

연구보고서
23-03

연구보고서 2023-03

경상남도 정신건강 위기개입 실태조사 연구 보고서

- 경상남도 정신건강복지센터 대상으로 -

Research on the status of mental health crisis intervention in Gyeongsangnam-do
- Focusing on the Gyeongsangnam-do Mental Health Welfare Center -



김건아, 이현옥, 이수정, 박슬기

경상남도사회서비스원
Gyeongsangnamdo Public Agency for Social Service



경상남도 정신건강 위기개입 실태조사 연구 보고서



비매품/무료

93330



9 791191 889147

ISBN 979-11-91889-14-7

경상남도사회서비스원
Gyeongsangnamdo Public Agency for Social Service

경상남도 정신건강 위기개입 실태조사 연구 보고서

- 경상남도 정신건강복지센터 대상으로 -

Research on the status of mental health crisis intervention in Gyeongsangnam-do
- Focusing on the Gyeongsangnam-do Mental Health Welfare Center -



김건아, 이현옥, 이수정, 박슬기

연구진

책임연구원	김 건 아	경상남도사회서비스원	책임연구원
공동연구원	이 수 정	우석대학교	교수
공동연구원	이 현 옥	경남광역정신건강복지센터	부센터장
공동연구원	박 슬 기	경상남도사회서비스원	전문연구원
위촉연구원	정 소 영	국립경상대학교 간호학과	간 호 사
자문·연구평가위원	엄 태 완	경남대학교	교수
자문·연구평가위원	박 선 희	경남연구원	연구위원

목 차

제1장. 연구개요	1
1. 연구의 배경 및 필요성	3
2. 연구 목적	4
3. 연구방법 및 내용	5
4. 연구수행 과정	6
제2장. 이론적 배경	7
1. 정신건강 현황	9
2. 정신건강 규모	20
3. 정신질환 치료	51
4. 정신건강 관련기관	64
5. 정신건강복지법과 정신건강정책	67
제3장. 정신건강 위기개입	105
1. 해외의 위기지원 정책	107
2. 지역사회 정신건강 위기개입	112
3. 경상남도 정신건강 위기개입 현황	125
제4장. 경상남도 위기개입 실태조사	153
1. 위기개입 실태조사	155
2. 내용분석	157
3. 분석결과	168
제5장. 결론	171
1. 결론	173
2. 정책적 제언	176
〈참고문헌〉	188
〈부 록〉	189

표 목 차

〈표 1-1〉 연구수행과정	6
〈표 2-1〉 인구1인당 지역사회 정신건강 예산 정의 및 측정산식	9
〈표 2-2〉 시·도별 정신건강 예산	9
〈표 2-3〉 17개 시·도별 인구 1인당 정신건강 예산	10
〈표 2-4〉 국가 보건복지예산대비 보건예산구성비	10
〈표 2-5〉 인구10만명당 정신건강 전문인력 수 정의 측정산식	11
〈표 2-6〉 2021년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 근무 상근인력 및 정신건강전문인력 수	12
〈표 2-7〉 2021년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 상근인력	12
〈표 2-8〉 2021년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 상근인력의 직업별 현황	13
〈표 2-9〉 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수 정의 및 측정산식	14
〈표 2-10〉 2023년 경남 정신건강복지센터 및 중독통합관리지원센터 인력현황	14
〈표 2-11〉 시·도별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수	15
〈표 2-12〉 최근 4년간 경상남도 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수	16
〈표 2-13〉 인구 1,000명당 정신병상 수 정의 및 측정산식	17
〈표 2-14〉 연도별 정신의료기관수와 정신병상 수 현황	17
〈표 2-15〉 전국 정신의료기관 정신병상 수와 구성비	17
〈표 2-16〉 전국 시·도별 정신병상 수	18
〈표 2-17〉 전국 시·도별 정신병상(정원) 수	19
〈표 2-18〉 정신장애 평생 유병률	20
〈표 2-19〉 전국 및 경상남도 정신장애 추정인구 수	21
〈표 2-20〉 스트레스 인지율 정의 및 측정산식	22
〈표 2-21〉 전국 연도별 스트레스 경험률 추이	22
〈표 2-22〉 전국 연도별 시·도별 스트레스 인지율 및 순위	22
〈표 2-23〉 경상남도 스트레스 인지율	23
〈표 2-24〉 경상남도 연도별 시·군별 스트레스 인지율	24
〈표 2-25〉 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 스트레스 인지율	25

〈표 2-26〉 우울감 경험률 정의 및 측정산식	26
〈표 2-27〉 전국 연도별 우울감 경험률 추이	26
〈표 2-28〉 전국 시·도별 우울감 경험률	26
〈표 2-29〉 전국 연도별 시·도별 우울감 경험률 및 순위	27
〈표 2-30〉 경상남도 연도별 우울감 경험률	28
〈표 2-31〉 경상남도 연도별 시·군별 우울감 경험률	28
〈표 2-32〉 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 우울감 경험률	29
〈표 2-33〉 우울증상 유병률 정의 및 측정산식	30
〈표 2-34〉 2017-2021년 전국 우울증상유병률 추이	30
〈표 2-35〉 전국 시·도별 우울증상유병률	30
〈표 2-36〉 전국 2017-2021년 시·도별 우울증상유병률 및 순위	31
〈표 2-37〉 경상남도 연도별 우울증상유병률	32
〈표 2-38〉 경상남도 연도별 시·군별 우울증상유병률	32
〈표 2-39〉 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 우울증상유병률	33
〈표 2-40〉 고위험 음주율 정의 및 측정산식	34
〈표 2-41〉 전국 연도별 고위험 음주율 추이	34
〈표 2-42〉 2021년도 전국 시·도별 고위험 음주율	34
〈표 2-43〉 전국 연도별 시·도별 고위험 음주율 및 순위	35
〈표 2-44〉 경상남도 연도별 고위험 음주율	36
〈표 2-45〉 경상남도 연도별 시·군별 고위험 음주율	36
〈표 2-46〉 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 고위험 음주율	37
〈표 2-47〉 인구 10만 명당 자살사망률 정의 및 측정산식	38
〈표 2-48〉 2012~2021년 대한민국 자살사망자 수, 자살사망률	38
〈표 2-49〉 2021년 전국 성별·연령대별 자살사망률	39
〈표 2-50〉 2020년 교육정도별 자살 비율	39
〈표 2-51〉 2016~2020년 교육정도별 자살 현황 추이	39
〈표 2-52〉 2020년 수단별 자살 비율	40



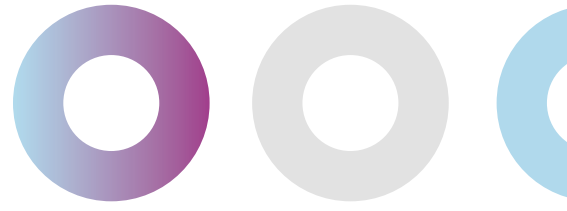
〈표 2-53〉 2016~2020년 수단별 자살 현황 추이	41
〈표 2-54〉 2020년 발생장소별 자살 비율	42
〈표 2-55〉 2016~2020년 발생장소별 자살 현황 추이	43
〈표 2-56〉 2020년 동기별 자살 비율	44
〈표 2-57〉 2016~2020년 동기별 자살 현황 추이	45
〈표 2-58〉 2021년 전국 시·도별 자살사망률	46
〈표 2-59〉 2022년 전국 시·도별 자살사망률	46
〈표 2-60〉 전국 시·도별 성별 자살사망률	47
〈표 2-61〉 경상남도 자살사망자 수, 자살사망률, 연령표준화 자살사망률	48
〈표 2-62〉 3년간 자살사망자 수 및 자살사망률	48
〈표 2-63〉 2021년 경상남도 연령대별 자살사망률	48
〈표 2-64〉 경상남도 시·군별 자살사망률	49
〈표 2-65〉 경상남도 시·군별 성별 자살사망률	49
〈표 2-66〉 경상남도 장소별 자살사망자 수	50
〈표 2-67〉 경상남도 동기별 자살사망자 수	50
〈표 2-68〉 인구 10만명당 정신질환치료 수진자 수 정의 및 측정산식	51
〈표 2-69〉 전국 정신의료기관 정신질환치료 수진자 수	52
〈표 2-70〉 시·도별 정신질환군별 치료 수진자 수	52
〈표 2-71〉 인구 10만 명당 정신질환치료 수진자 수	53
〈표 2-72〉 정신의료기관 종류 및 정신질환군별 치료 수진자 수	54
〈표 2-73〉 전국 건강보험 진료비 중 F코드 진료비 비율	55
〈표 2-74〉 비자의 입원을 정의 및 측정산식	55
〈표 2-75〉 전국 연도별 비자의 입원율	56
〈표 2-76〉 병원 정신과 입원환자의 입원유형 현황	56
〈표 2-77〉 권역별 입원환자의 입원유형 현황	57
〈표 2-78〉 시·도별 정신질환군별 입원환자 수	58
〈표 2-79〉 시·도별 정신의료기관 입원환자 연령별 현황	59

〈표 2-80〉 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문 환자 수 정의 및 측정산식 . . .	60
〈표 2-81〉 중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문 환자 수 비율	60
〈표 2-82〉 최근 4년간 퇴원 후 1개월 이내 정신과 외래방문 환자 수 비율	61
〈표 2-83〉 중증전실질환자 퇴원 후 1개월 이내 동일병원 재입원 환자 수 정의 및 측정산식 .	61
〈표 2-84〉 중증정신질환자 퇴원 후 재입원 현황	62
〈표 2-85〉 최근 4년간 퇴원 후 1개월 이내 동일병원 재입원 현황	62
〈표 2-86〉 정신의료기관 연간 재원기간 정의 및 측정산식	62
〈표 2-87〉 2021년 정신의료기관 퇴원환자의 재원기간 대표값	63
〈표 2-88〉 최근 4년간 전체 정신질환자 재원 현황	63
〈표 2-89〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황	64
〈표 2-90〉 시·도별 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황	64
〈표 2-91〉 2022년 전국 정신건강전문요원 현황	65
〈표 2-92〉 경남의 정신건강전문인력 분포현황	66
〈표 2-93〉 정신건강복지법 주요 변경 내용	71
〈표 2-94〉 2차 정신건강복지기본계획 비전과 추진전략	88
〈표 2-95〉 정신건강 정책방향	97
〈표 2-96〉 경상남도 정신건강복지 지역계획 비전 및 추진전략	101
〈표 3-1〉 정신건강복지센터의 정신응급 개입방법	113
〈표 3-2〉 기초정신건강복지센터의 위기개입 주요 업무	115
〈표 3-3〉 정신건강위기대응 지역협의체 구성 및 역할	116
〈표 3-4〉 1577-0199 운영 내용	117
〈표 3-5〉 위기개입팀 주요업무	118
〈표 3-6〉 전국 위기개입팀 설치현황 및 운영형태	120
〈표 3-7〉 2023년 전국 정신응급의료기관 및 경찰현장지원팀 현황	122
〈표 3-8〉 상담수행방법에 따른 총 상담 현황	126
〈표 3-9〉 상담유형에 따른 총 상담 현황	127
〈표 3-10〉 월별 상담 건수	128

〈표 3-11〉 시간대별 상담 현황	129
〈표 3-12〉 연령별 상담 현황	131
〈표 3-13〉 성별 상담 현황	132
〈표 3-14〉 지역별 상담 현황	133
〈표 3-15〉 위기개입 운영 현황	135
〈표 3-16〉 위기개입 월별 운영 현황	136
〈표 3-17〉 위기개입 방법별 운영 현황	137
〈표 3-18〉 위기개입 성별 현황	138
〈표 3-19〉 위기개입 연령별 현황	139
〈표 3-20〉 위기개입 지역별 현황	140
〈표 3-21〉 위기개입 문제유형별 상담 현황(성인)	141
〈표 3-22〉 위기개입 문제유형별 상담 현황(아동·청소년)	142
〈표 3-23〉 자살응급 위기개입 현황	143
〈표 3-24〉 위기개입 의뢰경로 현황	144
〈표 3-25〉 위기개입 주요 조치사항별 현황	145
〈표 3-26〉 권역별 정신응급 당직의료기관 운영현황	147
〈표 3-27〉 위기개입 연계현황	147
〈표 3-28〉 위기개입 서비스연계 후 등록 현황	148
〈표 3-29〉 사후관리서비스 운영결과(응급입원 후 퇴원한 대상자)	149
〈표 3-30〉 사후관리서비스 운영 결과(서비스 연계 대상자)	149
〈표 3-31〉 단기사례관리 현황(2022년)	151
〈표 3-32〉 단기사례관리 현황(2023년)	152
〈표 4-1〉 심층면담 참여자 명단	156
〈표 4-2〉 심층면담 조사내용	157
〈표 4-3〉 심층면담 분석내용(정신건강복지센터)	158
〈표 4-4〉 심층면담 분석내용(경찰현장지원팀)	163
〈표 4-5〉 심층면담 분석내용(정신응급 당직병원)	164
〈표 5-1〉 경기도 정신건강 위기대응체계 구축에 관한 조례	180

그림 목 차

〈그림 2-1〉 전체 보건예산 중 정신건강복지예산 비율	11
〈그림 2-2〉 2022년 전국 시·도별 자살사망자수	47
〈그림 2-3〉 한국의 강제입원 비율	70
〈그림 2-4〉 지역기반 정신응급대응체계 구축(안)	90
〈그림 2-5〉 치료친화적 환경조성(안)	91
〈그림 2-6〉 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선(안)	92
〈그림 2-7〉 자살시도자 사후관리 수가 시범사업	95
〈그림 2-8〉 경상남도 정신건강복지지역계획(2021-2025) 비전-목표-추진전략 체계도	100
〈그림 3-1〉 정신과적 응급위기개입 영역	113
〈그림 3-2〉 정신건강 위기상담전화 운영체계	117
〈그림 3-3〉 상담수행방법에 따른 총 상담 현황	126
〈그림 3-4〉 상담유형별 현황	127
〈그림 3-5〉 월별상담 건수	128
〈그림 3-6〉 시간대별 상담현황	129
〈그림 3-7〉 연령별 상담현황	130
〈그림 3-8〉 성별 상담현황	132
〈그림 3-9〉 지역별 상담 현황	133
〈그림 3-10〉 위기개입 운영 현황	135
〈그림 3-11〉 위기개입 월별 운영 현황	136
〈그림 3-12〉 위기개입 방법별 운영 현황	137
〈그림 3-13〉 위기개입 성별 현황	138
〈그림 3-14〉 위기개입 연령별 현황	139
〈그림 3-15〉 위기개입 지역별 현황	140
〈그림 3-16〉 위기개입 문제유형별 상담 현황(성인)	141
〈그림 3-17〉 위기개입 문제유형별 상담 현황(아동·청소년)	142
〈그림 3-18〉 자살응급 위기개입 현황	143
〈그림 3-19〉 위기개입 의뢰경로 현황	144



〈그림 3-20〉 위기개입 주요 조치사항별 현황	145
〈그림 3-21〉 경상남도 광역정신건강복지센터 추진체계	146
〈그림 3-22〉 위기개입 사후관리 서비스 절차	148
〈그림 3-23〉 단기사례관리 서비스 절차	150
〈그림 3-24〉 단기사례관리 서비스 제공 흐름도	151
〈그림 5-1〉 필수보건의료 협력분야	178
〈그림 5-2〉 정신건강 증진 및 재활치료 지속관리 협력	178



연구 요약

연구요약

□ 연구의 필요성 및 목적

- 2021년 정신건강실태 조사에 의하면 정신장애 평생유병률은 27.8%로 일반 인구 4명 중 1명이 평생 한번 이상 정신건강 문제를 경험하는 것으로 나타났다. 2022년 통계청 자료에 의하면 우리나라의 자살 사망률은 1만 2,906명으로 전년대비 0.8명 감소 하였지만 OECD 국가 간 연령표준화 자살률(OECD 표준인구 10만 명당 명) 비교 시 OECD 평균 10.6명에 비해 한국은 22.6명으로 가장 높은 것으로 나타났다.
- 이처럼 정신건강 문제의 심각성이 날로 증가하고 있는 상황에서 중증정신질환, 자살과 같은 정신건강 위기를 경험하는 사람도 증가하고 있다. 2018년 12월 정신건강의학과 교수 피살사건, 2019년 4월 진주 안인득 방화·사상 사건 등 중증정신질환자 관련 사건이 발생하면서 중증 정신질환 관리체계와 정신응급상황에서의 위기개입의 필요성이 더욱 강조되고 있다.
- 현재 정신건강 위기개입은 정신응급상황에서의 현장대응 중심이고 전문인력 부족, 공식적 연계채널 부족으로 분절적으로 서비스가 제공되고 있어 개선방안 모색이 필요한 실정이다.
- 이러한 실정으로 본 연구에서는 경상남도 광역·기초 정신건강복지센터의 정신건강 위기개입 실태조사를 통해 인력, 운영체계 등의 문제점 및 개선과제를 도출하고자 한다.

□ 연구의 범위

- 본 연구의 시간적 범위는 2023. 7. ~ 12. 이고 대상적 범위는 정신건강복지센터의 위기개입 업무담당자, 연계·협력체계의 경찰현장지원팀과 정신응급 당직의료기관 의사, 원무담당자로 하였다. 공간적 범위는 경상남도 18개 시·군으로 하였다.
- 내용적 범위는 경상남도 정신건강 현황(통계청, 보건복지부, 국립정신건강센터 등), 정신건강복지법과 정책 조사(보건복지부), 해외의 위기개입 정책 조사(관련연구), 경상남도 위기개입 현황 분석(통계), 정신건강 위기개입 실태조사(심층면담) 및 문제점 분석, 정책적제언으로 하였다.

□ 연구의 방법

- 연구방법은 첫째, 이론적 배경에서 정신건강과 관련된 통계, 정신건강 복지법과 정책에 관하여 관련 연구 및 자료에 대하여 고찰을 하였다.
- 둘째, 해외 위기지원 정책에 대해 살펴보고, 지역사회 위기개입, 경상남도의 위기개입 현황을 분석하였다.
- 셋째, 위기개입 실태조사 질적연구(심층면담)를 수행하고 분석하였다.
- 넷째, 분석결과를 기반으로 위기개입 현황과 문제점을 분석하고 개선을 위한 정책적 제언을 하였다.

□ 연구 수행과정



□ 연구 결과

○ 경상남도 정신건강 위기개입 현황

- 경상남도의 위기 개입(정신응급, 자살응급) 건수는 2020년 931건에서 2021년 3,518건으로 전년 대비 278% 증가, 2022년 4,830건으로 37.3% 증가하였다. 위기 개입 건수는 매년 증가하는 추세이고 정신응급 대비 자살응급의 비중이 높게 나타났다.
- 월별상담 건수가 가장 많은 달은 8월(466건)이고 다음으로 6월(464건), 11월(453건) 순으로 나타났다. 위기개입 방법은 전화상담이 91.5%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며 방문(출동)을 통한 대면상담은 낮은 편이다. 성별은 남성이 54%, 여성이 43%로 남성이 여성보다 높게 나타났고 연령은 40대가 21.9%로 가장 높은 비중을 차지하였고 50대 19.6%, 20대가 19% 순으로 나타났다.
- 지역은 김해시가 18.6%로 가장 높았고 창원시 15.5%, 양산시 10.1%로 나타났다. 성인의 경우 문제 유형은 미구분 35.7%, 우울 24.8%, 물질중독 12.9%, 아동·청소년은 정서문제 38.2%, 자살문제 23.5%, 정신병적문제 16.7%로 나타났다. 자살응급은 정신적 문제가 23.7% 기타 19.6%, 가정불화 17.4%로 나타났다. 의뢰경로는 행정기관 32.3%, 본인 30.5%, 정신보건기관 16%로 나타났고 행정기관은 112, 119, 시군구청, 행정복지센터를 포함한다.
- 위기개입 후 조치사항은 정보제공이 58.6%로 가장 높았고 지속상담 18.2%, 치료연계 10.9%였다. 응급출동 또한 2020년 73건에서 2021년 322건, 2022년 385건으로 증가하는 추세이다.
- 권역별 당직의료기관은 동·중부권 4개소, 서부권 1개소, 총 5개소가 운영 중이고 응급입원율은 2021년 총 치료연계 390건 중 275건으로 70.5%, 2022년 총 치료연계 629건 중 551건 87.5%로 나타났다.

○ 경상남도 위기개입 실태조사 결과와 문제점

- 심층면담 조사 대상은 총 32명으로 경상남도광역정신건강복지센터 위기개입팀 3명, 기초정신건강복지센터 위기개입 담당자 20명, 경찰현장지원팀 2명, 정신응급 당직의료기관 의사 2명, 원무담당자 4명이었다.
- (정신건강복지센터) 위기개입과 관련한 의뢰경로는 2022년 기준 행정기관이 36.6%로 가장 높았고 본인 22.8%, 정신보건기관 21.3% 가족 11.9% 순으로 나타났고 출동 인력은 2인 1조로 구성되었다. 출동 시 보호장비가 없는 곳이 대부분 이었고 출동 후 주요 조치는 입원(응급·행정 등) 진행, 상담, 연계기관 정보제공 등이었다.
- 위기개입시 이송협조 요청 시 경찰·소방과 마찰, 위협적 대상자에 대한 신변위협, 대상자 정보부족, 전문인력 충원이 안되는 문제 등이었다.

- 정신건강사례관리시스템(MHIS)사용 관련은 시스템의 잦은 다운현상, 퇴록후 재등록의 어려움, 시스템 사용의 어려움, 실적조회의 어려움, 자료입력과 관련하여 정확성여부를 알기 어려움 등의 문제가 있었다.
- 연계관련하여 정신건강 관련문제가 아닌 경우도 정신건강복지센터로 연락하는 경우, 경찰과 정신건강전문요원의 정신질환자 평가 기준의 다름, 행정입원시 경찰과 소방의 마찰로 이송의 어려움, 신변위험을 가할 수 있는 대상자의 정보부족, 외상동반시 병원 입원거부 등이었다.
- 협조체계와 관련하여 협조체계가 구축되어도 담당자의 순환보직으로 지속이 힘들고 협조체계가 없거나 지역 내 자원부족, 응급대응 협의체를 운영하지만 입장차가 좁혀지지 않는 등의 문제가 있었다.
- 업무관련 장애요인으로 기관 내 자원부족, 사업수행 예산 부족, 표준화된 지침이 없어 체계적 업무수행의 어려움, 중간관리자의 부재, 담당업무 이외의 업무가 가중, 신분보장이 되지 않아 활동에 제약, 호봉체계 적용받지 못함, 전문성 부족으로 위기개입의 어려움 등이 있었다.
- 사후관리에 있어 정신건강 인프라 부족으로 사후관리 어려움, 대상자는 지속적으로 증가하는데 센터의 프로그램 부족, 자원 부족으로 대상자 이탈, 재활시설 부족 등이 있었다.
- 개선점은 공무원 호봉 테이블 적용 안되는 문제, 정신건강복지센터의 인력구성 다양(계약직, 공무원, 시간선택제공무원, 임기제공무원) 및 공무원 순환보직으로 업무의 연속성이 떨어지는 점, 정신건강 인프라 부족, 수당체계가 없음, 직원의 안전확보 필요, 인구수에 비례한 센터의 직원확보, 정신건강전문인력의 처우개선 등이 있었다.
- (경찰현장지원팀) 경찰현장지원팀은 경상남도 관내 위기개입으로 응급입원 상황 발생 시 정신질환자 이송에 따른 치안공백을 메우고 정신응급 당직의료기관으로 이송을 지원하는 업무를 맡는다.
- 주요 의뢰경로는 경남광역정신건강복지센터, 각 지자체 지구대, 환자가족, 환자 본인 등이고 2인 1조로 현장지원을 한다. 출동 후 주요 조치는 정신응급 당직 의료기관으로 이송, 외상 동반 시 진료연계, 경찰관직무집행법에 따른 보호조치 등이었다.
- 위기개입시 어려운 점으로 외상치료를 위한 야간병원 부족, 대상자의 외상동반시 연계병원 이송 업무 가중, 입원확정시 까지 현장대기, 타지역 출동시 다른지역 출동은 대응이 안되는 문제 등이 있었다.
- 사례연계시 외상동반 또는 외상치료거부하는 경우 응급입원의 어려움 발생, 경남광역 정신건강복지센터와 정신응급당직병원 간 사례연계가 원활하게 이루어 지고 있었다.

- 업무관련으로 1년의 반정도가 야간근무로 힘들고 현장대응인력 부족(2인1조 2개팀), 기관내 자원부족, 통합시스템이 없어 대상자 정보파악이 힘들다는 문제점이 있었다. 대학병원에서 정신질환자 치료가 가능하도록 사회적 책임을 가져야하고 병상이 좀더 확보되었으면 좋겠다는 의견이 있었다.
- (야간 정신응급 당직병원)주요 의뢰경로는 경상남도광역정신건강복지센터 위기 개입팀, 야간경찰, 지구대, 정신건강복지센터이고 보호장비는 치료시 거부감을 나타내는 경우가 있어 착용하지 않는 것으로 나타났다.
- 출동 후 주요조치는 응급입원 진행이고 위기개입 시 어려운점으로 응급입원 후 행정입원 전환 시 직계가족이 아닌 보호자의 민원응대 어려움, 안정화되지 않는 정신질환자의 경우 기존 입원환자에게 나쁜 영향을 주는 문제 등이 있었다.
- 사례연계시 지역사회복귀를 위해 기초생활수급대상자 등록을 도와주지만 일상 생활이 되지 않아 재입원하는 경우가 있었다.
- 업무관련 장애요인으로 예산부족으로 행정입원 진행이 안되거나 행정입원에 대한 예산소진으로 미수금 상태로 남아있는 경우도 있었다. 또한 치료가 시급한 정신질환자의 경우 병원비지불 능력이 없어 긴급의료비지원도 알아보지만 조건이 까다롭고 정신질환자는 대상에 포함되지 않아 지원받을 수 없다는 점이 있었다. 또한 야간응급병상을 운영하지만 인건비로 거의 지출, 기물 파손 등의 비용을 병원이 부담해야 하는 어려움이 있었고 입원환자의 인원침해관련 신고가 많아 업무소진이 큰 것으로 나타났다.
- 환자관리에 있어 입원환자의 타질환 발생시 타병원과 연계 이송의 어려움, 장기 입원환자의 고령화와 우울증과 같은 다른질환이 동반되는 문제점 등이 있었다.
- 개선점으로는 퇴원 후 보호자 인계 시 약복용등 사후관리가 되지 않아 재입원 하는 경우 발생에 대한 지역사회 보호조치가 필요, 정신질환자는 정책적으로 지원 받는데 제약이 있어 지원정책의 폭이 넓었으면 좋겠다는 의견이 있었다. 또한 퇴원후 재활할 수 있는 기관이 없어 악순환 반복, 지역사회에서 살아갈 수 있도록 사례관리가 이루어져야 한다는 의견이 있었다.
- 이외에도 정신장애인 재활보조원, 국립병원의 역할 정립, 청소년 정신전담병원, 퇴원 후 노숙인이 되지 않도록 지역사회 지원체계, 정신질환자의 경우 기초생활수급대상자 기준완화 등이 필요하다는 의견이 있었다.

○ 정책적제언

- 정신건강전문인력은 지역사회 정신건강증진과 정신질환자 사례관리를 위해 최일선에서 업무를 수행하는 고도화된 전문인력이다. 하지만 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 27.7명으로 전국 평균 26.63명 보다 많은 것으로 나타났고 정책 환경변화에 따른 업무과중과 낮은임금 등의 열악한 처우로 인해 전문서비스 제공의 어려움, 소극적대응, 비효율성 등의 문제가 있는 것으로 나타났다. 또한 계약직 채용으로 인해 전문성있고 연속성있는 업무수행의 어려움 기간만료 후 재 채용시까지 남은 인력이 업무를 분담하는 등의 문제는 해결되어야 할 문제이다. 향후 사례관리자 1인당 적정 인원의 사례관리가 이루어 질 수 있도록 전문인력의 지속적 충원과 **안정적 고용보장으로 전문적·연속적인 업무가 추진될 수 있도록** 해야 할 것이다.
- 정신응급 위기개입상황에서 경찰은 자·타해 위험성과 급박성을 기준으로 경찰법, 경찰관직무집행법을 근거로 소방은 119구급대원 현장응급처치표준 지침에 따라 대응한다. 하지만 정신건강전문요원은 위기분류평가, 입원치료를 위한 자원파악 정보제공, 기타 복지서비스 자원파악 등 정보제공 등의 역할을 하는 것으로 “정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내2.0”에 안내되어 있다. 정신건강전문요원은 정신응급 상황의 현장대응시 아무런 권한이 없으며 안전지침도 없는 상황이다. 따라서 **현장업무수행을 위한 명확한 지침과 안전가이드라인**이 제시되어야 할 것이다.
- 권역정신응급의료센터는 정신응급 위기개입 상황발생 시 지역기반 정신응급 대응체계의 핵심기관으로 기능을 한다. 경상남도의 경우 정신응급 상황에서 자·타해 위험으로 인한 응급입원 진행시 내·외과적 손상이 동반된 경우 치료·입원이 가능한 정신응급의료센터가 운영중이지 않다. 경상남도에서도 공공병원, 대학병원의 선도적인 참여로 **권역정신응급의료센터 지정**을 통해 정신과적 응급상황에서 효과적인 대응이 가능하도록 해야 할 것이다.
- 권역책임의료기관은 공공보건의료 협력체계 구축사업을 통해 필수보건의료를 제공하고 있다. 필수보건의료는 퇴원환자 지역사회 연계, 중증응급 이송·전원 및 진료협력, 감염 및 환자안전 관리, 정신건강증진 협력사업, 재활의료 및 지속관리 협력사업, 산모/신생아/어린이, 1차의료·돌봄, 취약계층 8개 분야이다. 현재 경남에서는 8개 필수보건의료분야중 정신건강증진 협력사업을 추진중인 의료기관은 없는 것으로 나타났다. 경상남도에서도 **권역책임의료기관의 정신건강증진, 정신건강 통합관리체계 구축 및 지역사회 서비스, 지역 재활서비스와의 연계를 위한 협력사업 추진**을 통해 지역사회 치료체계를 강화와 정신질환 사전 예방, 조기치료, 정신질환자의 회복 및 지역사회 복귀를 지원할 수 있도록 해야 할 것이다.

- 경상남도에는 지방정신건강복지사업지원단이 설치되어 있지 않다. 지방정신건강복지사업지원단은 시·도지사 소속으로 국가정신건강증진사업 또는 관할 시·도의 정신건강증진사업이 보다 전문적이고 효과적일 수 있도록 자문 및 지원하는 것이 주요기능이다. 경상남도에 **경남정신건강복지사업지원단 설치**를 통해 원활한 정신건강정책 추진을 위한 동력을 확보하고 공공과 민간, 다학제적 협치체계는 다양한 영역에 걸친 정신건강문제를 통합적으로 조망할 수 있게 할 것이다. 또한 지역 특색에 맞는 선도적 정책제안 및 발전방안의 제안을 가능하게 하여 지역 정신건강을 질적으로 향상시킬 수 있을 것이다.
- 경상남도에서 도내 **정신질환자를 위한 통합돌봄 서비스 제공**을 통해 정신과적 위기를 겪는 정신질환자들의 입원을 최소화하고 지역사회 정착기반 마련, 주거 지원, 24시간 정신건강 위기대응 사업 등의 융합형 통합돌봄 사회서비스가 추진되어야 할 것이다.
- 정신과적 위기상황에 대하여 즉시성·응급성에 기반한 협의의 접근에서 벗어나 일본과 같이 정신질환자의 퇴원후를 위기상황으로 보는 광의의 접근을 통해 자·타해위험이 없더라도 일상적 독립생활이 불가능한 경우도 위기로 보고 위기상황에서 휴식과 회복을 할 수 있는 **위기쉼터** 설치가 필요하다.
- 정신질환자에 대한 응급, 초발, 재발, 만성 등의 질환의 정도와 유형에 따라 의료기관, 정신보건센터, 지역사회돌봄, 가정에서의 돌봄까지 연계를 확장하여 **유기적이고 유연한 케어와 치료가 연속될 수 있도록** 해야할 것이다.
- 급증하는 정신질환자에 대한 조기개입과 안정화, 지역사회복귀를 위해서는 정신질환자 사회격리가 아닌 정신요양시설의 기능 개편을 통해 사회복귀를 돕는 장기거주시설로 전환과 위기개입을 통해 안정화된 정신질환자의 **지역사회 복귀를 지원하기 위한 정신재활시설 및 직업재활시설의 확충**이 필요하다.
- 현재 정신건강복지센터의 정신질환대상자 모니터링 방식은 유선전화를 통해 주로 확인하는 방식이다. 정신질환자의 복지서비스와 관련된 내용을 **행복e음(사회보장정보시스템)**을 사용하는 담당자에게 의뢰하고 이에 대한 개입결과를 통보 혹은 조회하는 방식을 이용한다면 정신질환 대상자에 대한 모니터링이 가능할 것이다.



제1장

연구개요

1. 연구의 배경 및 필요성
2. 연구 목적
3. 연구방법 및 내용
4. 연구수행 과정

제1장 연구개요

1. 연구의 필요성 및 목적

- 2021년 보건복지부에서 실시한 정신건강실태 조사에 의하면 정신장애 평생유병률은 27.8%로 만 18세이상 만 79세 이하의 일반 인구 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험하는 것으로 나타났다. 같은 해 국민건강보험공단이 조사한 12개 만성질환 통계에서는 고혈압이 706만명, 관절염 500만명, 정신 및 행동장애가 375만명(전년 대비 8.9% 증가)으로 세 번째로 많은 것으로 나타났으며 정신 및 행동장애에 대한 치료비 또한 4조9천억(전년 대비 6.3% 증가)으로 나타났다.
- 우리나라의 자살율은 OECD 국가중 1위를 장기간 기록하고 있고 2021년 자살사망자수는 1만 3,352명으로 하루에 평균 36.6명이 스스로 생을 마감하는 것으로 나타났다. 정신건강 문제의 심각성이 대두되면서 정부에서는 정신질환 조기대응과 정신건강증진을 위해 2016년 제1차 정신건강복지기본계획(2016~2020)을 수립하였고 2021년 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)에서 “마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라”의 비전과 6대 정책목표 수립을 통해 전 국민의 정신건강증진, 정신의료 서비스 인프라 선진화, 지역 사회 기반 정신질환자의 사회통합 등의 정책을 추진 중이다.
- 이처럼 정신건강 문제의 심각성이 날로 증가하고 있는 상황에서 중증정신질환, 자살과 같은 정신건강 위기를 경험하는 사람도 증가하고 있다. 2018년 12월 정신건강의학과 교수 피살사건, 2019년 4월 진주 안인득 방화·사상 사건 등 중증정신질환자 관련 사건이 발생 하면서 중증정신질환관리체계와 정신응급상황에서의 위기개입의 필요성이 더욱 강조 되고 있다.
- 우리나라는 정신응급 발생 초기 대응을 위한 응급개입팀(‘20. 7. 광역 시·도 34개팀)을 신설하여 정신응급대응 체계를 구축하였다. 하지만 정신건강 증진 사업기관의 정신 질환자 관리를 위한 전문인력의 부족과 정신건강증진, 치료·재활·중독, 자살예방 등의 분절적 전달체계는 정책추진의 한계로 작용하고 있다.
- 이용표·박인환(2020)은 자자체는 응급대응체계를 통해 응급입원이나 행정입원에 연계할 책임이 있는데도 자해나 타해 위험을 현장에서 판단할만한 매뉴얼이 부재하고 응급정신 건강서비스 전달체계가 마련되어 있지 않아 제대로 작동하지 않고 있으며 현재 위기에 대한 대응은 정신의료기관 입원 또는 정신건강복지센터 사례관리에 국한되어 당사자 욕구에 기반한 체계적인 대안은 마련되어 있지 않다고 하였다.
- 경남의 경우 2019년 진주 안인득사건 이후 광역정신건강복지센터에서는 위기개입팀 구성

및 정신의료기관과 업무협약을 통해 정신응급대응체계를 갖추었다. 경상남도의 정신건강 위기개입은 평일주간(9시~18시)에는 기초정신건강복지센터에서 담당하고 평일야간·주말·공휴일은 경남광역정신건강복지센터에서 담당하고 있다.

- 경남의 2021년 등록 정신질환자수는 6,186명이고 사례관리자는 223명, 사례관리자1인당 등록 정신질환자 수는 27.7명으로 전국평균 26.6명보다 많고 17개 시·도 중 7번째로 많은 실정이다. 또한 경남광역정신건강복지센터의 위기개입 건수도 20년 951건에서 21년 1,231건으로 전년대비 30%가 증가하였다.
- 위기개입은 정신응급 발생시 초기대응, 전문적평가, 서비스 연계 등 다양한 지역사회 자원들이 원활하게 제공되는 체계적인 위기개입 시스템구축을 통한 치료의연속성 확보가 중요하다.
- 현재 정신건강 위기개입은 정신응급상황에서의 현장대응 중심이고 전문인력 부족, 공식적 연계채널 부족으로 분절적으로 서비스가 제공되고 있어 개선방안 모색이 필요한 실정이다.
- 이러한 실정으로 본 연구의 목적은 경상남도 광역·기초 정신건강복지센터의 정신건강 위기개입 실태조사를 통해 인력, 운영체계 등의 문제점 및 개선과제를 도출하는 것이다.
- 기초정신건강복지센터에서도 정신건강 위기개입, 자살고위험군 사례관리를 하고 있지만 공식적인 연계채널이 없고 전문인력 부족, 대응 위주의 위기개입체계 등으로 인해 어려움이 발생하고 있다. 또한 대상자 사례관리를 위한 정신건강사례관리시스템(MHIS)은 정신건강 복지센터 담당자의 사용숙련도에 따라 입력정보가 달라지는 문제를 발생시키고 지역별 현황분석을 위한 정확한 통계자료가 생성되지 않아 사업추진의 어려움으로 작용한다.
- 또한 위기개입시 일차반응자인 경찰, 소방과 정신건강복지센터에서 출동 시점부터 평가 및 이송, 입원 등 상황종결 시까지 다양한 정보들이 필요한데 이러한 정보관리체계의 부재와 각종 데이터 및 대응 정보의 산재는 사후관리의 어려움과 사업추진의 한계로 작용한다. 따라서 정신건강복지센터 위기개입 실태, 위개개입시 정신건강사례관리시스템(MHIS)사용 현황, 업무 범위와 연계체계 등에 대한 실태 분석을 통해 서비스 개선과제 모색이 필요하다.

2. 연구목적

- 본 연구의 목적은 정신건강서비스를 제공하고 있는 정신건강복지센터의 실태조사를 통해 위기개입 현황을 분석하고 개선방안을 제시하는 것이다. 연구목적을 달성하기 위한 연구 목표는 다음과 같다.

- 첫째, 정신건강복지센터의 위기개입 실태조사를 통해 현황을 분석하고 개선방안을 제시하고자 한다.
- 둘째, 정신응급 상황에서 출동 시점부터 평가 및 이송, 입원 등 상황종결 시까지 지역사회 내 타기관과의 연계, 협력체계의 위기개입 실태조사를 실시하고 분석하고 개선과제를 도출하고자 한다.
- 셋째, 연구결과를 기반으로 정신건강복지센터의 운영개선방안을 제시 및 정책적 제언을 하고자 한다.

3. 연구방법 및 내용

가. 연구범위

- 본 연구의 대상적 범위는 다음과 같다.
- 첫째, 경상남도내 (광역·기초)정신건강복지센터에서 근무하고 있는 상근인력 중 ‘위기개입’ 업무를 담당하고 있는 정신건강 전문인력을 대상으로 하였다.
- 둘째, 연계·협력체계의 대상은 정신건강 관련기관과 연계되어 있는 경찰현장지원팀, 정신응급 당직의료기관 의사, 원무담당자를 대상으로 하였다.

나. 연구방법

- 본 연구의 목적을 달성하기 위한 연구방법은 다음과 같다.
- 첫째, 정신건강통계, 정신건강복지법과 정책, 위기개입 현황 등 문헌고찰을 실시한다.
- 둘째, 정신건강복지센터와 연계체계내의 실무자들을 대상으로 심층면담을 통한 위기개입 실태조사를 실시하여 문제점 및 개선과제를 도출한다.
- 셋째, 정신건강사례관리시스템(MHIS) 분석을 통해 정보관리체계 개선방안을 제시한다.
- 넷째, 연구결과를 기반으로 위기개입 개선방안에대한 정책적 제언을 한다.

다. 연구내용

- 본 연구의 목적을 달성하기 위한 연구내용은 다음과 같다.
- 첫째, 문헌고찰(정신건강관련 법, 정책, 정신건강 통계, 관련연구)

- 둘째, 위기개입 실태조사를 위한 심층면담 실시(광역정신건강복지센터 위기개입팀, 기초 정신건강복지센터, 경찰현장지원팀, 정신응급 당직의료기관)
- (심층면담)위기개입 실태조사를 위한 실무담당자 1인당 1~2시간 심층면담 실시
- (타당성조사)도출된 직무 및 실태조사 결과에 대한 현장, 학계 전문가를 통한 타당성 검증
- 셋째, 연구결과를 기반으로 한 정책적 제언

4. 연구수행과정

<표 1-1> 연구수행과정





제2장

이론적 배경

1. 정신건강 현황
2. 정신건강 규모
3. 정신질환 치료
4. 정신건강 관련기관
5. 정신건강복지법과 정신건강정책

1. 정신건강 현황

가. 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산

<표 2-1> 인구1인당 지역사회 정신건강 예산 정의 및 측정산식

정의	추계인구 수 대비 정신재활시설 및 지역사회 재활기관 예산 총액
측정산식 (단위:원)	2021년 기준 지역사회 정신건강 집행액 총액/2021년 추계 인구수
참고사항	산식분자: 정신재활시설, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 예산 산식분모: 통계청에서 제공하는 2021년 추계 인구수 인구자료 출처: 통계청 2021, 장래인구추계

- 국립정신건강센터에서 발간한 '국가정신건강현황보고서(2021)'에 따르면, 2021년도 우리나라 인구 1인당 지역사회 정신건강 예산은 7,139원으로 전년(2020년 5,815원)대비 1,324원(22.8%) 증가된 것을 알 수 있다.

<표 2-2> 시도별 정신건강 예산

(단위:원)

시·도	인구수	정신건강예산	인구1인당 지역사회 정신건강예산
전국	51,744,876	369,411,443	7,139
서울	9,501,528	58,981,416	6,208
부산	3,327,350	24,205,167	7,275
대구	2,387,631	12,256,595	5,133
인천	2,940,927	17,599,138	5,984
광주	1,468,912	13,794,092	9,391
대전	1,478,831	14,142,584	9,563
울산	1,123,676	6,497,177	5,782
세종	366,165	1,512,042	4,129
경기	13,611,628	84,485,223	6,207
강원	1,520,457	15,121,734	9,946
충북	1,632,358	14,572,199	8,927
충남	2,176,548	22,915,551	10,528
전북	1,794,192	21,594,236	12,036
전남	1,782,951	14,935,002	8,377
경북	2,640,965	22,220,924	8,414
경남	3,317,568	18,978,244	5,721
제주	673,189	5,600,120	8,319

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 전국 17개 시·도별 인구 1인당 정신건강 예산은, 전북이 인구 1인당 12,036원으로 가장 높게 나타났고, 경남의 경우 5,721원으로 인구 1인당 정신건강 예산이 전국시·도 중 15위를 기록한 것으로 나타나 1위인 전북 예산에 비해 채 50%도 되지 않는다.

<표 2-3> 17개 시도별로 인구 1인당 정신건강 예산

(단위:원)

구분	인구 1인당 정신건강 예산
서울	6,208
부산	7,275
대구	5,133
인천	5,984
광주	9,391
대전	9,563
울산	5,782
세종	4,129
경기	6,207
강원	9,946
충북	8,927
충남	10,528
전북	12,036
전남	8,377
경북	8,414
경남	5,721
제주	8,319
전국	7,139

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 2022년 보건복지예산 중 정신건강복지예산을 살펴보면 다음과 같다. 보건복지예산은 21년 대비 8.8% 증가하였으며, 이 중 보건예산은 전년 대비 22%증가, 보건예산구성비는 17.2%로 전년 대비 1.8% 증가 하였다.

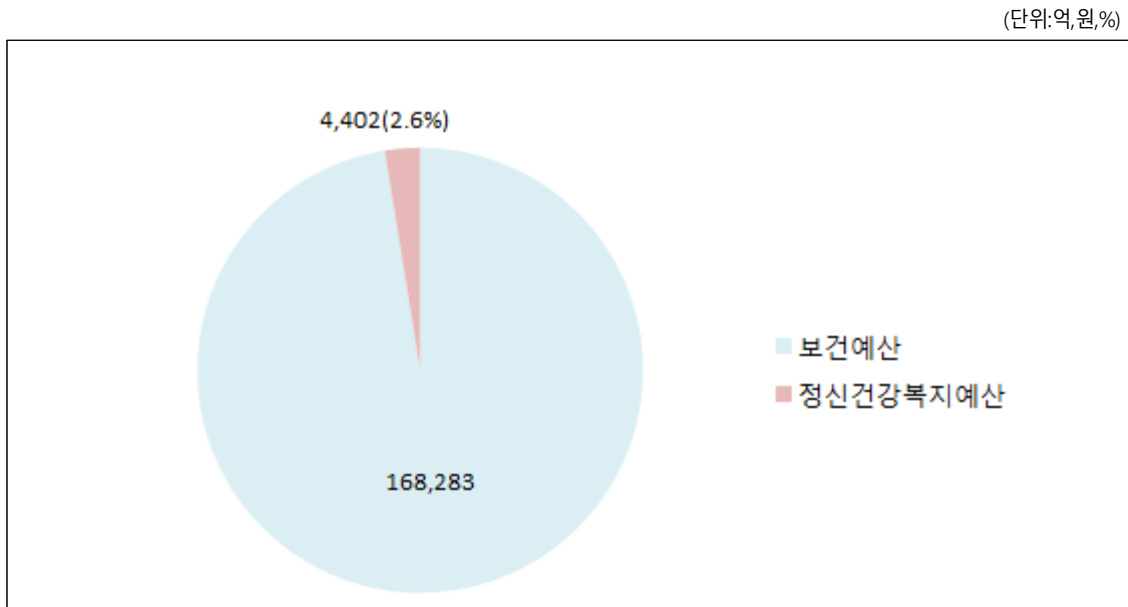
<표 2-4> 국가 보건복지예산대비 보건예산구성비

(단위:억 원,%)

구분	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
보건복지예산	585,333	623,859	725,148	825,269	895,766	974,767
보건예산	99,537	103,807	111,499	129,650	137,988	168,283
보건예산구성비	17	16.4	15.4	15.7	15.4	17.2

※출처: 중앙정신건강복지사업지원단, 「정신건강동향vol.26(2022)」

- 이 중 정신건강복지예산은 4,402억 원으로 전년 대비 17.9%(669억원) 증가하였지만 전체 보건예산대비 2.6% 수준에 불과하다.



※출처: 중앙정신건강복지사업지원단, 「정신건강동향vol.26(2022)」

<그림 2-1> 전체 보건예산 중 정신건강복지예산 비율

나. 인구 10만 명당 정신건강 전문인력 수

<표 2-5> 인구10만명당 정신건강 전문인력 수 정의 측정산식

정의	인구 10만 명당 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신건강 전문인력 수
측정산식 (단위:인구 10만명당 명)	정신건강관리기관에서 근무하는 정신건강전문 인력 수/2021년 추계인구 수X100,000
참고사항	산식분자: 정신건강 관련 기관은 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관을 의미 *정신건강전문인력은 정신건강의학과 전문의 및 정신건강전문요원 자격 소지자를 의미 산식분모: 통계청에서 제공하는 2021년 추계인구 수 인구자료출처: 통계청(2021)장래인구추계

- 2021년도 기준 경상남도 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에 종사하는 상근인력은 1,908명이며, 인구 10만 명당 57.5명이다. 상근 인력 중 정신건강전문인력 수는 566명(인구 10만 명당 17.1명)으로 전체 인력 중 29.7%의 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다.

<표 2-6> 2021년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 근무 상근인력 및 정신건강전문인력 수

(단위:명,%)

시·도	상근 인력 총계(T)	전문 인력 계(S)	상근인력 대비 전문인력비율(%) (S/T)	인구 10만 명당 인력 수	
				상근 인력 수 (T/인구수)*10 ⁵	전문 인력 수 (S/인구수)*10 ⁵
전국	26,454	9,802	37.1	51.1	18.9
서울	4,879	2,125	43.6	51.3	22.4
부산	1,939	737	38.0	58.3	22.1
대구	1,267	467	36.9	53.1	19.6
인천	1,329	443	33.3	45.2	15.1
광주	964	400	41.5	65.6	27.2
대전	828	319	38.5	56.0	21.6
울산	426	148	34.7	37.9	13.2
세종	121	42	34.7	33.0	11.5
경기	5,638	2,180	38.7	41.4	16.0
강원	797	271	34.0	52.4	17.8
충북	872	244	28.0	53.4	14.9
충남	1,476	473	32.0	67.8	21.7
전북	1,099	429	39.0	61.3	23.9
전남	1,146	396	34.6	64.3	22.2
경북	1,478	452	30.6	56.0	17.1
경남	1,908	566	29.7	57.5	17.1
제주	287	110	38.3	42.6	16.3

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

<표 2-7> 2021년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 상근인력

(단위:명)

구분	상근 인력 총계	정신건강 전문인력 계	정신 의료기관	정신 요양시설	정신 재활시설	정신건강 복지센터		중독관리 통합지원센 터	자살 예방센터
						광역	기초		
전국	26,454	9,802	6,589	183	739	307	1,776	149	59
서울	4,879	2,125	1,485	9	274	44	265	12	36
부산	1,939	737	471	10	55	19	173	9	0
대구	1,267	467	336	1	45	14	68	3	0
인천	1,329	443	311	4	20	10	84	9	5
광주	964	400	222	33	23	22	72	28	0
대전	828	319	187	13	42	25	46	6	0
울산	426	148	90	4	5	7	41	1	0
세종	121	42	29	2	1	0	10	0	0
경기	5,638	2,180	1,359	22	103	62	573	43	18
강원	797	271	189	0	6	8	63	5	0
충북	872	244	161	9	19	10	43	2	0
충남	1,476	473	370	22	29	9	39	4	0
전북	1,099	429	238	23	62	20	79	7	0
전남	1,146	396	302	12	9	17	54	2	0
경북	1,478	452	315	11	23	11	90	2	0
경남	1,908	566	459	6	13	13	64	11	0
제주	287	110	65	2	10	16	12	5	0

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 직업별 분포를 살펴보면, 기타가 6,414명(24.2%)으로 가장 많은 비중을 차지하고 있었으며, 그 다음으로 간호사가 6,156명(23.3%), 정신과전문의 3,791명(14.3%), 사회복지사 3,124명 (11.8%) 등 순으로 나타나고 있다.

<표 2-8> 2021년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 상근인력의 직업별 현황

(단위:명)

구분	상근인력 총계	전문 인력 계	정신 과 전문 의	정신건강전문요원				전공 의	간호 사	사회 복지 사	임상 심리 사	기타	
				계	간호 사	사회 복지 사	임상 심리 사						
총계	26,454	9,802	3,791	6,011	2,177	3,029	805	527	6,156	3,124	431	6,414	
기관종류 의 비 교	정신의료기관	19,195	6,589	3,790	2,799	1,309	851	639	527	5,319	446	321	5,993
	종합병원 정신과	4,289	1,405	720	685	307	103	275	437	1,642	126	147	532
	병원 정신과	1,178	425	172	253	157	65	31	19	354	29	9	342
	정신병원	8,195	2,601	1,022	1,579	789	636	154	71	2,931	207	28	2,357
	국립	733	386	31	355	294	38	23	38	46	5	2	256
	공립	394	168	43	125	93	24	8	9	141	9	2	65
	사립	7,068	2,047	948	1,099	402	574	123	24	2,744	193	24	2,036
	요양병원 정신과	111	3	3	0	0	0	0	0	33	4	2	69
	한방병원정신과	82	14	8	6	0	6	0	0	33	1	0	34
	의원 정신과	5,332	2,139	1,863	276	56	41	179	0	326	79	134	2,654
	한의원 정신과	8	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	5
	정신요양시설	1,440	183	0	183	116	66	1	0	273	855	0	129
	정신재활시설	1,388	739	0	739	127	571	41	0	10	533	9	97
	정신건강복지센터	4,066	2,083	1	2,082	580	1,387	115	0	530	1,174	91	188
	광역	474	307	1	306	60	232	14	0	22	117	7	21
	기초	3,592	1,776	0	1,776	520	1,155	101	0	508	1,057	84	167
	중독관리통합지원신 테	275	149	0	149	41	99	9	0	21	94	5	6
자살예방센터	90	59	0	59	4	55	0	0	3	22	5	1	
	57,910												
권역	수도권	11,846	4,748	1,981	2,767	908	1,497	362	310	2,517	1,146	243	2,882
	전라권	3,496	1,335	397	938	402	431	105	52	835	503	38	733
	경상권	7,018	2,370	953	1,417	430	735	252	94	1,955	727	99	1,773
	강원권	797	271	96	175	115	43	17	24	202	136	10	154
	충청권	3,297	1,078	364	714	322	323	69	47	647	612	41	872

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

다. 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수

<표 2-9> 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수 정의 및 측정산식

정의	지역사회 재활기관에 근무하는 사례관리자 대비 등록 정신질환자 수
측정산식 (단위:명)	지역사회 재활기관 등록자 수/지역사회 재활기관에 근무하는 사례관리자 수
참고사항	산식분자: 지역사회 재활기관은 정신건강복지센터(기초), 중독관리통합지원센터, 자살예방센터가 포함 사례관리자는 회원이 1명 이상인 지역사회 재활기관의 상근 근무자로 정의

- 2021년도 기준 지역사회 내 등록 관리 대상자는 총 87,910명, 상근 사례관리자 수는 3,304명으로 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 26.6명으로 나타났다. 또한 기관 유형별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 중독관리통합지원센터 28.7명, 기초정신건강복지센터 26.5명, 자살예방센터 23명으로 나타났다.

<표 2-10> 2023년 경남 정신건강복지센터 및 중독통합관리지원센터 인력현황

(단위:명)

번호	기관	실무자인력현황(공무원제외)			공무원현황	수탁기관명
		인원 수 (센터장 제외)	전문요원	비전문요원		
1	창원	14	9	5	1	청아의료재단동서병원
2	마산	13	3	10	3	
3	진해	8	3	5	3	
4	진주	7	2	5	9	
5	통영	12	1	11	4	
6	사천	10	0	10	4	
7	김해	14	7	7	2	한사랑병원
8	밀양	9	4	5	2	
9	거제	10	5	5	4	
10	양산	18	9	9	2	의료법인경농의료재단 양산병원
11	의령	7	1	6	1	
12	함안	5	3	2	3	
13	창녕	7	2	5	3	
14	고성	4	2	2	3	
15	남해	6	0	6	2	
16	하동	8	4	4	2	
17	산청	6	3	3	1	
18	함양	5	0	5	2	
19	거창	7	2	5	4	
20	합천	9	0	9	1	
21	창원	5	2	3	1	청아의료재단 동서병원
22	마산	5	3	2	2	예경병원
23	진주	4	2	2	1	진주의료재단 진주성남병원
24	김해	4	2	2	2	한사랑병원
25	양산	5	5	0	1	양산부산대학교병원

- 시·도별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수를 살펴보면, 제주 45.1명, 충남 40명, 충북 37.1명 순으로 나타나는 반면, 부산은 17.1명으로 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수가 가장 적은 것으로 나타났다. 이어 경상남도의 2021년 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 평균 26.6명보다 1.1명 더 많은 27.7명으로 나타났으며 17개 시·도 중 7번째로 많다.

<표 2-11> 시·도별 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수

(단위:명)

시·도	등록 정신질환자 수	사례관리자	사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수
전국	87,910	3,304	26.6
서울	10,457	316	33.1
부산	4,708	275	17.1
대구	2,615	117	22.4
인천	5,572	187	29.8
광주	3,184	122	26.1
대전	1,439	62	23.2
울산	1,394	68	20.5
세종	295	13	22.7
경기	23,948	919	26.1
강원	5,474	194	28.2
충북	5,634	152	37.1
충남	4,762	119	40.0
전북	2,387	130	18.4
전남	3,770	148	25.5
경북	4,373	221	19.8
경남	6,186	223	27.7
제주	1,712	38	45.1

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 경상남도 광역정신건강복지센터에서 자체적으로 조사한 결과에 따르면, 2021년 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 24.1명으로 나타났으며, 2022년 9월 기준 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 25.6명으로 나타났다.

