영

자료: 관계부처 합동, 2019b

제 3 장

해외의 국가 정신건강계획 고찰

제1절 개요

제2절 호주

제3절 영국

제4절 미국

제5절 소결

3

해외의 국가 정신건강 계획 고찰 <

<

제1절 개요

정신질환으로부터의 회복과 삶을 지원하고자 하는 국가적 책임과 역할은 다양한 방식으로 이루어져 왔음. 우리나라도 치료와 서비스의 개선뿐만 아니라 정신장애인의 권리를 존중하며 지역사회의 삶을 통합적으로 지원하기 위한 국가정책의 변화를 지향하고 있음. 그럼에도 불구하고 보다 포용적 관점에서 체계적이며 조직적으로 정신장애인의 치료와 사회복귀를 지원하며, 서비스의 효과적인 연계나 조정, 재정지원방식의 효율화가 이루어지지 못하고 있음(홍선미외, 1996). 이 장에서는 타 국가들의 국가정신건강계획에 드러난 국가주도의 정신건강개혁을 이끌어내기 위한 목표와 전략, 과정과 성과 등을 살펴봄으로써, 우리나라 국가정신건강계획 수립을 위한 방향을 설정하고 정책적 함의를 얻고자 함

국가정신건강계획의 방향과 틀을 살펴볼 해외 사례에는 호주와 영국, 미국이 포함되어 있음. 호주는 당사자 중심의 참여적인 정신건강정책을 통해 정신장애인의 기본적인 욕구에 충실히 대응하며 공공의 책임성과 민간의 다양성을 혼합하고 있다는 점이 주목됨. 영국은 국가보건의체계(National Health System)와 사회서비스(social services)간 연계와 조정을 통해 정신건강치료 및 서비스의 접근성과 효율성을 높이며 지역사회 중심의 정신건강지원체계를 통합적으로 운영하고 있다는 점을 주요하게 살펴보고자 함. 미국은 정신장애인의 사회복귀와 정착을 돕는 지방정부 중심의 정신건강정책과 지역사회보호체계를 만들어온 점에서 함의를 찾을 수 있음. 보다 구체적인 국가별 추진 사항을 보면 다음과 같음

제2절 호주

1. 국가정신건강계획(National Mental Health Plan)의 개요

가. 정신건강계획 수립 현황

□ 호주는 16세 이상 인구 5명중 한명이 정신질환을 매년 경험하고 있으며, 평생유병률은 50%에 이르고 있음. 중증정신질환은 인구의 3%에 해당하는 약 69만명으로 파악되고 있음. 정신질환과 약물남용장애는 호주의 질환부담률 3위로, 매년 정신질환으로 인해 들어가는 비용은 호주 GDP의 2.2%인 286억 호주달러에 달하고 있음

□ 호주는 1992년에 연방정부의 주도하에 첫 국가정신건강정책을 수립하였고, 모든 주정부와 지방정부도 같은 틀로 계획을 시행하기 시작하였음. 1차 국가정신보건계획은 1993년부터 1998년까지, 2차는 1998년부터 2003년까지, 3차 계획은 2004년부터 2008년까지, 4차 계획은 2009년부터 2014년까지 시행되었음. 5차 계획은 2017년 4월에 Council of Australian Governments Health council에 의해 수립되어 2022년까지 5개년간 실행 중에 있음

□ 그간의 국가정신건강계획에 포함된 주요내용을 주제별로 정리해보면 다음과 같음(그림 3-1 참조)

○ 국가의 서비스기준 설정 및 서비스의 질 향상

- improving safety and quality of mental health services and ensuring system enablers are in place(5차)
- renewal of National Mental Health Policy
- strengthening accountability in mental health reform and service delivery

- increasing the equality and range of mental health services
- increasing service responsiveness and strengthening quality
- shifting focus from process measurement to outcome measurement
- implementing ongoing mental health training for health professionals

○ 당사자의 권리보호 및 가족지원

- reducing stigma and descrimination(5차)
- creating mechanisms to incorporate consumer input into mental health policy
- developing legislation consistent with UN Resolutions and Mental Health Statement of Rights and Responsibilities
- driving a social inclusion and recovery focus, enhancing education
- training and support programs for cares

○ 정신건강서비스와 건강, 사회 및 장애분야서비스와의 연계

- linking mental health services to other services such as housing, social support, income security, employment and training,
- defining the relationship between mental health service and the general health sector
- improving physical health of people living with mental illness(5차)

○ 연속성을 위한 입원과 지역사회정신건강서비스와의 통합

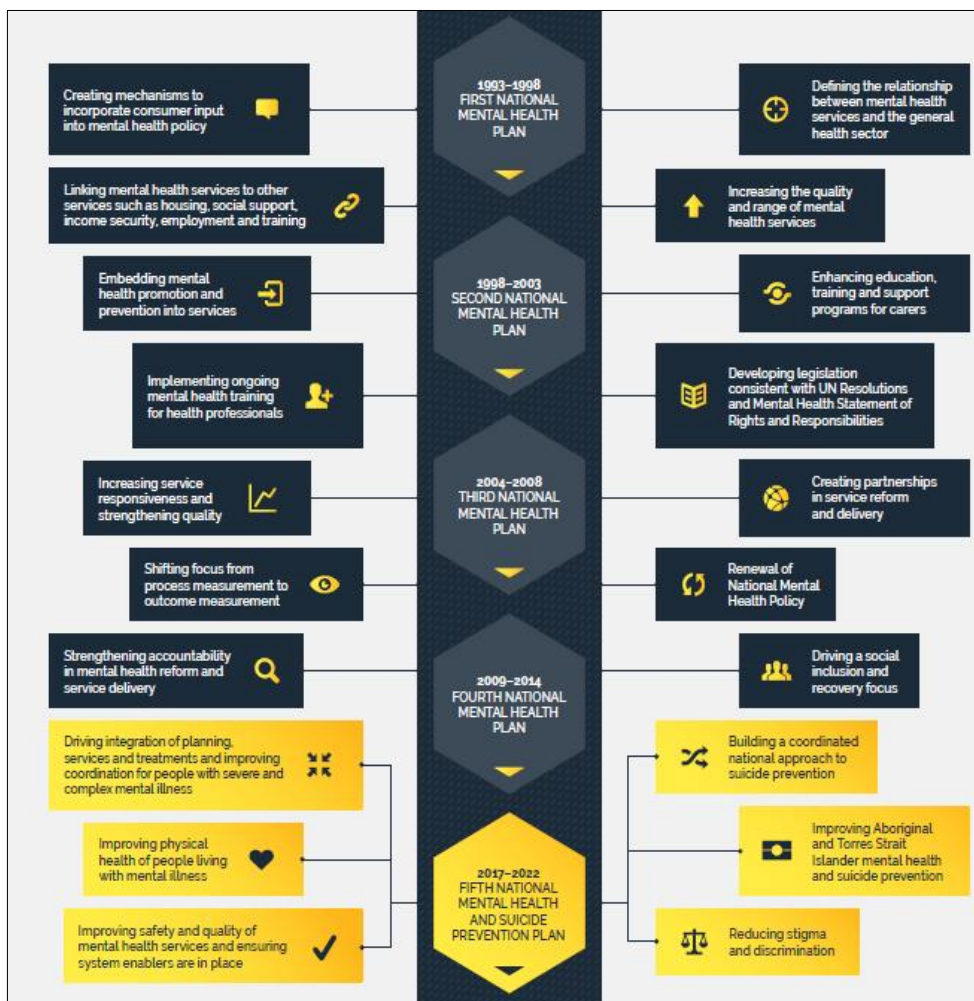
- driving integration of planning, services and treatments and improving coordination for people with severe and complex mental illness(5차)
- creating partnerships in service reform and delivery

- embedding mental health promotion and prevention into services

○ 자살예방

- building a coordinated national approach to suicide prevention(5차)
- improving Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and suicide prevention(5차)

[그림 3-1] 호주의 1~5차 국가 정신건강 계획의 성과



출처: National Mental Health and Suicide Prevention Plan 2017-2022

나. 국가정신건강계획의 핵심영역

□ 현재 실행중인 5차 국가정신건강계획(National Mental Health and Suidicd Prevention Plan 2017-2022)은 이전에 수립되었던 국가정신건강계획(Mental Health Plan)과 달리 그 명칭에 자살예방계획(Suidicd Prevention Plan)을 넣고 관련 정책을 포함하고 있음. 5기 계획은 내용적으로는 이전의 국가계획의 틀을 유지하고 있으나, 핵심영역의 국가정책을 추진하는데 있어서 계획과 서비스, 치료간 통합과 조정을 강조하며 관할구역간 분절성을 극복하기 위한 노력을 강조하고 있음. 무엇보다 국가정신건강정책의 성과를 얻는데 있어서, 당사자와 그 가족들이 서비스의 계획과 실행, 평가과정에서 의사결정의 파트너이자 실질적인 역할을 담당할 있도록 하는 원칙을 보다 강조하고 있음. ‘Nothing about us, without us’는 낙인과 차별을 줄이며 당사자와 가족의 참여가 중심인 국가정신건강정책을 반영하는 구호임

□ 5차 국가정신건강계획에서 우선순위를 두고 있는 8개 핵심영역의 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같음

- 통합적인 지역계획과 서비스전달(Achieving integrated regional planning and service delivery)
- 효과적인 자살예방(Effective suicide prevention)
- 중증정신질환자의 치료와 지원에서의 조정(Coordinated treatment and supports for people with severe and complex mental illness)
- 원주민의 정신건강 및 자살예방의 개선(Improving Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and suicide prevention)
- 정신질환자들의 신체건강 향상 및 조기사망률 감소(Improving the physical health of people living with mental illness and reducing early mortality)
- 낙인과 차별의 감소(Reducing stigma and discrimination)

- 정신건강서비스전달에서의 안전과 서비스의 질에 대한 우선순위(Making safety and quality central to mental health service delivery)
- 효과적인 시스템의 작동과 기능개선을 위한 기제 확보(Ensuring that the enablers of effective system performance and system improvement are in place)

2. 국가정신건강계획의 우선순위 및 주요 이슈

가. 보건과 지역사회서비스간 통합성 향상

□ 핵심영역의 하나로 포함된 중증정신질환자에 대한 치료와 서비스의 통합문제는 호주 정신건강개혁의 중요한 이슈임. 서비스의 통합성과 조정을 향상시키기 위한 지침으로 보건과 지역사회서비스 영역간 역할과 책임을 명확히하는 것과, 이용자에게 맞는 서비스전달의 구체적인 범주를 설정하고, 여러기관들이 참여하는 통합적 케어계획의 중요성을 강조하며, 케어조정에 필요한 디지털정보기록 등을 활용하는 것 등이 포함됨. 무엇보다 호주정부는 NDIS Mainstream Interface Principles 에 기초하여 NDIS를 중심으로 서비스의 접근성의 조정기제를 작동시키는 방식으로 기존 서비스전달기관들과의 역할과 책임을 조율해나가고 있음. 그러나 NDIS수급자가 아닌 중증정신질환자에 대한 지지서비스의 연속성은 이러한 정신건강개혁의 과정에서 문제가 되고 있어 서비스가 중단되지 않도록 정부가 모니터링을 하는 중에 있음

나. 신체-정신건강간 통합케어

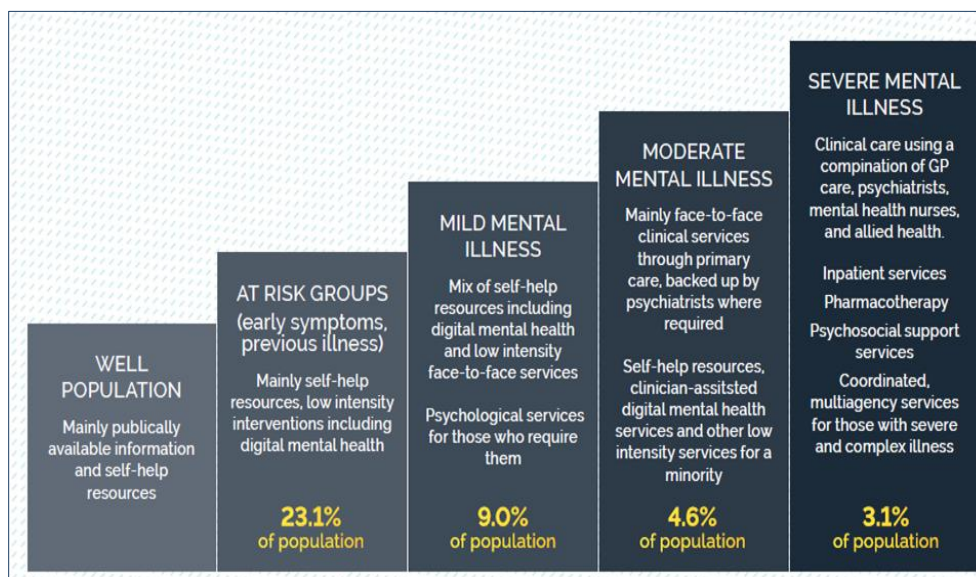
□ 정신장애인들은 신체건강도 양호하지 않아 평균수명이 30%정도 짧으며 그 사인이 심장이나 호흡기 질환, 당뇨병이나 암 등 신체질환으로 인한 것임. 반면에 정신질환자들의 신체질환에 대한 치료율은 신체질환만 가진 일반인의 50%에 그치기 때문에 보다 적극적으로 정신질환자의 신체건강의 욕구에 대해서도 개입이 필요함. 신체건강으로 인한 정신질환자의 조기사망률을 줄이기 위한 건강수준 향상

을 5개년정신건강계획의 핵심영역에 포함시키고, 가정의(GP)나 그 외 일차의료 서비스제공자들의 통합건강 및 정신건강 케어를 지원하고 정신질환자들의 건강 체크업을 강화하고 있음

다. 욕구에 적합한 서비스의 접근성

- 정신건강계획에 포함된 서비스대상은 일반인으로부터 중증정신질환자에 이르기 까지 포괄하며, 다음의 [그림 3-2] 와 같이 욕구와 정신건강 수준에 따라 5개 집단으로 구분하여 접근하고 있음

[그림 3-2] 욕구별 정신건강서비스의 단계



- 첫 번째는 건강한 집단(well population)으로 정보나 개인적인 자원활용이 가능한 그룹임. 두 번째는 약 23%를 차지하는 집단으로서, 초기증상이나 병력을 갖고 있는 위험 집단(at risk groups)이지만 개인적 자원과 느슨한 형태의 비대면적 온라인상의 개입이 가능한 그룹임. 세 번째는 약 9%에 해당하는 경증 정신질환자 집단임. 개인적 자원활용과 함께 대면적 형태의 서비스 개입이 이루어지며, 필요

시 심리지원서비스도 병행함. 네 번째는 중증도(중간)의 정신질환자 집단으로서, 주로 일차의료 수준의 대면적 임상서비스를 받으며 필요시 정신과의사의 도움을 받는 그룹임. 마지막 5단계의 중증 정신질환자 집단은 인구의 약 3%를 차지하며, 일차의료(GP)와 정신과 의사, 정신보건간호사와 관련 보건인력의 복합적인 임상적 케어가 필요한 집단임. 입원치료와 약물치료, 심리지원서비스, 다기관 연계를 위한 사례관리를 필요로 함

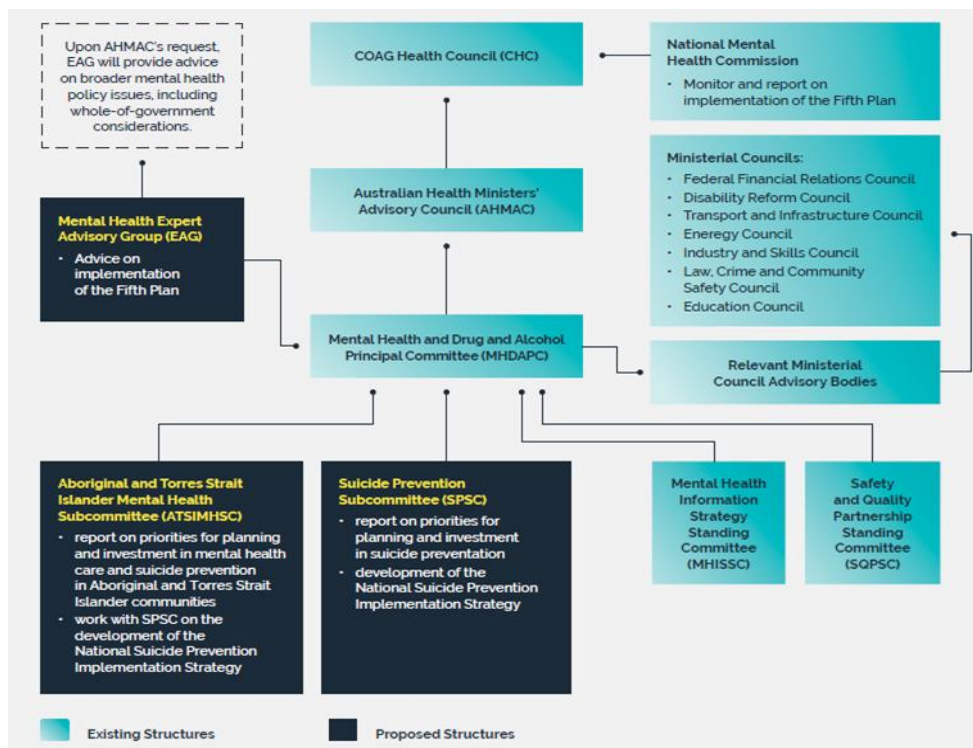
<표 3-1> 호주 국가 정신건강계획의 수행지표

영역	지표
Healthy start to life	1 Proportion of children developmentally vulnerable in the Australian Early Development Index
Better physical health and living longer	2 Rate of long-term health conditions in people with mental illness 3 Rate of drug use in people with mental illness 4 A avoidable hospitalisations for physical illness in people with mental illness* 5 Mortality gap for people with mental illness*
Good mental health and wellbeing	6 Prevalence of mental illness 7 Proportion of adults with very high levels of psychological distress 8 Connectedness and meaning in life*
Meaningful and contributing life	9 Rate of social/community participation amongst people with mental illness 10 Proportion of people with mental illness in employment 11 Proportion of carers of people with mental illness in employment* 12 Proportion of mental health consumers in suitable housing*
Effective support, care and treatment	13 Proportion of consumers and carers with positive experiences of service* 14 Change in mental health consumers' clinical outcomes 15 Population access to mental health care 16 Post-discharge community care 17 Readmission to hospital 18 Proportion of total mental health workforce accounted for by consumer and peer workers*
Less avoidable harm	19 Rates of suicide 20 Suicide of persons in inpatient mental health units 21 Rates of follow-up after suicide attempt/self-harm* 22 Rates of seclusion in acute mental health units 23 Rate of involuntary hospital treatment
Stigma and discrimination	24 Experience of discrimination amongst people with mental illness

- 국가정신건강위원회(National Mental Health Commission)는 매년 5개년 계획의 시행과 관련한 모니터링과 보고를 하고 있으며, 보건부장관의 승인하에 이를 공개하고 있음. 모니터링보고서에는 정신질환자의 건강수준(Long-term health conditions in people with a mental illness)으로부터 임상적 치료의 접근성(access to clinical mental health care), 격리경험률(Seclusion rate), 정신질환으로 인한 차별경험(Experience of discrimination in adults with mental illness)까지 다양한 성과지표들을 포함하고 있음. 5차 계획에 포함된 7개 영역의 24개 공통 핵심 성과지표들의 구성은 위의 <표 3-1>과 같음

3. 정신건강계획 실행을 위한 거버넌스

[그림 3-3] 호주의 국가 정신건강 거버넌스



- 국가정신건강의 추진을 위해 호주정부는 [그림 3-3] 과 같은 거버넌스체계를 갖고 있음
- 도표의 우측에는 5차 계획을 점검하고 보고하는 국가정신건강위원회(National Mental Health Commission)가 배치되어 있음. 좌측에 배치되어 있는 정신건강전문가자문그룹(Mental Health Expert Advisory Group)은 5차 계획 기간 동안 한시적으로 운영되는 조직이지만, 정신건강·약물남용위원회(Mental Health Drug and Alcohol Principal Committee, MHDAPC)를 통해 호주 건강부의 자문위원회(Australian Health Ministers' Advisory Council, AHMAC)를 자문하는 구조임. 위원은 각계각층을 대표하는 연방정부와 각 주, 준주(territory)의 대표자로 구성되며, 민간영역과 지역사회 영역을 대표하는 전문가들도 참여하며, 당사자와 가족이 포함됨. 새롭게 설치된 거버넌스 조직으로는 정신건강전문가자문그룹(Mental Health Expert Advisory Group) 이외에, 도표 하단에 있는 원주민 정신건강분과위원회(Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health Subcommittee)와 자살예방분과위원회(Suicide Prevention Subcommittee)가 있음
- 5차 계획에서는 보다 효과적인 이용자중심의 체계를 만들기 위해 지역적 통합을 강화하는 것을 우선순위에 두고 있음. 이를 위해 일차건강네트워크(Primary Health Networks)와 지역병원네트워크(Local Hospital Networks)가 주도해서 지역통합을 이끄는 역할을 추진하게 되며, 지방정부에게 요구하는 사항이나 기대, 계획수립과정과 관련한 안내 등을 포함한 Joint Regional Planning지침서¹⁾도 발간된 바 있음.

1) The Joint Regional Planning for Integrated Mental Health and Suicide Prevention Services: A Guide for Local Health Networks (LHNs) and Primary Health Networks (PHNs)

제3절 영국

1) 주요 국가정신건강정책의 변화

□ 영국은 1990년대에 이르러 국가차원의 정신보건정책에 본격적으로 관심을 갖기 시작하였음. 그 첫 번째 결과물은 1998년에 발표된 ‘Modernizing Mental Health Service’라는 정신보건서비스개혁안임. 이 개혁안의 목표는 안전하고, 충분하며, 지지적인 서비스(Modernizing Mental Health Services: Safe, Sound, Supportive)를 통해 정신보건서비스의 선진화를 이루고자 하는 것임(UK Department of Health, 1998)(표 3-2 참조). 영국정부는 정신건강서비스 선진화를 위해 1999년부터 3년동안 약 7억파운드(한화 약 1조원)를 NHS Mental Health Modernisation Fund와 the Mental Health Grant로 지원하였음

<표 3-2> 영국 정신보건서비스개혁안의 3대 목표

목표	내용
안전한 서비스 (safe services)	효과적인 위기관리 조기 개입 충분한 병상 수 확보 아웃리치서비스의 개발 통합적인 정신보건법의학의 구축과 안전한 병원시설의 확보 현대적인 법체계 구축
충분한 서비스 (sound services)	24시간 서비스 접근 확보 욕구 사정 체계의 개발 효과적인 1차 보호 수립 효과적인 치료 효과적인 보호과정 구축
지지적인 서비스 (supportive services)	환자, 서비스 이용자, 보호제공자의 참여 확대 고용, 교육, 주택서비스의 확대 동반자적인 협력체계 구축 보다 나은 정보 제공 보다 나은 정신보건서비스 증진과 정신질환에 대한 낙인감 해소

□ 이에 근거를 두고 1999년에 내놓은 국가정신건강서비스체계(A National Service Framework for Mental Health)(UK Department of Health,

1999)는 정신건강서비스의 목적, 실행, 성과 등의 표준화를 통해 국가정신건강 서비스의 체계적이고 지속가능한 변화를 도모하고 보편적 수준을 향상시키는 것을 목적으로 함. 현재의 정신건강서비스가 갖는 격차나 불안정성을 해소하고 질을 향상시키기 위해 모든 정신건강의 측면을 돌아보며 변화를 위한 의제를 다음과 같이 설정하였음

- 첫째, 정신건강증진과 정신질환 치료를 위한 국가표준을 설정하고 증거기반의 서비스모델을 구체화함
- 둘째, 지방정부의 전달체내에서 통합적으로 수행되어야 하며, 이를 지원하는 데 토대가 되는 프로그램을 정착시킴
- 셋째, 수행과정과 결과는 중간목표와 고도의 성과지표들을 통해 파악되도록 하며, 이에 대해 NHS와 지방정부 주체들 간 합의함. 5개 영역 7개 표준의 세부 내용은 다음과 같음(표 3-3 참조).

<표 3-3> 영국 국가정신건강서비스체계의 7대 표준화 영역

standard	area
Standard one	Mental health promotion
Standards two and three	Primary care and access to services
Standards four and five	Effective services for people with severe mental illness
Standard six	Caring about carers
Standard seven	Preventing suicide

○ Standard 1 : 정신건강 증진

- 정신건강을 향상시키기 위한 건강과 사회서비스를 보장하고 정신건강 문제와 관련된 차별과 사회적 배제를 줄이는 것을 목표로 함

○ Standard 2 : 일차의료의 정신건강욕구에 대한 대응성 향상

- 일차의료 영역에서의 일반적인 정신건강의 욕구에 대해 파악하고 사정하며, 필요시 적절한 치료로 의뢰할 수 있도록 함

○ Standard 3 : 정신건강문제를 가진 자의 서비스 접근성 향상

- 중증정신질환자를 비롯하여 정신건강의 욕구를 가진 사람들에 대한 지속적인 상담과 도움을 보장하기 위해 상시적인 지역 서비스가 가능하도록 함

○ Standard 4, 5 : 중증정신질환자를 위한 서비스 효과성 증대

- 중증정신질환자가 가급적 위기를 예방하고 신속하고 효과적인 도움을 받을 수 있으며 필요시에는 집 가까운 안전한 장소에서의 보호가 가능할 수 있도록 일련의 필요한 정신건강서비스를 보장하는 것을 목표로 함

○ Standard 6 : 정신건강 문제를 가진 사람을 돌보는 보호자에 대한 지원

- 사례관리(Care Programme Approach)의 대상이 되는 중증정신질환자에게 기본적인 일상적인 도움을 주는 보호자들의 건강 및 사회서비스 욕구를 파악하도록 함

○ Standard 7 : 자살을 줄이는 목표달성을 위한 예방

- 자살률을 줄이기 위한 건강과 사회서비스의 역할을 극대화하도록 함

□ 표준화를 실현하기 위한 성과지표와 과정지표들은 다음과 같은 6개의 NHS 수행평가틀(The Performance Assessment Framework for the NHS)을 포함하고 있음

- ① 건강증진(improving people's health)
- ② 서비스의 공평한 접근성(fair access to services)
- ③ 효과적인 건강서비스 전달(delivering effective health care)
- ④ 효율성(efficiency)
- ⑤ 환자와 보호자의 경험(the experience of patients and their carers)
- ⑥ 건강 성과(health outcomes)

한편 사회서비스의 수행평가들은 다음의 5가지 항목으로 구성됨

- ① 국가우선순위 전략적 목표(national priorities and strategic objectives)
- ② 비용과 효율성(cost and efficiency)
- ③ 서비스전달의 효과성과 결과(effectiveness of service delivery and outcomes)
- ④ 서비스이용자와 보호자를 위한 서비스의 질(quality of services for service users and carers)
- ⑤ 공평한 접근성(fair access)

□ 영국정부는 2011년에 No health without mental health : A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages라는 제목으로 국가정신건강서비스 향상을 위한 정부합동 정신건강전략보고서를 발간하였음(Department of Health, 2011). 정부합동전략(cross-government action)을 담고 있는 이 보고서에는 다음과 같은 6가지 목표가 제시되고 있음

- ① 정신건강의 증진: 모든 연령대의 누구나 보다 나은 안녕상태와 정신건강 수준을 갖는다. 잘 성장하고, 일하고, 살아가며 나이들어감으로 해서 정신건강의 문제가 적게 발생하도록 하는 것임
- ② 정신질환으로부터의 회복: 정신건강의 문제를 가진 많은 사람들이 자신의 삶을 잘 관리할 수 있는 능력을 갖고 사회적 관계를 쌓으며 주도적인 삶을 살아갈 수 있어야 함. 또한 일상생활과 일을 하는데 필요한 기술을 얻고 보다 나은 교육이나 안정된 주거, 고용의 기회를 얻음으로써 좋은 삶을 살 수 있도록 함
- ③ 신체건강의 향상: 정신건강문제를 가진 사람들의 조기사망을 줄이고 신체건강의 문제를 가진 사람들이 나은 정신건강을 유지할 수 있도록 함
- ④ 돌봄과 지지의 긍정적 경험: 돌봄과 지지는 시의성 있게 증거기반의 개입

과 접근이 필요하며, 이는 최소한의 제한된 환경에서 삶에 대한 최대한의 선택권과 주도성을 가지며 인권이 보장하는 방식이어야 함

- ⑤ 고통의 감소: 돌봄과 지지를 받는 사람들은 자신들이 이용하는 서비스의 품질과 안전에 대해 신뢰를 가져야 함
- ⑥ 낙인과 차별 감소: 정신질환에 대한 대중의 이해가 높아지고 결과적으로 정신건강문제에 대한 부정적 태도나 행동이 줄어들어야 함

<표 3-4> 정신건강전략의 6대 목표

- . 목표 1. 보다 많은 사람들의 정신건강 향상(More people will have good mental health)
- . 목표 2. 보다 많은 사람들의 정신질환으로부터의 회복(More people with mental health problems will recover)
- . 목표 3. 정신건강의 문제를 가진 보다 많은 사람들의 신체건강 향상(More people with mental health problems will have good physical health)
- . 목표 4. 보다 많은 사람들의 케어와 지지에 대한 긍정적 경험(More people will have a positive experience of care and support)
- . 목표 5. 보다 적은 사람들의 피할 수 없는 해로부터의 고통(Fewer people will suffer avoidable harm)
- . 목표 6. 보다 적은 사람들의 낙인과 차별의 경험(Fewer people will experience stigma and discrimination)

□ 영국 보건부(Department of Health)는 2015년에 정책보고서인 “2010 to 2015 government policy: mental health service reform”을 발간하였음. 여기에서 정신건강의 문제는 신체건강 뿐만 아니라 사회적 관계, 교육, 직업에서의 문제와도 밀접하게 연결되어 있는 중요한 이슈로서, 공공서비스에서 신체건강과 마찬가지로 정신건강의 우선순위를 강조하고 있음(Department of Health, 2015)

□ 공공서비스의 우선순위로 제시된 정신건강서비스의 내용은 다음과 같음

- 첫째, 정신건강서비스에 대한 접근성을 향상시키며 대기시간을 감소시키는 것을 NHS England의 우선순위로 둔다. 둘째, 정신건강문제 감소를 Public Health England의 우선순위에 둔다. 셋째, 웰빙의 국가지표의 새 영역으로 정신건강을 포함하도록 한다. 넷째, 2011년부터 2015년까지 우울증을 가진

성인과 아동 및 청소년을 위한 심리지원서비스(psychological therapies)를 위해 4억 파운드(한화 약 6,200억원)를 지출한다. 다섯째, 정신건강 분야의 낙인 및 차별감소 캠페인인 ‘변화의 시간(Time to Change)’을 위해 4년간 1천6백만 파운드(한화 약 250억원)를 투입한다.

- 실제로 정신건강서비스개혁(mental health service reform)이 진행된 5년의 기간 동안에 서비스향상을 위한 인력이 충원되면서 서비스대기시간이 줄어드는 변화가 있었고 ‘변화의 시간(Time to Change)’ 캠페인 등을 통해 정신건강에 대한 일반인의 인식이 개선되었다는 평가를 받고 있음

- 2016년 2월에는 5년간의 정신건강개혁안의 방향을 제시하고자 정신건강 5개년 계획(Five Year Forward View for Mental Health, 2016)을 발표하고 보다 적극적이고 예방적인 국가 정신건강 정책을 추진할 것을 선언한바 있음. 영국의 카메론총리는 “너무 오랫동안 이 나라에서 정신건강 케어는 충분한 관심을 받지 못했고 이는 너무 많은 사람들이 침묵 속에 고통을 겪었다는 것을 의미한다. 이제 우리는 정신건강과 신체건강을 함께 발전시켜 나가는 일을 시작했고, 나는 실제로 이 일이 이루어지도록 노력하겠다. 앞으로 정신건강으로 힘들어진다면 당신은 곧 필요한 도움을 받을 것이라는 것을 의미한다.”고 이 개혁안의 메시지를 전하였음

- 정신건강 5개년계획(Five Year Forward View for Mental Health)의 일환으로 구성된 정신건강TF(Mental Health Taskforce)에서는 약 2만 명의 시민과 정신장애인, 정신보건전문가들이 인식하는 정신건강케어의 미래변화에 관한 의견을 반영하고자 하였음. 정신건강TF의 보고서(A report from the independent Mental Health Taskforce to the NHS in England)에서는 영국의 모든 지역에서 공공의료와 사회서비스와 주거 등을 통합적으로 지원하기 위한 예방계획을 세우고 정신건강지표에 따라 예방적이며 통합적인 치료와 회복을 돕는 프로그램 및 서비스의 확충을 요구하였음. 정신건강서비스 개선안의 주요 방향은 다음과 같이 정신건강증진 및 예방, 정신건강서비스의 확대, 의료 및 정신의료의 통합 등 세 가지로 제시되고 있음(홍선미 외, 2016)

① 예방 및 정신건강증진

최근 급격히 증가한 정신건강치료에도 불구하고 15%만이 필요한 케어를 받고 있는 것으로 나타나 2020년까지 추가예산을 통해 심리치료(talking therapies)의 접근성을 25%까지 올리고 60만 명에게 추가로 서비스를 제공할 계획을 제시하였음. 또한 지난 10년간 감소하던 자살률이 2007년 이후 조금씩 증가하고 2014년 잉글랜드지역의 자살자수는 4,881명으로 최고치를 경신한 문제에 대해, 2020년까지 자살률을 10%까지 줄이는 목표를 위해 자살예방계획을 2017년까지 세우고 이를 매년 점검하도록 함

② 정신건강서비스 확대

7만 명이상의 아동 및 청소년에게 추가적으로 정신건강케어를 제공하는 것임. 또한 급성입원케어를 위해 거주 지역을 벗어나 다른 곳으로 보내지지 않도록 함. 중증정신질환자에게는 개별주거와 지원을 두 배로 늘리도록 함. 중요한 건강지표로 고려되어야 하는 취업과 관련하여, 2020년까지 매년 정신건강문제를 가진 2만9천명이상씩 더 직업을 구하고 유지하는데 필요한 지원을 받도록 할 계획임. 현재 광역자치단체의 반 정도만 지역사회기반의 정신건강위기개입을 24시간, 주7일 제공하고 있음. 2020/21년까지 위기해결 및 재가치료팀(Crisis Resolution and Home Treatment Teams, CRHTTs)을 통해 급성입원치료의 대안으로 또는 조기퇴원을 촉진하기 위해 집중재가치료(intensive home treatment)를 모든 지역에서 받도록 함(Johnson, 2013). 5명 중 1명의 산모는 임신기간 또는 산후 1년 내 정신건강문제를 겪으며, 이는 1년에 총 81억 파운드 또는 산모 1일당 1만 파운드의 비용에 달함. 그럼에도 불구하고 15% 미만의 지역만이 필요한 출산전후의 정신건강서비스를 제공하며 40% 이상의 지역은 전혀 이와 같은 서비스를 갖추고 있지 않음. 매년 3만 명 이상의 여성이 출산전후의 정신건강케어를 받도록 예산을 책정하도록 함. 원호대상자들의 정신건강을 개선하기 위해 담당치료진을 확충하고, 원호대상자를 위한 온라인 상담서비스와 원호대상자정신건강핫라인(Combat Stress mental health helpline for veterans) 예산을 확보하고 GP

들과 NHS직원들에 대해 원호대상자의 정신건강 관련 욕구에 대해 교육함.

③ 통합적 의료 및 정신의료서비스

2020년까지 추가로 최소 28만 명의 중증정신질환자에 대한 신체건강을 개선하도록 지원하고자 함. 이는 일반인에 비해 응급실 이용률이 5배나 많으며 평균수명이 15~20년 짧은 중증정신질환자의 의료문제를 지원하기 위한 것임. 또한 일부 응급실(A&E departments)에서만 정신건강서비스연계(liaison mental health services)를 24시간 주7일 제공하고 있는 문제를 개선하기 위해, 추가예산으로 2020/21년까지 모든 급성병원의 응급실과 입원병동에 모든 연령대의 정신건강연계서비스(mental health liaison services)를 갖추며 최소 반 이상의 응급병원은 핵심24시간서비스기준(core 24 service standard)에 맞추도록 함

- Five Year Forward View에서 권고한 다양한 정신건강서비스분야의 내용은 현재의 영국 정신건강정책의 골격을 이루고 있음. 영국정부는 이 계획의 실행을 위해 2020/2021년까지 10억파운드(한화 약 1조5천억원)의 추가적인 예산을 확보하는데 동의하고 추진 중에 있음. 이어서 발간된 실행계획(Implementing the Five Year Forward View for Mental Health)에는 아동과 청년, 산모의 정신건강과 성인의 경증으로부터 중증, 입원치료로부터 지역사회서비스에 이르는 내용을 포함하며, 세부실행 안에 이행 시기와 예산들을 구체적으로 포함하여 제시하고 있음. 또한 중앙정부와 지방정부가 파트너십을 갖고 협업하는 방식과 효율적으로 추진하기 위한 내용도 포함하고 있음. 시작 이후, 2016년에 심리지원과 정신증의 조기개입이 포함되고 2017년에 청년의 섭식장애서비스가 포함되었음

제4절 미국

□ 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS)는 1980년 이후 매 10년 단위로 범국가적 국민건강계획(10-year national objectives for improving the health of all Americans)인 Healthy People을 발표하고 있음. 지난 30년간 Healthy People은 국가적 아젠다로서 공중보건 및 건강증진사업의 목표에 관한 기준들을 세우고 이를 달성하기 위한 주요 중점과제들을 통해 나타나는 변화들을 모니터링하고 있음(US Department of Health & Human Services, 2010)

<표 3-5> Healthy People 2020 정신보건영역 중점과제 및 지표

중점과제	지표
1. 자살	인구 십만 명당 자살률 감소
2. 성인 자살 시도	성인 백 명당 자살시도율 감소
3. 섭식 장애	다이어트 등과 관련한 섭식장애 유병률 감소
4. 주요 우울 장애	12~17세 청소년의 주요 우울 장애 경험 감소 / 18세 이상 성인의 주요 우울 장애 경험 감소
5. 1차 의료기관에서의 정신보건서비스 제공	정신보건 서비스를 제공하는 1차의료기관의 비율 증가
6. 정신적 문제를 가진 아동에 대한 서비스 제공	정신질환을 가진 아동들 중 정신보건 서비스를 제공받은 아동의 비율 개선
7. 청소년 선도 기관에 대한 스크리닝	청소년 선도 기관 중에서 정신건강 스크리닝을 실시하는 시설의 비율의 증가
8. 심각한 정신장애를 가진 성인 대상 고용지원서비스	정신장애인에 대한 고용률 개선
9. 정신질환을 가진 성인에 대한 치료서비스	심각한 정신질환을 가진 18세 이상 성인 중 의료서비스를 제공받은 환자의 비율 개선 / 주요우울삽화를 가진 18세 이상 성인 중 의료서비스를 제공받은 환자의 비율 개선
10. 약물중독과 정신질환의 복합적 치료	약물중독과 정신질환을 동시에 가진 환자의 치료율개선
11. 1차 의료서비스 제공자에 의한 우울증 스크리닝	1차 의사 방문 시 19세 이상 성인에 대한 우울증 스크리닝 서비스 제공 비율 개선 / 1차 의사 방문 시 12~18세 청소년에 대한 우울증 스크리닝 서비스 제공 비율 개선
12. 홈리스에 대한 정신보건서비스 제공	정신질환을 가진 홈리스 중 정신보건서비스를 제공받은 사람들의 비율 개선

출처: US Department of Health & Human Services(2010). Healthy People 2020.

□ 가장 최신판인 Healthy People 2020은 2010년 12월에 발표되었으며, 가장 최근의 건강증진 및 질병예방의 목표를 제시하고 있음. Healthy People 2020의 비전은 ‘모든 사람이 건강하게 오래 사는 사회(A society in which all people live long, healthy lives)’임

○ 주요 목표는 ① 예방 가능한 질병·장애·상해·조기사망으로부터 벗어나 장수하는 동시에 삶의 질 확보, ② 건강형평성 달성, 건강격차 해소, 모든 인구집단의 건강 증진, ③ 모든 국민의 건강을 증진시킬 수 있도록 사회적·물리적 환경 조성, ④ 생의 모든 단계에서 건강한 성장발달과 건강한 생활습관, 삶의 질 향상의 4가지임. 전체 42개의 사업영역과 600개에 달하는 중점과제가 선정되었는데, 그 중 28번째인 ‘정신건강과 정신장애(Mental Health and Mental Disorders)’ 영역에 포함되어 있음(US Department of Health and Human Services, 2010, 이현경 외, 2009)

□ 정신보건 분야의 중점 목표는 예방과 적절한 서비스의 접근성, 양질의 서비스를 통한 정신건강의 향상임. 세부 목표는 정신건강 증진 분야 4개 목표와 치료 접근성 향상 분야 8개 목표를 포함하여 12개 목표로 이루어져 있음

○ 정신건강증진분야

- ① 자살률 감소
- ② 청소년의 자살시도를 감소
- ③ 청소년의 체중조절을 위한 섭식장애행동의 발생을 감소
- ④ 주요우울 경험을 감소
 - 12~17세 청소년의 주요우울 경험률 감소
 - 18세 이상 성인의 주요우울 경험률 감소

○ 치료 접근성 향상 분야

- ⑤ 원내에서 정신건강치료나 전문적 의뢰가 가능한 일차보호시설의 비율 증가
- ⑥ 정신건강문제로 치료를 받는 아동의 비율 증가

- ⑦ 정신건강문제와 관련한 입원 적합성을 심사할 수 있는 청소년거주시설의 비율 증가
- ⑧ 중증정신질환자의 고용률 증가
- ⑨ 정신장애를 가진 성인들의 치료율 증가
 - 18세 이상 성인의 중증정신질환 치료율 증가
 - 18세 이상 성인의 주요우울장애 치료율 증가
- ⑩ 정신질환과 물질남용의 중복장애에 대한 치료율 증가
- ⑪ 일차보호시설에서의 우울증 발굴률 증가
 - 일차의료기관 방문을 통한 19세 이상 성인의 우울진단율 증가
 - 일차의료기관 방문을 통한 12~18세 청소년의 우울진단율 증가
- ⑫ 정신건강의 문제를 가진 노숙인의 치료율 증가

제5절 소결

- 국가정신보건계획을 통해 추진하고자 했던 내용과 방식의 차이는 있으나, 앞서 살펴본 해외의 사례를 통해 국가 정신건강정책 방향을 수립하는데 있어서 여러 함의를 찾을 수 있음. 해외사례들에서는 예방과 치료, 일차의료와 이차의료, 건강과 정신건강 분야 간 간극을 좁히는 노력과 당사자의 필요에 기반한 회복지향의 서비스를 향상시키고자 하는 방향, 정신장애인의 치료 및 보호를 위한 지역책임성과 재정 효율성을 높이는 전략 등과 관련한 국가계획을 공통적으로 살펴볼 수 있음. 분야 간 연계와 통합적 서비스제공을 위해서는 국가별로 각기 다른 제도적 장치와 사례관리 모델을 사용하고 있으나, 지역주민의 정신건강 지원을 위한 공적관리체계의 역할을 강화하고 지역중심의 포괄적인 지원체계를 갖추는 방식들을 파악할 수 있음
- 해외 국가들의 경험을 살펴보면, 우리나라의 국가정신건강정책 수립 시 고려해야 할 몇 가지 제언을 하면 다음과 같음. 첫째, 국가 책임 하에 강력하게 추진해야 할 정신건강정책의 우선순위를 설정하고, 중기계획 내에서의 시간적 범위를 단계적으로 정하는 것이 필요함. 이는 중증정신질환자의 치료로부터 일반인의 정신건강 욕구까지 포괄해야 하는 국가정신건강계획의 구체성과 실행가능성을 높이기 위한 것임. 둘째, 각 집단의 특성에 맞는 서비스와 치료모델을 구축하기 위해, 다양한 정신건강의 욕구를 가진 국민들을 하위집단으로 나누어 정책집단별 책임성과 전문성을 갖고 접근해야 함. 우리나라는 생애주기별 민감성을 갖고 영국과 같이 아동청소년기의 정신건강계획을 별도로 수립하거나 산후우울증과 같은 모성기 정신건강에 많은 관심을 갖고 있지 못한 측면이 있기 때문임. 셋째, 행정 및 재정 효율성을 갖추기 위해 그 과정과 성과를 체계적으로 모니터링하여 실질적인 변화를 이끌어내고 국민체감도를 향상시킴. 넷째, 정신건강의 격차나 불평등 요소를 줄이기 위해 사회적 배제집단의 정신건강에 대해 접근을 소홀히 하지 않음. 원주민의 정신건강과 자살예방을 사회통합의 패러다임 속에서 중요하게 인식하고 있는 호주의 사례에서 보듯이, 이주노동자나 북한이탈주민을 비롯한 지역내 다양한 소수자들의 정신건강이 소외되지 않도록 포용적 복지국가 패러다임에 맞는 국가정신건강계획으로 발전시켜야 하겠음

제 4 장

성과 평가

제1절 국민 건강증진 정책

제2절 중증정신질환자 지역사회 통합

제3절 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 피해 최소화

제4절 자살예방

제5절 기타 정신건강 관련 정책 과제 및 이슈

제1절 국민 건강증진 정책

1. 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고

□ 정책 이행 평가 결과

- 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.77점으로, ‘정신건강 인식개선 캠페인, 공익광고’를 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘정신건강 자가관리를 위한 지원체계 구축’(1.50점), ‘정신건강 관련 민간단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축’(1.56점)임
 - 반대로 ‘학교, 사업장 및 지역사회 기반 정신건강 교육 강화’(2.25점), ‘찾아가는 정신건강서비스(심리지원 이동 버스, 방문보건·복지사업 연계)’(2.00점)으로 9개 과제 중 2점대의 평가를 받아 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘정신건강에 대한 국민관심 제고’의 평균 점수가 1.91점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘정신건강증진서비스 접근성 제고’(1.75점), ‘정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선’(1.65점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강증진센터 확대)’로 3.85점으로 가장 높았음

강복지센터 설치 및 전문인력 확대)’(3.80점)와 ‘관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 활동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)’(3.68점)이었음

- ‘정신건강 자가관리를 위한 지원체계 구축’, ‘찾아가는 정신건강서비스(심리지원 이동 버스, 방문보건·복지사업 연계)’, ‘학교, 사업장 및 지역사회 기반 정신건강 교육 강화’, ‘정신건강 관련 민간단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축’은 3.00점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 ‘정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선’(3.53점), ‘정신건강증진서비스 접근성 제고’(3.27점), ‘정신건강에 대한 국민관심 제고’(3.16점)로 정책 이행 평가 결과와 정 반대 순으로 나타남

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 73.7%가 ‘지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)’와 ‘관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 활동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)’이 강화되어야 한다고 응답함
- 반대로 ‘찾아가는 정신건강서비스(심리지원 이동 버스, 방문보건·복지사업 연계)’는 ‘약화’로 응답한 참여자가 7.9%, ‘삭제’로 응답한 참여자가 5.3%였고 ‘정신건강 관련 민간단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축’은 참여자의 10.5%가 ‘약화’라고 응답함
- 이 결과는 앞서 살펴본 정책 중요성 평가 결과와 일맥상통한다고 볼 수 있음

〈표 4-1〉 인식개선을 통합 정신건강서비스 이용 제고 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책 중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
정신건강 증진 서비스 접근성 제고	정신건강 자가관리를 위한 지원체계 구축	12 (31.6)	25 (65.8)	1 (2.6)	0 (0.0)	1.50	0 (0.0)	2 (5.3)	26 (68.4)	10 (26.3)	3.00	23 (60.5)	14 (36.8)	1 (2.6)	0 (0.0)
	찾아가는 정신건강서비스 (심리지원 이동 버스, 방문보건·복지사업 연계)	8 (21.1)	23 (60.5)	7 (18.4)	0 (0.0)	2.00	0 (0.0)	3 (7.9)	25 (65.8)	10 (26.3)	3.00	17 (44.7)	16 (42.1)	3 (7.9)	2 (5.3)
	지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)	11 (28.9)	22 (57.9)	5 (13.2)	0 (0.0)	1.75	1 (2.6)	0 (0.0)	7 (18.4)	30 (78.9)	3.80	28 (73.7)	9 (23.7)	0 (0.0)	1 (2.6)
정신건강 에 대한 국민관심 제고	정신건강 인식개선 캠페인, 공익광고	9 (23.7)	21 (55.3)	6 (15.8)	2 (5.3)	1.92	0 (0.0)	2 (5.3)	20 (52.6)	16 (42.1)	3.47	21 (55.3)	15 (39.5)	2 (5.3)	0 (0.0)
	학교, 사업장 및 지역사회 기반 정신건강 교육 강화	4 (10.8)	26 (70.3)	7 (18.9)	0 (0.0)	2.25	1 (2.7)	3 (8.1)	30 (81.1)	3 (8.1)	3.00	9 (24.3)	26 (70.3)	1 (2.7)	1 (2.7)
	정신건강 관련 민간단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축	14 (36.8)	19 (50.0)	5 (13.2)	0 (0.0)	1.56	5 (13.2)	14 (36.8)	10 (26.3)	9 (23.7)	3.00	20 (52.6)	14 (36.8)	4 (10.5)	0 (0.0)
정신질환 및 정신질환 자에 대한 차별 개선	관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선 (관계부처 합동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)	16 (42.1)	18 (47.4)	4 (10.5)	0 (0.0)	1.68	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (31.6)	26 (68.4)	3.68	28 (73.7)	9 (23.7)	1 (2.6)	0 (0.0)
	정신질환 차별여부 모니터링 및 처벌규정 마련	17 (44.7)	19 (50.0)	2 (5.3)	0 (0.0)	1.61	1 (2.6)	2 (5.3)	18 (47.4)	17 (44.7)	3.34	24 (63.2)	12 (31.6)	1 (2.6)	1 (2.60)
	바람직한 언론보도를 위한 가이드라인 제공(가이드라인 마련 및 언론인 대상 설명회)	16 (42.1)	19 (50.0)	3 (7.9)	0 (0.0)	1.66	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (42.1)	22 (57.9)	3.58	26 (68.4)	12 (31.6)	0 (0.0)	0 (0.0)

□ 강화·지속 이행을 위한 정책 우선순위 결과

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘지역사회 정신건강 서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대’로, 참여자의 51.4%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘정신질환 차별여부 모니터링 및 처벌규정 마련’과 ‘바람직한 언론보도를 위한 가이드라인 제공’을 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 활동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)’(26.5%)과 ‘정신건강 관련 민간 단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축’(20.6%)으로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대’가 41점으로 가장 높은 점수를, ‘정신질환 차별여부 모니터링 및 처벌 규정 마련’이 2점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-2〉 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
정신건강증진 서비스 접근성 제고	정신건강 자가관리를 위한 지원체계 구축	4	11.4	1	2.9	9
	찾아가는 정신건강서비스 (심리지원 이동 버스, 방문보건·복지사업 연계)	2	5.7	2	5.9	6
	지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)	18	51.4	5	14.7	41
정신건강에 대한 국민관심 제고	정신건강 인식개선 캠페인, 공익광고	3	8.6	0	0.0	6
	학교, 사업장 및 지역사회 기반 정신건강 교육 강화	1	2.9	3	8.8	5
	정신건강 관련 민간 단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축	2	5.7	7	20.6	11
정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선	관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선 (관계부처 합동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)	5	14.3	9	26.5	19
	정신질환 차별여부 모니터링 및 처벌규정 마련	0	0	2	5.9	2
	바람직한 언론보도를 위한 가이드라인 제공 (가이드라인 마련 및 언론인 대상 설명회)	0	0	5	14.7	5
합계		35	100.0	34	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

2. 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화

□ 정책 평가 결과

- 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.94점이었음
- ‘경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화(읍면동과의 연계 강화 및 신용회복 등 대상자 심리지원)’을 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘 되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘정신건강증진센터 내 “정신건강 주치의”(정신과전문의 배치’(1.64점), ‘건강보험공단 건강검진 시 정신건강 검진 내실화’(1.71점)임
 - 반대로 ‘재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성’(2.27점), ‘지역사회 재난 대응 정신건강관리체계 구축(범부처 대응체계 구축, 응급정신질환 대응, 지속 대응체계 마련’(2.16점), ‘이주민, 북한이탈주민 대상 적응교육 및 심리지원’(2.08점)으로 9개 과제 중 2점대의 평가를 받아 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘재난피해자 등 위기심리 지원 강화’의 평균 점수가 2.22점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘스트레스 고위험군 집중관리 지원’(1.96점), ‘우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화’(1.72점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화 분야 정책 과제들의 평균 점수는 3.08점으로, ‘중요함’ 이상으로 인식되고 있었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원(감정노동자, 신체장애인, 한부모, 조손가정 등)’과 ‘지역사회 재난 대응 정신건강관리체계 구축(범부처 대응체계 구축, 응급정신질환자 대응, 지속 대응체계 마련’(3.점)으로 두 과제 모두 평균 3.24점으로 평가됨

- ‘동네 의원 역량강화를 통한 조기발견·개입지원’(2.89점), ‘이주민, 북한이탈주민 대상 적응교육 및 심리지원’(2.94점), ‘정신건강증진센터 내 “정신건강 주치의”(정신과전문의) 배치’(2.95점)는 2점대 점수를 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

○ 영역별로는 ‘재난피해자 등 위기심리 지원 강화’(3.14점), ‘스트레스 고위험군 집중관리 지원’(3.12점), ‘우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화’(2.99점) 순으로, 정책 이행 평가 결과와 비슷하였음

□ 정책 지속 여부 조사 결과

○ 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 55.3%는 ‘건강보험공단 건강검진 시 정신건강 검진 내실화’가, 참여자의 52.6%는 ‘경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화(읍면동과의 연계 강화 및 신용회복 등 대상자 심리지원)’가 강화되어야 한다고 응답하였음

○ 반면 정신건강증진센터 내 “정신건강 주치의”(정신과전문의) 배치는 ‘약화되어야 한다’가 15.8%, ‘삭제해야 한다’가 2.6%였음

- ‘경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화(읍면동과의 연계 강화 및 신용회복 등 대상자 심리지원)’는 ‘삭제해야 한다’는 의견도 7.9%를 차지해 참여자에 따라 그 중요도가 상이하게 인식되고 있음을 알 수 있음

〈표 4-3〉 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화	동네 의원 역량강화를 통한 조기발견·개입 지원	11 (29.0)	23 (60.5)	4 (10.5)	0 (0.0)	1.81	3 (7.9)	4 (10.5)	25 (65.8)	6 (15.8)	2.89	16 (42.1)	18 (47.4)	2 (5.3)	2 (5.3)
	정신건강증진센터 내 "정신건강 주치의" (정신과전문의) 배치	18 (48.6)	14 (37.8)	5 (13.5)	0 (0.0)	1.64	2 (5.3)	7 (18.4)	20 (52.6)	9 (23.7)	2.95	17 (44.7)	14 (36.8)	6 (15.8)	1 (2.6)
	건강보험공단 건강검진 시 정신건강 검진 내실화	15 (39.5)	19 (50.0)	4 (10.5)	0 (0.0)	1.71	2 (5.3)	4 (10.5)	19 (50.0)	13 (34.2)	3.13	21 (55.3)	14 (36.8)	1 (2.6)	2 (5.3)
스트레스 고위험군 집중관리 지원	경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화(읍면동과의 연계 강화 및 신용회복 등 대상자 심리지원)	7 (18.4)	27 (71.1)	3 (7.9)	1 (2.6)	1.95	0 (0.0)	3 (7.9)	25 (65.8)	10 (26.3)	3.19	20 (52.6)	14 (36.8)	1 (2.6)	3 (7.9)
	이주민, 북한이탈주민 대상 적응교육 및 심리지원	4 (10.8)	26 (70.3)	7 (18.9)	0 (0.0)	2.08	1 (2.7)	3 (8.1)	30 (81.1)	3 (8.1)	2.94	9 (24.3)	26 (70.3)	1 (2.7)	1 (2.7)
	위험직 공무원 외상 후 스트레스장애(PTSD) 치유 지원	9 (23.7)	23 (60.5)	6 (15.8)	0 (0.0)	1.92	0 (0.0)	2 (5.3)	30 (78.9)	6 (15.8)	3.11	16 (42.1)	20 (52.6)	1 (2.6)	1 (2.6)
	기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원 (감정노동자, 신체장애인, 한부모, 조손가정 등)	7 (18.4)	28 (73.7)	3 (7.9)	0 (0.0)	1.89	0 (0.0)	1 (2.6)	27 (71.1)	10 (26.3)	3.24	19 (50.0)	18 (47.4)	0 (0.0)	1 (2.6)
재난 피해자 등 위기심리 지원 강화	지역사회 재난 대응 정신건강관리체계 구축(범부처 대응체계 구축, 응급정신질환 대응, 지속 대응체계 마련)	7 (18.4)	18 (47.4)	13 (34.2)	0 (0.0)	2.16	0 (0.0)	2 (5.3)	25 (65.8)	11 (28.9)	3.24	17 (44.7)	19 (50.0)	1 (2.6)	1 (2.6)
	재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성	5 (13.2)	18 (47.4)	15 (39.5)	0 (0.0)	2.27	0 (0.0)	3 (7.9)	31 (81.6)	4 (10.5)	3.03	12 (31.6)	23 (60.5)	2 (5.3)	1 (2.6)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘건강보험공단 건강검진 시 정신건강 검진 내실화’로, 참여자의 23.5%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성’을 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원(감정노동자, 신체장애인, 한부모, 조손가정 등)’(43.8%)과 ‘경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화(읍면동과의 연계 강화 및 신용회복 등 대상자 심리지원)’(15.6%)였음
 - ‘재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성’을 우선순위로 언급한 참여자가 없어 정책 시급성이 비교적 낮게 인식되고 있었음
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원(감정노동자, 신체장애인, 한부모, 조손가정 등)’가 20점으로 가장 높은 점수를, ‘재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성’이 0점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-4〉 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화	동네 의원 역량강화를 통한 조기발견·개입 지원	2	5.9	3	9.4	7
	정신건강증진센터 내 "정신건강 주치의"(정신과전문의) 배치	6	17.6	1	3.1	13
	건강보험공단 건강검진 시 정신건강 검진 내실화	8	23.5	2	6.3	18
스트레스 고위험군 집중관리 지원	경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화(읍면동과의 연계 강화 및 신용회복 등 대상자 심리지원)	7	20.6	5	15.6	19
	이주민, 북한이탈주민 대상 적응교육 및 심리지원	0	0.0	3	9.4	3
	위험직 공무원 외상 후 스트레스장애(PTSD) 치유 지원	4	11.8	3	9.4	11
	기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원(감정노동자, 신체장애인, 한부모, 조손가정 등)	3	8.8	14	43.8	20
재난 피해자 등 위기심리지원 강화	지역사회 재난 대응 정신건강관리체계 구축(범부처 대응체계 구축, 응급정신질환 대응, 지속 대응체계 마련)	4	11.8	1	3.1	9
	재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성	0	0.0	0	0.0	0
합계		34	100.0	32	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축

□ 정책 평가 결과

- 생애주기별 정신건강 지원체계 구축 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 2.06점으로 나타남
- ‘아동·청소년 정신건강 관련 실태조사(아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)’를 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘학교 밖 청소년 정신건강 지원’(1.55점), ‘대학생 정신건강 지원체계 구축’(1.84점)임
 - 반대로 ‘노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원’(2.32점), ‘노인 특화 정신건강 프로그램 제공’(2.32점)은 9개 과제 중 2점대의 평가를 받아 노인 대상 정신건강 지원 사업이 타 정책 과제들에 비해 비교적 잘 수행 중이라고 인식하고 있었음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘노인 정신건강 지원’의 평균 점수가 2.32점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘영유아 정신건강 지원’(2.08점), ‘아동·청소년 정신건강 지원’(2.01점), ‘청·장년 정신건강 지원’(1.94점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 정신건강문제 조기발견 및 개입 강화 분야 정책 과제들의 평균 점수는 3.15점으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되고 있었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘아동학대 발생시 위기개입’과 ‘학교 밖 청소년 정신건강 지원’으로 두 과제 모두 평균 3.39점으로 평가됨
 - 반면 ‘노인 특화 정신건강 프로그램 제공’(2.32점), ‘정서발달 평가 및 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계’(3.05점)는 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음
- 영역별로는 ‘아동·청소년 정신건강 지원’(3.26점), ‘영유아 정신건강 지

원’(3.17점), ‘청·장년 정신건강 지원’(3.08점), ‘노인 정신건강 지원’(3.02점) 순으로 상대적으로 어린 연령대의 정신건강 정책을 중요하게 인식하고 있었음

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 73.7%는 ‘학교 밖 청소년 정신건강 지원’이, 참여자의 55.3%는 ‘아동학대 발생시 위기개입’, ‘학교기반 정신건강 지원체계 구축’이 강화되어야 한다고 응답하였음
- 반면 ‘노인 특화 정신프로그램 제공’은 ‘약화’가 10.5%, ‘삭제’가 2.6%였음

〈표 4-5〉 생애주기별 정신건강 지원체계 구축 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
영유아 정신건강 지원	정서발달 평가 및 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계	4 (10.5)	27 (71.1)	7 (18.4)	0 (0.0)	2.08	0 (0.0)	2 (5.3)	32 (84.2)	4 (10.5)	3.05	11 (28.9)	25 (65.8)	0 (0.0)	2 (5.3)
	아동학대 발생시 위기개입	6 (15.8)	20 (52.6)	12 (31.6)	0 (0.0)	2.16	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (60.5)	15 (39.5)	3.39	21 (55.3)	16 (42.1)	1 (2.6)	0 (0.0)
	부모·교사 대상 심리지원 및 교육	4 (10.5)	30 (79.0)	4 (10.5)	0 (0.0)	2.00	0 (0.0)	3 (7.9)	29 (76.3)	6 (15.8)	3.08	14 (36.8)	21 (55.3)	2 (5.3)	1 (2.6)
아동· 청소년 정신건강 지원	아동·청소년 정신건강 관련 실태조사 (아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)	4 (10.5)	16 (42.1)	16 (42.1)	2 (5.3)	2.42	0 (0.0)	1 (2.6)	32 (84.2)	5 (13.2)	3.11	14 (36.8)	23 (60.5)	1 (2.6)	0 (0.0)
	학교기반 정신건강 지원체계 구축	10 (26.3)	18 (47.4)	10 (26.3)	0 (0.0)	2.00	0 (0.0)	1 (2.6)	24 (63.2)	13 (34.2)	3.32	21 (55.3)	16 (42.1)	1 (2.6)	0 (0.0)
	학교 밖 청소년 정신건강 지원	18 (47.4)	19 (50.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	1.55	0 (0.0)	1 (2.6)	21 (55.3)	16 (42.1)	3.39	28 (73.7)	9 (23.7)	1 (2.6)	0 (0.0)
	정신건강 관련업무 담당인력 역량 강화 (보건·상담교사, 지역 유관 자원 실무자)	7 (18.4)	22 (57.9)	9 (23.7)	0 (0.0)	2.05	0 (0.0)	3 (7.9)	24 (63.2)	11 (28.9)	3.21	18 (47.4)	16 (42.1)	2 (5.3)	2 (5.3)
청·장년 정신건강 지원	대학생 정신건강 지원체계 구축	8 (21.1)	28 (73.3)	2 (5.3)	0 (0.0)	1.84	0 (0.0)	4 (10.5)	27 (71.1)	7 (18.4)	3.08	18 (47.4)	16 (42.1)	4 (10.5)	0 (0.0)
	산모 산전·후 우울증 관리 강화	5 (13.2)	25 (65.8)	8 (21.1)	0 (0.0)	2.08	0 (0.0)	5 (13.2)	25 (65.8)	8 (21.1)	3.08	18 (47.4)	16 (42.1)	3 (7.9)	1 (2.6)
	근로자 직무 스트레스 및 우울증 관리	8 (21.1)	26 (68.4)	4 (10.5)	0 (0.0)	1.89	0 (0.0)	4 (10.5)	27 (71.1)	7 (18.4)	3.08	19 (50.0)	16 (42.1)	2 (5.3)	1 (2.6)
노인 정신건강 지원	노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원	3 (7.9)	20 (52.6)	15 (39.5)	0 (0.0)	2.32	0 (0.0)	3 (7.9)	28 (73.7)	7 (18.4)	3.11	13 (34.2)	22 (57.9)	2 (5.3)	1 (2.6)
	노인 특화 정신건강 프로그램 제공	3 (7.9)	20 (52.6)	15 (39.5)	0 (0.0)	2.32	0 (0.0)	7 (18.4)	29 (76.3)	2 (5.3)	2.87	11 (28.9)	22 (57.9)	4 (10.5)	1 (2.6)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘아동학대 발생시 위기개입’으로, 참여자의 26.5%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘근로자 직무 스트레스 및 우울증 관리’, ‘노인 특화 정신건강 프로그램 제공’을 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘학교 밖 청소년 정신건강 지원’(18.2%)였으며, ‘아동·청소년 정신건강 관련 실태조사(아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)’를 선택한 응답자는 없었음
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘아동학대 발생시 위기개입’이 21점, ‘학교 밖 청소년 정신건강 지원’이 18점으로 높은 점수를, ‘아동·청소년 정신건강 관련 실태조사(아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)’, ‘노인 특화 정신건강 프로그램 제공’이 2점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-6〉 생애주기별 정신건강 지원체계 구축 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
영유아 정신건강 지원	정서발달 평가 및 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계	2	5.9	3	9.1	7
	아동학대 발생 시 위기개입	9	26.5	3	9.1	21
	부모·교사 대상 심리지원 및 교육	2	5.9	2	6.1	6
아동·청소년 정신건강 지원	아동·청소년 정신건강 관련 실태조사 (아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)	1	2.9	0	0.0	2
	학교기반 정신건강 지원체계 구축	5	14.7	5	15.2	15
	학교 밖 청소년 정신건강 지원	6	17.6	6	18.2	18
	정신건강 관련업무 담당인력 역량 강화 (보건·상담교사, 지역 유관 자원 실무자)	3	8.8	4	12.1	10
청·장년 정신건강 지원	대학생 정신건강 지원체계 구축	2	5.9	1	3.0	5
	산모 산전·후 우울증 관리 강화	2	5.9	1	3.0	5
	근로자 직무 스트레스 및 우울증 관리	0	0.0	3	9.1	3
노인 정신건강 지원	노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원	2	5.9	3	9.1	7
	노인 특화 정신건강 프로그램 제공	0	0.0	2	6.1	2
합계		34	100.0	33	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

제2절 중증정신질환자 지역사회 통합

1. 조기 집중치료로 만성화 방지

□ 정책 평가 결과

- 조기 집중치료로 만성화 방지 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.90점으로 나타남
- ‘급성기 환자 응급 및 단기입원 제도 활성화’, ‘정신질환 치료기술 연구(R&D 강화)’를 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화’(1.61점), ‘초발환자 발견 및 지역사회 관리 모형 개발’(1.84점)임
 - 반대로 ‘정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화’(2.16점), ‘의료급여 체계 개선으로 양질의 치료 서비스 제공’(1.95점)은 6개 과제 중 비교적 그 점수가 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발’(1.96점), ‘건강보험 및 의료급여 수가체계 개선’(1.83점) 순으로 두 개 영역이 비슷한 수준이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 정조기 집중치료로 만성화 방지 분야 정책 과제들의 평균 점수는 3.32점으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되고 있었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화’(3.71점)와 ‘급성기 환자 응급 및 단기입원 제도 활성화’(3.42점)였음
 - 반면 ‘정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화’는 3.03점으로 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 ‘건강보험 및 의료급여 수가체계 개선’이 3.40점, ‘초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발’이 3.24점으로 확인됨

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 71.1%가 ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화’를 가장 시급한 과제로 인식하였으며 ‘급성기 환자 응급 및 단기 입원제도 활성화’, ‘초발환자 발견 및 지역사회 관리 모형 개발’도 참여자의 60% 이상이 ‘강화’를 선택하였음
- 반면 ‘정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화’는 ‘약화’가 7.9%, ‘삭제’가 5.3%로 나타남

〈표 4-7〉 조기 집중치료로 만성화 방지 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가					정책중요성					강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음	평균 점수	전혀 중요하지 않음	중요하지 않음	중요함	매우 중요함	평균 점수	강화	지속	약화	삭제
건강보험 및 의료급여 수가체계 개선	초발·급성 조기 집중치료를 위한 건강보험 수가체계 개선	11 (28.9)	19 (50.0)	8 (21.1)	0 (0.0)	1.92	0 (0.0)	2 (5.3)	23 (60.5)	13 (34.2)	3.29	20 (52.6)	15 (39.5)	3 (7.9)	0 (0.0)
	의료급여 체계 개선으로 양질의 치료 서비스 제공	10 (26.3)	20 (52.6)	8 (21.1)	0 (0.0)	1.95	0 (0.0)	1 (2.6)	28 (73.7)	9 (23.7)	3.21	17 (44.7)	21 (55.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동수가 조정, 퇴원연계 활성화 유도 등)	19 (50.0)	15 (39.5)	4 (10.5)	0 (0.0)	1.61	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (28.9)	27 (71.1)	3.71	27 (71.1)	11 (28.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발	초발환자 발견 및 지역사회 관리 모형 개발	12 (31.6)	20 (52.6)	6 (15.8)	0 (0.0)	1.84	1 (2.6)	3 (7.9)	19 (50.0)	15 (39.5)	3.26	23 (60.5)	12 (31.6)	2 (5.3)	1 (2.6)
	급성기 환자 응급 및 단기입원 제도 활성화	13 (34.2)	17 (44.7)	7 (18.4)	1 (2.6)	1.89	0 (0.0)	0 (0.0)	22 (57.9)	16 (42.1)	3.42	25 (65.8)	13 (34.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
	정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화	7 (18.4)	19 (50.0)	11 (28.9)	1 (2.6)	2.16	2 (5.3)	3 (7.9)	25 (65.8)	8 (21.1)	3.03	15 (39.5)	18 (47.4)	3 (7.9)	2 (5.3)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화’, ‘의료급여 체계 개선으로 양질의 치료 서비스 제공’으로, 참여자의 각 42.9%, 17.1%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화’를 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것 또한 ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화’(28.1%)였으며, ‘정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화’를 선택한 응답자는 없었음
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화’이 39점, ‘초발환자 발견 및 지역사회 관리 모형 개발’이 18점으로 높은 점수를, ‘정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화’가 2점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-8〉 초기 집중치료로 만성화 방지 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
건강보험 및 의료급여 수가체계 개선	초발·급성 초기 집중치료를 위한 건강보험수가체계 개선	3	8.6	6	18.8	12
	의료급여 체계 개선으로 양질의 치료 서비스 제공	6	17.1	2	6.3	14
	불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동 수가 조정, 퇴원연계 활성화 유도 등)	15	42.9	9	28.1	39
초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발	초발환자 발견 및 지역사회 관리 모형 개발	5	14.3	8	25.0	18
	급성기 환자 응급 및 단기입원 제도 활성화	5	14.3	7	21.9	17
	정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화	1	2.9	0	0.0	2
합계		35	100.0	32	100.0	

* 우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

2. 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상

□ 정책 이행 평가 결과

○ 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.75점으로, ‘중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화(사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)’, ‘정신재활시설 단계적 확충(인센티브 등)’, ‘정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소’, ‘정신요양시설 정체성 확립 및 단계적 기능전환(이용 대상자 명확화, 기능 표준화, 기능 전환 유도)’을 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음

- 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘지역사회 지원체계 구축’(1.53점), ‘정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)’(1.55점)임
- 반대로 ‘정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소’(2.16점), ‘정신재활시설의 질적 수준 제고(슈퍼비전 지원, 평가 내실화’(1.89점)으로 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음

○ 영역별 결과를 살펴보면 ‘정신의료기관 및 정신요양시설 기능 재정립’의 평균 점수가 1.81점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘정신재활시설 확충 및 내실화’(1.74점), ‘지역사회 지원체계 구축’(1.71점) 순이었으나 그 차이가 크진 않았음

□ 정책 중요성 평가 결과

○ 정책 중요성 평가 결과 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음

- 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘중증·만성 정신질환자 지역사회 지원 강화(사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)’, ‘정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)’로 평균 3.58점으로 나타남
- ‘정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소’, ‘외래치료명령제, 장기지속형 약물처방 활성화로 퇴원 유도’가 각각 3.03점, 3.05점으로 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 ‘지역사회 지원체계 구축’ 3.40점, ‘정신재활시설 확충 및 내실화’ 3.37점, ‘정신의료기관 및 정신요양시설 기능 재정립’ 3.22점으로 정책 이행 평가 결과와 정 반대 순으로 나타남

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 68.4%는 ‘정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)’이, 참여자의 65.8%는 ‘중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화(사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)’가 강화되어야 한다고 응답하였음
- 반대로 ‘정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소’는 ‘삭제’가 7.9%, ‘약화’가 15.8%를 차지하였으며 ‘외래치료명령제, 장기지속형 약물처방 활성화로 퇴원 유도’도 ‘삭제’를 선택한 응답자가 8.1%를 차지하였음

〈표 4-9〉 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
지역사회 지원체계 구축	중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화 (사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)	16 (42.1)	16 (42.1)	5 (13.2)	1 (2.6)	1.76	1 (2.6)	0 (0.0)	13 (34.2)	24 (63.2)	3.58	25 (65.8)	11 (28.9)	1 (2.6)	1 (2.6)
	외래치료명령제, 장기지속형 약물처방 활성화로 퇴원 유도	11 (29.7)	22 (59.5)	4 (10.8)	0 (0.0)	1.81	2 (5.4)	1 (2.7)	27 (73.0)	7 (18.9)	3.05	18 (48.6)	16 (43.2)	0 (0.0)	3 (8.1)
	정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)	18 (47.4)	19 (50.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	1.55	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (42.1)	22 (57.9)	3.58	26 (68.4)	12 (31.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
정신재활 시설 확충 및 내실화	정신재활시설 단계적 확충(인센티브 등)	17 (44.7)	17 (44.7)	3 (7.9)	1 (2.6)	1.68	0 (0.0)	2 (5.3)	18 (47.4)	18 (47.4)	3.42	24 (63.2)	13 (34.2)	1 (2.6)	0 (0.0)
	다양한 유형의 정신재활시설 설치·운영	17 (44.7)	19 (50.0)	2 (5.3)	0 (0.0)	1.61	0 (0.0)	2 (5.3)	19 (50.0)	17 (44.7)	3.39	22 (57.9)	14 (36.8)	2 (5.3)	0 (0.0)
	정신재활시설의 질적 수준 제고(슈퍼비전 지원, 평가 내실화)	8 (21.1)	26 (68.4)	4 (10.5)	0 (0.0)	1.89	1 (2.6)	0 (0.0)	26 (68.4)	11 (28.9)	3.24	17 (44.7)	19 (50.0)	1 (2.6)	1 (2.6)
	직업 재활 활성화를 위한 근로환경 개선 및 모형 개발(근로환경 개선 등)	13 (35.1)	20 (54.1)	4 (10.8)	0 (0.0)	1.76	0 (0.0)	2 (5.4)	17 (45.9)	18 (48.6)	3.43	19 (51.4)	15 (40.5)	2 (5.4)	1 (2.7)
정신의료 기관 및 정신요양 시설 기능 재정립 및 역량강화	정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소	5 (13.2)	23 (60.5)	9 (23.7)	1 (2.6)	2.16	2 (5.3)	5 (13.2)	21 (55.3)	10 (26.3)	3.03	15 (39.5)	14 (55.3)	6 (15.8)	3 (7.9)
	정신요양시설 정체성 확립 및 단계적 기능전환(이용대상자 명확화, 기능 표준화, 기능 전환 유도)	14 (36.8)	21 (55.3)	2 (5.3)	1 (2.6)	1.74	1 (2.6)	2 (5.3)	21 (55.3)	14 (36.8)	3.26	21 (55.3)	14 (36.8)	2 (5.3)	1 (2.6)
	지역사회 지원체계 구축	21 (55.3)	14 (36.8)	3 (7.9)	0 (0.0)	1.53	1 (2.6)	2 (5.3)	17 (44.7)	18 (48.4)	3.37	25 (65.8)	10 (26.3)	2 (5.3)	1 (2.6)

□ 강화·지속 이행을 위한 정책 우선순위 결과

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화(사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)’로, 참여자의 52.9%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. 반면 ‘정신재활시설의 질적 수준 제고(슈퍼비전 지원, 평가 내실화)’, ‘정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소’는 1순위로 응답한 참여자가 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘정신재활시설 단계적 확충’(28.6%)과 ‘다양한 유형의 정신재활시설 설치·운영’(20.0%)이었으며, ‘외래치료명령제, 장기지속형 약물처방 활성화로 퇴원 유도’, ‘직업 재활 활성화를 위한 근로환경 개선 및 모형 개발(근로환경 개선 등)’은 2.9%로 시급성이 비교적 낮게 인식되었음
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화(사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)’가 38점으로 가장 높은 점수를, ‘정신재활시설의 질적 수준 제고(슈퍼비전 지원, 평가 내실화)’가 2점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-10〉 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
지역사회 지원체계 구축	중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화 (사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)	18	52.9	2	5.7	38
	외래치료명령제, 장기지속형 약물처방 활성화로 퇴원 유도	1	2.9	1	2.9	3
	정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)	3	8.8	4	11.4	10
정신재활시설 확충 및 내실화	정신재활시설 단계적 확충(인센티브 등)	2	5.9	10	28.6	14
	다양한 유형의 정신재활시설 설치·운영	1	2.9	7	20.0	9
	정신재활시설의 질적 수준 제고(슈퍼비전 지원, 평가 내실화)	0	0.0	2	5.7	2
	직업 재활 활성화를 위한 근로환경 개선 및 모형 개발(근로환경 개선 등)	1	2.9	1	2.9	3
정신의료기관 및 정신요양시설 기능 재정립 및 역량강화	정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소	0	0.0	2	5.7	2
	정신요양시설 정체성 확립 및 단계적 기능전환 (이용대상자 명확화, 기능 표준화, 기능 전환 유도)	1	2.9	3	8.6	5
	지역사회 지원체계 구축	7	20.6	3	8.6	17
합계		34	100.0	35	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

3. 정신질환자 인권강화

□ 정책 이행 평가 결과

- 정신질환자 인권강화 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 2.15점으로, ‘정신의료기관 입·퇴원 신고로 회전문식 재입원 방지’, ‘인권침해 관련 지도·감독 강화’ 과제는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘중증 정신질환자 의사결정 지원 강화’(1.87점), ‘정신의료기관 입·퇴원 신고로 회전문식 재입원 방지’(2.03점)임
 - 반대로 ‘정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화’, ‘인권교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시’는 평균 2.32점으로 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화’의 평균 점수가 2.21점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘정신의료기관 입·퇴원 제도개선’(2.13점), ‘정신질환자의 자기결정권 강화’(2.11점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과정신질환자 인권강화 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘강제 입원시 공적 영역의 입원 적정성 여부 판단’(3.37점)과 ‘정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화’(3.34점)이었음
 - 한편 ‘인권교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시’와 정신의료기관 평가·인증 내실화(수가체계 연계, 행정처분 기준 마련 등)는 각각 3.08점, 3.11점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음
- 영역별로는 ‘정신질환자의 자기결정권 강화’(3.34점), ‘정신의료기관 입·퇴원 제도개선’(3.27점), ‘정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화’(3.18점)로 정책 이행 평가 결과와 정 반대 순으로 나타남

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 60.5%가 ‘강제 입원시 공적 영역의 입원 적정성 여부 판단’이 강화되어야 한다고 응답하였으며, ‘정신의료기관 입·퇴원 신고로 회전문식 재입원 방지’, ‘강제 입원 및 치료 기준 재정비’, ‘중증 정신질환자 의사결정 지원 강화’도 ‘강화’가 응답의 50.0%를 차지하였음
- 반대로 ‘정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화’는 ‘약화’로 응답한 참여자가 13.2%, ‘삭제’로 응답한 참여자가 2.6%였고 ‘인권침해 관련 지도·감독 강화’도 ‘약화’ 7.9%, ‘삭제’ 5.3%로 나타남

〈표 4-11〉 정신질환자 인권강화 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가					정책 중요성					강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음	평균 점수	전혀 중요하지 않음	중요하지 않음	중요함	매우 중요함	평균 점수	강화	지속	약화	삭제
정신의료기관 입·퇴원 제도개선	정신의료기관 입·퇴원 신고로 회전문식 재입원 방지	6 (15.8)	25 (65.8)	7 (18.4)	0 (0.0)	2.03	0 (0.0)	5 (13.2)	19 (50.0)	14 (36.8)	3.24	19 (50.0)	15 (39.5)	4 (10.5)	0 (0.0)
	보호의무자에 의한 입원제도 개선	4 (10.5)	22 (57.9)	11 (28.9)	1 (2.6)	2.24	0 (0.0)	0 (0.0)	30 (70.8)	8 (21.1)	3.21	17 (44.7)	19 (50.0)	2 (5.3)	0 (0.0)
	강제 입원시 공적 영역의 입원 적정성 여부 판단	8 (21.1)	19 (50.0)	10 (26.3)	1 (2.6)	2.11	0 (0.0)	1 (2.6)	22 (57.9)	15 (39.5)	3.37	23 (60.5)	14 (36.8)	1 (2.6)	0 (0.0)
정신질환자의 자기결정권 강화	강제 입원 및 치료 기준 재정비	8 (21.1)	18 (47.4)	11 (28.9)	1 (2.6)	2.13	1 (2.6)	1 (2.6)	22 (57.9)	14 (36.8)	3.29	19 (50.0)	16 (42.1)	2 (5.3)	1 (2.6)
	중증 정신질환자 의사결정 지원 강화	11 (28.9)	22 (57.9)	4 (10.5)	1 (2.6)	1.87	0 (0.0)	1 (2.6)	21 (55.3)	16 (42.1)	3.39	19 (50.0)	17 (44.7)	2 (5.3)	0 (0.0)
	정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화	6 (15.8)	16 (42.1)	14 (36.8)	2 (5.3)	2.32	0 (0.0)	2 (5.3)	21 (55.3)	15 (39.5)	3.34	14 (36.8)	18 (47.4)	5 (13.2)	1 (2.6)
정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화	정신의료기관 및 요양시설 개방성 확대 (정보공개 강화, 인권지킴이단)	7 (18.4)	22 (57.9)	8 (21.1)	1 (2.6)	2.08	0 (0.0)	1 (2.6)	25 (65.8)	12 (31.6)	3.29	17 (44.7)	20 (52.6)	1 (2.6)	0 (0.0)
	인권교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시	4 (10.5)	20 (52.6)	12 (31.6)	2 (5.3)	2.32	1 (2.6)	3 (7.9)	26 (68.4)	2 (5.3)	3.08	12 (31.6)	21 (55.3)	3 (7.9)	2 (5.3)
	정신의료기관 평가·인증 내실화 (수가체계 연계, 행정처분 기준 마련 등)	3 (7.9)	23 (60.5)	11 (28.9)	1 (2.6)	2.26	0 (0.0)	3 (7.9)	28 (73.7)	7 (18.4)	3.11	13 (34.2)	23 (60.5)	1 (2.6)	1 (2.6)
	인권침해 관련 지도·감독 강화	7 (18.4)	18 (47.4)	13 (34.2)	0 (0.0)	2.16	0 (0.0)	1 (2.6)	27 (71.1)	10 (26.3)	3.24	12 (31.6)	24 (63.2)	1 (2.6)	1 (2.6)

□ 강화·지속 이행을 위한 정책 우선순위 결과

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘강제 입원 및 치료 기준 재정비’로, 참여자의 21.2%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘인권침해 관련 지도·감독 강화’를 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘강제 입원 및 치료 기준 재정비’와 ‘중증 정신질환자 의사결정 지원 강화’로 전체의 22.6%씩 차지하였음. 반면 ‘인권침해 관련 지도·감독 강화’를 2순위로 응답한 참여자는 없었음
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘강제 입원 및 치료 기준 재정비’가 21점, ‘중증 정신질환자 의사결정 지원 강화’가 17점으로 비교적 높은 점수를, ‘인권침해 관련 지도·감독 강화’이 0점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-12〉 정신질환자 인권강화 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
정신의료기관 입·퇴원 제도개선	정신의료기관 입·퇴원 신고로 회전문식 재입원 방지	5	15.2	2	6.5	12
	보호의무자에 의한 입원제도 개선	3	9.1	2	6.5	8
	강제 입원시 공적 영역의 입원 적정성 여부 판단	3	9.1	3	9.7	9
정신질환자의 자기결정권 강화	강제 입원 및 치료 기준 재정비	7	21.2	7	22.6	21
	중증 정신질환자 의사결정 지원 강화	5	15.2	7	22.6	17
	정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화	2	6.1	2	6.5	6
정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화	정신의료기관 및 요양시설 개방성 확대(정보공개 강화, 인권지킴이단)	4	12.1	3	9.7	11
	인권교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시	2	6.1	1	3.2	5
	정신의료기관 평가·인증 내실화(수가체계 연계, 행정처분 기준 마련 등)	2	6.1	4	12.9	8
	인권침해 관련 지도·감독 강화	0	0.0	0	0.0	0
합계		33	100.0	31	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

제3절 중독으로 인한 건강 피해 및 사회적 피해 최소화

1. 중독 피해에 대한 사회적 환경 조성

□ 정책 이행 평가 결과

- 중독 피해에 대한 사회적 환경 조성 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.91점으로, 6개 정책과제 모두 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자는 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축’(1.71점), ‘알코올에 대한 관대한 인식 개선’(1.79점)임
 - 반대로 ‘중독예방 교육 및 캠페인 실시’(2.21점), ‘중독 물질에 대한 관리 강화’(2.03점)으로 6개 과제 중 2점대의 평가를 받아 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘중독 위험환경 개선’의 평균 점수가 1.92점, ‘중독 피해에 대한 사회적 인식 개선’의 평균 점수가 1.90점으로 그 차이가 크지 않았음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 중독 피해에 대한 사회적 환경 조성 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되고 있음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘알코올에 대한 관대한 인식 개선’(3.39점)과 ‘중독 관리를 위한 범부처 협력체계 구축’(3.32점)이었음
 - ‘중독예방 교육 및 캠페인 실시’, ‘중독 요인에 대한 접근성 제한 검토 및 적정 이용 가이드라인 마련’은 각각 3.05점, 3.11점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음
- 영역별로는 ‘중독 피해에 대한 사회적 인식 개선’이 3.25점, ‘중독 위험환경 개선’이 3.20점으로 정책 이행 평가와 반대 순이었지만 역시 그 차이가 크지 않았음

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 68.4%가 ‘중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축’이 강화되어야 한다고 응답하였으며 ‘중독 요인에 대한 접근성 제한 검토 및 적정 이용 가이드라인 마련’(57.9%), ‘알코올에 대한 관대한 인식 개선’(55.3%) 또한 참여자의 과반수 이상이 ‘강화’를 선택하였음
- 한편 ‘새로운 중독물질에 대한 대응력 제고(연구 및 실태조사, 적정 이용에 대한 가이드라인 마련)’는 ‘약화’로 응답한 참여자가 7.9%, ‘삭제’로 응답한 참여자가 2.6%였고 ‘중독예방 교육 및 캠페인 실시’ 또한 참여자의 2.6%가 ‘약화’로, 5.3%가 ‘삭제’라고 응답함

〈표 4-13〉 중독 폐해에 대한 사회적 환경 조성 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지 않음	중요하 지 않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선	중독예방 교육 및 캠페인 실시	3 (7.9)	24 (63.2)	11 (28.9)	0 (0.0)	2.21	0 (0.0)	2 (5.31)	32 (84.2)	4 (10.5)	3.05	15 (39.5)	20 (52.6)	1 (2.6)	2 (5.3)
	알코올에 대한 관대한 인식 개선	13 (34.2)	20 (52.6)	5 (13.2)	0 (0.0)	1.79	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (60.5)	15 (39.5)	3.39	21 (55.3)	17 (44.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
	중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축	14 (36.8)	21 (55.3)	3 (7.9)	0 (0.0)	1.71	1 (2.6)	0 (0.0)	23 (60.5)	14 (36.8)	3.32	26 (68.4)	11 (28.9)	0 (0.0)	1 (2.6)
중독 위험환경 개선	중독 요인에 대한 접근성 제한 검토 및 적정 이용 가이드라인 마련	9 (23.7)	24 (63.2)	5 (13.2)	0 (0.0)	1.89	1 (2.6)	1 (2.6)	29 (76.3)	7 (18.4)	3.11	22 (57.9)	14 (36.8)	0 (0.0)	2 (5.3)
	중독 물질에 대한 관리 강화	8 (21.1)	21 (55.3)	9 (23.7)	0 (0.0)	2.03	0 (0.0)	1 (2.6)	25 (65.8)	12 (31.6)	3.29	18 (47.4)	19 (50.0)	1 (2.6)	0 (0.0)
	새로운 중독물질에 대한 대응력 제고 (연구 및 실태조사, 적정 이용에 대한 가이드라인 마련)	11 (28.9)	22 (57.9)	5 (13.2)	0 (0.0)	1.84	0 (0.0)	2 (5.31)	26 (68.4)	10 (26.3)	3.21	18 (47.4)	16 (42.1)	3 (7.9)	1 (2.6)

