

# 농·어촌 정신건강증진 정책현황과 과제<sup>1)</sup>

Policy Measures for the Improvement  
of Rural Mental Health

김동진

한국보건사회연구원 부연구위원

농·어촌 지역 주민의 정신건강 현황과 정신건강서비스 제공 현황을 도시지역과 비교하여 살펴 본 결과, 농·어촌 지역에서는 전반적으로 우울 수준이 높게 나타났고, 자살에 대한 인식이나 태도 또한 도시지역과는 다른 양상으로 나타나고 있었다. 그러나 농·어촌 지역에 배치된 정신건강증진 서비스 인력이나 시설 등의 인프라는 도시 지역에 비해 낮은 수준이었다. 농·어촌 지역의 정신건강 문제 해결을 위해서는 취약한 정신건강서비스 제공 인프라에 대한 보완이 반드시 필요하며, 도시와는 차별화 된 농·어촌 인지적인 정신건강 정책이 마련될 필요가 있다.

## 1. 들어가며

우리나라 성인 인구의 약 25%는 평생 동안 한 번 이상 정신 장애를 앓은 적이 있는 것으로 보고 되고 있다. 정신질환실태 역학조사에 따르면 우리나라 성인의 27.6%가 평생 동안, 16.0%가 지

난 1년간 한 번 이상 정신 장애를 앓은 적이 있는 것으로 나타났다<sup>2)</sup>. 또한, 2013년 한국인 자살률은 인구 10만명당 29.1명으로 OECD국가 평균 자살률(12.0명)의 2.4배이다<sup>3)</sup>. 특히, 우리나라는 9년 연속 OECD 자살률 1위를 기록하고 있어 정신건강 문제로 인한 사회적 비용이 심각한 수준

1) 본 원고는 「농·어촌 정신보건서비스 실태와 개선방안: 자살, 우울을 중심으로」(김동진 등, 2014)를 기초로 보완된 것임.

2) 조맹제 외(2011), 정신질환실태 역학조사. 보건복지부·서울대학교 의과대학, p.73.

3) OECD(2015), OECD Health Data 2015.

이다.

우리나라 자살문제와 관련한 큰 특징 중의 하나는 연령에 따른 자살사망률의 격차가 크게 차이나 나타나는 것이며, 그 중에서도 65세 이상 노인의 자살사망률이 문제가 되고 있다. 통계청(2014)<sup>4)</sup>에 따르면 65세 이상 노인의 자살사망률은 인구 10만 명당 64.2명으로 나타나고 있는데, 65-69세의 자살사망률이 인구 10만 명당 42.2명인데 반해, 80세 이상의 자살사망률은 인구 10만 명당 94.7명으로 훨씬 더 높게 나타나고 있다.

자살과 관련된 연령별 격차는 지역별로 비교하였을 때, 더 뚜렷한 차이를 볼 수 있다. 보건복지부(2013)<sup>5)</sup> 자료에 의하면 지역 연령별로 자살 시도자를 구분하였을 때, 도시는 자살시도자 중 60대 이상이 차지하는 비율이 14.1%이었으나, 농촌은 45.3%로 나타나 농촌에서의 고령 자살시도자의 비율이 훨씬 높게 나타났다.

또한, 농촌경제연구원의 분석결과에 따르면, 농촌(군 지역)의 노인자살률 평균은 인구 10만 명당 78.8명(2012년 기준)으로 도시지역의 노인자살률 평균 70.4명에 비해 인구 10만 명당 8.4명 많은 것으로 나타났다<sup>6)</sup>. 이러한 격차는 일부 군 지역에서의 높은 노인자살률로 인한 효과가 반영된 것이긴 하지만, 그럼에도 전체적으로 노

인자살률에서의 도농간 격차가 적지 않은 수준임을 나타내고 있다.

한편으로 농촌은 도시에 비해 인구학적, 사회경제적인 취약성이 두드러지고, 보건복지 자원 또한 부족한 상태에 놓여 있다. 응급의료나 산과 의료 등의 의료취약지가 주로 농·어촌 지역에 밀집된 것과 마찬가지로 농·어촌 지역의 정신보건 관련 인프라 또한 도시 지역에 비해 접근성이 현저히 낮은 수준이며, 이로 인해 도농간 정신보건 수준의 격차는 더 크게 벌어질 가능성이 있다.

이러한 배경하에서 본 글은 농·어촌 지역의 정신건강 수준과 정신건강증진을 위한 서비스 제공 수준을 도시와 비교하여 살펴보고, 이를 바탕으로 농·어촌 지역 주민의 정신건강증진을 위한 정책 과제를 도출해 보고자 한다.

## 2. 농·어촌 지역 주민의 정신건강 현황

### 가. 농·어촌 지역 주민의 우울증 고위험군 비율

김동진 등(2015)<sup>7)</sup>의 연구에서 한국복지패널 자료를 이용하여 분석한 결과에 따르면, 농촌의 우울증 고위험군<sup>8)</sup> 비율은 2008년부터 2011년

4) 통계청(2014), 2014 고령자통계.

5) 보건복지부(2013), 자살실태조사 요약보고서

6) 조미형 등(2013), 농어업인 삶의 질 향상 위원회 전문지기관 업무위탁: 농·어촌 영향평가 전문평가, 농림축산식품부·한국농촌경제연구원, p.53.

7) 김동진 외(2015), 농·어촌 정신보건서비스 실태와 개선방안, 한국보건사회연구원·한국농촌경제연구원.

8) 우울은 CES-D11(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)로 측정되었으며, 지난 일주일간 경험한 우울 증상에 대해 응답하도록 하는 11개 응답항목에서 각각 '극히 드물다'는 0점, '가끔 있었다'는 1점, '종종 있었다'는 2점, '대부분 그랬다'는 3점으로 점수화하여, 16점 미만일 경우 정상군으로, 16점 이상일 경우는 고위험군으로 분류되었음.

까지는 낮아지다가 이후 다시 증가하고 있었으며, 각 연도별로 도시에 비해 높은 수준을 보이고 있었다. 특히 2011년부터는 도시의 우울증 고위험군과 농촌의 비율간의 격차가 점점 커지고 있었다.

