



## 정신건강 정책 패러다임과 수원시 과제

### 요약

#### □ 10월 10일 정신건강의 날 지정

- 대한민국 성인 인구 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험하며, 자살률은 OECD 평균의 2배 이상으로 1위를 차지하고 있어 정신건강 문제 심각
- 정신건강의 편견 해소를 위하여 10월 10일 '정신건강의 날'로 지정

#### □ 정신건강정책의 국제적인 방향과 한국의 현황

- 정신건강 정책의 국제적인 방향은 지역사회 기반 통합지원
- UN 장애인권리협약과 WHO QualityRights는 '사람중심(person-centre) 인권기반(rights-based)' 원칙 강조
- 한국은 여전히 장기입원 중심의 치료적 접근이 주를 이루며, 높은 비자의입원 및 지역사회 서비스 부재로 국제적인 흐름을 따라가지 못함

#### □ 수원특례시 정신건강지원 체계

- 수원시민 추정 정신질환자의 우울증상과 자살률이 경기도 평균보다 다소 높음
- 수원특례시는 전국 최초 정신건강수도 비전 선포<sup>(2016)</sup>, 생애주기별·육구별 전문화된 정신건강 지원체계 구축
- 지역사회 재활 인프라 및 정신질환 당사자 활동은 취약

#### □ 수원특례시 정신건강정책 과제

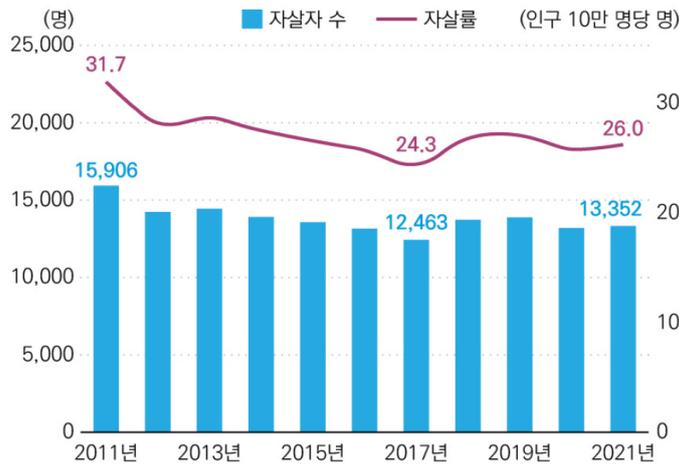
- 수요에 맞는 지역사회 정신건강 체계 강화
  - ⇒ 적극적인 사례관리팀(ACT) 구별 확대, 사례관리 비율 1:20 이하로 인력 확충
  - ⇒ 학교·사업장·복지기관 등 다양한 분야의 정신건강 대응 역량 강화
- 정신재활시설 및 주거지원 서비스 확충
- 동료지원서비스 제도화 및 정신질환 당사자 활동 지원
- 정신건강 실무자들의 안전한 근무환경 보장 및 심리지원