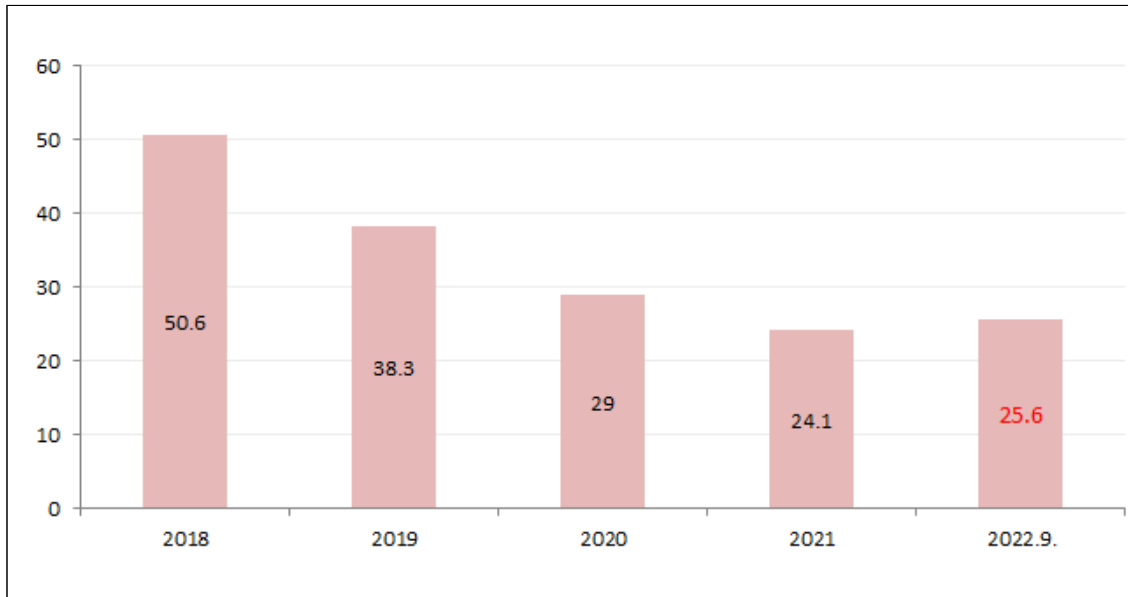
<표 2-12> 최근 4년간 경상남도 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수

(단위:명)

구분	등록 정신질환자 수	사례관리자	사례관리자1인당 등록 정신질환자수
2018년	5,417	107	50.6
2019년	5,249	137	38.3
2020년	5,889	203	29.0
2021년	5,286	219	24.1
2022년9월	5,597	219	25.6

※출처: 경상남도 광역정신건강복지센터, 「자료취합 내부자료(2020.9)」

(단위:명)



※출처: 경상남도 광역정신건강복지센터, (2020.9)

<그림 2-2> 최근 4년간 경상남도 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수 추이

라. 인구 1,000명당 정신병상 수

<표 2-13> 인구 1,000명당 정신병상 수 정의 및 측정산식

정의	정신의료기관 정신병상수를 인구수로 나눈 값으로 정신의료기관 정신병상수에는 정신병원과 정신과 병상을 운영하는 병원급 및 의원급 의료기관을 모두 포함
측정산식 (단위:명)	정신의료기관 정신병상수/주민등록 인구수X1,000명

- 2021년 12월 21일 기준, 정신의료기관 병상수는 75,474병상이며, 2020년 79,432병상에 비해 3,958병상이 줄어들었다. 이는 코로나19 감염관리에 따른 이격거리 제한, 환자수 감소 때문인 것으로 보인다.

<표 2-14> 연도별 정신의료기관수와 정신병상 수 현황¹⁾

(단위:개소,병상)

	2018년	2019년	2020년	2021년
기관수	1,670	1,839	1,936	2,038
병상수	79,257	78,739	79,432	75,474

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황 보고서 2021」

- 2021년 12월 기준 정신 병상 수의 전체 구성비를 살펴보면, 정신병원이 81.4%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 병원 정신과 8.4%, 종합병원 정신과 7.1%순으로 나타났다.

<표 2-15> 전국 정신의료기관 정신병상 수와 구성비

(단위:개,병상,%)

구분	계	종합병원 정신과	병원 정신과	정신병원	요양병원 정신과	한방병원 정신과	의원 정신과	한의원 정신과
기관수	2,038	218	70	247	3	4	1,494	2
병상수	75,474	5,354	6,373	61,457	-	362	1,928	-
구성비	100	7.1	8.4	81.4	0.0	0.5	2.6	0.0

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황 보고서 2021」

주1: 개방병상 포함.

- 17개 시·도별 2021년 정신의료기관 정신병상 수는 경기 15,307병상으로 가장 많으며 경남은 그 중 9,423병상으로 2위를 차지했다.

<표 2-16> 전국 시·도별 정신병상 수

(단위:병상)

시·도	정신병상 수
서울	4686
부산	6136
대구	4427
인천	3784
광주	2173
대전	1677
울산	1405
세종	118
경기	15307
강원	2082
충북	3617
충남	5041
전북	2956
전남	4333
경북	7917
경남	9423
제주	392

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 전국의 2021년 정신의료기관 정신병상 수를 인구 1,000명당으로 환산하면 1.47병상이며, 전년대비 0.06병상 감소한 것을 알 수 있다.
- 17개 시·도별로 2021년 정신의료기관의 정신병상(정원)수를 인구 1,000명당으로 환산하면 경북 3.05병상, 경남 2.87병상, 전남 2.38병상 순으로 경남이 전국 2순위로 나타났다.

<표 2-17> 전국 시도별 정신병상(정원) 수

(단위:병상)

구분	정신병상 (정원)수	인구1,000명당정신병상(정원)수								
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
전국	75,474	1.89	1.90	1.89	1.87	1.83	1.82	1.77	1.53	1.47
서울	4,686	0.60	0.67	0.64	0.61	0.61	0.57	0.54	0.50	0.50
부산	6,136	1.92	1.97	1.99	2.03	1.97	2.15	2.14	1.94	1.85
대구	4,427	1.96	2.58	2.39	2.43	2.40	2.21	2.21	1.89	1.87
인천	3,784	1.57	1.43	1.43	1.49	1.47	1.47	1.41	1.31	1.28
광주	2,173	2.47	2.34	2.28	2.22	2.18	2.37	2.08	1.63	1.52
대전	1,677	1.97	1.64	1.88	1.95	1.74	1.90	1.72	1.16	1.16
울산	1,405	1.58	1.55	1.15	1.35	1.33	1.48	1.45	1.33	1.27
세종	118	3.43	1.88	1.51	1.31	0.98	0.88	0.81	0.34	0.31
경기	15,307	1.55	1.50	1.50	1.46	1.43	1.41	1.33	1.19	1.13
강원	2,082	1.79	1.75	1.78	1.74	1.75	1.67	1.51	1.41	1.36
충북	3,617	3.08	3.01	3.05	3.09	3.04	3.07	3.05	2.41	2.27
충남	5,041	3.57	3.41	3.48	3.42	3.45	2.86	3.25	2.51	2.37
전북	2,956	2.06	2.04	2.10	2.01	1.94	2.09	1.99	1.59	1.67
전남	4,333	3.19	3.19	3.21	3.13	3.05	3.18	3.04	2.58	2.38
경북	7,917	3.58	3.81	3.79	3.68	3.47	3.62	3.50	3.08	3.05
경남	9,423	3.44	3.59	3.36	3.35	3.36	3.34	3.33	3.09	2.87
제주	392	1.11	1.12	1.16	1.21	1.09	0.96	0.95	0.59	0.58

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」, 「국가통계포털, 주민등록인구통계 2021」

2. 정신건강 규모

가. 정신장애 평생유병률

- 정신건강실태조사는 정신건강복지법 제 10조에 근거하여 5년마다 실시되고 있다. 2021년도 정신건강실태조사에 의하면, 정신장애 평생 유병률은 27.8%이며 성별로는 남성은 32.7%, 여성은 22.9%로 나타났다.
- 정신장애 1년 유병률¹은 남자 8.9%, 여자 8.0% 전체 8.5%였고, 니코틴 사용장애를 제외한 1년 유병률은 남자 5.2%, 여자 7.6% 전체 6.4%로 여자의 경우 남자보다 1.5배 높았다. 정신장애 평생유병률²은 남자 32.7%, 여자 22.9%, 전체 27.8%로, 성인 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다.
- 정신건강 문제별 평생 유병률은 알코올 사용장애 11.6%, 니코틴 사용장애 9.5%, 불안장애 9.3%순으로 나타났으며, 성별로는 남성은 니코틴 사용장애, 여성은 불안장애가 가장 높게 나타났다.

<표 2-18> 정신장애 평생 유병률

(단위:%)

구분	남자	여자	전체
알코올사용장애	17.6	5.4	11.6
니코틴사용장애	17.7	1.1	9.5
우울장애	5.7	9.8	7.7
불안장애	5.4	13.4	9.3

※출처: 보건복지부(2022), 「2021년도 정신건강실태조사」

- 2022년 경상남도의 정신장애 평생 유병률에 따른 추정인구 수를 살펴보면, 알코올 사용장애 추정 인구수가 306,110명으로 가장 많은 수를 나타내고 있으며, 니코틴장애의 추정 인구 수가 250,693명으로 두 번째로 많이 나타났다.

1 지난 1년 동안 알코올 사용 장애, 니코틴 사용 장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나에라도 이환된 적이 있는 사람의 비율

2 평생동안 알코올 사용 장애, 니코틴 사용 장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나에라도 이환된 적이 있는 사람의 비율

<표 2-19> 전국 및 경상남도 정신장애 추정인구 수

(단위:%,명)

구분	평생 유병률	전국 추정 인구 수	경남 추정 인구수	일년 유병률	전국 추정 인구수 ³	경남 추정 인구수 ⁴
알코올사용장애	11.6	4,863,785	306,110	2.6	1,090,159	68,611
니코틴사용장애	9.5	3,983,272	25,693	2.7	1,132,088	71,250
우울장애*	7.7	3,228,547	23,193	1.7	712,796	44,861
불안장애	9.3	3,899,414	245,415	3.1	1,299,805	81,805
알코올,니코틴,우울, 불안장애**	27.8	11,656,312	733,607	8.5	3,563,980	224,304
알코올,우울, 불안장애***	22.9	9,601,782	604,302	6.4	2,683,468	168,888
우울장애, 불안장애****	14.4	6,037,802	379,998	4.4	1,844,884	116,111

※출처: 보건복지부(2022)「2021년도 정신건강실태조사」, 행정안전부「주민등록인구현황(2022.09기준)」

- *21년도 조사 항목에서는 양극성장애 항목이 제외되어, 주요우울장애와 기분부전장애를 합친 진단군을 우울장애하고 구분함
- **알코올 사용장애, 니코틴 사용장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 해당되는 경우
- ***알코올 사용장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 해당되는 경우
- ****우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 해당되는 경우

3) 2022년 9월 30일 기준 만18세 이상 만 79세 이하 인구수: 41,929,180명(총인구 51,466,658명)

2) 2022년 9월 30일 기준 경남 만18세 이상 만 79세 이하 인구수: 2,638,875명(총인구 3,286,470명)

나. 스트레스 인지율

<표 2-20> 스트레스 인지율 정의 및 측정산식

정의	평소 일상생활 중 스트레스를 “대단히 많이” 또는 “많이” 느끼는 사람의 분율
측정산식 (단위:%)	평소 일상생활 중 스트레스를 “대단히 많이” 또는 “많이” 느끼는 사람의 수/만 19세 이상 조사대상 응답자 수X100
유의사항	전국 결과의 경우 중앙값을 사용하였으며 시·도별 결과 및 경상남도 결과는 표준화율을 기준으로 작성함. -중앙값: 지역별 산출한 지표결과를 크기 순서대로 정렬하였을 때 가장 중앙에 위치하는 값 -표준화율: 비교하고자 하는 집단 간 인구구조 차이를 보정한 통계치(2005년 추계인구 기준)

1) 전국 결과

- 전국 평균 스트레스 인지율은 최근 10년 중 2015년이 28.3%로 가장 높게 나타나다가 이후 감소추세를 보였으나, 2020년부터 26.2%로 다시 증가하는 추세이다.

<표 2-21> 전국 연도별 스트레스 경험률 추이

(단위:%)

2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
27.9	27.3	28	28.3	28	26.9	26.4	25.2	26.2	26.2

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

2) 시·도별 결과

- 경남은 2019년도까지 낮은 순위를 나타내다 2020년 8위로 급격하게 순위가 높아졌지만 2021년 12위로 다시 낮아졌다.

<표 2-22> 전국 연도별 시·도별 스트레스 인지율 및 순위

(단위:%)

시·도	지역 표준화 실 값											시·도 대비 순위(지표 실 값 높을수록 1위)									
	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년	
서울	31.1	29.4	30.6	31.5	30.1	28.1	27.7	27.2	29.5	28.0	3	5	2	2	5	8	6	6	2	4	
부산	27.6	25.3	26.9	27.5	27.0	25.8	24.4	23.7	25.8	25.7	10	13	12	10	9	9	16	16	10	9	

대구	27.2	26.5	26.0	25.4	26.6	25.5	23.3	25.1	23.1	24.2	13	11	15	15	10	11	17	10	16	15
인천	31.9	31.6	33.2	31.3	30.5	28.6	31.7	29.9	32.8	29.5	2	2	1	3	2	6	1	1	1	1
광주	29.4	29.2	28.1	27.8	28.7	28.4	26.4	28.1	27.4	27.7	8	7	9	9	7	7	11	4	6	5
대전	27.4	29.2	28.7	29.2	31.5	25.6	27.9	25.2	23.9	24.0	11	7	7	7	1	10	5	9	15	16
울산	24.9	20.4	25.2	23.8	24.9	24.4	25.2	23.9	25.6	24.8	16	17	17	17	16	15	13	15	12	13
세종	32.3	34.3	28.5	32.5	25.0	29.5	30.1	29.2	24.1	25.5	1	1	8	1	15	4	2	3	14	10
경기	30.1	39.6	30.2	31.2	30.3	30.1	28.4	27.7	29.0	28.1	6	4	3	4	4	2	4	5	3	3
강원	27.4	26.1	27.2	28.8	26.6	28.9	27.0	24.9	28.3	28.3	11	12	11	8	10	5	9	11	4	2
충북	29.8	29.7	29.4	30.0	28.4	29.7	27.1	26.2	26.2	27.2	7	3	6	5	8	3	8	7	9	6
충남	30.4	29.3	30.1	29.5	29.3	30.8	26.9	29.7	27.5	27.0	4	6	4	6	6	1	10	2	5	7
전북	29.3	27.3	27.4	25.5	24.3	23.6	28.7	26.1	27.0	26.2	9	10	10	14	17	16	3	8	7	8
전남	25.1	25.0	26.6	25.7	25.5	25.4	25.4	24.2	21.7	23.7	15	14	14	13	13	12	12	13	17	17
경북	25.3	24.1	26.8	26.0	25.4	24.7	24.5	24.3	25.2	24.7	14	15	13	12	14	13	15	12	13	14
경남	23.8	23.5	25.6	25.4	25.6	22.3	25.0	24.0	26.4	24.9	17	16	16	15	12	17	14	14	8	12
제주	30.2	29.2	29.7	26.5	30.4	24.5	27.3	23.2	25.8	25.3	5	7	5	11	3	14	7	17	10	11

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

3) 경상남도 결과

- 지난 10년간 경상남도의 스트레스 인지율이 가장 높은 해는 2020년 26.4%이며 2021년에는 전년 대비 1.5%감소한 24.9%로 나타났다.

<표 2-23> 경상남도 스트레스 인지율

(단위:%)

2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
23.8	23.5	25.6	25.4	25.6	22.3	25.0	24.0	26.4	24.9

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

○ 2012년부터 2021년까지 최근 10년간의 경상남도 시·군별 스트레스 인지율은 다음과 같다.

<표 2-24> 경상남도 연도별 시·군별 스트레스 인지율

(단위:%)

시·군	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년
창원시 창원	25.5	29	28.5	25.2	26.6	25.5	24.3	25.1	25.6	28
창원시 마산	19.9	18.8	23.1	26.2	22	22	26.9	23.2	27	23.7
창원시 진해	22.5	23.2	27.5	31.7	23.1	19.8	31.1	29	26.2	24.3
진주	24.3	26.7	29.1	27.7	30.2	23.8	25.1	25.2	29.9	29.3
통영	26.6	22.3	27.1	26.4	28.8	24	27.2	32.3	20.6	18.1
사천	24.8	23.2	26.8	27.1	24.3	19	15.8	10	30.8	25.5
김해	27.1	22.6	22.1	23	25.4	19.2	28.9	27.1	29.5	29.3
밀양	21	14.1	18.7	26.1	19.1	23.1	26.8	17.4	25.7	17.8
거제	17.5	15.9	20.9	20	26.7	23	20.3	20.7	21.4	13.1
양산	23.7	22.2	27.3	26	22.8	22.2	22.8	22.1	28	26.5
의령	21.7	28.6	21.4	21.2	28.7	26	26.2	22.6	18.4	20.7
함안	31.4	32.3	26	29	26.6	20.8	26.1	22.9	27.2	22.2
창녕	30.8	29.8	24.2	19.7	29.9	18.7	17.2	18.2	15.1	15.2
고성	23.4	23.1	25.9	22.3	24.9	24.3	15.7	17.2	16.1	18.1
남해	26.9	22.4	26.1	26.4	31.2	25.7	20.3	19.7	21.7	23.4
하동	25.3	25	26.2	32	30.8	19.2	20.1	21.1	27.3	19.5
산청	17	23.3	21.7	19.9	26.3	18.2	17.9	15.4	18.6	21.1
함양	23.9	26.1	25.7	26.6	22.9	22.3	18.9	23.4	23.7	24.2
거창	22.8	24.2	29.5	25.9	23.2	24.4	25.9	27.8	24.3	20.5
합천	22	20.3	28.2	22.1	23.9	21.3	28.1	19.5	20.3	21.7

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 2021년 경상남도 시·군별 스트레스 인지율은 김해시·진주시(29.3%)가 가장높게 나타났고, 창원시 창원(28%), 양산시(25.6%) 순으로 나타났다.
- 최근 3년간 경상남도 시·군별 스트레스 인지율을 살펴보면 진주시와 김해시는 매년 평균 2019년(24%), 2020년(26.4%), 2021년(24.9%)보다 높은 것으로 나타났다.

<표 2-25> 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 스트레스 인지율

(단위:%)

구분	2019년	2020년	2021년
창원시 창원	25.1	25.6	28
창원시 마산	23.2	27	23.7
창원시 진해	29	26.2	24.3
진주	25.2	29.9	29.3
통영	32.3	20.6	18.1
사천	10	30.8	25.5
김해	27.1	29.5	29.3
밀양	17.4	25.7	17.8
거제	20.7	21.4	13.1
양산	22.1	28	26.5
의령	22.6	18.4	20.7
함안	22.9	27.2	22.2
창녕	18.2	15.1	15.2
고성	17.2	16.1	18.1
남해	19.7	21.7	23.4
하동	21.1	27.3	19.5
산청	15.4	18.6	21.1
함양	23.4	23.7	24.2
거창	27.8	24.3	20.5
합천	19.5	20.3	21.7

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

다. 우울감 경험률

<표 2-26> 우울감 경험률 정의 및 측정산식

정의	최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 사람의 분율
측정산식 (단위:%)	최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 사람수/만19세 이상 조사대상 응답자 수X100
유의사항	전국 결과의 경우 중앙값을 사용하였으며 시·도별 결과 및 경상남도 결과는 표준화율을 기준으로 작성함. -중앙값: 지역별 산출한 지표결과를 크기 순서대로 정렬하였을 때 가장 중앙에 위치하는 값 -표준화율: 비교하고자 하는 집단 간 인구구조 차이를 보정한 통계치(2005년 추계인구 기준)

1) 전국 결과

- 전국 연도별 우울감 경험률을 보면 2021년이 6.7%로 가장 높게 나타났으며 2020년(5.7%)에 비해1% 증가했다.

<표 2-27> 전국 연도별 우울감 경험률 추이

										(단위:%)
2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	
4.7	5.2	6.4	6.0	5.5	5.8	5.0	5.5	5.7	6.7	

※출처: 질병관리청(2022),「지역사회건강조사」

2) 시·도별 결과

- 2021년 시·도별 우울감 경험률은 인천 8.8%, 충남 8.1%, 전북 7.6% 순으로 높으며, 전남 5.1%로 가장 낮게 나타났다.

<표 2-28> 전국 시·도별 우울감 경험률

																	(단위:%)
서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	
6.8	6.9	5.8	8.8	6.3	6.5	6.3	6.6	7.1	7.2	7.3	8.1	7.6	5.1	6.0	7.1	5.8	

※출처: 질병관리청(2022),「지역사회건강조사」

- 경남은 낮은 순위를 나타내다 2020년 2위로 급격하게 순위가 증가하였고, 2021년에는 6위로 전년대비 순위가 낮아졌으나 우울감 경험률은 증가 추세이다.

<표 2-29> 전국 연도별 시·도별 우울감 경험률 및 순위

(단위:%)

시·도	지역 표준화 실 값										시·도 대비 순위(지표 실 값 높을수록 1위)									
	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년
서울	6.7	7.0	8.1	7.8	6.9	7.1	4.9	6.5	6.3	6.8	1	2	3	3	2	4	11	3	3	9
부산	4.9	4.8	5.8	5.2	5.8	6.0	6.0	5.5	5.7	6.9	10	12	13	12	8	9	6	9	9	8
대구	5.6	5.3	5.4	5.1	4.9	4.6	3.4	5.4	5.4	5.8	3	10	14	13	12	16	17	10	12	15
인천	5.6	7.5	8.3	7.9	6.9	7.2	8.1	7.6	7.9	8.8	3	1	2	1	2	3	2	1	1	1
광주	6.1	4.6	6.4	5.0	4.6	5.4	4.5	5.4	4.5	6.3	2	14	9	14	14	12	14	10	15	12
대전	4.3	6.8	5.9	7.6	7.4	5.6	4.7	4.2	4.8	6.5	13	4	12	4	1	11	13	16	13	11
울산	3.1	3.6	5.3	4.8	3.8	4.4	4.8	5.4	5.5	6.3	17	17	15	15	17	17	12	10	11	12
세종	4.7	4.9	6.9	7.5	4.9	7.7	6.1	4.9	6.1	6.6	12	11	7	5	12	1	5	13	5	10
경기	5.4	6.5	6.9	6.3	6.5	6.9	6.2	6.5	6.3	7.1	5	5	7	9	5	5	4	3	3	6
강원	4.8	5.8	8.1	6.1	5.3	6.8	5.3	5.7	5.7	7.2	11	8	3	10	11	6	8	8	9	5
충북	5.0	6.9	8.8	7.9	5.8	5.7	5.7	6.4	5.9	7.3	9	3	1	1	8	10	7	7	8	4
충남	5.3	6.0	7.9	6.6	6.4	7.6	6.8	6.5	6.0	8.1	6	7	5	8	6	2	3	3	7	2
전북	5.1	5.8	6.4	4.4	5.9	6.4	8.7	6.7	4.8	7.6	8	8	9	17	7	7	1	2	13	3
전남	3.9	4.0	4.6	6.7	4.5	5.1	4.4	4.2	4.2	5.1	15	15	16	7	15	13	16	16	17	17
경북	3.8	4.8	6.3	7.1	5.8	5.1	5.3	6.5	6.1	6	16	12	11	6	8	13	8	3	5	14
경남	4.0	3.9	4.2	4.7	4.1	5.0	5.2	4.8	6.4	7.1	14	16	17	16	16	15	10	14	2	6
제주	5.3	6.2	7.9	5.7	6.6	6.4	4.5	4.6	4.3	5.8	6	6	5	11	4	7	14	15	16	15

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

3) 경상남도 결과

- 2021년도 경상남도 우울감 경험률은 7.1%로 전년대비 0.7% 증가했으며, 2012년부터 2021년 까지의 10여년 중에서 가장 높게 나타났다.

<표 2-30> 경상남도 연도별 우울감 경험률

(단위:%)

2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
4	3.9	4.2	4.7	4.1	5	5.2	4.8	6.4	7.1

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 2012년부터 2021년까지 최근 10년간의 경상남도 시·군별 우울감 경험률은 다음과 같다.

<표 2-31> 경상남도 연도별 시·군별 우울감 경험률

(단위:%)

시·군	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년
창원시 창원	7.4	5.7	6.8	4.2	5.1	6.8	5	6.6	4.1	7.1
창원시 마산	3	2.1	2.3	4.8	2.5	3.9	5.5	1.7	8.5	6.1
창원시 진해	3	7.3	5	5.7	5.1	3.2	7.6	5.7	5.1	6.6
진주	3.9	6.5	1.9	4.6	4	4.1	6.7	3.3	5.8	5.9
통영	3.5	4.1	2.9	2.1	5.6	6.6	5	5.3	3.9	4.5
사천	2.5	3	7.7	6.1	5.4	5.7	3.5	3.2	7.8	4.7
김해	3.6	1.4	3.5	2.8	2.4	6.2	5.2	7.2	10.2	13
밀양	4.5	1.1	1.2	4.4	5.2	6.2	6.7	1.5	5.4	5.6
거제	3.4	2.2	5.2	5.3	4.9	6.4	7.1	7.3	5.6	6.9
양산	3.1	3.9	2.1	5.5	3.6	2.5	3.7	3.6	7.2	6.3
의령	1.3	4.3	4.8	5.1	6.7	5.8	2	3.5	5.1	6.9
함안	4.1	5.4	2.3	6.4	3.9	4.9	3.4	2.7	1.9	3.4
창녕	4.5	2.3	1.5	7.3	3.6	3	0.8	2.6	1.6	1.8
고성	4.2	3.5	6.9	1.4	2.8	2.8	2.5	3.6	4	5.2
남해	6.2	4.3	8.9	3.6	7.2	8.8	4.4	5	3.3	3.3
하동	3.3	3.7	5.1	11.7	6.2	5.3	6.4	4.2	4.7	4.3
산청	2.3	2.8	4.4	4	2.8	5.1	7.5	6.6	5.4	3.6
함양	7.4	5.5	5.2	8.6	5.3	6.4	2.8	2.7	4.6	6.8
거창	2.3	4.6	6.7	8.1	4.5	3.9	2.6	5.1	3.5	1.9
합천	2.5	2.4	8.6	5.7	4.8	3.4	3.7	2.4	2.3	2.2

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 2021년도 경상남도 시·군별 우울감 경험률은 김해시(13%), 창원시 창원(7.1%), 거제시·의령군(6.9%)순으로 높게 나타났다.
- 최근 3년간 경상남도 시·군별 우울감 경험률을 살펴보면 김해시는 매년 평균 2019년(4.8%), 2020년(6.4%), 2021년(7.1%)보다 높게 나타났다.

<표 2-32> 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 우울감 경험률

(단위:%)

구분	2019년	2020년	2021년
창원시 창원	6.6	4.1	7.1
창원시 마산	1.7	8.5	6.1
창원시 진해	5.7	5.1	6.6
진주	3.3	5.8	5.9
통영	5.3	3.9	4.5
사천	3.2	7.8	4.7
김해	7.2	10.2	13
밀양	1.5	5.4	5.6
거제	7.3	5.6	6.9
양산	3.6	7.2	6.3
의령	3.5	5.1	6.9
함안	2.7	1.9	3.4
창녕	2.6	1.6	1.8
고성	3.6	4	5.2
남해	5	3.3	3.3
하동	4.2	4.7	4.3
산청	6.6	5.4	3.6
함양	2.7	4.6	6.8
거창	5.1	3.5	1.9
합천	2.4	2.3	2.2

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

라. 우울증상 유병률

<표 2-33> 우울증상 유병률 정의 및 측정산식

정의	우울증선별도구(PHQ-9)점수 총합이 10점 이상인 사람의 분율
측정산식 (단위:%)	우울증선별도구(PHQ-9)점수 총합이 10점 이상인 사람의 수/만 19세 이상 조사대상 응답자 수X100
유의사항	전국 결과의 경우 중앙값을 사용하였으며 시·도별 결과 및 경상남도 결과는 표준화율을 기준으로 작성함. -중앙값: 지역별 산출한 지표결과를 크기 순서대로 정렬하였을 때 가장 중앙에 위치하는 값 -표준화율: 비교하고자 하는 집단 간 인구구조 차이를 보정한 통계치(2005년 추계인구 기준)

1) 전국 결과

- 지난 5년동안 전국 우울증상유병률 추이를 살펴보면 2021년이 3.1%로 가장 높으며 전년 대비 0.5% 증가했다.

<표 2-34> 2017-2021년 전국 우울증상유병률 추이

(단위:%)

2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
2.7	2.8	2.7	2.6	3.1

※출처: 질병관리청(2022),「지역사회건강조사」

2) 시·도별 결과

- 2021년도 전국 시·도별 우울증상유병률은 충남4%, 인천3.8%, 광주·경기·강원·경남 3.6% 순으로 높게 나타났다.

<표 2-35> 전국 시·도별 우울증상유병률

(단위:%)

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
3.5	3	2.7	3.8	3.6	3.1	2.8	2.4	3.6	3.6	3	4	3.4	2.1	3.3	3.6	2.3

※출처: 질병관리청(2022),「지역사회건강조사」

- 경남은 2019년도까지는 낮은 순위를 나타내다 2020년 8위, 2021년 3위로 급격하게 순위가 증가 하였다.

<표 2-36> 전국 2017-2021년 시도별 우울증상유병률 및 순위

(단위:%)

시·도	지역 표준화 실 값					시·도 대비 순위(지표 실 값 높을수록 1위)				
	17년	18년	19년	20년	21년	17년	18년	19년	20년	21년
서울	3.6	3.5	3.7	3.2	3.5	4	5	2	6	7
부산	2.8	3.5	2.7	2.6	3.0	10	5	10	11	11
대구	2.4	1.9	2.6	2.1	2.7	15	17	11	14	14
인천	3.8	4.8	3.5	3.7	3.8	3	1	5	2	2
광주	4.1	3.2	3.0	2.7	3.6	2	9	8	9	3
대전	3.0	2.1	2.1	2.0	3.1	6	15	16	15	10
울산	1.6	2.9	2.5	2.7	2.8	17	11	14	9	13
세종	2.8	3.6	2.3	4.1	2.4	10	4	15	1	15
경기	3.1	3.2	3.2	3.3	3.6	5	9	7	4	3
강원	3.0	2.9	3.8	3.4	3.6	6	11	1	3	3
충북	2.8	3.4	3.7	2.6	3.0	10	7	2	11	11
충남	5.2	4.3	3.6	2.4	4.0	1	2	4	13	1
전북	3.0	3.9	2.8	3.0	3.4	6	3	9	7	8
전남	2.6	2.7	2.6	2.0	2.1	13	14	11	15	17
경북	2.9	3.4	3.5	3.3	3.3	9	7	5	4	9
경남	2.1	2.8	2.6	2.8	3.6	16	13	11	8	3
제주	2.5	2.0	2.1	2.0	2.3	14	16	16	15	16

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

3) 경상남도 결과

- 2021년 경상남도 우울증상유병률은 3.6%로 지난 5년 중 가장 높으며 전년 대비 0.8% 증가하였다.

<표 2-37> 경상남도 연도별 우울증상유병률

(단위:%)

2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
2.1	2.8	2.6	2.8	3.6

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 2017년부터 2021년까지 최근 5년간의 경상남도 시·군별 우울증상유병률은 다음과 같다.

<표 2-38> 경상남도 연도별 시·군별 우울증상유병률

(단위:%)

시·군	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
창원시 창원	1.9	2.7	4.3	2.9	3.5
창원시 마산	3.9	3.2	2.6	3.5	3.9
창원시 진해	2.7	3.5	3.8	1.2	3.5
진주	1.7	3.5	1.8	2.4	2.7
통영	2.3	3.2	1.4	0.5	1.8
사천	2.0	1.3	0.5	3.5	3.6
김해	1.5	3.1	2.5	2.6	5.5
밀양	1.7	2.5	0.4	3.5	3.3
거제	2.4	3.5	2.2	3.4	3.2
양산	1.6	1.4	1.8	4.5	2.9
의령	5.1	3.5	3.1	0.6	2.5
함안	1.7	2.0	3.2	0.9	3.8
창녕	1.3	0.1	0.8	0.1	0.1
고성	1.1	0.9	2.5	0.7	1.4
남해	3.4	2.8	2.0	1.4	2.3
하동	1.6	1.7	1.8	0.7	3.0
산청	4.2	2.3	4.5	3.0	2.2
함양	3.6	3.4	1.8	4.4	8.3
거창	2.6	2.4	4.2	1.9	3.1
합천	1.8	3.2	1.9	1.0	3.2

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 2021년도 경상남도 시·군별 우울증상유병률은 함양군 8.3%, 김해시 5.5%, 창원시 마산 3.9% 순으로 높게 나타났다.
- 최근 3년간 경상남도 시·군별 우울증상유병률을 살펴보면 함양군은 2019년(2.6%)을 제외하고 평균 2020년(2.8%), 2021년(3.6%)보다 높은 것으로 나타났다.

<표 2-39> 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 우울증상유병률

(단위:%)

구분	19년	20년	21년
창원시 창원	4.3	2.9	3.5
창원시 마산	2.6	3.5	3.9
창원시 진해	3.8	1.2	3.5
진주	1.8	2.4	2.7
통영	1.4	0.5	1.8
사천	0.5	3.5	3.6
김해	2.5	2.6	5.5
밀양	0.4	3.5	3.3
거제	2.2	3.4	3.2
양산	1.8	4.5	2.9
의령	3.1	0.6	2.5
함안	3.2	0.9	3.8
창녕	0.8	0.1	0.1
고성	2.5	0.7	1.4
남해	2.0	1.4	2.3
하동	1.8	0.7	3.0
산청	4.5	3.0	2.2
함양	1.8	4.4	8.3
거창	4.2	1.9	3.1
합천	1.9	1.0	3.2

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

마. 고위험 음주율

<표 2-40> 고위험 음주율 정의 및 측정산식

정의	최근 1년 동안 음주한 경험이 있는 만 19세 이상 인구 중 주 2회 이상 음주하고 1회 평균 음주량이 7자(여성 5잔) 이상인 사람의 비율
측정산식 (단위:%)	주2회 이상 음주하고, 1회 평균 7잔(여성 5잔 이상)음주한 사람 수/최근 1년간 음주한 경험이 있는 만19세 이상 조사대상자 수 X100
유의사항	전국 결과의 경우 중앙값을 사용하였으며 시·도별 결과 및 경상남도 결과는 표준화율을 기준으로 작성함. -중앙값: 지역별 산출한 지표결과를 크기 순서대로 정렬하였을 때 가장 중앙에 위치하는 값 -표준화율: 비교하고자 하는 집단 간 인구구조 차이를 보정한 통계치(2005년 추계인구 기준)

1) 전국 결과

○ 2021년 고위험 음주율의 전국 중앙값은 11.0%로 2020년 10.9%에 비해 0.1%p 증가했다.

<표 2-41> 전국 연도별 고위험 음주율 추이

(단위:%)

2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
12.4	14.4	14.6	15	14.8	15.3	15	14.1	10.9	11

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

2) 시·도별 결과

○ 2021년 시·도별 고위험 음주율은 강원에서 14.4%로 가장 높게 나타나고, 세종이 7.6%로 가장 낮게 나타났다. 경남은 11.2%로 9위로 나타났다.

<표 2-42> 2021년도 전국 시·도별 고위험 음주율

(단위:%)

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
9.1	10.9	9.6	12.2	11.9	7.9	10.8	7.6	10.3	14.4	12.6	11.5	11.5	10.9	11.5	11.2	13

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 경남은 2019년도까지는 높은 순위를 나타내다 2020년 10위로 급격하게 순위가 떨어졌으며 2021년에는 9위로 전년대비 1개순위 올랐다.

<표 2-43> 전국 연도별 시·도별 고위험 음주율 및 순위

(단위:%)

시·도	지역 표준화 실 값										시·도 대비 순위(지표 실 값 높을수록 1위)									
	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년
서울	12.6	14.0	13.5	14.5	13.2	14.0	13.8	13.5	9.6	9.1	10	9	12	11	13	12	12	15	15	
부산	14.6	16.0	15.1	15.9	15.1	14.9	17.2	13.7	11.4	10.9	3	2	7	4	8	9	2	11	8	10
대구	11.9	12.2	13.1	13.5	12.6	12.9	11.9	12.1	9.1	9.6	12	17	15	15	17	14	16	15	16	14
인천	14.4	14.5	16.2	14.9	16.0	16.6	15.8	14.6	12.2	12.2	5	6	5	7	4	3	5	5	4	4
광주	11.4	13.5	12.8	13.5	13.2	12.5	12.7	13.2	9.8	11.9	14	10	16	15	13	15	14	13	14	5
대전	13.3	13.5	13.4	14.2	13.3	12.5	12.4	11.2	10.4	7.9	7	10	14	13	12	15	15	16	12	16
울산	12.8	12.5	14.6	14.9	15.5	16.2	15.5	14.5	11.7	10.8	9	15	10	7	6	5	6	7	6	12
세종	16.3	13.4	13.5	11.2	12.7	13.2	11.0	10.8	6.6	7.6	1	12	12	17	16	13	17	17	17	17
경기	12.4	14.3	15.1	14.8	14.8	15.0	14.5	13.8	10.8	10.3	11	7	7	9	10	8	11	10	11	13
강원	15.4	17.1	17.0	18.7	16.9	18.2	17.9	16.3	14.3	14.4	2	1	2	1	3	1	1	2	1	1
충북	13.0	15.0	16.9	16.0	17.2	17.0	16.0	17.6	13.4	12.6	8	5	3	3	1	2	3	1	2	3
충남	11.4	13.4	14.7	15.5	15.5	16.3	15.0	14.6	12.1	11.5	14	12	9	5	6	4	10	5	5	6
전북	10.1	13.0	12.7	14.3	13.1	11.6	13.6	12.2	9.9	11.5	16	14	17	12	15	17	13	14	13	6
전남	9.8	12.4	14.3	13.8	14.1	14.7	15.2	15.1	11.3	10.9	17	16	11	14	11	10	8	4	9	10
경북	11.8	14.2	15.3	15.4	14.9	15.8	15.1	14.2	11.6	11.5	13	8	6	6	9	7	9	8	7	6
경남	14.3	16.0	16.7	16.5	15.8	15.9	15.9	15.6	11.0	11.2	6	2	4	2	5	6	4	3	10	9
제주	14.5	16.0	17.2	14.6	17.2	14.1	15.5	14.0	13.4	13.0	4	2	1	10	1	11	6	9	2	2

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

3) 경상남도 결과

- 경남의 고위험 음주율은 2018년 이후 감소세를 이어오다 2021년 11.2%로 전년 대비 0.2% 상승했다.

<표 2-44> 경상남도 연도별 고위험 음주율

(단위:%)

2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
14.3	16.0	16.7	16.5	15.8	15.9	15.9	15.6	11.0	11.2

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 2012년부터 2021년까지 최근 10년간의 경상남도 시·군별 고위험 음주율은 다음과 같다.

<표 2-45> 경상남도 연도별 시군별 고위험 음주율

(단위:%)

시·군	12년	13년	14년	15년	16년	17년	18년	19년	20년	21년
창원시 창원	14.2	16.0	18.0	19.5	16.6	15.5	15.7	16.1	10.4	8.6
창원시 마산	13.5	16.6	14.6	14.7	17.1	14.0	14.0	14.0	9.5	9.9
창원시 진해	17.1	22.0	20.5	16.8	17.8	20.6	14.6	15.8	10.2	10.0
진주	16.7	15.8	14.6	16.1	15.8	17.0	17.6	15.7	12.6	12.5
통영	15.0	16.0	13.4	15.5	17.2	18.8	18.4	11.3	13.5	9.9
사천	13.4	17.5	19.9	18.8	16.6	15.5	16.7	14.7	16.2	14.8
김해	15.9	14.9	17.1	15.4	13.9	13.5	16.1	17.5	8.4	11.5
밀양	9.9	13.4	14.2	13.5	15.7	12.2	16.3	12.4	8.8	14.0
거제	13.1	16.5	17.1	14.0	15.7	15.3	16.6	15.9	11.1	10.9
양산	14.9	15.2	18.2	18.8	16.6	19.0	14.8	15.7	12.5	13.1
의령	8.2	12.7	14.4	10.5	13.2	18.3	22.1	15.7	12.6	8.2
함안	13.3	17.4	15.3	12.6	11.4	13.4	13.3	12.8	12.2	10.6
창녕	7.7	14.7	13.5	18.2	12.2	15.6	13.4	11.4	8.3	5.7
고성	13.0	16.6	20.0	21.4	16.2	17.4	16.7	19.3	14.6	12.0
남해	16.1	18.4	14.8	20.6	15.7	22.0	19.3	18.2	18.2	16.2
하동	16.2	15.5	14.1	14.7	14.9	13.4	15.6	15.2	13.6	11.0
산청	9.7	12.2	13.2	13.4	12.4	12.0	17.8	11.3	10.6	10.2
함양	7.6	13.3	13.5	16.0	18.9	15.9	13.9	18.9	10.2	10.4
거창	12.9	16.6	15.7	22.4	18.3	17.3	12.5	18.3	12.1	13.4
합천	11.2	9.9	13.7	16.5	13.9	15.1	19.6	18.2	15.1	18.1

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

- 2021년도 경상남도 시·군별 고위험 음주율은 합천군이 18.1%로 가장 높으며 남해군 16.2%, 사천시 14.8% 순으로 나타났다.
- 최근 3년간 경상남도 시·군별 고위험 음주율을 살펴보면 진주시, 양산시, 고성군, 남해군, 거창군, 합천군은 평균 2019년(15.6%), 2020년(11%), 2021(11.2%)보다 항상 높은 것으로 나타났다.

<표 2-46> 2019-2021년 경상남도 연도별 시·군별 고위험 음주율

(단위:%)

구분	2019년	2020년	2021년
창원시 창원	16.1	10.4	8.6
창원시 마산	14.0	9.5	9.9
창원시 진해	15.8	10.2	10.0
진주	15.7	12.6	12.5
통영	11.3	13.5	9.9
사천	14.7	16.2	14.8
김해	17.5	8.4	11.5
밀양	12.4	8.8	14.0
거제	15.9	11.1	10.9
양산	15.7	12.5	13.1
의령	15.7	12.6	8.2
함안	12.8	12.2	10.6
창녕	11.4	8.3	5.7
고성	19.3	14.6	12.0
남해	18.2	18.2	16.2
하동	15.2	13.6	11.0
산청	11.3	10.6	10.2
함양	18.9	10.2	10.4
거창	18.3	12.1	13.4
합천	18.2	15.1	18.1

※출처: 질병관리청(2022), 「지역사회건강조사」

바. 인구 10만 명당 자살사망률

<표 2-47> 인구 10만 명당 자살사망률 정의 및 측정산식

정의	인구 10만 명 당 자살자 수로 자살(고의적 자해)에 의한 연간 사망자 수를 해당연도의 연앙 인구로 나눈 수치를 100,000분비로 표시한 것 (연앙인구 :1년 인구 중 그 해의 중간 일인 7월 1일의 인구 수)
측정산식 (단위:%)	(자살에 의한 연간 사망자수/주민등록 연앙인구)X100,000명 =Σ(연령별 자살 사망률X표준인구의 연령별인구)/표준인구
참고사항	연령표준화 자살사망률은 인구구조가 다른 집단 간의 사망 수준을 비교하기 위해 연령구조가 사망률에 미치는 영향을 제거한 사망률 자살자 수와 자살률 용어에 대해서 자살사망자 수와 자살 사망률로 용어 통일함

1) 전국 결과

- 국내인구 10만 명당 자살사망률:26명
- 2021년 총 사망자 수317,680명 중 자살사망자 수는13,352명으로 전년대비157명 증가하였고, 1일 평균 자살사망자 수는 36.6명이다.
- 국내인구 10만 명당 자살사망률은 26.0명으로 전년 대비 0.3명(1.2%) 증가하였다.

<표 2-48> 2012~2021년 대한민국 자살사망자 수, 자살사망률

(단위:명, 인구 10만 명당(명))

구분	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
자살 사망자	14,160	14,427	13,836	13,513	13,092	12,463	13,670	13,799	13,195	13,352	12,906
자살 사망률	28.1	28.5	27.3	26.5	25.6	24.3	26.6	26.9	25.7	26.0	25.2

※출처: 통계청(2023),「2022년 사망원인통계」

- 2021년도 전국 성별·연령대별 자살사망률을 보면, 남성은80대 이상이 119.4명, 70대 66.4명, 60대 44.3명 순으로 높게 나타나며, 여성은 80대 이상 31.9명, 70대 21.5명, 30대 20.7명 순으로 높게 나타났다.

<표 2-49> 2021년 전국 성별·연령대별 자살사망률

(단위:명, 인구 10만 명당(명))

	9세이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대	전체
남성	0.0	7.3	27.1	33.4	38.9	43.6	44.3	66.4	119.4	35.9
여성	0.1	6.9	19.6	20.7	17.1	16.3	13.1	21.5	31.9	16.2
전체	0.0	7.1	23.5	27.3	28.2	30.1	28.4	41.8	61.3	26

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021년기준)」

2) 교육정도별

- 2020년 교육정도별 자살자 수는 고등학교 졸업 4,834명(36.6%), 대학교 졸업 3,355명(25.4%), 초등학교 졸업 1,610명(12.2%), 중학교 졸업 1,576명(11.9%), 미상 941명(7.1%), 무학 578명(4.4%), 대학원 이상 301명(2.3%) 순으로 나타났다.

<표 2-50> 2020년 교육정도별 자살 비율

(단위:%)

교육정도	무학	초등학교	중학교	고등학교	대학교	대학원 이상	미상
자살 비율	4.4	12.2	11.9	36.6	25.4	2.3	7.1

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

- 최근 5년간 고등학교 졸업인 경우가 자살률이 가장 높았으며, 다음으로 대학교 졸업, 초등학교 졸업 순으로 나타났다.
- 전년과 대비해서 고등학교 및 대학교 졸업, 미상은 증가했으며, 초등학교 및 중학교 졸업, 대학원 이상 학력의 경우 감소했다.

<표 2-51> 2016~2020년 교육정도별 자살 현황 추이

(단위:명,%)

교육정도		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
무학	자살자 수	762	651	664	612	578
	백분율	5.8	5.2	4.9	4.4	4.4
초등학교	자살자 수	2,173	1,951	1,952	1,876	1,610

	백분율	16.6	15.7	14.3	13.6	12.2
중학교	자살자 수	1,773	1,661	1,791	1,668	1,576
	백분율	13.5	13.3	13.1	12.1	11.9
고등학교	자살자 수	4,873	4,657	4,984	5,023	4,834
	백분율	37.2	37.4	36.5	36.4	36.6
대학교	자살자 수	2,761	2,689	3,298	3,408	3,355
	백분율	21.1	21.6	24.1	24.7	25.4
대학원이상	자살자 수	262	254	288	335	301
	백분율	2.0	2.0	2.1	2.4	2.3
미상	자살자 수	488	600	693	877	941
	백분율	3.7	4.8	5.1	6.4	7.1
전체	자살자 수	13,092	12,463	13,670	13,799	13,195
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

3) 수단별

- 2020년 수단별 자살자 수는 목땀 6,897명(52.3%), 추락 2,186명(16.6%), 가스중독 1,896명(14.4%), 농약중독 691명(5.2%) 순으로 나타났다.

<표 2-52> 2020년 수단별 자살 비율

(단위:%)

수단	약물 중독	알코올 중독	유기용 제중독	가스 중독	농약 중독	기타 중독	목땀	익사	총화기	분신	둔기/ 예기	추락	자동차 /기차	기타
자살 비율	2.8	0	0.1	14.4	5.2	2.1	52.3	4.2	0	0.5	1.3	16.6	0.1	0.4

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

- 최근 5년간 수단별 자살 비율은 2019년을 제외하고 2016~2020년까지 목땀, 추락, 가스중독 순으로 나타났다. 약물중독, 기타중독, 익사는 전년 대비 자살자 수가 증가했다..
- 전년 대비 주요 자살 수단인 목땀은 179명(-2.5%), 가스중독은 386명(-16.9%), 추락은 84명(-3.7%), 농약중독은 91명(-11.6%)이 감소했다.

<표 2-53> 2016~2020년 수단별 자살 현황 추이

(단위:명,%)

수단		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
약물중독	자살자 수	275	202	291	320	369
	백분율	2	1.6	2.1	2.3	2.8
알코올중독	자살자 수	2	0	4	5	6
	백분율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
유기용제중독 ¹	자살자 수	22	14	11	7	12
	백분율	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
가스중독	자살자 수	1,837	1,841	2,152	2,282	1,896
	백분율	14.0	14.8	15.7	16.5	14.4
농약중독	자살자 수	1,016	834	806	782	691
	백분율	7.8	6.7	5.9	5.7	5.2
기타중독	자살자 수	414	384	251	264	282
	백분율	3.2	3.1	1.8	1.9	2.1
목매	자살자 수	6,750	6,524	7,125	7,076	6,897
	백분율	52	52.3	52.1	51.3	52.3
익사	자살자 수	534	473	479	461	558
	백분율	4.1	3.8	3.5	3.3	4.2
총화기	자살자 수	13	11	14	6	5
	백분율	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
분신	자살자 수	78	77	78	89	69
	백분율	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5
둔기/예기 ²	자살자 수	160	135	137	169	165
	백분율	1.2	1.1	1.0	1.2	1.3
추락	자살자 수	1,915	1,896	2,273	2,270	2,186
	백분율	14.6	15.2	16.6	16.5	16.6
자동차/기차 ³	자살자 수	25	24	11	16	7
	백분율	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
기타	자살자 수	51	48	38	52	52
	백분율	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4
전체	자살자 수	13,092	12,463	13,670	13,799	13,195

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

주1: 유기용제 및 할로젠화 탄화수소 및 그 휘발물질에 의한 자의의 중독 및 노출

주2: 예리한 물체에 의한 의도적 자해 / 둔한 물체에 의한 의도적 자해

4) 발생장소별

- 2020년 발생 장소별 자살자 수는 주택 8,603명(65.2%), 기타 명시된 장소 1,957명(14.8%), 상업 및 서비스 구역 904명(6.9%), 도로 및 고속도로 583명(4.4%) 순으로 나타났다.

<표 2-54> 2020년 발생장소별 자살 비율

(단위:명,%)

발생장소	자살비율
주택	65.2
집단거주시설	0.6
학교, 기타 시설 및 공공행정 구역	1.7
운동 및 경기장	0.2
도로 및 고속도로	4.4
상업 및 서비스 구역	6.9
산업 및 건설지역	1.2
농장	1.5
기타 명시된 장소	14.8
상세불명 장소	3.7

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

- 최근 5년간 주택에서의 자살 비율이 과반을 넘어 가장 높았으며 2016년 57.6%에서 매년 증가하여 2020년에는 65.2%까지 증가했다.

주3: 움직이는 물체 앞에 놓거나 뛰어내림에 의한 의도적 자해 / 자동차의 충돌에 의한 의도적 자해

<표 2-55> 2016~2020년 발생장소별 자살 현황 추이

(단위:명,%)

수단		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
주택	자살자 수	7,545	7,743	8,796	8,923	8,603
	백분율	57.6	62.1	64.3	64.7	65.2
집단거주시설	자살자 수	66	59	85	92	75
	백분율	0.5	0.5	0.6	0.7	0.6
학교, 기타 시설 및 공공행정 구역	자살자 수	168	185	241	252	219
	백분율	1.3	1.5	1.8	1.8	1.7
운동 및 경기장	자살자 수	13	12	14	24	23
	백분율	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
도로 및 고속도로	자살자 수	348	507	601	694	583
	백분율	2.7	4.1	4.4	5.0	4.4
상업 및 서비스 구역	자살자 수	747	807	953	995	904
	백분율	5.7	6.5	7.0	7.2	6.9
산업 및 건설지역	자살자 수	179	155	189	193	154
	백분율	1.4	1.2	1.4	1.4	1.2
농장	자살자 수	168	193	201	216	194
	백분율	1.3	1.5	1.5	1.6	1.5
기타 명시된 장소	자살자 수	1,500	1,842	2,060	1,908	1,957
	백분율	11.5	14.8	15.1	13.8	14.8
상세불명 장소	자살자 수	2,358	960	530	502	483
	백분율	18.0	7.7	3.9	3.6	3.7
전체	자살자 수	13,092	12,463	13,670	13,799	13,195

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

5) 동기별

- 2020년 경찰청 변사자통계에 따른 동기별 자살 현황은 기타, 미상을 제외하면 정신적·정신과적 문제가 4,905명(38.4%)으로 가장 많았고, 뒤이어 경제생활 문제 3,249명(25.4%), 육체적 질병 문제 2,172명(17.0%), 가정 문제 891명(7.0%), 직장 또는 업무상의 문제 492명(3.9%), 남녀 문제 360명(2.8%), 사별 문제 102명(0.8%), 학대 또는 폭력 문제는 1명(0.0%) 순으로 나타났다.

<표 2-56> 2020년 동기별 자살 비율

(단위:명,%)

발생장소	자살자 수	백분율
가정 문제	891	7.0
경제생활 문제	3,249	25.4
육체적 질병 문제	2,172	17.0
정신적·정신과적 문제	4,905	38.4
직장 또는 업무상의 문제	492	3.9
남녀 문제	360	2.8
사별 문제	102	0.8
학대 또는 폭력 문제	1	0.0
기타	372	2.9
미상	232	1.8
전체	12,776	100.0

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

- 최근 5년간 자살 동기 비율은 정신적·정신과적 문제가 지속해서 가장 높았으며, 2018년까지 감소하는 추세였으나 2019년(34.7%)과 2020년(38.4%)에 모두 전년 대비 증가했다.

<표 2-57> 2016~2020년 동기별 자살 현황 추이

(단위:명,%)

문제장소		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
가정 문제	자살자 수	1,162	1,100	1,043	1,069	891
	%	8.9	8.9	7.9	8.0	7.0
경제생활 문제	자살자 수	3,043	3,111	3,390	3,564	3,249
	%	23.4	25.0	25.7	26.7	25.4
육체적 질병 문제	자살자 수	2,768	2,565	2,429	2,518	2,172
	%	21.3	20.6	18.4	18.8	17.0
정신적·정신과적 문제	자살자 수	4,713	3,939	4,171	4,638	4,905
	%	36.2	31.7	31.6	34.7	38.4
직장 또는 업무상의 문제	자살자 수	514	487	487	598	492
	%	3.9	3.9	3.7	4.5	3.9
남녀 문제	자살자 수	429	387	419	373	360
	%	3.3	3.1	3.2	2.8	2.8
사별 문제	자살자 수	108	107	109	113	102
	%	0.8	0.9	0.8	0.8	0.8
학대 또는 폭력 문제	자살자 수	3	7	0	4	1
	%	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
기타	자살자 수	172	253	326	330	372
	%	1.3	2.0	2.5	2.5	2.9
미상	자살자 수	108	470	842	160	232
	%	0.8	3.8	6.4	1.2	1.8
전체	자살자 수	13,020	12,426	13,216	13,367	12,776

※출처: 한국생명존중희망재단, 「2022 자살예방백서」

6) 시·도별 결과

- 2021년 전국 시·도별 인구 10만 명당 자살사망률을 보면, 강원32.7명, 충남 32.2명, 충북 31.8명 순으로 높으며, 가장 낮은 곳은 세종 19명이다.
- 경남은 26.3명으로 17개 시·도 중 11위로 나타났다.

<표 2-58> 2021년 전국 시·도별 자살사망률

(단위:명,인구 10만 명당(명),%)

	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
자살사망자수	13,352	2,761	926	0	757	380	425	320	69	3158	501	506	679	509	554	760	872	175
자살사망률	26	22.6	27.7	26.3	25.9	26.4	29.3	28.5	19	23.6	32.7	31.8	32.2	28.5	30.2	29	26.3	26.1
연령표준화 자살율	22.1	18.8	23.4	21.8	22.5	23.3	26.5	25	17.8	20.7	27.3	27.1	27	24	25.8	25.2	22.4	21.7

※출처: 통계청(2022),「사망원인통계(2021기준)」

<표 2-59> 2022년 전국 시·도별 자살사망률

(단위:명, 인구 10만 명당(명),%)

지역	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
자살사망자	2009	906	638	758	358	371	293	88	3117	507	461	701	462	485	699	878	175

※출처: 국가정신건강포털(2022),「전국 시·도별자살사망자수(2022기준)」

- 2021년도 전국 시·도별 성별 자살사망률을 보면, 남성은 강원 45.4명, 충남 45명, 충북 44.5명 순으로 높게 나타나며, 여성은 강원 19.9명, 충남·대전 18.8명, 충북 18.7명 순으로 높게 나타났다.

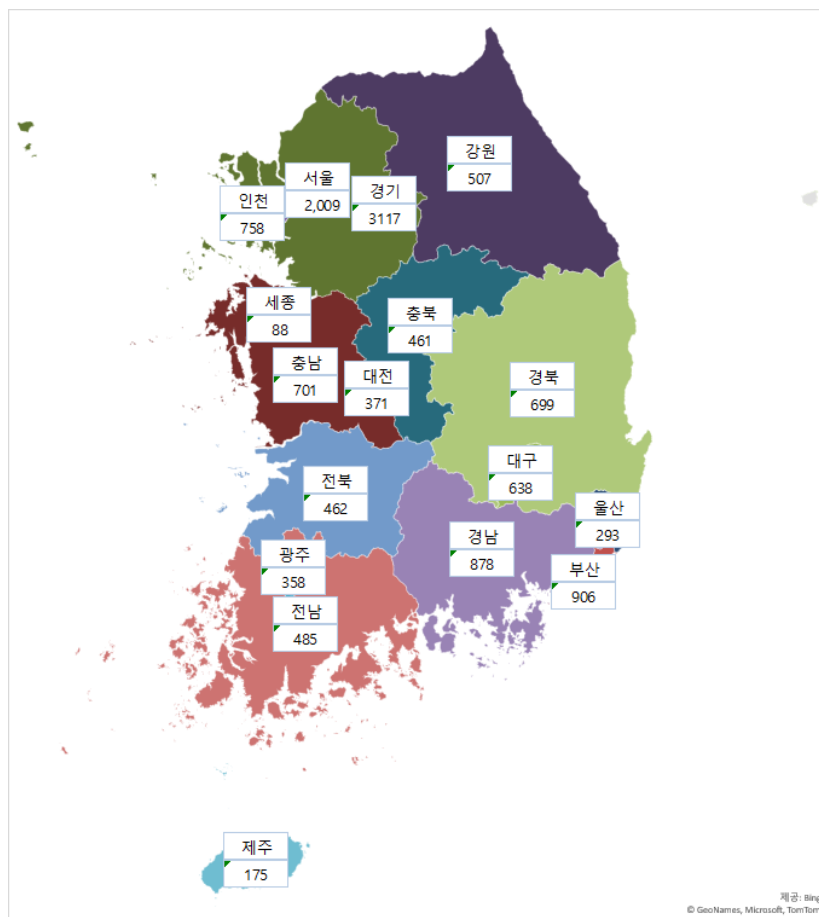
<표 2-60> 전국 시도별 성별 자살사망률

(단위:%)

	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
남성	35.9	30.5	37.9	38.2	34.5	38	39.8	40.7	24.3	31.3	45.4	44.5	45	42.5	42.7	40.8	37.6	41
여성	16.2	15	17.9	14.7	17.3	15.1	18.8	15.5	13.8	15.7	19.9	18.7	18.8	14.6	17.6	17.1	14.9	11.1
전체	26	22.6	27.7	26.3	25.9	26.4	29.3	28.5	19	23.6	32.7	31.8	32.2	28.5	30.2	29	26.3	26.1

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021기준)」

(단위:명)



<그림 2-2> 2022년 전국 시도별 자살사망자수

7) 경상남도 결과

- 경남의 국내인구 10만 명당 자살사망률: 26.3명
- 2021년 경남의 인구 10만 명당 자살사망률은 26.3명이며, 경상남도 자살사망률(2012년 -2021년)의 추이를 살펴보면, 2020년까지 감소세를 보이다가 다시 높아지는 것을 볼 수 있다.