우울증 고위험군 비율의 도시와 농촌 간 차이는 고위험군 비율뿐만 아니라 전체적인 CES-D11 평균 점수에서도 나타나서, 지역별 CES-D11 평균 점수는 도시에 비해 농촌지역이 높았고, 지역별 차이도 유의한 것으로 분석되었다.

도시와 농촌 간의 우울증 고위험군 비율에 대한 격차를 성별, 연령별로 나누어 살펴보면 성별에서는 남성의 경우 지역적 차이가 나타나지 않았으나, 여성은 상대적으로 도시와 농촌 간의 차

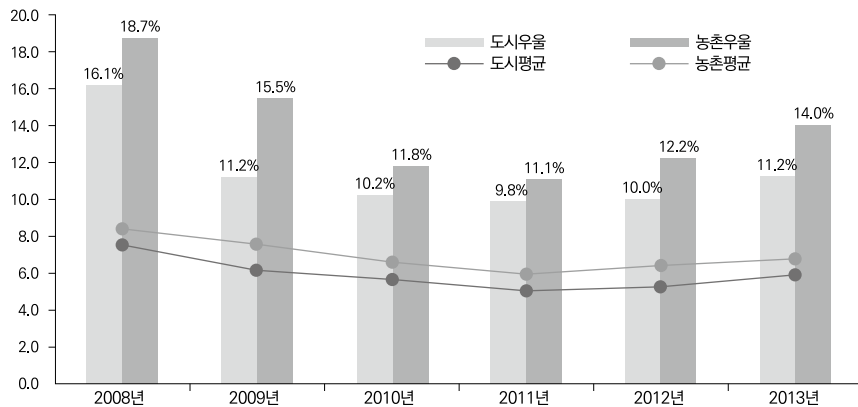
이가 크게 나타났다. 남성은 도시에 비해 농촌지역에서 우울증 고위험군 비율이 높았지만, 지역적 차이는 유의하지 않았다. 반면에 여성은 도시보다는 농촌지역에서 고위험군 비율이 높았으며, 지역 간 차이도 통계적으로 의미 있는 것으로 나타났다.

연령별로는 지역별로 일관된 차이가 나타나지 않는 것으로 나타났다. 15-54세까지는 도시 거주 인구집단에서의 고위험군 비율이 높았던 반면, 55세 이상 중고령층에서는 도시에 비해 농촌 거주 인구집단에서의 고위험군 비율이 높았다.

### 나. 농·어촌 주민의 자살에 대한 태도

안용민 등(2014)<sup>9)</sup>은 2013년 자살실태조사에

그림 1. 도시와 농촌의 우울증 고위험군 격차



주: 1) 각년도별 횡단가중치를 적용하여 분석한 결과임.

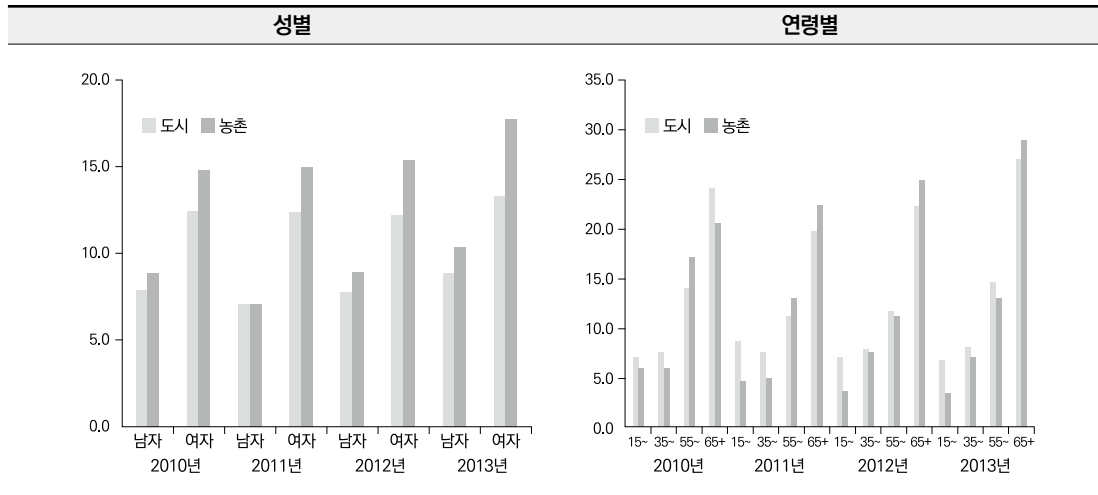
2) 우울정도는 CES-D11(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)로 측정하였으며, CES-D11 점수가 16점 이상인 경우를 우울로 정의하였음.

3) 그림에서 도시평균과 농촌평균은 CES-D11의 지역 평균 점수를 말함.

자료: 김동진 등(2015). 한국복지패널 각년도.

9) 안용민 외(2014), 2013 자살실태조사 결과를 참고하였음.

그림 2. 성별·연령별 도시와 농촌의 우울증 고위험군 비율 격차



주: 1) 각년도별 횡단가중치를 적용하여 분석한 결과임.  
 2) CES-D11 점수가 16점 이상인 경우를 우울로 정의하였음.  
 자료: 김동진 등(2015). 한국복지패널 각년도.

서 자살에 대한 태도를 묻는 설문을 진행하고 설문에 포함된 37개의 문항을 10개의 요인으로 나누어 분석을 실시하였다<sup>10)</sup>. 이에 따르면 자살에 대한 태도와 관련이 있는 각 요인들이 도시와 농촌에서 차이를 보이고 있는 것으로 나타났다.

특히 농촌지역 응답자의 경우 자살에 대한 수용적 태도와 자살에 대한 거부적 태도가 동시에 높았고, 자살에 대한 금기적 태도와 자살에 대한 보편화 경향이 동시에 높게 나타나는 등 상반적 태도를 보이고 있었다. 또한, 자살에 대한 인식이 나 자살예방 가능성에 대한 태도는 도시에 비해 낮은 것으로 나타났고, 자살이 스스로 결정할 수

있는 합리적인 선택이 될 수 있다는 태도 또한 도시에 비해 높은 것으로 나타났다.

