

정책보고서 2020-75

발 간 등 록 번 호
11-1352000-002793-01



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

주요 정신건강복지 정책 비전 및 추진방향 연구

전진아

채수미·오미애·오수진·최지원



■ 저자 전진아, 채수미, 오미애, 오수진, 최지원

■ 연구진

연구책임자	전진아	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구원	채수미	한국보건사회연구원 연구위원
	오미애	한국보건사회연구원 연구위원
연구보조원	오수진	한국보건사회연구원 전문연구원
	최지원	한국보건사회연구원 연구위원

■ 기타 기여자

분과위원장	강지언	대한정신의료기관협회 수석부회장
	김성완	전남대학교 정신건강의학과 교수
분과위원	백종우	중앙자살예방센터 센터장
	이해국	가톨릭대학교 정신건강의학과 교수
	장은진	침례신학대학교 상담심리학과 교수
	강현구	대한정신건강의학과 의사회 이사
	고영건	한국임상심리학회 회장
	권자영	세명대학교 사회복지학과 교수
	김경희	서울여자간호대학교 교수
	문용훈	태화샘솟는집 관장
	백용매	대구가톨릭대학교 심리학과 교수
	성종호	대한의사협회 정책이사 이사
	송인한	연세대학교 사회복지학과 교수
	신권철	서울시립대학교 법학전문대학원 교수
	신성만	한동대학교 심리학과 교수
	안영미	천안시자살예방센터 센터장
	육성필	용문상담심리대학원대학교 교수
	윤미경	경기광역정신건강복지센터 부센터장
	이경주	가톨릭대학교 정신간호학과 교수
	이규영	대한정신건강의학과 의사회 이사
	이명수	경기광역정신건강복지센터 센터장
	이상규	한림대춘천성심병원 정신건강의학과 교수
	이인숙	수원시 중독관리통합지원센터 센터장
	이해우	서울광역정신건강복지센터 센터장
	이화영	대한신경정신의학회 정신보건이사
	장수미	정신건강사회복지학회 회장
	전준희	화성시정신건강복지센터 센터장
	전홍진	중앙심리부검센터 센터장
	정슬기	중앙대학교 사회복지학과 교수
	조근호	대한정신건강의학과 의사회 이사
	최윤경	계명대학교 심리학과 교수
	최은정	동신대학교 사회복지학과 교수
	최진영	서울대학교 심리학과 교수
	현진희	한국트라우마스트레스학회 회장

*가나다순

제출문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 보건복지부와 용역계약(2020. 10. 28.)한 「주요 정신 건강복지 정책 비전 및 추진방향 연구」의 보고서로 제출합니다.

2020년 11월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식



제1장 서론	1
제1절 연구 필요성 및 목적	3
제2절 연구 내용 및 방법	10
제2장 정신건강복지 정책 환경 변화 및 여건 진단	13
제1절 기존 정신건강종합대책 평가	15
제2절 정신건강복지 정책 환경 및 여건 진단	27
제3장 주요 정신건강복지 정책 과제	35
제1절 정신건강복지 정책 추진 방향	37
제2절 코로나 우울 극복을 위한 전 국민 정신건강증진	39
제3절 정신질환자 회복 지원 및 사회 통합 추진	73
제4절 중독 피해 예방 및 중독자 지원	116
제5절 자살예방 및 생명존중 문화정착	134
제6절 정신건강복지서비스 발전을 위한 기반 구축	150
참고문헌	179



표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 정신건강복지기본계획 수립 추진단 의견수렴 방식	12
〈표 2-1〉 정신건강종합대책(2016~2020) 추진과제	16
〈표 2-2〉 ‘국민 정신건강증진’ 영역의 주요 평가 결과	21
〈표 2-3〉 ‘중증정신질환자 지역사회 통합’ 영역의 주요 평가 결과	22
〈표 2-4〉 ‘중독 예방’ 영역의 주요 평가 결과	23
〈표 2-5〉 ‘자살 예방’ 영역의 주요 평가 결과	23
〈표 3-1〉 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구	47
〈표 3-2〉 정신건강 문제 고위험군 치료연계를	75
〈표 3-3〉 정신요양시설 및 정원 현황	79
〈표 3-4〉 정신재활시설 시도별 현황	80
〈표 3-5〉 병원 기반 사례관리 시범수가(일부)	92
〈표 3-6〉 알코올 사용장애 유병률 및 추정환자수	116
〈표 3-7〉 마약류중독자 치료보호사업 예산 및 실적>	118
〈표 3-8〉 인구 10만 명당 자살사망률, 연령표준화 사망률: 성별·시도별, 2018년	135
〈표 3-9〉 정신건강 관련기관에서 근무하는 상근인력 및 정신건강전문인력 수	150
〈표 3-10〉 연도별 우리나라 정신건강인력 현황	152
〈표 3-11〉 기관 유형별 사례관리자 1인당 사례관리 대상자 수	153
〈표 3-12〉 사회복지관 최소 인력기준 권고안	155
〈표 3-13〉 연차별 정신건강 실태조사(안)	170



그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 정신건강종합대책의 비전과 정책목표	6
[그림 1-2] 정신건강종합대책의 성과 평가 결과	8
[그림 1-3] 정신건강복지기본계획 수립 추진단 구성	11
[그림 2-1] 정신건강종합대책(2016~2020) 추진 방향	15
[그림 2-2] 정신건강종합대책(2016~2020) 추진 방향	16
[그림 2-3] 정신건강종합대책(2016~2020) 성과평가 대상 과제	17
[그림 2-4] 정신건강종합대책(2016~2020) 성과평가 측정지표(예시)	18
[그림 2-5] 정신건강종합대책(2016~2020) 성과평가 틀	19
[그림 2-6] 정신건강종합대책(2016~2020) 평가 지표별 주요 결과(높은 순위)	20
[그림 2-7] 정신건강종합대책(2016~2020) 평가 지표별 주요 결과(낮은 순위)	21
[그림 2-8] 정신질환에 대한 인식 및 이용률	28
[그림 2-9] 정신질환에 대한 인식 및 이용률	28
[그림 2-10] 정신질환에 대한 인식 및 이용률	29
[그림 2-11] 정신건강 관련 주요 지표 현황	30
[그림 2-12] 코로나19 이후 우울감 및 불안감 경험 추이	31
[그림 2-13] 우리나라 정신건강 SWOT 분석 결과	33
[그림 3-1] 정신건강복지 정책 목표 및 추진 전략	38
[그림 3-2] 주요국의 정신건강서비스 이용 현황	40
[그림 3-3] 정신건강 관련 주요 지표 현황	41
[그림 3-4] 코로나19로 인한 정신건강 및 서비스 영향	42
[그림 3-5] 정신질환에 대한 인식 및 태도	45
[그림 3-6] 정신질환 평생유병률(%)	73
[그림 3-7] 스트레스 인지율(%)	74
[그림 3-8] 연도별 퇴원 후 정신의료기관 외래 방문율(%)	75
[그림 3-9] 연도별 퇴원 후 정신의료기관 재입원율(%)	76
[그림 3-10] 연도별 퇴원 후 낮병동 방문율(%)	76
[그림 3-11] 연도별 비자의 입원율(%)	77
[그림 3-12] 연도별 정신의료기관 수(개소)	78
[그림 3-13] 연도별 정신의료기관 정신병상 수 현황(병상)	78
[그림 3-14] 기초정신건강복지센터 시도별 현황	79
[그림 3-15] 정신재활시설 시도별 현황	80



[그림 3-16] 시도별 지역사회 재활기관 현황	81
[그림 3-17] 지역사회 정신건강복지 서비스 이용자	82
[그림 3-18] 가구유형별 월평균 소득 현황(2014년, 2017년)	83
[그림 3-19] 정신질환에 대한 인식 및 태도(%)	84
[그림 3-20] 질환별 환자 1인당 보건예산	88
[그림 3-21] 2016년 기준 건강검진 수검률 비교(정신장애인 vs. 비장애인)	95
[그림 3-22] 서비스 대상자 발견 및 관리	99
[그림 3-23] 정신질환군별 정신건강서비스 룰(평생)	117
[그림 3-24] 코로나19 이후 스마트폰 사용 변화	119
[그림 3-25] 한국 자살사망률 현황 및 추이	134
[그림 3-26] 2019년 1월부터 2020년 4월까지의 월별, 성별 자살사망자수(잠정치)	135
[그림 3-27] OECD 국가 연령표준화 자살률 비교	136
[그림 3-28] 자살로 인한 사회경제적 비용	136
[그림 3-29] 자살위험 단계별 개입 전략	140
[그림 3-30] 정신건강 관련기관 상근인력 및 정신건강전문인력	151
[그림 3-31] 인구 10만명당 상근인력 및 정신건강전문인력	151
[그림 3-32] 연도별 우리나라 정신건강인력 변화 추이	152
[그림 3-33] 정신질환자 지역사회 정착 지원모델(안)	155
[그림 3-34] 정신건강사례관리시스템 연계 현황	171

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

1. 연구 배경 및 필요성

◆ (연구배경 및 필요성①) 국내 정신건강 및 정신건강복지서비스 지원 현황에 대한 비판적 고찰을 통한 정신건강복지 정책의 비전 및 추진방향 설정 필요

- 정신질환으로 인한 직·간접비용부담은 OECD 국가들의 경우 국내총생산의 약 4%로(OECD, '15) 우리나라는 75조원 수준('18년 GDP 대입)임.
- 정신질환은 근로자의 역량 발휘를 어렵게 하여 한계생산성 저하 및 실업 증가를 가속화하고 이는 국가 생산성 저하에 직결됨.
 - OECD 국가의 근무 중 생산성 저하 경험자 비율은 중증정신질환자 평균 88%, 경증·중등도 정신질환자 평균 69%임(정신질환이 없는 경우 26%).
 - 정신질환으로 인한 생산성 손실액은 3.4조원에 육박함(건강보험연구원, 2015)
 - (타 질환) 근골격계질환 ⇒ 4.4조원, 소화계질환 ⇒ 2.9조원, 호흡기계질환 ⇒ 2.7조원
- 현재 우리 사회는 경제양극화, 세대갈등, 과중한 경쟁, 갑질 등으로 행복 정도, 삶의 만족도 수준은 높지 않은 상황임.
 - 세계행복지수 156개국 중 54위('19), OECD 국가 중 더 나은 삶 지수 28위, 자살률 1위('18)
- 코로나19 유행 이후 사회활동 위축, 경기 침체 등으로 스트레스가 증가하고 우울, 불안 등 이른바 코로나우울이 확산되었음.

- **우울증**은 누구에나 발생하는 **흔한 정신질환**으로 우리나라에서 증가 추세를 보이고 있음.
 - **우울감 경험률은 13%**(국민건강영양조사, 2016), **주요 우울장애 평생유병률은 5%**로 나타남(정신건강실태조사, 2016).
 - 심평원 자료에 따르면, 우울증 전체 진료 환자수는 2014년 58만명에서 2018년 75만명으로, 약 29%가 증가하였음.
- **코로나19 장기화**에 따라 우울 등 국민 정신건강은 더욱 악화될 우려가 있음.
 - 코로나19 유행 중 **우울 위험군이 2020년 3월 기준 17.5%에서 5월 18.6%로 증가**하였음(한국트라우마스트레스학회).
 - 또한 성인남녀 중 **코로나블루(우울)** 경험자가 2020년 4월 54.7%에서 6월 69.2%로 증가하였음(인크루트 조사).
 - 언택트(untact) 사회로 전환되면서 **사회활동 축소**와, 디지털미디어의 **과도한 사용**으로 인해 음주 등 **중독 위험 증가**와 함께 **정신건강 악화**를 초래할 가능성이 있음.
 - 코로나19 이후 음주횟수가 많은 사람(≥주 4회)의 **음주빈도 증가**(늘었다 61.9%), **스마트폰, 게임 이용 증가**(각각 44.3%, 24.4%에서 늘었다 응답, 중독포럼), **가정용 술 판매 65% 상승**(한국리서치)
- **취약계층인 아동의 가정폭력 위험, 노인·장애인의 고립·소외** 문제가 발생하고 대면진료와 지역사회 정신건강서비스 제공이 감소되었다는 보고도 있음(UN, 2020).
 - 국가에 따라 **코로나19로 우울증 3배 증가, 알코올 섭취 20% 증가**, 코로나 19 사망자의 50% 이상이 장기입원·입소자로 보고되고 있음.
- 우리 국민의 낮은 행복지수와 삶의 만족도, 우울증 등 정신건강 상황을 고려할 때 **코로나19의 충격은 정신건강 악화를 심화**시킬 우려가 있음.
- 우울증 등 정신건강의 악화는 **삶의 의욕 저하, 자살 위험**을 높임.
 - 우리나라 **자살률**은 지난 10년간 감소 추세이나 **현재 OECD 1위**임.

- 10만명당 ('90년) 7.6명 → ('11년) 31.7명 → ('17년) 24.3명 → ('18년) 26.6명 → ('19년 잠정) 25.1명

- 자살자 중 73%가 15~64세로 55%가 30~50대의 핵심 경제활동인구임('18).

- **코로나 유행시기에는 일시적으로 자살이 감소하나, 코로나19 상황이 종료된 후에는 경기침체, 소득감소 등의 현실적 문제로 인해 우울증, 자살 급증이 예상됨.**

□ **코로나19의 충격을 완화하고 **코로나우울, 자살 등을 예방**하기 위해 전반적인 국가정신건강 대응체계를 강화해야 함.**

- 전국민 대상 **위로와 사기진작, 정신건강 악화¹⁾ 예방**에 집중하고 심리상담 접근성 향상, 범부처 힐링·치유 지원사업 등을 추진할 필요가 있음.
- **코로나19 장기화**에 따라 정신건강 고위험군 발굴·관리, 적극적 자살예방 활동을 위한 **국가정신건강 거버넌스를 확충할 필요**가 있음.
 - 국가, 지자체의 **정신건강조직 강화, 국가트라우마 대응체계** 및 정신건강·자살예방 서비스 **인프라 확충** 등 투자 확대도 필요한 상황임.
- 국민행복과 만족한 삶을 위해서는 일반 국민을 위한 **정신건강 증진·예방부터 정신질환자 복지까지 촘촘한 정책**을 추진할 필요가 있음.
 - 「정신건강복지법」개정('17.5월 시행)으로 **정신건강증진 및 복지서비스 근거를 마련**했으며 이에 따른 **정책 개발 및 사업 추진**이 요구되는 상황임.

◆ **(연구배경 및 필요성②)** 정신건강종합대책(2016~2020)의 성과평가를 기반으로 주요 정신건강복지 정책 비전 및 추진 방향 설정 필요

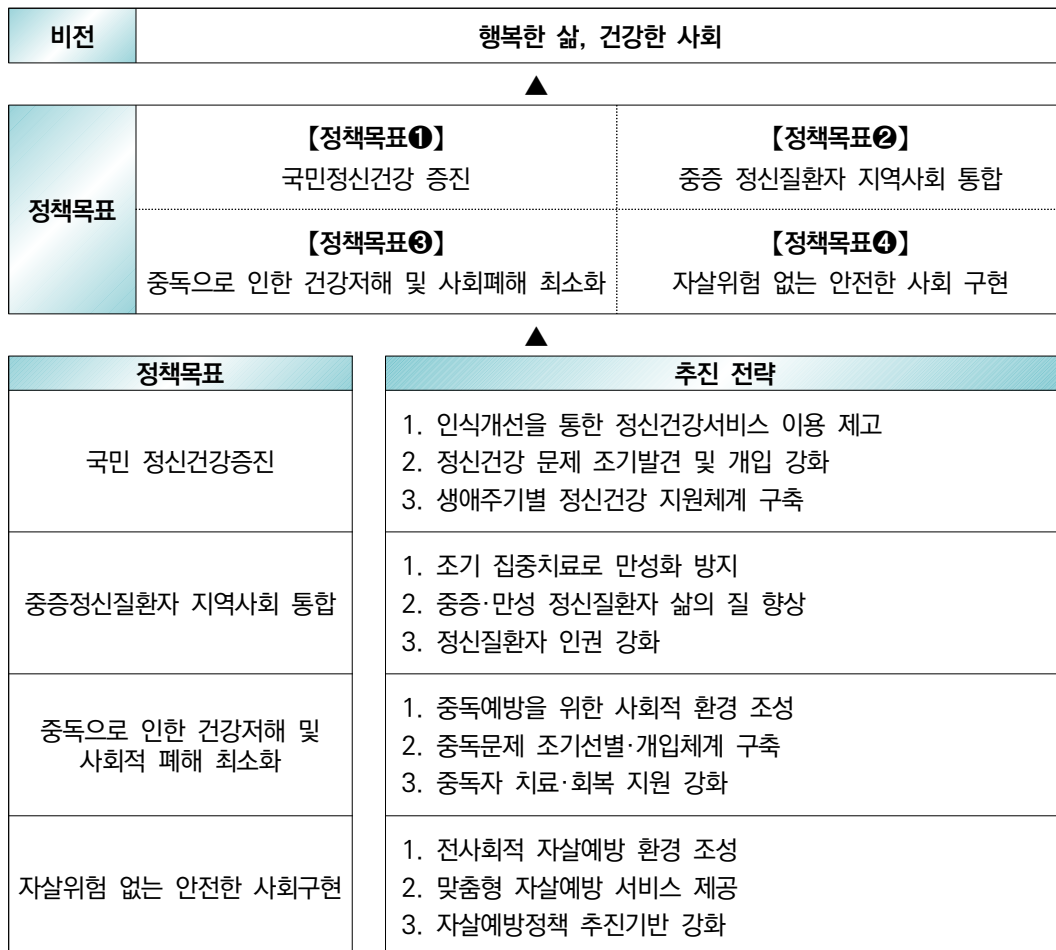
□ 1995년 정신보건법이 제정된 이후 정신건강복지정책이 20여년 넘게 이어져오고 있으며, **국내 정신건강 현황**에 대한 **주기적인 모니터링 및 평가**를 통해 **정신건강 증진을 도모**하기 위한 정책들이 개선 혹은 발굴되어 지속적으로 이행되고 있음.

1) 소외와 고립에 따른 우울, 불안, 인터넷·스마트폰 과의존, 가정불화, 음주 문제 등

□ 2016년 2월 발표된 정신건강종합대책(2016-2020)을 통해 5년간의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 대한 정책 방향성이 제시된 이후 정신건강 분야 법제도 및 정책과 서비스 추진체계가 구축되고 운영되어 왔음.

○ 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 1-1] 정신건강종합대책의 비전과 정책목표



자료: 관계부처합동. (2016. 2. 25.). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책.

- 정신보건법 전부개정안이 **정신건강복지법**이 2017년 5월부터 시행되었으며, 정신건강복지법에서는 **정신질환자의 범위 축소, 비자의입원의 요건 강화, 정신질환자의 자기결정권**을 강조하였음.
- 2018년 1월 관계부처 합동으로 **자살예방 국가 행동계획**이 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.

□ (정책 성과①) 정신건강복지서비스 제도 개선 및 인프라 확충을 통한 접근성 강화

- 정신건강종합대책(2016-2020) 이후 이루어진 **정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원**은 정신건강복지법 개정 시행을 통해 **정신의료기관 입·퇴원 제도 개선, 정신건강복지센터 인력 등 인프라 확충**과 같은 성과를 보였음.
- 그 외에도 **국가 트라우마센터 설치 및 운영, 정신건강 자가검진 앱 개발** 등을 통한 접근성 강화가 이루어짐.

□ (정책 성과②) 정신건강복지서비스 예방 및 조기개입에서의 진전

- 인식개선 사업, 중독 및 자살예방 사업 강화, 조기 집중 치료가 가능한 틀거리를 마련함.
 - **(인식 개선)** 정신건강의 날 지정·시행(2017. 10. 10.), 정신질환자 자격·면허 취득 제한을 개선함.
 - **(조기집중치료)** 정신건강의학과 수가 조정을 통해 불필요한 만성 장기입원 유인을 억제하고, 외래 수가체계 등을 개선함.
 - **(중독 예방)** 음주폐해 예방 캠페인과 가이드라인을 마련함.

□ (정책 성과③) 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**이 가능해졌음.

- (2016~2020 정신건강종합대책의 정책 성과 평가 결과) 제시된 정책 중요도는 높게 인식하나 정책 이행도를 낮게 인식하고 있었음. 지역사회 기반 정신건강서비스 확대, 중증정신질환자의 불필요한 입원 제한 및 지역사회 복귀 강화, 지역사회 내 중독 관련 정신재활시설 및 재활모델 지원이 주요한 과제로 제시되었음.

[그림 1-2] 정신건강종합대책의 성과 평가 결과

평가지표	평가 결과(높은 순위, 상위 3개)		
	상위 1위	상위 2위	상위 3위
정책 이행도	【자살 예방】 경찰청 수사기록을 활용하여 자살 원인 및 발생동향 심층 분석	【자살 예방】 정신건강복지센터 정신건강사례 관리시스템 구축·운영	【자살 예방】 심리·사회적 자살원인 분석(심리 부검) 활성화 및 고도화 추진
정책 중요도	【국민 정신건강증진】 지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치, 전문인력 확대)	【중증정신질환자 지역통합】 불필요한 입원 제한 및 지역사회 복귀 강화	【국민 정신건강증진】 관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선
지속 가능성	【자살 예방】 응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화	【국민 정신건강증진】 지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치, 전문인력 확대)	【국민 정신건강증진】 관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선 (공동 2위)
정책 우선순위	【국민 정신건강증진】 지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치, 전문인력 확대)	【중증정신질환자 지역통합】 불필요한 입원 제한 및 지역사회 복귀 강화	【중독 예방】 지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원 (공동 2위)

출처: 전진아 외. (2019). 정신건강복지 기본계획(2021~2025) 수립 연구. 한국보건사회연구원

2. 연구 목적

- 「정신건강복지법」에 따라 정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립을 위한 이해관계자 의견 수렴을 통한 코로나19 이후 정책환경 변화 파악 및 정책 비전 및 추진방향을 제시하고자 함.
- 코로나19 장기화로 사회적 거리두기 일상화에 따른 스트레스 증가 및 우울, 불안 등 국민 정신건강 악화

- 언택트(untact) 사회 전환에 따른 사회활동 축소, 대면 지역사회 서비스 감소 등으로 정신건강 악화는 더욱 심화될 우려
- 「정신건강복지법」에 따라 정신건강복지기본계획(2021~2025) 수립 예정
 - 다학제 전문가, 관계부처 담당자 등이 참여하는 추진단을 구성, 자문 및 보완을 통해 코로나19 이후 정책환경 변화 반영 및 실행계획 수립
- 다학제 전문가, 관계부처 담당자 등이 참여하는 추진단을 구성하고, 자문 및 보완을 통해 코로나19 이후 정책환경 변화를 반영한 정책과제를 도출하고자 함.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

□ 코로나19 이후 정책 환경 변화 분석 및 수요 진단

- 코로나19 이후 변화한 정신건강 정책 환경 및 국민 정신건강 서비스 수요를 파악하여 추진전략 및 정책과제에 반영
- 학회 등에서 수행한 설문조사, 연구 등의 2차 자료를 활용하여 코로나19 유행 이후 정신건강 수준 파악

□ 정신건강 분야 내 다양한 욕구와 입장을 반영한 정책 대안 모색

- 수요자(이해관계자), 공급자(관계부처, 일선 종사자 등), 전문가(학계 등) 등 다양한 행위자의 입장을 반영한 분야별, 대상별 정책 대안 보강
- 코로나19 이후 환경 변화를 포함하여 새로 반영이 필요한 정책적 보완 필요사항을 발굴, 의견조사 및 자문을 통해 반영

□ 주요 정신건강복지 정책 구체화

- 현재 수립 중인 정신건강복지기본계획 내 과제에 코로나19 이후 환경 변화 및 새롭게 부각된 정책 수요를 반영하여 구체화
- 특히 지속적으로 사회적 문제가 되고 있는 코로나 우울 극복을 위한 중장기 대책을 포함, 국가 정신건강 관리체계의 한 축으로 구성
- 일반 국민의 정신건강 증진, 지역사회 내 정신질환자 복지서비스 제공을 통한 사회 통합 강화, 중독 폐해 예방, 자살 예방, 정신건강복지서비스 질 개선 등 정신건강 전 분야에 걸쳐 대책 보강

2. 연구 방법

□ 이 연구에서는 완성도 있는 정신건강복지기본계획(안)을 도출하기 위해 「정신건강복지기본계획 수립 추진단」과, 그 아래에 분과위원회를 구성·운영하였음.

○ (추진단) 보건복지부 제2차관을 중심으로, 정신건강정책관 등 보건복지부와 주요 관계부처 국장급, 정신건강 관련 학·협회장 등 전문가, 5개 분과위원회 분과장 등으로 구성하였음.

○ (분과위원회) 각 분과의 내용을 종합·조정하는 역할을 하는 총괄 분과(1분과)와, 그 하부에 5대 정책목표별 분과를 구성하였음. 각 분과별로 민간위원(전문가)과 정부위원(복지부 및 관계부처 담당자)을 배치함으로써 균형 있는 논의 구조를 이루도록 하였음.

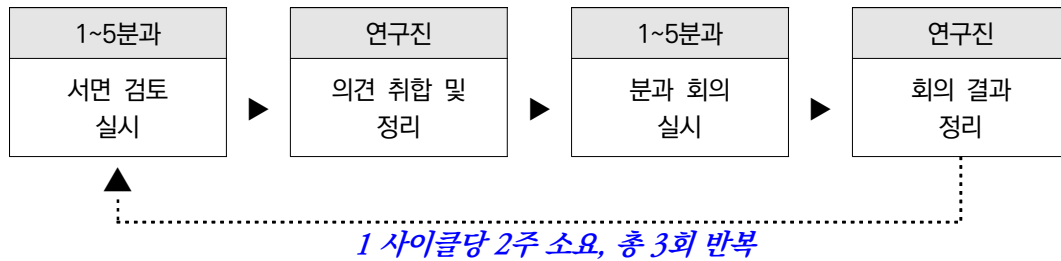
- (분과 구성) 총괄분과/1분과(서비스 기반), 2분과(정신건강증진), 3분과(중증정신질환자 사회 통합), 4분과(중독 예방), 5분과(자살 예방) 등으로 구성하였음.

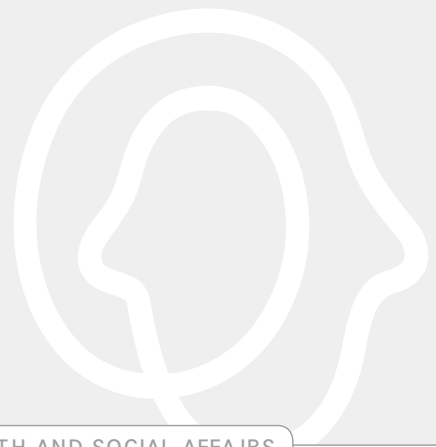
[그림 1-3] 정신건강복지기본계획 수립 추진단 구성



- (분과 운영) 분과 운영 당시 코로나19가 범유행 중인 상황이었어서 **정례 회의**는 **온라인 회의**로 실시하고, 이와 함께 **서면 자문을 병행** 추진하였음. 이를 통해 기본계획 초안을 바탕으로 **분과별 전문가가 수정**, 담당 공무원이 **피드백하여 보완**하는 과정을 거쳤음.
- 10~11월 약 2개월 간 각 분과별 **서면 자문과 분과 회의를 격주로 진행**하여 의견을 수렴하고 정리해나가면서 주요 정신건강복지 정책과 제들을 구체화하였음.

〈표 1-1〉 정신건강복지기본계획 수립 추진단 의견수렴 방식





제2장

정신건강복지 정책 환경 변화 및 여건 진단

제1절 기존 정신건강종합대책 평가

제2절 정신건강복지 정책 환경 및 여건 진단

제2장

정신건강복지 정책 환경 변화 및 여건 진단

제1절 기존 정신건강종합대책 평가

1. 정신건강종합대책(2016~2020) 개요

- (추진 방향) 지난 2016년 2월 WHO 권고 기준에 맞춰 범부처 차원의 5개년 종합 대책을 수립하고 구체적인 이행을 위해 실행계획을 수립한 바 있음.
- 국민 정신건강증진, 자살예방, 중증정신질환자 삶의 질 향상, 중독관리 등 정신건강 분야를 아우르는 종합대책을 수립하였음.

[그림 2-1] 정신건강종합대책(2016~2020) 추진 방향



- (정책 목표) 정신질환을 조기에 발견·예방하고 정신질환자가 사회에서 함께 살 수 있도록 '행복한 삶, 건강한 사회' 실현을 위한 4대 정책목표를 수립하였음.

[그림 2-2] 정신건강종합대책(2016~2020) 추진 방향



〈표 2-1〉 정신건강종합대책(2016~2020) 추진과제

정책목표	추진전략	추진과제
국민 정신건강증진	1-1. 인식개선을 통한 서비스 이용 제고	①정신건강증진 서비스 접근성 제고 ②정신건강에 대한 국민 관심 제고 ③정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선
	1-2. 정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화	①우울,불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화 ②스트레스 고위험군 집중관리 지원 ③재난 피해자 등 위기심리 지원 강화
	1-3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축	①영유아 정신건강 지원 ②아동·청소년 정신건강 지원 ③청·장년 정신건강 지원 ④노인 정신건강 지원
중증정신질환자 지역사회 통합	2-1. 조기집중 치료로 만성화 방지	①건강보험 및 의료급여 수가체계 개선 ②초발 정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발
	2-2. 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상	①지역사회 지원체계 구축 ②사회복귀시설 확충 및 내실화 ③정신의료기관·정신요양시설 기능 재정립 및 역량 강화
	2-3. 정신질환자 인권 강화	①정신의료기관 입·퇴원 제도개선 ②정신질환자의 자기결정권 강화 ③정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화
중독으로 인한 건강저해 및 사회적 폐해 최소화	3-1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성	①중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선 ②중독 위험환경 개선
	3-2. 중독문제 조기선별·개입체계 구축	①대상별 중독 선별체계 강화 ②중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공
	3-3. 중독자 치료회복 지원 강화	①치료서비스 접근성 강화 ②중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련

정책목표	추진전략	추진과제
자살 위험 없는 안전한 사회 구현	4-1. 전사회적 자살예방 환경 조성	① 사회적 인식 개선 ② 자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련 ③ 자살 위험환경 개선
	4-2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공	① 생애주기별 자살예방 대책 추진 ② 자살 고위험군 예방체계 강화 ③ 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련
	4-3. 자살예방정책 추진기반 강화	① 자살예방 관련 교육 강화 ② 근거기반 자살예방 연구체계 마련

2. 정신건강종합대책(2016~2020) 성과 평가²⁾

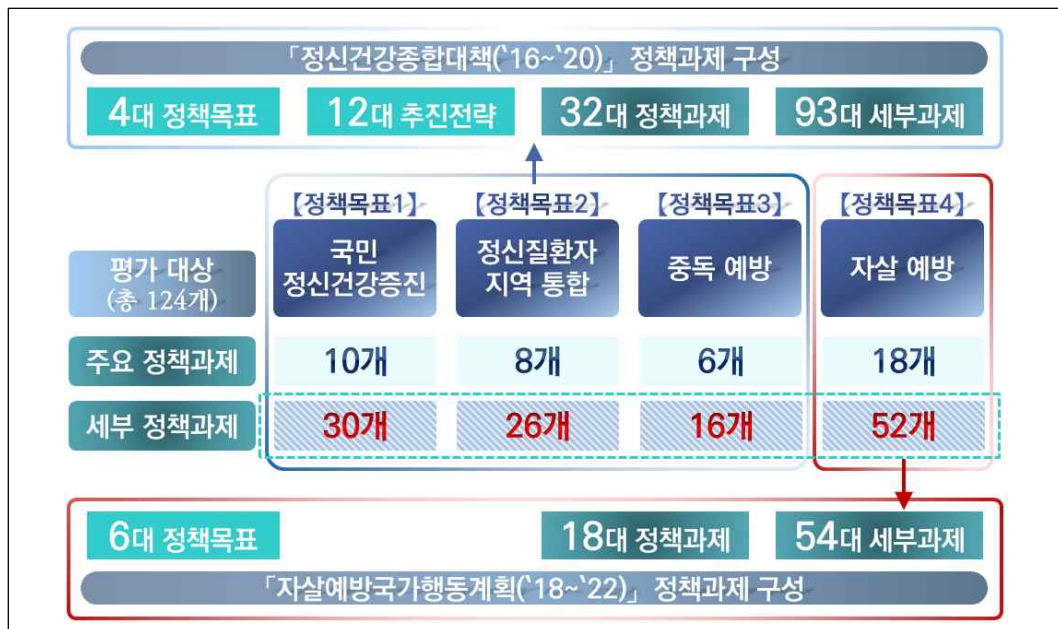
가. 평가 방법

□ (평가 대상) 평가 대상인 정책과제는 4대 정책목표별로 정신건강종합대책('16~'20)과 자살예방 국가행동계획('18~'22) 내용을 중심으로 구성함.

○ '국민정신건강증진', '중증정신질환자 지역사회 통합', '중독 예방'은 정신건강 종합대책 정책과제 중심으로,

○ '자살 예방'은 자살예방국가행동계획 정책과제 중심으로 구성하였음.

[그림 2-3] 정신건강종합대책(2016~2020) 성과평가 대상 과제



2) 본문의 성과 평가 내용은 전진아(2019) 외 연구 내용을 요약 정리함

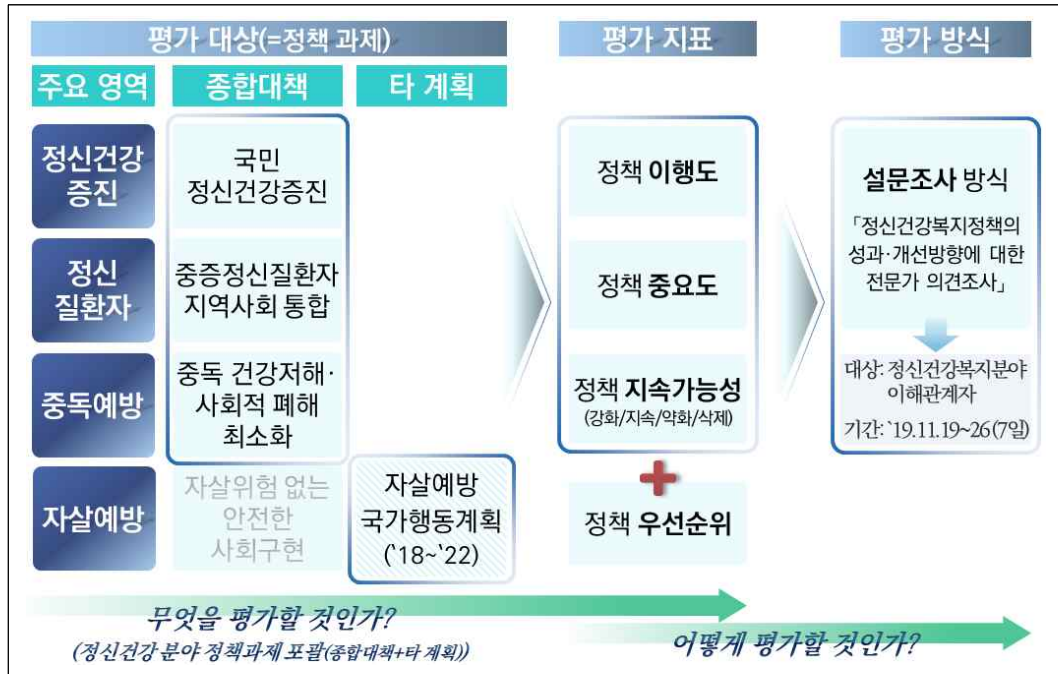
- (평가 지표) 주로 ‘정책 이행도’, ‘정책 중요도’, ‘정책 지속가능성’ 지표를 활용하여 평가를 진행함.
- (정책 이행도) 정책과제가 얼마나 잘 이행되고 있다고 생각하는지에 대해 ‘매우 미흡’, ‘미흡’, ‘잘되고 있는 편’, ‘매우 잘되고 있음’ 등 4점 척도로 측정함. 이 때, 정책과제별 평균 점수(1~4점)를 통해 비교 우위 평가를 실시함.
 - (정책 중요도) 정책과제가 얼마나 중요하다고 생각하는지 그 인식 수준을 마찬가지로 ‘매우 낮음’, ‘낮음’, ‘높음’, ‘매우 높음’ 등 4점 척도로 측정함. 이 때, 정책과제별 평균 점수(1~4점)를 통해 비교 우위 평가를 실시함.
 - (정책 지속가능성) 정책과제가 기본계획에 지속적으로 담겨야 한다고 생각하는지에 대해 ‘강화’, ‘지속’, ‘약화’ 등으로 평가하였음. 여기서 ‘강화’ 또는 ‘지속’ 이행이 필요하다고 생각하는 정책과제의 경우 시급성을 고려해 정책 우선순위(2순위까지)를 평가토록 함.

[그림 2-4] 정신건강종합대책(2016~2020) 성과평가 측정지표(예시)

대분류 (목표/전략)	중분류 (주요 정책과제)	소분류 (세부 정책과제)	정책 이행도	정책 중요도	정책 지속가능성	정책 우선순위
인식개선을 통한 정신건강 서비스 이용 제고	정신건강증진 서비스 접근성 제고	정신건강 자가관리를 위한 지원체계 구축	4점 척도		비중(%)	강화또는 지속 이행을 위한 정책 우선순위 2가지
		...	매우 미흡	매우 낮음	강화	
		...	미흡	낮음	지속	
	정신건강에 대한 국민관심 제고	정신건강 인식개선 캠페인...	잘 되고 있는 편	높음	약화	
		...	매우 잘되고 있음	매우 높음	삭제	
		...				

- (평가 방식) 정신건강복지분야 이해관계자를 대상으로, 「정신건강복지정책의 성과·개선방향에 대한 전문가 의견조사」의 설문조사를 통해 의견을 수렴함.

[그림 2-5] 정신건강종합대책(2016~2020) 성과평가 틀



나. 주요 평가 결과

1) 평가 지표별

□ 정책 이행도, 정책 중요도, 정책 지속가능성, 정책 우선순위 등 **평가 지표별 상위 1위에** 해당하는 정책 과제를 살펴보면 다음과 같음.

- (정책 이행도) 자살 예방 분야 중 ‘경찰청 수사기록을 활용하여 자살 원인 및 발생동향 심층 분석’에 대한 정책 이행도가 가장 높았음.
- (정책 중요도) 국민 정신건강증진 분야 중 ‘지역사회 정신건강서비스 확대(정신건강복지센터 설치, 전문인력 확대)’에 대한 정책 중요도가 상대적으로 가장 높았음.
- (정책 지속가능성) 정책과제가 기본계획에 지속적으로 담겨야 하는, 즉 앞으로도 정책을 ‘강화’해야 할 필요가 있는 과제로, 자살 예방 분야 중 ‘응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화’를 꼽았음.

- (정책 우선순위) 특히 이중에서 지속가능성이 높으면서 정책 최우선순위 과제로, ‘지역사회 정신건강서비스 확대’가 도출되었음.

[그림 2-6] 정신건강종합대책(2016~2020) 평가 지표별 주요 결과(높은 순위)

평가지표	평가 결과(높은 순위, 상위 3개)		
	상위 1위	상위 2위	상위 3위
정책 이행도	【자살 예방】 경찰청 수사기록을 활용하여 자살 원인 및 발생동향 심층 분석	【자살 예방】 정신건강복지센터 정신건강사례 관리시스템 구축·운영	【자살 예방】 심리·사회적 자살원인 분석(심리 부검) 활성화 및 고도화 추진
정책 중요도	【국민 정신건강증진】 지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치, 전문인력 확대)	【중증정신질환자 지역통합】 불필요한 입원 제한 및 지역사회 복귀 강화	【국민 정신건강증진】 관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선
지속 가능성 강화	【자살 예방】 응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화	【국민 정신건강증진】 지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치, 전문인력 확대)	【국민 정신건강증진】 관련 법령·제도 정비를 통해 불합리한 차별 개선 (공동 2위)
정책 우선순위	【국민 정신건강증진】 지역사회 정신건강서비스 확대 (정신건강복지센터 설치, 전문인력 확대)	【중증정신질환자 지역통합】 불필요한 입원 제한 및 지역사회 복귀 강화	【중독 예방】 지역사회 내 정신재활시설 및 재활 모델 지원 (공동 2위)

□ 이번에는 평가 지표별로 가장 낮은 순위를 기록한, 즉 하위 1위에 해당하는 정책 과제를 살펴보면 다음과 같음.

- (정책 이행도) 국민 정신건강증진 분야 중 ‘정신건강 자가관리(self-care)를 위한 지원체계 구축’에 대한 정책 이행도가 가장 낮았음.
- (정책 중요도) 자살 예방 분야 중 ‘민관 정책 소통기구 ‘(가칭)생명존중·자살예방정책협의회’ 구성’에 대한 정책 중요도가 가장 낮은 것으로 분석되었음.

[그림 2-7] 정신건강종합대책(2016~2020) 평가 지표별 주요 결과(낮은 순위)

평가지표	평가 결과(낮은 순위, 하위 3개)		
	하위 1위	하위 2위	하위 3위
정책 이행도	【국민 정신건강증진】 정신건강 자가관리(self care)를 위한 지원체계 구축	【중증정신질환자 지역통합】 신체 복합 질환자 치료병원 확충 (가이드라인 마련, 지정병원, 정신의료기관 내 신체질환 치료 강화)	【국민 정신건강증진】 학교 밖 청소년 정신건강 지원
정책 중요도	【자살 예방】 민관 정책 소통기구 ‘(가칭) 생명존중·자살 예방정책협의회’ 구성	【국민 정신건강증진】 노인 특화 정신건강 프로그램 제공	【국민 정신건강증진】 동네 의원 역량강화를 통한 조기발견·개입 지원

2) 정책 목표별

□ 5대 정책 목표별 정책 이행도와 정책 중요도를 분석해보았는데, 대부분의 영역에서 정책 중요도가 높은 정책 과제의 이행 수준은 반대로 낮게 인식하고 있었음.

○ 특히, 국민 정신건강증진(=1대 정책목표) 영역에서 ‘정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선’에 대한 정책 중요도는 가장 높았으나(1위), 반대로 정책 이행도는 최하위 순위(10위)를 기록하였음.

〈표 2-2〉 ‘국민 정신건강증진’ 영역의 주요 평가 결과

	정책 이행도		정책 중요도	
인식개선을 통한 정신건강 서비스 이용 제고				
【1-1】 정신건강증진 서비스 접근성 제고	1.75점	8위	3.27점	2위
【1-2】 정신건강에 대한 국민 관심 제고	1.91점	7위	3.16점	5위
【1-3】 정신질환 및 정신질환자에 대한 불합리한 차별 개선	1.65점	10위	3.53점	1위

	정책 이행도		정책 중요도	
정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화				
【2-1】 우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화	1.72점	9위	2.99점	10위
【2-2】 스트레스 고위험군 집중관리 지원	1.96점	5위	3.12점	7위
【2-3】 재난 피해자 등 위기심리 지원 강화	2.22점	2위	3.14점	6위
생애주기별 정신건강 지원체계 구축				
【3-1】 영유아 정신건강 지원	2.08점	3위	3.17점	4위
【3-2】 아동·청소년 정신건강 지원	2.01점	4위	3.26점	3위
【3-3】 청·장년 정신건강 지원	1.94점	6위	3.08점	8위
【3-4】 노인 정신건강 지원	2.32점	1위	3.02점	9위

- 중증정신질환자 지역사회 통합(=2대 정책목표) 영역에서도 ‘건강보험 및 의료 급여 수가체계 개선’, ‘지역사회 지원체계 구축’에 대한 정책 중요도가 가장 높은 반면, 정책 이행도는 후순위를 나타내었음.

〈표 2-3〉 ‘중증정신질환자 지역사회 통합’ 영역의 주요 평가 결과

	정책 이행도		정책 중요도	
조기 집중 치료로 만성화 방지				
【1-1】 건강보험 및 의료급여 수가체계 개선	1.83점	5위	3.40점	1위
【1-2】 초발정신질환자 관리모형 및 치료기술 개발	1.96점	4위	3.24점	6위
중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상				
【2-1】 지역사회 지원체계 구축	1.71점	8위	3.40점	1위
【2-2】 사회복귀시설 확충 및 내실화	1.74점	7위	3.37점	3위
【2-3】 정신의료기관·정신요양시설 기능 재정립 및 역량 강화	1.81점	6위	3.22점	7위
정신질환자 인권 강화				
【3-1】 정신의료기관 입·퇴원 제도개선	2.13점	2위	3.27점	5위
【3-2】 정신질환자의 자기결정권 강화	2.11점	3위	3.34점	4위
【3-3】 정신의료기관 및 정신요양시설 내 인권 강화	2.21점	1위	3.18점	8위

- **중독 예방(=3대 정책목표)** 영역에서도 마찬가지로, ‘중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련’에 대한 정책 중요도는 1위였으나, 이행도는 최하위 순위를 기록해 잘 이행되지 않는 것으로 나타났다.

〈표 2-4〉 ‘중독 예방’ 영역의 주요 평가 결과

	정책 이행도		정책 중요도	
중독 예방을 위한 사회적 환경 조성				
【1-1】 중독 피해에 대한 사회적 인식 개선	1.90점	4위	3.25점	3위
【1-2】 중독 위험환경 개선	1.92점	3위	3.20점	4위
중독문제 조기선별·개입체계 구축				
【2-1】 대상별 중독 선별체계 강화	1.94점	2위	3.11점	6위
【2-2】 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공	1.89점	5위	3.32점	2위
중독자 치료회복 지원 강화				
【3-1】 치료서비스 접근성 강화	1.99점	1위	3.17점	5위
【3-2】 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련	1.70점	6위	3.44점	1위

- **자살 예방(=4대 정책목표)** 영역에서는 ‘자살 촉발 위험요인 제거’에 대한 중요도가 가장 높았으나, 중요도에 비해 충실히 이행되지 않는 것으로 보였음.

〈표 2-5〉 ‘자살 예방’ 영역의 주요 평가 결과

	정책 이행도		정책 중요도	
과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진				
【1-1】 5년간 발생한 자살사망자 7만명 전수조사	2.59점	1위	3.23점	6위
【1-2】 국가 자살동향 감시체계 구축	2.23점	6위	3.16점	13위
【1-3】 근거기반 자살예방 정책추진을 위한 지자체 지원	2.05점	12위	3.25점	5위
【1-4】 효과성 높은 자살예방 프로그램 확산	2.29점	2위	2.97점	17위
자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축				
【2-1】 자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고	2.27점	3위	2.95점	18위
【2-2】 사회보장서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴	2.24점	5위	3.17점	11위
【2-3】 우울증 검진 및 스크리닝 강화	2.04점	13위	3.21점	9위
적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거				
【3-1】 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축	2.15점	9위	3.27점	3위
【3-2】 지역사회 정신건강서비스에 대한 접근성 강화	2.22점	7위	3.23점	7위
【3-3】 자살촉발 위험요인 제거	2.15점	10위	3.46점	1위

	정책 이행도		정책 중요도	
사후관리 강화를 통한 자살확산 예방				
【4-1】 자살시도자 사후관리 강화	1.96점	15위	3.41점	2위
【4-2】 자살유가족 지원 강화	2.18점	8위	3.21점	8위
【4-3】 유명인 자살사건 대응체계 구축	1.86점	16위	3.05점	16위
대상별 자살예방 추진				
【5-1】 노동자 및 실직자 자살 예방	1.78점	18위	3.27점	4위
【5-2】 자살위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화	1.84점	17위	3.17점	12위
【5-3】 연령별 자살예방 대책 추진	1.98점	14위	3.16점	14위
추진 기반 마련				
【6-1】 중앙 차원의 자살예방정책 체계 정비	2.15점	11위	3.07점	15위
【6-2】 자살은 '개인적 문제'이며 '막을 수 없다'는 사회인식 개선	2.25점	4위	3.17점	10위

3) 종합 결과

□ (정책 중요도) 앞서 5대 정책목표별 성과 평가 결과를 종합해볼 때, 정책 중요도는 높은 반면 정책 이행도는 낮은 과제들이 많았음.

