



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

# 지역기반 정신건강 지원제도 평가

고속자

이영숙·정영호·전진아·신규수·이인숙·김용진·이상규·오홍석·서은선·안 영



보건복지부

Ministry of Health and Welfare



**한국보건사회연구원**

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

## ■ 연구진

연구책임자	고숙자	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	이영숙	한국보건사회연구원 연구위원
	정영호	한국보건사회연구원 명예연구위원
	전진아	한국보건사회연구원 연구위원
	신규수	한국노동연구원 초빙연구위원
	이인숙	한국중독관리센터협회 협회장
	김용진	한국중독관리센터협회 이사
	이상규	한국중독관리센터협회 이사
	오홍석	한국중독관리센터협회 이사
	서은선	한국중독관리센터협회 이사
	안 영	한국보건사회연구원 전문연구원

# 제출문

## 보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2021.4.16.)한 「지역기반 정신건강지원 제도평가」의  
보고서로 제출합니다.

2021년 12월  
한국보건사회연구원 원장  
이 태 수





<b>요 약</b> .....	<b>1</b>
<b>제1장 서론</b> .....	<b>1</b>
제1절 연구 필요성 및 목적 .....	3
제2절 연구 내용 및 방법 .....	11
<b>제2장 평가대상 및 방법</b> .....	<b>15</b>
제1절 평가 대상 범위 .....	17
제2절 정신건강 지원제도의 평가 틀에 관한 선행 연구 .....	20
제3절 정신건강 지원제도 평가를 위한 로직 모형 사례 .....	23
제4절 평가 지표 .....	34
<b>제3장 지역사회 정신건강증진사업 평가</b> .....	<b>43</b>
제1절 지역사회 정신건강사업 및 기관 현황 .....	45
제2절 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황 .....	49
제3절 지역사회 정신건강 평가 .....	65
제4절 성과 평가를 위한 설문조사 결과 .....	100
제5절 현장전문가 대상 FGI 결과 .....	107
제6절 지역사회 정신건강증진정책의 해외 사례 .....	119
제7절 지역사회 정신건강증진 지원제도의 개선 과제 .....	129
<b>제4장 중독관리사업</b> .....	<b>136</b>
제1절 중독 대상자 특성 및 지역사회 중독관리사업 현황 .....	138
제2절 지역사회 중독관리사업 및 서비스전달체계 .....	151

제3절 지역사회 중독사업 평가 .....	153
제4절 중독관리를 위한 개선과제 .....	160
<b>제5장 아동·청소년 정신건강지원제도 .....</b>	<b>168</b>
제1절 아동·청소년의 정신건강 현황 및 지원제도 .....	170
제2절 아동·청소년 정신건강정책의 투입관련 평가 .....	180
제3절 산출관련 평가 .....	182
제4절 아동·청소년의 정신건강 지원제도의 개선 과제 .....	184
<b>제6장 근로자의 정신건강지원제도 .....</b>	<b>189</b>
제1절 근로자 정신건강지원 필요성 증가 .....	191
제2절 근로자 정신건강지원제도 현황 .....	193
제3절 제도 설계 평가 .....	200
제4절 투입·산출 평가 .....	204
제5절 운영(전달체계) 평가 .....	208
제6절 성과 및 효과 평가 .....	211
<b>제7장 결론 .....</b>	<b>221</b>
<b>참고문헌 .....</b>	<b>243</b>

# 표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구 .....	11
〈표 2-1〉 재정사업 분류에 따른 평가대상 범위 .....	19
〈표 2-2〉 사회보장제도(성인·노인 돌봄분야)의 평가 틀 .....	21
〈표 2-3〉 WHO의 보건의료시스템(health care system) 성과(performance)의 구조적 틀 .....	22
〈표 2-4〉 표준화된 스크리닝 사례 .....	33
〈표 2-5〉 정신건강지표의 분류 .....	34
〈표 2-6〉 제4차 국민건강증진종합계획 중점과제: 정신건강 분야 .....	35
〈표 2-7〉 WHO 지표 .....	36
〈표 2-8〉 OECD에서의 정신건강지표 .....	37
〈표 2-9〉 호주 지표 .....	38
〈표 2-10〉 미국의 Healthy People 2020 정신건강 분야 중점과제 및 지표 .....	39
〈표 2-11〉 성과 측정 단계별 성과지표의 유형 .....	40
〈표 3-1〉 자료 유형 .....	44
〈표 3-2〉 본 연구에서 활용한 주요 계량적 평가 지표 .....	44
〈표 3-3〉 정신보건법 제정(1995년) 이후의 정신건강사업 연혁 .....	46
〈표 3-4〉 정신건강복지센터의 주요 업무 .....	51
〈표 3-5〉 지방정신건강복지지원단 및 광역센터 운영위원회의 기능 및 구성 .....	55
〈표 3-6〉 기초 정신건강복지센터의 주요 사업 내용 .....	61
〈표 3-7〉 정신건강복지센터의 일반인 대상 주요 업무 .....	62
〈표 3-8〉 정신건강복지센터의 특성화 사업 .....	62
〈표 3-9〉 정신건강복지센터의 업무 .....	62
〈표 3-10〉 자살예방센터의 주요 사업 .....	64
〈표 3-11〉 평소 정신건강상태: 2019년, 15-69세 .....	65
〈표 3-12〉 지난 1년간 경험한 정신건강문제 유형: 2019년, 15-69세 .....	66
〈표 3-13〉 일반건강검진 정신건강검사 결과: 2019년 .....	67
〈표 3-14〉 시도별 일반건강검진 정신건강검사 결과: 2019년 .....	68
〈표 3-15〉 시도별 우울증상 유병률 추이 .....	69
〈표 3-16〉 시도별 우울증상 유병인구 및 정신건강복지센터 등록자수: 2019년 .....	69
〈표 3-17〉 성·연령별 자살률 변화 .....	71
〈표 3-18〉 직업별 자살사망 현황 .....	73
〈표 3-19〉 정신건강복지센터의 주요 업무 .....	76

〈표 3-20〉 기초 자살예방센터의 자살예방사업 내용 .....	78
〈표 3-21〉 정신건강복지센터 현황: 2019년 .....	80
〈표 3-22〉 시도별 자살예방센터 현황: 2021.12.31기준 .....	80
〈표 3-23〉 시도별 지역사회 정신건강 관련 기관의 상근인력 및 정신건강전문인력 현황 .....	82
〈표 3-24〉 정신건강기관별 현황: 2017년 .....	83
〈표 3-25〉 시도별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수: 2019년기준 .....	84
〈표 3-26〉 국민건강증진기금에 의한 정신건강증진사업의 예산 규모 .....	87
〈표 3-27〉 시도별 지역사회 정신건강 예산 .....	87
〈표 3-28〉 시도별 지역사회 정신건강 예산 .....	89
〈표 3-29〉 시도별 지역사회 정신건강 의료기관 현황: 표시과목별 의원, 2019년기준 .....	90
〈표 3-30〉 기초정신건강복지센터의 수행사업 현황: 2019년 .....	91
〈표 3-31〉 지역사회 정신건강증진사업 운영 현황: 2019년 .....	92
〈표 3-32〉 연령별 등록자 현황: 2019년 .....	93
〈표 3-33〉 지역사회 정신건강서비스 이용자의 진단별 현황: 2019년 .....	93
〈표 3-34〉 기초정신건강복지센터의 아동청소년 정신건강문제 유형 .....	94
〈표 3-35〉 비동질적 비교집단 설계 .....	95
〈표 3-36〉 행복감의 차이 .....	97
〈표 3-37〉 고령자(65세이상)의 정신건강상담 참여 효과: 2017년 .....	97
〈표 3-38〉 주관적 스트레스를 지닌 사람의 정신상담 참여: 로지스틱 회귀분석 결과 .....	99
〈표 3-39〉 매칭 결과: 312명 vs.312명 .....	99
〈표 3-40〉 건강관련 삶의 질 차이 .....	100
〈표 3-41〉 행복감의 차이 .....	100
〈표 3-42〉 문제의 심각성 .....	101
〈표 3-43〉 사업별 통합 평가 점수 .....	102
〈표 3-44〉 현재 수행중인 정신건강증진사업에 대한 중요도 순위 .....	103
〈표 3-45〉 생애주기별 정신건강 지원 체계 .....	104
〈표 3-46〉 인식개선 및 접근성 지원 체계 .....	104
〈표 3-47〉 조기발견 및 개입 지원 체계 .....	105
〈표 3-48〉 중독관리 지원 체계 .....	105
〈표 3-49〉 자살예방관리 지원 체계 .....	106
〈표 3-50〉 인프라 체계 .....	106
〈표 3-51〉 설문 구성 .....	108
〈표 3-52〉 정신건강 관련 용어의 개념적 특징 비교 .....	124
〈표 3-53〉 영국의 정신보건서비스 현대화를 위한 표준 .....	126



〈표 3-54〉 영국의 정신보건정책 개혁을 위한 세부 목표 .....	126
〈표 4-1〉 지역사회 중독문제 대상자 지역사회 서비스 제공현황 비교 .....	143
〈표 4-2〉 지역사회 정신건강증진사업 운영 현황: 2019년 .....	144
〈표 4-3〉 연령별 등록자 현황: 2019년 .....	144
〈표 4-4〉 지역사회 중독관리통합지원센터 이용자의 진단별 현황: 2019년 .....	145
〈표 4-5〉 한국중독관리센터협회(2020), 전국중독관리통합지원센터 사례관리자수 대비 사례관리 인원수 .....	145
〈표 4-6〉 전국중독관리통합지원센터 운영인력 현황표 .....	148
〈표 4-7〉 전국 중독재활시설 현황 .....	150
〈표 5-1〉 아동·청소년의 정신 및 행동장애로 인한 진료 현황: 2019년 기준 .....	170
〈표 5-2〉 아동·청소년의 정신 및 행동장애로 인한 상위 5개 세부 질환 현황 .....	171
〈표 5-3〉 청소년의 스트레스 인지율 .....	172
〈표 5-4〉 청소년의 우울감 경험율 .....	172
〈표 5-5〉 청소년의 자살 생각을 .....	173
〈표 5-6〉 청소년의 지역별 자살 사망률: 인구10만명당, 2019년기준 .....	174
〈표 5-7〉 아동·청소년의 스마트폰 과의존 .....	174
〈표 5-8〉 청소년의 게임 사용장애 .....	175
〈표 5-9〉 학생정서·행동발달 지원사업의 추진 개요 .....	179
〈표 5-10〉 검사결과 위험수준별 관리체계 .....	179
〈표 5-11〉 기초정신건강복지센터 아동·청소년의 정신건강증진사업 등록 현황: 2019년12월31일 기준 .....	182
〈표 5-12〉 아동·청소년 등록자의 정신건강문제 유형: 기초정신건강복지센터 .....	183
〈표 5-13〉 아동·청소년의 정신건강증진사업 등록자 정신건강문제 유형: 2017년 12월말 기준 .....	183
〈표 5-14〉 학생자살예방정책의 개선 과제 .....	187
〈표 6-1〉 노동법 상 정신건강지원 관련 법 .....	194
〈표 6-2〉 근로자지원프로그램 법적 근거 .....	198
〈표 6-4〉 근로자 대상 온오프라인 심리상담서비스 분야 .....	199
〈표 6-5〉 근로자 건강센터 전체 예산 및 산출(이용) 현황 .....	205
〈표 6-6〉 근로자 건강센터 내 직무트라우마센터 연도별 개소 및 이용자수 .....	206
〈표 6-7〉 근로복지넷 EAP 연도별 예산 및 상담건수 .....	208
〈표 6-9〉 센터(분소) 별 정신건강(직무스트레스, 트라우마) 상담 전문인력 자격 현황 .....	209
〈표 6-8〉 근로자건강센터(분소) 및 직업트라우마센터 현황 .....	210
〈표 7-1〉 민간위탁제의 제도적 개선 과제 .....	228
〈표 7-2〉 중독관리관련 수행 기관 .....	237

# 그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 정신건강정책의 변화 .....	5
[그림 1-2] 정신건강 패러다임의 전환 .....	6
[그림 1-3] 정신건강복지기본계획(2021~2025)의 추진전략 및 핵심과제 .....	7
[그림 1-4] 정신 및 행동장애의 사회경제적 비용 .....	8
[그림 1-5] 정신 및 행동장애 중 3개 세부질환의 사회경제적 비용 .....	9
[그림 1-6] 주요 연구내용 및 체계도 .....	14
[그림 2-1] 평가대상 범위 .....	18
[그림 2-2] Donabedian 성과 평가 구조 .....	23
[그림 2-3] 국가 정신건강 성과평가 틀 .....	24
[그림 2-4] 논리모형 틀 .....	24
[그림 2-5] 평가 로직 모형 .....	25
[그림 2-6] 프로그램 평가 로직 모형 .....	27
[그림 2-7] 프로그램 평가 로직 모형 .....	30
[그림 2-8] 프로그램 평가 로직 모형 .....	32
[그림 2-9] 프로그램 평가 로직 모형 .....	32
[그림 2-10] 프로그램 평가 로직 모형 .....	33
[그림 2-11] 호주의 정신건강성과지표 .....	39
[그림 3-1] 제5차 국민건강증진종합계획(2020~2030)의 목표와 정신건강관리 .....	50
[그림 3-2] 범부처의 아동/청소년 정신건강 .....	51
[그림 3-3] 범부처의 청장년 정신건강 .....	51
[그림 3-4] 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황 .....	52
[그림 3-5] 국립정신건강센터의 기능과 역할 .....	53
[그림 3-7] 자살률 추이: 1988-2019년 .....	71
[그림 3-8] 성별 연령별 자살률 및 자살 동기: 2019년 .....	73
[그림 3-9] 지역사회의 자살률 현황: 연령표준화 사망률 .....	73
[그림 3-10] 시도별 자살률: 2019년 .....	74
[그림 3-11] OECD 국가의 연령표준화 자살률 .....	75
[그림 3-12] OECD 국가의 청소년(10-24세) 자살률 : 인구십만명당 .....	75
[그림 3-13] 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황 .....	76
[그림 3-14] 서비스 대상자의 조기 발견 및 등록 사례관리 체계 .....	77
[그림 3-15] 자살예방사업을 위한 기관업 협력체계 및 역할 .....	78

---

[그림 3-16] 시도별 정신건강분야 상근인력: 인구십만명당, 2017년기준 .....	84
[그림 3-17] OECD 주요 국가의 정신건강분야 인력: 인구십만명당 .....	84
[그림 3-18] 근무기관별 정신건강전문요원 현황: 2019년기준 .....	86
[그림 3-19] 시도별 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산 .....	89
[그림 3-20] 현재 수행중인 정신건강증진사업의 분류 및 세부 내용 .....	104
[그림 3-21] 미국 뉴욕 정신건강체계 구축 사례 “ThriveNYC” .....	124
[그림 4-1] 지역사회 중독문제 대상자 지역사회 서비스 제공현황 .....	145
[그림 4-2] 지역사회 중독관리 통합서비스 전달체계 모형의 발전방향 .....	160
[그림 6-1] 근로자건강센터 전달체계(2021.8. 기준) .....	195
[그림 6-2] 근로복지공단 근로복지넷 EAP 전달체계(2021.8. 기준) .....	198
[그림 6-3] 50인 미만 사업체 및 근로자수(비중) .....	199
[그림 6-4] 300인 미만 사업체 및 근로자수(비중) .....	201
[그림 6-5] 근로자건강센터 정신건강상담과 근로복지공단 EAP지원제도의 서비스 대상 및 내용 .....	202
[그림 6-5] 근로자건강센터 전체 예산, 이용자 수, 적용률(coverage) .....	204
[그림 6-6] 근로복지넷 EAP 연도별 예산 및 상담건수 .....	206
[그림 6-7] 회기별 평정 결과 잠재성장모형 .....	211



## 요약

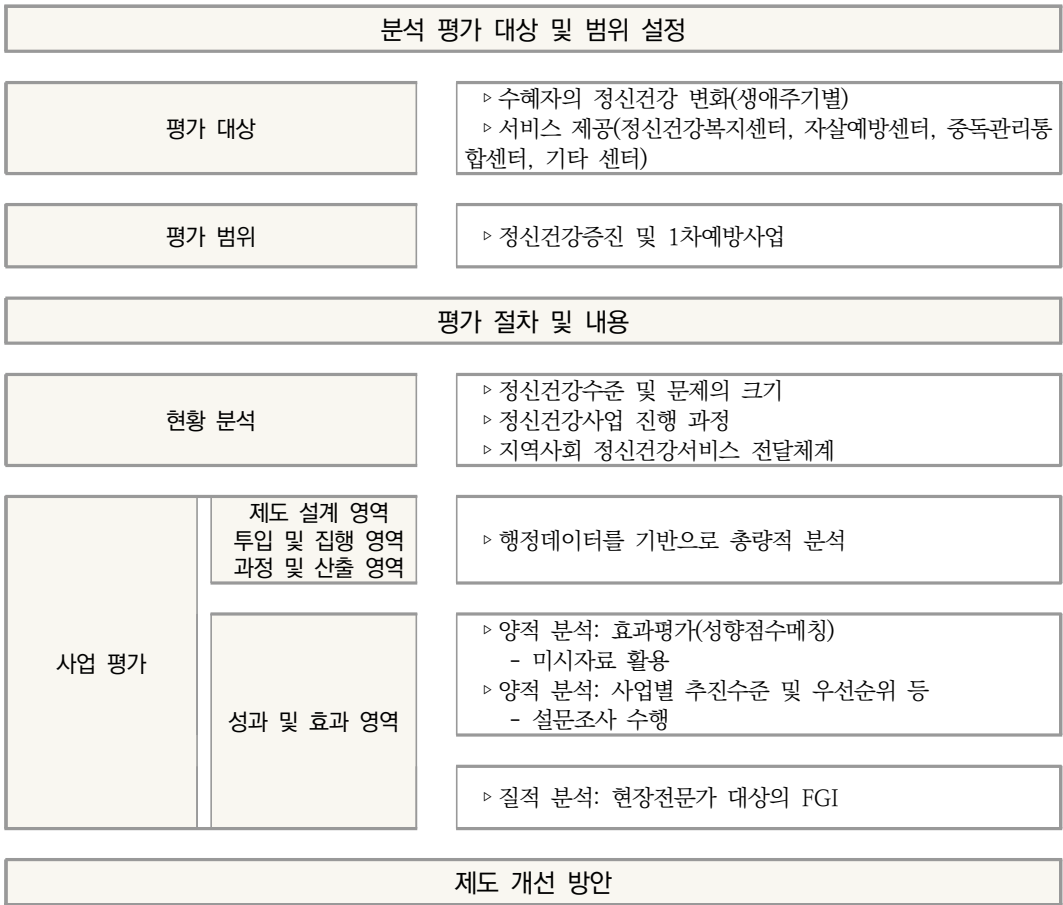
### 1. 연구의 배경 및 목적

- 정신건강문제는 보편적 현상으로 대두되고 있으며, 높은 사회경제적 비용을 유발하고 있음.
  - 국민 4명 중 1명은 평생 동안 한 번 이상은 정신질환을 경험할 정도로 정신건강 문제는 보편적인 현상이 되고 있음.
    - 정신질환 평생 유병률 25.4%, 일 년 유병률 11.9%(2016년 정신질환 실태조사)
  - 정신건강 문제는 생애주기 초기에 발생하고 유병 기간이 긴 경우가 많아 의료비 부담, 소득 상실 등 사회적 비용이 높은 특성을 지니고 있음.
- 사회구조 변화에 따른 정신건강의 위협요인이 더욱 증가할 전망이다.
  - (경제구조) 저성장으로 인한 노동시장 불안정성 증가, 감정노동 증가, 4차산업 구조 변화로 인한 노동시장 변화 등
  - (인구구조) 고령인구의 증가로 인한 노년층의 정신건강 위협
  - (사회구조) 청소년의 학업 스트레스 가중, 1인가구의 증대로 인한 고립감 증가
- 국민의 체감도 높은 정신건강지원사업 제공 필요성 증가
  - 정신건강을 지원하기 위해 관련 제도를 마련하고 인프라를 지속적으로 확대하고 있으나, 이에 대한 국민의 인지도는 여전히 낮은 편임(보건복지부, 제2차 정신건강복지기본계획, 2021).
  - 정신건강의 전달체계가 분절적이고 전문인력의 부족, 국민의 정신건강에 대한 편견 등으로 효과적인 정신건강복지서비스의 전달에 한계가 있음.
- 전 국민의 정신건강문제에 영향을 주게 되는 인구 고령화, 1인가구 증가, 고립감 증대, 산업구조의 변화, 노동시장 불안정 등으로 인해 국민의 정신건강이 더욱 악

화될 우려가 있음.

- 이에, 국민의 정신건강증진을 향상하고 정신건강문제를 사전에 예방하기 위해 ‘예방적 정신건강 지원체계’에 대한 평가를 통하여 정신건강관련 제도적 개선방안을 마련하고자 함.
- 본 연구에서는 정신건강지원사업의 현황을 분석하고, 각 대상별 지원 내용 및 지원방식 등이 제도의 취지에 적합하게 설계·추진되었는지 분석·평가함으로써, 각 사업에 대한 제도 개선방안을 제시하고 함.

[그림 1] 주요 연구내용 및 체계도



## 2. 주요 연구결과

### □ 정신건강지원제도 평가대상 및 범위

- 본 연구에서는 전 국민을 대상으로 정신건강정책을 평가 대상으로 하며, 지역 사회 기반으로 제공되고 있는 사업을 중심으로 평가하고자 함.
- 정신건강정책은 보편주의적 접근방식으로 전 국민의 정신건강증진 및 예방으로 정책 대상이 전 국민으로 확대되었으며 지역사회를 기반으로 전달체계를 구축하고 있음.
- 본 연구에서는 전국민을 대상으로 하는 정신건강증진 정책과 정신건강문제의 발생 위험군을 선별하고 조기 개입하는 1차예방정책을 대상으로 하며, 정신질환자를 대상으로 치료 및 재활서비스를 제공하는 정책은 제외함.

### □ 지역사회 정신건강증진사업 평가

- 해당 사업의 평가를 위하여 행정집계자료, 조사 미시자료, 설문조사자료를 사용함.

〈표 1〉 자료 유형

구분	행정 집계자료	조사 미시자료	설문조사자료(양적, 질적)
자료명	시도별/시군구별 통계 집계자료	지역사회건강조사	현장 전문가대상
기준 시점	2018년, 2019년	2017년, 2019년	2021년
제공 단위	행정구역단위	가구단위 개인단위	-
사업 비대상자 (control group) 포함여부	미포함	포함	미포함

- 본 연구에서는 지역사회 건강증진사업을 평가하기 위해 계량적 평가지표와 FGI를 통한 질적 평가를 수행함.
  - 평가들은 설계-투입·집행-산출-성파로 구성하고 이의 지표를 구성함.

#### 4 지역사회 정신건강지원제도 평가

〈표 2〉 본 연구에서 활용한 주요 계량적 평가 지표

평가 틀	내용	주요 내용(세부지표)
설계	예산, 인력, 시간 등 자원의 투입량을 나타냄	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강문제 유병률</li> <li>- 우울증상 유병률</li> <li>- 정신건강검사를</li> <li>- 자살률</li> </ul>
투입/집행	기획 및 전달체계 과정에서 나타나는 산출물의 정도를 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강복지센터 시설 수</li> <li>- 정신건강의료기관 수</li> <li>- 상근인력 및 정신건강전문인력 수</li> <li>- 사례관리자 1인당 등록 정신질환자수</li> <li>- 시도별 정신건강 예산액</li> </ul>
산출	사업에 따른 산출물을 나타냄	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 등록자 수, 센터별 등록자 수, 인구수별 등록자비율</li> <li>- 정신건강문제별 등록자 수</li> </ul>
성과	1차 산출물을 통해 나타나는 사업 효과 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 우울감에 대한 정신상담 효과</li> <li>- 주관적 스트레스에 대한 정신상담 효과</li> <li>- 사업별 평가 점수</li> <li>- 사업별 추진 수준 및 강화 필요 영역</li> <li>- 사업별 추진 우선순위</li> </ul>

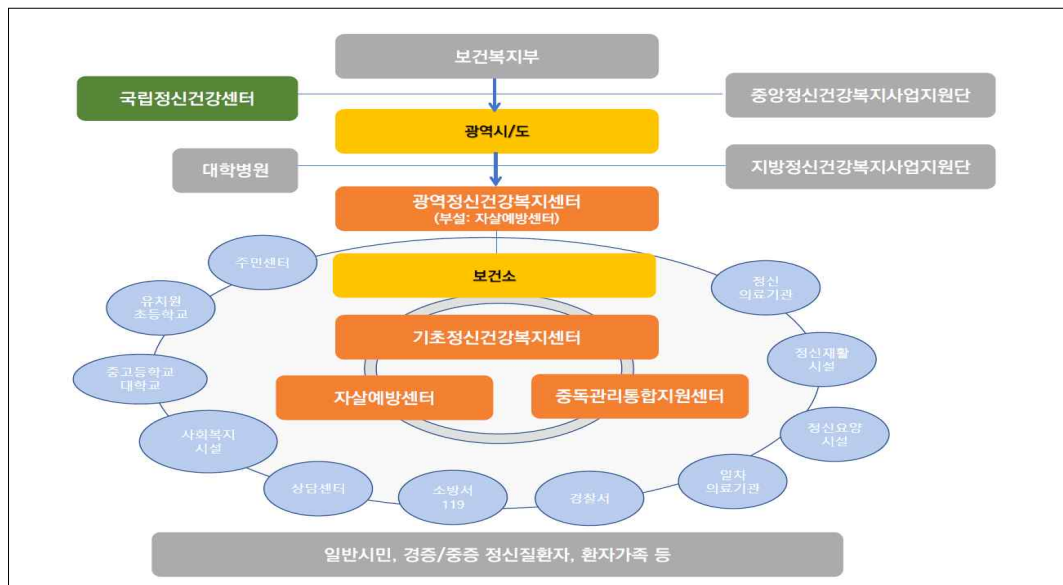
#### □ 제도 설계 영역

- 지역사회 의 우울증상 유병인구를 발굴하여 정신건강지원서비스를 받도록 하기까지는 의뢰자가 직접 상담을 요청하거나 특정기관에서의 의뢰를 기반으로 하고 있어, 실제 우울증상 유병인구를 포괄하기에는 한계가 있음.

#### □ 기획 및 전달체계의 적절성

- 지역사회에서는 광역정신건강복지센터와 기초정신건강복지센터를 축으로 하여 다수의 기관 및 시설과 정신건강서비스가 연계될 수 있도록 네트워크를 구축, 추진하고 있음.
  - 기획단계에서는 전달체계와 연계체계가 구축되도록 설계하고 있으나, 현장에서는 기관간 연계의 동기와 역할분담이 모호한 측면이 있음.
  - 또한, 지역사회의 우울증상 유병인구를 발굴하여 정신건강지원서비스를 받도록 하기까지는 의뢰자가 직접 상담을 요청하거나 특정기관에서의 의뢰를 기반으로 하고 있어, 실제 우울증상 유병인구를 포괄하기에는 한계가 있음.
  - 최근에는 찾아가는 상담서비스를 확대하고 있으나, 여전히 미흡한 실정임.

[그림 1] 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황



자료: 저자작성

## □ 투입 및 집행관련 평가

### ○ 정신건강전문요원의 투입 충분성

- 정신건강전문요원이 근무하고 있는 지역별 분포를 보면, 서울과 경기도에 집중되어 있음.
- 지방에 있는 정신건강복지센터의 정신건강전문요원의 채용에 어려움이 있는 문제가 자주 거론되고 있음.
- 최근 경력 전문요원에 대한 인건비 부족, 업무 과다 등을 사유로 숙련인력의 이탈 현상 발생

### ○ 정신건강서비스는 전문인력을 중심으로 서비스를 공급해야 하는 구조이며, 인력의 양과 질적 수준이 정신건강서비스의 접근성과 질에 중요한 영향 요인으로 작용하게 됨.

- 지역주민의 정신건강 증진 및 예방부터 정신질환자에 대한 조기발견 등을 위한 사업 수행을 위해서는 인적자원확보 및 인적자원확보를 위한 지자체의 인센티브 예산확보가 더욱 요구됨.



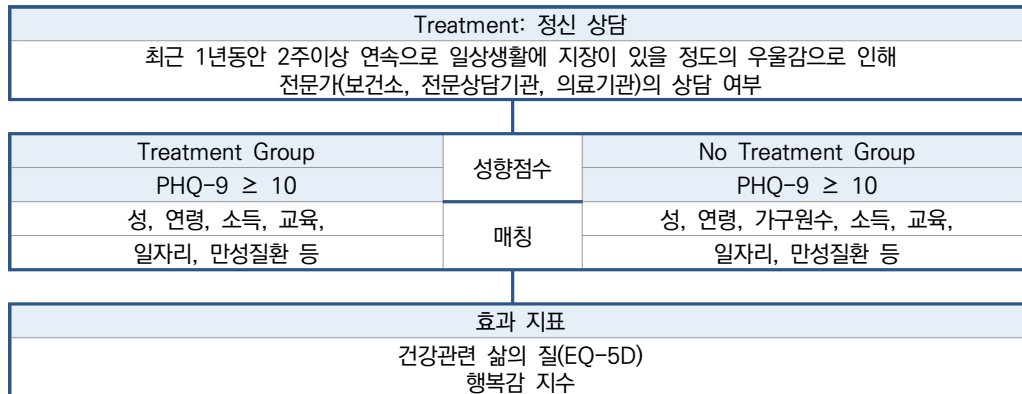
- 정신건강복지센터의 예산은 주로 건강증진기금에 의한 국가 예산과 이에 매칭된 지방자치단체의 예산으로 구성되어 있고, 정신재활시설은 대부분 사회복지사업법에 따라 지방자치단체의 예산으로 운영되고 있음.
- 2020년 정신건강복지예산은 약 3천2백억원으로 전년대비 12% 증가함.
  - 최근에 정신건강복지 예산 확보를 위해 지속적으로 노력하여 증액하고 있으나, WHO에서 권고하고 있는 보건예산 대비 정신건강관련 예산 비중 5%에는 아직 미치지 못한 수준이므로, 추가 확보를 위한 지속적인 노력이 필요할 것임.

□ 과정 및 산출 관련 평가

- 지역사회 정신건강증진사업을 수행하는 정신건강복지센터 서비스를 이용하는 등록자는 총 72,777명(2019년 12월 31일 기준)임.
  - 센터별 등록자 수는 평균 302명이며, 지역별 인구수대비 등록자 비율은 평균 0.14%임.
- 정신건강문제를 지니고 있는 유병인구에 비해서 정신건강사업의 등록자 수는 매우 적으며, 체계적 관리를 위한 등록 및 지속관리가 강화될 필요가 있음.

□ 성과 및 효과 관련 평가

- 본 절에서는 정신건강증진사업의 효과를 분석하기 위해 성향점수매칭(propensity score matching)방법을 적용하여 효과를 분석함.
  - 성향점수매칭(propensity score matching)을 통하여 case-control 그룹 도출함. (1:1)
  - 비교군과 대조군을 설정하기 위해 다음의 표와 같이 구분하여 분석함.



- 스트레스 문제 또는 우울감으로 전문가에게 상담을 받은 경험이 있는 집단과 우울감이 있음에도 불구하고 상담을 받은 경험이 없는 집단을 구분하여 행복감의 차이를 분석함.
  - 최근 1년간 2주이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감으로 전문가에게 상담을 받은 집단을 treatment group으로 설정하고, 성향점수 매칭을 통하여 이와 유사한 사회경제적 특성을 지니면서 상담을 받지 않은 집단을 no treatment group으로 도출함.
- 분석대상자 중에 65세이상 고령자를 대상으로 정신건강상담의 효과를 분석함.
  - 정신건강상담에 참여한 고령자의 경우 참여하지 않은 고령자에 비해 행복감 지수가 높은 것으로 나타남.
- 분석결과, 아래의 표에서 제시하는 바와 같이, 전문가 상담을 받았지만 전문가 상담을 받지 않은 집단과 비교해서 행복감이 높은 결과로 나타나지는 않았음.
  - 이는 정신상담 효과가 몇 차례에 걸쳐 지속적인 상담이 이루어져야 효과가 있을 것으로 기대되나, 본 분석에서 활용한 조사 결과는 상담의 지속성 여부를 판단할 수 있는 근거가 없어 이를 통제할 수 없는 것에서 효과가 유의미하지 않는 것으로 나타날 수 있어 해석상에 주의가 요구됨.
- 건강관련 삶의 질 차이와 행복감의 차이를 분석한 결과, 통계적으로 유의하지 않음. 이는 앞서 언급한 바와 같이 상담의 효과는 상담의 지속성에 영향을 받으며, 단기로 상담효과가 나타나기 보다는 중장기에 걸쳐 효과에 대한 여부를

판단할 수 있으므로, 이와 관련해서 시계열자료의 확보가 요구됨.

#### □ 성과 평가를 위한 설문조사 결과

- 현재 수행 중인 정신건강증진사업에 대한 중요도를 중심으로 해당 사업에 대한 우선순위를 부여한 결과, 중증정신질환자의 지역사회 통합에 대한 우선순위가 가장 높았으며, 그 다음으로 자살예방관리였음.
- 현재 수행 중인 정신건강사업에 대한 생애주기별 우선순위를 설문한 결과, 사업의 우선순위가 가장 높은 대상은 청년이었으며, 그 다음으로 중장년 대상의 순이었음.
- 현재 수행 중인 정신건강사업 중에 조기발견 및 개입 지원과 관련해서 ‘경제적 위기 대상자의 정서·심리지원’사업의 우선순위가 가장 높았으며, 현재의 추진수준보다 더 강화해야 할 영역인 것으로 나타남.
- 현재 정신건강사업을 수행하기 위한 인프라 체계의 지원과 관련하여 ‘지역센터의 전문인력 배치 수 확대’와 ‘전문인력 교육 및 질관리’에 대한 우선순위가 높은 것으로 나타나, 사업 추진을 위해서 전문성이 높은 인력 확보가 필요하며 이를 토대로 수준 높은 양질의 정신건강서비스를 제공하기 위한 기반이 필요하다고 생각하는 것으로 나타남.

구분		추진 수준	예산 배분 (중요도 기준)	우선순위	강화
1	지역센터의 전문인력 배치 수 확대	27.1	29.7	1	◎
2	전문인력 교육 및 질관리	27.1	23.7	2	
3	자체(특화)사업을 위한 예산확대	16.8	15.2	5	
4	정책추진 거버넌스 강화	14.5	15.7	3	◎
5	프로그램 효과성, 통계생산 등 근거강화	14.5	15.7	3	◎
전체		100.0	100.0	-	-

주: ‘정신건강증진사업을 위한 인프라’의 추진 수준을 평가하시고 100점을 만점으로 하여 점수를 매겨주십시오. 사업의 중요도를 기준으로 하여 향후 예산을 배분한다고 할 경우에 총액이 100억원이 되도록 예산을 배분해 주십시오.

#### □ 현장전문가 대상 FGI 결과

- 본 연구에서는 지역의 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센

터를 대상으로 현재의 정신건강체계 전반에 대한 진단 및 평가를 위하여 질적 연구를 수행함.

○ 지역 정신건강사업에서 요구도가 있거나 요구도가 더욱 증가하고 있는 사업

- 소상공인 대상의 심리지원 사업
- 생애주기별 정신건강사업 및 시설에서의 정신건강관리사업
- 기관별(경찰, 소방서 등) 응급개입 및 법무부의 중독관리사업
- 아동대상 심리지원 프로그램

○ 지역 정신건강사업의 사각지대 현황

- 복합적 문제를 지닌 노인의 특성으로 인한 서비스 배제
- 야간 및 공휴일의 응급개입
- 지역의 중독관리사업
- 의료취약지역에서의 의료기관 연계

□ 지역 정신건강사업의 투입-집행-산출에서의 진단

○ 광역센터와 기초센터의 역할 모호

○ 인력의 양적 확대가 지속되고 있으나, 질적 수준 고려에 대한 준비 미흡, 인력의 고용 불안정성 및 근무환경의 안전성 취약

○ 사업 예산 관련하여 타 사회복지기관 및 정신복지기관 간의 예산 불균형 문제, 프로그램 지원비, 수당 부족, 인건비 인상에 따른 예산 확보의 어려움

○ 정신건강복지사업의 전달체계 부재

- 정신건강복지센터 및 관련 기관의 역할이 모호, 네트워크의 부재
- 당사자의 증상에 따른 단계적이고 체계적인 서비스 부재
- 응급시스템의 부재

### 3. 결론 및 정책적 개선 방안

#### □ 정신건강 거버넌스의 충실

- 국가적 아젠다로의 정신건강 접근: 대통령 직속의 정신건강위원회 설치
- 지역사회 정신건강정책 및 사업추진을 위한 컨트롤타워 기능 강화

#### □ 운영구조 재설계

- 민간위탁제의 제도적 개선

구분	개선 과제
운영 자율성	수탁 주체인 센터의 사업계획 수립 및 변경, 예산운용에 재량권 확대
사회적 책임 강화	운영방식의 투명성을 강화하기 위한 운영정보 공개 및 투명화
예산 및 고용에서의 불합리한 요소 개선	예산계획, 인건비, 사업비, 운영비 등에서의 불합리한 요소 개선하고 예산편성기준을 재정비

- 민간위탁사업에서 운영구조 변경: 공공법인화 또는 직영형 운영방식의 검토

#### □ 정신건강 전문인력 확보를 위한 제도적 장치 마련

- 전문인력 수급계획 마련
- 인력의 근무환경 및 처우개선 마련
- 지역사회 정신건강인력의 질 향상을 위한 기반 조성
- 전문인력의 범부처 차원에서의 관리
- 심리상담자격에 대한 국가차원의 자격관리 강화

#### □ 예산체계의 재정비

- 전체적인 포괄보조방식의 도입 검토
- 예산배분 산정 기준 마련 필요
- 정신건강문제가 높은 지역을 선정 및 지원 강화

□ 정신건강 인프라 기반 조성

- 성과관리 및 모니터링 체계 구축
- 중독관리법의 마련
- 정신건강문제 발생과 부채 임시 유예

□ 디지털 정신건강 생태계 구축

- 디지털 정신건강서비스 제공체계 확대 및 법제도 정비

**키워드 :** 정신건강, 지역사회, 전달체계, 평가, 성과



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. 2021년 건강보장분야의 중점추진과제로 예방적 건강관리체계 영역을 평가

- 사회보장정책 간 중복과 사각지대 해소, 국민 체감도 향상 등을 위한 개선안 도출을 위해, 사회보장사업의 설계, 자원투입, 집행, 산출, 성과로 이어지는 각 과정에 대한 평가를 통하여 현행 사업의 투입-전환-산출 체계의 문제 규명과 원인 진단이 필요함.
- 2021년 중점추진과제로 건강보장분야의 예방적 건강관리체계 구축에서 “지역 기반 정신건강지원제도” 선정
  - 중앙행정기관 및 사회보장위원회 민간위원 등을 대상으로 한 수요조사와 평가전문위원회의 논의를 통해 ‘지역기반 정신건강 지원제도’를 선정
- 정신건강관련 국민의 요구도에 맞춰 최근에 제도 및 관련 예산, 사업이 확대되고 있으나, 국민에게 체감도 있는 정신건강증진 서비스를 제공하는 체계가 마련되었는 지에 대한 평가가 실행되고 있지 않아, 예방적 차원에서 지역사회를 중심으로 한 정신건강 서비스를 제공하기 위한 제도를 포괄적으로 검토할 필요성이 제기됨.

### 2. 정신건강의 패러다임 전환

- 정신건강정책은 보편주의적 접근방식으로, 전 국민의 정신건강증진 및 예방으로의 정책 대상이 전 국민으로 확대되었으며 지역사회를 기반으로 전달체계를 구축하고 있음.

- 정신건강증진은 정신건강에 긍정적인 효과를 주기 위한 목적과 다양한 전략을 모두 포괄하는 개념이라 할 수 있음(WHO, 2001).
- OECD의 한국 정신건강정책에 대한 정책적 건의(OECD가 본 한국의 정신건강 정책 과제 국제세미나 발표자료, 2013)
  - 권고(1) 입원 중심 치료에서 지역사회기반 치료로의 전환
    - 일차의료의 역할 확대, 시설 및 입원 중심에서 지역사회 의료 중심으로의 변경 필요
  - 권고(2): 국민 전체의 정신건강증진 방안 모색
    - 한국인의 정신적 고통을 인식하고 1차 진료 시 경미한 정신 장애에 대한 진단 및 치료를 확대하고, 국민 전체의 정신건강을 증진시키도록 함.
    - 경증의 정신적 문제를 해결하기 위한 지역사회의 역할을 강화.
    - 국민 전체에 대한 상담 및 심리치료에 대한 접근성을 높이고 정신건강을 증진시킬 수 있는 방안으로 영국의 경증 정신질환에 대한 대규모 심리치료 접근성 개선 프로그램(Improving Access To Psychological Therapies: IAPT) 사례 제시
      - 영국은 NHS 프로그램의 일환으로 일반 국민을 대상으로 하여 심리치료를 공급하기 위해 일차의료기관에서 우울 및 불안과 같은 다빈도 경증 정신질환의 치료서비스를 제공하였으며, 서비스 제공을 위해 필요한 인력을 양성하는 인력계획도 포함함.
    - 경증의 정신적 문제에 대한 다양하고 적절한 근거기반 치료를 제공, 사업장에서의 정신치료 연계성을 확대
  - 권고(3): 범부처적 접근과 전체를 포괄하는 주무부처 관리체계, 리더쉽
    - 정신건강에 대한 예산 확대, 복지부와 교육부, 고용부, 여가부 등과의 정책적 연계 강화
- 정신보건법이 1995년 제정되면서 탈원화와 지역사회 정신보건을 목표로 한 사

업이 진행되었으며, 현재의 정신건강서비스는 정신질환자의 치료 및 재활보다는 전 국민 대상으로의 정신건강증진이라 할 수 있음(강상경, 2013).

[그림 1-1] 정신건강정책의 변화

	치료&재활 →	예방 →	증진
정책 목표	치료 및 재활 중심	예방 및 조기개입 중심	전 국민 정신건강증진 중심
접근 방법	선별주의적 접근 문제중심 & 문제해결	선별주의적 접근 문제중심 & 문제해결	보편주의적 접근
대상	중증 정신장애인	위험군	전 국민
	조현병, 정신장애인, 중독자	선별검사 결과 위험군, 취약계층, 자살시도자 등	전 국민
서비스 목표	치료 및 재활 증상완화 및 기능 회복	선별, 사전 개입	정신건강증진 안녕 및 행복감 증진
전달체계	전통적 전달체계	선별/사전개입 전달체계	커뮤니티 조직의 운영체계
	병원, 지역사회 정신보건기 관, 상담센터	정신건강 조기검진 (학교, 병원, 복지관 등)	커뮤니티 전체의 자원 활용

자료: 강상경. (2013). 한국 정신보건서비스의 전개과정: 사회서비스의 관점에서. 재구성.

- 보건복지부도 기존의 중증정신질환자 관리 중심에서 국민 전체의 정신건강증진 서비스 제공 및 생애주기별 조기 발견, 개입 지원, 그리고 중증질환자의 만성화 예방을 위한 초기 집중치료를 중심으로 사업을 추진하고 있음(보건복지부, 2016).

6 지역기반 정신건강지원 제도평가

[그림 1-2] 정신건강 패러다임의 전환

정신건강증진 중증정신질환자 관리 중심 정신건강증진 사업의 구체성 부족	국민 정신건강증진 서비스 제공 생애주기별 조기발견·개입 지원
중증정신질환 관리 초발·급성 환자의 만성화 의료기관 입원 위주의 관리	초기 집중치료로 만성화 방지 지역사회 통합으로 삶의 질 향상
중독관리 중독에 대한 문화 부처별 분절적 중독 예방·관리	중독의 적극적 예방 범부처 중독 예방·관리
자살예방 보건의료 중심의 자살예방 정책 위험군 대상 제한적 자살예방	보건·복지·사회·문화 등 통합적 자살예방

자료: 보건복지부. (2016a). 2016년 전국 정신건강사업 전문가 워크숍 자료.

□ 정신건강복지기본계획(2021~2025)의 추진 전략 및 핵심과제

- 정신건강정책은 전 국민의 정신건강증진 및 예방으로 정책 대상이 전 국민으로 확대되었으며, 정신문제를 사회문제로 연계시키고 있음.
- 정신건강복지기본계획에서 정신질환자 대상의 치료, 재활, 복지서비스를 제공하는 것 외에도, 전 국민의 정신건강증진을 위한 전략 및 과제로 구성하여 정책의 대상 범위를 확대시킴.

[그림 1-3] 정신건강복지기본계획(2021~2025)의 추진전략 및 핵심과제

추진전략	핵심과제
① 전 국민 정신건강증진	① 적극적 정신건강증진 분위기 조성 ② 대상자별 예방 접근성 제고 ③ 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화
② 정신의료 서비스 /인프라 선진화	① 정신질환 조기인지 및 개입 강화 ② 지역 기반 정신 응급 대응체계 구축 ③ 치료 친화적 환경 조성 ④ 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고
③ 지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진	① 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선 ② 지역사회 내 자립 지원 ③ 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화
④ 중독 및 디지털기기 이용장애 대응 강화	① 알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화 ② 마약 등 약물중독 관리체계 구축 ③ 디지털기기 등 이용장애 대응 강화
⑤ 자살로부터 안전한 사회 구현	① 자살 고위험군 발굴과 위험요인 관리 ② 고위험군 지원 및 사후관리 ③ 서비스 지원체계 개선
⑥ 정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	① 정책 추진 거버넌스 강화 ② 정신건강관리 전문인력 양성 ③ 공공자원 역량 강화 ④ 통계 생산체계 정비 및 고도화 ⑤ 정신건강분야 전략적 R&D 투자 강화

### 3. 예방적 정신건강 지원제도의 내실화 필요

□ 정신건강문제는 보편적 현상으로 대두되고 있으며, 높은 사회경제적 비용을 유발하고 있음.

○ 국민 4명 중 1명은 평생 동안 한 번 이상의 정신질환을 경험할 정도로 정신건강 문제는 보편적인 현상이 되고 있음(관계부처합동, 제2차 정신건강복지기본계획, 2021).

- 정신질환 평생 유병률 25.4%, 일년 유병률 11.9%(‘16 정신질환 실태조사)

- 정신건강 문제는 생애주기 초기에 발생하고 유병 기간이 긴 경우가 많아 의료비 부담, 소득 상실 등 사회적 비용이 높은 특성을 지니고 있음.

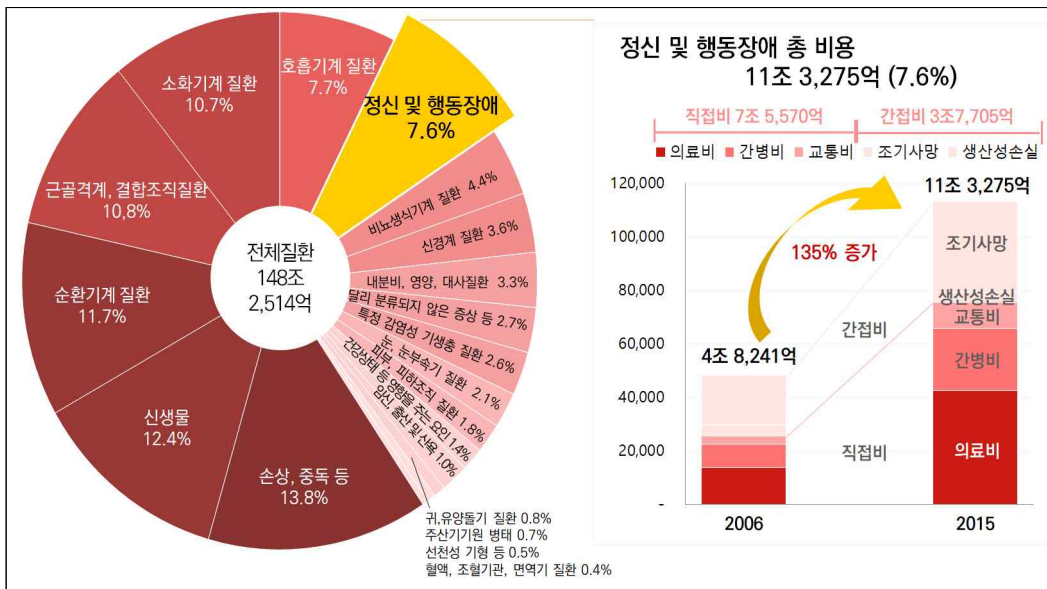
□ 정신 및 행동장애로 인한 사회경제적 비용이 약 11조원(국민건강보험공단, 2017).

- 전체 질병으로 인한 사회경제적 비용(약 148조원, 2015년기준)에서 정신 및 행동장애로 인한 사회경제적 비용이 차지하는 비중은 약 7.6%에 해당함.

- 2006년 4조 8,241억 원에서 2015년 11조 3,275억 원으로 연평균 10.0% 증가함.

[그림 1-4] 정신 및 행동장애의 사회경제적 비용

(단위: %, 억원)



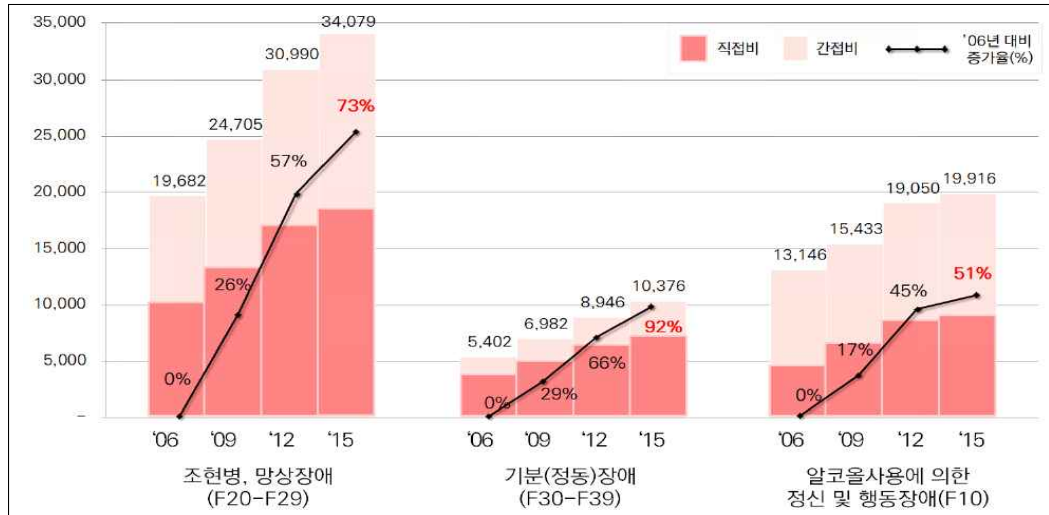
자료: 중앙정신건강복지사업지원단. (2019.11.). NMHC 정신건강동향 vol.14 정신질환의 사회경제적비용. 재인용.

- 주요 정신질환 3개에 대한 사회경제적 비용을 보면, 조현병 및 망상장애는 2006년 1조 9,682억 원→2015년 3조 4,079억 원(연평균 6.3%증가), 기분장애는 2006년 5,402억 원→2015년 1조 376억 원(연평균 7.6%). 알코올사용에 의한 정신 및 행동장애의 경우 2006년 1조 3,146억 원→2015년 1조

9,916억 원(연평균 4.8%증가) 증가함.

[그림 1-5] 정신 및 행동장애 중 3개 세부질환의 사회경제적 비용

(단위: %, 억원)



주: 정신 및 행동장애(8개 세부질환): 치매, 조현병 및 망상장애, 기분장애, 알코올사용에 의한 정신 및 행동장애, 신경 증적·스트레스와 관련된 신체형장애, 정신지연, 기타 정신활성화 물질에 의한 정신 및 행동장애, 기타  
 주요 정신질환(3개 세부질환): 조현병 및 망상장애, 기분장애, 알코올사용에 의한 정신 및 행동장애  
 자료: 중앙정신건강복지사업지원단. (2019.11.). NMHC 정신건강동향 vol.14 정신질환의 사회경제적비용. 재인용.

□ 사회구조 변화에 따른 정신건강의 위협요인이 더욱 증가할 전망이다.

- 도시화와 핵가족화, 1인 가구 비중 증가, 급속한 고령화 등으로 정신건강 위협요인이 더욱 증가하고 있음.
- (경제구조) 저성장으로 인한 노동시장 불안정성 증가, 감정노동 증가, 4차 산업 구조 변화로 인한 노동시장 변화 등
- (인구구조) 고령인구의 증가로 인한 노년층의 정신건강 위협
- (사회구조) 청소년의 학업 스트레스 가중, 1인 가구의 증대로 인한 고립감 증가



#### 4. 국민 정신건강증진을 위한 정신건강지원사업의 제공 필요성이 증가

- 정신건강의 전달체계가 분절적이고 전문인력의 부족, 국민의 정신건강에 대한 편견 등으로 효과적인 정신건강서비스의 전달에 한계가 있음이 지적되고 있음.
- 정신건강서비스 이용률 : 한국 22.2%, 캐나다 46.5%, 미국 43.1%, 벨기에 39.5%
- 정신건강 예방 및 관리에 대한 사회적·개인적 관심이 낮아 정책적 지원효과가 미흡

#### 5. 연구 목적

- 전 국민의 정신건강문제에 영향을 주게 되는 인구 고령화, 1인가구 증가, 고립감 증대, 산업구조의 변화, 노동시장 불안정 등으로 인해 국민의 정신건강이 더욱 악화될 우려가 있음.
- 이에, 국민의 정신건강증진을 향상하고 정신건강문제를 사전에 예방하기 위해 ‘예방적 정신건강 지원체계’에 대한 평가를 통하여 정신건강관련 제도적 개선방안을 마련하고자 함.
- 본 연구에서는 정신건강지원사업의 현황을 분석하고, 각 대상별 지원 내용 및 지원방식 등이 제도의 취지에 적합하게 설계·추진되었는지 분석·평가함으로써, 각 사업에 대한 제도 개선방안을 제시하고 함.

## 제2절 연구 내용 및 방법

### 1. 평가대상 범위 설정

- 성별, 생애주기별로 차이가 나타나는 정신건강 문제를 분석하고 범위를 설정
  - 국내외 통계에 기반하여 성별, 생애주기별로 초점을 두어야 하는 정신건강 문제를 파악할 필요가 있음.
  - 현재 정신건강복지센터를 비롯한 정신건강서비스 제공 주체의 서비스는 질환 중심으로 구조화되어 있으며, 같은 질환을 가지고 있다고 해도 성별, 생애주기에 대한 고려가 부족하여 수요와 대응 간 mismatch 발생.
    - 지역사회 기반 정신건강서비스 제공주체의 서비스는 중장년의 중증정신질환자 및 중독환자이며, 청년층에 대한 서비스는 제한적임.
- 정신건강지원사업의 평가 대상 범위 및 분류 기준 설정
  - 생애주기별: 아동, 청소년, 성인 등
  - 고위험군별: 아동, 학생 등
  - 정신건강 위험요인별: 알코올 중독, 고립, 실업, 스트레스 등

〈표 1-1〉 성별, 생애주기별 정신건강서비스 욕구

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

자료: 정영호 외. (2018). 보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구.

## 2. 정신건강지원사업 현황 분석

### □ 범부처의 정신건강지원사업 현황 분석

- 각 부처별로 다양한 정신건강지원사업을 다양한 대상자로 설정하여 서비스를 제공하고 있으며, 본 연구에서는 주요 부처를 대상으로 하여 정신건강지원사업 현황을 분석하고자 함.

## 3. 정신건강지원제도의 재정 및 인프라 현황 분석

### □ 정신건강지원을 위한 중앙-지방의 재정투입 및 지출 현황 분석

- 2021년 보건의료 예산 13조 8천억원의 약 2.0% 수준임.

### □ 정신건강지원관련 기관의 인력, 시설 등 인프라 현황 분석

### □ 정신건강지원제도의 지원방식 및 제도 간 연계성 평가

- 대상, 지원내용, 지원 방식 등을 토대로 제도 내용이 국민의 정신건강 향상을 위해 적절하게 설계되었는지 관한 요소별 분석 및 평가
  - 전달체계 및 실행, 인프라, 재정 요소 등의 영역에서 분석 및 평가

## 4. 정신건강지원제도의 성과 분석

### □ 정신건강지원제도의 평가 지표 선정 및 산출

- 선행연구 분석을 통해 정신건강지원제도의 평가 지표 선정
- 건강보험 DB자료, 지역사회건강조사 등의 데이터를 활용하여 정신건강 특성 및 지원대상의 수요 특성 등을 분석
- 정신건강지원제도의 평가 지표 산출

- 주요 지표를 설정하고, 보건의료체계의 성과, 요구도에 대한 성과, 성과를 위한 비용 등의 차원에서 영역별로 주요 성과를 평가하고, 정책의 기여와 한계를 검토.

□ 지원제도를 통한 수혜자의 효과성 평가

## 5. 정신건강지원제도의 쟁점 사항 도출: 질적 연구

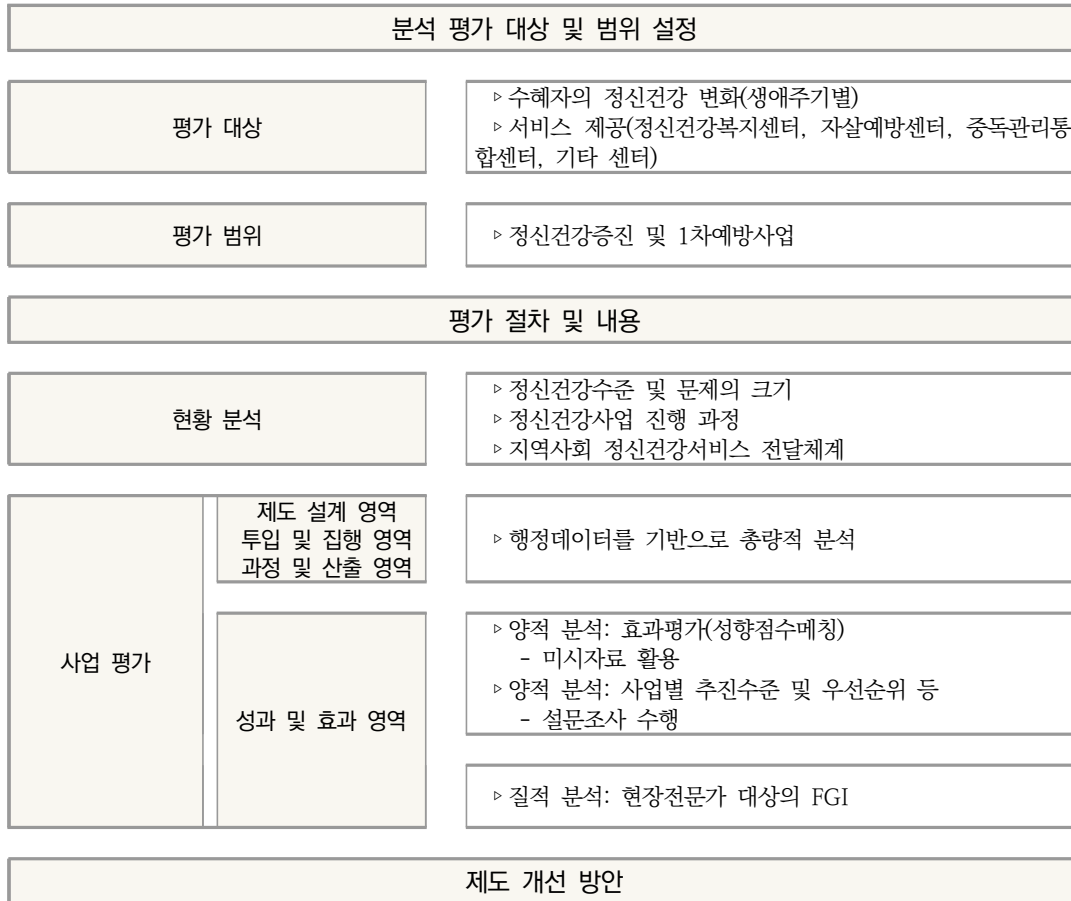
- 정신건강 전달체계와 관련하여 현재의 쟁점사항 및 사업체계에서의 문제점 도출
  - 현장 담당자와의 FGI조사를 통하여 쟁점 및 문제점 도출
  - 정책 담당자와의 면접조사 및 자문회의를 통하여 문제점 등을 도출
  - 전달체계 담당자 및 이해당사자의 전달과정에서의 쟁점사항 및 문제점 도출

## 6. 종합평가 및 개선방안 도출

- 정신건강사업에 대한 종합적인 연계성을 토대로 제도 개선방안 도출

## 14 지역기반 정신건강지원 제도평가

[그림 1-6] 주요 연구내용 및 체계도





## 제2장

### 평가대상 및 방법

제1절 평가 대상 범위

제2절 정신건강 지원제도의 평가 틀에 관한 선행 연구

제3절 정신건강 지원제도 평가를 위한 로직 모형 사례

제4절 평가 지표



## 제2장 평가대상 및 방법

### 제1절 평가 대상 범위

#### 1. 정책 평가 대상 범위

##### □ ‘증진’과 ‘예방’의 개념 혼용

- 증진(promotion)과 예방(prevention) 개념이 혼용됨에 따라 사업의 범위나 우선순위에 대해 혼란이 발생하고 있음(강상경, 2016).
- 일반적으로 예방은 질환이 발생되지 않도록 하는 1차 예방, 조기 선별이나 진단을 통하여 질환의 진행이 되지 않도록 하는 2차 예방, 재활 및 관리를 통하여 재발이나 합병증 등이 발생하지 않도록 하는 3차 예방으로 구분할 수 있음.

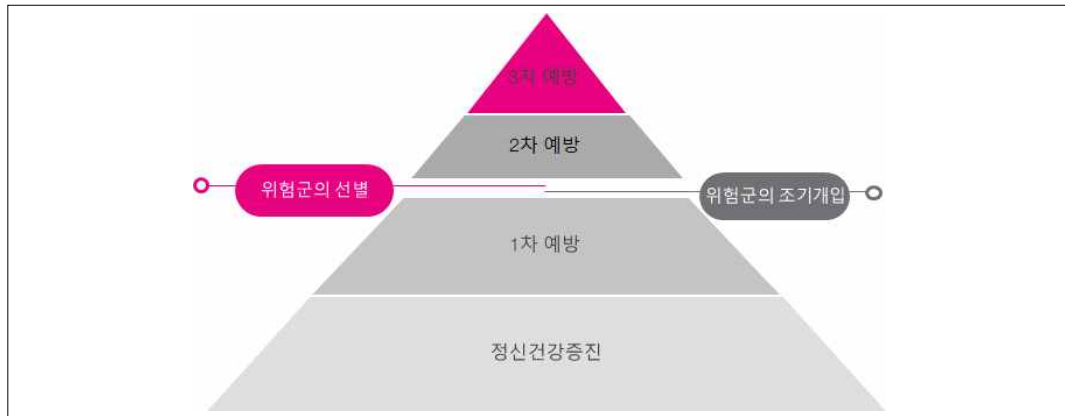
##### □ 평가대상 범위

- 본 연구에서는 전국민 대상의 정신건강증진정책과 위험군을 선별하고 조기개입하는 예방정책을 대상으로 하며, 중증정신질환자를 대상으로 치료 및 재활 서비스를 제공하는 정책은 제외함.<sup>1)</sup>

1) 정신보건 혹은 정신건강증진이 혼용되어 사용하다가, 2016년 「정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」이 개정된 이후 행정 영역에서는 주로 ‘정신건강 증진’이라는 용어로 대체되어 사용되고 있음



[그림 2-1] 평가대상 범위



- 재정사업 분류에 따라 평가대상의 범위를 살펴보면, 전반적으로 전 국민대상의 정신건강사업을 추진하고 있는 것을 확인할 수 있음.
- 다양한 사업 중에서 기초센터에서의 중증정신질환관리와 중독센터의 마약류 중독자치료보험사업, 정신요양시설 및 정신재활시설에서의 중증정신질환자의 관리사업은 본 연구에서 제외함.