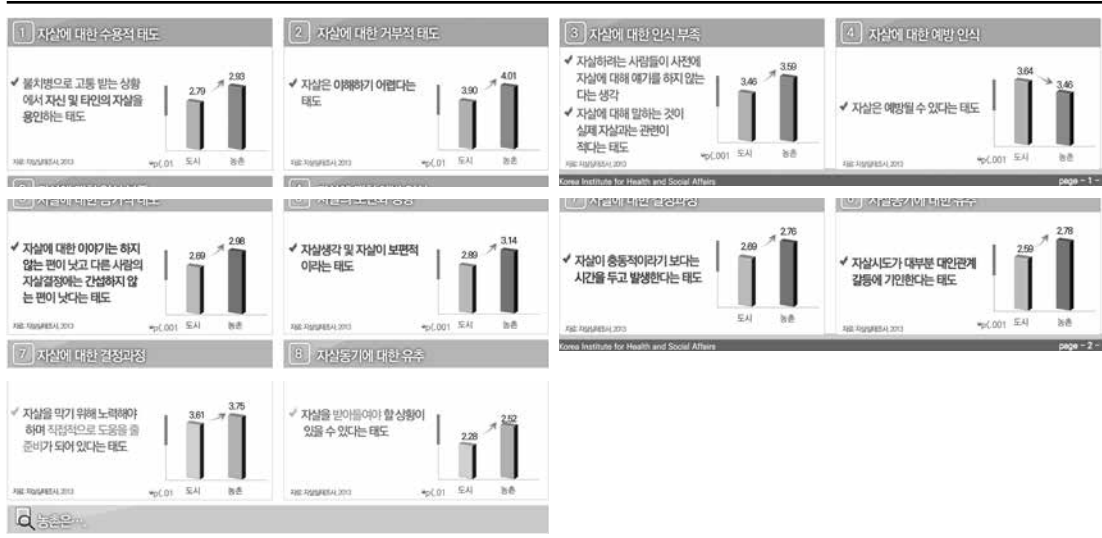
이와 같이 농촌지역에서는 자살에 대한 인식, 자살에 대한 예방 인식 등이 도시에 비해 부족한 것으로 보이며, 전반적으로 자살은 예방할 수 있다는 인식개선이 필요한 것으로 판단된다. 또한 자살이 합리적인 선택이 될 수 있다고 생각하는 고위험군에 대한 중재적 개입이 필요할 것으로 생각된다.

#### 다. 농·어촌 자살률

2000~2011년 통계청 사망원인 통계에 따른

10) 자살에 대한 태도를 조사하기 위해 Attitudes Towards Suicide(ATTS) 도구를 이용하였음. ATTS는 Renberg와 Jacobsson(2003)이 스웨덴에서 두 개의 대규모 전집을 통해 개발한 자살태도를 측정하는 질문지이며, 초기에는 20문항 버전으로 개발되었으나 최근에는 37문항 버전이 널리 사용되고 있음. 안용민 등(2014)은 ATTS-37을 Renberg와 Jacobsson(2003)의 분류에 따라 10개 요인으로 나누어 분석하였음.

그림 3. 도시와 농촌 간 자살에 대한 태도



자료: 안용민 외(2014), 2013 자살실태조사, 조사결과표 재구성.

면 전국에서 자살률이 가장 높은 지역은 강원도 (남자 52.8명, 여자 41.5명)인 것으로 나타났으며, 가장 낮은 지역은 서울인 것으로 나타났는데, 전반적으로 도시 지역에 비해, 농촌지역에서 자살률이 높았다.

도시와 농촌 간의 자살률 격차를 좀 더 세부적으로 살펴보기 위해 전국을 시·군·구별로 구분하여 2000년과 2011년 각각의 자살률 변화를 확인하였다. 그 결과 2000년에서 2011년까지 10만 명당 자살자 수가 25명 이상 증가한 지역들은 남자와 여자 모두 대부분 군 지역인 것으로 나타났다.

인구 10만 명당 자살률이 25~30명이 증가한 지역이 대도시에서는 한 곳에 불과하였지만, 중소도시에서는 남자의 경우에만 다섯 곳, 군 지역에서는 남자의 경우 여덟 곳, 여자의 경우 두 곳

인 것으로 나타났다. 자살률이 인구 10만 명당 30~40명 증가한 지역은 대도시 한 곳, 중소도시 다섯 곳, 군 지역은 남자 아홉 곳, 여자 두 곳인 것으로 나타났으며, 40명 이상 증가한 지역들은 대도시와 중소도시에는 없었고, 군 지역에서만 남자 열 곳, 여자 세 곳으로 나타났다.

이처럼 2000년 이후 자살률 증가지역을 대도시, 중소도시, 군 지역으로 지역을 세분화 하였을 경우 농·어촌 지역의 자살문제의 심각성과 정신건강증진 서비스의 필요성은 더욱 잘 드러났다.

### 3. 농·어촌 정신건강증진 서비스 공급 현황

#### 가. 농·어촌의 정신보건기관 분포 현황

정신건강증진서비스를 제공하는 정신보건기

관에는 대표적으로 정신건강증진센터, 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설, 중독관리통합지원센터 등이 있다. 이들 정신보건기관의 분포를 대도시, 중소도시, 군 지역으로 구분하여 연도별 설치 현황을 살펴본 결과는 <표 1>과 같다.