# [1] 정신건강의 날 지정

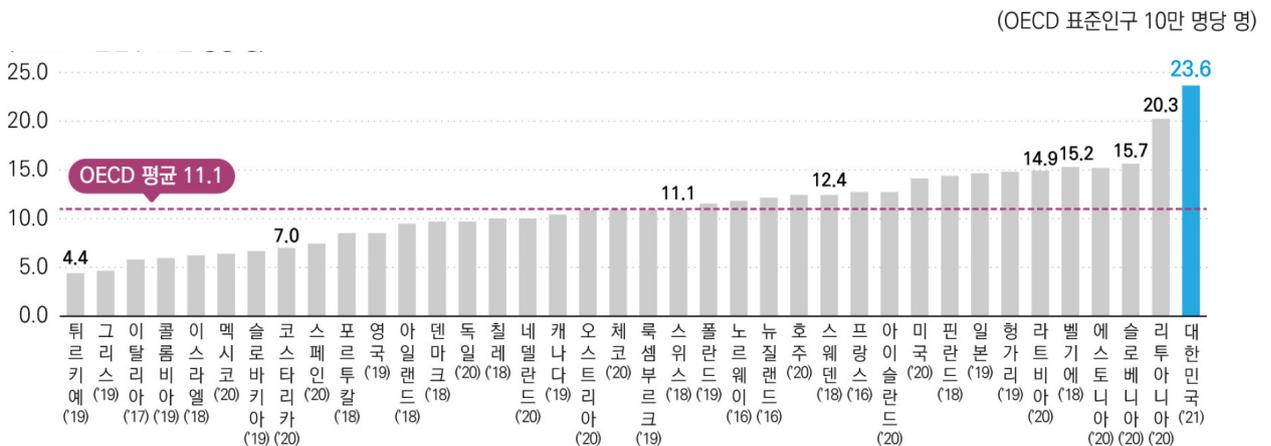
## □ 심각해지고 있는 한국의 정신건강 문제<sup>1)</sup>

- 2021년 정신건강실태 조사에 따라 정신질환 평생유병률은 27.8%로, 만 18세 이상 만 79세 이하의 일반 인구 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제 경험  
 ⇒ 정신건강 문제별 평생 유병률은 알코올 사용장애 11.6%, 니코틴 사용장애 9.5%, 우울장애 7.7%, 불안장애 9.3%로 나타남
- 2021년 사망원인통계에 따른 자살에 의한 사망자 수는 13,352명(인구 10만 명당 자살 사망률은 26.0명)  
 ⇒ 2020년 13,195명(인구 10만 명당 자살 사망률 25.7명)보다 157명 증가함. 10년 간 자살률 추이를 살펴보면, 인구 10만 명당 자살 사망률은 2011년 31.7명에 비해 감소 추세
- OECD 국가 간 연령표준화 자살률과 비교 시 OECD 평균 11.1명에 비해 한국은 23.6명으로 가장 높은 수준임

<자살자 수 및 자살률> (2011~2021)



<OECD 국가 연령표준화 자살률 비교>



| 자료 : 국가정신건강현황 보고서(2021)  
 | \*OECD 평균은 자료 이용이 가능한 38개 국가의 가장 최근자료를 이용하여 계산

1) 보건복지부 국립정신건강센터, 2022. 국가 정신건강현황 보고서 2021

- 정신질환 진단을 받은 사람 중 정신건강서비스 이용 경험이 있는 경우는 12.1%에 불과. 초기 발병 후 치료를 받기까지의 기간은 약 56주 소요
  - ⇒ 국가별 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강 서비스 이용률은 캐나다 46.5%, 미국 43.1%, 호주 34.9%, 일본 20.0%로 대부분 한국보다 높음
  - ⇒ WHO에서 권고하는 초기 발병 후 치료를 받기까지의 기간은 12주로 한국의 56주는 약 11개월 늦음
- 코로나 19 이후 정신건강 지표 더욱 악화
  - ⇒ 코로나19 국민 정신건강 실태조사 결과, 2022년 우울위험군은 16.9%로 코로나19 이전인 2019년 3.2%에 비해서는 5배가 넘으며, 자살생각<sup>2)</sup>률은 12.7%로 2019년 4.6%와 비교하면 3배 가까이 높은 수준

## □ 매년 10월 10일을 ‘정신건강의 날’로 지정

- 세계보건기구(WHO)와 세계정신건강협회(WFMH)는 정신건강에 대한 인식과 관심을 높이기 위하여 매년 10월 10일을 ‘세계정신건강의 날’로 지정
- 한국은 「정신건강복지법」 제14조(정신건강의 날)에 의거하여 정신건강의 중요성을 환기하고 정신질환에 대한 편견해소를 위하여 10월 10일을 ‘정신건강의 날’로 지정
- 2022년 실시한 정신건강 인식 조사 결과 정신질환에 대한 지식은 10년 전과 비교했을 때, 높은 수준으로 유지하고 있는 반면(76.4%→74.9%), 긍정적 인식과 수용적 태도수준은 10년 전보다 큰 폭으로 악화(41.7%→25.2%)<sup>3)</sup>
- 정신건강에 대한 부정적 인식과 편견은 정신건강 어려움이 생겼을 때 정신건강 서비스 이용을 기피하게 하고, 정신질환자의 사회통합을 가로막는 원인으로 작용
  - ⇒ 정신과적 도움을 요청하는 데 장애물로는 ‘기록, 공무원 임용, 보험가입’ 등 제도적 불이익에 대한 염려가 34%, ‘미친 사람, 부정적 인식, 편견’과 같은 사회적 인식이 27.8%로 높게 나타남<sup>4)</sup>
- 선진 국가들은 정신건강에 대한 인식, 정신질환 당사자에 대한 낙인과 편견을 해소하기 위하여 국가 차원의 장기적인 플랜과 과감한 투자를 기반으로 캠페인을 적극적으로 추진
  - ⇒ 영국의 ‘Time to Change’, 미국의 ‘Stamp Out Stigma’, 호주의 ‘Beyond Blue’ 등은 소셜미디어, TV 방송을 포함한 다양한 채널을 활용하며, 운동경기나 교육 등 다양한 방식의 이벤트를 벌임. 특히, 정신건강의 어려움을 겪은 유명인이나 주요 인사가 자신의 회복 경험을 공유하여 공감과 설득력을 높임