○ 정신건강종합대책 중 중요하면서 이행도가 낮은 과제를 계승할 수 있도록 개선이 필요함.

□ (인프라) 정신건강복지서비스 인프라 측면에서는 위기 응급상황에서의 체계적인 현장대응 부족, 분절적인 정신건강서비스 전달체계, 정신재활시설의 인프라 부족, 중독 인프라 부족, 정신의료기관의 치료환경 개선에 대한 정책의지 부족 등 문제가 부각되었음.

○ 정신건강복지서비스의 인프라 내실화와, 분절적인 정신건강서비스 전달체계의 한계를 극복할 수 있는 개선 방안 마련이 필요함.

□ (새로운 수요) 코로나19 장기화로 인해 일반 국민의 심리지원 서비스 수요가 증가한 바, 감염병 장기화에 대비하기 위한 일반 국민 대상 심리 지원 방안 마련이 필요함.

□ (복지서비스) 실제 정신건강복지서비스 지원 정책이 미흡한 실정이며, 이는 단순히 정신건강복지법 조항으로만 존재하고 있음.

○ 중증정신질환자 지역사회 통합을 위한 정신건강복지서비스의 제공이 필요함.

3. 주요 성과 및 한계 도출

□ (주요 성과) 전반적으로 정신건강종합대책은 접근성 강화, 인식 개선, 조기 집중 치료, 중독예방, 자살 예방이라는 측면에서 긍정적인 성과를 달성하였음.

○ (접근성 강화) 정신건강복지법 개정 후 정신의료기관 입·퇴원 제도개선, 정신건강복지센터 및 인력 확충, 국가트라우마센터 설치 및 운영 등

○ (인식개선) 정신건강의 날(10.10.) 지정, 정신질환자 자격·면허 취득 제한 개선

○ (조기집중치료) 정신건강의학과 수가 조정을 통한 불필요한 만성 장기입원 유인 억제, 외래 수가체계 개선, 낮병동 수가 인상 등

○ (중독예방) 음주폐해 예방 캠페인 및 가이드라인 마련, 청소년 유해 약물 교육 활성화 등

○ (자살예방) 자살예방 국가 행동계획 수립('18.1월) 등 자살 예방 역량 강화

□ (주요 한계) 다만, 이전에는 부각되지 않았던 감염병 장기화로 인한 새로운 서비스 수요의 대응체계나, 또는 여전히 해결되지 않은 채 잔존하는 미흡한 지원 정책 등 개선이 필요한 사항들도 있었음.

○ 먼저, 최근 코로나19 등 감염병 유행에 따라 일반 국민의 심리서비스 수요 증가에 대비하고, 정신질환자의 감염관리 개선이 필요함.

- 감염병 장기화로 인한 전 국민 정신건강·심리지원(코로나 우울 해소 필요)을 위한 인프라 개선이 필요함.



- 특히, 지난 청도대남병원, 제2미주병원 등 정신병원 내 코로나19 집단 감염

사례가 발생한 점을 미루어 볼 때, 정신병원에 대한 관리 인프라·환경 개선이 필요함.

- 정신질환자 복지서비스 지원 정책이 여전히 미흡한 실정임. 정신질환자의 원만한 지역사회 복귀를 통한 사회 통합 강화를 위해 정책 수요와 욕구를 파악하고 관련 서비스와 인프라 확충이 필요함.
 - 「정신건강복지법」(17.5.30. 전부개정)에 따라 정신질환자에 대한 고용, 교육, 문화, 예술, 여가 등 복지서비스³⁾ 개발·제공이 필요하지만 다소 미흡한 측면이 있음.
- 지역사회 내 통합적·체계적 서비스 지원체계가 부족함. 분절적인 정신건강서비스 전달체계를 개편하여 유기적·통합적 서비스를 제공하고, 정신응급대응체계를 구축·강화함으로써 신속한 대응이 필요함.
 - 지역사회 서비스 제공기관 간 연계·협력체계가 미흡하고, 정신질환자 등 응급상황 발생 시 체계적인 현장 대응이 부족함.
 - 특히, 지역사회 정신건강서비스 제공의 구심점인 정신건강복지센터와 정신의료기관, 지역사회 재활기관 간 연계가 부족하고,
 - 응급상황 발생 시 정신건강 전문가의 현장 지원 및 정신응급의료기관 부족 등으로 인하여 적절한 현장 대응이 이루어지기 어려운 상황임.

3) 복지서비스 개발(제33조), 고용 및 직업재활 지원(제34조), 평생교육지원(제35조), 문화예술·여가·체육활동 등 지원(제36조), 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원(제37조), 가족에 대한 정보제공과 교육(제38조)

제2절 정신건강복지 정책 환경 및 여건 진단

거시적 미래 환경변화 전망		
인구구조 변화	노동시장 변화	사회경제적·건강불평등 심화
<p>급속한 고령화, 1인가구 비중 증가 → 정신건강 수요▲</p>  <p>정신건강관리에 긍정적인 사회적 교류 및 지지망 약화</p>	<p>정규직-비정규직 대기업-중소기업 간 노동시장 격차 심화</p> <p>불안정한 고용 증가→ 청년층 취업경쟁 가중</p>  <p>청년 실업률 증가</p> <p>“경제구조 변화” 제조업→ 서비스업 ↓ 감정노동 증가</p>	<p>일과 삶의 균형 등 다차원적 불평등 증가 → 낮은 삶의 만족도 OECD 삶의 만족도: 38개국 중 32위</p> <p>4차 산업혁명 등 급속한 미래 환경 변화</p> <p>전 영역에 걸쳐 사이버공간, 스마트 환경 확대 → 전통산업붕괴, 일자리쇼크 등 사회 부적응 현상 심화 우려</p>
인구구조, 노동시장, 사회경제적 구조, 4차 산업혁명 등 급속한 변화로 인해 정신건강 수요는 급증		

<p>위드(with) 코로나 시대 정신건강 서비스 수요 증대 (건강한 사람도 우울, 불안 경험중)</p>	<p>국가 정신건강복지 정책의 중장기 추진 동력 확보 (전주기적 정책지원 근거 마련)</p>	<p>정신건강 위협요인이자 기회로써 비대면·디지털화 가속화 (관계 단절로 소외, 고립 발생 VS. 상담, 심리지원에 효과적)</p>
<p>정신질환자의 사회통합에 대한 국가 차원의 책임 증가 (분절적 → 통합적·연속적으로의 전환)</p>	<p>근거기반 정신건강복지서비스 확대 필요 (미충족 수요 파악 & 근거기반 투자 강화 필요)</p>	
<p>정신건강을 둘러싼 정책여건 진단</p>		

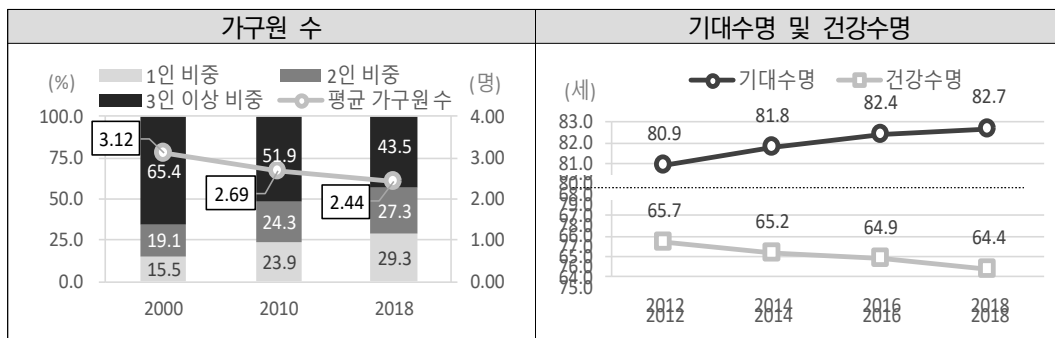


1. 거시적 환경 변화

□ (인구구조 변화) 급속한 고령화와 1인 가구 비중 증가 등은 정신건강 관리에 긍정적인 사회적 교류와 지지망을 약화시키는 요인으로 작용함.

○ 2018년 기준, 필요할 때 의지할 친구나 가족이 없다고 응답한 비율이 19.2%로, OECD 평균 8.6%과 비교했을 때 높은 수준이었음.

[그림 2-8] 정신질환에 대한 인식 및 이용률



자료: 통계청, 「인구총조사」, 「생명표」

□ (노동시장의 변화) 정규직과 비정규직, 대기업과 중·소 기업간 노동시장 격차와 불안정 고용 증가는 청년층의 취업 경쟁을 가중시키고,

○ 나아가 사교육 증가 등 교육시장에서의 경쟁을 격화시켜 성장기에 있는 청소년층의 학업 스트레스를 가중시킴.

[그림 2-9] 정신질환에 대한 인식 및 이용률



자료: 통계청, 「고용동향」; 통계청, 교육부, 「초·중고 사교육비조사」

○ 또한, 경제구조가 제조업에서 서비스업 중심으로 전환됨에 따른 감정노동의 증가는 근로자의 정신건강에 주요 위해 요인으로 작용함.

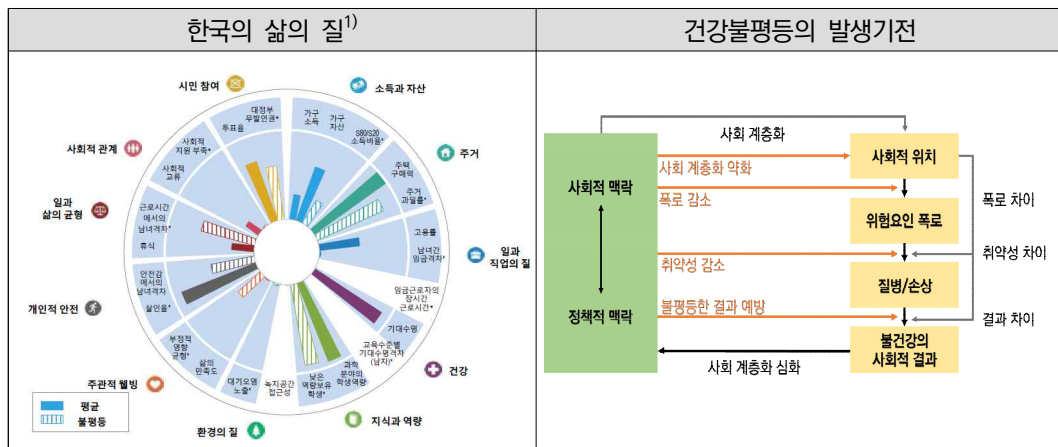
□ (사회경제적 및 건강 불평등 심화) 일과 삶의 균형, 개인적 안전 등 한국의 다차원적 불평등 증가로 인해 삶의 만족도와 행복 수준이 낮음. 특히, 삶의 만족도 지수는 OECD 38개국 중 32위에 달하고 있음.

○ 소득, 경제활동 참여, 근로시간, 폭력 등으로부터의 안전감 등에서의 성별, 생애주기별, 교육수준별, 소득수준별 불평등은 정신건강에 악영향을 초래함.

○ 기대수명 등 건강 격차 역시 대물림되고 있으며, 주관적 건강평가, 정신건강에서의 건강불평등이 존재함.

- 우울(CES-D): 가구소득 200만 원 이하 9.21 vs. 701만 원 이상 4.69(국민건강보험공단, 2020)

[그림 2-10] 정신질환에 대한 인식 및 이용률



자료: OECD Better Life Initiative. HOW'S LIFE? 2020; Evans et al. (eds). Challenging inequities in health: From ethics to Action. Oxford University Press 2001

주: 1) 다른 OECD국가와 비교했을 때 한국의 상대적 강점과 약점을 보여줌. 긴 막대는 더 나은 결과를 나타내며, 역으로 점수가 매겨진 지표는 *로 표시됨. 누락데이터는 흰색으로 음영처리 됨.

□ (4차 산업 혁명 등 급격한 미래 환경 변화) 인공지능(AI), 사물인터넷(IoT), 빅데이터, 가상현실(VR), 증강현실(AR) 등의 기술의 융합으로 전 영역에 걸쳐 사이버 공간과 스마트 환경 비중이 확대되고 있음.

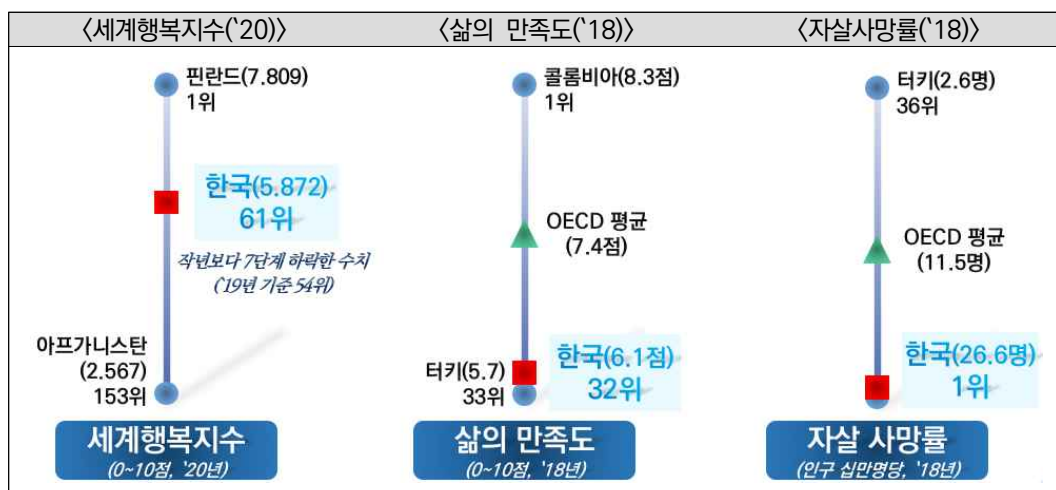
- 소득 증가와 삶의 질 향상이라는 긍정적 측면과, 기존 전통산업의 붕괴, 일자리 쇼크, 부의 불평등 심화, 사회 부적응 현상 등 부정적 측면도 동시에 갖고 있음.
- 새로운 기술을 통한 보건의료 및 복지 서비스 제공이 가능해짐.
 - (예시) IoT기술을 활용한 치매환자 모니터링, AI기술을 활용한 모바일 상담 서비스 등
- 온라인 플랫폼으로 제공되는 서비스의 증가로 플랫폼 근로자, 프리랜서 등 다양한 형태의 근로자가 증가할 것이며, 자택 근무가 가능해 집에 따라 일·가정 양립에 대한 문제 등 다양한 문제가 발생할 우려가 있음.
- 디지털 기기 보유 및 사용 능력 여부에 따른 디지털 취약계층 발생도 우려됨.

2. 정신건강 정책 여건 진단

□ (정책 여건①) 위드 코로나 시대 정신건강 서비스 수요 증가

- 우리 국민의 낮은 행복 지수와 삶의 만족도, 우울증 등 정신건강 상황을 고려할 때 코로나19로 인한 사회경제적 충격은 정신건강 악화를 초래할 우려가 있음.

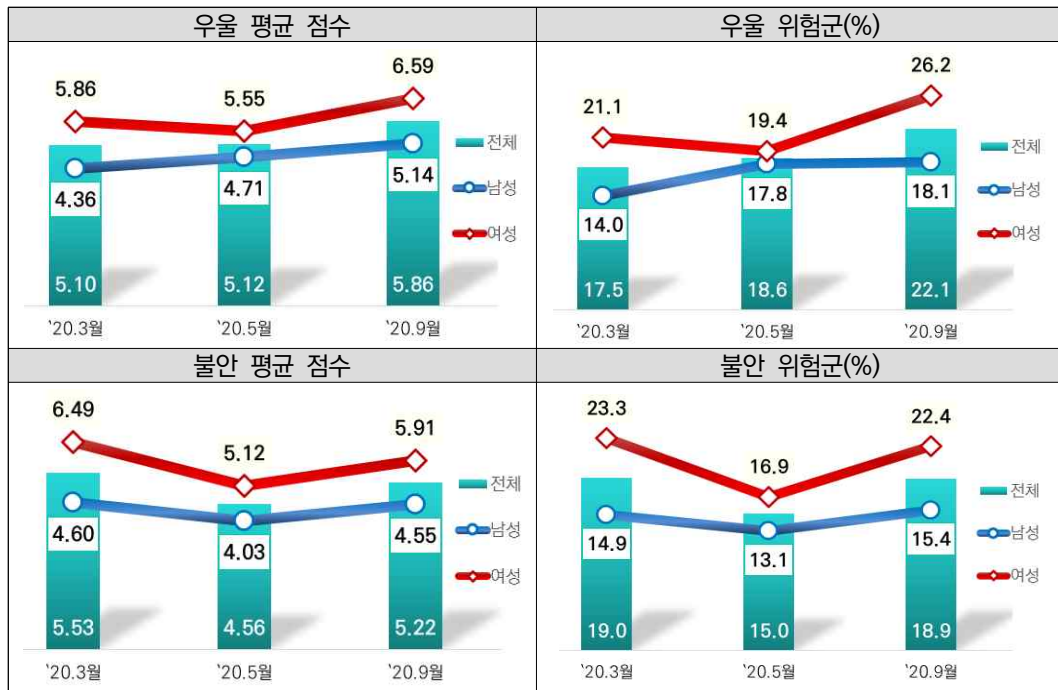
[그림 2-11] 정신건강 관련 주요 지표 현황



자료: Helliwell, J. F., Richard, L., Jeffrey S., & Jan-Emmanuel De N, eds. (2020). World Happiness Report 2020. New York: Sustainable Development Solutions Network; OECD. (2020). How's Life? 2020

- 코로나19 장기화에 따라 기존의 건강한 사람도 우울, 불안을 경험하고 있으며, 코로나19 종식 이후에도 정신건강서비스에 대한 수요는 장기간 지속될 것으로 전망됨.

[그림 2-12] 코로나19 이후 우울감 및 불안감 경험 추이



주: 1) 우울 점수는 27점 만점, 불안 점수는 21점 만점
 2) 우울 위험군, 불안 위험군은 각각 10점 이상인 비율(%)

□ (정책 여건②) 국가 정신건강복지 정책의 중장기 추진 동력 확보

- 정신보건법(舊 정신건강복지법) 전면 개정('17)으로 예방과 조기 발견, 치료와 재활, 사회복귀에 이르는 전 주기적 정책지원의 근거가 마련되었음.
- 정신건강에 대한 사회적 관심, 신체 건강과 차별화되는 관리체계 등을 고려하여 국가 정신건강 정책의 컨트롤타워로서 정신건강정책관이 신설되었음('20.9월).
- 정신건강증진시설 및 지역사회 기반 정신건강복지서비스 제공 기관 인프라 확충 등 물리적 인프라 강화를 통한 서비스 질 제고를 도모하고자 함.
 - 정신의료기관 시설 기준 개선('21) 및 기초 정신건강복지센터 전국 설치 완료('21) 등

□ (정책 여건③) 정신건강의 위협요인이자 기회로써 비대면·디지털화의 가속화

- 코로나19 이후 가속화된 사회 전반의 비대면·디지털화는 인간관계 단절로 인한 소외와 고립, 돌봄 사각지대 등으로 정신건강을 위협할 수 있음.
- 반면, 디지털 기술 기반의 비대면 의료의 확산은 다른 의료분야와 달리 상담과 심리지원에 특화된 정신 건강관리에 효과적일 수 있음.

□ (정책 여건④) 정신질환자의 사회통합에 대한 국가 차원의 책임 증가

- 정신의료기관 내 코로나19 집단감염 발생을 계기로 그간 관리 사각지대였던 정신질환자의 열악한 치료환경에 대한 문제의식이 증대되었음.
 - 그동안 감염관리를 위한 입원실 시설 기준 개선 대상에서 제외되었으며, 낮은 수가와 의료자원의 불균형으로 치료보다는 격리중심으로 관리되어 왔음.
- 정신질환에 대한 낙인과 편견 해소, 정신질환자 고용 및 안정적 주거 기반 마련을 통한 사회통합 촉진 도모에의 국가 책임성 강화 필요성이 부각되고 있음.
 - ('우울증은 치료가능하다') ('15) 78.8% → ('17) 72.5% → ('19) 71.5%
 - (5세 이상 인구 고용률) 정신 장애인 11.6% vs 중증 장애인 20.9% vs 전체 61.5%(2019년 기준)
- 정신건강복지서비스 전달체계의 분절성을 극복하고 예방, 조기개입, 치료, 재활로 이어지는 정신건강복지서비스의 연속성 강화에 대한 국가 책임성이 강조되고 있음.

□ (정책 여건⑤) 근거기반 정신건강복지서비스 확대

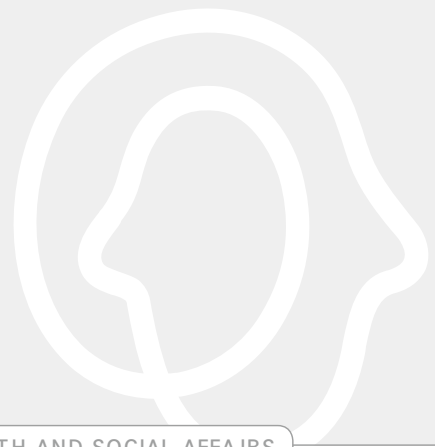
- 정신건강복지서비스의 질 및 성과 모니터링을 통한 미충족 수요 파악 및 정책 효과성 제고가 필요함.
 - 기존 정책 경향을 따르기보다 효과성 분석을 통해 서비스 및 정책 지속 여부를 결정할 필요가 있음.
- 근거기반 정신질환 치료 및 지역사회 기반 정신건강복지서비스에의 투자를 강화할 필요가 있음.

3. SWOT 분석

□ 앞서 살펴본 정신건강 정책 환경 변화와 정책 여건 진단 결과를 종합해 우리나라 정신건강 정책에 대한 SWOT 분석을 실시한 결과는 다음과 같음.

[그림 2-13] 우리나라 정신건강 SWOT 분석 결과

강점(Strength)	약점(Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> • 높은 의료 접근성 • 전국 시·군·구 단위 정신건강복지센터 확보 • 타 질환 대비 높은 비용효과성 	<ul style="list-style-type: none"> • 치료보다는 격리 위주의 의료 인프라 (의료인 ↓, 병상 ↑) • 정신 재활시설 등 지역 간 인프라 격차 • 외국에 비해 정신건강 분야에의 투자 저조
기회(Opportunity)	위협(Threat)
<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강복지정책 관련 정책 거버넌스 구축 • 코로나19 계기 전 국민의 정신건강에의 높은 관심 • 디지털 기술 기반 정신건강 서비스 확대 	<ul style="list-style-type: none"> • 정신질환 치료 및 사회통합에 대한 높은 미충족 수요 • 정신질환으로 인한 높은 사회경제적 부담 • 정신질환에 대한 낙인과 편견



제3장

주요 정신건강복지 정책 과제

제1절 정신건강복지 정책 추진 방향

제2절 코로나 우울 극복을 위한 전 국민 정신건강증진

제3절 정신질환자 회복 지원 및 사회 통합 추진

제4절 중독 폐해 예방 및 중독자 지원

제5절 자살예방 및 생명존중 문화정착

제6절 정신건강복지서비스 발전을 위한 기반 구축

제3장 주요 정신건강복지 정책 과제

제1절 정신건강복지 정책 추진 방향

- 코로나19 장기화에 대응하는 정신건강관리체계 구축
 - 정신응급, 폐쇄병동 등 감염병에 취약한 정신질환 진료환경을 개선하고 감염병에 노출된 정신질환자의 보호격리 인프라 확충
 - 지속적인 치료재활이 필요한 만성정신질환 관리를 위한 비대면 서비스를 활성화하고 정신건강증진시설의 감염관리 강화
 - 코로나우울 등 일반 국민의 정신건강 관리를 위한 믿을 수 있는 정신건강서비스 제공체계 구축 및 재난심리지원체계 강화
- 공공과 민간의 협력 강화 및 수요자 중심의 양질의 서비스 제공
 - 공공은 서비스 표준화, 공익·시장실패 영역의 서비스를 담당하고 민간은 공공과 협력을 통해 서비스 질 향상 및 다양성 제고
 - 지역간, 수요자간 격차나 불평등이 없도록 서비스 인프라와 질 관리하고, 지역의 특성과 수요를 반영한 서비스를 개발·제공
 - 당사자가 정신건강 서비스의 주체로서 치료와 재활에 능동적인 참여를 유도하고, 인식 개선과 동료지원 활동 수행 지원
- 자살위기를 적극 해소하기 위한 지역 중심 자살예방체계 강화
 - 자살예방은 삶의 위기 요인을 줄여나가되, 위기에 봉착한 위험군은 포괄적 지원을 통해 위기가 자살로 연결되지 않도록 할 필요
 - 삶의 위agy요인은 국가 차원에서 포용적 사회정책을 통해 줄여나가고, 자살예방정책은 자살 촉발요인 제거, 고위험군 발굴·관리에 중점을 두고 추진

○ 지역 중심의 고위험군 발굴, 위기개입·사후관리 체계 강화, 이를 위한 중앙·지방 자살예방 인프라 확충

□ 이러한 정책 추진 방향 하에 2016년 정신건강 종합대책의 틀거리를 이어갔고자 주요 정신건강복지 정책목표는 다음과 같이 구성하였음.

○ 2016년 정신건강 종합대책과 유사하게 전 국민 정신건강 증진, 정신질환자 회복지원 및 사회 통합 추진, 중독 폐해 예방 및 중독자 지원, 자살예방 및 생명존중 문화 정착을 주요 정책 목표로 구성하였음. 또한 정신건강복지 정책 및 서비스의 기반을 구축하고 강화하기 위해 별도의 영역을 추가적으로 포함하였음.

○ 각 정책 목표에 대한 정책과제는 제2절에서 제6절에서 다루었으며, 분과회의를 통해 수립된 의견들을 종합적으로 반영하여 정리하였음.

[그림 3-1] 정신건강복지 정책 목표 및 추진 전략

정책목표	추진 전략
1. 코로나 우울 극복을 위한 전 국민 정신건강 증진	① 정신건강관리 및 심리상담서비스 강화 ② 생애주기별, 상황별 정신건강서비스 제공 ③ 재난 트라우마 관리체계 강화 ④ 코로나 우울 극복을 위한 심리지원 확대
2. 정신질환자 회복 지원 및 사회 통합 추진	① 중증정신질환자 안정적 증상관리 및 악화 방지 ② 정신질환자 지역사회 복귀 지원 및 사회 통합 강화 ③ 정신질환자 권익옹호 및 인권강화
3. 중독 폐해 예방 및 중독자 지원	① 알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화 ② 마약중독 관리체계 구축 ③ 과학기술발전에 따른 새로운 정신건강 이슈 대응
4. 자살예방 및 생명존중 문화정착	① 자살 고위험군의 선제적 발굴 ② 고위험군 지원 및 사후 관리 ③ 생명존중 문화 조성 및 실천 강화
5. 정신건강복지 서비스 발전을 위한 기반 구축	① 정신건강복지서비스 전달체계 개편 ② 정신건강복지 인프라 강화 ③ 정신건강복지 정보 및 통계관리 체계화 ④ 정신건강복지서비스 평가 개선 및 질 향상 ⑤ 정신건강 R&D 투자 확대

제2절 코로나 우울 극복을 위한 전 국민 정신건강증진

1. 현황 및 문제점

가. 주요 현황

□ 생애주기별 정신건강

- 고도화된 저출산·고령화 사회에서 생애주기에 따른 균형적이고 근본적인 정신 건강 수준 향상을 위한 생애주기 접근이 필요함.
- 아동·청소년, 청·중·장년, 노년 등 생애주기별 정신건강 수요에 따른 맞춤형 대응을 통해 예방, 조기발견, 적시치료로 근본적인 해결이 가능함.
 - 산후조리기간 동안 ‘산후우울감을 경험한 적이 있다’ ‘50.3%’ (2018년 산 후조리 실태조사)

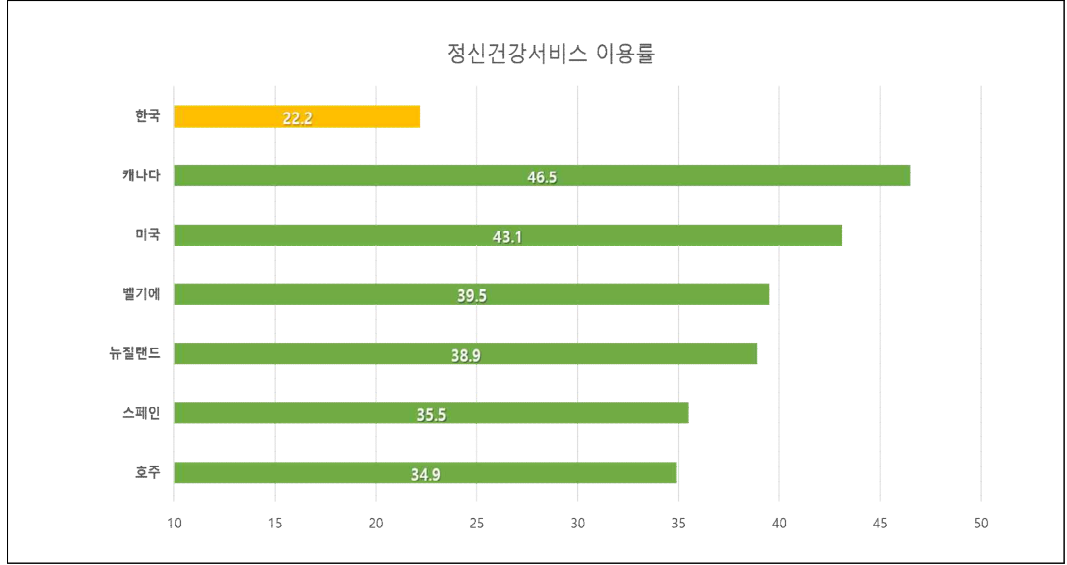
□ 정신건강 예방 및 조기개입 현황

- (지역사회 정신건강증진 교육 수혜율) ‘17년 정신건강복지센터 업무 실적자료에 따르면, 지역사회 정신건강 예방 교육훈련을 받은 경우가 주민등록 51,778,544 명 중 3.4%(1,749,466명)으로 나타남.
 - 보건소, 정신건강복지센터, 아동·청소년정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터에서 정신건강증진을 위한 정신건강 관련 교육훈련을 참가한 대상자 수를 의미함(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018).
- (지역사회 정신건강 서비스 인지도) ‘19년 정신건강복지센터 인지도는 56.8%이며, 이중 정신건강관련 서비스에 대해 알고 있거나 직접 이용해 본 적 있는 경우는 33.3%로 나타남(국립정신건강센터, 대국민 정신건강 지식 및 태도조사 2019).
 - ‘19년 정신건강 상담전화서비스 전화번호 인지도는 67.9%이며, 이중 정신 건강위기상담전화(1577-0199) 인지도는 17%로 나타남(국립정신건강센

터. 대국민 정신건강 지식 및 태도조사 2019).

- (정신건강서비스 이용률) 우리나라의 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강 서비스 이용률은 22.2%로, 캐나다 46.5%, 미국43.1%, 벨기에 39.5% 등 다른 나라에 비해 낮은 수준임.

[그림 3-2] 주요국의 정신건강서비스 이용 현황 (단위:%)



주: 한국-평생, 그 외 국가-12개월
자료: 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환실태 조사

□ 코로나19 장기화에 따른 정신건강 위협

- 코로나19 이후의 현실적인 문제(실업, 소득감소, 가족상실 등) 등으로 인한 우울, 중독, 자살 등 증가가 우려됨.

[그림 3-3] 정신건강 관련 주요 지표 현황

(단위: 점, %)

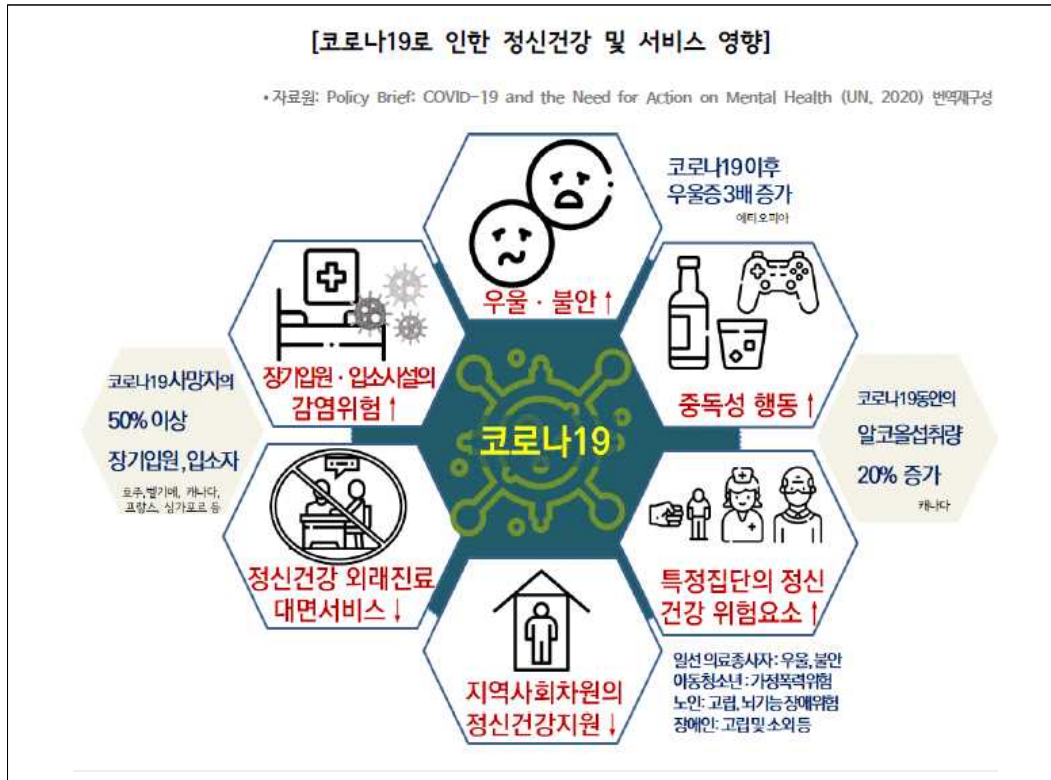


주: 1) 우울 점수는 27점 만점, 불안 점수는 21점 만점

2) 우울 위험군, 불안 위험군은 각각 10점 이상인 비율(%)

자료: 한국트라우마스트레스학회. (2020) 코로나19 국민 정신건강실태조사

[그림 3-4] 코로나19로 인한 정신건강 및 서비스 영향



□ 전 국민 정신건강 증진 정책의 현황

- 정신건강의 날(10월 10일) 지정, 초·중·고등학교 및 근로자 300명 이상의 사업장에서의 정신건강에 관한 교육 및 상담과 정신질환 치료와의 연계 등 정신건강 증진사업 실시 등 생애 전반기를 걸쳐 전 국민의 정신건강증진을 위한 범정부 차원의 노력이 지속되고 있음.
- (정신질환 인식개선) 정신건강의 날(매년 10월 10일) 지정 및 정신질환 인식개선 주관을 지정하여 정신질환 인식 개선과 편견 해소를 위한 캠페인, 홍보 등을 지속 추진하고 있음.
- (정신건강서비스 접근성) 정신건강위기상담전화(1577-0199)뿐 아니라, 5개 국립병원 등 중심의 '심리지원 이동버스'를 운영하고 있음. 또한 학교·사업장 방문으로 심리지원 서비스를 제공 중임.
 - 재난 발생시 현장에 심리지원 이동버스를 파견하여 상담 등 재난심리지원

- (자가관리 지원) 인터넷, 스마트폰으로 정신건강 문제 자가진단, 이용자 특성에 맞는 근거기반 프로그램 및 정신건강 관련 정보를 제공함.
- (영유아 정신건강 지원) 영유아 정서발달 평가 및 평가 결과에 따른 서비스 지원 연계, 아동학대 발생 시 위기개입(상태평가 및 위기개입), 부모·교사 대상 심리지원과 교육을 제공함.
- (아동·청소년) 정신질환 실태 역학조사 실시, 교사 대상 정신건강 온라인 직무 교육 실시, 학교 내 Wee센터를 통한 상담지원, 국립중앙청소년디딤센터를 통한 정서·행동 영역에서 어려움을 겪고 있는 청소년을 위한 치료재활프로그램을 제공함.
- (청·장년) 대학생 정신건강 지원을 위한 대학 상담센터 및 자조모임을 지원하고, 산모 산전·후 우울증 관리를 강화하기 위한 노력을 기울이고 있음.
- (근로자 정신건강 증진) 300인 미만 중소기업과 소속 근로자는 근로복지공단의 근로복지넷 EAP(근로자지원프로그램)을 통해 누구나 일상에서 경험할 수 있는 다양한 어려움이나 고민에 대해 전문가로부터 상담 및 코칭, 교육을 받을 수 있음.
- (노인) 노인 정신건강 관련 종합검사 실시 및 심리지원, 노인 특화 정신건강 프로그램(수면, 화병 관리, 사회 재적응, 사회참여) 제공, 정신건강 관련 정보 제공 및 편견 해소 교육·홍보 등을 추진하고 있음.
- (통합정신건강증진 시범사업) ‘마인드링크 청년정신건강센터 운영’, ‘자살예방센터 및 24시간 응급대응 체계 가동’, ‘생명지구대’, ‘열린마음 상담센터’, ‘마음건강 주치의’, ‘중독관리통합지원센터 설치·운영’, ‘동네의원-마음이음 사업(1차 의료기관 방문환자 중 자살 고위험군 발견·의뢰)’, ‘학교정신건강사업(마음성장학교, 스쿨클리닉) 등’ 제공하고 있으며 2020년부터 부산, 대전, 경기, 전남, 경북, 제주 6개 시도를 선정하여 통합정신건강증진사업을 통해 취약지구 내 정신건강 고위험군 발굴을 위해 찾아가는 서비스 제공을 시범실시하고 있음.
- (트라우마센터 설치) 재난이나 그 밖의 사고로 정신적 충격을 받은 국민의 심리 지원을 위하여 국가트라우마센터 설치 및 운영하고 있으며 특별법에 따라 재난별 트라우마센터(안산온마음센터와 포항지진트라우마센터)를 운영 중임.

- '19년 국립부곡병원에 영남권 센터를 설치하였음.
- (중앙재난심리회복지원단) 재난 피해자에게 효과적인 심리회복 지원을 위해 행안부에 신설된 민·관 합동 중앙재난심리회복지원단이 참여하고 있음.
- (통합심리지원단) 코로나19 유행 이후 확진자 및 가족, 격리자 및 일반인의 심리적인 안정과 일상생활 복귀 및 감염병에 대한 국민의 과도한 불안과 스트레스를 예방하기 위한 심리지원 및 관련 정보를 제공하고 있음.

나. 주요 문제점

- (주요 문제점❶) 코로나19 장기화에 따른 경기 침체, 사회활동 위축 등으로 스트레스가 증가하고 우울·불안 등 코로나우울도 확산되지만 대응체계는 미비함.
- 코로나19 이후의 현실적인 문제(실업, 소득감소, 가족상실 등) 등으로 인한 우울, 중독, 자살 등 증가가 우려됨.
 - 코로나19 유행 중 우울 위험군이 2020년 3월 기준 17.5%에서 5월 18.6%로 증가하였음(한국트라우마스트레스학회).
- 언택트 사회로 전환되면서 우울, 불안 등 악화는 디지털미디어의 과도한 사용으로 이어져 중독 등 정신행동 건강 악화를 초래함.
 - 중독포럼 설문조사('20) 결과, 코로나19 이후 음주횟수가 많은 사람(주 4회 이상)의 음주빈도가 증가하고(61.9%), 스마트폰 이용도 증가(44.3%에서 늘었다 응답)했음.
- 특히 우울증은 자주 경험하는 흔한 정신질환으로 증가 추세에 있고, 심할 경우 자살의 원인이 되므로 조기 발견과 적절한 관리가 필요함.
 - 우울감 경험률 13%(국민건강영양조사, 2016), 주요우울장애 평생유병률 5%(정신건강실태조사, 2016)
 - 우울증 전체 진료 환자수: ('14) 58만명 → ('18) 75만명(29% 증가)
- 자살의 사회적 비용은 6.5조원(건강보험공단, 2012), 이 중 20~40대의 손실 비용이 80% 차지(5.2조원)함.

- 이는 자살 당사자의 미래소득 감소분만 고려한 것으로 유가족 신체·정신질환 치료비, 자살시도로 인한 외상·후유증 치료비 등 고려 시 이보다 높을 것으로 예상됨.

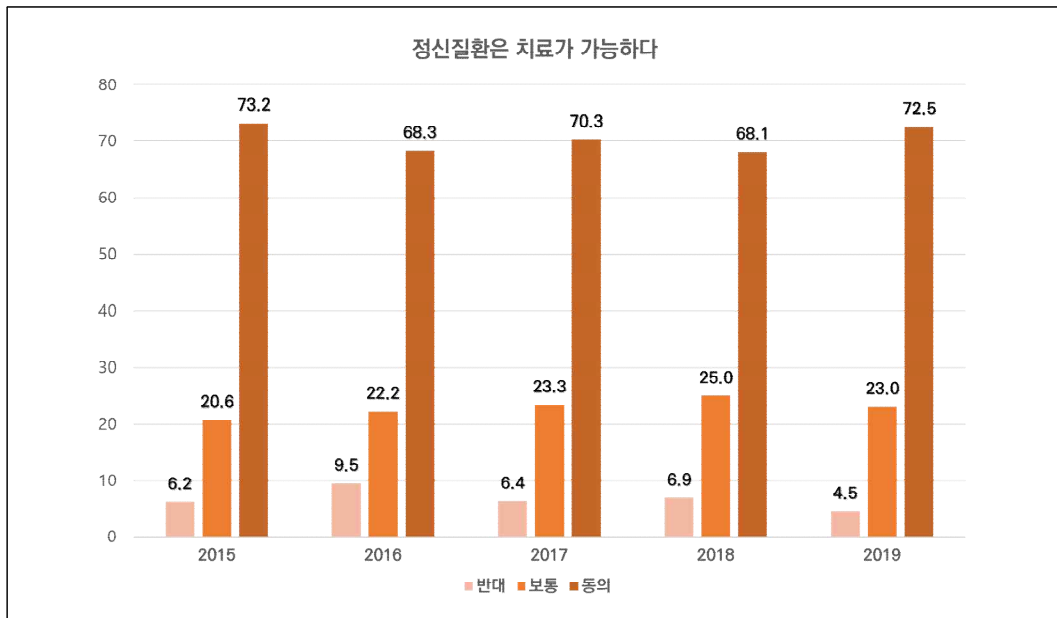
□ (주요 문제점②) 정신건강에 대한 다양한 수요는 증가하고 있으나, 정신건강에 대한 정확한 정보제공은 미흡한 실정임.

○ 정신질환의 치료 영역으로 정신건강서비스가 한정되는 것이 아니라 스스로 정신건강을 예방하고 관리할 수 있다는 인식이 높아지고 있으며, 이에 따라 ‘정신건강은 치료 가능하다’ 혹은 ‘정신건강은 예방가능하다’라는 인식도 높아지고 있음.

- “정신건강 ≠ 정신질환”이라는 국민의 인식이 증가하고 있음. 스트레스, 우울, 수면, 불안, 트라우마 등 개개인이 경험하는 다양한 정신건강에 대한 관심이 증가함(한국보건사회연구원, 2019).

[그림 3-5] 정신질환에 대한 인식 및 태도

(단위:%)



주: 1) 정신질환에 대한 인식 및 태도 2015-2019년 대국민 정신건강 지식 및 태도조사에서 공통적으로 측정된 문항들 중 일부를 제시한 것임.

2) 정신질환에 대한 인식 및 태도는 조율값임.

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). 국가 정신건강현황 보고서 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).
 - 코로나19 장기화에 따라 증가하고 있는 우울증은 상담과 약물치료로 치료가 가능하지만 정신건강의학과에 대한 부정적 인식으로 서비스 이용이 저조한 상황임.
 - 국민 25%는 평생 1회 이상 정신건강 문제 경험, 이 중 22.2%만 정신건강 서비스 이용, 외국의 경우 캐나다 46.5%, 미국 43.1%, 벨기에 39.5%(정신건강실태조사 '16)
 - 미디어에 의한 정신질환, 정신건강서비스 이용에 대한 편견 강화로 정신질환자를 잠재적인 범죄자로 바라보는 언론 보도, 정신병원에 대한 막연한 거부감과 두려움을 심어주는 영화와 드라마 등 대중매체를 통한 정신질환과 정신건강서비스 이용에 대한 부정적인 인식을 가지게 됨(한국보건사회연구원, 2019)
 - 조현병은 가장 중요하게 다뤄져야하는 정신건강 문제 3위(전체 응답자의 37.2%), 가장 시급하게 다뤄져야 하는 정신건강 문제 3위(전체 응답자의 41.2%)로 나타남. 언론 등을 통해 지속적으로 부각된 조현병 환자에 의한 범죄 사건으로 인해 국민의 조현병에 대한 인지도가 높아진 것으로 보임(한국보건사회연구원, 2019).
- 국민 개개인이 자신의 정신건강 상태를 잘 인지하고, 정신건강을 예방하고 관리할 수 있도록 정확한 정보가 제공되어야 하나 정신건강에 대한 정확한 정보 제공은 제한적임.
 - 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보(진학 제한, 취업 제한 등)가 사회적으로 공유되고 있으며, 정확한 정보는 수요자들이 가지는 비밀보장에 대한 욕구, 프라이버시 보호에 대한 욕구와 연관됨.
 - 정신건강서비스 이용의 장애요인 중 '나의 프라이버시가 걱정되기 때문에'라고 응답한 비율은 청소년 84.8%로, 성인 85.7%로 나타남.

□ (주요 문제점③) 생애주기별, 상황별 정신건강 이슈에 대한 맞춤형 서비스 제공 필요성이 부각되고 있으나, 여전한 서비스 공백이 존재함.

○ 성별, 생애주기별로 차이가 나타나는 정신건강 문제 대응에 대한 민감성 제고가 필요함.

- 현재 정신건강복지센터를 비롯한 정신건강서비스 제공주체의 서비스는 질환 중심으로 구조화되어 있으며, 같은 질환을 가지고 있다고 해도 성별, 생애주기에 대한 고려가 부족하여 수요와 대응 간 mismatch가 발생하고 있음.
- 그간 우리나라는 고령화, 경제 양극화, 상대적 빈곤, 세대 간 갈등, 입사·취업 스트레스 등 연령, 세대를 걸친 정신건강 위협요인이 증가하였음.
- 아동·청소년·청·중·장년·노년 등 생애주기별 정신건강 수요에 따른 맞춤형 대응을 통해 예방, 조기발견, 적시치료로 근본적인 해결 도모가 필요한 상황임.

〈표 3-1〉 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구

구분	12~24세	25~49세	20~65세	65세 이상
남자	게임과몰입, 자살, 초발정신질환 발현	알코올 중독, 도박중독	알코올 중독, 도박중독, 복합질환(신체, 정신)	우울, 자살, 복합질환(신체, 정신)
여자	스마트폰 과의존, 우울, 초발정신질환 발현	산후우울증, 스트레스	우울, 스트레스, 복합질환(신체, 정신)	우울, 자살, 복합질환(신체, 정신)

○ (아동·청소년) 자해/자살, 우울/수면장애, 게임 과몰입, 우울과 불안, 트라우마 등 아동이 경험하는 정신건강 이슈에 대한 관심이 부각되고 있으나, 보건복지부, 여성가족부, 교육부 각 부처에서 수행하는 아동 정신건강 예방 및 지원 사업은 분절적으로 제공되고 있음.

