

아동·청소년 정신건강 증진을 위한
전문가 워크숍
- 정신건강 정책 및 법·제도를 중심으로 -

- ▶ 일 시 : 2011년 11월 4일(금) 15:00~17:00
- ▶ 장 소 : 한국청소년정책연구원 8층 회의실

일 정 표 ■ ■ ■

사 회: 최인재 연구위원(한국청소년정책연구원)

15:00-15:30	최은진	
아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책현황 및 개선방향	김미숙 (한국보건사회연구원) 김지은	
15:30-16:00	이호근 (전북대학교 법학과)	
아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 현황 및 개선방향	김영문 (고려대학교 보건행정학과) 정혜주	

16:00-16:40 주제별토론	아동·청소년 정신건강 증진 정책 강은정(순천향대학교 보건행정경영학과) 고복자(인천기독교병원 소아청소년정신과) 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 성준모(나사렛대학교 사회복지학부) 이선영(중앙정신보건사업지원단)	
-------------------	---	--

16:40-17:00 종합 논의	종합토론 유동욱(보건복지부 정신건강정책과)	
-------------------	----------------------------	--

목 차

I. 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책현황 및 개선방안	1
1. 서론	3
1) 연구의 필요성 및 목적	3
2) 연구내용	5
3) 연구의 방법	7
4) 기대효과	8
2. 아동·청소년의 정신건강문제와 정책에 관한 이론적 고찰	8
1) 정신건강문제의 범위	8
2) 아동·청소년 정신건강문제와 관련요인	10
3) 세계보건기구의 건강 증진학교 개념과 건강 증진정책접근방향	21
3. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진정책	81
1) 미국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책	81
2) 캐나다의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책	102
3) 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책	122
4) 호주의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책	132
4. 아동·청소년대상 정신건강 증진 국내정책 현황	142
1) 아동·청소년 정신건강수준 현황	142
2) 우리나라 아동·청소년대상의 정신건강 증진정책 목표	162
3) 아동·청소년 정신건강수준 파악을 위한 정부정책의 현황	173
4) 아동·청소년 정신건강서비스의 우수사례 분석	183
5. 아동·청소년의 정신건강서비스이용에 관한 FGI 조사	163
1) 조사의 개요	168
2) 조사결과	188
6. 아동·청소년 정신건강 정책개선을 위한 델파이 조사결과	144

1) 1차 델파이 조사 개요	4
2) 1차 델파이 조사의 주요 결과	44
3) 2차 델파이 조사 결과	64
4) 소결	5
7. 결론 및 정책제언	5
1) 기본방향	5
2) 정부 수준별 정책개선방향	55
참고문헌	59
II. 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 현황 및 개선방안	106
1. 서론	63
1) 연구의 필요성 및 목적	36
2) 연구내용	4
3) 연구방법	5
2. 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 개선방안에 관한 전문가 의견조사	66
1) 전문가 의견조사 개요	66
2) 전문가 의견조사 결과 및 시사점	71
3. 국외의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 법·제도 및 최근동향	81
1) 독일의 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도와 시사점	81
2) 미국과 호주의 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도와 시사점	74
7. 결론 및 정책제언	162
참고문헌	169
III. 토론	173
1. 아동·청소년 정신건강 지원 정책의 주요쟁점 및 개선방안	51
2. 아동·청소년 정신건강 증진정책 현황 및 개선방안 연구	81
3. 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 분야 토론문 I	9
4. 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 분야 토론문 II	0

표 목 차

표 I-1 아동·청소년 정신건강문제와 관련된 요인	1· 1
표 I-2 세계보건기구 건강 증진정책 영역의 주요 정책제안 동향	5· 1
표 I-3 미국 정부의 아동·청소년대상 정신건강 정책 및 사업	9· 1
표 I-4 국민건강 증진종합계획의 아동·청소년 정신건강 관련 지표	6· 2
표 I-5 정부의 아동·청소년 정신건강서비스 우수프로그램	4· 3
표 I-6 서울시 2010년 아동·청소년 정신건강서비스 우수프로그램	5· 3
표 I-7 학생 그룹 조사내용	63
표 I-8 학부모 그룹 조사내용	73
표 I-9 조사대상자의 개요	83
표 I-10 학교 상담서비스 이용 경험	9 3
표 I-11 학생의 정신건강서비스 이용경험 종합	1· 4
표 I-12 학교차원의 정책 또는 서비스	7 4
표 I-13 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정책 이나 서비스	4
표 I-14 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지방정부 차원의 정책이나 서비스9.....	4
표 I-15 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 중앙정부 차원의 정책이나 서비스0.....	5
표 I-16 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 민간의료기관 및 기타 민간기관 차원의 정책이나 서비스	5
표 II-1 미국의 유아·청소년 정신보건 관련 법률 및 관련 사건 개요	84 1
표 II-2 호주의 정신건강 전략 개발의 핵심적 이정표 (1991-2008)	1·5 1
표 III-1 우리나라의 정신보건법	102
표 III-2 호주의 정신보건법 정신질환 개념 정의	302