2) ‘자살생각’이란 자신의 목숨을 의도적으로 끊는 것과 관련된 생각으로 자살에 대한 의도와 계획을 가지고 있지만 아직 실행에 옮기지 않은 상태를 의미(배지연 외, 2005).

3) 중앙정신건강복지사업지원단, 2023. 정신건강동향, vol. 32.

4) 서화연 외, 2022. 소셜미디어 빅데이터에 나타난 정신과에 대한 인식, 2022년 정신건강 연구 심포지엄 발표자료

## [2] 정신건강정책의 국제적인 방향과 한국의 현황

### □ 병원이나 시설이 아닌 지역사회 기반의 통합적인 접근

- **(패러다임의 전환)** 정신질환에 대한 사회적 개입은 시설 감금과 처벌의 시대를 지나 지역사회 중심의 정신건강으로 전환
  - ⇒ 1950년대 항정신약물이 발견됨에 따라 입원치료를 최소화하고, 자신이 살고 있는 지역사회에서 회복해 나갈 수 있도록 지원. 대부분의 선진 국가들은 입원에 투입하던 막대한 재원을 전환하여 지역사회 기반의 정신건강 시스템 구축
  - ⇒ 이탈리아의 경우 1978년 개혁입법을 통해 종합병원을 제외한 모든 정신병원 폐쇄, 신규 설치 금지. 1980년 약 9만개의 정신과 병상이 2000년까지 약 1만개로 축소
- **(지역사회에서의 회복)** 입원하지 않고도 회복이 가능하기 위해서는 예방, 위기지원, 집중 사례관리, 주거와 고용 등의 통합적인 지원이 이루어져야 함
  - ⇒ 국민 누구나 정신적인 어려움이 있을 때 도움받을 수 있는 정신건강 상담서비스. 영국의 IAPT (Improving Access to Psychological Therapies)는 공공 정신건강 상담 서비스로 불안이나 우울 등을 경험하는 모든 국민에게 상담서비스 제공
  - ⇒ 정신과적 위기 시 신속하게 개입할 수 있는 지역사회 서비스 체계 구축. 뉴욕주는 24시간 운영되는 위기 전화상담, 위기에 처한 개인을 찾아가는 위기대응팀, 24시간에서 10일까지 머물 수 있는 위기안정 거주서비스 등 제공
  - ⇒ 반복적으로 재입원하는 중증 정신질환자에 대해 적극적인 사례관리 제공. 미국의 ACT(Assertive Community Treatment) 사례관리는 다학제적 팀이 1:10의 비율로 약물복용 및 증상관리, 일상생활, 주거 및 고용 등 통합적인 지원을 제공
  - ⇒ 정신질환자에 대한 복지 지원을 일반 사회서비스 부문에서 통합 제공. 장애인을 위한 고용지원 제도를 차별없이 적용하며, 공공주택을 활용한 다양한 형태의 거주서비스 제공
- **(한국의 정신건강 정책)** 여전히 장기입원 중심의 치료가 주를 이루고 있으며, 지역사회 기반의 인프라는 매우 취약
  - ⇒ 정신질환 치료비는 연간 6.5조원으로 매년 증가, 의료급여 재정 중 정신의료 입원 비용이 1위를 차지하며, 정신건강정책 부처의 연간 예산 중 1/3을 정신요양시설에 투입
  - ⇒ 2021년 12월 기준, 퇴원 환자의 재원기간은 평균 127.0일이며 1년 이상 장기 입원환자는 전체의 10.1%(6개월 이상 18.9%). 캐나다 19.1일, 프랑스 25.3일, 이탈리아 14.6일로 대부분의 서구 국가들은 1개월이 넘지 않아, 한국은 3~4배 깊<sup>5)</sup>
  - ⇒ 정신의료기관은 2,038개이나 지역사회 정신건강 기관은 662개소에 불과. 전국 시군구 중 103 지역에 정신재활시설이 1개소도 설치되어 있지 않음

