경제 • 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-03

연구보고 12-R15-2

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 II:

아동·청소년 정신건강 증진 인프라현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구

책임연구원 : 최은진(한국보건사회연구원 · 연구위원)
공동연구원 : 김미숙(한국보건사회연구원 · 연구위원)
이명수(서울시정신보건센터 · 센터장)
윤명주(서울시소아청소년정신보건센터 · 팀장)
정지원(한국보건사회연구원 · 전문원)

한국청소년정책연구원 National Youth Policy Institute

KIHASA 한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs

경제·인문사회연구회 협동연구총서

“아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ”

1. 협동연구총서 시리즈

협동연구총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
12-21-01	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 Ⅱ : 총괄보고서	한국청소년정책연구원
12-21-02	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 Ⅱ : 조사결과 자료집	한국청소년정책연구원
12-21-03	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 Ⅱ : 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구	한국보건사회연구원
12-21-04	아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구 Ⅱ : 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형 개발 연구	한국청소년상담복지개발원

2. 참여연구진

연구기관		연구책임자	참여연구진
주관연구기관	한국청소년정책연구원	최인재 연구위원 (총괄책임자)	모상현(한국청소년정책연구원 부연구위원) 이선영(서울대학교 의료관리학연구소 책임연구원)
협력연구기관	한국보건사회연구원	최은진 연구위원	김미숙(한국보건사회연구원 연구위원) 이명수(서울시정신보건센터 센터장) 윤명주(서울시소아청소년정신보건센터 팀장) 정지원(한국보건사회연구원 전문원)
	한국청소년상담복지개발원	이창호 실장	최보영(한국청소년상담복지개발원 상담원) 유춘자(한국청소년상담복지개발원 상담원)

국 문 초 록

본 연구는 아동청소년의 정신건강증진을 지원하는 인프라 및 서비스 전달체계의 현황을 분석하여 개선방안을 도출하는 데 목적이 있다. 연구내용은 국내외 정신건강증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계를 고찰하고, 이용자와 공급자측면의 문제점을 분석하며, 국내의 정신건강관련 서비스에서 정신건강증진을 위한 지원의 가능성을 점검하여 보았다.

연구방법은 국내외 문헌고찰, 인터넷을 통한 자료수집, 이용자 및 공급자 대상 포커스 그룹 인터뷰, 전문가 및 실무자 대상 델파이조사 등을 포함하였다.

연구결과로 서비스 이용자 측면에서 볼 때 아동청소년의 가정의 불안정한 상황으로 인해 고위험에 처해지고, 서비스를 이용하게 되는 경우가 대부분이었는데, 부모의 동의를 받기 어려워 서비스를 제공받지 못하는 경우도 있었다. 일반화할 수는 없지만 고위험 아동청소년들에 대하여 적절하게 서비스를 제공하는 시스템이 학교와 지역사회에 마련되어야 한다. 근거에 기반한 서비스 제공과 정보보급이 필요하다.

조직차원에서는 중앙의 부처간 업무분담과 연계가 개선되어야 한다. 현재의 아동청소년 정신건강 서비스 체계는 공급자 중심의 서비스 단절과 중복의 문제가 심각하여, 서비스 역할 분담과 조정, 상호 연계를 위해 유연성이 담보된 허브 역할의 중앙 조직이 필요하다.

횡적인 서비스와 더불어 생애의 각 단계별로 고위험군을 조기에 발견할 수 있는 통합적인 시스템이 마련되어야 한다. 서비스 공백을 최소화하기, 즉 미충족 욕구(Unmet Need)를 최소화하기 위하여, 현재 커버하고 있는 정신보건 서비스의 수준을 정신건강전문가, 소비자, 정부관계자, 그리고 국민 모두가 정확히 인지하고, 정신보건 서비스 기관의 서비스 총량제 개념의 도입에 대한 검토가 필요하다. 적절한 인력을 공급하기 위해서는 예산지원이 확대되어야 한다. 전문상담 인력과 이용자들이 정신건강증진과 관련된 정보와 자원을 필요한 시기에 적절하게 찾을 수 있도록 지원해야 할 것이다.

연 구 요 약

1. 연구목적

○ 연구의 목적

- 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 문제점을 분석한다.
- 우리나라의 아동·청소년 정신건강 증진 지원을 위한 인프라 및 서비스 전달체계의 개선을 통하여 효율적 운영방안을 연구한다.

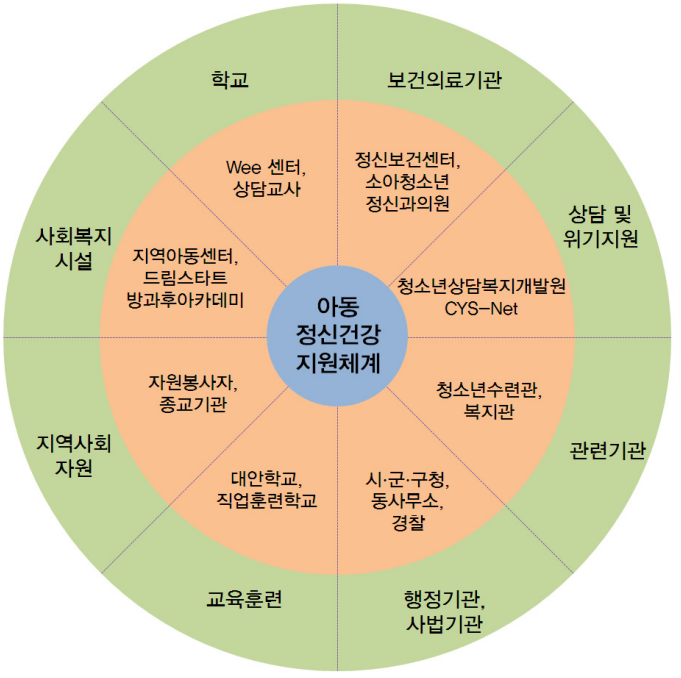
2. 연구내용 및 방법

○ 주요 연구내용

- 우리나라 아동·청소년 정신건강 인프라현황 및 서비스 전달체계 분석: 현황, 목표, 법적 근거, 조직, 사업내용
- 우리나라 아동·청소년 정신건강과 관련된 인프라현황 및 서비스 전달체계 분석: 현황, 목표, 법적 근거, 조직, 사업내용
- 해외 아동·청소년 정신건강 지원 인프라 현황 및 서비스 전달체계 분석(미국, 호주, 영국)
- 아동·청소년 정신건강인프라 및 서비스 전달체계의 이용현황과 문제점 분석
- 아동·청소년 정신건강인프라 및 서비스 전달체계 담당자의 문제점과 개선방안 분석
- 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 인프라 및 서비스 전달체계 개선을 위한 정책과제와 방안 분석

○ 아동·청소년 정신건강을 지원하는 인프라 및 서비스 전달체계의 범위

- 연구의 범위는 국가 정신보건체계 하에서의 아동·청소년 정신보건인프라 및 서비스 전달체계를 중심으로 하되, 관련 유관 인프라 및 서비스 전달체계현황을 분석하여 연계운영방안을 연구함.

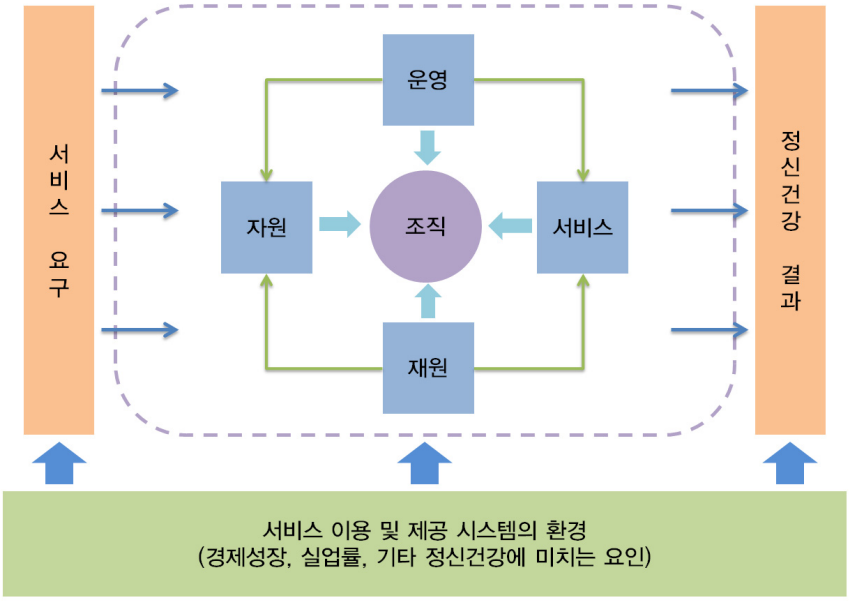


출처 : 수정하여 인용. 김지혜(2001) 가출청소년 사례관리 지침서, 나눔의 집, p.49

<아동·청소년 정신건강을 직간접적으로 지원하는 체계의 범위>

○ 연구방법

- 해외 자료의 수집 및 분석: 미국, 호주, 유럽(영국)을 중심으로 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 및 서비스 전달체계 분석
- 우리나라의 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 및 서비스 전달체계 자료수집 : 보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부, 문화체육관광부 등 부처별 인프라 및 서비스 전달체계(법령, 조직, 인력, 성과 등)
- 조사
  - · 전문가 의견조사(학계, 공무원, 현장 전문가, 자원봉사자 등 20명이상): 인프라 및 서비스 전달체계 개선방안에 대한 델파이조사
  - · 청소년 담당인력(교사, 인프라 근무 종사자, 전문가 등)대상 FGI: 업무의 효율성, 적절성, 지속가능성 등
  - · 서비스 이용 학생(중학생)과 학부모 대상 FGI: 서비스접근성, 사후관리, 만족도 등



* 출처: 재인용 : 유근춘 외(2008). 보건복지재정 적정화 및 정책과제, 한국보건사회연구원.

<요약 그림: 인프라 및 서비스 전달체계와 이용자의 관계도>

○ **기대효과**

- 아동·청소년 정신건강향상을 위한 정책성과 제고
- 아동·청소년의 정신건강서비스 접근성 향상
- 아동·청소년의 정신건강문제점 개선
- 국가 정신건강지표의 개선

3. 연구결과

1) 서비스 이용자 및 공급자 측면의 문제점 분석결과

(1) 서비스 이용청소년 및 학부모측면

○ **개인의 정신건강문제**: 가정환경의 사회경제적 변화로 가족해체 등을 경험하거나, 부모의 알코올중독 등 문제로 인해 의사소통에 어려움을 겪게 되는데, 시의적절한 도움을 받지

못함. 정신적 문제의 조기발견 및 의뢰 시기는 부모의 인지와 도움을 찾는 행위정도에 따라 달라지게 됨.

○ **치료와 지원 서비스 이용**: 지역아동센터의 미술치료, 사회복지관이나 청소년수련관의 프로그램을 통해 심리정서적 상담서비스나 프로그램을 이용함. 건강가정지원센터에서 부모교육도 받을 수 있으나 제한적임. 부모가 아동·청소년의 정신적 문제해결을 위해 병원서비스 이용시 만족도가 크게 떨어지고, 비용적인 부담도 큼. 정신보건센터는 담당자의 교체 등으로 인한 연계성 단절 등으로 어려움을 겪음.

○ **학교의 Wee 센터와 같은 지역사회 서비스이용**: 학교의 Wee 센터 보급률이 낮고, 인지도가 낮음. 학교에서 상담서비스에 대한 접근성은 떨어짐.

(2) 서비스 공급자 측면

○ **서비스의 연계성**: 가족해체 등으로 인해 아동·청소년의 부모동의를 구하기 어려운 경우가 많아 지속적인 상담서비스 제공이 어려움.

○ **Wee 센터의 문제점**

- Wee라는 명칭을 가진 곳은 Wee 센터, Wee 클래스, Wee 스쿨로 나누어짐. Wee 센터는 교육청 소속의 청소년상담센터이며, Wee 클래스는 학교 안에 소속된 상담소, Wee 스쿨은 대안학교 개념의 학생 기숙학교임(전국 8곳).
- Wee 센터 방문 경로는 해당 지역에 소속된 학교, 학부모, 학생의 자발적 방문으로 이루어짐. 학교의 경우, 폭력벌점이 높은 학생들을 대상으로 특별교육 차원에서 Wee 센터에서 외부교육을 실시함.
- 방문 및 상담동기는 초·중·고마다 상이한 특징을 지님. 초등학생은 ADHD, 중학생은 집단따돌린 및 학교폭력, 도벽이 제일 많은 비율을 차지했음. 반면, 고등학생은 학습동기 및 진로문제와 자존감 문제 등이 주요 비중을 차지함.
- 각 교육청마다 Wee 센터가 1곳만 있는 실정이라 센터당 관리하는 학교가 과도하게 많아 관리의 어려움이 많음. 예를 들면, 서부 Wee 센터의 경우, 은평지역에 있는 학교 약 160여개를 담당하고 있음. 자원봉사자까지 합하면 센터인원은 20명(상근 8명, 비상근 12명)인 것을 감안하면 관리하는 학교 및 학생수가 과포화 상태임.
- 학교 내에선, Wee 클래스로 전문상담교사가 1명 상주하고 있는 실정임.

- 지속적인 상담 및 관리의 어려움 존재. 학부모는 아이들의 지속적인 관리에 대한 요구도가 높으나 현실적으로 이를 수행하기가 어려움.
- 대체로 부모와 함께 상담관리를 받는 아이들의 성취도는 높음. 그러나 부모에 상담에 대한 낮은 인식도, 아이관찰 및 통찰력에 관한 부모교육의 비활성화, 이혼가정의 증가로 인해, 부모의 동의를 얻어 상담을 받아야 하는 청소년의 경우 지속적 상담과 관리의 어려움이 있음.
- 지방 센터의 경우, 연계기관이 부족하고 예산 부족으로 최신식 장비 및 기기구입 및 인력자원 활용의 어려움이 있어 최신 상담 트렌드에 대응하기 힘듦.

○ Wee 클래스의 문제점

- 학교 내 상주하는 상담교사는 석사 이상의 전문인력이 좋을 것 같지만, 근무환경 및 보수의 문제로 석사급 인력의 활용의 어려움이 있음.
- 방학 중, Wee 클래스는 운영여부는 학교마다 다름. 이 중 방학 중 운영하지 않을 경우, 상담교사의 활용 및 급여문제 또한 검토해 보아야 함.
- 학교내 일반교사에 대한 상담에 대한 인식제고가 필요함.
- 학교 학생 전원을 대상으로 하는 정신건강시험조사에서 1차 검사에서 선발된 학생들은 2차 결과에 대한 우려 및 불안감으로 검사에 제대로 응하지 않은 문제가 발생하고 학교 특성상 학생 정보의 보안 및 개개인 상담에 어려움이 있어 정신건강검사에 대한 효율성에 대한 의문이 듦.
- Wee 클래스에서 Wee 센터로의 연계체계는 Wee 클래스 상담교사의 능동적 대응에 달린 실정임. 제도적 연계 및 연계 프로그램이 구성되지 않아 이를 구축하는 것도 필요함.

○ 한국청소년상담복지개발원의 역할과 연계성

- 한국청소년상담복지개발원에서 온라인 및 오프라인 상담시 정신건강문제를 가진 청소년의 발견 경로: 위기청소년은 길거리에서 찾는 경우가 많음. 학교에서 의뢰된 경우보다는 부모가 데려오는 경우가 많음.
- 정신건강과 관련된 서비스(검사, 예방, 치료): 다양한 검사와 상담을 위주로 하고 있음. 미술치료, 음악치료 등 치료를 보조하는 서비스와 프로그램이 있음.
- 정신건강관련 문제의 상담에 필요한 인력/자원공급정책에서 개선되어야 할 부분: 한국청소년상담복지개발원은 역사가 오래되어 노하우가 축적된 편임. 최근에는 신규인력은 이직률이 높은 편임.

- 정신건강문제에 대한 학교, 지역사회 연계에서 개선될 점: 학교와의 연계체계, 학교와의 업무분담영역이 불분명함. 서비스 전달체계의 표준화, 연동이 필요함.
- 사후관리와 관련된 개선과제: 아동기의 문제를 지속관리하기 위하여 사후관리에 대한 정책적 개선이 필요함.
- 서비스이용학생, 학부모의 만족도, 추가적 상담, 관리에 대한 요구도: 부모의 만족도는 높은 편임. 위기청소년에 대한 인구집단별 차별화된 프로그램이 필요함.
- 서울에서는 호주의 Mindmatters라는 사업을 벤치마킹한 학교정신건강 증진 시범사업 실시
- 학교 교사의 정신건강 증진참여를 위해서 설득과 위크숍 참여독려 및 인센티브 필요
- 학교장의 인식증대와 리더쉽 필요
- 서비스의 접근성과 실무자의 재량권 확보가 필요함.
- 지역아동센터의 인력부족으로 정신건강서비스를 지원할 수 있는 역량이 거의 없음. 게이트키퍼역할을 할 수 있도록 지원방안이 필요할 것임
- 패러다임의 전환 필요: 미국의 경우 진단을 통해 질병과 장애발견 중심에서 기능(functioning) 중심으로 전환. 가정과 학교와 지역사회에서의 기능적 역할 활동에 중점을 둠.
- 국가정신건강기본계획의 아동·청소년 파트를 참고할 필요가 있음.
- 정신건강센터는 과거에는 만성정신장애인의 발견과 관리에 중점을 두어 왔으나 사례관리 및 정신건강 증진쪽에도 비중을 더 두는 방향으로 전환할 예정임.
- 대도시에는 인프라가 어느정도 있으나, 지방의 경우 매우 부족하며 다문화가정 등 취약가정지원필요
- 교정, 아동보호전문기관의 참여 필요
- DSM4로 진단하는 인력보강 필요
- 고위험군과 위험군에 대한 인프라와 자원이 부족하여 취약계층대상에 우선 중점을 두어야 할 것임.

(3) 서비스 공급자 및 전문가 델파이 조사 결과

○ 아동·청소년의 정신건강문제에 원인과 영향을 주는 가장 큰 요인이 가족관계임. 가족관계에서 문제를 안고 성장하는 아동·청소년의 문제를 단기간의 개입으로 해결하기 어려움에도 불구하고 서비스제공은 단편적이고 분절적이어서 효과를 기대하기 어려움.

○ 학교현장에서 전문상담교사인력에 대한 요구도가 높게 나타났음.

○ 학교에서 담임교사를 비롯한 모든 교사의 관심이 필요하며, 적절한 서비스제공을 위한 교육훈련, 예산지원, 시설지원 등이 필요한 것으로 지적되었음.

○ 학교 정신건강검진사업의 문제: 사후관리를 위한 인프라 전무 및 자원부족으로 비효율성 초래

2) 우리나라 인프라 현황 및 전달체계 현황분석

(1) 법, 제도 및 정부 지침 현황

○ 아동·청소년 정신건강 관련 법률 중 아동·청소년 정신건강문제를 다루는 가장 우선하는 법은 정신보건법이라 할 수 있음. 그러나 그 대상을 매우 포괄적으로 정의하고 있어, 아동·청소년 정신건강문제를 가지고 있는 대상자 중에서 극히 일부의 중증 질환만이 포함될 수 있음.

○ 아동·청소년의 보건, 복지, 교육 등과 관련한 법률로 아동복지법, 청소년 기본법, 청소년 보호법, 학교 보건법, 교육기본법, 초중등교육법 등에서 일부나마 아동·청소년의 정신건강문제 관련 규정이 있으나, 그 대상이 상이하고 노력 의무사항으로 되어 있어, 법적 실효성이 없거나 한계가 있음.

○ 보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부 등 아동·청소년 정신건강 관련 부처에서는 각자의 상이한 사업 지침과 매뉴얼에 근거한 사업을 실시하고 있음.

(2) 거버넌스와 조직운영체계 현황

① 거버넌스(Governance)

○ 우리나라의 아동·청소년 정신건강 증진사업 현황은 각 주제별로 다른 부처에서 재정을 투자하며, 독자적인 행정 거버넌스를 구축하고, 각각의 다른 서비스 인프라를 관리하면서 분산되고 부족한 수준의 서비스를 제공하고 있음.

○ 교육과학기술부는 관련 인프라로서 교육청과 Wee 센터를 이용하여 학생 정신건강 증진을 도모하고, 학교의 안전통합 시스템 구축을 모색하고 있음.

○ 보건복지부는 지역사회 정신보건센터를 활용하여 지역사회 공공정신보건 서비스 즉, 정신건강에의 예방, 증진, 조기발견, 정신건강 환경 조성 등의 서비스를 해당 지역 아동·청소년과 정신건강 고위험군 아동·청소년에게 제공하고 있음.

○ 여성가족부에서는 청소년상담복지센터를 통해 CYS-Net을 구축하여 위기 청소년을 위한 사회 안전망을 구축하고 있음.

② 정신보건센터의 조직, 예산 및 인력 투입 현황

- 지역사회 아동·청소년 인프라 중에서 정신보건센터의 아동·청소년정신보건사업은 센터의 우선순위를 결정해 나가는 과정에서 예산 비중과 사업 비중 그리고 참여 인력의 비중에서 모두 중증정신질환에 대한 관리에 이어 두 번째로 높은 우선순위를 보이고 있음.
- 아동·청소년정신보건사업 담당 인력 현황은 평균 연령 30.9세, 센터 경력은 평균 37.8개월, 그 중 아동·청소년사업 담당 경력은 26.7개월로 나타나 전반적으로 젊은 연령층의 인력의 담당비율이 높은 것으로 나타남.
- 서울시의 아동·청소년정신보건사업 운영 현황은 평균 2FTE의 인력이 예산 투입과 사업 비중 모두 50% 이상의 비중을 차지하고 있는 증진사업과 더불어 예방사업, 조기발견사업을 시행하고 있음.

(3) 서비스 제공 현황

① 아동·청소년 정신건강문제 및 정신장애 개입 범주

- 1차 예방적 서비스로 일반대중을 위한 일반적 예방, 정신장애 발생 위험률이 평균보다 높으며 위험적 요인이 확인된 집단을 위한 선택적 예방, 약간의 증상이나 징후가 있거나, 정신장애를 일으키는 소인이 있으나, 현 시점에서 정신의학적 진단이나 기준을 충족시키지 못하는 대상을 위한 지시적 예방으로 구성되어 있음.
- 2차 예방적 서비스는 정신장애를 나타내는 약간의 증상이나 징후가 있거나, 현 시점에서 평 가결과 정신의학적 진단과 치료를 요하는 대상을 위한 사례 확인, 조기치료, 표준 치료를 지칭함.
- 3차 예방적 서비스는 정신의학적 진단을 받고 지속적이고 조정된 치료적 관리를 요하는 대상을 위한 장기적 치료 및 보살핌을 말함.

② 국내 아동·청소년 정신보건 서비스 등록 대상자 현황

- 등록자의 성별은 남자가 전체의 63.5%이며, 의료보장 형태는 일반 보험의 경우가 67%로 가장 높은 비율을 보이고 있음. 연령대는 초등학생의 경우가 58.6%로 가장 많았으며, 사례관리 서비스의 이용기간은 80%이상이 3년 미만으로 가장 많았으며, 주요 문제 유형으로는 행동문제를 보이는 경우가 48.9%, 정서문제를 보이는 경우가 30.1%로 나타났음.

③ 서울시 아동·청소년 정신보건 서비스 제공 현황

- 서울시 정신보건센터의 영역별 주요 사업 대상과 사업 내용 현황 조사 결과, 일반 인구와 위험인구를 위해 행해지는 예방사업, 고위험군 아동·청소년을 위한 조기발견사업, 발견된 아동·청소년을 위한 증진사업으로 구분됨.
- 고위험 아동·청소년은 학교와 지역아동센터에서 대부분 발견되고, 학부모 및 교사(학교)를 통해 의뢰되는 비율이 높았음. 예방사업 및 조기발견사업을 통하여 발견되는 고위험 아동·청소년은 평균 18.06%로 나타나고 있으며, 조기발견 대상자의 센터서비스 유입비율은 45.5%로 나타나고 있음.
- 서울시학교정신보건사업을 통해서 본 고위험 아동·청소년의 정신보건센터 이용 현황은 96%이상의 아동·청소년이 상담 및 사례관리 서비스를 이용하며, 이외에 집단 프로그램, 지역기관으로의 연계, 의료비지원 서비스를 이용하는 것으로 나타남.

4. 정책제언

- **중앙 거버넌스(governance)의 협력 체계 구축**
  - 현재의 아동·청소년 정신건강 서비스 체계는 공급자 중심의 서비스 단절과 중복의 문제가 심각하여, 서비스 역할 분담과 조정, 상호 연계를 위해 유연성이 담보된 허브 역할의 중앙 조직이 필요함.

- **정신보건센터의 서비스 대상, 컨텐츠 및 목표설정의 구체화**
  - 아동·청소년정신건강 증진사업, 정신질환예방사업을 기획, 전개해나가는데 있어 사업 구성 요소를 분석할 필요가 있으며, 이를 근거로 '해야 하는 것' 을 하는 것이 아니라 단순히 '할 수 있는 것' 을 하는 것, 실적확보를 위한 사업 등은 과감히 지양해야 함.

- **공공서비스 총량 및 기관 서비스 총량 설정**
  - 서비스 공백을 최소화하기, 즉 미충족 욕구(Unmet Need)를 최소화하기 위하여, 현재 커버하고 있는 정신보건 서비스의 수준을 정신건강전문가, 소비자, 정부관계자, 그리고 국민 모두가 정확히 인지하고, 정신보건 서비스 기관의 서비스 총량제 개념의 도입에 대한 논의가 필요함.

○ 아동·청소년정신건강 증진을 위한 지역사회 협력 모델 개발 및 확충

- 지역사회 기관들이 1차-2차-3차 기관으로 각자의 영역에서, 정신건강 서비스가 분절되지 않도록 협력적 네트워크를 구축하고 활성화해야 함.

○ 학교 기반의 학생정신건강관리 감독을 위한 다양한 정신건강프로그램 모형 개발 및 보급

- 학교 기반의 Wee센터와 연계하여 학교 기반 정신건강 증진 프로그램을 개발하고, 이를 활성화하여 학교와 지역사회가 협력적으로 정신건강에의 우호적이고 긍정적인 학교 환경을 조성해야 함.

○ 학교 및 지역사회 내 아동·청소년 위기개입 모형 개발 및 안착

- 학교 내에서의 정신건강 위기 상담 프로그램을 개발하고, 학교와 지역이 연계될 수 있는 교내 위기응급대처시스템과 응급의료체계를 마련해야 함.

○ 지역사회 아동·청소년정신보건사업의 추진 기반의 조성

- 안정적인 아동·청소년정신보건사업 추진을 위한 서비스 제공 기관의 확충 및 적정 수준의 예산 확보 및 전문요원의 표준 업무량 평가를 통한 제반 여건의 조성이 필수적임.

목 차

Ⅰ. 서론 ····· 1

1. 연구의 필요성 및 목적 ····· 3

1) 배경 ····· 3

2) 정신건강 고위험 청소년 현황 ····· 5

3) 법·제도 현황 ····· 7

2. 연구내용 및 방법 ····· 9

1) 주요 연구내용 ····· 9

2) 아동·청소년 정신건강을 지원하는 인프라 및 서비스 전달체계의 범위 ···· 9

3) 연구방법 ····· 10

3. 기대효과 ····· 11

Ⅱ. 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원서비스 개념 고찰 ····· 13

1. 정신건강 증진 지원서비스의 정의와 접근방법 ····· 15

2. 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 원리 ····· 18

3. 소결 ····· 24

Ⅲ. 지역사회 아동·청소년 정신보건센터의 인프라 구축 현황 및 서비스 전달 체계 ····· 25

1. 법, 제도 및 정부 지침현황 ····· 27

1) 아동·청소년 정신건강 관련 법률 ····· 27

2) 정신건강 관련 정부지침 현황 ····· 30

2. 거버넌스와 조직운영체계 현황 ····· 37

1) 거버넌스 ····· 37

2) 정신보건센터의 조직, 예산 및 인력 투입 현황 ····· 38

3. 서비스 제공 현황 ····· 42

1) 아동·청소년 정신건강문제 및 정신장애 개입 범주 ····· 42

2) 국내 아동·청소년 정신보건 서비스 등록 대상자 현황 ····· 44
3) 서울시 아동·청소년 정신보건 서비스 제공 현황 ····· 46
4. 소결 ····· 48
1) 중앙 거버넌스의 협력 체계 구축 ····· 49
2) 정신보건센터의 서비스 대상, 컨텐츠 및 목표설정의 구체화 ····· 49
3) 공공서비스 총량 및 기관 서비스 총량 설정 ····· 50
4) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역사회 협력 모델 개발 및 확충 ·· 50
5) school mental health의 강화, 그리고 전문화된 정신보건 서비스와의 협력 ·· 51
6) 지역사회 아동·청소년 정신보건사업의 모형 개발 및 추진기반의 조성 ·· 52

Ⅳ. 외국의 아동·청소년 정신건강 인프라 및 서비스 전달체계 ····· 53
1. 미국 ····· 55
1) 관련 인프라 및 서비스 ····· 55
2) 예산의 운용 ····· 57
3) 정신건강문제의 동향 ····· 58
2. 호주 ····· 59
1) 관련 인프라 및 서비스 ····· 59
2) 예산의 운용 ····· 60
3. 영국 ····· 62
1) 인프라 및 서비스 ····· 62
2) 예산의 운용 ····· 63
3) 아동·청소년 정신건강정책 특성화 인프라 ····· 65
4) 아동조기개입 및 서비스 전달체계: Sure Start ····· 67
4. 소결 ····· 68

Ⅴ. 아동·청소년 정신건강 관련 인프라 및 서비스 전달체계 현황 ····· 69
1. Wee 사업 ····· 71
1) 배경 ····· 71
2) 인프라 ····· 72
3) 한계 및 개선방향 ····· 74
2. 드림스타트 ····· 75
1) 관련법 ····· 75
2) 서비스 전달체계 ····· 76
3) 인력 ····· 78
4) 프로그램 ····· 79
5) 한계 및 개선방향 ····· 81
3. 지역사회청소년통합지원체계 ····· 81
1) 관련법 ····· 81
2) 전달체계 ····· 82
3) 인력 ····· 83
4) 프로그램 ····· 86
5) 한계 및 개선방향 ····· 87
4. 지역아동센터 ····· 87
1) 관련법 ····· 87
2) 전달체계 ····· 88
3) 인력 ····· 90
4) 프로그램 ····· 90
5) 한계 및 개선방향 ····· 91
5. 청소년방과후아카데미 ····· 92
1) 관련법 ····· 92
2) 전달체계 ····· 93

3) 인력 ····· 94
4) 주요 프로그램 ····· 94
5) 한계 및 개선방향 ····· 95
6. 사회복지관 ····· 96
1) 관련법 ····· 96
2) 전달체계 ····· 97
3) 프로그램 ····· 98
4) 한계 및 개선방향 ····· 99
7. 아동자립지원사업 ····· 99
1) 관련법 ····· 99
2) 전달체계 ····· 100
3) 인력 ····· 102
4) 프로그램 ····· 103
5) 한계 및 개선방향 ····· 106
8. 보호관찰소 ····· 106
1) 관련법 ····· 106
2) 전달체계 ····· 107
3) 인력 ····· 107
4) 프로그램 ····· 108
5) 한계 및 개선방향 ····· 109

Ⅵ. 서비스 이용자 및 제공자 측면의 개선과제 ····· 111
1. 서비스 개선을 위한 포커스 그룹 인터뷰 ····· 113
1) 포커스 그룹 인터뷰 개요 ····· 113
2) 포커스 그룹 인터뷰 조사결과 ····· 114

2. 서비스 개선에 관한 델파이 조사 ····· 119
1) 조사개요 ····· 119
2) 서비스 공급자 및 전문가 델파이 조사 결과 ····· 119
3. 소결 ····· 122

Ⅶ. 결론 및 정책제언 ····· 123
1. 결론 ····· 125
2. 정책과제 ····· 126
1) 정신건강 증진 지원을 위한 지역사회 인프라개선 정책과제 ····· 126
2) 우리나라 정신보건 인프라 개선을 위한 정책과제 ····· 127

참고문헌 ····· 129

표 목 차

〈표 Ⅰ-1〉 아동·청소년의 정신건강 지원 관련법의 현황 ····· 8
〈표 Ⅱ-1〉 발달단계별 정신건강 위험요인 개입사례 ····· 21
〈표 Ⅲ-1〉 전국 정신보건센터 단위 사업별 예산, 사업, 인력 비중 ····· 39
〈표 Ⅲ-2〉 서비스 필요인구 대비 서울시 아동·청소년정신보건 서비스 커버리지 현황 ·· 42
〈표 Ⅲ-3〉 사례관리 서비스 대상자의 성별 분포 ····· 44
〈표 Ⅲ-4〉 사례관리 서비스 대상자의 의료보험 유형 ····· 44
〈표 Ⅲ-5〉 사례관리 서비스 대상자의 연령별 분포 ····· 45
〈표 Ⅲ-6〉 사례관리 서비스 대상자의 서비스 이용 기간 ····· 45
〈표 Ⅲ-7〉 사례관리 서비스 대상자의 문제 유형 ····· 46
〈표 Ⅲ-8〉 고위험 아동·청소년 대상 정신보건 서비스 제공 및 연계 현황 ····· 48
〈표 Ⅳ-1〉 아동·청소년의 시기별 정신건강지원 인프라의 세팅과 인력 ····· 60
〈표 Ⅳ-2〉 영국 아동·청소년의 정신질환 관련요인 현황 ····· 66
〈표 Ⅴ-1〉 Wee 사업의 단계별 내용 ····· 73
〈표 Ⅴ-2〉 드림스타트 추진경과 ····· 75
〈표 Ⅴ-3〉 드림스타트 추진체계 ····· 77
〈표 Ⅴ-4〉 드림스타트센터 주요 인력구성 및 업무 ····· 78
〈표 Ⅴ-5〉 시·도 청소년상담복지센터 주요 인력구성 및 업무 ····· 84
〈표 Ⅴ-6〉 시·군·구 청소년상담복지센터 인력구성 및 업무 ····· 85
〈표 Ⅴ-7〉 지역아동센터 지원 현황 ····· 88
〈표 Ⅴ-8〉 학년별 이용아동 현황 ····· 88
〈표 Ⅴ-9〉 지역아동센터 추진주체 ····· 89
〈표 Ⅴ-10〉 지역아동센터의 인력 ····· 90
〈표 Ⅴ-11〉 청소년방과후아카데미 운영프로그램 ····· 95
〈표 Ⅴ-12〉 사회복지관 주요 사업 ····· 98
〈표 Ⅴ-13〉 아동자립관련 추진주체 ····· 101
〈표 Ⅴ-14〉 아동자립지원시설 프로그램 운영인력 구성 ····· 102

〈표 Ⅴ-15〉 아동복지시설 자립지원 전담요원 배치현황 ····· 103
〈표 Ⅴ-16〉 자립지원표준화 프로그램(Ready? Action!) 모델 ····· 104
〈표 Ⅴ-17〉 보호관찰 분야 주요 개념 ····· 109
〈표 Ⅵ-1〉 학생 및 학부모 FGI 대상 개요 ····· 113
〈표 Ⅵ-2〉 정신건강상담에 적합한 인력에 관한 델파이응답현황 ····· 120

그 림 목 차

【그림 Ⅰ-1】 연도별 아동·청소년 자살사망률 추이 ····· 4
【그림 Ⅰ-2】 청소년건강행태온라인조사의 고위험. 잠재적 위험 인터넷 사용자율 추이 ··· 5
【그림 Ⅰ-3】 아동·청소년정신건강 및 심리·정서적 지원 관련 기관의 범위 ····· 10
【그림 Ⅰ-4】 인프라 및 서비스 전달체계와 이용자의 정신건강결과 ····· 11
【그림 Ⅱ-1】 건강 기술 ····· 16
【그림 Ⅱ-2】 아동·청소년의 발달관련 생태학적 모델 ····· 18
【그림 Ⅱ-3】 건강증진학교의 생태전체론적 모델 ····· 20
【그림 Ⅱ-4】 생애주기별 정신건강문제 개입의 내용 ····· 23
【그림 Ⅲ-1】 아동·청소년 정신보건사업 추진 체계도 ····· 32
【그림 Ⅲ-2】 지역사회 아동·청소년 정신건강문제 조기발견 체계도 ····· 33
【그림 Ⅲ-3】 부처별 서비스 전달체계 및 업무 구성 ····· 37
【그림 Ⅲ-4】 근무자의 평균 연령, 센터 경력, 사업 담당 경력 ····· 40
【그림 Ⅲ-5】 정신건강 증진사업의 개념도 ····· 41
【그림 Ⅲ-6】 정신건강문제와 정신장애에 대한 중재스펙트럼 ····· 43
【그림 Ⅲ-7】 대상자의 조기발견 장소 ····· 47
【그림 Ⅲ-8】 고위험 아동·청소년의 유입 경로 ····· 47
【그림 Ⅲ-9】 증진 서비스 제공 구조 ····· 48
【그림 Ⅳ-1】 21세 이전에 발견 및 진단되는 정신건강문제 유형 ····· 58
【그림 Ⅳ-2】 영국 지역사회 정신보건 서비스 인프라의 관계도 ····· 63
【그림 Ⅳ-3】 영국 슈어스타트 아동센터의 통합적 서비스 개요 ····· 68
【그림 Ⅴ-1】 Wee 사업의 체계와 지역사회관련기관의 관계도 ····· 74
【그림 Ⅴ-2】 드림스타트의 목표 ····· 76
【그림 Ⅴ-3】 드림스타트 사업운영체계 ····· 77
【그림 Ⅴ-4】 드림스타트 사례관리 절차 및 지역자원 연계도 ····· 80
【그림 Ⅴ-5】 위기도별 사례관리 과정 ····· 80
【그림 Ⅴ-6】 CYS-Net 체계도 ····· 83

【그림 Ⅴ-7】 시·도 청소년상담복지센터 조직도(예시) ····· 83
【그림 Ⅴ-8】 시·군·구 청소년상담복지센터 조직도(예시) ····· 85
【그림 Ⅴ-9】 지역사회청소년통합지원체계 운영협의회 및 실행위원회 체계도 ·· 86
【그림 Ⅴ-10】 CYS-Net 상담지원체계도 ····· 86
【그림 Ⅴ-11】 청소년방과후아카데미 운영체계도 ····· 94
【그림 Ⅴ-12】 사회복지관 서비스 전달체계도 ····· 97
【그림 Ⅴ-13】 아동자립지원센터 운영체계 ····· 100
【그림 Ⅴ-14】 자립지원 서비스 흐름도 ····· 105
【그림 Ⅴ-15】 보호관찰실시 절차도 ····· 108
【그림 Ⅵ-1】 아동·청소년 정신건강담당인력의 중요성과 실효성 조사결과 ····· 120
【그림 Ⅵ-2】 델파이조사 응답자별 인프라의 중요도 ····· 121
【그림 Ⅵ-3】 학생정신건강서비스 계획에 참여하는 대상 ····· 121
【그림 Ⅵ-4】 정신건강서비스의 우선과제 ····· 122

제 I 장

서 론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 연구내용 및 방법
3. 기대효과

제 I 장
서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

1) 배경

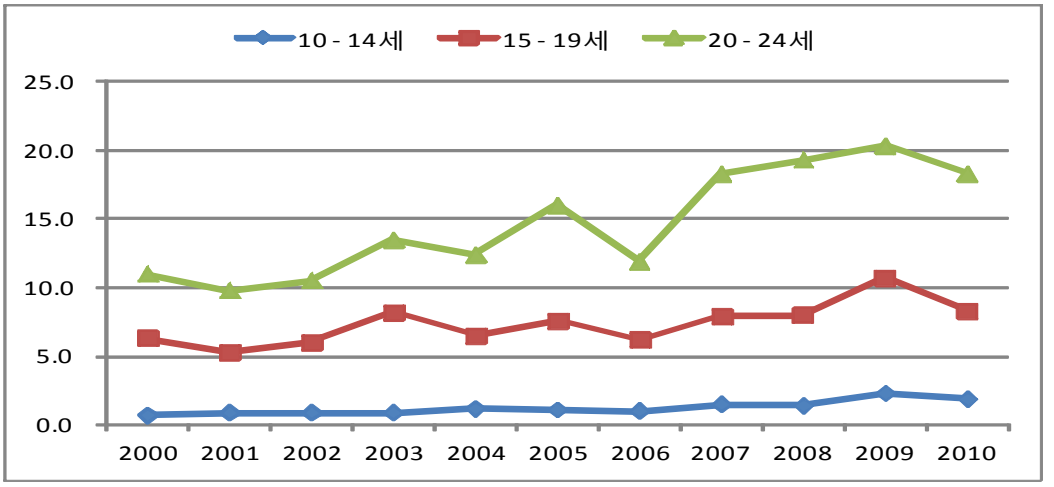
건강의 정의는 신체적, 정신적, 사회적 안녕(Well-being)의 상태이며 단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아닌 것으로 세계보건기구에서는 정의한 바 있다. 심각한 경우 정신건강문제는 개인 및 집단의 사회생활에 많은 피해를 주기 때문에 조기에 발견하고 예방하는 것이 중요하다. 세계보건기구에서는 아동·청소년의 정신건강문제를 해소하기 위해서는 일차보건의료에 투자해야 한다고 권고한 바 있다(World Health Organization, 2005).

아동·청소년의 정신건강문제는 정서적 문제, 심리적 문제, 인지행동적인 문제 등으로 다양한데, 정신건강 문제들이 폭력이나 의도적 손상, 자살 등의 결과로 나타나고 있다(Friis & Stock, 1998). 대표적인 청소년 정신건강의 위기를 가늠해볼 수 있는 문제는 불안, 우울, 주의력, 공격성, 자살, 중독 등 심리적 문제들이 있고, 가족구조, 경제적 수준, 부모의 정신병리 등 일반적인 위기요인들이 있다(최인재, 모상현, 강지현, 2011).

우리나라 아동·청소년기 15~19세의 인구 10만명당 자살사망률은 1990년 6.3명에서 2009년 10.7명으로 계속 증가 해 왔다.[1] 전체 연령의 자살사망률 31명보다는 적으나 20세 이후 자살사망률이 급증하고 연령대별로 증가하는 양상을 보여 왔다. 질병관리본부의 2011년 청소년 건강행태조사결과에 의하면, 중·고등학생의 스트레스 인지율은 남자 35.8%, 여자 49.0%였고, 고등학생 45.0%, 중학생 39.0% 등으로 학교급별 차이를 보였다. 2011년도의 우울감 경험률[2]은 남자 28.0%, 여자 38.2% 등이었고, 고등학생(35.5%)이 중학생(30.0%) 보다 높은 것으로 조사되었다. 2011년도 조사의 연간

1) 자료원: 통계청, 정진욱 등(2010), 의료인을 통한 자살예방체계구축방안연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.32. 에서 재인용.
2) 최근 12개월 동안 2주내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 경우를 의미함.(질병관리본부, 2011)

자살생각률은 남자 15.4%, 여자 24.3%였고, 고등학생 19.3%, 중학생 19.9% 등이었다. 학생 스스로 느끼는 정신건강 위험요인은 남자보다는 여자가 더 많이 느끼고 있었고, 중학교보다는 고등학교에서 더 많이 경험하고 있다고 할 수 있다.