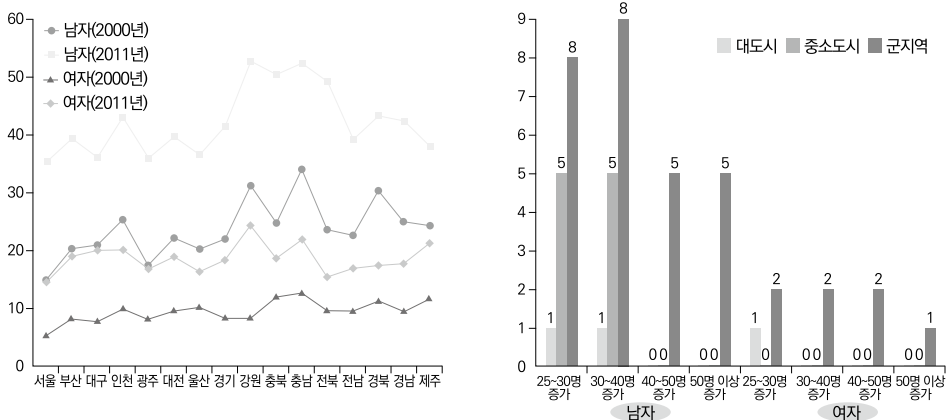
2011년의 경우 정신의료기관의 52.5%, 정신요양시설의 26.9%, 사회복지시설의 57.2%, 정신건강증진센터의 37.8%, 중독관리통합지원센터의 51.4%가 대도시에 분포하고 있었던 반면, 군 지역에는 정신의료기관의 5.8%, 정신요양시설의 30.8%, 사회복지시설의 10.5%, 정신건강증진센터<sup>11)</sup>는 한 개소도 설치되어 있지 않았다.

이러한 사정은 2014년에도 크게 달라지지 않아서 대도시 지역의 경우 2011년에 비해 2014

년도에는 중독관리통합지원센터를 제외한 나머지 모든 종류의 정신보건기관 분포가 증가하였으나, 군 지역에서는 정신건강증진센터가 13개소 추가된 것 외에 다른 정신보건기관의 숫자는 오히려 감소하였다.

정신건강증진센터의 경우 정신보건법상 시·군·구 단위로 설치할 수 있게 되는 표준형 정신보건센터와 광역·시·도 단위로 설치할 수 있는 광역형 정신보건센터로 구분할 수 있는데, 표준형 센터가 설치되지 않은 군 지역은 38개 군에 이르며, 광역형 센터도 17개 시도에 모두 설치된 것은 아니다. 중독관리통합지원센터의 경우에도 관련 법상 인구 20만 명 당 1개소를 설치할 수 있게 함에 따라 주로 대도시 위주로 설치가 되어 있으며, 상대적으로 인구수가 적은 군 지역에는

그림 4. 시·도·별 성별 자살률 및 지역별 자살률 증가 현황(인구 10만 명당)



자료 : 이상영 외(2012)재구성. 사망원인통계, 통계청.

11) 2011년 당시의 명칭은 알코올상담센터였음.

설치되지 않아 군 지역에 거주하는 주민들의 접근성에 문제가 발생할 수밖에 없는 구조이다.

**나. 지역별 정신건강증진사업 수행 현황**

1) 정신건강증진사업 수행 인력 현황

지역별로 보건소 내 정신건강증진사업을 수행

하는 인력 평균 현황은 상임인력을 기준으로 대도시 8.8명, 중소도시 6.9명, 군 지역 3.0명으로 대도시와 군지역의 사업인력의 격차가 큰 것으로 나타났다. 특히 정신보건전문간호사, 정신보건전문사회복지사, 정신보건전문임상심리사 등 정신보건전문요원의 경우 대도시에는 6.8명, 중소도시에는 4.2명이 배치되어 있는 반면, 군 지

**표 1. 지역별 정신보건기관 현황 변화**

(단위: 개소, %)

구분	대도시		중소도시		군지역		전체	
	2011년	2014년	2011년	2014년	2011년	2014년	2011년	2014년
정신의료기관	645 (52.2)	706 (54.1)	518 (41.9)	532 (40.8)	72 (5.8)	67 (5.1)	1,235 (100.0)	1,305 (100.0)
정신요양시설	14 (26.9)	21 (36.2)	22 (42.3)	29 (50.0)	16 (30.8)	8 (13.8)	52 (100.0)	58 (100.0)
사회복귀시설	131 (57.2)	177 (58.4)	74 (32.3)	106 (35.0)	24 (10.5)	20 (6.6)	229 (100.0)	303 (100.0)
정신건강증진센터	59 (37.6)	80 (43.5)	71 (45.2)	64 (34.8)	27 (17.2)	40 (21.7)	157 (100.0)	184 (100.0)
중독관리통합지원센터	18 (51.4)	25 (50.0)	17 (48.6)	25 (50.0)	- (0.0)	- (0.0)	35 (100.0)	50 (100.0)

주: 1) 2014년도 자료는 중앙정신보건사업지원단(2015) "정신보건시설 목록"에 제시된 정신보건기관 현황 전체를 지역에 따라 분류하여 사용하였음.  
2) 2011년도 자료는 조미형 외(2013)를 인용하였음.

역에는 1.0명 정도만이 배치되어 있어 대도시에 비해 군 지역에서의 전문 인력이 특히 부족한 것으로 나타났다.

2) 정신건강증진사업 예산 집행 형태

2012년 지역사회 정신보건사업 현황조사 자

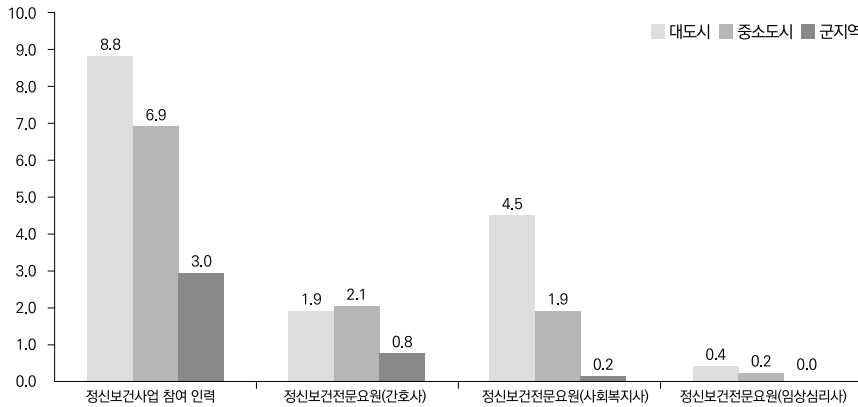
료를 활용하여 정신건강증진사업 예산 집행 현황을 보건소 직접 집행, 협력기관 부분 집행, 협력기관 전액 집행으로 구분하여 대도시, 중소도시, 군 지역에서의 예산 집행 형태별로 비율을 구한 결과는 <표 2>와 같다<sup>12)</sup>.