〈표 2-1〉 재정사업 분류에 따른 평가대상 범위

	주요 사업	사업 내용	서비스 대상
광역 정신건강 복지센터	인력교육사업	광역정신건강복지센터는 지역사회 정신건강전문인력 및 자살예방인력에 대한 역량강화를 통해 전문성 강화 및 유지	-
	네트워크 구축사업	광역정신건강복지센터는 지역사회관련기관의 자원 발굴 및 관리를 통해 지역사회 내 정신건강문제 및 자살예방에 대한 밀접한 대응체계 구축 및 컨트롤 타워로서의 역할 수행	-
	인식개선사업	지역사회를 대상으로 정신건강에 대한 편견을 해소하고 예방·홍보를 통한 인식 개선 향상	국민정신건강
	지역특성화사업	지역사회 특성을 고려한 정신건강사업 및 자살예방사업을 실시하기 위하여 기획 및 운영	국민정신건강
	정신건강위기상담 운영	응급의료기관 실태를 파악하고, 24시간 핫라인 상담을 통한 출동 서비스 등 고위험군에 대한 응급위기대응 체계 구축 및 조정	국민정신건강
기초 정신건강 복지센터	중증정신질환관리	조기개입체계 구축 개별 서비스 계획 수립 및 제공 위기개입서비스 제공 및 대응체계 구축 포괄적 서비스 제공과 지역사회 네트워크 구축 긴급지원 대상자 발굴	중증 정신질환자
	자살예방	중증정신질환자를 포함한 해당 지역 주민, 자살 고위험군(자해 및 자살시도자, 자살유족)을 대상 인식개선사업, 고위험군 조기발견 및 치료연계 자살위기대응 및 사후관리	국민정신건강
	정신건강증진	인식개선사업 고위험군 조기발견 및 치료연계: 아동·청소년, 성인 및 노인정신건강(우울, 불안 등) 중독	국민정신건강
	아동 청소년 정신건강증진	사례관리(개인상담, 정신건강프로그램) 사업 대상자 발견, 등록, 상담, 집단프로그램, 치료연계, 치료비(진료비) 지원 등	국민정신건강
	재난 정신건강 지원	재난 발생 시 심리지원 계획 및 심리지원 체계 구축, 교육 지원 ② 재난 정신건강 현황 등 자료 협조 ③ 재난 현장 위기대응 및 현장 상담소 운영 ④ 고위험군 대상에 대한 정신의료기관 연계 및 관리	국민정신건강
	행복e음 보건복지통합전달체계 구축	건강사례관리시스템 (MHIS) 행복e음 연계 매뉴단을 활용하여 보건·복지서비스 의뢰신청 및 수신	국민정신건강
	국가 자살예방정책 지원	응급실기반 자살시도자 지원사업	국민정신건강
자살예방센터	자살예방 네트워크 구성		국민정신건강
	자살예방 교육		국민정신건강
	자살예방 인식개선 및 홍보		국민정신건강
	자살유해정보 및 미디어 모니터링		국민정신건강
	기본적 중독관리사업		국민정신건강
중독관리통합 지원센터	노숙인 및 취약계층 알코올중독문제 관리사업		국민정신건강
	마약류중독자치료 보호사업	마약류중독자치료보호사업	중독자
정신요양시설			중증 정신질환자
정신재활시설			중증 정신질환자

## 제2절 정신건강 지원제도의 평가 틀에 관한 선행 연구

### 1. 사회보장제도 평가 틀 및 지표 관련 선행연구

□ (사례1) 사회보장제도(생계지원분야)의 평가 틀(강신욱 등, 2017)

○ 설계 관련 지표, 투입 및 집행 관련 지표, 산출관련 지표, 성과관련 지표 등으로 구분

○ 설계관련 지표

- 대상자 설정의 포괄성(coverage), 표적화(targeting), 사업군 내 사업간 관계(중첩, 보완 여부) 등에 대한 평가
  - 포괄성: 해당 사업군의 보호(지원)가 필요하다고 간주되는 집단 가운데 사업군의 지원을 받을 자격을 갖춘 사람들의 비율을 의미함.
  - 표적화율: 사업대상자 중 사업군의 보호(지원)가 필요하다고 간주되는 집단의 비율을 의미함.
  - 사업군 내 사업간 관계: 사업들이 상호 보완적 관계를 형성하는지 혹은 대상자를 중첩하여 설정하고 급여를 과다하게 지급하는 결과를 초래하는지 여부들을 살펴봄.

○ 투입 및 집행관련 지표

- 자원 투입의 충분성, 급여 유형의 적절성, 지역적·시기적 분포의 적절성 등 평가
  - 투입 지표로서의 충분성은 해당 사업군이 지원해야 할 욕구(금액으로 환산된)의 총량에 비해 예산 투입이 어느 정도인지를 의미함.
  - 급여유형의 적절성은 현금 또는 현물로 지급되는 지원방식이 지원 대상과 사업군의 목표에 비추어 적절한지를 의미함.
  - 지역적·시기적 분포의 적절성이란 지원이 시기적으로 지역적으로 편중되어 연간 단위로 측정된 지표와 크게 차이가 나는지 등을 의미함.

○ 산출 관련 지표

- 수급자 비율, 급여의 충분성 등의 지표를 통해 산출 측면의 효과성을 평가함.
- 급여의 충분성은 사업군이 지원해야 할 잠정적 목표치에 비해 실제 지원된 급여(총액)가 얼마나 되는지를 의미함.

○ 성과 관련 지표

- 생계지원 사업군이 빈곤완화에 미친 효과를 통해 성과를 측정할 수 있는데, 빈곤완화 효과는 다시 빈곤율, 빈곤격차비율, 빈곤탈출률 등을 통해 측정

□ (사례2) 사회보장제도(성인·노인 돌봄분야)의 평가 틀 (김태일 외, 2018)

○ 사업별 현황분석

○ 사업단계별 평가

〈표 2-2〉 사회보장제도(성인·노인 돌봄분야)의 평가 틀

구분	평가지표	주요 내용(세부지표)
설계	대상자 선정의 적절성	▶ 대상자의 포괄성 ▶ 대상자 판정 기준의 적정성 및 표적화 수준
	기획의 적절성	▶ 사업내용, 추진체계, 관리체계 등의 적절성
	사업간 관계	▶ 대상자 혹은 지원내용의 중복 및 사각지대 존재 정도 ▶ 시설, 프로그램 간 연계 등
투입/ 집행	자원투입의 충분성	▶ 대상자 규모 대비 적정 예산 및 인력 투입 여부
	지원방식의 적정성	▶ 급여유형 및 사업배치의 적절성
	추진방식의 적절성	▶ 지역별 자원투입 및 인력공급 격차 ▶ 추진체계의 타당성
산출	수급률	▶ 수요 혹은 대상자 대비 수급률
	급여 충분성	▶ 수요 대비 급여의 충분성
성과	성과달성 여부	▶ 사업군이 설정한 목표 달성도(대상자의 삶의 질 개선에 도움정도, 경제적 부담 및 돌봄 부담 경감 효과 등)
	성과부진 평가	▶ 사업 효과 제고 방안, 목표를 달성하지 못한 경우 원인분석
영향	사회경제적 영향	▶ 돌봄 일자리의 질

자료: 김태일 외. (2018). 사회보장제도 성인·노인 돌봄 분야 기본평가.

○ 연구방법: 문헌연구, 행정자료분석, 정량분석, 면접조사, 비교연구

□ (사례3) 사회보장제도(아동안전 제도·전달체계 심층평가)의 평가 방법(류정희 등, 2018)

- 선행연구검토, 아동시설관련 수요공급에 대한 공간구조분석, 지역간 격차해소를 위한 해외사례분석, 전문가대상 FGI 및 부처관계자 간담회 등

□ (사례4) 사회보장제도(노인건강분야)의 평가방법(선우덕 등, 2016)

- 현황분석, 이용연계성 및 지출 효율성 분석
- 성과평가분석
  - 설계부분평가⇒투입부분평가⇒산출부분평가⇒성과부분평가

## 2. 건강보장분야의 평가 틀 관련 선행연구

□ WHO의 보건의료시스템 성과분석을 위한 구조적 틀

- WHO에서는 보건의료시스템 성과분석을 위하여, 재정, 서비스제공, 자원개발, 관리의 영역으로 구분하고 제도의 성과분석에 대한 구조적 틀을 제공하고 있음.

〈표 2-3〉 WHO의 보건의료시스템(health care system) 성과(performance)의 구조적 틀

구분	내용
정의	- 건강수준의 향상 또는 유지를 주요한 목적으로 하는 보건의료 활동을 위한 재원조달, 규정, 서비스 제공과 이와 관련된 자원, 인력, 조직을 모두 포함하는 일련의 활동
목표	- 최종목표: 건강수준의 향상, 반응성, 재정적 기여의 공정성 - 중간목표: 접근성, 보장성, 의료의 질, 안전성
구성	- 재정(조달, 위험배분, 구매) - 서비스 제공(개인, 인구집단) - 자원개발(투자 및 훈련) - 관리(규정, 조직, 평가)

자료: WHO. (2000). The world health report 2000.

- Donabedian은 투입-과정/산출-결과/영향의 구조 속에서 보건의료서비스의 성과를 평가하기 위한 항목들을 구조화하여 제시하고 있음.

[그림 2-2] Donabedian 성과 평가 구조



### 제3절 정신건강 지원제도 평가를 위한 로직 모형 사례

#### 1. 정신건강 성과 평가의 개념적 틀

- OECD의 보건의료제도 성과평가를 위한 프레임을 정신건강 영역에 적용하면 다음과 같음.
- 정신건강자원과 활동을 투입하여 정신건강시스템의 성과를 서비스 질, 접근성, 의료비 절감 등으로 평가하고 최종 목표인 정신건강수준의 향상을 도출함.

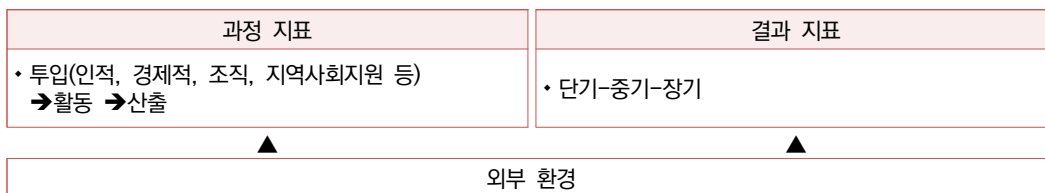
[그림 2-3] 국가 정신건강 성과평가 틀



□ 정신건강지원제도 평가를 위한 평가 로직 모형을 간단히 제시하면 다음의 그림과 같음.

- 구조단계에서는 어떤 역량 및 자원이 개발되고 수행되었는가를 분석
- 과정단계에서는 어떤 중재활동으로 전달되었고 누구에게 전달되었는가
- 단기성과단계에서는 변화를 위한 단기 목표와 성과는 무엇인가
- 장기성과단계에서는 어떤 정신건강문제가 예방 및 감소되었는가를 중심으로 분석함.

[그림 2-4] 논리모형 틀



자료: Knowlton&Phillips. (2013). The Logic Model Guidebook-Better Strategies for Great Results. SAGE  
내용 재구성

[그림 2-5] 평가 로직 모형

①구조 →	②과정 →	③단기성과 →	④장기성과
어떤 역량 및 자원이 개발되고 수행되었는가	어떤 중재활동으로 전달되었고 누구에게 전달되었는가	변화를 위한 단기 목표와 성과는 무엇인가	어떤 정신건강문제가 예방 및 감소되었는가
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 네트워크 및 협력</li> <li>· 니즈 평가</li> <li>· 서비스 확대</li> <li>· 프로그램 자료</li> <li>· 교육훈련 지원</li> <li>· 교육자료</li> <li>· 사회마케팅 및 국민 인식 캠페인</li> <li>· 새로운 또는 향상된 중재 자원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 교육 및 훈련에서의 참여자</li> <li>· 프로그램 확대</li> <li>· 서비스 및 중재의 접근성과 이용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지식</li> <li>· 태도(스티그마)</li> <li>· 의도</li> <li>· 도움지원</li> <li>· 정신적 웰빙</li> <li>· 사회적 지원과 연계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 자살</li> <li>· 중독</li> <li>· 장기적 고통</li> <li>· 차별</li> <li>· 학교밖 비행</li> <li>· 우울감, 불안</li> <li>· 직장스트레스</li> </ul>

	정의	예시
자원 (Resources)	활동이 발생·달성하는데 필수적인 것 - 투입(Input)	인적, 경제적, 조직, 지역사회, 시스템 자원(예: 자원, 시설, 인력)
활동 (Activities)	프로그램을 구성하는 특정 행동 - 원하는 변화를 확보하기 위한 중재 (Intervention)	프로그램의 도구, 절차, 기술
산출 (Outputs)	특정 활동들이 만들어낸 것(특정 대상자에게 활동을 적용한 내역)	프로그램에 의해 산출된 대상자의 유형, 수준 등에 대하여 기술(예: 참여자 수)
결과 (Outcomes)	프로그램의 결과로서 나타나는 참여자/조직의 변화 개인단위 또는 지역사회 단위의 결과 시간에 따라 단기(1~3년), 중기(4~6년), 장기(7~10년) 결과로 구분 - 프로그램 규모 및 범위에 따라 유동적	인식, 지식, 기술, 행동의 변화 - (단기)인지 수준 평균 및 불평등 개선 - (단기)지식 수준 평균 및 불평등 개선 - (단기)기술 수준 평균 및 불평등 개선 - (중기)건강행동 수준 평균 및 불평등 개선 - (중기)순응도 평균 및 불평등 개선 - (장기)건강상태 평균 및 불평등 개선
영향 (Impact)	궁극적으로 조직/ 지역사회/ 시스템에서의 의도된 변화 (영향은 프로그램 자원 및 행정 처리기간을 넘어서서 나타나기도 하므로 논리모형에서 제외)	수명 연장 건강불평등 개선

자료: Knowlton&Phillips (2013). The Logic Model Guidebook-Better Strategies for Great Results. SAGE 내용 재구성

## 2. 교육·훈련 중재사업의 평가

- 정신건강을 위한 예방 및 조기개입 활동의 설계 및 수행을 평가하는 접근 방식, 교육 훈련 프로그램, 그리고 평가를 위한 가이드를 제공하는 방식 등에 대해 기술하고자 함.



- 자살예방, 스티그마 및 차별 감소와 같은 정신건강문제에 개입하는 방법으로, 정신보건인력에게 교육 및 훈련을 제공하고 지역사회 주민들에게 효과적으로 교육내용을 전달하는 사업 전략이 있는지를 평가
- 예를 들어, 일반 주민들에게 정신보건 문제에 대해 적절히 대응하고 인식하는 방법에 대한 교육을 제공할 수 있음. 또는 참여자를 대상으로 한 훈련프로그램을 통하여 정신건강문제를 지닌 사람들에 대한 인식, 태도, 지식 변화와 관련한 다양한 성과를 목표로 프로그램을 제공할 수 있음.

## 가. 로직 모형

- 구조(Structure)
  - 구조는 교육훈련 프로그램에 의해 사용할 수 있도록 역량과 자원을 말함.
  - 여기에는 미팅룸, 기술, 장비 및 시설 뿐 아니라 교육 제공자가 이용할 수 있는 데이터베이스 또는 교육 커리큘럼과 같은 형태로 개발한 자료를 모두 포함할 수 있음.
- 과정(Process)
  - 교육훈련 활동과 전달받는 사람들에 의해 실제로 행해지는 것임.
  - 프로세스 정보는 교육훈련활동 및 교육 또는 훈련 포맷 등이 모두 포함.
- 성과(Outcome)
  - 교육훈련활동을 통한 가능한 효과라 할 수 있음.
  - 지식 또는 인식 증가의 단기성과 뿐 아니라 차별행태 감소와 같은 장기성과를 포함.

[그림 2-6] 프로그램 평가 로직 모형

①구조 →	②과정 →	③단기성과 →	④장기성과
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 교육훈련 활동에 사용한 접근방식은 무엇인가</li> <li>❖ 기존의 근거와 일관성이 있는가</li> <li>❖ 활동에 대한 구체적인 대상자를 설정하였는가</li> <li>❖ 교육훈련활동에 지속성이 있는가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 교육훈련활동을 어떻게 수행하는가</li> <li>❖ 누가 교육훈련활동에 참여하는가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 단기성과가 어떤 영향을 주는가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 장기성과는 무엇인가</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 활동의 계획 및 과정</li> <li>· 활동을 위한 자료</li> <li>· 공급자의 활동에 대한 정보를 관리할 데이터 베이스</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 교육훈련 참여자수(참여자의 사회경제적 특성 포함)</li> <li>· 제공자의 교육훈련 활동의 프로토콜에 대한 충실성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 참여자의 인식 및 태도</li> <li>· 참여자의 신뢰</li> <li>· 교육훈련내용의 적용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 스티그마에 대한 국민의 인식 및 태도 변화</li> <li>· 차별적 행동 변화</li> <li>· 정신건강서비스에 의뢰</li> </ul>

## 나. 평가를 위한 주요 질문

- 프로그램 제공자의 목표(질 향상) 또는 외부 자원(재원 조달 또는 프로그램 이해 관계자)에서 평가질문을 찾을 수 있음.

### 1) 교육훈련활동의 구조 평가와 관련한 주요 질문

- 교육훈련활동에서 참여자를 교육시키고 훈련시키는 접근방식은 무엇인가?
- 예를 들어, 교육훈련활동이 위기 상담전화를 중심으로 개발하여 적절하게 전화를 요청한 사람들에게 응대하는 것을 개발하는 것인지 또는 정신질환을 지닌 사람들에 대한 국민의 태도 및 인식을 변화시키는 것인지?
- 교육훈련활동의 설계를 위해 근거에 기반하고 있는가?
- 교육훈련활동이 특정 대상을 목표로 하고 있는가? 있다면 어떻게 하고 있는가?
- 교육훈련활동이 지속가능한가?

## 2) 교육훈련활동의 과정 평가와 관련한 주요 질문

□ 교육훈련 프로그램을 수행하기 위한 구체적인 활동은 무엇인가?

○ 이와 관련하여 어떻게, 언제, 어디서 교육훈련활동을 수행하였는지에 관한 데이터 수집할 필요가 있음.

□ 누가 교육훈련활동에 참여하였는가?

○ 국민대상, 또는 교육훈련자 대상

## 3) 교육훈련활동의 성과 평가와 관련한 주요 질문

□ 교육훈련활동이 목표로 한 단기성과에 영향을 주었는가?

○ 예를 들어, 학교 선생님이 잠재적인 정신건강문제를 지닌 아동, 청소년을 발굴하고 학생들에게 적절한 정신건강문제에 대한 지식, 정보를 변화시키고, 의뢰 과정을 제시하였는지.

□ 장기 성과는 무엇인가?

○ 장기성과는 자살예방, 정신질환을 지닌 사람에 대한 차별 감소와 같은 궁극적 변화라 할 수 있음. 이는 구체적인 프로그램 평가단계에서 측정하기 어려울 수 있으며, 교육훈련활동에 의해 간접적으로 영향을 줄 수 있음.

## 다. 평가 설계

□ 평가설계는 앞서 제시한 평가를 위한 질문에 응답할 수 있도록 설계되어야 함.

### 1) 구조

□ 교육훈련활동의 구조와 관련한 평가는 보고서 검토 및 주요 정보자 인터뷰를 통

해 수행할 수 있음.

- 기존 자료의 리뷰를 통하여 교육훈련의 접근방식, 목표대상 뿐 아니라 과학적인 근거와 일관되어 구성하였는지를 살펴볼 수 있음.
- 프로그램 설계자인 주요 정보자 인터뷰는 교육훈련프로그램 구조에 관한 상세한 질문에 응답을 받을 수 있음.

## 2) 과정

- 교육훈련활동 과정에 관한 질문에 대해서는 양적방법과 질적방법을 수행할 수 있음.
- 활동이 어떻게 수행되었는지를 알기 위해서는 주요 정보자 인터뷰를 통해 프로그램 수행에서의 역할을 알 수 있음.
- 프로그램 데이터는 일반적으로 행정적인 목적으로 수집될 수 있음. 교육훈련 활동의 목표가 되는 대상에 대해 참여자의 특성에 대한 데이터를 수집하는 것이 중요. 참여자를 대상으로 한 서베이를 통해 만족도와 같은 과정 지표 등도 활용가능

## 3) 성과

- 성과 평가를 위해 ①평가를 위해 어떤 성과가 측정될 것인가 ②언제 성과 지표를 평가할 것인가 ③누가 성과지표를 완성해야 하는가를 검토.

## 라. 평가데이터 수집 계획

- 1) 구조: 보고서 리뷰 또는 정보자 인터뷰
- 2) 과정: 정보자 인터뷰 또는 참여자 서베이
- 3) 성과: 참여자 서베이

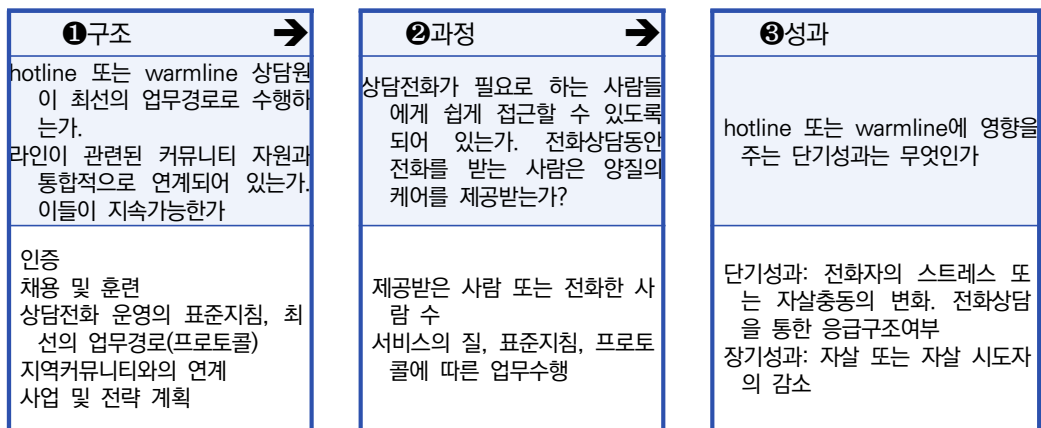
### 3 상담 및 지원 사업의 평가

- 전화상담활동은 자살예방 및 다양한 예방조기개입 프로그램에 사용되는 주요한 활동이라 할 수 있음.
- hotline은 위기 중재에 적용되며, warmline은 위기는 아닌 상태에 적용됨.
- 자살예방활동은 이와 같은 전화상담의 이용가능성을 확장시키는데 중점을 둠.

#### 가. 로직모형

- 상담전화 평가를 위한 로직모형은 다음과 같음.

[그림 2-7] 프로그램 평가 로직 모형



#### 나. 평가관련 질문

- 1) 구조평가관련 질문
  - 전화상담이 최선의 업무경로로 수행되고 있는지
  - 전화상담 운영이 관련 지역사회자원과 통합되어 있는지
  - 전화상담이 지속가능한지

□ 2) 과정평가관련 질문

- 전화상담이 필요한 사람에게 쉽게 접근가능한가
- 전화상담동안 전화한 사람은 양질의 돌봄을 제공하고 있는가

□ 3) 성과평가관련 질문

- 전화상담이 목표로 하는 단기성과에 영향을 주는가
- 장기성과에 영향을 주는 것은 무엇인가

**다. 평가 설계**

□ 1) 구조평가

- 보고서 리뷰
- 제공자 인터뷰

□ 2) 과정 평가

- 행정데이터 수집 및 서베이, 전화기록 모니터링

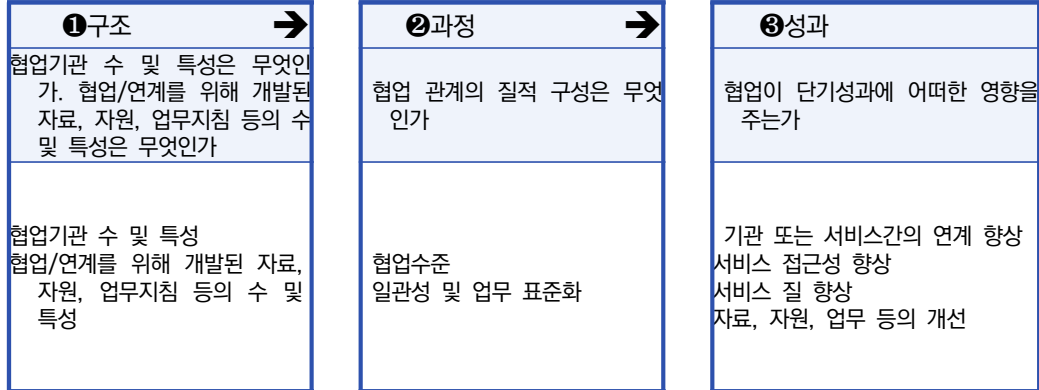
□ 3) 성과 평가

- 평가프로토콜
- 전화자의 처음 만족도, 감정상태와 전화 마지막의 상태 변화
- 적절한 의뢰 제공
- 응급구조 대응 등

**4. 서비스 연계의 평가**

**가. 로직모형**

[그림 2-8] 프로그램 평가 로직 모형

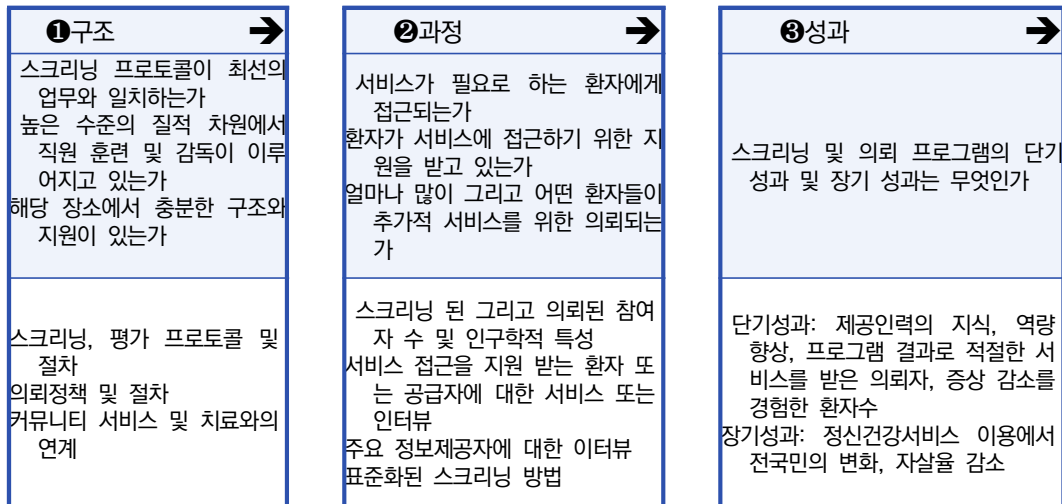


## 5. 스크리닝 및 의뢰 서비스 사업의 평가

□ 스크리닝 및 의뢰 프로그램의 주요 활동은 위험에 처해 있는 또는 정신건강문제의 초기 증상을 보이는 사람을 발굴하고 평가하여 적절한 치료와 연계될 수 있도록 하는 데 있음.

### 가. 로직 모형

[그림 2-9] 프로그램 평가 로직 모형



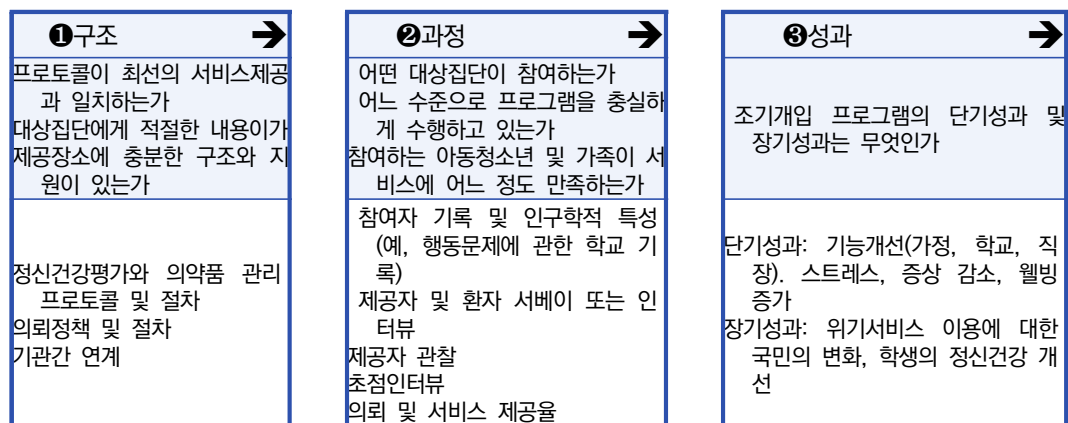
〈표 2-4〉 표준화된 스크리닝 사례

구분	스크리닝 도구
알코올 및 약물사용	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993), Drug Abuse Screen Test (DAST-10) (Skinner, 1982)
일반적 건강 및 웰빙	Columbia Impairment Scale (CIS) (Bird et al., 1993), Duke Health Profile (Parkerson, Broadhead, and Tse, 1990)
정신적 스트레스 및 우울	Kessler 6 (K6) (Kessler et al., 2003), Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer, and Williams, 2001), Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al., 1983)
트라우마	Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD) (Prins et al., 2003)

## 6. 조기개입 의료서비스 제공 사업의 평가

- 조기개입 의료서비스 프로그램은 정신건강문제의 초기 증상을 식별하고 치료하는데 주요 목표를 두고 있음.
- 우울 및 분노, 트라우마, 정신질환의 초기 발현의 위험을 지닌 사람에게 조기개입 의료서비스를 제공하는 것임. 또한 감정 또는 행동문제를 지닌 아동과 아동의 부모를 대상으로 아동정신건강 컨설팅을 제공하는 것을 포함.

[그림 2-10] 프로그램 평가 로직 모형





## 제4절 평가 지표

### 1. 국가 정신건강지표

□ 국가 정신건강사업의 프레임워크에 맞춰 28개 지표를 선정하고, 정신건강 규모, 정신건강 예방 및 조기 개입, 정신건강 지원 체계, 정신건강서비스 성과, 정신건강서비스 질의 5개 영역으로 구분함(조근호, 2020).

〈표 2-5〉 정신건강지표의 분류

구분	지표명	성격	영역
교육 및 홍보	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 정신질환에 대한 긍정적 태도</li> <li>- 우울증을 치료가능한 질환으로 인식하는 비율</li> </ul>	과정	효과성
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 정신건강서비스 인지율</li> <li>- 정신건강증진센터 서비스 인지율</li> </ul>	과정	접근성
국민 정신건강증진 및 정신건강 조기개입 (스크리닝)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 주관적 정신건강상태</li> <li>- 중고등학생의 스트레스 인지율</li> <li>- 성인의 스트레스 인지율</li> </ul>	육구	효과성
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 우울감 경험률</li> <li>▶ 고위험 음주율</li> </ul>	육구	효과성
	▶ 정신질환 평생유병률	육구	효과성
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 정신건강문제에 대한 스크리닝</li> <li>- 정신건강검진 참여율 및 위험자 발굴 비율</li> </ul>	과정 산출	효과성
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 정신건강문제 상담 등 참여율</li> <li>▶ 정신건강문제 지역사회 등록관리율</li> <li>- 아동/청소년 정신건강문제 지역사회 등록관리율</li> </ul>	산출	연속성
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 성인 우울증 치료율</li> <li>▶ 노인 우울증 치료율</li> </ul>	결과	효과성
	▶ 인구 1인당 정신보건예산	투입	효율성
	▶ 인구 10만 명당 정신건강 전문인력	투입	적합성
정신건강지원 체계	▶ 인구 1,000명당 지원 센터수	투입	적합성
	▶ 지역사회의 인구 십만명당 정신건강 일차의료기관수	투입	접근성
중독관리 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 중독문제 지역사회 등록관리율</li> <li>- 알코올사용장애 지역사회 등록관리율</li> </ul>	산출	연속성
	▶ 정신건강문제 고위험군 치료연계율 (성인, 우울자살) (성인, 중독)	과정	접근성
자살예방 지원	▶ 자살 생각률	육구	효과성
	▶ 자살 시도율	육구	효과성
	▶ 인구 10만 명당 자살률	결과	효과성
	▶ 등록 자살시도자의 인구 10만 명당 자살률	결과	효과성
정신건강서비스 스 질	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 정신건강서비스 질 관리 총족률</li> <li>- 정신건강 전문인력의 교육 및 훈련 참여율</li> </ul>	결과	적합성
사회적 지원	▶ 정신건강문제로 인한 사회경제적 부담(화폐단위)	결과	효과성

자료: 보건복지부, 국립정신건강센터. (2018). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서. p. 25.

〈표 2-6〉 제4차 국민건강증진종합계획 중점과제: 정신건강 분야

목표	지표명	2008	2013	2020
질환에 대한 국민인식을 개선시킨다	우울증을 치료가능한 질환으로 인식하는 국민비율 90% 이상 유지	-	90.9% (2014)	90.0%
	정신질환에 대한 긍정적 인식도 향상	66.4%	72.2% (2014)	75.0%
정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강증진을 도모한다	중증정신질환 치료율 향상	21.0% (2006)	25.0% (2011)	40.0%
	성인우울증 치료율 향상	23.0% (2006)	25.0% (2011)	-
	노인우울증 치료율 향상	-	-	30.0%향상
	아동·청소년 정신질환 치료율 향상	-	-	30.0%향상
	중고등학생 스트레스 인지율 감소	43.7%	41.4%	39.0%
	성인(19세 이상) 스트레스 인지율 감소	28.9%	27.9% (2012)	25.0%
중증정신질환자의 사회통합촉진과 삶의 질을 향상시킨다	정신의료기관의 평균 재원기간 감소	158일	197일 (2014)	110일
	시군구별 정신장애인 거주시설 확보율	27.6%	30.0% (2011)	40.0%
	정신질환자 재입원률 감소(3개월 이내)	-	-	50.0%감소
	중증정신질환자 연간 사망자수 감소	3.5명 (2007)	3.4명 (2011)	3.0명
	정신질환자의 취업률 증가	9.89%	11.12% (2011)	20.0%
자살위험 없는 안전한 사회를 구현한다	자살이 예방가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율향상	-	79.5%	87.4%
	19세 이하 인구 10만명당 자살사망률 감소	4.6명	4.9명	4명
	노인인구 10만명당 자살사망률 감소	71.7명	64.2명	30명
	인구 10만명 당 자살사망률 감소	26.0명	28.5명	20명
	성인 연간음주자의 고위험음주율 감소	19.8%	15.6%	15.0%
알코올 중독문제를 적극적으로 관리한다	성인 연간음주자의 고위험음주율 감소	19.8%	15.6%	15.0%
	알코올 중독 평생 유병률 감소	16.2%	13.4% (2011)	12.0%
	알코올 사용장애자 정신의료서비스 이용률 증가	-	-	10.5%

자료: 한국건강증진개발원. (2017). 우리나라 정신건강증진사업 현황 및 향후 추진과제

## 2. 외국의 정신건강지표

□ WHO의 Mental Health Atlas에서 발간하는 정신건강지표

○ 각 국가별 정신건강 자원에 관한 내용을 포함하고 있으며, 정신건강행동계획의 목표를 수행하기 위한 정보, 자료 등의 근거를 제공하는 역할을 하고 있음.

- 정신건강을 위한 효과적인 리더쉽과 거버넌스
- 지역사회기반의 통합적 정신건강복지서비스 제공
- 정신건강 예방 및 증진을 위한 전략 수행
- 정신건강을 위한 연구, 근거, 정보시스템 구축

○ 정신건강관리 정보화에 포함할 영역으로 행정, 재정, 인적자원, 접근성, 서비스제공, 정신건강증진, 예방, 모니터링에 대한 내용을 포함함.

〈표 2-7〉 WHO 지표

구분		산출식
〈일인당 정신건강지출비〉		정신건강지출비용/총인구수
〈인적자원〉	- 인구십만명당 정신건강에 종사하는 전문인력수	정신건강 전문인력수/총인구수*100,000
	- =입원, 외래, 데이케어 서비스	입원/외래/데이케어에서 정신건강전문인력수/정신건강에서의 전문인력수 *100
〈정신건강서비스 접근성〉	- 인구 십만명당 시설(정신병원, 일반병원의 정신병동, 지역사회 요양시설)에서의 병상수	시설 또는 의료기관의 병상수/총인구수*100,000
〈입원진료〉	- 정신의료시설에서의 입원진료 서비스	정신의료기관(또는 시설) 수/총인구수*100,000 정신의료기관에서의 병상수/총인구수*100,000 정신의료기관 입원환자수/총인구수*100,000
	- 일반병원에서의 정신병동	정신의료기관(또는 시설)한달간 퇴원환자수/총입원*100 재원기간
〈외래 및 지역사회 시설이용〉		외래시설수/총인구수*100,000 외래방문환자수/총인구수*100,000 총인구수/외래시설방문자수*100,000
〈치료 또는 사회적 지원〉	- 정신건강시스템으로 제공되는 중증정신질환자의 치료유병률	정신건강시스템으로 진료되는 중증정신질환자/총인구*100,000
	- 사회적 지원을 받는 중증정신질환자 수	사회적 지원을 받는 중증정신질환자 수/총인구*100,000
	- 정신질환의 경제, 사회적 부담	화폐단위

주: ICD-10코드로 분류한 사망자수

자료: WHO. (2018). Mental Health Atlas 2017

#### □ OECD의 Health at a Glance의 정신건강지표

- 보건의료 질 지표에서 조현병 환자와 조울증
- 환자 각각에 대한 재입원을 및 초과사망률 지표

〈표 2-8〉 OECD에서의 정신건강지표

구분		산출식
〈건강수준〉	- 인구십만명당 자살 사망률	자살자망자수(X60-X84, Y870)/총인구수*100,000
〈건강위험요인〉	- 성인의 알코올소비량	연간 알코올 판매량/15세이상 인구수
〈보건의료 질〉	- 계획되지 않은 병원의 재입원	퇴원30일 이내 동일한 질환으로 재입원 환자수/해당 질환의 입원환자수*100
	- 초과사망률	15-74세 사이의 전체 사망률/해당연령대 일반인구의 전체 사망률
	- 정신질환자 중의 입원환자 자살	자살환자수(X60-X84)/정신질환(F10-F69, F90-F99) 환자 중에 퇴원환자수*100
	- 퇴원1년 또는 30일 이내 자살	퇴원 30일 이내(또는 1년 이내) 자살자망자수(X60-X84)/정신질환(F10-F69, F90-F99) 환자 중에 퇴원환자수*100
〈의료비〉	- 정신장애자의 소득구성	소득원별 구성(임금, 사적이전, 공적급여)/정신장애자의 소득*100

주: ICD-10코드로 분류한 사망자수

자료: WHO. (2018). Mental Health Atlas 2017

#### □ 호주의 정신건강 지표

- 호주는 보건복지기관(Australian Institute of Health and Welfare: AIHW)에서 데이터에 근거하여 보건복지서비스 이용에 관한 정신건강보고서를 발간하고 있음.
  - 정신건강프로그램에 대한 평가를 수행하고 있으며, 이 때에 정신건강지표를 활용하고 있음.
- Key Performance Indicators를 중심으로 국가 단위의 정신건강지표를 산출하고 있으며, 정신건강정책에 활용하고 있음.
- 주요 성과지표는 정신건강 사업의 과정과 성과를 제시하며 서비스 질과 관련한 지표를 제공

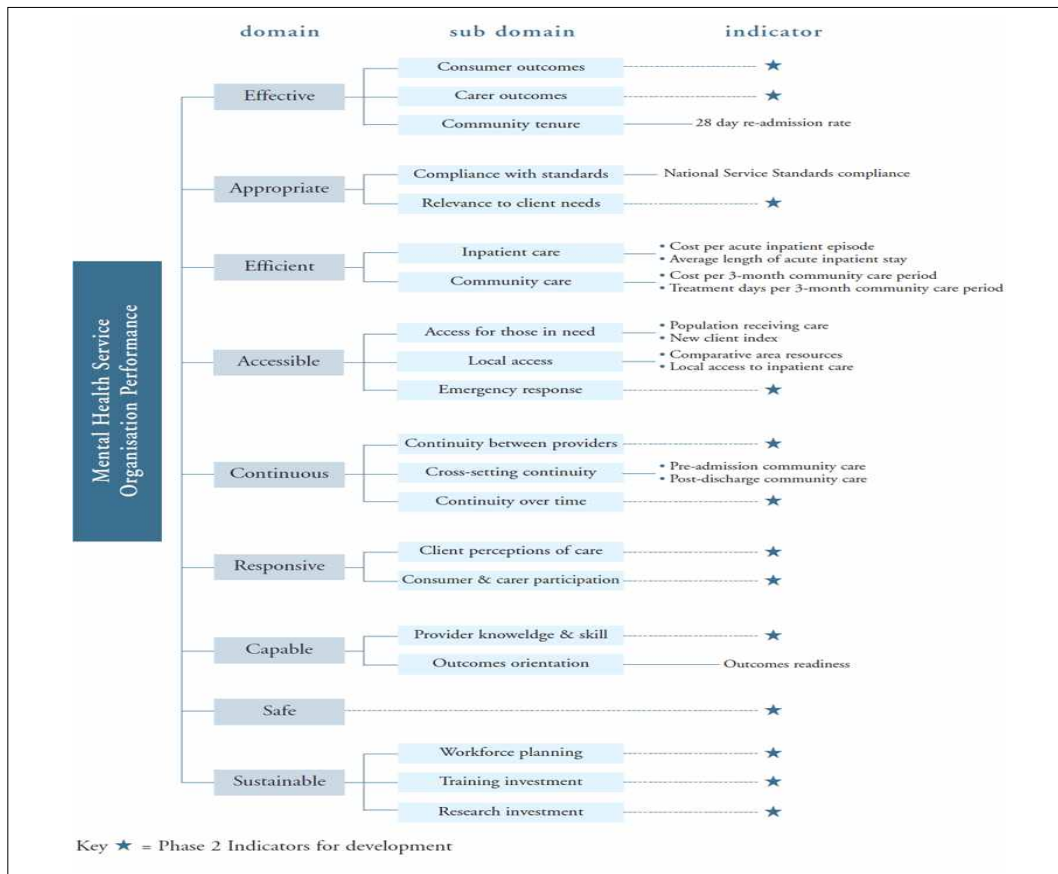
- 지방정부의 정신건강계획 수립을 지원하는 지표를 제공하고 있음.

〈표 2-9〉 호주 지표

tier1: 건강수준 및 성과					
건강수준		신체기능		기대여명 및 웰빙	사망
tier2: 건강 결정요인					
환경요인	사회경제적 요인	지역사회역량	건강행태	개인관련요인	
tier3: 보건의료체계 성과					
	효율성		적합성	효과성	
	연속성		접근성	수용성	
	반응성		안전성	지속가능성	

자료: Australian Institute of Health and Welfare, National Mental Health Performance Framework 2020.  
(Retrieved 2021.9.10., from <https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/721188>)

[그림 2-11] 호주의 정신건강성과지표



자료: Australian Institute of Health and Welfare, National Mental Health Performance Framework 2020.  
(Retrieved 2021.9.10., from <https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/721188>)

## □ 미국의 Healthy People 2020 정신건강 분야 중점과제 및 지표

- 미국의 국가 정신보건정책수립 및 목표현황을 보면 Healthy people 2020에서 정신건강관련 분야의 중점과제는 정신건강개선 4과제, 치료접근성 향상 8과제로 구성되며 세부지표는 15개 지표로 전체의 약 28.6%를 차지함

〈표 2-10〉 미국의 Healthy People 2020 정신건강 분야 중점과제 및 지표

목표	영역	지표	기준	목표
정신 건강 개선 분야	자살	인구 십만명당 자살률 감소	11.3(2007)	10.2
	성인자살시도	인구 백명당 자살 시도 감소	1.9(2009)	1.7
	섭식장애	체중 조절을 목적으로 한 섭식장애 유병률 감소	14.3(2009)	12.9
	주요우울장애	12~17세 청소년의 주요 우울 장애 경험률 감소	8.3(2008)	7.5
		18세 이상 성인의 주요 우울 장애 경험률 감소	6.5(2008)	5.8
치료 접근성 향상 분야	일차의료기관에서의 정신건강 서비스 제공	정신건강 서비스를 제공하는 일차의료기관의 비율 증가	79.0(2006)	87.0
	정신적 문제를 가진 아동에 대한 서비스 제공	정신문제를 가진 아동들 중 정신건강 서비스를 제공 받은 아동의 비율 증가	68.9(2008)	75.8
	청소년 선도 기관에 대한 스크리닝	청소년 복지시설 중 정신문제로 인한 입원 여부를 스크리닝 하는 시설의 비율 증가	58.0(2006)	64.0
	심각한 정신장애를 가진 성인에 대한 치료 서비스	피고용인 중 심각한 정신질환을 가진 사람의 비율 증가	56.0(2008)	61.6
	정신질환을 가진 성인에 대한 치료서비스	심각한정신질환을가진18세이상성인중 치료를 제공받은 사람의 비율 증가	65.7(2008)	72.3
		주요 우울 장애를 가진 18세 이상 성인 중 치료를 제공받은 사람의 비율 증가	69.0(2008)	75.9
	약물중독과 정신질환의 복합적 치료	약물 남용과 정신 장애를 동시에 가진 사람 중 두 질환에 대한 치료를 모두 제공 받은 사람의 비율 증가	3.3(2008)	3.6
	일차의료서비스 제공자에 의한 우울증 스크리닝	19세 이상 성인 중 일차의료인 방문 시 우울증 선별검사를 제공 받은 비율의 증가	2.2(2007)	2.4
		12~18세 중 일차의료인 방문 시 우울증 선별검사를 제공 받은 비율의 증가	2.1(2005~ 2007)	2.3
	노숙자에 대한 정신건강서비스 제공	정신건강 문제를 가진 노숙자 중 정신건강서비스를 제공 받은 비율의 증가	37.0(2005~ 2006)	41.0

자료: 한국건강증진개발원. (2017). 우리나라 정신건강증진사업 현황 및 향후 추진과제에서 재인용.

### 3. 지역기반 평가지표

#### □ 지역기반 평가지표의 구성

- 정신건강증진사업은 기초정신건강증진센터를 중심으로 분절적으로 운영되지 않고, 통합적·포괄적으로 운영되고 있는지 등의 과정을 평가할 수 있는 지표
- 지역사회연계를 통하여 활용가능한 자원을 활용하고 있는지에 관한 지표
- 효과적, 효율적, 통합적 정신건강증진사업 추진과 적절한 사업평가를 위한 지표
- 지역사회 기반 정신건강증진사업의 성과를 평가할 수 있는 지역단위 및 국가 수준의 지표개발과 적용
- 기획과 사업평가의 전 과정에 근거기반 및 참여를 보장하는 기획과 평가, 통합 성과 포괄성 보장을 위한 intra-, inter-sectoral collaboration을 통한 사업의 평가 지표
- 건강증진사업의 지역사회 수준에서의 효율성, 효과성을 제고위한 평가지표
- 현재 지자체 정신건강증진사업의 계획서 수립 및 사업수행 결과에 대한 정성적 평가위주로 운영되고 있어 사업의 효율성, 효과성 제고를 위한 평가지표 개발 필요

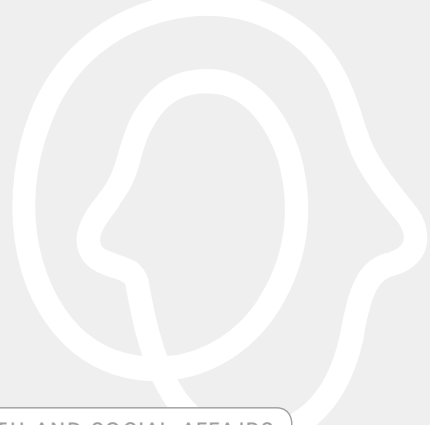
〈표 2-11〉 성과 측정 단계별 성과지표의 유형

성과지표	개념	특성
투입(Input) 지표	예산, 인력, 시간 등 자원의 투입량을 나타냄	예산집행과 자원투입의 문제점과 개선방안을 나타낼 수 있음
과정(Process) 지표	진행 과정에서 나타나는 산출물의 정도를 평가	사업진도의 중간점검의 의미 중장기 사업의 연차평가에 활용가능
산출(Output) 지표	사업완료 후 1차적 산출물을 나타냄	투입대비 산출의 효율성 평가 계량적 목표달성 평가 용이
결과(Outcome) 지표	1차 산출물을 통해 나타나는 사업 효과 평가	국민체감 및 궁극적 목표의 효과평가 공공성의 최종평가에 활용

자료: 이은국, 이영범, 이철길. (2015). 성과지표 개선방안 연구. 국무조정실·한국정책학회, p. 23.







## 제3장

### 지역사회 정신건강증진사업 평가

- 제1절 지역사회 정신건강사업 및 기관 현황
- 제2절 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황
- 제3절 지역사회 정신건강 평가
- 제4절 성과 평가를 위한 설문조사 결과
- 제5절 현장전문가 대상 FGI 결과
- 제6절 지역사회 정신건강증진정책의 해외 사례
- 제7절 지역사회 정신건강증진 지원제도의 개선 과제



## 제3장 지역사회 정신건강증진사업 평가

□ 해당 사업의 평가를 위하여 행정집계자료, 조사 미시자료, 설문조사자료를 사용

〈표 3-1〉 자료 유형

구분	행정 집계자료	조사 미시자료	설문조사자료(양적, 질적)
자료명	시도별/시군구별 통계 집계자료	지역사회건강조사	현장 전문가대상
기준 시점	2018년, 2019년	2017년, 2019년	2021년
제공 단위	행정구역단위	가구단위 개인단위	-
사업 비대상자 (control group) 포함여부	미포함	포함	미포함

□ 본 연구에서는 지역사회 건강증진사업을 평가하기 위해 계량적 평가지표와 FGI를 통한 질적 평가를 수행함.

○ 평가틀은 설계-투입·집행-산출-성파로 구성하고 이의 지표를 구성함.

〈표 3-2〉 본 연구에서 활용한 주요 계량적 평가 지표

평가 틀	내용	주요 내용(세부지표)
설계	예산, 인력, 시간 등 자원의 투입량을 나타냄	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강문제 유병률</li> <li>- 우울증상 유병률</li> <li>- 정신건강검사를</li> <li>- 자살률</li> </ul>
투입/집행	기획 및 전달체계 과정에서 나타나는 산출물의 정도를 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강복지센터 시설 수</li> <li>- 정신건강의료기관 수</li> <li>- 상근인력 및 정신건강전문인력 수</li> <li>- 사례관리자 1인당 등록 정신질환자수</li> <li>- 시도별 정신건강 예산액</li> </ul>
산출	사업에 따른 산출물을 나타냄	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 등록자 수, 센터별 등록자 수, 인구수별 등록자비율</li> <li>- 정신건강문제별 등록자 수</li> </ul>
성파	1차 산출물을 통해 나타나는 사업 효과 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 우울감에 대한 정신상담 효과</li> <li>- 주관적 스트레스에 대한 정신상담 효과</li> <li>- 사업별 평가 점수</li> <li>- 사업별 추진 수준 및 강화 필요 영역</li> <li>- 사업별 추진 우선순위</li> </ul>

## 제1절 지역사회 정신건강사업 및 기관 현황

### 1. 지역사회 정신건강사업의 연혁

- 지역사회 정신건강은 지역사회에서 정신질환자를 대상으로 하는 정신보건사업 활동을 이르는 의미로 한정되다가, 정신건강증진, 정신질환의 예방, 치료 및 재활, 지역사회로의 복귀 등의 개념으로 확대됨.
- 지역사회 정신건강증진사업은 정신질환자들 대상의 시설 중심 운영에서 지역사회로의 탈시설화 하는 방향으로 정책이 시작되었으며, 이에 국한하지 않고 지역사회에 거주하는 모든 지역민을 대상으로 정신건강서비스를 제공하는 영역으로 확대됨.

〈표 3-3〉 정신보건법 제정(1995년) 이후의 정신건강사업 연혁

연도	주요 사업 내용
1997년	정신보건법 시행 중앙 및 지방정신보건심의위원회 구성 정신재활시설 2개소 운영 지원, 정신요양시설 78개소 운영 지원
1998년	정신보건발전 5개년 계획 수립 모델형 정신건강증진센터 운영사업 4개소 시작(서울성동, 서울성북, 강원춘천, 울산남구) 사회복귀시설 10개소 설치·운영 정신요양시설 중 10개소 정신의료기관(9개소) 및 사회복귀시설 (1개소)로 전환 정신요양시설 67개소 운영 지원(1997년말 1개소 폐쇄초치)
1999년	모델형 정신건강증진센터 운영사업 14개소로 확대 지역사회정신보건사업 기술지원단 운영 시작 사회복귀시설 19개소 운영 지원 정신요양시설 중 4개소 정신의료기관으로 전환, 정신요양시설 63개소 운영 지원 정신요양시설 제1차 평가 정신질환 예방·홍보사업 실시
2004년	정신보건법시행령 및 시행규칙 개정 정신건강증진센터 운영지원 총 88개소(모델형 23, 기본형 65)로 확대 아동청소년정신보건사업 24개소로 확대사회복귀시설 101개소 운영 지원 알코올상담센터 17개소 운영 지원
2005년	정신건강증진센터 운영지원 총 97개소(모델형 32, 기본형 65)로 확대 지방비지원 정신건강증진센터 포함 총 126개소 운영 아동청소년정신보건사업 31개소로 확대 정신요양시설 및 사회복귀시설 운영비 보조 지방이양 알코올상담센터 20개소 운영 지원 자살 등 위기 상담전화 운영
2006년	아동·청소년정신보건사업 강화 음주폐해예방 및 알코올중독 치료·재활지원 (알코올상담센터 26개소 운영) 생명사랑 및 자살예방사업 추진 정신질환자 인식개선 및 권익증진 강화 지방정신보건사업지원단 구성·운영
2007년	정신건강증진센터 운영지원 총 151개소로 확대 아동·청소년정신보건사업 및 검진사업 강화(16세 청소년 정신건강검진사업 포함) 국가알코올중합대책 「파랑새플랜 2010」 추진 음주폐해 예방 및 알코올중독 상담·재활지원 생명사랑 및 자살예방사업 추진 정신질환자 인식개선 및 권익증진 강화 중앙 및 지방정신보건사업지원단 연계체계 강화 및 운영 활성화 5개 국립정신병원의 정신의료기관 및 정신보건전문요원 수련기관 상시지도체계 마련
2008년	기본형과 모델형 정신건강증진센터를 표준형(148개소)으로 통합하고 광역형(3개소)을 신설 아동·청소년정신보건사업 및 검진사업 강화 (35개 정신건강증진센터에서 초·중·이 정신건강검진사업 실시) 국가알코올중합대책 「파랑새플랜 2010」 추진 음주폐해 예방 및 알코올중독 상담·재활지원(알코올상담센터 34개소 운영) 생명사랑 및 자살예방사업 추진(자살예방종합대책 마련·발표) 정신질환자 인식개선 및 권익증진 강화(정신보건법 개정) 마약류중독자 치료보호 지원('08.9.29, 식약청에서 업무이관) 국립서울병원의 국립정신건강연구원으로의 개편 계획수립·추진 인터넷중독 폐해예방 및 치료사업 추진

〈표 3-3〉 정신보건법 제정(1995년) 이후의 정신건강사업 연혁: 계속

연도	주요 사업 내용
2010년	정신보건법 전부개정법률안 국회 제출 정신건강증진센터 운영 지원(표준형 158개소, 광역형 5개소) 생명사랑 및 자살예방사업 추진(자살예방종합대책 실행계획 수립·시행, 인터넷을 통한 자살유해정보 유통 및 동반자살 차단을 위한 관련부처간 협력 강화) 국가알코올중독대책 「파랑새플랜 2010」 평가. 음주폐해 예방 및 알코올중독 상담·재활 지원 (알코올상담센터 41개소 운영) 마약류중독자 치료보호 가이드라인 제작·보급
2011년	정신건강증진센터 운영 지원(표준형 158개소, 광역형 6개소) 알코올상담센터 43개소운영 지원 아동청소년 정신보건사업 지원(42개소) 정신질환실태 역학조사 실시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 제정('11.3.30) 검찰의뢰 마약류중독자 치료보호 환자관리 가이드라인 마련·배포
2012년	정신건강증진센터 운영 지원(표준형 174개소, 광역형 9개소) 지역사회정신보건 시범사업 실시(광주광역시) 아동청소년 정신보건사업 지원(42개소) 정신건강증진 종합대책 발표('12.6월)
2013년	지역사회정신보건 시범사업 실시(광주광역시) 아동청소년 정신보건사업 전담요원 배치(100명) 자살예방 및 정신건강증진사업 전담요원 배치(200명) 정신보건법 전부개정법률안 국무회의 통과('13.12.31) 응급실 기반 자살시도자 관리사업(전국 25응급의료기관) 지역사회기반 노인자살예방사업(2개소) 알코올 상담센터 50개소 운영('14년 중독관리통합지원센터로 기능 개편)
2014년	정신건강증진센터 운영지원(기초 195개소, 광역형 13개소) 사회복지전담공무원 정신건강증진사업 지원 (15개 시도) 중독관리통합지원센터 50개소 운영 국가 정신건강 증진 마스터 플랜 (2016~2020) 계획수립 연구 중앙심리부검센터 운영 지원 복지부 평가지표 및 평가체계 개선안 마련
2015년	정신건강증진센터 운영지원(기초 209개소, 광역형 15개소) 사회복지전담공무원 정신건강증진사업 지원(15개 시도)
2016년	<b>관계부처 합동 정신건강종합대책 수립·발표('16.2.25.)</b> <b>정신건강복지법 전부 개정('16.5.29.)</b>
2017년	<b>「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」시행('17.5.30)</b> 응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업 확대(27개소 → 42개소)
2018년	자살예방정책과 신설('18.2.6) 정신건강전문요원 보수교육 시행('18.4.~) 입원적합성심사위원회 운영('18.5. )
2019년	국립정신건강센터 내 국가트라우마사업부 신설 영남, 포항권트라우마센터 개소
2020년	정신건강정책관 승격('20.9), 정신건강정책과, 자살예방정책과 통합 정신건강복지센터 운영지원(기초 244개소, 광역형 16개소) 통합정신건강증진사업 ('20) 및 응급개입팀 운영('20. 7.)

자료: 2015년 정신건강사업 안내 p4~8. 2018년 정신건강사업 안내 p4~8. 2021년 정신건강사업 안내 p6~10.

## 2. 정신건강정책의 주요 목표 및 기본계획

### □ 정신건강정책의 주요 목표

- 우리나라의 주요 정신건강정책목표는 정신건강복지종합계획과 제5차 국민건강증진종합계획(2020~2030)에서 구체화하여 제시하고 있음.

### □ 제4차 국민건강증진종합계획(2016~2020)의 정신건강분야(우리나라 정신건강증진사업 현황 및 향후 추진과제. 건강증진 리서치 브리프 2017 제4호)

- 국가 정신건강증진정책 목표는 국민건강증진계획 2020에서 정신건강분야 17개, 절주분야 3개의 목표로 설정됨
- 2016년 범부처 합동 정신건강종합대책은 HP 2020의 정책목표와 맥락을 같이 하여 제시함

### □ 제5차 국민건강증진종합계획(2020~2030)(관계부처합동(2021), 제5차 국민건강증진종합계획 보도자료)

- 정신건강관리 분과에서의 목표
  - 자살 고위험군, 치매, 정신질환 조기발견 및 개입 체계 강화
  - 정신건강 서비스 인식개선 및 지역사회 지지체계 확립
- 전 국민의 정신건강관리를 위해 자살예방, 치매, 중독, 지역사회 정신건강으로 구분하여 세부 목표 및 성과지표를 관리하고 있음.
  - 자살사망률(인구 10만명당) 26.6명 → 17.0명
  - 남성 자살사망률(인구 10만명당) 38.5명→ 27.5명
  - 여성 자살사망률(인구 10만명당) 14.8명 →12.8명
  - 치매안심센터의 치매환자 등록·관리율(전국평균) 51.5%('19)→ 82.0%
  - 알코올 사용장애 정신건강 서비스 이용률 12.1%('16)→ 25.0%
  - 정신건강 서비스이용률 22.2%('16) →35.0%

[그림 3-1] 제5차 국민건강증진종합계획(2020~2030)의 목표와 정신건강관리



## 제2절 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황

### 1. 범부처의 정신건강지원사업 현황

#### □ 범부처의 정신건강지원사업 현황 분석

- 각 부처별로 다양한 정신건강지원사업을 다양한 대상으로 설정하여 서비스를 제공하고 있으며, 본 연구에서는 주요 부처를 대상으로 하여 정신건강지원사업 현황을 분석하고자 함.



[그림 3-2] 범부처의 아동/청소년 정신건강

아동/청소년의 정신건강		
❖ 자해/자살, 우울/수면장애, 게임 사용장애, 우울/불안, 트라우마 등 - (초등학생) ADHD, 게임 과몰입 - (중고등학생) 우울, 불안, 행동장애, 게임 과몰입		
보건복지부	교육부	여성가족부
□ 정신건강증진사업 - 아이존(서울) 정신건강복지센터: 아동청소년 정신보건사업운영	□ 학교교육 활성화사업 - 학생정서·행동특성검사 사후 관리 강화 - 학생정신 건강센터 지원: 지역 협력모델육성, 특성검사 온라인 시스템, 학생정신건강정책확산, 정신건강전문가 학교방문관리사업 등	□ 학교밖 청소년 정신건강지원 관리사업 - 국립중앙청소년치료재활센터 - 정신건강복지센터 연계
기초정신건강복지센터	위(Wee)센터	청소년상담복지센터

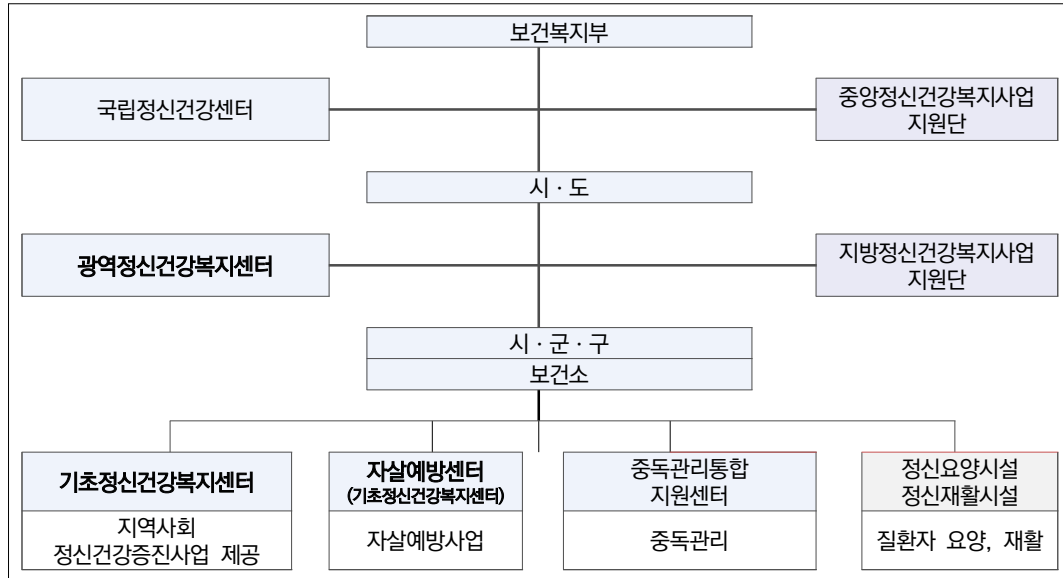
[그림 3-3] 범부처의 청장년 정신건강

청·장년의 정신건강		
❖ 자해/자살, 우울/불안, 알코올사용장애, 중증정신질환 발병(조현병) 등		
보건복지부	고용부	복지부/여가부(여성)
□ 정신건강복지센터의 정신건강증진사업 - 대학교 학생상담센터 연계 - 사업장·기업체의 직장인 정신건강프로그램 지원 □ 통합정신건강증진사업 - 찾아가는 심리지원서비스	□ 근로자 정신건강 - (산업안전보건법 근거) 안전보건교육에 정신건강교육 강화 □ 미취업·실업 청년의 심리상담 지원 전국 고용센터를 활용하여 전문심리상담 지원 정신건강복지센터로 연계 □ 감정노동자 건강보호 감정노동 고위험직종대상 보호 메뉴얼 및 이행여부 점검	□ (복지부) 난임·우울증 상담센터 - 보건소 등록 임신부대상 우울선별검사 및 고위험군 관리 □ (여가부) 다문화가족지원센터 - 정서적 안정 등 사례관리

## 2. 보건복지부를 중심으로 한 정신건강지원사업 현황

- 지역기반 정신건강증진 서비스를 제공하기 위한 주요 기관으로 광역 정신건강복지센터와 기초 정신건강복지센터가 있음.

[그림 3-4] 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황



〈표 3-4〉 정신건강복지센터의 주요 업무

광역 정신건강복지센터	기초 정신건강복지센터
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (연구·기획) 해당지역 정신건강 문제에 대한 현황을 파악하고, 지역정신보건사업 기본계획 및 시행계획 마련, 기초조사 등</li> <li>■ (프로그램 개발) 광역 및 기초 정신건강 증진센터에서 활용 가능한 프로그램 개발·보급, 효과성평가 등</li> <li>■ (마케팅) 정신질환 인식개선, 정신보건서비스 인지도 향상을 위한 광고·홍보 및 캠페인 등</li> <li>■ (교육) 자살예방 게이트 키퍼 양성, 정신질환자 당사자 및 가족 인권교육 등</li> <li>■ (네트워킹) 지역사회 연계 체계 구축, 위급상황에 대한 응급대응체계 구축 등</li> <li>■ (직접서비스) 24시간 핫라인 (1577-0199) 응급위기대응, 광역 정신 보건심판위원회 평가 업무 지원 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (정신질환자 관리) 1인당 6~70명 정신질환자 사례관리(방문 및 내소상담, 투약관리, 전화상담, 정신의료기관 연계 등), 재활 프로그램 등 진행, 정신의료기관 퇴원계획 수립, 정신질환자 자조모임 등 진행</li> <li>■ (자살·중독예방) 자살 및 중독 예방교육·홍보사업 진행, 자살시도자 및 유가족 사례관리·자조모임 등 진행</li> <li>■ (아동·청소년) 학교와 연계하여 아동·청소년 정신건강문제 고위험군 선별검사 및 상담, 치료비 지원 등</li> <li>■ (정신건강증진) 일반 주민 정신건강 상담, 정신질환 인식개선 홍보사업 등</li> <li>■ (위기대응) 자·타해 시도 등 정신과적 응급상황 발생 시 현장출동 및 정신질환자 선별·안정, 입원 등 지원, 재난 등 발생 시 재난심리지원</li> <li>■ (복지연계) 복지기관과의 사례회의를 통한 보건복지서비스 연계</li> </ul>

자료: 보건복지부 보도자료. (2019.5.15.). 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안.