- (아동의 연령별 다른 정신건강 문제) 연령별로 경험하는 아동의 정신건강 문제의 유형은 다르며, 초등학생은 ADHD, 중고등학생은 우울, 불안, 행동

장애의 정신건강 문제를 경험함.

- 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.

- (예방과 조기개입을 위한 학교기반 정신건강 체계 정비) 아동청소년에 대한 지역사회 기반의 정신건강 교육 및 홍보를 촉진하기 위해 학교 기반 정신건강서비스 제공 강화는 정신질환과 관련된 낙인감소에 광범위한 영향을 미칠 수 있음.

○ (청년) 청년 시기의 정신건강 접근성 향상을 통한 정신질환의 조기발견과 조기개입은 정신질환으로 인한 사회경제적 비용을 절감하는데 필수적이나, 청년의 정신건강 문제 대응 정책은 부재함.

- 20대 청년 전체의 7%가 심한 우울증, 8.6%가 심한 불안증, 22.9%가 최근 6개월 동안 자살생각을 경험함(김지경 외, 2018).
- 청년 시기는 심리 및 정신건강 문제 외에도 중증정신질환이 시작되는 시기이기도 하며, 조기 정신증의 경우 증상이 심하지 않은 초기에 정신의학적 도움을 받는 것이 효과적이기 하나 치료를 받는 비율은 높지 않음.
- 조현병은 15세에서 30세 사이에 주로 발병. 또한 조현병과 같은 만성 정신질환의 75%는 25세 이전에 발병하여 악화되면서 사회경제적 비용을 유발함.

○ (중장년) 중장년 고위험층주 및 정신건강 예방 및 지원을 위한 접근성 향상을 위한 서비스 제공 체계가 부족함.

- 근로자지원프로그램(EAP, Employee Assistant Program) 등을 통한 직장 기반 알코올 문제, 정신건강 문제 예방 및 조기개입을 위한 서비스 제공 체계 구축이 필요함.

○ (노인) 노인의 우울 및 자살은 다른 연령층에 비해 높게 나타나며, 노인이 경험하는 정신건강 문제에 대한 대응은 노인의 신체질환과 더불어 사회경제적 수준(예: 가구형태, 소득 수준 등)을 통합적으로 고려하여 대응할 필요가 있음.

- 65세 이상 노인의 우울장애 유병률은 8.7% vs 19세 이상 성인 우울장애 유병률은 5.6%임(국립정신건강센터, 2018).

○ (다양한 정신건강 취약 집단에 대한 대응 역량 강화 필요) 다양한 인구집단의 다양한 정신건강 문제 예방 및 관리의 중요성이 부각되고 있음.

- 외국인 근로자, 국제결혼, 북한이탈주민 등 해외 유입인구 증가로 다문화에 편견, 차별 극복 등 정신건강서비스 요구가 다양화되고 있음.
 - 국내체류 외국인(명, 법무부): '15년 190만 → '16년 205만 → '17년 218만 → '19. 2월말 205만
 - 결혼이민여성 약 23만명으로 사회적 차별 경험 40%('18 실태조사), 다문화가족 자녀는 약 22만명으로 또래집단으로부터 소외경향이 있음('18 외국인현황조사).
- 지역사회 내 다양한 폭력 예방 및 지원 체계와 더불어 정신건강복지센터 등과 같은 정신건강증진 프로그램들 간 연계를 통한 지속적이고 통합적인 서비스 제공이 필요함.
 - 학대 피해 아동, 폭력 피해 여성, 자살 유가족 등 트라우마 상황을 경험한 인구 집단의 정신건강 문제는 다양하게 나타나고 장기간 지속됨.
- 돌봄 노동, 감정 노동, 고위험 특수직 공무원 등 다양한 인구집단의 다양한 정신건강 문제 예방 및 관리의 중요성이 부각됨.
 - 서비스/판매직 여성들은 감정노동으로 인한 우울, 직무스트레스, 소진 등과 같은 정신건강 문제임.

□ (주요 문제점④) 정신건강 문제 예방 및 조기 개입을 위한 심리상담 및 심리지원 서비스 접근성에서의 제약이 존재함.

○ 심리상담 서비스에 대한 요구는 증가하고 있지만 정신건강의학과 진료에 대한 거부감이 있고 믿을만한 심리서비스 제공기관은 부족한 상황임.

- 공공서비스는 시군구 단위의 기초정신건강복지센터(242개소)에서 제공하

지만 접근성에 한계가 있고, 민간 기관은 신뢰도가 낮음.

- 민간 심리상담 자격은 약 2,800여개 기관에서 발급, 심리상담소 개설은 자격 규제 없음.

□ (주요 문제점⑤) 코로나19 장기화로 확진자와 격리자뿐만 아니라 모든 국민이 재난 피해자로 확대되는 양상이나 국가트라우마 대응 인프라는 부족함.

○ 재난 심리지원을 위해 국가트라우마센터를 설치했으나('18년) 권역별 트라우마센터 설치 등 전국적 지원체계의 기반은 미흡함.

- '19년 국립부곡병원에 영남권 센터 설치, 공주(충청권), 춘천(강원권), 나주(호남권) 설치는 지연됨.
- 포항 지진, 강원 산불, 헝가리 선박 사고 등 재난·사고 피해자의 트라우마를 방지하기 위해 행안부 등 관계부처와 협력 대응 중임.

○ 특별법에 따라 안산(세월호), 포항(지진)에 트라우마센터를 운영 중이나 피해자 지원으로 업무가 국한되고 국가트라우마센터와 연계는 부족함.

- 코로나19 등 재난 시 국가트라우마대응체계 참여가 필요함.

다. 정책 추진방향

□ 정신건강 인식 개선을 위한 믿을 수 있는 정확한 정신건강 관련 정보를 생산 및 홍보하고 대상자별 정신건강 관리 강화 및 트라우마 극복을 위한 역량을 강화하여 전국민 정신건강증진을 도모하는 것이 필요함.

□ 올바른 정신건강 정보를 생산 및 확산하고 생애주기별, 상황별 정신건강서비스 강화, 트라우마 극복을 위한 역량 강화는 상호 독립적으로 이루어지는 것이 아니라 상호 유기적인 협력을 통해 이루어져야 하며, 유관 부처 간 협업은 필수적임.

2. 정책 과제

가. 【추진전략①】 정신건강관리 및 심리상담서비스 강화

추진과제1 올바른 정신건강 정보 제공 및 정신건강상담·자가관리 지원

- 국민이 원하는 정보를 검색할 수 있는 정신건강포털 설치·운영, 전국 순회 정신건강포럼 개최 등 온오프라인 정보제공 활동 강화
- 국립정신건강센터는 정신건강포털, 웹진 등을 통해 양질의 검증된 콘텐츠를 생산하고 제공
 - 세계보건기구 등에 공개된 외국의 최신 소식이나 자료를 쉽게 찾을 수 있도록 번역·제공
 - 민간 전문 학술단체 등*과 연계하여 국민의 정신건강관련 정보제공 증대
 - * 한국심리학회, 한국트라우마스트레스학회 등의 홈페이지를 통해 일반 국민의 정신건강 접근성 확대
 - 국립정신건강센터 홈페이지, 민간전문학술단체 홈페이지(예: 한국심리학회)에 탑재된 정신건강스트리닝 검사(간편 정신건강검사) 이용 홍보 및 향후 심리지원센터 연계 확대
 - 마음건강에 어려움을 가진 사람에 대한 공감, 마음 전달하는 방법 등을 애니메이션이나 역할극과 같은 매체 중심, 영상중심의 콘텐츠 개발 및 제공
 - 정신건강 서비스 기관을 이용할 때, 관련 서비스 제공자가 어떠한 교육과 수련을 거쳐서, 어떤 자격자로 활동하는 지 소비자가 확인할 수 있도록 정보 제공
- 공익광고, 인터넷, SNS, 유튜브 등을 활용한 국민 누구나 쉽고 재미있게 사용할 수 있는 비대면 교육·홍보 영상 제작 및 보급
 - 다양한 영역의 정신건강 정보*를 국민의 눈높이에 맞추어 국영방송(예, KBS)에서 공익광고로 상시 제공

- * 우울, 불안, 트라우마, 중독, 자살 등의 정신건강문제 뿐만 아니라 스트레스대처방법, 의사소통방법, 분노조절방법, 부모역할, 갈등해결방법 등의 일상생활에서 정신건강 대처에 실제 도움이 될 수 있는 다양한 주제를 국민들 누구나 익숙해질 수 있도록 상시 제공
- 사회의 구조적 변화로 인한 심리적 혼란에 선제적으로 대응할 수 있는 심리교육 프로그램 보급
- * 비대면 사회에서 정신건강에 핵심적인 역할을 하는 ‘사회적지지’가 부족해지는 것을 Self-help의 형태로 보완할 수 있는 대국민 심리교육 서비스(사회적 네트워크 관련 정신건강 교양 증진 등) 필요
- 코로나19로 인한 우울·불안 관리, 스트레스 해소를 위해 온라인 문화 콘텐츠* 제작·보급 추진
- * 비방송 예능, 연극, 영화, 뮤지컬, 대중음악 공연 등 휴식과 위안을 제공할 수 있는 프로그램
- AI 기반 심리지원 서비스(예, AI기반 챗봇 심리상담 서비스 등)와 같은 4차 산업혁명을 통한 도구를 활용한 맞춤형 정보 제공을 위한 기술 개발 및 지원
- 언론보도, 미디어 모니터링 등을 통해 정신질환, 자살, 음주 등과 관련한 잘못된 인식이 조장 방지를 위한 권고안 마련
 - 언론보도 가이드라인 마련, 인식 개선을 위한 설명회 등 개최
- 정신건강복지사업지원단 등에서 일반 국민, 정신질환자와 가족, 전문가가 참여하는 대국민 정신건강포럼* 개최
 - * 연령별 성향에 맞춘 포럼 구성
 - 정신건강에 대한 올바른 정보 제공과 인식개선을 위해 전국을 순회하며 정기적으로 포럼 운영
 - 정신건강의 날(10월 10일)의 달력 표기
 - ‘정신질환 인식개선주간’ 설정하여 캠페인·행사 집중 운영

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

- 정신건강복지사업지원단 활성화를 위한 중앙차원에서의 예산 배정 등 명확한 지침 필요
- 정신질환자 인식개선 사업의 실효성 지표 개발되어야 함. 인식개선 행사를 개최하는 것보다 그 비용을 당사자 권익증진 사업비용으로 투입하는 것이 나을 수도 있음
- ‘코로나19’라는 용어보다 ‘감염병’이라는 용어가 더 장기적으로 활용할 수 있는 용어
- 성평등, 성폭력, 장애인 인식개선 교육은 차별이나 편견의 대상에 대한 올바른 인식을 위한 교육의 정당성이 있으나, 정신건강 콘텐츠에 대한 의무이수교육은 그러한 정당성을 찾기 어렵고, 의무교육은 법률에 규정해야 하는데, 정신건강 문제가 온 국민이 의무로서 들어야 할 교육인지 의문

□ 공공 정신건강 상담을 강화하고 일반 국민의 정신건강에 대한 인식과 자가관리를 위한 다양한 온라인 서비스 활성화

○ 정신건강복지센터에서 정신건강의학과 전문의 상담 프로그램을 운영하는 마음건강 주치의 사업 확대

- 지역 내 정신건강의학과 의사회와 협의*를 통해 상담제공, 진료연계 추진

* 광주 시범사업에서 지역 정신건강의학과 전문의 60여명 참여, 상담 후 정신건강의학과 치료 연계율 40%

○ 위기가구 심리상담, 마을단위 출장상담소 운영, 주민센터 상담창구 개설 등 찾아가는 심리지원 서비스* 제공

* 일반국민 전체를 상대로 찾아가는 심리지원 서비스를 확보하기 어려움으로 지역별로 센터에서 대학생 서포터즈를 활용한 ‘마음건강검진운동’ 전개

- 코로나19 장기화에 따라 보건복지부를 비롯한 중앙부처에서 제공하는 공공 비대면 상담서비스를 적극 활용하고 우울, 불안 해소를 위한 심리방역 제공
- 정신건강복지센터에서 복지서비스를 통해 발굴·의뢰된 위기가구에 대해 심리상담을 제공 및 통합적 사례관리 서비스* 강화

* 소득, 교육, 고용, 법률, 양육, 부양, 돌봄, 학대 등 위기가구의 수요에 따른 통합적 사례관리 강화

- 고난도 사례의 경우 민간 전문심리 기관(예, 한국심리학회, 한국임상심리학회)과 연계한 심리지원 서비스 제공(바우처 등 활용)
- 접근성 향상을 위해 취약계층이 많은 동네에 출장상담소를 설치하고, 주민

센터, 복지관 등 공공기관에 상담창구 개설 추진

* 지자체 상황에 따라 통합정신건강증진사업을 통해 찾아가는 심리지원 사업 추진

○ 모바일 정신건강 자가검진앱('19년 시범사업) 고도화를 통해 다양한 검진도구 탑재하고 정보 전달, 지역사회 심리상담 연계 등 지원

* 국내 스마트폰 회선율 5,040만개(과기정통부,2019)로 전체 인구대비 97.2%

- 고난도 사례의 경우 민간 전문심리 기관(예, 한국심리학회, 한국임상심리학회)과 연계한 심리지원 서비스 제공(바우처 등 활용)
- 사용자 접근성을 높이기 위해 어플리케이션을 이용한 이벤트를 활성화하고 정보전달과 함께 지역사회 정신건강서비스 이용 확대
- 온라인 기기 사용 취약계층에 대한 교육 강화
- 청년과의 연계를 통한 멘토(청년)-멘티(노인, 아동 등) 연계와 이를 통한 청년 일자리 확충

○ 익명 심리상담을 위한 지역사회 기반 심리상담 시스템의 개발 및 활용

- 일회성 전화 상담이나 채팅 상담 수준에서 진행되는 것만으로는 부족함으로 체계적인 익명 심리상담 시스템 개발

○ 사회적 네트워크를 활용한 지역사회 기반 심리사회적 개입 프로그램 제공

- 학교, 군대, 관공서, 기업 등에서 사회적 네트워크형 인재를 발굴하여 사회적 네트워크의 구심점 역할을 하도록 훈련. 정신건강 관리 프로그램에 사회적 네트워크 분석기법 도입
- 특정 집단에 소속되어 있지 않은 국민에 대한 심리사회적 지원 서비스는 사회적 네트워크상에서 '약한 연결'을 확대하는 형태의 심리사회적 개입실시

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

- '찾아가는 심리지원 서비스'를 제공하는 주체가 누구인지 제시되어야 함
- 마음건강주치의 제도는 광주광역시의 특성이 반영된 우수사업이나 타지역으로 일반화하는 점에서 한계가 있음. 특히 정신건강의학과 전문의를 센터에서 만나는 것은 이미 전국의 대부분 정신건강복지센터가 비상근이지만 전문의가 센터장을 맡고 있음. 센터 내에서 진료가 이뤄질 수 없는 부분을 고려할 때 정신의료기관과 정신건강복지센터간의 연계체계를 강화하는 것이 더 현실적인 방향이라고 사료됨

추진과제2 심리서비스 제도 도입 및 인프라 확충⁴⁾

- 민간 상담시설에 대한 관리체계, 전문가 인증 및 서비스 질 향상을 위한 법·제도 정비 등 개선 방안 마련
 - 심리평가 및 상담제공 등 심리서비스 제도를 도입하고 발전시키기 위한 법률 제정을 위해 기초 입법 연구 실시
 - 심리서비스를 정의하고 서비스 제공자, 제공기관에 대한 기준 마련 등 정신건강복지법 개정 또는 별도 심리서비스 법률안으로 발의 추진
 - * 영국의 경우 심리사를 분야별로 인정(임상심리, 상담심리, 교육심리, 법의학심리 등) / 일본의 경우 공인심리사 자격이 있으며 ‘공인심리사법’도 운용
 - 기존 민간 자격 심리상담 제공자와 제공기관에 대한 정비 추진
 - 심리서비스 법률이 도입되기 전이라도 현재 서비스에 대한 실태조사를 시행하여 문제점과 개선방안을 도출
- 국민이 우울, 스트레스 등으로 상담이 필요한 경우 안심하고 평가·상담을 받을 수 있는 정신건강서비스 관리체계 구축
 - 학교, 직장, 지역사회 등에서 우울, 스트레스 등으로 심리상담이 필요한 경우 언제든지 상담받을 수 있는 인프라 확충
 - 정신건강복지센터는 관할 지역내 학교, 직장 등의 상담시설과 연계·협력*을 강화하고 미설치 기관에 상담시설 설치 지원
 - * 전문요원 교육 및 기술지원, 고위험군 의뢰·상담 및 정신건강의학과 진료 연계 등
 - 가족의 생애주기에 따른 집단교육 및 심리상담 프로그램 개발 및 참여 확대
 - * 신혼부부, 초·중·고등 대학생 자녀를 둔 부부 프로그램 등 다양한 프로그램 개발
 - 누구나 일상생활 중 우울, 불안, 스트레스 등으로 힘든 경우 심리상담을 받는 것이 자연스러운 환경 조성

4) 추진과제명과 관련하여 분과회의에서는 ‘지역사회 정신건강 및 심리지원 서비스 확대’, ‘정신건강 서비스 질 개선 및 인프라 확충’, ‘전 국민을 위한 정신건강 및 심리지원서비스 강화’, ‘지역사회 정신건강서비스 질 개선 및 확대’이 제시되었음.

- 보건교과서의 '정신건강' 부분을 보강하여 자연스러운 심리상담 문화 정착을 위한 교육내용 강화
- 중고등학교 내 또래상담자 활성화를 통해 학교폭력 감소 및 건강한 학교문화 형성
- 대학생 정신건강 서포터즈*('O마인드') 양성을 통해 젊은 층부터 정신질환에 대한 편견을 해소하고, 정신건강에 대한 인식 제고

* 대학, 지역에서 정신건강 캠페인 진행, 정신질환에 대한 편견을 조장하는 미디어 모니터링 등 활동

- 유명인 등의 우울증 치료, 정신질환 극복 사례를 발굴하여 누구나 정신질환을 경험할 수 있고 치료받을 수 있음을 홍보
- 지역사회 기반 적극적 정신건강 프로그램* 시행

* 긍정심리 기반 행복 프로그램(긍정심리치료 프로그램)시행으로 문제 중심의 개입이 아니라 행복과 정신적 번영을 지향하는 프로그램이라는 점에서 심리적 취약군의 정신건강증진 개입에서 참여자들의 심리적 거부감을 낮출 수 있음.

○ 정신건강 상담전화(1577-0199)와 자살예방 상담전화(1393) 통합 추진

- 상담번호를 점진적으로 1393으로 일원화하고 콜센터를 확충
- 일반 상담과 지역별 민원, 현장출동 요청 등 수신내용에 따라 분류하고 시도, 시군구와 통화 연결체계 구축
- 정신건강 상담전화 대응 전문인력 확충과 처우 개선을 통해 인력의 위기상담 대응능력 향상 도모

【논의 point】 정신건강문제 조기발견 및 치료연계	
주요 내용	주요 문제점과 논의점
-심리사 제도 도입 등 심리서비스에 대한 접근성이 강화되어야 한다는 것은 동의, -다만, 심리지원센터 설치에 의견 불일치	1. 심리지원센터는 또 다른 위탁운영체계의 한계를 반복하는 결과를 초래할 수 있음 2. 국민의 정신건강에 대한 접근성 강화와 다양한 인프라 확립으로 심리서비스 제공의 필수 기관 [현행 정신건강전달체계에서 결여된 부분 보완]: 일상의 위기에 대한 대처방안과 회복탄력성 증진, 나아가 자살예방의 효과기대
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
-정신건강전문인력의 각 직역별 고유 업무를 현실화하여 전문성 구현 시급 -심리지원체계를 정신건강 인프라 확대라는 관점에서 도입 절실	

추진과제3 동네병원을 통한 정신건강 문제 조기발견 및 전문치료 연계

□ 지역사회 공공기관, 동네 병원 방문 환자의 우울, 불안 등 주요 정신건강의학과 문제 평가 및 조기 발견 강화

○ 동네 병원에서 진료 중 흔한 정신건강의학과 문제 발견 및 대응에 관한 가이드라인 마련

- 우울, 불안 등 직접적인 정신적, 심리적 문제를 동반한 신체질환자에 대한 일차의료적 접근 방법과 정신건강의학과 의뢰 기준 제시
- 신체 증상을 호소하지만 원인이 불분명하거나 치료에 반응을 하지 않는 환자에 대해 정신적 문제를 고려*

* 자살자의 28.1%가 자살 전 복통 등 신체적 불편감, 수면곤란 등으로 일차의료기관 방문('15년 심리부검)

○ 동네 병원에서 우울증 조기발견을 위한 검사를 활성화하고 일차의료인에 대한 교육을 강화

* 증상 및 행동 평가 척도에 대한 건강보험 수가 도입('20.6월 제11차 건정심 의결)

- 동네 병원에서 선별검사를 시행하고 정신건강복지센터 또는 정신의료기관에 실제 연계 의뢰를 정확히 수행하는 경우, 초진으로 인정하는 등의 (가칭)마음건강검진제도*를 시행

* 마음건강검진제도는 모든 정신건강증진사업 시행기관 및 보건소, 공립 및 민간 시설에서도 소정의 자비부담 또는 국가 및 지자체의 비용부담을 통해 누구라도 쉽게 이용할 수 있도록 함

- 관련 학회와 함께 우울증 검사 등 증상 및 행동 평가 척도 수가 개선, 진료 가이드라인 등에 대한 안내와 교육 실시

○ 지역사회 공공기관 서비스 제공과정에서 정신건강 스크리닝 척도*를 활용한 흔한 정신건강의학과문제 발견 및 대응에 관한 가이드라인 마련과 지역 공공기관의 전문인력에 대한 정신건강 조기발견 및 의뢰 교육 의무화

* 일차예방시스템에서 우울증 조기발견을 위해 국립정신건강센터 홈페이지, 민간전문학술단체 홈페이지(예: 한국심리학회)에 탑재된 정신건강스크리닝 검사(간편정신건강검사)에 소개된 간편정신건강검사 보급

- 정신건강전문요원 직역별 고유업무 강화
- 지역사회 내 연계기관 체계화와 활성화 (정신의료기관, 정신건강복지센터, 스마일센터, 심리지원센터)

【논의 point】 정신건강문제 조기발견 및 치료연계	
주요 내용	주요 문제점과 논의점
-동네병의원(일차의료)을 중심으로 한 정신건강 문제 조기발견 및 치료 연계	-조기발견과 관련하여 동네병원에 국한하는 것이 아닌, 다양한 지역사회기관으로 확대 논의 필요
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
- 읍면동사무소 등 지역사회 공공기관을 모두 포괄하는 1차 예방시스템을 활용한 정신건강문제 조기발견 및 치료연계 고려, 정신건강분야 고유의 전문성 구축 (의료서비스, 복지서비스, 심리서비스의 협업 강화)	

□ 동네 병의원 진료 중 주요 우울증이 의심되거나 자살 위험이 있는 경우 환자를 정신건강의학과로 의뢰하는 진료의뢰체계 구축

- 우울증상을 호소하거나 우울증 검진 이상자* 등에서 자살 위험이 높은 환자는 초기 상담을 제공 후 정신건강의학과 진료 의뢰 및 전문심리서비스 기관에서 서비스를 받을 수 있도록 안내 및 서비스 비용에 대한 국가적 지원 마련

* 국가건강검진에서 우울증 검진 확대(20~70세, 매 10년마다 검사, '19년~)

- 의뢰 이후 실질적인 정신건강의학과 치료 연계를 위한 (가칭)정신건강의학과 문턱낮추기 자문단 운영

- 정신건강의학과 진료에 대한 환자의 수용성을 높이고 동네 병원-정신건강의학과 의뢰 활성화를 위한 인식 개선 및 제도적 지원 방안 논의
- 1차 예방시스템(동네 병원 및 지역사회 기관) 내방에서 '위험성'이 탐지되는 경우, 이용자와 그 가족 등에게 고지하고 내용을 숙지하였음을 확인하는 절차 시행*

* 이에 관한 고위험군 소요비용 전액을 국가 및 지자체 부담으로 이용자 수 증대

- 정신건강의학과와 민간 전문심리서비스 기관의 연계체계 강화*

* 약물치료가 필요한 경우나 전문심리평가나 심리상담 서비스가 필요한 경우 서로 의뢰 및 자문 제공 등

나. 【추진전략②】 생애주기별, 상황별 정신건강서비스 제공

추진과제1 생애주기별 정신건강증진 서비스 제공

【논의 point】 전 국민 정신건강증진 사업을 위한 부처 간 협업 필요				
주요 내용		▶	주요 의견	
전 국민 정신건강증진 사업을 성공적으로 수행하기 위해서는 부처간 협업이 반드시 필요 (전 국민을 대상으로 하는 만큼)			분과회의에 참여한 정부부처 관계자는 제한적이었으므로 정신건강증진과 관련해 각 부처에서 무엇을 할 것인지 의견 수렴 필요	
▼				
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)				
초등학생	중고등학생	청년층	중장년층	
1. ADHD, 불안, 우울, 공격성 등 문제행동의 감소, 친사회성 행동 증가>> 긍정적 행동지원 3차 예방 모델 적용 필요 2. 학부모와 교사대상 개입과 지원도 필요	1. 우울, 불안, 행동장애, 게임 과몰입, 음주, 흡연, 성비행, 학교폭력 관련 문제 행동 감소 2. 자기통제행동, 심리적·사회적 회복탄력성 증진	1. 우울, 불안, 취업과 진로, 대인관계문제 개입. 2. 특히 20~30대 여성에 대한 심리지원 강화	1. 실업, 은퇴 등 외부환경에 의한 사회적 고립과 감정표현의 불편함, 우울, 분노 문제 완화 2. 행복한 중년과 성공노화모델 개발	
- 모든 세대가 정신건강서비스에 대한 정보와 서비스에 대한 부족을 이야기하고 있어, 부처 간 협업 및 교육과 사업의 효과를 높일 수 있는 방안 마련이 필요 (예시) 교육부 ↔ 학생 및 청소년 정신건강증진사업, 여성가족부 ↔ 학교 밖 청소년, 20-30대 여성의 정신건강지원 관리사업, 복지부 ↔ 전 국민의 정신건강증진사업, 고용노동부 ↔ 실업급여 교육과 직장 내 괴롭힘 및 실직위기에서의 대처방안심리상담				

□ 영·유아 및 아동·청소년 정신건강서비스 지원

○ 가정·학교를 통한 1차 예방 및 조기 발견을 위한 정보제공 등 부모와 교사 대상 심리지원 체계 마련

- 보건소, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터, 종합사회복지관, 지역아동센터, 심리지원센터 등을 중심으로 부모나 보호자 대상 자녀 양육교육*을 강화

* 코로나19와 함께 살아가기, ADHD, 틱장애, 적대적 반항장애 등 조기발견, 문제행동 영유아 보육방법, 자녀의 연령대별 특성에 따른 양육방법 등 정보 제공

- 정서행동 문제를 보이는 아동 및 청소년을 위한 아이존 푸른존 사업 확대 실시

- 영·유아 부모대상 심리지원서비스를 도입하여 양육스트레스 관리, 부부간 문제, 양육 상담 등 제공
 - * 통합정신건강증진사업의 선택사업으로 도입하고 지역내 전문상담기관과 연계 추진
 - 보건·상담교사 연수 시 정신건강 심층 교육 제공, 교사 대상 학생 정신건강 지원을 위한 교육자료 개발·보급
 - 학교 내 위기상황 발생 시 보건·상담교사, 담임교사, 정신건강전문가 대상 위기대처 매뉴얼 개발·보급
 - * 위기상황 발생 시 각 영역에서 구체적인 행동이 담겨져 있어야 함
- 학교내 정신건강 교육 및 심리지원 강화를 위해 초·중·고 교과 과정에 정신건강을 강조하고 학교 상담교사, 학교사회복지사* 배치 확대 등 추진⁵⁾
- * '18년 국가자격증 신설
 - 시도 교육청 단위 스쿨닥터*와 학교심리사 제도를 확대하여 문제행동 학생 상담 강화
 - * '18년 현재 스쿨닥터 상근 지역은 1개(충북), 비상근지역 2개(제주, 대구)
 - 초·중·고 마음건강 프로그램* 개발 및 도입 추진
 - * 정신건강에 대한 편견 없는 환경 조성을 위한 예방차원의 정신건강증진 통합 프로그램(예, 긍정적 행동지원으로 예방적 개입 실시)으로 학생, 학부모, 교사가 대상이며 또래관계·사회성 증진, 분노조절, 스쿨닥터 상담, 각 발달단계에서 건강한 자기 개념과 의사소통, 갈등해결, 대인관계 기술 등으로 구성
 - 각 직역별 업무 전문성이 발휘될 수 있도록 협업을 촉진하는 제도 필요
- 아동·청소년 정신건강증진사업 확대를 통한 예방사업 강화 및 고위험군 선별 강화
- 학교 대상 정서행동특성검사의 타당성 등의 평가 후 정신건강항목을 보완하여 진단의 정확도를 제고
 - 교사와 학생의 학교환경 변화와 문제행동을 예방하는 정신건강사업의 확장
 - 학교 정서행동특성검사 결과 고위험군으로 선별된 아동·청소년에 대한 정신건강서비스 연계와 제공을 거부하는 부모에 대해 아동방임을 신고할 수

5) 분과회의에서는 '학교 내 전문상담교사 배치 확대와 전문 상담을 요하는 경우 수퍼비전을 의무화(예, 정신건강임상심리사 1급)하고 검증된 민간 전문심리상담 기관과의 연계 활성화'가 제기되기도 했음.

있는 학교 규정 마련

- 학교 밖 청소년 지원센터에서도 정서행동특성검사를 시행하고 정신건강복지센터와 연계하여 심층평가와 상담 추진
- 정신건강복지센터에는 청소년 맞춤형 프로그램 개발·보급

○ 아동학대 피해자의 상담과 치료를 강화하고 아동·청소년 중독 문제에 적극 대응

- 아동학대 발생 시 유관기관* 연계 체계 구축, 긴급 심리평가 및 상담, 고위험군 진료의뢰 등 일련의 대응체계를 마련

* 정신건강복지센터, 육아종합지원센터, 아동보호전문기관, 스마일센터, 민간기관(이용자의 선택에 따라 이용편의성이 높은 전문기관 이용) 등

- 아동학대에 대한 인식 개선 및 아동학대 피해 의무신고자에 대한 교육 강화
- 아동·청소년의 알코올 사용, 인터넷 과사용 등을 예방하기 위한 교육·홍보를 강화*하고 문제행동의 조기선별 및 사례관리 실시

* 알코올, 인터넷 과사용, 도박문제의 예방과 조기개입을 위한 기관 연계 강화(중독통합관리센터, 아이 월센터, 도박문제관리센터 등)

** 전공 대학생 서포터즈를 통한 홍보 및 예방활동 강화

*** 또래상담자 프로그램 활성화를 통한 예방교육 강화

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

- 중고등학교 또래 상담자는 보통 자율동아리로 운영되고 있는 실태임. 자율동아리 개설 시 학생이 직접 지도교사를 물색 및 선정해야하는 단계이고, 교사의 입장에서는 동아리 지도가 많은 입장임. 또래 상담자를 지도할 전공 교사의 부재, 외부의 전문가의 재능 나눔에 대해서도 대부분 학교가 오픈되는 것을 불편해하여 폐쇄적 분위기임. 방법론을 구상해 볼 수는 있으나 현실적인 해결방안인지 우려
- 학교 사회복지사, 정신건강임상심리사 등의 논의를 정신건강전문요원으로 통일 제안하고 정신건강전문요원은 정신건강복지법에 의한 자격자로 가름.
- 교육부의 교육복지우선지원사업(교육취약계층 지원에 심리지원을 포함한 사례관리 하고 있음. 주로 유아에 대한 지원이 많지만 앞으로 확대될 계획)연계하여 실시

□ 청년 정신건강서비스 지원

○ 청년을 대상으로 사례관리, 가족상담 등 맞춤형 정신건강관리 서비스를 제공하는 청년특화 정신건강관리서비스 도입

- 정신건강복지센터에 청년전담팀을 설치하고 우울, 스트레스 등의 정신건강관리서비스와 조기중재지원사업*을 수행

- * 주로 청년층에서 처음 발병하는 조현병 등 주요 정신질환을 처음 진단받은 환자가 치료를 거부·중단하지 않도록 등록, 상담, 지속치료지원 등 집중지원체계 구축
- 통합정신건강증진사업에서 필수사업으로 지정하고 매뉴얼 제공
- 국가건강검진에서 만 20세, 만 30세 청년 대상 우울증 검진 실시('19~)
- 대학교 학생상담센터 등에 대한 기술지원 등 정신건강의학과, 심리지원센터와 연계 프로그램 운영
 - 대학교에 설치된 상담센터와 협의하여 심리평가, 상담 등에 대한 서비스 질 향상, 고위험군 의뢰 등 지원 체계 구축
- 대학생을 중심으로 학교, 지역사회 등 정신건강 인식개선 활동 지원
 - 코로나19 이후 SNS, 온라인 커뮤니티 등 비대면 중심의 영마인드*, 절주서포트즈** 활동 수행
 - * 대학생 참여 정신건강 미디어 모니터링, 바로알기 캠페인 등 온오프라인 활동 수행
 - ** 캠퍼스와 지역사회 내 음주폐해 예방 및 절주문화 확산을 위한 대학생 활동 조직 및 활동 참여를 위한 인센티브 제공
- 병역판정 신체검사에서 재검 대상자*에 대한 정신건강관리 지원 도입
 - * 병무청에서 정신건강의학과 신체등급 판정 결과 7급 대상자에 대해 경과관리 실시 중이나 치료 연계 인원은 30% 미만으로 추적지원체계 부재하여 면제 대상임에도 반복 재검받거나 현역 입영 후 퇴소
 - 병무청과 복지부간 사회보장정보시스템*으로 의뢰하고 정신건강복지센터에서 정신질환의심자와 심리취약자**로 구분하여 회신
 - * 현재는 지방청별 업무협약에 따라 공문(팩스)로 정신건강복지센터 등으로 의뢰
 - ** 군환경 적응에 심리적으로 취약하나 정신건강의학과 진단기준은 충족하지 않는 대상자로서 병무청은 필요시 대상자를 여가부 청소년상담복지센터로 의뢰
 - 정신건강복지센터는 병무청 의뢰로 발견된 정신질환의심자, 치료거부·중단자에 대해 적절한 치료를 받을 수 있도록 조치

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

- 대학생이 아닌 청년들에 대한 내용은 빠져 있음
- 20대 여성의 정신건강이 취약한 것으로 나타났음. 비정규직 노동자나 아르바이트, 사회경제적으로 취약한 1인 가구 여성들이 가장 정신건강이 취약한 것으로 나왔음. 이들에 대한 정신건강서비스는 노동부와 협력한 서비스가 이뤄져야 함
- 지역사회에서 청년들이 갈 수 있는 기관들을 다각화 하여 제공해야 함

□ 중·장년 정신건강서비스 지원

○ 산후 우울증 등 임신부, 육아 스트레스 등 주부 정신건강 분야

- e-정신건강헬스 서비스 체계 구축을 통해 산후 우울증 등 임신부, 육아 스트레스 등 주부의 비대면 정신건강서비스 제공

○ 근로자 정신건강 분야

- 직장내 괴롭힘, 직장내 차별 등에 대한 인식개선, 예방 및 개입에 대한 교육 자료 개발 및 보급
- 회사, 사업장, 건강검진센터 등과 연계하여 예방차원의 심리교육 서비스 제공
- 근로자지원프로그램(EAP)* 중 정신건강문제 비율 조사하여 양질의 정신건강서비스 제공을 위한 정신건강전문인력의 인프라 확충

* 근로복지공단에서 300인 미만 중소기업과 소속 근로자에게 일상에서 경험할 수 있는 다양한 어려움이나 고민에 대해 전문가로부터 상담 및 코칭, 교육을 받을 수 있도록 제공하는 프로그램으로 근로복지넷을 통해 무상으로 제공하고 있음.

- 실업급여를 받기 위한 교육을 받을 때 초기 교육에 정신건강정보 및 서비스 제공 기관 및 정보 포함

○ 갱년기 정신건강 분야

- 갱년기 신체증상 변화와 관련된 정신건강 사업* 확대
- * 의료지원, 신체변화에 따른 정신건강 교육 등
- 산부인과 등과 공동으로 폐경기 여성의 우울증 완화를 위한 인지행동치료 프로그램 개발 및 실시

○ '신중년 행복현장', '중년을 위한 마음건강수칙' 등 마련

□ 노인 정신건강서비스 지원

○ 정신건강복지센터에서 노인 대상 서비스 제공자에게 노인에서 정신건강 문제를 조기 발견할 수 있도록 교육·안내

- 코로나19 이후 사회적 활동 위축으로 우울, 고립감 등이 심해질 우려가 있

으므로 노인 방문서비스(간호, 요양 등)에서 적극 활용

- 노인 정신건강문제 평가 및 대응에 대한 지침을 마련하여 정신건강복지센터, 치매안심센터, 노인복지관, 희망복지지원단 등과 연계체계 구축
- 온라인 서비스 활용을 위한 전자기기 이용교육 확대

○ 코로나19 이후 외부와 단절되어 고립된 노인층에 특화된 정신건강서비스 제공

- 지역사회 거주 노인을 대상으로 안부전화 서비스*를 제공하고 있는 사회복지기관 및 희망복지지원단 사례관리자에 대한 정신건강 교육훈련 강화

* 서비스 이용을 원하는 노인을 대상으로 기초적인 건강상태, 복지 욕구를 파악하여 등록하고 매일 일정 시간에 전화를 통한 일대일 사례관리 제공

○ 동네병의원과 연계한 정신건강 문제 조기발견 및 심리지원체계 구축

- 각종 만성질환으로 진료를 받을 기회가 많은 노인층의 특성을 반영하여 주치의를 통한 노인 정신건강문제* 선별도구 개발·보급

* 우울, 불안, 스트레스, 자살, 알코올 남용 등

- 의료진 평가 또는 진료대기 중 자가평가를 통해 상담이 필요한 경우 정신건강복지센터에 문의하도록 안내

- 의료서비스를 받지 않아도 될 대상의 경우에는 지역사회 심리지원센터로 연계하여 심리평가와 심리상담, 심리교육 등을 실시

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

-농촌 지역의 독거노인, 만성질환 노인 등은 코로나 이후 소외, 고립 위험이 더욱 증가하고 있음. 그러나 지리적 거리, 보행의 불편함, 이동 수단 부재 등으로 대면 서비스를 받는데 제한이 있음. 인터넷 환경 미비, 기기사용의 어려움 등으로 비대면 서비스를 받는데도 제한이 있음. 따라서 사회적 연결성 강화를 위한 프로그램을 매뉴얼 수준의 구체적 지침으로 개발하여 현장 실무자에게 보급하는 것이 필요함.

-노년층의 다양한 욕구 조사 필요

-농촌 지역과 같이 서비스 인프라가 취약하고 면적이 넓은 곳에서는 교통수단이 적어노인, 장애인의 서비스 이용이 쉽지 않음. 접근성이 좋은 가까운 센터 이용이 가능하도록 공공서비스 연계가 필요함으로 행정구역에 제한된 서비스 이용 지침 변경이 필요함.

-노인 대상 성공노화 모델 수립 및 보급

추진과제2 취약계층 및 특수상황에 따른 심리사회적 지원 제공

□ 경제적·사회적 취약계층에 대한 심리사회적 지원 체계 강화

○ 경제적 위기가구의 심리지원 수요 조기발견 및 개입 체계 마련

- 복지급여 등 신청시 읍·면·동 및 정신건강복지센터 연계 강화로 중독·자살생각 등에 대한 스크리닝 및 고위험군 지원 방안 마련*

* n회 이상 필수 개입, 의무 사례회의 개최 등

- 신용회복, 개인회생·파산신청·판정시 필요한 경우 정신건강복지센터를 통해 심리지원이 이루어질 수 있도록 연계방안 마련과 동시에 국가전문자격심리사 등 정신건강전문가를 통한 심리지원연계

- 경제적 취약계층이 적절한 치료를 받을 수 있도록 입원 및 초기 외래치료 치료비용 중 본인부담금 지원 확대

* '20년 예산 4,232백만원 반영 중, 점진적 확대 추진

** 지자체 단위 정신건강 치료비 지원제도 마련(예, 충북 취약계층 우울증 치료비 지원 제도)

- 경제적 위기가구 아동·청소년의 정신건강지원 및 방임학대 예방서비스 네트워크 강화

○ 탈북민, 이주민, 다문화 가정 등을 위한 맞춤형 지원방안 마련

- 하나원-하나센터-정신건강복지센터-국립정신병원 연계를 통한 입체적 지원 검토

* 탈북민에 대한 정신건강 문제 스크리닝, 상담, 프로그램 개발 등

- 다문화가족지원센터, 외국인력지원센터 등을 통해 이주 노동자, 결혼 이민자, 이주 아동·청소년 대상 정신건강 관리 강화 지속 추진

○ 직업적 스트레스가 극심한 감정노동자의 스트레스관리, 분노조절 등을 위한 교육·상담 방안 마련

- 감정노동자의 가족·동료 지지기반 정신건강 회복기술 개발 연구를 바탕으로 직장내 민간 심리상담기관 또는 정신건강복지센터 근로자 상담센터 연계 방안 마련

- 감정노동자 보호·심리지원 등 법령상 근거마련
- 돌봄 서비스 근로자(영유아·아동, 노인, 장애인 등에게 돌봄 제공)를 위한 (커뮤니티 기반) 적극적 정신건강 관리 및 행복 프로그램 도입
 - 돌봄 서비스 근로자의 심리상담 및 스트레스 관리에 대한 연수 시행
 - 돌봄 서비스 근로자의 의사소통 및 돌봄 서비스의 심리학적 교육 시행
 - 돌봄 서비스 근로자의 정신건강 관리 네트워크 운영(근로자건강지원센터, 심리지원서비스센터, 정신건강복지센터 등)

다. 【추진전략③】 재난 트라우마 관리체계 강화

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)
-국가트라우마센터, 권역별트라우마센터, 행정안전부(지자체), 전문 민간학술단체와 연계하는 유기적 개입 협력 체계구축
-재난 관련 정신건강전문인력 및 지역 내 전문가 전문성과 대응역량 강화

추진과제1 재난시 국가트라우마 대응 및 관리체계 고도화

- 국가트라우마센터를 중심으로 권역별 트라우마센터, 지자체와 연계하는 재난 심리지원 체계 구축
- 국립정신병원에 권역별 트라우마센터를 설치*하여 재난시 심리지원 등 국가트라우마센터 업무를 지원
 - * 국립부곡병원에 영남권 트라우마센터 설치('19)했으며, 호남권(국립나주병원), 충청권(국립공주병원), 강원권(국립춘천병원) 트라우마센터 추진
 - 권역별 트라우마센터 설치를 위해 정신건강복지법 개정 추진
- 행안부 등 재난 유형에 따른 관계부처간 협업체계를 구축하여 신속하고 효과적인 심리지원 제공
 - 재난 피해자에게 효과적인 심리회복 지원을 위해 행안부에 신설된 중앙재난심리회복지원단* 참여(「재난구호법」개정, '20.1월)
 - * 행안부, 복지부, 교육부, 외교부, 여가부, 법무부, 경찰청, 소방청 소속 고위공무원 및 민간 전문가 20명 이내로 구성

- 재난 발생 시 초기 심리지원을 위한 공동매뉴얼* 마련하여, 기관간 역할 분담, 서비스 누락·중복을 방지하고 실적관리 효율성 제고
 - * 대규모 재난의 초기 심리지원을 담당하는 재난심리회복지원센터(적십자사, 행안부 위탁)와 국가트라우마센터 및 정신건강복지센터와 역할분담, 표준상담양식 마련 등 추진
- 재난 발생시 행안부와 함께 공동심리지원대책반을 구성하고 국가트라우마센터를 중심으로 현장통합심리지원단* 운영 지원
 - * 국가트라우마센터, 국립정신병원(권역별 트라우마센터), 광역·기초 정신건강복지센터 및 재난심리회복지원센터로 구성

○ 대규모 재난시 초기 위기 대응인력을 위한 민관협력 체계 구축

- 평소 재난위기교육을 수료한 학회(지회) 내의 지역사회 정신건강 전문가를 통한 초기 응급처치 및 심리지원 체계 가능
- 대규모 재난시 재난 지역 내 또는 인근의 민간 전문인력, 준전문인력의 협력을 위한 민간 인력 또는 민간 기관과의 협업 체계 구축
- 지역사회 내 대학(원)의 관련 전공(심리학, 사회복지학, 간호학)의 심리적 응급처치 등의 훈련을 받은 석·박사과정생의 자원봉사의 기회 제공

○ 사회적 재난상황에서 대국민 심리방역 메시지 전달 체계 마련

- 위기소통 전문가들이 모여 상황별, 단계별 대국민 메시지 내용 및 전달 방법 합의 및 매뉴얼화
 - * 공동체 및 커뮤니티 회복탄력성에 초점화 된 메시지 전달
- 방역과 심리적 불안감을 조장하는 언론에 대한 전문가의 공동 대응?
- 트라우마 발생 시 누구나 본인이나 주변사람에게 적용 가능한 심리적 응급처치 훈련 보급
- 회복탄력성 증진을 위한 (커뮤니티 기반) 낙관성 훈련 도입(학교, 관공서, 군대 등)

□ 국가트라우마센터 조직과 인력 확충 및 재난 대응역량 강화

○ 국가트라우마센터의 전담 공무원 확충 및 공무원 급여체계 개편

- 우수한 민간 전문가 유치를 위해 공무원 직급 신설*, 급여 현실화

- * 질병관리본부 및 국가트라우마센터 공무원의 경우 책임, 선임, 기술 등 직급 구분하고 승급체계 운영
- 현장대응인력 등의 소진 및 대리외상 예방을 위한 제도적 장치 마련
- * 휴가 및 포상제도, 상담 지원, 교육 및 슈퍼비전 지원 등
- 재난 대응인력에 대한 재난 규모별 현장 교육, 자문 등 기술지원을 확대하고, 전문인력 양성을 위한 교육·훈련 과정 운영
 - 감염병, 대형화재, 선박사고 등 다양한 유형의 재난 경험자 연구 및 심리지원 매뉴얼·지침·프로그램 등 확충
- 권역별 트라우마센터에 안심버스를 추가 설치*하여 현장대응력을 높이고 트라우마 고위험군에 대한 치료프로그램** 개발·운영
 - * 현재 국가트라우마센터에 안심버스 1대 운영 중이며 권역별 트라우마센터로 확대
 - ** 예) 마음 프로그램(안정화 기법), 마음 플러스 프로그램(스트레스관리 및 대처), 허그 프로그램(외상 후 스트레스 장애 증상 완화) 등
- 코로나19 장기화로 고통받는 일반 국민을 포함, 재난피해자, 현장대응인력 등에 대한 심신 힐링, 휴양 프로그램 활성화 추진
- 공공 또는 민간에서 운영하는 각종 힐링, 휴양 프로그램에 대한 국가트라우마센터 인증제 도입 검토
 - 과학적 근거에 기반하여 심리안정과 스트레스 완화를 평가할 수 있는 도구를 개발하고 인증 절차 마련
- 코로나로 인한 정신건강 문제의 예방, 조기개입, 휴식·재충전, 고위험군 관리 등 체계적인 대응을 위해 관계부처* 협력 추진
 - * 행안부, 문체부, 교육부, 농식품부, 여가부, 산림청, 농진청 등에서 추진하는 심리상담, 교육·홍보, 휴양·치유, 체험, 관광, 문화 프로그램 발굴·제공
 - 공공기관에서 제공하는 무료 또는 저비용 힐링·휴양 프로그램을 발굴하여 현장대응인력 등에게 공급

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

-코로나19 현장대응인력에 대한 심리상담서비스 및 힐링 프로그램을 받고 싶어도, 그 사람이 서비스를 받기 위해 자리를 비우게 되면 그 빈자리를 다른 동료가 책임지게 됨. 인력확충이 되지 않는 이상, 프로그램을 받기 어렵다고 생각함.

