

2013-PR-16

## 서울시민 정신건강증진을 위한 지원방안

Support Plan for Mental Health Promotion in Seoul

노은이

2013-PR-16

## 서울시민 정신건강증진을 위한 지원방안

Support Plan for Mental Health Promotion in Seoul

## 연구진

연구책임	노은이	미래사회연구실 연구위원
공동연구	서동우	한별정신건강병원 의사
연구원	윤여원	미래사회연구실 연구원

이 보고서의 내용은 연구진의 견해로서  
서울특별시의 정책과는 다를 수도 있습니다.

# 요약 및 정책건의

## 1 연구의 개요

### 1.1 연구배경

- 현대인들은 빠르게 변화하는 사회와 문화에 적응하기 위해 다양한 정신적 부담을 감수해야 하며 이러한 변화적응에 따르는 어려움이나 혼란은 사회적 일탈과 정신건강 문제를 야기하는 원인으로 작용하여 정신건강 문제를 호소하는 사람들의 수가 증가하고 있음. 이는 세계적으로 공통된 트렌드이기도 함. 정신건강 문제는 우울과 자살을 포함하여 스트레스로 인한 각종 심인성 정신질환, 외상후스트레스장애로 점차 확대되어 가고 있음.
- 특히 우리나라 자살사망률은 수년간 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 1위이며, OECD 국가 평균 자살률의 거의 3배에 달하는 수치를 보이며 자살문제의 심각성을 드러내고 있음. 2011년 OECD 건강자료(Health Data)에 따르면 한국의 자살률 증가속도 또한 매우 빠르게 증가하는 추세로 나타나, 자살률이 감소하고 있는 OECD 국가와 비교하였을 때 그 심각성이 더욱 부각됨.
- 특히, 서울시는 10대에서 30대 사이의 사망원인 1위가 자살이며, 2011년 인구 10만 명당 자살로 인한 사망률과 교통사고로 인한 사망률을 비교해 보았을 때 자살이 교통사고보다 무려 6.6배나 높은 사망률을 보인다는 점에서 자살이 심각한 사회문제로 대두되고 있음.
- 그러나, 현재 정신건강증진을 목적으로 하는 정신보건법의 명분과 달리 정신보건정책과 사업은 정신질환자 중심으로 이루어져 있어 우울, 스트레스, 자살 등을 포함한 일반시민 대상의 정신건강증진을 위한 구체적인 서비스 제공이 아직 체계적이지 못하고, 그 내용과 질적 측면 모두 매우 부족한 실정임.
- 일반인 대상 정신건강증진사업의 활성화와 예방을 위해서는 일반인의 인식 개선과 함께 지역사회 내에서 서비스를 활성화할 수 있는 보다 적극적인 방향 모색이 필요함. 현재 서울시 지역사회 정신건강증진사업은 만성 중증정신질환자 중심의 사업에서 일반 시민을 대상으로 한 정신건강증진 및 정신질환 예방사업으로 점진적으로 확

대되고 있는 상황이나, 좀 더 효과적인 일반인 대상 정신건강 관리체계의 구축이 요구됨.

## 12 연구목적

- 이 연구는 서울시민의 정신건강 특성을 분석하고 지역사회 정신건강증진사업의 현황 및 문제점을 종합적으로 검토하여 일반시민 대상 지역사회 정신건강증진사업이 활성화될 수 있는 서울시민 정신건강증진을 위한 지원방안을 제시하고자 함. 이를 위해 1) 정신건강증진과 관련된 이론적 정리와 사업의 필요성을 제시하고, 2) 서울시민의 정신건강 특성 및 인식을 분석하며, 3) 서울시 정신보건관련 정책과 사업 현황을 종합적으로 파악하고, 4) 해외도시의 일반시민 대상 정신건강증진사업 사례를 심층 고찰하며, 5) 지역사회에서 작동할 수 있는 일반시민 대상 지역사회 정신건강증진을 위한 정책적 지원방안을 제안함.

## 13 연구 내용

- 이 연구의 내용은 제1장 연구개요, 제2장 정신건강증진의 의의, 제3장 정신건강 정책 동향, 제4장 서울시민 정신건강 실태분석, 제5장 서울시 정신보건정책 및 서비스 공급현황, 제6장 정신건강증진을 위한 정책적 지원방안으로 구성됨.

## 14 연구 방법

- 문헌연구 및 기초자료 분석
- 2차 데이터 분석
- 실무자 인터뷰 및 전문가 자문회의

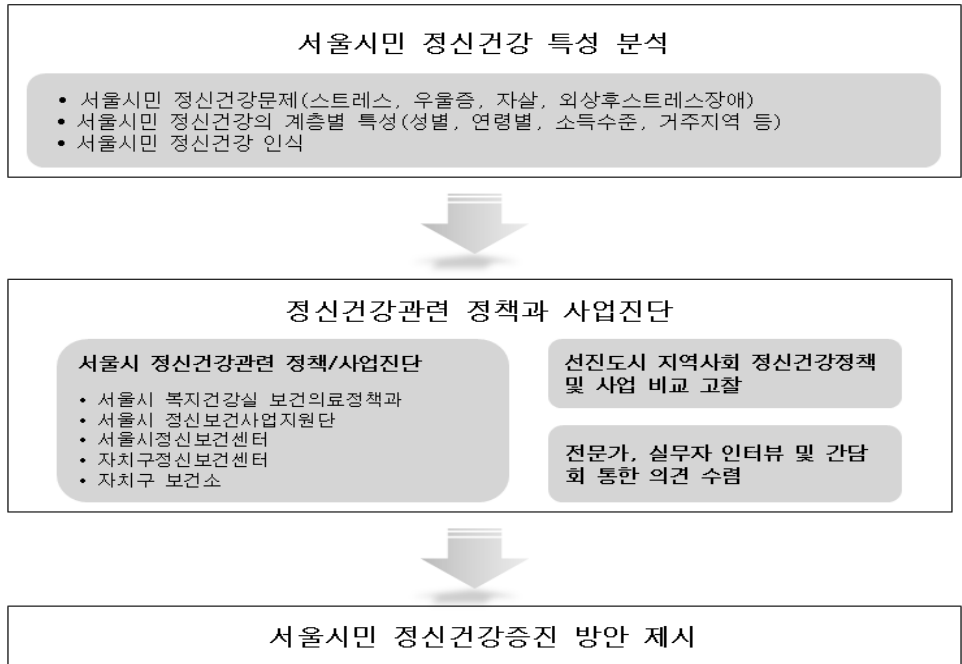


그림 1 연구 구성 및 체계

- 서울시민 자살생각률은 학력수준과 경제수준이 낮을수록, 신체적, 정신적 건강상태가 나쁠수록, 스트레스가 높을수록 높아짐.
- 자살생각률은 여자가 28.7%로 남자의 19.0%보다 더 높음.
- 신체적, 정신적 건강상태가 좋지 않을수록 자살생각률은 높아지며(51.8%, 67.8%), 스트레스 초고위험군일수록 자살생각률은 높게 나타남(70.3%).
- 중학교 졸업 이하 그룹의 자살생각률은 30.5%인 반면, 대학교 재학 이상 학력 그룹의 자살생각률은 19.5%임.
- 경제수준 ‘하’로 응답한 그룹의 자살생각률은 40.6%에 달하는 반면, 경제수준 ‘상’으로 응답한 그룹의 자살생각률은 5.1%에 불과함.
- 무직 또는 퇴직자의 자살생각률이 33.3%로 다른 직업군에 비해 높음.

- 서울시민 자살사망자수는 10만 명당 26.9명으로 전국의 37.1명보다 낮은 수준이나 2000년 대비 2010년 증가율은 전국의 2.4배에 비해 서울은 2.9배로 더 빠른 증가속도를 보임.
- 2011년 서울시 자살사망자수는 2,722명으로 하루 평균 7.5명이 자살로 사망함. 이와 같이 자살사망자수 증가의 심각성은 사망원인 순위에도 반영됨. 자살은 2010년 한국의 10대 사망원인 중 4위를 차지함.
- 2011년에는 남성이 전체 자살의 69%를 차지하여, 여성보다 2.2배 높음.
- 서울시민의 자살원인은 정신적, 신체적 질병, 경제생활문제, 가정불화 문제 순으로 높게 나타남.
- 서울시 연령대별 자살사망률은 65세 이상 노인 자살률이 다른 연령대에 비해 높고, 10세에서 19세 사이의 청소년 자살사망률은 2010년부터 감소추세에 있으나 전국보다 높은 수준임 .
- 노인 연령층에서 자살률이 가장 높으나, 실제 자살자 수는 40대가 가장 많은 것으로 파악됨.
- 10대에서 30대 사이는 자살이 사망원인 중 1위, 40대에서 50대 사이는 자살이 사망원인 중 4위로 나타나 자살이 사망원인에 큰 영향을 미치는 요인임.
- 서울시 우울감 경험률은 2012년 6.2%로 타 시도에 비해 높은 편이며 성별과 연령, 경제수준에 따라 차이를 보임.
- 여자의 우울감 경험률이 9%로 남자의 4.6%보다 높으며 연령별로 보면 우울감 경험률은 70세 이상 노인이 9.6%로 가장 높고, 이어 50~59세가 7.9%, 60~69세가 7.3% 순으로 높게 나타남.
- 우울감 경험률은 경제수준 상위 그룹이 17.9%였으나 중위그룹은 24.1%, 하위그룹은 34%로 경제수준이 낮을수록 우울감 경험률이 증가함.
- 서울시민 스트레스가 전국국민보다 높은 수준이며 직장스트레스가 가장 높음.
- 서울시민 스트레스는 72.4%인 반면, 전국국민 스트레스는 69.6%로 서울이 더 높음.
- 서울시민의 스트레스는 직장생활 스트레스가 77.6%로 가장 높고, 이어 일상생활 스트레스가 72.4%, 학교생활 스트레스가 56.6%, 가정생활 스트레스가 50.3%로 나타남.
- 서울시민 스트레스 경험률은 다양한 인구사회학적 변수에 따라 차이를 보임.
- 30대와 40대의 스트레스 경험률이 가장 높으며 그 원인은 직장스트레스로 나타남.

10대와 20대, 60대의 가정생활 스트레스 경험률이 높은 것으로 파악됨.

- 서울시내 중고생의 평소 스트레스 수준이 성인보다 높으며, 스트레스 원인은 공부, 부모와의 갈등, 외모 순으로 나타남.
- o 서울시에서 제공하는 정신보건사업에 대한 인지율은 낮은 반면, 서비스 이용 의향률은 높은 편임.
- 서울시민의 29.3%가 정신건강증진센터를 알고 있고, 불과 7.4%가 블루터치를 인지하고 있어 서울시의 정책 및 사업에 대한 홍보가 필요함.
- 이에 반해, 서울시민의 66.9%가 정신보건 서비스에 대한 이용의향이 있으며 특히 스트레스관리, 우울증세 상담, 자녀의 정신건강에 대한 수요가 높게 나타남.

## 2.2 서울시 정신보건정책 및 서비스 공급현황 분석

- o 서울시 정신건강증진사업은 서울시 복지건강실 보건의료정책과, 여성가족정책실 아동청소년 담당관, 서울시 교육청이 담당하며 주로 서울시 복지건강실 보건의료정책과를 주축으로 진행됨.
- 서울시 복지건강실 보건의료정책과 정신보건팀은 정신질환자 대상 사회복귀시설 및 정신요양시설 운영 및 관리, 정신보건관련 법인 및 단체 등록, 알코올상담센터 운영 및 지도감독, 서울시 광역 정신보건센터 운영 및 지원, 지역정신보건센터 운영 및 지원, 아동정신보건시설 관련 업무 등 정신질환자 중심의 업무와 더불어 자살예방센터 및 사업과 관련된 업무도 담당하고 있음.
- 서울시 정신건강증진센터로는 광역단위의 센터와 25개 자치구의 지역정신건강증진센터가 운영되고 있음.
- 자살예방센터도 광역단위로 서울시자살예방센터가 있으며 25개 자치구 지역정신건강증진센터와 함께 자살예방센터가 설치되어 운영 중이며 서울시민의 우울, 자살, 스트레스 예방과 관련하여 개입함.



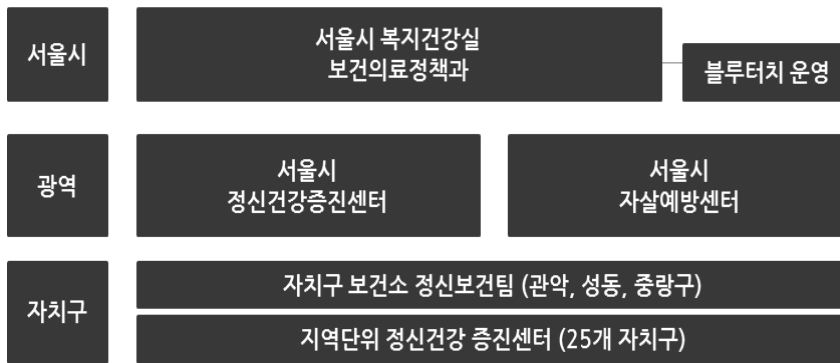


그림 2 서울시 정신건강서비스 공급체계

- 일반시민의 정신건강 수요증가에 대한 지원체계 구축 필요
- 우울감, 스트레스 등 일반인의 정신건강 상담 수요가 증가하고 있으나 대부분 전화 상담이며 일반인 상담은 보통 일회성으로 이루어지고 있음.
- 우울, 스트레스, 자살 등 고위험군이 될 소지가 있는 사람들의 정신건강증진사업에 접근할 수 있는 통로가 부족함.
- 일반시민이 정신건강센터에 접근할 수 있는 접점을 더 많이 마련하고 수요에 의한 단계적 서비스를 벗어나 일반시민의 정신건강증진을 위한 체계적 접근이 필요함.
- 특히 노인, 저소득층, 아동청소년 등 취약계층에 대한 지원체계 마련이 요구됨.
- 정신건강증진센터의 역할정립 필요
- 중증질환자 관리 중심으로 운영되던 정신보건센터가 정신건강증진센터로 명칭이 변경되면서 정신질환자 중심 업무에 일반시민 대상 업무가 추가됨. 업무가 증가하였음에도 불구하고 업무 증가에 따른 인력충원은 이루어지지 않고 있으며, 중증질환자 대상 교육을 받은 정신보건전문요원이 일반시민 대상 정신건강증진 업무까지 담당하게 되면서 기존의 업무에 지장을 초래하고 있음.
- 인력부족으로 인한 과다업무와 고용불안정에 따른 높은 이직률은 정신건강증진센터의 효율적 업무 수행에 큰 장애물로 작용하고 있음.
- 중증정신질환자 사례관리에 대한 문헌조사 결과 적정인원은 사례관리자 1명당 최대 30명에서 50명으로 제시되고 있는 바와 같이(서울시정신건강증진센터, 2012, 서울시지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서) 서울시 지역 정신건강증진센터의 인력에 대한 기준인원의 제시가 필요함.
- 질환자 중심으로 운영되던 정신보건센터가 일반인 대상 사업을 확대하면서 예산부

족의 문제도 발생하고 있을 뿐 아니라 불분명한 역할로 인해 평가체계의 객관성과 심사기준도 문제가 발생함.

- 현재 중증정신질환자뿐만 아니라 대부분의 정신건강 관련 이슈는 자치구 정신건강증진센터가 담당하고 있음. 정신건강증진센터의 명확한 역할을 정립하여 그 역할에 적합한 업무를 수행하게 해야 하며 일반시민 대상 정신건강증진사업을 자치구 정신건강증진센터가 담당하여 운영하는 것이 합당한지에 대한 검토가 필요함.

### 3 정책적 지원방안

#### 3.1 지역사회 중심 정신건강증진사업 지원방안

- 공급체계 개선방안
- 지역사회 내 정신보건센터가 제공하는 지역사회 정신보건서비스에 대해 충족되지 않는 요구도와 전문성 부족을 해결하는 세 가지 대안을 고려할 수 있음.
- 첫째는 정신보건센터에서 정신건강증진사업 업무를 분리하여 보건소 내 설치될 정신보건팀에 이관하는 방안, 둘째는 정신질환자 대상 사업을 진행하는 정신보건센터와 별도로 일반인을 대상으로 정신건강증진사업을 시행하는 센터를 설치하는 방안, 셋째는 자치구별 특성에 따른 예산과 인력기준을 반영하여 기존의 정신보건센터 내 정신질환자와 일반인 대상 사업을 원활하게 운영하는 방안임.
- 지역사회 내 자원 활용 및 지역특화사업 제공
- 지역 내 의료기관, 종합복지관, 노인복지관, 청소년 수련관, 학교, 주민자치센터, 문화공간, 마을공동체 등과의 네트워크 강화를 통해 올바른 정보를 제공하고 사업연계가 가능하도록 하는 방안을 고려함.
- 자치구별 현황 및 수요분석을 고려한 자살, 스트레스, 우울 등의 정신건강문제에 대한 차별화된 사업을 시행함.

#### 3.2 정신건강사업 및 프로그램 지원

- 자살률 감소
- 서울시 자살문제와 관련하여 자살예방센터 이외에도 다양한 기관 차원에서 자살예방 접근이 필요함. 단순한 보건·복지의 차원에서의 논의뿐 아니라 지역 내 의료기관,

복지시설, 학교 등과의 업무협조체계 구축을 통한 자살예방 관련기관의 기능강화가 필요함.

- 자치구별 자살률 특성을 고려하여 자살률 감소 방안을 모색할 필요가 있음.
  - 취약계층 지원
- 자살고위험군을 위한 정책의 일환으로 저소득층에 대한 사회안전망 구축 및 서비스 연계가 이루어져야 함. 구체적으로 사회안전망 담당 공무원과 사회복지사 등을 대상으로 정신건강에 대한 기본지식과 자살위험 평가 방법 등 관련 교육과 훈련이 우선시 되어야 함.
- 노년기의 자살은 배우자의 사망, 황혼이혼, 가족지지체계 와해, 경제적 어려움 등과 같은 다양한 요인과 연관되어 있다는 점을 감안하여, 이러한 위험요인에 접근할 수 있는 기본적인 정신보건 교육이 필요함.
- 아동·청소년의 자살예방을 위해 학교, 교육청 등과의 연계가 우선시되어야 하며, 정신건강문제에 대한 조기발견과 상담 등이 이루어져야 할 것임. 이를 실현하기 위해서 지역사회 내 보건복지서비스와의 연계체계를 구축해야 함.

### 33 정신건강 예방, 홍보, 인식개선 방안

- 일반시민 접근통로 확대
- 보건소와 정신건강증진센터 내 일반인 접근이 가능한 공간 마련이 필요함.
- 다양한 해외의 사례를 반영하여, 일반시민 정신건강 상담 서비스를 강화하고, 특히 PTSD 관련 상담 서비스 개설이 중요함.
- 생애주기별 예방교육 제공
- 산모, 영유아, 아동·청소년, 주부, 노인의 각 생애주기에 맞는 선별검사 및 교육이 제공되어야 함.
- 법·제도적 지원방안
- ‘정신질환’과 ‘정신건강증진’에 대한 명확한 기준정립이 우선시되어야 하고, 이를 토대로 한 법체계의 정비가 요구됨.
- 취약계층인 아동·청소년의 정신건강증진에 대한 규율을 일반인과 구분하는 구체적인 보호규정 마련이 필요함.

# 차례

<b>I</b>	<b>연구 개요</b>	<b>18</b>
1	연구 배경 및 목적	18
1 1	연구 배경	18
1 2	연구 목적	22
2	연구 내용 및 방법	22
2 1	연구 내용	22
2 2	연구 방법	23
3	연구 체계	25
<b>II</b>	<b>정신건강증진의 의의</b>	<b>28</b>
1	정신건강의 정의	28
2	정신건강문제 및 정신질환의 정의	29
3	정신질환 예방 및 정신건강증진의 정의	30
3 1	질병의 위험요인 및 방해요인	30
3 2	위험요인과 방해요인의 관계 및 예방적 함의	30
3 3	정신질환의 예방	33
3 4	정신건강증진	35
4	정신건강의 중요성	37
4 1	외국의 질병부담 연구	37
4 2	우리나라 질병부담 연구	42
4 3	정신건강과 신체건강의 관계	43
<b>III</b>	<b>정신건강정책 동향</b>	<b>46</b>
1	해외도시 정신건강정책 사례	46
1 1	미국	46
1 2	캐나다	48
1 3	호주	52

1 4	영국	58
2	해외사례 시사점	60
<b>IV</b>	<b>서울시민 정신건강 실태 분석</b>	<b>62</b>
1	서울시민 정신건강 실태	62
1 1	자살	62
1 2	우울증	71
1 3	스트레스	74
2	중고생 스트레스 인지율	77
3	서울시민 정신건강 인지도	78
3 1	정신건강 인식정도	78
3 2	서울시 정신보건사업 인지율	78
4	종합 및 시사점	80
<b>V</b>	<b>서울시 정신보건정책 및 서비스 공급현황</b>	<b>82</b>
1	중앙정부 정신보건정책 현황	82
1 1	중앙정부 정신보건정책	82
2	서울시 정신보건사업 운영 현황	88
2 1	서울시 복지건강실 보건의료정책과	88
2 2	서울시 광역 단위 센터 사업현황	92
3	자치구 정신보건사업 현황	102
3 1	자치구 정신건강증진센터 운영 현황	102
3 2	자치구 정신건강증진센터 사업 현황	104
3 3	문제점 및 시사점	112
<b>VI</b>	<b>정신건강증진을 위한 정책적 지원방안</b>	<b>118</b>
1	지역사회 중심 정신건강증진사업 지원방안	118
1 1	지역사회 정신건강증진사업 공급체계 개선방안	118
1 2	지역사회 내 자원 활용 및 지역특화사업 제공	121
2	정신건강사업 및 프로그램 지원	124

2 1	자살률 감소	124
2 2	취약계층 지원	125
3	정신건강 예방, 홍보, 인식개선 방안	128
3 1	일반시민 접근통로 확대	128
3 2	생애주기별 예방교육 제공	129
3 3	법·제도적 지원방안	130
	<b>참고문헌</b>	<b>132</b>
	<b>부록</b>	<b>138</b>
	<b>영문요약</b>	<b>162</b>

## 표차례

표 1-1	서울시민 정신건강 특성 및 추이분석	24
표 2-1	정신질환 및 정신건강문제 위험요인	32
표 2-2	정신질환 및 정신건강문제 방어요인	32
표 2-3	전 세계의 5대 질병부담(사망과 장애요인 포함)	37
표 2-4	전 세계의 10대 장애요인(1990)	38
표 2-5	질병군별 질병부담(1990)	38
표 2-6	질병군별 미국의 치료비 지출(1996)	41
표 4-1	한국의 10대 사망원인 변화추이	65
표 4-2	연령별 사망순위(전국)	67
표 4-3	시도별 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율	68
표 4-4	서울 중고생 스트레스 원인	78
표 5-1	제3차 국민건강증진종합계획에 따른 정신보건사업	84
표 5-2	제3차 국민건강증진종합계획에 따른 학교 정신보건사업	87
표 5-3	자살예방센터 사업내용	93
표 5-4	정신건강증진센터 사업내용	102
표 5-5	자치구 정신건강증진센터 현황	103
표 5-6	자치구 정신건강증진센터 시설 형태	104
표 5-7	자치구 정신건강증진센터 자살예방사업 분류	105
표 5-8	자치구 지역정신건강증진센터 자살예방사업 현황	106
표 5-9	우울예방사업 분류	108
표 5-10	생애주기별 지역정신보건센터 우울예방사업 현황	108
표 5-11	자치구 정신건강증진센터 스트레스관리사업 분류	110
표 5-12	생애주기별 지역정신보건센터 스트레스관리사업 현황	110
표 5-13	서울시 학교 정신건강증진사업 현황	111
표 6-1	지역사회자원을 활용한 정신건강증진센터 프로그램	122
표 6-2	지역사회 내 유관기관 정신건강관련 프로그램	122

## 그림차례

그림 1-1	OECD 국가의 자살률(2010년 내외)	19
그림 1-2	OECD 국가의 자살률 증가율	20
그림 1-3	연구 구성 및 체계	25
그림 2-1	질병에 대한 개입활동의 분류	35
그림 2-2	정신질환으로 인한 사회적 비용	39
그림 2-3	정신질환으로 인한 사회적 비용과 타 분야의 국가적 지출 비교	40
그림 2-4	영국 NHS의 질환별 치료비용 비교	40
그림 2-5	주요 질환의 환자당 치료 비용	41
그림 2-6	한국인의 질병부담	42
그림 2-7	신체질환자의 주요 우울증 유병률	44
그림 4-1	서울시민 자살생각률	62
그림 4-2	성별, 학력, 경제수준, 직업에 따른 서울시민 자살생각률	63
그림 4-3	신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 스트레스 위험군에 따른 서울시민 자살생각률	63
그림 4-4	전국 vs 서울의 인구 10만 명당 자살사망률	64
그림 4-5	연령별 자살률 변화추이(1985~2010)	65
그림 4-6	서울시 연령대별 자살률	66
그림 4-7	연령별 10만 명당 사망률 및 사망자수(전국)	67
그림 4-8	서울시 자치구별 인구 10만 명당 자살사망률	69
그림 4-9	7개 광역도시 자살충동률	69
그림 4-10	서울시 자살사망자의 자살원인	70
그림 4-11	서울시 10대 자살원인	70
그림 4-12	서울시 20대 자살원인	71
그림 4-13	서울시 60대 이상 자살원인	71
그림 4-14	7개 광역도시 우울감 경험률	72
그림 4-15	서울시 성별 우울감 경험률	72
그림 4-16	서울시 연령별 우울감 경험률	72
그림 4-17	서울시민 경제수준에 따른 우울증 경험유무 및 도움 요청 경험	73



그림 4-18	여성우울증진료비 청구 건수(전국)	73
그림 4-19	자치구별 우울감 경험률	74
그림 4-20	광역시도 스트레스 인지율	75
그림 4-21	전국 vs 서울 스트레스 정도	75
그림 4-22	전국 vs 서울 연령별 스트레스 경험률	76
그림 4-23	전국 vs 서울 연령별 가정생활 스트레스 정도	76
그림 4-24	서울시 직장생활 스트레스 정도	77
그림 4-25	서울시 중고생 및 성인 스트레스율	77
그림 4-26	서울시민 스트레스, 우울증 질병 인식정도	78
그림 4-27	서울시민 정신보건사업 인지율	79
그림 4-28	서울시민 정신보건서비스 인지율	79
그림 5-1	중앙정부 정신건강증진사업 공급체계	88
그림 5-2	서울시 정신건강서비스 공급체계	89
그림 5-3	서울시 정신건강 예산 현황	91
그림 5-4	서울시정신건강증진센터 사업목표	92
그림 5-5	자살예방 업무연계체계	94
그림 5-6	서울시 자살예방사업 미션 및 업무내용	97
그림 5-7	서울시 아동·청소년 정신건강관련 교육 및 프로그램	98
그림 5-8	서울시 지역 정신건강증진센터 개소현황	101
그림 5-9	현행 서울시 정신건강증진 업무 체계도	113
그림 6-1	자치구별 보건소와 정신건강증진센터 역할분담(1안)	119
그림 6-2	정신건강증진 관련 별도공간 마련의 예상 효과	128
그림 6-3	생애주기별 예방교육 제시(안)	130

# I      연구 개요

- 1      연구 배경 및 목적
- 2      연구 내용 및 방법
- 3      연구 체계

# I 연구 개요

## 1 연구 배경 및 목적

### 1.1 연구 배경

#### 1.1.1 정신건강 문제의 증가

현대인들은 빠르게 변화하는 사회와 문화에 적응하기 위해 스트레스와 다양한 정신적 부담을 감수해야 한다. 이러한 변화적응에 따르는 어려움이나 혼란은 사회적 이탈과 정신건강 문제를 야기하는 원인으로 작용하기도 한다. 현대사회에서 흔하게 발생하는 실업, 이혼이나 별거 등 가족해체의 문제뿐 아니라 아직 완전히 해결되지 않은 채 상당기간 안고 가야 할 저학력, 빈곤은 정신건강을 위협하는 대표적 사회문제이다. 이로 인해 정신건강 문제를 호소하는 사람들이 증가하고 있으며 이는 세계적으로 공통된 트렌드이기도 하다. 정신건강 문제는 우울과 자살을 포함하여 스트레스로 인한 각종 심인성 정신질환, 외상후스트레스장애로 점차 확대되어 가고 있다. 특히 한국은 자살사망률이 OECD 국가 중 1위이며, 노인자살률도 OECD 국가 중 1위이다. 우리나라 자살률은 OECD 국가 평균의 거의 3배에 달하는 수치를 보이고 있다. 자살률이 높은 것도 문제이지만 더욱 심각한 문제는 그 증가율이 세계적 유례가 없을 정도로 빠르다는 데 있다. OECD 국가들의 자살률 증가속도를 비교한 그림 1-1을 보면, 우리나라는 대부분이 감소 중인 다른 나라의 자살률에 비해 매우 높은 속도로 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 다른 국가에 비해 우리나라의 자살률이 이례적으로 높기 때문에, 다른 국가와 달리 자살예방은 물론, 자살과 관련이 있는 다양한 정신질환의 예방과 조기발견, 치료를 포함하여 국민의 정신건강증진을 위해 높은 투자와 관심이 있어야 함은 당연하다. 그러나 자살예방과 정신질환 치료 및 정신건강증진 등에 대한 국가정책의 절대적, 상대적 우선순위는 현저히 낮은 수준이다.

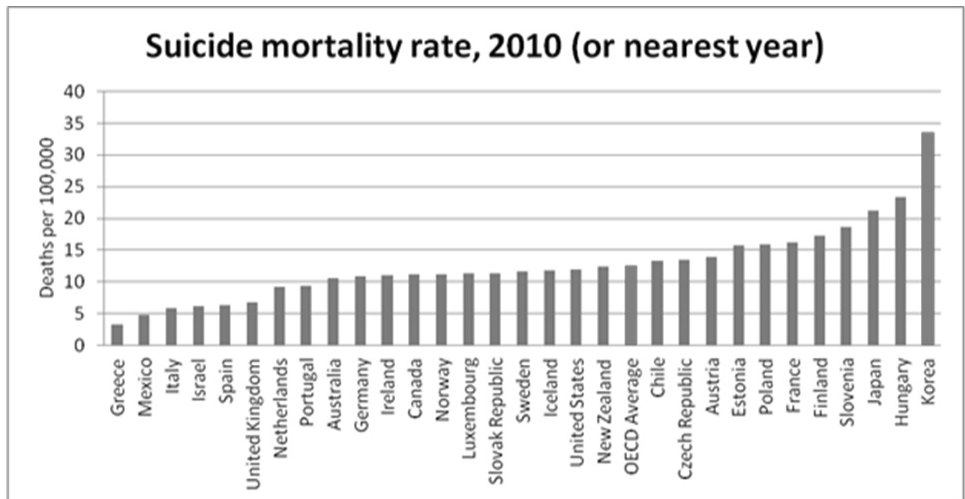


그림 1-1 OECD 국가의 자살률(2010년 내외)

자료 : OECD Health Data, 2011

서울시에서 10~30대의 사망원인 1위가 자살이며 2011년 통계청 사망원인 통계에 의하면 교통사고로 인한 사망률은 인구 10만 명당 4.1명인 데 비해 자살로 인한 사망률은 인구 10만 명당 26.9명으로 자살이 교통사고보다 무려 6.6배나 높은 사망률을 보여 보건학적으로나, 사회적으로 서울시에서 자살은 매우 중요한 문제로 부각되고 있다.

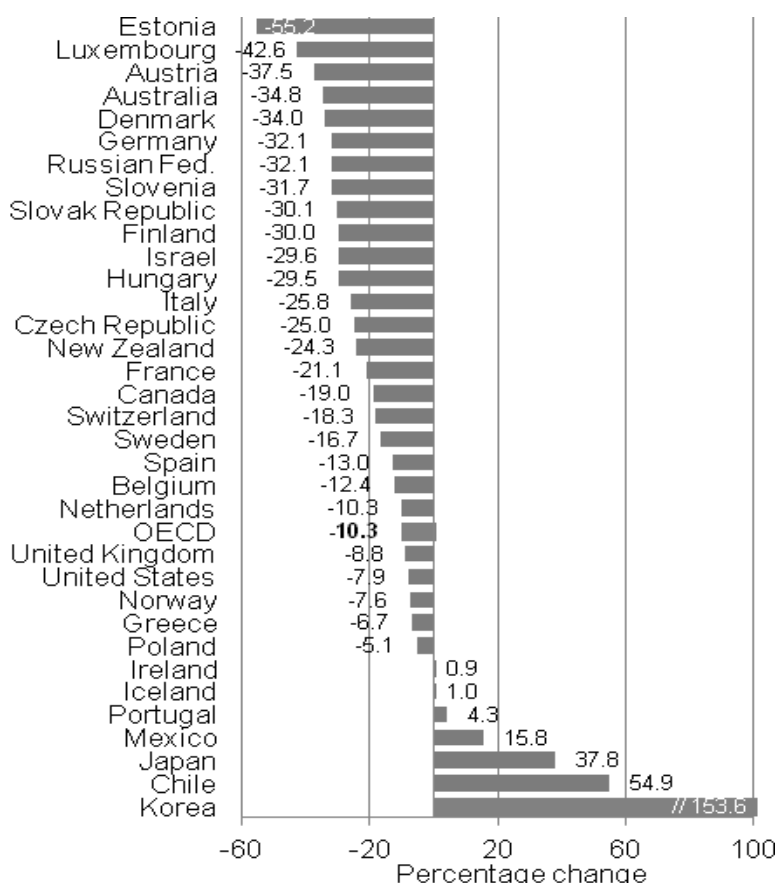


그림 1-2 OECD 국가의 자살률 증가율

자료 : OECD Health Data, 2011

## 112 일반시민 대상 정신보건정책 및 사업 미비

정신건강의 증진은 생산성 향상, 범죄감소, 의료비 절감, 시민행복 증진의 측면에서 그 중요성이 점점 커지고 있다. 다양한 정신건강 문제의 증가로 인해 2000년대 중반으로 접어들면서, 기존의 지역사회 정신보건사업은 만성 중증정신질환의 조기발견과 재활 등의 만성 정신질환자 관리사업에서 알코올 중독관리사업, 아동 청소년 정신보건사업, 자살예방사업 등으로 확대되기 시작했다. 서울시 아동 가운데 약 25%가 정서 또는 행동상의 문제를 가지고 있다는 보고에도 불구하고 시민들의 잘못된 인식, 서비스 공급체계의 미흡, 효과적인 연계체계의 부족, 비용 등의 문제 때문에 실제로 정신건강 서비스를 이용하는 시민의 비율은 매우 낮은 실정이다. 현재 국민의 정신건강증진을 목적으로 하는 정신보건법의 명분과 달리 정신보건정책과 사업은 정신질

환자 중심으로 이루어져 있어 우울, 스트레스, 자살 등을 포함한 일반시민 대상의 정신건강증진을 위한 구체적인 서비스 제공은 아직 체계적이지 못하고, 그 내용과 질적 측면 모두 매우 부족한 실정이다. 따라서 정신질환자 대상 정책 및 사업과 더불어 점차 수요와 필요성이 증가하고 있는 일반시민 대상 정신건강정책 및 사업체계의 구축이 필요하다.

### 113 지역사회 정신건강서비스 활성화를 위한 방향 모색 필요

오랜 농경사회와 산업사회를 거쳐 후기 산업사회에 진입한 우리나라도 미국이나 서구유럽이 앞서 이루었던 정신보건체계의 변화를 압축적으로 경험해오고 있다고 할 수 있다. 우리나라 정신보건체계의 역사상 선진국형 후기 산업사회형 정신보건체계의 구축은 1995년 정신보건법 제정과 함께 시작되었다고 할 수 있다. 1995년을 기점으로 서울과 경기도에서 선구적으로 시작한 지역사회 정신보건사업은 우리나라 정신보건체계를 정신질환에 대한 미신적 질병관이나 장기입원 중심의 농경사회나 산업사회형 정신보건체계에서 지역사회 정신보건사업 중심의 선진국에서 일반화된 후기 산업사회형 정신보건체계로 전환시키는 분기점이 되었다. 서울시는 지역사회 정신보건사업을 시작한 지 20여년 가까이 경과하였다. 해외 선진도시 수준에 근접하는 정신보건사업의 눈부신 발전을 이루었으나, 만성 중증정신질환자 관리에서는 아직도 부족한 점이 많고 정신질환의 예방 및 정신건강증진 측면에서는 서울시민의 급증하는 정신건강서비스 요구도에 비해 그 발전수준이 미약한 것이 사실이다.

현대사회는 단절된 사회 속에서 급격한 사회변화로 인한 스트레스 증가, 우울증, 자살 등 정신건강 위험요인의 증가로 지역사회 단위에서 정신건강 서비스를 제공, 연계하고 관리할 수 있는 체계가 필요하다. 세계보건기구(WHO)도 전 세계적으로 시민의 정신건강증진을 위해 예방적 차원의 접근과 지역사회기반의 환경적 지지를 강조하고 있다. 서울시 지역사회 정신보건사업은 정신건강 문제의 증가로 인해 2000년대 중반으로 접어들면서 알코올 상담센터, 아동 청소년 정신보건사업, 자살예방센터 등으로 확대되기 시작했다. 또한 현재 서울시에는 25개 자치구마다 정신건강증진센터, 복지관 등 지역사회 기반으로 일반인을 대상으로 정신건강서비스를 제공하고 있다. 그러나 현재 국민의 정신건강증진을 목적으로 하는 정신보건법의 선언적 명분을 넘어 일반시민 대상 정신건강증진을 위한 구체적인 서비스 제공체계 및 개입체계는 매우 빈약한 실정이다. 일반인 대상 정신건강증진사업의 활성화와 예방을 위해서는

일반인의 인식 개선과 지역사회 내에서 서비스를 활성화할 수 있는 보다 적극적인 방향 모색이 필요하다. 현재 서울시 지역사회 정신건강증진사업은 만성 중증정신질환자 중심의 사업에서 일반 시민을 대상으로 한 정신건강증진 및 정신질환 예방사업으로 점진적으로 확대되고 있는 상황이나, 좀 더 효과적인 일반인 대상의 정신건강 관리체계의 구축이 요구된다.

## 1 2 연구 목적

이 연구는 서울시민의 정신건강 특성을 분석하고 지역사회 정신건강증진사업의 현황 및 문제점을 종합적으로 검토하여 일반시민 대상 지역사회 정신건강증진사업이 활성화될 수 있는 서울시민 정신건강증진을 위한 지원방안을 제시하고자 한다.

첫째, 정신건강증진과 관련된 이론적 정리와 사업의 필요성을 제시한다.

둘째, 서울시민의 정신건강 특성 및 인식을 분석하여 시사점을 도출한다.

셋째, 서울시 정신보건관련 정책과 사업 현황을 종합적으로 분석하고 문제점을 파악한다.

넷째, 선진국과 선진도시의 일반시민 대상 정신건강증진사업 사례를 심층 고찰하여 시사점을 도출한다.

다섯째, 지역사회에서 작동할 수 있는 일반시민 대상 지역사회 정신건강증진을 위한 정책적 지원방안을 제안한다.

## 2 연구 내용 및 방법

### 2 1 연구 내용

이 연구의 내용은 제1장 연구개요, 제2장 정신건강의 의의, 제3장 정신건강정책 동향, 제4장 서울시민 정신건강 실태, 제5장 정신건강정책 및 사업실태, 제6장 정신건강증진을 위한 정책적 지원방안으로 구성된다.

제1장에서는 연구의 필요성과 목적, 연구내용, 연구방법 등에 대하여 개략적으로 살펴해보았다.

제2장에서는 정신건강과 정신건강증진의 정의에 대하여 논하고 정신건강증진사업의 필요성을 제시하였다.

제3장에서는 해외 선진국과 선진도시의 정신건강정책 동향에 대해 알아보고 지역사회 기반 정신건강증진을 위한 지방정부의 역할과 해외도시의 정신건강정책 현황을 검토하였다.

제4장에서는 서울시민 정신건강 특성 및 인식 실태를 분석하였다. 즉 서울시민 정신건강과 관련된 추이와 계층별, 지역별 정신건강 현황을 파악하고 서울시민의 정신건강에 대한 인식을 진단하였다.

제5장에서는 중앙정부와 서울시의 정신건강관련 정책현황에 대해 검토하고 서울시 복지건강실 보건의료정책과, 광역 정신건강증진센터, 광역 자살예방센터, 지역정신건강증진센터, 보건소에서 제공하는 정신건강사업 현황을 살펴보았다. 또한 서울시 정신건강사업 담당자 인터뷰 결과 분석을 통해 정신건강증진사업의 문제점을 파악하였다.

제6장에서는 서울시민 정신건강증진을 위한 정책적 지원방안을 제안하였다.

## 2.2 연구 방법

### 2.2.1 문헌연구 및 기초자료 분석

정신건강증진 및 정신질환 예방과 관련된 이론적인 정리와 정신건강증진사업의 필요성에 대한 이해를 돕고 정신건강증진과 관련한 주요 이슈들을 검토하기 위해 보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부, 서울시 등 정부기관의 정책자료 및 현황에 대한 기초자료와 연구기관의 연구자료 및 해외 정신건강증진 정책자료를 문헌으로 고찰하였다.

### 2.2.2 2차 데이터 분석

이 연구는 기존에 발간된 정신건강 관련 2차 데이터를 분석하여 서울시민의 정신건강 실태의 역학적 양상과 추이를 남녀별, 사회경제적 변인별로 파악하여 정책적 함의를 도출하였다. 이 연구에서 사용한 2차 데이터는 각 기관에서 직접 조사를 실시한 조사통계 자료이며 자료 가운데 원자료(raw data) 확보가 가능한 경우에는 서울시 표본을 구분하여 자체적으로 분석하였고, 그 이외의 자료는 발간된 보고서를 참조하였다.



표 1-1 서울시민 정신건강 특성 및 추이분석

구분	조사	기관	연도, 명	내용
자살	정신건강에 관한 서울시민 인식도조사	서울시정신보건사업 지원단	2007, 2009, 2011 서울시 전체 1,000명 (15~65세)	자살, 스트레스, 우울, 음주율, 사회경제적 변인별 분석(연령, 성별, 소득, 거주지역, 직업, 학력 등), 정신건강 인식
	사망원인통계	통계청	2000~2011 국내거주 사망자	인구 10만 명당 자살률(자살자수/연간인구) x 100,000
	변사자발생 원인별 현황	경찰청	2010 발생사건 피해자 및 검거사건 피의자	범죄추세 파악 및 형사정책 및 사회치안정책 관련
	사회조사	통계청	2010 전국 13세 이상 17,424개 가구	자살 총동 및 이유
우울	지역사회건강조사	보건복지부 질병관리본부	2008~2010 전국 시도별 만 19세 이상 성인	건강행태, 검진 및 예방접종, 질병이환, 의료이용, 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회물리적 환경, 교육 및 경제활동, 사고 및 중독(낙상)
	정신건강에 관한 서울시민 인식도조사	서울시정신보건사업 지원단	2007, 2009, 2011 서울시 거주민 15~66세 남녀	자살, 스트레스, 우울, 음주, 사회경제적 변인별 분석(연령, 성별, 소득, 거주지역, 직업, 학력 등), 정신건강 인식
스트레스	지역사회건강조사	보건복지부 질병관리본부	2010~2012 만 19세 이상 성인	건강행태, 검진 및 예방접종, 질병이환, 의료이용, 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회물리적 환경, 교육 및 경제활동, 사고 및 중독(낙상)
	사회조사	통계청	2010~2012 전국 만 13세 이상 상주가구원	보건, 교육, 안전, 가족, 환경부문

223

## 정신건강증진 관련 행정기관 사업현황 조사 및 실무자 인터뷰

일반시민 대상 정신건강증진사업 현황 파악을 위해 정신건강증진사업 공급과 관련된 사업 담당자를 대상으로 인터뷰를 하였다. 인터뷰 대상자는 서울시 담당 공무원, 서울시 정신건강증진센터 정신건강증진사업 담당 실무자이다. 또한 해당분야의 전문가, 실무자와의 인터뷰 및 토론회 의견수렴을 통해 연구의 방향을 결정하고, 효과적인 정신건강증진사업 지원방안 등을 검토하여 연구보고서에 반영하였다.

## 연구 체계

이 연구의 구성 및 체계는 그림 1-3과 같다.