<표 2-61> 경상남도 자살사망자 수, 자살사망률, 연령표준화 자살사망률
(단위:명,인구 10만 명당(명),%)

	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
자살 사망자수	886	902	880	877	912	835	971	938	844	872
자살률	26.9	27.3	26.5	26.3	27.2	24.9	28.9	28	25.3	26.3
연령표준화 자살률	24	24.3	23.5	22.6	23.7	21.1	24.8	24.2	22	22.4

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021기준)」

- 최근 3년간 경남의 자살사망자수 및 자살사망률 추이는 2019년 28.0명(▼0.9명), 2020년 25.3명(▼2.7명), 2021년 26.3명(▲1명),으로 나타났다.

<표 2-62> 3년간 자살사망자 수 및 자살사망률
(단위:명,인구 10만 명당(명),%)

구분	2019년			2020년			2021년		
	자살 사망자수	자살 사망률	전국순위	자살 사망자수	자살 사망률	전국순위	자살 사망자수	자살 사망률	전국순위
전국	13,799	26.9	-	13,195	25.7	-	13,352	26.0	-
경남	938	28.0	11위	844	25.3	12위	872	26.3	11위

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021기준)」

- 2021년도 경상남도 연령대별 자살사망률은 50대 22.3명, 40대 17.4명, 60대 16명 순으로 나타났다.

<표 2-63> 2021년 경상남도 연령대별 자살사망률
(단위:명,인구 10만 명당(명),%)

	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대	90세 이상
사망자수	13	87	110	152	194	139	105	64	8
사망률	1.5	10	12.6	17.4	22.3	16.	12	7.3	0.9

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021년기준)」

- 2021년도 경상남도 시·군별 자살사망률은 의령군(37.8명), 합천군(34.8명), 거창군(34.4명) 순으로 나타나 3순위까지 모두 군단위인 것을 알 수 있다.

<표 2-64> 경상남도 시·군별 자살사망률

(단위:명,인구 10만 명당(명),%)

구분	의창구	성산구	마산합포구	마산회원구	진해구	진주시	통영시	사천시	김해시	밀양시	거제시	양산시	의령군	함안군	창녕군	고성군	남해군	하동군	산청군	함양군	거창군	합천군
사망자수	53	45	48	56	48	89	33	37	147	23	81	88	10	16	15	11	6	11	10	9	21	15
사망률	23.6	18.2	27.1	29.8	24.9	25.7	26.2	33.7	27.3	22.2	33.4	25	37.8	25.4	24.9	21.7	14.2	25.1	29.1	23.4	34.4	34.8
연령표준화사망률	21.5	15.3	18.2	25.3	23.2	21.6	26.2	31.2	24.6	14.2	31.4	21.7	118.2	14.6	20.1	14.4	10.6	18.5	18.3	12.6	28.5	25.8

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021기준)」

- 2021년도 경상남도 시·군별 성별 자살사망자수는 남성은 김해시 104명, 진주시 62명, 양산시 59명 순이며, 여성은 김해시 43명, 양산시 29명, 진주시 27명 순으로 나타났다.

<표 2-65> 경상남도 시·군별 성별 자살사망률

(단위:명)

구분	의창구	성산구	마산합포구	마산회원구	진해구	진주시	통영시	사천시	김해시	밀양시	거제시	양산시	의령군	함안군	창녕군	고성군	남해군	하동군	산청군	함양군	거창군	합천군
남성	33	33	36	48	30	62	20	30	104	17	58	59	9	12	11	8	5	10	7	6	19	10
여성	20	12	12	8	18	27	13	7	43	6	23	29	1	4	4	3	1	1	3	3	2	5
전체	53	45	48	56	48	89	33	37	147	23	81	88	10	16	15	11	6	11	10	9	21	15

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021기준)」

- 2021년도 수단별 자살자 수는 기타와 미상을 제외하고, 목매 379명(43.5%), 가스중독사 142명(16.3%), 추락 138명(15.8%), 음독 121명(13.9%), 익사 12명(1.4%), 도검¹ 15명(0.6%), 소사² 24명(0.5%) 순으로 나타났다.

1) 칼이나 검을 아울러 이르는 말.
2) 불에 타서 죽음.

- 2021년 경상남도 장소별 자살사망자 수는 기타와 미상을 제외하고, 주택 477명(54.7%)으로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며 이어서 야산 68명(7.8%), 노상 67명(7.7%) 순으로 나타났다.

<표 2-66> 경상남도 장소별 자살사망자 수

(단위:명)

장소	자살 사망자 수
강(해)변	14
공공 시설	38
공장	4
노상	67
농장	12
병원	42
사회복지 시설	1
상업 시설	22
숙박 업소	25
야산	68
종교시설	1
주택	477
치안	30
기타	36
미상	35

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021기준)」

- 2021년 경상남도 동기별 자살자 수는 정신적·정신과적 문제 309명(35.4%), 경제생활 문제 228명(26.1%), 육체적 질병 문제 141명(16.2%) 순으로 높게 나타났으며, 3가지 항목은 전체 비율의 77.7% 차지하고 있다.

<표 2-67> 경상남도 동기별 자살사망자 수

(단위:명)

동기	사망자 수
가정 문제	68
경제생활 문제	228
육체적 질병 문제	141
정신적·정신과적 문제	309
직장 또는 업무상의 문제	42
남녀 문제	14
사별 문제	4
학대 또는 폭력 문제	0
기타	26
미상	40

※출처: 통계청(2022), 「사망원인통계(2021기준)」

3. 정신질환 치료

가. 정신건강서비스 이용

- 정신장애가 있는 것으로 진단된 사람 중에서 평생 동안 정신건강서비스를 이용한 적이 있는 비율은 12.1%였으며, 지난 1년 동안 정신건강서비스 이용비율은 7.2%였다.
- 질환별로 서비스 이용률을 살펴보면, 알코올 사용장애 2.6%, 니코틴 사용장애 1.1%, 우울장애 28.2%, 불안장애 9.1%였다.
- 만 18세 이상 만 64세 이하 대상자에서 정신장애를 진단받은 사람 중 연도별 정신건강서비스 이용률은 2016년까지 증가하는 추세를 보이다 2021년 감소하였다. (2016년 16.5% → 2021년 11.5%)
- 한국의 지난 1년간 정신건강서비스 이용률은 7.2%로 미국 43.1%('15년), 캐나다 46.5%('14년), 호주 34.9%('09년)에 비해 낮은 수준이었다.

나. 인구 10만 명당 정신질환치료 수진자 수

<표 2-68> 인구 10만명당 정신질환치료 수진자 수 정의 및 측정산식

정의	인구 10만 명당 정신의료기관에서 F코드로 진료받은 실인원
측정산식 (단위:인구 10만명당 명)	F코드로 진료받은 실인원/2021년 만 15세 이상 추계인구수×100,000
참고사항	산식분자: 2021.1.1.~12.31.동안 정신의료기관에서 한국표준질병·사인분류(KCD7)의 F코드로 진료받은 실인원 *치매(F00-F03)는 제외하며, 만15세이상임 산식분모: 통계청에서 제공하는 만 15세 이상 2021년 추계인구 수 인구자료출처:통계청(2021)장래인구추계

- 2021년 동안 정신의료기관을 이용한 환자 중, F코드로 진료받은 실인원은 2,349,435명이며, 인구 10만 명당 5,152명으로 나타났다.
- 한국표준질병·사인분류(KCD-7)의 F코드로 청구한 건을 기준으로 산출(단, 치매(F00-F03) 제외, 만 15세 이상)하였으며, 정신의료기관 종류별, 질환군별 실인원 현황은 다음과 같다.
- 경상남도의 정신질환치료 수진자 수는 17개 시·도 중 5번째로 많다.

1 정신건강 문제로 전문가(의사 등)에게 상담 또는 치료를 받는 것

<표 2-69> 전국 정신의료기관 정신질환치료 수진자 수

(단위:명)

구분	2021년
2021.1.1.~2021.12.31.동안 F코드로 치료받은 실인원 ¹	2,349,435
입원	115,121
외래	2,293,010
낮병동	2,541

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

<표 2-70> 시도별 정신질환군별 치료 수진자 수²

(단위:명)

구분	전체 ³	중증 정신 질환 (AUBUC) 4	조현병,분열형 및 망상 장애(A)		제1형 및 제2형 양극성장애(B)		주요우울장애(D)		물질 관련 중독 장애	신경증성, 스트레스·연 관 및 신체형장애
			조현병		조증 에피소 드		중증도 이상 우울에피소 드 및 재발성 우울장애(C)			
전국	2,349,029	651,813	230,554	182,901	128,055	2,804	871,723	315,815	76,684	845,104
서울	567,052	157,161	46,597	35,246	39,248	512	219,256	76,112	12,509	190,024
부산	209,913	53,784	18,800	15,409	8,233	262	78,587	27,999	5,683	74,203
대구	141,384	37,286	14,397	11,273	5,892	233	47,626	17,879	4,028	54,485
인천	127,693	39,903	12,153	9,773	7,525	474	48,782	22,175	5,711	41,865
광주	73,889	21,753	8,171	6,016	3,318	101	26,872	10,860	3,027	25,447
대전	90,901	21,060	8,452	6,721	3,983	43	29,154	9,089	2,025	37,186
울산	46,235	9,571	3,842	2,778	1,888	16	14,390	4,031	1,822	18,795
세종	12,707	3,736	475	359	505	8	7,516	2,840	167	3,787
경기	547,509	146,214	48,195	37,819	31,488	503	204,848	70,792	20,522	197,600
강원	69,684	20,026	7,025	5,587	3,162	162	25,583	10,444	2,783	25,387
충북	65,62	18,705	7,566	6,197	2,730	87	24,069	8,880	2,807	20,213
충남	85,380	25,610	10,390	7,948	5,050	54	31,351	10,955	2,542	25,933
전북	83,474	23,611	10,472	7,950	3,123	113	25,558	10,521	1,856	32,144
전남	65,042	19,546	10,944	9,143	2,759	28	20,090	6,341	2,289	21,563
경북	94,115	31,908	13,741	11,791	5,698	83	34,902	13,369	4,412	30,485
경남	133,830	35,421	16,043	13,872	7,363	113	40,522	12,869	6,275	50,386
제주	35,197	8,145	2,658	1,996	1,636	17	13,389	4,156	1,366	12,279

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

주1: 외래, 입원, 낮병동을 구분하여 실인원 수를 산정하여 총 실인원수와 일치하지 않음.

주2: 낮병동에서 치료 받은 실인원을 제외하고, 입원과 외래 진료 받은 실인원 수임.

- 인구 10만 명당 정신질환치료 수진자 수에서 경상남도의 조현병, 분열형 및 망상 장애 수진자 수는 553.5명으로 17개 시도 중 8번째로 많으며, 제1형 및 제2형 양극성 장애 수진자 수는 254명으로 10번째, 주요 우울 장애 수진자 수는 1,398명으로 16번째에 위치하고 있다.

<표 2-71> 인구 10만 명당 정신질환치료 수진자 수

(단위:명)

구분	인구 10만 명당 진료받은 수		
	조현병,분열형및망상장애 [A/P3]*10 ¹	제1형및제2형양극성장애 [B/P]*10 ¹	주요우울장애[D/P]*10 ¹
전국	505.6	280.8	1,911.6
서울	544.7	458.8	2,562.8
부산	631.5	276.6	2,639.9
대구	681.8	279.0	2,255.6
인천	470.4	291.3	1,888.1
광주	639.3	259.6	2,102.3
대전	650.1	306.4	2,242.5
울산	394.8	194.0	1,478.6
세종	161.0	171.2	2,547.9
경기	407.3	266.1	1,731.1
강원	518.6	233.4	1,888.7
충북	525.7	189.7	1,672.2
충남	545.0	264.9	1,644.6
전북	658.6	196.4	1,607.4
전남	693.4	174.8	1,272.9
경북	584.8	242.5	1,485.4
경남	553.5	254.0	1,398.0
제주	460.2	283.2	2,317.9

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 주2: 전체 인원은 다른 진단 코드로 치료를 받았더라도 동일인일 경우 1명으로 집계함.
 주4: 중증정신질환은 정신병적 장애(A) 양극성 정동장애(B), 우울장애(C)로 한 번 이상 치료 받은 실인원임
 중증질환에는 한국표준질병·사인분류(KCD-7)의 진단코드 F20.0-F29, F30.0-F30.9, F31.0-F31.9, F32.1-F32.3, F33.1-F33.3가 해당됨.

- 정신의료기관 중 의원정신과의 치료 수진자가 1,655,477명으로 가장 많은 수치를 접하였고, 정신질환군 중에서는 주요우울장애로 치료를 받은 수진자 수가 893,343명으로 가장 많았다.

<표 2-72> 정신의료기관 종류 및 정신질환군별 치료 수진자 수

(단위:명)

구분	전체	중증 정신 질환 (AUBUC)	조현병,분열혈 및 망상 장애(A)		제1형 및 제2형 양극성장애(B)		주요우울장애(D)		물질 관련 중독 장애	신경증성, 스트레스· 연관 및 신체형장애
			조현병	조증 에피 소드	중증도 이상 우울에피 소드 및 재발성 우울장애(C)					
종합병원 정신과	521,474	152,976	68,452	50,523	42,993	853	107,529	45,287	15,655	175,539
병원 정신과	49,528	22,426	15,082	13,008	3,787	111	12,053	4,087	5,412	9,376
정신병원	269,897	128,785	87,824	75,929	20,629	423	62,175	23,190	38,904	42,439
요양병원 정신과	1,168	456	308	286	98	1	258	57	288	256
한방병원 정신과	539	331	263	239	28	-	74	41	80	34
의원 정신과	1,655,477	383,485	76,540	56,196	69,119	1,421	711,254	247,693	21,684	642,079
한의원 정신과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

주1: P(인구수)는 통계청 「장래인구추계」를 사용함.

- 전국 정신질환 총 진료비(F코드)는 2021년 6,532,168,282원으로 전국 건강보험진료비 중 6.8%를 차지하며 전년대비 0.5%증가했다.

<표 2-73> 전국 건강보험 진료비 중 F코드 진료비 비율

(단위:명)

구분	전국 건강보험 총 진료비 ¹	전국 정신질환 총 진료비(F코드)	
	소계	소계	점유율
2019	94,676,529,456	5,687,079,735	6.0
2020	95,693,951,342	6,029,052,076	6.3
2021	95,962,456,720	6,532,168,282	6.8

※출처: 국민건강보험공단(2019~2021), 「지역별의료이용통계」

<표 2-74> 비자의 입원을 정의 및 측정산식

정의	12월 31일 기준 정신의료기관 자의·비자의 입원의 형태로 입원한 대상자의 비율
측정산식 (단위:%)	해당시점 비자의적 입원 환자 수/해당시점 자의·비자의적 입원 환자 수X100
참고사항	산식분자: 2021.12.31. 기준 정신의료기관의 비자의 입원환자 수로 비자의 입원은 정신건강복지법 제43조 보호의무자에 의한 입원, 제44조 시·군·구청장에 의한 입원을 의미 산식분모: 2021.12.31. 기준 정신의료기관에 자의적·비자의적으로 입원한 환자 수 *정신건강복지법 제50조 응급입원, 기타(치료감호소, 병원의 명령) 미포함

다. 비자의 입원율

- 2021년 12월 31일 기준 정신의료기관 입원환자 수는 59,412명으로 전년 대비 3,290명 감소하였고, 비자의 입원환자 수는 20,299명으로 나타나 전년 대비 411명 감소했다.
- 정신의료기관 입원환자의 비자의 입원율을 연도별로 살펴보면, 정신건강복지법이 개정된 2017년~2019년까지의 비자의 입원율이 감소추세를 보이다가 2020년도부터 증가추세를 보이고 있다.

주1: 수진기준(약국포함)이며, 의료급여 포함

<표 2-75> 전국 연도별 비자의 입원을

(단위:%)

2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
65.2	61.6	37.9	33.5	32.1	33.6	34.8

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 2021년 12월 31일 기준, 기관 종류별 비자의 입원율을 살펴보면 정신병원이 36.4%로 가장 높고 병원 정신과 33.3%, 종합병원 정신과 27.3% 순으로 나타났다.

<표 2-76> 병원 정신과 입원환자¹⁾의 입원유형 현황

(단위:명,%)

구분	전체	자의입원(A)			비자의적입원(B)	비자의 입원율	
		자의입원	동의입원				
전체	59,412	38,115	25,689	12,426	20,299	34.8	
기관	종합병원 정신과	2,940	2,136	1,422	714	801	27.3
	병원 정신과	5,096	3,379	2,587	792	1,689	33.3
	정신병원	49,660	30,988	20,676	10,312	17,706	36.4
	요양병원 정신과	-	-	-	-	-	-
	한방병원 정신과	236	215	96	119	21	8.9
	의원 정신과	1,480	1,397	908	489	82	5.5
	한의원 정신과	-	-	-	-	-	-

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

1) 개인 식별 문제로 인하여 일부 값은 비공개

- 2021년 12월 31일 기준, 권역별 비자의 입원율을 살펴보면 경상권이 42.4%로 가장 높고 충청권 37.6%, 수도권 28.7% 순으로 나타났다.

<표 2-77> 권역별 입원환자의 입원유형 현황

(단위:명,%)

구분	전체	자의입원 (A)		비자의적 입원 (B)			응급입원	기타	비자의 입원율 (%) B/(A+B)		
		자의 입원	동의 입원	보호 의무자에 의한 입원	시장·군수·구청장에 의한 입원						
전체	59,412	38,115	25,689	12,426	20,299	16,026	4,273	66	932	34.8	
권역	수도권	18,537	13,169	7,730	5,439	5,302	4,108	1,194	29	37	28.7
	전라권	8,125	5,837	3,941	1,896	2,280	1,868	412	2	6	28.1
	경상권	23,823	13,714	10,470	3,244	10,078	7,961	2,117	29	2	42.4
	강원권	1,682	1,433	1,081	352	248	146	102	1	-	14.8
	충청권	7,245	3,962	2,467	1,495	2,391	1,943	448	5	887	37.6

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

라. 정신의료기관 입원환자 현황

- 2021. 1. 1.~12. 31.
- 동안 정신의료기관 입원환자 수는 경기도가 26,808명으로 가장 많았으며, 경상남도 12,426명, 서울 12,213명 순으로 나타났다.

<표 2-78> 시도별¹⁾ 정신질환군별 입원환자 수

(단위:명)

구분	전체	중증 정신 질환 (AUBUC)	조현병,분열형 및 망상 장애(A)		제1형 및 제2형 양극성장애(B)		주요우울장애(D)		물질 관련 중독 장애	신경증성, 스트레스· 연관 및 신체형장애
			조현병		조증 에피 소드		중증도 이상 우울에피 소드 및 재발성 우울장애(C)			
전국	115,121	71,373	54,618	48,049	11,287	256	13,279	7,200	25,305	5,036
서울	12,213	7,467	4,462	3,541	2,041	35	1,987	1,154	1,566	888
부산	9,606	6,209	4,776	4,299	856	14	1,276	677	1,827	545
대구	7,447	4,775	3,404	2,924	652	10	1,430	831	1,334	505
인천	7,247	3,934	2,808	2,386	765	34	825	466	2,469	202
광주	4,632	2,436	1,777	1,452	433	27	708	302	1,268	326
대전	2,437	1,629	1,264	1,127	199	-	301	179	389	127
울산	2,247	1,204	894	735	215	-	234	112	529	98
세종	128	83	77	74	4	-	3	2	19	5
경기	26,808	15,662	11,895	10,498	2,546	62	2,883	1,520	7,200	1,029
강원	3,177	2,076	1,614	1,442	392	5	352	152	666	141
충북	4,252	2,533	2,096	1,901	343	9	253	158	1,207	102
충남	6,109	4,293	3,524	3,152	544	10	479	290	855	170
전북	4,494	3,042	2,370	1,965	358	14	495	384	638	253
전남	6,310	4,312	3,711	3,274	448	10	463	257	1,081	125
경북	9,409	6,048	5,032	4,646	750	16	855	344	2,056	233
경남	12,426	7,438	6,168	5,693	995	12	824	387	3,247	300
제주	902	510	387	327	88	1	126	52	208	45

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 전국 정신의료기관 입원환자를 연령별로 살펴보면 모든 시·도에서 50대가 가장 많았고 서울을 제외하고(20대) 40대 이상과 65세 이상이 뒤따른다..
- 경상남도 정신의료기관 입원환자를 연령별로 살펴보면, 50대 3,701명, 65세 이상 2,599명, 40대 2,062명 순으로 나타났다.

<표 2-79> 시도별¹⁾ 정신의료기관 입원환자 연령별 현황

(단위:명)

구분	전체	15-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상
서울	12,213	989	2,360	1,555	1,759	2,309	1,167	2,074
부산	9,606	267	876	902	1,531	2,545	1,418	2,067
대구	7,447	395	761	685	1,181	2,103	1,040	1,282
인천	7,247	282	830	842	1,235	1,879	932	1,247
광주	4,632	210	516	499	821	1,203	589	794
대전	2,437	137	325	264	405	671	304	331
울산	2,247	67	221	261	402	599	285	412
세종	128	7	6	8	16	38	20	33
경기	26,808	1,103	2,889	2,934	4,457	7,092	3,574	4,759
강원	3,177	128	317	248	596	917	480	491
충북	4,252	85	296	403	757	1,300	687	724
충남	6,109	244	541	554	1,012	1,734	891	1,133
전북	4,494	215	437	446	730	1,259	583	824
전남	6,310	106	383	532	1,149	2,053	946	1,141
경북	9,409	96	444	660	1,596	3,079	1,588	1,946
경남	12,426	272	790	1,029	2,062	3,701	1,973	2,599
제주	902	57	112	97	190	241	89	116

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

주1: 정신의료기관 소재지 기준으로 시도별 현황을 분석하였음.

마. 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문 환자 수 비율

<표 2-80> 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문 환자 수 정의 및 측정산식

정의	중증정신질환으로 진단받았던 퇴원 환자 중 퇴원 후 1개월 이내 정신의료기관의 정신건강의학과 외래방문을 한 환자의 비율
측정산식 (단위:%)	퇴원 후 1개월 이내 정신건강의학과 외래방문자 수/2021년에 퇴원한 중증정신질환자 수X100
참고사항	산식분자: 2021년 퇴원한 중증정신질환자 중 1개월 이내 정신의료기관의 정신건강의학과 외래를 방문한 환자 수로, 1개월은 30일로 산출함. 산식분모: 중증정신질환에는 한국표준질병·사인분류(KCD-7)의 F-20.0-F29, F30.0-F30.9, F31.0-F31.9, F32.1-F32.3, F33.1-F33.3이 해당됨. *치매(F00-F03)는 제외하며, 만 15세 이상임.
유의사항	2021년 1년 동안 반복 입원하여 퇴원이 2회 이상인 경우, 마지막 퇴원 건을 기준으로 퇴원 후 1개월 이내 여부를 산출함.

○ 2021년 동안 정신의료기관에서 퇴원한 중증정신질환자 수는 39,927명임. 이 중 퇴원 후 1개월 이내에 정신건강의학과 외래를 방문한 환자 수는 25,289명으로, 중증 정신질환자의 퇴원 후 1개월 이내 외래방문 환자 수 비율은 63.3%로 나타났다.

<표 2-81> 중증 정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 외래방문 환자 수 비율

(단 위:명,%)

구분	2021년 퇴원 환자수 (A)	퇴원 후 1개월 이내에 정신과 외래를 방문한 환자 수 (B)	1개월 이내 외래방문 환자 수 비율(B/A)
전체	39,927	25,289	63.3%
종합병원 정신과	11,037	10,307	93.4%
병원 정신과	3,461	1,437	41.5%
정신병원	23,802	11,101	46.6%
요양병원 정신과	124	54	43.5%
한방병원 정신과	101	20	19.8%
의원 정신과	1,402	4,333	309.1%
한의원 정신과	-	-	-

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 중증정신질환자 중 퇴원 후 1개월 이내에 정신과 외래를 방문한 환자 수는 2018년 33,738명(64%), 2019년 32,708명(65.7%)로 증가세를 보이던 중 2020년 8,561명(21%)으로 급격히 감소하였다가 2021년 25,289명(63.3%)으로 증가했다.

<표 2-82> 최근 4년간 퇴원 후 1개월 이내 정신과 외래방문 환자 수 비율

(단위:%)

2018년	2019년	2020년	2021년
64	65.7	21	63.3

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2018-2021」

바. 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 동일병원 재입원 환자 수 비율

<표 2-83> 중증정신질환자 퇴원 후 1개월 이내 동일병원 재입원 환자 수 정의 및 측정산식

정의	중증정신질환으로 퇴원한 환자 중 30일 이내 동일병원에 재입원한 환자의 비율
측정산식 (단위:%)	퇴원 후 1개월 이내 동일병원에 한번 이상 재입원한 환자 수/2021년에 퇴원한 중증정신질환자 수×100
참고사항	산식분자: 2021년 퇴원한 중증정신질환자 중 1개월 이내 한번 이상 동일병원에 재입원한 환자 수로, 1개월은 30일로 산출함. 산식분모: 중증정신질환에는 한국표준질병·사인분류(KCD-7)의 F-20.0-F29, F30.0-F30.9, F31.0-F31.9, F32.1-F32.3, F33.1-F33.3이 해당됨. *치매(F00-F03)는 제외하며, 만 15세 이상임.
유의사항	2021년 1년 동안 중증정신질환으로 퇴원한 환자

- 2021년 동안 정신의료기관에서 퇴원한 중증정신질환자 수는 39,927명임. 이 중 퇴원 후 1개월 이내에 동일병원으로 재입원한 환자 수 비율은 17.8%로 나타났다.
- 중증정신질환자의 퇴원 후 7일 내 동일병원에 재입원한 환자 수 비율은 7.7%, 3개월 내 동일병원에 재입원한 환자 수 비율은 23.5%로 나타났다.

<표 2-84> 중증정신질환자 퇴원 후 재입원 현황

(단위:명,%)

구분		재입원 환자수	재입원율
2021년 퇴원 환자수		39,927	
7일내	전제병원재입원	6,046	15.1%
	동일병원재입원	3,077	7.7%
30일내	전제병원재입원	10,181	25.5%
	동일병원재입원	7,099	17.8%
3개월내	전제병원재입원	12,710	31.8%
	동일병원재입원	9,382	23.5%

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

- 전국 중증정신질환자 중 퇴원 후 1개월 이내 동일병원으로 재입원한 환자 수는 2018년 9,128명(16.8%), 2019년 8,648명(16.8%), 2020년 6,627명(15.8%)으로 감소세였으나, 2021년 7,099명(17.8%)로 다시 증가추세를 나타내고 있다.

<표 2-85> 최근 4년간 퇴원 후 1개월 이내 동일병원 재입원 현황

(단위:명,%)

구분	2018년	2019년	2020년	2021년
재입원 환자수	9128	8648	6627	7099
재입원율	16.8	16.8	15.8	17.8

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2018-2021」

사. 정신의료기관 연간 재원기간(중양값)

<표 2-86> 정신의료기관 연간 재원기간 정의 및 측정산식

정의	정신의료기관에 정신질환으로 입원 후 퇴원한 환자의 재원기간의 중앙값
측정산식 (단위:%)	(정신의료기관에 정신질환 입원환자의 퇴원일-정신의료기관에 정신질환 입원환자의 입원일)의 중앙값
참고사항	2021.1.1.~12.30.동안 정신의료기관에 한국표준질병·사인분류(KCD-7)의 진단기준에 따라 F코드로 입원 후 퇴원한 환자를 기준으로 산출함. *치매(F00-F03)는 제외하며, 만 15세 이상임.

- 2021년 동안 정신의료기관에 KCD-7의 진단코드 기준에 따라 F코드로 퇴원한 환자는 71,943명으로, 평균 입원횟수는 1.5회, 재원기간의 중앙값은 28.0일로 나타났다.

<표 2-87> 2021년 정신의료기관 퇴원환자의 재원기간 대표값

퇴원환자수(명)	평균(일)	중앙값(일)	최소값(일)	최대값(일)
71,943	127.0	28.0	1	5,113

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2021」

<표 2-88> 최근 4년간 전체 정신질환자 재원 현황

구분	실인원 ¹ (명)	평균입원횟수(회)	재원기간중앙값(일)
2018년	101,558	1.6	32
2019년	95,944	1.5	31
2020년	76,250	1.5	31
2021년	115,121	1.5	28

※출처: 국립정신건강센터, 「국가정신건강현황보고서 2018-2021」

- 중증정신질환 진단코드로 퇴원한 환자는 39,927명이며, 평균 입원 횟수는 1.4회, 재원기간 중앙값은 30.0일로 나타났다.
- 알코올 및 약물사용 장애 퇴원 환자는 18,037명이며, 평균 입원 횟수는 1.5회, 재원기간 중앙값은 36.0일로 나타났다.

주1: 연도별 1.1.~12.31.동안 연간 자료이며, 치매 제외 F코드 전체(F04-F99)의 실인원임.

4. 정신건강 관련기관

가. 정신건강 관련기관 현황

- 지역사회 재활기관으로는 광역정신건강복지센터 17개소, 기초정신건강복지센터 244개소, 중독관리통합지원센터 58개소, 자살예방센터 54개소가 운영되고 있으며, 정신건강증진시설로는 정신의료기관 2,086개소, 정신요양시설 59개소, 정신재활시설 349개소가 운영되고 있다.

<표 2-89> 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황

(단위: 개소)

지역사회 재활기관				정신건강 증진시설		
정신건강복지센터		중독관리 통합지원센터	자살예방센터	정신재활시설	정신요양시설	정신의료기관
광역	기초					
17	244	58	54	349	59	2,086

※정신건강복지센터(2021.12.31. 국가 정신건강현황 보고서), 정신재활시설, 정신요양시설, 정신의료기관(2022.06.30), 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, (2022.12.31. 기준)

<표 2-90> 시도별 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 현황

(단위: 개소)

지역	정신건강 복지센터		자살예방센터		중독관리 통합지원센터		정신 재활시설	정신 요양시설	정신 의료기관
	광역	기초	독립	부설	광역형	기초형			
계	17	244	6	48	5	53	349	59	2,086
서울	1	25	2	-	-	3	103	3	622
부산	1	16	-	2	-	3	18	3	171
대구	1	8	-	1	-	2	18	3	104
인천	1	11	1	3	-	5	12	2	91
광주	1	5	-	1	-	5	11	4	62
대전	1	5	-	1	-	4	30	4	86
울산	1	5	-	1	-	2	2	1	29
세종	1	1	-	-	-	-	3	1	12
경기	1	37	3	29	-	9	60	6	447
강원	1	18	-	5	1	3	4	-	43
충북	1	14	-	-	1	1	11	4	51
충남	1	16	-	3	-	2	21	10	61
전북	1	14	-	-	1	3	24	4	70
전남	1	22	-	-	-	2	3	4	56
경북	1	25	-	1	-	2	18	5	67
경남	1	20	-	-	1	5	5	4	87
제주	1	2	-	1	1	2	6	1	27

※(2021.12.31. 국가 정신건강현황 보고서), 정신재활시설, 정신요양시설, 정신의료기관(2022.06.30. 기준), 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, (2022.12.31. 기준)

나. 전국 정신건강전문요원 현황

- 2021년 기준 전국정신건강전문 요원을 살펴보면 상근인력 31,384명 중 정신건강 전문인력은 10,058명으로 32%로 부족한 실정이다. 경남의 경우 상근인력 2,299명 중 592명(25.8%)이 정신건강전문인력으로 전국 17개 시·도 중 경남이 10위를 기록하였다. 또한 정신건강전문 인력의 경상남도 지역별 분포현황을 살펴보면 사천, 남해, 함양, 거창의 경우 기초정신건강 복지센터에 정신건강전문요원이 없어 인력확충이 시급한 상황이다.

<표 2-91> 2022년 전국 정신건강전문요원 현황

시·도	상근 인력	전문 인력	상근인력 대비 전문인력비율	인구 10만 명당 인력 수	
				상근 인력 수	전문 인력 수
전국	31,384	10,058	32	60.8	19.5
서울	5,832	2,200	37.7	62	23.4
부산	2,228	763	34.2	67.5	23.1
대구	1,578	507	32.1	66.8	21.5
인천	1,570	422	26.9	53	14.3
광주	1,096	396	36.1	74.9	27.1
대전	948	325	34.3	64.4	22.1
울산	530	160	30.2	47.6	14.4
세종	163	54	33.1	42.6	14.1
경기	6,515	2,213	34	47.6	16.2
강원	905	268	29.6	59.3	17.6
충북	1,065	255	23.9	65.2	15.6
충남	1,679	474	28.2	77	21.7
전북	1,343	454	33.8	75.4	25.5
전남	1,424	394	27.7	80.5	22.3
경북	1,846	451	24.4	70.2	17.2
경남	2,299	592	25.8	69.9	18
제주	363	130	35.8	53.7	19.2

<표 2-92> 경남의 정신건강전문인력 분포현황

번호	기관	실무자인력현황(공무원제외)			공무원현황
		인원 수 (센터장 제외)	전문요원	비전문요원	
1	창원	14	9	5	1
2	마산	13	3	10	3
3	진해	8	3	5	3
4	진주	7	2	5	9
5	통영	12	1	11	4
6	사천	10	0	10	4
7	김해	14	7	7	2
8	밀양	9	4	5	2
9	거제	10	5	5	4
10	양산	18	9	9	2
11	의령	7	1	6	1
12	함안	5	3	2	3
13	창녕	7	2	5	3
14	고성	4	2	2	3
15	남해	6	0	6	2
16	하동	8	4	4	2
17	산청	6	3	3	1
18	함양	5	0	5	2
19	거창	7	2	5	4
20	합천	9	0	9	1

5. 정신건강복지법과 정신건강정책

가. 정신건강복지법

- 정신보건법은 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 하는 대한민국의 법으로, 1995년 12월 30일에 제정되었으며 1996년 12월 31일에 시행되었다.
- 정신보건법은 본래 생활환경의 급격한 변화로 인하여 정신질환자가 증가하자 정신질환을 예방하고 정신질환자에 대한 효율적인 의료 및 사회복귀를 위하여 필요한 사항을 정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지하기 위한 목적으로 제정되었다. 이를 위하여 국민의 정신질환에 관한 국가와 지방자치단체, 국민, 정신보건시설의 설치·운영자 등의 책임에 관한 규정과 정신요양시설의 설치·운영, 정신질환자의 보호와 치료 등에 관해 상세한 규정을 두었다.
- 하지만 2016년 정신질환 경험자가 470만 명으로 실태 조사되어 정신건강이 전 국민적 문제가 되는 실정에서 기존의 정신보건법은 정신질환자에 대한 인권침해와 차별적 요소, 복지 서비스 지원 근거의 미비 등 법률상 미흡한 점이 있어 이를 개선·보완하기 위하여 현행 법률(약칭 정신건강복지법)로 개정하게 되었다. 이에 따라 법률상 정신질환자에 대한 정의는 종전의 '정신병(기질적 정신병 포함)·인격장애 기타 비정신병적정신장애를 가진 자'에서 '독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람'으로 한정되었다. 또한 정신건강증진의 장이 신설되어 일반 국민에 대한 정신건강 서비스 제공의 근거가 마련되었다.
- 이법의 정신건강증진 정책의 추진 등에서는 보건복지부 장관이 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가계획을 세우고, 시·도지사가 국가계획에 따라 시·도 단위의 지역계획을 세우도록 규정하고 있다. 이밖에 정신건강복지센터의 설치·운영, 정신건강의 날 지정, 정신건강임상심리사·정신건강간호사·정신건강사회복지사로 구분되는 정신건강전문요원에 관한 규정 등을 두고 있다. 정신보건법은 17차례의 개정을 거친 뒤 2016년 5월 『정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률』로 전부개정되었고 2017년 5월 30일부터 시행되었다.
- 또한 이 법에서 2017년 5월 30일 기존 정신건강증진센터의 명칭은 정신건강복지센터로 변경되었다. 정신건강복지센터의 용어에 대한 정의는 정신건강복지법 제3조에서 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장과 연계체계를 구축하여 지역사회에서의 정신건강증진사업 및 정신질환자 복지서비스를 지원(정신건강복지법 제33조부터 제38조)하는 것으로 규정되었다. 이러한 변화는 이전의 정신건강 증진 및 관리를 위한 접근뿐만 아니라 정신질환자의 복지서비스에 대한 관점을 강조하고, 이를 실행하기 위한 체계적인

연계체계 구축의 필요성을 포괄하고 있는 것으로 볼 수 있다. 정신건강복지법의 방향을 정신질환의 예방과 치려, 정신질환자의 재활, 복지, 권리보장과 정신건강에 대한 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 삶의 질 향상에 이바지함을 목적으로 한다고 볼 수 있다.

나. 정신건강복지법 주요내용

- 총칙을 비롯하여 8장으로 나누어진 전문 89조와 부칙으로 이루어져 있다. 제1장 '총칙'은 이 법의 목적과 기본이념, 용어의 정의, 국가와 지방자치단체의 책무, 국민의 의무, 정신건강증진시설의 장의 의무 등을 규정하고 있다. 이에 따라 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립해야 할 책무가 있으며, 모든 국민은 정신건강증진을 위하여 국가와 지방자치단체가 실시하는 조사 및 정신건강증진사업 등에 협력해야 할 의무가 있다.
- 제2장 '정신건강증진 정책의 추진 등'에서는 보건복지부 장관이 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가계획을 세우고, 시·도지사가 국가계획에 따라 시·도 단위의 지역계획을 세우도록 규정하고 있다. 이밖에 정신건강복지센터의 설치·운영, 정신건강의 날 지정, 정신건강임상심리사·정신건강간호사·정신건강사회복지사로 구분되는 정신건강전문요원에 관한 규정 등을 두고 있다.
- 제3장 '정신건강증진시설의 개설·설치 및 운영 등'에서는 정신의료기관과 국공립 정신병원, 정신요양시설, 정신재활시설의 설치와 운영, 폐지와 평가, 기록보존 등의 제반 사항을 규정하고 있다.
- 제4장 '복지서비스의 제공'에서는 복지서비스의 개발, 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화·예술·여가·체육활동 지원, 지역사회 거주·치료·재활 등 통합 지원, 가족에 대한 정보 제공과 교육 등 정신질환자에 대한 복지서비스 제공의 근거를 마련하였다.
- 제5장 '보호 및 치료'에서는 보호의무자의 자격과 의무, 자의입원, 보호의무자에 대한 입원, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원, 입원적합성심사위원회, 응급입원 등에 관한 규정을 두고 있다. 여기에 환자 본인 및 보호의무자의 동의로 입원을 신청하고, 정신과 전문의 진단 결과 환자 치료와 보호의 필요성이 인정되는 경우 72시간의 범위에서 퇴원을 거부할 수 있는 동의입원 제도가 신설되었다.
- 제6장 '퇴원 등의 청구 및 심사 등'에서는 정신건강심의위원회와 정신건강심사위원회의 설치·운영, 처우개선 심사 및 청구, 재심사 청구와 회부, 임시퇴원, 외래치료 명령, 무단 퇴원 등에 대한 조치, 입원 환자의 회전문 현상과 입원 장기화, 재입원 반복 등의 문제를 통제하기 위한 입·퇴원 관리시스템 구축 등에 관한 규정을 두고 있다.

- 제7장 '권익보호 및 지원 등'에서는 정신건강의학과 전문의의 대면 진단에 의하지 않은 입원 금지, 교육·고용·시설이용의 차별 금지, 비밀누설 금지, 수용 및 가혹행위 등의 금지, 특수치료 제한, 통신·면회의 자유 제한 금지, 격리 등 제한의 금지, 작업요법, 경제적 부담의 경감, 보조금 등을 규정하고 있다.
- 제8장 '벌칙'은 정신질환자 유기 등 법률 위반에 대한 벌칙과 양벌규정, 과태료 등의 조항으로 이루어져 있다.

다. 정신건강복지법 개정

- 2016년 9월 헌법재판소는 정신보건법 제24조 '보호의무자에 의한 입원' (강제입원)에 대해 재판관 9인 전원 일치로 헌법불합치(위헌)이라고 결정하였다. 강제입원은 인신 구속으로 기본권을 박탈하는 제도이며, 필요 최소한으로 적용되어야 한다는 것이 헌재위헌결정(2016.9.30.)의 취지이며 국제적 규범이라고 하였다.
- 이러한 정신보건법 개정은 국민들이 억울하게 강제 입원하는 일이 없도록 하여 인권을 보장하려는 것이며, 강제입원 외에도 자의입원, 동의입원, 외래치료 등 다양한 방법을 통해 정신질환의 치료를 받을 수 있도록 하는 것이다. 정신건강복지법의 개정 배경에 대해 살펴보면 다음과 같다.

1) 정신보건법(1995.12) 개정 배경

가) 인권침해

- 1990년대 이전 정신보건법이 없던 시절에는 법과 제도의 손길이 닿지 않는 곳에서 정신질환자가 기도원이나 요양시설 등에 방치되거나 적절한 치료를 받지 못하고 인권 침해를 당하는 경우가 많았다. 기존의 정신보건법은 보호자와 전문의 1인의 동의만으로 본인 의사와 무관한 비자의입원을 허용하였다. 이로 인해 재산 다툼, 가족 간의 갈등이 있을 때 정상인이나 경증환자를 강제입원 시키는 수단으로 악용되기도 하였다.

나) 정신질환자 차별

- 정신병의 경증과 무관하게 모든 환자를 법적인 정신질환자로 정의하여, 법적인 정신질환자 여부를 결정사유를 담고 있는 다른 법에 따라 경증정신질환자의 각종 자격취득²⁾ 및 복지서비스 기회가 제한되었다.

1) 비자의 입원은 환자의 입원 의사와 상관없이 치료 필요성에 따라 입원된 경우

2) 총25개 법률에 의한 자격취득 금지(화장품제조판매업, 장례지도사, 말조련사 등)

다) 복지서비스 근거 미비

- 정신보건법은 정신질환자에 대한 입원치료에 중점을 두고 있어, 재활 및 복지지원, 조기 발견 및 개입에 대한 규정이 부족했다.
- 개정된 정신건강복지법은 인권과 사회 안전의 균형을 이루는 법으로 개정된 정신건강 복지법의 시행으로 강제입원 절차가 개선되고, 정신질환자의 차별 해소를 기대할 수 있으며, 복지서비스는 더욱 강화된다. 그림에서 볼 수 있듯이 정신건강복지법의 개정으로 2005년 90.3%였고 강제입원율이 2016년 61.6%로 28.7%감소하였고 지속적인 감소추세를 보인다는 것을 알 수 있다.



출처: 보건복지부 <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10706040506>

<그림 2-3> 한국의 강제입원 비율

- 국제적 기준에 부합하는 방향으로 강제입원 제도가 개선되면 정신질환자의 인권을 더욱 두텁게 보호할 수 있으며, 행정입원 및 외래치료명령등을 통해 사회 안전이 강화될 수 있다. 또한 경증 정신질환이나 완치된 정신질환자가 직업선택에 있어 차별을 받지 않도록 근거 규정이 마련되어 정신질환으로 인한 차별 해소에 한발 나아갈 수 있게 되었다.
- 또한 정신질환자가 지역사회에서 치료를 받으며 일상생활을 영위할 수 있도록 주거, 직업 재활 등 복지서비스가 제공되면 그들이 인간답게 살 수 있는 기반이 마련될 것이다.

2) 정신건강복지법 주요 변경 내용

- 2016. 5. 「정신보건법」을 전면 개정하여 「정신건강증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 법률」이 (약칭 정신건강복지법) 제정되었다.

<표 2-93> 정신건강복지법 주요 변경 내용

주요 개정 내용	세부사항
정신질환자 차별 해소	정신질환자의 법적 의미를 '정신병의 경증과 무관한 모든 환자'에서 '정신질환으로 인해 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람'으로 축소 (제3조 제1항)
정신건강증진·복지서비스 근거 마련	정신건강증진의 장을 신설하여 일반국민에 대한 정신건강 서비스 제공 근거 마련(제7조부터 제18조까지) 정신질환자의 복지서비스에 관한 규정 신설 (제33조부터 제38조까지) - 고용 및 직업재활 지원, 평생교육 지원, 문화서비스 지원, 지역사회 거주/치료/재활 등 통합지원, 가족에 대한 정보제공과 교육 등
강제입원 절차 개선	보호의무자에 의한 강제입원 시 요건과 절차 강화(제 43조 제1항, 제3항) - 기존 전문의 1인의 진단으로 입원했으나 개정 이후 (국공립병원 또는 지정기관의 전문의 1인을 포함하여) 2인의 이상의 진단을 받아야 2주 이상 입원 가능 모든 강제입원은 1개월 이내에 '입원적합성심사위원회'에서 입원적합성 여부를 심사 받아야 함 (제45조부터 제49조까지) 기존엔 강제입원 시 6개월에 한 번 입원기간 연장 심사를 했으나, 입원 초기에 3개월 간격으로 심사하도록 단축 (제43조 제5항)
동의입원 신설	자의로 인한 입원이라도 보호의무자 1인의 동의를 받아 입원하고, 퇴원 시 정신과 전문의 진단 결과 환자 치료와 보호필요성이 인정되는 경우 72시간 동안 퇴원을 제한할 수 있는 "동의입원"제도 신설 (제42조) 자해·타해의 위험이 의심되는 사람의 행정입원을 경찰관이 요청할 수 있도록 하여 경찰관의 적극적 개입 근거 마련 (제44조 제2항) * 다만, 행정입원의 직접적인 '신청'은 정신건강의학과 전문의나 정신건강 전문요원만이 할 수 있으며, 경찰관은 전문의나 전문요원에게 신청을 '요청'할 수 있어 과도한 인권침해는 방지

출처 - 보건복지부

http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06330405&PAGE=5

라. 정신건강 정책

1) 해외의 정신건강 정책

가) 미국

- 미국의 정신건강 관련 사업은 연방정부 보건복지부(Department of Health and Human Services : DHHS)가 담당하며, 크게 지역사회중심 정신건강사업과 학교중심 정신건강사업으로 나누어 진행된다. 또한 미국 연방정부 보건복지부는 2009년 자살로 인한 사망자가 36,909명으로 자동차 등 운송수단에 의한 사망자 수보다 많다고 발표하며 자살이 개인의 문제가 아닌 사회 및 국가 전체의 책임으로 간주하고 적극적인 자살예방정책을 추진하고 있다.
- 국가자살예방 생명선(National Suicide Prevention Lifeline) : 미국은 보건복지부 산하 국립정신건강연구소 전담 전국 자살위기대응 콜센터인 국가자살예방 생명선 운영을 통해 자살 위기자 24시간 긴급 전화상담 서비스를 제공하고 있다. 현재 미국 국립정신건강연구소는 국가 차원에서 자살예방 프로그램의 개발 및 시행을 목적으로 운영되고 있다.
- 아동·청소년 대상 정신건강관련 연구 개발 및 지원 : 미국 국립정신건강연구소 발달중개 연구부는 아동·청소년기에 유래하는 정신장애를 예방하고 치유하는 것을 궁극적인 목적으로 하는 연구와 연구 관련 사업을 지원한다. 관련된 장애로는 기분장애, 불안, 정신분열증, 자폐증, ADHD, 식이 장애, 강박신경장애, 뚜렛 증후군 등이 포함된다. 서비스 및 개입 연구부와 아동 및 청소년치료와 예방적 개입 연구부는 아동·청소년을 위한 정신건강 예방, 치료, 재활 개입의 효과성을 평가하는 연구, 훈련, 연구 기반구조를 개발하는 사업들을 계획, 지원 및 시행한다. 또한 알려진 효능이 있는 개입들의 장기적 효과를 다루는 연구를 지원한다.
- 학교중심 정신건강 서비스 : 미국은 1980년대 후반부터 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용한 학교중심의 정신건강 서비스를 제공하고 있다. Expanded School Mental Health Program 사업은 모든 학생을 대상으로 정신건강 평가와 치료서비스를 제공하며, 특히 지역사회와 연계하여 사회복지사, 심리학자, 정신과 의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등이 참여하는 서비스를 제공하는 대표적인 사업이다. 또한 의료보험회사와 사업체가 연계하여 직업프로그램, 멘토링 등을 지원하기도 한다.
- 지역사회 중심 서비스 : Wraparound 프로그램은 지역사회 중심서비스로 아동과 부모가 개별화된 서비스를 받도록 지원하는 프로그램이다. 이 프로그램은 학교, 성직자, 사업가, 부모, 이해관계자 등으로 위원회를 구성하여 자원 코디네이터가 수요를 분석하고, 계획서를 만들어 승인을 받고 추진하는 방식으로 운영된다.

나) 미국 뉴욕주 뉴욕시

- 뉴욕시의 자살률은 2008년에서 2010년 사이 두 배 이상 증가하여 자살이 도시의 큰 문제로 대두되었다. 2009년에는 약 374,486건의 자살시도가 발생하여 응급처치가 이루어졌다. 뉴욕시민의 자살시도는 2010년 464,995건, 2011년 487,770건으로 해마다 증가하고 있다. 자살은 25~34세 뉴욕시민의 사망원인 2위이며, 15~24세 뉴욕시민의 사망원인 3위이다. 45~54세 뉴욕시민의 자살도 점차 증가하여 심각한 문제로 부각되고 있으며, 45~54세 연령 층이 전 연령층에서 가장 높은 자살률을 보이고 있다.
- 미국 약물남용과 정신건강 서비스국(SAMHSA), 뉴욕 정신건강협회(MHA of NYC)는 2005년 1월 1일 Lifeline(생명선)을 개설하여, 정신건강 전문가들이 자살 생각 또는 자살시도에 대해 비밀보장의 원칙하에 전화 상담을 진행한다. 이와 더불어, Trevor 프로젝트를 통해 동성 애자, 양성애자, 성전환자, 그리고 청소년기 아이들에게도 자살예방서비스가 제공된다. JED재단은 대학생을 대상으로 자살예방 프로그램을 진행한다. Lifeline 전화 상담과 채팅 상담은 미국 내에서만 가능하지만, 국제 자살예방회와 Befriends.org는 국제적으로 자살예방 전화상담 핫라인과 채팅상담 서비스를 운영한다.
- 1-800 LIFENET 무료상담전화 : 뉴욕시 건강과 정신보건과(The New York City Department of Health and Mental Hygiene)는 뉴욕시민의 우울증, 스트레스, 외상후 스트레스장애, 자살 등과 같은 정신건강 문제에 대해 총괄적으로 담당하고 있다. 뉴욕시에 거주하는 시민을 대상으로 1-800 LIFENET 무료상담전화 운영을 통해, 1년 24시간 정신건강 전문가들이 정신건강과 약물남용 등과 관련한 상담서비스를 제공한다.
- 아동우울증 : 아동 우울증을 유발하는 요인으로는 개인적 요인, 가족적 요인, 환경적 요인 등 다양한 원인이 제시되었다. 아동 우울증은 스트레스를 동반하며 공격적 행동, 자살 등 더욱 심각한 문제를 유발하는 요인으로 작용하게 되어 사회문제로 대두되었다. 아동은 우울증을 표현하는 방식이 성인에 비해 미숙하고 외적으로 드러나지 않는 경우가 많다. 또한 우울한 감정을 해결하는 능력이 부족하기 때문에, 부모는 자녀의 우울증 조짐에 대해 예민하게 반응할 필요가 있다. 이에 따라 뉴욕시는 아동 우울증에 대한 전화상담 서비스를 제공하고 있다.
- 산후우울증 : 아동뿐 아니라 산후우울증을 겪는 여성 또한 간과할 수 없는 대상이다. 여성의 10분의 1이 출산 과정에서 우울감을 느끼고, 그 중 절반 이상이 출산 후 산후우울증으로 고통을 느낀다. 주로 출산 10일 이후에 우울감이 사라지는 것이 일반적이지만, 이러한 우울감이 더 심각해져 출산 후 한 달에서 1년 가까이 산후우울증을 겪는 여성이 10~15%에 달한다. 뉴욕시는 이들에 대해서도 전화상담 서비스를 제공하며, 이에 더해 311 전화를 통해 무료 또는 저비용으로 제공되는 서비스를 안내해준다. 이 서비스는 NPO(Non-Profit Organization)와의 협약을 통해 뉴욕시에 거주하는 시민뿐 아니라 외국인들에게도 약 15개의 언어로 제공된다.

- 스트레스와 외상후스트레스장애 : 스트레스와 외상후스트레스장애와 관련해서도 동일한 사업이 진행된다. 일반적으로는 재앙과 같은 치명적인 사건을 겪었을 때, 그에 대한 스트레스 현상은 몇 주 내로 사라진다. 하지만 그러한 부정적인 증상이 오래 지속되고, 개인의 일상과 생활기능에 지장을 준다면 전문가의 도움을 받을 필요가 있다. 뉴욕시는 이와 같이 스트레스에 대해서도 전화상담 서비스를 제공하여 연관되는 상담센터 또는 서비스를 소개한다.

다) 캐나다

- 캐나다 정부는 지난 40년간 병원중심의 정신건강서비스에서 지역사회기반 정신건강서비스 제공으로 접근방식의 변화를 이끌어왔다. 정신건강의 어려움을 겪는 대상자가 병원에서 오랜 시간을 보내며 격리되는 것보다 지역사회에서 정신건강 문제를 다루는 것이 더 중요하다는 판단하에 지역사회중심의 서비스 제공이 캐나다에서 정신건강문제 해결의 핵심 특징으로 다루어지고 있다.
- 캐나다에서 자살은 18세에서 24세 사이 사망원인 중 두 번째 요인으로 꼽히고 있다 (YouthNet UK). 캐나다 아동·청소년의 자살생각률은 여자 31.3%, 남자 17.7%로 보고된 바 있다(Youthnet). 캐나다 아동청소년 자살이 문제가 되면서 공중보건기관이 학생의 건강증진을 위한 건강증진학교 정책을 지원하는 등 아동·청소년의 정신건강문제를 다루고 있다.
- 뉴파운드랜드 랩래도(Newfoundland Labrador)사업 : 캐나다 교육부의 뉴파운드랜드 랩래도 사업은 정신적 장애, 정서장애 등을 가진 아동·청소년을 위한 서비스를 담당한다. 주요 정신건강 장애로는 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD), 품행장애(Conduct Disorder), 불안장애 (Anxiety Disorder), 우울장애(Depressive Disorder), 반항장애(Oppositional Defiant Disorder), 외상후스트레스장애(PTSD), 약물남용 등이 포함되어 있다. 전문적인 진단을 거쳐 정신장애 또는 정서장애가 있는 것으로 판정된 학생은 정신건강 상태의 수준에 따라 적절한 서비스를 받도록 한다.
- 무브(Mauve)사업 : 지역사회 차원의 청소년 정신건강증진사업인 무브사업은 청소년의 우울감, 자살, 약물남용, 자퇴, 비행 등의 주제를 중심으로 반항적인 청소년들이 소통과 도움받기를 통해 그들의 삶을 개선하도록 하는 교육적인 사업이다. 이 사업은 1993년부터 시작되어 청소년의 정신건강 서비스 이용에 대한 편견을 해소하고 스트레스를 극복하는 방법을 교육하는 등 효과적인 정신건강증진사업을 포괄적으로 제공한다. 특히 지역사회를 중심으로 하여 청소년들이 직접 참여하고 운영하는 정신건강 서비스를 제공한다.

라) 캐나다 온타리오주

- 온타리오주 시민 5명 중 1명은 정신건강 문제 또는 중독 문제를 겪는다. 이러한 문제가 개인의 삶뿐 아니라 가족과 직장에도 영향을 줄 수 있기 때문에 온타리오주는 지역사회 정신건강증진에 주력하고 있다.
- Open Minds, Healthy Minds : 2011년 6월, 캐나다 온타리오주 정부는 Ministry of Health and Long-Term Care와 Ministry of Children and Youth Services, 그리고 교육부와 협력하여 온타리오주의 정신건강과 중독 해결을 위한 전략방안인 “Open Minds, Healthy Minds” 를 발표하였다.
- Open Minds, Healthy Minds는 온타리오주 주민들에게 정신건강증진과 관련하여 적절한 예방 및 개입, 그리고 지역사회기반 지지체계와 치료 프로그램을 제공하는 것을 목적으로 삼고, 다음의 4가지 주요 목표를 내세웠다. 첫 번째는 온타리오주 주민의 정신건강증진과 건강한 삶 구축이며, 두 번째는 건강하고 회복력 있는 포괄적 공동체 구축이다. 세 번째는 정신건강과 중독 문제의 조기발견과 예방이며, 네 번째는 개개인의 관점에서 접근하는 정신건강관련 서비스 구축이다.
- 첫 번째 목표인 ‘온타리오주 시민의 정신건강증진과 건강한 삶 구축’ 은 궁극적으로 온타리오주의 정신건강 관련 유병률을 줄이고, 자살 시도 및 자살률을 감소하는 것을 목표로 삼는다. 이를 달성하기 위해 정신건강 문제를 가능한 한 신속하게 발견하여 질 높은 프로그램과 서비스를 제공하며, 가족 정신과 또래의 지지체계를 강화하고자 한다. 개인의 정신건강은 신체건강과도 직결되며 성공적인 학교생활, 직장생활 등을 통해 지역사회에 공헌하므로 매우 중요하다. 온타리오주는 주민의 정신건강증진과 건강한 삶 구축을 위해 개인이 스트레스를 관리하고 건강한 삶을 구축할 수 있도록 다음과 같이 젊은 시기 건강한 정신건강 구축기반 마련, 정신건강에 대한 지식제공, 회복력 및 건강증진, 직장 내 정신건강 관련 프로그램 개발의 3가지 주요 전략방안을 제시하고 있다.