추진과제2 재난별 트라우마센터 통합관리 및 지원

- 특별법에 따른 설치된 재난별 트라우마센터 통합관리체계 마련
 - 안산정신건강트라우마센터 및 포항지진트라우마센터와 정기적인 협의회, 워크숍 등을 통해 기술지원 및 협업체계 구축
 - 재난별 트라우마센터 운영에 대한 표준지침*을 마련하고 국가트라우마센터에서 실적과 활동상황을 취합 관리
 - * 주요 내용 : 트라우마센터 설치 운영에 필요한 사항, 대상별 위험도 분류, 트라우마 관리 프로그램 등
 - 전국적인 대규모 재난 발생시 국가트라우마센터의 지휘에 따라 재난심리지원 업무를 수행할 수 있도록 대응체계 마련
 - 재난심리지원 협업을 위한 매뉴얼 교부 및 대응훈련 실시
 - 재난교육을 수료한 지역사회정신건강 전문가 연계 및 활용
 - 학회(지회)차원의 교육 수료, 매뉴얼 공유를 통한 서비스 실시
- 안산, 포항 등 재난별 트라우마센터에 대한 관리 강화
 - 세월호 피해자 등의 트라우마 관리를 위한 안산마음건강센터 건립 추진
 - 정신 및 신체 질환에 대한 외래진료 기능, 피해자 사례관리 및 장기추적연구 등의 업무를 수행하는 특수법인 설립
 - * 건립비 약 418억원, 운영비 연간 약 100억원 소요 예상(보건사회연구원, '20)
 - 인천, 제주 지역 세월호 피해자 지원을 위해 분소 운영 지원 추진
 - 경기권역트라우마센터로 지정하여 국가트라우마센터와 협업 수행
 - 포항지진트라우마센터 기능 보강 및 서비스 확대 추진
 - 이용자 증가에 따라 심리지원 프로그램 및 서비스 확대, 전문 인력을 충원하고 사업 모니터링 수행
 - 포항재난치유복합센터 건립 추진에 따라 향후 포항지진트라우마센터 기능을 이관하고 경북권역트라우마센터 지정

라. 【추진전략④】 코로나 우울 극복을 위한 심리지원 확대

- 코로나19 장기화에 따라 확진자, 가족 등 직접적인 피해자를 포함한 코로나우울에 대한 전 국민 심리지원 체계 구축
 - 코로나우울 자가평가(무료척도 제공) → 일차상담(정신건강복지센터 등) → 심층상담(전문가) → 정신건강의학과 진료 등 단계별 심리지원 체계 구축
 - 정신건강서비스 포털구축, 웹진 발행 등 올바른 정보제공을 통해 심리상담에 대한 심적 부담 해소 및 접근성 향상 도모
 - 코로나19 관련 우울·불안 등 국민정신건강에 대한 분기별 실태조사를 통해 기초 데이터 수집·연구 및 정책수립에 반영
 - * 대한신경정신의학회, 한국심리학회, 한국트라우마스트레스학회 등 전문가 풀 활용·지원
 - 자격이 의심되는 민간기관을 이용한 피해사례에 대한 정부차원에서의 체계적 실태조사를 통한 2차 피해 방지
 - 감염병 전담병원, 선별진료소 등 코로나19 현장대응인력에 대한 트라우마·소진 관리 프로그램 마련
 - 관계부처·공공 치유시설, 민간 인프라 활용 등을 통해 감염병 등 전국적 재난에 대한 대응인력의 휴식·소진관리 체계 구축
 - 심리지원센터의 시범 설치 및 운영
 - 지자체와 협의하여 수요 파악, 희망 지자체 대상 신규 시범사업 운영
 - 심리지원센터 서비스 전달 추진 체계 확립 및 기존 정신건강서비스 전달체계와의 연계 체계 구축
 - 코로나 위기로부터 마음건강을 지키는데 도움이 될 수 있는 인터넷 기반 인지행동치료 및 COVID coach와 같은 어플 개발 및 효과검증 및 보급
- 코로나 위기상황에서 대국민에 대한 보편적 개입
 - 대국민 캠페인, 홍보, 대중교육

- 정상적인 스트레스 반응으로의 정상화, 낙인과 차별 방지
- 긍정적, 희망적인 메시지, 건강한 스트레스 대처방법, 건강한 가족 내 의사소통방법, 갈등해결방법 안내
- 다양한 방역 여가활동, 비대면 방식의 '연결감'을 느낄 수 있는 다양한 방법 안내와 마련

* 지자체에서 지역별 안전한 여가활동 및 야외 활동에 대한 정보 안내

○ 대국민 지역사회정신건강 서비스 접근성 확보

- 지역사회 기관에서 정신건강 정보제공, 정신건강 스크리닝, 정신건강 상담을 손쉽게 받을 수 있는 제도 마련
- 정신건강복지센터 상담전화(1577-0199), 마음건강앱(국가트라우마센터)에 대한 언론 홍보 활성화, 지자체 행정복지센터, 통반장, 거주지 관리사무소 등을 통한 홍보 활성화

○ 코로나와 같은 스트레스 상황이 장기적으로 지속되는 환경에서 우울, 불안, 분노와 같은 다양한 정신건강의 어려움은 흔히 발생하기 쉬운 문제라는 점을 주요 언론사 및 SNS를 활용하여 홍보

○ 코로나 감염을 최소화 하며, 사회활동을 할 수 있는 지역사회 환경 개선(예, 어반캠퍼스, 밀집도를 낮추고 이용할 수 있는 모습의 공원 조성 및 정신건강 친화적 감염 최소 환경 표준 마련)

○ 학교 내 커리큘럼으로 전문가가 개발한 프로그램*을 선생님이 교육받아 수업의 일환으로 제공

* 코로나 환경에서 친구사귀기, 여가활동하기, 효율적 학습하기 등 아동·청소년의 관심사에 맞는 프로그램을 커리큘럼 안에 자연스럽게 포함

□ 코로나 상황에서 확진자, 격리자 및 그 가족, 유가족, 정신건강 위험군에 대한 정신건강서비스 제공과 사례관리

○ 확진자, 격리자, 그 가족, 유가족에 대한 정신건강서비스와 사례관리

- 확진자와 가족의 정신건강 문제 스크리닝, 조기개입, 사례관리

- 유가족에 대한 애도상담 지원
- 격리자와 가족에 대한 정신건강 상담, 심리사회적 지지서비스 제공
- 심리지원센터를 활용한 심리평가 및 심리상담 실시 및 자격이 검증된 민간 심리상담센터를 통한 심리서비스 실시(바우처 등 활용)
- 지역사회 내 확진자, 격리자에 대한 낙인과 차별 해소를 위한 공중보건 교육, 언론 홍보 강화, 가짜뉴스와 거짓정보에 대한 단속 강화

○ 정신건강 위험군에 대한 지원과 적극적인 정신건강서비스

- 20대, 30대 청년층에 대한 적극적인 지원
- 청년들에 대한 정신건강문제에 기반한 적극적인 사례관리 서비스 제공
- 1인 가구 청년들에 대한 정보제공 및 심리사회적지지 서비스
- 고용, 노동과 정신건강 결합 서비스 제공
- 30대 여성에 대한 돌봄의 공백, 일·가정 양립의 어려움 해소방안 제공
- 희망복지지원단 사례관리 대상자(취약계층)에 대한 적극적인 심리사회지지 서비스 제공과 가족갈등 해결을 위한 적극적인 상담제공
- 지역사회의 유관 기관들의 적극적인 사례관리를 통해 정신건강 문제 조기 발견과 적극적인 정신건강 서비스 및 치료 연계를 통한 서비스 분절 방지

□ 코로나 상황에서 고위험 집단에 대한 집중적인 정신건강의학과 치료와 심리사회 지원서비스 제공

○ 우울, 불안 등 위험군, 자살 위험군, 정신질환자, 정신장애인 등 고위험 집단에 대한 정신과적 치료와 심리사회지원서비스 제공

- 정신건강의학과, 정신건강복지센터를 통한 약물치료, 사례관리 등의 의료 및 복지서비스 실시

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

-정신건강복지센터 사업의 한 부분인 국민정신건강증진 사업팀을 더욱 확대하여 일반 국민과 코로나 우울 극복을 위한 심리지원사업을 통합적으로 제공하는 것이 더 바람직함. 지역사회 유관기관, 특히 인증된 민간상담기관과의 네트워크를 구축하여 연계체계를 만드는 것이 필요

제3절 정신질환자 회복 지원 및 사회 통합 추진

1. 현황 및 문제점

가. 주요 정신의료서비스 현황

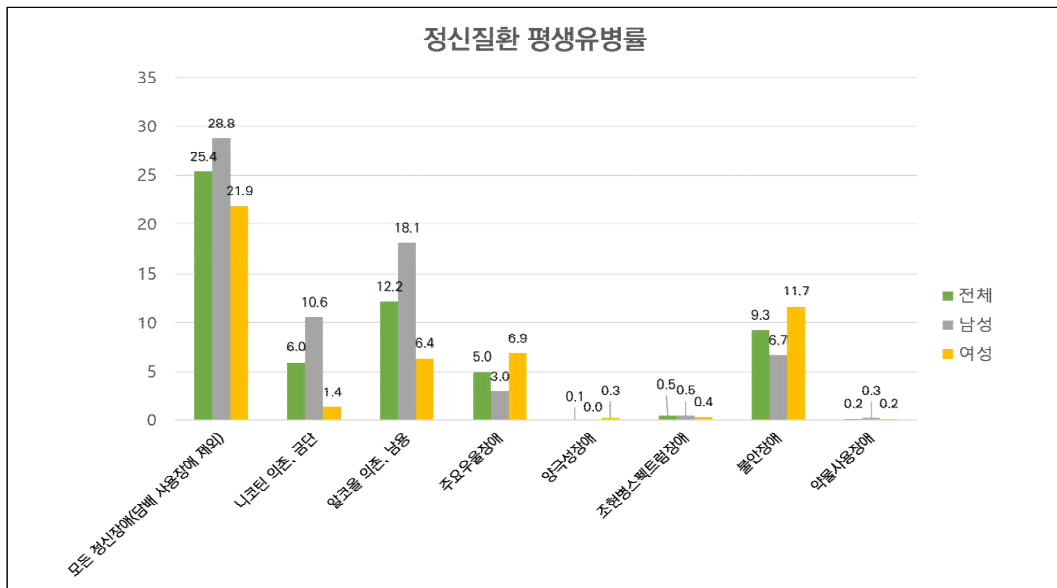
□ 정신의료 서비스 현황

○ 정신질환 평생 유병률

- 정신질환 평생유병률은 25.4%로 18세 이상의 국민 4명 중 1명은 평생 동안 한 번 이상은 정신과적 질환을 경험하는 것으로 나타남(보건복지부(2017). 2016년도 정신질환실태조사).

* 남성 28.8%, 여성 21.9%가 평생 동안 한 번 이상 정신과적 질환을 경험

[그림 3-6] 정신질환 평생유병률(%)

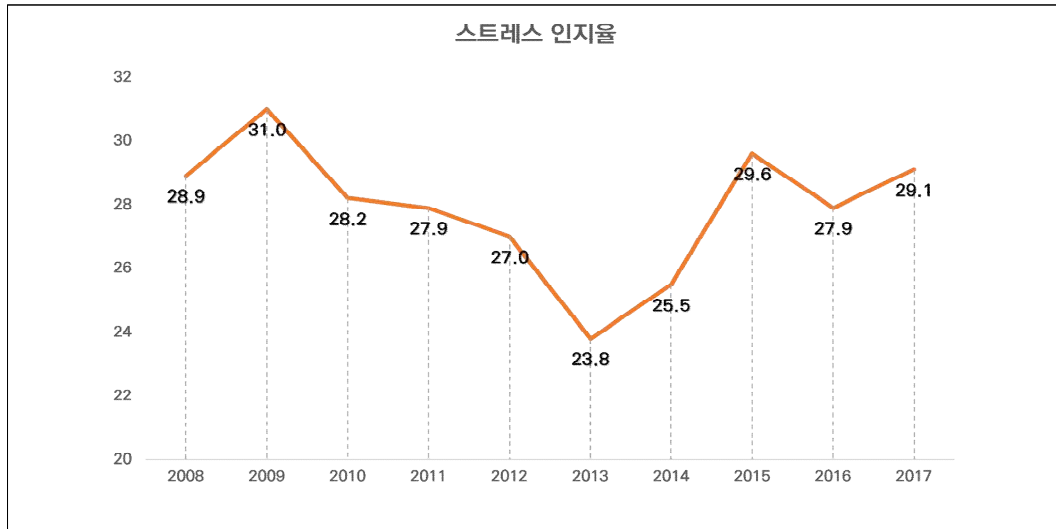


자료: 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환실태조사.

○ 평균 재원기간

- 2019년 중증정신질환으로 퇴원한 환자는 1,517명이며 평균 입원 횟수는 1.4회, 재원기간 중앙값은 36.0일로 나타남.

[그림 3-7] 스트레스 인지율(%)



주: 1) 치매(F00-F03)제외. 만 15세 이상

2) 중증정신질환 진단코드(F20-29, F30.0-F30.9, F31.0-F31.9, F32.1-F32.3, F33.1-F33.3)

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019.

○ 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 정신질환자 실태 조사에서 추정된 니코틴 사용 장애를 제외한 모든 정신장애가 102%(51,778,544명)으로 추정되어, 이를 적용한 결과

○ 정신건강 문제 고위험군 치료연계율

- 정신건강 문제 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 3-2〉 정신건강 문제 고위험군 치료연계율

(단위: 명, %)

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	6,571	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)	7,888 (5.1)	2,57 (2.2)

주: 1) 자살문제 제외

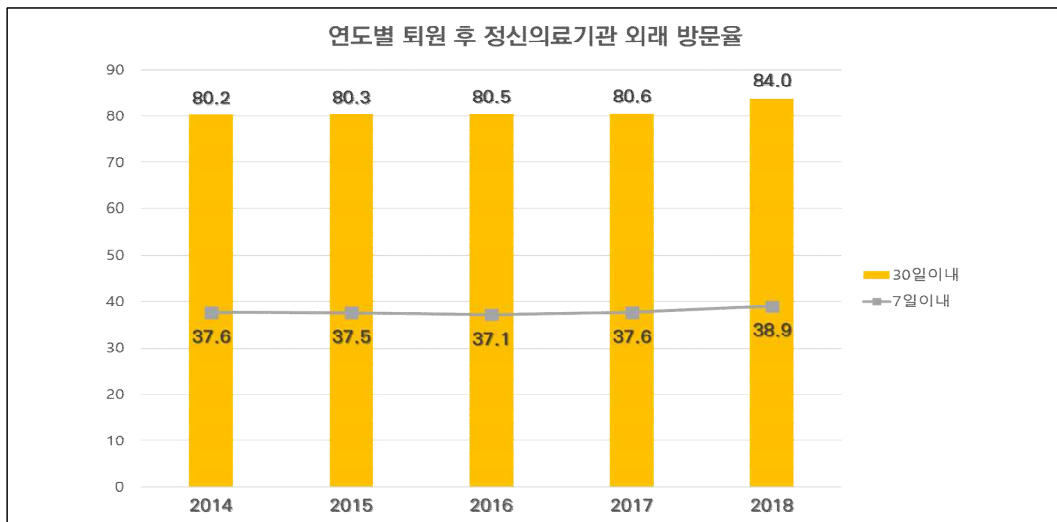
2) 우울문제 제외

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

○ 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.

[그림 3-8] 연도별 퇴원 후 정신의료기관 외래 방문율(%)



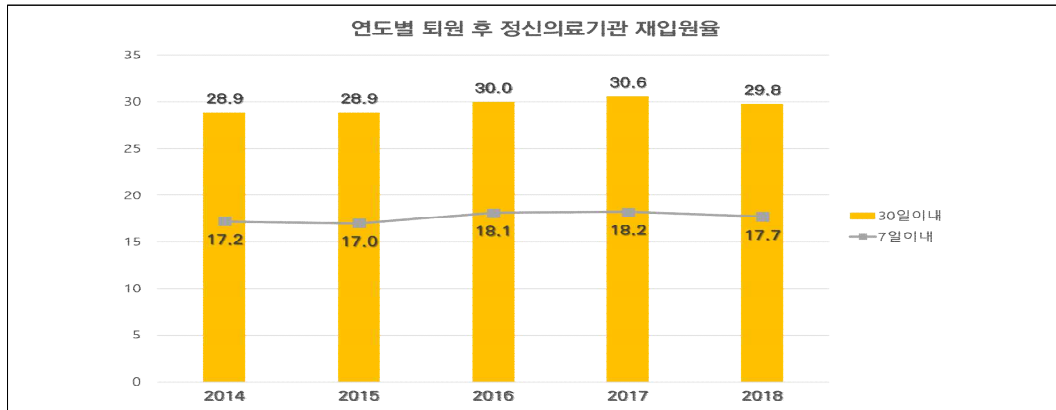
자료: 최지숙 외. (2019). 2018년 정신건강 의료이용 현황. 건강보험심사평가원.

○ 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 정신의료

기관에 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).

[그림 3-9] 연도별 퇴원 후 정신의료기관 재입원율(%)

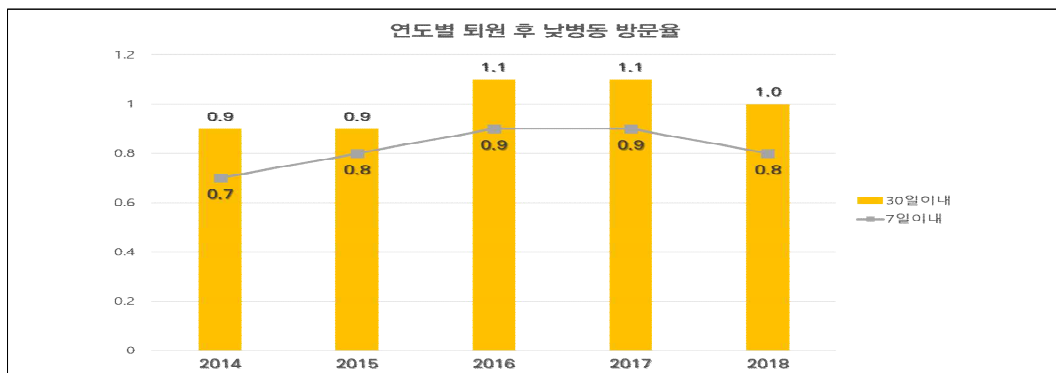


자료: 최지숙 외. (2019). 2018년 정신건강 의료이용 현황. 건강보험심사평가원.

○ 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%로 나타남(최지숙 외, 2019).

[그림 3-10] 연도별 퇴원 후 낮병동 방문율(%)



자료: 최지숙 외. (2019). 2018년 정신건강 의료이용 현황. 건강보험심사평가원.

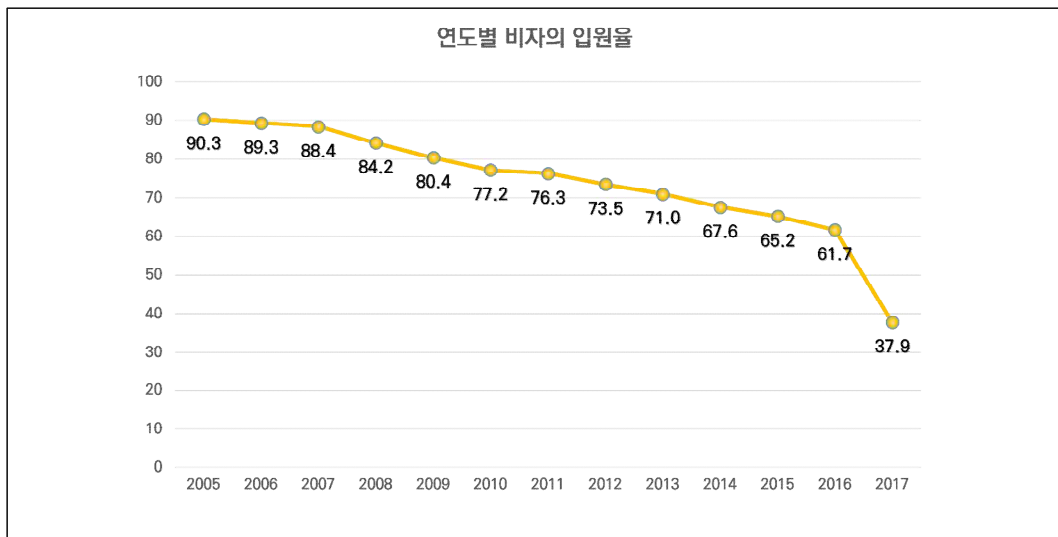
○ 비자의 입원율

- 해당년도 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 낮아졌음.

* 비자의 입원은 정신건강복지법 제41조 자의입원과 제42조 동의입원의 형태를 제외한 형태의 입원을 의미하며, 제43조 보호의무자에 의한 입원, 제44조 시·군·구 청장에 의한 입원, 제50조 응급입원이 포함됨.

- 이는 2017년 개정된 정신건강복지법의 효과로 추정되며, 비자의 입원이 감소한 만큼 자의입원이 증가하고 있어 입원 형태가 바뀌는 양상을 보임.

[그림 3-11] 연도별 비자의 입원율(%)



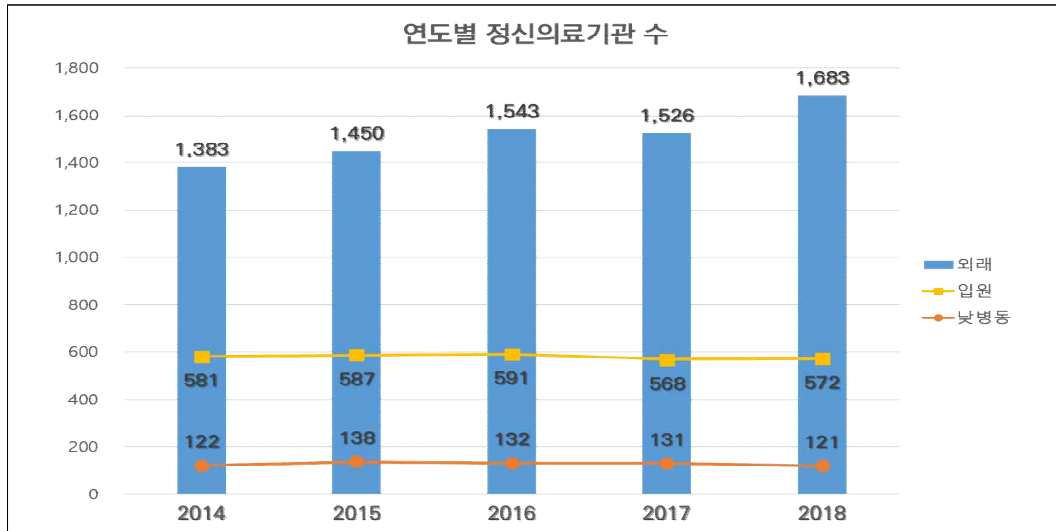
자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2018).

□ 정신의료 인프라 현황

○ 정신의료기관 수

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

[그림 3-12] 연도별 정신의료기관 수(개소)

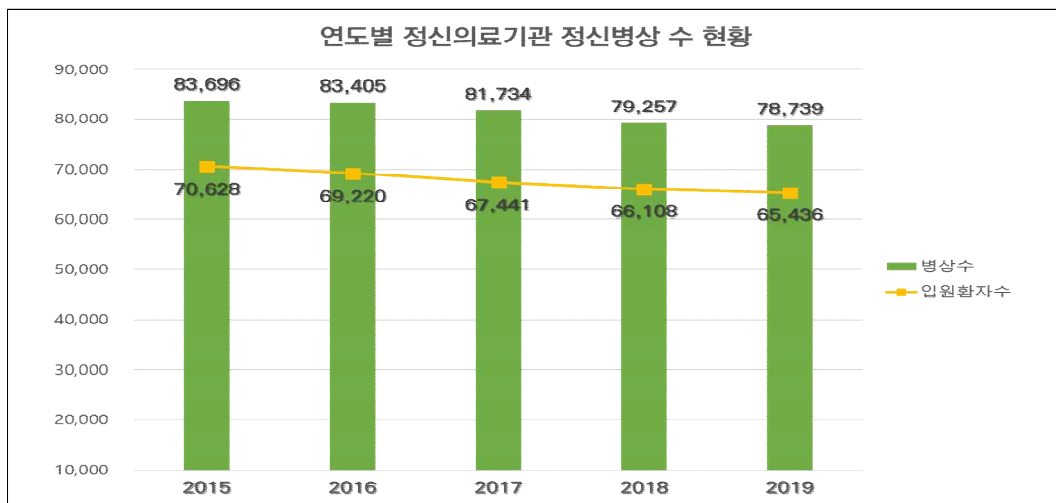


자료: 최지숙 외. (2019). 2018년 정신건강 의료이용 현황. 건강보험심사평가원.

○ 정신병상수

- 지난 5년 간 정신병상 수를 살펴보면 병상 수와 입원환자 수 모두 약 0.90% 감소하였음.

[그림 3-13] 연도별 정신의료기관 정신병상 수 현황(병상)



주: 2019년 12월 31일 기준

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019

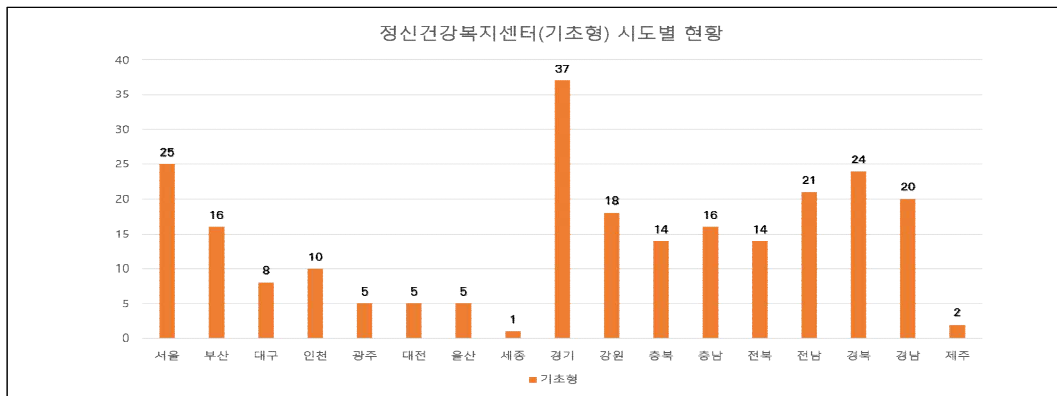
나. 주요 지역사회 정신질환자 지원 현황

□ 정신건강복지시설 현황

- (정신건강복지센터) 광역형과 기초형으로 구분하며, 2019년 12월 31일 기준, 광역형 16개소(각 시도별 1개), 기초형 241개소가 설치·운영 중임.

[그림 3-14] 기초정신건강복지센터 시도별 현황

(단위: 개소)



자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019

- (정신건강요양시설) 2019년 12월 31일 기준 정신요양시설은 59개소이며, 정원 수는 13,145명임.

〈표 3-3〉 정신요양시설 및 정원 현황

(단위: 개소, 명)

시도	시설 수	정원 수	시도	시설 수	정원 수
전국	59	13,145	경기	6	1,848
서울	3	710	강원	-	-
부산	3	720	충북	4	957
대구	3	667	충남	10	1,624
인천	2	322	전북	4	871
광주	4	655	전남	4	1,088
대전	4	834	경북	5	1,331
울산	1	150	경남	4	963
세종	1	155	제주	1	250

주: 시·도별 정신요양시설 수는 운영주체 기준임

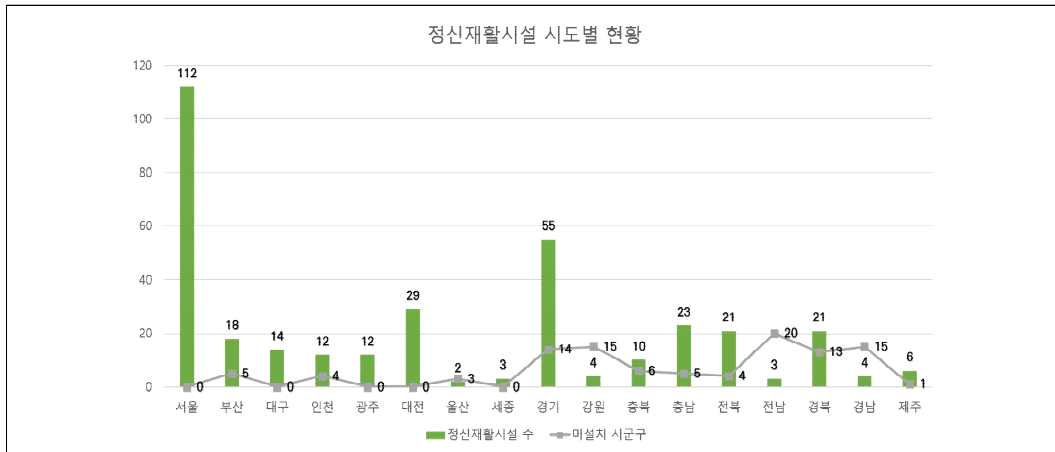
자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020) 국가 정신건강현황 보고서 2019

- (정신재활시설) 정신재활시설의 유형은 생활시설, 재활훈련시설, 중독자재활시설, 종합시설로 구분되고, 2019년 12월 31일 기준 정신재활시설은 349개소이며, 기초지자체 229개 중 105개는 설치되어 있지 않음.

- 정신재활시설 중 65.7%가 수도권에 집중되어 있어 특정 지역의 편중되어 있음.

[그림 3-15] 정신재활시설 시도별 현황

(단위: 개소, 지역)



자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020), 국가 정신건강현황 보고서 2019

〈표 3-4〉 정신재활시설 시도별 현황

(단위: 개소, 명)

시도	개소수	생활시설	재활훈련시설					중독자 재활시설	종합 시설	미설치 시군구
			주간 재활시설	공동생활 가정	지역사회 전환시설	직업재활 시설	아동청소년 정신건강 지원시설			
전국	349	17	83	190	7	14	13	4	21	105
서울	112		25	63	4	5	11	3	1	
부산	18		7	6		3			2	5
대구	14		8	4				1	1	
인천	12		4	7		1				4
광주	12	1	7	4						
대전	29	2	5	20					2	
울산	2		2							3
세종	3	1		2						
경기	55	1	9	38	3	3			1	14
강원	4	1	1	2						15
충북	10	2	3	4					1	6
충남	23	4	1	17					1	5
전북	21	2	2	8		1			8	4
전남	3	1			1				1	20
경북	21	2	5	13					1	13
경남	4		2						2	15
제주	6		2	1		1	2			1

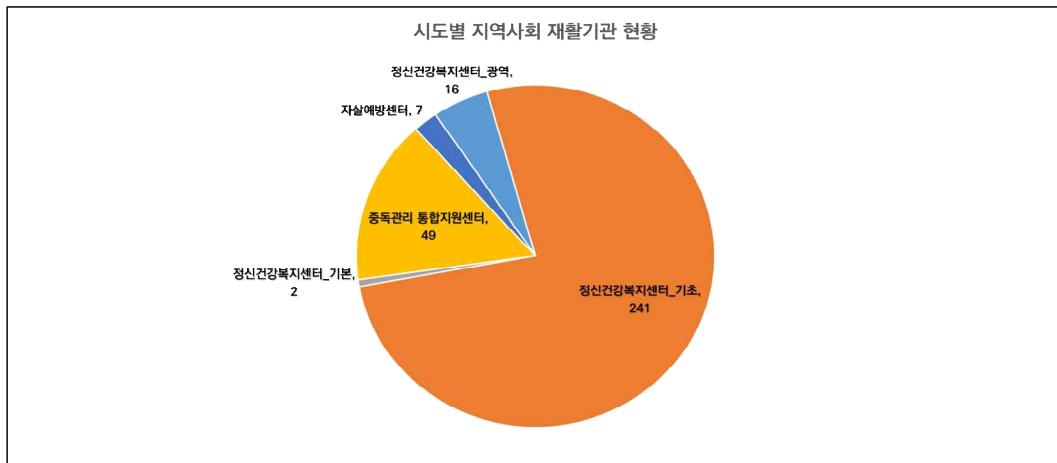
자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020) 국가 정신건강현황 보고서 2019

- (지역사회 재활기관) 지역사회 재활기관은 대부분 정신건강복지센터에서 이루어지고 있으며, 대부분 위탁 운영되고 있음.

- 위탁 운영: 광역정신건강복지센터 16개소(100%), 기초정신건강복지센터 150개소(62.2%)

[그림 3-16] 시도별 지역사회 재활기관 현황

(단위: 개소, 지역)



자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019

○ 지역사회 재활서비스 이용률

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

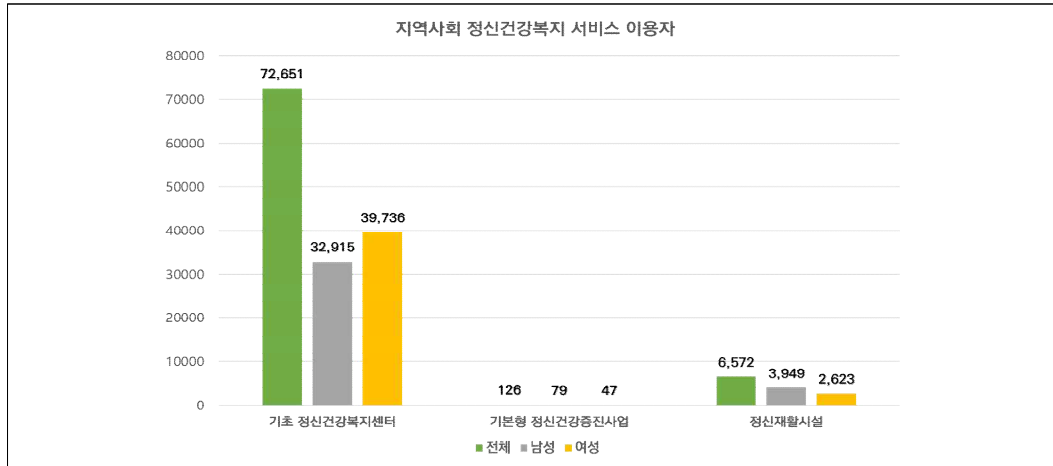
□ 지역사회 정신건강복지 서비스 현황

○ 지역사회 정신건강증진사업 등록·이용·입소자 수

- 2019년 12월 31일 기준, 기초 정신건강복지센터 등록자는 72,651명, 기본형 정신건강증진사업 등록자는 126명, 정신재활시설 이용자는 6,572명으로 나타남.

[그림 3-17] 지역사회 정신건강복지 서비스 이용자

(단위: 명)



자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020), 국가 정신건강현황 보고서 2019

□ 지역사회 등록 정신질환자의 취업률 및 불안정 거주율

○ 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 포괄하더라도 재활서비스를 통해 경제활동까지 이어진 경우가 많지 않다는 점에서, 정신질환자들은 정신적인 문제와 더불어 경제적 어려움에 함께 노출되어 있음을 알 수 있음(전진아 외, 2019).

○ 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 관리받지 못하고 있어 재활의 가능성이 낮고, 이러한 상황은 지난해에 비해 악화된 것으로 보고되어 거주 공간의 확보가 시급함(전진아 외, 2019).

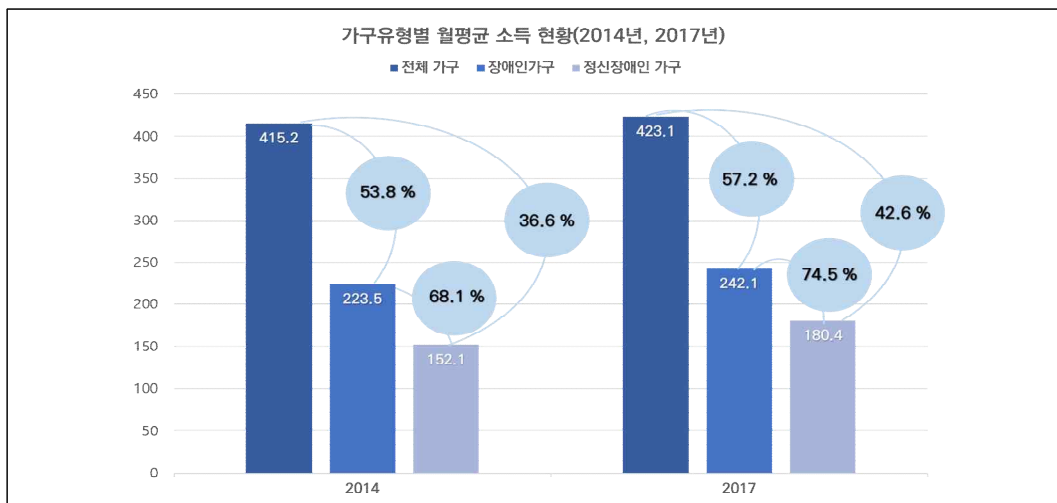
□ 정신장애인의 경제 상태

○ 정신장애인 월평균 소득 현황

- 장애인 가구의 경우, 장애 가구원은 장애로 인해 경제활동에 참여하기 어려우며, 비장애 가구원도 장애 가구원의 돌봄으로 경제활동에 제약을 받는 경우가 많음. 특히 정신장애는 차별적인 인식 및 편견으로 경제활동에 참여하더라도 장애인에 비해 더 빈곤할 가능성이 높음.

[그림 3-18] 가구유형별 월평균 소득 현황(2014년, 2017년)

(단위: 만원)



자료: 2019 장애인통계연보(한국장애인개발원) 재구성; 중앙정신건강복지사업지원단, (2020). 정신건강동향 vol.21

주: 1) 전체가구는 통계청 가계동향조사 자료로 2014년, 2017년 6월 기준임.

2) 장애인가구 및 정신장애인가구는 「2014·2017 장애인실태조사」자료임.

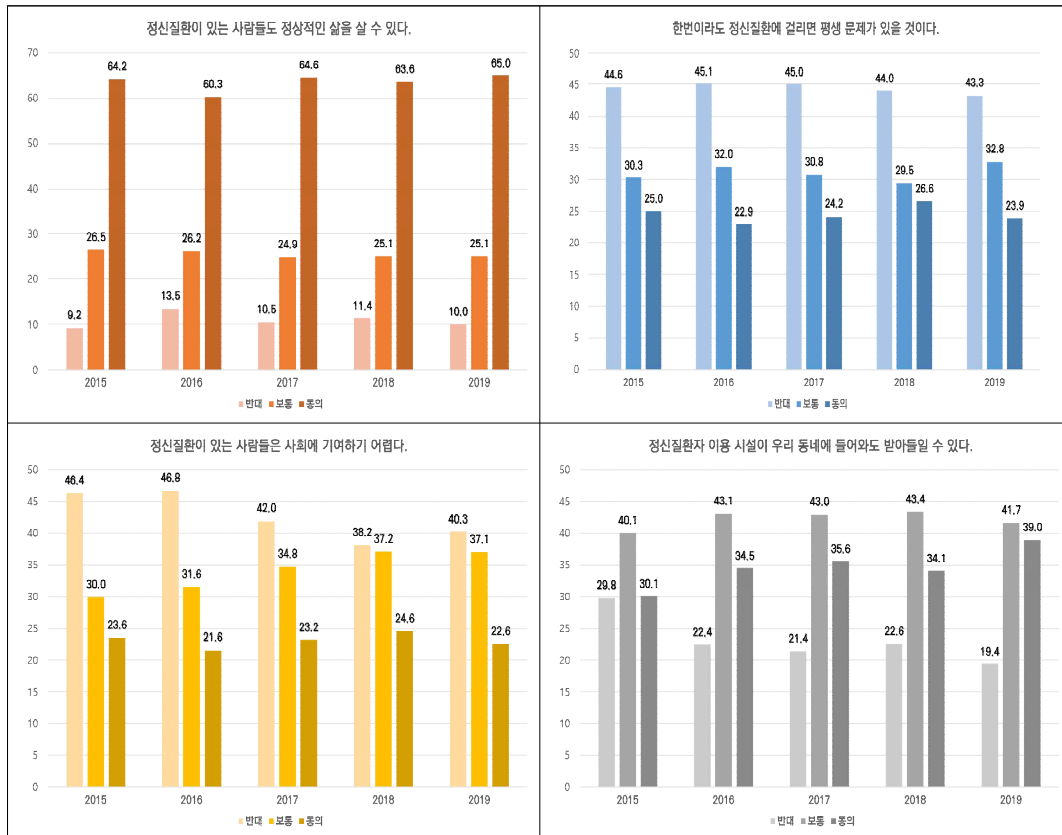
3) 「2014년 장애인실태조사」는 전국 가구(2인 이상 기준)의 월평균 소득자료를 사용하였으나, 장애인 1인 가구 비중 증가등을 고려하여 「2017 장애인실태조사」에서는 전국가구(가구원수 별 가계수지 중 1인 가구를 포함한 자료)의 월평균 소득자료를 사용함.

□ 정신질환에 대한 인식 및 태도

- 정신질환에 대한 인식 및 태도의 변화를 살펴보면, ‘정신질환이 있는 사람들도 정상적인 삶을 살 수 있다.’는 질문에 ‘동의’라고 응답한 비율은 꾸준히 60% 이상을 차지하고 있으며, 2016년 감소하였다 반등하였음.
- ‘한번이라도 정신질환에 걸리면 평생 문제가 있을 것이다.’라는 질문에 ‘반대’라 응답한 비율은 40%를 유지하고 있으나, 감소하고 있음.

- ‘정신질환이 있는 사람들은 사회에 기여하기 어렵다.’는 질문에 ‘반대’라고 응답한 비율은 2017년을 기점으로 감소하였음.
- ‘정신질환자 이용 시설이 우리 동네에 들어와도 받아들일 수 있다.’는 질문에 ‘동의’라고 응답한 비율은 꾸준히 증가하고 있음.

[그림 3-19] 정신질환에 대한 인식 및 태도(%)



주: 1) 정신질환에 대한 인식 및 태도 2015-2019년 대국민 정신건강 지식 및 태도조사에서 공통적으로 측정된 문항들 중 일부를 제시한 것임.

2) 정신질환에 대한 인식 및 태도는 조율값임.

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019

다. 정신의료 및 지역사회 정신건강복지 정책 현황

- 2016년 개정된 정신건강복지법을 통해 동의입원 시설 및 입원 적합성심사위원회 신설 등 강제입원제도의 변화가 있었음. 또한 복지서비스의 제공에 관한 장을 신설하여 정신질환자에 대한 의료서비스 뿐 아니라 고용 및 직업재활, 평생교육,

문화·예술·여가·체육활동, 거주·치료·재활·지역사회통합 지원, 가족지원 등에 대한 내용을 규정하고 있음.

- (동의입원의 신설) 자발적 입원의 한 유형으로 자의입원 외에 보호의무자와 환자가 함께 입원을 신청(동의)하고 환자 증상을 고려해 퇴원이 제한되어 강제입원으로 전환될 수 있는 동의입원제도를 신설함.
- (입원적합성심사위원회 신설) 강제입원에 대한 최초입원심사기관으로 국립정신병원 산하에 정신건강의학과 전문의, 변호사, 가족 대표 등으로 구성된 합의체 ‘입원적합성심사위원회(입적심)’을 신설하고, 심사·의결기관에 의해 강제입원의 적법성과 필요성을 심사함.
- (병원기반 사례관리(다학제적 지원) 건강보험 재정으로 의료기관에서 치료 중인 조현병의 초기에 집중적 정신사회적 중재를 제공하여 재발을 방지하고 회복을 촉진함.
 - 의료기관에서 외래 방문 점검, 투약 관리, 단기 사례관리, 가족교육, 인지행동치료를 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 연계를 추진함.
- (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 관리함.
- (복지서비스 제공) 정신장애인 복지서비스로서 연구지원 체계 구축, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등의 근거규정 마련함.
- (정신보건수첩 제공) 정신보건수첩은 퇴원하는 환자에게 지역사회 지원시설들의 정보제공 차원에서 제공되는 것이고 비치할 의무만 있을 뿐 직접 제공할 의무는 없어 병원 현장에 별다른 영향을 미치는 내용은 아니지만, 각종 권리구제 수단을 기재해 놓으면 환자들이 인신보호청구 등을 할 기회가 될 것임.

- (정신요양시설) ‘의학적 치료’가 어려운 정신질환자들로 입소대상을 명확히 하고, 아동·청소년은 정신요양시설 이용을 제한하여 지역사회 치료·복귀시설로 유도함.
- (지역사회 통합돌봄 사업) ‘19.6부터 경기 화성시를 시작으로 정신질환자 대상 지역사회 통합돌봄 사업을 실시함. 자립체험주택 및 자립 생활주택 운영 지원 사업, 의료기관 퇴원 지원사업, 정신질환자 절차보조사업, 지역사회 초기적응 지원사업 등 정신질환자가 지역사회에서 함께 살아가기 위한 사업을 제공함.
- (성년후견제도) 2017년부터 정신질환자 성년후견제도를 실시하여 의사결정 능력에 제약이 있는 정신장애인을 위한 공공후견인제도 실시의 기반을 마련하였으나, 피후견인 스스로 결정할 의사능력이나 신상결정능력이 없다고 판단되는 경우 후견인의 법정 대리권을 통한 의사결정 대항으로 이행하도록 하는 등 한계점을 보였음.
- (절차보조사업) 정신질환자의 입원치료 과정에서 치료 필요성 등을 이해하는데 도움을 주고, 각종 절차를 보호하여 치료과정에서 자기주도적으로 참여할 수 있도록 하며, 정서적지지 등을 통해 치료과정을 잘 마치고 퇴원 시에 지속적인 치료·재활 서비스 연계함에 목적을 가짐. 2018년 12월부터 서울, 경기, 부산 3개 지역에서 시작되었으며, 정보전달, 의사표현지원, 각종 절차지원, 퇴원 후 치료 및 지역사회 연계 계획 이행 지원, 동료지원을 제공함.
- (인권 강화) 정신질환 이력자, 가족, 인권전문가 등이 포함된 ‘인권지킴이단’ 운영을 통한 시설 내 처우, 인권침해 등 모니터링, 「인신보호법」의 인신보호관제도를 통한 구제청구, 국립병원에 ‘특별사법경찰관’을 통한 인권침해, 불필요한 회전문식 재입원 등 조사·처분함.

라. 문제점

□ (주요 문제점❶) 정신질환으로 인한 높은 사회경제적 비용

- 정신질환에 대한 편견이나 지역사회 정신건강 인프라(시설·인력) 부족으로 조

기발견 실패, 치료중단, 만성화의 악순환이 이어져 이로 인한 사회경제적 비용이 계속 증가함.

- 특히 생산성 손실까지 고려하면 23조 원에 달하고⁶⁾, 연령이 낮고, 질환이 만성화 될수록 더욱 높아져, 향후 GDP의 4%를 상회할 것으로 예상됨⁷⁾.

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

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

□ (주요 문제점②) 조기발견 및 조기치료의 높은 사회경제적 효과에도 불구하고 조기개입 및 조기대응은 미흡함.

○ 많은 조현병 환자들이 조기에 치료받지 못하고 치료 중단으로 증상 악화가 잦음.