□ 강화·지속 이행을 위한 정책 우선순위 결과

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘알코올에 대한 관대한 인식 개선’, ‘중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축’으로, 참여자의 각 36.4%, 21.2%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. 반면 ‘중독예방 교육 및 캠페인 실시’를 1순위로 응답한 참여자는 9.1%에 그쳤음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘알코올에 대한 관대한 인식 개선’(25.0%), ‘중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축’(25.0%)으로 1순위 결과와 동일했음. ‘새로운 중독물질에 대한 대응력 제고(연구 및 실태조사, 적정 이용에 대한 가이드라인 마련)’을 2순위로 선택한 참여자는 1명이었음
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘알코올에 대한 관대한 인식 개선’이 32점, ‘중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축’이 22점으로 비교적 높은 점수를, ‘새로운 중독물질에 대한 대응력 제고(연구 및 실태조사, 적정 이용에 대한 가이드라인 마련)’이 2점, ‘중독 요인에 대한 접근성 제한 검토 및 적정 이용 가이드라인 마련’이 10점으로 낮은 점수를 받음

〈표 4-14〉 중독 폐해에 대한 사회적 환경 조성 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선	중독예방 교육 및 캠페인 실시	3	9.1	5	15.6	11
	알코올에 대한 관대한 인식 개선	12	36.4	8	25.0	32
	중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축	7	21.2	8	25.0	22
중독 위험환경 개선	중독 요인에 대한 접근성 제한 검토 및 적정 이용 가이드라인 마련	3	9.1	4	12.5	10
	중독 물질에 대한 관리 강화	4	12.1	6	18.8	14
	새로운 중독물질에 대한 대응력 제고 (연구 및 실태조사, 적정 이용에 대한 가이드라인 마련)	4	12.1	1	3.1	9
합계		33	100.0	32	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

2. 중독 문제 조기선별·개입체계 구축

□ 정책 이행 평가 결과

- 중독 문제 조기선별·개입체계 구축 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.91점으로, 5개 정책과제 모두 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자는 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘중독관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치’(1.84점), ‘취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)’(1.87점)임
 - 반대로 ‘일반 국민 대상 중독문제 선별(미취학 아동, 청소년, 청장년)’(2.00점), ‘지역사회 대응 연계체계 강화’(1.92점), ‘고위험군 대상 개입 프로그램 개발·보급’(1.92점)으로 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았으나 정책별 점수 차이가 크지 않았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘대상별 중독 선별 체계 강화’의 평균 점수가 1.94점, ‘중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공’의 평균 점수가 1.89점 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 중독 문제 조기선별·개입체계 구축 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되고 있음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘중독관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치’(3.37점)과 ‘지역사회 대응 연계체계 강화’(3.32점)이었음
 - ‘일반 국민 대상 중독문제 선별(미취학 아동, 청소년, 청장년)’, ‘취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)’은 각각 3.08점, 3.13점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음
- 영역별로는 ‘중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공’이 3.32점, ‘대상별 중독 선별 체계 강화’이 3.11점으로 정책 이행 평가와 반대 순이었음

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 60.5%가 ‘중독관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치’가 강화되어야 한다고 응답하였으며 ‘지역사회 대응 연계체계 강화’도 참여자의 57.9%가 ‘강화’를 선택하였음
- 한편 ‘국민 대상 중독문제 선별(미취학 아동, 청소년, 청장년)’는 ‘약화’로 응답한 참여자가 5.3%, ‘삭제’로 응답한 참여자가 2.6%였고 ‘취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)’ 또한 참여자의 7.9%가 ‘삭제’라고 응답함
- 전반적으로 정책 이행이 잘 되고 있다고 평가된 정책 과제들은 다른 과제들에 비해 중요성, 우선순위가 낮게 나타났음

〈표 4-15〉 중독 문제 조기선별·개입체계 구축 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
대상별 중독 선별 체계 강화	일반 국민 대상 주요 중독문제 선별(미취학 아동, 청소년, 청장년)	6 (15.8)	26 (68.4)	6 (15.8)	0 (0.0)	2.00	1 (2.6)	1 (2.6)	30 (78.9)	6 (15.8)	3.08	15 (39.5)	20 (52.6)	2 (5.3)	1 (2.6)
	취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)	8 (21.1)	27 (71.1)	3 (7.9)	0 (0.0)	1.87	0 (0.0)	3 (7.9)	27 (71.1)	8 (21.1)	3.13	17 (44.7)	18 (47.4)	3 (7.9)	0 (0.0)
중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공	지역사회 대응 연계체계 강화	10 (26.3)	21 (55.3)	7 (18.4)	0 (0.0)	1.92	0 (0.0)	1 (2.6)	24 (63.2)	13 (34.2)	3.32	22 (57.9)	14 (36.8)	1 (2.6)	1 (2.6)
	고위험군 대상 개입 프로그램 개발·보급	7 (18.4)	27 (71.1)	4 (10.5)	0 (0.0)	1.92	0 (0.0)	2 (5.3)	24 (63.2)	12 (31.6)	3.26	17 (44.7)	19 (50.0)	2 (5.3)	0 (0.0)
	중독관리 전문 인력 양성 및 지역사회 배치	13 (34.2)	18 (47.4)	7 (18.4)	0 (0.0)	1.84	0 (0.0)	2 (5.3)	20 (52.6)	16 (42.1)	3.37	23 (60.5)	13 (34.2)	2 (5.3)	0 (0.0)

□ 강화·지속 이행을 위한 정책 우선순위 결과

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘취약계층 대상 중독 문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)’, ‘지역사회 대응 연계체계 강화’로, 참여자의 각 30.3%, 27.3%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘고위험군 대상 개입 프로그램 개발·보급’과 ‘일반 국민 대상 주요 중독문제 선별(미취학 아동, 청소년, 청장년)’을 1순위로 응답한 참여자는 각각 9.1%, 12.1%로 비교적 적었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘중독 관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치’(45.2%)로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘중독관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치’가 28점, ‘취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)’, ‘지역사회 대응 연계체계 강화’가 23점으로 비교적 높은 점수를, ‘고위험군 대상 개입 프로그램 개발·보급’이 10점으로 가장 낮은 점수를 받았지만 다른 분야에 비해 그 점수 차가 크지 않았음

〈표 4-16〉 중독 문제 조기선별·개입체계 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
대상별 중독 선별 체계 강화	일반 국민 대상 주요 중독문제 선별(미취학 아동, 청소년, 청장년)	4	12.1	5	16.1	13
	취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)	10	30.3	3	9.7	23
중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공	지역사회 대응 연계체계 강화	9	27.3	5	16.1	23
	고위험군 대상 개입 프로그램 개발·보급	3	9.1	4	12.9	10
	중독관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치	7	21.2	14	45.2	28
합계		33	100.0	31	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

3. 중독자 치료·회복 지원 강화

□ 정책 이행 평가 결과

- 중독자 치료·회복 지원 강화 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.87점으로, ‘중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원(상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)’을 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설’(1.58점), ‘중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원(상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)’(1.82점)임
 - 반대로 ‘근거 기반 진단 및 치료 지침 개발·보급’ 2.21점, ‘범법 중독자에 대한 치료지원 강화’는 1.92점으로 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘치료서비스 접근성 강화’의 평균 점수가 1.99점, ‘중독자 회복지원을 위한 지지체계 마련’이 1.70점 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 중독자 치료·회복 지원 강화 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원(상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)’(3.45점)과 ‘역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설’(3.42점)이었음
 - ‘근거기반 진단 및 치료 지침 개발·보급’은 3.08점, ‘범법 중독자에 대한 치료지원 강화’는 3.18점으로 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 ‘중독자 회복지원을 위한 지지체계 마련’(3.44점), ‘치료서비스 접근성 강화’(3.17점) 순으로 정책 이행 평가와 상반되는 결과가 도출되었음

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 71.1%가 ‘지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)’과 중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원(상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)’이 강화되어야 한다고 응답함
- 한편 ‘범법 중독자에 대한 치료지원 강화’는 ‘약화’로 응답한 참여자가 7.9%였고, ‘근거기반 진단 및 치료 지침 개발·보급’은 ‘약화’가 5.3%, ‘삭제’가 2.7%로 나타남

〈표 4-17〉 중독자 치료·회복 지원 강화 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
치료서비스 접근성 강화	근거기반 진단 및 치료 지침 개발·보급	5 (13.2)	20 (52.6)	13 (34.2)	0 (0.0)	2.21	0 (0.0)	3 (7.9)	29 (76.3)	6 (15.8)	3.08	13 (34.2)	22 (57.9)	2 (5.3)	1 (2.6)
	중독자 전문 치료기관 확충 및 내실화	11 (28.9)	22 (57.6)	5 (13.2)	0 (0.0)	1.84	0 (0.0)	2 (5.3)	25 (65.8)	11 (28.9)	3.24	22 (57.9)	14 (36.8)	1 (2.6)	1 (2.6)
	범법 중독자에 대한 치료지원 강화	6 (15.8)	29 (76.3)	3 (7.9)	0 (0.0)	1.92	0 (0.0)	0 (0.0)	31 (81.6)	7 (18.4)	3.18	18 (47.4)	17 (44.7)	3 (7.9)	0 (0.0)
중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련	지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원 (직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)	17 (44.7)	20 (52.6)	1 (2.6)	0 (0.0)	1.58	0 (0.0)	1 (2.6)	20 (52.6)	17 (44.7)	3.42	27 (71.1)	11 (28.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
	중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원 (상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)	11 (28.9)	24 (63.2)	2 (5.3)	1 (2.6)	1.82	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (55.3)	17 (44.7)	3.45	27 (71.1)	10 (26.3)	0 (0.0)	1 (2.6)

□ 강화·지속 이행을 위한 정책 우선순위 결과

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)’으로, 참여자의 56.3%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘근거기반 진단 및 치료 지침 개발·보급’과 ‘중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원(상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)’을 1순위로 응답한 참여자는 각각 1명, 2명에 그침
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원(상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)’(38.7%)과 ‘중독자 전문 치료기관 확충 및 내실화’(32.3%)로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)’이 39점, ‘중독자 전문 치료기관 확충 및 내실화’가 24점으로 높은 점수를, ‘근거기반 진단 및 치료 지침 개발·보급’, ‘범법 중독자에 대한 치료지원 강화’가 각각 6점, 10점으로 낮은 점수를 받음

〈표 4-18〉 중독 문제 조기선별·개입체계 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
치료서비스 접근성 강화	근거기반 진단 및 치료 지침 개발·보급	1	3.1	4	12.9	6
	중독자 전문 치료기관 확충 및 내실화	7	21.9	10	32.3	24
	범법 중독자에 대한 치료지원 강화	4	12.5	2	6.5	10
중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련	지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)	18	56.3	3	9.7	39
	중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원 (상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)	2	6.3	12	38.7	16
합계		32	100.0	31	100.0	

* 우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

제4절 자살예방

1. 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진

□ 정책 이행 평가 결과

- 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 2.29점으로, ‘심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진’, ‘자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로 데이터 확보, 자살사건 정보의 범위확대 추진’, ‘자살예방 관련 연구 및 R&D 확대를 통해 우수프로그램 개발 및 성과평가 추진’은 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘지자체가 근거에 기반한 자살예방 정책을 추진하도록 지원’(2.05점), ‘지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원’(2.05점)임
 - 반대로 ‘경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층분석’(2.62점), ‘심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진’(2.55점)으로 8개 과제 중 2.5점 이상의 평가를 받아 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘5년간 발생한 자살사망자 7만명 전수조사’의 평균 점수가 2.59점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘효과성 높은 자살예방 프로그램 확산’(2.29점), ‘국가 자살동향 감시체계 구축’(2.23점), ‘근거기반 자살예방 정책추진을 위한 지자체 지원’(2.05점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 ‘과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립’을 제외한 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진 분야 정책 과제들은 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진’(3.32점)과 ‘지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업

추진 지원'(3.32점)이었음

- '과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립', '자살예방 관련 연구 및 R&D 확대를 통해 우수프로그램 개발 및 성과평가 추진'은 각각 2.89점, 3.05점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

○ 영역별로는 '근거기반 자살예방 정책추진을 위한 지자체 지원'(3.25점), '5년간 발생한 자살사망자 7만명 전수조사'(3.23점), '국가 자살동향 감시체계 구축'(3.16점), '효과성 높은 자살예방 프로그램 확산'(2.97점) 순이었음

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 73.0%가 '경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층분석'이 강화되어야 한다고 응답하였으며, 지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원 또한 참여자의 47.4%가 '강화'를 선택하였음
- 반대로 '자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로 데이터 확보, 자살 사건 정보의 범위확대 추진'은 '약화'로 응답한 참여자가 10.5%, '삭제'로 응답한 참여자가 5.3%였고 '과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립'은 참여자의 2.6%가 '약화', 10.5%가 '삭제'라고 응답함

〈표 4-19〉 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책 중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
5년간 발생한 자살사망자 7만명 전수조사	경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층분석	6 (16.2)	20 (54.1)	10 (27.0)	1 (2.7)	2.62	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (51.4)	18 (48.6)	3.14	27 (73.0)	9 (24.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진	4 (10.5)	9 (23.7)	25 (65.8)	0 (0.0)	2.55	0 (0.0)	2 (5.3)	22 (57.9)	14 (36.9)	3.32	12 (31.6)	23 (60.5)	2 (5.3)	1 (2.6)
국가 자살동향 감시체계 구축	자살률 동향을 예측할 수 있는 관련 통계를 신속하게 확보·활용	4 (10.5)	18 (47.4)	15 (39.5)	1 (2.6)	2.34	1 (2.6)	2 (5.3)	23 (60.5)	12 (31.6)	3.21	14 (36.9)	20 (52.6)	3 (7.9)	1 (2.6)
	자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로 데이터 확보, 자살사건 정보의 범위확대 추진	4 (10.5)	26 (68.4)	8 (21.1)	0 (0.0)	2.11	1 (2.6)	4 (10.5)	23 (60.5)	10 (26.3)	3.11	15 (39.5)	17 (44.7)	4 (10.5)	2 (5.3)
근거기반 자살예방 정책추진 을 위한 지자체 지원	지자체가 근거에 기반한 자살예방 정책을 추진하도록 지원	6 (15.8)	25 (65.8)	6 (15.8)	1 (2.6)	2.05	1 (2.6)	2 (5.3)	24 (63.2)	11 (28.9)	3.18	14 (36.8)	21 (55.3)	2 (5.3)	1 (2.6)
	지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원	7 (18.4)	23 (60.5)	7 (18.4)	1 (2.6)	2.05	0 (0.0)	3 (7.9)	20 (52.6)	15 (39.5)	3.32	18 (47.4)	18 (47.4)	1 (2.6)	1 (2.6)
효과성 높은 자살예방 프로그램 확산	과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립	3 (7.9)	22 (57.9)	12 (31.6)	1 (2.6)	2.29	2 (5.3)	8 (21.1)	20 (52.6)	8 (21.1)	2.89	11 (28.9)	22 (57.9)	1 (2.6)	4 (10.5)
	자살예방 관련 연구 및 R&D 확대를 통해 우수프로그램 개발 및 성과평가 추진	3 (7.9)	21 (55.3)	14 (36.8)	0 (0.0)	2.29	1 (2.6)	4 (10.5)	25 (65.8)	8 (21.1)	3.05	14 (36.8)	20 (52.6)	2 (5.3)	2 (5.3)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진’, ‘자살률 동향을 예측할 수 있는 관련 통계를 신속하게 확보·활용’, ‘지자체가 근거에 기반한 자살예방 정책을 추진하도록 지원’으로, 참여자의 21.9%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로 데이터 확보·활용’, 자살사건 정보의 범위확대 추진’과 ‘과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립’을 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원’(35.5%)으로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원’이 23점, ‘심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진’과 ‘지자체가 근거에 기반한 자살예방 정책을 추진하도록 지원’이 18점으로 높은 점수를, ‘자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로 데이터 확보·활용’이 1점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-20〉 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
5년간(2012~2016) 발생한 자살사망자 7만명 전수조사	경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층분석	4	12.5	3	9.7	11
	심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진	7	21.9	4	12.9	18
국가 자살동향 감시체계 구축	자살률 동향을 예측할 수 있는 관련 통계를 신속하게 확보·활용	7	21.9	2	6.5	16
	자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로데이터 확보, 자살사건 정보의 범위확대 추진	0	0.0	1	3.2	1
근거기반 자살예방 정책추진을 위한 지자체 지원	지자체가 근거에 기반한 자살예방 정책을 추진하도록 지원	7	21.9	4	12.9	18
	지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원	6	18.8	11	35.5	23
효과성 높은 자살예방 프로그램 확산	과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립	0	0.0	2	6.5	2
	자살예방 관련 연구 및 R&D 확대를 통해 우수프로그램 개발 및 성과평가 추진	1	3.1	4	12.9	6
합계		32	100.0	31	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

2. 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축

□ 정책 이행 평가 결과

○ 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 2.19점으로, ‘시군구 희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행’, ‘국가건강검진을 통한 우울증 검진 확대’, ‘동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험이 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화’에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음

- 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험이 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화’(1.90점), ‘국가건강검진을 통한 우울증 검진 확대’(2.18점)임
- 반대로 ‘게이트키퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용 추진’, ‘직접 서비스·급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청·연계기관 서비스 담당 인력’은 2.28점으로 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음

○ 영역별 결과를 살펴보면 ‘자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고’의 평균 점수가 2.27점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘사회보장 서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴’(2.24점), ‘우울증 검진 및 스크리닝 강화’(2.04점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

○ 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 분야 정책 중요성 평가 결과 일부를 제외한 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음

- 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력’(3.26점)과 ‘직접 서비스·급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청·연계기관 서비스 담당 인력’(3.23점), ‘국가건강검진을 통한 우울증 검진 확대’(3.23점)였음
- ‘전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축’과 ‘게이트키퍼

퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용 추진'은 2.95점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 '우울증 검진 및 스크리닝 강화'(3.21점), '사회보장 서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴'(3.17점), '정자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고'(2.95점)로 정책 이행 평가 결과와 정반대 순으로 나타남

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 51.3%가 '학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력'과 '직접 서비스·급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청·연계기관 서비스 담당 인력'이 강화되어야 한다고 응답함
- 반대로 '전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축'은 '약화'로 응답한 참여자가 12.8%, '삭제'로 응답한 참여자가 2.6%였고 '동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험이 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화'는 참여자의 7.7%가 '약화', 5.1%가 '삭제'라고 응답함

〈표 4-21〉 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도제고	전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축	6 (15.4)	19 (48.7)	12 (30.8)	2 (5.1)	2.26	2 (5.1)	3 (7.7)	29 (74.4)	5 (12.8)	2.95	10 (25.6)	23 (59.0)	5 (12.8)	1 (2.6)
	게이트키퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용 추진	1 (2.6)	27 (69.2)	10 (25.6)	1 (2.6)	2.28	0 (0.0)	5 (12.8)	31 (79.5)	3 (7.7)	2.95	10 (25.6)	24 (61.5)	4 (10.3)	1 (2.6)
사회보장 서비스 제공기관 간 연계강화 를 통한 자살고위 험군 발굴	학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력	4 (10.3)	24 (61.5)	10 (25.6)	1 (2.6)	2.21	0 (0.0)	2 (5.1)	25 (64.1)	12 (30.8)	3.26	20 (51.3)	18 (46.2)	1 (2.6)	0 (0.0)
	직접 서비스·급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청·연계기관 서비스 담당 인력	3 (7.7)	23 (59.0)	12 (30.8)	1 (2.6)	2.28	0 (0.0)	2 (5.1)	26 (66.7)	11 (28.2)	3.23	20 (51.3)	17 (43.6)	2 (5.1)	0 (0.0)
	시군구 희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행	2 (5.3)	25 (65.8)	11 (28.9)	0 (0.0)	2.24	0 (0.0)	4 (10.8)	28 (75.7)	5 (13.5)	3.03	10 (27.0)	24 (64.9)	2 (5.4)	1 (2.7)
우울증 검진 및 스크리닝 강화	국가건강검진을 통한 우울증 검진 확대	3 (7.7)	26 (66.7)	10 (25.6)	0 (0.0)	2.18	0 (0.0)	2 (5.1)	26 (66.7)	11 (28.2)	3.23	17 (43.6)	18 (46.2)	2 (5.1)	2 (5.1)
	동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험이 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화	7 (17.9)	29 (74.4)	3 (7.7)	0 (0.0)	1.90	0 (0.0)	5 (12.8)	22 (56.4)	12 (30.8)	3.18	19 (48.7)	15 (38.5)	3 (7.7)	2 (5.1)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력’으로, 참여자의 29.4%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축’과 ‘시군구 희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행’을 1순위로 응답한 참여자 5.9%였음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘직접 서비스·급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청·연계기관 서비스 담당 인력’(30.0%)과 ‘게이트키퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용 추진’(23.3%)으로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력’, ‘동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험이 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화’가 21점으로 가장 높은 점수를, ‘전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축’, ‘시군구 희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행’이 6점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-22〉 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고	전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축	2	5.9	2	6.7	6
	게이트키퍼 교육 대상자별 차별화도된 교육 및 활용 추진	3	8.9	7	23.3	13
사회보장서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴	학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력	10	29.4	1	3.3	21
	직접 서비스·급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청·연계기관 서비스 담당 인력	4	11.8	9	30.0	17
	시군구 희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행	2	5.9	2	6.7	6
우울증 검진 및 스크리닝 강화	국가건강검진을 통한 우울증 검진 확대	5	14.7	4	13.3	14
	동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험이 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화	8	23.5	5	16.7	21
합계		34	100.0	30	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

3. 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거

□ 정책 이행 평가 결과

- 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 2.17점으로, ‘정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영’은 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 7.7%를 차지해 다른 과제들에 비해 정책 이행 평가가 긍정적이었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리’(1.97점), ‘보건-복지서비스 연계 활성화로 사회보장서비스 연결 실패 해소’(2.00점), ‘동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련’(2.00점)임
 - 반대로 ‘정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영’은 2.59점, ‘자살예방 상담서비스 이용 활성화’는 2.36점으로 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘지역사회 정신건강 서비스에 대한 접근성 강화’의 평균 점수가 2.22점으로 가장 높았고, ‘자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축’과 ‘자살촉발 위험요인 제거’는 2.15점으로 동일했음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘자살보도 권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진’(3.54점)과 ‘동반자살 모집 등 온라인 상 자살 유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련’(3.54점)이었음
 - ‘지역사회 풀뿌리 조직 등을 활용한 사회적 관계 회복 및 지원 연계’는 3.15점, ‘지역사회 단위 자살예방 서비스 제공기반 마련’, ‘자살예방 상담 서비스 이용 활성화’, ‘우울증 치료접근성 및 지속치료 강화’는 3.23점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 ‘자살축발 위험요인 제거’(3.46점), ‘자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축’(3.27점), ‘지역사회 정신건강 서비스에 대한 접근성 강화’(3.23점) 순으로 나타남

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 69.2%가 ‘자살보호 권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진’과 ‘동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련’이 강화되어야 한다고 응답함
- 반대로 ‘정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영’과 ‘지역사회 풀뿌리 조직 등을 활용한 사회적 관계 회복 및 지원 연계’는 ‘약화’로 응답한 참여자가 7.7%였음

〈표 4-23〉 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
자살 고위험군 에 대한 빈틈없는 지원체계 구축	정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영	0 (0.0)	19 (48.7)	17 (43.6)	3 (7.7)	2.59	1 (2.6)	2 (5.1)	21 (53.8)	15 (38.5)	3.28	13 (33.3)	23 (59.0)	3 (7.7)	0 (0.0)
	보건-복지서비스 연계 활성화로 사회보장서비스 연결 실패 해소	7 (17.9)	26 (66.7)	5 (12.8)	1 (2.6)	2.00	0 (0.0)	1 (2.6)	24 (61.5)	14 (35.9)	3.33	25 (64.1)	14 (35.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
	부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리	8 (20.5)	24 (61.5)	7 (17.9)	0 (0.0)	1.97	0 (0.0)	2 (5.1)	23 (59.0)	14 (35.9)	3.31	19 (48.7)	18 (46.2)	1 (2.6)	1 (2.6)
	지역사회 풀뿌리 조직 등을 활용한 사회적 관계 회복 및 지원 연계	6 (15.4)	26 (66.7)	7 (17.9)	0 (0.0)	2.03	0 (0.0)	5 (12.8)	23 (59.0)	11 (28.2)	3.15	16 (41.0)	20 (51.3)	3 (7.7)	0 (0.0)
지역사회 정신건강 서비스에 대한 접근성 강화	지역사회 단위 자살예방 서비스 제공기반 마련	7 (17.9)	21 (53.8)	10 (25.6)	1 (2.6)	2.13	0 (0.0)	3 (7.7)	24 (61.5)	12 (30.8)	3.23	18 (46.2)	19 (48.7)	1 (2.6)	1 (2.6)
	자살예방 상담서비스 이용 활성화	3 (7.7)	20 (51.3)	15 (38.5)	1 (2.6)	2.36	0 (0.0)	1 (2.6)	28 (71.8)	10 (25.6)	3.23	19 (48.7)	19 (48.7)	1 (2.6)	0 (0.0)
	우울증 치료접근성 및 지속치료 강화	3 (7.7)	26 (66.7)	10 (25.6)	0 (0.0)	2.18	0 (0.0)	1 (2.6)	28 (71.8)	10 (25.6)	3.23	20 (51.3)	18 (46.2)	0 (0.0)	1 (2.6)
자살촉발 위험요인 제거	자살도구·수단 관리 및 접근성 제한	3 (7.9)	20 (52.6)	15 (39.5)	0 (0.0)	2.32	0 (0.0)	2 (5.3)	23 (60.5)	13 (34.2)	3.29	12 (31.6)	25 (65.8)	0 (0.0)	1 (2.6)
	자살보도 권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진	5 (12.8)	25 (64.1)	8 (20.5)	1 (2.6)	2.13	0 (0.0)	1 (2.6)	16 (41.0)	22 (56.4)	3.54	27 (69.2)	11 (28.2)	0 (0.0)	1 (2.6)
	동반자살 모금 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련	9 (23.1)	21 (53.8)	9 (23.1)	0 (0.0)	2.00	0 (0.0)	1 (2.6)	16 (41.0)	22 (56.4)	3.54	27 (69.2)	11 (28.2)	1 (2.6)	0 (0.0)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영’, ‘부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리’로, 참여자의 19.4%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘우울증 치료접근성 지속치료 강화’를 1순위로 응답한 참여자는 1명이었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘지역사회 단위 자살예방 서비스 제공기반 마련’(24.2%)과 ‘보건-복지서비스 연계 활성화로 사회보장서비스 연결 실패 해소’(12.1%), ‘동반자살 모집 등 온라인상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련’(12.1%)으로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리’가 17점, ‘정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영’과 ‘보건-복지서비스 연계 활성화로 사회보장서비스 연결 실패 해소’가 16점으로 높은 점수를, ‘우울증 치료접근성 및 지속치료 강화’가 5점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-24〉 적극적 개입·개입 관리를 통한 자살위험 제거 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축	정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영	7	19.4	2	6.1	16
	보건-복지서비스 연계 활성화로 사회보장서비스 연결 실패 해소	6	16.7	4	12.1	16
	부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리	7	19.4	3	9.1	17
	지역사회 풀뿌리 조직 등을 활용한 사회적 관계 회복 및 지원 연계	2	5.6	2	6.1	6
지역사회 정신건강 서비스에 대한 접근성 강화	지역사회 단위 자살예방 서비스 제공기반 마련	3	8.3	8	24.2	14
	자살예방 상담서비스 이용 활성화	2	5.6	3	9.1	7
	우울증 치료접근성 및 지속치료 강화	1	2.8	3	9.1	5
자살축발 위험요인 제거	자살도구·수단 관리 및 접근성 제한	3	8.3	2	6.1	8
	자살보도 권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진	3	8.3	2	6.1	8
	동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련	2	5.6	4	12.1	8
합계		36	100.0	33	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

4. 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방

□ 정책 이행 평가 결과

○ 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.99점으로, ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’, ‘응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화’, ‘광역 정신건강복지센터별 자살유가족 담당 지정, 자살유가족 자조모임 지원 확대, 대상특성별 자조모임 활성화’를 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음

– 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원’(1.72점), ‘자살시도 등에 대응 가능한 정신전문응급의료센터 지정 검토’(1.85점)임

– 반대로 ‘광역 정신건강복지센터별 자살유가족 담당 지정, 자살유가족 자조모임 지원 확대, 대상특성별 자조모임 활성화’(2.28점), ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’(2.13점), ‘자살유가족 심리상담·치료지원 강화, “자살유가족 실태조사” 결과를 바탕으로 사후처리 지원 등 서비스 개발·지원’(2.08점)으로 8개 과제 중 2점대의 평가를 받아 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음

○ 영역별 결과를 살펴보면 ‘자살유가족 지원 강화’의 평균 점수가 2.18점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘자살시도자 사후관리 강화’(1.96점), ‘유명인 자살사건 대응체계 구축’(1.86점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

○ 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방 분야 정책 중요성 평가 결과 ‘연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원’을 제외한 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음

– 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화’(3.49점)와 ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’(3.46점)이었음

- ‘연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원’은 2.92점, ‘유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축’은 3.18점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 ‘자살시도자 사후관리 강화’(3.41점), ‘자살유가족 지원 강화’(3.21점), ‘유명인 자살사건 대응체계 구축’(3.05점) 순으로 나타남

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 74.4%가 ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’가 강화되어야 한다고 응답하였으며 ‘응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화’, ‘소방청 자살 위기 대응능력 제고’도 참여자의 64% 이상이 ‘강화’를 선택하였음
- 한편 ‘연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원’은 ‘약화’로 응답한 참여자가 12.8%, ‘삭제’로 응답한 참여자가 10.3%였음

〈표 4-25〉 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
자살시도 자 사후관리 강화	응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화	7 (17.9)	21 (53.8)	10 (25.6)	1 (2.6)	2.13	0 (0.0)	1 (2.6)	19 (48.7)	19 (48.7)	3.46	29 (74.4)	9 (23.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화	11 (28.2)	20 (51.3)	7 (17.9)	1 (2.6)	1.95	0 (0.0)	2 (5.1)	16 (41.1)	21 (53.8)	3.49	25 (64.1)	12 (30.8)	0 (0.0)	1 (2.6)
	자살시도 등에 대응 가능한 정신전문응급의료센터 지정 검토	11 (28.2)	23 (59.0)	5 (12.8)	0 (0.0)	1.85	0 (0.0)	3 (7.7)	20 (51.3)	16 (41.1)	3.33	23 (60.5)	12 (31.6)	1 (2.6)	2 (5.3)
	소방청 자살 위기 대응능력 제고	10 (26.3)	22 (57.9)	6 (15.8)	0 (0.0)	1.89	1 (2.6)	0 (0.0)	21 (55.3)	16 (42.1)	3.37	24 (64.9)	12 (32.4)	0 (0.0)	1 (2.7)
자살유가 족 지원 강화	광역 정신건강복지센터별 자살유가족 담당 지정, 자살유가족 자조모임 지원 확대, 대상특성별 자조모임 활성화	4 (10.3)	22 (56.4)	11 (28.2)	2 (5.1)	2.28	0 (0.0)	1 (2.6)	29 (74.4)	9 (23.1)	3.21	17 (44.7)	20 (52.6)	1 (2.6)	0 (0.0)
	자살유가족 심리상담·치료지원 강화, "자살유가족 실태조사" 결과를 바탕으로 사후처리 지원 등 서비스 개발·지원	6 (15.4)	24 (61.5)	9 (23.1)	0 (0.0)	2.08	1 (2.6)	0 (0.0)	28 (71.8)	10 (25.6)	3.21	20 (52.6)	17 (44.7)	1 (2.6)	0 (0.0)
유명인 자살사건 대응체계 구축	연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원	11 (28.2)	28 (71.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1.72	1 (2.6)	6 (15.4)	27 (69.2)	5 (12.8)	2.92	18 (46.2)	11 (28.2)	5 (12.8)	4 (10.3)
	유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축	8 (20.5)	23 (59.0)	8 (20.5)	0 (0.0)	2.00	1 (2.6)	4 (10.5)	25 (65.8)	8 (21.1)	3.18	16 (42.1)	15 (39.5)	6 (15.8)	1 (2.6)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’(38.2%)와 ‘응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화’(20.6%)로, 참여자들이 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축’을 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’(21.2%)과 ‘자살유가족 심리상담·치료지원 강화, “자살유가족 실태조사” 결과를 바탕으로 사후처리 지원 등 서비스 개발·지원’(21.2%)으로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’가 33점으로 가장 높은 점수를, ‘광역 정신건강복지센터별 자살유가족 담당 지정, 자살유가족 자조모임 지원 확대, 대상특성별 자조모임 활성화’와 ‘유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축’이 4점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-26〉 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
자살시도자 사후관리 강화	응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화	13	38.2	7	21.2	33
	응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화	7	20.6	6	18.2	20
	자살시도 등에 대응가능한 정신전문응급의료센터 지정 검토	4	11.8	2	6.1	10
	소방청 자살 위기 대응능력 제고	5	14.7	1	3.0	11
자살유가족 지원 강화	광역 정신건강복지센터별 자살유가족 담당 지정, 자살유가족 자조모임 지원 확대, 대상특성별 자조모임 활성화	1	2.9	2	6.1	4
	자살유가족 심리상담·치료지원 강화, "자살유가족 실태조사" 결과를 바탕으로 사후처리 지원 등 서비스 개발·지원	3	8.8	7	21.2	13
유명인 자살사건 대응체계 구축	연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원	1	2.9	4	12.1	6
	유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축	0	0.0	4	12.1	4
합계		34	100.0	33	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

5. 대상별 자살예방 추진

□ 정책 이행 평가 결과

- 대상별 자살예방 추진 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 1.85점으로, 12개 정책 과제 모두 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘사업장 자살사고 발생 후 사후관리’(1.74점), ‘사업장 중심 자살예방 환경 조성’(1.77점), ‘실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진’(1.77점), ‘트라우마 위험등으로 자살률이 높은 특수직공무원 특별관리’(1.77점)임
 - 반대로 ‘(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식 지원 등’(2.08점), ‘(초·중등학생) 현재 운영 중인 초·중등학교 학생자살예방 체계를 내실화하고 상담·위기관리 및 교원전문성 강화를 역점 추진’(2.10점)으로 12개 과제 중 2점대의 평가를 받아 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
- 영역별 결과를 살펴보면 ‘연령별 자살예방 대책 추진’의 평균 점수가 1.98점으로 가장 높았고, 그 뒤로 ‘자살위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화’(1.84점), ‘노동자 및 실직자 자살예방’(1.78점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 정책 중요성 평가 결과 인식개선을 통한 대상별 자살예방 추진 분야 모든 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘사업장 자살사고 발생 후 사후관리’(3.45점)와 ‘(학교 밖 청소년) 청소년지도자 게이트키퍼 양성, 청소년 동반자 배치 확대, 1388 청소년 상담채널 및 학교폭력 신고전화(117) 등 활용 조기발견, 청소년 통합지원체계를 통한 맞춤형 통합 연계서비스 제공, 학교 밖 청소년 자살현황 파악 및 정보연계 강화 등’(3.34점)이었음
 - ‘(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식 지원 등’은 3.08점, ‘(청·장년) 대학생, 군인, 직장인, 구직자·실업자 특성에 맞게

심리지원 프로그램 개발·지원'은 3.05점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음

- 영역별로는 '노동자 및 실직자 자살예방'(3.27점), '자살위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화'(3.17점), '연령별 자살예방 대책 추진'(3.16점)로 정책 이행 평가 결과와 정 반대 순으로 나타남

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 60.5%가 '감정노동자 보호'가 강화되어야 한다고 응답하였으며, '사업장 자살사고 발생 후 사후관리'와 '실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진' 또한 참여자들의 57.9%, 55.3%가 '강화'를 선택하였음
- 한편 '퇴원 정신질환자에 대해 병원기반 사후관리 모델 개발 및 지원'은 '약화'로 응답한 참여자가 7.9%, '삭제'로 응답한 참여자가 7.9%였으며, '실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진'은 '약화'가 10.5%, '삭제'가 2.6%로 나타났음

〈표 4-27〉 대상별 자살예방 추진 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
노동자 및 실직자 자살예방	사업장 중심 자살예방 환경 조성	11 (28.2)	26 (66.7)	2 (5.1)	0 (0.0)	1.77	1 (2.6)	1 (2.6)	27 (69.2)	10 (25.6)	3.18	17 (44.7)	18 (47.4)	2 (5.3)	1 (2.6)
	감정노동자 보호	10 (25.6)	25 (64.1)	4 (10.3)	0 (0.0)	1.85	0 (0.0)	2 (5.1)	22 (56.4)	15 (38.5)	3.33	23 (60.5)	14 (36.8)	1 (2.6)	0 (0.0)
	실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진	11 (28.2)	26 (66.7)	2 (5.1)	0 (0.0)	1.77	1 (2.6)	4 (10.3)	21 (53.8)	13 (33.3)	3.18	21 (55.3)	12 (31.6)	4 (10.5)	1 (2.6)
	직업적 트라우마 대응을 위한 전문상담체계 구축	11 (28.2)	25 (64.1)	3 (7.7)	0 (0.0)	1.79	0 (0.0)	4 (10.3)	23 (59.0)	12 (30.8)	3.21	17 (44.7)	18 (47.4)	2 (5.3)	1 (2.6)
	사업장 자살사고 발생 후 사후관리	13 (33.3)	23 (59.0)	3 (7.7)	0 (0.0)	1.74	1 (2.6)	0 (0.0)	18 (47.4)	19 (50.0)	3.45	22 (57.9)	15 (39.5)	0 (0.0)	1 (2.6)
자살위험 이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화	퇴원 정신질환자에 대해 병원기반 사후관리 모델 개발 및 지원	8 (20.5)	28 (71.8)	3 (7.7)	0 (0.0)	1.87	1 (2.6)	4 (10.5)	21 (55.3)	12 (31.6)	3.16	17 (44.7)	15 (39.5)	3 (7.9)	3 (7.9)
	트라우마 위험 등으로 자살률이 높은 특수직공무원 특별 관리	11 (28.2)	26 (66.7)	2 (5.1)	0 (0.0)	1.77	1 (2.6)	0 (0.0)	28 (73.7)	9 (23.7)	3.18	16 (42.2)	20 (52.6)	1 (2.6)	1 (2.6)
	상담 및 돌봄 담당 공무원·종사자 지원	10 (25.6)	24 (61.5)	5 (12.8)	0 (0.0)	1.87	0 (0.0)	4 (10.5)	23 (60.6)	11 (28.9)	3.18	18 (47.4)	17 (44.7)	1 (2.6)	2 (5.3)
연령별 자살예방 대책 추진	(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식지원 등	6 (15.4)	24 (61.5)	9 (23.1)	0 (0.0)	2.08	0 (0.0)	2 (5.3)	31 (81.5)	5 (13.2)	3.08	11 (28.9)	23 (60.5)	2 (5.3)	2 (5.3)
	(청·장년) 대학생, 군인, 직장인, 구직자·실업자 특성에 맞게 심리지원 프로그램 개발·지원	5 (12.8)	31 (79.5)	3 (7.7)	0 (0.0)	1.95	1 (2.6)	2 (5.3)	29 (76.3)	6 (15.8)	3.05	18 (47.4)	16 (42.0)	2 (5.3)	2 (5.3)

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
	(초·중등학생) 현재 운영 중인 초·중등학교 학생자살예방 체계를 내실화하고, 상담·위기관리 및 교원전문성 강화를 역점 추진	2 (5.1)	31 (79.5)	6 (15.4)	0 (0.0)	2.10	1 (2.6)	1 (2.6)	26 (68.4)	10 (26.3)	3.18	19 (50.0)	17 (44.7)	0 (0.0)	2 (5.3)
	(학교 밖 청소년) 청소년지도자 게이트키퍼 양성, 청소년 동반자 배치 확대, 1388 청소년 상담채널 및 학교폭력 신고전화(117) 등 활용 조기발견, 청소년 통합지원체계를 통한 맞춤형 통합 연계서비스 제공, 학교밖 청소년 자살현황 파악 및 정보연계 강화 등	8 (20.5)	26 (66.7)	5 (12.8)	0 (0.0)	1.92	0 (0.0)	2 (5.2)	21 (55.3)	15 (39.5)	3.34	20 (52.6)	16 (42.1)	0 (0.0)	2 (5.3)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘감정노동자 보호’로, 참여자의 25.0%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였으며, ‘사업장 중심 자살예방 환경 조성’, ‘실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진’, ‘(학교 밖 청소년) 청소년지도자 게이트키퍼 양성, 청소년 동반자 배치 확대, 1388 청소년 상담채널 및 학교폭력 신고전화(117) 등 활용 조기발견, 청소년 통합지원체계를 통한 맞춤형 통합 연계서비스 제공, 학교밖 청소년 자살현황 파악 및 정보연계 강화 등’도 참여자들의 11.1%가 가장 우선순위로 선택하였음. ‘(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식 지원 등’을 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 ‘사업장 자살사고 발생 후 사후관리’(24.2%)와 ‘(청·장년) 대학생, 군인, 직장인, 구직자·실업자 특성에 맞게 심리지원 프로그램 개발·지원’(18.2%)으로 나타남
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘감정노동자 보호’가 20점, ‘사업장 자살사고 발생 후 사후관리’가 12점으로 높은 점수를, ‘(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식 지원 등’이 1점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-28〉 대상별 자살예방 추진 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
노동자 및 실직자 자살예방	사업장 중심 자살예방 환경 조성	4	11.1	3	9.1	11
	감정노동자 보호	9	25.0	2	6.1	20
	실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진	4	11.1	1	3.0	9
	직업적 트라우마 대응을 위한 전문상담체계 구축	2	5.6	2	6.1	6
	사업장 자살사고 발생 후 사후관리	2	5.6	8	24.2	12
자살위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화	퇴원 정신질환자에 대해 병원기반 사후관리 모델 개발 및 지원	3	8.3	3	9.1	9
	트라우마 위험 등으로 자살률이 높은 특수직 공무원 특별 관리	3	8.3	1	3.0	7
	상담 및 돌봄 담당 공무원·종사자 지원	1	2.8	1	3.0	3
연령별 자살예방 대책 추진	(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식지원 등	0	0.0	1	3.0	1
	(청·장년) 대학생, 군인, 직장인, 구직자·실업자 특성에 맞게 심리지원 프로그램 개발·지원	2	5.6	6	18.2	10
	(초·중등학생) 현재 운영 중인 초·중등학교 학생자살예방 체계를 내실화하고, 상담·위기관리 및 교원전문성 강화를 역점 추진	2	5.6	2	6.1	6
	(학교 밖 청소년) 청소년지도자 게이트키퍼 양성, 청소년 동반자 배치 확대, 1388 청소년 상담채널 및 학교폭력 신고전화(117) 등 활용 조기발견, 청소년 통합지원체계를 통한 맞춤형 통합 연계서비스 제공, 학교밖 청소년 자살현황 파악 및 정보연계 강화 등	4	11.1	3	9.1	11
합계		36	100.0	33	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

6. 추진 기반 마련

□ 정책 이행 평가 결과

- 추진 기반 마련 분야 정책 평가 결과 평균 점수는 2.19점으로, ‘자살예방 공익 광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진’을 제외한 나머지 정책과제들에 대해서는 ‘매우 잘되고 있음’으로 평가한 응답자가 없었음
 - 평가 결과가 가장 낮은 과제는 ‘사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영’(1.95점), ‘정부 기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화’(2.15점)임
 - 반대로 ‘자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진’은 2.38점, ‘보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화’는 2.26점을 받아 그 점수가 다른 과제들에 비해 비교적 높았음
 - 영역별 결과를 살펴보면 ‘자살은 "개인적 문제"이며 "막을 수 없다"는 사회 인식 개선’(2.25점), ‘중앙 차원의 자살예방정책 체계 정비’(2.15점) 순이었음

□ 정책 중요성 평가 결과

- 추진 기반 마련 분야 정책 중요성 평가 결과 일부 정책 과제들이 평균 3점 이상으로 ‘중요함’ 이상으로 인식되었음
 - 평균 점수가 가장 높은 정책 과제는 ‘보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화’(3.34점)와 ‘정부 기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화’(3.29점)였음
 - ‘민관 정책 소통기구 ‘(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회’ 구성’은 2.86점, ‘사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영’은 2.92점을 받아 다른 과제들에 비해 비교적 중요도가 낮게 평가되었음
- 영역별로는 ‘자살은 "개인적 문제"이며 "막을 수 없다"는 사회인식 개선’이

3.17점, ‘중양 차원의 자살예방정책 체계 정비’가 3.07점으로 정책 이행 평가 결과와 같은 순이었음

□ 정책 지속 여부 조사 결과

- 정책 과제별 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 참여자의 57.9%가 ‘지정부 기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화’를, 52.6%가 ‘자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진’이 강화되어야 한다고 응답함
- 한편 ‘사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영’은 ‘약화’로 응답한 참여자가 5.2%, ‘삭제’로 응답한 참여자가 10.5%였고 ‘민관 정책 소통기구 ‘(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회’ 구성’은 참여자의 8.1%가 ‘약화’, 5.4%가 ‘삭제’를 선택하였음

〈표 4-29〉 추진 기반 마련 분야 정책 이행 평가, 정책 중요성, 정책 지속 여부 조사 결과

영역	정책과제	정책 이행 평가				평균 점수	정책중요성				평균 점수	강화·지속·약화·삭제 여부			
		매우 미흡함	미흡함	잘되고 있는 편임	매우 잘되고 있음		전혀 중요하 지않음	중요하 지않음	중요함	매우 중요함		강화	지속	약화	삭제
중앙 차원의 자살예방 정책 체계 정비	총리실 주도의 '범정부 추진체계' 구축	5 (12.8)	22 (56.4)	12 (30.8)	0 (0.0)	2.18	2 (5.3)	3 (7.9)	20 (52.6)	13 (13.2)	3.16	19 (50.0)	16 (42.1)	1 (2.6)	2 (5.3)
	보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화	4 (10.3)	21 (53.8)	14 (35.9)	0 (0.0)	2.26	0 (0.0)	1 (2.6)	23 (60.6)	14 (36.8)	3.34	19 (50.0)	19 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	민관 정책 소통기구 '(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회' 구성	4 (10.5)	22 (57.9)	12 (31.6)	0 (0.0)	2.21	3 (8.1)	4 (10.8)	25 (67.6)	5 (13.5)	2.86	13 (35.1)	19 (51.4)	3 (8.1)	2 (5.4)
	사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영	6 (15.4)	29 (74.3)	4 (10.3)	0 (0.0)	1.95	1 (2.6)	7 (18.4)	24 (63.2)	6 (15.8)	2.92	16 (42.1)	16 (42.1)	2 (5.2)	4 (10.5)
자살은 "개인적 문제"이며 "막을 수 없다"는 사회인식 개선	국민참여형 자살예방 "괜찮니 캠페인" 확대추진	4 (10.3)	23 (59.0)	12 (30.8)	0 (0.0)	2.21	1 (2.6)	4 (10.5)	28 (73.7)	5 (13.2)	2.97	8 (21.1)	26 (68.4)	1 (2.6)	3 (7.9)
	자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진	3 (7.7)	19 (48.7)	16 (41.0)	1 (2.6)	2.38	0 (0.0)	1 (2.6)	27 (71.1)	10 (26.3)	3.24	20 (52.6)	17 (44.7)	0 (0.0)	1 (2.6)
	정부 기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화	3 (7.7)	27 (69.2)	9 (23.1)	0 (0.0)	2.15	0 (0.0)	2 (5.3)	23 (60.5)	13 (34.2)	3.29	22 (57.9)	15 (39.5)	0 (0.0)	1 (2.6)

□ 강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위

- 정책 우선순위 조사 결과 1순위로 가장 많이 선택된 것은 ‘총리실 주도의 ‘범정부 추진체계’ 구축’으로, 참여자의 41.2%가 해당 과제의 강화 또는 지속이 시급하다고 인식하였음. ‘민관 정책 소통기구 ‘(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회’ 구성’을 1순위로 응답한 참여자는 없었음
- 참여자들이 선택한 2순위 정책과제 중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진’(25.0%)과 ‘보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화’(18.8%), ‘정부 기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화’(18.8%)였음
- 우선순위를 점수화한 결과 ‘총리실 주도의 ‘범정부 추진체계’ 구축’이 32점, ‘보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화’가 18점으로 높은 점수를, ‘민관 정책 소통기구 ‘(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회’ 구성’은 2점으로 가장 낮은 점수를 받음

〈표 4-30〉 추진 기반 마련 분야 정책과제별 우선순위 조사 결과

영역	정책과제	1순위		2순위		우선순위 점수*
		n	%	n	%	
중앙차원의 자살예방정책 체계 정비	총리실 주도의 '범정부 추진체계' 구축	14	41.2	4	12.5	32
	보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화	6	17.6	6	18.8	18
	민관 정책 소통기구 '(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회' 구성	0	0.0	2	6.3	2
	사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영	2	5.9	3	9.4	7
자살은 "개인적 문제"이며 "막을 수 없다"는 사회인식 개선	국민참여형 자살예방 "괜찮니 캠페인" 확대추진	4	11.8	3	9.4	11
	자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진	4	11.8	8	25.0	16
	정부 기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화	4	11.8	6	18.8	14
합계		34	100.0	32	100.0	

*우선순위 점수=(1순위로 선택받은 횟수(n)x2)+(2순위로 선택받은 횟수(n)x1)

제5절 소결

□ 정책 이행 평가 종합 결과

- 정책 이행 평가 결과 가장 점수가 높은 정책과제는 ‘경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층분석’(2.62점)이었으며, ‘정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영’(2.59점), ‘심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진’(2.55점)이 그 뒤를 이었음
 - 자살분야 정책을 제외하고 정책이행 평가 결과가 높은 정책 과제를 보면, ‘아동 청소년 정신건강 관련 실태조사’(2.42점), ‘노인 정신건강 관련 종합 검사 실시 및 심리지원’(2.32점), ‘노인 특화 정신건강 프로그램 제공’(2.32점), ‘정신의료기관 내 행동 제한, 격리, 강박 등 기준 강화’(2.32점), ‘인권 교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시’(2.32점)으로 나타남.
- 반대로 정책 이행 평가 결과 점수가 가장 낮은 정책과제는 ‘정신건강 자가관리(self care)를 위한 지원체계 구축’(1.50)점, ‘신체 복합 질환자 치료병원 확충(가이드라인 마련, 지정병원, 정신의료기관 내 신체질환 치료 강화)’(1.53점), ‘학교 밖 청소년 정신건강 지원’(1.55점), ‘정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)’(1.55점), ‘정신건강 관련 민간단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축’(1.55점)이었음
- 정책 이행 평가 상위 12개 과제 중 6개 과제가 자살 예방 정책에 해당하여 다른 분야에 비해 자살 예방 정책이 긍정적으로 평가받고 있음을 확인할 수 있음

〈표 4-31〉 정책 이행 평가 고득점을 받은 정책 과제(상위 12개, 자살분야 정책 포함))

연번	정책과제	점수
1	경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층분석	2.62
2	정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영	2.59
3	심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진	2.55
4	아동·청소년 정신건강 관련 실태조사(아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)	2.42
5	자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진	2.38
6	자살예방 상담서비스 이용 활성화	2.36
7	자살률 동향을 예측할 수 있는 관련 통계를 신속하게 확보·활용	2.34
8	노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원	2.32
9	노인 특화 정신건강 프로그램 제공	
10	정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화	
11	인권교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시	
12	자살도구·수단 관리 및 접근성 제한	

〈표 4-32〉 정책 이행 평가 고득점을 받은 정책 과제(상위 9개, 자살분야 정책 제외)

연번	정책과제	점수
1	아동·청소년 정신건강 관련 실태조사(아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)	2.42
2	노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원	2.32
3	노인 특화 정신건강 프로그램 제공	
4	정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화	
5	인권교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시	
6	재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성	2.27
7	정신의료기관 평가·인증 내실화(수가체계 연계, 행정처분 기준 마련 등)	2.26
8	학교, 사업장 및 지역사회 기반 정신건강 교육 강화	2.25
9	보호의무자에 의한 입원제도 개선	2.24

〈표 4-33〉 정책 이행 평가 저득점을 받은 정책 과제(하위 10개)

연번	정책과제	점수
1	정신건강 자가관리(self care)를 위한 지원체계 구축	1.50
2	신체 복합 질환자 치료병원 확충(가이드라인 마련, 지정병원, 정신의료기관 내 신체질환 치료 강화)	1.53
3	학교 밖 청소년 정신건강 지원	1.55
4	정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)	
5	정신건강 관련 민간단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축	
6	지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)	1.58
7	지역사회 재난 대응 정신건강관리체계 구축(범부처 대응체계 구축, 응급정신질환 대응, 지속 대응체계 마련)	1.61
8	다양한 유형의 정신재활시설 설치·운영	
9	불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동 수가 조정, 퇴원 연계 활성화 유도 등)	
10	정신건강증진센터 내 “정신건강 주치의”(정신과전문의) 배치	1.64

□ 정책 중요성 종합 결과

○ 정책 중요성 분석 결과 중요도가 가장 높다고 인식된 정책과제는 ‘지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)’(3.80점), ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동 수가 조정, 퇴원 연계 활성화 유도 등)’(3.71점), ‘관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 합동 TF구성, 실태조사 및 개선방안 마련)’(3.68점)이었음

○ 한편 ‘민관정책 소통기구 “(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회’ 구성’(2.86점), ‘노인 특화 정신건강 프로그램 제공’(2.87점), ‘동네의원 역량 강화를 통한 조기발견·개입 지원’(2.89점), ‘과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립’(2.89점) 사업은 그 중요도가 비교적 낮게 인식되고 있음

〈표 4-34〉 정책 중요성이 비교적 높은 정책 과제(상위 10개)

연번	정책과제	점수
1	지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)	3.80
2	불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동 수가 조정, 퇴원 연계 활성화 유도 등)	3.71
3	관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 합동 TF구성, 실태조사 및 개선방안 마련)	3.68
4	바람직한 언론보도를 위한 가이드라인 제공(가이드라인 마련 및 언론인 대상 설명회)	3.58
5	중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화(사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)	
6	정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)	
7	자살보도권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진	3.54
8	동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련	
9	응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화	3.49
10	정신건강 인식개선 캠페인, 공익광고	3.47

〈표 4-35〉 정책 중요성이 비교적 낮은 정책 과제(하위 10개)

연번	정책과제	점수
1	민관정책 소통기구 ‘(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회’ 구성	2.86
2	노인 특화 정신건강 프로그램 제공	2.87
3	동네 의원 역량강화를 통한 조기발견·개입 지원	2.89
4	과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립	
5	사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영	2.92
6	연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원	
7	이주민, 북한이탈주민 대상 적응교육 및 심리지원	2.94
8	정신건강증진센터 내 “정신건강 주치의”(정신과전문의) 배치	2.95
9	전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축	
10	게이트키퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용 추진	

□ 강화·지속·약화·삭제 여부 종합 결과

- 정책 과제에 대한 강화·지속·약화·삭제 여부 조사 결과 가장 많은 ‘강화’ 의견을 얻은 과제는 ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’였으며, 그 뒤로 ‘지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)’, ‘관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 합동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)’, ‘학교 밖 청소년 정신건강 지원’ 순이었음
- 한편 ‘정신의료기관 낮병동 확대 및 병상 수 축소’, ‘연예인 및 연습생 등 건강 증진 및 상담지원’, ‘정신건강증진센터 내 “정신건강 주치의”(정신과전문의) 배치’, 유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축‘은 약화 또는 삭제되어야 하는 과제로 가장 많이 선택되었음

〈표 4-36〉 강화되어야 하는 정책 과제(상위 12개)

연번	정책과제	‘강화’ 응답수
1	응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화	29
2	지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)	28
3	관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 합동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)	
4	학교 밖 청소년 정신건강 지원	
5	불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동 수가 조정, 퇴원 연계 활성화 유도 등)	
6	지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)	27
7	중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원(상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)	
8	자살보호권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진	
9	동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련	
10	바람직한 언론보도를 위한 가이드라인 제공(가이드라인 마련 및 언론인 대상 설명회)	26
11	정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)	
12	중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축	

〈표 4-37〉 약화 또는 삭제되어야 하는 정책 과제(하위 9개)

연번	정책과제	‘약화’ 또는 ‘삭제’ 응답수
1	정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소	9
2	연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원	
3	정신건강증진센터 내 “정신건강 주치의”(정신과전문의) 배치	7
4	유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축	
5	정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화	6
6	자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로데이터 확보, 자살사건 정보의 범위 확대 추진	
7	전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축	
8	퇴원 정신질환자에 대해 병원기반 사후관리 모델 개발 및 지원	
9	사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영	

□ 우선순위 종합 결과

- 우선순위 종합 분석 결과 정책 우선순위가 가장 높은 정책 과제는 41점을 받은 ‘지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)’였고 그 뒤로 ‘불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동 수가 조정, 퇴원연계 활성화 유도 등)’, ‘지역사회 내 정신재활 시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)’이 39점을 받아 2위를 차지하였음
- 정책 우선순위가 비교적 낮은 과제로는 ‘재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성’(0점), ‘인권침해 관련 지도·감독 강화’(0점), ‘자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로데이터 확보, 자살사건 정보의 범위 확대 추진’(1점), ‘(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식지원 등’(1점)으로 나타남

〈표 4-38〉 정책 우선순위 상위 과제(12개)

연번	정책과제	우선순위 점수
1	지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)	41
2	불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동수가 조정, 퇴원연계 활성화 유도 등)	39
3	지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)	
4	중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화	38
5	응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화	33
6	알코올에 대한 관대한 인식 개선	32
7	총리실 주도의 '범정부 추진체계' 구축	
8	중독관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치	28
9	중독자 전문 치료기관 확충 및 내실화	24
10	취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)	23
11	지역사회 대응 연계체계 강화	
12	지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원	

〈표 4-39〉 정책 우선순위 하위 과제(12개)

연번	정책과제	우선순위 점수
1	재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성	0
2	인권침해 관련 지도·감독 강화	
3	자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로데이터 확보, 자살사건 정보의 범위 확대 추진	1
4	(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식지원 등	
5	정신질환 차별여부 모니터링 및 처벌규정 마련	2
6	아동·청소년 정신건강 관련 실태조사	
7	노인 특화 정신건강 프로그램 제공	
8	정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화	
9	직업 재활 활성화를 위한 근로환경 개선 및 모형 개발(근로환경 개선 등)	
10	정신요양시설 정체성 확립 및 단계적 기능전환	
11	과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립	
12	민관 정책 소통기구 '(가칭)생명존중·자살예방정책협의회' 구성	

제 5 장

정신건강 예방 및 조기개입 분야 정책과제

제1절 정책 추진 배경

제2절 추진 목표 및 과제

5

정신건강 예방 및 조기개입 분야 < 정책과제 <

1절 정책 추진 배경

□ 정신건강 및 정신질환으로 인한 높은 사회경제적 비용

- (정신질환유병) 평생동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율은 25.4%로 나타남(보건복지부, 2016)
- 정신질환 총 진료비: '14년 3.8조원 → '15년 4.1조원 → '16년 4.5조원 → '17년 4.8조원
- 정신질환 사회경제적비용: '12년 9.3조원 → '13년 10.1조원 → '14년 10.7조원 → '15년 11.3조원 (보건복지부, 2019).

□ 세계적으로 높은 자살율과 그에 관한 문제들

- 대한민국은 OECD 회원 국가에서 최상위를 유지하는 자살율을 보이고 있으며, 이에 따라 국민들의 정신건강 적신호가 심각한 사회 문제로 대두
 - (자살 사망) 자살사망률은 2013년 이후 최근까지 지속적인 감소추세를 보이다가 올해 다시 OECD 국가 중 가장 높은 자살사망률 (2018년 26.6명)을 보이고 있으며, 2018년 인구 10만명당 자살사망률은 26.6명으로 나타남(중앙자살예방센터 홈페이지).

□ 알코올 사용장애를 비롯한 중독의 높은 사회경제적 부담

- 여전히 높은 알코올사용장애 유병율
 - 세계보건기구에서 2014년 발표한 Global status report on alcohol and health(WHO, 2014)에 의하면 2010년 기준 우리나라의 알코올사용장애 유병율은 6.3%(남자 10.2% 여자 2.3%)로 WHO 평균인 4.1%보다 1.54배 높

으며, WHO 전 지역과 비교했을 때도 매우 높은 유병률을 보임 (아프리카지역 3.3%, 아메리카지역 6.0%, 지중해동부지역 0.3%, 유럽지역 7.6%, 동남아시아지역 2.2%, 서태평양지역 4.6%).

- 국내 타 정신질환에 비해 알코올사용장애 유병률이 높은 수준이며, 특히 남성의 유병률이 높음

<표 5-1> 정신질환 유병률

진단	남자	여자	전체
모든 정신장애	12.2	11.5	11.9
알코올사용장애	5.0	2.1	3.5
조현병 스펙트럼 장애	0.2	0.2	0.2
기분장애	1.3	2.5	1.9
불안장애	3.8	7.5	5.7

- 성인 10명 중 1명 이상이 평생 알코올로 인한 의존과 남용 증상이 있는 알코올 사용장애(평생 유병률 12.2%)가 있으며, 139만명을 환자로 추정됨('16년 정신질환 실태조사)

<표 5-2> 알코올 사용장애 유병률 및 추정 환자 수

(단위: 명, %)

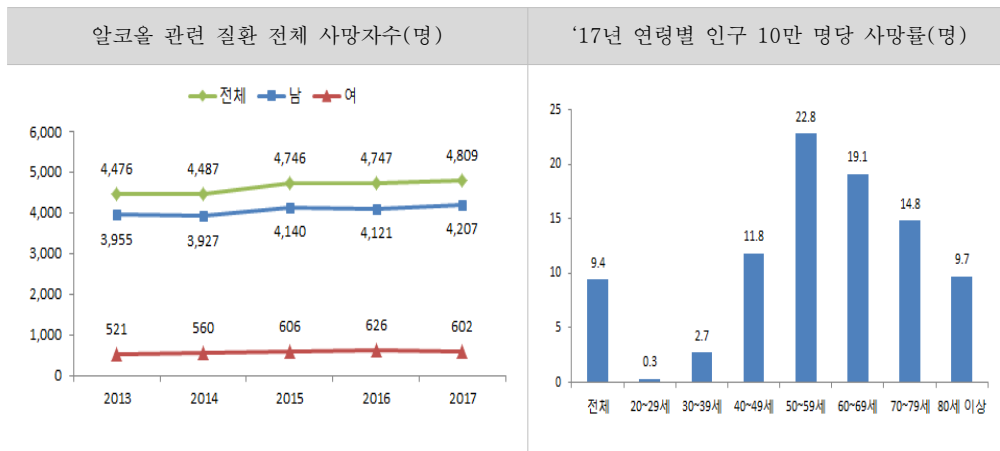
구 분	전 체		남 자		여 자	
	추정환자수**	평생유병률	추정환자수	평생유병률	추정환자수	평생유병률
계	1,391,816	12.2	982,402	18.1	409,414	6.4
알코올 남용	785,884	7.7	556,110	11.8	229,774	3.6
알코올 의존	605,931	4.5	426,292	6.4	179,639	2.7

** 일년유병률에 따라 환자수 추정

○ 음주로 인한 사망

- WHO 회원국과 비교시 알코올기인사망률(2012)은 약 7.5%로 가장 높은 수준임.
- 알코올은 담배 성분인 비소, 카드뮴과 같이 1군 발암물질(WHO 산하 국제암연구소)이며 중독물질로, 음주로 인해 매일 13명이 사망
 - 알코올성 간질환 등 알코올 관련 사망자수는 '17년 기준 총 4,809명
 - 알코올로 인한 사망은 한창 일할 나이인 30대부터 급증, 50대에 가장 많음

[그림 5-1] 알코올 관련 질환 전체 사망자 수 및 '17년 연령별 인구 10만 명당 사망률



* 출처: 통계청(2018), 사망원인통계

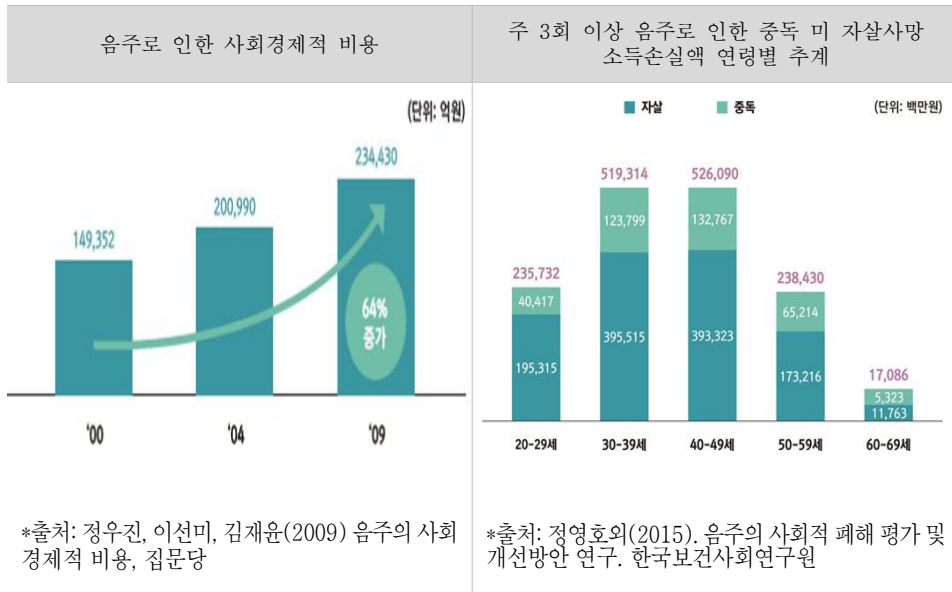
○ 알코올 문제의 사회적 폐해

- 사회안전의 위협이 되는 음주문제. 주취 폭력으로 경찰관, 구급대원, 택시 기사 등이 주요 피해자로 되고 있어 사회 안전에 심각한 위협 요인
 - 구급대원 폭행자 92%가 주취상태, 구급대원 50%는 주 1회 이상 폭력 경험, 62%는 신체위협과 신체손상을 경험함 (소방청, 2017)
 - 폭력 경험 후 분노와 적대감, 실망감, 무기력감 등이 교차하는 감정적 고통에 노출
- 살인, 강도, 강간 등 강력 흉악범죄의 30% 이상(10,121명)이 음주 상태에서 발생, 성범죄를 제외하고 주취상태가 감경사유로 작용(대검찰청, 2017)

○ 음주의 사회경제적 비용

- 위험음주로 인한 자살 및 사망에 따른 경제적 손실이 막대하며, 특히, 3,40대에 큰 것으로 나타남

[그림 5-2] 음주로 인한 사회경제적 비용 및 주 3회 이상 음주로 인한 중독 미 자살사망 소득손실액 연령별 추계



□ 정신건강에 다양한 수요 증가

- “정신건강 ≠ 정신질환”이라는 국민의 인식이 증가하고 있음. 스트레스, 우울, 수면, 불안, 트라우마 등 개개인이 경험하는 다양한 정신건강에 대한 관심이 많아졌음
- 정신질환의 치료의 영역으로 정신건강서비스가 한정되는 것이 아니라 스스로 정신건강을 예방하고 관리할 수 있다는 인식들이 높아지고 있으며, 이에 따라 ‘정신건강은 치료 가능하다’ 혹은 ‘정신건강은 예방가능하다’라는 인식도 높아지고 있음
- 국민 개개인이 자신의 정신건강 상태를 잘 인지하고, 정신건강을 예방하고 관리할 수 있도록 정확한 정보가 제공되어야 할 필요성이 있음. 또한 생애주기에 따른 혹은 처한 환경에 따라 이용가능한 다양한 정신건강서비스가 마련될 필요성이 높아졌음

1. 정확한 정신건강정보에의 접근성 강화 필요

□ 제한된 정신건강에 대한 정보

- 정신건강 예방과 관리를 스스로 어떻게 해야하는지, 내가 경험하고 있는 정신 건강 문제들은 그냥 놔두면 사라지는 것인지, 언제 정신건강 상담이나 치료를 받으러 가야하는지, 정신건강서비스를 이용해도 괜찮은 것인지, 어디를 어떻게 이용할 수 있는지에 대한 정보가 매우 제한적임(전진아 외, 2019)
- 국민 대다수는 정신건강 문제가 누구나 경험할 수 있고 치료가 가능하다는 인식을 가지고 있으나 이와 동시에 정신질환자에 대한 그리고 정신건강서비스 이용에 강한 편견도 가지고 있음(국립정신건강센터, 2019)
 - 이러한 정신질환 및 정신건강 서비스 이용에 대한 편견은 주로 대중매체에 의한 것이라는 의견이 지배적임(전진아 외, 2019). 정신질환자를 잠재적인 범죄자로 바라보는 언론 보도, 정신병원에 대한 막연한 거부감과 두려움을 심어주는 영화와 드라마 등 대중매체를 통한 정신질환과 정신건강서비스 이용에 대한 부정적인 인식을 가지게 되었다는 의견이 상당수였음(전진아 외, 2019)
- 선행연구는 또한 정신건강 및 정신건강서비스 이용에 대한 정확한 정보를 가지지 못하는 청소년, 성인, 중증정신질환자의 모습을 지적함(전진아 외, 2019)
 - 언제 어디서 어떠한 도움을 어떻게 구해야하는지를 알지 못하는 수요자들이 많으며 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보(진학 제한, 취업 제한 등)가 사회적으로 공유되고 있음을 선행연구는 지적함(전진아 외, 2019)
 - 이러한 부정확한 정보는 수요자들이 가지는 비밀보장에 대한 욕구, 프라이버시 보호에 대한 욕구와 일면 연관되어 있음. 전진아 외(2019) 연구에서 실시한 것에 따르면, 정신건강서비스 이용을 하지않는 이유로 나의 개인적인 정보가 노출되어 취업이나 진학에 제한이 걸릴까봐, 내가 이상한 사람으로 소문이 날까봐와 관련된 우려를 높게 나타남
 - 비밀보장이 지켜지고, 프라이버시가 보호된다는 전제가 공유된다면 정신건강

강서비스 이용에 대한 심리적 거리감은 다수 해소될 수 있을 것으로 보임

- 몸이 아플 때 병원을 찾는 것처럼 심리적으로, 정서적으로 어려울 때 정신의료기관을 비롯한 정신건강서비스를 찾는 것은 당연하다는 인식 개선과 더불어, 어디를 가면 어떠한 서비스를 받을 수 있는지에 대한 정보가 함께 제공되어야함
 - 현재 정신건강서비스를 받기 위해 도움을 찾는 주체는 자신 아니면 가족이었으며, 어떠한 서비스를 어디서 받을 수 있는지에 대한 정보가 부족한 상황이 다수의 연구에서 드러남(전진아 외, 2019)
 - 또한 가고 싶어도 갈 수 있는 기관들이 없다는 점과 꼭 정신의료기관에 의한 치료가 아니더라도 지역사회 내 정신건강 상담 기관들이 많았으면 하는 기대감 역시 높음(전진아 외, 2019)

□ 미디어에 의한 정신질환, 정신건강서비스 이용에 대한 편견 강화 및 미디어와 주류 광고로 인한 음주소비 증가

- 미디어는 대중들의 정신질환자에 대한 인식 및 태도에 영향을 끼치는 중요한 인으로 알려져 있음.(한덕용 이민규, 2003)
 - 미디어에는 여전히 정신장애의 부정적 시각을 기사나 뉴스로 송출하고 있음. 국내 일간지에 도보된 정신병 관련 부정적 시각의 기사의 비율이 70%에 가깝다고 하였으며(김성완 등, 2000)
 - 이러한 부정적인 시각은 모바일 뉴스를 통해 더 쉽게 퍼져 나간다. ‘2018 언론수용자 의식조사’에 따르면 모바일 뉴스 이용률이 2011년 19.5%이었으나 2018년 80.8%로 크게 증가했음.(한국언론진흥재단 조사분석팀, 2018)
 - 국가인권위원회에서는 대중매체에서 특정 사건이나 범행의 직·간접적인 원인으로 정신질환을 지목되면서 진단명이나 정신질환이라는 명칭 자체가 범죄의 원인이라고 생각한다는 주장도 있음.(국가인권위원회, 2012:104)
 - 이러한 편견은 정신건강서비스 이용에도 중요한 영향을 미침. 부정적인 정

신장애에 대한 편견은 정신건강서비스 이용을 저해시켜 적절한 치료를 받지 못하게 하고, 심각한 기능장애를 야기하며, 사회적 비용손실을 증가시킴(최혜진, 2013)

- 대중매체의 올바른 보도를 위해 지속적인 모니터링이 필요하며, 조현병에 대한 편견 해소 수단으로 미디어를 적극적으로 활용해야 함

○ 미디어 및 주류광고와 음주 소비

- 주류광고 및 마케팅은 청소년의 음주 시작을 앞당기고 음주 소비를 증가시키는 효과 있음 (Anderson, P. 등, 2009)
 - 청소년의 65%가 주류광고, 음주장면에 노출되었고, 12.6%가 노출 후 음주충동을 느꼈음(한국건강증진개발원, 2017)
 - 성인 역시 주류광고에 노출되면 음주량이 증가(이선미 2010, 김희주 2016)
- 미디어 기술의 지속적인 발달로 새로운 매체를 활용하는 광고 시장 확대되면서, 규제 사각지대로 인한 새로운 매체를 활용한 주류광고가 확산됨
 - 특히 시간 제약 없이 원하는 시간에 능동적으로 시청이 가능한 IPTV나 Youtube 등을 통해 제공되는 VOD와 연계된 광고시장 확대됨
 - 뉴미디어를 활용한 주류광고 확대에 대해 TV·라디오 등 전통매체를 중심으로 한 현행 주류광고 기준이 적용되지 못하는 상황임

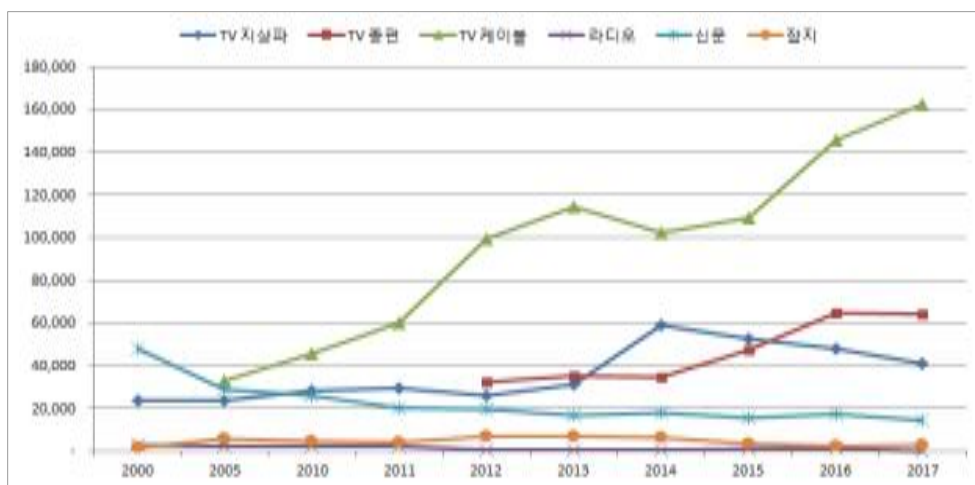
[그림 5-3] 뉴미디어 매체 이용률

단위: 퍼센트(%)



- 주류업계의 공격적인 광고·마케팅 추진함으로써, 주류광고 비용은 '00년 767억원에서 '17년 2,854억원으로 3.7배 증가함
- 케이블 TV의 성장 및 종편의 등장으로 주류광고는 '10년 이후 지속 증가하는 추세임
- 이중 맥주광고가 연간 34만회 이상으로 많았으며, 과일향 탄산주 등 혼성주와 저도주 소주 순으로 나타남

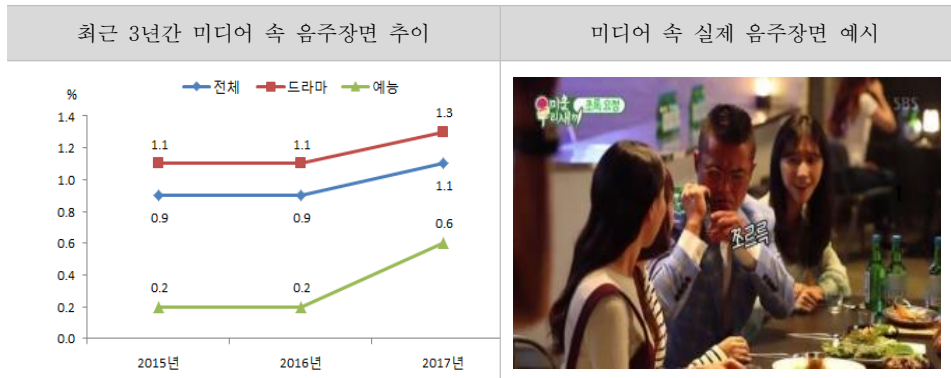
[그림 5-4] 매체별 주류광고 연간빈도



자료: 한국건강증진개발원(2017), 2017 알코올 통계자료집(Nielsen Adex 시스템 자료 재구성)

- 음주를 전면에 내세운 프로그램 및 광고와 미디어 콘텐츠의 경계를 넘나드는 상업적 음주장면 증가. 2016년에 비해 2017년에 전반적으로 음주장면 방영 횟수가 증가함.
- (드라마) 1.1회 ('16년)→ 1.3회('17년)
- (예능) 0.2회 ('16년)→ 0.6회('17년)

[그림 5-5] 최근 3년간 미디어 속 음주장면 추이 및 미디어 속 실제 음주장면 예시



자료: 한국건강증진개발원(2017), 2017년 음주조장환경 모니터링 최종보고서

2. 생애주기별, 특성별 정신건강 이슈에 대한 맞춤형 서비스 제공 필요성 부각

□ 아동의 정신건강 이슈에 대한 관심 부각에 따른 지원서비스의 질제고 및 지원 체계 강화 필요

○ 자해/자살, 우울/수면장애, 게임과몰입, 우울과 불안, 트라우마 등 아동이 경험하는 정신건강 이슈에 대한 관심 부각

－ 연령별로 경험하는 아동의 정신건강문제의 유형은 다름

- 초등학생은 ADHD, 중고등학생은 우울, 불안, 행동장애의 정신건강 문제를 경험
- 게임과몰입은 아동의 연령에 따라 구분되는 것이 아닌 아동의 공통적인 이슈

－ 아동의 정신건강은 아동이 속한 가구의 특성, 아동이 맺고 있는 관계의 특성, 아동이 경험하는 사건(event)(예. 학교 폭력, 재난, 등)과 매우 높은 연관성을 가짐

- 아동 개개인의 신체 건강과 자존감 등도 아동의 정신건강과 관련성 높음

○ (분절적인 아동 정신건강 예방 및 지원 체계)보건복지부, 여가부, 교육부 각 부처에서 수행하는 아동 정신건강 예방 및 지원 사업 존재

－ 교육부의 학생 및 청소년 정신건강증진사업

- 교육부의 정신건강지원사업은 학생정서·행동특성검사 사후관리 강화 및 자살예방 체계 확립을 포괄하는 ‘학교교육 활성화(프로그램)’의 일환에서 최근 들어 학생자살, ADHD, 우울, 불안 등 학생 정신건강 문제가 심각하나, 정부·지역·학교 차원의 체계적 대응관리 체계가 미흡했다는 문제의식을 가지고 추진되고 있음
- 교육부는 일반회계사업인 ‘학생정신 건강센터 지원(단위사업)’과 특별교부금 사업으로 진행되는 학생자살예방 등 정신건강증진 사업으로 구분됨. 우선 학생정신건강센터 지원사업은 ‘학교교육활성화(프로그램)’의 일환에서 자살, 우울, 불안 등 학생들의 정신건강문제를 해소하기 위한 목적으로 교육청 및 단위 학교의 학생정신건강 관리 역량강화를 지원하며, 사업내용은 크게 교사연수, 학교응급심리지원, 교육자료 및 프로그램 개발로 구분됨. 학생 자살예방 등 정신건강 증진 사업은 ‘지역 협력 모델 육성’, ‘특성검사 온라인 시스템’, ‘학생정신건강정책 확산’, ‘정신건강전문가 학교방문관리사업’으로 구성되어있음

－ 여가부의 학교밖 청소년 정신건강지원관리 사업

- 여성가족부의 경우 ‘청소년 사회안전망 강화’ 프로그램 외에는 정신건강증진 그 자체를 주요목적으로 하는 독립적인 사업은 이루어지고 있지 않음. 다만 이 사업을 통해 운영되고 있는 ‘국립중앙청소년치료재활센터’는 ADHD, 우울, 학교부적응 등 정서·행동장애 청소년을 대상으로 종합적이고 전문적인 치유 서비스를 제공하고 있음. 그 외에 청소년상담복지센터를 통해 10회기 정도의 단기 상담이 이루어지고 있기도 함

－ 복지부의 정신건강증진사업(아이존(서울 only), 정신건강복지센터)

- 아이존은 서울시 예산 100%(개소당 5억의 예산으로 정부보조금은 3억 4천)로 이루어지는 곳으로 서울에 10곳에 설치운영중인 아동중심 정신재활시설임. 아이존은 교육청이 설치되어있는 지역에 1곳씩 설치되어있고 서울시 예산으로 운영되기 때문에 지역 예산 매칭구조인 기초 정신건강복지센터와 달리 서비스를 제공하는 지역의 범위가 넓음. 아이존은 개소

당 약 40명의 아동을 대상으로 한 사례관리 기반 심리 치료 서비스를 제공하고 있으며, 생활시설이 아닌 이용시설로 운영되고 있음. 아이존은 아동 중 초등학생에 초점을 두고 있으며, 학교나 정신건강복지센터에서 의뢰한 경우, 의사의 소견이나 진단이 있는 경우에 초점을 두고 있음. 저소득 아동의 경우는 전액 무료로 서비스를 이용할 수 있으며, 일반 아동은 월 9만3천원의 비용 부담이 발생하는 구조임. 아이존에서 주로 다루는 정신건강 문제는 아동의 ADHD이며, 1년 반의 서비스 제공 기간을 가지고 심리 치료(개별 및 집단), 사회기술훈련, 정서조정, 부모교육 및 부모양육 기술 등의 프로그램을 제공하고 있음

- 정신건강복지센터는 시군구 단위에 설치되어있는 지역의 정신건강증진서비스 제공기관으로 약 130여개소의 센터에서 아동청소년 대상 정신보건사업을 진행하고 있음. 아동청소년 정신보건사업운영 예산은 총 3,250백만원으로 (5천만원 국비 매칭, 지역에서 5천만원 매칭 → 개소당 1억원 정도의 규모), 정신건강복지센터에서 진행하는 아동청소년 등록회원 관리사업은 정신건강서비스가 필요하다고 판단되는 정신건강 고위험군 아동청소년을 대상으로 심층면담과 표준화된 사정평가도구를 사용한 심층 사정평가와 더불어 등록 회원에 대한 가정방문, 전화상담, 내소상담, 지역방문을 통한 사례관리가 포함됨. 또한 지역 내 정신의료기관이나 치료서비스 기관으로 연계하여 확진을 위한 진단검사 및 치료 서비스에 필요한 비용을 제공하고 있기도 함

○ 지역의 아동청소년 정신건강예방 및 지원 서비스 전달체계 현황

- 아동청소년 정신건강증진서비스 전달체계를 보면 학교 내에서 우선 1차적으로 정서행동특성검사를 통해 선별되는 아동청소년을 대상으로 1차 개입이 Wee를 통해 이루어지며, Wee를 거쳐 2차 개입이 필요한 경우 지역으로 아동청소년이 나와 서비스를 받는 구조임. 일부 아동은 Wee를 거치지 않고 바로 지역사회의 서비스 제공 주체로 가기도 함
- 학교밖의 세팅, 즉 지역사회에서 아동청소년을 대상으로 서비스를 제공하는 주체는 다양하게 존재함. 서울지역에 한정되어있기는 하지만 아이존(아동정

신재활시설-이용시설), 전국단위에 설치되어 운영중인 청소년상담복지센터, 정신건강복지센터가 존재하며, 사안에 따라 중독관리통합지원센터, 건강가정지원센터에서 서비스가 제공되기도 함

- 이들이 주로 제공하는 서비스는 상담(단기)²⁾이며, 사례관리 기능을 수행한다고 볼 수 있는 기관은 아이존, 중독관리통합지원센터, 건강가정지원센터, 정신건강복지센터임

○ (아동 대상 민간 심리상담, 민간 심리 치유/치료 프로그램의 질 제고 필요)

- 현재 민간 '상담', '심리' 자격증은 2000여개가 넘어가고 있음. 민간 심리상담, 민간 심리 치유/치료 프로그램의 질 평가 및 인증 제도 도입가능성 검토 필요
 - 현재 wee 프로그램 이후 학교 밖 세팅의 정신건강 서비스 지원 체계로 나올 때, 각 교육청에서 지정한 정신건강서비스 제공 주체들이 있는데, 이들을 선정하는 구조는 '신청'에 기반하여 이루어지고 있음. 정신건강복지센터나 청소년상담복지센터와 같은 공공 주체들이 지정 지원기관으로 등록되어있기는 하나, 민간(의료기관이나 심리상담소 등) 역시 다수 포함되어있음. 이들 지정 기관들에서 제공하는 서비스 질에 대한 별도의 확인 없이 '신청'에 의해서만 지정되고 있어, 어떠한 상담인력이 어떠한 심리 치유/치료 프로그램을 제공하는 지를 파악하기 어려움
- 민간에서 제공되는 다양한 정신건강 지원 서비스의 경우 대다수는 바우처 형식으로 지원되고 있음. 포용국가정책에서 제시된 정신건강 증진을 위한 바우처 지원의 소득기준 완화(포용국가)와 관련하여 바우처 지원 비용의 현실화에 대한 고민도 필요함. 바우처 지원 비용은 서비스의 질과 밀접한 연관성을 가짐
 - 현재 민간에서 제공되는 심리상담 프로그램의 시중 가격은 약 7~9만원대로 형성되어있으나, 바우처에서 지원되는 비용은 45000원 정도임. 서비스를 제공하는 인력들은 같은 서비스를 낮은 비용으로 제공하기를 꺼려

2) 아이존 제외. 아이존은 1년반의 기간동안 서비스를 제공함.