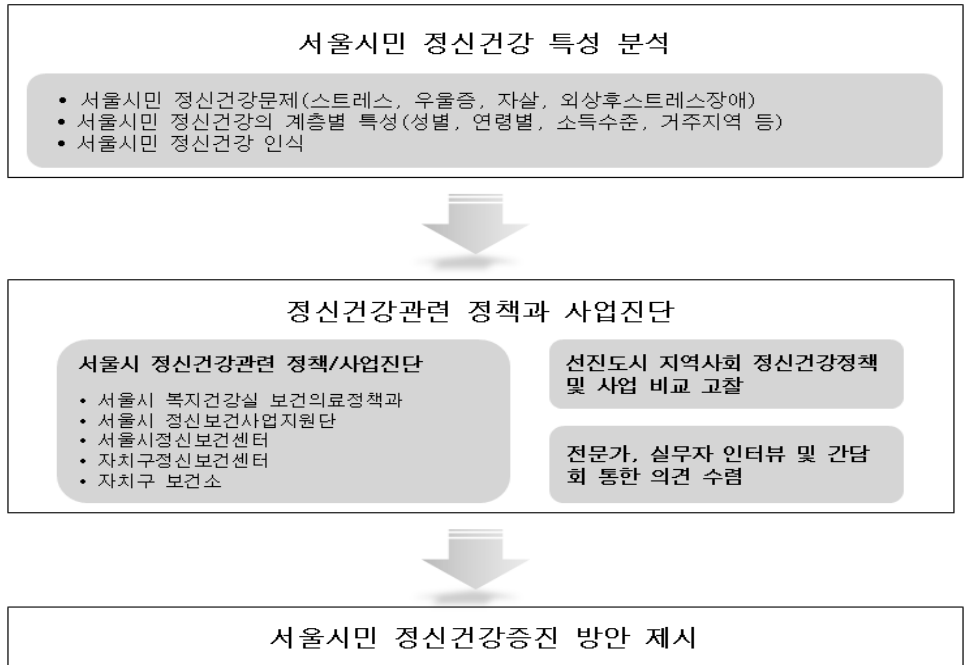


그림 1-3 연구 구성 및 체계

## II 정신건강증진의 의의

- 1 정신건강의 정의
- 2 정신건강문제 및 정신질환의 정의
- 3 정신질환 예방 및 정신건강증진의 정의
- 4 정신건강의 중요성

## II 정신건강증진의 의의

### 1 정신건강의 정의

많은 사람이 기억하는 건강에 대한 WHO의 정의는 “건강은 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태이며, 단순히 질병이나 장애가 없는 상태가 아니다”<sup>1)</sup>이다. 건강에 대한 WHO의 정의에서는 건강에 대한 세 가지 중요한 개념이 유추된다. 첫째, 정신건강은 전체 건강 중의 한 부분이다. 둘째, 정신건강은 정신질환이 없는 것 이상이다. 셋째, 정신건강은 육체적 건강이나 행동과 밀접히 연결되어 있다.

‘정신건강’은 우리가 흔히 사용하는 단어이지만, 이에 대한 정의가 매우 다양하다. WHO는 정신건강을 개인이 자신의 능력을 알고, 일상적인 스트레스에 대처하며, 생산적으로 일을 하고, 사회에 기여할 수 있을 정도의 정서적, 사회적 안녕상태(a state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community)라고 정의하였다. 특히 아동의 정신건강은 발달적인 측면에서 강조되는데, 긍정적인 자아상을 갖게 되고, 배우려고 하며, 학습을 통해 궁극적으로 사회에 전적이고 적극적으로 참여하는 것뿐 아니라 생각과 감정을 관리할 수 있고, 사회적 관계를 구축할 수 있는 것이라고 한 바 있다(having a positive sense of identity, the ability to manage thoughts, emotions, and to build social relationships, as well as the aptitude to learn and acquire an education, ultimately enabling their full active participation in society)<sup>2)</sup>.

정신건강의 중요성을 오래전부터 인지하고, 국가단위의 정신건강증진계획을 세우고, 다양한 정신건강증진사업을 수행하고 있는 선진국들도 각종 보고서에서 정신건강에 대한 정의를 내리고 있는데, 이 중 호주정부의 정의가 눈에 띈다. 즉, 정신건강을 단순히 정신질환이 없는 것뿐 아니라, 주관적인 안녕감(well-being)과 정신적(인지

1 WHO 2001, Basic Documents, 43<sup>rd</sup> edition. Geneva. World Health Organization.

2 World Health Organization(WHO), 1999, Strengthening Mental Health Promotion, WHO Fact Sheet No 220, WHO, Geneva.

적, 정서적, 관계적) 능력을 적절하게 발전시키고 활용하도록 개인과 개인 및 사회환경과 반응하는 개인과 집단의 능력이라고 정의하였다(Australian Health Ministers, 1991).

Antonovsky는 정신건강을 다양한 스트레스에 대한 저항력을 주는 정신적 자원(generalized resistance resources)이라고 하기도 하였고, Bunton과 Macdonald는 정신건강을 행복감 등 긍정적 정서, 자존감과 숙달(sense of master) 등 심리적 자원을 포함하는 성격특성, 역경을 이겨내는 회복력(resilience)으로 개념화하기도 하였다.

신체적 건강이 시급하고, 먹고 사는 경제가 중요하다고 생각하는 많은 사람이 정신건강을 일종의 사치재라고 오해하기도 하지만, 정신건강은 개인과 지역사회에서 안녕(well-being)과 효과적인 기능에 기본이 되기 때문에, WHO는 물론, 많은 국제기구가 정신건강증진이 선진국뿐 아니라 저개발국가나 개발도상국가에게도 최우선 과제를 확인해주고 있다.

## 2

### 정신건강문제 및 정신질환의 정의

정신건강문제(mental health problems)와 정신질환(mental illness or mental disorder)은 사람들의 생활과 생산성에 장애를 주는 인지적, 정서적, 행동적 질병의 스펙트럼이라고 할 수 있다. 정신건강문제는 정신질환을 구성하는 증상과 증후가 있되, 그 강도와 기간에서 정신질환에 미치지 못하는 경우를 일컫는다.

Mental illness와 Mental disorder는 모두 우리나라에서 정신질환으로 번역되는데, illness는 환자 입장에서 주관적으로 느끼는 측면이 강조되고, disorder는 의사 등 전문가에 의해 부여되는 객관적인 측면이 강조된다고 하나 별 차이 없이 사용되는 경우가 많다.

정신질환은 고통이나 기능저하와 관련되는 사고, 감정, 행동(또는 이들의 조합)이 변화된 상태(conditions that are characterized by alterations in thinking, mood, or behavior(or some combination) associated with distress and/ or impaired functioning)라고 정의된다.

## 질병의 위험요인 및 방어요인

위험요인(risk factor)은 개인에게 그 요인이 존재할 때 그 요인이 없는 다른 사람보다 질병에 걸릴 확률이 높아지거나 질병이 악화될 확률이 높아지는 특성들로, 유전적 요인을 포함한 생물학적 요인, 심리적 요인, 개인과 가족, 환경에서의 사회적 요인들을 포괄한다. 단일 위험요인은 그 자체로는 큰 영향력이 없을 수 있으나 여러 위험요인이 합쳐지면 상승작용을 통해 영향력이 커질 수 있고, 많은 위험요인에 오랫동안 노출될 경우 그 영향이 축적되기도 한다.

방어요인(protective factor)은 위험요인과 반대로 그 요인이 존재할 때 다른 사람보다 질병에 걸릴 확률이 낮아지거나 질병의 심각도를 낮추는 특성들이다. 방어요인은 질병 위험요인에 대한 노출 확률을 낮추거나 위험요인의 부정적 영향력을 감소시키고 회복시키기도 한다. 위험요인에 대한 노출을 낮추는 방어요인은 부모의 자녀에 대한 적절한 관심과 모니터링이 좋은 예인데, 이를 통해 신체적, 심리적 위험에 대한 자녀의 노출을 낮추게 된다. 위험요인의 부정적 영향력을 낮추는 방어요인의 예는 부모가 적절한 지지와 칭찬을 통해 자녀의 자존감을 높여주는 것인데, 높아진 자존감은 친구와의 갈등과 같은 정신건강 위험요인이 부정적으로 영향을 주는 것을 완화해 준다.

정신질환의 위험요인과 방어요인은 다음과 같은 요건을 갖추어야 한다. 첫째, 정신질환 또는 정신건강문제 이전에 존재해야 한다. 둘째, 한시적일 수도 있고, 지속적일 수도 있다. 셋째, 개인뿐 아니라 가족, 지역사회, 기관, 일반적 환경이나 사회에서도 찾을 수 있다. 넷째, 원인적 역할을 하거나 정신질환 또는 정신건강문제의 지표(marker) 역할을 할 수 있다.

## 위험요인과 방어요인의 관계 및 예방적 함의

위험요인과 방어요인의 관계에 대해 살펴보면, 위험요인이 아무리 많아도 방어요인이 많이 있으면, 질병의 발병확률을 낮추는 것으로 알려져 있다. Fraser가 성장기에 심각한 학대와 방임을 경험한 아동들의 1.3%만이 3년 뒤에 정상적인 기능을 보였다고 조사한 연구를 통해 방어요인이 위험요인의 부정적 영향력을 항상 압도하는 것은

아니며, 극도의 압박을 받는 특정 상황에서는 방어요인으로 인한 회복력이 제대로 역할을 못한다고 주장하였다.

정신질환이나 정신건강문제에 영향을 주는 위험요인과 방어요인을 표 2-1과 표 2-2에 제시하였다. 각 표에서는 정신질환 위험요인과 방어요인들이 개인적 요인, 가족 및 대인관계 요인, 학교 요인, 생활사건 및 환경 요인, 지역사회 및 문화적 요인들로 구분하여 제시되었다. 이 중 상당수는 특정 시기(주로 아동기)에 주로 영향을 미치기도 하고, 인생 전반에 영향을 미치기도 한다. 또한 어떤 사람에게는 그 영향력이 크나 다른 사람에게는 영향력이 미미한 경우도 있다.

정신질환이나 정신건강문제의 위험요인이나 방어요인 중 상당수는 정신보건 영역 밖에 있어 국민의 정신건강증진을 위해서는 일반보건, 교육, 교정, 지역사회, 문화, 사회경제 등 정신보건 영역을 넘어서는 종합적인 대책과 각 영역 간의 협력적 파트너십이 필요할 것으로 보인다.

위험요인이나 방어요인 중에는 후속 연구를 통해 그 요인들과 질병사이에 원인적(causal) 관계가 아니고 단순 연관(associative) 관계로 판명되는 경우가 많다. 즉, 위험요인이나 방어요인으로 알려진 요인들이 원인적 관계가 아니라 별도의 다른 원인이 위험요인과 방어요인에 영향을 주고, 질병 발생에도 영향을 주어, 통계적으로 원인적 관계가 없음에도 위험요인과 방어요인이 원인적 관계가 있는 것처럼 통계적 상관성을 갖게 되는 것이다. 예를 들어 커피가 폐암발생의 위험요인이라고 알려지기도 했으나 실제로는 담배를 피우는 사람이 커피를 마실 확률이 높기 때문에 커피소비와 폐암발생은 통계적 상관성만 있지, 원인적 관계가 아닌 것이다. 따라서 위험요인이나 방어요인 중 예방적 개입에 활용하기 위해서는 원인적 관계를 찾는 것이 중요하다.

또한 많은 위험요인과 방어요인 중 실제로 질병발생에 관여한다고 해도, 변경 가능(malleable or modifiable)하지 않으면 효용가치가 떨어진다. 예를 들어, 연령이나 성별은 매우 많은 질병의 위험요인 또는 발병요인으로 알려져 있으나 개인에게는 변경 가능한 요인이 아니다. 위험요인과 방어요인 중 변경 가능한 요인들을 찾아 위험요인을 줄이거나 방어요인을 늘리는(risk reduction) 개입을 하게 되는데, 이것이 예방적 개입(preventive intervention)이다.

질병에 영향을 주는 위험요인 또는 방어요인을 찾고, 다시 변경 가능한 요인들을 찾은 뒤, 다음 단계에서는 비용효과성 또는 비용편익성 요소를 고려해야 한다. 즉, 질병

의 발생에 이르는 원인 사슬에서 끊을 수 있는 지점을 찾되, 가장 적은 비용으로 그 사슬을 끊을 수 있는 지점을 찾는 과정이라고 할 수 있다.

**표 2-1 정신질환 및 정신건강문제 위험요인**

개인적 요인	가족 및 대인관계 요인	학교요인	생활사건 및 환경요인	지역사회 및 문화요인
-출생 전 뇌손상 -미숙아 -출생 시 손상 -저체중 및 출산 -후유증 -신체적, 지적 장애 -영아 건강문제 -영유아 시 불안정한 애착관계 -낮은 지능 -힘든기질 -만성질환 -낮은 사회기술 -낮은 자존감 -소외/왕따 -충동성	-10대모친 -편부모가정 -아동기 아버지 부재 -아동기 반사회적 역할모델 -가정폭력 및 불화 -부모 이혼 -수퍼비전 및 모니터링 부족 -아동기 활동에 부모참여 부족 -장기간의 부모 실업 -부모의 범죄 -부모 물질남용 -부모의 정신질환 -거칠고 비일관적 훈육 -사회적 격리 -거절 경험 -정서적 교류 부족	-왕따 -친구들의 거절 -학교애착 부족 -부적절한 행실 -관리 -탈선적 친구그룹 -학교중단	-신체적, 성적, 정서적 학대 -학교전학, 진학 -이혼 및 가족해체 -가족의 사망 -신체질환 및 장애 -실업, 노숙 -투옥 -가난, 경제적 불안정 -직업불안정 -직장 내 대인관계 불만족 -환자 또는 장애인 돌보기 -요양원 또는 양로원 거주 -전쟁 또는 자연재해	-사회경제적 박탈 -사회문화적 차별 -격리 -이웃의 폭력 또는 범죄 -인구밀도 및 주거조건 -교통, 쇼핑, 여가시설 등 지원서비스 부재

자료 : Commonwealth of Health and Aged Care, 2000, Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health - A Monograph.

**표 2-2 정신질환 및 정신건강문제 방어요인**

개인적 요인	가족 및 대인관계 요인	학교 요인	생활사건 및 환경 요인	지역사회 및 문화 요인
-편안한 기질 -적절한 영양 -가족에 대한 애착 -평균 이상의 지능 -학업성취 -문제해결 기술 -충동조절 -사회적 경쟁력 -대인관계기술 -좋은 대처기술 -낙관성 -도덕적 신념 -가치 -긍정적 자기인식	-지지적으로 살려주는 부모 -가족 융화 -안전하고 안정적인 가정 -작은 가족 규모 -2년 이상의 형제타울 -가족 내 책임감 -다른 어른과 지지적 관계 -강한 가족규범과 도덕성	-소속감 -긍정적인 학교 분위기 -사회성 있는 친구 그룹 -책임감 및 지원적 환경 -성공 및 성취에 대한 기회 -폭력에 반대하는 학교 규범	-의미있는 타인과의 관계(이성친구, 멘토) -중요한 인생전환기에 경제적 안정성 -좋은 신체건강	-사회와의 연대감 -지역사회 내 연결 및 애착 -종교 및 지역사회 단체활동 참여 -강한 문화적 정체적 및 인종적 자부심 -사회지지적 -서비스에 대한 접근성 -폭력을 반대하는 지역사회 및 문화적 규범

자료 : Commonwealth of Health and Aged Care, 2000, Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health - A Monograph.



원인적 관계가 아닌 통계적 상관요인이거나 변경 가능하지 않은 위험요인 또는 방어 요인이라도 이들은 공중보건학적으로 매우 유용하다. 질병발생 확률이 높은 집단을 찾거나 질병발생에 기여하는 위험요인 또는 방어요인을 갖고 있을 확률이 높은 집단을 찾는데 유용해 예방적 개입 계획을 수립하거나 치료자원을 배분(의료기관, 공공 보건기관 설치운영, 전문 인력 배치 등)할 때 효율적인 배분에 도움이 되기 때문이다. 예를 들어 비록 변경하기 어렵고, 변경 가능하더라도 그 자체는 변경에 너무 많은 비용이 소요되어 직접적인 개입을 하기 어려운 연령이나 성, 사회경제적 상태, 지역적 특성 등의 요인은 직접 개입보다 그 분포에 따라 변경 가능한 다른 원인적 위험 요인 및 방어요인에 대한 예방적 개입을 하게 되면 보다 효과적인 사업수행이 가능하게 된다.

### 33 정신질환의 예방

예방은 ‘질병의 발생을 막기 위해 질병의 시작 전에 시행하는 개입’이라고 정의된다. 질병 예방의 보건학적 분류 체계는 당초 Commission on Chronic Illness (1957)에 의해 제시되었는데, 1차 예방(primary prevention), 2차 예방(secondary prevention), 3차 예방(tertiary prevention)으로의 분류가 그것이다. 1차 예방은 집단 내 질병의 새로운 사례(incidence)를 감소시키기 위한 예방적 개입을 의미하고, 2차 예방은 질병 사례의 악화를 막기 위한 예방적 개입을 뜻하며, 3차 예방은 기존 질병과 연관된 장애를 감소시키기 위한 예방적 개입을 말한다.

발병원인이 분명했던 전염병 예방에는 이 분류에 의한 예방적 개입이 좋은 예가 될 수 있었으나 다양한 위험요인과 방어요인이 질병과 복잡하게 얽혀있는 많은 질병의 원인에 대한 연구가 불충분한 상태에서 이러한 분류는 한계를 지닌다고 느낀 Gordon은 개입 분류체계를 새롭게 제안했다. 특히 정신질환의 사례(case)의 구분이 모호하고, 진단기준 자체의 변화가 많으며, 진단될 정도의 사례가 아니더라도 증상이 있는 경우가 많은 정신질환에서는 1차, 2차, 3차 예방의 분류는 적합지 않다고 지적했다.

Gordon은 그림 2-1에 제시된 바와 같이 질병에 대한 개입을 크게 3가지로 구분했는데, 예방(Prevention)과 치료(Treatment) 및 관리(Maintenance)가 그것이다. 예방은 다시 보편적 예방(universal prevention)과 선택적 예방(selective prevention), 지시적 예방(indicative prevention)으로 구분된다.

보편적 예방은 자격이 되는 모든 사람에게 적용하는 것으로, 적절한 식사 교육, 안전 벨트 홍보, 금연사업, 예방접종, 산전관리 등이다. 선택적 예방은 특정 질병에 대한 위험요인이 일정 수준 이상인 일부 집단을 대상으로 시행되는데, 주로 연령, 성, 직업, 가족력 등의 특성에 따라 구분된다. 동남아나 아프리카 여행객을 위한 특정 전염병 예방접종, 유방암 가족력이 있는 여자에 대한 유방촬영술 등이 그 예이다. 지시적 예방은 특정 질병의 위험이 매우 높은 집단을 대상으로 시행되는데, 이 예방은 높은 비용이나 그 방법의 침습성 등으로 아주 제한된 대상에게만 시행되는 것이 바람직하다.

이 예방적 분류를 정신질환에 적용하면 크게 세 가지 시사점이 도출된다. 첫째 보편적 예방은 개인적 위험수준이 파악되지 않은 집단 전체에 대해 시행되는 예방적 개입이다. 산전관리나 예방접종은 신체질환뿐 아니라 정신질환의 예방에도 효과가 있으며, 결혼예정인 남녀나 부부 간의 관계에 어려움이 없는 남녀에게 부부 간의 스트레스를 예방하는 프로그램을 제공하는 것이 그 예가 된다. 이 예방적 개입은 비용이 문제가 되는데, 남녀당 비용은 높지 않지만, 전체 대상에게 제공하게 되면 막대한 양으로 인해 비용이 커지게 된다.

둘째, 정신질환에 대한 선택적 예방은 정신질환 발병 위험이 보통 이상인 위험집단을 대상으로 시행되는데, 위험집단의 선정은 정신질환과 관련된 생물학적, 심리적, 사회적 위험요인에 의해 가능하다. 조산아, 저소득층 아이, 독거노인들을 위한 가정방문 사업 등이 그 예가 될 것이다.

셋째, 정신질환에 대한 지시적 예방개입은 정신질환으로 이행가능성이 있는 증상과 징후가 보이거나 아직 진단기준에 맞을 정도는 아닌 고위험 개인들을 대상으로 시행하는데, 이 개입은 비용이 높고, 개입이 위험을 동반하는 침습적(invasive) 성격이 있을 경우에 적합하다. 지시적 개입은 질병의 조기발견과 조기치료를 위한 개입으로 연결되기도 한다. 아동은 종종 진단을 통한 낙인(labeling)을 피하기 위해 치료가 필요함에도 불구하고, 지시적 개입 수준에 머물러 있는 경우도 있다.

정신질환 예방이나 정신건강증진 개입은 그 프로그램이나 사업의 결과를 얻기까지 상당한 시간이 소요되는 경우가 많다. 따라서 개입에 대한 효과를 평가하기 위해서는 좀 더 시간적으로 가까운 지표가 필요하다. 그러므로 정신질환 예방이나 조기개입, 정신건강증진 프로그램에 대한 효과를 평가하고 모니터링하기 위해서는 지역 사회 내의 정신질환 유병률, 발생률, 사망률 등의 결과 지표뿐 아니라 정신질환에

영향력이 있는 위험요인이나 방어요인의 발생률, 유병률도 지표로 활용하곤 한다.

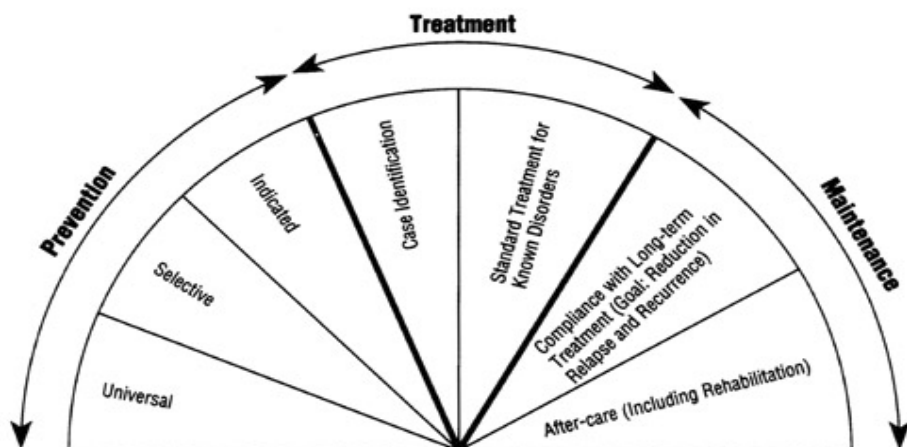


그림 2-1 질병에 대한 개입활동의 분류

자료 : Institute of Medicine, 1994

## 정신건강증진

질병예방과 건강증진은 흔히 혼용되어 사용되기도 한다. 특히 질병 진단이 된 ‘환자’를 대상으로 질병의 제거나 질병의 심각도 및 후유증 감소를 위해 시행하는 의료기관의 치료와 대비되어 주로 공공부문에서 시행하는 보건사업을 예방사업 또는 건강증진사업이라고 혼용해서 쓰기도 한다.

Institute of Medicine에서 내린 정신건강증진의 정의를 보면, 심리적, 사회적 문제나 정신질환을 감소시키기 위한 개입인 질병예방과 달리, 정신건강증진은 개인과 집단의 역량(competence), 자존감(self-esteem), 행복감(well-being) 등을 증가시키기 위한 개인과 집단에 제공되는 개입이라고 했다. 즉 정신질환 예방이 정신질환의 위험요인을 낮추고 방어요인을 증가시키는 질병중심적 개입이라고 한다면, 정신건강증진은 정신건강 자체를 개선, 강화시키는 건강중심적 개입이라고 할 수 있다. 정신건강증진은 개인의 정신건강에 영향을 주는 사회적, 물리적, 경제적 환경을 개선시키고, 개인과 지역사회의 스트레스에 대한 대처기술(coping capacity)을 증진시키는 데에 중점을 둔다.

정신질환 예방과 정신건강증진은 지역사회 현장에서 시행할 때나 그 개입의 결과면

에서 상호 배타적이라고 할 수 없고, 개입 방법이나 개입 목표면에서 상당한 중복을 보이고 있다고 할 수 있다. 예를 들어, 우울증을 예방하기 위한 다양한 인지행동적 개입은 개인의 행복감(well-being)을 높이는 효과도 있다.

신체질환에서 질병예방에 비해 건강증진적 개입은 그 개입의 결과(outcome)가 상대적으로 광범위한 경우가 많다. 골다공증을 예방하기 위한 칼슘 섭취는 골다공증 예방이외의 다른 질환의 예방에 광범위한 효과가 적으나 균형있는 영양 섭취나 운동과 같은 건강증진적 개입은 많은 성인병에 효과가 있어 사업결과 범위의 차이가 크다. 그러나 정신질환 발생률의 감소, 정신질환의 증상 감소 등에 초점을 맞추는 정신질환 예방은 비록 우울증 등 특정 질환에 예방적 개입을 하지만, 그 개입의 결과는 다양한 정신질환의 예방에 도움을 주는 경우가 많아 신체질환에서의 차이보다 적은 것 같다. 이는 신체건강에 비해 정신건강이 갖고 있는 특성의 차이라고 할 수도 있으나, 아직 정신질환의 원인에 대한 많은 연구가 축적되지 않아 질병-특이적(disease-specific) 예방개입 프로그램이 개발되지 않은 채 질병-비특이적(disease-nonspecific) 예방프로그램이 많기 때문이 아닌가 생각된다.

또한 정신질환 예방이나 정신건강증진은 정신질환의 증상이 없거나 정신질환으로 진단받기 이전 단계에서 정신건강수준을 높이는 개념으로 많이 사용된다. 그러나 정신질환 증상이 있거나 이미 진단을 받고 치료 중인 경우나 중증의 정신질환을 갖고 있는 경우에도 정신질환의 심각화나 만성화를 예방하거나 그들의 회복력, 자존감, 스트레스에 대한 내성 등 일반적인 정신건강 수준을 높이는 개입이라면, 이 역시 정신질환 예방이나 정신건강증진 활동이라고 할 수 있다. 따라서 정신질환 예방과 정신건강증진 사이에 철학적, 개념적 차이가 존재함에도 불구하고, 이 연구보고서에서는 정신질환 예방과 정신건강증진을 포괄하는 의미로 정신건강증진을 사용하겠다.

4 1 외국의 질병부담<sup>3</sup> 연구

## 4 1 1 WHO의 질병부담 연구

1996년 WHO는 세계은행(World Bank), 하버드대학교와 공동으로 질병별 부담(Burden of disease)에 대한 연구를 시행하였다. 이전 연구와 달리 사망과 질병에 의한 장애를 동시에 감안한 척도를 개발하여 질병부담 순위를 구한 결과 세계적으로 부담이 가장 큰 3대 질병이 1990년에는 폐렴, 설사, 추락 우울증, 허혈성 심장질환 순이었으나 2020년에는 우울증이 2번째로 부담이 큰 질병이 될 것으로 예측되었다(표 2-3 참조).

표 2-3 전 세계의 5대 질병부담(사망과 장애요인 포함)

1990년 5대 부담질병	2020년 5대 부담질병
1. 폐렴	1. 허혈성 심장질환
2. 설사	2. 우울증
3. 추락	3. 교통사고
4. 우울증	4. 뇌혈관질환
5. 허혈성 심장질환	5. 만성폐색성폐질환

자료 : Murray & Lopez, 1996, The Global Burden of Disease, Harvard University Press.

사망에 이르게 하지 않지만 장애를 통해 건강수명에 영향을 주는 10대 질병에 자살의 주요 원인이 되는 우울증, 알코올남용, 조울증, 정신분열병 등 5개 정신질환이 포함되어 있다. 특히 우울증은 전체 질병부담의 10% 이상을 차지할 정도로 가장 많은 질병부담을 주고 있는 질병으로 나타났다.

표 2-4는 같은 연구에서 산출된 질병의 장애요인 순위로, 사망요인을 제외한 장애로 인한 질병부담 손실의 순위를 제시하고 있다. 현재 전 세계적으로 10대 부담 질병에 1위인 우울증을 비롯해, 알코올남용, 양극성정동장애(조울증), 정신분열병, 강박증 등 5개의 정신질환이 포함되어 있다. 표 2-5에서 제시된 바와 같이 질병군별 질병부담을 구했을 때, 심혈관질환이 가장 높은 비중을 차지하였고, 2위가 15.4 %인 정신질환군이었다. 그러나 알코올성 질환이나 약물남용질환군을 합하면, 광의의 정신질환 질병군이 22.6%를 차지하고 있어 정신질환이 가장 큰 질병부담을 주고 있음을 알 수

3

질병부담이란 많은 사람이 질병에 걸릴 뿐 아니라 해당 질병으로 인한 질병 후유증과 장애까지 포함하는 개념임.

있다.

**표 2-4 전 세계의 10대 장애요인(1990)**

질 병	손실연수(100만년)	구성비(%)
1. 단극성 우울증	50.8	10.7
2. 철결핍성 빈혈	22.0	4.7
3. 추락(Falls)	22.0	4.6
4. 알코올 남용	15.8	3.3
5. 만성폐색성폐질환	14.7	3.1
6. 양극성 정동장애(조울증)	14.1	3.0
7. 선천성 기형	13.5	2.9
8. 골관절염	13.3	2.8
9. 정신분열병	12.1	2.6
10. 강박장애	10.2	2.2
총 손실연수	472.7	100.0

자료 : Murray & Lopez, 1996, The Global Burden of Disease, Harvard University Press.

**표 2-5 질병군별 질병부담(1990)**

질병군	% of Total DALY's*
모든 심혈관질환	16.6
모든 정신질환**	15.4
모든 암	15.0
모든 호흡기질환	4.8
모든 알코올성 질환	4.7
모든 전염성 질환	2.8
모든 약물사용 질환	1.5

\* Disability-adjusted life year(DALY)는 특정 심각도와 유병기간을 고려하여 조기사망과 장애로 손실된 기간(년)

\*\* 정신질환에는 자살이 포함됨

자료 : Murray & Lopez, 1996, The Global Burden of Disease, Harvard University Press.

## 정신질환으로 인한 경제적 비용

정신질환자는 다른 질환에 비해 사망률이 상대적으로 낮고, 젊은 시기에 발병하기 때문에 직장의 생산성 감소 또는 손실로 파생된 간접비용이 높다. 1990년대 미국의 정신질환으로 인한 각종 사회적 부담을 금전적 비용으로 환산한 그림 2-2를 보면, 정신질환으로 인한 사회적 부담을 직접적인 의료비, 질병으로 인한 생산성 손실 비용, 조기사망에 따른 생산성 손실 비용, 정신질환으로 인한 범죄나 안전사고와 관련된 교정 및 재산손실 비용, 태아에 미치는 비용 등으로 구분하였다. 이 비용을 합산하여 질병군별 사회적 비용을 계산하면, 알코올남용과 약물, 니코틴 남용을 제외한 협의의 정신질환이 약 1,500억 달러, 알코올남용으로 인한 사회적 비용이 약 1,000억 달러,

약물남용으로 인한 사회적 비용이 약 670억 달러, 담배로 인한 사회적 비용이 약 730억 달러로 나타났다.

이 금액은 현실적으로 와 닿지 않는데, 그림 2-3은 이 비용의 규모를 연간 주택건설이나 교육지출과 비교하여 보여주고 있다. 이에 따르면 알코올남용과 약물남용으로 인한 사회적 비용을 뺀 협의의 정신질환으로 말미암은 사회적 비용만으로도 전체 주택건설 지출의 80%, 전체 교육지출의 70% 내외에 달하는 것을 알 수 있다. 정신질환으로 인한 이 사회적 비용은 GNP의 2.5%에 해당한다고 하였다. 유럽은 유사한 연구에서 정신질환으로 인한 사회적 비용이 GNP의 2%로 추정되었다. Stephen과 Joubert는 캐나다의 경우 정신건강문제로 인한 전체적인 부담이 1998년에 144억 달러였다고 지적하였고(생산성 손실 81억 달러, 치료비용 63억 달러), Patel과 Knapp(1997)는 영국에서 정신장애 비용을 계산한 결과 1996년~1997년 당시 320억 파운드로 나타났고, 이 중 45%는 생산성 감소에 기인한 것이었다고 강조했다.

아동의 정신질환으로 인한 사회적 비용은 성인에 비해 더 큰데, 적절한 치료가 제공되지 않았을 경우 성인에서의 결과는 더 커질 수 있다. 이는 정신장애를 가진 아동은 이후 상당시간 교육과 범죄관련 비용 등 부가적인 비용을 발생시키기 때문이다.

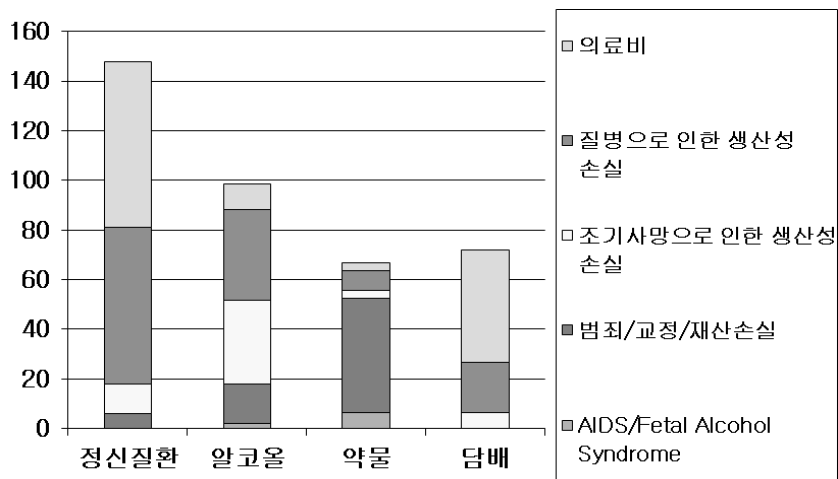


그림 2-2 정신질환으로 인한 사회적 비용(단위 : 10억 달러)

자료 : Rice D., 1990

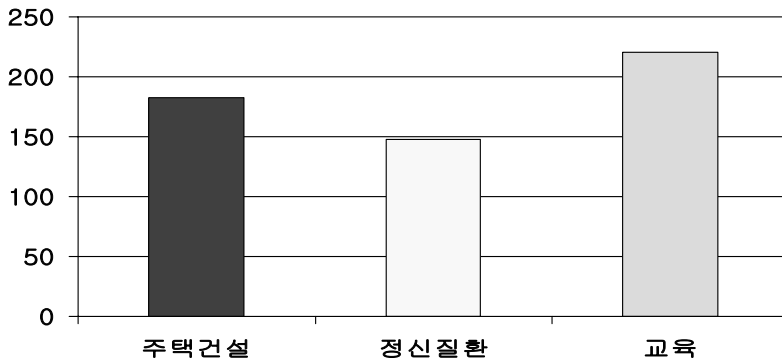


그림 2-3 정신질환으로 인한 사회적 비용과 타 분야의 국가적 지출 비교(단위 : 10억 달러)  
자료 : Rice D., 1990

413

### 정신질환 치료비 지출

영국의 NHS(National Health Service)를 대상으로 한 치료비용에 대한 비교 연구에 따르면, 정신질환과 신경성질환은 다른 질환들에 비해 상대적으로 비용이 크다는 결과를 보여주었다. 그림 2-4에서 보듯이 정신질환으로 인한 치료비용이 내과적 질환보다 훨씬 많은 비용이 드는 것을 알 수 있다. 이는 정신질환이 만성적인 경과를 갖고 있으면서도, 입원치료 비중이 높은 특성이 있기 때문으로 보인다. 또한 Berto 등 (2000)이 수행한 다른 연구에서 환자 1인당 연간 평균 비용을 살펴보면 알츠하이머 치매와 정신분열병의 치료비용이 가장 높은 것으로 나타났는데, 이는 암이나 뇌졸중보다도 더 높은 비용이다(그림 2-5 참조).

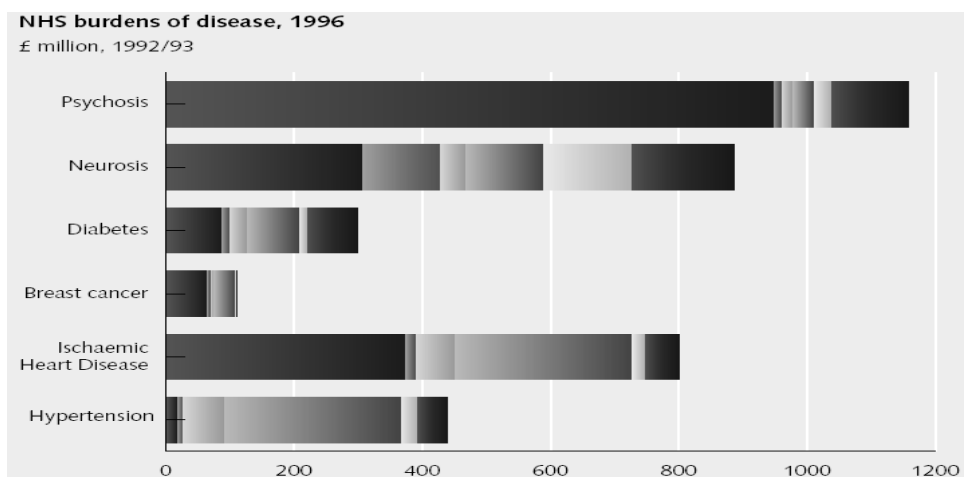


그림 2-4 영국 NHS의 질환별 치료비용 비교(단위 : £ million)



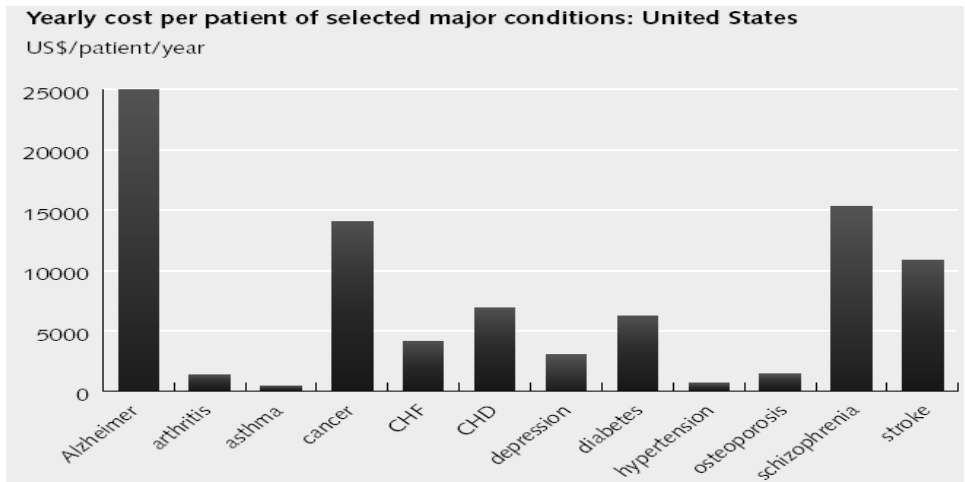


그림 2-5 주요 질환의 환자당 치료 비용(단위 : US \$)

우리나라는 정신질환 치료비 지출이 1990년대부터 2010년대까지 전체 의료비 지출의 5% 내외를 차지하고 있다. 이에 비해 표 2-6에 제시된 바와 같이 미국은 1996년 직접적인 정신질환(물질남용 및 치매 포함) 치료비로 990억 달러를 지출했다. 이 금액은 전체 의료비 지출의 10%로, 치매가 2%, 약물남용이 1%, 이를 제외한 정신질환이 7%를 각각 차지하였다. OECD에 의하면, 전체 의료비에서 프랑스는 10%, 독일은 11.3%, 네덜란드는 무려 18.1%를 정신질환 치료비에 지출하고 있다. 즉, 우리나라는 정신질환에 대한 사회적 지출과 투자가 선진국에 비해 현저히 낮음을 알 수 있다.

표 2-6 질병군별 미국의 치료비 지출(1996)

질병군	치료비 지출 (%)
신체질환	8,430억 달러( 90%)
정신질환	690억 달러( 7%)
치매	180억 달러( 2%)
약물남용	130억 달러( 1%)
전체	9,420억 달러(100%)

우리나라도 WHO가 시행한 질병부담 연구와 유사한 연구방법을 사용하여 질병부담 연구를 수행하였다. 사망으로 인한 질병부담과 장애로 인한 질병부담을 모두 고려하여 제시된 우리나라의 질병부담 보고서에 따르면, 암의 질병부담(DALY)이 가장 높고, 그다음은 심혈관계 질환, 소화기 질환, 당뇨, 호흡기 질환, 신경 및 정신질환 순으로 나타났다. 정신질환으로 인한 질병부담은 암이나 심혈관계 질환에 비해 사망으로 인한 질병부담(YLL)보다 장애로 인한 질병부담(YLD)이 상대적으로 매우 높은 것이 특징이라고 할 수 있다(그림 2-6 참조).

현대는 얼마나 오래 사느냐보다 얼마나 건강하게 사느냐가 더 중요한 시대임을 고려할 때, 수명 그 자체보다 건강수명에 영향을 주는 정신질환의 질병부담이야말로 우리나라 국민의 건강과 삶의 질에 중요한 영향을 미치고 있다고 할 수 있다.

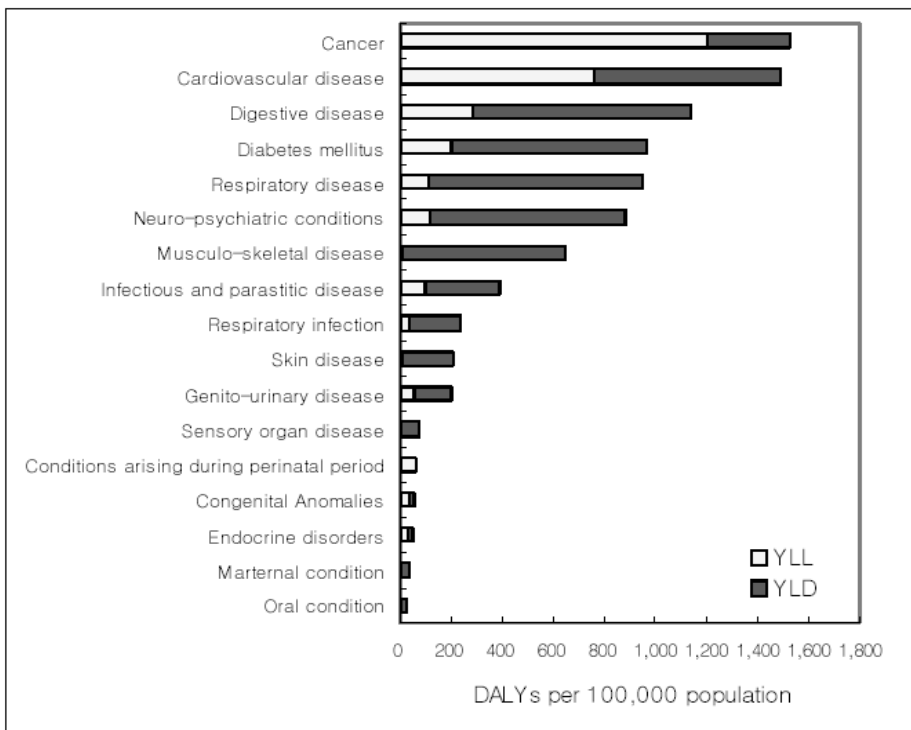


Figure 5-1. Burden of disease (YLL, YLD and total DALYs) for broad disease groups, South Korea, 2002

#### 그림 2-6 한국인의 질병부담

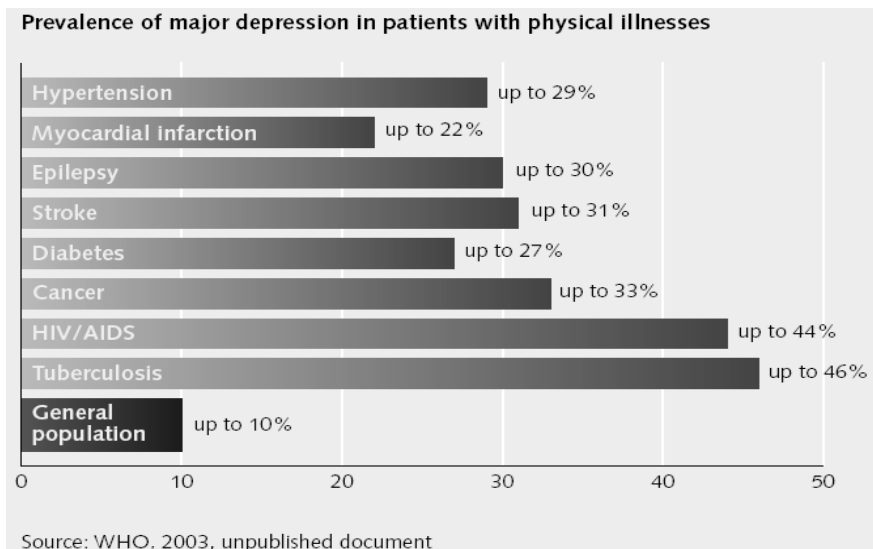
자료 : 보건복지부, 2005, 한국인의 질병부담(원자료에서 캡처)

그림 2-7은 WHO에서 우울증과 신체질환의 관계를 보여주고 있는 자료로, 각종 신체질환 환자의 주요 우울증 유병률 현황을 나타내고 있다. 이러한 연관성은 신체질환이 있을 때 우울증의 발병확률이 높아지는 경우와 우울증이 있을 때 신체질환의 발병률이 높아지거나 우울증의 증상으로 인해 신체질환 치료에 소홀하여 기존 신체질환의 유병기간이 연장되는 경우의 두 가지 방향 모두 가능하다.

이 중 우울증이나 다른 정신질환이 심장질환의 원인이 된다는 연구결과가 많이 도출되었는데, Kubzansky와 Kawachi(2000)의 연구, Kuper 등(2002)의 연구, Scheier와 Bridges(1995)의 연구 등이 그것이다. 호주의 국립심장재단이 최근 내린 결론에서도 우울증은 관상동맥 심장질환의 발병과 예후에 독립적인 원인으로 작용하며, 이 관계는 우울증이 심할수록 심장질환의 발병확률이 높아지고 예후가 나빠지는 양-반응관계(dose-response relationship)까지 보여주고 있으며, 우울증이 있을 경우 심장질환이 64% 높아지는 것으로 나타났다.

정신건강이 당뇨의 발병과 예후에 미치는 영향에 대한 연구도 많이 수행되었는데, 이 연구들은 우울증에 대한 치료를 통해 정신건강뿐 아니라 당뇨환자의 혈당 수준에 긍정적인 효과를 주고 있다고 지적하였다. 천식 또한 우울증과의 관계에 대해 많은 연구가 시행되었는데, 우울증 치료가 천식 증상 완화에 의미있는 기여를 하고 있으며, 이는 성인뿐만 아니라 아동에게서도 확인되었다.