### □ 사람중심(Person-centre) 인권기반(Rights-based)의 회복 모델

- **(UN 장애인권리협약(CRPD))** 2006년 선언 후, 정신질환자도 심리사회적 장애인으로서 동등한 권리를 보장 받음. 한국도 2008년 국회 비준, 2022년 선택의정서 비준으로 정신질환자에 대한 국제적 의무를 가짐

5) 보건복지부, 2022

- (QualityRights(QR)) WHO가 CRPD를 반영한 정신건강 정책 및 서비스의 지침으로 제시. QR은 정신질환자의 인권과 회복을 증진하고, 회복지향의 지역기반 서비스와 지원 체계를 구축하도록 함
  - ⇒ 핵심 가치가 ‘사람중심(person-centre) 인권기반(rights-based)’, 핵심 요소는 법적능력존중, 비강압적 실천, 참여, 지역사회통합, 회복접근
  - ⇒ 정신건강 회복은 단지 정신질환에 대한 의료적 치료에 머무르는 것이 아니라, 일상을 회복하고 의미 있는 사회참여를 할 수 있도록 지원을 하는 것임. 이를 위해 고용, 주거, 평생교육, 문화여가 등의 포괄적인 복지지원이 함께 이루어져야 함
  - ⇒ 특히 공통의 경험을 가지고 회복하고 있는 동료지원가의 역할은 회복의 핵심 요소로 강조. 미국은 공식적인 동료지원가 양성과정을 운영하며 입원에서 지역사회 상담까지 대부분의 정신건강기관에 배치하고 동료지원서비스에 대한 수가지불을 함
- (한국의 현황) 높은 비자의입원율<sup>7)</sup> 인해 지속적으로 인권침해의 비판을 받고 있으며, 동료지원, 위기지원, 주거지원 등의 인권기반 회복지원 서비스는 부재
  - ⇒ 2021년 12월 기준, 정신의료기관 입원환자 중 비자의입원환자 수는 20,299명으로 비자의입원율은 34.8%. 독일 17.1%, 영국 13.5%, 이탈리아 12%로 대부분의 서구 국가들은 15% 내외로 한국은 두배 이상 매우 높음<sup>8)</sup>
  - ⇒ 정신장애인 배제 조항으로 비판받았던 「장애인복지법」 제15조의 개정으로 정신장애인도 여타 장애인과 동등하게 복지서비스 이용이 가능하나, 실질적으로 장애인복지기관에서 정신장애인 대상으로 제공하는 서비스는 거의 부재함
  - ⇒ 동료지원가가 민간 기관을 중심으로 10여년 이상 활동하고 있으나 아직까지 제도화되지 못하여 정식 서비스보다 자원활동 수준으로 이루어짐

### [3] 수원특례시 정신건강 현황

#### □ 높은 정신건강 수요

- 정신질환 유병률을 적용했을 때, 수원시민 중 추정 정신질환자 수는 83,392명으로 지역사회 건강조사 결과 스트레스 인지율과 우울감 경험률은 경기도 평균보다 낮으나, 우울 증상은 높음. 자살률은 경기도보다 다소 높음

<수원특례시 정신질환 일년 유병률 및 추정인구<sup>9)</sup>>

(단위 : %, 명)

구분	남자		여자		전체	
	유병률	추정인구	유병률	추정인구	유병률	추정인구
모든 정신장애	8.9	44,239	8.0	38,721	8.5	83,392
니코틴 사용장애 제외 모든 정신장애	5.2	25,847	7.6	36,785	6.4	62,790
니코틴/알코올 사용장애 제외 모든 정신장애	2.2	10,935	6.6	31,945	4.4	43,168
알코올 사용장애	3.4	16,900	1.8	8,712	2.6	25,508

[자료 : 수원특례시 생애주기별 정신건강복지센터 [http://www.suwonmental.org/sub02/sub01\\_03.asp](http://www.suwonmental.org/sub02/sub01_03.asp)

[※ 각 성별의 유병률로 인구를 추정하여 남녀의 추정인구 합이 차이가 있음

7) ‘비자의입원’이란 자발적 입원(자의입원, 동의입원)유형과 구분되는 입원 형태로 보호입원, 행정입원 등 비자의적 입원유형을 말함

8) 보건복지부, 2022

9) 18~79세 성인 대상 정신질환 조사(2021년 보건복지부, 정신질환 실태조사) 기준으로 수원특례시 성인(18~79세)인구 981,094명 중 정신질환자 수 추정 (1년 유병률 기준)