* 영국의 연구에 따르면 조기개입은 재입원 감소로 3년간 35% 비용절감('08), 조기개입에 투입되는 1파운드는 결과적으로 18파운드 절감('10)

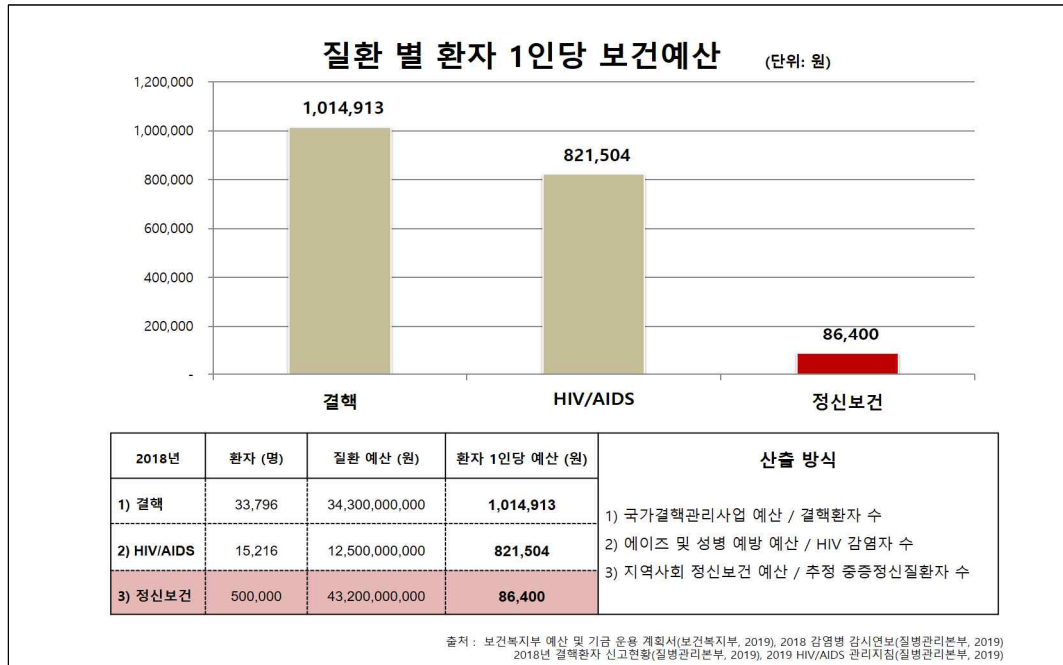
- 우리나라의 질환별 환자 1인당 보건예산을 보면, 정신질환에 대한 예산은 OECD 평균과 비교해 1/3에 못 미치는 수준임.

* 영국의 연구에 따르면 조기 중재 서비스를 받는 환자의 인당, 연간 경제적 절감 비용의 평균은 £4031 (약 600만원)으로 나타났으며, 조기 중재 서비스를 받는 환자들이 서비스를 이용하지 않는 환자들에 비해 취업 가능성이 116% 높은 것으로 보고됨. 이는 결과적으로 약 £21700000 수준의 생산성 증가라는 경제적 효과 예측 (A Tsiachristas et al., 2016).

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

7) OECD(2014). Making mental health count

[그림 3-20] 질환별 환자 1인당 보건예산



- 초기 정신질환은 대부분 가족에 의해 발견되며, 사회적 편견과 차별로 발병 초기에 집중치료를 받지 못하는 상황이 발생함.

* 조현병 발병 후 치료받기까지 기간은 약 56주에 이르러 WHO 추천 12주보다 상당히 긴 수준

* 연간 약 1.1만명의 중증 정신질환자들이 입원 치료할 만큼 증상이 악화된 상태에서 첫 치료 시작('19 중증·정신장애인 의료체계 실태조사)

○ 조현병은 주로 청년기에 발병하고, 초기 집중치료* 시 예후를 호전시키나 약물 처방에만 집중, 특화된 서비스 제공 프로그램이 부족함.

* 조현병 환자는 결정적 시기(발병 후 5년 이내) 동안 가장 잦은 재발, 가장 높은 자살률, 뇌의 변화, 지속적인 기능 저하 등이 나타나므로 적극적인 관리 필요

- 중증정신질환자 상담, 사례관리, 정신건강서비스 지원 등이 정신건강복지 센터에만 의존, 만성화된 환자 관리에 치우쳐 있음.

* 지역사회에서 중증정신질환을 조기발견하여 의료기관으로 연계하는 체계가 활발하게 작동 필요

□ (주요 문제점③) 정신응급상황에 대한 적시 개입을 위한 대응체계가 미흡함.

○ 정신응급환자에 대한 현장대응·이송에 대한 관련기관(경찰·소방·정신건강복지센터) 상호간 이해 부족으로 입원 연계 시 갈등상황 발생이 빈번함.

- 경찰 및 소방이 응급입원 및 환자 이송을 꺼리는 구조, 정신건강복지센터의 부족한 인력·예산 등으로 정신응급환자에 대한 현장 대응 및 이송 미흡함.

* 2019년 4월 이후 환자 이송과정에서 경찰의 개입이 증가하면서 가족의 요청이나 경찰·구급대원의 판단에 따라 환자를 호송하는 건 증가 추세

- (공적 기관의 이송 저조) 정신건강복지법 시행 이후에도 환자의 호송은 가족의 책임으로 유지되면서 사설이송단을 활용하는 방법 외에는 선택지가 없는 상황임.

* 연간 강제입원 약 4만여 건 중 가족과 사설이송단을 통해 이송된 건이 75% 이상을 차지

○ 각 시·도별로 정신응급상황에서의 대응주체와의 협조문제, 물리적(이동거리 등) 환경에 따른 여건, 지역 내 의료기관 부족 등으로 인해 응급출동 가능여부에 대한 지자체 여건은 모두 상이함.

* 1577-0199 핫라인을 운영하고 있는 전국 17개 시·도 중 야간 및 휴일에 응급출동이 가능한 곳은 7곳으로 서울, 인천, 대구, 광주, 제주, 경남, 부산임.

○ 응급상황에서 24시간 정신건강의학과 진료가 가능한 응급의료기관, 정신응급 등이 부족하며, 전문의 및 인력 부족, 병실부족, 외상 등 동반 신체질환 치료곤란 등의 사유로 응급상황 시 환자를 이송할 적정 병원을 찾지 못하는 사례 빈번하게 발생함.

- 퇴원 후 치료가 단절된 사람들에게서 발생할 수 있는 응급상황의 빈도는 많아지고 있으나, 정신응급상황 시 입원가능한 병상은 줄어들고 있는 실정임.

- 정신건강의학과 진료를 제공할 수 없는 응급실과 정신병원간 진료연계를 통해 지역 내 정신응급환자 대응체계 마련이 필요함.

* 전국 415개 응급의료기관 중 정신응급의료기관은 210곳으로 전체의 50.6%에 그치고 있으며, 응급의료시설을 갖춘 의료기관 115개 중 정신응급의료기관은 10곳⁸⁾에 불과

* 2020년 1월 1일부터 2년간 2022년 12월 31일까지 2년간「정신응급의료기관지정 시범사업 실시

〈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 정신건강의학과 전문의의 자문을 받아 의사결정의 도움을 받을 수 있음. 신체적 문제가 있어도 시립정신병원 정신응급실에 입원이 가능함.

○ 환자는 병식이 없고 치료비용에 대한 부담 등으로 입원이 원활하게 이루어지지 않는 경우가 발생함.

* 응급환자의 난이도에 비해 비용보상이 적고, 미수금 발생 등으로 응급입원 활용 낮음. 보호의무자 책임이 강조되는 보호의무자에 의한 입원이 대부분

□ (주요 문제점④) 정신의료기관 환경 개선을 통한 치료친화적 환경 조성이 필요함.

○ 감염에 취약한 정신병동 시설기준이 코로나19 집단감염* 원인으로 지목되고, 감염병 동반 정신질환자의 격리치료시설이 부재함.

* 확진자: 청도대남병원 104명 중 102명('20.2월), 대구제2미주병원 286명 중 182명('20.3월)

- 정신병원은 폐쇄된 병동 구조, 다인실 및 공동화장실 이용, 집단치료 환경, 병동내 자유로운 환자이동 등으로 감염에 특히 취약함.

* 자연환기가 어렵고(창문, 출입문 폐쇄), 다인실 위주이며, 설치 소모품으로 인한 자해 위험을 낮추기 위해 공용 화장실·목욕실 설치·운영 중

- 정신병원 내 감염관리 담당 인력 부재 및 감염관리 활동이 미흡함.

- 정신병원은 감염병 등 신체질환 치료에 한계*가 있어 감염치료를 위한 시설·인력을 확충하거나 종합병원을 활용할 필요가 있음.

* 음압병실 등 감염병 관리시설과 산소공급기, 인공호흡기 등 내과 치료설비 미비 등

○ 초발 및 급성기 환자의 적극적 치료를 통해 만성화를 방지하고, 장기입원 중인 만성환자는 적극적인 재활치료를 통해 사회복귀를 돕고, 퇴원이 어려운 난치성 중증정신질환자의 치료 및 보호를 위한 정신의료기관의 치료 환경 개선 필요함.

- 정신건강전달체계에서 환자의 치료 및 간호 요구도에 따라 정신의료기관 유형에 따른 역할과 기능을 고려하여 장기입원 체계개편을 위한 정책전략 수립이 필요함.

• 장기입원은 정신질환자의 사회복귀를 어렵게 하고 사회적 편견을 강화하여 지역사회통합을 저해함.

* 우리나라의 2016년 조현병, 분열형 및 망상장애 환자의 평균재원기간은 196.4일로 OECD 국가 중 1위(2위 영국 100.4일, 3위 칠레 84.6일)

* 정신의료기관 유형별 평균 재원기간: 정신병원 156.3일, 병원 정신건강의학과 128.1일, 입원시설을 갖춘 정신건강의학과 의원 101.5일, 종합병원 정신건강의학과 45.8일('17)

○ 환자의 중증도 및 간호요구도 등을 반영하지 못하는 정신의료기관 시설 및 인력기준은 적극적인 치료 제공에의 한계 초래. 적극적인 치료를 위해 환자의 중증도 및 간호요구도에 따라 종사자수 확보 및 이를 위한 수가 반영이 필요함.

- 현행 정신병동은 시설 및 인력기준의 차이가 없고 같은 병동 내에 급성기 환자, 회복기환자, 중증난치성 환자 등이 구분되지 않고 운영되어 환자 요구도에 맞는 정신의료서비스를 제공하기가 힘들.

○ 입원시 의료비 부담이 없는 의료급여 1종은 장기입원의 주요 요인이지만 퇴원을 유도할 지역사회 거주·자립 기반은 부족한 상황임.

* 장기입원 조현병 환자의 경우 의료급여 환자가 73.7%('16년 정신질환실태조사)

* 2017년 정신건강의학과 의료급여환자 정액수가 개편 후 1일당 정액수가를 4단계로 차등구분하고 수가를 인상, 2019년 6월 의료급여 수가체계 개편으로 약제비가 행위별 수가제로 전환

□ (주요 문제점⑤) 지속 치료 및 지원을 위한 정신의료기관과 지역사회 정신건강복지서비스 간 연계 강화가 필요함.

○ 장기입원 환자 분류에 따른 사회적 입원환자의 탈원화 전략과 중증난치성 정신질환자는 적절한 치료 및 삶의 질 향상을 위한 관리전략 수립 병행 필요함.

- 장기입원 환자는 사회적 입원으로 장기간 입원하고 있는 환자와 중증난치성으로 지역사회로 복귀가 어려운 정신질환자로 나뉘 수 있으나 환자군의 분류는 이루어지지 않음.

○ 퇴원환자의 지역사회 연계 강화가 필요함.

- * 2019년 10월 24일 정신건강복지법 개정으로 정신건강증진시설의 장이 퇴원환자에 대한 정신보건수첩 등 각종 정보를 안내하고 자료를 비치하도록 의무화
- 퇴원 시 지역사회 연계는 정신의료기관 인증 기준에도 포함되어 지역사회 서비스 연계 활성화를 도모하고자 하나 활성화는 되지 않고 있음.
- 퇴원 시 퇴원교육 및 지역사회 연계를 강화하기 위한 전략이 필요함. 퇴원환자에게 정신보건수첩 등 각종 정보를 안내하고 자료를 제공하도록 의무화와 병원기반 사례관리 사업에 퇴원계획수립 수가 도입이 필요함.

〈표 3-5〉 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) 사례관리요원방문료	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)

자료: 보건복지부. (2019e). 2019년 제1차~제21차 건강심 회의 내용. 보건복지부

- (주요 문제점⑥) 정신건강복지법 개정('17.5.30. 전부개정)으로 정신질환자 복지 서비스가 도입됨에 따라 지역사회 복귀지원 및 신체건강 관리정책이 필요함.
- 정신건강 인프라(시설·인력) 및 사회적 인식 부족으로 퇴원 후 지역사회 복귀가 지연되고, 퇴원환자에 대한 지역사회 지원도 미흡함.
- 사회 적응 훈련을 위한 정신재활시설이 양적으로 부족하고 특정지역에 편중되어 충분한 서비스 제공에 미흡함.
 - 수도권 재활시설이 전체의 51.3% 차지하며, 기초 지자체 228개 중 104개소에 미설치됨.
 - 정신재활시설 이용정원은 6,715명(입소시설 정원 2,529명, 이용시설 정원 4,186명)에 불과함.
 - 지자체는 지역주민의 반대여론*, 운영비 지원 부담** 등으로 정신재활시설 등의 확충에 소극적으로 대응함.
 - 공동생활가정 운영반대('19.4월 부산 금곡), 정신병원 개원 반대('19.5월 경기 오산) 등
 - 정신재활시설 신축 등은 국비에서 50% 보조되나 이후 운영비는 전액 지방비로 부담함.
- 지역사회 정신건강 기초 인프라인 정신건강복지센터 인력 부족 등으로 적극적인 사례관리 등 업무 수행에 한계가 있음.
- 기초센터 내 중증정신질환자 사례관리 인력은 평균 4명 내외이며, 1인당 관리대상이 40명 정도로 업무부담이 높고 향후 업무 급증이 예상됨.
 - 법무부, 병무청, 통일부에서 보호관찰자, 병역재검자, 탈북민 등에 대해 정신건강관리 협력 요구가 증가함.
 - 지역사회 내 정신질환자 중 서비스 이용 거부 등으로 공공기관 개입이 어려운 미등록 대상자에 대한 관리가 필요함.
 - 지역사회 등록자수: ('16년) 94,765명 → ('18년) 88,273명(정신건강현황보고서)

- (주요 문제점⑦) 정신질환자의 자립생활을 위한 주거시설과 서비스가 부족함.
 - 불안정한 주거환경은 정신과적 증상을 더욱 악화시키며, 치료에 대한 접근, 회복과 사회적 참여의 기회를 방해하는 요인임.
 - 정신장애인의 주요서비스 욕구는 주거>소득>고용>의료 vs. 일반장애인의 주요서비스 욕구는 소득>의료>고용>주거(국가인권위원회, 2018).
 - 주거서비스 희망자 중 14.9%만이 주거서비스 혜택 받고 있어 주거서비스에 관한 사회적 수요와 공급의 불균형 문제가 심각함.
 - 정신병원 입원환자들이 퇴원하지 않는 가장 큰 이유*는 퇴원 후 거주공간이 없고 독립생활이 불가하기 때문임.
 - 인권위('18): 퇴원 후 살 곳 부재(24.1%), 혼자 일상유지 어려움(22.0%), 가족과 갈등(16.2%)
- (주요 문제점⑧) 정신질환자가 지역에서 건강하게 즐기면서 삶을 영위할 수 있도록 지원하는 복지서비스가 미흡함.
 - 고용 및 재활, 평생교육, 문화·예술·여가·체육활동, 가족지원 등 정서적·문화적 특성을 반영한 다양한 서비스가 부재함.
 - 정신장애인의 자립에는 소득과 직업이 중요하지만, 제도적 지원이 미흡하여 경제활동 참여가 낮고 소득도 낮음.
 - 장애인 실태조사('17)에서 15개 장애유형의 평균 고용률은 36.9%, 정신장애인은 15.7%(호흡기장애 11.7%, 뇌병변장애 12.2%, 뇌전증장애 15.4%)이며, 국민연금 가입률은 평균 37.7%, 정신장애인은 16.5%로 뇌전증장애(9.8%) 다음으로 낮음.
 - 고용노동부의 중증장애인지원고용제도에 따른 3-7주간의 지원 고용 훈련이 진행중('19~)이나 이는 장애인고용으로 인정되지 않음.
 - 문화·예술 활동이나 교육기회에서 배제되지 않도록 정책적 배려가 필요함.
 - 제한된 공간에서 아무 지원이 없는 단순한 생활을 반복할 가능성이 높아 문화생활이나 여가 활용에 대한 욕구가 존중받지 못하는 경우 발생 가능함.

- 정신질환으로 인하여 학업이 중단된 경우 회복이 되면 대부분 학교에 복학할 수 있지만 복학해도 기능이 저하되어 학교 적응에 어려움이 존재함.
- 장애인 실태조사('17)에서 학교를 다니지 않았거나 중도에 그만둔 이유로 심한 장애로 인해서가 정신장애 29.9%로 평균 5.5%에 비하여 높음(전체 장애 중 뇌전증장애와 지적장애 다음으로 높음).

○ 정신장애인의 활동지원서비스와 생활도우미 이용경험이 매우 낮음.

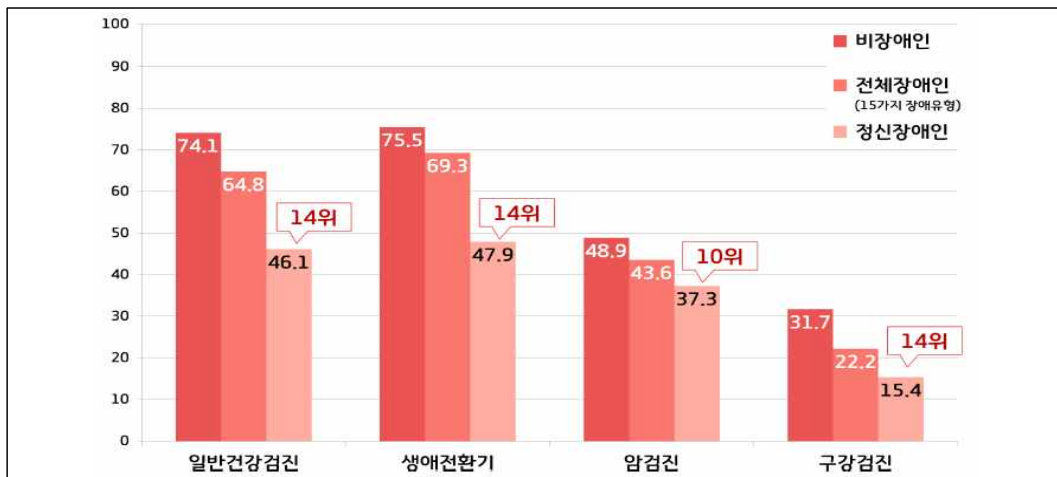
- 장애인 실태조사('17)에서 활동지원서비스/생활도우미 경험률은 자폐성장애 22.9%/2.9%, 지적장애 15.4%/3.3%이나 정신장애는 1.7%/0.6%에 불과함.

○ 정신장애인은 비장애인에 비해 만성질환 유병률이 높고 건강검진 수검률이 낮아 신체질환의 예방과 관리에 취약함.

- 3개 이상의 신체질환 보유: 조현병 환자 23.4%, 일반인구 7.8%('14년 - '15년 심평원)

[그림 3-21] 2016년 기준 건강검진 수검률 비교(정신장애인 vs. 비장애인)

(단위: %)



□ (주요 문제점⑨) 사회 구성원으로서의 정신질환자의 권익 옹호 및 인권보장이 필요함.

○ 정신건강복지법 개정('17)으로 비자의입원 절차 강화로 비자의 입원 비중은 감소하였으나, 국외 주요국가에 비해 여전히 높음.

- 한국: ('16년) 61.6% → ('17년) 37.9% → ('18) 33.5% (독일 17%, 영국 13.5%, 이탈리아 12%)
- 일부 정신질환자의 장기입원·입소 문제는 지속되며 지역사회 서비스 이용자수는 큰 변화 없음.
 - 5년 이상 재원 입원·입소환자 수: (입원) 1,462명, (입소) 5,716명(국가정신건강현황, '18)
 - 지역사회 등록자수 ('16년) 94,765명 → ('18년) 88,273명 (국가정신건강현황 '17, '18)
- 신체적 자유가 구속되는 환자에게 의견 진술의 기회를 부여하고, 입원의 사유를 고지하여 절차적 정당성 확보에 목적을 둔 입원 적합성 심사는 정신의료기관이 강제 입원절차에서 법령을 준수하였는지를 심사하는 것에 그침.
 - 입원적합성 심사제도에서 대부분의 강제입원을 승인하고 있어 낮은 퇴원율을 보임. 통제기관으로의 기능은 미흡함.
 - 대만의 강제지역사회치료심사회에 의한 퇴원율 7.5%, 호주 빅토리아주 정신보건심판원에 의한 퇴원비율 5%에 비해 한국의 입원적합성 심사제도에 의한 퇴원 결정비율은 1.6%임.
 - 전체 심사 건 대비 대면조사 비중은 낮고 대부분 서류심사로 이루어져 형식적 조사에 그칠 가능성이 높다고 평가됨. 환자의 절차적 권리보장을 위해 입원적합성심사의 조사원 대면조사 확대가 필요함.
 - 조사원 대면조사율: ('18년 6월) 16.3% → ('19년 6월) 28.0%
- 정신질환자에 대한 사회적 편견과 차별이 있고, 당사자와 가족에 대한 국가의 지원정책은 미흡한 상황임.
 - 정신질환자를 기능과 능력이 아닌 병력만으로 차별하거나 본인의 의사가 배제되기도 하고 자격취득이나 취업에도 어려움이 있음.
 - '18년 국가인권위원회에서 27개 법률의 정신장애인 자격·면허 취득 제한 제도에 대해 개선 권고함.
 - 우리나라는 UN 장애인 권리협약⁹⁾에 따라 장애인의 인권과 법적 평등권을

보장할 국가적 책무가 있음.

- 당사자의 의사결정 지원을 위해 동료지원 활동을 포함한 절차보조 시범사업을 수행 중임.
 - 동료지원가 등이 비자의입원 환자를 대상으로 주요 의사결정(입퇴원, 치료법 등)을 지원하는 사업. '19년부터 서울, 경기, 부산에서 시범사업(총 6억원) 수행 중임.
- 동료지원가 양성, 당사자 활동 및 정신질환자 가족 대상 교육과 인식개선 활동 등에 대한 제도적 지원이 부재함.
 - 정신재활시설, 정신병원 등에서 자체적으로 동료지원가 양성 프로그램을 운영하고 있고, 2004년부터 제약회사 사회공헌으로 가족지원가 양성사업(패밀리링크)을 진행함.

다. 정책 추진방향

- 한국은 1995년 정신질환자의 치료와 보호를 목적으로 정신보건법을 제정할 당시에는 정신질환자의 감금과 수용, 병원이나 시설 내에서의 학대, 열악한 입원/입소환경 등에 대응하여 왔음.
- 정신의료 서비스 및 치료친화적인 환경을 조성하여 정신질환자가 양질의 안전한 치료를 적극적으로 받을 수 있고 회복을 도모할 수 있도록 함.
 - 정신질환에 대한 조기 개입을 강화하여 초기 조현병 환자의 만성화를 예방하고 회복을 위한 개입을 강화하고자 함.
 - 안정적인 지역 기반 정신응급대응체계를 구축하여 정신 응급환자가 적시에 치료받을 수 있도록 하고자 함.
 - 정신의료기관의 감염병 대비 대응 시스템을 구축하고 환자 및 의료진 모두에게 치료친화적인 환경을 조성하여 적극적인 치료를 강화하고 불필요한 입원 수요를 감소시키고자 함.

9) CRPD(Convention on the Rights of Persons with Disabilities), '07년 비준, '09년 발효

- 초발 및 급성기 환자에 대한 집중 치료를 제공하여 완치 회복율을 제고하고, 병원 기반 사례관리 제도 및 지역사회 사례관리 프로그램과의 연계를 통해 지속 지원함으로써 치료 효과성을 제고하고자 함.
- 사회통합과 회복에서 가장 중요한 과제는 퇴원한 정신질환자들이 지역사회에서 살아갈 수 있는 환경을 구축하는 것임.
 - 정신질환자가 지역사회 안에서 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, 인권까지 다양한 분야에서의 지원은 부족하다는 평가를 받고 있음.
- 따라서 지역사회 내 정신재활서비스 및 인프라를 개선하고 지역사회 정착을 위한 정신질환자의 자립 지원 및 권익 보호를 위한 노력을 강화하여 정신질환자의 지역사회 통합을 도모하는 것이 필요함.
 - 지역사회 내 정신재활시설을 적극적으로 확충하고 재활서비스 전달체계를 개선하는 등 지역사회 기반 재활 인프라를 개선하고자 함.
 - 지역사회 내 안정적인 주거, 맞춤형 고용 지원 등 다양한 복지서비스를 개발 및 도입하여 지역사회에서 거주하는 정신질환자 자립 지원을 강화하고자 함.
 - 정신질환자에 대한 잘못된 인식과 편견을 해소하고, 불합리한 차별제도를 철폐하며, 정신질환자의 권익 보호를 위한 자기 결정권을 강화하여 정신질환자의 권익 신장 및 인권 강화를 도모하고자 함.

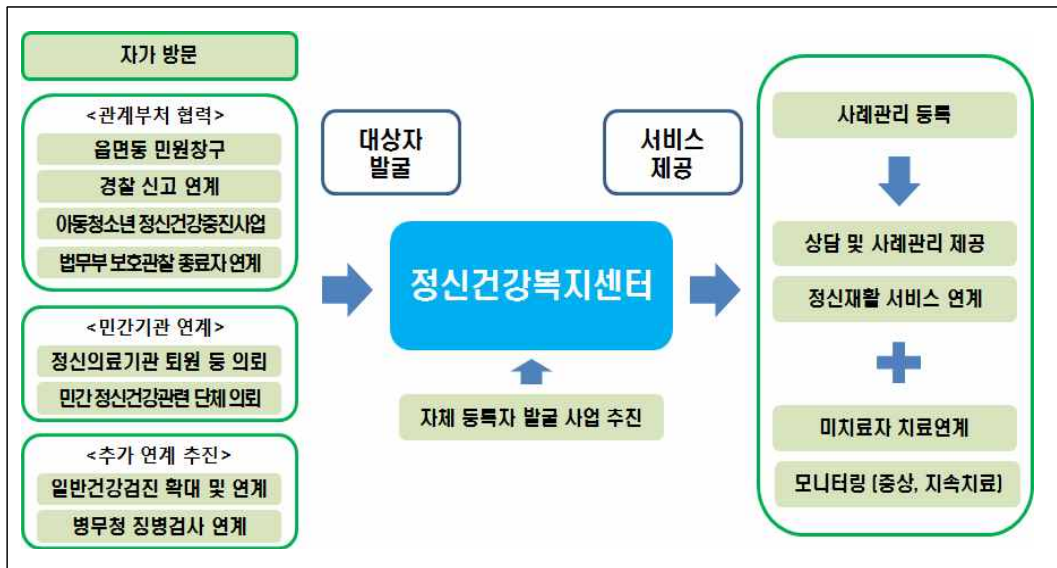
2. 정책 과제

가. 【추진전략①】 중증정신질환자 안정적 증상관리 및 악화 방지

추진과제1 중증정신질환 조기 발견 및 조기 진단

- ① 조현병 등 정신질환 의심자 조기발견을 위해 적극적인 자가검진, 유관기관단체 의뢰, 조기발견 사업 적극 수행

[그림 3-22] 서비스 대상자 발견 및 관리



- 각종 정신건강 문제 조기발견을 위한 간편 검진도구를 홈페이지, 스마트폰 앱 등을 통해 보급하여 자가검진 지원
 - 우울, 불안 등 정신건강 악화 방지를 위해 관련 기관* 홈페이지에서 제공하는 자가심리검진 도구를 적극 활용 안내
 - * 국립정신건강센터, 국립정신병원, 정신건강복지센터, 한국심리학회 등
- 기관별 사업 수행시 관리가 필요한 정신질환 의심자 발견할 경우 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관으로 적극 의뢰할 수 있도록 관계부처* 협력 강화
 - * 교육부, 여성가족부, 법무부, 병무청, 경찰청, 검찰청 등

- 경제적·사회적 취약계층 밀집 지역, 알코올 문제 다발 지역 등에 상담창구를 개설하여 지역주민 대상 정신건강 문제 발견에 노력
- 조기 진단을 위해 정신건강복지센터, 상담기관, 건강검진기관, 동네의원 등에서 발견된 의심자에 대해 정신건강의학과 진료로 적극 연계
 - 정신건강복지센터에서 발굴하거나 의뢰된 의심자는 정신건강의학과 진료를 의뢰하고 추후 관리 계획 수립
 - 특히 학교, 병무청, 행정복지센터 등에서 의뢰된 경우 조현병 등 정신질환의 조기 발견에 노력하고 조현병 진단시 포괄적 조기중재 서비스 제공
 - 정신건강의학과 의사와 직접 상담할 수 있는 프로그램(마음건강 주치의)을 운영하고 고위험군 진료 연계 강화
 - 마음건강주치의에 대한 보상 시스템 마련
 - 정신건강복지센터는 공공 또는 민간의 유관자원에서 정신질환의 조기 발견을 위해 지역 내 정신건강서비스 현황 파악과 협력 체계 운영
 - 관할 지역 내 학교, 기업, 공공기관, 문화공간 등 정신건강 관련 프로그램을 운영하는 기관, 복지기관, 행정기관 등 유관 자원과 의뢰체계 구축

추진과제2 발병 초기 환자 집중 치료 지원

- 정신질환 발병 초기 환자의 만성화 예방과 회복을 위한 집중치료 지원체계 구축
 - 정신질환의 조기발견과 조기중재를 집중적으로 시행할 수 있는 지역사회 조기중재사업 확대
 - 시도에 청년정신건강조기중재센터(예: 마인드링크)를 우선적으로 설치하고 장기적으로는 기초자치단체에 확대 추진, 아울러 거점 의료기관에 조기중재센터를 지정하여 초기 환자에 대한 포괄적 다학제적 사례관리 및 정신사회적 중재, 치료비 보조 등 지원 프로그램 운영
 - 퇴원 후 다학제적 정신사회 서비스 제공을 통해 치료유지를 지원하고 정신건

강복지센터로 연계하는 병원기반 사례관리를 개발하고 활성화

- 정신의료기관에 다학제 사례관리팀을 설치하고, 초발 조현병, 자살위험환자, 퇴원환자에게 집중사례관리*를 제공하여 재입원 방지 및 지속치료 지원**

* 퇴원 전 지역사회 정신건강복지서비스 제공 자원에 대한 교육 및 퇴원 계획 수립 후 집중사례관리 제공.

** 일정 기간 병원 기반 사례관리 후 정신건강복지센터, 정신재활시설, 중독관리통합지원센터 등으로 연계하는 시스템 구축

- 시범사업('20~'22)의 문제점 보완으로 실질적인 사례관리 서비스 제공을 확대하고 이에 대한 평가 후 적절한 수가 마련 등 제도화 추진

□ 급성기 환자 치료 강화 및 지원

- 급성기 증상 조절에 적합한 시설 및 인력기준을 갖춘 급성기 병동을 운영하고 적절한 수가체계 마련

- 급성기 환자 치료 강화를 위한 다학제적 전문인력을 갖춘 병동 운영

- 응급입원 및 행정입원 환자에 대한 국비 지원 등 치료비 지원

- 저소득층 대상 치료비 지원사업 확대 추진으로 초기 집중치료 유도하고 지원대상자 확대 추진

* '20년부터 일부 저소득층 대상 응급입원 및 행정입원 환자 치료비 국비 지원

** 행정입원비, 응급입원비, 초기진단비, 외래 치료비 등

- 의료보호 환자 입원 시 일당정액제 폐지 및 건강보험에 준한 치료 제공으로 저소득층의 차별없는 치료 서비스 제공

추진과제3 정신응급환자 적시 개입 및 진료 안전 관리

- 코로나19 등 감염병 유행 상황에서 안전하게 응급진료와 입원을 제공할 수 있는 환경 조성

- 정신응급환자가 진료 중 안전하게 코로나19 등 감염병 진단검사를 받을 수 있는 격리병실 확충

- 국립정신병원에는 병동단위 음압격리병상, 1인 격리실을 설치하고 감염병 치료를 위한 의사, 간호사 등 전문인력 확충 추진
- 각 시도별로 정신응급환자 진료, 코로나19 검사를 할 수 있도록 민간 거점 정신병원을 지정하고 격리병실 설치 지원사업* 추진

* 코로나19 의심 정신응급환자를 수용할 수 있는 1인 격리실로 민간 거점 정신병원 당 20~30개 설치 지원하고 확진 시 감염병 전담병원으로 이송체계 운영

- 감염병 유행 상황에서 정신응급환자 발생시 국립정신병원 및 민간 거점 정신병원 연계 등 대응체계를 마련하고 안내
- 정신응급의료기관 수가 시범사업을 점검하고 개편

□ 관계부처 협력 강화로 안정적 정신응급 대응체계 구축

- 복지부·경찰·소방 협력을 통해 신고에 공동 대응, 정신질환 여부 신속 확인, 기관 간 역할분담 및 상호지원 등 수행
 - 현장 출동인력 대상별(정신건강, 소방, 경찰) 정신응급 대응 교육·훈련 프로그램 개발 및 제공하여 필수 이수 교육으로 편입
 - 자타해 위험평가 시 정신건강전문요원 및 정신건강의학과 전문의 의견이 경찰의 판단에 반영될 수 있도록 협력체계 구축
- 정신응급환자 이송 중 안전 보장을 위한 소방, 경찰 등의 임무와 역할을 법률에 규정하고 정기적인 협의체 운영을 통해 모니터링
 - 정신질환 병력이 있고 응급상황 우려 시, 보호자의 요청과 정신건강 전문가 판단 하에 구급대원의 환자 이송이 가능하도록 법령 정비*

* 정신질환자가 위험하거나 이상한 행동을 보여 신고된 경우에도 본인이 이송을 거부할 경우 119구급대가 환자를 강제로 이송할 수 없음

□ 정신응급환자 적시 치료 기반 마련

- 정신응급의료기관 지정 및 공공병상 확보를 통해 정신응급병상 확대 운영 방안을 마련하고 응급입원을 활성화

- 권역별 정신응급의료기관* 지정 추진

* 권역별 종합병원급 1개소, 전문정신병원급 1개소에 응급센터 지정

- 정신응급의료기관 수가 시범사업을 통해 응급입원 및 급성기 진료 수가 개선
- 민간 정신의료기관의 병상이 가동될 수 있도록 급성기 환자 입원 수가 현실화 및 지원
- 자·타해 위험 환자는 먼저 응급입원을 통해서 진료가 제공될 수 있도록 치료비 지원 지속 추진

○ 응급의료기관에서 정신응급환자에 대한 적절한 응급처치 및 정신건강의학과 진료 연계를 위한 지원 추진

- 응급의료법상 ‘정신질환자 응급의료센터’ 활성화를 위해 지정시 정신응급의료기관 수가 시범사업 적용 추진
- 응급의료기관에서 정신의료기관으로 환자 의뢰 시 대폭적인 의뢰수가 인정

□ 정신응급환자의 초기 대응부터 입원치료까지 전반적인 흐름을 파악할 수 있는 정신응급 통합정보시스템 구축

○ 전국 정신의료기관의 정신응급진료 가능 정보, 입원 및 전원 현황, 병상운영 현황, 정신응급 대응정보 등을 파악할 수 있는 정보시스템 구축 추진

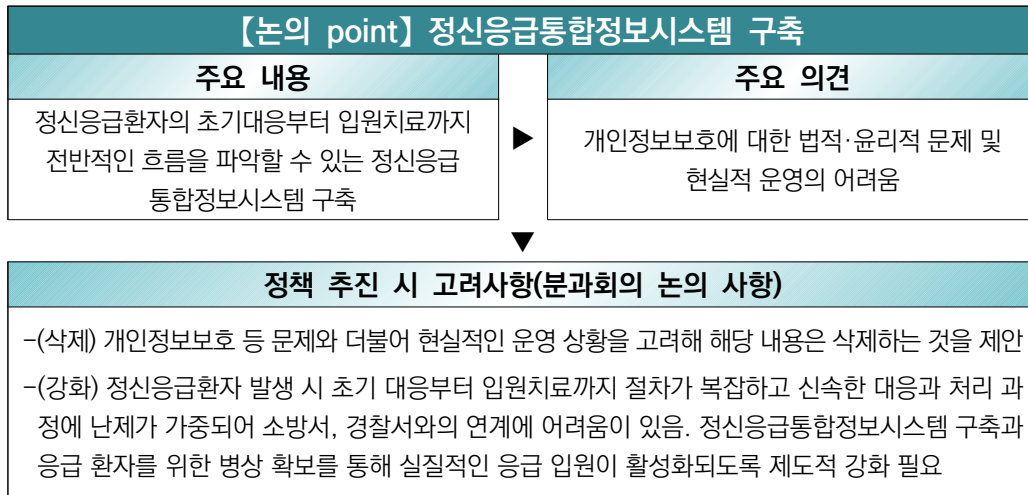
- 의료기관의 정신응급 진료 가능 정보의 실시간 수집·공유 체계를 마련하고, 정신건강복지센터의 응급대응 사례관리 등 DB 구축
- 정신질환자 사례관리시스템까지 연계하여 정신질환자의 전반적인 흐름을 파악·평가할 수 있는 기반을 마련

○ 통합정보시스템 구축에 필요한 정보수집체계를 마련하고, 관련 정보는 시스템 구축 전까지 개별 수집방안 마련

- 각 기관별 필요 정보 선별, 공유 및 연계 방안, 정보화 계획 등 수립

○ 통합정보시스템을 응급의료정보망과 연계하여 응급환자 이송에 활용

- 응급의료포털(E-GEN)에서 정신의료기관 관련 정보도 표출할 수 있도록 시스템을 연계 추진



□ 정신건강의학과 진료 중 의료진 및 환자 안전 대책 추진

- 병원급 의료기관(100병상 이상)은 보안인력 배치, 비상벨 설치를, 의원급은 비상벨 설치를 의무화 추진('21년 시행규칙 개정)
 - 병원급 의료기관은 의무부과에 따라 건보수가를 지원하고('20), 기 개원한 100병상 미만 병원과 의원은 비상벨 설치 예산 지원
- 정신건강의학과 의원의 안전을 위해 탄력순찰제*를 활용하여 경찰 순찰을 강화하고 지역의 정신건강의학과 의사회와 관할 경찰서간 상호 협력에 노력
 - * 국민이 순찰을 희망하는 시간과 장소를 직접 신청하면 경찰이 이를 참고해 순찰하는 제도
 - 시도, 시군구 정신응급대응협의체('19~)를 적극 활용하거나 지역 상황에 따라 별도 협의체를 운영하여 상호 협력사항 논의
- 진료불만, 퇴원거부 등 악성민원 환자로 인한 진료방해 실태를 조사하고 정신건강심의위원회 등을 통한 제도적 대응방안 마련
 - 정신의료기관의 장에게 퇴원심사청구권* 부여를 추진하고 퇴원 결정 후 다른 병원으로 전원이 필요한 경우에도 대비

* 현행 정신건강복지법 제55조에 따른 퇴원심사청구는 입원환자, 보호의무자만 청구 가능

□ 지역사회 정신건강서비스 제공 인력 및 이용자 안전 대책 추진

○ 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설 근무자 및 이용자 보호를 위한 물리적 보호장치 지원 의무화

- 비상벨 등 보호 수단 및 안전장치 마련 의무화 및 예산 지원

나. 【추진전략②】 정신질환자 지역사회 복귀 지원 및 사회 통합 강화

추진과제1 지역사회 자립을 위한 주거 및 재활시설 확충

□ 탈원화를 위해 비의료적 입원·입소자에 대한 실태를 파악하고 수요에 기반한 거주공간 확충 계획 수립

○ 기능적으로 독립생활이 가능하고 본인도 퇴원을 희망하지만 갈 곳이 없어 장기입원·입소 중인 정신질환자에 대한 실태조사 실시

○ 실태조사에 따라 퇴원·퇴소 가능 인원을 파악하고 거주공간에 대한 수요를 추계하여 연차별 확충 계획* 마련

- 거주공간 확충 계획과 함께 지역사회 초기적응과 같은 주거서비스 개발 및 제공

* 대상자 범위, 주거시설의 형태(공동생활가정, 자립체험주택, 케어안심주택 등), 확충 지역, 예산 등

□ 지역별·유형별 불균형 해소를 위해 정신재활시설 확충

○ 시군구별 정신재활시설의 유형*에 따라 수요를 파악하고 지자체와 협의를 통해 정신재활시설 확충 로드맵 수립

* 생활시설, 재활훈련시설(주간재활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설, 직업재활시설, 아동·청소년 정신건강지원시설), 중독자재활시설, 생산품판매시설, 종합시설 등으로 분류(9종류)

- 정책적 수요가 있는 위기쉼터, 자립체험주택 등 새로운 시설*을 정신재활시설의 유형으로 분류하고 설치 추진
 - * 위기쉼터는 증상악화시 입원 전단계에서 일시 안정과 보호를 위해 1~2주 정도, 자립체험주택은 지역사회통합돌봄 시범사업에서 퇴원 직후 3~6개월 거주하는 단기거주시설임
- 정신재활시설 미설치 시군구*에 우선 확충하고, 지역별 수요에 따라 미충족 지역을 대상으로 재활시설을 단계적으로 확충
 - * 정신재활시설은 정신질환자의 사회적응 및 복귀를 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설로 전국에 348개소('18.12.)가 있으며, 전체 228개 시군구 중 미보유 시군구는 104개
- 정신건강복지센터를 중심으로 서비스 연계체계를 구축하고, 적절한 연계시설이 없는 경우 확충 전까지 직접 정신재활 프로그램 운영 및 운영을 위한 예산과 인력 지원
- 미보유 시군구는 2025년에 시군구에 모두 1개소 이상의 재활시설 설치 운영하도록 확충

추진과제2 정신질환자 지속치료 지원 및 복지서비스 강화

□ 조현병 등 중증정신질환자의 지역사회 사례관리 내실화 및 확대

- 퇴원 후 지역사회 서비스 연계 체계 강화
 - 정신의료기관 등에서 퇴원환자에게 정보제공*, 및 연계 수가 지급
 - * 정신건강증진시설의 장은 퇴원 환자에게 정신건강복지센터의 기능·역할 및 이용절차 등 필요 정보를 알려야 함(정신건강복지법 제6조)
- 정신질환자가 지역사회에서 꾸준히 관리받을 수 있도록 정신건강복지센터의 단계별 사례관리 체계 구축
 - 정신질환자의 상태를 평가(경증, 중증, 불안정 등)하고 전문요원 1인당 중증은 20명, 불안정한 환자는 10명 정도로 집중사례관리* 도입
 - * 전문요원 1인당 환자수를 줄이고, 정신의학·간호·사회복지, 임상심리 등 다학제 통합관리 제공

- 거점 정신재활시설을 지정하여 정신건강복지센터에 집중된 지역사회 정신질환자 사례관리를 확대하도록 제도 개선
 - 정신재활시설의 시설·인력 등 업무역량을 평가하여 지자체장이 거점 시설로 지정하고 방문사례관리 이용정원 신설(시행규칙 개정)
 - 정신건강복지센터의 조정과 협업을 통해 정신재활시설의 환자 등록과 사례관리를 점진적으로 확대
 - * '18년 등록자는 총 88,273명(기초정신건강복지센터 73,026명, 중독관리통합지원센터 8,625명, 정신재활시설 6,622명)
- 지속치료를 위한 외래치료지원제 비용지원 확대 추진
 - 외래치료지원제 대상자*에 대한 비용지원을 저소득층에서 전체 대상으로 확대하여 치료 중단으로 인한 자·타해 위험 증상 예방
 - * 자·타해 위험행동의 재발 방지를 위해 지속치료가 필요한 환자에 대해 지자체에게 청구하고 정신건강심사위원회의 심의를 받아 결정
- 퇴원 후 치료·재활을 함께 받을 수 있는 낮병원을 활성화하고, 낮병원과 정신건강복지센터간 등록 연계 사업 추진
 - 현재 낮병원은 경제성이 낮아 설치율이 6% 미만에 불과하므로 낮병원을 적극 설치·운영할 수 있도록 수가 현실화 및 시범사업 점검('20~'22)
 - * 낮병원 설치율 현황 : '15년 5.2% (76/1,449개소) → '16년 5.7% (86/1,515개소) → '17년 5.9% (92/1,554개소) → '18년 4.6% (76/1,670개소)
 - 낮병원 설치기관을 확대하여 환자의 이용 편의성을 향상시키고, 정신건강복지센터 등록 유도하여 서비스가 지속되도록 관리
 - * 환자는 조기 퇴원 후 낮병원에서 지속치료와 정신재활로 조기 일상복귀가 가능하고, 병원은 주간 집중 운영으로 24시간 병상유지에 수반되는 경비 절감의 장점이 있음
- 입원 직후부터 퇴원을 대비하여 병원과 지역사회 서비스를 연계하는 프로그램*을 마련하고 시범사업 추진
 - * 경기도 정신건강위기대응센터에서 24시간 응급진료, 절차보조/동료지원/가족지원, 당사자의 사회관계망 복원, 지역사회 서비스 연계 등을 지원하는 회복지원네트워크 사업 추진 중

- 정신의료기관과 정신건강복지센터가 협력하여 신규 입원환자에 대한 퇴원 계획을 급성기 진료 단계부터 준비하고 지역사회 복귀 지원
- 정신건강복지센터에서 등록관리가 필요하다고 인정하지만, 본인이 서비스 이용을 거부하는 미등록자 관리 방안 마련
 - 경찰, 소방 및 지역사회 유관기관* 실무자 교육 및 협의체 운영 등을 통해 등록필요 대상자 발굴 및 연계 강화
 - * 정신의료기관, 동사무소, 희망복지지원단, 찾아가는 복지전담팀, 자활센터, 드림스타트, 의료급여팀, 노인돌봄기본서비스, 방문건강관리팀 등
 - ‘등록관리 필요 미등록자 관리 지침(’19)’에 따른 업무 수행 점검
- 연구개발사업을 통한 정신건강복지센터의 근거기반 서비스 개발 및 구축
- 정신질환자가 지역사회에서 일상을 유지하고 자립할 수 있도록 다양한 복지서비스 개발 및 도입 추진
 - 종합사회복지관, 장애인종합복지관 등 기존 복지시설과 연계하여 정신재활 프로그램 확대
 - 기존 복지시설을 활용한 다양한 복지연계 프로그램*을 발굴하여 제공하고 지자체는 통합정신건강증진사업을 통해 도입 추진
 - * 클럽하우스 설치, 복지관내 정신건강전문요원 배치 및 재활프로그램 운영 등
 - 정신장애인에 대한 특화된 복지서비스 제공을 위한 정신장애인복지관 모형 개발 및 시범사업 추진
 - 정신장애인의 고용 및 직업재활, 주거지원, 평생교육, 문화·예술·여가·체육 활동, 가족지원 등 포괄적 복지지원 체계 마련
 - 정신재활시설 등 복지서비스 제공 인프라가 부족한 지역을 우선 선정하여 설치 지원 및 시범사업*을 도입
 - * 광역지자체 단위로 설치하여 직영 또는 위탁 운영하면서 수요에 따라 확대 추진
 - 정신장애인의 일자리 확대를 위한 장애등록 및 고용제도 개선
 - 조현병 범주장애의 경한장애도입으로 장애 등록 및 지원을 질병 초기부터

받을 수 있도록 해서 복지서비스 및 의무고용 제도 활용 가능하도록 지원

- 조현병 범주장애로 치료받는 대상자는 의무고용 대상자가 될 수 있도록 해서 지원고용(supported employment)을 통해 직업 활동을 할 수 있도록 지원
- 정신건강복지센터를 통한 제도적 취업 지원
- 정신건강복지법상의 직업재활시설을 장애인고용법상의 장애인 직업재활 실시기관 지정 등 고용증진을 위한 제도 개선* 추진