정신건강증진사업 예산 집행 형태가 대도시

12) 조미형 외(2013). 앞의 책, p.59.

그림 5. 지역별 정신건강증진사업 인력 현황

(단위: 명)



주: 정신보건사업인력은 상임인력을 기준으로 함.  
 자료: 조미형 외(2013) 재인용. 2012년 지역사회 정신보건사업 현황 조사.

표 2. 정신보건사업 예산 집행 현황(2012년 말 기준)

(단위: 개소, %)

구분	대도시	중소도시	군 지역
보건소 직접 집행	12(17.9)	29(35.4)	70(83.3)
협력기관 부분 집행	1(1.5)	5(6.1)	2(2.4)
협력기관 전액 집행	54(80.6)	48(58.5)	12(14.3)
계	67(100.0)	82(100.0)	84(100.0)

자료: 조미형 외(2013) 재인용. 2012년 지역사회 정신보건사업현황 조사.

서는 협력기관에서 전액 집행하는 비율이 80.6%에 이르고, 중소도시에서도 58.5%를 차지하였지만, 군 지역에서는 14.3%에 불과하였다. 보건소에서 직접 집행하는 경우는 대도시에서는 17.9%에 그친 반면 군 지역에서는 83.3%로 나타나 대도시와 군 지역 간 예산 집행 형태가 정반대로 나타나고 있음을 볼 수 있다. 이는 정신보건사업은

협력해서 수행할 수 있는 민간기관이 농·어촌 지역에서 특히 부족한 데에 기인하는 것으로 유추해볼 수 있다.

### 3) 정신건강증진사업 프로그램 내용

‘2012년 지역사회 정신보건사업 현황조사’ 결과에 따르면 군 지역 정신보건기관 사업은 대도



시에 비해 프로그램이 과도하게 치매사업에 편중되어 있는 것이 특징이다. 군 지역에서는 대도시나 중소도시에 비해 치매사업을 운영하는 지자체가 많았던 반면, 아동청소년 정신보건사업의 운영률은 대도시나 중소도시에 비해 낮았다. 특히, 농·어촌의 높은 자살률 등을 감안한다면 전체 인구집단을 대상으로 한 자살예방사업이나

정신건강증진사업이 반드시 필요할 것으로 생각되나 관련 사업 수행률은 대도시나 중소도시에 비해 낮았다.<sup>13)</sup>

2013년도 지역별 정신건강증진센터 평가결과에 따르면 군 지역 센터의 지표 충족률은 대도시나 중소도시에 비해 모든 분야에서 낮은 것으로 나타났고, 특히 지역사회자원의 활용 및 연계체

표 3. 지역별 정신보건 세부사업별 운영 현황(2012말 기준)

(단위: 개소, %)

	지자체 수	아동 청소년 정신보건사업	치매 사업	자활사업 재활 프로그램	노숙자 정신보건 사업	공동 모금회 지원사업	자살예방 사업	기타
대도시	69	79.7	11.6	2.9	1.4	7.2	8.7	21.7
중소도시	83	79.5	31.3	14.5	2.4	2.4	15.9	13.4
군 지역	84	57.1	69.9	15.7	0.0	0.0	4.9	8.5

주: 자활사업재활프로그램은 2011년말 지원 종료  
 자료: 조미형 외(2013) 재인용, 2012년 지역사회 정신보건사업현황조사.

계, 위기관리 및 응급대응체계의 적절성, 생애주기별 정신건강증진 사업체계의 적절성, 사회재활지원체계의 적절성 지표는 대도시나 중소도시에 비해 크게 저조한 것으로 나타났다.

이는 군 지역의 정신건강증진사업 수행과 관련된 자원과 인력 등 인프라 부족 및 관련 프로그램 부족 등이 그대로 사업성으로 나타난 것으로 유추해 볼 수 있다.

#### 4. 농·어촌 정신건강증진 서비스 수준 제고를 위한 정책방향과 과제

앞에서 농·어촌 지역 주민의 정신건강 현황과 정신건강서비스 제공 현황을 도시지역과 비교하여 살펴 본 결과, 농·어촌 지역에서는 전반적으로 우울증 고위험군 비율이 높게 나타났으며, 자살에 대한 인식이나 태도 또한 도시지역과는 다른 양상으로 나타나고 있었다. 특히 2000년 이후의 자살 급증 지역은 시나 구보다는 군 지역 위

13) 조미형 외(2013), 앞의 책, p.60.

표 4. 기초정신건강증진센터 평가 결과: 지표 충족 비율

(단위: %)

		대도시 (38개소)	중소도시 (77개소)	군 지역 (34개소)
사업계획 수립	목표의 적절성	42.1	42.9	38.2
	활동전략의 적절성	63.2	48.1	47.1
	자체평가방안의 적절성	52.6	51.9	26.5
지역사회 협력	지역사회자원의 활용(연계체계)	57.9	46.8	32.4
정신보건 사업체계 구축	신규 환자 발견체계의 적절성	55.3	46.8	50.0
	사례관리 운영체계의 적절성	55.3	32.5	35.3
	위기관리 및 응급대응체계의 적절성	60.5	63.6	35.3
	생애주기별 정신건강증진 사업체계의 적절성	50.0	57.1	38.2
	지역특성을 반영한 특성화 사업 및 프로그램 수행	36.8	41.6	35.3
	사회재활지원체계의 적절성	71.1	32.5	20.6

자료: 조미형 외(2013), 농어업인 삶의 질 향상 위원회 전문지기관 업무위탁: 농·어촌 영향평가 전문평가, 농림축산식품부·한국농촌경제연구원 재인용.

주로 나타나고 있었다.