하는 상황임

- (예방과 조기개입을 위한 학교기반 정신건강 체계 정비) 아동청소년에 대한 지역사회 기반의 심리교육 및 홍보를 촉진하기 위해 학교를 이용하는 것은 정신질환과 관련된 낙인감소에 광범위한 영향을 미칠 수 있음
 - 간단한 정신교육 중재는 정신증에 대한 오명과 오해를 줄이기 위한 비용 효과적이고 실용적이며 효과적인 도구가 될 수 있음. 고등학생을 위한 1시간 교육은 1개월 후 까지 23%의 정신질환 낙인 감소 효과가 있었음. 고등학생을 위한 2시간 심리교육은 1년 후까지 신념과 태도 변화가 지속됨 따라서 학생들을 대상으로 정신건강교육을 이어갈 필요가 있음
- (새로운 아동 정신건강 문제에 대한 이슈 등장(게임 사용장애)) 게임의 중독적 사용으로 인해 발생하는 건강 문제에 대한 건강서비스 체계의 대응과 게임 소비자로서의 아동에 대한 건강권 보호의 필요성 대두
 - 게임에 대한 정의와 평가가 아닌 게임을 중독적으로 사용하여 일상생활 기능에 제한이 발생하는 문제에 대한 예방, 조기개입, 치료(상담 혹은 의료적 치료)와 같은 지원 서비스 구축 필요
 - 객관적인 현황 진단, 게임사용장애에 대한 진단과 평가 기준과 더불어 예방, 조기 개입, 치료(상담 혹은 의료적 치료)는 과학적인 근거를 기반으로 해야함

□ 청년 정신건강의 중요성 간과

- 청년 시기의 질병 부담의 절반은 정신질환에 의한 것으로 보고됨. 이에 청년 시기의 정신건강 접근성을 향상시키고, 중증정신질환의 조기발견과 조기개입이 매우 중요함
 - 조현병은 15세에서 30세 사이에 주로 발병함. 또한 조현병과 같은 만성 정신질환의 75%는 25세 이전에 발병하여 악화되면서 사회경제적 비용을 유발함
- 청년의 우울과 불안 등 심리 및 정신건강 문제에 관심을 두고, 이에 대응하는 정책은 부재함

- 김지경 외 연구(2018)에 의하면, 20대 청년 전체의 7%가 심한 우울증, 8.6%가 심한 불안증, 22.9%가 최근 6개월 동안 자살생각을 경험한 것으로 나타남
- 청년 정신건강 고위험군의 경우, 여성, 고졸이하, 미취업자, 비정규직 취업자가 해당하는 비율이 높고, 사회적 지지와 자아탄력성, 부모의 경제적 역력 수준이 낮을수록, 그리고 일상의 스트레스 수준과 스트레스로 인한 영향 경험이 많고, 경제적 박탈 경험이 많은 청년들로 특징지을 수 있음(김지경 외, 2018)

○ 청년 시기는 심리 및 정신건강 문제 외에도 중증정신질환이 시작되는 시기이기도 함. 조기 정신증의 경우 증상이 심하지 않은 초기에 정신의학적 도움을 받는 것이 효과적이기 하나 치료를 받는 비율은 높지 않음

- 더욱이 정신의학적 질병에 대한 낙인이 심한 우리나라에서는 치료적 접근성이 더욱 낮음. 따라서 지역사회에서 이들을 적극적으로 발굴하고 체계적으로 관리하여 중증정신질환 발병을 예방할 필요가 있음
- 조현병의 2년 이내 재발률은 53.7%이고, 5년 이내의 재발률은 약 80%로 대다수가 치료 초기에 재발을 경험하고 있음. 유럽의 코호트 연구에서는 조현병으로 첫 입원 후 퇴원한 환자의 약물 중단 가능성이 54.3%로 매우 높았지만, 항정신병약물을 유지하는 것은 중단하는 것에 비해 사망률을 45% 수준으로 낮추었음. 이에 치료 초기 약물 유지의 필요성은 매우 큼
- 치료 초기에 약물의 부작용을 경험하는 경우 장기적 약물 유지 순응도가 저하되고 이는 재발로 이어짐. 따라서, 치료 초기 약물에 대한 교육과 약물 부작용에 대한 적극적 상담이 필요함. 이를 위해 병원 방문 시 대면 상담은 물론이고 전화를 통한 즉각적 응대가 필요함

□ 중장년의 알코올 문제의 심각성

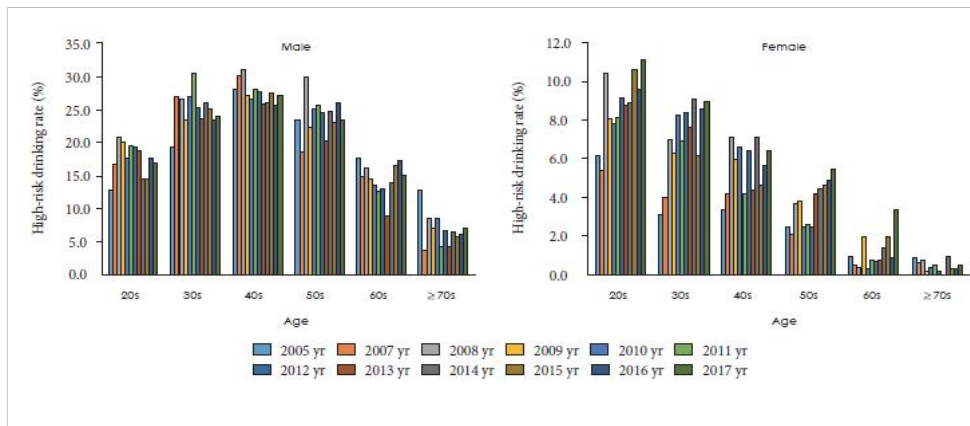
○ 고위험음주의 증가 경향

- 고위험 음주³⁾는 알코올 사용장애는 아니지만, 다양한 수준의 신체적, 심리

적, 행동적 문제를 경험하게 만드는 수준의 음주를 말함. 이는 지방간, 간경변 및 간암, 구강암, 식도암 등 각종 암의 발생률을 증가시킬 뿐 아니라 (7,8), 탈억제 기전을 통하여 폭력, 사고 등의 사회문제를 유발하기도 함

- 국민건강영양조사(2018)한국의 고위험음주의 추이(2005-2017)를 살펴보면, 전체적으로 2005년 11.3%에 비해 2017년 14.2%로 증가함
- 성별에 따른 연령대를 구분하여 살펴보면, 남성의 경우, 2005~2017년까지 12개년도 고위험 음주율이 30대부터 50대까지 중년 남성이 큰 변화폭이 없이 지속적으로 높은 수치를 보임. 특히, 40대 남성이 가장 높은 것으로 나타남. 반면, 여성의 경우, 20대에서부터 60대까지 전반적인 연령대에서 고위험 음주율이 증가하였으며, 특히, 2, 30대 젊은 여성의 고위험 음주율이 급격하게 증가함

[그림 5-6] 성*연령대별 고위험음주율 추이



○ 중장년의 알코올 문제 완화 및 해결을 위한 서비스 제공체계 부족

- 직장 기반 알코올 문제 예방 및 조기개입을 위한 서비스 제공 체계 구축 필요
- 우리나라의 직장음주문화는 성인의 고위험음주에 가장 부정적인 영향을 미치는 요인 중 하나임
- 해외의 경우 근로자지원프로그램(EAP, Employee Assistant Program)

3) 남자의 경우 1회 음주량이 순수 알코올 기준 60 mg, 여자의 경우 40 mg 이상 마시는 것을 의미함

을 두고 음주로 인한 건강문제, 직장 내 업무 저하 문제가 있는 직원들에게 의무적으로 음주문제에 대한 치료프로그램을 이수하도록 하는 프로그램을 운영하는 것이 일반적임

- 우리나라의 경우 대부분 직장은 직장인 건강검진, 산업보건지원프로그램 및 인사지원프로그램 등을 운영하고 있으나, 현재까지 고위험음주나 알코올중독에 대한 선별평가 및 치료적 개입프로그램 등을 적용하고 있지 않음
- 알코올 문제가 알코올 사용장애로 심화되었을 때 서비스를 제공할 수 있는 지역사회 서비스 제공 체계는 매우 미흡함
 - 중독문제 예방 및 관리에 관해서는 중독관리통합지원센터가 전문성을 가지고 지역사회 거주 주민을 대상으로 고위험군 조기발견 및 치료연계, 중독자 대상 사례관리를 진행하고 있으나, 전국에 50개소만 설치되어 운영 중임
 - 알코올 중독자들이 이용할 수 있는, 그리고 단기간이기는 하지만 거주할 수 있는 중독자재활시설 확대 등이 필요함

□ 노인의 정신건강 및 자살에의 대응 강화 필요

○ 노인의 우울 및 자살은 다른 연령층에 비해 높게 나타남

- 중앙자살예방센터에 의하면 70대 이상 노인의 자살사망률이 높게 나타남. 2018년 전체 평균 자살사망률 26.6명에 비해 70대 노인(48.9명)은 약 1.5배 이상, 80대 이상(69.8명)은 약 2.5배 이상 자살사망률이 높게 나타남
- 65세 이상 노인의 우울장애 수준은 19세 이상 성인의 우울장애 수준에 비해 높게 나타남. 65세이상 노인의 우울장애 유병률은 8.7%로 19세 이상 성인 우울장애 유병률은 5.6% 보다 높은 것으로 나타남(국립정신건강센터, 2018)

○ 노인이 경험하는 정신건강 문제에 대한 대응은 노인이 처해있는 사회경제적 수준(예. 가구형태, 소득 수준 등)을 고려해야하며, 다수의 노인이 경험하는 만성 질환을 비롯한 신체 질환과 정신건강 문제를 함께 고려하여 통합적인 서비

스 지원의 관점에서 접근하는 것이 필요함

- 취약계층 노인의 자살 징후를 조기 발견하고, 지역 정신건강증진 센터로 연계하는 노인 자살예방 연계체계를 구축하는 정신보건-복지 노인자살 예방 체계에 대한 시범사업이 진행되었으며, 최근 들어 커뮤니티 케어 사업이 시작되어 지역사회 거주 노인을 대상으로 한 통합적 서비스의 움직임들이 일어나고 있음
- ‘ageing in place’의 개념이 강조되면서 노인이 거주하는 장소에서 통합적인 서비스를 받도록 하는 것이 노인을 대상으로 하는 보건복지 정책의 주요 기조이기 때문에 노인을 대상으로 하는 정신건강복지 서비스 제공 역시 이 기조에 따라 서비스를 제공하는 것이 필요함

□ 성별, 생애주기별로 차이가 나타나는 정신건강 문제 대응에 대한 민감성 제고 필요

- 국내외 통계에 기반하여 성별, 생애주기별로 초점을 두어야 하는 정신건강 문제는 다음과 같음(그림 참조). 현재 정신건강복지센터를 비롯한 정신건강서비스 제공주체의 서비스는 질환 중심으로 구조화되어있으며, 같은 질환을 가지고 있다고 해도 성별, 생애주기에 대한 고려가 부족하여 수요와 대응 간 mismatch 발생
- 지역사회 기반 정신건강서비스 제공주체의 서비스는 중장년의 중증정신질환자 및 중독환자이며, 청년층에 대한 서비스는 제한적임

<표 5-3> 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구

	Young (12~24 yrs)	Adulthood (25~49 yrs)	Healthy ageing (50~65yrs)	Older adults (65+)
남자	게임과몰입, 자살, 초발 정신질환 발현	알코올 중독, 도박중독	알코올 중독, 도박중독 복합질환(신체,정신)	우울, 자살 복합질환(신체,정신)
여자	스마트폰 과의존, 우울, 초발 정신질환 발현	산전후우울, 스트레스	우울, 스트레스 복합질환(신체,정신)	우울, 자살 복합질환(신체,정신)

□ 다양한 정신건강 취약 집단에 대한 대응 역량 강화 필요

○ 트라우마 경험 집단의 정신건강 문제에 대한 대응 강화

- 학대 피해 아동, 폭력 피해 여성, 자살 유가족 등 트라우마 상황을 경험한 인구 집단의 정신건강 문제는 스트레스, 우울, 외상 후 스트레스 장애, 자살 생각 및 자살시도, 음주 및 중독 등 다양하게 나타남(김영택 외, 2012)
- 성폭력, 신체적 폭력, 언어적 폭력 정서적 폭력 등을 경험한 여성 및 아동의 경우 우울과 자살관련 행동과 같은 높은 수준의 정신건강 문제를 보일 뿐 아니라 죄책감, 무기력감등을 경험하고 있음(김선아 외, 2003; 유해선, 2015). 수면장애, 자해, 두근거림, 식은땀 등과 같은 신체화 증상들이 발현되는 경우도 상당하며, 대인관계 기피, 타인에 대한 폭력 등 사회관계가 좁아지거나 단절되는 경험들을 하는 경우도 상당함(이희연, 2010)
- 일반적으로 자살유가족의 신체적, 정신적 고통은 심각한 수준이며, 일반인보다 자살유가족의 자살위험이 8.3배정도 높고 우울증도 7배 정도 높게 나타난다고 보고하고 있음
- 폭력 피해와 자살사고와 같은 트라우마 상황 이외에도 여성은 생애주기 과정에서 다양한 트라우마 상황을 경험할 수 있음. 세월호 참사, 지진과 같은 재난 사고로 인한 상실의 경험, 가족이나 가까운 사람의 죽음 혹은 부모의 이혼 등으로 인한 상실의 경험은 개인의 정신건강에 영향을 미칠 수 있으며, 이는 남녀에게 모두 적용가능한 것임
- 트라우마 경험 집단을 대상으로 심리정서, 정신건강 서비스를 제공하는 기관들이 다양한 부처에서 제공되고 있기는 하지만 이를 이용하는 비율은 제한적임
- 폭력피해 여성들을 대상으로 한 성폭력 상담소, 해바라기센터와 원스톱 센터등이 운영되고 있지만 이를 이용하는 비율은 제한적임. 폭력 피해로 인해 발생하는 심리정서적인 문제는 장기간의 개입을 필요로 함(유해선, 2015)
- 자살 유가족 대상 사례관리 사업은 정신건강복지센터나 자살예방센터를

통해 이루어지고 있음. 하지만 자살유가족의 경우 자살사고 발생후 다양한 정신적 고통을 경험하고 있기 때문에 정신건강복지센터나 자살예방센터로부터 제공되는 서비스를 거부하는 경우가 상당하기 때문에(하규섭 외, 2016), 이들의 서비스 이용에 대한 심리적 거리감을 해소시킬 수 있는 노력들이 더욱 강화될 필요가 있음

- 지역사회 내 다양한 폭력 예방 및 지원 체계와 더불어 정신건강복지센터와 자살예방센터 등과 같은 정신건강증진 프로그램들 간의 연계를 통한 지속적이고 통합적인 서비스 제공 필요

○ 돌봄 노동, 감정 노동, 고위험 특수직 공무원 등 다양한 인구집단의 다양한 정신건강 문제 예방 및 관리의 중요성 부각

- 돌봄노동 종사자, 감정노동자, 고위험 특수직 공무원들이 경험하는 정신건강의 문제는 상당한 수준이며, 이들을 대상으로 한 심리 정서 지원 및 정신건강 서비스 제공의 중요성은 계속 부각되고 있음
 - 정신질환자 및 자살유가족, 자살고위험군 등 정신건강문제를 경험하고 있는 사람들을 대상으로 정신건강증진서비스를 제공하는 인력들의 정신건강 문제는 그동안 국내에서는 제한적으로 다루어져 왔음
 - 서비스/판매직 여성들은 감정노동으로 인한 우울, 직무스트레스, 소진 등과 같은 정신건강 문제를 경험하고 있음(김종진, 2013; 김현주, 2015). 다수의 기존 연구들은 직장을 기반으로 한 직무 스트레스 완화 프로그램 등 정신건강증진 프로그램들을 제안하고 있음
- 임금근로자는 아니지만 가족 내 건강 돌봄자들이 경험하는 정신건강 문제 역시 상당한 수준임
 - 이러한 가족 내 건강 돌봄자들이 경험하는 정신건강 문제는 주로 부양으로 인한 신체적 및 심리적인 부담감과 부양 스트레스에 기인하는 것으로 선행연구들을 보고함(김민정 외, 2017; 차재술 외, 2017)
 - 특히 치매와 정신질환과 같이 치료 혹은 완치가 어려운 만성적인 질환을 가지고 있는 경우, 보호자들의 부담감은 높고 이로 인한 신체 및 정신건

강 수준은 낮게 나타남(서경현과 안우리, 2009;오인옥, 2015;최은정과 조현미, 2018)

- 기존 연구들은 가족 내 건강 돌봄자들을 대상으로 한 자기관리 (Self-management) 강화를 위한 중재 프로그램과 더불어 휴식을 취할 수 있도록 하는 건강돌봄자 대상 respite care 프로그램, 돌봄을 필요로 하는 치매환자나 정신질환자를 대상으로 한 단기보호시설 확충들을 제시한 바 있음
- 스스로의 정신건강 문제를 인식하고 문제가 있을 경우 정신건강서비스 이용으로 이어질 수 있도록 하는 정신건강에 대한 인식 개선 및 정신건강 예방 프로그램들이 마련되는 것이 필요함

3. 정신건강 문제 예방 및 조기 개입을 위한 서비스 접근성에서의 제약 존재

- 최근 여러 자살사건과 관련하여 사회경제적 사각지대에 놓인 국민들을 위해 지역 사회를 중심으로 개별적인 보건 및 복지 정책에 대한 강조와 더불어 두 정책 간 통합과 연계를 강조함
- 현재의 서비스는 고위험군을 대상으로 한 사례관리 중심으로 제공되고 있으며, 대다수의 정신건강 혹은 심리 정서 건강을 위한 예방이나 조기개입에 대해서는 명확한 정책 과제들을 도출해 오지 못했음
- 사회적으로 부각되는 중증정신질환이나 자살에 대한 대책도 중요하지만 그에 못지 않게 정신건강 예방 및 조기개입 방안에도 관심을 둘 필요가 있음
 - 상당수 국민이 경험하는 정신건강 문제에 대한 예방과 조기개입이 이루어지지 않는다면 사회적으로 부담해야하는 비용은 높아질 수 밖에 없음
 - 최근의 영국과 호주의 경우 정신건강 문제에 대한 예방과 조기개입에 보다 초점을 기울이고 있으며, 정신건강 문제가 만성화되기 전에 아동청소년 때, 혹은 더 이른 영유아기 때부터 정신건강 문제에 대한 예방적 개입들을 하고 있음
 - 즉, 예방과 조기개입 방안에 관심을 두는 것이 장기적으로 사회경제적 비용

을 줄이고 대다수의 국민들이 행복하게 생활을 유지하는데 더욱 중요한 요인과 해결방안일 수 있음

□ 심리학적 상담을 통한 정신건강 문제 예방 및 조기개입을 위한 체계 부재

- 국가 정신건강시스템 내 심리학적 상담에 대한 정책이 아직 체계적으로 수립되어 있지 않아 국민들의 심리학적 상담에 대한 수요 증가에 대처하지 못하고 있음
 - OECD의 2013년 한국의 정신건강체계에 대한 정책적 권고 사항 3가지 중 하나가 전 국민의 정신건강을 증진시켜야 하며 이를 위한 구체적 제안으로 심리치료 (혹은 ‘심리학적 상담’)에 대한 접근성을 획기적으로 향상시킬 것을 권고했으나 크게 개선되지 않은 상황

- 반면 민간에서는 어떠한 규제도 없이 사설 심리상담소들이 난립하고 있어 심리학적 상담 자격자들이 일부의 수요를 채우고 있으나 국가 지원 부재 및 무자격자들의 폐해 등 여러 가지 문제에 당면하고 있음

- 우리나라에서는 일반 국민들이 심리상담이 필요할 때 대부분 민간 심리상담소에 의존하여야 하며 국가가 공인해 주는 심리사에 의해 공공 영역에서 심리 지원을 받는 기회는 거의 서울시를 제외하고는 거의 전무한 상태임

- 이러한 점들이 정신질환의 사회경제적 비용을 높이고, 높은 자살율에도 영향을 미치는 것으로 보여짐. 특히 자살을 시도하거나 중증의 정신건강 문제를 보이기 전에 이를 개입하는 환경과 제도가 매우 필요하나 이러한 점이 매우 미흡한 상황임

□ 정신건강 문제에 대한 부정적 인식을 줄이고, 지역에서 정신건강서비스를 용이하게 이용할 수 있도록 접근성을 높일 필요가 있음.

- 정신장애에 대한 편견, 지역사회정신건강 기관에 대한 정보 부족 등으로 인해 정신건강문제를 인식하고 치료를 시작하기 까지 상당기간이 소요됨. 이로 인해 정신건강문제를 경험하고 있는 사람이 스스로와 그 가족이 지역사회 내 서비스를 찾아서 이용 가능한 시설을 파악하여 어렵게 이용하고 있는 실정임. 이에 일반 대중을 대상으로 지역사회정신건강서비스 접근성을 높일 필요가 있음

제 2절 추진 목표 및 과제

□ 정책 목표

- 당신이 스스로 정신건강을 예방하고 관리할 수 있도록 국가가 지원하겠습니다.

□ 정책 과제

- 정책과제 1. 정신건강에 대한 정확한 정보를 충분하게 제공할 것입니다.
- 정책과제 2. 당신의 생애주기에 맞게, 당신이 처한 환경에 따라 정신건강서비스를 제공할 것입니다.
- 정책과제 3. 당신의 일상에서 24/7 언제나 정신건강서비스를 이용할 수 있게 이용 통로를 다양화 하겠습니다.

정책과제 1. 정신건강과 중독에 대한 정확한 정보를 충분하게 제공할 것입니다.

□ 세부과제 1. 무섭지 않아요. 정신질환은 예방가능하고 치료가능합니다!

- 정신건강 및 중독에 대한 예방과 관리에 대한 국민의 의무조항 포함
 - 정신건강 자가관리(Self care)를 정신건강복지법 제5조 국민의 의무에서 정신건강 예방 및 자가관리를 위한 노력을 해야한다는 내용의 조항 신설
 - 현재의 제5조(국민의 의무) “국민은 정신건강증진을 위하여 국가와 지방자치단체가 실시하는 조사 및 정신건강증진사업 등에 협력하여야 한다.”에서는 수동적 조사 참여자로서의 의무를 명시하고 있음
- 정신건강 및 중독 인식개선 캠페인, 공익광고 지속 수행
 - 정신질환에 대한 관심을 제고하고 부정적 인식해소를 위한 중·장기 캠페인 계획 수립·시행 및 이를 위한 예산확보와 캠페인의 효과성 분석
 - 우울, 자살사고, 음주폐해 및 중독 등을 주제로 한 공익광고 시리즈 제작, TV·라디오 등 매스미디어, SNS 홍보

- 부모교육, 본인과 가족, 주변인들의 정신건강을 보살피기 관련 주제로 한 공익광고 시리즈 제작, TV·라디오 등 매스미디어, SNS 홍보
- 주류, 담배 광고 금지 매체확대, 지나친 음주나 흡연 등의 약물중독 뿐 아니라, 도박이나 게임 등의 행동중독 등에 대한 경고문구 표기 추진
- 단순 광고가 아닌 관련 이해당사자와 사업수행기관 등이 함께 조직적으로 참여하는 공익마케팅협의체를 구성하고 보다 전략적인 관점에서 공익광고와 캠페인 등이 함께 수행될 수 있도록 추진

○ 바람직한 언론보도를 위한 가이드라인 제공

- 정신질환 관련 정확한 용어 사용, 자살, 폭력, 살인 등의 사회적 사건에 대한 바람직한 보도 방안 등의 내용이 포함된 ‘보도 가이드라인’ 마련·배포
- 기자 등 언론인 대상 정신질환에 대한 이해도 제고, 부정적 인식 개선 등을 위한 정기적인 설명회, 포럼 등 마련

○ 고위험음주 예방 가이드라인 개발과 확산

- 표준잔개념을 도입하여 과학적 근거에 기반한 음주폐해 예방을 위한 대국민 실천지침 개발 필요.
 - 관대한 음주문화로 인한 음주문제에 대한 국민의 인식이 낮고, 위험한 음주, 안전한 음주에 대한 정확한 개념이 모호하여 음주폐해예방사업의 실천에 한계 존재
 - 해외의 경우(영국, 호주 등) 일정 순수알코올량을 기준으로 표준잔을 정하고 주류용기에 이를 표시하여 적정음주지침을 활용하고 있음.
 - 국내 실정에 맞는 표준잔도입 및 이를 반영한 역학조사를 통하여 음주폐해예방을 위한 음주량과 횟수에 대한 안전음주실천지침을 개발
- 개발된 지침을 음주폐해예방사업 및 대국민 예방사업의 표준컨텐츠 및 음주폐해예방사업 성과모니터링 지표 등으로 활용

□ 세부과제 2. 어릴 때부터 지속적으로 정신건강에 대한 정보를 제공하는 기회를 마련하겠습니다.

○ 초·중·고등학교 학생 대상 정신건강 및 중독 예방 교육 의무화 제도 도입

- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제13조 개정 필요(의무 조항으로 변경 필요)
- 교육 대상: 정서행동특별검사가 수행되는 학령기에 맞추어 정신건강 예방 교육 실시. 초등학교 1학년, 초등학교 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년 전체 학생 대상 정신건강 교육 의무화
- 교육 인력: 학교 내 상담교사, 지역 내 정신건강 전문성을 가진 인력(정신건강복지센터, 정신재활시설, 청소년상담복지센터 실무자), 학교 심리사나 국가 공인 심리사⁴⁾, 동료지원가 등
- 기존 개발되어있는 정신건강 및 중독 예방교육 콘텐츠 검토 및 수정보완, 필요시 새로운 예방교육 콘텐츠 선정 및 개발
- 학교 수업과정 내 정신건강(중독 포함) 교과목 개설 및 국가 전문자격을 갖춘 인력 채용
 - 무엇보다도 내실 있고 지속성 있는 학교기반 심리사회·정신건강 관련 서비스를 제공하면서 그 성과를 평가하여 더욱 발전시켜 나가기 위해서는 학교에서 관련 서비스를 기획하고 주관하고 제공할 수 있는 국가전문자격을 갖춘 인력을 정신건강 전공 교사로 채용하여 해당 업무를 담당하도록 할 필요가 있음
 - 심리학 전공교사를 채용한다고 할 경우, 심리학을 전공하고 석사 이상의 학위와 수련과정을 거쳐서 소정의 국가전문자격심리사 자격을 갖추도록 법제화할 필요가 있음
 - 이들 인력은 학생뿐 아니라, 일반교사와 학부모에게도 학교기반 정신건강

4) 국가전문자격심리사에 대한 법제화 선행 필요, 기존의 정신건강임상심리사 및 국가기술자격임상심리사의 통합과 보완을 기초로 법제화가 필요함.

강 서비스를 제공할 수 있어야 함. 즉, 학생은 물론 일반교사를 대상으로 한 전문적인 정신건강서비스를 제공함으로써 선진국과 같이 학교-기반의 심리사회·정신건강 서비스를 제공하는 핵심적인 역할을 수행할 수 있을 것으로 기대 됨. 또한 심리교사는 학교 밖 지역사회에 존재하는 다양한 심리서비스 혹은 정신건강 서비스를 연결해 주어 학교기반 심리서비스가 지역사회서비스로 자연스럽게 이어지도록 하는 데에 중요한 역할을 할 수 있음

○ 부모대상 아동청소년 정신건강 및 중독 예방 교육 강화와 정신건강서비스 강화

- 영유아 양육, 보육 서비스 이용 아동부터 초중고등학교 학생 부모 대상 정신건강 예방을 위한 정보 제공 강화
 - 현재 유치원부터 교육 체계의 정보들이 공유되는 ‘학교종이’와 같은 어플리케이션 등을 통해 부모를 대상으로 한 자녀 정신건강 문제의 중요성을 알리는 정보 및 정신건강서비스를 제공하는 지역 내 기관 리스트가 담긴 알림 메시지 정기적 발송
- 각 발달단계별 심리특성과 스트레스 대처방안을 알고, 필요시 근거기반 심리 지원이 가능한 인력(예: 국가전문자격심리사)을 통한 정신건강서비스 강화
 - 전 생애 발달 단계상 발달심리학적 주요 이슈를 핵심 주제로 정상적인 발달과 이탈, 적절한 부모의 대응 등에 대하여 교육하고 필요시 상담제공
 - 교육방법은 오프라인 교육이 우선이나 발달단계에 따른 기본적인 온라인용 교육 콘텐츠로도 교육 가능 학교에 전문 인력이 없을 경우, 공공 정신건강 서비스 제공주체의 양육, 보육시설 및 초중고등학교에 찾아가는 교육 강화
 - 부모심리지원과정에서 개인적인 심리서비스가 필요한 경우, 다양한 심리 서비스 혹은 정신건강 서비스로 연계
- 공공 정신건강서비스 제공주체의 양육, 보육시설 및 초중고등학교에 찾아가는 교육 강화
 - 지역에 위치한 공공 정신건강서비스 제공 주체인 정신건강복지센터나 정신재활시설, 청소년상담복지센터 등의 실무자나 동료 지원가들이 직접

학교를 방문하여 부모를 대상으로 한 소규모 세미나 진행

○ 정신건강 관련업무 담당인력 역량 강화

- 보건·상담교사 연수시 정신건강 관련 심층교육 실시 및 교사 대상 학생 정신 건강 및 중독 예방 및 관리 지원을 위한 교육 실시
 - 일반 교사 자신의 정신건강 예방 및 관리에 대한 이슈와 더불어 학생들이 경험 가능한 정신건강 이슈와 학생들이 보여주는 징후들에 대한 인지도를 제고시킬 수 있도록 교육 내용 구성 필요
 - 정신건강 문제 관련 징후 발견 시 학교 내 상담 교사나 보건교사에게 연계하는 것 뿐 아니라 지역 내 정신건강서비스 제공 기관으로 연계가 가능하도록 일반 교사 대상 교육 시 지역 정신건강서비스 제공 주체에 대한 정보를 함께 제공하는 것이 중요
- Wee센터 및 청소년 상담복지센터 전문 상담요원 대상 역량강화 교육 및 워크숍 실시, 정신과 전문의, 정신건강전문요원, 국가전문자격심리사의 슈퍼비전 지원

○ 사업장 기반 정신건강 및 중독 예방 교육 프로그램 강화

- 사업장 기반 정신건강 교육 프로그램을 개발·보급하고, 중·장기적으로 정신건강 교육에 따른 인센티브 제공 검토
- 중독 예방을 위해 직장인 대상 음주문제 선별평가 및 단기개입프로그램을 개발하고, 이를 산업보건서비스 실무자 교육을 통해 보급확산되도록 함
 - 해외의 경우 근로자지원프로그램(EAP, Employee Assistant Program)을 두고 음주로 인한 건강문제, 직장 내 업무 저하 문제가 있는 직원들에게 의무적으로 음주문제에 대한 치료프로그램을 이수하도록 하는 프로그램을 운영하는 것이 일반적임.

○ 지역사회 기반 정신건강 및 중독에 관한 정보제공 및 편견해소 교육·홍보

- 지역사회 내 사회복지체계를 활용한 정보제공 및 편견해소 교육·홍보 강화
 - 장기요양보험, 기초노령연금 등과 연계하여 신청·지급 시 본인 및 가족에게 정신건강 관련 정보·교육 제공

- 사회복지서비스 현장에 적용할 수 있는 음주문제 선별, 평가 및 단기개입 프로그램을 개발하여, 관련 서비스 종사자 대상 교육 훈련 제공. 실제 자활센터, 사회복지관 등 지역사회 기반의 다양한 사회복지서비스 이용자 중 고위험음주나 알코올중독은 흔히 발생하는 문제이며, 적절한 개입이 이루어질 경우, 음주폐해예방감소에 효과적인 개입전략이 될 수 있음
- 중독 문제의 경우 사회복지서비스 제공의 중요한 서비스 제공 및 평가지표로 음주문제개입을 포함시켜 실질적으로 관련 서비스가 지속적으로 제공될 수 있도록 함
- 정신건강 및 중독에 관한 정보제공 및 편견해소를 위한 지역사회, 직장 및 관련 전문가 단체 등 실생활 기반의 다양한 민간단체와의 협력 강화
- 정신질환 및 치료에 대한 편견이 가장 높은 노인을 대상으로 노인대학, 노인복지관 등을 통해 편견해소 교육·홍보
- 국가가 계획 시행하는 다양한 정신건강 예방 및 음주폐해예방사업에 다양한 민간단체를 참여시키고, 적절한 지원을 제공함으로써, 사업의 지속가능성과 효율성 증대
- 정신건강 및 중독 예방 교육 프로그램 모니터링 평가 체계 구축
 - 생애주기별 삶터별 각종 정신건강 및 중독 예방 교육 현황에 대한 조사와 검토를 통하여 정신건강 및 음주폐해 예방교육 실행안 개발
 - 아동청소년 정신건강 교육 의무화, 사업장 기반 예방 교육 프로그램 강화와 더불어 국립정신건강센터(및 중독 예방 교육의 경우 건강증진개발원) 등으로 하여금 정기적으로 모니터링 평가 지원하도록 함

정책과제 2. 당신의 생애주기에 맞게, 당신이 처한 환경에 따라 정신건강서비스를 제공할 것입니다.

□ 세부과제 1. 아동청소년 정신건강 증진을 위한 서비스를 강화하겠습니다.

- 정서발달 평가 및 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계

- 영유아 건강검진 시 발달검사 실시, 검사결과 발달장애 의심 시 정밀검사비 지원(대상 및 금액 단계적 확대 검토)
- 가정, 어린이집·유치원 교사나 부모가 활용 가능한 영·유아 사회·정서 발달, 실행기능 관련 타당화된 스크리닝(선별) 검사 도구 개발·보급
- 육아종합지원센터를 중심으로 영유아 발달지원 체계 구축, 타당화된 스크리닝(선별) 검사 결과 고위험군 대상 심층평가, 상담, 바우처 연계
- 영유아 부모대상 정신건강(심리지원)서비스 실시
 - 발달심리 및 정신건강에 대한 전문성을 갖춘 인력(예: 국가전문자격심리사)이 양육스트레스 관리, 부부관계문제, 양육상담 등을 실시
 - 필요시 지역사회기반 공공 정신건강서비스 제공주체로 연계
- 정서행동특성검사가 학부모와 학생대상만으로 실시하여 객관성이 부족한 점과 1차 검사 결과 관심군에 대한 적절한 개입이 부족하므로 이에 대한 연구와 대책 필요
 - 교사대상의 적절한 검사(예, 문제행동선별척도)의 개발과 실시를 통해 관심군이나 위험군을 선별함으로써 정서행동특성검사가 지닌 한계 보완

○ 학교기반 심리지원 및 상담 강화

- 정신건강 교과목 개설 및 학교 내 국가 전문자격을 갖춘 인력 채용
- 학생, 교사, 학부모 대상의 정신건강 예방 및 조기개입 실시
- 교육 외에 학교 현장에서의 일상적인 근거기반 심리지원 서비스 제공(예, 긍정적 행동지원, 인지훈련 프로그램, 사회기술훈련 프로그램 등)
 - 기존의 프로그램 위주의 운영은 초, 중, 고 학생들의 조기개입, 특히 예방에는 한계가 많았으므로 미국, 핀란드 등에서 실시하여 경험적으로 효과가 검증된 1-2-3차의 다층 모델을 활용한 학교기반 시스템 개입을 제안하며, pbs(positive behavior support)를 통해 주로 외부 전문가 개입이나 외부기관 의뢰 등으로 학생들의 문제를 해결하는 것이 아니라 학교 현장에서 1차 개입으로 교사와 학교관리자가 주도적으로 학생들의 문제

를 예방하고 이후 전문가와의 협력을 통해 조기 개입이 가능

- 2차 개입으로 사회기술훈련 프로그램이나 실행기능에 어려움을 보이는 학생대상의 인지훈련 프로그램을 실시함으로써 정신건강문제에 대한 장기적인 조기개입과 예방이 가능
- 3차 개입으로 심리전문가, 특수교사, 정신건강의학과 전문의 등과 부모, 교사가 함께 팀을 이루어 개별지원개입 실시
- 학교 내 자살, 사고, 학교폭력 등 위기 발생 시 학교 내 배치된 상담교사에 의한 학교 내 상담 강화
- 전문적 지원 필요시 Wee센터, 정신건강복지센터, 청소년상담복지센터, 인터넷중독대응센터 및 정신의료기관 연계

○ 아동청소년의 정신건강 및 심리치료 질 관리 및 비용 지원 강화

- 심리치료 및 심리상담의 효과를 위해서는 심리지원서비스 제공인력 자격기준에 대한 연구결과를 토대로, 우선적으로 심리지원서비스 제공인력의 전문성이 전제되어야 함
- 지역사회서비스투자사업 중 심리지원중점사업(아동청소년심리지원서비스, 성인(청년)심리지원서비스, 정신건강토탈케어서비스, 자살예방서비스)의 제공인력에 대한 엄격한 질 관리 필요(예, 심리학전공 석사학위이상+ 이후 2~3년의 수련 등 국가전문자격심리사나 그에 준하는 자격필요)
- 국립정신건강센터 및 심리지원서비스 관련 학회나 협회를 통한 서비스 제공기관의 요건 강화와 심리서비스 질 개선을 위한 지도 감독 실시(예: 제공인력, 제공기관, 제공기관장의 자격기준, 학회관련 정보, 윤리교육이수 여부 등을 공지하고 필수적으로 보고하도록 함)
- 정서불안, 학습 부진, 과잉행동장애 아동에 대한 심리지원, 정서 발달 지원 서비스 바우처의 소득기준 완화
- 2019년 현재 기준 중위소득 120%/150% 이하에서 2022년 기준 중위소득 160% 이하로 소득기준 완화
- 취약계층 아동이 받는 서비스의 질 제고를 위해 지원서비스 바우처의 지원

비용을 민간 형성 가격의 70%까지 단계적 인상

- 조사를 통해 파악되는 민간 아동 마음건강 돌봄 서비스의 유형별 서비스 가격을 기준으로 바우처 지원 비용 결정 필요. 예를 들어 아동종합실태조사의 경우 5년 주기로 이루어지기 때문에 만약 2020년에 실태조사를 통해 파악된 민간 심리상담 서비스가 회당 10만원이라고 한다면, 다음 실태조사가 이루어질 2025년까지 10만원을 기준으로 지원 비용을 7만원까지 단계적으로 인상하는 방법을 고려해 볼 수 있음
- 다만 서비스 회당 적정 비용에 대한 연구가 병행되어야 함. 우선적으로 심리지원서비스 제공인력의 전문성이 전제되어야 하고, 서비스 제공 인력 유형별 표준 서비스에 대한 매뉴얼을 마련하여 민간 서비스 가격에 대한 모니터링 및 질 제고 필요

○ 학교 밖 청소년 정신건강 지원

- 학교 밖 청소년 지원센터를 중심으로 학교 밖 청소년 대상 ‘정서행동특성검사’ 시행
- 정신과적 문제 발생 시 학교 밖 청소년 지원센터와 정신건강복지센터 연계로 심층평가, 상담 및 치료계획 수립 등 지원

○ 부모의 아동 정신건강서비스 이용 및 치료 동의 의무화 제도 도입

- 법률 개정 필요
 - 방임 중 의료적 방임에 ‘아동에게 필요한 의료적 처치 및 개입을 하지 않는 행위’를 ‘아동에게 필요한 신체 및 정신건강과 관련한 의료적 처치 및 개입을 하지 않는 행위’로 구체적으로 신체와 정신을 같이 명시하는 것을 제안
- 정서행동특성검사 개선의 선행과 더불어 정서행동특성검사의 고위험군이면서 Wee class 상담 교사의 정신건강 문제 상담 혹은 치료 필요성에 대한 내용이 담긴 소견서가 있는 아동이면서 아동 본인이 치료의 필요성에 동의하는 경우(혹은 정신과 의사의 치료 필요성 소견이 있는 경우) 부모는 정신과 진료 및 공공 및 민간의 심리상담 기관에서의 상담을 포함한 마음건강 치료

에 의무적으로 동의할 수 있도록 하는 제도 도입 필요

□ 세부과제 2. 청장년 정신건강 증진을 위한 서비스를 강화하겠습니다.

○ 대학생 정신건강 지원체계 구축

- 대학 상담센터 또는 의무실 내 정신건강 지원 역량 강화 및 지역 정신의료기관 간 연계체계 구축
 - 대학에서 운영하는 학생상담센터나 인권센터 실무자 대상 교육 강화 병행 필요
- 정신건강에 대한 인식개선, 건전음주 문화 조성 등을 위하여 대학 내 동아리, 학회 등 지원
- 지역사회 정신건강관련 기관과 연계 및 협력강화

○ 일반 청년 대상 심리지원 서비스 강화(연구진이 제시한 서울의 심리지원센터 모형 혹은 청년조기중재센터 모형 통합하여 제시하였음.)

- OECD의 권고처럼 조기정신증이 아닌 우울, 불안 등 청년들이 경험하는 mild to moderate level의 정신건강 문제에 대한 예방 및 조기개입 서비스 제공
- 다학제 인력에 의한 심리상담, 정신건강 예방 교육 등 서비스 제공
 - 유사사례: 호주의 Headspace 모형 및 서울의 심리지원센터 모형
- 지역사회 정신건강관련 기관과 연계 및 협력강화
- 지역사회서비스투자 사업 중 성인(청년)심리지원서비스의 전문적 활용
 - 지역사회서비스투자 사업 중 심리지원중점 사업의 제공인력 및 제공기관에 대한 질 관리를 통해 지역사회기반에서 정신건강문제의 조기개입과 예방 가능

○ 군인 심리지원 (병무청 연계 및 군에 심리장교 제도 설치)

- 현재 병무청 내에 정신건강임상심리사 1급 및 임상심리전문가가 있으며, 대한민국의 모든 입영대상자는 입영판정을 위한 심리검사를 받으므로 이

검사결과를 개인정보 동의 및 병무청과 연계하여 심리적 취약자를 위한 예방 및 조기개입 방안을 제공하는 것을 제안함

- 군에 존재하는 정훈장교만으로는 다양한 장병들의 심리내적 문제를 적절히 대처하기가 어려움. 따라서 대학원을 마치고 심리서비스 관련 국가자격을 갖춘 이들이 심리장교로서 근무할 수 있는 제도를 마련하여, 군복무기간 중에 발생할 수 있는 심리사회적 문제에 대응하여 ‘예방-대응-건강한 사회복귀 촉진’을 가능토록 할 필요가 있음
- 평상시에 심리교육, 심리평가, 심리상담 등을 제공할 뿐 아니라, 각급 장교들에게 장병관리를 위한 수시 자문 등을 할 수 있고, 심리사회적 위기사건 발생 시에 즉각적인 대처가 가능할 것으로 기대됨
- 이를 위해서 석사수준 이상의 심리학을 전공하고, 충분한 수련을 거쳐서 국가공인 심리사 자격을 보유한 자가 심리장교로 복무할 수 있도록 하는 법제화가 필요함

○ 근로자 직무 스트레스 및 우울증 관리

- 사업장 규모별 근로자 정신건강 지원체계를 구축하여 근로자 정신건강증진활동 강화
 - (50인 미만) ‘근로자 건강센터’ 내 정신건강 관련 사업을 보강하고 정신건강증진센터와 연계 강화
 - (50인 이상 300인 미만) ‘안전보건관리공단’ 및 광역 정신건강증진센터를 통해 전문가가 사업장을 방문하여 심리지원 서비스 제공
 - (300인 이상) ‘근로자 정신건강 지원 매뉴얼’을 개발·보급하여 사업장 내 자체적인 심리지원 서비스 유도, 우수 사업장 인센티브 제공 검토
 - 운영방식은 심리전문가(예, 국가전문자격심리사)를 직접 고용하는 형태와 민간위탁의 형태로 운영이 가능함
 - EAP를 운영하는 기업에 대해서는 세제혜택 제공, 우수기업 선정 등으로 독려하는 것이 필요함

○ 산모 산전·후 우울증 관리 강화

- 보건소, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터를 중심으로 부모 대상 자녀 양육교육 강화
 - 산후 의료기관, 산후조리원에 산전후 우울증에 대한 정보제공 및 이용가능한 기관 및 시설에 대한 정보가 담긴 브로셔 배치
 - 공공산후조리원의 경우 산후 우울증의 증상과 관리와 관련한 정보를 전달하는 교육 프로그램 운영
 - 산부인과 검진 또는 영·유아 건강검진 시 부모 대상 우울, 불안 등 정신과적 문제 스크리닝과 mild to moderate level의 정신건강문제를 지닌 예비부모 및 부모심리지원서비스 실시
 - 일반군에게 예비부모교육, 부부관계 증진 및 갈등관리, 양육스트레스 대처 등을 통해 부모가 되는 것에 대한 불안 감소와 적절한 양육법을 배움으로써 이후 아동학대나 애착문제를 줄여주는 정신건강의 장기적인 예방효과를 기대
 - 장소는 산부인과나 보건소에서 지역사회에서 직접실시하거나 관련 공공기관이나 민간기관의 부모심리지원 프로그램을 안내하고 참여를 권유하고, 필요시 정신건강전문가가 산부인과나 보건소에 파견되어 교육제공가능
 - 공공 혹은 민간 기관의 ‘예비 부모 심리지원’을 받고, 민간기관에서 이루어지는 경우는 지역사회서비스투자사업 등을 이용하여 비용협조 가능
 - 고위험군 선별시 정신의료기관 연계, 아이돌봄서비스, 일시보육 우선 제공 및 고운맘 카드 사용처 확대 검토
- 301네트워크사업을 활용한 고위험군 조기개입 확대
- 전국의 공공병원이 참여하는 301네트워크사업에서 정신건강의학과 전문의 채용 또는 아웃소싱으로 아웃리치 서비스를 제공하여 고위험군을 조기발견하고 개입을 강화

□ 세부과제 3. 노인 정신건강 증진을 위한 서비스를 강화하겠습니다.

○ 노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원

- 노인 대상 서비스 제공자 등 대상 정신건강 문제 발견 및 연계교육 강화로 정신건강 문제 조기 발견
- 정신건강복지센터, 보건소, 치매상담센터 등을 통하여 정신건강 및 생활습관 등 종합검사 제공
 - 노인 방문서비스(간호, 영양 등) 및 경로당·노인복지관 등과 연계한 알코올, 도박 중독 선별 검사 실시 도구 개발·보급
- 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터를 통하여 지속적 상담 제공

○ 노인 특화 정신건강서비스 제공

- 정신건강복지센터, 보건소, 치매안심센터 등을 통해 적정 수면, 화병 관리 및 신체질환자, 노인성 치매, 우울증, 자살 등의 예방과 조기개입에 주력할 것을 제안
 - 발달특성상 매우 복잡한 사회적 역할과 관계 망 속에서 은퇴 이후 심리적 문제가 급증하는 노인을 대상으로 하는 심리지원이 필요
 - 노인복지관 등 노인 대상 서비스를 제공하는 기관에 ‘찾아가는 심리상담 서비스’를 제공함으로써 접근성을 높이고 우울, 자살 등을 예방할 수 있을 것을 기대하며, 서비스 제공인력은 국가공인심리사나 정신건강전문요원이 역할을 할 것을 제안함
- 사별, 은퇴, 노화 등 부정적 외부환경 적응을 위한 다양한 프로그램을 개발·보급하여 제공
- 저소득층 노인 취업지원, 노인 대상 자원봉사 활동 등을 통하여 노인의 사회참여 유도

□ 세부과제 4. 정신건강 취약계층의 정신건강증진을 위한 서비스를 강화하겠습니다.

○ 아동학대 발생 시 위기개입

- 정신건강증진센터-육아종합지원센터-아동보호전문기관-스마일센터 간 연계 체계를 구축하여 서비스 제공
 - 학대 및 관련 아동 긴급 심리상담과 필요한 심리평가 실시, 부모 등 보호자 대상 지원교육 제공
 - 아동보호전문기관 내 정신건강전문요원 인력 배치
 - 학대 및 피해아동의 경우에는 심리전문가가 상주하는 스마일센터와 연계하거나 의뢰가능

○ 경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화

- 복지급여 등 신청시 읍·면·동 및 정신건강복지센터 연계 강화로 중독관리·자살생각 등에 대한 스크리닝 및 고위험군 지원
- 신용회복, 개인회생·파산 신청·판정 시 필요한 경우 본인 동의 후 법률지원(법률상담터, 대한법률구조공단)과 경제적지원(동 복지사회복지사, 지자체), 정신건강복지센터를 통해 심리지원
- 중독관리통합지원센터를 통한 노숙인 알코올 중독문제 관리 사업(선별검사 및 고위험군 사례관리) 확대 실시

○ 이주민, 북한이탈주민 대상 적응교육 및 심리지원

- 다문화가족지원센터, 외국인지원센터 등을 통해 이주 노동자, 결혼 이민자, 이주 아동·청소년 대상 정신건강 관리 강화
- 국립병원-하나원-정신건강증진센터를 연계하여 정신건강 문제 스크리닝, 상담 등 서비스 지원

○ 위험직 공무원 외상 후 스트레스장애(PTSD) 치유 지원

- 직장 내 정신건강 관리 매뉴얼(프로토콜), 교육 프로그램 개발·보급 등으로 정신건강 전문요원, 심리 인력의 경우 국가전문자격심리사나 1급 자격의 정신

건강임상심리사가 1차적 심리지원 실시

- 전문적 심리지원 필요시 정신건강증진센터, 트라우마 센터를 통해 국가전문 자격심리사나 1급 자격의 정신건강임상심리사 심층평가, 상담, 프로그램 제공 및 의료기관 연계

○ 기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원

- 감성노동자, 신체장애인, 한부모·조손가정 등에게 스트레스 관리, 분노조절 등을 위한 교육·상담 및 고위험군 발굴·연계

정책과제 3. 당신의 일상에서 24/7 언제나 정신건강서비스를 이용할 수 있도록 서비스 제공체계를 다변화하겠습니다.

□ 세부과제 1. 다양한 매체를 통해 정신건강 자가진단 및 상담서비스를 이용할 수 있도록 하겠습니다.

○ 웹기반 정신건강 자가관리(self care)를 위한 지원체계 구축

- 인터넷, 스마트폰으로 정신건강 문제 자가진단, 이용자 특성에 맞는 근거기반 프로그램 및 정신건강 관련 정보 제공
- 표준화된 웹기반 고위험음주 개입 프로그램 개발 및 확산보급
 - 효과성이 입증된 단기개입프로그램 등을 접근성이 높은 온라인 플랫폼 형태로 제공하는 웹기반 고위험음주개입프로그램은 국내외 연구에서 음주량, 음주횟수 및 음주문제의 감소에 효과가 있음이 보고됨
- 자가 스크리닝 결과 고위험군으로 선별 시 이용자 지역의 정신건강증진센터, 의료기관으로 연계·지원

○ 핫라인 정신건강 상담 전화, 온라인 매체를 통한 상담의 효용성 강화

- 테스트 마이닝, 머신 러닝 기술을 활용한 전화 및 온라인 상담 인력 배치
 - 현재 제공되고 있는 온라인 상담이나 전화상담 제공 인력의 전문성에 편차가 존재함. 자원봉사 인력부터 심리상담가, 정신건강전문요원에 이르기까지 상담인력의 전문성 편차가 큼

- 전화나 온라인 상담시 ‘죽고 싶다’ 등과 같은 고위험 용어가 온라인 상담에 등장하는 경우 정신건강 전문인력이 상담하도록 연결 혹은 정신건강 전문인력을 배치되어 상담 내용에 맞는 적절한 상담 제공
- 1577-0199 정신건강위기상담전화 -> 모두가 알고 있는 4자리 번호 혹은 3자리 번호로의 변경을 통한 다른 공공 서비스와의 기술적 연계 강화

□ 세부과제 2. 기존의 자원을 활용한 우울, 불안에 대한 서비스 제공을 강화하겠습니다.

○ 1차 의료기관 역량강화를 통한 조기발견·개입 지원

- 의료인 교육 및 가이드라인 마련 등으로 동네 의원 방문 시 우울, 불안 등 주요 정신과적 문제 스크리닝
- 고위험군 대상 정신건강의학과 및 지역 정신건강복지센터 연계를 강화하고 우울증 약물 처방 및 상담치료 확대
- 일차의료기관 이용 환자 대상 자살위험군 선별 및 정신과 치료 강화 모형 개발 연구 완료에 따른 시범 사업(마음건강의원) 추진 예정. 자살 위험뿐 아니라 우울, 고위험음주 등 정신과적 문제를 동네 의원을 통해 선별검사 실시하도록 정신과적 문제의 범위 확대 필요
- 1차 의료기관에 대한 수가 및 비용 지원과 더불어 이용자에 대한 진찰료 본인부담 경감 등 지원 고려 필요 (유사사례: 의원급 만성질환관리제)
- 1차 의료기관 이용자 중 본인이 정신건강의학과 의원이나 병원에 가는 것에 대한 거부감과 부담을 지닌 경우, 문제가 상대적으로 경미하여 약물처방을 하지 않아도 되는 경우에는 심리지원을 받을 수 있는 기관 연계를 통한 조기개입이나 예방이 가능

○ 정신건강복지센터 내 “마음건강 주치의”(정신과 전문의) 배치 및 방문진단 수가 신설

- 지역사회 주민의 정신건강 문제 발생 시 정신건강증진센터 내 정신과 전문의 상담을 통해 1차 진단 추진

- 기본상담 후 개별 맞춤형 필요 서비스 설계 및 연계·지원
- 마음건강주치의(일반의) 또는 정신건강복지센터의 센터장(정신건강의학과 전문의)가 병원진료를 거부하는 정신질환자를 대상으로 주거지를 방문하여 진단 및 치료 등을 제공하여 치료의 접근성을 확보하고자 함

○ 건강보험공단 건강검진 시 정신건강 검진 내실화

- 검진 결과 정신과적 문제 발생 시 정신건강증진센터 및 정신의료기관 연계 강화
 - 거주지역 내 정신건강서비스 제공 기관인 정신의료기관, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, 정신재활시설 등에 대한 정보가 담긴 검진결과서 제공
 - 유사사례: 만성질환 고위험군 대상 만성질환 관리에 대한 정보 제공, 영유아 건강검진 전 지역내 이용가능한 서비스 제공 기관에 대한 정보 제공

□ 세부과제 3. 지역사회에 있는 공공과 민간 자원을 활용한 양질의 정신건강 예방 및 조기개입 서비스를 강화하겠습니다.

○ 정신건강 예방 및 조기개입을 위한 공공 정신건강서비스 자원 확대

- 정신재활시설 푸른 존 모델 확충
 - 서울시에서 운영하는 청소년 정신재활시설의 하나인 푸른 존(아이존)을 다른 시도에도 확대함으로써 ADHD 등 다양한 심리 및 행동문제를 보이는 청소년을 조기 개입하는 방안을 제안함. 이 기관에는 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사, 국가공인심리사 등이 근무하면서 심리적 취약성을 지닌 청소년의 심리적 개입, 진로지도, 주거 및 경제적 문제해결 등을 도와주는 것이 필요할 것으로 생각됨
 - 아동청소년 대상 주간재활프로그램, 중독관리프로그램, 취업지원프로그램 제공
- 지역사회 주민의 정신건강 문제 발생 시 심리전문가의 심리상담과 개입을 받을 수 있도록 정신건강복지센터 내 심리지원을 위한 팀 설치
 - 정신건강복지센터의 업무 표준화와 병행되어 논의 필요. 정신건강복지센

터의 모형은 제8장 참조

- 정신건강복지센터 모형 중 ‘중증정신질환 중심 모형’을 선택한 지역의 경우 서울시의 심리지원센터와 같은 별도의 심리지원센터를 구축가능하며, 이 경우 청년을 타겟화한 통합적인 서비스 제공 기관이 매우 부족한 상황을 고려하여 호주의 headspace 모형으로 보다 경증의 정신건강문제를 다루는 센터로 청년을 타겟화하는 방식으로 구성하는 것을 제안
- 정신건강복지센터 내 심리지원팀이 설치되면, 이 팀을 통해 아동청소년 정신건강증진사업 및 지역 주민을 위한 일반상담 기능을 강화하는 것이 필요함. 아동청소년 중 조기정신증이 의심되거나 등록서비스를 받아야하는 경우는 중증팀으로 연계되어 관련 서비스를 제공하는 것이 필요
- 심리지원팀에서 아동청소년 대상 정신건강증진사업 운영 가능. 현재 정신건강복지센터에서 제공되는 일반상담의 전문성을 갖추는 것 필요.
- 1차 의료기관 이용자 중 정신건강의학과 의원이나 병원진료에 대한 부담을 지닌 경우, 반드시 약물처방을 하지 않아도 되는 경우에는 정신건강복지센터 내 심리지원팀 혹은 심리지원서비스를 제공하는 기관을 통한 조기개입이나 예방 가능

○ 정신건강 예방 및 조기개입을 위한 민간 정신건강서비스의 질 제고

- 공공과 연계되는 민간 정신건강서비스 기관 선정 절차와 기준 마련 및 확대
 - 예를 들어 학교 기반 정신건강서비스에서 적절한 서비스를 제공하기 어려운 아동을 지역의 공공 혹은 민간의 서비스 제공 주체로 연계한다고 하면, 이들 주체는 일정 정도의 질을 담보할 수 있도록 연계되는 민간 기관의 인력이나 기관 선정 기준이 마련되는 것이 필요함
 - 아직 국내에는 국가가 자격을 부여한 포괄적 범위의 전문심리 인력(예, 국가전문자격심리사)이 없으므로 이에 대한 법제정 필요
 - 인력의 경우, 국가공인심리사에 포함되는 심리 전문인력(예, 상담심리, 임상심리 등)이 민간기관에서 고용하거나 그들이 운영하는 민간기관을 학교와 연계된 민간 기관으로 지정하는 방식이 활용될 수 있음

- 유사사례: 한국예술인복지재단에서 실시하는 예술인심리상담모델을 활용하여 정신건강임상심리사 1급 자격을 지닌 심리전문가(법제화 시 심리사)가 운영하거나 근무하는 기관을 심사과 인증을 통해 선정한 후 성인들이 심리상담을 받도록 함

제 6 장

정신건강 치료 및 보호 분야 정책과제

제1절 정책 추진 배경

제2절 추진 목표 및 과제

6

정신질환 치료 및 보호 분야 < 정책과제 <

제1절 정책추진 배경

□ 정신질환자 치료·보호에 대한 국가 개입의 필요성

- 정신질환에 대한 편견이나 지역사회 정신건강 인프라(시설·인력) 부족으로 조기발견 실패, 치료중단, 만성화의 악순환이 이어져 이로 인한 사회경제적 비용이 계속해서 증가하고 있음. 특히 생산성 손실까지 고려하면 23조원에 달하고⁵⁾, 연령이 낮고, 질환이 만성화 될수록 더욱 높아져, 향후 GDP의 4%를 상회할 것으로 예상됨⁶⁾

* 정신질환 총진료비 : ('14) 3.8조원 → ('15) 4.1조원 → ('16) 4.5조원 → ('17) 4.8조원

* 정신질환 사회경제적비용 : ('12) 9.3조원 → ('13) 10.1조원 → ('14) 10.7조원 → ('15) 11.3조원

<해외 정신·자살의 사회적 비용 추계>⁷⁾

▶ 일본(2009)

우울증과 자살로 인한 손실 2.7조엔, 이 중 자살에 따른 생애소득 손실액 1.9조엔

▶ 유럽 28개국(2004)

우울증 총비용은 1,180억 유로, 이 중 자살에 따른 손실비용은 760억 유로

▶ 미국(2000)

우울증 총비용은 831억 달러(GDP의 0.8%), 이 중 자살에 따른 손실비용 54억 달러

□ 국가 정책에 대한 성과와 문제점 파악 및 적절한 수준의 정책방향 설정 필요

- 정신건강과 관련된 국가 개입은 하나의 연속적 스펙트럼으로 관리되어야 함

5) “‘우울증 한국’ 年23조 손실…나를 돌보는 시간 가져라”. 매일경제(2013.8.2.) 재인용

6) OECD(2014). □Making mental health count□

7) LG경제연구원(2012)

- 조기발견 및 개입의 측면, 급성기 상태에 있는 정신질환자의 치료접근성 강화의 측면, 만성기에 있는 정신질환자의 국가적 책임과 보호, 사회복귀를 위한 측면, 정신질환에 대한 법적 차별에 대한 검토와 이를 해결할 수 있는 제도적 개선 방안이 마련되어야 함

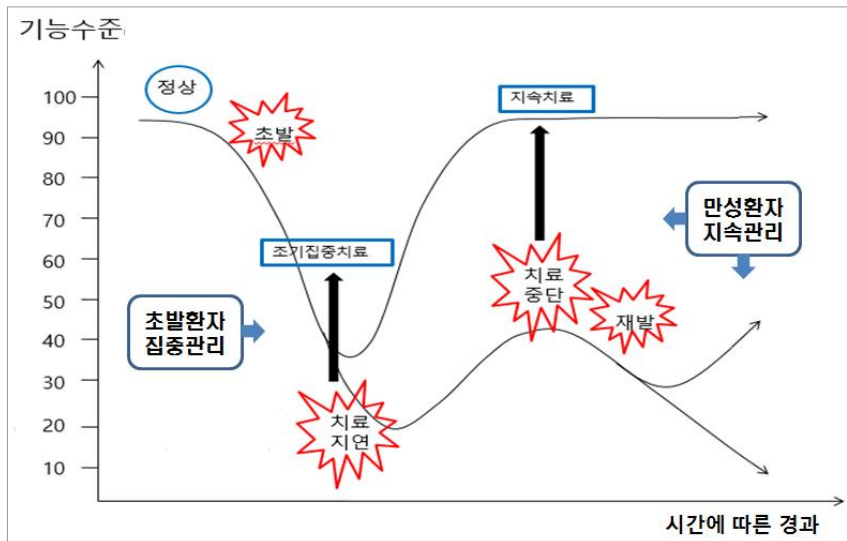
1. 정신응급상황에 대한 미흡한 대응체계 개선 필요

□ 정신응급상황에 대한 대응 요구 증가, 서비스 공백 발생

- 정신응급상황에서 정신질환자는 자·타해 위험이 있고, 병식이 없어 치료를 거부하는 경우가 다수이며, 현장 대응, 환자 이송 등에 경찰 등 공권력 개입 필요성이 높음. 이에 신속한 환자 이송보다 치료에 적합한 의료기관으로 이송해야 함 다만, 심정지, 중증외상, 심뇌혈관 질환 등과 달리 시간 의존성이 크지 않음. 응급처치 후에도 상당 기간 응급 상황 지속되며, 응급처치 이후 동반 신체 질환, 기저 정신질환에 대한 평가와 진단 등에 최소 2주 이상 소요
 - － 정신응급상황이란 사고, 행동, 기분 그리고 사회적 관계의 급성 장애를 말하며, 정신과적 질환이 급성기 상태로 발현하거나 악화되어 환자 본인 혹은 타인의 안전과 건강에 위협이 되는 상황 (주요원인) 조현병, 급성 정신병, 기분장애 : 주요 우울증, 양극성 장애 / 자살 시도 / 알코올사용장애, 약물남용 등의 물질 관련 장애를 의미함
- 치료중단 및 지역사회 인프라 부족으로 인한 서비스 공백 발생
 - － 외래치료 중단은 정신질환의 악화로 이어짐. 정신질환자의 퇴원 후 30일 내 자살률(0.24%)은 비정신질환자의 10배에 달하며, 타해 위험 환자에 대한 적시치료 체계가 부재하다면 급성기 정신질환과 관련된 사고가 더욱 증가하게 될 우려 있음
 - － 최근 발생한 진주방화살인사건('19.4.17. 5명사망, 조현병) 등의 사건은 그간 정신질환에 대해 정부의 지원과 관심이 부족했음을 시사함
 - 진주방화살인사건('19.4.17. 5명 사망, 조현병), 충주 경찰관 흉기사건

(‘19.5.9. 조현병), 김천 부자 흉기사건(‘19.5.8. 조현병), 부산 가족 살인 사건(‘19.4.30. 조현병), 칠곡 병원내 살인사건(‘19.4.25. 조현병), 창원 10대 노인 살인사건(‘19.4.24. 조현병), 임세원 교수 사망사건(‘18.12.31. 조울증) 등

[그림 6-1] 주요 정신질환의 경과



- 응급의료기관 중 정신응급의료기관이 차지하는 비중은 낮으며, 의료기관 중 응급의료시설을 갖춘 의료기관 중 정신응급의료기관 역시 매우 제한적임
 - 전국 415개 응급의료기관 중 정신응급의료기관은 210곳으로 전체의 50.6%에 그치고 있으며, 의료기관 중 응급의료시설을 갖춘 의료기관 115개 중 정신응급의료기관은 10곳⁸⁾에 불과해 정신질환자에 대한 체계적인 진료체계가 구축돼 있지 않은 실정임
- 현장에 출동한 구급대원이나 경찰관은 전문성이 부족하여 정신질환자에 적절한 현장 대처를 요구하기에는 무리임
 - 정신질환자의 폭력성은 대부분 자신을 방어하기 위해 발현되므로 이를 고려한 현장 대응 필요

8) 중앙응급의료센터, 응급의료통계연보

- 대응지원체계의 부족으로 정신건강복지센터 전문요원의 현장 출동은 대부분 평일주간만 가능하여 정신건강전문가의 현장지원이 부족함
- 5개 광역센터(서울, 대구, 인천, 광주, 제주)에서만 야간·휴일에 응급출동 서비스 제공 필요

□ 정신응급환자에 대한 현장 대응 이송에서 드러나는 미비한 응급정신의료시스템

- 정신응급환자에 대한 현장대응 · 이송에 대한 관련기관(경찰 · 소방 · 정신건강복지센터) 상호간 이해 부족으로 입원 연계 시 갈등상황이 발생하고 있으며, 경찰관이 응급입원 및 환자 이송을 꺼리는 구조, 정신건강복지센터의 부족한 인력 · 예산, 응급입원에 대한 비용 부담, 의료기관의 전문의 부족, 병실부족, 신체질환(외상, 기저질환)등의 이유로 입원거부, 지역사회 치료 · 재활 · 복지 인프라 부족 등의 문제로 인해 응급조치가 미흡, 서비스 공백이 발생하고 있음
 - (공적 기관의 이송 저조) 경찰관직무집행법, 응급의료법, 정신건강복지법의 현행법에 따라서도 경찰관과 구급대원은 자·타해 위험이 있는 환자를 대상으로 공권력(물리력)을 행사하여 환자를 안전하게 이송해야할 책임이 있음
 - 2019년 4월 이후 환자 이송과정에서 경찰의 개입이 증가하면서 가족의 요청이나 경찰·구급대원의 판단에 따라 환자를 호송하는 건도 증가함
 - 그러나 연간 강제입원 약 4만여건 중 가족과 사설이용단을 통해 이송된 건이 75% 이상을 차지하고 있음
 - (응급정신의료시스템의 미비) 급성기 자·타해 위험 환자의 정신의료기관 이송 시, 응급병상, 급성기병상, 만성기병상에서 각 치료 시기에 적합한 치료 서비스가 제공되어야 하나 현재 치료환경은 병상과 서비스의 구분이 어려움
 - 응급이송 환자는 단기간 응급입원 후 퇴원하여 이후 급성기·회복기·만성기 병원으로 전원하는 연계시스템이 필요함
 - (가족 및 사설이송단에 의한 호송 책임) 보호입원의 경우 지난 20여 년간 구정신보건법 하에서 공적 기관의 소극적인 개입이 일반화되어 있었음
 - 정신건강복지법 시행 이후에도 환자의 호송은 가족의 책임으로 유지되면

서 사설이송단을 활용하는 방법 외에는 선택지가 없었음

- 사설이송단은 위험을 감수하는 대가로 가족으로부터 비용(보수)을 받고 있으나 사설이송단은 강제력을 행사할 법적 근거가 없어 가족의 요청을 받았더라도 강제적 호송은 범죄에 해당함

□ 지자체별 상이한 응급대응체계 및 응급대응을 위한 표준모델의 부재

○ 각 시·도별 물리적 환경과 치료환경 등의 상이

- 1577-0199운영하고 있는 전국 17개 시·도 중 야간 및 휴일에 응급출동이 가능한 곳은 7곳으로 서울, 인천, 대구, 광주, 제주, 경남, 부산임
- 광주시의 경우, 2012년 보건복지부 국가정신보건시범사업에 선정되어 정신응급 상황 발생 시 상시 위기대응 시스템 가동을 위해 24시간 정신건강 위기상담전화운영(1577-0199), 3자 통화시스템(정신건강복지센터, 119, 112)구축을 통한 경찰-소방과의 현장 동반출동, 야간 및 휴일 응급 입원이 가능한 SOS 핫라인 정신의료기관 당직기관 지정·운영 등을 실시하고 있음. 국가는 이 모델을 전국적으로 확대할 계획을 가지고 있지만, 각 시·도별로 정신응급상황에서의 대응주체와의 협조문제, 물리적(이동거리 등)환경에 따른 여건, 지역 내 의료기관 부족, 법 해석의 상이 문제 등으로 인해 응급출동 가능여부에 대한 여건은 모두 상이함. 정책의 확대시에는 시·도별 사정과 여건을 고려하여 계획하는 것이 필요함

○ 정신응급상황에서의 공동대처 매뉴얼의 실효성 부족

- 정신질환으로 인한 자·타해 행동을 하는 응급상황에 대응하기 위해 발행된 ‘정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내 2.0’ 매뉴얼이 있지만, 현장에서 응급입원 등의 응급조치는 이루어지지 않고 있음

*** ‘정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내’, 보건복지부 국립정신건강센터, 경찰청, 소방청과 합동으로 발간(‘18.12.)**

- 경찰문서에는 ‘자·타해 위험성이 있고 급박한 상황일 경우 행정입원 또는 응급입원을 진행하라’고 돼 있으나, 복지부 매뉴얼엔 행정입원 언급 없이 경찰이 응급입원 처리를 해야 한다고 쓰여 있는 등 각 부처에서 발행한 매

뉴얼에는 기관별로 어떤 역할을 맡아야 하는지가 통일되게 정립되지 못하고 있음

- 이런 상황에서는 시군구 단위의 협의체를 만든다 하더라도, 부처별 협력이 원활하지 않다면 공동 대응에 한계가 있을 수 밖에 없음
- 대구, 인천, 광주, 제주)에서만 야간·휴일에 응급출동서비스 제공 필요

2. 조기정신증에 대한 조기 대응의 중요성 부각

□ 조기발견 및 조기치료의 높은 사회경제적 효과에도 불구하고 조기개입 및 조기대응은 미흡함

○ 조현병은 여러 정신질환 중에서도 사회경제적 부담이 매우 큼 (Andreason, 1991). 이는 조현병이 청(소)년 시기에 발병하여 심한 장애가 남는 중증질환이기 때문임

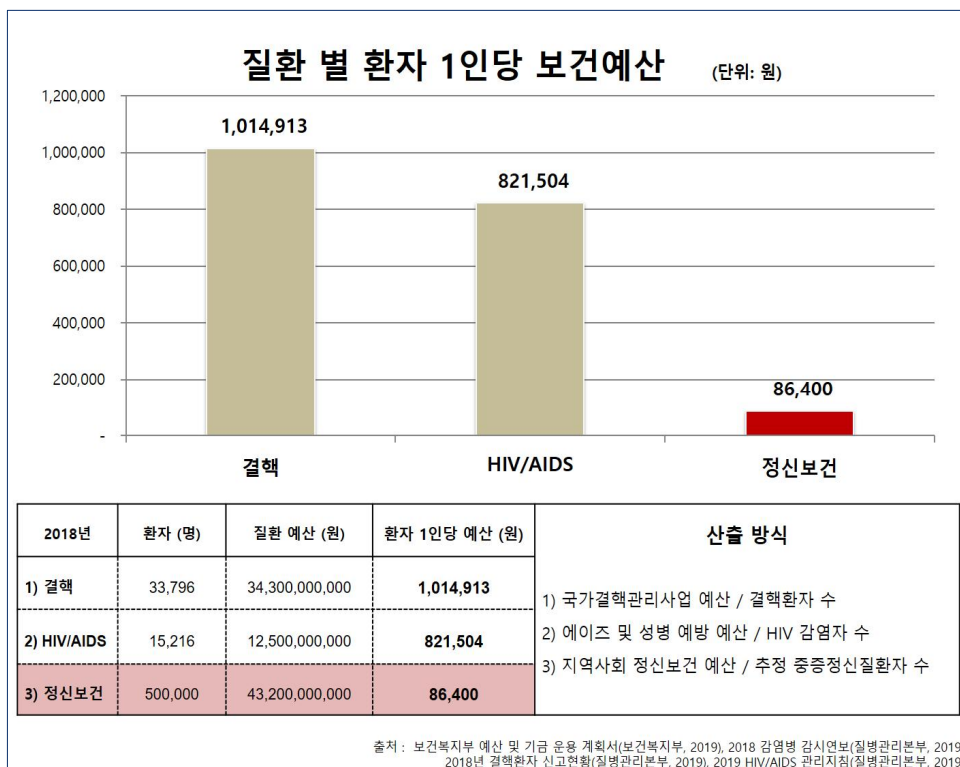
- 조현병은 질병 치료 자체에 드는 직접비용 외에도 간접비용이 매우 높은 질병임. 특히 중증정신질환자는 적절히 치료를 받지 못한다면 재발률이 높고, 다양한 신체질환이 병발하며 조기 사망률이 높으며, 기능저하로 직업을 가지지 못하는 경우가 많아 이러한 상황에 부수되는 간접비용이 직접비용보다 수배 더 높게 발생함 (Insel, 2008)

○ 조현병 환자들에게 지출되는 연간 총비용은 2005년 기준으로 3조 2,510억원이며 이중 간접비용이 83% 임 (Chang et al 2008). 2003년 기준으로 국내 중증정신질환의 사회경제적 비용은 직접 비용이 약 1조 126억원, 간접비용은 약 2조 703억원으로 GDP 대비 0.5%에 해당하여 암(5조 9501억)을 제외하고 심장질환, 뇌혈관 질환, 당뇨병, 간질환보다 사회경제적 비용이 높은 것임 (Kim 2005)

○ 조현병에 의해 야기되는 사회적 비용이 매우 크고 질환의 만성적인 경과 때문에 막대한 비용을 지속해서 지출해야 하는 상황임에도 불구하고 효율적인 의료 자원의 투입을 위한 고려가 조현병 정책 수립에 반영되지 않고 있음

- 우리나라의 조현병 관리와 치료에 투자되는 비용은 OECD 평균과 비교해 1/3에 못 미치는 수준으로 매우 열악함. 결핵이나 AIDS와 같은 감염성 신체질환과 비교할 때도 조현병과 관련한 지역사회 관리나 홍보 예산은 현저히 낮은 수준임. 조현병의 높은 사회경제적 부담을 고려할 때 투자와 관리 비용을 현저히 높일 필요가 있음.

[그림 6-2] 질환별 환자 1인당 보건예산



○ 조기발견 및 조기치료의 사회 경제적 효과

- 영국 정신건강, 급성 중재 서비스 자료를 이용한 연구에서 조기 중재 서비스를 받는 환자의 인당, 연간 경제적 절감 비용의 평균은 £4031 (약 600만원)이었음. 이는 조기 중재 서비스를 받는 환자의 더 낮은 급성 외래 치료 비용, 사고, 응급 관련 비용과 연관이 되어 있었음. 조기 중재 서비스를 받는 환자들이 서비스를 이용하지 않는 환자들에 비해 취업 가능성이 116% 높은 것으로 보고되었음

- 이것은 연간 1161명 이상의 사람이 취업을 하게 됨으로써 £21700000 수준의 생산성 증가라는 경제적 효과를 예측하게 하였음. 조기 중재 서비스는 환자의 건강과 사회 복귀 측면, 결과적으로는 경제적 측면에서까지 더 나은 결과와 연관이 되었음 (A Tsiachristas et al., 2016)
- Rosenheck 등의 연구에 따르면 짧은 DUP 군에서는 QALY 당 7,245 달러가 필요하지만, 긴 DUP 군에서는 QALY 당 289,149 달러가 필요하였음. 항정신병약물치료 비용도 낮은 DUP 군에서는 45,507달러/QALY이지만, 긴 DUP 군에서는 206,612달러/QALY로 큰 차이를 나타냄. 이는 치료가 지연되면 치료경과가 좋지 않지만 치료에 사용되는 비용은 훨씬 더 크다는 것을 나타냄
- 조현병의 조기발견으로 치료지연을 예방하는 것은 질병의 회복을 위해 투자되는 비용을 고려할 때 매우 경제적 우선 순위가 높은 정책이 될 것임
- 조현병의 조기중재를 위한 제도적 변화와 집중적 재정 투자는 중증정신질환의 조기개입과 집중치료가 의료적 영역뿐만 아니라 사회경제적 측면에서도 효율적일 수 있음을 정부가 인지하기 때문임

○ 조현병 조기개입 서비스 실태

- 조현병은 암과 같은 신체질환처럼 조기발견이 예방과 완치를 결정하는데 가장 중요한 요소임에도 우리나라의 정신질환 첫 치료 시점은 매우 늦은 편임. 이처럼 치료가 지연되는 것은 정신질환에 대한 편견과 낙인 현상이 강하기 때문임. 이에 조기에 의료기관을 찾기보다 유사 기관이나 전문적이지 않은 상담을 받는 경우가 빈번함
- 중고등학교의 Wee 센터나 대학교의 학생상담센터의 중증정신질환에 대한 인식은 높지 않음. 때문에 조기에 정신질환을 발견하여 의료기관으로 직접 연계하는 것이 미진한 실정임
- 학교나 지역사회에서 정신질환 증상이 있는 대상자를 발견한 후 의료기관으로 연계가 이루어질 수 있도록 지역사회 정신보건 체계가 작동되어야 함. 하지만, 지역사회 정신건강복지센터는 중증정신질환의 조기발견과 사례관

리 외에도 자살예방, 일반 정신건강증진, 학교 정신보건사업 등 매우 다양한 정신보건업무를 수행해야 하는 실정임. 아울러 만성정신질환 회원이 다수인 정신건강복지센터를 정신증 고위험군 대상의 청년들이 이용을 꺼리는 것이 현실임

- 지역사회에서 중증정신질환을 조기발견하여 의료기관으로 연계하는 체계가 활발하게 작동되고 있지 않음

□ 조현병 미치료기간 단축 및 조기개입 필요

○ 조현병은 발병하여 증상이 시작된 후 첫 치료까지 기간인 “정신증 미치료 기간(duration of untreated psychosis: DUP)”이 길수록 회복 가능성이 낮아지고 기능 손상이 커져 만성화가 촉진됨. 이에 해외 여러 연구에서는 DUP가 3개월 이내가 되도록 조기에 치료를 받는 것이 필요하다고 권장하고 있음. 하지만 국내 조현병 치료환경에서 DUP는 1년 이상으로 외국에 비해 치료가 매우 지연되어 질병이 초기부터 만성화가 되고 있음

- DUP를 단축하면 조현병 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있고 좋은 치료 결과를 얻을 수 있으며 자살사고를 줄일 수 있음
- 2005년 발표된 DUP 관련 인자에 대한 메타분석 결과, DUP가 수정 가능한 예후인자로서 약물치료반응, 음성증상의 심각도, 기능 회복과 유의한 상관관계가 있었음. 또한 2014년에 발표된 메타분석 결과 DUP가 길 경우 전반적인 예후(예: 모든 증상의 회복, 관해, CGI 척도, 전반적 기능 등)가 나쁘고 양성증상과 음성증상이 더 심했음. 또한 임상증상이 관해되는 비율이 적었고 사회적 기능이 낮았음
- 결국 치료가 지연되어 DUP가 길면 조현병의 경과는 좋지 않음. 이에 조현병에 대한 조기개입은 장기적인 질병 경과에 긍정적인 영향을 줄 것임

○ 조현병이 발병한 이후 3~5년까지 환자의 기능 회복 여부와 예후가 결정되므로 이 시기를 치료의 결정적 시기(critical period)라고 부르고 있음 (Birchwood 1998, McGorry 2002)

- 정신증 초기의 결정적 시기에 제공하는 집중적이고 통합적인 치료 서비스

는 당장 비용이 소모되더라도 만성화를 예방하고 사회복귀를 촉진해 만성 정신질환 환자를 수용하고 치료하는데 드는 의료·사회·경제적 비용을 현저히 절감할 수 있음

3, 정신질환으로 인한 입원제도 개선 필요

□ 정신의료기관 및 정신요양시설의 강제입원 및 입소자 현황⁹⁾

- 개정법 시행 후 정신의료기관 및 정신요양시설 입원·입소자 수는 개정법 시행 전인 2016년 12월 79,343명 대비 2017년 6월 76,678명으로 2,665명 감소
- 비자의 입원·입소 비중이 2016년 12월 64.4% 대비 2017년 6월 46.1%로 감소한 반면, 자의 입원·입소 비중은 35.6%에서 53.9%로 증가함
 - 국외 주요국 비자의 입원 비율은 독일 17%, 영국 13.5%, 이탈리아 12% 수준
 - 비자의 입원 환자 중 퇴원 환자는 하루 평균 약 227명으로, 개정법 시행 전 약 202명에 비해 증가함

□ 입원적합성심사제도 개선 필요

- (입원적합성심사) 정신건강복지법 시행 1년 이후인 2018년 5월 30일부터 입원적합성심사위원회가 강제입원(보호입원과 행정입원)의 최초입원단계의 심사를 하고 있음
 - 5개 국립정신병원 산하 입원적합성심사위원회에 속한 소위원회가 강제입원 신고된 환자를 대상으로 지정진단의사의 진단, 조사원 조사를 거쳐 회의체 운영을 통해 입원의 적합성 여부를 심사하여 결정하는 절차임
 - 2018년 5월 30일부터 정신건강복지법의 전국 5개 국립병원 병원 산하 12개 입원적합성심사위원회(총 58개 소위원회)에서 보호입원·입소 및 행정입원에 대한 심사가 이루어지고 있음
 - 위원은 정신건강의학과 전문의, 법조인, 정신건강복지센터 정신건강전문

9) 보건복지부 보도자료(2017.07.05.).“정신건강복지법 시행 한 달, 변화의 시작”

요원, 회복한 당사자 및 가족, 정신건강증진시설 설치·운영자, 관련 학과 교수 등으로 구성

- 2018년 5월 30일부터 8월 31일까지 3개월간 총 8,495건을 심사¹⁰⁾
- 환자 요청 및 위원장 직권에 따라 국립정신병원 소속 조사원이 방문하여 환자를 대면한 비율은 16.5%(1,399건), 입원심사소위원회의 결정에 따라, 비자의입원·입소 중 퇴원·퇴소한 비율은 1.4%(115건)

○ 입원적합성심사제도의 기능

- (법형식과 절차에 대한 감독기능) 강제입원 초기심사기관으로 새롭게 신설되어 입원형식과 절차를 법에 따르도록 하는 감독기관으로 기능
- (환자인권 보호기능) 환자가 원하는 경우 대면을 통한 의견진술 가능해져 불법적 입원에 대한 환자 인권 보호기관으로 기능
- (강제입원 승인기능) 보호입원이나 행정입원의 적합성을 공적으로 승인하여 그 강제입원에 정당성을 부여하는 국가기관으로 기능

○ 입원적합성심사제도의 한계

- (낮은 퇴원율) 호주나 대만 등의 심판원제도를 운영하는 국가에 비해 입적심 심사를 통해 퇴원결정 비율은 1.6%로 낮은 수준임
- 대부분의 강제입원을 승인하고 있어 통제기관으로의 기능은 미흡함
 - (대만) 강제지역사회치료심사회는 2018년 1년간 총 690건의 심사 결과, 52건을 퇴원 결정하여 퇴원율은 7.5%임¹¹⁾
 - (호주) 빅토리아주 정신보건심판원은 심판원의 청문 후 입원시키는 비율(40%)보다 퇴원 후 외래치료명령을 하는 비율(55%)이나 퇴원시키는 비율(5%)¹²⁾이 더 높음

10) 보건복지부(2018.09.05.), “입원적합성심사위원회, 비자의입원 환자의 권리를 다시 한 번 살핀다”

11) 아래 대만 위생복지부 홈페이지 참조.

<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/lp-405-107.html> (2019. 9. 15. 최종방문)

12) 호주 빅토리아 주 정신건강심판원 연례보고서 18면, 아래 홈페이지에서 원문 확인됨.

https://www.parliament.vic.gov.au/file_uploads/MHT_2017-18_Annual_Report_Final_word_version_v2__attestation__Yqqs21cB.pdf (2019. 9. 15. 최종방문)

- (일본) 대량의 강제입원사건을 광역단위 정신의료심사회가 형식적 서면 심사만을 시행하여 사실상 100%의 입원승인율을 보임
- (환자의 절차적 권리 보장 미비) 입원심사를 하는 이유는 단순히 정신의료 기관이 강제입원절차에서 법령을 준수하였는지를 보려는 것이 아니라 신체적 자유가 구속되는 환자에게 의견 진술의 기회를 부여하고, 입원의 사유를 고지하여 절차적 정당성을 확보하기 위한 목적이 있음
- 그러나 현재의 입적심 제도는 고정된 문구의 형식적 입원사유 고지만 하고 있고, 환자 의견진술서도 자유롭게 제출할 기회를 부여하지 않고 있음
- (향후 치료계획의 부재) 입원적합성 심사는 환자 입원 후 약 20일 후에 이루어지므로 향후 입원의 필요성 여부에 대한 심사는 어려운 상황임
- 입원환자에 대한 정신의료기관의 치료계획이 제출되지 않음에도 불구하고 향후 입원의 필요성을 소명 없이 인정하는 문제가 있음

□ 입원적합성 조사 제도 개선 필요

- (조사 현황) 입적심 제도 도입 이후 2018년 7월부터 2019년 6월까지 1년 동안 심사건 36,096건 중 77.3%(27,914건)는 서면조사만 시행하였으며, 대면 조사가 이루어진 건은 8,182건으로 22.7%에 불과함

<표 6-1> 입적심 설치 병원별 심사 및 조사 현황

(단위: 건)

	계	국립정신 건강센터	국립 공주병원	국립 나주병원	국립 춘천병원	국립 부곡병원
계	41,141	19,016	4,169	4,637	1,000	12,319
1년 (2018.7.~2019.6.)	36,096	16,822	3,673	4,014	872	10,715
월평균	100%	46.6%	10.2%	11.1%	2.4%	29.7%
보완요청	3,008	1,402	306	335	73	893
	21,402	8,517	1,097	2,038	689	9,061
	59.3%	50.6%	29.9%	50.8%	79.0%	84.6%
서면조사	27,914	12,962	2,381	2,904	596	9,071
	77.3%	77.1%	64.8%	72.3%	68.3%	84.7%
대면조사	8,182	3,860	1,292	1,110	276	1,644
	22.7%	22.9%	35.2%	27.7%	31.7%	15.3%
- 환자 신청	6,640	3,618	769	617	1,440	196
	81.2%	93.7%	59.5%	55.6%	87.6%	71.0%
- 직권	1,542	242	523	493	204	80
	18.8%	6.3%	40.5%	44.4%	12.4%	29.0%

<표 6-2> 입적심 대면조사 월별 현황

(단위: 건, %)

구분	서면 조사	대면조사		대면조사 유형			
		N	%	환자 본인 신청		위원장의 직권	
				N	%	N	%
계	31,809	9,332	22.7%	7,578	81.2%	1,754	18.8%
1년 (2018.7.~2019.6.)	27,914	8,182	22.7%	6,640	81.2%	1,542	18.8%
2018년 6월	1,308	255	16.3%	232	91.0%	23	9.0%
2018년 7월	2,940	589	16.7%	530	90.0%	59	10.0%
2018년 8월	2,796	617	18.1%	569	92.2%	48	7.8%
2018년 9월	2,120	558	20.8%	500	89.6%	58	10.4%
2018년 10월	2,584	615	19.2%	508	82.6%	107	17.4%
2018년 11월	2,387	665	21.8%	531	79.8%	134	20.2%
2018년 12월	2,091	613	22.7%	497	81.1%	116	18.9%
2019년 1월	2,375	689	22.5%	546	79.2%	143	20.8%
2019년 2월	1,694	614	26.6%	475	77.4%	139	22.6%
2019년 3월	2,087	671	24.3%	487	72.6%	184	27.4%
2019년 4월	2,220	867	28.1%	638	73.6%	229	26.4%
2019년 5월	2,505	862	25.6%	689	79.9%	173	20.1%
2019년 6월	2,115	822	28.0%	670	81.5%	152	18.5%
2019년 7월	2,587	895	25.7%	706	78.9%	189	21.1%

○ 입원적합성 조사 및 조사원제도의 기능

- (환자의 인권 옹호 기능) 환자는 자신의 권리보호를 위해 조사원 대면조사를 신청할 권리가 있음. 조사원 대면을 통해 의견을 진술할 기회가 부여됨
- (입원심사자료 제공 기능) 조사원이 환자 대면 외에 병원관계자, 가족 등과 대면 또는 전화로 조사하여 입원적합성이나 향후 입원 필요성 여부에 참조할 심사자료를 제공함
- (법령준수 감독 기능) 조사원은 정신의료기관의 입원신고사항 미비 여부, 심사자료 입력 및 제출 여부, 보호의무자 등 법령준수여부 확인과 보완요청 등을 통해 법령준수에 대한 감독 기능을 함

○ 입원적합성조사제도의 한계

- (낮은 대면조사 비율) 전체 심사 건 대비 환자신청에 의한 대면조사 비중은 18.4%이며, 직권조사 비중은 4.3%로 강제입원환자 10명 중 2명만이 조사원을 대면할 수 있음
- 대면조사 비율이 낮은 이유는 정신의료기관이 환자의 대면조사 신청을 꺼리거나 권리고지 시에 구체적 설명없이 서명만 요구하는 경우도 있고, 환자의 정신적 능력이나 상태가 대면조사 신청을 하기에 어려운 경우도 있음
- (대면조사 비율의 편차) 국립정신병원별로 조사원 대면조사 비율은 최저 15.3%, 최대 35.2%로 두 배 이상 차이를 보임
- 정신의료기관 내에서 권리고지 방식의 차이, 관할 입적심 조사원의 지위(공무원/비공무원)와 인원의 차이 등에서 비롯되는 것으로 보임

□ 비자의 입원 관련 기준과 절차의 보완 필요성 제기

- 비자의 입원의 감소와 자의입원의 증가를 환자의 의사결정권 증가로 해석할 수도 있으나, 전체 입원·입소 규모는 변화가 없어 기존 비자의 입원·입소 환자가 자의입원·입소로 유형만 변경된 것으로 해석되기도 함¹³⁾

13) 의계신문(2017.07.24.). "정신보건법 개정 '왜곡된 통계'가 한몫"

○ 입원적합성심사위원회를 통한 심사는 대부분 서류 심사로 이루어져 형식적 조사에 그칠 가능성이 높다고 평가함

－ (준)사법기관이 아닌 행정기관에서 수행하여 사법적 절차를 강조하는 주요 국에 비해 독립성이 보장되기 어려움¹⁴⁾

<표 6-3> 정신건강복지법 시행 전후(1개월) 입원·입소 환자 현황

시기	총 입원·입소자		정신의료기관		정신요양시설	
	자의	비자의	자의	비자의	자의	비자의
2016.12.31	35.6%	64.4%	38.4%	61.6%	17.1%	82.9%
2017.4.30.	38.9%	61.1%	41.6%	58.4%	20.9%	79.1%
2017.6.23.	53.9%	46.1%	53.5%	46.5%	56.8%	43.2%
변동율		-15.0%p		-11.9%p		-35.9%p

□ 정신의료기관 입·퇴원 과정에서의 의사결정지원제도를 위한 법 개정 및 제도 도입 필요성 부각

○ 2016년 9월 정신보건법 제 24조에 대한 헌법재판소의 헌법불합치 판결에서는 신체의 자유를 제한당하는 당사자에 대한 국가 또는 공적기관에서 제공하는 절차보인의 조력과 같은 절차가 보장될 필요가 있으나 정신보건법은 이런 절차를 마련하고 있지 않아 위헌이라고 판결하였으며, UN장애인위원회 또한 의사결정지원제도를 장애인이 활용할 수 있도록 해야 한다고 하였음

- － 2011년 민법 개정 : 한정치산제도 및 금치산제도가 성년후견제도로 변화하여 법적 대리인 제도가 복지적 후견제도로 변화함
- － 2017년 정신건강복지법 개정 : 치료예방을 넘어 지역사회 중심의 회복과 증진 강조
- － 2017년부터 정신장애인 성년후견제도 실시 : 의사결정 능력에 제약이 있는 정신 장애인을 위한 공공후견제도 실시의 기반 마련함
- － 2019년 정신장애인 절차보조사업 실시 : 기본적 대리인 성격이 강한 공공

14) 윤제식 등. 정신건강복지법 비판: 비자의 입원 요건을 중심으로. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2018;57(2):145-156.