### <2022년 수원특례시 정신건강 현황>

(단위: %)

구분	스트레스 인지	우울감 경험	우울 증상
경기도	24.6	7.1	3.9
수원특례시	23.3	6.4	4.3
권선구	24.0	7.2	4.8
영통구	21.0	5.6	3.1
장안구	24.3	6.5	4.6
팔달구	25.0	5.8	4.7

| 자료 : 국가통계포털(KOSIS)-지역사회건강조사 DB <https://chs.kdca.go.kr/chs/stats/statsMain.do>

### <2020년, 2021년 연령표준화자살률(인구 10만명 당)>

(단위: 명)

구분	경기도	수원특례시	권선구	영통구	장안구	팔달구
2020년	20.8	21.3	22.9	16.7	22.3	28.2
2021년	20.7	22.6	25.3	16.3	24.3	27.2

| 자료 : 한국생명존중희망재단 <https://kfsp-datazoom.org/korea03.do>

## [4] 수원특례시 정신건강지원 체계

### □ 전국 최초 정신건강수도 비전 선포

- 수원특례시는 1995년 12월 30일 정신보건법이 제정된 이듬해인 1996년 정신보건센터를 설치. 경기도 최초로 지역사회 기반 정신건강 사업 시작
- 2016년 전국 최초로 정신건강수도 비전 선포
  - ⇒ 정신건강 중심 도시환경을 만들고 성숙한 정신건강문화를 형성하며, 시민 모두가 양질의 정신건강 서비스를 받을 권리를 보장한다는 '정신건강 권리장전' 발표

### □ 생애주기별·육구별 전문화된 정신건강 지원체계

- 전국 지방자치단체 중 가장 많은 정신건강복지센터를 운영. 아동·청소년에서 노인까지 생애주기별로, 자살과 중독의 육구별 전문화된 정신건강 체계 구축
  - ⇒ 행복센터는 2014년 개소하여 초기대응, 마음건강 상담 및 교육, 재난심리지원, 디지털정신건강 사업, 인식개선, 지역사회 협력체계 구축 등의 역할 수행
  - ⇒ 아동·청소년센터는 2008년 개소하여 정서와 행동 상의 어려움을 겪고 있는 18세 이하 대상으로 치료 지원, 학습·정서·사회성 향상을 위한 상담 및 집단 프로그램, 예방 및 가족 관계향상 활동 수행
  - ⇒ 성인센터는 1996년 개소하여, 성인 대상 '집중 사례관리 프로그램(ACT)'을 기반으로 정신건강증진과 질환의 예방·치료·재활 지원

- ⇒ 노인센터는 우울, 수면장애, 정신증 등 다양한 노인 정신건강 문제에 대한 지원 뿐만 아니라 ‘금메달 사례관리’를 통해 정신건강을 생활화할 수 있도록 지원
- ⇒ 2001년 개소한 자살예방센터와 2003년 개소한 중독관리통합지원센터는 자살 및 중독에 대한 예방·치료·회복 지원을 통합적으로 수행

## □ 지역사회 재활 인프라 및 정신질환 당사자 활동

- 다양한 유형의 정신재활시설 설치되어 있으나, 수적으로 매우 부족
  - ⇒ 총 14개의 정신재활시설 설치. 공동생활가정이 10개로 가장 많고, 주간재활시설이 1개, 직업재활시설이 2개, 지역사회전환시설이 1개소 설치됨
  - ⇒ 민간 설치로 시설 규모가 작고, 환경이 열악하며, 정신건강 수요 대비 서비스 제공 가능 인원이 매우 제한
  - ⇒ 수원특례시 등록장애 인구를 기준으로, 발달장애인 4,532명 대상 주간보호서비스는 11개소이나, 정신장애인 1,595명 대상 주간재활서비스는 1개소에 불과
- 정신질환 당사자 활동 및 동료지원 실시하나, 제도적 기반 부재
  - ⇒ 수원특례시 정신질환 당사자들은 ‘마음사랑’이라는 자조모임을 2007년부터 운영하고 있으며, 성인 정신건강복지센터에서 공동모금회 지원사업으로 2020년부터 동료지원서비스 제공
  - ⇒ 장애인 단체와는 달리 정신질환 당사자 활동에 대한 정책적 지원은 부재. 민간 후원이나 자발적 기여로 운영되어 지속성과 체계성 부족