그렇기 때문에 군 지역을 중심으로 한 농·어촌 정신건강증진 서비스는 도시지역보다 한층 더 강화될 필요성이 있으나, 군 지역에 배치된 정신건강증진 서비스 인력이나 시설 등의 양적 인프라는 물론, 서비스 제공의 질적 수준 또한 도시 지역에 비해 높지 않은 수준이었다.

여기에서는 이러한 현재의 상황을 바탕으로 향후 농·어촌 정신건강서비스의 수준을 제고시키기 위한 정책 방향과 추진 과제들을 살펴보고자 한다.

#### 가. 정책방향

##### 1) 지역특성에 맞는 사업 및 사업 운영 체계 다양화

우리나라 자살률은 도시에서는 청·중년집단에 서, 농·어촌에서는 노인집단에서 특히 높은 경향

이 나타나고 있기 때문에 정신건강 문제에 대해 효과적으로 접근하기 위해서는 생애주기별 특성과 지역적 특성을 동시에 고려할 필요가 있다.

사업수행 시에도 활용할 수 있는 정신건강 관련 가용 자원의 수준이 지역별로 서로 다르므로 전국의 모든 지자체에서 동일한 사업목표를 갖고 비슷한 사업을 동시에 수행하는 것은 바람직한 사업수행 방향이라고 볼 수 없으며, 지역사회 진단을 통해 지자체별로 특화 사업을 개발하여 수행할 수 있는 기전을 마련해야 할 필요가 있다.

지자체별로 정신건강 문제 해결을 위해 활용할 수 있는 자원 보유 여부에 따라 수행할 수 있는 사업을 다양하게 개발하고, 사업운영체계 또한 도시와는 다른 농·어촌 특성을 반영하여 모델화할 필요가 있다.

이를 위해서는 관련 지침을 마련하여 지자체에서 활용할 수 있도록 하고, 예산배분이나 평가

체계 등을 변경하여 지자체별 특성화 사업을 실시할 수 있는 정책 환경을 조성할 필요가 있다.

## 2) 정신건강증진사업 인프라 및 자원 배분 강화

정신건강증진센터 설치가 지역사회 정신건강 문제 해결을 위한 최우선 과제가 아닐 수도 있지만, 지역사회 내에서 정신건강 문제 해결을 위한 컨트롤타워 역할을 수행할 수 있는 전문기관은 설치될 필요가 있다.

정신건강증진센터는 현재 표준형과 광역형으로 구분하여 기초지자체와 광역지자체에 각각 설치할 수 있게 되어 있는데, 2014년 말 현재 기초지자체에 195개소, 광역지자체에 13개소가 설치되어 있을 뿐이다. 정신건강증진센터가 모든 지자체에 설치되지 않은 이유는 인력과 재정문제가 가장 크다고 할 수 있다. 정신건강증진센터의 설치 재원은 국비와 지방비 매칭으로, 재정자주도가 낮은 지자체에서는 센터 설치가 경제적 부담으로 작용한다. 센터가 설치된 곳 또한 센터 운영비 예산이 인건비와 사업비 구분없이 배분되어, 숙련된 인력이 오랫동안 근무할 경우 인건비 상승으로 인해 사업예산에 영향을 주는 불합리한 측면이 있다.

이러한 문제를 해결하기 위해서는 중앙에서 관련 예산 배분 시 농·어촌 인지적인 예산 배분을 할 필요가 있다. 즉, 농·어촌 지역과 같이 노인, 저소득가구, 다문화 등 취약가구 등의 비율이 높은 지역일수록 관련 자원 배분에 우선순위를 두어야 할 필요가 있다.

## 3) 광역시도의 역할 강화

기초 지자체에서 정신건강증진사업을 수행하는 현장 인력들이 가장 많이 호소하는 어려움 중의 하나는 사업 수행 시 환자를 연계할 수 있는 정신보건기관의 부족이다. 이 경우 인접한 몇 개 지자체가 서로 연계하여 사업 수행체계를 공동으로 구성하면 인력, 시설 등 자원에 대한 접근성 개선에 도움이 될 수 있다.

이 과정에서 광역시도가 적극적으로 참여하여 컨트롤타워 역할을 수행하는 것이 바람직하며, 광역 정신보건센터 등에서 이러한 역할을 담당할 수 있다.

## 4) 부처별 연계체계 확립

자살에 대한 사회적 인식증가로 여러 공공 및 민간단체별로 개별적 노력이 진행되고 있으나, 현재 이를 체계적·통합적으로 관리할 수 있는 기전이 부재한 상태이다.

일본의 경우 자살문제 해결을 위한 기본계획을 추진할 당시 컨트롤 타워를 주무부처인 후생노동성이 아닌 내각부에 설치함으로써 자살 문제 해결에 대한 의지를 나타냈었고, 내각부를 중심으로 전 부처가 자살예방 대책추진에 참여함으로써 자살자 감소에 기여한 사례가 있다.

아울러, 중독 치료와 재활의 경우 관련 사업 부처가 산재되어 있는데 정책 협조체계가 긴밀하지 않아 정책추진에 어려움이 있다. 알코올 중독은 보건복지부, 마약 중독은 식품의약품안전청, 도박 중독은 문화체육관광부, 인터넷 중독은 안전

행정부, 문화체육관광부, 여성가족부로 분담하고 있는데, 각 부처는 해당 인구집단을 대상으로 개별적인 사업을 운영하고 있고, 주관부서인 보건복지부와 교류 및 연계가 효율적으로 이루어지지 않고 있는 현실이다.

#### 5) 정책의 효과성 규명 및 근거 기반 정책 수립

그동안 우리 사회에서는 자살원인에 대해 체계적으로 규명하기보다는 대책 마련과 시행에만 중점을 두고 있었다. 이는 자살문제의 시급성 차원에서 일면 수궁이 가지만 자살예방 선진국들이 장기간의 원인조사와 그에 근거한 대책을 개발해 왔음을 감안할 때 우리도 자살문제에 작동하는 기제를 보다 면밀히 파악해 보려는 노력이 필요하다.<sup>14)</sup>

실제로, 2010년까지 증가하던 노인자살률이 2012년에 다소 감소하였는데, 그 이유로 2012년 12월부터 그라목손의 생산과 유통이 전면 중단된 것이 영향을 미친 것으로 알려졌을 뿐<sup>15)</sup>, 그 외에 어떤 이유에 의해 자살률이 감소되었는지 파악하지 못하고 있다.<sup>16)</sup>

투입된 예산과 자원의 효율성을 높이기 위해서는 근거에 기반한 정책을 마련하고 그 정책 시행 후에는 효과성에 대한 모니터링을 수행하여 농·어촌지역에 민감도 높은 정책을 선별하여 수

행할 필요가 있다.