(1) 젊은 시기 건강한 정신건강 구축기반 마련

- 15세에서 24세의 아동·청소년은 24세 이상의 성인에 비해 정신건강 및 중독문제에 3배 이상 취약하다.
- 캐나다의 15세에서 24세 아동·청소년의 사망원인 중 24%는 자살로 나타나고 있다.
- 아동·청소년의 정신건강 문제 조기발견 및 고급 프로그램과 서비스 제공, 다양성과 공정성, 신체활동, 건강한 식습관 장려, 자존감 증진 등을 통해 정신건강 문제에 대한 낙인 최소화, 부모교육 및 또래지지 등 가족프로그램을 제공한다.

(2) 정신건강에 대한 지식 제공, 회복력 및 건강증진

- 정신건강과 관련된 올바른 이해와 다양한 지식은 고난을 극복하고 회복력을 증진시키는 데에 기여한다.
- 정신질환자, 새 주민, 실직자, 가족 및 지역사회 내에서 정신적 외상을 경험한 노인 등 대상별 교육 및 프로그램을 소개하고 제공한다.

(3) 직장 내 정신건강 관련 프로그램 개발

- 직장 내에 정신건강증진 정책 및 프로그램을 도입하여 직장인들의 생산성 증진과 결근을 감소 유도 두 번째 목표인 ‘건강하고 회복력 있는 포괄적인 공동체 구축’은 지역사회 지지를 강화하고, 정신건강 또는 중독 관련 문제를 가진 사람들이 지역사회 내에서 건강하게 생활하며, 병원 또는 보호소의 사람들을 지역사회 내에서 건강하게 살 수 있도록 하는 것을 목표로 삼는다. 이를 달성하기 위해 우선적으로 정신건강에 대한 인식을 긍정적으로 할 수 있도록 노력하고, 지역사회 내의 다양한 프로그램과 서비스가 더욱 강화될 수 있도록 한다.
- 세 번째 목표인 ‘정신질환 및 중독문제 조기발견 및 조기개입’은 정신질환의 문제와 마약 및 도박중독의 문제를 조기에 발견하여 지역사회 사람들의 정신건강문제 회복 기간을 단축하는 것을 목표로 삼는다. 이를 달성하기 위해 온타리오주는 우선적으로 학교, 직장, 그리고 병원 등 다양한 장소에서 조기 개입을 할 수 있도록 하고, 적절한 서비스와 지원을 받을 수 있도록 한다.
- 네 번째 목표인 ‘통합적이고 질 높은 서비스 제공’은 온타리오주에서 정신질환 및 중독 문제를 가진 사람들에게 적재적소하게 개입하여 서비스를 제공하는 것을 목표로 삼는다. 구체적으로는 주택, 소득 보조금, 구직 및 사법제도 등을 통해 정신질환자들의 삶의 질을 향상하고 사회비용을 절감한다.
- 이처럼 온타리오주의 Open Minds, Healthy Minds는 최초 3년간 아동과 청소년을 주 대상으로 삼는다. 아동·청소년을 대상으로 정신건강증진 및 정신질환 및 약물중독에 대한 초기예방을 통해 안전하고 건강한 삶을 살 수 있도록 지원한다. 구체적으로는 아동·청소년과 그들의 가족에게 질 높은 서비스를 제공하는 것이고, 그들의 정신건강문제를 조기에 파악하고 예방하는 것이다. 이 프로그램을 통해 온타리오주 거주자 개인의 정신건강증진뿐 아니라 개인적, 사회적, 경제적 정신건강과 약물중독 관련 비용 절감도 긍정적인 결과로 기대하고 있다.
- 지역사회 중심 정신건강증진 서비스 The Walk-in Counselling Clinic : 캐나다의 Ministries Children and Youth Services, Community and Social Services, 그리고 United Way가 협력하여 The Walk-in Counselling Clinic을 운영한다. 이는 일주일 1회 낮 12시부터 오후 8시까지 운영되며 사회복지사, 정신과의사, 가족상담사 등의 전문가들이 스트레스, 우울증, 상실감, 불안감 등과 같은 정신건강 문제에 대한 상담을 진행한다.

- 정신건강 Helpline : 온타리오 정신건강협회(Canadian Mental Health Association : CMHA Ontario)는 온타리오주 예산으로 운영되며, 주로 지역사회 정신건강증진을 토대로 하여 정신 질환자 중심으로 서비스가 이루어지지만, 부분적으로는 직장생활 정신건강과 관련한 프로그램, 그리고 일반시민 대상 정신건강증진 프로그램을 운영한다. 정신건강 Helpline이 대표적인 일반시민 대상 서비스이며 지역 주민을 대상으로 지역사회의 정신건강 관련 정보를 제공하고, 정신질환자에 대한 교육 등과 관련된 전화상담, 채팅상담, 이메일상담 서비스를 한다. 이는 연령과 상관없이 모든 주민이 365일 무료로 사용할 수 있으며, 전화상담, 채팅상담, 이메일 상담을 통해 이루어진다.

마) 호주

- 호주의 정신보건서비스는 공공부문에서 85%를 제공하고 있고, 민간부문(공익재단)에서 15% 정도를 제공한다. 일부 사립 정신과 외래 및 정신병원, 민간 공익재단에서 운영하는 주거 및 입소 시설 또는 여가 시설을 제외하면 공공이 대부분의 정신보건기관을 운영하고 있다. 공공 부문은 주정부 정신보건국과 공공부문 정신보건서비스 관리를 위탁받은 협력기관(멜버른대학교 의과대학) 간의 긴밀한 협조하에 정신과 입원치료에서부터 지역사회 정신보건서비스까지 일련의 포괄적인 정신보건서비스를 제공한다.

(1) 호주 복지부(Department of health and ageing)

- 호주의 정신건강증진정책 및 사업은 복지부에서 담당한다. 호주 정부는 개인과 가족의 정신건강 문제에 집중하여 서비스와 지지체계를 강화하는 데 주력하고 있다. 특히 아동·청소년 정신건강에 대한 보장과 서비스 제공에 초점을 두어, 2011년에서 2012년 사이 청소년과 성인을 대상으로 정신건강 관련 예산과 서비스를 확대하는 등 변화를 주었다.
- 학교정신건강증진사업 마음의 문제(Mindmatters) 프로그램 : 이 프로그램은 호주 주정부 Health and Ageing 부서 예산으로 운영되는 학교중심의 포괄적인 정신건강증진 프로그램이다. 이는 세계보건기구의 건강증진 학교 모델을 기초로 한 종합적인 건강증진모델 기반 사업이다. 이 프로그램은 아동·청소년의 사회심리적 정신건강을 목표로 하고 있으며 호주의 중·고등학교 학교모델과 교과과정, 전문성개발 프로그램을 발굴해 학생에게 알맞게 적용할 수 있는 정신건강증진 프로그램을 제공하고 있다. 프로그램 적용대상은 모든 중학교 학생 및 교직원, 학교에서 도움이 필요한 학생(20~30%), 정신건강 개입이 필요한 학생(3~12%) 등으로 구분된다. 교사와 학생의 참여와 상호작용을 중시하여 모든 교사가 학생 정신건강증진사업에 참여하도록 하고 있다.
- 접근대상은 전체학교 공동체 영역, 학부모와 학생의 관계의 질, 학교의 정신, 학교정책의 4개 영역으로 개입대상이 구분된다. 4개의 영역을 통해 학생들의 의사소통기술, 도움요청

기술, 문제해결기술의 향상을 도모하며, 이러한 정신건강 교육과정은 정규 교과과정에 포함되어 있다. 호주의 모든 중학교 교직원의 83%, 그리고 약 160,000명에 해당하는 호주 주민이 Mindmatters 프로그램에 참여하고 있다. 또한 호주 내의 중학교의 98%가 이 프로그램의 내용에 대해 인지하고 있고, 설문조사에 응한 학교 중 65%가 이 프로그램을 지속적으로 활용하고 있다. 이와 더불어 호주 중학교의 38%는 이 프로그램을 정신건강증진 프로그램으로 활용하고 있다.

- 자살예방사업 National Suicide Prevention Strategy(NSPS) : NSPS는 모든 사람에게 보편적으로 제공되고, 지역사회 모든 개개인이 자살 위험으로부터 안전하도록 하는 것이 주요 목적이다. NSPS는 자살에 대한 근거중심의 정책전략인 LIFE Framework, NSPS의 활동과 계획을 수립하는 The National Suicide Prevention Action Framework, 자살예방활동과 관련된 예산을 책정하는 The National Suicide Prevention Program(NSPP), 각종 자살예방 활동을 조정하는 구조 속에서 호주 시민들의 정신건강증진과 자살예방, 그리고 회복증진에 기여한다.
- MindSpot Clinic(MSC) : MSC는 호주 주정부 Health and Ageing 부서의 예산으로 운영되는 호주 시민 정신건강증진 프로그램이다. MSC는 전화 상담과 온라인 상담을 통해 호주 시민의 정신건강에 대한 상담, 치료를 하고 있다. 치료과정은 Macquarie 대학의 Emotional Health 센터의 eCentreClinic에서 시연하여 검증받은 프로그램을 이용하며 4가지 차원에서 정신건강증진에 접근하고 있다. 첫 번째는 18세에서 64세 성인을 대상으로 한 Wellbeing 과정으로, 개개인이 스트레스, 우울, 불안을 건강하게 해소하는 방법을 터득할 수 있는 프로그램을 운영한다. 두 번째는 Wellbeing Plus 과정으로, Wellbeing 과정과 동일한 내용으로 60세 이상 노인을 대상으로 진행한다. 세 번째는 OCD(Obsessive Compulsive Disorder) 과정으로, 강박장애를 가진 사람들이 이를 극복할 수 있도록 상담을 수행한다.
- 네 번째는 PTSD(Post Traumatic Stress Disorder) 과정으로, 충격적인 사건으로 인해 정신적인 외상을 경험한 사람들이 증상을 극복할 수 있도록 한다. 이 프로그램은 교육과 실천을 혼합한 방식으로 운영된다. 10주 이상의 과정을 통해 클라이언트 본인이 스스로 본인의 정신건강을 관리할 수 있도록 돕고, 과정의 매 시간마다 다음의 4가지 핵심적인 활동을 요구한다. 본 상담과정은 상담을 받고자 하는 클라이언트가 전화 또는 온라인상으로 본인의 정보를 등록한다. 그 후, MindSpot Clinic Screening Assessment Service(MAS)를 통해 클라이언트의 상태에 대해 질문을 받게 되고, 응답한 질문들은 스크리닝 사정과정과 서비스 평가, 그리고 MSC 치료사들이 서비스를 제공하는 데 있어 참고할 수 있도록 녹음이 된다.
- 본 단계를 거친 후, 클라이언트가 제공한 정보에 따라 어떤 서비스를 이용할 수 있을지에 대한 정보를 제공받는다. 마지막 단계로, 치료 과정에 들어가 정신건강 치료사가 전화, 이메일, 문자, 혹은 가능한 다른 방법들을 사용하여 정신건강에 대한 상담이 시작된다. 상담과정이 끝나면 3개월간 사후 사정과정이 진행된다.

(2) Beyond Blue

- 이 단체는 호주 연방정부와 State and Territory정부 양당의 지원으로 운영되는 NPO (Non-Profit Organization)단체로서, 우울증과 불안증 등 호주 주민의 정신건강문제 전반에 개입한다. 이 단체는 2000년 10월 5개년 계획으로 창설되었다. 구체적인 프로그램으로는 부모와 자녀의 정신건강증진을 목적으로 하는 KidsMatter 프로그램이 있다.
- KidsMatter 프로그램 : 이 프로그램은 Australian Psychological Society, Principals Australia, 그리고 Early Childhood Australia, Beyond Blue와 협력해 0세부터 12세까지 아이들의 정신건강증진에 주력하고 있다. 호주 정부는 2011년에서 2012년 사이 KidsMatter 예산을 확대하며 아이들의 사회적, 정서적 발달증진에 중점을 두었고, 학교 환경개선에도 투자하였다. 특히 청소년들의 우울, 불안, 임신 문제와 관련하여, 전화상담, 온라인 채팅상담, 이메일 상담을 운영한다. 전화상담과 이메일 상담은 1년 365일, 24시간 내내 운영되어 도움을 요청할 수 있다. 채팅상담은 일주일 내내 4시부터 10시 사이에 운영된다.

(3) 호주 빅토리아주 정신건강 개혁전략

- 빅토리아주의 ‘정신건강 개혁전략 2009~2019’의 비전은 정신건강문제를 가진 이들이 적시에 질 높은 서비스와 지원을 받음으로써 지역사회에서 성공적으로 살 수 있게 하는 동시에 모든 빅토리아 주민이 정신건강과 안녕을 유지하는 데 필요한 기회를 갖는 것이다. 비전에 담긴 핵심요소는 예방, 조기 개입, 회복과 사회통합이라고 할 수 있다.
- 비전을 실현하기 위한 주요 전략의 구체적 내용은 크게 8가지로 설명될 수 있다. 첫 번째 개혁전략은 ‘정신건강 증진학교와 이동기 환경’ 실행 틀을 적용하여 회복과 보호적 요인을 만들고 건강한 식이, 신체활동, 약물 교육을 보충하여 건강한 삶과 건강한 정신을 위한 접근 방법을 형성하는 것이다. 또한, 근거 중심의 작업장 프로그램을 지원하여 긍정적인 정신건강 및 안녕을 증진한다.
- 이에 덧붙여, 정부, 일차의료 협력자, 이웃 및 지역사회 재생(Neighbourhood and Community Renewal)을 통해 차별, 가정폭력, 노숙, 실업 등의 문제를 다루는 것을 포함한 사회적 통합정책에 기여하며, 자살 행태와 자살 예방에서 새로운 경향과 위험 요인들을 확인하고 대응할 수 있는 능력을 강화하기 위해 새로운 국가적 틀을 사용하여 자살예방계획(Next steps : Victoria' s suicide prevention action plan)을 새롭게 수립한다. 알코올 및 약물 남용과 관련된 정신건강의 위험을 강조하는 언론 활동을 통해 교육 및 홍보 개발에 적극 이바지하며, 정신건강증진을 계획하고 이행하는 데 있어 전문가를 발굴하고 관련 인력들의 역량을 강화한다. 마지막으로 위험요인 및 보호요인과 결정요인을 다루는 최선의 실행을 반영하는 개입 목록을 개발하고 지역적으로 적합한 기술을 훈련하기 위한 정신건강증진 단기과정을 지속적으로 만든다.

- 두 번째 개혁전략은 생애초기 접근방법이다. 이는 0에서 25세 사이의 아동, 청소년, 청년과 그들의 가족을 돕는 것으로, 아동 서비스 조기 강화, 정신건강 문제를 지닌 아동, 청소년, 청년과 그들의 가족을 위한 치료 제공, 취약 청년집단 대상 정신건강 지원 제공, 정신건강, 약물, 알코올 문제와 관련된 위험이 존재하는 곳에서 강한 가족 형성 등의 목표를 통해 실현하고자 한다.
- 구체적으로는 서비스 개선을 통해 접근성을 강화시켜 조기개입을 원활하게 하며, 이를 통해 치료의 연속성을 높이고 연령에 적합하게 대응하며, 일차의료, 아동 서비스, 학교, 기타 다양한 지역사회 서비스와의 협력을 일궈낸다. 이에 덧붙여, 학교의 보건 및 복지 인력 기술을 조직·향상시켜 정신적 안녕을 증진하고 새로운 정신건강 문제를 발견하며 필요한 전문인력의 개입으로 대상자의 후송을 앞당기고 추후 지원한다. 또한, 지역의 일반적 건강, 약물 치료 및 청소년 지원 서비스를 통해 새로운 중증도 혹은 심각한 정신건강 문제에 대해 청소년들(12~25세)에게 도움을 준다.
- 세 번째 개혁전략은 치료 경로의 강화이다. 이는 접근성을 위한 체계를 갖추고 응급상황에 대처하는 것을 의미한다. 구체적으로는, 보다 나은 정신건강 정보와 일련의 후송 경로를 통해 정신건강 치료를 적절한 시기와 장소에서 제공하는 것이다. 또한, 일차의료 서비스를 정신건강 치료 및 후송의 핵심적 접근지점으로 활용하고, 전문적 공공 정신건강서비스에서 정신과적 선별의 효율성 및 반응성을 향상한다. 위급한 욕구를 가진 사람들에게 효과적으로 대처하는 건강하고 통합적인 응급 서비스 체계의 설립이 포함된다.
- 이를 실현하기 위해 전화서비스를 포함한 보다 접근성 높은 정보, 조언, 후송 서비스를 만든다. 아울러, 중앙의 정신과적 선별 서비스 개발을 통해 정신건강서비스가 필요한 사람들에게 즉시 도움을 준다. 일반의와 지역사회 건강서비스를 일차정신건강치료의 핵심 공급자 및 정신건강서비스로 후송하는 핵심 지점으로 활용한다. 이에 덧붙여, 정신과적 응급상황을 경험하는 사람들에게 보다 조정된 정신건강 경찰조치를 지원하고, 주요 병원에 있는 단기 체류 장소 혹은 정신건강 위기상황을 겪는 사람을 위한 지역사회 기반 시설을 위해 새로운 모형을 평가한다.
- 네 번째 개혁전략은 전문가 치료의 강화이다. 이는 주 대상이 중증도가 심각한 정신건강 문제를 가진 성인과 노인으로, 조기 개입, 재발 예방 및 회복에 중점을 둔다. 전문가 치료 목표를 달성하기 위해, 소비자와 간병인 가족의 적극적인 참여를 장려하고, 지역사회 기반 전문적 정신건강 서비스를 제공한다. 또한, 사회적, 경제적, 지리적으로 불리한 대상자는 선택적인 지역사회 건강서비스를 활용할 수 있도록 한다. 일차의료서비스 제공시설과 주된 거주 노인 치료시설들이 이차적인 문의, 훈련, 단기 치료를 제공하기 위한 노인 정신건강 서비스 역량을 향상함으로써 정신건강 문제를 가진 노인을 돕도록 한다.
- 다섯 번째 개혁전략은 지역사회 참여를 통한 토대 마련이다. 대상자에게 보다 조정된 맞춤형 접근방식을 제공하여, 유연하고 단계적으로 지원하는 것이다. 이는 주로 정신질환

자를 대상으로 하며, 정신건강 서비스 전문가 연계, 주거시설 계획, 프로그램 강화 등이 대표적이다.

- 여섯 번째 개혁전략은 취약한 인구집단에 대한 불평등의 감소이다. 이는 취약한 인구집단에 보다 나은 대응을 하기 위한 것으로, 원주민의 사회적, 영적, 감정적 안녕의 향상, 정신 질환자를 위한 결과 향상, 언어적으로 다양한 사람들과 난민의 배경을 가진 사람들의 정신 건강 향상이 목표이다.
- 일곱 번째 개혁전략은 인력 및 혁신이다. 이는 정신건강 전문 인력을 양성하고, 질 높고 효과적이며 소비자 중심인 간병인 통합적 치료를 개발하며, 지역사회 내 주요 인력의 정신건강 자질을 체계적으로 향상시키고, 조직화된 연구 및 지식 관리 역량을 형성하는 것을 포함한다.
- 마지막 여덟 번째 개혁전략은 협력 및 책임성 강화이다. 이는 정신건강에 대한 지역사회의 반응이 다양한 요소들을 포괄하는 광범위한 지역의 기획 및 조정역량의 개발을 목표로 하며, 더욱 연결되고 전체적인 대응을 위한 정신건강 서비스 지배구조의 강화, 보편적인 정신건강 틀 아래에서 모든 관련 프로그램의 예산 및 보고체계의 책임성 부여, 개혁 노력의 전략적 정책 조정, 모니터링 및 평가 추진이 포함된다. 이를 달성하기 위해, 일반적인 보건서비스 분야에 맞추어 아동 및 청소년, 성인 및 노인 전문 정신건강 서비스를 보편적 지배구조와 경계 아래에 둔다. 또한, 건강서비스 이사회 아래 정신건강 이사회 혹은 위원회를 둔다. 보다 넓은 개인 및 지역사회의 목적을 반영하는 건강 및 사회적 지표를 포함하는 구조를 개발하며 주 차원의 정신건강개혁회의를 설치하여 개혁의 진행에 중심적인 분야를 모두 모은다.
- 앞서 살펴본 빅토리아주의 정신건강 개혁을 통해 가장 주목할 수 있는 점은 이 전략을 통해 정신건강 서비스의 대상을 중증 질환자뿐 아니라 경증 및 일반인에게까지 확대하고 있음을 알 수 있다. 이는 정신건강이 치료의 대상만이 아니라 예방과 증진의 대상임을 나타낸다. 또한 이러한 대상의 확대는 정신건강 서비스의 전달 환경이 정신병원이나 의원뿐 아니라 노숙인 쉼터, 교도소, 학교, 가정, 일반 의료기관 등 지역사회의 여러 장소가 되어야 함을 의미한다.

바) 영국

(1) 자살

- 2010년 영국에서는 5,608명이 자살로 사망하였으며, OECD(2012)는 2010년 영국의 인구 10만 명당 자살사망률이 6.7명이라고 발표하였다. 현재 영국 정부는 자살예방을 모든 건강과 사회서비스에 대한 국가적 우선순위로 두고 국민의 정신보건과 복지 증진을 위한 차원에서

자살예방정책을 펼치고 있다. 특히 자살 사망자의 75%가 정신보건서비스를 받지 못했다는 실증적 분석을 토대로 다양한 집단 및 개인이 포괄적으로 참여하는 근거 기반의 구체적 국가자살예방전략을 추진하고 있으며(한국자살예방협회, 2008; 전우택 등, 2004), 그 결과 2009년 들어 지난 20년간의 자살사망률이 17.6% 정도 감소한 것으로 나타나기도 하였다(OECD, 2012).

- 2011년 2월 영국 연방정부는 모든 연령대 및 인종의 정신건강과 웰빙을 위한 국가적 전략을 담은 문서 ‘No health without mental health’ 를 출간하였다. 영국 정부는 이 문서를 통해 국가 자살예방전략의 운영에서 자살예방 서비스가 어떤 형태로 전달되어야 하는지에 대한 원칙을 수립하였다. 특히 높은 수준의 정신건강서비스를 제공하여 정신건강증진 성과를 도출하고자 목표하고 있으며 이를 위해 정부의 각 부서가 전략적 파트너십을 맺고 각 지역과 협력하도록 하고 있다. 또한 정신건강서비스 제공 시 정신건강뿐 아니라 주택, 고용, 사법 시스템 사이의 긴밀한 협조가 바탕이 된 포괄적 접근도 중요함을 지적하고 있다(DoH, 2011).
- 영국 공공영역의 자살예방정책 주무부처는 정부의 행정부서인 보건성(Department of Health)이며 국가자살예방전략(National Suicide Prevention Strategy, NSPS)의 수립과 운영의 책임을 가지고 있다. 보건성은 1999년부터 현재까지 정신건강의 중요성에 집중하며, 2010년까지는 자살과 원인이 불분명한 상해로 인한 사망률을 20%까지 감소시킬 것을 공공 정신 보건정책의 목표로 제시한 바 있다.

(2) 대규모심리치료 접근성개선 프로그램(Increasing Access to Psychological Therapies : IAPT)

- 영국은 우울증과 불안으로 인한 연간 비용이 70억 파운드, 이러한 재정적 문제와 현상의 심각성을 고려하여 고위급 정부기관의 지원을 통해 비용효과적 접근을 시도하였다. 즉 인지행동치료(CBT)를 위해 인력 6,000명을 교육하고, 고용지원에 1억 7,700만 파운드를 투입하여 IAPT 프로그램을 운영하였다. 이는 경증(mild to moderate) 정신질환에 대한 심리치료 접근성 개선이 목표로, 근무복귀 및 생산성 제고를 통해 투자비용을 회수하는 비용 효과적 접근방법으로 평가받는다.
- 이와 같이 효과적이고 인지도 높은 프로그램을 통해 낙인의 문제도 점진적으로 해결 가능하도록 하는 것이 핵심이다. 영국에서 이 프로그램으로 인한 성과로는, 경증(mild to moderate) 우울증 환자 중 IAPT 수료자의 40% 이상이 호전된 상태를 보였고, 17%가 근무에 복귀하였다. 또한 병원 및 의원으로부터 연계된 환자에 비해 IAPT 프로그램을 사용한 환자들이 보다 적은 인지행동치료로 빠른 회복력을 보였다.
- 해외도시들은 날로 심각해지고 있는 정신건강 문제를 해결하기 위해 중증정신질환자뿐만

아니라 일반인을 대상으로 한 정신건강증진사업을 체계적으로 전개하고 있다. 위에서 살펴본 해외 선진도시의 정신건강증진정책 및 사업의 공통적인 특성을 뽑아보면 다음과 같다.

- 첫째, 해외 선진도시는 병원중심의 정신건강서비스에서 지역사회 기반 정신건강서비스로 변화하기 위해 정신건강 문제를 지역사회 중심으로 해결하려는 노력을 오래전부터 지속적으로 하고 있다. 정신건강의 문제는 지역사회 중심의 네트워크와 서비스를 통해 더욱 효과적으로 예방하고 해결할 수 있기 때문이다. 이들 도시는 효과적이고 지속적인 정책수행을 위해 지역사회 내 자원 간 연계, 협력체계를 구축하고 있다.
- 둘째, 해외 선진도시의 영유아기부터 학생, 임산부, 노인에 이르기까지 생애주기별 정신건강 정책을 시행하고 있다. 특히 이들 도시는 아동, 청소년기의 정신건강 예방과 조기발견을 강조한다. 현재 서울시 아동청소년 정신건강 관련 사업은 학교를 중심으로 하고 있으나 전체 학생 대상으로 선별검사가 이루어지고 있지 않고 예방교육도 체계적으로 이루어지고 있지 않다. 해외 선진도시의 학교중심으로 아동청소년 대상 정신건강서비스를 제공하고 있으며 모든 학생을 대상으로 정신건강 평가와 치료서비스를 제공한다. 특히 학교뿐만 아니라 지역사회와도 연계하여 사회복지사, 심리학자, 정신과 의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등이 참여하는 서비스 제공을 중시하고 있다.
- 셋째, 해외 선진도시의 자살예방을 위한 사업을 강조하고 있으며, 일반인 대상으로는 우울, 스트레스, 불안, 외상후스트레스장애를 중심으로 접근하고 있다. 지역사회 내 자원 활용을 통한 서비스제공, 24시간 전화상담, 방문상담 서비스를 통해 자살예방과 정신건강증진을 위한 사업을 시행하고 있다.

2). 국내의 정신건강 정책

- 정신건강복지기본계획은 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’ 제7조에 따라 5년마다 수립하는 국가 기본계획으로, 2016년 제1차 정신건강 종합대책이 수립되었고, 2021년 2차 정신건강복지기본계획(국민 마음건강 종합대책) 수립되었다. 2023년 12월 정부는 ‘정신건강정책 비전 선포대회’에서 정신건강을 개인 문제로 두지 않고 주요 국정 어젠다로 삼아 정신건강을 위한 예방과 치료, 회복에 이르기까지 전 과정의 지원체계를 재설계 하겠다고 밝혔고 2024년 3월 대통령 직속 정신건강정책 혁신위원회를 발족할 예정이다 있다.

(1) 제1차 정신건강 종합대책

- 정부는 우울불안중독 등 우리 사회의 정신건강 문제가 지속적으로 증가하고 이로 인한 자살범죄 등 사회적 비용도 함께 증가함에 따라 정부는 국민 정신건강 문제의 사전 예방과 조기 관리에 중점을 두어 2016년 2월 25일 제1차 정신건강종합대책(2016-2020)을 마련하였다.

- 1차 정신건강 종합대책의 핵심은 삶의 고비에서 마음의 병을 얻게 될 경우 조기에 발견하고 신속하게 회복하여 원래의 삶으로 돌아갈 수 있도록 전 사회적 역량을 강화하는 것으로 우선, 국민들이 보다 빠르고 편하게 정신건강 서비스를 이용할 수 있도록 문턱을 크게 낮춘다. 사군구 정신건강복지센터에 정신과 의사(“마음건강 주치의”)가 단계적으로 배치되고 동네 의원에서 정신건강 문제를 검사(스크리닝) 하는 등 조기 발견·지원을 강화한다. 또한 정신질환 발생 초기에 집중 치료를 받을 수 있도록 건강보험 수가체계를 개선하여 일반 국민의 비용부담도 완화한다.
- 그리고 정신질환에 대한 차별적 제도를 개선하고 인식개선 캠페인 등을 통해 ‘사회적 편견’을 깨기 위한 노력을 지속할 예정이고 만성 정신질환자도 최대한 사회복귀를 할 수 있도록 지원하고, 자기결정권을 보장하여 삶의 질을 향상시키는 한편, 5개 국립정신병원*에 ‘입원 적합성 심의위원회’를 설치하여 강제입원 절차를 엄격히 해 나가는 등 인권 강화방안도 함께 추진한다. 이러한 1차 「정신건강 종합대책」의 주요 내용은 살펴보면 다음과 같다.

(가) (일반 국민을 위한) 촘촘한 정신건강서비스 지원

- 정신적인 어려움으로 일상 생활에 지장을 받는 경우나 마음의 문제로 힘이 들 경우, 정신건강복지센터에서 “마음건강 주치의”(정신과 의사)를 만나 1차적인 진단과 상담 서비스(* 17년)를 받을 수 있다. 정신건강복지센터는 상대적으로 접근성이 높아 전문 서비스를 보다 가까운 곳에서 이용할 수 있다.
- 우울증 등 정신적인 어려움이 있으나 이에 대한 자각 없이 신체적 증상으로 동네 의원을 방문한 경우에도, 정신건강 검사(스크리닝)를 통해 효과적으로 문제를 발견해 내고 이러한 정신건강 문제 발견시 정신건강의학과 병원 및 정신건강증진센터로 연계하여 전문적인 도움을 받을 수 있으며, 우울증 약물 처방 및 상담 치료도 ‘17년부터 지속적으로 확대해 나갈 계획으로 범부처 TF*를 구성(* 16년)하여 정신질환자에 대해 불합리한 편견을 조장하는 법령·제도·행태에 대한 실태조사를 실시하고 개선방안을 마련하여 편견 없는 사회적 환경을 조성할 계획이다.
- 일생동안 한번은 닦칠 수 있는 정신건강상의 고비를 잘 넘길 수 있도록 영유아·아동·청소년·청장년·노인 등 생애주기별로 정밀검사 및 심리상담 등의 정신건강 서비스를 지원한다. 특히, 산부인과·소아과에서 산후 우울증 여부를 검사(스크리닝)하여 고위험군에게 아이돌봄서비스, 일시 보육을 우선적으로 제공하고, 고운맘 카드 사용처를 확대하는 방안도 검토할 예정이다.

* 생애주기별 정신건강서비스 지원

- 영유아(가정 검진도구 개발·보급, 아동학대 발생시 심리지원 등 내실화, ' 17)
- 아동·청소년(5년주기 정신질환 실태조사에 포함, 학교 상담 강화, ' 16)
- 청·장년(대학 상담센터 활성화, 산모 우울증 관리, 사업장별 근로자 심리지원, ' 17)
- 노인(정신건강증진센터 등을 통해 정신건강 종합검사 실시, ' 17)

(나) (정신건강 문제 발생시) 조기 집중치료로 원래상태 회복

- 정신건강의학과 외래치료시 본인부담률을 낮추고(30~60% → 20%), 상담료 수가를 현실화하여 약물처방 위주에서 보다 심층적인 상담치료를 받을 수 있도록 건강보험 수가체계를 개선(' 17년)한다. 또한, 높은 비용부담 때문에 지속적 치료가 어려운 비급여 정신요법 및 의약품에 대한 보험적용을 확대하고, 장기지속형 약물*의 보장성 확대로 정신과 치료에 대한 개인의 부담을 완화한다.

* 매일 약을 복용하지 않아도 일정기간(2주, 4주 등) 약효가 지속되어 약물 미복용으로 인한 반복적 재입원, 재발율을 낮추는데 도움

- 의료급여* 환자들 보다 양질의 치료서비스를 받을 수 있도록 의료급여 수가를 개선하고, 입원 기간에 따라 의료급여 수가를 낮추는 차등 지원을 강화하여 발병 초기의 집중치료를 통한 조기퇴원을 유도할 계획이다.

* 의료급여 : 기초생활보장수급권자 등 저소득 국민을 위한 의료보장제도

* 현재 수가 체감률 : (입원기간 180일 ~ 360일) 95% / (361일 이상) 90%

- 정신질환자를 위한 사회복지시설*도 단계적으로 확충하여 퇴원 후 지역사회에서 충분한 재활서비스가 제공될 수 있도록 하고, 정신질환 당사자의 '사회적 협동조합' 설립을 장려하여 다른 정신질환자의 회복재활 등을 지원하도록 한다.

* 생활시설, 지역사회 재활시설, 직업 재활시설, 중독자 재활시설 등 317개소

- 5개 국립정신병원을 중심으로 정신과 이외에 타 진료과목 전문의 배치를 확대하여 정신질환이 있는 사람도 신체적 질병을 치료 받는데 어려움이 없도록 개선해 나갈 예정이다.

* 현재 복합질환자(예 : 폐렴에 걸린 환각망상 증상이 있는 조현병 환자)의 경우 신체적 치료 및 입원이 쉽지 않음

(다) (만성 환자의) 삶의 질 제고

- 강제입원*이 가진 인권문제를 최소화하기 위해 5개 국립정신병원에 '입원적합성심의회'를 구성**하여 강제입원시 공적 영역에서 입원 적합성 여부를 판단하게 된다.

* 강제입원 : 보호의무자 및 기초자치단체장에 의한 입원, 응급입원

** ‘정신보건법 개정안’ 국회 상임위 계류중

- 중장기적으로는 사법기관이 입원 적합성 여부를 최종적으로 판단하는 체계를 구축하여 부적절한 입원으로 인권이 침해되지 않도록 보호할 계획이다.

* 예) 독일, 프랑스에서는 법원에서 입원 및 계속입원 여부 결정

- 정신의료기관 내 행동 제한격라강박 등의 기준을 강화하고 구체적인 가이드라인을 마련 (* 16)하는 한편, 강제입원시 「민법」상 부양의무자(직계혈족 및 배우자)에 앞서 성년후견인*의 동의를 받도록 하여 가족 간 불화, 재산문제 등으로 인한 부적절한 입원 등의 피해를 방지 않도록 한다.

* 성년후견인 제도 : 질병·노령 등으로 인한 정신적 제약으로 사무처리 능력이 결여된 사람을 대신해 법원이 법적 후견인을 선임

(라) 중독 및 자살 예방·관리 강화

- 일반국민을 대상으로 중독 문제에 대한 선별 검사를 강화하고, 중독자에 대한 조기 치료 회복을 지원한다.

* 국민 100명중 6명이 4대 중독자(알코올·인터넷·도박·마약)로 추정(* 11년 정신질환실태 역학조사)

- 이를 위해 초·중·고등학교 내 인터넷게임, 스마트폰 등에 대한 중독 선별 검사를 강화하고, 청·장년층 정기 건강검진시 알코올 습관조사 대상을 확대(40대 이상 → 20대 이상, * 17년) 한다. 또한 각계각층을 대상으로 ‘생명사랑지킴이(gate keeper)’ 양성 교육을 강화하여 전 사회적인 자살예방 환경을 조성*하고, 자살 수단에 대한 감시·관리를 강화한다. 일반인 보다 자살률이 약 25배 높은 자살 시도자에 대해 응급실 기반 심리 지원을 강화하여 자살 재시도를 예방하고, 위기 상담전화* 인력 확충, 경찰(112)-소방(119)과의 연계 강화 등 24시간 응급 정신건강 지원체계를 내실화 한다.

* 129(보건복지콜센터), 1577-0199(정신건강 위기상담 전화)

- 자살 유가족을 대상으로 자살 원인을 심층 분석하는 심리부검을 단계적으로 확대하고, 경찰청·통계청 등과 협조하여 자살사망자 및 자살시도자에 대한 정보 연계·모니터링을 강화한다.

- 정부는 국민의 정신건강 증진을 위해서는 전 사회적인 관심과 역량을 결집하는 것이 중요하다는데 인식을 같이 하고, 의료계, 정신질환 당사자 및 가족, 종교계 등과 MOU를 체결하여 정신건강에 대한 올바른 정보 제공, 사회적 편견 해소를 위해 협력해 나갈 계획이다.

또한 전경련, 대한상공회의소, 중소기업중앙회 등 경제단체와도 긴밀히 협조하여 근로자 정신건강에 대한 기업의 관심을 제고하고, 직무스트레스 관리 등 서비스 확대를 추진해 나간다.

- 보건복지부는 이 같은 1차 정신건강종합 대책에 대하여 “정신건강에 문제가 생겼을 때 국민이 마음 편히 정신건강 서비스를 이용하게 하는 것이 대책의 핵심” 이고, 이를 위해 “정부 뿐 아니라 재계·종교계·교육계 등 사회 각 분야의 관심과 협력을 바탕으로 대응역량을 강화해 나가는 것이 중요하다고 하였다.

(2) 제2차 정신건강 종합대책

- 2021년 2차 정신건강복지기본계획(국민 마음건강 종합대책)은 “정신건강 없이는 개인과 사회의 건강도 없다” 는 문제의식 하에 전 국민의 전 주기적 건강관리를 위해 국가 책임을 강화하는 것으로 정책 패러다임을 전환하였다.
- 이러한 배경을 살펴보면 첫째, 정신건강 문제로 인한 사회경제적 부담의 증가이다. 2019년 기준 국내 정신질환자 수는 약 316만명으로 최근 5년간 약22% 증가한 것으로 나타났는데 이것은 국민 4명 중 1명이 평생 동안 한 번 이상은 정신질환을 경험할 정도로 정신건강 문제는 보편적인 현상이 된 것이다. 우울증 등 정신건강의 악화는 삶의 의욕 저하나 알코올 등 각종 중독에의 의존, 극단적으로는 자살위험을 가중시킨다. 정신건강 문제는 생애주기 초기에 발생하고 유병 기간이 긴 경우가 많아 의료비 부담, 소득 상실 등 사회적 비용이 큰 특성이 있으며, 정신질환자 수 증가에 따라 관련 사회경제적 비용도 매년 증가하고 있는 추세이다.
- 둘째 정신건강 분야 조기 개입의 높은 효과성이다. 정신건강 분야는 감염질환, 심혈관질환, 암질환 등 다른 질환에 비해 국가적 차원의 투자 효과성이 높은 분야이고 우울증 등 대다수 정신질환은 조기 발견을 통한 상담가 약물 치료 등으로 치료가 가능하다. 하지만 상대적으로 낮은 사망률, 정신질환에 대한 사회적 편견과 배제 등은 정신건강 관리에 대한 사회적·개인적 관심을 저해하는 요소로 작용하고 있다. 또한 우리나라의 정신건강예산은 보건 예산대비 5%이상인 WHO권장 기준보다 낮은 1.6%(2020년) 수준에 불과하고 또한 정신 건강 문제를 경험하는 국민 중 정신건강서비스를 이용하는 경험률은 외국의 절반 수준인 22.2%(2016년기준)에 불과한 것으로 나타났다.

* 캐나다 46.5%, 미국 43.1%, 벨기에 39.5%(2016년 정신질환 실태조사)

- 셋째, 코로나-19 재유행 등 미래사회를 대비하기 위한 장기 대응 전략 필요성이다. 주요 선진국들은 신체 건강과 마찬가지로 정신건강에 우선순위를 두면서 적극적이고 예방적인 국가 차원의 정신건강 정책을 추진 중에 있다. 코로나19 장기화에 따른 코로나 우울 현상 확산으로 정신건강 서비스 수요의 증가와 함께 그간 소외받은 정신건강 영역에 대한 국가의 책임 강화의 필요성 또한 증가하게 되었다.

- 이러한 배경에서 2차 정신건강복지기본계획은 “정신건강 없이는 개인과 사회의 건강도 없다” 는 문제의식 하에 전 국민의 전 주기적 건강관리를 위해 국가 책임을 강화하는 방향으로 정책 패러다임을 전환하였다. 2차 정신건강복지기본계획은 “마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라” 의 비전과 6개 추진전략, 21개 핵심과제로 그 내용은 표와 같다.

<표 2-94> 2차 정신건강복지기본계획 비전과 추진전략

비전	마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라
정책 목표	코로나19 심리방역을 통한 대국민 회복탄력성 증진 2. 전 국민이 언제든지 필요한 정신건강서비스를 이용할 수 있는 환경 조성 3. 정신질환자의 중증도와 경과에 따른 맞춤형 치료환경 제공 4. 정신질환자가 차별 경험 없이 지역사회 내 자립할 수 있도록 지원 5. 약물 중독, 이용 장애 등에 대한 선제적 관리체계 마련 6. 자살 충동, 자살 수단, 재시도 등 자살로부터 안전한 사회 구현
⇓	
추진전략	핵심과제
전 국민 정신건강증진	적극적 정신건강증진 분위기 조성 대상자별 예방 접근성 제고 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화
정신의료 서비스 /인프라 선진화	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
지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진	지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선 지역사회 내 자립 지원 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화
중독 및 디지털기기 이용장애 대응 강화	알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화 마약 등 약물중독 관리체계 구축 디지털기기 등 이용장애 대응 강화
자살로부터 안전한 사회 구현	자살 고위험군 발굴과 위험요인 관리 고위험군 지원 및 사후관리 서비스 지원체계 개선
정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	정책 추진 거버넌스 강화 정신건강관리 전문인력 양성 공공자원 역량 강화 통계 생산체계 정비 및 고도화 정신건강분야 전략적 R&D 투자 강화

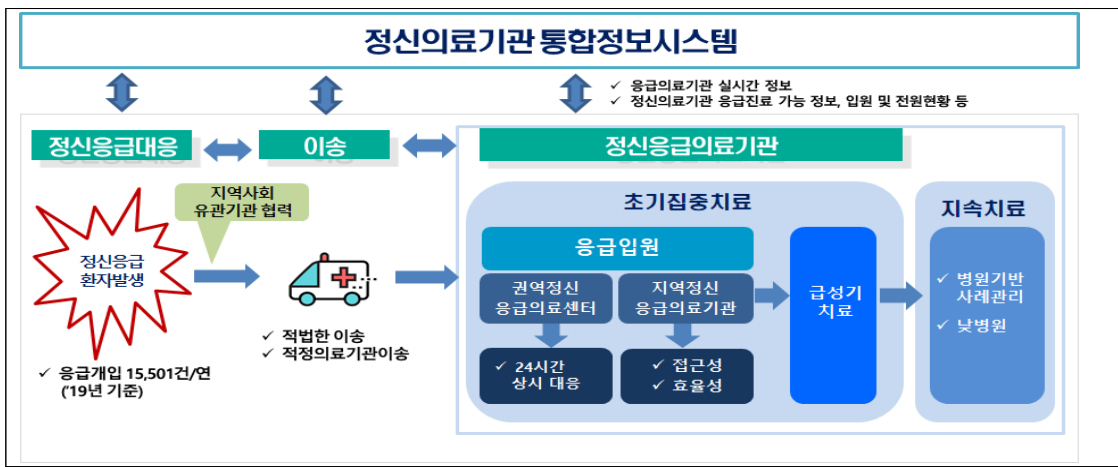
- 정책적으로 크게 변화된 부분은 이전의 정책대상은 정신질환자와 고위험군을 대상으로 정신과적 치료와 정신질환자의 증상관리 중심이었다면 2차 정신건강복지기본계획에서는 전국민 대상, 전 생애주기적 정신건강서비스, 전 국민의 삶의 질과 인권 증진으로 범정부적 대응이 이루어 진다는 점이다. 추진전략별 핵심과제를 살펴보면 다음과 같다.

(가) 전 국민 정신건강 증진

- 적극적 정신건강증진 분위기 조성 : 우울증 등 많은 정신질환은 상담과 약물 등으로 치료가 가능하나 잘못된 정보와 편견 등으로 정신건강 서비스 이용은 저조하고 신뢰할 수 있는 공적 정보의 접근성이 낮아 대부분의 사람들은 미디어를 통해 부정확한 정신건강 정보와 편견에 노출되어 있다. 코로나19 장기화로 국민 정신건강이 악화되는 상황에서 이러한 오해와 편견은 정신건강 관리를 방해하여 상황을 악화할 우려가 있다. 따라서 코로나19 대 전환기 전 국민 마음 건강 지키기, 믿을 수 있는 정신건강 관련 최신 정보 생산 및 확산, 정신건강 이슈에 대한 올바른 접근 유도를 통해 적극적 정신건강 증진 분위기 조성을 추진한다.
- 대상자별 예방 접근성 제고 : 정신건강 분야는 서비스에 대한 낮은 인지도와 함께 정신질환에 대한 편견과 오해라는 이중의 진입 장벽이 존재한다. 이로 인해 정신질환에 대한 조기 발견과 조기 치료의 높은 사회 경제적 효과에도 불구하고 조기 개입 및 대응이 미흡한 실정이다. 특히 코로나19로 인한 취약계층의 고립과 소외, 대면진료와 지역사회정신건강 서비스 감소는 문제를 악화시킬 우려가 있다. 따라서 생애주기별 활동 특성과 연계한 정신건강위해요인 관리를 강화하고 사각지대 해소를 위한 찾아가는 정신건강 서비스제공, 심리상담서비스 이용 문턱 낮추기를 지속적으로 추진하고 있다.
- 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화 : 대규모 재난·위기 사건 이후 트라우마는 당사자에게 상당한 정신적 충격을 초래하며 사각지대가 존재하게 된다. 지진, 화재, 대규모 감염병 등 최근 트라우마 극복을 위한 심리지원 제도가 도입 되었으나 지원 인프라와 역량은 부족한 상황이다. 따라서 트라우마센터를 중심으로 체계적·전문적으로 재난에 대응하고 재난 심리 지원 총괄·지원체계 구축을 통한 범정부 지원 및 공동대응, 트라우마에 대한 국민의 회복 탄력성을 제고를 통해 트라우마 극복을 위한 대응역량을 강화한다.

(나) 정신의료 서비스/인프라 선진화

- 정신질환은 초기 발견의 어려움으로 인해 증증화·만성화를 초래하고 중증정신질환자의 경우 퇴원후 치료중단 등으로 증상이 악화되는 경우가 많다. 또한 정신응급상황에서 신체 질환이 동반될 경우 응급대응체계가 미흡하고 정신의료기관의 열악한 치료환경은 집단감염 뿐만 아니라 정신질환 치료에도 부정적 영향을 미친다. 따라서 정신질환 조기개입을 강화하고 지속적인 지원을 통한 치료 효과성을 제고, 정신응급상황에서 작동가능한 응급대응 체계 구축 및 치료 친화적 환경이 조성되어야 한다.



<그림 2-4> 지역기반 정신응급대응체계 구축(안)

- 정신질환 조기인지 및 개입 강화 : 초기 정신질환은 대부분 가족에 의해 발견되며 사회적 편견·차별로 발병 초기에 집중 치료를 받지 못하면서 증증화·만성화로 진행된다. 연간 약 1.1만명의 중증 정신질환자들이 입원 치료할 만큼 증상이 악화된 상태에서 첫 치료를 시작 (2019 중증·정신장애인 의료체계 실태조사)한다. 따라서 이러한 문제 해결을 위해 특정 가능한 고위험군 관리로 조기 인지율을 제고하고, 동네의원을 통한 주요 정신과적 문제 조기 발견을 강화, 정신질환 의심자에 대한 정신건강의학과 진료로의 적극 연계를 추진한다.
- 지역 기반 정신응급 대응체계 구축 : 자·타해 위협 등 정신 응급상황에서 외상 등 신체 질환이 동반된 경우 적절한 치료병원을 찾지 못해 이송이 지연되는 상황이 발생한다. 이러한 문제를 해결하기 위해 정신응급의료기관 지정 수가 시범사업*을 추진 중이나 정신응급환자 수요(연간 약 15천건) 대비 참여기관(13개소)이 부족한 실정이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 현장대응에 있어 시·군·구 유관 기관 협력을 통한 신속한 대응체계 구축, 정신의료기관 통합정보시스템 구축으로 응급이송체계 확립, 정신 응급환자 적시 치료 인프라 구축을 추진중이다.

<정신응급의료기관 지정 수가 시범사업 개요>

(사업개요) 자·타해 위험 환자의 급성기 치료 강화를 위해 응급입원 3일동안 응급입원료 및 정신의학적 응급처치 100% 가산('20년~)
 (참여조건) 24시간 응급입원과 급성기 집중치료 가능한 의료기관
 (참여현황) '21.1월 기준 13개 기관(상급종합 6, 종합 4, 병원 4개소)

- 치료 친화적 환경 조성 : 정신기관이 폐쇄적인 다인실(8~10인실), 공동화장실 사용, 의료 인력 부족 등은 집단감염에 취약할 뿐 아니라 정신질환 치료에 한계로 작용한다. 환자의 중증도를 고려한 치료 병동보다는 집단 격리 형태의 운영은 초발 환자의 회복 가능성을 낮추면서 중증화·만성화를 초래하게 된다.



<그림 2-5> 치료친화적 환경조성(안)

- 이러한 문제를 해결하기 위해 정신의료기관 감염병 대비 대응 시스템 구축, 치료 친화적 환경요건 수립 및 조성, 모든 정신의료기관에 비상문 또는 비상대피공간, 비상 경보장치 설치, 병원급 의료기관(100병상이상)은 보안 전담인력 배치(안전기준 충족 정신의료기관 입원환자 안전관리료 지원) 등 환자·의료진이 안전한 병원, 정신의료기관에 대한 선진화된 관리체계 마련을 추진 중이다.
- 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고 : 퇴원 이후 치료중단, 사회적 고립 등으로 인한 증상 악화는 자·타해 위험 발생 뿐만 아니라 치료 예후에도 악영향을 준다. 따라서 이러한 문제를 해결하기 위해 초발 및 급성기 환자의 집중 지원으로 완치 회복률을 제고하고 병원 기반의 사례관리 제도를 통한 지속 지원, 지역사회 사례 관리 프로그램과 기능분담 및 연계강화를 추진 중이다.

(다) 지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진

- 정신질환자의 경우 독립생활이 불가능한 경우 퇴원후 거주공간이 없고 정신재활시설의 양적 부족 및 특정 지역 편중 문제로 스스로 자립이 어려운 환경이고 정신질환에 대한 낮은 국민 인식과 최근 미디어를 통해 보도된 정신질환자 관련 범죄는 이를 더욱 악화시키는 상황이다. 이러한 상황의 개선을 위해 다음과 같은 핵심과제를 추진중이다.



<그림 2-6> 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선(안)

- 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선 : 사회적응 훈련을 위한 정신 재활시설이 양적으로 부족하고 특정 지역에 편중되어 충분한 서비스 제공이 미흡하고 입원실 시설기준 개선 등에 따라 정신의료기관 정원 감축은 향후 지역사회 내 정신 재활시설에 대한 수요를 크게 증가시킬 전망이다. 이러한 배경에서 재활 지원을 필요로 하는 미등록자 지원시스템 구축, 재활서비스 전달체계 개선, 지역사회 내 정신재활시설 적극적 확충을 추진중에 있다.
- 지역사회 내 자립 지원 : 정신병원 입원환자들이 퇴원하지 않는 가장 큰 이유는 퇴원 후 거주공간이 없고 독립생활이 불가능하기 때문이다. 또한, 정신질환자는 소득보장, 의료, 돌봄 등 다른 복지서비스에서도 다른 장애인에 비해 배제되는 경우가 다수이다. 이러한 문제 해결을 위해 지역사회 내 안정적 주거지원, 지역사회 내 맞춤형 고용지원, 지역사회 정착을 돕는 다양한 복지서비스 개발 및 도입, 사각지대 정신질환자의 자립 지원을 추진중에 있다.
- 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화 : 언론과 미디어를 통해 보도된 정신질환자 관련 범죄는 정신질환자를 사회로부터 배제하는 차별과 편견을 강화할 우려가 있고 정신질환자에 대한 국민인식은 정체하거나 오히려 악화되는 상황이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 (가칭) 정신질환 인식개선주간, 인식개선을 위한 홍보, 언론 등에의 협조 요청 근거 등 정신건강 복지법 개정(2022년)을 통해 정신질환에 대한 잘못된 인식이나 편견을 해소하고 정신질환자에 대한 불합리한 차별제도를 단계적으로 철폐, 정신질환자의 권익 보호를 위한 자기 결정권 강화를 지원하고 있다.

(유사 사례) 자살예방법 제19조의2(자살보도 권고기준 준수 협조요청) ① 보건복지부장관은 자살사건 보도로 인한 자살의 확산을 방지하기 위하여 방송·신문·잡지 및 인터넷신문 등 언론에 대하여 제7조 제2항 제13호에 따른 자살보도에 대한 권고기준을 준수하도록 협조를 요청할 수 있다. ② 언론은 제1항에 따른 협조요청을 적극 이행하도록 노력하여야 한다.

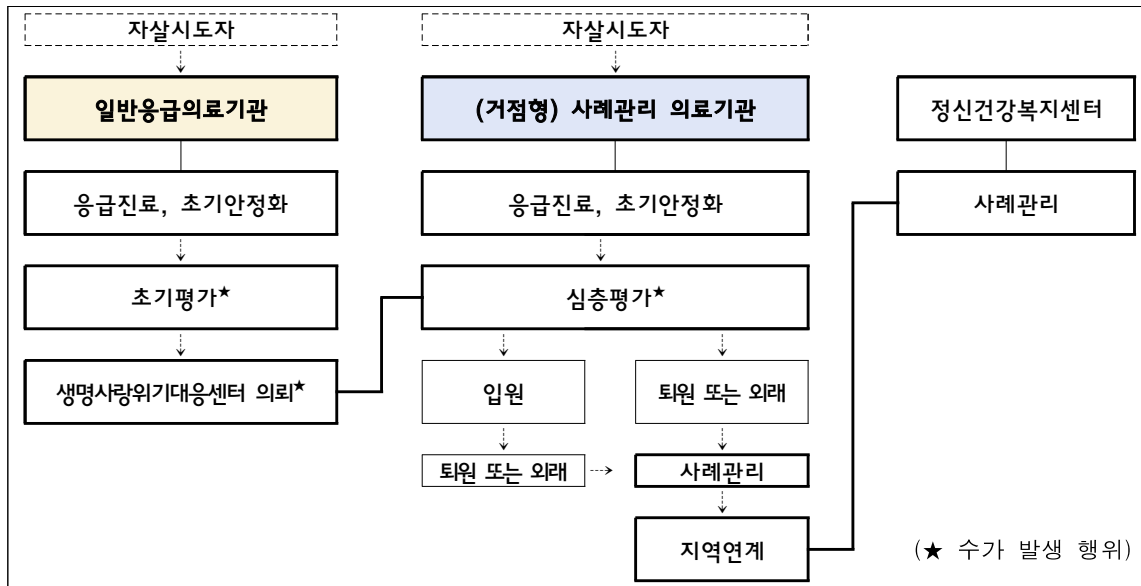
(라) 중독 및 디지털기기 이용장애 대응 강화

- 알코올 사용장애는 타 정신질환에 비해 유병률이 높은 반면, 정신건강서비스 이용률은 저조한 실정이다. 그리고 마약류 등 약물 중독자에 대한 관리체계가 미흡하고, 인터넷, 스마트폰 등 디지털기기 이용장애 또한 증가하고 있는 실정이다. 이러한 중독 및 이용장애 대응 강화를 위해 알코올 중독 초기부터 치료 이후 재활까지 알코올 중독관리체계를 개선하고 그간 관리가 미흡했던 약물 및 이용장애에 대한 관리체계를 적극 구축하기 위해 다음과 같은 주요 핵심 과제를 추진하고 있다.
- 알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화 : 알코올 사용 장애는 타 정신질환에 비해 유병률이 높으나 정신건강서비스 이용 비율은 12.1%에 불과하다. 또한 알코올 중독자는 특화된 개입·치료 프로그램이 부족하여 중증정신질환자에 비해 잦은 재발로 입·퇴원을 반복하는 경향을 보인다. 이러한 문제해결을 위해 초기 알코올 중독에 대한 조기 개입을 강화하고 알코올 중독 특성을 고려한 치료·재활 프로그램을 개발, 지역사회 알코올 중독 서비스 전달체계 개선, 중독자 회복을 위한 중독자 치료·재활시설 확충을 추진중이다.
- 마약 등 약물중독 관리체계 구축 : 마약류 범죄 중 투약 사범이 절반을 차지하고 최근 연계인 마약 범죄로 사회적 관심이 증대되나 마약류 중독자 관리는 미흡한 상황이다. 또한 마약 외에 식욕억제제, 해열제 등 일상에서 접하기 쉬운 의약품 오남용으로 인한 약물중독은 관리의 사각지대에 방치된 상황이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 약물중독 예방을 위한 정보제공 강화, 약물중독 고위험군에 대한 개입강화, 마약류 중독자 치료보호 지원 확대, 약물 중독자 치료·재활 인프라 확충을 추진중이다.
- 디지털기기 등 이용장애 대응 강화 : 신체활동 감소, 스마트폰 보급 증가 등으로 게임, 인터넷·스마트폰, 온라인 도박 등 디지털기기 등 이용장애가 증가하는 추세이다. 이러한 이용장애로 발생할 수 있는 행위중독의 경우 자각·인식 부족으로 조기개입이 용이하지 않은 어려움이 존재한다. 최근 세계보건기구는 게임 이용 장애를 국제질병분류 내 포함시키고 각국의 대책 마련을 촉구하여 국내에서도 도입 여부에 대하여 지속적으로 논의중이다.
- 이러한 문제를 개선하기 위해 게임이용장애 민관 협의체의 합리적 의사결정에 필요한 근거를 마련하기 위해 국무조정실 주관, 복지부와 문체부는 연구비용을 공동부담하고 민관협의체 내 소위원회를 통해 정기적으로 연구관리를 추진하고 있다. 또한 인터넷, 스마트폰 등의

건강한 사용을 유도하는 지원환경 기반을 마련하고 디지털 기기 등 이용장애 대응을 위한 협력체계를 강화하기 위해 중독 및 디지털기기 등 이용장애에 관한 관계부처 모니터링 및 협력체계 강화(2023~), 관계부처 협의를 통해 치료가 필요한 분야에 대한 의료적 치료체계 정립·관리를 위한 별도 법 제정 여부 검토(2023~), 디지털기기 등 이용장애 예방·관리·모니터링을 위한 유관기관 의뢰·연계 체계 구축, 공동 선별검사 도구개발, 디지털기기를 이용 장애 대응 인력 양성, 중독 및 미래 이용장애에 대한 선제적 대응체계 마련을 추진 중이다.