후견제도의 한계를 보완하고, 당사자 잔존 의사결정 능력을 최대한 보장하는 정신장애인 의사결정지원제도의 적용 기반 마련함

4. 적극적인 치료와 장기입원 억제 정책 필요

□ 정신질환자의 부적절한 치료와 장기입원

○ 장기입원은 정신질환자의 사회복귀를 어렵게 하고 사회적 편견을 강화하여 지역사회통합을 저해함

- 장기입원은 입원치료 의존성 증가, 대처기능 상실, 대인관계 단절, 주거지나 직장의 상실 등을 초래하여 정신장애인의 사회복귀를 어렵게 하는 ‘수용화증후군’으로 지역사회통합을 어렵게 함
- 부적절한 장기입원은 정신질환자가 수동적인 관리 대상으로 살게 되어 자유로운 삶을 누릴 기회를 박탈당하는 결과를 초래하여 인권침해의 요소가 있음
- 장기입원은 정신장애인에 대한 사회적 편견을 강화하여 사회로부터 격리·배제를 강화하게 되어 지역사회에서 더불어 살아가기 힘든 구조를 견고히 하게 됨

○ 재원기간 단축 및 지역사회통합을 위한 정신건강정책의 수립 필요

- 국내에서 정신질환자 치료는 신체질환과 다르게 치료를 통한 회복보다는 장기입원으로 정신질환자를 격리하여 수용하는데 치중해 오다 장기입원으로 인한 문제가 제기되면서 2016년 이후 국가차원의 장기입원을 줄이기 위한 정책적 개입이 대두됨
- 1995년 정신보건법 제정 이후 인권 보호 및 장기입원의 문제를 해결하기 위한 제도가 포함되기 시작되었고, 4차 정신건강증진 종합계획(2016~2020)에서 정신건강 치료적 환경 개편을 통해 2020년까지 중증정신질환자의 재원기간을 2014년 197일에서 2020년까지 110일로 감소하겠다는 목표를 제시하여 중증정신질환자 재원기간 단축을 위해 국가적

차원에서 노력을 기울이고 있음

- 정신의료기관 재원기간(중양값)은 서서히 감소하고는 있으나 2017년 정신의료기관 입원환자 재원기간(중양값)은 199일, 정신요양시설 재원기간(중양값)은 2,303일로 나타났으며, 전체 입원·입소자의 61.1%는 6개월 이상 장기입원하고 있으며, 10년 이상 장기입원환자는 7.9%에 달하는 등 장기입원은 지속되고 있음

- 정신의료기관 입원 재원기간(중양값): ('14)197일→('15)207일→('16)226일→('17) 199일

- 우리나라 2016년 조현병, 분열형 및 망상장애 환자의 평균재원기간은 196.4일로 OECD 국가 중 1위이며, 2위는 영국으로 100.4일, 3위 칠레 84.6일로 나타났으며, 대부분의 나라는 1~2개월 내외이며, 벨기에 9.9일, 이탈리아는 16일로 나타났으며, OECD국가의 7배이상 높은 수준으로 국가적 차원에서의 재원기간 단축을 위한 지속적인 대책이 필요함

- 특히 의료급여환자는 본인부담 없이 의료비 전액을 지원을 받게 되어 입원 위주의 치료가 이루어지고 있으며, 장기입원은 보호의무자의 보호부담을 줄여주어 장기입원을 강화하고 의료급여재정 수요의 증가로 재원이 지역사회서비스를 위해 사용되지 못하는 등의 구조적인 문제가 고착화됨

○ 장기입원체계 개편을 위해 초발 및 급성기 환자의 적극적 치료를 통해 만성화를 방지하고 장기입원환자를 분류하여 탈원화를 통한 사회복귀와 난치성 중증 정신질환자의 치료 및 보호를 고려한 정신건강정책 수립 필요

□ 정신질환자의 증상과 기능에 따른 특화된 정신의료서비스접근이 필요

○ 국가적 차원에서 장기입원체계를 개편하기 위하여 초발 및 급성기 환자의 적극적 치료를 통해 만성화를 방지하고, 장기입원되어 있는 만성환자는 적극적인 재활치료를 통해 사회복귀를 돕고, 퇴원이 어려운 난치성 중증 정신질환자의 치료 및 보호에 대한 정책을 함께 고려하는 것이 필요함

○ 정신의료기관의 병동을 정신질환자의 급성도 및 기능을 고려하여 특화된 치료서비스가 이루어질 수 있도록 개편 필요

- 현재 정신의료기관 시설 및 인력기준은 환자의 중증도 및 간호요구도 등을 반영하지 못하고 있고 매우 낮은 종사자 인력기준으로 환자에 대한 적극적인 치료가 어려운 상태임
- 정신병동을 환자의 급성도 및 치료서비스 요구도에 따라 구분하지 않는 현재의 시스템은 상태가 호전된 환자와 급성기 증상을 보이는 환자가 같은 공간에서 개별화된 서비스를 받기 힘든 구조임
- 정신질환자의 급성도 및 기능을 고려하여 특화된 치료 서비스가 이루어질 수 있도록 정신의료기관의 체계개편으로 적극적인 치료와 덜 제한적인 치료가 이루어져야 함

○ 장기입원개편은 정신의료기관 유형에 따른 기능과 역할에서 차별화된 접근이 필요

- 정신의료기관 유형별로 평균재원기간은 차이를 보이고 있으며, 정신병원이 평균재원일수가 가장 길고 종합병원 정신과가 가장 짧은 것으로 나타났으며, 정신병원의 특성이 입원기간에 영향을 미침(국가인권위원회, 2008). 정신건강전달체계에서 환자의 치료 및 간호요구도에 따라 정신의료기관 유형에 따른 역할과 기능을 고려하여 장기입원개편을 위한 정책전략이 필요함
- 정신의료기관 유형별 평균재원기간: 정신병원 156.3일, 병원 정신과 128.1일, 입원시설을 갖춘 정신과 의원 101.5일, 종합병원 정신과 45.8일('17)
- 의료보장별 기관별 특성을 살펴보면, 건강보험은 정신과의원(49.9%)과 종합병원 정신과(43.8%)에서 높게 나타난 반면, 정신요양시설(13.1%)은 가장 낮게 나타남. 의료급여의 경우 정신요양시설(86.7%)과 공립정신병원(73.4%)에서 높게 나타남
- 최근 정신질환자 관련한 범죄로 사회적 불안이 가중되면서 2019년 5월 「중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선조치 방안」 이 발표된 이후 응급입원이 급증하고 있으나 응급병상 확보에 큰 어려움을 겪고 있는 상황임
- 이에 2020년 1월 1일부터 2년간 2022년 12월 31일까지 2년간 「정신응

급의료기관지정 시범사업을 실시할 예정이나 응급실이 설치되어 있거나, 신체질환에 대한 응급처치가 가능한 병원급 이상 의료기관 중 정신응급의료기관 시설·인력 기준에 적합한 의료기관을 대상으로 하고 있는데 정신의료기관의 기능개편 차원에서도 고려가 필요함

- 민간 정신의료기관에 비해 인력기준 및 시설 상황에서 보다 나은 국공립정신의료기관이 공공성을 강화하여 정신질환의 응급대응 및 치료모델을 제시할 수 있어야 하는 필요성이 대두되고 있음

○ 정신의료기관이 적절한 치료와 재활을 위한 기능과 역할을 할 수 있도록 변화 필요

- 정신의료기관은 급성정신질환자를 입원 또는 외래치료를 함으로써 재활 및 사회복귀를 도모하는 것이 목적이거나 대부분의 정신병원이 만성정신질환자 생활시설처럼 운영되는 등 적절한 치료와 재활을 위한 기능을 수행하지 못하는 경우가 많음
 - 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 외에 신체복합질환이 있는 정신질환자는 시설 및 인력문제로 치료 부담이 커서 정신병원에서의 치료는 어려운 현실임
 - 필요한 시설 및 장비 구비와 타 진료과목 전문의 배치의 어려움 등으로 정신병원 내 신체질환을 진료할 수 있는 시스템을 갖추기에는 현실적인 어려움이 있는 경우가 많음
- 종합병원 또는 병원의 정신건강의학과에 신체복합질환 입원가능 병동을 지정하여 신체복합질환자가 적절한 의료서비스를 적시에 받을수 있어야 함

○ 권역별 아동 청소년 발달단계를 고려한 치료시설 필요

- 정신질환은 10대 후반에서 20대 초반에 주로 발병하여 재발을 거듭하며 악화되어 장기입원으로 이어지기 때문에 정신건강문제의 조기발견과 적절한 치료는 장기입원을 줄이는데 결정적임
 - 아동·청소년 정신병동은 전국적으로 21개로 서울7개, 경기4개, 부산3개, 대구2개, 인천, 강원, 경북, 제주에 각 1개로 아동청소년을 위한 정신병동이 턱없이 부족함 상황임

- 아동·청소년 특성을 고려한 병동의 시설 기준이 없어 정신장애 아동의 67.0%가 성인과 분리된 환경에서 치료받지 못하였다고 하고 아동·청소년을 위한 별도의 시설 기준이 없어 성인병동에 입원하게 되어 아동·청소년 특성을 고려하지 못한 치료환경에서 치료를 받게 되거나 입원을 꺼리게 되어 적절한 시기에 치료받을 기회를 놓치게 됨 (박이진외, 2017)
- 행동문제가 심각한 자폐아동의 경우 치료할 수 있는 시설이 부족하여 별도의 치료시스템 구축이 필요함

□ 장기입원환자의 분류에 따른 탈원화 정책 필요

○ 장기입원환자의 탈원화를 위해서는 환자의 분류(triage)가 필요

- 2017년 중증정신질환 퇴원환자의 7일 이내 재입원률은 동일병원 13.7%, 타병원 11.5%로 나타났으며, 1개월 이내 재입원률은 동일병원 23.8%, 타병원 14.1%로 나타나 중증정신질환자의 경우 재입원등으로 지역사회 복귀에 어려움이 있음
- 장기입원환자는 사회적 입원으로 장기간 입원하고 있는 환자와 중증난치성으로 지역사회로 복귀가 어려운 정신질환자로 나뉠 수 있으나 환자군의 분류는 이루지지 않음
- 장기입원환자의 탈원화를 위해서는 환자의 분류(triage)가 필요하며 사회적 입원환자의 탈원화 전략과 중증난치성 정신질환자는 적절한 치료 및 삶의 질 향상을 위한 관리전략이 필요함

○ 퇴원환자의 지역사회 연계 강화 필요

- 2019년 10월 24일 정신건강복지법 개정으로 정신건강증진시설의 장이 퇴원환자에 대한 정신보건수첩 등 각종 정보를 안내하고 자료를 비치하도록 의무화함
- 퇴원시 지역사회 연계는 정신의료기관인증 기준에도 포함되어 지역사회서비스 연계 활성화를 도모하고자 하나 활성화는 되지 않고 있음
 - 퇴원시 퇴원교육 및 지역사회연계를 강화하기 위한 전략 필요

- 퇴원환자에 대한 정신보건수첩 등 각종 정보를 안내하고 자료를 제공하도록 의무화와 병원기반 사례관리사업에 퇴원계획수립 수가 도입 필요

<표 6-4> 병원 기반 사례관리 시범수가(일부)

구분		단가	산정기준
가. 퇴원계획수립료		44,000원	퇴원 시 환자상태 및 의료적 요구도 평가, 환자 및 가족 면담 시행, 퇴원 시 계획 수립 시행(퇴원 시 1회)
나. 교육상담료		15,000원	퇴원 시 병원기반 사례관리 안내 및 교육(퇴원 시 1회)
다. 방문료	1) 의사방문료	115,000원	퇴원 후 환자를 직접 방문하여 환자 의료서비스 등 제공(월 4회 이내)
	2) 사례관리요원 방문료	67,000원 ~ 72,000원	
마. 환자관리료		7,000원	복약 여부 등 환자상태 확인 후 비대면상담 등을 통한 환자 관리(월 4회 이내)
바. 정신질환자 사례관리료		15,000원	월 1회 환자 사례관리 경과 파악을 실시하고 사례관리요원의 환자평가 및 전문의 검토 수행(퇴원 후 익월부터 월 1회)

□ 적극적인 치료를 유도하도록 수가체계 개선 필요

- 2017년 정신과 의료급여환자 정액수가 개편이 2008년 10월 이후 9년만에 이루어져 입원 후 1일부터 365일 이상으로 3단계로 구분됐던 1일당 정액수가를 4단계로 차등구분하고 수가를 인상한데 이어 2019년 6월 의료급여 수가체계 개편으로 약제비가 행위별 수가제로 전환되어 적절한 약제를 사용하여 적극적인 치료에 도움이 될 것으로 기대됨
- 장기입원의 가장 강력한 지속 요인은 의료급여 1종으로 의료급여 환자의 적극적인 치료와 더불어 건강보험환자가 의료급여로 전락하지 않도록 급성기에 적극적인 치료가 잘 이루어지도록 하는 것이 중요한데 막대한 의료비가 장기입원에 소요되고 있음
 - 2016년 정신질환실태조사에서 장기입원 조현병 환자의 경우 의료급여 환자가 73.7%임

- 의료급여 1종이 장기입원을 많이 하는 이유는 돌보아줄 가족이 없거나, 입원 시 의료비 부담이 없으며, 입원이 장기화되면서 돌아갈 곳이 없는 경우가 많은 것이 주요 원인으로 치료 및 재활과 더불어 지역사회서비스구축이 필수적임
- 한 기관에서 입원을 하게 되면 입원수가를 낮게 지급하여 타기관에 입원하게 되는 횡수용화가 이루어져 입원의 타당성에 대한 평가가 필요함
- 의료급여 환자 대상 적정 의료서비스 제공 유도를 위해 2019년 6월 의료급여 환자의 정액제에서 약제비의 행위별 수가 전환에 이어 적극적인 치료를 위해 치료 및 재활서비스에 대해 행위별 수가로 전환하는 구조로 변화 필요함
- 정신의료기관 기관등급에서 G2등급의 경우 간호사확보수준에 따른 기관등급 산정에서 구간 범위 차등효과가 미미하여 기관은 최소한의 인력을 유지하게 되고 이는 서비스 질의 저하와 업무량 증가로 이직하게 되는 등의 문제가 악순환되고 있음
- 적극적인 치료를 위해 환자의 중증도 및 간호요구도에 따라 종사자수가 확보 되도록 하고 수가에 반영될 필요가 있음
- 건강보험 정신질환자의 적극적 치료로 의료급여수급자로 전락하는 것을 최소화 하기 위해 적극적인 치료와 재활프로그램 수가체계 조정이 필요함
- 또한 가족의 부담은 장기입원으로 이어져 가족 보호부담을 줄여주기 위한 개선택이 필요하며 이를 수가화하여 강화할 필요가 있음

<표 6-5> 의료인 등 인력확보수준에 따른 기관등급 산정표¹⁵⁾

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신건강의학과 의사 1인당 입원환자	정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자	정신보건전문요원 1인당 입원환자
G1	5점	5점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
G2	3점 이상 -5점 미만	4점	21명 이상 -41명 미만	6명 이상 -10명 미만	51명 이상 -76명 미만
		3점	41명 이상 -61명 미만	10명 이상 -14명 미만	76명 이상 -101명 미만
G3	2점 이상 -3점 미만	2점	61명 이상 -81명 미만	14명 이상 -18명 미만	101명 이상 -126명 미만
G4	1점 이상 -2점 미만	1점	81명 이상 -101명 미만	18명 이상 -22명 미만	126명 이상 -151명 미만
G5	1점 미만	0점	101명 이상	22명 이상	151명 이상

*기관등급별 점수

$$= \{(\text{정신건강의학과 의사수 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점}) \times 0.5\} \\ + \{(\text{정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점}) \times 0.35\} \\ + \{(\text{정신보건전문요원 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점}) \times 0.15\}$$

5. 낮은 알코올 사용장애에 대한 치료접근성 강화 필요

□ 알코올 사용장애 환자의 낮은 치료율

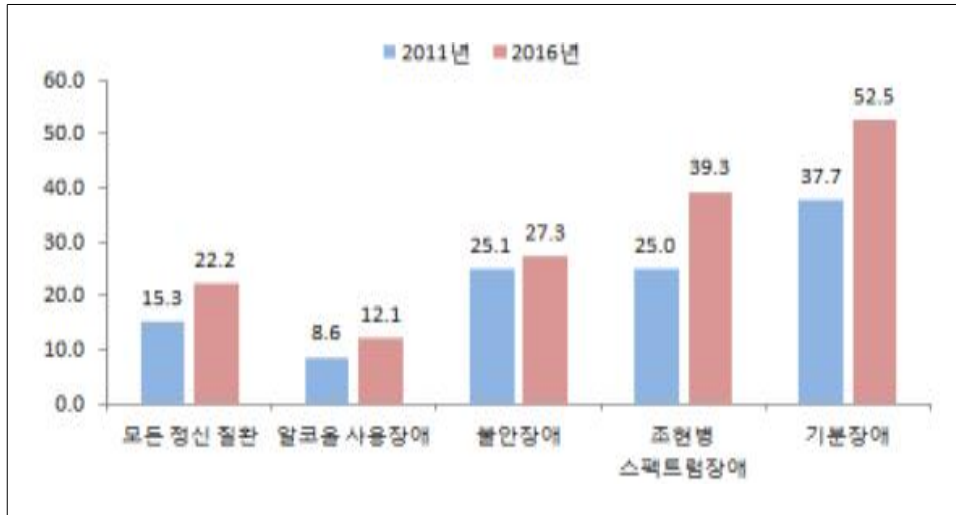
○ 알코올사용장애 환자의 치료비율은 WHO 회원국과 비교시 약 1.6%로 낮은 수준임

○ 알코올 사용장애는 타 정신질환*에 비해 유병율이 높으나 정신건강서비스 이용 비율은 12.1%에 불과함(타 정신질환 이용률은 22.2%). 전문의 방문율은 8.6%로 다른 정신장애에 비해 매우 낮은 수준임

* (평생유병율) 기분장애 5.3%, 불안장애 9.3%, 조현병스펙트럼장애 0.5%

15) 의료인등 인력확보 수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용기준(제9조 제5항 관련

[그림 6-3] 정신질환군별 정신건강서비스 이용률(평생, %)



* 주: 1) 정신과 전문의, 기타 정신보건전문가 및 정신과 전문의 이외의 의사를 포함
2) 해당 정신장애 전체 응답자 대비 상담자 수의 비율

○ 추정 알코올중독 환자 수 대비 치료서비스 실태를 보면, 추정알코올중독자 수 대비 입원치료는 약 2%도 안 되는 수준이며, 외래치료는 약 4.5% 정도 이용함

* 추정알코올중독자수 = 2018년 시도별 성인인구수(20-75세) * 일년유병율(3.5%)

* 알코올사용에 의한 정신 및 행동장애(F10)으로 치료받은 실인원

* 입원치료율 = 입원실인원 / 추정알코올중독 환자수 * 100

외래치료율 = 외래치료 실인원 / 추정알코올중독 환자수 * 100

○ 알코올중독 입원, 외래 치료 실인원을 보면 4,50대가 과반수 이상 차지함. 즉, 알코올중독 환자 대다수가 만성화가 되어서야 치료받는 셈임.

－ 서정석 외(2015)연구에 의하면, 알코올문제로 병원을 방문, 상담을 받는 나이는 40대가 넘어서, 정신과 첫 입원은 평균 44.3세임. 즉, 음주문제의 심각성에도 불구하고 만성화되어서야 치료를 받게 됨.

<표 6-6> 연령별 알코올 사용 장애 외래, 입원 실인원: 2017

	외래 실인원*(2017)			입원 실인원*(2017)		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자
계	42,389 (100)	33,583 (100)	8,806 (100)	22,703 (100)	19,779 (100)	2,924 (100)
20대 미만	238 (0.6)	130 (0.4)	108 (1.2)	51 (0.2)	30 (0.2)	21 (0.7)
20대	2,291 (5.4)	1,363 (4.1)	928 (10.5)	468 (2.1)	296 (1.5)	172 (5.9)
30대	6,067 (14.3)	4,094 (12.2)	1,973 (22.4)	2,045 (9.0)	1,510 (7.6)	535 (18.3)
40대	10,334 (24.4)	7,778 (23.2)	2,556 (29.0)	4,818 (21.2)	4,028 (20.4)	790 (27.0)
50대	11,768 (27.8)	9,764 (29.1)	2,004 (22.8)	7,023 (30.9)	6,222 (31.5)	801 (27.4)
60대	7,662 (18.1)	6,792 (20.2)	870 (9.9)	5,352 (23.6)	4,959 (25.1)	393 (13.4)
70대 이상	4,029 (9.5)	3,662 (10.9)	367 (4.2)	2,946 (13.0)	2,734 (13.8)	212 (7.3)

출처: 건강보험심사평가원, 건강보험 알코올사용장애 연령별, 성별 진료현황 내부자료. 2016.

*주: F10.1(알코올의 유해한 사용)과 F10.2(알코올의 의존증후군)의 수진기준(실제 진료받은 일자기준), 주상병 기준(부상병 제외), 한의분류 제외한 진료 실인원

○ 중증정신질환자에 비해 잦은 재발로 입·퇴원을 반복하는 알코올 중독자에 대해 전문적인 치료서비스체계 강화 필요함

– 치료환자 특성(만성화)과 의료서비스 특성(단순장기입원 중심) 으로 인해, 알코올사용장애의 한 달 이내 재입원률은 42.6%가 재입원함. 이는 알코올 중독 환자들이 퇴원 후, 지역사회 기반으로 치료재활할 시설이 부족하고, 취약함을 의미함

• 중증정신질환과 알코올사용장애의 동일병원 재입원률을 비교하면, 중증 정신질환은 21%인데 반해 알코올사용장애는 25.5%로 높게 나타남

<표 6-7> 중증정신질환자 재입원 현황

구 분		2014년		2016년	
		실인원(명)	재입원율(%)	실인원(명)	재입원율(%)
7일 이내	동일병원 재입원	5,865	16.6	4,994	14.5
	타 병원 재입원	5,315	15.1	4,537	13.2
30일 이내	동일병원 재입원	10,639	30.1	8,779	25.5
	타 병원 재입원	7,020	19.9	5,875	17.1

출처: 보건복지부, 국립정신건강센터, 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서, 2016. 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서, 2017

제 2절 추진 목표 및 과제

□ 정책 목표

- 당신이 정신질환을 경험할 때 양질의 안전한 치료를 받고 일상으로 돌아갈 수 있도록 치료 환경을 개선하겠습니다.

□ 정책 과제

- 정책과제 1. 안정적인 정신응급대응체계를 구축하겠습니다.
- 정책과제 2. 초기 조현병 환자의 만성화 예방과 회복을 위한 인프라를 확충하겠습니다.
- 정책과제 3. 정신질환으로 인한 입원제도를 개선하겠습니다.
- 정책과제 4. 적극적인 치료 제공과 장기입원 억제를 위한 정신의료기관의 기능을 개편하겠습니다.

정책과제 1. 안정적인 응급대응체계를 구축하겠습니다.

□ 세부과제 1. 정신질환 응급대응에서의 현장대응 체계의 역할 및 기능을 명확히 하겠습니다.

○ 정신질환 응급대응 협조체계 구축

- 정신질환자에 의한 자·타해 행동 등 신고 시, 경찰·소방·정신건강복지센터(자살예방센터) 중 어느 쪽으로 신고가 들어오더라도 공동대응 할 수 있도록 하는 협력체계 구축이 우선적으로 필요함. 정신질환자 치료·관리체계 강화 방안을 위한 각 관계부처(경찰청·소방청·보건복지부)간 협조체계 구축을 우선적으로 해야함
- 협의체 구성과 운영을 통해 상호간 협업방안을 모색하고 지역별 세부대책을 마련하여 추진함. 자치단체 등에서 협의체 구성 시 경찰에서 적극 협조하여 대응하도록 함으로써 신속한 치료연계를 위한 인프라 구축을 유도하

도록 해야함

○ 경찰·소방 정신건강 응급대응 교육 의무화

- 의무교육 내용에는 최일선에서 응급상황을 마주하는 경찰관과 소방대원이 정신질환에 대한 대응방안을 숙지할 수 있도록 하는 내용이 필수로 포함되어야 하며, 국립정신건강센터 등을 중심으로 경찰·소방·정신건강복지센터(자살예방센터)에게 정기적으로 정신질환에 대한 교육 등을 제공하고 이 교육을 필수 교육과정으로 포함하는 것이 필요함. 또한 현장 대응 시 경찰·소방·정신건강복지센터(자살예방센터) 간의 명확한 역할수행과 대응단계에서의 우선순위에 대한 내용 또한 포함되어야 함
- 교육방식: 대규모 집단교육 보다는 소규모 집단 교육이 보다 효과적일 것이며, 해당지역의 협의체 등을 통한 정기적 교육실시가 적절할 것임. 해당지역의 경찰·소방·정신건강복지센터(자살예방센터)가 잘 협조할 수 있도록 각 부처의 협력체계가 우선적으로 마련되어야 할 것이며, 관련 비용책정이 함께 고려되어야 함

○ 정신응급상황 대처 매뉴얼 일원화

- 매뉴얼에는 경찰·소방의 현장대응 방법과 대상자 연계·의뢰방법이 포함되어야 하며, 대상자 유형별, 입원 유형별 역할수행방법, 정신응급상황에서 입원시킬 수 있는 병원에 대한 자원정보 등이 포함되어야 함
- 응급 및 긴박한 상황에서의 상담은 이루어질 수 없기 때문에 정신과적 응급상황에서 응급입원이 필요한 경우는 경찰이 진행하며, 정신건강복지센터(자살예방센터)는 중증정신질환인 만성정신질환자만 대상으로 하지 않고 초기부터 관리하는 것을 목표로 하기 때문에, 관련 내용에서는 연계·의뢰된 대상자에 대한 조기중재화와 탈원화를 위한 사례관리 방법이 주요역할로 포함되어야 함. 매뉴얼은 정신응급상황에서의 공동의 매뉴얼로 각 부처별 통일된 대처를 할 수 있도록 해야 하며, 현장대응체계를 강화하기 위해서는 정신건강복지센터(자살예방센터)의 인력 확충, 처우 개선에 대한 문

제, 정신재활시설 및 정신질환자를 위한 응급보호시설(쉼터) 등 기반시설 확충에 대한 문제도 함께 고려되어야 함

○ 현실적 상황에 적합한 응급개입팀 배치

- 정신과적 응급상황을 분류할 때에는 위기분류척도(CTRS, Crisis Triage Rating Scale)를 이용하여 정신질환자의 상태를 평가함. A(3~9) 극도의 위기상황인 경우에는 즉각적인 서비스가 필요한데, 경기도의 경우만 해도 지리적 한계로 인해 이동만 1~2시간 정도의 시간이 소요되는 경우가 많음
- 따라서 응급개입팀의 배치는 거점이 아닌 물리적 거리와 접근성의 실효성을 고려하여 배치하는 것이 필요함
 - 동 주민센터나 지구대 배치 규모정도가 되어야 즉각 개입이 가능할 수 있음
- 또한 실제 응급현장에서 사건을 마주하게 되는 응급개입팀에 대한 안전방안 및 심리정서 지원제도 또한 함께 마련되어야 함

○ 광역정신건강복지센터 및 거점 기초정신건강복지센터에 응급개입팀을 설치

- 정신건강전문요원 등으로 구성하여 정신응급상황* 발생 시 구급대원, 경찰 등과 함께 현장 출동 및 대응
 - 정신질환자, 알코올 중독자, 자살시도자 등으로 인해 자·타해 위험이 발생한 경우
- 자·타해 위험환자의 정신질환 의심 여부, 정신적인 위기 평가 등으로 경찰 및 구급대원의 현장 대응 지원
 - 정신적으로 불안정한 사람의 안정과 진정에 노력하고, 응급진료가 필요한 경우 적절한 의료기관으로 이송될 수 있도록 협조
 - 응급상황에서의 경찰관 및 구급대원의 동행을 의무로 규정
- 정신질환자, 자살시도자 등 진료 이후 지속적인 서비스 지원을 위해 사례관리 연계

- 광역정신건강복지센터에 응급개입팀을 설치하되 인구수, 관할 지역을 고려하여 설치 팀 개수, 설치 지역을 조정
- 기본적으로 2개 팀(6명)을 배치하고 2인 1조 기준 3개조 편성

○ 사설이송단 정신질환자 이송요건 강화(사설이송단의 이송 신고 의무화)

- 사설이송단은 불법적인 활동이 아닌 응급의료법에 의한 합법적인 활동임. 그러나 정신보건법 제정이후 20여년동안 사설이송단으로 인한 정신질환자 강제입원 폐해는 심각한 수준임
- 입원과정의 폭력적 문제, 원거리 정신병원으로 이송, 정신병원과의 유착 등
- 이로 인한 정신질환자들의 강제입원 트라우마가 존재할 정도로 심각한 상황. 그러나 119구조구급대의 업무과잉 등으로 인해 사설이송단에 의한 입원을 완전히 없애기에는 응급의료전달체계가 부족함
- 그러나 이송과정의 폭력성, 유착 등을 근절하기 위해 사설이송단이 정신질환자를 이송할 경우 의무적으로 신고할 수 있는 체계를 마련할 필요가 대두됨
- 현재 입원적합성심사위원회에서 정신병원 입원자의 경우 입원과정에 대한 심사를 강화하고 있으나 이 과정에서 사설이송단에 의한 이송문제를 충분히 다루기 어려움
- 사설이송단이 정신질환자를 이송할 경우 서류상으로 신고할 수 있도록 하여 이송과정의 투명성을 확보하고 비인권적 문제, 형사적 문제 발생 시 책임을 명확히 할 수 있도록 할 필요

□ 세부과제 2. 정신의료 서비스 이용에의 공백이 없도록 정신응급병상을 마련하겠습니다.

○ 정신응급의료기관 지정 및 공공병상 확보

- 우리나라는 신체 응급환자 중심의 응급의료체계를 가지고 있어 정신과적 응급을 커버하는 부분이 부족한 실정(정신응급상황을 잘 대처하고, 치료할 수 있는 급성기 병상이 부족함)임. 주말·야간 등의 시간에 응급입원이 필요한 응급상황에서 전문의 부족, 병실부족, 신체질환 등의 이유로 입원시킬

수 있는 병상이 없어 현장에 출동한 경찰·소방의 어려움이 크며, 응급한 상황임에도 불구하고 경찰이 응급입원을 기피하고 행정입원을 택하는 경우가 많아 정신건강복지센터의 어려움 또한 가중되는 악순환이 반복됨. 이와 더불어 최근 고령 정신질환자가 증가하는데 비해, 신체손상이 있는 정신질환자가 갈 수 있는 병상 또한 없는 실정임

- 정신응급상황에 대한 대응은 민간영역에서만 다루기에는 역부족이기 때문에, 정신응급상황에 적절히 대처하고 치료할 수 있도록 시·도 별 정신응급환자를 위한 24시간 공공 응급병상을 필수로 확보해야 함. 접근성을 고려하여 배치규모가 산정되어야 하며, 필요한 경우 공공병상 외에 민간 응급의료기관을 별도로 지정하고 지원할 수 있어야 함. 의료기관은 신체손상을 함께 조치 받을 수 있는 병원으로 선정하는 것이 필요하며, 응급병상에서 근무하게 될 전문의 수당비용 등이 함께 고려되어야 함
- 응급진료 가능여부를 응급의료정보망 등에 공유하여 정신의료기관의 응급진료에 보다 신속하게 대응 할 수 있도록 해야 하며, 신체손상을 동반한 경우 응급의료기관과 정신의료기관간의 전원 체계 또한 활발히 이루어질 수 있는 시스템을 구축해야 함

<해외 응급병상 운영현황>

▶ 미국

미국의 경우 응급의료 안에 정신의료 담당 기능을 갖추는 것이 특징임. 뉴욕에서는 정신응급 병상이 20여 병상 있는 병원이 있으며, 정신응급 환자를 72시간 모니터링 할 수 있는 방이 있거나, 정신응급을 담당하는 건물이 따로 있기도 함.

▶ 대만

대만의 경우, 격리실 4병상과 12병상이 정신응급병상으로 운영되고 있음. 대만시스템의 장점은 판단이 애매한 경우에 당직하는 시립병원 정신과 전문의의 자문을 받아 의사결정의 도움을 받을 수 있음. 신체적 문제가 있어도 시립정신병원 정신응급실에 입원이 가능함.

○ 응급병상 확보에 따른 수가 조정

- 정신건강복지법개정 이후 탈원화 정책으로 인해, 퇴원 후 치료가 단절된 사람들에게서 발생할 수 있는 응급상황의 빈도는 많아지고 있으나, 정신응급 상황시 입원가능한 병상은 줄어들고 있는 실정임
- 응급입원 수행에 대한 추가 보상체계가 부재하여 유인효과가 없는 상태이기 때문에 응급입원 관련사항을 의료기관 평가·인증 등에 반영하는 등의 보상체계를 마련하는 것이 필요하며, 응급입원 관련 건강보험 수가를 개선하는 것이 필요함

정책과제 2. 초기 조현병 환자의 만성화 예방과 회복을 위한 인프라를 확충하겠습니다.

□ 세부과제 1. 초기 조현병 환자의 만성화 예방과 회복을 위한 지역사회 조기중재 센터를 확대하겠습니다.

- 마인드링크를 모형으로 지역사회기관에서 조기발견 및 조기중재를 집중적으로 시행할 수 있는 프로그램과 기구 확산
 - 일반적으로 정신증 고위험군 및 초발 정신질환 청년들의 기존 정신건강복지센터 이용률은 매우 낮은 반면 광주광역시의 조기중재 특화 센터인 ‘마인드링크’는 특별한 거부감이나 낙인현상 없이 많은 청년들이 적극적으로 이용하고 서비스를 제공받고 있음
 - 이에 기존의 정신건강복지센터와 독립된 공간에서 특화 서비스가 제공될 필요가 있음. 해외 사례처럼 시범사업의 결과를 전국적으로 거점 지역 중심으로 단계적 확산이 필요함
- 기존의 정신건강복지센터와 구별되는 서비스의 특성으로 만성 환자와 다른 초기 질병 특성과 청년 연령대의 특성을 반영한 프로그램과 사례관리가 제공될 필요가 있음. 아울러 여러 사업들과 구별되는 집중 서비스 제공

□ 세부과제 2. 거점 의료기관의 조기중재 센터를 지정 설치하여 집중적인 치료 서

비스를 제공할 것입니다.

- 정부 주도로 거점 병원에 설치된 심혈관센터, 외상센터, 응급의료센터, 암센터, 전문질환센터 등처럼 조기중재 특화 센터를 지정하여 집중 치료 서비스 제공
 - － 정신건강의학과 전문의, 정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사 등 다학제적 협력에 의한 통합적 서비스가 제공될 수 있도록 재정 지원
 - － 해외 조기중재 센터는 대부분 정신의학적 서비스와 정신보건 서비스를 함께 제공하고 있으나 우리나라는 의료 체계상 의료와 정신보건 서비스는 분절되어 있음. 의료기관의 거점 조기중재 특화센터에서 기본적인 사례관리와 정신보건 서비스를 제공하면서 ‘마인드링크’와 같은 지역사회 조기중재 특화 센터로 연계하여 보다 포괄적인 정신사회적 서비스를 제공

정책과제 3. **정신질환으로 인한 입원제도를 개선하겠습니다.**

□ 세부과제 1. 강제입원심사기관을 개선하겠습니다. (3가지 안에 대한 비교)

- 1안) 현행 입원 적합성 심사위원회와 정신건강심사위원회를 유지하되 일부 개선
 - － 심사위원회 인원 구성을 3인(법조인, 의사, 공익적 제3자)으로 축소하고, 방문심사와 화상심사 등 대면심사 활성화
 - － 심사위원회 결정에 대해 환자가 법원에 불복하여 재판을 받을 수 있는 기회 제공
 - 광역 정신건강심사위원회 폐지
 - 법원에 이의제기권 부여 시 불복절차 고지, 불복기간 등과 관련한 규정 신설 및 개정 필요
 - － 심사위원회가 퇴원시키는 환자에 대해 필요시 지역사회 서비스 연계
 - － 심사위원회가 외래치료 명령 등 다양한 선택지를 활용할 수 있도록 독려
 - － 정신건강심사위원회 운영 방식 개선
 - 현행 정신질환자가 3개월이상 입원하는 경우 해당지역의 보건소가 정신

건강기초심사위원회를 통하여 해당 시민에 대하여 연장입원을 결정하는 구조임. 그러나 해당지역의 입원정신병원이 없는 경우엔 심사위원회조차 구성되지 않고 있음.(법에는 정신건강심의위원회 구성을 권고하고 있으나 유명무실)

- 이러한 이유로 입원 정신병원이 지자체내에 없는 보건소의 경우 정신질환자의 장기입원에 대한 관심도 저조함. 예를 들면 서울시의 경우 입원정신병원이 적은 반면 경기도의 경우 대형입원 정신병원이 있음. 이로 인해 기초심사는 서울시민임에도 다른 지자체에서 심사를 하고 있음
- 이러한 적절하지 않은 입원연장 심사방식을 개선하여 해당지역의 시민의 입원이 확인되면 시민의 주소지를 관할하는 보건소에서 연장심의를 하는 것이 바람직함
- 현재 입원적합성심사를 위한 전산시스템이 구축되어 있는 바, 과거의 서류상으로 연장심사자에 대한 행정서류를 전달하던 시기는 지났으므로 이러한 제도를 마련하여 운영하는 것이 가능함
- 기초지자체는 해당 지역의 시민들이 장기입원되어 있는 현황에 대해 파악이 가능해지고 정책적인 대안을 마련할 수 있는 근거가 마련됨. 심지어 비용도 들지 않음

○ 2안) 심판원(Tribunal) 제도로 전환

- 현행 입원 적합성심사위원회와 정신건강심사위원회의 관할업무를 통합하여 독립된 심사기구(가칭 정신건강심판원)을 보건복지부 산하에 두어 입원심사 진행
- 사법적 절차에 따른 심사는 대면심사를 원칙으로 하며, 심판위원은 3인(법조인, 의사, 공익적 제3자)으로 구성
- 심판원의 결정에 대해 환자가 법원에 불복하여 재판을 받을 수 있는 기회 제공
- 광역 정신건강심사위원회 폐지

○ 3안) 법원심사제도로 전환

- 현행 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회를 폐지하고 가정법원의 판사가 재판절차를 통한 심사를 하여 입퇴원 등을 결정하도록 함
- 대면심사와 절차적 기본권의 보장 가능

○ 1안의 경우 심사 방식이 ‘회의체 심사’라면 2안은 ‘사법적 절차’, 3안은 ‘재판 절차’를 따르는 것으로 볼 수 있음

□ 세부과제 2. 강제입원심사방식 및 절차를 개선하겠습니다.

○ 환자의 의견진술권 보장

- 입적심이나 정건심 모두 서면심사 중심으로 이루어지고 있으나 환자로부터 의견진술서를 받지 않고 있음
- 보호입원이나 행정입원이 된 경우 정신의료기관의 장이 권리고지(조사원 대면조사신청권, 그밖의 권리고지)를 할 때 추가적으로 입원적합성 심사에 대해 의견진술권이 있음을 고지하고 그 서식을 제공하여 환자가 작성한 경우 보호입원 신고 전후에 국가입퇴원관리시스템에 올려 심사 자료로 활용하도록 함
- 절차보조사업 제도와 공공후견제도 도입 등을 통한 환자의 의견진술권 보장 강화

○ 병원 방문심사 및 화상심사 활성화

- 조사원이 아닌 심사기관의 환자 병원방문 및 화상심사를 통한 대면 조사 활성화 필요

○ 비자의입원 관련 법 조문 개정

- (보호의무자에 의한 입원 제도 개선) 보호의무자에 의한 입원제도의 보호의무자는 민법에 따라 후견인 또는 부양의무자가 결정되고 있으며, 보호의무자에 의한 입원은 보호자2인의 동의가 필요함. 하지만 실질적으로 보호의무자로서 역할을 하지 못하는 보호자의 경우는 2인의 동의가 어려워 다른 입원유형으로 전환되는 경우가 많음
- (정신응급상황에서의 조치방법에 대한 사전협의 동의서를 당사자로부터

수령 받도록 조치). 응급급시 보호의무자 2인이 동의하고 정신질환 당사자가 동의하지 않는 경우에도 강제로 이송될 경우 위법으로 여겨질 수 있어 이송이나 응급입원에 비협조적인 사례들이 있기 때문에 보호의무자에 의한 입원의 활성화를 위해서 사전에 당사자 본인에게 정신응급상황에서 조치방법에 대한 사전 협의 및 동의서를 수령하는 방법을 고려해 볼 수 있음

- (보호자 정의 재범주화) 민법상의 부양의무자로 확대하지 않고 민법상의 가족 중 일부로 제한
- (보호자 1인에 의한 보호입원 신청 가능하도록 허용) 보호자의 단계 설정 병행 필요(법원 허가를 받은 권한 있는 후견인, 부모, 배우자, 성년자녀 중 2명이 보호입원 신청을 원칙으로 하나 이들 중 1명만 있는 경우 그 1명만으로도 보호입원을 신청할 수 있도록 허용하는 방안 고려
- (보호의무자 제도 폐지 및 공공 후견인과 절차보조지원 제도 제도화) 보호의무자 제도를 폐지하고, 현행과 같이 동의입원, 보호입원, 퇴원 및 처우개선 등에 관여하는 동의자나 청구자 및 각종 통지나 수령을 받을 권한을 가진 보호 의무자는 ‘법원 허가를 받은 권한 있는 후견인, 배우자, 직계혈족, 형제자매 및 지정조력인’으로 한정
- (응급입원제도 개선) 응급입원은 병상부족, 미수금, 비용보상 등의 문제로 회피하게 되는 경향이 있으므로, 응급입원의 활성화를 위해서는 보상체계를 강화해주는 쪽으로의 개정이 필요함(예산 및 인력지원, 수가개선, 치료비지원 등). 또한 입원유형은 입원의 절차와 성격에 따라 분류가 되어 있으므로, 입원유형에 있어 우선 적용되는 입원을 지정해서는 안됨
- 응급입원, 행정입원 또한 후속조치가 미흡하여 잘 이루어지지 않고 있음. 각 입원절차의 장애요인을 완화하고 유인책 및 보상체계가 마련될 수 있도록 법의 개정이 필요함
- * 제41조부터 제44조까지의 입원을 시킬 시간적 여유가 없을 때 50조 응급입원을 의뢰할 수 있다.
- (행정입원 제도 개선) 행정입원의 주체인 시·군·구청장의 의무를 보다 적절

하게 명시하는 것이 필요하며, 예산의 책임과 집행을 명시하고 국가예산 수립이 적절하게 이루어질 수 있도록 해야 함. 또한 진단보호를 신청할 수 있는 권한을 ‘정신건강의학과전문의 및 정신건강전문요원’ 뿐 아니라 일반 시민에게까지 확대하여 행정입원을 의뢰할 수 있도록 해야 함

- (정신요양시설의 입원규정 개선) 개정 정신보건복지법 제41조(자의입원), 제42조(동의입원 등), 제43조(보호의무자에 의한 입원 등) 등의 입원 규정은 정신요양시설에 대해 ‘재활서비스’ 규정을 제외하여 요양기능을 명확히 하였으나 여전히 ‘입원규정’을 정신의료기관과 동일 적용함으로써 비자의 입원 및 장기입원으로 규정되는 문제가 해결되지 않고 있음

정책과제 4. 적극적인 치료 제공과 장기입원 억제를 위한 정신의료기관의 기능을 개편하겠습니다.

□ 세부과제 1. 환자상태에 따른 병동구분 운영으로 특화된 정신의료서비스를 제공할 것입니다.

- 정신과병동을 환자의 정신병적 증상의 급성도, 재원기간등을 고려하여 치료 및 간호요구도에 따라 급성기 병동과 아급성기(회복기)병동, 만성재활병동, 정신간호간병통합병동으로 구분하고 환자상태에 따른 의료서비스 제공이 필요함
 - 현행 정신과병동은 시설 및 인력기준의 차이가 없고 같은 병동내에 급성기 환자, 회복기환자, 중증난치성 환자등이 구분되지 않고 운영되어 환자 요구도에 맞는 정신의료서비스를 제공하기가 힘들고 자타해 위험이 없는 환자도 필요이상의 행동제한을 받게 되는 등의 문제가 발생함
 - 정신간호간병통합병동은 정신과 이외의 타과를 개설운영중인 정신의료기관 및 공공의료기관(의료원)에서 운영하면 정신과와 더불어 신체질환 치료 및 간호간병이 가능할 것으로 보여짐
 - 환자상태에 따른 병동구분에 따라 각 병동별 간호인력 배치수준은 달라야 하고 간호인력배치수준에 따라 수가체계가 체계적으로 마련되어야함

- 정신의료기관의 규모나 환자군의 특성에 따라 4개 종류의 병동을 모두 갖추거나 병원사정에 따라 특화하여 운영하도록 할 수 있도록 하여 역할 및 기능을 특화하는 것은 환자에게 양질의 서비스를 제공 가능할 것임
- 병동 운영은 정신의료기관에 따라 4개 종류의 병동을 모두 운영하거나 1~3개의 특별한 병동을 특화해서 운영할 수도 있으며 환자군에 따른 병동 특성에 따라 간호 인력배치를 하고 해당 정신의료기관에서 건강보험 심사평가원에 병동별 인력을 신고하고 운영하면 될 것으로 보여짐
- 정신요양시설에서 신체적 문제 악화시 정신질환자는 요양병원 입원이 불가능한 상태로 신체질환 악화 등으로 입원이 필요한 경우 정신간호간병통합병동으로 전원하는 시스템이 필요함

□ 세부과제 2. 민간 정신의료기관과 국공립 정신의료기관의 역할 및 기능을 개편하고, 민간과 국공립 정신의료기관 간 연계시스템을 구축하겠습니다.

- 정신응급환자, 기능이 저하된 난치성환자, 신체복합질환자 등은 인력 및 시설 문제, 수가문제 등으로 대부분의 정신의료기관에서 기피하거나 적절한 서비스를 제공하지 못하고 있는 실정임
- 민간 정신의료기관이 대부분인 국내 정신건강전달체계에서 국공립정신병원은 치료서비스제공의 흐름이 원활하도록 기능하는 것이 필요하고 공공성을 강화해야 함
- 정신응급입원은 권역별로 정신질환 및 신체질환에 대해 24시간 진료가 가능한 지방공사의료원, 국립대학병원을 포함한 종합병원이 맡아 단기평가하여 타 정신의료기관으로 연계하는 시스템이 필요하며, 인력과 시설을 갖추고 급성기 병동을 운영하는 지정정신병원에서도 응급입원을 받도록 하고 수가체제로 보상하는 것이 필요함
- 공공의료기관에서는 입원과 동시에 지역에 연계하는 시스템을 만드는 것이 필요하며 응급입원 환자가 지속적인 치료가 필요한 경우 환자의 요구도에 따라 환자를 민간정신의료기관에 전원하는 시스템이 필요함

- 국공립정신의료기관은 정신응급병상과 중증난치성 환자병동을 운영하고 특히 국립정신병원은 민간에서 감당하기 어려운 환자(AIDS, 결핵 등)를 치료하는 병동을 마련하여 운영하는 것이 필요함
- 민간에서 감당하기 힘든 중증 난치성 환자를 국공립 정신의료기관으로 전원하는 시스템이 필요하고, 신체질환을 동반하여 정신병원에서 치료하기 힘든 경우에는 정신건강의학과가 설치된 병원에 전원하거나 정신간호간병통합병동을 운영하는 병원으로 전원하는 시스템이 필요함
- 이를 위한 공립정신병원 설치 운영 필요.
 - 국내 공립정신병원으로 각 시·도로부터 위탁된 곳은 10개이므로 전국 정신건강병원 중 공공병원이 차지하는 비율은 6.9%(정신건강병원의 병상 + 정신요양시설 병상)에 불과함.
 - 기초생활수급자와 같은 취약계층 정신의료서비스 제공의 부족과 비자의입원 어려움 등 정신의료서비스의 한계가 나타남. 국외에 비해 공공 정신의료기관의 정신병상 비율이 너무 낮은 상황임. 이에 공립 정신병원을 설치·운영하여 공공 정신병상의 비율을 높일 필요가 있음.

□ 세부과제 3. 발달단계를 고려한 아동청소년병동을 권역별로 설치하겠습니다.

- 국·공립 아동·청소년 전문 정신병동의 설치의무 검토
 - 아동청소년 병동은 국립정신병원, 국립대학병원등 권역별로 설치를 의무화하여 조기치료에 집중하여 발달특성에 맞는 의료서비스를 제공하여 정신질환의 만성화를 방지하고 성장발달에 장애가 없도록 할 필요가 있으며, 민간에 설치하는 경우 재정지원이 필요함
 - 국가인권위원회의 ‘아동청소년의 정신건강 및 인권증진을 위한 정책권고’(2018.12.20.자 결정)
 - 아동청소년기 정신질환자는 정신의료서비스 뿐만 아니라 성장발달과 교육 등 발달단계에 맞는 서비스가 필요한데 이용가능한 병동이 몇몇 대학병원과 국립정신건강센터 등에 한정적임

- 현재의 아동·청소년 정신병상의 수요(2017년 말 기준 19세 미만 미성년자의 입원은 753명(그 중 8명은 10세 미만)¹⁶⁾임을 고려해 볼 때 국·공립 정신병원 내에 독립한 아동·청소년 정신병동과 다양한 프로그램을 만들거나 민간 아동·청소년 정신병원의 프로그램이나 병동 내 학생 교육 등에 예산을 지원하는 방식으로 정신장애 아동·청소년의 프로그램과 지원을 늘리는 것이 더 효율적 치료지원책으로 사료됨

□ 세부과제 4. 장기입원환자 평가 및 분류에 따른 장기입원 억제하는 체계를 구축하겠습니다.

- 기존 장기입원환자는 퇴원해도 되는 상태인데 지역사회 복귀 여건이 안되는 사회적 입원환자와 중증 난치성환자로 분류할 수 있으며 장기입원을 줄이기 위해서는 환자군을 분류하여 퇴원이 가능한 환자는 지역사회로 복귀 하도록 연계하고 퇴원이 어려운 환자는 만성특화 정신재활서비스를 제공하는 것이 필요함
- 장기입원환자 분류를 위한 환자평가는 해당병원에서의 평가는 평가자의 객관적 평가를 담보할 수 없고 평가자간 편차가 심할 수 있으므로 의료급여환자의 경우 해당병원 의료진 평가와 더불어 평가도구를 만들어 의료급여사례관리사의 상호보완적인 평가가 필요함
 - 의료급여장기입원자를 파악하고 관리를 강화할 수 있도록 정신건강복지센터에 해당 권한 부여 및 사업화
- 지역의 정신질환자의 퇴원, 지역사회복귀, 사례관리 등 전문성있는 서비스를 제공하고 있는 정신건강복지센터는 정작 정신질환자의 장기입원을 위한 제도적 접근에는 소외됨. 화성시, 여주시 등에서 의료급여센터와 정신건강복지센터가 협력적으로 장기입원자 퇴원적정성 평가하고 복귀하도록 돕는 사업에서 성과가 있었음
- 퇴원명령이 떨어진 환자가 1개월 이내 재입원시에는 자타해위험이 없는 경우 수가를 20 % 이상 삭감하여 재입원을 억제하도록 하는 것이 필요

16) 보건복지부 등, 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서, 2018, 120면 표 25 참조.

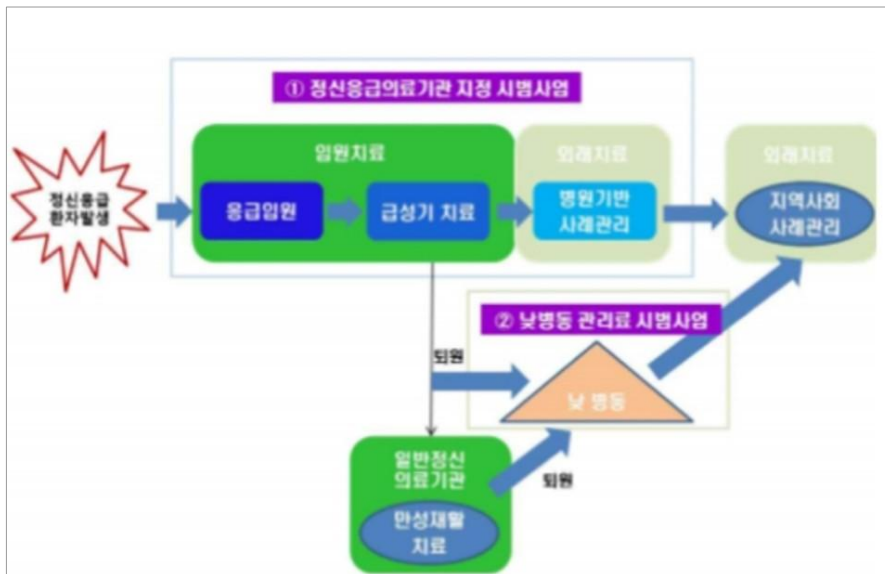
- 병원 퇴원 후 1개월 이내 재입원 시 자타해 위험이 없는 환자는 의료수가 20% 감소하여 제공함으로 재입원을 억제하도록 함

□ 세부과제 5. 정신의료기관에서의 재활치료를 활성화하고 정신의료기관과 지역사회 간 연계 시스템을 구축하겠습니다.

- 정신의료기관의 여건, 입원환자의 환자군의 특성들을 고려하여 낮병원, 병원기반사례관리, 직업재활훈련이 가능한 시스템으로 기능개편이 필요하며 낮병원 활성화를 위해 국가가 낮병원 모델을 제시하여 서비스의 질적 보장을 위한 가이드라인을 제시하는 것이 필요함
- 병원에서 퇴원 시에 지역사회 연계 활성화를 위해 퇴원정보 제공과 더불어 퇴원후 환자의 상태 및 여건에 따라 외래치료, 낮병원 이용과 병원기반사례관리, 정신건강복지센터 연계, 정신재활시설로 연계 등 선택하여 이용할 수 있도록 하고 중증정신질환자의 경우 국가차원의 퇴원후 연계시스템을 갖추어 운영하는 것이 필요함
- 단기치료를 유도하기 위해서는 낮병원 수가를 인상하고 입원병상수를 줄이고 낮병원으로 전환하는 경우 시설투자에 대한 금융보조지원이 필요함
 - 낮병원은 정신재활시설을 이용하기 힘든 환자를 치료하면서 재입원을 하지 않고 지속적인 치료가 가능하게 하며, 낮병원을 이용하며 지역사회에서 직업을 갖게되는 경우 의료급여 환자에서 건강보험으로 전환되어 환자의 삶의 질 향상 뿐만 아니라 의료급여재정 개선효과가 있음
 - 외래진료 환자도 필요한 낮병원 프로그램을 부분적으로 이용할 수 있도록 하여 낮병원 프로그램이 활성화되도록 하는 것이 필요함
- 응급실 기반 자살시도자 사후관리사업 강화
 - 의료기관 내 사업 담당자의 고용 안정화 및 업무 스트레스 관리
 - 인력 교체를 최소화하여 사업의 질 확보
 - 전담인력의 정신적 소진 관리를 통한 업무 효율성 증대
- 병원기반 사례관리 (다학제적 지원)

- 건강보험 재정으로 의료기관에서 치료 중인 조현병의 초기에 집중적 정신 사회적 중재를 제공하여 재발을 방지하고 회복을 촉진
- 의료기관에서 외래 방문 점검, 투약 관리, 단기 사례관리, 가족교육, 인지행 동치료를 포함한 정신사회적 서비스를 제공하여 회복을 촉진하고 재발을 방지하여 장기입원을 억제함
- 거점 의료기관의 조기중재센터의 단기 사례관리 서비스에 더해 장기적이고 통합적인 지역사회 정신보건 서비스를 제공 받을 수 있도록 적극적으로 연 계를 추진함
- 의료기관과 지역사회의 조기중재 특화 센터 간 적극적 연계 및 합동 사례 회의 등으로 우리나라의 분절된 의료·정신보건 서비스의 한계를 극복하고 통합적 포괄 정신보건 서비스를 제공함
- 장기적으로는 정신사회적 중재를 건강보험 체계로 포함시켜 적정한 수가를 산정할 수 있도록 함

[그림 6-4] 병원기반 사례관리 흐름도



○ 비자의 입원, 응급입원, 외래치료 지원 등 국가의 치료비 확대

- (행정입원 활용) 자타해 위험 환자는 보호자에 의한 입원보다 행정입원을 활용하도록 지자체에 제도 및 절차를 안내하도록 교육 강화
 - 지자체는 행정입원 요청시 적극 수용하고, 비용 부담에 대한 국비 보조 추진
- (응급입원 지원) 치료비 지원 대상을 응급입원까지 확대하고, 응급치료의 난이도와 투입자원을 고려하여 적정비용 산정
 - 자타해 위험환자는 먼저 응급입원을 통해서 진료가 제공될 수 있도록 응급입원 활성화를 위한 수가 시범사업 수행
 - 자타해 위험이 동반되지 않은 급성기 환자를 위한 위기/응급센터 운영 (예. 화성시 시범사업)
- (외래치료 지원 확대) 외래치료지원이 ‘명령’이 아닌 ‘지원’으로 당사자들이 인식할 수 있도록 해야 하며, 외래치료지원이 안착될 수 있도록 외래치료지원 기간 동안 진료비(본인부담금)을 지원하고 주요 사례관리 대상자로 등록하여 관리
 - 정신건강복지법 개정을 통해 2020년부터 4월부터 시행될 외래치료 지원 제도는 비자의입원한 퇴원예정자 외 지역사회 내 치료중단자 역시 지원 대상으로 삼고, 입원 정신의료기관의 장 외에 지역사회 정신건강복지센터의 장이 외래치료명령(지원)을 청구할 수 있도록 하고, 보호의무자 동의도 삭제하여 그 청구권자, 대상, 요건을 모두 확대하였음

□ 세부과제 7. 의료급여환자 적극적 치료에 대한 행위별 수가화하겠습니다.

- 적극적인 치료를 위해 급여환자도 급성 및 아급성(회복기)병동 환자만이라도 우선적으로 재활과 회복을 위한 정신재활프로그램은 행위별 수가로 전환이 필요함
 - 정신건강전문요원 1인이 환자 100명을 담당하는 현재 인력기준으로는 전문화된 치료프로그램이 거의 불가하고 형식적인 프로그램에 그치는 실정

- 임. 정신건강전문요원을 기준이상으로 배치하고 전문화된 치료프로그램을 시행하는 경우는 행위별 수가로 인정이 필요함
- 의료급여환자도 특수치료인 전기충격치료(ECT)의 행위별수가화로 난치성의 환자 치료가 이루어지도록 하는 것이 필요함
- 가족의 보호부담을 줄이고 가정으로 복귀하여 환자를 지지하고 잘 돌볼수 있도록 정신건강의학과 의사 또는 정신건강전문요원이 가족교육을 시행하는 경우 또는 정신장애인 가족지원활동가를 강사로 활용할 수 있으며 행위별 수가화 필요
- 퇴원 시 퇴원교육, 정보제공, 지역사회 연계등 지역사회 연계에 대한 수가 체계 마련하여 중증정신질환자의 연계를 수가화하는 것이 필요함

□ 세부과제 8. 자살 고위험군의 의료 접근성을 강화하겠습니다.

- 우울증 검진 및 자살 고위험군 스크리닝 확대
 - 의료기관의 우울증 검진과 자살 고위험군 스크리닝을 강화해 자살 고위험군을 조기에 발견하고, 자살 관련 행동과 생각을 예방함
- 의료인 대상 자살 예방 교육 실시
 - 정신질환이 아닌 신체질환을 다루는 진료과의 의료진이 자살 위험에 대한 신호를 인식하고 적절하게 대처할 수 있도록 교육하고, 자살 고위험군에 대해 진료과목 간 연계하여 관리할 수 있는 환경을 조성해야 함
- 자살 고위험군 진료를 위한 중증도 구분 및 수가 체계 개편
 - 자살시도자 등 자살 고위험군을 대상으로 충분히 진료서비스를 제공할 수 있는 수가체계가 마련돼야 함
 - 정신질환(자살 위험) 중증도에 따른 수가 차등 등
- 자살시도에 대한 진단코드 개선 및 의료보험 적용 방안 마련
 - 다른 정신질환과 구분되는 자살시도자를 위한 진단코드 부여 및 활용 방안을 마련하여, 자살시도자에 대해 지속적으로 맞춤형 의료서비스를 제공할 수 있도록 함

- 자살시도자에 대한 적절한 관리가 가능하도록 의료보험 적용 방안을 마련해야 함
- 자살시도자에 대한 의료이용 정보는 장기적으로 효과적인 의료서비스 제공 및 사업 개발의 기초로 활용되도록 함

□ 세부과제 9. 알코올 중독 치료 서비스의 적정화를 도모하겠습니다.

- 알코올 사용장애 외래치료전문의료기관 지정운영
 - 주 1회 이상의 표준 외래치료프로그램을 개발하고 이를 운영하는 외래치료전문의료기관을 지정하여 운영함
- 알코올중독 관련 집중사례관리, 단기개입, 외래치료, 입원치료 수가 체계 개발
 - 단기제독치료, 2달 이내 입원하는 표준동기강화입원치료프로그램 등 근거기반의 표준화된 치료프로그램을 개발하여 시범수가사업을 통해 확산추진
 - 시범사업을 통하여 알코올중독환자의 중증도 수준별 치료수준배치프로토콜에 의한 기능별 입원치료 차등수가제 형태로 알코올중독 입원치료 운영체계 정착
- 음주 관련 신체질환자에 대한 단기개입 치료 제공

제 7 장

정신질환자 사회통합 및 회복 분야 정책과제

제1절 정책 추진 배경

제2절 추진 목표 및 과제

7

정신질환자 사회통합 및 회복분야 정책과제 <

제 1장 정책 추진 배경

□ 한국은 1995년 정신장애인의 치료와 보호를 목적으로 정신보건법을 제정할 당시에는 정신질환자의 감금과 수용, 병원이나 시설 내에서의 학대, 열악한 입원/입소환경 등에 대응하여 왔음

○ 2020년 오늘날은 사회권이 큰 흐름으로 사회권은 사회안에서 인간답게 살아갈 권리라고 할 수 있음

□ 사회통합과 회복분야에서 가장 중요한 과제는 퇴원한 정신장애인들이 지역사회에서 살아갈 수 있는 환경을 구축하는 것임

○ 정신장애인이 지역사회안에서 살아가기 위해서는 집이 있어야 하고 돈이 필요하고 일상을 이루어 나가기 위한 지원들이 필요함. 즉, 주거, 소득, 의료 고용, 서비스 등이 함께 있어야 함

○ 개정된 정신건강복지법에는 복지서비스라는 개념으로 고용, 체육활동, 주거, 재활 등의 다양한 서비스를 제공해야 함을 말하고 있음. 그러나 현실에서 주거, 재활서비스, 고용, 인권 까지 다양한 분야에서 부족하다는 평가를 받고 있음

1. 정신질환자의 지역사회 거주, 자립 및 재활을 위한 기반 인프라 미흡

□ 정신질환자의 자립생활을 위한 주거시설과 서비스의 부족

○ 인간은 땅위에 발을 딛고 살아가는 존재이기 때문에 정신질환자의 자립생활에서 먼저 선행되어야 하는 것은 주거임

- 2016년 국가정신건강현황조사에 따르면 중증정신질환자 거주서비스 총

174개소, 정원 2,466명인데 현재 입원되어 있는 정신장애인을 위한 주거 서비스를 필요로 하는 인구는 16,592명으로 주거서비스 희망자 중 14.9%만 주거서비스의 혜택을 받고 있어 주거서비스에 관한 사회적 수요와 공급의 불균형 문제가 심각한 것으로 나타남

- National Mental Health report 2013에 의하면 불안정한 주거환경은 정신과적 증상을 더욱 악화시킨다고 보고하고 있고, NHS Confederation (2011)는 치료에 대한 접근, 회복과 사회적 참여의 기회를 방해하는 요인으로 보고 있음(보건복지부, 국립정신건강센터(2017))
- 최근 정신건강복지법 시행 이후에도 정신과병원에서 퇴원하지 않는 이유(중복응답)에 대한 응답으로 ‘퇴원 후 살 곳이 없기 때문에’ 24.1%, ‘혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에’ 22.0%, ‘가족과 갈등이 심해 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에’ 16.2%로 나타남¹⁷⁾
 - 일반장애인의 주요서비스 욕구는 소득>의료>고용>주거의 순인 반면 정신장애인의 주요서비스 욕구는 주거>소득>고용>의료로 나타남. 이는 중증 정신질환자의 자립을 위한 전제조건은 안정적 주거환경의 구축이라고 할 수 있음, 결국 주거 문제는 퇴원과 회복에 상당한 영향을 끼침
- 정신건강복지법 제37조에 따라 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원을 제공해야 하며, 장애인복지법 제34조 (재활상담 등의 조치) 1항 제2조에서는 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스해야 한다고 제시하고 있음
 - 즉, 정신장애인의 주거 및 재활, 치료 등을 국가와 지방자치단체가 제공해야 한다고 명시되어 있어 국가와 지방자치단체는 정신장애인을 위한 주거를 지원할 책임을 지고 있다고 할 수 있음

□ 지역사회 내 정신질환자 대상 재활서비스를 제공하는 정신재활시설은 매우 제한적임

17) 정신장애인의 지역사회 거주치료실태조사(국가인권위원회, 2018)

- 지난 정신건강 종합대책(2016)은 정신재활서비스 인프라 확충을 주요 정책목표로 제시했으나 여전히 정신재활시설 확충이 지연되고 있음
 - 특히 울산, 강원, 전남, 경남 등 일부 지역은 재활서비스 및 주거서비스 인프라 확충이 거의 이루어지지 않아 정신질환자 등의 재활 및 복지서비스 접근 및 이용이 보장되지 않음(국립정신건강센터, 2018)
 - 정신재활시설의 경우 전국단위 348개소가 설치되어 운영 중이며, 이중 상당수는 서울지역(103개소, 전체의 29.6%), 경기(51개소, 전체의 14.7%), 전북(30개소, 8.6%)에 설치되어있음. 인구 10만명당 정신재활시설의 수가 가장 많은 전북은 2.33개소가 설치되어 있으며, 가장 적은 지역인 강원은 평균 0.14개가 설치되어 있음.(전진아, 2019)
 - 정신재활시설 중 생활시설을 제외하고 주간재활이나 직업재활 등의 프로그램을 제공하는 시설은 주간재활시설 85개소, 직업재활시설 15개소, 종합시설 11개소로 총 338 개소이며 이용정원은 6,715명(입소시설 정원 2,529명, 이용시설 정원 4,186명)에 불과함. 특히 서울의 경우 정신재활시설 104개소, 정원 1,857명으로 대부분의 시설이 몰려 있는 상황임. 지역 내 거주 인구수를 고려하여 정신재활시설을 설치하여야 함을 의미함(NMHC 정신건강동향 vol.12)
 - 중독자를 대상으로 주간재활 및 직업재활서비스를 제공하는 중독재활시설의 경우 전국에 4개소가 있어 제한적임
- 이처럼 정신재활시설과 같은 재활 및 복지서비스 인프라 미확충은 퇴원한 정신질환자 및 정신장애인에 대한 가족의 보호부담을 가중시키고, 장기입원이나 시설입소로 이어질 수 있음(김문근, 2019a)
 - 기존의 정신재활시설들은 운영규모가 영세하여 한정된 정신재활서비스 제공에 그치고 있으므로 정신장애인을 위한 직업재활, 주거지원, 성인교육, 가족지원 등 다양한 복지서비스를 포괄적으로 지원할 수 있는 서비스 전달체계 개편이 필요함(보건복지부, 2019.5.)

2. 정신질환자가 지역에서 건강하게 즐기면서 삶을 영위할 수 있도록 지원하는 복지서비스 미흡

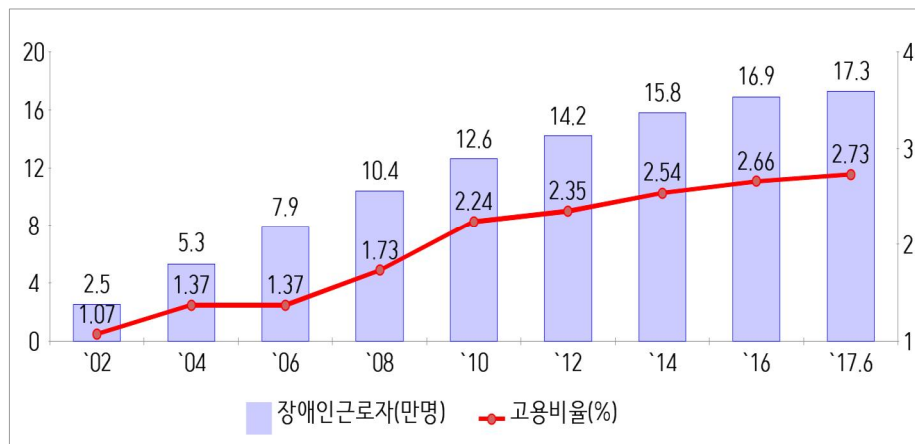
□ 정신장애인을 위한 복지서비스 부족

- 앞서 언급하였듯 정신건강복지법에서는 복지서비스라를 개념으로 지역사회 거주·치료·재활 등 통합지원을 하도록 하고 있음. 현재는 고용, 평생교육, 문화 활동 등의 전반적인 복지서비스가 부족한 상황임
- 현행 정신건강복지법은 정신질환자 등에 대한 복지서비스 지원을 새롭게 규정하였으나 기존의 직업재활 및 주거서비스와 함께 자립생활지원 및 권익옹호, 평생교육지원, 문화·체육·여가 지원, 가족지원 등 다양한 복지서비스를 어떻게 조직화 하고, 전달체계를 어떻게 구성하며, 재원을 어떻게 확보할 것인지 등에 대한 구체적 정책방안은 마련되지 않았다는 비판을 받아옴

□ 정신장애인의 소득과 고용 지원 미흡

- 정신장애인의 자립을 위해서는 소득과 직업이 매우 중요함. 정신장애인들에게도 직업은 사회적응을 가능케하는 지역사회복귀의 수단이며, 치료에 긍정적인 효과를 주는 수단임. (심경순, 2002, p1).
- 제5차 장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획(2018 ~ 2022)에 의하면 장애인을 위한 양질의 일자리 확대와 격차 해소를 위한 장애인 고용대책이 담겨져 있음
 - 연도별 장애인 의무고용 현황을 살펴보면 국가·지자체, 상시근로자 50인 이상 공공기관·민간기업 등 의무 고용사업체의 전체 장애인 고용도 지속적으로 확대되고 있는 것으로 나타남

[그림 7-1] 장애인 근로자 수 및 고용 비율: 2002~2017



- 하지만 대기업(1,000명)의 의무이행비율은 21.4%로 중소기업 보다 오히려 부진하며, 장애인은 고용 의무대상이 아닌 50인 미만 소규모 사업장에 대부분(68.2%) 채용되어 있고 임금수준도 낮은 상황임
- 2018년 한국의 15개 장애유형별로 고용률을 살펴보면 34.5%인데 반해 정신장애의 경우 12.3%로 뇌병변장애와 함께 가장 낮은 고용률을 보이고 있음. 이처럼 정신장애 등 중증 장애인의 경제활동 참여는 상당히 제한적이어서 정신장애인을 포함한 고용취약 계층을 위한 집중지원 전략과 실행의 필요성이 제기되고 있음
 - 일하는 것 자체가 정신장애인의 자존심을 고양시키고 정신병적 증상을 감소키며 병을 스스로 관리하고 극복하겠다는 동기를 부여하고 사회에서 생활하는 시간을 증가시키며 사회에 통합되어 사회인으로 살아갈 수 있도록 하고 의존심을 낮추며 삶의 질을 향상 시킴(Black et al., 1988)
 - 낮은 경제활동 참여율과 더불어 정신장애인의 공적 이전 소득 역시 높지 않음. 정신장애인의 국민연금 가입율은 10%로 장애인평균 35%에 비해 낮은 편임
- 정신장애인의 열악한 고용률은 제도의 문제일 수도 있고 실행의 문제일 수도 있음. 제도의 문제는 실제 정신장애인의 직접고용이나 간접고용 시 대상

영역에서 정신건강복지법과 장애인복지법의 내용이 연동되지 못하는 있다는 점이고 실행의 문제는 장애인고용문제 해결을 논의할 때 부처 간의 협의 과정에서 정신장애인이 배제되고 있다는 점임. 이러한 점에서 장애인 복지법 제15조 문제에 관해 지속적인 개정 요구 필요

- 고용과 관련하여서는 고용노동부의 중증장애인지원고용제도를 활용하고 있는데 2019년부터 지원고용 훈련일수를 3주에서 7주로 확대하여 진행 중임. 하지만 일반기업의 경우 장애인 의무 고용률을 해결하기 위한 욕구가 큰 반면 3-7주간의 훈련은 장애인고용으로 인정되지 않고 별도의 지원을 해야 해서 부담을 가지는 것이 현실임. 이에 중증장애인지원고용제도의 적용을 기업에 맞추어 진행하는 방안도 시범적으로 진행하는 것이 필요함

□ 정신장애인의 문화여가 및 평생교육 지원 미비

○ 정신건강복지법 제36조에서는 정신장애인에게 문화·예술·여가·체육활동 등 지원해야 한다고 명시하고 있음. 사회전반적인 생활수준의 향상과 더불어 일반의 문화수준이 지속적으로 높아지고 있음에도 불구하고 장애인들은 제한된 공간에서 아무 지원이 없는 단순한 생활을 반복할 가능성이 높아 문화생활이나 여가 활용에 대한 욕구가 존중받지 못하는 경우가 발생함

- 이러한 생활의 지속은 지역으로 공간을 이동하게 될 때 타인과 동등하게 다양한 형태의 문화적 삶에 참여할 수 있도록 문화적 매체 이용 및 문화시설과 서비스 이용이 보장되어야 함
- 우리나라의 경우 문화·예술활동이 진행되고 있으나 행사를 위한 하나의 활동으로 진행되는 경우가 많아 상시성과 지속성이 보장되어야 할 것임. 정신장애인들이 문화생활에 노출되고, 참여하고, 즐길 수 있도록 문화활동의 장벽을 낮추고, 기회를 제공하는 것이 필요함
- 적어도 정신장애인들이 스스로 자신감의 결여나 의욕의 저하, 보이지 않는 사회적 편견으로 인하여 문화생활에 참여하지 못하는 일이 없도록 접근성에 대한 점검이 필요함(장애인권리협약 제9조 접근성)

○ 또 정신건강복지법 제35조에서는 평생교육 지원을 해야 한다고 명시하고 있

음. 교육은 국가의 의무이자 개인의 의무이면서 권리임

- 정신질환으로 인하여 학업이 중단된 경우 회복이 되면 대부분 학교에 복학을 할 수 있지만 복학하여도 기능이 저하되어 적응에 어려움이 많음. 학교 현장에서도 준비 부족 및 이해 부족으로 정신장애로 인하여 행동장애가 있는 경우 학교에서 적절한 교육을 제공하기 힘들어 함
- 정신적인 문제로 인하여 학교를 떠난 많은 청소년들은 적절한 교육 기회를 갖지 못한 채 게임중독, 가출, 약물남용, 자살기도 등의 문제에 노출되어 인생의 중요한 시기에 많은 어려움을 겪게 되기도 함
- 학교마다 복학과 재입학의 기회를 확대하고 다양한 형태의 학교에서 학습받을 기회를 보장하고, 저소득층이면서 학교적응을 못하는 청소년을 위한 특수학교 기회를 넓히는 정책적 배려가 필요함
- 특히, 대학에서 실시중인 ‘장애인 특례입학 제도’의 경우 정신장애인의 대상이 명확하지 않다는 이유로 혜택을 제대로 받고 있지 못하고 있음
- 현재 특수교육대상자 선정(제15조)의 별표에 의하면 5. 정서·행동장애에 해당할 수 있으나 명확하지 않은 상황임
- 특례입학이나 평생교육 관련한 법령들이 임의규정으로 되어 있어 그 실효성에 문제가 있음

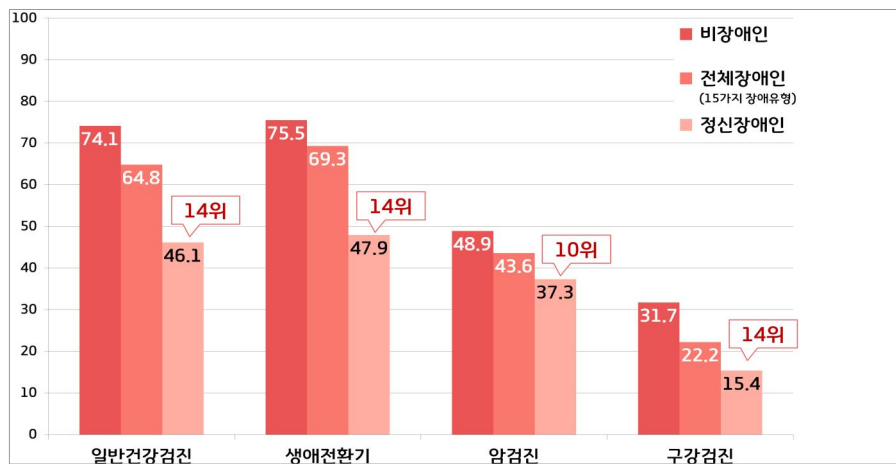
□ 정신장애인의 건강권 보장 필요

- 정신장애인의 건강권은 정신질환과 더불어 중요한 문제임
- 건강권이란 질병, 예방, 치료 및 재활, 영양개선, 재활운동, 보건의료 및 건강생활의 실천 등에 관한 제반여건의 조성을 통하여 최선의 건강상태를 유지할 권리를 말하며 보건과 의료서비스를 제공받을 권리를 포함함
- 중앙정신건강복지사업지원단 정신건강동향 vol.11 2019.8.13.에 의하면 장애인은 비장애인에 비해 만성질환 유병률이 높고 장애로 인한 이차질환이 쉽게 발생하는 등 건강사태가 열악함
- 또한 낮은 건강검진수검률은(일반검진 비장애인 74.1% vs 장애인 64.8%)

vs 정신장애인 46.1%) 질병으로 이어질 가능성이 높음

- 우리나라에서도 2015년 ‘장애인 건강권 및 의료접근성 보장을 위한 법률’ 제정 등 국가차원의 장애인 건강정책을 추진하고 있으나 낮은 수검률의 원인을 파악하여 접근성을 높이는 방안을 마련하는 것이 필요함

[그림 7-2] 건강검진 수검률



□ 장애인 활동지원서비스의 제한

○ 정신장애인활동지원서비스 이용경험률은 매우 낮은 상황임.

- 장애인활동지원서비스 이용경험은 지적장애가 15.4%, 정신장애인활동지원서비스 이용경험이 1.7%이며, 장애인생활도우미 이용경험 지적장애 3.3%, 정신장애인 생활도우미 이용경험 0.6%로 매우 낮은 편임(통계청 2017)

3. 사회 구성원으로서의 정신질환자의 권익 옹호 및 인권 보장 필요

□ 정신질환자의 권익옹호 및 인권보장 필요성에 대한 인식 증가

○ 정신질환은 여타 다른 질환에 비해서 보다 사회적 편견이 많은 질환임. 정신질

환을 가진 사람을 문제로 규정하고 정신질환자를 문제있는 사람이라고 규정하기도 함. 정신질환자는 신체적 질병을 가진 환자와 달리 법에서 조차도 의무결정무능력자로서 강제입원, 자격취득, 취업제한 등 사회적 배제의 대상이 되고 그러한 사회적 배제는 견고한 법 제도적 자치들이 뒷받침하고 있음 (신권철 2012)

- 현대에 와서 인권을 존중 해야 하는 가치로 부각 되고 있음. 정신장애인 또한 인간으로서 인권을 보장받아야 마땅하며 일반인과 다르지 않다는 인식이 증가하고 있음
 - 인권의 개념은 소극적인 개념에서 적극적인 개념으로 변화하였고, 역사적으로도 시민권(공민권) ⇒ 정치권 ⇒ 사회권으로 변화하고 있음
 - 사회권은 사회서비스 권리, 인간다운 생활보장 요구권리로서 사회보장권리, 보호받을 권리, 적정 생활수준 누릴 권리, 교육에 대한 권리, 신체적 정신적 건강 향유 권리, 문화생활에 참여할 권리, 과학의 혜택들 향유할 권리임. 정신장애인도 국민의 한 사람으로서 법 앞에서 평등하게 처우 받아야 하며, 정신장애라는 이유 때문에 법에 규정된 권리가 침해되어서는 안 됨
 - 추상적인 개념인 인권은 사회적 맥락속에서 현상화될 때 실체적 권리로 구현됨. 김현경의 말을 빌리자면 ‘우리를 사람으로 만들어주는 것은 추상적인 관념이 아니라 우리가 매일매일 다른 사람들로 부터 받는 대접임
- 정신건강서비스 전달주체가 공급자 중심에서 소비자(당사자) 중심으로 변화하고 해당 경험과 전문지식을 가장 많이 가진 사람은 당사자라고 인정하고 있음.
 - 또 정신건강서비스 재원 방식의 변화하여 공급자에게 지원하지 않고 이용자에게 지원 방식으로 전환되어 가고 있음
- 국제사회에서는 UN 장애인 권리협약 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD)을 맺어가고 있으며, 한국 또한 2007년 3월에 UN 장애인 권리협약(CRPD) 비준하고 2009년 1월부터 효력 발효됨. 따라서 우리나라는 CRPD에서 규정하고 있는 바와 같이 장애인의 인권과 법적 평등권을 누릴 수 있도록 하여야 할 국가적 책무가 있음

□ 정신장애인을 위한 당사자활동, 절차보조사업, 공공후견인 제도 도입 필요

○ 국내에서도 국제적 동향에 맞추어 법과 제도가 발전해 왔음.

- 2011년 민법 개정하여 한정치산제도 및 금치산제도가 성년후견제도로 변화하여 법적 대리인 제도가 복지적 후견제도로 변화하였으며, 2017년 정신건강복지법 개정으로 치료예방을 넘어 지역사회 중심의 회복과 증진 강조됨
- 이어서 2017년부터 정신장애인 성년후견제도 실시하여 의사결정 능력에 제약이 있는 정신 장애인을 위한 공공후견제도 실시의 기반 마련하였음. 하지만 성년후견제도는 피후견인 스스로 결정할 의사능력이나 신상결정능력이 없다고 판단되는 경우 후견인의 법정 대리권을 통한 의사결정 대행으로 이행하도록 하는 등 한계점을 보였음
- 가장 최근인 2019년 정신장애인 절차보조사업 실시하여 기본적 대리인 성격이 강한 공공 후견제도의 한계를 보완하고자 하였음
- 2016년 헌법재판소에서 정신보건법에 대한 헌법불합치 결정을 내리면서 그 이유 중 하나가 비자의입원에 대해 ‘국가 또는 공적 기관에서 제공하는 절차보조인의 조력 절차’를 활용하지 못하였고, 보장되지 아니하였다는 것을 언급함(제철웅 2018)
- 절차보조사업은 비자의 입원한 정신질환자의 권리 범위에서 그의 희망과 욕구에 따라 자신의 권리를 행사할 수 있도록 지지하는 것에 주된 목적을 두고 있음. 즉, 정신장애인의 입원치료과정에서 치료 필요성 등을 이해하는데 도움을 주고, 각종 절차를 보호하여 치료과정에서 자기주도적으로 참여 할 수 있도록 하며, 정서적지지 등을 통해 치료과정을 잘 이겨내고 퇴원 시에 지소인 치료 재활서비스를 연계하는 목적을 가짐
- 절차보조사업은 2018년 12월부터 서울, 경기, 부산 3개 지역에서 시작되었으며, 정보전달, 의사표현지원, 각종 절차지원, 퇴원 후 치료 및 지역사회연계 계획 이행 지원, 그리고 동료지원을 제공함. 특히 사업단에 정신장애인 당사자가 팀원으로 참여하며 정서적 지지와 자조 등의 동료지원을 제공하고 있음

○ 후견 등 의사결정지원제도 강화 필요

- 발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 제9조(성년후견제 이용지원), 치매관리법 제12조의 3(성년후견제 이용지원) 등 법적인 근거가 있는 반면 정신건강복지법의 경우 제2조 제2항 “환자의 최적의 치료를 받을 권리” 제8항 “자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리”가 있지만 구체적인 근거는 없는 상황이므로 이에 대한 개선 필요
- 정신장애인의 경우, 정신병원, 정신요양시설, 지역사회 등에서 공공후견을 필요로 하는 대상자들의 문의가 있지만, 현재까지 공공후견서비스를 신청하고 이용하는 방법에 대하여 명확히 안내할 수 없어, 지자체 공무원, 정신건강관련 제반 시설 직원들은 적절한 서비스를 연계해주는 것에 어려움을 겪고 있음
 - 공공후견서비스의 이용과 관련하여 발달장애인은 중앙발달장애인지원센터, 치매관리법에서는 지방자치단체의 장애인 후보자의 추천을 할 수 있도록 규정하여 서비스 전달체계를 명시하고, 이에 따라 전국적으로 후견 서비스 전달이 가능하도록 하는 기반을 만들었음
- 또한 피후견인을 비롯하여 자기결정능력에 한계가 있는 중·장년의 정신장애인들이 신체적인 문제로 요양병원에 입소하게 되는 경우가 많이 발생하고 있어 정신장애인 대상에 적합한 후견사업을 고민하여야 할 시점임
 - 또한 후견사업에 대한 정보 접근과 이해가 타 영역보다 장벽이 있을 수 있으므로 쉽게 정보를 얻고 후견업무를 개시할 수 있도록 하는 방안도 마련되어야 할 것임
- UN 장애인 권리협약에서 권고하고 있듯이 한국의 의사결정지원제도는 지금보다 당사자의 자기결정권을 존중하는 방향으로 나아가야 하며 비록 공공후견제도는 의사결정대행이라는 한계가 있지만, 현재 시행되고 있는 공공후견제도는 정신장애인 의사결정 지원을 위한 시발점이 될 수 있을 것임
 - 2013년부터 2017년까지 우리나라에서 진행된 후견의 유형은 성년후견이 13,972명으로 82.2%, 한정후견유형은 1,816명으로 10.7%, 특정후견유형은 1,208명으로 7.1%으로 되어 있음¹⁸⁾

- 그러나 법률근거가 미비한 상황이므로 제도 확립을 위해서는 보건복지부에서의 대표적인 발의가 필요하며, 이때 피후견인이 후견제도에 대하여 충분히 이해하였는지 확인하는 절차와 피후견인의 의사를 분명히 확인하는 구체적인 절차가 있어야 할 것임
 - 공공후견의 경우 일반적으로 가족이 없거나 가족이 그 기능을 하지 못하는 소외계층을 대상으로 하는 만큼 사회복지서비스에 대한 내용이 포함되어야 하고 국가 및 지방자치단체장이 대상자를 적극적으로 찾아 공공후견서비스를 받을 수 있도록 하여야 할 것임
- 하지만 여전히 정신장애인 대상 공공후견인제도에 대한 법적 기반이 부족하며, 제도도 자리 잡지 못하고 있으므로 이에 대한 개선이 필요함
- 정신장애인의 의사결정을 지원하는 절차보조인제도가 새롭게 부각되고 있음으로 도입이 필요함
- 당사자 권익옹호를 위해서는 당사자 활동가의 역할이 중요함. 당사자를 전문가로 인식하고 당사자 주도 사회재활, 직업재활, 동료활동가 양성의 토대를 형성할 필요가 있음

제 2절 추진 목표 및 과제

□ 정책 목표

- 정신질환자가 살고 있는 혹은 살게 될 지역에서 차별받지 않고 건강하게 생활할 수 있도록 통합적인 복지서비스를 제공할 것입니다.