그림 목 차

【그림 I-1】 연구추진체계	7
【그림 I-2】 학교건강 증진을 위한 ACCESS 모형의 구성요소	4· 1
【그림 I-3】 정신건강중재의 스펙트럼모델	6· 1
【그림 I-4】 지역사회 인구집단을 위한 통합적인 케어모델	7· 1
【그림 I-5】 우울증 및 자살 생각률의 국제비교	5· 2
【그림 I-6】 정부의 아동·청소년 정신건강 관련 서비스 제공기관과 대상범위	3· 3
【그림 I-7】 아동·청소년정신건강 증진을 위한 정책	8· 5
【그림 III-1】 정신건강, 정신질환 및 정신장애 개념	102
【그림 III-2】 지원체계 역할 분담	12

I

.....

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책현황 및

차례

1. 서론
2. 아동·청소년의 정신건강문제와 정책에 관한 이론적 고찰
3. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진정책
4. 아동·청소년대상 정신건강 증진 국내정책 현황
5. 아동·청소년의 정신건강서비스이용에 관한 FGI 조사
6. 아동·청소년 정신건강 정책개선을 위한 델파이 조사결과
7. 결론 및 정책제언

1. 서론

1) 연구의 필요성 및 목적

아동청소년 정신건강문제의 범위는 개인적인 우울감 및 사회생활에 약간의 지장을 주는 증상에서부터 손상이나 사망을 초래하는 질환이나 상태까지 광범위한 영역을 포함하고 있다. 대표적인 청소년 정신건강문제로는 우울증, 식이장애, 담배 및 알코올 사용, 기타 약물남용, 인터넷 중독, 정신분열증 등이 있으며 정신건강문제들이 폭력이나 의도적 손상, 자살 등의 결과로 나타나고 있다.¹⁾

우리나라국민의 질병부담의 원인 중 사망원인으로는 고의적 자해, 자살이 4위이고, 우울증이 6위 정신분열병이 9위 등으로 나타난 바 있어 정신건강문제가 심각함을 알 수 있다.²⁾ 자살 사망률이 OECD 국가 중에서 가장 높은 수준에 속하고 있다(2007년 기준 4위, 2008년 사망 원인 중 자살사망은 인구10만명당 26.0명) 정신질환치료율 및 적정치료유지율이 다른 선진국에 비하여 매우 낮게 나타나고 있어 정책적 개입의 필요성이 증대하고 있다(외국은 우울증치료율이 44%인데 반해 우리나라는 23%였음)³⁾.

우리나라 아동청소년의 정신건강문제를 파악하기 위한 모니터링 체계 및 지표생산이 매우 제한되어 있고, 정신질환 치료율이 매우 낮아 정신건강관리를 체계화하기 어려운 상황이다.

질병관리본부의 청소년 건강행태조사결과에 의하면, 청소년(13-18세)의 스트레스 인지율은 2008년 43.7%로 성인(만19세 이상)의 스트레스 인지율 27.1%(2007년)보다 매우 높게 나타났다. 청소년의 자살 생각률은 18.9%(2008년)였으며 성인의 자살 생각률 15.0%(2007년)보다 높은 것으로 나타났다. 청소년의 우울감 경험률은 38.8%(2008년)이었으며, 성인의 우울감 경험률 12.7%(2007년)보다 높게 나타났다. 고등학생의 우울감 경험률은 2008년 38.8%로 미국 고등학생의 우울감 경험률 28.5%(2007년) 보다 상당히 높은 것으로 나타났다.