* 장애인고용법령 개정으로 직업지도, 취업알선, 취업 후 적응지도 등에 대한 지원근거 마련 등

- 동료지원가를 양성하고 정신건강복지센터, 정신재활시설 등에서 활동할 수 있도록 지원 사업* 확대

* 정신건강사업안내 등 운영지침 등을 통해 동료지원가 교육이수자의 고용을 명문화하고 절차보조지원사업, 지역사회통합돌봄 등 당사자의 고용이 필요한 사업을 적극 추진

- 정신장애인 활동지원서비스 등 복지서비스의 이용이 낮은 원인을 분석하고 활성화를 위한 방안 강구

- 정신장애인 활동지원서비스 등 복지서비스의 이용을 증가시킬 수 있도록 정신장애인에게 적용할 수 있는 등급판정평가 마련
- 서비스 장애요인을 찾아 개선하고 예산 확보, 서비스 개선 추진

- 정신건강복지센터 사례관리, 정신재활 프로그램 등 지역사회 정신건강서비스에 건강보험 급여화 도입 검토

- 장기입원을 억제하고 병원밖 지역사회 서비스 활성화를 도모할 수 있도록 의료기관에서 지역사회로 이어지는 전달체계 구축

- 정신건강복지센터, 정신재활센터 등 지역서비스기관을 건강보험 급여 기관에 포함시키고 프로그램 수가 개발 및 질관리 제공

- 제도설계를 위한 연구용역을 추진하고 시군구 단위 시범사업 수행

- 지역사회서비스에 대한 예산과 건강보험의 재정 부담, 건강보험 적용을 위한 법·제도 개선사항 등 도출

【논의 point】 지역사회 정신건강서비스에 건강보험 급여화 도입 검토	
주요 내용	주요 의견
정신건강복지센터 사례관리, 정신재활 프로그램 등 지역사회 정신건강서비스에 건강보험 급여화 도입 검토	▶ 법/제도적으로 건강보험 급여화 적용이 어려운 현 상황을 고려하면, 불가능한 내용이라는 의견
▼	
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
- 지역사회 서비스기관을 건강보험 급여기관에 포함시킬 경우 정신건강전문요원의 공통 업무와 개별 업무에 따른 건강보험 수가의 적정성과 현실화 방안 마련이 반드시 필요 - 시범사업 제안(또는 법적으로 가능한 것인지 등 검토가 우선적으로 필요) - 건강보험 재정, 장기요양보험 재정과 별도로 제3의 재정 투입 필요	

추진과제3 정신질환자 신체 건강관리 지원

- 정신건강복지센터 등에서 사례관리시 정기건강검진 여부 확인 및 신체건강 모니터링
 - 사례관리 등록 시 동반 신체질환을 확인하고 “정신질환자의 신체질환 관리 지침” 마련하여 활용
 - 정기건강검진에서 누락되지 않도록 독려하고 필요시 방문간호 등 보건소 건강관리 프로그램과 연계
 - 지역사회 정신보건기관 이용 정신질환자의 신체건강 관리 방안에 대한 연구 진행
- 급만성 신체질환을 동반한 정신질환자의 입원치료가 필요한 경우 치료 가능 병원 지정·연계 추진
 - 신체질환이 동반된 정신응급환자의 진료를 위해 시도별 정신병원과 응급의료기관간 진료의뢰 및 이송체계 구축
 - 국립정신건강센터 등 국립정신병원에서 모형을 개발·운용하고 일반 정신병원에도 적용 추진

- AIDS, 다제내성결핵 등 감염병 동반 정신질환자에 대한 실태조사를 시행하고 전담병원 지정, 진료비 지원 등 추진
- 감염병 동반 정신질환자 치료현황*을 파악하고 치료인프라 확충
 - * 지역별, 질환별, 연령별 환자 현황, 치료가능 병원 등
 - 국립정신병원에 상시 감염병 동반 정신질환자를 치료할 수 있도록 시설·장비 보강, 전문 인력을 확충 추진
- 감염병 의심 정신질환자는 지정된 민간거점 정신병원에서 일시 격리하여 검사를 진행하고 확진시 종합병원 등으로 이송

다. 【추진전략⑥】 정신질환자 권익옹호 및 인권 강화

추진과제1 비자의입원제도 개편

- 현재 비자의입원제도의 실효성 제고 및 운영상의 문제점 개선
- 입원적합성심사위원회 및 정신건강심사위원회의 대면조사 확대, 퇴원결정자에 대한 사후 모니터링 도입 등 관리체계 강화
 - 입원적합성심사위원회 및 정신건강심사위원회의 심사에 필요한 세부기준과 사례 등 구체적인 지침 제공 및 대면조사 확대
 - 퇴원 결정 환자에 대해 외래치료, 지역사회 서비스 연계 등 적절한 치료를 받을 수 있도록 안내·지원하고 일정기간 현황 파악
- 환자의 의견진술권 보장 및 보호의무자 제도 개선
 - 입원적합성 및 입원기간연장 심사 시 환자 의견서 제출기회 확대
 - 동료지원가 등을 활용한 절차보조서비스* 제공 사업 확대
 - * 정신질환자가 정신건강증진시설에 입·퇴원등을 할 때 정신질환자 본인의 의사가 충실히 반영될 수 있도록 정신질환자의 의사결정 지원
 - 1인 가정의 증가 등 시대 변화를 반영하여 보호의무자 정의를 재범주화하고 법령 개정 추진

- 정신질환자의 자기결정권 강화를 위해 사전 진술(advance statements)을 통한 지정보호자 제도 도입 검토(영국 ‘정신능력법’ 참조)

【논의 point】 비자의 입원 제도 개편
주요 내용
현재 비자의입원제도의 실효성 제고 및 운영상의 문제점 개선



정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)
- 의사결정지원제도로써 지정조력인제도 신설 - 정신건강심사위원회를 입원환자의 주소지에서 시행할 수 있도록 개정 필요 - 대체의사결정제도인 보호의무자 폐지

□ 현행 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회를 통합한 비자의입원 심사 전담기구인 “(가칭) 정신건강심판원” 설치 추진

○ ‘정신건강심판원 제도 도입 및 설립을 위한 연구용역’ 시행

- 정신건강심판원 설립의 필요성과 타당성을 검토하고 설립·운영에 필요한 시설, 인력, 예산 등을 산출

○ 비자의입원 제도개선 협의체*를 구성·운영하고 정신건강심판원 설립에 대한 의견수렴, 방향설정 등 추진

* 정신의학 전문가, 법률가, 정신질환자, 가족 등 비자의입원 관련 직접 관계자로 구성

〈 (가칭) 정신건강심판원 제도 개요 〉

<ul style="list-style-type: none"> • (조직) 보건복지부 산하조직으로 설립 - 독립성과 중립성 보장, 지역별 지원 설립 • (업무) 최초입원, 기간연장, 퇴원 등 입원적합성심사위원회 및 정신건강심사위원회 업무 이관 • (심사) 대면심사를 원칙으로 준사법적 절차에 따라 전문 심판위원이 심사 • (구제) 심판원 결정에 불복할 경우 법원에 재판 청구 가능 • (인력) 심판원장, 상근 및 비상근 심판위원, 조사원 등으로 구성
--

자료: 정신건강복지법 평가 및 제도개선 연구, '19

추진과제2 입원치료환경 개선 및 불필요한 장기입원 방지

□ 코로나19 등 감염병 예방을 위한 정신병동 환자 밀집도 개선 및 병원내 감염예방관리 강화

○ 정신병동 입원실 등에서 집단감염 예방을 위한 시설기준 강화

- 환자 1명당 병실 면적 등 시설기준을 단계적으로 강화하고, 환기시설 설치 의무 명확화 등 추진
- 시설기준 강화에 따른 구조개선비 지원 및 적정 수가 지원

* '15년 메르스 사태 이후 의료기관 입원실 기준은 강화되었으나 정신의료기관은 제외

○ 정신병원의 감염관리 역량을 강화하고 보상체계 마련

- 감염관리 담당 인력 지정 및 감염관리 활동을 의무화하고, 감염관리 전담조직을 갖춘 정신병원에는 감염예방관리료* 지원

* 코로나19로 인하여 폐쇄병동에 한시적으로 감염예방관리료 지급 중('20.4.11.~)

□ 환자 평가·분류에 따라 환자의 상태에 적합한 치료를 제공하고 장기입원 방지를 위한 제도개선 추진

○ 환자 평가·분류 체계를 구축하여 퇴원 가능 환자는 지역사회복귀 연계, 퇴원이 어려운 환자는 만성특화 정신재활서비스 제공

- 증상 관리와 지역사회복귀 등 회복을 촉진하기 위해 근거기반 정신재활프로그램 보급

○ 의료급여 장기입원자 퇴원적정성 평가 내실화

- 의료급여사례관리 시 정환자의 평가분류를 근거로 퇴원적정성을 평가하고 퇴원환자의 사후관리 등 지역사회 복귀 지원

○ 정신요법료 등은 행위별 수가로 전환하고 재원 일수에 따른 일당정액 수가 체감제 지속 강화 등 의료급여수가 제도 개선

- 1개월 이내 자의·동의입원으로 재입원시 수가 삭감 적용 등 검토

- 외래 장기지속형 주사제 처방에 대한 본인부담 인하* 등 추진으로 의료급여 수급권자 지역사회 복귀 지원

* 현행 10%가 적용되는 본인부담률을 5%로 인하

추진과제3 정신질환에 대한 인식개선 및 당사자·가족 활동 지원

- 정신질환과 정신질환자에 대한 오해와 편견을 해소하고 불합리한 차별이 없도록 지속적인 홍보와 교육, 제도 개선 추진

- 언론과 미디어의 자율적인 참여 유도를 위한 지침을 마련하고, 언론모니터링 단*을 통해 미디어 동향을 감시하여 즉시 개선을 요구

* 정신건강복지사업중앙지원단에서 '18년부터 정신질환차별방지 언론모니터링단 운영 중

- 국민이 정신질환을 이유로 부당하게 차별받지 않도록 인식개선 활동과 홍보를 강화하고 제도 개선에 노력

- 당사자·가족 단체가 인식개선, 교육·홍보 사업을 적극 수행할 수 있도록 보조사업 도입 추진
- 정신질환자의 고용, 교육·훈련, 각종 서비스 이용 등에 차별이 없도록 법령·제도 등에 대한 실태조사를 시행하고 개선방안 마련

* 정신질환자의 실손보험가입 차별이 없도록 개선

- 정신질환자 권익옹호 및 인권강화를 위한 인권교육* 내실화

* 정신건강증진시설의 장과 종사자는 인권교육을 이수해야 함(정신건강복지법 제70조)

- 당사자·가족 및 다양한 분야 전문가가 인권교육의 주체로 참여하고, 영화, 연극 등 다양한 교육방식을 도입

- 정신질환자의 권익을 보호하고 자기결정권을 강화하기 위한 공공후견제도, 절차 보조제도 도입 추진

- 자력으로 후견인 선임이 어려운 정신장애인에 대한 공공후견인을 선임할 수 있는 법률상 근거*를 마련하고 지원사업 확대 추진

* 발달장애인법과 치매관리법에서는 성년후견제 이용지원을 명시하고 있음

- 정신요양시설 입소자 조사를 통해 공공후견이 필요한 대상자를 파악하여 지원 추진

- 정신의료기관에 비자의입원 환자 등의 주요 의사결정을 지원하는 절차보조사업을 제도화*하고 전국 확대 추진

* 2018년부터 서울, 경기, 부산 지역을 대상으로 절차보조시범사업을 수행하고 있음

- 절차보조사업 수행 지역과 기관을 늘리고 동료지원가 참여 보장

- 회복된 당사자를 동료지원가로 양성하고 가족간 교육과 자조를 위한 가족지원가 활동을 지원

- 국립정신건강센터에서 동료지원가 표준교육과정을 개발·보급하고 정신건강복지센터, 민간기관 등에서 교육훈련을 제공

- 교육기관은 국립정신건강센터의 인증을 받아 표준교육과정(필수) 및 기관별 별도 과정을 운영할 수 있고 교육이수증 발급
- 교육받은 동료지원가는 정신질환자 권익옹호 활동*과 정신건강복지센터 등에서 동료상담, 사례관리 지원, 자조활동 등 수행

* 정신건강복지법은 정신질환자의 권익옹호를 위해 입원적합성심사위원회(제46조), 정신건강심의위원회(제53조) 등에 당사자 참여를 명시

- 가족이 정신질환을 인정하고 위기상황을 극복할 수 있도록 가족 지원가 양성, 가족 교육, 자조모임 활성화 등 인식개선 사업 추진

- 정신질환자 가족의 자조활동과 가족 교육 지원사업을 지원

- 당사자·가족이 정보나 정책 등을 쉽게 찾아볼 수 있도록 정보제공체계를 마련하고 정부와 소통을 위한 당사자·가족 포럼 등 운영

- 정신건강포털(국립정신건강센터 운영)을 통해 각종 필요정보를 제공
- 정부, 전문가, 당사자, 가족 등이 참여하여 현장의 의견을 수렴하고, 정부 정책을 안내할 수 있는 열린 포럼을 개최하여 공감대 증대

제4절 중독 폐해 예방 및 중독자 지원

1. 현황 및 문제점

- (현황 및 문제점❶) 알코올, 마약 등은 다양한 행동·건강상 위험을 증가시키고 각종 질병과 중독을 유발, 건전한 삶 저해, 범죄 등 사회적 폐해가 심각함.
- 알코올, 마약 등 중독문제는 근로자의 생산성 저하 등 경제적 비용을 유발하고 국가경쟁력을 저하시키는 요인으로 작용함.
- (중독별 사회경제적 비용) 알코올중독 23.4조원, 마약중독 2.5조원, 도박중독 78.2조원, 인터넷중독 5.4조원('09년, 음주의 사회경제적 비용)
- 전문적 치료가 필요한 알코올 중독자는 약 139만명이나, 알코올 중독자를 위한 인프라가 부족하고 치료·재활 서비스가 미흡함.
- 알코올 사용장애의 평생 유병률은 12.2%로 139만명을 환자로 추정함.
 - (알코올 남용) 알코올로 사회적 또는 직업상 폐해가 있으나 절제하지 못하는 상태
 - (알코올 의존) 알코올에 대한 자기 조절능력을 상실하여 금단 증상을 피하기 위하여 알코올 계속 사용하는 신체적·심리적 의존을 보이는 상태

〈표 3-6〉 알코올 사용장애 유병률 및 추정환자수

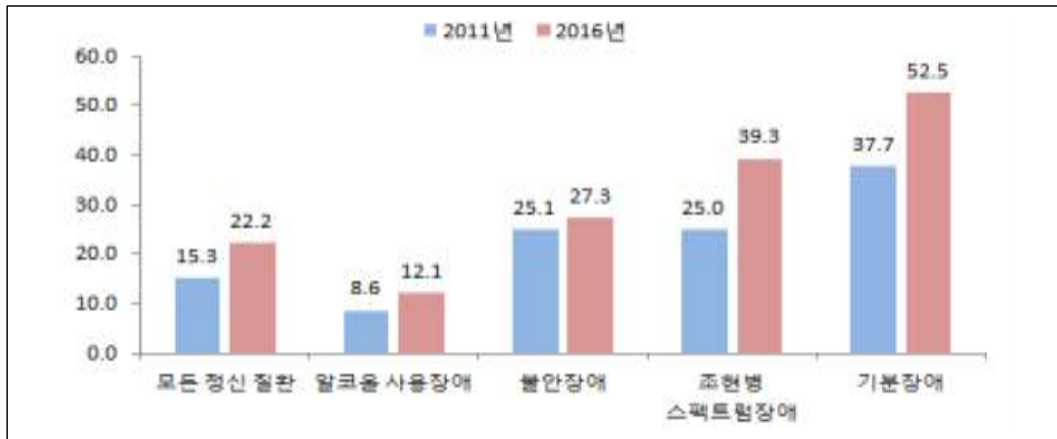
(단위: 명, %)

구분	전체			남자			여자		
	추정환자수**	유병률		추정환자수	유병률		추정환자수	유병률	
		일년	평생		일년	평생		일년	평생
계	1,391,816	3.5	12.2	982,402	5.0	18.1	409,414	2.1	6.4
알코올남용	785,884	2.0	7.7	556,110	2.8	11.8	229,774	1.2	3.6
알코올의존	605,931	1.5	4.5	426,292	2.2	6.4	179,639	0.9	2.7

- 알코올 사용장애는 타 정신질환에 비해 유병률이 높으나 정신건강서비스 이용 비율은 12.1%에 불과함(타 정신질환 이용률은 22.2%).
- (평생유병률) 기분장애 5.3%, 불안장애 9.3%, 조현병스펙트럼장애 0.5%

[그림 3-23] 정신질환군별 정신건강서비스 률(평생)

(단위: %)



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

- 알코올 등 중독자를 위한 조기개입, 상담, 재활서비스를 제공하는 중독관리통합지원센터는 서비스 대상자에 비해 절대적으로 부족한 실정임.
 - 전국에 50개소가 운영 중으로 전체 시군구의 약 22%에만 설치되고('13년 이후 미설치), 이용자는 약 9천명으로 알코올 중독자의 1% 미만에 불과함.
- 중증정신질환자에 비해 잦은 재발로 입·퇴원을 반복하는 알코올 중독자에 대해 전문적인 치료서비스체계를 강화할 필요가 있음.
 - 조현병 등 중증정신질환은 항정신병 약물과 같은 약물치료로 증상의 악화를 예방할 수 있으나, 알코올 중독질환은 효과적인 치료약이 없어 지속적 사례관리가 중요함.
 - 지역사회에 알코올 중독자의 회복을 돕기 위한 중독자재활시설이 전국 10개소에 불과하고, 관련 서비스 지원체계도 마찬가지로 미흡함.
 - 중독자재활시설·공동생활가정(6개/입소시설), 주간재활시설·직업재활시설(4개/이용시설)
 - 예방, 치료, 재활 등 일반 정신질환과 전반적으로 관리방법이 다른 중독의 특수성을 반영한 정책 개발과 서비스 전달체계가 필요함.

□ (현황 및 문제점②) 마약 범죄 증가에 따른 마약류 중독자에 대한 실태조사 및 치료지원의 확대가 필요함.

○ 마약류 범죄 중 투약 사범이 절반을 차지하고 최근 연예인 마약 범죄로 사회적 관심이 증대되나 마약류 중독자 관리는 미흡한 상황임.

- 마약류 범죄 유형은 투약 6,301명(50.0%), 밀매 2,628명(20.9%), 밀경작 1,126명(8.9%), 소지 965명(7.7%) 순으로 나타났음(2020 마약류 관리 종합대책, '19.9월 기준)
- 기소유예 처분(치료·교육 조건부) 등을 확대하여 사회복귀 지원 정책을 추진하고 있으나, 치료 및 재활 인프라는 부족한 상태임.
- 치료보호기관: 국립병원(5개소), 공립병원, 정신의료기관으로 지정(21개소, '19년 기준)

〈표 3-7〉 마약류중독자 치료보호사업 예산 및 실적

(단위 : 백만원)

구분	'15년	'16년	'17년	'18년	'19년	'20년
치료보호비 지원	65	60	72	92	120	195
치료보호기관(개)	21	22	22	23	21	21
치료보호 실적(명)	191	252	330	267	-	-

- 치료보호기관 중 마약중독자 이용실적에 차이가 크고 이용이 없는 기관도 있어 치료 활성화를 위한 정비와 지원이 필요함.

【마약류 중독자 치료비 지원사업 절차】

☞ 마약류 중독자 → 치료조건부 기소유예 적용 여부 판단 및 치료보호기관 의뢰(검찰) 또는 본인 또는 보호자 치료보호 신청 → 마약류 중독 여부 판별검사 실시(치료보호기관) → 중앙 또는 시·도 치료보호심사위원회 개최, 치료보호 여부 및 치료기간 결정
→ 입원 또는 외래치료 → 치료 종료 및 퇴원통보 → 치료보호 완료 후 사회 복귀

○ 마약류 중독자에 대한 실태조사에서 일반 유병률 조사*로는 불법적인 약물사용에 대해 조사가 어려운 한계가 있음.

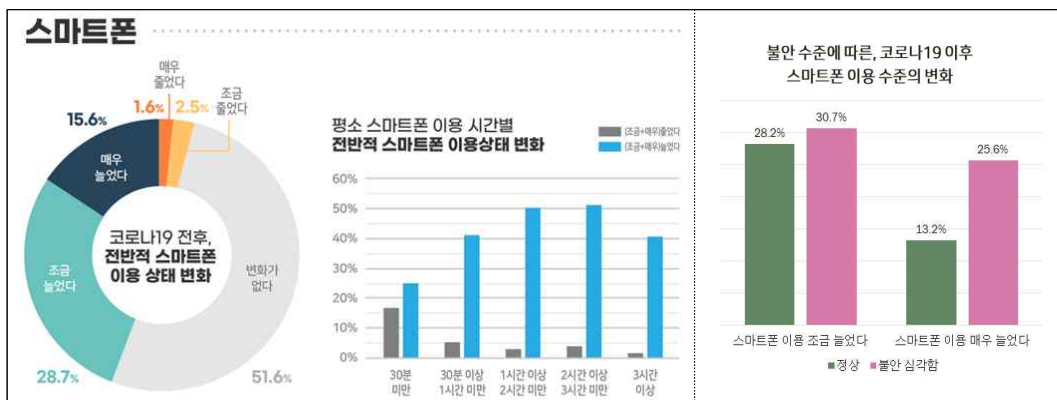
- (약물 부적절 사용 평생 유병률) 오용 0.5, 남용 0.02, 의존 0.2(정신건강실태조사, 2016)

- 실제 조사결과보다 높을 것으로 예측되므로 정확한 조사를 위한 조사설계 및 방법론 개발이 필요함.

□ (현황 및 문제점③) 코로나19로 인한 거리두기는 디지털미디어 과사용과 중독의 위험을 증가시킴.

○ 코로나19 이후 사회적 거리두기 지속에 따른 사회적 관계단절과 집에 머무는 시간이 길어지며 인터넷, 스마트폰 등의 사용이 증가함.

[그림 3-24] 코로나19 이후 스마트폰 사용 변화



자료: 중독포럼. (2020).

- 게임이용장애와 같이 새롭게 증가하는 정신건강 수요에 대한 체계적인 대응이 필요함.
- 세계보건기구(WHO)는 게임이용장애(gaming disorder)를 질병코드에 포함하는 '국제질병분류체계 개정안'(ICD-11)을 채택한 바 있음('19.5.28).

【WHO 게임이용 장애 진단기준】

- | | | |
|--|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 게임에 대한 통제 기능 손상 ② 삶의 다른 관심사 및 일상생활보다 게임을 우선시 ③ 부정적인 결과에도 게임을 중단하지 못하는 현상 | } | 12개월 이상 지속 |
|--|---|------------|

- 게임이용장애 질병코드 도입과 상관없이 게임을 그만하고 싶지만 중단하지 못해 고통받는 개인에게는 의학적 중재가 필요함.

나. 정책 추진방향

- 다양한 중독 문제에 대한 예방 및 중독자에 대한 체계적인 치료 및 재활 서비스를 제공하여 건강한 사회를 조성하고자 함.
- 알코올 사용장애에 대한 조기개입 및 체계적인 치료 재활 서비스를 향상시키고, 알코올 중독관리체계를 개선하는 것이 필요함.
- 다양한 중독문제가 다부처에서 진행되고 있는 만큼, 다부처 간 협력 체계를 구축하고 강화시키는 것이 필요함.
 - 특히 과학기술 발전에 따라 스마트폰, 인터넷에 대한 과의존, 게임 및 인터넷 이용장애에 대한 이슈들이 부각되고 있는 만큼, 이들 문제에 대한 범부처 협력을 통한 대응이 필요함.

【논의 point】 다양한 중독 문제(알코올, 약물, 행위)에 대한 대응(협조) 체계		
주요 내용		주요 의견
중독 분야에 알코올 중독 중심 정책에서 벗어나 약물 중독, 행위 중독까지 포함 (고무적인 현상)	▶	정신건강서비스 영역에서 약물중독, 행위중독과 관련된 건강문제에 대해 어떻게 대응할 것인지 논의 필요, 관련 부처와의 협의 필요
▼		
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)		
-현재 중독 예방 및 관리와 관련하여 식약처, 과학기술정보통신부, 사행산업통합감독위원회, 문화체육관광부 등으로 사업 부처들이 구분되어 있기 때문에 부처 간 협력이 선행되는 것이 필요 -약물중독에 대해 중독성 의약품을 포괄하여 논의를 진행하는 것이 필요하며, 마약류 관련 내용은 식약처 사업이기 때문에 식약처와의 협의 필요 -스마트폰, 도박, 게임 등을 포괄하는 디지털 미디어 과사용 문제에 대응하기 위한 지역사회 예방 및 치료서비스 전달체계 구축이 필요하며, 문화체육관광부, 사행산업통합감독위원회와의 협의가 필요		

2. 정책 과제

가. 【추진전략①】 알코올 사용장애에 대한 치료 및 재활서비스 강화

추진과제1 알코올 사용장애에 대한 치료서비스 향상

- 알코올 사용장애 진단·치료 기술, 중독 고위험군 관리 프로그램 개발
 - 근거기반 진단, 치료 체계 강화를 위한 연구 수행 및 시범사업 적용·확대
 - 알코올 사용장애 적정 치료 매뉴얼 및 교육과정 개발
 - 병원-지역사회 통합 알코올 사용장애 서비스모델, 치료·사례관리·재발예방 프로그램 개발 및 시범사업 실시
 - 알코올 사용장애에 특화된 ‘동기강화 포괄치료’ 프로그램* 개발
 - * 입원 2달 이내 초기 환자(해독 후 4주간)를 대상으로 병식 증대 및 재발 방지 목적의 고밀도 집중 치료서비스 개발
 - 초기 알코올 사용장애 조기개입 및 고위험군 개입 프로그램 개발·확산
 - 초기 알코올 사용장애 문제에 대한 조기개입 프로그램, 서비스 모델을 개발하고, 알코올 사용장애 문제에 대한 선별, 단기개입, 치료를 위한 SBIRT* 확산
 - * 알코올 사용장애 문제에 대한 선별, 단기개입, 치료 의뢰 프로그램(Screening, Brief Intervention & Referral to Treatment)
 - 의료기관·지역사회 기반, 표준화된 인터넷 웹(앱)기반의 고위험음주 개입 프로그램 개발 및 확산·보급
 - * 자가검진결과 고위험군으로 선별되면 이용자 지역의 중독관리통합지원센터, 정신의료기관으로 연계·지원
 - 일차 및 공공의료기관의 의사 처방에 의한 디지털치료로서 웹기반 고위험음주 개입에 대한 시범수가 적용사업(관련 프로세스 개발) (On-Beam, 2019년 개발)
 - 조기개입 및 고위험군 개입프로그램을 사회복지 분야의 기관에도 적용할

수 있도록 일반 사회복지사 대상 SBIRT 교육 및 실시 역량 강화

□ 알코올 사용장애 전문 치료기관 확충 및 전문 치료서비스 확대

○ 알코올 사용장애 치료 전문기관 지정 확대 및 수가개선 추진

- 보건복지부 지정 알코올 전문병원 확대 및 알코올 전문병동 확충

* 의료정책과 등 주무과와 TF 등 설치 및 운영

○ 알코올 사용장애 외래치료 활성화 지원

- 외래기반 상담·치료 모형 등 표준 외래치료 프로그램을 개발하고 외래치료 프로그램에 대한 수가 마련

○ 장기간의 입원치료가 반복되고 있는 알코올 사용장애 특성을 고려한 치료·재활 프로그램 개발 및 확산

- 국·공립병원 및 알코올 전문병원 등에 ‘동기강화 포괄치료’ 프로그램 시범 적용 및 행위 표준화, 원가 분석을 통해 수가 산출

* 국립병원 평가지표로 중독병동 및 중독치료프로그램 운영 지표 포함

- 알코올 사용장애 재활치료 프로그램 확대, 시범사업을 실시하여 수가체계 개선 방안 마련

- 퇴원하는 만성알코올중독자(기초수급자 혹은 조건부수급자 등 근로능력이 미약한 중독자)를 대상으로 자활사업 및 자조그룹(A.A.) 연계 시범사업(자활센터와 중독관리센터 혹은 중독재활시설 연계) 운영

- 병원기반 사례관리 시범사업을 통하여 퇴원 후 지역사회 재활기관으로 바로 연계될 수 있도록 지원

□ 반복주취자 및 주취 폭력자에 대한 치료지원체계 강화

○ 경찰청-지자체-의료기관 협력하에 진료가 필요한 주취자를 위한 응급의료센터 운영 확대 및 수가 개선 검토

- 적용가능한 주취자 및 반복재발성 범죄형 알코올중독자에 대한 보호관찰 및 경찰과의 협업 모델 개발 및 시범사업 운영

- 주취자의 알코올 사용장애 여부 평가를 위해 관할 경찰서-중독관리통합지원센터/정신건강복지센터-의료기관 간 연계체계 구축
 - 권역별 의료기관 지정 및 권역별 주취자에 대한 평가와 치료연계서비스를 전담할 권역형 중독관리통합지원센터 또는 광역센터에 전담팀 배치
 - 주취자를 위한 응급의료센터 운영
 - 권역응급의료센터 등에 “주취자지원센터”를 두고 반복주취자, 급성중독자에 대한 안전한 제독치료 지원과 포괄적 평가를 통한 지역사회중독재활기관연계 지원
 - 중독자위기지원센터를 설치하고, 일시적 쉼터 개념으로 재발위기개입 및 급성제독 서비스 후 연계 서비스 지원
 - 급성 알코올 사용장애 상태(주취상태)에서 보호격리가 필요한 경우 의료기관에 보호장소를 마련하고 경찰 또는 지자체에서 인력 배치
 - 치료감호법의 주취자에 대한 의무치료제도 활성화를 위한 구체적 대책 개발
- 주취관련 범죄자의 치료·재활을 위해 보호관찰소 등 교정시설과 중독관리통합지원센터/정신건강복지센터 간 지원체계 마련
- 기관 간 사전협의를 통해 대상자에 대한 상담, 사회복귀훈련 등 공동사례관리 추진
- 상습적 음주운전자들을 대상으로 한 서비스 강화
- 음주운전자들을 대상으로 한 안전교육과 더불어 12-20회기 정도의 중독전문가들에게 심리상담 서비스 제공 후 면허증 회복 절차 필요
 - 음주운전 경험이 있는 사람과 현재 법적인 제재를 받고 있는 음주운전자들을 나누어 교육 및 상담프로그램 실시

추진과제2 알코올 사용장애 관리체계 개선 및 재활시설 확충

□ 지역사회 알코올 사용장애 서비스 지원 및 전달체계 개선

○ 중독관리통합지원센터 시설 확충 및 기능 강화로 지역사회 중독 고위험군 조기개입 및 중독자 치료서비스 활성화

- 2014년 중독관리통합지원센터로 명칭 후 동결된 인력 및 예산의 확충(현재 3~4명 → 7~8명)
- 50개소로 정채된 중독관리통합지원센터의 개소수를 인구 20만 이상 시군구를 대상으로 55개소 추가 설치
- 노숙인 및 취약계층 알코올중독문제 관리사업*을 확대
 - 현재 노숙자 등 중독자사례관리 사업을 6개 중독관리센터에서만 시행중 (센터당 1억원, 국비 50%)

○ 알코올중독관리 거버넌스 개선 및 구축

- 복지부 중독관리과, 국립정신건강센터 및 광역정신건강복지센터 내 중독팀 신설·운영으로 정부부처 및 광역단위 계획 수립 및 효율적인 중독관리사업 수행
- 중독관리법 제정을 통한 알코올중독에 대한 제도적 개입 근거마련
- 통합정신건강증진사업에서 통합중독관리체계 구축과 중독관리통합지원센터 기능강화를 필수사업으로 추진
- 시도 단위 중독 전문 프로그램·사업 기획, 대상자 관리 표준적 지침서 등의 매뉴얼 제작 및 보급
- 사업수행을 위한 행정지원 체계를 갖추어, 중독관리통합지원센터가 지역의 실행주체로서 실무적 업무에 집중할 수 있도록 지원
- 중독관리통합지원센터와 기초정신건강복지센터(정신복지-중독관리)간 역할 조정·연계

- 알코올전문 치료기관의 확대 및 지원강화, 퇴원 전 지역센터 연계 강화
 - 중독자 응급입원 및 위기개입을 위한 격리실 등의 병상확보(공공정신의료 기관에 해독치료가 가능한 중독병상 개설, 중독전문병원 확대 등)
 - 재원기간 중 지역연계 프로그램 활성화(병원기반 사례관리)
 - 병원 소속 정신건강전문요원이 재원기간 중 퇴원계획을 수립, 퇴원 후 일정기간 사례관리를 담당한 후 지역사회 내 중독관련 유관기관으로 연계

□ 중독전문가 양성 및 역량강화

- 지역별 중독관리 전문화 교육 모듈개발 및 교육·인증 제공
 - 통합적이고 표준적인 교육과 인증체계 구축
 - 각 지역의 전문 학회 및 전문가 단체와 국립정신건강센터가 협력하여 중독 전문가 인증제도를 구체적으로 구축
- 알코올 사용장애 치료 역량강화를 위한 지역사회 중독전문 인력양성 및 지역사회 배치
 - 일반교사 및 상담교사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 경찰, 교도공무원 등에 대한 보수교육 및 직무교육에 추가 교육 트랙과 같은 것을 마련하여 이들이 중독전문인력으로 양성될 수 있도록 체계 구축 지원

□ 중독자 회복을 위한 재활시설 확충 및 직업훈련 서비스 체계 구축

- 지역사회 내 중독 관련 유관기관*에서 중독자를 위한 치료·재활서비스가 제대로 제공될 수 있도록 표준 서비스 지침 고도화

* 중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터, 정신건강재활시설 등

- 중독 전문 정신재활시설 확충 및 훈련프로그램 확대 지원
 - 알코올 중독자의 특성을 반영하여 정신재활시설 운영기준 개정생활시설, 주간재활시설, 공동생활가정, 직업재활시설, 종합시설 등 다양한 형태의 중독자 전용 재활시설의 확충하고, 이를 통해 사회복지를 적극 지원할 수 있는 지역사회 환경 조성

- 현재 20개소로 정해진 중독전문 재활시설 개소수를 최소 58개소 추가설치 (중앙정신건강사업지원단, 2017)
- 알코올 중독자의 입원에서 직업재활 훈련 및 퇴원 후 일자리까지 직업재활 시스템 모형 개발
 - 지원 고용, 지원 주거와 같은 근거중심적 재활 서비스 도입 및 활성화
- 중독에서 회복된 당사자를 통한 ‘회복자 상담가’ 양성 프로그램 확대 및 고용 활성화
 - 중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터의 직원과 팀을 구성하여 알코올 중독자의 회복과 자립 등을 돕고 자조활동 활성화
 - 회복자 양성프로그램을 활성화하기 위해서 서울시 이외의 지자체(특히, 광역시들)가 이와 같은 양성프로그램을 실시할 수 있도록 지원(현재 서울시는 자체 예산으로 진행하고 있음)
- 회복자 자조모임 및 가족자조모임 운영 지원
 - 알코올중독자 가족 교육 지원 및 상담 서비스 제공
 - 자조모임이 없는 지방(지방 소도시나 군 단위)에서 거주하는 중독자 및 가족을 위한 자조모임에 실시간 온라인으로 참여할 수 있도록 지원(인근에 있는 중독관리통합지원센터와 중독관리센터가 없는 지역의 정신병원, 사회복지기관 및 시설, 희망복지지원단 등이 협력하여 실시)
- 알코올 및 약물중독자들을 위한 치료공동체 모델 활성화
 - 치료 동기가 부족한 알코올 중독자들을 대상으로 동기강화상담, 인지행동 프로그램 등 전문적인 상담 서비스 제공
 - 적극적 지역사회치료(PACT)와 집중형 사례관리와 같은 지역사회 돌봄 모델(community care model)에 기반한 프로그램 도입 및 활성화
 - 중독으로 인한 중복장애와 재발에 대한 개입

나. 【추진전략②】 약물중독 관리체계 구축

추진과제1 약물중독 실태 파악 및 관계부처 협력 강화

- ‘정신건강 실태조사’와 연계하여 마약류 중독자 실태조사 실시
 - 중독원인·유형, 치료보호 이력, 직업 훈련 등 현황 조사
 - * 「마약류관리법」에 따라 마약류 중독자에 대한 실태조사를 5년마다 시행, 실태조사
의 방법과 내용은 「마약중독자치료보호규칙」에서 규정
 - 실태조사에서 중독성 의약품 실태조사 추가
 - 마약류 중독의 낮은 유병률과 불법성을 고려하여 ‘정신건강 실태조사’에서 유
병률 조사 방법 마련
- 마약류 폐해 등에 대한 정보제공과 인식개선에 노력하고 마약류 중독자의 치료·
재활 지원을 위한 관계부처 협력 강화
 - 마약 중독으로부터 안전한 사회를 조성하기 위한 마약류 물질*에 대한 정확한
정보제공 및 폐해에 대한 인식제고
 - * 향정신성의약품(257종), 마약(126종), 대마(1종), 임시마약류(94종)
 - 마약류 오남용 방지, 중독폐해 인식 고취를 위한 온라인 콘텐츠 제작·배포,
버스, 지하철 등을 통한 캠페인 실시 등
 - 마약류 중독자의 치료와 재활을 지원하기 위해 식약처, 법무부, 검찰청 등 관
계부처와 협력을 강화
 - 치료감호, 보호관찰 등을 종료하고 지역사회로 복귀한 마약투약 사범의 재
발 방지를 위한 관계부처 협력 사업 개발
 - * 관계부처 및 마약퇴치운동본부(중독재활센터), 중독관리통합지원센터, 정신건강복
지센터 등 참여
 - ** 범부처 간 협력 기구 마련 및 실질적 가동
 - 검찰의 치료조건부 기소유예 확대에 따라 대검찰청-복지부 협력 치료체계
구축 및 국립정신병원의 마약류 중독자 치료 역량 강화
 - ** 범부처 간 협력 기구 마련 및 실질적 가동

추진과제2 마약중독 치료 및 재발 방지 지원 강화

□ 마약류 중독자 치료 보호 지원 확대

- 마약류 중독자에 대한 치료비 지원을 확대하고 치료보호기관의 적극적인 치료 유도
 - 마약투약사범의 증가에 따라 치료보호 대상 확대에 대비하여 치료비 지원 예산 증액 및 국립정신병원 예산 확보 추진
 - (OR) 건강보험으로 치료하고 본인부담금을 지원하는 제도로 전환
 - 민간 치료보호기관 운영실태를 매년 점검하고 치료보호 실적 제고
- 「마약류중독자 치료보호규정」(대통령령) 개정 추진
 - 입원치료뿐만 아니라 외래치료도 지원하는 근거규정을 마련('14년부터 지침을 개정하여 지원 중)하고 심의절차도 개선
- 마약류 물질의 특성에 기반한 전문치료 및 재활 프로그램 개발·확산
 - 마약중독 관련 디지털치료제* 도입 추진
 - * 국내 현실에 맞는 치료프로그램을 현재 치료를 담당하고 있는 전문가의 자문과 참여를 통해 개발(On-Beam 및 국내 치료보호전문의료기관 등)
 - 비대면 서비스 혹은 디지털 치료 기법 개발 추진
 - 마약류 물질에 따른 치료 프로그램 및 투약사범 재범방지를 위한 교육 프로그램 등 개발 및 확대
 - 마약류 중독치료 및 재발 방지를 위한 국가치료제도(보호/감호) 활성화 방안 검토 및 확대
- 약물중독자 치료 보호 활성화를 위한 부처 미 시설 간 서비스 전달체계 등이 포함된 종합대책 개발
 - 표준화된 예방교육 프로그램, 상담개입 프로그램, 외래치료 프로그램, 입원 치료 프로그램, 재활 프로그램 등에 대한 매뉴얼 개발

- 서비스 수준에 대한 정의 및 서비스 전달체계 등 확립, 서비스 제공체계 구축을 위한 전략, 프로그램, 실행계획 개발
- 마약류 사범 단기 교육과정 신설 등 교정시설의 심리치료를 강화하고 보호관찰 대상자에 대한 약물검사 강화(법무부)
 - 마약류 투약사범을 포함한 모든 마약류사범을 대상으로 약물의 폐해, 회복자 강연 등 재활에 대한 다양한 정보제공 및 동기부여
 - 약물중독 회복자가 상담전문인력이 될 수 있는 공식 루트 시범 운영*
 - * 약물중독 회복 자가 자신의 회복 로드맵(예: 향후 3년간)을 제시하고, 심사과정을 거쳐서 선정이 되면, 기존의 중독전문인력양성과정에서 교육받을 수 있도록 경제적 지원. 이런 과정에 apply하는 것에 대한 단약기간 보증은 전문학회 등이 인정하는 정신건강의학과전문의나 중독분야의 전문가들이 할 수 있도록 함
 - 보호관찰 개시 초기 3개월 동안 약물검사 횟수를 늘리고(월 1회 → 3회) 보호관찰 전 대상자 중 50% 이상 불시 약물검사 시행
 - 마약류 투약 사범에 대한 재활교육(법원 명령) 시행기반 강화(식약처)
 - 중독재활센터(마약퇴치운동본부 운영, 서울 1개소)를 단계적으로 확대 설치하고, 전문강사 양성 및 이수시간별 교육 프로그램 개발 추진

다. 【추진전략③】 행위(동)중독 치료 및 예방서비스 강화

추진과제1 스마트폰·인터넷 과의존 예방

- 스마트폰 과의존 예방교육을 강화하고 안전한 온라인 환경을 구축하여 디지털 콘텐츠의 건강한 이용 추진
 - 유치원, 어린이집을 통한 스마트폰 과의존 자체 예방교육을 강화하고, 전문강사 방문교육, 부모참여 문화체험교육 등 제공(과기정통부)
 - 청소년 스마트폰 과의존 예방교육을 토론·실천형으로 전면 전환(과기정통부), 사이버안심존* 운영으로 스마트폰 과의존, 불법·유해물 차단(방통위)

* 학교와 가정에서 함께 스마트폰 이용행태를 점검하고 이용시간을 관리지도하는 서비스

- 유아, 청소년, 성인 등 대상별 인터넷 윤리의식 교육 강화(방통위), 사이버 폭력·범죄·도박 등 예방교육, 콘텐츠 개발 추진(법무부, 사감위)

□ 스마트폰 과의존 상담, 치유, 회복 지원 프로그램 운영

- 전문 상담·연구 기관으로서 스마트쉼센터 허브기능 강화(과기정통부), 청소년 치유캠프*, 인터넷치유학교** 운영, 상담 및 치료연계 제공(여가부)

* 초등학생 및 보호자 가족치유캠프(2박 3일), 중고생 치유캠프(11박 12일)

** 국립청소년인터넷드림마을 일반(1~2주) 및 심층(3~4주) 프로그램 연중 운영

- 게임과몰입의 체계적 치유매뉴얼을 개발·보급하고(문체부), 온라인 상담 플랫폼을 통한 사이버도박 특화 치료 제공(사감위)

□ 학교의 예방능력을 강화하고 보호자, 학부모 참여 확대, 상담 전문인력 양성으로 가정, 학교, 사회의 지원 환경 기반 강화

- 스마트폰 바른 사용 시범·중점학교 운영으로 교육·상담, 교사 역량강화, 스마트쉼 학교 환경디자인 등 종합서비스기획 및 모델 보급(과기정통부)

- 유아 부모, 과의존 위험 청소년 학부모 대상 스마트폰 바른 사용 보호자 코칭 교육 확대(과기정통부, 여가부)

- 자유학기제 등을 활용한 청소년 바른 ICT 진로교육 프로그램 운영 및 확산(과기정통부)

- 가정에서 실천하는 인터넷 윤리교육(‘밥상머리 인터넷 윤리교육’) 및 학부모 교육용 인터넷윤리 온라인 콘텐츠 개발·배포(방통위)

- 교사 역량 강화를 위한 직무연수*를 운영하고, 스마트폰 과의존 예방 및 사이버 도박문제 전문인력 양성(과기정통부, 방통위, 사감위, 여가부)

* 스마트폰 과의존, 인터넷 윤리, 사이버폭력 예방, 미디어 과의존, 사이버도박문제 등

추진과제2 디지털 미디어 과사용 예방을 위한 범부처 협력

□ 게임이용장애 민관 협의체의 합리적 의사결정에 필요한 근거를 마련하기 위한 공동연구(복지부-문체부) 진행

○ 국무조정실 주관, 복지부와 문체부는 연구비용을 공동부담하고 민관협의체 내 소위원회를 통해 정기적으로 연구관리 추진

- (과제 1) 게임이용 장애 질병코드 등재 과학적 근거 분석 연구
- (과제 2) 게임이용 장애 실태조사 기획연구
- (과제 3) 게임이용 장애 질병코드 도입에 따른 파급효과 연구

○ 실태조사 기획연구는(과제2) 조사대상, 기간 및 구체적인 방법을 도출하고 필요 예산을 산출하여 후속 실태조사 연구 추진

□ 디지털 미디어 과사용 문제에 대응하기 위해 지역사회 치료 및 서비스 전달체계 구축

○ 게임이용장애 코드 도입과 상관없이 게임, 인터넷 등의 과도한 사용으로 고통 받는 일이 없도록 예방 및 치료 가이드라인 마련

- 유관기관 의뢰·연계 체계 구축, 선별검사 도구 개발, 고위험군 사례관리 과정 등 마련

* 영유아, 청소년 건강검진 등과 연계

- 일차의료에서 활용가능한 게임, 인터넷 이용장애 진료지침 등 개발

○ 특화된 치료프로그램 개발·보급, 중독문제 대응 전문인력 양성 및 교육을 통한 역량강화

- 다기관 치료효과성 임상연구 개발
- 중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터 등에서 중독담당 전문인력을 양성하고 전담팀을 구성할 수 있도록 지원하여 지역사회 상담활동 강화
- 아동·청소년 등을 대상으로 디지털 기기의 과도한 사용에 따른 부작용, 신체적·정신적 건강 위험에 대해 근거기반 홍보와 교육 강화

○ 디지털미디어과사용 관련 건강위험에 대한 건강체계 대응 기반 조성

- 디지털미디어 과사용의 정신적, 신체적건강 및 뇌발달 영향에 대한 과학적 근거 연구지원
- WHO 등과 협력하여 디지털미디어과사용 관련 건강위험지표에 대한 국가 간 모니터링체계 구축 지원
- 국립정신건강센터 등에 디지털미디어과사용 관련 건강위험 예방치료 관련 정신건강서비스 개발을 위한 공공, 민간 네트워크 구축 및 지원

□ 게임 과몰입 치유를 위한 기반시설 확대 및 올바른 게임문화 조성(문체부)

○ 지역기반 게임 힐링센터 기능을 강화하여 올바른 게임문화를 조성하고 전국단위 과몰입 치유 서비스 접근을 위한 프로그램 개선 추진

- 예방·치유 연구 및 문화·예술·체육 등 프로그램 개발·보급, 온라인 예방 매뉴얼 제공

○ 게임의 문화적 가치 확산 및 올바른 게임문화 조성을 위한 가족 중심의 게임문화 축제 개최 및 대국민 홍보 강화

- 게임체험 및 세대공감 게임대회, 가족캠프, 이야기 콘서트, 게임을 주제로 한 다양한 공연·전시, 학술연구 및 강연 등으로 구성

○ 게임 및 인터넷 선용을 전문적으로 연구하는 게임 선용 연구 센터 설립

- 게임 관련 사회 현상을 연구하고, 실제적인 연구 데이터를 확보하여 게임, 인터넷 선용이라는 대안 모색

□ 도박장애의 치료전달체계 효율성 강화

○ 도박장애 치료전달체계 적정화

- Level of care와 공중보건학적 모델에 근거한 치료전달체계 개발 확산
- 관련 상담치료기관 네트워크 구축 및 다학제연구팀 구성하여 연구개발과제로 수준별 치료, 치료서비스 전달체계, 각 치료수준별 치료프로토콜 등 개발

- 사행산업감독위원회, 한국도박문제관리센터와의 협업 필요
- 도박장애대상자 치료비지원 확대
- 의료기관 치료비 지원 확대
 - 현재 한국도박문제관리센터에서 시행중인 치료비지원사업의 업위와 액수를 상향조정하여 실질적인 임상치료 중에 적극적으로 대응
- 도박장애에 대한 근거기반 치료프로그램 등 개발
- 단기개입, 표준상담프로그램, 외래치료, 집중치료 등 수준별 한국형 근거기반 치료프로그램 개발 보급 등
- 도박중독에 대한 재활서비스 활성화
- 지역사회 아웃리치, 재활 공동체, 직업재활의 서비스 상호 연계, 도박중독 대상자들의 회복과 사회복귀 촉진

제5절 자살예방 및 생명존중 문화정착

1. 현황 및 문제점

가. 주요 현황

□ 한국 자살사망률 현황 및 추이

○ 1980년대 8~9명 수준을 유지했으나, 외환위기('98년), 카드대란('02~'03년), 금융위기('08년) 등을 거치며 '11년까지 가파르게 상승함.