### 3. 국립정신건강센터의 기능과 역할



#### ■ 추진 근거: 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

제12조 국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업등의 추진 등  
 ① 보건복지부장관은 제7조제3항 각 호에 관한 전국 단위의 정신건강증진사업등을 수행하고, 제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 지역별 정신건강증진사업등을 총괄·지원한다.  
 ⑤ 제1항에 따른 **정신건강증진사업등에 관하여 자문·지원**하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 **중앙정신건강복지사업지원단**을 두고, 제2항에 따른 정신건강증진사업등에 관하여 자문·지원하기 위하여 시·도지사 소속으로 **지방정신건강복지사업지원단**을 둔다.  
 ⑥ 제5항에 따른 중앙정신건강복지사업지원단 및 지방정신건강복지사업지원단의 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

#### □ 조직 구성

- 정신건강복지법 시행령 제6조(중앙정신건강복지사업지원단의 구성 및 운영), 제7조(지방정신건강복지사업지원단의 구성 및 운영)에 조직 구성에 대한 규정을 두고 있음.

### 가. 중앙정신건강복지사업지원단<sup>2)</sup>

#### □ 사업목적

#### □ 미션 및 비전

- 미션: 국민행복과 인권을 보장하는 정신건강복지정책 선도
- 비전: 정신건강복지정책의 우선순위 강화

#### □ 주요 추진사업

- 정신건강복지사업의 자문 및 지원
- 대국민 정신건강 인식개선사업
- 정신질환자 차별개선·권리보장·인권보호사업
  - 정신건강 언론보도 가이드라인 개발

2) 중앙정신건강복지사업지원단 홈페이지(<http://www.nmhc.or.kr/>)에서 2021.7.14. 인출)

- 정신건강 미디어 모니터링

○ 민관 연계체계 구축

■ 주요 사업

- 국가계획 수립·시행 관련 자문
- 국가계획 및 지역계획 시행 결과에 대한 평가 지원
- 정신건강증진사업의 기획 및 조정에 대한 지원
- 정신건강증진시설, 정신건강복지센터 등 정신질환자등과 관련된 시설, 기관 및 단체 사이의 연계체계 구축 지원
- 정신건강 및 정신질환 인식개선 사업
- 정신건강복지사업 및 정신건강증진시설 평가 자문과 지원
- 정신건강복지사업의 현황파악 및 통계 수집·분석 또는 그 지원
- 지방정신건강복지사업지원단 지원
- 그 밖에 정신건강복지사업과 관련하여 보건복지부장관이 요청하는 사항

자료: 보건복지부. (2021a). 2021년 정신건강사업안내.

## 나. 지방정신건강복지사업지원단

■ 주요 사업

- 지역계획 수립·시행 관련 자문
- 지역계획의 관할 시·군·구 시행 결과에 대한 평가 또는 평가 지원
- 정신건강증진사업의 기획 및 조정에 대한 지원
- 해당지역 내 정신건강 및 정신질환 인식개선 사업
- 해당지역 내 정신건강복지사업 및 정신건강증진시설 평가 자문과 지원
- 해당지역 내 정신건강증진시설, 정신건강복지센터 등 정신질환자등과 관련된 시설, 기관 및 단체 사이의 연계체계 구축 지원
- 해당지역 내 정신건강복지사업의 현황 파악 및 통계 수집·분석 또는 그 지원
- 그 밖에 정신건강복지사업과 관련하여 시·도지사가 요청하는 사항

자료: 보건복지부. (2021a). 2021년 정신건강사업안내.

□ 지방정신건강복지사업지원단은 17개 시·도 중에 12개 시·도에서만 구성이 되어 운영하고 있음(2020 중앙정신건강복지사업지원단 사업보고서. p25).

〈표 3-5〉 지방정신건강복지지원단 및 광역센터 운영위원회의 기능 및 구성

구분	지방정신건강복지지원단	광역센터 운영위원회
기능	· 시·도내 정신건강증진사업 전반에 대한 자문 및 지원	· 광역센터 사업의 총괄, 조정 등
역할	· 지역계획 수립 자문 및 평가 지원 · 인식개선사업 · 시·도내 정신건강관련 통계수집 및 분석 · 정신건강관련 연계체계 구축 · 정신건강관련 시·도지사 요청 사업	· 전분기 사업실적과 차분기 사업계획 검토 · 시·도와의 협조사항 등에 대해 협의
구성	· 5명 이상 10명 이내 구성 · 단원은 시·도지사가 임명하거나 위촉 · 단장은 단원 중에서 시·도지사가 지명	· 시·도 담당 공무원 · 수탁기관장(또는 담당자) · 정신건강복지센터장(상근 부센터장) 및 임상자문의, (상임)팀장 · 외부전문가 및 소비자 등
운영보고	· 지방지원단 반기별 운영실적을 복지부로 보고함	· 분기별 1회 이상 운영

자료: 중앙정신건강복지사업지원단. (2021). 2020 중앙정신건강복지사업지원단 사업보고서. p. 24.

#### □ 사업계획 승인 및 실적보고

- 지방정신건강복지사업지원단장은 매 회계연도 개시 1개월 전까지 당해 연도 사업계획을 수립하여 시·도지사에게 제출. 사업실적은 매 회계연도 종료 후 2월 이내에 보고

### 5. 정신건강복지센터의 기능 및 운영 현황

#### □ 기본방향

- 지역사회중심의 통합적 정신건강서비스 제공을 위한 기반 구축
- 공적기관으로서 지역사회정신건강증진사업의 기획·조정 및 수행
- 지역주민의 욕구에 적합한 예방·치료·재활서비스가 제공될 수 있도록 정신건강증진시설 간 연계 및 정신건강서비스 제공체계 마련

#### □ 사업목적

- 지역사회 중심의 통합적인 정신질환의 예방·치료, 중독관리 체계 구축, 정신질환자의 재활과 정신건강 친화적 환경 조성으로 국민의 정신건강 증진 도모

- 공적기관으로서 지역사회정신건강증진사업의 기획·조정 및 수행
- 지역주민의 욕구에 적합한 예방·치료·재활서비스가 제공될 수 있도록 정신건강증진시설 간 연계 및 정신건강서비스 제공체계 마련
- 시·도 정신건강복지사업지원단과 연계체계 구축

□ 추진 근거: 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

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

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

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

④ 정신건강복지센터의 장은 정신건강증진사업등의 제공 및 연계사업을 수행하기 위하여 정신질환자를 관리하는 경우에 정신질환자 본인이나 제39조에 따른 보호의무자(이하 “보호의무자”라 한다)의 동의를 받아야 한다.

⑤ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 비용의 일부를 부담한다.

⑥ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 소관 정신건강증진사업등을 정신건강에 관한 전문성이 있는 기관·단체에 위탁하여 수행할 수 있다.

⑦ 시·도지사는 소관 광역정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을, 시장·군수·구청장은 관할 시·도지사를 통하여 소관 기초정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을 각각 반기별로 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

⑧ 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 수시로 신고를 받을 수 있는 정신건강상담용 긴급전화를 설치·운영하여야 한다.

⑨ 제1항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 사항 및 제8항에 따른 긴급전화의 설치·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

□ 사업추진체계

- 시·도지사 또는 시·군·구청장은 자치단체 또는 국·공립 정신의료기관에 정신건강복지센터 설치하여 직접 운영하거나 민간에 위탁
- 정신건강증진업무 담당 공무원을 가급적 정신건강전문요원 또는 정신건강증진에 관한 전문지식을 갖추고 있는 사람으로 지정하고, 교체를 최소화하여 업무의 지속성이 유지되도록 함

- 사업수행에 대한 수시 자문체계를 구축하기 위하여 정신건강의학과 전문의 1인 이상을 임상자문의로 위촉.

#### □ 시·도 자치단체의 역할

- 반기별로 사업추진실적을 복지부에 제출
- 지역사회정신건강증진사업에 대한 현황 조사표를 국립정신건강센터로 제출
- 광역정신건강복지센터의 연간사업계획을 추진 및 평가
- 시·도와 시·군·구간 정신건강증진 서비스연계 체계 구축 지원

#### □ 시·군·구(보건소)의 역할

- 보건소에서 주도적으로 정신건강증진사업기획을 위한 기획구조 조직운영
- 기초정신건강복지센터에 포괄적으로 위탁
- 지역정신건강증진 기획 및 평가구조 조직
- 지역보건복지 협의체 등 지역의 여건에 적합한 합리적 의사결정 구조 운영
- 정신건강복지센터를 보건소 내에 설치하거나 관내 공공시설을 무상으로 이용할 수 있도록 지원하며 정신건강복지센터의 원활한 사업진행을 위한 공간과 시설 확보 지원
- 보건소를 통하여 정신건강복지센터에서 의뢰하는 환자의 신체질환에 대한 검진 및 진료 지원

### 가. 광역정신건강복지센터

#### □ 기본 방향

- 지역사회 내 통합적 정신건강서비스 및 자살예방 제공을 위한 기반 구축
  - 지역사회정신건강사업 및 자살예방사업의 기획 및 수립, 조정, 수행하는 기관으로 지역사회 특성 및 욕구에 적합한 예방, 치료, 재활 서비스가 제공될



수 있도록 지역사회 유관기관 간 연계 및 서비스 제공 체계마련

- 지역 특성을 반영한 사업추진체계 구축
- 지역사회 정신건강사업을 위한 자문 및 지원 제공

□ 설치기준

- 시도별 1개소를 설치. 16개소의 광역정신건강복지센터(2020년기준)
  - 세종을 제외한 16개 시도에서 광역정신건강복지센터를 설치·운영.

□ 운영체계는 직영형과 위탁형이 있음.

- 직영형: 시도의 관할구역에 광역정신건강복지센터를 설치하여 운영
- 위탁형: 센터운영의 전부 또는 일부를 정신건강증진사업을 실시한 경험이 있고, 정신건강 관련 전문인력 등을 갖춘 정신건강증진시설 또는 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로서 정신건강 관련 학과가 설치되어 있는 학교에 위탁

□ 사업내용

- 지역사회정신건강복지사업 및 자살예방사업 기획 및 수립
- 지역사회진단 및 연구조사 사업
- 교육사업
- 네트워크 구축 사업
- 인식개선사업
- 지역특성화사업
- 정신건강위기상담 운영
  - 응급의료기관 실태를 파악하고, 24시간 핫라인 상담을 통한 출동서비스 등 고위험군에 대한 응급위기대응 체계 구축 및 조정

## 나. 기초정신건강복지센터

### □ 설치기준

- 244개소의 기초정신건강복지센터를 설치 운영하고 있음(2020.12.31기준)
- 인구 20만 미만 시·군·구 : 1개소
- 인구 20만 이상 시·군·구 : 2개소이상 설치 가능하며, 추가 설치기준은 인구 20만명당 1개소(40만 명 2개소까지, 60만 명 3개소까지 설치 가능)

### □ 운영체계는 직영형과 위탁형이 있음.

#### ○ 직영형

- 「지역보건법」에 따른 보건소에 기초정신건강복지센터 및 중독관리통합지원센터 설치·운영

#### ○ 위탁형

- 센터운영의 전부 또는 일부를 정신건강증진사업을 실시한 경험이 있고, 정신건강 관련 전문인력 등을 갖춘 정신건강증진시설 또는 「고등교육법」제2조에 따른 학교로서 정신건강 관련 학과가 설치되어 있는 학교에 위탁

### □ 사업내용

#### ○ 중증정신질환관리,

- 중증정신질환 조기개입체계 구축
- 개별적 서비스 계획의 수립과 제공, 사례관리
- 위기개입 서비스 제공 및 위기대응체계 구축
- 중증정신질환자의 다양한 서비스 요구도 충족을 위하여 사례관리 과정에서 다양한 지역 유관기관과의 긴밀한 협력체계 구축
- 정신건강심사위원회 업무 지원
  - 입원연장 청구대상자에 대한 면접 평가 지원

- 퇴원명령 대상자에 대한 지역사회 연계 및 사례관리
- 외래치료 지원 대상자 집중적인 사례관리
- 긴급지원 대상자 발굴
  - 센터 이용대상자가 생계곤란 등의 위기상황에 처한 경우 시·군·구에 신고하여 긴급지원 등 복지서비스를 받을 수 있도록 조치

○ 자살예방

- 사업대상
  - 중증정신질환자를 포함한 해당 지역 주민
  - 자살 고위험군(자해 및 자살시도자, 자살유족)
- 추진체계
  - 대상자 발견, 등록, 상담, 집단프로그램, 치료연계, 치료비(진료비) 지원
  - 유관기관 연계·협조체계 구축, 교육·홍보·자문, 지역내 자원 파악 및 활용
- 사업수행인력
  - 자격기준 : 정신건강전문요원, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 기타
  - 인력기준 : 상근 2인 등(예산에따라 조정가능)
- 사업내용
  - 인식개선 사업
  - 자살 고위험군 조기발견 및 치료 연계, 자살 유족 지원체계 마련
  - 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련
  - 자살수단 접근차단

○ 정신건강증진

- 인식개선 사업
- 고위험군 조기발견 및 치료연계 사업
  - 아동청소년

- 성인 및 노인 정신건강(우울, 불안 등)
- 중독

○ 아동·청소년 정신건강증진

〈표 3-6〉 기초 정신건강복지센터의 주요 사업 내용

구분	주요 내용
정신건강증진	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 인식개선 사업</li> <li>- 고위험군 조기발견 및 치료연계 사업 아동청소년, 성인 및 노인 정신건강(우울, 불안 등)</li> <li>- 중독</li> <li>- 아동·청소년 정신건강증진</li> </ul>
자살예방	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사업대상: 중증정신질환자를 포함한 해당 지역 주민 자살 고위험군(자해 및 자살시도자, 자살유족)</li> <li>- 추진체계 대상자 발견, 등록, 상담, 집단프로그램, 치료연계, 치료비(진료비) 지원 유관기관 연계 협조체계 구축, 교육·홍보·자문, 지역 내 자원 파악 및 활용</li> <li>- 사업수행인력 자격기준: 정신건강전문요원, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 기타 인력기준: 상근 2인 등(예산에따라 조정가능)</li> <li>- 사업내용 인식개선 사업 자살 고위험군 조기발견 및 치료 연계, 자살 유족 지원체계 마련 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련 자살수단 접근차단</li> </ul>
중증정신 질환관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 중증정신질환 조기개입체계 구축</li> <li>- 개별적 서비스 계획의 수립과 제공, 사례관리</li> <li>- 위기개입 서비스 제공 및 위기대응체계 구축</li> <li>- 중증정신질환자의 다양한 서비스 요구도 충족을 위하여 사례관리 과정에서 다양한 지역 유관기관과의 긴밀한 협력체계 구축</li> <li>- 정신건강심사위원회 업무 지원 입원연장 청구대상자에 대한 면접 평가 지원 퇴원명령 대상자에 대한 지역사회 연계 및 사례관리 외래치료 지원 대상자 집중적인 사례관리</li> <li>- 긴급지원 대상자 발굴 센터 이용대상자가 생계곤란 등의 위기상황에 처한 경우 시·군·구에 신고하여 긴급지 원 등 복지서비스를 받을 수 있도록 조치</li> </ul>

〈표 3-7〉 정신건강복지센터의 일반인 대상 주요 업무

일반인 대상	업무 내용
일반상담	전화, 내소/방문
자살상담	전화, 내소/방문
치료상담연계	정신과 병의원
	중독관리통합지원센터
	자살예방센터
복지서비스, 상담연계	사회복지관
	아동복지서비스
	민간상담센터
	고용복지
	주민센터 등 행정기관
	건강보험공단 등 기타 공공기관
교육	
홍보 및 캠페인	
기타	

〈표 3-8〉 정신건강복지센터의 특성화 사업

구분	수행 여부
사업별: 중증정신질환자	아동청소년/청장년/노인
정신건강증진사업	아동청소년/청장년/노인
자살예방사업	
중독관리사업	
북한이탈주민사업	
다문화사업	
기타	

〈표 3-9〉 정신건강복지센터의 업무

구분	업무 내용
직접서비스	사례관리(등록회원관리, 상담, 재가방문)
	프로그램 운영(진행자, 보조진행자, 코디네이터)
	위기개입, 응급상황 대처
	일반상담
간접 서비스	선별, 검사 업무
	관내 정신보건자원관리 및 연계, 유관기관 업무협조
	정신건강교육(홍보 및 캠페인 포함)
행정업무	행정업무
	일반 문의전화 대응
	실적, 행정자료, 상담기록 등 전산입력

## 다. 자살예방센터

### □ 자살예방사업 연혁

- 2004.12월 제1차 국가자살예방 5개년 기본계획 수립·시행
- 2008.12월 제2차 자살예방종합대책('09~'13) 수립·시행
- 2008.12월 민간중심 자살예방대책추진위원회 구성·회의
- 2011.3월 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제정·공포
  - \* 범정부 차원의 사전예방 대책들과 생명존중문화 조성을 위한 대책 명문화
- 2012. 1월 중앙자살예방센터 설치·운영
- 2018. 1월 자살예방 국가 행동계획 수립·시행
- 2018. 2월 자살예방정책과 신설

### 1) 한국생명존중희망재단(구, 중앙자살예방센터)

#### □ 중앙자살예방센터 운영

- 범정부 자살예방정책의 컨트롤 타워 기관으로써 각 부처 및 지방자치단체의 자살예방 사업 및 민·관 협력 네트워크 구축 지원

- (설치근거) 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조1항

#### □ 자살에 대한 국가적 차원의 전국적인 자살 예방정책을 통하여 자살 고위험군(자살시도자 및 자살자 유가족, 독거노인, 청소년 등) 관리 강화

- 자살시도로 인한 응급실 이용자가 연간 4만명, 자살시도자의 재시도율은 (1년 내) 16%에 달함 ⇒ 응급실 내원 자살시도자의 응급실(정신과)-정신건강증진센터의 효과적 사후관리를 통하여 자살 감소 효과 기대

#### □ 민·관 협력 생명존중문화 조성을 통해 전국민 자살예방 대응 역량 강화

- 자살예방 교육 프로그램 개발 및 교육, 자살예방 교육 강사 양성
- 자살예방 광고 송출 및 홍보 콘텐츠 개발

### 2) 지역 자살예방센터

#### □ 자살예방센터의 주요 사업

- 1) 자살 관련 상담, 2) 자살위기 상시현장출동 및 대응, 3) 자살시도자 사후관리, 4) 자살예방 홍보 및 교육, 5) 자살예방 전문 인력 양성 등
- 특히, 자살고위험군(자살시도자 및 자살자 유가족, 독거노인, 청소년 등) 사례관리를 통해 자살 재시도를 선제적으로 방지

〈표 3-10〉 자살예방센터의 주요 사업

구분	주요 사업 내용
생명존중문화조성	자살예방활동기관 및 사회 각 분야의 전문가 그룹 등과 자살예방 네트워크를 구축하여, 생명존중문화를 조성하고 국가 전략 및 정책 목표에 따라 실증적이고 효율적인 자살예방활동을 펼침으로써, 궁극적으로 자살률 감소를 통한 “자살위험 없는 안전한 공동체 구현”의 초석을 마련하기 위한 구심적 역할 수행 - 자살예방 홍보(미디어 홍보), 자살예방 네트워크 및 DB구축
자살예방교육 및 인력양성	자살에 대한 국민인식 개선을 위한 다양한 콘텐츠의 자살예방교육 프로그램을 개발·보급 - 자살예방 전문가 양성 및 교육 실시 자살예방교육 프로그램 개발, 자살예방교육 운영
자살유해정보모니터링	언론 및 인터넷 상 자살유해정보 관리 강화 및 미디어의 건전한 환경 조성 - 자살보도권고기준 교육 및 확산, 자살유발정보 차단
자살고위험군집중관리	응급실에 내원한 자살시도자의 정서적 안정을 촉진하고, 필요한 치료, 서비스를 연계하여 자살재시도 및 자살을 예방 - 자살시도자 사후관리 강화(63~) 88개소) 사후관리인력 개소당 2~3명 배치
중앙자살예방센터운영	우리나라 실정에 맞는 자살예방정책 계획 수립과 수행을 위한 기반을 구축
심리부검체계구축	자살 유가족의 진술과 기록 검토를 통해 자살 사망자의 심리행동 양상 및 변화 상태를 확인하고 자살의 구체적인 원인을 검증 지역별(읍면동 단위) 자살 사망자 특성(원인, 수단, 장소 등)을 파악하기 위해 경찰청 변사자 자료 전수 조사(5년간 7만명) 추진
민관협력 자살예방사업	자살예방사업에서의 민간부문의 자살예방 사업 참여 독려, 민관협력 강화를 위해 지원
자살 유족 지원사업	자살 유족에 대한 상담서비스, 법률지원, 학자금 지원, 임시주거 지원 등을 원스톱으로 지원하는 시범사업 추진, 광역3, 기초13
지역자살예방 및 정신건강증진사업	정신건강복지센터에 자살예방 전담팀 설치 행정 중복 방지, 정신보건사업과의 연계 강화를 위해 정신건강복지센터 내에 지방자살예방센터 설치 가능
지역사회기반 자살예방사업	지자체별 자살 특성 및 인프라를 고려한 지역 맞춤형 자살예방사업 추진, 자살예방 실무자 전문 교육 실시, 사업 추진성과 평가 지역맞춤형 자살예방사업의 수행기관 확대(자살 급증 지역 5개소, 맞춤형 자살예방사업 우수 사례 기관 5개소)
자살예방실무자 등 정신건강증진	자살예방 실무자 및 관련 종사자의 스트레스, 기분장애, 불안장애 등 해소 여부 스크리닝 및 상담, 치료 연계 사업 실시 자살예방 실무자 등에 대한 정신상담 등 광역단위 소진방지 프로그램 진행(광주 제외)
자살예방 상담전화 운영체계 개선	자살예방 상담전화의 인지도 강화 및 안정적 운영 자살예방상담 전화(1393)

## 제3절 지역사회 정신건강 평가

### 1. 제도 설계관련 평가

#### 가. 정신건강문제의 현황 진단

##### 1) 일반적 정신건강수준 현황

- 평소의 정신건강상태를 보면, 20대와 30대의 연령층에서 나쁨과 보통의 비율이 높게 나타남.

〈표 3-11〉 평소 정신건강상태: 2019년, 15-69세

구분		응답자 수(명)	좋음(%)	보통(%)	나쁨(%)
성별	남	761	51.1	39.0	9.9
	여	739	42.3	43.9	13.8
연령별	15-19세	104	56.3	26.3	17.4
	<b>20-29세</b>	<b>256</b>	<b>43.5</b>	<b>39.1</b>	<b>17.4</b>
	<b>30-39세</b>	<b>267</b>	<b>37.2</b>	<b>46.1</b>	<b>16.7</b>
	40-49세	316	46.0	45.2	8.8
	50-59세	327	50.3	41.9	7.7
	60-69세	230	53.1	39.4	7.5
지역별	서울	289	47.8	40.1	12.2
	<b>인천/경기</b>	<b>470</b>	<b>46.0</b>	<b>40.9</b>	<b>13.1</b>
	충청	160	48.5	40.8	10.7
	경상	375	46.2	41.9	11.9
	전라	145	46.2	43.5	10.2
	강원/제주	61	48.3	44.7	7.1

주: 평소 자신의 정신건강상태에 대해 '좋다' 혹은 '매우 좋다'고 응답한 경우를 '좋다'로, '나쁘다' 혹은 '매우 나쁘다'고 응답한 경우를 '나쁘다'로 구분

자료: 보건복지부 국립정신건강센터. (2020). 2019 국민 정신건강 지식 및 태도조사 결과보고서.

- 지난 1년간 경험한 정신건강문제 유형을 보면 다음의 표와 같음.

- 15-19세의 경우 자살생각에 대한 비중이 14.0%로 다른 연령층에 비해 높은 것으로 나타남.
- 20-29세의 경우 지속되는 우울감, 생활에 불편을 줄 정도의 기분변화, 자살생각의 영역에서 다른 연령대에 비해 높았음.



- 30-39세는 심각한 스트레스, 불안과 불면, 분노표출, 알코올 문제 등의 정신 건강문제가 있는 것으로 나타남.

〈표 3-12〉 지난 1년간 경험한 정신건강문제 유형: 2019년, 15-69세

(단위: %)

구분	전체	성별		연령별					
		남	여	15-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세
심각한 스트레스	37.6	33.7	41.6	45.6	44.5	49.5	36.2	26.8	29.9
수일간 지속되는 우울감	30.3	24.6	36.2	32.5	38.9	37.1	30.2	20.9	25.6
생활에 불편을 줄 정도의 기분변화	30.2	26.0	34.6	36.5	38.8	38.7	30.7	20.4	21.3
수일간 지속되는 불안	27.9	23.5	32.4	33.0	33.6	35.4	26.0	21.4	22.1
수일간 지속되는 불면	24.9	22.6	27.3	18.1	28.5	35.7	23.5	17.3	24.3
견망증으로 인한 일상생활 장애	22.5	18.2	26.9	13.0	24.9	27.3	22.4	21.5	20.1
자제할 수 없는 분노표출(폭력 행위 등)	13.7	13.9	13.5	12.6	12.5	21.5	15.9	9.3	9.6
자살생각 (진지하고 구체적으로)	9.5	8.5	10.6	14.0	13.5	9.8	10.2	6.2	6.5
알코올 문제	8.9	13.4	4.3	0.6	7.1	11.5	8.5	10.2	10.3
환청, 환시, 망상적 생각	7.1	8.1	6.0	10.8	10.9	8.2	6.6	4.5	4.2
기타 중독문제(게임중독등)	7.0	7.3	6.6	10.7	10.4	8.7	6.6	5.5	2.1
약물 중독문제	2.4	2.5	2.2	0.0	1.7	3.9	2.6	2.6	1.8
도박 중독 문제 (온라인 도박 등 포함)	1.8	2.6	1.1	1.0	2.6	2.4	1.8	2.4	0.2

자료: 보건복지부 국립정신건강센터. (2020). 2019 국민 정신건강 지식 및 태도조사 결과보고서.

## 2) 우울증상 유병률

### □ 국민건강보험공단의 일반건강검진에서 정신건강검사 수행 결과

#### ○ 건강검진: 정신건강검사

- 일반건강검진(만 20세, 30세, 40세, 50세, 60세, 70세) 수검자 중 최근의 기분상태 및 우울증 관련 검사의 판정 세부현황
- 대상 : 당해 연도 일반건강검진 수검자 중 기분상태 및 우울증 관련 검사를 받은 만 20세, 30세, 40세, 50세, 60세, 70세 판정인원
- 항목별 계 값은 기분장애 또는 우울증 검사를 받고 결과 판정을 받은 전체 인원을 뜻함(검사를 받지 않은 인원은 제외함)

- 정신건강검사(기본상태 및 우울증) 세부항목: PHQ-9 평가도구
- 우울증상이 없음 : 정신건강검사 평가도구 평가결과 점수(1~4점)
  - 가벼운 우울증상 : 정신건강검사 평가도구 평가결과 점수(5~9점)
  - 중간정도 우울증 의심 : 정신건강검사 평가도구 평가결과 점수(10~19점)
  - 심한 우울증의심 : 정신건강검사 평가도구 평가결과 점수(20~27점)
- 전혀아니다 : 0점, 여러날동안 : 1점, 일주일이상 : 2점, 거의매일 : 3점
- 국민건강보험공단이 20세, 30세, 40세, 50세, 60세, 70세의 연령에 해당하는 검진자를 대상으로 수행한 일반건강검진에서 정신건강검사 결과, 전체인구의 약 5.2%가 중간정도 이상의 우울증이 의심되는 것으로 나타남.
- 지역별로 보면, 서울, 경기, 인천에서의 우울증 의심증상이 높게 나타남.

〈표 3-13〉 일반건강검진 정신건강검사 결과: 2019년

(단위: 명, %)

구분	계 (C)	우울증상없 음	가벼운 우울	중간정도 우울증 의심 (A)	심한 우울증 의심 (B)	(A+B)/C (%)
20세 계	94,624	68,050	17,835	7,842	897	9.2
남	36,356	28,119	5,785	2,209	243	6.7
여	58,268	39,931	12,050	5,633	654	10.8
30세 계	317,830	229,443	64,794	21,918	1,675	7.4
남	169,213	131,789	28,823	8,108	493	5.1
여	148,617	97,654	35,971	13,810	1,182	10.1
40세 계	531,306	402,362	97,293	29,176	2,475	6.0
남	273,454	209,973	48,964	13,417	1,100	5.3
여	257,852	192,389	48,329	15,759	1,375	6.6
50세 계	562,793	456,508	80,476	23,398	2,411	4.6
남	275,082	231,341	34,274	8,529	938	3.4
여	287,711	225,167	46,202	14,869	1,473	5.7
60세 계	541,081	457,109	62,219	19,433	2,320	4.0
남	251,586	220,811	23,338	6,605	832	3.0
여	289,495	236,298	38,881	12,828	1,488	4.9
70세 계	299,440	263,018	26,973	8,247	1,202	3.2
남	139,781	126,658	9,760	2,897	466	2.4
여	159,659	136,360	17,213	5,350	736	3.8
계 계	2,347,074	1,876,490	349,590	110,014	10,980	5.2
남	1,145,472	948,691	150,944	41,765	4,072	4.0
여	1,201,602	927,799	198,646	68,249	6,908	6.3

〈표 3-14〉 시도별 일반건강검진 정신건강검사 결과: 2019년

구분	남(%)	여(%)	계(%)
서울	4.5	7.2	<b>5.9</b>
부산	3.6	5.4	4.6
대구	3.6	5.1	4.4
인천	4.4	6.9	<b>5.7</b>
광주	3.4	5.1	4.3
대전	4.5	6.5	5.5
울산	3.3	5.7	4.4
세종	4.3	6.2	5.3
경기	4.4	7.1	<b>5.8</b>
강원	3.4	5.9	4.7
충북	4.0	6.1	5.1
충남	4.1	6.1	5.0
전북	3.1	4.7	3.9
전남	2.7	4.4	3.5
경북	3.4	5.0	4.2
경남	3.4	5.3	4.3
제주	4.5	6.4	5.5
계 (전국)	4.0	6.3	5.2

주: 중간이상의 우울증 의심 비율

- 19세이상 우울증상 유병자수는 약 139만명으로 추정됨.
- 현재 정신건강증진사업 등록자 수는 7만3천명정도로, 약 5.2%를 포괄하고 있음.
  - 다만, 등록자는 위험도가 높은 사례를 대상으로 등록하거나 정신질환자를 중심으로 등록 및 사례관리를 하고 있어, 일반인 대상의 정신건강 상담자의 약 2~3%에 미치지 못한 수준에서 등록하여 관리하고 있는 것으로 추정됨.

〈표 3-15〉 시도별 우울증상 유병률 추이

(단위: %, %p)

구분	2017년	2018년	2019년	2017년대비 2019년 증감률
서울	3.6	3.5	3.7	0.03
부산	2.8	3.5	2.7	-0.04
대구	2.4	1.9	2.6	0.08
인천	3.8	4.8	3.5	-0.08
광주	4.1	3.2	3.0	-0.27
대전	3.0	2.1	2.1	-0.30
울산	1.6	2.9	2.5	0.56
세종	2.8	3.6	2.3	-0.18
경기	3.1	3.2	3.2	0.03
강원	3.0	2.9	3.8	0.27
충북	2.8	3.4	3.7	0.32
충남	5.2	4.3	3.6	-0.31
전북	3.0	3.9	2.8	-0.07
전남	2.6	2.7	2.6	0.00
경북	2.9	3.4	3.5	0.21
경남	2.1	2.8	2.6	0.24
제주	2.5	2.0	2.1	-0.16

주: PHQ-9 결과, 10점이상인 경우

〈표 3-16〉 시도별 우울증상 유병인구 및 정신건강복지센터 등록자수: 2019년

(단위: 명, %)

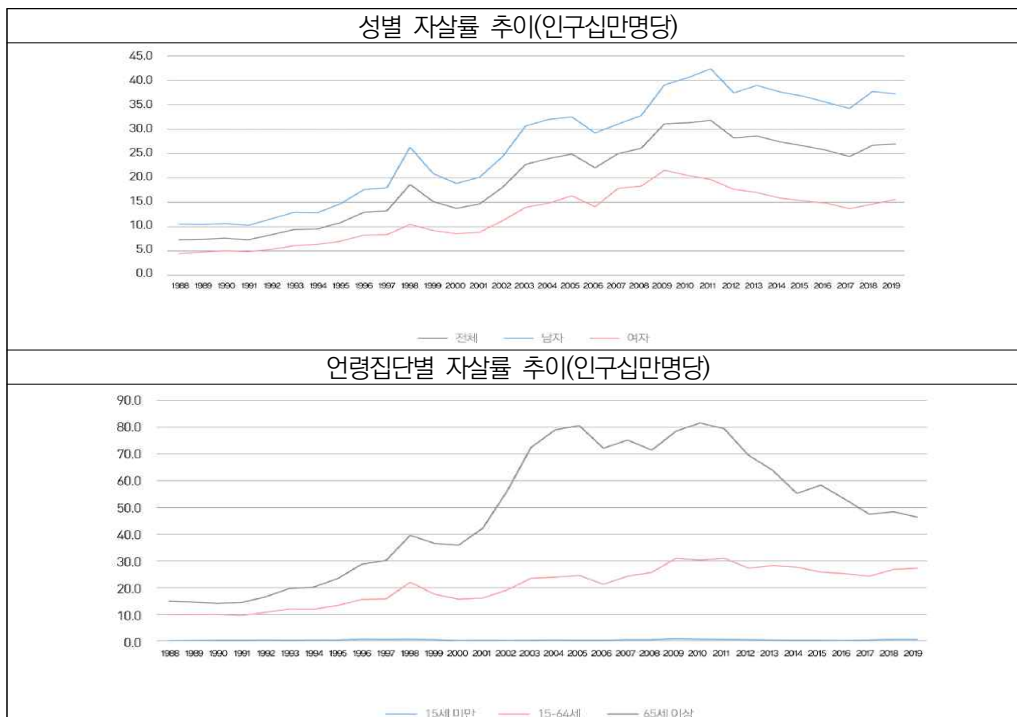
구분	경증 우울증상 유병인구수 (19세이상)	중증 우울증상 유병인구수 (19세이상)	우울증상 유병인구수 (19세이상)	정신건강증진사업 등록자 수	우울증상 유병자수 대비 등록자수
서울	282,315	35,955	318,270	10,969	3.4
부산	80,517	8,942	89,459	3,490	3.9
대구	50,776	3,536	54,312	2,087	3.8
인천	80,435	6,190	86,625	4,115	4.8
광주	32,261	2,864	35,125	1,930	5.5
대전	20,896	3,345	24,241	770	3.2
울산	20,542	1,930	22,472	957	4.3
세종	4,679	526	5,205	456	8.8
경기	306,652	31,238	337,890	19,556	5.8
강원	41,153	5,146	46,299	5,018	10.8
충북	46,130	4,091	50,221	4,996	9.9
충남	60,610	7,526	68,136	3,745	5.5
전북	42,485	2,475	44,960	1,779	4.0
전남	42,007	2,826	44,833	3,098	6.9
경북	72,690	6,232	78,922	3,578	4.5
경남	62,259	7,693	69,952	4,767	6.8
제주	10,665	1,077	11,742	1,466	12.5
계	1,257,070	131,592	1,388,662	72,777	5.2

주: PHQ-9 결과, 경증은 10점이상 20점미만인 경우, 중증은 20점 이상인 경우

### 3) 자살사망 현황

- 2019년을 기준으로 자살에 의한 사망자 수는 총 13,799명으로, 1일 평균 자살 사망자 수는 37.8명임(통계청, 2019년 사망원인 통계).
- 자살 사망자 수는 전년대비 129명(0.9%) 증가하였고, 인구 10만명당 자살 사망률은 26.9명으로 전년대비 0.2(0.9%) 증가함.
- 자살은 10대부터 30대까지 사망원인 순위 1위이고, 40대, 50대에서는 사망원인 순위 2위임.
- 자살률은 70대이상 인구에서는 전년대비 감소하고 있으나, 10대, 20대, 60대에서는 증가함.
  - 자살률은 20대(9.6%), 10대(2.7%), 60대(2.5%)에서 증가하였으며, 70대(-5.6%), 80세 이상(-3.4%)에서 감소함.

[그림 3-7] 자살률 추이: 1988-2019년



자료: 보건복지부(2021) 자살예방백서 재인용

〈표 3-17〉 성·연령별 자살률 변화

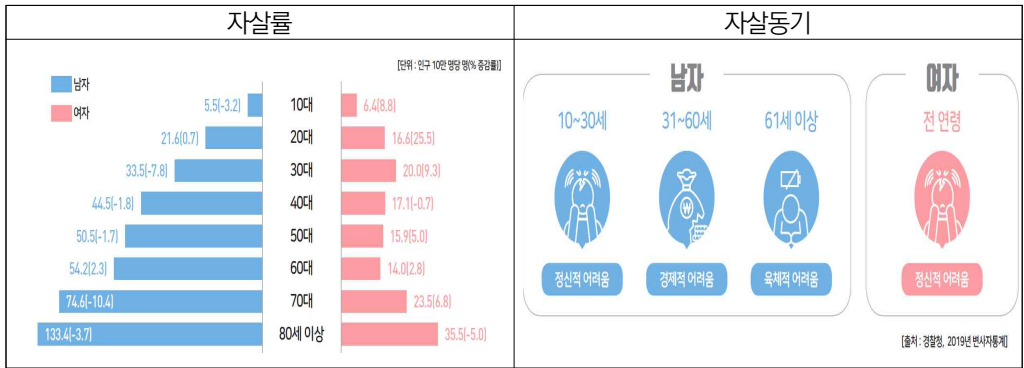
(단위: 명, 십만명당, %)

성별	연령별	2009년	2018년	2019년	18년대비 증감	18년대비 증감률
전체	0-9	0.1	0	0.1	0	105.5
	10-19	6.5	5.8	5.9	0.2	2.7
	<b>20-29</b>	<b>25.3</b>	<b>17.6</b>	<b>19.2</b>	<b>1.7</b>	<b>9.6</b>
	30-39	31.4	27.5	26.9	-0.6	-2.2
	40-49	32.8	31.5	31.0	-0.5	-1.5
	50-59	41.1	33.4	33.3	-0.1	-0.2
	<b>60-69</b>	<b>51.8</b>	<b>32.9</b>	<b>33.7</b>	<b>0.8</b>	<b>2.5</b>
	70-79	79.0	48.9	46.2	-2.7	-5.6
	80 이상	127.7	69.8	67.4	-2.3	-3.4
	계(자살률)	31.0	26.6	26.9	0.2	0.9
	계(사망자수)	15,412	13,670	13,799	129	0.9
남	0-9	0.1	0	0.1	0.1	105.6
	10-19	6.9	5.7	5.5	-0.2	-3.2
	20-29	25.3	21.5	21.6	0.2	0.7
	30-39	35.6	36.4	33.5	-2.8	-7.8
	40-49	45.4	45.4	44.5	-0.8	-1.8
	50-59	62.0	51.4	50.5	-0.9	-1.7
	60-69	80.8	53	54.2	1.2	2.3
	70-79	123.9	83.2	74.6	-8.6	-10.4
	80 이상	213.8	138.5	133.4	-5.1	-3.7
	계(자살률)	39.9	38.5	38	-0.5	-1.4
	계(사망자수)	9,936	9,862	9,730	-132	-1.3
여	0-9	0	-	-	-	-
	10-19	6.2	5.9	6.4	0.5	8.8
	<b>20-29</b>	<b>25.4</b>	<b>13.2</b>	<b>16.6</b>	<b>3.4</b>	<b>25.5</b>
	30-39	27.0	18.3	20.0	1.7	9.3
	40-49	19.8	17.3	17.1	-0.1	-0.7
	50-59	20.0	15.1	15.9	0.8	5
	60-69	25.8	13.6	14	0.4	2.8
	70-79	49.0	22	23.5	1.5	6.8
	80 이상	92.7	37.3	35.5	-1.9	-5.0
	계(자살률)	22.1	14.8	15.8	1	6.7
	계(사망자수)	5,476	3,808	4,069	261	6.9

자료: 통계청, 2019년 사망원인 통계

72 지역기반 정신건강지원 제도평가

[그림 3-8] 성별 연령별 자살률 및 자살 동기: 2019년

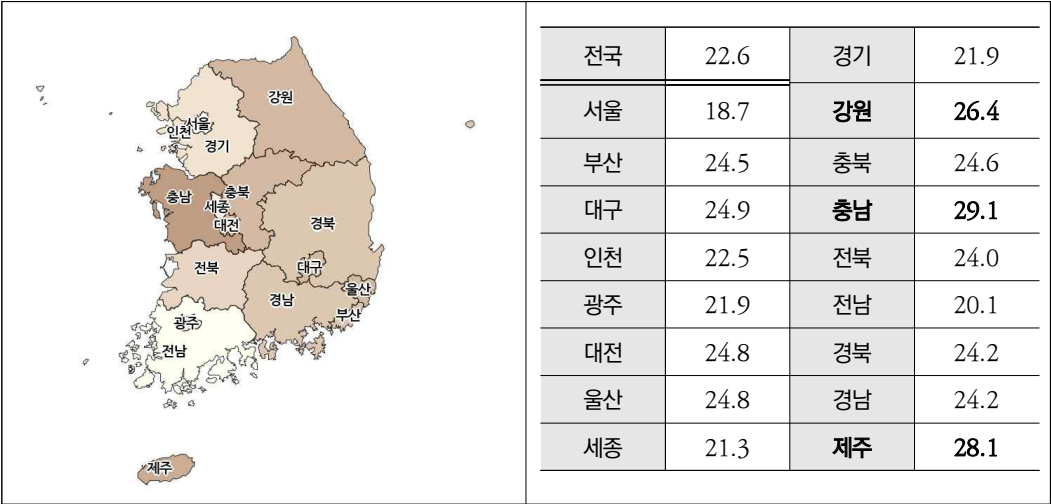


자료: 보건복지부. (2021b). 2021 자살예방백서 재인용

□ 시도의 자살률 분포 현황

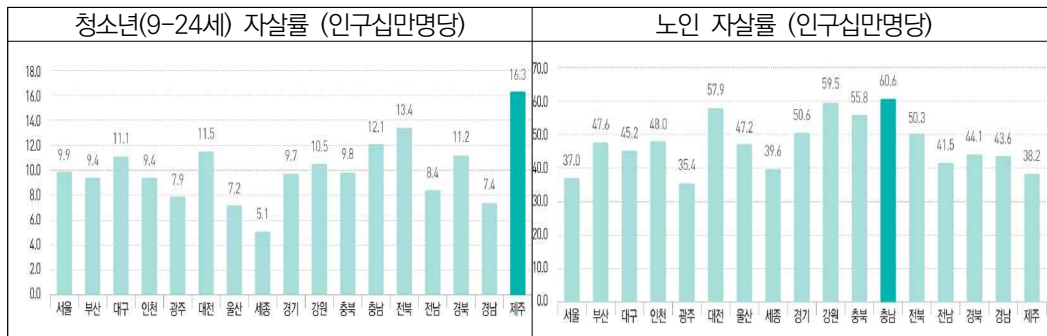
[그림 3-9] 지역사회 자살률 현황: 연령표준화 사망률

(단위: 표준인구 십만명당)



자료: 통계청. 2019년 사망원인 통계.

[그림 3-10] 시도별 자살률: 2019년



자료: 보건복지부. (2021b). 2021 자살예방백서 재인용

□ 2019년 남자와 여자 모두 학생, 가사, 무직의 자살 비율이 각각 남자 54.0%, 여자 75.4%로 가장 높음.

○ 그 다음으로 남자는 단순노무 종사자 12.3%, 사무 종사자 10.2% 순이었으나 여자는 서비스종사자 및 판매 종사자 8.0%, 사무 종사자 6.1% 순으로 높음.

〈표 3-18〉 직업별 자살사망 현황

(단위: 명, %)

구분	남		여		계	
	자살자수	%	자살자수	%	자살자수	%
관리자	109	1.1	13	0.3	122	0.9
전문가 및 관련 종사자	358	3.7	205	5.0	563	4.1
사무 종사자	994	10.2	248	6.1	1,242	9.0
서비스 종사자 및 판매 종사자	788	8.1	324	8.0	1,112	8.1
농림어업 숙련 종사자	324	3.3	58	1.4	382	2.8
기능원 및 관련 기능 종사자	114	1.2	4	0.1	118	0.9
장치, 기계조작 및 조립 종사자	404	4.2	11	0.3	415	3.0
단순노무 종사자	1,196	12.3	98	2.4	1,294	9.4
학생, 가사, 무직	5,251	54.0	3,067	75.4	8,318	60.3
미상, 군인(사병제외)	192	2.0	41	1.0	233	1.7
전체	9,730	100.0	4,069	100.0	13,799	100.0

자료: 보건복지부. (2021b). 2021 자살예방백서 재인용

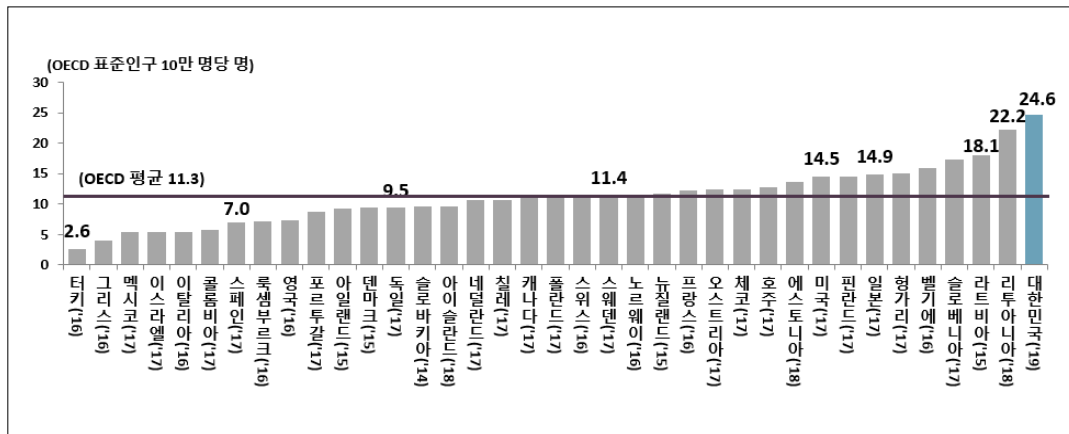


□ OECD 국가 중에 가장 높은 자살 사망률을 보이고 있음.

○ OECD 국가 간 연령표준화 자살률을 보면, 한국의 자살률은 인구십만명당 24.6명(2019년 기준)으로, OECD 평균 11.3명에 비해 가장 높은 수준임(통계청, 2019년 사망원인 통계).

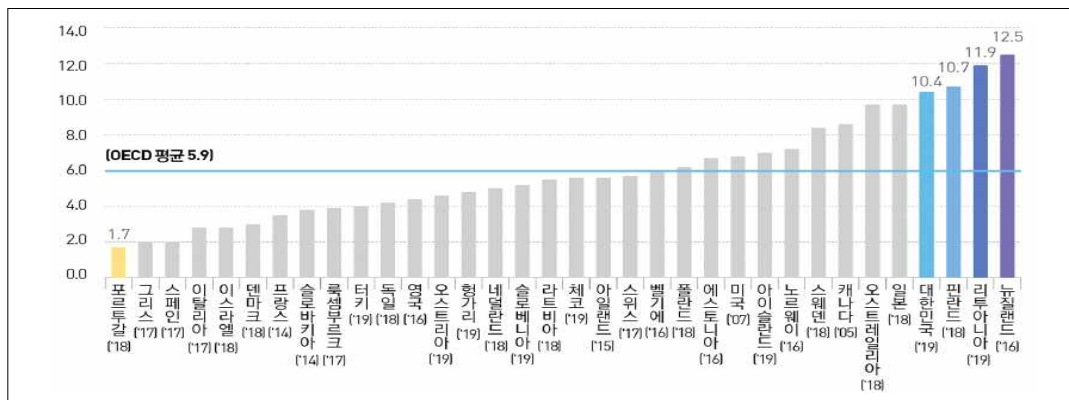
- OECD에는 2017년까지 공표되어 OECD 표준인구로 자체 계산한 수치임.

[그림 3-11] OECD 국가의 연령표준화 자살률



주: OECD 평균은 자료 이용이 가능한 37개 국가의 가장 최근 자료를 이용하여 계산  
 자료: 통계청, 2019년 사망원인 통계

[그림 3-12] OECD 국가의 청소년(10-24세) 자살률 : 인구십만명당



자료: 보건복지부, (2021b). 2021 자살예방백서 재인용

□ 지역사회 의 우울증상 유병인구를 발굴하여 정신건강지원서비스를 받도록 하기가

지는 의뢰자가 직접 상담을 요청하거나 특정기관에서의 의뢰를 기반으로 하고 있어, 실제 우울증상 유병인구를 포괄하기에는 한계가 있음.

○ 최근에는 찾아가는 상담서비스를 확대하고 있으나, 여전히 미흡한 실정임.

## 나. 기획 및 전달체계의 적절성

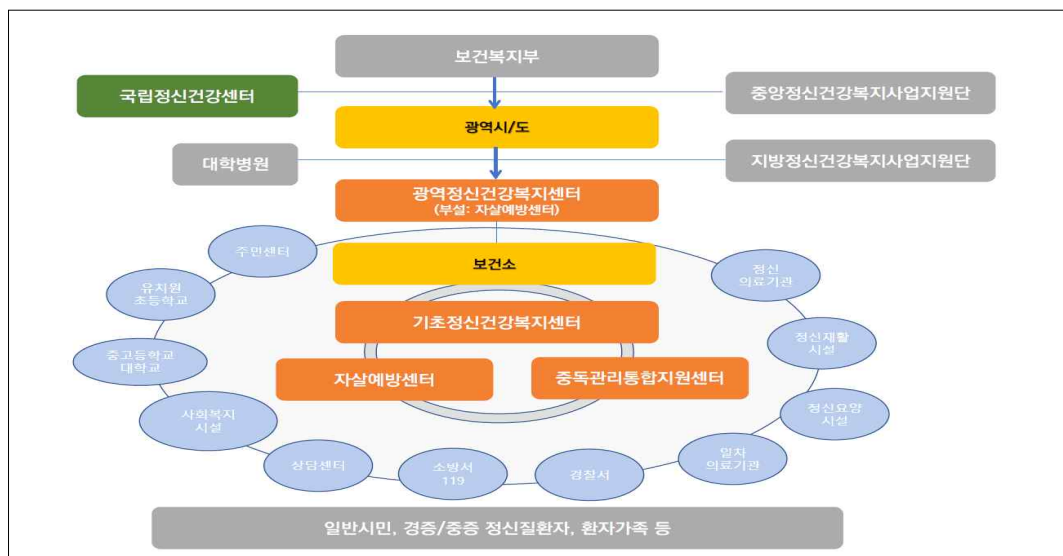
□ 지역사회에서는 광역정신건강복지센터와 기초정신건강복지센터를 축으로 하여 다수의 기관 및 시설과 정신건강서비스가 연계될 수 있도록 네트워크를 구축, 추진하고 있음.

○ 기획단계에서는 전달체계와 연계체계가 구축되도록 설계하고 있으나, 현장에서는 기관간 연계의 동기와 역할분담이 모호한 측면이 있음.

○ 또한, 지역사회 의 우울증상 유병인구를 발굴하여 정신건강지원서비스를 받도록 하기까지는 의뢰자가 직접 상담을 요청하거나 특정기관에서의 의뢰를 기반으로 하고 있어, 실제 우울증상 유병인구를 포괄하기에는 한계가 있음.

○ 최근에는 찾아가는 상담서비스를 확대하고 있으나, 여전히 미흡한 실정임.

〔그림 3-13〕 지역사회 정신건강서비스 제공 기관 현황



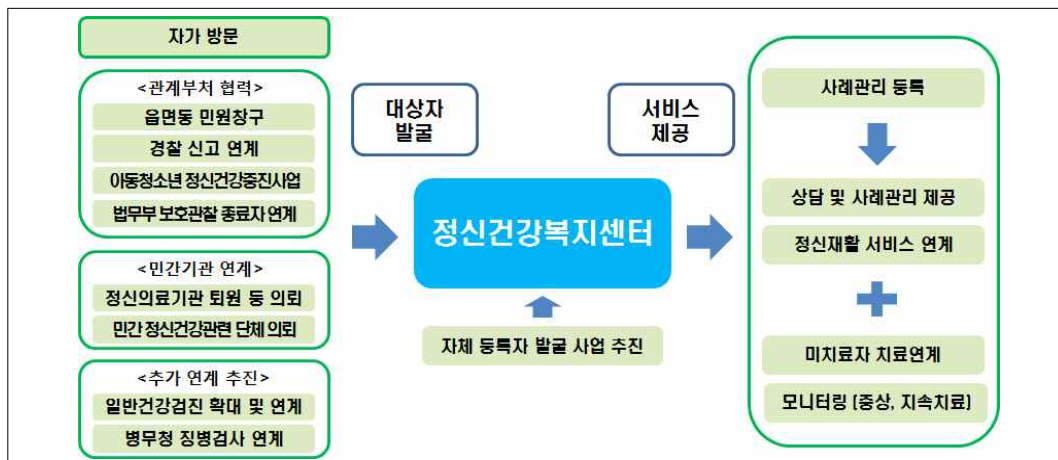
자료: 저자작성

〈표 3-19〉 정신건강복지센터의 주요 업무

광역 정신건강복지센터	기초 정신건강복지센터
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (연구·기획) 해당지역 정신건강 문제에 대한 현황을 파악하고, 지역정신보건사업 기본계획 및 시행계획 마련, 기초조사 등</li> <li>■ (프로그램 개발) 광역 및 기초 정신건강 증진센터에서 활용 가능한 프로그램 개발·보급, 효과성평가 등</li> <li>■ (마케팅) 정신질환 인식개선, 정신보건서비스 인지도 향상을 위한 광고·홍보 및 캠페인 등</li> <li>■ (교육) 자살예방 게이트 키퍼 양성, 정신질환자 당사자 및 가족 인권교육 등</li> <li>■ (네트워킹) 지역사회 연계 체계 구축, 위급상황에 대한 응급대응체계 구축 등</li> <li>■ (직접서비스) 24시간 핫라인 (1577-0199) 응급위기대응, 광역 정신 보건심판위원회 평가 업무 지원 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (정신질환자 관리) 1인당 6~70명 정신질환자 사례관리(방문 및 내소상담, 투약관리, 전화상담, 정신의료기관 연계 등), 재활 프로그램 등 진행, 정신의료기관 퇴원계획 수립, 정신질환자 자조모임 등 진행</li> <li>■ (자살·중독예방) 자살 및 중독 예방교육·홍보사업 진행, 자살시도자 및 유가족 사례관리·자조모임 등 진행</li> <li>■ (아동청소년) 학교와 연계하여 아동청소년 정신건강문제 고위험군 선별검사 및 상담, 치료비 지원 등</li> <li>■ (정신건강증진) 일반 주민 정신건강 상담, 정신질환 인식개선 홍보사업 등</li> <li>■ (위기대응) 자·타해 시도 등 정신과적 응급상황 발생 시 현장출동 및 정신질환자 선별·안정, 입원 등 지원, 재난 등 발생 시 재난심리지원</li> <li>■ (복지연계) 복지기관과의 사례회의를 통한 보건복지서비스 연계</li> </ul>

자료: 보건복지부 보도자료. (2019.5.15.). 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안

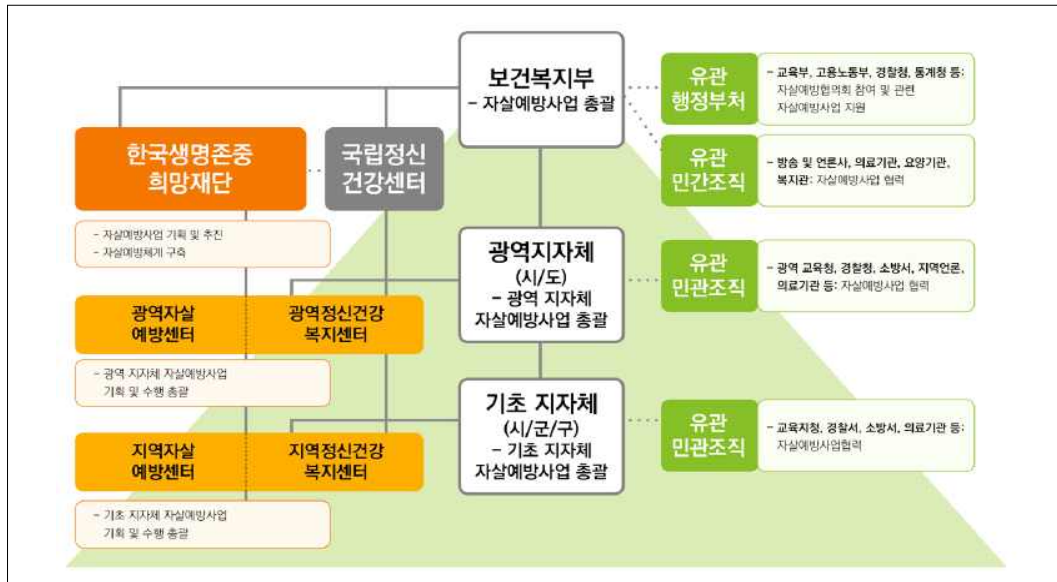
[그림 3-14] 서비스 대상자의 조기 발견 및 등록 사례관리 체계



자료: 보건복지부 보도자료. (2019.5.15.). 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안

□ 자살예방사업을 수행하기 위해 보건복지부의 자살예방정책과를 중심으로 자살예방사업을 총괄하고 있으며, 각 부처 및 지방자치단체에서 다양한 업무를 유기적으로 연계하여 수행하고 있음.

[그림 3-15] 자살예방사업을 위한 기관업 협력체계 및 역할



자료: 보건복지부. (2021b). 2021 자살예방백서 재인용

#### □ 광역 자살예방·정신건강복지센터의 역할

- 지역사회정신건강사업 및 자살예방 사업의 기획 및 수립,조정, 수행
- 지역사회 내 통합적 정신건강서비스 및 자살예방 제공을 위한 기반을 구축
  - 지역사회 특성 및 욕구에 적합한 예방, 치료, 재활 서비스가 제공될 수 있도록 지역사회 유관기관 간 연계와 서비스 제공 체계를 마련
- 지역 특성을 반영한 사업추진체계를 구축
  - 시·도 정신건강사업을 자문하는 정신건강복지사업지원단과의 연계 체계를 구축하고, 지역사회 내 정신건강서비스 및 자살예방 사업 미충족계층 대상자에 대한 서비스 연계 체계 구축 및 프로그램을 운영.
- 지역사회정신건강사업을 위한 자문 및 지원을 제공
  - 시·도의 정신건강사업 및 자살예방사업의 주도적 역할을 수행하는 기관으로 기초정신건강복지센터 및 지역사회 유관기관 사업수행에 필요한 자문과 지원을 제공

○ 정신건강위기상담을 운영하여 고위험군에 대한 응급위기대응 체계를 구축 및 조정

- 24시간 핫라인 전화상담(전국 동일 번호 1577-0199)과 보건복지부에서 자살예방 전문상담을 위해 개통한 보건복지상담센터(129), 자살예방 전문상담전화(1393)와의 협조체계를 구축 및 운영. 이를 통해 응급상황일 경우 출동 서비스가 가능하도록 인근의 응급기관 등 관련 협력기관들과 연계하는 업무를 수행

#### □ 기초 자살예방·정신건강복지센터의 역할

○ 지역사회 내 자살문제에 대한 인식개선 노력을 통해 생명존중 문화를 조성하고, 자살 고위험군 조기 발견 및 치료를 위한 서비스 전달 체계 및 네트워크 구축

- 대상자 발견, 등록, 상담, 집단프로그램, 치료 연계, 치료비(진료비)를 지원.
- 유관기관 연계 협조체계 구축, 교육·홍보·자문, 지역 내 자원을 파악 및 활용

〈표 3-20〉 기초 자살예방센터의 자살예방사업 내용

구분	사업내용
인식개선사업	•선택적(selective) 집단을 대상으로 하는 예방 및 교육 사업 •지식수준(knowledge) 향상을 위한 교육 및 인식개선 사업
고위험군 조기 발견 및 치료연계	•지역 네트워크 및 유관기관 연계 강화 •자살 유족 지원체계 마련
자살 위기대응 및 사후관리체계 마련	•전화상담으로 연계된 자살위험군 사후관리 •자살 시도자 사후관리
자살수단 접근 차단	•일산화탄소 중독 자살예방 사업 •농약안전보관함 보급 및 모니터링

#### □ 정신건강 전달체계 상에서의 한계점

○ 정신건강복지센터의 전문요원이 현장 출동이 가능한 시간대는 평일 주간 또는 평일 저녁10시까지만 가능하여 정신건강전문가의 현장지원에 한계가 있음.

○ 또한 응급상황이 발생한 경우에 경찰서, 소방서 등에서 신고를 받고 협조를 요

청하고 있으나, 기관간 협조체계가 잘 갖추어져 있지 못한 지역이 많아, 신속한 대응이 어려운 실정임.

- 신체질환이 동반된 정신응급환자를 24시간 진료할 수 있도록 병원간 네트워크 구축사업을 진행하고 있고 예전보다는 체계가 갖추어져 있으나, 지역별로 편차가 존재함.

## 2. 투입 및 집행관련 평가

### 가. 투입 자원의 충분성 및 전문성

#### ㉠ 시설 운영 현황

##### □ 보건복지부의 정신건강복지센터

- 1998년 모델형 센터 4개소로 시작하여 2001년에 기본형 센터 48개소를 최초 설치하고 개소수 확대
- 2008년 기본형과 모델형을 표준형으로 전환(128개소)하고, 광역형(2개소)을 신설함.
- 2017~2018년 210개소(기초 196개소, 광역 14개소)에 대한 운영을 지원하고 있으며, 지역사회 통합정신건강증진사업(광역1, 기초5)을 실시하고 있음.

##### □ 지역사회 정신건강복지센터의 운영주체는 직영운영기관 96개소(31.4%), 위탁운영기관 210개소(68.6%)임(2019년 12월 31일 기준).

- 광역정신건강복지센터는 세종을 제외한 모든 광역단위에서 위탁의 형태로 운영하고 있음.
- 기초정신건강복지센터는 직영운영기관 91개소(37.8%), 위탁운영기관 150개소(62.2%)로 구성되어 있음.

〈표 3-21〉 정신건강복지센터 현황: 2019년

(단위: 개소)

구분	전체	직영	위탁
광역정신건강복지센터	16		16
기초정신건강복지센터	241	91	150
중독관리통합지원센터	49	5	44
계	306	96	210

주: 기초정신건강복지센터에서 기본형 제외

〈표 3-22〉 시도별 자살예방센터 현황: 2021.12.31기준

(단위: 개소)

구분	자살예방센터			기초정신건강복지센터의 수행
	독립	부설	계	
서울	2	-	2	25
부산	-	1	1	16
대구	-	1	1	8
인천	1	2	3	10
광주	-	1	1	5
대전	-	1	1	5
울산	-	-	-	5
세종	-	-	-	1
경기	3	28	31	28
강원	-	5	5	18
충북	-	-	-	14
충남	-	3	3	15
전북	-	-	-	14
전남	-	-	-	21
경북	-	1	1	23
경남	-	-	-	20
제주	-	1	1	2
계(전국)	6	44	50	230

주: 기초정신건강복지센터에서 기본형 제외

자료: 보건복지부. (2021a) 2021년 정신건강사업 안내. p12, p75

## ② 인력 현황

### □ 인력의 교육 및 훈련 관련 연혁

- 지역사회 정신건강의 역할이 강조되면서 1995년에 「정신보건법」을 제정
- 정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사의 정신건강전문요원제도를 도입

- 수련제도는 1997년에 마련
- 2017년에 정신건강전문요원의 보수교육을 법제화함.
- 매년 500~1000명의 전문인력을 배출하고 있으며, 보건복지부의 자료에 따르면, 정신보건전문요원 수는 2019년기준으로 약 1만 6천5백명(누적인원)에 이

름

#### □ 상근인력 및 정신건강전문인력 현황

- 정신건강전문인력은 정신건강의학과 전문의 및 정신건강전문요원(정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사) 자격 소지자를 의미
  - 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신건강전문인력 수
  - 인구 10만명당 전문인력 수가 높은 지역은 광주(25.8명), 전북(25.0)이며, 인구 10만명당 전문인력 수가 낮은 지역은 울산(12.5명), 인천(14.0명), 경북(14.9명)이었음.
  - 인구 10만명당 상근인력수가 높은 지역은 충남(61.1명), 전남(60.7명)이었고, 낮은 지역은 세종(26.0명), 인천(38.3명), 울산(34.1명)이었음.
- 정신건강인력에는 정신과 전문의, 정신과전공의, 정신건강전문요원, 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 간호조무사, 기타행정직 등으로 구성됨.
- 정신건강복지센터의 정신건강전문인력은 인구십만명당 2.9명이며, 일반인력(간호사, 사회복지사, 임상심리사)은 인구십만명당 1.4명이었음.