정신건강과 암의 관계에 대해서도 많은 연구가 이루어졌는데, 정신질환이 암의 발병에 직접적인 영향을 미친다는 연구는 아직 충분치 않다. 그러나 정신건강증진이나 우울증이나 불안장애와 같은 정신질환 치료가 암의 관리나 예후에 영향을 준다는 연구는 많다(Fawzy et al., 1990 ; Spiegel, 1999 ; Scott et al., 2003).



**그림 2-7 신체질환자의 주요 우울증 유병률**

자료 : WHO, 2003

### III 정신건강정책 동향

- 1 해외도시 정신건강정책 사례
- 2 해외사례 시사점

### III 정신건강정책 동향

#### 1 해외도시 정신건강정책 사례

##### 1.1 미국

###### 1.1.1 미국 연방정부 보건복지부(Department of Health and Human Services : DHHS)

미국의 정신건강관련 사업은 연방정부 보건복지부가 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.

- 국립정신건강연구원(National Institute of Mental Health : NIMH)
- 국가자살예방 생명선(National Suicide Prevention Lifeline) : 미국은 보건복지부 산하 국립정신건강연구소 전담 전국 자살위기대응 콜센터인 국가자살예방 생명선 운영을 통해 자살위기자 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 발달중개연구부는 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 개입연구부와 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, 심리학

자, 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.

## 112 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 연령층이 전 연령층에서 가장 높은 자살률을 보이고 있다.

- o 미국 약물남용과 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration : SAMHSA)과 뉴욕 정신건강협회(Mental Health Association of New York : MHA of NYC)
- 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, 동성애자, 양성애자, 성전환자, 그리고 청소년기 아이들에게도 자살예방서비스가 제공된다. JED재단은 대학생을 대상으로 자살예방 프로그램을 진행한다. Lifeline 전화 상담과 채팅상담은 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, 외상후스트레스장애, 자살 등과 같은 정신건강 문제에 대해 총괄적으로 담당하고 있

다. 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.

## 12 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 정



신건강문제 해결의 핵심 특징으로 다루어지고 있다.

## 1 2 1 캐나다 교육부

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 공중보건기관 이 학생의 건강증진을 위한 건강증진학교 정책을 지원하는 등 아동·청소년의 정신건강문제를 다루고 있다.

- 뉴파운드랜드 랩래도(Newfoundland Labrador)사업 : 교육부의 뉴파운드랜드 랩래도사업은 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.

## 1 2 2 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 시민의 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.
- 젊은 시기 건강한 정신건강 구축기반 마련
  - 15세에서 24세의 아동·청소년은 24세 이상의 성인에 비해 정신건강 및 중독문제에 3배 이상 취약
  - 캐나다의 15세에서 24세 아동·청소년의 사망원인 중 24%는 자살로 나타남
  - 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 가족프로그램 제공
- 정신건강에 대한 지식제공, 회복력 및 건강증진
  - 정신건강과 관련된 올바른 이해와 다양한 지식은 고난을 극복하고 회복력을 증진시키는 데에 기여함
  - 정신질환자, 새 주민, 실직자, 가족 및 지역사회 내에서 정신적 외상을 경험한 노인 등 대상별 교육 및 프로그램 소개와 제공
- 직장 내 정신건강 관련 프로그램 개발

- 직장 내에 정신건강증진 정책 및 프로그램을 도입하여 직장인들의 생산성 증진과 결근율 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 회복기간을 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 정신건강 증진을 토대로 하여 정신질환자 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, 이메일상담을 통해 이루어진다.

## 13 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 입소시설 또는 여가시설을 제외하면 공공이 대부분의 정신보건기관을 운영하고 있다. 공공부문은 주정부 정신보건국과 공공부문 정신보건서비스 관리를 위탁받은 협력기관(멜버른대학교 의과대학) 간의 긴밀한 협조하에 정신과 입원 치료에서부터 지역사회 정신보건서비스까지 일련의 포괄적인 정신보건서비스를 제공한다.

### 13.1 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 기반사업이다. 이 프로그램은 아동·청소년의 사회심리적 정신건강을 목표로 하고 있으며 호주의 중·고등학교 학교모델과 교과과정, 전문성개발 프로

그럼을 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 의사소통 기술, 도움요청기술, 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 검증 받은 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.

132

## Beyond Blue

이 단체는 호주 연방정부와 State and Territory 정부 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.

## 호주 빅토리아주 정신건강 개혁전략

빅토리아주의 ‘정신건강 개혁전략 2009~2019’의 비전은 정신건강문제를 가진 이들이 적시에 질높은 서비스와 지원을 받음으로써 지역사회에서 성공적으로 살 수 있게 하는 동시에 모든 빅토리아주민이 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 아동기 환경’ 실행 틀을 적용하여 회복과 보호적 요인을 만들고 건강한 식이, 신체활동, 약물 교육을 보충하여 건강한 삶과 건강한 정신을 위한 접근방법을 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, 가정 폭력, 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 대

상자의 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 응급 상황에 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 위기 상황을 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 토대마련이다. 대상자에게 보다 조정된 맞춤형 접근방식을 제공하여, 유연하고 단계적으로 지원하는 것이다. 이는 주로 정신질환자를 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, 정신질환자를 위한 결과 향상, 언어적으로 다양한 사람들과 난민의 배경을 가진 사람들의 정신건강 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 지역 사회의 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 정신건강개혁 회의를 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.

#### 134 호주 빅토리아주 멜버른시

호주 빅토리아주의 Department of Health, Mental Health Drugs and Regions Division(MHDR)은 아이들의 문제행동과 행동장애를 예방하여 반사회적인 행동을 줄이기 위해 학교기반 정신건강사업을 시행하고 있다. 2000년 빅토리아주 아동·청소년의 정신건강 통계에 따르면, 500,000명의 아동·청소년 중 14%가 정신건강에 문제가 있었고, 아동보다 청소년이 더 높은 비중을 보였다. 구체적으로는 문제행동(7%), 주의집중력 결핍(6.1%), 공격성(5.2%)이 주된 정신건강 문제행동으로 나타났다

다. Mental Health Branch(현 Mental Health, Drugs and Regions Division)의 2001년 조사에 따르면, 아동·청소년 정신건강 전문가 상담서비스(CAMHS)의 이용자의 17%가 행동문제 또는 정서상 문제를 일으켰다. 이와 같은 결과를 바탕으로, MHDR은 아동·청소년의 정신건강 문제를 조기에 발견하여 예방하기 위해 아동중심 개입, 가족/부모중심 개입, 학교중심 개입에 초점을 두고 있다.

멜버른시는 15~24세 청소년을 대상으로 하여 정신질환, 알코올 의존, 약물남용에 대한 조기발견, 조기개입, 담당자 교육을 하는 중재기관을 운영한다. 또한, Family Services팀이 아동청소년, 노인, 산모 등에게 우울증과 같은 정신건강의 문제에 대한 상담 서비스를 제공한다.

멜버른시의 St Vincent's 병원은 아동·청소년, 성인, 그리고 노인을 대상으로 정신건강관련 프로그램을 제공한다. St.Vincent 병원은 3차 공공보건서비스 제공기관으로 긴급의료 서비스, 중환자 관리, 노인케어, 진단, 재활, 정신건강, 완화치료, 생활보호 등의 전반적인 서비스를 제공하는 기관이다. 이곳의 노인 대상 프로그램으로는 APATT(Aged Psychiatry Assessment and Treatment Team)가 있다. 이 병원은 APATT를 통해 지역사회를 위한 정신건강 종합서비스를 제공한다. 이는 사례관리자와 APATT 직원들이 대상 노인, 노인의 가족 또는 보호자를 방문하여 노인의 정신건강과 관련하여 사례관리를 한다. 노인의 정신건강 사례관리 프로그램을 위해 St. Vincent 재활, 노인 정신의학 검사서를 작성한다. 이 검사서에는 노인 당사자의 프로그램 이용에 대한 동의, 개입정도(위기개입, 긴급개입, 일상개입), 그리고 의료혜택 여부, 과거 병력 및 내원기록, 비공식·공식지원체계 등을 기입하도록 되어 있다.

## 1 4 영국

### 1 4 1 자살

2010년 영국에서는 5,608명이 자살로 사망하였으며, OECD(2012)는 2010년 영국의 인구 10만 명당 자살사망률이 6.7명이라고 발표하였다. 현재 영국 정부는 자살 예방을 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 자살사

망률이 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 정신보건정책의 목표로 제시한 바 있다.

142

#### 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.

## 해외사례 시사점

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 선진도시들은 병원중심의 정신건강서비스에서 지역사회 기반 정신건강서비스로 변화하기 위해 정신건강 문제를 지역사회 중심으로 해결하려는 노력을 오래 전부터 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 선진도시들은 영유아기부터 학생, 임산부, 노인에 이르기까지 생애주기별 정신건강정책을 시행하고 있다. 특히 이들 도시는 아동, 청소년기의 정신건강 예방과 조기발견을 강조한다. 현재 서울시 아동청소년 정신건강관련 사업은 학교를 중심으로 하고 있으나 전체 학생 대상으로 선별검사가 이루어지고 있지 않고 예방교육도 체계적으로 이루어지고 있지 않다. 해외 선진도시들은 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 선진도시들은 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.

## IV     서울시민 정신건강 실태 분석

- 1       서울시민 정신건강 실태
- 2       중고생 스트레스 인지율
- 3       서울시민 정신건강 인지도
- 4       종합 및 시사점

## IV 서울시민 정신건강 실태 분석

### 1 서울시민 정신건강 실태

#### 1.1 자살

##### 1.1.1 자살생각률

서울시 정신보건사업지원단의 조사에 따르면 ‘지난 1년 동안 죽고싶다는 생각을 한 적이 있다’고 응답한 서울시민 자살생각률은 2011년 23.9%로 2009년 17.5%에 비해 6.4% 증가하였다. 자살을 생각한 사람 가운데 약 10%는 지난 1년간 실제로 자살을 시도하거나 계획한 적이 있다고 응답하였다.

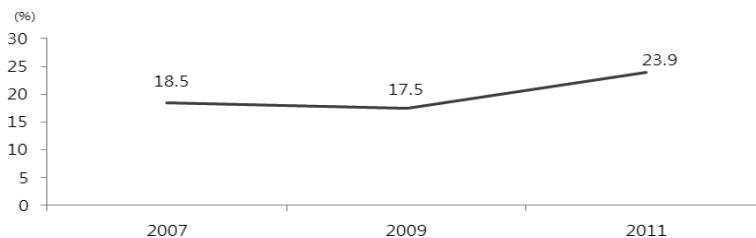


그림 4-1 서울시민 자살생각률

자료 : 서울시정신보건사업지원단, 2011, 「정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사」

서울시민 자살생각률은 성별, 학력수준, 경제수준, 직업에 따라 차이가 있다. 성별로 보면 ‘지난 1년 동안 죽고싶다는 생각을 한 적이 있다’는 응답률은 여자가 28.7%로 남자의 응답률 19%보다 9.7%가 높아 남자보다 여자의 자살생각률이 더 높은 것으로 나타났다. 학력수준으로 보면 자살생각률은 ‘중학교 졸업 이하’가 30.5%로 가장 높고, 이어 ‘고등학교 졸업’이 26.6%, ‘대학교 재학 이상’이 19.5% 순으로 학력수준이 높을수록 자살생각률이 낮아지는 것으로 파악됐다. 경제수준에 따른 자살생각률은 그 편차가 가장 크게 나타났다. 경제수준을 상, 중, 하로 구분하였을 때 자살생각률은 경제수준이 ‘중지 않은 편’이라고 응답한 그룹이 40.6%이고, 경제수준이 ‘보통’이라고 응답한 그룹이 20.2%, 경제수준이 ‘좋은 편’이라고 응답한 그룹은 5.1%로 나타났다. 직업에 따른 자살생각률은 무직, 퇴직자가 33.3%로 가장 높았고, 다음으로 영업,

판매, 서비스직이 32.5%, 자영업이 26.5% 순으로 나타나 무직, 퇴직자나 영업, 판매, 서비스직 종사자들의 자살생각률이 다른 직종에 비해 높았다.

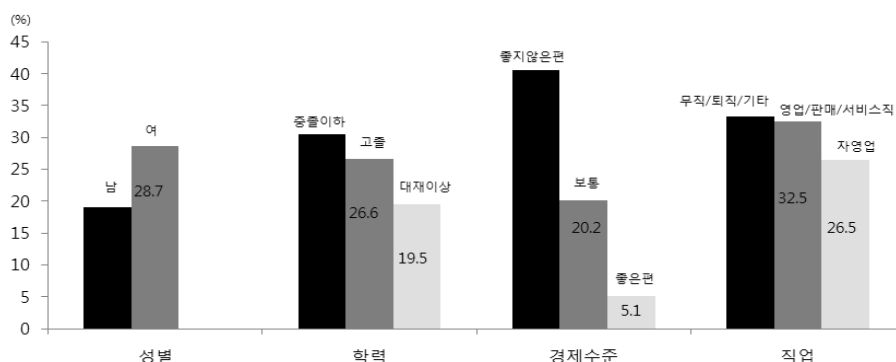


그림 4-2 성별, 학력, 경제수준, 직업에 따른 서울시민 자살생각률

자료 : 서울시정신보건사업지원단, 2011, 「정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사」

서울시민의 자살생각률은 신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 스트레스 정도에 따라 차이가 있다. 신체적 건강상태, 정신적 건강상태가 좋지 않을수록 자살생각률은 각각 51.8%, 67.8%로 높으며, 신체적, 정신적 건강상태가 좋을수록 각각 14.7%, 15.2%로 자살생각률이 낮은 것으로 나타났다. 스트레스로 보면 스트레스 초고위험군의 자살생각률은 70.3%인 반면, 저위험군의 자살생각률은 4.6%로 큰 차이를 보였다. 즉, 신체적, 정신적 건강상태와 스트레스는 자살생각률에 큰 영향을 미치는 요인임을 알 수 있다.

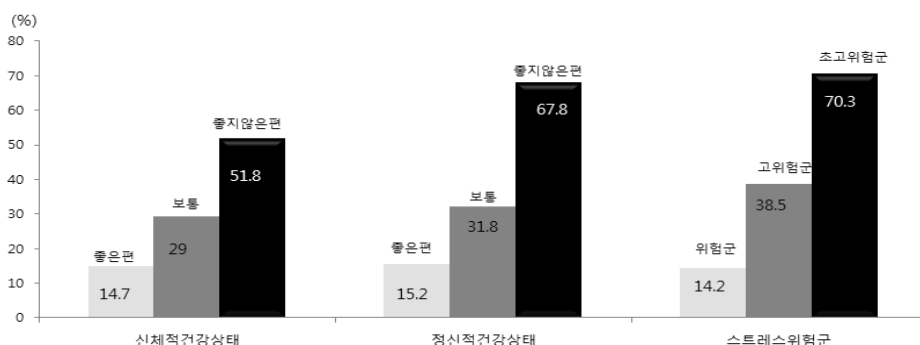
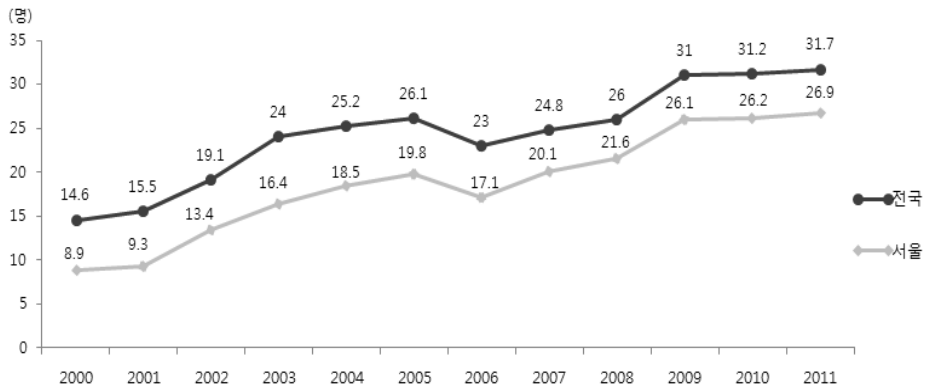


그림 4-3 신체적 건강상태, 정신적 건강상태, 스트레스 위험군에 따른 서울시민 자살생각률

자료 : 서울시정신보건사업지원단, 2011, 「정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사」

2011년 서울시 자살사망자수는 10만 명당 26.9명으로 전국의 37.1명에 비해 낮은 수준이다. 그러나 2000년 대비 2010년 증가율을 보면 전국은 약 2.4배이나 서울은 2.9배로 더 빠른 속도로 증가하고 있다. 2011년 서울시 자살사망자수는 2,722명으로 전년대비 54명이 증가하였으며 하루 평균 7.5명이 자살로 사망하는 것으로 나타났다.



**그림 4-4 전국 vs 서울의 인구 10만 명당 자살사망률**

자료 : 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도

이러한 자살률의 급속한 증가는 우리나라 사망원인 순위에도 반영되었다. 1992년 우리나라 사람들의 10대 사망원인 중 10위였던 자살이 2000년에는 전체 사망원인 중 8위에 올라왔고, 2010년에는 암, 뇌혈관질환, 심혈관질환에 이어 4위로 상승하였다. 대부분의 국가에서 자살이 전체 사망원인 중 10위 내외인 것을 고려할 때 우리나라는 매우 이례적인 통계를 보여주고 있다고 할 수 있다.



표 4-1 한국의 10대 사망원인 변화추이

	1992	2000	2010
1.	암	암	암
2.	뇌혈관질환	뇌혈관질환	뇌혈관질환
3.	심혈관질환	심혈관질환	심혈관질환
4.	교통사고	교통사고	자살
5.	간질환	간질환	당뇨병
6.	고혈압	당뇨병	폐렴
7.	당뇨병	만성 폐질환	만성 폐질환
8.	만성 폐질환	자살	간질환
9.	결핵	고혈압	교통사고
10.	자살	폐렴	고혈압

자료 : 통계청, 2011, 2010년 통계청 사망통계연보

OECD 국가 중 가장 높은 자살률과 가장 높은 자살증가율이 연령에 따라 다른 양상을 보이고 있는데, 1985년부터 2010년까지의 연령별 자살률의 변화추이를 제시한 그림 4-5를 보면, 자살률의 변화가 거의 없는 10대에 비해 20대 이후는 두드러진 자살률의 증가를 볼 수 있다. 특히 60대 이상의 노년층에서 그 증가율이 높아지는 것을 알 수 있다. 우리나라는 1990년대 중반 경제위기가 닥치면서 노년층 등 취약계층의 삶의 질이 더 떨어지게 되면서 연령으로 인한 취약성과 함께 증가한 노인기 우울증이 자살률 상승의 원인이 되었을 것으로 보인다.

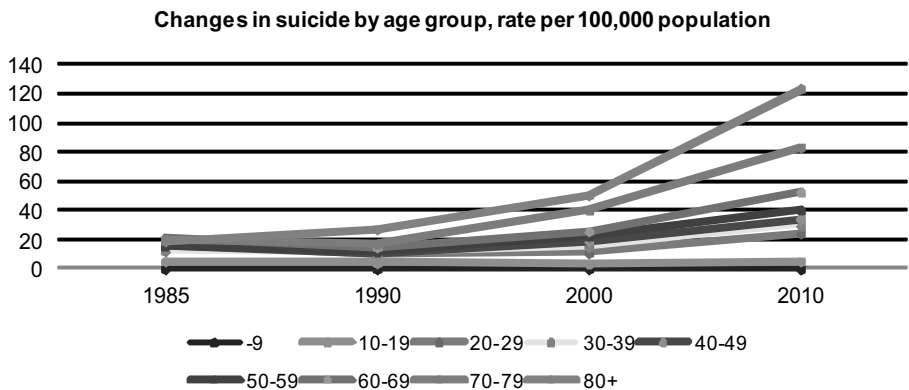
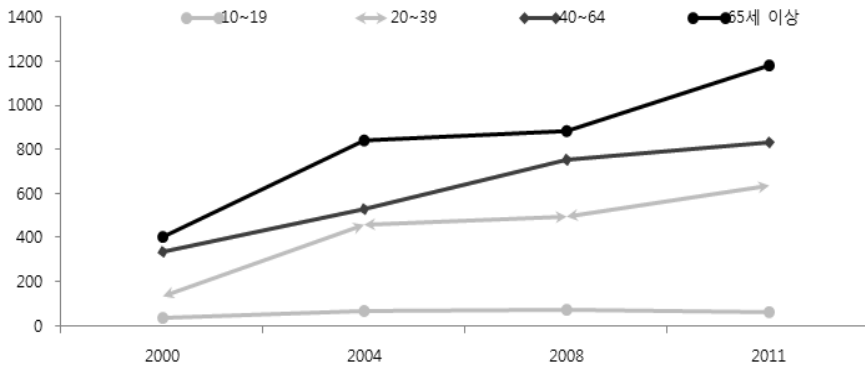


그림 4-5 연령별 자살률 변화추이(1985~2010)

자료 : 통계청, 2010, 「사망원인통계」

그림 4-6의 서울시 연령대별 자살률을 보면 65세 이상 노인의 자살률이 다른 연령대에 비해 매우 높은 수준인 것을 알 수 있다. 2011년 서울시 자살사망자수의 가장 큰 변화는 10~19세 연령대의 자살사망자수가 2010년에 이어 작지만 2년 연속 감소추이를 보이고 있다는 것이다. 그러나 전국과 비교해 보면 15~19세 청소년 자살사망률은 서울시 10만 명당 10.2명, 전국이 8.3명, 20~24세 청소년 자살사망률은 서울시 10만 명당 19.6명, 전국이 18.3명으로 서울시 전국보다 높은 수준이다.



**그림 4-6 서울시 연령대별 자살률**

자료 : 통계청, 2011, 「사망원인통계」

자살률과 함께 자살자의 수를 같이 표시한 그림 4-7을 보면, 조금 다른 정책적 함의를 얻게 된다. 자살률 자체는 노인 연령층에서 매우 높지만, 실제 자살자수 자체는 40대가 제일 많은 것을 알 수 있다. 또한 2011년의 연령별 사망원인 순위를 제시한 표 4-2를 보면, 10대부터 30대까지 자살이 사망원인의 1위, 40대부터 50대까지는 자살이 사망원인의 2위임을 알 수 있다. 이는 자살예방을 위한 주요 대상 연령층을 정할 때 자살률이 상대적으로 높은 노년층은 물론, 자살자수가 많거나 사망원인 중 자살의 상대적 중요도가 젊은 연령층도 그 우선순위를 높여야 함을 시사한다.

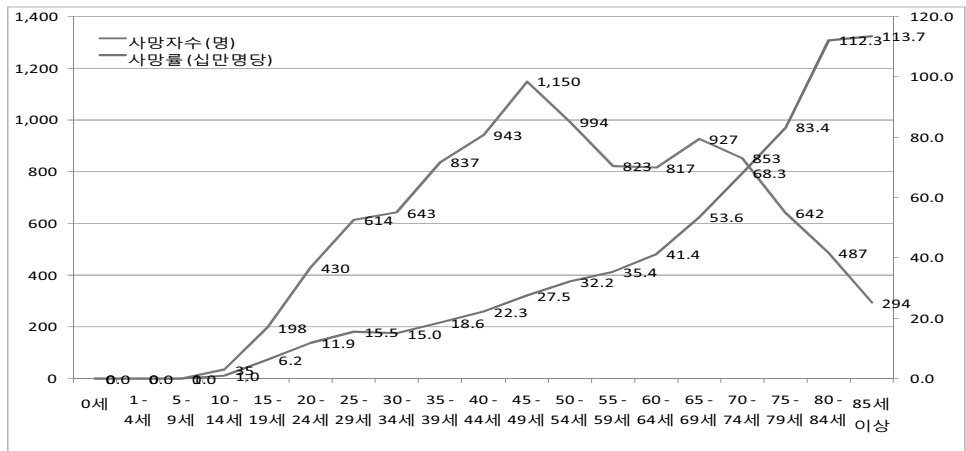


그림 4-7 연령별 10만 명당 사망률 및 사망자수(전국)

자료 : 통계청, 2010, 「사망원인통계」

표 4-2 연령별 사망순위(전국)

(단위 : 명, %)

연령	1위			2위			3위		
	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률
1-9세	악성신생물 (암)	17.8	2.6	운수 사고	14.2	2.1	선천 기형	9.2	1.4
10-19세	고의적 자해 (자살)	26.5	5.5	운수 사고	22.6	4.7	악성신생물 (암)	14.6	3.0
20-29세	고의적 자해 (자살)	47.2	24.3	운수 사고	15.3	7.9	악성신생물 (암)	10.2	5.3
30-39세	고의적 자해 (자살)	36.7	30.5	악성신생물 (암)	18.7	15.7	운수 사고	8.1	6.8
40-49세	악성신생물 (암)	28.1	52.7	고의적 자해 (자살)	18.1	34.0	간 질환	8.4	15.8
50-59세	악성신생물 (암)	37.6	153.5	고의적 자해 (자살)	10.1	41.2	심장 질환	7.2	29.3
60-69세	악성신생물 (암)	42.3	390.9	뇌혈관 질환	8.5	78.1	심장 질환	8.1	74.8
70-79세	악성신생물 (암)	33.3	873.2	뇌혈관 질환	11.6	304.9	심장 질환	9.9	259.9
80세이상	악성신생물 (암)	16.1	1491.1	심장 질환	12.5	1155.9	뇌혈관 질환	12.2	1129.5

자료 : 통계청, 2012, 2011 사망원인 통계

시도별 연령을 우리나라 전체 인구의 연령 구성에 따라 표준화한 연령보정 시도별 자살률의 변화추이를 제시한 표 4-3을 보면, 전국 평균 자살률에 비해 서울의 자살률이 다소 낮은 것을 알 수 있다. 노인 연령층의 자살률이 젊은 연령층에 비해 현저히 높은

것을 고려할 때 연령보정을 하지 않은 자살에 대한 조사망률은 서울의 경우 전국, 특히 노인 인구비율이 높은 시도에 비해 더 낮은 수치를 보인다. 연령보정 이후에도 서울의 자살사망률이 전국의 자살사망률에 비해 낮은 것은 연령 이외에 사회경제적 수준, 도시와 농촌의 문화적 차이, 농약 등 자살수단에 대한 접근성, 정신보건의료 서비스에 대한 접근성 등의 차이가 자살사망률의 차이를 보여주고 있다고 할 수 있다.

표 4-3 시도별 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율

(단위 : 명, %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
전국	14.6	15.5	18.9	23.4	24.2	24.7	21.3	23.9	24.7	29.1	28.7	28.8
서울	9.7	10.0	14.5	17.5	19.5	20.1	17.1	19.6	20.7	24.6	24.3	24.6
부산	13.7	16.8	16.7	22.4	26.9	26.1	21.2	24.1	25.9	29.3	29.3	28.6
대구	13.6	11.7	15.6	21.2	23.0	22.9	20.4	22.6	24.5	28.0	27.9	27.5
인천	16.9	15.8	19.7	28.0	22.6	26.7	23.5	24.1	27.2	30.7	31.0	31.2
광주	12.5	10.9	15.1	19.1	21.6	20.6	17.5	23.6	22.1	28.8	30.7	26.1
대전	15.6	15.1	18.5	23.5	25.0	27.7	23.7	25.3	22.9	31.1	29.0	29.0
울산	15.0	18.8	16.6	27.7	23.5	23.5	18.3	21.3	23.4	25.9	24.6	25.5
경기	15.0	16.6	21.1	24.7	24.9	26.2	22.1	23.2	24.6	28.8	28.9	29.2
강원	19.4	24.3	27.7	35.9	32.8	31.7	27.4	33.0	33.0	38.1	36.8	37.7
충북	18.4	21.2	23.6	27.4	28.9	31.3	26.0	28.4	30.6	37.5	31.9	33.6
충남	23.2	23.9	23.1	29.9	31.4	32.0	27.9	31.7	30.3	38.8	36.9	36.5
전북	16.4	18.1	22.1	26.7	25.4	23.8	22.7	28.0	26.8	31.0	28.3	31.6
전남	16.0	15.8	21.5	25.0	23.5	21.8	20.0	21.8	23.8	28.0	29.0	27.8
경북	20.5	19.1	22.8	25.6	26.8	25.1	22.8	26.2	25.1	29.2	29.7	30.0
경남	16.7	18.4	22.7	26.4	27.6	26.8	24.1	27.4	27.0	29.2	29.3	29.2
제주	17.7	18.9	18.6	27.6	24.0	27.3	20.5	24.5	28.1	31.7	30.2	28.5

자료 : 통계청, 2012, 2011년 사망원인 통계연보

그림 4-8를 보면 서울시 인구 10만 명당 자살사망률은 자치구별 차이가 크다. 2012년부터 서울시는 자살사망자수가 많은 관악구(172명), 강서구(155명), 노원구(145명), 성북구(134명), 은평구(134명)를 자살 취약 자치구로 선정하여 일 년에 6,500 만원을 자살예방을 위한 예산으로 지원하고 있다. 통계청 사망원인통계 2011년 자료에 의하면 서울시 인구 10만 명당 자살사망률은 강북구(37.7명), 관악구(33.0명), 금천구(32.9명), 영등포구(31.7명)가 높은 반면, 서초구(19.2명), 송파구(22.2명),

양천구(22.6명), 동작구(23.2명)는 낮은 편으로 나타났다.

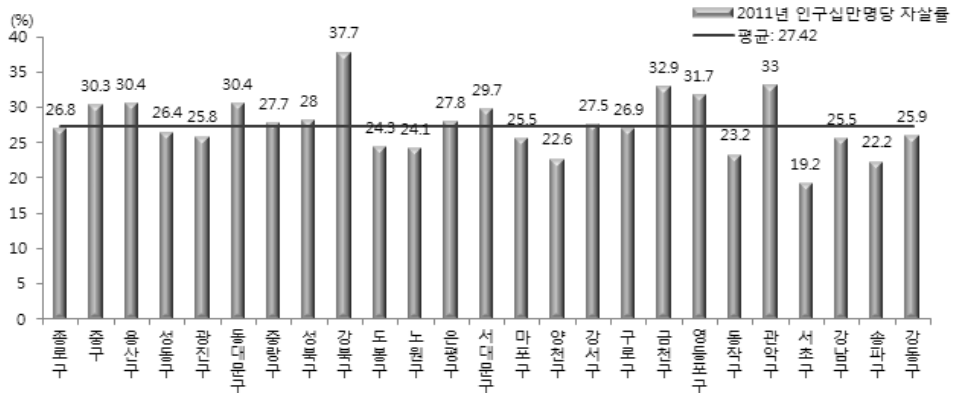


그림 4-8 서울시 자치구별 인구 10만 명당 자살사망률

자료 : 통계청, 2011, 「사망원인통계」

자살사망률은 성별에 따라서도 차이가 있는데 2011년 서울시민 성별 자살률은 남성이 1,872명, 여성이 850명으로 남성이 전체자살의 69%를 차지하고 여성자살률 31%보다 2.2배나 높았다. 2010년 남성 자살비율은 여성의 1.63배였으나 2011년에는 2.2배로 증가했다.

### 113 자살원인

2012년 통계청 사회조사에서 자살충동률을 조사한 결과 서울시민의 자살충동률은 10.9%로 전국 7개 광역도시 비교 결과 인천(12.9%) 다음으로 자살충동률이 높은 것으로 나타났다.

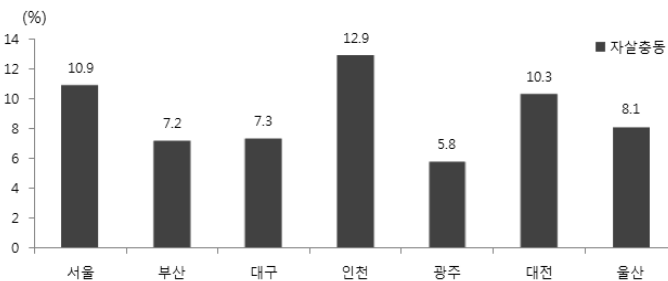
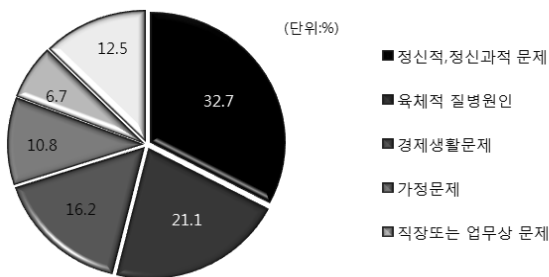


그림 4-9 7개 광역도시 자살충동률

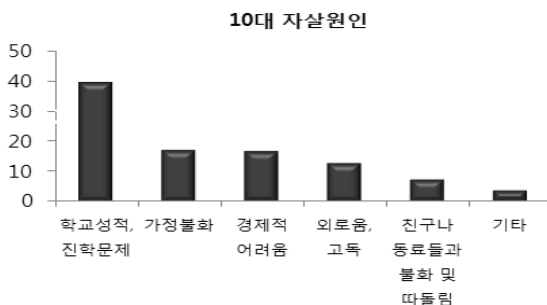
자료 : 통계청, 2012, 「사회조사」

서울시민이 자살충동을 느낀 이유는 경제적 어려움이 40.2%로 가장 높았으며, 그다음은 외로움, 고독 14.3%, 가정불화 13.5%, 신체적, 정신적 질환이나 장애 9.7% 순으로 나타났다. 실제로 자살로 사망한 서울시민의 자살원인을 분석해보면 정신적, 정신과적 문제가 32.7%, 육체적 질병원인이 21.1%로 가장 높았다. 신체적, 정신적 질병원인을 제외하면 경제생활문제가 16.2%로 가장 높고, 그다음은 가정불화문제 10.8%, 직장문제 6.7% 순으로 파악되었다.

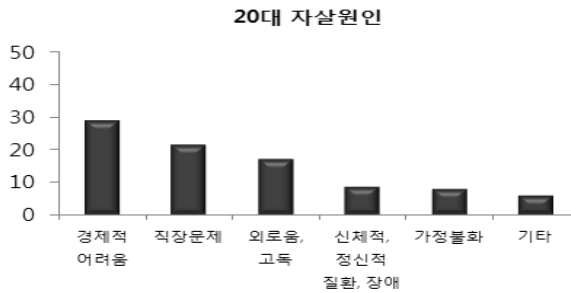


**그림 4-10 서울시 자살사망자의 자살원인**  
 자료: 경찰청「변사자발생 원인별 현황」, 2010

자살률이 높은 연령별 자살원인을 분석해보면 10대는 학교성적, 진학문제가 39.2%로 가장 높고, 그다음은 가정불화 16.9%, 경제적 어려움 16.7% 순으로 나타났다. 20대는 경제적 어려움이 28.7%로 가장 높고, 이어 직장문제가 21.4%, 외로움/고독이 17% 순으로 파악되었다. 60대는 경제적 어려움이 37.4%로 가장 높고, 신체적, 정신적 질환이나 장애도 36.2%로 높았다.

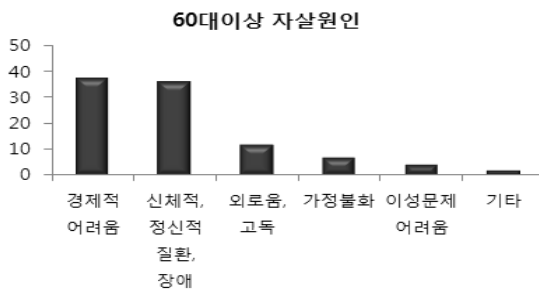


**그림 4-11 서울시 10대 자살원인**  
 자료: 통계청, 2012, 「사회조사」



**그림 4-12 서울시 20대 자살원인**

자료 : 통계청, 2012, 「사회조사」



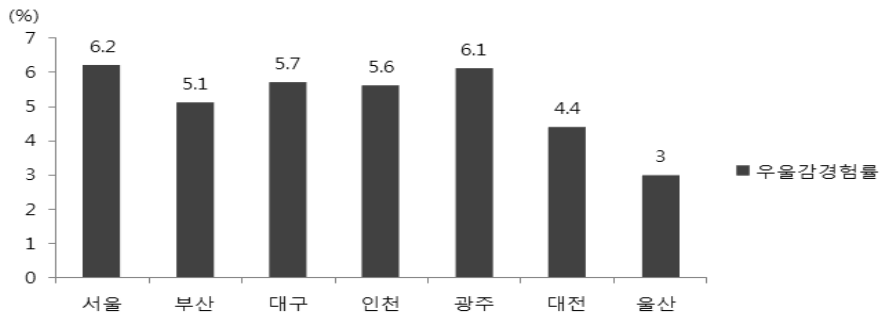
**그림 4-13 서울시 60대 이상 자살원인**

자료 : 통계청, 2012, 「사회조사」

## 12 우울증

### 12.1 우울감 경험률

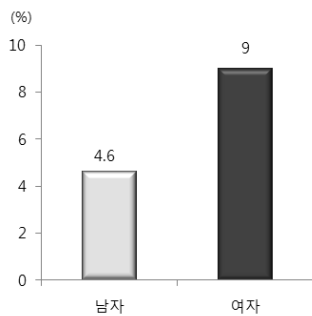
우울감 경험률은 최근 1년 동안 연속적으로 2주(14일) 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 사람의 비율이다. 2012년 보건복지부와 질병관리본부 조사결과 우울감 경험률은 서울 6.2%, 광주 6.1%, 인천 5.6%, 대구 5.7%, 부산 5.1%, 대전 4.4%, 울산 3.0%로 서울시민의 우울감 경험률이 타 시도에 비해 다소 높게 나타났다.



**그림 4-14 7개 광역도시 우울감 경험률**

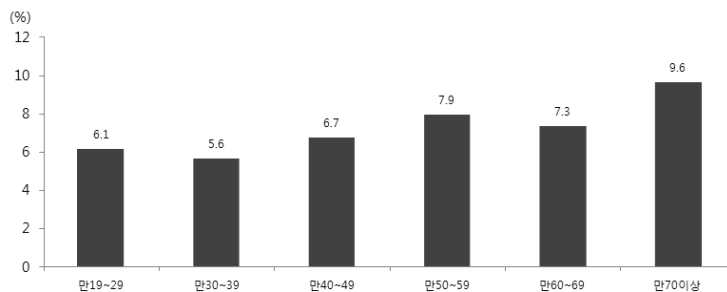
자료 : 보건복지부, 질병관리본부, 2012, 「2008~2012 지역사회 건강통계 한눈에 보기」

그림 4-15와 그림 4-16을 보면 우울감 경험률은 성별과 연령에 따라 차이가 있다. 성별에 따른 우울감 경험률을 보면 여자의 우울감 경험률이 9%로 남자의 4.6%보다 높았다. 연령별로 보면 우울감 경험률은 70세 이상 노인이 9.6%로 가장 높으며, 이어 50~59세 연령층이 7.9%, 60~69세 연령층이 7.3% 순으로 파악되었다.<sup>4</sup>



**그림 4-15 서울시 성별 우울감 경험률**

자료 : 보건복지부, 질병관리본부, 2010, 「지역사회건강조사」



**그림 4-16 서울시 연령별 우울감 경험률**

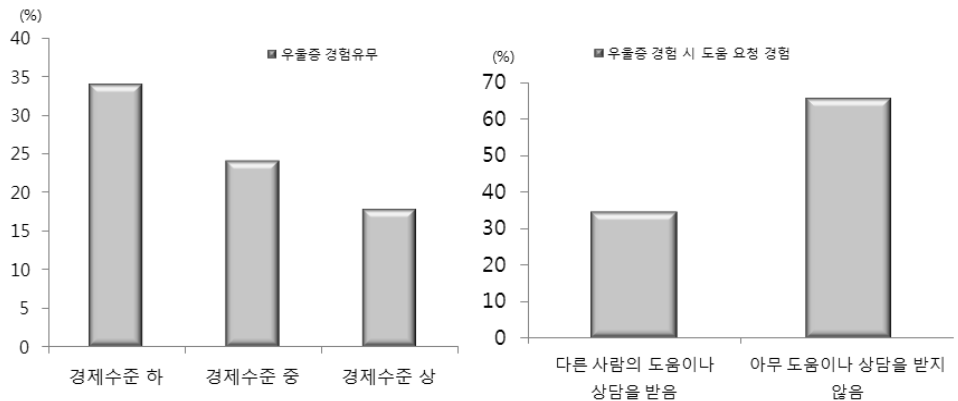
자료 : 보건복지부, 질병관리본부, 2010, 「지역사회건강조사」

4

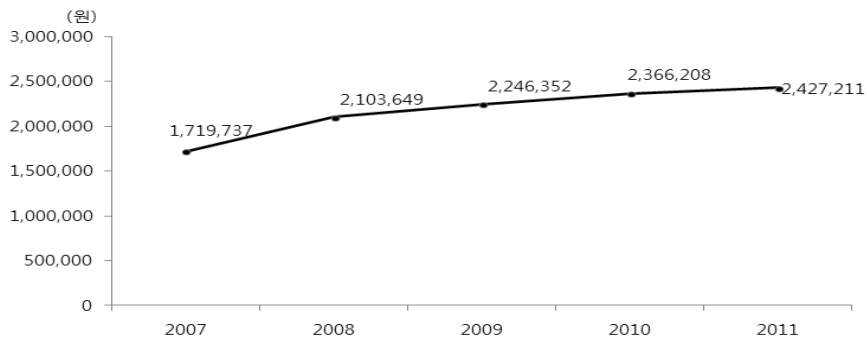
보건복지부 「지역사회건강조사」의 우울감은 “최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?”에 대해 “예 또는 아니오”로 응답하는 방식



우울감은 사회경제적 요인이나 지역적 차이의 영향을 받는 것으로 나타났다. 2011년 정신건강에 대한 인식조사에 의하면 경제수준에 따라 우울감을 느낀 경우가 있다는 응답률에 차이가 있는 것으로 파악되었다. 경제수준 상위에서는 17.9%, 중위에서는 24.1%, 하위에서는 34%로 경제수준이 낮아질수록 우울감을 느낀 경우가 증가하였다. 그림 4-18을 살펴보면 우울증상으로 서울시민의 정신건강과 관련하여 다른 사람의 도움이나 상담을 받은 비율은 34.6%에 달한다. 특히 여성이 우울증에 걸릴 확률은 10~25%이며 30대 중반에서 50대 후반에 주로 나타나 이것을 주부우울증이라고 부른다. 주부우울증을 제때 치료받지 못하면 이 중 15%가량이 극단적 선택을 하는 것으로 보고되고 있다. 건강보험심사평가원에 따르면 여성 우울증 진료비 청구 건수는 2007년 171만9737건에서 해마다 증가하여 2011년에는 242만7211건으로 크게 증가하였으며 지속적 증가추이를 보이고 있다.



**그림 4-17 서울시민 경제수준에 따른 우울증 경험유무 및 도움 요청 경험**  
 자료 : 서울시 정신보건센터, 2011, 「정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사」



**그림 4-18 여성우울증진료비 청구 건수(전국)**  
 자료 : 건강보험심사평가원, 2011

우울감 경험률도 지역에 따라 차이가 있는데 서울시민의 평균 우울감 경험률인 6.78%를 넘는 자치구는 동작구(11.6%), 영등포구(10.4%), 중랑구(9.1%), 종로구(8.9%), 구로구(8.5%), 송파구(8.5%) 순으로 나타났다(그림 4-20).

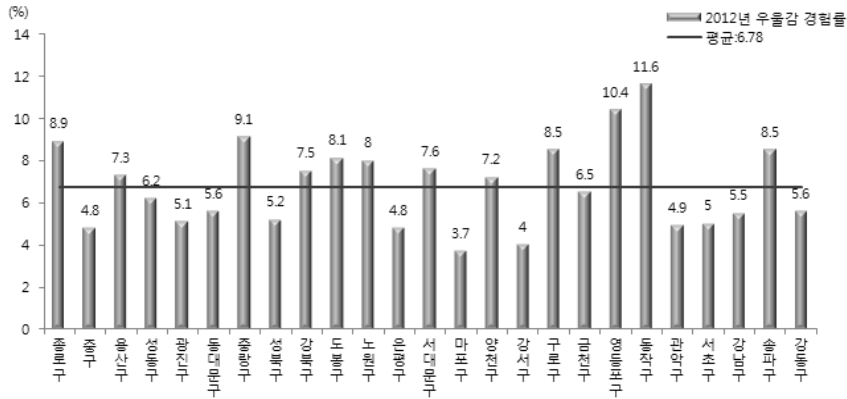


그림 4-19 자치구별 우울감 경험률

자료 : 통계청, 2012, 「지역사회건강조사」

## 13 스트레스

### 13.1 스트레스 인지율

스트레스 인지율은 지역사회건강조사와 사회조사 결과로부터 도출할 수 있다. 지역사회건강조사는 스트레스를 평소 일상생활 중 스트레스를 “대단히 많이” 또는 “많이” 느끼는 사람의 비율로 정의한다. 사회조사는 지난 2주일 동안 스트레스를 느꼈다고 응답한 사람 중 ‘매우 느낌’ 또는 ‘느낌’으로 응답한 사람으로 정의한다.

2011년 지역사회건강조사에 의하면 서울시민의 스트레스 인지율은 30.6%로 전국에서 인천(31.3%) 다음으로 높은 수준이다. 서울 다음으로는 대전, 광주가 28.6%, 대구가 27%, 부산이 26.5% 순으로 나타났다.