아동·청소년의 정신건강문제는 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,

1) Friis R. Stock S.(1998) Mental Health, Promoting Teen Health: linking schools, health organizations and community Edited by Alan Henderson and Sally Champlin, William Evashwick, Sage Publications: CA, USA.

2) 최은진 등(2010). 제3차국민건강 증진종합계획2020수립을 위한 세부전략에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 보건복지부.

3) 조맹재 등(2006), 정신질환실태 역학조사에서 재인용.

폭력성, 불안, 우울 등을 경험하고 있다. 우리나라 전체 아동 중 빈곤아동은 15.0%, 잠재적으로 인터넷 중독 가능성이 있는 아동 15.0%, 왕따 경험이 있는 아동 24.2%, 행동장애아동 25.7%, 불안장애아동 23.0%, 우울아동 12.2% 등으로 나타난 바 있다.⁴⁾

2002년에서 2005년까지 건강보험 가입아동의 정신질환 관련 진료가 증가한 것으로 분석된 바 있으며, 10세 이상의 청소년층에서 신경증, 스트레스 관련 장애, 기분(정동)장애 등이 증가한 것으로 분석되었다.⁵⁾

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

세계보건기구의 건강 증진학교모형에서는 아동·청소년의 전체적인 웰빙을 지향하고 있으며, 학교를 중심으로 한 사례관리를 다양하게 포함하고 있다. 학교 보건정책, 물리적 환경제고, 사회적 환경제고, 지역사회와의 긴밀한 협조체계 확립, 학생 건강기술의 증대, 건강서비스의 공급 등을 권고하고 있다.⁶⁾

미국은 학교정신보건에 의거하여 국가차원의 학교보건정신보건사업을 실시하고 있다. 또한 통합학교보건프로그램을 실시하여 영양 및 체육, 보건교육, 상담서비스 등과 함께 정신보건서비스와 사회복지서비스를 공급하고 있다.⁷⁾

호주는 학교중심으로 포괄적인 정신건강 증진 사업을 수행하고 있다. 학교의 건강 증진학교 모델 안에 정신건강서비스를 포함하고 있다. 지역사회와 파트너십 형태로 서비스를 운영하고 있다. 학부모와 연계된 전문적 치료를 제공하고 있다.⁸⁾

우리나라에서는 보건복지부에서 2002년부터 정신보건센터를 통해 아동·청소년 정신보건사업을 수행해 왔다. 2002년 16개, 2004년 24개, 2005년 31개소, 2007년 32개소 등으로 확대하여 아동·청소년의 정신질환을 등록관리하고 있다. 아동·청소년을 위한 정신건강서비스가 양적으로나 질적으로

4) 김미숙, 양심영(2007) 위기의 한국아동 실태와 정책적 대응방안, 보건복지포럼, 128호, 한국보건사회연구원, 2007년 6월, pp.5-20.

5) 강은정(2007) 한국아동정신건강현황과 정책과제, 보건복지포럼, 128호, 한국보건사회연구원, 2007년 6월, pp.60-72.

6) 김명, 김혜경, 김영복, 최은진 임희진, 이운영, 최승희, 김정남, 김선자(2005), 각급 학교를 통한 건강 증진사업 추진전략과 프로그램 개발, 이화여자대학교, 건강 증진사업지원단.

7) 김윤 등(2009), 정신건강 선별검사 및 사례관리 연계체계개발, 서울대학교, 건강 증진사업지원단.

8) 김수진(2007). 청소년 정신건강검진사업 평가체계구축 및 맞춤형 사례관리프로그램개발 등 청소년 건강 증진확산모형개발에 관한 연구, 전남대학교, 건강 증진사업지원단.

취약하기 때문에 향후 2020년까지 아동·청소년의 정신질환치료율을 향상시키는 것을 국민건강 증진의 목표로 삼고 있다.⁹⁾ 그러나 정신건강 증진차원에서는 질병의 조기발견 및 치료뿐만 아니라 사전예방적인 정책적 시스템 마련이 시급하다.¹⁰⁾

■ 연구의 목적

- 사전예방적인 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국가정책 현황을 분석하여 개선방안을 제시한다.
- 아동·청소년의 정신건강 요구를 심층 분석하고 정부의 다양한 정신건강 관련 서비스의 현황을 분석하여 접근성 및 충족성 측면에서 평가하여 개선방안을 제시한다.