#### □ OECD 국가와의 인력 수 비교

- 우리나라 정신건강인력 수는 OECD 국가의 최하위 수준임.
  - WHO의 GHO(Global Health Observatory)데이터 중에서 OECD가입 국가별 정신건강인력자원을 살펴본 결과, 인구 10만 명 당 인력 평균치는 97.1명(중간값 60.0명)이었음.
  - OECD 가입국 중 정신과 의사, 간호사, 사회복지사, 임상심리사 데이터가 모두 취합된 국가(13국)



- 정신건강인력은 OECD 국가에 비해 매우 낮은 편이며, 특히 정신건강간호사 인력문제는 지속적으로 누적되고 있음.

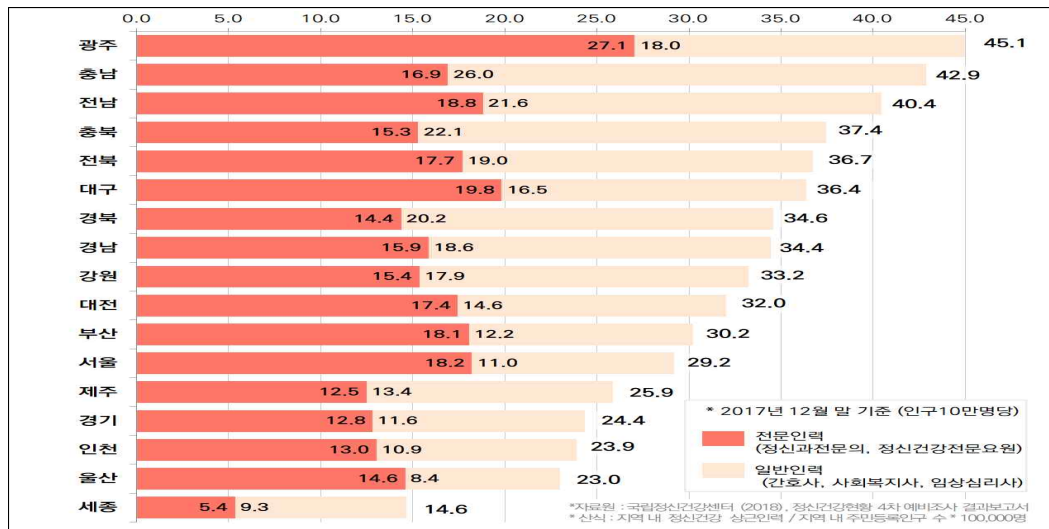
〈표 3-23〉 시도별 지역사회 정신건강 관련 기관의 상근인력 및 정신건강전문인력 현황

(단위: 명, 인구십만명당)

구분	상근인력	전문인력	인구10만명당 상근인력 수	인구10만명당 전문인력 수
서울	4,051	1,951	41.9	20.2
부산	1,765	713	52.3	21.1
대구	1,239	457	50.9	18.8
인천	1,127	411	38.3	14.0
광주	841	385	56.3	25.8
대전	762	300	50.5	19.9
울산	391	143	34.1	12.5
세종	86	33	26.0	10.0
경기	4,701	1,886	35.5	14.2
강원	738	256	48.7	16.9
충북	804	244	49.5	15.0
충남	1,336	445	61.1	20.3
전북	998	450	55.3	25.0
전남	1,076	370	60.7	20.9
경북	1,387	398	52.1	14.9
경남	1,780	555	53.1	16.6
제주	266	99	40.3	15.0
계(전국)	23,348	9,096	45.2	17.6

주: 보건복지부 국립정신건강센터 외. (2020). 국가 정신건강현황보고서 2019. p. 47.

[그림 3-16] 시도별 정신건강분야 상근인력: 인구십만명당, 2017년기준



자료: 중앙정신건강복지사업지원단. (2019.11.) NMHC 정신건강동향 vol.13 정신건강분야 인력 현황 재인용.

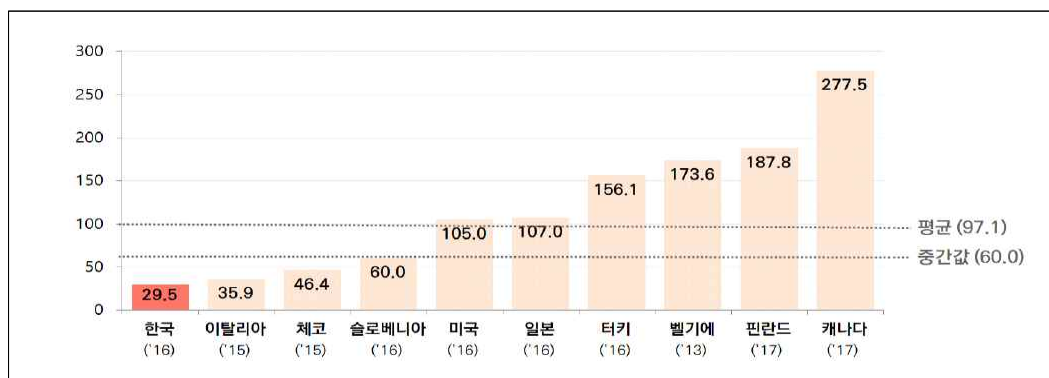
〈표 3-24〉 정신건강기관별 현황: 2017년

(단위: 인구십만명당)

구분	계	전문인력	일반인력
정신건강복지센터	4.3	2.9	1.4
중독관리통합지원센터	0.4	0.3	0.1
정신의료기관	21.6	11.3	10.3
정신요양시설	2.0	0.3	1.7
정신재활시설	2.2	1.3	0.9
계	30.6	16.1	14.5

자료: 중앙정신건강복지사업지원단. (2019.11.) NMHC 정신건강동향 vol.13 정신건강분야 인력 현황 재인용.

[그림 3-17] OECD 주요 국가의 정신건강분야 인력: 인구십만명당



자료: 중앙정신건강복지사업지원단. (2019.11.) NMHC 정신건강동향 vol.13 정신건강분야 인력 현황 재인용.

## □ 사례관리자 인력 현황

- 지역별로 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수가 가장 높은 지역은 제주(57.2명)이었으며, 그 다음으로 충북(44.6명), 인천(44.5명), 서울(44.3명)이었음.

〈표 3-25〉 시도별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수: 2019년기준

(단위: 명)

구분	등록정신질환자수	사례관리자수	사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수
서울	11,397	257	44.3
부산	3,838	184	20.9
대구	2,343	82	28.6
인천	5,166	116	44.5
광주	3,071	105	29.2
대전	1,096	48	22.8
울산	1,131	48	23.6
세종	456	12	38.0
경기	22,042	625	35.3
강원	5,453	157	34.7
충북	5,087	114	44.6
충남	4,036	100	40.4
전북	1,963	93	21.1
전남	3,266	106	30.8
경북	3,795	164	23.1
경남	5,248	133	39.5
제주	1,773	31	57.2
계(전국)	81,161	2,375	34.2

주: 보건복지부 국립정신건강센터 외. (2020). 국가정신건강현황 보고서 2019. p. 49.

## □ 정신건강전문요원 인력의 근무기관 현황

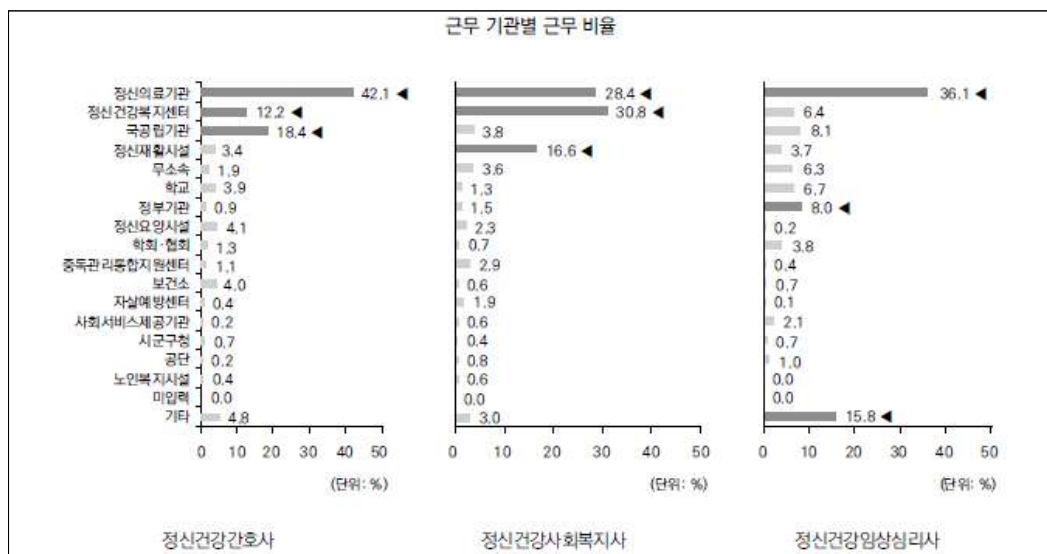
- 국립정신건강센터에서 운영하는 정신건강전문요원 관리시스템에 가입한 정신건강전문요원은 전체 요원 중에 57%인 9천 4백명정도이며 법정 보수교육 제외 대상인 유후 인력, 교직원근무자 등을 제외하면 현업에 근무하고 있는 정신건강전문요원은 모두 등록되어 있을 것으로 예상됨(이상훈, 정신건강인력의

현황과 과제. 보건복지포럼 2020.4. p43-54).

- 정신건강전문요원의 근무기관을 보면, 정신건강간호사는 의료기관 42.1%, 정신건강복지센터 12.2%, 국공립기관 18.4%이며, 정신건강사회복지사는 정신건강복지센터 30.8%, 정신재활시설 16.6%, 정신건강임상심리사는 의료기관 36.1%, 기타 15.8%로 지역사회에서 인력 유형별로 차별화가 발생
- 정신건강임상심리사는 정신건강복지센터와 같은 상담 영역에서의 수요를 충족시키는 데에 근무하기 보다는 새로운 형태의 정신건강사업영역에 진출하는 것으로 관찰된다(이상훈, 2019).

[그림 3-18] 근무기관별 정신건강전문요원 현황: 2019년기준

(단위: %)



자료: 이상훈. (2020). 정신건강인력의 현황과 과제, pp. 43-54.

#### □ 정신건강전문요원이 근무하고 있는 지역별 분포

- 정신건강전문요원이 근무하고 있는 지역별 분포를 보면, 서울과 경기도에 집중되어 있음.
- 지방에 있는 정신건강복지센터의 정신건강전문요원의 채용에 어려움이 있는 문제가 자주 거론되고 있음.

- 최근 경력 전문요원에 대한 인건비 부족, 업무 과다 등을 사유로 숙련인력의 이탈 현상 발생
- 정신건강서비스는 전문인력을 중심으로 서비스를 공급해야 하는 구조이며, 인력의 양과 질적 수준이 정신건강서비스의 접근성과 질에 중요한 영향 요인으로 작용하게 됨.
- 지역주민의 정신건강 증진 및 예방부터 정신질환자에 대한 조기발견 등을 위한 사업 수행을 위해서는 인적자원확보 및 인적자원확보를 위한 지자체의 인센티브 예산확보가 더욱 요구됨.

### 3 예산 현황

#### □ 관련 예산의 구성

- 정신건강복지센터의 예산은 주로 건강증진기금에 의한 국가 예산과 이에 매칭된 지방자치단체의 예산으로 구성되어 있고, 정신재활시설은 대부분 사회복지사업법에 따라 지방자치단체의 예산으로 운영되고 있음.
- 2020년 정신건강복지예산은 약 3천2백억원으로 전년대비 12% 증가함.
- 일반회계 및 국민건강증진기금, 특별회계 내 책임운영기관의 5개 국립정신병원 예산을 포함.
- 보건복지부 전체 예산 82조 5,269억원 중 보건분야 예산은 약 12조 9,650억이며, 이 중에 정신건강관련 예산은 보건예산 중에 2.4%에 해당됨.

〈표 3-26〉 국민건강증진기금에 의한 정신건강증진사업의 예산 규모

일반회계+특별회계	(억원)	국민건강증진기금	(억원)
책임운영기관(국립정신병원)	1,117	지역정신보건사업	685
정신요양시설운영지원	823	자살예방사업	291
중독관리통합지원센터	36	정신의료기관 평가인증	8
기타 마약치료 및 정신건강증진사업	4	정신질환편견해소, 인식개선	4
정신건강문제해결연구	62	...	
정신질환자 치료비 지원	43		
정신건강증진시설확충	105		
...			
예산 중 정신건강복지예산	2,203	기금 중 정신건강복지예산	988

자료: 중앙정신건강복지사업지원단. (2020.02.). NMHC 정신건강동향 vol.15\_2020년 정신건강복지관련 예산 재인용.

#### □ 예산 산출식(2019년기준)

○ 인구1인당 예산=정신재활시설, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 예산/추계인구수

〈표 3-27〉 시도별 지역사회 정신건강 예산

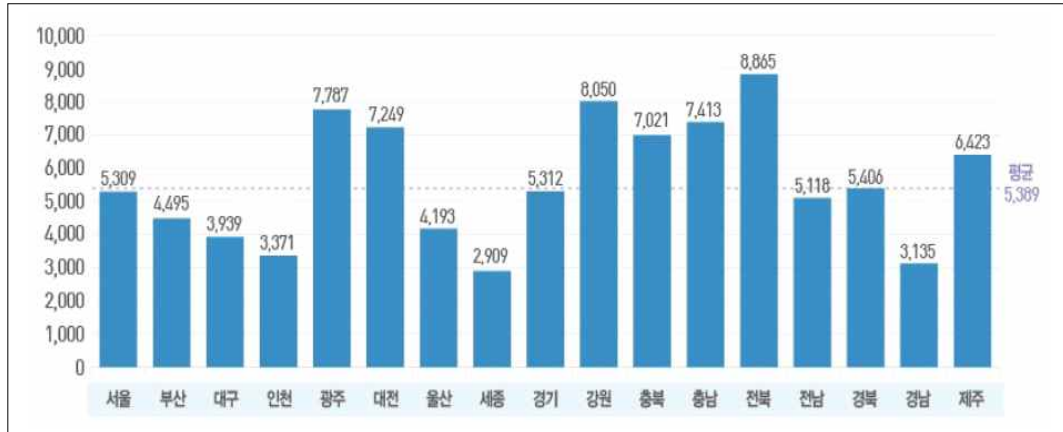
(단위: 명, 천원, 원)

구분	인구수	정신건강예산	인구1인당 지역사회 정신건강예산
서울	9,662,041	51,300,286	5,309
부산	3,372,763	15,159,383	4,495
대구	2,432,442	9,581,590	3,939
인천	2,943,992	9,923,885	3,371
광주	1,493,571	11,630,978	7,787
대전	1,508,753	10,936,233	7,249
울산	1,146,561	4,807,473	4,193
세종	331,136	963,287	2,909
경기	13,237,797	70,323,347	5,312
강원	1,516,629	12,209,343	8,050
충북	1,625,607	11,414,098	7,021
충남	2,187,752	16,218,788	7,413
전북	1,803,291	15,985,544	8,865
전남	1,772,926	9,074,488	5,118
경북	2,664,642	14,406,343	5,406
경남	3,349,656	10,501,653	3,135
제주	659,539	4,236,120	6,423
계(전국)	51,709,098	278,672,839	5,389

자료: 보건복지부 국립정신건강센터. (2020). 국가정신건강현황 보고서 2019. p. 45.

[그림 3-19] 시도별 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산

(단위: 원)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터. (2020). 국가정신건강현황 보고서 2019. p. 45.

□ 지역정신건강증진 및 자살예방사업을 수행하기 위한 예산은 건강증진기금예산을 통하여 지출되고 있음.

- 예산사업 지원은 국고보조를 50%로 지원함.
- 광역정신건강복지센터 운영 지원예산: 14개소×857백만원×50% (2020년기준)
- 기초정신건강복지센터 운영 예산: 201개소×182백만원×50% (2020년기준)
- 정신건강복지센터 인력확충: 인력증원 580명(1인당 인건비 35백만원)
- 통합정신건강증진사업: 6개 시도로 확대
  - ① 기존(광주): 1개(광주광역시)×9,298백만원×50%
  - ② 신규(5개 시도/74개 시군구): 74개 센터×280백만원×50%
- 지역맞춤형 자살예방사업: 자살 급증 지역 5개소, 맞춤형 자살예방사업 우수 사례 기관 5개소, 10개소×100백만원
- 기초정신건강복지센터 자살예방사업 지원: 기초정신건강복지센터 자살예방사업 담당자 추가(207개소)

□ 국민건강증진기금 내 지역정신보건 사업예산은 2020년 기준 685억원으로 전년 대비 27.7% 증액함.

〈표 3-28〉 시도별 지역사회 정신건강 예산

(단위: 백만원)

사업명: 자살예방 및 지역정신보건사업	2018년	2019년	2020년
〈지역정신보건사업〉	43,190	49,543	68,531
■ 광역정신건강복지센터 운영	5,746	5,849	5,996
■ 기초정신건강복지센터 운영	17,245	17,405	18,336
■ 정신건강복지센터 인력확충	8,500	13,825	19,287
■ 응급개입팀 운영(34개팀)	-	-	2,005
■ 아동청소년정신건강증진사업(169개소)	3,250	4,309	4,392
■ 통합정신건강증진사업(6개소)	4,649	4,649	15,009
■ 노숙자 등 중독자사례관리	300	300	300
■ 안산정신건강 트라우마센터	2,000	2,000	2,000
■ 정신건강사례관리시스템 운영	-	664	664
■ 중앙정신건강복지사업지원단	220	320	320
■ 정신건강정책연구개발	200	200	200
■ 운영비(직접수행)	22	22	22
〈자살예방 및 생명존중문화조성〉	18,892	23,357	29,115
■ 생명존중문화조성	1,280	2,837	2,837
■ 자살예방교육 및 인력양성	1,475	2,093	2,093
■ 자살유해정보모니터링	100	100	100
■ 자살고위험군 집중관리(응급실)	4,700	6,326	9,481
■ 기초정신건강복지센터 자살 예방사업 지원	-	-	1,811
■ 중앙자살예방센터운영	409	411	411
■ 심리부검체계구축	3,840	3,982	3,982
■ 민관협력자살예방사업	700	700	700
■ 자살 유족 지원 사업	-	600	1,355
■ 지역자살예방 및 정신건강증진사업	4,100	4,174	4,174
■ 지역사회기반 자살예방사업	100	100	100
■ 자살예방실무자 등 정신건강증진	512	512	512
■ 자살예방 상담전화 운영체계 개선	650	1,300	1,337
■ 자살예방정책 연구개발	200	200	200
■ 운영비(직접수행)	22	22	22
■ 자살실태조사	200	-	-
합계	61,420	72,900	97,646

자료: 보건복지부. (2020c). 2020년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료.

□ 최근에 정신건강복지 예산 확보를 위해 지속적으로 노력하여 증액하고 있으나, WHO에서 권고하고 있는 보건예산 대비 정신건강관련 예산 비중 5%에는 아직 미치지 못한 수준이므로, 추가 확보를 위한 지속적인 노력이 필요할 것임.



- 국가별 재정수준은 상이한 고소득 국가의 경우 보건예산 중에 정신보건예산이 차지하는 비중은 약 5.1%에 해당됨(WHO, Mental Health Atlas).

#### 4 정신건강 의료기관 현황

##### □ 지역별 정신건강 의료기관 현황

- 정신건강문제와 관련하여 상담 및 의뢰를 요청할 수 있는 정신건강의학과 의원의 경우 전남 또는 경북에서는 해당 의료기관이 없는 지역사회가 있어, 접근성의 문제에 노출되어 있음.

〈표 3-29〉 시도별 지역사회 정신건강 의료기관 현황: 표시과목별 의원, 2019년기준

(단위: 기관수, 인구십만명당)

구분	인구수	의원수	정신건강의학과	인구십만명당 정신건강의학과
서울	9,729,107	8,628	384	3.9
부산	3,413,841	2,384	108	3.2
대구	2,438,031	1,803	65	2.7
인천	2,957,026	1,573	50	1.7
광주	1,456,468	948	38	2.6
대전	1,474,870	1,078	56	3.8
울산	1,148,019	609	16	1.4
세종	340,575	181	8	2.3
경기	13,239,666	7,065	247	1.9
강원	1,541,502	769	22	1.4
충북	1,600,007	891	28	1.7
충남	2,123,709	1,074	28	1.3
전북	1,818,917	1,165	46	2.5
<b>전남</b>	1,868,745	944	<b>20</b>	<b>1.1</b>
<b>경북</b>	2,665,836	1,292	<b>27</b>	<b>1.0</b>
경남	3,362,553	1,639	48	1.4
제주	670,989	448	17	2.5
계(전국)	51,849,861	32,491	1,208	2.3

자료: 건강보험심사평가원. (2020). 2019년 건강보험통계연보.

### 3. 과정 및 산출 관련 평가

#### 가. 수혜자 수, 수급률

□ 지역사회의 기초정신건강복지센터에서 수행하고 있는 사업은 기본적으로 중증정신질환관리사업, 정신건강증진사업, 자살예방사업, 아동청소년대상 정신건강증진사업을 모두 추진하고 있으며, 지역별로 알코올 및 중독관리사업 재난관리사업 등을 추진하고 있음.

〈표 3-30〉 기초정신건강복지센터의 수행사업 현황: 2019년

(단위: 개소)

구분	중증 정신질 환	아동 청소년	자살 예방	정신건 강증진	알코올 /중독	재난관 리사업	노숙자	공동모 금회 지원	기타	계
서울	25	25	25	25	21	6	0	2	4	25
부산	16	16	16	16	4	9	2	1	0	16
대구	8	8	8	7	0	1	0	0	0	8
인천	10	10	10	10	2	3	0	2	2	10
광주	5	5	5	5	0	1	0	0	1	5
대전	5	5	5	5	0	0	0	0	0	5
울산	5	5	5	5	1	5	0	0	0	5
세종	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
경기	32	31	28	32	12	22	0	3	4	37
강원	18	17	18	16	6	7	0	0	2	18
충북	14	14	14	14	3	6	0	1	1	14
충남	16	15	15	16	2	1	0	1	4	16
전북	14	11	14	14	1	2	0	0	1	14
전남	21	20	21	20	3	6	0	1	0	21
경북	23	18	23	23	5	14	0	0	0	24
경남	20	19	20	20	10	15	0	0	1	20
제주	2	2	2	2	0	0	0	1	1	2
계 (전국)	235	222	230	231	70	98	2	12	21	241

주: 기초정신건강복지센터에서 기본형 제외

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외. (2020). 국가정신건강현황 보고서 2019. p. 75.

□ 지역사회 정신건강증진사업을 수행하는 정신건강복지센터 서비스를 이용하는 등

록자는 총 72,777명(2019년 12월 31일 기준)임.

- 센터별 등록자 수는 평균 302명이며, 지역별 인구수대비 등록자 비율은 평균 0.14%임.

〈표 3-31〉 지역사회 정신건강증진사업 운영 현황: 2019년

(단위: 개소)

구분	운영현황					지역사회 재활서비스 이용현황
	정신건강복지센터 (기초형)	정신건강복지센터 (기본형)	등록자 수	센터별 등록자수	인구수별 등록자비 율(%)	이용자 수
서울	10,969	0	10,969	439	0.11	2,228
부산	3,490	0	3,490	218	0.10	725
대구	2,087	0	2,087	261	0.09	2,818
인천	4,115	0	4,115	412	0.14	638
광주	1,930	0	1,930	386	0.13	279
대전	770	0	770	154	0.05	312
울산	957	0	957	191	0.08	150
세종	456	0	456	456	0.14	1,438
경기	19,556	0	19,556	529	0.15	4,100
강원	5,018	0	5,018	279	0.33	651
충북	4,996	0	4,996	357	0.31	552
충남	3,745	0	3,745	234	0.17	477
전북	1,779	0	1,779	127	0.10	1,004
전남	2,981	117	3,098	148	0.17	604
경북	3,569	9	3,578	149	0.13	894
경남	4,767	0	4,767	238	0.14	1,504
제주	1,466	0	1,466	733	0.22	261
계(전국)	72,651	126	72,777	302	0.14	18,635

주: 중독관리통합지원센터 등록자는 가족대상자를 제외한 중독자 수만 제시함.

2019.1.1.~12.31. 동안 재활서비스를 이용한 전체 실인원으로 기본형 정신건강증진사업 포함.

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외. (2020). 국가정신건강현황 보고서 2019. pp. 92-93.

- 지역사회의 기초정신건강복지센터에서 수행하는 주요 업무는 중증정신질환자의 사례관리가 포함되어 있으며, 이들에게 제공하는 재활서비스 이용 목적으로 등록된 환자 수는 약 7만 2,777명에 해당함.

- 성인의 경우, 조현병, 망상장애, 양극성장애와 같은 중증 정신질환자에 대한 관리 서비스를 제공함.

- 기초정신건강복지센터에 등록된 아동·청소년의 정신건강문제는 발달문제,

행동문제, 정서문제임.

〈표 3-32〉 연령별 등록자 현황: 2019년

(단위: 명)

구분	기초정신건강 복지센터	기본형정신건강 복지센터	전체
10세 미만	2,870	0	2,870
10~14세	4,447	0	4,447
15~18세	3,071	0	3,071
19~28세	5,650		5,650
29~38세	7,159	6	7,165
39~48세	12,042	35	12,077
49~58세	14,902	52	14,954
59~64세	7,340	14	7,354
65세이상	15,068	18	15,086
미상	102	0	102
전 체	72,651	126	72,777

주: 2019.1.1.~12.31. 동안 재활서비스를 이용한 전체 실인원으로 기본형 정신건강증진사업 포함.

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외. (2020) 국가정신건강현황 보고서 2019. p. 95.

〈표 3-33〉 지역사회 정신건강서비스 이용자의 진단별 현황: 2019년

(단위: 명)

구분				기초(기본) 정신건강 복지센터
성인	진단	중증정신질환	소계	44,892
			조현병	25,665
			분열형 및 망상장애	1,838
			조증 에피소드	82
			제1형 및 제2형 양극성 장애	4,745
			중등도 이상 우울에피소드 및 재발성 우울장애	12,562
		물질관련 및 중독장애		1,837
		중등도 이상 우울에피소드 및 재발성 우울장애를 제외한 주요 우울 장애		10,002
		신경증성, 스트레스-연관 및 신체형 장애		817
		정신지체		67
		뇌전증 및 뇌전증 지속상태		24
		기타		2,326
	미진단*		2,393	
아동/청소년				10,419
전체				72,777

주: \* 자살 문제, 인터넷/게임 문제 등

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외. (2020) 국가정신건강현황 보고서 2019. p. 97.

〈표 3-34〉 기초정신건강복지센터의 아동청소년 정신건강문제 유형

(단위: 명)

구분	등록자
발달문제	390
행동문제	4,588
정서문제	3,822
정신병적 문제	392
기타	1,227
합계	10,419

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외. (2020) 국가정신건강현황 보고서 2019. p. 98.

- 정신건강문제를 지니고 있는 유병인구에 비해서 정신건강사업의 등록자 수는 매우 적으며, 체계적 관리를 위한 등록 및 지속관리가 강화될 필요가 있음.

#### 4. 성과 및 효과 관련 평가

##### 가. 효과평가 방법

- 분석 방법: 준실험설계에 의한 평가
- 사업의 평가를 위해서는 실험설계를 통하여 사업을 수행하기 이전에 평가지표를 설정하여 측정하고, 사업을 수행한 이후에 평가지표의 변화를 측정하여 비교함으로써, 정책실행에 따른 인과관계를 밝힐 수 있음.
  - 그러나 정책평가는 정책이 집행된 이후에 이루어지기 때문에 기본적으로 회고적이며, 실험설계보다는 준실험설계에 의해 평가를 수행하는 경우가 대부분이라 할 수 있음(김진현, 준실험적 정책평가 설계에서 정책효과의 추정을 위한 가변수 회귀분석의 활용. 1999. 정책분석평가학회보 9(1) 179-201)
  - 준실험 설계에서 활용되고 있는 분석 방법의 사례
  - 비동질적 비교집단 설계, 회귀-불연속 설계, 단절적 시계열 설계, 비교 시계열 설계 등이 있음.
  - 비동질적 비교집단 설계 하에서 이중차분(Difference-in-Difference)에 의

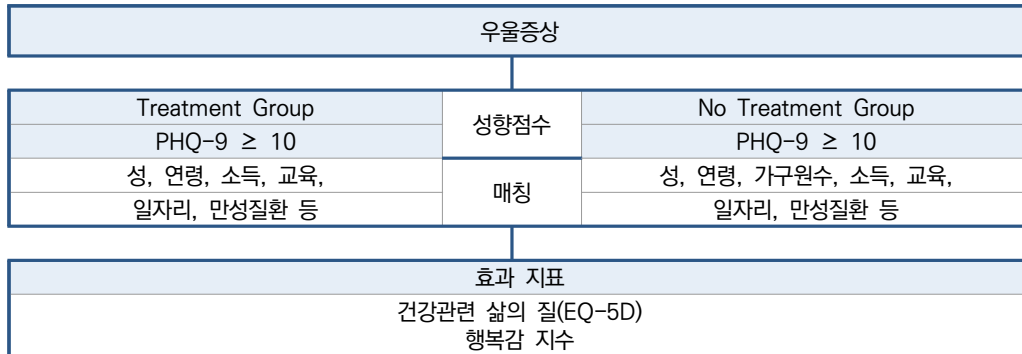
해 정책효과가 측정될 수 있음( $\Delta T - \Delta C = E$ ).

〈표 3-35〉 비동질적 비교집단 설계

구분	정책수행 이전	정책수행 이후	차이
실험집단	$Y_a = \mu + \mu_t$	$Y_b = \mu + \mu_t + y + E$	$y + E$
비교집단	$Y_c = \mu$	$Y_d = \mu + y$	$y$
차이	$\mu_t$	$\mu_t + E$	$E$

자료: 김진현. (1999). 중실험적 정책평가 설계에서 정책효과와 추정을 위한 가변수 회귀분석의 활용.

- 활용가능한 미시조사는 시계열자료가 아닌 횡단자료이므로 이중차분분석을 적용하기에는 한계가 따름. 따라서 본 연구에서는 정책 효과를 분석하기 위해, 사업 시행 이후에 사업의 수혜를 받은 대상자와 받지 못한 대상자의 성과를 성향점수매칭을 통하여 비교하고자 함. 비교집단과 대조집단의 특성 차이를 가능한 동질하게 구성하고 정책수행여부에 따른 차이를 분석함.
- 본 절에서는 정신건강증진사업의 효과를 분석하기 위해 성향점수매칭(propensity score matching)방법을 적용하여 효과를 분석함.
  - 성향점수는 20여년전에 Rosenbaum & Rubin에 의해 보건학 분야에 소개되었으나, 그 이후로도 상당기간 성향점수를 활용한 실증적 연구결과가 발표되기 보다는 종설이나 강좌를 통해 개념과 방법론 소개에 머무른 경향이 있었음(김명희 외, 2007).
  - 그러나 최근에 성향점수에 관한 연구결과가 활발히 생산되고 있으며, 비교군과 대조군의 비교를 좀 더 의미있게 만드는 역할을 하고 있음.
  - 임의할당이 존재하지 않는 관찰연구에서 비교군과 대조군 사이의 구조적 차이를 극복하게 함으로써 비뚤림 없는 추정치(unbiased estimate)를 도출할 수 있도록 함.
- 성향점수매칭(propensity score matching)을 통하여 case-control 그룹 도출함. (1:1)
  - 비교군과 대조군을 설정하기 위해 다음의 표와 같이 구분하여 분석함.



□ 성향점수를 이용한 매칭방법

- 성향점수란 관찰 대상자들의 특성들에 대한 사업참여 확률로 정의되며, 흔히 로지스틱 회귀모형으로 추정할 수 있음.
- 로지스틱 회귀모형으로 추정한 성향점수의 값을 토대로 성향점수의 값이 비슷한 실험군과 대조군의 대상자를 매칭하는 방법이 성향점수매칭임.

□ case-control 그룹 도출을 위한 로지스틱 회귀분석 결과

- 모형: 참여여부 = f(성별, 연령별, 소득수준별, 만성질환)
- 참여여부: 우울감으로 인한 정신상담 여부
- 자료원: 지역사회 건강조사

## 나. 우울감에 대한 정신상담 효과

- 스트레스 문제 또는 우울감으로 전문가에게 상담을 받은 경험이 있는 집단과 우울감이 있음에도 불구하고 상담을 받은 경험이 없는 집단을 구분하여 행복감의 차이를 분석함.
- 최근 1년간 2주이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감으로 전문가에게 상담을 받은 집단을 treatment group으로 설정하고, 성향점수 매칭을 통하여 이와 유사한 사회경제적 특성을 지니면서 상담을 받지 않은 집단을 no

treatment group으로 도출함.

- 분석결과, 아래의 표에서 제시하는 바와 같이, 전문가 상담을 받았지만 전문가 상담을 받지 않은 집단과 비교해서 행복감이 높은 결과로 나타나지는 않았음.
- 이는 정신상담 효과가 몇 차례에 걸쳐 지속적인 상담이 이루어져야 효과가 있을 것으로 기대되나, 본 분석에서 활용한 조사 결과는 상담의 지속성 여부를 판단할 수 있는 근거가 없어 이를 통제할 수 없는 것에서 효과가 유의미하지 않는 것으로 나타날 수 있어 해석상에 주의가 요구됨.

〈표 3-36〉 행복감의 차이

행복감 차이		
Treatment Group (정신 상담)		No Treatment Group
3.023		3.645

- 분석대상자 중에 65세이상 고령자를 대상으로 정신건강상담의 효과를 분석함.
- 정신건강상담에 참여한 고령자의 경우 참여하지 않은 고령자에 비해 행복감 지수가 높은 것으로 나타남.

〈표 3-37〉 고령자(65세이상)의 정신건강상담 참여 효과: 2017년

	참여	참여하지 않음	Pr>Chisq
〈EQ5D Score〉			
	0.49	0.43	0.199
행복감지수	3.52**	3.08	0.005

주: \*\*p<0.05



최근 1년동안 2주이상 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감으로 인해 전문가(보건소, 전문상담기관, 의료기관)의 상담 여부		
Treatment Group	성향점수 매칭	No Treatment Group
성, 연령, 소득, 교육, 일자리, 만성질환 등		성, 연령, 소득, 교육, 일자리, 만성질환 등
효과 지표		
행복감 지수		
Treatment Group (정신 상담)		No Treatment Group
3.52**		3.08

주: \*\*p<0.05

#### 다. 주관적 스트레스에 대한 정신상담 효과

- 주관적 스트레스를 지닌 사람이 전문가의 상담을 받은 집단과 받지 않은 집단을 구분하여 효과를 측정함.

스트레스 문제 발생으로 인한 전문가(보건소, 전문상담기관, 의료기관)의 상담 여부		
Treatment Group	성향점수 매칭	No Treatment Group
성, 연령, 소득, 교육, 일자리, 만성질환 등		성, 연령, 소득, 교육, 일자리, 만성질환 등
효과 지표		
건강관련 삶의 질 행복감 지수		

- 우선, 주관적 스트레스를 지닌 사람의 정신상담 참여여부에 대한 성향점수 도출을 위해 로지스틱 회귀분석을 수행함.

〈표 3-38〉 주관적 스트레스를 지닌 사람의 정신상담 참여: 로지스틱 회귀분석 결과

구분	Odds	Est.	Pr>Chisq
intercept		-1.927	<.0001
sex 1 vs 2	0.509	-0.338	<.0001
agegp 19 vs 80	1.699	0.229	<.0001
agegp 30 vs 80	2.352	0.554	<.0001
agegp 40 vs 80	0.917	-0.388	<.0001
agegp 50 vs 80	1.360	0.006	0.447
agegp 60 vs 80	1.222	-0.101	<.0001
agegp 70 vs 80	1.353	0.001	0.931
basic 1 vs 3	2.314	0.719	<.0001
basic 2 vs 3	0.619	-0.599	<.0001
educ 0 vs 4	1.181	0.101	<.0001
educ 1 vs 4	1.179	0.098	<.0001
educ 2 vs 4	1.026	-0.040	0.001
educ 3 vs 4	0.974	-0.092	<.0001
job 1 vs 6	0.832	0.146	<.0001
job 2 vs 6	0.33	-0.779	<.0001
job 3 vs 6	0.812	0.121	<.0001
job 4 vs 6	0.855	0.173	<.0001
job 5 vs 6	0.726	0.009	0.363
group5 1 vs 5	1.124	0.003	0.788
group5 2 vs 5	1.321	0.165	<.0001
group5 3 vs 5	1.255	0.113	<.0001
group5 4 vs 5	0.948	-0.167	<.0001
highp 0 vs 1	0.888	-0.059	<.0001
diab 0 vs 1	0.667	-0.203	<.0001

〈표 3-39〉 매칭 결과: 312명 vs.312명

변수	Pr>Chisq
sex	0.8568
agegp	0.7140
basic	0.2824
educ	0.8715
job	0.7999
group5	0.5267
highp	0.7286
diab	0.4083

□ 건강관련 삶의 질 차이와 행복감의 차이를 분석한 결과, 통계적으로 유의하지 않음. 이는 앞서 언급한 바와 같이 상담의 효과는 상담의 지속성에 영향을 받으며, 단기로 상담효과가 나타나기 보다는 중장기에 걸쳐 효과에 대한 여부를 판단할 수 있으므로, 이와 관련해서 시계열자료의 확보가 요구됨.

〈표 3-40〉 건강관련 삶의 질 차이

건강관련 삶의 질 차이		
Treatment Group (스트레스 정신상담)		No Treatment Group
0.811		0.867

〈표 3-41〉 행복감의 차이

행복감 차이		
Treatment Group (스트레스 정신상담)		No Treatment Group
5.437		5.965

## 제4절 성과 평가를 위한 설문조사 결과

### □ 조사대상자 및 조사 방법

- 지역의 정신건강사업 관련 전문가를 대상으로 조사를 수행함.
- 전체 응답자 수는 19명이며, 평균 경력 20~25년임(응답율: 79.2%).
- 이메일을 통하여 설문지에 응답후 회신 받음.
- 조사기간: 2021년 10월 6일~10월 10일

### 1. 사업별 평가 점수

- 정신건강사업의 영역별 문제의 심각성을 보기 위해 크게 문제의 전반적 크기, 타인에 대한 영향력, 경제사회적 비용의 크기로 구분하여 문제의 심각성 수준을 검토함.
- 정신건강문제에 대한 심각성 수준의 평균은 7.3점으로, 평균보다 높은 문제가 있는 영역은 자살, 정신질환자의 지역 자립지원, 정신질환자의 치료 및 대응에

관한 사회적 문제가 높은 것으로 나타남.

〈표 3-42〉 문제의 심각성

구분		문제의 전반적 크기 (A)	타인에 대한 영향력 (B)	경제사회적 비용의 크기(C)	문제의 심각성 (A,B,C의 평균)
전 국민 대상 정신건강	인식개선, 홍보	6.4	7.9	7.4	7.2
	예방, 검진	6.2	6.4	6.6	6.4
	조기개입	6.9	6.8	7.4	7.0
자살	예방	7.8	7.9	7.5	7.7
	발굴	7.6	6.9	7.3	7.3
	사후관리	7.6	7.2	7.1	7.3
중독	예방	7.2	6.9	6.8	7.0
	발굴	7.4	7.2	6.7	7.1
	재활지원	7.3	7.0	7.3	7.2
정신질환 자 지역사회 통합	지역 자립지원	7.5	6.9	7.5	7.3
	인권 강화	6.7	7.2	6.1	6.7
정신질환 자 치료, 대응	적극적 치료제공	7.5	8.1	8.3	8.0
	응급대응	8.2	8.6	8.1	8.3
전체		7.3	7.3	7.2	7.3

주: 0. 전혀 없다 ~10. 매우 높다

□ 정신건강문제에 대응할 사업의 효과성, 사업수행의 체계성, 사업수행을 위한 가용자원 및 인프라 측면에서 종합적으로 점수를 산출한 결과가 아래의 표에 제시되어 있음.

○ 전국민 대상의 인식개선 및 홍보에 대한 사업의 효과성, 사업수행 체계성 및 인프라 측면이 다른 사업에 비해 상대적으로 낮은 것으로 나타나, 향후 인식개선 및 홍보 사업이 보다 효과적인 프로그램을 통하여 체계적으로 수행될 수 있는 전략이 마련될 필요가 있음.

○ 중독관리와 관련한 사업은 전반적으로 평가 점수가 낮아서, 중독예방, 발굴, 재활지원과 관련한 사업이 체계적·효과적으로 수행될 수 있는 방안이 필요.

〈표 3-43〉 사업별 통합 평가 점수

구분		문제의 심각성(D)	사업의 효과성(E)	사업수행의 체계성(F)	가용자원 및 인프라(G)	통합평가점수
전 국민 대상 정신건강	인식개선, 홍보	7.2	6.9	5.1	4.3	4.80
	예방, 검진	6.4	7.2	5.9	5.2	5.24
	조기개입	7.0	7.8	6.3	5.2	5.66
자살	예방	7.7	6.6	6.1	5.4	5.53
	발굴	7.3	6.6	5.8	5.4	5.33
	사후관리	7.3	7.1	6.1	5.3	5.53
중독	예방	7.0	6.3	5.1	4.4	4.63
	발굴	7.1	6.2	5.3	4.5	4.73
	재활지원	7.2	6.4	5.2	3.9	4.57
정신질환자 지역사회 통합	지역 자립지원	7.3	7.0	6.3	4.5	5.30
	인권 강화	6.7	6.5	6.1	4.8	5.08
정신질환자 치료, 대응	적극적 치료제공	8.0	7.9	7.2	6.6	6.70
	응급대응	8.3	7.9	6.2	5.3	6.02
전체		7.3	7.0	5.9	5.0	5.32

주: 0. 전혀 없다 ~10. 매우 높다

통합점수 산출식=((D×E/10)+F+G)×a (a=영역별 가중치)

## 2. 현재 수행중인 사업에 대한 추진 수준과 사업의 우선순위

□ 현재 수행 중인 정신건강증진사업에 대한 중요도를 중심으로 해당 사업에 대한 우선순위를 보기 위해 다음의 그림과 같이 5개 영역으로 구분함.

[그림 3-20] 현재 수행중인 정신건강증진사업의 분류 및 세부 내용

정신건강증진사업 (1단계)	주요 세부 내용 (2단계)
전 국민 정신건강증진	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 인식개선 및 편견 해소 캠페인 강화</li> <li>- 정신건강증진, 예방 서비스 접근성 증대</li> <li>- 지역사회기반 정신건강 교육 강화</li> <li>- 대상자별 정신건강 증진 및 예방 확대</li> </ul>
중증 정신질환자의 지역사회 통합	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 지역사회 기반 재활 프로그램 개선</li> <li>- 지역사회 내 자립 지원</li> <li>- 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화</li> </ul>
중독, 약물오남용 폐해 최소화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 알코올 중독자 치료 및 재활 서비스 강화</li> <li>- 마약 등 약물중독 관리 강화</li> <li>- 디지털 기기 등 이용장애 개선</li> </ul>
자살예방관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 자살 고위험군 발굴</li> <li>- 자살 위험요인 관리</li> <li>- 고위험군 지원 및 사후관리체계 강화</li> <li>- 자살예방 서비스 지원체계 내실화</li> </ul>
정신건강 인프라 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문인력 확충</li> <li>- 정책추진 거버넌스 강화</li> <li>- 프로그램 효과성, 통계생산 등의 근거 생산</li> </ul>

□ 현재 수행 중인 정신건강증진사업에 대한 중요도를 중심으로 해당 사업에 대한 우선순위를 부여한 결과, 중증정신질환자의 지역사회 통합에 대한 우선순위가 가장 높았으며, 그 다음으로 자살예방관리였음.

○ 사업별 중요도 순위를 보기 위해 중요도에 따라 해당 사업에 예산을 배분하는 형태로 설문을 구성하였으며, 예산의 합은 100억이 되도록 함.

〈표 3-44〉 현재 수행중인 정신건강증진사업에 대한 중요도 순위

구분	평균	우선순위
1 전 국민 정신건강증진	21.4	3
2 중증 정신질환자의 지역사회 통합	23.8	1
3 중독, 약물오남용 폐해 최소화	14.6	5
4 자살예방관리	22.5	2
5 정신건강 인프라 강화	17.8	4
전체	100.0	-

주: BAP(예산할당법) 방법은 지표의 중요도에 따라 해당 지표에 점수를 부여하여 우선순위를 결정하는 방법

□ 현재 수행중인 정신건강사업에 대한 생애주기별 우선순위를 설문한 결과, 사업의 우선순위가 가장 높은 대상은 청년이었으며, 그 다음으로 중장년 대상의 순이었

음.

- 생애주기별 정신건강사업에 대해 현재 중장년 대상의 사업이 중점으로 추진하는 경우가 가장 많았음.
- 청년대상의 정신건강 지원체계는 중요도에서 가장 높은 우선순위에면서 추진 수준 대비 더욱 강화가 필요한 사업으로 제시됨.

〈표 3-45〉 생애주기별 정신건강 지원 체계

구분		추진 수준	예산 배분 (중요도 기준)	우선순위	강화
1	영유아/산모 대상	10.0	12.2	5	◎
2	아동·청소년 대상	20.6	19.4	4	
3	청년 대상	23.1	25.2	1	◎
4	중장년 대상	25.7	23.7	2	
5	노인 대상	20.6	19.6	3	
전체		100.0	100.0		

주: '생애주기별 정신건강증진사업'의 추진 수준을 평가하시고 100점을 만점으로 하여 점수를 매겨주십시오. 사업의 중요도를 기준으로 하여 향후 예산을 배분한다고 할 경우에 총액이 100억원이 되도록 예산을 배분해 주십시오.

〈표 3-46〉 인식개선 및 접근성 지원 체계

구분		추진 수준	예산 배분 (중요도 기준)	우선순위	강화
1	캠페인, 공익광고	18.2	21.6	2	◎
2	대상자별 교육	21.3	20.3	3	
3	찾아가는 정신건강서비스	22.2	22.5	1	◎
4	민간단체 양성, 민관협력	14.2	12.5	5	
5	자가관리 지원	13.7	13.9	4	◎
6	언론보도 가이드라인	10.5	9.7	6	
전체		100.0	100.0		

주: '인식개선 및 접근성 지원을 위한 정신건강증진사업'의 추진 수준을 평가하시고 100점을 만점으로 하여 점수를 매겨주십시오. 사업의 중요도를 기준으로 하여 향후 예산을 배분한다고 할 경우에 총액이 100억원이 되도록 예산을 배분해 주십시오.

- 현재 수행중인 정신건강사업 중에 조기발견 및 개입 지원과 관련해서 '경제적 위기 대상자의 정서·심리지원'사업의 우선순위가 가장 높았으며, 현재의 추진수준보다 더 강화해야 할 영역인 것으로 나타남.

〈표 3-47〉 조기발견 및 개입 지원 체계

구분		추진 수준	예산 배분 (중요도 기준)	우선순위	강화
1	동네의원 참여를 통한 조기 발견 지원	12.4	13.3	5	◎
2	정신건강복지센터에 정신과전문의(주치의) 배치	15.3	14.7	4	
3	건강보험공단에서 정신건강검진 내실화	11.3	10.8	6	
4	경제적 위기 대상자의 정서·심리지원	23.4	25.9	1	◎
5	감정노동자의 정서·심리지원	18.7	18.5	2	
6	복지사업과의 연계	19.5	16.7	3	
전체		100.0	100.0	-	-

주: ‘조기발견 및 개입 지원 체계의 정신건강증진사업’의 추진 수준을 평가하시고 100점을 만점으로 하여 점수를 매겨 주십시오. 사업의 중요도를 기준으로 하여 향후 예산을 배분한다고 할 경우에 총액이 100억원이 되도록 예산을 배분해 주십시오

□ 현재 수행중인 정신건강사업 중에 중독관리 지원사업과 관련해서 ‘고위험군 치료 및 재활프로그램 강화’의 우선순위가 가장 높으며, ‘전 국민대상 생애주기별 중독 문제 선별체계 강화’와 ‘중독물질관리 등 위험환경 개선’은 현재 추진 수준보다 더욱 강화할 필요가 있는 영역으로 나타남.

〈표 3-48〉 중독관리 지원 체계

구분		추진 수준	예산 배분 (중요도 기준)	우선순위	강화
1	중독물질관리 등 위험환경 개선	19.7	22.6	3	◎
2	전 국민대상 생애주기별 중독 문제 선별체계 강화	19.5	20.0	4	◎
3	고위험군대상 조기 발견 강화	30.0	27.6	2	
4	고위험군 치료 및 재활프로그램 강화	30.8	29.7	1	
전체		100.0	100.0	-	-

주: ‘중독관리 지원 체계’의 추진 수준을 평가하시고 100점을 만점으로 하여 점수를 매겨주십시오. 사업의 중요도를 기준으로 하여 향후 예산을 배분한다고 할 경우에 총액이 100억원이 되도록 예산을 배분해 주십시오

□ 현재 수행중인 정신건강사업 중에 자살예방관리 지원사업과 관련해서 ‘자살위험자의 상담서비스 강화’의 우선순위가 가장 높으며, 또한 현재 추진 수준보다 더욱 강화할 필요가 있는 영역으로 나타남.

○ 현재 추진 수준보다 더욱 강화할 필요가 있는 영역으로 ‘자살위험자의 사후관리 강화’, ‘자살원인 심층분석’이었음.



〈표 3-49〉 자살예방관리 지원 체계

구분		추진 수준	예산 배분 (중요도 기준)	우선순위	강화
1	자살예방 프로그램(교육, 홍보 등) 효과성 강화	18.7	17.5	3	
2	우울증 검진 및 스크리닝 강화	15.8	12.5	5	
3	자살위험자의 상담서비스 강화	22.6	23.9	1	◎
4	사회복지 제공기관의 연계를 통한 자살고위험자 발굴	13.9	12.9	4	
5	자살위험자의 사후관리 강화	20.3	23.2	2	◎
6	자살원인 심층분석	8.9	10.0	6	◎
전체		100.0	100.0	-	-

주: '자살예방관리 지원 체계의 정신건강증진사업'의 추진 수준을 평가하시고 100점을 만점으로 하여 점수를 매겨주십시오. 사업의 중요도를 기준으로 하여 향후 예산을 배분한다고 할 경우에 총액이 100억원이 되도록 예산을 배분해 주십시오

□ 현재 정신건강사업을 수행하기 위한 인프라 체계의 지원과 관련하여 '지역센터의 전문인력 배치 수 확대'와 '전문인력 교육 및 질관리'에 대한 우선순위가 높은 것으로 나타나, 사업 추진을 위해서 전문성이 높은 인력 확보가 필요하며 이를 토대로 수준 높은 양질의 정신건강서비스를 제공하기 위한 기반이 필요하다고 생각하는 것으로 나타남.

○ 우선순위에서는 높지 않으나, '정책추진 거버넌스 강화'와 '프로그램 효과성, 통계생산 등 근거강화'는 현재 추진되고 있는 수준보다 좀 더 강화할 필요성이 있는 영역으로 나타남.

〈표 3-50〉 인프라 체계

구분		추진 수준	예산 배분 (중요도 기준)	우선순위	강화
1	지역센터의 전문인력 배치 수 확대	27.1	29.7	1	◎
2	전문인력 교육 및 질관리	27.1	23.7	2	
3	자체(특화)사업을 위한 예산확대	16.8	15.2	5	
4	정책추진 거버넌스 강화	14.5	15.7	3	◎
5	프로그램 효과성, 통계생산 등 근거강화	14.5	15.7	3	◎
전체		100.0	100.0	-	-

주: '정신건강증진사업을 위한 인프라'의 추진 수준을 평가하시고 100점을 만점으로 하여 점수를 매겨주십시오. 사업의 중요도를 기준으로 하여 향후 예산을 배분한다고 할 경우에 총액이 100억원이 되도록 예산을 배분해 주십시오

## 제5절 현장전문가 대상 FGI 결과

- 본 연구에서는 지역의 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터  
를 대상으로 현재의 정신건강체계 전반에 대한 진단 및 평가를 위하여 질적 연구  
를 수행함.
- 질적 연구의 방법 중 하나로, 센터에 근무하고 있는 전문가를 대상으로 개인의 사  
업 수행을 통한 경험 및 평가를 파악하기 위해 초점집단면접(FGI)을 실시함.
- 초점집단면접을 수행하는 과정에서 다음과 같은 분석 평가 틀을 기준으로 하여  
질문을 구성함.
  - 일반적인 평가 틀을 기준으로 설계-투입-산출-성과에 대한 내용을 포괄하여  
질문을 구성
- 인터뷰 대상자 및 일시
  - 일시: 2021년 10월 5일~6일
  - 집단 1: 광역 정신건강복지센터 종사자 6명 (광역시 3명, 도 3명)
  - 집단 2: 기초 정신건강복지센터 종사자 6명 (수도권 2명, 시부 2명, 군부 2명)
  - 집단 3: 중독관리통합지원센터 종사자 6명 (서울경기인천 3명, 지방 3명)
  - 집단 4: 자살예방센터 종사자 6명 (서울경기인천 3명, 지방 3명)
- 초점집단면접(FGI)에서 가장 이상적인 형태는 이론상 포화(theoretical  
saturation) 지점에 이를 때까지 계속 인터뷰하는 것이라고 함(박종익 외,  
2019).
  - 여기서 포화상태는 더 이상 새로운 정보가 나오지 않고 내용이 반복적이 되는  
지점을 말함. 포화상태에 이르기 위한 인터뷰 그룹의 수는 연구 내용에 따라  
다르다고 할 수 있음.
  - 보통은 3-4개 그룹을 계획하고 이후 추가 그룹이 필요한 지에 대해 추후 다시

결정하는 것이 일반적임.

〈표 3-51〉 설문 구성

구분			설문 내용
설계	대상자 선정의 적절성	▶ 대상자의 포괄성 ▶ 대상자 선정 기준의 적절성 및 표적화 수준	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 수행하고 계시는 사업에 대한 개요와 인력에 대해 간단히 설명해 주세요</li> <li>· 사업 수행에서 요구도가 있으나 여러 여건으로 대상자에게 서비스를 제공하지 못하고 있는 영역이 있는지, 그리고 어떤 여건으로 인해 수행을 하지 못하고 있는 지에 대해 말씀해 주십시오.</li> <li>· 센터에서 모든 업무를 수행하지 못할 경우에 대체(또는 보완)할 수 있는 센터 또는 타부처 산하기관이 있는지, 대체할 기관이 없을 경우에 발생할 수 있는 문제점은 무엇인지에 대해 말씀해 주십시오.</li> </ul>
	기획의 적절성	▶ 사업내용, 추진체계, 관리체계 등의 적절성	
	사업간 관계	▶ 대상자 혹은 지원내용의 중복 및 사각지대 존재 정도 ▶ 시설, 프로그램 간 연계 등	
투입/집행	자원투입의 충분성	▶ 대상자 규모 대비 적정 예산 및 인력 투입 여부	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사업을 수행하기 위한 자원, 인프라가 충분하신지 말씀해 주십시오. 인력, 예산 등의 측면에서 생각하고 계시는 문제점이 있으신 대로 말씀해 주십시오.</li> <li>· 중앙정부 및 지자체의 지원 수준에 대해 생각하고 계시는 문제점이 있으신 대로 말씀해 주십시오.</li> <li>· 현재 수행하고 있는 사업 추진 방식(전달체계 및 연계체계 중심으로)에 대해 간단히 말씀해 주시고 관련하여 문제점 및 애로사항에 대해 구체적으로 말씀해 주십시오.</li> <li>· 사업 운영 구조가 민간위탁이기 때문에 발생하는 문제점이 있다면 무엇입니까?</li> <li>· 사업을 확대해야 할 대상 및 영역이 있으시면 말씀해 주십시오. 만약에 사업 확대할 경우에 사업 운영 구조는 지금과 다른 운영체계가 필요하다고 생각하시면 어떤 방식을 생각하고 있는지 말씀해 주십시오.</li> <li>· 기초단위에서 기초센터, 자살예방센터, 중독관리센터가 통합 운영하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?</li> </ul>
	지원방식의 적절성	▶ 급여유형 및 사업배치의 적절성	
	추진방식의 적절성	▶ 지역별 자원투입 및 인력공급 격차 ▶ 추진체계의 타당성	
산출	수급률	▶ 수요 혹은 대상자 대비 수급률	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사업을 확대해야 할 대상 및 영역이 있으시면 말씀해 주십시오. 만약에 사업 확대할 경우에 사업 운영 구조는 지금과 다른 운영체계가 필요하다고 생각하시면 어떤 방식을 생각하고 있는지 말씀해 주십시오.</li> <li>· 기초단위에서 기초센터, 자살예방센터, 중독관리센터가 통합 운영하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?</li> </ul>
	급여 충분성	▶ 수요 대비 급여의 충분성	
성과	성과달성 여부	▶ 사업군이 설정한 목표 달성도	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사업 수행에서 이전에 비해 효율적, 효과적인 성과를 내고 있는 것은 무엇입니까?</li> <li>· 노력을 하고 있으나 성과의 한계가 있는 영역은 무엇이며, 그 주된 원인은 무엇이라 생각하십니까?</li> </ul>
	성과부진 평가	▶ 사업 효과 제고 방안, 목표를 달성하지 못한 경우 원인분석	
개선 방안		▶ 제도 개선 방안	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 중앙정부에서 정신건강사업을 위해 지원해야 할 역할, 내용은 무엇이라 생각하십니까?</li> <li>· 개별 부처에서 분산되어 있는 정신건강사업을 연계·관리하여 성과를 향상시키기 위해 필요한 것이 무엇이라 생각하십니까?</li> <li>· 지자체에서 정신건강사업을 지원해야 하는 역할, 내용은 무엇이라 생각하십니까?</li> <li>· 법, 제도적 차원에서 개선해야 할 과제가 있으시면 말씀해 주십시오.</li> </ul>

## 1. 지역 정신건강사업의 요구도 및 사각지대 현황

□ 지역 정신건강사업에서 요구도가 있거나 요구도가 더욱 증가하고 있는 사업

- 소상공인 대상의 심리지원 사업
- 생애주기별 정신건강사업 및 시설에서의 정신건강관리사업
- 기관별(경찰, 소방서 등) 응급개입 및 법무부의 중독관리사업
- 아동대상 심리지원 프로그램

“자살 원인을 보면 경제적인 원인으로 자살하는 분이 많아서 경제적으로 어려운 사람 위해서 소상공인 대상으로 하고요. 심리지원사업을 계획했어요. ... 추가적으로 필요한 사업이지만 자살의 원인, 어려움을 표현할 때 복합적인 문제를 갖고 있어서 기본적인 자기의 욕구가 해소가 안 되면 심리적인 지원을 2차적인 문제로 생각하는 경우가 많아서 그 부분에 대한 부분이 어렵고요.”

“생애주기별로 기관에 따라서... 응급개입 관련 요구도가 많았어요. 경찰들이 24시간 근무해달라는 요구도가 많았어요.”

“협조되는 기관에서는 저희가 이동상담을 나가고 있고요 프로그램도 세 차례 정도 숲체험 프로그램을 지원 받고 거기서 고위험군이 발견되면 기초로 연결해서 필요하면 치료비지원까지 사업을 진행하고 있어요.”

□ 지역 정신건강사업의 사각지대 현황

- 복합적 문제를 지닌 노인의 특성으로 인한 서비스 배제
- 야간 및 공휴일의 응급개입
- 지역의 중독관리사업
- 의료취약지역에서의 의료기관 연계

“특히 개입 못 하는 부분은 노인과 중독 부분이에요. 여타 상위 증진사업을 추진하는데 노인 특성은 달라서 직접 하는 부분에서 배제가 되어 왔고 중독도 성격이 달라서 증진사업 안에 포함하기보다 네트워크 차원에서 사업만 수행하면서 있었어요.”

“응급개입이 활발해지면서 경찰 요구는 민원인에 대한 대응을 광역센터에서 적극적으로 해주길 원하는데 민원인들은 보통 정신질환이 완벽하게 있기보다 진단을 받지 못한 대상자나 해서 기초센터에서 사례관리가 되기 어려운 케이스가 많았어요. 기초센터는 사례관리를 못 받고 야간 공휴일에 문제가 생기면 광역센터에서 한시적 위기개입은 하겠지만 그 이상의 개입은 어렵고. 그러면서 사각지대로 방치되는 케이스대로 남겨지는 거 같은 대상자인 거 같아요.”

“응급개입팀은 요구도가 너무 솟구치는데 겨우 인건비 확보해서 내려와서 6명 뽑아서 2인 1조로 공휴일 주중 야간을 활용하라고 하는데 작년에서부터 지금까지도 구인광고를 내고 있지만 지원자가 없어요. 전문요원은 더욱 채용할 수 없어요. 갓 대학 졸업한 사회복지사 선생님들 경력 없는 두 분이 겨우 연명하고 있어요.”

“관내에 적절한 입원병원이 없어요. 입원할 때 관외 권역으로 입원을 해야 해서 입원하려면 하루 종일 걸리기도 하고요. 이런 면에서 어려움이 있어요.”

“중독까지 기초센터에서 커버를 못해요. 중독 사업을 따로 주는 것도 아니고. 인력을 따로 주지도 않아서 중독은 일단 배제, 후 순위예요...중독사업 하면서 지역센터에 연계하거나 지역과 네트워크를 구축할 때는 적어도 지역에 중독사업을 담당하는 담당인력이 있거나 담당팀이 있거나 중독센터가 있거나 구축이 돼야, 광역과 같이 네트워크가 돼서 사업이 진행이 될 수 있을 거 같아요. 그런 게 준비가 되면 좋겠어요.”

“환자가 보호자의 역할을 해줄 분이 없어서 ... 보호자들이 이런 환자들의 보호자 역할을 안 하고 거부하는 분이 있어요. 우리가 이런 분들의 약물, 만성이라 투약을 계속 해줘야 하니까 병원을 우리가 동행하면서 병원동행서비스를 하니까 다른 프로그램의 여력이 없어요.”

“부처 간의 사업이나 인터넷 사업도 스마트 심센터나 청소년상담복지센터 아이윌센터 도박문제 관리센터. 이렇게 부처별로 센터가 있는데 서로 간에 저희도 도박문제를 다 할 수 없어서...”

“위기대응에 대한 요구가 많아요. 지역에서 골치 아픈 사건, 술 문제가 일어나서 민원성 있는 사례를 우리가 담당해 주기를 원하고 술만 먹고 있으면 저희 센터로 연락해서 이 사람을 케어해 달라고 해요. 인력이 2명은 가야 출동을 갈 수 있는데 2명이 출동을 나갈 수가 없는 구조예요.”

## 2. 지역 정신건강사업의 투입-집행-산출에서의 진단

### □ 광역센터와 기초센터의 역할 모호

- 광역센터의 직접서비스 확대에 의한 기초센터와의 역할 구분 모호
- 광역센터의 간접서비스 기능의 약화 및 기초센터와의 사업 연계 감소

“중앙에서 직접 광역에서 응급개입이나 재난심리지원이나 모든—점점 이슈가 되는 정신건강의 문제를 구축하는 사업을 진행하면서 광역이 먼저 직접서비스를 세팅하는 구조로 가다 보니까 그 거에 대한 고충이 상당히 큰 거 같아요. ... 직접서비스 업무가 많이 증가하는 게 큰 어려움이라고 할 수 있어요.”

“광역이 간접서비스로 주 사업을 하고 있고 기초센터가 지원을 해주는데, 지금 재난, 유족지원원 스톱서비스도 광역으로 내려와서 확대하겠다 다음에 전 시도에 확대한다고 내려왔고 그것도 직접서비스이고 응급개입하는 것도 직접 서비스이고, 직접·간접 의미가 광역에서 별 의미 없는 거 같아요.”

“(광역) 진단이나 기획, 조사, 연구, 교육, 인식개선, 특히 체계 구축이 해야 할 역할이라고 생각해요 최근에 이런 것들의 업무를 놓치거나 미루고 있는 게 많아요.”

“광역은 간접서비스로 교육, 매뉴얼 그런 거를 제작해서 지원해주고 네트워크 구축하고 연구 개발도 해야 하고 그렇게 설정이 된 상태로, 막상 내려오는 사업은 그거랑 상관없이 내려와서 거기서 혼돈이 되고.”

“증진사업 홍보사업들이 기초랑 많이 겹치더라고요. 기초센터에서 조금 사례관리 부분에 집중할 수 없는 부분이 홍보사업, 증진사업 때문에 집중할 수 없다는 말을 많이 해요. 저는 요새 이 부분을, 담당을 갈라서 광역은 광역단위의 마케팅도 우리 본연의 사업에 들어가 있지만 좀 더 예방이나 증진이나 홍보 쪽에 광역이 집중을 해주고 사례관리 재활서비스는 기초에서 좀 더 거기에 집중하게 여건을 만들어 주는 게 좋지 않나 하고 최근에 생각하고 있어요.”