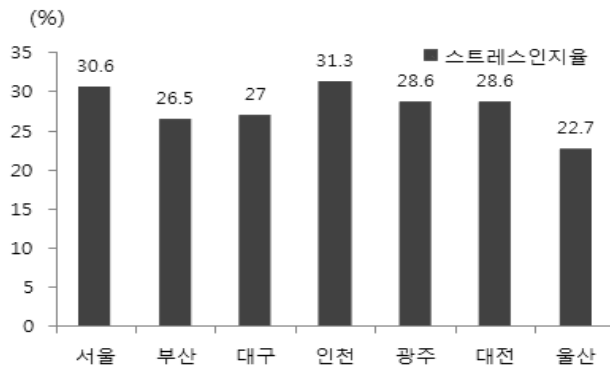


그림 4-20 광역도시 스트레스 인지율

자료 : 통계청, 2011, 「지역사회건강조사」

통계청 사회조사는 스트레스를 가정생활, 직장생활, 학교생활, 일상생활 전반적인 스트레스로 구분하였는데, 그림 4-21를 보면 전체적으로 서울시민의 스트레스 경험률이 전국보다 높은 수준이다. 전국과 서울시민의 전반적 일상생활에서 스트레스를 인지하는 비율은 서울이 72.4%로 전국의 69.6%보다 높은 수준을 보인다. 가정생활 스트레스에서도 서울이 50.3%로 전국의 48.1%보다 높은 수준이다. 직장생활에서 스트레스 인지 비율을 전국과 서울시민을 비교하였을 때, 서울시민이 77.6%로 전국의 74.1%보다 높은 수준을 보인다. 학교생활 스트레스에서도 서울시민이 56.6%의 스트레스 인지율로 전국의 55.9%보다 높은 수치를 나타낸다. 서울시민의 스트레스는 직장생활 스트레스가 77.6%로 가장 높고, 그다음은 일상생활 72.4%, 학교생활 56.6%, 가정생활 50.3% 순으로 나타났다.

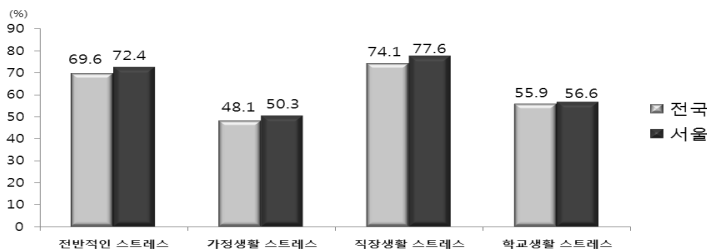
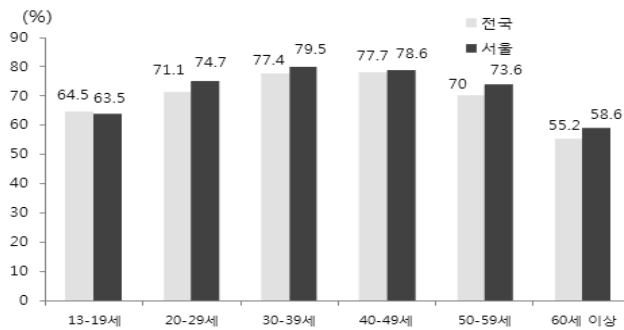


그림 4-21 전국 vs 서울 스트레스 정도

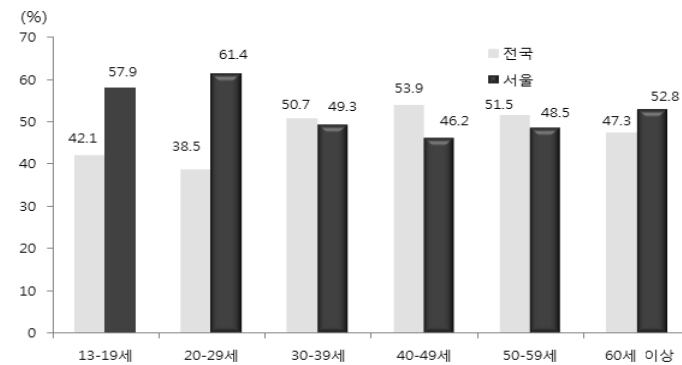
자료 : 통계청, 2012, 「사회조사」

그림 4-22에서 보는 바와 같이 스트레스 경험률을 연령별로 보면 전국과 서울 모두 3,40대의 스트레스가 가장 높았다. 서울시 30대의 스트레스 경험률은 79.5%, 40대는 78.6%로 가장 높았으며 60세 이상은 58.6%로 가장 낮게 나타났다. 그림 4-23을 보면 연령별 가정생활 스트레스는 10대와 20대가 다른 연령층에 비해 매우 크며 전국보다 상당히 높은 수준인 것으로 파악되었다. 서울시 20대의 가정생활 스트레스 인지율은 61.4%로 전국의 38.5%에 비해 매우 높다. 서울시민의 스트레스 인지율은 13~19세가 57.9%로 전국의 42.1%보다 높고 30대 49.3%, 40대 46.2%, 50대 48.5%, 60세 이상 52.8%보다 높은 수치를 보인다.



**그림 4-22 전국 vs 서울 연령별 스트레스 경험률**

자료 : 통계청, 2012, 「사회조사」



**그림 4-23 전국 vs 서울 연령별 가정생활 스트레스 정도**

자료 : 통계청, 2012, 「사회조사」

서울시민 연령별 직장생활 스트레스 경험률은 그림 4-24에서 보는 바와 같이 30대가 61.6%, 40대가 60.3%로 가장 높게 나타났다.

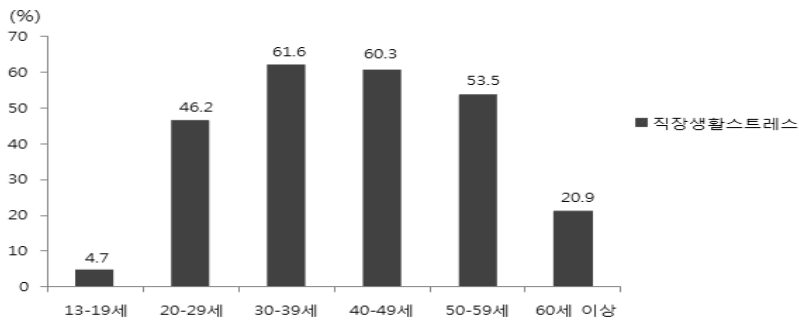


그림 4-24 서울시 직장생활 스트레스 정도

자료 : 통계청, 2012, 「사회조사」

## 2

### 중고생 스트레스 인지율

2013년 서울시 ‘서울교육분야 주요변화 및 시민교육관 분석현황’의 스트레스 분석결과에 의하면 서울시내 중고생의 41.7%가 평소 스트레스를 많이 받는다고 응답하여 성인 응답률 30.6%에 비해 높은 수준을 보였다. 특히 여학생은 스트레스를 많이 받는다는 응답률이 49%로 남학생의 34.9%보다 더 높았다. 스트레스 원인은 공부(성적, 진로 등)가 58.3%, 부모와의 갈등이 15.5%, 외모가 10.4% 순으로 파악되었다.

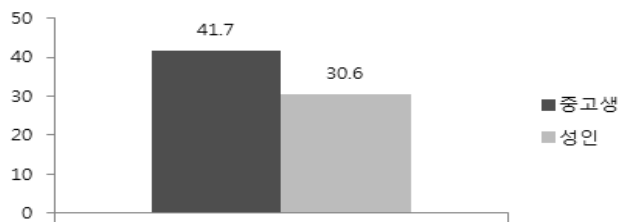


그림 4-25 서울시 중고생 및 성인 스트레스율

자료 : 서울시, 2013, 「서울교육분야 주요변화 및 시민교육관 분석현황」

표 4-4 서울 중고생 스트레스 원인

(단위 : %)

원인	비율
공부(성적, 진로 등)	58.3
부모와의 갈등	15.5
외모	10.4
교우관계	7.5
가정형편	4.7
교사와의 갈등	2.0
건강문제	1.6

### 3 서울시민 정신건강 인지도

#### 3.1 정신건강 인식정도

##### 3.1.1 스트레스, 우울증을 질병으로 인식하는 정도

서울시민의 92.5%는 우울증을 치료가 가능한 질병으로 인식하고 있으며 88.4%는 스트레스도 심각한 질병으로 인식하고 있다.

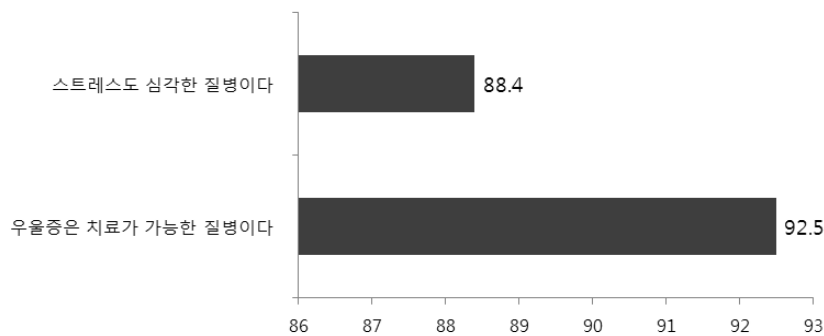


그림 4-26 서울시민 스트레스, 우울증 질병 인식정도

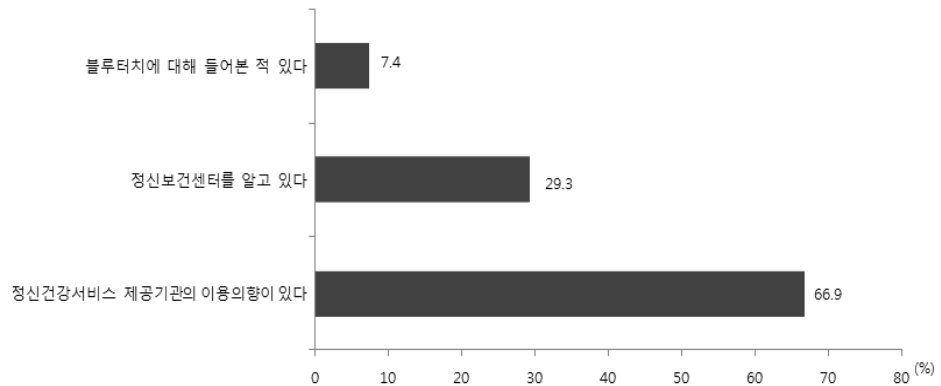
자료 : 서울시정신보건사업지원단, 2011, 「정신건강에 관한 서울시민 인식도조사」

#### 3.2 서울시 정신보건사업 인지도

##### 3.2.1 정신보건사업 인지도

서울시에서 대표적으로 제공하는 정신보건사업으로 블루터치와 정신보건센터가 있다. 서울시민의 서울시 정신보건사업에 대한 인지도를 분석한 결과 블루터치는

7.4%에 불과했으며 정신보건센터도 29.3%로 낮은 수준으로 나타났다. 그러나 정신건강 서비스 제공기관을 이용할 의향은 66.9%로 상대적으로 높은 것으로 파악되었다.

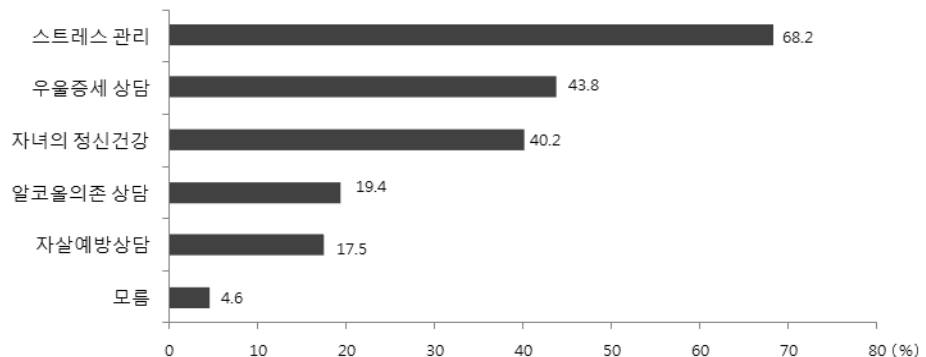


**그림 4-27 서울시민 정신보건사업 인지도**

자료 : 서울시정신보건사업지원단, 2011, 「정신건강에 관한 서울시민 인식도조사」

### 3.2.2 정신보건 서비스 인지도

그림 4-28을 보면 서울시민이 정신보건센터에서 이용하고 싶은 서비스는 스트레스 관리가 68.2%로 가장 높고, 그다음은 우울증세 상담 43.8%, 자녀의 정신건강 40.2%, 알코올 의존상담 19.4%, 자살예방상담 17.5% 순으로 나타났다.



**그림 4-28 서울시민 정신보건서비스 인지도**

자료 : 서울시정신보건통계, 2011

## 종합 및 시사점

첫째, 서울시는 여자의 자살생각률이 남자에 비해 높으나 실제 자살률은 남자가 높다. 자살률이 특히 높게 나타나는 저소득, 저학력 취약계층과 취약지역에 대한 관리가 필요하다. 정신적, 신체적 질병이 있고 스트레스가 높은 계층도 자살 취약계층이며 이들에 대한 관리도 필요하다. 연령별로 보면 10, 20대와 노인의 자살 예방에 대한 지원이 필요하며 가정불화에 대한 상담제공도 필요하다.

둘째, 우울감 경험률은 서울시민이 전국국민보다 높은 편이며 특히 여자와 노인의 우울감이 높다.

셋째, 서울시민의 스트레스 인지율은 전국보다 높은 수준으로 스트레스가 높은 사람들의 자살충동률이 높으므로 스트레스에 대한 관리가 매우 중요하다. 특히 30, 40대 직장인과 10, 20대와 60대의 가정생활 스트레스가 높게 나타난다.

넷째, 서울시민들은 서울시 정신건강 서비스에 대한 인지율이 낮으므로 정신건강 서비스 홍보가 필요하며 스트레스, 우울을 포함한 일반 시민 대상 정신건강 상담서비스에 대한 수요가 높다.



## V      서울시 정신보건정책 및 서비스 공급현황

- 1      중앙정부 정신보건정책 현황
- 2      서울시 정신보건사업 운영 현황
- 3      자치구 정신보건사업 현황

## V 서울시 정신보건정책 및 서비스 공급현황

### 1 중앙정부 정신보건정책 현황

#### 1.1 중앙정부 정신보건정책

정신보건정책은 일반인의 정신건강증진과 정신질환자의 치료 및 관리 강화를 통해 질환으로 인한 사회적 부담을 감소시켜 삶의 질을 향상시키려는 가치와 원칙, 목표, 활동에 대한 조직화된 정책이다. 우리나라는 정신보건법 제4조의 3조(2008. 8.21 개정)에 근거하여 5년마다 국가단위의 정신보건계획을 수립하고 있다. 1997년 정신보건발전 5개년 계획을 시작으로 2002년에 건강증진 관련정책의 중장기 계획인 Health Plan 2010을 수립하였고 2011년 Health Plan 2020(제3차 국민건강증진 종합계획)을 수립하였다. 지방자치단체는 보건복지부의 Health Plan을 바탕으로 정신보건계획을 수립하고 있다.

중앙정부 Health plan 2020는 ‘온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상’을 비전으로 삼아, 신체, 정신, 사회적, 영적 건강개념을 추구하며, 건강증진의 정의에서 중시하는 각 구성원의 적극적인 자기건강관리 참여와 기본권으로서 평등하게 건강을 누릴 수 있다는 개념을 적용하였다. 또한 건강수명의 연장과 건강형평성의 제고를 목표로 하여, 국민 모두가 활기찬 건강과 장수를 누리는 사회의 구축을 지향한다(보건복지부, 2011). 보건복지부에서 수립한 Health Plan 2020은 정신보건을 중점과제 중 한 부분으로 다루고 있으며 학교 보건에서도 일부 계획에 정신보건을 포함하여 제시하고 있다.

#### 1.1.1 Health Plan 2020 정신보건

정신보건계획은 국민의 정신건강증진과 정신질환의 치료 및 관리강화를 통해 질환으로 인한 사회적 부담을 감소시키고 삶의 질을 향상시키기 위해 표 5-1과 같이 크게 다섯 가지 목표를 제시하고 있다. 첫 번째 목표는 치료적 접근성을 확보하고 국민의 정신건강증진을 도모하기 위한 정신건강 및 정신질환에 대한 국민인식의 개선이다. 지표목표치는 우울증을 치료 가능한 질환으로 인식하는 국민 비율을 2020년 30%로 향상시키고, 정신질환에 대한 긍정적 인식도를 2008년 65.9%에서 2020년 75%로

높이는 것이다.

두 번째 목표는 정신질환 이완의 억제(예방), 지속치료를 통한 악화(만성화) 억제, 생애주기별 정신건강증진을 위한 정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강증진 도모이다. 중증정신질환 치료율 향상, 성인우울증 치료율 향상, 노인우울증 치료율 향상, 아동청소년정신질환 치료율 향상 등 정신질환 치료율의 향상과 13~18세 청소년 스트레스 인지율을 2008년 43.7%에서 2020년 39%로 줄이고, 19세 이상 스트레스 인지율을 2008년 28.9%에서 2020년 25%로 감소시키는 것이 지표 목표치로 제시되어 있다.

세 번째 목표는 지역사회 중심 생활 마련(정신보건 인프라 구축), 적절한 치료적 환경 구축, 건강한 신체건강 유지 및 사망률 감소, 직업재활을 통한 사회복귀체계 구축을 위한 중증정신질환자의 사회통합 촉진과 삶의 질 향상이다. 지표 목표로는 정신의료기관의 평균 재원기간 감소, 입원정신질환자의 재원적절성 향상, 정신질환자 지역사회 등록 관리율 향상, 정신질환자 재입원을 감소, 광역단위당 정신장애인 거주시설 정원수 비율 증가, 중증정신질환자 사망률 감소, 정신질환자의 취업률 증가, 정신보건 심판위원회 퇴원명령률 증가 등이 있다.

네 번째 목표는 자살예방 사회안전망 구축, 자살위기 대응체계 구축, 노인인구에 대한 자살관련 위험요소 감소를 통한 자살 위험 없는 안전한 사회 구현이다. 자살이 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율을 2020년까지 50%로 높이고, 10~19세 이하 인구 10만 명당 자살사망자수를 2011년 5.5명에서 2020년 4명으로 줄이며, 노인인구(65세 이상) 10만 명당 자살사망자수를 2011년 70명에서 2020년 60명으로 줄이고, 인구 10만 명당 자살사망자수를 2011년 23명에서 2020년 18명으로 감소시키는 것이 목표치이다.

다섯 번째 목표는 치료접근성 강화, 치료효율성 및 지속성 제고를 통한 알코올 중독 문제의 적극적 관리이다. 고위험 음주행동 비율 감소, 알코올중독 평생유병률 감소, 알코올 관련 치료율 증가, 알코올 중독 사례관리율 향상이 목표치로 제시되어 있다.

표 5-1 제3차 국민건강증진종합계획에 따른 정신보건사업

지표명	2005	2008	2020	관련사업코드	사업명
10-1. 정신건강 정신질환에 대한 국민인식을 개선시킨다.				10-가. 나	
우울증을 치료 가능한 질환으로 인식하는 국민비율 향상	-	지표생성 (2011년)	30.0%		
정신질환에 대한 긍정적 인식도 향상	-	65.9%	75.0%		
10-2. 정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강증진을 도모한다.				10-가. 나	
정신질환 치료율					
- 중증정신질환 치료율 향상	21.1% (2006년)	-	40.0%		
- 성인우울증 치료율 향상	23.0% (2006)	-	40.0%		
- 노인우울증 치료율 향상	-	자료생성 (2011년)	30.0% 향상		
- 아동청소년정신질환 치료율 향상	-	자료생성 (2011년)	30.0% 향상		
스트레스 인지율 감소					
- 청소년 스트레스 인지율 감소 (13세~18세)	45.6%	43.7%	39.0%		
- 스트레스 인지율 감소 (19세 이상 성인)	35.1%	28.9%	25.9%		
10-3. 중증정신질환자의 사회통합 촉진과 삶의 질을 향상시킨다.				10-가.나.다. 라.마	가. 정신질환 편견해소  나. 지역사회 정신보건 인프라 구축  다. 국민 정신건강 질 향상  라. 중증정신 질환자 삶의 질 향상을 위한 정신보건 치료적 환경 개편
정신의료기관의 평균 재원기간 감소	-	158일	110일		
입원(입소)정신질환자의 재원적절성 향상					
- 정신의료기관의 재원적절성 향상 (2010년 대비 60% 이상)	76.2% (1999년)	지표생성 (2011년)	60.0% 향상		
- 정신요양시설의 재원적절성 향상 (2010년 대비 50% 이상)	16.4% (1999년)	지표생성 (2011년)	50.0% 향상		
정신질환자 지역사회 등록 관리율 향상	-	19.2%	30.0%		
광역단위당 정신장애인 거주시설 정원수 비율 증가	-	27.6%	40.0%		
정신질환자 재입원율 감소(3개월 이내) (2010년 대비 50% 이하)	-	지표생성 (2011년)	50.0% 감소		
중증정신질환자 연간 사망자수 감소 (심평원자료 재분석 표준화)	-	3.5명 (2007년)	3.0명		
정신질환자의 취업률 증가	-	9.89%	20.0%		
정신보건 심판위원회 퇴원명령률 증가	-	4.8% (2009년)	20.0%		
10-4. 자살 위험 없는 안전한 사회를 구현한다.				10-가.나.다. 라	
자살이 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율 향상	-	지표생성 (2011년)	50.0% 향상		
19세 이하 인구 10만 명당 자살사망률 감소	-	4.6명	4명		
노인인구 10만 명당 자살사망률 감소	72.1명 (2006년)	73.6명 (2007년)	60명		
인구 10만 명당 자살사망자를 18명으로 감소	-	26명	18명		
10-5. 알코올 중독문제를 적극적으로 관리한다				10-가.나.다. 라	
고위험 음주행동 비율 감소	14.9%	19.7%	15.0%		
알코올 중독 평생 유병률 감소	-	16.2%	12.0%		
알코올 관련 치료율 증가	-	지표생성 (2011년)	30.0% 향상		
알코올 중독 사례관리율 향상	-	지표생성 (2011년)	30.0% 향상		

제3차 국민건강증진종합계획에 따른 정신보건사업은 크게 4가지 방향으로 구현된다. 첫째, 정신질환 편견해소(Anti-stigma movement)이다. 전 세계인구의 다섯 명 중 한명은 인생의 특정 시점에서 정신질환이나 정신장애로 고통을 받는데 정신질환과 장애에 대한 낙인, 차별 및 방임은 정신질환자가 적절한 보호나 치료를 받는 것을 저해하는 요인으로 작용한다(WHO, 2001). 국민 전체가 가진 정신건강과 관련된 낙인문제는 사회의 전 영역에 걸쳐 존재하는 정신건강 문제에 대해 열린 접근, 진지한 해결책 모색, 긍정적 태도를 가질 필요성을 제시한다. 정신보건사업의 확대 및 활성화를 위해서는 강한 낙인문제를 해결하는 것이 급선무이다. 이러한 관점에서 정신건강 인식개선을 위한 공공마케팅 사업지원의 확대, 편견해소를 위한 인식개선 홍보사업 수행, 편견해소 교육 및 문화행사 개최사업 등이 제시되고 있다.

둘째, 지역사회정신보건 인프라 구축 사업이다. 사업의 내용은 지역사회 정신질환자의 조기발견, 상담, 재활, 치료연계 및 예방, 예방적 측면에서 아동청소년 정신질환 조기발견 및 조기개입을 통한 정신질환 이완 억제, 지역사회 내 정신질환자 거주시설 확대를 통한 지역사회 정신재활 및 사회복귀 강화, 알코올중독 관리강화이다. 지역사회정신보건 인프라 구축을 위해서는 정신보건센터 기능강화와 광역단위 정신보건센터의 확대, 정신보건센터 내 아동청소년 정신건강 전담인력 확보가 필요하다.

셋째, 국민 정신건강의 질 향상이다. 스트레스나 우울증 관리사업, 자살급증에 대비하기 위한 지역사회 내 위기관리 서비스의 강화를 중심으로 국민 정신건강에 대한 적극적인 개입을 통한 삶의 질 향상을 도모할 수 있는 사업을 제시하고 있다. 우울 및 스트레스 관리사업의 일환으로 청소년 및 성인 정신건강증진사업, 노인 정신건강사업을 통한 우울증 관리 사업 등이 포함되어 있다. 또한 광역정신보건센터를 통한 24시간 위기관리체계 구축, 응급개입체계 구축 등 지역사회 내 위기관리서비스 강화도 사업 내용으로 포함하고 있다.

넷째, 중증정신질환자 삶의 질을 향상할 수 있는 정신보건 치료적 환경 개편을 위한 정신질환자 수가제도 개편, 비자의적 입원환자에 대한 초기 평가체계 구축을 중심 내용으로 삼는다.

## Health Plan 2020 학교보건

우리나라에서는 2002년부터 보건복지부가 정신보건센터를 통해 아동청소년 정신보건사업을 수행하였다. 보건복지부의 아동청소년 정신보건센터는 2002년에 16개소, 2004년에 24개소, 2005년에 31개소, 2007년에 32개소 등으로 확충되어 아동청소년의 정신질환을 등록 관리하고 있다(한국보건사회연구원, 2011). Health Plan 2020의 학교보건은 학생(초, 중, 고등학교)들의 질병과 사고를 예방하고, 건강에 대한 올바른 지식을 습득하며 건강한 태도 및 습관의 형성으로 성인기의 질병예방과 평생건강의 기틀을 형성하는 것을 목표로 삼고 있다. 이를 달성하기 위해 표 5-2와 같이 세부 목표는 총 8가지 측면에서 접근하고 있다. 이 중 정신보건 영역의 접근으로 학생들의 정신건강증진, 학생들의 인터넷 중독 감소가 포함된다.

Health Plan 2020은 학교성적, 왕따, 스트레스, 우울 등 다양한 이유로 학생들의 자살시도가 지속됨에 따라 자살예방사업, 스트레스 인지 감소사업을 포함하는 학생들의 정신건강 향상사업을 제시하고 있다. 사업의 내용은 자살예방교육, 교내외 및 인터넷 상담, 동료 멘토결성을 지원하고, 방과후 학교스포츠 클럽의 결성과 지원으로 단체활동과 신체활동량의 증가를 유도하는 것이다. 사업의 주체는 각급 학교이며 지역사회 지원팀으로 지역보건소, 지역정신건강센터, 관련 학회, 지역 스포츠 클럽 등이 참여기관 또는 단체로 활동할 것을 제안하고 있다. 학생들의 정신건강 향상사업의 목표치는 자살 시도율을 2008년 4.7%에서 2020년 3.2%로 줄이고, 스트레스 인지율을 2008년 43.7%에서 2020년 36.2%로 감소시키는 것이다.

컴퓨터의 보급과 인터넷 접속환경의 개선, 인터넷 게임산업의 발달로 인한 인터넷 게임 보급의 확산 때문에 인터넷 중독, 게임중독이 증가함에 따라 이의 예방과 치료 및 재활의 필요성이 증가하고 있다. 이에 따라 Health Plan 2020은 인터넷 유해사이트 차단 프로그램 보급, 인터넷 게임중독 감소를 포함하는 학생들의 인터넷 중독 감소사업을 제시하고 있다. 사업의 내용은 정규 수업 이외에 학교 내 인터넷 사용 환경을 차단하거나 유해 인터넷 사이트 차단 소프트웨어를 개발 및 보급하는 것이다. 사업 주체는 각급 학교이며 지역 교육청 및 사이버 경찰이나 소프트웨어 회사와 관련 학회 등이 참여 기관 또는 단체로 활동한다. 학생들의 인터넷 중독 감소는 고위험 인터넷 사용자율을 2008년 3.3%에서 2020년 2.3%로 감소시키는 것을 목표로 하고 있다. Health Plan 2020에서 제시하고 있는 사업 이외에도 보건복지부 정신건강정책과는 청소년들의 정신건강 조기검진 및 조기중재사업을 진행한다. 이 사업을 통해 청소년

년들의 스트레스 및 우울증을 조기발견하고, 긴급구조 및 위기개입, 맞춤형 사후관리 서비스를 제공한다. 또한, 모든 국민을 대상으로 정신건강상담전화를 운영한다. 1577-0199 또는 129를 통해 자살위기 및 정신건강을 상담하고, 정신의료기관을 안내하며 정신건강정보를 제공한다. 더불어, 자치구별로 정신보건센터가 지역주민을 대상으로 정신질환자의 등록 및 사례관리를 진행하며, 지역사회 정신건강증진사업을 수행한다. 보건복지부뿐만 아니라 여성가족부도 청소년을 대상으로 청소년 인터넷 게임중독 예방 및 치료 강화 관련 사업을 수행한다. 이는 인터넷 관련 법제도 개선, 조기발견 및 상담치료 지원 강화의 차원에서 이루어지고 있다.

표 5-2 제3차 국민건강증진종합계획에 따른 학교 정신보건사업

지표명	2005	2008	2020	관련사업코드	사업명
25-1. 학교건강지원기구의 설립				25-가	가. 학교건강지원기구의 설립
2013년까지 교과부에 1개 설치	-	0개	1개		
2020까지 16개 시도교육청에 1개씩 설치	-	1개소	16개소		
25-2. 학생들의 불건강한 보건행태의 감소(타 분과의 흡연율, 음주율, 신체활동, 비만도 등을 참조)				25-나	나. 학생들의 불건강한 보건행태 감소
현재 음주율	-	24.5%	20.0%		
비만도	-	11.6%	11.6%		
격렬한 신체활동 실천율	-	31.8%	33.8%		
신체능력 4.5급 비율	-	42.0%	37.0%		
흡입제 등 약물 사용 경험률	-	0.7%	0.40%		
25-3. 학생들의 개인위생 실천율의 증가				25-다	다. 학생들의 개인위생 실천율의 증가
학교에서 화장실 사용 후 손 씻기 실천율	-	47.9%	100.0%		
학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율	-	34.5%	50.0%		
25-4. 학생들의 정신건강 증가				25-라	라. 학생들의 정신건강 향상
자살시도율	-	4.7%	3.2%		
스트레스 인지율	-	43.7%	36.2%		
25-5. 학생들의 건전한 성행태(이성교제)의 증가				25-마	마. 학생들의 손상 예방
성관계 경험률	-	5.1%	3.1%		
보건교육(성교육) 수강 경험률	-	60.4%	90.0%		
25-6. 학생들의 손상 및 안전사고 발생 감소				25-바	바. 학생들의 손상 예방
학교 내 안전사고 발생건수 비율	-	4.75%	5.50%		
안전벨트 착용률	-	52.4%	62.4%		
25-7. 학생들의 인터넷 중독 감소				25-아	아. 건강한 학교 환경 조성 : 건강한 학교 환경평가사업
고위험 인터넷 사용자율	-	3.3%	2.3%		
25-8. 건강환경평가 결과 우수학교 비율의 증가					
건강환경평가 결과 우수 학교 비율	-	시행 (2011년)	30.0%		

중앙정부의 정신보건정책은 아직까지 일반인 대상의 정신건강증진 차원의 접근이 아닌 정신질환 중심의 정신보건 차원에서 접근하고 있다. 따라서 일반인 대상의 정신건강증진 측면의 서비스는 미흡한 실정이다. 일반인 대상의 정신보건사업에는 보건복지부에서 운영하는 정신건강상담전화를 통한 자살예방과 정신건강 상담서비스가 있으며, 정신보건센터 운영을 통한 지역주민 정신건강사업이 시행되고 있는 정도이다.

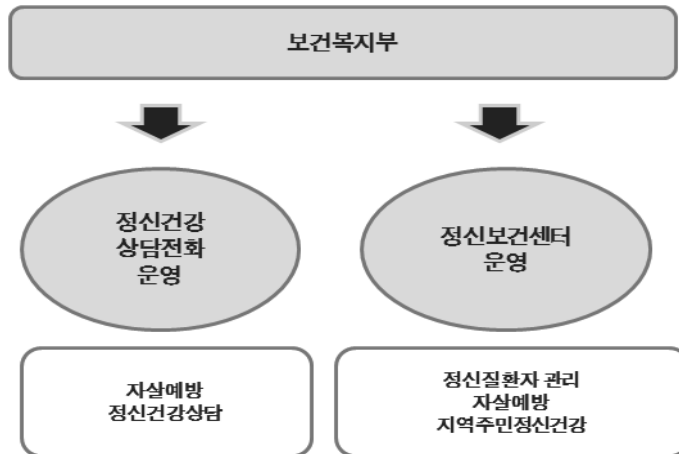


그림 5-1 중앙정부 정신건강증진사업 공급체계

## 2 서울시 정신보건사업 운영 현황

서울시 정신건강증진사업은 서울시 복지건강실 보건의료정책과, 여성가족정책실 아동청소년 담당관과 서울시 교육청이 추진하고 있다. 대부분의 서울시민 정신건강 증진사업은 보건의료정책과가 담당하고 있으므로 이 연구에서는 보건의료정책과가 추진하는 사업운영 현황을 중심으로 분석하였다.

### 2.1 서울시 복지건강실 보건의료정책과

서울시 복지건강실 보건의료정책과 정신보건팀은 정신질환자 대상 사회복귀시설 및 정신요양시설 운영 및 관리, 정신보건관련 법인 및 단체 등록, 알코올상담센터 운영 및 지도감독, 서울시 광역 정신보건센터 운영 및 지원, 지역정신보건센터 운영 및 지원, 아동정신보건시설 관련 업무 등 정신질환자 중심의 업무와 더불어 자살예방센터



및 사업에 관련된 업무도 담당하고 있다.

서울시는 ‘서울 정신건강 2020’ 계획에 따라 정신보건법 제13조 제6항 및 7항에 근거하여 ‘서울시 정신보건사업지원단’이라는 추진조직체를 설치하였다. 또한 ‘서울 정신건강 2020’ 프로젝트의 성공을 위한 초석마련을 목적으로 서울시정신건강증진센터를 설치하여 운영하고 있다. 서울시 정신건강증진센터로는 광역단위의 센터와 25개 자치구의 지역정신건강증진센터가 운영되고 있다. 자살예방센터도 광역단위로 서울시자살예방센터가 있으며 25개 자치구 지역정신건강증진센터와 함께 자살예방센터가 설치되어 운영되고 있다. 자치구 보건소에 정신보건팀이 설치되어 있는 곳은 관악, 성동, 중랑구 등 3개구이며 이외 22개 자치구에는 보건소에 정신보건팀 없이 지역 정신건강증진센터만이 설립되어 운영 중이다.

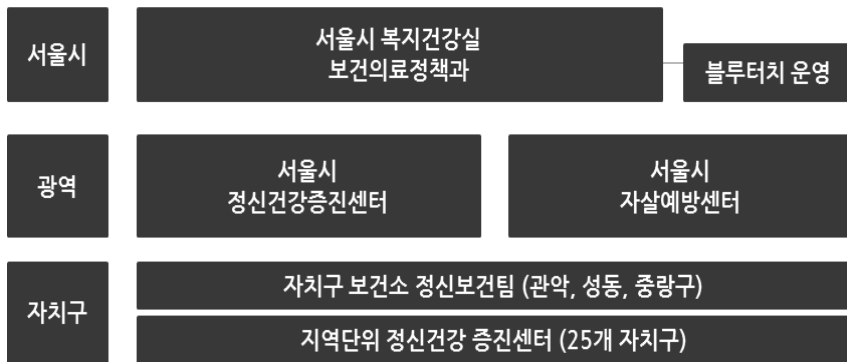


그림 5-2 서울시 정신건강서비스 공급체계

서울시는 2005년에 최초의 광역형 정신보건사업 체계를 구축하고 광역형 소아청소년정신보건사업을 시작하였고, 24시간 자살예방 및 위기관리 서비스를 실시하였다. 더불어 탈원화를 위한 연계사업을 실시하였고, 주거시설 관리 및 지원사업, 거리노숙인 정신질환 아웃리치 사업도 진행하였다. 2007년부터는 자살예방과 관련된 자살예방사업이 시행되면서 24시간 자살예방 및 위기관리사업, 연계체계 구축을 위한 권역형 시범사업을 실시하고, 유가족을 위한 자살예방사업 <자작나무>를 운영하기 시작하였다. 또한 초기정신질환 및 학교정신보건사업이 시작되었고, 서울시 정신건강 브랜드 ‘블루터치(bluetouch)’를 론칭하여 서울시 정신건강증진과 관련된 다양한 정보 및 서비스를 체계적으로 관리하기 시작하였다.

2009년에는 위기관리팀이 서울센터 산하의 자살예방센터로 확대, 개편되어 전문요

원의 24시간 운영체계가 최초로 구축되었다. 이는 자살예방 및 생명존중법률 13조, 광역센터 내 자살예방센터 설치 조항의 기본 모형에 기초한다. 이 시기부터는 블루터치를 활용한 공공마케팅사업을 시작하였다. 2011년부터는 서울시정신건강포럼 및 서울시자살예방포럼 등 다양한 포럼 주최를 통해 자살을 포함한 정신건강문제에 대한 관심을 증대시켰다. 구체적으로, 노인자살예방을 위한 온라인 캠페인을 전개하고, 학교기반 자살사후 중재 시스템인 ‘희망의 토닥임’을 운영하였다. 블루터치 내에는 쉼공간 ‘마인드스파(MIND SPA)’ 홈페이지를 오픈하여 우울증 자가치유를 시작하였다. 또한, 서울시정신보건통계 홈페이지를 운영하여 서울시 정신보건과 관련된 다양한 통계자료의 열람이 가능하도록 하였다.

## 블루터치

서울시 복지건강실 보건의료정책과는 서울시 정신보건사업을 시민에게 알리고 시민의 이해와 참여를 촉진하기 위해 2007년부터 ‘블루터치’ 홈페이지를 운영하고 있다. 블루터치는 정신건강과 희망메시지를 전달하는 Blue, 모든 사람에게 행복을 전하는 ‘감동터치’의 합성어이다. 블루터치 홈페이지는 서울시 정신보건사업의 전반적 상황과 내용, 서울시가 운영 중인 서울시정신보건센터와 각 자치구 지역정신보건센터들의 사업 소개, 시민의 정신건강을 위한 다양한 검진서비스를 제공하고 있다. 시민들은 블루터치 홈페이지의 링크를 통해 우울증 자가관리 프로그램 마인드스파, 자살예방상담 마음이음, 소아청소년검진 우리아이 마음챙기기, 정신건강 조기검진 사이트를 쉽게 이용할 수 있다.

### ○ 우울증 자가관리 프로그램 마인드스파

세계보건기구(WHO)는 일할 수 없게 만드는 가장 흔한 원인 중 첫 번째로 우울증을 지목하였고 2011년 보건복지부 정신질환 실태 역학조사 결과, 2006년 조사와 비교 시 우울증의 평생유병률, 일년유병률 모두 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있다. 특히 여자는 10명중 1명 꼴로 평생 한 번 이상 우울증에 이환되는 것으로 나타났다. 이러한 우울증은 심리적, 뇌의 화학적 반응, 환경적인 영향 등 여러 원인으로 약물치료, 광선치료, 인지행동치료 등이 다양하게 활용되고 있는데 인지행동치료는 외국에서는 이미 온라인을 통해 인지와 행동의 변화를 유도하고 스스로 실행할 수 있도록 돕고 있으며 이에 대한 효과성을 검증하고 있다. 서울시는 이러한 변화에 따라 ‘마인드스파’ 홈페이지를 통해 시민들의 우울증을 해소하고 예방하는데 도움을 주고자

인지행동변화를 근거로 한 우울증 자가치유 프로그램 ‘마음터치’를 운영하고 있다. ‘마인드스파’는 마음을 뜻하는 ‘마인드’와 물을 이용한 건강증진 및 질병치료를 의미하는 ‘스파’의 합성어로 마음의 건강증진과 치료를 위한 우울증 예방 사이트이다. ‘마음터치’는 마인드스파(www.mindspa.kr) 홈페이지 안에 있는 한 프로그램으로 국내 유일의 온라인 자가검진 및 자가치유 프로그램이다. 마음터치는 우울증을 경험하는 시민들의 부정적인 생각을 바꾸고 자살을 생각하는 사람들의 자살생각을 줄일 수 있도록 돕는 온라인 프로그램으로 부정적이고 우울한 생각들을 수정하여 자존감을 높이고, 자신과 세상에 대한 긍정적인 태도를 가질 수 있도록 하는 것이 목표이다. ‘마음터치’ 프로그램은 크게 자가검진, 마음터치프로그램(6회기), 프로그램 평가의 3부분으로 구성되어 있다. 마음터치 프로그램 6회기는 현재 상황 돌아보기, 자동적 사고 파악하기, 인지적 오류 점검하기, 생각과 감정 바꾸기, 문제해결하기, 정신건강 지키기로 구성되어 있으며 회기를 중간에 중단하더라도 재로그인 시 중단되었던 페이지부터 다시 시작할 수 있어 회원가입을 통하면 누구나 부담없이 이용이 가능하다.

212

## 정신건강관련 예산

2013년 정신보건사업 예산은 총 34,638,541,000원이다. 이 가운데 자살사업이 25억 원으로 전체 정신보건사업 예산의 약 7.2%를 차지하고, 지역정신보건센터 비용이 74억 8천여 만 원으로 21.6%를 차지한다. 이를 제외한 약 70%는 중증정신질환자 관련 예산이다. 2013년 서울시 정신보건사업 예산은 서울시 전체 예산의 약 0.15%이며 복지예산의 5.7% 수준이다.

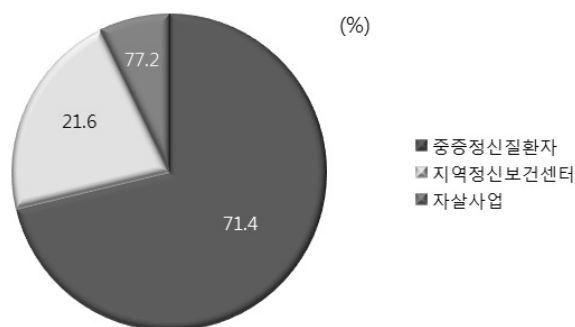


그림 5-3 서울시 정신건강 예산 현황

## 서울시 정신건강증진센터

서울시 광역 정신건강증진센터는 ‘서울정신건강 2020’ 프로젝트 성공을 위한 초석 마련을 목적으로 운영되고 있다. 이를 통해 초기, 중증정신질환자와 지역사회정신보건전달체계와 지지체계 형성 및 재활과 사회적응을 도와 인간적인 삶을 영위할 수 있도록 한다. 더불어 자살예방을 위한 안전망 구축, 정책 및 사업근거기반 마련 뿐 아니라 소아청소년을 포함한 일반 시민들의 정신질환 예방과 증진을 도모하여 건강한 정신과 함께하는 건강한 사회를 만들고자 한다. 서울시 정신건강증진센터는 중증정신질환을 비롯한 아동청소년 정신질환, 알코올중독, 자살 고위험군, 우울증 등 다양한 정신보건 요구도를 반영하여 합리적인 정신보건전달체계를 구축하고 인식 개선을 위한 교육, 프로그램 개발 등을 통한 서비스의 질적인 향상과 다양화를 목표로 하고 있다. 또한 시민과 관련 기관들의 인식도를 개선함으로써 정신건강의 사회적 가치체계를 함양하고 다양한 정책연구 및 프로그램 구성 효과성 검증을 통하여 근거 중심의 서비스 체계를 구현하도록 노력하고 있다. 서울시 정신건강증진센터의 비전은 소비자의 권익증대, 치료 및 관리 적절성 향상을 통한 질환의 만성화 예방, 자살률 감소를 통한 사회적 비용 감소, 사회생산성 향상을 꾀하고 나아가 정신건강 사회문화를 조성하는 것이다. 서울시 정신건강증진센터는 중증정신질환을 비롯한 다양한 정신보건 요구도를 반영하여 합리적인 정신보건전달체계를 구축하고 교육, 프로그램 개발 등을 통한 서비스의 질적인 향상과 다양화를 추구한다.

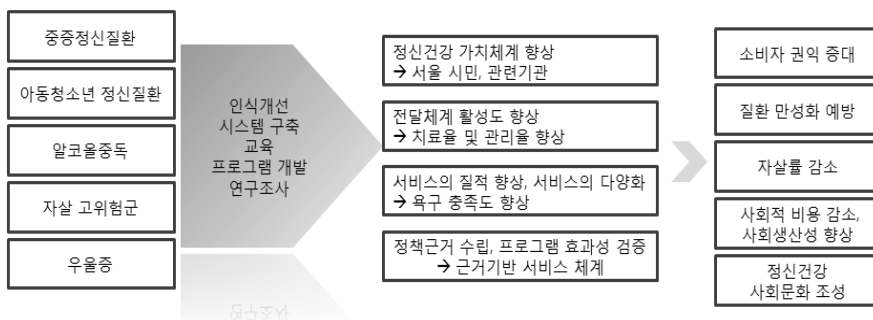


그림 5-4 서울시정신건강증진센터 사업목표

## 서울시 자살예방센터

서울시 정신건강증진센터와 더불어 서울시 광역단위의 서울시 자살예방센터도 있다. 서울시 자살예방센터는 위기관리사업과 네트워크 및 유족지원의 업무를 담당하고 있다. 위기관리사업으로는 1577-0199을 통한 24시간 자살예방상담 서비스, 사례관리 운영체계 조정 및 지원, 자살시(의)도자 사후관리 체계 운영, 문자 상담 서비스 의뢰 체계 운영사업이 있다. 네트워크 및 유족지원사업은 자살예방전문가를 육성하는 자살예방지킴이 양성교육, 초기구급대원 양성교육, 자살유가족 프로그램인 '자작나무'를 운영하고 있다. 자살예방 시민옴부즈만 운영, 홍보를 위한 홈페이지 운영, 매뉴얼 개발 및 보급, 연구집 발간 등의 사업도 추진하고 있다.