- 월별로는 유명한 자살 시점에 크게 증가*하였으며, 특히 '08.10월(故 최진실)에 전년 동월 대비 84.8%(823명) 증가함.

• '96.1월 49.5%(故 서지원, 故 김광석), '07.2월 45.7%(故 정다빈), '08.10월 85.4%(故 최진실), '09.5월 59.0%(故 노무현)

[그림 3-25] 한국 자살사망률 현황 및 추이



○ '11년 자살예방법 제정 이후 중앙·지자체, 민간의 다양한 노력으로 자살률 감소 추세('11년 31.7 → '18년 26.6, 8년간 16.1% 감소)임.

- 특히 65세 이상 노인은 '10년에 81.9명까지 증가하였으나, 이후 감소*하여 '18년 48.6명(9년간 40.7% 감소)임.

• 자살예방센터(정신건강복지센터) 확대 등 정신건강 인프라 강화 외에도 맹독성농약 유통 금지('12.11.), 기초연금 확대·개편('14.7.) 등 영향 추정

- <15~64세> '11년 42.4명 → '18년 38.1명(8년간 10.1% 감소), <15세 미만> '87년 이후 0.2~1명으로 거의 변화 없음.

〈표 3-8〉 인구 10만 명당 자살사망률, 연령표준화 사망률: 성별·시도별, 2018년

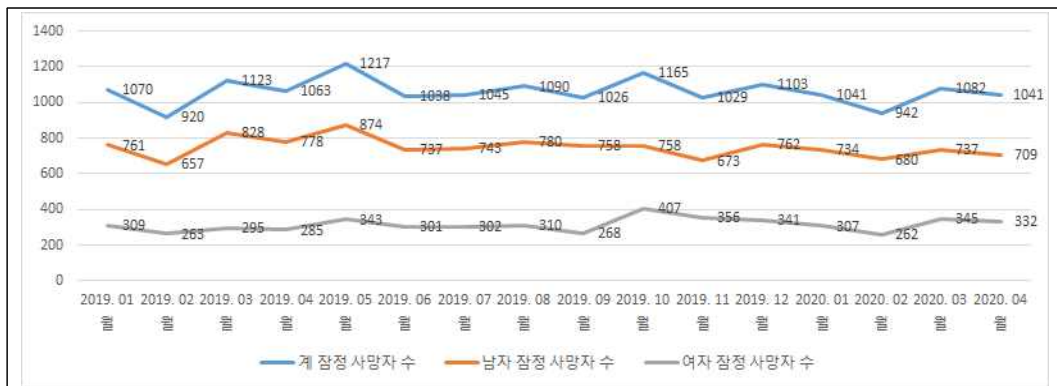
시도별	계	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	-14	15-64	65+
전국	26.6	2.1	8.7	15.3	19.9	25.6	29.0	30.1	32.7	32.4	34.3	32.5	0.7	26.9	48.6
서울	22.5	2.3	9.2	15.0	17.1	21.8	20.3	24.4	26.8	28.0	27.9	26.8	0.8	22.2	41.8
부산	27.9	1.5	5.3	14.2	19.0	31.0	29.6	27.1	35.1	39.1	30.6	36.8	0.5	28.0	45.6
대구	26.8	6.9	14.4	16.6	29.5	32.3	33.8	38.7	30.9	32.5	32.8	-	27.8	45.3	45.3
인천	27.9	4.5	11.1	17.8	22.4	26.7	29.4	30.3	32.7	35.0	35.4	36.8	1.5	28.5	53.6
광주	25.7	-	12.1	22.4	24.9	27.5	27.1	27.3	32.2	32.6	28.2	28.3	-	26.5	50.5
대전	28.3	5.5	6.6	19.0	17.5	27.4	29.4	30.8	29.7	28.7	45.0	41.9	2.0	28.1	59.0
울산	27.1	5.4	5.8	13.6	16.2	27.6	41.0	36.6	31.0	38.0	37.2	47.3	1.8	30.5	37.7
세종	26.0	5.3	26.1	19.9	11.7	17.5	18.5	33.9	27.5	43.6	23.0	36.9	1.6	25.6	82.8
경기	24.2	2.3	8.0	15.1	17.6	22.7	24.7	24.5	30.4	30.0	31.9	30.3	0.9	24.2	53.3
강원	33.1	-	8.1	13.0	27.6	18.2	40.3	48.5	32.7	36.0	40.5	27.4	-	30.5	64.0
충북	31.1	4.1	10.0	20.9	24.4	31.6	33.5	44.0	35.1	39.5	38.5	25.8	1.4	31.3	54.1
충남	35.5	1.0	13.7	16.4	31.7	40.1	41.4	33.1	50.1	31.3	43.3	46.5	0.3	35.8	62.6
전북	29.7	2.3	7.3	11.5	19.8	34.0	51.1	34.5	43.1	37.3	36.2	35.2	0.9	31.9	40.6
전남	28.0	-	10.4	12.9	26.6	24.7	36.5	41.2	30.7	30.9	33.7	35.7	-	29.1	40.2
경북	29.6	0.9	14.3	14.9	19.9	29.1	30.4	33.2	37.9	38.4	44.3	31.2	0.3	31.0	43.1
경남	28.9	1.3	5.7	13.2	22.5	25.0	37.7	41.8	35.1	34.6	38.4	36.0	0.4	30.5	47.5
제주	30.6	-	2.5	16.1	43.2	33.0	43.5	36.5	36.2	29.7	52.7	27.6	-	32.9	51.4

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2019)

- 감소 추세 속에서도 '13년, '18년에 일시적 증가가 있었으며, '19년에는 다시 감소 추세(전년 대비 약 5.7% 추정, 잠정치 기준)임.
- 전년 동월 대비 '13.1월 25.2% 증가(故조성민), '18.3월 35.9% 증가(故조민기)

[그림 3-26] 2019년 1월부터 2020년 4월까지의 월별, 성별 자살사망자수(잠정치)

(단위: 명)



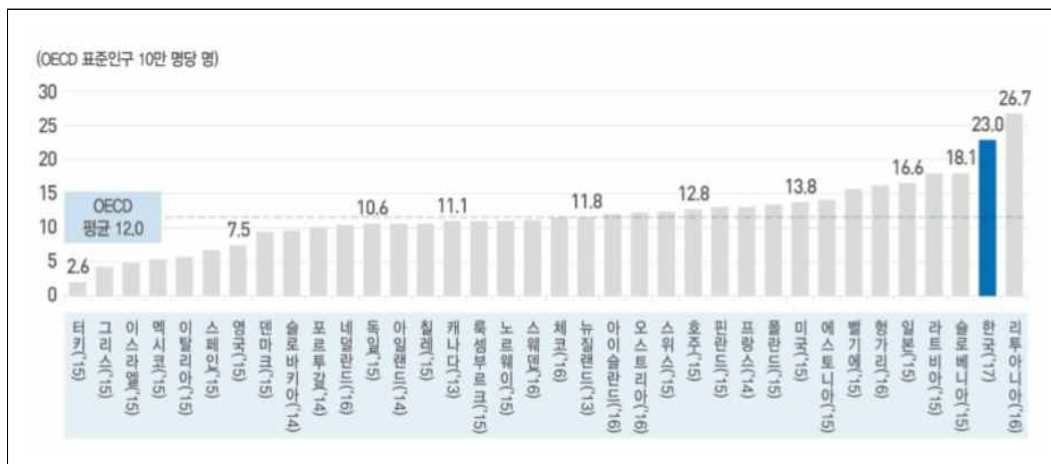
자료: KOSIS 홈페이지

○ 다만, '96년 OECD 평균을 상회, '11년 최고치를 기록한 이후, 감소 추세*에 있으나 획기적으로 낮아지지 못하는 상황임.

- 10만명당 ('90년) 7.6명 → ('11년) 31.7명 → ('17년) 24.3명 → ('18년) 26.6명 → ('19년 잠정) 25.1명

[그림 3-27] OECD 국가 연령표준화 자살률 비교

(단위: 명)



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

○ 자살은 연간 6.5조원 규모의 사회경제적 비용을 초래함.

- 자살한 당사자의 미래소득 감소분만 고려하면 연간 6.5조원 비용을 초래하며, 5가지 주요 사망원인 중 암(14조원)에 이어 가장 높은 수준을 차지함.

[그림 3-28] 자살로 인한 사회경제적 비용



자료: 국민건강보험공단(2014)

□ 자살예방 정책의 현황

- 자살예방법 제정('11년), 광역·기초 정신건강복지센터 설치('98년~) 등 법적·제도적 인프라를 지속 확충하는 등 범정부 차원의 노력을 지속함.
 - (법제도 인프라 확충) 5년 주기 자살예방 국가행동계획 수립¹⁰⁾, 중앙자살예방센터('12년) 및 중앙심리부검센터('14년) 설치, 자살예방정책과 신설('18년) 등
 - (고위험군 발굴·연계) 생명지킴이 양성('18~'19년, 231만명), 우울증 국가검진 확대('19.1월, 20세·30세), 응급실 자살시도자 사후관리*('19년, 63개소)
 - 응급실자살시도자 사후관리('17년) 22.4% → ('18년) 26.6% → ('19년) 28.7%
 - (고위험군 지원) 상담전화 1393 개통('18.12월), 유족 원스톱서비스('19.9월~)
 - 자살고위험군 사후관리('17년) 15,120명 → ('18년) 16,701명 → ('19년) 17,173명
 - (자살위험 차단) 「자살보호 권고기준 3.0」 개정·확산, 번개탄 판매개선 등

나. 문제점

- 자살 고위험군의 다수가 여전히 발굴체계의 사각지대에 있는 상황임.
 - 자살예방센터는 시도자, 유족 등의 최초접촉자인 지역 경찰·소방관서와의 협업이 필수적이거나, 현재는 기관별 역량에 의존함.
 - 경찰·소방 및 자살예방센터의 담당자 교체 시, 기존에 마련된 협업 관계도 안정적으로 유지가 어려운 상황임.
 - 전국민 대상 생명지킴이 교육(연 100만명) 등으로 빈틈없는 인적 발굴망도

10) 자살예방 국가행동계획('18~'22) 수립('18.1월)

구축해나가고 있으나, 실제 발굴·연계에 대한 관리 미흡함.

○ 근거기반 자살예방정책 추진을 위해 전수조사, 심리부검 등을 추진하고 있으나, 대내외적 환경 변화에 따른 영향도 파악은 미흡함.

- 코로나19 장기화로 인한 우울감·경제적 위기는 자살을 증가시킬 우려가 있으며, 갑질·폭력 등에 따른 사회적 약자의 자살이 지속 발생함.
- 각종 사회서비스 제공기관, 피해자 신고센터 등 자살위험을 다빈도로 감지하는 기관 간의 자살예방 대응역량 차이가 큰 편임.
- (예시) 고용센터는 실업급여 신청과정에서 스크리닝 및 심리상담 제공

□ 고위험군 발굴 이후 관리·지원체계는 양적 확대에 편중되어 있음.

○ 응급실 기반의 자살시도자 사후관리는 현재까지 수행기관 확대를 중점 추진('17년 42개소→'19년 63개소)하였으나,

- 병원의 운영 부담 등에 따라 수행기관의 지속 확대는 어려움 존재하며, 사후관리 질에 대한 평가·관리체계 개선 필요함.
- 다만, 자살 유족에 대한 지원체계는 도입 초기로서 시범사업 등을 점차 전국적으로 확대해 나갈 필요가 있음.
- 유족 원스톱서비스('19.9월~, 3개 광역·13개 기초 시범사업) 등
- 연간 자살자 약 1만3천명, 반면 정신건강복지센터 등 등록 유족은 715명('19년 기준)

○ 지역사회에서 고위험군 적극 발굴 및 자살예방센터로 연계하도록 하고 있으나, 현재는 모든 고위험군을 연계 받기 버거운 실정임.

- 기초 센터의 자살예방 전담인력은 업무 과중, 낮은 처우 등에 따라 근속연수 저조 및 전문성 하락 현상이 발생함.
- (업무 과중에 따른 낮은 근속연수) 정신건강증진센터 평균 근속연수 약 40.4개월이며, 2년 이하인 경우가 전체의 약 43%(국립정신건강센터, 2016)

○ 매년 관계부처 합동의 계획을 발표함에 따라 늘어나는 업무량에 비해, 지자체 전담 공무원은 여전히 부족한 상황임.

- 전국 자살예방 전담 공무원은 88명, 이외는 정신건강·중독·트라우마 등 겸직('20.7월)

□ 생명존중문화 조성을 위한 홍보·캠페인 성과 한계

○ 자살보도 권고기준 확산 등 유명인 자살 관련 언론대응에 집중하고 있으며, 생명존중문화 조성을 위한 인식개선 성과 도출에는 역부족임.

- 유명인 자살은 모방자살 등 위험한 영향을 여전히 미치고* 있으나, 사전예방 대책 및 모방효과 최소화 방안이 미흡함.

- '19.10월 20대·30대 여성 자살사망자 수는 전년 동월 대비 2배 이상 증가함(참고: 故 설리, '19.10.14. 사망).

- 「자살보도 권고기준 3.0」 개정·확산 및 기자·언론사 대상 지속적 교육·안내를 통해 준수율 상당히 개선되었으나, 지속 확대할 필요가 있음.

- 상담전화 기재건수는 증가: ('17년) 71건(0.9%) → ('19년) 630건(19.5%), 자살수단 포함건수는 감소 ('17년) 1,588건(19.2%) → ('19년) 9건(0.3%)

○ 영상매체, 포스터·현수막 활용한 자살예방 인식개선 홍보를 지속하고 있으나, 전파 및 영향력은 크지 않은 편임.

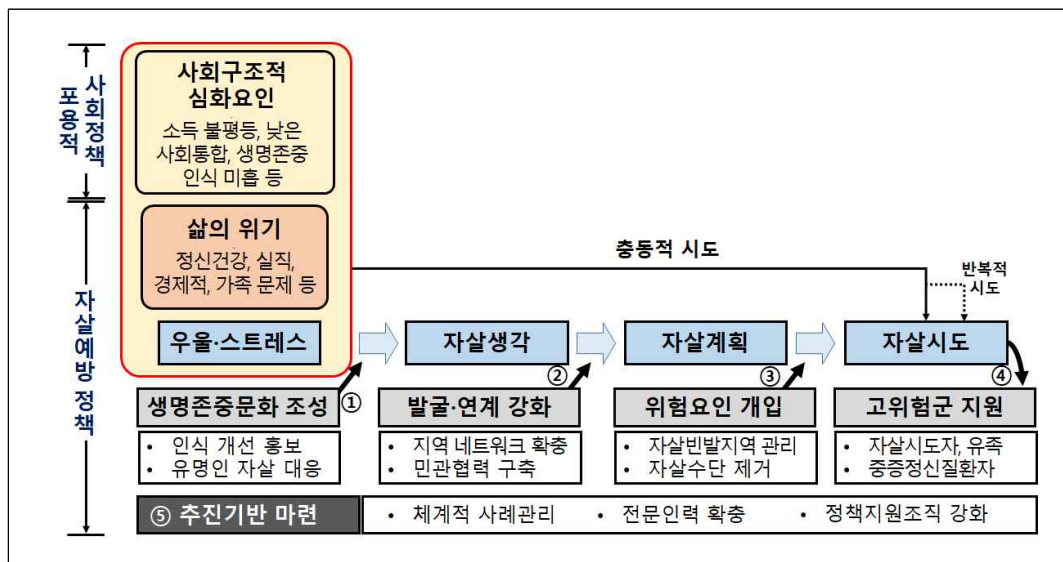
- '13년에 비해 자살에 대한 허용적 태도*는 높아지고, 자살예방 인식**은 낮아진 것으로 나타남(2018 자살실태조사)

- 고통받는 상황에서 자살 용인 태도 증가('13년 2.81점 → '18년 2.90점)
자살은 예방할 수 있다는 인식 감소('13년 3.61점 → '18년 3.46점)

다. 정책 추진방향

- 한국의 자살 특성을 보면, 국민이 경험하는 삶의 위기 요인이 복합적으로 작용하여 자살로 이르게 됨. 따라서 삶의 위기 요인을 줄여나가면서 위기에 봉착한 국민을 대상으로 한 포괄적 지원을 통해 위기가 자살로 연결되지 않도록 하는 것이 필요
- 국가 차원에서 포용적 사회정책을 통해 삶의 위기로인을 줄이고,
 - 그럼에도 발생하는 삶의 위기는 자살로 이어지지 않도록 지역사회가 포괄적으로 지원하고 자살 촉발요인 제거
 - 각 자살위험 단계에서 흐름을 끊어주는 개입전략 마련

[그림 3-29] 자살위험 단계별 개입 전략



2. 정책 과제

가. 【추진전략①】 자살 고위험군의 선제적 발굴

추진과제1 자살 고위험군 발굴체계 개선

□ 자살시도자, 유족 등 고위험군 발굴체계 구축 및 확대

- 경찰·소방에서 생명존중 협력 담당관 지정('20년~) 및 교육·관리, 현장에서 자살시도자·유족 등 고위험군 연계 활성화 추진

* (경찰·소방의 의무) ① 시도자·유족에게 자살예방기관 정보제공,

② 당사자 동의 후 시도자·유족 등 정보를 자살예방기관에 제공

- 또한, 현장 공무원의 잦은 인사(현장↔내근)에 따른 교육 효과감소 방지와 위험군 발굴역량 강화를 위해 교육과정 정례화

- 자살시도자, 유족 대상 자살예방센터 사후관리 강화

- 자살시도자 사후관리(응급실), 유족 원스톱서비스(센터) 이후, 자살예방센터에서 의무적 사후관리 강화

* 자살유가족 원스톱서비스 시범사업 평가를 통한 사업 확대

- 자살시도자 유족 대상 자살예방센터 사후관리의 인원 확대 및 등록연계 동네의원의 원활한 활용을 위한 예산 확보

□ 생명지킴이 제도 개편을 통한 고위험군 선제적 발굴

- 전 국민 대상 생명지킴이 교육은 '서로 간 지지'가 필요함을 중점 교육하여, 고위험군 발생을 줄이는 예방적 체계 구축

- 생명지킴이 교육과 스트레스 관리 우울증 등의 정신질환 대처에 대해서 초·중고 학교에서 수준별로 보건교육 실시로 참여 유도
- SNS, 유튜브 등에 대해서 생명지킴이 운동 확산

- 삶의 위기에 처한 사람을 주로 접하는 전문적 생명지킴이 '고위험군 연계' 중

심 교육·양성하여 자살예방센터에서 체계적 관리

- * 사회서비스 관련 센터(주거, 부채, 고용, 장애인, 폭력 등), 커뮤니티케어 등 삶의 위기에 처한 사람을 주로 접하는 인력 대상 생명지킴이 교육을 실시하여 자살위험군 발굴에의 민감성 제고 및 고위험군 연계 강화
- 자체적으로 우울증 스크리닝 및 상담을 제공하는 기관(또는 간단 상담) 우수사례는 타 기관에 확산
- * 마이홈센터(국토부)는 자살 경고 신호, 상담 방법 등을 상담원 매뉴얼에 포함

【논의 point】 생명지킴이의 역할 및 한계	
주요 내용	주요 의견
생명지킴이 제도를 통한 고위험군 선제적 발굴	▶ 생명지킴이의 역할 및 한계를 명확히 해야 한다는 의견
▼	
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
-생명지킴이 활동의 효과성 검증 필요 -생명지킴이 역할과 한계를 명확히 하고 이들을 교육함에 있어 어디까지 활용할 것인지 논의가 반드시 필요 -생명지킴이 역할을 현장에서 자살 고위험군을 발견했을 때 전문기관과 연계 역할 강조	

추진과제2 근거기반 고위험군 발굴 및 대응역량 강화

□ 근거기반 자살 고위험군 발굴

- 생애주기별 자살 인식 및 태도, 자살예방에 대한 인지도 등 항목을 매년 조사하여 변화 추이 분석(現 5년 주기 → 매년 실시)
 - 이와 함께 전수조사 결과를 기반으로 우리나라 자살원인을 통합 분석하고, 코로나19 이후 자살 영향 변화 등도 면밀히 추적
 - * (분석) 누가 영향을 많이 받는지 → (정책) 대상별 정책 강화
- 자살률과 원인·특성 등을 심층 분석하여, 고위험군 사각지대를 신규 발굴하고 대상별 정책 마련

- 생애주기 및 성별에 대한 자살 추세 변화 분석을 통한 청년 여성, 중·장년 남성, 노인 등 취약계층 대상 고위험군 발굴 시범사업 추진
 - * 심리부검 데이터를 적극적으로 분석하여 다층적 삶의 스트레스 및 심층적 자살위험 요인을 확인하고 자살고위험군 발굴에 활용
- 1차 의료기관(비정신건강의학과) 및 병원(만성, 난치성 질환자 등) 대상 우울증 스크리닝 및 정신건강의학과 치료연계 사업 도입·확대
 - * 당뇨, 혈압 등의 만성질환이 제대로 관리되고 있지 않은 경우 우울증 및 자살위험 등을 평가하고 전문기관에 의뢰

【논의 point】 심리부검의 확대 및 근거기반 연구 필요	
주요 내용	주요 의견
자살률과 원인·특성 등을 심층 분석하여, 고위험군 사각지대를 신규 발굴하고 대상별 정책 마련	▶ 현재 심리부검건수가 매우 부족한 상황으로, 제대로 이뤄지고 있는지에 대한 평가가 필요, 심리부검 데이터 접근이 제한되어 있음
▼	
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
<ul style="list-style-type: none"> - 심리부검의 확대 및 심리부검 데이터를 통한 근거기반 정책마련 필요에 동의 - 현재 이뤄지고 있는 심리부검에 대한 평가 필요 - 심리부검 확대를 위해, 지역사회 심리부검 모델에 대한 의견 	

□ 위험 감지 기관의 자살예방 대응역량 강화

- 각 사회서비스 제공기관, 피해자 신고센터 중 자살 위험을 다빈도로 감지하는 기관은 ‘연계’가 아닌 ‘직접 사후관리’ 실시
 - * 대상기관 분석 이후 → (예시) 성폭력 피해신고센터, 고용센터 등
 - 해당 기관은 정신건강전문요원 등 자살예방 상담인력을 배치
- 자살위험 감지 빈도가 상대적으로 낮거나 규모가 작은 기관 등은 스크리닝 후 관할 자살예방센터로 연계
 - 갑질·폭력·사기 등 피해자, 장애인 등 사회적 약자가 주로 접하는 기관(신고센터, 복지관 등)과의 스크리닝 및 연계체계 필수적 마련

나. 【추진전략②】 고위험군 지원 및 사후 관리

추진과제1 자살시도자, 유족 지원체계 강화

□ 응급실 기반 자살시도자 사업 고도화

- 직접 수행기관 확대 및 모든 응급실에서 사후관리로 연계될 수 있도록 하는 수가 시범사업을 전국으로 확대
 - 사업의 효과적 운영을 위해, 지자체 중심 운영체제로의 전환 검토
- 시스템 고도화 및 평가제도 도입하여, 사후관리 질 제고
 - * 응급실 기반 자살시도자 사후관리시스템(SPEDIS) → 차세대 사회보장정보시스템 편입
 - ** 응급실 방문 자살시도자에게 ICD-10 자살코드 입력(전국적인 통계파악) 및 자살 코드에 대한 불이익(보험 등)이 발생하지 않도록 하는 제도 마련
- 시군구 권역별 정신응급의료기관 지정·운영 및 경찰·소방 긴급호송 응급입원 전용병상 확보
 - * 시군구 권역별 정신응급의료기관은 내외상 및 정신질환자 복합진료 가능해야 함

□ 자살 유족 지원체계 확충

- 자살예방센터에 전담자를 배치하고, 사건 초기부터 상담과 서비스를 지원하는 원스톱서비스 전국 확대 추진
 - * '19.9월부터 인천·광주·강원도에 13개 시·군·구 시범사업 추진중이며, 지역 경찰 관서(형사과)의 협력으로 자살유족 서비스 등록이 전년 대비 7배 증가
 - ** 現 광역·거점 3개소, 기초 13개소 → 단계적 전국 확대
 - *** 서울, 경기권에 적합한 모델 개발
 - 행정·법률, 임시거처, 정신건강 상담·치료비 등 유족에게 필요한 서비스를 원스톱 지원하고, 자조모임·마음건강 프로그램 등 연계
- 훈련된 유족이 수동적 지원 대상에서 벗어나 능동적으로 다른 유족을 상담·지원할 수 있도록 동료지원가를 체계적 양성

- 광역센터별 1인 이상을 양성하여, 기초센터 요청 시 도움
 - * ('21년) 광역 1명 → (~'23년) 광역 2명, 기초 1명 → (~'25년) 광역 3명, 기초 2명
- 활동 우수사례집 제작 및 자조모임 운영 지원
- 활동비 지원을 통한 동료지원가 참여 독려

【논의 point】 동료지원가의 역할	
주요 내용	주요 의견
훈련된 유족이 능동적으로 다른 유족을 상담·지원할 수 있도록 동료지원가를 체계적 양성	▶ 동료지원가 양성은 동의하나, 그 역할을 명확히 해야 함.
▼	
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
-충분한 활동비 지원으로 많은 분들이 동료지원에 참여할 수 있도록 하는 것이 필요 -유가족 자조 모임 지원 및 전문가와의 협업을 통한 활성화 필요 -동료지원가를 통한 자조 그룹 내 치료가 필요하거나 상담이 필요한 경우, 전문기관으로 연계하는 방향으로 되어야 함. -고립된 자살시도자, 유족들을 지원체계 안으로 이끌어내는데 동료지원가가 중요한 역할을 할 수 있음. 동료지원가와 자조 모임에게도 지원 서비스가 같이 가야함에는 동의 -유족 및 당사자가 자살예방 계획이나 프로그램에 참여하여 다양한 의견을 줄 수 있으므로, 당사자의 참여 및 의견 청취 채널이 필요	

추진과제2 고위험군 관리 기반 고도화

□ 자살예방 서비스체계 체계적 개편

○ 現 사례관리*에서 위기개입 서비스로 개편하여 교육하고 서비스를 표준화

- * 하나 이상의 복합적 욕구를 사정하고, 필요한 지역사회 자원을 연계
- ‘접수→자살위험성 평가→위기개입·상담→추후관리’ 등 서비스가 체계적으로 관리될 수 있도록 시스템 개편
 - * 現 정신건강사례관리시스템 → 차세대 사회보장정보시스템 내 별도 기능
- 시군구(읍면동) 통합사례관리, 경찰·소방 등 유관 업무와의 역할을 명확히 정립하여, 자살 위기개입의 효과적 체계 마련

* 표준 매뉴얼 개발 후, 주기적인 교육 및 평가

- 위기 개입 시 심각한 경우 의료기관(정신건강의학과)으로 연계할 수 있도록 제도 정비

○ 자살예방 상담전화(1393)의 전문성 확보 및 효율적 운영을 위해 상담원 전문 교육 강화, 정신건강상담 긴급전화(1577-0199)와 통합 추진

- 온라인 상담시스템 등 상담체계 다양화 검토

* 유사: 청소년 모바일상담 '다들어줄게'(교육부), 한국생명의전화 사이버상담 등

□ 지역사회 자살예방 인프라 확충

○ 전국 광역·기초 지자체에 자살예방 업무 전담자를 확보하고, 시도에는 담당 부서내 전담팀 설치 추진

* 노인, 장애인 등 복지 담당자는 협조자로 지정

○ 자살예방센터(정신건강복지센터)의 자살예방 전담인력에 대한 직무분석 및 이에 따른 필요인력 확충

* 기초센터 당 ('20년) 평균 3명 → ('24년) 평균 5명으로 확대

- 높은 지역이해도 및 장기근속 등 전문인력 확보를 위한 처우개선

* 인건비 현실화, 소진방지 프로그램 운영 등

【논의 point】 자살예방 전담 인력 충원 및 처우개선

주요 내용

자살예방센터(정신건강복지센터)의 자살예방 전담인력에 대한 직무 분석 및 이에 따른 필요인력 확충. 전문인력 확보를 위한 처우개선



정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

- 인력충원 및 처우개선에 관하여 동의
- 기초 센터당 필요인력 확충 시 평균 인원을 넣는 것 보다, 인구대비 필요인력을 제시 의견
- 자살예방전담팀 및 종사자 처우개선을 위한 예산확보 상황을 시군구 평가로 넣고, 이를 근거로 교부금 산정 필요
- 자살관련 112신고 다발지역 위주로 자살예방센터 설치 확대 및 인력충원 및 처우개선 방안 마련 필요

다. 【추진전략③】 생명존중 문화 조성 and 실천 강화

추진과제1 생명존중문화 조성 및 민관협력 강화

□ 자살예방 서비스 접근성 개선

○ 국가의 자살예방활동과 정책 홍보 강화

- 관할 자살예방센터(정신건강복지센터)에서 제공하는 서비스 및 자살예방 상담전화(1393)의 접근성을 높여, 자발적 유입 확대

○ 중·장년 남성, 노인, 장애인 등 자살률이 높은 고위험 계층을 대상으로 ‘힘들면 도움받기’ 홍보·캠페인 실시

□ 도움주기, 도움요청 정보 집중 홍보

○ 국민 누구나 쉽게 할 수 있는 ‘위험군에게 도움 주는 방법’을 집중 홍보, ‘자살은 예방가능하다’는 인식 제고

- * 3단계 도움주기(물어보기, 들어주기, 연결하기) 방법을 자살위험신호와 함께 제시하고, 24시간 상담전화(☎ 1393), 자살예방센터 등 전문기관 정보를 포함

○ 취약계층이 도움받는 방법을 몰라서 자살로 내몰리는 일이 없도록, 부채·일자리·법률 등 지원기관 정보 집중 홍보*

- * 취약계층 주거지역, 주민센터·보건소, 편의점·슈퍼마켓, 병원·약국 등

- ** 취약계층의 경우 알코올 사용장애로 인한 문제가 많음. 술관련 광고에 자살예방 상담 전화를 필수적으로 기재

정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)

- ‘자살은 예방가능하다’라는 인식은 자살 시도자 및 유족에게 큰 상처로 작용하여 더 큰 스트레스를 줄 수 있음. 자신의 위기 상황 시 상담할 수 있는 기관에 대한 정보 등의 제공, 자살을 하고자 하는 사람들의 상황에 대한 경청하는 것이 중요하다는 내용의 캠페인 필요하다는 의견

□ 자살예방을 위한 민관협력 강화

○ 자살예방에 긍정적 인식*을 확산하고 구체적인 행동변화를 이끌어 낼 수 있는 메시지 집중 홍보(위의 2로 이동?)

- * (자살실태조사 '13년 → '18년) 자살은 예방가능하다는 인식(3.61점 → 3.46점), 자살위험자에게 도움을 줄 준비가 되어 있다는 인식(3.64점 → 3.53점)이 낮아짐
- 생명존중정책 민간협의회 공동 추진사업 발굴 및 추진

추진과제2 자살위험요인에 대한 사전 개입

□ 자살보도 문화 지속 개선

- '생명존중 미디어 패넌단'을 구성·운영하여 자살보도 권고기준 준수 우수보도 및 미흡 사례를 분석
 - 패넌단은 대학생, 직장인, 퇴직자 등 다양하게 구성하고, 전문가 자문단(미디어, 방송 분야 등) 의견수렴을 거쳐 결과보고서 공개
 - 미디어, 방송분야 등 언론 매체 대상 생명존중 지수 구성 및 결과 공개
- 자살보도 권고기준은 기자 및 데스크급 대상 설명, 수습기자 교육 등 지속확산 추진

□ 자살 사전·사후 위험요소 제거

- 가수·배우 등 유명인의 자살위험신호 등을 분석하여, 연예인·매니저 대상 맞춤형 자살예방교육 프로그램 보급·확산
 - 유명인의 자살위험 신호와 함께 실질적인 도움이 필요한 분야(악성댓글, 약물 오남용 등) 관련 정보를 포함, 공감 가능한 프로그램 마련
- 유명인 사건 발생 시 고위험군에 대해 지역 자살예방기관*의 단기간 집중관리(예시: 4주) 방안 마련 등 모방효과 최소화 추진
 - * 응급실(자살시도자), 자살예방센터·정신건강복지센터(유족, 위기개입 등)
- 연예 기획사나 연예인 단체가 자살예방 교육, 우울증 조기발견, 치료 연계에 적극 나설 수 있도록 국가적 차원의 지원 마련

【논의 point】 모호한 용어에 대한 고민	
‘모방 자살’	
모방자살은 자살의 원인이라 비춰질 수 있으며, 자살의 원인을 단순화 함	
▼	
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
-모방자살에 대한 강조점을 낮춰야 함 -(수정) 모방자살 대신 충동성에 대한 문제 제기 필요(음주, 약물) -모방자살이 수단에 대한 정보를 제공하고 노출시키는 부분이 있어 중요	

□ ③ 자살위험 시설 및 수단 제거

- 자살사망자 전수조사를 토대로 자살빈발지역 추출(주거지역, 교량 등)하여, 도
 움요청 정보 알림 및 시설개선 등 집중개입
 - 구조·서비스 연계한, 교량 자살예방 시설 권고안을 지자체에 제공
- 번개탄, 농약 등 지역사회에서 빈번하게 사용되는 자살수단에 대해 지속 관리
 - 번개탄, 농약 등을 인터넷으로 구입하지 못하게 하는 방법 논의

제6절 정신건강복지서비스 발전을 위한 기반 구축

1. 현황 및 문제점

가. 주요 현황

□ 정신건강복지 인력

○ 한국의 정신건강인력 현황

- 정신건강 관련 기관에서 근무하는 상근인력은 23,348명이며, 인구 10만 명당 45.2명임. 상근 인력 중 정신건강전문인력은 9,096명(인구 10만 명당 17.6명)으로 전체 인력 중 39.0%의 비중을 차지하는 것으로 나타남.
- OECD 인구 10만명당 정신건강분야 인력의 평균치는 97.1명이었음.

〈표 3-9〉 정신건강 관련기관에서 근무하는 상근인력 및 정신건강전문인력 수

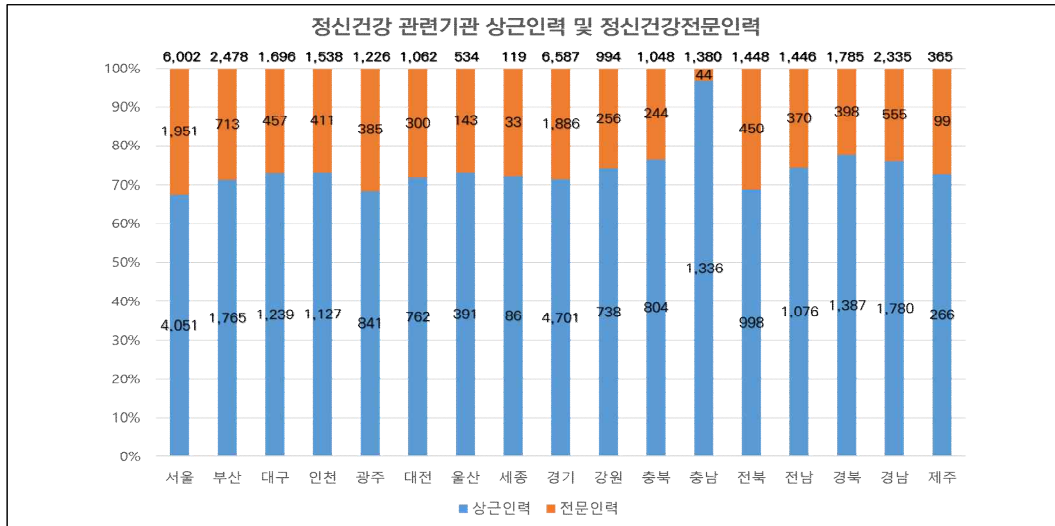
(단위: 명)

시·도	상근인력 총계 (T)	전문인력 총계 (S)	상근인력 대비 전문인력 비율(%) (S/T)	인구 10만 명당 인력 수	
				상근 인력 수 (T/인구수)*105	전문 인력 수 (S/인구수)*105
전국	23,348	9,096	39.0	45.2	17.6
서울	4,051	1,951	48.2	41.9	20.2
부산	1,765	713	40.4	52.3	21.1
대구	1,239	457	36.9	50.9	18.8
인천	1,127	411	36.5	38.3	14.0
광주	841	385	45.8	56.3	25.8
대전	762	300	39.4	50.5	19.9
울산	391	143	36.6	34.1	12.5
세종	86	33	38.4	26.0	10.0
경기	4,701	1,886	40.1	35.5	14.2
강원	738	256	34.7	48.7	16.9
충북	804	244	30.3	49.5	15.0
충남	1,336	44	33.3	61.1	20.3
전북	998	450	45.1	55.3	25.0
전남	1,076	370	34.4	60.7	20.9
경북	1,387	398	28.7	52.1	14.9
경남	1,780	555	31.2	53.1	16.6
제주	266	99	37.2	40.3	15.0

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020) 국가 정신건강현황 보고서 2019

[그림 3-30] 정신건강 관련기관 상근인력 및 정신건강전문인력

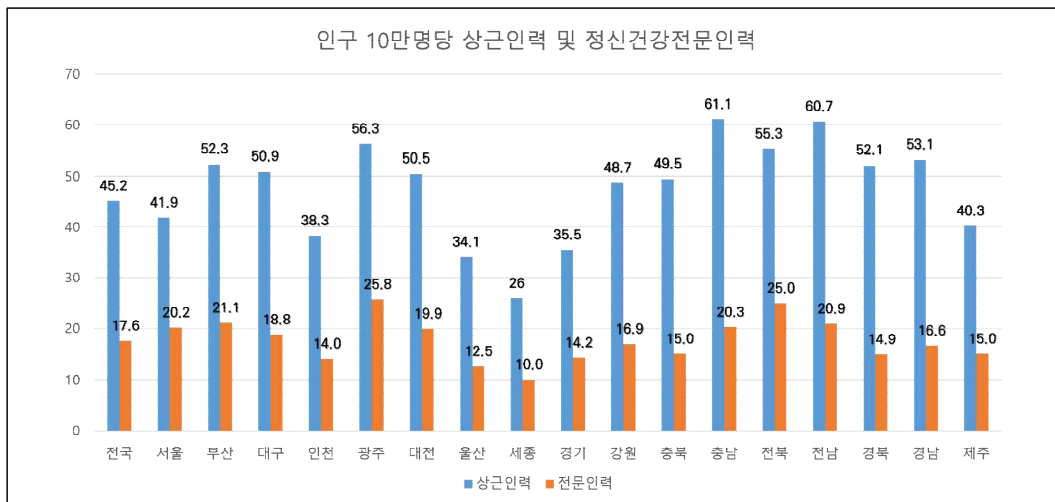
(단위: 명)



자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). 국가 정신건강 현황 보고서 2019

[그림 3-31] 인구 10만명당 상근인력 및 정신건강전문인력

(단위: 명)



자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2020). 국가 정신건강 현황 보고서 2019

○ 지역별 정신건강인력 현황

- 2016년 정신건강 전문 인력은 8,550명으로 전년대비 약 3% 증가하였고, 그 중 정신건강사회복지사의 증가폭이 6.7%로 가장 높음. 인력의 비중은 정신건강의학과전문의(36.6%), 정신건강사회복지사(26.5%), 정신건강간호사(23.2%), 정신건강임상심리사(6.9%), 전공의(6.4%)순으로 나타남.

- 정신건강전문요원의 수련과정 운영이 감소추세로 양적 부족이 우려됨. 정신건강복지센터 근무자 중 정신건강사회복지사가 다수를 차지하고 임상심리사 비율은 낮아 지역별 불균형도 심함.

〈표 3-10〉 연도별 우리나라 정신건강인력 현황

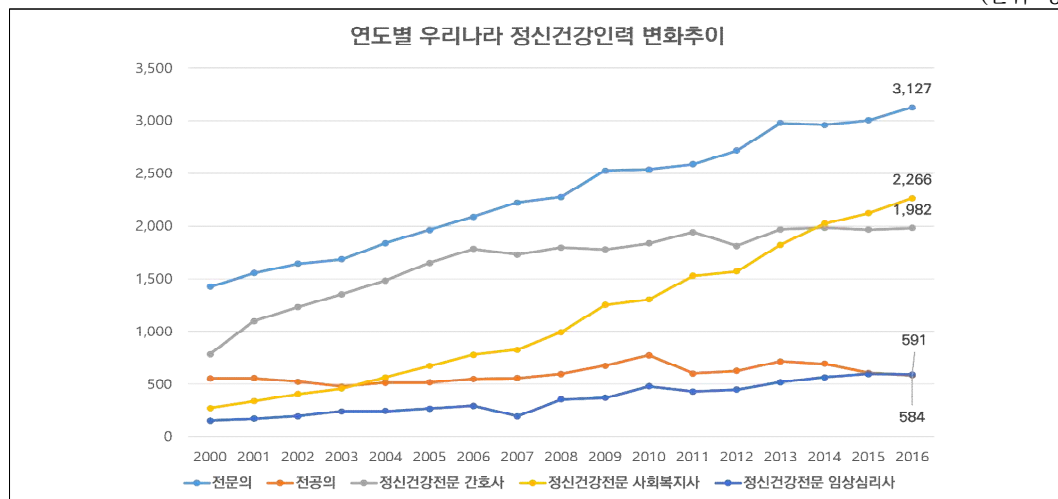
(단위: 명)

연도	계	전문의	전공의	정신건강전문요원		
				간호사	사회복지사	임상심리사
2000	3,184	1,424(45%)	553(17%)	783(25%)	272(8%)	152(5%)
2001	3,737	1,553(42%)	577(15%)	1,098(29%)	338(9%)	171(5%)
2002	3,990	1,642(41%)	523(13%)	1,229(31%)	403(10%)	193(5%)
2003	4,210	1,684(40%)	476(11%)	1,353(32%)	457(11%)	240(6%)
2004	4,642	1,838(40%)	513(11%)	1,482(32%)	565(12%)	244(5%)
2005	5,070	1,964(39%)	516(10%)	1,651(33%)	672(13%)	267(5%)
2006	5,491	2,089(38%)	549(10%)	1,782(33%)	778(14%)	293(5%)
2007	5,531	2,225(40%)	556(10%)	1,729(31%)	826(15%)	195(4%)
2008	6,015	2,276(38%)	596(10%)	1,797(30%)	992(16%)	354(6%)
2009	6,601	2,527(38%)	675(10%)	1,779(27%)	1,251(19%)	369(6%)
2010	6,928	2,537(37%)	773(11%)	1,836(26%)	1,303(19%)	479(7%)
2011	7,086	2,587(37%)	601(8%)	1,943(27%)	1,527(22%)	428(6%)
2012	7,171	2,717(37.9%)	625(8.7%)	1,813(25.3%)	1,570(21.9%)	446(6.2%)
2013	8,002	2,978(37.2%)	715(8.9%)	1,968(24.6%)	1,823(22.8%)	518(6.5%)
2014	8,225	2,960(36.1%)	692(8.4%)	1,985(24.1%)	2,022(24.6%)	566(6.9%)
2015	8,298	3,005(36.2%)	607(7.3%)	1,967(23.7%)	2,123(25.6%)	596(7.2%)
2016	8,550	3,127(36.6%)	584(6.8%)	1,982(23.2%)	2,266(26.5%)	591(6.9%)

자료: 국립정신건강센터 (2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

〈그림 3-32〉 연도별 우리나라 정신건강인력 변화 추이

(단위: 명)



자료: 국립정신건강센터 (2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

○ 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수

- 2019년 12월 31일 기준, 지역사회 내 등록 관리 대상자는 총 81,161명, 상
근 사례관리자 수는 2,375명으로 사례관리자 1인당 평균 등록 정신질환자
는 34.2명임.

〈표 3-11〉 기관 유형별 사례관리자 1인당 사례관리 대상자 수

(단위: 명)

구분	계	기초정신건강복지센터	중독관리통합지원센터	자살예방센터
등록 정신질환자 수(A)	81,161	72,651	7,726	784
사례관리자 수(B)	2,375	2,135	212	28
사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수(A)/(B)	34.2	34.0	364	28.0

주: 독립형 자살예방센터만 포함. 부설형 자살예방센터의 자료는 정신건강복지센터에 포함됨.

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020) 국가 정신건강현황 보고서 2019

□ 국공립 정신의료기관 현황

- 2017년 병원급 의료기관 533개소 중 국공립 정신의료기관은 18개로 약 3.4%
임. 사립정신병원(136개소)이 감소(169('13)→174('15)→136('17))하고 있으
나 여전히 전체의 약 25.5%를 차지하고 있음.

- 2017년 국립정신병원 6개소, 공립정신병원 12개소, 사립정신병원 136개
소, 종합병원정신건강의학과 198개소, 병원정신건강의학과 181개소(국립
정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, (2018), 정신건
강현황 4차 예비조사 결과보고서)

□ 정신건강 R&D 예산 현황

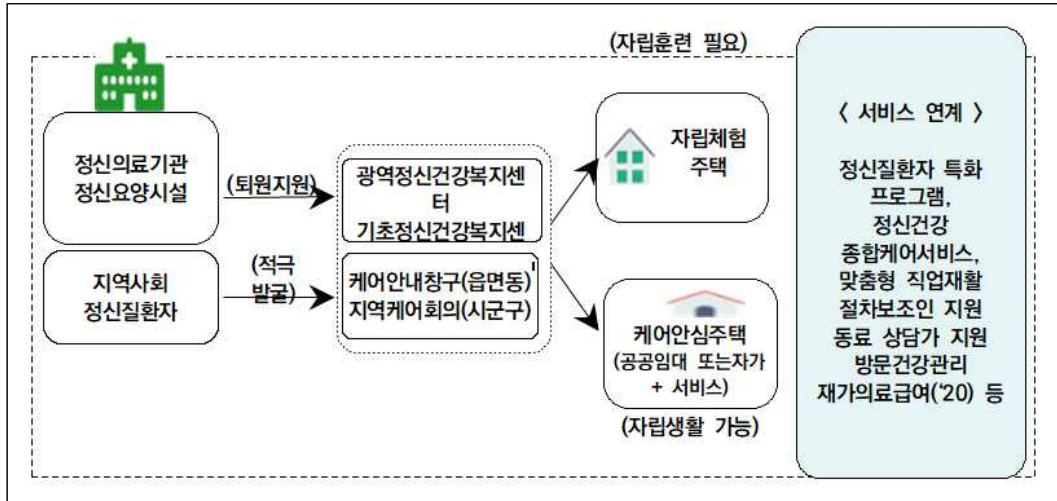
- 2019년 보건복지부의 R&D 예산 현황에 따르면, '정신건강문제해결연구'에
약 34억원, '정신건강기술개발사업'에 약 8억원, '국가치매극복기술개발'에 약
117억원 예산이 배정되었음. 2018년 보건복지부 예산과 비교하면 '정신건강
문제해결연구'는 2019년부터 지원하며, '정신건강기술개발사업'은 예산이 43
억원 감소, '국가치매극복기술개발'은 40억원 증가하였음⁽¹¹⁾한국보건산업진
흥원, 2019).