#### □ 인력, 시설 등 인프라 관련

##### ○ 근무공간 부족

##### ○ 인력의 양적 확대가 지속되고 있으나, 질적 수준 고려에 대한 준비 미흡

##### ○ 인력의 고용 불안정성 및 근무환경의 안전성 취약

##### ○ 역량강화 교육 부족

“경험된 인프라가 없어서 그냥 곁팔기식이고 심층적으로 사업을 수행할 인력이 없어요. 기초나 광역이나 거의 신규인력들이 많이 차지해서 우리가 계속 되돌이표처럼 이런 부분의 이야기를 하는데, 인력이 안정이 돼야 하고 평생 직장으로 생각하고 뭔가를 할 수 있는 대책이 이루어져야 할 거 같아요.”

“양적으로 늘어도 질적인 건 너무 내려가 있어요. 우리 광역도 매해 전문인원이 89%, 86%였어요. 지금 39%예요. 그런 상황에서 업무가 막 내려오고 이 선생님들이 계약직으로 1호봉, 2호봉, 3호봉 가르치기도 힘들고. ... 전체 인력 중에 다수가 사회복지이고 간호영역은 저만이에요. 다른 영역도 없고. 너무 불균형이 오니까... 잦은 이동은 정신과 영역베이스가 없어서 이런 부분에 대해서 이해도나 장애인에 대한 이해 없이 무조건 투입을 하는 거예요.”

“센터장님 부센터장님 팀장님들만 계시고 나머지는 1, 2호봉이에요. 중간관리자가 없어요. 어느 누가 어떤 걸, 실무경험이 전달이 되고 업무 숙련도가 상승돼야 하는데 지도, 지지가 부재해서 이런 사업의 지속성이 우려가 되고요.”

“물리적 공간의 문제.. 보건복지부에서 아무리 인력을 내리고 예산을 내려도 그런 필수 충족 공간조차 확보가 안 돼서 채용을 할 수 없는 문제도 있어요.”

“우리 일은 정신질환자를 직접 만나고 상담하고 응급위기개입에 투입이 돼야 하는데 그 일을 경력 없는 사람이 바로 할 수 없어요. 그 일을 제대로 할 수 있는 사람을 뽑기 어려운데 지원자도 없고. 그래서 악순환이 되는 거 같아요. 기존에 남아있는 선생님들은 사례관리자의 n수가 계속 늘어나고. n수만 늘어나요. 새로운 사업은 계속 늘어나고 지원자는 별로 없고. 왜 지원자가 없을까? 이야기를 나눠봤는데 우리 센터만의 문제는 아닌 거 같아요. 전국적으로 대부분 그런 상황일 거 같아요.”

“해를 거듭할수록 사업이 익숙해지고 수월해지고 더 전문성을 갖고 발전하는 느낌이 안 들고 늘 새로 시작하면서 셋업을 해야 하는 작업을 해야 하는 상황이 매년 반복이 되고 있어요.”

“사례관리나 응급위기개입 관련한 게 감점소진이 많고 스트레스가 많아서 그런 일을 기피하는 부분도 있고요. 급여문제, 전문성의 문제도 있다고 생각하고요.”

“사업만 계속 하다 보니까 내려 오는 대로 하루살이로 하루에 끝내야 할 걸 끝내고 일이 쌓이니까 역량강화를 할 시간, 신규직원을 트레이닝 할 시간이 많이 부족해요.”

“직원 역량개발을 위해서 프로그램 매뉴얼도 개발을 적립해주고 교육시켜주고. 그런 충분히 저희가 기대하는 부분은 하시는데, 광역별로 그게 편차가 있어요.”

#### □ 사업 예산 관련

- 타 사회복지기관 및 정신복지기관 간의 예산 불균형 문제
- 프로그램 지원비, 수당 부족
- 인건비 인상에 따른 예산 확보의 어려움

“저는 1명당 단가가 3500만원이에요. 1년에. 전문요원 수준으로는 1호봉 2호봉 사이밖에 뽑을 수가 없어요. 중간 그레이드가 많이 없는 점. 예산에 맞는 호봉에 맞는 분이 지원하기도 어렵고. 그런 부분이 한계인 거 같아요.”

“단위별로 3500 정도의 인력이면 1호봉 2호봉의 사람을 대상으로 인력을 쓴다는 건데 기존의 인력이 10년 이렇게 노하우를 갖고 있는, 3사를 보면 30년 이상 되신 인력들이 전문인력이 들어가서 일하고 있어요. 전문인력이 일해야 여러 가지 중독이 발생하는 위기대응, 다양한 사업을 전면적으로 계획 세워서 할 수 있는데 1호봉 2호봉 초기의 그런 인력들이 와서 어떤 사업을 추진할 수 있을지 모르겠어요.”

“우리가 이야기 하는 것은 지역사회 복지관처럼 그리고 사회복지 정신사회복지시설처럼 인건비가 경력에 맞춰서 보장이 되고 나서 사업비가 계속 사업에 맞춰서 에딩(adding)되는 부분이지, 그런 게 반드시 고려해야 할 첫 번째 사항이고요. 이렇게 이것이 지역사회 서비스 질로 이어집니다.”

“인력을 작년에 뽑아 보려고 일년 간 계속 공고를 냈어요. 한 명도 지원 안 했어요. 공무원으로, 무기계약직으로 공고를 내서 1명이 들어왔어요. 인건비가 많이 있는데 쓸 수 없어요. 왜냐하면 중독으로 인건비가 내려오고 자살로 인건비가 내려오고 아등으로 내려오고 정신보건사업으로 인건비가 내려와요. 중독으로 내려온 인건비를 쓸 수가 없어요. 중독으로 사람을 뽑지 않아서. 그러면 이 사업비는 반납해야 해요. 그래서 그런 부분이 문제가 있어요. ”

“24시간 근무하려면 전반적인 환경이 구비가 돼야 해요. 장소도 전혀 해결이 안 되고 있고 안전의 문제도, 저희가 6시 이후로 직원의 안전 문제가 준비되어 있지 않은 상황이에요. 초과근무수당도 준비되어 있지 않아요. 예산상 어렵고요.”

“치매센터랑 비교를 어떻게 할 수 없을 정도로 치매센터랑 업무량이 비교가 안 돼요. 우리는 치매센터 도움이 필요한... 치매어르신들의 응급사항이나 치매로 가기 전에 가벼운 우울까지 오히려 저희 기초센터로 오세요... 치매센터에서 인력이 많고 공간도 넓은데... 그걸 커버할 수 있는 인력이 안 되고 업무 바운더리에 들어가 있지 않고. 전문요원이 없어서 어르신들에게 출동 나가서 일을 해결할 수도 없고요. 말씀처럼 기초센터는 저희처럼 다 1년 단위 계약을 해요. 그런데 치매센터는 대부분 기간제나 공무원이거나 여러 가지 복지나 고용 문제가 깔려 있어요. 업무량도 깔려 있고요.”

“국비 인력 예산이 나오지만 그 다음 해에 똑같이 같은 금액이 내려와요. 인건비 호봉이 상승했는데. 결국 국비 지자체에서 충당해줘야 하는데 해달라고 매년 말씀을 드려야 하고 그러면 보건소에서도 계속해서 요청을 하고 확보해주셔야 하고. 확보가 안 됐을 때 인력에 대한 인건비를 어떻게 잘 유지할 수 있을지 항상 고민하면서 일해야 하는 부분이 안타깝고 아쉬운 부분이에요”

“안정적이지 못한 예산구조. 지자체장의 공약사업에 따라서 갑자기 생겼다 없어졌다 하는 예산이 있는 구조는 중앙정부에서 그러지 말라고 잡아줘야 한다는 생각을 해서 말씀드립니다.”

#### □ 서비스 전달체계 관련

##### ○ 정신건강복지사업의 전달체계 부재



- 정신건강복지센터 및 관련 기관의 역할이 모호, 네트워크의 부재
- 당사자의 증상에 따른 단계적이고 체계적인 서비스 부재
- 응급시스템의 부재

“저희처럼 응급개입사업은 하고 응급출동을 하는데 민간인 신분으로 경찰과 같이 대처했을 때 우리가 할 수 있는 힘이 없어요. ..우리 신분으로 할 수 없는 게 많아서 경찰, 소방에 의존해야 하고, 그러면 우리 목소리를 키울 수 없고, 그러면 당연히 서비스가 작아질 수 밖에 없고. 일단 서비스가 작아져서 불평불만 피드백이 올 수밖에 없어요.”

“근무하는 주간보다 이후 야간에 자살시도자나 조현병이나 다른 응급입원의 케이스가 빈번하게 나는 건 우리 센터 직원이 퇴근한 이후인데, 이게 해결이 안 되면 센터랑 경찰관의 협조 체계나 지역 내 빨리 후송하는 문제나 이런 것들은 문제일 수밖에 없다는 얘기가 모든 회의 때마다 나오고 있어요.”

“2인 1팀으로 방문을 나가라 하는데 현실적으로 그렇게 진행하려면 사업을 축소하거나 사례관리나 상담에만 센터가 집중하는 사업구조를 만들어 줘야 할 수 있는데 그런 면에 대해서 같이 생각하는 부분이 있어야 할 거 같아요.”

“대상자 발견하는 웹시스템을 개발해서 17년에 해서 경찰·소방·관련기관 코드도 다 부여하고 진행하고, 숨은마음찾기라고 해서 취약지구 대상자를 발견하는 의료급여 관리사, 방문보건 관리사, 보건진료소장, 행정복지센터 공무원, LH공사, 주택관리공단 이런 거를 다 만들어져 있어요. 그런데 실질적으로 민간과 해보면 이번에 대체물로 시스템이 다 만들어져서 소극적 대처를 했다면 이번부터 국가에서도 대상자 발굴에서 연계하는 걸 저희한테 사업이 계속 내려오고 있어서 대상자 발견하는 웹개발 시스템을 선정기관으로 해서 좀 영역을 넓히고 있어요. 실제 복지관이나 지구대랑 협약해서 현판도 걸어주고 소극적인 게 적극적으로 가는데, 근본적인 게 공무원들이 의료급여 관리사나 방문 관리사나 정말 이런 분들이 더 도 자체 내에서 도랑 일하니까 잘 될 거 같은데 그런 게 뚫고 들어가기 정말 어렵고요.”

#### □ 사업수행 관련

- 신규사업 수행에 따른 신속하고 구체적인 업무가이드라인 마련
- 사업 확대에 따른 행정적·노무적·제도적 지원 방안 마련

“복지부에서 예산이 중간에 떨어지는 예산이 있어요. 주간사업요원 위주로 매뉴얼이 있는데, 야간 24시간을 운영하면 어떻게 하라는 걸 내려준다고 사실 했지만, 실상 내려온 거에 도움될 내용이 없었어요. 올해 초에 안심버스도 내려오면서 운영매뉴얼도 주셨지만 기사를 어떻게 채용하고 어떤 급여체계를 가져야 하는지 정해지지 않은 채로 ‘일단 해’라는 식으로 내려와서. 그 부분은 우리가 주먹구구로 할 수 없어서 다른 시·도가 어떻게 하는지 알아봐야 하고 우리의 기준이, 법적으로 자문 구하는 걸 역으로 하는. 사업 하나 떨어질 때마다 예산 떨어질 때마다 그런 작업이 이루어져요. 사업을 해라 하면, 그걸 수반하는 실무적인 도움이 되는 매뉴얼이 빠르게 내려와야 할 거 같아요.”

“10년 전에 정신보건센터가 처음 생겼을 때 3명의 직원으로 1억 5천으로 시작하다 지금 30-40명에 우리도 예산이 30억 넘는데, 이렇게 많은 변화가 있음에도 불구하고 정신보건센터의 운영 지침, 법적인 사항들, 운영 인력에 대한 지원들—전문요원의 영역이 아닌 행정·노무·법률에 관한 게 너무 규모가 커져서 문제가 됨에도 불구하고 이런 거에서 아무 가이드라인도 없고 연락도 없고, 그래서 우리는 뭘 잘못하는지도 잘 모르는 부분도 있고요.”

“제도적인 것들. 행정 인력에 주어진, 운영하는 데에 여러 가지 것들에 대해서 규모가 커진 만큼 여기 계속 있으면서 이런 건 하나도 달라진 게 없어요. 이런 거에 대한 게 조치나 법·제도적 지원이 있어야 할 거고요.”

#### ○ 사업내용의 재정비 및 통합사업추진

“기존의 너무 산재된 사업을 필수사업과 선택사업 플러스 지역 특성화사업으로 묶어서 집약적으로 전국이 비슷하게 가는 건 동감해요. 너무 많은 사업이 가지치기로, 많아서 통합사업을 하면서 정리를 하는 게, 정리하면 중복되는 부분은 줄어들어서 가지치기를 할 수 있을 거 같아요. 집약적으로 하고 싶은 생각이 들어요... 우리는 충북청소년상담복지센터는 청소년만 하면 되는데 우리는 1-100세의 정신건강 · 인권 · 자살 · 재난 이걸 모두 하니까 너무 이것도 혼란스럽고 기존의 중증정신질환사업이 자꾸 축소가 되는데 본연의 업무가 없어지면서 그런 부분이 현장의 정신건강요원이 혼란스러운 게 많아요. ”

#### □ 사업 운영 관련

##### ○ 민간위탁관련 재정비

##### ○ 보건소와 정신건강복지센터의 역할 재정비

“민간위탁을 20여년 동안 유지를 하면서 처음에 시작된 기대했던 건 민과 관이랑 잘 네트워킹 해서 시너지 효과를 내길 바랐어요... 공공서비스니까 공공에서 책임감 갖고 기본구조를 세팅해줘야 한다. 이것이 해결이 안 되면 수많은 그런 기본 계획에 담긴 수많은 사업과 이런 것들을 내려도 우리가 기형적으로밖에 대응할 수 없다 라는 게 심각한 현안이에요.”

“우리 센터는 민간병원에 위탁 주면 민간병원에서 비상근센터장 개인이 비영리민간단체라는 사업자등록을 별도로 해서 센터장 개인 명의로 된 사업비를 받는 구조예요. 사업비도 센터장 명의로 받고 차량 렌트도 비상근센터장 명의로 받고. 종사자는 매년 근로계약을 센터장과 해야 해요.”

우리 센터는 민간병원에 위탁 주면 민간병원에서 비상근센터장 개인이 비영리민간단체라는 사업자등록을 별도로 해서 센터장 개인 명의로 된 사업비를 받는 구조예요.”

“결국은 책임져야 하는 건 고용계약을 작성하는 센터장이 되는 거예요. 그래서 민간위탁을 꺼리는 구조로 가는 거죠... 적어도 이런 법률에 대한 문제가 되지 않는 걸 중앙에서 만들어 주셔야 해요.”

“운영에 대한 전반적인 지침이 없어서 민간위탁에서 운영에 대한 책임감은 지고 운영에 대한 부분에 대한 업무지시나 성과를 내는 부분은 중앙정부 지자체에서 요구하는 바가 다르니까, 마음이 함께 맞으면 상생의 효과를 갖지만 지자체와 민간위탁기관에서 운영하는 부분에 대한 게 맞지 않으면 직원들은 중간에서 굉장히, 처신하거나 어떻게 대응해야 하는지 어려운 부분이 있어요.”

“민간위탁의 전문성, 민간위탁의 고유성을 그대로 인정해 주고 믿고 신뢰를 해줘야 하고 보건소는 행정적 역할을 보조해 주면 되는데, 이런 것들이 제대로 되어 있지 않아서 팀장급 이상은 거기서 오는 갈등, 힘들이가 존재해요.”

#### □ 근거기반 사업체계 마련

- 지역별 정신건강영역에 대한 진단이 우선 필요
- 효과성 높은 사업 수행 체계 마련

“지역진단조사부터 이루어지고 우리 지역은 어떤 부분에서 사업이 필요하고 그 사업을 1차 2차 예방 중에서 어떤 사업을 하면 좋겠고 종류별로도 인터넷, 알코올, 도박, 이렇게 있는데 그 중에서 어떤 사업을 주력사업으로 하고. 이런 것들이 조금 나오면 사업할 때 좋은 지역진단이 될 수 있죠.”

“광역이나 특성화된 지역특성화 사업을 근거기반으로 준비하면서 진행하는 거는 포커스가 맞았다고 생각하고 근거기반이나 네트워크나 이런 부분에서 당연히 해야 하는 게 주라고 생각하고. 인식개선도 하는 건 다 전국이 열심히 하는데, 고민이 되는 부분은 인식개선하는 부분이 인식개선조사 요만큼 한다고 해서 많이 변화가 되고 효과 있다는 걸 입증할 수 없어서 그런 게 항상 고민이에요.

”기초에서는. 우리는 간접서비스를 매뉴얼이나 근거기반 이런 걸 하길 원하는데 이것보다 시에서는 이런 우리가 사업, 보이기식 사업을 이슈에 따라 하길 원해서 그렇게 방향이 가고 있어서 기초도 관계가 더 소원해지고 기대하는 부분들도 많이 차이가 보이는 거 같아요.“

### 3. 지역 정신건강사업의 성과 평가

#### □ 지역 사업의 성과 평가

- 지역센터를 중심으로 응급위기대응 체계가 점차 마련되고 있음.
- 고위험군 발굴 및 사례 관리 확대
- 다만 코로나 업무와 겹치면서 최근에 연계사업이 감소되고 있음.
- 성과지표에서 과정지표 및 질적 변화에 대한 지표 검토 필요

“올해부터 통합증진사업을 하면서 예산이 들어오면서 응급병상이 확보가 됐어요. 이런 것들이 응급입원도 더 예전보다 수월하게 진행하고 경찰과 갈등이 줄었고 응급위기대응에 더 가능하게 되는 성과들은 있었어요.”

“우울과 자살방지를 해서, 고위험군을 지역센터에서 사례관리를 하게 하고 우리는 교육과 홍보를 같이 지원하고 있어요. 그런 기회가 아니라면 고위험군 발굴이 힘들 텐데 그런 기회로 고위험군 발굴을 할 수 있었다는 피드백을 많이 받아서, 그게 올해 코로나 상황이라도 진행할 수 있던 부분이 매해 오래 지속하면서 성과라고 할 수 있어요. 응급개입하면서 내려오는 예산이나 가이드가 문제인 거지, 사업 자체는 그걸 할 수 있게끔 내려주면 저는 얼마든지 할 수 있는 사업이라고 생각해요.”

“‘자살시도자가 오면 지역센터에 연계를 해주세요’라고 계속 얘기하는데 ‘총무과나 간호사가 바쁘면 우리는 못한다’라는 거죠. .. 이제 코로나로 인력이 병원에서 다 배치돼서... 우리가 연계 건수가 작년부터 줄었어요. 그런 상황으로 인해서 자살시도자는 좀 더 관심, 연계가 많이 떨어져서 문제라는 생각이 들어요. 응급실에 내원하는 자살시도자는 중앙 차원에서 지역에 연계하는 시스템을 마련해 주면 어떨까 싶어요.”

“‘자살률이 떨어졌다 올랐다 외에 저희가 서비스를 제공했던 분들의 변화, 실제적인 질적 변화를 평가할 수 있는 지표를 만들어야 하지 않겠냐’라는 지적을 받았어요.”

#### 4. 개선방안

##### □ 제도적 개선방안

- 정신건강서비스를 전달하는 과정에서 제공자가 보다 안정된 시스템으로 운영될 수 있는 체계 마련 필요
  - 근무환경의 안전성 확보가 필요, 고용불안정성 및 보수체계에 대한 정비, 직원들의 역량강화 등 필요
  - 응급개입 등에서 지역 유관기관과의 연계가 잘 이루어질 수 있는 체계 마련
  - 지역 실무자들은 지역에 맞는 서비스를 제공할 수 있도록 하되, 중앙에서 인식개선 및 홍보 등을 강화할 필요가 있음.
- 직원의 복리후생 및 심리적 소진 예방

“좀 더 우리가 조직적으로 안정된 시스템으로 만들어 놓고 해야 하는 걸 이야기 하고 싶어요. 인력, 예산 모든 게 안정적으로 가야 한다고 중앙에 말하고 싶어요.”

“직원에 대한 지원이 필요합니다. 자살예방센터 직원의 소진이 엄청 나고. 자살사망자를 직접 목격하기도 하는데 그런 개입이나 사후개입 하는 거, 지원하는 게 없어서 많이 힘들어 합니다. 그러다 보니 근무도, 금방 퇴사를 하고. 사업의 연속성이 그러면 떨어지고.”

## 제6절 지역사회 정신건강증진정책의 해외 사례

### 1. WHO 「Mental Health Action Plan 2013-2020」

□ WHO 「정신건강종합실천계획 2013-2020」이 발표되면서 우리나라도 영향을 받음.

○ 비전: 정신건강의 가치를 인정하고 정신장애가 효과적으로 예방되어 정신장애인들이 사회적 낙인 및 차별에서 벗어나 사람의 권리를 완전하게 누릴 수 있는 세상을 만드는 것

○ 접근 전략:

- ❶ 보편적 의료보장: 모든 사람들이 인구학적 특성 및 경제적 수준에 관계 없이, 정신건강서비스에 대한 접근이 가능해야 함.
- ❷ 인권: 정신건강 개선을 위해 장애인 권리 협약 및 기타 인권관련 국제 기구 및 지역 기구 협약에 따라야 함.
- ❸ 근거중심: 정신건강 증진을 위해 과학적 근거 또는 맥락적 상황을 반영한 모델을 기반으로 추진
- ❹ 생애주기별 접근: 정신건강에 대한 정책, 기획, 서비스제공은 유아기 · 아동기 · 청소년기 · 성인기 · 노년기를 포괄하여 이들의 요구를 반영
- ❺ 다학제적 접근: 다학제적 영역에 걸쳐 협력하고 민간 및 공공과의 협력 관계로 추진
- ❻ 정신 · 심리사회적 장애자의 역량강화: 정신건강 홍보, 정책, 기획, 법, 서

비스 등에 있어 정신·심리적 장애를 가진 사람에 대한 내용이 포함되어야 하며, 이들의 역량 강화 방안 마련

#### ○ 주요 목표

- ❶ 정신건강을 위한 효과적인 리더십과 거버넌스 강화
- ❷ 지역사회를 기반으로 한 포괄적이고 통합적이며 책임있는 정신건강 및 사회서비스 제공
- ❸ 정신건강증진과 정신질환 예방을 위한 전략 실행
- ❹ 정신건강 정보체계, 근거수립 및 연구 활동 강화

□ ▶ 우리나라도 정신건강 종합계획을 수립 및 시행하고 있음. WHO는 정신건강 문제를 단순히 정신건강의 범위에서 보는 것이 아니라 종합적인 건강문제를 통합적으로 관리할 경우에 보다 정책의 효과가 향상된다는 것을 제시하고 있음. 따라서 정신건강문제와 정책을 접근할 때, 사람중심의 포괄적이고 통합적인 접근이 필요. 또한 WHO는 생애주기별 접근을 강조하고 있으며, 우리나라도 생애주기별로 특징적인 정신건강문제를 접근하여 모든 국민의 정신건강증진 전략이 마련될 필요가 있음.

## 2. 미국의 정신건강정책 사례

### 가. Substance Abuse and Mental Health Service Administration의 주요 정책<sup>3)</sup>

□ 미국의 정신건강문제는 1946년 정신보건법이 제정되면서 관련 정책이 시작됨.

○ 1949년 정신보건법을 토대로 국립정신보건연구원 설립.

○ 1963년 지역사회 정신보건센터 건립법 제정

- 수용시설 중심의 정신질환자들을 지역사회 중심으로 서비스 전환

3) 최윤, 강선경. (2020). 미국 물질남용 및 정신보건 서비스국의 2019-2023 년 주요 운영정책 분석 연구. 의 내용을 정리함.

#### □ 미국 ‘약물중독 및 정신보건청(SAMHSA)’

- SAMHSA는 미국의 정신건강관련 보건복지정책과 정신건강서비스를 총괄
  - 보건인적서비스부(DHHS) 산하의 행정기관인 ‘물질남용 및 정신건강 서비스국’ 이외에 주요 연구기관으로 미국의 보건인적서비스부(DHHS) 산하 정신건강관련 연구기관인 ‘국립알코올남용 및 중독연구소’, ‘국립약물남용연구소’, ‘국립정신건강연구소’이 있음
- 지역사회에서 발생하는 정신건강관련 문제를 분석, 관리하고, 정신건강 관련 행정업무 담당.
- 지향 목표: ‘모든 사람을 위한 지역사회에서의 삶’ -> 정신질환자 뿐 아니라 문제 당사자를 둘러싼 가족과 더 광범위한 지역사회 차원에서 제도적 정책적으로 개입하여 정신건강무제로 발생하는 사회적 비용 손실을 최소화하고자 함.
- 중앙부처인 보건인적서비스부(DHHS) 예산의 약 4~5%를 사용
- 4개의 세부 담당센터 설치
  - 정신건강 서비스센터
  - 물질남용 예방센터
  - 물질남용치료센터
  - 행동건강 통계센터

#### □ 미국 ‘약물중독 및 정신보건청(SAMHSA)’의 2019~2023년까지의 주요 운영정책계획

- 물질사용 예방과 치료, 재활서비스 지원확장을 통한 마약류 관련 위기극복
- 심각한 정신질환과 심각한 정서장애의 해결
  - 개인의 심각한 정신질환은 여러 정신장애 문제, 특히 물질사용장애 및 자살 위험, 범죄행위에 연루될 가능성이 높아 개인 차원이 아닌 가족·사회적 차원의 문제로 확장될 수 있으며, 이에 대한 치료와 회복지원



- 물질오남용 및 사용장애에 대한 치료와 회복지원 서비스 및 예방지원 강조.
  - 정신건강 및 물질사용장애와 관련한 데이터 수집, 분석, 평가 및 보급의 확대
  - 숙련된 전문가 공급 및 전문가의 훈련과 교육 강화
  - 이 외에도 일반 국민들의 정신건강에 대한 접근성과 이해도 제고
- 미국에서는 SAMHSA를 경험을 근거로 서비스 이용자와 지역사회 중심으로 정신 건강서비스를 제공하고 있지만, 여전히 서비스 제공에서 효과성을 보이고 있지 못함.
- 예산 부족, 정신건강 관련 서비스 제공의 지속성 문제 등의 문제 제기

#### 나. 미국 뉴욕시 사례<sup>4)</sup>

- 뉴욕시의 정신건강 위협 문제 원인
- 지역사회가 빈곤, 인종차별, 구조적 불평등 방치. 고위험군 관리 및 정신건강 접근성 전달체계 미흡
- 효과적인 정신건강체계의 구축: “ThriveNYC”

---

4) 손해인. (2018). 뉴욕시 정신보건 시스템 개혁: 시민을 위한 정신보건 로드맵.을 정리함.

[그림 3-21] 미국 뉴욕 정신건강체계 구축 사례 “ThriveNYC”

지침(Guiding Principles)	내용 및 핵심 사업	사업 수
1. 정신건강에 대한 문화를 바꾸자.	인식 개선을 통해 정신건강에 대해 열린 대화를 시작한다. 1) 정신건강 응급처치 교육 제공 2) 인식 개선을 위한 공공 캠페인 실시	7
2. 조기에 개입하자.	조기 개입과 예방에 투자하여 어려움을 이겨 내고 기회로 삼을 수 있는 방법들을 시민들에게 제공한다. 1) 영유아를 위한 사회·정서적 학습 확대 2) 모든 학교와 일할 수 있는 정신건강 컨설턴트 고용	12
3. 지역 간 치료 격차를 해소하자.	고위험군을 포함한 시민들이 언제 어디서든 자신의 지역사회에서 효과성이 검증된 프로그램을 이용할 수 있도록 한다. 1) 모성우울증 예방 프로그램 제공 2) 24시간 핫라인서비스(NYCWell) 운영	18
4. 지역사회와의 협력체계를 구축하자.	효과적이며 문화적 역량이 있는 해결 방안을 찾기 위해 지역사회와 협력하고 지역사회의 강점과 지혜를 활용한다. 1) 정신건강보건의원단 운영 2) 지역사회 기관을 위한 온라인 학습센터 개설	7
5. 데이터를 잘 활용하자	정보와 데이터를 효율적으로 활용·공유하여 격차를 해소하고, 프로그램을 향상하며, 공정하고 책임 있는 정신건강체계를 만들기 위해 이해당사자들과 협력한다. 1) 정신건강 혁신 연구 및 평가 연구실 설립	5
6. 시정부의 정책 역량을 강화하자.	시민의 정신건강을 지원하기 위한 노력을 조정할 책임이 시정부에 있음을 확인한다. 1) 취약계층을 위한 신규 주거시설 확대 2) 정신건강협의회 출범	5

- 지역사회 단체와 시민의 요구도를 반영한 공청회와 전문가의 의견을 수렴하여 작성한 지역사회 구성의 맞춤형 정신보건정책
- 사업 실행에서 프로그램의 과학적 근거를 마련하고 정신보건정책의 효과성을 객관적으로 검증. 이를 기반으로 실행과제 및 추진체계 마련
- 뉴욕시 핫라인서비스는 전화, 온라인 등의 매체를 활용하여 24시간 365일 3교대로 통합운영. 상담업무와 위기대응업무로 분리하고 이들이 연계되도록 통합운영.
- 개별학교와 상담센터, 지역내 정신건강복지센터가 협력관계를 가지고 있긴 하지만, 아동청소년의 정신건강 욕구와 서비스를 종합적으로 분석하고 운영계획을 수립하여 지역사회와 연계할 수 있도록 컨설팅 지원.

〈표 3-52〉 정신건강 관련 용어의 개념적 특징 비교

구분	개념적 특징
정신건강	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 감정적 안정, 갈등상태로부터의 해방</li> <li>- 환경적 스트레스, 정신적 압박에 대처</li> <li>- 이성적 결정을 내릴 수 있는 상태</li> <li>- 자기 만족감, 즐거움</li> <li>- 사회적으로 인정되는 행동으로 적응하는 능력</li> </ul>
정신질환	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강의 반대적 상태</li> <li>- 정신적, 심리적 역기능 상태</li> <li>- 정신장애 진단 및 통계 편람에 나타나는 장애를 갖지 않는 기능적 상태</li> </ul>
정신보건	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리정서적 안녕과 대인관계, 사회문화적 맥락내의 평형</li> <li>- 개인 대 개인의 적응과 개인 대 집단/조직의 적응의 문제를 다루는 광의의 개념</li> </ul>
정신건강서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강을 위해 지역사회를 중심으로 제공되는 모든 서비스의 통합</li> <li>- 정신질환의 예방, 치료 및 의료적 회복 이후의 사회적 재활을 위한 다면적이고 포괄적인 접근</li> <li>- 정신보건(사회)사업과 혼용</li> </ul>
정신보건사회사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신보건 영역에서의 사회사업 활동</li> <li>- 정신적, 정서적 문제로 사회적 기능 수행에 어려움이 예상되는 사람을 지우너 하고 그들의 사회체계를 조정하는 전문분야</li> </ul>

자료: 박세경. (2011). 미국 약물중독 및 정신보건청의 주요정책과 운영체계: 한국 사회서비스 제도에의 함의를 찾아서.

□ 「정신건강과 약물중독의 동등성 및 형평성에 관한 법률(MHPAEA·The Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act)」 2009년 시행(김령희, 2020)

- 기존 의료보험이 가지고 있는 연간 혹은 생애 전체를 기준으로 한 정신건강 의료 서비스 비용에 대한 지원 한도에 대한 제한을 금지
- 기존 의료보험이 제공하고 있던 수술적 의료 서비스(surgical services)와 동등한 수준의 정신건강 의료 서비스를 제공하도록 명시
- 정책 시행 이후 정신질환을 가지고 있던 환자들의 경제적 부담이 보험사로 이전되는 등의 효과도 확인됨(Ettner et al., 2016). 그러나 개인의 정신건강과 관련한 의료 서비스의 이용 빈도가 유의미하게 증가하지는 않았음. 사회 구성원들의 전반적인 정신건강 향상으로 이어지지 않은 것으로 나타남(Ettner et al., 2016; Gertner et al., 2018; Hargraves et al.

□ 「환자보호 및 적절한 수준의 의료비를 위한 법률(ACA·Patient Protection and Affordable Care Acts)」 2014년 시행

- 저소득층을 비롯한 의료보험 미가입자에 대한 의료보험의 보장성 강화를 목적
- 의료보험 가입자가 우울증 진단 관련 의료 서비스를 무료로 받을 수 있도록 함
- 정신질환으로 인하여 의료보험에 가입할 수 없었던 개인들의 의료보험가입이 증가
- 일부에서는 이 정책들이 사회의 전반적인 정신건강 향상이나 소수인종에 대한 정신건강 의료서비스 이용 증가에는 효과적이지 않다고 한계를 지적

### 3. 영국<sup>5)</sup>

□ 지역사회 정신보건정책에 대한 그간의 문제점.

- 부적절한 케어, 자원의 부적절한 활용, 부족한 재원
- 서비스를 필요로 하는 사람에게 항상 적절한 서비스 제공되지 못함
- 서비스 접근성 한계
- 케어의 일부들 담당하는 가족 부담이 큼.
- 전문인력 부족
- 병원 밖의 효과적 치료 제공을 어렵게 하는 법적 체계
- 보건과 사회서비스의 연계에 대한 인식 증가

□ 2000년대 지역사회 정신보건정책의 개혁

- 정신보건의 현대화

5) 신창식. (2005). 영국의 지역사회정신보건정책 개혁에 관한 연구를 정리함.

〈표 3-53〉 영국의 정신보건서비스 현대화를 위한 표준

구분	내용
안전한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 서비스는 환자, 서비스 이용자, 보호제공자, 정신보건전문요원, 일반인의 안전을 확보해야 함.</li> <li>- 서비스는 접근하기 어려운 정신장애인도 포함하여 정신보건서비스를 전달해야 함</li> </ul>
충분한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 모든 종류의 효과적인 치료와 서비스 제공이 가능해야 하고, 서비스에 대한 접근이 용이해야 함.</li> <li>- 모든 가능한 자원으로 정신장애인들의 욕구와 관련해서 효율적으로 활용되어야함</li> <li>- 정신보건전문요원은 과업수행을 위해 정신장애인들에 대해 지지적이어야 하고 전문기술을 갖추어야 함</li> <li>- 모든 정신보건관련기관과 정신보건전문가들은 서로 동반자적 관계를 잘 유지하며 함께 협력해야함</li> </ul>
지지적인 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자들과 서비스이용자, 보호제공자에게 모든 정보가 제공되어야 하고, 정책결정과 평가과정에 참여되어야 하며 서비스 전반에 많은 권한을 부여받아야 함</li> <li>- 서비스 개발과 전달은 소수계층의 욕구를 잘 대응해야 함</li> <li>- 서비스는 정신질환 예방과 정신보건 향상을 촉진시키기 위하여 지역사회와 함께 협력해야 함.</li> <li>- 정신보건정보시스템은 의사소통과 양질의 서비스확보, 수행평가, 전문가의 책임성 향상에 기여해야 함.</li> </ul>

자료: Department of Health. (1998). Modernising Health Services.

〈표 3-54〉 영국의 정신보건정책 개혁을 위한 세부 목표

구분	내용
안전한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 효과적인 위기관리</li> <li>- 조기 개입</li> <li>- 충분한 병상수 확보</li> <li>- 아웃리치 서비스 개발</li> <li>- 통합적인 정신보건법의학 구축과 안전한 병원시설 확보</li> <li>- 현대적인 법체계 구축</li> </ul>
충분한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 24시간 서비스 접근 확보</li> <li>- 욕구 사정 체계의 개발</li> <li>- 효과적인 1차 보호 수립</li> <li>- 효과적인 치료</li> <li>- 효과적인 보호과정 구축</li> </ul>
지지적인 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자, 서비스 이용자, 보호제공자의 참여 확대</li> <li>- 고용, 교육, 주택서비스 확대</li> <li>- 동반자적 협력체계 구축</li> <li>- 보다 나은 정보 제공</li> <li>- 보다 나은 정신보건서비스 증진과 정신질환에 대한 낙인감 해소</li> </ul>

자료: Department of Health. (1998). Modernising Health Services.

#### □ 메이 총리의 정신보건 개혁안

○ 영국은 4명 중에 1명 평생유병률.

○ 2011년 정신질환자의 정신, 신체건강개선, 치료환경개선, 자해 및 사회적 낙

인 줄이기 등의 세부목표에 대한 정신건강전략을 수립하였으나, 정신건강 이용자 수가 급증하면서 프로그램 수행을 적절히 하지 못하였음.

#### ○ 학교 정신보건 개혁

- 중·고등학교 정신건강 응급처치훈련(mental health first aid training) 실시: 중·고등학교 교사와 교직원에게 정신질환 증상을 식별하는 방법과 정신건강장애를 앓는 학생에 대한 지원 방법을 가르친다. -아동 및 청년 정신건강서비스 제공에서 지역 NHS 서비스와 학교 간 협력 방안을 모색한다. -의료질위원회와 영국 교육표준행정청(Ofsted)의 협력으로 아동 및 10대의 정신건강서비스 효과를 점검하고 서비스 성과 평가 시스템을 개발한다. -2017년 말까지 아동·청소년 정신건강서비스 정책 제안서(green paper)를 의회에 제출 한다. -2021년까지 정신질환 치료를 위해 다른 지역으로 이동해야 하는 일이 없도록 만든다. -정신건강장애 예방을 위해 시민사회와의 협력을 강화한다.

#### ○ 일터 정신건강 강화

- 정신건강 전문가, 자선단체, 사용자 그룹 등과 협력해 기업 내 정신건강장애에 대한 태도 변화와 정신건강장애 예방을 이끌 협력체를 구성하여 피용자의 정신건강과 생산성을 제고할 수 있는 방안을 모색한다. -정신건강장애가 있는 피용자에 대한 지원을 법으로 보장하는 방안을 모색하기
- 고용차별법을 검토한다. -정신건강장애로 실업에 처한 사람들이 재취업에 성공하도록 지원한다.

#### ○ 지역사회 지원 강화

- 정신건강 문제를 가진 사람이 긴급한 상황에 처했을 때 가정의(GP)나 응급실(A&E)보다는 지역 의원, 위기 카페(crisis cafes), 기타 안전한 장소를 찾을 수 있도록 지역 안전 장소를 확충하는 데 1,500만 파운드를 추가 지원하고 지역의 자선단체, 교회, 단체 등이 이 기금을 활용해 지역 안전 장소를 운영할 수 있도록 조치한다.

#### ○ 디지털 정신건강서비스 강화

- 대면 진료 전에 온라인으로 증상을 체크하고 필요한 긴급 조치 정보를 얻을 수 있는 온라인 서비스에 6,770만 파운드를 투자한다.

○ 정신건강 문제로 부채 상황에 문제가 생겼을 때 채권추심업체(debt collector)에 제출하는 정신건강장애 증명서를 발급하기 위해 가정의에게 300파운드를 지불해야 하는 현행 ‘건강부채양식(health debt form)’을 검토 후 폐지한다.

○ 강화된 범정부 자살 예방 전략을 수립한다.

□ 영국에서 정신건강 증진은 전체 보건을 관리하는 시스템인 ‘국가보건의료서비스(National HealthService, 이하 NHS)’의 일환으로 추진된다. 영국정부는 2011년부터 “No health without mental health(정신건강 없이는 건강도 없다)”라는 슬로건으로 정신건강 증진 중장기 계획을 추진하였지만, 서비스 이용자의 증가와 적절한 자원 배치의 어려움으로 인해 시행하기는 쉽지 않았다. 이는 곧 서비스 공급의 미흡과 지표의 악화로 드러나게 되었다. 이에 2015년 NHS England가 전략기획팀을 구성하여 5년 전략(Five year forward view for mental health)을 수립하였다. 주요진행 과정을 요약하면, 개별 전문가와 관련 기관에 설문지를 배포하여 정책의 우선순위를 정하고 그 제안들을 바탕으로 거버넌스를 재조직하였으며, 2016년 12장에 걸친 구체적인 실행 계획을 수립하였고, 이후에는 NHS 정신건강 대시보드(Mental Health Dashboard)라는 시스템으로 모니터링 매년 결과를 공개하고 있다(Mental Health Taskforce NHS England, 2016). 구체적인 지표와 성과 관리 체계를 자세히 고찰할 수는 없지만, 근거에 기반을 둔 정책 수립의 과정을 충실히 반영하여 자원, 문서화, 소통과 참여, 모니터링과 평가 등이 적절히 포함된 중장기 계획으로 사료된다(Tudisca et al., 2018).

## 제7절 지역사회 정신건강증진 지원제도의 개선 과제

- 지역사회 정신건강의 주요 목적은 1차, 2차, 3차 예방을 통하여 국민의 삶의 질을 증진시키는데 있음.
- 1차 예방은 정신건강문제의 발생을 사전에 막아 새로운 정신건강문제 발생 사례를 감소시키는데 목적이 있으며, 2차 예방은 정신건강문제의 유병인구와 유병기간을 감소시키기 위해 정신질환을 조기 발견 및 개입을 하는 것을 목적으로 함.
- 지역사회 정신건강사업은 치료 서비스와는 별도로 정신 건강증진과 정신질환의 예방에 중요성을 두고 있어, 직접적인 서비스도 중요하지만 간접적인 서비스도 중요.
  - 대중매체를 활용하여 홍보, 캠페인 등의 간접적 서비스와 주민에 대한 교육 및 상담을 실시▶일반 국민들의 정신건강증진을 향상에 기여
- 지역특성에 적합한 정신건강프로그램을 기획하고 제공하는 역할을 함.
  - 지역사회의 인구구성의 특성, 지역주민의 정신건강문제에 관한 요구도 파악, 정신건강문제와 관련한 고위험집단의 선별 등을 통하여 정신건강문제의 우선순위를 도출하고 지역사회의 요구도가 높은 집단을 선정하여 이들이 필요로 하는 정신건강프로그램을 제공하도록 기획 및 설계되어야 함.
- 지역사회 내에 가용할 수 있는 모든 인적·물적 자원을 연계하여 정신건강증진 및 예방 중심의 통합된 지역사회 정신건강서비스 제공체계 마련이 필요
  - 정신건강 서비스의 실시간을 제공
  - 지역사회 정신건강전문가와 통합된 시스템으로 24시간 연계할 수 있는 시스템 마련
  - 가정방문을 통한 상담 및 치료를 점차 확대▶ 일상적으로 정신건강 서비스를 제공받을 수 있는 체계 마련



○ 주민의 요구에 대한 맞춤형, 그리고 원클릭을 통한 사례간 연계 및 통합관리체계로 정신건강서비스를 제공

- 정신과 전문의, 간호사, 임상심리사, 사회복지사 등의 정신보건전문가와 함께 지역사회에서 기여할 수 있는 모든 자원을 연계하여 활동
- 이는 정신보건 전문가 만으로는 지역사회 정신건강 문제의 요구를 만족시킬 수 없기 때문에 지역사회의 참여를 유도하여 정신건강프로그램이 지역사회의 요구에 맞춰 충족시키고 있는지에 대한 평가와 피드백의 구조가 마련되어야 함.

□ 이와 같이, 정신건강사업은 정신질환자의 치료와 재활을 넘어서 지역사회 전체 주민의 정신건강문제를 해결하고 삶의 질을 향상시키기 위한 지역사회의 환경을 만드는 것이라 할 수 있음.

#### 〈통합적 정신건강서비스 제공체계 구축〉

□ 정신건강을 필요로 하는 수혜자 중심 정책, 지역주민이 가장 근접한 곳에서 정신건강서비스를 제공받을 수 있는 실시간 서비스 제공, 중앙정부와 지역사회 간의 상호 연계 체계 등을 필요로 함.

○ 정신건강 서비스를 실시간을 제공받기 위해서는 지역사회 정신건강전문가와 통합된 시스템으로 24시간 연계할 수 있는 시스템 마련, 그리고 가정방문을 통한 상담 및 치료를 점차 확대하여 일상적으로 정신건강 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 체계 마련이 필요. 주민의 요구에 대한 맞춤형, 그리고 원클릭을 통한 사례간 연계 및 통합관리체계로 정신건강서비스를 제공받도록 해야함. 이를 통해 정신건강증진 및 예방 중심의 통합된 지역사회 정신건강서비스 제공체계 마련이 필요

#### 〈보건소의 역할〉

□ 정신질환 보유 유무와 관계없이 누구나 안심하고 자신이 생활하고 있는 곳에서

보건, 의료, 복지관계자에 의한 협력을 통해 연계 및 지원체계를 구축. 보건소는 1차예방의 관점에서 정신건강증진사업을 추진하고 정신질환예방에 노력. 정신보건전문인력 등 직원에 의한 상담지원이나 방문지원등을 통하여 정신건강문제자 또는 가족에 대한 조기 치료의 필요성을 설명하고 정신질환에 관한 인식을 개선하여 조기에 적절한 치료와 연계할 수 있도록 함.

#### 〈1차예방〉

- 우울증을 조기에 발견하여 치료하는 것이 중요. 우울증에 관한 올바른 지식 보급, 계발활동, 정신질환에 대한 편견없는 상담으로 지역에서 필요한 환경조성. 스트레스를 경감하여 우울증을 예방하는 것과 같은 마음건강을 위한 적극적 건강교육 및 활동

##### 1) 올바른 인식 보급, 계발활동

- 지역주민에 대해 기회 또는 방법을 통하여 마음건강, 스트레스 대처 방법, 우울증과 같은 증상, 지역에 있는 마음건강 상담창구 또는 검진 등의 내용에 대해 올바른 정보 보급

##### 2) 건강교육, 교실활동

- 마음건강 또는 우울증에 관해 건강교육 및 교실활동을 주민만이 아닌 전문직도 대상으로 함. 스트레스를 컨트롤하는 방법을 학습할 수 있는 기회를 제공

##### 3) 상담, 스크리닝, 검진 체계의 정비. 주민 행정 및 전문직과의 연계

- 마음건강에 관한 상담창구를 설치하고 방문, 상담 등을 확립. 스크리닝과 검진, 치료를 할 수 있는 체계 마련, 지역 전체에서 마음건강을 향상시키기 위한 지역만들기를 위한 연락협조체계 설치. 지역주민과, 보건소, 의료기관 등의 연계기관과 연대 강화. 우울증 스크리닝에 대한 질문표를 활용. 지역주민을 대상으로 정기적

검진조사 등 수행. 보건사 등의 방문 시 지역주민의 우울증에 관한 상담, 스크리닝 설문 활용





## 제4장

### 중독관리사업

제1절 중독 대상자 특성 및 지역사회 중독관리사업 현황

제2절 지역사회 중독관리사업 및 서비스전달체계

제3절 지역사회 중독사업 평가

제4절 중독관리를 위한 개선과제



## 제4장 중독관리사업

- 우리나라의 알코올중독자는 약 139만명으로 추정하며, 평생유병률이 12.2%로 정신질환중 가장 높은 유병율에 속하며(보건복지부, 2016b), 월간 폭음률과 고위험음주율이 증가하고, 음주운전 사건 건수와 부상자 수 또한 꾸준히 증가하고 있음.
- 이로 인한 의료급여 및 총진료비를 포함한 음주자에 의한 건강보험 재정 손실 규모도 증가하고 있음.
- 마약의 경우에도 버닝썬 사건이후 국내 마약류 사범이 2019년 16,044명으로 대폭 증가하였고 20-30대가 47.6%를 차지(대검찰청, 2020)함으로써 신종마약 사용이 급속도 확산되고 있으며, 국내 마약중독자 수는 약20-30만명으로 추정하고 있음.
- 도박중독의 유병률이 5.3%로 해외 선진국보다 약 2배이상 높은 수준으로 가족관계를 악화시키고 가정의 부채를 증가시킬 뿐 아니라 범죄와도 연관이 있는 것으로 보고하고 있음(사행산업통합감독위원회, 2018).
- 또한 인터넷이나 스마트폰 중독 증상을 보이는 과의존 위험군이 22만8천120명으로 전연령대에 걸쳐 꾸준히 증가하고 있음.
- 이렇듯 중독문제는 단순히 중독질환의 문제뿐 아니라 자살, 강력범죄, 성범죄 등 심각한 사회문제를 동반하고 있다(노성원외, 2017).
- 지속적으로 증가하는 중독문제가 정신건강영역 중에서도 큰 비중을 차지하고 있음에도 불구하고 중독관리에 대한 관심과 지원이 부족함.
- 정신건강영역에서 유병율이 높은 알코올의 경우에 정신건강서비스 평생이용율은 12.1%에 불과하며, 성인 고위험음주 추정 인구수 대비 중독문제 상담률은 0.7%, 중독문제 치료 연계율은 4.5%로 중독 문제에 대한 지역사회 개입은

매우 열악한 상황임(전진아 등, 2019).

- 이는 미국의 중독관리 지역사회 서비스율이 8.6%에 비해 매우 낮은 수준으로 관리가 되고 있음을 알 수 있음(SAMHSA, 2015).
  - 현재 보건복지부에서는 알코올, 도박, 인터넷, 마약 중독을 4대 중독으로 분류하고 있으며, 주로 중독관리통합지원센터(이하 중독관리센터)에서 중독질환자를 담당하고 있고, 중독재활시설과 정신건강복지센터 일부에서 중독관리 업무를 하고 있음.
  - 지역에 따라 정신의료기관 및 정신요양시설에서 중독자의 재활과 회복을 돕고 있으나 지역사회내 관리가 절실히 필요함에도 중독관리를 담당하는 인프라와 예산이 턱없이 부족한 실정임.
- 중독관리통합지원센터 운영은 지역사회 내의 중독(알코올, 도박, 마약, 인터넷 등) 문제에 노출된 사람이나 가족에 대한 지원을 추진
- 2000년에 ‘알코올상담센터’ 4개소로 운영을 시작하여 연도별도 센터를 확대(45개소, 2020년기준)하고 있으며, ‘알코올상담센터’ 명칭을 ‘중독관리통합지원센터’로 변경하여 알코올 상담이외에 중독관련 문제를 지원하고 있음.
  - 지역사회 중심의 통합적인 중독관리체계 구축을 통해 중독자 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀 지원
  - 중독관리센터의 서비스 영역은 넓어졌으나 그에 따른 인력이나 예산이 10년동안 증액되지 않았고 50개소의 중독관리센터가 그 역할을 대응하기에는 역부족임.
  - 2006년에 보건복지부에서 국가알코올종합대책인 「파랑새플랜2010」에서 인구 20만 이상 시군구에 중독관리통합지원센터가 설치되도록 명시되어 있으나, 예산상의 이유로 2014년 이후 추가설치 계획이 중단된 상태임.
  - 중독관리센터가 없는 지역에서는 정신건강복지센터와 사회복지전달체계에서 중독대상자들의 상담이나 사례관리가 이루어지고 있으나 정신건강복지서비스 전달체계에서도 분절적인 서비스가 제공되고 있어서 수혜자에게 적절하고 단



계별에 따른 서비스가 제공되지 못하고 있음.

- 더 중요한 문제는 중독문제를 다루는 부처들이 각 영역별로 분산되어 있어서 통합적인 서비스 전달체계가 이루어지지 못하고 있다는 점임.
  - 이러한 상황에서 중독문제를 통합적으로 관리할 수 있는 중독관리서비스 전달 체계가 강력하게 요구되며, 중독관리센터의 역할을 재조명해볼 필요가 있음.
  - 중독문제 현황과 서비스 분석을 통해 중독정책의 방향과 전략을 검토하여 효과적인 중독관리 서비스 전달체계를 구축하기 위한 노력이 필요한 시점임.
  - 각 중독관리체계의 특성을 반영하고 분리된 서비스를 발전시키고 통합적인 관점에서 국가의 중독관리정책을 바라봄으로써 이용자들의 접근성을 높이고, 효과적인 서비스를 제공할 수 있어야 함.
- 최근에는 국내 정신건강서비스 제공에서 있어서 회복 패러다임이 부각됨.
- 당사자 중심의 회복지향적인 패러다임은 중독치료를 넘어 단순한 증상치료가 아니라 치료를 포함한 건강, 주거, 생계, 일상생활 등의 회복이 이뤄질 수 있도록 노력하는 단계 마다의 서비스 전략이 요구됨.
  - 그러나 현재 중독관리 시스템은 충분하지 않은 공급자 위주의 서비스 정책과 제공자의 입장에서 서비스를 제공하고 있어 이에 대한 보완이 필요함.
  - 이러한 문제점을 인식하고 지금까지의 중독관리정책과 서비스 현황을 분석해 보고, 수혜자의 입장에서 중독관리서비스와 정책을 제안하고자 함.

## 제1절 중독 대상자 특성 및 지역사회 중독관리사업 현황

### 1. 지역사회 중독문제를 가진 대상자 특성과 욕구

#### 가. 지역사회 중독문제를 가진 대상자의 특성

- 중독은 만성적이고 재발률이 높은 질환으로 가족 기능에 손상을 주는 질병임(박

애란, 2008; 김성용; 2002; 김태수, 2004). 또한 우울장애나 불안장애 등 다른 정신장애와의 공존질환이 높고(이혜진, 최윤희, 2016; Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007), 재발률도 높은 것으로 알려져 있음.

□ 알코올중독은 40-60대에서 주로 입원이 이루어지며(건강보험심사평가원, 2016), 알코올장애 환자의 46.9%가 한달 이내 재입원(보건복지부 국립정신건강 센터, 2016a), 입원치료를 받았던 환자의 80%는 퇴원후 6개월 이내에 재발하였고(보건복지부, 2006), 퇴원한 환자 가운데 1년 이상 단주를 유지한 경우는 10-14.5%(서유나 외, 2010; 성상경 외, 1993)에 불과하였음.

○ 이렇듯 폐쇄병동에서 입원 치료를 받고 퇴원해도 다시 재발하여 입원과 퇴원을 반복하므로 완전한 치료가 쉽지 않은 특성을 가지고 있음.

□ 중독재활시설에 입소한 중독자들은 오랜 세월 유지된 알코올중독임에도 불구하고 자신이 중독이라는 사실을 너무 늦게 깨달았다고 하였음(김혜선, 박소영, 2018).

○ 알코올 중독임을 조기에 인식했다라면 회복과 재활이 용이하였을 것인데, 그들의 일상이 상당히 무너진 이후 알코올 중독을 의심한 가족들에 의해 상담을 오거나 입원하게 된다고 하였음.

○ 서정석 외(2015)의 연구에서 보면 음주문제를 경험하는 나이는 30대초반이나 알코올문제의 심각성을 깨닫고 정신과병원에 방문하는 나이가 44.3세로서 알코올중독이 만성화 된 이후에 치료를 처음 시작하게 된다는 것임.

- 중독관리센터를 이용하는 대상자들도 대부분 40-50대의 남성들이 주를 이루고 있음을 알 수 있음<sup>6)</sup>.
- 이들중 신체적, 심리적, 사회적 기능손상이 되어 찾아오는 대상자들을 흔히 볼 수 있음.

6) 중독관리통합지원센터를 이용하는 대상자의 남녀비율은 74-77%가 남성이다(한국중독관리센터 통계자료 :2016-2020)

- 많은 회복자들은 재발과 입원을 반복하였고 본인이 알코올중독이라는 것을 인식하지 못하고 있는 바와 같이, 중독이 질환이라는 인식이 낮은 이유는 인식은 음주에 대해서는 우리 사회가 술에는 관대하고 허용적인 반면, 중독자를 바라보는 인식의 측면이 있음.
- 그래서 중독에서 회복하려는 이들이 사회구성원으로 돌아가려는 노력을 할 때 이런 냉담한 시선으로 좌절하게 됨(김혜선, 박소영, 2018; 조관형, 2013, 조명숙, 2017). 이러한 사회의 이중적 태도는 중독자의 회복을 어렵게 할 뿐 아니라 알코올중독을 질병으로 이해하는 인식 전환이 필요함.
- 이외에도 알코올중독자 남성과 여성 모두 경제적인 곤란과 외상 경험을 하고 있었으며, 남성의 경우 아동기의 성적 학대, 살아오면서 겪는 외상(친밀한 사람의 자살, 사망, 질병, 가족 분리 등)의 학대 경험이 나타났고 여성 알코올중독자의 경우 아동기 신체적 학대, 정서적 학대, 성적 학대, 살아오면서 겪는 외상이 남성보다 더 많이 경험한 것으로 나타났음(우재희, 2014).

#### 나. 지역사회 중독문제를 가진 대상자의 욕구

- 중독자들은 자신이 중독이라는 사실을 너무 늦게 깨달았다고 하며, 알코올중독임을 초기에 인식했다라면 회복과 재활이 조금은 수월했을 것이라고 이야기함(김혜선외, 2018).
- 그러나 그들은 일상이 상당히 망가지고서야 치료기관이나 센터, 재활시설에 오게 됨. 본인들이 살아오면서 스스로 중독이라 인식하기 어려웠고, 음주에 관한 사회적 분위기가 중독의 가능성이나 심각성을 희석시켜 초기에 중독을 의심하기 어렵게 만든다는 것임.
- 이러한 알코올 중독에 대한 정부의 안일한 태도는 알코올 중독 예방시스템과 재활시스템의 부재했음을 알려줌.
- 이들은 알코올 문제도 마약수준의 높은 사회적 경각심을 필요로 하며 정부의

적극적인 대응 태도가 선행되어야 함을 강조하였음.

- 예를 들어 초등학교부터 알코올의 중독성과 심각성이 담긴 내용을 교과과정에 포함시키는 등 사회에 만연해 있는 알코올의 위험에 대한 무지와 잘못 알고 있는 부분을 사회에 알려 건전한 음주문화의 정착을 지향 필요가 있으며, 국가의 적극적인 홍보와 예방이 필요하다는 것임.
- 또한 수년간 중독으로 재발과 회복을 반복하고 있는 중독자들에게 재활시설은 새로운 습관을 형성하게 해주며, 연습하고 부딪치고 도전할 수 있는 연습의 장을 만들어주며, 일상생활의 기술을 익힘으로써 자신의 성장 기회를 제공하고 단주와 회복의 의지를 일깨워주는 곳임.
- 중독재활시설의 참여자들은 중독재활시설이 확대되어서 회복자들이 그 가족들의 일상으로 회복되기를 바라고 있음(김혜선, 박소영, 2018).

□ 회복자들은 병원에서 퇴원후 센터를 다니면서 취업을 하고 싶어도 일자리를 구하는 것이 쉽지 않음.

- 정신병원에 다녀왔다고 사람들이 앞뒤로 쳐다보고 자꾸 거리를 두고 이야기하는 등의 사회적 편견과 인식에 따라서 돌아가고 싶지만 받아주지 않는 사회로 인해 상처받고 재활하는데 걸림돌이 되고 있음.
- 중독으로 인해 정상적인 발달단계 과업을 수행하지 못하고 그 시기에 습득해야 하는 경험과 기술을 습득하지 못한 것이 새로운 과업 수행에 어려움을 갖게 되고 이것이 스스로에 대한 불안감을 작용함.
- 조바심으로 마음이 급해지는 상황에서 이들은 회복을 최우선과제로 두어야 함에도 ‘일은 천천히 생각하라’는 전문가나 주변의 조언에도 빨리 일자리를 찾으려고 하다가 다시 재발하는 악순환을 겪게 되며 이것이 회복의 장애물을 겪게 만들.
- 이들에게 천천히 직업을 가질 수 있는 작업환경이나 분위기를 조성하고 보호 작업장이나 재활시설 등 심리적 안정이나 행동을 가질 수 있는 환경을 지원해야 함.

- 회복중인 중독자들은 자신의 경험을 바탕으로 중독에 빠져서 힘들어하는 이들을 돕고 회복으로 안내하는 것이 자신의 회복에도 도움이 될 뿐 아니라 직업으로서의 삶을 살고자 하는 욕구를 가지고 있음.
- 그러나 회복자가 동료지원가로서의 역할을 하기까지는 장애가 많음.
  - 회복중인 알코올중독자들은 사회복지사나 중독전문가 등 회복자가 지원할 수 있는 직업군에 대한 안내를 받게 되며, 이는 일정 시간의 교육과 학력 등의 조건을 충족해야 하고 그 기간 동안에 경제적 독립과 가정에서 가족을 부양하는 것을 고려할 때, 이들에 대한 처우가 열악하여 현실적인 갈등을 경험하게 됨.
  - 따라서 이들이 경제적인 이유로 좌절하지 않고 자신의 경험을 바탕으로 중독자를 돕는데 역량을 발휘할 수 있는 여건을 마련할 필요가 있음.
- 중독회복은 길고 긴 싸움이므로 공동체와 함께 해야 지속적인 회복이 가능함.
  - 누군가의 도움이 없이 혼자서 회복하기는 한계가 있음. 중독자들은 중독관리센터, 재활시설, 자조모임 등의 회복자들과 스텝들의 지속적인 상담과 지원으로 회복해가고 있음.
  - 그래서 이들에게는 언제 어디서든 그들에게 단계별로 필요한 서비스를 받을 수 있는 환경과 자원이 필요함.

## 2. 지역사회 중독관리 서비스 현황

- 2016년 정신질환실태조사 결과 알코올중독 평생유병율은 12.2%(전체 정신질환의 30%에 해당), 도박 0.5%, 인터넷중독이 1.4%, 게임중독 1.2%, 스마트폰 중독이 5.0%로 전체 정신장애(조현병, 우울, 강박, 불안장애 포함) 13.5%에 비해 중독의 유병율은 매우 높은 비율을 차지하고 있음(보건복지부, 2016b).

〈표 4-1〉 지역사회 중독문제 대상자 지역사회 서비스 제공현황 비교

구분	미국		한국	
알코올사용장애 추정환자수	15,100,000명(6.2%)		1,782,346명(3.5%)	
의료기관(입원)	1,053,000명	7.0%	32,082명	1.8%
의료기관(외래)	918,000명	6.1%	46,340명	2.6%
지역사회서비스	1,306,000명	8.6%	12,476명	0.7%

자료: 보건복지부. (2016c), 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서.; SAMHSA, 2014,2015; 보건복지부 국립정신건강센터 2016b). 2016년 정신질환 실태조사.

□ 중독자 중 가장 높은 비율의 알코올 사용장애의 지역사회 등록관리율은 2019년 현재 0.67% 수준에 불과하며, 이는 우리나라 중증 정신질환자의 등록관리율 26.4%에 비해 현저히 낮은 수치이며, 미국의 알코올중독자에 대한 지역사회 서비스 제공율 8.6%와 비교하여서도 매우 낮은 수준임.

□ 또한, 알코올 사용장애의 경우, 5명 중 4명은 치료를 중단하고(건강심사평가원, 2010), 1개월 이내 외래 방문은 약 31%에 불과한 것으로 드러나 지역사회 관리 강화가 무엇보다 중요하다는 것을 알 수 있음(보건복지부 국립정신건강센터, 2016b).

○ 일반적으로, 의료기관에서 단순히 입원 치료만 하는 경우 6개월이상 단주 비율이 20% 미만이나 지역사회 중독관리센터에서 지속적으로 관리를 받는 경우 40% 이상이 단주가 유지되고 있다는 점은 시사되는 부분이 많음(채숙희, 2010; 한국중독관리센터협회, 2016 내부자료).

○ 그러나, 우리나라의 중독자를 위한 지역사회 서비스 인프라는 중독관리센터 50곳, 사회복지시설 17곳으로 중증정신장애인 정신건강복지센터 243개소, 광역정신건강복지센터 15개소, 사회복지시설 총 349개소에 비하면 현저히 부족한 상황으로 중독대상자들의 지속적 관리를 위한 지역사회 재활서비스 체계의 구축이 시급한 시점임.

□ 2019년 기준 전국 중독자 등록 관리자 수는 0.67%(9,610명)로, 중독관리통합지

원센터가 80%, 중독자 전용 사회복귀시설이 2.7%, 정신건강복지센터가 19%로 나타났으며, 2020년 기준 중독관리통합지원센터 종사자수는 263명으로, 이중 센터장을 제외한 실무자 수는 213명으로 사례관리자 대비 1인당 등록관리자 수는 45:1로 정부합동평가 지표의 25:1보다 훨씬 높은 비율을 보이고 있는 실정임.

〈표 4-2〉 지역사회 정신건강증진사업 운영 현황: 2019년

(단위: 개소)

구분	중독관리 통합지원센터 등록자 수	등록자 중 재활프로그램 이용자 수
서울	385	428
부산	348	261
대구	256	105
인천	1,051	206
광주	1,141	485
대전	326	167
울산	174	102
세종	0	0
경기	1,876	560
강원	435	183
충북	91	54
충남	160	84
전북	184	38
전남	285	81
경북	226	126
경남	481	268
제주	307	105
계(전국)	7,726	3,253

주: 중독관리통합지원센터 등록자는 가족대상자를 제외한 중독자 수만 제시함.

주: 2019.1.1.~12.31. 동안 재활서비스를 이용한 전체 실인원으로 기본형 정신건강증진사업 포함.

자료: 보건복지부 외. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019. pp. 92-93.