* 단위: 인구10만명당 사망률
* 출처: 통계청 사망원인통계, 각 년도

【그림 I-1】 연도별 아동·청소년 자살사망률 추이

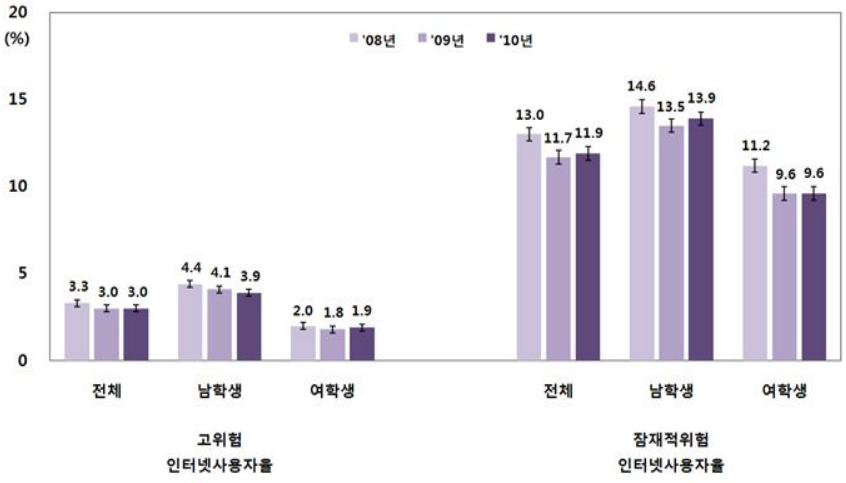
아동·청소년의 정신건강 문제는 사회경제적 영향과 복합적으로 작용하여 아동의 건강한 성장을 저해하고 있다. 우리나라 아동들은 다양한 문제에 노출되어 있고, 특히 증가하는 해체가정 속에서 살면서 빈곤이나 정서적 방임을 경험하거나, 정신건강 면에서 인성교육의 부재로 인해 공격성, 폭력성, 불안, 우울 등을 경험하고 있다. 우리나라 전체 아동 중 빈곤아동은 15.0%, 잠재적으로 인터넷중독 가능성이 있는 아동 15.0%, 왕따 경험이 있는 아동 24.2%, 행동장애아동 25.7%, 불안장애 아동 23.0%, 우울아동 12.2% 등으로 나타난 바 있다(김미숙, 양심영, 2007).

2002년에서 2005년까지 건강보험 가입아동의 정신질환 관련 진료가 증가한 것으로 분석된 바 있으며, 10세이상의 청소년층에서 신경증, 스트레스 관련 장애, 기분(정동)장애 등이 증가한 것으로 분석되었다(강은정, 2007).

2) 정신건강 고위험 청소년 현황

정신장애를 가진 아동들은 전통적인 정신보건 서비스 제도에서 한꺼번에 해결하기 힘든 다양한 문제와 욕구를 가지고 있는데, 다체계적인 접근(의료, 정신보건, 교육 및 상담, 특수교육, 때로는 소년 법원의 교정서비스 등)을 요하는 특성이 있다.

아동·청소년들에게 다양한 정서·행동문제가 공존하여 나타나는 또 하나의 어려움으로 인터넷 중독 문제가 심각한데, 아동·청소년뿐만 아니라, 성인에 이르기까지 사회적, 생활적 문제를 일으킨다. 인터넷의 경우 최초로 접하는 연령이 3.2세로 아이들에게 일찍 노출되며, 6세 아동의 인터넷 이용률이 64.3%에 이를 정도로 그 사용이 일반화되어 있어, 아동·청소년들 및 그 부모를 대상으로 인터넷의 올바른 사용에 대한 교육이 이루어져야 한다.



【그림 I-2】 청소년건강행태온라인조사의 고위험. 잠재적 위험 인터넷 사용자율 추이

정서·행동문제 뿐만 아니라, 학생들이 많은 시간을 보내는 삶의 공간인 학교에서의 학업(학습부진, 무단결석 등)관련, 학교폭력(반항, 기물파손, 갈취 등)관련, 학교 교칙 관련, 친구(반사회적 행동, 위험한 행동 등)관련, 정서장애(무기력, 불만, 이상행동, 시험공포 등)관련의 5가지 유형(김성식 외, 2000)의 학교부적응의 문제가 정서·행동적인 어려움과 함께 아동·청소년들의 정신건강을 위협하고 있는 현실이다.

위와 같이 아동·청소년의 다양한 정서·행동문제, 학교 폭력을 위시한 학교부적응의 문제는 날로

심각해지고 있어, 아이들의 정신건강의 문제에 대한 적극적인 대책 마련이 시급하다. 이에, 지역사회 아동·청소년 정신보건 인프라 및 서비스 현황과 문제점 도출, 이를 근거로 한 국가 차원에서의 아동·청소년 정신건강 서비스 전달체계의 보완이 요구된다.

국내의 경우, 주무 및 관계부처(보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부 등)의 조정과 통합 체계에 의해 계획되고 제공되는 서비스는 다음과 같다. 전국의 지역정신보건센터에서 사업예산의 12% 정도를 아동·청소년 정신보건사업에 배정하고 있어 소수(FTE 1인 이하)의 인력이 수행 중이나 규모와 예산이 적은 상황이다.

2009년 기준으로 아동·청소년에 대해 국비지원 정신보건사업을 선택적으로 수행하는 정신보건센터는 42개소, 지방비 지원 수행센터는 8개소, 필수사업장은 5개소 정도로 제한적이다. 서울광역정신보건센터 산하 아이존과 같은 주간 집중치료기관의 설치·운영, 적극적 예방 및 관리전략의 일환으로 최근 확대 시행되는 학교기반의 교육과학기술부 지원사업이 있다.

여성가족부 산하의 한국청소년상담복지개발원, 전국의 청소년상담복지센터 등에서는 위기청소년을 우선적으로 관리한다. 한국청소년상담복지개발원의 온라인 서비스는 인터넷을 통하여 청소년들이 직접 접근할 수 있는 장점이 있다. 온라인 서비스의 특성상 지속적인 서비스, 오프라인 서비스 연계 등이 어려운 것은 단점이라고 할 수 있으나 청소년의 접근도가 높은 서비스라고 할 수 있다. 아동폭력피해 대상자를 주 대상으로 하는 해바라기아동센터는 피해아동에 대하여 포괄적인 서비스를 제공하는 체계를 가지고 있다. 의료·심리지원(정신과, 산부인과, 외과 등의 진료, 약물 및 입원치료, 심리평가 및 치료), 상담지원(개인 및 부모, 가족, 집단상담프로그램), 수사 및 법률지원(수사 및 소송지원, 증거물 채취, 법률자문상담, 진술녹화 등), 사회적 지원(성폭력예방교육, 부모교육 및 자조모임, 지역사회 관련기관 연계 등)을 포함한다.

보건복지부 산하의 드림스타트센터는 우리나라 저소득 가정 임산부 및 0~12세 아동·청소년들을 대상으로 복지서비스를 중심으로 제공한다. 2007년 16개소로 시작하여 2011년에는 131개소로 증가하였다. 지역아동센터에서도 다양한 정서적인 서비스를 제공하고 있고 이용 아동이 해마다 증가하고 있다. 아동센터는 초등학생이 주로 많이 이용하는 기관이다. 지역의 아동·청소년 정신건강센터는 중앙정신보건사업지원단에 의하여 표준화된 사업모형을 가지고 사업을 실시하고 있으며, 교육과학기술부에서 지정된 학교 4,252개교 학교 및 기타 학교에서 의뢰된 학생, 지역 복지시설 및 관련 기관에서 의뢰된 청소년의 등록과 관리를 담당하고 있다. 아동·청소년 정신건강센터는 일반상담을 포함하여 심층평가, 교육실시, 집단프로그램실시, 지역 병·의원에 의뢰, 홍보행사실시 등을 담당하고 있다. 우수프로그램의 공통된 특징은 학부모, 교사 대상 교육훈련 프로그램을 실시하고

있다는 점이다. 지역 내 관련 병·의원, 기관과 서비스를 연계하고, 운영위원회를 활성화하는 데 노력하는 것도 공통적인 점이라고 할 수 있다.

3) 법·제도 현황

우리나라의 국가건강검진사업은 질병의 조기발견 및 예방을 목적으로 실시되고 있으며, 국민건강보험공단에 의하여 생애주기별로 실시되고 있다. 즉, 영유아기의 영유아건강검진, 학동기의 학생검진 및 비취학아동 건강검진, 성인기의 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 국가암조기검진, 노인기의 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 국가암조기검진 등으로 구분해 볼 수 있다. 영유아의 건강검진은 발달상에 나타나는 정신건강문제를 조기에 발견하는 기회가 되고, 아동·청소년기에 지속적인 감독와 관리를 하게 되는 근거가 되기 때문에 중요하다. 만 4세 영유아 건강검진에서는 발달검사를 통하여 운동이나 언어발달, 인지발달 등에 대한 선별검사를 한다. 주요 항목은 정신지체, 자폐증, 뇌성바비, 언어장애, 행동장애 등이 포함된다. 미국의 경우 검진에 포함되는 발달장애유형은 청력이상, 시각장애, 간질, 언어장애, 발달지연, 뇌성마비, 학습장애 및 정서와 행동장애를 포함하여 보다 포괄적인 개념으로 접근함을 알 수 있다.

학생검진의 경우 '학교보건법', 비취학아동에 대한 검진의 경우 '청소년복지지원법'에 근거하여 실시되고 있다. 현행 학교보건법이 학생의 건강전반을 보호하고 증진하는 데 기준이 되는 기본적인 법임에도 불구하고 건강관리 및 건강증진에 대한 조치사항은 미흡한 것으로 분석된 바 있다(이호근, 김영문, 정혜주, 2011). 학교보건법상에서 학생건강관리의 책임이 학교장에게 있기 때문에 건강관리에 대한 학교장의 역량이 중요한 변수가 된다. 학교장의 학교운영의 목표에서 건강관리 및 건강증진의 우선순위가 낮을 경우 학생건강관리는 미흡하게 진행될 가능성이 높으며, 이를 규제할 법·제도가 없고, 따라서 정책이나 사업의 효율적 추진을 기대하기 어려운 여건임을 알 수 있다.

표 I-1 아동·청소년의 정신건강 지원 관련법의 현황

생애 주기	관련 주제	법률	담당 부서
영유아	영유아 건강 검진	영유아보육법 제31조(건강관리 및 응급조치)	보건복지부
		① 보육시설의 장은 영유아와 보육시설종사자에 대하여 정기적으로 건강진단을 실시하는 등 건강관리를 하여야 한다.	
		아동복지법 제9조(아동의 건강 및 안전)	
		아동의 입소시 건강관리의무화, 보호아동 및 직원에 대해 연1회 이상의 건강진단실시/건강진단결과 건강이 좋지 아니한자에 대하여는 치료에 필요한 조치를 할 수 있다.	
		의료급여법 제14조 (건강검진)	
		① 시장·군수·구청장은 이 법에 의한 수급권자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 의료급여를 하기 위하여 건강검진을 할 수 있다. ② 제1항의 규정에 의한 건강검진의 대상·회수·절차 그 밖의 필요한 사항은 보건복지가족부장관이 정한다. [개정 2008.2.29 제8852호(정부조직법)]	
학동기	학생 검진	학교보건법 제7조 (건강검사 등)	교육과학 기술부
		① 학교의 장은 학생과 교직원에 대하여 건강검사를 하여야 한다. 다만, 교직원에 대한 건강검사는 「국민건강보험법」 제47조에 따른 건강검진으로 갈음할 수 있다.	
		학교보건법 제9조 (보건관리의무 등)	
		학생의 신체발달과 체력증진, 질병의 치료와 예방, 음주흡연과 약물오남용예방, 성교육 등 보건교육의 의무	
		학교보건법 제11조 (치료 및 예방조치의 의무)	
		학교장은 건강검사결과 질병에 감염되었거나 감염될 우려가 있는 학생에 대한 치료 및예방의 조치를 해야함.	
		학교보건법 제12조 (안전관리에 대한 의무)	
		학교장은 안전교육 및 안전조치의 의무가 있음.	
	비취학 아동의 건강 진단	청소년복지지원법 제6조 (체력검사와 건강진단)	여성가족부
		① 국가 및 지방자치단체는 청소년의 체력검사와 건강진단을 실시할 수 있다. 다만, 다른 법률의 규정에 의하여 체력검사 등을 실시하는 청소년을 제외한다. ② 국가 및 지방자치단체는 제1항의 규정에 의한 체력검사 및 건강진단 결과를 청소년 본인에게 통보하여야 한다. ③ 국가 및 지방자치단체는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 체력검사·건강진단의 실시 및 결과통보를 전문기관·단체에 위탁할 수 있다. ④ 제1항 및 제2항의 규정에 의한 체력검사·건강진단의 실시와 결과통보 등에 관하여는 여성가족부령으로 정한다.	

* 주: 1) 2007년 11월 15일 만6세 미만 전 영유아를 대상으로 건강검진사업을 실시함에 따라 '영유아보육법' (여성가족부 소관)에 따른 건강검진과 '유아교육법' (교육과학기술부 소관)에 따른 검진을 통합하여 시행함.

아동·청소년의 정신건강문제를 예방하고, 정신건강문제 및 질병을 조기에 발견하여 치료하고 관리할 수 있는 정신보건시스템이 부족하여 성과를 기대하기 어려운 상황이다. 통합적으로 아동·청소년의 정신건강요구를 파악하여 사전에 예방 및 관리할 수 있도록 정책개선이 필요하다.

○ 연구의 목적

- 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 문제점을 분석한다.
- 우리나라의 아동·청소년 정신건강 증진 지원을 위한 인프라 및 서비스 전달체계의 개선을 통하여 효율적 운영방안을 연구한다.

2. 연구내용 및 방법

1) 주요 연구내용

○ 우리나라 아동·청소년 정신건강 인프라현황 및 서비스 전달체계 분석
  - 현황, 목표, 법적 근거, 조직, 사업내용

○ 우리나라 아동·청소년 정신건강과 관련된 인프라현황 및 서비스 전달체계 분석 : 현황, 목표, 법적 근거, 조직, 사업내용

○ 해외 아동·청소년 정신건강 지원 인프라 현황 및 서비스 전달체계 분석 (미국, 호주, 영국)

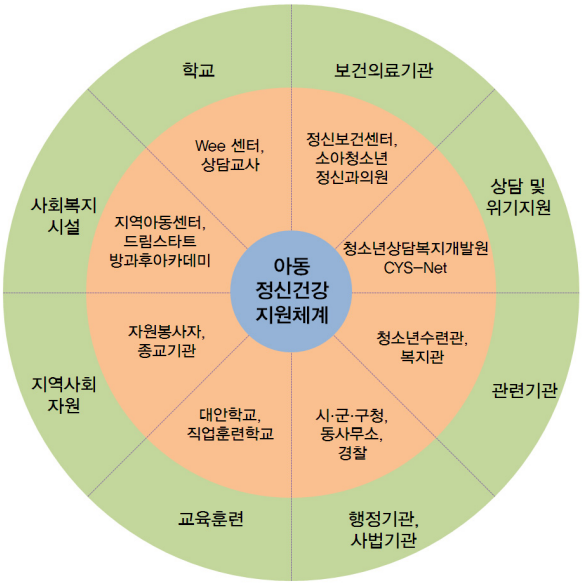
○ 아동·청소년 정신건강인프라 및 서비스 전달체계의 이용현황과 문제점 분석

○ 아동·청소년 정신건강인프라 및 서비스 전달체계 담당자의 문제점과 개선방안 분석

○ 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 인프라 및 서비스 전달체계 개선을 위한 정책과제와 방안 분석

2) 아동·청소년 정신건강을 지원하는 인프라 및 서비스 전달체계의 범위

○ 연구의 범위는 국가 정신보건체계 하에서의 아동·청소년 정신보건인프라 및 서비스 전달체계를 중심으로 하되, 관련 유관 인프라 및 서비스 전달체계현황을 분석하여 연계운영방안을 연구함.



*출처: 수정하여 인용. 김지혜(2001). 가출청소년 사례관리 지침서, 나눔의 집, p.49.

【그림 I-3】 아동·청소년정신건강 및 심리·정서적 지원 관련 기관의 범위

3) 연구방법

○ 해외 자료의 수집 및 분석

– 미국, 호주, 유럽(영국)을 중심으로 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 및 서비스 전달체계 분석

○ 우리나라의 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 및 서비스 전달체계 자료수집 및 우수사례 자료수집

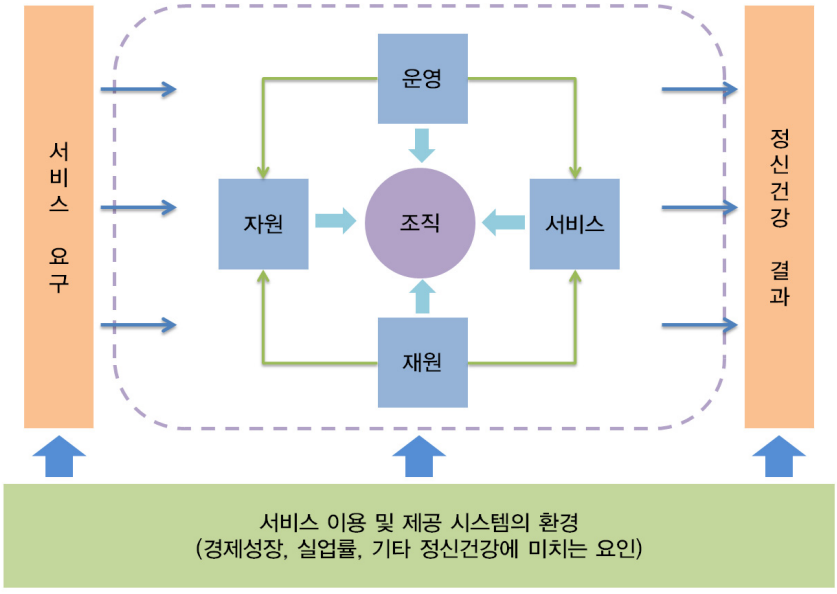
– 보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부, 문화체육관광부 등 부처별 인프라 및 서비스 전달체계(법령, 조직, 인력, 성과 등)와 우수사례 분석

○ 조사

– 전문가 의견조사(학계, 공무원, 현장 전문가, 자원봉사자 등 20명 이상): 인프라 및 서비스 전달체계 개선방안에 대한 델파이조사

– 청소년 담당인력(교사, 인프라 근무 종사자, 전문가 등)대상 FGI: 업무의 효율성, 적절성, 지속가능성 등

– 서비스 이용 학생(중학생)과 학부모 대상 FGI: 서비스접근성, 사후관리, 만족도 등



* 출처: 유근춘 외(2008). 재인용.

【그림 Ⅰ-4】 인프라 및 서비스 전달체계와 이용자의 정신건강결과

3. 기대효과

○ 아동·청소년 정신건강향상을 위한 정책 성과 제고
○ 아동·청소년의 정신건강서비스 접근성 향상
○ 아동·청소년의 정신건강문제점 개선
○ 국가 정신건강지표의 개선

제 II 장

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원서비스 개념 고찰

1. 정신건강 증진 지원서비스의 정의와 접근방법
2. 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 원리
3. 소결

제 II 장

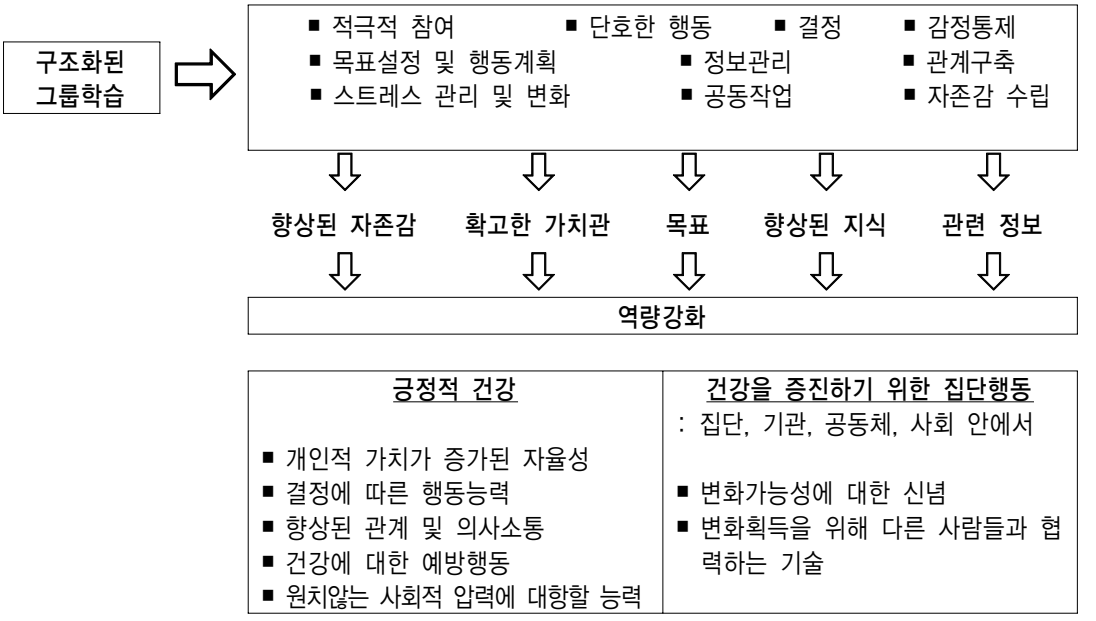
아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원서비스 개념 고찰

1. 정신건강 증진 지원서비스의 정의와 접근방법

아동·청소년 정신건강 증진 지원서비스의 개념은 정신건강문제 또는 질병을 예방하고, 건강잠재력 향상을 의미한다. 여기서 정신건강문제는 정신질환을 포함한 고위험요인들을 포함하고 정신과적 문제뿐만 아니라 정서적 심리적 문제를 포괄하는 개념이다.

아동·청소년기는 정신적, 정서적 , 사회적 발달의 단계에 있으면서 각 단계별 발달과업을 성취해야 하는 것으로 기대된다. 그러나 가정, 학교, 지역사회의 사회환경, 경제적 요인에 의해 정상적인 발달이 방해를 받게 되고 이러한 과정에서 신체적, 정신적, 사회적 문제를 가지게 되고 여러 가지 비행의 문제로 표현되거나 자살, 상해 등의 생명에 위협이 되는 문제로까지 이르게 된다.

아동·청소년의 정신건강에 영향을 주는 요인에 대해서는 많은 연구가 되어왔다. 첫째 정신건강 증진을 위한 대책으로서 고위험 및 질병의심 대상자를 선별하여 조기개입과 조기치료를 통해 악화를 예방하는 정책이나 프로그램이 가장 많이 도입되고 있는 유형이다. 이러한 접근방법은 개인별 접근방법에 해당되는 것으로 알려져 있다.



* 출처: Anderson, J., Beels, C., & Powell, D. (1994). *Health Skills for Life*. Walton-on-Thames: Nelson.

【그림 II-1】 건강 기술

학교단위에서 아동·청소년의 정신건강 증진 지원을 위해 필요한 요소는 다음과 같다. 첫째, 교직원들 간의 공약이 필요한데, 조직원들이 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 노력의 목표를 공유하고, 액션플랜을 분담하는 일이다. 둘째, 학생정신건강 증진을 위한 학교경영을 조직적, 재정적으로 지원하는 것이다. 셋째, 전반적인 학생건강에 대해 모든 교사와 지역사회가 관심을 가지도록 유도해야 한다. 넷째, 정신건강 증진을 위한 학교의 노력에 대해 학생과 학부모가 충분히 인지하도록 목표와 액션플랜을 공지해야 한다. 다섯째, 적절한 인력과 상담공간, 정신건강교육을 위한 시간배정 등 행정적·조직적 지원이 필요하다.

인구집단을 대상으로 한 예방적인 건강증진의 접근방법으로는 아동·청소년을 대상으로 생활기술 교육을 실시하여 전반적인 건강잠재력을 양성하는 것이 정립된 이론이다. 생활기술들은 확실히 공식적인 커리큘럼과 융합하여 지도하는 형태도 있고, 공식적인 커리큘럼 외의 학교프로그램을 통해서 보급할 수도 있다. 생활기술교육은 지역사회 임파워먼트라는 개념으로도 발전되어 청소년뿐만 아니라 성인대상 건강증진사업에도 적용되고 있다(보건복지부, 2012a). 일반적으로 생활기술교육이란 지역사회에서 사용할 수 있는 가치를 명확히 하고, 의사결정을 내리고, 위기에 대처하는 방법,

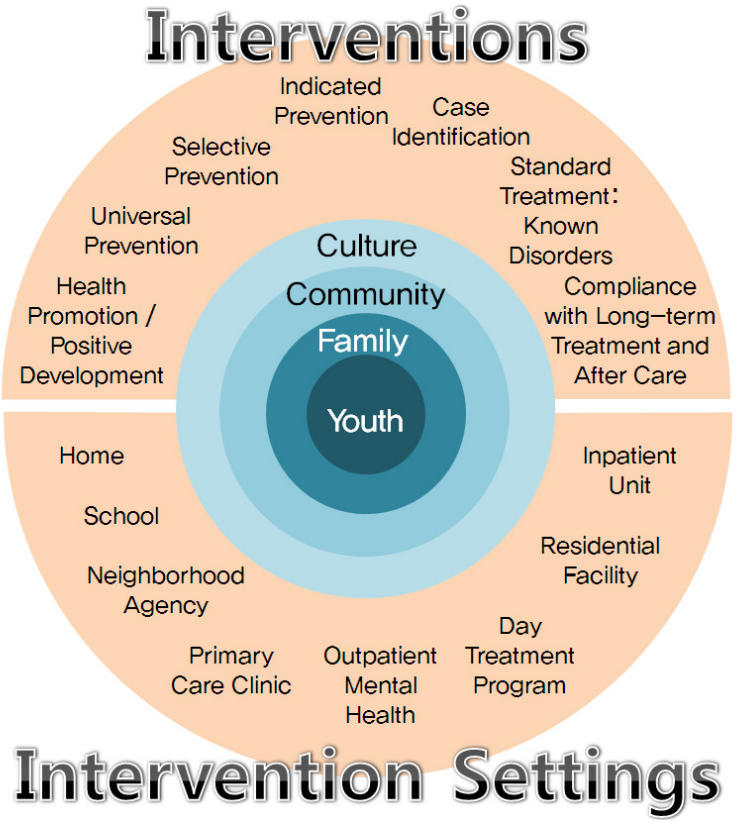
지적·감정적 문제 해결, 도움주기, 주장하기, 건강한 인간관계의 성립, 정확한 정보를 찾는 방법 알기, 지역사회에서 가능한 개인적·물리적 자원들 사용하기 등에 대해 기술(skill)을 가르치는 것을 의미한다. 학교를 기반으로 한 생활기술교육은 건강위험 질병의 원인을 개인의 책임으로 돌리는 피해자 비난의 결과를 가져온다는 비난을 받기도 했다.

개인 및 인구집단의 정신건강 문제의 치료와 재활에 중점을 둔 예방에 관한 정의는 일반적인 예방, 선택적인 예방, 지시적인 예방 등으로 구분된다. 일반적인 예방정책은 인구집단 전체를 대상으로 하며 이런 정책이나 사업이 효과적이기 위해서는 전체 인구집단에 수용할 만한 주제와 효과적인 방법이 채택되어야 한다. 예를 들면 학교에서 약물남용예방을 위한 정서적·사회적 기술훈련을 하는 것은 모든 학생을 대상으로 하며 모든 학부모를 대상으로 약물남용 예방기술과 관련된 의사소통을 하는 훈련프로그램을 제공할 수 있다.

선택적인 예방사업은 개인을 대상으로 하거나 세분화된 하위인구집단을 대상으로 한다. 개인이나 일부 세부집단이 평균 이상의 고위험요인을 가지고 있거나 정신질환이나 정신장애로 발전될 가능성이 있는 경우에 속한다. 이러한 위험요인은 단기적인 위험일수도 있지만 생애에 걸친 위험요인일수도 있다. 이러한 위험요인을 파악하기 위해서는 생물학적, 심리적, 사회적 위험요인을 검사해야 한다. 이러한 위험 요인들은 다시 정신장애, 정서장애, 행동장애 등으로 구분되기도 한다. 선택적인 예방사업은 비용이 적절해야하고 부정적인 결과가 최소화될 수 있도록 해야 한다. 이혼가정의 자녀, 정신장애를 가진 부모의 자녀, 아동학대의 피해자 등이 선택적 예방사업의 주요 대상이다.

지시적인 예방사업은 고위험 개인을 대상으로 하며, 정신적·정서적 행동적 장애의 증상을 가지고 있는 경우를 대상으로 한다. 고위험의 소인으로는 생물학적·심리적 요인들이 다 포함될 수 있다. 지시적 예방사업은 공격성, 우울증, 불안장애 등을 가진 아동대상의 프로그램이 해당되는데, 비용이 많이 들며 위험부담이 있을 수 있다.

정신건강 증진에는 개인의 긍정적인 자아존중감, 숙련도(mastery), 웰빙의 상태, 사회적 소속감, 역경을 극복할 수 있는 능력과 더불어 발달적인 과업을 달성하는 능력 등이 포함된다. 정신건강 증진의 정책 및 사업은 일반적인 인구집단을 대상으로 한다. 학교, 지역사회센터, 지역사회기반의 프로그램들이 있고, 정서적·사회적 능력을 증가시키는 활동을 포함한다. 자기통제력, 문제해결능력을 중심으로 하는 활동이 포함된다. 아동의 비행예방을 위한 교육사업, 가족지원사업 등이 효과적이고 대표적인 정신건강 증진사업이다. 청소년 개발 프로그램들은 음주 및 약물남용, 폭력, 공격성 등을 예방하는 데 효과적이라는 주장도 있다. 사회적·정서적·인지적 능력(competence)이 긍정적으로 발달할 때 정신적·행동적 문제들이 예방될 수 있다는 이론에 기반한다(Weisz, Sandler et al., 2005).



* 출처: Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628-648.

【그림 Ⅱ-2】 아동·청소년의 발달관련 생태학적 모델

2. 아동·청소년 정신건강 증진 지원 인프라 및 서비스 전달체계의 원리

아동·청소년 시기는 일반적으로 건강한 시기에 속한다. 그러나 세계적으로 약 20%의 청소년이 정신건강 문제를 경험하는데, 주된 문제로는 우울, 불안, 자살 등이 있다. 특히 자살은 청소년기의 주된 사망원인이다(WHO, 2003). 정신적으로 건강한 상태를 가지게 함으로써 전반적인 삶의 질 향상을 도모할 수 있기 때문에 가장 기본적인 건강의 요소라고 할 수 있다. 청소년기에 행복하고 자신감 있는 정신상태를 가질수록 성인기에도 건강한 정신을 가질 확률이 높아지므로 국가적으로도

중요한 보건문제라고 할 수 있다(Rao, 2001). 정서적 안녕(well-being)의 상태를 유지함으로써 자존감, 행동, 학업성취도와 학교생활, 사회생활 등에 긍정적인 효과를 기대할 수 있다(Olweus, 1991).

정신건강과 관련하여 청소년들이 가져야 할 역량은 문제해결능력(problem solving skills), 사회적 역량(social competence), 목적의식(sense of purpose) 등이다. 이러한 기본적인 역량은 자산(asset)으로도 표현된다. 정신건강의 자산에 해당하는 요소들은 삶의 어려운 환경이나 상황을 극복할 수 있게 해주고, 위험행동을 피하고 생산적인 삶을 영위하게 해주는 기능을 한다(Scales, 1999; Morgan et al., 2007).

아동·청소년의 정신건강 증진에 영향을 주는 요소는 다양하며 몇 가지 수준으로 구분하다. 개인, 가족, 학교, 이웃, 지역사회의 수준 등으로 구분할 수 있다(Morgan et al., 2008). 정신건강의 문제나 정신질환을 발생시키는 데 영향을 주는 요소는 가난, 사회적 소외 및 왕따, 폭력, 가족의 지원결여 등이다. 아동·청소년들이 많은 위기를 경험하고, 발육발달상의 문제를 경험할 때 정신건강의 문제는 심각해질 수 있다. 정부나 공공 및 민간부문의 지원정책의 접근성을 높임으로써 상담과 사회서비스를 통해 청소년의 정신건강을 보호할 수 있다(WHO, 2004).

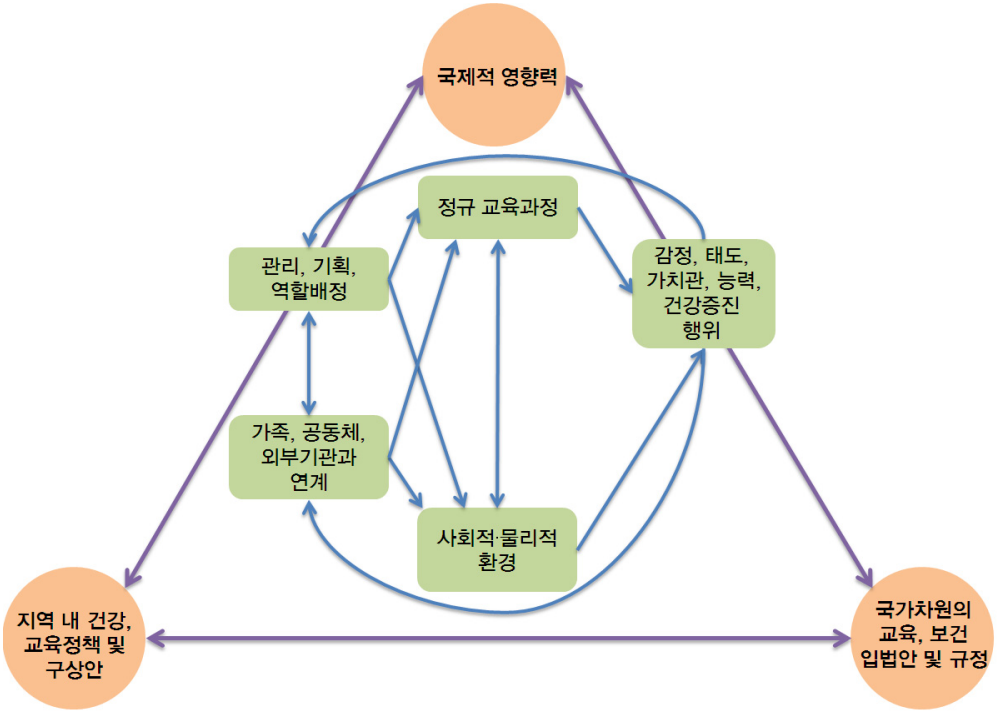
아동·청소년의 정신건강문제의 발생을 예방하기 위해서는 이 시기에 긍정적인 경험을 할 수 있는 기회를 많이 제공하는 것이 효과적이라고 한다(Sameroff et al., 2003). 특히 취약계층의 아동·청소년들에게는 학교, 가정, 지역사회에서 정신건강 지원 서비스를 강화함으로써 정신건강 문제의 발생을 예방하거나 개선할 수 있다는 근거가 있다(WHO, 2012).

아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위한 정책적 접근방법은 임상적인 정신보건 서비스의 개입 강화와 더불어 아동·청소년의 정서적, 사회적 안녕(well-being)을 지원하는 방안을 개발하는 데 중점을 두어야 한다. 임상적 정신보건 서비스의 개입은 일차보건의료서비스 현장뿐만 아니라 학교와 지역사회기반의 개입이 필요하다. 국제적으로 보건의료자원이 부족한 국가일수록 지역사회와 학교에서 정신보건 서비스에 대한 접근성이 상당히 떨어지는 것으로 보고되고 있다.

아동·청소년의 정신건강 증진 지원을 위한 정책 대상의 우선순위를 순서대로 나열하면, 위험에 노출된 청소년(고위험 집단), 부모 및 교사, 지역사회, 일반청소년 등이다.

세계보건기구에서 권고하는 아동·청소년 정신건강 증진 지원방안은 첫째, 전인적이고 종합적인 접근으로서 정신보건정책과 더불어 정신건강문제의 예방을 위한 사회심리적 접근을 병행하는 것이다. 둘째, 청소년을 위한 정책의 자원을 개발할 때 청소년의 필수적인 참여를 필요로 한다. 셋째, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 보호요인의 대부분은 가족 요소와 지역사회요소에 있기 때문에 해당 아동·청소년

뿐만 아니라 부모, 사회환경적으로 이해관계가 있는 영역의 사람들이 정책적 개입의 대상이 되어야 한다. 넷째, 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위한 서비스는 아동·청소년이 처한 상황적 요인을 고려하여 문화적으로 적절해야 한다. 특히 정신건강 증진 지원을 위한 서비스는 성인지적(gender based approach)이고 인권에 기반한(human rights based approach)여야 한다. 다섯째, 서비스에 접근하기 어려운 취약계층의 청소년을 찾아내어 미충족 요구를 감소시키려는 정책적 노력이 필요하다. 취약계층 청소년의 정신건강 및 관련 문제를 예측하고, 조기에 발견할 수 있도록 시스템이 마련되어야 한다. 여섯째, 아동·청소년의 정신건강요구에 대응하기 위해 최신의 커뮤니케이션 수단을 활용해야 한다. 인터넷을 비롯한 다양한 커뮤니케이션 수단을 통하여 정신건강문제에 대하여 의사소통을 할 수 있도록 하고 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 해야 한다.



* 출처: Parsons, C., Stears, D., Thomas, C., Thomas, L. and Holland, J. (1997) The implementation of ENHPS in different national contexts. The European Network of Health Promoting Schools. WHO/EURO, Copenhagen.

【그림 Ⅱ-3】 건강증진학교의 생태전체론적 모델

많은 정신건강 관련 연구에서는 아동·청소년 정신건강 증진을 저해하는 요인을 밝혀 왔다. 대부분 위험 및 보호인자의 영향은 상호연관성이 있고 영향이 누적된다. 위험인자는 서로 긍정적으로, 보호요소와는 부정적으로 상호연관성이 있다. 위험인자는 정신적, 감정적, 행동적 문제발달에 누적효과를 끼치는 경향이 있고, 보호인자는 정신적, 감정적, 행동적 문제 발달을 줄이는데 누적효과가 있다.

위험 및 보호인자는 특정한 정신적, 감정적, 행동적 문제와 다양하고 복합적인 문제에 영향을 준다. 일부 위험 및 보호인자는 다양한 정신적, 감정적, 행동적 결과에 영향을 미치는 데 전반적 효과가 있을 뿐만 아니라 위험 및 보호인자는 단일의 MEB(정신적, 감정적, 행동적) 질환에 구체적인 영향을 준다. 위험 및 보호인자의 구체적인 효과는 성별 혹은 연령별로 다르게 나타날 수 있다.

표 II-1 발달단계별 정신건강 위험요인 개입사례

발달단계	위험요인	개입 사례
수정, 임신, 산후기	산후 우울증의 위험성	- 위험요소가 있는지 임산부를 일상적으로 검진을 하고 기분관리훈련, 가정방문, 영향상담과 같은 필요한 개입을 제공해 아이의 중요한 발달단계 동안에 모성 우울증을 예방함.
	어머니가 우울증에 걸린 경우, 아이는 애착의 문제, 나중에는 유치원이나 학교 문제에 처할 위험이 있고 더 나아가 우울증에 걸릴 위험에 처함	- 발달문제, 비정상적 수유패턴에 대해 검진 및 개입을 위해 육아상담사가 방문하고 엄마 또는 다른 아기 돌보미와의 상호작용을 함.
유아기	비정상적 발달의 위험에 처한 유아	- 연령에 알맞은 행동과 정상적 뇌 발달 증명에 대한 검사 제공
	조기 행동장애는 나중에 유대관계, 부모와 자식간 상호작용의 부정적 패턴을 보일 위험이 증가	- 부모교육과 발달전문가로의 위탁같은 정기적인 교정치료개입이 제공됨
미취학 시기	인지적 자극이 없음	- 돌보는 사람이 돌보는 아이들에게 책을 읽어줄 것을 권장함
	자기옹호, 친사회적 기능, 또는 적절한 학교행동을 배울기회가 없음	- 가정 내에서나 밖에서, 조기 아동교육과 같은 풍부한 경험이 학교와 사회에서 성공적으로 지내는 데 필요한 기술을 아이들이 쌓도록 제공됨 - 가족은 양육관계를 육성하기 위한 필요한 육아지원을 받음

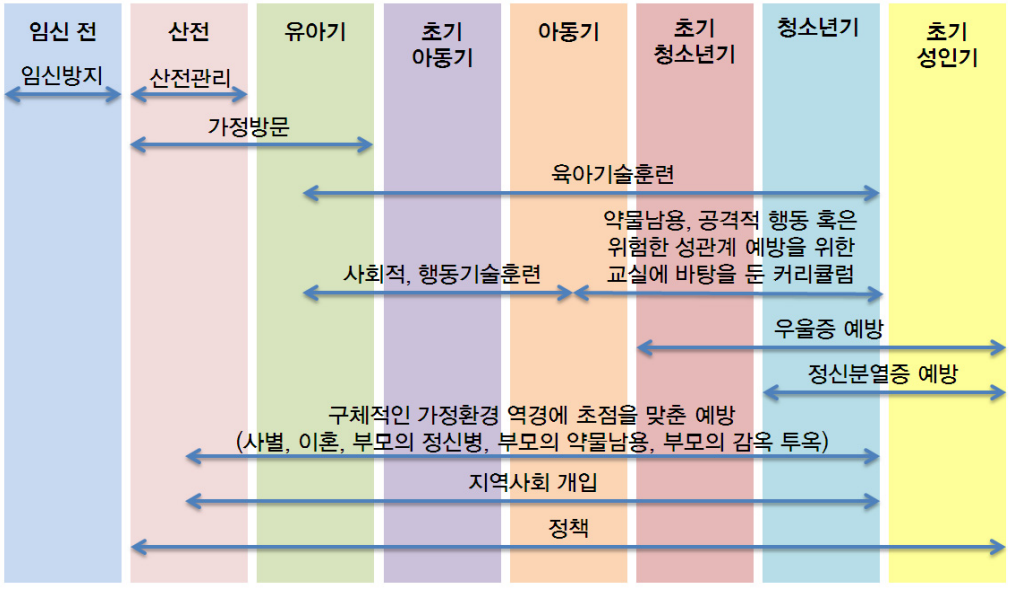
초등학교 시기	아동의 학우, 돌보는 사람, 혹은 선생님들과 긍정적 관계는 가지는 데 어려움을 겪음	– 가정과 학교는 애정어린 돌봄과 양육을 증가시키고 처벌 경험을 줄임
	아동초기 성공을 경험하지 않음	– 학업성취도를 향상시키고 문제행동을 관리하는 능력을 배움
중학교 시기	흡연, 알코올 및 다른 약물 사용, 비행 또는 위험한 성행동을 하게 됨	– 가정과 학교에서 친사회적 행동을 위한 고수준의 강화 훈련을 제공
	학업부진과 비행학우들과의 유대를 형성하는 경험을 함	– 학업 또는 학우간 상호작용 문제로 인해 위험에 처한 어린 아이들을 확인하고 개인 혹은 가족개입 선택권을 제공함
고등학교 시기	자부심 결여, 학업적 성공에 제한을 받고, 반사회적 행동을 하게 되며, 긍정적인 건강습관을 발전시키지 않음	– 가정과 학교 중심의 프로그램은 약물남용, 비행과 성적 행동에 대한 태도를 형성하고 자기동일성과 대처능력을 제공함
	우울증, 행위장애 및 약물남용 증가	– 제공되는 적절한 개입법으로 청소년에게 우울증과 다른 MEB 장애를 위한 일상적 검사가 제공됨
조기 성인기 (young adulthood)	지속되는 교육, 고용, 결혼, 자녀양육을 포함하는 독립을 하는 전환기 갈등	– 지역사회 프로그램은 건설적인 부모–자식간 의사소통을 포함한 교육, 직업, 관계와 모델 육아기술에 대한 결정을 지원함 – 학업과 직업관련 및 결혼생활의 어려움을 포함한 가정을 부양하는데의 장애요인을 줄이는 것이 필요함에 따라 대학, 직장 및 지역사회 배경에서 개입이 가능함

* 출처: National Research Counsel and Institute of Medicine(1994).

미국정신과학회의 정신진단기준에 의하면 정신장애 및 정신질환의 진단기준은 임상적 증후군, 성격장애, 정신장애로 인한 신체질병, 심리사회적 스트레스 사건, 현재의 기능수준 등을 중심으로 평가한다(민성길, 2006). 정신장애의 종류는 정신분열병, 분열형 정동장애 및 반복성 우울장애 등이 포함된다.[3] 우리나라 전체 장애인 중 정신장애인(자폐성장애인과 지적 장애인)의 연령별 분포를 보면, 17세 이하의 아동·청소년이 가장 많은 것으로 나타났다(자폐성 장애 78.5%, 지적 장애 30.4%)(변용찬 외, 2009).