(마) 자살로부터 안전한 사회 구현

- 우리나라의 자살을 감소를 위한 그간의 노력에도 불구하고 OECD국가중 자살을 1위라는 불명예를 가지고 있으며 자살고위험군 대상 선제적 관리체계가 미흡하고 자살고위험군 지원체계는 양적·질적으로 미흡한 실정이다. 또한 자살예방을 위한 인프라가 미비한 실정이다. 이러한 문제를 개선하기 위해 다음과 같은 핵심과제를 추진하고 있다.
- 자살 고위험군 발굴과 위험요인 관리 : 그간의 노력에도 불구하고 자살에 대한 허용적 태도는 높아지고 모방 자살 증가 등 자살 예방에 관한 인식개선 효과는 낮은 상황, 자살시도자 및 자살 유족 등 고위험군은 자살위험이 높아 집중 관리가 필요하나, 본인이 명시적으로 동의하지 않으면 개입 불가, 사회적 거리두기로 인한 상호 간 지지체계 약화로, 주변 사람의 자살위험을 적시에 파악하고 도움을 주기 어려운 상황이다. 이러한 문제 해결을 위해 자살과 관련된 보도문화 개선 「자살보도 권고기준3.0」, 연계인 자살예방 민관 협의체(2021년 신규)를 신설, 기획업자 법정교육 등 협조체계를 강화하는 등 사회내 자살위험 요인 지속적으로 관리한다. 그리고 고위험군 선제적 발굴 및 연계 활성화를 위함 자살시도자 등 모든 고위험군에 대한 즉각 개입이 가능하도록 당사자의 명시적 동의 없이도 정보연계 및 개입, 자살고위험군 사각지대 신규발굴하고 대상별 사업추진, 전 국민 생명지킴이 교육 지속 추진 및 온라인 교육 활성화, 생명존중 협력 담당관 교육·관리 정례화, 현장에서 자살 시도자·유족 등 고위험군 연계 활성화를 추진(2021~)중이다.
- 고위험군 지원 및 사후관리 : 자살시도자, 자살 유족은 대표적인 자살 고위험군이나 이들에 대한 체계적 지원체계는 양적·질적으로 미흡한 상황이다. 또한 조직 내 자살사망 사고 발생 시 가족 외 비혈연 유족에 대한 심리지원 등을 위한 자살 사후개입 위기대응 관리체계가 부재하다. 이러한 문제를 개선하기 위해 응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업 고도화, 자살유족 지원체계 확충을 추진중이다.



<그림 2-7> 자살시도자 사후관리 수가 시범사업

- 서비스 지원체계 개선 : 자살예방 상담전화(1393) 상담체계 및 중앙·지자체의 효과적 사업 수행을 위한 수행기반(지원체계) 등이 부족하고 자살위험군은 삶의 위기에서 다양한 서비스 제공기관을 방문하나, 사회서비스 제공인력의 위기신호 민감도는 부족한 실정이다. 이러한 문제를 개선하기 위해 자살예방 서비스체계의 체계적 개편(전문 상담인력 확충 및 보수 적정화추진 2021~), 중앙기구(한국생명존중희망재단 설립) 기능강화, 지자체 전담 공무원 현황 파악 및 적정인력 산출 및 추가 배치를 위해 2025년까지 자살예방센터 내 자살위기 지원을 위한 신규전담 인력을 단계적으로 확충할 계획이다. 또한 위험감지 기관이 자살예방 대응역량 강화를 위해 지역의 자살예방센터 자살고위험군 관리에 활용 할 수 있도록 위기 상담 서비스 표준 매뉴얼 보급(202), 연계실패 보안을 위해 본인 거부 등 다른 기관으로 연계가 실패하는 경우 고위험군이 그대로 방치될 수밖에 없는 상황을 1차 상담 강화로 해소 하기 위해 사회적 약자가 주로 접하는 기관 중 자살 고위험군 방문이 많은 기관은 상담 인력을 단계적으로 배치하는 것을 검토중에 있다(2022~).

(바) 정신건강정책 발전을 위한 기반 구축

- 우리나라는 현재 정신건강 정책 추진을 위한 거버넌스가 부재하고, 정신건강 전문인력의 양적부족 및 전문성 확보의 어려움을 겪고 있다. 또한 공공인프라 부족 및 분절적 전달체계는 정신건강정책 발전의 저해요소이다. 또한 정신건강 관련 낮은 정보 활용도(정신건강실태 조사)로 인해 신규 정책 기획 활용에 한계가 있고, 정신건강 R&D는 투자 효과성이 높은 반명, 국가 차원의 투자는 저조한 실정이다. 이러한 문제를 개선하기 위한 핵심과제는 다음과 같다.

- 정책 추진 거버넌스 강화 : 정신건강 업무의 특성상 민관 협력이 중요하나 자살예방 외에는 별도 협력 채널이 사실상 부재하며, 그간 인프라 확충 중심의 정책을 추진함에 따라 일선 현장에서의 정책 체감도 등 수요자 관점에서 정책을 평가하는 시스템도 부족했다. 이러한 문제를 개선하기 위해서 정책 리더쉽 확보와 국가 책임성 강화, 민·관 협력을 통한 정책 전문성 강화, 정신건강정책 기획 및 평가체계 확립을 추진하고 있다.
- 정신건강관리 전문인력 양성 : 우리나라는 외국에 비해 정신건강분야 전문인력이 OECD 평균의 1/6 수준(정신건강전문요원)에 불과할 만큼 양적으로 부족한 실정이다. 정신의료 기관에 비해 이용이 용이한 심리상담 수용은 증가 중이나 민간에서는 신뢰성이 담보되지 않는 기관들이 난립하고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해 정신건강복지센터 등 종사자의 경력, 자격요건 등을 고려한 직무체계를 마련하고, 직무 난이도 등을 고려한 보상방안 검토(2022)를 통해 정신건강서비스 제공인력의 전문성 제고 지원을 검토하고 있다. 그리고 민간 심리상담 분야 서비스 활성화 기반 구축 및 정신건강복지센터 등 종사자 근무 여건 개선을 추진중에 있다.
- 공공자원 역량 강화 : 정신의료서비스에 있어 공공 인프라는 양적으로 부족하며 질적으로도 민간 정신의료기관과의 기능상의 차이가 불명확하다. 또한 정신건강서비스는 전달체계가 정신건강증진, 치료재활, 중독, 자살예방 등 분절적으로 운영되어 정책대상자의 복합적 수요에 대응이 곤란한 상황이다. 이러한 문제를 개선하기 위해 국공립정신병원 의료역량 강화, 지역사회 정신건강복지 전달체계 개편을 추진중이다.
- 통계 생산체계 정비 및 고도화 : 정신건강 지표, 주요 정신질환 유병률, 의료이용 현황 등 통계생산 체계가 부재하거나 미흡하여 근거기반의 정책 수립에 한계점이 있다. 우리나라는 정신건강 분야 국가승인통계가 있으나 조사주기가 길거나 표준화가 부족하여 시계열적 현황 분석과 시의적절한 실태 파악이 곤란하다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 정신건강 복지 통계 생산체계 정비, 신규 통계 발굴 등 통계 생산체계 고도화를 추진중이다.
- 정신건강분야 전략적 R&D 투자 강화 : 정신건강 분야 R&D는 투자 효과성*이 높음에도 불구하고 타 질환 대비 낮은 사망률, 사회적 무관심 등으로 국가 차원의 투자가 저조한 실정이다. 향후 5년은 코로나19의 세계적 대유행의 여파로 비대면 기술, AI, 디지털 기술의 일상생활 침투가 더욱 가속화될 것으로 예상되므로 적극적 R&D투자가 필요하다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 대전환기 혁신적 정신건강 R&D추진(비대면 중재기술 개발, 디지털 치료제, 환자 인권보호를 위한 스마트병동 등), 포스트 코로나시대 정신건강기술 개발 추진, 국립 정신건강연구기관 역량 강화를 추진중에 있다.
- 정부는 기본계획과 연차별 이행계획, 지역계획간 연계성 확보를 위해 관계부처, 광역 시·도에 제2차 정신건강복지기본계획을 통보하고 정신건강복지법 제7조에 따라 광역 시·도 별로 지역계획 수립·제출을 요청하였다. 또한 기본계획 수립과정에서 구성·운영한 기본

계획수립 추진단을 활용하여 정책 진행상황을 상시 점검, 중앙-광역 시·도단위 정책 협의체를 신설하여 지역계획 수립·이행 상황도 점검 추진하고 있다.

- 국가정신건강정보포털을 활용하여 기본계획 이행상황 및 주요 평가 결과를 공개하고 대 국민 의견을 수렴 일반국민, 정신질환자와 가족, 전문가가 참여하는 대국민 정신건강포럼을 통해서 정책 진행 상황 공개 및 현장 의견을 수렴 하는 등 국민 소통 및 참여 확대를 추진 중이다.

(3) 정신건강 정책방향

- 지금까지의 정신건강정책은 제도와 인프라의 양적 확충에도 불구하고 현장에 정착하여 의식과 행동변화를 이끌어 낼 질적 수준의 고도화에는 한계가 있었다.
- 정신건강인프라에 대한 낮은 인지도, 정신질환에 대한 올바른 인식 부족 등으로 정신 건강 위협 요인에 대한 적절한 대응이 곤란 하였다.

* 정신건강복지센터 인지도('19) : 모름 43.3%, 이름만 인지 37.9%, 서비스 인지 15.5%

* '정신질환은 치료가 가능하다' 에 동의 : ('15) 73.2% → ('18) 68.1%

또한 사회적 편견과 차별로 조기에 치료받지 못하거나 잦은 치료중단으로 인해 만성화되는 경우가 다수였다.

* 조현병 발병 후 치료받기까지 기간은 약 56주에 육박(WHO 추천 12주)

<표 2-95> 정신건강 정책방향

	지금까지(AS-IS)	앞으로(TO-BE)
정책 대상	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자 + 고위험군 	<ul style="list-style-type: none"> 전 국민 대상
지원 내용	<ul style="list-style-type: none"> 정신과적 치료 	<ul style="list-style-type: none"> 전 주기적 정신건강서비스
개입 시점	<ul style="list-style-type: none"> 심각한 정신과적 문제가 발생한 시점 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강서비스가 필요한 시점
지원 목표	<ul style="list-style-type: none"> 정신질환자의 증상관리 	<ul style="list-style-type: none"> 전 국민의 삶의 질과 인권 증진
정책 주체	<ul style="list-style-type: none"> (공공) 부처·지자체 분절적 대응 (민간) 정신의료기관 	<ul style="list-style-type: none"> (공공) 범정부적 대응 (민간) 정신의료기관 + 지역사회

- 응급정신질환자 이송의 어려움과 정신응급의료센터 부재 등으로 응급상황에서 대응 지연은 지속 발생하고 사회복귀를 위한 정신재활시설의 부족, 사회적 편견·차별, 고용·주거 부족으로 정신의료기관 내 장기입원형태로 사회에서 배제되는 경우가 다수였다.
 - * 극단선택 시도 정신질환자, 응급입원 거부된 후 끝내 투신(' 20.11.9, 서울신문)
 - * 총 348개소이며 절반가량이 수도권에 집중되어 기초 지자체 228개 중 104개소에 미설치
 - * 평균 재원기간(' 18) : 한국 124.9일(' 19), 영국 35.2일, 호주 14.2일(' 17), 벨기에 9.3일
- 중증정신질환, 자살고위험군, 중독은 잦은 재발, 전문적 치료 등 일반 정신질환과 다른 지원이 요구되나 관련 인프라가 절대적으로 부족한 실정이다.
 - * 중독관리통합지원센터는 전체 시·군·구의 약 22%인 50개소만 운영(' 13년 이후 미설치)
- 정신건강분야 전문인력의 부족*, 정신건강증진·치료재활·중독·자살예방 등 분절적 전달 체계는 정신건강복지서비스 고도화에 한계를 가진다.
 - * 인구 10만명 당 정신건강전문요원 16.2명 vs OECD 평균 97.1명
- 신체 건강 중심의 보건정책으로 인해 정신건강 분야 관련 중앙-지자체간 별도 협력채널이나, 시·도 단위의 전담 조직은 전무한 상태이다.
- 2차 정신건강복지 기본계획은 정신건강 없이는 개인과 사회의 건강도 없다는 문제의식 하에 전 국민의 전주기적 건강관리를 위해 국가 책임을 강화하고 있다. 또한 지금까지 대상자는 정신질환자와 고위험군이었지만 전 국민을 대상으로 전 주기적 정신건강서비스를 제공 한다는 점에서 치료중심에서 예방과 조기치료로 전환되었고 국가책임이 강화되었다는 것을 알 수 있다.

(4) 경상남도 정신건강복지 지역계획

- 경상남도는 중앙정부의 제2차 정신건강복지기본계획의 주요 방향과 발맞추어 경남지역에서 개선 및 추진되어야 할 정신건강복지 지역계획을 제시하였다(2021.12.).
- 경상남도 정신건강복지 지역계획 수립 법적 근거
 - 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제 7조(국가계획의 수립 등) 제 1항 및 제2항에 따라 경남도지사는 경남의 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획을 5년마다 수립하여야 함
 - 「경상남도 정신건강증진 및 정신질환자복지서비스 지원에 관한 조례」 제4조(지역계획의 수립 등)에 따라 도지사는 도민의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획을 5년마다 수립해야 하며, 정신건강복지법 제7조 제3항의 내용을 포함하여야 한다.
- 경상남도 정신건강복지 지역계획 비전 및 추진전략
 - 경상남도의 정신건강복지 지역계획은 중앙정부 「온국민 마음건강 종합대책」 정신건강복지 기본계획 및 유관기관 계획연계, 「제7기 경상남도 지역보건의료계획」 등과의 연계를 고려하여 수립되었다. 경상남도 정신건강복지 지역계획은 정신건강복지 서비스의 총량과 질적 수준 제고를 위한 다방면의 협력을 촉진하기 위한 비전을 제시하였다.
 - 경상남도 정신건강 복지 지역계획은 공공, 민간(현장) 및 학계 전문가 및 당사자, 가족협회 등 다양한 이해관계자로 구성된 계획수립 TF구성을 통해 중앙정부 및 광역자치단체, 기초지방자치단체 간 연계-협력 체계를 개발하고 유관부서 및 민간단체, 정신건강증진기관과의 효과적 협력을 위한 지역내 연계방안을 마련하는 것이다. 또한 지역계획의 성과평가 방안 마련을 위해 지역계획의 연차별 이행평가 모니터링 및 성과평가 체계를 제시하는 것이다.
- 경상남도 정신건강복지지역계획 추진전략 및 세부과제
 - 경상남도 정신건강복지지역계획의 목표에 따라 7대 추진전략 및 29개 세부과제를 제시하였다. (신규사업 13건, 기존 사업의 확대/강화 운영9건, 기존사업 8건)



<그림 2-8> 경상남도 정신건강복지지역계획(2021-2025) 비전-목표-추진전략 체계도

<표 2-96> 경상남도 정신건강복지 지역계획 비전 및 추진전략

추진전략	구분	세부과제
【목표1】 지역사회 기반 정신장애인 사회통합		
① 정신질환(장애) 대응체계 강화	신규	1. 경남도립정신병원 응급대응 기능 강화
	기존	2. 정신질환 치료비 지원
	기존+확대	3. 시·군응급개입팀 추가설치 및 정신응급대응협의체 운영
	기존	4. 고위험 정신질환자 24시간 응급개입팀 운영 강화
	기존	5. 정신건강심사위원회 기능 강화
② 정신장애인 지역사회통합 기반 마련	신규	1. 지역사회 정신재활시설 확충
	신규	2. 정신장애인 커뮤니티케어 사업 도입
	기존+확대	3. 지역복지자원을 활용한 정신건강지원확대
	기존+확대	4. 정신장애인 자립생활지원 확대
	기존+확대	5. 정신장애인 직업재활 활성화
	기존	6. 사회적능업을 통한 정신질환자 등 사회복귀 사업 지원
【목표2】 전 도민의 정신건강 지원시스템 마련		
③ 생애주기별 정신건강 예방	기존+신규	1. 아동·청소년 정신건강사업 확대
	신규	2. 청(소)년 조기중재센터 추가 설치
	기존+확대	3. 생애주기별 정신건강 캠페인 확대
	기존	4. 경상남도 광역·기초정신건강복지센터 운영 강화
④ 정신건강 사각지대 해소	기존	1. 코로나19 고위험군 마음건강 사업 확대
	신규	2. 정신건강지킴이 양성·확대
	신규	3. 찾아가는 정신건강서비스(마음안심버스)운영
	신규	4. 은둔형외톨이 특화사업 개발·운영
⑤ 정신건강 정책 및 지원 체계 강화	기존+확대	1. 정신건강 전문인력 확충
	신규	2. 경상남도 정신건강 전담부서 설치
	기존	3. 정신건강관리 종사자 정신건강증진
【목표3】 자살과 중독으로부터 안전한 경남 실현		
⑥ 자살고위험군 예방 및 유가족 지원강화	기존+확대	1. 응급실 기반 자살시도자 사후관리사업 확대
	신규	2. 자살유가족 원스톱서비스 도입
	기존	3. 자살예방사업 확대
	신규	4. 생명존중문화·체험센터 설치(경남형 자살예방센터 설치)
⑦ 중독재활 인프라 확충 및 예방교육 강화	기존+확대	1. 4대 중독예방교육 활성화
	신규	2. 취약지역 기초정신건강복지센터 내 중독팀 신설
	신규	3. 중독자재활시설(알코올재활시설)운영비 지원

□ 경상남도 정신건강복지지역계획 목표

○ 지역사회기반 정신질환자 사회통합

- 경상남도의 정신건강은 정신질환자 및 전 도민에 대한 치료와 예방을 지원하는 방향으로 추진하기 위해 정신질환으로 인한 응급상황에 신속하게 대처하고 지속적인 치료가 가능하도록 지원하고 보호할 필요가 있다. 사회적 입원으로 인한 정신장애인의 장기입원을 방지하고 지역사회로 복귀하여 살아갈 수 있는 재활·자립기관을 대폭 확충하는 것이 필요하다.

○ 전 도민의 정신건강 지원시스템 마련

- 전 도민의 정신건강을 지원하기 위해 생애주기별 정신건강 예방 서비스를 강화하는 것이 필요하며 아동·청소년 및 청년 등 생애주기별 정신건강 인식 제고가 필요하다. 또한 코로나 19로 인한 전 도민의 정신건강 예방 확대 및 그 동안 지역사회에서 잘 드러나지 않았던 중장년 및 1인 가구 등 정신건강 취약계층에 대한 사각지대 발굴과 찾아가는 정신건강 서비스 운영 등을 통해 사각지대 감소와 전 도민의 정신건강 수준을 제고하는 것이 필요하며 이를 위해 정신건강 정책 및 종사자에 대한 지원 체계 강화가 필요하다.

○ 자살과 중독으로부터 안전한 경남 실현

- 자살고위험군에 대한 적극적 예방 사업 및 유가족 지원서비스를 강화하고 중독예방을 위해 예방교육을 보다 활성화 하고 고위험 음주율이 높지만 지원 체계가 미흡한 중독 취약지역의 경우 서비스 인프라를 확충하는 것이 우선시 되어야 한다.

○ 중앙-광역 시도 간 정책추진 거버넌스 강화

- 중앙-광역 시도간 정책협의체 구성은 정부의 제2차 정신건강복지기본계획에 제시되어있다. 이를 기반으로 경상남도는 중앙과 유기적 협력을 위한 정책협의체에 적극 참여할 필요가 있으며 경상남도내 정신건강 업무의 전문성과 책임성을 제고하기 위한 전담부서 설치가 필요하다.

○ 정신건강복지 전담부서 설치

- 제2차 정신건강복지기본계획에 따라 효율적인 정신건강 정책 추진을 위해 민관협력을 강화, 정신건강 업무 전담 부서를 설치하도록 하고 있다. 이를 위해 경남도청 내에 정신건강정책 전담 부서의 설치가 필요하고 효율적 추진을 위한 조직 편제가 필요하다.

○ 정신건강 유관 업무담당 부서간 효율적 협업체계 마련

- 경상남도 정신건강복지는 보건행정과 정신보건팀에서 담당하고 있고 이 외에도 여성가족아동국에 일부 사업이 포함되어 있다. 정신건강 사업은 대상과 개입의 범위가 매우 광범위 하고 포괄적이므로 각각의 기관이 정신건강 정책의 방향과 비전을 공유하여 협업체계를 마련하는 것이 중요하다.

○ 민관협력 활성화를 위한 지원체계 구축

- 타 광역지자체의 경우 정신건강복지사업지원단 운영을 통해 정신건강복지 지역계획 수립·시행에 관한 자문 및 평가, 정신건강증진사업의 기획 및 조정에 대한 지원을 받고 있으나 경상 남도는 구성되어 있지 않다. 따라서 경상남도의 정신건강증진사업의 정책 수립 및 민-관-학의 협업과 효율적 업무 연계를 지원하기 위해 정신건강복지사업지원단 설치·운영이 필요하다.

○ 정신응급대응협의체 운영

- 응급상황은 중증정신질환자 본인 외 주변인, 지역주민 등 광범위한 신체적·정신적 피해를

입힐 수 있기 때문에 경찰, 소방청 등과의 업무 협력은 매우 긴밀하게 이루어질 필요가 있다. 따라서 광역정신건강복지센터에서 실무협의체 방식으로 운영되는 것을 확대 개편하여 경상남도부지사 및 경상남도경찰청장, 경상남도소방청장, 의료기관 간 상시적 정신응급대응 협의체를 확대하고 상시적 협력과 유기적 소통을 강화할 필요가 있다.



제3장

정신건강 위기개입

1. 해외의 위기지원 정책
2. 지역사회 정신건강 위기개입
3. 경상남도 정신건강 위기개입 현황

1. 해외의 위기지원 정책

가. WHO 지역사회 정신건강서비스 가이드스

- WHO의 2020~2030 종합정신건강행동계획은 국가가 사람중심, 권리기반, 회복접근방식의 정신건강서비스에 우선순위를 두고 운영할 수 있는 틀을 제공하고 가이드스를 통해 전 세계의 우수 정신건강서비스를 소개하여 평등, 비차별, 법적능력, 고지된 동의, 지역사회 통합과 같은 주요 권리를 증진하고 국가가 인권관점으로 지역사회기반서비스를 개발하도록 지원하고 있다. 또한 시설수용과 비자발적 입원 및 치료를 종식하기 위한 로드맵을 제시하고 인간의 고유한 존엄성을 존중하는 정신건강서비스를 구축하도록 구체적인 실행단계를 제시하고 있다. 여기에서는 정신건강서비스에서 최고 수준의 인권을 존중해야 한다는 비전을 제시하고 전 세계의 정신질환이나 심리사회적 장애가 있는 수백만의 사람과 그 가족에게 더 나은 삶을 살아갈 수 있다는 희망을 준다. 이 가이드스에서 설명하고 있는 7개 영역의 정신건강서비스는 정신건강위기서비스, 병원기반서비스, 지역사회 정신건강센터, 동료지원 정신건강서비스, 지역사회 아웃리치서비스, 정신건강을 위한 주거지원, 통합 정신건강 서비스 네트워크이다.
- WHO 정신건강서비스 가이드스에서 제시하는 정신건강 위기서비스의 목표는 심각한 정신적 고통을 겪고 있는 사람을 지원하는 것으로 전인적인 사람중심접근방식으로 치료와 지원을 제공한다. 위기대응서비스를 받는 사람은 결코 지역사회에서 분리되지 않는다. 본인의 동의하에 가족이나 가까운 친구로부터 돌봄과 지원을 받기도 하며, 지역사회에서 활용할 수 있는 다른 자원에 연결되기도 한다. 위기서비스 이외의 다른 지역사회 자원도 탐색하고 연결하여 위기가 종료된 이후에도 계속 지원을 받도록 한다. 정신건강 위기서비스의 모범사례를 살펴보면 다음과 같다. 미국의 아피야하우스는 당사자가 운영하는 임시보호 센터로 어려움에 처한 사람이 위기를 학습과 성장의 기회로 바꿀 수 있도록 지원한다. 이 기관은 심각한 정서적 정신적 고통을 겪고 있는 18세 이상의 성인이 최장 7박 동안 이용할 수 있다. 영국 브리스톨의 링크하우스는 정신건강 상 위기를 겪고 있는 노숙 여성이나 정신건강문제로 인해 집에서 살 수 없는 여성을 위한 위기거주센터이다. 링크하우스는 의료적 지원보다 사회적 치료모델을 기반으로 한다. 링크하우스는 위기 시 정신과 병원에 입원하지 않도록 대안적 서비스를 제공하여 여성이 위기에 대처하고 회복할 수 있도록 지원한다. 핀란드 라플란드 오픈다이얼로그 위기서비스는 정신질환이 있는 개인이나 가족을 돕는 독특한 기법으로 가족과 그 네트워크가 참여하도록 하여 관계 중심성과 연결성을 증진하는 가족체계치료와 개인정신역동치료의 요소를 활용한다. 위기서비스는 정신질환이 있는 사람뿐만 아니라 정신건강상 위기에 처한 사람에게도 심리치료기반으로 24시간 이용 가능한 전화·문자·이메일·산책 등의 서비스를 제공한다. 이서비스의 핵심가치는 유연성, 이동성, 지속적 치료이다. 약물복용을 최소화하면서 완전히 투명하게 운영하여, 이용자가

자신의 치료에 관한 모든 논의와 결정 과정에서 중심적인 역할을 하도록 한다. 오픈다이얼로그는 이용자가 자기에 대해 탐색하고 설명하며 결정할 수 있는 능력을 높이기 위해 노력한다. 뉴질랜드 사우스 오클랜드 투푸아케는 당사자 주도로 위기입원에 대한 서비스 제공을 제공하는 기관으로 하루나 단기간 거주하는 프로그램을 제공한다. 투푸아케는 뉴질랜드 최초로 국가에서 입원에 대한 대안으로 지역사회기반의 서비스를 제공하는 방식의 정신건강서비스이다. 동료지원전문가는 강압을 사용하지 않고 격리하지 않도록 훈련받으며 서비스를 받거나 종결하는 것은 이용하는 사람이 원하는 바에 따른다. 웰빙 회복 액션플랜이라는 접근방식으로 맞춤형, 회복중심, 강점기반으로 계획하는 것에 초점을 둔다. 투푸아케의 비전을 동료역량을 바탕으로 하며 상호성, 경험적 지식, 자기결정, 참여, 평등, 회복, 희망이라는 6가지 핵심가치로 구성된다. 종사자는 대부분 동료지원가로 이러한 핵심가치를 업무에 적용하여 개별화된 지원을 제공한다.

- WHO는 모범사례제시를 통해 모범적 위기서비스의 기준이 되는 인권 및 회복 평가항목을 제시하고 있다. 평가항목은 운영자, 수혜자, 서비스제공방법 및 내용, 운영시간, 의뢰체계 등에 대한 자기평가와 함께 법적 역량의 존중, 비강압적 실천, 참여, 지역사회포용, 회복 접근 등 서비스의 인권 및 회복지향성을 스스로 검토하도록 하기 위한 목적으로 구성되어 있다.

나. 미국의 정신건강 위기지원 체계

- 미국의 정신건강서비스는 지속적으로 확대되어 왔고 접근성을 향상시키기 위한 노력이 이루어져 왔다. 코로나19 팬데믹으로 미국사회 전체의 불안, 우울, 자살 등 다양한 정신건강 위기가 심화됨에 따라 2023년 3월 1일 바이든 대통령은 국정 연설에서 국가적 정신건강 위기에 대응하기 위한 정신건강 정책을 발표하였다. 주요 내용은 정신건강서비스 전달체계 역량강화, 정신건강서비스 접근성 향상, 건강한 환경조성을 통한 정신건강 개선으로 구분되며 이를 위해 다음과 같은 세부정책을 발표하였다.
- 첫째 정신건강서비스전달체계 역량 강화를 위해서는 정신건강서비스 전문인력을 확충하고 다양성 및 문화적 역량을 함양해야 한다는 것을 강조하였다. 이를 위해 정신건강서비스 제공인력 및 다양한 정신건강 보조 전문가 집단 양성, 동료지원가를 위한 국가 인증 프로그램 구축, 일선 의료인력의 정신건강 증진, 위기대응 핫라인 988가동 등 지역사회 기반 위기대응강화, 증거기반 지역사회정신건강서비스의 접근성 확대, 새로운 실천 모델 연구 투자가 필요하다고 강조했다. 둘째는 정신건강서비스 접근성 향상 정책의 추진이다. 이것은 정신건강문제를 경험하더라도 치료받지 않는 문제를 해결하기 위한 것으로 정신적 증상 발현 후 치료받기까지 11년이 걸린다는 것을 근거로 제시하면서 높은 의료비용 의료기관 까지 거리, 사회적 낙인 등을 지적했다. 이를 개선하기 위해 정신건강 및 약물중독 치료를 1차 진료 환경에 통합, 학생, 참전군인 등 정신건강 취약계층의 정신건강서비스 접근성

향상, 원격 및 가상 정신건강서비스에 대한 접근성 확대, 지역사회 내 정신건강 및 약물중독 서비스 제공자 배치 등을 세부 정책에 포함했다.

- 셋째 건강한 환경 조성을 통한 정신건강 개선은 정신건강 위기를 의학적 위기가 아닌 사회적 위기로 보고 의료 시스템을 넘어 정신건강의 사회적 결정요인에 개입하고 지역 사회서비스에 투자하며 정신건강 및 회복을 촉진하는 문화 및 환경을 조성하기 위해 아동의 개인정보보호 강화 및 아동대상 온라인 광고 금지, 청소년을 위한 보다 강력한 온라인 보호확립, 소셜미디어가 정신건강에 미치는 유해성에 대한 연구투자, 아동에 대한 조기개입 및 학교기반 서비스 확대, 학생 학습환경 지원, 재소자를 위한 정신건강자원 확대, 사회 서비스 및 휴먼서비스 전문가에 대한 기본적 정신건강개입기술 훈련과 같은 세부 정책을 추진한다. 바이든 정부의 정신건강 정책은 전 국민에게 정신건강서비스를 제공하고 권리적 차원에서 서비스의 접근성과 실효성을 높이기 위해 지역사회 정신건강서비스를 강화·확대하고자 하고 의회에서도 이 계획의 실행에 대응하기 위해 초당파적으로 정신건강 관련 법안이 입안되고 있다.
- 미국의 정신건강 위기지원 인프라는 첫째, 정신건강 위기 발굴 및 초기대응 강화이고 둘째, 정신건강위기 수준이 LPS법에서 제시한 심각한 수준에 다다르면 사법입원 과정의 시작, 셋째 입원 치료후 증상완화가 되면 지역사회 재통합하는 과정을 거친다. 미국은 사법입원을 통한 치료와 위기상황에서 증상악화의 조기방지를 위한 심리안정, 정신건강위기를 조기에 발굴해내는 핫라인, 방문정신응급서비스를 제공하는 이동정신응급서비스를 제공하는 것을 표준모델로 제시하고 있다. 정신건강 위기발굴 및 초기대응강화를 위한 개별 프로그램들이 단독으로 운영되지 않고 초기대응 강화를 위한 프로그램들과 함께 통합적이고 연계된 방식으로 운영된다. 대표적인 프로그램을 살펴보면 23시간 위기안정·관찰병상, 단기 위기안정 거주시설, 이동 정신건강 위기 서비스, 24시간 정신건강위기 핫라인, 따뜻한 핫라인 등이 있다. 이러한 다양한 서비스 제공기회를 만들어 다양한 수준의 정신건강위기를 겪는 정신 장애인과 비장애인들이 지역사회에서 문제를 신속하게 해결할 수 있게 지원하고 있다.

다. 호주의 정신건강 위기지원 체계

- 호주의 국가 정신건강 정책은 1992년 발표되었고 2020년까지 다섯차례 개정을 거쳤다. 호주는 독립형정신병원에 대한 의존도를 줄이고 지역사회 기반 치료와 급성응급 환자를 공공병원에 입원시키기 위한 기반을 마련하여 정신건강 증진과 정신질환 예방, 1차 의료 서비스 제공자와 정부 지역사회가 함께 문제를 해결할 수 있는 시스템을 만들었다. 2012년 발표된 4차 개혁안에서는 개인 맞춤형 정신건강 치료 서비스를 제공하기 위한 국가정신 건강 개혁 10년 로드맵이 발표되었다. 개인 맞춤형 치료에는 정신건강 서비스의 소비자뿐만 아니라 그 가족과 보호자도 지원대상이 되었다.

- 호주는 국가 차원에서 정신과적 응급상황에 대한 정책과 계획을 수립하고 추진하고 있다. 정신질환자에 대한 조기개입을 통해 전문응급 의료서비스를 제공 받아 환자의 예후를 호전시키고 중증 정신장애로 발전하지 않도록 방지하기 위해 큰 노력을 기울이고 있으며 약물·알코올 중독 환자 역시 지역사회에서 맞춤형 치료를 받을 수 있도록 하고 있다. 호주는 지역사회-병원전-병원 단계의 유기적인 협조 체계의 구축을 정부 차원에서 강조하고 있다는 특징이 있다. 호주는 정신질환 응급의료체계의 구성에 있어 특징적인 부분은 정신과 전문 응급의료기관의 다양한 모형이 공존하고 있는 점으로 소형병원을 중심으로 Consultation Liaison Model of Care가 운영되고, 24시간 정신과 전문간호사가 상주하는 Mental health Nurse in ED가 운영되고 있다. 최근에는 정신과적 응급에 대한 전문 협진 의료팀이 24시간 근무하고 정신과적 응급 환자를 위한 별도의 관찰 구역을 확보하고 있는 Psychiatric Emergency Care Center가 대도시의 대형 병원을 중심으로 도입되고 있다.

라. 일본의 정신건강 위기지원 체계

- 일본의 정신위생법은 여러차례 수정을 거쳐 1995년 ‘정신보건 및 정신질환자복지에 관한 법률(이하 정신보건복지법)’ 로 전면적으로 개정되었다. 이법은 2013년 중요한 개정사항이 반영되었는데 ‘보호자 제도’의 폐지가 그것이다. 그러나 보호자라는 명칭이 가족이라는 명칭으로 변경되었을 뿐 기존 보호자의 동의에 의해 진행되었던 의료보호입원 조항은 실질적인 차이 없이 유지되었다. 현행 조항을 살펴보면 일본에서의 정신질환자는 ‘통합 실조증, 정신작용 물질에 의한 급성중독 또는 그 의존증, 지적장애, 인격장애, 기타 정신 질환을 가진 사람을 말한다(일본 정신보건복지법 제5조)’. 일본의 정신보건복지법은 우리나라 정신건강복지법에서와 달리 기능상 저하의 개념을 포함하고 있지 않다. 일본의 정신병원 입원 유형은 임의입원, 조치입원, 긴급조치입원(72시간 이내), 의료보호입원, 응급입원(72시간이내) 으로 구분된다.
- 일본 법제에서 의미하는 위기상황은 정신보건복지법의 조치입원의 요건을 통해서 알 수 있다. 조치입원은 우리나라 정신건강복지법 상의 특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장에 의한 입원(이하 행정입원)과 유사하며 긴급한 조치가 필요한 경우 72시간의 범위 내에 긴급조치입원을 강제할 수도 있다. 일본 정신보건복지법(제29조 제2항)은 비자의 입원인 조치입원의 요건은 정신장애가 있을 것, 정신장애로 인한 자·타해의 위험이 있을 것, 의료 및 보호를 위한 입원의 필요성이 있을 것 등이다. 그리고 다른 비자의입원인 의료보호입원의 요건은 정신장애가 있을 것, 의료 및 보호를 위한 입원의 필요성이 있을 것, 정신장애로 인하여 임의입원에 동의한 상태가 아닐 것 등이다. 우리나라의 경우 행정입원과 호보입원의 요건이 동일하나 일본의 법제는 보호입원의 요건을 넓게 규정함으로써 위기의 개념을 확장시키고 있다. 일본의 위기지원체계는 정신의료기관에 의존하고 있다. 자·타해 위험을 동반하는 협의의 위기상황 뿐만 아니라 의료 및 보호를 필요로 하는 상황까지 비자의입원을 용인함으로써 광의의 위기까지 정신의료기관이 관장하는 체계를 가지고 있다.

- 일본의 위기지원체계는 정신의료기관의 퇴원과정을 위기상황으로 간주한다. 퇴원과정을 지원하는 지역상담지원서비스와 가족이 없거나 있더라도 실제로 돌봄기능을 수행하기 어려운 사람에게 퇴원 후까지 정착지원서비스로 연계하여 순조로운 지역사회정착을 지원한다. 일본의 위기지원체계는 위기의 개념을 광의로 보고 위기를 예방하기 위한 제도를 도입하고 있다는 점에서 우리나라에 시사하는 점이 크다.

2. 지역사회 정신건강 위기개입

- 우리나라는 정신건강복지센터에서 지역사회 정신건강 위기대응을 위해 정신건강 위기개입, 정신건강 위기대응 지역협의체 구성·지원, 정신건강 위기상담전화(1577-0199)를 운영하고 있다. 지역별로 운영방식은 차이가 있으나 광역·기초정신건강복지센터에 위기개입팀 설치·운영을 통해 자살시도 등 정신과적 응급상황에서 경찰, 구급대원들과 협조적이고 안전한 정신응급 대응체계를 구축하고 있다. 정신과적 응급위기개입에 대한 의미와 지역사회 정신건강 위기대응 사업, 각 지역별 위기대응 운영방식을 살펴보면 다음과 같다.

가. 정신과적 응급 위기개입

- 미국정신의학회(The American Psychiatric Association)의 정의에 따르면 ‘정신과적 응급 (psychiatric emergency)’이란 사고, 행동, 기분 그리고 사회적 관계의 급성 장애를 말하며, 치료를 위해 즉각적인 개입이 필요한 것으로 환자, 가족, 혹은 사회적인 단위로부터 정의 되는 경우를 말한다. 정신과적 응급에는 다양한 종류의 정신 질환군이 포함되는데 개별 정신 질환이 급성으로 발현하거나 혹은 악화되어 환자 혹은 보호자의 건강과 안전에 위협을 미치는 경우가 정신과적 응급에 해당한다. 정신과적 응급에 있는 환자들에게 흔하게 보이는 주요 정신질환은 정신병(조현병, 급성정신병), 기분장애(주요 우울증, 양극성 장애), 자살 시도, 알코올사용장애, 약물 남용 등의 물질 관련 장애로 ‘정신과적 응급 상황’이란 정신과적 질환이 급성기 상태로 발현하거나 악화되어 환자 본인 혹은 타인의 안전과 건강에 위협이 되는 상황을 의미한다.
- ‘정신과적 응급 위기개입’이란 정신과적 응급상황이 발생한 경우 이에 대한 적절한 정신 응급서비스를 제공함으로써 환자의 예후를 호전하기 위한 단계를 의미한다. 정신과적 응급 상황에서는 위기중재 개입을 통해 자·타해의 위험성과 증상악화를 감소시키는 것이 중요하다. 정신과적 응급상황 시 정신건강복지센터에서 개입하는 방법은 정신건강 상담전화 서비스 제공, 정신건강복지센터 방문 상담 제공, 가정방문 서비스 제공, 입원정보 제공이 있다.

<표 3-1> 정신건강복지센터의 정신응급 개입방법

서비스	내용
상담전화(1577-0199) 서비스	도움을 요청하는 사람의 익명성이 보장되고, 각자의 욕구에 따라 언제든지 접촉 가능
정신건강복지센터 방문상담	응급서비스를 필요로 하는 대상이 센터를 직접 방문하여 도움 요청
가정방문 서비스	환자가 도움을 구할 수 없고 폭력적이거나 치료를 받지 않으려 하기 때문에 환자의 가족이나, 친구, 일반 의사나 경찰이 도움을 요청하여 지역사회 정신건강팀이 직접 환자의 집이나 지역을 찾아가 서비스 제공
입원정보 제공	자·타해 위험기준이 높은 화자가 자신의 집을 떠나 도움을 받을 수 있는 치료시설(병·의원)로 이동할 수 있도록 입원과 관련된 정보 제공

- 그림과 같이 정신과적 응급위기개입은 실제 서비스가 제공되는 영역에 따라 지역사회영역, 병원영역, 관리운영 영역으로 구분할 수 있다. 지역사회 영역은 정신건강복지센터, 경찰 및 소방의 개입이 필요한 영역으로 신속성과 전문성을 필요로 한다. 특히 정신과적 질환으로 자·타해가 발생하여 당사자 및 가족, 그리고 지역사회의 안전을 위협하는 응급위기 상황에서는 즉각적이고 신속한 개입이 중요하다.



<그림 3-1> 정신과적 응급위기개입 영역

나. 정신과적 응급 위기개입 현장대응

- 정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내2.0를 살펴보면 지역사회영역에 있어 경찰, 소방의 정신과적 위기개입에 있어 목적 및 대응방안, 위험성 및 긴급성 판단기준이 법적근거를 기반으로 제시되어 있다.

1) 경찰 및 소방의 정신과적 응급위기개입 목적

- 경찰관은 국민의 생명·신체 및 재산을 보호할 의무가 있고 경찰관직무집행법 제4조에서는 정신착란자에 대한 경찰관의 보호조치에 대해 규정하고 있다. 또한 119구급대원은 응급환자라고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 환자의 이송을 위하여 최대한 노력해야 한다고 되어있다. 경찰 및 소방의 정신질환자 보호조치 및 응급이송 업무는 정신질환자 등에 의한 급박한 자·타해 위험을 제거하고 환자 및 주변 사람들의 안전을 보호하는 것을 목적으로 한다.

2) 경찰 및 소방의 위험성 및 긴급성 판단기준

- 경찰의 자타해기준 판단은 경찰관 직무집행법 제4조, 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 제4조에서 볼 수 있고, 소방에서는 응급증상 및 이에 준하는 증상기준은 응급 의료에 관한 법률 제2조, 동법 시행규칙 제2조, 119구조·구급에 관한 법률 제2조에서 볼 수 있다.
- 경찰은 임박한 직접적 위험이 있을 경우에만 개입하고 이 때 판단기준은 위험성 및 긴급성으로 두 가지 요소를 모두 충족시킨 자만 개입대상에 해당한다. 소방에서는 응급증상 및 이에 준하는 증상을 보이는 응급환자 처치 및 이송에 대한 업무가 해당된다. 이와 달리 정신건강복지센터는 ‘향후 위험이 예측될 수 있는 경우에도 개입한다.’ 라고 되어있다.
- 정신건강복지센터의 정신질환으로 인한 자·타해 기준 관련 법적 근거는 정신건강복지법 제43조 제2항 제2호, 정신건강복지법 시행규칙 제34조 제2항을 제시하고 있다. 법 조항을 살펴보면 ‘현장대응에 있어 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원등을 할 필요가 있는 경우(정신건강복지법 제43조 제2항 제2호)’, ‘본인 또는 타인의 건강 또는 안전에 중대하거나 직접적인 위해를 가할 개연성이 높다고 인정되는 경우(정신건강복지법 시행규칙 제34조 제2항)’ 라고 되어 있다. 즉 정신과적 응급상황에서 현장대응시 정신건강복지센터의 역할은 정신질환자의 자·타해 위험과 경찰·소방과 함께 대응하는 협력적 역할만 정의되어 있다. 정신과적 응급 위기개입 상황에서 정신과적 위험성 또는 긴급성에 의한 입원 필요성 판단은 정신건강복지센터의 정신건강 전문요원에 의해서 이루어져야 하지만 현장에서는 주로 경찰·소방의 자·타해의 긴급성에 의해서 결정되어지고 있다.

다. 지역사회 정신건강 위기대응사업

- 지역사회 정신건강 위기대응은 주간은 기초정신건강복지센터에서 위기개입업무를 담당하고 야간 및 주말·공휴일 주야간은 광역센터(위기개입팀)에서 담당하여 24시간 365일 대응체계가 구축되어 있다. 기초정신건강복지센터의 지역사회 정신건강 위기대응사업으로 정신건강 위기개입업무, 정신건강 위기대응 지역협의체 구성·지원, 정신건강위기상담전화(1577-0199)를 운영하고 있다.

1) 정신건강 위기개입 업무

- 정신건강 위기개입 업무는 자살 시도 등 지역사회 내 정신과적 위기상황 발생 시 경찰, 소방대원들과 협조적이고 안전한 정신건강 위기대응체계를 구축하는 것을 목적으로 주중 주간에 운영되고 주중 야간 및 주말·공휴일 주야간은 광역센터(위기개입팀 설치)에서 담당하여, 24시간 365일 대응체계를 구축하고 있다. 종사자의 안전을 위하여 현장대응은 2인 이상 배치하여 운영되고 있다.

<표 3-2> 기초정신건강복지센터의 위기개입 주요 업무

주요업무	내용
위기개입 요청 시 대응	<ul style="list-style-type: none"> - 정신과적 응급상황 평가 현장대응, 전화상담, 내소상담 등 정신건강 위기대응 - 응급입원 정신의료기관 자원파악 및 정보제공, 응급입원 대응지원 - 고위험 정신질환자(고위험자) 정보 경찰서, 소방서 등 지역협력기관 공유
응급입원 등 정신의료기관 내 대응	<ul style="list-style-type: none"> - 가족이나 지인에 대한 탐색 및 연락지원 - 정신질환자 또는 가족이나 지인에 정신질환 상황안내 및 퇴원 후 서비스 안내
응급입원 등 의료기관 퇴원 후 조치	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강복지센터 내 맞춤 서비스* 제공을 위한 담당자 배정·등록조치 * 개별상담, 치료연계 지원, 자조모임 지원, 지지 프로그램 및 전화상담 등 지원 - 대상자 수요에 따른 지역사회 보건·복지 자원파악 및 정보제공 등
정신건강사례관리시스템 실적 입력	<ul style="list-style-type: none"> - 위기개입메뉴는 위기개입팀 운영기관에서만 사용(접수상담, 사례관리메뉴 등 이중등록 금지) 하며 위기개입팀 미설치 기관은 접수상담 메뉴에 기준함 ※ 세부사항은 2021년 정신건강 사례관리시스템 표준매뉴얼 참고

2) 정신건강위기대응 지역협의체 구성·지원

- 지역사회 내 정신건강문제 관련 위기상황에 대한 효과적 대응을 위하여, 지자체 관할 정신건강복지센터, 경찰, 소방 등이 함께하는 협의체 구성·지원 및 정신 위기상황 시 신고, 현장대응, 이송, 사후관리 및 예방 등 각 단계별 안전보장 및 신속 대응을 위한 긴밀한 협력 체계를 구성하고 지원하는 것을 목적으로 한다. 협의체의 주요안건은 지역사회 정신 위기 대응 현황 및 추진체계 점검, 문제점 발굴 및 개선방안 마련, 정신 응급상황에서의 현장대응 안내 지역 내 적용, 지역 내 정신 위기대응 관련 현안 발생 시 대응방안 논의·적용이다.

<표 3-3> 정신건강위기대응 지역협의체 구성 및 역할

구성	역할
보건소	협의체 운영총괄, 보건소장(위원장, 당연직)
정신건강전문기관	기초정신건강복지센터장, 정신의료기관 담당, 응급진료협력병원 관계자
경찰	지방경찰청 담당 부서장 또는 정신질환자 관리 담당
소방	지방소방청 담당 부서장 또는 정신질환자 관리 담당
그 외	정신응급관련 지식과 경험이 풍부한 자 등

3) 정신건강위기상담전화(1577-0199)운영

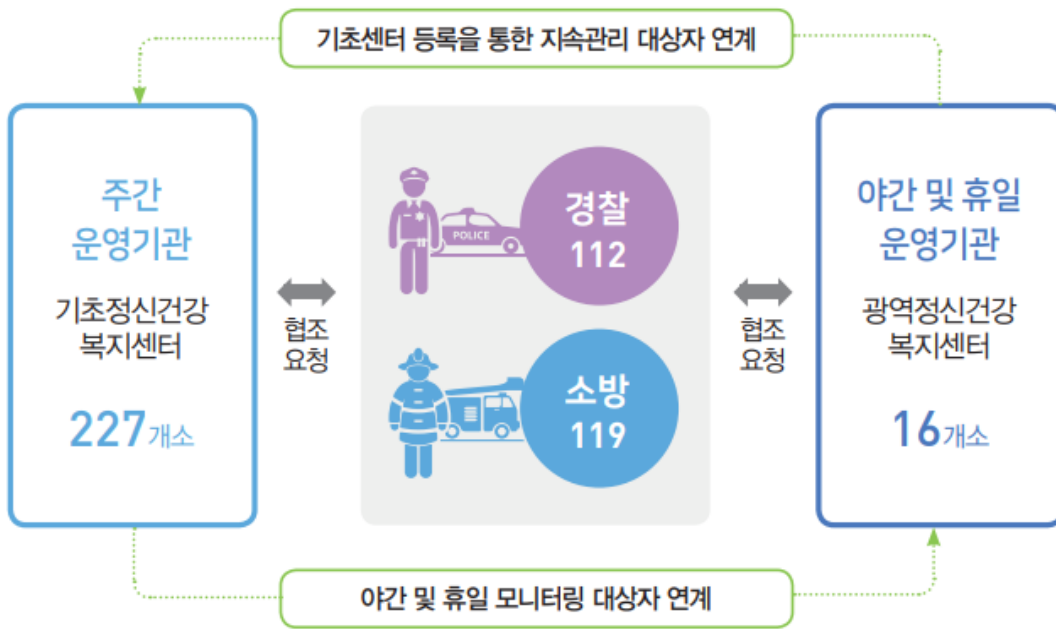
- 24시간 전국 어디에서나, 누구나 정신적 위기상황 발생 시 전국 공통의 번호(1577-0199)로 전화를 걸면, 광역·기초정신건강복지센터의 정신건강전문요원 등 전문가에 의한 적시의 상담서비스 제공으로 정신건강 위기상황 대응 및 관리 지원하는 것을 목적으로 한다.
- 주요업무는 자살위기, 재난심리지원, 우울, 불안 등 정신건강 상담 및 지지, 정신건강 정보 및 정신의료기관 등 안내, 응급대응체계 구축 및 라우팅¹⁾ 서비스 제공 등이다. 정신건강 위기상담전화에서는 정신건강전문요원이 365일 24시간 상담을 진행한다. 평일 주간(오전9시~오후6시)에는 기초정신건강복지센터, 야간 및 휴일에는 광역정신건강복지센터에서 전화를 통해 상담 및 정보를 제공한다.
- 위기상담전화로 확인한 위기상황 평가 결과에 따라 필요시 또는 경찰관 및 119구급대원의 요청으로 정신과적 평가가 필요한 경우 응급출동을 할 수 있다.

※ 법적근거: 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조제8항

1) 정신건강위기상담 발신 시 휴대전화 이용자 기준 기지국을 경유해 가장 가까운 광역 및 기초 정신건강복지센터로 연결됨

<표 3-4> 1577-0199 운영 내용

구분	세부내용	
대응 기관	주간(09:00~18:00)	이용자 거주 지역 기초정신건강복지센터로 연결
	야간(18:00~09:00) 및 공휴일	이용자 거주 지역 광역정신건강복지센터 또는 위기개입팀 운영 기초정신건강복지센터로 연결
운영 원칙	- (운영인력) 정신건강전문요원 우선적으로 배치 인력의 문제 등 불가피한 경우 정신건강증진분야에 관한 전문지식을 가진 자를 지정할 수 있으나 자체 또는 외부의 전문교육을 받도록 사전조치 필요 - (정보공유) 기타 상담된 내역과 실적(상담의뢰자·조치사항 등)은 관할구역의 정신건강복지센터(또는 보건소)와 정보를 공유 요청한 고위험군에 대한 모니터링 및 사례관리, 상담내용에 따른 업무 분석 협조	



<그림 3-2> 정신건강 위기상담전화 운영체계

4) 위기개입팀 운영

- 광역 및 거점 기초정신건강복지센터 위기개입팀 설치·운영을 통해 자살시도 등 정신과적 응급상황에서 경찰, 구급대원들과 협조적이고 안전한 정신응급 대응체계를 구축하는 것을 목적으로 한다. 위기개입팀은 광역정신건강복지센터 내 필수 설치, 지역상황에 따라 기초 정신건강복지센터 내 추가 설치를 권장한다.
- 위기개입팀의 역할은 관할지역 내 정신응급상황 발생 시 구급대원, 경찰 등과 함께 대응, 정신질환자, 자살시도자 등으로 인해 자·타해 위험이 발생한 경우 자·타해 위험대상자의 정신질환 관련 여부, 정신적인 위기평가 수행을 통한 구급대원 및 경찰의 현장대응 지원, 자·타해 위험대상자의 안정을 위해 노력하고, 응급진료가 필요한 경우 관련 의료기관 이송 협조 지원한다. 그리고 응급상황 후 지속적인 서비스가 필요할 경우 사례관리 연계를 실시한다.
- 사업대상은 정신건강복지법 제3조에 의한 정신질환자 중 자·자해 위험이 있는자, 경찰의 정신과적 평가 필요시 정신건강복지센터에 협조를 요청한 자이다. 제외대상은 심한 만취 상태로 상담 및 평가가 불가능한 경우, 정신과적 평가보다 자살시도 등으로 신체적 처지가 우선인 경우, 정신건강 문제 외 성적욕구 해소를 목적으로 하는 경우, 정신건강 위기보다 2차적 이득을 위한 악성 민원인 등이다.

<표 3-5> 위기개입팀 주요업무

업무	내용
위기개입 전·후 상황에 따른 주요업무	<ul style="list-style-type: none"> - 위기개입 요청 시 대응 · 정신과적 응급상황 평가 ※ 정신과적 위기분류 평정척도(CRI) 활용, 「정신과적 응급상황에서의 위험평가 안내 2.0」 참고 · 현장대응, 전화상담, 내소상담 등 정신건강 위기대응 · 응급입원 정신의료기관 자원파악 및 정보제공, 응급입원 대응지원 · 고위험 정신질환자(고위험자) 정보 경찰서, 소방서 등 지역협력기관 공유 - 응급입원 등 정신의료기관 내 대응 · 가족이나 지인에 대한 탐색 및 연락지원 · 정신질환자 또는 가족이나 지인에 정신질환 상황안내 및 퇴원 후 서비스 안내 · 위기개입팀 정신건강사례관리시스템(MHIS) 기록관리 ※ 정신건강 위기개입 후 대상자 정보, 개입방법, 처리결과 등 작성·등록 - 응급입원 등 의료기관 퇴원 후 조치 · 정신건강복지센터 내 맞춤 서비스* 제공을 위한 연계 * 개별상담, 치료연계 지원, 자조모임 지원, 지지 프로그램 및 전화상담 등 지원 · 대상자 수요에 따른 지역사회 보건·복지 자원파악 및 정보제공 등

1) 조현병, 급성정신병, 주요우울증, 양극성장애 등 정신질환자, 자살시도자, 알코올사용장애, 약물 남용 등의 물질 관련 장애(단순 주취자는 제외)

<p>상시주요업무</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 보건소, 의료기관, 경찰서 및 소방서 등과의 정신건강 위기대응 협의체 참여를 통한 업무협력 체계 구축·정신질환에 대한 인식개선 교육수행 등 지원 * 정신건강 위기대응 협의체 구성·운영은 시도에서 주관하며, 광역센터에서 지원함 - 정신건강 위기상황 대응에 관한 사례연구 및 교육참여 등 종사자 역량강화
---------------	--

5) 전국 위기개입팀 설치현황 및 운영형태

○ 전국 17개 시·도에 정신과적 응급상황에 대비한 위기(응급)개입팀이 설치되어 있고 세부운영형태는 시·도별 평일, 주간, 야간에 따라 차이가 있다.