표 5-3 자살예방센터 사업내용

구분	사업내용
위기관리	-1577-0199 24시간 자살예방상담서비스 -사례관리 운영체계 조정 및 지원 -자살시(의)도자 사후관리체계 운영 -문자 상담서비스 의뢰 체계 운영
네트워크 및 유족지원	-자살예방지킴이/초기구급대원/자살예방전문가 양성교육 -자살유가족 프로그램 '자작나무' 운영 -자살예방 시민옴부즈만 운영 -홍보 : 홈페이지 운영, 포럼, 한강교량건기 대회 등 -매뉴얼 개발 및 보급, 연구집 발간

### ○ 자살예방 상담 마음이음 1080

서울시는 자살의 심각성을 문제 삼고 자살률 감소에 초점을 두어 정책을 수행하고 있다. 한국은 OECD 회원국 가운데 8년째 자살률 1위라는 불명예뿐 아니라 자살률이 증가하는 유일한 국가이다. 특히 서울의 자살자수는 2000~2011년 10년간 3배나 증가하여 3시간에 1명이 목숨을 끊는 셈이다. 서울시 자살자수는 인구 10만 명당 26.9명으로 런던 9.0명, 홍콩 15.2명에 비해 매우 높은 수준이다. 서울시 2011년 자살자수는 2,722명으로 하루 평균 7.5명이 스스로 삶을 마감했다. 이는 같은 해 서울시 교통사고 사망자 423명보다 약 6.5배 높은 수치이다.

서울시는 점점 심각해지는 자살에 대한 문제의식을 가지고 2011년 기준 2,722명인 자살자수를 2015년까지 2000명(20명), 2020년까지 1,361명으로 줄인다는 계획으로 '마음이음 1080 프로젝트'를 추진하고 있다. 마음이음 1080은 10대부터 80대까지 모든 서울시민과 단체가 자살예방을 위해 협력한다는 의미이다. 서울시는 마음

이음 1080을 통해 「모든 삶이 보호받는 서울」을 위한 5대 정책과제를 선정하였다.

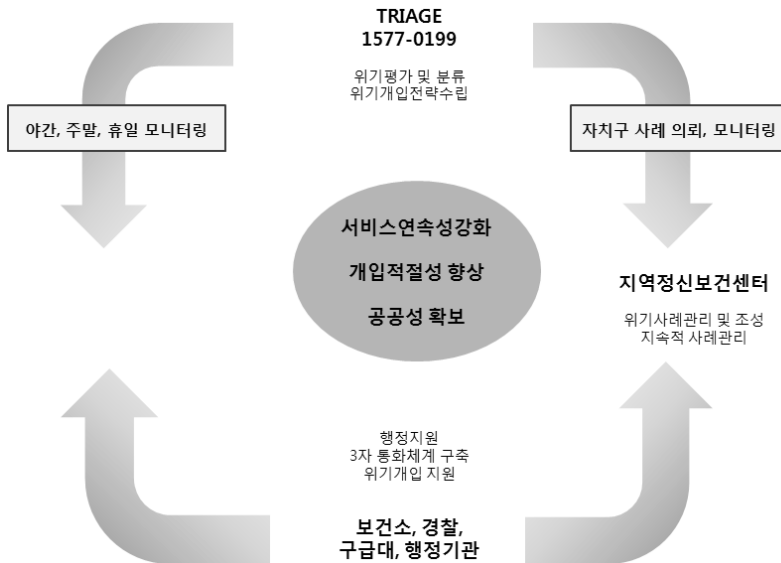


그림 5-5 자살예방 업무연계체계

자료 : 서울시정신건강증진센터 blutouch

첫째, 민관협력체계 구축으로 자살에 대해 다차원적인 접근을 시도한다. 자살예방프로젝트 마음이음 1080은 25억 원의 예산을 편성하여 공공, 민간기관, 시민들이 유기적으로 연계, 협력하여 다차원적으로 접근하는 지역사회 기반의 자살예방 민관 협력체계를 구축한다. 이를 위해 의사회, 한의사회, 치과의사회, 간호사회, 약사회, 서울시 사회복지사협회, 4개 종교단체(기독교 2기종, 천주교, 불교) 등 총 11개 기관, 단체와 상호협력을 위한 업무협약(MOU)을 체결하고 서울지방경찰청과도 업무협약을 맺는다. 협약에 따라 의약단체와 사회복지사협회는 자살예방 ‘게이트키퍼’ 전문가 그룹 활동과 고위험군 조기발견, 의로 및 상담, 자살예방 전문 교육을 실시한다. 종교단체는 생명존중에 대한 시민의식 고취와 자살위험군에 대한 영적지지 및 정서적 지원을 펼친다. 서울지방경찰청은 자살자 및 유족 통계자료를 공유하고 위기발생 시 동시대응 및 위치추적 등에 협조할 예정이다. 서울시는 자치구와 ‘자살예방협의체’를 구성하여 신속한 위기대응 체계를 구축한다. 또한 서울시 자살예방센터(1577-0199)와 민간이 운영하는 생명의 전화(1588-9191), 사랑의 전화(1566-2525)는 통합관리 시스템을 구축하여 정보를 공유하고 초기 대응력을 향상시키며 다산콜센터(120)의

‘게이트키퍼’ 교육으로 자살예방기관들과 연계한다.

둘째, 자살 위험군에 대한 밀착적 예방활동을 강화한다. 25개 자치구 간 자살률 격차가 심해 가장 높은 강북구(37.3명)와 가장 낮은 서초구(19.2명)의 차이가 18.5명이 나 된다. 이에 따라 자치구 간 또는 자치구 내 동별 자살률 격차를 줄이기 위해 25개 자치구마다 자살 고위험동을 선정해 사례별로 집중 관리한다. 또한 자살위험군이 많은 임대아파트단지와 같은 지역을 중심으로 추가예산을 배정하여 집중 관리할 계획이다. 영구임대단지가 밀집한 지역은 2012년 6억 원의 추가예산을 편성하고 10개 단지 정도를 시범사업지역으로 지정해 복지관을 중심으로 상담, 방문, 보건 등 통합적인 케어시스템을 구축하고 있으며 스트레스상담실을 운영한다. 경제적 어려움과 가정불화를 겪고 빈곤과 외로움의 이중고에 시달리는 70대(84.4%), 80대(116.9%)의 자살률이 매우 높으므로 독거노인이 많이 거주하는 지역에는 안부확인 서비스를 제공하고, 지역별로 특화된 자살예방사업을 추진한다. 또한 전문가와 시민단체를 연계한 정신건강지킴이 10만 명을 통해 고위험군을 직접 관리하여 밀착 예방활동을 전개한다. 시민이 직접 내 가족과 주변 이웃을 돌보는 ‘정신건강 지킴이는 자살 고위험자를 24시간 밀착 관리할 계획이다. 시민자원봉사단을 뽑아 그 중 자살기도 경험이나 자살에 관한 생각이 있었지만 지금은 회복된 상처 입은 치유자를 발굴해 상담 심화교육을 받도록 함으로써 같은 처지의 사람들 고통을 더 잘 헤아리고 위로하는 생명 지킴이로의 활동도 지원한다.

셋째, 자살시도 대응을 강화하고 2차 확산을 방지한다. 서울시내 권역별 응급의료센터 12개 기관과 협약을 맺어 응급의료센터에 내원하는 자살시도자에 대한 관리 시스템을 구축한다. 자살을 한 번이라도 시도한 사람이 다시 자살을 시도할 확률은 1년 내 10%, 4년 내 21%, 5년 내 37%로 높으므로 전문가 상담을 받을 수 있도록 연계한 자살 재발 방지 프로그램도 운영한다. 자살시도자가 응급의료센터에 도착하면 정신보건전문 요원이 현장에 출동해 심층상담을 하며 저소득층은 입원비와 치료비를 지원한다. 자살자 유족은 일반인에 비해 자살 확률이 6~7배 높아 이를 관리하는 자살 유족의 지원을 위한 정서지원 서비스를 강화한다. 즉 자살로 가족을 잃고 심리적 위기상태에 있는 유족의 회복을 돕기 위해 자살예방센터와 자치구 정신건강증진센터에 상담팀을 배치해 전문 상담서비스를 제공한다. 25개 자치구는 자살 유족 자조모임인 자작나무를 운영하고, 서울시는 자살자 유족을 위한 힐링캠프 마음이음 1080 캠프를 개최한다. 이 캠프는 자살자 유족의 정서치유와 일상생활로의 회복을 위한 것

으로 유족의 정서적 안정, 자살 발생 시 일어날 수 있는 가족 내 역동변화에 대한 정신 건강 강의, 자살 후 발생한 가족관계 변화와 해결책에 대한 토론 등 3개 프로그램으로 구성되어 있다. 더불어 서울시내 중고등학교에서 자살사건이 발생하면 전문 상담팀을 파견하여 체계적인 상담을 지원한다.

넷째, 연령층에 따른 특화된 자살예방사업을 추진한다. 독거 어르신의 우울증 및 자살예방을 위해 민간단체 공모사업을 추진한다. 또한 청장년층 대상 자살 고위험군 조기검진, 청장년층 대상 자살 고위험군 조기검진, 심층평가 서비스를 제공하고 서울시 신용회복사업과 자활사업을 연계하여 지원한다. 가정폭력 관련 자살예방을 위해 건강가정지원센터, 한부모가족지원센터와 협력체계를 구축하고 상담서비스도 제공한다. 아울러 응급상담전화 ‘헬프콜’ 청소년전화(1338)와 서울시 자살예방센터와 연계해 위기청소년 조기발견, 고위험 청소년 상담, 입원을 지원한다.

다섯째, 자살예방 생명존중 인식개선을 위해 범시민적 문화를 조성한다. 소셜네트워크서비스, 포털사이트, 블로그 등 많은 인터넷 사이트를 이용해 자살 관련 유해 문자를 모니터링하는 자살예방 시민옴부즈맨 100명을 가동한다. 또한 우울증 예방과 조기발견을 위한 온라인 쉽터인 ‘마인드스파’의 운영을 통해 자살예방에 대한 적극적인 인식을 형성하고 서울시 25개 지자체별로 자살예방센터에 각 2명의 인력을 충원하여 전문가 상담을 지원한다. 특히 연예인 등의 자살을 미화하는 언론보도를 자제토록 ‘자살보도 권고안’을 각 기관에 배포하고 서울시 인권위와 협력하여 ‘자살자 인권보장기본안’을 제정할 방침이다. 자살예방 환경조성을 위해 마포대교에 이어 한강대교에도 생명의 다리를 조성하고 투신방지를 위해 임대아파트 등의 난간 구조변경을 추진한다.



<p><b>미션</b> Mission</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 생명존중 문화조성과 정신건강을 위한 인식개선</li> <li>• 생애주기별 정신건강증진과 스트레스 대응 역량 강화</li> <li>• 자살예방을 위한 시민사회 참여촉진</li> <li>• 민간-공공 협력 서울시 자살예방안전망 구축</li> <li>• 자살예방정책 및 사업에 대한 근거기반 마련</li> </ul>
<p><b>위기관리</b> Crisis Intervention Services</p>	<p><b>자살의 위험성 발견 시 적극적인 위기개입 서비스 제공</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24시간 위기상담전화 블루터치 핫라인 운영 1577-0199</li> <li>• 응급출동</li> <li>• 자살시(의)도자 위기관리</li> <li>• 주말 및 휴일 모니터링 지원</li> <li>• 자살예방교육과정 (자살예방지킴이-자살예방응급요원-자살예방전문가)</li> </ul>
<p><b>네트워크 및 유족지원</b> Networking and Survivor Supporting</p>	<p><b>체계적인 자살예방교육과정을 운영하고 자살에 대한 시민들의 관심을 통해 세상변화 시도</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살유족서비스(자조모임, 개별서비스, 안내서 보급)</li> <li>• 자살예방홍보 및 캠페인</li> <li>• 서울시자살예방포럼 개최</li> <li>• 홍보 콘텐츠 제작 보급, 연구집 발간</li> </ul>

그림 5-6 서울시 자살예방사업 미션 및 업무내용

자료 : 서울시정신건강증진센터 blutouch

223

## 아동청소년 정신건강

서울시 광역정신건강증진센터는 아이와 가족의 삶의 질을 향상시키고 나아가 학교와 가정 및 지역사회의 아동청소년 정신건강을 증진할 수 있는 환경조성사업을 위해 아동청소년 유관기관 협력체계 구축 및 교육자료 개발, 교육청 및 학교의 협력체계 구축을 통한 정신건강 문제 조기발견 및 조기개입사업을 진행 중이며 그 일환으로 2005년 서울시 소아청소년 정신건강 유병률 조사사업, 홈페이지를 통한 자가검진서비스 및 온라인캠페인을 시행하고 있다.

2011년에는 학교기반의 아동청소년 정신건강 문화조성 및 우호적 협력관계 구축을 위해 ‘서울시 마음건강학교 프로젝트’ 프로그램을 개발하여 시범운영을 거쳐 점차 확대 시행할 계획이다. 또한 교사를 대상으로 ‘행복한 아이와 교사를 위한 정신건강 직무연수’ 지역정신보건센터 아동청소년 담당자 역량강화를 위한 교육사업을 진행하고 있으며 학교를 기반으로 한 학생들 정신건강 관리를 위하여 교사전용 전화상담 서비스 School-line(1577-7018)을 통해 교사들의 학생정신건강에 대한 평가 및 지도방법, 지역사회 자원에 대한 정보를 제공하고 있다. 더불어 청소년 자살예방을 위한 위기관리서비스와 함께 자살위험 학생을 조기발견하여 위험군으로의 진행을 예방하고 학교 기능을 최대한 정상화시키는 데 주력하기 위하여 학교기반 자살 사후 중재시스템인 ‘희망의 토닥임’을 개발하여 활발하게 추진하고 있다. 홈페이지를 통

해 영유아기부터 청소년기까지 나타날 수 있는 정신건강 관련정보와 부모를 위한 정보도 제공하고 있고, 정신건강 자가검진도 가능하며 지역 내 소아청소년 정신보건센터의 위치정보와 연락처도 서비스하고 있다. 아동·청소년 정신보건사업은 지역사회 내 아동·청소년 정신보건서비스 제공체계를 구축함으로써 아동·청소년기 정신건강 문제의 예방, 조기발견 및 상담·치료를 통하여 건강한 사회구성원으로서의 성장 및 발달을 지원한다.

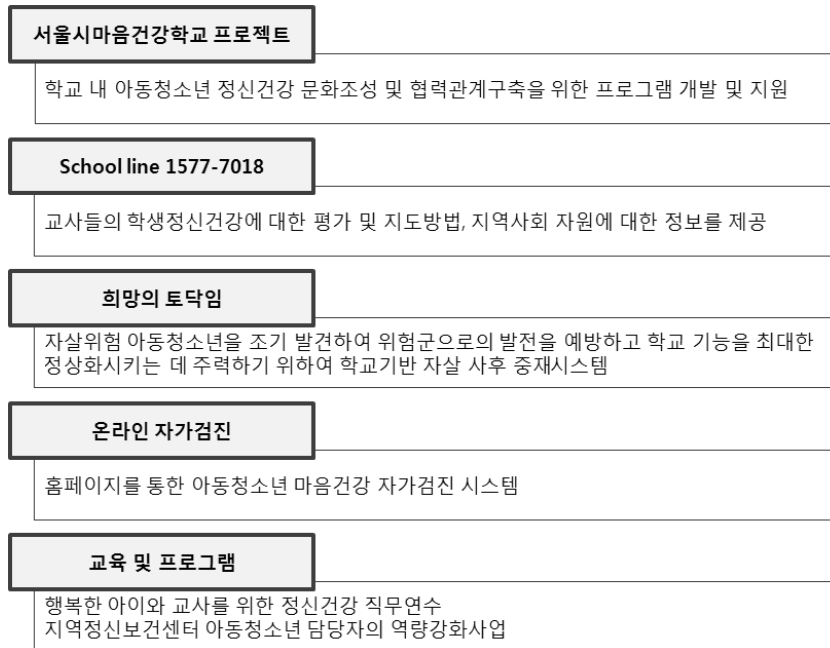


그림 5-7 서울시 아동·청소년 정신건강관련 교육 및 프로그램

#### ○ 마음건강학교 프로젝트

초중고 교사에게 우울, 스트레스 등과 관련하여 매뉴얼대로 대처할 수 있는 패키지를 제공하는 마음건강학교 프로젝트가 3년째 추진 중이다. 3년 시범사업으로 계획된 이 프로젝트는 2011년 3개 학교를 시작으로 2012년 9개 학교, 2013년 15개 학교가 시범학교로 참여 중이다. 시범사업 3년차인 2013년에는 지역사회자원과의 연계를 강화하여 공동체 의식을 더욱 높이고자 한다. 서울시는 서울시 교육청, 서울시 정신보건센터를 비롯해 해당 지역 정신건강센터 6개소와 협력체계를 구축해 콘텐츠 구성을 다양화하고 실행력을 높이고 있다. 마음건강학교 프로젝트는 학생과 학부모, 교사가

참여하는 가운데 청소년의 정서 행동발달 및 정신건강을 향상하는 다양한 프로그램으로 구성되어 있다.

최근 연이어 발생하는 중고교생 자살과 학교폭력을 사전에 예방하고 청소년들의 건강한 학교생활을 지원하고자 서울시는 마음건강학교 프로젝트를 운영하고 있다. 2013년 시범학교는 10개 초등학교와 5개 중학교이다. 이 프로젝트는 학생들과 가장 밀접한 관계를 맺고 있는 교사들이 직접 교내에서 진행할 수 있는 기본 프로그램과 학교 외 정신보건센터와 함께 진행하는 선택프로그램으로 구성되어 있다. 15개 전 학교에서 진행되는 기본 프로그램은 학부모를 대상으로 정신건강에 대한 정보를 제공하는 ‘패종시계’, 정신건강 예방교육을 하는 ‘Good Class’, 또래 관계증진을 도모하는 ‘Mind Class’이다. 선택프로그램은 학교축제 및 체육대회 때 활용할 수 있는 지역사회 참여형 기획행사인 ‘오, 해피데이’, 학부모 대상 교육프로그램인 ‘채움’, 또래 상담자를 양성하고 활동을 지원하는 프로그램인 ‘7942(친구사이)’가 있다. 서울시는 시범운영 내용을 모니터링하고 개선점을 보완하여 2014년에는 이 프로그램을 50개 학교로 확대 시행하는 방안을 계획 중이다. 서울시는 학생들의 정신건강에 대한 인식개선과 함께 학교에서 예방부터 사후조치까지 관리할 수 있도록 학생정신건강 관련 통합서비스를 구축해 나간다는 계획도 가지고 있다.

## 224

### 청년정신건강검진

사춘기와 성인기의 중간단계에 있는 20대 청년층은 입시위주의 생활에서 갑작스럽게 독립적이고 자율적인 생활로 바뀌는 환경 변화로 많은 혼란과 성인과는 또 다른 불안감, 스트레스 등을 겪으면서 정신건강 문제를 경험하게 된다. 청년들은 아직 심리적, 사회적으로 미성숙한 상황이므로, 충동적이고 극단적인 형태로 문제를 해결하려는 경향이 있기 때문에 이들을 위한 정신건강 조기검진이 필요하다. 2011년 서울시정신보건센터가 서울시 소재 대학생을 대상으로 우울, 불안, 사회부적응 항목으로 구성된 정신건강 자가검진을 통한 정신건강 수준을 측정한 결과 전체 응답자 943명 중 104명(8.3%)이 정신건강 고위험군으로 나타났다. 이에 따라 청년정신건강 조기검진 시스템은 정신건강 사각지대에 놓인 청년들을 위해 사고와 지각, 감정 등의 미묘한 변화들을 조기에 발견하여 발생하는 어려움을 해결하고 만성화 예방을 돕고자 구축되어 검진 및 상담서비스를 제공하고 있다.

SEMIS는 서울시정신건강증진센터 청년정신건강검진서비스(Seoul Early Manage-

ment & Improvement System)이다. SEMIS는 정신의학과전문의, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사로 구성되어있으며 청(소)년을 위한 정신건강평가, 정신건강의학과 전문의 진료, 종합심리평가, 스트레스 관리 및 적응력 향상을 위한 상담, 정신건강교육을 통해 마음의 위험신호를 파악하고 마음건강으로 인한 어려움을 해소하여 일상의 활동으로 복귀할 수 있도록 돕는다. 청년정신건강 조기검진 서비스는 20대 청년층이면 오프라인과 온라인(SEMIS 홈페이지, <http://semis.blutouch.net>)을 통해 누구나 손쉽게 받을 수 있다. 특히 우울, 사고 및 지각의 민감성, 혼란스러운 마음을 탐색해보고 검진할 수 있도록 자가 검진 테스트가 마련되어 결과 및 답변서비스를 바로 받아볼 수 있다. 이는 검진 이후 상담을 원할 경우 대면상담으로 이어질 수 있도록 이용자의 편의를 우선적으로 고려하여 만든 서비스로, 청년 정신건강에 대한 정보를 제공하는 타 홈페이지와 차별성을 두고 있다. 또한 청년정신건강 조기검진 서비스를 제공하고 있는 서울시정신보건센터에 직접 문의하면 예약 후 정신건강에 대한 평가 및 1:1 상담 프로그램을 무료로 이용할 수 있으며, 필요시 적절한 기관과 연계도 가능하다.

## 외상후스트레스장애 지원

외상후스트레스장애(Post Traumatic Stress Disorder : PTSD)는 사람이 전쟁, 고문, 자연재해, 사고 등의 심각한 사건을 경험한 후 계속적인 재경험을 통해 고통을 느끼며 거기서 벗어나기 위해 에너지를 소비하게 되는 질환으로, 정상적인 사회 생활에 부정적인 영향을 끼치게 된다. PTSD는 충격적인 사건 자체가 일차적인 원인이지만 충격적인 사건을 경험한 모두가 이 질환을 경험하는 것은 아니다. 일반인 중 60%의 남자와 50%의 여자가 상당히 의미 있는 사건을 경험하지만 실제 이 질환의 평생 유병률은 6.7% 정도이다. 충격적인 사건을 당한 사람에게 우선적으로 제공해야 할 것은 정서적인 지지와 그 사건에 대해 함께 이야기를 나눌 수 있는 용기를 북돋는 것이다. 또한 이 상황을 잘 이겨낼 수 있도록 이완요법 등의 적응 방법을 교육하는 것도 좋은 치료법이다. 또한 PTSD라는 질환과 치료에 대한 교육이 필요하다.

선진국들은 큰 사건을 겪으면서 점차 PTSD 전문병원을 통한 치료시스템을 체계적으로 구축해왔다. 미국은 군인들이 참전과정에서 겪는 정신적 고통을 극복하기 위한 차원에서 PTSD에 관심을 보여 왔고 재향군인회 산하에 국립 PTSD센터가 설치되어 있다. 미국 로스앤젤레스의 정신적 트라우마 클리닉은 교통사고나 자연재해 등으로

생긴 PTSD를 치료하는 기관으로 유명하다. 미국은 현재 대부분의 종합병원에서 PTSD 전문클리닉을 운영하도록 하고 있다. 우리나라는 외상후스트레스장애 전문 클리닉이 2013년 국립서울병원에 정식으로 출범했다.

서울시에서는 2013년 6월부터 서울시 힐링센터 ‘심표’ 운영을 통해 서울시 공무원, 서울 메트로 및 서울도시철도공사 등 지하철 종사자와 120다산콜센터 상담원을 대상으로 직무스트레스, PTSD, 직장 내 대인관계 등에 대한 임상심리 및 상담심리 등 관련분야 전문가 4명이 상시 근무하면서 서울시 직원들의 정신건강을 총괄적으로 관리하고 있다. 서울시 소방재난본부는 소방관 야외 힐링 프로그램을 운영 중이며 우면산 산사태 시 자치구 정신보건센터와 연계하여 심리상담 전문가가 재난피해자와 1:1상담을 통한 심리치유 서비스를 하고 PTSD 판명자는 정신보건서비스 기관에 연계하고 안내하는 ‘마음테라피’를 제공하였다. 서울시 도시안전본부 도시안전과는 재난심리지원센터 운영을 통해 재난 피해자에 대한 정신적, 심리적 치료상담 서비스를 24시간 실시하고 전화상담뿐만 아니라 찾아가는 심리상담도 시행하고 있다. 특히 여름철 집중호우 등 대규모 재난 발생 시에는 재난현장과 가까운 곳에 현장상담소를 설치하여 재난 피해자에게 심리지원 서비스를 하고 있다.

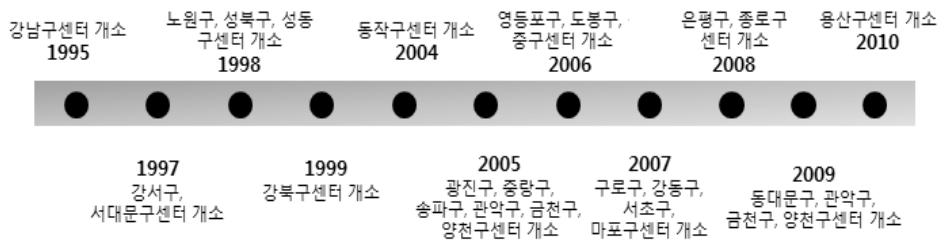


그림 5-8 서울시 지역 정신건강증진센터 개소현황

서울시는 25개 자치구에 정신건강증진센터를 설치·운영하여 각 자치구의 특성에 따라 적합한 사업을 기획하고 실행한다. 서울시 정신건강증진센터는 1995년 강남구 정신보건센터를 시작으로 1997년 강서구와 서대문구에 정신보건센터가 개소했다. 이어 1998년 노원구, 성북구, 성동구에, 1999년 강북구에, 2004년 동작구에, 2005년 광진구, 중랑구, 송파구, 관악구, 금천구, 양천구에, 2006년 영등포구, 도봉구, 중구에, 2007년 구로구, 강동구, 서초구, 마포구에, 2008년 은평구, 종로구에, 2009

년 동대문구, 관악구, 금천구, 양천구에 정신보건센터가 개소했으며 2010년 용산구의 개소로 서울시 25개 자치구에 1개소씩 정신보건센터가 설립되었다.

정신건강증진센터는 기본적으로 예방 및 홍보사업, 생애주기별 정신건강사업, 중증정신질환자 관리 및 고위험군 서비스 계획으로 유입 등의 사업을 진행하며 자치구 중심의 통합적인 정신보건서비스 체계를 구축하고 있다. 사업내용은 크게 기획, 중증정신질환관리, 정신건강증진사업, 정신보건환경조성의 4가지이다. 기획은 지역사회진단, 기획 및 자원조정의 업무를 담당한다. 중증정신질환관리는 신규대상자 발견 및 체계구축, 사례관리서비스, 위기관리서비스, 사후재활프로그램, 직업재활 프로그램, 주거서비스 네트워크 구축에 초점이 맞추어진다. 정신건강증진사업은 정신건강에 대한 홍보 및 교육 사업을 진행하고, 1577-0199 상담전화를 운영하며, 고위험군을 조기 발견하고 치료연계사업을 진행한다. 정신보건환경조성은 보건복지 네트워크와 자원봉사운영체계, 경찰 및 구조구급 네트워크를 구축하고 있다.

**표 5-4 정신건강증진센터 사업내용**

기획	중증정신질환관리	정신건강증진사업	정신보건환경조성
-지역사회 진단 -기획 및 자원조정	-신규발견 체계구축 -사례관리서비스 -위기관리 서비스 -사회재활프로그램 -직업재활프로그램 -주거서비스 네트워크 구축	-홍보 및 교육사업 -1577-0199 상담전화 -고위험군 조기 발견과 치료연계사업	-보건복지 네트워크 구축 -자원봉사운영체계 구축 -협력체계 구축 -경찰 및 구조구급 네트워크 구축

### 3

## 자치구 정신보건사업 현황

서울시 25개 자치구 정신보건사업 현황 분석을 위해 담당자 인터뷰, 이메일 조사, 전화조사를 병행하여 실시하였다.

### 3.1

## 자치구 정신건강증진센터 운영 현황

2013년 기준 자치구 정신건강증진센터는 자치구마다 1개소씩 있다. 서울시 정신건강증진센터의 평균 인력은 15.8명이며 자치구에 따라 센터인력은 12명에서 15명 정도이다. 시설형태는 보건소 내에 위치한 경우, 보건분소에 위치한 경우, 구청이나 주민센터, 복지관에 위치한 경우, 구 건강증진센터에 위치한 경우가 있고 별도의 건물

에 있는 경우도 있다. 이처럼 정신건강증진센터의 시설형태는 자치구마다 다르다. 보건소나 보건분소에 위치한 경우가 12개소로 가장 많으며 구청이나 복지관 등 공공 시설에 위치한 경우가 6개소, 별도건물이 2개소이다. 구청 직영으로 운영되는 관악구를 제외하면 24개구의 정신건강증진센터는 자치구 내의 병원과 위탁계약을 맺어 운영되고 있는 형태이다.

표 5-5 자치구 정신건강증진센터 현황

(단위 : 명)

자치구	인구수(2013)	센터인력	시설형태	운영형태	위탁기관
종로구	170,681	15	종로구 시설관리공단 부속건물	위탁	서울대병원
중구	140,127	18	중림종합복지센터	위탁	서울대병원
용산구	254,749	12	용산구 보건분소	위탁	순천향대학교병원
성동구	309,312	14	성동구 보건분소	위탁	한양대학교병원
광진구	383,806	16	중곡종합건강센터	위탁	국립서울병원
동대문구	374,958	14	보건소	위탁	경희대학교병원
중랑구	422,877	14	별도건물	위탁	서울의료원
성북구	490,566	15	보건소	위탁	건국대학교병원
강북구	345,850	14	보건분소	위탁	서울백병원
도봉구	363,682	17	보건소	위탁	을지병원
노원구	599,564	36	노원구청	자체	전성일신경정신과
은평구	507,644	17	보건분소	위탁	시립은평병원
서대문구	326,604	15	보건소 별관	위탁	세브란스병원
마포구	393,330	13	주민자치센터	위탁	서울대병원
양천구	500,181	13	양천구 의회	위탁	이대목동병원
강서구	573,808	17	보건소	위탁	관동대명지병원
구로구	454,009	16	별도건물	위탁	강남성심병원
금천구	260,107	14	주민자치센터	위탁	중앙대학교병원
영등포구	426,012	15	보건소	위탁	여의도성모병원
동작구	419,500	15	노인건강증진센터	위탁	서울시보라매병원
관악구	650,467	14	관악구청 별관	위탁	-
서초구	442,600	15	바우외복지문화회관	위탁	서울성모병원
강남구	568,982	16	별도건물	위탁	서울의료원
송파구	676,551	15	보건소	위탁	서울아산병원
강동구	491,770	14	보건소	위탁	국립중앙의료원

표 5-6 자치구 정신건강증진센터 시설 형태

구분		
보건소	보건소 내	동대문구, 성북구, 도봉구, 강서구, 영등포구, 송파구, 강동구, 중랑구
	보건분소	용산구, 성동구, 은평구
	별관	서대문구,
구청		노원구, 관악구(별관)
주민센터		마포구, 금천구
복지센터		중구, 서초구
별도건물		구로구, 강남구
기타		양천구(양천구구의회), 광진구(종곡 종합건강센터), 동작구(노인건강증진센터) 강북구(강북구구민건강관리센터), 종로구(시설관리공단 부속건물)

## 3 2 자치구 정신건강증진센터 사업 현황

자치구 정신건강증진센터의 일반인 대상 사업은 우울, 자살, 스트레스, 교육, 환경조성, 인식개선으로 나누어 볼 수 있다. 대부분의 자치구 정신건강증진센터는 아동청소년, 성인, 노인을 대상으로 우울, 자살과 관련한 사업을 벌이고 있다. 또한 일반인 대상 정신보건 관련 교육, 환경조성, 인식개선사업도 시행하고 있다. 그러나 스트레스사업은 다소 부분적으로 시행하고 있는 것으로 나타났다. 자치구별로 제공하고 있는 일반인 대상 정신보건사업의 내용은 부록에 제시되어 있다. 이 연구에서는 25개 자치구 정신건강증진센터가 공통적으로 시행하고 있는 사업에 대해 분석하였다.

### 3 2 1 자살예방사업

2013년 서울시 방침에 의해 자살예방관련 인력을 자치구마다 2명씩 충원함에 따라, 25개 자치구는 공통적으로 자살예방사업 규모와 내용을 확대하여 진행하고 있다. 표 5-7과 같이 25개 자치구는 공통적으로 자살시도자를 대상으로 하는 사례관리 및 위기관리와 자살유족을 대상으로 하는 정서관리사업, 그리고 자살과 관련된 교육사업을 시행하고 있다. 자살시도자 사례관리 및 위기관리는 자살시도자의 스크리닝과 모니터링을 통해 치료연계 및 위기관리를 하고, 이들을 대상으로 사후 전화관리서비스를 진행한다. 스크리닝과 모니터링 과정에서는 자치구 주민들의 정신건강 실태조사를 통해 자살 고위험군을 조기발견하고, 이들을 대상으로 응급의료기관, 경찰서, 소방서 등의 사회안전망 및 타 기관에 치료연계를 한다. 또한 자살예방사업의 일환으로 정신건강교육 및 홍보 등을 실시한다. 여기에는 대학생 멘토 연계 프로그램, 게이트



키퍼 양성교육 등이 있다. 이 외에도 자살 유족의 정신건강 영역에 개입하여 자살유족 정서관리사업을 추진한다. 자조모임, 애도 상담을 통해 자살사망자 유가족의 사후관리서비스를 진행한다. 구체적으로는 이용가능 자원 및 교육 정보 제공, 긴급지원서비스 연계, 자조모임 지원, 교육메뉴얼 제작·보급 등이 있다. 자살예방사업은 자치구별 특성에 따라 취약계층이나 다문화가정 대상으로 자살검진 서비스를 한다. 예를 들면 영등포구는 다문화 쪽방 취약계층이 많아 ‘쪽방검진’을 제공하며, 은평구는 ‘노인희망멘토링’이라는 노인대상 프로그램을 운영하고 있다.

**표 5-7 자치구 정신건강증진센터 자살예방사업 분류**

사업 구분	내용	대상
자살시도자 사례관리, 위기관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 맞춤형 사례관리, 자살시도자 위기관리서비스</li> <li>- 모니터링, 테스트 및 스크리닝, 응급개입</li> <li>• 치료연계</li> <li>• 위기관리 및 사후관리</li> <li>• 고위험군 전화관리서비스</li> <li>• 자조모임</li> </ul>	자치구 내 자살시도자
예방교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gate-keeper</li> <li>• 대학생 멘토 연계 프로그램</li> <li>• 예방교육</li> </ul>	자치구민
자살유족 정서관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살유족관리사업</li> <li>- 자조모임, 애도상담, 긴급지원서비스 연계</li> </ul>	자치구 내 자살사망자 유족

자치구 정신건강증진센터가 제공하는 구체적인 자살관련사업으로는 자살선별검사, 생애주기별 자살예방교육, 자살예방지킴이 양성교육(일반인 중 실무종사자, 자원봉사자 등을 대상으로 실시, 종교기관과 협력하여 양성교육 실시) 등이 있다. 자살위기 관리 및 개입은 낮시간에는 각 자치구의 정신건강증진센터에서 하고 주말이나 야간, 긴급의 경우에는 광역정신건강증진센터와 연계되어 이루어지고 있다.

표 5-8 자치구 지역정신건강증진센터 자살예방사업 현황

사업구분	세부 분류	세부내용	대상
예방 및 교육	자살예방 지킴이교육 (Gate-keeper)	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역주민, 실무종사자, 자원봉사자 등을 대상으로 우울증 및 자살예방교육</li> <li>일반교사, 보건교사, 상담교사 등을 대상으로 양성교육 실시</li> <li>또래지킴이 : 일정한 교육 및 훈련을 받은 청소년들이 자신의 주위에 정신건강의 문제로 인해 어려워하는 또래들을 대상으로 상담을 통해 문제해결을 돕는 활동</li> </ul>	전 지역주민 (실무종사자, 교사, 아동·청소년, 성인 등)
	자살예방교육, 자원봉사자 양성	<ul style="list-style-type: none"> <li>우울, 정신불안, 사회적응, 교우관계증진, 학업능력향상, 자아존중감 상승, 삶의가치 및 인격소양 관련 강좌, 캠페인, 교육 및 책자 배포</li> <li>인식개선 교육 및 홍보 : 학교 정신건강증진사업 간담회, 교사 및 학부모 대상 찾아가는 연수</li> <li>정신건강아카데미</li> <li>유관기관 종사자교육</li> <li>종교기관과 협력하여 양성교육 실시</li> </ul>	관내 유관기관 종사자, 교사 및 학부모 등을 포함한 전 지역주민
프로그램 및 서비스	선별검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살고위험군 조기발견 및 개입, 종합심리검사 및 CAT(종합 주의력검사)</li> <li>청소년 대상 주의력 학습문제, 정서불안, 부모자녀문제, 사회성문제, 학교폭력 피해 및 가해문제, 청소년 자살 등 간이선별 검사 실시</li> <li>성인대상 우울증 및 자살, 불안, 불면증, 조현병(정신분열증), 스트레스, 산전산후 우울증, 알코올 중독 간이선별검사</li> <li>노인대상 우울증 및 자살 간이선별검사</li> </ul>	아동·청소년, 성인, 여성, 노인, 자살고위험군
	위기관리 및 응급개입, 사후관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살시도자에 대한 위기관리 및 사후관리를 통한 자살 재시도 위험성 제거</li> <li>자살시도자에 대한 구조화된 집중관리 프로그램 실시</li> <li>자살로 인해 신체적·사회적 문제를 겪는 대상자 응급 및 위기 대응(경찰서, 소방서, 주민센터, 복지관 등)</li> </ul>	자살시도자, 고위험군
	사례관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>센터등록 자살시(의)도자 대상 개별서비스계획 수립(ISP), 가정방문상담, 내소상담, 전화상담, 자원연계 등의 활용을 통해 정신과적 증상 재발예방관리</li> <li>정신건강 문제에 대한 예방과 증진, 조기발견 및 사례관리를 통한 건강한 사회 구성원으로서의 성장과 발달 지원</li> </ul>	자살시도자, 고위험군
	일반상담, 멘토링	<ul style="list-style-type: none"> <li>생애주기별 맞춤상담 및 자가검진</li> <li>자살고위험군 멘토링사업</li> </ul>	자살시도자, 고위험군
	치료 및 자원연계 (전문의 상담)	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살위기 개입을 위한 응급의료기관, 경찰서, 소방서 등의 사회 안전망 구축</li> <li>의사 검진 서비스 실시</li> <li>사례 관리 시 주민조직, 돌보미 등 정서적 지원 방문 서비스</li> </ul>	자살시도자, 고위험군
	유족관리사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살유족 정서관리 프로그램 : 애도상담 제공</li> </ul>	자살 유가족
	의료비지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>기초생활수급자, 차상위, 한부모가정, 학교중식지원자 등 저소득층 가정 중 선정을 통해 심리검사비 및 정신과 치료 지원</li> <li>취약계층 아동·청소년 우선지원, 관내 치료기관과 정기적 방문 통해 지원받는 대상자에 대한 정보공유 및 사례관리 계획을 공동논의</li> <li>외래치료비 및 입원치료비 지원, 응급후송비 지원</li> <li>심리검사 및 재활치료비(놀이치료, 미술치료 등) 지원</li> </ul>	기초생활수급자, 차상위 계층, 한부모가정 등 우선지원 아동·청소년

## 우울예방사업

서울시 25개구 자치구 정신건강증진센터는 우울예방사업을 시행한다. 표 5-9에서 볼 수 있는 내용과 같이, 공통적으로 수행되는 사업은 크게 정신건강증진사업, 집단 프로그램, 일반상담프로그램으로 나누어질 수 있는데, 자치구별 상황에 맞게 특성화 되어 제공되고 있다. 정신건강증진사업은 아동청소년, 성인, 노인 및 산모를 대상으로 통합사례관리를 하는데, 우울증에 대한 조기검진 및 선별검사를 통한 고위험군 발견, 심층 평가 및 상담, 치료연계 등의 절차를 거친다. 이 사업은 서울시 25개 자치구가 공통적으로 하고 있으며, 구의 특성에 따라 여성, 노인 및 산모에 더욱 중점을 두어 시행한다. 사례관리와 더불어 취약계층을 대상으로 정신과 치료 비용을 지원해주기도 한다. 이는 모든 자치구가 동일하게 진행하고 있지는 않으나, 몇몇 자치구는 대상 선별과정을 거쳐 기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가정, 학교중식 지원자 등을 대상으로 의료비를 지원하고 있다.

집단프로그램은 정신건강관심군 아동청소년을 주 대상으로 하며, 사회성향상프로그램, 예술치료프로그램 등을 포함하는 정신건강 프로그램 등이 있다. 일반상담프로그램은 일회성 전화상담, 내소 방문, 등록회원 등 전체 자치구민을 대상으로 이루어지며, 사례관리를 통해 우울 및 심층평가 상담이 필요한 경우 일정한 회기에 따라 상담이 이루어지기도 한다. 자치구별 특성에 따라 찾아가는 상담소, 상담 카페 등 다양한 형식으로 진행된다. 우울증 예방교육은 일 년에 1회 이상 아동청소년, 산모, 노인 등 전 계층을 대상으로 이루어지며, 정신건강증진을 주제로 하는데 매년 상이하다. 구체적인 주제로는 일반인들의 정신건강 인식개선, 우울증 예방교육, 질환소개 등이 있다.

표 5-9 우울예방사업 분류

사업 구분	내용	대상
정신건강 증진사업	• 통합적 사례관리 : 우울증 조기검진 및 선별검사, 고위험군 발견, 심층 평가 및 상담, 치료연계 및 응급지원 서비스 ex) 스크린클리닉, 여성/노인행복 Up-grade사업, 은빛날개, 해피 코리안	아동·청소년, 성인, 노인, 산모
	• 의료비 지원 : 기초생활수급자, 차상위, 한부모가정, 학교중식지원자 등 선정을 통해 심리검사비 및 정신과 치료 지원	취약계층(기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가정, 학교중식지원자 등)
집단 프로그램	• 사회성증진프로그램, 예술치료프로그램 - 집단/개별 놀이치료, 미술치료, 음악치료, 자조모임	정신건강관심군 아동·청소년,
	• 또래리더 양성, 또래상담, 대학생 멘토 연계 프로그램	정신건강관심군 아동·청소년 및 관내 아동·청소년
상담 프로그램	• 일반상담 : 우울 심층평가 및 대면상담 실시 ex) 찾아가는 마음상담소, 심리상담카페	25개 자치구 모두 실시
	• 의사상담	아동·청소년
교육	• 정신건강 행사 및 교육 : 우울증 예방교육 ex) 찾아가는 지역주민정신건강교육, 산전산후우울예방교육	아동·청소년, 성인, 노인, 직장인

자치구 정신건강증진센터가 제공하는 우울증관련 예방 및 교육사업으로는 각 대상에 다른 예방교육, 매뉴얼 제작 및 보급, 교사 및 학부모 연수, 정신보건 환경 조성사업이 있다. 구체적인 프로그램으로는 조기발견 및 선별검사, 사례관리, 일반상담과 멘토링, 집단프로그램, 치료 및 자원연계, 응급지원서비스, 놀이치료, 자조모임 등이 있다.

표 5-10 생애주기별 지역정신보건센터 우울예방사업 현황

사업구분	세부 분류	세부내용	대상
예방 및 교육	정신건강 예방교육	• 어르신, 산모 등 복지관 이용자 대상으로 우울예방교육 실시 • 산전산후관리를 받는 임신부 대상으로 우울예방교육, 영유아발달과 정신건강교육 실시 • 지역주민 대상으로 우울증 및 조울증 강좌 진행 • 정신장애인 인식개선을 위한 인터넷방송 실시	산모, 어르신 등 지역 주민, 고위험군
	매뉴얼 제작 및 보급	• 담임교사용 학생 정신건강 지도 매뉴얼 보급	관내 학교 담임교사
	연수	• 교사 및 학부모 정신건강 연수	관내 교사 및 학부모
	정신보건 환경조성	• 홈페이지 운영 • 행사 및 교육 실시 • 유관기관 네트워크 사업 • 지역사회 유관기관과의 협업체 구축 및 통합적 사례회의 및 관리 실시	전 지역주민
프로그램 및 서비스	조기발견 및 선별검사	• 아동청소년 정서 및 문제행동 평가 : 교육청 협조를 통한 조사 및 센터와 병원 상담연계(1차 학교 선별검사, 2차 센터 프로그램 참여 및 병원연계) • 여성 우울증 조기발견, 상담, 치료연계 등 약물치료와 증상완화 효과 상승 및 삶의 질 향상 • 성인 고위험군 조기발견, 치료체계 구축 • 65세 이상 노인 대상으로 노인정 정신건강 검진 실시 • 한부모가정, 다문화가정 대상 우울증 선별 및 예방사업	관내 아동·청소년, 여성, 일반 성인, 노인, 한부모가정

표 계속 생애주기별 지역정신보건센터 우울예방사업 현황

사업구분	세부 분류	세부내용	대상
프로그램 및 서비스		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기타 주의력 학습문제, 정서불안, 부모자녀문제, 사회성문제, 학교폭력 피해 및 가해문제, 산전산후 우울증, 불안, 불면증 등에 대한 정신건강 상담 및 간이 선별검사 실시</li> </ul>	
	사례관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동·청소년 중 정신건강 어려움으로 인해 지속적 상담 및 치료가 필요한 경우 본인과 부모님의 동의를 거쳐 사례관리 회원으로 등록 후, 개별육구에 따라 사례관리 서비스 제공</li> <li>• 개별 서비스계획수립, 가정방문상담, 내소상담, 전화상담, 자원연계 등을 활용하여 정신과적 증상 예방관리</li> <li>• 노인우울증 강좌 및 상담 프로그램</li> </ul>	아동·청소년, 여성, 일반성인, 노인 등 전 지역주민 대상
	일반상담, 멘토링	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강상담 희망자 대상으로 우울, 알코올 및 정신질환에 대한 심층평가 및 대면상담 실시</li> <li>• 상담카페 운영 : 우울증을 포함한 정신건강적 문제에 대한 상담 진행 후, 고위험군 발견 시 심층상담 진행</li> </ul>	아동·청소년, 여성, 일반성인, 노인 등 전 지역주민 대상
	집단 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울증 대상자를 위해 바른 양육법, 문제행동의 구별과 대처방법에 대한 가족의 이해를 높이기 위한 가족교육 및 가족체험활동 실시</li> <li>• 사회성프로그램, 주의집중을 위한 활동프로그램</li> </ul>	아동·청소년, 여성, 일반성인, 노인, 가족 등 전 지역주민 대상
	치료 및 자원연계 (전문의 상담)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동·청소년을 대상으로 정신보건전문요원에 의한 1차 대면평가자 중 의 상담 실시</li> </ul>	아동·청소년
	의료비 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가정, 학교중식지원자 등 저소득층 가정 우선으로, 선정을 통해 심리검사비 및 정신과 치료 지원</li> </ul>	-기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가정 우선
	응급지원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 신체적, 사회적 문제를 겪는 우울증 대상자에게 응급 및 위기대응 지원(경찰서, 소방서, 주민센터, 보지관 등)</li> </ul>	아동·청소년, 여성, 일반성인, 노인, 가족 등 전 지역주민 대상
	놀이치료	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강 관심군 아동·청소년 개별 및 집단 놀이치료</li> </ul>	아동·청소년,
	자조모임	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울자조모임 진행</li> </ul>	아동·청소년, 여성, 일반성인, 노인, 가족 등 전 지역주민 대상

### 3 2 3 스트레스관리 사업

스트레스관리사업은 자살이나 우울예방사업과 같이 다양한 사업이 이루어지지 않고 있다. 25개 자치구 중 약 10여개의 정신건강증진센터만 아동청소년, 성인 및 노인을 대상으로 스트레스관리사업을 진행하고 있다. 스트레스관리사업은 일반 정신건강증진사업에 포함되어 있기 때문에, 일반상담 및 사례관리는 구체적으로 진행되지 않는다. 스트레스관리사업은 표 5-11과 같이 크게 정신건강증진사업, 행사 및 홍보, 그리고 시민교육으로 나누어볼 수 있다. 정신건강증진사업은 우울 및 자살에서 진행하는 것과 동일하게 지역주민을 대상으로 내소 및 인터넷 상담의 형식으로 일회성, 회기별로 이루어지며, 스트레스 정도를 측정하는 자가검진 테스트를 거쳐 상담 및 교육이 시행되고 있다.