- 2018년 보건복지부 R&D 예산 현황에 따르면, ‘정신건강기술개발사업’ 51억원, ‘국가치매극복기술개발’은 77억원(한국보건산업진흥원, 2019)

나. 문제점

- 정신건강서비스의 보건-복지 통합, 접근성 및 전문성 향상을 위해 정신건강복지 서비스 전달체계 개편이 필요함.
- 정신건강서비스 제공체계의 분절성으로 인한 연계가 부족함.
 - 지역사회 서비스 전달체계는 통합성, 연속성 등을 갖추어야 하나, 정신건강 증진, 치료재활, 중독, 심리지원 등 영역별로 분절적으로 운영됨.
 - 이에 따라 지자체 내 정신건강 복지 전달 인프라 수준이 상이하고, 기관 간 서비스 연계 부족, 파편화된 서비스를 제공함.
 - 초기정신질환자, 중증정신질환자, 일반 국민 등 복합적 수요가 있으나, 서비스 제공주체 간 유기적 연계와 협력이 이루어지지 않음.
- 정신질환자의 지역사회 내 자립 지원을 위한 체계적 돌봄 필요성이 증가하나, 지역사회 거주, 자립 및 재활을 기반 인프라가 미흡함.
 - 정신질환자의 자립 생활을 위한 주거시설과 서비스가 부족함.
 - * '16년 현재 중증정신질환자 거주서비스 제공 시설은 총 174개소, 정원 2,466명인데 비해 수요 인구는 16,592명으로 수요자 중 14.9%만 서비스 수혜 중
 - 지역사회 내 정신질환자 대상 재활서비스를 제공하는 정신재활시설은 매우 제한적이고 확충 지연 중임.
 - * 현재 전국 348개소 설치, 이 중 서울·경기 등 수도권에 전체의 45%(154개소) 분포
 - 정신질환자의 지역사회 정착 지원을 위한 ‘지역사회 통합돌봄 선도사업’을 화성시에서 수행 중임.
 - * 병원-지역 연계, 자립체험주택, 지역수요자 발굴, 서비스 신규개발·연계 등 추진

[그림 3-33] 정신질환자 지역사회 정착 지원모델(안)



○ 정신건강복지센터의 사업과 운영체계가 체계화·구조화되지 않고, 모든 정신건강복지업무가 집중되는 깔대기식 업무과부하가 발생함.

- 표준 운영·고용형태 부재하여 불명확한 업무 범위*, 지역·기관별 상이한 운영 형태**로 인해 인력 편차가 크고 고용이 불안정함.

* 기관당 평균 9개의 사업을 운영하고 있고 근무인력은 평균 12명으로, 사실상 담당자 1명이 하나의 사업을 추진하면서 상담 등 서비스도 제공하고 있음

* '20.6월 현재 정신건강복지센터 258개 중 직영 88개소(34%), 지역사회 재활기관 301개소의 운영 주체는 직영 91개소, 위탁 210개소

- 사회복지관은 업무와 기능에 따른 최소 인력기준 권고안이 마련되어 있음.

〈표 3-12〉 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

- 정신건강 인력 부족* 및 업무 과부하로 인한 종사자 소진 및 이로 인한 서비스 질 저하가 우려됨.

* 인구 10만명당 정신건강전문요원은 16.2명으로 OECD 97.1명의 1/3 미만, 사례관리 1인당 평균 등록 정신질환자 수 40.8명('19년)

□ ② 지역사회 정신건강복지 서비스 제공의 핵심인 정신건강전문요원의 양적·질적 역량 강화 필요

○ 정신건강전문요원*의 수련과정 운영이 감소 추세로 양적 부족이 우려되고 지역적 불균형**이 발생함.

* 정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사로 구성되며 1급, 2급으로 구분, 수련과정 운영률이 '16년 80% → '17년 75% → '18년 75%→'19년 66.8%로 감소

* 인구 10만명당 정신건강전문요원은 전국 평균 15.4명이며, 세종(3.6명)을 제외하고 가장 많은 광주(23.1명)와 인천(9.2명)의 차이는 약 14명에 달함('18 국립정신건강센터)

- 정신건강복지센터 근무자 중에서 정신건강사회복지사가 다수를 차지하고 임상심리사 비율은 낮아 지역별 불균형*도 심함.

* 정신건강전문요원의 지역별 정신건강복지센터 근무자 수와 비율('18 국립정신건강센터) : 간호 757명(29%), 사회복지 1,715명(66%), 임상심리 140명(5%)

○ 정신건강복지센터 근무자의 평균 근속년수는 3.5년('08)에 불과하고, 사례관리대상이 1인당 40여명으로 많고 안전문제* 등 근무환경이 열악함.

* 정신건강복지센터 근무 중 언어적 위협(74%), 신체적 위협(33%), 자살(사망)사건 경험(32%), 성적 위협(14%)을 경험(국립정신건강센터 실태조사, 2016)

** 호주의 경우, 인력계획의 목표로 인력에 대한 보호와 직업적인 만족을 핵심 정책 목표 중에 하나로 제시 (빅토리아 정부, 2013)

- 정신건강전문요원이 부족한 경우 일반 간호사, 사회복지사로 충원하지만 정신건강 업무에 대한 제도화된 직무교육은 부재함.

○ 정신건강전문요원에 작업치료사가 추가*되는 등 '95년 제도 도입 이후 정신건강전문요원 교육·수련 환경의 변화를 반영한 개선 필요함.

* '20년 정신건강복지법 개정, '22년 시행

- 다양한 정신건강서비스 요구를 반영하여 수련과정 개정과 직역별 업무 등 현행화가 요구됨.
- 국가자격증으로서 질 관리를 위해 1, 2급 자격의 수료요건*과 보수교육 등에 대한 강화도 필요함.

* 2급 기준 1년 이상, 1,000시간 수련과 수련평가를 마치면 평가 결과와 상관없이 자격증 발급하고 2급 자격 취득 후 5년 이상 경력인정 시 별도의 과정 없이 1급 자격 취득

□ ③ 정신질환자의 적정치료를 위해 정신병원의 진료체계 개선과 정신요양환자 감소에 대비하여 정신요양시설의 기능 개선 필요

○ 정신의료기관의 시설 및 인력 기준은 환자의 중증도 및 간호요구도 등을 반영하지 못하여 적극적인 치료가 힘든 구조임.

- 치료를 통한 회복보다는 정신질환자를 격리하여 수용하는데 치중됨.

* 의료기관은 환자 2.5명당 간호사 1명(요양병원은 6명당 1명)이나 정신의료기관의 경우 13명당 1명

○ 신체질환이 동반된 정신질환자는 시설 및 인력문제로 정신병원에서 치료 어려움.

- 신체질환이 동반된 정신질환자가 적절한 의료서비스를 적시에 받을 수 있도록 종합병원과 정신병원의 협진 체계 구축이 필요함.

○ 정신요양시설 입소자는 감소*하고 있으며 향후 탈시설화 정책에 따라 가속화될 것으로 예상됨.

* '15년 10,477명 → '16년 10,181명 → '17년 9,720명 → '18년 9,518명

- 입소자는 50대 이상 고령의 만성정신질환자가 대부분

* '18년 입소자 9,518명 중 50대 37%(3,568명), 65세 이상 25%(2,346명), 60세~64세 20%(1,936명)으로 전체의 82%를 차지

□ ④ 정신건강복지 정보수집체계와 통계 관리가 미흡하여 주요 정신질환의 유병률, 관리 현황 등의 현행화, 정확도에 개선이 필요

○ 정신질환 실태조사 결과의 유병률 과소추정 및 조사범위를 한정함.

- 기존의 정신질환 실태조사는 예산 범위에 따른 표본선정으로 지역별 유병률을 추정이 어렵고, 아동청소년 대상의 조사가 실시되지 않음.

〈 정신질환 실태 조사 〉

-(법적근거) 정신건강복지법 제10조(실태조사)
 -(조사주기) 매 5년, 2001년 첫 조사 이후 총 4회 실시
 -(2016년 실태조사) 지역사회 18세 이상 성인남녀 5,100명을 대상으로 실시(6억원)
 → 조사결과 조현병(0.2%, 10명), 양극성장애(0.1%, 5명) 등 주요정신질환자의 지역별 유병률 추정 불가

- 환자들은 병원·시설에 다수 입원·입소되어 조사대상에서 누락되어 유병률이 과소추정되고 의료와 복지 현황에 대한 상세조사가 부재함.
- 다른 조사에 비해 조사주기가 5년으로 길어 정책환경 변화에 따른 시의적절한 실태 파악이 어려움.

* 장애인실태조사(3년 주기), 국민건강영양조사(1년 주기) 등

○ 분산된 정신건강복지정보로 인한 정보공유 및 활용이 미흡함.

- 개별 시스템 구축 및 사용, 수기 관리로 인한 정보연계 및 복합적인 데이터 분석의 어려움.
- 상시적 정신건강현황 파악을 위한 체계적 데이터베이스 활용이 미흡함.

○ 일원화되지 않은 통계관리로 인한 질 관리 체계가 부재함.

- 정신건강복지정보의 통계관리기관 부재하고 입력정보의 완결성 확보를 위한 상시적 모니터링 체계가 필요함.
- 통합 데이터 및 정신건강지표관리를 위한 시스템 개선이 필요함.

* '17. 5. 국가입퇴원관리시스템(AMIS) 오픈이 후 고도화사업 미진행

'18. 6. 정신건강사례관리시스템(MHIS) 오픈 이후 1차 고도화사업 추진완료

□ ⑤ 의료법 개정으로 정신병원에 대한 평가체계 개선과 지역사회 정신건강복지서비스 향상을 위한 제공기관 관리체계 마련이 필요

○ 정신병원이 요양병원에서 별도 종별로 신설됨에 따라('20.3월, 의료법 개정) 의무인증 대상에서 제외되어 정신건강복지법상 평가를 받아야 함.

- 평가 결과에 따른 장려책, 불이익* 등 후속 기전 부재로 평가 제도를 통한 의료기관의 자발적 의료 질 개선 노력 유도 어려움.

* 요양병원 인증의 경우 미신청, 불인증, 유효기간 공백의 경우 1분기 동안 '입원료 가산'과 '필요인력 확보에 따른 별도 보상'에서 제외

- 인증에서 평가로의 전환이 의료질 관리 약화를 초래할 우려가 있음.
- 기존의 인증과 유사한 수준으로 평가체계를 개선하고 평가에 따른 인센티브 개발이 요구됨.

○ 지역사회 정신건강복지서비스 평가에 대한 법적 근거가 부재함.

- 지역사회 정신건강복지서비스의 핵심기관인 정신건강복지센터의 평가는 의무사항은 아니며 참여권고 및 자율적 참여로 수행함.

* 정신재활·요양시설은 사회복지사업법에 따라 평가(3년 주기)를 시행

○ 현재 시행 중인 지역사회 정신건강서비스 평가에서도 객관성과 전문성을 높이고 사후관리 강화가 필요함.

- 평가위원의 현장평가로 충족 여부를 확인하고 주관적 현장평가 지표 등 현장 평가위원에 대한 의존도가 높음.
- 근거자료 수기 작성 및 제출, 작성요령 숙지 미흡 등 정보오류 가능성이 상존함.
- 평가지표 미충족 및 신규 기관을 대상으로 1회성 역량강화 교육만 제공하여 평가 이후 사후관리 체계가 미흡함.

□ [6] 코로나19 이후 비대면 서비스 요구 증가, 4차 산업혁명에 따라 정신건강복지 분야에 대한 R&D 투자 확대 필요

○ ICT 기술 발전에 따른 보건의료기술 혁신 등 4차 산업혁명에 따라 의료와 정보통신기술의 결합으로 디지털 헬스케어·치료제* 분야의 기술 개발과 투자 확대가 필요함.

* 디지털 치료제의 미국 시장 규모는 연평균 20% 성장하여 2016년 기준 17.4억달러에서 2025년 87억 달러로 전망(Grand View Research, 2017)

- 모바일 기기와 인공지능 알고리즘을 활용한 자가 건강관리·진단 기술이 확산되고, 의사·의료기관의 ICT 모니터링 활용도 확대할 전망이다.

* 기존 하드웨어 기반의 의료기기 규제가 기술혁신에 제약으로 작용

- 정신건강 정책과 사업의 과학적 근거부족하고, 정신건강 영역의 R&D는 민간에서의 투자에 한계가 있음.

- 국가주도의 정신건강 연구개발과 확산을 통해 정신건강 정책과 사업의 과학적 근거 마련이 필요함.

- 기존 정신건강 R&D사업* 종료 도래에 따라 정신건강증진, 자살예방, 주요 정신질환 및 중독 개입을 위한 연구사업 추진이 필요함.

* 정신건강문제해결연구사업('19년~'21년 3년간 약 160억원 투자)

다. 정책 추진방향

- 더 나은 미래를 준비하는 선제적인 정신건강 거버넌스 및 인프라 개선 필요

- 정신건강복지서비스 발전을 위한 기반을 구축하기 위해 지역사회 정신건강 안 전망을 구축하고, 정신건강 인력을 양성하는 것이 필요

- 통합정신건강증진사업 및 지역사회 통합돌봄서비스 등 정신건강복지서비스 전달체계 개편이 필요

- 정신건강전문요원 양성 및 관리체계를 개선하고, 정신의료기관의 제도 개선, 정신요양시설의 기능 개편을 통한 정신건강복지 인프라 강화 필요

- 정신건강복지 데이터의 통합 및 데이터의 질을 개선하고, 정신건강복지 정책 및 사업의 과학적 근거 마련 필요

- 정신건강복지실태조사를 개선하고, 정신건강 현황 정보 및 통계 관리를 고도화 필요

- 정신의료기관 및 지역사회 정신건강복지서비스 평가를 강화하여 서비스 질 제고 필요

- 정신건강 R&D 투자를 확대하여, 정신건강문제에 대응하는 기술 개발 필요

2. 정책 과제

가. 【추진전략①】 정신건강복지서비스 전달체계 개편

추진과제1 통합정신건강증진사업 확대

- 지역 여건을 고려하여 '22년까지 통합정신건강증진사업 단계적 전국 확대 추진
 - '20년에 7개 시도에서 전면 또는 부분 도입하였고, '21~'22년에 나머지 시도에도 도입 예정
 - 지자체 여건에 맞는 예산 편성 자율성 보장, 정신건강증진사업과 유관 서비스 전달체계를 포괄하는 지역 친화적 정신건강 특성화 사업 추진

〈 통합정신건강증진사업 개요 〉

-지자체가 지역사회 주민을 대상으로 정신건강문제의 예방과 치료, 정신질환자의 재활 등 정신건강증진 도모를 목적으로 지역사회 특성과 대상자 요구가 반영된 프로그램 및 서비스 등을 기획·추진

-'12년부터 광주광역시에서 지역 정신건강증진사업의 통합 운영에 대한 시범사업 수행, 주요 추진 사업은 마인드링크, 마음건강주치의, 열린마음 상담센터 등

-'20년부터 경기, 부산, 대전, 제주에서 전면 도입하고, 전남, 경북은 부분 도입

- 16개 시도 완료한 후 서울지역 통합정신건강증진사업 도입 검토
 - 서울시와 협의를 통해 사업 방향과 지원 규모 설정
 - * 서울 지역의 정신건강복지센터는 국비지원 없이 전액 지방비로 운영하고 있음
- 통합정신건강증진사업 내실화를 위한 성과체계를 마련하고 지역사회 정착 지원
 - 사업 추진 현황 및 실적, 대상자 수요 등을 활용한 자체 성과평가 및 필수사업에 대한 평가지표 마련
 - 운영현황 모니터링 및 평가를 통한 예산 및 서비스 재배치
 - * 지자체간 서비스 현황 환류 및 우수사례 공유 등을 통해 지속 개선 및 보완
 - 지역별 다양한 특성과 욕구에 근거한 통합서비스 개발을 통해 지역사회 맞춤형 정신건강서비스 효과성 증대

- 필수사업을 지정하고, 다양한 선택사업을 발굴·제공하여 지역별 맞춤형 사업 수행 지원
- 지역 내 정신건강복지서비스 자원과의 연계 활성화를 통한 통합정신건강관리체계 구축
- 통합정신건강증진사업 수행 관리를 위해 지자체 참여 협의체 구성 및 자문위원회 운영
 - 보건복지부, 국립정신건강센터, 통합사업 수행 시도가 참여하는 협의체를 구성하여 분기별로 사업 수행 모니터링
 - 정신건강 관련 전문가로 구성된 자문위원회를 운영(반기별)

추진과제2 지역사회 통합돌봄 서비스 확대

□ 내실 있는 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진

- 정신질환자 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진상황 모니터링 및 지원
 - 선도사업 추진 중 발생하는 문제점, 한계 등을 분석하고 문제해결 방안 마련
 - * 정신질환자 선도사업은 노인, 장애인 선도사업과 달리 보건소 중심의 지역사회 통합돌봄 사업 추진 중으로 향후 돌봄 서비스 통합에 대비할 필요가 있음
- 선도사업 중 성과가 있는 사업은 표준화 모형을 마련하여 통합정신건강증진사업에서 필수 또는 선택 사업에 포함하여 보급

□ 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역 확대 및 서비스 강화

- 현재 1개 시에서 수행 중인 선도사업을 다른 시군구로 단계적 확대
 - 전체 지역사회 통합돌봄 선도사업 확대 방향에 따라 정신질환자 분야도 확대 추진
 - * 현재 전국 16개 시군구에서 선도사업 수행(노인 13개소, 장애인 2개소, 정신질환자 1개소)
- 돌봄 서비스 대상자 발굴연계, 자립지원 확대를 위한 정책 지원

- '차세대 사회보장정보시스템*'에 정신건강사례관리시스템(MHIS)을 탑재하여 보건-복지 서비스 연계를 위한 기반 마련
 - * 각종 사회보장급여 지원 대상자의 자격 및 이력에 관한 정보를 통합 관리하고, 국가기관·지자체의 업무 처리를 지원하는 정보시스템으로 '22년 시행을 위해 개편 중
 - * 개인정보보호 조치 및 연계 정보 범위에 대한 검토 및 법제도 개편
- 지역보건의료정보시스템(PHIS)와 정신건강사례관리시스템(MHIS)연계
- 지역보건의료계획과 지역사회보장계획 간 연계 필요
- 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역에는 우선적으로 자립지원에 필요한 시설
 - * 확충 지원 및 서비스 제공** 강화
 - * 주간재활시설, 공동생활가정, 직업재활시설, 자립체험주택, 지역사회전환시설 등
 - ** 서울시 지원주택, 사회복지공동모금회 초기적응지원사업 등
- 정신질환자 주거지원 강화를 위한 주거지원 주체*간 연계체계 구축 및 공공 임대주택 등 주거 확보 및 지원
 - * 주거복지센터, LH공사 등

【논의 point】 통합정신건강증진사업-지역사회통합돌봄사업 간 중첩		
주요 내용		주요 의견
통합정신건강증진사업과 지역사회 통합돌봄 사업 간 중복되는 부분들이 존재	▶	정신질환자 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진상황 모니터링 및 지원에서 선도사업 추진 중 발생하는 문제점, 한계 등을 분석하고 문제 해결방안 마련 필요
▼		
정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)		
-화성시 사업에 대한 평가 후 어떤 모델로 확충할지에 대해 고려 필요 -지역사회 통합돌봄 사업과 관련한 법안 발의가 되어 있어, 확대는 되겠지만 정신장애인 대상 선도사업 확대는 보건복지부의 정책적 의지에 달려있음		

추진과제3 정신건강복지센터 운영체계 개선

□ 지역사회 정신건강복지 전달체계 개편방안 마련

○ 정신건강복지센터의 기능과 역할을 발전적으로 재정립하고 그에 따른 서비스를 제공할 수 있는 조직 및 운영 체계 도출

- 정신건강복지센터*는 공공서비스의 주체적 제공자로서 지역 내 민간 자원과 네트워크 구축을 통한 컨트롤타워 역할 수행

* 정신건강복지법 제12조에 따른 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업의 전문수행을 위해 설치하며, 기초정신건강복지센터는 시군구청장이 보건소에 설치·운영(전문기관에 위탁 가능)

- 연구용역 수행, 중앙정신건강복지사업지원단의 자문 등을 거쳐 전달체계 개편방안*을 마련

* 정신건강복지 사회안전망 모형 설계, 공공정신건강복지센터의 중앙조직 설치, 민간 정신건강복지센터 도입 등

○ 전달체계 개편을 통해 정신건강복지서비스 관련 기관간 기능 재정립 및 역할 분담, 서비스 효율성 제고, 사회안전망 강화 추진

□ 정신건강복지센터의 표준 운영체계 마련하고 중독관리통합지원센터, 자살예방센터 등과 업무 연계 및 협업체계 구축

○ 기관의 운영형태 및 규모* 기준 마련 및 관련 법령 정비

* 지역별 정신건강문제 및 특성에 따른 예산 지원, 정신건강복지센터의 지리적 접근성, 이용자 및 종사자, 사업에 따른 시설(공간)에 대한 기준 마련

○ 표준업무의 범주에 따라 인력 구성과 사업내용을 표준화

- 정신건강복지센터의 업무를 내용과 대상에 따라 분류*하고 기본 소요 인력을 배분하되 업무 내용에 따라 다학제로 구성

* 사례관리, 정신응급대응, 재활서비스, 지역사회 연계, 자살예방, 중독관리, 아동청소년, 정신건강 상담, 고위험군 조기발견, 교육·홍보, 행정 등 세부사업을 카테고리 분류

- 지자체별 대상자 수요 및 욕구에 따른 추가 서비스 인력 제시
- 중독관리통합지원센터, 자살예방센터 설치 지역과 미설치 지역의 업무 수행 체계 마련

□ 정신건강복지센터의 운영지원 사업 개선

- 정신건강복지센터의 인력 충원은 매년 지자체 소요인력 수요 조사를 반영하여 충원 계획 수립
 - 전국적인 신규 사업 도입, 서비스 확대에 따라 인력 충원이 필요한 경우에도 사전에 지자체와 협의하여 수요 파악
- 정신건강복지센터의 인력확충사업으로 인건비 예산이 별도 편성됨에 따라 기본운영비* 중 인건비와 사업비 비중을 탄력적으로 조정
 - * '20년 기준으로 연간 광역센터는 856백만원, 기초센터는 182백만원을 운영비로 지원하며 지원 범위 내에서 인건비, 사업비를 자체 편성
 - 운영비 중 인건비 비중을 줄이고 사업비를 점차 확대 유도

나. 【추진전략②】 정신건강복지 인프라 강화

추진과제1 정신건강 인력 양성 및 관리체계 개편

□ 정신건강전문요원 중장기 인력 수급 계획 수립

- 정신건강전문요원 수련제도 평가를 통한 중장기 인력 수급 계획 수립
 - 지역사회 정신건강서비스의 다학제적 팀접근을 위한 지역별, 직역별 수요를 파악하고 이에 기반한 인력양성 계획 수립
- 정신건강전문요원 관리시스템에 통계기능 구축 및 수요 추계를 위한 정신건강 전문요원 관리시스템 고도화
- 정신건강전문요원 인력확보를 위한 수련시간 감면제도* 도입

* 요양보호자 자격 취득 시 노인복지법 시행규칙 제29조의2제2항 [별표 10의2]에

따라 경력자 및 자격 소지자 등의 교육시간 감면

- 정신건강전문요원 인력 진입의 장벽을 낮추고 정신건강분야에 종사 중인 비전문요원*에 대하여 전문요원으로 흡수

* '18년 전국 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관의 정신건강전문요원 5,197명 (34%), 비전문요원(간호, 사회복지, 임상심리) 9,927명(66%)(국가정신건강현황 보고서 2018)

□ 정신건강복지센터 종사자의 정원 확충, 정규직 전환에 노력하고 전문성을 고려한 인건비 지원 단가 인상 추진

○ 매년 지자체 수요를 반영하고 사례관리 담당자 1인당 사례관리 대상자가 20명 이내를 목표로 연차적으로 인력을 충원

- 방문 사례관리는 2인 1조 보장 등 안전 확보 및 서비스 질 개선

○ 비정규직 종사자는 지자체(채용·관리 주체)에 정규직 전환을 적극 권고 및 지도하고 인건비 국비지원 단가를 현행화 추진*

* 현행 지원단가 35백만원(3호봉 기준) → 38백만원(5호봉) → 44백만원(8호봉)으로 인상 추진

□ 정신건강전문요원 및 정신건강 관련 업무 종사자 역량 강화

○ 국가시험 도입 등 정신건강전문요원 자격 취득 제도 개편

- 정신건강전문요원 수련과정 개선, 자격기준 정비 등을 추진하고 요건을 충족하는 자에 대해 국가시험 응시기회를 부여

* 영국과 일본의 경우, 정신건강전문요원 자격 인정에 대하여 국가시험을 시행

- 정신건강전문요원 관련 단체와 협의하여 제도 개선을 위한 연구용역 추진하고 정신건강복지법 시행령 및 시행규칙 개정 추진

○ 정신건강전문요원 보수교육 내실화 및 정신건강복지센터 등에서 근무하는 일반 사회복지사, 간호사, 심리사, 작업치료사를 위한 직무교육 도입

- 국립정신건강센터의 교육훈련 조직을 강화하고 국립정신병원, 광역정신건강복지센터 등과 함께 교육과정 개발 및 교육 시행

- 정신건강전문요원 보수교육과 일반 자격·면허 소지자 대상 직무교육을 연계하여 상시 교육 제공 체계 구축

추진과제2 정신병원 제도 개선 및 병원 간 진료협력체계 구축

- 코로나19 유행 상황을 반영하고 정신병원 종별 신설에 대응하기 위한 정신병원의 시설, 인력 기준 개선
 - 병동내 감염병 발생을 예방하고 양질의 치료가 제공될 수 있도록 시설과 인력 기준을 단계적으로 강화
 - 환자 1인당 입원실 면적기준을 높이고 입원환자 당 의사, 간호사 등 종사자의 수를 조정
 - 정신병동을 치료 및 간호요구도에 따라 급성기병동, 회복기병동, 만성재활병동 등으로 구분, 환자 상태에 따른 의료서비스 제공
 - 환자의 정신병적 증상의 급성도, 재원기간, 신체질환 보유여부 등을 고려하여 구분하고, 병동별 시설 및 인력 기준 재설정
 - 보호입원이 가능한 정신의료기관에 대한 보건복지부 지정 및 관리감독 강화
 - 행정입원, 보호입원환자에 대한 양질의 치료서비스 제공을 위해 지정병원에 대한 수가 보전 검토
 - 정신요양시설, 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 개선
 - 근로기준법, 주거최소기준변경 등 외부 환경변화에 맞춘 정신요양시설 및 정신재활시설의 시설 및 인력 기준 개선
- 국공립정신의료기관 역할을 강화하고 병원 간 진료협력체계 구축
 - 국공립정신병원의 정신응급, 복합질환, 약물중독 등에 대한 진료 기능 강화를 통한 공공성 제고
 - 국립정신병원은 진료 역량을 고려하여 특화된 서비스* 개발

- * 예) 정신응급병동, 중독자병동, 감염병병동, 표준정신재활치료병동 운영 등
- 공립정신병원 설치·운영을 늘려 공공 정신병상 비율 확대
- * 현재 각 시도에서 운영하는 공립정신병원은 11개(서울 4개, 부산·대구·광주·대전·경기·경남·전북 각 1개)
- 코로나19에 따른 입원환자의 원활한 진료를 위해 국공립병원과 민간 병원간 협력체계 운영
 - 코로나19 검사에서 음성 확인된 후 폐쇄병동 입원이 가능하므로 검사가 불가능한 민간병원은 국공립병원에서 검사 후 입원
- 지역내 정신의료기관간 정신질환자 진료의뢰·이송체계 구축
 - 응급입원 후 행정입원 필요시 입원 가능한 병원으로 전원
 - 급성기 치료 이후 회복기병동, 만성재활병동 운영 병원으로 전원

추진과제3 정신요양시설 기능 개편

- 정신요양시설 입소자의 고령화, 탈시설화 정책 등으로 입소자가 감소함에 따라 유휴 공간, 종사자에 대한 활용 방안 마련
- 정신요양시설은 자발적 입소(자의입소와 동의입소)만 허용하며, 법원의 감독을 받는 후견인이 있는 경우에만 예외적으로 후견인에 의한 입소를 허용하도록 개편
- 독립적 일상생활과 사회복귀가 불가능한 만성 정신질환자에 대한 장기 정신요양 서비스의 비중 감소가 불가피
 - 정신재활시설 중 생활시설*의 역할을 수행하거나, 정신의료기관 퇴원 후 단기 정신요양 서비스 제공 등 서비스를 확대
 - * 가정에서 생활이 어려운 환자에게 주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등 서비스 제공
- 정신요양시설의 기능 일부 또는 전부를 정신재활시설로 전환 고려

- 정신요양시설 상황에 따라 생활시설 또는 종합시설 등 정신재활시설로 전환에 필요한 제도적·재정적 지원 방안 마련

* 정신요양시설은 국비에서 운영비가 지원되지만 정신재활시설은 지방비로 지원되므로 정신요양시설의 기능 전환을 유도하기 위해 국비지원을 유지하는 방안 검토

□ 정신요양시설 기능 개편을 위한 연구용역 및 시범사업 수행

○ 이용자 및 시설의 특성과 욕구 등을 고려한 정신요양시설의 기능 개편 연구 진행

- 정신요양시설협회, 정신의학 및 사회복지 전문가 등이 참여하고 당사자, 가족 등 정신건강복지 관계자의 의견을 수렴
- 정신요양시설의 기능 전환에 따른 예상문제와 해결방안 도출 등 실현 가능한 모형 개발

○ 정신요양시설 기능 개편 모형을 선별하여 시범사업 수행

- 새로운 입소 억제 및 기존 장기 입소자의 탈시설화를 실현할 수 있는 방향으로 사업 추진

다. 【추진전략⑥】 정신건강복지 정보 및 통계관리 체계화

추진과제1 정신건강 실태조사 개선

- #### □ 지역사회 정신질환자 현황의 정확한 추계를 위해 조사대상 및 규모를 확대하고 조사지표(항목) 개선

○ 기존 지역사회 거주 만18세 이상 성인을 포함하여, 소아청소년, 유병자(중증 정신질환자, 마약류 및 향정신성 약품·대마 사용자)로 확대

- 각 대상자별(성인, 소아청소년, 유병자) 조사목적과 방법, 조사내용이 상이하므로 별도의 조사도구 구성

* 예) 소아청소년의 경우 학령전기, 학교기반, 학교 밖 청소년 대상 조사항목 개발 및 조사 설계

- 중증정신질환(조현병, 양극성장애)은 지역사회 기반 실태조사로는 유병률 추정
이 어려움에 따라 이차자료원*을 활용하여 추정치 보완

* 건강보험 청구자료, 정신건강사례관리시스템 등록자료 등

- 현행 5년마다 단년도 실태조사에서 매년 상시 조사체제로 전환하여 연차적 조사
수행 및 5년 주기로 조사결과를 취합·발표

- 성인과 소아·청소년 조사는 분리하여 2년에 걸쳐 순차적으로 수행하고, 유병
자 조사 및 중증정신질환 유병률 조사는 매년 수행

〈표 3-13〉 연차별 정신건강 실태조사(안)

	1년차	2년차	3년차	4년차	5년차
지역사회 유병률 조사	성인 조사		소아·청소년 조사		조사결과 통합
유병자 조사	기획 및 1차 조사	2차 조사	2차 조사	4차 조사	유병자 조사 종합
중증정신질환 유병률 조사	건보자료 등 수집·분석	건보자료 등 수집·분석	건보자료 등 수집·분석	건보자료 등 수집·분석	건보자료 등 수집·분석

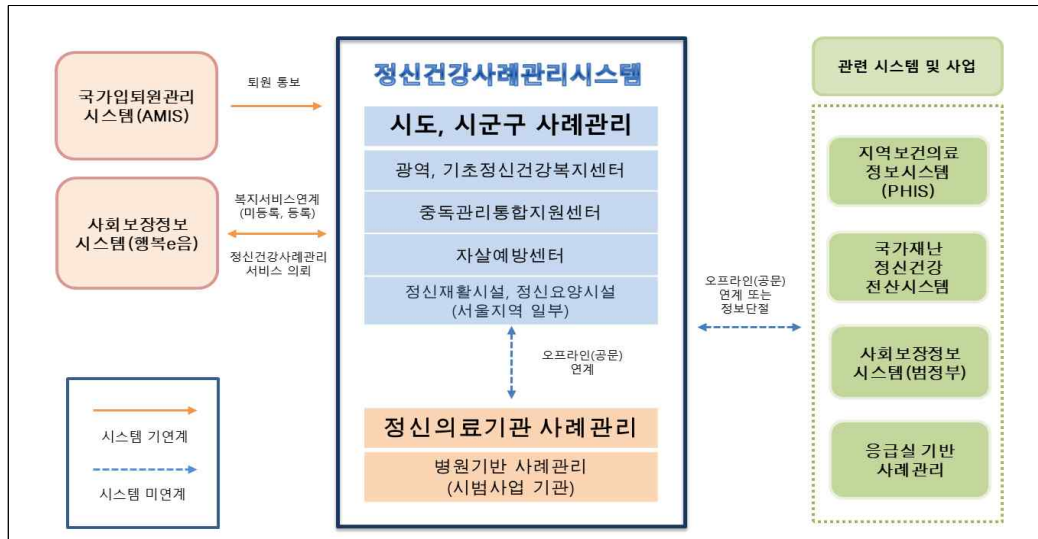
- 국립정신건강센터에 실태조사 전담조직을 설치하고 질 관리를 통한 통계품질 향
상과 원자료 공개 등 정신건강실태조사 정보 제공
- 정신질환 유병률, 정신건강 서비스 이용 현황 등 연도별 조사 수행 결과를 취
합 정리하여 ‘국민정신건강실태조사’ 발간
- 데이터 분양 가이드라인 마련, 데이터 분양 및 교육 체계 구축 등을 통해 정신
건강 정책개발, 역학 연구 등을 위한 기초자료 제공

추진과제2 정신건강 현황 정보 및 통계 관리 고도화

- 분산되어 있는 정신건강복지관련 시스템*간 연계 및 데이터 통합 등 시스템 연계
확대 및 고도화 추진

- 시스템 연계를 통해 사각지대에 있는 응급·위기대상자 발굴 및 연계, 표준화된 정보공유 및 지역사회 지속관리 강화

[그림 3-34] 정신건강사례관리시스템 연계 현황



- 지역사회 정신질환자의 관리체계를 상시적으로 파악하고 관리하는 각 시스템 별 고도화 사업* 추진

- 타 시스템 연계 및 데이터 통합을 위한 시스템 기능 개발

* 시스템 사용기관 및 사용자, 대상자 요구 반영을 위한 시스템 내 구조변경 및 신규 기능 추가

- ‘차세대사회보장정보시스템’내 정신질환자 사례관리 및 정신건강복지 분야 메뉴를 개발하여 통합 사례관리 제공 및 표준화된 연계체계 구축

- 정신건강사업 관련 시스템과의 연계확대 및 데이터 통합
- ‘차세대사회보장정보시스템’내 ‘사회서비스종합정보시스템’을 통한 타 사례관리 사업과의 협업 및 표준화된 정보연계

□ 정신건강복지 통계데이터 관리체계 구축

- 시스템을 활용한 정보수집 및 통계관리 법적 근거 마련

- 정신건강사례관리시스템(MHIS)을 법률에 규정하고 정신건강복지 정보를 빅데이터로 구축·활용하여 정책 수립의 근거로 활용
 - 정신건강복지 정책 성과 관리 및 통계데이터 질 관리를 위한 통계데이터 체계 마련을 통한 지속관리 및 정보 완결성 강화
 - 표준화된 데이터 생성 및 수집을 위한 가이드라인 제시
 - 국립정신건강센터 내 전담조직을 설치하고 데이터 수집 및 정신건강현황 분석, 지표생산, 통계 품질관리*를 위한 상시 모니터링 실시
- * 국가정신건강현황보고서 발간 및 온라인을 통한 게재

라. 【추진전략④】 정신건강복지서비스 평가 개선 및 질 향상

추진과제1 정신의료기관 평가 및 질 향상

□ 정신의료기관 평가 내실화

- 평가 결과에 따른 행정적·재정적 지원 등을 마련하여 평가제도를 통한 의료기관 자발적인 의료 질 개선 노력 유도
 - 평가 결과 미흡 기관에 대해서는 컨설팅 등을 통해 의료서비스 질 향상 지원 후 재평가하는 등의 방안 마련
- * 평가 결과 세분화 방안(합격, 불합격 → 점수로 등급화) 검토
- 국민의 알권리 강화를 위해 평가 결과를 의료기관 내에 게시할 수 있도록 제도적 허용
 - * 의료기관 인증제도의 경우 인증마크 사용허용으로 국민의 알권리 강화

□ 정신병원 평가제도 개선 추진

- 정신병원 종별 신설에 따라 정신병원의 평가를 인증 수준으로 강화하는 등 평가 기준*을 새로이 마련
 - * 정신병원 인증기준 항목에 ① 퇴원 후 지원계획 수립이나 센터 통보 건수 ② 외래치료 지원 청구 건수 ③ 지역사회 협의체 참석 횟수 ④ 격리강박 건수 ⑤ 서면권리고지 현황 등 정신병원의 지역사회 활동과 인권보호 인식을 평가할 수 있는 기준 포함 고려

- 의료기관 내 폭력 예방에 대한 기준을 신규 도입하는 등 안전관리를 위한 평가 기준 강화

* 3주기('21~'24) 정신병원 인증기준 : 222개 항목

4주기('21~'23) 평가기준(안) : (정신병원) 200개 항목, (설치과) 130개 항목, (의원) 77개 항목

추진과제2 지역사회 정신건강서비스 평가 제도화

□ 지역사회 정신건강서비스 기관 평가체계 개선

- 정신건강복지센터의 평가에 대한 법적 근거 마련

- 전국 기초 정신건강복지센터 서비스의 지역간 격차를 해소하고 역량을 강화하기 위한 정기적인 평가 및 지원 체계 마련
- 우수 기관에 대한 인센티브와 미흡한 기관에 대한 개선 요구 등 평가에 따른 피드백 제공

- 평가 운영 및 지표 개선*을 통한 평가 내실화

* 서면 및 현장평가 영역 분리, 다각도 평가를 위한 객관적 평가 지표 및 기준 마련

- 지역사회 정신건강서비스 평가체계의 유기적·통합적 운영

- 현재 분절적으로 이루어지고 있는 지역사회 정신건강복지센터 평가와 정신요양시설·정신재활시설 평가체계를 유기적으로 일원화

* 지역사회 정신건강서비스 기관 평가 : 3년 주기 수행(기초정신건강복지센터 → 광역정신건강복지센터·중독관리통합지원센터 → 정신요양시설·정신재활시설)

- 퇴원 후 지역사회 복귀, 재활서비스 제공 상황을 통합적으로 평가·관리하여 서비스 간 연계를 통한 효과성 제고

- 지역사회 정신건강서비스 평가 모니터링 시스템* 구축을 통한 상시적 평가체계 도입

* 정신건강서비스 제공 현황 및 상시적 모니터링을 위한 정신건강사례관리시스템(Mental Health Information System, MHIS)을 활용하고 지역사회 정신건강서비스 평가 시 근거 및 분석데이터로 활용

【논의 point】 지역사회 정신건강서비스 기관 평가체계 개선	
주요 내용	주요 의견
지역사회 정신건강서비스 평가체계의 유기적·통합적 운영 및 평가 모니터링 시스템 구축을 통한 상시적 평가체계 도입	지역사회 정신건강서비스 기관, 질에 대한 평가와 모니터링은 중요 → 근본적으로 충분한 예산, 인력, 서비스 제공에 최적화된 환경 등 물리적, 질적 조건이 제공되었을 때에 필요한 것
<p style="text-align: center;">▼</p> 정책 추진 시 고려사항(분과회의 논의 사항)	
-현 체제에서 평가를 개선한다고 하면, 평가의 주체로서 당사자들이 참여하는 것과 더불어 평가와 컨 설팅이 유기적으로 이루어져 실질적으로 시설에 도움이 될 수 있도록 하는 것이 필요	

□ 지역사회 정신건강서비스 질 관리 향상을 위한 컨설팅 시스템 구축

- 지역사회 정신건강서비스 제공기관의 자체 질 관리를 위한 점검지표 개발
- 상시 질 관리를 위한 당사자 및 다학제로 구성된 질 관리 지원단 구성
 - 국립정신건강센터 내 지역사회 정신건강서비스 질 관리를 위한 컨설팅 시
스팀 구축
 - * 서비스 질 평가의 경우 정량적보다 정성적 측면이 있으므로 다층적으로 평가할 수
있는 (예: 인력, 프로그램 업데이트, 프로그램 수행환경, 사업비 등) 시스템 구축
- 지역사회 정신건강서비스 제공기관 컨설팅을 위한 가이드라인 마련
 - 표준화된 가이드라인을 활용하여 실무자 교육 및 방문 컨설팅, 미흡기관 집
중 컨설팅 사업 등을 시행
 - * 지역사회 정신건강서비스 제공기관의 시설 유형 및 컨설팅 수요(신규시설, 평가관
리 필요시설, 컨설팅 요청시설)에 따른 컨설팅 시스템 세분화
- 지속적 서비스 질 강화를 위한 프로그램 인증제* 시행
 - * 지역사회 정신건강서비스 제공기관에서 운영하는 다양한 프로그램에 대한 인증제
도입을 통해 정신건강서비스 전문성 및 신뢰성 검증

마. 【추진전략⑥】 정신건강 R&D 투자 확대

추진과제1 ICT 활용 정신건강문제해결 연구 기반 구축

- 정신건강분야 디지털 치료제 국내도입을 위한 기반조성
 - 국내외 디지털 치료제 기술동향, 인허가 절차, 규제개선동향 조사
 - 국내 디지털 치료제 도입을 위한 인허가 단계별 쟁점사항 발굴, 유관기관* 협의, 규제개선(안) 마련
 - * 복지부, 식약처, 한국보건의료연구원, 건강보험심사평가원 등
 - 디지털 치료제 사용자(의사·환자) 의견수렴 및 기술 수용전략 마련
 - 디지털 치료제 정보제공, 처방·사용, 사용정보관리, 모니터링 등을 포괄하는 플랫폼 설계 추진
- ICT 기술을 활용한 정신건강 모니터링 시스템 개발
 - 스마트 디바이스 기반 라이프 로그, 활력징후(vital sign) 등을 활용한 인공지능 기반 정신건강 분석 알고리즘 개발
 - 인공지능 기반의 정신건강증상 측정기술을 활용하여 실시간 정신건강 모니터링 기술개발
 - 화상미팅 시스템을 통한 화상조사와 화상진단 및 입원심사기관인 입적심과 정신심의 화상대면심사 시스템 개발
- 빅데이터 기반 자살위험도 예측 기술 개발
 - 라이프 로그, 정신건강상태, 온라인(SNS, 검색 등) 활동 등의 데이터 추출 및 빅데이터 구축 기술 개발
 - 자해·자살 위험도 예측을 위한 인공지능 기술기반 빅데이터 분석 알고리즘 개발

추진과제2 정신건강증진 및 자살예방 기술 개발

□ 정신건강 사회적 인식·환경 개선 기술 개발

- 정신질환 조기진단기술 개발, 정신건강증진 프로그램 제공, 연계 서비스 정보 제공 등의 정신건강서비스 이용률 제고 기술 개발
- 정신질환에 대한 부정적 인식, 편견, 오해, 이를 조장하는 환경개선*을 위한 기술 개발

* 인식개선 프로그램, 정신질환자 관련 언론 보도 평가 및 개선방안 도출, 사회적 낙인 극복 프로그램 등

□ 정신건강 증진기술 및 정신건강문제 회복기술 개발

- 직업적 스트레스에 노출되는 감정노동자의 소진예방 및 트라우마 치유를 위한 가족·동료 지지기반 정신건강 회복기술 개발
- 감염병 유행과 관련된 정신건강문제 예방·회복·평가 지침서 개발
- 고용노동부와의 협력을 통한 고용현황 개선 기술 개발
- 정신건강증진을 위한 근거-기반 치료, 근거-기반 평가 가이드라인 개발

□ 자살 위험도 예측 및 자살 예방·관리 기술 개발

- 공공 빅데이터와 온라인 정보를 활용한 국가·지역 단위의 자살 위험도 예측 모형 개발
- 비자살적 자해 행동의 현황, 원인분석, 예방을 위한 기술 개발

추진과제3 주요 정신질환 및 중독 치료·재활 기술 개발

□ 중증정신질환 치료·재활 기술 개발

- 정신질환 진행단계별(전증, 초기, 만성) 개입 모델 개발
- 중증정신질환자의 지역사회 정착과 재활을 도모하고 치료순응 및 지속 치료유지를 위한 개입·관리기술* 개발
 - * 가족중재 매뉴얼, 동료지원가 양성과정 및 운영 매뉴얼, 자조모임 프로그램 등
- 중증정신질환자의 성별, 연령별 특성을 반영한 치료 재활 기술 개발
- 중증정신질환이 있는 사람 및 가족을 위한 근거-기반의 전문 심리 서비스 기술 및 보급 모델 개발

□ 알코올 사용장애 예방·개입 기술개발

- 알코올 사용장애 치료를 위한 병원-지역사회 통합 서비스 모델 및 치료·사례 관리·재발예방 프로그램 개발
- 알코올 사용장애 예방을 위한 의료기관·지역사회 기반 고위험음주 조기개입 서비스모델 개발 및 효과검증

□ 행위중독 치료 및 예방 프로그램 개발

- 성인·청소년 성범죄 가해자의 성중독·성도착 현황 및 동반 정신질환·증상 조사
- 성인지 감수성 향상, 왜곡된 사고조정 등을 포함하는 성중독·성도착 예방 프로그램 개발
- 인터넷 게임, 도박 중독 치료 및 예방 프로그램 개발

□ 한국인 삶의 질 지표 활용을 통한 자살 예방 기술 개발

- 국제 및 선진국의 주관적 안녕감 및 사회통합 지수 연구
 - UN의 World Happiness Index 및 OECD Better Life Index와 각 국가

삶의 질 지표 보고서 등 국제적인 삶의 질 지표 연구를 통하여 주요 지표 도출 연구

- 삶의 질이 높고 자살율이 낮은 국가의 삶의 질 지표 분석을 통하여 자살 보호 요인 도출 연구 (예. 네덜란드의 Life Situation Index, 영국의 연례인구조사 및 Measuring National Well-being Programme, 핀란드의 Findicator, 캐나다 일반사회조사)

○ 한국인의 주관적 안녕감 및 사회통합 지표 개발

- 한국인의 사회통합 및 주관적 안녕감 현황 조사를 통해 한국의 주요 취약 사회적 및 물리적 환경 및 상황 분석
- 한국인의 삶의 질 개선과 자살 예방에 초점을 둔 삶의 질 지표 마련

○ 한국 자살율 감소 및 삶의 질 개선을 위한 사회적 자본 개발 연구

- 한국인의 자살율 감소 및 삶의 질을 개선하기 위한 핵심 자살 예방정책 도출 연구
- 핵심정책에 기반한 효과적인 삶의 질 개선 및 자살 예방제도 마련

○ 개방형 사회통합 모델 개발

- ICT시대 새로운 도전인 사회적 고립을 극복할 수 있는 새로운 형태의 사회적 지지 네트워크 연구
- 독거노인들을 위한 사회적 지지 네트워크 마련
- 사회적 단절이 빈번한 취약 계층의 사회적지지 네트워크 마련