■ 대주제와 세부과제의 연계성

- 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책의 현황과악
- 아동·청소년 및 부모, 사업담당공무원의 요구도 및 문제점 조사

2) 연구내용

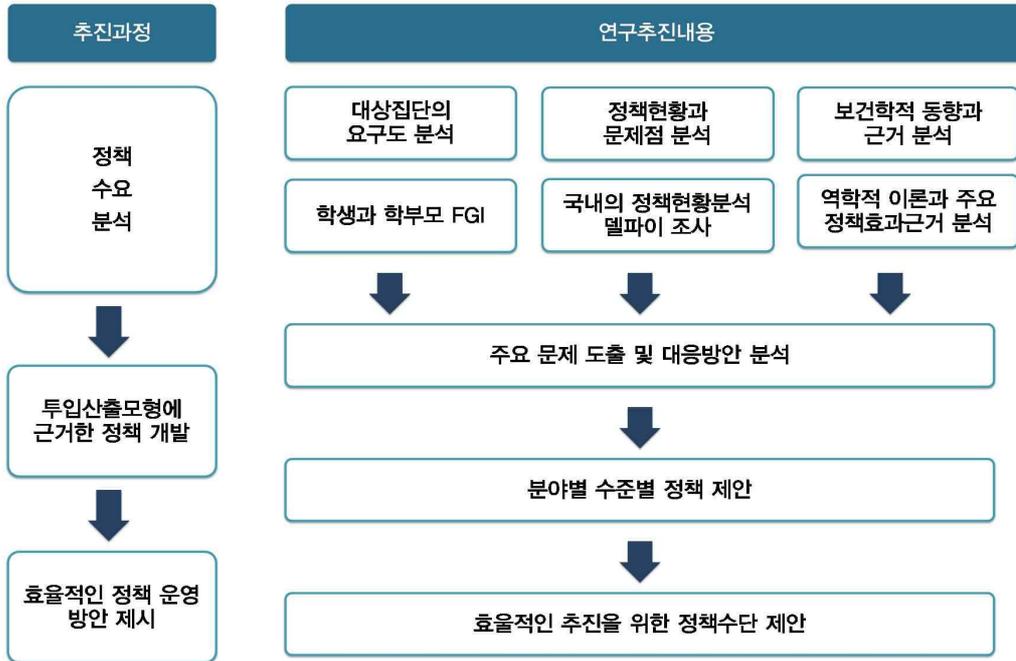
- 본 연구에서 아동·청소년의 범위 : 초등학교 4학년-고등학교3학년
(근거 : 청소년은 청소년 기본법 제3조에 의거 “9세 이상 24세 이하의 자”이며, 아동은 아동복지법 제2조에 의거 18세미만의 자에 해당, 본 연구에서는 초등학교 고학년에서 고등학교의 범위로 한정함)
- 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 학교 및 지역사회의 정책현황을 분석하고 정책개선방안을 도출한다.
- 정신건강검진 및 정신건강 상담, 보건의료서비스전달 체계 등을 중심으로 전반적인 정책시스템을 분석하며, 학교와 지역사회의 접근방법, 개별적인 사례관리접근방법의 정책을 개발한다.

9) 최은진 등, (2010), 제3차 국민건강 증진종합계획2020 수립을 위한 세부전략에 관한 연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원.

10) 신윤정, 최은진 (2004) 청소년의 향정신성 유해약물 중독예방 및 치료프로그램 연구, 한국청소년개발원, 한국보건사회연구원.

- 중앙정부 및 지자체의 정신건강 증진 관련 정책 현황을 분석한다.
교육과학기술부의 학교 정신건강 증진 관련 정책, 보건복지부의 중앙정신보건사업지원단, 전국 정신보건센터의 아동청소년 정신건강 서비스 현황, 지방자치단체의 우수사례를 수집하여 분석한다.
- 외국의 아동청소년의 정신건강 증진정책의 현황 및 시사점을 분석한다 : 선진 외국의 효과적인 아동 청소년 정신건강 증진정책 중심으로 분석
- 아동청소년 정신건강 증진의 수요(Needs)를 분석하고 정책적 개선방안을 도출한다. : 건강향상, 건강위험요인감소, 질병위험요인의 조기 발견 등의 차원에서 관련 수요 파악
- 효과적이고 효율적인 정신건강 정책개선을 위한 대안을 제시한다
: 전문가, 교사, 공무원 등 정신건강담당자들 대상의 델파이조사를 통하여 학교, 지역사회를 연계하고 중앙정부 및 지자체에서 다양한 경로로 아동청소년의 정신건강 증진을 지원할 수 있는 정책대안 마련