3) 장애인복지법 시행령 별표1에 의하면 정신장애인은 지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절, 행동, 하고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람을 의미한다.

아동의 정신보건 문제를 심층적으로 분석한 1999년의 미 보건복지부 보고서에 따르면 약 9~14%의 동일 연령대 대상들이 심각한 정서장애(Serious Emotional Disturbance, SED)를 갖고 있으나, 그 중 70%는 아무런 서비스를 받지 못한 채 방치되고 있는 것으로 보고되었다(Department of Health and Human Services, 1999).



* 출처: National Research Counsel and Institute of Medicine(1994).

【그림 Ⅱ-4】 생애주기별 정신건강문제 개입의 내용

3. 소결

우리나라는 외국과 달리, 아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 합의된 재정자원이 부족하고 지방정부의 재정능력이 취약하므로 중앙정부의 역할이 상대적으로 중요하고 강조되어야 한다. 미국과 같이, 중앙 정부 내 운용 가능한 특별 기금의 일부를 아동의 정신보건 사업을 위해서만 사용가능하도록 명시하여 집행하는 방안도 적극 고려해야 한다.

건강보험과 의료보호의 자원 중 일정 부분을 아동의 정신건강을 위한 개입 자원(진단, 치료, 재활, 사후관리)으로 활용 가능하도록 편제하는 방안도 고려할 수 있다. 기존의 국민건강증진기금에서 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 예산확보를 개선할 수도 있다. 서비스 사각지대인 영유아 계층과 자원 취약계층인 농어산촌 지역의 아동을 위해서는 지방정부에게 부담을 주는 매칭방식의 재정조달은 효과적인 대안으로 고려하기 어렵다.

· 예방 프로그램은 다양한 위험인자 및 보호인자에 영향을 미칠 때 가장 효과적이다.

· 예방시험의 평가는 시간이 지나면서 더 효율적인 예방 전략을 이끌어내며 어느 위험 혹은 보호인자가 프로그램 효과를 설명하는지를 보여줄 수 있다.

예방시험의 평가는 위험인자 및 보호인자에 관한 이론에 영향을 미칠 수 있다. 예방 프로그램은 분석단계에 걸쳐 영향을 미칠 수 있다. 예를 들면, 생물학적, 개인 혹은 가족 단계에 있는 위험인자는 사회정책개입을 포함한 다양한 단계에 있는 개입이나 조정에 의해서 수정될 수 있다. 예방 프로그램은 긍정적 결과를 강화하는 증진효과가 있을 수 있고 증진 프로그램은 문제결과를 줄이는 예방효과가 있을 수 있다. 예방 프로그램은 발달기간에 걸쳐 장기간 효과를 이끌어내며 일련의 위험 및 보호인자의 효과에 영향을 줄 수 있다.

제 III 장

지역사회 아동·청소년 정신보건센터의 인프라 구축 현황 및 서비스 전달체계

1. 법, 제도 및 정부지침 현황
2. 거버넌스와 조직운영체계 현황
3. 서비스 제공 현황
4. 소결

제 III 장
지역사회 아동·청소년 정신보건센터의 인프라 구축 현황 및 서비스 전달체계[4)]

우리나라의 아동·청소년 정신건강 문제는 그 다양성과 심각성에 대한 인식이 높아지면서, 점차 주요 사회문제로 부각되고 있다. 이러한 사회적 수요와 관심에 부응하고자 주무 및 관계 부처(보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부 등)에서 조정과 통합 체계를 통해 계획되고 제공하고 있는 다양한 정책 사항과 서비스에 대해 살펴보았다.

1. 법, 제도 및 정부지침 현황

우리나라 아동·청소년 정신건강 관련법에는 정신건강 관련법, 아동과 청소년복지관련 , 학교보건법과 같은 교육 관련법 등 그 범위나 종류가 매우 다양하다. 또한, 이에 근거한 여러 부문의 중앙부처에서는 유사하면서도 다른 유형의 조직, 정책 등이 분산되어 추진 중에 있다. 이에 아동·청소년 정신건강과 관련한 법적, 제도적, 정책적 현황을 정신보건, 복지, 교육 등 다양한 측면에서 살펴보고자 한다.

1) 아동·청소년 정신건강 관련 법률

(1) 정신보건법

1995년 12월에 제정된 정신보건법은 우리나라에서 아동·청소년의 정신건강문제 뿐 아니라 모든 사람들의 정신건강 문제를 직접적으로 다루고 있는 가장 중심적이고 우선적인 법으로서, 정신보건법에서는 정신질환 관련 사항을 매우 포괄적으로 정의하고 있다. 그러나 정신보건법에서 제시하고 있는

4) 이 장은 이명수 센터장(서울시정신보건센터), 윤명주 팀장(서울시소아청소년정신보건센터)이 집필하였음.

용어의 정의에 따르면 정신보건법은 그 주요 대상이 중증질환자로 이들의 치료, 요양 그리고 사회복귀를 주요 목적으로 시행하고 있으며, 아동·청소년 정신건강문제를 가지고 있는 대상자 중에서는 극히 일부의 중증 질환만이 이 법에 의해 포함될 수 있다. 정신보건법 안에서는 아동·청소년을 대상으로 하는 특화된 별도의 정신건강 증진을 위한 법 규정 및 기준 마련이 부재한 실정이기 때문에, 현재 정서행동상의 어려움을 지닌 아동· 청소년의 정신건강 증진을 위한 상담, 전문 인력 배치, 입소, 요양 및 치료, 그리고 재활 및 사회복귀 지원 등을 위한 포괄적인 지원법으로 기능하기에는 제한이 많다.

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “정신질환자”라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함한다)인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적정신장애를 가진 자를 말한다.
2. “정신보건시설”이라 함은 이 법에 의한 정신의료기관·정신질환자사회복귀시설 및 정신요양시설을 말한다.
3. “정신의료기관”이라 함은 의료법에 의한 의료기관 중 주로 정신질환자의 진료를 행할 목적으로 제12조제1항의 시설기준 등에 적합하게 설치된 병원(이하 “정신병원” 이라 한다)과 의원 및 병원급 이상의 의료기관에 설치된 정신건강의학과를 말한다.
4. “정신질환자사회복귀시설”(이하 “사회복귀시설”이라 한다)이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.
5. “정신요양시설”이라 함은 이 법에 의하여 설치된 시설로서 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설을 말한다.

(2) 아동·청소년 정신건강 관련 법률

① 아동복지법

현행 아동복지법은 18세 미만 아동의 출생에서부터 인격 발달, 안정된 가정환경 조성 등 아동의 안전, 건강, 및 복지 증진, 아동과 보호자 및 가족 지원을 위한 정책, 보호 대상 아동 및 지원

대상 아동의 권익 증진, 그리고 아동의 양육과 안전 존중을 위한 보호자의 책무 등을 내용으로 하는 매우 포괄적인 법으로서, 아동· 청소년의 정신건강 증진을 위해 특화된 법 규정은 명시되어 있지 않다. 다만, 각종 폭력, 유기 등 정상적 발달을 저해할 수 있는 상황에 놓여 신체적, 정신적, 정서적 보호가 필요한 아동을 위한 상담과 치료 기반을 마련해야한다는 규정은 아동의 정신건강을 위한 가장 직접적인 조항이라 할 수 있다.

본 법에서는 주요한 사항으로 아동학대 예방을 위한 아동보호전문기관을 설치·운영하도록 규정하고 있다. 세부 내용으로는 아동학대 예방사업을 위한 연구 및 자료 발간, 연계 체계 구축, 프로그램 개발 및 평가 등과 같이 학대 예방을 위한 환경 조성이 있다. 이러한 예방적 환경 조성을 위한 규정도 매우 중요하지만, 그것에 국한된 규정들은 정신건강에 문제가 있는 아동을 위한 포괄적이며 전문성 있는 상담과 치료, 요양 및 재활, 사회활동 복귀를 지원할 근거 규정으로서는 한계를 갖고 있다.

② 청소년 관련 법률 현황(청소년기본법, 청소년보호법 등)

청소년 복지 관련 법률에서는 공통적으로 광의의 의미로서 청소년의 권리 및 책임, 가정·사회·국가 및 지방자치단체의 청소년에 대한 책임을 정하고, 청소년의 정신적· 신체적 건강 등 복지 증진을 위한 법적·제도적 장치들을 마련하고 있다.

청소년 기본법은 청소년의 보호와 지원에 관한 기본법으로 청소년이 직면하고 있는 학업문제, 가정문제, 이성문제, 미래 불안 문제 및 다양한 청소년기 정서적 불안에 대한 상담 및 전문기구 등을 통해 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 예방과 교육 및 홍보 특히, 전문적인 치료가 이루어지기 전 단계에서의 관련 인프라(한국청소년상담복지개발원)와 아동·청소년 정신건강 증진 위한 중요한 전문 인력 육성(청소년 지도자) 등의 내용을 제시하고 있다. 전문 상담 인력 양성, 교육 이후 기관에의 배치, 관련 인프라 확충을 통해 청소년 개개인을 위한 직접적인 서비스가 이루어지는 것은 타 법률에 비하여 한 단계 나아갔다고 볼 수 있으나, 이 역시 청소년 정신건강과 관련하여 환경적인 요인의 관리 및 올바른 인격 형성과 조화로운 성장이라는 전인격적 성장을 위한 상담 기능 등 예방적 성격이 강하다고 볼 수 있다.

청소년 보호법은 아동·청소년의 정신건강과 관련한 사회적 요인에 대한 규율과 규제에 관한 포괄적인 보호법이라 할 수 있다. 청소년 정신건강과 관련하여 직접적인 정신건강의 내용을 담은 규정은 없으나, 청소년의 정신건강에 영향을 미치는 유해한 매체물, 약물, 유해 물건, 유해 업소 등 사회적 유해 환경으로부터 청소년을 보호하고자 하는 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다.

③ 교육관련 법률 현황(학교보건법, 교육기본법, 초중등교육법 등)

학생의 정신건강과 관련하여 교육 관련법은 매우 중요한 연계성을 가진다. 학교보건법은 학생과 교직원의 건강을 보호·증진함을 목적으로 하여, 건강 검사 즉, 신체의 발달 상황 및 능력, 질병의 유무 등에 대하여 조사하도록 하고 있다. 반면, 그동안 정신건강 증진을 위한 규정은 미비하였으나, 2012년 1월 개정을 통해 학교 내에서 정신건강문제 관련한 검사가 진행되도록 명문화하여 학생 정신건강에 대한 학교 차원의 관심과 노력들이 이루어지게 되었다. 그러나 여전히 상담, 예방, 치료 및 요양 그리고 사회활동 복귀 지원을 유기적이며 총체적으로 관할하기에는 한계를 가지고 있다.

이와 더불어 학교 폭력으로 정신건강에 피해를 보는 사례에 대한 보호와 예방 및 규제조처를 담은 학교폭력예방및대책에관한법률과 학생의 인권 및 학생의 보건과 복지 증진을 내용으로 하는 교육기본법과 초중등교육법 등이 학교 현장에서의 학생 이외에는 적용할 수 없고 외부와의 유기적이고 체계적인 연계 활동 체계도 미비하여, 아동·청소년의 정신건강 증진이라는 목표에 도달하기에는 한계점을 안고 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 정신보건법, 아동·청소년 복지관련 법, 교육 및 학교보건법 등은 각각의 입법 목적에 맞게 제한된 범위에서 보호와 규제, 예방과 치료, 요양과 사회복귀 지원을 개별적으로 규정하고 있으나 대상이 상이하고, 노력 의무 사항으로 규정되어 있어, 법적 실효성이 없거나 한계를 나타내고 있다.

2) 정신건강 관련 정부지침 현황

(1) 보건복지부 정신보건안내(지침)

① 사업목적

지역사회 내 아동·청소년 정신보건 서비스 제공체계를 구축함으로써 아동· 청소년기 정신건강문제의 예방, 조기 발견 및 상담·치료를 통하여 건강한 사회구성원으로서의 성장발달지원을 목적으로 한다.

② 사업대상

○ 지역 내 만 18세 이하 아동·청소년(미취학아동포함)

○ 지역사회 내 취약계층 아동·청소년(북한이탈주민, 다문화가정, 조손가정, 한부모가정, 청소년쉼

터[가출청소년 일시보호소], 공동생활가정, 아동복지시설 아동·청소년 등)

○ 아동·청소년 정신건강 관계자(부모, 교사, 시설 종사자 등)

③ 추진체계

○ 아동·청소년 정신보건사업예산이 지원되는 정신보건센터(또는 보건소)

- 사업 대상자 발견, 등록, 상담, 집단 프로그램, 치료연계, 치료비(진료비) 지원 등
- 유관기관 연계 협조 체계 구축, 교육·홍보·자문, 지역 내 정신보건자원 파악 및 활용 등(인근 소아·청소년 정신과 전문의 등 전문가 협조 유도)
- 지역 내 유관기관(학교 및 아동·청소년 관련 시설 등)으로부터 정신건강서비스에 대한 요청이 있을 경우 정신건강 프로그램 제공

○ 정신보건센터(혹은 보건소) 중 아동·청소년 정신보건사업 예산이 미지원 되는 경우

- 자체 예산 범위 내에서 기본적인 아동·청소년 정신보건사업을 선택적으로 수행

④ 사업 수행인력

○ 자격기준

- 정신보건전문요원, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 기타 아동·청소년 분야에 전문성이 있는 자
- 정신건강영역의 심리검사 및 평가가 가능한 자를 우선 선발

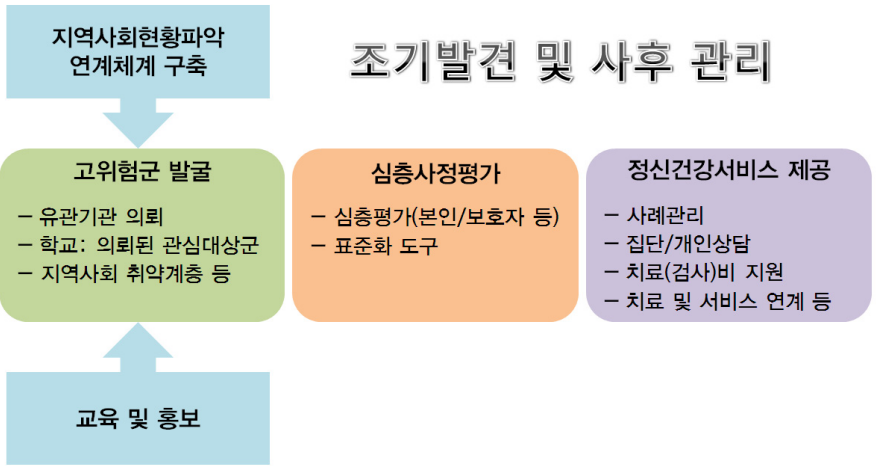
○ 인력기준: 상근1인, 예산 가능 범위에 따라 상근 또는 비상근 인력 추가 기능

○ 소아청소년 정신과 전문의, 아동·청소년 관련 학과 교수 등 관련 전문가를 자문위원으로 위촉하여 사업 수행

⑤ 사업 내용

○ 지역사회 현황 파악 및 연계체계 구축

- 지역 내 교육 관련부서 등 유관기관 간 연계· 협력을 통해 통합적인 서비스 제공 체계 구축 추진
- 관내 및 인근 아동· 청소년 정신건강 관련 자원과 각급 초·중·고등·직업·특수학교 현황 파악
- 청소년 상담센터, 청소년 수련관, 아동복지시설, 특수아동을 위한 시설, 사법기관, 직업시설, 아동·청소년 근로시설, 놀이 및 유흥시설, 기타 유해 장소 파악
- 기타 아동·청소년 정신보건 관련 전문 인력 등 자원 현황 파악



*출처 : 보건복지부(2012). 2012 정신보건사업안내. 보건복지부.

【그림 III-1】 아동·청소년 정신보건사업 추진 체계도

○ 교육 및 홍보

– 아동· 청소년 대상 정신건강 증진 및 정신질환 예방 교육 등 실시

– 교사 및 학부모 대상으로 아동·청소년 정신건강문제의 조기 발견, 예방 및 대처방법에 대한 교육 실시하여 파트너십 구축, 정서행동발달 선별검사에 대한 교육 및 안내

– 지역사회 유관기관 대상 교육 및 정보 제공

○ 정신건강문제 조기발견 및 사후관리 서비스

– 조기발견 체계 및 대상: 지역사회 취약계층, 지역사회 유관기관, 교육과학기술부 지정 초·중·고등학교, 지역주민의 의뢰를 통하여 정신보건 서비스를 필요로 하는 아동·청소년

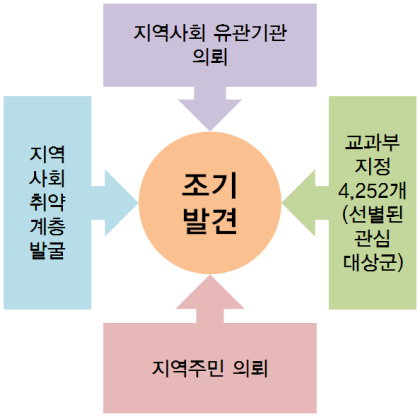
– 심층사정평가

• 사정평가 기본원칙

· 조기발견체계를 통해 발굴된 아동·청소년을 대상으로 심층사정평가를 시행(단, 아동·청소년의 경우 보호자의 동의 절차가 필요하므로 동의에 관련된 서류 비치·보관을 철저히 해야 함)

· 심층사정평가는 필요한 경우 대상자 가정이나 기관을 방문하여 실시할 수 있음

· 취약계층 아동·청소년의 경우, 정신보건 서비스가 필요하다고 판단되는 대상자에 대해 심층사정평가를 수행하여 서비스를 적극적으로 제공해야 함



*출처 : 보건복지부(2012). 2012 정신보건사업안내. 보건복지부.

【그림 III-2】 지역사회 아동·청소년 정신건강문제 조기발견 체계도

- 내용 및 방법
  - · 심층면담과 사정평가도구를 사용하여 실시
  - · 보호자의 동의 절차를 밟은 아동·청소년을 대상으로 정신보건사업 담당자가 진행. 단, 담당자가 진행하기 어려운 경우 정신보건센터 내 정신과 전문의, 지역사회 정신과 자문의 등 지역네트워크를 활용하여 심층면담을 실시
  - · 사정평가는 심층면담 결과를 토대로 표준화된 사정도구를 사용하여 객관적인 결과를 도출하는 보조도구로 사용(표준화된 사정평가도구는 현재 저작권료를 지불해야 하는 도구와 그렇지 않은 도구로 나뉨. 저작권료를 지불해야 하는 도구(K-CBCL, K-PCI, MMPI, K-WISC, K-YSR, SCL-90-R 등)를 이용하여 평가하고자 하는 센터는 개별적으로 구입하여 사용 가능)

– 사례관리

- 사례관리 대상 및 기본원칙
  - · 대상: 심층사정평가를 통해 정신보건 서비스가 필요하다고 확인된 대상자
  - · 해당시설 및 부모의 요구와 대상자의 정신건강 문제의 종류, 심각성들을 고려하여 제공 서비스 결정
  - · 증상이나 어려움의 악화 여부에 대해 지속적인 개입을 통해 관리해야 하며, 증상 악화

시에는 적절한 치료 연계가 이루어질 수 있도록 함

· 정신보건센터, 정신의료기관 및 사회복지시설(학교)간 연계를 통해 개별상담, 집단프로그램 운영

· 사례관리는 아동· 청소년 본인과 보호자의 동의를 얻은 후 실시

· 심층사정평가 수행 이후 사례관리 서비스가 제공된 아동· 청소년을 대상으로 서비스 제공 전과 등록이후 6개월마다 SDQ-Kr 점수 변화를 측정

● 사례관리 수행 방법 및 내용

· 사업요원이 시설(학교)를 방문하거나, 대상자를 정신보건센터로 내소시켜 개별상담, 집단프로그램 등 서비스를 제공. 전화관리, 가정방문, 지역사회 방문 등도 실시

· 개입프로그램은 필요에 따라 자체 개발 또는 기존 프로그램을 활용하여 집단프로그램을 자율적으로 운영

– 치료연계 및 진료(검사 및 치료)비 지원

● 기본원칙

· 심층사전평가를 통해 임상적 치료를 필요로 하는 경우 지역 정신의료기관으로 연계하여 확진을 위한 진단 검사 및 치료서비스를 받게 함

· 정신의료기관으로 연계하여 서비스를 제공받고 있는 아동· 청소년에 대해 치료 및 약물 복용의 순응 정도, 증상의 호전, 기타 어려움 등에 대해 지속적으로 파악하고 관리해야 함

· 저소득층 아동· 청소년에 대해 지자체의 다른 사회복지사업 또는 청소년지원 사업 등과의 연계를 통하여 외부 자원을 활용하여 지원할 수 있는 방안을 적극적으로 강구하며, 정신보건센터 운영위원회에서 치료비 지원 대상 및 규모 기본방침 등 결정

● 치료비 지원 방법

· 지원 대상: 저소득층 가정의 아동· 청소년의 경우 예산의 범위 내에서 확진을 위한 검사비용 등 진료비를 보조할 수 있음.

· 지원 내용: 확진을 위한 진단 검사 비용, 정신의료기관 외래 치료 비용, 정신의료기관 및 상담 기관 치료 및 개입 프로그램 참여 비용

· 지원 금액: 1인당 40만원 이내에서 지급 가능

· 지원 대상 결정: 기초생활수급자, 차상위계층을 우선으로 하되, 예산의 범위 내에서 기타 소년소녀가장, 한부모가정 등 경제적 형편을 고려하여 센터장이 추천한 자(단, 다른 사업으로 지원이 가능한 경우 제외)

· 지원비용이 정신의료기관 진료비용으로 사용되었는지에 대해 반드시 확인하고, 대상자로부터 진료비 영수증 등 사용증빙서류를 제출받아 보관하여야 함
· 진료비 영수증 접수 시 진료비 지원 즉시 처리. 단 정신보건센터에서 의료기관연계하여 서비스를 제공받고 있는 저소득층 대상자에 대해 해당의료기관 계좌로 직접 지급 가능
· 연계를 통해 외부 자원을 활용하여 지원할 수 있는 방안을 적극적으로 강구
· 정신보건센터 운영위원회에서 치료비 지원 대상 및 규모, 기본방침 등을 결정

○ 지역사회서비스 투자지원(문제행동아동 조기개입서비스)과의 연계

(2) 기타 청소년 정신건강 관련 서비스 메뉴얼

① 교육과학기술부

교육과학기술부에서는 2007년도부터 학생 정서·행동발달선별검사를 시행하여 매해 그 범위를 확대하였고, 2012년 전국 2,299개교의 122만 명을 대상으로 전수조사를 실시하며, 학생 정서·행동발달 선별검사 매뉴얼을 개발 및 보급하였다.

○ 학생 정신건강서비스 전면 확대를 위한 기반 조성
- 학교 내 담당자의 역할 구분 및 사업 수행 체계를 정립

○ 업무 표준화 및 가이드라인 제시
- 교육청 및 학교 여건을 고려하여, 관련 부서 및 관계기관과의 협력을 통하여, 담당 교사 연수 실시
- 신속한 검사 결과 처리를 위한 전산화 지원 및 학생 정서행동발달 선별검사 매뉴얼 개발 및 보급

○ 학교 내·외 기관과의 공조 체계 구축
- 학교 밖 지역사회 지원단 구성
- 지역교육청 내 사업 담당 부서 간 협의체 구축 및 지역사회와의 연계 체계 구축

○ 담당교사 확충 및 전문성 강화
- 담당 교사의 전문성 제고 및 체계적인 양성 및 관리
- 담당교사를 확충 및 지원 인력 채용·지원하여 인적· 물적 인프라 확보 방안 노력

○ 학생 정신건강서비스 지원 제도에 대한 이해 증진
- 정신건강관리에 대한 부정적 편견 해소를 위한 홍보 강화
- 학부모, 교사를 대상으로 하여 정신건강관리에 대한 지지적인 태도 및 이해 교육 실시

○ 학교 내 관리 프로그램 운영

- 학교교육과정에서의 체계적·지속적인 정신보건 교육 실시
- 학생 정신건강 증진을 위한 학교상담프로그램 개발 및 보급

② 여성가족부

여성가족부에서는 청소년 관련한 주요업무를 담당하는 중앙부처로서, 다양한 산하 기관에서 청소년 정신건강사업을 추진하고 있다.

○ 한국청소년상담복지개발원

- 청소년을 위한 상담, 교육, 프로그램 등의 서비스를 제공
- 청소년 자살 관련 개입 프로그램을 개발
- 청소년 자살예방지도자 교육, 자살위기청소년 상담전문가, 자살위기 청소년 사이버상담개입프로그램, 청소년 자살사후개입 매뉴얼 교육
- 자살 문제 청소년을 위한 전화상담 서비스, 대면상담서비스, 지역사회 연계 서비스 사이버 상담 서비스 실시

○ 지역사회 청소년 통합지원체계 CYS-Net(Community Youth Safety-Net)

- 지역사회 청소년 관련 자원을 연계하여 위기 청소년에 대한 상담·보호·의료·자립 등 맞춤형, 원스톱 서비스 제공
- 상담 및 정서적 지원, 사회적 보호, 기초생활 및 경제 지원, 교육 및 학업지원, 자활지원, 의료지원, 법률자문 및 권리구제, 여가 및 문화 활동 지원 서비스

○ 청소년 인터넷중독 예방 및 해소사업

- 매해 초4, 중1, 고1의 인터넷중독 수준을 측정하기 위한 인터넷 이용 습관 전수조사를 실시
- 인터넷 중독 전문상담사를 양성
- 중독 고위험 청소년을 대상으로 특화 치료 프로그램인 인터넷 래스큐 스쿨 운영
- 중독 잠재 위험 청소년을 위한 부모 동반 캠프 실시

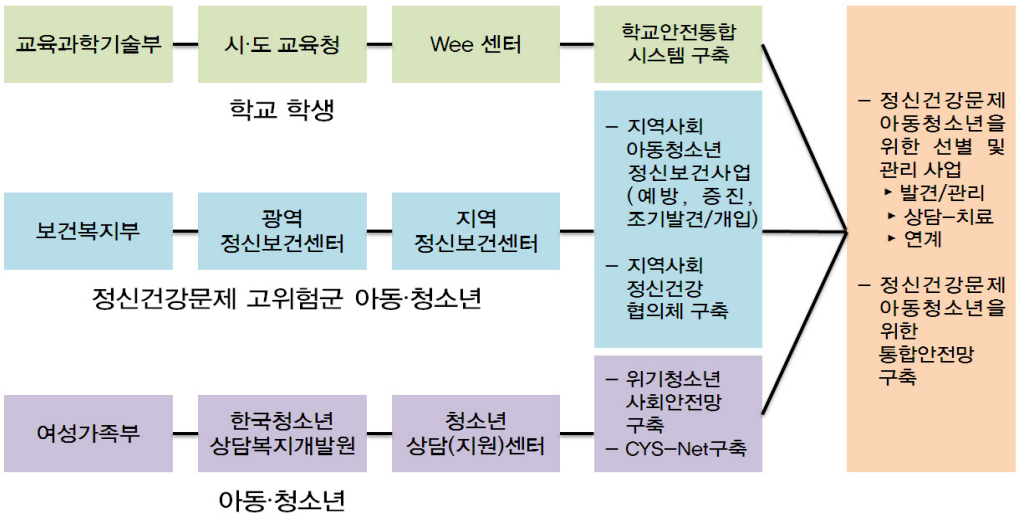
2. 거버넌스와 조직운영체계 현황

1) 거버넌스(Governance)

우리나라 아동·청소년 정신건강 증진사업 현황을 분석해 보면 각 주제별로 다른 부처에서 재정을 투자하고 있으며, 독자적 행정 거버넌스를 구축하고 있으며, 각각 서비스 인프라를 관리하면서 제 나름의 서비스를 매우 부족한 수준으로 공급하고 있는 현실이다.

공공보건 영역에서 아동·청소년의 정신건강문제를 담당하는 보건복지부, 교육의 영역에서 학생 정신건강 문제를 관리· 감독하는 교육과학기술부, 청소년의 복지를 담당하며 위기청소년 및 부적응 문제를 지닌 청소년의 성공적 적응의 정책 방향을 가진 여성가족부 및 인터넷 중독 문제를 담당하는 행정안전부까지 포함하여 주제별 행정 부처의 정책방향과 자원 투입 방식, 서비스 전달체계 등이 각기 분산, 분절 그리고 공백의 상태를 보이고 있다.

각 부처별 서비스 대상 및 전달체계를 살펴보면 다음과 같다.



【그림 III-3】 부처별 서비스 전달 체계 및 업무 구성

[그림 Ⅲ-3] 에서 제시한 바와 같이 각 부처별로 서비스 대상 및 그 내용의 범위가 상이하다. 교육과학기술부는 학교를 다니는 학생 신분의 아동·청소년을 대상으로 하여, 산하기관으로 시도 교육청 그리고 지역사회에서서비스 주체로서 Wee 센터를 설치운영하고 있다. 주요 기능으로 학교의

안전통합 시스템을 구축하여 아동·청소년 정신건강 증진을 도모하고자 하는 방향을 가지고 있다. 이보다 서비스 대상자의 폭이 넓은 보건복지부에서는 지역사회 내 모든 아동·청소년과 특별히 취약계층, 정신건강문제 고위험군 아동·청소년을 대상으로 정신보건센터를 산하기관으로 두고 기능하고 있다. 정신보건센터에서는 지역사회 아동·청소년 정신보건사업의 중심축으로서 지역사회 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 협의체 구성 및 예방, 교육, 조기발견 및 개입 서비스를 실시하고 있다. 마지막으로 여성가족부는 모든 학교 밖 아이들과 위기 청소년을 포함한 모든 아동·청소년을 그 서비스 대상으로 하고 있다. 산하기관의 한국청소년상담복지개발원과 전국 150여개의 청소년상담(지원)센터를 두고 위기 청소년을 위한 사회 안전망(CYS-Net) 구축하고, 청소년의 문제 발생 초기부터 사회복귀에 이르기까지 전 과정에 대한 원스톱(One-stop)서비스를 지향하고 있다.

아동·청소년의 정신건강문제는 어느 한 부처의 전적인 책임하게 달성할 수 있는 정책 목표가 아니다. 보건복지, 교육, 상담 이 모든 서비스가 통합적으로 기능할 때 가장 효과적인 정책적 성과를 거둘 수 있기 때문이다. 그 예로 학교를 기반으로 하는 정서행동문제 선별검사를 들 수 있다. 본 사업은 교육과학기술부와 보건복지부가 각자의 시스템 안에서 진행해오던 정신건강문제 조기발견 조기개입 사업에 부처 간 협력적 모델을 적용한 것이다. 학교(교육과학기술부)에서 정서행동문제가 있는 아동·청소년을 조기에 발견하고, 아이들이 지역사회 정신보건(보건복지부) 및 상담 서비스(여성가족부)로 적절히 연계될 수 있는 시스템을 가동시킴으로써 아이들의 문제는 궁극적인 해결점을 찾을 수 있는 것이다. 그러나 아직 이러한 지역사회 연계 시스템은 안정화되지 못한 채 시범적으로 운영 중에 있다.

2) 정신보건센터의 조직, 예산 및 인력 투입 현황

(1) 인력 및 예산 투입 현황

① 전국정신보건센터의 사업인력, 예산 및 비중

지역사회 정신보건사업 중 중증정신질환자에 대한 사례관리, 우울 및 자살 예방, 중독성 질환에 대한 관리 등 거의 모든 영역의 정신건강문제를 공공영역에서 다루고 있는 기관이 정신보건센터이다. 정신보건센터의 사업우선순위를 결정해 나가는 과정에서 아동·청소년의 정신보건사업은 〈표 Ⅲ-1〉에서 보는 바와 같이 예산비중, 사업비중, 참여인력의 영역에서 중증정신질환에 대한 관리에 이어 두 번째로 높은 우선순위를 유지하고 있다.

표 III-1 전국 정신보건센터 단위 사업별 예산, 사업, 인력 비중

(단위:%)

구 분	중증 정신 질환	소아 청소년	우울증 예방	노인	알코올	노숙인	자살	자활	직장 정신 건강	지역 사회 조직
예산 비중	49.0	12.1	4.8	4.5	1.4	0.1	2.3	1.7	1.0	20.6
사업 비중	46.3	14.1	6.9	5.5	2.1	0.5	3.8	1.9	1.3	16.9
참여 인력	2.7	0.8	0.4	0.3	0.2	0.0	0.2	0.2	0.1	1.1

* 출처: 이명수(2006).

(2) 보건복지부 지원의 아동·청소년 정신보건 특화 사업 운영체계 현황

2009년도 기준 전국 148개 정신보건센터 중에서 국비지원 아동·청소년정신보건사업을 수행하고 있는 센터는 총 42개소이다. 42개소의 정신보건센터는 아동·청소년정신건강 증진사업을 위해 별도로 기관별 5천만원을 추가적으로 지원받아 사업을 전개하고 있다. 2009년도 건강증진사업지원단의 실태 조사에 따르면, 42개소 정신보건센터의 아동·청소년사업 전담인력의 현황은 다음과 같다.

① 인력의 특성 및 근무 현황

42개 센터의 전체 인력은 90명으로 상근 62명, 비상근 28명으로 평균 사업 인력 수는 6.9명이다. 그 중 최소의 사업 인력은 2명이었고, 최대 사업 인력의 수는 15명으로 나타났다.

인력의 성별 분포를 살펴보면, 상근 인력 62명 중 남자는 7명(11.3%), 여자는 55명(88.7%)이었으며, 비상근 인력의 총 28명 중 남자는 3명(10.7%), 여자는 25명(89.3)로 여성 근로자의 수가 높은 것으로 나타났다. 정신보건센터 근무자인 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사 등 휴먼 서비스 제공하는 직종의 특성상 여성 근로자의 비율이 높은 경향이 있음을 알 수 있다.

연령 분포는 상근 인력의 평균 연령은 30.0세, 비상근 인력의 평균 연령은 26세로, 상근 인력의 평균 연령이 다소 높게 나타났다. 세부적으로, 상근 인력의 최소 연령은 24세, 최대 연령은 51세였으며, 비상근 인력의 최소연령은 22세, 최대 연령은 48세였다.

② 인력의 전문 배경

인력의 학력을 살펴보면, 전체 사업 인력 90명 중 대학교 졸업자는 55명, 석사과정 또는 졸업자가 28명, 전문대 졸업자는 6명, 박사과정 또는 졸업자가 1명으로, 상근자의 경우에는 대학 졸업과

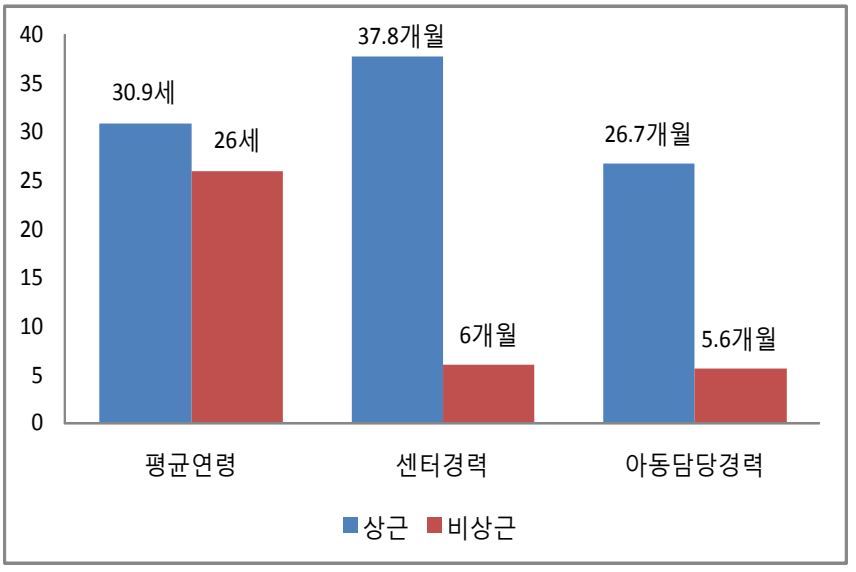
석사졸업자가 많이 비중을 차지하고 있다.

근무자의 전공 배경은 총90명의 인력 중 사회복지 전공자가 50명, 심리 25명, 간호 13명, 기타 아동 전공이 2명으로 조사되었다.

③ 인력의 업무 경력

상근 인력의 근무 경력은 37.8개월 약 3년이었으며, 비상근 인력의 평균 근무경력은 6개월로 최소 경력은 상근인력이 3개월이었다. 근로자의 최대 경력은 상근인력이 10년, 비상근인력은 1년 6개월이었다. 이 중 아동·청소년정신보건사업 담당 경력의 최대 경력은 상근 인력인 26.7개월, 비상근 인력은 5.6개월인 것으로 나타났다.

앞서 살펴본, 상근인력과 비상근 인력의 근로 현황[5]을 근거로, 사업 참여 일수를 정리해보면 다음과 같다. 정신보건센터 근무 인력의 평균 연령은 30.9세, 센터 경력은 평균 37.8개월 그 중 아동·청소년 사업 담당 경력은 26.7개월로 나타나 전반적으로 젊은 연령층의 인력이 아동·청소년정신보건사업을 담당하고 있음을 알 수 있다.

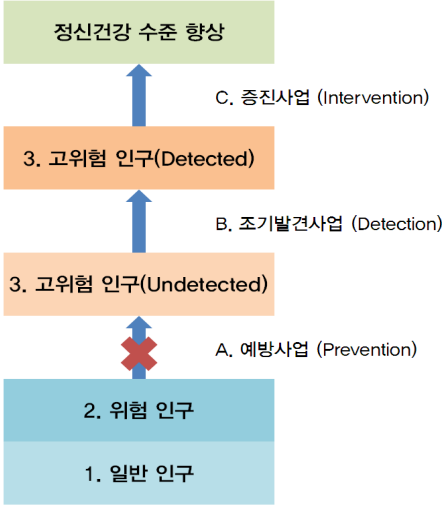


【그림 III-4】 근무자의 평균 연령, 센터 경력, 사업 담당 경력

5) 아동·청소년정신보건사업 관련 인력에 대한 현황은 2011년도 중앙정신보건사업지원단 보고서에서 요약 발췌함.

(3) 서울시 지역정신보건센터의 아동·청소년 사업 운영 현황

서울시의 아동·청소년정신보건사업은 25개구 정신보건센터에서 진행 중에 있다. 이들 정신보건센터에서의 아동·청소년정신보건사업의 사업 비중은 전체 사업의 15% 수준인 것으로 보고되어 있다. 이들 아동·청소년정신보건사업은 예방사업[6], 조기발견사업[7], 증진사업[8]의 영역으로 나누어 진행하고 있으며, 사업 비중과 인력, 예산 투입 관련한 사항은 다음과 같다.



【그림 III-5】 정신건강 증진사업의 개념도

① 물적 자원 투입(예산 및 사업 비중)

서울시 25개구 정신보건센터에서는 각 센터별로 사업적 비중이 상이한데, 아동·청소년정신보건사업 중 예방사업의 비중이 가장 큰 센터가 8%, 조기발견사업의 비중이 가장 큰 센터는 16%, 증진사업의 비중이 가장 큰 센터 52%, 기타 사업의 비중이 큰 센터는 24%로, 서울시의 약 50% 이상의 센터에서 현재 수준에서의 회복 및 기능향상을 목적으로 하는 증진사업을 가장 활발하게 진행하고 있다.

현재 증진사업에서 제공하는 서비스는 센터 내부의 프로그램, 의료기관으로의 연계, 복지 기관 연계, 서울시 아동·청소년 주간보호시설 아이존[9]으로의 연계 등 센터 내부와 외부의 자원을 활용하고

6) 예방사업: 예방사업이란 일반인구와 위험인구를 대상으로 하는 사업으로 정의하였으며 문제 자체의 발현을 막는 1차 예방적 관점으로 적용함.
7) 조기발견사업: 일반인구, 위험인구 및 고위험인구를 망라하여 초기증상 및 문제를 정의하고 발견하는 사업
8) 증진사업: 발견된 고위험군의 증상을 개선하는 사업으로 협의의 개념으로 적용함.
9) 아이존: 서울시 공공정신보건 서비스 영역의 정서행동문제를 지닌 아동·청소년을 위한 주간보호치료시설.

네트워크를 구성하여 아동·청소년의 문제 해결을 위한 직간접 서비스 제공으로 구성되어 있다. 투입 예산과 관련하여 아동·청소년정신보건사업 중 증진사업의 사업 비중이 높은 것의 연장선상에서 센터의 64%에서 예방, 조기발견, 증진의 세 가지 영역 중 증진 영역의 예산 비중을 가장 높게 책정하고 있는 것으로 나타나고 있다.

② 인적 자원 투입

서울시는 전국에서 정신보건센터의 예산과 인력이 가장 많이 투입되는 지역 중 하나이다. 서울시의 아동·청소년정신보건사업의 전담 투입 인력(FTE : full time equivalent)은 평균 2FTE 수준으로 나타나고 있다. 그러나 아동·청소년 전담인력들이 제공하고 있는 직접서비스의 양은 서울시 아동·청소년 정신질환 추계유병인구(261,141명)의 약 2%에 대한 초기상담서비스를 제공하는 수준에 머무르고 있으며, 평균 50여명의 아동·청소년에 대한 지속 사례관리 제공과 더불어 다양한 예방, 조기발견, 증진사업을 병행하고 있어, 정신건강문제 고위험 아동·청소년에 대한 지속 사례관리 부담률이 호주의 아동·청소년 사례관리 부담률(5~8명/사례관리자) 등에 비해 높은 상황이다.

표 III-2 서비스 필요인구 대비 서울시 아동·청소년정신보건 서비스 커버리지 현황

(단위:%)

구분	아동·청소년 인구	아동·청소년 유병율(12.8)	초기 상담 서비스	초기 상담률(%)	사례관리 등록수	1FTE당 사례수
계	2,040,165	261,141	5,204	2.0	2,563	54

* 출처: 2012년 서울시정신보건사업지원단 현황 조사자료(미발표자료)

3. 서비스 제공 현황

1) 아동·청소년 정신건강문제 및 정신장애 개입 범주

(1) 1차 예방적 서비스

① 일반적 예방(Universal)

○ 개인적 위험요인이 확인되지 않는 일반대중

○ 예: 어머니와 영유아 신체·정신건강 예방효과를 위한 산전관리, 정신건강 증진사업(교육, 홍보, 학교·지역사회 정신건강 증진 프로그램)

② 선택적 예방(Selective)

○ 정신장애발생 위험률이 평균보다 높으며, 생물학적·심리적·사회적 위험요인이 확인된 집단

○ 예: 미숙아를 위한 케어 및 가정방문, 열악한 지역의 미취학아동 프로그램, 정신질환 예방사업(자조그룹, 지원 프로그램)

③ 지시적 예방(Indicated)

○ 정신장애를 나타내는 약간의 증상 및 징후가 있거나, 정신장애를 일으키는 소인으로 간주되는 생물학적 지표가 있으며 현 시점에서 정신의학적 진단기준을 충족시키지 못하는 대상

○ 예: 행동문제를 가진 부모를 위한 부모자녀 상호작용훈련 프로그램, 정신건강검진(선별검사), 대상자 특성별 프로그램 등의 조기개입사업

(2) 2차 예방적 서비스

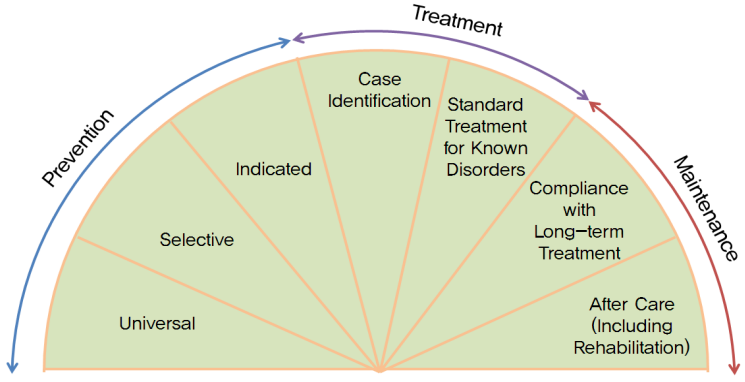
○ 정신장애를 나타내는 약간의 증상이나 징후가 있거나, 현 시점에서 평가결과 정신의학적 진단과 치료를 요하는 대상

○ 예: 사례확인, 조기치료, 표준치료

(3) 3차 예방적 서비스

○ 정신의학적 진단을 받고 지속적이고 조정된 치료적 관리를 요하는 대상

○ 예: 재발예방을 위한 장기적 치료 및 장기적 보살핌(추후 관리)



* 출처: Mrazek & Haggerty(1994).