〈표 4-3〉 연령별 등록자 현황: 2019년

(단위: 명)

구분	중독관리 통합지원센터
10세 미만	0
10~14세	12
15~18세	44
19~28세	274
29~38세	662
39~48세	1,685
49~58세	2,642
59~64세	1,333
65세이상	1,074
미상	0
전 체	7,726

주: 2019.1.1.~12.31. 동안 재활서비스를 이용한 전체 실인원으로 기본형 정신건강증진사업 포함.  
 자료: 보건복지부 외. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019. p. 95.

〈표 4-4〉 지역사회 중독관리통합지원센터 이용자의 진단별 현황: 2019년

(단위: 명)

구분	이용자 수
성인	물질관련 및 중독장애
	기타
	미진단*
아동/청소년	56
계	7,726

주: \* 자살 문제, 인터넷/게임 문제 등  
 자료: 보건복지부 외. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019. p. 97.

〔그림 4-1〕 지역사회 중독문제 대상자 지역사회 서비스 제공현황

구분	2015					2019				
	시설 (개소)	등록자 (명)	물질관련 및 중독장애	물질관련 및 중독장애 비율	<sup>1</sup> 추정환자수 (1,588,289명) 대비 지역사회 등록관리율	시설 (개소)	등록자 (명)	물질관련 및 중독장애	물질관련 및 중독장애 비율	<sup>2</sup> 추정환자수 (1,436,628명) 대비 지역사회 등록관리율
총계	607	91,650	11,344	12.4%	0.71%	642	87,075	9,610	11%	0.67%
정신건강 복지센터	224	75,802	2,310	3.0%	0.15%	243	72,777	1,837	2.5%	0.13%
사회 복지시설	333	6,915	265	3.8%	0.02%	349	6,572	265	4.0%	0.02%
중독관리 통합센터	50	8,933	8,769명	98.2%	0.55%	50	7,726	7,695	99.6%	0.54%

〈표 4-5〉 한국중독관리센터협회(2020), 전국중독관리통합지원센터 사례관리자수 대비 사례관리 인원수



구 분	2016	2017	2018	2019	2020
개소수	50	50	50	50	49
종사자수(명)	223	218	221	221	263
등록자수(명)	9,158	8,816	8,625	7,726	7,467
신규등록자수(명)	2,160	1,732	1,609	1,746	1,725
사례관리자 1인당 사례관리인원수(명) <sup>7)</sup>	53	53	51	46	45

### 3. 지역사회 중독관리센터 및 재활시설 현황

#### 가. 중독관리센터 현황

- 중독관리통합지원센터는 정신건강복지법 제 15조 3항에 근거하여 지역사회 기반의 통합적 중독관리서비스를 제공하기 위한 체계를 구축하여 조기발견, 상담, 치료재활 및 사회복귀서비스를 제공하고 있음.
- 중독관리통합지원센터의 인구대비 분포를 살펴보면, 인구 20만 이하가 4곳, 45만 미만이 23개소, 46만 이상은 20개소에서 운영하고 있는 것으로 나타남.
  - 정신건강사업안내 지침에는 인구 20만 이상 시군구에 중독관리통합지원센터가 설치되도록 명시되어 있으나, 예산상의 이유로 추가설치 계획이 중단된 상황임. 예산의 규모를 살펴보면, 2010년 1개 센터당 125,000천원(국비 50%, 시비 50%)에서 2021년 현재 163,022천원(국비 50%, 시비 50%)으로 연간 400만원 정도 증액됨.
- 설치기준
  - 50개소의 중독관리통합지원센터(2020년기준)
  - 인구 20만 이상 시·구 설치
  - 중독관리통합지원센터(구, 알코올상담센터)는 시군구 단위로 설치운영(국비

7) 센터장을 제외한 실무자수에서 등록자수를 나눈 인원 수

50%, 지방비 50% 지원)되며, 지자체에서 제출한 사업계획을 검토하여 지원대상 센터 선정

○ 이용대상

- 지역사회 내 알코올의존자, 문제음주자와 그 가족 등 지역주민
- ※ 해당 중독관리통합지원센터 관내의 주민을 우선 대상으로 하되, 상황에 따라 인근 지역주민에게도 관련서비스 제공이 가능함
- 의료기관 또는 시설 등에서 퇴원(소)한 알코올 의존자로서 사회적응훈련을 필요로 하는 알코올 의존 및 남용자
- 기타 알코올관련 상담 및 재활훈련서비스가 필요한 자

### 1) 중독관리센터의 운영 인력 현황

□ 전국 50개 센터를 대상으로 전반적인 중독센터의 인력 현황을 파악하기 위한 중독관리센터협회 자체 조사를 결과를 분석하였음.

○ 사업운영 인력이 3명인 곳이 5개소, 4명이 10개소, 5명인 곳이 11개소로 5명 이하의 센터가 총 26곳이며, 6~7명이 9개소, 8~10명이 9개소, 10명이상이 6개소로 나타났으며, 10명이상의 센터중 5개소가 광주광역시로 나타났음.

○ 50개 센터에서 근무하는 총 인력의 수는 328명으로, 비상근센터장 35명을 제외한 상근인력의 전문요원이 46%, 비전문요원이 54%로 나타났음.

○ 구체적으로 살펴보면, 정신보건사회복지사가 107명(33%)으로 가장 많았고, 사회복지사 92명(28%), 정신건강간호사가 45명(14%), 간호사 22명(7%), 정신건강의학과 전문의가 32명(11%), 기타가 26명(8%) 으로 나타났음.

○ 센터장은 상근 센터장이 14명, 비상근 센터장이 36명으로 구성되어있음.

〈표 4-6〉 전국중독관리통합지원센터 운영인력 현황표

구분	전체인력 (%)	센터장			
		상근	비상근	합계	
전문인력	정신과전문의	34(10.0)	0	34	34
	정신보건간호사	45 (14.0)	43	2	45
	정신보건사회복지사	107 (33.0)	107	0	107
	정신보건임상심리사	2 (0.70)	2	0	2
비전문인력	간호사	22 (7.00)	22	0	22
	사회복지사	92(28.0)	92	0	92
	기타(작업치료사, 회복자 스텝, 보건소장 등 포함)	26(8.00)	22	4	26
	합계	328(100.0)	288	40	328

## 2) 중독관리센터의 사업 내용 및 중요도

□ 현재 중독관리센터에서 운영하는 있는 구체적인 사업내용은 중독자 조기 발견 및 개입서비스(early intervention), 중독자 질환관리사업(counseling education, rehabilitation program, case management), 중독자 질환 가족 지원사업(family intervention, counseling), 중독폐해 예방 및 교육사업(prevention, promotion, education etc), 지역사회 안정망 조성사업(community network system), 지역진단 및 기획으로 구성되어 있음.

### □ 서비스 내용

- 알코올등 중독자관리
- 중독자가족지원
- 중독폐해 예방 및 교육
- 지역사회 사회안전망 조성
- 지역진단 및 기획

□ 각 영역별로 필수사업과 선택사업으로 분류되어 있고, 필수사업은 알코올 문제 및 중독관리체계 구축으로 구성되어 있으며, 기타중독 서비스는 선택사업으로 분

류되어 있음.

□ 중독관리센터협회의 자체 조사 결과, 관여인력 별 단위사업 업무비중은 중독질환자 관리사업(28.1/fte 1.7명)이 가장 높은 것으로 나타났으며, 조기발견 및 단기 개입서비스(16.4/1.0명), 중독예방 및 교육사업(14.9/0.8)순이며, 지역진단 및 기획(4.2/0.3)이 가장 낮은 것으로 나타났음.

○ 행정업무의 비중이 13.6%(fte 1.0)으로 높게 나타났는데, 행정업무를 담당하는 인력이 배치된 센터는 3곳으로 조사되었음.

□ 2017년 노성원 연구에 따르면, 대상 질환별 등록인원을 각 지역별로 합계를 내었을 때, 대부분의 지역에서 알코올 관련 대상자가 95% 이상이었고, 기타중독(도박, 인터넷, 마약)의 중독 대상자 비율은 5% 미만이었음.

○ 그러나, 전주 및 전북권에서는 연간 도박 대상자 75명(10.9%), 광주 및 전남권에서는 연간 약물 276명(16.4%), 도박 45명(2.7%), 인터넷 62명(3.7%)를 포함하는 것으로 나타났음.

○ 대구 및 경북권에서는 인터넷 중독 대상자를 31명(4.2%), 제주센터에서는 도박 중독 대상자를 20명(12.7%) 포함하고 있었음. 중독관리센터에서 지각하는 4대 중독의 각 업무별 비중은 알코올 중독 업무가 75.0~88.4%로 가장 많은 비중을 차지하였고, 그 외의 중독은 서울지역과 인천 및 경기권에서는 인터넷 중독 업무 비중이 20.1%, 8.3%로 나타났음.

□ 2020년 기준 전체 중독대상자 등록자수는 7,467명으로 등록된 대상자의 회복 경험율은 2016년 33.64%에서 2020년 46.1%로 12% 증가하였고, 재발율은 2016년 28.7%에서 2020년 22.5%로 코로나-19에서도 감소한 것으로 나타나, 독관리센터의 지속적 사례관리와 프로그램을 제공받은 대상자의 회복율은 높아지고 재발율은 낮아진 것을 볼 수 있음.

○ 이러한 결과는 우리나라의 지역사회 중독관리 서비스 전달체계 모형의 향상과 더불어 다각적인 지원이 필요함을 시사하고 있으며, 중독문제를 보다 효과적

으로 관리하기 위해서는 각 지역별로 위험인구 대비 적절한 중독기관 및 중독 관리 인력이 확보되어야 하고, 유관 기관 사이에 연계 체계가 확립되어 치료의 연속성을 확보하는 것이 필요함을 보고 주고 있음.

## (2) 중독재활시설의 현황

□ 중독자 전용 사회복귀시설은 전국 정신건강복지법 제 26조에 근거하여 설치운영 되고 있으며, 전국 총 18곳으로 총 등록정원은 288명이며, 2021년 7월말 현재 현재 이용자는 262명(국립정신건강센터, 2021)으로 사회적응훈련, 작업훈련, 주거지원 등 재활서비스를 중점으로 제공하고 있음.

○ 이는 중증정신질환자 사회복귀시설은 전국 349개소, 등록자수는 총 6,572명에 비해 턱없이 부족한 실정임. 서울의 일부권역을 제외하면 중독재활서비스의 혜택을 볼 수 없는 지역이 대부분이라고 할 수 있음.

〈표 4-7〉 전국 중독재활시설 현황

구분	시설 종류	시설명	운영 형태	정원	주소
1	중독자 재활 시설	향나무집	24시간	15명	서울 마포구
2		마약류중독재활센터	24시간	10명	서울영등포구
3		감나무집	24시간	23명	서울 마포구
4		내동화세상	24시간	15명	서울 도봉구
5		세잎클로버	24시간	15명	대구광역시
6	주간 재활 시설	까리따스 회복센터	주간	31명	서울 서초구
7		연수새누리	주간	31명	인천시연수구
8		카프이용센터	주간	31명	고양시 일산
9	직업재활 시설	경기다사모	주간	31명	수원시
10	공동 생활 가정	그라파	24시간	4명	서울시도봉구
11		새롬채	24시간	4명	전남 영광군
12		서울다르크	24시간	2명	서울 양천구
13		꽃동네치료공동체	24시간	10명	세종시
14		리앤리	24시간	10명	인천시
15		해피하우스	24시간	4명	인천시
16		청도요셉의 집	24시간	10명	경북 청도
17		카프동지	24시간	10명	서울 은평구
18		헤세드하우스	24시간	6명	경기도 포천
계				262명	

## 제2절 지역사회 중독관리사업 및 서비스전달체계

### 1. 중독 서비스 전달체계 및 지역사회 요구도

- 중독질환은 만성적이고 진행적인 특성을 가지며 재발을 반복하는 질환이기에 치료 연속성(continuum of care)을 유지하기 위한 지역사회 중심의 관리가 매우 중요함.
- 지역사회 중심의 관리를 위해서는 지역사회 정신보건의 개념을 기반으로 하여 특정 지역을 하나의 단위로 하여 한 지역내의 중독문제를 예방, 치료, 재활하는 서비스를 제공함으로써 치료접근성과 연속성, 효율성을 높일 수 있는 지역 단위의 서비스 전달체계를 통한 개입을 의미함(오희석, 최용성, 2019).
- 중독서비스 전달체계는 중독정책을 구체적인 중독서비스로 전환하는 과정에서 필요한 조직의 총체적인 활동임.
- 중독서비스의 조직적 환경인 중앙에서 지방조직에 이르기까지 공공과 민간의 서비스 전달체계를 의미하며(윤명숙, 2010), 지난 20년간 알코올중독, 마약중독, 도박중독, 인터넷중독 등의 각 중독분야에서 각기 다른 경로로 서비스 전달체계를 구축해왔음.
- 그동안 중독관리 서비스는 각 부처별 산발적으로 흩어져 있고 제공되는 서비스의 양과 질이 모두 충분하지 않을 뿐 아니라 기관간 서비스 연계가 원활하지 않아 통합적인 접근이 요구된다고 할 수 있음.
- 이렇게 분절적인 중독관리서비스 전달체계를 서비스 통합하고 서로 연계하기 위해서는 중독문제를 예방, 치료, 재활의 연속적이고 체계적인 관점에서 접근해야 하며, 정부의 정책 방향과 정책의 구조를, 재정근거, 중독의 서비스 전달체계에 대한 심도 높은 논의가 고려해야 함.
- 각 중독관리체계가 각각의 특성을 반영하고 서비스 이용자의 측면에서 바라볼 필요가 있으며, 그들의 회복과 복지 증진을 위해서 중독관리체계를 일원화 함

으로써 좀더 효과적인 서비스 전달체계를 수립하여야 한함(윤명숙, 2010).

- 중독은 경증의 문제부터 심각한 중독성 질환까지 다양한 심각도를 가지고 있는 공중보건학적 문제로 치료적 개입이 필요하며 근거 기반한 다양한 중독의 서비스 전달체계가 필요함.
- 이를 위해서는 중독문제를 3단계로 구분하여 일반군을 대상으로 1차예방, 발병 위험요인을 갖고 있는 고위험집단 대상으로 2차예방, 이미 증상을 나타내고 있는 중독질환군에 대해서는 치료와 합병증을 예방하고 회복을 돕는 3차 예방으로 각 단계별 예방전략 수립이 필요하며, System of Care(이하 SOC)에 따른 각 단계별 서비스 전달체계와 인프라를 구축하여야 함.
- 또한 지역에서는 1960년대부터 알코올 중독을 치료가 필요한 질환으로 규정하고, 치료 연속선(continuum of care) 개념 하에 의료기관과 지역사회를 통합하기 위한 치료시스템을 발전시켜왔음.
- 대표적으로 영국의 경우에는 알코올 폐해 예방을 위해 Models of Care for Alcohol Misusers(이하 MoCAM)라는 치료 시스템과 가이드라인을 개발하여 적용해왔으며(박상욱 외, 2021; MoCAM, 2006), 미국 뉴욕주에서는 미국중독의학회(American Society of Addiction Medicine, 이하 ASAM)에서 치료 연속선 개념의 적정치료 배치수준 모델(Patient Placement Criteria)을 적용하고 있음(Mee-Lee, D. and Shulman, G.D., 2003).
- 이는 약물중독, 알코올중독, 도박장애 등에 대한 입원, 외래, 지역사회기반 서비스를 제공하고자 하는 모든 기관들은 OASAS에서 미리 정해놓은 서비스 정의, 서비스 인력, 서비스 프로그램의 최소 충족기준, 서비스 시설기준 등을 충족시켜야 서비스를 제공할 수 있음.
  - 중독 환자를 대상으로 6개의 평가 영역에 따른 환자의 치료 필요성 및 심각성을 체계적으로 평가하고, 치료배치수준을 조기개입, 외래, 집중외래, 집중입원 관찰입원, 집중입원 관리입원의 다섯가지 수준을 나뉘며, 어느 수준이 환자에게 가장 효과적인지를 결정하도록 함.

- 이들 체계는 지역사회를 기반으로 하고 있으며, 알코올 중독의 심각도와 개별적 욕구를 다면적, 포괄적 평가를 통하여 맞춤 서비스를 제공함.
- 이는 증상중증도에 따른 세부 단계 수준의 서비스를 연속적으로 갖추고 있음.
  - 실제로 Level of Care에 따른 적정배치수준에 대한 많은 연구들은 권고배치 수준에 맞게 배치된 환자들이 그렇지 않은 환자들에 비해 추적평가결과에서 알코올 사용량 및 치료 탈락율이 유의하게 낮았고, 증상 호전 비율이 뚜렷하게 상승하였음(박상욱 외, 2021; Stallvik M, Gstfriend DR, 2014).

### 제3절 지역사회 중독사업 평가

#### 1. 중독폐해 예방 및 인식개선 사업 평가

##### 가. 중독관리 서비스 전달체계 미비와 국가 거버넌스 부재

- 중독관리에 있어 가장 효율적인 방법은 공중보건학적 모델에 근거한 포괄적인 접근임.
- 현재 우리나라에는 중독관리를 위한 국가 거버넌스체계도 없을뿐더러 중독폐해 예방 및 인식개선사업의 근거가 되는 법제도에는 주류용기 경고문구와 제한적 광고규제 2가지만 존재하고 있음.
  - 음주로 인한 폐해와 알코올중독문제를 예방하고 관리할 법제도가 부재할 뿐 아니라, 행위중독(도박, 인터넷/게임중독 등)관련 산업의 활성화를 위한 법제도 는 있으나 예방, 치료 및 재활 관련 제도가 미비함.
  - 즉, 중독문제를 조장하는 중독관련 산업의 무차별적 마케팅으로부터 소비자를 보호할 균형잡힌 정책이 부재하다고 할 수 있음.



- 인터넷/게임/스마트폰에 있어서도 우리나라는 인터넷망 보급률, 국민의 스마트 기기 보유율 측면에서 당연히 압도적이나 청소년의 높은 인터넷중독 비율은 결국 성인에서 흡연, 과음 등 또 다른 중독 발생위험을 증가시키고, 인터넷중독 청소년의 지능을 낮게 하며, 사이버 범죄 발생 위험율을 높이고 있음.
- 그러나 문화체육관광부, 과학기술정보통신부 등 부처간 이견으로 인해 일관적인 예방 및 인식개선 등의 사업의 거의 없다고 보아도 무방함.
- 또한 구내의 도박중독의 유병율은 100명 중 5.4명으로 선진국에 비해 3배 이상으로 심각한 편인데 사행산업장 이용객의 연 평균 지출액이 매년 꾸준히 증가하고 있음.
- 불법 사행산업의 총 규모는 약 83조 원 규모로 추산되는데 도박중독으로 의료 서비스 받는 사람은 1000명중 1명으로 도박중독예방/치유 예산의 절대량이 부족하며, 그 운용이 비효율적임.
- 마약류 사범의 수는 매년 증가하며 청소년 마약류 사범수 또한 증가 하고 있음.
  - 특히 마약성분의 다이어트 약물 오남용 문제는 방치되고 있고 신종 약물에 대한 감시가 필요한데도 마약류 해해 및 치료보호 관련 하여 국가 예산 투자는 매우 미흡하여 예방사업 현황은 기술헌 것이 없을 정도임.

#### 나. 전국민 대상 중독예방을 위한 정책 및 기본법 부재

- 중독으로부터 청소년을 보호하기 위한 제대로 된 정책이 없는 실정으로 이와 관련한 관련법 또는 전국민 대상 중독예방정책 및 중독문제를 국가가 책임성을 강화할 필요가 있으므로 중독기본법이 필요함
- 한국 청소년 10명 중 1.7명이 음주자인데 청소년 10명 중 3명만이 음주예방 교육 경험이 있다고 하며 특히, 청소년 주류구매시도자 10명 중 8명이 쉽게 주류구매에 성공한다고 하니 주류광고제한정책이 없어서 주류광고에 대해 지나치게 허용적인 것과 무관치 않음.

- 음주폐해 예방홍보사업 예산은 주류광고예산의 0.16% 수준임. 술을 먹도록 홍보하는 금액과 술로 인한 폐해를 예방하자는 금액의 차이가 커서 음주폐해 예방홍보사업의 효과가 미치지 못하고 있음.

## 다. 중독예방 및 인식개선 필요

- 중독회복자, 보호자, 서비스 제공자들은 한결같이 한국의 음주문화 개선을 언급 하였고 관대한 음주문화, 주류의 접근성에서 비롯된 문제점을 지적하면서 중독 예방 및 관리에 대한 인식개선과 치료 및 회복에 대한 정보를 제공할 필요가 있으며, 중독예방 및 인식개선을 위한 노력이 필요함을 주장함.

### 1. 고위험군 조기선별 및 개입 사업의 평가

#### 가. 일반인들을 대상으로 한 중독관련 선별 시스템의 부재

- 미국중독의학회는 알코올 등 중독문제가 다양한 임상증상과 중증도를 가지는 이질적 문제의 합으로 보고 효과적 서비스 제공을 위해서는 각기 다른 중증도에 대한 각기 다른 강도의 서비스를 제공하는 기관들이 연속적으로 연결되어 있어야 한다고 제안.
- 나아가 대상자를 평가하는 기관에서 무조건으로 대상자를 관리하는 것이 아닌 평가결과에 따라 그에 맞는 적절한 강도의 서비스를 제공하는 기관으로 대상자를 연계하고 의뢰하는 시스템을 제안하고 있음(이해국.2016; SAMHSA,2015).
  - 국내에는 일차의료기관이나 보건소, 응급실 등에 내원하는 환자들의 위험 음주 여부를 선별하고 개입, 의뢰하는 프로그램이나 시스템이 갖추어져 있지 않음.
  - 국민들에게 실시하는 건강검진에서도 고위험음주자에 대한 선별 효과 미흡하여 중독질환이 진행되어 만성화되어 센터나 의료기관을 찾아오게 됨.

- 대상자를 평가하는 기관도 중독관련 기관 뿐 아니라 일반 보건소, 의료기관, 사회복지시설 등에서도 조기개입을 통한 중독문제가 심각해지기 전에 음주 문제를 조기에 확인하고 발견하여, 적절한 서비스를 의뢰하고 연계할 수 있는 시스템이 필요하고 중독으로 인한 피해를 감소시킬 수 있는 전략 필요.

#### 나. 사회경제적 취약계층에 대한 조기선별 및 개입 체계 미흡

- 산발적인 사회복지 전달체계와 분절된 정신건강 전달체계 간의 서비스로 인한 조기선별을 통한 개입을 할 수 있는 위기 대응능력이 부족함.
  - 최근 들어 읍·면·동 단위 복지 전달체계가 구축된 이후 지역사회에서 중독에 대한 사례가 상당수 발견되고 있으나 기존의 취약한 인프라와 지원체계로서는 대응하는데 한계가 있음(전진아외, 019).
  - 지역사회 중독문제에 대응하는 인프라와 인력 등의 문제로 조기선별 및 개입이 어려울 뿐 아니라 기관이 있다고 하더라도 정보공유가 되지 않아 효율적인 지역연계가 원활하지 않은 실정임.
  - 발견된 중독사례들은 중독문제뿐 아니라 자살, 정신과적 문제 등 복합적인 문제를 가진 사례가 많아 적절한 시기에 조기개입하여 치료나 재활을 하여야 함에도 시기를 놓쳐 만성화된 질병 또는 사고가 발생하고 있음.
  - 따라서 발견하는 기관에서 선별하여 전문상담으로 연계할 수 있는 시스템 구축이 필요.
- 정신건강 전달체계 안에서도 공존질환을 가진 대상자의 경우 서비스 영역이 불분명하거나 명확치 않아 서비스 전달하는데 어려움이 많음.

#### 다. 법적인 문제를 동반한 대상자의 조기선별 및 개입체계 미흡

- 음주운전이나 각종 사건사고에 연루되어 보호관찰이나 중독으로 인한 범위반시

처벌 수준이 미약하고 일관성이 없어서 국민들의 안전을 위협하고 있으며 범죄 예방 및 제재 수단으로 효과가 미흡함.

○ 현행법상 최소한 집행유예이상의 처분이 있어야 수강명령이 가능한 데 법률적 한계가 있으므로 이에 대한 대책이 요구됨.

□ 고양시민을 대상으로 한 연구에서 선별과 조기개입서비스를 우선적인 서비스라고 응답한 비율이 68%로 나타남으로써(이해국외, 2021), 조기개입의 필요성과 중요성을 말해주고 있음.

○ 중독관리센터 직원으로 대상으로 한 연구에서도 중독문제 조기발견 및 개입서비스를 전반적으로 주력 또는 전략적인 강화사업으로 인식하고 있었고 미등록 대상자 응급개입이 가장 높다고 응답하였음(이인숙외, 2021).

- 유관기관 종사자를 대상으로 한 연구에서도 중독 조기선별 및 개입은 다양한 기관 간 연대 및 지역사회 협력망을 구축하는 것에 대해 많은 기관들이 공감하고 있었음.

### 3. 중독질환자 관리 및 가족지원사업의 평가

#### 가. 치료재활서비스 제공인력 및 센터 부족

□ 알코올질환의 치료재활서비스를 제공하는 중심기관인 중독관리통합지원센터는 현재 50개, 서비스제공인원 약 7467명(한국중독관리센터협회, 2020)으로 일년 유병율(3.5%)기준 전국알코올중독자수 약181만명의 0.6%정도만 재발예방을 위한 지역사회 관리서비스가 제공하고 있음(노성원 외, 2017).

○ 지역 내 중독관리통합지원센터가 부재할 경우, 정신건강복지센터에서 서비스 제공하나 예산과 인력 문제, 구체적 계획 및 실천전략이 부재하고 무엇보다 전문적인 서비스를 제공하는데는 역부족임.

○ 지역사회 내 알코올중독자에 전문재활서비스 제공을 위한 중독전용 정신재활 시설은 총20개소로 전체 정신재활시설 349개소에 비해 5%에 지나지 않으며

수도권 중심의 일부지역을 제외하면 중독재활서비스 혜택들 볼 수 있는 지역이 대부분임. 현재 20개로, 중독재활서비스를 접하기 어려운 지역이 많고 중독자의 욕구에 따른 서비스를 제공하기보다 공급자중심의 서비스가 이루어지고 있음.

- 중독질환자 관리 사업은 중독관리센터에서 가장 중요한 필수사업으로서 대상자의 사례관리서비스, 응급개입, 주간재활프로그램 등이 포함됨.
- 그중에서도 사례관리 서비스에 대한 중요도가 높은 것으로 나타났으며, 단기개입 이후 사후관리수행의 어려움이 있는 것으로 인식됨.
- 이는 사례관리업무량이 많아서 질적인 서비스의 제공이 어렵고 실제 센터에서는 조기발굴 및 개입에 치중하고 있으나 이를 위한 효과성 평가나 사후관리하는데 어려움이 있음.
- 단기개입 제공시 선별후 교육 및 집단프로그램을 실행하여야 하지만 인력 부족으로 일정 조율의 어려움과 충분한 인력이 제공되지 않는다는 점임(김용진 외, 2015).

#### 나. 중독 사례관리 서비스 체계 미비

- 국내 중독치료는 입원 위주의 치료가 주를 이루고 퇴원 후 관리 부재, 잦은 재발, 낮은 치료율 등은 치료의 비효율성 문제 제기되고 있으며, 보호 및 서비스의 연속성 측면에서 재발 방지와 사회복귀를 지원해줄 수 있는 지역사회 중독관리서비스 전달체계 구축이 시급하고 이에 따른 사례관리 서비스 체계를 강화 필요가 있음.
- 알코올사용장애 환자의 46.9%가 한 달 이내 재입원한다고 알려져 있으며(보건복지부 국립정신건강센터, 2016b), 65-81%의 경우는 1년 이내에 재발한다고 밝혀져 있어 높은 재발율을 보이고 있음(Witkiewitz & Marlatt, 2004; Moos & Moos, 2006; 이준석 등, 2011 재인용).
- 이러한 한계점을 개선시키기 위해서는 대상자 대상의 직간접 서비스를 확충하는 것이 필요 있음.

- 중독통합지원센터의 핵심 업무 중 대상자 및 대상자 가족에게 직간접적인 서비스를 제공하는 사례관리는 높은 중요도를 가지고 있음.
  - 그러나 현재 전국에 설치된 중독통합지원센터 50개소 중 현재 센터의 인력이 4-5인 이하인 곳이 26개소로 52%로 양질의 사례관리 서비스가 제공되고 있는가에 대해서는 의문이 남는 실정임.
  - 김용진 외(2015)의 중독관리통합지원센터에서의 사례관리 실태 및 쟁점 연구에서 센터의 인력이 4인 미만의 경우 치료적 효과를 기대해볼 수 있는 직접 서비스를 제공하는데 한계가 있다는 의견이 제시됨.

#### 다. 치료 및 재활서비스의 전달체계 문제

- 알코올 사용장애에 대해 입원과 퇴원, 외래 통원 치료를 유지하도록 하는 가이드라인 부재로 인해 적정 치료수준 배치와 단계적 개입이 이루어지지 못하고, 장기 입원 경향을 방지하고 지역사회 연계 서비스 제공을 활성화하기 위한 제도적, 내용적 지원 역시 미흡함.
- 2015년 기준 알코올중독 입원 실인원은 전체 28,001명(남자 24,736명, 여자 3,265명), 외래 실인원은 전체 41,615명(남자 33,345명, 여자 8,270명)으로 총 69,616명에 해당됨(노성원 외, 2017).
- 알코올중독으로 입원 또는 외래를 경험한 비율이 3.8%정도로 의료서비스 이용률도 매우 낮은 실정임.

#### 라. 전문적인 인력 부족

- 중독관리통합지원센터의 업무는 사례관리, SBIRT 뿐만 아니라 재활 프로그램 운영 등으로 이루어지는데 업무 특성상 실무자의 임상적 전문성이 요구되므로 실무자 교육을 통해 서비스의 질적 유지 및 강화가 매우 필요함.

#### 마. 근거기반 치료재활프로그램 부족

- 센터에서 Level of care가 필요함. 근거기반한 알코올 치료재활프로그램이 부족하고 대상자의 욕구에 근거한 다양한 치료 재활프로그램이 필요함.

### 제4절 중독관리를 위한 개선과제

#### 1. 지역사회 중독관리사업이 통합적·효과적으로 수행되기 위한 정책

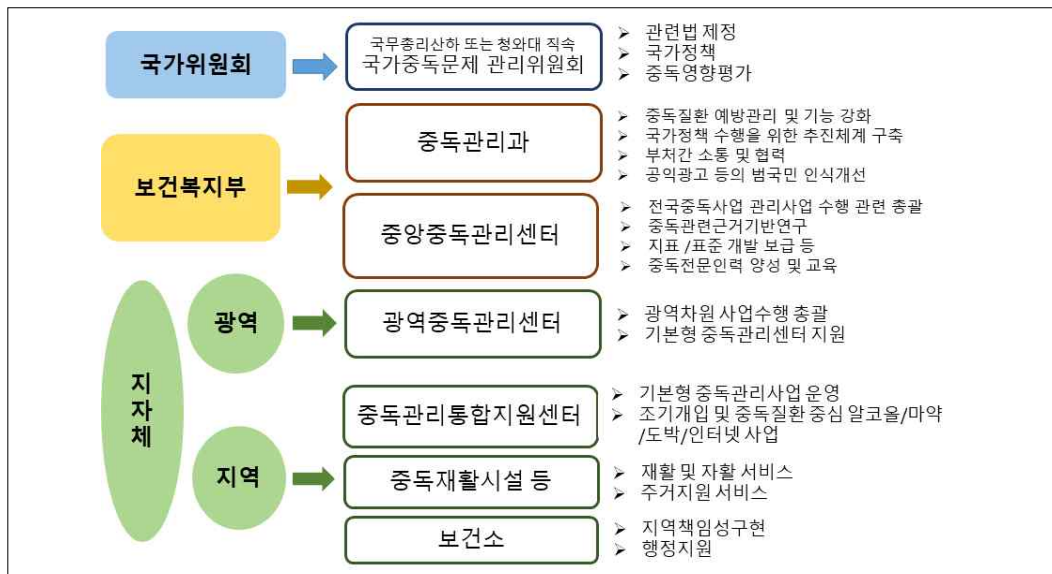
##### 가. 중독관리 국가 거버넌스 정책 및 서비스 전달체계 구축

- 우리나라의 중독관리사업은 정신건강복지법에서 온 국민의 행복한 삶과 건강한 사회건설을 목표로 하고 있으며 중독관리에 있어서도 중독문제예방을 위한 인프라 구축과 적절한 서비스 환경을 조성하는 것이 일차적인 목표로 하고 있음.
- 제2차 정신건강복지 기본계획안(2021년~2025년)에 있는“알코올중독자 치료 및 재활서비스 강화”과제는 이러한 인프라 확대와 체계구축을 위한 세부 내용이 담겨져 있음.
- 그러나 현재 인프라와 인력, 예산으로는 정신건강복지 기본계획안을 수행하기 현실적으로 어려울 뿐 아니라 센터 몇 개소를 증소하는 것의 문제가 아닌 근본적인 대책이 요구되며, 서비스 전달체계의 개편이 필요함.
- 중독관리 사업이 통합적, 효과적으로 수행되기 위해서는 국가 중독정책의 거버넌스 구축이 필요함.
- 보건복지부, 문화체육관광부, 농림수산물식품부, 여성가족부, 교육과학 기술부, 행정안전부, 법무부 등 중독관련 정부 부처들이 함께 참여할 수 있는 별도의 범정부적인 조직으로 국무총리 산하 또는 대통령 직속의 중독문제관리위원회 설치를 제안함.

- 중독문제관리위원회는 다양한 중독의 예방, 치료 재활 등에 관한 관련법, 정책 등을 조정, 관리, 협의하는 역할을 담당하며, 국가 중독정책에 관한 기본계획 수립 및 시행, 이와 관련된 기금운영 및 재정지원 등의 역할을 담당함.
  - 그리고 전국의 중독관리통합지원센터를 총괄할 수 있는 중앙중독관리센터 설치하여 전국 중독관리사업을 관리하고 장, 단기적인 예방, 치료, 재활이 가능한 정책실행계획 수립할 수 있어야 함.
  - 또한 앞서 제시한 SOC(System of Care)에 따른 인프라 구축으로 중독관련기관 및 시설의 확충이 우선적으로 필요함.
- 2017년 제시한 지역사회 중독관리 통합서비스 전달체계 모형을 아래와 같이 제시하고자 한다(노성원 외, 2017).
- 구조적 차원: 중독문제 개입에 대한 새로운 중앙 패러다임 구축. 중앙 중독관리통합지원센터 개설로 가용한 인적 자원을 보다 효율적으로 투입할 것
  - 내용적 차원 : 중앙과 지역의 중독관리통합지원센터 및 유관 기관들을 유기적으로 연계하는 중독관리 통합서비스 전달체계 모형을 개발. 센터의 실행 매뉴얼 및 평가지표 개발
  - 유지·보수 차원: 개발된 모형 및 매뉴얼, 평가지표의 시범 적용

[그림 4-2] 지역사회 중독관리 통합서비스 전달체계 모형의 발전방향





## 나. 중독관련 기본법제정 필요

### (알코올 관련 건강 피해 예방관리법 또는 중독관리기본법)

- 다양한 중독으로 인한 사회적 비용을 최소화하고 서비스 연속성을 강화하기 위해서는 알코올관련 기본법을 제정 및 안정적 예산 확보가 우선적으로 필요함.
- 2014년 신의진의원원이 중독예방관리법 제정을 상정하였으나, 관련업계의 반발로 무산된 바 있음.
- 국가의 중독관리기본법은 타 부처의 관련법이 있으므로 이를 아우를 수 있는 기본법 제정이 필요하며 또한 국가차원의 거버넌스 구축 및 공공정책의 수립과 실행을 위해서는 무엇보다 예산확보가 필요함.
  - 태국의 경우 태국건강증진재단을 설립하고 주세 외에 2%의 목적세를 주류와 담배에 부과하여 태국 국민의 건강증진활동, 치료재활 사업의 예산으로 사용하고 있으며, 민간 및 공공분야의 기관과의 연계구축도 비교적 용이하게 이루어지고 있음.
  - 일본에서는 2013년 예방과 치료에 초점을 두고 27개 조항으로 구성된 '알코올건강장해 대책 기본법'을 제정하고, 국가주도의 연구 및 치료, 관련인

력양성, 국가중앙기관설립 등을 진행하고 있음.

- 국내에서는 도박중독분야에서 국무총리산하에 ‘사행산업통합감독위원회’를 설치하고 그에 따른 근거법을 제정하여 2013년부터 ‘중독예방치유부담금의 부과 징수’ 등에 관한 조항을 통해 2013년부터 순매출 0.5%를 의무적으로 부담하게 하는 ‘도박중독치유분담금제’를 실시하고 있음.
- 이와 같이 주류산업, 게임산업에 중독기금을 부과하는 방안을 마련함으로써 중독치료 재활을 위한 기금을 조성할 필요가 있음.
  - 소관부처가 다르고 재정운영방식에 대한 합의가 어려우므로 국무총리 산하의 국가 중독문제관리위원회에서 그 운영을 담당하고 자문기구를 둬으로써 효율적인 운영이 되어 4대중독의 중독예방 및 치료재활사업의 활성화가 필요함.

#### 다. 전국민 대상 중독예방을 위한 정책 마련

- 일반 국민을 대상으로 한 중독 예방교육을 강화할 필요가 있음.
  - 중독회복자, 보호자, 서비스 제공자들은 한결같이 한국의 음주문화 개선을 언급하였다(전진아외, 2019). 중독 예방 및 관리에 대한 대중의 인식을 제공하고 중독 및 회복에 대한 정보를 제공할 필요가 있음.
    - 외국의 경우 공공장소를 금주구역으로 지정하고 규제하고 있는 공공장소에서 음주제한, 주류 판매 시간규제, 음주광고나 마케팅 행위 규제 등 주류 접근성을 제한 하는 것에 대한 국민의 인식을 파악하고 공감대를 확산하는 노력을 기울여야 함.
- 국민건강증진종합계획(HP2030)에 의하면 공공장소의 음주규제 입법을 강화하고 지자체 공공장소 금주구역 운영 가이드라인 등에 대한 주류 접근성 강화를 주요과제로 들어가 있는데, 실제 작동될 수 있도록 음주에 관대한 문화를 개선하기 위한 예방, 치료, 캠페인을 국가차원의 장기계획 수립과 실행이 요구됨.
  - 또한 초중고 교과과정에 중독폐해의 심각성에 대한 교육을 의무화 하고 이에

대한 홍보 및 인식개선 사업을 전개하여야 함.

- 고위험음주 예방을 위한 절주, 폭음기준 마련하여 주류판매 업소 등에서 폭음 기준 초과시 제재할 수 있는 관련법도 필요함.

## 2. 중독관리통합지원센터 및 중독자 재활시설 현황을 통한 개선 방안

### 가. 중독관리통합지원센터 현황에 따른 개선방안

- 중독관리통합지원센터의 업무범위는 1-3차 예방 모두를 담당하고 있는데, Level of care에 따른 2차, 3차 예방을 우선적으로 담당하고 지역별 특성과 센터 사정에 따른 업무 범위를 정하고 수행할 필요가 있음.
- 중독통합지원센터의 핵심 업무 중 중독대상자 및 그 가족에게 직간접적인 서비스를 제공하는 사례관리는 높은 중요도를 가지고 있음.
  - 그러나, 현재 알코올중독자의 지역사회 등록관리율은 0.6% 미만으로 나타나 알코올중독 대상자를 치료권내로 유지하지 못하고 있는 실정임.
  - 또한 알코올사용장애 환자의 46.9%가 한 달 이내 재입원한다고 알려져 있으며(보건복지부, 국립정신건강센터, 2016), 65-81%의 경우는 1년 이내에 재발한다고 밝혀져 있어 높은 재발율을 보이고 있다고 보고하고 있음(Witkiewitz & Marlatt, 2004; Moos & Moos, 2006; 이준석 등, 2011 재인용).
- 또한, 고위험군 발굴을 위한 SBIRT를 지역에 있는 사회복지기관 및 의료기관에 보급하는 역할을 담당함으로써 조기발굴할 수 있는 기관을 확대하여 수요자 범위를 확대하는 방안도 필요함.
  - 또한, 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터는 공존질환 및 정신건강서비스 전달체계간 역할을 설정하여 효율적인 관리를 위한 지자체 단위 또는 정신보건 관련 기관간의 정례적인 회의를 개최하여 사업지침의 설정 단계에서부터 협의와 조율이 이루어져야 할 필요가 있음.

- 이러한 한계점을 개선시키기 위해서는 대상자의 직간접 서비스를 확충하는 것이 필요하며, 국비지원 기본인력 8-10인 이상으로 배치하여 각 지자체 특성에 맞는 중독관련 서비스의 우선순위를 고려하여 적정배치에 따른 (Level of Care) 서비스 전달체계를 효과적으로 실행할 수 있는 근거를 마련하고, 인구30만 이상 의 지역 중 센터가 없는 시군구의 센터를 신설을 검토할 필요가 있음..

## 나. 중독자 재활시설 현황에 따른 개선방안

- 우리나라의 중독문제 대상자를 위한 지역사회 서비스 인프라는 현저히 부족한 상황으로 중증 중독대상자들이 지속적 관리를 위한 지역사회 재활서비스 체계의 구축이 시급함.
- 당사자의 특성과 서비스 욕구에 따라 유연하게 적용할 수 있는 시설의 종류 확대가 무엇보다 필요한데, 현재는 수도권 중심으로 설치되어 있는 중독재활시설을 중독당사자의 재활단계 및 욕구 변화에 부합하는 주간재활프로그램과 주거를 제공하는 중독전용 재활시설 등 다양한 형태의 시설을 확충하여 제공할 필요가 있음.
- 중독자가 중독재활서비스를 적절한 시기에 지원 될 수 있도록, 전국을 권역으로 나누고, 권역별 중독재활서비스 연계체계를 구축되어야 당사자들이 다양한 서비스를 선택할 수 있도록 할 필요가 있음.
- 권역 및 지역 서비스 구성 시, 서비스 수요자의 이용접근성, 인구수 등과, 예산 편성하는 중앙 및 지자체의 타지역 시민들에 대한 배타성을 고려할 수 있어야 하며, 중독재활시설에서 퇴소한 회원들이 다시 재발하고 위기상황이 발생했을 때 지역사회 서비스로 전환할 수 있는 시스템도 필요함.
- 2017년 중앙정신건강복지사업지원단은 알코올중독자 지역사회 기반 치료재활 서비스 체계 강화전략연구를 통해 지역사회 치료재활 서비스 수요의 변화를 예측, 추계하여 효과적인 대응 전략을 제시한 바 있음.

- 이 연구에 따르면, 주거치료가 최소 23~최대75개소, 재활시설이 최소 47~최대 155개소, 직업재활시설이 최소36~최대 119개소가 필요한 것으로 나타남.

#### 다. 수요자 중심의 중독관리사업의 서비스 강화를 위한 시사점

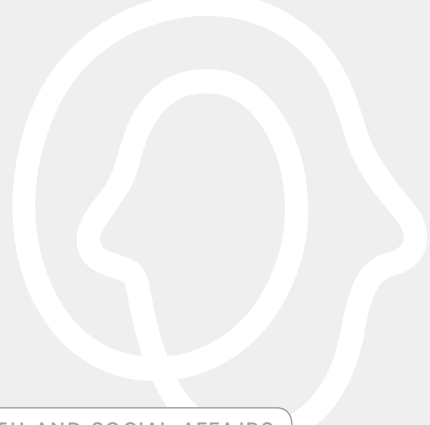
- 중독관리통합지원센터와 중독재활시설의 확충과 더불어 실제 서비스를 제공할 인력의 양적, 질적 수준을 제고하고 치료세팅에서의 수요자 중심의 중독관리 서비스 강화할 수 있는 방안은 중독예방 및 재활에 충분하고 적절한 서비스가 제공되고 있는가임.
- 이를 위해 서비스를 제공하는 기관, 인력, 예산과 같은 인프라가 기본적으로 구축되어야 하며(전진아 외, 2019), 그들이 요구하는 다양한 서비스를 제공할 수 있어야 함.
- 조기 발견부터 초기 면접이후 지역 내 전문의료기관으로 연계되고, 공공부문에서 다양한 지원, 긴급이송 및 입원들의 관련 서비스가 유기적으로 연계될 수 있는 체계와 병원에서 치료후 지역사회로 돌아오는 환자에 대한 사례관리, 사회복귀하는 단계별 서비스에 이르기까지 수혜자에게 적절한 서비스가 제공될 수 있어야 하며, 필요시 치료병원과 연계, 치료후 중독재활시설로 연계하는 시스템, 중독재활시설에서 퇴소후 관리시스템을 강화해야 함.

### 3. 소결

- 본 연구에서 제시한 발전방안이 정책적 고려가 되기 위해서는 중독문제의 사회경제적 비용이 큰 비중을 차지함에도 불구하고 여타의 정신질환에 비해 서비스 제공율과 접근성이 매우 낮다는 점과 보건정책당국의 정책중요성에 대한 우선순위가 낮다는 점을 인식해야 함.
- 또한, 수요자 중심의 서비스제공 및 인프라 구축방안은 여타의 정신질환과 다른 질병적 맥락, 치료적 맥락을 갖고 있으며, 따라서 정신의료기관에서의 치료와 지

역사회 재활기관에서의 관리 등에서도 여타 중증 정신질환의 관리와는 별도의 전문성과 서비스 제공단위가 필요하다는 것을 전제로 해야 함.

- 현재 지역사회 정신보건기관에서의 중독자 관리는 전체 유병율의 0.67%밖에 관리되지 않는 점, 그중 98%이상이 중독관리통합지원센터에서 관리하고 있다는 점을 제고하여 지역사회 중독관리통합지원센터의 기능 강화 및 인프라 확충이 요구되며, 다양한 중독자 재활시설이 존재할 때 수요자 중심의 양적 확대와 질적 서비스 강화로 이어질것으로 예상됨
- 다양한 서비스들을 연계하고 조정하는 기능을 하는 중독문제 대응 전담 핫라인을 운영함으로써 중독자들이 어떤 경로로 중독관리 서비스체계로 진입했는지를 알 수 있게 해주며, 치료 및 재활, 거주시설로의 서비스 연계 기능을 수행하고 있음.
- 호주에서는 핫라인을 통해 중독문제에 대한 1차 예방 및 교육이 이루어지고 있으며 이를 통한 조기개입강화를 모색하고 있어, 이러한 모형을 우리나라 실정에 맞게 도입을 검토할 필요가 있음.



## 제5장

### 아동 · 청소년 정신건강지원제도

제1절 아동 · 청소년의 정신건강 현황 및 지원제도

제2절 아동 · 청소년 정신건강정책의 투입관련 평가

제3절 산출관련 평가

제4절 아동 · 청소년의 정신건강 지원제도의 개선 과제





## 제 5 장 아동 · 청소년 정신건강지원제도

### 제1절 아동 · 청소년의 정신건강 현황 및 지원제도

#### 1. 아동 · 청소년의 정신건강 현황

##### 가. 아동 · 청소년의 정신 및 행동장애로 인한 진료 현황

□ 아동 · 청소년의 정신 및 행동장애(ICD-10: F00~F99)로 의료기관을 방문하여 진료를 받은 환자수를 살펴보면 다음과 같음.

□ 2019년을 기준으로 정신 및 행동장애로 인한 0세~19세 환자 수는 약 23만 6천 명이며, 기분 장애가 약 4만9천명, 스트레스 관련 장애가 4만7천명이었으며, 기타가 12만 2천명이었음.

〈표 5-1〉 아동 · 청소년의 정신 및 행동장애로 인한 진료 현황: 2019년 기준

(단위: 명)

구분		0-4세	5-9세	10-14세	15-19세	계
정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	F10-F19	326	39	148	2,067	2,580
조현병, 조현형 및 망상성 장애	F20-F29	4	24	328	2,678	3,034
기분(정동)장애	F30-F39	180	1,473	8,249	39,229	49,131
신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	F40-F49	1,066	4,806	9,607	31,635	47,114
지적장애	F70-F79	698	3,574	3,059	4,560	11,891
기타 정신 및 행동장애	F04-F09, F50-F69, F80-F89, F90-F99	13,581	41,729	37,831	28,641	121,782

주: 기타 정신 및 행동장애: 증상을 포함한 기질성 정신장애(F00-F09), 생리적 장애 및 신체적 요인과 연관된 행동증후군(F50-F59), 성인 성격 및 행동장애(F60-F69), 심리적 발달장애(F80-F89), 아동기 및 청소년기에 흔히 발병하는 행동 및 정서장애(F90-F98), 비특정 정신장애(F99)

자료: 국민건강보험공단. (2020). 건강보험통계 자료를 활용.

□ 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 아동·청소년의 상위 5개 세부 질환을 살펴 보면, ADHD를 포함한 운동과다장애로 인한 진료가 가장 많았으며, 그 다음으로는 우울증, 기타 불안장애, 심한 스트레스 반응 및 적응장애 등이었음.

〈표 5-2〉 아동·청소년의 정신 및 행동장애로 인한 상위 5개 세부 질환 현황

(단위: 명)

연도	구분	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
2016년	질환명	운동과다장애	우울증	기타 불안장애	틱장애	전반발달장애
	(명)	50,049	26,054	16,471	14,139	13,531
2017년	질환명	운동과다장애	우울증	기타 불안장애	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애	전반발달장애
	(명)	51,040	29,534	17,726	14,577	14,205
2018년	질환명	운동과다장애	우울증	기타 불안장애	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애	전반발달장애
	(명)	53,663	42,095	21,133	16,160	13,948
2019년	질환명	운동과다장애	우울증	기타 불안장애	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애	전반발달장애
	(명)	60,202	47,476	23,258	18,576	16,268
2020년	질환명	운동과다장애	우울증	기타 불안장애	심한 스트레스에 대한 반응 및 적응장애	전반발달장애
	(명)	60,285	48,221	24,985	16,699	16,641

자료: 박진우, 허민숙. (2021). 아동·청소년의 정신건강현황, 지원제도 및 개선방향.

## 나. 청소년의 정신건강 현황

〈표 5-3〉 청소년의 스트레스 인지율

(단위: 명, %(표준오차))

구분	중1	중2	중3	고1	고2	고3
2015년	10,786	11,442	12,071	11,122	11,113	11,509
	30.3	32.5	31.9	36.0	38.7	41.4
	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.6)	(0.6)	(0.6)
2016년	10,483	10,517	11,219	11,355	11,070	10,884
	32.6	33.7	34.3	37.5	40.7	43.3
	(0.5)	(0.6)	(0.5)	(0.6)	(0.7)	(0.6)
2017년	10,189	10,377	10,319	10,165	10,800	10,426
	30.9	35.5	35.6	35.8	40.9	42.2
	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.7)	(0.6)	(0.6)
2018년	9,874	10,092	10,290	9,260	10,039	10,512
	34.7	37.3	38.9	42.4	43.1	44.5
	(0.6)	(0.6)	(0.6)	(0.7)	(0.7)	(0.7)
2019년	9,738	9,665	9,981	9,273	9,044	9,602
	34.5	38.7	38.4	40.8	43.2	43.2
	(0.7)	(0.7)	(0.6)	(0.6)	(0.7)	(0.7)

주: 스트레스 인지율= 평소 일상생활 중에 스트레스를 ‘대단히 많이’ 또는 ‘많이’ 느끼는 분율

자료: 보건복지부, 질병관리본부. 청소년건강행태온라인조사 2015, 2016, 2017, 2018, 2019년

〈표 5-4〉 청소년의 우울감 경험율

(단위: 명, %(표준오차))

구분	중1	중2	중3	고1	고2	고3
2015년	10,786	11,442	12,071	11,122	11,113	11,509
	19.8	21.0	22.6	23.8	25.7	27.3
	(0.5)	(0.4)	(0.4)	(0.5)	(0.5)	(0.5)
2016년	10,483	10,517	11,219	11,355	11,070	10,884
	20.2	22.7	25.0	25.3	28.2	29.7
	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.5)
2017년	10,189	10,377	10,319	10,165	10,800	10,426
	19.9	24.4	26.1	24.0	27.3	27.7
	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.5)
2018년	9,847	10,092	10,290	9,260	10,039	10,512
	21.8	25.7	27.8	26.6	28.9	30.3
	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.6)	(0.6)	(0.6)
2019년	9,738	9,665	9,981	9,273	9,044	9,602
	23.3	27.7	29.5	28.0	29.4	30.6
	(0.5)	(0.6)	(0.6)	(0.5)	(0.6)	(0.5)

주: 우울감 경험률:=최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 분율

자료: 보건복지부, 질병관리본부. 청소년건강행태온라인조사 2015, 2016, 2017, 2018, 2019년

〈표 5-5〉 청소년의 자살 생각을

(단위: 명, %, (표준오차))

구분	중1	중2	중3	고1	고2	고3
2015년	10,786	11,442	12,071	11,122	11,113	11,509
	11.1	12.0	11.8	11.4	12.1	11.5
	(0.3)	(0.4)	(0.3)	(0.3)	(0.3)	(0.3)
2016년	10,483	10,517	11,219	11,355	11,070	10,884
	11.7	12.2	12.1	11.9	12.8	12.0
	(0.3)	(0.4)	(0.4)	(0.3)	(0.4)	(0.4)
2017년	10,189	10,377	10,319	10,165	10,800	10,426
	10.1	14.3	13.6	10.6	12.5	11.7
	(0.4)	(0.4)	(0.4)	(0.3)	(0.4)	(0.3)
2018년	9,847	10,092	10,290	9,260	10,039	10,512
	11.8	14.6	14.9	12.4	13.2	13.0
	(0.4)	(0.4)	(0.5)	(0.5)	(0.5)	(0.5)
2019년	9,738	9,665	9,981	9,273	9,044	9,602
	12.4	14.0	15.9	12.2	12.8	11.6
	(0.4)	(0.4)	(0.5)	(0.4)	(0.4)	(0.4)

주: 자살생각률=최근 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 분율

자료: 보건복지부, 질병관리본부. 청소년건강행태온라인조사 2015, 2016, 2017, 2018, 2019년

〈표 5-6〉 청소년의 지역별 자살 사망률: 인구10만명당, 2019년기준

(단위: 명, 인구 10만명당)

구분	10-14세		15-19세		전체인구	
	명	인구십만명당	명	인구십만명당	명	인구십만명당
서울	6	1.6	42	9.1	2,151	22.5
부산	3	2.3	17	10.6	1,020	30.1
대구	5	4.6	14	10.4	698	28.7
인천	0	-	11	7.1	758	25.9
광주	2	2.7	5	5.4	346	23.9
대전	1	1.4	7	8.2	423	28.7
울산	0	-	2	3.1	323	28.2
세종	0	-	0	-	73	22.4
경기	17	2.6	69	9.5	3,310	25.4
강원	0	-	13	15.9	509	33.3
충북	0	-	5	5.9	495	31.1
충남	2	2.0	10	9.0	743	35.2
전북	1	1.2	18	17.5	548	30.2
전남	0	-	10	10.0	473	25.4
경북	2	1.8	14	10.6	781	29.4
경남	1	0.6	13	7.1	938	28.0
제주	3	8.7	5	13.1	210	31.7
계	43	1.9	255	9.4	13,799	26.9

자료: 통계청 사망원인통계, www.kosis.kr에서 2020.7.13. 인출.

〈표 5-7〉 아동·청소년의 스마트폰 과의존

(단위: %)

구분	연령	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
고위험	3~9	1.7	1.2	1.2	2.0	2.3
	10대	4.0	3.5	3.6	3.6	3.8
잠재적 위험	3~9세	10.7	16.7	17.9	18.7	20.6
	10대	27.6	27.1	26.7	25.7	26.4
과의존위험	3~9세	12.4	17.9	19.1	20.7	22.9
	10대	31.6	30.6	30.3	29.3	30.2

주: 과의존위험군=고위험군 비율+잠재적위험군 비율

고위험군: 유아동의 경우 총 9문항(문항당 4점 만점)으로 구성된 스마트폰과의존 척도의 합이 28점인 경우

청소년의 경우 총 10개 문항(문항당 4점 만점)으로 구성된 척도의 합을 산출하여 31점이상인 경우

잠재적 위험군: 유아동의 경우 24~27점, 청소년의 경우 23~30점,

자료: 과학기술정보통신부, 한국정보화진흥원, 스마트폰과의존실태조사, 각년도

〈표 5-8〉 청소년의 게임 사용장애

(단위: 명, %)

구분	초등학교		중학교		고등학교	
과몰입군	202	0.4%	253	0.5%	237	0.4%
과몰입위험군	1,250	2.5%	1,355	2.8%	952	1.8%
게임선용군	9,061	18.3%	12,276	25.2%	9,792	18.3%
일반사용자군	32,391	65.3%	25,771	52.8%	23,666	44.2%
비사용자군	6,698	13.5%	9,154	18.8%	18,951	35.4%

주: 게임 과몰입군: 게임선용 진단척도(Adaptive Game Use Scale)의 각 하위요인 점수합이 4점 이상인 요인의 수가 3개 이상이면서 문제적 게임 이용(Maladaptive Game Use Scale) 진단 척도의 각 하위 요인 점수합이 4점 이상인 요인의 수가 3개 이상인 사람의 비율

자료: 한국컨텐츠진흥원. (2020). 2019 게임 과몰입 종합 실태조사

□ 아동·청소년을 대상으로 한 정신건강정책은 보건복지부, 교육부, 여성가족부를 중심으로 수행되고 있음.

○ 보건복지부는 정신건강복지센터를 중심으로 아동·청소년 정신건강증진사업을 추진하고 있으며, 교육부는 학교 내, 그리고 여성가족부는 학교 밖의 아동·청소년을 대상으로 하여 정신건강증진사업을 수행하고 있음.

## 2. 보건복지부의 아동·청소년 정신건강증진사업 현황

□ 사업의 추진 근거

○ 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따라 정신건강복지센터를 설치하도록 하고 있으며, 이에 지역사회 보건소에 기초정신건강복지센터를 설치하여 정신건강증진사업을 제공하도록 하고 있음.

□ 학교에서 학성정서·행동특성검사를 통해 위험군으로 선별되는 경우에, 이들 아동·청소년을 지역의 기초정신건강복지센터로 연계하게 됨.

□ 기초정신건강복지센터는 연계된 아동·청소년에 대한 사례관리, 정신건강증진 예방교육, 임상적 진료가 필요한 아동·청소년에게 진단검사 및 치료비용을 지원하고 있음.

### 3. 교육부의 아동·청소년 정신건강증진사업 현황

#### □ 사업의 추진 근거

- 「학교보건법」에 따라 정신건강상태를 검사하고 필요시, 학생 정신건강 증진을 위해 조치해야 할 것을 규정하고 있음.

#### ■ 추진 근거: 「학교보건법」

제9조(학생의 보건관리) 학교의 장은 학생의 신체발달 및 체력증진, 질병의 치료와 예방, 음주·흡연과 마약류를 포함한 약물 오용(誤用)·남용(濫用)의 예방, 성교육, 정신건강 증진 등을 위하여 보건교육을 실시하고 필요한 조치를 하여야 한다

제11조(치료 및 예방조치 등) ① 학교의 장은 제7조에 따른 건강검사의 결과 질병에 감염되었거나 감염될 우려가 있는 학생에 대하여 질병의 치료 및 예방에 필요한 조치를 하여야 한다.

② 학교의 장은 제7조제1항에 따라 학생에 대하여 제2조제1호의 정신건강 상태를 검사한 결과 필요하면 학생 정신건강 증진을 위한 다음 각 호의 조치를 하여야 한다.

1. 학생·학부모·교직원에 대한 정신건강 증진 및 이해 교육
2. 해당 학생에 대한 상담 및 관리
3. 해당 학생에 대한 전문상담기관 또는 의료기관 연계
4. 그 밖에 학생 정신건강 증진을 위하여 필요한 조치

③ 교육감은 검사비, 치료비 등 제2항 각 호의 조치에 필요한 비용을 지원할 수 있다.

④ 학교의 장은 제1항 및 제2항의 조치를 위하여 필요하면 보건소장에게 협조를 요청할 수 있으며 보건소장은 정당한 이유 없이 이를 거부할 수 없다.

자료: 법제처 국가법령정보센터

#### □ 2021년 학생건강증진 정책 방향

##### ○ ① 학생 정신건강 관리 강화

- 학교정신건강정책 추진 및 지속적 제도 개선, 담당자 연수 등을 통해 학교 역량을 강화하고 있으나, 여전히 교사 전문성 결여, 의도적 검사 조작, 교사에 의한 검사결과 유출, 학부모 치료 거부, 자살위험 등 관심군 학생 관리 미흡 등의 한계
- 기본 방침
  - 학생들의 ADHD, 우울, 자살, 불안 등 정서·행동 문제에 대한 사전예방,

## 조기발견 및 치료지원 등 관리체계 구축·지원

- 교육(지원)청 중심의 지역사회(가정포함) 전문기관 연계 지원체계 구축·운영을 통한 학교 역량 제고

## - 추진방향

- 1) 학생정서·행동특성검사를 통한 정서·행동문제 조기발견
- 검사 표준화 도구: 학교내 검사는 학생정서·행동특성검사 도구(초등 CPSQ-II, 중등 AMPQ-III)을 사용하고 기타 표준화도구를 활용한 심리검사 중복 실시 지양
- 기본절차: 학교 내1차 검사 → 전문기관2차
- ‘학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼’
- 2) 학생정서·행동특성검사 결과에 대한 조치
- 정보관리: 낙인이 되지 않도록 주의
- 사후관리 철저: 관심군 학생에 대한 지속관리
- 학교내외 학생정신건강 관리체계 내실화
- 3) 학생정신건강 학교-지역사회 연계 지원체계 구축 운영

## ○ ② 약물오남용 예방

- 학생건강정보센터 약물남용 교육자료 활용
- 보건실 구비 의약품 관리.
- 교사 대상 마약류 등 약물 오남용 연수

## □ 학생정서·행동발달 지원사업의 필요성 및 목적(2021 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼)

- 아동·청소년기는 급격한 뇌 발달이 일어나는 시기이자 성격특성이 확립되는 성인의 전 단계로, 정서·행동문제는 아동·청소년의 삶에 후유증을 남길 수 있으므로 조기 진단 및 치료가 필요
- 학생정서·행동특성검사를 통하여 학생들의 정서·행동문제 예방 및 악화 방지



에 목적을 두고 있음.

- 학교에서 체계적인 정신건강 사업이 효과적으로 추진되기 위해서는 교사와 가정, 그리고 지역사회 모두가 협조체제를 구축

#### □ 학생정서·행동발달 지원사업 개요

목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학생의 성격특성과 긍정적 자원 파악 및 안내</li> <li>- 학생정서·행동특성검사 및 관리체계 구축으로 학생 정서·행동문제 조기 발견 및 악화 방지</li> <li>- 학생 정서·행동문제에 대한 적절한 개입을 통해 학습부진 문제 보정 및 학교생활 부적응 학생 예방·관리</li> <li>- 학교의 역량강화 및 예방·지원시스템 구축으로 학생정서·행동문제 예방</li> <li>- 학교-지역사회 및 관계부처 공조체계 구축으로 학생 정서·행동문제, 학습부진, 학교생활 부적응 대응의 효율성 제고</li> </ul>
내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학생의 성격특성에 맞는 맞춤형 교육적 제안제시</li> <li>- 정서·행동문제 대응, 학교폭력피해 조기발견·관리, 기초학력지원 등 학생에 대한 학교 내외의 체계적 관리기반 조성</li> <li>- 학교 내외 관련자 간 역할분담 및 공조체계 확립, 학생정서·행동관리 강화</li> <li>- 자살 징후 등 우선관리 학생에 대한 즉각적인 조치를 위한 지역사회 연계 지원망 구축</li> <li>- 특성검사 : 초등학교 CPSQ-II : 학부모 설문조사 중고등학교 AMPQ-III : 학생 설문조사, 담임교사 설문조사</li> <li>- 심층평가 : Wee센터, 정신건강복지센터, 청소년상담복지센터, 의료기관 등</li> <li>- 학생정서·행동특성검사 및 지속관리 도움자료 수록</li> </ul>
적용	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 대상 : 모든 초·공민학교 1·4학년, 중·고등공민학교, 고등·고등기술학교, 특수학교, 각종학교(「초·중등교육법」제2조에 따른 각 학교) 1학년</li> <li>- 방식 : 매뉴얼의 내용을 기준으로 하되, 교육청 및 학교 여건에 따라 적정 운용</li> <li>- 대상자 제외 처리 : 검사의 주체인 학교장이 교육청과 협의하여 결정(근거자료 학교보관) ※ 제외 예시: 신체적·인지적으로 검사가 불가능한 경우, 대상자가 성인인 경우 등</li> <li>- 나이스 미 사용 학교 : 서면검사를 실시하고 교육청에 결과보고 및 관심군 상담 및 조치</li> </ul>

자료: 교육부, 학생정신건강지원센터. (2021). 2021년도 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼. p. 10.