### 나. 정책과제

#### 1) 농·어촌 정신건강서비스 측면

농·어촌 지역 주민들을 대상으로 정신건강서비스 측면에서의 접근성을 높이고, 보다 수준 높은 서비스를 제공하기 위해 다음과 같은 내용들을 고려해 볼 수 있다.

첫째, 정신건강서비스에 대한 접근성을 높이고, 서비스에 대한 사각지대를 해소할 필요가 있다. 현재 서비스 제공 인력 부족 등의 이유로 경로당, 마을회관 등 주로 집단을 대상으로 프로그램을 제공하다 보니 재가에 있는 고위험자들은 정신건강증진 프로그램에 노출되지 않고 있다. 이를 개선하기 위하여 지역사회 내 가정방문 형식의 서비스를 제공하는 보건이나 복지부문의 인력 등을 활용하여 재가노인을 대상으로 한 정신건강 서비스 접근성을 용이하게 할 필요가 있다.

둘째, 생애주기별 정신건강증진 프로그램을 강화하고, 위기가구에 대해서는 가구단위로 정신건강 프로그램을 제공하여야 한다. 현재 농·어촌 위기가구의 경우 가구원 전체가 정신건강 문제를 가지고 있는 사례가 많으므로, 가구단위의 접근 방식을 취할 필요가 있다.

셋째, 농촌에는 노인인구의 비율이 높기 때문

14) 최명민 외(2015), 한국농촌지역 자살에 대한 심리부검연구, Korean Journal of Social Welfare, Vol. 67, No. 1, 2015. 2, pp. 55-81.

15) 통계청에 의하면 2012년 그라목손이 포함된 중독자살이 477명 감소(머니투데이 2013.9.25.일자)

16) 조미형 외(2013), 앞의 책, p.54.

17) 박경희(2005), 노인복지관을 이용하는 노인들의 성공적 노후에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.

에 노인을 대상으로 하는 정신건강서비스가 강화되어야 한다. 사회참여활동을 통한 사회적 지지지는 노인의 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있으므로, 사회참여와 사회적 지지 강화 활동을 적극 활용한 프로그램을 개발할 필요가 있다. 또한, 신체건강관리와 정신건강관리 사업을 별개로 제공할 것이 아니라, 질병의 예방·관리, 신체와 정신의 기능 유지, 적극적인 사회참여가 연계되어 사업이 유기적으로 진행될 필요가 있다.

아울러 군 지역의 재가 정신질환자에 대한 의료서비스 제공을 강화하기 위해 다음의 몇 가지 사항들이 고려될 필요가 있다.

첫째, 군 지역 자살자의 경우 노령인 경우가 많고, 대부분이 신체증상을 가지고 있어 사망 전 어떤 형태로든 보건의료서비스를 접촉하는 것으로 알려져 있다<sup>18)</sup>. 따라서 지역사회 내 일차의료기관에서 자살 징후를 보이는 고위험자를 발굴하여 정신건강증진센터로 연계할 수 있는 네트워크를 마련할 필요가 있다.

둘째, 초기우울증에 대한 약물치료 및 순응도를 제고해야 하며 정신질환의 중증화를 예방하기 위하여 치료지속률도 제고해야 한다. 우울증의 경우 약물치료로도 증상이 호전되는 경우가 많은데 우리나라는 항우울제 순응률이 권고사항에 비해 낮은 수준으로 초기에 관리하지 못해 중증화되는 경우가 많은 것으로 알려져 있다.

신체 질환과는 달리 정신질환의 경우 우리나라의 외래치료 접근성이 외국에 비해 낮은 상태이며, 반대로 입원병상은 외국에 비해 2배 가까이 높은 기형적인 의료이용 행태를 보이고 있다. 군 지역의 중증정신질환자는 입원치료 외에는 대안이 없기 때문에 과소치료 및 강제입원 등의 부적절한 진료가 반복되고 있다.

셋째, 급성·중증환자의 의료 접근성 제고를 위하여 정신의료기관에 대한 접근성을 제고시켜 주어야 한다. 경제적으로는 의료급여 대상자가 아닐 경우 초기 응급 입원시 지자체에서 입원비용을 지원하고, 추후 사회복지사와 협의하여 의료급여로 전환시켜 주는 방안 등을 고려할 수 있다. 아울러 지역 내에 가까운 정신의료기관이 부재할 경우 인근 지역과 연계하여 정신의료기관을 이용할 수 있도록 하고, 환자들이 의료기관 내원 시 교통수단을 제공하거나 교통비 등을 지원하는 방안 등을 모색할 수 있다.

## 2) 농·어촌 정신건강서비스 전달체계 측면

농·어촌 지역의 정신건강서비스 전달체계를 강화하기 위해서는 무엇보다 정신건강증진 서비스 제공 인프라 강화의 필요성이 있으며, 이와 관련된 정책과제는 다음의 몇 가지로 나눌 수 있다.

첫째, 농·어촌 지역의 정신건강증진사업 인력 확충이 필요하다. 현재 농·어촌 지역에서 정신건

18) 최명민 외(2015), 앞의 책, pp. 55-81.

19) 현재 모든 시·군·구별로 정신건강증진센터 설치를 의무화하는 정신건강증진법(안)이 2013년부터 현재까지 국회에 계류 중인 상태에 있음.

강증진 서비스를 제공하는 정신보건전문요원을 포함한 정신건강증진 사업 인력은 대도시의 절반 이하 수준인데, 이러한 수준으로는 대도시에 버금가는 정신건강서비스를 제공할 수 없다. 때문에 사업인력의 양적·질적 수준의 강화가 절실히 필요하다.