□ 정책 과제

- 정책과제 1. 정신질환자의 자립생활이 가능하도록 주거 및 재활시설 등 인프라를 확충하겠습니다.
- 정책과제 2. 정신질환자가 건강하게 즐기면서 100세까지 살 수 있도록 복지서비스를 강화하겠습니다.
- 정책과제 3. 정신질환자의 권익옹호 및 인권보장을 제도화하여 삶의 질을 향상시키겠습니다.

정책과제 1. 정신질환자의 자립생활이 가능하도록 주거 및 재활시설 등 인프라를 확충하겠습니다.

□ 세부과제 1. 탈원화 하는 중증정신질환자를 위한 거주공간을 확보하겠습니다.

- 과거와는 달리 3인가구 이하가 주를 이루고 있으며 1인 가구의 증가로 인하여 다수가 한 공간에 거주하는 것에 익숙하지 않은 사람이 많아졌음. 이러한 사회적 변화를 감안하여 기존 시설에 대한 기준에 대한 고민과 이들 시설의 순기능을 살릴 수 있도록 기능보강의 영역을 확대하는 방안과 기존시설들이 전환할 수 있는 전략 제시 필요
 - － 중증정신질환자 수, 병원 및 시설 입소자 수 및 이들의 탈시설 욕구, 지역거주 정신질환자 대상 거주서비스 수요도 등을 고려한 중증정신질환자를 위한 필요 거주공간 규모 추정 필요
 - 중증정신질환자 추계 : 중증정신질환자의 규모를 어떻게 정의하느냐에

의하여 서비스 주체는 달라질 수 있음. 2018년 서울시정신건강복지센터의 2018년 서울시정신건강지표에서는 인구의 1%로 (516,350명) 추정함. 반면 정신질환실태조사(2017)에서는 중증정신질환자 일년 유병률을 2.1% (조현병스펙트럼 0.2% 63,361명, 기분장애 1.9% 749,602명)로 812,963명을 제시함.¹⁹⁾ 2017년 건강보험청구자료 일년유병률 조사에 의하면 조현병·분열형 망상장애(0.44%, 231,225명), 양극성 정동장애(0.19%, 101,972명) 재발성 우울증(0.18%, 94,211명)으로 약 43만명(427,408명)으로 추계할 수 있음.²⁰⁾ => 최대 812,963명 최소 427,408명

- 정신의료기관 및 정신요양시설 입원·입소현황²¹⁾: 2017년 12월말 현재 전국 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(소)한 정신질환자는 77,161명²²⁾이며 이중 중증정신질환자는 전체 입원(소)한 환자수의 **64.9%(50,056명)**를 차지하고 있음

<표 7-1> 정신의료기관 및 정신요양시설 입원·입소 현황(2007)

진단별	소계	조현병	양극성정동장애	우울증
합계	50,056	42,207	3,561	3,588
정신의료기관	41,413	34,482	3,464	3,467
정신요양시설	8,643	8,425	97	121
비율	$50,056/77,161 \times 100 = 64.9\%$			

- 비의료적 입원(소) 비율: 2008년 국가인권위원회에서 조사한 「장기입원의 구조적 원인과 지속요인」 조사에서 입원(소) 정신질환자의 입원 필요성과 관련하여, 치료가 필요 없는 비의료적 비율은 32.1%(정신의료기관)에서 34.5%(정신의료기관+정신요양시설)로 보고됨. 황태연(2017)에 의하면 건강보험심사평가원자료를 통해 중증정신질환자 입원환자 중 퇴원환자수를 제외한 계속입원환자수의 비율이 2014년에는 35.6%, 2015년에는 37.1%로 나타남.(평균 35.9%) 연간 계속입원환자의 경우, 증상

19) 홍진표 외(2017) 2016년 정신건강실태조사, p15 보건복지부·삼성서울병원

20) 윤석준(2019), 정신질환 실태조사 설계연구, 고려대학교 (2019.6)

21) 민소영(2019), 서울시 지원주택 공급확대를 위한 제도개선방안, 서울특별시의회

22) 2018 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서, 국립정신건강센터

잔존 및 자타해위험이 있는 환자도 일부분 있겠으나 대부분 임상증상은 완화되었으나 지역사회 인프라 부족으로 퇴원하지 못하는 사회적입원 즉, 비의료적입원으로 추측할 수 있음.²³⁾ **최소 : 50,056명 × 34.5% = 17,269명 최대 50,056명 × 35.9% = 17,970명**

- 거주서비스에 대한 필요성: 정신장애인의 지역사회 거주치료실태조사(국가인권위원회, 2018)에 의하면 병원에서 퇴원하지 않는 이유 중 거주 공간과 관련된 내용은 40.3%(①+③), 지역서비스와 관련된 내용이 48.4%(②+④+⑤+⑧)로 조사되었음. 후자의 경우 주택제공과 함께 서비스가 필요하다는 욕구로 주간재활서비스와 직업재활서비스가 연결되어야 하는 것으로 판단할 수 있음. 이를 거주 형태로 나눈다면 ④ -> 공동생활가정과 유사한 서비스 필요 ⑧ -> 자립생활주택(체험홈) 서비스 필요 ② ⑤-> 지원주택 등 새로운 거주서비스 필요²⁴⁾

<표 7-2> 주거 서비스 수요 추계

구분	주거서비스 필요	공동생활가정	자립생활주택	지원주택 등
최소	17,269명 × 40.3% = 6,960명	6,960명×13.3% = 926명	6,960명×5% =348명	6,960명×30.1% =2,095명
최대	17,970명 × 40.3% = 7,242명	7,242명×13.1% = 964명	7,242명×5% =363명	7,242명×30.1% =2,180명

- 지역거주 정신질환자 대상 거주서비스 수요 추계²⁵⁾: 2017년말 현재 성

23) 중앙정신건강복지사업단(2017), 「중증정신질환자 지역사회기반 서비스 구축 전략 ; 서비스 수요 추계 중심으로」, 중앙정신건강복지사업단 정책자문보고서, p23

24)

구분	유형	비율
병원에서 퇴원하지 않는 이유 (중복응답)	①퇴원 후 살 곳이 없기 때문에	24.1
	②혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에	22.0
	③가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에	16.2
	④병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어렵기 때문에	13.3
	⑤지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에	8.1
	⑥정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서	5.6
	⑦병원에 머무는 것이 익숙하고 편해서	5.6
	⑧지역사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에	5.0
합계		100.0

인 등록(이용)자 중 중증정신질환자 : 44,541명 \times 자립의지육구 \times 57.0%²⁶⁾ \times 불안정거주자 12.3%²⁷⁾ \times 자립 시 지역사회 지원 서비스 육구 53.8%²⁸⁾ \times 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하 98.6%²⁹⁾ = 1,657명

○ 지원주택 지원 대상자 범위 확대 필요

<표 7-3> 주거복지 관련 법 현재 대상자 및 누락 대상자

주거복지 관련 법 현재 대상자	누락된 대상자	누락된 대상자를 포함해야할 수 있는 조건
주거기본법 : 제3조 제7항 장애인·고령자 등 주거약자 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 : 제2조제1항 가. 65세 이상인 사람 나. 장애인복지법 제2조제2항에 해당하는 장애인	1. 사회적 낙인 및 차별이 두려워 장애를 가지고 있지만 장애등록을 하지 않은 사람 2. 64세 이하의 사람	1. 정신질환으로 인해 외래진료를 유지하고 있는 사람(정신건강복지법의 서비스 대상인 중증정신질환자) 2. 정신질환과 노인성질환을 이중장애로 갖고 있는 64세 이하인 사람
주거취약계층 주거지원 업무처리 지침 제 3조 1. 쪽방, 고시원, 여인숙, 비닐하우스, 노숙인 시설, 컨테이너, 움막 등에서 3개월 이상 거주하는 사람 중 거주지 관할 시군구청장이 주거지원이 필요하다고 인정하는 사람 2. 입주대상자는 무주택세대구성원으로 서 해당세대의 월평균소득이 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득의 50퍼센트 이하인 자	1. 현재 병원에 입원해있는 사람 2. 가족과 함께 거주하여 무주택 세대구성원에 해당되지 않는 사람 3. 부양의무자의 소득재산기준으로 인해 저소득자에 해당되지 못하는 사람	1. 복귀할 거주지가 불명확하여 병원이나 요양원에 3개월 이상 입원(소)중인 사람 2. 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못해 분리가 필요한 사람 - 동주민센터의 신청으로 지자체보장협의체나 별도 위원회에서 심사 후 추천한 자 # 부양의무자제도 점진적 폐지에 따른 대상확대 고민필요

25) 민소영(2019), 서울시 지원주택 공급확대를 위한 제도개선방안, 서울특별시의회

26) 이용표 외(2017), 지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구

27) 국립정신건강센터(2018) 정신건강현황 4차 예비조사결과보고서

28) 이용표 외(2017), 지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구

29) 김성희 외(2017), 2017년 장애인실태조사

<표 7-4> 주거복지 관련 법에서 고려해야 하는 대상자

고려할 대상자	
시설(병원)에서 지역으로	지역에서 지역으로
1. 주거지가 없거나 불명확한 사람 2. 경제적인 이유로 거주지를 구할 수 없는 사람 3. 지역지지체계가 전혀 없는 사람 4. 개별화된 지원서비스가 제공되지 않는다면 지역 사회에서 독립생활을 유지하기 어려운 사람 5. 이용기간 만기로 인해 거주지가 필요한 사람 6. 공공후견사업의 피후견이나 절차보조인 사업의 대상인자	1. 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하거나 보호자를 상실한 사람 2. 최저주거기준에 미달되고 위험에 노출된 환경에서 생활한지 2년 이상 된 사람 3. 자립생활에 대한 경험이 없으며 자립을 희망하는 사람 4. 공공임대주택 신청자격이 되지 않으나 거주지가 필요한 사람
기타 정신건강심사위원회, 입원적절성심사위원회에서 지원주택이 필요하다고 추천된자.	

□ 세부과제 2. 다양한 유형의 정신재활시설을 설치하고 운영하겠습니다.

○ 정신질환자 위기 쉼터 및 일상쉼터 설치 및 운영 지원

- 정신증상이 발생하였을 때 바로 입원하는 것보다 심리적 안정을 찾을 수 있는 단기주거를 제공하는 쉼터시설을 마련하는 것은 정신질환 속에서 지역 사회 내 삶을 지속시키는 방안이라 할 수 있음
- 정신재활시설의 한 유형으로 일시적으로 심리적 안정을 취하도록 지원하는 쉼터 기능을 신설(2019. 10. 15. 김상희 의원 대표발의. 의안번호 22896)
- 정신건강복지법 제27조의 정신재활시설의 종류로서 생활시설과 재활훈련시설 외에 쉼터 유형을 추가로 더하여 개정입법을 보완할 필요가 있음
- 이러한 쉼터기능이 있는 단기거주 중간집 또는 전환시설은 동료지원가, 정신건강전문요원과 방문진료 등이 가능한 의사(장애인건강주치의 등)의 방문진료를 통해 적절한 진료와 안정을 위한 서비스를 제공해야 할 것임
- 정신질환의 증상이 악화되는 경우, 폐쇄병동의 입원하는 것이 아닌 지역 사회 내 위기쉼터가 필요함. 해외 경우 위기주거기관(crisis residential facility)이 운영되기도 함.

- 2020년부터 시행되는 광역 위기대응팀에서 운영하는 것도 대안임.
- 단기보호, 장기생활, 공동생활, 독립 훈련형 등 이용자 특성에 맞는 거주시설 설치·운영
- 성인뿐 아니라 아동·청소년 대상 정신질환 관리, 학업지원 및 사회복귀를 위한 시설 설치·운영
 - 정신장애인 자립체험홈
 - 자립정착지원금 운영
- 지역사회 기반 중독관리 및 재활시설 확충
 - 알코올중독은 지속적치료관리와 재활 및 회복지원이 필요한 질환임에도 불구하고, 지역사회 기반의 중독치료지원기관의 역할을 담당하고 있는 중독관리통합지원센터는 전국에 50개 설치되어 있으며, 기초정신건강복지센터는 알코올중독자 등록관리에 지극히 소극적임
 - 이에, 일정 수준 인구 이상(20만 ~ 30만) 지역은 독립된 형태의 중독관리통합지원센터를 의무적으로 설치 운영하도록(지역에 따라 정신건강복지센터 부설 형태로 운영)함
 - 이를 위하여, 정신건강복지센터 내 알코올중독팀 설치형태로부터 독립된 중독관리통합지원센터로 이행하는 재원, 기능, 형태 등에 대한 로드맵을 개발하여 체계적으로 추진되도록 함
 - 또한 기능이 떨어지거나, 재발의 반복, 나아가 사회경제적 지지기반의 붕괴로 인하여 보다 집중적 생활관리와 포괄적이고 통합적인 사회복지지원이 필요한 대상자들을 위한 주거와 프로그램을 제공하는 중독환자 전용 통합재활복지지원센터(가칭)를 광역별로 설치후 권역별로 확대하 나가도록 함

□ 세부과제 3. 기존 복지서비스를 활용한 정신재활 시설 및 프로그램을 확대하겠습니다.

- 복지관을 활용한 정신건강서비스 3대
 - 영구임대아파트 단지에 주로 위치하고 있는 종합사회복지관에서 주간재활

을 실시하여 초기 설치에 대한 장벽을 극복하고 소외계층이 살고 있는 영구 임대단지 안에 이미 다수의 정신장애인이 거주하고 있어 서비스에의 접근성을 높일 수 있음

- 또한 복지관이 가지고 있는 다양한 지역 자원 활용 가능
- 기존 인프라를 활용함으로써 초기 장벽에 대한 부담이 없고 복지관의 핵심적인 사업인 사례관리팀과 지역사회조직팀과 협업한다면 투입한 예산 대비 높은 효율성을 기대할 수 있음

－ 현재 우리나라 복지관에서 클럽하우스를 실시하고 있는 곳이 3곳(서울 2곳, 대전 1곳)이며 최근 정신건강관련 사업을 실시하는 종합사회복지관이 위치한 장소는 인천서구, 부산, 서울, 대전 등으로 구체적인 지원이 된다면 다양한 곳에서 정신건강사업이 확산될 수 있는 것으로 기대함

○ 복지관 등 기초 지자체의 공공 기관 내 정신재활시설의 주간재활 프로그램 운영을 위한 공간 임대

- － 복지관이 직접 주간 재활 프로그램을 운영하는 방안과 더불어 기초 지자체가 운영하고 있는 공공기관 내 공간을 정신재활시설이 저비용 혹은 무상으로 임대하여 주간재활 프로그램을 운영할 수 있도록 하는 기회 마련
- 제8장에 제시된 정신건강복지센터의 모형 중 ‘마음건강보건의소’ 모형을 구성하는 지역의 경우 정신재활시설 중 주간재활프로그램 및 혹은 직업재활 프로그램을 운영하는 정신재활시설을 위탁 운영 할 수 있도록 하는 것 고려 필요

○ 장애인직업재활시설 인프라 활용한 직업재활 프로그램 확대를 통한 직업장벽 완화

- － 장애인직업재활시설이 가지고 있는 인프라와 운영경험을 활용하여 정신장애인이 취업하는 방안을 고려하기 위해서는 정신장애인을 고용하는 일정수익구조를 갖춘 직업재활시설에 정신건강전문요원 배치 필요
- 단 이러한 시도는 장애인 등록이 되지 않는 정신질환자는 대상이 되지 않을 수 있어 이에 대한 별도의 방안이 마련되어야 함

- 장애인직업재활시설의 경우 현재 626개의 시설이 운영되고 있으며 유형별로는 근로작업시설 63개, 보호작업장 538개, 직업적응훈련시설 8개, 장애인생산품판매시설 17개소가 운영되고 있음

○ 지방자치단체에서 정신장애인 직업재활시설 설치 후 위탁

- 장애인직업재활시설이 확대된 이유 중 하나는 많은 직업재활시설이 자치단체에서 설치하여 운영을 위탁한 점과 기능보강으로 장기산업을 보강해 주어서임. 이를 반영하여 정신장애인을 위한 직업재활시설을 자치단체에서 설치하여 위탁하는 시범사업을 고려할 필요가 있으며 이때 업종에 따라 다른 법률을 고려하여 일정규모 이상의 시설을 설치하여야 함
- 또한 장애인으로 등록하지 않은 정신질환자를 일정 비율 이상으로 고용할 경우 판매와 관련된 지원이 연결되지 않을 수 있어 이에 대한 지원을 별도로 하여야 함

□ 세부과제 4. 정신장애인 대상 복지서비스를 제공하는 정신장애인 복지지원센터 모형을 개발하고 확충하겠습니다.

○ 포괄적인 정신건강증진과 통합적인 사례관리를 담당하는 정신건강복지센터는 실질적인 정신장애인복지서비스를 제공할 여력이 없으며, 정신재활시설은 직업재활 및 주거서비스 등을 담당하고 있으나 규모가 영세한 경우가 많고, 전국적인 확충이 지연되고 있음. 따라서 정신질환자를 위한 포괄적인 복지서비스 전달을 위해서는 지방자치단체가 책임성을 갖고 직영 또는 위탁운영 하는 정신장애인 종합복지지원 기관 모형을 개발하여 확충할 필요가 있음

- 이를 위해 정신장애인의 직업재활, 주거지원, 평생교육, 문화·여가·체육, 가족지원, 공공후견, 절차보조사업 등 포괄적 복지지원을 담당할 가칭 ‘정신장애인 복지지원센터’ 모형개발 연구 및 시범사업을 실시함
- 모형개발연구를 통해 정신장애인 복지지원센터 <표>와 같이 체계적인 직업 및 고용 지원, 전환기 지원, 탈시설 후 지역사회 주거지원, 자립생활지원, 정신장애인 권익보호, 성인교육, 문화·여가, 가족지원서비스 등을 담당할 수 있는 조직으로 운영방안을 제안함

- 정신장애인 복지지원센터 확충은 정신질환자 및 등록정신장애인 규모가 큰 광역시 및 대도시의 중규모 이상의 종합시설 및 이용시설을 전환하여 운영하는 방안, 새롭게 정신질환자 복지지원센터를 신설하여 위탁운영하는 방안 등 시범사업 및 연구를 통해 개발하여야 함
- 특히 복지서비스를 제공하는 정신재활시설 인프라가 절대적으로 부족한 지방자치단체³⁰⁾를 정신장애인 복지지원센터 확충 우선지역으로 지정하여 지원한다면 복지서비스 접근성의 지역적 격차를 완화, 해소하는데 기여할 수 있음

<표 7-5> 정신장애인 복지지원센터 주요 기능

서비스 기능	주요 서비스
개별지원계획 수립 및 지원	사례발굴, 접수 및 사정, 개별지원계획 수립, 사례관리, 기타
전환기 지원	아동·청소년 정신건강지원, 조기정신질환 지원
주거·자립생활 지원	주거 욕구사정 및 서비스 연계, 독립주거사례관리, 사회보장 신청지원, 활동지원, 자립생활지원, 기타
권익옹호지원	역량강화 및 지역사회참여 지원, 자조모임활성화 지원, 동료지원활동, 인식개선사업, 권익옹호, 자기옹호, 공공후견, 절차보조사업, 기타
직업지원	직업상담 및 평가, 직업준비프로그램, 직업적응 및 역량개발훈련, 사업체 개발 및 관리, 지원고용, 기타
교육지원	회복교육, 정보화교육, 문화예술 및 인문교육, 정보화지원교육, 기타
문화·여가지원	성인아카데미(취미활동), 동아리활동, 문화활동, 기타
가족지원	가족상담, 가족교육, 자조집단, 기타
지역사회조직화	지역사회 정신장애인복지서비스 개발 및 지원, 지역의 사회통합 환경조성, 주민조직지원, 민관협력 네트워크 구축, 지역자원 개발 및 관리, 기타

30) 광역자치단체들 중 경남, 울산, 강원, 전남, 제주 등은 정신재활시설이 절대적으로 부족함(국립정신건강센터, 2018). 이들 지역을 시범사업지역으로 선정하여 포괄적인 복지서비스를 제공하는 정신장애인 복지지원센터를 직영 및 위탁운영을 통해 확충하도록 지원한다면 복지서비스 박탈 완화를 기대할 수 있을 것임.

정책과제 2. **정신질환자**가 건강하게 즐기면서 100세까지 살 수 있도록 복지서비스를 강화하겠습니다.

□ 세부과제 1. 정신질환자의 일자리 기회를 확대하겠습니다.

○ 정신질환자의 고용을 확대하기 위한 법제도 개선

- 정신건강복지법상의 정신건강증진시설이 장애인 고용시설에서 배제되어있는 법조항 (장애인고용촉진 및 직업재활법 제33조, 제9조)개정 필요
- 현재 장애인복지법 제58조 제1항3조에 따른 장애인직업재활시설과 같은 법 제63조에 따른 장애인복지단체, 정신건강복지법 제27조 2항중 하나인 직업재활시설은 일정조건을 갖추면 중증장애인생산품 생산시설로 지정을 받을 수 있다. 하지만 장애인이 생산한 물품의 판매를 촉진하기 위한 제도에서 생산시설로서의 조건을 갖춘 정신건강복지법의 직업재활시설이 배제되어 있음
- 장애인고용법촉진 및 직업재활법에 의하면, 직업지도, 취업알선, 취업 후 적응지도를 행하는 자에 대한 필요한 경비의 용자·지원 등의 다양한 지원이 이루어질 수 있으나 정신재활시설의 직업재활시설은 여기에 해당하지 않음
- 법조항 개선을 통한 정신재활시설 중 직업재활시설 수 확대 및 예산 운용 용이성 증대 기대

○ 동료지원가, 공공근로 등의 공공일자리 기회 확대

- 정신장애인의 고용 확대를 위해 동료지원가를 확대하여 고용을 지원하고, 공공근로 등의 일자리를 근무할 수 있도록 지원함

○ 연계고용 시 재활시설 포함

- 제도개선 : 연계고용과 부가가치세 감면
- 장애인직업재활시설에서 만든 생산품의 경우 판로를 확보하는 것이 가장 큰 어려움 중 하나임. 중증장애인생산품 우선구매제도 역시 2014년까지 정신장애인 직업재활시설은 포함되지 않아 제도개선을 실시하였으나

아직 해결되지 않은 제고가 연계고용 부담금 감면 제도일 것임³¹⁾

- 또한 장애인보호작업장에서 공급하는 재화 또는 용역의 면세여부의 경우도 일반장애 적용내용으로 정신건강복지법상 직업재활시설은 해당하지 않는다는 세무서의 해석 역시 개선 필요

○ 중증장애인 훈련기간 의무고용 인정

○ 동료지원가 및 중독회복자 양성 및 활용

- 회복은 단지 신체적 기능 뿐만 아니라, 심리적, 인격적, 영적 측면의 통합적 회복을 통해 획득되는 것으로, 이에 회복을 먼저 경험한 당사자의 치료에의 참여가 매우 효과가 큼
- 해외 선진국에서는 회복을 경험한 당사자 상담가들이 다양한 치료 현장에서 치료팀의 일원으로 활동하며 치료활동을 지원하고 있음
- 동료지원가의 자격과 업무범위를 명확히 규정하고 동료지원활동 근무환경, 보수 등에 대한 계획 수립 필요
- 정신건강증진시설(정신재활시설, 정신건강복지센터 등)에 동료지원활동 예산 지원
- 정신장애인 당사자 활동을 지원하고 이들의 활동의 장을 확보하기 위하여 정신건강증진시설에서 동료지원가를 양성하고 지원하는 역할을 수행 하도록 해야 함.

31) 연계고용 부담금 감면제도란

■ 부담금 납부 의무가 있는 사업주가 연계고용 대상 사업장(장애인 직업재활시설 또는 장애인표준사업장)에 도급을 주어 그 생산품을 납품받는 경우 연계고용 대상 사업장에서 종사한 장애인근로자를 부담금 납부의 무 사업주가 고용한 것으로 간주하여 부담금을 감면하는 제도 ※ 근거 : 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제33조 제4항 및 제9항

연계고용 대상 사업장

■ 장애인 직업재활시설

- 「장애인복지법」 제58조 제1항 제3호에 의해 설치된 시설로서 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 장애인복지시설

■ 장애인 표준사업장

- 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제22조의4에 따라 인증 받은 표준사업장 (단, 자회사형 표준사업장은 대상에서 제외)

- 고용지원센터, 자활센터 등 고용 관련 기관에서 중독 회복자 고용지원을 할 수 있도록 지침 개발·제공
- 동료지원가 고용 및 파견 배치 계획 수립
- 치료와 직업 기능 개발의 유기적 결합으로 지속가능한 한국형 ‘중독자 회복중심 사회적기업 모델’ 개발, 일자리 제공

□ 세부과제 2. 정신질환자의 건강서비스에의 접근성을 강화하겠습니다.

- 정신질환자의 건강검진 수검율 제고
 - 정신건강서비스 제공기관의 서비스 실태파악을 통한 대안 마련 필요
 - 검진수검율을 높이기 위한 방안 마련과 정신건강관련 기관들의 협조 정신의료기관의 협의 등 접근성을 높이는 방안 마련 필요
 - 2017년 장애인 실태조사에 따르면, 정신장애인이 건강검진을 받지 못한 이유로 ‘별다른 증상이 없고, 건강하다고 생각해서’가 49.4%로 가장 높았으며, ‘검진결과에 대한 불안감(이상소견) 때문에’가 9.5%, ‘검진기관 까지 이동하는 것이 불편해서’가 7.3% 순이었음

□ 세부과제 3. 정신질환자 대상 평생교육 지원서비스를 확립하겠습니다.

- 학교기반 정신건강증진 사업 강화 필요(제5장 참조)
 - 2017년 장애인실태조사에 의하면 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유로 심한 장애로 인해서가 정신장애 29.9%로 장애평균 5.5%에 비하여 매우 높은 비율임.(전체장애중 뇌전증장애와 지적장애 다음으로 높은 수치) 또한 다니기 싫어서 24.0%로 장애평균 6.4%에 비하여 높고 15개 장애유형 중 가장 높은 이유로 조사되었음
- 정부의 평생 교육 프로그램에 대한 홍보, 내실 강화 및 교육대상 확대 필요
 - 정신장애인을 위한 특별 교육과정 욕구 파악 및 교육과정 운영
 - 2017년 장애인실태조사에 의하면 평생교육 프로그램인 학력보완교육, 성인기초 및 문자해독교육, 직업능력 향상교육, 인문교양교육, 문화·체

육·예술 교육, 시민참여 교육 등에 대해 참여 경험이 없다는 응답 비율이 98.5% 이상으로 나타남

- 장애인 특례입학 제도와 특수교육법 특수교육대상자에 정신장애인 명시 필요
 - 정신적인 문제로 인하여 학교를 떠난 많은 청소년들은 적절한 교육 기회를 갖지 못한채 게임중독, 가출, 약물남용, 자살기도 등의 문제에 노출되어 인생의 중요한 시기에 많은 어려움을 경험함
 - 현재 대학에서 실시중인 '장애인 특례입학 제도'의 경우 정신장애인의 대상이 명확하지 않다는 이유로 혜택을 제대로 받고 있지 못함. 현재 특수교육 대상자 선정(제15조)에서 정신장애가 정서·행동장애에 해당할 수 있으나 명확하지 않은 상황임
- 위탁모델 치료형 대안학교 설치 확대
 - 정신장애를 경험하고 있는 아동청소년의 학습권을 보장하기 위해 위탁모델 치료 대안학교를 추가 설치 필요

□ 세부과제 4. 정신장애인이 문화여가 서비스 및 일상생활 지원서비스를 이용할 수 있도록 제도를 개선하겠습니다.

- 문화여가서비스 이용 현황 점검 및 문화여가 기회 확대
 - 정신재활시설, 정신건강복지센터 등 정신장애인이 이용하는 시설을 대상으로 이용자 조사를 실시하여 이용자의 문화여가서비스 이용 현황에 대한 주기적인 파악 필요
 - 문화여가서비스를 제공하는 바우처 제공
- 정신장애인 활동보조 예산의 장벽 및 필요서비스 파악
 - 서비스 구분 중 돌봄지원에서 장애인 활동지원서비스의 경우 정신장애가 1.7%인데 비하여 자폐성장애는 22.9%, 지적장애 15.4%로 그 이용격차가 큰 것으로 나타남. 장애인 생활도우미의 경우도 정신장애가 0.6%인데 비하여 자폐성장애 2.9, 지적장애 3.3%로 나타남

정책과제 3. 정신질환자의 권익옹호 및 인권보장을 제도화하여 삶의 질을 향상시키겠습니다.

□ 세부과제 1. 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별을 개선하겠습니다.

○ 관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선

- 복지부, 법제처, 인권위, 교육부, 고용부 등이 포함된 ‘(가칭)정신질환 차별 개선 TF’ 구성
- 정신질환자에 대한 불합리한 차별을 제공하는 법령, 제도, 행태 등 실태조사 및 개선방안 마련
 - 여행이나 개인적인 차원에서 정신질환자의 보험계약에 있어서 차별과 배제가 개선되도록 공적보험제도

○ 정신질환 차별여부 모니터링 및 처벌규정 마련

- 정신질환 이력자, 당사자, 가족, 인권전문가 등이 포함된 ‘모니터링단’을 구성하여 언론, 온라인 등 실시간 모니터링
- 관련 법령 제·개정으로 정신질환자 및 정신질환 이력자 등에 대한 불합리한 차별 시 처벌할 수 있는 규정 마련

○ 당사자 및 가족이 참여하는 옹호 활동을 통한 차별 및 편견에 대한 대응 강화

- 차별과 편견해소 목적 국민 홍보와 교육, 정신장애인 차별적 미디어에 대한 대응, 정책개발 및 제안, 상설협의체 관계자로 참가, 등

□ 세부과제 2. 자기 의사결정권을 지원할 수 있는 제도적 기반 및 체계를 마련하고 확대하겠습니다.

○ 정신장애인 공공후견제도 기반을 마련하기 위한 법 제정 필요

- 정신장애인 공공후견의 경우 발달장애인과 치매환자에 비하여 법률근거가 미비한 상황이므로 제도 확립을 위해서는 보건복지부와 법무부가 협의하여 법안 발의가 필요하며, 이때 피후견인이 후견제도에 대하여 충분히 이해하였는지 확인하는 절차와 피후견인의 의사를 분명히 확인하는 구체적인 절

차가 있어야 함

○ 정신요양시설의 공공후견대상자 조사를 통한 의사결정지원

- 정신장애인의 경우 2016년 정신건강복지법 개정과 시행으로 시군구청장의 입소조항이 폐지되면서 정신요양시설에 입소되어 있던 31개 요양시설의 486명을 대상을 4개 법인이 한정후견사업을 진행하고 있음. 급하게 진행되어 실제 1,500명을 예상하였으나 1/3 정도의 대상만 신청하였으며 추가 모집에 당선 신청하지 못한 28개 요양시설을 포함하여 기존 요양시설에서 추가로 공공후견을 신청하려 하고 있음
- 2017년 현재 정신요양시설의 50세이상 7,660명 (78.8%) 60세이상 3,989명 (41.0%) 10년이상 입소자 47.7%(4,640명) => 시설 공공후견대상자 파악 필요
- 한정공공후견의 역할은 요양시설이 위치한 가정법원에서 부여받게 되는데 주로 신상보호와 재산관리에 한정되어 있으며 피후견인 대상이 대부분 수급자인 관계로 재산관리보다는 신상보호에 중점을 두고 있음. 하지만 요양시설에 일정역할을 부여받은 후견인이 들어가면서 의료행위의 동의, 거주 이전에 관한 결정, 사회복지서비스선택 또는 결정 등의 지원이 되고 있음

○ 정신질환자의 자기결정권 강화를 위한 절차보조인 제도 도입

- 절차보조인제도 시범사업 후 절차보조인제도를 도입하는 것은 정신질환자의 자기결정권을 강화할 뿐만 아니라 외부인에 의해 병원의 치료환경이 노출되어 치료환경에 신경을 쓸 수밖에 없도록 하는 기능이 있음
- 입원당사자의 신청으로 절차보조인이 정신의료기관을 방문하여 비자의 입원환자와 면담할 수 있도록 하는 것은 환자의 치료에 대한 불안을 완화하여 치료에 대한 순응도를 높일수 있어 치료기간을 단축할 수 있음
- 당사자를 절차보조인으로 양성하여 당사자 절차보조인이 준비되면 절차보조사업단을 지자체에 신청하고 지자체에서 절차보조사업단을 선정하여 시행할 수 있겠음
- 절차보조인은 그 자체로 당사자가 지역사회에서 회복하고 입원한 정신질

환자에게 퇴원에 대한 동기를 부여할 수 있을 것으로 기대됨

- 지역사회인프라, 재가복지, 상담바우처, 생활관리지도, 주거 및 취업의 단계적인 지원

○ 정신질환자 참정권 보장을 위한 정신병원 입원환자 부재자 투표소 설치 의무화

- 정신병원에 입원 중인 정신질환자의 경우 대부분 국민의 정당한 권리인 투표권에서 배제되는 경우가 발생함. (국가인권위 보고) 입원기간동안에도 부재자 투표에 참여할 수 있도록 병원은 입원환자에게 알릴 의무를 갖도록 해야 함. 병원내 사회사업실, 원무과를 통해 수행할 수 있도록 권고해서 정신질환자의 기본권이 침해받지 않도록 해야 함

○ 정신장애인 권익지원센터 설치 및 운영

- 역할: 정신장애인 당사자의 개인옹호 및 정신장애인 집단옹호를 통해 정신장애인의 인권보장과 삶의 질 향상에 기여
- 주요업무
 - 당사자의 자기결정권 행사와 관련 직간접 지원업무: 사전의료지시서 등 록지원업무, 재산관리 지원 업무 등
 - 개인권익옹호 관련 지원업무: 절차보조서비스, 공공후견신청지원업무, 공공후견인 및 의사결정 지원자에 대한 감독지원 업무, 등
 - 집단옹호업무: 차별과 편견 해소 목적 국민홍보와 교육, 정신장애인 차별적 미디어에 대한 대응, 정신장애인에 대한 정부 또는 지방자치단체의 정책 개발과 제안, 상시협의체의 stakeholder로 참가 등
- 구성
 - 당사자 활동가
 - 인권옹호 활동가
 - 동료지원가 등
- 운영 방식: 정신장애인 권익지원센터를 중앙 단위에 1개소 설치하고, 거점 지역 혹은 권역별로 정신장애인 권익지원센터를 설치하여 운영. 거점 혹은

권역별 정신장애인 권익지원센터의 경우 기존의 정신재활시설 등에 사업을 위탁할 수도 있을 듯함

○ 자기 의사결정권을 지원하고 당사자 및 가족의 권익옹호 실천 구축 및 정착을 위한 협의체 구성 및 운영

－ 역할: 광역지방자치단체와 민간의 협력체계 및 양자의 이니셔티브를 통해 다음의 과제들을 실현하는 것

- 장기입원, 장기입소 대책 및 지역사회 기반 치료와 요양 구축
- 지역사회에 고립된 정신장애 당사자의 사회활동 참여 증진
- 시설, 병원, 지역에서 발생하는 정신장애인 학대, 방임, 자기방임에 대한 유기적 협력체계 구축

－ 주요업무

- 공공후견, 절차보조사업과 관련된 업무 협의
- 참여하는 각 기관과 관계자(Stake holders)들 간 정기적 협의회 운영
- 연간계획, 보고서 작성 등도 고려해 볼 수 있음

－ 구성

- 공공 : 광역 담당 공무원, 정신장애인 권익옹호기관, 등
- 서비스 제공자 : 정신병원, 정신건강복지센터, 재활시설 대표, 등
- 서비스 이용자 : 당사자 및 가족

□ 세부과제 3. 당사자 및 가족 활동을 지원하겠습니다.

○ 장애인복지분야에서는 이미 장애인 당사자 중심의 전달체계 개편이 여러차례 모색이 되었음. 정신보건분야는 최근 정신장애인 당사자들의 활동이 활발해지고 있음.

○ 정신장애인 당사자들이 병원, 정신건강복지센터, 정신재활시설에서 활동할 수 있도록 일정 정도의 자격과정을 운영하여 정당한 대우를 제공하고 활성화시키는 것이 필요함.

- 정신장애인 당사자를 동료지원가로 양성하는 것과 정신장애인 가족을 가족지원가로 양성하는 것이 해당.
 - 당사자 자조단체 설치 및 운영지원
 - 가족 자조단체 운영지원
 - 가족 활동지원가 양성 및 지원

제 8 장

정신건강서비스 전달체계 분야 정책과제

제1절 정책 추진 배경

제2절 추진 목표 및 과제

8

정신건강서비스 전달체계 분야 < 정책과제 <

제 1절 추진 배경

1. 지역사회 정신건강복지 인프라 확대 및 강화 필요성 지속 부각

가. 정신건강복지센터 업무 표준화 및 역량 강화 필요

□ 정신건강복지센터는 정신건강정책의 핵심전달체계

○ 정신건강복지센터는 1995년 정신보건법 제정, 1997년 정신보건법 시행이후 정부의 정신건강정책의 주요전달체계로 역할을 수행해 옴

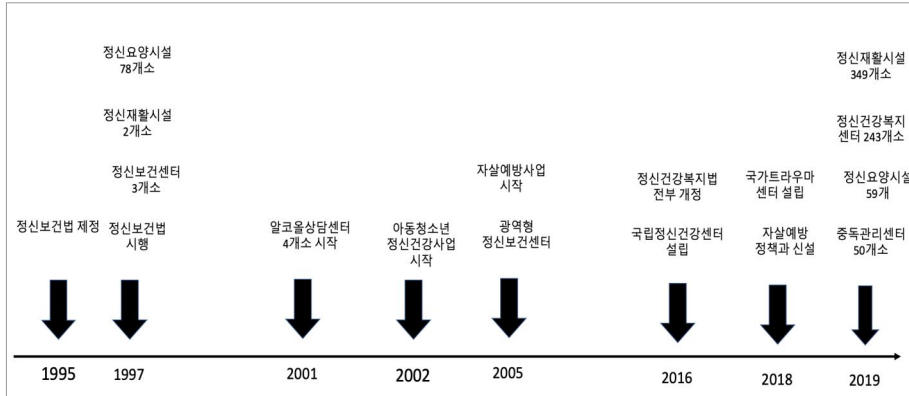
- 초기 중증정신질환관리사업에 집중했던 정신건강복지센터의 사업은 알코올중독예방사업, 아동청소년정신건강사업으로 확대되었고 2000년대 초반 자살률 급증시기에 자살예방사업을 수행하면서 그 역할이 확대되었고 대중화됨. 특히 2014년 세월호 참사사건, 메르스사건 등 사회적 재난이 발생했을 때 재난에 따른 심리적 외상에 개입하는 재난정신건강사업까지 수행함
- 현재 정신건강복지센터에서는 중증정신질환관리사업, 자살예방사업, 아동청소년정신건강사업, 정신건강증진사업, 재난정신건강사업, 치매사업, 주간재활, 직업재활, 노숙인정신보건사업 등을 수행하고 있음
- 중증정신질환관리사업의 경우 모든 정신건강복지센터에서 수행하고 있음. 이와 유사하게 자살예방사업과 아동청소년사업 역시 대다수의 정신건강복지센터에서 사업을 진행하고 있음

□ 정신건강복지센터는 가장 대중화된 전달체계의 성공모형

○ 정신건강복지센터는 정신건강전달체계에 있어서 가장 대중화된 전달체계의

성공적인 모형으로 이후 치매안심센터, 중독관리통합지원센터 운영에 있어서도 영향을 끼침

[그림 8-1] 정신보건법 제정 이후 전달체계 증가



○ 정신건강복지서비스 전달주체 중 정신건강복지센터는 대표적인 공공서비스 제공 주체임

－ 국민들 중 50%이상이 정신건강복지센터에 대하여 인지하고 있으며 국민 5명 중 1명이 정신건강복지센터 서비스를 이용한 적이 있다고 응답할 정도로 대중적인 조직이 되었음

[그림 8-2] 2017년 정신건강복지센터 인지도 조사(국립정신건강복지센터)

구분	연령별					
	15-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세
들어본 적 없다	60.6	48.2	49.5	49.4	37.1	53.3
들어본 적 있다	39.4	51.8	50.5	50.6	62.9	46.7
기관 이름정도만 알고 있다	60.3	61.4	62.0	68.9	69.8	74.2
기관에서 운영하는 정신건강관련 서비스에 대해 알고 있다	18.6	23.9	26.6	25.4	25.7	22.9
기관에서 운영하는 정신건강서비스를 직접 이용해 본 적이 있다	21.1	14.7	11.4	5.8	4.5	2.9

(단위 : %)

1) 정신건강복지센터 인지도는 정신건강복지센터에 대해 들어본 적이 있는 여부로 측정되었음
 2) 기관에 대해 얼마나 알고 있는지와 관련한 문항은 정신건강복지센터에 대해 들어본 적이 있는 사람에 한해 물어본 것으로, 이 문항의 값은 정신건강복지센터에 대해 들어본 적이 있다고 응답한 사람의 수 대비 각 문항에 응답한 사람의 수의 비율로 측정되었음.
 3) 정신건강복지센터 인지도는 조율값임.
 4) 자료: 국립정신건강센터, 대국민 정신건강 지식 및 태도조사 2017년

○ 정부는 지난 20여년 동안 지속적으로 정신건강복지센터를 전국으로 확장하여 설치·운영하여 왔음

– 정신건강복지센터는 1997년 3개였으나 2019년 현재 243개소가 운영되고 있음. 이러한 성장은 정부의 정책적 노력도 있었지만 정신건강사업에 대한 높아진 수요가 있었기 때문임

□ 정신건강복지센터의 표준화되지 않은 업무로 인한 혼란 개선 필요

○ 정신건강복지센터는 이처럼 우리사회의 중요한 지역사회 정신보건과 복지의 전달체로서 역할 수행하고 있음. 그러나 정신건강복지센터 인력은 유사한 역할을 하고 있는 복지관에 비해 기준조차 마련되어 있지 않은 상태로 업무상의 어려움을 겪고 있음

○ 이로 인해 사회적 이슈에 따라 사업비중의 변화가 생김으로 일관성 있는 업무 추진에 어려움이 있음 예를 들면 자살률이 높아지면 자살예방사업에 치중해야 하고 중증정신질환자의 타해사건이 발생하면 정신건강위기개입 등 업무상의 변화가 큼

– 한편, 사회복지관의 경우, 업무와 기능에 따른 최소 인력기준 권고안을 마련하여 이에 따르도록 하고 있음. 광역시의 경우 1개의 복지관당 2명, 가족기능 강화, 지역사회보호 등의 서비스 제공인력도 4명, 복지네트워크 구축, 주민조직화 등의 업무는 2명으로 구성되며 행정 및 관리인력도 규정하고 있어서 1개의 복지관에 4명의 인력을 둘 수 있게 되어 있음

<표 8-1> 보건복지부 사회복지관 최소 인력기준 권고안

기능	사업분야	도 (세종 포함)	광역시	서울특별시
사례관리	사례발굴, 사례개입, 서비스연계	2명	2명	3명
서비스 제공	가족기능강화, 지역사회 보호, 교육문화, 자활지원 등	4명	4명	5명
지역조직화	복지네트워크 구축, 주민조직화, 자원개발 및 관리	2명	2명	3명
행정 및 관리	관장, 부장/총무, 경리/서무, 시설안전	3명	4명	6명
총 계		11명	12명	17명

－ 또한 정신건강사업의 수요에 비해 정신건강복지센터의 규모와 운영이 매우 열악하다는 지적이 있음

- 정신건강복지센터는 기초자치단체마다 평균 1개소가 운영되고 있으며, 기관 당 9개정도의 사업을 운영하고 있으며 근무인력은 평균 12명임. 사업 당 1명의 인력이 담당을 하고 있다고 볼 수 있음

○ 그리고 보건복지부는 2019년 한 지역에서 발생한 아파트방화사건이후 급증하는 정신질환 위기개입에 대응하고자 정신건강복지센터 업무 우선순위 가이드라인을 제시함

- － 경찰에 의한 진단 및 보호신청(행정입원 초기단계) 요청과 현장동행 요청으로 정신건강복지센터 업무가 과부화가 되다보니 이에 대한 지침을 정한 것임
- － 이러한 가이드라인의 제시는 긴급한 조치이기도 하지만 그만큼 정신건강복지센터 업무 표준화가 되어 있지 못하다는 것을 반증하는 것이기도 함

[그림 8-3] 중요성, 긴급성에 따른 업무 분류

중요성	2순위	1순위
	④ 유지관리 대상자 사례관리 및 주간재활서비스 (정신재활시설 미설치 지역) ⑤ 정신질환자 신규등록체계 구축 및 등록 ⑥ 아동청소년 고위험군 조기발견 및 치료연계사업 (학생정서행동특성검사 후 심층평가 및 심리검사, 치료비 지원 포함) ⑦ 포괄적 서비스 제공과 지역사회 네트워크 구축 (유관기관 회의 및 간담회, 사례회의) ⑧ 고위험군 조기발견 및 치료연계체계 구축 ⑨ 일반상담 ⑩ 인식개선(홍보) 사업, 정신건강 교육 프로그램 운영	① 정신질환자, 자살 고위험군 위기개입 (위기대응체계 구축) ② 위기, 집중관리 대상자, 자살 고위험군 사례관리 ③ 사례관리 필요 의뢰대상자* 관리 (퇴원, 지역사회, 행복e음 등)
긴급성	4순위	3순위
	⑭ 정신건강심사위원회 업무 지원 ⑮ 정신건강의 날, 자살예방의 날 행사 ⑯ 지역보건의료계획 등 각종 계획 수립 ⑰ 지자체 정부합동평가 대응	⑪ 내부 사례회의 운영 ⑫ 가족지원 ⑬ 자살 수단 모니터링
긴급성		

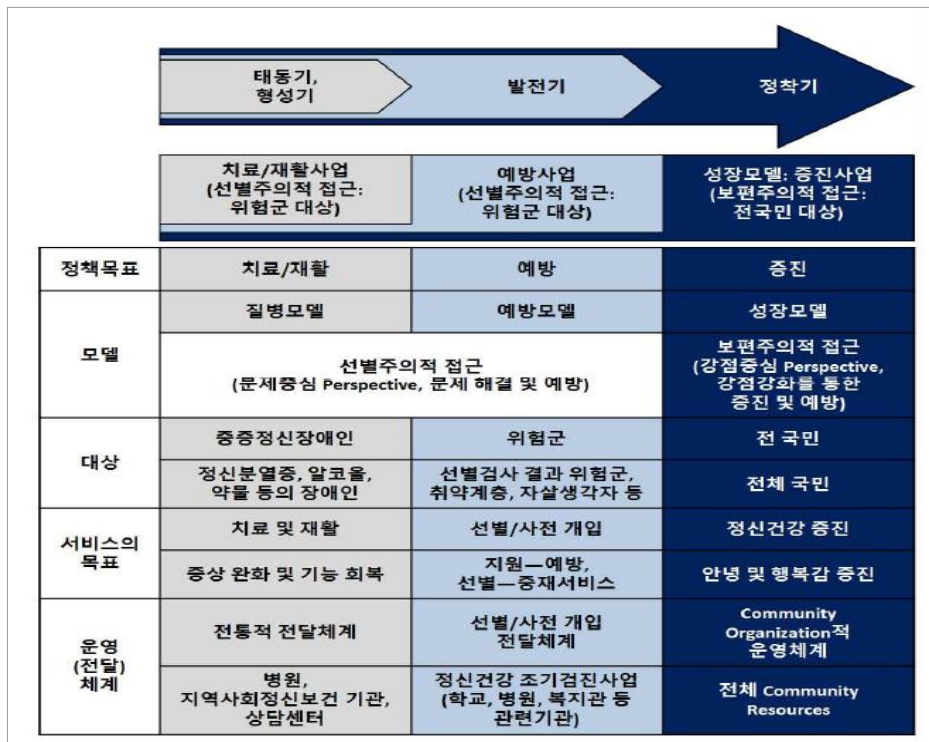
* 의뢰대상자 중 정신의료기관 퇴원 사실 의무 통지 대상자나 위기, 집중관리가 필요한 경우

□ 정신건강복지센터 업무과부하

○ 정신건강복지센터의 업무 과부하의 원인은 시대적 수요에 대응하지 못한 정책적 투자가 이루어지지 않았던 것임

- 강상경(2013)은 한국 정신보건서비스 전개과정에 대해서 태동기, 발전기, 정착기로 설명하며 90년대 질병모델 중심이었던 정신보건서비스가 예방모델을 거쳐서 성장모델로 나아가고 있다고 진단함. 그는 초기의 정신건강서비스가 중증정신장애인을 중심으로 이루어졌지만 최근엔 전체 국민들로 확대된 것으로 봄
- 이는 사실상 중증정신장애인에서 일반국민으로 발전해 나가는 정신건강서비스에 대한 수요를 보여주고 있는 것으로 이에 대한 서비스가 적절히 이루어져야 함

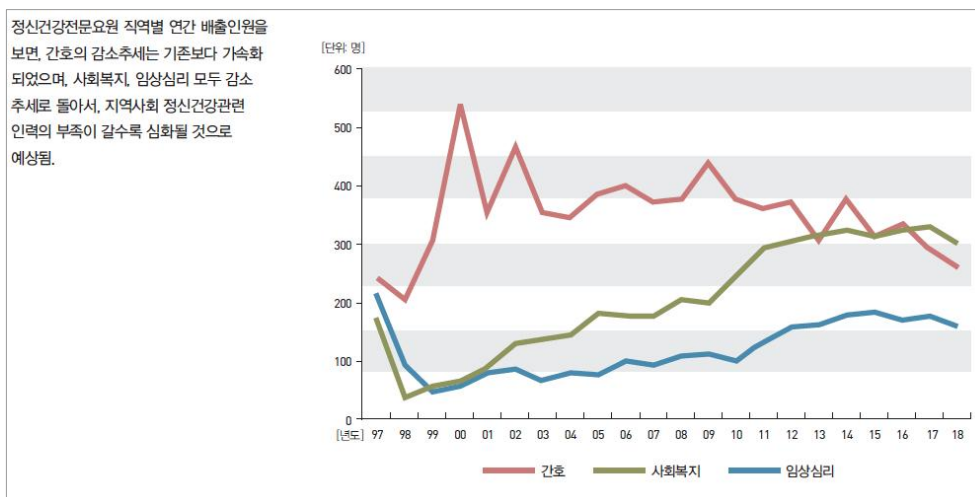
[그림 8-4] 한국의 정신건강서비스 전개과정



자료: 강상경(2013). 한국 정신보건서비스의 전개과정

- 이러한 전개과정은 정신건강복지센터가 정신보건센터-정신건강증진센터-정신건강복지센터로 발전하면서 중증정신질환관리사업 중심에서 자살예방사업으로 확장되면서 전국민 정신건강을 위한 다양한 정신건강사업에 참여하게 되는 것을 설명하고 있음. 이처럼 지역사회 정신보건사업은 높아지는 수요속에서 변화하고 있지만 정신건강복지센터의 균형적인 발전은 더딘 것이 사실임

[그림 8-5] 정신건강전문요원 지역별 연간 배출인원



□ 정신건강복지센터운영의 지역별 심각한 지역별 편차 존재

- 정신건강복지센터의 지역별 편차 크므로 지자체별 최소한의 기본적인 정신보건서비스를 받기 어려운 실정임.
- 정신건강 현황 제 4차 예비조사 결과보고에 의한 2017년 현재 정신보건 현황은 정신사회재활시설이 서울, 경기도에 48.1%로 편중되어 있음.
 - 또한 정신의료기관도 서울, 경기도에 40%가 편중됨. 이러한 인프라는 인구 1인당 정신보건예산으로 비추어 볼 때, 최대 전남 광주(7,224원), 최저 경남(2,557원)으로 3배 이상 차이가 나는 상황임.
- 정신건강인력 역시 인구 10만명당 정신건강전문요원이 16.2명으로 OECD 97.1명의 1/3에도 미치지 못하고 있으며, 이 또한 서울, 경기도 지역에 밀집되어 있어 전문적인 정신건강서비스 제공이 어려움

- 모든 지역에서 기본적인 정신보건서비스인 정신건강복지센터, 주간재활시설, 주거시설, 신체질환도 함께 치료받을 수 있는 종합병원 정신과 병상(자살시도자 개입, 고령화되는 중증정신질환자) 전달체계가 필요함

□ 미등록자 관리에 대한 지역의 수요 증가

- 정신건강의학과 병원에서 퇴원한 후 정신건강복지센터에 등록 의뢰되었으나 환자 거부 등으로 인한 미등록 상태에서 범죄가 발생하는 등 미등록자 관리 필요성 제기
 - － 등록관리가 필요한 미등록 정신질환자에 대해 현재 일부 기초정신건강복지센터에서 자체적으로 관리 계획을 수립·시행 중임
 - － 보건복지부는 전국 237개 센터 중 117개소(49.4%)에서 미등록자 접촉, 등록 유도 지침 수립('19.6)하였음
- 미등록자 관리계획 미수립 센터에 대한 수립 독려 및 미등록자 관리의 표준화를 위해 통일된 관리 지침이 필요.

□ 자살예방 서비스체계 구축 요구

- 현재 자살예방센터는 광역수준에서 운영되고 있으며, 기초자치단체에서는 정신건강복지센터 중심의 사례관리체계 구축, 다양한 인접체계와의 연계체계 구축이 요구되고 있음
- 다양한 집단을 대상으로 하는 자살예방활동, 고위험군 사례관리강화를 위해 지역정신건강복지센터 자살예방인력 확충이 요구됨(자살예방 국가행동계획, 2018)

나. 중독 관련 서비스 인프라 확충 지연 및 연계협력 미흡

□ 중독 예방 및 관리를 위한 서비스 인프라 확충 필요

- 음주폐해예방실행계획(2018)에 따라 중독관리통합지원센터에 관한 법률 규정

이 마련되었고, 전국 50개에 그치고 있는 중독관리통합지원센터를 추가 확충하여 인구 20만 이상 기초 자치단체에 추가 확충(50개)이 요구됨

－ 이에 따라 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터 간 중독문제에 관한 역할분담과 연계협력체계 구축 역시 필요

○ 2008년 이후 문화체육관광부 산하 한국도박문제관리센터 및 지역센터가 확충되어 전국적으로 15개 센터가 운영 중이며 보건복지부의 정신건강복지체계와 유기적 연계, 협력 방안이 요구됨(도박중독 예방·치유 중장기계획, 2016)

○ 지역사회기반 치료재활서비스가 취약한 상황임

－ 알코올 등 중독자를 위한 조기개입·상담 및 재활서비스를 제공하는 지역사회 인프라가 부족함

－ 지역사회 기반 정신건강복지 인프라(기초정신건강복지센터, 중독통합관리지원센터, 자살예방센터 등)의 성인 고위험음주 추정인구 수 대비 중독문제 상담률은 0.7%에 불과하며, 성인 알코올사용장애 추정인구 수 대비 중독문제 상담률은 약 3.5% 불과하고, 중독문제 상담 후 치료연계율은 약 4.9% 뿐인 상황임

• 추정 고위험음주자 수 = 지역별 20-75세 연앙인구 수(2017년) * 각 지역 고위험음주율(2017년)

• 추정 알코올중독자 수 = 지역별 20-75세 연앙인구 수 * 3.5%

• 중독상담률 = 중독관련 상담 실인원 수/지역별 고위험음주, 알코올중독 추정인구수*100

－ 중증 알코올사용장애 환자들의 지역사회 기반 회복서비스를 이용에 있어, 중독관리통합지원센터는 서비스 대상자에 비해 절대 부족함

• 전국 50개소(8,715명 이용)로 중증 알코올 중독자수+ 약 18만명의 4.9% 만이 서비스 제공을 받은 수준('18년 기준) +추정 중증 알코올 중독자수=전체인구수*알코올중독유병률(3.5%)*10%

• 조현병 등 중증정신질환은 항정신병 약물과 같은 약물치료로 증상의 악화를 예방할 수 있으나, 알코올 중독질환은 효과적인 치료약이 없어 지속

적 사례관리가 중요

다. 재난 트라우마 대응 체계 강화 필요

□ 재난심리지원체계 구축 요구

- 재난 등으로 인한 트라우마 문제에 대한 심리회복지원서비스 확충을 위해 행정자치부의 재난심리회복지원센터는 광역자치단체수준에 설치가 완료됨. 하지만 보건복지부가 추진하는 트라우마센터는 중앙과 4대 권역센터 확충을 추진하는 수준으로 다소 미진한 상황임
- 기본적으로 트라우마 심리지원서비스는 광역 정신건강복지센터 및 기초 정신건강복지센터가 담당하였으며 지역적으로는 해당 지역이 당면한 문제에 대응하기 위해 대구트라우마센터, 광주트라우마센터, 안산온마음센터 등과 같은 기관들이 운영되고 있음
- 재난심리회복지원센터, 트라우마센터, 광역 및 기초 정신건강복지센터 등이 협력하는 전국적인 재난 및 트라우마 심리지원체계 구축이 요구됨

□ 재난 트라우마에 대한 국가의 체계적 관리 필요

- 세월호 사건 등 재난 트라우마에 대한 국가 차원의 심리지원 체계를 마련하고자 2018년 4월에 국립정신건강센터에 국가트라우마 센터를 설치하였음
 - － 그동안 대형 재난에 대한 심리지원은 2013년 5월 국립정신건강센터 내에 발족된 심리위기지원단이 담당하였음. 심리위기지원단은 비상설 조직으로 중앙 차원의 체계적인 대응이 어려워 정신건강 고위험군을 지속적으로 관리하는데 한계 존재
- 재난 현장에서 양질의 정신건강 서비스를 신속하게 제공하기 위해서는 시스템 구축 필요한 상황임
 - － 재난 피해자들의 심리적 회복을 위해 지역별로 재난 위기대응 및 트라우마 치료 프로그램을 제공할 수 있는 시스템을 구축하여야 함

2. 지역의 정신건강복지서비스 인프라간 연계 강화 필요

□ 다양하게 확대되는 정신건강복지사업으로 전달체계 혼란

○ 보건과 복지의 전달체계는 통합성(coordination), 연속성(continuity), 접근성(accessibility), 책임성(accountability), 전문성(specialization), 평등성(equality)를 갖추고 있어야 함. 그리고 최근 장애인복지 분야의 전달체계 개편에 있어서 당사자중심을 강조하고 있음

○ 하지만 정신건강증진, 치료 및 재활, 중독관리, 자살예방, 재난심리지원 등 각 영역별로 각각의 국가계획이 수립되고 서비스전달조직 확충이 추진됨에 따라 지방자치단체 내 정신건강복지전달 인프라 수준이 상이하고, 영역별 전달조직들의 분리 및 파편화 우려가 증가함

○ 이로 인해 보건소 및 정신건강복지센터 중심의 통합적 지역정신건강복지체계의 구축과 운영이 더욱 중요한 과제로 등장함

– 2019년 봄 지역사회 위기응급대응의 실패사례는 정신건강복지 인프라 확충만으로는 정신건강문제에 대한 효과적 대응이 쉽지 않으며, 지역사회의 통합정신건강복지사업 운영체계 구축이 중요함을 시사함(보건복지부, 2019.5.). 이를 위해 지방자치단체의 책무성이 강화되어야 하며, 보건소 및 정신건강복지센터 중심의 통합적 전달체계 운영이 요구됨

– 각 지역별로 각 영역별 정신건강복지 인프라 확충 정도는 상이하므로 인프라 수준을 고려한 통합적 정신건강복지사업 운영이 요구됨(전진아 외, 2019)

○ 제2차 사회보장기본계획(2019~2023)에 근거해 향후 사회보장서비스 이용체계의 연계성 제고를 위해 시·군·구 수준과 읍·면·동 수준의 복지전달체계 및 커뮤니티케어체계 구축이 추진됨

– 이러한 지역사회 사회서비스 전달체계 변화에 조응하여 정신건강복지서비스 체계 또한 커뮤니티케어체계의 일 구성요소로 연계 및 통합 필요성이 제기됨

□ 정신건강복지서비스의 상호 기능중복 및 통합적 운영의 어려움

- 조기 정신증 질환자를 위한 단기집중치료, 위기안정화를 위한 단기입원서비스 등 정신의료기관들의 의료서비스 기능분화 및 기능분담과 연계 및 통합적 운영이 요구되지만 정신의료기관의 자원에 맡겨져 있어 제대로 이루어지지 않음 (김문근 외, 2015)
- 중증정신질환자를 위한 위기지원, 지역사회전환지원, 재활지원, 주거지원 및 지역사회자립생활 지원 등 복합적 욕구가 존재하지만 정신의료기관, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등 이 의료서비스, 사례관리, 재활서비스 등을 통해 제각각 유사한 서비스를 공급하는 경향이 있으며, 기관들 간의 기능중복으로 인해 유기적 연계와 협력이 이루어지지 않음(전진아 외, 2017)
 - 아래 표는 정신건강 관련 사업을 진행하고 있는 기관의 종류와 그에 따른 기능을 정리한 것임

<표 8-2> 정신건강 관련 사업을 진행하고 있는 기관 및 기능(1)

기관종류 기능	대학의 료기관	국공립 정신의 료기관	국공립 의료 기관	조기중 재지원 센터	정신요 양기관	Wee Cent er	청소년 복지센 터	아동보 호전문 기관	해바라 기센터	중앙정신 건강복지 사업지원 단	기초 재난심 리회복 센터	광역 재난심 리회복 센터	종합사 회복지 관	일반 의원	정신 과의원	생활 시설	주 간 재활 시설	공동 생활 가정	지역사 회전환 시설	직업 재활 시설
입원치료	●	●																		
외래치료	●	●	●												●					
응급치료	●	●																		
전문인력 양성	●	●					●			●	●	●								
조사 연구	●	●					●	●	●	●	●	●								
네트워크 구축		●					●	●	●	●	●	●								
가족 교육, 모임 등	●	●			●	●	●	●	●							●	●	●	●	
사례관리					●	●	●	●	●				●			●	●	●	●	
사회참여					●											●	●		●	
평생교육					●											●	●		●	
문화 예술 여가 지원					●											●	●		●	
거주 치료 재활지원					●											●	●	●	●	
고용 및 직업재활																●	●		●	
종합 재활					●											●	●		●	
보호 및 요양					장											단		장	단	

[illegible]

<표 8-3> 정신건강 관련 사업을 진행하고 있는 기관 및 기능(2)

[illegible]

기관종류 기능	아동·청소년 정신건강 지원시설	중·독 자재 활시설	생·산 품·관 매시설	중·합 시·설	국·립 트·라 우·마 센터	기·초 정·신 강·복 지·센터	광·역 정·신 강·복 지·센터	보·건 소	중·양 자·살 예·방 센터	기·초 자·살 예·방 센터	중·관 통·합 원·터	서·심 지·원·터	읍·면 동·복 지·정· 행·센·터	회·복 지·원·단	위·기 터	정·신 애·자 생·활 센·터	트·라 우·센·터	한·도 문·제 관·리·센·터	국·약 치·본·부	마·약 치·센·터	강·족 지·원·터	해·마 기·센·터	학·교 밖·청· 소·지·원·터	청·소 년·터
보호 및 요양(장· 단)															단									단
서비스연계	●	●		●	●	●	●	●		●	●	●	●		●		●	●	●	●		●	●	●
치료연계	●	●		●	●	●		●		●	●	●	●		●		●	●	●	●		●	●	●
프로그램	●	●		●	●	●				●	●	●			●	●	●	●	●	●		●	●	●
일반 상담	●	●		●	●	●	●			●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
조기발견	●					●				●	●				●		●	●	●	●	●	●	●	●
교육	●					●	●	●	●	●	●					●	●	●	●	●		●		
홍보	●					●	●	●	●	●	●					●	●	●	●	●		●		

- 뿐만 아니라 정신건강 고위험군(초발 정신질환) 사례관리, 자살위기사례관리, 중독사례관리, 재난심리지원 등 사례관리에 대한 다양한 요구가 있음. 하지만 지역마다 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, 재난심리회복지원센터 및 트라우마센터 등의 확충정도가 상이함(강상경 외, 2016; 전진아 외, 2019)
 - 따라서 서비스 전달체계 내 기능분담 및 통합적 운영을 어떻게 추진할 것인지가 모호하며, 정신건강복지센터는 복합적 기능을 담당하게 되므로 기능적 과부하가 우려됨. 이에 따라 정신건강복지센터의 업무 표준화 역시 병행되어 고민될 필요가 있음

□ 광역·기초정신건강복지센터 간 협력적 기능 강화

- 지역에서 다양하게 진행되는 정신건강복지사업 간 연계도 필요하지만, 정신건강복지서비스 제공 인프라의 주축인 광역과 기초 정신건강복지센터 간 협력적 기능 역시 강화되는 것이 필요함
- 특히 광역형 정신건강복지센터의 기능을 강화하여 정신건강서비스를 제공하는 기관들 간의 분절화를 개선해야 함. 중증정신질환자가 퇴원한 이후, 지역사회 정신보건기관에서 제공받는 과정에서 중도탈락을 막는 서비스 모니터링 등이 필요함. 이를 위해서 광역형 정신건강복지센터의 모니터링 기능을 강화해야 함
 - 현재의 광역형 정신건강복지센터의 교육, 프로그램 개발, 평가 등의 기능은 국립정신건강센터에서 맡고 광역형 정신건강복지센터는 기초형 정신건강복지센터를 기능을 보완하고 지원하는 역할을 강화하는 것이 필요함

제 2절 추진 목표 및 과제

□ 정책 목표

- 지역의 정신건강복지 사회안전망을 구축하여 통합적인 정신건강서비스를 제공할 것입니다.

□ 정책 과제

- 정책과제 1. 지역주민 모두를 위한 정신건강복지 인프라를 강화하겠습니다.
- 정책과제 2. 지역의 정신건강복지 인프라 간 연계를 강화하여 지역의 정신건강 복지 사회안전망을 구축하겠습니다.

정책과제 1. 지역 주민 모두를 위한 정신건강복지 인프라를 강화하겠습니다.

□ 세부과제 1. 정신건강복지센터의 업무를 표준화하겠습니다.

- 정신건강복지센터의 업무가 사회적 이슈와 지자체장의 관심사로 인해 변동이 되는 것이 아닌 표준업무의 범주를 명확히 하고 거기에 따른 인력구성과 사업 내용을 표준화시키는 것이 필요함
 - － 정신건강복지센터는 중증정신질환관리부터 재난, 자살예방, 아동청소년 정신건강 등 정신건강의 모든 영역의 업무를 떠맡아 수행하고 있음. 이로 인해 사회적 이슈(재난사건, 정신질환의 증상으로 인한 사건 등)과 있을 때 마다 정신건강복지센터의 고유업무가 바뀔 정도임
 - － 2000년대 들어 정신건강증진사업이 확대되는 한편 정신건강복지센터 인력의 업무량, 표준화에 대한 연구사업도 소홀하였으며 이로 인해 센터 인력들의 업무과부하와 소진이 가속되고 있음
- 지자체별 정신건강복지센터 규모가 다르고 빈익빈 부익부로 지자체 재정자립도에 따라 서비스의 질과 내용도 다름. 따라서 정신건강복지센터의 최소 운영 규모를 정하고 수도권 이남 지역을 중심으로 표준화하고 일정 규모로 운영될

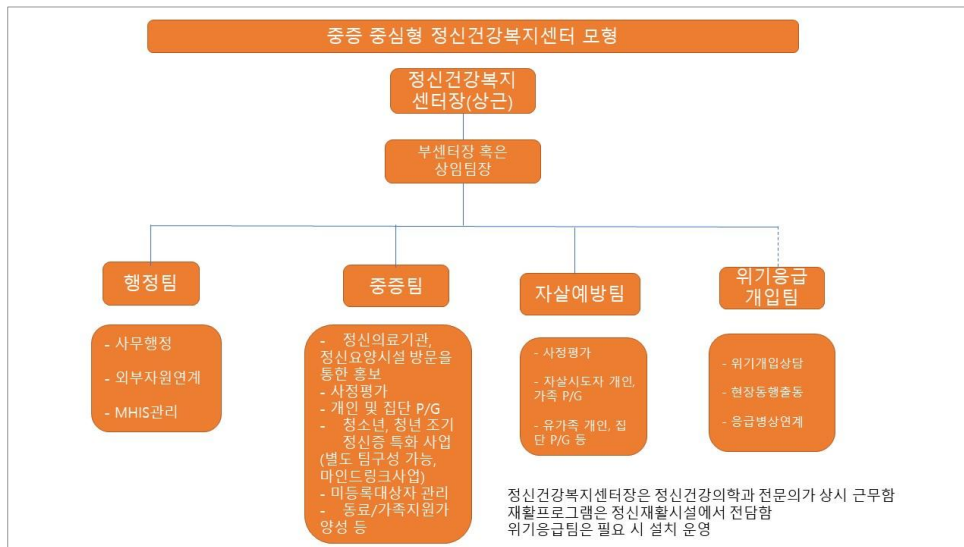
수 있도록 유도해야 함

- 최소 20명이상 인력으로 구성되고 팀 체계로 표준화시키고 인구가 20만명 이상인 지역에서는 인구 10만명당 10명씩 인력을 증원하는 모형을 고려해야 함
- 예) 1인당 20명의 중증정신질환자 사례관리, 1인당 최대 10명의 자살고위험군관리, 일반상담은 1인당 1일 4명 등 질적인 정신건강서비스를 위하여 업무표준화가 시급함

○ 정신건강복지센터의 업무 범위에 따라 운영가능한 모형 개발 및 표준화 필요 (3가지 안)

- 중증정신질환 및 자살 고위험군 중심의 서비스 제공 모형 (1안)
- 중증정신질환 및 자살고위험군 중심의 서비스 제공 모형은 정신건강복지센터의 주요 기능을 primary health care 제공 기관으로 보는 것이 아닌 secondary and specified health care 제공 기관으로 활용하는 것임
- 정신과 전문의를 상근센터장으로 두고, 중증정신질환 및 자살 고위험군 중심의 사례관리 서비스를 제공하는 것에 초점을 둬. 중증정신질환의 경우 지역에 따라 만성 및 조기 정신을 다루는 팀을 구성할 수 있을 것임
- 아래 모형의 경우 기존 정신건강복지센터에서 수행하는 예방 교육 홍보 기능의 경우 보건소로 이양하고, 정신재활 훈련 프로그램 역시 지역의 정신재활시설로 기능을 넘기는 모형임. 또한 중경등도 정신건강문제에 대해서는 서울의 심리지원센터와 같이 별도의 심리지원 인프라를 설치하여 운영할 수도 있으며, 지역에 중독관리통합지원센터가 설치된 지역에서 활용할 수 있는 방식임
- 따라서 이 모형이 운영 가능한 지역은 지역 내 정신재활시설이 설치되어 운영 중인 곳이어야 함. 현재의 정신건강복지 인프라를 고려해볼 때, 서울과 경기 일부 지역에서 운영가능한 모형으로 보임

[그림 8-6] 중증정신질환 및 자살 고위험군 중심의 서비스 제공 모형의 운영 체계도(안)



— 예방 교육 홍보 기능을 제외하되 중경등도 정신건강 문제에 대한 서비스를 제공하는 모형 (2안)

- 두 번째 모형은 첫 번째 모형과 동일하게 지역 주민 모두를 위한 예방 교육 홍보 기능을 제외하되 첫 번째 모형에서 우울과 불안과 같은 중경등도 정신건강 문제에 대한 심리지원서비스와 중독예방 및 관리 서비스를 추가적으로 포함하는 모형임
- 따라서 이 모형은 primary health care 제공 기관으로 기능하는 모형임
- 심리지원서비스의 경우 정신건강임상심리사 인력을 필수적으로 배치하여 심리학적 상담을 진행하도록 하고, 지역에 중독관리통합지원센터가 설치되어있지 않은 경우, 이 모형으로 운영하여 지역의 중독 예방 및 관리 사업을 담당하도록 함
- 심리지원팀에서는 재난위기 발생 시 트라우마에 대한 개입을 진행하며, 현재 아동청소년 대상 정신건강증진사업 역시 이 팀의 역할로 배치 가능
- 이 모형의 경우 대다수의 지역에서 운영가능한 모형으로 보이며, 지역의 인

구 규모나 재정자립도를 고려하여 인력을 배치하는 것이 필요함

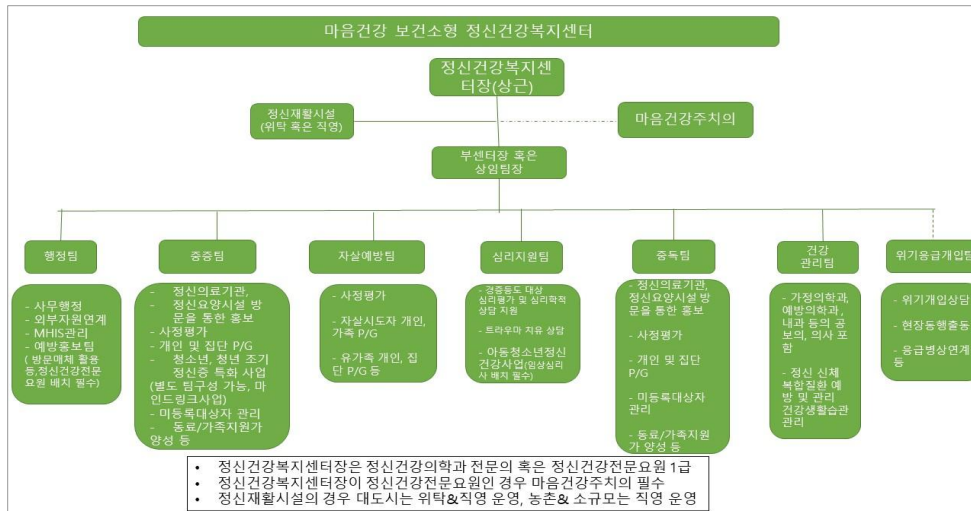
[그림 8-7] 중경등도 정신건강 문제에 대한 서비스를 포함하는 모형(표준 모형)의 운영 체계도(안)



– 지역주민 모두를 위한 마음건강보건소 모형 (3안)

- 마지막 모형은 지역 주민 모두를 위한 정신건강서비스를 제공하는 모형임. 이 모형은 두 번째 모형에 지역사회 주민 모두를 위한 예방, 교육 홍보 사업을 포함하는 것으로, 가장 광범위한 업무 범위를 가지고 있음. 이 모형 역시 두 번째 모형과 동일하게 primary health care 제공 기관으로 기능하는 모형임
- 또한 이 모형의 경우 마음건강과 신체건강과의 복합적인 문제를 다룰 수 있도록 신체 진료과 및 관련 인력을 포괄하는 모형임
- 정신재활시설이 설치되어있지 않은 지역에서 마음건강보건소 모형을 운영한다고 할 때, 현재 보건소가 정신건강복지센터를 위탁운영하고 있는 것과 유사하게 정신재활시설을 마음건강보건소 내 위탁 혹은 직영 구조로 설치하고 운영하는 방안 역시 고려 필요

[그림 8-8] 마음건강보건소 모형의 운영 체계도(안)



－ 정신건강복지센터의 모형과 관계없이 모든 모형에 적용되는 원칙은 다음과 같음

- 모든 모형에는 행정팀이 필수적으로 배치되는 구조이며 행정인력을 별도로 두는 것이 필요함. 행정팀에서는 외부자원 취합 및 연계, 전산시스템 관리 등의 역할을 수행하는 것이 필요함
- 또한 센터장의 경우 상근 센터장을 두는 것을 필수로 하되, 1안의 경우 정신과 전문의를 상근 센터장으로 두는 것으로 한정할 수 있으며, 2안과 3안의 경우 정신건강전문요원 역시 상근 센터장으로 임명하여 운영하는 것으로 제안함. 만약 정신과 전문의를 상근 센터장으로 고용하지 않은 지역의 경우 지역사회 내 정신과 전문의를 마음건강주치의의를 둘 것을 제안함
- 부센터장 혹은 상임팀장의 경우 팀원들에 대한 수퍼비전을 제공해야하기 때문에 정신건강복지센터의 직영/위탁 구조와 관계없이 필수적으로 정신건강전문요원으로 임명하는 것이 필요함
- 동료지원가의 경우 중증팀이나 심리지원팀 혹은 예방홍보팀에 배치하여 관련 서비스를 제공하는 인력으로 활용가능할 것으로 보임

ㄴ 다음의 표는 지역 주민의 특성(임상군 정도)에 따라 정신건강복지센터에서

능 대 상	기	비임상군<----->임상군				
		일반군	경·중등도 (우울, 불안, ADHD 등)	자살 고위험군 및 자살시도자	중증정신질환 고위험군	특정 사용장애 중독위험군
					동료지원가 양성	
					가족지원가 양성	
조정자 네트워 크구성 원	서비스 연계	○	○	○	○	○
	치료 연계		○	○	○	○
모니터 링	MHIS	○	○	○	○	○
	별도 조사· 연구				○	
위에 언급한 대상에 맞는 필수 사업의 내용은 기본적으로 수행하는 것이 필요함. 모형3의 경우, 마음건강검진팀을 포함(예방의학, 내과 등 의사 혹은 공보의 포함)						
모형 1. 중증모형				○	○	
모형 2. 표준모형			○	○	○	○
모형3. 마음건강보건소모형	○	○	○	○	○	○
현재 team	심리지원팀	심리지원팀	자살팀	중증팀	중독팀	
변경 team	예방홍보팀	심리지원팀	자살예방팀	중증팀	중독팀	

□ 세부과제 2. 지역사회 기반 중독 관리를 강화하고 중독재활시설을 확충하겠습니다.

○ 정신건강복지센터의 업무 표준화와 병행하여 고민 필요(세부과제 1 참조).

－ 중독관리통합지원센터가 설치되어있는 지역의 경우 다음의 경우의 수를 고려해 볼 수 있음

- 중증정신질환 중심의 정신건강복지센터 모형(세부과제 1의 1안) + 중독관리통합지원센터 지속 운영(인력 확대 병행 필요)
- 표준모형 혹은 마음건강보건소 모형(세부과제 1의 2안과 3안) + 중독관리통합지원센터는 중독 재활시설(이용시설)로 기능 전환

– 중독관리통합지원센터가 설치되어 있지 않은 지역의 경우 다음의 경우의 수를 고려해 볼 수 있음

- 중증정신질환 중심의 정신건강복지센터 모형(세부과제 1의 1안) + 중독관리통합지원센터 신설 및 운영(센터 당 인력 8명으로 구성)
- 표준 모형 혹은 마음건강보건소 모형(세부과제 1의 2안과 3안) 내 중독예방 및 관리 팀 신설 및 운영

○ 위의 경우의 수와 관련하여 기존 연구에서 제시된 중독관리통합지원센터 확충 및 인력 확충을 통한 지역사회 기반 중독관리 강화방안은 다음과 같음(3가지 방안, 노성원 외, 2017)

– 방안 1) 기존 50개소 그대로 두고 현재의 중독관리통합지원센터 인력 확대: 현재 센터 내 인력이 평균적으로 4~5명으로 구성되어있음. 시군구의 중독예방사업을 효과적으로 수행하기 위해서는 최소 센터 당 9명의 인력 확보가 필요함

- 9명 인력 증원 시 필요 예산 : 1인 호봉 3500만원으로 계산
- 추가6명*2개소*3500만원)+(추가5명*27개소*3500만원)+(추가4명*6개소*3500만원)+(증원 인력 대비 사업비 14억9천만원)= 74억7천만원

– 방안 2). 현재 인구 30만 이상 지역 중 센터가 없는 35개 시군구에 센터를 신설하는 안(센터당 최소 8명 인력 구성)

- 센터당 최소 인력 산출은 FTE 기준으로 현재 센터에서 시행되는 전체 업무에서 사례관리 의 비중을 40% 수준으로 늘리는 것을 목표로 가정하여 산출함(전교연 등, 2017)
- 대략적으로 행정 1.2, 재활 1.5, 사례관리 3.2, 위기개입 1.3, 예방교육 등 0.5, 가족치료 프로그램 0.3으로 한 센터당 최소 8명의 인력이 필요할 것으로 보았음
- 센터 신설 시 필요예산: 1인 호봉 3500만원으로 계산, 최소 8명으로 구성
- 인건비: 필요인력 8명 * 35개소 * 3500만원 = 98억원
- 인건비 98억(80%) + 사업비 24억(20%) ⇒ 총예산 : 122억원

- 방안 3). 인구 20만 이상의 지역 중 센터가 없는 20개(17년 4월 기준), 시·군·구에 추가로 설치하는 안
 - 센터 신설 시 필요예산: 호봉 3500만원으로 계산, 최소 8명으로 구성
 - 인건비: 필요인력 8명 * 20개소 * 3500만원 = 56억원
 - 인건비 56억(80%) + 사업비 14억(20%) ⇒ 총예산 : 70억원

□ 세부과제 3. 중경등도 정신건강 문제를 경험하는 사람을 대상으로 한 심리지원 체계를 강화하겠습니다.

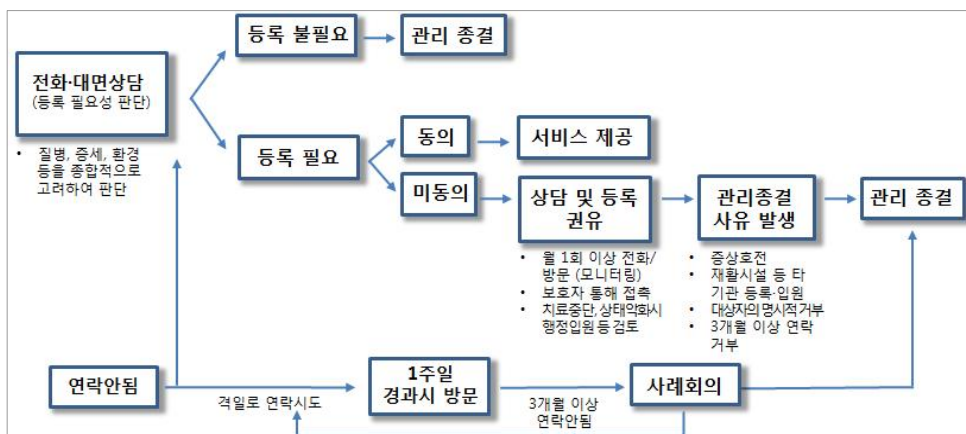
○ 정신건강복지센터의 업무 표준화와 병행하여 고민 필요(세부과제 1 참조)

- 중증정신질환 중심의 정신건강복지센터 모형(세부과제 1의 1안) + 기초 지자체 단위 심리지원센터 신설 및 운영
 - 심리지원센터를 설치할 경우, 기초심리지원센터, 광역심리지원센터 및 중앙심리지원단 설치 고려
 - 전국민의 정신건강증진 및 장기적으로는 자살율을 낮추기 위하여 심리전문가들이 제공하는 심리상담 및 심리평가 등의 심리서비스를 제공하기 위하여 기초자치단체마다 기초심리지원센터 설치(서울시 조례에 근거한 심리지원센터 설치의 예 참고)
 - 기초심리지원센터의 설치에 정부가 직접 운영하거나 자격을 갖춘 심리상담소에 위탁할 수 있도록 함(영국의 예 벤치마킹)
 - 각 광역자치단체에서 기초심리지원센터를 지원하고 모니터, 의견수렴 역할을 하며 국민들에게 보급할 국민 심리건강프로그램 및 심리건강지표들을 연구 개발함
 - 중앙심리지원단은 기초 및 광역심리지원센터에 대한 자료를 분석하고 해외 선진 프로그램이나 사례들을 국내 사정에 맞게 재표준화, 연구 개발하여 보급하도록 함
- 표준모형 혹은 마음건강보건소 모형(세부과제 1의 2안과 3안) 내 심리지원을 위한 팀 신설 및 운영

□ 세부과제 4. 등록관리가 필요한 미등록 대상자 모니터링을 통해 서비스 접근성을 높ی겠습니다.

- (목적) 등록관리가 필요한 미등록 정신질환자에 대해 정기적인 등록유도 안내를 통해 치료지속 여부, 증상 등을 모니터링하여 상담 및 서비스 제공
 - (등록 필요성) 의뢰된 대상자에 대한 정보 확인, 면담(전화 또는 대면) 등을 통해 대상자의 질병, 증상, 주변 환경 등을 종합적으로 고려
 - (최초 접촉) 의뢰 접수 후 1주일 내 유선 또는 대면 상담을 통해 서비스 안내
 - (등록 거부자) 매월 1회 이상 전화 또는 방문을 통해 등록관리를 유도하고, 그 과정에서 환자의 상태, 지속치료 여부 모니터링
 - 모니터링 중 치료 중단, 자타해 위험 등이 의심되는 경우 경찰, 소방과의 협업을 통해 응급입원, 행정입원 의뢰 등 검토('20.4.24일부터 외래치료 지원제 도입)
 - (관리종결) 등록 필요성이 없어지거나 등록이 불가능한 경우 종결처리

[그림 8-9] 등록 필요 미등록자 관리 과정



□ 세부과제 5. 트라우마를 경험한 사람들을 대상으로 한 트라우마 대응 체계를 강화하겠습니다.

○ 지역사회 재난 대응 정신건강관리체계 구축

- 행안부·복지부·교육부·여가부 등 관계기관 합동 재난 심리지원 대응체계의 협의 강화를 통한 역할 조정
 - 중앙심리회복지원단 및 시도 심리회복지원단의 효율적 운영
- 응급의료기관 내 응급 정신질환을 위한 별도 공간(격리 입원실 등) 마련 및 병원 내 필요인력 배치 검토
- 5개 국립병원, 국립안산마음건강센터, 광역 및 기초 정신건강복지센터를 중심으로 장기적·지속적 관리체계 마련
 - 국립안산마음건강센터 설치를 통한 6개 국립의료기관을 중심으로 한 권역별 트라우마 대응체계 구축하고 6개 국립정신의료기관에서는 상담과 치료 프로그램 수행, 재난 발생 시 투입되는 인력에 대한 트라우마 예방 및 관리 교육 등 수행
 - 트라우마 기반 치료 프로그램 운영
- 지역사회 내 위기 쉼터 설치 및 운영

○ 재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화와 전문인력 양성

- 재난 피해자 심리회복을 위한 트라우마 치료비 지원
 - 특별재난피해 대상자이거나 긴급생계지원이 필요한 경우 트라우마 치료에 대한 비용 지원
- 재난 피해자 심리 회복을 위한 R&D 강화
 - 재난 코호트 연구 등 연구과제 개발 및 운영
 - 일반 의료기관을 위한 트라우마 치료 안내 임상가이드 제작 등
- 국립서울병원 및 국립안산마음건강센터를 중심으로 재난 심리지원 전문인력 양성 및 정신과 의료진 등 관련 풀 관리
 - 트라우마 상담을 위함 심리사 인력 확보 및 트라우마 경험으로 인한 신체 및 정신건강 문제를 통합적으로 볼 수 있는 신체 진료과를 국립정신의료기관 내 설치 및 관련 의료인력 확보

- 지역 인력 운영을 위한 지역별 전문인력 양성 및 안배 전략 필요
- 정신건강 전문요원, 지역 정신건강복지센터 실무자, 지자체 공무원 등 인력 대상 전문성강화를 위한 교육 및 훈련
- 재난 발생 시 지원 인력의 소진 관리를 위한 조치 마련
- 재난관리 업무종사자(소방, 경찰, 국과수 인력 등) 및 감정노동자 대상 트라우마 치유를 위한 심리정서지원 서비스 제공 강화

정책과제 2. 지역의 정신건강복지 인프라 간 연계를 강화하여 지역의 정신건강복지 사회안전망을 구축하겠습니다.