## □ 학생정서·행동발달 지원사업의 추진 개요

〈표 5-9〉 학생정서·행동발달 지원사업의 추진 개요

구분	담당	추진 내용
연계체계 구축	교육청	* 학생정신건강서비스지원 협의체 구축 - 학교담당자(담임/보건/상담/생활지도/기초학력담당교사 등), 학부모, Wee센터, 정신건강복지센터 등과 협조체계
사전준비	학교	* 사전교육 및 가정통신
선별검사	학교	* 초등학생 학부모, 보호자: CPSQ-II * 검사결과 분석 후 정상군과 관심군(일반관리, 우선관리)으로 학생 선별
심층평가	전문기관	* 연계기관: Wee센터, 정신건강복지센터, 의료기관 등
지속관리	학교 및 가정, 전문기관	* 관심군: 학교 내 상담관리 및 전문기관 치유 지원 등 지속관리 - 일반관리: 학교 내 상담관리, 위험수준별 전문기관 순차 의뢰 - 우선관리: 전문기관 우선의뢰, 조치현황 모니터링 및 학교 내 상담관리 등 지속관리 (자살위험 등 시급한 문제는 병의원 등 전문기관 즉각 조치)

자료: 교육부, 학생정신건강지원센터. (2021). 2021년도 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼. p25

## □ 학생정서·행동특성검사에 따른 사후관리 전달체계

〈표 5-10〉 검사결과 위험수준별 관리체계

구분	전달체계
관심군	학교내 관리체계 구축
	학교내 지속관리
	전문기관 연계
우선관리	학교내 집중관리
	병의원 즉시의뢰

자료: 교육부, 학생정신건강지원센터. (2021). 2021년도 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼. p12

#### 4. 여성가족부의 아동·청소년 정신건강증진사업 현황

##### □ 사업의 추진 근거

- 「청소년복지지원법」에 따라 모든 청소년이 필요한 사안에 대해 전문가와 상담을 받도록 하고 있으며, 가정밖 청소년을 지원하는 규정을 두고 있음. 그리고 청소년상담복지센터 설치운동을 규정하여 지역사회에서 청소년에 대한 상담·긴급구조·자활·의료지원 등의 업무를 수행하고 있음.

##### ■ 추진 근거: 「청소년복지지원법」

제12조(상담과 전화 설치 등) ① 국가 및 지방자치단체는 모든 청소년이 필요한 사항에 관하여 전문가의 상담을 받을 수 있도록 하여야 한다.

② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 상담을 위하여 전화를 설치·운영하거나 정보통신망을 운영하여야 한다.

③ 제2항에 따른 전화의 설치·운영 및 정보통신망의 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제16조(청소년 가출 예방 및 보호·지원) ① 여성가족부장관 또는 지방자치단체의 장은 청소년의 가출을 예방하고 가출한 청소년의 가정·사회 복귀를 돕기 위하여 상담, 제31조제1호에 따른 청소년쉼터의 설치·운영, 청소년쉼터 퇴소 청소년에 대한 사후지원 등 필요한 지원을 하여야 한다.

② 보호자는 청소년의 가출을 예방하기 위하여 노력하여야 하며, 가출한 청소년의 가정·사회 복귀를 위한 국가 및 지방자치단체 등의 노력에 적극 협조하여야 한다.

③ 여성가족부장관 또는 지방자치단체의 장은 제1항에 따른 청소년 가출 예방 및 보호·지원에 관한 업무를 「청소년기본법」 제3조제8호에 따른 청소년단체(이하 “청소년단체”라 한다)에 위탁할 수 있다.

제29조(청소년상담복지센터) ① 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 및 특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다) 및 시장·군수·구청장은 청소년에 대한 상담·긴급구조·자활·의료지원 등의 업무를 수행하기 위하여 청소년상담복지센터를 설치·운영할 수 있다

자료: 법제처 국가법령정보센터

### 제2절 아동·청소년 정신건강정책의 투입관련 평가

#### 1. 서비스 제공자의 전문성 확보 필요

##### □ 교육부의 Wee 클래스 및 Wee센터

- 아동 및 청소년의 정신건강관리 수행을 위해 전문상담사, 임상심리사, 사회복지

지사를 두고 있으나, 별도의 전문화된 조직이나 전문인력의 지원은 부재한 상황임.

□ 여가부의 청소년사이버상담센터, 청소년상담복지센터

- 위기청소년을 대상으로 사업을 수행하고 있으나 상담인력에 대한 자격이 정신건강 분야에대한 경력을 별도로 규정하고 있지 않고 상담복지 또는 청소년 상담복지로 되어 있어 정신건강 상담을 위한 전문성을 갖춘 인력의 지원이 필요하며 위기 청소년에 대한 명확한 진단과 치료 서비스를 제공하기 위한 첫 관문으로서 정신건강분야의 전문인력 배치가 요구됨.

□ 보건복지부 기초정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강증진사업

- 기초정신건강복지센터에서는 위험아동을 평가하고 사례관리, 의료기관을 연계하고 의료비 지원사업을 수행하고 있지만, 아동·청소년에 특화된 내용으로 사업을 구성하기 보다는 성인대상의 내용과 차별화가 부족함.

## 2. 관심군의 접근성 제고 및 지속적 사례관리 필요

□ 청소년을 조기에 발굴하여 사례관리하는 과정이 필요하나, 발굴-연계-치료 과정에서 한계가 있음.

- 학생을 대상으로 학생정서·행동특성검사를 통해 관심군을 발굴하고 의료기관과 연계하는 과정에서 상당한 시간이 소요되며, 이로 인해 치료까지 연계되지 못하고 중도에 이탈되는 경우가 많음.
- 청소년의 접근성을 제고하기 위해 사이버상담 창구가 제공되고 있으나 일시적인 경우가 많아 지속적 관리를 받기 어려우며, 학교에서 일상생활을 통하여 지원 받는 경우를 고려할 수 있으나 전문적 서비스를 제공하기에는 아직 역량이 부족함.

### 제3절 산출관련 평가

#### 1. 수혜자 수, 수급률

##### 1) 기초정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강증진사업 등록 현황

##### □ 아동·청소년 대상의 지역사회 정신건강증진사업 운영현황

〈표 5-11〉 기초정신건강복지센터 아동·청소년의 정신건강증진사업 등록 현황: 2019년12월31일 기준

(단위: 명)

구분	초등	중등	고등	미취학, 학업중단	전체
서울	526	364	326	69	1,285
부산	452	208	157	62	879
대구	167	58	44	24	293
인천	410	200	140	41	791
광주	189	123	115	48	475
대전, 세종	85	41	36	7	169
울산	62	52	48	7	169
경기	2,108	880	641	291	3,920
강원	126	93	74	22	315
충북	188	69	90	35	382
충남	207	128	123	20	478
전북	58	48	66	14	186
전남	82	56	51	13	202
경북	125	74	58	24	281
경남	176	47	49	44	316
제주	149	46	48	35	278
계	5,110	2,487	2,066	756	10,419

자료: 보건복지부 외. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019. p. 96.

□ 기초정신건강복지센터에 등록한 아동·청소년의 정신건강문제 중에 행동문제가 4,588명으로 가장 높았으며, 그 다음으로 정서문제인 경우가 3,822명이었음.

〈표 5-12〉 아동·청소년 등록자의 정신건강문제 유형: 기초정신건강복지센터

(단위: 명)

구분	발달문제	행동문제	정서문제	정신병적 문제	기타	전체
수도권	193	2,865	2,203	142	593	5,996
전라권	87	494	416	49	95	1,141
경상권	57	741	724	129	287	1,938
강원권	11	104	145	16	39	315
충청권	42	384	334	56	213	1,029
전체	390	4,588	3,822	392	1,227	10,419

주: 기초정신건강복지센터의 등록자(2019년 12월 31일 기준)

자료: 보건복지부 외. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019. p. 98.

〈표 5-13〉 아동·청소년의 정신건강증진사업 등록자 정신건강문제 유형: 2017년 12월말 기준

(단위: 명)

구분	발달문 제	행동문 제	정서문 제	물질남 용	인터넷 사용장 애	식사장 애	정신병 적 장애	기타진 단	전체
서울	16	1,028	586	0	2	1	65	49	1,747
부산	9	254	185	0	1	0	15	115	579
대구	58	127	246	0	17	0	3	112	563
인천	49	513	335	0	0	0	14	88	999
광주	36	238	232	0	0	2	13	90	611
대전	11	72	69	0	0	0	2	4	158
울산	13	72	80	0	3	0	3	48	219
세종	1	20	11	0	0	0	1	3	36
경기	190	2,167	1,572	0	1	4	256	184	4,374
강원	4	109	96	0	0	0	8	56	273
충북	13	97	115	0	2	0	13	21	261
충남	46	596	200	1	2	0	20	121	986
전북	12	85	116	0	1	0	5	1	220
전남	12	78	76	0	3	0	9	12	190
경북	19	193	146	0	7	0	4	12	381
경남	39	317	179	0	8	1	9	23	576
제주	50	126	128	0	2	1	2	2	311
계	578	6,092	4,372	1	49	9	442	941	12,484

주: 기초정신건강복지센터 및 보건소 기본형 정신건강증진사업의 등록자(2017년 12월 말 기준)

현황조사 시 일부지역 자료 미제출 혹은 일부 기관에서 특정 항목 자료 미제출로 총계 다름

자료: 보건복지부 국립정신건강센터. (2019). 정신건강현황 4차 예비결과보고서. p. 147.

## 제4절 아동·청소년의 정신건강 지원제도의 개선 과제

### 1. 서비스 제공자의 전문성 확보 필요

#### □ 교육부의 Wee 클래스 및 Wee센터

- 아동 및 청소년의 정신건강관리 수행을 위해 전문상담사, 임상심리사, 사회복지사를 두고 있으나, 별도의 전문화된 조직이나 전문인력의 지원은 부재한 상황임.

#### □ 여가부의 청소년사이버상담센터, 청소년상담복지센터

- 위기청소년을 대상으로 사업을 수행하고 있으나 상담인력에 대한 자격이 정신건강 분야에대한 경력을 별도로 규정하고 있지 않고 상담복지 또는 청소년 상담복지로 되어 있어 정신건강 상담을 위한 전문성을 갖춘 인력의 지원이 필요하며 위기 청소년에 대한 명확한 진단과 치료 서비스를 제공하기 위한 첫 관문으로서 정신건강분야의 전문인력 배치가 요구됨.

#### □ 보건복지부 기초정신건강복지센터의 아동·청소년 정신건강증진사업

- 기초정신건강복지센터에서는 위험아동을 평가하고 사례관리, 의료기관을 연계하고 의료비 지원사업을 수행하고 있지만, 아동·청소년에 특화된 내용으로 사업을 구성하기 보다는 성인대상의 내용과 차별화가 부족함.

### 2. 관심군의 접근성 제고 및 지속적 사례관리 필요

#### □ 청소년을 조기에 발굴하여 사례관리하는 과정이 필요하나, 발굴-연계-치료 과정에서 한계가 있음.

- 학생을 대상으로 학생정서·행동특성검사를 통해 관심군을 발굴하고 의료기관

과 연계하는 과정에서 상당한 시간이 소요되며, 이로 인해 치료까지 연계되지 못하고 중도에 이탈되는 경우가 많음.

- 청소년의 접근성을 제고하기 위해 사이버상담 창구가 제공되고 있으나 일시적인 경우가 많아 지속적 관리를 받기 어려우며, 학교에서 일상생활을 통하여 지원 받는 경우를 고려할 수 있으나 전문적 서비스를 제공하기 위해서는 정신전문기관과의 연계 필요

### 3. 조기발견 및 사업수행 기반 마련 필요

- ADHD, 우울증이 증가하는 등 아동·청소년 정신건강 수준이 지속적으로 악화
  - 아동·청소년기 초발 정신질환에 대한 조기 개입이 이루어지지 않을 경우, 성인기 만성정신질환으로 이어질 개연성이 높음
  - 정신건강증진센터와 학교간 연계를 통해 정신건강 위험군(우울증, ADHD 등) 학생에 대한 선별, 심층평가, 상담, 치료비 지원 중
  - 아동청소년기 정신건강 문제 예방 및 정신질환 조기발견·치료를 위해 현재 169개소인 사업수행 센터 확대 필요
- 정신건강 및 자살예방정책이 성인 및 노인중심으로 연구되고 있고 정책을 수립하고 있으므로, 아동·청소년 중심의 정신건강 및 자살예방정책 마련 필요
  - 현재 제3차 자살예방기본계획(2016-2020)이 실행중. 그러나 아동 및 청소년 대상 자살예방정책은 자살예방기본계획 내의 생애주기별 전략에 포함되어 있을 정도이며, 성인자살예방정책과 비교하면 대책 및 추진경과도 미흡한 수준임(김준범 외, 2019).
  - 교육부 차원에서 아동 및 청소년 대상 자살예방정책은 ‘학생자살예방정책’이지만, 보다 청소년 자살예방을 위한 맞춤형 지원이 강화될 필요가 있음.
    - 교육부는 2007년부터 학교보건법 및 교육기본법에 따라 학교기반 정신건강증진을 위한 정책을 시행중에 있음. 2012년 고위험군 조기선별을 위해



‘학생정서·행동특성검사’를 실시하고 있으며, 2016년부터는 정신건강전문가 학교방문지원사업, 상담망 구축 등의 정책을 추진하고 있음.

□ 보호자의 치료 동의 문제에 대한 명확한 법률 근거 마련

- 고위험군 학생 연계치유에서의 한계점: 학생 치료에 대한 보호자 동의의 의무화 → 정신과 치료 기록이 향후 입시 및 사회생활에 불리한 조건으로 작용할 것에 대한 오해 및 우려, 정신과 치료에 대한 편견에 기인
- 자살과 학생정신건강 연구소에서 진행한 「2017년 자살(자해) 시도학생 치료비 지원사업 결과보고서」에 따르면 치료비 지원을 받지 못한 미지원자의 사유를 살펴보면, ‘치료 의지가 없어서 학부모가 지원을 거부한 경우’가 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 분석됨.
- 이와 같은 치료 동의 문제는 명확한 법률 근거가 부재하다는 것에 기인. 현재 「교육기본법」 제27조, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제4조 등에 근거하여 학생정서·행동특성검사가 시행되고 있으나 이에 수반되는 고위험군 치료 연계 등 반드시 필요한 조치를 권고 내지 노력사항으로 정하고 있음. 그래서 스크리닝을 통해 조기 선별된 고위험군 학생들에 대한 지속적인 관리 및 전문기관연계에 상당한 제한이 따르는 실정임(하경희 외, 2016).
- 학교의 장의 요청에 대한 보호자의 협조의무를 법률적으로 보장하는 등의 구체적 개선 노력을 통해 고위험군 학생에 대한 치료 의무화를 법률 근거로서 보장하기 위한 노력 필요

□ 치료와 학업을 병행하기 위한 방안 마련

- 정신질환을 가지고 있는 학생을 대상으로 학교-학부모-병원체계의 협력을 통하여 초기나 급성기에 학교에 나오지 않고 집중치료가 가능하도록 제도적, 행정적 여건을 마련→ 온라인 교육, 수업대체 인정 등 학사제도 개편을 제도적으로 보장, 정신질환 학생에 까지도 확대 적용하는 방안이 대안이 될 수 있음(자살과 학생정신건강연구소, 2018).

## □ 병원형 대안학교를 설립, 활성화

- 현재 교육청이 위탁하여 병원 내에서 운영되는 ‘병원형 Wee센터’가 있음.
- 병원형 대안학교는 첫 번째 대안인 스마트러닝에 비해 제도적, 예산적 소요가 발생할 것으로 예측되나 학생자살의 다양한 촉발사건 중 큰 비중을 차지하고 있는 것이 정신질환으로 인한 학교부적응이 지적되는만큼(자살과 학생정신건강연구소, 2018) 병원의 전문적 치료와 함께 대안교육체제 시스템 도입하는 것은 자살률 감소에 큰 기여를 할 것으로 기대할 수 있음.

〈표 5-14〉 학생자살예방정책의 개선 과제

구분	개선과제
고위험군 조기발견과 치료연계지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 자가보고식 응답으로 인해 고위험군 축소 추정 우려</li> <li>- 고위험군의 조기발견이후 학교와 가정 밖의 범위에서 진행되고 있어 가정과 긴밀한 연계 필요(부모의 치료 동의 문제)</li> <li>- 위급상황 식별에서 학교 및 교육청이 자체적으로 치료연계가 가능하도록 법적 근거 마련 필요</li> </ul>
생명존중 교육 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학교 교육과정(관련교과, 창의적 체험활동)과 연계하여 연4시간이상 생명존중 의무교육 시행 중</li> <li>- 관련교과와 연계하고 있어 한계 존재</li> <li>- 학교별 가용한 시간을 수립할 것에 대한 법적 근거 마련 필요</li> <li>- 학교현장을 중심으로 사례가 포함된 맞춤형 교육자료 개발 필요</li> <li>- 학생친화매체를 활용한 교육 활성화</li> </ul>
교원 전문성 강화 및 학교 위기관리체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학교-교육청 연계한 위기관리체계 내실화</li> <li>- 전문성 있는 강사 인력풀 확보</li> <li>- 교원의 전문성 강화 연수(공감적 민감성 증진)</li> <li>- 잦은 인사이동에 따른 학교 위기관리 담당자의 교체 최소화</li> </ul>
근거기반 정책 추진	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리부검 결과에 대한 피드백을 통한 정보공유 및 사례관리</li> <li>- 실시간 감시체계 마련 (교육청 보고의 누락 가능성 방지)</li> </ul>

주: 공감적 민감성은 정신건강에 대한 지식적 전문성 이외에 학생의 고민과 어려움을 진심으로 공감하고, 학생들의 도움요청대지는 위험 신호(warning sign)을 조기에 포착할 수 있는 민감성을 의미

자료: 기명 외. (2018). 자살예방 통계체계 구축방안 연구. 고려대학교 의료원 산학협력단.

## □ 취약한 사회경제적 특성을 가진 아동에 집중한 정신건강증진 서비스 제공방안을 마련할 필요가 있으며, 정서발달 지원서비스 바우처 강화 필요

- 위클래스(Wee Class)와 위센터(Wee Center), 청소년상담복지센터, 정신건강복지센터와 같은 공공 영역의 정신건강 돌봄인프라에서 취약계층 아동을 대상으로 한 정신건강증진 사업을 확대
- 저소득 취약계층 아동을 대상으로 한 정서발달 지원 서비스 바우처의 소득 기

준을 더 완화할 필요가 있으며, 바우처를 통해 지원되는 금액 수준을 높여 더 양질의 서비스를 아동이 받을 수 있도록 하는 조치가 필요함.(전진아, 2020)



## 제6장

### 근로자의 정신건강지원제도

제1절 근로자 정신건강지원 필요성 증가

제2절 근로자 정신건강지원제도 현황

제3절 제도 설계 평가

제4절 투입·산출 평가

제5절 운영(전달체계) 평가

제6절 성과 및 효과 평가

제7절 해외사례

제8절 개선 과제



## 제6장 근로자의 정신건강지원제도

### 제1절 근로자 정신건강지원 필요성 증가

- 한국의 만 13세 이상 가구원 약 38,000명을 대상으로 한 통계청 2020년 사회조사 결과에 따르면 인구 50.5%가 전반적인 일상생활에서 스트레스를 받고 있으며, 그중에서 직장에서의 스트레스가 68.0%로 가정이나 학교에 비해 높게 나타나고 있음 (통계청, 2021).
- 이러한 직장생활에서의 스트레스는 근로 연령대의 우울증 및 자살률과 높은 상관관계를 가지고 있음.
  - 즉, 스트레스는 우울증, 조현병, 불안장애 등의 정신질환과 상관관계가 높은 것으로 알려져 있으며 (이화영, 함병주, 2013) 우울증은 자살과 연관된 가장 큰 요인으로 알려져 있음.
  - OECD에 의하면 38개의 주요국의 코로나19 이후 우울증 확산도가 최소 2배 이상 증가했으며 한국은 10명 중 약 4명이 우울증 또는 우울감을 겪을 정도로 상황이 심각해 2020년 우울증 유병률은 36.8%로 OECD 국가 중 가장 높았음 (성진규, 2021).
  - 한국은 노인 자살률뿐 아니라 근로 연령층인 3-40대의 자살률도 이들 국가 중 가장 높고 자살자의 수 자체로는 50대가 가장 높아 2,837명(2019년 기준)임 (한국생명존중희망재단, 2021).
    - 즉, 칠레, 멕시코, 콜롬비아를 제외한 34개 OECD 회원국의 연령대별 자살률(인구 10만 명당 명)이 가장 높은 국가를 보면, 10대 뉴질랜드(9.4명), 20대 핀란드(20.2명), 30대 한국(26.9명), 40대 한국(31.0명), 50대 리투아니아(34.8명), 60대 한국(33.7명), 70대 한국(46.2명), 80세 이상 한국(67.4명)으로 30대~40대, 60대 이상 연령층에서 한국이 1위를 차지하였음.

- 근로자의 스트레스에 미치는 대표적 요인으로는 직장에서의 차별 및 괴롭힘을 당한 경험, 장시간 근로와 야간근로, 고객 응대 감정노동 등을 들 수 있으며 이러한 요인은 점차 증가하고 있음 (권혁 외, 2018).
  - 차별 및 괴롭힘을 당한 경험이 있거나 장시간 근로와 야간근로 등을 경험한 경우는 그렇지 않은 경우보다 우울증을 발생시킬 가능성이 높음 (박선영, 2020). 특히, 한국에서의 고유하고 엄격한 상명하복의 집단적 조직문화는 근로자의 정신건강에 치명적인 가해 요인으로 작동할 여지가 높음.
  - 또한, 현대 사회의 산업구조 변화 및 불확실성의 증대는 근로자의 정신건강에 대한 위협의 증가를 가져오고 있는데 서비스업 중심으로의 산업구조 변화는 주로, 고객을 상대로 한 노동력 제공에 따른 심각한 정신건강에의 침해가 빈번하고 심각하게 다가올 개연성을 높이게 됨.
- 따라서, 점차 근로자의 정신건강을 위한 지원체계를 국가적 차원에서 구축할 필요성이 증가하고 있으며 이는 국가적 생산성 확보 차원에서도 중요하게 인식되고 있음 (권혁 외, 2018).
  - 산업재해로 인한 사회적 경제 손실을 줄이고 근본적인 산업재해원인을 해소하기 위해 근로자의 직무스트레스와 정신건강의 확보의 필요성이 제기되고 있음.
  - 단순한 산업재해에 따른 손실뿐 아니라 근로자의 정신건강에 대한 효과적인 대응과 예방적 보호는 근로자의 건강권 차원을 넘어, 기업의 생산성으로 이어질 것이며 (박선영, 2019), 궁극적으로 국가 산업경쟁력 강화로 귀결될 수 있는 것임.
  - OECD 주요 국가들은 근로자의 정신건강으로 인한 공중보건 관련 비용 증가에 관심을 가지고 지속적인 조사를 하고 있으며 영국의 경우 GDP의 2%, 캐나다의 경우 GDP의 1.7%가 정신건강 문제로 인한 손실비용으로 추산됨. 이에 는 치료비와 같은 직접비용과 결근 및 지각과 같은 비효율 근무 등으로 인한 간접비용이 포함됨 (우종민 외, 2013).

- 이에, 세계보건기구(WHO)에서는 업무관련 정신건강증진을 위해 근로자의 정신 건강을 위해 직무관련 스트레스와 사회심리적 위험을 최소화하고 정신건강 문제가 있는 사람에 대한 사회 통합과 업무 접근성을 강화하기 위한 정책적 개입의 필요성을 제기(WHO, 2005)하고 있음.

## 제2절 근로자 정신건강지원제도 현황

- 한국은 국가 차원의 근로자 정신보건 관리체계의 구축 필요성을 인식하고 이에 대한 조사와 연구를 통한 제도 도입 초기 단계라고 볼 수 있음.
  - 현재까지 우리나라에서 국가 단위 근로자 정신보건 관리체계는 거의 없고 사업장 단위 근로자 정신보건 프로그램 마련도 시급 (손미아, 2016)
  - 2000년대 초반부터 대기업을 중심으로 개별적으로 근로자의 정신건강증진 서비스를 제공하기 시작하였고, 중소기업의 경우 고용노동부 산하의 안전보건공단에서 제공하는 서비스가 시작되어 일부 기업에서 이용하고 있는 실정임 (우종민 외, 2013).
  - 고용부는 전통적인 노사관계에 근거해 화학물질이나 사고를 주로 다루어 와 정신건강과 관련한 경험이 부족함. 정신질환의 예방 관련 제도를 위한 인력이나 조직 인프라가 부족함 (국민일보, 2021).
- 근로자 정신건강 보호의 필요성에 대한 인식이 증가하며 이를 위한 법적 기반과 제도의 확대가 예상됨.
- 넓은 의미의 국가 근로자 정신건강관리체계에는 고용 상의 차별 폐지를 위한 법적 제도적 체계를 포함한다고 볼 수 있으나 본 고에서는 재직 근로자의 사전적 예방과 사후적 보상의 법체계를 살펴보고 근로자의 정신건강 유지와 직업 능력 향상을 위한 프로그램을 중심으로 다루고자 함.



- 아래에서는 법적 기반 및 제공 서비스로서 근로자건강센터 및 근로자지원프로그램(EAP; Employee Assistance Program)을 중심으로 제도 현황을 살펴보고자 함.

## 1. 법적 기반

- 근로 제공과정에서 발생할 수 있는 정신건강적 위험으로 근로자를 보호하기 위한 법적 규율을 크게 사전적, 사후적으로 구분할 경우 아래와 같이 구분할 수 있음.
- 사전적 예방적 규율로는 「산업안전보건법」(이하 산안법) 과 「근로기준법」(이하 ‘근기법’)을, 사후적 구제로 대상 근로자가 포괄적이고 근로기준법 보다 보장이 강한 「산업재해보상보험법」(이하 산재법)을 들 수 있음.

〈표 6-1〉 노동법 상 정신건강지원 관련 법

사전적 보호	근로기준법 (2018. 3. 20., 일부개정)	제4장 근로시간과 휴식
	산업안전보건법 (2020. 5. 26., 타법개정)	제6장의2 직장 내 괴롭힘의 금지
		제5조 (사업주 등의 의무)
		제128조의2 (휴게시설의 설치)
사후적 구제	산업재해보상보험법 ( 2021. 1. 26., 일부개정)	제41조 (고객의 폭언 등으로 인한 건강장해 예방조치 등)
		제37조의2 업무상 질병 다. 정신적 스트레스 명시

- 먼저, 사전 예방제도로 산안법과 근기법을 살펴보면 다음과 같음.

- 근기법에서는 제4장에서 주당 최대 근로시간을 52시간(휴일근무 포함)임을 분명히 하는 등 장시간 근로를 규제하는 규정을 두고 있으며 제6장의 2에서는 직장내 괴롭힘의 금지 조항을 두고 있음.
- 산안법 제5조 사업주 등의 의무와 제128조의 2 휴게시설의 설치와 관련해서는 사업주에게 근로자의 신체적 피로와 정신적 스트레스 등을 줄일 수 있는 쾌적한 작업환경의 조성 및 근로조건 개선 의무를 부여하고 휴식시간에 이용할 수 있는 휴게시설을 갖추도록 하고 있음. 또한, 제41조에서는 주로 고객을 직접 대면하거나 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1

항제1호에 따른 정보통신망을 통하여 상대하면서 상품을 판매하거나 서비스를 제공하는 업무에 종사하는 고객응대근로자에 대하여 건강장해가 발생하거나 발생할 현저한 우려가 있는 경우에는 업무의 일시적 중단 또는 전환 등 대통령령으로 정하는 필요한 조치를 하도록 하고 있음.

□ 다음으로 사후적 구제제도인 산재법 상의 내용을 살펴보면 제37조(업무상의 재해의 인정 기준)에서 2 업무상질병을 다항에서 「근로기준법」 제76조의2에 따른 직장 내 괴롭힘, 고객의 폭언 등으로 인한 업무상 정신적 스트레스가 원인이 되어 발생한 질병을 명시하고 있음.

□ 상기 관련 법들과 관련하여 다음과 같은 한계점이 제기되고 있음 (신혜림, 2019).

- 사후적 구제(보상) 법제인 산업재해보상보험법의 경우, 상병 내지 질환과 업무 사이의 인과관계 입증의 어려움이라는 기존의 한계뿐만 아니라, 앞으로 근로자 정신건강이 갖는 중요도는 더 커질 것인 반면, 산재법이 신체적 장애, 질환과 달리 정신질환에 대해 그 발병 및 진행 중간 단계에서의 보호 또는 보상을 해주지 못하고, 더 나아가 당해 근로자의 상태가 악화되지 않도록 예방하는 데에 미흡하다는 점에서 한계가 있음.
- 사전적 예방 법제인 산안법은, 애초에 근로자의 정신건강 침해를 야기하는 위험 요인에 대한 대응에 대해서까지 예정하고 있었던 것은 아니었다는 점에서 최근 새롭게 주목되고 있는 정신건강 침해 위험 요인들을 충분히 규율하지 못하는 한계를 갖고 있음. 또한, 최근 근로자의 정신건강 침해와 밀접한 관련이 있는 장시간 근로나 직장 내 괴롭힘 등과 관련하여 근로시간 단축개정 및 직장 내 괴롭힘 규정 신설 등의 시도가 있었던 근기법의 경우, 근기법 자체가 모든 일하는 자들을 보호하지 못한다는 점, 위 규정들 또한 정신건강 침해를 야기하는 요소들을 충분히 포괄하지 못하는 영역들을 여전히 남겨두고 있음.

## 2. 산업안전보건공단의 근로자건강센터

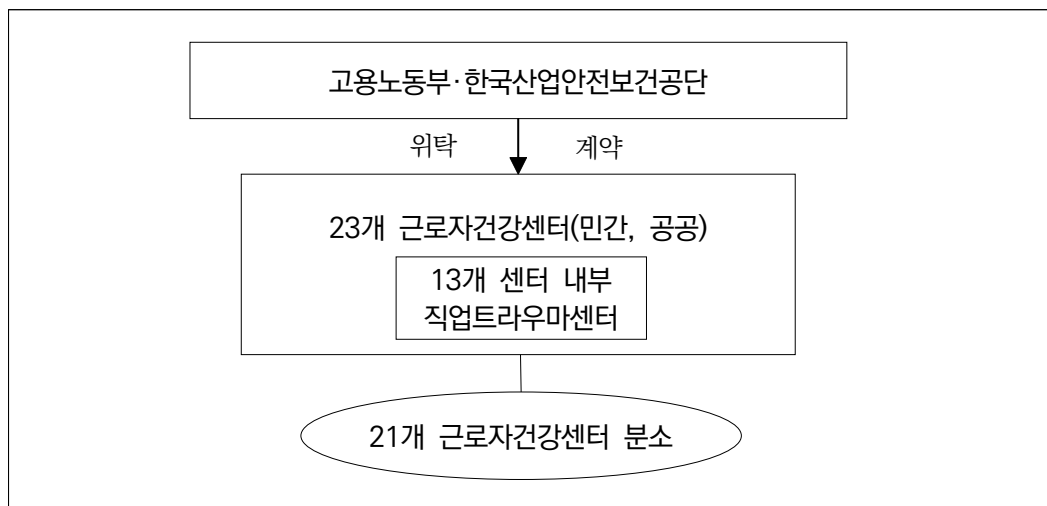
- 근로자를 대상으로 한 정신건강지원 기관으로 「근로자건강센터」(이하 ‘센터’)에  
서는 건강관리가 취약한 50인 미만 소규모 사업장 노동자를 우선 대상으로 직무  
스트레스를 포함한 건강상담 등 다양한 건강서비스를 제공 중임. 고용부·산업안  
전보건공단이 설치, 운영 중이며 전문 건강상담 등 다양한 건강서비스를 지원하  
고 있음.
- 동 센터는 ‘07년 반월시화산업단지에 「지역산업보건센터」의 명칭으로 최초 설  
치되어 4년간 시범운영과정을 거쳐 2011년 본격적으로 근로자건강센터라는  
명칭으로 한국산업안전보건공단에서 경기서부, 인천 및 광주에 설치하여 운영  
하고 있음.
- 센터는 건강관리에 취약한 50인 미만 소규모사업장 근로자들의 건강관리를 우  
선적으로 지원하는 프로그램으로서 직무스트레스를 포함하여 근로자건강상  
담, 근골격계질환예방, 뇌심혈관질환예방, 근무환경(작업관리)상담, 직업건강  
상담, 업무적합성평가, 이동상담 등 새로운 접근 방법을 통해 다양한 직업건강  
서비스를 제공함.
- 특히, 13개 센터 (2021년 8월 현재) 내에는 직업트라우마센터가 설치되어 있  
어 중대산업사고, 동료의 자살, 직장 내 괴롭힘, 직장내 성희롱·성폭력 등 충격  
적인 사고를 직·간접적으로 경험한 근로자가 트라우마 증상을 극복하여 정상  
적인 일상생활을 할 수 있도록 지원하고 있음. 트라우마센터의 경우 50인 미만  
사업장의 제한이 적용되지는 않음.
- 법적 근거
  - 「산안법 제61조(산업재해 예방시설)」제3호에 고용부장관은 “근로자 건강을 유  
지·증진할 수 있는 시설”을 설치토록 규정(‘13.5월)
  - “근로자건강증진활동 지침”(고용노동부고시 제2013-6호)에 “센터 정의“, “서  
비스 범위” 및 “서비스 대상”을 구체적으로 규정

### □ 주요지원 내용

- 직종별 유해요인(Job Hazards) 파악 및 전문 건강상담을 통한 직업적 요인 개선과 산업안전보건법에서 정한 건강진단결과 사후관리 및 안전보건교육

### □ 전달체계

[그림 6-1] 근로자건강센터 전달체계(2021.8. 기준)



## 3. 근로복지공단의 근로복지넷 EAP

- 근로자지원프로그램(EAP, Employee Assistance Program)은 기업이 소속근로자의 직무만족이나 생산성에 부정적인 영향을 미치는 다양한 문제들을 근로자가 해결할 수 있도록 지원하는 기업복지제도(기업복리후생제도)임.
- 근로복지공단은 2009년부터 기업의 근로자지원프로그램 도입을 촉진하고 근로자의 정신적 스트레스해결을 지원하고자 EAP 전문기관과 협력하여 근로복지넷([www.workdream.net](http://www.workdream.net))을 통해 EAP 서비스를 무상으로 제공하고 있음.
- 현재, 근로복지 공단의 EAP 서비스는 상대적으로 취약한 상시근로자수 300인

미만 중소기업 및 소속 근로자를 대상으로 함.

#### □ 법적 근거

- 근로복지기본법 제83조에서 모든 기업이 근로자지원프로그램을 도입, 실시하도록 권장하고 있음. 근로자지원프로그램에서는 근로자가 느끼는 다양한 고민의 해결을 위해 상담, 코칭, 집단교육 등을 지원하고 있음.

〈표 6-2〉 근로자지원프로그램 법적 근거

근로복지기본법 제83조(근로자지원프로그램)
① 사업주는 근로자의 업무수행 또는 일상생활에서 발생하는 스트레스, 개인의 고충 등 업무저해요인의 해결을 지원하여 근로자를 보호하고, 생산성 향상을 위한 전문가 상담 등 일련의 서비스를 제공하는 근로자지원프로그램을 시행하도록 노력하여야 한다. ② 사업주와 근로자지원프로그램 참여자는 제1항에 따른 조치를 시행하는 과정에서 대통령령이 정하는 경우를 제외하고는 근로자의 비밀이 침해받지 않도록 익명성을 보장하여야 한다.

#### □ 근로복지공단의 근로복지넷 EAP 주요지원 내용

- 근로자(개인) 대상 온오프라인 상담과 기업 대상 온오프라인 교육(집단상담 등 집단프로그램)을 제공하고 있음. 근로자 대상 온라인 상담은 게시판, 단문(톡), 전화, 화상상담으로 구성되어 있고 오프라인 상담은 1:1 대면 근로자상담을 제공함. 게시판상담을 제외한 모든 근로자(개인) 온오프라인 상담은 회당 50분 이상, 연 7회 제공되며(게시판 상담 무제한), 기업 대상 온오프라인 교육(집단상담 등 집단프로그램)은 회당 60 ~ 90분, 기업당 연 3회 제공함.

〈표 6-3〉 온오프라인 근로복지넷의 근로자지원프로그램(EAP) 유형

구 분			대 상	지원 내용	이용 기준
개인	온라인	게시판상담	300인 미만 중소기업 및 소속 근로자	15개 분야 심리상담	1인(人)당 연 7회, 회당 50분 이상 (게시판 무제한)
		단문(톡)상담			
		전화상담			
		화상상담			
기업	온오프라인	근로자상담		6개 분야 집단교육상담	1사(社)당 연 3회, 회당 60~90분
		교육 (집단프로그램)			

자료: 근로복지공단(2020) 2020년 근로자지원프로그램 최종결과보고서

- 근로자(개인) 대상 온오프라인 상담은 ‘직무스트레스, 조직 내 소통능력, 업무 역량 강화, 불만고객 응대, 일·가정 양립, 직장 내 괴롭힘, 성격진단, 스트레스 관리, 정서문제, 건강관리, 대인관계, 자살, 부부갈등, 자녀양육, 기타(가족 내 정신질환, 부모봉양 등)’의 15개 영역으로 구성되어 있으며, 기업 대상 온오프라인 교육(집단프로그램)은 스트레스, 감정노동, 가족, 자살예방, 직장 내 괴롭힘 예방, 소통 등 6개 영역으로 구분하여, 신청기업 및 구성원의 특성에 따라 맞춤형 교육(교육, 특강, 집단상담 등)을 제공한다.

〈표 6-4〉 근로자 대상 온오프라인 심리상담서비스 분야

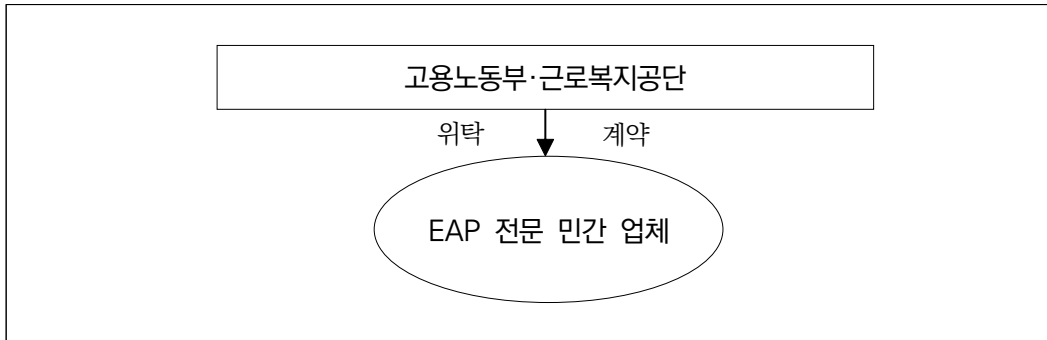
직 장	개 인	가 족
① 직무스트레스 ② 조직 내 소통능력 ③ 업무역량 강화 ④ 불만고객 응대 ⑤ 일·가정 양립 ⑥ 직장 내 괴롭힘	⑦ 성격진단 ⑧ 스트레스 관리 ⑨ 정서문제 ⑩ 건강관리 ⑪ 대인관계 ⑫ 자살	⑬ 부부갈등 ⑭ 자녀양육 ⑮ 기타 (가족 내 정신질환, 부모 봉양 등)

자료: 근로복지공단. (2020). 2020년 근로자지원프로그램 최종결과보고서

#### □ 전달체계

- 근로복지공단에서 민간업체에 위탁형식으로 진행

[그림 6-2] 근로복지공단 근로복지넷 EAP 전달체계(2021.8. 기준)



자료: 근로복지공단. (2020). 2020년 근로자지원프로그램 최종결과보고서

## 제3절 제도 설계 평가

### 1. 근로자건강센터

#### □ 설립 목적

- 근로자건강센터는 모든 근로자를 대상으로 하나, 50인 미만 영세소규모 사업장의 높은 산업재해와 업무상 질병 발생을 (2015년 기준 전체 재해자 중 81%, 전체 질병자수의 64%) 완화하고자 2011년부터 산업재해에 취약한 50인 미만 소규모 사업장에 대한 우선적 재해예방 및 건강증진을 위해 설치, 운영됨.

#### □ 정신건강 상담서비스 운영

- 2012년부터 노동자 정신건강보호 역량이 취약한 점을 고려하여, 심리상담 수요가 많은 지역을 중심으로 전문 심리상담사 등 인프라를 확충, '17년부터 센터에서 산업재해를 직·간접적으로 목격한 노동자를 대상으로 제공하고 있는 “산재트라우마 관리프로그램”도 대폭 강화함.
- 센터의 트라우마 상담기능을 지원하고 대형산업재해 등에 대한 보다 전문적인 상담제공을 위해 '18.5월부터 직업적 트라우마 전문상담센터를 시범운영 2021년 현재 13개 센터가 설치·운영되고 있음.

[그림 6-3] 50인 미만 사업체 및 근로자수(비중)

(단위: 개, 명)



자료: 고용노동부, 전국사업체조사.

## □ 서비스 대상 및 내용

- 서비스 대상인 50인 미만 사업장 수의 분포 추이를 살펴보면 우리나라 전체 사업장 수의 98%를 차지하고 있으며 이들 사업장의 근로자수는 64%를 차지하고 있음.
- 근로자건강센터는 기본적으로 소규모사업장의 산업재해를 예방하고 근로자의 건강증진을 위한 목적으로 설립되어 정신건강의 범위는 직무스트레스와 산업재해 트라우마의 극복에 있음.

## □ 제도 설계의 타당성

- 한국의 사업체 중 큰 비중을 차지하고 있는 50인 미만 열악한 산업보건환경을 가진 소규모사업장에 대한 근로자의 직무관련 스트레스 관리를 주요 목표로 한다는 측면에서 관련 정신상담서비스는 그 대상 선정 및 주된 제공 서비스 내용에 있어 타당성을 가지고 있음.
- 직업트라우마 상담은 보건복지부의 국가트라우마센터의 서비스 대상 범위에 비해 직장 내에서 발생하는 사고를 중심으로 한다는 측면에서 제공 범위에 차이가 있어 전문, 특수성을 가지고 있음.
  - 직업트라우마센터에서는 중대산업사고, 동료의 자살, 직장 내 괴롭힘, 직장



내 성희롱·성폭력 등 충격적인 사고를 직·간접적으로 경험한 근로자가 트라우마 증상을 극복하여 정상적인 일상생활을 할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 함.

- 국가트라우마센터에서(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제15조의 2)는 서비스 대상을 재난과 그 밖의 사고로 정신적 피해를 입은 사람과 그 가족 그리고 재난이나 사고 상황에서 구조, 복구, 치료 등 현장대응업무에 참여한 사람으로서 정신적 피해를 입은 사람으로 정하고 있음.
- 따라서 트라우마 발생 원인이 되는 대상 범위가 직장에서 발생하는 사고로 한정되어 있다는 측면에서 직업트라우마센터의 서비스 대상 범위가 국가트라우마센터에 비해 좁으나 국가적 재난, 사고를 지원하는 국가트라우마센터 보다 규모적인 차원에서는 대상 범위가 넓음.
- 재난 사고의 현장 대응 근로자에 대한 서비스의 경우 일부 중복 가능성이 있으나 국가 및 직무트라우마센터에서 해당 직업 근로자 상담 비중은 현재로서는 매우 낮은 비중을 차지하고 있음.<sup>8)</sup>

## 2. 근로복지넷 EAP

### □ 제도 목적

- 중소기업 및 근로자에게 심리상담 및 교육, 코칭프로그램을 무상 지원하여 근로자의 직무만족이나 업무성과에 부정적인 영향을 미치는 업무압박, 직장 내 대인관계, 부부 및 가족문제, 감정노동 스트레스 등 다양한 문제들을 해결하고 정신건강 증진을 지원하여 업무효율 및 생산성 향상을 도모하고자 함.

### □ 서비스 대상 및 내용

- 근로복지공단에서는 2009년부터 상시 근로자 수 300인 미만 중소기업 및 소

8) 직무트라우마센터 및 국가트라우마센터 담당자 인터뷰 내용 (2021. 9.24.)

속 근로자를 대상으로, 근로자(개인) 대상 온오프라인 상담과 기업 대상 온오프라인 교육(집단상담 등 집단프로그램)을 제공하고 있음.

- 한국의 300인 미만 사업장의 비중 추이를 살펴보면 2011년 이래 지속적으로 99.8%를 유지하고 있으며 해당 사업장 근로자 수는 전체 근로자수의 84.4~85.5%로 84% 이상을 유지하고 있음.
- 앞서 살펴본 바와 같이 제공 서비스의 내용은 단순한 직무 스트레스에 그치지 않고 직장내 대인관계, 감정노동 문제와 가족관계는 물론 개인적 문제에 대한 정신적 상담이 이루어지고 있음.

[그림 6-4] 300인 미만 사업체 및 근로자수(비중)

(단위: 개, 명)



자료: 고용노동부. 사업체노동실태현황: 통계청 「전국사업체조사」 자료 중 「자영업자」 또는 「자영업자 +무급가족종사자」로만 구성된 사업체 및 공무원 재직기관을 제외하여 작성

#### □ 제도 설계의 타당성

- 한국의 사업체 중 대부분이라고 할 수 있는 99.8%의 300인미만 중소기업과 전체근로자의 84%이상을 차지하고 있는 중소기업에 소속한 근로자를 대상으로 사업 생산성 향상을 위한 기업복지지원제도임.
- 따라서 산업재해 예방의 필요성에 따라 설치 운영되고 있는 근로자건강센터의 정신건강 상담서비스와 제공 대상과 내용이 넓고 다양함.

- 제도 설계에 있어 기업복지제공이 미흡한 중소기업을 대상으로 국가적 지원을 제공한다는 측면에서 타당성을 가지고 있음.

[그림 6-5] 근로자건강센터 정신건강상담과 근로복지공단 EAP지원제도의 서비스 대상 및 내용



## 제4절 투입·산출 평가

### 1. 근로자건강센터

#### □ 예산 투입과 산출 현황

- 센터 사업 예산은 산업재해보상보험 및 예방기금(국비)으로 지원되며 전체 사업에 투입된 예산은 2011년 30억원에서 2019년 현재 147억원으로 증가하였음.
- 이러한 증가는 주요 서비스 대상인 50인 이상 근로자 수 증가율보다 높은 것으로 사업 규모는 해당기간 지속적으로 증가해 오고 있음을 확인할 수 있음.
- 센터수의 증가와 함께 예산은 증가하였으며 2020년 센터수는 증가하지 않았지만 센터내 트라우마센터가 추가로 7개(총8개) 설치됨에 따라 2020년 예산은 173억으로 증가함(산업안전보건공단 내부자료, 2021).

- 전체 이용율도 0.18%에서 1.39%로 향상되었으며 이에 따라 주요 정책대상집단에 대한 누적 적용률(coverage)는 2019년 현재 7.28%에 해당함.

〈표 6-5〉 근로자 건강센터 전체 예산 및 산출(이용) 현황

연도	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
예산 (백만원)	3,000	3,500	6,750	9,450	12,150	12,450	14,778	14,778	14,778
50인 미만 근로자수 (명)	896,466	9,284,248	9,669,085	10,242,384	10,607,225	10,955,155	11,263,336	11,568,884	11,952,549
예산 증률 (%)		14.29%	48.15%	28.57%	22.22%	2.41%	15.75%	0.00%	0.00%
50인 미만 증률 (%)		3.41%	3.98%	5.60%	3.44%	3.18%	2.74%	2.64%	3.21%
총이용자 수(명)	15,857	31,954	64,992	107,923	147,025	175,649	180,001	179,312	165,939
이용율 (%)	0.18%	0.34%	0.67%	1.05%	1.39%	1.60%	1.60%	1.55%	1.39%
센터 개소 (분소)	3	5	10	15	20	21 (5)	21 (21)	21 (21)	21 (21)
50인 미만 이용자수 (명)	12,686	25,563	50,824	89,113	122,521	143,866	145,801	145,243	134,411
연간 coverage	0.14%	0.28%	0.53%	0.87%	1.16%	1.31%	1.29%	1.26%	1.12%
누적 coverage	0.14%	0.41%	0.92%	1.74%	2.83%	4.06%	5.24%	6.36%	7.28%

주: \* 50인 미만 이용자수 2017년부터는 2011년부터 2016년까지 전체이용자수 평균이 81%임에 근거하여 추정  
자료: 산업안전보건공단 내부자료. (2021); 고용노동부. 사업체노동실태현황.

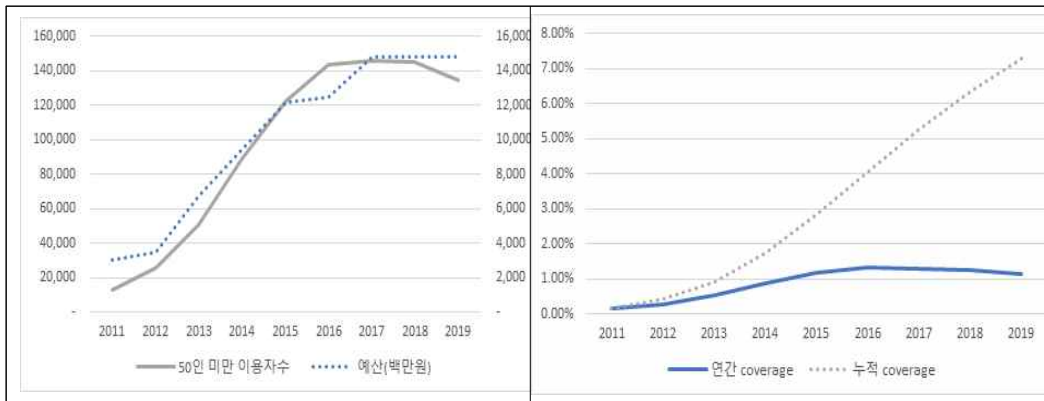
- 직무스트레스관련 상담을 위해 센터(분소) 내 1명의 전문상담사가 배치되어 있으며 트라우마센터에는 2명의 전문상담사가 배치, 운영 중임.
- 이용자수와 상담건수 중 직무스트레스와 관련된 현황의 확인이 어려우나 2016년 기준 21개센터 총 상담건수 462,842건 중 직무스트레스와 관련된 상담은 전체 상담의 10.52%에 해당하는 48,683건에 해당함(송재석 외, 2017)을 근거로 볼 때 2020년 기준으로 약 1만 7천 여명이 직무관련 상담을 하였을

것으로 추정됨.

- 내부적으로 설정한 전체적 상담 목표실적을 달성하고 있고 이러한 실적 달성에 있어 담당자 FGI에서 이에 무리가 없다고 응답(송재석 외, 2017)

[그림 6-5] 근로자건강센터 전체 예산, 이용자 수, 적용률(coverage)

(단위: 개, 명)



자료: 산업안전보건공단 내부자료. (2021); 고용노동부. 사업체노동실태현황.에 근거하여 작성

- 직업트라우마센터는 2018년 시범사업을 시작으로 2020년 8개 센터가 설치되었으며 총 이용자수는 2020년 기준 1,932명으로 나타나고 있음.
  - 센터당 평균 241건, 상담인원 당 연간 약 120명의 고객에게 서비스를 제공함.
  - 2021년 기준 13개 직업트라우마센터 설치 운영 중임.

〈표 6-6〉 근로자 건강센터 내 직무트라우마센터 연도별 개소 및 이용자수

구분 \ 연도	2018	2019	2020
트라우마 센터수(개소)	1	1	8
이용자수(명)	419	911	1,932

자료: 산업안전보건공단 내부자료. (2021)

## 2. 근로복지넷 EAP

### □ 사업 예산

- 근로자복지진흥기금(국비)로 지원되는 지원프로그램의 연간 투입 예산은 2013년 기준 3억 8백만원에서 2021년 8억 4천 8백만원으로 증가
  - 예산의 증가는 2,3년 동일하다 단계적으로 증가되고 있으며 2021년 예산도 전년대 동일 수준임.

### □ 연간 산출(상담 건수)

- 예산의 증가와 함께 상담 건수도 증가되었으나 2020년 코로나 팬데믹으로 인한 온라인 상담증가되었고 오프라인 상담은 감소됨에 따라 전체적인 상담건수는 감소되었음.
- 그러나 2021년의 경우 이러한 팬데믹의 장기화에 따른 심리정신 상담 수요가 증가함<sup>9)</sup>에 따라 8월 예산이 조기 소진됨(근로복지넷 : <https://www.workdream.net/default/index.do>)
- 이용자수가 아닌 상담건수 통계만이 제공되어 전체 300인 미만 근로자의 적용률(coverage) 산정이 어려우나 근로자 2019년 사업체노동실태현황 기준 300인미만 근로자 1천 584만 6천여명임을 감안해 적용률 수준은 미미할 것으로 판단됨.

9) 담당자 인터뷰(2021.9.17.)

[그림 6-6] 근로복지넷 EAP 연도별 예산 및 상담건수

(단위: 건, 백만원)



자료: 산업안전보건공단 내부자료. (2021); 고용노동부. 사업체노동실태현황.에 근거하여 작성

〈표 6-7〉 근로복지넷 EAP 연도별 예산 및 상담건수

(단위: 건, 백만원)

연도	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
온라인	1,159	1,855	1,568	1,533	1,443	929	1,040	2,268
오프라인	5,170	6,522	7,929	10,174	10,630	10,131	12,936	8,993
전체	6,329	8,377	9,497	11,707	12,073	11,060	13,976	11,261
예산	308	475	475	655	655	655	848	848

자료: 근로복지공단 홈페이지(<https://www.workdream.net/default/eap/>) EAP 연도별 통계 자료에 기반

## 제5절 운영(전달체계) 평가

### 1. 근로자건강센터

#### □ 전달체계의 접근성

○ 근로자 접근성은 점차 강화되어 가고 있으나 주요 사업 대상자 및 취약 근로계층에 대한 적용률을 확대하기 위한 접근성 제고가 필요함.

- 근로자건강센터는 근로자의 접근성을 강화하기 위해 2011년 3개 센터 개소 이래 센터 및 분소를 확대해 2021년 현재 근로자건강센터 23개소, 분소 21개소로 확대, 운영 중이며 센터 내 직무트라우마센터는 2018년 1개소를

시작으로 2021년 13개소로 증가함.

#### □ 서비스 제공자의 전문성 확보

○ 이들 센터는 산업안전보건공단과 위탁계약을 체결하여 운영 중으로 이에 따른 상담서비스의 질 강화에 어려움이 존재

- 직무스트레스 상담 및 직무트라우마 상담 전문인력의 자격은 아래 표와 같이 규정되어 전문성 확보하기 위한 제도적 틀이 마련되어 있음.
- 그럼에도 서비스의 질을 결정하는 제공인력의 전문성의 실질적 확보를 어렵게 하는 요인으로 종사 인력의 고용불안 문제가 제기되고 있음 (송재석 외, 2017).
- 연도별 계약의 갱신에 따른 고용불안과 적절한 보상이 이루어지지 않는 문제는 직무만족도 및 근로의욕의 하락에 따른 서비스 질 확보를 어렵게 함.
- 그러나, 다른 한편으로는 고용안정성 제고를 위한 직영 전환 시 인건비 상승과 조직의 관료화, 경직성 발생 등의 문제점도 제기되고 있음.

〈표 6-9〉 센터(분소) 별 정신건강(직무스트레스, 트라우마) 상담 전문인력 자격 현황

구분	자격사항
직무스트레스 전문가 (필수인력)	상담심리사(2급이상) 자격취득 후 2년 이상 상담 실무경력자 전문상담사(2급이상) 자격취득 후 2년 이상 상담 실무경력자 임상심리사(2급이상) 자격취득 후 2년 이상 상담 실무경력자 정신보건임상심리사(2급이상) 자격취득 후 2년 이상 상담 실무경력자 기타 정신보건 관련 국가 면허 또는 자격취득 후 2년 이상 상담 실무경력자

자료: 산업안전보건공단 내부자료. (2021)



〈표 6-8〉 근로자건강센터(분소) 및 직업트라우마센터 현황

설치연도	건강센터(분소)	운영기관	트라우마센터 설치연도
‘11년	경기서부(군포)*	고려대학교 산학협력단	‘20년
	인천(부평)*	연세대학교의료원 산학협력단	‘20년
	광주(광산)*	근로복지공단 순천병원	‘20년
‘12년	대구(달서, 달성)*	(사)직업건강간호협회	‘19년
	경남(창원)*	(주)직업환경의학센터	‘20년
‘13년	서울(서울 중구)	이화여자대학교 산학협력단	미설치
	경기동부(상남)*	가톨릭대학교 산학협력단	‘20년
	울산(울산 북구)	동아대학교 산학협력단	‘21년
	부천(고촌, 양촌)*	가톨릭대학교 산학협력단	‘20년
	충남(아산)	단국대학교 산학협력단	‘21년
‘14년	경기남부(평택)	근로복지공단 인천병원	미설치
	경북북부(구미)	구미강동병원	미설치
	부산(양산)	부산대학교 산학협력단	미설치
	전남동부	(재)원진직업병관리재단 녹색병원	미설치
	대전*	근로복지공단 대전병원	‘20년
‘15년	서울서부(성동)	서울대학교 산학협력단	미설치
	경산(영천)	(사)직업건강간호협회	미설치
	전주(완주)	(사)직업건강간호협회	‘21년
	강원(춘천)	연세대학교 원주세브란스 기독병원	미설치
	제주(연동)	제주한라병원	‘21년
‘16년	경기북부(남양주)	가천대학교 산학협력단	‘21년
‘20년	충북	(사)대한산업보건협회	미설치
	전남서부	(사)직업건강간호협회	미설치

주: \* 직업트라우마센터 운영기관(13개소) : 경기서부, 인천, 광주, 대구, 경남, 경기동부, 부천, 대전, 전주, 제주, 경기북부, 울산, 충남

자료: 산업안전보건공단 내부자료(2021)

## 2. 근로복지넷 EAP

### □ 전달체계의 접근성

○ 기존 민간 심리상담 전문기관 및 상담 전문가 네트워크를 활용하기 때문에 예산에 확보에 따라 제공 서비스의 접근성 제고 가능

- 근로복지공단 EAP서비스는 민간업체에 위탁을 통해 진행하고 있고 이들 업체는 전국의 심리상담 전문기관 및 상담 전문가와 다시 협약을 통한 네트워크를 구축, 서비스를 제공함.
- 2021년 현재 지역별 전문상담사 200여명에 대한 매칭 서비스를 실시하고

있음.

□ 서비스 제공자의 전문성 확보

○ 민간 위탁에 따라 민간의 전문인력의 풀의 활용이 가능하며 300인 이상 기업들의 EAP 서비스와 비교하여 서비스의 질적 차이가 발생하지 않는다는 장점이 있음.

- 관련 있는 학회에서 발급한 자격증 소지자, 관련학과 석사 이상 학위를 소지하고 경력 3년 이상의 조건을 갖춘 전문 상담사가 상담을 진행
- 상담 후 상담사의 전문성 만족도 평가를 통해 서비스 질을 유지할 수 있도록 하고 있음.

## 제6절 성과 및 효과 평가

### 1. 근로자건강센터

□ 근로자건강센터의 성과로 송재석 외(2017)에서는 동 서비스를 통해 건강서비스 격차가 감소되고 있으며 센터를 설치한 지역의 경우 설치하지 않은 지역에 비해 업무상질병 만인율의 증가폭이 감소했음을 보임.

○ 50인 이상과 50인 미만 기업 간 건강서비스 수혜격차를 질병 만인율 3.3%p 감소시켰음.<sup>10)</sup>

- 이는 50인 미만 사업장 및 산업보건 취약직종을 대상으로 하여 직업건강서비스를 제공했기 때문이며 2017년 9월 기준 최근 3년간(2014~2016) 격차 평균 27.6% 대비 3.3%p 감소

○ 센터 설치지역과 미설치지역의 업무상질병 만인율을 보면, 질병만인율의 증가폭이 둔화됨.

- 2017년 9월 기준 질병만인율은 전년 동기대비 11.25% 증가(2.40→2.6

10)격차(%): (50인미만 만인율-50인이상 만인율)/(50인이상 만인율)×100

7‰) 하였으나, 센터 설치지역의 업무상질병 만인율은 9.59%증가하는 것에 그침.<sup>11)</sup>

- 주치의 협약을 통한 분야별 직업건강서비스 제공으로 협약 전·후 대비 산업재해를 보았을 때, 약 12.24%의 산업재해 감소효과가 있었음.
- 이러한 효과는 근로자건강센터 전체적인 상담 효과를 추정한 것으로 향후 상담 적용률이 증가시 정신건강상담 효과로서 직무스트레스 상담과 직무트라우마센터 상담에 따른 효과의 세부적 분석이 요구됨.

## 2. 근로복지넷 EAP

### □ 상담을 통한 심리적 위험도의 임상적 효과

- 근로자의 주관적 안녕감(subjective well-being), 문제 및 증상(problems & symptoms), 기능(life functioning), 자해 혹은 타해 위험(risk/harm) 등을 측정하는 척도인 CORE-OM(Counseling Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) 등을 통해 2013년부터 상담 전후 검사에 응한 대상자에 대한 측정 결과를 보고하고 있음.
  - 2019년에는 근로자 지원 프로그램 척도 단축형(Employee Assistentment Program Scale-Short Form)을 사용하여 840명에 대한 조사 결과, 상담 후 대처자원, 직무관리, 증상회복, 대인관계의 4가지 하위분야의 유의미한 개선과 위험·위기 인식이 유의미하게 감소하였음.
  - 2018년에는 CORE-OM 10에 더해, 업무몰입 척도(업무몰입 척도(UWES-K; Dutch Utrecht Work Engagement Scale Korean Version), PHQ-9 우울 척도(Patient Health Questionnaire-9), GAD-7(Generalized Anxiety Disorder-7)를 970명의 응답 자료를 활용해 분석 결과, 심리적 위험도와 우울(PHQ9)과 불안(GAD7) 평균점수는 통계적으로 유의미하게 감소 하였으며, 생산성 향상에 미치는 영향을 ‘업무몰

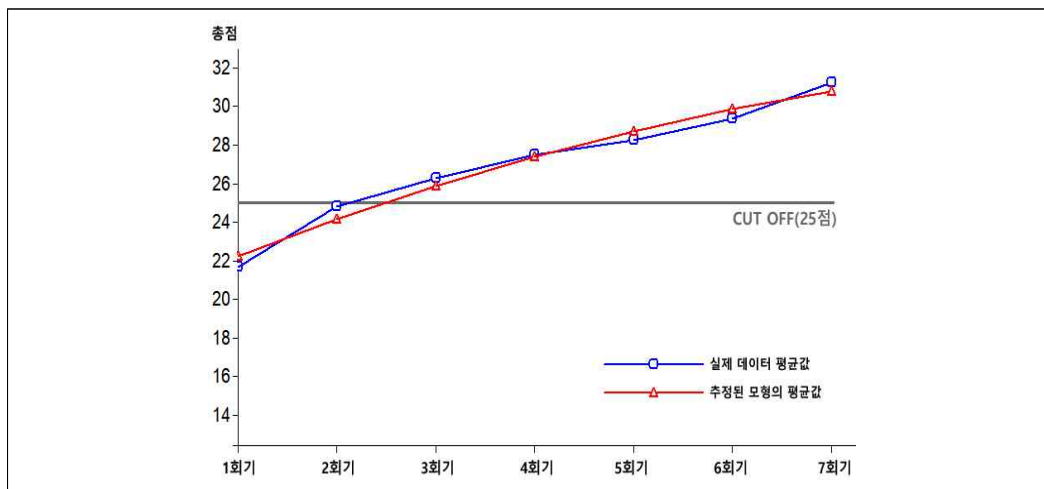
11) 설치지역(21개소)과 미설치지역(27개소) 비교 (소음성 난청, 진폐제외)

입' 도는 향상되었음.

○ 2020년에는 근로자 상담 이용자 1,600명을 대상으로 상담 등 심리개입을 통한 마음건강 향상 효과성을 분석

- '내적 안녕감', '개인적 관계', '직장에서의 역할', '전반적인 안녕감'을 10점 척도(4문항)에 대한 1~7회 상담기간 동안 변화하는 양상을 잠재성장모형을 통해 살펴본 결과, 총점이 2차함수의 형태로 증가함을 확인, 심리상담이 개인의 심리적 안녕감을 효과적으로 증진시키고 있음을 보임.
- 특히, 첫 회기의 점수가 컷오프 25점을 하회하고 있었으나 상담이 진행될수록 값이 증가하여, 마지막 회기에서는 25점을 상회하는 31.79점으로 나타남. 이는 초기값 21.69점에서 46.57% 증가된 값으로, 마음건강이 위험 수준 컷오프 수준 이상으로 개선된 결과임.

[그림 6-7] 회기별 평정 결과 잠재성장모형



자료: 근로복지공단. (2020). 2020년도 근로복지넷 근로자지원프로그램 최종결과보고서.