둘째, 지자체별로 정신건강증진사업을 전담하는 정신건강증진센터<sup>19)</sup>를 중심으로 공공 및 민간 의료기관, 보건소, 사회복지시설, 소방서, 경찰서 등이 참여하는 협의체를 강화하여 정신건강증진사업의 효율성을 모색해야 한다. 일선 현장에서 근무하는 지역사회 정신보건전문요원의 어려움 중 하나가 응급상황 발생시 소방서와 경찰서의 적극적인 참여를 요청하는 일이다. 때문에 평상시에 이러한 협의체계가 보다 강화되어 정신보건전문요원 등이 보다 효율적으로 사업을 수행할 수 있는 여건 조성이 필요하다.

셋째, 지자체별로 중증환자와 자살 고위험자에 대한 발굴 체계를 강화하여야 한다. 지역사회 내에서 우울증을 보이거나 자살 징후를 보이는 고위험자를 조기에 발굴하여 연계할 수 있는 체계를 강화하여야 하고, 알코올 중독자나 정신질환을 가진 환자가 지역사회 내에서 방치되어 있는 경우 일반 주민이 이를 담당 기관에 신고하여 적절한 치료를 받게 할 수 있는 신고체계가 홍보되어야 한다.

일반적으로 지역사회 내에서 희망복지지원단

사례관리자, 방문간호사, 의료급여사례관리사 등이 가정방문 시 정신건강 측면에서 고위험자로 의심되는 환자를 신고하는 연계체계는 갖추어져 있고, 군 지역의 경우에는 현재도 부녀회장, 마을이장 등이 게이트키퍼로서 참여하는 사례가 많다. 이들을 대상으로 우울증상이나 자살 징후에 대해 교육하고, 자살 징후가 보이는 환자 발견 시 어디로 연락해야 할지 몰라 골든타임을 놓치는 일이 없도록 즉시 연결 가능한 정신보건기관에 대한 교육을 보다 강화할 필요가 있다. 특히, 지역사회 내 자살자가 발생한 마을을 중심으로 모방 자살이 발생하지 않도록 지역사회 지지체계를 강화하여야 할 필요가 있다.

넷째, 군 지역 정신건강증진센터에서 어려움을 겪는 문제 중의 하나는 중증사례관리 대상자에 대한 연계체계가 미흡하다는 것이다. 센터 내 서비스 제공 인력이 부족하다는 점 외에도 지역 내에서 활용 가능한 연계자원이 부족하여 공공체계에 의한 사례관리는 점점 힘들어지는 상태이다.

군 지역에는 환자의 특성에 맞게 제공할 수 있는 프로그램이 다양하지 않고, 사례관리 전문가 또한 충분하지 않은데, 향후 민간자원과의 보다 폭넓은 네트워크를 통해 중증사례관리 대상자를 연계할 수 있는 방안 모색이 필요하다.

다섯째, 자살률 증가 혹은 정신건강으로 인한 문제 해결이 시급한 지역을 삶의 질 특별 지원 구역(가칭)을 지정·운영하여 우선적으로 지원하

19) 현재 모든 시·군·구별로 정신건강증진센터 설치를 의무화하는 정신건강증진법(안)이 2013년부터 현재까지 국회에 계류 중인 상태에 있음.

는 것을 검토해 볼 필요가 있다. 사회복지 분야의 ‘사회보장 급여의 이용 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률’ 제48조(사회보장 특별지원 구역)에는 “영구임대주택단지, 저소득층 밀집 거주지, 그 밖에 보건, 복지, 고용, 주거, 문화 등 특정 분야의 서비스가 취약한 지역을 사회보장특별구역으로 선정하여 지원 가능”하도록 설정하고 있다.

이와 같은 취지에서 자살문제 해결이 시급하고, 지자체 스스로의 노력만으로는 단기간 내 문제해결이 어려울 경우 특별지원 구역으로 설정하여 삶의 질 계획에서 별도로 지원하는 방안을 고민해 볼 수 있다.

## 5. 나가며

최근 복지부는 정신건강에 대한 전 사회적 대응 역량 강화를 위해 정신건강종합대책(2016~2020)을 확정하여 발표한 바 있다<sup>20)</sup>. 이 대책에 따르면 향후에는 전국의 정신건강증진센터에 정신과 전문의를 배치하여 전문적인 상담이 가능하게 하고, 동네의원에서도 내원환자에 대한 정신건강 스크리닝을 실시할 수 있게 하는 한편 생애주기별 정신건강서비스를 지원하는 방안을 포함하고 있다.

이와 같이 국민의 정신건강 증진을 위해 관련 서비스에 대한 접근성을 높이고 있다는 측면에서 정신건강종합대책은 긍정적으로 평가될 수 있다. 여기에 더하여 대책의 실효성을 보다 높이기 위해서는 도·농 간 정신건강 수준 격차를 줄이기 위한 대안이나 자살률이 높은 지역에 대한 대책이 구체적으로 포함될 필요가 있다.

특히 농·어촌 등의 정신건강문제가 심각함에도 서비스 제공 인프라가 열악한 지역의 경우 새로 마련된 소프트웨어가 잘 작동될 수 있을지에 대해서도 보다 숙고할 필요가 있다. 도시지역의 경우 기존의 정신보건 관련 인프라를 활용하여 보다 다양한 서비스 제공이 가능할 수 있으나, 농·어촌의 경우 정신건강증진 서비스를 제공할 수 있는 인프라 자체가 충분하지 않기 때문에 세부 프로그램의 확장만으로는 사업의 효과성을 높이는 데 한계가 있기 때문이다.

농·어촌의 정신건강 문제를 해결하고 지역 주민들의 정신건강 수준을 제고하기 위해서는 정신건강과 관련하여 도시와는 다른 농·어촌의 특성을 파악하고, 정신건강 취약지역 해소를 위해 문제 중심으로 보다 적극적인 대책을 마련하여 보완할 필요가 있다. ■

20) 보건복지부 보도자료(2016.2.25.). “정신건강에 대한 전사회적 대응역량 강화”