3) 연구의 방법



【그림 I-1】 연구추진체계

- 정책수혜자 대상 포커스그룹 인터뷰(FGI) : 30명
 - 학교 내외 정신건강 관련 시설이나 기관을 이용한 경험이 있는 청소년(초, 중, 고 각 5명)15명
 - 해당 청소년의 부모 15명

- 전문가 의견조사(델파이조사)를 통한 의견수렴(총 10인 이상)
 - 기관, 시설의 담당자 및 운영자
 - 정책입안자(공무원)
 - 학계전문가 등

- 연구결과의 검토 및 의견수렴을 위한 워크숍 개최
- 국내외 문헌고찰

- 지자체의 우수사례 조사: 정신보건센터 등 공공부문의 우수사례조사

4) 기대효과

- 아동·청소년 정신건강향상을 위한 정책 성과 제고
- 아동·청소년의 정신건강 향상
- 아동·청소년의 정신건강 정책모델개발에 활용
- 국가 정신건강지표의 개선

2. 아동·청소년의 정신건강문제와 정책에 관한 이론적 고찰

1) 정신건강문제의 범위

세계보건기구에 의하면 건강의 정의는“신체적, 정신적, 사회적인 완전한 안녕의 상태를 의미하며, 단순히 질병이나 장애가 없는 상태가 아니다”라고 정의된 바 있다. 여기서 정신건강은“개인이 자신의 능력을 자각하고 삶에서 일어나는 보통의 스트레스에 적응하여 생산적으로 일할 수 있음으로써 지역사회에 기여할 수 있는 건강한 웰빙(Well-being)의 상태”라고 정의된 바 있다. 따라서 정신건강은 개인의 안녕과 개인이 지역사회에서 효과적으로 기능을 할 수 있도록 하는 기초가 된다고 할 수 있다.¹¹⁾

건강한 정신을 구성하는 요소는 광범위하다. 개인의 내적인 요소와 유전적 소인 등과 부모의 양육태도, 대인관계, 환경적 요인과 공공정책 등이 다양한 경로로 건강한 정신적 발달을 증진하거나 저해하게 된다.

아동·청소년의 정신건강은 정상적인 발육발달의 과제와 깊이 연관되어 있어서 성인의 정신건강문제보다 그 범위가 크고 더 복잡하다. 또한 아동·청소년기는 건강한 성 개념과 정체성을 확립해야 하는 시기이기도 하다. 인간은 지속적으로 변화하는 환경 속에서 생물학적, 심리학적, 사회적 자아의 균형을 유지하려한다는 가정에서 출발하고, 성적 자아의 발달에는 자아와 성의 여러 요소들, 다른 사람이나 환경변수 등이 관계하는 것으로 본다. 성 개념 모형의 핵심에 자아가 있는데, 자아는 신체, 마음,

11) WHO(2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, World Health Organization.

영적인 요소의 삼각형으로 구성되어 있고, 이렇게 세 요소로 통합된 자아를 둘러싸고 있는 성의 요소들이 성적 자아의 발달과 유지하는 과정과 행동에 영향을 미치도록 구성되어 있다. 성의 이런 요소들에 영향을 주는 중요한 타인은 성적 자아에 부정적 또는 긍정적 영향을 주는 과거나 현재 관계하는 사람들이다. 타인이 개인의 성적 자아 발달에 주는 영향의 정도는 다양하다. 이는 개인의 발달단계와 관계의 강도 즉 친밀감의 정도에 따라 다르기 때문이다. 주요한 타인을 둘러싼 환경적인 변수도 성적인 자아발달에 영향을 주게 된다. 개인이 몸을 담고 생활하는 사회적, 문화적, 종교적, 신체적 환경은 성에 대한 태도와 신념에 영향을 주고, 수용할만한 행동의 타입에 영향을 주게 된다.¹²⁾