【그림 III-6】 정신건강문제와 정신장애에 대한 중재스펙트럼

2) 국내 아동·청소년 정신보건 서비스 등록 대상자 현황[10)]

우리나라 정신보건센터의 아동·청소년정신보건사업 사례관리 서비스 등록자는 2011년 기준 총 14,466명으로 이들의 인구학적인 특성, 문제 유형과 서비스 제공 현황은 다음과 같다.

(1) 등록자의 성별 분포

사례관리 서비스를 이용하는 아동·청소년의 성별은 남자가 전체의 63.5%, 여자가 36.5%로 나타나, 지역사회에서 아동·청소년정신보건 서비스를 이용하는 경우는 남자가 많은 것으로 나타났다.

표 III-3 사례관리 서비스 대상자의 성별 분포

(단위: 명, %)

구분	합 계	남자	여자
계	14,466(100.0)	9,187(63.5)	5,279(36.5)

* 출처: 2011년 중앙정신보건사업지원단 조사 자료(미발표)

(2) 등록자의 의료보장 종류별 분포

사례관리 서비스 이용 아동·청소년 중 부모의 의료보장 형태에 따라, 일반 보험인 경우가 67%로 가장 높은 비율로 나타났고, 국가기초생활보장법에 따른 수급 대상자인 의료급여 대상자가 28.2%의 비율을 보이고 있다. 지역사회정신보건사업의 대상자 우선순위 1위가 취약계층 및 차상위 계층이나, 최근 학교정신보건사업을 기반으로 하는 서비스 유입경로가 활발해짐에 따라 일반 보험 대상 아동·청소년의 비율이 높은 것으로 보인다.

표 III-4 사례관리 서비스 대상자의 의료보험 유형

(단위: 명, %)

구분	합 계	건강보험	의료급여1종	의료급여2동	기타
계	14,466(100.0)	9,685(67.0)	2,122(14.7)	1,958(13.5)	701(4.8)

* 출처: 2011년 중앙정신보건사업지원단 조사 자료(미발표)

10) 등록대상자 현황은 2011년 중앙정신보건사업지원단 보고서 내용을 요약 발췌함.

(3) 등록자의 연령별 분포

사례관리 서비스 대상자의 연령별 분포는 다음과 같다. 아직 미취학 영유아에 대한 지역사회 서비스가 활발한 것은 아니나, 일부 지역에서는 지역적 수요로 인해 미취학 아동에 대한 서비스를 제공하고 있다. 학령기 아동·청소년 중에는 외현화 장애(행동 문제)를 많이 보이고, 부모에 의해 서비스 이용 여부가 결정되는 초등학교 아이들의 서비스 이용률이 가장 높은 것으로 나타났다.

표 III-5 사례관리 서비스 대상자의 연령별 분포

(단위: 명, %)

구분	합 계	미취학	학업중단	초등	중등	고등
계	14,466(100.0)	404(2.8)	344(2.4)	8,489(58.6)	3,044(21)	2,185(15.1)

* 출처: 2011년 중앙정신보건사업지원단 조사 자료(미발표)

(4) 등록자의 서비스 이용 기간

지역사회 아동·청소년정신보건 서비스를 이용하는 기간은 80% 이상이 3년 미만인 것으로 나타났다. 아동·청소년 정신건강문제의 특성상 조기에 발견하여 조기에 치료하게 되면, 아동의 정신과적 문제의 증상 및 기능이 상당히 향상되는 특성이 있으므로, 이와 같이 중·단기 서비스 이용률을 보이는 것으로 파악된다.

표 III-6 사례관리 서비스 대상자의 서비스 이용 기간

(단위: 명, %)

구분	합 계	6개월	1년 미만	3년 미만	5년 미만	5년 이상
계	14,466(100.0)	3,788(26.2)	3,868(26.7)	5,213(36.0)	1,284(8.9)	314(2.3)

* 출처: 2011년 중앙정신보건사업지원단 조사 자료(미발표)

(5) 등록자의 문제 유형

아동·청소년의 정신건강문제의 유형은 매우 다양하다. 현재 지역정신보건센터에서는 일반적으로 발달문제를 가진 아동·청소년에 대한 서비스가 미진하다. 이 역시 지역적 특성으로 인한 수요 발생이 원인이 되어, 일부 정신보건센터에서 발달문제 아동·청소년에 대한 서비스를 제공하고 있다. 일반적으로 ADHD를 포함한 행동문제를 가진 대상자가 48.9%를 차지하고 있고, 우울증을 포함한 정서문제가 30%를 보이고 있다. 이외에 최근에는 인터넷 과다사용으로 인한 문제행동을 보이는 아동·청소년의 비율도 늘고 있는 추세이다.

표 III-7 사례관리 서비스 대상자의 문제 유형

(단위: 명, %)

구분	합 계	발달 문제	행동 문제	정서 문제	물질 남용	인터넷 중독	식사 장애	정신 질환	기타 진단
계	14,466 (100.0)	448 (3.1)	7,079 (48.9)	4,348 (30.1)	45 (0.3)	456 (3.2)	53 (0.4)	351 (2.4)	1,686 (11.7)

* 출처 : 2011년 중앙정신보건사업지원단 조사 자료(미발표)

3) 서울시 아동·청소년 정신보건 서비스 제공 현황

(1) 서울시 아동·청소년 정신보건 서비스 제공 실적[11)]

2012년 서울시 지역정신보건센터의 아동·청소년 정신보건 서비스를 예방-조기발견-증진 영역으로 구분하였을 때, 정신보건센터의 영역별 주요 사업대상과 사업내용을 정리하면 다음과 같다.

① 예방사업

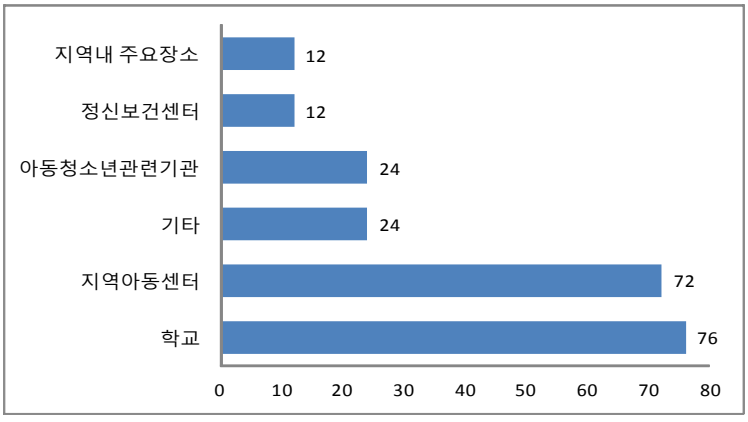
○ 대부분의 센터에서는 '일반인구와 위험인구에 대해 행해지는 직접적인 서비스' 라고 이해하고 상담, 교육, 집단프로그램, 홍보를 통한 사업을 중심으로 전개하고 있다. 우울과 자살예방프로그램, 정신건강 전반 및 주의력결핍과잉행동장애에 대한 예방교육사업을 수행하고 있는 곳이 많은 것으로 나타났다.

○ 예방사업의 대상으로는 부모와 학생, 교사 및 실무자 등 아동·청소년 주위의 key person을 대상으로 하는 사업이 가장 많고, 사업의 공간은 학교가 가장 많은 것으로 나타났으며 위험인구를 대상으로 하는 사업기관으로서는 지역아동센터와의 협력사업을 전개하는 센터가 많은 것으로 나타났다.

② 대상자 조기발견 및 유입 경로

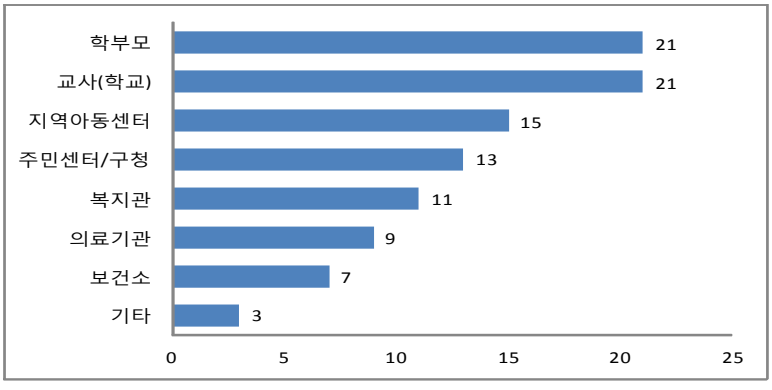
서울시 25개구 정신보건센터는 정신건강에의 문제를 가진 아이들의 조기 발견을 위해 학교나 취약계층 아동·청소년의 이용률이 높은 지역아동센터를 통해 정신건강문제를 지닌 아동·청소년을 발견하여 개입하고 있다.

11) 본 내용은 2012년 서울시정신보건센터에서 수행하고 있는 정신보건센터의 정신건강 증진사업 현황 분석 자료의 일부를 발췌 요약한 것이며, 9월 현재 미발표자료임.



【그림 III-7】 대상자의 조기발견 장소

정신건강문제를 가진 아동·청소년들은 주로 학부모(21%)를 통해 지역정신보건 서비스로 유입되는 경우가 많고, 이외에 지역아동센터, 지역 행정기관 및 복지기관을 통해 의뢰되는 경우도 있었다.



【그림 III-8】 고위험 아동·청소년의 유입 경로

예방사업 및 조기발견사업을 통하여 발견되는 고위험 아동·청소년은 평균 18.06%로 나타나고 있으며, 조기발견 대상자의 센터서비스 유입비율은 45.5%로 나타나고 있다.

③ 증진사업

발견된 아동·청소년 대상자들의 증진서비스 제공구조로서는 센터 내부의 프로그램을 활용하는 경우가 51%의 수준이며, 그 외 의료기관, 복지관 및 아이존 연계를 통하여 아동·청소년의 정신건강문제를 해결하는 것으로 나타나고 있다.

【그림 III-9】 증진 서비스 제공 구조

④ 2011년 서울시 학교정신보건사업 서비스 제공 현황

고위험 아동·청소년 총 1,425명 중 852명(59%)의 대상자가 지역정신보건센터를 통하여 사례관리(상담서비스), 센터 내 집단프로그램, 지역기관으로의 연계 및 의료비 지원서비스를 이용하였다. 이는 학교정신보건사업을 통하여 지역정신보건센터 서비스를 이용하는 인원이 09년도 대비 185% 증가한 결과로, 학생의 유입경로 및 의뢰 대상자로서 학교(교사)의 비율이 점점 증가하고 있다는 것을 확인할 수 있다.

표 III-8 고위험 아동·청소년 대상 정신보건 서비스 제공 및 연계 현황

(단위: 명, %)

구분	합 계	전문상담 서비스	집단 프로그램	의료기관 연계	의료비지원서비스	지역기관연계
계	852(100.0)	822(96.4)	114(13.4)	121(14.2)	50(5.9)	82(9.6)

4. 소결

아동·청소년의 정신건강 문제를 관리하는 서비스를 보건복지부 정신보건센터의 인프라를 중심으로 고찰하였다. 이러한 서비스는 교육과학기술부, 여성가족부 등 관련부처의 관련이 있다. 서비스를 받는 대상자 측면에서 개선되어야 할 부분은 다음과 같다.

1) 중앙 거버넌스의 협력 체계 구축

아동·청소년 정신보건 영역에서의 중요한 문제 중 하나는 부처 간의 분산이다. 아동·청소년을 대상으로 하는 정신건강 관련 여러 업무들이 상이한 법제에 의해 서로 다른 부처로 나뉘어 있다. 부처 간 실적 경쟁 때문에 선진적인 제도들이 도입되기도 하지만, 일반적으로 부처별 산발적 추진으로 서비스가 나열되어 있고, 서비스 중복 현상이 나타나고 있어 이에 대한 체계화가 필요하다. 또한, 현재의 서비스 체계는 아동·청소년 중심의 통합된 체계가 아니라, 공급자 중심으로 범주화된 체계로서, 서비스간의 단절성과 중복성의 문제가 심각하여 서비스 간 역할 분담과 조정, 상호연계가 적절하게 이루어지기 어려운 상황이다(이봉주, 2003).

2012년 보건복지부의 독자적인 정신건강 증진 종합대책 발표를 시작으로 교육과학기술부, 여성가족부, 행정안전부 등 기관들 간의 서로 다른 목표, 방향, 재정 투입을 가지고 있으므로, 이를 조율할 수 있는 허브 역할의 담당 중앙 조직이 필요한 시점이다. 중앙의 허브 조직이 그 역할을 충실히 이행하기 위해서는 상이한 재원, 서로 다른 전략을 배경으로 하는 여러 조직들이 연계되므로, 파편화되고 분절화되기 쉬운 조직들이 서로 강화하고 보완할 수 있도록 예산, 인력 사용의 유연성을 확보해야 할 것이다.

2) 정신보건센터의 서비스 대상, 컨텐츠 및 목표설정의 구체화

기관의 목적과 서비스 제공과 관련하여 청소년관련 서비스의 경우 상대적으로 더 명료하며 정신보건센터의 경우 덜 명료하다. 서비스 대상과 내용 그리고 목표를 분명히 하는 것은 원형(prototype)을 설정하는 것에 해당하며 원형이 설정되어야 현재 서비스의 총량을 규정할 수 있고 욕구 대비 서비스 gap을 도출할 수 있으며 인접서비스와의 접점(interface)을 정의할 수 있다. 접점이 정의되고 합의되면 자연스럽게 서비스 전달체계도 구축될 수 있게 될 것이다.

따라서 아동·청소년정신건강 증진사업, 정신질환예방사업을 기획, 전개해나가는데 있어 사업 구성요소를 분석할 필요가 있다. 질환 발생을 예방하는 1차 예방사업인지, 고위험군을 조기발견하는 사업인지, 발견된 고위험군의 증상을 개선하는 사업인지 분명히 규정되어야 한다. 근거에 입각하여 '해야 하는 것' 을 하는 것이 아니라 단순히 '할 수 있는 것' 을 하는 것, 실적확보를 위한 사업 등은 과감히 지양되어야 한다.

3) 공공서비스 총량 및 기관 서비스 총량 설정

서비스 공백을 최소화하기, 즉 미충족 욕구(Unmet Need)를 최소화하기 위해서는 적정 투입이 이루어져야 한다. 현재 상황에서 적정 투입을 이끌어내기 위해 필요한 것은, 무엇을 하고 있는가를 홍보하는 것이 아니라 현재 커버하고 있는 수준을 정신건강전문가, 소비자, 정부관계자, 그리고 국민 모두가 정확히 인지하는 것이라 할 수 있다. 경제적 상황이 여의치 못하여 투입이 부족한 것은 어쩔 수 없겠지만, 현재 수준에서 적정한 정책우선순위에 도달하고 있는지는 계속 모니터링해야 하며, 현재 수준에서는 필요서비스의 10%~20% 수준에 달하기도 어렵다는 점이 분명해져야 한다. 이를 위해 필요한 것은 위에서 언급한 서비스 원형이 결정되어야 한다는 것 이외에도, 기관 서비스의 총량제 개념의 도입이다. 정신건강서비스는 기본적으로 노동집약적 업무이다. 한 사람의 정신건강의 수준을 향상시키는데 있어 전문적 소양을 가지고 있는 전문가 집단의 노력 외에, 다른 수단은 없다고 봐도 무방하다. 노동집약적 업무는 무한대로 제공될 수 없다. 즉, 이론적으로는 기관의 서비스를 제때 받지 못할 수 있다는 점을 전제해야 한다. 이는 어린이집에 들어가기 위해 대기를 해야 하는 상황과 정확히 같은 상황이며 이런 상황을 해결하기 위한 보다 적극적 정책방안이 논의되고 검토될 수 있는 것이다.

4) 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지역사회 협력 모델 개발 및 확충

아동·청소년 정신건강영역은 교육, 보건복지, 의료 더 넓게는 노동과 비행·교정 정책과도 적극적으로 소통해야 한다. 하지만, 아동·청소년 정신건강을 위한 지역사회의 유사 기능의 기관들끼리 통합하는 것은 가능하지만 전달체계가 상이하고 전문분야의 특성 차이가 상당한 기관들은 통합이 아니라 연계를 강화하는 것이 바람직하다. 그리고 아동·청소년의 수와 서비스 수요 및 공급의 실태가 매우 상이하기 때문에 관리 통제의 용이성으로 획일적인 모델보다는 지역의 실정에 맞는 지역사회 협력 모델이 필요하다.

지역사회의 역할을 1차–2차–3차 기관으로 설정하여, 1차는 학교 및 지역사회 아동·청소년 관련 기관들이 정신건강 지킴이(문지기)로서 정서행동상의 어려움이 있는 아동·청소년을 발견하고 의뢰하는 역할, 2차 기관은 심리정서적 문제로 인해 개인의 주요 기능에 어려움이 있는 아동·청소년 위해 심리 상담 및 위기 개입을 제공하여 증상의 관리와 치료를 도모하도록 한다. 또한, 2차 지역사회 기관들은 1차 기관 관련자들이 역할을 다 할 수 있도록 아동·청소년 정신건강 증진 교육 및 전문성

개발 워크샵을 지원하는 것도 중요한 역할일 것이다. 3차 기관은 1,2차 기관으로부터 의뢰된 정서행동문제 아동·청소년에 대한 치료적 개입을 하는 역할을 담당할 수 있도록 한다.

지역사회 기관들이 각자의 영역에서 제 기능을 하며 그 안에서 아동·청소년에게 필요한 정신건강 서비스가 분절되지 않도록 협력적 네트워크를 구성하여 활성화시키는 것이 중요하다.

5) school mental health의 강화, 그리고 전문화된 정신보건 서비스와의 협력

학교에서의 활동은 학업 이외에도 또래관계 형성을 통해 대인관계기술, 갈등해결능력, 문제해결능력 등 다양한 사회화 과정을 거치게 된다. 인격형성에도 중요한 역할을 담당하는 학교에서부터 아동·청소년의 정신건강문제에 관심을 가질 필요가 있다. 이것은 단순히 정신건강상의 문제가 있는 아이들을 발견하는 것에 그치는 것이 아니라 보다 적극적인 예방적 차원-중재적 차원의 서비스를 요구하게 된다. 정신건강문제에 대해 편견없는 긍정적 학교 환경을 조성하기 위해 학생-교사-학교 모두가 서로를 이해할 수 있도록 포괄적인 프로그램 전개가 필요하다. 학교 기반의 정신건강 증진 프로그램이 활성화되어야 하며, 학교는 사업의 피동적 대상이 아닌 능동적 주체로서 외부의 정신보건 서비스와의 협력에 나설 수 있어야 한다. 학교는 정신건강 증진 프로그램의 활성화를 위하여 스스로를 지역사회에 개방하여 지역사회와의 협력적 관계를 구축할 필요가 있다. 이러한 목적으로 서울시에서 추진하고 있는 "마음건강학교 프로젝트" 의 개요를 간단히 소개하고자 한다.

서울시마음건강학교 프로젝트는 학교 내 학교-교사의 정신건강에 대한 편견없는 환경적 분위기 조성을 위한 예방 차원의 정신건강 프로젝트로서, 마음건강의 중요성을 인식하는 학교문화 환경을 조성하고, 아이들의 부적응 문제를 적응의 기제로 변화시키며, 아이들이 받은 상처를 회복하는 것을 목표로 추진하고 있다. 세부 프로그램 중, 기본 프로그램은 프로젝트 네이밍 공모 프로그램(우리색 깔찾기), 정신건강 알림 프로그램(괘종시계), 정신건강 인식개선 교육(GOOD CLASS), 정신건강 예방 집단프로그램(MIND CLASS), 감정조절 및 친구관계 증진 프로그램(마음풍경), 고위험군 평가 및 서비스 연계 가이드(징검다리)으로 구성되어 있으며, 선택 프로그램은 학교 정신건강의 날 참여형 기획행사(오 해피데이), 부모코칭 아카데미, 학생 역량 강화 프로그램(학교에서 학교를 찾다), 자살 예방 및 사후 중재 프로그램(희망의 토닥임), 교사 컨설팅 전화상담(스쿨라인) 등으로 구성되어 있다.

6) 지역사회 아동·청소년 정신보건사업의 모형 개발 및 추진기반의 조성

지역사회 아동·청소년의 정신건강 인프라가 매우 부족한 현실을 해결해나가려는 정부차원이 노력이 필요하다. 우리나라에서 가장 많은 자원이 집중되어 있다는 서울시에서도 자치구별로 2FTE의 인력이 아동·청소년 정신질환 추계 유병인구(아동·청소년의 12.8%)의 약 2%에 대한 초기상담서비스를 제공하는 수준에 그치고 있고, 그마저도 정신보건 전문인력들이 오랜 시간 동안 시정되지 않는 불안정한 고용상태와 근무여건으로 인해 이직률이 높은 상황이다.

지역사회에서 아동·청소년정신보건사업의 안정화를 이루기 위해서는 서비스 제공 기관의 확충 및 정부 정책의 책임성을 담보할 수 있는 수준의 예산을 확보해야할 것이다. 그리고 이보다 중요한 것은 아동·청소년 정신보건사업이 휴먼서비스임을 감안하여, 정신보건 전문요원들이 그들의 전문성을 제대로 발휘할 수 있도록 업무량의 적정성을 평가되고, 이에 상응하는 수준의 인력 배치와 처우 개선이라는 변화가 우선해야할 것이다.

또한, 지역사회에서 아동·청소년의 자살, 폭력 등 위기상황이 매우 심각한 현실에서 이에 대한 준비가 필요하다. 이를 위해 1차 예방 현장인 학교 및 지역사회 기관에서 위기 상황에 처한 아동·청소년을 위한 정신건강 프로그램을 적용할 수 있도록 이를 개발하고 보급해야 할 것이다. 또한, 자살 및 위기상황에 대한 이해와 대처 방법, 지역사회로의 연계 시스템에 대한 교육을 통해 위기상황 발생 시 즉각적으로 대처할 수 있는 시스템 및 응급의료체계 마련과 이에 대한 시뮬레이션이 정기적으로 이루어져야 할 것이다.

제 IV 장

외국의 아동·청소년 정신건강 인프라 및 서비스 전달체계

1. 미국
2. 호주
3. 영국
4. 소결

제 Ⅳ 장
외국의 아동·청소년 정신건강 인프라 및 서비스 전달체계

1. 미국

1) 관련 인프라 및 서비스

미국 정부의 보건 및 인간서비스 부서 산하의 정신건강관련 기관인 국립 정신건강 연구소(National Institute of Mental Health, NIMH), 국립알코올남용 및 중독연구소(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA), 물질남용 및 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), 국립약물남용연구소(National Institute on Drug Abuse, NIDA) 등에서 지역사회 및 학교중심의 아동·청소년 정신건강 프로그램을 추진하고 있다. 물질남용 및 정신건강서비스국의 Center for Mental Health Services 에서는 아동 및 가족을 위한 포괄적 지역사회 정신건강 서비스사업을 하고 있다. 세부 내용은 다음과 같다.

- ○ 국가 아동외상후스트레스사업
- ○ 안전한 학교/ 건강한 학생 보조금
- ○ '돌봄의 원' : 아메리카 원주민 아동서비스 보조금
- ○ 주별 가족 연결망
- ○ 아동정신건강을 위한 국기기술지원센터
- ○ 아동 및 청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(공동)
- ○ 지역사회 정신건강 서비스 포괄보조금
- ○ 포괄적인 정신건강계획
- ○ 정신질환자들의 보호 및 옹호

○ 자살위험청소년 자살 예방, 국가 자살예방 생명의 전화
○ 자살예방지원센터

초기 아동을 위한 지원체계는 가정방문서비스, 부모교육프로그램, 보육 및 교육프로그램을 통한 정신건강지원, 부모의 우울증 스크리닝, 아동의 사회정서적 문제 스크리닝, 아동의 사회적 정서적 요구를 지원할 수 있도록 인력의 훈련, 효과적 프로그램을 위한 근거기반의 실행과 평가, 취약아동에 대한 지원 등이 핵심요소이다.[12)]

일차의료에서는 정신건강의 문제를 조기에 발견하고 연계 또는 조기치료 할 수 있는 기회를 제공한다. 일차의료현장의 정기적 진료시에 부모와의 간단한 면담을 통해서도 아동·청소년의 정신건강문제를 조기에 발견할 수 있고, 조기검진을 할 수 있는 기회가 된다. 정신건강문제를 조기에 발견하기 위해 해결되어야 하는 과제는 첫째, 일반적인 일차의료현장에서 정신건강의 고위험문제를 조기발견할 수 있도록 인력훈련이 되어야 한다는 것, 둘째, 고위험아동의 조기발견을 위한 진료 및 상담 등에 대한 보험수가의 적용과제가 있다. 셋째, 정신의학, 심리학, 사회복지 등의 서비스에 연계할 수 있는 역량이 필요하다.

미국 메디케이드 프로그램에서는 발달장애문제를 조기에 발견하는 검진을 포함한다. 매사추세츠주는 메디케이드 대상 아동에 대한 정신행동문제를 조기발견하는 프로그램을 포함하고 있다. 의사들은 아동의 조기검진마다 12달러씩 받는다.

미국의 Wraparound Approach 및 Wraparound 서비스 모델은 심각한 정서장애(SED)를 갖고 있는 아동과 가족을 위해 개발된 개입 전략 중 하나로 강점관점, 가족중심적 접근을 하면서 아동과 가족의 위한 개별화되고도 통합적인 서비스(사례관리)를 조직화하고 재정적으로 지원하는 사업모형이다. 서비스 전달에 있어 기관 간 협력과 조정을 통해 보호의 연속성과 책임성을 동시에 담보하는 기제로 호응을 얻고 있다.

자원(인프라, 인력)의 관리를 위해 민간과 중앙정부가 아동·청소년 정신보건시범사업의 교육훈련, 운영체계 관리지원, 성과관리와 평가지원, 자료관리 등을 협업한다.

미국에서는 정신건강 문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스를 제공하는데 중점을 두고 학교기반 또는 지역사회중심의 서비스가 발전되어 왔고, 1980년대 후반부터 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용하여 학교중심의 정신건강 서비스를 제공해 왔다. Expanded School Mental

12) National Center for Children in Poverty(2011). Building Strong Systems of Support for Young Children's Mental Health

Health Program 사업은 모든 학생들에게 정신건강 평가와 치료서비스를 제공하며, 특히 지역사회와 연계하여 사회복지사, 심리학자, 정신과의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등의 참여하는 서비스를 제공해오고 있다. 또한 의료보험회사와 사업체와 연계하여 직업프로그램, 멘토링 등을 지원받게 해 왔다.

Wraparound 프로그램은 지역사회 중심서비스로서 아동과 부모가 개별화된 서비스를 받도록 지원하는 프로그램이다. 학교, 성직자, 사업가, 부모, 이해관계자 등으로 위원회를 구성하여 자원 코디네이터가 수요를 분석하고, 계획서를 만들어 승인을 받고 추진하는 방식으로 운영된다(김수진, 2007). 미국의 교육부에서 추진하는 학교중심 보건사업으로는 보건과 건강, 환경보건, 체육프로그램(Health, Mental Health, Environmental Health, and Physical Education Program)이 있다. 정신보건의료체계와 학교를 통합적으로 운영하는 정책을 펴고 있다. 약물남용 및 폭력과 같은 정신건강 관련 문제중심의 프로그램은 협력하여 추진할 수 있도록 지원하고 있다.[13)]

2) 예산의 운용

정신장애를 가진 아동에 대한 종래의 분절적 접근의 제한점을 극복하고 다양한 체계를 포괄하는 지역사회중심의 새로운 정신보건 서비스 접근(예로, 가족중심, 강점중심, 지역사회중심, 조정 통합된 서비스의 지향 등을 강조하는 Systems of Care와 Wraparound approach)의 대두는 아동을 위한 정신보건 서비스 체계를 근본적으로 바꾸는 패러다임의 전환이었으며, 기존의 서비스 전달 체계를 지역사회중심으로 변화시키는 데 기여하고 있다.

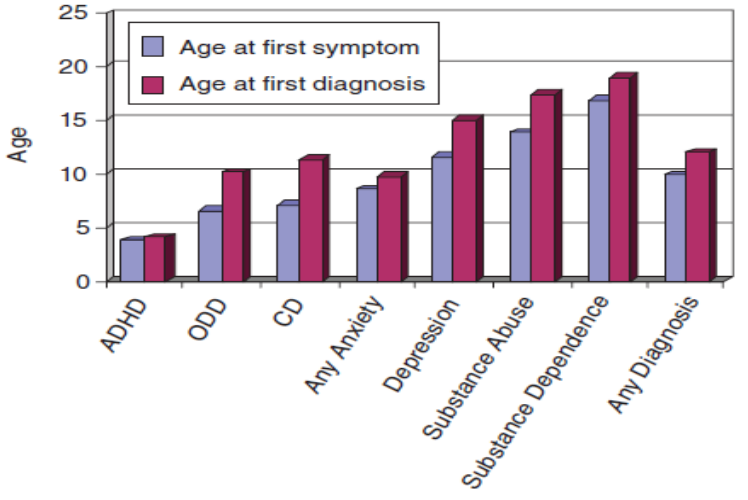
미국의 경우 연방재원, 장애교육법(IDEA) 지원 재정, 주의 특수교육 기금, 의료보호(Medicaid) 재원까지 아동의 정신보건 서비스에 편성되어 있다. 아동의 정신건강 서비스를 위한 조직과 재정적 지원에서 큰 변화를 경험하고, 연방정부의 노력은 정신장애 아동과 가족을 위한 서비스 체계를 마련하는데 집중되는데, 이러한 노력은 주로 ① 서비스 접근성을 향상시키고, ② 주정부와 지역사회의 지도력과 재정적 지원을 증가시키고, ③ 서비스 제공자간의 협력관계를 증진시키고, ④ 모든 서비스 전달과정에 가족이 좀 더 적극적으로 참여할 수 있도록 하고, ⑤ 실천에 있어 문화적 민감성을 보장하는데 초점이 맞추어져 있다. 아동 정신보건목표를 달성하기 위해서 연방정부는 주정부, 지역사회, 가족서비스기관과 연구소에 보조금을 지원하고, 교육과 정보제공은 물론 서비스 체계에 대한

13) http://www2.ed.gov/about/offices/list/osdfs/

변화를 유도하였고, 이런 변화를 촉진시키기 위해 다양한 방법으로 주정부, 연방 기관 및 조직들과 협력하였다.

3) 정신건강문제의 동향

아동-청소년이 21세가 될 때 까지 증상이 생기고 진단받게 되는 경향을 보면 ADHD, ODD, CD, any anxiety 등은 10세 이전에 발병 및 진단되는 경향이 많고, 우울증, 약물남용 및 의존 등은 10대중반에서 후반에 증상이 나타나고 진단이 되는 경향이 있다.



* 출처: O'connell, M. E., Boat T., & Warner, K. E. (2009). p.50에서 재인용

【그림 Ⅳ-1】 21세 이전에 발견 및 진단되는 정신건강문제 유형

미국의 National Institute of Health, Centers for disease Control, HRSA 등에서 정신건강관리 연구, 사업지원 등을 하고 있다. 주정부 차원의 지원은 캘리포니아주, 펜실베니아주 등에서 정신건강관련 지원의 기반을 가지고 예산지원을 하고 있다. 켄터키주에서는 담배규제협의에서 출자되는 예산의 25%를 모자건강관련사업에 지원하고 있으며 여기에 정신건강(우울증) 스크리닝이 포함된다.

건강보험에서 포함하는 예방적인 정신건강서비스로는 산전산후가정방문사업, 흡연임신부대상 금연서비스, 단기 정신보건치료요법, 음주문제감소를 위한 상담 등이 있다. 메디케이드에서는 약물남용장애의 위험이 있는 사람들을 대상으로 스크리닝과 간단한 개입, 의뢰, 치료 등을 포함하고 있다.

지역사회에서의 정신건강문제예방을 위한 사업으로는 방문보건사업에서 조기발견 및 연계를 추진해 오고 있다. 청소년기의 정신건강문제 중 물질남용문제가 심각한 미국에서는 지역사회 물질남용프로그램을 추진해 왔다. 연방정부의 Substance Abuse and Mental Health Services Administration에서는 청소년의 물질남용과 관련된 폭력, 비행, 학업중단 등을 예방하는 사업을 위해 지역사회중심으로 건강한 청소년발전을 도모한다. 여기에는 공중보건과 사회사업, 심리학, 교육, 의학, 범죄학, 조직개발 등의 다양한 관련 학제를 연계하여 건강한 행동을 목표로 한다. 이 접근방법은 문제중심으로 관련된 이해관계자를 주요 활동가로 참여시킨다는데 특징이 있다. 사업성공의 결정요인은 학교, 보건의료기관, 지방정부, 지역사회의 관련기관 등간의 긴밀한 협조체제를 갖추는 데 있다.

2. 호주

1) 관련 인프라 및 서비스

호주정부는 연방정부, 주정부, 지방정부의 3층 구조를 가지고 있고, 각각의 정부수준에서 보건과 복지서비스를 공급하고 있다. 연방정부는 건강, 교육, 지역사회분야의 아동·청소년 서비스를 지원한다. 주정부는 연방정부로부터 주정부 교부금의 형태로 충당된 재원을 바탕으로 병원, 공공건강센터, 학교, 아동서비스 등 프로그램을 운영한다. 주정부는 연방정부 사무소인 센터링크(Centerlink) 등에 연결하여 연방정부 차원의 프로그램이 제공될 수 있도록 전달하는 기능을 하며 연방정부의 프로그램을 운영하지는 않는다.

표 IV-1 아동·청소년의 시기별 정신건강지원 인프라의 세팅과 인력

	지역사회	일차보건의료	이차보건의료	삼차보건의료
주산기	- 사회복지기관 (Centerlink) -사회복지인력	-일차보건의료기관 -가족계획클리닉 -의사, 심리학자, 보건인력	-병의원외래 -산부인과의사, 심리학자, 보건인력	-성인정신보건 서비스, 외래 및 입원 서비스 -산부인과, 심리학자, 보건인력
0~5세	- 사회복지기관 (Centerlink) -일차보건의료의사, 보건의료인력, 심리상담사	-지역사회보건센터, 아동관리센터 -지역사회보건인력, 모자보건간호사, 심리학자	-병의원 외래서비스 -소아과의사, 간호사 및 보건의료인력, 심리학자	-입원 및 외래, 방문서비스 -정신과의사, 심리학자, 임상신경심리학자, 보건의료인력
5~12세 아동	-학교, Centerlink, 아동보호기관 - 교사, 사회복지인력 등	-학교, 지역사회보건의료서비스 -학교간호사, 의사, 심리학자	-병의원외래서비스 -소아과의사, 심리학자	-병의원외래 -정신과의사, 심리학자, 간호사 등
13~25세 청소년	-학교, Centerlink, 수사기관 -교사, 사회복지인력	-학교, 대학교, 지역사회보건의료서비스, 성보건기관 -교사, 상담사, 간호사, 의사	-심리상담기관 -심리학자	-입원외래, 방문서비스 -정신과의사, 심리학자, 관련보건의료인력

* 출처: National Advisory Council on Mental Health(2011). Models of collaborative care for children and youth(0~25 years).

2) 예산의 운용

호주의 아동·청소년 정신건강문제는 17세 이하에서 15.4%가 정신장애(mental disorder)를 가지고 있는 것으로 보고되고 있다.[14] 그러나 정신건강질환을 가진 청소년의 25%만이 정신보건 서비스에 접근하고 있는 것으로 평가되고 있고, 증상의 시작과 도움을 받는 사이의 기간이 길다는 것이 문제로 제기되고 있다. 따라서 2011년에서 2012년의 정부정책에서 중점을 두는 것은 접근성향상, 자살예방, 서비스향상 등이다. 정신건강 증진을 위한 정책적 전략은 다음과 같다.

14) 호주의 정신보건정책계획(National Mental Health Reform 2011-2012)
http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/nmhr11-12~nmhr11-12-challenges~earlyintervention

○ 심각한 정신장애를 가진 사람에게 보다 나은 서비스 제공
○ 일차 정신보건 서비스의 강화
○ 아동·청소년을 위한 예방과 조기개입 강화
○ 정신질환을 가진 사람을 위한 고용과 사회적 참여 독려
○ 정신보건 서비스에서 질 개선, 신뢰성 제고

2011년 호주 정부(Department of Health and Aging)에서는 정신건강 증진을 위하여 아동·청소년을 위한 서비스에 491.7백만 달러를 5년간 투자하기로 하였다. 이 예산은 Early Psychosis Prevention and Intervention Center 프로그램을 지원하게 되고, 매년 headspace center 90개소가 72,000여명의 아동·청소년을 지원하게 된다. Headspace center는 정신건강문제를 가진 아동·청소년을 위해 특화된 센터이며 정신건강문제와 약물남용문제를 지원하고 사회적 직업지원도 해준다.

마음의 문제(Mindmatters) 프로그램은 학교중심의 포괄적인 정신건강 증진 프로그램으로 세계보건기구의 건강증진학교 모델을 기초로 한 종합적인 건강증진모델에 그 기반을 두고 있는 사업이다. 마음의 문제 프로그램은 아동·청소년의 사회심리적 정신건강을 목표로 하고 있으며 호주의 중·고등학교 학교모델과 교과과정, 전문성개발 프로그램을 개발시켜서 학생에게 알맞게 적용할 수 있는 정신건강 증진 프로그램을 제공하도록 추진되고 있다. 프로그램의 적용 대상은 모든 학생 및 교직원, 20~30%의 학교에서의 도움이 필요한 학생, 3~12%의 정신건강 개입이 필요한 학생 등으로 구분된다.

이 프로그램은 교사와 학생의 참여와 상호작용을 중요시하기 때문에 학교의 모든 교사가 학생 정신건강 증진 사업에 참여하여 안전하고 지지적인 분위기와 학습 환경을 제공한다. 마음의 문제 프로그램의 접근대상은 네 가지 수준으로 개입대상이 구분된다. 네 가지 수준은 전체학교 공동체 영역과 학부모와 학생의 관계의 질, 학교의 정신, 학교정책 등이 해당되는데, 전체학교 공동체 영역에는 지역사회기관, 학부모, 학생 등이 포함된다. 이 프로그램의 목적은 학생들의 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결기술의 향상이며, 이러한 정신건강 교육과정은 정규적인 교육과정에 포함되어 수행되고 있다.

지역사회에서는 전문가의 평가와 치료가 필요한 학생을 대상으로 하여 의뢰된 학생의 치료를 지원하며 그들이 학생이 정상적인 학교생활을 할 수 있도록 돕는다. 호주 멜버른, 빅토리아 지역에서는 15~24세 청소년을 대상으로 하여 정신질환, 알코올 의존, 약물남용에 대한 조기발견, 조기개입, 담당자 교육을 하는 중재 기관을 운영 중에 있다. 이곳에서는 정신질환과 관련된 사람들에게 전화상담을 통해 평가와 조속한 개입을 실시할 수 있도록 지원해준다. 또한 프로그램운영과 인력교육, 환자의 평가와 연계 등을 담당하고, 상담과 치료는 지역사회의 자원을 활용한다(김윤 등, 2008).

3. 영국

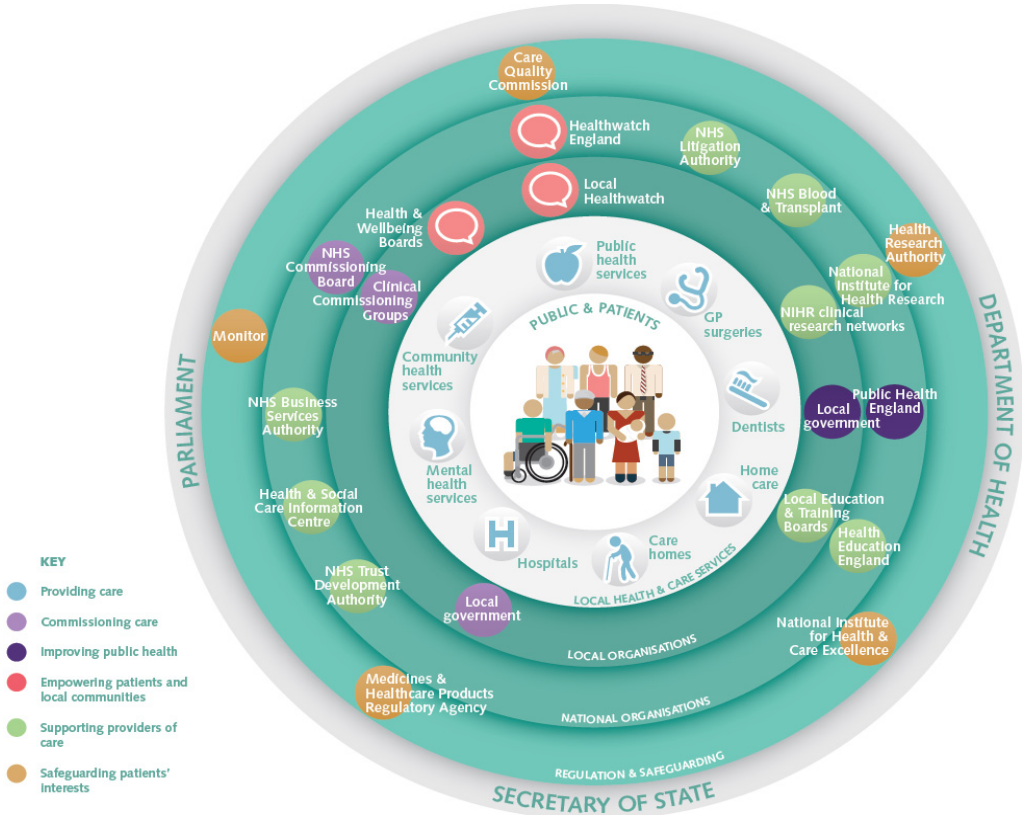
1) 인프라 및 서비스

영국의 정신보건법, 아동법(Children Act) 등은 정신과적 치료를 받는 아동의 권리를 보호하는데 중요한 역할을 하고 있다.

영국인의 생애 정신질환 유병률은 약 25%이고, 생애 정신질환 증상의 경험은 약 16%이다.[15] 15~16세 아동의 약 10%가 정신건강문제로 진단받는 것으로 보고되고 있다. 장기적인 정신질환을 가진 성인의 50%는 14세 이전에 증상이 나타나는 것으로 보고되었다. 정신건강문제를 가진 아동·청소년의 공통된 특성은 자해, 약물남용 등이다. 정신건강문제를 조기에 발견하여 조기치료 및 개입하는 것이 중요하다.

영국의 정신보건인프라는 전 국민을 대상으로 한 정신건강 증진 서비스 및 자살예방사업, 정신건강문제 및 정신질환의 조기발견을 위한 일차보건의료서비스, 지역정신보건 서비스와 사회서비스, 입원서비스 등이 있고, 정신건강서비스제공인력개선을 위한 사업이 있다. 지역사회의 보건의료서비스제공기관들은 [그림 Ⅳ-2]와 같다.