□ 세부과제 1. 국가 및 지방자치단체의 정신건강복지 사회안전망 구축 운영 의무 규정을 신설하겠습니다.

○ 정신건강복지법 제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) 규정을 개정하여 국가 및 지방자치단체에 대해 정신건강복지 사회안전망을 구축·운영 의무를 규정함으로써 지역주민이 정신건강증진 및 복지서비스 지원을 기본적인 권리로 보장받도록 함

- ‘정신건강복지 사회안전망’이란 국민의 정신건강 증진, 정신질환으로부터 회복과 재활, 사회통합, 적절한 삶의 질을 보장하기 위해 국가 및 지방자치단체의 책임 아래 사회보장제도, 정신건강복지제도 및 서비스 전달체계, 지역사회가 연계·협력하는 통합적 정신건강복지체계를 뜻함
- 이와 함께 국가 및 광역 지방자치단체는 각각 광역 자치단체 및 기초 자치단체의 정신건강복지 사회안전망 구축 및 운영에 대한 정기적인 평가를 실시하고, 평가결과를 지방자치단체 합동평가에 반영하며, 통합 정신건강복지사업 포괄보조금 지원에 반영하도록 함

<표 8-5> 정신건강복지법 제4조 개정 방안

현 행	개 정
<p>제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애 극복과 사회 적응 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.</p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 권익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 시책을 수립하고 그 추진을 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>④ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 모든 차별 및 편견을 해소하고 차별받은 정신질환자등과 그 가족의 권리를 구체할 책임이 있으며, 정신질환자등과 그 가족에 대한 차별 및 편견을 해소하기 위하여 적극적인 조치를 하여야 한다.</p> <p>⑤ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등의 적절한 치료 및 재활과 자립을 지원하기 위하여 정신질환자등과 그 가족에 대하여 정신건강증진사업등에 관한 정보를 제공하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p>	<p>제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) ① 국가와 지방자치단체는 정신건강증진, 정신질환의 예방과 치료, 정신재활 및 복지서비스 등에 대한 신청과 욕구 사정, 서비스 지원 등을 국민의 기본적 권리로 보장하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 보건소 및 정신건강복지센터를 중심으로 정신건강증진시설, 중독관리시설, 기타 정신건강 관련 시설을 연계·통합하여 정신건강 복지 사회안전망을 운영함으로써 다양한 정신건강 및 복지서비스를 보장하여야 한다.</p> <p>③ -----</p> <p>④ -----</p> <p>⑤ -----</p>

□ 세부과제 2. 지역사회 정신건강복지 사회안전망 모형을 개발하겠습니다.

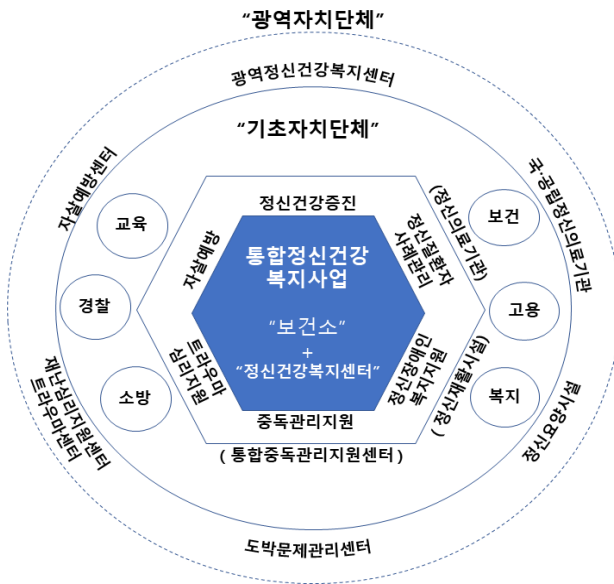
○ 지역사회 정신건강복지 사회안전망은 정신건강증진, 중증정신질환자 사례관리(치료지원 및 위기응급대응 포함), 정신장애인 복지지원, 자살예방, 중독관리, 재난심리회복지원 등 6대 사업을 포함하며, 광역 및 기초 자치단체수준에서 지역주민의 포괄적인 정신건강복지 욕구에 대해 서비스 접근과 이용을 기본적 권리로 보장하는 ‘통합정신건강복지체계’ 및 ‘통합정신건강복지사업’으로 구성됨

○ 광역형 정신건강복지 사회안전망은 광역자치단체 정신건강복지 담당 조직의 책임 아래 광역정신건강복지센터를 실행기관으로 하며, 기초자치단체 정신건강복지사업 담당 조직(보건소 및 정신건강복지센터), 국·공립정신의료기관, 광역 수준의 각 영역별 거점기관 및 주요 정신건강증진시설 협회(협의체) 등으로

구성됨

- 광역 통합정신건강복지사업은 지역의 인구기반 욕구현황, 서비스 인프라 현황을 고려한 특화사업과 기초 통합정신건강복지체계에 대한 지원 사업을 중심으로 수립하도록 함

[그림 8-10] 기초형 정신건강복지 사회안전망 모형



○ 기초형 정신건강복지 사회안전망은 기초자치단체 내에 정신건강복지사무를 담당하는 조직(보건소 및 정신건강복지센터)을 중심으로 6대 정신건강복지 기능을 통합적으로 운영하도록 하는데 목적이 있음. 보건소 등은 통합정신건강복지사업 책임기관으로 지역 내 정신건강복지 욕구사정, 서비스 연계 및 조정, 사례관리 등을 담당함

- 기초형 정신건강복지 사회안전망은 지역의 정신의료기관, 중독관리기관, 자살예방기관, 재난심리지원기관, 정신재활시설, 정신요양시설, 인접체계(학교, 고용, 사회복지, 보건) 등이 연계 및 협력함으로써 정신건강증진, 치료 및 사례관리, 재활 및 복지지원, 자살예방, 중독관리, 재난심리지원 등 지역주민의 포괄적 정신건강복지서비스에 대한 접근성과 책임성을 보장함

- 정신건강복지센터, 정신의료기관, 정신재활시설, 중독관리기관 등 주요 정신건강복지 인프라 취약지역(소도시, 군지역)은 기초자치단체들이 연합으로 지역정신건강복지 사회안전망을 구축하여 권역 내 정신건강복지자원을 공유하고, 정신건강복지 욕구에 대해 공동 대처하도록 함
- 현 정신건강복지체계와 정신건강복지 사회안전망은 다음 <표 8-6>와 같이 지역정신건강복지체계 거버넌스 및 통합정신건강복지사업 기획 및 수행에 있어 차별화 됨

<표 8-6> 현 정신건강복지체계와 정신건강복지 사회안전망 비교

	현 지역정신건강복지체계	정신건강복지 사회안전망
지역정신건강복지체계 거버넌스	<ul style="list-style-type: none"> • 자치단체의 지역정신건강복지사업의 포괄적인 위탁 또는 직영 정신건강복지센터를 통한 운영 → 자치단체의 정신건강복지사업 책임성이 취약하며, 정신건강복지센터에 책임성이 귀착됨 • 정신건강복지센터 중심의 개별적 연계 협력체계 구축 운영 • 아동청소년정신건강, 중증정신질환자 사례관리, 자살예방, 중독관리, 위기응급 대응체계, 재난심리지원 등 영역별로 파편화된 전달체계, 영역별 협의체가 난립함 • 관할 부처가 상이한 사업들 간 연계, 통합이 원활하지 않음 • 각 영역별 개별기관은 고유한 규제를 적용 받으며, 독립적으로 기능함 	<ul style="list-style-type: none"> • 자치단체가 보건소 및 정신건강복지센터를 중심기관으로 하는 정신건강복지 사회안전망을 구성·운영함으로써 자치단체의 정신건강복지사업에 대한 책임성이 강화됨 • 정신건강복지 사회안전망은 각 정신건강문제영역별 전달체계 및 협의체를 통합하며, 시·군·구 공공복지체계(희망복지지원단 외)와 상호 연계체계를 구축함 • 정신건강복지센터는 정신건강복지욕구를 가진 사례에 대해 포괄적 욕구사정 및 사례관리를 담당하며, 각 영역별 서비스인프라 확충도에 따라 직접 서비스 제공 또는 연계·의뢰를 담당함
통합정신건강복지사업	<ul style="list-style-type: none"> • 자치단체 내에 각 영역별 정신건강복지 서비스 인프라가 부재할 경우 정신건강복지센터가 포괄적 정신건강복지사업을 수행함 • 각 영역별 개별 기관은 고유사업을 담당하며, 협의체 등을 통해 느슨하게 연계·협력함 • 기관들 사이에 기능 및 역할의 중복이 존재하거나 기능이 모호하여 연계·협력이 저해됨 • 각 영역별 정신건강복지사업이 각각 운영되며, 신규사업은 독립적인 전달체계, 독립적인 재원에 근거해 운영되며, 사후적으로 정신건강복지센터와 연계함 	<ul style="list-style-type: none"> • 정부 및 광역자치단체의 지원에 근거한 '통합정신건강복지사업 포괄보조금'을 재원으로 보건소 및 정신건강복지센터를 핵심조직으로 하여 통합정신건강복지사업을 수행함. • 통합정신건강복지사업은 지역사회 욕구에 따라 6대 영역의 서비스 확충 및 각 영역별 서비스의 연계·통합을 위한 공동사업을 추진함으로써 주민의 정신건강복지서비스 접근 및 이용에 대한 책임성을 구현함.

- 광역자치단체 및 기초 자치단체들을 대상으로 지역정신건강복지 사회안전망 구축을 기반으로 하는 통합정신건강복지사업을 제안 받아 포괄보조금을 지원하여 정신건강복지 사회안전망에 근거한 통합 정신건강복지사업을 확산시킴
 - － 통합 정신건강복지사업은 정신건강증진, 중증정신질환자 사례관리(위기응급대응포함), 정신장애인 복지지원, 자살예방, 중독관리, 재난심리회복지원 등 6대 영역의 포괄적 정신건강복지서비스 보장을 위한 서비스 인프라 확충과 지역사회의 정신건강복지욕구조사에 근거한 특화사업을 중심으로 함

□ 세부과제 3. 지역 정신건강복지 사회안전망의 역할을 분담하고 연계를 강화하겠습니다.

- ‘정신건강복지 사회안전망’의 핵심조직(Hub Agency)은 보건소 및 정신건강복지센터이며, 통합적인 욕구사정과 서비스 제공 및 연계를 통해 지역주민의 정신건강복지서비스에 관한 최저선을 보장함
- 정부와 지방자치단체는 지역 정신건강복지 사회안전망은 참여 조직의 책무성과 효율성을 제고하기 위해 주요 서비스 기능별 참여조직 간 기능·역할 분담을 명확히 하고, 연계·의뢰 경로를 표준화 함
- 정부와 지방자치단체는 기능영역별 관련 조직 간 유기적 연계와 통합을 위해 지역 정신건강복지 사회안전망 구축을 위한 재정지원, 서비스 제공 및 이용 모니터링 체계를 명확히 하여야 함
- 지역별로 정신건강복지 인프라 격차가 크고, 인구기반 정신건강복지서비스 추정수요(정신질환실태조사, 정신의료 이용통계, 장애인실태조사, 정신장애인 등록통계 등)가 다르므로 정신건강복지 인프라 현황 및 서비스 수요를 고려하여 정신건강복지센터가 정신건강복지 6대 기능(정신건강증진, 중증정신질환자 사례관리(치료지원 및 위기응급대응 포함), 정신장애인 복지지원, 자살예방, 중독관리, 재난심리회복지원) 최저수준을 구현할 수 있도록 적정 인력 및 운영비 지원 규모 표준안을 마련하고, 이에 근거해 지역별로 보조금 지원을 차등화 해야 함

- 지역의 인프라 현황을 고려하여 지방자치단체는 사례관리, 의료지원, 재활 및 복지, 중독관리, 자살예방, 재난심리지원, 정신건강증진(고위험군, 초발, 아동·청소년) 등 서비스기능과 관련하여 지역정신건강복지 사회안전망 참여 조직들 간 호혜적 기능분담에 근거한 연계·협력 계획을 수립·추진하여야 함

<표 8-7> 지역정신건강복지 사회안전망 기능분담

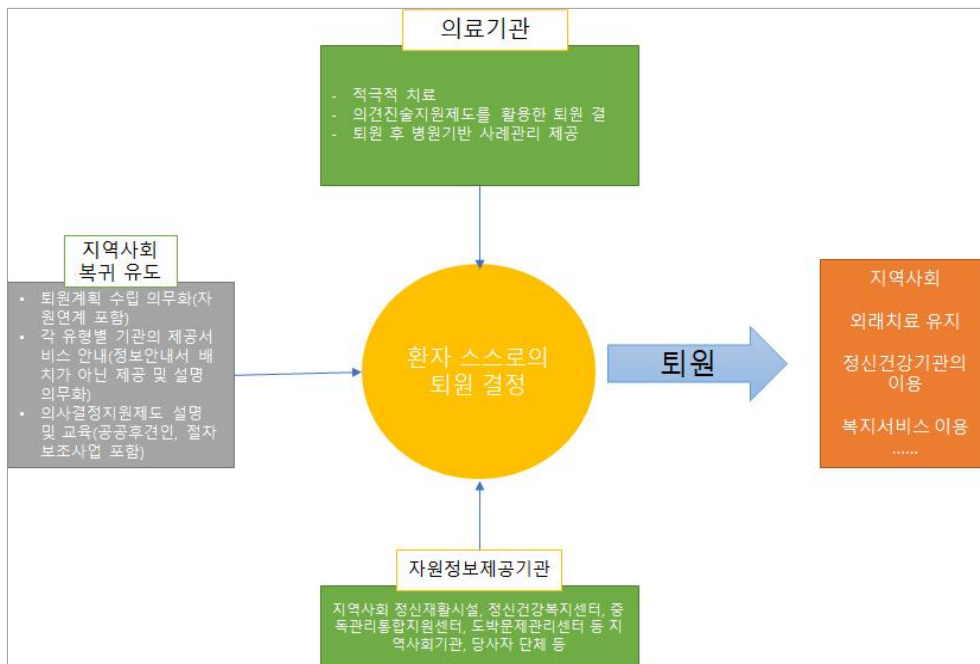
기능 영역	하위 기능	핵심 조직	지원 조직
사례관리	안내 및 상담 통합육구사정·서비스연계(gate keeping) 위기응급사례관리 지역사회전환지원 복지지원 및 자립생활지원	정신건강복지센터	정신의료기관 정신요양시설 정신재활시설 시·군·구 희망복지지원단 소방 및 경찰
의료지원	위기·응급 관리 단기입원 치료입원 지역사회전환지원(퇴원계획, 낮 병원, 병원기반 사례관리)	정신건강복지센터 국·공립 정신의료기관 민간 정신의료기관	정신건강심의위원회 의료급여사례관리부서 중독관리통합지원센터
재활 및 복지	직업재활 및 고용지원 주거지원 및 자립생활 지원 장기요양보호 옹호 및 의사결정 지원	정신건강복지센터 정신재활시설 정신요양시설	시·군·구 희망복지지원단 지역사회보장협의체 장애인고용공단(지사) 장애인직업재활시설 공공후견기관 및 절차보조기관
중독관리	중독예방 중독치료연계 중독재활지원	정신건강복지센터 중독관리통합지원센터 도박문제관리센터	정신의료기관 민간상담기관 정신재활시설(중독재활시설)
자살예방	자살예방 자살위기개입 및 사후관리	정신건강복지센터 자살예방센터	정신의료기관 소방 및 경찰 시·군·구 희망복지지원단
재난심리 회복지원	심리회복상담 및 사례관리	정신건강복지센터 재난심리회복지원센터 트라우마센터	자살예방센터 소방 및 경찰
정신건강 증진	예방교육 및 고위험군 관리	정신건강복지센터 중독관리통합지원센터	인접체계(교육, 고용노동, 보건, 복지 등)

－ 중증정신질환자 대상 지역사회 연계 모형(안)은 다음과 같음

- 중증정신질환자이면서 의료기관에 장기입원한 사람을 대상으로 지역사회 복귀를 유도할 수 있는 조치들을 취해야 하며, 의료기관에서의 퇴원

후 단기 병원기반 사례관리와 더불어 지역사회 유관기관의 의료기관 방문을 통한 지역사회 내 자원에 대한 정보 제공 기회들도 다양하게 이루어져야 함. 또한 퇴원 이후에도 지역사회에서 다양한 보건의료 및 복지 서비스를 받을 수 있도록 연계되어야 함.

[그림 8-11] 장기입원 중증정신질환자 지역사회 연계를 위한 의료기관 및 지역사회 기관의 역할(안)

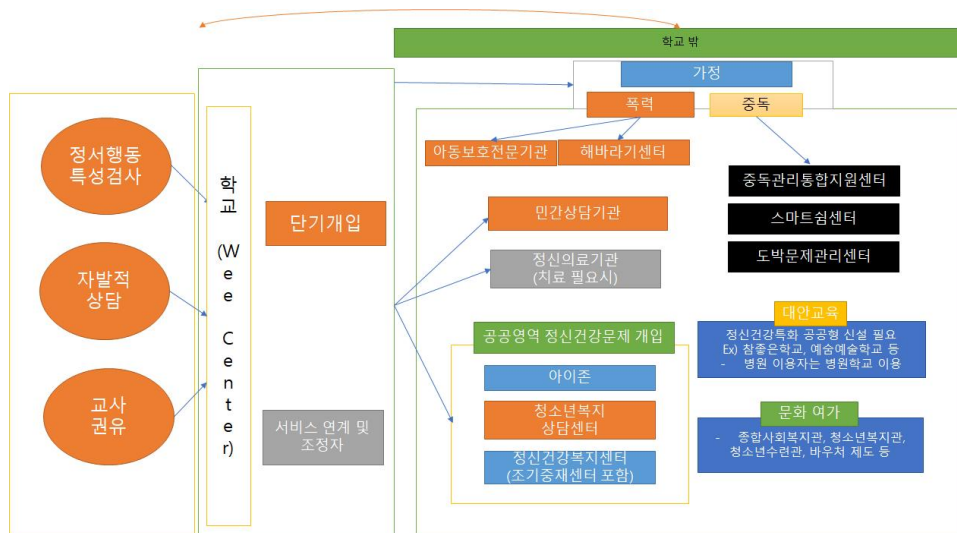


- 중증정신질환자 정신의료기관 퇴원 후 지역사회 연계 모형은 다음의 2가지 안으로 구성하여 제시하였음. 앞서 제시한 정신건강복지센터의 모형에 따라 중증정신질환자 중심의 서비스를 제공하는 모형과 포괄적인 서비스 대상과 서비스 내용을 가지는 모형을 중심으로 놓고 지역사회 연계 모형을 구성하였음.

[그림 8-12] 중증정신질환자 정신의료기관 퇴원 후 지역사회 연계 모형(1안)

- 다음은 아동청소년을 대상으로 정신건강 서비스를 제공하는 다양한 지역사회의 연계 모형을 구성한 것임
- 학교를 기반으로 한 정신건강서비스가 1차 서비스 제공으로 포함되며, 학교 내의 자원으로 개입하기 어려운 경우 학교 밖 세팅의 다양한 지역사회 자원이 연계되는 모형임. 학교의 경우 단기개입의 역할을 주로 수행하며, 학교 밖에서 운영되는 서비스를 연계하는 조정자의 역할을 수행해야함
 - 아동의 경우 가정 내 폭력이나 학대, 중독 문제가 있을 경우 아동 개인 뿐 아니라 가족 전반적인 개입이 필요하기 때문에 지역사회 내 설치되어있는 폭력/학대 피해자 대상 서비스를 제공하는 기관 및 중독 예방, 관리 서비스를 제공하는 기관과의 연계 역시 필요함

[그림 8-14] 아동청소년 대상 학교-지역사회 연계 모형(안)



주: 정신건강복지센터의 경우, 앞서 제시한 중증정신질환 중심의 정신건강복지센터 모형을 선택한 지역의 경우, 아동청소년 중 조기정신증이 있는 경우만 한정하여 서비스 제공 가능. primary health care로 기능하는 정신건강복지센터 모형(세부과제 1에서 제시한 2안 혹은 3안의 모형)의 경우, 심리지원팀을 중심으로 중경등도 아동 청소년 대상 심리학적 상담서비스 (및 학교 방문을 통한 예방홍보 교육 등)를 제공할 수 있을 것으로 보임.

제 9 장

정신건강복지서비스 질 개선 분야 정책과제

제1절 정책 추진 배경

제2절 추진 목표 및 과제

9

정신건강복지서비스 질 개선 < 분야 정책과제 <

제1절 추진 배경

□ 정신건강 서비스의 질은 정신장애인의 치료 및 재활, 사회적응 등에 직접적으로 연결되는 중요한 요소임

○ 1970년 한국의 병원을 비롯한 기도원 등의 정신장애인에게 서비스를 제공했던 기관은 비인간적인 행태와 부적절한 서비스를 제공하여 비판을 받음

○ 이후 우리 사회는 다양한 노력을 통해 정신건강서비스를 개선하여왔음. 그럼에도 불구하고 아직 강제입원, 인권을 보장하지 않은 치료, 퇴원을 유도하지 못하는 치료환경, 부족한 정신재활기관의 수, 적은 수의 복지서비스 등의 부정적 평가를 받고 있는 것이 사실임

□ 해외 정신건강계획 우선순위로 강조되는 질 향상

○ 호주 제5차 계획(2017-2022)의 8가지 우선순위 영역은 지역계획과 서비스 제공 통합 달성, 자살예방, 중증 정신질환자에 대한 지원, 정신질환자의 신체 건강 문제와 조기사망률 감소, 낙인과 차별감소, 정신건강서비스 제공의 질 향상, 효과적인 시스템 강화, 원주민 정신건강증진 및 자살예방 강화를 포함함

- 8가지 우선순위 영역 중 ‘정신건강 서비스 전달체계의 안정성 및 질적향상 확보’가 포함되어 질적인 향상을 담고 있음

- 제5차 계획 이행 거버넌스를 위해 안전 및 질관리 파트너십 위원회가 신규체계로 구성됨

- 영국 제5차 계획(2017-2021)의 8가지 영역 중 기초자료수집(예방 및 질관리를 위한 협의체 운영), 휴일없이 양질의 서비스 제공, 현재와 미래의 변화를 주도하는 혁신과 연구, 인력강화, 투명성과 데이터 혁명, 인센

티브/장려지원/지불제, 공정한 규정 및 검사, 정신건강지불제도/재원의 근거 마련

□ WHO 권고기준에 의한 정신건강종합대책(2016)에서 ‘정신재활시설의 질적 수준제고’ 지표에 미 도달 상황

- 정신재활시설 평가지표 개선, 평가주기 단축으로 평가 내실화, 서비스 품질 및 이용자 만족도 제고는 계획이 없었고, 실행되지 않았으며 예산도 없는 것으로 나왔음

가. 인권에 기반한 치료를 위한 치료 환경 개선 등 정신의료기관의 시설 및 인력 기준 개선 필요

□ 인권에 기반한 치료를 위한 치료환경 개선 필요

- 정신질환은 급성기 치료와 더불어 지속치료가 중요한데 치료 경험은 지속적인 치료에 영향을 미침
 - 정신질환 치료는 재발 시 적시에 치료를 받을 수 있어야 하는데 비인권적인 치료환경에서 트라우마를 경험하게 되고 이는 치료의 연속성을 저해하여 건강악화 및 사회의 부담이 되고 있음
- WHO에서는 장애인권리협약 기반으로 개발된 정신질환자의 인권증진과 회복증진을 위해 개발된 위한 가이드라인인 퀄리티라이즈(QualityRights) 보급을 2030년까지 보급을 목표로 하고 있으며 인권에 기반한 치료가 가장 양질의 정신건강서비스임을 강조하고 있음

* WHO퀄리티라이즈(QualityRights)의 목적은 낙인과 차별 근절, 인권과 회복을 촉진할 수 있는 역량 구축, 지역사회 기반한 서비스를 만들고 인권존중과 증진 지원, 시민사회 운동을 지지하고 정책결정에 영향을 미치도록 지원, 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) 및 기타 인권수표준에 따라 국가정책 및 법률을 개정하도록 하는 것임

〈표 9-1〉 WHO 퀄리티라이즈(QualityRights) 핵심 모듈

1. 인권의 이해
2. 정신건강에 대한 이해증진
3. 정신건강 및 관련 서비스 환경개선 및 지역사회 참여촉진
4. 정신건강 및 관련 서비스의 회복 및 건강권 실현
5. 정신건강 및 관련 서비스의 법적 능력에 대한 권리 보호
6. 강압, 폭력 및 학대로부터 자유로운 정신건강 및 관련 서비스 창출

□ 정신의료기관의 시설 및 인력 기준 개선 필요

○ 정신의료기관의 경우 설치 인력기준이 의사 1인당 60명, 간호사 1인당 13명(OECD 기준 5명, 일본 4명)환자로 일률적으로 정해져 있어 충분한 인력투자 자체가 제도적으로 불가능함

－ 인력에 따른 차등수가제가 적용되나 등급 간 비용차이가 크지 않아 치료 질 개선 유인 효과가 크지 않음 특히 의료급여 수가의 경우 신체질환 치료는 건강보험의 90% 수가를 받고 있으나 정신과의 경우 의료보험의 60% 수가를 받아 낮은 정액수가를 유지하고 있음

○ 낙후된 시설, 세분화되지 않은 획일화되지 않은 치료환경으로 인해 질 낮은 의료서비스를 제공할 수 밖에 없으며 이는 치료만족도 저하, 정신과치료 거부감 등으로 이어져 치료유지에 어려움이 발생함. 이에 조기발견, 급성기 치료, 재활기 치료, 만성기, 요양기 치료 등으로 구분하여 수가를 차등화하는 것이 필요함

□ 환자의 인권보호 및 치료기능 강화를 위한 비강압치료의 도입 및 확산이 필요

○ 정신과적 응급상황에서 사용되는 격리 및 강박 등 강압적 치료는 치료에 도움이 된다는 명백한 근거는 없으나 적은 인력으로 환자를 관리하기 위해 정신응급중재로 적용해 옴

○ 격리 및 강박은 환자에게 트라우마 경험을 갖게 하고 신체의 자유를 구속하는 인권침해 소지가 있어 비강압 치료를 위한 대안적 중재의 확산이 필요함

□ 개인영역 확보를 위한 입원실 정원 조정 필요

○ 개인공간은 신체의 연장과 같이 느껴지는 영역으로 타인과의 관계에서 완충적인 역할을 하는 공간으로 이러한 완충지대가 없으면 스트레스를 받게 되고 자신을 보호하려는 기제가 발생하게 됨

○ 정신건강복지법 시행규칙에서 입원실의 정원은 입원환자 10명 이하로 한다고 되어 있는데 집단감염의 우려뿐만 아니라 개인공간이 확보되지 못하여 스트레스를 유발할 수 있는 환경으로 입원실 입원병상 정원 조정이 필요함

* 의료법 시행규칙 [별표4] 에 의하면 입원실에 설치하는 병상수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 하며 각 병상간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 하도록 되어 있으며 정신건강증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 법률 시행규칙 [별표3] 에 의하면 입원실의 정원은 입원환자 10명 이하임

□ 정신의료기관 평가·인증 결과의 활용을 통한 정신의료기관의 질 향상 유도 필요

○ 정신건강종합대책(2016)에서 정신의료기관 평가·인증 결과를 ‘의료질 평가 지원금과 연계하여 서비스 질향상을 유도 계획이었으나 평가활용이 안되고 있어 평가를 거부하는 사례 및 불합격하는 사례가 증가하고 있음

○ 정신의료기관 의료의 질 및 환경개선을 위해 인증 및 평가 기관에 인센티브를 제공하여 의료의 질 환경개선을 견인할 필요가 있음

□ 보호사 자격 기준 마련 필요

○ 국가인권위원회는 보건복지부장관에게 정신의료기관의 격리강박으로 인한 인권침해 최소화를 위한 정책을 아래와 같이 권고하였으므로 보호사 역할과 자격을 규정하고 관리할 수 있는 방안 마련 필요

□ 정신의료기관이 적극적인 치료를 할 수 있도록 수가체계의 개선필요

○ 2017년 정신과 의료급여환자 정액수가 개편이 2008년 10월 이후 9년만에 이루어져 입원 후 1일부터 365일 이상으로 3단계로 구분됐던 1일당 정액수가를

4단계로 차등구분하고 수가를 인상한데 이어 2019년 6월 의료급여 수가체계 개편으로 약제비가 행위별 수가제로 전환되어 적절한 약제를 사용하여 적극적인 치료에 도움이 될 것으로 기대됨

－ 장기입원의 가장 강력한 지속 요인은 의료급여 1종으로 의료급여 환자의 적극적인 치료와 더불어 건강보험환자가 의료급여로 전락하지 않도록 급성기에 적극적인 치료가 잘 이루어지도록 하는 것이 중요한데 막대한 의료비가 장기입원에 소요되고 있음

- 2016년 정신질환실태조사에서 장기입원 조현병 환자의 경우 의료급여 환자가 73.7%임
- 의료급여 1종이 장기입원을 많이 하는 이유는 돌보아줄 가족이 없거나, 입원 시 의료비 부담이 없으며, 입원이 장기화되면서 돌아갈 곳이 없는 경우가 많은 것이 주요 원인으로 치료 및 재활과 더불어 지역사회서비스 구축이 필수적임

- 한 기관에서 입원을 하게 되면 입원수가를 낮게 지급하여 타기관에 입원하게 되는 횡수용화가 이루어져 입원의 타당성에 대한 평가가 필요함
- 의료급여 환자 대상 적정 의료서비스 제공 유도를 위해 2019년 6월 의료급여 환자의 정액제에서 약제비의 행위별 수가 전환에 이어 적극적인 치료를 위해 치료 및 재활서비스에 대해 행위별 수가로 전환하는 구조로 변화 필요함
- 정신의료기관 기관등급에서 G2등급의 경우 간호사확보수준에 따른 기관등급 산정에서 구간 범위 차등효과가 미미하여 기관은 최소한의 인력을 유지하게 되고 이는 서비스 질의 저하와 업무량 증가로 이직하게 되는 등의 문제가 악순환되고 있음
- 적극적인 치료를 위해 환자의 중증도 및 간호요구도에 따라 종사자수가 확보 되도록 하고 수가에 반영될 필요가 있음
- 건강보험 정신질환자의 적극적 치료로 의료급여수급자로 전락하는 것을 최소화 하기 위해 적극적인 치료와 재활프로그램 수가체계 조정이 필요함
- 또한 가족의 부담은 장기입원으로 이어져 가족 보호부담을 줄여주기 위한 개선

책이 필요하며 이를 수가화하여 강화할 필요가 있음

<표 9-2> 의료인 등 인력확보수준에 따른 기관등급 산정표³²⁾

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신건강의학과 의사 1인당 입원환자	정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자	정신보건전문요원 1인당 입원환자
G1	5점	5점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
G2	3점 이상 -5점 미만	4점	21명 이상 -41명 미만	6명 이상 -10명 미만	51명 이상 -76명 미만
		3점	41명 이상 -61명 미만	10명 이상 -14명 미만	76명 이상 -101명 미만
G3	2점 이상 -3점 미만	2점	61명 이상 -81명 미만	14명 이상 -18명 미만	101명 이상 -126명 미만
G4	1점 이상 -2점 미만	1점	81명 이상 -101명 미만	18명 이상 -22명 미만	126명 이상 -151명 미만
G5	1점 미만	0점	101명 이상	22명 이상	151명 이상

(비고) 기관등급별 점수 = {(정신건강의학과 의사수 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점) × 0.5} + {(정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점) × 0.35} + {(정신보건전문요원 1인당 입원환자수에 따른 인력별 배점) × 0.15}

나. 정신재활시설의 인력 및 시설 기준 개선 필요

- 정신재활시설은 정신질환자에게 사회적응훈련, 작업훈련 등 재활훈련을 실시하여 사회복귀를 촉진하는 기관이자, 지역사회정신건강에서의 통합적, 포괄적, 연계 체계 구축의 중요한 시스템임
- 최근 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법) 시행 이후 정신건강서비스 제공 현장에서 통합적 서비스 지원에 대한 욕구가 수요자 및 실무자 모두에게서 높게 나타남(전진아 등, 2017)
 - 정신건강서비스 이용자들의 다양한 욕구에 대응하고, 예방, 조기발견, 치료, 재활, 사회복귀로 이어지는 과정에서 효과성을 제고하기 위한 노력이

32) 의료인등 인력확보 수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용기준(제9조 제5항 관련

법 개정 이후에 이루어지고 있음

- 정신건강전달체계에서의 통합적이지 않고 분절된 서비스에 대한 문제제기 및 정신장애인의 지역사회 자립생활을 위한 주거, 보건복지 연계 등 지역사회 인프라 및 정신재활서비스에 대한 논의가 제기됨
- 2019년 커뮤니티 케어의 시범사업에서 서비스의 연계 구축 및 통합적, 포괄적 서비스에 대한 필요성을 강조함
- 시군구의 기초정신건강복지센터가 1개소로 정신건강복지서비스에 대한 욕구 및 문제 해결에 인적, 접근적, 공간적 등의 한계가 있고, 이들의 서비스를 커버할 수 있는 기관이 정신재활시설임

○ 정신재활시설은 정신질환자의 재활에 중심 역할을 하는 기관임. 그러나 정신재활시설의 만성적인 인력 부족, 협소한 공간, 일원화된 직제 등으로 인해 질 낮은 서비스를 제공한다는 비판을 받아왔음. 장애인복지시설의 시설 및 인력 기준과 비교하여도 열악한 실정임

○ 2018년 기준으로 정신재활시설 전국 348개소, 정원 7,123명('18.기준), 전체 등록 정신장애인(약 10만명, '17.기준) 대비 정원 충족률 약 7%에 불과한 상황임, 대부분의 시설이 서울과 경기도 지역에 집중되어 재활서비스 제공에 어려움이 있음

○ 개인이나 지방자치단체가 정신재활시설을 설치하고자 하여도 정신장애인에 대한 편견과 지역 이기주의로 인해 설치를 포기하는 상황임. 이에 정신재활시설의 서비스 질 향상을 위한 시설 및 인력 기준의 개선이 요구됨

□ 정신재활시설 시설유형별 현재 상황 및 문제점

○ 탈원화가 가속되면서 정신장애인이 지역사회에서 거처를 마련하고 살아가도록 지원하는 거주시설과 서비스의 중요성과 필요성 증가

○ 정신재활시설 유형 중에는 생활시설, 공동생활가정, 전환지원시설에서 주거를 제공하고 있으며, 최근 몇몇 자치단체에서는 기존의 시설 유형에 더해 자립생활주택, 체험홈, 위기쉼터, 지원주택 등 새로운 거주 유형에 대해 논의하고 시

범적으로 운영하고 있는 상황임

- 정신재활시설은 수도권에 편중된 소수의 지역사회 전환지원시설을 제외하고는 그 유형이 과거와 동일하게 생활시설, 공동생활가정, 종합시설로 규정되어 있어 변화가 필요함

○ 생활시설은 2018년부터 체험홈과 공동생활시설을 확충하여 운영 중임. 생활시설에 장기 입소하는 것을 방지하고 정원을 감소하기 위해서는 소규모 공동생활가정 등의 다양한 거주서비스가 제공 필요함으로 생활시설의 정원감소와 타 대안 서비스의 제공이 동시에 필요함

- 장애인거주시설은 대규모거주시설을 설립하지 못하게 하기 위해 입소자를 30인으로 제한함. 정신건강 영역에서도 장애인 거주시설과 마찬가지로 시설의 소규모화와 다양한 주거전달체계 유형 고려 필요함
- 생활시설의 경우 많은 인원이 단체 생활을 하면서 집단을 유지하기 위한 규칙이 존재하며, 이러한 규칙은 기관을 유지하는 데에는 도움이 되고 있음. 그러나 개인의 자기결정권과 다양성을 침해할 수 있으므로 이러한 문제를 최소화하기 위해 시설과 생활실의 정원감소와 그에 따른 적정 직원의 수에 대한 논의가 필요함
- 더하여 생활시설은 24시간 356일 직원이 상시 근무하며 서비스를 제공하고 있어 근무형태에 대한 논의 필요함

○ 주간재활시설은 정신질환자에게 직업·기술지도, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업지원 등의 서비스를 제공하는 시설임. 충분한 정신건강서비스를 제공하기 위해서는 주간재활시설 인프라의 확충이 필요하나 약 10여 년 동안 시설의 수가 증가하지 않음

- 신규 시설을 개소하는 경우 지자체에 따라서는 운영 주체에서 자체적으로 시설 운영을 위한 공간과 인력을 마련하여 초기 약 6개월~1년 혹은 그 이상 사업을 진행한 이후에 예산을 지원함. 그러나 현실적으로는 개별 시설에서 복지부에서 제시하고 있는 시설 규정에 맞춰 6개월 이상 운영을 유지할 만한 여력과 의지를 가진 경우가 드물기 때문에 시설의 증가에는 한계가 있음

- 서비스 내용면에서 보면 정신장애인도 지역사회에서 거주하면서 다양한 복지서비스를 제공 받고 싶어 하지만, 정신장애인이 이용할 수 있는 복지서비스가 제한되어 있어 주거재활시설에서 다양한 복지서비스를 제공해야 함으로 개정된 정신건강복지법 4장 복지서비스 내용으로 개편하고 이 사업 내용에 따른 인력기준안을 마련 필요함
 - 주간재활시설 유형의 장애인복지시설과 비교해 보면 직원 수뿐 아니라 시설의 유형에도 차이가 있음. 정신재활시설에는 주간재활시설이라는 한 가지 유형만 제시되어 있지만 장애인시설의 경우 주간재활서비스를 제공하는 시설이 주간보호시설, 장애인 체육시설, 장애인생활이동지원센터와 같이 특정 서비스를 제공하는 시설뿐 아니라 종합적인 재활서비스를 지원하는 복지관도 있음
 - 직원 구성면을 보면, 현재 주간재활시설의 직원도 시설 규모에 관계없이 다른 정신재활시설과 동일하게 제시되어 있음. 시설의 규모에 따라 인력기준안 마련 필요
- 공동생활가정은 지역사회에서 생활하는 정신장애인에게 주거를 제공하여 독립생활을 위한 자립역량을 함양하도록 하는 기능을 담당하고 있음. 시설 기준을 보면 시설장 1명에 이용정원은 4명 이상 6명 이하로 규정되어 있다. 공동생활가정의 운영과 관련하여 가장 현안으로 대두되는 어려움은 직원 수입
- 4~6인 정원 시설에 1인 시설장이 근무하고 있는 공동생활가정의 경우 주 52시간과 휴게시간 예외조항 폐지로 인해 근로기준법을 위반하게 되는 상황임으로 시설역할에 따른 지원(대체인력 등)과 운영방안이 필요함
- 지역사회 전환지원시설은 단기로 거주하는 기능에서 병원에서 지역사회로의 전환을 지원하는 기능을 강조함. 시행규칙 「별표10」에 의하면 ‘지역 내 정신질환자 등에게 일시 보호 서비스 또는 단기 보호 서비스를 제공하고, 퇴원했거나 퇴원계획이 있는 정신질환자 등의 안정적인 사회복귀를 위한 기능을 수행하며, 이를 위한 주거제공, 생활훈련, 사회적응 훈련 등의 서비스를 제공하는 시설’로 정의됨

- 보건복지부에서 명시하고 있는 기능은 주로 병원에서 지역사회로의 전환을 위한 단기 입소이나 기대 받고 있는 역할은 두 가지로 구분하고 있음. 첫째는 탈원화 시 일시적인 거주제공과 지역연계, 둘째는 지역 정신장애인을 위한 응급쉼터의 기능임. 하지만 보건복지부에서 이 두 가지 역할에 대해서 명확한 사업내용과 구체적인 기준을 제시하고 있지 않고 있어 운영의 어려움이 있음
 - 현장에서는 전환지원 업무가 주이고 응급쉼터의 기능은 수행하지 못하고 있음. 본 시설을 주 기능으로 전환기능과 응급쉼터 중 하나를 강화하거나 전환지원시설에 응급쉼터 기능을 둘지 별도의 시설 유형을 둘지 등등에 대해서 명확한 규정이 필요함
 - 전환지원 시설을 응급 쉼터로 이용하는 경우 기존에 지역사회 전환지원 시설의 성격과 다른 업무를 수행하게 됨. 응급쉼터로 전환지원 시설을 이용하는 입소자의 경우 특히 더 이용기간이 짧고 이용자의 안정이 중요하므로 여느 때 보다도 안정적 환경과 인력의 투입이 많이 필요함. 그러므로 인력의 탄력적 근무가 필요하고 정원과 현원, 인력 논의 필요함. 앞서 언급한 대로 지역사회 전환지원시설에 대한 명확한 기능과 운영지침을 마련하고 이에 따른 인력이 필요한 상황임
- 직업재활시설은 시행규칙 「별표10」에 의하면 직업재활시설의 사업 내용을 ‘정신질환자 등이 특별히 준비된 작업환경에서 직업적응, 직무 향상 등 직업재활훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 지원하며, 일정한 기간이 지난 후 직업능력을 갖추게 되면 고용시장에 참여 할 수 있도록 지원하는 시설’로 정의하고 있음
- 직업재활시설과 주간재활시설의 내용이 매우 유사함. 주간재활 시설의 사업으로 제시된 ‘작업·기술 훈련, 직업훈련, 사회적응훈련, 취업 지원 등의 서비스를 제공하는 시설’과 유사함. 주간재활 시설의 사업 내용도 사회적응 훈련을 제외하고는 모두 직업, 취업을 다루고 있음
 - 직업재활시설의 사업 내용이 차별성을 갖고 명확하게 규정되어 있지 않았기 때문에 시설에 요구하고 있는 행정 업무와 갖춰야 할 서류도 주간재활시설과 차별성이 없으며, 업무점검이나 3년에 한번 진행되는 사회복지시설 평가에서도 주간재활시설과 거의 유사한 내용으로 평가를 받는 상황임

□ 정신건강 관련 시설의 평가 개선 사항의 적용 미흡

○ 전국적인 시설현황으로 보았을 때, 서울시 정신재활시설 개소가 104개로 압도적임을 볼 수 있으며, 반면 울산과 세종은 각 2개소로 정신재활시설 개소 간 지역불균형 상태이나 이들의 질 관리는 간헐적으로 진행되고 개선이 미흡함

－ 정신장애인의 지역사회보호(탈시설화) 서비스 제공 환경이 강조되면서, 대상자 중심의 수준 높은 서비스 제공에 한계가 있는 상황임

- 서울시와 경기도의 경우는 시설 확충 및 역할 다양화를 위한 노력으로 공공임대주택을 활용한 주거시설의 확충을 하였고, 서울시만 유일하게 아동·청소년 정신재활시설을 보유하고 있어 서비스 대상별 시설의 운영 지원에도 지역별 분포차이가 있음
- 시설의 수가 제한되어 있지만 사회복지사업법 시행규칙 제27조의 2(시설의 평가)에 의해 3년마다 보건복지부 평가를 통해 우수시설은 인센티브를 받고, 하위 D, F시설은 품질관리단의 관리를 몇 회 일시적으로 받게 됨
- 평가내용은 공개 및 게시 되어 소비자인 정신장애인 및 시설지도점검을 하는 시군구의 지자체와 보건소를 이에 대한 결과를 알게 됨

<표 9-3> 지역별 정신건강증진시설 개설현황

번호	지역	계	시설현황							
			생활시설	주간재활시설	공동생활가정	지역사회전환시설	직업재활시설	아동·청소년지원시설	중독자재활시설	종합시설
1	서울	104	—	25	53	4	6	12	3	1
2	경기	53	1	9	37	3	2	—	—	1
3	인천	7	—	3	4	—	—	—	—	—
4	강원	3	1	1	1	—	—	—	—	—
5	대전	30	2	5	21	—	—	—	—	2
6	충남	20	4	1	14	—	—	—	—	1
7	충북	11	2	3	5	—	—	—	—	1
8	대구	15	—	9	4	—	—	—	1	1
9	경북	13	3	4	5	—	—	—	—	1
10	부산	13	—	6	2	—	3	—	—	2

번호	지역	계	시설현황							
			생활 시설	주간 재활 시설	공동 생활 가정	지역사회 전환시설	직업재활 시설	아동 청소년 지원시설	중독자 재활시설	종합시설
11	경남	4	1	2	—	—	—	—	—	1
12	울산	2	—	2	—	—	—	—	—	—
13	광주	6	—	5	1	—	—	—	—	—
14	전남	3	1	—	1	—	—	—	—	1
15	전북	14	—	2	4	—	—	—	—	8
16	제주	4	—	2	1	—	1	—	—	—
17	세종	2	1	—	1	—	—	—	—	—

자료 : 한국정신재활시설협회(<http://www.kpr.or.kr>), 2019년 1월

○ 정신재활시설의 평가 근거와 그 과정

- 평가 목적은 1) 사회복지시설에 대한 평가를 통하여 사회복지시설의 운영 효율화 및 서비스의 질을 제고함으로써 사회복지시설 이용자, 생활자에 대한 사회복지서비스의 질 향상 도모, 2)합리적 평가지표와 평가체계의 개발을 통한 사회복지시설에 대한 객관적인 평가를 마련, 3) 전국적으로 사회복지시설 평가를 통하여 사회복지시설 운영 수준에 대한 지역별, 시설종별 차이를 파악하고, 이의 개선을 위한 사회복지시설 운영 수준의 균형화 대책마련을 위한 기초자료 확보, 4) 사회복지 수요 증대에 따른 사회복지시설 운영 상태에 대한 정보제공 으로 사회복지 시설에 대한 국민의 선택권 확대 및 보장, 5)국민들에게 직접 복지서비스를 제공하는 사회복지시설의 기능강화를 통해 사회안전망을 강화하고 시설 운영의 선진화를 통하여 국민의 복지 수준향상에 기여임
- 법적 근거에 대한 평가 주최기관과 품질관리의 책임기관, 시설의 법적 평가기관 등의 상이, 평가 환류의 문제점이 제기됨
 - 사회복지사업법 제43조의 2(시설의 평가)

① 보건복지부장관과 시도지사는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설을 정기적으로 평가하고, 그 결과를 시설의 감독, 지원 등에 반영하거나 시설 거주자를 다른 시설로 보내는 등의 조치를 할 수 있다.

- ① 보건복지부장관 및 시도지사는 법제43조의 규정에 의하여 3년마다 이상 시설에 대한 평가를 실시하여야 한다.
- ② 제1항의 규정에 의한 시설의 평가기준은 다음 각 호와 같다.
1. 입소 정원의 적정성
 2. 종사자의 전문성
 3. 시설의 환경
 4. 시설거주자에 대한 서비스의 만족도
 5. 기타 시설의 운영개선에 필요한 사항
- ③ 제1항의 규정에 의한 평가의 방법 기타 평가에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

• 사회복지사업법 시행규칙 제27조(시설의 평가)

- 평가는 사회보장정보원이 주최이나 정신건강전문요원이 없어 평가시에 즉각적인 지표의문에 대한 응대가 미흡하고, 평가재원은 해당 시군구가 지불하며, 평가위원 인력 추천도 시군구가 담당하고 있는 상황임
- 정신건강증진시설 내 광역정신건강복지센터, 중독통합관리센터, 기초정신건강복지센터의 평가는 국립정신건강센터가 주최 및 재원을 마련하여 실시하고 있으며 정신전문요원 등 전문가가 진행하고 있지만 정신재활시설은 같은 정신건강증진시설이나 다른 평가기관과 재원을 활용하고 있음
- 시설의 질 관리는 그 시설에 근무하는 정신건강전문요원 등의 종사자에 의해 관리되는 바, 정신건강전문요원의 질 관리를 위한 교육 등은 국립정신건강센터가 담당하고 이력관리를 하고 있어 이원화되어 있는 실정임
- 시설 개설 후 3년이 지나서 평가를 하기 때문에 이미 3년간은 표준적인 질 관리를 받지 못한 채 시설은 방향성을 잃고 관련 서식과 사례관리에 대한 어려움이 있음
- 평가결과 D, F 등급의 기관은 품질관리를 받게 되나 C를 받은 기관은 지속적으로 그 상태를 유지하면 아무런 품질관리를 받지 못하게 되며, 안주하게 되어 항상 중·저 상태의 평가를 받은 채 서비스를 제공하게 됨

다. 정신요양시설 기능 개편 필요

□ 정신요양시설의 이용자 특성, 시설 특성, 향후 정신질환자 및 정신장애인의 복지

지원 욕구를 종합적으로 고려하여 정신요양시설 기능전환을 위한 시범사업 및 연구를 실시하고, 기능전환 모형 개발 필요

○ 노년기 정신질환자의 장기요양보호, 지역사회지지체계가 취약하며 장기적인 거주를 희망하는 정신질환자를 위한 장기거주시설 등 정신요양시설 기능전환 모형을 개발하여 적용함으로써 각 지역의 요양보호 및 거주서비스 확충하고, 사회복귀가 가능한 입소자에 대한 탈시설 지원을 강화하여야 함

○ 정신건강 종합대책(2016)은 정신요양시설 기능개편을 정책과제로 포함하였으나 아직 시범사업 등 구체적 실행이 이루어지지 않음. 과거 정신의료기관이 부족하던 시기 최소한의 수용보호를 담당하던 정신요양시설은 치료를 담당하는 정신의료기관, 재활 및 복지지원을 담당하는 정신재활시설 사이에서 고유한 기능이 정립되지 않음

－ 정신요양시설은 고령, 무연고자, 중복장애(지적장애), 장기간의 입원 및 시설입소경험 등으로 지역사회복귀가 쉽지 않은 정신질환자들과 장기주거지원 욕구가 있는 사회복귀 가능한 정신질환자를 함께 보호하고 있음(김문근 외, 2015)

－ 최근 조사에 따르면 퇴소를 희망하는 입소자가 응답자의 약 60%에 달하여 이들의 지역사회 통합에 대한 지원이 요구됨(조한진 외, 2017). 그럼에도 정신요양시설 기능개편 및 기능전환이 이루어지지 않아 입소자들의 탈시설 및 지역사회통합 지원을 저해함. 그러므로 현 정신요양시설 입소자들의 특성 및 욕구를 고려하여 정신요양시설 기능전환을 추진할 필요가 있음

2. 양질의 정신건강복지서비스 제공을 위한 전문 인력 양성과 역량 제고 필요

□ 정신건강전문인력의 양적과 질적 증대 필요

○ 정신건강전문인력은 1997년 정신보건전문인력제도로써 시작하여 정신질환자의 재활과 사회통합을 촉진하기 위해 간호, 사회복지, 심리 분야의 정신건강전문가를 양성하기 시작하였음. 최근 탈원화와 인권 등의 문제가 대두됨에 따라 정신건강전문인력의 양과 서비스의 질을 향상 시켜야 한다는 요구가 증가하고 있음

- 2017년 정신건강증진시설(정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설), 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 종사자 중 정신건강전문요원 5,199명
 - 모든 직역에서 수련생의 감소되고 있어 장기적 인력 공급의 차질 우려
 - 정신건강전문요원이 부족한 상황에서 정신건강업무에 종사하는 비전문요원을 경력에 따른 수련 실습 시간 감면을 통해 전문요원으로 흡수함으로써 인력을 공급 필요
 - 비전문요원은 전문요원 수련 자격 기준에 해당됨에도 연간 1,000시간(1년 이상)이라는 수련과정의 부담으로 전문요원 수련과정 유입한계
 - 일본의 경우 관련 기관 근무 경력에 따른 수련 실습시간 일부 감면을 법에 정하고 있음
 - 제도 도입 시 정규 수련이 위축되지 않도록 경력 요구 기간과 실습 감면 범위를 매우 잘 조절해야 할 필요성 있음
- 정신건강전문요원 제도 현황과 문제점
 - 국가자격임에도 수련과정만 이수하면 정신건강전문요원 1급, 2급 자격을 취득할 수 있음
 - 97년 정신건강전문요원제도 도입 이래 교과과정이 바뀌지 않아 최신 동향이나 사회적으로 요구되는 전문요원역할이 수련교과과정이 반영되지 못함
 - 수련과목은 제시되어 있으나 표준화된 교과서가 없어 이론교육과 평가에 대한 표준화 부재
 - 수련성적을 수련기관의 실습평가와 학습평가로 되어 있으나 평가에 대한 공정성과 투명성 담보 불가능
 - 직원수련이 증가하는 만큼 수련생의 교육권이 보장이 담보되지 않고 수련과 근로경계가 모호하여 전반적인 수련의 질 하향 우려됨
 - 1급과 2급의 역할 구분이 없으며 전문성 차이에 대해 제시되어 있지 않고 다만 1급은 2급 수련생을 지도할 수 있는 자격 정도로 명시
- OECD 평균에 근접하는 정신건강전문의 양성 필요

- OECD 조사에 의하면 한국은 인구 십만명 당 16명인 OECD 평균의 절반 정도의 정신건강전문가가 활동하고 있음. 디지털 산업화로 인한 대규모 실직 및 고립 등 미래에 당면하는 큰 폭의 사회 변화에 적응 등 정신과 수요는 증가할 것으로 예상되는 데 반해 정신과 전문의 배출 규모는 약간 줄거나 그대로인 상황임

○ 심리서비스 관련 자격 제도 정립 필요

- OECD의 정신건강시스템에서 주요정신건강인력으로 명시되어 있는 국가 자격 심리사들이 한국에는 없음 (36개국 중 유일한 것으로 파악됨)
 - 현재 OECD 등 대외적으로 제출되는 한국의 Licensed Psychologist 자료는 정신건강임상심리사로 같음하여 보고되고 있는 것으로 파악되는데 OECD 평균 인구 10만명 당 26명에 훨씬 못미치는 1,500명으로 절대적으로 적은 인력이어서 주요 업무들을 처리하기 힘든 상황임. 추가적으로 다른 OECD 국가와 달리 학위 기준이 명시되어 없음
- 현재 ‘심리’ 혹은 ‘상담’이란 단어가 들어간 국가 자격증은 정신건강임상심리사, 임상심리사, 청소년상담사, 전문상담교사총 4종이나 이들도 OECD에서 정의하고 있는 심리사의 업무를 하기에는 영역이 제한되어 있거나 수련과정이 없어 기준 미달로 파악되어 심리사의 주 업무가 실행되고 있지 못하거나 자격 미달자들이 수행하고 있어 양질의 서비스 제공을 담보하기 어려운 상황임
 - 또한 대부분의 심리학적 서비스 및 상담은 민간 자격증 보유자들이 서비스를 제공하고 있는데 1990년대 이전까지는 한국심리학회 등 학회에서 관리하는 00개의 자격증이 있었으나 1990년대 말 이후 급증하여 현재 ‘심리’ 혹은 ‘상담’이 들어간 민간 자격증의 숫자는 5,000여 종이 넘는 것으로 파악됨
- 문제는 국내에서 심리상담 분야 자격증은 취득과정이나 자격수준의 편차가 매우 크고 대부분의 자격증이 기본적인 교육이나 윤리 기준이 부재하여 양질의 서비스 제공을 담보하기 어려운 상황이어서 이에 따른 서비스 수요자들의 잠재적 피해가 상당 수준에 이르고 있음

- OECD 국가들의 심리사 자격증을 조사하고 분석하여 OECD표준을 파악하고 앞으로 한국인의 정신건강서비스 수요에 맞는 국가 심리사 자격증 기초안을 제도화하는 연구 필요

○ 지역의 전문화 및 협력 체제 구축과 정신건강 새로운 인력 유입 방안 필요

- 정신건강전문요원의 전문성 확보할 수 있는 정신건강사업 계획 수립 필요
 - 현재 보건복지부 정신건강요원 3개 지역의 자격증은 각 지역의 전문지식 및 상황을 반영하여 서로 다른 기준에 의해서 취득하게 되지만 정신건강사업에서의 역할에서는 전문영역의 특성이나 차별점들이 고려되고 있지 않음
 - 정신건강사업들이 잘 발달한 OECD 국가들의 경우 각 지역이 전문가로서의 역할을 발휘하면서 서로 긴밀히 협력하여 시너지효과를 내도록 사업운영을 하고 있으나 이러한 불분명한 역할 구분과 서로 다른 자격 요건들은 지역 간 불필요한 갈등을 야기시켜 결과적으로는 정신건강사업들이 비효율적이고 비효과적으로 운영될 수 있음

□ 정신건강복지센터 운영체계의 문제로 인한 정신건강복지서비스 제공인력의 고용불안정성과 부족한 인력양성

- 정신건강복지센터의 운영은 크게 직영과 민간위탁으로 구분할 수 있음. 이중 직영은 26.5%, 민간위탁은 73.7%로 주로 민간위탁운영형태로 주를 차지하고 있음
 - 지자체 민간위탁은 주로 콜센터, 사회복지시설, 청소년수련관, 어린이집, 정신건강복지센터, 요양센터 등 각종 '위탁시설'로 240여 지자체에 평균 10개가 넘는 상황임. 이러한 민간위탁사업은 정부의 일자리보사업으로 주로 국비와 시·도비 매칭사업으로 불리는데 모두 저임금 비정규직 일자리임(김종진, 2016). 정신건강복지센터 거의 대부분 지자체 매칭(국도시기구비 분담) 사업이기에 정부 공공부문 비정규직 통계에도, 정부 공공부문 비정규직 전환 대상에 포함되지 않는 영역임
- 일반적으로 지역 정신건강복지센터처럼 민간위탁은 형식상 위탁이 종료되면 고용의 단절(고용계약 만료, 권고사직)이 나타나기 때문에 고용보호의

사각지대에 놓여 있는 상황임. 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)는 매우 취약한 상황임

- 지난 수십년간 정신건강복지센터 민간위탁 조직운영 과정에서 다양한 구조 문제점이 나타남(김종진, 2016)
 - 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)
- 이러한 이유로 2015년 서울시 정신건강복지센터 종사자들은 노동조합을 만들어서 민간위탁으로 운영됨으로 인한 문제점을 서울시에 시정을 요구하는 파업을 한달간 실시하기도 하였음
 - 그러나 서울시에 속한 25개구 정신건강복지센터는 파업 이후에도 고용여건이 개선되지 않고 오히려 민간위탁으로 운영되던 기관들이 직영형으로 운영형태가 바뀌었고 2019년 현재 70%의 기관이 민간위탁에서 직영으로 전환된 상태임. 직영으로 전환된 이후 기존 종사자의 30~40%가 직장을 떠났고 민간위탁형태로 운영되는 기관의 종사자들은 직영으로 전환되는 것에 대한 두려움을 갖고 있을 정도임
- 외관상의 직영형 전환이 고용안정을 가져올 것으로 보이지만 보건소라는 공무원 조직으로의 편입된 이후 수퍼비전 체계의 상실, 급여하락, 실적위주의 사업운영 등 그나마 존재하던 임상적 활동의 특성마저 약화되는 상황이 벌어지고 있음. 특히 이러한 서울시의 고용환경 개선을 위한 노력들이 실현되지 못하는 상황은 급기야 정신건강전문요원 수급에도 영향을 끼치고 있음. 2017년 국립정신건강복지센터에서 발간한 정신건강전문요원 실태조사에 따

르면 2015년 이후 정신건강전문요원 수련생들이 점차 줄어들고 있는 상황임

3. 정신건강정보시스템 질 개선 및 정신건강복지 연구 개발 강화를 통한 근거기반 정책 및 서비스 제공 필요

□ 정신건강정보시스템 질 개선 필요성

○ 정신건강사례관리시스템의 고도화 필요

- 전산시스템을 통한 정신건강복지센터 업무 지원 및 연계체계 강화 필요성 제기
 - 정신의료기관 등에서 퇴원·퇴소하는 정신질환자가 지역사회로 안착할 수 있는 지원체계를 마련하는 방안이 다각적으로 모색되었고, 전국적으로 공동된 업무 시스템 통합 구축의 필요성이 제기됨
 - 정신건강사례관리시스템은 지역 간 혹은 정신의료기관·복지창구와의 정보 연계 확대를 도모할 수 있는 기반을 마련하고, 실적·지표 및 통계를 정비함으로써 정신건강복지센터의 정책·업무의 방향 및 내용을 내부적으로 점검·환류할 수 있도록 지원하는 기능을 갖추는 데 목적을 두고 있음
- 정신건강사례관리 개발 및 확대 과정
 - 서울시가 사례관리통합전산프로그램으로 구축: 1995년 정신보건법 시행 이후 각 자치구에 정신건강증진센터를 설립, 지역 정신건강복지센터 업무표준화를 위해 지난 1999년 최초로 지역사회 정신보건사업 통합전산 프로그램(MHIS)을 개발함
 - 서비스의 접근성, 적절성, 효과성, 전문성을 기준으로 평가지표를 개발함
 - 1차 고도화(2002): 웹 버전 관리시스템 구축
 - 2차 고도화(2007): 사용기관을 25개 지역정신건강센터, 중독통합관리지원센터, 의료 지원형 사회복지시설 등 65곳으로 확대. 이후 경기·인천·부산·강원·대구 등 5개 시·도에 보급
 - 3차 고도화(2015): 정신보건기관 간 효과적 서비스전달체계, 객관적인 양적·질적 평가, 연속적인 정신건강서비스를 보완. 해킹을 막기 위한 암호

호화 프로그램 수준을 높여 개인정보 보호를 강화함(허진무, 2017)

- 2017.11.09. 서울시는 보건복지부와 정신건강 사례를 관리하는 통합 전산 프로그램인 ‘서울시 정신보건정보관리시스템(sMHIS)’ 전국 서비스 구축을 위한 업무협약을 체결하고, 서울시 시스템의 운영자원을 이관받았음. 이를 기반으로 타 지역 사례관리시스템과 통합된 정신건강사례관리 시스템(MHIS)을 구축하였음
 - 2018.06.04. MHIS 전국 오픈
- － 정신건강사례관리 과정에 따른 시스템 구축
- 대상자의 초기상담부터 평가, 서비스 제공, 타 기관 연계, 퇴록 등 지역사회 정신건강사업 사례관리 과정 전반에 대한 기록·관리가 가능하도록 시스템을 구성
 - 정신건강사례관리시스템을 사용하는 기관 간 대상자의 연계 및 의뢰서비스 가능하도록 구성하였으며, 지속적인 대상자 개입기록이 이루어질 수 있도록 시스템을 구성

[그림 9-1] 정신건강사례관리시스템(MHIS)



자료: 보건복지부, 국립정신건강센터, 사회보장정보원. (2017). 정신건강사례관리시스템 사용자 매뉴얼, p. 5
정신건강사례관리시스템에 포함된 내용

[그림 9-2] 정신건강사례관리시스템(MHIS)의 테이블 구성

1차 데스크	2차 데스크	3차 데스크
접수상담	<ul style="list-style-type: none"> 접수상담 의뢰접수 퇴록관리 재등록관리(super) 퇴원통보접수 	
직접서비스	<ul style="list-style-type: none"> 사정평가 평가도구 ISP 수립 연계처리 	
간접서비스	<ul style="list-style-type: none"> Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> 개별상담 및 자원조정 그룹프로그램
유틸리티	<ul style="list-style-type: none"> 예방 및 증진 	<ul style="list-style-type: none"> 교육 홍보 행사 캠페인 세미나
통계 및 지표	<ul style="list-style-type: none"> 자원관리 조사/연구 	
시스템	<ul style="list-style-type: none"> 회의록등록 근무일지등록 출장내역등록 일정관리 	
도움말	<ul style="list-style-type: none"> 통계 및 보고서 	<ul style="list-style-type: none"> 회원관리 접수상담 직접서비스 간접서비스 유틸리티
사용자문의	<ul style="list-style-type: none"> 업무실적 업무지표 기준정보 	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건센터 중독관리센터 중증정신질환자 등록관리유폴 로그인사용자
	<ul style="list-style-type: none"> 권한관리 	<ul style="list-style-type: none"> 감독자 권한관리 자살예방지킴이 대상자 정보 조회
	<ul style="list-style-type: none"> 사용자 매뉴얼 	
	<ul style="list-style-type: none"> 사용자문의 서식자료실 	

자료: 보건복지부, 국립정신건강센터, 사회보장정보원. (2017). 정신건강사례관리시스템 사용자 매뉴얼, p.6

— 정신건강사례관리시스템 정보의 한계

- 현재의 MHIS를 통해서 센터가 제공하는 혹은 지역이 가지는 정신건강 서비스의 질을 파악하기가 어려움
- 등록 중증정신질환자의 사회적 기능 수준에 대해 살펴보려면 등록 당시에 비해 사회적 기능수준이 어떻게 변화했는지를 살펴봐야 하는데, 현재의 시스템으로는 파악할 수 없는 구조임

□ 국가입퇴원관리시스템 연계 필요성

○ 국가입퇴원관리시스템은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제67조 제1항에 따라 정신질환자의 비자의 입원과 퇴원 등을 관리하는 시스템임

- 정신건강시설 및 의료기관에 있는 정신질환자의 입·퇴원 관련 서식 등을 전산화하여 정신요양시설 및 의료기관에서의 서류 작성에 대한 부담을 완화하고 2차 진단 전문의 파견, 입원적합성심사, 정신건강심사위원회 심사 청구 등을 위해 구축되었음
- 이 시스템을 활용하여 정신의료기관의 입원 신고 및 추가진단, 입원적합성심사 결과 통보 가능함

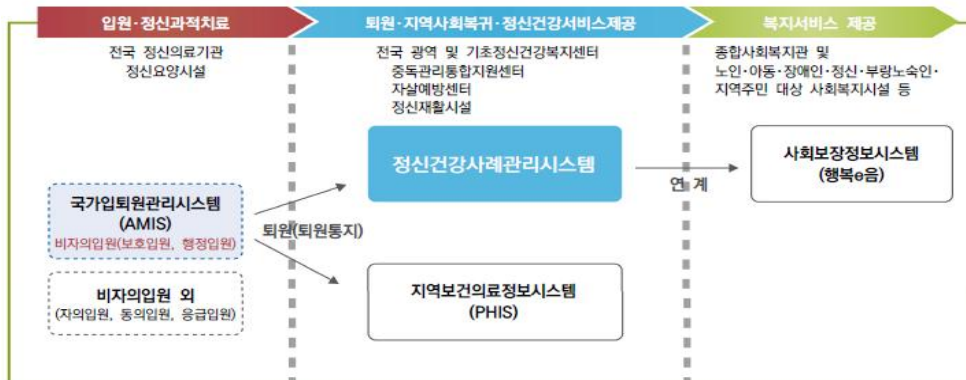
<표 9-4> 국가 입·퇴원관리시스템의 구성

구분	기능	주사용자
1. 로그인 및 회원가입	로그인, 회원가입, 아이디/비밀번호 찾기	전체
2. 입원관리	입원환자신고서 작성, 1차 권고서 작성, 입원신고 및 진단병원 2차 진단 신청	입원 병원
3. 진단관리	2차 진단 신청환자에 대한 진단의 배정 및 관리 2차 진단서(권고서 작성)	지정진단병원
4. 입원연장청구	입원연장심사청구서 작성 및 1차 권고서 작성 진단병원 2차 진단신청 관리	입원 병원
5. 퇴원관리	입원신고 및 계속입원환자 확인 및 퇴원 처리	입원 병원
6. 입원적합성심사관리	입원적합성심사위원회 신고자 확인	입원적합성심사위원회
7. 입원연장심사관리	연장심사 청구자 확인	정신건강심사위원회
8. 커뮤니티	공지사항, 문의답변, 자주하는 질문, 서식자료	

자료: 보건복지부 국립정신건강센터(2017), 국가입퇴원관리시스템 사용자 매뉴얼, p.3.

- 또한 정신의료기관에서 비자의 입원환자의 퇴원 시 정신건강사례관리시스템으로 연계(퇴원통보)함으로써, 정신질환자가 퇴원 후에도 지역사회에서 지속적으로 정신건강서비스를 받을 수 있도록 연계·의뢰 체계를 구축하고자 하는 기대를 가지고 있음

[그림 9-3] 정신건강사례관리시스템(MHIS) 운영체계



자료: 보건복지부, 국립정신건강센터, 사회보장정보원. (2017). 정신건강사례관리시스템 사용자 매뉴얼, p.4.

○ 국가입퇴원관리시스템의 정보 활용 한계점

- 국가 입·퇴원관리시스템은 2017년 5월 30일부터 시범사업을 실시하였으며, 정신의료기관 등에 입·퇴원과 관련한 데이터를 제공하고 있음
- 정신건강사례관리시스템, 국가 입·퇴원관리시스템, 사회보장정보원(행복e음) 간의 정보 및 서비스의 연계 창구를 개통하였으나 데이터의 활용성 및 실효성에 대한 점검이 필요한 상황임
 - 효과적인 시스템 연계 및 연계된 데이터 활용성 제고를 위해서는 각 데이터베이스가 가지는 정보의 완결성을 높여야 할 필요가 있음

□ 정신건강 분야 연구의 필요성

- 우리나라의 정신건강분야는 다양화하고 심각해지는 건강문제로 인해 국가의 질병 부담이 증가하고 있다. 따라서 국민의 질병부담해소와 정신건강증진과 문제예방을 줄이기 위해서는 적절한 연구개발이 필요함
- 앞서 살펴보았듯이 최근 들어 부각되고 있는 재난, 자살, 게임사용장애와 같은 사회문제와 연결된 정신건강문제의 해결을 위해서는 지속적인 연구가 필요함. 또 서비스제공자에 대한 연구를 통해 효율적인 정신건강서비스 제공이 가능하도록 해야함

- 4차 산업혁명에 발맞추어 AI, 머신러닝, VR 기반 심리상담 기술의 개발을 통한 정신건강서비스의 접근성과 효율성 제고 도모 필요

제 2절 추진 목표 및 과제

□ 정책 목표

- 당신이 이용하는, 이용하게 될 정신건강서비스의 질을 높이겠습니다.

□ 정책 과제

- 정책과제 1. 양질의 정신건강복지서비스 제공을 위한 정신건강증진시설 및 정신건강복지센터의 인력 및 시설 기준을 개선하겠습니다.
- 정책과제 2. 정신건강복지서비스 제공 인력을 확충하고 역량을 강화하겠습니다.
- 정책과제 3. 정신건강데이터의 질을 개선하고 정신건강복지 연구 개발을 강화하여 근거기반 서비스 및 정책을 마련하겠습니다. .

정책과제 1. 양질의 정신건강복지서비스 제공을 위한 정신건강증진시설 및 정신건강복지센터의 인력 및 시설 기준을 개선하겠습니다.

- 세부과제 1. 인권친화적인 치료환경 구축 등 정신의료기관의 인력 및 시설 기준을 개선하겠습니다.

- 비강압 치료를 위한 안정화(de-escalation) 중재 수가화

- 공격적 행동을 보이는 불안정한 환자에게 언어적 중재 및 스스로 안정할 수 있도록 하는 환경을 제공함으로써 치료환경에서 트라우마를 경험하지 않도록 하고 자존감을 증가시키는 것은 중요함
- 격리 및 강박이 치료에 도움이 된다는 명확한 근거는 없으며, 격리 강박을 시행하는 간호사나 보호사도 정서적 고통을 받게 되며, 격리 강박은 치료적으로 필요성이 인정된다고 하더라도 신체의 자유를 제한하는 것으로 법률에 의해 엄격하게 필요최소한으로 적용되어야 함에도 불구하고 국내 정신의료기관에서는 격리 및 강박이 무분별하게 사용되어 인권침해 논란이 되

고 있음

- 정신건강복지법 제75조(격리 등 제한의 금지)에 의하면 치료 또는 보호의 목적으로 정신건강의학과전문의의 지시에 따라 입원등을 한 사람을 격리 시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 하는 경우에도 자신이나 다른 사람을 위험에 이르게 할 가능성이 뚜렷하게 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에만 신체적 제한을 할 수 있음
- 자·타해 위험으로 강박 시행 시 정신과적 응급 처치³³⁾에 대한 수가 청구가 가능하나 비강압적 예방 중재에 대한 수가는 없는 상태임
- 건강보험청구에서 난폭, 폭력 또는 정신증상의 악화로 타인에게 피해를 줄 가능성이 있는 경우에 결박 또는 물리적인 힘을 가하면서 약물 등으로 응급처치를 하여 불안정 상태를 진정시켰을 때에 한하여 정신과적 응급 처치료 산정 가능함
- 치료과정에서 트라우마 생기지 않도록 환자의 인권을 보호하면서 환자 스스로 조절능력을 갖도록 돕는 안정화기법(de-escalation), 환자가 심리적 외상 받지 않고 심리적 안정을 할 수 있도록 하는 진정실(comfort room, sensory room), 훈련된 환자 대응팀이 필요함
- 격리 및 강박을 위한 목적으로 사용되는 격리실(seclusion room) 외에 스스로 안정을 할 수 도록 언어적 안정화 중재 및 다감각치료실(multi-sensory room), 진정실(calm room)³⁴⁾을 사용한 타임아웃 등의 비강압적 안정화 중재에 대한 수가화가 필요
- 비강압 중재를 위해서는 인력확충이 필요하며 급성기병동 인력기준이 조정되어야 실행가능함

33) 정신과적 응급처치는 난폭, 폭력 또는 정신증상의 악화로 타인에게 피해를 줄 가능성이 있는 경우에 결박 또는 물리적인 힘을 가하면서 약물 등으로 응급처치를 하여 불안정 상태를 진정시켰을 때에 한하여 산정

34) Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: innovative alternatives to seclusion & restraint. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004; 42:34-44

- 진정실(calm room), 감각실(sensory room)은 환자들의 휴식 제공 및 긴장을 완화하고 스스로 안정을 취할 수 있는 능력을 개발, 수행하도록 돕는 방을 말하며³⁵⁾진정실은 가장 일반적으로 사용되는 감각실임
- 비강압증재에 대한 교육 및 수가화로 비강압치료 증재로 인권에 기반한 안전한 병동문화가 조성되면 환자 및 종사자의 안전에도 도움이 될 것으로 기대됨

○ 간호중증도에 따른 간호인력을 배치하고 배치수준에 따른 수가 차등화.

- 환자의 정신병적 증상의 활성화, 급성도, 재원기간을 고려하여 간호요구도에 따라 급성기 병동과 아급성기(회복기)병동, 만성재활병동, 정신간호간병 통합병동을 구분하고 간호인력 배치수준에 따라 수가를 차등화하는 것이 필요
- 현행 정신건강복지법 시행규칙 종사자 인력기준에서 간호사수는 간호사 1인당입원환자 13명으로 3교대 근무로 계산하면 근무조별 1인당 50명 이상을 간호하는 인력으로 급성기 환자 간호는 어려운 상태이며 OECD 국가에 비해 매우 낮은 수준임

<표 9-5> 우리나라와 주요 국가 간 정신간호사 인력기준 비교

한국	미국	일본
<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 13인당 간호사1인 • 간호사 정원의 1/2 범위 내에서 간호조무사로 대체가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 6인당 간호사 1인(3교대 근무별 인력임) • 수간호사 등 간호관리자는 제외한 인력임 	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 3인당 간호사1인(대학병원) • 입원환자 4인당 간호사 1인(기타 정신병원) • 병동구분별 간호사 수에 따라 간호수가 차등

- 환자의 간호요구도가 높은 경우는 환자 및 직원의 안전을 위해 높은 간호 배치수준이 요구되나 현행 간호사 기준이 너무 열악하여 강압적 접근을 하거나 중증환자를 기피하는 등의 문제가 발생함

35) Anna Björkdahl, Kent-Inge Perseus, Mats Samuelsson, Mathilde Hedlund Lindberg(2016), Sensory rooms in psychiatric inpatient care: staff experience, *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5)

- 정신질환자의 환자 증상에 따라 간호요구도에 큰 차이가 있어 간호사대 환자 수로 정하는 것은 환자의 중증도를 고려하지 않아 적절한 간호제공이 어렵고, 특히 자타해 위험성이 있는 환자는 환자 및 직원의 안전사고 위험성이 높아 철저한 모니터링과 주기적인 면담, 위기중재등이 필요하여 간호인력배치수준이 높아야 하며 이는 수가에 반드시 반영되어야 함
- 의료급여 정액수가에서 간호수가를 별도로 하여 간호인력 확보수준에 따라 가산율 적용하고 기준이하인 경우 감산율을 적용하도록 수가체계 개편이 필요함
- 수용관리 위주에서 적극적인 치료를 위해서는 전문인력의 서비스질이 가장 중요하며 간호인력에서 간호사 비율을 수가에 가산하도록 하여 간호조무사 대체율을 낮추도록 하고 추후 병동구분별 간호사 대체를 줄여가는 것이 필요함
- 또한 특수간호영역인 정신간호를 비의료인이며 정신간호를 교육받지 않은 간호조무사로 대체한 부분은 정신간호의 질을 저하시키고 열악한 간호현장에 간호사의 유입을 더욱 악화시키고 있는 상황임

* 간호학과 교육과정: 정신간호학 및 실습관련 과목 31학점 이수

간호사 교육과정과 간호조무사 교육과정 비교

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • 간호사 교육과정: 정신간호학 및 실습관련 과목 31학점 이수 • 간호조무사 교육과정; 정신관련 과목 부재 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 구체적인 간호인력은 연구결과에 따라 병동별 간호인력 배치구간을 정하여 수가 차등화를 하는 것이 필요하며 국내 인력기준은 일본의 1/3~1/5 수준이며 미국의 1/10 수준임. 환자에게 간호제공시간이 확보되기 위해서는 미국이나 일본과 같이 근무조당 실제간호인력 기준으로 정하는 것이 필요함
- 2020년 1월부터 요양병원의 경우 환자수 대비 간호인력 1등급에서 8등급으로 구분하고 5등급은 1인 6:1 이상 6.5: 미만인 경우를 기준으로 4등급 5.5:1이상 6:1미만 20%, 3등급 5:1이상 5.5:1미만 35%, 4.5:1이상

5:1미만 50% 1등급 60%가산률을 적용하되 6.5대 1 이상인 경우 50% 삭감하여 의료법상 인력 확보기준인 6:1 미충족시 감산율을 50%로 단일 화함

- <표1>일본의 간호사 비율별 병동구분별 정신과 입원진료비 최대~최저값 (한화 변환: 일본 2018년 4월1일 시행)

<표 9-6> 일본의 간호사 비율별 병동구분별 정신과 입원진료비 최대~최저값

(단위: 원)

병동 구분	환자 : 간호사 비율				
	10 : 1	13 : 1	15 : 1	18 : 1	20 : 1
	최고 ~ 최저	최고 ~ 최저	최고 ~ 최저	최고 ~ 최저	최고 ~ 최저
구급 & 합병증	543,370 ~ 451,646	510,025 ~ 418,301	497,507 ~ 405,783	488,376 ~ 396,652	482,733 ~ 391,009
정신과 구급	543,062 ~ 541,338	509,717 ~ 417,993	497,199 ~ 405,475	488,068 ~ 394,344	482,425 ~ 390,701
정신과 급성기	381,672 ~ 300,516	348,327 ~ 267,171	335,809 ~ 254,653	326,678 ~ 245,522	321,035 ~ 239,879
아동, 청소년 (20세 미만)	481,502 ~ 434,101	448,157 ~ 400,756	435,639 ~ 388,238	426,508 ~ 379,107	420,865 ~ 373,464
치매치료	363,717 ~ 254,141	330,372 ~ 220,796	317,854 ~ 208,278	308,723 ~ 199,147	303,080 ~ 193,504
정신요양	289,948 ~ 242,547	256,603 ~ 209,202	244,085 ~ 196,684	234,954 ~ 187,553	229,311 ~ 181,910

자료: 일본 후생노동성 고시 제43호: 진료보수산정방법 일부개정

○ 환자 인권보호를 위한 보호사 교육과정 도입 운영

- 보호사는 최일선에서 환자를 보호하는 일을 담당하는 인력이나 자격요건이 나 교육시스템이 없어 환자에 대한 부적절한 응대로 상황을 악화시키거나 환자에 대한 인권침해가 발생하기도 하여 환자의 인권보호와 서비스의 질적향상을 위해 보호사 교육과정이 필요함
- 보호사는 정신병동에서 일상적인 간호보조활동과 환자안전관리 역할을 하고 있지만 보호사에 대한 국가적 차원에서의 교육과정이나 자격요건이

없는 상태임

- 보호사 업무를 수행하기 위해서는 정신질환 및 정신건강에 대한 기본 지식, 인권 및 치료적 의사소통 등에 대한 교육이 요구됨
- 보호사는 보호사는 정신과에 근무하는 보호사로서 요양보호사와의 구별이 필요하고 정신보호사라는 명칭을 공식적으로 사용하여 직군에 대한 역할 구분이 필요함
- 정신보호사 교육과정은 요양보호사 교육수준으로 정신건강관련 별도의 이론교육과 실습교육이 필요하며 교육과정을 이수한 자를 정신보호사로 근무할 수 있도록 하는 것이 필요하며 현직에 있는 경력자인 경우 실습시간 감축을 통해 교육수료가 용이하도록 하는 것도 고려할 수 있겠음

<표 9-7> 2016년 정신간호사회 정신보호사 자격신설 제안(안)

<정신보호사 자격기준 신설안>

※ 자격부여를 위한 교육시간(요양보호사 자격수준)

- ① 정신보호사 자격과정: 이론 80시간+실기 80시간+실습 80시간~240시간
- ② 간호조무사 자격 소지자: 이론 32시간+실기 8시간+실습 8시간~48시간(경력에 따라)
- ③ 경력 1년 이상 보호사의 경과조치 교육과정: 이론 80시간+실기 40시간

- 보호사는 간호사의 지도감독 하에 비전문적인 돌봄을 제공하는 일을 하므로 국가적 차원에서의 보호사 교육체계는 정신간호사회 협의를 거쳐 진행하는 것이 바람직하며 실습교육의 질 보장을 위해 국립정신병원과 교육시스템을 갖춘 민간정신병원(전공의 수련기관, 정신건강간호사 수련기관 등) 등에서 교육과정을 운영하는 것이 바람직할 것으로 보여짐
- 현직에 있는 보호사의 경우 교육과정은 국가 차원에서 교육을 지원하여 정신의료기관에서 참여가 가능하도록 하는 것이 필요함

□ 세부과제 2. 정신재활시설의 시설 및 인력기준을 개선하고 컨설팅 시스템을 구축 운영하여 양질의 정신재활서비스를 제공할 것입니다.

○ 정신재활시설 유형별 시설 및 인력 기준 개선

<표 9-8> 정신재활시설 유형별 시설 및 인력기준 개선(안)

시설유형	개선방안
생활시설	<ul style="list-style-type: none"> 공동생활가정의 경우는 입소정원 4명의 경우 1실당 2명 이하, 입소정원 5명 이상인 경우 1실당 3인 이하라는 기준이 마련되어 있으나 생활시설에는 이 기준이 적용되지 않고 있음. 생활시설도 공동생활가정을 고려하여 이에 준하는 기준이 필요 현재 노동법이 주 52시간 근무제로 변화되었고, 과거 시설 직원의 숫자가 2교대 근무를 기준으로 책정되었으나 3교대 형태로 전환되어야 한다는 점 등을 고려하여 탄력근무제나 인력 증원이 필요함.
주간재활시설	<ul style="list-style-type: none"> 시설을 확보하기 위해서는 시범적으로 복지관등의 다른 사회복지 시설과 마찬가지로 지자체에서 시설을 마련하고 민간에 위탁하여 운영하는 방식도 고려 필요 정신장애 영역에서도 규모가 작은 주간재활시설의 경우 장애인복지시설과 마찬가지로 주간보호시설의 기준으로 두되, 규모가 있고 포괄적이고 통합적인 서비스를 지원할 수 있는 경우 장애인복지관에 준하는 인력을 구성하여 다양한 복지서비스를 제공하는 방안도 고려 필요 규모가 큰 시설의 경우 행정업무가 많아지게 되는데 현재 시설 인력기준에는 반영되지 않음. 장애인복지시설과 마찬가지로 주간재활시설도 규모에 따라 회계와 총무, 관리업무를 담당하는 사무원이나 관리인이 필요
공동생활가정	<ul style="list-style-type: none"> 기존에 설치 신고된 7~10인 시설을 소규모화하여 2개 시설로 운영하는 경우 동일 건물내 독립된 주거공간을 결합하여 공동생활가정 1개소로 운영하는 방안이 있음. 1명의 시설장이 3개소를 운영하는 경우 시설의 경우 12명의 회원에 2명의 직원이 근무하는 시설 혹은 4~6인 정원 시설에 1인 시설장이 근무하고 있는 공동생활가정의 경우 시설역할에 따른 지원(대체인력 등)과 운영방안이 필요
직업재활시설	<ul style="list-style-type: none"> 직접 사업장을 운영하여 정신장애인을 고용하는 직업재활시설의 경우 추가적인력을 배치 및 직원의 구성을 다양화 필요. 이러한 유형의 시설에서는 기본적으로 수행해야 하는 업무 외에 추가적으로 상품을 개발하고, 제조하고, 홍보하고, 유통·판매 하는 등의 일이 일어남으로 추가적인 인원이 필요함. 사업자로 세무서에 신고하고 사업을 하고 있는 경우에는 노무 및 임금지급, 세금과 관련된 업무들이 증가하기 때문에 사무와 회계를 담당하는 직원 배치 필요. 실제 장애인복지시설 중 보호작업장과 비교해서 살펴보면, 보호작업장에는 생산라인을 지원하는 생산기구나 회계 및 사무를 담당하는 인력을 배치하고 있음. 작업장을 제공하는 유형과 취업 연계의 유형 등의 시설의 유형을 별도로 구분하여 인력기준을 두는 것이 필요 두 유형의 직업재활시설 모두 전문요원이 1명 제한되어 이용인원이 증가할수록 전문요원의 비율이 적어지는 한계가 있음. 직업재활시설도 전문요원의 수가 이용인원이 증가함에 따라 변동 필요

○ 정신재활시설 컨설팅 시스템 구축 및 운영

- 기존의 평가는 신설 후 3년이 지나면 무조건 평가 중심의 접근을 하여, 신규 시설이 방향성을 엮으나 신설기관에 대한 나침반 역할이 필요함. 따라서 상시 컨설팅을 유지할 수 있는 시스템 구축이 필요함
- 정기적인 3년 주기의 평가 후 D, F 받은 해당 시설만 품질관리를 몇회 받

을 뿐이며, 이후는 질관리를 하지 않음. C를 유지하는 중견시설은 컨설팅 등의 기회가 없어 이에 대한 질관리가 시급한 상황임

- 정신재활시설 상시 컨설팅 시스템을 구축하기 위해 다학제 질관리 협의체 구성. 협의체는 학계와 현장전문가 등의 인력풀을 활용하여 구성
 - 신설시설과 중이하의 평가결과를 받는 기관에 대해 우수 기관을 견학하고 학습할 기회 제공 필요
- － 광역정신건강복지센터를 통해 광역별 해당지역 정신재활시설 컨설팅시스템 구축 필요
- 시설과의 관계 및 대상자 사례관리 공유 등이 원활하고 광역센터가 지역의 특성 및 시설유형에 맞게 지원이 가능할 것임. 광역정신건강복지센터의 평가지표에 기초센터와 정신재활시설 등에 대한 연계성 등을 추가하면 효율적임
 - (참조 : 서울특별시정신건강복지센터의 성공사례) 서울시 탈시설화를 달성하기 위하여 공공임대주택을 활용한 주거시설의 확충, 아동정신건강사업을 위한 서울형 아동청소년 정신재활시설 아이존, 지역사회 전환시설 설치를 적극 지원하여 서울시만의 특성화된 시설을 운영하고 있음

<표 9-9> 정신재활시설 현황

구분	계	시설현황							
		생활시설	주간재활시설	공동생활가정	지역사회전환시설	직업재활시설	아동청소년지원시설	중독자재활시설	종합시설
시설수	104	—	25	53	4	6	12	3	1

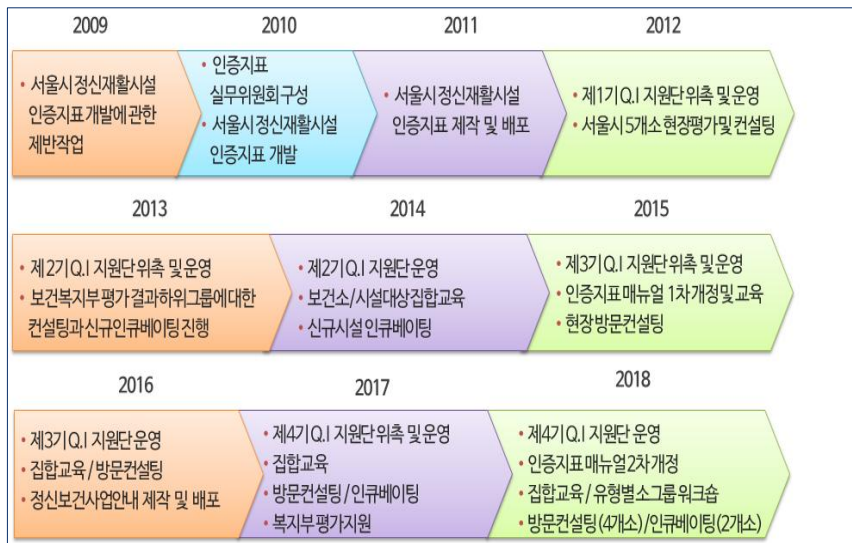
자료: 한국정신재활시설협회(<http://www.kpr.or.kr>), 2019년

- 서울시의 Q.I 지원사업은 2009~2011년도에 정신재활시설과 관련된 지원 사업은 정신건강복지지원단을 통해 운영되었고, 이후에는 Q.I 지원단을 구성하여 인증지표 개발 및 실무자 집합교육, 방문컨설팅, 신규시설 인큐베이팅 사업을 실시함. Q.I 지원사업은 1995년 정신보건법 제정 이후 정신재활시설의 양적인 확대에 인하여 정신질환자 당사자에게 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 돕기 위한 지원이 필요성으로 제시되어 2009

부터 현재까지 유지되고 있음

- 서울시 질관리 위원회를 통해 컨설팅을 한 시설의 경우 이후 보건복지부 평가에서 상향된 점수를 보이기도 함
- 자체 점검모니터링 지표를 개발함으로써 자율적으로 시설의 질 관리를 도모함

[그림 9-4] 서울시 정신재활시설 질관리 사업단의 역사 및 역할



○ 평가지표 개선 및 자체 점검 지표 개발

- 정신재활시설 평가지표는 시설의 목표와 방향성을 제시하는 중요한 내용을 담고 있음. 정신재활시설은 정신건강복지법에 의한 탈원화에 중요한 시설 이므로 평가지표를 통해 향후 방향성을 공유하는 것이 필요함
- 정신재활시설 평가가 사회복지시설 평가 안에 포함되어, 기존의 다학제적 접근 혹은 다지역의 균형에 문제가 제기됨. 정신재활시설의 현장에서는 다 학제로 접근을 권장하고 실제로 정신건강전문요원의 다학제로 종사하지만 평가지표에 키피슨에서는 다학적 접근에 한계가 있어 왔음
- FGI에서만 일부 직역이 참여하고, 전체적인 지표를 총괄하는 과정에서 배제되고 있어서 불만을 제기함(개발과정에 참석하는 다학제에 대한 미공

개 등)부모 대상 마음건강 예방 교육 실시(학교기반으로 진행하거나 직장 기반 마음건강 예방 교육 진행)

- 평가지표가 시설 유형의 특성을 반영하고 시설 스스로 자체 점검을 통해 준비하도록 안내하는 것이 필요
 - 기존의 평가지표는 3년 미만의 종사자가 이해하기 어렵다는 평가가 있어 왔음. 이해하기 쉽고 나침판이 되도록 안내가 요구됨
 - 시설유형의 특성과 시스템을 고려한 평가지표가 개정되지 않으면 기존의 주간재활시설 중심의 지표로는 다른 유형은 수용하기 어려움

○ 국립정신건강센터 내 정신재활시설 전담 질 관리 팀 구축 및 운영

- 정신재활시설의 유형별 특성에 맞춘 자문, 교육, 평가, 지원 등을 지원하여 상향평준화를 도모하는 방안 필요
 - 정신재활시설의 질 향상을 위한 평가인증제도는 미국(COA: Council on Accreditation, CARF: Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities)과 영국(NCSC: National Care Standards Commission)에도 존재하며, 이는 소비자의 만족도 향상에 기여함.
- 국립정신건강센터 내 질 관리 전담팀 구축 및 운영 필요
 - 국립정신건강센터는 현재 정신전문요원이 다학제로 근무하고, 광역정신건강복지센터 및 기초정신건강복지센터, 중독관리통합센터 등의 평가 주최기관으로서 평가 총괄의 경험이 있음
 - 정신재활시설 종사자에 대한 보수교육의 기관이므로 평가 중에 발생하는 문제에 대한 즉각적인 피드백이 있을 것으로 기대함
 - 평가 이후에 시설 및 정신시설의 종사자에 대한 교육을 일관성 있게 교육할 수 있음. 현재 정신건강전문요원에 대한 공통 및 개별 보수교육을 국립정신건강센터에서 운영 중이며 각종 정신건강사업에 대한 설명회 및 정책 토론회, 포럼 등을 주최하여 정책 및 시행, 평가, 설명회, 교육 등을 일관성 있게 진행함이 타당함
 - 정신전문요원 자격과정 및 보수교육 등을 실시하고 있어서 질 관리를 통

합적으로 운영하는 것이 필요함

- 3년마다 평가지표가 지속적으로 바뀌는 것에 대한 시설은 대비를 하는데 수시로 지속적인 질 관리를 운행하면 서비스가 질적 향상을 제공할 것임
- 질 관리 팀에 대한 다학제 위원을 선별 및 교육을 실시하여 지표개발 및 운영 필요
- 질관리를 위한 컨설팅을 지원을 하고, 이에 대한 결과를 국립정신건강센터의 교육과와 연계하여 보수교육 등의 주제로 질 관리 향상을 위한 정신재활 시설 종사자를 위한 재교육을 원스톱으로 실시할 수 있을 것임

□ 세부과제 3. 정신요양시설 기능전환을 통한 정신질환자 대상 복지서비스 확충하겠습니다.