건강한 아동기의 발달은 생존에 필요한 기능을 얻게 되고, 환경에 적응할 수 있게 한다. 발달은 단계적인 과정에 의해 진행되는데, 심리적 성 발달과 사회성 발달, 인지발달, 도덕발달 등의 발달과제들이 있다. 특히 학령기의 중요한 과제는 학교에 적응하고 지식과 기술을 습득하는 과정에서 자신감과 효능감, 만족감을 얻는 것, 친구와 사귀는 통한 사회성 향상, 단체의식함양과 규율과 법의 준수 등 사회생활의 기초를 마련해야 한다. 또한 직접적으로 관찰할 수 있는 사물에 대하여 속성을 알고, 그 인과관계에 관심을 가지면서 인지적인 발달을 이루게 된다.

건강한 발달은 위하여 필요한 환경적 요소는 배움의 중요성을 강조하고 다양한 성공을 경험할 수 있는 기회를 주고 자신감을 길러주며, 열등의식에 사로잡히지 않도록 도와주는 것이 포함된다. 지식의 습득을 스스로 할 수 있는 능력과 자세를 가질 수 있도록 도와주어야 한다. 동시에 육체적, 감성적, 개성적 발달도 도와줄 수 있는 환경이 필요하다.

아동이 성공적으로 발달단계를 이루어가는 과정에서 이를 저해하는 정신적 건강문제는 분리불안, 학교공포증, 품행장애, 주의력결핍과잉행동장애, 학습장애 등이 있다. 청소년기는 신체변화에 적응하고 충동을 통제하고, 성 에너지를 승화시키는 단계이다. 부모로부터 심리적으로 해방하고 독립하며, 자아정체성을 확립하는 시기이다. 청소년기의 주요 정신건강문제는 친구관계의 어려움, 집중과 학습의 어려움, 심한 걱정과 불안, 짜증, 잦은 화와 분노폭발, 혼자 또는 집단으로 하는 비행, 지속적 반항 또는 공격성, 입맛과 체중의 급격한 변화, 담배, 술, 약물, 인터넷 등의 지나친 사용, 수면의 장애(예: 과다수면, 불면증, 지속적 악몽 등)

청소년기 정신건강문제의 원인은 청소년의 신체적, 생물학적 요인과 청소년의 경험적 요소에 관련된 요소들이 있다. 청소년의 신체적, 생물학적 요인은 유전적 요인, 신체적 상태, 지능, 기질, 뇌손상 여부 등이 있다. 청소년의 경험적 요소는 육아경험, 부모자식관계, 가족의 수,

12) 양순옥, 정금희, 최은진, 최영애(1999). 성교육 우수자료 추천체계발방안, 교육부 여성교육정책연구과제(99-3).

경제사회적 여건, 훈육, 학교에서의 경험 등이 있다(곽영숙, 2000).

2) 아동·청소년 정신건강문제와 관련요인

아동의 행동장애는 주의력 결핍장애, 반항성 도전장애, 품행장애, 공격성 등이 있고, 이러한 행동장애들과 더불어 학습부진, 언어장애, 정신지체, 뚜렛 또는 틱장애, 불안 또는 우울장애 등이 동반된다. 이상행동장애는 기능적인 문제를 동반한다. 사회적 관계형성에 문제를 가지고, 정서적으로 우울증을 가질 가능성이 높아지며, 학습 성취에 문제가 생기고, 가족관계형성에도 부정적인 결과를 가져오는 것으로 알려져 있다(곽영숙, 2000). 학령기 아동의 건강한 발달을 저해하는 정신적인 문제는 분리불안, 학교 공포증, 우울증과 강박증, 틱장애, 품행장애, 주의력 결핍과잉행동장애, 학습장애 등이 있다. 이러한 문제들이 나타나는 행동적 양상은 다양하다. 정신의학적인 평가가 필요한 학령기 아동의 정신건강문제의 신호는 다음과 같다.