15) http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/social-care/mental-health/, 2012년 자료



【그림 Ⅳ-2】 영국 지역사회 정신보건 서비스 인프라의 관계도

2) 예산의 운용

영국 정부는 1999년 10년의 정신보건개혁사업을 시작했다.[16] 정신보건사업의 주요 핵심사업은 정신건강 증진(mental health promotion), 서비스에 대한 접근성강화(access to services), 일차 및 이차보건의료에서의 효과적인 모델적용(effective service models), 돌봄자 지원(carer support), 자살예방(suicide prevention) 등이다. 정신보건정책의 방향은 첫째, 정신질환자를 사회적으로 통합하여 관리하는 것, 둘째, 정신질환자의 사회적 일자리를 지원하기 위해 인지적인 요법에 초점을 둔 심리요법의 확대, 셋째, 소수민족을 위한 서비스 증대, 넷째, 지역사회에서 고위험자 및 정신질환자

16) 10년간의 정신보건체계 리폼에 대한 리뷰(2007)
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074241

를 위한 예산증대 등이다. 그동안 정부에서는 전문적인 정신보건 서비스에 연 15억 파운드를 투자해왔다. 700개의 새로운 정신보건팀을 구성하여 가정방문서비스(home treatment), 조기개입서비스(early intervention), 집중지원서비스(intensive support) 등을 제공했다. 10만명 이상의 사람들이 병원보다는 가정에 기반한 서비스를 받았다. 대폭적인 인력보강을 통해서 상담심리학자 1,300명, 임상심리학자 2,700명, 정신보건간호사 10,000명 등의 증가가 있었다. 정부에서는 2015년까지 6,000명의 방문보건서비스인력을 증가할 계획이다. 최근에는 아동기 정신보건문제의 중요성을 감안하여 향후 3년간 심리요법 서비스증가에 22백만 파운드 투자계획을 세운 바 있다. 이 서비스는 학교 및 지역사회 아동집단에 대한 심리서비스로 공식적인 보건인프라외의 지역사회에서 심리학적 서비스를 제공하기 위한 것이다.

영국 국민을 위한 건강정책목표인 Healthy lives, Healthy People에서는 임신기부터 생애주기에 근거한 건강증진을 추진하는 데 집중하며 신체적 정신적 질병예방을 위한 조기개입에 초점을 두고 있다.

영국 정부에서는 정신건강이 모든 건강요소의 기본임을 인식하고 아동의 정신건강 증진정책은 두 가지에 중점을 두고 있다. 첫째, 모자보건부터 영유아 정신건강 영역까지를 연결하여 서비스 개입영역으로 명시하고 있으며 주보호자(양육자)를 포함한 서비스 논의가 구체화 되어 있다. 둘째, 아동 청소년기의 발달과업과 정신보건 서비스를 연결하여 제시하고 있으며, 특히 학교기반의 서비스, 다체계가 개입하는 통합서비스, 가족중심 서비스의 필요성을 강조하고 있다.

영국의 정신건강 증진프로그램은 Stepped-care approach로 경도 문제의 발견에서 중증 입원치료에 이르기까지 5단계에 따라 욕구에 따라 대응 자원을 투입하는 전략적 접근을 하고 있다. 또한 National Health Service를 기반으로 하는 영국의 정신건강 증진 정책은 조기에 정신건강 문제를 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강 관련 비용을 절감하는 데 목표를 두고 있다. 만 5세 아동의 정신건강 문제를 조기 개입하는 부모대상 개입사업은 행동문제를 보이는 아동의 부모가 양육태도를 바꾸어 문제행동을 감소시킬 수 있게 하는 프로그램이며 비용효과적인 사업으로 평가되었다.

보건부 산하에서 실시되는 아동·청소년 정신건강 서비스(Children and Adolescent Mental Health Services, CAMHS)는 크게 일반적인 사업과 특성화된 사업으로 나뉘는데, 일반적인 정신건강 사업은 전체 아동·청소년을 대상으로 하고 있고 특성화된 사업은 지속적인 관리가 필요한 청소년을 대상으로 보건과 사회적 서비스를 제공하게 된다.

3) 아동·청소년 정신건강정책 특성화 인프라

European Union-supported Child and Adolescent Mental Health in an Enlarged Europe(CAMHEE)사업은 영국에서 2004년 아동법과 2007년의 정신보건법에서 인프라를 지원하는 법적 기반을 가지고 있다.

서비스 전달체계의 기반은 National Health Service에 있다. Department of Health, Schools and Families and the Criminal Justice System 등에 이 사업의 책임이 공유되어 있다. 서비스의 전달체계는 4가지 단계구조로 구성되어 있다. 첫째 단계는 일반적인 일차의료의 주치의, 방문보건인력, 교사, 청소년사업가 등에 의해 제공되는 서비스로서 전문적인 정신보건인력만으로 구성되어 있지 않다는 특성이 있다. 이 인력들은 일반적인 조언(advice)과 경증의 증상에 대한 치료나 요법을 제공하고, 정신건강 증진을 위한 서비스를 제공한다. 또한 정신질환의 조기발견을 위한 검사 등을 보조 및 지원하고 전문적인 정신보건인력에게 연계한다. 둘째 단계는 일차의료서비스에 해당하며, 일차정신보건의료 인력과 심리학자, 소아과 등의 인력이 아동과 가족에게 제공한다. 둘째 단계는 다학제적인 교류는 없는 단계이지만 각자의 전문영역에서 서비스를 제공한다. 이들 인력은 첫 번째 단계의 인력을 훈련하고 조언을 주는 역할도 하는데 이런 지원을 통해 서비스의 전달을 더 효율적이게 한다. 셋째 단계는 다학제적 팀에 의해 제공된다. 지역사회 정신보건클리닉, 아동정신보건의료외래서비스 등이 해당된다. 여기서는 중증의 복합적인 정신질환 및 장애를 다루고, 지속적인 정신과적 문제를 다룬다. 넷째 단계는 가장 심각한 정신과적 문제를 가진 아동·청소년을 위한 단계이다. 여기에는 주간보호시설, 전문화된 외래팀과 입원시설을 통한 서비스를 제공한다.

표 IV-2 영국 아동·청소년의 정신질환 관련요인 현황

Disorder	Prevalence (% unless otherwise stated)	Age range	Reference period (week, month, year, lifetime)	Instrument and version used to measure	Year of most recent data collection
Anxiety disorders	3.3	5~16	Current	SDQ, DAWBA	2004
Depression (moderate to severe diagnosis)	0.9	5~16	Current	SDQ, DAWBA	2004
Bipolar disorder	Not known but extremely small		N/A	N/A	N/A
ADHD	Hyperkinetic disorder 1.5 wider ADHD 2.5	5~16	Current	SDQ, DAWBA	2004
Learning disorders	4~8	5~6	N/A	N/SPEC	N/A
Conduct disorder	5.8	5~16	Current	DAWBA	2004
Eating disorders	0.3	5~16	Current	DAWBA	2004
Autism and pervasive developmental disorders	0.9	5~16	Current	DAWBA	2004
Schizophrenia	Not known but extremely small		N/A	N/A	N/A
Self-mutilation or self-harm	3 using parental reports, self-harm 7 using self-reports	11~16	N/A	DAWBA	2004
Childhood/adolescent suicide	M: 8 per 100,000 F: 3 per 100,000	15~19	Incidence	Death registration	2000~update for 2006
Alcohol-hazardous or harmful drinking	F: 68 per 1000 M: 113 per 1000	15~19	Prevalence	Audit	1993

* 출처: Jenkins R., Meltzer H., Jacobs B., & McDaid D. (2010). Child and Adolescent mental health: Infrastructure, policies and practices in England: The CAMHEE project. *Journal of Public Mental Health, 9*(1). 26-39.

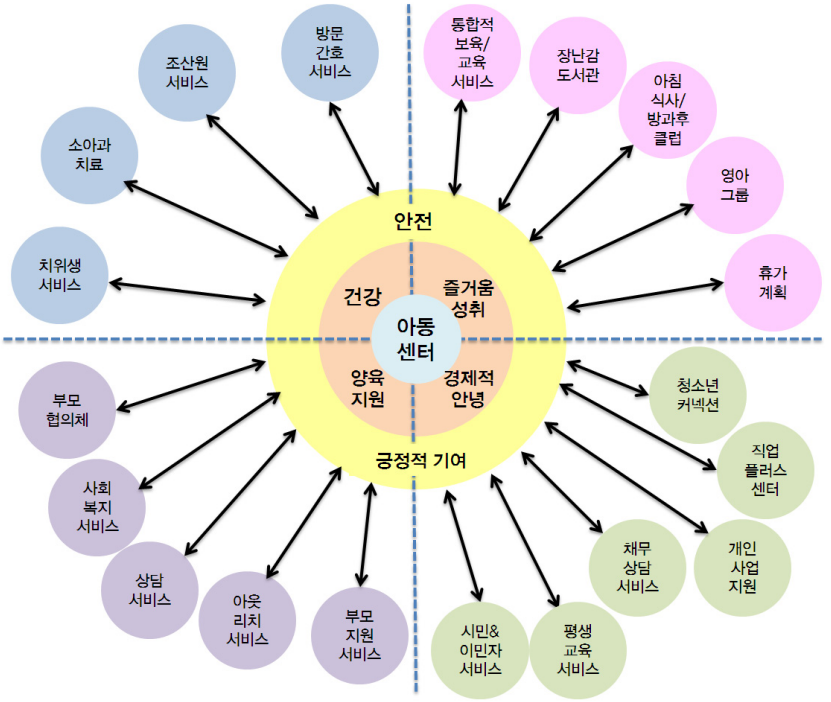
4) 아동조기개입 및 서비스 전달체계: Sure Start

영국정부에서는 부모가 되는 저소득층에게 가정방문보건서비스를 제공하고 있고, 이 인력(health visitors)은 건강한 아동 프로그램(Healthy Child programme)을 제공하고 있고, 이 서비스는 모성보건서비스, 일반보건의료서비스, 슈어스타트서비스와 연계한다. 모성보건서비스와 연계하는 이유는 임신기부터 불안장애, 우울증 등의 정신건강문제가 발생할 수 있고, 이런 문제들이 아동의 발달에 부정적인 영향을 주게 된다는 근거 때문이다. 아동의 정신건강지원은 학교 간호사인력(school nursing)을 통해서도 제공된다. 가정방문 및 학교간호사인력은 조기에 아동·청소년의 정서적, 정신적 문제를 발견할 수 있도록 훈련된다. 지방자치단체는 사회적으로 열악한 지역의 아동·청소년 정신건강의 gap을 좁히도록 노력하고 저소득가정의 아동에게 예산지원을 한다.

중앙정부의 교육부에서 지원하는 Early Intervention Grant는 아동·청소년과 가족을 지원하는 조기개입 예산이다. 이 예산은 슈어스타트 아동센터를 포함한 예방적인 보건서비스에 지원된다. 학교중심의 Targeted mental health schools(TaMHS)도 효과적인 지원사업이다.[17] 정부에서는 복합적인 문제를 가진 가족지원사업도 제공하고 있는데, 전국에서 약 2%의 문제가족에게 지원된다.

슈어스타트의 목적은 아동과 가족의 건강과 안녕(well-being)을 증진시키는 데 있다. 아동의 사회정서적 발달, 건강 및 학습능력을 증진시키고, 가족과 지역사회의 능력을 강화시키는 특성을 가지고 있다. 슈어스타트 프로그램에서는 아동의 다양한 삶의 특성을 고려한 맞춤형 서비스를 제공한다. 이 프로그램은 지역단위로 사업을 운영한다. 지방 슈어스타트 프로그램(Sure Start Local Programme)은 영국의 취약한 지역에서 사업을 수행하였다. 기본원칙의 방향은 부모와 아동대상 2세대 포괄서비스, 모든 사람의 개별적인 욕구를 인정하는 서비스, 융통성 있는 서비스 제공, 가장 어린 시기에 개입을 시작하고, 수요자 관점의 투명한 서비스 제공, 전문가 협력을 통한 지역사회중심의 서비스 제공, 성과에 기반을 둔 서비스 제공 등으로 추진한다(김미숙 등, 2011).

17) Department of Health (2011). Mental Health and Disability, No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages.
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124058.pdf



* 출처: 김미숙 등(2011). 선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로,

【그림 Ⅳ-3】 영국 슈어스타트 아동센터의 통합적 서비스 개요

4. 소결

미국, 호주, 영국 등의 정신보건 서비스는 각국의 정책 환경에 따라 다른 시스템을 가지고 있다. 공통적인 점은 고위험 또는 정신적 문제를 사전에 예방하기 위한 인프라를 갖추고 있다는 점이다. 영국과 호주의 경우는 정신건강문제를 조기에 발견하고 개입하기 위하여 주산기부터 생애주기에 걸쳐 관리할 수 있도록 인프라를 갖추고 있다는 것이 특징이다. 미국의 경우는 고위험 아동에 대하여 공공과 민간이 팀을 이루어 종합적인 접근을 한다는 점이 특징이다. 종합해 보면 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위해서는 생애에 걸친 종적인 지원을 해주는 인프라와 더불어 고위험 또는 문제가 있는 아동을 위한 횡적인 서비스체계를 갖추는 것이 바람직하다는 것을 알 수 있다. 또한 정신건강 증진을 지원하기 위하여 우선순위가 높은 문제의 해결을 위한 예산지원이 확대되고 있다는 점이 해외 선진국에서 배울 수 있는 시사점이라고 할 수 있다.

제 V 장

아동·청소년 정신건강 관련 인프라 및 서비스 전달체계 현황

1. Wee 사업
2. 드림스타트
3. 지역사회 청소년통합지원센터
4. 지역아동센터
5. 청소년방과후아카데미
6. 사회복지관
7. 아동자립지원센터
8. 보호관찰소

제 5 장

아동·청소년 정신건강 관련 인프라 및 서비스 전달체계 현황

학교 및 지역사회에는 아동·청소년의 심리정서적 건강을 지원할 가능성이 있는 서비스들이 존재한다. 아동·청소년과 관련된 사회복지서비스나 상담지원 서비스가 있다. 학교의 WEE 사업은 대표적으로 학교부적응학생을 지원하는 서비스이며 학교현장에서 아동·청소년의 심리정서적 건강을 지원하고 정신적 문제를 조기에 발견하여 정신보건센터와 같은 정신보건전문기관에 의뢰할 수 있는 위치에 있다. 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원할 가능성이 있다고 보이는 인프라에는 대표적으로 드림스타트, 지역사회 청소년 통합지원센터(Community Youth Safety Network: CYS-Net), 지역아동센터, 청소년 방과후 아카데미, 사회복지관, 아동자립지원센터, (청소년)보호관찰소 등이 있다. 본 장에서는 이러한 전달체계의 내용을 근거법, 조직, 인력 및 주요 프로그램을 중심으로 살펴보았다.

1. Wee 사업

1) 배경

교육과학기술부의 주도하에 2007년 Wee 프로젝트 시작이후 학교상담만 구축운영의 하나로 시작되었다. 2008년 학교안전망통합시스템구축의 일환으로 전국 530개 Wee 클래스를 개소하였다. Wee 프로젝트는 Wee 클래스, Wee 센터, Wee 스쿨로 나뉘는데, Wee 클래스는 자기표현·감수성 훈련프로그램, 진로탐색·소질계발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및 집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등을 제공한다. Wee 센터는 상담 서비스와 학생의 잠재력, 학교 및 사회적응력, 글로벌 리더십 등을 향상 시키는 다양하고 전문화된 맞춤형 프로그램(임상심리사에 의한 심리검사 및 사례 진단, 전문상담사에 의한 가정문제, 학교폭력, ADHD등

의 위기 유형별 상담, 사회복지사에 의한 지역사회연계 장학금 지원과 같은 복지 혜택, 학습지도사에 의한 학습컨설팅 실시 등)을 제공하며, Wee 스쿨은 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육과정으로 운영되며 학교교육이외에도 심성교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원하고 있다. 교육과학기술부산하의 Wee 센터는 2008년 전국 31개소에서 2010년 110개소로 증가하였고 2010년 이용 학생 수는 313,214명으로 집계되었다. 그러나 학교당 담당인력이 전문상담교사 2명, 상담사 2명, 임상심리사 1명, 사회복지사 1명 등으로 구성되어 많은 학생을 담당하기에 부족한 것으로 평가되고 있다.

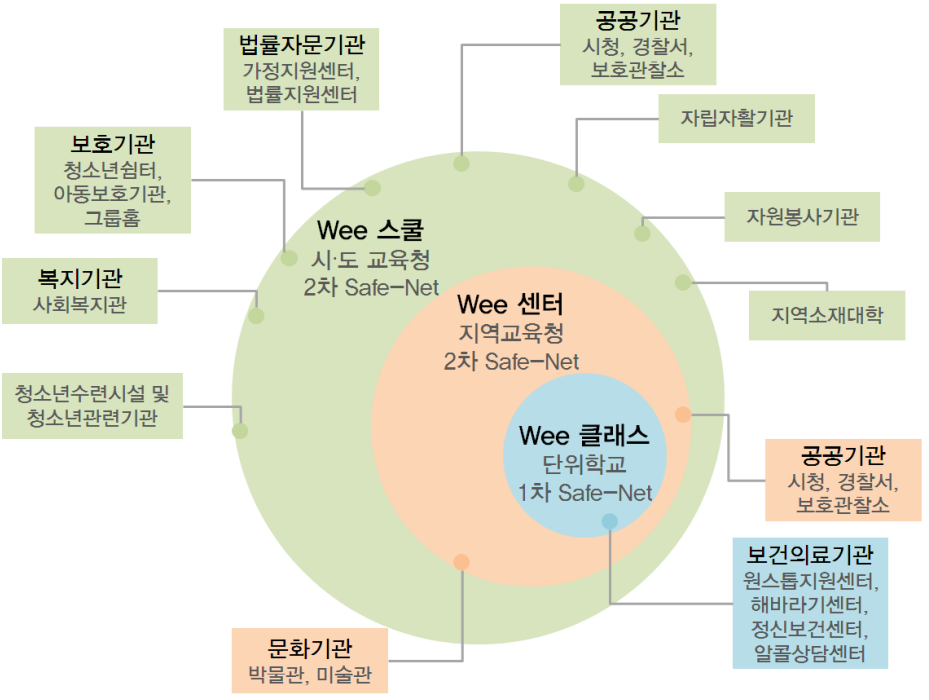
2) 인프라

2007년 학교상담사업인 '친한친구교실' 사업에서 제안되어 2008년 대통령 공약사업으로 선정되어 시작된 Wee 사업은 건강하고 즐거운 학교생활을 지원하는 학교현장의 다중통합지원서비스이다. Wee 사업의 목적은 첫째, 학생의 바른 인성과 관계발달, 둘째, 학생의 학습 및 심리적 역량개발, 셋째, 학교 구성원 모두가 행복한 학교문화창조 등의 세 가지로 구분된다. 학교단위에는 Wee 클래스, 지역교육청에는 Wee 센터, 시·도 교육청수준에는 Wee 스쿨 등이 있다. Wee 사업은 학교 및 교육청 중심의 체계라는 특성이 있고, 지역사회의 정신보건센터, 청소년 보호기관 등과 연계체계를 갖추고 있다. 아래 〈표 Ⅴ-1〉는 단계별 사업내용을 보여준다. Wee 클래스의 인력은 전문상담교사, 전문상담 인턴교사, 자격증소지교과교사, 학생상담자원봉사자, 사회복지사 등이 참여하고 있다. Wee센터의 인력은 전문상담교사, 전문상담사, 사회복지사, 임상심리사, 전문상담인턴교사, 의료인, 행정인 등이 있다. Wee 스쿨의 인력은 보통교과, 대안교과 교사, 상담교사, 복지교사, 전문의 등이 있다. Wee 스쿨은 보통교과, 대안교과, 방과후 활동 등을 포함하여 구성되고 한 학기 기준으로 운영한다(최상근, 2011).

Wee 사업의 인력은 자격조건이 명확히 명시되어 있지는 않다. 다만 전문상담교사가 그 역할을 하도록 지침이 되어 있다. 업무영역은 상담환경 구축 및 홍보, 요구도 조사 및 자료 분석, 상담활동 등으로 크게 구분된다. 상담활동은 개인상담, 집단상담, 집단지도 및 교육 등으로 세분화 되어 있다.

표 V-1 Wee 사업의 단계별 내용

	Wee 클래스	Wee 센터	Wee 스쿨
대상	모든 학생	위기학생	고위험 학생
목적	부적응 조기발견	전문적 진단 및 평가	집중적 관리
서비스	예방 및 적응력 지도	상담 및 치료서비스	집중적 상담서비스 장기적 치료서비스
현황	2,530개소(2010)	일반110개소 특화7개소 (2010.12)	광주, 충남, 충북 3개소
이용현황	-학생개인상담: 188,280명 -학생집단상담: 324,668명 -학생프로그램: 482,518명 -학부모상담: 27,491명 (2009. 12 기준)	-학생개인상담: 73,598명 -학생집단상담: 13,403명 -학생프로그램: 5,030명 -학부모상담: 20,742명 -교사고충상담: 7,456명 (2009. 12 기준)	-광주: 108명 -충남: 80명 -충북: 40명 (2010.12 기준)
인력	2,277명	655명	41명
예산	1차년도 시설 및 운영비 교당 25백만원, 2차년도 운영비 3백만원 3차년도는 시도교육청 예산운영비 지원	-Wee센터구축비: 1억3천만원 -Wee센터운영비: 1억7천만원	1개교 당 30억 지원 이외 필요한 비용은 시도교육청 혹은 지자체의 대응투자로 이루어짐. 2010년 기준 운영비는 16억5천만원



* 자료: 한국교육개발원(2012). Wee 프로젝트 매뉴얼.

【그림 V-1】 Wee 사업의 체계와 지역사회관련기관의 관계도

3) 한계 및 개선방향

Wee 사업은 아직 전국적인 공급은 적은 상황이지만, 체계적인 서비스를 위한 구조를 갖추고 있다. 그러나 학교의 물적자원과 인적자원을 제대로 구비하여 추진하기 위해서는 예산지원이 강화되어야 한다. Wee 사업의 인력이 정신건강 증진을 지원하는 기능을 어느 정도 할 수 있는지는 정신건강 지원에 대한 영역과 범위를 어떻게 정하느냐에 따라 달라질 수 있다. 현재 학교의 부적응학생을 지원하는 기능에서 심리정서적 상담지원을 하는 과정에서 정신적 지원의 요구도를 선제적으로 파악하고 지원 또는 연계해 줄 수 있는 역량이 필요하다.

2. 드림스타트

1) 관련법

드림스타트는 빈곤아동에게 공평한 출발기회를 보장하여 가난 대물림 차단하기 위해 시작되었다. 2006년 희망스타트 사업을 발표하였고, 2007년에 시범사업을 시작하였다. 점차 실시지역이 확대되어 2011년에는 131개소로 확대되었다. 2012년에는 181개로 확대할 예정이다.

표 V-2 드림스타트 추진경과

연도	추진경과
2006년	아동권리사각지대 해소를 위해 방문간호를 통한 아동보호 통합서비스
2006년	사회투자 역점과제 중 하나로 「희망스타트」 발표 ('06.8)
2007년	희망스타트 시범사업실시 (16개 지역)
2008년	드림스타트 시범사업으로 전환·실시 (32개 지역)
2009년	드림스타트 신규사업지역 43개 선정, 전국 75개 시·군·구 지역으로 확대
2010년	드림스타트 신규사업지역 26개 선정, 전국 101개 시·군·구 지역으로 확대
2011년	드림스타트 신규사업지역 30개 선정, 전국 131개 시·군·구 지역으로 확대

* 자료: 보건복지부(2012). 『아동분야사업안내』. p399.

드림스타트의 사업대상은 0~12세 저소득 아동(수급자 및 차상위 120%) 및 가족과 임산부이다. 사업의 주요 목적은 다음 그림과 같다([그림 Ⅴ-2]). 즉 드림스타트는 가난의 대물림을 차단하고 모든 아동에게 공평한 출발기회를 보장하여 건강하고 행복한 사회구성원으로 성장시키는 것을 주목적으로 한다. 세부목적은 건강·영양의 증진, 모성건강증진, 학대·방임아동 보호, 포괄적 돌봄서비스 제공, 안지발달지원 및 학습능력 증진 등이다.

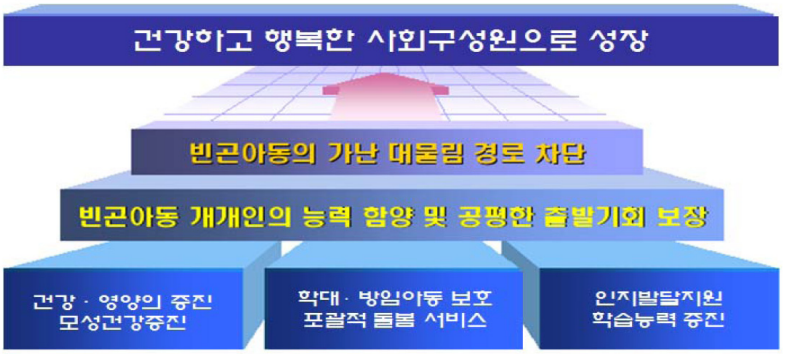
드림스타트의 근간이 되는 법적 근거는 없고, 「드림스타트 사업안내」에 명시되어 있다.

○ 공적 전달체계 중심의 지역사회 건강, 복지, 보육 협력·연계 체계를 구축하여 수요자의 실제 욕구에 부응하는 맞춤형 통합서비스 제공

○ 가난의 대물림을 차단하고 모든 아동에게 공평한 출발기회 보장

⇒ 사전 예방적인 통합서비스 지원체계 도입

⇒ 신체적·정서적·사회적 능력 등 전인적 발달 지원



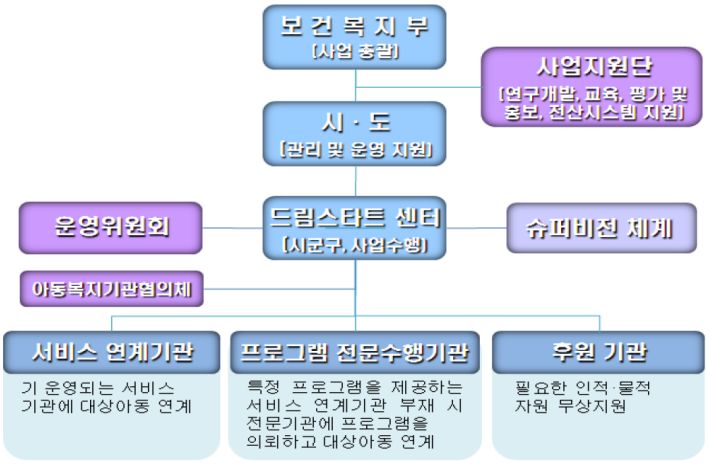
* 자료: 보건복지부(2012). 『2012년 아동분야사업안내』. p.399.

【그림 Ⅴ-2】 드림스타트의 목표

2) 서비스 전달체계

드림스타트의 서비스 전달체계는 [그림 Ⅴ-3]에 제시한 바와 같이 보건복지부, 시·도, 시·군·구(드림스타트 센터)이다. 드림스타트의 총괄 부처는 보건복지부 아동권리과이다. 보건복지부의 주요 기능은 사업지원단 구성·운영, 사업기본계획수립, 지침 시행, 사업 추진상황 점검 및 평가이다. 시·도는 사업을 관리하고 운영을 지원하도록 되어 있다. 구체적으로는 사업관련 업무지원, 지역 심사추천, 예산배정, 광역 지원연계, 시·군·구 드림스타트 센터 점검, 멘토센터 추천, 워크숍 총괄, 컨설팅 관련 업무 지원 등을 수행한다. 시·군·구에는 드림스타트 전담팀(전담공무원 3명, 민간전문인력 3명)을 구성하고 있다. 시·군·구 드림스타트 전담팀은 공적 전달체계의 중심축으로 기능하고자 하고 있다. 빈곤가정 지원을 위해서 지역사회 자원을 개발하고 자원 간 협력·연계체계 구축을 통해 지역사회 자원을 최대한 활용하고 있다.

시·군·구 단위에 설치된 드림스타트 센터는 사업을 직접 수행하는 기관이다. 사업의 주요 내용은 서비스 연계, 프로그램 수행 및 후원자 개발이 있다. 아울러 보건복지부 산하의 사업지원단에서는 모니터링 및 자문, 연구개발, 교육, 평가 및 홍보, 전산시스템 지원, 표준모델안 및 제도개선 방안 제시 등을 하고 있다. 센터 내 운영위원회도 구성하여 학계, 전문가 등으로부터 자문을 받고 있다. 수퍼비전 체계를 두어 사업을 진행하는데, 여기에는 전문기관, 대학교 등 풍부한 지역자원을 활용하여 다양한 분야의 인력을 활용하여 월 1회에서 분기별 1회 정도의 수퍼비전을 필수적으로 받도록 하고 있다.



* 자료: 보건복지부(2012). 『2012년 아동분야사업안내』. p.405.

【그림 V-3】 드림스타트 사업운영체계

표 V-3 드림스타트 추진체계

	추진주체	기능
보건복지부	아동권리과 (사업지원단 구성·운영)	-사업지원단 구성·운영 -사업 기본계획 수립, 지침 시행, 지역 최종확정 등 사업 총괄·조정 -사업 추진상황 점검 및 평가
시·도	아동업무 담당과 (복지정책과, 사회복지과, 여성청소년가족과, 아동청소년과, 저출산고령사회대책과 등)	-사업 및 컨설팅 관련 업무지원 -지역 심사·추천 -예산 배정, 광역 지원 연계 등 -시·군·구 드림스타트 센터 점검 -멘토센터 추천 -상·하반기 워크숍 총괄
시·군·구	드림스타트 센터 (드림스타트 전담인력 구성)	-드림스타트 사업 운영 총괄, 시행
	운영위원회	-사업운영 전반에 대한 자문 및 건의
	아동복지기관 협의체 운영	-지역 내 아동복지기관협의체 구성·운영 -정보공유 및 지역 내 아동 DB 구축 -지역자원배분 논의
	수퍼비전 체계	-사업운영 및 통합사례관리에 관한 자문 및 건의
사업지원단	드림스타트 사업지원단 (한국보육진흥원 소속)	-모니터링 및 자문 -드림스타트 홍보 및 교육 운영 -사업 프로그램 개발·보급 운영 -사업 평가 운영 -표준모델안 및 제도개선 방안 제시

* 자료: 보건복지부(2012). 『2012년 아동분야사업안내』.

드림스타트 센터에서는 빈곤가정 지원을 위한 지역사회 자원개발 및 자원 간 협력·연계 체계구축하기 위해 보건소, 사회복지관 등 기존 지역사회 가용자원을 최대한 활용하여 지원하고 있다.

3) 인력

드림스타트 센터의 주요 인력으로는 사회복지사, 간호사, 보육교사 등 민간 인력과 공무원이 함께 센터에서 협력하여 사례관리를 담당하고 있다(〈표 Ⅴ-4〉 참조). 일반적으로 센터 당 사회복지, 간호·보건, 행정 분야 각 1인씩 최소 3인의 전담 공무원을 두고 있고, 사업의 원활한 수행을 위해 민간 전문 인력을 동일한 분야에서 채용하고 있다.

드림스타트에서는 직접 서비스를 제공하기도 하지만, 특수 전문 프로그램에 한해서는 전문기관을 선정하여 수행하고 있다. 전문기관은 서비스 대상아동 사례점검 회의 참여 및 서비스 지원 모니터링 등을 참여하도록 하고 있다(보건복지부, 2010). 이 밖에 학교, 보육시설, 복지관, 보건소, 정신보건센터, 민간병의원 등 다양한 기관과 연계하여 서비스를 제공하고 있는데, 실무자의 의견에 의하면 특히 민간기관과의 관계는 원활하지만은 않다.

표 Ⅴ-4 드림스타트센터 주요 인력구성 및 업무

구분	구성	전문영역	주요업무	공통업무
팀장	1인 (6급이상 공무원)	행정, 사회복지, 간호	– 빈곤아동가구 조사, 서비스 제공 총괄 – 서비스 기획, 조정 및 예산관리 – 지역 보건복지 자원 발굴·연계	통합사례 관리 및 부모교육
건강 담당자	2인이상 (공무원1인 이상 포함)	간호 또는 보건	– 건강, 영양 등 방문 보건서비스 지원 – 지역 내 보건연계망 구축 – 의료 개입 및 응급 지원서비스	
보육 담당자	2인이상 (공무원1인 이상 포함)	보육 또는 복지	– 보육·조기교육 프로그램 지원 – 가정방문 조기교육 수행/관리	
복지 담당자	2인이상 (공무원1인 이상 포함)	사회복지	– 정서 및 사회성 발달 프로그램 지원 – 자원봉사자 및 학교연계 프로그램 관리	

* 주: 팀장은 각 영역별 담당자를 겸할 수 있음.
* 자료: 보건복지부(2012). 『2012년 아동분야사업안내』. p.406.

사업예산은 시·군·구 1개소 당 3억원(국비 100%, 서울은 2억(67%))이며, 2012년 현재 181개소의 드림스타트에 배정된 예산은 462억원이다.

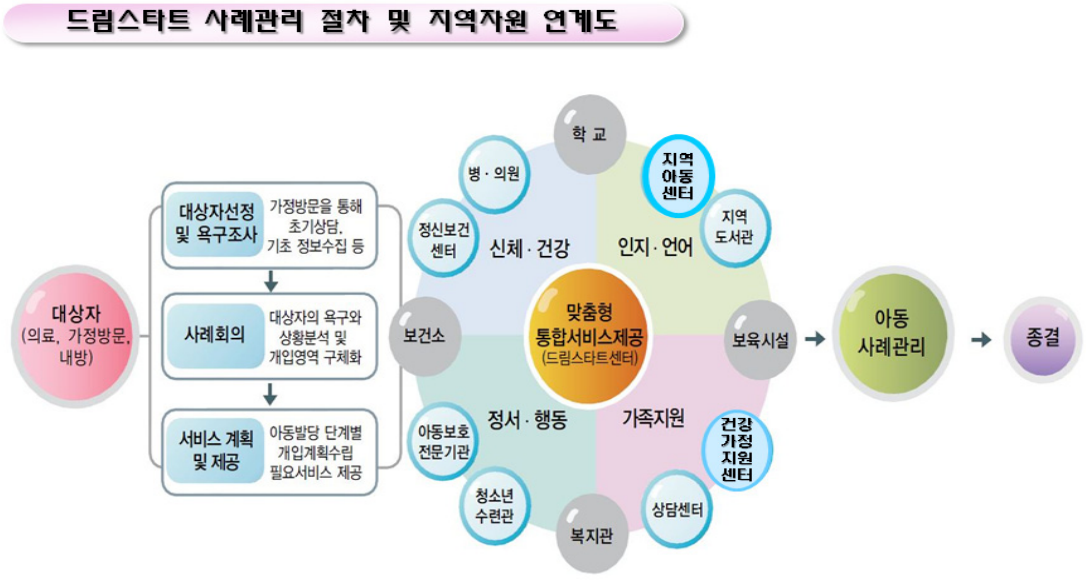
4) 프로그램

드림스타트는 빈곤아동과 그 가족에게 건강·보육·복지를 통합한 맞춤형 전문 서비스를 제공하여 문제를 조기 진단·개입하는 예방적 서비스 체계이다. 체계적인 사례관리를 통해 수요자 중심의 보건·복지·보육 등 맞춤형 통합서비스를 제공하고 지역사회자원 연계·개발 등을 통해 복지서비스 수혜자를 확대하고 있다.

드림스타트 대상아동은 센터 당 300명이고, 대상아동은 욕구에 따라 고위험군, 중위험군, 저위험군으로 나누어서 사례관리하고 있다. 아울러 아동 뿐 아니라 가족에 대해서도 구체적이고 체계적 개입을 시도하고, 아동중심의 사전 예방적 통합서비스를 제공하고 있다.

사업대상을 선정할 때는 필요성과 적합성 2가지를 고려한다(보건복지부, 2009). 필요성 차원에서는 지원서비스를 가장 필요로 하는 아동, 즉 위기 수준이 가장 높은 아동을 우선지원 대상으로 하고 있고, 적합성 차원에서는 드림스타트의 사업취지와 내용에 부합하는 대상을 선정하도록 하고 있다(보건복지부, 2009). 2011년부터는 모든 사업지역에 '드림스타트 대상아동 위기도 사정도구' 를 적용하여 사례관리 하도록 하고 있다. 일반위기지표, 임산부 적응지표, 아동발달지표(신체/건강, 인지/언어, 정서/행동), 양육환경지표(신체/건강, 인지/언어, 정서/행동)를 만들어서 평가하여 대상아동을 선정한다. 즉 정밀한 평가도구를 가지고 대상자를 선정하는 체계를 갖추고 있다. 대상자 선정은 평가를 통해서 하고, 평가 후 적절한 개입방법을 적용한다. 자세한 사항은 드림스타트 대상 아동 위기도 판정도구 매뉴얼에 상세하게 제시되어 있다.

사례관리는 사례접수 및 사정→인테이크→서비스 계획→개입 및 점검→평가 및 종결의 절차를 거친다(보건복지부, 2011, [그림 Ⅴ-5] 참조).



* 자료: 보건복지부(2012). 『2012년 아동분야사업안내』.

【그림 V-4】 드림스타트 사례관리 절차 및 지역자원 연계도

사례관리 과정	1차사정		서비스 제공	사례점검	재사정 13세까지 지속
대상자 신청 및 의뢰, 아웃리치를 통한 발굴	고위기[1]		통합 서비스	1개월 주기	3개월 이내
	중위기[1]		통합 서비스	3개월 주기	6개월 이내
	저위기	특정지표 고위기[2]	해당영역 서비스	1개월 주기	3개월 이내
		특정지표 중위기[2]	해당영역 서비스	3개월 주기	6개월 이내
		특정지표 모두 저위기	대상아동 선정시 제외		

* 주: 1) 실사업 대상(통합 사례관리 대상)
2) 실사업 대상(일반 사례관리 대상)

* 자료: 보건복지부(2012). 『2012년 아동분야사업안내』. p.409.

【그림 V-5】 위기도별 사례관리 과정

5) 한계 및 개선방향

드림스타트는 지역사회 고위험 아동 및 가족을 위한 매우 효과적이고 유용한 전달체계로 자리매김하였다. 그럼에도 몇 가지 한계를 가지고 있다. 첫째, 드림스타트의 포괄지역 문제이다. 현재 드림스타트는 시·군·구별로 1개소씩 설치되어 있지 않을 뿐 아니라, 커버하는 지역이 협소한 문제를 가지고 있다. 즉 동단위의 협소한 지역만을 담당하고 있어서 이 서비스의 혜택을 받는 아동수가 현재 5만명 이하에 불과한 상황이다. 둘째, 드림스타트는 다른 민간 사례관리 및 아동·청소년의 정서적 문제를 다루는 다른 기관과의 관계가 모호하다. 드림스타트의 역할과 기능을 명확히 하여 민간기관에서 정서적인 치료를 요하는 아동·청소년에 대한 심층 사례관리를 중점적으로 다루는 체계로 명확화되어야 한다. 셋째, 드림스타트는 공공에서 제공되는 다른 서비스와의 연계가 취약하다. 교육복지우선지역이나 지역사회 청소년통합지원센터(CYS-Net) 등과의 관계가 약하여 현재 생애주기별 교육과 돌봄이 유기적으로 구현되지 못하고 있다(이영 외, 2009). 향후에는 이러한 기관들이 연계되어 연령별로 대상을 차별화하여 아동과 청소년이 생애주기에 따라 필요한 서비스를 연속적으로 받을 수 있는 체계가 마련되어야 할 것이다.

3. 지역사회청소년통합지원체계 (CYS-Net: Community Youth Safety Network)

1) 관련법

지역사회청소년통합지원체계란 “지역사회 시민 및 청소년 관련 기관, 단체들이 위기상황에 빠진 청소년을 발견·구조·치료하는데 참여하여 청소년을 건강하게 성장시키기 위해 협력하는 연계망” 이다(여성가족부, 2012: 254). 이는 지역사회 지역사회에 있는 청소년 관련 기관이 서로 네트워킹을 통해서 위기청소년에 대한 상담, 보호, 자립 등을 제공하는 것이다(여성가족부, 2012). 지역사회청소년통합지원체계는 경제적 심리적으로 위기에 처한 청소년을 지원하기 위해 설립된 기관이다. 이는 개별화, 파편화되었던 지역사회의 각종 청소년을 위한 지원서비스를 통합·연계하여 맞춤형 원스톱 서비스를 제공하고 있다(여성가족부, 2012). 이를 위한 근거법은 2009년 「지역사회청소년통

합지원체계 구성 및 운영에 관한 규정」에 명시되었고, 2011년에는「청소년복지지원법」을 전부 개정하여 지역사회 청소년통합지원체계와 청소년 상담복지센터에 대한 법적 근거를 마련하였다(제9조). 이외에도 청소년기본법 제8조(국가 및 지방자치단체의 책임), 청소년기본법 제46조(시·도의 청소년상담 및 긴급구조 등의 기관 설치), 청소년기본법 제46조의2(시·군·구의 청소년지원 등의 기관 설치)에 근거하고 있다.

○ 청소년복지지원법

제4장 지역사회 청소년통합지원체계 등

제9조(지역사회 청소년통합지원체계의 구축·운영)

① 지방자치단체의 장은 관할구역의 위기청소년을 조기에 발견하여 보호하고, 청소년복지 및 「청소년기본법」 제3조제5호에 따른 청소년보호를 효율적으로 수행하기 위하여 지방자치단체, 공공기관, 「청소년기본법」 제3조제8호에 따른 청소년단체 등이 협력하여 업무를 수행하는 지역사회 청소년통합지원체계(이하 "통합지원체계"라 한다)를 구축·운영하여야 한다.

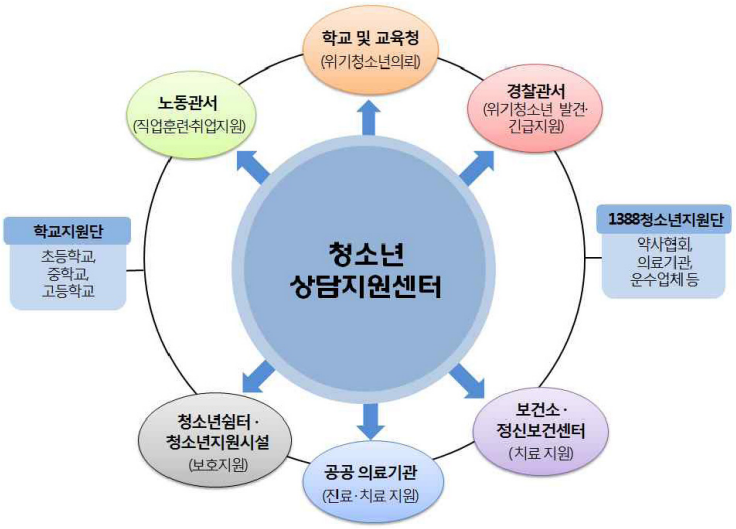
② 국가는 통합지원체계의 구축·운영을 지원하여야 한다.

③ 통합지원체계에 반드시 포함되어야 하는 기관 또는 단체 등 통합지원체계의 구성 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

2) 전달체계

CYS-Net의 운영기관은 시·도 및 시·군·구 청소년상담복지센터이다(2012년부터 청소년상담지원센터에서 이름이 바뀜). 청소년상담복지센터는 청소년에 대한 상담, 긴급구조, 자활, 치료 등을 위한 설치한 기관이다. CYS-Net 사업은 2011년 현재 전국에 166개소(16개시도, 150개 시·군·구)설치되어 있는데, 2012년에는 176개소(전국 16개 시·도 및 160개 시·군·구)로 확대 구축할 예정이다(여성가족부, 2012).

CYS-Net은 청소년상담복지센터를 중심으로 보다 효과적으로 위기청소년을 발견하고 보호하기 위하여 지역의 기관들과 연계를 강화하고 있다. 지역 기관으로 학교, 교육청, 경찰관서, 노동관서, 국·공립의료기관, 보건소, 청소년 쉼터, 청소년지원시설 등이 있다.