<표 3-6> 전국 위기개입팀 설치현황 및 운영형태

구분	지자체	담당팀(부서)		운영형태	세부운영
		독립	마음어음상담팀		
1	서울자살예방		마음어음상담팀	5조 3교대 (주야간통합)	주간:전화는 자방, 출동은 자치구 야간, 주말:상담팀에서전담
2	서울시정신건강 복지센터		정신응급합동 대응팀	야간, 공휴일주,야간	평일주간: 서울시정신건강복지센터 야간, 주말: 정신응급합동대응팀(18시-09시) 공휴일(12시간씩 2교대)
3	경북광역시	부설	위기대응팀	주야간 분리 (가점3곳)	평일 주간:라우팅 평일야간(18:00~09:00) 주말및공휴일(24시간근무):응급개입팀 동부권(광역), 북부권(안동·기초),서부권(구미·기초)2인1조
4	제주광역시	부설	위기대응팀	주야간 통합	주간:6명(1명 전화, 4명 출동, 1명 대기) 09:00~18:00 야간:6명(착신하고출동)2인1조체계18:00~09:00
5	강원광역시	부설	자살예방센터	주야간 분리	주간:사업팀 순환(1577-0199) 라우팅 야간:응급개입팀(1577-0199;응급출동)
6	부산광역시	부설	자살예방센터	주야간 분리	주간:전화(라우팅)- 광역, 기초 담당/ 출동-기초 담당 (광역전화 담당은 자살예방사업팀원 응대함) 야간및공휴일:1577-0199전화상담,응급출동,온라인상담
7	전북광역시	팀	위기개입팀	주야간 분리	주간:지역센터 (라우팅) 야간:전담(4명3개조(12명)/N,off,off) 공휴일및주말주간:사업팀이순환하며담당직운영
8	울산광역시	부설	응급개입팀	주야간 통합	주간:라우팅(주간 상근 1명 근무함) 야간, 주말:위기개입팀
9	대전광역시	팀	위기개입팀	주야간 분리	주간:라우팅-광역사업팀 순환(1577-0199) 14시 까지, 14시 이후 위기개입팀, 기초(서구 제외) 담당/ 주간2인 상근, 출동-기초 담당(광역전화는 14시 이후는

						위기개입팀 야간,공휴일위기개입팀(1577-0199,응급출동)10인야간인력
10	대구광역시	부설	자살예방센터 위기대응팀	주야간 분리		주간 : 라우팅-기초센터(1577-0199) 야간,공휴일:위기개입팀(1577-0199,응급출동),3인1조근무체계
11	충북광역시	팀	위기관리팀	주야간 분리		주간:라우팅 야간:응급개입팀(1577-0199)17:00-10:00
12	충남광역시	팀	위지지원팀	주야간 분리		주간, 야간:사업팀 순환(1577-0199) / 거점센터 3곳(홍성, 아산+광역)
13	경기광역시	부설	위기대응팀	1577-0199 와 위기개입팀분리 (핸드포뮬을통해 의뢰접수)		수원, 파주, 부천, 평택 부천,평택->경찰model, 경찰서내 근무, 경찰과같이 출동 주간:1577-0199(라우팅)광역연결시주간근무타입선생님이대응 평일야간:주말,휴일24시간:위기개입팀출동2인1조 (단, 채용이 어려워 주말, 휴일 근무안하는 경우도 있음)
14	인천광역시	팀	응급개입팀	주야간 분리		평일주간 : 2명 라우팅(10개중 3곳) 야간,공휴일:12명
15	광주광역시	부설	자살예방센터 위기개입팀	주야간 분리		평일주간 : (22.9.22.~)5개구 정신건강복지센터 진행, 라우팅 주말,공휴일주간:사업팀+위기개입팀 야간:응급개입팀
16	전남광역시	팀	정신응급대응팀 (나항)당직제	전체 센터 인력 당직제 평일:다응남수고 주말:근무후대체휴무		주간:라우팅 야간,공휴일:광역센터 직원들이 돌아가며 당직 (24시간근무 후 대체휴무1일제외, 시간외수당으로추가급여지급)
17	세종광역시	팀	자살위기사업팀	주야간 분리		6명 정원/3명 근무 중 1인근무체계/인원부족하여필요시센터전직원이당직함
18	경남	팀	자살위기사업팀	주야간 분리		주간:라우팅(1577-0199) 야간:위기개입팀(1577-0199, 응급출동)*18명근무

6) 전국 정신응급의료기관 및 현장지원팀 현황

- 정신과적 응급상황에 있어 응급입원 상황 발생시 병상확보를 위해 지정정신의료기관 및 권역정신응급의료센터를 두고 정신응급 출동 단계에서 야간응급입원 관외이송 및 입원수속을 지원하기 위해 경찰현장지원팀과 협업체계를 구축하고 있다.

<표 3-7> 2023년 전국 정신응급의료기관 및 경찰현장지원팀 현황

연번	시도	지정정신의료기관				지역정신응급의료센터 (23년 신청포함)	경찰현장지원팀	
		병원명	병상수	병상운영요일 (ex 7일, 월~수, 금)	인원		운영형태 ex 출동시간/근무장소 등	
1	서울	국립정신건강센터	200	월~금	경찰청 경찰정 관서	12	전문요원 + 경찰 합동근무 평일 18시~익일09시/공휴일 종일	
		해상병원	239	월~금				
		은평병원	195	월~금				
		서울의료원	31	월~금				
		마인드헬병원	200	월~금				
		베이지병원	275	월~금				
		강서필병원	177	월~금				
		송파미소병원	215	월~금				
		서울명병원	248	월~금				
		부산시립정신병원	7	7일(24시간)				
2	부산	우리병원	4	금,토,일 야간 (18시 - 익일 9시)	미신청	6	주야간출동/ 경찰청 근무	
		다대자연병원	1	월~목 야간 (18시 - 24시)				
3	대구	대구가톨릭대학교병원	1	7일	미신청	6	주야간출동/ 경찰청 근무/3교대	
		대구의료원	7	7일				
4	인천	인천참사랑병원	1	7일	인천성모병원	6	주야간응급입원진행/경찰청근무 24시간 근무후 교대(3개조)	
		글로벌병원	2	7일				
		삼정병원	1	7일				
5	광주	광주제일병원	2	화	미신청	6	주야간출동/ 경찰청 근무/3교대	

6	대전	보은병원	2	월, 수, 목(격주), 일	충남대학교병원	4	주야간출동 / 경찰청 근무					
		광주시립정신병원	2	목(격주)								
7	울산	첨단종합병원	2	금토	울산대학교병원	4	야간 출동 19:30~07:30 / 타운 치안센터					
		충남대학교병원	2	7일								
8	경기	세광병원	2	7일	용인세브란스병원 (하반기 운영 예정)	남부 북부	운영형태 : 3인 1조 근무 출동시간 : 19시~익일 7시 근무장소 : 경기북부경찰서					
		계요병원	3	월~일요일 24시간								
		아주편한병원	3	주중 09:00-24:00 주말 및 공휴일 24시간								
		의정부병원	2	월(격주)목,금,토 현재 미운영								
		강원대학교병원	2	월 화								
9	강원	국립춘천병원	2	월(격주)목,금,토	강원대학교병원	6	주야간출동/ 경찰청 근무/3교대					
		국립춘천병원	2	현재 미운영								
		춘천불내병원	2	월								
		춘천서인병원	2	화								
		춘천예현병원	2	월(격주), 수								
		원주내안에병원	2	화								
		제천병원	2	7일								
10	충북	음성소만병원	2	7일	미신청	-	-					
		아산병원	7	7일								
11	충남	홍성한국병원	10	7일 월~금	미신청	6	주야간출동 / 천안 경찰서 근무					
		원광대학교병원	2	매일								
13	전남	순천의료원	2	매일	원광대학교병원	4	야간 19:30~ 7:30 경찰청 근무/ 2개조(A/B)					
		국립나주병원	7	화, 금								
		담양삼사랑병원	1	매일								
		장평우리병원	2	토								
		회수보은병원	3	수, 토								
		영광기독신하병원	2	월, 목, 일								
		세안종합병원	2	화, 토								
		무안종합병원	1	수, 일								
												아간출동(19:00~익일 7:00) 2교대 국립나주병원근무

	별교상호병원	1	월				
14	경북	별교상호병원	1	경북도 지정 거점 3월~일 24시간	미신청	6	- 주간출동 - 현장지원센터(구 파출소) 근무 - 24시간 근무 교대(2인1조)
		인성병원	3	경북도 지정 거점 3월~일 24시간			
		미래로병원	3	경북도 지정 거점 3월~일 24시간			
15	경남	청송진보병원	3	경북도 지정 거점 3월~일 24시간	미신청	4	- 2인 1조 야간(19시~익일8시) 광역센터 인근 지구대(민공간)
		양산부산대학교병원		복지부 지정 병상부족으로 대부분 인원 거부			
		국립경상대학교병원					
		양산병원	2				
		고성성심병원	2	경남도 지정 365일, 24시간 운영			
		의령사랑병원	2				
사천동희병원	2						
밀양우리병원	2						
16	제주대학교병원	2	7일	제주대학교병원	4	평일, 휴일 야간만/제주대학교병원	
17	아산병원	2	7일 (3월 중순부터 운영)	미신청	1	평일 주간 출동/세종경찰청 근무	

3. 경상남도 정신건강 위기개입

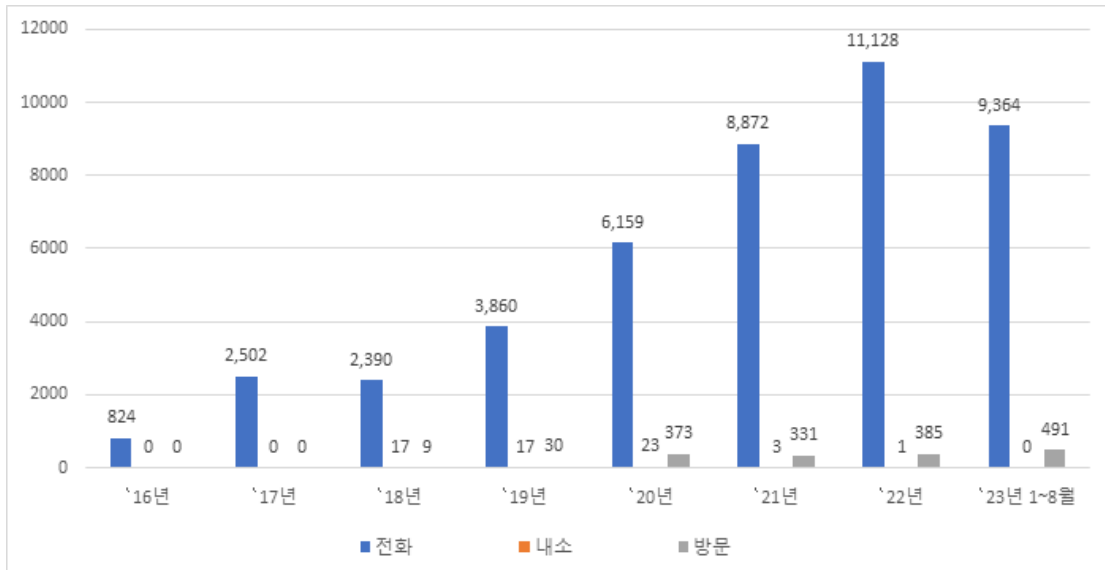
- 경상남도의 경우 광역정신건강복지센터에서 2016년 7월부터 정신건강위기상담전화 운영을 시작하였고 2019년 진주 안인득 사건 이후 고위험 정신질환자 24시간 위기대응체계 시스템을 강화하기 위해 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 대한 법률」, 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 따라 2019년 6월 위기개입팀 설치·운영하고 있다.
- 또한 2022년 7월부터 경상남도 동·중부권, 서부권으로 나누어 도 단위 최초로 권역별 위기개입팀을 설치·운영하여 자살 및 정신응급 위기상황 발생시 현장출동 및 대응을 하고 있다. 또한 24시간 자살 및 정신건강위기상담전화 1577-0199를 운영하고 주간은 라우팅¹⁾, 야간은 위기개입팀에서 응급출동을 하고 권역별로 당직의료기관을 선정하여 (동·중부권 4개소, 서부권 1개소) 병상 상시 확보를 통한 자살 및 정신건강 고위험군의 적시 치료를 위한 인프라 강화 및 정신응급 대응체계를 확립하여 지역사회 안전망 강화에 기여하고 있다.

가. 경상남도광역정신건강복지센터(1577-0199) 운영 현황

1) 상담현황

- 경상남도의 정신건강위기상담전화(1577-0199)를 통한 상담 건수는 지속적으로 증가하는 추세이다. 경상남도광역정신건강복지센터의 위기개입팀이 본격적으로 운영된 2020년부터 총상담건수는 6,555건에서 2021년 9,206건으로 전년대비 40%증가하였고 2022년에는 11,514건으로 전년대비 25%증가하였다.

1)라우팅서비스: 휴대전화 발신자 기준으로 이용자와 가장 가까운 광역 및 기초정신건강복지센터로 연결



<그림 3-3> 상담수행방법에 따른 총 상담 현황

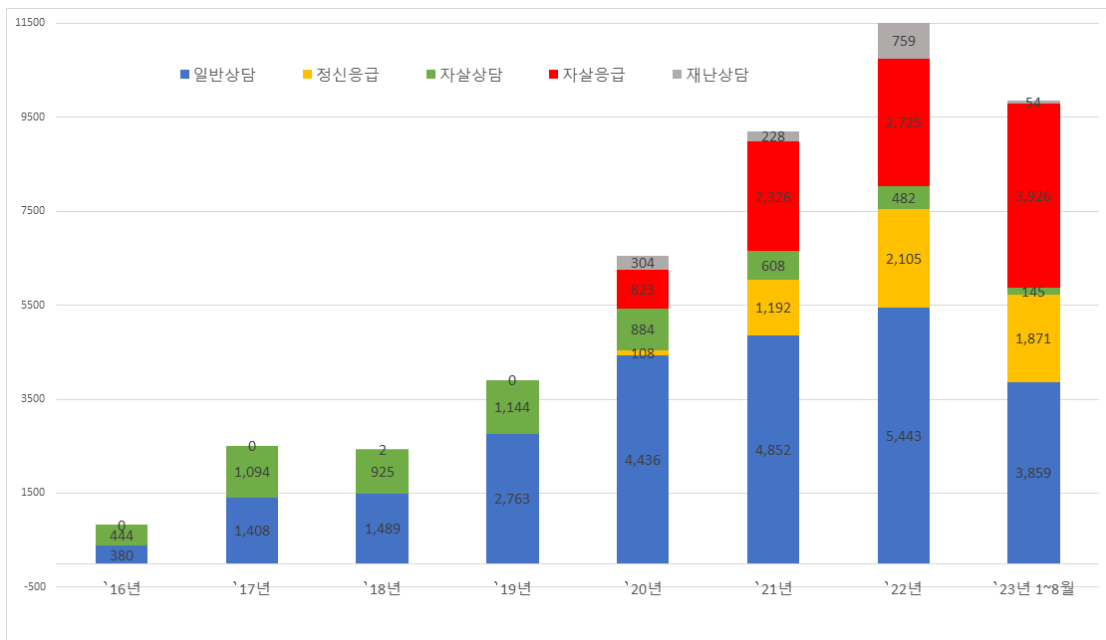
<표 3-8> 상담수행방법에 따른 총 상담 현황

	'16년	'17년	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년	'23년 1~8월	누계
전화	824	2,502	2,390	3,860	6,159	8,872	11,128	9,364	45,099 (96.4%)
내소	-	-	17	17	23	3	1	-	61 (0.1%)
방문	-	-	9	30	373	331	385	491	1,619 (3.5%)
합계	824	2,502	2,416	3,907	6,555	9,206	11,514	9,855	46,779

2) 상담유형별 현황

- 경상남도광역정신건강복지센터의 상담유형은 정신상담(일반상담, 정신응급), 자살상담(자살상담, 자살응급), 재난상담이 있다. 정신상담은 정실진환 상담, 정신 및 복지서비스 문의 등 정신건강 및 복지 관련 상담이고, 정신응급은 정신질환의 악화 또는 급성 발현으로 자·타해위험이 높아 위기개입이 필요한 응급상황시 이루어지는 상담이다. 자살상담은 자살사고 및 자해 위험성을 호소하는 대상자에게 자살 관련 상담 및 위기개입 서비스를

제공하는 것이고 자살응급은 자살사고 또는 자살·자해 시도로 인해 신속한 위기 개입이 필요한 응급상황시의 상담이다. 재난상담은 코로나19, 지진, 교통사고, 화재 등 재난으로 인한 정신건강 어려움을 호소하는 대상자에게 심리지원 상담이 이루어지는 것이다. 그림에서 볼 수 있듯이 자살응급상담이 2020년 823건에서 2021년 2,326건으로 전년대비 28.2% 증가 하였고 2022년에 2,725건으로 전년대비 11.7% 증가하였다. 재난상담 역시 2020년 코로나19 바이러스 출현 및 장기화, 이태원참사 등의 재난상황 발생으로 증가하는 추세를 볼 수 있다. 정신응급 상담도 2020년 108건에서 2021년 1,192건, 2022년 2,105건으로 2020년부터 지속적으로 증가하는 것을 볼 수 있다.



<그림 3-4> 상담유형별 현황

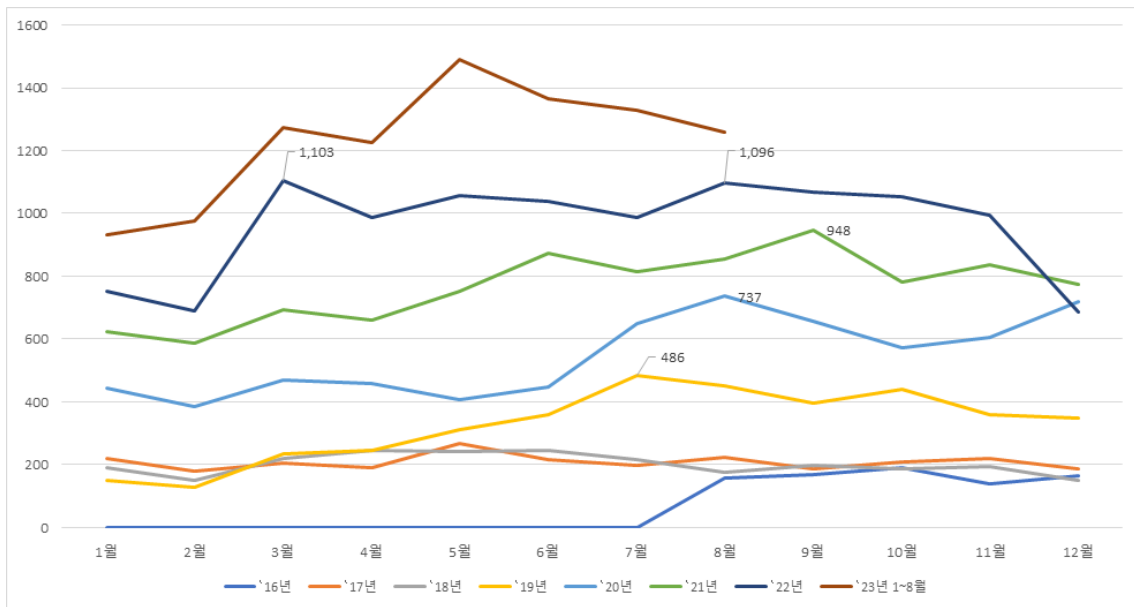
<표 3-9> 상담유형에 따른 총 상담 현황

구분		'16년	'17년	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년	'23년 1~8월	누계
정신상담	일반상담	380	1,408	1,489	2,763	4,436	4,852	5,443	3,859	24,630
	정신응급	-	-	-	-	108	1,192	2,105	1,871	5,276
	소계	380	1,408	1,489	2,763	4,544	6,044	7,548	5,730	29,906 (63.9%)
자살상담	자살상담	444	1,094	925	1,144	884	608	482	145	5,726
	자살응급	-	-	-	-	823	2,326	2,725	3,926	9,800
	소계	444	1,094	925	1,144	1,707	2,934	3,207	4,071	15,526 (33.2%)
재난상담		-	-	2	-	304	228	759	54	1,347 (2.9%)
합계		824	2,502	2,416	3,907	6,555	9,206	11,514	9,855	46,779

3) 월별 상담 현황

- 광역정신건강복지센터에 위기개입팀이 설치된 2019년 6월 기준으로 월별 상담 건수는 누계 기준 7월~8월이 상담건수가 가장 많고 2019년 7월 486건, 2020년 8월 737건, 2021년 9월 948건, 2022년 3월 1,103건, 8월 1,096건으로 7월~9월 상담 건수가 집중되는 것으로 나타났다. 월별 상담건수는 7~9월에 높게 나타나는 되는 특징이 있는데 2022년 4월 18일 코로나 19 사회적 거리두기가 해제되기 전을 기점으로 하여 3월에 상담건수가 1,103건으로 전월 대비 60.2% 증가하여 높게 나타났는데 이는 코로나 장기화에 따른 영향이라 볼 수 있다.

<그림 3-5> 월별상담 건수



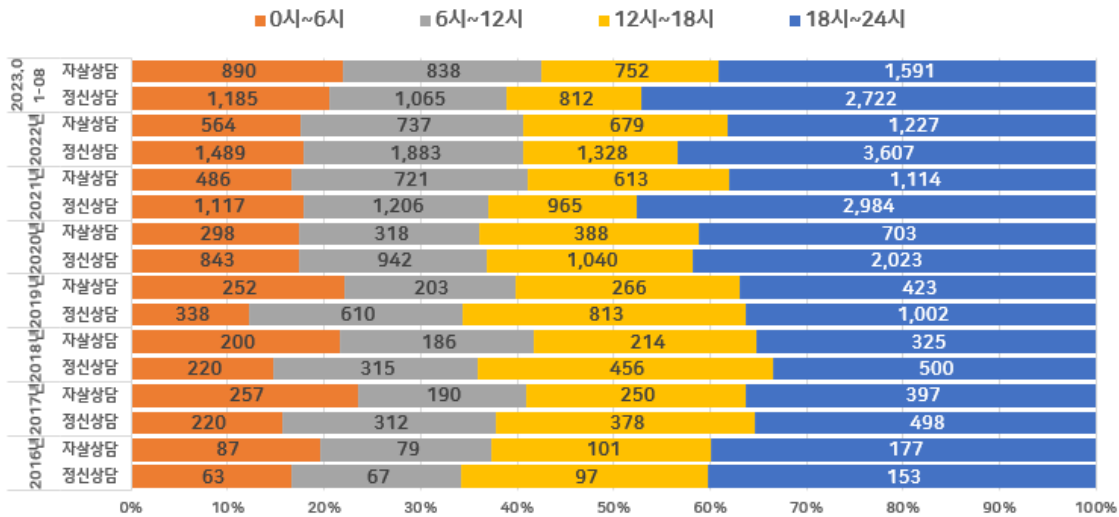
<표 3-10> 월별 상담 건수

구분	'16년	'17년	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년	'23년 1~8월	누계	월 평균 ¹
1월	-	219	191	151	443	625	753	933	3,315	397
2월	-	180	151	129	386	587	689	977	3,099	354
3월	-	204	219	233	470	695	1,103	1,274	4,198	487
4월	-	190	245	246	457	661	987	1,224	1,040	464
5월	-	267	243	311	407	754	1,057	1,491	4,530	507
6월	-	216	245	358	449	872	1,040	1,366	4,546	530
7월	1	199	215	486	651	815	987	1,330	4,684	559
8월	159	224	177	453	737	856	1,096	1,260	4,962	591
9월	169	186	197	395	658	948	1,068	-	3,621	575
10월	192	210	187	439	571	781	1,055	-	3,435	541
11월	139	220	195	358	606	836	994	-	3,348	535
12월	164	187	151	348	720	776	685	-	3,031	478
합계	824	2,502	2,416	3,907	6,555	9,206	11,514	9,855	46,779	5,285

1 신뢰도 위해 2016년(개소 연도), 2023년 제외

4) 시간대별 상담 현황

- 시간대별 상담현황을 살펴보면 18시~24시에 41.6%가 집중되어 나타나는 것을 알 수 있고 06시~18시를 주간 18시~06를 야간으로 분류했을 때 야간상담 건수가 27,955건으로 주간상담 (18,824)대비 48.5% 높은 것으로 나타났다.



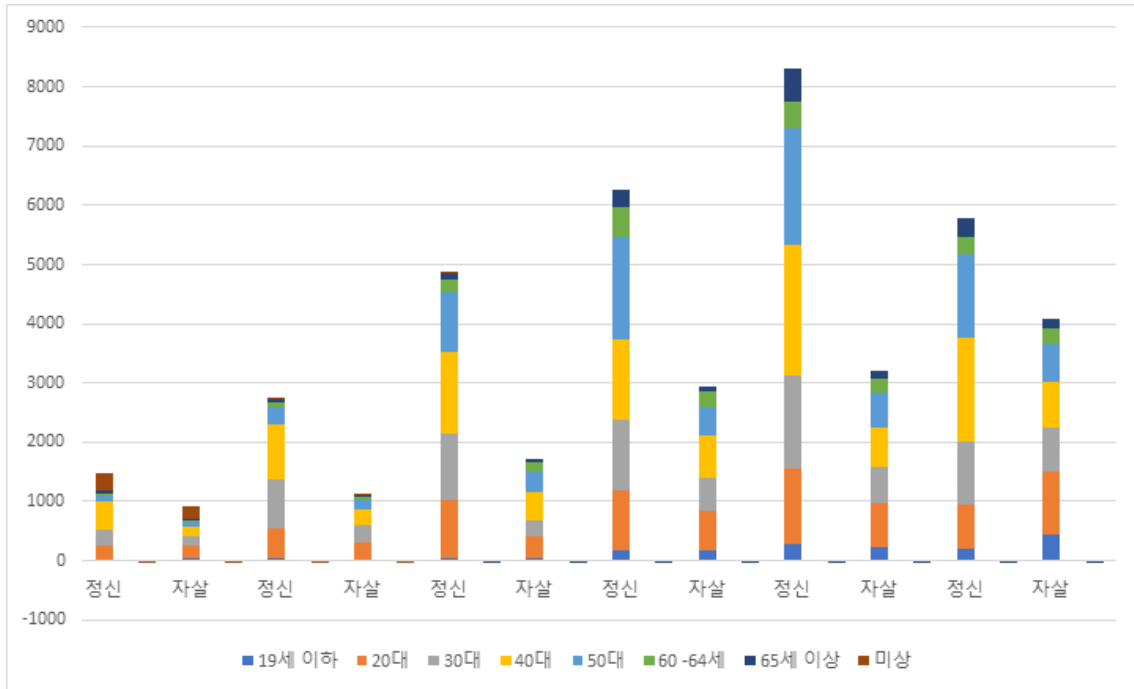
<그림 3-6> 시간대별 상담현황

<표 3-11> 시간대별 상담 현황

구분		0시~6시	6시~12시	12시~18시	18시~24시	누계
2016년	정신	63(16.6%)	67(17.6%)	97(25.5%)	153(40.3%)	380
	자살	87(19.6%)	79(17.8%)	101(22.7%)	177(39.9%)	444
2017년	정신	220(15.6%)	312(22.2%)	378(26.8%)	498(35.4%)	1,408
	자살	257(23.5%)	190(17.4%)	250(22.9%)	397(36.3%)	1,094
2018년	정신	220(14.8%)	315(21.1%)	456(30.6%)	500(33.5%)	1,491
	자살	200(21.6%)	186(20.1%)	214(23.1%)	325(35.1%)	925
2019년	정신	338(12.2%)	610(22.1%)	813(29.4%)	1,002(36.3%)	2,763
	자살	252(22.0%)	203(17.7%)	266(23.3%)	423(37.0%)	1,144
2020년	정신	843(17.4%)	942(19.4%)	1,040(21.5%)	2,023(41.7%)	4,848
	자살	298(17.5%)	318(18.6%)	388(22.7%)	703(41.2%)	1,707
2021년	정신	1,117(17.8%)	1,206(19.2%)	965(15.4%)	2,984(47.6%)	6,272
	자살	486(16.6%)	721(24.5%)	613(20.9%)	1,114(38.0%)	2,934
2022년	정신	1,489(17.9%)	1,883(22.7%)	1,328(16.0%)	3,607(43.4%)	8,307
	자살	564(17.6%)	737(23.0%)	679(21.2%)	1,227(38.2%)	3,207
2023년 1~8월	정신	1,185(20.5%)	1,065(18.4%)	812(14.0%)	2,722(47.1%)	5,784
	자살	890(21.9%)	838(20.6%)	752(18.5%)	1,591(39.1%)	4,071
전체	정신	5,475(17.5%)	6,400(20.5%)	5,889(18.8%)	13,489(43.2%)	31,253
	자살	3,034(19.5%)	3,272(21.1%)	3,263(21.0%)	5,957(38.4%)	15,526
누계		8,509 (18.2%)	9,672 (20.7%)	9,152 (19.5%)	19,446 (41.6%)	46,779

5) 연령별 상담 현황

- 연령별 상담현황을 살펴보면 2016년, 2017년을 제외(세부데이터 부재)한 전체 상담 연령별 현황은 40대가 25.8% 가장 높게 나타났으며 50대 20.3%, 30대가 19.9% 순으로 나타났다. 특징적인 점은 매년 아동·청(소)년 인구는 감소하는 반면 20대와 19세이하상담 연령의 자살 상담 건수는 2022년부터 약30%의 비중을 차지하고 지속적인 증가추세에 있는 것을 보면 아동·청(소)년의 정신건강 문제의 심각성이 증가하는 것을 알 수 있다.



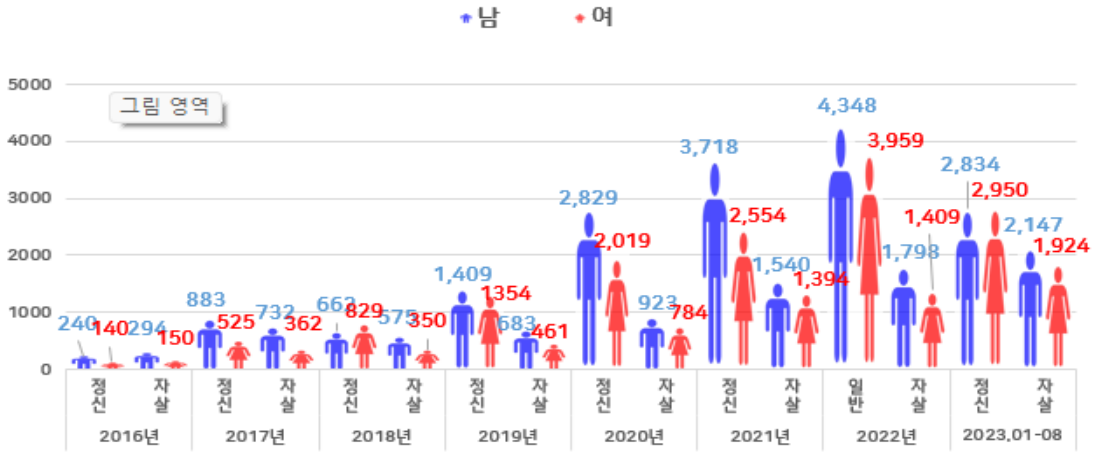
<그림 3-7> 연령별 상담현황

<표 3-12> 연령별 상담 현황

구분		19세 이하	20대	30대	40대	50대	60 -64세	65세 이상	미상
'18년	정신	22 (1.5%)	239 (16.0%)	256 (17.2%)	476 (31.9%)	118 (7.9%)	33 (2.2%)	29 (1.9%)	318 (21.3%)
	자살	33 (3.6%)	218 (23.6%)	163 (17.6%)	162 (17.5%)	85 (9.2%)	29 (3.1%)	29 (3.1%)	206 (22.3%)
'19년	정신	47 (1.7%)	502 (18.2%)	810 (29.3%)	938 (33.9%)	292 (10.6%)	90 (3.3%)	40 (1.4%)	44 (1.6%)
	자살	18 (1.6%)	299 (26.1%)	279 (24.4%)	276 (24.1%)	157 (13.7%)	50 (4.4%)	28 (2.4%)	37 (3.2%)
'20년	정신	50 (1.0%)	981 (20.2%)	1,106 (22.8%)	1,383 (28.5%)	1,027 (21.2%)	194 (4.0%)	104 (2.1%)	3 (0.1%)
	자살	38 (2.2%)	381 (22.3%)	253 (14.8%)	500 (29.3%)	340 (19.9%)	155 (9.1%)	40 (2.3%)	0 (0.0%)
'21년	정신	168 (2.7%)	1,022 (16.%)	1,189 (19.0%)	1,366 (21.8%)	1,714 (27.3%)	523 (8.3%)	290 (4.6%)	0 (0.0%)
	자살	171 (5.8%)	669 (22.8%)	570 (17.4%)	705 (24.0%)	490 (16.7%)	255 (8.7%)	74 (2.5%)	0 (0.0%)
'22년	정신	291 (3.5%)	1,260 (15.2%)	1,585 (19.1%)	2,207 (26.6%)	1,952 (23.5%)	461 (5.5%)	551 (6.6%)	0 (0.0%)
	자살	230 (7.2%)	736 (22.9%)	608 (19.0%)	687 (21.4%)	579 (18.1%)	238 (7.4%)	129 (4.0%)	0 (0.0%)
'23년 1~8월	정신	197 (3.4%)	753 (13.0%)	1,057 (18.3%)	1,754 (30.3%)	1,421 (24.6%)	287 (5.0%)	315 (5.4%)	0 (0.0%)
	자살	442 (10.9%)	1,055 (25.9%)	759 (18.6%)	765 (18.8%)	630 (15.5%)	273 (6.7%)	147 (3.6%)	0 (0.0%)
전체	정신	775 (2.6%)	4,757 (16.1%)	6,003 (20.4%)	8,124 (27.6%)	6,524 (22.1%)	1,588 (5.4%)	1,329 (4.5%)	365 (1.2%)
	자살	932 (6.7%)	3,358 (24.0%)	2,632 (18.8%)	3,095 (22.1%)	2,281 (16.3%)	1,000 (7.1%)	447 (3.2%)	243 (1.7%)
누계 (43,453)		1,707 (3.9%)	8,115 (18.7%)	8,635 (19.9%)	11,219 (25.8%)	8,805 (20.3%)	2,588 (6.0%)	1,776 (4.1%)	608 (1.4%)

6) 성별 상담 현황

○ 성별 상담현황을 살펴보면 정신상담과 자살상담 모두 남성 25,615(55.9%)건으로 여성 21,164(44.1%)보다 높은 것으로 나타났다.



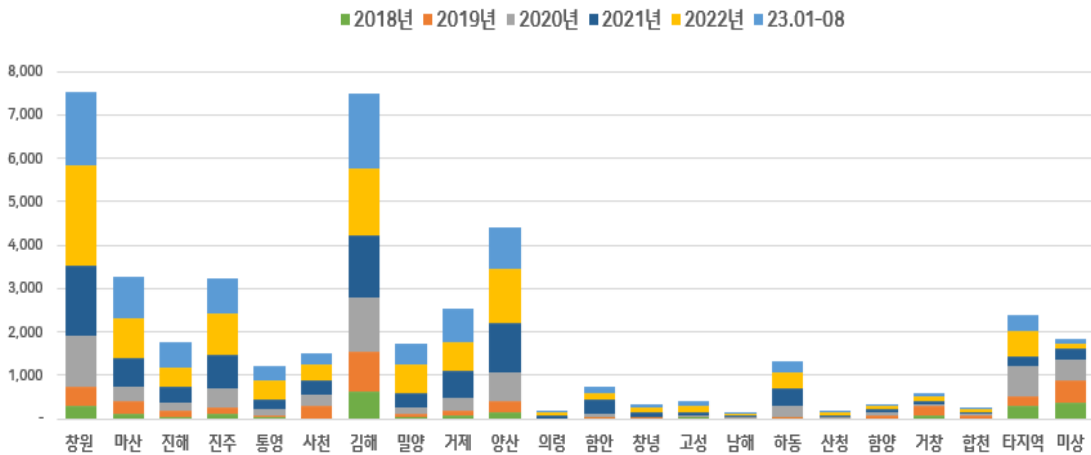
<그림 3-8> 성별 상담현황

<표 3-13> 성별 상담 현황

구분		남자	여자	누계
2016년	정신	240(63.2%)	140(36.8%)	380
	자살	294(66.2%)	150(33.8%)	444
2017년	정신	883(62.7%)	525(37.3%)	1,408
	자살	732(66.9%)	362(33.1%)	1,094
2018년	정신	662(44.4%)	829(55.6%)	1,491
	자살	575(62.2%)	350(37.8%)	925
2019년	정신	1,409(51.0%)	1,354(49.0%)	2,763
	자살	683(59.7%)	461(40.3%)	1,144
2020년	정신	2,829(58.4%)	2,019(41.6%)	4,848
	자살	923(54.1%)	784(45.9%)	1,707
2021년	정신	3,718(59.3%)	2,554(40.7%)	6,272
	자살	1,540(52.5%)	1,394(47.5%)	2,934
2022년	정신	4,348(52.3%)	3,959(47.7%)	8,307
	자살	1,798(56.1%)	1,409(43.9%)	3,207
2023년 1~8월	정신	2,834(49.0%)	2,950(51.0%)	5,784
	자살	2,147(52.7%)	1,924(47.3%)	4,071
전체	정신	16,923(54.1%)	14,330(45.9%)	31,253
	자살	8,692(56.0%)	6,834(44.0%)	15,526
누계		25,615(55.9%)	21,164(44.1%)	46,779

7) 지역별 상담 현황

- 지역별 상담 현황은 2016년, 2017년제외(세부데이터 부재) 창원시 창원이 17.3%로 가장 높았으며, 김해시 17.2%, 양산시 10.2% 순으로 나타났다. 지역별 현황에 있어 특징은 2021년, 2022년 창원시 창원이 높은 상담 건수를 기록하였고 2018년~2020년까지는 김해시가 가장 높은 상담 비중을 차지하였으며 2023년의 경우에도 높은 상담건수를 기록하였다.



<그림 3-9> 지역별 상담 현황

<표 3-14> 지역별 상담 현황

구분	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년	'23년 1~8월	누계		
							건수	구성비	순위
창원	313	424	1,182	1,600	2,311	1,675	7,505	17.3	1
마산	119	273	332	693	904	938	3,259	7.5	4
진해	54	132	177	389	433	567	1,752	4.0	9
진주	102	174	416	770	966	814	3,242	7.5	5
통영	45	31	143	230	441	325	1,215	2.8	13
사천	23	264	266	325	392	253	1,523	3.5	11
김해	615	924	1,262	1,439	1,506	1,743	7,489	17.2	2
밀양	25	87	143	323	659	501	1,738	4.0	10
거제	96	96	280	625	663	775	2,533	5.8	6
양산	138	288	646	1,124	1,246	981	4,423	10.2	3
의령	4	2	15	40	80	33	174	0.4	21
함안	22	21	73	316	172	144	748	1.7	14
창녕	17	11	32	107	100	72	339	0.8	17
고성	30	9	23	76	148	128	414	0.9	16
남해	7	11	9	38	63	27	155	0.4	22
하동	11	46	237	394	391	261	1,340	3.1	12
산청	6	15	13	44	88	28	194	0.4	20
함양	9	85	43	81	66	51	335	0.8	18
거창	94	198	51	82	101	59	585	1.3	15
합천	16	46	69	38	58	38	265	0.6	19
타지역	288	248	673	240	589	342	2,380	5.5	7
미상	382	522	470	232	139	100	1,845	4.3	8
합계	2,416	3,907	6,555	9,206	11,514	9,855	43,453		

나. 경상남도 위기개입 현황

- 경상남도광역정신건강복지센터의 위기개입 운영과 관련한 현황 분석은 경상남도광역정신건강복지센터의 위기개입팀이 확대 운영된 2020년 7월부터 2023년 8월까지의 자료를 토대로 분석하였다. 위기개입에 있어 용어 정의는 다음과 같다.
- 위기개입은 정신과적(정신응급, 자살응급) 위기상황시 응급출동, 112·119의 긴급출동 협조, 치료연계, 사후관리를 위한 모니터링 및 서비스연계 등 위기상황에서 신속하고 안전한 위기 대응체계를 구축하는 모든 활동을 뜻한다.
- 여기서 응급출동은 정신과적 위기상황(정신응급, 자살응급) 시 대상자, 행정기관, 의뢰기관 등으로부터 대면상담 및 정신과적 위험성 평가 요청 시 위기개입팀에서 2인 1조로 현장 출동하여 대응하는 활동을 말한다.
- 정신응급은 사고, 행동, 기분 그리고 사회적 관계의 급성 장애를 말하며, 정신질환이 급성이 상태로 발현하거나 악화되어 환자 본인 혹은 타인의 안전과 건강에 위협이 되는 등 위기개입이 필요한 응급상황을 뜻한다. 자살상담(자살응급)은 자살사고 또는 자살, 자해 시도로 인해 신속한 위기개입이 필요한 응급상황을 뜻한다.

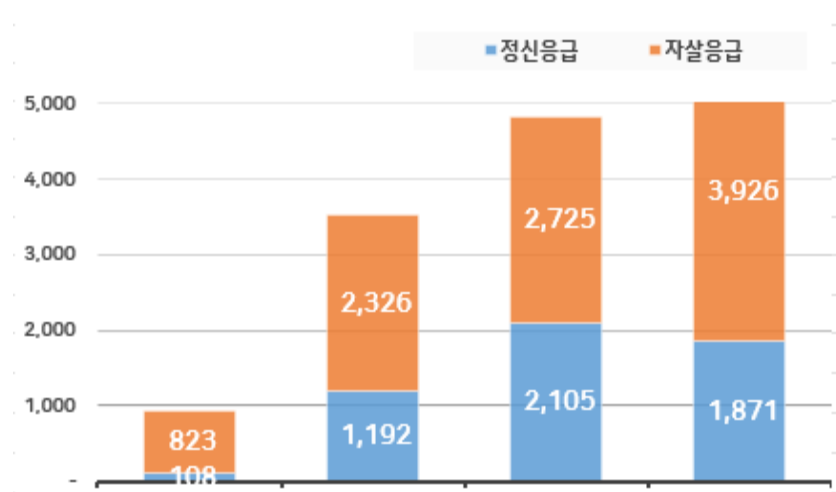
1) 위기개입 운영현황

- 경상남도의 경우 매년 위기개입(정신응급, 자살응급) 건수가 증가하는 추세로 2020년 931건에서 2021년 3,518건으로 전년대비 278%증가 하였고, 2022년 4,830건으로 전년대비 37.3%가 증가하였다. 위기개입에 있어 자살응급은 2020년 823건에서 2021년 2,362건으로 전년대비 28.6%증가 하였고, 2022년 2,725건으로 전년대비 11.5%가 증가하였다.
- 2023년은 1월~8월까지 3,926건으로 전년대비 44% 증가하였다. 2023년 4월부터 자살상담 건수는 모두 위기개입건으로 포함되는 것으로 변경되었다. 경상남도의 위기개입건수는 매년 증가하는 추세이고 정신응급에 비해 자살응급의 비중이 높게 나타나고 있다.

<표 3-15> 위기개입 운영 현황

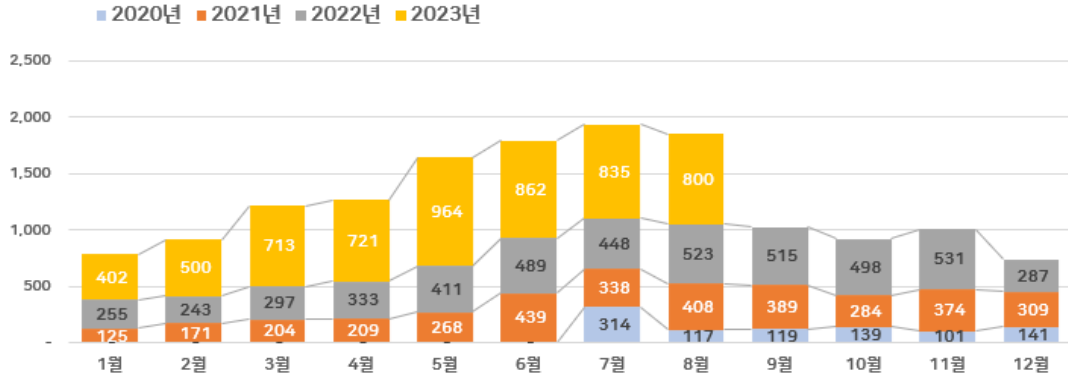
	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계
정신응급	108 (11.6%)	1,192 (33.9%)	2,105 (43.6%)	1,871 (32.3%)	5,276 (35.0%)
자살응급	823 (88.4%)	2,326 (66.1%)	2,725 (56.4%)	3,926 (67.7%)	9,800 (65.0%)
합계	931	3,518	4,830	5,797	15,076

<그림 3-10> 위기개입 운영 현황



2) 월별 위기개입 현황

월평균 상담 건수가 가장 많은 달은 8월(466건)이고, 다음으로 6월(464건), 11월(453건) 순으로 나타났다. 월별 특징은 3월부터 위기개입 건수가 증가하고 7월~8월에 가장 많이 발생한다는 것이다.



<그림 3-11> 위기개입 월별 운영 현황

<표 3-16> 위기개입 월별 운영 현황

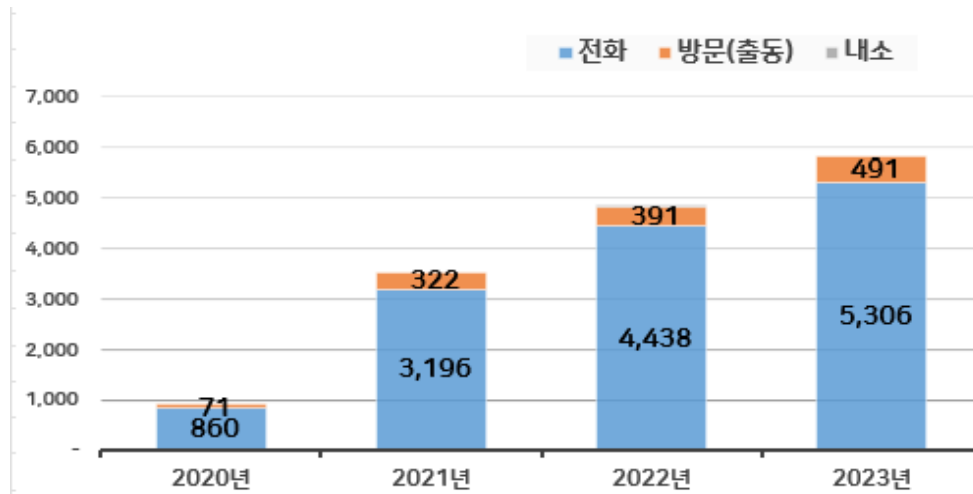
구분	'20년	'21년	'22년	'23년 1~8월	누계	월 평균 ¹
1월	-	125(3.5%)	255(5.3%)	402(6.9%)	782	190
2월	-	171(4.9%)	243(5.0%)	500(8.6%)	914	207
3월	-	204(5.8%)	297(6.2%)	713(12.3%)	1,214	251
4월	-	209(5.9%)	333(6.9%)	721(12.4%)	1,263	271
5월	-	268(7.6%)	411(8.5%)	964(16.6%)	1,643	340
6월	-	439(12.5%)	489(10.1%)	862(14.9%)	1,790	464
7월	314(33.7%)	338(9.6%)	448(9.3%)	835(14.4%)	1,935	393
8월	117(12.6%)	408(11.6%)	523(10.8%)	800(13.8%)	1,848	466
9월	119(12.8%)	389(11.1%)	515(10.7%)	-	1,023	452
10월	139(14.9%)	284(8.1%)	498(10.3%)	-	921	391
11월	101(10.9%)	374(10.6%)	531(11.0%)	-	1,006	453
12월	141(15.1%)	309(8.8%)	287(5.9%)	-	737	298
합계	931	3,518	4,830	5,797	15,076	

1 신뢰도 위해 2020년, 2023년 제외

3) 위기개입 방법별 현황

- 위기개입 방법별로는 전화상담이 91.5%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 방문(출동)을 통한 대면상담은 평균8.5%로 낮은 편이다.
- 위기개입시 대면상담을 통한 위기개입이 대상자의 정확한 위기분류 평가 및 개입방향 설정 등을 할 수 있으므로 방문(출동)을 통한 위기개입이 이루어 질 수 있도록 해야 할 것이다.

<그림 3-12> 위기개입 방법별 운영 현황



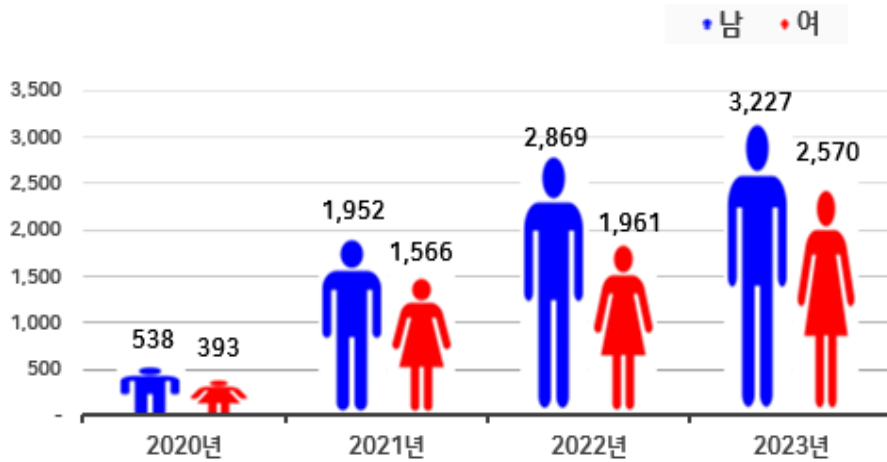
<표 3-17> 위기개입 방법별 운영 현황

	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계
전화	860(92.4%)	3,196(90.8%)	4,438(91.9%)	5,306(91.5%)	13,800 (91.5%)
방문(출동)	71(9.4%)	322(9.2%)	391(8.1%)	491(8.5%)	1,275 (8.5%)
내소	-	-	1(0.0%)	-	1 (0.0%)
합계	931	3,518	4,830	5,797	15,076

4) 위기개입 성별 현황

○ 위기개입 성별 현황은 남성은 57%, 여성은 43%로 남성이 여성보다 14% 높게 나타났다.

<그림 3-13> 위기개입 성별 현황

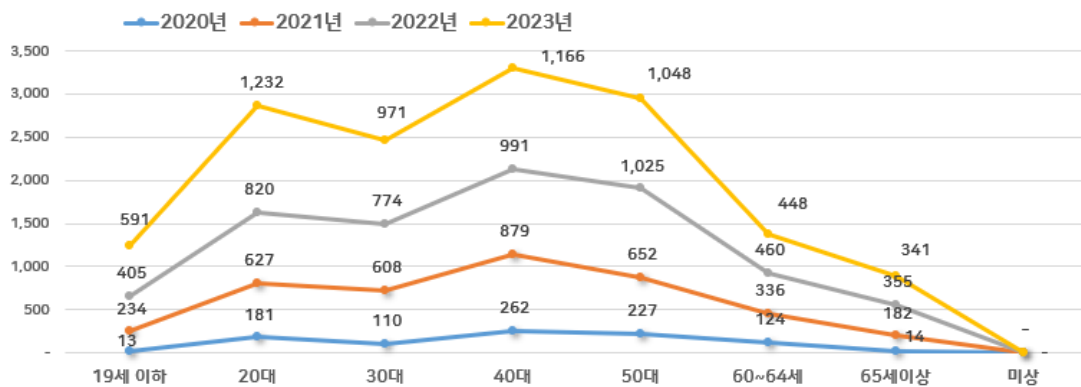


<표 3-18> 위기개입 성별 현황

	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계
남자	538(57.8%)	1,952(55.5%)	2,869(59.4%)	3,227(55.7%)	8,586(57.0%)
여자	393(42.2%)	1,566(44.5%)	1,961(40.6%)	2,570(44.3%)	6,490(43.0%)
합계	931	3,518	4,830	5,797	15,076

5) 위기개입 연령별 현황

- 위기개입 연령별 현황은 40대가 21.9%로 가장 높은 비중을 차지하였고, 50대가 19.6%, 20대가 19% 순으로 나타났다. 아동·청소년의 위기개입 비율은 매년 증가추세(2020년 1.4% 1.4% → '21년 6.8% → '22년 8.4% → '23년 현재 10.2%)로 조기발견 및 개입 중요성이 대두되고 있으며, 20대의 위기개입 비율은 2023년 현재 가장 높은 비중을 차지하고 있다.



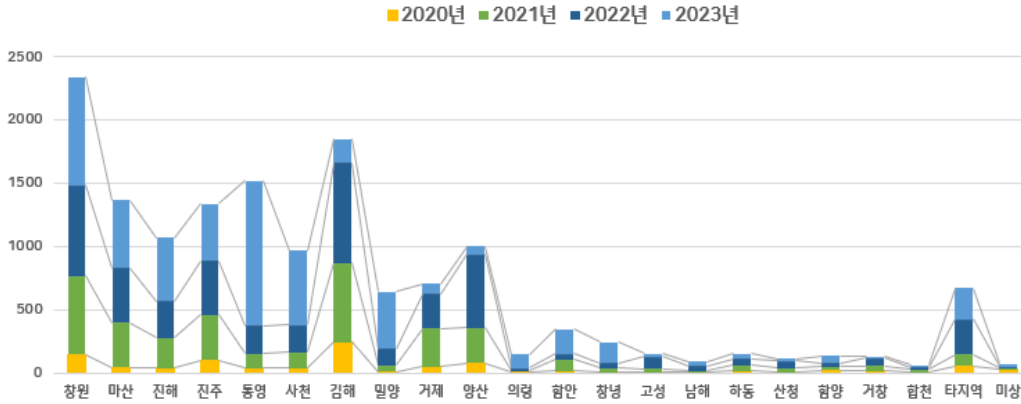
<그림 3-14> 위기개입 연령별 현황

<표 3-19> 위기개입 연령별 현황

구분	19세 이하	20대	30대	40대	50대	60~64세	65세 이상
2020년	13 (1.4%)	181 (19.5%)	110 (11.8%)	262 (28.1%)	227 (24.4%)	124 (13.3%)	14 (1.5%)
2021년	234 (6.8%)	627 (17.8%)	608 (17.3%)	879 (25.0%)	652 (18.5%)	336 (9.6%)	182 (5.2%)
2022년	405 (8.4%)	820 (17.0%)	774 (16.0%)	991 (20.5%)	1,025 (21.2%)	460 (9.5%)	355 (7.4%)
2023년 1~8월	591 (10.2%)	1,232 (21.3%)	971 (16.8%)	1,166 (20.1%)	1,048 (18.1%)	488 (7.7%)	341 (5.9%)
합계 (15,076)	1,243 (8.24%)	2,860 (19.0%)	2,463 (16.34%)	3,298 (21.9%)	2,952 (19.6%)	1,368 (9.1%)	892 (5.9%)

6) 위기개입 지역별 현황

○ 위기개입 지역별 현황은 김해시가 18.6%로 가장 높았으며, 창원시 15.5%, 양산시 10.1% 순으로 높게 나타났다.



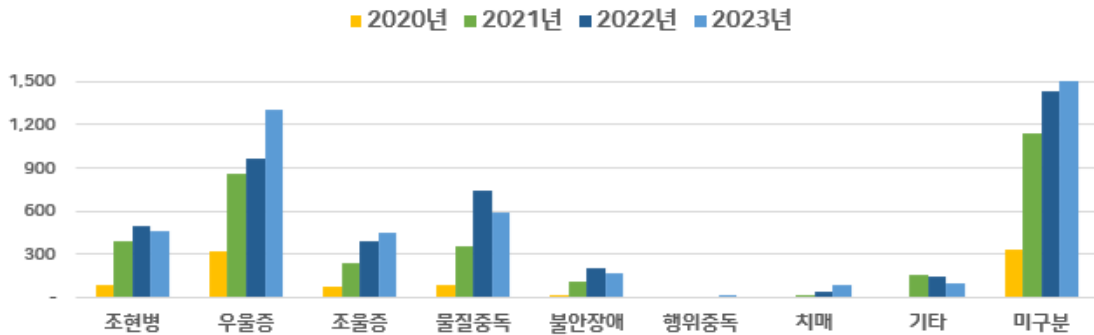
<그림 3-15> 위기개입 지역별 현황

<표 3-20> 위기개입 지역별 현황

구분	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계		
					건수	구성비	순위
창원	143	625	714	855	2,337	15.5	2
마산	43	352	433	536	1,364	9.1	4
진해	34	243	288	500	1,065	7.1	7
진주	102	356	428	448	1,334	8.9	5
통영	38	112	224	193	567	3.8	9
사천	35	128	215	166	544	3.6	10
김해	242	624	791	1,145	2,802	18.6	1
밀양	11	46	134	194	385	2.6	11
거제	46	304	271	450	1,071	7.1	6
양산	78	280	581	587	1,526	10.1	3
의령	9	7	22	12	50	0.3	22
함안	15	89	48	82	234	1.6	13
창녕	4	33	40	60	137	0.9	16
고성	1	31	96	108	236	1.6	12
남해	2	14	36	17	69	0.5	20
하동	12	48	51	60	171	1.1	14
산청	2	35	54	24	115	0.8	17
함양	22	27	25	37	111	0.7	18
거창	12	41	65	38	156	1.0	15
합천	3	20	22	19	64	0.4	21
타지역	54	91	281	241	667	4.4	8
미상	23	12	11	25	71	0.5	19
합계	931	3,518	4,830	5,797	15,076		

7) 위기개입 문제유형별(성인) 현황

- 성인의 위기개입 문제유형별로 보면, ‘미구분’ 이 35.7%로 가장 높았으며, 다음으로 우울(24.8%), 물질중독(12.9%) 순으로 나타남.
- ‘미구분’ 은 진단을 받지 않은 경우로 분류함.