표 5-11 자치구 정신건강증진센터 스트레스관리사업 분류

사업 구분	내용	대상
정신건강증진사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 스트레스 생체기능 진단 장비를 통한 스트레스 측정</li> <li>• 자가검진 및 교육 ex) 굿바이 스트레스</li> </ul>	직장인, 알코올질환자, 중증정신질환자 가족 등 지역주민
행사 및 홍보	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 홈페이지 운영</li> <li>• 캠페인 및 책자 배포</li> </ul>	전 지역사회 주민
시민교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강교육 및 강좌</li> <li>• 스트레스관리</li> </ul>	전 지역사회 주민 및 스트레스 고위험군

각 자치구 정신건강증진센터에서는 부분적으로 이루어지고 있기는 하지만 스트레스 관리를 위한 예방 및 교육 사업으로 인식개선을 위한 캠페인 및 책자배포, 스트레스 고위험군 대상 예방교육, 직장인 스트레스 검진 및 교육이 실시되고 있다. 표 5-12에 제시된 바와 같이, 자가검진을 통한 스트레스 측정, 선별검사와 일반상담과 필요시 심층상담도 제공되고 있다.

표 5-12 생애주기별 지역정신보건센터 스트레스관리사업 현황

사업구분	세부 분류	세부내용	대상
예방 및 교육	인식개선 (행사, 홍보, 캠페인)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 홈페이지 운영</li> <li>• 캠페인 및 책자 배포</li> </ul>	전 지역주민
	스트레스 교육 및 강좌	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 스트레스 고위험군 대상 예방교육 실시</li> <li>• 다양한 직종의 직장인 스트레스 검진 및 교육(자활센터, 도시가스, 기관사 등)</li> </ul>	스트레스 고위험군, 직장인
프로그램 및 서비스	스트레스 측정, 선별검사	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직장인, 알코올질환자, 중증정신질환자 가족 등 지역주민을 대상으로 스트레스 생체기능 진단 장비를 통한 스트레스 측정, 자가검진 및 교육 실시</li> </ul>	직장인, 알코올질환자, 중증정신질환자 가족 등 전 지역 주민
	일반상담 및 심층상담	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역주민을 대상으로 스트레스 필수검진</li> <li>• 고위험군 발견 시 심층상담 진행</li> </ul>	전 지역주민

324

## 학교사업

서울시가 진행하는 학교 정신건강증진사업은 크게 검사 및 진단, 예방 및 교육, 프로그램 및 서비스 제공으로 구분된다. 검사 및 진단은 관내 아동·청소년을 대상으로 매년 학교단위로 정서행동발달특성검사(선별검사)를 실시하여 정신건강 고위험군을 발견한다. 이는 교육청 협조하에 실시되는 경우가 대부분으로 관내 아동·청소년을 대상으로 1,2차로 평가한 후, 고위험군이 발견되면 센터 및 병원 전문의 상담을 연계한다. 주로 1차와 2차 선별검사는 학교에서 이루어지고, 3차 선별검사는 센터 프로

그럼과 연계되어 프로그램 참여와 병원연계를 지원한다. 병원은 크게 정신과 상담연계와 의료비 지원이 이루어진다. 구체적으로, 송파구는 관내 78개 초·중·고등학교 학생을 대상으로 정신건강 선별검사를 실시한다. 전체 선별검사 대상 학생 중, 연간 약 50명에서 100명의 학생이 센터로 연계되고, 20명에서 30명 정도가 저소득층으로 치료비를 지원받는다. 치료비는 심리검사비용이 가장 큰 비중을 차지하고, 이 외에 약물치료비 등을 지원받게 된다.

아동·청소년 정신건강 예방 및 교육은 크게 인식개선, 정신건강교육, 또래마음건강리더 양성, 부모교육 및 교사교육으로 나누어볼 수 있다. 정신건강과 관련된 인식개선을 위해 우선적으로 책자, 컬럼 등을 통해 지역사회에 정신건강 관련 정보를 배포한다. 또한 학교 학생들을 위해 정신건강 교육을 해마다 실시한다. 관내 청소년 관련 기관과 협력하여 학교 방문교육도 하는데, 교육내용은 우울증 및 자살예방, 알코올 예방 등 전 정신건강영역을 다룬다. 특히 또래마음건강리더 양성을 통해 정신건강문제 상담 접근을 보다 용이하게 한다. 이는 정신건강문제에 대해 교육 받은 소수의 아동·청소년 그룹이 또래집단에게 우울, 자살 및 스트레스에 관하여 상담해주는 방식으로 진행된다.

이 외에도 부모와 교사를 대상으로 아동·청소년의 정신건강 및 정신질환 문제에 대한 교육을 진행한다. 구체적으로는 학부모 학교정신건강증진사업 연수, 학교정신건강증진사업 간담회, 교사연수, 교사 정신건강 지도 매뉴얼 보급 등이 있다. 중구는 부모교육 및 정신질환 인식개선의 차원에서 질환소개 시민교육, 홍보, 대 구민 강좌를 진행하는데, 매년 정신건강문제에 대해 세부적으로 주제를 달리하며, 2012년에는 아동·청소년의 ADHD문제에 대해 보다 정확한 인식을 갖고, 이를 예방할 수 있도록 ‘ADHD의 오해와 진실’이라는 주제의 강좌를 개최했다.

표 5-13 서울시 학교 정신건강증진사업 현황

사업구분	세부 분류	세부내용	대상
검사 및 진단	정서행동발달 특성검사 (선별검사)	<ul style="list-style-type: none"> <li>관내 우선관리 대상자를 대상으로 1,2차 평가 실시 후 치료연계</li> <li>전수조사 후 센터 및 병원 상담연계</li> <li>필요시 등록사례관리 실시</li> </ul>	지역사회 내 우선관리 대상 아동·청소년 및 전 아동·청소년
	인식개선(행사, 홍보, 캠페인)	<ul style="list-style-type: none"> <li>관내 정신건강 관련 책자 배포</li> <li>정신건강 관련 컬럼 배포</li> </ul>	전 지역주민
예방 및 교육	정신건강교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>청소년 생명존중사업 운영</li> <li>자살예방지킴이 교육</li> <li>자살예방교육 및 알코올 예방교육</li> <li>고위험군 예방, 우울증 예방교육</li> <li>관내 청소년 관련 기관과 협력하여 학교 방문교육 실시</li> </ul>	관내 아동·청소년, 교사 및 학부모

표 계속 서울시 학교 정신건강증진사업 현황

사업구분	세부 분류	세부내용	대상
예방 및 교육	또래마음 건강리더 양성	• 또래가 현장교육을 통해 또다른 또래에게 마음건강교육 실시	관내 아동·청소년
	부모교육	• 학부모 학교정신건강증진사업 연수	관내 아동·청소년을 가진 부모
	교사교육	• 학교정신건강증진사업 담당자 간담회 • 교실 속 정신건강 지도 매뉴얼 보급 • 교사 연수 • 상담 사례 자문 및 아동청소년 정신질환 교육	관내 학교 교사
프로그램 및 서비스	통합적 사례관리	• 학교 선별검사 실시 후 지속적인 부모, 대상자 상담지원 • 정신건강검진, 고위험군 대상 예방 프로그램 진행 • 부모 및 교사, 학생 대상 정신건강 교육, 병의원연계, 지속적인 사례 관리서비스 제공	관내 아동·청소년
	마음건강학교	• 취약계층 아동·청소년 의료비 지원 • 관내 치료기관과의 정기적 자문을 통해 지원받는 대상자에 대한 정보 공유 및 진행, 추후 사례관리 계획 논의 • 교사 및 부모 워크숍, 집단 프로그램 운영 등	관내 아동·청소년, 교사 및 학부모
	일반상담	• 관내 학교를 대상으로 방문상담 제공, 질환의심 청소년 대상 보호자 동의 후 병원연계 • 심층면담 및 임상심리검사 지원	관내 아동·청소년
	치료연계	• 선별검사 실시 후 센터 및 병원 상담연계	관내 아동·청소년
	스포츠 프로그램	• 관내 저소득층 가정, ADHD, 학교 부적응학생 등 학교별 학생을 선정하여 축구 및 야구 프로그램 진행 • 담임제로 운영되며, 모니터링 후 부모와 학교 교사 간담회 실시	관내 아동·청소년 (저소득층 가정 등 우선순위)
	기타 프로그램	• 연극 : 청소년 자살예방관련 연극 공연	관내 아동·청소년

### 3 3 문제점 및 시사점

#### 3 3 1 정신건강증진 서비스 제공체계의 현황 및 문제점

서울시 정신건강증진사업의 대부분은 서울시 복지건강실 보건의료정책과가 담당하고 있으며 그 하부 조직으로 광역단위의 정신건강증진센터와 자살예방센터가 있고 25개 자치구에 정신건강증진센터가 운영되고 있다. 현재는 관악구, 성동구, 중랑구만 보건소에 정신보건팀이 구성되어 있으며, 나머지 22개 자치구는 보건소에 정신보건팀이 없이 담당 공무원의 관리하에 정신건강증진센터가 운영되고 있다. 정신질환자 관리를 포함한 일반시민 대상 정신건강증진사업은 지역 정신건강증진센터에서 담당하고 있다.



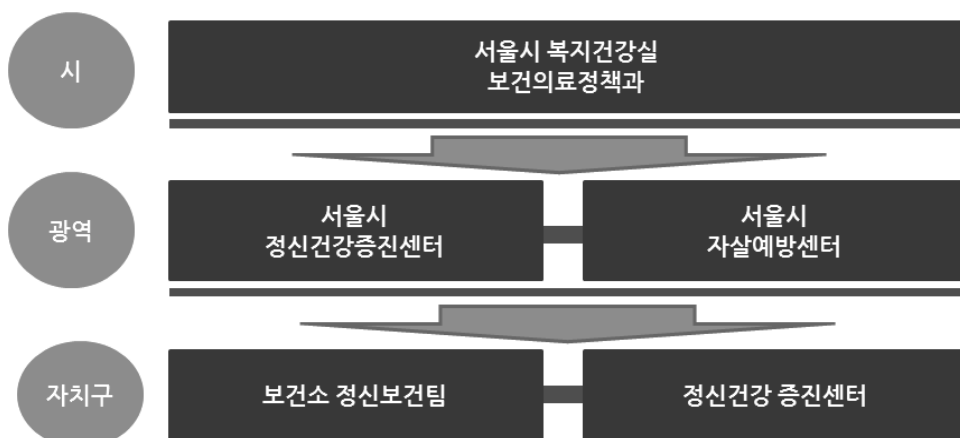


그림 5-9 현행 서울시 정신건강증진 업무 체계도

현행 정신건강증진 사업체계는 대부분의 구에서 정신보건센터 내 정신건강증진팀이 서비스를 제공하는 형태를 갖추고 있다. 그러나 만성 정신질환자 관리사업과 정신건강증진사업 간 인력 및 예산 등의 자원배분에 대한 기준은 없는 상태이다.

1995년 제정된 정신보건법에 따라 선진국의 지역사회 정신보건체계를 벤치마킹하여 선진국에서 1960~1970년대에 도입하여 전국적인 서비스 체계를 구축한 정신보건센터(community mental health center)를 장기입원 중심의 후진적인 우리나라 정신보건체계를 개혁하기 위한 지역사회 정신보건서비스의 중심기관으로 도입하였다. 정신보건센터는 지역사회 내의 만성 중증정신질환자를 위한 조기발견, 사례관리, 직업재활, 가족지원, 지역사회 내 정신질환에 대한 편견해소 등을 통해 만성 중증정신질환자가 지역사회에서 생활할 수 있도록 지원하는 역할을 주기능으로 설정되었다. 이후 정신보건센터는 수회의 정신보건법 개정을 통해 약간의 변화를 거치긴 했으나 만성 중증정신질환 관리 중심의 역할이 강화되었다.

그러나 2000년대 중반 이후 우리나라 자살사망자가 급격히 증가하고, 아동청소년 정신건강에 대한 관심이 높아지면서, 수년전부터 우울증의 조기발견, 일반인의 정신건강상담, 아동청소년 정신건강증진사업 등이 정신보건센터의 사업에 추가되기 시작되었다. 급기야 2013년에는 정신보건센터는 ‘정신건강증진센터’로 명칭까지 변경되었다. 이 과정에서 만성 중증정신질환자가 사업대상이 아닌 일반인 대상 정신건강증진사업이 추가되었지만 추가적인 인력과 예산의 추가지원이 미미하여, 기존 정신보건센터 직원의 업무가 과중해지는 상황이 계속되고 있다.

### 일반시민의 정신건강 관련 수요 증가에 대한 지원 필요

우울감, 스트레스 등 일반인의 정신건강 상담 수요가 증가하고 있다. 일반인 상담은 대부분 전화 상담으로 보통 일회성으로 이루어진다. 송파구에서는 한 달 총 상담건수 155건 중 일반인 상담이 125건을 차지할 정도이다. 그러나 현재의 시스템은 우울, 스트레스, 자살 등 고위험군이 될 소지가 있는 사람들의 정신건강증진사업에 접근할 수 있는 통로가 부족하다. 따라서 일반시민이 정신건강센터에 접근할 수 있는 접점을 더 많이 마련하고 수요에 의한 단순대응적, 단기적 서비스를 벗어나 일반시민의 정신건강증진을 위한 체계적 접근이 필요하다. 특히 노인, 저소득층, 아동청소년 등 취약 계층에 대한 정신건강서비스 지원체계 마련도 필요하다.

### 센터의 역할 정립 필요

보건복지부의 정신보건법 개정 추진과 함께 기존의 정신보건센터는 정신건강증진센터로 명칭이 변경되었다. 이는 향후 정신보건센터가 만성 중증정신질환자 중심 업무에서 일반인 대상 정신질환 예방 및 정신건강증진 관련 업무로 중점 기능이 변화될 것이라는 의미이다. 그러나 기존의 만성 중증정신질환자 사업이 지역사회 내에서 분출하고 있는 요구도에 비해 턱없이 부족한 상태임을 고려할 때, 기능의 전화보다 기능의 추가가 바람직하다. 또한 우리나라가 장기입원 중심의 후진적인 정신보건체계에 머물러 있는 가장 큰 이유는 지역사회에서 정신보건서비스의 양과 질이 선진국보다 현저히 부족하기 때문인 것을 감안할 때, 만성 중증정신질환자 관리사업이 선진국 수준으로 확충되어야 장기입원 중심의 정신보건체계의 개혁과 탈원화를 선진국 수준으로 이룰 수 있을 것이다. 따라서 만성 중증정신질환자 관리사업의 축소와 정신건강증진사업의 확대가 아닌, 두 부문 모두의 추가와 확대가 필요함은 명백하다. 다만, 새롭게 시작하는 정신건강증진사업은 새로운 체계를 구축하고, 틀을 잡기 위해 보다 획기적인 투자가 요구된다고 할 수 있다.

그럼에도 불구하고, 정신건강증진사업의 확대에 따른 업무 증가를 고려한 인력충원은 이루어지지 않고 있다. 이에 따라 기존 만성 중증정신질환자 관리업무의 공백이 발생하고 있다. 또한 만성 중증정신질환자 관련 교육을 주로 받고, 정신건강증진에 대한 교육과 수련이 부족한 정신보건전문요원이 일반인 대상의 정신건강증진 업무까지 담당하게 되면서 업무의 효율성도 떨어지고 있다. 이로 인해 업무 과다가 초래되고, 기존의 고용불안정 문제와 함께 높은 이직률의 원인이 되고 있다.

중증정신질환자 사례관리에 대한 문헌조사 결과 적정인원은 사례관리자 1명당 최대 30명에서 50명으로 제시되고 있다(서울시정신건강증진센터, 2012, 서울시지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서). 따라서 기존의 서울시 지역 정신건강증진센터는 구별 인구와 관리가 필요한 정신질환자 수를 고려해 체계적인 인력수에 대한 기준의 제시가 필요하다.

질환자 중심으로 운영되던 정신보건센터가 일반인 대상 사업을 추가하면서 예산부족의 문제도 더불어 발생하고 있을 뿐 아니라 불분명한 역할로 인해 평가체계의 기준의 적합성과 객관성에 대한 문제도 제기되고 있다. 현재 중증정신질환자뿐만 아니라 대부분의 정신건강 관련 이슈는 자치구 정신건강증진센터에서 담당하고 있으나 홍보 자료 개발이나 평가 등 광역자치단체 단위의 정신보건사업은 서울 정신보건센터가 수행하고 있다. 그러나 광역자치단체와 기초자치단체의 정신보건사업에 대한 역할분담이 아직도 불분명하기도 하고, 기존에 어느 정도의 효과적인 역할분담이 있었다고 하더라도, 새로운 정신보건환경에 따라 능동적으로 역할을 구분해가는 시스템을 구축해야 한다.

이 과정에서 만성 중증정신질환자 관리를 중심으로 하는 지역사회 정신보건사업에서 중요한 원칙으로 일컬어질 만큼 매우 중요한 지역화(catchment area)가 정신건강증진사업에서는 과연 효과적이고, 효율적인가에 대한 근본적인 검토도 필요한 시점이다. 즉, 지역 정신건강증진센터의 명확한 역할을 재정립하고, 이 과정에서 지역주민과의 지역적 특성과 지리적 거리가 중요한 경우를 제외하고, 광역화된 사업 단위에서 제공하는 것이 효율적인 정신건강증진사업은 서울특별시 단위의 서울 광역정신보건센터(서울 정신건강증진센터)에서 주도하는 것이 필요한지에 대해 검토가 필요하다.

## **VI     정신건강증진을 위한 정책적 지원방안**

- 1        지역사회 중심 정신건강증진사업 지원방안**
- 2        정신건강사업 및 프로그램 지원**
- 3        정신건강 예방, 홍보, 인식개선 방안**

## VI 정신건강증진을 위한 정책적 지원방안

### 1 지역사회 중심 정신건강증진사업 지원방안

#### 1.1 지역사회 정신건강증진사업 공급체계 개선방안

장기입원 중심의 정신보건체계에서 지역사회중심의 정신보건체계로의 정책전환이 시작되었음에도 불구하고, 우리나라 정신보건의료기관에 입원 중인 환자의 평균 재원기간이 선진국에 비해 아직도 매우 긴 현 상황임을 고려할 때 기존의 만성 중증정신질환자를 위한 지역사회 관리사업의 양과 질은 매우 부족한 현실이다. 또한 지역사회 내에서 만성 중증정신질환자와 가족, 이웃주민의 정신보건센터가 제공하는 지역사회 정신보건서비스에 대한 요구도가 아직 충족되고 있지 않은 상태에서 기존의 정신보건센터 인력에게 사업이 계속 추가되고 있는 것은 큰 문제가 있다. 기존의 사업과 명확하게 구분되지 않아 즉흥적인 요구에 따라 연간사업 목표나 중장기적 목표 없이 무계획적으로 수행되는 경우도 종종 발생하고 있다. 만성 중증정신질환자 담당 직원이 정신건강증진사업을 준비없이 수행하게 되면서 오는 전문성 부족 문제도 제기되고 있다. 따라서 이러한 정신건강증진 서비스 제공체계에서의 문제점을 개선하기 위한 방안이 필요하다. 이를 위해 3가지 정도의 대안을 고려해 볼 수 있다.

1안 : 기존의 정신보건센터에서 정신건강증진사업 업무를 분리하여 보건소 내에 설치할 정신보건팀에 이관하는 안이다. 정신보건팀은 기존의 정신보건센터를 포함한 정신보건사업 관리업무에 덧붙여 일반인 대상의 일부 정신건강증진사업을 직접 수행하게 된다.

2안 : 구별로 만성 중증정신질환자 관리사업을 수행하는 정신보건센터와 별도로 일반인들의 정신건강증진 서비스를 담당하는 정신건강증진센터를 설치 운영하는 방안이다.

3안 : 정신보건센터 내에 정신건강증진팀을 운영하고 있는 대부분의 기존 체계를 보완하여 운영의 묘를 살리는 안이다. 즉, 정신보건센터 내 팀을 만성 중증정신질환자 관리사업팀과 정신건강증진사업팀으로 구분하여 운영하되, 서울시 차원의 기준에 구별 특성을 고려하여 사업팀별 예산과 인력 기준을 설정하고, 사업팀 간 예산과 인력의 구분을 좀 더 명확히 하는 것이다.

## 1안 : 보건소와 정신건강증진센터의 역할분담

정신보건센터에서 일부 정신건강증진사업을 분리하여 보건소에서 직접 수행하는 1안은 보건소가 지역 내 의료기관, 응급지원센터, 복지관, 학교 등 유관기관과의 네트워크 구축이 용이하여 지역사회 정신건강증진사업을 확대하고 강화하는 데에 중요한 역할을 할 수 있는 역량을 갖추고 있기 때문에 유관기관과의 네트워크 구축 측면에서 효과적일 수 있다. 현재 보건소가 제공하는 생애주기별 검진서비스에 정신건강검진을 추가하고 대상자들에게 정신건강관련 정보를 서비스함으로써 조기발견 및 개입과 홍보, 인식개선의 효과를 기대할 수 있다. 예를 들면 임산부 대상 영양플러스 사업, 학교대상 사업, 노인대상 건강검진사업 등의 제공 시에 간단한 정신건강검진을 실시하여 예방하고 정신건강예방 및 증진의 필요성과 중요성을 홍보할 수 있을 것이다. 그러나 1안은 정신건강과 관련된 별도의 교육과 훈련 없이 수행하기 어려운 점이 예상된다. 특히 이 사업을 수행하는 인력 활용에 어려움이 예상되는데, 보건소 공무원이 직접 수행할 경우에는 순환보직으로 인하여 사업수행 인력이 정기적으로 교체되어 전문적 서비스 제공이 어렵게 되고, 간호사 중심의 서비스가 제공되면서, 다학제적 인력에 의한 서비스 제공이 어려운 문제가 있다. 계약직으로 채용하여 사업수행을 하도록 할 경우에는 비정규직 인력에 대한 고용유지 문제가 난관이 될 가능성도 크므로 이러한 문제점에 대한 고려가 필요하다.

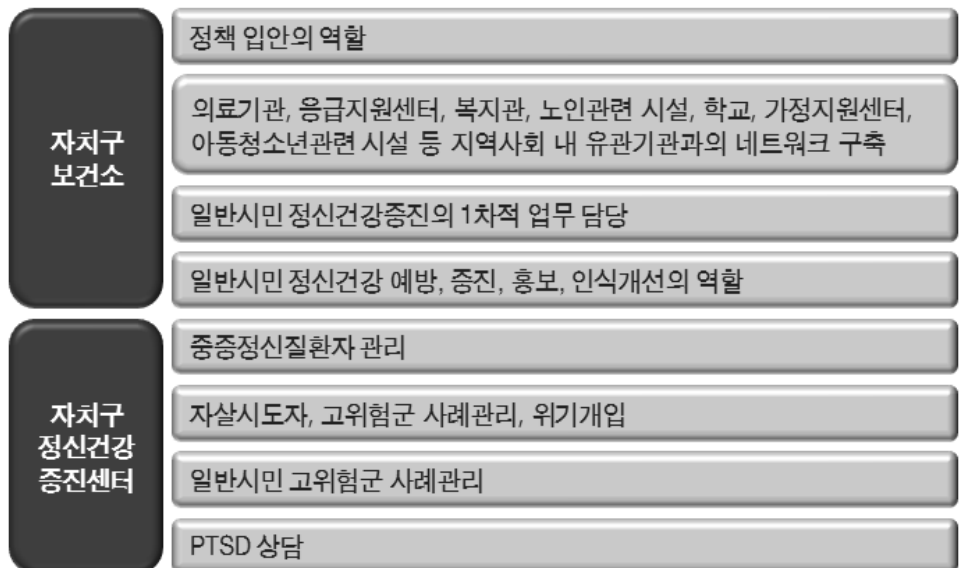


그림 6-1 자치구별 보건소와 정신건강증진센터 역할분담(1안)

## 2안 : 정신질환자 대상과 일반인 대상 기관의 분리

2안은 일반인을 대상으로 한 별도의 조직을 설치하여 정신건강증진사업을 수행하도록 하는 것이다. 1안이나 2안은 기존 정신건강증진센터 본연의 설립취지에 부합하는 것으로 정신건강증진센터에서는 중증정신질환자만을 대상으로 전문 인력이 관리를 할 수 있고 일반인 대상 업무의 추가로 인한 인력부족, 업무과다, 예산 부족 등의 문제를 해소할 수 있는 장점이 있다. 그러나 2안에서 제시하는 바와 같이 별도의 조직을 형성할 경우에는 경제상 별도의 관리 인력과 공간, 위탁관련 업무 증가 등의 비효율이 예상되고, 무엇보다도 최근처럼 신규사업 예산확보가 어려운 환경에서 별도의 예산을 확보하기 쉽지 않을 것으로 보인다.

## 3안 : 정신건강증진센터 내 명확한 업무 분담

기존의 수행체계를 일부 보완하는 3안은 만성 중증정신질환자 관리사업과 정신건강증진사업이 정신보건과 정신건강이라는 큰 틀 안에서 상호 유기적으로 수행되는 것이 바람직하기 때문에 가장 적절하게 보인다. 그러나 만성 중증정신질환자 관리사업과 정신건강증진사업에 필요한 표준예산과 표준인력이 어느 정도 구분되어 설정되어야 앞서 언급되었던 현행 사업체계의 문제가 해결될 수 있을 것이다. 이를 위하여 정신보건센터(정신건강증진센터)에서 제공되어야 할 중증 정신질환 대상 서비스의 수준과 일반인 대상 정신건강증진 서비스의 수준에 대한 기준설정이 필요하고, 이 기준을 달성하기 위한 중기적 목표가 합의되어야 할 것이다. 즉 서울시가 표준적으로 제시하는 최소한의 보편적인 기준에 각 지역 정신보건(건강증진)센터별로 각 지역의 인구규모와 성별, 연령별, 사회경제적 특성, 예산 규모, 지역 내 요구도 등을 고려하여 인력과 예산에 대한 표준 설정 논의가 필요하다. 이를 통해 각각의 사업이 예측 가능하고, 안정적으로 수행되고, 기존 업무 담당자의 과부하 없이 진행될 수 있기 때문이다.

3안을 조금 더 보완한다고 하면, 서울시 단위의 정신건강증진사업과 구 단위의 정신건강증진사업 사이의 역할 재설정에 대한 논의가 필요하다. 지리적 거리가 상대적으로 중요한 만성 정신질환자 대상의 사업과 달리, 정신건강증진 사업은 지리적 거리가 상대적으로 덜 중요하다. 오히려 연령별, 성별과 같은 생애주기별 특성이 더 중요하며, 사업 수행방식도 직접 내소하거나 가정방문보다 전화나 인터넷, 매스 미디어의 활용, 홍보자료의 개발 및 배포 등의 비중이 높기 때문에 자살고위험군의 대면 상담

등 특정 시민에 대한 직접 서비스를 제외하고는 서울 광역단위에서 사업을 수행하는 것이 더 효율적으로 보인다. 즉, 정신건강증진사업은 이를 확대하고자 할 때 지역단위보다 서울시 단위에서 확대하는 것이 보다 효과적이고, 효율적일 가능성이 높으므로, 지역단위의 정신건강증진사업 확대는 적정수준에서 조정되어야 할 것이다.

## 1 2 지역사회 내 자원 활용 및 지역특화사업 제공

### 1 2 1 지역 내 유관기관과의 네트워크 강화

지역사회중심 정신건강증진사업의 활성화를 위해서는 무엇보다도 지역사회 내 자원을 활용하는 것이 중요하다. 지역에서 정신건강 관련사업을 제공하고 있는, 또는 제공할 수 있는 지역 내 의료기관, 종합복지관, 노인복지관, 청소년수련관, 학교, 주민자치센터, 문화공간, 마을공동체와 네트워크를 강화해야 한다. 현재 지역 내 유관기관에서 정신건강 관련 프로그램을 운영하는 지도자를 대상으로 정기적으로 정신건강 관련 전문교육을 함으로써 올바른 정보 제공이 이루어질 수 있도록 하고, 개입이 필요한 대상을 파악하여 전문기관으로 연계할 수 있는 시스템을 마련해야 한다. 지역 내 인프라를 활용하여 정신건강관련 프로그램을 제공하는 것은 일반시민의 정신질환예방 및 정신건강증진, 인식개선, 조기발견이 가능하기 때문에 지역 내 자원의 활용이 매우 중요하다. 지역 내 자원을 활용한 인프라와 네트워크 구축을 통해 일반시민의 정신건강증진을 꾀하고 위험군에 대해서는 지역정신건강증진센터나 의료기관으로 연계하여 조기개입, 치료가 이루어질 수 있도록 하는 것이 필요하다.

아래 표 6-1은 지역 정신건강증진센터에서 지역 내 자원을 활용하여 정신건강관련 사업을 제공하고 있는 사례들을 보여주고 있다. 현재 지역 내 자원을 활용한 사업은 지역 내 학교의 관련 전공 학생을 치매관리센터, 다문화가족지원센터 등 지역 내 공공기관을 활용한 정신질환예방 및 정신건강증진 교육 중심으로 이루어지고 있다. 아직은 일반시민 대상 사업이 시작된 지 얼마되지 않아 활성화되어 있지는 않지만 이와 같은 지역사회 자원과의 연계, 협조를 통한 지역주민 대상 정신건강증진사업을 확대해 나가는 것이 필요하다.



표 6-1 지역사회자원을 활용한 정신건강증진센터 프로그램

대상	사업명	내용
은평구	열린상담소	취약 4개동을 선정해 동주민센터에 캠프상담과를 배치하여 고위험군 1차적 자가검진, 평가, 센터의료 연계서비스 제공(자원봉사인력 활용)
	심리상담카페	지역주민에게 지하철, 버스를 통해 홍보하고, 우울, 스트레스는 필수검진, 정신건강적 문제에 대한 상담을 진행함. 자원봉사인력을 활용하여 상담을 제공하며 고위험군 발견 시 심층상담을 진행
	희망멘토링	고위험군 어르신대상 정서적 지지 제공(간호대학 자원봉사인력 활용)
용산구	이주민여성 정신건강프로그램	용산구 다문화가족지원센터를 이용하여 이주민여성 대상 찾아가는 정신건강교육 제공
	희망찬 내일로	지역사회 조직화활동으로 지역사회 이용자원 발굴을 위한 기관방문 프로그램

표 6-2는 서울시 지역사회에서 자체적으로 정신건강관련 프로그램을 제공하고 있는 사례이다. 다양한 대상에 대해 다양한 기관이 각 기관의 특성에 맞는 다양한 프로그램을 제공하고 있다. 현재 지역사회 내에서 정신건강 프로그램을 제공하고 있는 곳은 종합복지관, 노인복지관, 서울문화재단, 마을공동체 등 이외에도 다양하다. 그러나 전문성이 부족하고 사업이 지속적으로 제공되기에는 한계점이 존재한다. 그러므로 지역사회 내 자원과 지역주민의 정신질환예방 및 정신건강증진을 담당하는 기관과 네트워크를 구축한다면 보다 전문적이고 체계적인 서비스 제공이 가능할 것이고 서울시민의 정신건강증진에 보다 크게 이바지할 수 있을 것이다.

표 6-2 지역사회 내 유관기관 정신건강관련 프로그램

제공기관	사업명	내용
서대문 종합사회복지관	점핑블루	청소년 대상 우울증 인식개선 프로그램
강서구 가양4 종합복지관	노인우울 예방 및 치료 프로그램	건강한 노인과 우울증 노인을 섞어 16개 자조집단 조직 보호사 투입, 정서지원 및 각종 심리치료, 사회화 유도 주변 지역 어르신들의 경제적, 사회적 고립상황을 파악하고, 지역주민들과 동료 어르신의 효율적인 인적 네트워크 파악을 통해 노인우울 예방 2년간 우울증지수 14.64%에서 9.45%로 하락 효과 실감 '서울복지대상' 시상식에서 최우수상 수상
서울시립 중랑 노인복지관	두두림	어르신 우울감소와 사회적 지지망 구축 프로그램 우울 소견이 있는 저소득 독거노인을 대상으로 우울감소와 사회적 지지향상을 통해 자살감소 및 자살예방 프로그램 두두림 운영 첫 단계에서는 우울감소를 목적으로 나를 알아가고 표현하는 방법 습득 두번째 단계에서는 사회적 지지향상 구축을 위한 정서적, 인지적, 물질적 세 가지 차원에서 서비스 투입 개인역량 강화를 통한 자살예방 및 사회 관계망 형성 기대
노원구 어르신 돌봄지원센터	어르신돌봄지원센터	재가어르신 돌봄서비스 통합관리 전산시스템 구축을 통해 이중 수혜자나 서비스 누락자를 발견하여, 혼자 사는 어르신의 안전을 주기적으로 확인하고, 정서안정 서비스로 우울과 자살 조기예방

표 계속 지역사회 내 유관기관 정신건강관련 프로그램

제공기관	사업명	내용
서초구 어르신행복 e음센터	어르신행복 e음센터	재가노인에 대한 다양한 돌봄서비스(가사, 간병지원, 안부확인, 우울증, 자살예방, 폭염 및 한파 시 긴급지원, 무료급식 등)가 포함된 통합형 어르신 복지서비스 모델 지원 일상생활과 신체활동 지원, 정서와 여가활동 지원, 주거환경 개선 지원, 안전확인, 긴급지원, 단기가사 지원, 어르신 공동생활주택 등 서비스 제공
서울문화재단 성북예술창작 센터	예술치유 프로그램	방학기간 초등학생 대상 미술치료, 음악치료, 동작치료 프로그램 제공 어린이와 주부 대상 미술, 음악, 무용동작, 영화치유 및 음악체험 교육 등 10개 프로그램 운영 일상의 스트레스와 부정적 감정들이 야기할 수 있는 다양한 문제를 사전에 예방하는 차원에서 제공 힐링 워크엔드 : 공연과 전시, 체험행사, 특강, 토론회 등 예술치유의 축제
서울문화재단	관악어린이 창작놀이터	어린이뿐 아니라 부모, 교사를 대상으로 예술체험을 통한 힐링 프로그램 제공 미술, 음악, 무용분야 등 총 6개 프로그램 제공 일상에서 스트레스로 억압되어 있는 내면을 탐색하고 강화시키는 미술치료 프로그램을 전문치료사가 제공 자유로운 움직임을 통해 서로의 몸을 이해하고 몸으로 소통해보는 커뮤니티 댄스프로그램, 약기체험, 명량방석극장 등 제공
서울시 마을공동체 사업	건강마을	건강카페라는 공유공간 마련을 통해 일상 속에서 교류를 도모하고 건강과 관련한 학습 전개 강북구, 성북구 건강조사사업을 통해 독거노인에게 이웃과의 연결통로 보장 일정한 시간에 모여 동네 순회 걷기 동아리를 통해 규칙적 운동

## 122 지역 특성에 따른 정신건강 특화 사업

정신건강은 다양한 요인에 의한 것으로 지역적 특성에도 영향을 받는다. 이에 따라 자치구별 현황 및 수요분석을 통해 차별화된 사업을 진행할 필요가 있다. 자살과 우울증 취약 자치구는 자살 및 우울과 관련된 사업을 강화하고 집중적으로 사업을 확대해 나아가야 할 것이다.

실제로 중구와 같이 직장인이 많은 자치구는 직장인 대상 스트레스관리사업을 시행하고 노인이 많은 자치구는 노인자살이나 우울증 예방 사업을 벌이고, 다문화 가정인 많은 은평구는 다문화가정 대상 우울증 선별과 예방프로그램인 해피코리안을 제공하고 있다. 자살률이 높은 은평구는 위기가정 문제해결을 위한 Family Touch 솔루션 회의, 노인우울증 성별 및 예방사업인 ‘은빛날개’ 프로그램, 쪽방이 많은 영등포구나 용산구는 쪽방 주민들의 정신건강 선별검사 및 예방교육을 하는 쪽방프로젝트를 운영하고 있다. 자연재해 등 사고발생지역에서는 PTSD관련 사업에 부분적으로 제공되고 있다. 이와 같이 지역에서는 지역의 특성에 맞는 맞춤형 정신건강사업이 제공될 수 있도록 정기적으로 주민수요조사를 통한 지역주민 정신건강증진 사업계획을 작성하도록 할 필요가 있다.

## 2 1 자살률 감소

## 2 1 1 자살예방관련 기관의 기능 강화

대부분 자치구는 생애주기별로 대상을 구분하기보다 전체 시민을 대상으로 자살예방사업을 시행하고 있다. 블루터치 핫라인 1577-0199를 이용한 자살 및 정신건강 위기상담 전화나 자치구별 정신건강증진센터 전화를 통해 자살을 포함한 정신건강 상담을 한다. 하지만 이는 일회성 상담에 그치는 경우가 많기 때문에 자살 고위험군 이전 단계의 대상자들이 실질적인 도움을 받지 못하는 경우가 발생한다. 또한, 자살 예방과 관련된 사례관리는 서울시 정신건강증진센터를 주축으로 이루어지고 있는데, 특히 자살사업은 그 범위가 광범위하고 전 서울시민을 대상으로 이루어져야 하는 문제이기 때문에 개별 기관에서 다루기 힘든 영역이며, 단순히 보건·복지의 차원뿐 아니라 다양한 자살예방차원에서의 접근이 필요하다. 현재는 자치구별 정신건강증진센터가 자살사업을 담당하고 각기 지역 내 다양한 기관과 연계되어 프로그램을 센터중심의 방식으로 운영하고 있다. 실제 서울시에서도 자살과 관련된 모든 세부 사업 및 프로그램은 광역 자살예방센터에 일임하고 있다. 하지만 이 센터 자체만으로는 학교 아동·청소년, 노인 및 지역주민 전체를 아우르기에는 한계가 있다. 이를 극복하기 위해서는 의료기관, 복지관, 학교 등 다양한 영역에서 ‘자살예방’과 관련된 사업과 프로그램을 시행할 필요가 있다.

구체적으로는, 병원기반 자살예방센터, 치매지원센터나 노인복지관 등 노인서비스 기반 자살예방기관과 같이 다양한 기관 내 자살예방센터를 설치하고, 대상별로 자살예방센터를 확충할 필요가 있다. ‘자살’ 사업은 개별 기관에서 다루기 힘든 문제이기 때문에 보건, 복지의 차원뿐 아니라 다양한 차원에서의 접근이 필요하므로 지역 내 의료기관, 복지시설, 학교 등과의 업무협조체계 구축을 통한 사업 확대가 필요하다. 10대 자살률 감소를 위해서는 학교 내 학생정신건강검진 및 상담을 확대해야 할 것이다. 아동·청소년의 정신건강문제 조기 발견 시, 학교 및 보건의료기관을 통해 1차 예방 서비스를 받을 수 있도록 지원하여, 이를 통해 고위험 아동·청소년에 대해 선제적으로 서비스 제공이 지속가능한 지원시스템이 학교와 지역사회에 마련되어야 한다. 이를 현실화하기 위해서는 교육청의 협조가 우선시되어야 하며 학생 정신건강교육 의무화가 이루어져야 한다.

## 212 자치구별 자살률격차 해소 방안

서울시 내 자치구별로 자살률이 높은 자치구는 자살률이 높은 계층과 그 특성을 파악하여 자살률을 줄일 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 해외도시나 다른 자치구의 성공사례를 벤치마킹하여 제공하고 새로운 사업을 개발하여 자살률을 감소시키기 위한 노력을 해야 한다. 자살률이 높은 자치구는 지금도 서울시에서 추가적인 지원을 하고 있지만 보다 적극적인 지원이 요구된다. 또한 건강불평등 세대 간 대물림 방지를 위해 영유아 및 아동기부터 정신건강과 관련한 지원 및 개입이 필요하다.

## 22 취약계층 지원

### 221 저소득층 지원

국내외 많은 자살관련 연구는 경제적 빈곤을 자살사망의 위험요인으로 지적하고 있다. 그러나 소득수준이 절대적으로 낮았던 1950년대~1970년대에 비해 최근의 자살률 증가는 단순히 빈곤의 절대적 수준보다 타인과의 비교를 통한 상대적 빈곤이나 과거의 생활수준 하락에서 오는 상대적 빈곤이 더 중요한 이유로 보인다. 즉, 텔레비전 등 매스미디어의 확대를 통해 타인과의 비교가 더 빈번해지는 것은 물론, 과거보다 빈부의 격차가 심해지는 양극화는 상대적 박탈감을 높이고, 이는 자살증가의 토양이 되고 있다. 또한 1997년 경제위기 이후 시장의 세계화를 통한 경쟁의 격화로 우리나라 경제의 안정성이 약화되고, 고용의 불안정이 심화되면서, 사업실패나 부도가 증가하였다. 더불어 도박산업의 확대와 빈약한 의료부문의 사회안전망 때문에 갑작스러운 가족의 질병 등의 이유로 빈곤층으로 전락하는 국민의 비율이 높아지고 있는 것도 자살사망을 증가의 중요한 원인이다.

따라서 빈곤 상태에 놓인 자살고위험군을 위한 자살예방정책은 저소득층에 대한 사회안전망의 구축을 통해 그 저변을 확대하는 것이 토대가 되어야 할 것이다. 저소득층에 대한 사회안전망에 덧붙여 이들에 대한 정신건강 안전망도 구축해야 할 것이다. 따라서 저소득층에 대한 사회안전망의 서비스와 밀접하게 연계된 정신건강서비스가 제공되어야 한다. 특히 저소득층을 대상으로 사회안전망 서비스를 제공할 때는 담당 공무원이나 사회복지 관련기관은 반드시 자살위험을 포함한 정신건강에 대한 관심을 가지고 대상이 정신건강 관련 도움이 필요시 각 구의 정신보건센터와 연계하여 상담을 받도록 해야 할 것이다.

이를 위해서는 저소득층을 위한 사회안전망 서비스를 담당하는 공무원과 사회복지

사 등을 대상으로 기본적인 정신건강 지식과 자살위험의 평가 방법 등에 대한 교육과 훈련이 필요하며, 이들에 의해 의뢰되어 정신보건센터의 전문적 상담을 거쳐 정신의료기관의 치료가 필요할 저소득층에는 치료비를 지원하여 경제적 장벽이 자살예방의 장애가 되어서는 안 될 것이다. 저소득층 우울증 또는 자살행동 관련 치료비 지원 예산은 자해나 타해 위험이 높은 저소득층에 대한 정신보건센터의 정신과 치료비 지원예산인 응급치료비 지원 예산에 포함시키거나 구별로 위기상황에 처한 구민의 치료비 예산(신체질환과 정신질환 모두 포함)을 마련하는 것 모두를 검토해 볼 필요가 있다.

## 노인 우울 및 자살예방

노인기의 높은 자살률은 배우자의 사망이나 황혼이혼 등 가족 지지체계의 와해, 경제적 어려움, 자살수단인 농약 등에 대한 용이한 접근성, 높은 노인기 우울증 유병률, 치매 증가 등과 관련이 있다. 따라서 노인기의 자살예방을 위해서는 이러한 위험요인에 대한 접근이 필요하다. 최근 배우자의 사망, 배우자와의 이혼 등 가족과 헤어져 혼자 살게 되는 노인에게는 특별한 관심이 필요하다. 저소득층 독거노인에게는 지역사회 사회복지서비스와 연계해 통해 정신보건서비스가 제공될 수 있도록 동사무소 사회복지 담당 공무원이나 사회복지관 및 노인복지관 사회복지사 등을 대상으로 우울증 발견 등에 대한 기본적인 정신보건 교육이 필요하다. 사회복지서비스를 통한 접근이 어려운 경우라도, 일반 국민을 통한 홍보나 통반장, 부녀회 등 지역사회의 풀뿌리 조직의 게이트키퍼들을 통한 조기발견과 지원이 있어야 할 것이다.