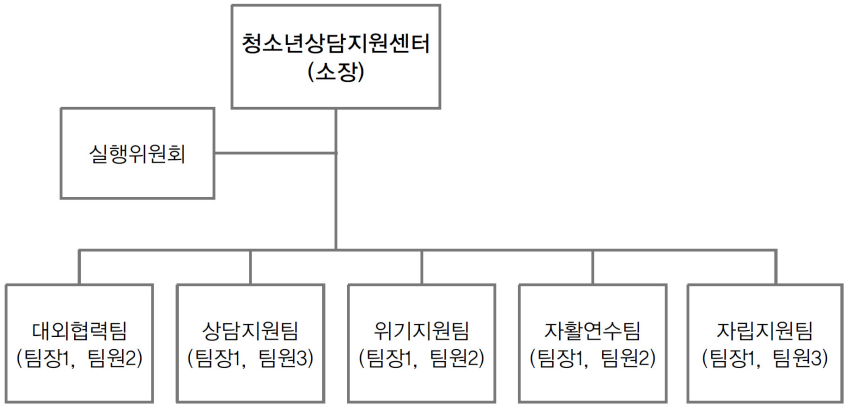


* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내. p.256.

【그림 V-6】 CYS-Net 체계도

3) 인력

CYS-Net 시군구 센터 당 2010년 3.7명, 2011년 4명 수준의 운영인력을 두고 있다(여성가족부, 2012). 2013년까지 6명으로 증원하여 수요자 중심의 프로그램이 가능하도록 지원할 계획에 있다.



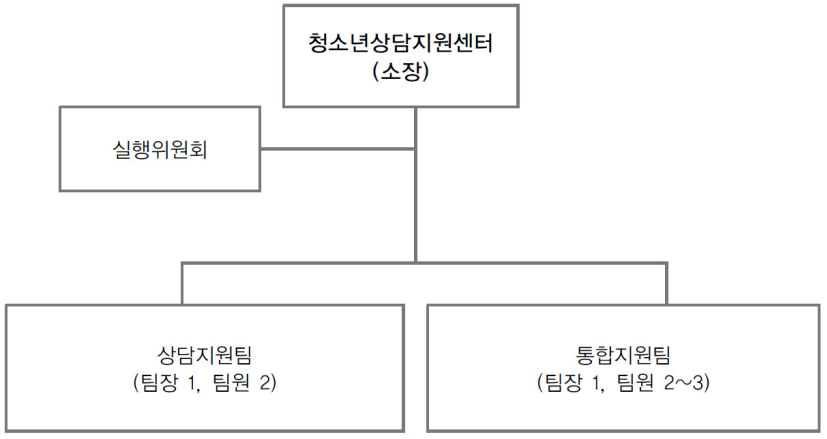
* 주1: 자립지원팀은 두드림존 사업비로 운영하는 두드림존 운영 직원임, 다만, CYS-Net운영과 두드림존, 청소년 동반자 사업의 효율적 통합, 연계를 위하여 조직도에 포함하여 운영
* 주2: 향후 두드림존 인력의 안정성과 사업의 효율적 연계를 위해 센터내 전담인력으로 자리잡을 수 있도록 예산확보 추진
* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내. p. 232.

【그림 V-7】 시·도 청소년상담복지센터 조직도(예시)

표 V-5 시·도 청소년상담복지센터 주요 인력구성 및 업무

구분	주요업무
대외협력팀 (3명)	-예산, 인사, 회계, 관리, 전산 등 지원업무 -센터 운영에 관한 기본계획의 수립·조정 및 총괄 -청소년관련자원(기관, 서비스)의 분석, 발굴, 관리, 공유 및 유용성 제고 -업무협약체결 및 협력 네트워크 구축·운영 -운영협의회, 실행위원회 학교지원단, 1388청소년지원단 운영관리 -상담통계 및 유형분석·관리, 사례집 발간 등 -센터 소개 책자, 리플렛 등 발간 및 홍보에 관한 사항
상담지원팀 (4~5명)	-청소년 및 부모대상 상담 -가출, 학업중단, 인터넷 중독, 자살, 새터민·다문화 등 위기청소년 통합 지원업무 -학교폭력, 성폭력 등 피해 및 가해 청소년 상담지원업무 경찰관서에서 성매수 피해청소년에 대한 조사를 위해 상담자 동석을 요청할 때 상담지원 등 -Help call 청소년전화 1388 운영 -청소년동반자 프로그램 운영관리 및 지원 -상담 프로그램 개발 및 운영(성교육, 인터넷중독, 학교폭력 등) -특별지원대상 청소년지원, 예방적 회복적 보호지원 * 특별지원 사업지역에서는 전담직원 1명 배정 -센터의 상담지원에 관한 사항
위기지원팀 (3명)	-위기청소년 긴급구조·보호시설 연계, 의료, 법률서비스 지원활동 -청소년 피해사례 신고접수, 유해환경 신고접수·인계 -일시보호시설 운영 -사회복무요원 근무 지원 -방문심리 치료 프로그램 운영 -폭력 등 위기청소년에 대한 의료·법률서비스 제공
자활연수팀 (3~4명)	-지역 내 위기청소년 현황 실태조사 및 관리 -청소년 직업체험 프로그램 운영, 직업능력향상(직업소개), 진로지도, 자활지원사업 -교육 및 연수 프로그램 개발·보급 등 교육연수 및 홍보사업 -인턴십 및 실습상담제도 운영
자립지원팀 (4명)	-위기 청소년의 자립준비를 위한 토탈 자활지원사업(두드림존 운영) 자립 동기화, 자립기술 습득, 사회진출 지원 등 -학업중단 청소년의 학업복귀를 위한 지원사업(해밀사업)

* 자료: 여성가족부(2011). 청소년사업안내. p.233.



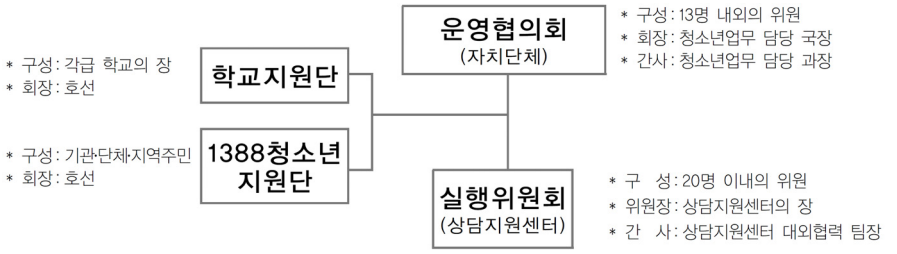
* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내. p.234.

【그림 V-8】 시·군·구 청소년상담복지센터 조직도(예시)

표 V-6 시·군·구 청소년상담복지센터 인력구성 및 업무

구분	주요업무
상담지원팀 (3명)	-예산, 인사, 회계, 관리, 전산 등 지원업무 -청소년 및 부모대상 상담 -상담통계 및 유형분석·관리, 사례집 발간 등 -홍보 및 그 이외 상담지원에 관한 사항 -청소년상담자원봉사자 및 지도자 연수·교육 -Help call 청소년전화 1388 운영 -운영협의회, 실행위원회, 학교지원단, 1388청소년지원단 등 운영 -상담프로그램 운영(성교육, 인터넷 중독, 학교폭력 등) -위기청소년 실태조사 -교육연수 및 홍보사업
통합지원팀 (3~4명)	-가출, 학업중단, 인터넷 중독, 자살, 새터민, 다문화 등 위기청소년 지원업무 -학교폭력, 성폭력 등 피해 및 가해 청소년 상담지원업무 -청소년복지증진사업, 인권이 침해된 청소년에 대한 상담 및 교육 -자립준비 교육, 직업 및 실물경제 체험, 사회진출 지원, 학습능력 향상지원 등 자립 지원 사업(두드림존, 해밀, 학습클리닉) -청소년 활동 및 자원봉사에 대한 정보 제공 -청소년 참여촉진 및 기타 지역사회 청소년활동 등을 위해 필요한 지원 -기타 통합지원과 관련된 사항의회, 실행위원회, 학교지원단, 1388청소년지원단 등 운영

* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내. p.234

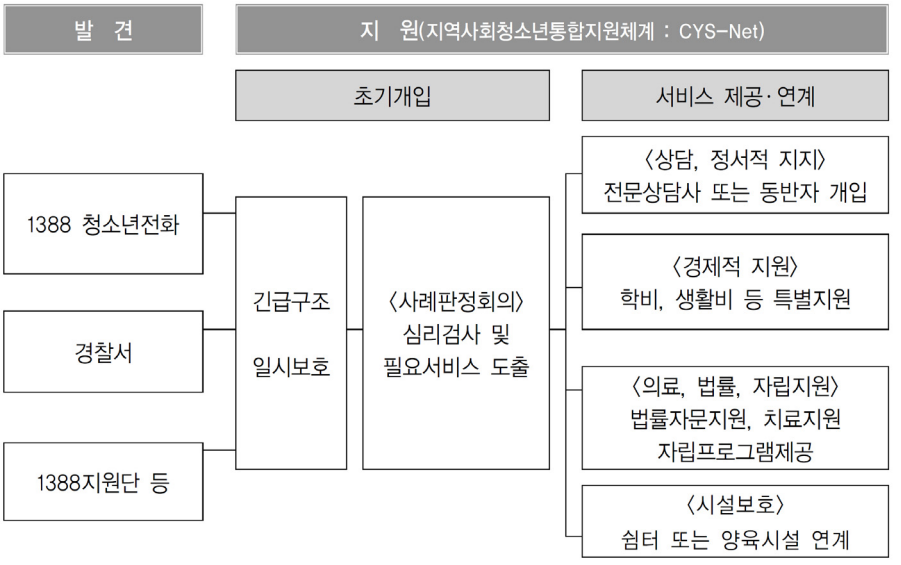


* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내. p.256.

【그림 V-9】 지역사회청소년통합지원체계 운영협의회 및 실행위원회 체계도

4) 프로그램

주요 서비스는 상담 및 정서적 지원, 사회적 보호, 기초생활 및 경제적 지원, 교육 및 학업지원, 자활지원, 의료지원, 법률자문 및 권리구제 지원, 여가 및 문화활동지원 등이다. 최근에는 CYS-Net을 위기청소년을 위한 학습 및 자립 중심기관으로 개편하였다(여성가족부, 2012). 이를 위해 학업중단 청소년의 학업복귀를 위한 지원사업(해밀)을 활성하고 있고, 이들의 학업지속을 위한 해밀프로그램도 강화하고 있다. 아울러 자립지원 프로그램인 두드림존을 확대하여 전국 16개 시·도 지역에 사업을 공고화하고 있다.



* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내. p.257.

【그림 V-10】 CYS-Net 상담지원체계도

5) 한계 및 개선방향

윤철경 외(2006)는 지역사회 청소년통합지원센터의 한계를 다음과 같이 지적하고 있다. 첫째, 지역사회 안전망 사업의 이념적 기반이 부족하다. 즉, 청소년통합지원센터는 학교에서 이탈된 청소년을 중심으로 하고 있어서 사업의 확대에 있어서 한계가 있다는 것이다. 따라서 향후에는 고위험 청소년을 대상으로 하되, 동시에 보편적인 서비스를 일반 청소년에게도 제공하여 예방적 사업도 하는 방향으로 선회하는 것이 타당하다고 지적하고 있다(윤철경 외, 2006). 둘째, 시·군·구지원센터의 기능과 역할에 대한 혼란이 있다. 정부는 센터가 상담 외에 긴급구조사업과 봉사, 인권 등 육성사업도 병행하도록 하고 있는데, 이를 모두 통합적으로 하기에는 시·군·구 지원센터에 한계가 있다는 것이다(윤철경 외, 2006). 따라서 이러한 혼선을 막기 위해서 시·군·구 센터의 역할의 명확화가 필요하다. 셋째, 사업의 범위가 광범한데 비해 예산투입은 매우 적다. 통합지원체계사업은 1개 구당 8천만원을 기본으로 하고 있어서 사업을 수행하는데 매우 제한적일 수밖에 없다는 것이다. 이로 인해 지역사회기관으로 지원센터의 영향력이 낮은 문제도 수반하고 있다. 넷째, 기관 간 교류부족과 조직의 폐쇄적 분위기 등으로 지원센터가 지역사회 위기 청소년을 위한 허브 기관으로서의 기능을 제대로 수행하고 있지 못하다. 따라서 센터가 지역사회 허브기관으로 기능할 수 있도록 조직화 역량 및 전문성 강화, 보호 강화를 통해서 인지도를 제고하고, 지역사회 다양한 기관 간 유기적인 연계체계를 구축하도록 한다.

4. 지역아동센터

1) 관련법

지역아동센터는 아동복지법 제16조에 의거하여 “지역사회 아동의 보호·교육, 건전한 놀이와 오락의 제공, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전육성을 위하여 종합적인 복지서비스를 제공하는 시설” 이다. 지역사회에서 자생적으로 운영돼 오던 “공부방” 을 지역아동센터로 법제화(아동복지법 개정), 국고지원이 실시된 것이다(2004.1).

○ 아동복지법 제6조항1호

'지역사회아동의 보호, 교육, 건전한 놀이와 오락의 제공, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전 육성을 위하여 종합적인 아동복지서비스를 제공하는 시설이다'

이용 대상자는 수급권자 가정 아동, 차상위·조손·다문화·장애·한부모 아동, 기타 승인 아동 등 우선적으로 보호되어야 할 아동을 60% 이상 유지하고 있다. 지역아동센터는 2011년 현재 3,985개소가 있고, 10만여명의 아동이 이용하고 있다. 대부분은 초등학생이지만 중·고생과 미취학아동도 일부 이용하고 있다.

표 V-7 지역아동센터 지원 현황

구 분	'04년	'05년	'06년	'07년	'08년	'09년	'10년	'11년	'12년
개소	–	–	–	2,618	3,013	3,474	3,690	3,985	
지원개소	500	800	902	1,800	2,788	2,788	2,946	3,260	3500
지원단가 (만원/월, 개소)	67	200	200	200	220	상:220 하:320	320	370	410
예산(억원)	12	73	98	206	282	457	543	695	817
이용아동(명)	23,347	43,749	58,851	76,229	87,291	97,926	100,223	104,982	–
개소당 평균수	–	–	–	29.1	29.0	28.2	27.2	26.3	–

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012). 전국 지역아동센터 실태조사보고서.

표 V-8 학년별 이용아동 현황(2011. 12 현재)

구 분	계	미취학	초등학생 저학년	초등학생 고학년	중학생	고등학생	탈학교 등
인 원 (비 율)	104,982 (100%)	4,578 (4.4)	37,407 (35.6)	42,324 (40.3)	17,374 (16.5)	3,014 (2.9)	285 (0.3)

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012). 전국 지역아동센터 실태조사보고서.

2) 전달체계

지역아동센터의 주요 서비스 전달체계는 보건복지부, 시·도, 시·군·구, 지역아동센터이다. 주요 기능과 역할은 다음 〈표 Ⅴ-9〉에 제시하였다.

표 V-9 지역아동센터 추진주체

추진주체		기능 및 역할
보건복지부	아동권리과	–지역아동센터 운영 기본 계획 수립 –지역아동센터 실태조사 및 표준화 모델 개발·보급 –지역아동센터 운영 지침 마련, 국고보조 등 사업 총괄 –아동복지교사 파견 지원 –방과후돌봄서비스 추진 기관간의 서비스 연계·조정 등
	지역아동센터 중앙지원단	–지역아동센터 운영 지원 –지역아동센터 홍보 및 관련기관 네트워크 구축 –종사자 인력 교육기획 및 프로그램 개발 –전산관리시스템 구축·데이터 및 실적관리 –지역아동센터 컨설팅 및 교육 지원 –아동복지교사 파견관리 및 교육지원 등
시·도	담당부서	–시·도 지역아동센터 운영 기본 계획 수립 –시·군·구 지역아동센터 운영 지원 –지역아동센터 지도·점검, 예산 지원 등 –시·도 아동복지교사 파견 지원 –시·도 방과후돌봄서비스 추진 기관간의 서비스 연계·조정 등
	지역아동센터 시도지원단	–시·도 지역아동센터 운영 지원 –시·도 지역아동센터 홍보 및 관련기관 네트워크 구축 –시·도 종사자 인력 교육 실행 –시·도 지역아동센터 컨설팅 지원 –시·도 지역사회 조사연구사업 및 정보관리 및 데이터 관리·운영 –시·도 아동복지교사 파견관리 및 교육지원 등
시·군·구 담당부서 또는 드림스타트센터		–시·군·구 지역아동센터 운영 계획 수립 –시·군·구 지역아동센터 이용아동 신청·확인 –아동복지교사 파견관리 –지역아동센터 신고 및 관리·운영지원 –지역아동센터 지도·점검, 예산 지원, 지역사회 연계체계 구축 등
지역아동센터		–지역아동센터 운영 및 돌봄 서비스 제공 –지역아동센터 운영 관련 지방자치단체 협조 등

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012). 지역아동센터 운영매뉴얼. p.20–21.

최근 지역아동센터는 공립지역아동센터를 설치하여 지역의 거점센터로서의 지역사회의 연계·협력 모델 창출, 지역특성에 맞는 프로그램 개발 및 관련 종사자 연수, 적정 운영모델 제시 등과 같은 기능을 두고 있다(보건복지부, 2012). 아울러 지역아동센터의 평가제도를 도입하여 서비스의 품질관리에도 주력하고 있다.

3) 인력

지역아동센터당 인력 배치 기준은 다음 〈표 Ⅴ-10〉과 같다.

표 Ⅴ-10 지역아동센터의 인력

구분	시설장	영양사	생활복지사
아동30인이상	1	1인(아동50인 이상인 경우)	2인 (아동50인 초과시 1인추가)
아동30인 미만 10인이상	1	–	1
아동10인 미만	1	–	–

* 자료: 지역아동센터중앙지원단(2012). 지역아동센터 운영매뉴얼. p.11.

4) 프로그램

지역아동센터의 주요 프로그램은 기본프로그램, 특화 프로그램, 청소년을 위한 프로그램으로 나뉘며 주요 내용은 다음과 같다(지역아동센터중앙지원단, 2012).

(1) 기본 프로그램

지역사회 아동보호, 학습지도, 문화체험, 상담 및 지역사회연계 등의 통합적 복지서비스 제공

① 보호프로그램: 빈곤·방임 아동보호, 일상생활지도, 급식제공, 위생지도 등

② 교육프로그램: 학교생활준비, 숙제지도, 기초학습 부진아동 특별지도, 예체능교육, 독서지도 등

③ 놀이와 오락: 문화체험, 견학, 캠프, 공동체 활동, 놀이 활동 지원, 특기적성 등

④ 보호자와 지역사회연계: 가정방문, 상담·정서적지지, 부모·가족상담, 후원자 등 지역사회 내 인적·물적 자원연계, 사례관리 등

(2) 특화 프로그램

① 주말·공휴일 프로그램

평일에 시간적 여유가 없어서 진행 할 수 없었던 프로그램과 주말에만 참여가능한 문화프로그램,

체험학습 등을 제공한다. 주말(특히 놀토)과 공휴일에 학교와 가정에서 보호받기 어려운 아동들을 보호한다.

② 가족기능강화프로그램

아동양육기술 및 의사소통 증진, 부모집단프로그램 및 자조모임, 가족성장교실, 좋은 부모교실, 지역주민 결연 및 멘토링 활동 등 가족 내에서 지지기반이 약한 빈곤아동과 가족을 위한 가족기능강화 프로그램을 제공한다.

③ 야간보호프로그램

저녁 늦은 시간까지 부모가 귀가하지 않아 방임되고 있는 아동들을 보호자의 귀가시간까지 지역아동센터에 보호한다.

(3) 청소년을 위한 프로그램

초등학생과 발달단계와 욕구가 다른 중·고생을 위한 분리된 공간 및 특화 프로그램을 제공한다. 1:1 학습멘토, 동아리활동, 진로탐색 프로그램을 예로 들 수 있다.

5) 한계 및 개선방향

지역아동센터가 지역 내 아동을 위한 밀착 서비스 제공기관으로 자리매김했고 양적으로 급성장했으나, 소기의 목적을 달성하기에는 한계가 있다. 첫째, 지역아동센터는 저소득층만을 대상으로 하고 있기 때문에 지역사회의 소외된 아동, 맞벌이 아동 등 다양한 복지욕구를 가지고 있는 아동을 다 보호하고 있지 못하다. 지역아동센터의 역할과 기능을 보강하여 일반아동도 서비스를 자유롭게 이용할 수 있도록 해야 할 것이다(박영숙, 2012). 둘째, 지역아동센터가 아동복지를 수행하는 최일선기관으로서 사례관리를 통해서 아동에 대한 밀착된 서비스 제공 및 관리가 가능하다. 문제는 지역아동센터의 인력이 매우 최소한으로 배정되어 있어서 아동에 대한 충분한 사례관리가 용이하지 않다는데 있다. 이로 인해 전문적인 사례관리가 어려운 상황이다. 아울러 지역사회 드림스타트, 방과후학교, 교육복지우선지역 등과 같은 기관 간 정보공유 및 협력이 부족하여 어려움을 겪고 있는 것으로 지적되고 있다(정익중 외, 2011). 셋째, 지역아동센터의 서비스가 아동의 특성에 기반하고 있지 않다는 문제가 있다. 지역아동센터 이용아동의 약 14%는 중·고생인데 지역아동센터의 프로그램은 초등학생을 중심으로 하고 있다. 문제는 지역사회에는 중·고생이 갈 수 있는 방과후 센터가 거의

없어서 지역아동센터를 이용할 수밖에 없다는데 있다. 따라서 중·고생들이 이용할 수 있는 방과후 서비스 센터의 확충이 시급히 요구된다. 넷째, 종사자의 처우가 매우 열악하여 서비스의 질적 저하를 초래할 수 있다. 지역아동센터 종사자의 보수체계는 사회복지이용시설(복지관) 종사자의 보수체계의 적용을 권장하고 있는데 실제로 생활복지사의 월평균 급여는 2011년 현재 1,014,756원에 불과하여 기준봉급인 1,358,000원에 30여만원이나 부족한 상황이다(지역아동센터중앙지원단, 2012). 이로 인해 이직률이 높고, 아울러 직무향상을 어렵게 하여 결국 서비스 제공에도 부정적인 영향을 미치고 있다(정익중 외, 2010). 따라서 종사자의 소진과 이직을 예방하기 위해서 종사자의 처우개선이 이루어져야 한다.

5. 청소년방과후아카데미

1) 관련법

청소년 방과후 아카데미는 맞벌이·한부모·부모의 실직·파산·신용불량 등으로 인해 경제적 어려움 등을 겪는 청소년(초4~중2)이 대상이며, 이러한 청소년들에게 학습능력 배양·체험활동·급식·건강관리·상담 등 종합 학습지원 및 복지·보호를 제공하여 청소년의 건전한 성장 지원을 목적으로 하고 있다. 방과후 아카데미 실시 장소는 청소년수련관, 청소년문화의집, 공공청소년공부방, 청소년단체시설 등을 활용하고 있다. 2008년 185개소가 운영되다가, 2009년 178개소, 2010년 161개소, 2011년 200개소가 운영되고 있다(여성가족부, 2011).

청소년 방과후 아카데미는 청소년기본법 제48조의2에 따라 여성가족부장관과 시·도지사는 매년 청소년 방과 후 활동 종합지원계획을 수립·시행하여야 하며, 방과후사업은 청소년의 역량 개발 지원, 청소년의 기본학습 및 보충학습 지원, 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 급식·시설 지원 및 상담, 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 학부모 교육, 청소년의 방과 후 활동을 지원하는 기관 및 단체 등의 개발 및 연계를 포함하고 있다. 청소년들의 방과 후 활동 중 정신건강 관련 프로그램 의 법적근거는 청소년기본법 시행령 제33조의4에 나타나있다.

○ 청소년기본법 시행령 제33조의4(방과 후 활동 종합지원사업 실시)

① 여성가족부장관과 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 청소년의 방과 후 활동을 지원하는 청소년 방과 후 활동 종합지원사업(이하 이 장에서 "방과후사업"이라 한다)을 실시할 수 있다. 이 경우 방과후사업은 장애청소년과 다문화청소년 등 특별한 교육 및 활동이 필요한 청소년을 대상으로 할 수 있다.

② 방과후사업은 다음 각 호의 활동을 포함한다.

1. 청소년의 역량 개발 지원
2. 청소년의 기본학습 및 보충학습 지원
3. 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 급식, 시설 지원 및 상담
4. 청소년의 안전하고 건강한 방과 후 활동을 위한 학부모 교육, 청소년의 방과 후 활동을 지원하는 기관 및 단체 등의 개발 및 연계
5. 그 밖에 청소년의 방과 후 활동을 지원하기 위해 필요한 활동

2) 전달체계

청소년 방과후 아카데미는 여성가족부와 지방자치단체가 공동 운영한다. [그림 Ⅴ-11]을 통해 운영체계를 살펴보면, 여성가족부는 기본운영계획 총괄 및 아카데미 운영관련 지자체와 공동지도 감독, 운영예산 지원, 아카데미 운영 평가 및 컨설팅, 운영모델개발 등을 수행하며, 지방자치단체는 각 지방자치단체별 방과후 아카데미 운영 주체로 운영예산 분담, 지방자치단체 관내 아카데미 운영 시설선정, 예산교부, 지도 감독 등을 담당하고 있다(여성가족부, 2012).

청소년방과후아카데미 운영지원단은 사업의 평가실시·평가지표개발·평가워크숍 및 실적보고 및 체계적인 운영관리, 사업효과성 연구 및 신규 운영모델 개발 등을 수행한다. 청소년방과후아카데미 지원협의회는 수련시설장, 지자체 청소년업무 관계자, 보건소장, 사회복지관련 장 등으로 구성되어 있으며, 지역사회 차원의 연계 협력 지원, 사업실행 모니터링, 방과후아카데미 사업의 중요사항 심의 및 결정을 담당하고 있다(여성가족부, 2012).

* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내.

【그림 Ⅴ-11】 청소년방과후아카데미 운영체계도

3) 인력

여성가족부(2012)의 세부운영계획에 따르면, 청소년방과후아카데미에는 전담인력이 배치된다. 아카데미의 상근 인력은 기획재정부의 '일자리지원사업' 의 일환으로 추진되는 사업으로 운영책임자(PM: 프로젝트매니저)와 실무지도자(SM: 스케줄 매니저)가 전담인력으로 배치되는데, 운영책임자는 청소년지도사 2급 자격증 소지자여야 하며, 실무지도자는 청소년지도사 3급 자격증 소지자여야 한다. 운영책임자는 1명이 전담 배치되어 총괄 및 일정관리와 운영 지원의 업무를 맡으며, 실무지도자는 1반에 1명씩으로 아동·청소년의 자기주도학습과 상담 및 생활기록·관리, 문자메세지·급식지원 등의 업무를 맡고 있다.

4) 주요 프로그램

청소년방과후아카데미는 전문체험활동과정, 학습지원활동과정, 체험학습과정, 생활지원 등 활동프로그램을 중심으로 각 책임운영기관별로 지역적인 특성과 청소년의 욕구를 반영하여 다양한 프로그램을 진행하고 있다. 청소년방과후아카데미의 운영프로그램은 〈표 Ⅴ-11〉과 같다.

표 V-11 청소년방과후아카데미 운영프로그램

구분	세부내용	
전문체험활동과정	–강습형태가 아닌 체험활동 위주로 청소년들의 창의·인성 함양을 위한 다양한 체험활동 프로그램 운영(예술체험활동, 과학체험활동, 직업개발활동, 봉사활동, 리더십개발활동 등) –토요(등교토/놀토): 주5일제 관련 전문체험활동	
학습지원활동과정 (기본공통과정)	보충학습지원과정 (자기주도학습)	청소년들의 자율적인 숙제, 보충학습지도, 독서지도 등의 프로그램 위주로 운영
	교과학습과정 (주요 교과목 지원)	전문 강사진의 교과학습 중심의 학습지원
자율체험활동 과정 (재량활동과정)	–청소년들이 중심이 되어 진행하는 활동(자치활동, 동아리활동 등), 체험활동의 성격으로 담당 실무자들이 직접 운영(지역사회 연계하여 활동위주의 프로그램 운영도 가능)하는 등 활동 위주의 프로그램 운영 –각 운영기관에서 재량으로 자유롭게 편성하여 운영하는 과정으로 학습지원의 성격운영 불가	
특별지원과정	청소년캠프(방학), 부모교육, 초청인사 특별강의, 발표회 등	
생활지원	급식, 상담, 건강관리, 생활일정 관리(메일링서비스) 등의 생활지원	

* 자료: 여성가족부(2012). 청소년사업안내.

청소년방과후아카데미의 운영프로그램 중 아동·청소년의 정신건강 관련 프로그램을 다루고 있는 것은 「생활지원」 이 해당된다. 생활지원은 상담, 심리 성적 성격 테스트, 건강관리, 급식 등을 지원하고 아동·청소년의 부모, 학교 및 지역사회가 함께 참여하여 아동·청소년의 하교시간부터 집에 돌아갈 때까지의 모든 과정을 관리·지원하는 서비스이다.

5) 한계 및 개선방향

청소년방과후아카데미는 매우 짜임새 있는 프로그램과 전문적 인력 그리고 충분한 인력과 예산을 바탕으로 양질의 방과후 교육 및 돌봄을 실시하고 있다. 문제는 시설이 전국에 200개소에 불과하여 절대적으로 부족한 상황이다. 이로 인해 지역의 중학생들은 초등학교 졸업 후에도 지역아동센터에 머물 수밖에 없다. 아울러 청소년방과후아카데미는 지역아동센터와 상호 보완적인 기능을 하기보다는 경쟁적 상태에 있어서 아동·청소년 방과후 돌봄 기관으로서 시너지효과를 내지 못하고 있다. 또한 방과후아카데미의 보호아동 연령은 초등학생 4~6학년, 중학생 1~2학년으로 되어 있어서 지역아동센

터와 서비스 대상연령의 중복이 발생하고 있다. 따라서 향후에는 시설별로 아동연령을 차별화할 필요가 있다. 특히 청소년방과후아카데미는 청소년사업을 특화하여 중·고생을 위한 방과후 돌봄 및 학습기관으로 자리매김할 필요가 있다.

6. 사회복지관

1) 관련법

사회복지시설이란 사회복지사업법 제2조의 사회복지사업을 행할 목적으로 설치된 시설이며, 사회복지사업은 사회복지사업법 제2조 제1호에 규정된 개별법령[18]에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담, 직업지원, 무료 숙박, 지역사회복지, 의료복지, 재가복지, 사회복지관 운영, 정신질환자 및 한센병력자의 사회복귀에 관한 사업 등 각종 복지사업과 이와 관련된 자원봉사활동 및 복지시설의 운영 또는 지원을 목적으로 하고 있다.

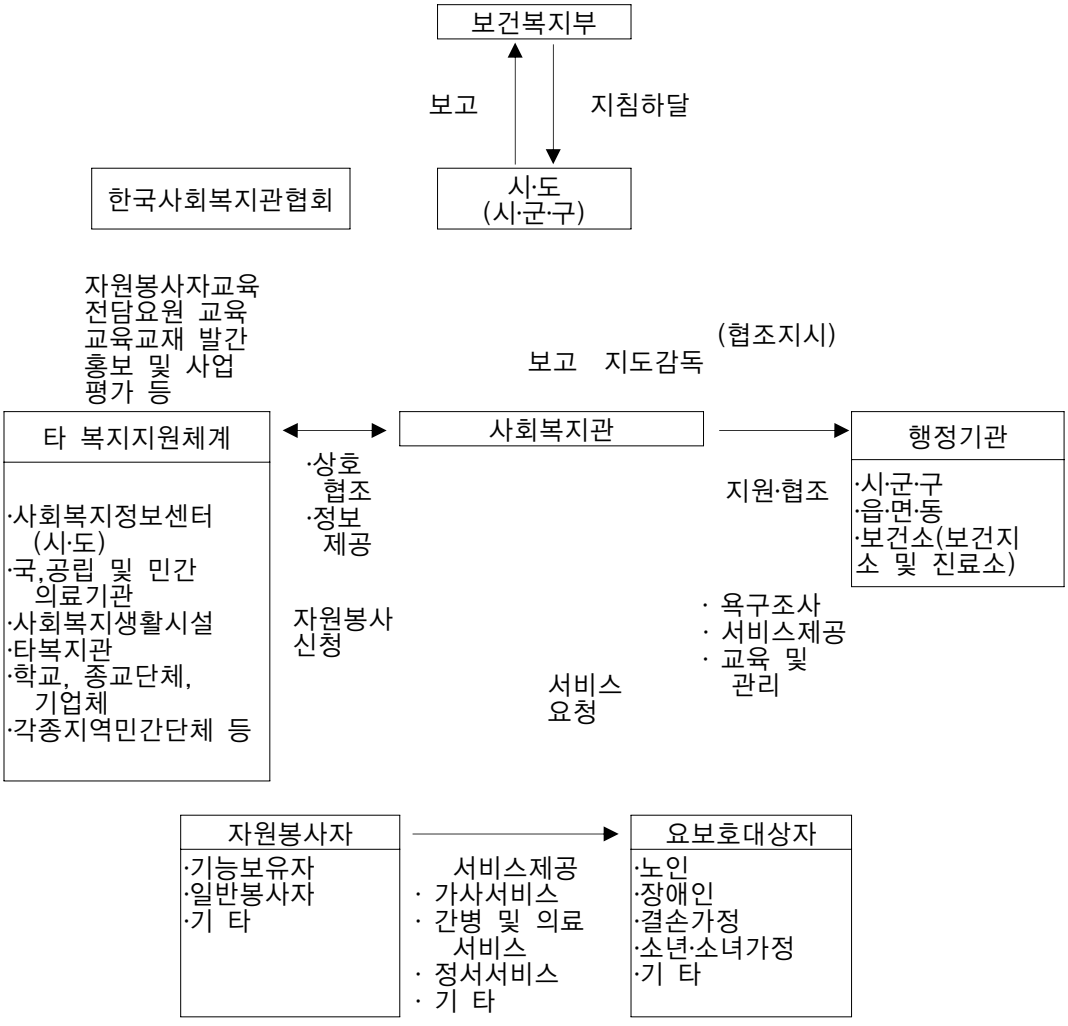
사회복지사업법에 따른 사회복지관은 지역사회를 기반으로 일정한 시설과 전문인력을 갖추고 지역주민의 참여와 협력을 통하여 지역사회의 복지문제를 예방하고 해결하기 위하여 종합적인 복지서비스를 제공하는 시설이다. 2012년 5월 현재 전국 429개소의 사회복지관이 운영되고 있다(한국사회복지관협회 홈페이지. http://www.kaswc.or.kr/).

사회복지관의 대상은 사회복지서비스 욕구를 가지고 있는 모든 지역사회주민이며, 사회복지관의 목표는 지역사회주민들이 필요로 하는 복지서비스를 제공하고 다양한 지역사회문제를 예방·치료하는 종합적인 복지서비스 전달기구로서 지역사회 주민의 복지증진을 위한 중심적 역할을 수행하는 것이다(보건복지부, 2012b). 그러나 사회복지관에 관한 법률에서 정신건강 지원에 관한 규정을 따로 두고 있지는 않다.

18) ①국민기초생활보장법 ②아동복지법 ③노인복지법 ④장애인복지법 ⑤한부모가족지원법 ⑥영유아보육법 ⑦성매매방지 및 피해자보호 등에 관한 법률 ⑧정신보건법 ⑨성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률 ⑩입양촉진 및 절차에 관한 특례법률 ⑪일제하 일본군위안부 피해자에 대한 생활안정지원 및 기념사업 등에 관한 법률 ⑫사회복지공동모금회법 ⑬장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률 ⑭가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률 ⑮농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법 ⑯식품기부활성화에 관한 법률 ⑰의료급여법 ⑱기초노령연금법 ⑲긴급복지지원법 ⑳다문화가족지원법 ㉑장애인연금법 ㉒장애인활동 지원에 관한 법률 ㉓노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률(2012.6.8. 시행) ㉔보호관찰 등에 관한 법률 ㉕장애아동복지지원법(2012.8.5 시행)

2) 전달체계

사회복지관의 서비스 전달체계는 다음 [그림 Ⅴ-12]와 같다.



* 자료: 보건복지부(2012). 사회복지관 운영관련 업무처리 안내.

【그림 Ⅴ-12】 사회복지관 서비스 전달체계도

3) 프로그램

사회복지관 프로그램의 대상은 사회복지서비스 욕구를 가지고 있는 모든 지역주민이며, 국민기초생활보장 수급자 및 차상위계층 등 저소득 주민, 장애인·노인·한부모가정 등 취약계층 주민, 직업·부업훈련 및 취업알선이 필요한 주민, 유아·아동 또는 청소년의 보호 및 교육이 필요한 주민, 기타 긴급지원이 필요하다고 인정되는 주민이 우선적인 사업대상이다(보건복지부, 2012b).

사회복지관 프로그램은 지역사회의 특성과 지역주민의 복지욕구에 맞추어 자율적으로 실시하나, 〈표 Ⅴ-12〉에 제시된 분야별 단위사업 중 해당 사회복지관의 실정에 맞는 프로그램을 선정하여 수행하고 있다(보건복지부, 2012b). 또한 우선사업대상자는 우선사업으로 지정된 아래 프로그램 중에서 분야별로 각 1개 이상이 포함된 8개 이상의 프로그램을 선정하여 실시하게 된다(보건복지부, 2012b).

표 Ⅴ-12 사회복지관 주요 사업

분야	단위사업	우선사업 대상 프로그램
가족복지사업	- 가족관계증진 - 가족기능 보완 - 가정문제 해결·치료 - 부양가족지원	- 개인 및 가정문제 등 상담 - 방과후 아동보호 프로그램
지역사회보호사업	- 급식서비스 - 보건의료서비스 - 경제적 지원 - 일상생활 지원 - 정서서비스 - 일시보호서비스 - 재가복지봉사서비스	- 급식서비스(식사배달, 밑반찬 배달, 무료급식 등) - 주간보호소·단기보호소운영 - 재가복지봉사서비스
지역사회조직사업	- 주민조직화 및 교육 - 복지네트워크 구축 - 주민복지 증진 - 자원봉사자 양성 및 후원자 개발·조직	- 주민조직체 형성 및 운영 - 복지네트워크 구축
교육·문화 사업	- 아동·청소년 기능교육 - 성인 기능교실 - 노인 여가문화 - 문화복지	- 노인 여가·문화 프로그램 - 아동·청소년 사회교육 프로그램
자활사업	- 직업기능 훈련 - 취업알선 - 직업능력 개발 - 자활공동체 육성	- 취업·부업 안내 및 알선 - 취업·부업 기능훈련 및 공동작업장 운영

* 자료: 보건복지부(2012). 사회복지관 운영관련 업무처리 안내.

사회복지관에는 가족복지사업분야의 가족문제 해결·치료사업에 정신적 장애 관련 프로그램이 있다. 정신적 장애 관련 프로그램에는 정신보건 서비스, 알코올 및 약물중독 치료, 정신장애인, 정신지체인, 발달장애인 서비스 등이 포함된다. 또한 지역사회보호사업분야의 정서지원 서비스는 지역사회에 부양가족이 없는 보호대상자들이나 사회적으로 정서적 소외로 지원이 필요한 가족에게 의형제·의부모 관계맺기, 멘토링 등의 서비스를 제공한다(보건복지부, 2012b).

4) 한계 및 개선방향

사회복지관은 저소득지역 지역주민을 위한 다양한 서비스를 다양한 대상에게 제공하고 있다. 여기서 제공되는 정신보건관련 서비스는 상담, 정서지원서비스 및 지역아동센터 아동에 대한 사례관리라고 할 수 있다. 복지관에서 워낙 다양한 사업을 실시하고 있기 때문에 정신보건 서비스를 특화하기보다는 지역사회 정신보건센터와 연계하여 사업을 진행할 때 보다 전문적인 서비스 제공이 가능할 것이다. 복지관 안에 있는 지역아동센터는 앞 절에서 지적된 것과 유사한 문제점을 나타내고 있으므로, 전체 지역아동센터의 개선을 통해서 문제점이 개선될 수 있을 것이다.

7. 아동자립지원사업

1) 관련법

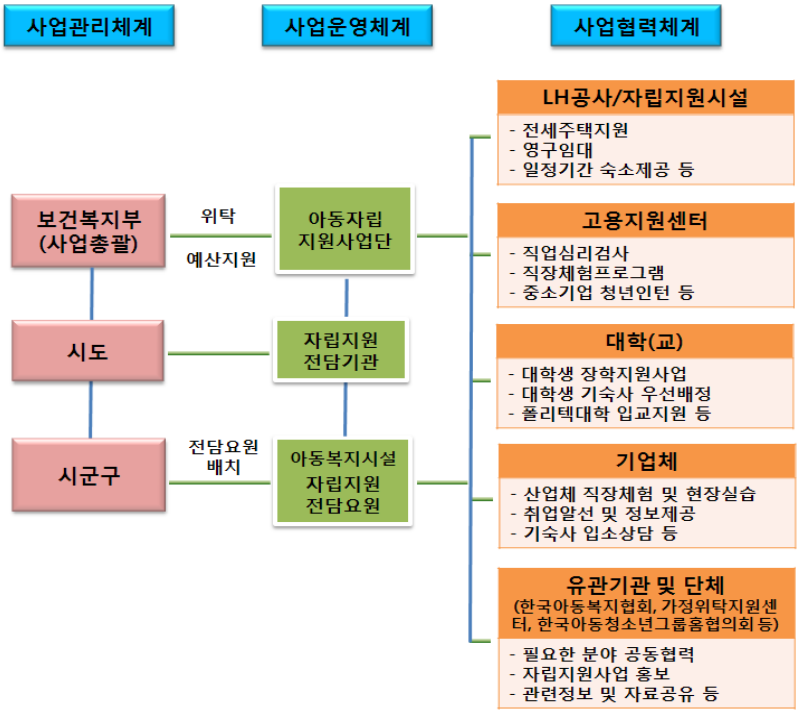
자립지원은 보호 아동의 퇴소(위탁종결) 후 공평한 출발 기회 보장과 안정적인 자립생활 정착을 위한 사회적·경제적 지원을 주목적으로 하며, 아동복지시설(양육시설, 그룹홈) 생활 아동과 가정위탁 아동을 그 대상으로 한다(보건복지부, 2012a). 자립지원 서비스 기간은 시설 입소 후 3개월 경과부터 시설 퇴소 후 5년까지이고, 아동 발달단계에 따른 자립지원서비스를 제공하여 안정적인 자립생활 정착을 지원하고 있다(보건복지부, 2012a).

자립지원의 근거는 2011년 8월 개정된 아동복지법 제38조 1항에 “국가와 지방자치단체는 보호대상 아동의 위탁보호 종료 또는 아동복지시설 퇴소 이후의 자립을 지원하기 위하여 1. 자립에 필요한 주거·생활·교육·취업 등의 지원, 2. 자립에 필요한 자산의 형성 및 관리 지원(이하 "자산형성지원"이라

한다), 3. 자립에 관한 실태조사 및 연구, 4. 사후관리체계 구축 및 운영, 5. 그 밖에 자립지원에 필요하다고 대통령령으로 정하는 사항을 시행하여야 한다" 고 명시되어 있다. 자립지원을 위한 심리·정서적 지원 프로그램이 제공되고 있으나, 정신건강 지원에 관한 규정을 따로 두고는 있지 않다.

2) 전달체계

자립지원사업의 사업관리체계는 보건복지부와 각 시·도, 시·군·구이며, 사업운영체계는 아동자립지원사업단 및 자립지원전담기관, 아동복지시설 자립지원전담요원으로 구성되어 있다([그림 Ⅴ-13] 참조).



* 자료: 한국보건복지인력개발원, 아동자립지원사업단, 보건복지부(2012). 자립지원업무매뉴얼.

【그림 Ⅴ-13】 아동자립지원센터 운영체계

〈표 Ⅴ-13〉을 통해 역할을 살펴보면, 먼저 사업관리체계인 보건복지부에서는 사업 기본계획수립 및 지침 시달, 예산지원, 사업총괄을 담당한다. 시·도 및 시·군·구에서는 자립지원 프로그램에 대한 예산 지원, 아동복지시설 자립지원전담요원 배치 및 관리, 자립지원 업무 지도감독을 관리한다.