## [5] 수원특례시 정신건강의 과제

### □ 수요에 맞는 지역사회 정신건강 체계 강화

- 자살을 비롯한 정신건강의 문제가 전 사회적으로 심각해지고 있으며, 코로나 19 이후 경제상황과 맞물려 더욱 악화될 전망. 이에 효과적으로 대응할 수 있도록 생애주기별 체계화된 시스템을 양적·질적으로 강화
  - ⇒ 수원시성인정신건강복지센터에서 실시하고 있는 적극적인 사례관리 체계를 구별 전담팀으로 확대 구성하여, 수원새빛돌봄 사업 및 공공 통합사례관리와 유기적으로 연계
  - ⇒ 자살예방센터 및 중독관리통합지원센터의 인력을 1:20이하의 사례관리 비율로 확대함으로써 서비스 질 확보
- 학교·사업장·복지기관 등 다양한 분야의 정신건강 대응 역량 강화
  - ⇒ 정신건강 문제는 생애주기별 다양한 영역에서 발생하며, 통합된 체계 안에서 정신건강 지원을 확대해야함
  - ⇒ 학교 상담기관, 고용센터, 감정노동 사업장, 폭력 피해자 지원 기관, 공공 사례관리 등의 실무자들이 정신건강 문제를 조기에 발견 및 효과적으로 지원할 수 있도록 역량 강화

## □ 지역사회 기반 회복지원 서비스 확대

- 수원특례시는 기본적인 정신건강 시스템은 비교적 잘 갖추고 있으나 ‘인권기반 회복지원’이라는 정신 건강 정책의 국제적 흐름에 맞는 변화는 부족. 증상이 치료가 되더라도 일상 회복이 함께 이루어지지 않으면 재발의 악순환 가능성 큼. 의미있는 사회참여를 위한 주거 및 고용 등 실질적인 복지지원 서비스 확대 필요
  - ⇒ 정신재활시설 특히, 주간재활시설 및 직업재활시설을 확충하여 개인별 지원 서비스를 강화. 서울시 정신건강통합지원센터와 같은 공공형 정신재활시설 설치
  - ⇒ 주거시설이 아닌 체험홈, 자립생활주택, 지원주택 등 다양한 형태의 주거지원 서비스 실시
  - ⇒ 장애인복지관, 장애인직업재활시설 등에서 정신장애인을 위한 서비스 개발 및 확대

## □ 정신질환 당사자 활동 확대

- 회복 패러다임에서는 정신질환 당사자의 참여를 강조함. 정신질환으로부터 회복경험을 토대로 다른 정신질환자를 돕고, 지역사회 인식개선에도 효과적인 역할 수행 가능
  - ⇒ 동료지원은 공통의 경험을 토대로 전문가가 제공할 수 없는 고유한 역할 수행 가능. 양성된 동료 지원가들이 안정적으로 서비스를 제공할 수 있는 동료지원 일자리 사업 실시. 국립정신건강센터, 서울/인천 정신건강복지센터에서와 같이 동료지원가를 정신건강 기관에 배치하여 적정 급여 지급
  - ⇒ 정신질환 당사자들의 문화예술 활동을 활성화하여 지역사회 인식개선. 자조활동 및 네트워크를 통해 역량강화

## □ 정신건강 실무자들의 권익보호

- 정신건강 실무자들은 과중한 업무부담 뿐만 아니라 다양한 위기상황에 노출됨으로 많은 스트레스와 소진을 경험하며 이는 높은 이직률로 이어짐. 정신건강 실무자의 80.6%가 폭력을 경험하며, 83.1%가 고용불안을 느낌<sup>10)</sup>
  - ⇒ 정신건강 실무자들의 안전한 근무환경을 보장하기 위해 방문서비스 2인 1조 원칙 준수, 안전사고에 대한 법적 보호 및 보상 규정 마련 등 필요
  - ⇒ 사망이나 상해 등 위기상황으로 인해 심리적 어려움을 겪는 정신건강 실무자들을 위한 소진 예방 및 심리지원 사업 실시

10) 이상훈, 2020. 정신건강인력의 현황과 과제. 보건복지포럼, 43-54.