경기도 일부 지역에서 시범사업으로 시행한 후 그 효용성이 증명되기도 한 농약관리의 강화는 노인기 자살예방을 위해 꼭 필요한 프로그램 중의 하나이다. 서울시에도 농사를 짓거나 원예를 위해 가정에 농약을 보관하고 있는 가구가 꽤 있기 때문에 이들 가정에 대한 농약 관리는 지역에서 관심을 가져야 하는 문제이다. 노인 신체질환에 대한 보건의료서비스나 여가문화 프로그램 등 노인 대상 모든 프로그램에는 주기적으로 노인기 우울증에 대한 조기발견 프로그램이 포함되도록 해야 한다. 즉, 보건소 방문보건사업에서는 물론, 노인이 자주 방문하는 일차 의료기관 및 보건소, 노인대학, 노인복지관, 경로관 등에서는 정기적으로 노인의 우울증 선별검사를 통해 자살위험을 포함한 우울증 조기발견 프로그램이 운영되도록 한다.

우리나라는 세계적으로 유래가 없을 정도로 빠른 노령화와 함께 치매 노인수가 증가

하고 있다. 우울증에서 오는 인지기능 저하 증상이 치매로 오인되기도 하는 소위 가성치매뿐 아니라 치매와 우울증의 이중진단(co-morbidity)도 흔한 편이다. 따라서 노인기 치매 조기발견, 치매 노인에 대한 재활프로그램, 가족 지원프로그램 등에서는 반드시 노인기 우울증 문제가 높은 비중으로 다루어져야 한다. 더불어 치매 노인을 돌보는 가족들의 스트레스도 매우 많기 때문에 이들에 대한 우울증 조기발견과 상담 등의 프로그램도 진행할 필요가 있다.

## 223 아동청소년 지원

아동청소년의 자살예방을 위해서는 무엇보다 학교, 교육청 등 교육시스템과 연계가 매우 중요하다. 아동청소년의 자살충동이나 자살시도 등의 자살행동은 10대에 들어서면서 시작하지만, 자살예방프로그램 운영은 10대에 들어서기 이전부터 시작해야 한다. 즉, 생명의 귀중함, ‘나’의 귀중함, ‘나’를 사랑하는 법, ‘나’뿐 아니라 ‘타인’의 생명과 인격도 존중, 분노조절, 정서적으로 힘들 때 어떻게 도움을 청해야 하는지 등의 교육은 유아 단계에서부터 시행되어야 한다. 조금씩 연령이 높아지면서, 흡연이나 음주 예방교육, 약물남용 예방교육, 폭력이나 왕따 예방교육, 성교육 등과 융합되어 생명사랑 교육이 시행되어야 한다. 이런 교육은 추후 청소년기나 성인기의 우울증과 자살을 예방하는 데 매우 효과적인 프로그램이 되기 때문에, ‘우울증 예방백신’이라고 할 수 있다.

물론, 임산부의 건강, 특히 정신건강을 위한 프로그램이 먼저 진행되어야 한다. 산후 우울증의 예방 및 조기발견, 치료 프로그램은 여성은 물론, 아동청소년 우울증 예방에 매우 중요하므로, 보건소나 산부인과의 산전, 산후 교육과 진료시 정신건강문제가 포함되도록 하고, 이들의 동선(보건소, 산부인과, 소아과, 출산 육아 관련 서비스 기관, 부모 교육기관)에 임산부, 산전산후 우울증, 아동기 우울증에 관한 정보가 브로슈어 등으로 제공되어야 한다. 이는 선진국에서는 흔히 제공되는 공공 지역사회 정신건강증진 서비스이기도 하다.

자살고위험군 아동청소년이나 우울증 등 정신건강문제가 있는 아동청소년은 스스로 정신건강서비스를 찾는 경우가 드물기 때문에 노인기와 같이 게이트키퍼의 역할이 중요하다. 교사, 학부모, 아동청소년 기관 종사자, 또래 상담에 참여하는 청소년 등을 대상으로 아동기 정신건강문제에 대한 조기발견과 상담기법 교육이 필요하며, 이들에 대한 자문, 연계 시스템이 구축되어야 한다. 학교에서 담임교사가 자신의 반

학생의 정신건강에 대해 질문하거나 조언을 받도록, 교육체계 내에 정신보건 전문가를 두고 이 수요를 해결하도록 하는 것이 필요하다. 이것이 여의치 않으면 지역사회 내 보건복지서비스, 특히 정신보건서비스와 접촉체계(자문 및 연계체계)를 구축해야 한다.

### 3 정신건강 예방, 홍보, 인식개선 방안

#### 3 1 일반시민 접근통로 확대

##### 3 1 1 정신건강 공간 마련

아직까지 정신건강에 대한 일반시민의 장벽은 높은 편이다. 일반인이 선뜻 정신건강 관련 기관에 도움을 요청하기란 쉽지 않다는 뜻이다. 일반시민이 정신건강에 대해 쉽게 접근할 수 있게 하기 위해서는 일반시민이 부담 없이 와서 이용할 수 있도록 보건소나 정신건강증진센터 내에 쉼터와 같은 공간 마련이 필요하다. 쉼터와 같은 공간을 꾸미고 정신건강 관련 정보를 제공하고 지역 내에서 정신건강증진을 위해 참여할 수 있는 프로그램을 소개하고 참여방법을 안내하도록 한다. 쉼터와 조금 다르게 ‘정신건강 도서관’을 설치하여 일반인이 정신건강 관련 정보는 물론, 올바른 양육방법, 올바른 학습지도방법 등이 포함된 정보를 획득, 공유하고, 상담과 교육을 적절하게 신청할 수 있도록 유도하는 것도 필요하다. 이를 통해 일반인에게 정신건강 서비스 접근 통로를 확대함으로써 일반인 정신건강증진은 물론 인식개선에도 이바지할 수 있을 것이다.

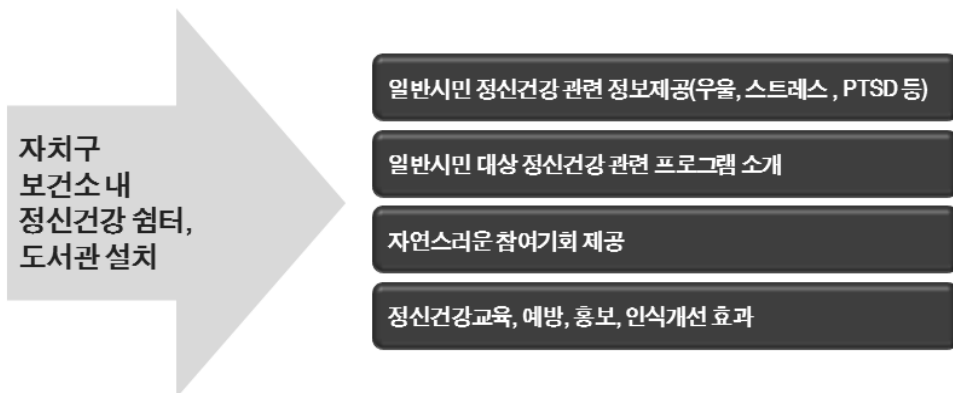


그림 6-2 정신건강증진 관련 별도공간 마련의 예상 효과

## 일반시민 정신건강 상담 서비스 확대

앞 장에서 분석한 결과를 보면 알 수 있듯이 서울시에서는 스트레스, 우울, PTSD 관련 상담 수요가 증가하고 있으므로, 이에 대응할 수 있는 서비스 제공이 필요하다. 해외사례에서 살펴본 바와 같이 캐나다 온타리오주는 Open Minds, Healthy Minds를 통해 The Walk-in Counseling Clinic과 정신건강 Helpline을 운영하고 있고, 미국 뉴욕주 뉴욕시는 PTSD 전화상담과 가족상담 서비스를 제공하고 있다. 반면 서울시는 자살위기상담 블루터치 핫라인 1577-0199와 교사대상 학생정신건강 상담 스쿨라인 1577-7018을 운영 중이다. 일반시민의 정신건강 상담 서비스 수요 증가에 따라 이 서비스를 강화할 필요가 있으며 PTSD 상담 창구 개설도 필요하다. 가정불화 또한 스트레스와 자살의 요인으로 작용하는데 현재 서울시에서 운영 중인 건강가정지원센터의 가족상담, 가족교육 프로그램과 연계하여 가정불화로 인한 스트레스와 자살을 예방할 수 있도록 한다. 특히 개인 위기상황 발생 시 해결이 가능한 지역 사회 내에서 지원할 수 있는 전화상담, 온라인 또는 방문상담 체계 구축이 필요하다.

## 생애주기별 예방교육 제공

정신건강은 생애주기별 특성에 따라 차이가 있기 때문에 생애주기에 따른 적합한 예방교육이 제공되어야 한다. 서울시는 보건소와 유관기관과의 네트워크를 구축해 생애주기별 정신건강 예방교육이 제공되도록 할 필요가 있다.

산모와 영유아는 보건소 모자보건팀과 연계하여 임신 중 정신건강의 중요성, 출산 후 우울증 및 영유아 선별검사 및 교육을 실시하고, 관내 보육시설, 유치원 등 영유아 대상 보육 및 교육기관 교사를 대상으로 한 정신건강 예방 교육을 통해 올바른 정보제공과 조기발견이 가능해질 수 있다. 아동청소년 대상으로는 관내 초중고 보건교사, 일반교사, 학생에게 정신건강에 대해 교육하고, 선별검사, 자살, 스트레스관리 교육, 우울증 교육 등을 통해 10대의 스트레스 관리와 자살률 감소를 위한 예방교육을 확대할 필요가 있다. 성인대상으로는 전반적인 정신건강 관련 정보를 제공하고 직장인 스트레스 관리 교육, 주부우울증 PTSD관련 교육을 시행한다. 노인대상으로는 노인 관련 시설과 연계하여 노인대상 정신건강 교육을 하고 특히, 우울증, 스트레스, 자살 예방 교육을 수행한다.



산모, 영유아	보건소 모자보건팀과 연계하여 산후우울증, 교육, 영유아 선별검사 및 교육 실시
	관내 보육시설, 유치원 등 영유아 대상 교육기관 교사에게 정신건강 예방 교육
아동, 청소년	관내 초중고 보건교사, 일반교사, 학생 대상 정신건강교육 제공
	선별검사, 자살, 스트레스관리 교육(학업, 가정), 우울 등 교육
성인	전반적인 정신건강 관련 정보제공, 예방교육 제공
	관내 기업과 연계하여 직장인 스트레스 예방 교육, 주부 우울증, PTSD관련 교육
노인	관내 노인복지시설과 연계하여 노인대상 정신건강 예방교육 제공
	자살예방, 우울증 예방 교육, 스트레스 관리 교육

그림 6-3 생애주기별 예방교육 제시(안)

### 법·제도적 지원방안

‘정신질환’과 ‘정신건강증진’을 위한 기준을 명확하게 정립하고 이를 토대로 법체계를 정비할 필요가 있다. 2013년 정신보건법을 정신건강증진법으로 개정하자는 논의와 연계되어, 정신질환자와 일반인을 규정하는 법률의 규율대상을 통합 또는 확대할 필요성이 있는지를 고민해 보아야 할 것이다.

또한, 아동·청소년이 성인에 비해 환경적 영향에 취약하며, 1차적 예방이 보다 중요하다는 점에서 아동·청소년의 정신건강증진과 일반인의 정신건강증진을 별도로 구분하여 독자적으로 규율할 필요가 있다. 일반적으로 아동·청소년의 정신질환은 일반인과 통합되어 하나로 규율하고 있다. 아동·청소년을 위한 복지관련법에도 아동·청소년의 정신건강증진을 위한 구체적인 보호규정이 미약한 실정이기 때문에 이를 개선할 방안이 모색되어야 한다. 구체적으로는 약물, 알코올, 성 등의 특정 대상과 관련한 정신건강법률뿐 아니라 ‘정신질환 예방 및 정신건강증진’ 방안에 대해 보다 구체적인 법적 규제 및 제도적 지원이 이루어져야 할 것이다.

## 참고문헌

## 참고문헌

- 강은정, 2009, 「호주 빅토리아주 정신건강 개혁 전략 2009~2019와 시사점」.
- 강은정, 2007, 「한국 아동 정신건강 현황과 정책과제」, 보건복지포럼.
- 고정아·심재웅·김지숙·이명수, 2011, 「스트레스 위험요인과 정신건강 : 2011년도 서울시민 정신건강 조사」, 한국리서치.
- 교육인적자원부, 2007, 「2008 학생정신건강관리 방안」.
- 김서현·임혜림, 2012, 「미국과 영국의 공공영역 자살예방 주요 정책과 운영체계 연구 : 한국 자살예방정책 운영에의 함의 도출을 중심으로」, 서울시정신보건센터.
- 김은희·김진형·임희영·김수현·박정숙 외, 2012, 「서울시 정신건강증진모형 구축을 위한 실태조사」, 서울시정신보건센터.
- 김정은·신동환·윤성욱·백준형·전동욱 외, 2010, “60세 이상 노인 인구에서 우울증과 자살의 위험인자”, 「생물치료정신의학」, 16,1.
- 김현순, 2009, “청소년의 스트레스, 자기효능감, 우울과 자살의 관계”, 「한국청소년연구」, 20,1. pp203~225.
- 방송통신위원회·한국인터넷진흥원, 2012, 「2012년 인터넷이용실태조사」.
- 보건복지부, 2013, 「2013년 정신건강사업 안내」.
- 보건복지부, 2013, 「2008년~2012년 지역사회건강조사 건강통계 한눈에 보기」.
- 보건복지부, 2013, 「OECD가 본 한국의 정신건강정책 과제 국제세미나」.
- 보건복지부, 2011, 「제3차 국민건강증진종합계획 : 2011~2020」.
- 보건복지가족부, 2008, 「제2차 자살예방종합대책 : 2009~2013」.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 2012, 「OECD Health Data」.
- 사회조사, 2012.
- 서울시정신건강증진센터, 2012, 「서울시 지역 정신건강증진센터 사례관리 프로토콜 개발 연구보고서」.
- 서울시정신보건사업지원단, 2012, 「서울시 정신보건시설 현황집」.
- 서울시정신보건사업지원단, 2010, 「2010년 서울시정신보건지표」.
- 서울시정신보건센터, 2012, 「사업보고서」.
- 서울시정신보건센터, 2010, 「서울 정신건강 2020 제2차 4개년 제2차년도 서울시 정신보건센터 사업보고서」.
- 윤명숙·이선영, 2008, “한국 정신건강 정책의 실태 및 문제점과 개선방안”, 「사회복지정책」, 35, pp329~354.
- 이미숙, 2003, “사회적 스트레스와 중년기 남성의 정신건강 : 피고용 직장인을 중심으로”, 「한국사회학」, 37,3, pp25~56.
- 정진욱·채희란·천재영·윤시문·이홍석 외, 2012, 「정신건강 고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구」, 한국보건사회연구원.
- 질병관리본부, 2013, 「2008년 2012년 지역사회건강조사 조사개요 및 주요결과」.
- 최은진·김미숙·김지은·박정연, 2011, “아동·청소년 정신건강증진을 위한 지원방안 연구 I : 아동·청소년 정신건강증진 정책 현황 및 개선방안 연구”, 「경제·인문사회연구회 협동연구총서」.

최혜경·김지희, 2010, “외상후 스트레스장애의 정신신체적 증상의 상관관계 고찰”, 「2010년 한국산학기술학회 춘계 학술 발표 논문집」.

한국리서치, 2011, 「2011년 정신건강에 관한 인식조사 보고서」.

한국보건사회연구원, 2011, 「일본의 자살예방 대책」, 보건·복지 Issue & Focus.

한국청소년정책연구원, 2011, 「아동·청소년 정신건강증진을 위한 전문가 워크숍 : 정신건강 정책 및 법·제도를 중심으로」.

American Psychiatric Association, 1994, **Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed.)**, Washington, DC : Author.

Australian Health Ministers 1991, **Mental Health Statement of Rights and Responsibilities**, Reports of the Mental Health Consumer Outcomes Taskforce, AGPS, Canberra.

Antonovsky, A.,1987, **Unravelling the Mystery of Health : How People Manage Stress and Stay Well**, San Francisco, CA : Jossey-Bass Publications.

Antonovsky, A.,1979, **Health, Stress and Coping**. San Francisco, CA : Jossey-Bass Publications.

Berto P et al., 2000, “Depression : Cost-of-illness studies in the international literature : A review”, **The Journal of Mental Health Policy and Economics**.

Bunton R, Macdonald G., 1992, **Health Promotion : disciplines, diversity and developments**, London : Routledge ; pp60~77.

Bunker SJ et al., 2003, “Stress” and coronary heart disease : psychosocial risk factors, National Heart Foundation of Australia position statement update, **Medical Journal of Australia**, 178, pp272~76.

Canadian Mental Health Association, 2004, Meeting the Mental Health Needs of the People of Canada : A submission to the House of Commons Standing Committee on Finance.

Commission on Chronic Illness, 1957, **Chronic Illness in the United States**, Vol. 1. Published for the Commonwealth Fund, Cambridge, MA : Harvard University Press.

Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000, Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health – A Monograph, Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra.

Community Resource Connections of Toronto, 2011, **Annual Report**.

Da Silva, P., 1990, Self-management strategies in early Buddhism : A behavioral perspective, In J. Crook and D. Fontana, Eds. **Space in Mind : East-West Psychology and Contemporary Buddhism**, Rockport, MA : Element Books ; pp123~132.

Devine EC, 1996, “Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with asthma”, **Research in Nursing and Health**, 19, pp367~76.

Fawzy FI et al.,1990, “A structured psychiatric intervention for cancer patients, I : changes over time in methods of coping and affective disturbance”, **Archives of General Psychiatry**, 47.

Fraser M.W., 1997, **Risk and Resilience in Childhood**, NASW Press, USA.

Gamezy, N., 1983, Stressors of childhood, InL N. Gamezy and M. Rutter, Eds. **Stress and Coping and Development in Children**, New York, NY : McGraw-Hill ; pp43~84.

- Gordon, R., 1983, "An operational classification of disease prevention", **Public Health Reports** ; 98, pp107~109.
- Gordon, R., 1987, An operational classification of disease prevention, In : J.A. Steinberg and M.M. Silverman, Eds. **Preventing Mental Disorders**, Rockville, MD : Department of Health and Human Service : pp20~26.
- Health and Social Care Information Centre, 2013, **Mental Health Bulletin** : Annual report from MHMDS returns : England 2011-12, initial national figures.
- Hyoung-sun Jeong and Ravi P. Rannan-Eliya, 2010, **SHA-Based Health Accounts in Twelve Asia-Pacific Economies : A Comparative Analysis**, OECD.
- ILO, 2000, **Mental health in the workplace**.
- Institute of Medicine, 1994, **Reducing Risks for Mental Disorders**, Washington D.C. : National Academy Press.
- Kazdin A.E. and Kagan J., 1994, "Models of dysfunction in developmental psychopathology. Clinical Psychology", **Science and Practice** 1, pp35~52.
- Kibby MY, Tyc VL, Mulhern RK, 1998, "Effectiveness of psychological intervention for children and adolescents with chronic medical illness : a meta-analysis", **Clinical Psychology Review**, 18, pp103~17.
- Kubzansky LD, Kawachi I., 2000, "Going to the heart of the matter. Do negative emotions cause coronary heart disease?", **Journal of Psychosomatic Research**, 48, pp323~337.
- Kuper H, Marmot M, Hemingway H., 2002, "A systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease", **Seminars in Vascular Medicine**, 2, pp267~314.
- Marie-Josée Fleury and Celine Mercier, 2002, "Integrated local networks as a model for organizing mental health services", **Administration and Policy in Mental Health**, 30(1).
- Maughan B, Rutter M., 1998, Continuities and discontinuities in antisocial behaviour from childhood to adult life, In : Ollendick TH, Prinz RJ(eds.), **Advances in Clinical Child Psychology**. New York, Plenum.
- Mental Health Council of Australia, 2012, **Annual Report**.
- Mental Health Foundation, 2007, **The Fundamental Facts : The latest facts and figures on mental health**.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J., 1994, **Reducing the Risks for Mental Disorders : Frontiers for Preventive Intervention Research**, National Academy Press, Washington DC.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2011, **Living Healthy**.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2011, **Mental health data for New York**.
- OECD, 2012, Health Data.
- Open Minds, Health Minds, 2011, **Ontario's Comprehensive Mental Health and Addictions Strategy**.
- Panton J, Barley EA, 2003, Family therapy for asthma in children (Cochrane Review), In : **The Cochrane Library**, iss. 2, Oxford, Update Software.
- PPatel A, Knapp M., 1997, "The cost of mental health : Report to the Health Education Authority", Working paper, Centre for Economics of Mental Health, Institute of Psychiatry. London.
- Perth County Social Research & Planning Council, 2008, **It Affects Us All : A Report on Mental Illness in Perth County**.
- Resnick M.D., Bearman, P., Blum R.W. et al., 1997, "Protecting adolescentss from harmL Findings from the

National Longitudinal Study of Adolescent Health“, **Journal of the American Medical Association** 278(10), pp823~832.

Rice D., 1990, **The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness.**

Rutter M., 1985, “Resilience in the face of adversity : Protective factors and resistance to psychiatric disorders”, **British Journal of Psychiatry**, 147, pp598~611.

Scheier MF, Bridges MW., 1995, “Person variables and health : personality predispositions and acute psychological states as shared determinants of disease”, **Psychosomatic Medicine**, 57, pp255~268.

Scott JT et al., 2003, **Communicating with children and adolescents about their cancer(Cochrane Review)**, In : The Cochrane Library, Iss. 2. Oxford, Update Software.

Snoek FJ, Skinner TC, 2002, **Psychological counselling in problematic diabetes : does it help?** **Diabetic Medicine**, 19, pp265~73.

Spiegel D, 1999, **Psychotherapy for cancer patients**, In : Spiegel D, ed. **Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy**, Washington, American Psychiatric Press : pp159~83.

Stephens T, Joubert N., 2001, “The economic burden of mental health problems in Canada”, **Chronic Diseases in Canada**, 22(1), pp18~23

Suicide Prevention Resource Center, 2012, **The Role of High School Mental Health Providers in Prevention Suicide.**

UK Department of Health, 2012, “A mandate from the Government to the NHS Commissioning Board : April 2013 to March 2015”

Walsh, R.,1992, “The search for synthesis : Transpersonal psychology and the meeting of East and West, psychology and religion, personal and transpersonal”, **Journal of Humanistic Psychology** ; 32(1), pp19~45.

Werner E.E, Smith, R.S., 1992, **Overcoming the Odds, High Risk Children from Birth to Adulthood**, New York, NY : Cornell University Press ; p185.

WHO 2001, *ibid*

Wood C. & Wise M., 1997, **Building Australia’s Capacity to Promote Mental Health : Review of Infrastructure for Promoting Health in Australia**, National Mental Health Strategy, Canberra.

World Health Organization, 2013, **Draft comprehensive mental health action plan 2013~2020.**

<a href="http://kosis.kr">http://kosis.kr</a>	국가통계포털
<a href="http://stat.seoul.go.kr/">http://stat.seoul.go.kr/</a>	서울통계
<a href="https://blutouch.net">https://blutouch.net</a>	블루터치
<a href="http://www.mw.go.kr">http://www.mw.go.kr</a>	보건복지부
<a href="http://childyouth.blutouch.net/">http://childyouth.blutouch.net/</a>	서울시소아청소년정신보건센터
<a href="http://www.australia.gov.au">www.australia.gov.au</a>	오스트레일리아 정부
<a href="http://www.usa.gov">www.usa.gov</a>	미국 정부
<a href="http://www.ontario.ca">www.ontario.ca</a>	온타리오 주정부

## 부록

자치구별 정신건강증진센터 사업개요

자치구별 정신건강증진센터 사업내용

## 부록

자치구별 정신건강증진센터 사업개요

자치구	일반인 대상 정신건강증진 관련 사업 유무 (O, X)										
	우울			자살			스트레스			교육, 환경조성, 인식개선	기타 사업
	아동· 청소년	성인	노인	아동· 청소년	성인	노인	아동· 청소년	성인	노인		
종로구	○	○	○	○	○	○		○		○	
중구	○	○	○	○	○	○				○	
용산구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	알코올 등 중독예방 사업, 쪽방정신건강 프로그램
성동구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
광진구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
동대문구	○		○	○	○					○	
종랑구	○	○	○	○	○	○					
성북구	○	○	○	○	○	○	○	○		○	
강북구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
도봉구	○	○	○	○	○	○		○		○	
노원구	○	○	○	○	○	○				○	
은평구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
서대문구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	학교폭력 예방사업
마포구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	특화사업 “의료취약 계층 정신건강전문서비스”
양천구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
강서구	○	○	○	○	○	○		○		○	
구로구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
금천구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
영등포구	○	○	○	○	○	○				○	
동작구	○	○	○	○	○	○				○	
관악구	○	○	○	○	○	○		○		○	
서초구	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
강남구	○	○	○	○	○	○				○	
송파구	○	○	○							○	
강동구	○	○	○	○	○	○	○			○	



# 자치구별 정신건강증진센터 사업내용

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
종로구 (2007)	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강증진사업</li> <li>- 초기평가사업 : 우울조기검진, 알코올조기검진, 위기관리</li> <li>생명존중사업</li> <li>- 생명존중사업 : 우울증 조기검진, 어르신 자살예방교육, 우울증 대상 인지행동치료 프로그램, 생명지킴이 및 생명지킴기관 위촉, 게이트키퍼 양성교육, 게이트키퍼 가이드북 및 자살상담 전화 스티커 배포</li> <li>- 자살시도자에 대한 응급개입 : 자살시도 신고처 연계 현장출동시스템 마련, 자살재시도 방지를 위한 3개월 집중개입 사후관리프로그램, 6개월 위험성 모니터링 실시</li> <li>- 자살 고위험군 발굴</li> <li>- 생명지킴이 양성 확대</li> <li>- 게이트키퍼의 실질적인 활동 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>중증정신질환자 관리</li> <li>- 행복충전소 "자가관리 향상 프로그램"</li> <li>- 사례관리</li> <li>- 응급 및 위기관리</li> <li>- 가족지원 : 교육, 상담, 야유회 등</li> <li>- 사회재활프로그램(주 3회 운영/사회기술훈련, 정신건강관리훈련프로그램/사회인지재활프로그램/여가활용프로그램/사무보조훈련 등)</li> <li>- 초발정신질환자 집단프로그램</li> </ul>	
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신보건환경조성사업</li> <li>- 인식개선사업(정신건강 키오스크 운영)</li> <li>- 정신건강 행사 및 홍보</li> <li>- 정신건강증진사업 : 성인, 노인, 직장인</li> <li>정신건강증진사업</li> <li>- 정신건강예방교육 : 우울 예방교육, 알코올 예방교육(우울한 날의 마음 산책, 노인우울증 예방프로그램, 희망톡톡서비스)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 우울증 대상자 인지행동치료프로그램 운영</li> <li>- 쪽방촌 알코올중독자 알코올중독 재활프로그램 운영</li> </ul>	
	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>아동·청소년 사업</li> <li>- 통합적 사례관리 : 아동·청소년 담당자에 의한 지속적인 부모, 대상자 상담지원</li> <li>- 학교정신건강사업 지원 "마음건강학교"</li> <li>- 의료비지원 : 취약계층 아동·청소년 우선지원, 관내 치료기관과의 정기적 자문을 통해 지원하는 대상자에 대한 정보공유 및 진행, 추후 사례관리 계획 공동논의</li> <li>- 학교정신건강 아카데미 : 다양한 접근방법 도모하의 정보제공, 관내 학교 및 정신과와 함께 교육 아카데미 설치</li> <li>- 청소년 생명존중사업 운영 "생명존중 학교" 만들기(청소년 또래 상담가 마음톡톡프로그램, 생명존중교육 튜터교실 운영)</li> </ul>	-	
중구 (2006)	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살예방 연극(청소년 대상)</li> <li>- 2013년 7월 예정</li> <li>- 청소년 자살예방 관련 연극극단 섭외 후 중고생에게 상영</li> </ul>	-	
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>부모교육 '질환 소개'</li> <li>- 연1회 인식개선 사업</li> <li>- 시민교육, 홍보, 강사 '대국민 강좌'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>성인 중증 지역주민 리본공예</li> <li>- 인식개선 사업</li> <li>- 2013년 초 시작하여 매월 진행</li> <li>카페 운영</li> <li>- 직업훈련시설 대상자</li> <li>- 2012년 9월 시작</li> <li>- 공식적으로는 회원이용 원칙, 지역주민 이용을 통해 인식개선 기여</li> </ul>	

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년 대상 「행복키움」 일반상담</li> <li>- 관내 초등학교 8개 대상으로 학교 방문상담 제공(인력 2명)</li> <li>- 일주일 평균 25명 상담</li> <li>- 질환 의심 청소년 대상으로 보호자 동의 후 병원 연계</li> </ul>	-	
용산구	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 찾아가는 마음상담소 실시</li> <li>- 용산지역자활센터 이용자 중 정신건강상담 희망자 대상으로 우울 및 알코올 및 정신질환에 대한 심층평가 및 대면상담 실시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주간재활프로그램</li> <li>- 센터등록회원 중 중증정신질환자를 대상으로 음악치료, 정신건강프로그램, 자치회의, 자조모임, 무용동작치료, 인지재활훈련, 사회기술훈련</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사상담 '파란 우체통' 운영</li> <li>- 정신보건전문요원에 의한 1차 대면평가자 중 의사상담 실시</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 토요일린보건소 '위대한 부모, 위대한 자녀'</li> <li>- 용산구민(부모와 자녀 5가족) 대상으로 마음건강레시피 2(우리집 스타!)</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소아청소년 의사 상담</li> <li>- 18세 미만 용산구 아동청소년을 대상으로 정신보건전문요원에 의한 1차 대면평가자 중 의사 상담</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회조직활동 '우리동네 병원알기'</li> <li>- 노만희정신과, 연세진정신과의원에서 내원환자를 대상으로 정신건강증진센터 중증정신질환자관리사업 안내 및 사례관리 등록</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 정신건강관심군 맞춤형 사례관리</li> <li>- 센터등록아동 81명 대상으로 개별 서비스계획 수립(ISP), 가정방문상담, 내소상담, 전화상담, 자원연계 등을 활용하여 정신과적 증상 예방관리</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 연계처리현황관리</li> <li>- 학교, 사회복지, 정신보건기관으로부터 의뢰된 대상자, 센터 상담 후 타 기관으로 연계한 대상자 의뢰접수, 서비스 연계에 대한 현황관리</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 성인 정신건강상담</li> <li>- 주요정신질환(조현병, 조울증, 분열정동장애)을 진단받은 용산구민 및 우울, 알코올 등 중독 문제를 가진 대상자와 가족 상담과 정신건강상태 평가 및 정신의료기관 연계, 우울, 중독질환, 주요정신질환을 진단받은 회원의 등록 사례관리 평가</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 치유와 키움 - 1:1 놀이치료, 사회성증진프로그램</li> <li>- 정신건강관심군 아동청소년 집단놀이치료, 개별놀이치료</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 치유와 키움 - 지역아동센터 상담</li> <li>- 대면상담</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 정신건강상담</li> <li>- 용산구민 중 18세 미만의 정신건강관심군 아동청소년을 대상으로 정신건강상태 평가 및 정신의료기관 연계, 주요정신질환을 진단받은 회원의 등록 사례관리 평가</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건소 진료자 마음건강상담</li> <li>- 용산 구민 중 용산구보건소 진료자 대상 정신건강검진 및 상담</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중증정신질환자 맞춤형 사례관리</li> <li>- 센터등록 정신질환자를 대상으로 개별 서비스계획 수립(ISP), 가정방문상담, 내소 상담, 전화상담, 자원연계 등을 활용하여 정신과적 증상 재발예방관리</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살시도자 8주 위기관리프로그램</li> <li>- 자살시도자에 대한 8주간의 구조화된 집중관리 프로그램 진행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신과적 위기대응</li> <li>- 정신과적 증상의 문제로 인한 응급상태 용산구민 대상으로 응급사례 접수, 사전평가 후 출동개입, 입원연계</li> </ul>	

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)			B : 교육, 환경조성, 인식개선			C : 학교사업		
자치구 (개소연도)	구분	사업내용						
		일반주민			정신질환자			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살고위험군 맞춤형 사례관리</li><li>- 센터등록 자살시(의)도자 대상 개별서비스계획 수립(ISP), 가정방문상담, 내소상담, 전화상담, 자원연계 등을 활용하여 정신과적 증상 재발예방관리</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 의뢰현황관리</li><li>- 사회복지, 정신보건기관으로부터 의뢰된 대상자, 센터 상담 후 타 기관으로 연계한 대상자에게 의뢰접수, 서비스연계에 대한 현황관리</li></ul>			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살응급위기 개입</li><li>- 자해시도로 위기개입이 필요한 용산구민 대상 응급사례 접수, 사전평가 후 출동개입, 치료연계</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 탈원화프로그램 ‘희망 리스타트’</li><li>- 중증정신질환을 가지고 퇴원한 환자 및 보호자를 대상으로 퇴원 후 지역사회에 잘 적응할 수 있도록 6주간의 구조화된 집중관리 프로그램 시행</li></ul>			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방의뢰 현황관리</li><li>- 사회복지, 정신보건기관으로부터 의뢰된 대상자, 센터 상담 후 타 기관으로 연계한 대상자 의뢰접수, 서비스연계에 대한 현황관리</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 우울 및 알코올의존 맞춤형 사례관리</li><li>- 센터등록 우울, 자살 및 알코올 고위험군 대상, 개별 서비스계획 수립(ISP), 가정방문상담, 내소상담, 전화상담, 자원연계 등을 활용하여 정신과적 증상 재발예방관리</li></ul>			
	B	<ul style="list-style-type: none"><li>• 찾아가는 지역주민정신건강교육</li><li>- 용산구민 대상 찾아가는 정신건강교육(우울, 스트레스관리, 생명존중, 중독예방 등)</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 용산마음건강프로그램</li><li>- 용산구민 대상 우울예방 프로그램, 3,6,9,12월에 매 주 화요일 4주간 진행</li></ul>			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방사업설명회</li><li>- 용산구자살예방사업 설명회 및 자살예방지킴이 교육 안내</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역사회 조직화활동 ‘희망찬 내일로’</li><li>- 지역사회 이용자원 발굴을 위한 기관방문</li></ul>			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방지킴이 양성교육</li><li>- 용산구민 대상으로 자살예방지킴이 양성을 위한 교육</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 가족역량강화프로그램 ‘담장’</li><li>- 중증정신질환자 가족 및 보호자를 대상으로 가족교육 및 자조모임 결성</li></ul>			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 산전산후우울예방교육</li><li>- 용산구보건소에서 산전산후관리를 받는 임산부 대상으로 우울예방교육, 영유아 발달과 정신건강교육</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 이주민여성 정신건강프로그램</li><li>- 용산구다문화가족지원센터를 이용하는 이주민여성 대상 찾아가는 정신건강교육(우울, 스트레스관리, 생명존중 등)</li></ul>			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 음주문제변화프로그램</li><li>- 알코올사례관리 대상자 및 가족을 위한 음주문제 변화를 위한 3회기 자조전략프로그램</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 쪽방프로젝트</li><li>- 쪽방지역주민 대상으로 정신건강예방과 치료교육 및 회기별 프로그램</li></ul>			
	C	<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동청소년 치유와 키움 -초등학교, 중학교 상담</li><li>- 청파초등학교, 용산중학교 대면상담</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 부모교사교육</li><li>- 용산구 관내 부모와 교사 대상 아동·청소년관련 정신건강교육</li></ul>			
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 찾아가는 중독질환예방교육</li><li>- 중독질환예방교육이 필요한 관내 초·중·고교생 대상 음주, 흡연, 인터넷 및 게임 등 중독관련예방교육</li></ul>						
성동구 (1998)	A	<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동·청소년건강사업</li><li>- 어린이집 정신보건서비스 : 7세반 친구사귀기 프로그램, 어린이집 순회교육(소아정신과 전문의 부모교육강좌 실시)</li><li>- 집단프로그램 : 친구사귀기, 자신감키우기, 학습동기증진, 부모훈련, 스트레스관리 프로그램 진행</li><li>- 개별상담 : 센터 아동심리치료사 상담, 한양대 소아정신과 의사 상담(주1회), 찾아가는 학교 상담 서비스 “스쿨클리닉”</li><li>- 개별심리검사 : 아동·청소년 정서 및 문제행동 평가</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>• 만성정신장애인 관리사업</li><li>- 가정방문 및 사례관리 : 상담, 평가, 교육, 약물중상관리, 일상생활기술 및 사회재활훈련, 위기중재</li><li>- 성동구 징검다리 사업 : 입원 환자 대상으로 정신건강센터 정보를 제공하여 퇴원 후 사회재활에 대한 동기부여</li><li>- 소그룹 프로그램 : 운동, 대중교통이용훈련, 음악치료, 등산</li><li>- 가족지원사업 : 정신장애인 가족 대상으로</li></ul>			

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)			B : 교육, 환경조성, 인식개선		C : 학교사업	
자치구 (개소연도)	구분	사업내용				
		일반주민		정신질환자		
		<ul style="list-style-type: none"><li>- 저소득층 의료비지원 : 기초생활수급자, 차상위, 한부모가정, 학교중식지원자 등 저소득층 가정 중 선정을 통해 심리검사비 및 정신과 치료 지원</li><li>• 정신건강증진사업</li><li>- 여성행복 UP-grade사업 : 우울증 조기발견, 상담, 치료연계를 통해 약물치료와 증상완화 효과를 높이고 삶의 질 향상(심층면담 등)</li><li>- 노인행복 UP-grade사업 : 65세 이상 노인 대상으로 노인 정신건강 검진 및 교육을 통해 행복한 노후생활 형성 기여(우울검진 및 교육, 인지행동치료프로그램, 여가활동프로그램, 노인정신보건복지 실무자 간담회)</li></ul>		<p>정신보건 서비스와 사회복지 서비스 제공, 가족모임 지원</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 주간재활 프로그램 : 정신장애인의 사회복귀 및 재활을 목표로 다양한 정신, 사회적 재활 프로그램 제공(미술치료, 음악치료, 인지치료, 자아존중감, 사회재활프로그램)</li><li>- 브라보 My life : 독립생활을 위한 단기주거생활훈련 프로그램(일상생활훈련, 자기관리, 독립생활기능향상훈련)</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 정신건강증진사업</li><li>- 스트레스 관리사업 「굿바이 스트레스」 : 직장인, 알코올질환자, 중증정신질환자 가족 등 지역주민 대상으로 스트레스 생체기능 진단 장비를 통한 스트레스 측정, 자가검진 및 교육</li></ul>				
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방사업</li><li>- tele-check 서비스 및 사례관리 : 자살 고위험군 대상자 전화관리 서비스</li></ul>				
	B	<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동·청소년건강사업</li><li>- 정신건강교육 : 학부모아카데미 및 학부모 자원봉사자 양성교육, 교사 및 학부모 대상 학생정신건강교육, 대주민정신건강강좌, 어린이집 순회교육</li><li>- 학부모 아카데미 : 학부모 대상으로 효과적인 자녀 양육기술을 교육하여 아동기의 발달 및 정신건강에 대한 인식을 높이고, 건강한 부모-자녀관계 형성을 위한 워크숍 개최</li><li>• 정신보건 환경조성사업</li><li>- 홈페이지 운영, 행사, 교육 실시</li><li>- 유관기관 네트워크사업</li><li>- 레인보우 서포터즈 「성동정신건강센터 전문자원봉사단」</li></ul>		-		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방사업</li><li>- Gate-keeper 양성교육 : 지역주민과 기관실무자 대상으로 우울증 및 자살예방교육</li><li>- 복지기관, 학교 등 자살예방 교육, 대주민강좌 실시</li></ul>				
	C		<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동·청소년건강사업</li><li>- 학교 및 지역아동센터 정신보건서비스 : 초·중·고등학생 대상 정신건강검진, 고위험군 대상 예방프로그램, 부모 및 교사, 학생 대상 정신건강 교육, 병의원 연계, 지속적인 사례관리 서비스</li></ul>		-	
광진구	A	<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동청소년 검진 및 상담</li><li>- 주의력 결핍 및 과잉행동, 우울, 불안, 인터넷 중독 등 어려움이 있는 부분에 대한 정신건강 검진</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• 사례관리</li><li>- 정신장애인 및 가족을 대상으로 가정방문 및 상담, 지역사회 서비스 연계</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 사례관리 및 프로그램</li><li>- 만 19세 미만의 아동청소년 중 정신건강의 어려움으로 인해 지속적으로 상담 및 치료가 필요한 경우 본인, 부모님</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• 동아리 활동</li><li>- 정신장애인의 사회복귀 및 재활을 위한 동아리활동 운영</li></ul>		

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)      B : 교육, 환경조성, 인식개선      C : 학교사업			
자치구 (개소연도)	구분	사업내용	
		일반주민      정신질환자	
		동의를 거쳐 사례관리 회원으로 등록하여 개별육구에 따라 사례관리서비스를 제공 - 아동청소년 전문 프로그램, 부모교육 프로그램, 대학생 멘토 연계 프로그램	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방사업</li><li>- 자살시도자 사례관리</li><li>- Gate-Keeper 양성교육</li><li>- 고위험군 대상자 프로그램</li><li>- 관내 응급의료센터 연계체계구축</li><li>- 서울시 정신보건센터 위기관리팀과 사례관리 협력</li><li>- 자살 유족 관리사업</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 특별행사</li><li>- 캠프, 야유회, 체육대회</li><li>- 친구뒤처 프로젝트(정신장애인 멘토-멘티 활동)</li></ul>
	B	<ul style="list-style-type: none"><li>• 행복한 마을 지원</li><li>- 광진구 내 지역아동센터 및 복지관 학생들을 대상으로 정신건강 검진 및 상담 예방교육 지원</li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역사회 정신건강사업</li><li>- 정신건강검진 및 상담</li><li>• 지역사회 정신건강사업</li><li>- 정신건강 강좌 및 교육</li><li>- 홍보행사</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 가족지원</li><li>- 정신장애인 가족대상 교육 및 자조모임</li></ul>
	C	<ul style="list-style-type: none"><li>• 행복한 학교 지원</li><li>- 학교를 대상으로 학생 정신건강문화를 조성하고, 정신질환예방교육 및 프로그램 지원</li></ul>	-
동대문구 (2009)	A	<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방사업(아동청소년 대상)</li><li>- 생애주기별 자살예방사업 개입</li><li>- 1,2학년 대상 정서행동 테스트 실시 후, 스크리닝</li><li>- 고위험군 대상으로 사례관리 및 상담, 멘토링 프로그램 진행(간호사 및 정신보건 사회복지사 개입)</li><li>- 교우관계 증진, 학업능력 향상, 자아존중감 상승, 삶의 가치 및 인격소양교육 실시</li><li>- 위기출동 : 자살 위기출동서비스(간호사, 사회복지사 파견)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 사례관리(Mind Care)</li><li>- 동별 사례관리자가 등록회원에게 개별상담(전화, 내소, 방문) 서비스 제공</li></ul>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살예방사업(성인 대상)</li><li>- 월 2회 회원 간 자조모임</li><li>- 위기출동 : 자살 위기출동서비스(간호사, 사회복지사 파견)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 재활프로그램(Mind Training)</li><li>- 동대문구 거주자 중 정신과 진단을 받고, 약물치료를 받은 대상자(정신분열병, 조울증, 우울증, 망상장애 등) 또는 정신보건센터 사례관리 등록회원</li><li>- 사회복귀를 위한 적응단계의 프로그램으로, 집단 활동을 통한 정신건강관리, 사회기술 및 여가활동 증대</li><li>- 정신건강교육, 인지재활, 대인관계훈련, 도란누리, 자치회의, 생일파티, 취업자 자조모임, 운동관리, 이·미용, 문화 산책</li></ul>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 노인 우울증 강좌 및 상담 프로그램 「Silver bell」 진행</li><li>- 치매지원센터에서 스크리닝 후 상담</li><li>- 고위험군 사례관리</li></ul>	-

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
		- 약물 필요시 병원연계		
	B	• 자살예방사업(성인 대상) - 우울, 정신불안, 사회적응 관련 강좌, 캠페인, 책자 배포  • 자살예방사업(아동청소년 대상) - 교우관계 증진, 학업능력 향상, 자아존중감 상승, 삶의 가치 및 인격소양교육 실시		• 가족지원(Mind Supporter's) - 정신장애인 가족들에게 정신질환에 대한 교육 제공, 가족모임, 가족야유회 등 서비스를 통해 정보공유 기회 제공  • 두근두근 together(Mind Play) - 정신장애인과 가족을 위한 야유회, 캠프, 체육대회, 송년회 등 행사 마련
	C	-		-
중랑구	A	• 학부모 프로그램 실시(연7회)		
		• 구청과 연계하여 여성주간행사, 건강한마당 등 우울증 검사 및 홍보 진행		
		• 지역주민 선별검사 주민센터, 지하철 역사, 공원 등에서 실시		
	B	• 또래집단 Gate-Keeper 양성교육(총4회) • 일반교사, 보건교사, 상담교사, 지역사회기관 실무자 등 Gate-keeper 양성교육(3회)		
		• 아동청소년 대주민 강좌 연 2회		
		• 산후우울교육 연 6회		
		• 지역주민 대상 정신건강 홍보캠페인 6회		
		• 지역주민 대상 우울증 강좌 및 조울증 강좌 진행(각 1회)		
		• 중랑구 지역주민 정신건강 대주민 강좌 1회		
		• 우울 및 자살예방교육 생애주기별 시행		
		• 자살예방지킴이 양성교육 - 지역주민, 실무종사자, 자원봉사자 등을 대상으로 실시 - 종교기관과 협력하여 양성교육 시행		
	C	• 아동청소년 선별검사 실시(학교 학생대상 진행) - 중랑구 내 초, 중, 고등학교를 대상으로 선별검사 실시 - 교육청 협조를 통해 조사 및 센터, 병원 상담 연계 - 1차는 학교에서 선별검사, 2차는 센터 프로그램 참여 및 병원 연계 - 서울 국립병원과 연계하여 상담하고, 서울국립병원에서 심리검사 지원		
성북구 (1998)	A	• 아동·청소년 정신건강증진사업 - 취약계층중심 정신건강 선별검진 : 지역아동센터 이용아동 대상 - 고위험군 아동 2차 평가, 치료연계, 의료비지원, 심리치료 바우처 연계, 등록사례관리 실시 - 집단프로그램 운영 : ADHD 아동에 사회성증진프로그램 제공 - 가족교육 실시 : 매월 정기적 운영		• 중증정신질환자 관리사업 - 사례관리서비스 - 사회재활프로그램 : 대인관계기술, 사회기술 향상 등 기초적인 기능증진을 위한 재활프로그램 제공 및 연계 - 권역모임 : 동아리활동을 접목한 집단 사례관리, 3개 권역, 월 1회 운영 - 위기관리서비스 : 정신과 질환으로 인한 위기 상황 시 정신보건전문요원의 위기개입을 통한