자립지원사업의 사업운영체계로 아동자립지원사업단은 보호 및 퇴소아동의 자립지원 총괄, 자립지원 표준화프로그램 운영 및 매뉴얼 개발, 보호 및 퇴소아동의 자립지원에 대한 욕구 및 실태조사, 자립지원전담요원 교육 및 사례회의 지원, 자립지원사업 실적관리 및 평가 등의 업무를 담당한다. 자립지원전담요원은 원가족 유대강화 기획, 연령별 자립지원표준화프로그램 기획 및 운영 관리, 만 15세 이상 아동에 대한 자립지원계획 수립 관리자, 취업·주거·진학·생활 등에 관한 정보제공 및 현황관리, 퇴소 및 위탁종결자에 대한 사례관리업무 등을 맡고 있다.

표 Ⅴ-13 아동자립관련 추진주체

기관	주요 업무체계 및 역할
보건복지부	-사업총괄·조정 -사업 기본계획수립, 지침 시달 -예산지원
시·도 및 시·군·구	-자립지원 프로그램에 대한 예산 지원 -아동복지시설 자립지원전담요원 배치 및 관리 -자립지원 업무 지도감독
아동 자립지원사업단	-보호 및 퇴소(위탁종결)아동의 자립지원 총괄 -자립지원표준화프로그램 운영 및 매뉴얼 개발 -자립지원관리시스템(DB) 구축을 통한 자립지원체계 구축 및 관리 -자립지원에 관한 조사연구 -보호 및 퇴소아동의 자립지원에 대한 욕구 및 실태조사 -자립지원전담요원 교육 및 사례회의 지원 -자원개발 및 지원체계 구축 -자립지원사업 실적관리 및 평가
자립지원 전담요원	-원가족 유대강화 기획자 -연령별 자립지원표준화프로그램 기획 및 운영 관리자 -만 15세(중 3) 이상 아동에 대한 자립지원계획 수립 관리자 -보호아동에 대한 진로 상담자 -취업, 주거, 진학, 생활 등에 관한 정보제공 및 현황관리자 -지역사회 후원자개발 및 유관단체 네트워크 구축 등 자원관리자 -퇴소 및 위탁종결자에 대한 사례관리자

* 자료: 한국보건복지인력개발원, 아동자립지원사업단, 보건복지부(2012). 자립지원업무매뉴얼.

3) 인력

자립지원 인적 구성은 자립지원위원회, 자립지원 전담요원, 생활지도원으로 구성되어 있다. 내용은 다음 〈표 Ⅴ-14〉와 같다.

표 Ⅴ-14 아동자립지원시설 프로그램 운영인력 구성

구분	주요 내용
자립지원 위원회	-개별 시설(지역가정위탁지원센터)에 자립지원위원회를 운영함 -구성원은 원장, 자립지원전담요원, 관련학과교수, 유관기관 관계자, 후원자, 공무원 등(현재 시설의 운영위원회 또는 자문위원회 활용) -매년 자립지원 기본계획을 검토하고 대상자를 선정하며 시설내 자립지원 프로그램 운용에 관한 제반사항을 논의
자립지원 전담요원 (가정위탁 센터 자립담당)	-시설(지역내 가정위탁아동)의 자립지원프로그램 운용 계획서 작성 -자립지원프로그램의 홍보 및 자료제공 -자립지원대상자 상담 및 사례관리 -자립지원프로그램 개발 및 진행 -자립지원현황 및 성과관리 -매월 자립지원프로그램 결과보고 및 DB 입력 -생활지도원(위탁가정 부모) 교육 및 수퍼비전 제공 -지역 네트워크 구축 및 후원체계 마련
생활지도원	-자립지원대상자 일일 사례관리 -자립지원프로그램 매뉴얼을 통한 프로그램 진행 -아동상담 및 욕구, 필요자원 파악 -자립지원프로그램 개발 및 적용 -매월 자립지원프로그램 아동, 양육자 평가서 작성 -원가족 연락 및 유대강화 활동

* 자료: 보건복지부(2012). 2012년도 아동분야사업안내.

자립지원위원회는 지역가정위탁지원센터와 같은 개별시설에서 운영하며 매년 자립지원 기본계획 검토, 대상자 선정, 시설 내 자립지원 프로그램 운용에 관한 제반사항을 논의한다. 자립지원전담요원이란 아동복지시설 및 가정위탁지원센터에서 보호 및 퇴소(위탁종결)아동의 자립준비와 안정적인 사회적응을 돕는 자립지원전문가로(한국보건복지인력개발원, 아동자립지원사업단, 보건복지부, 2012), 시설의 자립지원프로그램 운용 계획서 작성, 자립지원대상자 상담 및 사례관리, 자립지원프로그램 개발 및 진행, 생활지도원(위탁가정 부모)교육 및 수퍼비전 제공 등의 직무를 맡고 있다. 양육시설 자립지원전담요원 배치 기준은 10인 이상 양육시설, 보호치료시설, 직업훈련시설에 1인 이상 배치해야

한다(보건복지부, 2012a).

2011년 아동복지시설 자립지원전담요원 배치 현황은 〈표 Ⅴ-15〉와 같으며, 과반수이상 도시에 자립지원 전담요원이 부족한 상황이다. 그룹홈 자립지원전담요원은 시·도별 아동 100명당 1명씩, 100명 이하 시도는 1명 배치되어야 하며, 가정위탁지원센터 자립지원전담요원은 지역 센터 별로 1명씩 배치되어야 한다(보건복지부, 2012a).

표 Ⅴ-15 아동복지시설 자립지원 전담요원 배치현황(2011. 12. 15 현재)

구분	계 (명)	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
법적 배치 기준	249	36	20	19	8	9	12	1	30	9	11	14	15	22	15	25	5
배치 현황	198	10	19	19	7	7	11	1	23	8	10	14	14	20	15	16	4
2012 배치 예정	13	10	–	–	–	2	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–
배치 결과 (%)	80	55	완료	완료	87.5	완료	91	완료	76	완료	90	완료	완료	완료	완료	64	80

* 자료: 보건복지부(2012). 2012년도 아동분야 사업안내.

이밖에도 자립지원대상자 일일 사례관리, 자립지원프로그램 매뉴얼을 통한 프로그램 진행, 아동상담 및 욕구, 필요자원 파악, 자립지원프로그램 개발 및 적용, 원가족 연락 및 유대강화 활동 등을 담당하는 생활지도원이 있다.

4) 프로그램

자립지원 프로그램은 미취학 연령부터 실시하여 아동의 자립의지를 높이고 자립능력을 향상시켜 차질 없는 퇴소를 준비하고(Ready), 퇴소 후 자립생활 정착까지 사례관리와 필요한 서비스 연계를 통해 안정적인 자립생활 정착을 지원(Action)한다(보건복지부, 2012a).

자립지원표준화 프로그램(Ready? Action!)[19]은 〈표 Ⅴ-16〉과 같이 미취학부터 퇴소 전까지

19) Ready? Action! 프로그램은 「자립준비 프로그램 모델」 '07~10년간의 자립준비 프로그램 시범사업 결과를 바탕으로 아동·시설별 상황 등을 고려한 아동 자립준비 지원 프로그램의 표준화 모델임.

아동을 대상으로 퇴소 후 대비 자립준비 프로그램인 Ready?, 퇴소 후 자립생활 정착까지 사례관리와 필요한 서비스 연계해주는 프로그램인 Action!, 미취학부터 퇴소 전까지 아동의 단계·학년·수준별로 적절한 프로그램을 제공하여 퇴소 후 안정적인 자립생활을 할 수 있도록 지원하는 Ready? Action! 프로그램으로 구성되어 있다(보건복지부, 2012a).

표 V-16 자립지원표준화 프로그램(Ready? Action!) 모델

Ready? 프로그램

구분 \ 단계별	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4
(미대취상학자~퇴소(종결)전)	미취학~초2	초 3~6	중 1~3	고1~퇴소전
해당 영역[20]	1,2,3,5	1,2,4,5,6	1,2,3,4,5,6	8개 전영역
중점 프로그램	기초학습지도, 독서지도, 원가족, 집단프로그램	심리·정서지지 체계[21], 학습지도, 경제교육, 원가족	진로적성검사, 자립지원예비 사정 및 계획, 체크리스트	자립사정, 취업 및 진학 상담, 체크리스트
프로그램 수행인력	-자립지원 전담요원: 자립지원 프로그램 기획 및 진행 -생활복지사: 프로그램 운영 지원 -생활지도원: 프로그램 운영 -가정위탁지원센터 자립지원 담당 -자립지원위원회: 정기적인 자문 및 평가(외부전문가 참여 의무화)			

Action! 프로그램

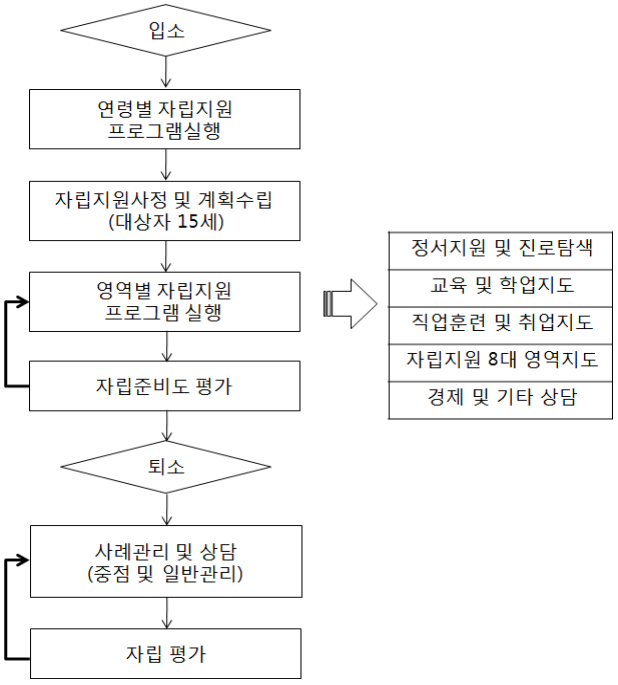
대상자 (퇴소(종결)후 ~)	퇴소(종결)후 ~ 자립생활 정착까지
서비스 지원	-취업형과 진학형으로 구분 -상담 및 사례관리 -긴급생활자금지원 및 의료지원 -사회초기적응 및 자립기반구축 -진로지도 및 인턴쉽 프로그램 -심리정서지원
프로그램 수행인력	-자립지원 전담요원: 상담, 사례관리, 자체 해결 가능한 자원연계 * 필요시 생활복지사, 생활지도원이 업무 지원 -자립지원사업단, 지역(시·도)자립지원센터: 자원연계가 필요하여 시설(가정위탁지원센터)에서 의뢰한 아동과 직접 도움을 요청한 아동을 대상으로 상담, 사례관리, 자원연계 서비스 실시

* 자료: 보건복지부(2012). 2012년도 아동분야 사업안내.

20) 보호아동 자립준비 프로그램 매뉴얼의 8대 영역으로 1. 일상생활기술 2. 자기보호기술 3. 지역사회자원 활용기술 4. 돈 관리기술 5. 사회적기술 6. 직업 찾기 7. 직장생활 8. 다시 집 떠나기를 말함.

21) 입소부터 심리·정서적 지원이 이루어지나, 대화를 통한 심리상담이 가능한 시기가 초등학교 3학년부터임을 고려함.

자립지원 서비스과정은 [그림 Ⅴ-14]와 같이 입소, 연령별 자립지원프로그램 실행, 자립지원 사정 및 계획수립, 영역별 자립지원 프로그램 실행, 자립준비도 평가, 퇴소, 사례관리 및 상담, 자립 평가단계를 거친다. 자립지원표준화 프로그램 이외에도 퇴소를 준비 중인 아동에게 심리·정서적 지지와 퇴소 후 대비 진로지도, 자립역량 개발, 자립의지 함양을 지원해주는 자립가이드, 퇴소 후를 대비하여 일정기간동안 자립체험관에서 혼자 살아가기 예행연습, 시설별 특성화 프로그램, 시설별 자원연계 프로그램 등이 있다(보건복지부, 2012a). 그러나 정신건강지원 프로그램은 거의 존재하지 않으며, 취약 아동·청소년의 자립 지원을 위해서는 심리·정서적 지원이 필수적이므로 심리·정서적 지원을 확대해야 할 것이다(배주미 외, 2011).



* 자료: 보건복지부(2012). 2012년도 아동분야사업안내.

【그림 Ⅴ-14】 자립지원 서비스 흐름도

5) 한계 및 개선방향

아동자립지원사업도 다른 사업과 마찬가지의 문제를 안고 있다(배주미 외, 2011). 우선, 실무자의 전문성문제와 낮은 처우가 지적되고 있다. 보다 효과적인 서비스 제공을 위해서 종사자의 전문성이 제고되어야 하고 아울러 급여가 현실화 될 필요가 있다. 둘째, 심리정서적 지원이 강화되어야 한다. 특히 심리정서 서비스 사각지대에 있는 소규모아동시설과 공동생활가정 등에서 심리치료서비스 지원이 확대되어야 하고, 심리정서적 문제 해결을 위한 치료비 지원, 게임중독·약물·흡연에 대한 상담, 지적장애 및 신체장애 아동·청소년에 대한 심리적 지원, 성폭력, 성매매 등의 위험으로부터의 보호와 지원이 필요하다는 지적이 있다(배주미 외, 2011).

8. 보호관찰소

1) 관련법

소년보호관찰제도는 1988년 12월 소년법이 개정되고 보호관찰법이 제정되면서 제도적 기초가 마련되었고 이에 따라 1989년 7월 전국에 보호관찰소가 설치되었다(조흥식, 2011). 보호관찰 등에 관한 법률 제1조에서는 “죄를 지은 사람으로서 재범 방지를 위하여 보호관찰, 사회봉사, 수강 및 갱생보호 등 체계적인 사회 내 처우가 필요하다고 인정되는 사람을 지도하고 보살피며 도움으로써 건전한 사회 복귀를 촉진하고, 효율적인 범죄예방 활동을 전개함으로써 개인 및 공공의 복지를 증진함과 아울러 사회를 보호함을 목적으로 한다” 라고 목적규정을 명시하고 있다.

최근 청소년비행의 연소화, 지능화, 흉포화에 따라 2007년 소년법을 개정하였으며, 개정안에는 저연령 소년범 선도를 위한 촉법소년의 연령을 기존의 12~13세에서 10~13세로 확대하였다. 또한 죄를 지어도 법적 제재를 받지 않는 만 10~11세까지의 소년범들에 대하여 보호관찰이나 사회봉사 처분을 받게 하고 타 대상자에 비해 재범 위험성이 높은 대상자를 ‘집중 대상자’ 로 칭하여 강도 높은 지도감독과 함께 전문처우프로그램 등 주기적인 교육도 실시하고 있다(황진규, 2010).

2011년 8월 개정된 소년법 제12조에 따르면 “소년부는 조사 또는 심리를 할 때에 정신건강의학과 의사·심리학자·사회사업가·교육자나 그 밖의 전문가의 진단, 소년 분류심사원의 분류심사 결과와

의견, 보호관찰소의 조사결과와 의견 등을 고려하여야 한다" 고 명시되어있다. 이처럼 대상자를 조사 또는 심리를 할 때 정신적인 문제를 고려하고 있지만 소년법이나 보호관찰 등에 관한 법률에는 정신건강 지원에 관한 규정을 따로 두고 있지 않고 약물·마약·알코올치료강의, 정신·심리치료강의, 성폭력치료강의 등의 수강명령과 이밖에 각소에서 자체실정에 맞추어 실시하는 프로그램만이 존재한다.

2) 전달체계

보호관찰행정 조직은 법무부 보호국 산하에 서울, 부산, 대구, 광주, 대전 등 5개 보호관찰심사위원회가 고등검찰청 소재지에 설치·운영 중에 있다. 전국의 보호관찰소는 본소 16개소와 지소 28개소로, 총 44개 기관이 설치되어 있다. 보호관찰심사위원회는 보호관찰에 관한 사항에 대한 심사·결정을 담당(보호관찰 등에 관한 법률 제6조)하며, 위원회의 구성은 위원장 1인을 포함한 5인 이상 9인 이하의 위원으로 구성되어 있고, 위원장은 검사장 또는 고등검찰청소속 검사 중에서 임명한다. 보호관찰소는 보호관찰의 실시 및 사회봉사·수강명령집행, 범죄예방활동 등 보호관찰행정 실무를 담당하고 있다(옥필훈, 2011).

3) 인력

보호관찰 등에 관한 법률 제15조에 따르면 보호관찰·사회봉사명령 및 수강명령의 집행과 갱생보호, 검사가 보호관찰관이 선도함을 조건으로 공소제기를 유예하고 위탁한 선도 업무, 범죄예방 자원봉사위원에 대한 교육훈련 및 업무지도, 범죄예방활동 등을 보호관찰관이 담당하고 있다.

그러나 2010년 정기국회에서 한나라당 이은재의원이 법무부로부터 제출받은 자료에 의하면, 보호관찰관 1인당 관찰대상자수는 2007년 180명, 2008년 202명, 2009년 223명으로 계속 늘어나고 있다. 선진국의 보호관찰관 1인당 관찰대상자수인 영국 23명, 호주 53명, 미국 75명, 일본 70명에 비하면 너무나 많은 상황이다. 이는 보호관찰 업무의 과부하를 초래하며, 전문성 결여 등과 같은 다양한 문제가 발생하게 된다(조흥식, 2011).

4) 프로그램

보호관찰의 실시는 판결 확정→보호관찰 개시→분류→대상자 지도 감독→보호관찰 성적에 따른 단계별 조치→종료의 절차를 거친다([그림 Ⅴ-15] 참조).

* 자료: 범죄예방정책국 홈페이지. http://www.cppb.go.kr/

【그림 Ⅴ-15】 보호관찰실시 절차도

첫 번째 단계인 보호관찰 판결이 확정되면 보호관찰이 개시 된다. 두 번째 단계인 보호관찰 개시에는 신고서를 접수하고 초기면접을 진행한다. 세 번째 단계에서는 분류기준에 의한 개시분류 및 재분류가 이루어지며, 네 번째 단계에서 대상자는 대면, 비대면 지도와 각종 교육 등이 제공된다. 대상자의 지도 감독에는 대부분 지도감독과 원호활동으로 이루어져 있으며 정신건강 지원에 대한 프로그램은 부재한 실정이다. 다섯 번째 단계는 보호관찰 성적에 따른 단계별 조치가 이루어지며 마지막으로 종료사유 발생 시 또는 기간만료, 금고이상의 형의 확정이 되었을 때 보호관찰이 종료된다.

보호관찰 대상자에게 실시되는 프로그램은 크게 보호관찰관의 지도·감독과 원호활동, 보호관찰에 부과되어 실시되는 사회봉사명령, 수강명령 등으로 이루어져 있다(조흥식, 2011). 보호관찰 주요 개관은 〈표 Ⅴ-17〉과 같다.

표 V-17 보호관찰 분야 주요 개념

구분	개념
보호관찰	범죄인을 교정시설에 구금하여 자유를 제한하는 대신 정상적인 사회생활을 영위하도록 하면서 보호관찰관의 지도·감독 및 원호를 통하여 범죄성이나 비행성을 교정하고 재범을 방지하는 형사정책수단
사회봉사 (명령)	법원이 유죄가 인정된 자에 대하여 일정시간 무보수로 사회에 유익한 근로를 하도록 명하는 제도 ※ 2009. 9. 벌금미납자에 대한 벌금대체 사회봉사제도 시행
수강명령	법원이 유죄가 인정된 자에 대하여 일정시간 동안 강의, 체험학습, 심신훈련, 봉사활동 등 범죄성 개선을 위한 교육을 받도록 명하는 제도
조사업무	판결 전 조사, 청구 전 조사, 결정 전 조사, 검사 결정 전 조사로 구분되며 형사절차 또는 보호사건 절차에서 피고인 등에게 적합한 처우를 내리기 위해 피고인 등의 성격, 환경, 경력, 전과관계 등 그 인격과 환경에 관한 상황을 조사하는 제도
전자감독	특정범죄자에 대한 24시간 위치추적과 보호관찰관의 밀착 지도·감독을 통해 특정범죄자의 재범을 억제하는 보호관찰 프로그램

* 자료: 범죄예방정책국 홈페이지. http://www.cppb.go.kr/

현재 소년보호관찰 프로그램 중 약물남용범죄를 범한 경우, 알코올 중독으로 인한 범죄를 저지른 경우, 심리·정서상의 문제와 결합된 범죄(성범죄 등)를 범한자 등 치료를 받을 필요가 있을 경우 등 심신훈련을 제공하는 수강명령이 있으며, 대표적으로 약물·마약·알코올치료강의, 정신·심리치료강의, 성폭력치료강의 등이 있다(조흥식, 2011). 이밖에 각소에서 자체실정에 맞추어 실시하는 프로그램으로 멘토링 프로그램, 상담실운영, 학생대상자에 대한 특별지도와 그 밖에 현실치료, 미술치료, 음악치료, 분노조절프로그램 등 다양하게 대상자를 지도하는 프로그램들이 있다(조흥식, 2011).

5) 한계 및 개선방향

청소년을 위한 보호관찰소는 1989년 도입 이래 상당한 질적 양적 성장을 이루었지만, 소년의 재범률은 줄어들고 있지 않다(손외철, 2011). 그 이유는 보호관찰의 업무량 과다, 전문적인 인력부족 등에 기인하다. 보호관찰소의 외국에 비해 업무량이 많아 직원 확충이 필요하고, 종사자에 대한 보수교육을 통해서 전문지식을 습득할 수 있도록 해야 할 것이다(손외철, 2011). 아울러 절대적으

로 부족한 인력은 보충하기 위해서 전문성을 갖춘 자원봉사자를 활용하되, 특히 상담심리를 전공한 자원봉사자나 검찰의 피해자지원센터 자원봉사자나 범죄예방위원 중 전문지식이 있는 사람을 활용하여 회복적 사법에 투입하는 방안을 고려해보도록 한다(손외철, 2012). 그러나 보다 근본적으로는 사법기관에 종사하는 지원 중 전문중재자를 양성하여 활용하는 방안이 실효성이 높을 것으로 보인다(손외철, 2011).

제 VI 장

서비스 이용자 및 공급자 측면의 개선과제

1. 서비스 개선을 위한 포커스 그룹 인터뷰
2. 서비스 개선에 관한 델파이 조사
3. 소결

제 VI 장
서비스 이용자 및 제공자 측면의 개선과제

1. 서비스 개선을 위한 포커스 그룹 인터뷰

1) 포커스 그룹 인터뷰 개요

(1) 전문가 및 서비스 공급자 대상 포커스 그룹 인터뷰 개요

2012년 4~7월에 걸쳐 집단별로 실시하였다. 전문가 및 서비스공급자 집단은 대학교수, 정신보건센터 담당자, 한국청소년상담복지개발원 담당자, Wee 센터 및 Wee 클래스 담당자 등 총 6명이었다. 전문가 및 서비스공급자 대상 포커스 그룹 인터뷰 내용에서는 아동·청소년의 정신건강 증진 관련 문제점, 현재의 아동·청소년정신건강지원을 위한 인프라 및 서비스 전달체계 운영상의 문제점, 예산, 인력, 시설 및 장비의 문제점 등에 대해 논의하였다.

(2) 이용자 대상 포커스 그룹 인터뷰 개요

서비스 이용자는 지난 1년 간 서비스를 이용해본 중학생 5명 및 중학생의 학부모 5명을 대상으로 하였다. 이용자 대상 포커스 그룹 인터뷰에서는 서비스 접근성의 문제점, 서비스의 만족도 및 효과성, 연계성과 전달체계의 문제, 서비스의 질적인 문제 등에 대하여 토의하였다.

표 VI-1 학생 및 학부모 FGI 대상 개요

학년	성 별	거주지	학생건강검사결과
중1	M	수서	우울심각
중2	M	노원	우울심각
중2	F	은평	정상
중3	F	부천	우울심각
중3	F	은평	정상

2) 포커스 그룹 인터뷰 조사결과

(1) 서비스 이용청소년 및 학부모측면의 인터뷰결과

개인의 정신건강문제는 가정환경의 사회경제적 변화로 가족해체 등을 경험하거나, 부모의 알코올중독 등의 문제로 인해 의사소통에 어려움을 겪게 되는데, 시의적절한 도움을 받지 못하는 것으로 나타났다. 정신적 문제의 조기발견 및 의뢰 시기는 부모의 인지와 도움을 찾는 행위정도에 따라 다른 것으로 나타났다.

지역아동센터의 미술치료, 사회복지관이나 청소년수련관의 프로그램을 통해 심리정서적 상담서비스나 프로그램을 이용한다. 부모교육도 받을 수 있으나 제한적이며, 부모가 아동·청소년의 정신적 문제해결을 위해 병원서비스 이용시 만족도가 크게 떨어지고, 비용적인 부담도 크다. 정신보건센터는 담당자의 교체 등으로 인한 연계성 단절 등으로 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 학교의 Wee 센터와 같은 지역사회 서비스이용에 대해서는 학교의 Wee 센터 보급률이 낮고 인지도가 낮으며 학교에서 상담서비스에 대한 접근성은 떨어지는 것으로 평가되었다.

"일단은 병원을 들어가면.. 선생님이 바뀌니까 거부반응을.. 애들 기록이 있다하더라도.. 가기 싫어하더라고요. 또 학교에서도 선생님들이 모르는 부분들이 많아서 인정을 안해.. 애가 이렇습니다 이러면 어 너는.. 꾀병? 내지는 뭐 이런거.. 이번에 검사한 게 있는데 자살 이게 높아서 너무 충격을 받은 거에요. 병원이 몇 개 안되니까 너가 정해라.. 일단은 본인이 가야 하는데.. 도대체 말을 안하고 울기만 하니까 너무 답답한 거에요. 대화가 딱딱 끊기는 거.. 뭐 할래 이러면 됐어 이러니까."

"약은 타오는데, 약은 먹이기 싫더라고요.. 우리가 원하는 건 정신적인 상담.. 카운슬링을 해줬으면 좋겠는데.. 딱 테두리를 쳐 놓고, 너는 딱 이 안에서만 놀아야 돼.. 이러니까.. 이게 가장 급한건데.. 솔직히 말하면 돈 있으면 외국으로 유학보내고 싶어요.. 근데 현실이 그렇지 않으니까.. 그게 마음이 아프고.. 체육대회 같은 건 되게 좋아하거든요.. 정신적인게 굉장히 힘들거 같아요..

병원을 가면.. 10분, 15분 얘기하고 나오는데, 왠지 해소가 안되는 거 같은 느낌이 있잖아요. 뭔가.."

"병원에서는 환자가 여럿 있으니까 선생님 권위의식에서 약 먹고 언제 보자, 어머니도 치료를 받아보셔야 되겠는데요 이런 식으로만 이야길 하니까.."

"근데 상담선생님이 바뀌는 것도 문제고.. 중 병원들 갔는데 담당선생님들이 바뀌니까 애들이

거부를 해요. 지난 1년 동안 안 갔어요. 지난 5월 달에 전국적으로 검사를 했는데 우울지수가 너무 높게 나왔어요. 엊그제 전화 와서 내가 데리고 병원에 가겠다.. 보건소 정신건강 쪽에 연락했더니 선생님이 또 바뀌셨더라구요. 연계가 안 되었던 거 같아요. 학교에서도 문제에요. 선생님들이 대하는 게 넌 꾀병이라든지 이렇게 치부하니까.. 담임선생님이랑 상담도 해 봤어요. 애가 너무 스트레스 받아서 위경련도 일으키고.. 학교 가기 싫다 그러면 학교도 안 보내요. 상담 선생님이 전화가 왔고, 담임선생님이 전화가 와서.. 너무 다정한 것도 싫고, 선생님이 나한테 왜 그러지 이런 생각도 하고. 혼자 울고, 너무 답답한 거에요.."

"초등학교 때는 생각을 못 했어요. 애가 우울증을 겪을까 해서, 너무 깜짝 놀랐어요. 우울증 점수가 높은데 학교에서 어떻게 하실 거냐고 해서.. 제가 알아서 하겠다고.. "

"선생님도 그냥 무관심하게.. 5학년 담임선생님도 이건 아닌데.. 학교가 작아서 1학년부터 6학년까지 쭉 가는데, 그 학교 애들 중에 우두머리 급이 ○○이를.. ○이가 적극적이지 못하다고 선생님은 얘기하는데, 반대로 생각하니까 '그럴 수도 있겠네요' 라고 이야기 하는 거에요.. 선생님은 제 선에서는 안 되니까 어머니가 알아서 하시라고.. 선생님이면 연륜이 있을텐데.. 선생님이 이렇게 방치를 하니.. 그래서 전학을 갔어요. 바로 옆으로 전학을 갔는데. 그 때도 토요일까지 일을 해서. 오전에 일찍 가서 선생님한테 이런 식으로 전학을 왔으니까 잘 부탁드린다고.. 옮겨간 곳의 선생님이 애를 찬찬히 보시는 거죠.. 얼마나 고맙던지.."

"전화가 안 오고.. 최근에 부모 교육은 건강가정지원센터에서 1년동안 매주 화요일에 2시간 정도 받았어요. 20~30명 올 때도 있고, 적게 올 때도 있고, 그런데 그 내용이 참 괜찮았어요. 회기마다.. 처음에.. 그런 걸 처음 들었으니까. 아이들의 청소년기나 이런 정신 상태나 몸의 상태에 대해 가르쳐 주고, 그걸 듣고 나서, 우리 애가 이상한 줄 알았는데, 여러 가지 것들을 들으니까 우리애가 절망적인 것은 아니구나.. 건강한 시각에서 아이를 바라볼 수 있는 게 좋았어요. 초등학교 때 15층에서 떨어지겠다.. 결연한 의지를 가지고 당장에 그럴 거 같이.. 엄마를 후회하게 하겠다.. 그래서 어떻게 해야할 지 몰랐거든요. "

"아이가 너무 우울해 해요. 오빠하고 사이가 안 좋은데요, 고시 공부해서 떨어져 있어요. 오빠가 아빠랑 떨어져 있으니까, 강박관념이 있었나봐요. 공부를 안 하는 거에 대해서 인식이 안돼요. 왜 안할까 학생인데. 선생님이 질문을 했는데 대답 못하면 창피할 거다. 그래서 기합도 주고 때리기도

하고.. 오빠가 그렇게 키운 거에요. 요 근래에 이런 걸인지 하나 봐요. 싫다고. 얻그제 왔는데 오빠가 불쌍해죽겠다. 오빠가 후배한테 그런 얘길 들었다더라. 나중에 자기들끼리 그런 얘길 하더라. 근데 혜연이는 가장 그런게 아빠사랑인거 같아요. 아빠가 표현해 주길 바라는데, 그 가장 기본적인 걸 목말라 하고..

학교에서 상처만 안 줬으면 좋겠어요. 우리 딸이 평범한 애였으면 교육청에 신고했을 거라고 했어요. 친구 엄마가 뭐라 얘기 했더니 아빠도 없는 애고 이런 식으로 이야기 하고. 전학가면 어떻게 해야 되는지...자살하고 싶다는 충동이 3배가 나오니까, 걱정이 되는 거에요."

"대상자에게 적절한 것 까지 바라는 게 아니라 하나라도 제대로 하는데를.. 비용이 문제가 아니고 질적인.. 학교에 복지 선생님이 계신다고 해도 병원 의사 선생님도 돈 벌기에 급급한 것만 같으니까.. 다른데도 마찬가지구요.. 상담이 좋다고 생각했는데.. 상담이 속이 허당이구나.. 비어있구나.. 라는 생각을.. 저는 이제 여기저기 목마른 사람이니까.. 애가 커지면 점점 손에서 벗어나니까.. 연결이 잘 되어서 관심을 가져주는 사람들이 곁에 있어서.."

"센터에 오시는 분들은 비효율적이고.. 교회에서.. 다른 걸 크게 못 해줘도 마음으로 크게 걱정해주는 거.. 풀어내면 같이 위로해주고, 고민도 들어주는.. 아빠가 알콜을 하고 폭언을 하니까.. 아빠가 적극적이지 않고, 아무렇지 않고 문제의식을 삼지 않으니까.. 120에 문의해서 사각지대를 해결해주는 선생님을 모셨는데, 겨우 이제 허락을 받아서 오시고 선생님이 말씀해 주셔서 애 아빠가 복지관에 상담하는 그걸 연결이 되어서 몇 개월을 나갔는데, 그러다 화가 나서 안 나가서.. 그런데 거기까지만 온 것도 그분에게 정말 감사한 거죠. 오신 선생님은 50대 중반인데, 자기가 힘들어 봤고, 거기에 노하우가 있는 거 같아요. 부드럽게 잘 하면서 언어를 써서 복지관까지 가게 해줬으니까.. 그 선생님을 만난 후로 상담선생님이 다 그렇지는 않구나.. 사회복지센터에서 나오는.. 힘든 사람을 도와주는.. 위기관리? 그런 거.. 그래가지고 전반적으로.. 그것이 참 좋더라구요.. 그래서 저는 끈을 하나 잡은 듯한.. 그래도 그 선생님이랑 소통을 하게 되고.. 상담다운 상담을 해서 마음에 도움을 받았어요.."

"아빠가 나 같은 사람은 없다.. 라고 이야기 하니까.. 그렇게 해 줄 사람은 없는데 계란에 바위치기.. 둘 중에 하나는 해야 되는데.. 중간에서 역할을 해 줘야 되는데.. 중간에서 아빠가 저러고 있다.. 험담을 해야 되는데.. 제가 미련해서.. 분별이 안되어서 도움을 못 주니.. 지혜로운 아내를 보면.. 똑같은 상황에서 아빠한테 그래도 아빠가 너를 사랑하고, 염려하니까.. 표현방법이 잘 못된 거야..

라고 말해주더라고요. 내 신념대로 이야기만 한 거죠. 제가 역할을 잘 못한 거죠. 제 역할을 똑바르게 하면.. 관계가 끊어지지 않죠. 저는 회복되지 못하게 끈을 잘라 버린 거에요. 둘 다 문제가 있는데 중환자보단 일반병실에 있는 사람이 케어를 해 줘야 되는데.. 중환자니까 치료받을 욕구가 없는데.. 누가 그걸 하겠어요? 일반병실에 있는 사람이 더 건강해져서 케어를 해야죠.."

"사촌 누나가 같이 있는데, 나이가 같은데. 어렸을 때는 아무래도 여자애가 오기가 있는데, 누나는 나보다 세, 나는 누나를 못 이겨. 살짝 치는 건데도 트라우마가 있어서.. 그게 이제 지금 많이 나오는 거죠. 누가 보면 누나가 하루 종일 패는 거 같은.. 할머니가 애를 키워주셨어요.. 할머니가 워낙 여장부고.. 애 둘을 키우시다 보니까.. 연세가 많으신데.. 애들이 말 안 듣고 그러니까 말이 좀 거칠고.. 맨 처음에는 걱정 땜에 얘길 안 했고.. 애를 너무 감싼다고 생각하신 거 에요.. 할머니는 애를 너무 데리고 돌아다닌다.. 라고 이야기 하시고.. 할머니의 반복된 제재가 이제 들리지 않는 거에요. 따로 살았으면 좋겠는데, 그게 안 되니까.. 그래도 할머니가 키웠던 정이 큰 거에요. 이 상태가 지속되면 할머니에 대한 것이 분노로 바뀌지 않을까 걱정 되요.. 본인은 근데 모르시는 거에요. 이뻐서 한두마디 한 것이.. 얹혀 사는 입장이다 보니.. 제가 불안한 게 구석에 있다가 어느 순간 말이 트였는데 쉬지도 않고 이야기를 하다 보니.."

(2) 서비스 공급자 측면의 인터뷰 결과

가족해체 등으로 인해 아동·청소년의 부모동의를 구하기 어려운 경우가 많아 지속적인 상담서비스 제공이 어려운 것으로 나타났다. 'Wee' 라는 명칭을 가진 곳은 Wee 센터, Wee 클래스, Wee 스쿨로 나누어진다. Wee 센터는 교육청 소속의 청소년 상담센터이며, Wee 클래스는 학교 안에 소속된 상담소, Wee 스쿨은 대안학교 개념의 학생 기숙학교이다(전국 8곳). Wee 센터 방문 경로는 해당 지역에 소속된 학교, 학부모, 학생의 자발적 방문으로 이루어진다. 학교의 경우, 폭력벌점이 높은 학생들을 대상으로 특별교육 차원에서 Wee 센터에서 외부 교육을 실시한다.

아동·청소년이 방문 및 상담하는 동기는 초·중·고마다 상이한 특징을 지니는데, 초등학생은 ADHD, 중학생은 집단 따돌린 및 학교폭력, 도벽이 제일 많은 비율을 차지한다. 반면, 고등학생은 학습동기 및 진로문제와 자존감 문제 등이 주요 비중을 차지한다. 각 교육청마다 Wee 센터가 1곳만 있는 실정이라 센터당 관리하는 학교가 과도하게 많아 관리의 어려움이 많은 것으로 분석되었다.

예를 들면, 서부 Wee 센터의 경우, 은평 지역에 있는 학교 약 160여개를 담당하고 있다. 자원봉사자까지 합하면 센터인원은 20명(상근 8명, 비상근 12명)인 것을 감안하면 관리하는 학교 및 학생수가

과포화 상태이다. 학교 내에선 Wee 클래스로 전문상담교사가 1명 상주하고 있으나 지속적인 상담 및 관리의 어려움이 존재하는 것으로 분석되었다. 학부모는 아이들의 지속적인 관리에 대한 요구도가 높으나 현실적으로 이를 수행하기가 어려운 것으로 평가되었다.

대체로 부모와 함께 상담관리를 받는 아이들의 성취도는 높다. 그러나 부모의 상담에 대한 낮은 인식도, 아이관찰 및 통찰력에 관한 부모교육의 비활성화, 이혼가정의 증가로 인해, 부모의 동의를 얻어 상담을 받아야 하는 청소년의 경우 지속적 상담과 관리의 어려움이 있다.

지방 센터의 경우, 연계기관이 부족하고 예산 부족으로 최신 장비 및 기기구입 및 인력자원 활용의 어려움이 있어 최신 상담 트렌드에 대응하기 어렵다.

Wee 클래스의 문제점으로 학교내 상주하는 상담교사는 석사 이상의 전문 인력이 좋을 것 같지만, 근무환경 및 보수의 문제로 석사급 인력의 활용의 어려움이 있다. 방학 중 Wee 클래스의 운영여부는 학교마다 다른데, 방학 중 운영하지 않을 경우, 상담교사의 활용 및 급여문제 또한 검토해 보아야 할 과제이다. 아울러 학교내 일반교사에 대한 상담에 대한 인식도 개선되어야 할 부분인 것으로 지적되었다.

학교 학생 전원을 대상으로 하는 정신건강시험조사에서 1차 검사에서 선발된 학생들은 2차 결과에 대한 우려 및 불안감으로 검사에 제대로 응하지 않은 문제가 발생하고 학교 특성상 학생 정보의 보안 및 개개인 상담에 어려움이 있어 정신건강검사에 대한 효율성에 대한 의문이 든다는 지적도 있었다. Wee 클래스에서 Wee 센터로의 연계체계는 Wee 클래스 상담교사의 능동적 대응에 달린 실정이다. 제도적 연계 및 연계 프로그램이 구성되지 않아 이를 구축하는 것도 필요하다.

한국청소년상담복지개발원에서는 온라인 및 오프라인 상담을 제공한다. 정신건강문제를 가진 청소년의 발견 경로는 주로 위기청소년은 길거리에서 찾는 경우가 많다. 학교에서 의뢰된 경우보다는 부모가 데려오는 경우가 많은 것으로 나타났다. 정신건강과 관련된 서비스(검사, 예방, 치료)는 다양한 검사와 상담을 위주로 하고 있고, 미술치료, 음악치료 등 치료를 보조하는 서비스와 프로그램이 있다.

한국청소년상담복지개발원은 역사가 오래되어 노하우가 축적된 편이다. 최근에는 신규인력은 이직율이 높다는 문제가 있다. 정신건강문제에 대한 학교, 지역사회 연계에서 개선될 점으로는 학교와의 연계체계, 학교와의 업무분담영역이 불분명한 데 있었다. 서비스 전달체계의 표준화, 연동, 사후관리개선 등이 필요하다. 서비스 이용에 대한 부모의 만족도는 높은 편이다. 그러나 위기청소년에 대한 인구집단별로 차별화된 프로그램이 필요하다고 지적되었다.

서울시의 경우, 호주의 Mindmatters 사업을 벤치마킹한 학교정신건강 증진 시범사업 실시하고

있다. 학교 교사의 정신건강 증진참여를 위해서 설득과 위크숍 참여독려 및 인센티브가 필요하다. 또한 학교장의 인식증대와 리더쉽이 필요하다.

서비스의 접근성과 실무자의 재량권 확보가 필요하다. 지역아동센터의 경우 인력부족으로 정신건강 서비스를 지원할 수 있는 역량이 거의 없다. 게이트키퍼역할을 할 수 있도록 지원방안이 필요하다. 고위험군과 위험군에 대한 인프라와 자원이 부족하여 취약계층대상에 우선 중점을 두어야 한다는 의견이 있었다.

2. 서비스 개선에 관한 델파이 조사

1) 조사개요

전문가 델파이조사는 학교의 상담교사, 보건교사, 생활지도교사, 정신보건센터 담당자 등을 대상으로 2012년 9월 한 달간 1차 조사를 실시하였고, 총 32명이 응답하였다. 32명 중 근무연한이 3년 이상인 사람이 20명으로 2/3을 차지하였다. 2차 조사는 10월 19~26일까지 실시하였다. 조사내용으로는 아동·청소년 정신건강지원을 위한 학교의 인력문제, 중앙 및 지자체, 지역사회 단위의 개선과제를 중심으로 구성하였고, 우선적으로 해결해야 할 과제에 대한 질문을 포함하였다.

2) 서비스 공급자 및 전문가 델파이조사 결과

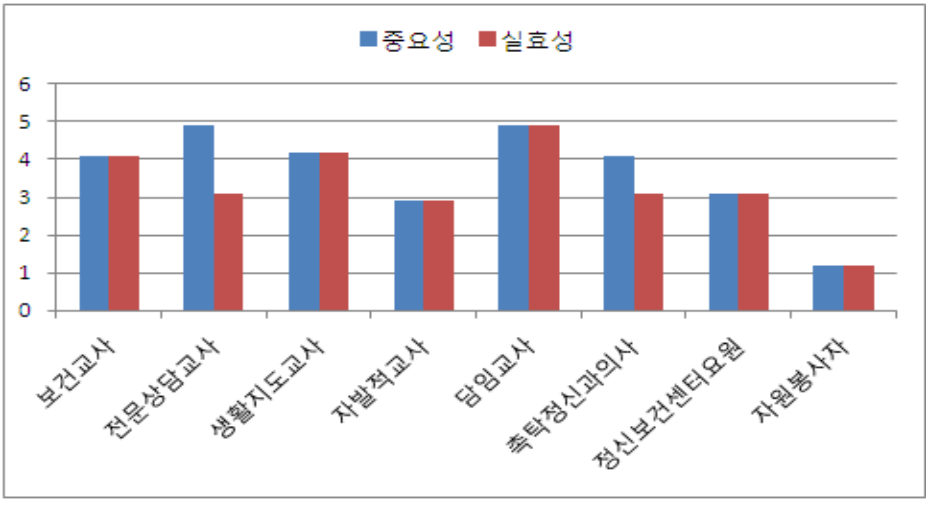
아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하는 인프라 중에는 학교에서 전문적인 상담서비스 제공이 필요한 것으로 제시되었다. 지역사회에서의 정신보건센터는 의학적인 정신과적 문제에 더 중심을 두고 학교의 Wee 사업을 중심으로 심리·정서적 지원이 우선 제공되는 것이 중요한 것으로 분석되었다. 심리·정서적 문제에 대하여 상담할 때 비밀유지관리를 잘 해야 하는 것도 개선이 필요한 부분이다. 민간병의원의 참여도 중요한데, 적절한 참여증진방안이 강구되어야 하는 것으로 지적되었다.

한편 아동·청소년의 정신건강 증진 지원을 위한 서비스사업에는 학부모의 참여가 중요한데, 정신건강 문제에 원인과 영향을 주는 가장 큰 요인이 가족관계이기 때문이다. 가족관계에서 문제를 안고 성장하는 아동·청소년의 문제를 단기간의 개입으로 해결하기 어려움에도 불구하고 서비스제공은 단편적이고 분절적이어서 효과를 기대하기 어려운 것으로 지적되었다.