○ 정신요양시설의 이용자 특성, 시설 특성, 향후 정신질환자 및 정신장애인의 복지지원 욕구를 종합적으로 고려하여 정신요양시설 기능전환을 위한 시범사업 및 연구를 실시하고, 기능전환 모형을 개발함

- 기존 연구들을 통해 기능전환 방안으로 제시된 ‘노인 정신질환자를 위한 장기요양시설’, ‘장기거주시설’에 대해 각각 시범사업을 실시하여 서비스 대상, 서비스 기능, 인력 및 시설기준, 기존 정신요양시설 기능전환에 따른 예상문제 및 해결방안 등을 도출함
- 시범사업은 기존 정신요양시설 중 기능전환에 대한 욕구가 높은 시설을 선정하여, 기능보강, 사업계획수립, 인력 및 운영비를 지원함

○ 기능전환 모형개발을 위한 연구용역을 통하여 기능전환 시범사업에 대한 평가, 노인장기요양제도와의 연계방안, 기존 정신재활시설(공동생활가정, 생활시설, 지역사회전환시설 등)과의 기능차별화 및 연계운영 방안, 각각의 기능전환모형에 따른 이용자 자격기준의 개발, 서비스 최저기준의 도출, 기능전환에 따른 재정추계 및 기능전환 후 재정지원 방안 등을 제시하도록 함

- ‘노인정신장애인 장기요양모형’과 ‘정신장애인 장기거주시설모형’의 이용대상과 주요서비스기능은 잠정적으로 다음 같은 방향을 지향함

<표 9-10> 장기요양모형과 장기거주모형 비교

구분	노인 정신장애인 장기요양모형	정신장애인 장기거주 모형
이용대상	<ul style="list-style-type: none"> 60세 이상의 만성정신질환자(정신장애인 1급, 2급, 3급 포함) 만성정신질환자로서 보호의무자가 없거나 독립적인 일상생활이 어려운 노인 	<ul style="list-style-type: none"> 60세 미만의 시설 보호 및 요양이 필요한 정신장애인 (등록 1급, 2급, 3급) 성인 만성정신질환자 ※ 가정이 없거나 가정에서 보호하기 어려운 신체 건강한 정신장애인에게 가정과 같은 주거서비스를 제공
주요 서비스 기능	<ul style="list-style-type: none"> 노인 만성정신질환자의 요양 및 보호 정신장애인의 노령화 및 만성질환 등 신체적, 정신적 장애에 따른 생활, 의료 및 복지서비스 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 개인위생 및 일상생활 집중 케어 (신체기능 약화) - 정신과적 증상 및 약물 지원 - 노인성 질환 및 만성질환 등의 질병 관리 - 여가 및 활동, 복지서비스 지원 - 기타 개인별 특성에 맞는 서비스 지원 사례관리(사정 및 서비스 실행) 가족 상담 등 관련 서비스 각종 요양(취미 등)서비스 및 재활서비스 건강지원서비스(케어 및 응급구조, 약물 복용 및 각종 간호처치, 예방관리, 외래진료, 물리치료, 신체재활치료지원 등) 일상생활지원서비스(식사관리, 배변관리, 목욕 및 위생관리, 피복관리, 이동관련 서비스) 일상편의 대행 및 의사소통지원 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> 정신장애인의 보호, 생활, 요양 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 개인위생 및 일상생활 지원 - 신체건강 관리 지원 - 정신과적 증상 및 약물 지원, 질환 등의 관리 - 사회기능훈련 및 여가, 문화 등의 활동 지원 - 기타 개인별 특성에 맞는 서비스 지원 복지서비스 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 직업재활 및 자립생활 지원 - 사회보장제도 이용 지원 - 장애인복지서비스 이용 지원 - 성년후견 및 의사결정 지원 지역사회 통합 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 활동 참여 지원 - 주거시설과 지역사회의 연계활동 지원

□ 세부과제 4. 정신건강복지센터의 시설 및 인력 기준을 마련하겠습니다.

○ 정신건강복지센터는 기초 지자체 단위의 공공 정신건강복지서비스를 제공하는 주체이나 정신건강복지센터의 시설 및 인력 기준은 마련되지 않았음.

○ 정신건강복지센터의 업무 표준화에 따른 업무별 적정 인력 배치 수준을 파악하고 기준을 설정하는 것이 필요함.

- 이를 위한 전국 정신건강복지센터의 업무 분석 및 적정 인력 배치 수준 파악을 위한 연구 개발 선행 필요.

정책과제 2. 정신건강복지서비스 제공인력을 확충하고 역량을 강화하겠습니다.

□ 세부과제 1. 정신건강복지 인력을 확충하겠습니다.

○ 정신건강전문요원 인력 확충

－ 국가 시도입

- 1급과 2급 자격취득 기준 및 역할 명확화
- 국가 자격시험체계를 위한 전담조직 및 기구 마련

－ 수련 실습시간 부분감면 제도 도입

- 정신건강업무에 종사하는 비전문요원을 경력에 따른 수련 실습시간 감면을 통해 정신건강 전문요원으로 흡수

－ 정신건강전문요원으로 작업치료사 직역 확대

- 정신장애인의 사회적 삶을 유지하고, 지원하기 위해서 필요한 전문인력 중의 하나로 작업치료사의 역할은 상당한 의미가 있음. 세계보건기구가 정신장애인을 위한 정신건강전문가 팀을 구성할 때 포함시키도록 권고하고 있을 뿐만 아니라, 주요 국가에서 작업치료사(occupational therapist)는 정신장애인의 작업요법과 직업재활에 대해 전문성과 책임성을 가지고 활동하고 있음
- 정신건강증진과 관련된 인력자원 및 훈련에 관한 지침서에도 정신의료기관, 정신재활시설 및 정신요양시설과 같은 기관에 작업치료사를 필수 전문 인력으로 간주하여 배치해야 할 것을 명시하고 있음. 이와 같은 작업치료의 중요성을 고려하여 정부도 작업치료사를 정신보건전문요원으로 포함하는 내용의 「정신보건법 전부개정법률안」(의안번호 10106, 제출 2010.12.2.)을 제출한 바 있음.
- 다만 교육 및 수련체계 마련, 동 교육과정을 수행할 수 있는 수련 기관 지정, 수련환경 조성 등 사전 준비 필요

○ 유휴 정신건강전문요원 인력 확보 방안 모색

○ 음주폐해 예방관리사업 역량강화를 위한 인력양성 개발

- 음주문제는 의료, 보건, 간호, 사회복지, 심리 등 다학제 영역의 전문가들의 협업을 통해 효과적으로 해소할 수 있는 문제임
- 또한 예방, 일차개입, 치료개입 등 다양한 수준의 개입에 다양한 영역과 수준의 인력이 필요한 바 효과적 개입서비스 제공을 위해선, 체계적인 인력개발 및 양성전략이 필요함
- 국립정신건강센터 교육부, 보건인력개발원, 건강증진개발원 및 관련 다학제 전문학/협회 등과 협력하여 관련 인력양성 로드맵을 개발하고 체계적 시행 추진

□ 세부과제 2. 양질의 정신건강복지 인력 확보를 위한 인력 처우를 개선하겠습니다.

○ 정신건강복지센터 인력의 고용안정화

- 정신건강복지센터는 1997년 시범사업시기부터 민간위탁방식과 직영의 방식으로 운영되어 옴. 2017년 민간위탁 73.7% 직영 26.3%로 정신건강복지센터 운영방식은 주로 민간위탁방식을 선호했던 것으로 알 수 있음. 민간위탁의 수탁주체를 찾기 어려운 지역의 경우 직영으로 운영되는 경향이 있었음
- 그러나 2019년 현재 정신건강복지센터의 사업이 고도화되고 이로 인한 인력의 증가, 지자체의 적극적인 관여로 인해 민간위탁의 본래 취지인 순수한 민간기관의 경쟁으로 인한 사업성과 기대, 인력의 전문성 상승 등은 어려워지는 상황. 특히 인력의 증가되면서 노무문제에 대응하기에 부담이 커지고 있는 상황. 고용불안정화에 대해 2015년 서울시정신건강복지센터에서는 노동조합을 결성하여 50여일간 파업을 하기도 함
- 이제는 민간위탁구조만으로 고도화된 정신건강사업을 운영하는 것에 한계가 있다는 지적이 많아지고 있음. 정부 역시 공공보건복지사업의 민간위탁이 아닌 사회서비스원과 같은 공공성격의 법인체가 국가의 정신건강사업을 운영하는 것이 바람직하다는 목소리가 있음
- 적어도 2021-2025년 정신건강종합계획에서는 정신건강복지센터 운영체계 개선에 대한 방향설정과 이를 위한 R&D를 통한 구체적 방법과 효과를 모색하는 것이 요구됨

○ 정신건강전문요원 권한강화

- 정신건강복지센터는 2000년 이후 자살위기관리, 중증정신질환 위기관리 등 다양한 정신건강의 위기에 개입하는 역할을 지역사회 내에서 수행하고 있음. 그러나 정신건강복지센터는 위기개입현장에서 어떠한 권한도 부여받고 있지 못함. 시군구청장에 의한 입원(행정입원)에 있어서 ‘진단 및 보호신청’을 작성할 수 있는 정도의 권한만이 부여되고 있음. 정신건강전문요원에게 급박한 위험상황에서 경찰에게 응급입원을 요청할 수 있는 권한을 부여하는 것이 필요함
- 해외에서처럼 정신건강전문요원들이 경찰과 119에 의해 위험상황이 제지된 정신질환자나 자살위기를 면담하는 정도의 구조에서는 권한이 필요 없으나 우리나라와 같이 현장에 정신건강복지센터의 정신건강전문요원이 직접 대면을 하는 경우, 이에 대한 권한 부여가 필요함
- 현행법에서는 경찰은 진단 및 보호요청(시군구청장입원의 최초단계) 정신건강복지센터에 요구할 수만 있음

○ 공무원 정신건강직렬 마련

- 공무원내 정신건강직렬을 마련하여 높아진 지역내 정신건강에 대한 정책기능을 보건소 담당부서로 집중시키고 서비스 기능은 정신건강복지센터와 정신재활시설로 집중해야 함
- 고도화된 정신건강사업과 국민들의 정신건강에 대한 높은 수요에도 불구하고 공무원내에 정신건강에 전문성이 부족함. 해당 공무원은 주로 국립정신병원에 근무하고 있으나 대부분 병원근무로 인해 지역사회에 대한 전문성 부족함
- 정신건강증진사업을 운영하는 보건소의 경우에도 정신건강전문가가 부재하여 2년마다 순환되며 전문성이 부족한 공무원이 정신건강복지센터에 의존하여 정신건강사업을 수행함. 이로 인한 문제도 발생
- 2020년 복지부 정신건강정책국이 만들어진다면 지자체의 정신건강전담부서가 신설될 가능성이 높아지고 있으므로 정신건강에 대한 전문성이

있는 정신건강직렬을 신설하여 운영할 필요 있음

○ 정신건강전문요원 근무경력 인정범위 조정

- 정신건강요원들의 전문 학위 (학력)이 인정될 수 있도록 제도 개편
 - 현재 국내 지역에 설치되어 있는 기초정신건강센터, 정신건강복지관, 및 치매안심센터에 정신건강임상심리사나 정신건강간호사의 유입이 절대적으로 필요하지만 정신건강요원들 간 학력의 차이가 있음을 인정하지 않아 석사학위 전문인력이 유입되는데 큰 걸림돌이 되고 있음. 전문 분야의 석사 혹은 박사 학위를 인정하여 인건비 산정에서 반영할 수 있는 제도가 필요함

○ 직역과 학력에 따른 급여 테이블 재검토 필요

- 직역별 역할 및 기능, 학력수준에 따른 명확한 규정 고려 필요

□ 세부과제 3. 정신건강복지 인력의 전문성을 강화하겠습니다.

○ 정신건강전문요원 보수교육 의무화 검토

- 2017년 정신건강복지법 개정 시 보수교육 법제화되었으나 의무화가 되지 않아 보수교육 강제성이 없음

○ 정신건강전문요원 수련기관 지정 조건 재검토

<표 9-11> 현행 수련기관 지정 기준 현황

- 구립 또는 공립의 정신의료기관
- 전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 제13조 제1항에 따라 수련병원 등으로 지정된 정신의료기관
- 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 요건을 갖춘 정신요양시설, 정신재활시설, 정신건강복지센터, 보건소 또는 정신의료기관
- (제1호 및 제2호 외의 정신의료기관 중 입원실의 100분의 10이상을 개방병동으로 확보한 정신의료기관만 해당한다)

- 낮은 운영률 2016년 수련과정 운영율은 80%, 2018년 수련과정을 75%로 매년 지정과정 대비 낮게 운영
- 수련기관 지정 후 지정취소 신청 절차가 없어 수련과정 및 수련정원수로 잡힘

- 정신건강전문요원 수련기관은 다양한 정신건강 사례를 경험할 수 있는 곳으로 지정되어야 하나 만성정신질환자의 장기입소시설이나 10인 미만의 공동생활가정 또는 주거제공시설은 수련기관으로 부적절

○ 지역별 역할, 기능에 대한 명확한 규정 고려 필요

- 현재 정신건강전문요원의 경우 각 지역별 공통내용과 고유 업무가 있기는 하지만 고유 업무에 대한 부분의 강제성이 매우 부족하므로, 전문적인 서비스가 제대로 실시되지 않고 있음. 그러므로 각 지역의 전문성을 제대로 정하고 규제할 수 있는 방안이 시급함

□ 세부과제 4. OECD 표준 국가 전문 자격 심리사(Licensed Psychologist) 제도를 도입하겠습니다.

○ 심리서비스 자격증 제도 정비 및 국가전문자격심리사 자격증 신설 필요

- 대부분의 OECD 국가들이 국가 및 주정부 Licensed Psychologist를 제도화하여 심리사의 전문학위 및 수련 시간과 내용을 관리하고 있는 반면 한국에는 국가 자격 심리사 제도가 없음
- 현재 우리나라에는 국가전문자격으로는 정신건강임상심리사가 존재하고 OECD에 대한민국의 licensed psychologist로 보고되고 있지만 실제로 정신건강임상심리사는 정신건강요원으로 정신건강복지법에서 명시한 제한된 영역에서 제한된 역할만을 하고 있어 한계가 있음. (참고사항. OECD보고서에 따르면 다른 회원국가와 달리 Licensed psychologist에 대한 적절한 교육이나 자격이 명시되지 않아 심리사 직무에 필요한 학위와 수련시간이나 내용이 명시되어 있지 않음)
- OECD 회원 국가에서 활동하고 있는 국가들의 Licensed Psychologist 숫자는 10만명 당 26명인 것에 비하여 한국은 1명이하로 절대적인 수가 부족하여 심리사의 역할을 할 수 없는 상황
- 정신건강임상심리사의 경우 활동 영역도 정신건강복지시설에 제한되어 구조 상으로도 심리사들의 역할을 수행하기 힘든 상황

- 이 외에 국가기술자격 임상심리사제도가 존재하나 실습에 대한 규정과 관리가 허술하여 OECD 표준 Licensed Psychologist제도에 비하여 전문성이 떨어져 전문적인 심리지원서비스를 제공하기에는 크게 미흡함
- 국가의 심리지원 시스템이 취약한 상황에서 1990년대 이후 급증한 심리 및 상담 서비스는 욕구는 민간영역에서 특별한 규제 없이 급속히 성장한 부적격 민강등록자격자들에 의한 유사심리서비스로 대체되어 국민들의 정신건강증진에 도움이 되기 보다는 여러 가지 피해가 늘고 있음 (예. 추적 60분 보도)
- 현재 정신건강서비스시스템에서 누락된 경미하거나 중등도 정신건강문제가 있는 국민을 대상으로 전문적인 심리학적 상담 서비스를 제공하기 위해서는 OECD 회원국에서 활동하는 Licensed Psychologist들의 기본 자격인 국가 공인 대학에서 심리학 전공 학위 (대학원 학위 필수)와 2000시간 이상의 수련 시간과 필수 수련 내용을 명시된 국가 전문자격심리사 제도를 신설할 필요 있음

○ 국가 전문자격심리사의 교육, 수련 등 자격 기준을 명시하여 전문적인 심리서비스를 제공할 수 있도록 함.

- 심리서비스를 제공할 수 있는 국가전문자격심리사의 자격기준은 국가심리학회들이 회원인 세계심리학회(IUPsy)에서 선언한 전문심리사의 핵심역량 (International Declaration of Core Competences in Professional Psychology 참고)을 획득하기 위하여 OECD 국가들의 국가 심리사 자격 평균 이상 기준에 준하는 자격기준을 마련할 필요 있음
- 보편적으로 국가 자격 심리사 기준들은 대학원 수준의 심리학 학위와 수련이 명시되어 있고, 학위의 경우 정부가 승인한 대학교에서 심리학 전공으로 학사학위와 함께 심리학 석사 학위 또는 심리학 박사학위로 명시되어 있어 우리나라 국가전문자격심리사의 경우도 이러한 기준으로 심리학 교육의 전문성을 확인할 필요 있음
- 더 나아가 여러 OECD 국가들이 운영하고 있는 심리학 교육에 대한 인증제도 도입을 통하여 교육이 전공 박사학위 및 자격증 소지자에 의하여 이루어졌는지 확인 될 필요가 있음

- 또한, 필수 수련의 경우에도 수련과정의 내용이나 수련자의 기본 요건에 대한 인증 프로그램이 필요함

○ 국가전문자격심리사 제도 관련 교육 및 수련 인증 기관 신설 필요

- 현재 심리 및 상담 관련 민간 자격증은 7000여개를 넘고 있으나 대부분의 경우 교육이나 수련에 대한 인증이 전무한 상황
- 한국심리학회와 한국산하 분과학회에서 각 전공에 전문가에 필요한 교육 및 수련 기준을 정하고 이를 충족한 회원에 대하여 전문가 자격증을 발부하고 있으나 보수 교육 및 자격증 관리에 관한 사항은 각 분과 학회 기준에 따라 운영되고 있음
- 국가전문자격심리사의 경우 자격증에 필요한 교육 및 수련에 대한 인증을 통하여 전문 인력의 전문 지식 및 기술에 대한 질 관리를 할 필요가 있음

정책과제 3. 정신건강데이터의 질을 개선하고 정신건강복지 연구 개발을 강화하여 근거기반 서비스 및 정책을 마련하겠습니다.

□ 세부과제 1. MHIS 질을 고도화하여 타(他)보건복지정보시스템과 MHIS의 정보 연계를 강화하겠습니다.

○ 정신건강증진사업의 성과를 파악할 수 있는 지표 체계 구축

- MHIS는 정신건강증진사업의 성과를 파악할 수 있는 지표들을 산출하기 매우 어려운 구조로 구성되어있음. 정신건강복지센터뿐만 아니라 지역사회 정신건강증진사업의 성과로 볼 수 있는 다양한 지표들을 중심으로 체계가 구축되어있는 것이 아니라 각 등록자를 대상으로 어떠한 활동들을 했는지가 건별로 기입되는 구조로 구성되어 있음. 따라서 정신건강증진사업의 성과로 볼 수 있는 지표들의 경우 별도로 산출해야 하는 구조임
- 물론 정신건강증진사업의 성과를 무엇으로 볼 것인가에 대한 합의가 필요함. 특히 정신건강복지센터의 성과는 무엇인가에 대한 합의가 필요하며, 이에 따라 이것이 측정될 수 있도록 MHIS를 개선해 나가는 것이 필요함

- 이와 동시에 현재 실적을 평가하는 도구로 인식되는 MHIS를 성과 평가의 도구로 인식할 수 있도록 인식 제고의 노력도 필요함. 현재의 실적 건별로 기입하는 구조는 실무자로 하여금 실적평가를 위한 도구로 MHIS를 인식하게 하기 때문에, 성과를 정보시스템 체계 내에서 어떻게 담을 지에 대한 고민과 더불어 이에 대한 공유가 정신건강복지센터 실무자들과 활발하게 이루어져야 할 것으로 보임

○ 정신건강정보시스템 질 관리 팀 구성

- MHIS를 개선하기 위해서는 국립정신건강센터 내 MHIS의 개선사항들을 정리하고 사회보장정보원에서 관리하는 데이터들을 supervising 하는 별도의 팀이 구성될 필요가 있음
 - 사회보장정보원에서 MHIS를 담당하는 인력은 1인으로 MHIS에 현재 포함되어있는 다양한 에러값들을 이 인력이 모두 파악해서 개선사항들을 정리하기 어려움
- MHIS의 전반적인 운영 테이블 구조, 각 테이블 간 연계 구조, 각 테이블 안에 포함된 각 변수의 연계 구조, 각 변수들의 에러값 파악 및 조정 등을 위해서는 별도의 팀이 구성될 필요가 있음
- 별도의 팀이 국립정신건강센터 내에 확대 설치 운영된다면, 이 팀에서는 데이터를 분기별로 사회보장정보원으로부터 제공받아 데이터의 에러값들을 확인하고 보완사항들을 사회보장정보원 및 시스템을 구축하는 전산업체와 공유하는 것이 필요함
 - 또한 시스템 상에는 문제가 없으나 정신건강복지센터에서 잘못 이해하거나 입력하기 어려워하는 변수들이 있는 경우에는 이를 정리하여 제대로 된 기입 방법과 기입해야하는 정보들을 공유하거나 교육하는 기능도 수행해야 함. 특히 현재 MHIS 내 필수 기입 정보임에도 불구하고 결측치들이 상당히 많이 존재하는데, 필수 기입 정보들이 어떻게 활용되고 왜 중요한지에 대한 설명과 더불어 결측치를 주기적으로 채울 수 있도록 하는 절차가 필요해 보임

○ 입력 정보의 완결성 강화

- 개인 및 가구의 비식별ID를 생성함에 있어서, 현재 체계는 회원 등록일자(MBR_RG_DT / 8자리)와 회원 등록순번(MBR_RG_TRN / 5자리)으로 개인 고유 ID 변수 생성하여야 했는데, 두 정보의 조합이 아니라, 단일 정보로써 지역정보가 반영된 개인 및 가구 ID가 생성되어야 할 것으로 판단됨
 - 현 시스템에는 개인별로 관리되고 있어서 한 가구에 2명이 시스템 안에 있다면 이를 찾아낼 수 있는 가구 ID도 필요
- 현재 시스템의 연령변수는 입력일 시점에서의 연령이 기입되어 있는데, 상황에 따라서는 데이터를 추출하는 시점에서의 연령이 필요한 경우도 있기 때문에, 연령 변수가 지정시점을 기준으로 자동으로 생성될 수 있도록 개선할 필요가 있음
 - 데이터 추출시점 또는 지정연도를 선택해서 연령이 자동으로 산출될 수 있어야 함
- 현재 시스템의 연령관련 정보는 주민등록번호의 생년월일, 생년월일, 회원 등록 입력일 시점의 연령, 이렇게 3가지의 정보가 존재하는데, 이 3가지 정보가 불일치되는 경우가 존재하기 때문에, 어떤 정보를 우선적으로 활용할 것인지에 대한 검토 필요
- 시스템에서 값 입력 시, 범위를 지정하고, 텍스트 자료 입력 시 오류가 없도록, 지정된 범주 그 이외의 값은 입력되지 않게끔 시스템 개선 필요
 - 현 시스템에는 GAF 점수가 음수값 또는 100 넘어가는 숫자가 입력되어 있는 경우도 존재함
 - 텍스트 입력의 경우도, 특수문자는 되도록 입력되지 않게 하여 추후 데이터 추출 시 오류가 나지 않도록 관리 필요
- 회원 병력 테이블에 발병연도 및 발병 연령 정보가 존재하는데, 이 두 정보가 일치하지 않은 경우가 존재하는데, 발병 연령과 발병연도가 연계되어 활용될 수 있도록 시스템 개선 필요
 - 상식적이지 않은 숫자가 기입되었을 시, 이를 자동으로 거를 수 있는 수

단 필요

- 시스템 내에 미입력된 사항들에 대해서는 텍스트 자료를 분석하여 필요한 항목값들이 자동으로 입력될 수 있는 체계도 고려해보아야 함
 - 업무 특성 상, 각 항목을 입력하는 것보다 텍스트로 전부 기술해놓는 경우가 많아 텍스트 자료를 적극적으로 활용해야 할 것으로 판단됨
 - 이를 위해, 텍스트 자료의 심층 분석이 선행되어야 할 것임

○ 개인별 관리체계 구축

- 시스템 상의 입력정보가 개인별로 관리될 수 있도록 시스템 개선 필요
 - 현재 시스템 상으로는 개인의 입원력을 모두 조회하여 입원횟수 정보를 따로 생성해야 하는 상황인데, 센터에서 활용 가능한 유의미한 정보(입원 횟수 등)는 개인별로 자동으로 생성될 수 있도록 해야 함
- MHIS의 테이블 간 관련 있는 항목들은 연동되어 자동으로 생성될 수 있도록 시스템 개선 필요
 - 직접서비스-사정평가에서 회원 기본 정보가 바탕이 되어 관련된 항목들은 자동으로 생성되어 있어야 입력업무 효율성이 증가할 것임

○ 실무자 시스템 교육 강화

- MHIS를 적극적으로 활용할 수 있도록 처리 절차에 대한 교육 강화
 - 권역별 정신건강사례관리시스템 사용자 교육을 주기적으로 실시하고 있으나, 실적 위주의 교육으로 이루어져 있어 정책활용 목적을 위한 시스템 활용 교육 필요

○ MHIS와 정신건강 관련 보건복지정보시스템과의 연계 확대

- MHIS의 내부 체계를 개선하여 MHIS가 가지고 있는 정보의 완전성이 확보 되면 이후 정신건강과 관련한 데이터베이스 간 연계 작업들이 이루어져야 함
 - MHIS가 가지고 있는 정보는 정신건강복지센터 대상자가 정신건강복지센터를 통해 받은 서비스에 대한 정보와 대상자의 정신질환과 관련한 정보들임. 이 대상자가 지역사회에서 다른 어떠한 서비스들을 어떻게, 얼마

나 이용하는지 등에 대한 정보들을 파악하기 어려움

- 대상자에 대한 포괄적인 정보를 파악한다는 것은 대상자의 수요를 보다 잘 이해하고 파악하여 대상자가 필요로 하는 서비스들을 보다 잘 제공해 주고, 다른 서비스로 보다 원활히 연계해 줄 수 있는 것을 의미하는 것일 수도 있음

○ 정보연계 수준 모니터링 체계 구축

- MHIS와 타 보건복지정보시스템과의 연계 활성화와 실질적인 활용도 강화를 위해 정신 의료기관 퇴원 사실 통보(예. 입퇴원 관리시스템의 경우) 등 정보연계 수준을 지속적으로 모니터링 할 수 있는 기반 마련 필요

□ 세부과제 2. 근거기반 정신건강서비스 이용자 중심의 서비스 제공을 위한 연구개발을 강화하겠습니다.

○ 신기술을 활용한 서비스 제공을 강화하기 위한 연구 개발 강화

- AI, 머신러닝, VR 기반 심리상담 기술 R&D 강화
 - 기술 개발, 개발된 기술의 효과성 평가를 위한 정부 단위의 R&D 마련 및 개발 및 연구 비용 지원
- 테스트 마이닝, 머신 러닝 기술을 활용한 전화 및 온라인 상담 인력 배치
 - 현재 제공되고 있는 온라인 상담이나 전화상담 제공 인력의 전문성에 편차가 존재함. 자원봉사 인력부터 심리상담가, 정신건강전문요원에 이르기까지 상담인력의 전문성 편차가 큼.
 - 공공에서 제공하는 온라인 및 전화상담 인력 대상 인지행동치료 및 심리상담 지침 등 상담과 관련한 역량 강화 교육 병행 필요.
 - 전화나 온라인 상담시 ‘죽고 싶다’ 등과 같은 고위험 용어가 온라인 상담에 등장하는 경우 정신건강 전문인력이 상담하도록 연결 혹은 정신건강 전문인력을 배치되어 상담 내용에 맞는 적절한 상담 제공

○ 정신건강서비스 이용자, 재난 피해자, 일반 국민, 정신건강서비스 제공자 대상 R&D 강화

- 국민대상 실태조사 외에 정신건강서비스 이용자 대상 조사 및 정신건강서비스 제공자 대상 실태조사 실시 필요
 - 재난 피해자 코호트 연구 지속 수행을 통한 중장기적인 건강에의 영향 파악 연구 수행 필요
- 정신질환 치료기술 및 치료/서비스 효과성에 대한 R&D 강화
- 국립정신건강센터의 연구기능을 강화하고, 임상병동을 운영하여 치료기술 개발, 효과성 검증 등 수행
 - 진료효과 향상을 위한 조기진단, 치료 고도화·표준화 기술개발 등 지원
 - 고위험군 혹은 초발 정신질환자 대상 비약물적 치료 기법 R&D
 - 약물 및 심리치료에 대한 정밀의료서비스 도입을 통하여 치료에 대한 개인 및 문화차 변이에 대응할 수 있는 효과적인 정신건강서비스 연구 개발 및 개발된 서비스의 효과성 평가를 위한 정부 단위의 R&D 마련 및 개발 및 연구 비용 지원
 - 근거중심치료, Best Practice와 같은 우수한 표준 선도 프로그램을 선정하여 이증하고 보급함으로써 서비스 질 향상 도모, 특히, ACT(Assertive Community Treatment)와 같이 효과성이 검증된 프로그램 적극 도입
 - 게임사용장애 취약자 선별검사 개발 및 실효성 R&D
- 음주폐해 해결 기술개발을 위한 연구개발 체계 구축
- 음주폐해는 국민의 건강과 안전을 위협하는 공중보건학적, 나아가 사회적 문제임. 따라서 효과적 개입을 위해선, 질병으로서의 알코올 중독 뿐만 아니라, 사회문제로서의 음주문제의 발생기전과 그 효과적인 개입방법에 대한 연구개발이 필수적으로 이루어져야 함.
 - 국립정신건강센터 및 보건사회연구원 등 관련 기관에 “알코올 및 중독연구 개발사업단(가칭)”을 설치하고, 음주 폐해 해소를 위한 연구개발 전략 로드맵을 개발하고 체계적으로 시행 추진
- 5개년 계획의 추진 경과와 성과를 매년 평가하고 계획을 조정하는 시스템 구축, 운영

제 10 장

정신건강복지 기본계획 추진체계 구축

제1절 정신건강복지 기본계획 추진을 위한 협력 체계 구축

제2절 정신건강복지 기본계획 틀

제3절 정신건강복지 예산 규모 추정

제 1절 정신건강복지 기본계획 추진을 위한 협력 체계 구축

1. 정신건강복지 기본계획 추진을 위한 중앙부처간 협력 체계 구축

□ 중앙 부처 간 협력 체계 강화를 위한 국무조정실 산하 정신건강정책 조정위원회 신설

○ 정신건강정책은 단지 보건복지부 만을 통해 개발되고 이행되는 것이 아님. 보건복지부 내에서도 여러 사업과에서 관련 정책들을 이행하고 있으며, 여성가족부, 교육부, 고용노동부, 법무부, 문화체육관광부 등 각 부처의 주된 타겟 인 구집단을 대상으로 한 다양한 정신건강 정책들을 개발하고 이행하고 있음

－ 각 부처를 통해 이행되고 있는 다양한 정책들은 일부 중복되기도 하며, 분절화되어 있기도 함

－ 사람 중심의 원활한 서비스 연계와 조정이 강조되고 있는 상황에서 분절화된 부처 간 정신건강 정책들은 정책의 효과성을 높이기 어렵게 함

○ 중앙 부처 간 협력 체계 구축을 위해서는 장관급 회의가 개최되는 것이 필요하며, 부처간 정책 조정의 역할을 담당하고 있는 국무조정실 산하로 ‘정신건강정책 조정위원회’가 설치되는 것이 바람직함

－ 자살예방 정책 역시 다양한 부처의 사업이 통합되어 진행되기 때문에 자살 예방을 함께 고려하여 ‘정신건강 및 자살예방 정책 조정위원회’로 설치하는 것 역시 방안임

－ 정신건강정책 조정위원회는 국무총리 소속으로 구성하고 보건복지부가 주관으로 진행하는 것을 제안함

- 유사사례: 영국의 정신건강 영역에 대한 장관급 회의 Inter-Ministerial Group for Mental Health(Chaired by the Secretary of State for Health and Social Care) 및 이를 지원하는 Government Programme Board (chaired by the Department of Health and Social Care)가 설치되어 있음

○ 위원회는 정신건강 및 자살예방 정책 전반에 관한 주요 사항을 심의하고 조정하는 역할을 수행하며, 구체적으로는 정신건강 및 자살예방 관련 주요 계획 심의, 정신건강 정책 이행 감독 및 평가, 2개 이상의 중앙행정기관이 관련된 정책 등에 대한 조정 등의 역할을 수행함

- 위원으로는 당연직으로 국무총리, 보건복지부, 기획재정부, 교육부, 법무부, 행정안전부, 문화체육관광부, 여성가족부, 고용노동부, 국무조정실장이 포함하여, 위촉직으로는 학계, 연구기관, 언론계, 법조계, 당사자 단체 등으로 구성하는 것을 제안함
- 위원회 밑에 저출산고령사회위원회나 사회보장위원회처럼 사무국을 설치 운영할 수도 있으며, 이 경우 사무국 내 부처 공무원이 파견되어 운영하도록 하며 이러한 구조를 통해 부처 간 정책 조정이 원활해질 가능성이 있음. 사무국을 설치하지 않는 경우 정신건강정책국 혹은 국립정신건강센터의 사업과가 사무국의 역할을 수행할 수도 있을 것으로 보임
- 위원회 설치를 위해서는 정신건강복지법 개정 필요

□ 중앙 정부의 정신건강 정책 수립 및 이행, 모니터링 및 평가의 컨트롤 타워 역할을 하는 보건복지부 내 정신건강정책국 신설

○ 현재 정신건강정책과에서 정신건강과 관련한 모든 이슈에 대응하고 있는 상황임. 2018년 자살예방 정책과가 신설되면서 자살예방 및 관리 사업이 정신건강정책과의 업무에서 제외되기는 하였으나, 정신건강복지센터 및 보건소처럼 정신건강정책과와 자살예방정책과가 지역사회에서 제공하는 서비스 인프라는 동일한 상황임

- 정신건강정책과에서는 국립정신건강센터를 비롯한 국립정신의료기관을 소

속기관으로 두고 있으며, 정신건강복지법에 따라 중앙정신건강복지사업지원단 역시 운영되고 있음

- 중증정신질환에서부터 중경등도 정신건강 문제에 이르기까지 광범위한 정신건강 문제의 예방, 조기개입, 치료, 보호, 재활, 요양으로 이어지는 광범위한 개입 스펙트럼을 하나의 사업과를 통해 정책들이 개발 및 이행되고 있는 상황임

○ 정신건강정책국을 보건복지부 내에 설치함으로써, 정신건강에 대해 부쩍 늘어난 국민의 관심과 수요에 대응할 수 있는 리더쉽과 책임성을 가지는 것이 필요함

- 현재 정신건강정책과는 건강정책국 하에 설치되어 있으며, 이러한 구조는 다른 부서의 정책들과 우선순위를 다투게끔 하며, 결국 정신건강 정책 간 부합성을 높이기 어렵게 함
- 정신건강정책국을 신설하여 정신건강 정책 간 부합성을 높이고, 다양한 정책 대상을 아우름과 동시에 정책의 깊이를 가져갈 수 있도록 하는 것이 필요함
 - 정신건강정책국이 신설되면 현재의 정신건강정책과와 자살예방정책과를 포함하도록 함. 추가적으로 정신건강복지서비스과, 심리지원과, 중독 및 트라우마 예방과 등 이해관계자의 협의에 기반하여 사업과 구성 필요
 - 대만의 경우 보건부 내 Department of Mental and Oral Health(정신건강 및 구강 보건국)을 두고 있으며, 정신건강증진과(Mental Health Promotion), 정신장애 예방과(Psychiatric Disorder Prevention), 중독 예방과(Substance Addiction Prevention), 정신건강 취약집단 치료과(Treatment of Groups with Special Needs)를 두고 있음

□ 효과적인 정신건강복지 기본계획 추진을 위한 보건복지부 내 협력 강화 필요

○ 정신건강복지법 제4장 '복지서비스의 제공'의 책임 주체를 정신건강정책과가 아닌 장애인정책국으로 전환하여 정신질환자 중 정신장애인을 대상으로 한 복지서비스는 장애인 대상 복지서비스 체계와 통합하여 운영 필요

- 정신장애인은 등록 장애인임에도 불구하고 장애인복지법 제15조에 의해 장애인으로서 받을 수 있는 복지서비스 이용에 제약이 있음
- 장애인 복지법 제15조를 폐지하지 않더라도 장애인정책국이 정신질환자 중 정신장애인을 대상으로 한 복지서비스 제공 주체로 보건복지부 내 사업 연계 혹은 조정이 이루어진다면 장애인정책국을 통해 정신장애인에 대한 복지 서비스 제공이 가능하다는 법조계 자문이 있었음
- 당사자 및 가족들로부터 취업, 활동 보조 지원, 가사 지원 등 서비스 지원에 대한 수요는 높은 편임

○ 장애인 복지법 개정을 통한 정신장애인 복지 차별 해소 필요

- 장애인복지법 제15조 및 시행령 제13조 제3항을 개정하여 정신건강복지법의 적용을 받는 정신장애인의 복지 향상을 위해 장애인복지법의 주요 가치, 원칙, 서비스를 정신건강복지법에 동등하게 규정하고 주요 복지서비스를 전국적으로 확충하여 정신장애인의 복지서비스 차별을 해소하도록 함
- 이를 뒷받침하기 위해 현 장애인복지법 제15조를 <표 10-1>과 같이 개정할 것을 제안함

<표 10-1> 장애인복지법 제15조 개정 방안

현 행	개 정 안
제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 이 법의 적용을 제한할 수 있다.	제15조(다른 법률과의 관계) 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」과 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 대통령령으로 정하는 다른 법률을 적용 받는 장애인에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다른 법률의 적용을 우선할 수 있도록 한다. 단 다른 법률이 본법에서 규정한 장애인복지 지원을 동등하게 보장할 수 없는 경우에는 본법에 의한 지원을 이용하도록 보장한다.

- － 장애인복지법 제15조 개정의 실효성을 보장하기 위해 현 장애인복지법 시행령 제13조 제3항을 <표 10-2>와 같이 개정할 것을 제안함

<표 10-2> 장애인복지법 시행규칙 제13조 개정 방안

현 행	개 정 안
제13조(다른 법률과의 관계) ① ----- ② ----- ③ 법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조제1항제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다.	제13조(다른 법률과의 관계) ① ----- ② ----- ③ 법 제2조에 따른 장애인 중 정신장애인은 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」을 통해 본법이 규정한 장애인복지를 위한 지원과 서비스를 동등하게 보장받아야 한다. 그렇지 않을 경우 본법에 의한 지원 및 서비스 이용을 제한할 수 없다. 본법에 의하여 제공되는 지원 및 서비스 가운데 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의하여 제공되는 지원 및 서비스와 동등한 것에 대해서는 보건복지부령으로 정한다.

○ 정신건강 사업은 보건복지부 내 다양한 사업과를 통해 진행되고 있기도 함.

- － 정신건강정책과, 자살예방정책과와 같은 건강정책국 외에도 사회서비스실 내 다양한 사업과, 장애인정책국 등 다양한 사업과를 통해 정신건강 관련 정책들이 이행되고 있음
- － 각 정책에 대한 계획 수립 및 이행 시 정신건강 영역과의 연계 및 모니터링 체계 강화 필요
 - 특히 정신장애인과 관련하여, 장애인정책종합계획과 정신건강복지 국가계획이 긴밀히 연동될 수 있도록 장애인정책종합계획 수립 및 모니터링 과정에 정신장애인복지 조정위원회의 자문과 정신건강복지 국가계획 반영 필요
 - 또한 정신건강복지 국가계획 수립 및 모니터링과정에 정신장애인복지 조정위원회의 자문과 장애인정책종합계획을 반영함
 - 정신건강복지법에 근거한 서비스가 정신장애인의 복지를 동등하게 보장할 수 있도록 정신건강복지 국가계획은 장애인정책종합계획의 주요 정

책방향과 정책과제에 부합하는 정신장애인 복지정책과제를 반영하여야 함. 이를 위해 정신건강복지법 제7조의 제5항에 근거한 시행규칙 제3조 규정을 <표 10-3>와 같이 개정할 것을 제안

<표 10-3> 정신건강복지법 제3조 개정 방안

현행	개정안
<p>제3조(국가계획 및 지역계획의 수립절차 등)</p> <p>① 보건복지부장관은 법 제7조제1항에 따른 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획(이하 "국가계획"이라 한다)을 수립한 경우에는 그 수립한 날부터 7일 이내에 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 관계 행정기관의 장에게 알리고, 보건복지부 인터넷 홈페이지에 게재하여야 한다.</p> <p>② 시·도지사는 법 제7조제2항에 따른 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다) 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획(이하 "지역계획"이라 한다)을 수립한 경우에는 그 수립한 날부터 7일 이내에 보건복지부장관에게 제출하고, 시·도의 인터넷 홈페이지에 게재하여야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관 또는 시·도지사는 국가계획 및 지역계획의 수립을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 법 제8조제2항에 따른 평가 결과를 국가계획 및 지역계획에 반영할 수 있다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 제출된 지역계획에 대한 보완이나 개선이 필요하다고 인정하는 경우에는 시·도지사에게 그 보완이나 개선을 요청할 수 있다.</p>	<p>제3조(국가계획 및 지역계획의 수립절차 등)</p> <p>① <u>보건복지부장관은 법 제7조 제1항에 따른 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획(이하 "국가계획"이라 한다)을 수립할 때는 법 제7조 제5항에 따라 장애인정책종합계획의 주요 정책과제들에 상응하는 정신장애인정책과제들을 포함하여야 한다(신설).</u></p> <p>② 보건복지부장관은 법 제7조제1항에 따른 국가계획을 수립한 경우에는 그 수립한 날부터 7일 이내에 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 관계 행정기관의 장에게 알리고, 보건복지부 인터넷 홈페이지에 게재하여야 한다.</p> <p>③ 시·도지사는 법 제7조제2항에 따른 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다) 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획(이하 "지역계획"이라 한다)을 수립한 경우에는 그 수립한 날부터 7일 이내에 보건복지부장관에게 제출하고, 시·도의 인터넷 홈페이지에 게재하여야 한다.</p> <p>④ 보건복지부장관 또는 시·도지사는 국가계획 및 지역계획의 수립을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 법 제8조제2항에 따른 평가 결과를 국가계획 및 지역계획에 반영할 수 있다.</p> <p>⑤ 보건복지부장관은 제2항에 따라 제출된 지역계획에 대한 보완이나 개선이 필요하다고 인정하는 경우에는 시·도지사에게 그 보완이나 개선을 요청할 수 있다.</p>

□ 국립정신건강센터의 기능 강화 및 중앙정신건강복지사업지원단의 자문 역할 강화

○ 국립정신건강센터의 기능 강화

－ 정신건강복지기본계획 이행 모니터링 및 평가의 주체로서 역할하는 것이
필요함

- 앞서 제시한 국가 정신건강정책조정위원회가 모니터링 및 평가의 책임성을 가진다면, 국립정신건강센터의 경우 정책과제 이행을 모니터링 및 평가하는 수행 주체로서의 역할을 가짐
 - 매해 정신건강복지 기본계획에 제시되어있는 정책 과제들을 관련 주체들을 잘 이행하고 있는지를 모니터링 및 평가하고, 이 결과들에 대한 중앙정신건강복지사업지원단의 자문을 거쳐 국가 정신건강정책조정위원회에 제출하는 과정들이 필요함
- － 근거기반의 정신건강복지 정책 이행을 위한 연구 개발 기능 강화 필요
- 국립정신건강센터가 기 수행해왔던 연구개발 기능을 강화하는 것이 필요함. 기존 국립정신건강센터는 연구부서가 별도로 설치되어 있음에도 불구하고, 다른 기관 및 전문가들에게 연구 예산을 지원하는 것에 기능이 한정되어있었음. 자체적으로 연구 주제를 개발하고 수행할 수 있는 역량을 강화하는 것이 필요함
 - 정신의료, 재활뿐 아니라 정신건강복지의 광범위한 정책 과제 이행과 관련한 근거 산출을 위한 다학제 연구 인력이 국립정신건강센터 내 연구 인력으로 포함되어야 함
- － 정신건강복지센터의 중앙 조직으로 기능하는 것이 필요함
- 정신건강복지센터는 광역 및 기초 지자체 단위에서 활동하고 있으나 이를 총괄하는 중앙정신건강복지센터가 부재한 상황임. 자살예방센터의 경우 중앙자살예방센터가 설치되어 운영 중이기도 하며, 치매안심지원센터 역시 중앙 조직이 설치되어 있음
 - 별도의 중앙정신건강복지센터를 설치하는 것을 고려해 볼 수도 있으며, 이를 위해서는 별도의 예산과 조직 구성이 필요함. 별도 설치 외에 중앙조직으로서의 역할을 국립정신건강센터의 기능으로 포함하는 것 역시 고려해 볼 수 있음. 현재까지 광역 및 기초 정신건강복지센터와 협업 및 센터들을 지원하는 역할을 국립정신건강센터에서 수행한 바 있음. 국가트라우마센터와 같이 국립정신건강센터 내 ‘중앙 정신건강복지센터’를 설

치할 수 있을 것이며, 기존의 국립정신건강센터 내 사업부의 기능 중 하나로 포함할 수도 있을 것임

- 그 외 의료기능을 가지고 있는 국립정신의료기관으로서의 공공성을 강화하는 것이 필요하며, 이에 대한 내용은 제5장에 제시되어있음

○ 중앙정신건강복지사업지원단의 자문 역할 강화

- 중앙정신건강복지사업지원단의 고유 기능은 '자문'의 역할로서, 국가 정신건강복지 기본계획 수립단계에서의 자문 및 이행 과정에서의 자문을 이행하는 주체로 역할하는 것이 필요함
- 국립정신건강센터의 모니터링 및 평가, 연구 개발 사업 수행 결과를 검토하고 개선을 위한 자문 제공

2. 정신건강복지 기본계획 추진을 위한 중앙 정부와 지자체 역할

□ 중앙 정부의 역할

○ 정신건강복지 기본계획 이행 모니터링 및 평가(연간)

- 국가정신건강정책조정위원회에 총괄 이행 모니터링 및 평가의 책임성을 두고, 국립정신건강센터에서 연간 계획 이행에 대한 모니터링 및 평가를 실행하는 역할을 두는 것을 제안함
- 중앙정신건강복지사업지원단의 경우 모니터링 및 평가 실행에 대한 역할을 두지는 않으나 모니터링 및 평가를 한 결과에 대한 검토 및 향후 계획 이행에서의 수정 보완 및 자문 의견을 제시하는 것으로 기능
- 지역 모형이 다양해지면 일률적 평가가 어려우므로, 사전사후 종단적인 모니터링과 평가 진행 필요

○ 정신건강복지 기본계획 이행을 위한 재원조달

- 양질의 적극적 치료를 제공하기 위한 건강보험 수가 체계 개선 및 지역사회 정신건강복지사업 이행을 위한 재원 조달 체계 개선
 - 국민건강증진기금 사업과 더불어 다양한 재원조달 자원 모색 필요. 정신

건강복지센터의 업무가 표준화된다면(인력기준과 시설 기준 마련 선행 필요), 일반회계 사업으로 전환 가능성 모색 필요

- 중앙이 지원하는 정신건강복지센터의 예산은 표준화된 업무에 기반하여 지원하고, 지자체에서 혹은 타 부처에서 개발하여 자체적으로 진행하는 사업의 이행과 관련해서 정신건강복지센터에 그 역할을 기대할 시 지자체 혹은 타 부처에서 정신건강복지센터에 예산을 지원하는 방식으로 운영
- 지자체의 재정자립도, 인구 규모를 고려하여 지역사회 정신건강복지사업 이행을 위한 지원 차등화 구조 설계 필요

○ 정신건강복지 기본계획 이행을 위한 중앙부처 간 협의 및 정책 조정

- 국가정신건강정책조정위원회를 통한 중앙 부처 간 협의 및 정책 조정 필요. 사무국이 설치되면, 사무국을 통한 부처간 실무 협의 진행 및 정책 조정 필요

○ 지역의 특성에 맞는 정신건강복지사업 계획 수립 지원

- 지역 현황 데이터 공유
- 컨설팅 지원- 광역정신건강복지센터 및 지역정신건강복지사업지원단을 통한 컨설팅 지원
- 지역별로 맞춤형 정신건강복지서비스 제공을 할 수 있도록 지역 현황 데이터를 공유하고, 서비스 구성에 대한 지침을 제공하는 등 기준을 제시해주는 것이 좋음. 예를 들어 인구 규모에 따라 정신재활시설 중 이용시설 1개소, 공동생활가정 1개소 운영과 같은 구체적인 지침이 제시되는 것이 필요함

□ 지방자치단체의 역할

○ 지역 특성 분석에 기반한 지자체 차원의 정신건강복지 이행계획 수립

- 국가 단위의 정신건강복지 기본계획에 제시된 정책 과제에 따라 지역 특성에 맞는 지자체 차원의 정신건강복지 이행계획을 수립하여 중앙과 지방의 정책 간 부합성 제고 필요
- 국가정신건강 기본계획과 더불어 지역보건의료계획과 연계되도록 이행 계

획 수립 필요.

- 국가 단위의 정신건강복지 기본계획에 제시된 정책과제를 그대로 따라서 이행 계획을 수립하는 것이 아닌 지역 특성 분석에 기반하여 지역에 맞는 이행 계획을 수립하는 것이 필요함.
- 중앙 단위의 예산지원을 받는 것과 더불어 지자체 차원의 모니터링 및 평가, 재원조달 등의 내용이 이행 계획에 수립되는 것이 필요
- 정신건강복지 이행계획 수립 시 광역 정신건강복지센터 및 지역의 정신건강복지사업지원단의 자문을 받아 이행 계획 수립 필요.
- 중앙정신건강복지사업지원단, 국립정신건강센터 등의 중앙 단위 조직으로부터 이행계획 수립에 관한 컨설팅 활용 필요

○ 지자체 차원의 정신건강복지 계획을 이행에의 책임성 담보

- 지자체가 수립한 정신건강복지 이행계획의 추진 현황을 모니터링하고 평가하는 작업이 필요하며, 이는 지자체 차원에서 보건소를 통해 수행하거나 광역단위의 광역정신건강복지센터, 혹은 중앙단위에서 국립정신건강센터를 통해 수행가능할 것으로 보임.
- 이행에의 책임성을 담보하기 위해 지자체에서 수립하는 이행 계획에는 구체적인 목표치와 성과치가 제시되어야 할 것임.
- 지자체에서 수립한 정신건강복지 이행계획의 효과적인 추진을 위한 지자체 차원의 재원조달 필요
- 지역 특성 분석에 기반하여 지역의 우선적 정책과제들을 추려내고, 이들 과제를 이행하기 위한 지자체 차원의 재원조달 노력 필요. 지역이 자체적으로 발굴하고 개발하는 사업들의 경우 지자체 예산으로 운영하는 것이 필요
- 지자체의 정신건강복지 이행계획의 효과적인 추진을 위한 지역사회 내 유관조직 간 협업 강화 필요

제2절 정신건강복지 기본계획 틀

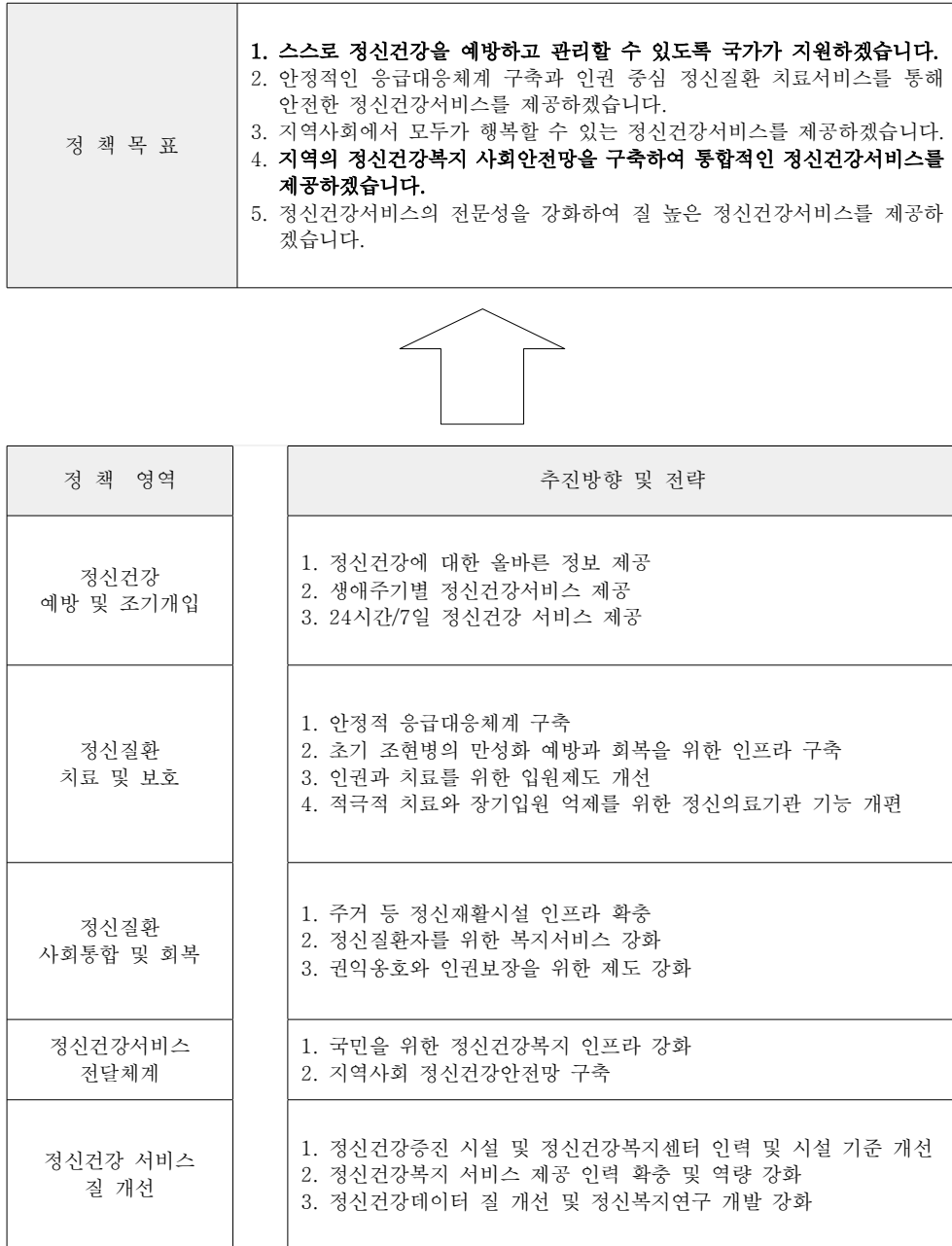
1. 정신건강복지 기본계획의 틀거리 요약

□ 본 연구의 제5~9장에서 제시된 정책 목표와 정책 과제들은 다음의 그림과 같음

- 본 연구는 정신건강복지서비스 제공 스펙트럼에 따라 예방 및 조기개입, 치료와 보호, 사회통합과 회복 영역의 정책과제들을 도출하였으며, 이러한 정책과제의 효과적 이행 및 추진을 위한 전달체계와 기존의 정신건강복지서비스 제공 주체의 질 개선에 대한 정책과제들을 도출하였음
- 따라서 총 5개 영역의 15개 정책 과제가 도출되었으며, 구체적으로 보면, 예방과 조기개입 영역의 3과제, 치료와 보호 영역의 4과제, 사회통합 및 회복 영역의 3과제, 전달체계 개선 영역의 2과제, 질개선 영역의 3과제가 도출되었음³⁶⁾

36) 각 정책 과제에 포함되는 세부과제 및 세부 추진 과제는 부록으로 제시되어있음.

[그림 10-1] 정신건강복지 기본계획의 틀거리



- － 본 연구에서 도출된 총 15개 정책과제는 52개의 세부과제를 포함하고 있음. 정신건강 예방 및 조기개입과 관련하여 총 9개의 세부 과제, 치료와 보호와 관련하여 총 14개의 세부과제, 사회통합과 회복과 관련하여 총 11개의 세부과제, 전달체계와 관련한 8개 세부과제, 질 개선과 관련하여 총 10개의 세부과제가 도출되었음

<표 10-4> 정신건강복지 기본계획의 정책과제(안)

구분	추진목적 및 방향	세부과제
정신건강 예방 및 조기개입	정책과제 1. 정신건강과 중독에 대한 충분한 정보 제공하겠습니다.	세부과제 1. 올바른 정보를 제공하여 정신질환에 대한 편견을 해소
		세부과제 2. 어릴 때부터 지속적으로 정신건강에 대한 정보를 제공하는 기회를 마련
	정책과제2. 생애주기에 따른 정신건강 서비스 제공하겠습니다.	세부과제1. 아동청소년 정신건강 증진을 위한 서비스를 강화
		세부과제2. 청장년 정신건강 증진을 위한 서비스를 강화
		세부과제3. 노인 정신건강 증진을 위한 서비스를 강화
		세부과제4. 정신건강 취약계층의 정신건강증진을 위한 서비스를 강화
	정책과제3. 24시간 / 7일 정신건강서비스 제공하겠습니다.	세부과제1. 다양한 매체를 통 정신건강 자가진단 및 상담서비스 이용가능화
		세부과제2. 기존의 자원을 활용한 우울, 불안에 대한 서비스 제공을 강화
		세부과제3. 지역사회에 있는 공공과 민간 자원을 활용한 양질의 정신건강 예방 및 조기개입 서비스를 강화
정신질환 치료 및 보호	정책과제 1. 안정적인 응급대응체계 구축하겠습니다.	세부과제 1. 정신질환 응급대응에서의 현장대응 체계의 역할 및 기능 명확화
		세부과제 2. 정신의료 서비스 이용에의 공백이 없도록 정신응급병상을 마련
	정책과제 2. 초기 조현병 환자의 만성화 예방과 회복을 위한 인프라 구축하겠습니다.	세부과제 1. 초기 조현병 환자의 만성화 예방과 회복을 위한 지역사회 조기중재 센터를 확대
		세부과제 2. 거점 의료기관의 조기중재 센터를 지정 설치하여 집중적인 치료 서비스를 제공
	정책과제 3. 정신질환으로 인한 입원제도 개선하겠습니다.	세부과제 1. 강제입원심사기관을 개선
		세부과제 2. 강제입원심사방식 및 절차를 개선

구분	추진목적 및 방향	세부과제
	정책과제 4. 적극적인 치료 제공과 장기입원 억제를 위한 정신의료기관의 기능을 개편하겠습니다.	세부과제 1. 환자상태에 따른 병동구분 운영으로 특화된 정신의료서비스를 제공
		세부과제 2. 민간 정신의료기관과 국공립 정신의료기관의 역할 및 기능을 개편하고, 민간과 국공립 정신의료기관 간 연계시스템을 구축
		세부과제 3. 발달단계를 고려한 아동청소년병동을 권역별로 설치
		세부과제 4. 장기입원환자 평가 및 분류에 따른 장기입원 억제하는 체계를 구축
		세부과제 5. 정신의료기관에서의 재활치료 활성화 및 지역사회 연계 시스템 구축
		세부과제 6. 의료급여환자 적극적 치료에 대한 행위별 수가화
		세부과제 7. 자살 고위험군의 의료 접근성을 강화
		세부과제 8. 알코올 중독 치료 서비스 적정화
사회통합 및 회복	정책과제 1. 정신질환자의 자립생활이 가능하도록 주거 및 재활시설 등 인프라를 확충하겠습니다.	세부과제1. 탈원화 하는 중증정신질환자를 위한 거주공간을 확보
		세부과제2. 다양한 유형의 정신재활시설을 설치 및 운영
		세부과제3. 기존 복지서비스를 활용한 정신재활 시설 및 프로그램을 확대
		세부과제4. 정신장애인 대상 복지서비스를 제공하는 정신장애인 복지지원센터 모형 개발하고 확충
	정책과제2. 정신질환자가 건강하게 즐기면서 100세까지 살 수 있도록 복지서비스를 강화하겠습니다.	세부과제1. 정신질환자의 일자리 기회를 확대
		세부과제2. 정신질환자의 건강서비스에의 접근성을 강화
		세부과제3. 정신질환자 대상 평생교육 지원서비스를 확립
		세부과제4. 정신장애인이 문화여가 서비스 및 일상생활 지원서비스를 이용할 수 있도록 제도를 개선
	정책과제3. 정신질환자의 권익옹호 및 인권보장을 제도화하여 삶의 질을 향상시키겠습니다.	세부과제1. 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별을 개선
		세부과제 2.자기 의사결정권을 지원할 수 있는 제도적 기반 및 체계를 마련하고 확대
		세부과제3. 당사자 및 가족 활동을 지원
정신건강복지서비스 전달체계	정책과제1. 지역주민 모두를 위한 정신건강복지 인프라를 강화하겠습니다.	세부과제1. 정신건강복지센터 업무 표준화
		세부과제2. 지역사회 기반 중독관리 강화 및 재활 시설 확충
		세부과제3. 중경등도 정신건강문제를 경험하는 사람을 대상으로 한 심리지원

구분	추진목적 및 방향	세부과제
	정 정책과제2. 지역의 정신건강복지인프라 간 연계를 강화하여 지역의 정신건강안전망을 구축하겠습니다.	세부과제4. 미등독대상자 모니터링을 통한 서비스 접근성 향상
		세부과제5. 트라우마경험자를 대상으로 한 트라우마대응체계 강화
		세부과제1. 국가 및 지방자치단체의 정신건강복지 사회안전망 구축 운영의무 규정 신설
		세부과제2. 지역사회 정신건강복지 사회안전망 모형 개발
	정 정책과제 1. 양질의 정신건강복지서비스 제공을 위한 정신건강증진시설 및 정신건강복지센터의 인력 및 시설 기준을 개선하겠습니다.	세부과제3. 지역 정신건강복지 사회안전망의 역할을 분담하고 연계를 강화
		세부과제1. 인권친화적인 치료환경 구축 등 정신의료기관의 인력 및 시설 기준을 개선
		세부과제2. 정신재활시설의 시설 및 인력기준 개선과 컨설팅시스템 구축
		세부과제3. 정신요양시설 기능전환을 통한 정신질환자 대상 복지서비스 확충
정신건강복지서비스 질 개선	정 정책과제2. 정신건강복지서비스 제공 인력을 확충하고 역량을 강화하겠습니다.	세부과제4. 정신건강복지센터의 시설 및 인력 기준 마련
		세부과제1. 정신건강복지 인력을 확충
		세부과제2. 양질의 정신건강복지 인력 확보를 위한 인력 처우 개선
		세부과제3. 정신건강복지 인력의 전문성을 강화
	정 정책과제3. 정신건강데이터의 질을 개선하고 정신건강복지 연구 개발을 강화하여 근거기반 서비스 및 정책을 마련하겠습니다.	세부과제4. OECD 표준 국가 전문 자격 심리사(Licensed Psychologist) 제도를 도입
		세부과제1. 타(他)보건복지정보시스템과 MHIS의 정보 연계를 강화
		세부과제2. 근거기반 정신건강서비스 이용자 중심의 서비스 제공을 위한 연구개발을 강화

○ 본 연구에서 도출된 정책과제들은 다음과 같은 공통의 원칙을 가지고 있음

- **정신건강복지서비스에의 접근성 강화 (Better Accessibility):** 정신건강복지서비스에의 심리적인 거리감(스티그마와 낙인, 차별 등) 해소와 물리적(시간 및 공간, 가격) 접근성 강화
- **양질의(quality) 정신건강복지서비스:** 양질의 정보, 치료, 보호, 통합 및 회

복을 위한 서비스를 제공하는 정신의료기관 및 지역사회의 다양한 정신건강복지서비스 제공주체의 중요성과 이를 가능케 하는 충분한 예산, 역량 높은 인력의 중요성 부각

- **포용(Inclusion)과 옹호(Advocacy):** 정신질환자 및 가족이 차별받지 않고 사회의 구성원으로 지역사회에서 잘 살아갈 수 있도록 하고, 이를 위한 인권과 권익 옹호의 강화. 또한 정신질환자 뿐 아니라 정신건강의 광범위성에 대한 인정 및 전 국민을 대상으로 한 서비스 제공 필요성 부각
- **지역사회(Community) 기반의 통합된 정신건강복지서비스:** 정신의료기관에서의 적극적 치료 이후 정신질환자가 지역사회에서 자신의 수요와 욕구에 맞는 서비스를 이용하면서 살아갈 수 있도록 (living in place가 가능하도록) 지역사회 기반으로 기존에 구축되어있는 정신건강복지서비스들이 잘 연계되도록 하며, 부족한 지역사회 정신건강복지서비스 기반 강화 필요
- **근거기반(Evidence-based)의 정신건강복지서비스:** 정신건강복지서비스에 대한 모니터링과 평가의 중요성 부각 및 이를 가능케 하는 정신건강정보시스템의 개선 필요. 또한 정신건강복지서비스 강화를 위한 연구개발 기능 강화 역시 필요

2. 정신건강복지 기본계획 추진 및 이행 모니터링을 위한 지표(안)

가. 정신건강복지 기본계획의 성과 지표(안)

- 앞서 살펴본 정신건강복지 기본계획의 틀에서 제시된 정책과제의 추진 이행 정도를 모니터링 및 평가할 수 있는 성과 지표(안)은 다음과 같음
- 성과 지표안은 기존 정신건강복지분야의 선행연구, 유관분야의 중앙 단위 계획(종합계획, 기본계획 등)들과 더불어 국립정신건강센터에서 매년 발행하고 있는 국가 정신건강현황 보고서에 제시된 지표들을 참고하여 제시하였음

<표 10-5> 정신건강복지 기본계획 세부 과제 및 제안 성과 지표

구분	추진목적 및 방향	세부과제	제안 성과 지표
정신건강 예방 및 조기개입	정책과제 1. 정신 건강과 중독에 대 한 충분한 정보 제 공하겠습니다.	세부과제 1. 올바른 정보를 제공하여 정 신질환에 대한 편견을 해소하겠습니다.	- 정신질환에 대한 긍정적 태도 - 정신건강증진 교육 수혜율
		세부과제 2. 어릴 때부터 지속적으로 정신건강에 대한 정보를 제공하는 기회 를 마련하겠습니다	
	정책과제2. 생애주 기에 따른 정신건 강 서비스 제공하 겠습니다.	세부과제1. 아동청소년 정신건강 증진 을 위한 서비스를 강화하겠습니다.	- 생애주기별 및 취약계층의 정신건강 수준(우울감경험 률, 고위험음주율, 평생유병 률 등)
		세부과제2. 청장년 정신건강 증진을 위 한 서비스를 강화하겠습니다.	
		세부과제3. 노인 정신건강 증진을 위한 서비스를 강화하겠습니다	
		세부과제4. 정신건강 취약계층의 정신 건강증진을 위한 서비스를 강화하겠습 니다.	
	정책과제3. 24시 간 / 7일 정신건강 서비스 제공하겠습 니다.	세부과제1. 다양한 매체를 통해 정신건 강 자가진단 및 상담서비스를 이용할 수 있도록 하겠습니다.	- 정신건강복지서비스 이용률 - 정신건강복지서비스 이용만 족도
		세부과제2. 기존의 자원을 활용한 우울, 불안에 대한 서비스 제공을 강화하겠습 니다	
		세부과제3. 지역사회에 있는 공공과 민 간 자원을 활용한 양질의 정신건강 예방 및 조기개입 서비스를 강화하겠습니다	
정신질환 치료 및 보호	정책과제 1. 안정 적인 응급대응체계 를 구축하겠습니다.	세부과제 1. 정신질환 응급대응에서의 현장대응 체계의 역할 및 기능을 명확 히 하겠습니다.	- 정신응급병상 확보율
		세부과제 2. 정신의료 서비스 이용에의 공백이 없도록 정신응급병상을 마련하 겠습니다.	
	정책과제 2. 초기 조현병 환자의 만 성화 예방과 회복 을 위한 인프라를	세부과제 1. 초기 조현병 환자의 만성 화 예방과 회복을 위한 지역사회 초기 중재 센터를 확대하겠습니다.	- 초기중재지원센터 수 (혹은 초기정신증지원사업 운영 여부)

구분	추진목적 및 방향	세부과제	제안 성과 지표
	구축하겠습니다.	세부과제 2. 거점 의료기관의 조기중재 센터를 지정 설치하여 집중적인 치료 서비스를 제공할 예정입니다.	
	정책과제 3. 정신 질환치료를 위한 입원제도를 개선하겠습니다.	세부과제 1. 강제입원심사기관을 개선하겠습니다. (3가지 안에 대한 비교)	- 비자의입원률
		세부과제 2. 강제입원심사방식 및 절차를 개선하겠습니다.	
	정책과제 4. 적극적인 치료 제공과 장기입원 억제에 위한 정신의료기관의 기능을 개편하겠습니다.	세부과제 1. 환자상태에 따른 병동구분 운영으로 특화된 정신의료서비스를 제공할 예정입니다.	<ul style="list-style-type: none"> - 정신의료기관 연간 평균 재원 기간 - 중증질환자 퇴원 후 지역사회 회귀율 - 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 내 외래방문율 - 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 내 재입원율 - 정신병상수 - 지속적 외래치료를
		세부과제 2. 민간 정신의료기관과 국공립 정신의료기관의 역할 및 기능을 개편하고, 민간과 국공립 정신의료기관 간 연계시스템을 구축하겠습니다.	
		세부과제 3. 발달단계를 고려한 아동청소년병동을 권역별로 설치하겠습니다.	
		세부과제 4. 장기입원환자 평가 및 분류에 따른 장기입원 억제하는 체계를 구축하겠습니다.	
		세부과제 5. 정신의료기관에서의 재활치료 활성화 및 지역사회 연계 시스템 구축	
		세부과제 6. 의료급여환자 적극적 치료에 대한 행위별 수가화하겠습니다.	
		세부과제 7. 자살 고위험군의 의료 접근성을 강화하겠습니다.	
		세부과제 8. 알코올 중독 치료 서비스를 적정화하겠습니다.	
사회통합 및 회복	정책과제 1. 정신질환자의 자립생활이 가능하도록 주거 및 재활시설 등 인프라를 확충하겠습니다.	세부과제1. 탈원화 하는 중증정신질환자를 위한 거주공간을 확보하겠습니다.	<ul style="list-style-type: none"> - 주거 지원을 받는 정신질환자의 수(혹은 %) - 정신질환자 불안정 거주율 - 정신의료기관 퇴원 후 사회거주기간 (평균) - 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 수(유형별)

구분	추진목적 및 방향	세부과제	제안 성과 지표
		세부과제2. 다양한 유형의 정신재활시설을 설치하고 운영하겠습니다.	
		세부과제3. 기존 복지서비스를 활용한 정신재활 시설 및 프로그램을 확대하겠습니다.	
		세부과제4. 정신장애인 대상 복지서비스를 제공하는 정신장애인 복지지원센터 모형 개발 및 확충	
	정책과제2. 정신질환자가 건강하게 즐기면서 100세까지 살 수 있도록 복지서비스를 강화하겠습니다.	세부과제1. 정신질환자의 일자리 기회를 확대하겠습니다.	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 거주 중증정신질환자 취업률 - 정신질환자 건강수준 - 지역사회 거주 중증정신질환자 지역사회 지원 서비스 이용률(유형별) - 지역사회 거주 중증정신질환자 지역사회 지원 서비스 이용 만족도
		세부과제2. 정신질환자의 건강서비스에의 접근성을 강화하겠습니다.	
		세부과제3. 정신질환자 대상 평생교육 지원서비스를 확립하겠습니다.	
		세부과제4. 정신장애인이 문화여가 서비스 및 일상생활 지원서비스를 이용할 수 있도록 제도를 개선하겠습니다.	
	정책과제3. 정신질환자의 권익옹호 및 인권보장을 제도화하여 삶의 질을 향상시키겠습니다.	세부과제1. 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별을 개선하겠습니다.	<ul style="list-style-type: none"> - 정신질환자의 차별 경험률 - 공공후견인 제도 등 의사결정지원서비스 이용률 및 이용 만족도 - 정신질환자 당사자 및 가족의 삶의 만족도
		자기 의사결정권을 지원할 수 있는 제도적 기반 및 체계를 마련하고 확대하겠습니다.	
		세부과제2. 당사자 및 가족 활동을 지원하겠습니다.	
정신건강복지서비스 전달체계	정책과제1. 지역주민 모두를 위한 정신건강복지 인프라를 강화하겠습니다.	세부과제1. 정신건강복지센터 업무 표준화하겠습니다.	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강복지센터 업무 표준화 여부 - 공공심리지원서비스 이용률 - 정신질환자 등록 관리율 - 트라우마센터 권역별 설치 여부
		세부과제2. 지역사회 기반 중독관리 강화 하고, 재활시설을 확충하겠습니다.	
		세부과제3. 중경등도 정신건강문제를 경험하는 사람을 대상으로 심리지원 제공하겠습니다.	
		세부과제4. 미등독대상자 모니터링을 통한 서비스 접근성 향상하겠습니다.	

구분	추진목적 및 방향	세부과제	제안 성과 지표
	정책과제2. 지역의 정신건강복지인프라 간 연계를 강화하여 지역의 정신건강안전망을 구축하겠습니다.	세부과제5. 트라우마경험자를 대상으로 한 트라우마대응체계 강화하겠습니다.	- 정신건강복지 서비스 연계율 (유형별, 기관별)
		세부과제1. 국가 및 지방자치단체의 정신건강복지 사회안전망 구축 운영의무 규정을 신설하겠습니다.	
		세부과제2. 지역사회 정신건강복지 사회안전망 모형을 개발하겠습니다.	
정신건강 복지서비스 질 개 선	정책과제 1. 양질의 정신건강복지서비스 제공을 위한 정신건강증진시설 및 정신건강복지센터의 인력 및 시설 기준을 개선하겠습니다.	세부과제1. 인권친화적인 치료환경 구축 등 정신의료기관의 인력 및 시설 기준을 개선하겠습니다.	- 정신의료기관 인력 1인당 환자수 - 정신재활시설, 정신건강복지시설, 중독관리통합지원센터 등 지역사회 정신건강복지서비스 제공기관별 실무자 1인당 사례관리대상자 수 - 정신요양시설 기능 전환 시설의 비율
		세부과제2. 정신재활시설의 시설 및 인력기준 개선과 컨설팅시스템 구축하겠습니다.	
		세부과제3. 정신요양시설 기능전환을 통한 정신질환자 대상 복지서비스 확충하겠습니다.	
		세부과제4. 정신건강복지센터의 시설 및 인력 기준을 마련하겠습니다.	
	정책과제2. 정신건강복지서비스 제공 인력을 확충하고 역량을 강화하겠습니다.	세부과제1. 정신건강복지 인력을 확충하겠습니다.	- 인구 10만 명당 정신건강전문인력 - 전문인력 양성 수 대비 활동 전문인력 수 - 정신건강전문가의 고용안정성 - 국가 전문 자격 심리사 제도 도입 여부 - 국가 전문자격 심리사 수
		세부과제2. 양질의 정신건강복지 인력 확보를 위한 인력 처우를 개선하겠습니다.	
		세부과제3. 정신건강복지 인력의 전문성을 강화하겠습니다.	
		세부과제4. OECD 표준 국가 전문 자격 심리사(Licensed Psychologist) 제도를 도입하겠습니다.	
	정책과제3. 정신건강데이터의 질을 개선하고 정신건강복지 연구 개발을 강화하여 근거기반 서비스 및 정책을 마련하겠습니다.	세부과제1. 타(他)보건복지정보시스템과 MHIS의 정보 연계를 강화하겠습니다.	- 전체 정신보건예산 중 연구개발 예산이 차지하는 비중
		세부과제2. 근거기반 정신건강서비스 이용자 중심의 서비스 제공을 위한 연구개발을 강화하겠습니다.	

나. 정신건강복지 기본계획의 성과 지표(안)에 따른 목표치

- 앞서 살펴본 정신건강복지 기본계획의 성과 지표(안)에 따라 현재 상황에서의 지표값들을 살펴본 결과는 다음과 같으며, 현재 값에 비추어 2025년의 목표치를 설정해 보면 다음과 같음.
- 현재값의 경우 주로 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원 등이 발간한 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서(2018)에 제시된 값들을 활용하였음.
 - 목표치의 경우 근거로 삼을 기존 계획 및 목표가 있는 경우 기존 연구에 따라 목표치를 설정하였으며, 근거가 없는 경우, 1년에 5% 정도 향상(혹은 감소)를 목표로 5년간 25% 향상 혹은 감소하는 것으로 설정하였음³⁷⁾.
 - 현재 전국단위의 조사나 행정자료로 파악되지 않는 지표값들의 경우 추가적인 생산 및 취합이 필요함.

<표 10-5> 정신건강복지 기본계획 세부 과제 및 제안 성과 지표

구분	추진목적 및 방향	제안 성과 지표	현재치('17~'19) ³⁸⁾	목표치(2025)	기준
정신건강 예방 및 조기개입	정책과제 1. 정신건강과 중독에 대한 충분한 정보 제공하겠습니다.	- 정신질환에 대한 긍정적 태도	57.0%	71.25%	현재보다 25% 수준 향상
		- 정신건강증진 교육 수혜율	3.4%	4.25%	
	정책과제2. 생애주기에 따른 정신건강 서비스 제공하겠습니다.	- 우울감경험률	13.0%	9.75%	현재보다 25% 수준 감소
		- 고위험음주율	13.8%	10.35%	
		- 정신질환 평생유병률	25.4%	19.05%	
		- 정신질환 치료수진율	60.3%	45.23%	현재보다 25% 수준 향상
		- 인구10만명당 자살사망률	26.6명	19.1명	자살예방 국가 행동 계획 목표치 매해 1.5명 감소 기준
		- 정신건강복지서비스 이용률	22.2%	27.75%	현재보다 25%

37) 대다수 지표값의 경우 최근 5년간 값의 차이가 크지 않으나, 목표치를 보다 대담하게 설정하여 성과 추진에서의 탄력성을 확보할 필요가 높음.

구분	추진목적 및 방향	제안 성과 지표	현재치(17~19) ³⁸⁾	목표치(2025)	기준
	정책과제3. 24시간 / 7일 정신건강서비스 제공하겠습니다.				수준 향상
		- 정신건강복지서비스 이용만족도	-	-	조사 첫째대비 25% 향상
정신질환 치료 및 보호	정책과제 1. 안정적인 응급대응체계를 구축하겠습니다.	- 정신응급병상 확보율 ^a	-	-	파악 첫째 대비 25% 향상
	정책과제 2. 초기조현병 환자의 만성화 예방과 회복을 위한 인프라를 구축하겠습니다.	- 조기중재지원센터 수 ^a (혹은 조기정신증지원사업 운영 여부)	-	-	파악 첫째 대비 25% 향상
	정책과제 3. 정신질환치료를 위한 입원제도를 개선하겠습니다.	- 비자의입원률	37.9%	28.43%	현재보다 25% 수준 감소
	정책과제 4. 적극적인 치료 제공과 장기입원 억제를 위한 정신의료기관의 기능을 개편하겠습니다.	- 정신의료기관 연간 평균 재원 기간	98.1일		현재보다 25% 수준 감소
		- 중증질환자 퇴원 후 지역사회회기관 의뢰율	-	-	조사 첫째대비 25% 향상
		- 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 내 외래방문을	62.0%	77.5%	조사 첫째대비 25% 향상
		- 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 내 재입원을	23.8%	17.85%	현재보다 25% 수준 감소
		- 정신병상수	95,019 병상	71,264	현재보다 25% 수준 감소
		- 지속적 외래치료를	-	-	파악 첫째 대비 25% 향상
사회통합 및 회복	정책과제 1. 정신질환자의 자립생활이 가능하도록 주거 및 재활시설 등 인프라를 확충하겠습니다.	- 주거 지원을 받는 정신질환자의 수(혹은 %)	-	-	조사 첫째대비 25% 향상
		- 정신질환자 불안정 거주율	12.3%	9.23%	현재보다 25% 수준 감소
		- 정신의료기관 퇴원 후 사회거주기간 (평균)	-	-	조사 첫째대비 25% 향상
		- 정신건강복지센터 수	213개소	255 개소	전체 시군구에 설치
		- 중독관리통합지원센터 수	50개소	85개소	제8장 참조 (최대 신설 개소수로 설정)
		- 정신재활시설 수	349개소	436개소	현재보다 25%

구분	추진목적 및 방향	제안 성과 지표	현재치('17~'19) ³⁸⁾	목표치('2025)	기준
					수준 향상
	정책과제2. 정신질환자가 건강하게 즐기면서 100세까지 살 수 있도록 복지서비스를 강화하겠습니다.	- 지역사회 거주 중증정신질환자 취업률	16.2%	20.25%	현재보다 25% 수준 향상
		- 정신질환자 건강수준	-	-	조사 첫째 대비 25% 수준 향상
		- 지역사회 거주 중증정신질환자 지역사회 지원 서비스 이용률(유형별)	-	-	조사 첫째 대비 25% 수준 향상
		- 지역사회 거주 중증정신질환자 지역사회 지원 서비스 이용 만족도	-	-	조사 첫째 대비 25% 수준 향상
	정책과제3. 정신질환자의 권익옹호 및 인권보장을 제도화하여 삶의 질을 향상시키겠습니다.	- 정신질환자의 차별 경험률	-	-	조사 첫째 대비 25% 수준 감소
		- 공공후견인 제도 등 의사결정지원서비스 이용률	-	-	조사 첫째 대비 25% 수준 향상
		- 공공후견인 제도 등 의사결정지원서비스 이용 만족도	-	-	조사 첫째 대비 25% 수준 향상
		- 정신질환자 당사자 및 가족의 삶의 만족도	-	-	조사 첫째 대비 25% 수준 향상
정신건강복지서비스 전달체계	정책과제1. 지역주민 모두를 위한 정신건강복지 인프라를 강화하겠습니다.	- 정신건강복지센터 업무 표준화 여부	-	표준마련	
		- 공공심리지원서비스 이용률	-	-	시행 첫째 대비 25% 수준 향상
		- 정신질환자 등록 관리율 ^a	-	-	조사 첫째 대비 25% 향상
		- 트라우마센터 권역별 설치 여부	2개소	6개소	전체 국립정신의료기관 + 안산마음건강센터
	정책과제2. 지역의 정신건강복지인프라 간 연계성을 강화	- 정신건강복지 서비스 연계율(유형별, 기관별)	-	-	조사 첫째 대비 25% 향상

구분	추진목적 및 방향	제안 성과 지표	현재치('17~'19) ³⁸⁾	목표치('20~'25)	기준
	하여 지역의 정신건강안전망을 구축하겠습니다.				
정신건강복지서비스 질 개선	정책과제 1. 양질의 정신건강복지서비스 제공을 위한 정신건강증진시설 및 정신건강복지센터의 인력 및 시설 기준을 개선하겠습니다.	- 정신의료기관 인력 1인당 환자수	-	-	조사 첫째 대비 25% 감소
		- 정신재활시설, 정신건강복지시설, 중독관리통합지원센터 등 지역사회 정신건강복지서비스 제공기관별 실무자 1인당 사례관리대상자 수	-	20명~40명 ³⁹⁾	중증정신질환자 치료 및 보호를 위한 우선조치방안 등 선행연구
		- 정신요양시설 기능 전환 시설의 비율	-	50%	10년 내 기능 전환 완료 목표로 5년내 50% 달성 기준 설정
	정책과제2. 정신건강복지서비스 제공인력을 확충하고 역량을 강화하겠습니다.	- 인구 10만 명당 정신건강전문인력	16.2명	20.25명	현재보다 25% 수준 향상
		- 전문인력 양성 수 대비 활동 전문인력 수	-	-	조사 첫째 대비 25% 향상
		- 정신건강전문가의 고용안정성	-	-	조사 첫째 대비 25% 향상
		- 국가 전문 자격 심리사 제도 도입 여부	없음	도입	
		- 국가 전문자격 심리사 수	-	-	시행 첫째 대비 25% 향상
	정책과제3. 정신건강데이터의 질을 개선하고 정신건강복지 연구 개발을 강화하여 근거기반 서비스 및 정책을 마련하겠습니다.	- 전체 정신보건예산 중 연구 개발 예산이 차지하는 비중	-	-	과약 대비 25% 수준 향상

구분	추진목적 및 방향	제안 성과 지표	현재치('17~'19) ³⁸⁾	목표치(2025)	기준

a: 일부 지표값의 경우 적정 수준에 대한 합의가 선행될 필요가 있음. 예를 들어 모든 정신병상이 정신응급병상일 필요는 없으며, 이는 조기중재지원센터 역시 마찬가지임. 어느 정도가 국가적으로 적절한 목표치인지에 대한 이해관계자 간 합의가 필요함.