- 학업의 어려움 : 학교성적 저하
- 친구관계의 어려움
- 심한 걱정과 불안으로 학교 가는 것, 잠자러 가는 것, 연령에 많은 활동함에 지장이 있음.
- 우울 : 무표정, 사람과 어울리기를 싫어함.
- 행동조절의 어려움 : 과다활동, 보통 놀이시간을 넘어선 지속적 움직임
- 지나친 공격성 : 지속적 반항 또는 공격성(6개월 이상), 권위자에 대한 도발적 반항, 잦은 생떼
- 입맛의 급격한 변화: 식욕상실 또는 증가, 체중저하 또는 증가, 이물질을 먹는 행동
- 성적인 행동변화 : 지나친 자위행위, 과다노출
- 수면문제 : 과다 수면, 불면증, 지속적 악몽, 야뇨증
- 술, 담배, 약물, 인터넷 등을 지나치게 사용

아동 청소년 정신건강문제의 범위는 다양하게 접근되고 있다. 정신건강의 범위가 크기 때문이기도 하고 정책적으로는 세분화된 관련 정책분야들이 존재하기 때문에 정신건강분야에서 다루는 내용은 여러 정책에 연결되게 된다.

표 I-1 아동·청소년 정신건강문제와 관련된 요인

주요 정신건강문제	정신건강 관련 요인의 구분	위험인자	보호인자
아동(12세미만) 학습장애 주의력결핍 및 행동장애 틱장애	개인	유전적 요인 성 저체중출생 언어장애 만성적 신체질환 낮은 지능 아동학대 혹은 방임	긍정적 기질 높은 지능 사회적 역량 신앙
청소년 (12세-만18세) 우울 및 자살 정신질환 전반적 발달장애 품행장애 물질남용 식사장애	가족	심각한 결혼생활의 불화 대규모가족 아버지의 범죄 어머니의 정신질환 시설입소	소규모가족 부모와의 상호지지적 관계 형제자매와의 우호적 관계 부모의 적절한 규율과 감독
	지역사회	폭력 빈곤 지역사회 해체 부적절한 학교 차별	성실한 학교생활 보건 및 복지서비스제공 사회적 연대

출처 : 강은정, 한국아동정신건강현황과 정책과제, 한국보건사회연구원 보건복지포럼(2007. 6월호)에서 재구성

우리나라 전체 장애인 중 자폐성장애자와 지적 장애인의 연령별 분포를 보면, 17세 이하의 아동청소년이 가장 많은 것으로 나타났다(자폐성 장애 78.5%, 지적 장애30.4%)(변용찬 등, 2009). 정신장애의 종류는 정신분열병, 분열형 정동장애 및 반복성 우울장애 등이 포함된다.¹³⁾

13) 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.

3) 세계보건기구의 건강 증진학교 개념과 건강 증진정책접근방향

정신건강은 세계보건기구의 건강의 구성요소중 하나로서 개인적으로나 사회적으로 영향이 큰 요소이다. 일반적으로 정신건강에 영향을 주는 요인은 개인의 유전적, 심리생물학적 요인 외에 사회적인 변화와 스트레스, 폭력, 경제적 요인, 교육적 요인, 신체적 요인 등이 포함된다. 정신건강 증진을 위하여 세계보건기구에서 권고하는 전략 중 아동대상의 사업은 다음과 같다¹⁴⁾.

- 아동에 대한 조기 개입(예: 취약계층 임신부 대상 가정방문서비스, 아동의 취학 전 심리사회적 활동 및 영양관리)
- 취약계층 아동에 대한 지원(예: 대처기술개발, 아동발육발달프로그램)
- 소수민족 및 재난을 겪은 인구집단을 대상으로 한 심리사회적 개입
- 학교의 정신건강 증진사업(예: 학교에서의 정신건강지원사업, 아동친화적인 학교환경조성)
- 주거환경의 개선
- 지역사회의 폭력예방사업(예: 지역사회 경찰의 협력)
- 지역사회개발사업에 정신건강의 개선요소 포함

세계보건기구의 건강 증진학교 개념은 1990년대의 유럽의 건강 증진계획, 일차건강관리계획 1996-2001 등에서 비롯되었고, 서태평양지역에서는 1995년 건강 증진학교의 지침을 개발하여 보급하였다. 학교건강 증진사업의 모형에 의하면 학생의 건강수준과 건강행동에의 영향요인으로는 학생의 학교환경과 학교적응수준, 자아존중감, 학교의 네트워크(교사, 부모, 또래의 지지) 등이 포함된다(정영숙 등, 1999).