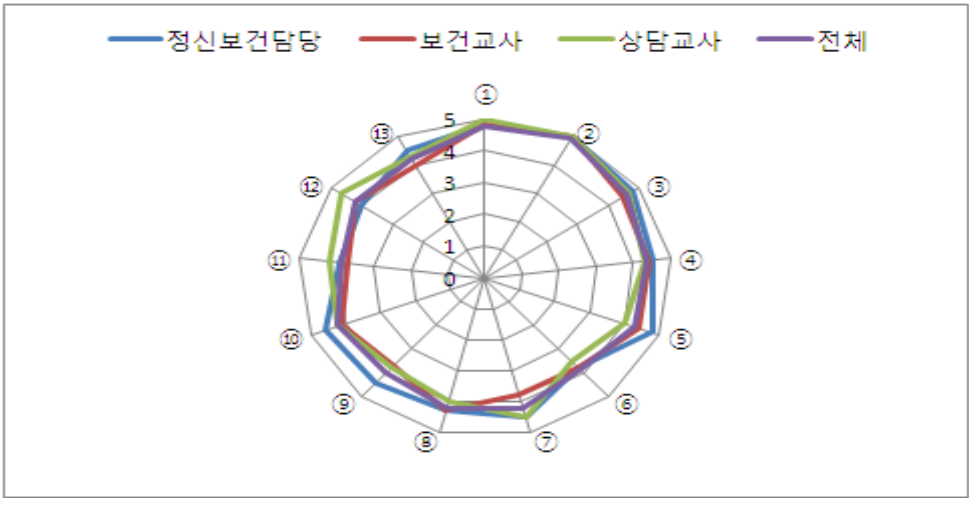
학교현장에서 전문상담교사인력에 대한 요구도가 높게 나타났다. 학교에서 담임교사를 비롯한 모든 교사의 관심이 필요하며, 적절한 서비스제공을 위한 교육훈련, 예산지원, 시설지원 등이 필요한 것으로 지적되었다. 학교 정신건강검진사업의 문제점도 지적되었는데, 사후관리를 위한 인프라가 없고 자원이 부족하여 결과적으로 비효율성을 초래하기 때문인 것으로 분석되었다.

표 Ⅵ-2 정신건강상담에 적합한 인력에 관한 델파이응답현황

인력 / 응답자	보건교사	전문상담교사	학생생활지도교사	가장 관심있는 교사 (자발적)	담임교사	촉탁정신과의사	정신보건센터의 전문요원	자원봉사자
상담교사	3.7	5.0	3.5	3.8	4.3	4.0	4.3	2.8
진로상담교사	4.0	4.0	3.0	3.7	4.3	3.7	3.3	3.0
보건교사	3.8	4.9	3.6	3.7	4.2	4.0	4.2	2.4
기타교사	4.0	5.0	3.7	3.7	3.7	4.7	4.0	3.7
정신보건담당	4.1	4.5	4.0	4.4	4.6	4.0	4.4	3.0
전체	3.9	4.8	3.6	3.9	4.3	4	4.2	2.9

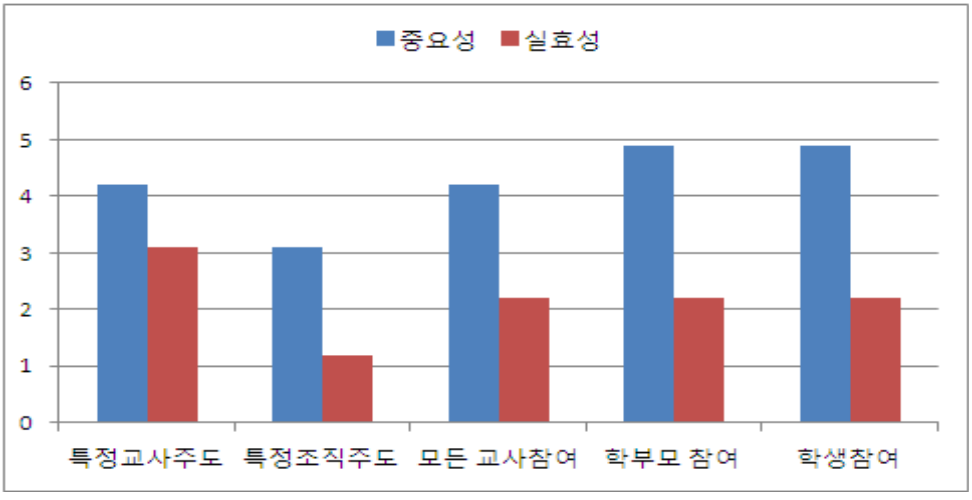


【그림 Ⅵ-1】 아동·청소년 정신건강담당인력의 중요성과 실효성 조사결과

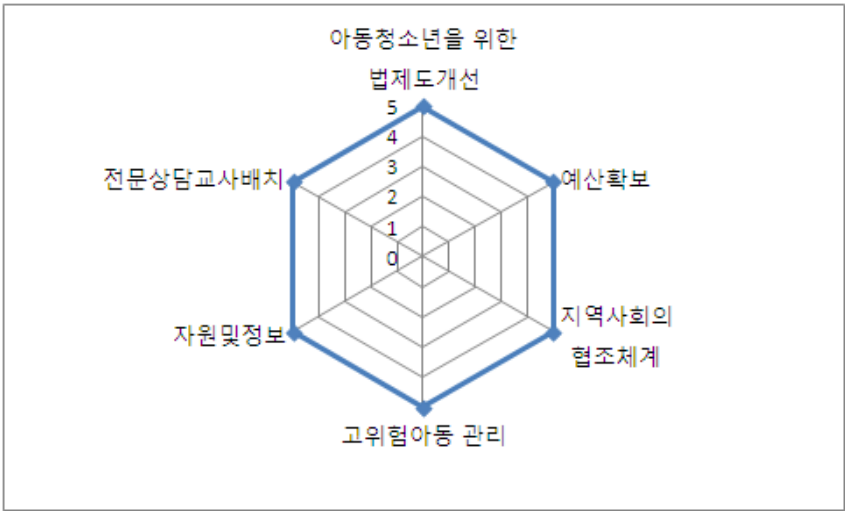


* 주: ①전문상담교사 배치/인력보강 ②상담실 공간확보 ③학생 정신건강 증진 지원을 위한 지침제공 ④학생 정신건강 증진 교육과정 개발 ⑤Wee 센터의 정신건강 지원기능 강화 ⑥학교에 정신보건주치의 배정 ⑦정기적인 학부모 정신건강교육 ⑧담임교사에 대한 학생정신건강 보수교육 강화 ⑨학생정신건강검진사업의 확대 실시 ⑩지역사회 정신보건기관의 협조체계 강화 ⑪일반학생, 저위험 학생을 위한 정신건강교육 강화 ⑫정신건강 증진을 위한 전체 학교환경의 개선 ⑬학생정신건강 증진을 위한 자원, 정보의 개발

【그림 Ⅵ-2】 델파이조사 응답자별 인프라의 중요도



【그림 Ⅵ-3】 학생정신건강서비스 계획에 참여하는 대상



【그림 Ⅵ-4】정신건강서비스의 우선과제

3. 소결

본 장에서는 서비스 이용자 대상의 포커스 그룹 인터뷰와 서비스 공급자 대상의 델파이조사결과를 분석하여 인프라 및 서비스 개선방안을 점검하여 보았다. 본 연구에서는 서비스 이용자 측면에서 볼 때 아동·청소년의 가정과 사회적 상황으로 인해 고위험에 처해지고, 서비스를 이용하게 되는 경우가 대부분이었는데, 일반화할 수는 없지만 고위험 아동·청소년들에 대하여 선제적으로 서비스를 제공하는 시스템이 학교와 지역사회에 마련되어야 할 것으로 전망된다.

이상의 결과들을 종합하여 볼 때 아동·청소년의 정신건강 증진 지원을 위하여 중요성과 실효성이 높게 평가되는 부분을 보면 [그림 Ⅵ-4]와 같다. 아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 우선적으로는 법·제도 개선이 밑바탕이 되어야 한다. 중앙 및 지자체의 공식적인 인프라 및 서비스 전달체계의 지침이 되기 때문이다. 예산확보, 자원 및 정보개발, 전문상담교사의 배치, 고위험 아동 우선관리, 지역사회의 협조 및 연계체계의 확립 등이 우선적인 과제라고 할 수 있다.

제 VII 장

결론 및 정책제언

1. 결론
2. 정책과제

제 VII 장
결론 및 정책제언

1. 결론

본 연구에서는 아동·청소년의 정신건강 증진을 지원하기 위한 인프라 및 서비스 전달체계를 중심으로 연구를 진행하였다. 먼저 각 조직의 인프라 현황 및 조직의 운영상황을 분석하였고, 서비스공급을 위한 자원과 예산의 적절성여부를 분석하였다. 연구방법으로는 문헌고찰과, 포커스 그룹 인터뷰, 델파이조사 등 질적인 연구를 추진하였다.

본 연구결과에서 우리나라 아동·청소년의 정신건강문제와 가장 관련이 많은 원인은 사회환경적 요인이며 특히 가족과의 관계, 의사소통 등이 주요 요소인 것으로 분석되었다. 경제적 환경이나 다른 이유로 해체된 가정에서 자라게 되는 아동·청소년일수록 정신건강문제를 더 많이 경험하고 있고, 여기에 대한 서비스접근성은 아주 많이 미흡한 것을 알 수 있었다. 부모가 문제를 조기에 발견하여 도움을 구하는 경우에 학교나 보건의료기관에서 만족할만한 서비스를 공급받지 못하며 재정적인 뒷받침, 정신과적 문제에 대한 사회적 편견, 서비스공급자 문제, 서비스의 지속성 등이 요구도에 비하여 크게 못 미치는 것으로 분석되었다.

학교에서 학생정신건강검진 조사가 실시되고 있으나 이에 대한 대응력이 학교에는 전무한 상황이고, 지역사회의 정신보건센터의 아동·청소년 정신건강 서비스는 매우 제한적이라서 많은 수요를 감당하기 어려운 상황이다. 이는 정부의 예산지원이 부족한 탓도 있고, 학교현장에서 아동·청소년 정신건강 증진에 관한 인식이 매우 낮기 때문인 것도 원인이라고 할 수 있다.

본 연구에서는 공공부문의 인프라와 서비스 전달체계를 주된 연구대상으로 하였지만, 서비스 이용자 측면에서는 종교기관과 같은 민간의 자원도 아동·청소년 정신건강 증진 지원을 하는 데 역할을 할 수 있다는 가능성을 엿볼 수 있었다. 특히 아동·청소년의 정신건강 증진에 관심이 많은 부모들에게 중요한 정보원이 되고, 자원이 될 수 있기 때문이다.

아동·청소년기의 정신건강 증진의 과제와 정신건강문제는 지속적인 관리가 필요하다. 그러나 현재의 인프라 및 서비스 전달체계상에서는 단편적이고 분절적인 서비스만 존재하고 있기 때문에 효과를 기대하기 어려운 상황이다.

현재 정신보건의료체계 외의 지역사회 인프라인 Wee 센터와 한국청소년상담복지개발원 등은 아동·청소년의 정서적·심리적 문제를 관리할 수 있고, 정신과적 문제를 조기에 진단받을 수 있도록 의뢰할 수 있는 역할을 해야 하는데, 물리적으로도 제한되어 있고, 인력의 공급 또한 부족한 형편이다. 따라서 인력보강과 예산지원이 필요하다.

2. 정책과제

1) 정신건강 증진 지원을 위한 지역사회 인프라개선 정책과제

(1) 중앙부처의 역할분담

아동·청소년의 정신건강 증진 지원을 위하여 예방적인 심리정서적 서비스는 학교 및 지역사회의 다양한 서비스를 통하여 지원될 수 있도록 하고, 정신과적 문제는 정신보건의료체계의 전문적인 서비스에 연계될 수 있도록 해야 한다.

(2) 정신건강 증진을 위한 가족지원의 과제

아동·청소년의 정신건강 증진을 저해하는 요소는 가족문제에 뿌리를 두고 있다. 해체되는 가정이 많은 현대사회에서 아동·청소년에게 부모의 동의가 없어도 지속적인 상담서비스를 받을 수 있도록 하는 것을 포함하여 가족 안에서 아동·청소년의 정신건강보호 및 증진을 지원할 수 있도록 법·제도적 기반이 마련되어야 한다.

(3) 인식개선을 위한 교육홍보

아동·청소년의 정신건강문제는 조기에 발견하여 조기에 개입하는 것이 중요하므로, 부모, 학교, 지역사회의 관련기관이 이러한 문제에 대해 인식이 개선되어야 한다. 현재는 일부 적극적인 부모의 아동·청소년만이 도움을 받게 되는 상황이며, 적절한 서비스를 찾기 위해 많은 시간을 소모하게 되는 문제를 개선해야 한다. 이를 위해서는 적절한 서비스에 대한 정보를 쉽게 접할 수 있도록

교육홍보가 강화되어야 한다. 또한 정신건강문제에 대한 편견을 해소하기 위해서도 지속적으로 교육홍보사업에 투자해야 한다.

2) 우리나라 정신보건 인프라 개선을 위한 정책과제

(1) 중앙 거버넌스의 협력 체계 구축

현재의 아동·청소년 정신건강 서비스 체계는 공급자 중심의 서비스 단절과 중복의 문제가 심각하여, 서비스 역할 분담과 조정, 상호 연계를 위해 유연성이 담보된 허브 역할의 중앙 조직이 필요하다.

(2) 정신보건센터의 서비스 대상, 컨텐츠 및 목표설정의 구체화

아동·청소년 정신건강 증진사업, 정신질환 예방사업을 기획·전개해나가는데 있어 사업 구성 요소를 분석할 필요가 있으며, 이를 근거로 '해야 하는 것을 하는 것' 이 아니라 단순히 '할 수 있는 것' 을 하는 것, 실적확보를 위한 사업 등은 과감히 지양해야 한다.

(3) 공공서비스 총량 및 기관 서비스 총량 설정

서비스 공백을 최소화하기, 즉 미충족 욕구(Unmet Need)를 최소화하기 위하여, 현재 커버하고 있는 정신보건 서비스의 수준을 정신건강전문가, 소비자, 정부관계자, 그리고 국민 모두가 정확히 인지하고, 정신보건 서비스 기관의 서비스 총량제 개념의 도입에 대한 논의가 필요하다.

(4) 아동·청소년정신건강 증진을 위한 지역사회 협력 모델 개발 및 확충

지역사회 기관들이 1차–2차–3차 기관으로 각자의 영역에서, 정신건강 서비스가 분절되지 않도록 협력적 네트워크를 구축하고 활성화해야 한다.

(5) 학교 기반의 학생정신건강관리 감독을 위한 다양한 정신건강 프로그램 모형 개발 및 보급

학교 기반의 Wee 센터와 연계하여 학교 기반 정신건강 증진 프로그램을 개발하고, 이를 활성화하여 학교와 지역사회가 협력적으로 정신건강에의 우호적이고 긍정적인 학교 환경을 조성해야 한다.

(6) 학교 및 지역사회 내 아동·청소년 위기개입 모형 개발 및 안착

학교 내에서의 정신건강 위기 상담 프로그램을 개발하고, 학교와 지역이 연계될 수 있는 교내 위기응급대처시스템과 응급의료체계를 마련해야 한다.

(7) 지역사회 아동·청소년정신보건사업의 추진 기반의 조성

안정적인 아동·청소년 정신보건사업 추진을 위한 서비스 제공 기관의 확충 및 적정 수준의 예산 확보 및 전문요원의 표준 업무량 평가를 통한 제반 여건의 마련이 필요하다.

참 고 문 헌

참 고 문 헌

강은정 (2007). 한국아동정신건강현황과 정책과제. **보건복지포럼, 128**, 60-72.

교육과학기술부 (2012). **학생 정서행동발달 선별검사 관리 매뉴얼**. 서울: 교육과학기술부.

김미숙, 양심영 (2007). **위기의 한국아동 실태와 정책적 대응방안**. 보건복지포럼, 128, 5-20.

김미숙, 우국희, 양소남, 이주연, 이정현 (2011). **선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로**, 서울: 한국보건사회연구원.

김성식, 김안나, 정귀생, 정창현, 황화성, 이남교, 안정희 (2000). **학교부적응실태조사 및 적응 프로그램 개발.** 한국청소년교육연구회. 서울:문영사

김정진, 최희승, 유서구, 백종우, 최혜원 (2011). **2011 정신건강정책포럼 국가정신건강 거버넌스의 통합성과 포괄성 – 정신건강 증진과 자살예방**. 서울: 보건복지부.

김지혜 (2001). **가출청소년 사례관리 지침서**. 서울: 나눔의 집.

민성길 (2006). **최신정신의학**. 서울: 일조각.

배주미, 김영화, 김범구, 정익중 (2011). 취약 아동 청소년 자립지원 정책 및 서비스에 대한 현장전문가 델파이조사. **한국청소년연구. 22**(3), 69-96.

범죄예방정책국 홈페이지. http://www.cppb.go.kr/.

변용찬, 김성희, 윤상용, 강민희, 손창균, 최미영, 오혜경 (2009). **2008년 장애인실태조사,** 서울 : 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.

보건복지부(2012). **2012 정신보건사업안내**. 보건복지부.

보건복지부 (2012a). **2012년도 아동분야 사업안내**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2012b). **사회복지관 운영관련 업무처리 안내**. 서울: 보건복지부.

서울시정신보건사업지원단 (2009). **서울정신건강2020 제2차 4개년 계획 수립에 대한 보고서: 2009~2012**. 서울: 서울시정신보건사업지원단.

서울시정신보건사업지원단 (2012). **2012 서울시정신보건사업지원단 현황 조사 자료(미발표 자료)**. 서울: 서울시정신보건사업지원단.

서울시정신보건센터 (2009). **2009 서울시정신보건센터 정신장애인 실태조사**. 서울: 서울시정신보건센터.

서울시정신보건센터 (2011). **2011 서울시정신보건센터 사업보고서**. 서울: 서울시정신보건센터.

서울시정신보건센터 (2012). **2012 서울시정신보건센터 정신건강 증진사업 현황 분석 자료(미발표 자료)**. 서울: 서울시정신보건센터.

손외철 (2011). 한국 소년보호관찰에서 회복적 사법의 실천방안. **보호관찰, 11**(2). 109-145.

여성가족부 (2011). **2011년 청소년백서**. 서울: 여성가족부.

여성가족부 (2012). **2012년 청소년사업 안내**. 서울: 여성가족부.

옥필훈 (2011). 소년 비행의 실태와 보호관찰제도에 관한 연구. **교정연구, 52**, 195-226.

유근춘, 고경환, 윤석명, 변용찬, 노대명, 이태진, 이수연, 신화연, 유길상, 윤조덕, 윤홍식, 정형선 (2008). **보건복지재정 적정화 및 정책과제**, 서울: 한국보건사회연구원.

이명수 (2006). **정신보건센터 운영 매뉴얼 제작 및 평가지표 개발**. 의료법인용인정신병원 건강증진사업지원단.

이봉주 (2003). **통합적 한국 아동복지 서비스 전달체계 모델의 모색 : 범주화된 전달체계를 넘어서**. 2003년 한국아동복지학회 추계학술대회 자료집.

이영, 이봉주, 채재은, 정익중 (2009). **2008년도 재정사업 심층평가 보고서: 아동 · 청소년 방과후 돌봄서비스 사업**. 서울: 한국개발연구원.

이호근, 김영문, 정혜주 (2011). **아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 Ⅰ: 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 현황 및 개선방안 연구**(연구보고 11-R22-3). 서울: 한국청소년정책연구원.

정익중 (2008). **아동·청소년서비스의 통합적 전달체계**. 2008 한국사회복지학회 추계학술대회, 96-120.

정익중, 이태수, 박현선, 임정기, 이정은, 이은지 (2011). **지역아동센터 평가사업 연구**. 서울: 보건복지부, 지역아동센터중앙지원단, 이화여자대학교산학협력단.

정익중, 이경림, 이정은 (2010). 지역아동센터 종사자 소진이 아동의 심리사회적 적응에

미치는 영향. **한국아동복지학, 31**, 205-234.
조흥식 (2011). 한국 소년보호관찰제도의 발전 방향. **보호관찰. 11**(2), 7-34.
중앙정신보건사업지원단 (2011). **2011 중앙정신보건사업지원단 조사 자료**. 서울: 중앙정신보건사업지원단.
중앙정신보건사업지원단(2011). **2011 중앙정신보건사업지원단 내부 조사 자료(미발표)**. 중앙정신보건사업지원단.
질병관리본부 (2011). **제7차(2011)청소년건강행태온라인조사 통계**. 보건복지부, 질병관리본부, 교육과학기술부.
최인재, 모상현, 강지현 (2011). **아동·청소년정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 I – 총괄보고서**(연구보고 11-R22). 서울: 한국청소년정책연구원.
한국보건복지인력개발원, 아동자립지원사업단, 보건복지부 (2012). **자립지원업무매뉴얼**.
황진규 (2010). 보호관찰 청소년 자기조절 프로그램 연구. **보호관찰. 10**(2), 287-324.
한국사회복지관협회 홈페이지. http://www.kaswc.or.kr/.
Anderson, J., Beels, C., & Powell, D. (1994). *Health Skills for Life*. Walton-on-Thames: Nelson.
Friis, R., & Stock, S. (1998). Mental health. In Henderson, A. Champlin, S. Evashwick, W.(Eds.), *Promoting teen health: Linking schools, health organizations and community.* Sage Publications: CA, USA.
Jenkins, R., Meltzer, H., Jacobs, B. & McDaid, D. (2010). Child and Adolescent mental health: Infrastructure, policies and practices in England: The CAMHEE project. *Journal of Public Mental Health,* 9(1). 26-39.
Morgan, A, & Ziglio, E. (2007) Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education,* 2007, Suppl. 2:17--22.
Morgan, A., Currie, C., Due, Pernille., Gabhain, S. N., Rasmussen, M., Samdal, O., & Smith, R. (2008). Mental well-being in school-aged children in Europe: Associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In WHO Regional Office for Europe(Ed.), S*ocial cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* Washington DC: National Academy Press.

National Research Counsel and Institute of Medicine (1994). Preventing mental emotional and behavioral disorders among young people. National Academies Press.

O'connell, M. E., Boat T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People*. The National Academies Press, Washington D.C., USA,

Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school children: Some basic facts and effects of a school based intervention programme. In D. Pepler & K. Rubin (Eds), The development and treatment of childhood aggression (pp.411-418). Hillsdale: Erbaum.

Parsons, C., Stears, D., Thomas, C., Thomas, L. and Holland, J. (1997) *The implementation of ENHPS in different national contexts.* The European Network of Health Promoting Schools. WHO/EURO, Copenhagen.

Rao, M. (2001). Promoting children' s emotional well-being: A book review. *Journal of Public Health Medicine, 23*(2), 168.

Scales, P. (1999). Reducing risks and building development assets: Essential actions for promoting adolescent health. *The Journal of School Health, 69*(3), 113-119.

Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge, Cambridge University Press: 364-391.

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628-648.

World Health Organization (2003). *Caring for children and adolescents with mental*

disorders: Setting WHO directions. Geneva.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report*. Geneva.

Abstract

The purpose of this study was to analyze current status of mental health infrastructure and service delivery system for youth, and to give recommendation on improved policy for mental health service infrastructure and service delivery system for youth.

Study design and methods included literature review on domestic and foreign policy on mental health service infrastructure and service delivery system for youth. Focus group interviews conducted with middle school students and their parents. The students were those who have used any mental health service during the previous 1 year. Another focus group interview included service providers including Wee center and Wee class counseling teachers, and counselors in the Korea Youth counseling and welfare institute. An online two wave delphi survey was conducted with 32 mental health providers including teachers in high schools and counselors in local mental health centers in Korea.

Students and parents expressed low satisfaction with the counseling service in schools and the local mental health centers. They were concerned with private information disclosure when using the school counseling service. Frequent discontinue of service was due to change of personnel. For service provider's opinion, it is hard to get parents' consent when students need counseling service, because in many cases students' parents are divorced and living separately. For effective and efficient counseling, workforce development needed and this needs more funding as well. The delphi survey result suggested more enhanced linkage between ministries of the central government, and counseling personnel should be hired in many schools for better service delivery. This requires more budget for counseling service.

Implication for future policy development was as follows.

- horizontal and vertical administration system should be linked efficiently
- information system for youth mental health
- professional counseling personnel hired in schools
- Support for families in risk
- Allocation of more funding for increased service for youth mental health
- Efficient linkage between ministries of the central government
- Wee project in schools, local mental health centers, and CYS-net of the Korea Youth counseling and welfare institute should be linked for efficient and effective service delivery system.

2012년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

기관고유과제

12-R01 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ: 청소년문화의집을 중심으로 / 김형주 · 황진구 · 김정주 · 권순달

12-R01-1 청소년문화의집 평가편람 / 김형주 · 황진구

12-R02 창의적 체험활동 지역사회 운영모형 개발연구Ⅱ / 김현철 · 황여정 · 민경석 · 윤혜순

12-R03 후기청소년 세대 생활 · 의식 실태조사 및 정책과제 연구Ⅰ / 조혜영 · 김지경 · 전상진

12-R04 주5일수업제에 따른 청소년활동 활성화 방안 연구 / 맹영임 · 이광호 · 이진원

12-R05 청소년의 소셜미디어 이용실태 연구 / 이창호 · 성윤숙 · 정낙원

12-R06 청소년정책 총괄조정방안 연구 / 윤철경 · 박병식 · 김진호 · 강현주

12-R07 청소년 생활실태 국제비교연구 : 진로준비 / 안선영 · 김희진 · 강영배 · 송민경

12-R08 다문화가족 아동 · 청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구Ⅲ / 양계민 · 김승경 · 김윤영

12-R09 취약계층 아동 · 청소년 종단조사Ⅲ / 이혜연 · 박영균 · 유성렬 · 정선욱

12-R10 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득가정 아동 지원방안 연구Ⅲ : 청소년멘토링 활성화 방안 연구 / 김경준 · 김영지 · 정익중 · 김지혜

12-R10-1 청소년의 사회적 참여 활성화를 통한 저소득가정 아동 지원방안 연구Ⅲ : 청소년멘토링 시범사업 보고서 / 김경준 · 김영지 · 정익중 · 김지혜

12-R11 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구Ⅱ / 임희진 · 김현신

12-R11-1 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구Ⅱ : 2012 아동청소년인권실태조사 통계 / 임희진 · 김현신 · 강현철

12-R11-2 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구Ⅱ 아동 · 청소년의 놀 권리 : 현실과 대안 / 황옥경

12-R12 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ / 김영한 · 이승하

12-R12-1 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ : 청소년 도덕 감수성 및 판단력 검사도구 개발 / 임영식 · 손경원 · 신택수 · 정경원

12-R12-2 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ : 청소년 도덕 동기화 및 품성화 검사도구 개발 / 이인재 · 박균열 · 홍승훈 · 윤영돈 · 유숙희 · 전종희

12-R13 아동 · 청소년 성보호 종합대책 연구Ⅰ :아동 · 청소년 성폭력 예방 및 피해지원 대책연구 / 이유진 · 강지명 · 조윤오 · 윤옥경

12-R14 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 사업보고서 / 이경상 · 서정아 · 배상률 · 성은모 · 김지영 · 강현철

12-R14-1 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 1 : 범죄유발적 지식구조와 청소년비행에 관한 연구 / 이경상 · 이순래 · 박철현

12-R14-2 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 2 : 중학교 2학년 청소년의 뉴미디어활용이 인지, 정서, 사회발달에 미치는 영향 / 성은모

12-R14-3 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 3 : 미디어가 청소년에게 미치는 문화배양효과 연구 / 배상률

12-R14-4 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅲ 데이터분석보고서 4 : 사회자본이 청소년의 학교적응에 미치는 영향 – 가족, 지역사회 사회자본을 중심으로 / 서정아 · 조흥식

협동연구과제

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-01 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ:총괄보고서 / 최인재 · 모상현 · 이선영 (자체번호 12-R15)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-02 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ:조사 결과 자료집 / 최인재 (자체번호 12-R15-1)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-03 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ:아동 · 청소년 정신건강증진 인프라현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구 / 최은진 · 김미숙 · 이명수 · 윤명주 · 정지원 (자체번호 12-R15-2)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-21-04 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ:아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지역별 지원모형 개발 연구 / 이창호 · 최보영 · 유춘자 (자체번호 12-R15-3)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-22-01 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅱ : 2012 청소년 민주시민역량 실태조사 / 이종원 · 김준홍 (자체번호 12-R16)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-22-02 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅱ : 미디어 이용과 가족내 사회적 자본 / 이종원 · 김준홍 · 정선아 (자체번호 12-R16-1)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-22-03 아동 · 청소년의 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구Ⅱ : 교육분야 민주시민역량 요인과 관계성 분석 / 김태준 · 이민영 (자체번호 12-R16-2)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-01 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ: 총괄보고서 / 백혜정 · 김지연 · 김혜영 · 방은령(자체번호 12-R17)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-02 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ: 청소년 한부모의 발생과정에 따른 예방 및 지원정책 연구 / 김은지 · 김동식 · 최인희 · 선보영 (자체번호 12-R17-1)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-03 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ: 청소년 한부모가족 지원정책 국가 비교 연구 / 신윤정 · 이상림 · 김윤희 (자체번호 12-R17-2)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 12-23-04 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅰ: 청소년 한부모가족 지원사업 편람 / 백혜정 · 김지연 (자체번호 12-R17-3)

수 시 과 제

12-R18 청소년수련시설 운영 개선방안 연구 / 박영균 · 김호순

12-R18-1 청소년수련시설 운영매뉴얼 : 청소년수련원 청소년수련관 / 박영균 · 김호순

12-R19 청소년 흡연 · 음주 실태와 효과적인 정책적 대응방안 / 이경상 · 김지연 · 최수미 · 이순래

12-R20 차기정부 청소년정책 방향과 과제 / 김기헌 · 장근영

12-R21 청소년활동정책 체계화 방안 연구 / 김현철

12-R22 청소년방과후아카데미 경제적 효과성 분석을 위한 기초연구 / 김지경 · 우석진

12-R23 학교폭력 및 학교문화에 대한 학부모 · 교사 인식조사 연구 / 윤철경 · 강명숙

12-R24 예술영재청소년의 정신건강 연구 : 한예종 사례를 중심으로 / 안선영 · 김희진 · 김준홍 · 김정희 · 최인호

12-R25 청소년운영위원회 운영활성화 기초 연구 / 서정아 · 김지경

12-R26 소년보호기관 자원봉사자들의 참여도 제고를 위한 역할 강화 방안 연구 / 서정아

12-R27 지역사회의 청소년 보호 효과(이슈페이퍼 발간) / 황여정

12-R28 청소년정책 환경변화에 따른 청소년지도사교재 개선방안(이슈페이퍼 발간) / 황진구

수 탁 과 제

12-R29 청소년보호체계 구축을 위한 정책방안 연구 / 김경준 · 김희진 · 성윤숙

12-R29-1 제1차 청소년보호종합대책(안) : 2013~2015 / 김경준 · 김희진 · 성윤숙

12-R30 청소년 인터넷게임 건전이용제도관련 평가척도개발 연구 / 이창호 · 이경상 · 변승환 · 유홍식 · 김현수 · 김동일 · 이형초

12-R31 청소년 자살예방을 위한 효과적인 사업 방향 및 대응방안 연구 / 최인재 · 김영지 · 김지연 · 오승근

12-R32 청소년수련시설 청소년동아리 활성화를 위한 운영모델 및 매뉴얼 개발연구 : 총괄보고서 / 모상현 · 이진숙 · 조남억

12-R32-1 청소년수련시설 청소년동아리 활성화를 위한 운영모델 및 매뉴얼 개발연구 : 청소년 동아리 활동 운영 매뉴얼(지도자용) / 모상현

12-R32-2 청소년수련시설 청소년동아리 활성화를 위한 운영모델 및 매뉴얼 개발연구 : 청소년 동아리활동 실태조사 결과보고서 / 모상현 · 이진숙 · 조남억

12-R33 청소년수련활동인증제 개선 연구 / 김형주 · 김진호 · 김혁진

12-R34 디지털게임에 대한 이미지분석 연구 / 모상현 · 장근영 · 이장주

12-R35 공생발전 종합연구 아동, 청소년과 함께하는 공생의 사회구현 실행방안 연구 / 김지연

12-R36 CYS-Net과 Wee센터의 효율적 연계 운영방안 / 김지연 · 전연진 · 차성현

12-R37 학교규칙 운영 매뉴얼(초등용, 중등용) / 이창호 · 성윤숙 · 김경준 · 김영지

12-R37-1 학교규칙 평가표 개발 연구 / 허종렬 · 조진우 · 박형근 · 이수경 · 이지혜

12-R37-2 학교규칙 운영 내실화 정책사례 분석 및 지원방안 연구 / 한유경 · 정제영 · 김성기 · 정성수

12-R38 2012 청소년 가치관 국제비교 조사 / 임희진 · 백혜정 · 김현철

12-R39 청소년동아리활동인증 시범운영 / 맹영임 · 조남억 · 손의숙 · 김현경

12-R40 제8회 청소년특별회의 의제연구 / 김영한

12-R41 한 · 중 청년의 국제관과 문화자원의 가치에 대한 인식비교 / 윤철경 · 장수현 · 정계영

12-R42 2012 청소년 방과후 아카데미 효과 · 만족도 조사 연구 / 양계민

12-R43 청소년 유해환경별 현황분석 및 제도개선 방안 연구 / 김영한

12-R44 2012년도 청소년 유해환경 접촉 종합실태조사 / 이종원 · 이유진 · 김준홍

12-R45 청소년 체험활동의 발달적 가치 및 사회 · 경제적 가치 연구 / 성은모 · 이혜연 · 황여정

12-R46 멘토링 수행기관 유형별 사례지침서(매뉴얼) 개발 / 성은모

12-R47 경제사회지표 변화 조사 연구 – 청소년정책 부문 / 이종원 · 김기헌 · 이경상

12-R48 한국가족의 변화와 청소년정책 / 김준홍 · 장근영 · 배상률

12-R49 한국의 가족변화에 대응하는 Public Relations 정책의 진단과 정책과제 / 김준홍 · 김지경 · 배상률

12-R50 체험중심 진로교육 인프라 구축을 위한 전문기관간 연계협력 방안 / 김현철 · 안선영

12-R51 또래조정 시범학교사업(2013년 1월 발간예정) / 양계민 · 김지경 · 맹영임 · 조혜영

12-R52 청소년의 인터넷게임 이용 실태조사(2013년 1월 발간예정) / 배상률 · 김준홍 · 이창호

12-R53 인성교육실천 우수학교(2013년 2월 발간예정) / 김경준 · 성윤숙 · 김영지

12-R54 학생모니터단 운영 사업 결과보고서(2013년 2월 발간예정) / 박영균 · 최인재 · 모상현

12-R55 학업중단 학생 종단 정책연구(2013년 2월 발간예정) / 윤철경 · 김영지 · 유성렬 · 강명숙

12-R56 학업중단학생 교육지원사업 성과분석 연구(2013년 2월 발간예정) / 윤철경 · 김성기

12-R57 서울 교육복지정책 적정성 분석 및 체계화 방안(2013년 2월 발간예정) / 김준홍 · 윤철경 · 우창빈

세미나 및 워크숍 자료집

12-S01 개원 23주년 기념 특별 세미나 : 19대 국회에 청소년정책을 묻는다(7/6)

12-S02 연구성과발표회(2/26)

12-S03 청소년 한부모가족 종합대책 연구 Ⅰ 콜로키움 자료집 : 청소년 한부모 지원정책의 쟁점과 방향(3/20)

12-S04 2012년 한국아동 · 청소년패널 1차 콜리키움 자료집 : 한국교육종단연구 2005의 설계, 결과 그리고 종단조사에서 유의해야할 개인정보보호법(3/21)

12-S05 청소년과 SNS 소통(4/6)

12-S06 2012년 한국아동 · 청소년패널 2차 콜로키움 자료집 : 고령화연구패널조사(4/4)

12-S07 학생대상교사의 표본설계와 조사데이터 분석(4/5)

12-S08 인성교육실천 우수학교 워크숍(4/9, 10)

12-S09 청소년활동 관점에서 바라본 주5일 수업제(4/13)

12-S10 지역사회 자원활용 진로체험활동 국내외 사례(4/12)

12-S11 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ(4/24)

12-S12 제2차 한국청소년정책연구원 2011년도 고유과제 연구성과발표회 : 아동 · 청소년의 건강한 성장(4/19)

12-S13 질적연구에서의 자료수집방법에 대한 이해(4/25)

12-S14 정책의 원리 및 정책분석 · 평가의 이해(4/24)

12-S15 2012년 인성교육실천우수학교 컨설팅위원 워크숍(4/30)

12-S16 청소년보호대책의 문제점과 개선방안(5/2)

12-S17 정책분석 및 성과평가의 방법(5/11)

12-S18 2012년 진로진학상담교사 배치교 교장 특별연수(4/25)

12-S19 2012년 청소년활동정책 체계화 방안 : 육성 · 수련 · 활동 · 역량, 개념의 고리를 찾아서

12-S20 주5일수업제와 청소년활동(5/25)

12-S21 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ 제1차 콜로키움 자료집 : 지역아동센터 평가제도에 대한 이해

12-S22 질적연구 자료분석방법의 다양성 이해(5/24)

12-S23 청소년활동시설 평가모형 개발 연구Ⅲ 제2차 콜로키움 자료집 : – 청소년방과후아카데미 평가제도에 대한 이해 –(6/11)

12-S24 아동 · 청소년 인권 관련 국내 · 외 동향(6/5)

12-S25 청소년멘토링 국내 · 외 실태 및 활성화 과제 모색(6/8)

12-S26 다문화가족 아동 · 청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구Ⅲ

12-S27 청소년정책 총괄조정 현황 및 관련정책 동향 분석 : 국내외 사례를 중심으로(6/8)

12-S28 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ 콜로키움 혼합형 모형 : 아동 · 청소년 발달연구에서의 대상 중심적 접근과 적용

12-S29 인성교육실천우수학교 2차 워크숍

12-S30 한국아동 · 청소년 패널조사2010 Ⅲ : 데이터방법론 세미나(7/5)

12-S31 후기청소년세대 연구를 위한 쟁점과 이슈(2/10)

12-S32 청소년동아리활동 인증 시범운영워크숍

12-S33 청소년 한부모가족 지원정책 국가비교와 예방접근 모색(7/13)

12-S34 청소년쉼터 평가제도에 대한 이해

12-S35 2012 전국청소년운영위원회 워크숍(8/8)

12-S36 2012 초 · 중 · 고 진로업무담당교사 직무연수
12-S37 주5일 수업제 전면실시에 따른 청소년활동 활성화 방안(8/23)
12-S38 청소년보호대책안 전문가 워크숍(8/24)
12-S39 청소년 도덕성 검사도구 표준화 연구Ⅱ : 제2차 콜로키움 자료집(9/4)
12-S40 학교규칙을 통한 실천적 인성교육 구현방안 학술대회 및 우수사례 발표대회(9/26)
12-S41 청소년멘토링 효과분석 및 활성화 정책과제
12-S42 청소년멘토링 시범사업 기관 성과발표회
12-S43 청소년활동시설 평가모형 개발 연구 Ⅲ 워크숍 자료집 : - 청소년문화의집 시범평가용 편람(안) -
12-S44 교과속의 체험활동요소(9/27)
12-S45 청소년 한부모와 학습권(10/16)
12-S46 일본의 진로교육정책 콜로키움(10/19)
12-S47 청소년의 소셜미디어 리터러시 증진을 위한 정책세미나(11/12)
12-S48 제2회 한국아동 · 청소년 패널조사 학술대회(11/16)
12-S49 소셜텍스트를 활용한 사회문제분석 : 빅데이터를 중심으로(11/29)
12-S50 진로교육정책 이해과정
12-S51 아동 · 청소년 성보호 종합대책 연구Ⅰ : 아동 · 청소년 성폭력 예방 및 피해지원 대책 연구결과 발표 워크숍(12/18)

학 술 지

「한국청소년연구」 제23권 제1호(통권 제64호)
「한국청소년연구」 제23권 제2호(통권 제65호)
「한국청소년연구」 제23권 제3호(통권 제66호)
「한국청소년연구」 제23권 제4호(통권 제67호)

청소년지도총서

청소년지도총서① 「청소년정책론」, 교육과학사
청소년지도총서② 「청소년수련활동론」, 교육과학사
청소년지도총서③ 「청소년지도방법론」, 교육과학사
청소년지도총서④ 「청소년문제론」, 교육과학사
청소년지도총서⑤ 「청소년교류론」, 교육과학사
청소년지도총서⑥ 「청소년환경론」, 교육과학사
청소년지도총서⑦ 「청소년심리학」, 교육과학사
청소년지도총서⑨ 「청소년상담론」, 교육과학사
청소년지도총서⑩ 「청소년복지론」, 교육과학사

청소년지도총서⑪ 「청소년문화론」, 교육과학사
청소년지도총서⑫ 「청소년 프로그램개발 및 평가론」, 교육과학사
청소년지도총서⑬ 「청소년 자원봉사 및 동아리활동론」, 교육과학사
청소년지도총서⑭ 「청소년기관운영론」, 교육과학사
청소년지도총서⑮ 「청소년육성제도론」, 교육과학사
청소년지도총서 「청소년학 연구방법론」, 교육과학사
청소년지도총서 「청소년학 개론」, 교육과학사

한국청소년정책연구원 문고

한국청소년정책연구원 문고 01「좋은교사와 제자의 만남」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 02「행복한 십대 만들기 10가지」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 03「집나간 아이들 – 독일 청소년 중심」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 04「청소년학 용어집」, 교육과학사

기타 발간물

NYPI 청소년정책 리포트 29호 : 청년층의 효과적인 성인기 이행 지원 방안
NYPI 청소년정책 리포트 30호 : 청소년 정신건강 실태 및 대응 방안
NYPI 청소년정책 리포트 31호 : 청소년 멘토링 활성화 정책 방안
NYPI 청소년정책 리포트 32호 : 다문화가족 청소년의 발달실태 및 지원정책 개선방안
NYPI 청소년정책 리포트 33호 : 대학 재학 후기청소년 현안과 정책과제
NYPI 청소년정책 리포트 34호 : 청소년문화의집 현황과 평가방안
NYPI 청소년정책 리포트 35호 : 청소년 국제교류 현황 및 정책안
NYPI 청소년정책 리포트 36호 : 주5일수업제 전면 실시에 따른 청소년활동 활성화 방안
NYPI 청소년정책 리포트 37호 : 지역사회 자원을 활용한 창의적 체험활동 활성화 방안
NYPI 청소년정책 리포트 38호 : 청소년정책 총괄조정 방안
NYPI 청소년정책 리포트 39호 : 지역사회의 청소년 보호 효과
NYPI 청소년 통계브리프 1호 : 2011 민주시민역량 실태조사
NYPI 청소년 통계브리프 2호 : 2011 아동 · 청소년 인권실태조사
NYPI 청소년 통계브리프 3호 : 다문화가정 아동 · 청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구 결과
NYPI 청소년 통계브리프 4호 : 2011 한국 아동 · 청소년 정신건강 실태조사
NYPI 청소년 통계브리프 5호 : 제19대 국회의원 청소년정책 의견조사
NYPI 청소년 통계브리프 6호 : 청소년의 소셜미디어 이용실태조사

경제 • 인문사회연구회 협동연구총서 **12-21-03**
연구보고 12-R15-2

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 II:
아동·청소년 정신건강 증진 인프라현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구

인 쇄 2012년 12월 21일
발 행 2012년 12월 26일

발행처 **한국청소년정책연구원**
서울특별시 서초구 태봉로 114
발행인 이 재 연

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호
인쇄처 (주)아르빛 전화 02)503-3223 대표 유채란

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전재·복제를 금함.
구독문의 : (02) 2188-8844(연구기획 · 대외협력팀)
ISBN 978-89-7816-642-3 94330
978-89-7816-603-4 (세트)