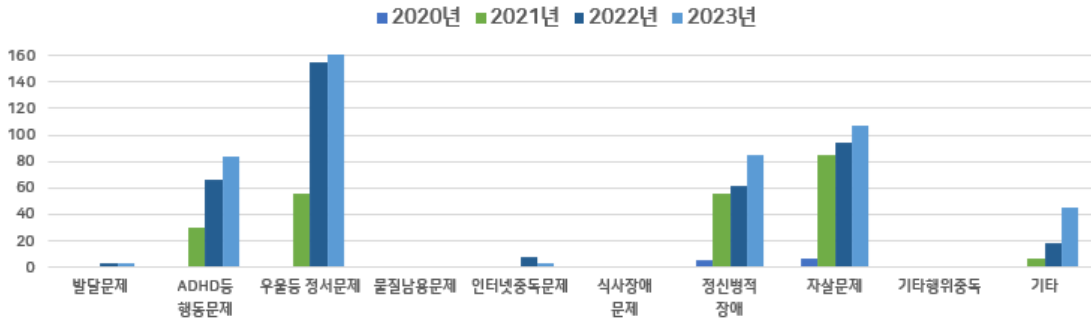
<그림 3-16> 위기개입 문제유형별 상담 현황(성인)

<표 3-21> 위기개입 문제유형별 상담 현황(성인)

구분	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계	
					건수	구성비
조현병	82	394	496	456	1,428	10.3
우울증	316	862	959	1,297	3,434	24.8
조울증	76	237	389	450	1,152	8.3
물질중독	89	357	743	593	1,782	12.9
불안장애	18	110	207	175	510	3.7
행위중독	-	6	7	18	31	0.2
치매	-	20	40	86	146	1.1
기타	1	157	151	98	407	2.9
미구분	336	1,141	1,433	2,033	4,943	35.7
합계	918	3,284	4,425	5,206	13,833	

8) 위기개입 문제유형별(아동·청소년) 현황

○ 아동·청소년의 위기개입 문제유형별 현황을 살펴보면 우울 등 정서문제가 38.2%로 높은 비중을 차지하고 있으며, 자살문제 23.5%, 정신병적 문제 16.7% 순으로 나타났다.



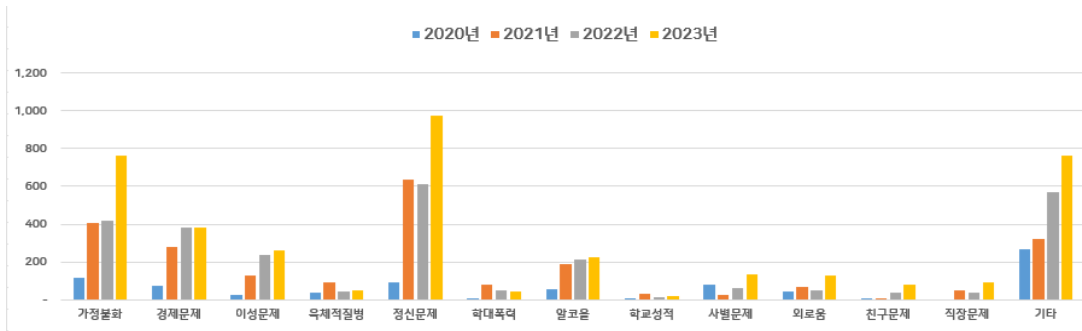
<그림 3-17> 위기개입 문제유형별 상담 현황(아동·청소년)

<표 3-22> 위기개입 문제유형별 상담 현황(아동·청소년)

구분	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계	
					건수	구성비
발달문제	-	1	3	3	7	0.6
ADHD등 행동문제	-	30	66	84	180	14.5
우울등 정서문제	1	56	155	263	475	38.2
물질남용문제	-	-	-	-	-	0.0
인터넷중독문제	-	-	8	3	11	0.9
식사장애문제	-	-	-	-	-	0.0
정신병적문제	5	56	61	85	207	16.7
자살문제	6	85	94	107	292	23.5
기타행위중독	-	-	-	1	1	0.1
기타	1	6	18	45	70	5.9
합계	13	234	405	591	1,243	

9) 자살응급 위기개입 현황

- 위기개입 분류는 정신응급과 자살응급으로 나뉘며 자살응급에 대한 위기개입 현황을 문제유형별로 살펴보면 정신적 문제가 23.7%로 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났고 기타 19.6%, 가정불화 17.4% 순으로 나타났다.



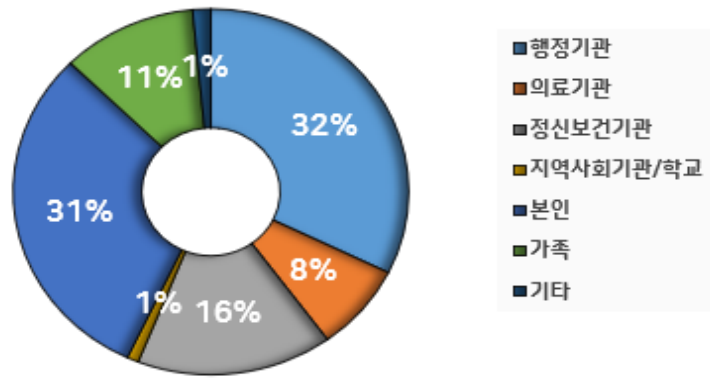
<그림 3-18> 자살응급 위기개입 현황

<표 3-23> 자살응급 위기개입 현황

구분	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계	
					건수	구성비
가정불화	116	406	420	763	1,705	17.4
경제문제	75	281	382	384	1,122	11.5
이성문제	26	131	236	263	656	6.7
육체적질병	39	91	46	50	226	2.3
정신문제	96	637	612	974	2,319	23.7
학대폭력	10	84	50	43	187	1.9
알코올문제	56	192	214	227	689	7.0
학교성적	4	31	12	21	68	0.7
사별문제	82	28	65	133	308	3.1
외로움	45	66	48	128	287	2.9
친구문제	7	8	36	84	135	1.4
직장문제	-	50	36	94	180	1.8
기타	267	321	568	762	1,918	19.6
합계	823	2,326	2,725	3,926	9,800	

10) 위기개입 의뢰경로 현황

○ 위기개입 의뢰경로는 행정기관이 32.3%로 가장 높게 나타났고 본인이 30.5%, 정신보건기관 16%순으로 나타났다. 이후 재상담인 경우는 기타로 분류되었고 행정기관은 112, 119, 시·군·구청, 행정복지센터를 포함한다.



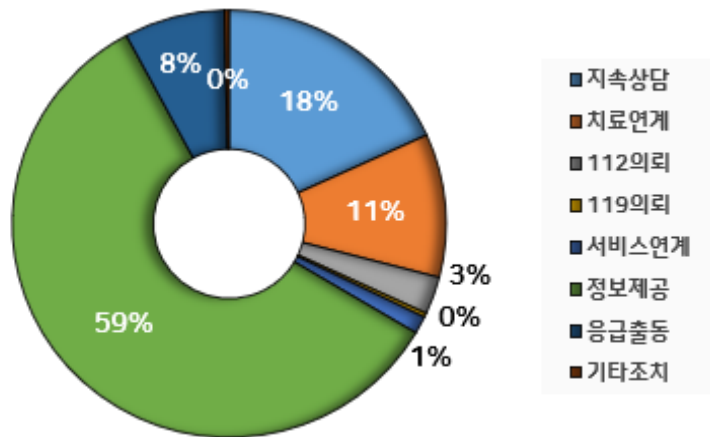
<그림 3-19> 위기개입 의뢰경로 현황

<표 3-24> 위기개입 의뢰경로 현황

구분	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계	
					건수	구성비
행정기관	114	1,187	1,771	1,795	4,867	32.3
의료기관	5	138	260	756	1,159	7.7
정신보건기관	39	745	1,027	606	2,417	16.0
지역사회기관	2	36	46	58	142	0.9
본인	691	1,104	1,105	1,696	4,596	30.5
가족	42	281	572	777	1,672	11.1
기타	38	27	49	109	223	1.5
합계	931	3,518	4,830	5,797	15,076	

1) 위기개입 조치사항별 현황

- 위기개입 후 조치사항으로는 정보제공이 58.6% 가장높게 나타났고, 지속상담 18.2%, 치료연계 10.9% 순으로 나타났다. 현재 위기개입 조치사항별로는 정보제공이 가장 높지만 응급입원 및 신체치료 등의 치료연계가 지속적으로 증가하고 있으며, 응급출동 또한 2020년 73건에서 2021년 322건, 2022년 385건으로 전년대비 11.9% 증가하였다. 응급출동 건수는 매년 증가하는 것을 보면 현장에서 적극적인 개입이 이루어지고 있는 것으로 나타났다.



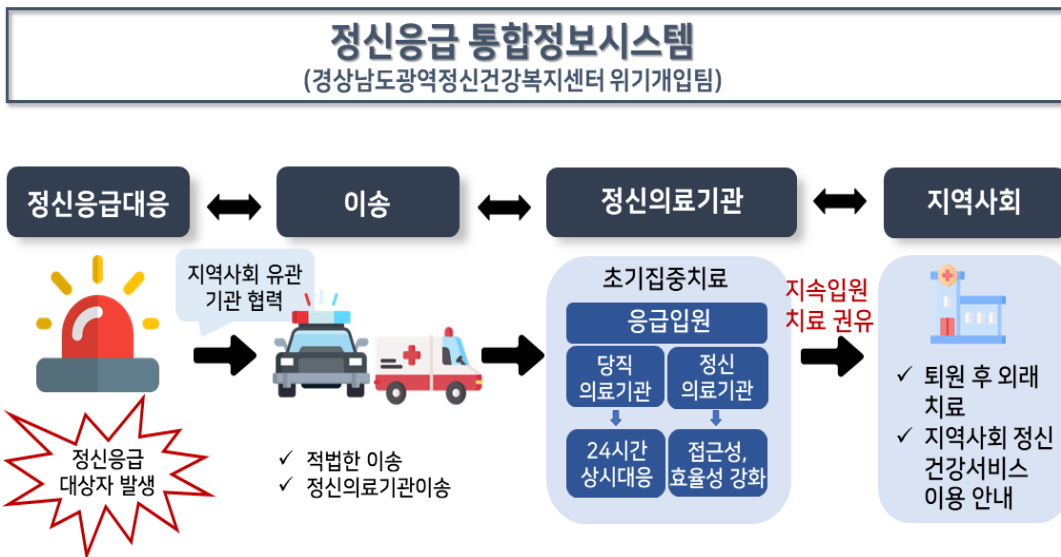
<그림 3-20> 위기개입 주요 조치사항별 현황

<표 3-25> 위기개입 주요 조치사항별 현황

구분	2020년	2021년	2022년	2023년 1~8월	누계	
					건수	구성비
지속상담	281	513	648	1,300	2,742	18.2
치료연계	21 (2.3%)	390 (11.1%)	629 (13.0%)	597 (10.3%)	1,637	10.9
112의뢰	75	126	128	99	428	2.8
119의뢰	16	12	9	12	49	0.3
서비스연계	32	43	57	67	199	1.3
정보제공	380	2,111	2,974	3,372	8,837	58.6
응급출동	73 (7.85)	322 (9.2%)	385 (8.0%)	350 (6.0%)	1,130	7.5
기타조치	53	1	0	-	54	0.4
합계	931	3,518	4,830	5,797	15,076	

다. 권역별 당직의료기관 현황

- 경상남도의 경우 야간 위기개입시 응급입원이 필요한 경우를 대비하여 권역별 당직의료기관 5개소를 지정하여 운영중이다. 당직의료기관은 경상남도의 정신의료 인프라의 미흡한 부분을 보완하고 적시치료가 가능한 정신응급의료기관의 필요로 인해 운영중이다.
- 추진배경을 살펴보면 다음과 같다. 정신질환자 치료·보호에 대한 국가적 책임이 강조됨에 따라 도입된 위기개입팀 운영으로 유관기관 간 협력을 통한 신속한 현장대응체계를 도모 하였으나, 야간 및 주말·공휴일 정신의료기관의 당직의 및 병상 확보가 미흡하여 정신과적 응급상황 시 적시개입을 할 수 있는 정신응급의료기관이 부재하였다. 또한 정신응급상황에서 외상 등신체질환이 동반될 경우, 적절한 치료병원을 찾지 못해 이송이 지연되는 상황이 발생하여 복합적 치료가 가능한 정신응급의료기관의 필요성이 강조되었다.
- 이러한 배경에서 권역별로 당직의료기관을 두어 상시 병상을 확보하여 자살 및 정신건강 고위험군의 적시 치료를 위한 인프라를 강화하고 정신응급 대응체계를 확립하여 지역사회 안전망을 강화하기 위해 권역별 당직의료기관을 선정하였다.
- 권역은 동·중부권 정신의료기관 4개소, 서부권 정신의료기관 1개소로 당직의료기관에서는 원내 유휴 보호실 2실 이상을 확보하여 응급입원 및 치료서비스를 제공하고 당직의료기관 운영비 이외 응급입원비, 신체외상치료비 등이 지원되고 있다.
- 당직의료기관을 통한 응급입원율은 2021년 총 치료연계 390건 중 275건으로 70.5%이고 2022년 총 치료연계 629건 중 551건이 당직의료기관 응급입원으로 87.6%로 나타났다.



<그림 3-21> 경상남도 광역정신건강복지센터 추진체계

<표 3-26> 권역별 정신응급 당직의료기관 운영현황

권역	당직 의료기관	2021년 6 ~ 12월			2022년		
		응급입원 건수	사후결과		응급입원 건수	사후결과	
			퇴원	지속입원		퇴원	지속입원
동· 중부권	고성 성심병원	69	39	30	109	55	54
	양산병원	89	42	47	191	82	109
	인령 사랑병원	34	16	18	55	19	36
	밀양 우리병원	14	7	7	73	28	45
서부권	사천 한마음병원	69	36	33	123	67	56
누계		275	140	135	551	251	300

라. 경상남도 위기개입 연계 현황

- 정신응급상황 후 또는 정신건강위기상담전화를 통해 인지된 대상자에 대하여 지속적인 서비스가 필요한 경우 지역 내 정신건강서비스기관에 사례관리 및 기타 서비스를 연계하여 상담·치료의 연속성을 확보하고 있다.
- 연계는 기본적으로 대상자 동의하에 의료절차가 진행되고 대상자는 1577-0199를 통한 위기 개입 대상자와 심한 자살사고, 자살계획 등 자살 고위험군, 조현병, 조울증, 우울증 외 지속적 관리가 필요한 정신질환자 또는 정신질환 의심자이다. 주요 연계경로는 정신건강 복지센터로의 연계건수가 가장 많고 다음으로 중독관련기관, 행정기관, 지역사회기관 순이다.

<표 3-27> 위기개입 연계현황

구분	총계	연계기관				
		정신보건기관		행정 기관	지역 사회기관	기타
		정신건강복지센터	중독관련기관			
`16년	18	18	-	-	-	-
`17년	61	51	4	2	3	
`18년	8	7			1	
`19년	62	60	2			
`20년	71	69	2			
`21년	46	39	5		2	
`22년	57	43	10	2	2	

마. 위기개입 서비스연계 후 등록 현황

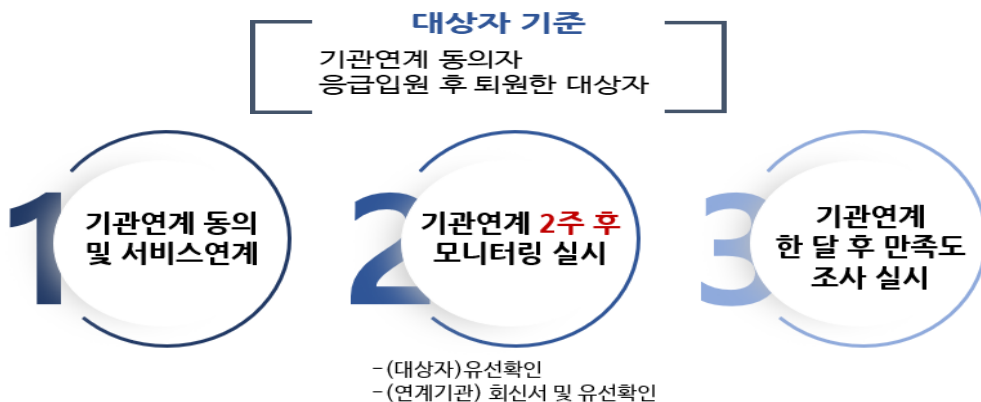
- 위기개입 서비스연계 후 정신질환 대상자들은 개인정보제공이나 지속적인 관리를 위한 대상자등록을 원하지 않는 경우가 많아 사례관리 등록자 수 보다 미등록자수가 높은 편으로 나타났다.

<표 3-28> 위기개입 서비스연계 후 등록 현황

구분	총계	등록여부	
		등록	미등록
'20년	71	10명(14.1%)	61명
'21년	46	11명(23.9%)	35명
'22년	57	14명(24.6%)	43명

바. 위기개입 후 사후관리서비스

- 위기개입 또는 경상남도광역정신건강복지센터를 통해 발굴된 대상자의 지속적 치료 및 서비스 제공을 위해 유관기관 연계를 활성화하였으나 연계 후 실질적 서비스 이용률이 낮아 관리 공백을 최소화하기 위해 사후관리 필요성이 제기되었다. 또한 퇴원 이후 치료 중단 등으로 인한 증상 악화는 자·타해 위험 발생뿐만 아니라 치료 예후에도 악영향을 미쳐 정신질환자 대상의 서비스 및 지원이 강화되어야 한다.
- 자살 및 정신건강 고위험군 대상자의 지역연계를 통한 정신건강서비스 기획 제공과 상담 및 치료 연속성을 확보하기 위해 사후관리서비스를 제공하고 있다. 사업대상은 기초 및 중독관리통합지원센터 등 유관기관 연계대상자, 2022년의 경우 응급입원 후 퇴원한 대상자도 포함 된다.



<그림 3-22> 위기개입 사후관리 서비스 절차

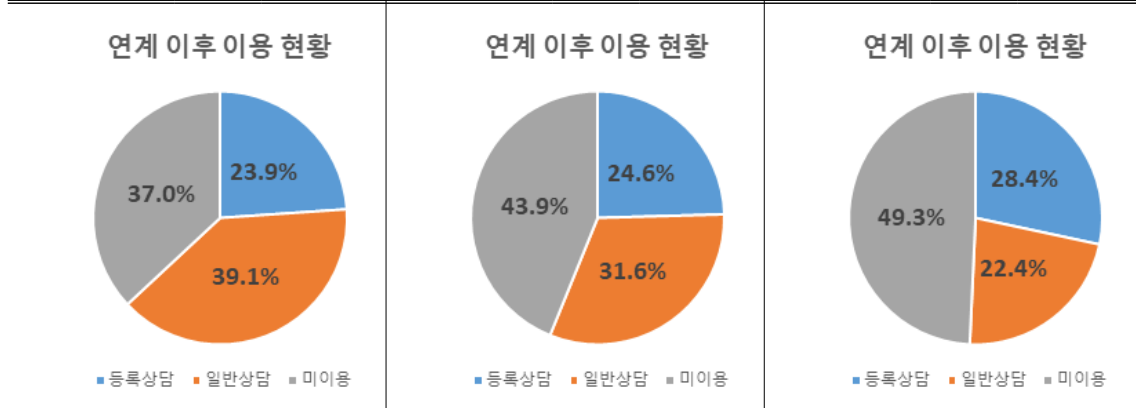
- 사후관리서비스 운영 결과 2021년 기관등록은 11명(23.9%), 지속개입은 18명(39.1%), 이용거부17명(37%)로 나타났고 2022년 기관등록은 14명(24.5%), 지속개입은 18명(31.6%), 이용거부25명(43.9%), 2023년 기관등록은 19명(28.4%), 지속개입은 15명(22.4%), 이용거부33명(49.3%)로 나타났다. 현재 사후관리서비스에 있어 서비스 연계를 통한 사후관리는 기관 등록 및 지속개입 건수가 증가하는 추세로 적극적대응이 이루어지고 있지만 이용거부에 대한 관리강화가 필요한 실정이다.
- 응급입원 후 퇴원한 대상자의 사후관리서비스는 지역연계가 20명 10.4%이고 단기사례관리 실시가 3명 1.6%, 모니터링 후 종료(대상자 및 보호자 거부)가 170명 88%로 모니터링을 거부하는 경우가 훨씬 높게 나타나고 있다.

<표 3-29> 사후관리서비스 운영결과(응급입원 후 퇴원한 대상자)

구분	인원(명)	비율(%)
지역 연계(기존 등록 회원 및 신규 기관 연계)	20	10.4
단기사례관리 실시	3	1.6
모니터링 후 종료(대상자 및 보호자 거부)	170	88
합계	193	100

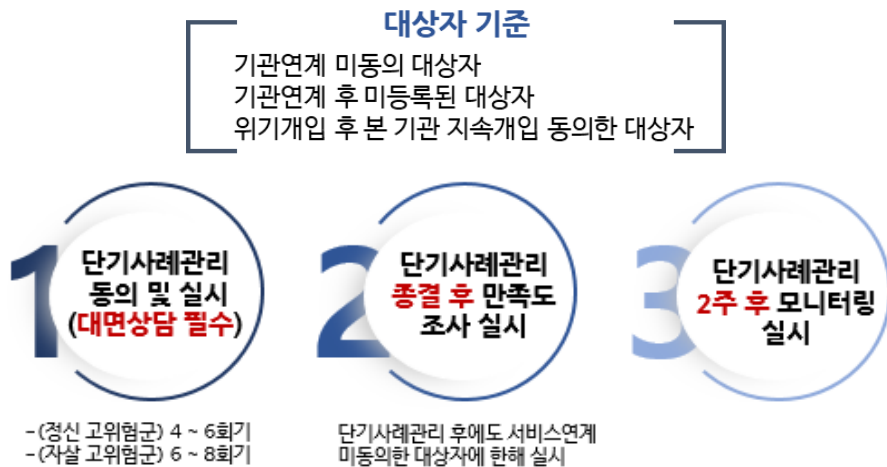
<표 3-30> 사후관리서비스 운영 결과(서비스 연계 대상자)

2021년			2022년			2023년 1~8월					
구분	인원(명)	달성율(%)	구분	인원(명)	달성율(%)	구분	인원(명)	달성율(%)			
기관등록	11	23.9	기관등록	14	24.5	기관등록	19	28.4			
미등록	지속개입	18	39.1	미등록	지속개입	18	31.6	미등록	지속개입	15	22.4
	이용거부	17	37.0		이용거부	25	43.9		이용거부	33	49.3
합계	46	100	합계	57	100	합계	67	100			

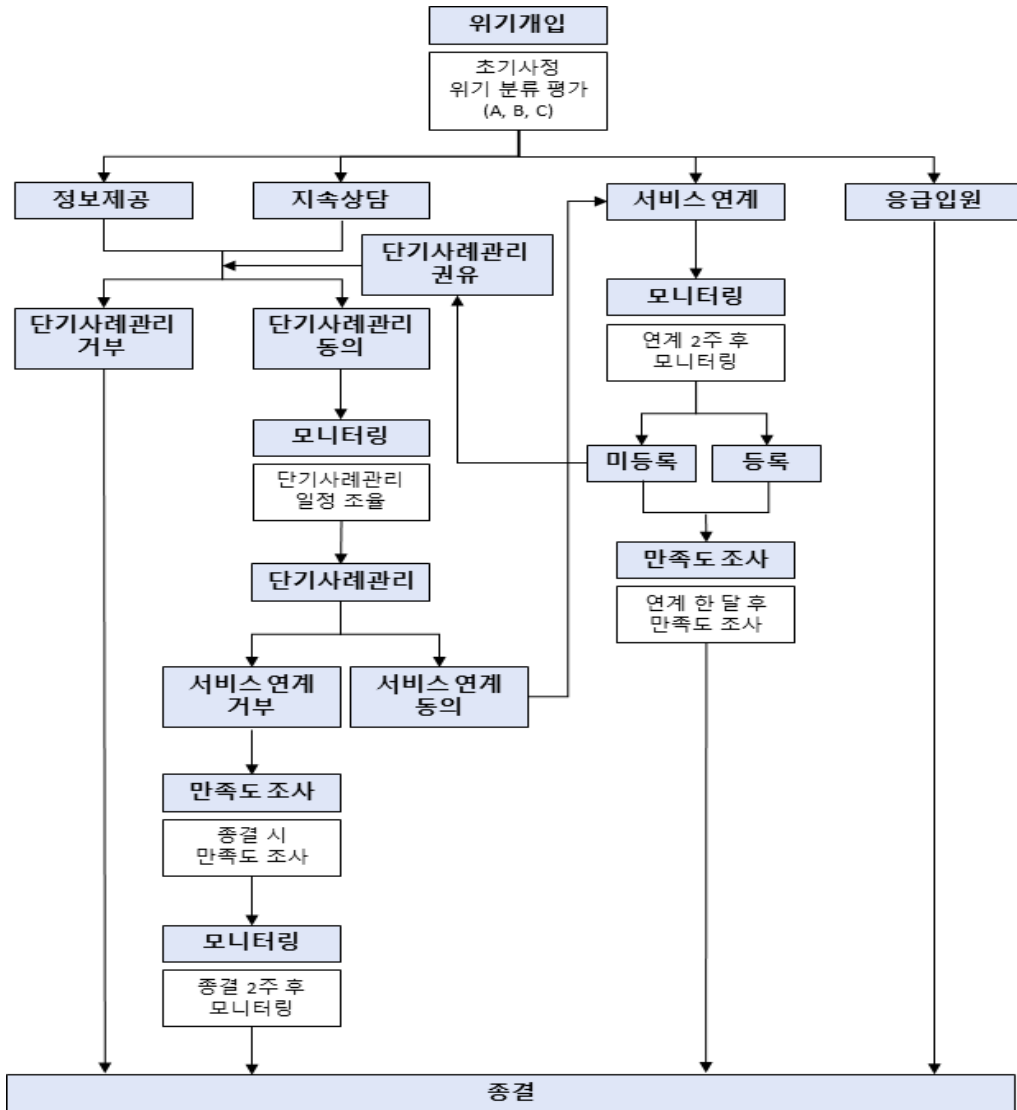


사. 위기개입 후 단기사례관리

- 지역사회 유입 및 발굴된 대상자에 대한 지속적인 치료 및 상담제공 등 서비스 연계를 강화하기위해 사후관리서비스가 제공되었으나 유선상담을 통한 rapport 형성 및 서비스 이용을 독려가 한계점이 있어 광역-기초 간 기관연계를 목표로 연속적이고 지속적인 서비스 제공을 위하여 매뉴얼 기반의 상담 및 대면상담 확대, 기관 간 협력을 통해 서비스 질적 향상을 위해 2022년부터 단기사례관리 서비스가 제공되었다.
- 단기사례관리의 목적은 자살 및 정신건강 고위험군에 대한 지속관리로 신체적·심리적 안정성 및 서비스의 연속성을 확보하는 것으로 대상은 자살 및 정신건강 고위험 대상자이다. 단기사례관리의 경우 사후관리서비스의 한계를 보완하고 지역기관 연계, 의료기관연계 등 미등록·미동의 대상자에 대한 지속적 서비스 제공을 통하여 서비스의 연속성이 확보 된다는 점에서 긍정적인 효과가 있다.



<그림 3-23> 단기사례관리 서비스 절차



<그림 3-24> 단기사례관리 서비스 제공 흐름도

<표 3-31> 단기사례관리 현황(2022년)

구 분	인원(명)	비율(%)
지역기관 연계	3	21.4
심리적 안정 후 개입종료	7	50
개입 중 이용 거부	4	28.6
합계	14	100

<표 3-32> 단기사례관리 현황(2023년)

구 분	인원(명)	비율(%)
지역기관 연계	7	46.7
의료기관 연계	2	13.3
심리적 안정 후 개입종료	3	20.0
개입 중 이용 거부	3	20.0
합계	15	100



제4장

경상남도 위기개입 실태조사

1. 위기개입 실태조사
2. 내용분석
3. 분석결과

1. 위기개입 실태조사

가. 조사의 목적

- 본 연구에서는 정신건강전문인력의 위기개입 실태조사를 통해 현장에서 발생하는 문제와 어려움을 개선하고 발전방안을 모색하기 위해 심층면담을 실시하였다. 본 조사의 공간적 범위는 경상남도 관내 18개 시·군 으로 하였고 경남광역정신건강복지센터와 경상남도 도청의 협조를 받아 공문을 발송하여 참여자를 모집하였다.

나. 조사대상의 선정 및 표집방법

- 조사대상자는 광역정신건강복지센터의 협조를 받아 유의표집 방식을 활용하여 선정하였다. 면담 대상자는 광역·기초정신건강복지센터의 위기개입 실무자, 연계체계를 구축하고 있는 야간당직병원 실무자(의사, 원무담당자), 경찰현장지원팀, 지구대 담당자로 선정하였다. 위기개입의 범위는 정신과적(자살응급, 정신응급) 위기상황으로 한정하였다. 조사는 심층면담 방식으로 진행하였다.

다. 조사일정

- 조사일정은 2023년 9월~11월까지 3개월에 걸쳐 이루어졌으며 심층면담은 1인당 1시간에서 1시간 30분가량 진행하였다. 심층면담 대상자는 경상남도의 광역정신건강복지센터 위기개입팀 3명(중·동부권, 서부권), 기초정신건강복지센터 위기개입업무 담당자 20명을 대상으로 하였다. 또한 위기개입시 연계·협력체계 실태조사를 위해 경찰현장지원팀2명, 정신응급 당직의료기관 5개소(당직의사, 원무부장·과장) 6명을 포함하여 심층면담을 진행하였다.

라. 심층면담 대상 지역

- 심층면담은 광역·기초정신건강복지센터 위기개입 실무자 23명, 경찰현장지원팀 2명, 야간당직병원 의사 2명, 원무과 담당자 4명, 지구대 순경1명 총32명을 대상으로 하였다. 기초정신건강복지센터는 양산, 산청, 함안, 마산, 합천, 창원, 남해, 사천, 통영의 9개 지역이었고 운영형태는 위탁 2개소(양산, 창원), 직영이 7개소(마산, 산청, 함안, 합천, 남해, 사천, 통영)였다. 야간당직병원은 5개지역 사천, 의령, 밀양, 고성, 양산이고 경찰현장지원팀은 창원, 경남광역정신건강복지센터 위기개입팀은 동·중부권(창원), 서부권(진주), 지구대는 통영 광도지구대였다.

<표 4-1> 심층면담 참여자 명단

연번	성명	기관명	심층면담 일시	직책
1	A	통영 기초정신건강복지센터	9/8(금) 10:30~11:30(60분)	사회복지사
2	B	통영 기초정신건강복지센터	9/8(금) 10:30~11:30(60분)	사회복지사
3	C	통영 기초정신건강복지센터	9/8(금) 11:30~12:30(60분)	간호사
4	D	진주 경남광역정신건강복지센터	9/14(목) 14:00~15:30(90분)	정신건강사회복지사
5	E	통영광도지구대 근무자	9/15(금) 16:00~17:00(60분)	순경
6	F	함안군 기초정신건강복지센터	9/18(월) 13:30~14:30(60분)	사회복지사
7	G	함안군 기초정신건강복지센터	9/18(월) 14:30~15:30(60분)	간호사
8	H	창원 경남광역정신건강복지센터	9/19(화) 14:30~17:00(90분)	정신건강사회복지사
9	I	창원 경남광역정신건강복지센터	9/19(화) 14:30~17:00(90분)	정신건강사회복지사
10	J	마산 기초정신건강복지센터	9/20(수) 10:30~11:30(90분)	정신건강사회복지사
11	K	마산 기초정신건강복지센터	9/21(목) 14:00~15:00(90분)	정신건강사회복지사
12	L	마산 기초정신건강복지센터	9/21(목) 15:00~16:00(90분)	정신건강사회복지사
13	M	산청 기초정신건강복지센터	9/22(금) 14:30~15:30(60분)	간호사
14	N	산청 기초정신건강복지센터	9/22(금) 14:30~15:30(90분)	간호사
15	O	경남경찰청 현장지원팀	9/25(월) 15:00~16:30(90분)	경위
16	P	경남경찰청 현장지원팀	9/25(월) 15:00~16:30(90분)	경사
17	Q	고성성심병원	10/5(목) 14:00~15:30(90분)	의사
18	R	사천시 기초정신건강복지센터	10/6(금) 10:30~11:30(60분)	간호사
19	S	사천시 기초정신건강복지센터	10/6(금) 10:30~13:00(60분)	사회복지사
20	T	합천 기초정신건강복지센터	10/10(화) 14:00~15:30(90분)	사회복지사
21	U	합천 기초정신건강복지센터	10/10(화) 14:00~15:30(90분)	사회복지사
22	V	양산병원	10/11(수) 14:00~15:00(60분)	행정부장
23	W	양산시 기초정신건강복지센터	10/20(금) 14:30~16:00(90분)	정신건강사회복지사
24	X	양산시 기초정신건강복지센터	10/20(금) 14:30~16:00(90분)	정신건강사회복지사
25	Y	창원시 기초정신건강복지센터	10/23(월) 14:00~15:00(60분)	정신건강사회복지사
26	Z	창원시 기초정신건강복지센터	10/23(월) 14:00~15:00(60분)	정신건강사회복지사
27	A1	남해 기초정신건강복지센터	10/27(월) 15:30~17:00(90분)	사회복지사
28	B1	남해 기초정신건강복지센터	10/27(월) 15:30~17:00(90분)	간호사
29	C1	의령사랑병원	11/1(수) 10:00~11:30(90분)	원부과장
30	D1	밀양우리병원	11/3(금) 13:30~14:30(60분)	의사
31	E1	밀양우리병원	11/3(금) 14:30~16:00(90분)	원무부장
32	F1	사천동희병원	11/13(월) 14:00~15:30(90분)	원무부장

2. 내용분석

1) 심층면담 조사결과

- 조사대상자의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 성별은 여성이 19명 남성이 13명이었다. 보유자격은 정신건강사회복지사 7명, 정신건강간호사 1명, 정신건강임상심리사 1명, 사회복지사 8명, 간호사 5명이었다. 신분은 정신건강복지센터가 비정규직 7명, 시간선택제 공무원 3명, 공무원 2명, 정규직 2명, 임기제공무원 1명, 공무원 8명이고 경찰공무원 3명, 야간당직병원은 의사2명, 원무담당자 4명으로 구성되어 있었다.

가) 심층면담 조사내용

<표 4-2> 심층면담 조사내용

대분류	문항	내용
일반현황	응답자 일반현황	학력, 전공, 근무경력, 고용형태, 보유자격 등
위기개입관련	위기개입 의뢰경로	위기개입(자살응급, 정신응급) 상황시 주요 의뢰경로
	출동요청기관	행정, 의료, 정신보건, 지역사회 등
	출동인력	팀원, 팀장, 부서팀장, 상임팀장, 기타
	전문요원	정신건강전문요원 유, 무
	보호장비	유, 무
	출동후 주요조치	상담, 자의입원, 동의입원, 보호자에 의한 입원, 행정입원, 응급입원, 외래진료연계, 보호자인계, 타서비스연계, 정보제공 등
	위기개입시 어려운점	업무지침, 자원, 인력, 연계 기타
MHIS	시스템사용, 등록	정신건강사례관리시스템(MHIS) 등록 관련
지역사회 네트워크 연계관련	사례연계	경찰, 소방, 병원, 기타
	정신의료기관	응급출동 및 외래, 입원 연계 병원
	협조체제	연계기관과 협조체제 강화방안
업무관련	업무스트레스	트라우마, 폭언 등
	업무관련 교육	위기개입 상황 및 대상자 관리를 위한 전문교육
	사례관리	정신응급 대상자의 사례관리 현황
사후관리 개선점	사후관리	위기개입 이후 연계, 모니터링
	개선점	법적, 제도적 개선점

나) 연구의 분석틀

- 각 심층면담은 구조화된 질문지를 활용하여 진행하였으며 위기개입 실태조사를 위한 선행 연구 및 전문가의 사전 심층면담을 참조하여 구성하였다. 질문지 내용은 참여자의 발화 내용을 체계적으로 수집하면서 개방적이고 풍부한 의견을 수집하기 위해 반구조화된 설문지를 활용하였다.

- 심층면담은 일반현황, 위기개입관련 현황, 정신건강사례관리시스템(MHIS)사용, 지역사회 네트워크 연계관련, 업무관련, 사후관리의 대분류로 구성하였고 이를 바탕으로 위기개입에 대한 실태조사를 실시하였고 주제어분석 방법을 사용하여 심층면담 내용을 분석하였다.

다) 내용 분석

(1)정신건강복지센터(광역·기초)

<표 4-3> 심층면담 분석내용(정신건강복지센터)

대분류	중분류	주요내용
위기개입관련	의뢰경로	- 주로 경찰이 많음, 중앙자치센터 사회복지과 - 마음위험사업을 통한 의료기관 의뢰 - 행정복지센터 - 주민센터 사각지대 발굴을 통한 중증정신질환자 의뢰 - 소방신고, 본인, 가족, 유관기관(복지관, 학교, 1393), 경찰생활안전계, 지구대, 면사무소, 보건지소
	출동요청기관	- 경찰(주간 응급입원 요청시 정신건강전문요원 동행) - 학교(교육지원청, WEE센터)
	출동인력	- 2인1조 또는 4인(임상심리사의 조기개입)
	전문요원	- 정신건강전문요원, 정신건강임상심리사, 정신건강간호사
	보호장비	- 보호장비가 없음 - 방검복 조끼 - 후추스프레이 - 호루라기, 비상벨 - 자타해 위험은 경찰에서 통제되어 보호장비 필요성이 적은 경우가 많음
	출동후 주요조치	- 경찰의 진단 및 보호요청, 행정입원(보호입원) 진행 - 기본적 상담, 연계기관에 대한 정보제공
	위기개입시 어려운점	- 이송협조 요청시 마찰이 많이 발생 - 기초정신건강복지센터의 오후5~6시 사이 응급입원 진행시 어려움 발생 - 위험적 대상자 상담 시 신변에 위협을 느낌 (상담시작은 경찰과 함께하지만 상담중 경찰 철수) - 교도소 출소자, 타해가능성 있는 대상자 등 위험한 상황 노출되어 상담 진행 - 경찰과 연계시 교대 근무로 인해 대상자 정보가 부족 - 중간관리자가 없어 전문성이 부족할 경우 가이드라인을 받지 못함 - 위기개입 시 현장경력이 없는 신규담당자의 경우 전문성이 부족하여 위기개입 상황판단이 어렵다. - 현장에서 대상자에 대한 경찰의 판단은 자타해 위험성, 급박성 기준이라

		<ul style="list-style-type: none"> - 기초센터의 전문가 판단과 관계없이 응급입원으로 진행되는 경우가 있음 - 위기개입 전문인력의 충원이 잘 되지 않는다. - 경찰에서 빠른 현장 정리를 하기 위해서 응급입원 진행 함 - 행정입원 진행 시 행정복지센터의 협조가 되지 않는 경우 의뢰서 발급이 어렵다.
MHIS	시스템사용 등록	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템의 잦은 다운현상으로 입력정보 유실 - 대상자 또는 가족이 정확한 정보를 주지 않아 정보입력이 부족 - 시스템등록 대상자만 조회가능(의뢰건수 수기화) - 이전 등록자 퇴록후 재등록시 이전내용 조회 불가능 - 다른 업무가 많아서 시스템 등록이 누락되는 경우가 많고 시스템을 통한 지속적 관리가 힘들다 - 3시간 이후 로그아웃되어 입력중이던 정보가 저장되지 않는다 (로그인 유지시간이 더 길어야 한다) - 시스템 사용, 수정이 어렵다 - 담당자의 역량에 따라 데이터가 달라진다. - 실적조회가 쉽지 않다. - 자료입력과 관련하여 맞고 틀리고 여부를 알기 힘들다. - 현장과 시스템입력 부분이 맞지 않다. - 한명의 대상자에게 5회 개입 후 다시 1회부터 시작해야 되는데 연동해서 정보 불러오기가 되지 않는다.
연계관련	사례연계시 문제점	<ul style="list-style-type: none"> - 주취자, 자·타해위험자, 정신질환자 발생시 무조건 기초정신건강복지센터로 연락하여 힘들다 - 경찰의 주간시간대 병실확보 요청시 병실 확보가 어렵다 - 경찰과 정신건강전문요원간의 자타해위험 기준이 상이하다. - 행정입원 환자이송시 경찰, 소방 입장차로 인해 이송이 어려움 (소방에서 이송시 위험상황 발생가능성으로 경찰동승 요구) - 정신과적 문제가 아닌 경우의 대상자 행정입원 요청 하는 경우 발생 - 신변위험을 가할 수 있는 대상자에 대한 사전정보가 부족하다. - 경찰에서는 즉시성 위주로 판단하여 행정입원 진행 시 이송요청 협조 안됨
	정신의료기관	<ul style="list-style-type: none"> - 관리가 어려운 대상자의 경우 병원에서 입원거부 발생 - 주간 격리병상 부족시 입원이 되지 않아 타 시도로 이송해야하는 문제발생 (경찰의 이송협조가 힘들다) - 외과적 문제 동반시 정신병원 입원이 힘들다
	협조체제	<ul style="list-style-type: none"> - 협조체계가 구축되어도 담당자의 순화보직으로 인해 지속이 힘들다 - 협조체계나 연계가 어렵고 체계를 구축할 지역내 자원이 없다 - 기관장의 협조(소방서장, 파출소장, 워선의 지시, 가이드라인)의지에 따라 달라짐 - 응급대응 협의체를 운영하지만 입장차가 잘 좁혀지지 않음 - 경찰과의 간담회를 통해 협조가 잘 되고 있음 - 경찰생활질서계, 생활안전계와 협조를 통한 업무진행 - 기초정신건강복지센터와 경찰과의 협의체가 중간 가교 역할하여 업무수행 원활 - 병원과 간담회를 통해 협조체제를 잘 유지하고 있음

업무관련	업무스트레스	<ul style="list-style-type: none"> - 관리하던 대상자가 사망한 경우 기관차원에서 당분간 업무배제 상담받을 수 있도록 도움을 줌 - 임기제 공무원의 경우 센터전반에 업무가 분장되어 전문성 발휘가 힘들다 - 정신건강 심사위원회 개최에 따른 업무가 가중 - 민원응대에 따른 업무가중 - 정신건강복지센터 직원을 상대로 한 고소에 대한 직원보호체계가 없어 대응이 힘들다 - 정신건강전문요원 활용에 있어 법적테두리 내에서 보호가 없다. - 현장에서 정신건강전문요원에 대한 전문성이 고려되지 않는다. - 업무의 독자성이 부족(코로나시기 대응 동원), 외부 상황에 따라 업무 변경 - 업무공백 발생시(시간선택제공무원 1년단위 근무 결원 발생시 재채용까지 3개월 공백기간) 남은 인원이 업무처리 업무가 가중 - 신규사업이 계속 있어 기초정신건강복지센터 업무가중 (신종범죄대응, 재난관련), 인력 배정없고 현장상황 고려해주지 않는 사업 진행 - 시·도, 복지부, 도의원 등 각기 다른 기준의 실적요청으로 업무에 집중하기 힘들다. - 자살관련, 위기개입관련 업무 담당자의 이직율이 높아 남은 인원이 업무를 처리해야하는 악순환 반복 - 업무경계가 명확하지 않은 공통업무가 분장됨 - 업무스트레스 각자 알아서 해결, 동료와의 대화
	장애요인	<ul style="list-style-type: none"> - 기관내 자원이 부족하다 - 사업수행 예산이 부족하다 - 표준화된 업무 지침이 없어 체계적인 업무 수행이 곤란하다. - 사례관리자를 관리 감독할 사람(supervisor)이 없다. - 담당하고있는 사례 건수가 너무 많다. - 담당하고 있는 사례 이외의 업무가 많다. - 업무량에 비해 임금이나 복지혜택 수준이 낮다 - 기관간 연계를 위한 공식채널이 없고 이에 대한 정책적 지원이 미비하다. - 다양한 사례관리 업무로 업무에 대한 전문적 시각이 정리되어 있지 않다. - 전문성이 부족하여 사례관리 위기개입 업무수행에 어려움이 있다. - 신분보장이 되지 않아 활동에 제약이 있다. - 직원이탈율이 심하다. - 사무실에 근무하는 사업팀과 비교했을 때 임금 형평성이 맞지 않다. (호봉 수당체계적용을 받는 상근인력과 현장의 위기개입 대응인력의 경우 처우가 다름) - 중간관리자가 없어 업무에 대한 피드백을 받지 못한다
	업무관련 교육	<ul style="list-style-type: none"> - 온라인ZOOM교육이 있어 편리하지만 현장과의 괴리가 크다 (세분화된 교육 필요) - 소진예방프로그램이 공통적으로 적용되어 도움이 되지 않는다. (이동거리만 4시간걸림) - 힐링교육이 힐링이 되지 않는다. - 만들기체험 힐링교육이 좋았다.

		<ul style="list-style-type: none"> - 업무를 하면서 온라인교육 받는 것은 집중이 되지 않음(재택근무필요) - 신규입사자 대상 필수교육(필수참석) 필요 - 이론보다 실무위주의 교육이 필요 - 정신건강사례관리 시스템 교육이 필요하다.
	<p>사례관리</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 치료나 증상완화를 위한 맞춤 프로그램이 없다. - 비전문요원의 전문성 부족한 사례관리 - 1인당 사례관리자 수가 많음
<p>사후관리, 개선점</p>	<p>사후관리</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 주로 전화 모니터링 - 가정방문, 보호자 연계(보호자 케어가 불가능한 경우 불안감 있음) - 대상자 거부시 연계기관을 통해 대상자 안전 확인 - 대상자 정보제공, 등록거부시 사후관리가 되지 않음
	<p>개선점</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 기간제 직원이 많아 사업의 전문성이 떨어짐(중장기적 관점에서 인력충원) - 기초센터의 책임만 있고 현장에서 권한이 없다.(1차기관 의뢰서, 진단서발급 2차기관 의사면담 입원(입원거절시 다른의료기관으로 입원의뢰), 현장에서 책임은 모두 기초센터의 정신건강전문요원이 지게됨) - 공무원은 호봉테이블 적용받지 못함 급여체계 개선필요 - 아동·청소년을 위한 정신병원 자원 부족(만성정신질환자와 아동이 같이 입원하게 되어 아동의 병원에서의 나쁜 학습이 이루어짐) - 아동의 경우 경제적지원, 전문가 지원이 이루어지지 않아 지원필요 - 책임만 있고 댓가는 없는 임의적 팀제도 개선이 필요 - 기초정신건강복지센터 인력구성이 다양 단일화 필요(사업공무직-호봉상한제, 시공무직-전문요원에 대한 수당없음, 시간선택제공무원-수당없음, 호봉상정 없음) - 경찰부서내에 정신건강전문요원 배치 필요 - 정신건강 인프라 구축 필요(정신건강에 대한 인식이 올라갔지만 인프라가 구축되지 않아 포괄적 업무추진이 어렵다) - 서비스내용 자원 인프라 부족(합천의 경우 중독센터 없음) - 대상자는 지속적으로 증가하는데 센터의 프로그램이나 자원부족으로 대상자가 이탈하는 경우가 발생 - 정부합동평가의 자살신규등록자 등록 실적은 지자체 특성을 반영하지 못한 기준(지역적 편차가 크다. 자살은 발굴되지 않음) - 근속연수에 따른 정규직 전환필요(적극적 업무수행이 어렵다) - 실적 평가기준에 따라 업무처리(대상자 위주로 할 것인지, 다수에게 정보전달이 되도록 할 것인지에 대해 고민) - 행정입원의 경우 예산소진으로 인해 입원이 어렵다. - 기초정신건강복지센터 직원의 인권보장(현장의 고충반영) - 위험수당, 장기근속수당, 복지포인트가 없다 - 정신건강전문인력에 대한 처우개선이 필요하다. - 센터간 소통, 군단위 교류 필요 - 포상대상을 공무원으로 한정하지 말고 현장 실무자까지 포함하도록 - 광역정신건강복지센터의 공식적인 채널을 통한 연계체계 필요

		<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강에 대한 홍보로 인식이 올라갔지만 정책적 홍보가 되지 않아 활성화되지 않는다. - 정신질환자의 범죄가 미디어를 통해 자극적으로 보도되지 않았으면 (치료의 효과성에 대한 의심, 범죄자낙인 등) - 행정입원, 응급입원 예산 확보 필요 - 정신건강복지센터 직원의 안전확보를 위한 제도적 가이드라인 필요 - 광역기관간 전국 단위의 소통으로 센터의 전문성이 향상되어야 함 - 공무원의 순환보직으로 업무의 연속성이 부족하다. - 중증정신질환, 자살예방, 캠페인, 사례관리 등 업무가 세분화되어 업무 소진이 크다. - 탈원화를 대비한 재활시설이 부족하다 - 지역사회 연계체계 인력 부족 - 현장인력에 대한 지원필요 - 인구수에 비례한 정신건강복지센터 직원 확보 - 정확한 위기분류평가를 통해 응급입원이 남발되지 않도록
--	--	--

(2)경찰현장지원팀

<표 4-4> 심층면담 분석내용(경찰현장지원팀)

대분류	중분류	주요내용
위기개입관련	출동요청기관	- 관할 지구대, 광역정신건강복지센터 - 환자가족, 환자본인
	출동인력	- 2인1조 현장지원
	보호장비	- 방검복 - 현장에서 이미 통제된 상태이기 때문에 보호장비 필요성이 적음
	출동후 주요조치	- 응급입원대상자 야간당직병원 이송 - 외상동반시 진료연계 - 경찰관직무집행법에 따른 보호조치
	위기개입시 어려운점	- 외상치료를 위한 야간병원 부족 - 외상치료를 위한 야간 이송시 업무가중 - 입원오더가 날때까지 경찰이 대기하는 경우 발생 - 타지역 출동시 다른지역 출동요청이 오면 가지 못하는 문제발생
연계관련	사례연계시 문제점	- 외상동반시 환자가 치료거부하는 경우 입원 불가능 응급입원의 어려움 발생
	협조체제	- 광역정신건강복지센터와 협조체제가 잘 유지되어 업무가 원활히 진행되고 있다.
업무관련	업무스트레스	- 1년의 반정도가 야간근무로 힘들다.
	장애요인	- 기관내 자원이 부족하다
	업무관련 교육	- 온라인교육 수강하지만 업무와 병행하여 집중하기가 어려움
사후관리 개선점	사후관리	- 병원이송 완료후 종료
	개선점	- 현장대응인력부족 충원필요 - 외상동반 또는 복합질병의 경우 야간시간 병원입원 힘들다 - 통합시스템이 없어 대상자 정보파악이 힘들다(약복용 여부, 치료이력, 입원이력, 범위경력 등) 정신질환 조현병 같은 경우 아주 엄격하게 제한되는 정보이다. - 정신질환자의 외상치료시 대학병원급 병원들이 사회적 책임을 가졌으면 - 병상이 좀 더 많이 확보되었으면

(3)연계병원(정신응급 당직병원)

<표 4-5> 심층면담 분석내용(정신응급 당직병원)

대분류	중분류	주요내용
위기개입관련	의뢰경로	- 경상남도광역정신건강복지센터 위기개입팀 - 야간경찰, 지구대, 정신건강복지센터, 보건소 - 밀양의 경우 울산, 김해에서도 의뢰가 들어옴
	보호장비	- 정신과진료시 보호장비는 별도로 사용하지 않음 - 치료과정에 있어 보호장비 착용 시 거부감을 느끼는 경우가 많아 착용하지 않음(후추스프레이 보유)
	출동후 주요조치	- 응급입원 진행
	위기개입시 어려운점	- 보호입원 진행(보호자 동의받기가 힘들, 연락두절) - 응급입원 후 행정입원 전환 시 직계가족 아닌 보호자의 민원으로 퇴원하지만 다시 응급입원 하는 경우가 많이 발생하거나 타정신병원에 입원하는 경우 생김(타병원에서 약복용 문의전화)
연계관련	사례연계시 문제점	- 정신질환자 입원후 지역사회 복귀를 위한 연계방법을 찾아보지만 기초생활수급자가 되어 지원금으로 다시 술을 먹고 병원에 입원하는 경우가 발생 - 격리병상에서 기물파손 발생시 병원이 부담 - 외상동반 환자의 경우 외상치료 연계병원에서 치료 하지만 연계병원에서도 정신질환자들은 꺼리는 편임
	정신의료기관	- 병원에서 입원치료후 퇴원 재발해서 재입원하거나 다른병원으로 입원하는 경우가 100%(알코올의존증관련 재발이 많음) - 예산부족으로 인해 행정입원처리가 원활하지 못하다 - 보호자들이 병원비를 지불할 생각이 없고 예산도 부족한 상황이라 병원운영과 환자치료 사이에서 갈등을 느낌 - 양산지역의 경우 응급입원이후 입원전환율 30%정도 - 사회적이슈 발생시 경찰의 응급입원 시키려는 의지가 강하다 (지역사회에서 문제발생 시키는 경우 지속적 입원요청) - 야간 응급입원 발생시 당직의사 호출 원무직원 간호사등 대응 인력이 많이 필요하고 야간수당 지불등으로 지원되는 예산은 대부분 인건비로 집행 - 단일정신과 병원의 경우 단순 처치만 가능하고 약물과다복용으로 인한 위세척이 필요한 경우나 복합 질환인 경우 응급입원이 힘든 경우가 발생

	협조체제	<ul style="list-style-type: none"> - 경찰현장지원팀과 라포형성이 잘되어 있고 대상자에 대한 증상정보를 상세히 기록해서 이송해줌 - 양산의 경우 웅상중앙병원에서 외상치료를 실시함 - 의령의 경우 외상동반 시 마산 청아병원으로 외상치료 협조함
업무관련	업무스트레스	<ul style="list-style-type: none"> - 환자들 응대 하다보면 잠을 못자는 경우가 많음
	장애요인	<ul style="list-style-type: none"> - 예산부족으로인해 입원진행이 어렵다(행정입원 예산증가 필요) - 긴급의료비지원의 경우 정신질환자는 대상에서 제외되어 지원받을 수 없다. 정신과적 응급상황시 지원이 필요하다. - 공공병원 또는 국가에서 정신질환자들을 책임지고 돌봐야 하지만 그런부분이 잘 되지 않고 있다. - 행정입원 예산이 소진되어 미수금으로 인한 병원 운영의 어려움 - 인권침해관련 신고가 많아 업무소진이 크다. 물섭취제한 환자의 경우 세면대 물을 틀어서 마시는 경우가 발생 세면대 없앤 경우 인권 침해로 신고 - 국민신문고 민원제기 하는 경우 대응으로 인한 업무소진 발생
	업무관련 교육	<ul style="list-style-type: none"> - 업무관련 교육 이외에 정신질환자와 가족이 함께 교육에 참여하여 인식개선과 이해노력이 필요하다 - 입원적합성심사에서 보호의무자가 어디까지인지, 정신보건법의 입퇴원에 관련된 것을 현장뿐만 아니고 행정복지센터 사회복지사도 교육이 필요하다. - 읍면동 동장 통장대상으로 정신질환자 발생시 대처방안 교육 필요
	사례관리(환자관리)	<ul style="list-style-type: none"> - 2024년부터 소아정신과 가산이 없어서 수가가 내려가 수익적인 부분에서 어려움 발생 - 외상발생시 타병원과 연계가 어려움(주변에 병원에 없어 타지역으로 이동하는데 1시간 이상 소요) - 보호자가 있지만 치료비 내지않고 치료할 수 있는 방법으로 행정입원 요청하는 환자가 생겨나고 있음 - 정신과질환이 경우 만성질환으로 장기입원환자 고령화 알코올중독과 우울증 등 다른 정신질환이 동반됨 - 조현병같은 경우 산정특례 등록을 통해 환자의 본인부담금이 줄어들도록 하고 있음
사후관리 개선점	사후관리	<ul style="list-style-type: none"> - 기초생활수급대상자 신청 연계 - 10년정도 입원했다가 퇴원 후 단기간에 재발로 재입원하는 경우가 많아서 사후관리가 잘되지 않음 - 입원에 대한 두려움으로 연락두절 되는 경우가 많음 - 병원에서 사후관리는 따로 진행되지 않지만 장기입원 환자의 경우 퇴원후 외래방문 없을 때 연락함

	<p>개선점</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 병원퇴원 후 보호자 인계시 사후관리 안되는 경우가 많음(재입원) - 입원치료비 예산의 경우 긴급의료비, 위기가정 의료비지원 등 다양한 지원정책이 있지만 소득기준으로 지원받기가 힘들고 정신질환자는 지원이 되지 않는 경우가 많아 지원폭을 넓혔으면... - 정신질환 치료비는 나라에서 책임을 져야한다. - 퇴원후 재활을 할 수 있는 곳이 없어 악순환이 반복된다. - 퇴원후 사례관리팀과 연계해서 지역사회에서 정착해서 살아갈 수 있도록 도움이 필요하다. - 환자가 가족과의 부양의무 관계가 단절된 경우 일상생활이 불가능한 경우 재활시스템 인프라 부족으로 악순환 반복 - 현재 시스템(광역 위기개입, 경찰현장지원 등)은 안인득사건 이후에 만들어진 시스템으로 경남이 한발 앞서가고 있는 것은 사실이지만 보호자의 동의를 통한 입원진행이 아직까지 많이 어려운편(보호자의 동의 2인의 경우 자녀와 배우자 없는 경우 부모중 1인이 생존해 있는 경우 조부모의 동의를 구해야함. 부모가 이혼한 경우에도 동의서 필요, 직계가족의 동의) - 입원적합심사가 너무 까다롭다 보호자들이 힘들어 하는 경우 많음 - 응급입원판단을 경찰이 하는 경우가 많고 기초정신건강복지센터의 담당자들이 현장에 소극적 대응이나 위축되어 있는 경우도 있음(투신자살사건 발생시 사전개입을 못했다고 고소당하는 경우) - 난폭한 대상자의 경우 경찰에서 응급입원 진행하고 협조적인 대상자의 경우 소방에서 이송과 응급입원이 가능하도록 - 위기개입 상황에서 현장대응시 소방과 경찰의 명확한 역할 정립이 필요하다. - 행정입원 진행 시 사설구급차 비용 지원 가능하도록 조례제정 필요 - 병원의 정신건강전문요원은 병원의 교육프로그램운영과 관련된 일을 하는데 환자의 퇴원 후 지지기반, 환자재활, 연계등 본래의 취지에 벗어난 역할을 하고 있다. - 기초정신건강복지센터 고용안정으로 연속성있는 업무가 진행 필요 - 응급의료수가가 체계가 바뀌어야 한다. - 정신장애인 재활보조원이 필요하다. - 국립병원의 역할 정립이 필요 - 청소년 전담 병원 필요 - 퇴원 후 지역사회에서 일상적인 생활이 안되는 경우 노숙인이 되는 경우가 발생하므로 지역사회 지원체계 필요 - 정신질환자의 경우 기초생활수급대상자 선정기준을 낮춰줬으면 - 자타해 위험에 대한 최소한의 수단으로 환자를 관리하지만 부당입원이라고 국가인권위원회에 민원제기하는 경우 발생 보완책마련하기가 어렵다. 정신과적 특성을 고려해줬으면
--	------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> - 환자의 개인사물 위해도구 같은 반입제한 물품 검사시 환자의 동의를 얻어도 인권침해로 규정(정확한 지침을 알려줬으면) - 퇴원후 환자가 일상생활하는 능력이 부족한 경우 머무를 수 있는 중간집이 있었으면
--	--	--

3. 분석결과

- (정신건강복지센터) 위기개입과 관련한 의뢰경로는 주로 경찰신고, 행정복지센터, 주민센터 등이 출동인력은 2인1조로 구성되었다. 출동시 보호장비가 없는 곳이 대부분이었고 후추스프레이, 비상벨, 호루라기, 방검복 등이 있었다. 출동 후 주요 조치는 입원(응급·행정 등) 진행, 상담, 연계기관 정보제공 등이었다.
- 위기개입시 어려운 점은 이송협조 요청시 경찰·소방과 마찰, 위협적 대상자에 대한 신변위협, 대상자 정보부족, 전문인력 충원이 안되는 문제 등이었다.
- 정신건강사례관리시스템(MHIS)사용 관련은 시스템의 잦은 다운현상, 퇴락후 재등록의 어려움, 시스템 사용의 어려움, 실적조회의 어려움, 자료입력과 관련하여 정확성여부를 알기 어려움 등의 문제가 있었다.
- 연계관련하여 정신건강 관련문제가 아닌 경우도 정신건강복지센터로 연락하는 경우, 경찰과 정신건강전문요원의 정신질환자 평가 기준의 다름, 행정입원시 경찰과 소방의 마찰로 이송의 어려움, 신변위협을 가할 수 있는 대상자의 정보 부족, 경찰에서 빠른 현장 정리를 위해 입원대상이 아닌데 입원요청하는 경우, 외상동반시 병원 입원거부 등이었다.
- 협조체계와 관련하여 협조체계가 구축되어도 담당자의 순환보직으로 지속이 힘들고 협조체계가 없거나 지역내 자원부족, 응급대응 협의체를 운영하지만 입장차가 좁혀지지 않는 등의 문제가 있었다.
- 업무관련하여 1인당 사례관리자 수가 많고 정신건강 증진사업이 많아 사례관리에 집중하기 어려움, 민원응대의 스트레스, 자살관련, 위기개입관련 업무 담당자의 이직율이 높아 남은 인원이 업무를 처리해야하는 악순환 반복등이 있었다.
- 업무관련 장애요인으로 기관내 자원부족, 사업수행 예산 부족, 표준화된 지침이 없어 체계적 업무 수행의 어려움, 중간관리자의 부재, 담당업무 이외의 업무가 가중, 신분 보장이 되지 않아 활동에 제약, 호봉체계 적용받지 못함, 전문성 부족으로 위기개입의 어려움 등이 있었다. 사후관리에 있어 정신건강 인프라 부족으로 사후관리 어려움, 대상자는 지속적으로 증가하는데 센터의 프로그램 부족, 자원 부족으로 대상자 이탈, 재활시설 부족 등이 있었다.
- 개선점은 공무원 호봉테이블 적용안되는 문제, 정신건강복지센터의 인력구성다양(계약직, 공무원, 시간선택제공무원, 임기제공무원) 및 공무원순환보직으로 업무의 연속성이 떨어지는 점, 정신건강 인프라 부족, 수당체계가 없음, 직원의 안전 확보 필요, 인구수에 비례한 센터의 직원확보, 정신건강전문인력의 처우개선 등이 있었다.