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)      B : 교육, 환경조성, 인식개선      C : 학교사업		
자치구 (개소연도)	구분	사업내용
		일반주민      정신질환자
		<ul style="list-style-type: none"> <li>위기상황 예방</li> <li>- 가족교육</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울증·자살예방사업</li> <li>- 고위험군 조기발견 및 지원사업 : 자살고위험군 발견 및 사후관리, 자살예방지킴이 양성교육 및 관리시스템 운영</li> <li>- 자살시도자 위기관리사업 : 응급실 내원 자살시도자, 1년 이내 자살시도자의 자살 재시도 방지</li> <li>- 자살유족 정서관리 프로그램 : 6회기 애도상담 제공</li> <li>- 등록사례관리 시행</li> <li>- 기타 우울자조모임 운영</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초발정신질환자 관리사업</li> <li>- 평가 및 사례관리서비스</li> <li>- 초발정신질환자 프로그램</li> <li>- 자조모임 운영</li> </ul>
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동·청소년 정신건강증진사업</li> <li>- 교사교육 : 지역아동센터, 교육복지사업학교 교사 대상 아동청소년기 정신질환 이해 및 지도방법에 대한 교육</li> <li>- 부모교육 : 학령기아동을 둔 부모대상 자녀양육, 감정코칭 등 교육 실시</li> <li>- 네트워킹사업 : 고위험군 의뢰연계 활성화를 위한 업무협약 체결 및 사업설명회</li> <li>- 홍보 및 캠페인 : 인식개선, 사업 홍보</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울증·자살예방사업</li> <li>- 우울자살예방교육 : 어르신, 산모, 스트레스 고위험군, 복지관 이용자, 관련인력 대상 예방교육</li> <li>- 홍보 및 캠페인 : 편견해소 및 인식개선, 사업 홍보</li> <li>- 네트워킹사업 : 고위험군 의뢰연계 활성화를 위한 업무협약 체결 및 사업설명회 실시</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인식개선 및 대상자 발굴을 위한 홍보사업</li> <li>- 홈페이지 운영</li> <li>- 키오스크 상시 운영</li> <li>- 홍보물제작 및 배포</li> <li>- 정신건강 이동상담 : 월 1회 실시</li> <li>• 네트워킹사업</li> <li>- 관내·외 협약병원 간담회 및 순회홍보</li> <li>- 지역유관기관 실무자 간담회 정례화</li> <li>• 교육사업</li> <li>- 관련인력교육</li> <li>- 실습생 및 수련생 교육</li> <li>- 정신건강지킴이 교육</li> </ul>
	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 학생정서행동발달특성검사</li> <li>- 대상 : 초 1~4년, 중 1년, 고 1년 중 우선관리 대상자</li> <li>- 내용 : 2차 평가 실시, 치료연계, (필요시)등록사례관리 실시</li> </ul>
강북구 (1999)	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 고위험군 조기발견, 치료체계 구축사업</li> <li>- 학교상담, 병원치료 연계</li> <li>- 교육과학기술부/보건복지부 주최 아동청소년 정신건강관리사업 시 2차 선별검사 진행 후 부모님 동의하에 의뢰된 대상자의 치료연계 및 사례관리 서비스</li> <li>- 취약계층의 조기치료를 위한 ADHD 진단시스템 검사, 심리검사 등 진행</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 특화사업</li> <li>- 생명지킴이(KKum)활동 : 강북구정신보건센터에서 일정한 교육 및 훈련을 받은 청소년들이 자신의 주위에 정신건강의 문제로 인해 어려워하는 또래들을 대상으로 상담을 통해 문제해결을 돕는 활동</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 재활프로그램</li> <li>- 대상자 욕구에 맞는 프로그램 진행</li> <li>- 회원의 욕구와 기능에 맞는 프로그램에 참여하여 일상생활에 겪는 스트레스를 완화하고, 단체 활동으로 긍정적인 대인관계를 경험하면서 지역사회에 좀 더 효과적으로 적응할 수 있도록 지원(욕구영역별 서비스 운영, 정신건강교육, 생활제조, 가족교육, 취업상담, 희망카페 운영)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 상담 및 사례관리</li> <li>- 중학교 1학년 우울증 대상자를 위한 집단 프로그램 진행</li> <li>- 바른 양육법, 문제행동의 구별과 대처방법에 대한 가족의</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 탈원화 및 재발예방사업</li> <li>- 정신질환자의 탈원화, 자살예방사업을 통해 병원의 치료적 환경 시간을 단축하여 치료에</li> </ul>

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)      B : 교육, 환경조성, 인식개선      C : 학교사업		
자치구 (개소연도)	구분	사업내용
		일반주민



A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)      B : 교육, 환경조성, 인식개선      C : 학교사업		
자치구 (개소연도)	구분	사업내용
		일반주민

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)      B : 교육, 환경조성, 인식개선      C : 학교사업			
자치구 (개소연도)	구분	사업내용	
		일반주민      정신질환자	
		<div><div><ul style="list-style-type: none"><li>• 홍보·운영사업</li><li>- 마음건강교육, 정신건강 알리미 행사, 자원봉사, 기관견학</li></ul></div><div><ul style="list-style-type: none"><li>• 서비스 연계</li><li>- 정신의료기관 연계, 정신장애인 사회복귀시설 연계, 기타 복지서비스 연계</li></ul></div></div>	
	C	<div><div><ul style="list-style-type: none"><li>• 아동·청소년 지원사업 : 학교정신건강증진사업</li><li>- 학교정신건강증진사업 담당자 간담회</li><li>- 교실 속 정신건강 지도매뉴얼 보급</li><li>- 교사 연수</li><li>- 학부모 연수</li></ul></div><div><ul style="list-style-type: none"><li>-</li></ul></div></div>	
은평구 (1999)	A	<div><div><ul style="list-style-type: none"><li>• 아동·청소년 정신건강 서비스</li><li>- 사례관리 : 선별검사</li><li>- 집단상담 프로그램 : 사회성프로그램, 주의집중을 위한 활동 프로그램</li><li>- Family Touch 솔루션 회의 : 위기가정을 대상으로 문제해결을 위해 솔루션위원들과 회의를 거쳐 통합적인 지원 제공</li></ul></div><div><ul style="list-style-type: none"><li>• 우울 및 자살예방 서비스</li><li>- 우울증 지원서비스 : 선별검사(우울 및 자살 상담)</li><li>- 산전후 우울증 예방사업 “해피맘 스마일맘”</li><li>- 노인 우울증 선별 및 예방사업 “은빛날개”</li><li>- 한부모가정/다문화가정 우울증 선별 및 예방사업 “해피 코리안”</li><li>- 은평구 취약층 많은 동 4개 선정</li><li>열린상담소 : 동주민센터에 캠프상담과(구와 협조)를 배치하여 고위험군 1차적 자가검진, 평가, 센터 의뢰 연계(2013년 7월부터 진행)</li></ul></div></div>	<div><ul style="list-style-type: none"><li>• 중증정신질환관리 서비스</li><li>- 사례관리</li><li>- 집단상담 프로그램 : 정신건강교육, 사회기술훈련, 인지재활, 다양한 여가활동</li><li>- 역량강화 프로그램 : 가족교육(매월 1회)</li><li>- 응급 및 위기지원</li></ul></div>
		<div><ul style="list-style-type: none"><li>• 심리상담카페(성인 대상)</li><li>- 지역주민에게 지하철, 버스를 통해 홍보, 2010년 생성하여 4년차</li><li>- 우울, 스트레스는 필수 검진, 덧붙여 원하는 정신건강적 문제에 대한 상담 진행(센터 내 별도 상담카페공간 제공)</li><li>- 상담을 통해 고위험군으로 발견되면 심층상담(6회기)진행(심리상담사, 임상심리사)</li><li>- 상담가가 부족하여 기독교 치유심리학과 박사과정 자원봉사를 통해 상담 진행(7명)</li><li>- 대기자가 많아 토요일에 열린보건소 사업으로 진행함</li><li>- 이용자 : 하루 평균 12명, 월 인원 491명, 연 인원 1,600명</li></ul></div>	
		<div><ul style="list-style-type: none"><li>• 희망멘토링</li><li>- 고위험군 어르신 대상으로 정서적 지지 제공</li><li>- 자원봉사 인력 매칭, 학교 연합(간호대 학생), 종교계 지킴이 교육 등 논의 중</li><li>- 사회복지사 자격증을 소지한 50~60대 초반 봉사자들과 협의하여 열린상담소, 희망멘토링 논의 중</li></ul></div>	
	B	<div><div><ul style="list-style-type: none"><li>• 아동·청소년 정신건강 서비스</li><li>- 부모/교사교육</li><li>• 우울 및 자살예방 서비스</li><li>- 우울 및 자살예방 Gate Keeper 교육</li></ul></div><div><ul style="list-style-type: none"><li>-</li></ul></div></div>	

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 또래마음건강리더 양성</li> <li>- 2013년 시범사업으로 시작, 100% 센터예산</li> <li>- 또래상담사 눈높이 교육을 통해 아이 수준에서의 이해와 관심집중을 높임</li> <li>- 5개 고등학교에서 5명씩 또래리더가 마음건강에 참여하여 25명으로 시작함</li> <li>- 시리즈별로 25명을 교육하여 이를 바탕으로 현장교육(또래가 또래에게 교육)</li> <li>• 자살예방지킴이 교육</li> <li>- 자치구 34개 학교 보건교사가 수료교육을 이수함</li> <li>• 학교 선별검사</li> <li>- 열린보건소 사업의 일환으로 12개 학교가 선착순으로 신청받아 토요일에 1차 상담 진행</li> <li>- 찾아가는 상담 시행</li> </ul>	-	
서대문구 (1994)	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강 상담 및 간이선별검사</li> <li>- 아동청소년 대상 : 주의력 학습문제, 정서불안, 부모자녀문제, 사회성 문제, 학교폭력 피해 및 가해문제, 청소년 자살</li> <li>- 성인 대상 : 우울증 및 자살, 불안, 불면증, 조현병(정신분열증), 스트레스, 산전산후 우울증, 알코올 중독</li> <li>- 어르신 대상 : 노인 우울증, 자살</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중증정신질환자 사례관리 및 위기관리사업</li> <li>- 내소/방문/전화상담</li> <li>- 가족지원(가족교육, 가족모임, 자녀지원사업)</li> <li>- 응급후송 및 의료비 지원</li> <li>- 주간재활 프로그램 : 인지치료, 사회기술훈련, 음악치료, 운동요법 등</li> <li>- 치료기관 및 복지자원 연계</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강문제 예방 프로그램</li> <li>- 우울증 및 자살예방 프로그램</li> <li>- 스트레스 예방 교육</li> <li>- 장애아동 부모 집단 프로그램</li> <li>- 청소년 사회성 증진교실</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료기관 연계 및 의료비, 재활치료비 지원</li> <li>- 외래치료비 및 입원치료비, 응급후송비 지원</li> <li>- 심리검사 및 재활치료비(놀이치료, 미술치료 등) 지원</li> </ul>		
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강 인식개선사업</li> <li>- 정신건강의 날 행사 및 자살예방 주간 캠페인</li> <li>- 청소년 박람회 정신건강부스 운영</li> <li>- 홍제역 힐링 건강카페 운영(격주)</li> <li>- 정신건강 안내책자 제작 및 배포</li> <li>• 정신건강 인력교육</li> <li>- 자살예방지킴이(Gate-Keeper) 교육</li> <li>- 지역주민 및 실무자 교육</li> <li>• 자원봉사자 관리사업</li> <li>- 자원봉사자 교육 및 활동비 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신장애인 연합 캠프</li> <li>• 정신장애인 연합 가족교육</li> </ul>	
	C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 교사교육</li> <li>- 서북부 지역 초·중·고등학교 교사 대상 매월 격주 운영</li> <li>- 상담 사례 자문 및 아동청소년 정신질환 교육</li> <li>• 마음건강학교 프로젝트</li> <li>- 서울시정신건강증진센터 소아팀과 협력하여 시범학교 운영</li> </ul>	-	

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 교사 및 부모 워크숍, 집단 프로그램 운영 등</li> <li>• Jumping Blue(우울증 예방교육)</li> <li>- 관내 청소년 관련 기관과 협력하여 학교 방문 교육</li> </ul>		
마포구 (2007)	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소아·청소년 정신건강사업</li> <li>- 마포구 내 소아·청소년의 정신건강 문제에 대한 예방과 증진, 조기 발견 및 사례관리를 통한 건강한 사회 구성원으로서 성장과 발달 지원</li> <li>- 고위험군 조기개입 : 소아청소년 전문의 상담, 정서행동발달검사, 부모코칭</li> <li>- 전문사례관리 : 저소득층 의료비지원, 지역사회 연계, 아동 집단미술프로그램, 보호자 동반 문화체험프로그램</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중증정신질환자 관리사업</li> <li>- 지역사회 환경조성 : 기관방문, 유관기관 회의 및 간담회, 동장모임 등을 통한 연계체계 구축</li> <li>- 사례관리 : 가정방문, 전화상담, 내소상담을 통한 대상자 증상관리 및 치료기관 연계, 응급 및 위기관리 체계 구축을 통한 신속한 개입 및 저소득층 대상자 의료비 지원</li> <li>- 주간재활프로그램 : 중증정신질환자의 손상된 정신적, 심리적, 사회적 기능의 향상을 위해 재활서비스 제공(연극치료, 원예치료, 정서관리, 음악치료, 웃음치료, 생활체육, 마포FM라디오, 재능기부)</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울 및 자살예방사업</li> <li>- 우울증 및 자살 고위험군 조기발견, 치료관리 및 연계 등 사례관리서비스를 제공함으로써 건강한 생활 지원</li> <li>- 생애주기별 우울증 및 자살예방 교육사업 : 산후우울증, 갱년기, 성인, 노인 우울증 예방교육, 우울증 예방카드 제공</li> <li>- 지역주민 우울증 검진 및 전문의 심층상담 : 우울증 자가검진, 정신건강의학과 전문의 심층상담</li> <li>- 전문사례관리 : 가정방문, 내소, 전화상담서비스, 정신건강교육, 약물 및 증상관리서비스, 저소득층 진료비, 심리검사비 지원, 지역사회 연계서비스 제공, 등록회원 대상 우울증프로그램</li> <li>- 토요열린보건소 정신건강상담 : 우울증, ADHD, 스트레스 등 선별검사 및 상담 연계</li> <li>- 자살시도자 위기관리서비스 : 자살시도자에 대한 위기관리 및 사후관리를 통한 자살 재시도 위험성 제거</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 특화사업</li> <li>- 의료취약계층 가정을 방문하여 정신과 고위험군을 조기발견하고 의료·복지세팅으로의 원활한 접근을 유도하여 심리·사회적 손상을 최소화하고 건강한 사회구성원으로서의 성장도모 및 삶의 질 향상과 지역사회기능 강화</li> <li>- 힐링서비스 : 정신과 고위험군으로 평가된 가정을 방문하여 사회조사 실시 및 욕구에 따른 전문사례관리 서비스 제공</li> <li>- 힐링네트워크 : 정신과 고위험군으로 평가된 대상자에 한해, 지속적이고 효율적인 사례관리를 위해 마포구 관내 의료·복지관련 민관기관과의 협력망을 구축하여 토털케어서비스 제공</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소아·청소년 정신건강사업</li> <li>- 지역사회 환경조성 : 유관기관 사업설명회 및 간담회, 통합사례회의, 의뢰접수</li> <li>- 정신건강증진 : 학부모, 교사, 학생을 위한 정신건강교육, 정신건강증진 및 인식개선을 위한 홍보사업</li> <li>- 내부역량강화 : 사례회의 및 사업 모니터링, 직원예방강화교육</li> </ul>		
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울 및 자살예방사업</li> <li>- 지역사회 연계사업 : 노인우울증 예방지원단 양성, Gate Keeper 모임 지원, 우울 및 자살예방사업 사업설명회 및 홍보</li> <li>- 자살고위험군 조기발견 및 지원서비스 : 자살예방지킴이(Gate-Keeper) 양성교육 상설 운영, 경찰서 및 응급실, 응급구조기관 자살 고위험군 조기발견 및 의뢰방법 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중증정신질환자 관리사업</li> <li>- 내부역량강화체계 : 사업수행에 관한 점검 및 모니터링, 직원교육</li> <li>• 특화사업 : 의료취약계층 정신건강전문서비스</li> <li>- 힐링프로그램 : 희망메시지, 희망강연 실시</li> </ul>	
	C	-	-	

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)			B : 교육, 환경조성, 인식개선		C : 학교사업	
자치구 (개소연도)	구분	사업내용				
		일반주민		정신질환자		
양천구 (2009)	A	<ul style="list-style-type: none"><li>지역주민 정신건강상담 : 생애주기별 맞춤상담 및 자가검진</li><li>산후우울증, 주의력결핍 과잉행동장애, 소아우울</li></ul> 자가척도, 청소년기 우울증 자가척도, 인터넷중독검사, 정신분열, 자살사고검진, 알코올의존선별검사, 스트레스진단, 노인우울증 등		<ul style="list-style-type: none"><li>만성정신장애인 관리사업</li><li>- 대상자 발견 등록 및 의뢰체계 구축</li><li>- 응급상황 위기관리 및 치료비 지원</li><li>- 정신건강 상담전화 운영</li><li>- 사례관리</li><li>- 주간재활프로그램 : 자치활동, 예술치료, 일상생활훈련 및 사회기술 훈련, 약물교육 및 정신건강교육, 신체건강교육, 인지치료, 지역사회적응훈련, 특별행사(양천구정신보건기관 연합행사)</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>우울증 및 자살예방사업</li><li>- 선별검사</li><li>- 우울증 및 자살예방교육(청소년, 성인, 노인 : 생애주기별)</li><li>- 노인대상 우울증예방프로그램(웃음치료, 음악치료)</li><li>- 게이트키퍼 양성교육</li><li>- 자살시도자 사례관리</li></ul>				
	B	<ul style="list-style-type: none"><li>아동청소년 건강증진사업</li><li>- 조기발견사업</li><li>- 집단 프로그램 및 부모 교육</li><li>- 의료비 지원</li><li>- 교사 및 유관기관 교육 및 간담회</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>만성정신장애인 관리사업</li><li>- 가족지원사업 : 가족모임 및 나들이, 정신질환 지식제공</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>정신보건 환경조성사업</li><li>- 지역사회 조사연구</li><li>- 회의 및 간담회</li><li>- 교육 및 훈련</li><li>우울증 및 자살예방사업</li><li>- 정신건강강좌</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>조기정신증관리사업</li><li>- 정신건강교육(ONE STEP)</li><li>- 인지상담(TWO STEP)</li><li>- 조기정신증가족교육</li><li>- 멘토링사업</li><li>- 청소년관련기관 관계자 교육</li><li>지역사회 알리기 : 입원환자 대상 지역정신보건사업 및 기관 안내</li></ul>		
	C	<ul style="list-style-type: none"><li>아동청소년 건강증진사업</li><li>- 알코올예방 및 자살예방교육(학교)</li><li>- 학부모 연수, 교사연수(학교)</li><li>- 우울증 고위험군 대상 집단프로그램(학생)</li></ul>		-		
	강서구	A	<ul style="list-style-type: none"><li>우울증 및 알코올, 자살</li><li>- 응급지원 서비스 : 우울증, 자살로 인해 신체적·사회적 문제를 겪는 대상자 응급 및 위기 대응(경찰서, 소방서, 주민센터, 복지관 등)</li><li>- 마을 마음건강 검진 : 주 1회 &lt;찾아가는 마을 검진&gt;서비스 실시</li><li>- 영구임대단지 중심 사례관리 시 주민조직 &lt;헬쓰리더&gt;, 노인마음돌봄비 &lt;청춘두레단&gt;이 정서적 지원 방문 서비스</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>정신건강돌봄사업</li><li>- 정신장애인 사례관리 강화 : 생애주기 생활돌봄, 응급지원서비스, 임대단지 전략적 사례관리 전달체계 조직 및 운영, 지역 통합적 모임 운영, 회복중심의 정신재활 프로그램 제공</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>아동청소년 Good Start 사업</li><li>- 정신건강문제 개별상담 : 우울, ADHD, 인터넷 중독 등)</li><li>- 정신건강검사 : 정신과 치료를 위한 진단확보 및 2차</li></ul>			<ul style="list-style-type: none"><li>생활돌봄사업</li><li>- 개발상담 이후 정신과적 문제를 보이며 사례관리 등록에 동의한 고위험군</li></ul>			

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)			B : 교육, 환경조성, 인식개선		C : 학교사업	
자치구 (개소연도)	구분	사업내용				
		일반주민		정신질환자		
		검사가 필요한 아동청소년 - 네트워크 구축 : 지역사회유관기관과의 협의체를 구축하여 통합적인 사례회의 및 관리		아동청소년을 대상으로 개별상담, 지역사회기관 연계, 사례관리(생활돌봄)		
	B	• 자살고위험예방을 위한 환경개선 - 자살률이 높은 마을 중심 지역밀착, 주민참여 접근(주민개방형 토론회, 실행계획수립을 위한 세부 지역간담회, 자살시도자 안전망체계MOU, TFT 구성, 마을중심의 정기간담회 등) - 주민이 이끄는 마을 알코올 회복자 자조모임(주 1회 실시, 동기강화프로그램 운영), 알코올 문제를 지닌 주민에게 방문형 캠페인(주1회) - 자활센터, 도시가스, 기관사 등 다양한 직종의 직장인 우울, 스트레스 검진 및 교육 - 자살예방 게이트키퍼 양성교육 - 헬쓰리더 양성을 위한 <마을건강 아카데미> 운영 및 홀몸세대 연계 - 청춘두레단 양성을 위한 <어르신 카운슬러대학> 운영 및 홀몸어르신 연계		• 회복대회 - 정신장애인의 정신재활의욕을 고취하고 인식개선을 높이기 위한 연합행사(2개월에 1회 실시)		
		• Starter사업(아동청소년) - 정신건강 이해 교육 : 학부모 연수, 교사 및 실무자 연수, 소집단 부모교육 - 정신건강 예방교육 : 자살예방, 주의력집중, 학교폭력예방 - 우울증 교육 및 프로그램		• 찾아가는 정신재활 교육 - 복지관 실무자, 지역의 정신장애인 대상		
	C	• 학교기반 정신건강사업 - 교육복지 중심 학교 정신건강증진사업 간담회 - 교사, 학부모를 찾아가는 연수(발달, 자살예방, 주진단) - 정서행동발달검사 심층면담 및 임상심리검사 지원 - 지역기반 정신건강사업		-		
구로구 (2007)	A	• 행복누리(조기발견) - 정신건강 상담, 검사, 찾아가는 이동 상담		• 밝은누리(중증정신장애인 통합사례관리) - 방문상담, 내소상담, 전화상담, 자원조성		
		• 행복누리(적극 개입) - 우울 고위험군 정신건강 프로그램				
		• 행복누리(적극개입) - 사례관리 - 의료비지원 • 행복누리(생명존중사업) - 자살고위험군 조기발견 및 지원사업 - 자살시도자 위기관리사업 - 자살자유가족관리사업		• 밝은누리(정신사회재활프로그램) - 운동요법, 사회기술훈련, 문화동아리, 문학동아리, 체육동아리		
	B	• 햇살누리(환경조성) - 아동청소년 대상 - 마음돌보기(정신건강아카데미), 정신건강, 정신건강 인식개선, 지역사회 네트워크 구축		• 밝은누리(밝게 감싸기) - 정신건강행사(야유회, 송년회)		

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)      B : 교육, 환경조성, 인식개선      C : 학교사업			
자치구 (개소연도)	구분	사업내용	
		일반주민	정신질환자
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 행복누리(환경조성)<ul style="list-style-type: none"><li>- 정신건강캠페인, 정신건강홍보, 정신보건 관계기관 간담회, 자원봉사자 관리</li></ul></li><li>• 행복누리(생명존중사업)<ul style="list-style-type: none"><li>- 자살예방 T/F팀 구축, 자살예방 협의회 구성, 게이트키퍼 운영, 자살예방안내책자 제작 및 배포, 자살예방의 날 행사</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 밝은누리(치료 및 서비스 연계)<ul style="list-style-type: none"><li>- 정신의료기관, 사회복귀시설, 기타 복지자원</li></ul></li></ul>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 행복누리(교육강좌)<ul style="list-style-type: none"><li>- 지역주민 정신건강 강좌</li><li>- 직장인 정신건강 강좌</li></ul></li></ul>	-
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 햇살누리(교육훈련)<ul style="list-style-type: none"><li>- 아동 사회성증진 프로그램</li><li>- 청소년 자존심향상 프로그램</li><li>- 가족지원 프로그램</li></ul></li></ul>	-
	C	<ul style="list-style-type: none"><li>- 아동청소년 마음건강을 위해 관내 초·중·고등학생 및 학부모, 교사 등을 대상으로 마음건강아카데미(우울, 자살, 인터넷중독, ADHD 등) 진행</li></ul>	-
금천구 (2009)	A	<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동청소년 조기발견 및 지원사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 의뢰 및 접수, 심층상담, 평가, 등록, 사례관리</li><li>- 아동청소년 정신건강검진</li><li>- 신규발견 및 사례관리사업</li><li>- 종합심리검사 및 CAT(종합주의력검사)</li><li>- 아동청소년 정신건강프로그램(사회성향상프로그램, 예술치료프로그램)</li><li>- 소아청소년 정신과전문의 상담</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 중증정신건강 재활사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 신규발견 및 사례관리사업</li><li>- 주간재활사업(동아리) : 놀이 치료, 요리 동아리, 노래방 동아리</li><li>- 직업재활지원사업</li></ul></li></ul>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 생명존중사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 우울, 자살 등 정신질환이 의심되거나 고위험군에 속하는 금천구 내 지역주민들을 발견하고 개입하여 정신건강에 대한 올바른 인식을 가질 수 있도록 함</li><li>- 자살고위험군 조기발견 및 지원사업</li><li>- 자살시도자 위기관리사업</li><li>- 자살유족 정서관리사업</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 생명존중사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 신규발견 및 사례관리사업</li></ul></li></ul>
	B	<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동청소년 인식개선사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 마음건강교육</li><li>- 아동청소년 정신건강인식개선 캠페인</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 중증정신건강 가족지원사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 정신건강교육</li><li>- 행사사업(건강검진, 야유회, 송년회)</li></ul></li></ul>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역사회환경조성사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 정신보건체계구축사업</li><li>- 교육사업</li><li>- 회의사업</li></ul></li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 생명존중사업<ul style="list-style-type: none"><li>- 취약지역 고위험군 발굴 캠페인</li><li>- 자살예방캠페인</li><li>- 자살예방강좌</li><li>- 자살예방지킴이 교육, 봉사단 운영</li></ul></li></ul>	

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
	C	-	-	
영등포구 (2006)	A	<ul style="list-style-type: none"><li>• 마음샘터(정신건강증진팀)</li><li>- 정신건강예방사업 : 여성, 노인, 취약계층 및 알코올 중독 대상자의 조기발견, 예방 및 치료, 정신건강 수준 향상</li><li>- 지역주민 정신건강상담 : 전화, 내소, 방문, 전문의상담 및 자원연계사업</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 마음샘터(만성정신질환사업팀)</li><li>- 신규발견체계 구축사업</li><li>- 사례관리사업</li><li>- 위기관리 및 응급대응체계 구축사업</li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 마음꿈터(아동청소년정신건강증진팀)</li><li>- 학교 및 지역아동센터 연계사업</li><li>- 사례관리사업</li><li>- 아동청소년 정신건강증진사업</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• '학교 밖 아이들' 우울 평가</li><li>- 영등포구 내 아동기관에서 알코올, 우울 검진 평가</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 쪽방 검진</li><li>- 영등포구 내 취약계층, 다문화가정 성인 알코올, 우울, 자살 검진</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 노인 우울프로그램</li><li>- 동별 경로당 방문보건실과 연계하여 허약노인 대상 우울 프로그램</li></ul>		
	B	<ul style="list-style-type: none"><li>• 마음샘터(정신건강증진팀)</li><li>- 편견해소 및 인식개선사업 : 정신건강문화행사, 정신건강캠페인 등</li><li>- 게이트키퍼 교육(교사, 학부모)</li></ul>	-	
C	<ul style="list-style-type: none"><li>• 점핑볼 우울증 인식개선 프로그램 (1년 1회)</li><li>- 성모병원 임상사 공동개입</li><li>- 관내 8개 중·고등학교 대상 우울증 인식개선 프로그램</li></ul>	-		
	<ul style="list-style-type: none"><li>• 또래지킴이</li><li>- 방학기간 중 한 회기당 4명씩 자살, 폭력 등 개입</li></ul>			
	<ul style="list-style-type: none"><li>• 초등학교 '사회성 향상 프로그램'</li><li>- 관내 초등학교 2곳, ADHD고위험군 발견, 상담</li></ul>			
동작구 (2004)	A	<ul style="list-style-type: none"><li>• 사례관리</li><li>- 지속적인 약물관리, 증상관리, 응급 및 위기개입, 치료연계, 복지자원연계 등 개인의 욕구에 따른 상담서비스</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 위기관리서비스</li><li>- 정신과적인 문제로 인한 자해나 타해의 위험 등 응급상황 시 긴급출동하여 위기상황을 개입·중재하는 서비스</li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 무료정신건강 상담 「행복클리닉」</li><li>- 동작구 지역주민을 위한 정신건강의학과 전문의 무료상담 서비스</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 조현병 대상자를 위한 프로그램</li><li>- 정서관리훈련, 일상생활기술훈련, 인지행동재활훈련, 외부활동 및 견학 프로그램</li></ul>	
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 정신건강 선별검사</li><li>- 우울증, 불안, 알코올 의존 등 자가검진을 통한 정신질환 조기발견 및 조기개입 서비스</li></ul>		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동청소년 정신건강 관리사업</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 우울증 대상자를 위한 프로그램</li></ul>	



A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)      B : 교육, 환경조성, 인식개선      C : 학교사업		
자치구 (개소연도)	구분	사업내용
		일반주민

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
(2007)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상담제공(학교생활, 친구관계 등)</li> <li>- 지역사회프로그램과 연결</li> <li>- 치료 프로그램 자원과 연결</li> <li>- 아동정신건강관련 선별검사</li> <li>- 부모 전화 및 방문상담을 통한 양육 상담</li> <li>- 저소득층 아동 대상 의료비, 심리검사 지원</li> <li>- 지역사회 내 병·의원 및 유관기관 안내</li> <li>- 교사 및 유관기관 문제 상담</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 우울·자살예방사업</li> <li>- 자살고위험군 검사</li> <li>- 자살시도자 및 고위험군 관리 : 전화 및 내소·방문상담</li> <li>- 정신과의사와 상담을 통한 정신건강문제 파악</li> <li>- 야간 및 주말 전화상담 : 1577-0199</li> <li>- 게이트키퍼 위축 및 양성교육(기본, 심화)</li> <li>- 지역사회 내 유관기관과 연계해 자살시도자 위기관리</li> <li>- 정신의료기관과 치료연계</li> <li>- 자살유가족 상담 및 자조모임</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신장애인 대상 전화상담, 내소상담, 가정방문상담</li> <li>- 사회기술교육, 약물교육, 증상관리교육</li> <li>- 입원치료 대상자 퇴원 후 지역사회 적응지원</li> <li>- 주간재활 프로그램, 야유회 및 송년회</li> <li>- 응급위기관리 : 정신과 병·의원과 연계 시스템 마련, 24시간 상담전화(1577-0199)</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역주민 정신건강증진사업</li> <li>- 스트레스, 우울, 자살, 알코올 문제 등 정신건강 관련 상담 : 내소 및 인터넷 상담</li> <li>- 찾아가는 정신건강서비스 : 정신건강 선별검사 및 상담</li> <li>- 정신건강 고위험군 관리 : 전화 및 내소·방문상담</li> <li>- 정신과 의사와 상담을 통한 정신건강문제 파악</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동·청소년 정신건강사업</li> <li>- 아동정신병리 및 양육 관련 부모교육 지원</li> <li>- 부모 및 교사교육 제공</li> </ul>		
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역주민 정신건강증진사업</li> <li>- 게이트키퍼 양성교육을 통한 지역사회 내 자살예방 준전문가 양성</li> <li>- 정신건강 관련 홍보 및 인식개선 캠페인</li> <li>- 정신건강강좌 및 프로그램 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중증사례관리사업</li> <li>- 정신장애인 가족모임 및 교육, 가족상담</li> </ul>	
	C	-	-	
강남구 (1995)	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 학교 정신건강증진사업</li> <li>- 예방 관련 집단 프로그램</li> <li>- CA활동 : 또래 리더 양성</li> <li>- 학교 정신건강 선별검사(교과부)</li> <li>- 토요 열린 보건소 상담 및 고위험군 프로그램</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소아청소년 정신과적질환</li> <li>- ADHD, 소아청소년 우울증 등</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 생애주기별 우울증 예방사업</li> <li>- 산후우울증 예방교육(산모)</li> <li>- 노인우울증 예방교육</li> <li>cf) 갱년기 우울증 예방사업 「장밋빛 인생」 집단 프로그램</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 저소득층 소아청소년 치료지원사업</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방사업</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 생애주기별 우울증 예방사업</li> </ul>	

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)			B : 교육, 환경조성, 인식개선		C : 학교사업	
자치구 (개소연도)	구분	사업내용				
		일반주민		정신질환자		
		- 응급실 자살시도자 관리사업 - 유족 지원사업 - 연예인 자살예방사업 추진 중		- 엄마가 아닌 나를 찾아 떠나는 여행 : 발달장애를 가진 부모역량 강화 프로그램		
		• 스크리닝 및 정신건강상담 - 찾아가는 스마일 아동상담 포함		• 등록회원 사례관리 서비스 제공 • 성인기 정신과적 질환 - 정신분열증, 조울증, 우울증, 알코올중독 등에 대한 등록평가, 사례관리 서비스		
	B	• 정신건강 정보 제공 - 홈페이지, 관련책자 배포 등		• 질환군의 치료와 재활을 돕기 위한 유관기관 네트워크 및 자원봉사자 양성사업		
		• 학교 정신건강증진사업 - 예방교육 • 편견극복 및 인식개선 - 강좌, 캠페인 등				
		• 자살예방사업 - 관 중심의 거버넌스 구축 - 게이트키퍼 양성				
C	-		-			
송파구 (2005)	A	• 지역주민 정신건강 선별검사 - 보건소, 놀이터, 센터, 아파트 단지 등 무작위 선별검사 실시		• 사례관리 - 전화, 내소, 방문을 통한 1:1 개별상담		
		• 갱년기 우울증 대상 교육 및 프로그램		• 응급 및 위기관리 - 정신과 증상으로 인해 자·타해 위험이 발생 시 경찰 협조를 통해 신속하고 신중한 개입 진행, 치료 연계		
		• 산모우울교육		• 사회재활프로그램 - 정신과적 어려움을 지닌 대상자에 정신건강 관련 교육, 여가활동 프로그램 제공		
	B	• 정신건강 교육 - 연간 1회 이상 학부모, 학생, 교사 대상 정신건강 전반 관련교육 실시		• 가족교육 - 정신과적 어려움을 지닌 대상자 가족 대상 정신질환 교육 제공, 가족자조모임, 가족나들이 등 서비스 제공 및 정보 공유		
		• 기관종사자 교육 - 고위험군 발굴 역량강화				
		• 자살예방지킴이 양성교육 - 일반인 중 실무종사자, 자원봉사자 대상으로 양성교육		• 송파한아름 방송 - 정신장애인에 대한 인식개선을 위해 정신장애인 인터넷 방송 운영		
	C	• 선별검사 - 송파구 내 78개 초·중·고등학교 학생 대상 정신건강 선별검사 - 전수조사 후 센터, 병원 상담 연계 - 상황에 따라 의료비 지원 등 - 연간 약 50~100명 학생 센터연계		-		
강동구	A	• 아동청소년 정신건강 사후관리 체계 구축 : 인식개선 및		• 한마음만들기 : 사례관리서비스		

		A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)	B : 교육, 환경조성, 인식개선	C : 학교사업
자치구 (개소연도)	구분	사업내용		
		일반주민	정신질환자	
(2007)		<ul style="list-style-type: none"> <li>조기발견 활동 강화</li> <li>- 정신건강 선별검사 실시</li> <li>- 정신과 전문의 이동상담실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 관내 정신장애인 대상 사례관리서비스 제공</li> <li>- 증상관리·일상생활관리 등의 개별 맞춤 서비스 제공</li> <li>- 치료 및 재활기관과 연계 안내 서비스</li> <li>- 가족교육·가족 상담서비스 제공</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 정신건강 사후관리 체계 구축 : 아동청소년 대상 전문적 상담서비스</li> <li>- 고위험군 집단상담 프로그램</li> <li>- 저소득층 의료비 지원</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 산전후 및 여성우울증</li> <li>- 취약계층 여성 및 고위험군 여성 스트레스 및 산전우울증에 대한 홍보 및 교육 : 우울증 극복 및 예방프로그램, 임신부정신건강교육(산전산후우울증, 영유아정신건강)</li> <li>- 공공의료기반 및 지역산부인과 시스템 구축 및 활성화</li> <li>• 아동청소년정신건강 사후관리 체계 구축 : 인식개선 및 조기발견 활동 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 한마음만들기 : 행복·나눔 동아리</li> <li>- 대상 : 중증정신장애인(조현병, 조울병, 망상장애, 분열정동장애) 회원 중 여가생활훈련 목적, 1인 2모임 참여 원칙으로 3~15명 정원</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 어르신우울증</li> <li>- 취약계층 어르신 우울증 조기발견 활동 강화</li> <li>- 어르신 우울증 조기관리를 위한 모니터링 및 프로그램 서비스</li> <li>- 어르신 우울증에 대한 예방법 및 사후관리</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방관리서비스</li> <li>- 정신건강증진 : 생애주기별 고유병(우울증)에 대한 관리, 우울 및 자살예방교육</li> <li>- 자살예방 및 초기대응을 위한 인재(Gate-Keeper)양성 : 아동, 청소년을 위한 자살예방교육, 지역 내 조직 및 유관기관(119, 소방서, 자원봉사자 등) 자살예방교육</li> <li>- 인식개선 : 캠페인, 교육, 자살예방공모, 글짓기대회 등</li> <li>- 자살시도자 사후관리서비스 : 지역 응급의료센터 및 의료기관 기반, 자살시도자 상담 및 치료연계 지원서비스</li> <li>- 자살사망자 유가족 사후관리서비스 : 자살사망자 유가족 상담 및 치료연계, 애도과정 및 이용가능 자원 및 교육 정보제공, 긴급지원서비스 연계, 자조모임 지원, 교육메뉴얼 제작</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 응급지원서비스</li> <li>- 자해, 타해 위험이 있는 정신질환 의심 대상자 및 가족</li> <li>- 응급·위기전화, 내소, 방문상담</li> <li>- 취약계층 응급 후송 및 단기 입원 의료·외래비 지원</li> <li>- 치료기관과 연계</li> <li>- 화/목요일 정신과전문의 상담</li> </ul>	
	B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동청소년 정신건강 사후관리체계 구축 : 아동청소년 정신건강 네트워크 활성화</li> <li>- 강동구 정신건강 전문상담교사 양성교육</li> <li>- 강동구 교사 및 실무자 대상 교육 및 간담회</li> <li>- 아동청소년 연합사례회의</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 한마음만들기 : 하하호호 가족교육</li> <li>- 주 1회 정신건강교육 진행</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 한어울림되기</li> <li>- 홍보 및 인식개선사업 : 센터 캐릭터 발간(인테리어, 스티커 등으로 홍보)</li> <li>- 정신건강 자원봉사자 양성 및 교육</li> <li>- 정신보건관련 인력교육</li> <li>- 직원역량 강화교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 행사서비스</li> <li>- 대상 : 본 센터 등록회원·가족-하울림(봄나들이), 5월말</li> <li>- 야유회(10월말)</li> </ul>	

A : 우울, 자살, 스트레스(사례관리)			B : 교육, 환경조성, 인식개선		C : 학교사업	
자치구 (개소연도)	구분	사업내용				
		일반주민		정신질환자		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 산전후 및 여성우울증<ul style="list-style-type: none"><li>- 담임교사용 정신건강매뉴얼 보급</li><li>- 신청학교에 가정통신문 발송</li><li>- 유관기관 홈페이지에 정신건강칼럼 및 정보제공</li><li>- 아동청소년정신건강 공개교육</li><li>- 정신건강예방교육</li><li>- 교사 학부모 정신건강연수</li></ul></li></ul>				
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 위기개입교육<ul style="list-style-type: none"><li>- 경찰, 소방공무원 등 응급 위기개입 시 역할 교육</li></ul></li></ul>				
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 정신건강교육<ul style="list-style-type: none"><li>- 전경, 의경 정신건강 교육 및 상담 : 1년에 2회, 강동경찰서에서 대집단 교육 진행</li><li>- 기업 정신건강교육 : 삼성 SNS회사, 현대백화점 등 스트레스 검사, 고위험군의 의사 상담 연계</li></ul></li></ul>				
	C	<ul style="list-style-type: none"><li>• 아동청소년 스포츠 프로그램<ul style="list-style-type: none"><li>- 축구 프로그램 : 관내 중학교 3곳과 협력하여 저소득 가정, ADHD, 학교부적응 학생 등 학교별로 10명씩 선정하여 축구 프로그램을 진행함. 담임제로 운영되며 센터 직원 2명이 현장에 참여하여 모니터링 후 부모, 학교 교사와 간담회</li></ul></li></ul>		-		
		<ul style="list-style-type: none"><li>• 마음건강학교<ul style="list-style-type: none"><li>- 총 8회기 프로그램 진행</li><li>- 학교 바자회 시 지원</li><li>- 강동구 26개 초등학교에 정신건강 관련 책자 배포</li><li>- 1년 4회 정신건강 관련 칼럼 배포</li></ul></li></ul>				

## Abstract

# Abstract

## Support Plan for Mental Health Promotion in Seoul

Eunye Noh · Dongwoo Seo · Yoewon Yoon

Mental health problem in Seoul has been rapidly increasing during the last 10 years, and has ranked the highest rate among OECD countries for the past years. According to 2011 OECD Health data, the rate of increase in suicide in Korea also showed the highest and rapid change compared to OECD countries.

Based on this fact, the purpose of this study is to understand the situation of mental health problem in Seoul and the current status of mental health policy and services, to review comprehensively both domestic and foreign prevention and management services for Seoul citizens. Finally, this study is to suggest policy support plans for mental health for Seoul citizens.

Recommendations based on this study are as follows:

Community based mental health services are needed.

Specific programs and services of mental health including suicide, depression, stress, PTSD are required.

Preventing risks, promoting services, and improving recognition of mental health need to be strengthened.

# Table of Contents

## **Chp.1 Introduction**

- 1 Background and Purpose of the Study
- 2 Main Contents and Method

## **Chp.2 The Significance of Mental Health Promotion**

- 1 Definition of Mental Health
- 2 Definition of Mental Health Problem and Mental Health Promotion
- 3 Definition of the Prevention of Mental Illness and Mental Health Promotion
- 4 Significance of Mental Health

## **Chp.3 Major Trends of Mental Health Policy**

- 1 Cases of Mental Health Policy in Foreign Countries
- 2 Implications

## **Chp.4 Analysis of Mental Health Condition of Seoul Citizens**

- 1 Condition of Mental Health in Seoul
- 2 Recognition Rate of Stress in Middle and High School Student Group
- 3 Recognition Rate of Stress in Seoul Citizen Group
- 4 Implications

## **Chp.5 Supply Situation of Mental Health Policy and Services in Seoul**

- 1 Situation of Mental Health Policy of the Central Government
- 2 Condition of Operation of Mental Health Services in Seoul
- 3 Condition of Mental Health Services in Autonomous Districts

## **Chp.6 Political Support Plan for the Mental Health Promotion**

- 1 Plans for Mental Health Promotion in Community Level
- 2 Plans for Services and Programs of Mental Health
- 3 Method of Prevention, Promotion, and Recognition Improvement of Mental Health



Reference  
Appendices

서울연 2013-PR-16

서울시민 정신건강증진을 위한 지원방안

발행인 이창현

발행일 2013년 8월 24일

발행처 서울연구원

137-071

서울특별시 서초구 남부순환로 340길 57

전화 (02)2149-1234 팩스 (02)2149-1025

값 10,000원 ISBN 978-89-8052-997-1 93330

본 출판물의 판권은 서울연구원에 속합니다.