38) 2차 자료의 조사 시기에 따라 2017에서 2019년의 자료를 활용하여 현재 값을 제시하였음.

39) 집중사례관리 여부에 따라, 대상자 특성에 따라 달리 나타날 수 있음. 기존 연구에서 제시한 최대 40명을 넘지 않도록 설정하였음.

제3절 정신건강복지 예산 규모 추정

1. 선행연구에서 제시된 필요 정신건강복지 사업 재원 규모

□ 보건복지부의 2020년 예산 및 기금 운용 계획을 보면, 총 지출은 82조 5,269억원으로 예산사업은 51조 5,094억원(62.4%), 기금 사업은 31조 175억원(37.6%)으로 구성되어있음

○ 예산 사업 중 일반 회계사업으로 진행되는 금액은 50조 9,011억원으로 예산 사업의 대다수를 구성하고 있음

○ 기금 사업 중 정신건강복지 사업 예산을 지원하는 국민건강증진기금은 988억원으로 전체 기금의 약 0.32%을 차지하고 있음

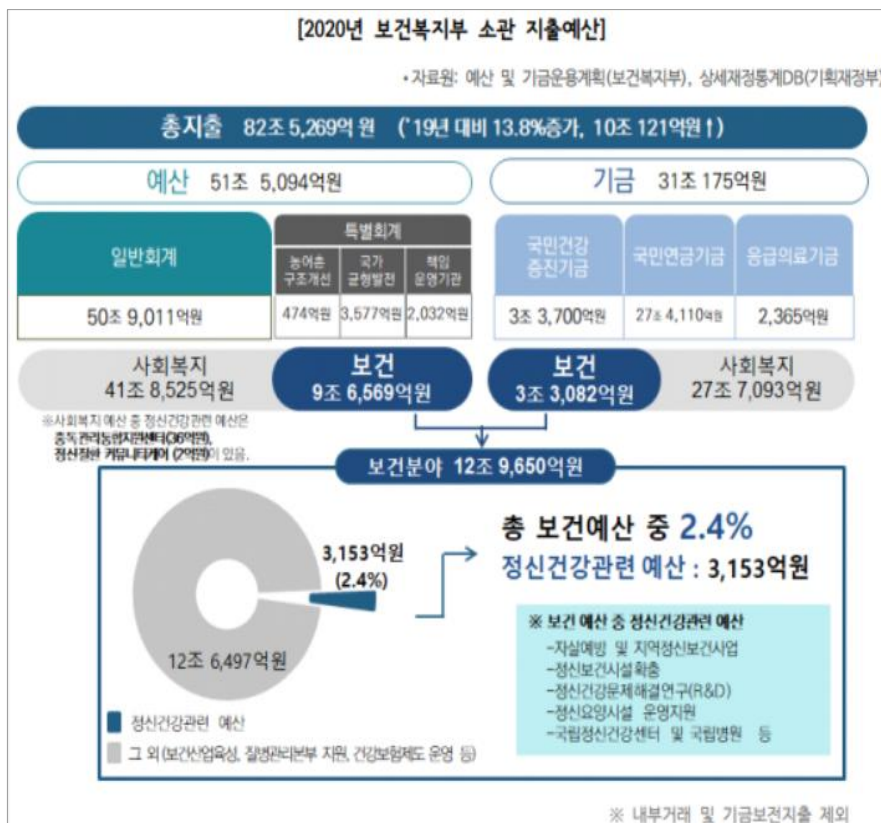
○ 중앙정신건강복지사업단(2020)에 의하면 보건복지부 예산 및 기금 중 정신건강 관련 예산은 3,191억원으로, 보건부문 일반회계 중 정신질환 관련 예산은 1,086억원, 국민건강증진기금 중 정신건강 관련 예산은 988억원임

[그림 10-2] 2020년 보건복지부 정신건강복지예산 주요 현황



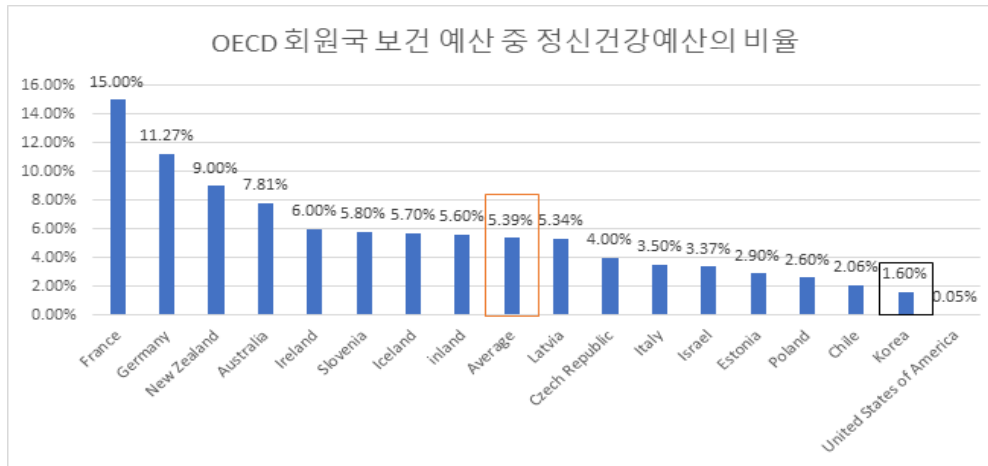
- 윤석준(2018)에 의하면, 연도별 정신질환 관리 예산 추이를 보면, 예산은 증가 추세에 있기는 하나, 전체 보건예산(건강보험 및 보건의료)의 1.5% 수준(기금 제외 1.4%, 기금 1.9%)이었으며, 중앙정신건강사업지원단(2020)에 따르면 2020년 전체보건 예산 중 정신건강 관련 예산은 1.6%로 나타나 크게 달라지지 않는 추세임

[그림 10-3] 2020년 보건복지부 소관 지출 예산



- 해외의 경우, 전체 보건예산 중 정신보건 예산이 차지하는 비중은 프랑스가 15.0%로 가장 높고, WHO에 보고한 OECD 국가의 평균 수준은 5.39%로 나타남

[그림 10-4] OECD 회원국 보건 예산 중 정신건강예산의 비율



- 중앙정신건강복지사업단(2020)에 따르면 2020년 정신건강 관련 예산 3,153억원은 보건예산 대비 정신건강관련 예산 1.6%를 보이고 있어, WHO의 권고 수준에 맞추어 보건예산 대비 정신건강관련 예산 비중 5% 비중을 맞추기 위해서는 연간 9,853억원 예산이 필요함

○ 앞서럼 전체 보건 예산 중 정신보건 예산의 비중을 확대하자는 논의와 더불어 선행연구에서는 1인당 정신보건 예산에 대한 국가 비교를 통해 필요 정신보건 예산의 규모를 제안하고 있기도 함

- WHO Mental Health Atlas에 의하면 2017년 기준으로 국민 1인당 평균 정신보건 지출은 평균 2.5 미화 달러가 전세계 중위값으로 나타남. 한국이 속한 고소득 국가의 경우 80.24 미화달러를 중위값으로 보고하고 있으나, 한국의 경우 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서(국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, 2019)에 제시된 기준에 따라 1인당 평균 정신보건지출을 계산해 보면 약 4248.8원으로 고소득 국가의 중위값으로 맞추기 위해서는 약 5조 504억원 규모의 예산이 필요함
- 2017년 WHO Mental Health Atlas에 보고된 OECD 국가의 평균을 살펴보면, 126 미화 달러로, 한국의 1인당 평균 정신보건지출 4248.8원을 비교해 볼 때, OECD 평균으로 맞추기 위해서는 약 7조 6,075억원 규모

의 예산이 필요함

－ 국민 1인당이 아닌 중증정신질환자 1인당 정신보건지출을 계산해 보면, 중증정신질환자 1인당 비용은 연간 최소 31,709원에서 최대 62,216원으로 나타남. 연간 비용을 월단위로 계산해 보면, 중증정신질환자 1인에게 국가가 지원하는 비용은 최소 2,642원 정도에서 최대 5,184원 정도에 그치는 것을 알 수 있음.

- 산출식= 정신보건 관련 예산 3,191억원 / 중증정신질환자 수
- 현재 한국의 정신보건 관련 예산의 100%인 3,191억원을 중증정신질환자를 대상으로 모두 소모한다고 가정하고 계산하였음
- 일반적으로 통용되는 인구의 1%로 중증정신질환자 규모를 추정하는 경우 2018년 기준 516,350명임. 그리고 2020년 정신건강 관련 예산 3,191억원을 기준으로 월 중증정신질환자 1인당 정신건강 예산을 추계한 결과 연간 51,499.3원으로 나타남
- 정신질환자실태조사(2016)의 중증정신질환자 일년 유병률은 2.1%으로 전체인구수에 적용하면 중증정신질환자의 수는 812,963명임. 2020년 정신건강 관련 예산을 활용하여 추계하면 월 중증정신질환자 1인당 정신건강 예산은 31,709.5원임
- 윤석준(2019)가 제시한 중증정신질환자의 수는 약 43만명으로 추산됨. 이를 2020년 정신건강 관련 예산 3,191억원을 기준으로 월 중증정신질환자 1인 정신건강 예산은 61,841원으로 나타남

○ 정리해서 보면, 정신건강복지 재원 규모를 전체 정신보건 예산에서 차지하는 비율로 볼 경우 약 6,646억원의 예산이 필요하며, 이 경우 전체 보건예산의 5% 정도의 비중을 차지하는 것으로 나타남. 또한 1인당 평균 정신보건 지출을 기준으로 해서 살펴볼 경우 최소 4조 7235억원에서 최대 7조 6,075억원의 예산이 필요함. 이 경우 2020년 전체 보건 예산의 1/3에서 2/1 수준의 비중을 차지하는 것으로 나타남

2. 서비스 수요에 따른 비용 추계: 중증정신질환자를 중심으로

□ 정신건강복지 서비스 수요에 따른 비용 추계는 중증정신질환자를 중심으로 구성하였음. 현재의 정신건강복지서비스 제공이 중증정신질환자를 중심으로 제공되고 있으며, 이들을 대상으로 한 기존 조사와 연구들이 다양하게 근거들을 제시하고 있어, 이들을 중심으로 살펴보았음

○ 일부 중증정신질환자 규모와 욕구에 대한 내용은 앞서 제 7장에서 살펴본 내용을 다시금 활용하였음

○ 2017년 중앙정신건강복지사업지원단에서 제시한 중증정신질환자 지역사회 기반 서비스 구축 전략에 따라 서비스 수요에 따른 비용을 추계하였음

□ 전체 중증정신질환자 규모 추계

○ 중증정신질환자의 규모를 어떻게 정의하느냐에 의하여 서비스 추계는 달라질 수 있음.

－ 일반적으로 통용되는 인구의 1%로 추정할 경우 2018년 기준 516,350명으로 추정됨

－ 정신질환실태조사(2016)에서 제시된 중증정신질환자 일년 유병률 2.1%(조현병스펙트럼 0.2% 63,361명, 기분장애 1.9% 749,602명)를 적용하면 812,963명으로 추정됨⁴⁰⁾

－ 윤석준(2019)가 2017년 건강보험청구자료를 활용한 것에 따라 조현병·분열형 망상장애 일년 유병률 (0.44%, 231,225명), 양극성 정동장애 일년 유병률 (0.19%, 101,972명) 재발성 우울증 일년 유병률 (0.18%, 94,211명)을 고려하면 약 43만명(427,408명)으로 추정됨⁴¹⁾

○ 따라서 전체 중증정신질환자 규모는 **최대 812,963명 최소 427,408명**임

40) 홍진표 외(2017) 2016년 정신건강실태조사, p15 보건복지부·삼성서울병원

41) 윤석준(2019), 정신질환 실태조사 설계연구, 고려대학교 (2019.6)

□ 전체 중증정신질환자는 다음의 집단으로 구분될 수 있음

- 전국 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(소)한 정신질환자는 77,161명⁴²⁾이며, 이 중 중증정신질환자는 전체 입원(소)한 환자수의 64.9%(50,056명)임. 즉 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(입소)한 중증정신질환자는 50,056명임
 - 이 중 치료가 필요 없는 비의료적(사회적) 입원(입소) 비율은 연구에 따라 다양하게 보고되지만, 가장 작게는 25.9%(중앙정신건강복지사업지원단, 2017)에서 35.9% (황태연, 2017)까지 나타남. 이 비율을 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(입소)한 중증정신질환자 50,056명을 대상으로 적용하면 최소 12,964명에서 최대 17,970명이 정신의료기관 및 정신요양시설에서 지역사회로 나와야하는 중증정신질환자 규모라고 볼 수 있음
 - 의료기관에서 치료를 받는 중증정신질환자의 총 진료비는 2017년 기준으로 6,600억 원(국립정신건강센터, 2018)으로 나타남. 본 연구에서는 지역사회를 기반으로 한 서비스 수요와 비용을 살펴보기 위함이기 때문에 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(입소)해있는 전체 50,056명의 중증정신질환자를 모두 살펴보기보다 사회적 입원(입소) 대상자에 초점을 두었음. 즉, 최소 12,964명에서 최대 17,970명의 비의료적 사회적 입원을 하고 있는 중증정신질환자를 중심으로 하였음
- 그리고 지역사회에서 현재 등록되어 서비스를 받고 있는 중증정신질환자가 있음. 국립정신건강센터(2018)에 의하면, 현재 44,541명이 이에 해당함
- 그 외, 의료기관에 있거나(비의료적 입원(입소) 중증정신질환자 포함) 지역사회에서 등록되어 서비스를 받고 있는 중증정신질환자를 제외하고 지역사회에 있는 중증정신질환자의 규모는 최소 332,811명(427,408명-50,056명-44,541명)에서 최대 718,366명(812,963명-50,056명-44,541명)에 이룸
 - 전체 중증정신질환자로 추정하는 규모의 상당수가 이들 집단에 해당하나, 현실적으로 이들 모두를 대상으로 한 서비스를 5년 단기간에 확장하기는

42) 2018 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서, 국립정신건강센터

현실적으로 제약이 있어, 이들 집단은 현재의 분석에서 제외하였음

- 중증정신질환자의 서비스 수요에 따른 비용 추계의 대상은 비의료적 입원(입소) 중증정신질환자와 지역사회 등록 중증정신질환자임

<표 10-7> 중증정신질환자의 서비스 수요에 따른 비용 추계 대상

구분	의료기관 -> 지역사회	지역사회
정의	정신의료기관 및 정신요양시설에 입원/입소해 있는 중증정신질환자 중 비의료적 입원(입소) 중증정신질환자	정신건강복지센터에 등록되어있는 중증정신질환자
규모 (최소)	전체 입원(입소) 중증정신질환자 50,056명 *25.9% = 12,964명	등록 중증정신질환자 44,541명
규모 (최대)	전체 입원(입소) 중증정신질환자 50,056명 *35.9% = 17,970명	

- 이 연구는 중앙정신건강복지사업지원단(2017)의 방식을 기준으로 삼아 서비스 수요를 정신건강복지센터에 의한 집중사례관리서비스, 거주 서비스, 주간보호 서비스, 직업재활서비스로 구분하여 살펴보았음

- 집중 사례관리는 재발 위험성이 높은 중증정신질환자에게 병원, 외래 치료 방문 모니터, 정신건강 교육, 사회복지서비스 연계 등을 제공하는 것으로 정신건강복지센터에서는 집중/위기 사례관리를 하는 집단이 별도로 모니터링 되고 있음

- 의료기관에서 지역사회로 복귀하는 중증정신질환자 모두가 집중 사례관리 대상자일수도 있으나, 의료기관 재입원이 잦은 집단을 중심으로 집중 사례관리 서비스를 제공하는 것이 우선될 필요 있음

- 거주 서비스는 앞서 제8장에서 제시된 거주서비스 수요 추계 결과를 활용하였음

- 주간재활서비스의 경우 재활과 회복을 목적으로 낮 시간 동안 사회기술훈련, 역량 강화, 정신건강 교육 등 프로그램을 이용하는 서비스를 의미하며, 서비스 제공은 낮병원, 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에서 서비스를 제공하고 있음

- 직업재활서비스의 경우 직업 생활에 필요한 기술의 습득과 유지를 위한 훈련

및 전문적지지 서비스를 제공하거나 직접적인 감독 하에서 고용을 통해 직업을 유지하도록 지지를 제공하는 서비스를 의미함. 주로 정신재활시설의 직업재활시설이나 주간재활시설에서 직업재활서비스를 제공하고 있음

○ 각 서비스에 따른 수요 추계를 위한 근거는 다음의 자료와 지표값을 활용하였음

- 집중 사례관리의 경우 의료기관에서 지역사회로 복귀하는 집단에 대해서는 퇴원환자 중 한달 내 동일병원 및 타병원 재입원 환자 비율로, 지역사회 등록 집단에 대해서는 현재 위기/집중사례관리 회원 비율을 활용하였음
- 거주 서비스의 경우, 의료기관에서 지역사회로 복귀하는 집단에 대해서는 중앙정신건강복지사업지원단(2017) 및 국가인권위원회(2018)에 제시된 서비스 수요를 활용하였으며, 지역사회 등록 집단에 대해서는 불안정 거주자 비율, 지역사회 지원 서비스 욕구 등을 고려하였음
- 주간보호서비스의 경우, 의료기관에서 지역사회로 복귀하는 집단에 대해서는 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에서 제시된 수요를 활용하였으며, 지역사회 등록 집단에 대해서는 장애인실태조사(2017)에 제시된 주간보호(장애인 주간보호시설+정신재활시설)서비스 이용 희망율을 활용하였음
- 직업재활서비스의 경우 의료기관에서 지역사회로 복귀하는 집단에 대해서는 정신장애인의 전체 경제활동 참여율을 활용하였으며, 지역사회 등록 집단에 대해서는 장애인 실태조사(2017)에 제시된 직업재활시설 이용 희망율을 활용하였음
- 이를 정리하면 다음의 표와 같음

<표 10-8> 각 서비스 수요 추계를 위한 산출식 및 근거 자료

구분	산출식		근거 자료
	의료기관->지역사회	지역사회	
집중사례관리서비스	유입 예상 환자수 * 30일 이내 동일병원 및 타병원 재입원율	지역사회 등록인원 * 집중, 위기 사례관리 회원비율	중앙정신건강복지사업지원단(2017), 국립정신건강센터(2018), 전진아 외(2019)
거주 서비스	유입 예상 환자수* 거주 서비스 수요	지역사회 등록인원 * 자립의지 욕구 * 불안정 거주자 * 자립	국가인권위원회(2018), 민소영(2019),

구분	산출식		근거 자료
	의료기관->지역사회	지역사회	
		시 지역사회 지원 서비스 욕구 * 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하	국립정신건강센터(2018)
주간재활서비스	유입 예상 환자수 * 주간재활 서비스 수요	지역사회 등록인원 * 정신장애인의 주간재활서비스 수요	한국보건사회연구원(2017), 국가인권위원회(2018)
직업재활서비스	유입 예상 환자수 * 정신장애인 경제활동 참가율	지역사회 등록인원 수 * 정신장애인의 직업재활서비스 수요	한국보건사회연구원 (2017)

□ 정신건강복지센터에 의한 집중사례관리 서비스 수요 및 필요 예산 규모

○ 집중사례관리 서비스 수요는 선행연구(중앙정신건강복지사업지원단, 2017)에 근거하여 다음의 경우로 정의하였음

- 의료기관에서 지역사회로의 유입 예상 환자 수는 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(입소)되어있는 자 중 비의료적 사회적 입원환자의 비율을 곱한 값인 최소 12,964명에서 최대 17970명으로 추정됨
 - 최소 규모: 12,964명 * 30일 이내 동일병원 및 타병원 재입원 비율 (37.9%) = 4,913명
 - 최대 규모: 17,970명 * 30일 이내 동일병원 및 타병원 재입원 비율 (37.9%) = 6,810명
 - 의료기관에서 지역사회로 유입되는 환자 중 집중사례관리 서비스 수요 규모는 최소 4,913명에서 최대 6,810명으로 파악됨
- 지역사회 등록환자는 44,541명 중 집중/위기 사례관리 대상자의 비율(전진아 외, 2019) 22.7%를 곱한 값인 10,110명으로 추정됨
- 따라서 집중사례관리서비스 수요는 최소 15,023명에서 최대 16,820명으로 추산가능함

○ 집중사례관리 서비스 제공을 위한 필요 예산 규모

- 보건복지부의 ‘중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안’

(2019.5)에 의하면 집중사례관리 기준을 1:20 비율로 제시한 바 있음

- 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에 따라 인력 1인은 전문요원 5호봉 *3500만원을 기준으로 함
- 1:20을 비율로 할 때, 필요 인원은 751명에서 ~ 841명 수준으로 추정 가능함. 이는 정신건강복지센터 1개소 당 적어도 3~4명은 집중사례관리서비스를 전담하는 것이 필요함을 의미함
- 필요 예산을 보면, (최소) 262.8억원(751명 * 3500만원)에서 (최대) 294.3억원(841명 * 3500만원)이 집중사례관리를 위한 인력 비용으로 마련되는 것이 필요함

□ 거주 서비스 수요 및 필요 예산 규모

○ 거주 서비스 수요는 기존 선행연구(국가인권위원회) 등을 거쳐 다음과 같이 파악하였음

- 관련하여 정신장애인의 지역사회 거주치료실태조사(국가인권위원회, 2018)에 의하면 병원에서 퇴원하지 않는 이유 중 거주 공간과 관련된 내용은 40.3%(①+③)로 조사됨
- 이 중 주택제공과 함께 서비스가 필요하다는 욕구로 주간재활서비스와 직업재활서비스가 연결되어야 하는 것으로 판단 가능한 집단이 있으며, 이들을 거주 형태로 나눈다면 ④ -> 공동생활가정과 유사한 서비스 필요 ⑧ -> 자립생활주택(체험홈) 서비스 필요 ② ⑤-> 지원주택 등 새로운 거주서비스 필요⁴³⁾

43)

구분	유형	비율
병원에서 퇴원하지 않는 이유(중복 응답)	①퇴원 후 살 곳이 없기 때문에	24.1
	②혼자서 일상생활 유지가 힘들기 때문에	22.0
	③가족과 갈등이 심하여 가족이 퇴원/퇴소를 원하지 않기 때문에	16.2
	④병원 밖에서 정신질환 증상관리가 어렵기 때문에	13.3
	⑤지역사회에서 회복/재활을 위해 받을 수 있는 서비스가 없기 때문에	8.1
	⑥정신병원이나 요양시설 종사자들이 병원에 머물기를 권유해서	5.6
	⑦병원에 머무는 것이 익숙하고 편해서	5.6
	⑧지역사회에서 생활하는 것이 무섭기 때문에	5.0

<표 10-9> 거주 서비스 수요 추정 결과

구분	주거서비스 필요	공동생활가정	자립생활주택	지원주택
최소	12,964명 × 40.3% = 5,224명	5,224명 × 13.3% = 695명	5,224명 × 5% = 261명	5,224명 × 30.1% = 1,572명
최대	17,970명 × 40.3% = 7,242명	7,242명 × 13.1% = 964명	7,242명 × 5% = 363명	7,242명 × 30.1% = 2,180명

- 지역거주 정신질환자 대상 거주서비스 수요 추계를 보면⁴⁴⁾, 2017년 말 기준 성인 등록(이용)자 중 중증정신질환자: 44,541명 × 자립의지욕구 × 57.0%⁴⁵⁾ × 불안정거주자 12.3%⁴⁶⁾ × 자립 시 지역사회 지원 서비스 욕구 53.8%⁴⁷⁾ × 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하 98.6%⁴⁸⁾ = 1,657명으로 추정됨
- 위에서 추계한 주거서비스필요인원과 지역거주 정신질환 대상 거주서비스 수요 인원을 합산하여 거주 서비스 수요 인원을 추정한 결과, 최소 6,881명에서 최대 8,899명으로 추정할 수 있음

○ 거주서비스를 제공을 위한 필요 예산 규모

- 거주 서비스를 제공하는 곳은 영구임대주택과 정신재활시설 중 거주 서비스를 제공하는 생활시설, 주거제공시설, 공동생활가정 등이 있음
- 우선 기존 연구(홍선미 외, 2018)에 따라 서울시의 지원주택 공급 및 운영 비용 추계서를 기반으로 제시한 노숙, 정신장애, 발달, 노인 대상 지원주택 공급량(공공임대주택 공급량의 10% 수준의 주거 약자용 임대주택 건설 및 매입, 공급량의 3%)을 기준으로 공공임대주택 공급량의 10% 수준의 주거 약자용 임대주택 건설 및 매입, 공급량의 1%를 정신장애인 대상 지원주택으로 공급한다고 가정하는 경우는 다음과 같음

합계	100.0
----	-------

44) 민소영(2019), 서울시 지원주택 공급확대를 위한 제도개선방안, 서울특별시의회

45) 이용표 외(2017), 지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구

46) 국립정신건강센터(2018) 정신건강현황 4차 예비조사결과보고서

47) 이용표 외(2017), 지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구

48) 김성희 외(2017), 2017년 장애인실태조사

- 지원주택을 필요로 하는 의료기관에서 지역사회로 복귀하는 집단의 규모가 1500명에서 2000여명 정도인 것과 더불어 지역사회의 약 1600여명 정도가 거주 서비스를 필요로 하는 것을 볼 때, 3~4500여호의 지원 주택이 필요한 것으로 보임
- 매해 1000호씩 공급한다고 가정할 경우, 다음의 기존연구에 따르면, 매해 약 58억이 추가적으로 필요하며, 5년째에는 281.7억원이 필요함. 5년간 총 소요되는 비용은 851.2억 규모임

서울시의 지원주택 공급 및 운영 비용 추계서에 따라 1%를 기준으로 산정한 비용은 다음과 같다.

우선 비용 발생 요인으로는 1) 주거유지지원서비스(사례관리자 고용 등), 2) 지원주택 운영기관에 대한 지원(자금, 인력지원, 관리위탁 등 비용), 3) 기본계획의 수립 비용, 4) 지원주택 운영위원회의 설치·기능(위원회 심의 및 자문 비용), 5) 관계기관과의 협력(지원주택 모니터링, 평가 등 연구비용), 6) 교육 홍보(사회적비용 절감, 주거권 실현, 탈시설 교육홍보 비용)이다. 공공임대주택 공급량의 일정 비율을 중증정신질환자를 대상으로 할당하고 기본 주택 공급 프로세스를 통한 공급이 이루어지기 때문에 주택 설치에 대한 비용은 발생하지 않는다.

둘째, 본 연구에서 비용들을 추계하는데 활용한 전제는 다음과 같다.

비용추계 시 가격 기준 전제

- 1) 인건비는 2018년도 사회복지시설 직원 인건비 지급기준(서울시) 준용
- 2) 중증정신질환자 거주자 10인당 사례관리자(사회복지 5급 3호봉) 1인 배치, 거주자 20인당 사회복지사(사회복지 4급 5호봉) 1인 배치
- 3) 지원주택 내 커뮤니티공간 운영비(월 50만원/10호), 지역 사회복지 연계 등 운영기관 운영비(월 100만원/20호) 적용

이 전제에 따라 산정한 비용은 다음과 같다.

① 주거유지지원서비스

- 10호당 커뮤니티공간 운영비 월 50만원(전기료, 전화요금, 공과금, 컴퓨터 사무집시 및 사무비품, 공동체 활동지원 등)

: 100호 공급 시 연간 60백만원 = 50만원*12개월*10

: 1000호 공급 시 연간 600백만원=50만원*12개월*100

: 10,000호 공급 시 6,000백만원 = 50만원*12개월 *1000

- 인건비 연간 인당 약 28백만원 소요

: 거주자 10인당 사례관리자 1인 배치하는 경우=사례관리자(사회복지 5급 3호봉) 1인 당 연간 약 28백만원 소요

* 서울시 사회복지시설 직원 인건비 기준에 따른 사회복지 5급 3호봉의 사례관리자를 고용할 경우 인건비=약 28백만원[기본급 23,472,000원(1,956,000원*12개월) + 정액급식비 1,200,000원(100,000원*12개월) +명절휴가비 2,347,200원(기본급의 60% * 연 2회)+ 기타 수당(연장근로수당, 가족수당 등)]

: 100호 공급 시, 사례관리자 10인 인건비 필요 = 연간 280백만원

: 1,000호 공급 시, 사례관리자 100인 인건비 필요= 연간 2,800백만원

: 10,000호 공급 시, 사례관리자 1,000인 인건비 필요 = 연간 28,000백만원

- 연간 1,000호가 전국단위에서 공급된다고 가정할 경우, 주거유지지원서비스를 위해 연간 커뮤니티 운영

비 600백만원, 연간 인건비 2,800백만원이 추가적으로 지속적으로 필요함. 그에 따라 필요한 비용은 다음과 같음.

<표6-23> 연간 1,000호를 추가적으로 공급할 경우 주거유지지원서비스 비용(1차년도~10차년도)
(단위: 백만원)

	1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도	6차년도	7차년도	8차년도	9차년도
커뮤니티공간 운영비	600	1,200	1,800	2,400	3,000	3,600	4,200	4,800	5,400
인건비	2,800	5,600	8,400	11,200	14,000	16,800	19,600	22,400	25,200
총	3,400	6,800	10,200	13,600	17,000	20,400	23,800	27,200	30,600

주: 인건비 호봉 상승분은 포함되지 않았음.

② 운영기관에 대한 지원

- 20호당 운영기관 운영비 월 100만원(각종 공과금, 사무비품, 차량운영비, 지역 서비스 연계, 사례관리자 교육 등) 소요

: 운영기간 운영비 = 연간 60백만원 [100만원*5*12개월]

: 100호 공급 시 연간 60백만원 필요

: 1000호 공급 시 연간 600백만원 필요

: 10,000호 공급시 연간 6,000백만원 필요

- 인건비 연간 인당 약 31.5백만원 소요

: 운영기관 내 정신보건, 사회복지 연계 등을 위한 지원인력으로 거주자 20인 당 사회복지사(4급 5호봉) 1인 배치

: 거주자 20인당 사례관리자 1인 배치하는 경우 = 사례관리자(사회복지 4급 5호봉) 1인당 연간 약 31.5백만원 소요

* 서울시 사회복지시설 직원 인건비 기준에 따른 사회복지 4급 5호봉의 사례관리자를 고용할 경우 인건비 = 약 31.5백만원 [기본급 26,964,000원(2,247,000원*12개월) + 정액급식비 1,200,000원(100,000원*12개월) + 명절휴가비 2,696,400원(기본급의 60% * 연 2회) + 기타 수당(연장근로수당, 가족수당 등)]

: 100호 공급 시 사례관리자 5인 인건비 필요 = 연간 157.5백만원 지속 소요

: 1000호 공급 시 사례관리자 50인 인건비 필요 = 연간 1,575백만원 지속 소요

: 10,000호 공급 시 사례관리자 500인 인건비 필요 = 연간 15,750백만원 지속 소요

- 연간 1,000호가 전국단위에서 공급된다고 가정할 경우, 운영기관 지원을 위해 연간 운영기관 운영비 600백만원, 연간 인건비 157.5백만원이 추가적으로 지속적으로 필요함. 그에 따라 필요한 비용은 다음과 같음.

<표6-24> 연간 1,000호를 추가적으로 공급할 경우 운영기관에 대한 지원 비용(1차년도~10차년도)
(단위: 백만원)

	1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도	6차년도	7차년도	8차년도	9차년도	10
운영기관 운영비	600	1,200	1,800	2,400	3,000	3,600	4,200	4,800	5,400	
인건비	1,575	3,150	4,725	6,300	7,875	9,450	11,025	12,600	14,175	
총	2,175	4,350	6,525	8,700	10,875	13,050	15,225	17,400	19,575	

주: 인건비 호봉 상승분은 포함되지 않았음.

③ 계획 수립 비용

- 지원주택 운영과 관련한 계획 수립 비용으로 첫째 약 50백만원 소요 예상
- 매 5년마다 지원주택 운영과 관련한 계획 수립 필요

④ 지원주택 운영위원회의 설치 및 운영 비용 발생 없음

- 지원주택 운영위원회 설치 및 운영 비용은 운영기관의 운영비에 포함되므로 이와 관련하여 발생하는 비용은 없음

⑤ 모니터링 및 평가 등 연구 비용

- 지원주택 모니터링 및 평가 등 연구 비용으로 격년으로 약 50백만원 소요 예상.
- 지원 주택 모니터링 및 평가 등 연구 비용은 둘째 해부터 발생 필요

⑥ 교육 및 홍보 비용

- 지원주택에 대한 교육 및 홍보 비용은 연간 250백만원 소요 예상
: 지원주택에 대한 홍보 비용 100백만원 + 지원주택이용 관련 정신보건시설 종사자 및 가족 등 대상 교육 비용 150백만원
* 정신질환 인식개선 사업의 100백만원 및 정신보건시설 인권교육 예산 150백만원 예산 참조.

위의 기준에 따라 연간 1,000호 공급으로 10년 기간 동안 10,000호를 공급하는 경우에 대한 비용을 살펴보면 다음과 같다. 첫째에는 약 58억의 예산이 필요하며, 10,000호가 공급되는 10차년도에는 총 560억의 예산이 필요한 것으로 나타났다. 따라서 10년 기간동안 10,000호 공급을 완료한다고 할 경우, 10년 동안 필요한 예산은 총 3096.7억원의 예산이 필요하다.⁴⁹⁾

<표6-25> 연간 1000호 추가 공급시 비용

(단위: 백만원)

	1차년도	2차년도	3차년도	4차년도	5차년도	6차년도	7차년도	8차년도	9차년도	10차년도
주거유지 지원서비스										
커뮤니티공간 운영비	600	1,200	1,800	2,400	3,000	3,600	4,200	4,800	5,400	6,000
인건비	2,800	5,600	8,400	11,200	14,000	16,800	19,600	22,400	25,200	28,000
운영기관 지원										
운영기관 운영비	600	1,200	1,800	2,400	3,000	3,600	4,200	4,800	5,400	6,000
인건비	1,575	3,150	4,725	6,300	7,875	9,450	11,025	12,600	14,175	15,750
계획 수립비	50					50				
모니터링 및 평가 등 연구비용		50	50	50	50	50	50	50	50	50
교육 및 홍보	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250
총	5,875	11,450	17,025	22,600	28,175	33,800	39,325	44,900	50,475	56,050

주: 인건비 호봉 상승분은 포함되지 않았음.

- 중앙정신건강복지사업지원단(2017)의 기준에 따라 필요 예산을 추정해 보

면 다음과 같은 중앙정신건강복지사업지원단(2017)의 경우 정신재활시설을 중심으로 주거 서비스 수요를 충족시키는 것으로 가정하고 있음

- 현재 정신재활시설 중 거주 서비스를 제공하고 있는 시설의 개소수와 시설별 서비스 이용자 수를 파악하기가 힘들어 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에서 제시한 서비스 제공량을 기준으로 산출하였음
 - 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에 의하면, 정신재활시설 중 216개소가 거주 서비스를 제공하고 있으며, 총 1,907명이 거주서비스를 이용하고 있는 것으로 나타남
 - 따라서 거주 서비스 수요인 최소 8,617명에서 최대 8,899명 중 최소 6,710명에서 최대 6,992명에 대한 거주 서비스가 필요한 것으로 나타남
 - 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에 따라 입소 생활시설과 공동생활가정의 설치비율을 6:4로 하여 약 6800여명에 대한 필요 시설 수를 추정해 보면, 1개소 당 20인이 입소하는 입소 생활시설은 300여개소, 1개소 당 4인이 입소하는 공동생활가정은 200여개소가 필요함
 - 입소생활시설에 대한 보조금(시설 설치 비용 미포함)이 입소생활시설 개소 당 연간 3억원, 공동생활가정 개소당 연간 4천만원인 것을 고려해 볼 때, 입소생활시설에는 총 900억(3억원*300개소)이, 공동생활가정에는 80억(4천만원 *200개소)이 필요함. 총 980억 규모가 필요한 것으로 나타남. 연간 입소생활시설 60개소, 공동생활가정 40개소씩 늘려간다고 가정할 경우, 첫해에는 196억원이 필요하며, 매해 동일 규모의 예산이 추가적으로 필요하여 5년째에는 980억원이 필요함
- 지원주택을 5000여호 지원하는 비용이 5년간 총 851.2억이 필요한 것으로 나타나며, 정신재활시설을 입소생활시설과 공동생활가정의 비율을 6:4로 하여 지원한다고 가정할 경우 5년간 총 2,940억원이 필요한 것으로 나타남
- 그 외에도 자립생활주택을 필요로 하는 5% 정도의 집단인 300~400명을 대상으로 한 자립생활주택을 추가적으로 고민한다고 하면, 태화 샘솟는

49) 1차년도부터 10차년도까지 필요한 연간 예산의 합으로 계산하였음.

집에서 시도한 등지주택(체험홈 4채를 운영하는 모형) 모형이 1개소 운영에 비용 1억원이었던 것을 고려해 볼 때, 100개소 즉 100억원이 자립생활주택 운영으로 필요함

□ 주간재활 서비스

○ 주간재활 서비스 수요는 기존 선행연구(국가인권위원회, 2018 ; 한국보건사회연구원, 2017)를 활용하여 다음과 같이 파악하였음

- 의료기관에서 지역사회로의 유입 예상 환자 수는 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(입소)되어있는 자 중 비의료적 사회적 입원환자의 비율을 곱한 값인 최소 12,964명에서 최대 17,970명으로 추정됨
 - 최소 규모: $12,964\text{명} \times \text{지역사회서비스 서비스 수요율}(35.3\%) = 4,576\text{명}$
 - 최대 규모: $17,970\text{명} \times \text{지역사회서비스 서비스 수요율}(35.3\%) = 6,343\text{명}$
 - 의료기관에서 지역사회로 유입되는 환자 중 주간재활 서비스 수요 규모는 최소 4,576명에서 최대 6,343명으로 파악됨
- 지역사회 등록환자는 44,541명 중 장애인 실태조사에서 제시된 주간보호서비스(장애인주간보호시설 및 정신재활시설 이용희망자의 비율) 56.7%를 곱한 값인 25,254명으로 추정됨
- 따라서 주간재활서비스 수요는 최소 29,830명에서 최대 31,597명으로 추산 가능함. 이 중 국립정신건강센터(2018)에 따라 낮병원 이용자 1,747명, 정신재활시설 및 정신건강복지센터의 재활프로그램이용자 7,454명(정신재활시설 4,240명 + 정신건강복지센터 3,214명)의 이용자를 제외하면, 최소 20,629명에서 최대 22,396명으로 추산 가능함
- 주간재활 서비스를 정신재활시설에서 모두 제공한다는 가정을 할 경우, 30인 이용 가능한 주간재활시설을 기준으로 살펴보면 최소 688개소에서 최대 746개소가 필요함
 - 30인 이용가능한 주간재활시설에 개소 당 2억원⁵⁰⁾을 지원한다고 가정할

50) 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에 제시된 기준임.

경우, 최소 1,376억원에서 최대 1,492억원이 필요함

- 낮병원의 주간재활 서비스와 정신재활시설 및 정신건강복지센터의 재활 프로그램 이용자 규모를 비교해 보면 1:5의 비율을 가지고 있음. 이 비율을 그대로 적용한다고 할 때는 지역사회 주간재활서비스에 1,147억원에서 1,243억원 규모의 예산이 필요함

□ 직업재활서비스

○ 직업재활 서비스 수요는 기존 선행연구(중앙정신건강복지사업지원단, 2017 ; 한국보건사회연구원, 2017)를 활용하여 다음과 같이 파악하였음

- 의료기관에서 지역사회로의 유입 예상 환자 수는 정신의료기관 및 정신요양시설에 입원(입소)되어있는 자 중 비의료적 사회적 입원환자의 비율을 곱한 값인 최소 12,964명에서 최대 17,970명으로 추정됨
 - 최소 규모: $12,964\text{명} * \text{정신장애인의 경제활동참가율}(19.2\%) = 2,489\text{명}$
 - 최대 규모: $17,970\text{명} * \text{정신장애인의 경제활동참가율}(19.2\%) = 3,450\text{명}$
 - 의료기관에서 지역사회로 유입되는 환자 중 직업재활 서비스 수요 규모는 최소 2,489명에서 최대 3,450명으로 파악됨
- 지역사회 등록환자는 44,541명 중 장애인 실태조사에서 제시된 직업재활 서비스(직업재활시설 이용희망자의 비율) 22.1%를 곱한 값인 9,843명으로 추정됨
- 따라서 직업재활서비스 수요는 최소 12,332명에서 최대 13,293명으로 추산 가능함. 이 중 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에 따라 직업재활서비스 이용자 총 2,341명을 제외하면, 최소 9,991명에서 최대 10,952명으로 추정됨
- 직업재활 서비스를 정신재활시설에서 모두 제공한다는 가정을 할 경우, 30인 이용 가능한 직업재활시설을 기준으로 살펴보면 최소 333개소에서 최대 365개소가 필요함
 - 30인 이용가능한 직업재활시설에 개소 당 2.5억원⁵¹⁾을 지원한다고 가정

할 경우, 최소 832.5억원에서 최대 912.5억원이 필요함

□ 중증정신질환자를 중심으로 집중사례관리, 거주서비스, 주간재활서비스 및 직업재활서비스 수요와 필요한 예산 규모를 정리해보면 다음과 같음

○ 다음의 표는 각 서비스를 제공하는 인력과 시설을 100% 확보하고 설치한다는 것을 가정할 때 필요한 예산의 규모임. 첫 해에 이 모든 서비스를 다 구축한다고 가정할 경우, 총 최소 2,524억원에서 최대 3,429.8억원이 필요하며, 5년동안 단계적으로 구축한다고 할 때, 연간 필요한 비용 및 5년 간 소요되는 총 비용은 경우의 수에 따라 재추정이 필요함

<표 10-10> 중증정신질환자를 중심으로 본 필요 인력, 시설 및 예산규모 추정

(단위: 명, 억원, 개소)

서비스	기관	구분	최소	최대
집중사례관리	정신건강복지센터	인력	751	841
		예산	262.8	294.3
거주서비스	경우 1. 지원주택(100%)	시설	5000	
		예산	281.7	
	경우 2. 입소생활시설(60%)과 공동생활가정(40%)	시설	입소생활시설 300개소+공동생활가정 200개소	
		예산	980	
주간재활 서비스	정신재활시설 중 주간재활시설 (30인 기준)	시설	688	746
		예산	1147	1243
직업재활 서비스	정신재활시설 중 직업재활시설(30인 기준)	시설	333	365
		예산	832.5	912.5
총계	경우1. 지원주택 100% 설치	예산	2,524	2731.5
	경우 2. 입소생활 시설과 공동생활 가정으로 설치	예산	3222.3	3429.8

51) 중앙정신건강복지사업지원단(2017)에 제시된 기준임.

3. 정신건강복지센터 인력 규모 및 비용 추계(등록자 대상 사례관리 서비스로 한정)

□ 앞서 중증정신질환자를 중심으로 한 지역사회 기반 서비스에 필요한 인력 및 예산을 살펴본 것과 달리 이 부분에서는 정신건강복지센터의 2017년 말기준 등록자 현황과 사례관리 인력 현황과 더불어 사례관리자 1인당 사례관리대상자 수의 비율을 달리 적용할 때, 어느 정도의 인력이 시군구 당 필요한지, 전국적으로는 얼마나 많은 인력이 필요한지를 파악하였음

○ 다음의 인력 규모의 경우 보건복지부 내부 현황 자료를 바탕으로 전진아 외(2019) 연구에서 구축한 데이터를 기반으로 계산한 것임⁵²⁾

- 시군구의 정신건강복지센터의 평균 등록자 수는 358.4명 정도이며, 총 등록자의 규모는 76,348명 정도임. 시군구별로 보면, 최소 32명에서 최대 2,034⁵³⁾명의 분포를 가짐
- 사례관리자 수는 각 센터에서 사례관리를 하고 있다고 응답한 사람의 수로 계산되었으며, 전국적으로 총 1,664명의 사례관리자(개소 당 평균 7.8명의 사례관리자)가 등록자를 대상으로 사례관리를 하고 있는 것으로 나타남
- 사례관리자 1인당 등록 대상자 40명에 대한 사례관리를 한다고 가정할 경우, 개소당 평균 8.3명의 인력을 필요로 하며, 전국적으로 총 1908.7명의 인력이 필요하며, 현재를 기준으로 보면 약 244.7명의 인력이 추가적으로 필요한 것으로 나타남
- 사례관리자 1인당 등록 대상자 30명에 대한 사례관리를 한다고 가정할 경우, 개소당 평균 11.9명의 인력을 필요로 하며, 전국적으로 총 2544.9명의 인력이 필요함. 현재를 기준으로 보면 880.9명의 인력이 추가적으로 필요한 것으로 나타남
- 사례관리자 1인당 등록 대상자 20명에 대한 사례관리를 한다고 가정할 경

52) 전진아 외(2019) 연구에서는 보건복지부 및 국립정신건강센터를 통해 정신건강복지센터의 인력수, 사례관리자 수, 등록자 수에 대한 정보를 받아 시군구 단위로 자료를 구축하였음. 자료에 따라 사례관리자 수가 '0'으로 보고된 지역들도 있으나, 2017년 말 기준으로 정신건강복지센터에 등록된 대상자를 중심으로 각 사례관리자 1인당 사례관리 대상자 수의 비율에 따라 필요한 인력 수를 산출하였음.

53) 수원시의 경우 각 구에 설치되어있는 등록자수를 합한 수치임.

우, 개소 당 평균 17.9명의 인력이 필요하며, 전국적으로 총 3,817명의 인력이 필요함. 현재를 기준으로 보면 약 2153.4명의 인력이 추가적으로 필요한 것으로 나타남

○ 앞서 제시한 인력규모에 따라 필요한 인건비를 파악해보면 다음과 같음

- 사례관리자 1인당 등록자 40명에 대한 사례관리를 한다고 가정할 경우, 인력 1인당 전문요원 5호봉 *3500만원을 인건비 기준으로 계산할 경우 인건비로만 총 668억 정도가 필요한 것으로 나옴
 - 현재 인력을 기준으로 볼 때, 총 244.7명의 인력(인력 1인당 전문요원 5호봉 3500만원)이 추가된다고 가정하는 경우 현재보다 85.6억 정도가 인력 확보를 위해 추가적으로 필요한 것으로 나타남
- 사례관리자 1인당 등록자 30명에 대한 사례관리를 한다고 가정할 경우, 인력 1인당 전문요원 5호봉 *3500만원을 인건비 기준으로 계산할 경우 인건비로만 총 890.7억 정도가 필요한 것으로 나옴
 - 현재 인력을 기준으로 볼 때, 총 880.9명의 인력(인력 1인당 전문요원 5호봉 3500만원)이 추가된다고 가정하는 경우 현재보다 308.3억 정도가 인력확보를 위해 추가적으로 필요한 것으로 나타남
- 사례관리자 1인당 등록자 20명에 대한 사례관리를 한다고 가정할 경우, 인력 1인당 전문요원 5호봉 *3500만원을 인건비 기준으로 계산할 경우 인건비로만 총 1,335.9억 정도가 필요한 것으로 나옴
 - 현재 인력을 기준으로 볼 때, 총 2153.4명의 인력(인력 1인당 전문요원 5호봉 3500만원)이 추가된다고 가정하는 경우 현재보다 753.7억 정도가 인력확보를 위해 추가적으로 필요한 것으로 나타남

○ 위에서 제시한 비용은 총 금액으로 정신건강복지센터의 예산이 국비보조 50%인 것을 고려해 볼 때, 최소 42.8억에서 최대 376.8억이 인력확보를 위해 추가적으로 필요한 것으로 보임

- 지자체의 인구 규모, 등록자의 규모, 재정자립도가 차이가 나타나기 때문에 일률적인 국고보조율 50% 지급이 아닌 차등보조율 적용이 필요해 보임

- 사례관리의 기준을 어떻게 설정할 것인가에 따라 다르겠지만, 일부 지자체의 경우 현재 사례관리자 1인당 사례관리 대상자의 비율이 1:40 이하인 지역도 존재함. 지역별 사례관리자 수 및 사례관리 대상자 수를 파악하고 지역의 여건에 맞는 사례관리 기준을 구성하는 것이 필요함

4. 정신건강복지 기본계획의 정책과제를 통해 추정한 예산규모(안)

□ 이 연구를 통해 신규로 제안된 과제의 예산을 살펴보면 다음과 같음. 모든 사업은 예산 배정이 필수적이긴 하나 이 연구에서는 대규모 예산이 소요될 것으로 추정되는 사업과 정책을 중심으로 살펴보았음

○ 국비 매칭 여부를 고려하지 않고 전체 금액을 합해보면, 최소 7732.7억원에서 최대 8393.1억 원이 필요한 것으로 나타남

– 2020년 기준 정신보건사업 예산 3191억원에 추가적으로 7732.7억원~8393.1억원이 투입된다고 할 때, 총 예산은 1조 923.7억원에서 1조 1584.1억원 정도로 추산됨

– 이 금액은 2020년 기준 보건사업 총 예산 12조 9650억원의 약 8.4~8.9%에 해당함

– 국민 1인당으로 보면 21,223원(1조 923.7억원/5147만(인구수))~22506.51원(1조 1,584.1억원/5147만(인구수))정도인 것으로 나타남

○ 국비 매칭을 고려하여 국비만을 추정해 보면, 최소 3970.3억에서 최대 4281.2억이 필요한 것으로 나타남

<표 10-11> 정신건강복지 기본계획(안)에서 제시한 신규 정책과제 예산 규모 추정(안)

사업명	비용 산출식	전체 금액	국비 사용 여부 및 비율
아이존 확충	5억 X 299개소	1,495억원	Y 국비 매칭(50%) 747.5억원
심리지원센터	5억원 X 299개소	1,495억원	Y 국비 매칭(50%) 747.5억원

사업명	비용 산출식	전체 금액	국비 사용 여부 및 비율
심리지원팀 신설	1.4억 X 299개소	418.6억원	Y 국비 매칭(50%) 209.3억원
조기중재센터	경우 1. 4억 X 17개(광역시 단위)	68억원	Y 국비 매칭(50%) 34억
	경우 2. 4억 X 17개(광역시 단위) + 4억 X 40개소 (청년 정신질환자 비율 15%인 시군구 개소 비율)	228억원	Y 국비 매칭(50%) 114억
	경우 3. 4억 X 17개소(광역시 단위) + 4억 X 70개 (청년 정신질환자 비율 13.2%인 시군구 개소 비율)	352억원	Y 국비 매칭(50%) 176억
	4억(연구비 및 자문비)	4억원	—
정신요양시설 기능전환	40억원 (정신요양시설 시범사업비)	40억원	—
비자의입원제도 개선	경우 1. 2692(위원 554명) + 10110(조사원 380명) + 286(소위원회124개) + 570(차량임차 및 유지비)	135억15백만원	—
	경우 2. 990 (상근위원 19명) + 2470(비상근위원수당) + 10110(조사원 380명) + 7360(건당 10만원, 75600건) + 143소위원회(19개) + 570(차량임차 및 유지비) +	216억43백만원	—
	경우 3. 730(판사 14명) + 447(참여관 14명) + 7360(건당 10만원, 75600건) + 143 (단독재판부 14개) + 570(차량임차 및 유지비)	92억50백만원	—
중독관리사업	인력확충 개선안	74.7억원	Y 국비 매칭(50%) 37.4억원
	신규센터 확충 개선안	122억원	Y 국비 매칭(50%) 61억원
지역사회 기반 중증정신질환자 집중관리 및 재활	제10장 제3절 2의 내용 참조	최소 3222.3억원	Y 집중-국비 매칭(50%) 1611.15억원

사업명	비용 산출식	전체 금액	국비 사용 여부 및 비율
		최대 3429.8억원	Y 주간정신재활- 국비 매칭(50%) Y 주거재활-국비 매칭(50%) 1714.9억원
정신장애인지원센터 운영 시범사업	1억(정신장애인지원센터개발연구비) + 20억(정신장애인지원센터 운영비) + 10억(정신장애인지원센터사업운영비) + 1억(정신장애인지원센터 시범사업연구비) + 10억원 (정신장애인 옹호지원센터 시범사업운영비) + 1억(정신장애인권익옹호지원센터 연구개발비)	43억원	-
당사자 및 가족지원 사업	29억(발달장애인 부모 가족 지원 사업비 기준)	29억	-
통합정신건강증 진사업	150억원(기존 사업 운영 센터 운영비)+ 155개소 X 2.8억(신규 사업 센터 운영비)	584억	Y 국비 매칭(50%) 292억원
동료지원가	- 기초정신건강복지센터 213개소 ~ 229개 1개소 당 2인 배치 - 일반형(종일제)지원단가 : 1,745,150원/월 X 426명 ~ 458명 - 일반형(시간제) 지원단가 : 872,580원/월 X 426명 ~ 458명	동료지원가 426명 고용 시 종일제 89억 21,206,800원 시간제 44억 60,628,960원	Yes 국비 매칭(50%)
		동료지원가 428명 고용 시 종일제 89억 63,090,400원 시간제 44억 81,570,880원	
		최소44억 60,628,960원~ 종일제 89억 63,090,400원	최소 22억 30,314,480원(426, 시간제) ~ 최대 44억 81,245,200원(428, 종일제)

참고문헌 <

<

- 강상경, 금현섭, 김경희, 김동일, 이명수, 하경희, ... 박종은. (2016). 지역사회 기반 정신건강 통합서비스 제공체계 구축방안 연구, 서울대학교 산학협력단·보건복지부.
- 김경희, 김숙자, & 김석선. (2017). 정신의료기관의 간호사 확보수준과 환자의 재원기간, 안전사고 실태. **한국자료분석학회**, 19(1), 503-511.
- 김문근. (2016). 정신보건법 개정 담론에 근거한 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 주요 쟁점 분석. **사회복지연구**, 47(3), 85-111.
- 김문근. (2019). 우리나라 정신장애인복지의 탈가족화 기반에 관한 검토. **비판사회정책**, (62), 7-52.
- 김문근. (2019.4.19.). 정신장애인복지 차별 해소를 위한 정신장애인복지서비스 전면 재구축 방안, 중앙정신건강복지사업지원단 정신건강정책 간담회 자료.
- 김문근, 하경희, & 최진실. (2015). 정신보건서비스 전달체계 개편을 위한 정신보건기관 기능 재조정 방안 연구. 보건복지부·대구대학교 산학협력단.
- 김문근, 하경희. (2016). 장기입원 정신질환자의 탈시설화를 위한 정신보건전달체계 개편방안: 정신보건기관 기능개편에 관한 전문가 인식을 중심으로. **사회복지정책**, 43(3), 31-57.
- 김성완. (2018) 정신질환자 병원 기반 사례관리 방안. 보건복지부.
- 김성완. (2019). 정신증 미치료 기간 단축전략수립 및 정신건강문제 조기발견 자료 개발. 국립정신건강센터.
- 국립정신건강센터. (2018). 정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내 2.0. 보건복지부·경찰청·소방청·국립정신건강센터
- 국립정신건강센터. (2018). 정신건강현황 제4차 예비조사 결과보고서. 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원.
- 국립정신건강센터. (2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서.
- 국립정신건강센터. (2019). 2019년 광역정신건강복지센터 평가지침.
- 권오용, 오현승, 김민, 최희승, 박인환, 김혜승, 박동진 외. (2018). 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태 조사. 국가인권위원회.
- 박이진, 김원영, 박민현, 이정준. (2017). 정신의료시설 정신장애아동 인권증진을 위한 실태 조사. 국가인권위원회.

- 박인환, 이용표. (2018). 정신장애인의 사회통합과 장애인복지법 제 15 조 등 법제 개선방향. **법과 정책연구**, 18(2), 111-152.
- 보건복지부. (2016). 정신건강종합대책.
- 보건복지부. (2019.5.). 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안.
- 보건복지부. (2019). 2019 정신건강사업안내.
- 보건복지부·광주광역시·광주광역시정신건강증진센터. (2016). 광주광역시 통합정신건강증진사업 성과보고서 2015.
- 보건복지부. (2019.04.19.). 관계부처와 함께 정신질환자 관리체계 강화한다!. 보건복지부 보도자료. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=2&CONT_SEQ=349118에서 인출.
- 보건복지부. (2019). 정신응급 대응체계 개선방안.
- 사회보장정보원. 사회복지시설평가. www.w4c.go.kr/favl/index.do
- 서울시정신건강복지센터. (2018). 2018서울시정신건강지표.
- 신상도, 함봉진, 송경준, 황승식, 안기옥, 박주옥, ...김정인. (2010). 정신질환 응급의료체계 수립방안 연구. 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터 용역보고서.
- 이용표. (2019). 바람직한 정신건강복지서비스체계의 구축. 정신건강복지서비스 정상화 방안을 위한 토론회 자료집. 서울복지재단·서울사회복지공익법센터.
- 이용표, 강상경, 김용득, 박경수, 박인환, 하경희 외. (2017). 지역사회 정신장애인 현황조사 및 지원체계 연구. 가톨릭대학교·보건복지부.
- 이정기. (2019). 정신질환 범죄에 대한 검토와 법률적·제도적 개선방안-조현병과 관련지어-. **법학연구**, 19(3), 85-105.
- 이진석. (2009). 정신질환자의 건강증진을 위한 제도개선 방안. 서울대학교병원 건강증진사업지원단.
- 이철, 이해국, 강지연, 권자영, 김경희, 김동일, ... 황태연. (2017). 정신건강종합대책의 효율적 수행과 국가 정신건강 기본계획 수립 지원을 위한 보고서. 중앙정신건강복지사업지원단.
- 이현경, 정은기, 장안기, & 이종일. (2009). 한국과 미국의 정신건강 정책목표 비교. **보건교육 건강증진학회지**, 26(1), 159-170.
- 전진아, 오미애, 박은자, 이용주, 이난희, 천미경, 이은주. (2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거중심 정신건강 사업전략 개발 연구. 한국보건사회연구원.

- 전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 이난희, 김진호. (2017). 지역사회 정신건강 서비스 현황과 개선 과제. 한국보건사회연구원.
- 정신질환자 관리체계 제도개선 긴급토론회 자료집. (2019). 국회 아동·여성·인권 정책포럼.
- 조한진, 김기룡, 김예원, 김은애, 송효정, 이승홍, 이용표, 조경미. (2017). 중증·정신장애인 시설생활인에 대한 실태조사. 국가인권위원회.
- 최정규, 장홍석, 이명수, 홍진표, 박종익. (2013). 국내정신보건시설 재원기간과 관련된 정신 사회적 요인. *대한신경정신의학회지*, 52, 98-107.
- 한국정신재활시설협회. <http://www.kpr.or.kr>, (2019년 1월)
- 홍선미 외. (2016). 정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사. 국가인권 위원회.
- Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., ... & Everard, L. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), 58-64.
- Birchwood, M., Lester, H., McCarthy, L., Jones, P., Fowler, D., Amos, T., ... & Marshall, M. (2014). The UK national evaluation of the development and impact of Early Intervention Services (the National EDEN studies): study rationale, design and baseline characteristics. *Early intervention in psychiatry*, 8(1), 59-67.
- Björkdahl, A., Perseus, K. I., Samuelsson, M., & Lindberg, M. H. (2016). Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences. *International journal of mental health nursing*, 25(5), 472-479.
- Commonwealth of Australia. (2017). The Fifth National Mental Health and Suicide.
- Department of Health. (2011). No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages.
- Dixon, L. B., Goldman, H. H., Srihari, V. H., & Kane, J. M. (2018). Transforming the treatment of schizophrenia in the United States: the RAISE initiative. *Annual review of clinical psychology*, 14, 237-258.
- England N. (2016). Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance.: NHS England Publications Gateway Reference 04294.

- Kim, S. W. (2018). Psychosocial intervention for patients with schizophrenia. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 57(3), 235–243.
- McGorry, P. D. (2015). Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(5), 310–318.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 305–326.
- Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Gingerich, S., Glynn, S. M., ... & Cather, C. (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis: rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatric Services*, 66(7), 680–690.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: the NICE guideline on treatment and management. National Clinical Guideline 178. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- NHS England. (2016). Five Year Forward View for Mental Health : A report from the independent Mental Health Taskforce to the NHS in England.
- NHS England. (2014). Understanding the New NHS A guide for everyone working and training within the NHS.
- Norman, R. M., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological medicine*, 31(3), 381–400.
- Oliver, D., Davies, C., Crossland, G., Lim, S., Gifford, G., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2018). Can we reduce the duration of untreated psychosis? A systematic review and meta-analysis of controlled interventional studies. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1362–1372.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Sint, K., Lin, H., Robinson, D. G., Schooler, N. R., ... & Correll, C. U. (2016). Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Schizophrenia bulletin*, 42(4), 896–906.

- UK Department of Health. (1999). A National Service Framework for Mental Health : Modern Standards and Service Models.
- UK Department of Health. (1998). Modernising Mental Health Services: safe, sound and supportive.
- US Department of Health & Human Services. (2010). Healthy People 2020.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.
- Wyatt, R. J., & Henter, I. (2001). Rationale for the study of early intervention. *Schizophrenia research*, 51(1), 69–76.

부록1. 정신건강복지 기본계획 세부 추진과제 표 <

추진목적 및 방향	세부 추진 과제	이행 시작 년도	제안 정책 과제 유형				개선 분류	관계법령, 제도 (or 근거)	관계부처
			기존정책 유지	기존정책 수정보완	기존정책 확대강화	신규 정책			
정신건강과 중독에 대한 충분한 정보 제공	정신건강 및 중독에 대한 예방·관리를 국민의 의무조항에 신설					0	법률 재·개정	정신건강복지법	보건복지부
	정신건강 및 중독 인식개선 캠페인, 공익광고 지속 수행				0		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	언론보도를 위한 가이드라인 제작·배포				0		법률 재·개정	정신건강복지법	보건복지부, 행정안전부
	고위험 금주예방가이드라인 개발과 확산				0		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	초·중·고등학교 학생 대상 정신건강 및 중독 예방교육 의무화 제도 도입					0	법률 재·개정	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	부모 대상 아동·청소년 정신건강 및 중독 예방 교육 강화				0		법률 재·개정	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	정신건강 관련 업무 담당인력 역량 강화				0		법률 재·개정	정신건강복지법	보건복지부
	사업장 기반 정신건강 및 중독 예방 교육프로그램 강화				0		법률 재·개정	정신건강복지법	보건복지부, 고용노동부
	지역사회 기반 정신건강 정보제공 및 편견 해소 교육·홍보			0			법률 재·개정	정신건강복지법	보건복지부

442 정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립 연구

추진목적 및 방향	세부 추진 과제	이행 시작 년도	제안 정책 과제 유형				개선 분류	관계법령, 제도 (or 근거)	관계부처
			기존정책 유지	기존정책 수정보완	기존정책 확대강화	신규 정책			
	정신건강 및 중독에 관한 정보제공 및 편견해소를 위한 다양한 민간단체와의 협력 강화						법률 제·개정	정신건강복지법	보건복지부
	정신건강 및 중독 예방 교육 프로그램 모니터링 평가 체계 구축				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
생애주기에 따른 정신건강 서비스 제공	정서발달 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계				O		N/A	정신건강복지법 , 학교보건법	보건복지부, 교육부
	학교기반 심리지원 및 상담 강화				O		법률 제·개정	학교보건법, 정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	아동·청소년의 정신건강 및 심리치료 질 관리 비용 지원 강화				O		법률 제·개정	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	학교 밖 청소년 정신건강지원				O		N/A	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	부모의 아동 정신건강서비스 이용 및 치료 동의 의무화 제도 도입					O	법률 제·개정	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	대학생 정신건강 지원체계 구축					O	N/A	정신건강복지법	교육부, 보건복지부

추진목적 및 방향	세부 추진 과제	이행 시작 년도	제안 정책 과제 유형				개선 분류	관계법령, 제도 (or 근거)	관계부처
			기존정책 유지	기존정책 수정보완	기존정책 확대강화	신규 정책			
	일반 청년 대상 심리지원 서비스 강화					O	N/A	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	군인 대상 심리지원 서비스 신설				O		N/A	정신건강복지, 군인복지기본법	보건복지부, 국방부
	근로자 직무스트레스 및 우울증 관리 강화				O		N/A	정신건강복지, 산업안전보호법	보건복지부, 고용노동부
	산모 사전·후 우울증 관리 강화				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	네트워크사업을 활용한 고위험군 조기개입 확대						N/A	N/A	보건복지부
	노인정신건강 관련 종합 검사 실시 및 심리 지원				O		N/A	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	노인 특화 프로그램 제공				O		N/A	정신건강복지법 , 노인복지법	보건복지부
	아동학대 발생 시 위기개입				O		N/A	정신건강복지법 , 아동복지법	보건복지부
	경제적 문제에 대한 지원				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	이주민, 북한이탈주민 대상 적응 교육 및 심리지원				O		N/A	정신건강복지법, 북한이탈주민의 보호 및 정착 지원에 관한 법률	보건복지부

444 정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립 연구

추진목적 및 방향	세부 추진 과제	이행 시작 년도	제안 정책 과제 유형				개선 분류	관계법령, 제도 (or 근거)	관계부처
			기존정책 유지	기존정책 수정보완	기존정책 확대강화	신규 정책			
	위험직 공무원 대상 외상후 스트레스장애 치유 지원				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	초,중,고 학교기반 마음건강사업(예:심리학 교과목 개설, 긍정적행동지원, positive behavior support: PBS 등 근거기반프로그램실시)					O	N/A	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	학교 밖 청소년 대상 심리지원사업					O	N/A	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
	대학생 및 청년 대상 심리지원사업					O	N/A	정신건강복지법	교육부, 여성가족부, 보건복지부, 지자체
24시간 / 7일 정신건강서비스 제공	웹기반 정신건강 자가관리 지원체계 구축				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	핫라인 정신건강 온라인 매체 및 전화 상담 효율성 향상				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	1차 의료기관 역량 강화를 통한 조기발견·개입 지원				O		N/A	N/A	보건복지부

추진목적 및 방향	세부 추진 과제	이행 시작 년도	제안 정책 과제 유형				개선 분류	관계법령, 제도 (or 근거)	관계부처
			기존정책 유지	기존정책 수정보완	기존정책 확대강화	신규 정책			
	정신건강증진센터 내 '마음건강주치의'(정신과 전문의) 배치 및 방문진단 수가 신설				O		수가 개선	정신건강복지법	보건복지부
	건강보험공단 건강검진 항목 중 정신건강 검진 내실화				O		N/A	정신건강복지, 건강검진기본법	보건복지부
	정신재활시설 푸른존(아이존) 모델 확충				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	기초정신건강복지센터 내 심리지원위한 팀 설치				O		N/A	정신건강복지법	보건복지부
	공공서비스가 연계하는 민간 정신건강서비스 기관 선정 절차 및 기준 마련 및 확대					O	법률 제·개정	정신건강복지법	보건복지부

부록2. 성과평가 설문지 <

<

정신건강복지 정책의 성과 및 개선방향에 대한 설문

안녕하십니까?

국무조정실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원입니다. 본 연구원에서는 보건복지부의 수탁과제로 정신건강복지 기본계획(2021-2025) 수립 연구를 진행하고 있습니다.

한국보건사회연구원은 본 연구의 일환으로 정신건강복지 분야 이해관계자들을 대상으로 기존 정신건강복지 정책의 중요성에 대한 인식, 정책 이행 성과 및 개선 방향 등에 대한 다양한 의견을 수렴하기 위해 조사를 수행하게 되었습니다.

응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 동의서에 작성해주신 귀하의 성함과 연락처는 조사에 대한 사례비 지급을 위해 활용될 뿐이며, 결과 분석이나 해석 시 귀하의 모든 개인적 건강정보 및 기타정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별됩니다.

조사의 참여여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 설문조사 내용에 응답하시면서 불편하신 사항은 응답하지 않으셔도 괜찮습니다. 설문조사 내용에 응답하시는 데 약 15분가량 소요될 예정입니다.

귀하의 응답은 정신건강복지 기본계획(2021-2025) 수립 연구에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 주시길 정중히 요청드립니다.

2019년 11월 26일(화)까지 회신해 주시면 감사하겠습니다.

2019년 11월

◇ 연구기관: 한국보건사회연구원

◇ 연구 책임자: 전진아 연구위원(044-287-8281)

◇ 실무 담당자: 윤시문 전문연구원(044-287-8213) / 강혜리 연구원(044-287-8144) /
김재희 행정인턴(044-287-8420)

◇ 조사 기간: 2019년 11월 19일(화) ~ 11월 26일(화)일까지

※ 감사의 뜻으로 소정의 서면자문수당(10만원)을 드리고자 하오니, 설문지 마지막 장에 첨부된 '수당 영수증'과 '개인정보제공동의서' 파일에 자필 서명하시어 함께 회신해주시길 바랍니다.

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2019년 11월 일

동의자 연락처 : (인) 전화번호:

1. 다음은 지난 2016년 관계부처 합동으로 발표된 ‘행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책’에서 제시된 정책목표, 전략 및 정책과제를 정리한 것입니다. 각 정책목표에 따라 제시된 전략과 정책과제에 대하여 정책 이행정도, 중요성, 지속 수행 필요여부, 우선순위에 대한 귀하의 생각을 말씀해주십시오.

※ 정책목표 중 ‘자살위험 없는 안전한 사회 구현’과 관련한 자살예방 대책의 경우 2018년 발표된 자살예방국가행동계획의 내용으로 별도의 설문을 구성하였으며, 이는 ‘2’ 번 문항으로 제시되어있음.

1) 정책목표 1. 국민 정신건강 증진

※ ‘정책 이행 평가’는 각 정책과제가 얼마나 잘 이행되고 있다고 생각하는 지를 묻고 있으며, ‘정책 중요성’에서는 각 정책 과제가 가지는 중요성에 대한 귀하의 생각을 말씀해 주시면 됩니다. 각 정책과제가 새로운 정신건강복지 기본계획에도 지속적으로 담겨야 한다고 생각하시면 ‘강화’ 혹은 ‘지속’ 혹은 ‘약화’로 언급해주시고, 귀하가 생각하시기에 ‘강화’ 혹은 ‘지속’이 필요하다고 생각하시는 정책 과제들의 경우, 이행 우선순위를 시급도에 따라 2순위까지 언급해주시기 바랍니다.

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/ 약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			①매우 미흡함 ②미흡함 ③잘못되고 있는 편임 ④매우 잘되고 있음	①전혀 중요하지 않음 ②중요하지 않음 ③중요함 ④매우 중요함	①강화 ②지속 ③약화 ④삭제	
인식개선을 통한 정신건강 서비스 이용제고	정신건강증진 서비스 접근성 제고	정신건강 자가관리(self care)를 위한 지원체계 구축				우선순위 1)
		찾아가는 정신건강 서비스 제공(심리지원 이동버스, 방문보건·복지사업 연계)				
		지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치 및 전문인력 확대)				
	정신건강에 대한 국민관심 제고	정신건강 인식개선 캠페인, 공익광고				2)
		학교, 사업장 및 지역사회 기반 정신건강 교육 강화				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/ 약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
		정신건강 관련 민간 단체 양성으로 민·관 협력 체계 구축				
	정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선	관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선(관계부처 합동 TF 구성, 실태조사 및 개선방안 마련)				
		정신질환 차별여부 모니터링 및 처벌규정 마련				
		바람직한 언론보도를 위한 가이드라인 제공(가이드라인 마련 및 언론인 대상 설명회)				
정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화	우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화	동네 의원 역량강화를 통한 조기발견·개입 지원				우선순위
		정신건강증진센터 내 "마음건강 주치의"(정신과전문의) 배치				
		건강보험공단 건강검진 시 정신건강 검진 내실화				
	스트레스 고위험군 집중관리 지원	경제적 어려움에 처한 분들을 위한 지원 강화(읍면동과의 연계 강화 및 신용회복 등 대상자 심리지원)				1)
		이주민, 북한이탈주민 대상 적응교육 및 심리지원				2)
		위험직 공무원 외상 후 스트레스장애(PTSD) 치유 지원				
		기타 정신건강 취약계층에 대한 심리·정서 지원(감정노동자, 신체장애인, 한부모, 조손가정 등)				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/ 약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
	재난 피해자 등 위기심리지원 강화	지역사회 재난 대응 정신건강관리체계 구축(범부처 대응체계 구축, 응급정신질환 대응, 지속 대응체계 마련)				
		재난 피해자 심리회복을 위한 R&D 강화 및 전문인력 양성				
생애주기별 정신건강 지원체계 구축	영유아 정신건강 지원	정서발달 평가 및 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계				우선순위 1) 2)
		아동학대 발생시 위기개입				
		부모·교사 대상 심리지원 및 교육				
	아동·청소년 정신건강 지원	아동·청소년 정신건강 관련 실태조사(아동·청소년 대상 정신질환 실태 역학조사)				
		학교기반 정신건강 지원체계 구축				
		학교 밖 청소년 정신건강 지원				
		정신건강 관련업무 담당인력 역량 강화(보건·상담교사, 지역 유관 자원 실무자)				
	청·장년 정신건강 지원	대학생 정신건강 지원체계 구축				
		산모 산전·후 우울증 관리 강화				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/ 약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			①매우 미흡함 ②미흡함 ③잘되고 있는 편임 ④매우 잘되고 있음	①전혀 중요하지 않음 ②중요하지 않음 ③중요함 ④매우 중요함	①강화 ②지속 ③약화 ④삭제	
		근로자 직무 스트레스 및 우울증 관리				
	노인 정신건강 지원	노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원				
		노인 특화 정신건강 프로그램 제공				

1-1) 국민 정신건강증진과 관련하여, 정책 과제로 설정해야 할 것이 있으면 말씀해 주십시오. 또한 그 이유를 기술해 주십시오.

2) 정책목표 2. 중증정신질환자 지역사회 통합

※ ‘정책 이행 평가’는 각 정책과제가 얼마나 잘 이행되고 있다고 생각하는 지를 묻고 있으며, ‘정책 중요성’에서는 각 정책 과제가 가지는 중요성에 대한 귀하의 생각을 말씀해 주시면 됩니다. 각 정책과제가 새로운 정신건강복지 기본계획에도 지속적으로 담겨야 한다고 생각하시면 ‘강화’ 혹은 ‘지속’ 혹은 ‘약화’로 언급해주시고, 귀하가 생각하시기에 ‘강화’ 혹은 ‘지속’이 필요하다고 생각하시는 정책 과제들의 경우, **이행 우선순위를 시급도에 따라 2순위까지** 언급해주시기 바랍니다.

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/ 약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			①매우 미흡함 ②미흡함 ③잘되고 있는 편임 ④매우 잘되고 있음	①전혀중요하지않음 ②중요하지 않음 ③중요함 ④매우 중요함	①강화 ②지속 ③약화 ④삭제	
조기 집중치료로 만성화 방지	건강보험 및 의료급여 수가체계 개선	초발·급성 초기 집중치료를 위한 건강보험수가체계 개선				우선순위 1)
		의료급여 체계 개선으로 양질의 치료 서비스 제공				
		불필요한 입원을 제한하고 지역사회 복귀 강화(일당정액수가 체감제 강화, 낮병동 수가 조정, 퇴원연계 활성화 유도 등)				
	초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발	초발환자 발견 및 지역사회 관리 모형 개발				2)
		급성기 환자 응급 및 단기입원 제도 활성화				
		정신질환 치료기술 연구(R&D) 강화				
중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상	지역사회 지원체계 구축	중증·만성 정신질환자 지역사회 지원강화(사례관리 강화, 인프라 간 기능 재정립 등)				우선순위 1)
		외래치료명령제, 장기 지속형 약물처방 활성화로 퇴원 유도				
		정신질환자 사회복귀 유도 및 지원(사회적 협동조합, 취업지원 강화)				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/ 약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
	정신재활시설 확충 및 내실화	정신재활시설 단계적 확충(인센티브 등)				2)
		다양한 유형의 정신재활시설 설치·운영				
		정신재활시설의 질적 수준 제고(슈퍼비전 지원, 평가 내실화)				
		직업 재활 활성화를 위한 근로환경 개선 및 모형 개발(근로환경 개선 등)				
	정신의료기관 및 정신요양시설 기능 재정립 및 역량강화	정신의료기관 낮병동 확대 및 병상수 축소				
		정신요양시설 정체성 확립 및 단계적 기능전환(이용대상자 명확화, 기능 표준화, 기능 전환 유도)				
		신체 복합 질환자 치료병원 확충(가이드라인 마련, 지정병원, 정신의료기관 내 신체질환 치료 강화)				
정신질환자 인권 강화	정신의료기관 입·퇴원 제도개선	정신의료기관 입·퇴원 신고로 회전문식 재입원 방지				우선순위 1)
		보호의무자에 의한 입원제도 개선				
		강제 입원시 공적 영역의 입원 적정성 여부 판단				
	정신질환자의 자기결정권 강화	강제 입원 및 치료 기준 재정비				2)
		중증 정신질환자 의사결정 지원 강화				
		정신 의료기관 내 행동 제한·격리·강박 등 기준 강화				

대영역	중영역	정 책 과 제	정 책 이 행 평 가	정 책 중 요 성	강 화/지 속/ 약 화/삭 제 여 부	강 화/지 속 이 행 을 위 한 정 책 우 선 순 위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
	정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화	정신의료기관 및 요양시설 개방성 확대(정보공개 강화, 인권지킴이단)				
		인권교육 내실화 및 정신질환자 대상 인권교육 실시				
		정신의료기관 평가·인증 내실화(수가체계 연계, 행정처분 기준 마련 등)				
		인권침해 관련 지도·감독 강화				

2-1) 중증정신질환자 지역사회 통합과 관련하여, 정책 과제로 설정해야 할 것이 있으면 말씀해 주십시오. 또한 그 이유를 기술해 주십시오 .

3) 정책목표 3. 중독으로 인한 건강 피해 및 사회적 피해 최소화

※ '정책 이행 평가'는 각 정책과제가 얼마나 잘 이행되고 있다고 생각하는 지를 묻고 있으며, '정책 중요성'에서는 각 정책 과제가 가지는 중요성에 대한 귀하의 생각을 말씀해 주시면 됩니다. 각 정책과제가 새로운 정신건강복지 기본계획에도 지속적으로 담겨야 한다고 생각하시면 '강화' 혹은 '지속' 혹은 '약화'로 언급해주시고, 귀하가 생각하시기에 '강화' 혹은 '지속'이 필요하다고 생각하시는 정책 과제들의 경우, **이행 우선순위를 시급도에 따라 2순위까지** 언급해주시기 바랍니다.

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			①매우 미흡함 ②미흡함 ③잘되고 있는 편임 ④매우 잘되고 있음	①전혀중요하지않음 ②중요하지 않음 ③중요함 ④매우 중요함	①강화 ②지속 ③약화 ④삭제	
중독 피해에 대한 사회적 환경 조성	중독 피해에 대한 사회적 인식 개선	중독예방 교육 및 캠페인 실시				우선순위
		알코올에 대한 관대한 인식 개선				
		중독관리를 위한 범부처 협력체계 구축				
	중독 위험환경 개선	중독 요인에 대한 접근성 제한 검토 및 적정 이용 가이드라인 마련				1)
		중독 물질에 대한 관리 강화				2)
		새로운 중독물질에 대한 대응력 제고(연구 및 실태조사, 적정 이용에 대한 가이드라인 마련)				
중독문제 조기선별·개입체	대상별 중독 선별 체계 강화	일반 국민 대상 주요 중독문제 선별(미취학 아동, 청소년, 청장년)				우선순위
		취약계층 대상 중독문제 선별(독거노인, 노숙인, 신체질환자 등)				1)

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/ 약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			①매우 미흡함 ②미흡함 ③잘되고 있는 편임 ④매우 잘되고 있음	①전혀중요하지않음 ②중요하지 않음 ③중요함 ④매우 중요함	①강화 ②지속 ③약화 ④삭제	
계 구축	중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공	지역사회 대응 연계체계 강화				2)
		고위험군 대상 개입 프로그램 개발·보급				
		중독관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치				
중독자 치료·회 복 지원 강화	치료서비스 접근성 강화	근거기반 진단 및 치료 지침 개발·보급				우선순위 1) 2)
		중독자 전문 치료기관 확충 및 내실화				
		범법 중독자에 대한 치료지원 강화				
	중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련	지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원(직업재활, 사회적 기업, 중독자 전용 정신재활시설)				
		중독자 회복을 위한 지속적 사후관리 지원 (상담, 사례관리, 가족지원, 자조모임 지원 등)				

3-1) 중독으로 인한 건강 피해 및 사회적 피해 최소화와 관련하여, 정책 과제로 설정해야할 것이 있으면 말씀해 주십시오. 또한 그 이유를 기술해 주십시오.

2. 다음은 지난 2018년 관계부처 합동으로 발표된 ‘자살예방국가행동계획’에서 제시된 정책목표, 전략 및 정책과제를 정리한 것입니다. 각 정책목표에 따라 제시된 전략과 정책과제에 대하여 정책 이행정도, 중요성, 지속 수행 필요여부, 우선순위에 대한 귀하의 생각을 말씀해주시시오.

※ ‘정책 이행 평가’는 각 정책과제가 얼마나 잘 이행되고 있다고 생각하는 지를 묻고 있으며, ‘정책 중요성’에서는 각 정책 과제가 가지는 중요성에 대한 귀하의 생각을 말씀해 주시면 됩니다. 각 정책과제가 새로운 정신건강복지 기본계획에도 지속적으로 담겨야 한다고 생각하시면 ‘강화’ 혹은 ‘지속’ 혹은 ‘약화’로 언급해주시고, 귀하가 생각하시기에 ‘강화’ 혹은 ‘지속’이 필요하다고 생각하시는 정책 과제들의 경우, **이행 우선순위를 시급도에 따라 2순위까지** 언급해주시기 바랍니다.

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/약화/삭제 여부	강화/지속 이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진	5년간(2012~2016) 발생한 자살사망자 7만명 전수조사	경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층분석				우선순위 1) 2)
		심리·사회적 자살원인 분석(심리부검) 활성화 및 고도화 추진				
	국가 자살동향 감시체계 구축	자살률 동향을 예측할 수 있는 관련 통계를 신속하게 확보·활용				
		자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로데이터 확보, 자살사건 정보의 범위확대 추진				
	근거기반 자살예방 정책추진을 위한 지자체 지원	지자체가 근거에 기반한 자살예방 정책을 추진하도록 지원				
		지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원				
	효과성 높은 자살예방	과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/약화/삭제 여부	강화/지속이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
	프로그램 확산	자살예방 관련 연구 및 R&D 확대를 통해 우수프로그램 개발 및 성과평가 추진				
자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축	자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고	전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축				우선순위 1) 2)
		게이트키퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용 추진				
	사회보장서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴	학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력				
		직접 서비스급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청연계기관 서비스 담당 인력				
		시군구 희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행				
	우울증 검진 및 스크리닝 강화	국가건강검진을 통한 우울증 검진 확대				
		동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험이 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화				
적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거	자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축	정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템 구축·운영				우선순위 1) 2)
		보건-복지서비스 연계 활성화로 사회보장서비스 연결실패 해소				
		부채부담 및 파산 등경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리				
		지역사회 풀뿌리 조직 등을 활용한 사회적 관계 회복 및 지원 연계				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/약화/삭제 여부	강화/지속이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
사후관리 강화를 통한 자살화산 예방	지역사회 정신건강 서비스에 대한 접근성 강화	지역사회 단위 자살예방 서비스 제공기반 마련				
		자살예방 상담서비스 이용 활성화				
		우울증 치료접근성 및 지속치료 강화				
	자살촉발 위험요인 제거	자살도구·수단 관리 및 접근성 제한				
		자살보도권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진				
		동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련				
	자살시도자 사후관리 강화	응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화				우선순위 1) 2)
		응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화				
		자살시도 등에 대응 가능한 정신전문응급의료센터 지정 검토				
		소방청 자살 위기 대응능력 제고				
	자살유가족 지원 강화	광역 정신건강복지센터별 자살유가족 담당 지정, 자살유가족 자조모임 지원 확대, 대상특성별 자조모임 활성화				
		자살유가족 심리상담·치료지원 강화, "자살유가족 실태조사" 결과를 바탕으로 사후처리 지원 등 서비스 개발·지원				
	유명인 자살사건	연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/약화/삭제 여부	강화/지속이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
	대응체계 구축	유명인 자살사건에 부처합동 대응체계 구축				
대상별 자살예방 추진	노동자 및 실직자 자살예방	사업장 중심 자살예방 환경 조성				우선순위 1) 2)
		감정노동자 보호				
		실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진				
		직업적 트라우마 대응을 위한 전문상담체계 구축				
		사업장 자살사고 발생 후 사후관리				
	자살위험에 특히 높은 대상에 대한 고려 강화	퇴원 정신질환자에 대해 병원기반 사후관리 모델 개발 및 지원				
		트라우마 위험 등으로 자살률이 높은 특수직공무원 특별 관리				
		상담 및 돌봄 담당 공무원·종사자 지원				
	연령별 자살예방 대책 추진	(노인) 독거노인 친구 만들기 사업 확대, 치매환자 가족을 위한 휴식지원 등				
		(청·장년) 대학생, 군인, 직장인, 구직자·실업자 특성에 맞게 심리지원 프로그램 개발·지원				

대영역	중영역	정책과제	정책이행평가	정책 중요성	강화/지속/약화/삭제 여부	강화/지속이행을 위한 정책 우선순위
			① 매우 미흡함 ② 미흡함 ③ 잘되고 있는 편임 ④ 매우 잘되고 있음	① 전혀 중요하지 않음 ② 중요하지 않음 ③ 중요함 ④ 매우 중요함	① 강화 ② 지속 ③ 약화 ④ 삭제	
		(초·중등학생) 현재 운영 중인 초·중등학교 학생자살예방 체계를 내실화하고, 상담·위기관리 및 교원전문성 강화를 역점 추진				
		(학교 밖 청소년) 청소년지도자 게이트키퍼 양성, 청소년 동반자 배치 확대, 1388 청소년 상담채널 및 학교폭력 신고전화(117) 등 활용 조기발견, 청소년 통합지원체계를 통한 맞춤형 통합 연계서비스 제공, 학교 밖 청소년 자살현황 파악 및 정보연계 강화 등				
추진 기반 마련	중앙차원의 자살예방정책 체계 정비	총리실 주도의 '범정부 추진체계' 구축				우선순위 1) 2)
		보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화				
		민관 정책 소통기구 '(가칭) 생명존중·자살예방정책협의회' 구성				
	자살은 "개인적 문제"이며 "막을 수 없다"는 사회인식 개선	사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구를 확대하여 그 결과를 정책에 반영				
		국민참여형 자살예방 "괜찮니 캠페인" 확대추진				
		자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진				
		정부기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화				

2-1. '자살예방국가행동계획'에서 제시된 정책목표, 전략 및 정책과제 외에 자살 예방 및 관리와 관련하여, 정책 과제로 설정해야할 것이 있으면 말씀해 주십시오. 또한 그 이유를 기술해 주십시오 .

3. 그 외에 귀하가 생각하시기에 국가 정신건강복지 기본계획(2021-2015)에 포함되었으면 하시는 정책 과제나 이슈가 있으시면 말씀해 주십시오. 또한 그 이유를 기술해 주십시오.

감사합니다.