- (경찰현장지원팀) 경찰현장지원팀은 경상남도 관내 위기개입으로 응급입원 상황 발생시 정신질환자 이송에 따른 치안공백을 메우고 야간당직 정신의료기관으로 이송을 지원하는 업무를 맡는다.
- 주요 의뢰경로는 경남광역정신건강복지센터, 각 지자체 지구대, 환자가족, 환자 본인 등이고 2인1조로 현장지원을 한다. 출동후 주요조치는 정신응급 당직의료 기관으로 이송, 외상동반시 진료연계, 경찰관직무집행법에 따른 보호조치 등이 었다.
- 위기개입시 어려운 점으로 외상치료를 위한 야간병원 부족, 대상자의 외상동반시 연계병원 이송 업무 가중, 입원확정시 까지 현장대기, 타지역 출동시 다른지역 출동은 대응이 안되는 문제 등이 있었다.
- 사례연계시 외상동반 또는 외상치료거부하는 경우 응급입원의 어려움 발생, 경남 광역정신건강복지센터와 정신응급당직병원 간 사례연계가 원활하게 이루어 지고 있었다.
- 업무관련으로 1년의 반정도가 야간근무로 힘들고 현장대응인력 부족(2인1조 2개팀), 기관내 자원부족, 통합시스템이 없어 대상자 정보파악이 힘들다는 문제 점이 있었다. 대학병원에서 정신질환자 치료가 가능하도록 사회적 책임을 가져야 하고 병상이 좀더 확보되었으면 좋겠다는 의견이 있었다.
- (야간 정신응급 당직병원)주요 의뢰경로는 경상남도광역정신건강복지센터 위기 개입팀, 야간경찰, 지구대, 정신건강복지센터이고 보호장비는 치료시 거부감을 나타내는 경우가 있어 착용하지 않는 것으로 나타났다.
- 출동 후 주요조치는 응급입원 진행이고 위기개입시 어려운점으로 응급입원 후 행정입원 전환시 직계가족이 아닌 보호자의 민원응대 어려움, 안정화되지 않는 정신질환자의 경우 기존 입원환자에게 나쁜 영향을 주는 문제 등이 있었다.
- 사례연계시 지역사회복귀를 위해 기초생활수급대상자 등록을 도와주지만 수급비로 다시 술을먹고 병원으로 입원하는 경우, 야간응급병상을 운영하지만 인건비로 거의 지출, 기물 파손 등의 비용을 병원이 부담해야 하는 어려움이 있었다.
- 업무관련 장애요인으로 예산부족으로 행정입원 진행이 안되거나 미수금 상태로 남아있고, 치료가 시급한 정신질환자의 경우 병원비지불 능력이 없어 긴급의료비 지원도 알아보지만 조건이 까다롭고 정신질환자는 대상에 포함되지 않아 지원 받을 수 없다는 점이 있었다. 또한 입원환자의 인원침해관련 신고가 많아 업무 소진이 큰 것으로 나타났다.
- 환자관리에 있어 입원환자의 타질환 발생시 타병원과 연계 이송의 어려움, 장기 입원환자의 고령화와 우울증과 같은 다른질환이 동반되는 문제점 등이 있었다.

- 개선점으로는 퇴원후 보호자 인계시 약복용등 사후관리가 되지 않아 재입원 하는 경우 발생에 대한 지역사회 보호조치가 필요, 정신질환자는 정책적으로 지원 받는데 제약이 있어 지원정책의 폭이 넓었으면 좋겠다는 의견이 있었다. 또한 퇴원후 재활할 수 있는 기관이 없어 악순환 반복, 지역사회에서 살아갈 수 있도록 사례관리가 이루어져야 한다는 의견이 있었다.
- 이외에도 정신장애인 재활보조원, 국립병원의 역할 정립, 청소년 정신전담병원, 퇴원후 노숙인이 되지 않도록 지역사회 지원체계, 정신질환자의 경우 기초생활 수급대상자 기준완화 등이 필요하다는 의견이 있었다.



제4장

결론

1. 결론
2. 정책적 제언

1. 결론

- 본 연구는 경상남도 광역·기초 정신건강복지센터의 정신건강 위기개입 실태조사를 통해 인력, 운영체계 등의 문제점 및 개선과제를 도출하는 것을 목적으로 한다. 이에 문헌연구 및 통계기반으로 정신건강 현황 및 규모, 정신건강복지법과 정책에 대해 살펴보았다. 또한 해외의 정신건강 위기지원 정책과 지역사회의 정신건강 위기개입을 대해 살펴보았다. 정신건강 위기개입 실태조사는 심층면담을 통해 진행하였고 분석을 통해 도출된 주요 연구결과는 다음과 같다.
- 우리나라의 지역사회 재활기관은 2022년 기준 광역정신건강복지센터 17개소, 기초정신건강복지센터 244개소, 중독관리통합지원센터 58개소, 자살예방센터 54개소가 운영되고 있으며 정신건강증진시설은 정신의료기관 2,086개소, 정신요양시설 59개소, 정신재활시설 349개소가 운영되고 있다.
- 경상남도의 경우 광역정신건강복지센터 1개소, 기초정신건강복지센터 20개소, 중독관리통합지원센터 광역형 1개소, 기초형 5개소, 정신재활시설 6개소, 정신요양시설 4개소, 정신의료기관 98개소(정신병원 29개소, 종합병원 정신과 9개소, 일반병원 정신건강의학과 2개소, 정신건강의학과 의원 58개소)가 운영되고 있다.
- 정신건강복지센터는 직영형과 위탁형으로 나뉘는데 광역정신건강복지센터는 직영형의 경우 시도지사가 설치하여 운영하고 기초정신건강복지센터는 「지역보건법」에 따라 보건소에 설치하여 운영한다. 위탁형인 경우 정신건강복지법 시행령 제10조에 따라 정신건강증진시설 또는 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로서 정신건강 관련 학과가 설치되어있는 학교에서 위탁이 가능하다. 경상남도의 경우 광역정신건강복지센터의 경우 위탁형이고, 20개 기초정신건강복지센터중 창원, 김해, 양산 3개소가 위탁형, 나머지 17개소는 직영형으로 운영되고 있다.
- 정신건강복지센터는 지역사회 정신건강 위기대응을 위해 정신건강 위기개입, 정신건강 위기대응 지역협의체 구성·지원, 정신건강 위기상담전화(1577-0199)를 운영하고 있다. 광역정신건강복지센터의 경우 위기개입팀 운영을 통해 24시간 365일 응급대응체계를 구축하는 것을 기본으로 하며 정신과적 응급상황 발생 시 구급대원, 경찰과 함께 현장 출동 및 대응을 진행한다.
- 본 연구에서는 정신과적 질환으로 자·타해 위험이 발생하는 정신과적 응급 위기상황에 대한 위기개입에 대한 실태조사를 실시하였다.
- 경상남도의 정신건강 위기대응은 평일주간(오전9시~오후6시)은 기초정신건강복지센터에서 위기개입 업무를 담당하고 야간 및 주말·공휴일 주·야간은 광역정신건강복지센터(위기개입팀)에서 담당하여 24시간 365일 대응체계가 구축되어 있다.

- 경상남도의 경우 매년 위기개입(자살응급, 정신응급) 건수가 증가하는 추세로 2021년 3,518건, 2022년 4,830건으로 전년대비 37.3%가 증가하였고 정신응급에 비해 자살응급의 비중이 높게 나타나고 있다. 이러한 자살응급에 대한 위기개입 현황을 문제유형별로 살펴보면 정신적 문제가 23.7%로 가장 높은 비중을 차지하고 기타 19.6%, 가정불화 17.4% 순으로 나타났다.
- 월별상담건수가 가장 많은 달은 8월(466건)이고 다음으로 6월(464건), 11월(453건)순으로 나타났다. 위기개입 방법은 전화상담이 91.5%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며 방문(출동)을 통한 대면상담은 낮은 편이다. 성별은 남성이 54%, 여성이 43%로 남성이 여성보다 높게 나타났고 연령은 40대가 21.9%로 가장 높은 비중을 차지하였고 50대 19.6%, 20대가 19% 순으로 나타났다.
- 지역은 김해시가 18.6%로 가장 높았고 창원이 15.5%, 양산이 10.1%로 나타났다. 성인의 경우 문제유형은 미구분 35.7%, 우울 24.8%, 물질중독 12.9%, 아동·청소년은 정서문제 38.2%, 자살문제 23.5%, 정신병적문제 16.7%로 나타났다. 자살응급은 정신적문제가 23.7% 기타 19.6%, 가정불화 17.4%로 나타났다. 의뢰경로는 행정기관 32.3%, 본인 30.5%, 정신보건기관 16%로 나타났고 행정기관은 112, 119, 시군구청, 행정복지센터를 포함한다.
- 위기개입 후 조치사항은 정보제공이 58.6%로 가장 높았고 지속상담 18.2%, 치료연계 10.9%였다. 응급출동 또한 2020년 73건에서 2021년 322건, 2022년 385건으로 증가하는 추세이다. 권역별 당직의료기관은 동·중부권 4개소, 서부권 1개소, 총 5개소가 운영중이고 응급입원율은 2021년 275건, 2022년 551건으로 나타났다.
- 경상남도는 자살시도 등 정신과적 응급상황에서 경찰, 구급대원들과 협조적인 정신응급 대응체계를 구축하고 있다. 그리고 정신질환자, 자살시도자 등으로 인해 자·타해 위험이 발생한 경우 정신질환 관련여부, 정신적인 위기평가 수행을 통한 구급대원 및 경찰의 현장 대응 지원, 대상자의 안정을 위해 노력하고 응급입원이 필요한 경우 야간당직병원(양산병원, 밀양우리병원, 사천동희병원, 의령사랑병원, 고성성심병원)에 병상확인 후 이송협조를 지원한다. 이후 지속적인 서비스가 필요한 경우 사례관리 연계를 실시한다.
- 자살응급 정신응급 상황의 위기개입시 가장 문제 시 되었던 정신응급병상 확보, 환자이송 문제의 경우 경상남도는 권역별 정신응급 당직의료기관 5개소와 업무협약을 통해 정신응급 상황시 입원가능한 유희병상이 확보되어있고, 경남경찰청 현장지원팀(2인1조 2개팀)이 환자 이송을 지원하고 있다.
- 정신응급환자 발생시 일차반응자인 경찰·소방과 함께 정신과적 응급위기사항의 위기 분류척도에 따라 대응한다. 이때 자·타해 위험이 있을시 경찰은 응급입원을 진행하고 대상자의 정신과적 판단이 어려울 경우 정신건강복지센터의 출동을 요청하여 위해 출동을 할 수 있다.

- 본 연구의 실태조사 결과 다음과 같은 문제점과 개선과제를 도출할 수 있었다.
- 정신건강복지센터의 **정신건강전문인력 부족**과 계약직 채용으로 인한 전문성있는 서비스 제공의 어려움, 사천, 남해, 함양, 합천의 경우 정신건강전문요원이 없는 것으로 나타났다. 또한 낮은 임금, 호봉테이블 적용이 안되는 문제점이 있었다. 위기개입을 통한 사례관리시 대상자가 등록을 거부할 경우 아무런 관리를 하지 않는 **소극적 대응** 또한 개선해야 할 과제였다.
- 현장대응에 있어 경찰현장지원팀은 2인1조 2개팀으로 운영되고 있어 인력충원이 필요했고 5개의 야간당직정신응급 병원이 5개소 운영중이나 **내·외과적 치료 및 정신과적 치료가 동시에 가능한 응급의료센터가 없어** 현장에서 어려움을 겪는 것으로 나타났다.
- 정신응급 위기개입과 관련하여 지자체별로 담당자의 역량에 따라 연계와 협력이 이루어지고 있어 **공식적 채널을 통한 연계협력체계** 구성이 필요하다.
- **탈원화를 대비한 지역사회 인프라가 매우 부족**하여 퇴원 후 재입원하는 경우가 발생하고 정신건강예산 또한 부족한 것으로 나타났다.
- 정신건강 위기개입에 있어 대상자 발견과 개입, 치료, 사례관리를 위한 대응중심이고 조기발견, 사후관리가 미흡하고 **치료의 연속성이 부족**한 것으로 나타났다. 또한 위기안정을 위한 “**중간집**” 이 없으며 **정신질환에 대한 돌봄 정책**은 매우 부족한 것으로 나타났다.

2. 정책적제언

○ 권역정신응급의료센터 지정

- 경상남도의 경우 정신응급 상황에서 자·타해 위험으로 인한 응급입원 진행 시 내·외과적 손상이 동반된 경우 치료·입원이 가능한 정신응급의료센터가 없고 경남 유일의 도립정신병원은 그린 리모델링으로 현재 운영중이지 않다. 권역정신응급의료센터 지정의 경우 제2차 정신건강복지기본계획에 핵심과제에 제시되어 있다.

제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025, 2021.1.14.)

핵심과제 2-2. 지역기반 정신응급 대응체계 구축

③(치료) 정신 응급환자 적시 치료 인프라 구축

○ 정신 응급상황 상시 대응을 위한 권역 정신응급의료센터 지정(2021~)

*2025년까지 총 14개소 지정 목표

-24시간 대기하는 정신응급팀 운영과 함께 정신 응급병상 상시 확보 추진(2021~)

- 권역정신응급의료센터는 응급의료법(응급의료법 제30조의5 신설)을 통해 정신응급의료센터 지정 근거가 마련(2020.2.28.시행)되었다.
- 권역정신응급의료센터는 정신응급 상황 발생 시 신속한 출동·분류·이송 등 즉각적인 초기대응 및 집중치료를 위한 서비스 이용체계를 마련하고 특히 신체질환을 동반하는 경우 기존 정신의료기관에서 대응이 곤란하여 응급실 기반 관리체계 마련을 위한 인프라 구축의 필요성에 의해 추진 된다. 또한 신체질환 동반 정신응급상황 상시대응 및 지역 기반 정신응급 대응체계 핵심기관으로 기능을 한다.
- 현재 경상남도의 경우 보건복지부 권역정신응급의료센터 지정사업에 미신청으로 인해 지정되어 있지 않고 권역별 정신응급 당직의료기관 5개소(고성성심병원, 마산동서병원, 밀양우리병원, 사천동희병원, 양산형주병원)가 운영중에 있다. 야간 정신응급 입원환자 발생 시 야간 당직병원으로 이송되는데 내·외과적 질병 동반 시 당직의료기관에서 입원거부가 되거나 치료가 불가능한 경우(단일 정신과 병원포함) 치료 가능한 병원으로 다시 이송해야 하는 어려움이 있는 것으로 연구를 통해 확인되었다.
- 또한 정부에서 시행하고 있는 응급실기반 자살시도자 사후관리사업이 2023년 12월 현재 전국의 85개 의료기관에서 운영되고 있고 경남에서는 경상국립대학교병원, 창원경상국립대학교병원, 양산부산대학교병원 등 3개소에서만 운영되고 있다. 김해중앙병원에서 약 1년여간 운영하였으나 2023년 10월 종료되었다. 응급의학과와 정신건강의학과가 함께 있는 병원에서 자살시도 환자를 통합적으로 접근하며 단기 사례관리를 제공하는 사업인데, 관내에는 해당하는 병원이 더 있으나 자발적으로 시행하지 않고 있고, 자살시도 환자가 응급의학과에 처치만 받고 귀가하면서 사후관리가 되지 않는 상황이다. 도 차원에서 적극적으로 해당사업을 수행할 수 있도록 격려와 지원을 해야 한다.

- 현재 전국 시·도중 8개 지역(서울, 인천, 대전, 울산, 경기, 강원, 전북, 제주)에서 권역정신응급의료센터가 운영중이다. 권역정신응급의료센터가 지정을 통해 내·외과적 질환을 동반한 정신응급 상황에 응급입원이 진행될 경우 정신질환에 대한 초기평가와 관찰병상 체류가 가능하고 내·외과 진료와 처치가 가능하다. 경상남도에서도 공공병원, 대학병원의 선도적인 참여로 권역정신응급의료센터 지정을 통해 정신과적 응급상황에서의 내·외과적 질환이 동반될 경우 효과적인 대응이 가능하도록 해야 한다.

○ 책임의료기관의 정신건강 증진 협력사업 추진

- 경상남도에는 공공보건의료에 관한 법률 제14조의2(책임의료기관의 지정)에 근거하여 경상국립대병원을 권역책임의료기관으로 지정하였다. 이와 관련하여 경상남도에서는 서부·중부·동부의 3개권역으로 다시 나누어 경상국립대병원을 서부권역 책임의료기관으로, 창원경상대병원을 중부권역 책임의료기관, 양산부산대병원을 동부권역 책임의료기관으로 지정하여 경상남도 권역별 통합의료벨트 구축사업을 추진 중이다.

공공보건의료에 관한 법률

제14조의2(책임의료기관의 지정) ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 업무를 원활하게 수행하기 위하여 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하는 보건의료기관 중에서 책임의료기관을 지정할 수 있다.

1. 공공보건의료사업의 수행, 기획·연구 및 조정
2. 공공보건의료 수행기관 간 협력 체계 구축 및 공공보건의료 전달체계의 조정·관리
3. 보건의료기관의 역량 강화를 위한 의료인력 파견·교육
4. 감염병 예방 및 진료, 응급의료, 모자보건사업, 환자의 지역사회 연계 등에 관한 사항
5. 그 밖에 공공보건의료 강화를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사항

② 책임의료기관으로 지정 받으려는 보건의료기관은 보건복지부장관에게 신청하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 공공보건의료기관을 우선적으로 지정할 수 있다.

④ 책임의료기관으로 지정 받은 보건의료기관의 장은 제1항 각 호의 업무의 원활한 수행 및 해당 보건의료기관 내부 또는 외부와의 협력 강화를 위하여 전담조직을 설치·운영하여야 한다.

[본조신설 2021. 8. 17.] [시행일 : 2022. 2. 18.]

- 공공보건의료 협력체계 구축사업은 필수보건의료 문제를 해결하기 위한 지역 내 보건의료복지기관 간 공공보건의료 협력체계를 구축하는 사업으로 권역책임의료기관은 시·도(17개) 단위에서 고난도 필수 의료를 제공하면서, 지역 의료 역량 강화를 위한 권역 내 협력체계 기획·조정 및 교육·파견 등의 역할을 하고 지역책임의료기관은 진료권(70개) 단위에서 양질의 필수 의료를 제공하면서 지역별 필수의료 문제 해결을 위한 지역 보건의료기관 등과의 연계·조정 등의 역할을 한다.

구분	필수보건의료 분야								자원 연계	
	퇴원환자 지역사회 연계	중증응급 이송·전원 및 진료협력	감염 및 환자안전 관리	정신건강 증진 협력사업	재활의료 및 지속관리 협력사업	산모/신생아/어린이	1차의료·돌봄	취약계층	교육	인력
'19년	중점	선택							선택	선택
'20년	중점	중점	선택						선택	선택
'21년	중점	중점	중점	선택	선택	선택	선택	선택	선택	선택
'22년	중점	중점	중점	중점	중점	선택	선택	선택	중점	선택
'23년	중점	중점	중점	중점	중점	중점	선택	선택	중점	중점
'24년	중점	중점	중점	중점	중점	중점	중점	선택	중점	중점
'25년	중점	중점	중점	중점	중점	중점	중점	중점	중점	중점

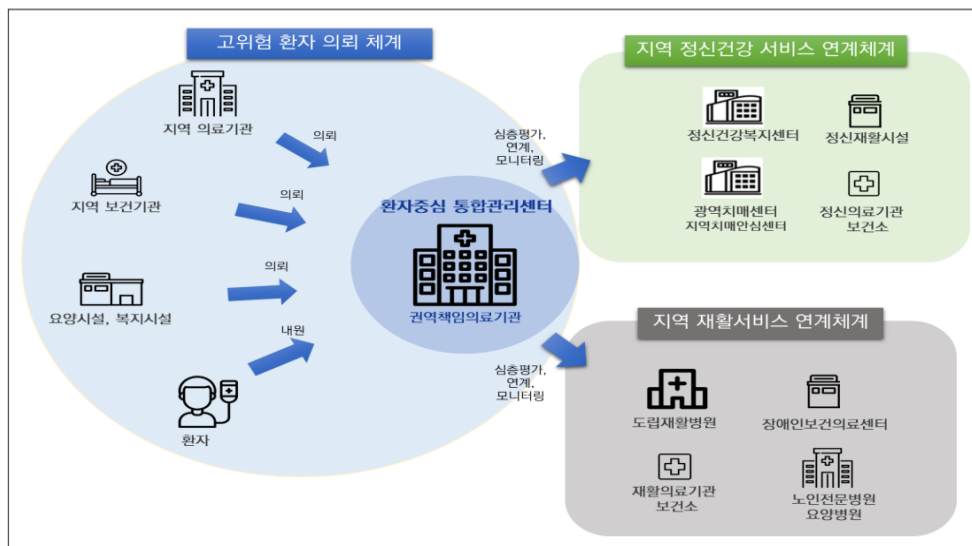
('23년) 2개 의무 수행

('23년) 2개 선택 수행

*출처: 2023 공공보건의료 협력체계 구축 사업안내(보건복지부, 2023. 1.)

<그림 5-1> 필수보건의료 협력 분야

- 경상남도의 지역책임의료기관으로 창원권-마산의료원, 진주권-미정, 통영권-통영적십자병원, 김해권-양산부산대학교병원, 거창권-거창적십자병원이 지정되어 있다. 공공보건의료 협력체계 구축사업에 있어 필수보건의료는 퇴원환자 지역사회 연계, 중증응급 이송·전원 및 진료협력, 감염 및 환자안전 관리, 정신건강증진 협력사업, 재활의료 및 지속관리 협력사업, 산모/신생아/어린이, 1차의료·돌봄, 취약계층 8개 분야이다.
- 현재 경남에서는 8개 필수보건의료분야중 정신건강증진 협력사업을 추진중인 의료기관은 없는 것으로 나타났다. 정신건강증진 협력사업을 추진중인 곳은 강원대학교병원으로 고위험 정신 및 재활 환자들을 대상으로 환자 중심으로 통합·제공하는 정신건강 증진 협력사업을 추진중에 있다.



*출처: 2023 공공보건의료 협력체계 구축 사업안내(보건복지부, 2023. 1.)

<그림 5-2> 정신건강 증진 및 재활치료 지속관리 협력

- 정신응급 위기개입 상황에 있어 전용 병상 확보는 정신건강전문인력과 경찰현장지원팀이 겪는 문제중의 하나로 조사되었다. 이러한 문제 이외에도 정신건강복지센터의 사례관리대상자 자원부족으로 이탈하거나 중증정신질환자의 퇴원 이후 치료·관리·재활 인프라 부족도 해결해야 할 과제이다.
- 2023년 12월 “정신건강정책 혁신방안” 에서 예방-치료-회복의 전단계 관리와 전 주기적으로 국민 정신건강을 지원하는 정책이 발표되었다. 이 정책에는 예방강화를 위해 격년마다 정신건강 검진, 일상적 마음돌봄 체계 구축, 정신응급 입원병상 확보, 자·타해 위험 있으면 집중 사례관리 등의 내용이 포함되어 있다. 이러한 정부정책과 발맞춰 경상남도에서도 권역책임 의료기관의 정신건강증진, 정신건강 통합관리체계 구축 및 지역사회 서비스, 지역 재활서비스와의 연계를 위한 협력사업 추진을 통해 지역사회 치료체계를 강화와 정신질환 사전예방, 조기치료, 정신질환자의 회복 및 지역사회 복귀를 지원할 수 있도록 해야 할 것이다.

【 정신건강정책 혁신방안 주요 내용 】

- 비전: 정신건강정책 대전환, 예방부터 회복까지
- 목표: ' 27년까지 100만명 심리상담서비스 지원, 10년 내 자살률 50% 감축
- 예방 강화: 격년마다 정신건강 검진, 일상적 마음돌봄 체계 구축
- 정신응급 입원병상 확보, 자·타해 위험 있으면 집중 사례관리
- 전국 어디서나 정신재활 서비스 제공, 주거·고용 지원 확대
- 매년 학생, 국민 1600만 명 자살예방교육, 대국민 캠페인 강화
- 대통령 직속 정신건강정책혁신위 설치

○ 정신건강 위기쉼터 설치를 위한 “경상남도 정신건강 위기대응체계 구축조례” 제정 필요

- 우리나라의 경우 정신질환자의 위기에 대한 법적 근거가 미흡하고 다양한 위기를 지원할 수 있는 인프라 역시 부족한 상황이다. 정신건강복지체계에서는 정신과적 위기상황을 정신질환으로 인한 자·타해위험의 응급상황을 위기로 보고 비자의적입원으로 이어지는 경우가 대부분이다.
- 정신과적 위기상황에 대하여 즉시성·응급성에 기반한 협의의 접근에서 벗어나 일본과 같이 정신질환자의 퇴원후를 위기상황으로 보는 광의의 접근을 통해 자·타해위험이 없더라도 일상적 독립생활이 불가능한 경우도 위기로 보고 위기상황에서 휴식과 회복을 할 수 있는 위기쉼터 설치가 필요하다.
- 2023년 기준 전국에 위기지원 쉼터는 3곳(서울)이 운영중이다. 위기지원쉼터는 정신질환자가 위기 상황에서 자·타해 상태로 가지 않도록 휴식과 회복을 지원하는 곳으로 의료기관 이용을 꺼리는 정신질환자가 집중적인 지지와 공감을 통해 마음의 위기를 넘기는데 큰 도움을 줄 수 있다.

- 경기도에서는 정신질환자의 안정과 회복을 위한 공간 제공 등을 통한 보호조치로 쉼터 설치·운영에 관한 조례가 2020년 7월 15일 “경기도 정신건강 위기대응체계 구축에 관한 조례”에 제정되어 있다.

<표 5-1> 경기도 정신건강 위기대응체계 구축에 관한 조례

<p>제6조(쉼터) ① 도지사는 정신질환자로서 자해나 타해의 위험성은 낮고, 입원 치료를 원하지 않는 사람이 일시적 안정과 휴식을 취하면서 회복할 수 있는 다음 각 호의 업무를 위하여 경기도 정신건강증진시설 내에 위기쉼터를 설치·운영할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신질환자 등에게 2주 이내의 기간 동안 안정과 회복을 위한 공간 제공 등을 통한 보호 조치 2. 정신질환자 등에게 외래치료 등 지속적인 치료를 위한 의료기관 연계 3. 정신질환자 등의 심리적 안정을 위한 전문정신건강상담, 동료지원가·가족 상담서비스 제공 4. 그 밖에 위기쉼터를 이용하는 정신질환자 등을 위하여 도지사가 필요하다고 인정하는 사항 <p>② 도지사는 정신질환자 등이 휴식과 안정을 취한 후 원활하게 일상생활로 복귀할 수 있도록 지원하는 다음 각 호의 업무를 위하여 일상쉼터를 설치·운영할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신질환자 등에게 상담·교육·취업·여가·문화·사회참여 등에 필요한 정보 제공 2. 정신질환자 등에 대한 일상생활에서의 휴식 서비스 등 <p>③ 위기쉼터 및 일상쉼터에는 정신건강전문요원, 임상심리사, 상담심리사, 사회복지사, 동료지원가, 가족 활동지원가 등을 채용한다.</p>
--

- 위기쉼터를 통해 혼란, 공포, 두려움 등과 같은 불안정한 상태가 발현되었을 때 심리적 안정을 얻고 기능적·환경적 상태를 회복하여 지역사회에서 삶을 유지하게 도움을 줌으로써 더 큰 위기를 예방하고 정신질환자, 지역주민이 안전하게 살아갈 수 있는 기반이 마련될 수 있다.

○ 통합돌봄정책 내 정신건강 위지지원체계 구축

- 2018년 커뮤니티케어선도사업이 시작되었고 2019년에 노인통합돌봄모델, 장애인자립생활 지원모델, 정신질환자 지역사회 정착지원모델의 세 개의 축으로 진행되었으나 현재는 노인 중심(의료-돌봄)으로 추진되고 있다. 통합돌봄의 대상군은 노인, 장애인, 정신질환자이고 사업 내용은 대상자의 욕구에 맞추어 주건·보건의료·요양·돌봄 등 서비스를 연계·통합 제공하여 지역사회 독립생활을 지원하는 것이다.
- 정신질환자 지역사회 통합돌봄은 2019년 전국에서 최초로 화성시에서 “화성시 정신질환자 지역사회 통합돌봄” 사업을 실시하였고 2020년 서울시에서 노인·장애인·정신질환자 지원 통합돌봄 추진, 2021년 광주서구에서 노인·장애인·정신질환자 지원 통합돌봄 추진, 2022년 전주시에서 전주시정신건강복지센터와 함께 정신질환자의 지역사회 정착을 위한 융합형 통합돌봄 사회서비스를 추진중에 있다.
- 화성시에서는 장기입원 정신질환자 지원사업, 권역별 재활서비스 제공을 위한 클럽하우스

운영, 지역사회 정착의 기반을 마련하고자 자립체험주택 및 자립지원주택 등 주거지원사업 진행, 24시간 정신건강 위기대응 사업 등을 실시해 정신질환자의 통합돌봄을 위한 지역사회 기반을 마련하고 있다.

- 전주시에서는 지역사회의 정신질환자 발굴 및 개별 사례관리, 병원 퇴원 및 시설퇴소자의 자립 생활 지원, 지역사회 보건·복지자원 연계 등이다. 또한 통합돌봄 대상자들이 맞춤형 상담과 동료지원가 경험상담, 자립지원, 생필품 지원 및 독립생활 체험 등을 할 수 있는 서비스를 제공하고 있다.
- 경상남도에서도 도내 정신질환자를 위한 통합돌봄 서비스 제공을 통해 정신과적 위기를 겪는 정신질환자들의 입원을 최소화하고 지역사회 정착기반 마련, 주거지원, 24시간 정신건강 위기 대응 사업 등의 융합형 통합돌봄 사회서비스가 추진되어야 할 것이다.

○ 지방정신건강복지사업지원단 설치

- 제2차 정신건강복지기본계획 시행, 120대 국정과제발표, 2023년 12월 정부의 전 국민 정신 건강 혁신방안 등 정신건강 관련 정책환경이 빠르게 변화되고 있다. 국민의 사회적 인식수준이 향상되면서 정신건강에 대한 시대적 요구도 높아지고 있다.
- 정신건강정책 및 국정과제 추진, 시대적 요구반영을 위해서는 다학제적인 민·관·학 협력이 필수적이다. 또한 지자체별 정신건강수준, 사업현황 분석 등 지역 정신건강증진사업의 포괄적이고 통합적인 접근과 지역정신건강정책에 대한 기본계획, 중장기전략 및 민간협치 구조 등에 대한 자문·지원이 가능한 전문기구가 필요하다.
- 경상남도의 경우 서부·동부경남 간 지역격차가 크고 정신건강 인프라가 매우 부족한 실정이다. 또한 이러한 정신건강 인프라 부족을 극복할 전문기구가 설치되어 있지 않아 지자체별 역량에 따라 협의체가 운영되고 있다.
- 현재 각 지자체 정신건강복지센터에서는 공식적인 채널을 통한 연계·협력에 대한 요구가 높아지고 있다. 따라서 정신건강 정책환경의 변화에 대응하고 각 지자체별 특성에 맞는 포괄적 정신건강증진사업 추진을 위해 경남정신건강복지사업지원단 설치가 필요하다.
- 지방정신건강복지사업지원단은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제12조 5항, 동법 시행령 제6조 및 제7조에 근거하여 설치·운영되고 있다.

- 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제12조 5항
- 제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업 등의 추진 등) ⑤ 제1항에 따른 정신건강증진사업 등에 관하여 자문·지원하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 중앙정신건강복지사업지원단을 두고, 제2항에 따른 정신건강증진사업 등에 관하여 자문·지원하기 위하여 시·도지사 소속으로 지방정신건강복지사업지원단을 둔다.

- 지방정신건강복지사업지원단은 시·도지사 소속으로 국가정신건강증진사업 또는 관할 시·도의 정신건강증진사업이 보다 전문적이고 효과적일 수 있도록 자문 및 지원하는 것이 주요기능이다.

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

- 경상남도에 경남정신건강복지사업지원단 설치를 통해 원활한 정신건강정책 추진을 위한 동력을 확보하고 공공과 민간, 다학제적 협치체계는 다양한 영역에 걸친 정신건강문제를 통합적으로 조망할 수 있게 할 것이다. 또한 지역 특색에 맞는 선도적 정책제안 및 발전방안의 제안을 가능하게 하여 지역 정신건강을 질적으로 향상시킬 수 있을 것이다.

○ 정신응급 위기개입 이후 치료연속성 향상

- 광역정신건강복지센터의 위기개입 서비스연계 후 사례관리 등록현황을 살펴보면 2020년 등록자 10명 미등록자 61명, 2021년 등록자 11명, 미등록자 35명, 2022년 등록자 14명, 미등록자 43명으로 등록자수보다 미등록자수가 높은 것으로 나타났다.
- 위기개입 또는 정신건강복지센터를 통해 발굴된 대상자의 지속적 치료 및 서비스 제공을 위해 유관기관과의 연계를 활성화 하였으나 실질적 서비스 이용이 낮고 관리 공백을 최소화 하기 위해 사후관리서비스, 단기사례관리서비스를 제공하고 있으나 실질적 이용률은 저조한 편이다.
- 정신질환 대상자들은 주변의 시선, 병원입원에 대한 두려움 등으로 지속적 관리를 원하지 않거나 개인정보제공을 꺼려 위한 대상자등록을 원하지 않는 경우가 있다. 이런 경우 가족의 돌봄을 받지 못하고 독립생활 유지가 어렵다면 재입원하는 경우가 많이 발생한다.
- 정신건강복지센터에서도 위기개입, 자살관련 상담 수행후 대상자 등록을 위해 방문상담, 전화상담 등 여러 가지 방안을 모색해 보지만 정보제공 거부 및 상담, 방문거부로 인해 종결되는 경우가 많이 발생하는 것으로 나타났다.

- 정신질환자에 대한 응급, 초발, 재발, 만성 등의 질환의 정도와 유형에 따라 의료기관, 정신 보건센터, 지역사회돌봄, 가정에서의 돌봄까지 연계를 확장하여 유기적이고 유연한 케어와 치료가 연속될 수 있도록 해야 할 것이다.

○ 탈시설·탈원화 대비한 지역사회 인프라 구축

- 최근 정신질환자에 대한 조기개입을 통해 증상의 발생, 재발 및 악화를 늦춰 정신질환으로 인한 피해를 최소화하는 방향을 지향하고 있다. 정신질환자에 대한 복지서비스는 정신질환을 가진 대상자가 실제 독립적인 생활을 유지할 수 있도록 지원해 주는 것이라 할 수 있다.
- 현재 경상남도에는 정신질환자의 지역사회 관리를 위한 인력과 시설 등 인프라가 부족한 실정이다. 최근 통합돌봄에서도 대상이 노인중심으로 추진되어 정신질환자를 위한 돌봄 서비스는 매우 부족한 실정이다.
- 국가인권위원회 조사(2021)에 따르면 중증정신질환자의 41.8%는 의료기관 퇴원 후 가정에서 가족과 함께 생활하기를 희망하는 것으로 나타났다. 하지만 중증정신질환자의 퇴원 후 1개월 내 외래방문 비율은 63.3%로 10명중 3명 이상은 퇴원 이후 한달이 되도록 치료를 받지 않고 있는 것으로 나타났다(보건복지부,2022).
- 중증정신질환자의 경우 퇴원후 입원이나 외래치료를 중단하게 되는 경우가 많고 이를 체계적으로 관리할 수 있는 인프라가 부족하여 치료 시기를 놓치는 경우가 많으며 퇴원 후에 가족과 함께 생활하며 치료를 지속하고 지역사회 복귀를 준비할 수 있는 치료 및 재활이 이루어지지 않는 것으로 나타났다.
- 정신응급환자 추정군은 2014년 64,825명에서 2019년 84,507명으로 30.4% 증가했으며, 특히 10대~20대 환자는 2014년 14,452명에서 2019년 26,274명으로 81.8% 증가해 청년층 정신응급환자 규모가 매우 빠르게 증가하는 것으로 나타났다(중앙정신건강복지사업지원단, 2023).
- 경남의 경우 정신재활시설 5개소, 정신요양시설 4개소만 운영되고 있어 인프라 구축이 시급한 상황이다. 정신질환으로 인한 퇴원 후 자립생활이 불가능한 경우 입·퇴원의 반복이나 장기 입원으로 이어지는 경우가 많이 발생한다.
- 급증하는 정신질환자에 대한 조기개입과 안정화, 지역사회복귀를 위해서는 정신질환자 사회적격리가 아닌 정신요양시설의 기능 개편을 통해 사회복지복귀를 돕는 장기거주시설로 전환과 위기개입을 통해 안정화된 정신질환자의 지역사회 복귀를 지원하기 위한 정신재활시설 및 직업재활시설의 확충이 필요하다.

○ 사회보장정보시스템을 활용한 모니터링 서비스 연계

- 현재 정신질환자에 대한 퇴록후 정보조회는 개인정보보호법에 따라 불가능하다. 따라서 재등록해야 하는 경우 처음부터 다시 자료를 입력해야 하는 상황이다. 대상자가 이전에 어떤 서비스나 개입을 받았는지 또는 연계를 통한 서비스조회 방법은 불가능하다고 볼 수 있다.

- 현재 정신건강복지센터의 정신질환대상자 모니터링 방식은 유선전화를 통해 주로 확인하는 방식이다. 그러나 대상자가 모니터링이나 상담, 연락을 거부하는 경우 개인정보보호법에 따라 이를 강제할 방법은 없다. 정신건강복지센터에서 거부의를 표시한 경우 상담이 종료되고 민원제기, 인권침해, 고소, 고발로 인해 더 이상 조치를 하지 않는 소극적 대응을 하게 된다.
- 정신질환자의 복지서비스와 관련된 내용을 행복e음(사회보장정보시스템)을 사용하는 담당자에게 의뢰하는 연계체계를 구축하여 이에 대한 개입결과를 통보 혹은 조회하는 방식을 이용한다면 정신질환 대상자에 대한 모니터링이 가능할 것이다.
- 시스템 개발이 가능하다면 정신건강사례관리시스템(MHIS)과 연계하여 정신질환 대상자에 대한 모니터링을 강화할 수 있다. 현재 시스템 개선은 현실적으로 불가능하고 개선이 가능하다면 오랜기간이 걸릴 것이다.
- 정신건강복지센터의 담당자는 이 시스템에 접속권한이 없어 접속권한이 있는 보건소 담당자를 통해 확인할 수 있다. 향후 정신질환자 증가추세를 고려한다면 행복e음에 대한 접속권한을 얻어 서비스연계 및 사후관리를 할 수 있는 방안 모색이 필요하다.
- 장기적으로 국가입퇴원관리시스템(AMIS), 정신건강사례관리시스템(MHIS), 사회보장정보시스템(행복e음) 등과의 양방향적인 연계방안을 도출하고, 데이터 활용방안 등에 관한 구체적인 방안이 필요하다.

○ 정신정간사례관리시스템(MHIS) 데이터 관리체계 강화

- 사례관리시스템은 지역사회 정신건강사업의 표준화와 평가체계의 정보화라는 단계적 대책으로 추진되었다. 이 시스템은 대상자의 초기상담부터 평가, 서비스 제공, 타 기관 연계, 퇴록 등 지역사회 정신건강사업 사례관리 과정 전반에 대한 기록·관리와 정신응급상황에서 자·타해 발생으로 인해 당사자 및 가족, 지역의 안전을 위협하는 대상자의 개입과정 전반에 대한 기록·관리, 전반적인 사례관리 과정에 대해 기록하고 표준화된 과정으로 서비스 개입이 가능하다.
- 2018년 6월에 오픈한 이 시스템은 2021년 사업영역별 현황화 및 사용자 요구 반영한 수시기능 개선을 추진하고 있고 안정적 운영 및 표준화된 시스템 활용을 위해 비대면 사용자 교육등을 지원하였다.
- MHIS에서 응급개입과 관련한 정보 입력은 위기개입팀에서만 사용 가능하다. 위기개입팀이 있는 광역정신건강복지센터에서 응급개입팀에 입력을 하게 되고 기초정신건강복지센터에서는 등록회원 사례관리를 통해 입력할 수 있다.
- 시스템과 관련한 문제에 있어 로그인 지속시간이 짧아 저장되지 않는 경우, 퇴록후 대상자 불러 오기 안되는 점, 실적조회 어려움, 시스템 사용 및 수정의 어려움, 현장과 시스템간의 괴리 등이 있었다. 현재 개발되어있는 정신건강사례관리시스템(MHIS)은 기능확장이나 시스템변경은 어려운 것으로 조사되었다.

- 데이터입력과 관련해서 정신건강사례관리시스템(MHIS)에서 추출된 데이터를 분석한 결과 담당자의 시스템 활용 역량에 따라 결과값이 달라지는 것으로 나타났다. 데이터입력에 있어 Label이 지정되어 있어도 공백 상태로 있거나 정확한 값이 입력되지 않는 경우가 많아 정확한 데이터 추출이 어려웠다. 이러한 문제 해결을 위해서는 광역정신건강복지센터의 주기적 시스템 교육과 컨설팅을 통한 시스템 관리체계 개선이 필요하다.

○ 정신건강복지센터의 전문인력 충원과 안정적 고용 보장

- 정신건강복지센터의 운영방식은 직영과 위탁으로 구분할 수 있다. 직영방식은 공공성에 기반하여 지역주민들의 접근용이, 지속적이고 안정적인 서비스 공급, 예산운용의 투명성, 지자체를 통한 예산 확보 등에서 장점이 있으며 단점으로는 관료주의로 인한 경직성, 전문인력 활용의 한계, 전문서비스 제공의 어려움, 불안정한 고용형태, 비효율성 등이 있었다. 위탁방식의 장점은 전문서비스제공, 비용절감과 효율성 증가, 예산집행의 자율성 등이 있으며 단점으로는 위탁기관 변경에 따른 운영 불안정성, 공공성 부족 등이 있는 것으로 나타났다.
- 하지만 정신건강복지센터의 실태조사 결과 직영·위탁 운영방식 모두 계약직 고용으로 인한 고용불안정이 지속되고 있으며 낮은임금 수준으로 인해 전문인력 이탈 및 충원이 어려운 것으로 나타났다.
- 경남의 경우 정신건강 전문인력의 84.4%가 정신의료기관, 정신요양 및 재활시설에 근무하는 것으로 나타나 공공서비스를 제공하는 정신건강복지센터의 전문인력확충이 필요한 상황이고 사천, 남해, 함양, 합천 4개 지역의 경우 정신건강전문요원이 없는 것으로 조사되었다.
- 정신건강전문인력은 정신질환자를 대상으로 지역사회 최일선에서 업무를 수행하는 고도화된 전문인력이다. 하지만 정신건강복지센터는 공무원, 계약직, 시간선택제공무원, 임기제공무원 등 다양한 고용형태가 있었고 직영운영방식의 공무원의 경우 호봉테이블에 적용을 받지 못하고 있어 개선이 필요한 것으로 조사되었다.
- 또한 사례관리자 1인당 등록 정신질환자 수는 2021년 기준 27.7명으로 전국평균 26.63명보다 1.1명 많은 것으로 나타났다. 장기적 인력충원 계획의 수립을 통해 전문인력을 충원하여 업무가중을 해소하고 정신건강전문인력에 대한 적정한 수당 및 급여테이블 적용을 통하여 현장에서 안정적 업무수행이 가능하도록 해야 할 것이다.

○ 위기개입 상황에서 정신건강전문요원의 현장대응 지침 명확화

- “정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내 2.0” 경찰과 소방의 위기개입 목적 및 대응방안에 대하여 법적근거를 기반으로 매뉴얼화 되어있다. 경찰은 “경찰법(제3조 국가경찰의 임무), 경찰관직무집행법(제2조 직무의 범위)”, 소방은 응급의료법에 따른 소방에서의 정신과적 응급 증상 개입기준이 “119구급대원 현장응급처치 표준 지침”에 명확하게 정의되어 있다.

- 이러한 법적근거, 지침으로 현장대응을 하는 경찰, 소방과 달리 정신건강복지센터의 정신건강 전문요원은 정신건강복지법의 제43조제2항제2호, 정신건강복지법 시행규칙 제34조제2항에 정신질환으로 인한 자·타해 기준 관련 법적 근거 이외에는 현장대응에 있어 권한을 명시한 법이나 지침이 부재하다.
- 정신과적 응급상황에서의 현장대응 안내에서 정신건강전문요원은 경찰과 소방의 출동요청에 의해 위기분류평가 및 필요한 법적·행정적 절차에 대한 조취, 입원치료를 위한 자원과약 정보 제공, 기타복지서비스 자원 파악 정보제공 등의 역할을 하는 것으로 안내되어 있다.
- 또한 현장에 출동하기 위한 보호장비, 안전조치에 대한 가이드라인이 없다. 본 연구를 통해 출동시 보호장비 갖추지 못한 정신건강복지센터가 대부분인 것으로 조사되었다. 또한 기초 정신건강복지센터에서 정신응급 위기개입 현장에 경찰의 요청으로 출동하여 대상자가 진정 되면 경찰에서 기초센터 담당자들만 현장에 남겨두고 철수하는 경우가 있어 2차 위험에 노출 되는 경우도 있었다.
- 경찰의 경우 위험성, 긴급성에 따라 개입을 하기 때문에 전문적인 정신평가가 이루어지지 않아 불필요한 입원이 진행될 가능성이 높다. 따라서 정신과적 응급상황에서의 현장대응시 정신 건강전문요원의 위기분류평가를 필수적으로 받는 등의 업무 권한에 대한 명확한 지침이 제시 되어야 할 것이고 정신건강전문요원의 안전에 관한 가이드라인도 제시되어야 할 것이다.

○ 도 차원의 중추적 정신건강 위기개입 컨트롤 타워 역할

- 그간 우리나라는 국민의 정신건강증진 및 조기 개입을 통한 삶의 질 향상을 위해 정신건강 복지기본계획, 자살예방기본계획, 국가건강검진종합계획 등 법정계획을 비롯해 국정과제를 통해 정신건강검진 체계 강화를 주요하게 제안해 왔다. 최근 발표한 ‘정신건강 정책 비전’은 예방에서 회복에 이르기까지 전주기를 관리하는 방식으로 국내 자살률을 10년 안에 50%나 감축 하겠다는 목표를 담고 있다. 그러나 고위험군 조기 발견 및 사후관리는 여전히 부족한 실정이며, 정신 건강 문제 전반에 걸쳐 예방적 건강관리체계 강화가 요구되고 있다.
- 정신건강 위기개입이 도청 내 보건관련 부서나 기초자치단체의 보건소에서 담당하기에는 사업수행의 한계가 많다. 경찰서, 소방서, 다양한 복지기관 및 행정부서, 고용 및 노동관련 기관, 교육 및 청소년 관련 기관 등 관련된 조직은 많으나 정신보건관련 부서나 조직 내에서 이를 통합하기에는 어려움이 많다. 광역자치단체장이 직접 정신건강, 자살예방 및 위기개입을 주도한 사례는 충청남도에서 있었고, 자살률이 전국 1위를 차지하고 있는 것과 관련하여 자치단체장의 역할을 강조하고 솔선수범하였다고 볼 수 있다. 기초자치단체 차원으로는 경남 김해시에서 2023년 시장 직속 기구로 생명존중대책본부를 설치하였고 시청 내 각 부서와 관련 조직이 협력할 수 있는 기반을 마련하였다.
- 중앙정부 또한 보건복지부의 정신건강정책과, 자살예방정책과에서 담당하던 업무를 대통령 직속으로 관리하기로 했다. 2023년 12월, 대통령이 직접 정신건강정책 혁신방안을 발표하고

2024년 3월까지 대통령 직속 정신건강혁신위원회를 구성하기로 하였다. 일상적 마음 돌봄 체계 구축, 정신응급대응 및 치료체계 재정비, 온전한 회복을 위한 복지서비스 혁신, 인식개선 및 정신건강 정책 추진체계 정비 등의 4대 전략을 수립하고 14개의 세부 과제를 제시하였다. 이 중 정신응급대응에 있어서는 시·도별 24시간 대응센터를 설치, 지역(시·도, 시·군·구) 내 협의체 활성화, 위기개입팀 확충 등의 과제를 제시하였다.

- 중앙정부의 계획이 아무리 구체적이어도 자치단체(시·도, 시·군·구)의 의지가 수반되지 않으면 아무것도 시행될 수 없다. 경상남도 차원에서 강한 의지를 갖고 시·군의 정신건강 위기개입이 효율적으로 시행될 수 있도록 지원이 필요하다.

<참고문헌>

- 김현주(2023). “미국과 영국의 중증 정신질환 국가책임제” 국회도서관 68호
- 국가정신건강포털(2022). “전국 시·도별 자살사망자수”
- 보건복지부·경찰청·국립정신건강센터(2017). “정신과적 응급상황에서의 현장 대응 안내2.0”
- 국립정신건강센터(2021). “국가 정신건강인력 현황 분석을 통한 인력계획 수립 연구”
- 국립정신건강센터(2021). “국가정신건강현황보고서”
- 보건복지부(2021). “지역기반 정신응급 대응체계 구축 연구” 서울특별시보라매병원
- 보건복지부(2023). “2023년 권역정신응급의료센터 공모 및 선정계획”
- 보건복지부(2023). “공공보건의료 협력체계 구축 사업 안내”
- 보건복지부(2023). “2023 정신건강사업안내”
- 백상숙(2020). “호주의 정신보건법상 정신건강심판원 제도” 한국법제연구원 2권2호, pp103-115
- 신상도, 함봉진외(2010). “정신질환 응급의료체계 수립방안 연구” 국립정신보건교육·연구센터
- 손해인(2023). “코로나19 이후 정신건강위기에 대한 미국 정신건강정책의 대응과 시사점 : 뉴욕주를 중심으로” 국제사회보장리뷰 Vol.26, pp.88-100
- 안재경, 최이문(2019). “경찰의 정신질환 위기대처방안에 대한 연구” 경찰학연구 vOL19.2, pp.117-145
- 윤명숙, 이선영(2008). “한국 정신건강 정책의 실태 및 문제점과 개선방향” 한국사회복지정책학회 Vol 35, pp.329-354
- 정진욱, 채희란외(2012). “정신건강 고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구” 한국보건사회연구원
- 전진아, 강혜리(2020). “정신건강서비스 전달체계의 현황과 과제” 한국보건사회연구원 Vol.282, pp30-42
- 전준희(2021). “지역사회통합돌봄 정신질환자 부문의 성과와 한계-화성시를 중심으로-” 한국사회복지학회 pp.1641-1658
- 조근호, 장미(2019). “동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 정신보건법 비교(Comparison of Mental Health Act about Involuntary Admission among 4 East Asian Countries)” 대한신경정신의학회 58권4호, pp297-313
- 조윤화, 이용표외(2021). “위기 정신장애인의 지역사회 정착을 위한 지원체계 연구” 한국장애인개발원
- 질병관리청(2022). “지역사회건강조사”
- 중앙정신건강복지사업지원단(2022). “정신건강동향”
- 한국생명존중희망재단(2022). “자살예방백서”
- 한혜진, 전진아(2023). “일본과 미국의 재난 정신건강 대응 거버넌스 고찰” 국제사회보장리뷰, Vol25, pp85-96
- 홍선미, 김도희(2016). “정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사” 국가인권위원회
- 통계청(2023). “2022년 사망원인통계 결과”

<참고 웹사이트>

경남일보 <https://www.gnnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=542382>

경상남도 정신건강 데이터포털 http://gnmdata.cmaruw.com/sub03/sub01_01.php

경향신문 <https://www.khan.co.kr/national/health-welfare/article/202308131014001>

국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr/unSc.do?menuId=10&query=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B2%95>

국가통계포털 <https://kosis.kr/index/index.do>

국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr/unSc.do?menuId=10&query=%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B2%95>

국립정신건강센터 https://www.ncmh.go.kr/research/board/boardView.do;jsessionid=G7hMptwxLaJrROcGExB18L61fbetth1xcGISAQmk1Gs7CmLFnkG91v4cwnuRkIFB.mohwwas1_servlet_engine1?no=656&fno=84&bn=SNMH_COMMON_BOARD&menu_cd=03_02_00_05&bno=&pageIndex=&search_item=&search_content=#

뉴스시스 https://www.newsis.com/view/?id=NISX20190711_0000708248&cID=11011&pID=16000

마인트포스트 <http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=7067>

메디컬투데이 <https://mdtoday.co.kr/news/view/1065593201917939%B0%EB%A6%AC%EB%82%98%EB%9D%BC%20%EC%84%B1%EC%9D%B8%204%EB%AA%85%EC%A4%91%201,%EB%A5%BC%2026%EC%9D%BC%20%EB%B0%9C%ED%91%9C%ED%96%88%EB%8B%A4>

메디칼타임즈 <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1154959>

비전21뉴스 <http://www.vision21.kr/news/article.html?no=222831>

복지TV전북방송 <http://www.wbcjbtv.com/>

보건복지부 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010200&bid=0019&act=view&list_no=377925

복지타임즈 <https://www.bokjitime.com/news/articleView.html?idxno=35669>

의학신문 <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2080169>

한의학신문 https://www.akomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=47388#:~:text=%EC%9A

U-LEX https://www.ulex.co.kr/%EB%B2%95%EB%A5%A0/1517869-2200231-%EA%B2%BD%EA%B8%B0%EB%8F%84%EC%A0%95%EC%8B%A0%EA%B1%B4%EA%B0%95%EC%9C%84%EA%B8%B0?search_type=laws&search_text=%EA%B2%BD%EA%B8%B0%EB%8F%84%20%EC%9C%84%EA%B8%B0%EA%B0%9C%EC%9E%85&keyword_related=