## 제7절 해외사례

### 1. 근로자 정신건강관리체계

- 핀란드, 영국, 독일, 미국, 일본 등 국가별 근로자 정신건강관리체계를 살펴본 손미아 외(2016)의 연구에서는 이들 국가에서 정신건강관리 체계를 정비하게 된 이유로 공통적으로 경제위기가 있었다고 지적하고 있음
- 즉, 1990년대 말 2000년대 초에 근로자 정신보건관리체계를 만들기 시작하고 2007~8년 전후에 와서 다시 한번 근로자 정신보건관리체계를 보완하면서 재정립하게 된 계기도 경제위기에 있었는데 이는 경제공황으로 노동자들이 받게 되는 정신적인 스트레스의 증대에 대해 대책을 마련해야할 필요성을 느꼈을 것으로 보고 있음.
- 주요국가들의 법체제는 정신건강 상 장애가 있는 경우 노동 진입 시 차별을 없애고 작업장 내에서 장애를 예방하고자 함. 장애 발생 시 재활을 통한 일자리 복귀에 중점을 두고 있음.
- 각 국가의 근로자 정신보건관리체계는 기존에 존재하고 있는 국가보건체계에 근로자 정신보건관리체계를 추가하는 방식으로 이루어지고 있으며, 여러 정부 부처의 유기적인 연계를 통해 이루어지고 있음.
  - 핀란드의 경우 근로자 정신보건증진을 위해서 노동부와 사회보건부를 중심으로 여러 정부 부처들이 유기적인 연계, 영국에서 국가보건서비스(National Health Service)에 근로자를 위한 정신보건관리체계가 추가되는 방식으로 이루어지고 있음. 독일에서도 근로자 정신건강을 위해서 노동사회부(Department of Work and Social Affairs, BMAs), 보건부(Federal Ministry of Health, BMGs), 가족, 노인, 여성, 청소년을 위한 정부부처(Department of Family, Elderly people, Women and Young people, BMFSF)가 있어 근로자의 정신건강에 대한 문제를 위해 유기적으로 연계

## 2. 근로자 정신건강관리를 위한 주요 제도

□ 주요국들은 기존의 산업안전보건관리체계에 근로자 정신건강문제를 새롭게 추가하고 있으며 각국의 구체적 프로그램은 아래와 같음.

○ 영국에서는 보건부(Department of Health) 정신건강정책 및 전략분과(Mental Health Policy & Strategy)에 의해 2007년부터 진행되는 프로젝트로 “변화할 시간 캠페인 (time to change campaign)”을 통해 고용주들을 포함, 정신건강장애에 대한 인식개선을 위해 노력하고 있으며 보건부 노동건강부서에서는 정신장애를 가진 근로자의 직업복귀를 지원, 산업안전보건관리국에서는 사업장에서의 스트레스 예방에 주력하고 있음.

- 노동건강부서(Work and Health Unit)는 “직업센터 플러스 (Job centre Plus)에서 정신질환을 가지고 있는 근로자들이 일을 하면서 자신들의 정신건강을 향상시킬 수 있도록 지원
- 보건안전관리국 (HSE, Health & Safety Executive)에서는 근로자의 직업적 건강을 위해서 각 지역에 웹사이트를 운영하며 질병으로 장기 결근한 근로자들의 작업 복귀를 돕는 지원서비스를 제공하고 스트레스 예방과 관리를 체계적으로 검토 (HSE, 2003)하여 각 조직에서 스트레스 예방, 근로자의 건강과 웰빙 계획을 위해 재정지원을 잘하고 있을 뿐 아니라 스트레스 예방을 위한 책임을 잘 맡고 있는지를 평가
- 건강과 안전 규정 1981 (일차 도움)을 통해 고용주에게 적절하고 알맞은 시설을 요구하고, 근로자들은 만약 작업장에서 아프거나 부상을 당하면 곧바로 주목을 받을 수 있음을 명시하고 있음.

○ 독일의 경우 기회의 동등성을 향상시키기 위해 ‘장애를 가진 개인들을 위한 전국적인 특별한 훈련 규정의 도입을 위한 권고들’을 1998년에 도입하였으며 독일의 가장 큰 건강보험공단인 BKK (기업질병금고)에서는 스트레스 제거 프로그램(“Taking the stress out of stress”)을 수행, 직장 스트레스 예방을 위해 근로자들, 관리자, 관리자들과 기업들을 대상으로 교육을 실시

○ 일본은 노동자의 정신건강확보를 위해 건강검진의 실시와 적절한 사후 조치,

산업보건활동의 활성화, 산업보건에 대한 지원, 지역산업보건센터의 활성화, 과중노동에 의한 건강장해의 방지에 더해 총체적인 건강증진계획(THP)의 추진 등 적극적으로 노력

- 지역산업보건센터에서는 소규모 사업장의 사업주와 노동자에 대한 다양한 상담 대응을 위해 정신건강 대책, 작업환경 관리, 작업 관리장의 상황에 맞는 노동 위생 관리 등의 종합적인 조언·지도를 하고 있음.
- 노동안전위생법에 근거하여 노동자의 건강유지증진을 위한 지침(총체적 건강증진계획, 1988)이 세워졌으며 이에는 정신건강 관리가 포함됨.
- 구체적으로 노동자의 마음 건강 보호의 향상을 위한 가이드 라인(2006)을 제정, 사업장에서 사업자가 실시하기 위해 노력해야 할 노동자 마음의 건강 유지증진을 위한 조치(정신건강 관리)가 적절하고 유효하게 시행되도록 그 원칙적인 실시방법에 관해 규정함. 이를 통해 사업자(기업주)는 노동자의 정신건강관리의 실행계획을 세우고 작업장에서 교육하도록 함.
- 스트레스 검사제도(Stress Check Program)는 2015년도부터 시작된 국가 정책으로 “노동자가 본인의 스트레스를 알아차릴 수 있도록 지원하고, 대처를 위한 지원을 하고, 직장 환경의 개선을 통해 노동자의 정신건강 부조(不調)화를 미연에 방지하고자 함.
- 또한, 마음의 건강문제로 인해 휴직한 노동자의 직장복귀 지원의 가이드라인”은 정신건강 부조(不調)로 인해 휴직한 노동자에 대한 직장복귀를 촉진하기 위해 사업장을 위한 매뉴얼로 2004년 발표, 시행됨.

## 제8절 개선 과제

### 1. 근로자 정신관리체계 구축

#### □ 해외사례를 통한 시사점

- 국가보건의료체계 속에 “근로자 정신보건관리체계”를 포함하여 정부 기관간 유기적이고 통합적인 서비스가 제공되도록 할 필요가 있음.

- “근로자 정신보건관리체계”가 국가 전 국민을 대상으로 한 “국가보건의료 체계” 속에 포함되어야 하며, 보건복지부와 근로자의 직무상 건강을 중심으로 관리하는 고용노동부 간 등의 다부처간 긴밀한 협조가 요구됨.
- 근로자의 정신건강 문제는 일차적으로 사업장에서 밝혀내고, 정신질환의 요인들을 제거할 수 있는 체계를 구축하도록 하는 것이 바람직함.
  - 사업장에서 정신질환이 다른 육체적인 질환과 마찬가지로 “직업성 질환”에 속한다는 사실에 대한 사회적 인식 제고가 요구되며 우선적으로 사업장에서 근로자 정신건강문제를 적극적으로 해결할 수 있는 역할 부여가 필요
- 마지막으로, 정신질환을 앓고 있는 근로자들에 대한 육체적 장애와 동일하게 구직, 직업유지, 직업복귀를 법적 보장 체계를 구축할 필요가 있음.
  - 본고에서는 근로자의 정신건강지원제도 검토범위에서 노동현장에서 사전 예방적 제도를 중심으로 살펴보았으나 정신장애를 가진 근로자에 대한 노동시장 진입, 유지, 복귀에서의 차별 보호 제도와 관련 체계적 제도 보장의 정비가 요구됨.
  - 특히, 산업안전보건법(2020년) 상 138조에 질병자의 근로금지·제한에서 정신질환자자의 경우 근로 금지 및 제한을 규정하고 있는 바 외국의 입법의 경우 금지, 제한하는 것이 아니라 업무를 줄이거나 부서전환 등을 통해서 질병자의 능력에 따라 일을 할 수 있도록 배려, 해고에 대해서는 해고 자체를 금하거나 제한하는 방향으로 설계되어 있다는 점에서 근본적 차이가 있음이 지적되고 있음.

#### □ 사각지대 취약 근로자 보호를 위한 제도 확대

- 현재로서 근로자건강센터 및 EAP제도 등의 서비스는 고용보험 가입 사업장 혹은 사업장의 소속을 근로자가 명시할 수 있는 경우 제공될 수 있음.
- 고용 형태가 점차 다양해지고 있는 현대 사회의 흐름을 반영하여 고용보험과 산재보험 가입이 어려우나 사업장에 경제적으로 종속된 저소득 특수고용직 노동자 등에 대한 지원 확대가 필요함.



## 2. 근로자건강센터

### □ 안정적 양질의 서비스 제공을 위한 서비스 제공자 고용 질 개선

- 근로자건강센터는 매 3년 마다 공단과 위탁계약을 하고 있고 이로 인한 서비스 제공인력의 고용불안이 발생할 수 있음.
- 또한, 수탁기관별로 상이한 내부 지침에 따라 동일한 서비스를 제공하는 근로자의 근로조건이 상이할 수 있으며 위탁계약에 의한 매년 정해진 운영비에 의해서 인건비가 지급되기 때문에 대체로 낮은 임금, 승진 불가능 등의 문제가 있음.
- 이러한 요인에 따라 담당자의 높은 이직률은 안정적이고 양질의 서비스 제공에 방해 요소로 작용하고 있어 이에 대한 다각적 방법을 통한 개선 노력이 필요함.

### □ 열악한 노동환경에 따른 정신건강관리가 필요한 50인 미만 사업장 취약 근로자를 위한 사업 확대가 요구됨.

- 현재 근로자건강센터의 주된 정책대상집단은 50인 미만 사업장 근로자이며 50인 이상의 경우도 신청 근로자에 대해 무료로 서비스가 제공되고 있음.
  - 근로환경이 열악한 50인 이하 사업장 직업환경의료 서비스 접근성이 낮은 취약한 노동 계층 즉, 비정규직, 이주 노동자 등에 대한 상담 서비스가 제공되고 있다는 점에서 큰 의의를 찾을 수 있음.
- 2011년부터 서비스가 제공되어 누적 적용률이 점차 증가하고 있으나 아직도 수혜집단은 매우 작고 지역적으로 근로자건강센터가 없는 자치단체가 많으므로 제공 센터 및 인력 등 인프라의 확대 필요
  - 제공 서비스 중 직무스트레스 상담 관련 건수는 약 10% 정도로 그 비율이 낮으므로 이에 대한 적극적인 홍보와 활용이 필요함.
  - 2018년부터 센터 내 설치, 운영되고 있는 직무트라우마센터도 추가적인 확

대를 통해 일반 직무스트레스 상담에서 특화된 트라우마 상담을 제공, 정신 건강지원 서비스의 제공 범위의 확대 및 제공서비스의 심화 가 이루어질 필요가 있음.

### 3. EAP제도

□ 중소기업 근로자 복지를 위한 정신건강지원을 위한 사업 확대 필요

- 서비스 대상 집단이 300인 미만 사업장인 중소기업을 대상으로 하는 현 상황에서 연간 제공 서비스를 통한 제도 적용률은 극히 미미한 수준이라고 할 수 있음.
  - 사업 예산도 지속적으로 증가해 오고 있지 않아 낮은 수준의 상담제공을 해 오고 있음.
- 현대 사회 근로자의 정신건강에 대한 위험 요인의 증가와 실제 직장보험 가입자의 정신질환 진료 인원도 증가하고 있는 상황에서 대상 서비스의 확대가 요구됨.
  - 2021년의 경우 상담 수요를 충족하지 못하고 예산소진으로 서비스가 조기 에 마감

□ 대상효율성을 위하여 서비스 제공 우선순위 선정 필요

- 1인 자영업자와 공무원등을 제외한 300인미만 사업장 근로자가 전체 근로자의 84%에 해당됨을 감안할 때 한정된 예산 하에서 300인 미만 사업장 근로자 중 고용상 지위 혹은 산업분류 상, 보다 위험집단에 상담 우선순위를 부여하여 대상효율성을 증가시키는 것에 대한 검토도 필요할 것으로 판단됨.

□ 서비스 질 제고를 위한 관리·감독 강화

- 현재 제공 중인 서비스는 민간 서비스 제공 업체에 대한 전 사업과정의 위탁을 통해 진행되고 있어 EAP를 기업복지 차원에서 도입하고 있는 사업장과 비교해 상담의 질에 있어 차이가 발생하지는 않음.

- 다만, 서비스 제공 (상담) 횟수의 차이가 제공 기업별로 상이할 수 있음.
- 그러나, 공적 서비스 제공에 있어 상담사의 자격 확인·관리 및 사업 수행에 따른 개인정보 보호 및 비밀 유지 등에 대한 높은 수준의 관리·감독이 요구됨.

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제7장

## 결론



## 제 7 장      결론

### 과제 1

### 정신건강 거버넌스의 충실

#### 1-1

#### 국가적 아젠다로의 정신건강 접근: 대통령 직속의 정신건강위원회 설치

##### □ 대통령 직속의 정신건강위원회 설치의 필요성

- 기존의 단편적인 개선책으로는 충분하지 않기 때문에 근본적인 개혁의 필요성으로 확대됨.
  - 정신건강복지센터에서 보건과 복지의 통합적 업무를 추진 중에 있으나, 현재 정부의 행정체제로 인한 통합적 시너지에는 한계가 있음.
- 정신건강증진은 정신건강을 넘어 사회적 차원의 접근이 필요
- 지역별 편차와 기관간 연계, 효율적 조정문제에 대한 거시적 접근 필요
- 보건과 복지, 고용의 통합적 접근을 주도하고 관련 제도개선이 필요

##### 〈미국사례〉

미국의 정신질환 및 정신장애의 심각 문제로 대두되면서 2002년 대통령 직속의 정신보건위원회를 설립. 사회병리현상, 정신보건서비스제도가 지니는 문제점을 제기, 분석하여 개선방안 제언 요청  
미국의 정신보건서비스체계의 주요 서비스 및 프로그램은 연방정부, 주정부, 지방정부 차원에서 각각 달리 실행되고 있으며 재정지원, 인력 및 서비스도 다양한 공공차원, 민간차원의 네트워크를 형성하여 제공하고 있지만, 여러 서비스 기관 간에 효과적, 효율적 조정 및 연계가 이루어 지고 있지 않은 구조적 문제가 지속됨. 이러한 문제를 해결하기 위한 차원에서 정신보건위원회를 구성하여 현재의 정신보건서비스제도의 획기적 변화를 시도.

구체적 방안은 다음과 같음.

- 정신건강은 우선적으로 인간의 전반적인 건강에 필수적이며 정신건강서비스는 의료서비스의 필수적 요소로 인식되어야 함. 정신질환에 대한 인식 및 편견 해소
- 수요자와 가족이 주체가 되어 이들이 원하는 방향으로 제공되어야 함. 즉, 서비스 제공자나 제도적 편익에 따르지 않고 수요자의 니즈와 선호에 따라 서비스가 제공되어야 함. 서비스에 대한 의사결정사결정에 수요자와 가족이 중심에 있어야 함. 성인과 아동을 위해 개별화된 전략 마련.
- 정신보건서비스 접근과 이용서비스의 질적 수준에서 불평등 문제 해결
- 조기선별, 진단, 치료하는 시스템으로 강화. 특히 아동의 학교정신보건서비스 제도 개선 및 강화
- 일차 의료서비스 제공기관(보건소 또는 의원)에서의 정신보건서비스 개입. 이중 질환에 대한 통합적 치료와 접근 전략 필요
- 효과적 서비스 개발 강화. 실천현장에서의 신속한 적용
- 정보인프라의 구축

#### 4-2 지역사회 정신건강정책 및 사업추진을 위한 컨트롤타워 기능 강화

##### □ 중앙 차원에서의 컨트롤타워 기능 강화

- 정신건강서비스의 접근성 문제, 여러 부처로 파편화되어 있는 서비스의 분절과 기능 중복, 유사사업의 증가, 예산 배정의 비효율성 등을 총괄할 수 있는 거버넌스 기구 필요.
  - 현재 국립정신건강센터가 컨트롤타워 기능을 할 수 있을 것으로 기대되나, 보건복지부 정신건강사업안내에서 제시된 직무범위에서는 구체적으로 명시되어 있지 않음.
- 공공정신건강에 대한 중앙기관의 컨트롤타워 기능 강화
  - 일반 국민들은 정신질환에 대한 부정적 인식과 편견, 낙인효과로 조기발견 및 치료의 시점을 놓치고 있음.
  - 국민의 정신보건에 대한 욕구를 충족시키고 정신건강문제에 대한 안전망을 강화하여 국민의 건강권을 보장하기 위해 중앙기관의 공공정신건강 역할 및 체계를 확립하여 서비스를 강화.
- 통합적인 관점에서 정신건강서비스의 전달체계에 대한 새로운 모형 재설계
  - 정신건강서비스의 전달체계가 불완전하여 새로운 모형으로 재설계가 필요함.
  - 정신건강 전달체는 부처별로 분절되어 있어 정신건강 서비스를 개발하고 전달하는 과정에서 부처간 협의 및 조율에 대한 진행이 미흡, 서비스가 파편화되어 있고 연계가 원활하지 않기 때문에 통합적인 관점에서 재조정이 필요함.
- 다양한 사업들에 대한 포괄범위, 사업별·기관별 세부적 가이드라인 설정 및 제공 필요
  - 정신건강복지센터내의 자살예방, 홍보, 정신건강상담, 아동청소년정신건강 사업 등 국민적 요청이 많은 사업들은 어떻게 하나갈지에 관한 세부적 가이드라인

드라인 부재.

- 지역의 수요를 반영한 정신건강서비스를 제공해야 하지만, 전국적으로 필수 사업은 무엇인지 선택적으로 할 수 있는 사업은 무엇인지에 대한 업무 표준화에 대한 통합 조정 및 센터의 역할 등에 대한 안내 필요.
  - 지역사회 정신건강서비스 제공의 핵심 주체로 기대되는 멀티태스킹(multi-tasking) 역할에 대한 업무들이 표준화되어 있지 않아 업무가 과부하되고 있으며, 업무가 표준화되어 있지 않아 시기나 사건에 따라 사업의 우선순위가 변함.((전진아 외, 2017).)

#### □ 중앙-광역-기초센터의 협의체 기능 강화

- 사업수행체계에서 광역센터는 연계 등의 컨트롤 기능을 강화하도록 하고 있으나 현실적으로 제한적이므로 내실화 할 수 있도록 역할을 담당.
- 기초센터에서 정신건강증진사업을 수행하면서 발생하는 문제 중에 하나는 사업 수행에서 대상자의 연계와 관련한 정신보건기관에 대한 정보와 연계 문제임.
  - 정신건강서비스 전달체계는 정보시스템 차원에서 보건과 복지 영역 간 연계가 시도되고 있고 시군구청과 읍면동사무소도 정신건강복지센터에 사례를 의뢰할 수 있으며, 정신건강복지센터 역시 복지서비스 연계를 위한 의뢰를 시스템 상으로 할 수 있음.
- 정보시스템으로는 연결되어 있으나 실제로 보건과 복지서비스를 제공하는 사람들 간에 인적 네트워크가 형성되어야 현실적으로 보건-복지 또는 기관 간 연계가 작동하게 됨.
- 따라서 서비스 특성별, 제공주체별, 대상자별로 다양한 지역사회 협의체를 운영하여 서로가 제공하는 서비스의 내용과 특성을 잘 이해해야, 상황별 가장 적합한 기관 또는 제공자와의 협력과 조정을 통해 서비스를 연계할 수 있음.



## 과제 2

## 운영구조 재설계

## 2-1

## 민간위탁제의 제도적 개선

- 민간위탁제의 도입 취지는 정부기관보다 더 능률적으로 수행할 수 있거나 수탁기관만이 수행할 수 있는 전문적인 업무를 민간법인 또는 단체에게 수행하도록 하고 책임을 지게 하는 것임.
  - ‘민간위탁이란 공공서비스의 제공과정에서 시장의 원리를 적용한 민영화의 형태로 행정사무의 이행과정에서 행정기관이 관리 감독 등 일부 권리를 가지는 동시에 민간으로 하여금 기관 또는 법인의 명의로 책임 하에 행정사무를 처리하게 함으로써 정부와 민간이 공동으로 책임지고 협력하는 일련의 과정을 제도화한 것이라 할 수 있다(공창숙 (2011) 사회복지시설(기관)의 민간위탁제도 특성 및 개선방안에 관한 연구).’
  - 민간위탁제는 위탁기관과 수탁기관의 역할이 명확하게 분리되어야 하지만, 현실적으로 위탁계약관계를 넘어 협치의 관계를 형성하고 있으며, 공동의 목표를 가지고 사업수행과정에서 수평적 협의를 통하여 의사결정하는 것이 요구되고 있음.
  - 따라서 기존의 민간위탁제와는 다른 형태의 협치적 운영방식으로 제도적 개선이 마련될 필요가 있음.
- 기초 정신건강복지센터는 직영형으로 운영 구조가 많이 전환된 서울시를 제외하고는 주로 민간위탁제로 운영되고 있음.
  - 일부 기초지자체에는 정신건강복지센터가 설치되어 있지 않은데, 이 경우에는 보건소에서 제한된 인력이 기본형 사업만 진행
  - 이러한 민간위탁제는 행정기관과 민간부문이 법적 계약을 통하여 서비스를 전달하고 있으며 1990년대 이후 본격적으로 활용되고 있는 제도라 할 수 있음.
- 민간위탁제로 운영되고 있는 정신건강복지센터는 최근 몇 년간 양적으로 괄목할

만한 성장을 보였으나, 민간위탁제와 관련한 행정환경의 변화와 제도적 개선이 이루어지고 있지 않음.

- 민간부문에서는 이전보다 행정업무가 확대되고 있고 역량과 책임성도 강화되고 있으나, 운영지침에서는 이러한 환경이 반영되고 있지 못함.
- 정신건강센터의 현장전문가를 대상으로 한 FGI를 통한 결과에 따르면, 다음과 같은 민간위탁제도의 문제점이 지적되고 있음.
  - 3년 단위의 계약관계로 인한 센터 운영의 불안정성 및 1년 단위 고용재계약으로 인한 고용 불안정성.
  - 수탁기관의 전문성 및 자율성이 더욱 제한되는 반면, 과도한 책임성만 증가하고 있음.
  - 수탁기관의 운영에서 위탁기관의 감독 및 통제가 점차 강화되고 있음.
  - 예산 및 인력 등의 운영에서 과도한 규정 문제로 운용의 효율성이 저해됨.
    - 야간수당 등에 대한 규정미비로 법의 테두리를 벗어나는 노무적 문제 발생
    - 운영비 부족으로 공간협소문제 발생
- 따라서 민간위탁제로 운영할 경우에 다음과 같은 제도 개선이 수반될 필요가 있음.
  - 수탁 주체인 센터의 운영 자율성을 확보하고 지자체와 민간부문의 신뢰와 협력에 기반한 수평적 협력관계로의 운영이 필요
  - 민간위탁을 통하여 공공정신보건서비스를 정신건강복지센터가 제공하는 만큼, 사회적 책임성은 강화하되, 전문성과 자율성을 보장할 수 있는 운영형태로의 개선이 필요

〈표 7-1〉 민간위탁제의 제도적 개선 과제

구분	개선 과제
운영 자율성	수탁 주체인 센터의 사업계획 수립 및 변경, 예산운용에 재량권 확대
사회적 책임 강화	운영방식의 투명성을 강화하기 위한 운영정보 공개 및 투명화
예산 및 고용에서의 불합리한 요소 개선	예산계획, 인건비, 사업비, 운영비 등에서의 불합리한 요소 개선하고 예산편성기준을 재정비

## 2-2 민간위탁사업에서 운영구조 변경: 공공법인화 또는 직영형 운영방식의 검토

- 현재 민간위탁제로 운영하고 있으나, 중장기적으로는 운영체계의 안정성을 담보한 공공법인화 또는 직영형의 운영방식 검토 필요
- 공공법인화 또는 직영형 운영방식의 검토
  - 민간위탁은 시장주의 경쟁원리를 도입하여 민간주도형으로 공공서비스를 제공하려는 방식으로, 이의 성공조건으로 경쟁적 시장구조, 대상서비스의 명료성과 측정가능성, 계약절차의 공정성, 계약의 구체성, 위탁자에 의한 성과평가 및 감독 등이 제시되고 있음(이성로 (2005). 민간위탁의 과정과 효과: 어느 중소도시의 사례“. 행정논총 43(4) 301-326).
  - 공공정신보건복지서비스는 다른 공공서비스보다 공공성이 강한 영역이라 할 수 있음. 공공정신보건서비스는 시장영역에서 대체할 수 없는 시장실패의 요인들이 있기 때문에 일반적인 공공서비스의 효율적인 서비스 제공의 목적으로 민간위탁하는 것과는 다른 생명존중, 인권보호의 차원에서 접근해야하는 함.
  - 따라서 중장기적 관점에서 민간위탁사업에서 공공화해야하는 중증정신질환자 관리 등의 영역을 선별하고 안정적으로 서비스가 제공될 수 있는 운영방식이 마련되어야 함.
  - 정신건강복지센터의 민간위탁 및 직영 구조하에서 인력 고용 안정성, 효율성, 효과성, 공공성 등의 차이를 검토하고 실무자들의 의견 수렴 과정을 거쳐 개선과제를 도출해야 함.

## 과제 3

## 정신건강 전문인력 확보를 위한 제도적 장치 마련

- 정신건강서비스를 제공하기 위해서는 다학제적인 팀 접근방식이 요구되므로, 이를 위해 필요한 인력의 수급 및 질 관리 계획을 구체화하고 각 직역별로 세분화된 업무 기준과 자격기준을 재정비할 필요가 있음.

## 3-1

## 전문인력 수급계획 마련

- 정신건강서비스를 기획하고 체계적·효과적으로 전달하기 위해서는 잘 훈련된 인력의 확보가 매우 중요
  - 인력측면에서 정신건강전문요원 충원 부족, 잦은 이직율, 사례관리자 1인당 등록자 관리 수에서도 지역별 편차 높음
- 지역사회 정신건강서비스를 제공함에 있어 간호사의 인력확보 문제 또는 높은 이직률로 인해 정신건강의 다학제적인 접근이 어려움.
  - 정신건강복지센터의 근속기간이 평균 3년이고 정신보건전문직 인력이 차지하고 있는 비중이 매우 저조
  - 이는 현장에서 기존 인력의 비효율적 활용, 기능과 업무에 대한 정확한 역할 정립 미비, 인력수급 및 양성계획의 부재에서 기인.
  - 또한 유능한 인력을 확보하기 위한 해당 직역의 처우문제와 연관됨.
- 전문인력 수급 문제의 원인
  - 일반적으로 우리나라의 간호사 인력 수급 문제는 잘 해결되고 있지 않은 문제 중에 하나이며, 또한 정신건강간호사의 인력 수급 문제도 지방을 중심으로 심각한 상황이라 할 수 있음.
  - 정신건강간호사의 경우 호봉 산정에서 정신의료기관 근무 경력이 부분적으로만 인정되고 있고, 정신의료기관 근무 경력 또는 수련기관의 수련기간이 충족

되어야 하므로 인력배출에 다소 많은 시간이 소요되어 정신건강간호인력의 수급을 더욱 어렵게 하고 있음.

□ 현재 인력의 양적 확충은 어느 정도 달성되었다고 할 수 있으나, 업무에 따른 인력기준에 적합한 전문인력의 확보가 절실히 필요한 상황임.

○ 정신건강전문요원을 필요로하는 유관 기관들의 요구 증가, 새로운 정신건강복지서비스 요구 증가로 인해 정신건강 전문인력 확보 문제가 제기되고 있으나 양질의 인력을 확보하기 어려운 실정임.

○ 우리나라는 국가 차원에서 정신건강인력에 대한 체계적 계획 또는 대책이 없어, 국가 정신건강인력계획 수립이 필요한 실정임.

□ 국가 차원에서 정신건강 전문인력 수급 계획 마련

○ 사회적 위험, 병리현상, 격차 심화에 대한 문제와 정신건강문제를 진단하고, 정신보건복지서비스에 대한 수요를 예측함.

○ 예측한 수요를 기반으로 정신건강서비스 제공에 필요한 각 직역별(정신건강전문요원, 정신건강전문요원 등) 그리고 지역별 인력계획 마련 필요.

○ 또한 인력기준별 직무분석을 통하여 업무에 필요한 인력의 규모를 산출  
- 필수 사업은 무엇인지 선택적으로 할 수 있는 사업의 내용을 마련하고 이들 사업을 할 때 어떠한 인력이 얼마나 확보되어야 하는지에 대한 업무에 따른 인력 기준도 마련

○ 전문인력의 단계적 확대 방안 마련  
- 정신건강전문요원의 확보는 단기간에 이루어질 수 없으므로, 필요한 인력에 대한 수를 추계하고 양성, 확보, 운영계획을 체계적으로 마련해야 함.

### 3-2 인력의 근무환경 및 처우개선 마련

□ 전문인력의 수급 문제를 해결하기 위해서는 근무환경 개선 대책 필요.

- 업무상 닥칠 수 있는 위험으로부터 보호할 수 있는 체계가 마련되어야 함.
- 업무상 위험을 감소시키기 위해 2인 1조의 가정방문, 위기관리 대처 교육 등의 대책안과 사전 예방을 위한 대책안을 마련하고 현장에서 실행될 수 있도록 제도 마련이 필요함.
- 근무환경 개선 이외에 처우 개선 대책도 함께 고려될 필요가 있음.
  - 정신건강전문요원의 근무기간은 평균 3년으로, 실무 경험과 숙련도가 높지 않고, 장기근속을 통한 중간관리자 층이 두텁지 못한 실정이라 할 수 있음.
  - 유희 인력은 30대에서 가장 높게 나타나고 있으며, 이들이 다시 현업으로 복귀하지 않는 문제가 있음.
  - 따라서 인력의 이탈을 예방하기 위해 일·가정 양립지원이 될 수 있는 제도 마련이 필요함.

### 3-3 지역사회 정신건강인력의 질 향상을 위한 기반 조성

- 정신건강전문요원의 역량강화교육 확대
  - 인적자원을 개발하는 것이 필수적이거나 다른 영역에 비해 정신건강부문의 전문인력 양성과 질관리는 상대적으로 부족하기 때문에, 전문인력의 보수교육 이외에도 교육프로그램 참여 기회를 확대할 수 있는 기반 조성이 필요
- 비전문요원에 대한 교육 및 훈련 강화
  - 정신건강증진시설에 근무하는 인력 중에 비전문요원이 차지하는 비중이 높지만, 이들은 보수교육을 의무적으로 받아야 하는 대상이 아니기 때문에 정신건강영역에 대한 이해도를 제고할 수 있는 교육의 사각지대에 노출되어 있으므로, 법정 보수교육이 아니라더라도 비전문요원을 대상으로 한 교육체계를 마련하여 제공할 필요가 있음.

### 3-4 전문인력의 범부처 차원에서의 관리

#### □ 정신건강 인력분야에 대한 범부처차원의 관리 필요

- 국민에게 양질의 서비스를 제공하기 위해 노동부, 교육부, 여가부에서 자체적인 기준으로 인력을 양성하는 기준을 재정립하고 수련체계를 마련할 필요가 있음.
- 향후 예상되는 정신건강서비스의 수요와 다양성을 반영하여 선제적으로 대응하기 위해서 보건복지부를 중심으로 하여 해당 부처가 양성하고 있는 인력의 총괄 조사를 통하여 전문인력의 기준과 자격 등을 재정비하고 관련법 개정도 필요.

### 3-5 심리상담자력에 대한 국가차원의 자격관리 강화

#### □ 정신건강서비스 제공의 직역 중에 심리상담자력에 대한 논의 필요

- 사회적 필요에 대해 민간 및 학회 차원에서 활발히 발빠르게 대응한 반면, 국가 차원에서 상담의 사회적 필요에 부응할 필요성에 대응하기 위한 관련 전문자력에 대한 법제화 작업은 한발 늦은 상황임(김인규 (2018). 국내 상담자력의 현황과 발전방안. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 30(3),475-493.).
- 수많은 민간 자격증들이 생겨날 만큼 사회적 필요가 컸던 반면에, 심리상담이 다른 유사 분야(임상, 사회복지 등)와 차별화되는 부분에 대한 정체성을 확고히 하기보다, 심리상담 분야 내부에서 다양한 정체성들이 융합 혹은 통합되지 못한 채로 발전해 옴.

#### □ 심리상담자력에 대한 국가 차원에서의 법제화 마련 필요

- 미국의 경우, 심리상담 서비스를 제공하는 면허로서, 전문상담사((Licensed Professional Counselor:LPC)가 있음.

- 심리사(LP)면허 취득 기준처럼 학력 기준, 교과목 이수, 수련시간(수퍼바이저의 지도를받은 시간 포함), 수련의 영역(개인, 집단상담, 심리평가 등) 등에 대해 구체적으로 명시를 한 민간자격 검증 체계를 만들어 상담전문가를 양성하는 주요 학회들(한국상담학회, 한국상담심리학회 등)이 존재
- 심리상담 전문가를 양성하는 주요 학회들의 자격증 제도 및 유관 교육 기관들의 교육 및 훈련이 국가가 요구하는 심리상담 서비스 전문가에 부합하는 수준 인지를 살피고, 더 나아가 이러한 민간 자격증을 취득한 심리상담전문가들이 서비스를 이용하고자 하는 사람들에게 윤리적이고 전문적인 서비스를 제공하고 그에 대한 책임과 의무를 다할 수 있도록 법제화 할수 있는 방안에 대한 논의 필요
- 우리나라의 상황에 가장 적합한 심리사 모델을 제안 필요
- 국내의 심리상담 서비스 제공 전문가에 대한 국가 자격제도는 국내의 사회·경제·문화적인 여건을 고려하여서 그 교육과정, 자격체계와 수련과정을 정립하고 법제화
- 현재 민간자격을 가지고 활동하는 심리상담전문가들이 관련 법제도 하에 명확히 명시된 책임과 의무를 수행할 수 있는 체계 마련 필요

#### 과제 4

#### 예산체계의 재정비

##### 4-1

##### 전체적인 포괄보조방식의 도입 검토

- 현재의 예산 구조는 지역의 인구구조, 정신건강 문제의 차이 등을 고려하지 않고 일률적으로 지원되는 형태이므로, 예산배분의 현실적 기준이 필요
- 정신건강복지센터의 운영 재원은 국비와 지방비의 매칭으로 운영되어, 지역 매칭은 재정자립도가 가능한 지역이며, 지자체 추가 예산 투입 여력이 있는 지역에서 정신건강증진사업 진행 가능



- 정신보건 현장에서 일하는 인력들의 연차가 높아질수록 센터의 인건비 부담이 높아져 전문성 있는 인력을 확보하지 못하거나 이탈하고 있다는 문제가 지속적으로 제기되고 있음.
  - 인건비 집행(80%) 사업비(20%)의 구조 속에서 전문인력의 인건비(호봉이 높은 경우)가 부족한 상황임.
- 예산 배분에 관한 가중치 및 산식을 재정리할 필요가 있음.
  - 농어촌 지역의 경우 다문화가구, 저소득가구, 1인가구, 노인부부, 조손가구 등의 비율이 많아 이를 반영하여 예산 배분에 관한 가중치 및 산식을 재정리할 필요가 있음.
  - 지역별 일률적인 예산배분을 인구구조, 정신건강문제 규모, 재정자립도 등을 반영한 예산 배분의 가중치 및 산출식의 변화가 필요함.
- 지역사회 수요 맞춤형 정신건강 서비스 전달체계로의 변화가 요구되어 옴.
  - 지역사회 정신건강사업 예산을 보면, 개별사업 위주로 사업의 개수에 따라 예산이 각각 배정되어 예산의 칸막이 형태로 운영되고 있음.
  - 지역별로 우선순위가 높은 사업에는 예산이 부족한 반면, 우선순위가 낮은 사업에 할당된 예산은 반납해야 하는 경우가 발생하는 등 지역 여건이 고려되지 않은 획일적인 예산배분 문제를 가지고 있음.
  - 지역사회 수요 맞춤형 정신건강사업을 수행하기 위해서는 지역주민의 요구도를 지역별로 탐색하여 지역사회에 적합한 사업을 수행하는 것이 필요하며, 사업의 연계가 원활히 될 수 있도록 예산의 포괄보조방식의 도입이 필요
- 지역사회 정신건강사업이 지역 특성 및 주민 수요에 맞는 사업을 자율적으로 기획수행할 수 있도록 예산의 포괄보조방식을 도입하여 지역의 정신건강문제를 진단하고 정신건강서비스를 제공할 수 있도록 기반을 조성할 필요가 있음.
  - 지역별 건강문제 및 지역여건을 반영하여 우선순위에 따라 사업분야를 선정하

고 재원의 용도를 포괄적으로 정하여 자율적으로 정신건강사업을 기획, 수행하여 지역여건에 맞는 사업을 추진할 수 있도록 함.

- 포괄보조방식을 도입할 경우에 발생할 수 있는 문제점을 사전에 검토하여 보다 효율적인 예산배분이 될 수 있도록 할 필요가 있음.
- 현재 추진 중에 있는 인건비-사업비의 구분을 큰 틀에서 명확히 하되, 이전보다 사업의 성과평가를 강화하여, 기획 및 실행과정에서는 자율성을 주는 대신 성과에 대한 책임감을 강화하는 방향으로의 설계가 필요함.

#### 4-2 예산배분 산정 기준 마련 필요

- 현재의 예산 구조는 지역의 인구구조, 정신건강 문제의 차이 등을 고려하지 않고 일률적으로 지원되는 형태이므로, 예산배분의 현실적 기준이 필요
  - 정신건강복지센터의 운영 재원은 국비와 지방비의 매칭으로 운영되어, 지역 매칭은 재정자립도가 가능한 지역이며, 지자체 추가 예산 투입 여력이 있는 지역에서 정신건강증진사업 진행 가능
  - 정신보건 현장에서 일하는 인력들의 연차가 높아질수록 센터의 인건비 부담이 높아져 전문성 있는 인력을 확보하지 못하거나 이탈하고 있다는 문제가 지속적으로 제기되고 있음.
    - 인건비 집행(80%) 사업비(20%)의 구조 속에서 전문인력의 인건비(호봉이 높은 경우)가 부족한 상황임.
- 예산 배분에 관한 가중치 및 산식을 재정리할 필요가 있음.
  - 농어촌 지역의 경우 다문화가구, 저소득가구, 1인가구, 노인부부, 조손가구 등의 비율이 많아 이를 반영하여 예산 배분에 관한 가중치 및 산식을 재정리할 필요가 있음.
  - 지역별 일률적인 예산배분을 인구구조, 정신건강문제 규모, 재정자립도 등을

반영한 예산 배분의 가중치 및 산출식의 변화가 필요함.

#### 4-3 정신건강문제가 높은 지역을 선정 및 지원 강화

- 지자체의 역량과 정신건강자원 불균형으로 인해 정신건강문제가 높은 지역이 발생
- 이러한 지역을 대상으로 정신건강증진 관리지역을 선정하고 지역단위에서 자체적으로 집중관리할 수 있도록 지원체계를 마련
- 지역별 정신질환 유병률과 중독 유병률 등을 파악하여 정신건강문제가 심각하지만 지자체의 재정여건이 어렵거나 정신건강 의료기관 및 시설에 대한 접근성이 낮은 지역을 대상으로 정신건강증진 관리지역을 선정하고 지역기반으로 자체적 관리 역량을 강화할 수 있도록 지원할 수 있는 체계를 마련.

### 과제 5 정신건강 인프라 기반 조성

#### 5-1 성과관리 및 모니터링 체계 구축

- 정책수단의 효과성 검증 및 성과관리체계 재검토
  - 정책 수행의 효율성과 효과성을 높이기 위해서는 근거에 기반한 정책 수립을 마련할 필요가 있으며, 정책이 실행된 이후에는 과정을 평가하고 효과성을 모니터링하여 정책의 우선순위를 재조정하는 것이 필요.
  - 성과관리지표는 사업을 추진하는데 중요한 기준이 되기 때문에, 정신건강의 영역에서는 성과위주보다는 과정지표를 개발하고 이에 대한 가중치를 강화할 필요가 있음.
  - 지역에 적합한 모형으로 특화해 나갈 때 중앙에서는 컨설팅 기능을 강화하고 지원방안을 모색할 필요가 있음.

## 5-2 중독관리법의 마련

- 중독 예방 및 관리와 관련한 구체적인 법안이 마련되지 못하여 이의 중요성에도 불구하고 역할이 감소하고 있음.
- 4대중독(알코올, 인터넷(게임), 도박, 마약) 등으로 인한 사회적 피해가 심각함에도 불구하고 부처간, 이해관계자간 의견 대립으로 중독관리법이 마련되고 있지 못함.
- 중독관리를 위한 법안 마련과 범부처 거버넌스를 구축하여 다양한 중독문제를 체계적으로 관리할 수 있는 기반이 마련되어야 함.
- 중독문제를 법률적으로 명확히 하기 위한 근거 마련을 위해 중독관리법 제정 필요(「중독관리법」의 제정 필요(강선경·최윤, 2019 지속가능한발전목표(SDGs의 관점에서 본 중독전문사회복지사의 역할에 관한 질적 사례 연구. 한국사회복지행정학. 21(2); 89-111.)
- 물질남용이나 중독과 관련한 접근은 의료적 개입을 통한 접근이 중심이 되어 있음. 의료와 정신보건에서의 물질남용이나 중독에 대한 치료가 중요하지만, 치료개입 이후에 회복지원을 위한 사회적 지원의 필요성 증가

〈표 7-2〉 중독관리관련 수행 기관

대상	주무부처	수행 기관
알코올	보건복지부	보건소 기초정신건강복지센터 중독관리센터
마약	보건복지부 식품의약품안전청 법무부	치료보호기관 마약퇴치운동본부
도박	사행산업통합감독위원회 (행정안전부, 기획재정부, 문화체육관광부, 농림수산부)	중독예방치유센터 사업자센터 및 민간상담센터
인터넷	과학기술정보통신부 문화체육관광부 여성가족부 교육부 보건복지부	인터넷중독대응센터 Wee센터 청소년상담복지센터 정신보건복지센터

## 5-3 정신건강문제 발생과 부채 임시 유예

- 금융감독원의 채권추심업무 가이드라인(Debt Colletion Guideline)에 심각한 정신건강문제가 발생하였을 경우 부채를 임시 유예할 것에 대한 내용을 포함하여 정신질환자의 보호 방안 마련 필요.

## 과제 6 디지털 정신건강 생태계 구축

## 6-1 디지털 정신건강서비스 제공체계 확대 및 법제도 정비

## □ 디지털 정신건강서비스의 특징

- 정신건강 증진, 자살 예방, 알코올 및 약물 중독 치료와 같이 정신건강과 관련된 보건·의료 서비스를 디지털 플랫폼을 통해 제공하는 서비스들을 일컫는다 (ACSQHC, 2020; 어유경. 호주의 디지털 정신건강 서비스 정책. 국제사회보장리뷰 2021 봄호 vol16 pp5~15에서 재인용).
- 아직 초기 단계임에도 불구하고 디지털 정신건강 서비스의 가능성은 높게 평가되고 있음.
  - 이용자가 늘 소지하는 스마트폰의 애플리케이션, 웨어러블 기기 등을 활용하면 이용자의 상태를 실시간으로, 시계열로 기록하고 분석하여 보다 정확하게 진단하고 처방할 수 있음.
  - 나아가 데이터를 토대로 전조 증상을 파악하여 심리적 위기가 닥치기 전에 개입할 수 있음(Batra et al., 2017).

## □ 디지털 정신건강 서비스의 역할(Marshall et al., 2020)

- 장소에 구애받지 않는다는 점, 비대면 진료가 정신건강서비스의 접근성이 떨어지는 취약집단을 도울 수 있는 유용한 도구임.
- 상대적으로 경증인 대상자들에게 디지털 정신건강 서비스를 공급함으로써 자

원을 중증 대상자에게 집중할 수 있음.

- 많은 사람들로 하여금 정신건강에 대한 지식을 쉽게 접할 수 있도록 하여 거부감을 낮추고 서비스 이용을 독려할 수 있다는 장점이 있음.
  - 정신질환에 대한 편견으로 인해 혹은 주변의 시선을 의식하여 적절한 시기에 치료를 받지 못하는 사례는 흔하지만, 디지털 정신건강 서비스를 병의원을 방문하지 않고도 이용할 수 있도록 제공한다면 이용자의 거부감을 낮추고 접근성을 높일 수 있음.

#### □ 디지털 정신건강 도입 및 확대를 위한 법·제도 정비

- 디지털 정신건강의 경우 통신기기를 사용하여 의료서비스가 제공되기 때문에 이전 규정에서는 개인 건강정보에 대한 보호 및 기술적 보안에 대해 매우 엄격한 규정이 있어 디지털 정신건강 서비스를 제공하기 위해서는 관련 법 및 제도의 재정비가 필요함.
- 또한 본인의 서면동의 절차와 디지털 정신건강 서비스를 제공하는 과정에서 발생할 수 있는 보안 문제, 기술적 중단, 응급상황 대처 등을 환자에게 알리도록 하는 규정 등이 필요함.
- 다만, 비대면 진료 확대의 임상적 장애물의 하나는 비대면 진료가 환자와 전문가 간 신뢰적 관계를 형성하기 어렵다는 점임(손해인. 코로나19 유행에 따른 뉴욕주 정신건강서비스의 변화: 비대면 원격 정신건강 진료 전면적 실시를 중심으로. 국제사회보장리뷰 2020 여름호 vol13. pp71-86).
- 따라서 대면 진료를 제공하기 위해 훈련된 임상가와 의료진들이 어떻게 비대면 환경에서 환자와 신뢰적 관계를 형성하고 유지할 것인지에 대한 지속적인 보수교육이 필요함.

## 〈호주 사례〉

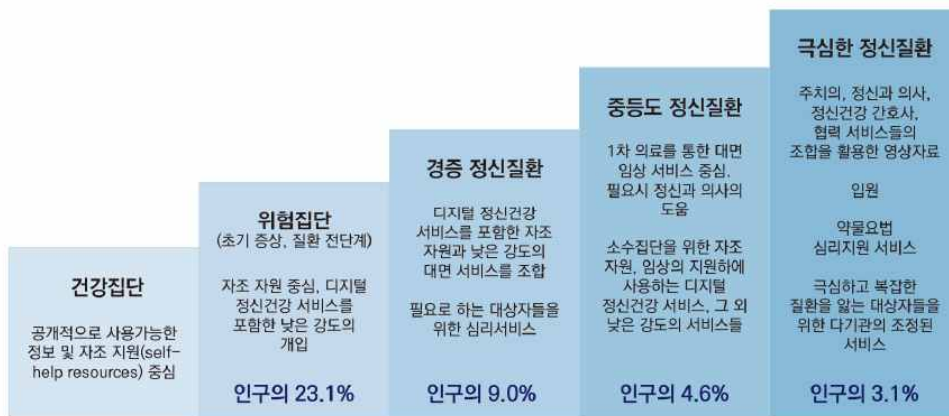
호주 정부는 디지털 정신건강 서비스에 대한 지원 및 환경구축 정책을 추진  
코로나19이전에는 특정 농어촌 지역을 제외한 전 지역에서 대면 정신건강 서비스만이 메디케어 급여항목  
으로 인정되었으나, 대면 서비스 접근이 어려운 특수 상황임을 고려하여 급여 범위를 확장(Marshall,  
Dunstan, & Bartik, 2020).

호주의 E-Mental Health Strategy for Australia : 디지털 정신건강 서비스 환경 조성

- 접근성 및 서비스 향상
- 디지털 정신건강 지원 서비스
- 디지털 정신건강 서비스 환경 홍보

2017년 국가정신건강위원회가 발표가 제5차 국가 정신건강 및 자살예방계획(2017~2022)에서도 디지털  
정신건강 서비스를 아래의 정신건강육구수준에 따라 활용할 것을 명시하고 있음.

〈정신건강단계별 치료수준별 육구 및 서비스〉



자료: National Mental Health Commission(2017) The fifth National Health and Suidicide  
Prevention Plan. p20; 어유경(2020)에서 재인용

## 〈미국 사례〉

▶ 「원격의료동등법」 2015년 제정으로 의료기관의 접근성 향상, 신속하고 편리한 치료, 의료진과 환자 사이  
의 쌍방향 화상 기술을 통한 진료로 방문 시간을 절감하고 효과적인 만성질환 관리가 가능해졌다. 물론 원격  
의료는 의료기관에 대한 접근성이 떨어지는 농촌 지역(Rural Community) 거주 환자에게는 의료서비스를  
간편하게 받는 기회

▶ 정신보건국도 「원격의료동등법」 통과에 따라 2015년 2월에 원격정신과(Telepsychiatry)라는 용어를 사  
용하여 법 규정을 마련하였다. 2015년 규정에 따르면 원격정신과 서비스를 제공할 수 있는 기관은 「정신보  
건법」 31조에 따라 인가된 외래클리닉으로 한정하였고 서비스 제공자는 정신과 전문의 또는 정신 전문 간호  
사만 원격지에서 쌍방향 실시간 오디오-비디오 기기를 이용하여 사정 및 치료서비스를 제공할 수 있다고 제  
한하였다(Thomson Reuters Westlaw, 2015). 그러나 2016년과 2019년에 두 번의 세부 규정 변경을 통  
해 점차 원격진 료가 확대되는 방향으로 개정

### 〈미국 사례〉

#### ▶ 코로나19 유행에 따라 확대된 Telemental Health 변화

뉴욕주지사 및 대통령이 선포한 비상사태에 따라 전면적으로 실시된 비대면 원격진료는 비상사태 기간에만 유효한 임시 조치

〈TeleMental Health 변화 내용: 정의, 허가절차, 제공자 규정〉

구분	이전 규정	이후 규정
정의	텔레멘탈 헬스는 쌍방향, 실시간으로 대화할 수 있는 오디오·비디오 기기를 사용하여 원격에서 정신건강서비스를 제공 또는 지원하는 것 제외: 1) 의료인과 환자 간 전화, 전자 우편, 팩스, 텍스트 메시지 사용 2) 두 전문가 사이의 자문 기술 규정: PZT(Pan, Tilt, Zoom) 원격지에서 현지 내 카메라를 상하, 확대, 축소로 원격 조정 가능	이전 규정 + 전화 또는 스마트폰이나 다른 기기에서 일반적으로 가능한 기술을 포함한 쌍방향 실시간 (Synchronous) 비디오를 사용하여 정신건강서비스를 제공 또는 지원하는 것 제외) 전자 우편, 텍스트 메시지 기술 규정: PTZ 조건 없음
제공 기관	정신보건법 31조 항에 따라 인가받거나 지정 제공자로 인정받은 기관	이전 규정 + 공공보건법 28조에 따라 인가받은 정신과 입원 병동, 정신과 감정을 수행하는 응급실, 정신보건국의 재정지원을 받는 주거 및 기타 프로그램들
허가 절차	기존의 인가받은 기관 중 별도로 텔레멘탈 헬스를 추가한다는 증명서 및 서비스 계획서를 정신보건국에 제출 서류 심사, 원격 시연, 허가서 발행	2페이지의 자기 인증서를 작성해서 기관을 대표하여 제출과 동시에 허가함 (별도 허가 과정 없음)
인가 프로그램	2020년 5월 13일자로 인가받은 기관/프로그램 기관: 41개, 프로그램: 90개 *	자료 없음
서비스 제공자	뉴욕주 자격증을 가진 의사, 전문정신간호사, 사회복지사, 임상심리사, 정신건강 상담사, 가족치료사, 미술치료사, 정신분석사	이전규정 + 텔레멘탈 헬스를 통해 규정에 맞는 서비스를 제공하는 보조전문가, 또는 자격증이 없는 정신보건직원 포함
	텔레멘탈 헬스 서비스 제공자가 되기 위한 별도의 과정이나 자격증은 없음	변동 없음
	뉴욕주 교육부는 8개 자격증 업무지침 중 하나로 원격치료(Telepractice)를 제시	변동 없음

자료: NYS Office of Mental Health[OMH]. (2020b). Finder a Mental Health Program. Retrieved from <https://my.omh.ny.gov/bi/pd/saw.dll?PortalPages>

▶ 비상사태 동안 개인 건강정보 보호법(HIPAA)을 위반하는 경우 처벌을 유예하며 대중적으로 사용하고 있는 다양한 앱을 진단과 치료 목적을 위해 사용하도록 허가

▶ 텔레멘탈 헬스를 비롯한 원격진료의 객관적 효과성과 높은 이용자 만족도는 비대면진료 확대에 큰 영향을 줄 것으로 추정







- 강상경. (2013). 한국 정신보건서비스의 전개과정: 사회서비스의 관점에서. 서울대학교 출판문화원.
- 강향숙(2021). 회복중인 알코올중독자의 일 경험, 한국웰니스학회지, 16(1). 109-118.
- 건강보험심사평가원. (2016). 건강보험 알코올사용장애 진료현황 내부자료.
- 건강보험심사평가원. (2020). 2019년 건강보험통계연보. 건강보험심사평가원·국민건강보험공단.
- 과학기술정보통신부, 한국정보화진흥원. 스마트폰과의존실태조사. 각년도
- 교육부, 학생정신건강지원센터. (2021). 2021년도 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼.
- 국민건강보험공단. (2020). 건강보험통계
- 권기석 김유나 권중혁 방극렬, ‘한번도 해보지 않은 일’ 직장인 ‘마음병’ 막으려면 <국민일보>  
2 0 2 1 - 0 2 - 2 8  
<http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0015574309&code=61121111>
- 권혁 외. (2018) 「근로자 정신건강 장애 예방을 위한 제도화 방안 연구」. 고용노동부 부산대 산학협력단.
- 근로복지공단. (2020). 2020년 근로자지원프로그램 최종결과보고서. 근로복지공단.
- 기명, 송인한, 최영철, 김재영, 김우림, 당지연. (2018). 자살예방 통계체계 구축방안 연구. 고려대학교 의료원 산학협력단.
- 김명희. (2020). 미국의 정신건강 정책과 이에 대한 시사점. 국제사회보장리뷰, 2020(겨울), 113-118.
- 김명희, 도영경. (2007). 비실험자료를 이용한 연구에서 인과적 추론의 강화: 성향점수와 도구변수 방법의 적용, 예방의학회지. 40(6).
- 김성용(2002). 스트레스 정도, 대처유형 및 가족지지정도가 알코올중독 심각성에 미치는 영향: 알코올중독 환자를 중심으로, 대불대학교 석사학위논문. p. 2.
- 김용진, 최은정, 조혜정. (2015). 중독관리통합지원센터에서의 사례관리 실태 및 쟁점. 한국정신건강사회복지학회 학술발표논문집, 117-144.
- 김준범, 홍성희, 홍현주. (2019). 교육부의 학교기반 자살예방정책에 대한 현장 전문가의 요구 탐색 및 향후 방향성 모색. 교육문화연구. 25(5). 5-31
- 김진현. (1999). 중실험적 정책평가 설계에서 정책효과와 추정을 위한 가변수 회귀분석의 활

- 용. 정책분석평가학회보, 9(1).
- 김태수(2004). 알코올중독자의 음주에 미치는 가정환경 요인에 관한 연구. 대구대학교 석사학위논문, p. 3.
- 김태일, 김나연, 김보영, 이주하, 최영준, 최혜진. (2018). 사회보장제도 성인·노인 돌봄 분야 기본평가. 보건복지부·고려대학교.
- 김현주, 장수미(2017). 클라이언트 폭력이 중독관리통합지원센터 종사자의 건강에 미치는 영향. 한국정신건강사회복지학회 학술발표논문집, 349-350.
- 김혜선, 박소영(2018). 재활시설에 입소한 알코올중독자의 회복경험, 한국사회복지질적연구학회, 12(3).
- 노성원 외. (2017). 중독관리통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발, 정신건강기술개발사업단, 한양대학교산학협력단.
- 대검찰청. (2020). 마약사범 실태조사.
- 박상욱, 나의현, 노성원, 오홍석, 김지은, 조현지, 이상규. (2021). 한국형 알코올중독 진료배치 기준 개발. 중독정신의학, 25(1), 18-27.
- 박선영. (2019). 「산업재해가 기업 성장, 수익성 등 재무제표에 미치는 영향 분석」. 산업안전보건공단.
- 박선영. (2020). 「고용의 안정과 산업안전보건에 관한 심층연구」. 산업안전보건공단.
- 박세경. (2011). 미국 약물중독 및 정신보건청의 주요정책과 운영체계: 한국 사회서비스 제도에의 함의를 찾아서. 보건복지포럼, 2011(6).
- 박애란. (2008). 알코올의존자의 회복경험:삶의 거듭남. 미간행 박사학위논문. 이화여자대학교 대학원.
- 박진우, 허민숙. (2021). 아동·청소년의 정신건강현황, 지원제도 및 개선방향. NARS 제200호 국회입법조사처.
- 보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019. 국립정신건강센터.
- 보건복지부 국립정신건강센터. (2016a). 2016 정신질환 역학조사.
- 보건복지부 국립정신건강센터. (2016b)국립정신건강센터, 2015 국가 정신건강현황 예비조사 결과보고서.
- 보건복지부 국립정신건강센터. (2018). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서.
- 보건복지부 국립정신건강센터. (2019). 정신건강현황 4차 예비결과보고서.
- 보건복지부 국립정신건강센터. (2020). 2019 국민 정신건강 지식 및 태도조사 결과보고서. 국립정신건강센터.

- 보건복지부 보도자료. (2019.5.15.). 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안.
- 보건복지부, 질병관리본부. 청소년건강행태온라인조사 2015, 2016, 2017, 2018, 2019년
- 보건복지부. (2016a). 2016년 전국 정신건강사업 전문가 워크숍 자료.
- 보건복지부. (2016b). 2016년 정신질환 실태조사.
- 보건복지부. (2016c). 국가 정신건강현황 2차 예비조사 결과보고서.
- 보건복지부. (2020c). 2020년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료.
- 보건복지부. (2021a). 2021년 정신건강사업안내. 보건복지부.
- 보건복지부. (2021b). 2021 자살예방백서
- 사행산업통합감독위원회. (2018). 2018 사행산업이용실태조사 보고서. 사행산업통합감독위원회·갤럽.
- 서유나, 정희정, 김성곤, 신성현, 위승범, 변원탄, 박선희. (2010). 일 대학병원에서의 알코올 의존 환자의 외래 추적시 12 개월 추적률. 중독정신의학, 14(1), 24-28.
- 서정석 외(2015). 한국인 알코올 사용장애 임상경과 및 생물정신사회적 요인 규명을 위한 임상 및 지역기관 융합연구, 정신건강기술개발단
- 성상경, 방양원, 함 용. 주정중독환자들의 퇴원 후 경과에 관한 연구. 신경정신의학 1993;32:698-705.
- 성진규, '한국, OECD 국가 중 우울증 발생률 1위', <하이닥>, 2021.06.15. : <https://www.hidoc.co.kr/healthstory/news/C0000610421>
- 손해인. (2018). 뉴욕시 정신보건 시스템 개혁: 시민을 위한 정신보건 로드맵. 국제사회보장리뷰, 2018(겨울), 133-140.
- 신창식. (2005). 영국의 지역사회정신보건정책 개혁에 관한 연구. 한국정신건강사회복지학회 학술발표논문집, 293-313.
- 오홍석, 최용성. (2019). 중독정신의학:지역사회개입, 한국중독정신의학회.
- 우재희. (2014). 남녀 알코올중독자의 외상경험에 관한 연구, 한국콘텐츠학회 논문지, 14(11). 298-307.
- 우종민, 안지영, 유희경, 노만희, 탁진국, 박우성, 최수찬, 김교현. (2013). 「근로자 정신건강증진서비스 모델 개발」. 보건복지부 인제대학교 산학협력단.
- 윤명숙. (2010). 우리나라 중독문제 현황과 통합적 중독 서비스전달체계 구축을 위한 정책과제. 정신건강과 사회복지, 35, 234-266.
- 이상훈. (2020). 정신건강인력의 현황과 과제. 보건복지포럼 2020(4). 43-54.
- 이은국, 이영범, 이찰길. (2015). 성과지표 개선방안 연구.국무조정실·한국정책학회, p. 23.
- 이준석, 윤명숙, 이분희(2011), 알코올중독자의 재발에 미치는 가족지지의 조절효과, 알코올과

- 건강행동학회, 제12권 제2호, pp.93-107.
- 이혜진, 최윤희. (2016). 남성알코올의존 환자의 특성, 한국심리학회, 35(4). 723-733.
- 이화영, 함병주. (2013). 스트레스와 정신질환. Journal of the Korean Medical Association, 56(6), 471-477.
- 전진아, 채수미, 강상경, 고숙자, 고제이, 김경희, 김문근, 김성완, 문용훈, 백종우, 오미애, 윤미경, 이해국, 장은진, 전준희, 채수미, 최진영, 홍선미, 윤시몬, 강혜리. (2019). 정신건강 복지 기본계획(2021-2025) 수립연구. 한국보건사회연구원.
- 전진아. (2020). 아동의 정신건강현황과 정책과제. 보건복지포럼. 한국보건사회연구원.
- 정영호, 고숙자, 배정은, 차미란, 최지희, 정형선, 강희정, 김정덕, 신정우, 윤강재, 허윤정, 이건설, 박형근, 황도경, 김윤, 배재용, 박수경, 윤석준, 김동진, 서제희, 전진아, 채수미, 정윤선, 신현웅, 여나금, 조희숙, 박소라, 김현철, 박실비아, 정영철, 정연, 이관익, 최영임. (2018). 보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구. 한국보건사회연구원.
- 조관형. (2013). 회복중인 알코올중독자의 직장 복귀경험에 관한 현상학적 연구. 평택대학교 피어선신학전문대학원, 미간행 박사학위논문.
- 조근호. (2020). 정신건강현황과 성과관리체계. 보건복지포럼 2020(4), 7-17. 한국보건사회연구원.
- 조명숙(2017). “알코올중독자의 직업생활 적응과정”. 동신대학교 박사학위논문.
- 중앙정신건강복지사업지원단. (2019.11.) NMHC 정신건강동향 vol.13 정신건강분야 인력 현황. 중앙정신건강복지사업지원단.
- 중앙정신건강복지사업지원단. (2019.11.). NMHC 정신건강동향 vol.14 정신질환의 사회경제적비용. 중앙정신건강복지사업지원단.
- 중앙정신건강복지사업지원단. (2020.02.). NMHC 정신건강동향 vol.15\_2020년 정신건강복지관련 예산. 중앙정신건강복지사업지원단.
- 중앙정신건강복지사업지원단. (2021). 2020 중앙정신건강복지사업지원단 사업보고서. 중앙정신건강복지사업지원단.
- 채숙희·신재정·조근호·김혜영. 2010. “알코올의존 환자의 단주관련 요인: 6개월 추적 연구.” 『한국심리학회지: 임상』 29(4): 1145-1153.
- 최윤, 강선경. (2020). 미국 물질남용 및 정신보건 서비스국의 2019-2023 년 주요 운영정책 분석 연구. 인문사회 21, 11(2), 2103-2114.
- 최조순, 하경희, 이사라(2015). 경기도 빈곤계층 알코올중독 예방·지원체계 구축연구, 경기복지재단 정책연구보고서.
- 한국건강증진개발원. (2017). 우리나라 정신건강증진사업 현황 및 향후 추진과제. 건강증진 리

서치 브리프 2017 제4호 통권 제8호.

한국생명존중희망재단. (2021). 「2021 자살예방백서」. 한국생명존중희망재단.

한국중독관리센터협회(2016). 전국중독관리통합지원센터 통계. 내부조사자료

한국중독관리센터협회(2020). 전국중독관리통합지원센터 통계, 내부조사자료

한국중독관리센터협회(2021). 전국중독관리통합지원센터 종사자 현황조사, 내부조사자료.

한국중독관리센터협회. (2020). 전국중독관리통합지원센터 통계현황

한국콘텐츠진흥원. (2020). 2019 게임 과몰입 종합 실태조사

abuse and dependence in the Unites States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of General Psychiatry, 64, 830-842.

Australian Institute of Health and Welfare, National Mental Health Performance Framework 2020. (Retrieved 2021.9.10., from <https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/721188>)

Gastfriend DR, Mee-Lee D. Patient placement criteria. In: Glaanter M, Kleber HD. Psychotherapy for the treatment of substance abuse. Washington DC, London, England: American Psychiatric Publishing, Inc;2011. p.99-124.

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DMS-IV alcohol

Knowlton & Phillips. (2013). The Logic Model Guidebook-Better Strategies for Great Results. SAGE

Lee HK, Lee MS, KiSW, Choi SW, Joe KH, Park AR, et al, Deverloping therapeutic framework for treatment of alcoholism. J Korean Assoc Soc Psychiarry 2007; 12:57-67.

Mental health atlas 2017. (2018). Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Moos, R. H. & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. Addiction, 101, 212-220.

National Treat Agency for Substance Misuse. Models of care for alcohol misusers (MoCAM). Department of Health;2006.

OASAS(2015). <http://www.oasa.ny.gov/>

- SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2014 and 2015.
- Stallvik M, Gstfriend DR, Predictiv and convergent validity of the ASAM criteria software in Norway. *Addict Res Theory* 2014; 22: 515-523.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration(SAMHSA). 2015 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)
- WHO. (2000). *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- WHO. (2005). *Mental health and working life*. European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenge, Building Solutions, Helsinki, Finland 12-15.
- WHO. (2018). *Mental Health ATLAS 2017*. Geneva: World Health Organization
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 59, 224-235.