건강 증진학교는 생활, 학습, 업무를 위한 건강한 장(setting)을 의미한다. 건강 증진학교의 원리는 민주주의(democracy), 형평성(equity), 역량과 능력(empowerment & action competence), 학교환경, 교육과정, 교사훈련, 평가, 협력, 지역사회, 지속가능성(sustainability) 등이다.

건강 증진학교의 주요 구성요소로는 학교의 보건정책 수립, 학교의 물리적 환경관리, 학교의 사회적 환경 관리, 지역사회와의 연계체계 구축, 보건교육을 통한 개인적 건강기술의 함양, 적절한 보건서비스 공급 등이 있다. 학교는 다양한 가능한 방법을 통해서 학생의 건강향상과 학습능력을

14) 자료원 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> WHO2011

향상시키도록 노력해야 한다. 특히 학생개인의 자아존중감을 함양하고, 개인의 성취와 목표달성을 위해 긍정적인 노력을 지원하는 각종 정책을 수행해야 한다(박순우 등, 2009).

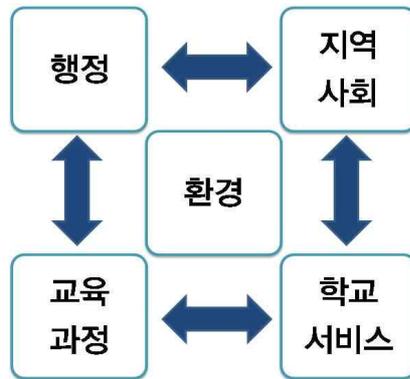
세계보건기구의 학교 건강 증진사업의 효과로는 학생의 신체적, 정신적, 사회적 건강을 향상하고, 교직원의 건강향상과 업무효율증가, 가족 및 지역사회의 경강과 경제능력향상, 학교 및 보건의료체계운영의 낭비를 감고시키고, 국가적으로 국민건강이 향상되어 경제발전의 기초를 향상시키는 것 등이 있다. 학교 건강 증진사업에서 고려해야 할 주요 요소는 다음과 같다(김명 등, 2005).

- 타당한 이론적 원리와 지역사회의 요구를 반영한 사업개발
- 다양한 전략을 복합적으로 활용
- 학생들의 참여를 도모하는 것이 사업성공의 필수요건임
- 학생건강 증진과 관련된 내용을 교사와 교직원에게 교육 훈련시키도록 여 역할모델이 될 수 있도록 함.
- 학생들이 건강수준의 고위험상태를 경험하게 될 때 적절하게 대처할 수 있는 생활기술을 조기에 교육시키도록 함.

미국학교보건협회에 의해 개발한 학교 건강 증진사업모형(ACCESS 모형)은 행정(Administration), 지역사회(Community), 교육과정(Curriculum), 환경(Environment), 학교서비스(School Services) 등으로 구성된다¹⁵⁾.

- 행정 : 법적 행정적 조치, 학교 보건을 위한 조직, 인력, 교원연수 프로그램, 예산
- 지역사회 : 학교보건자문단, 지역보건협의회, 학교운영위원회, 부모, 대중매체
- 환경 : 지원적 환경여건, 안전한 교사(校舍) 및 운동장, 금연구역
- 커리큘럼 : 보건교육, 체육, 과학 및 관련교과목, 행동기술교육, 보건교육자료정보실(도서관)
- 학교 서비스 : 간호, 의료, 치과진료, 검진프로그램, 사회사업서비스, 급식서비스, 보건소 학교보건지원프로그램

15) Stone, E, ACCESS: Keystones for School Health Promotion, Journal of School Health, Vol 60, No. 8, 1990. p. 299.



【그림 I-2】 학교건강 증진을 위한 ACCESS 모형의 구성요소

학교 건강 증진사업의 목적(Redican et al., 1993)은 학생 및 교직원의 건강에 대한 이해도를 높이고 건강 증진을 도모하는 데 있다. 이 목적은 보건교육 차원, 보건서비스 차원, 환경적 차원의 지원을 통해 달성할 수 있다. 학교건강 증진프로그램의 책임은 일차적으로 학교장, 보건교사, 담임교사 등 학교의 여러 교직원과 관련에게 있고, 부모 및 지역사회의 보건서비스와도 관련되어 있어야 한다. 따라서 학교건강 증진은 여러 인력의 공동책임 하에 이루어지는 사업이라고 할 수 있다.

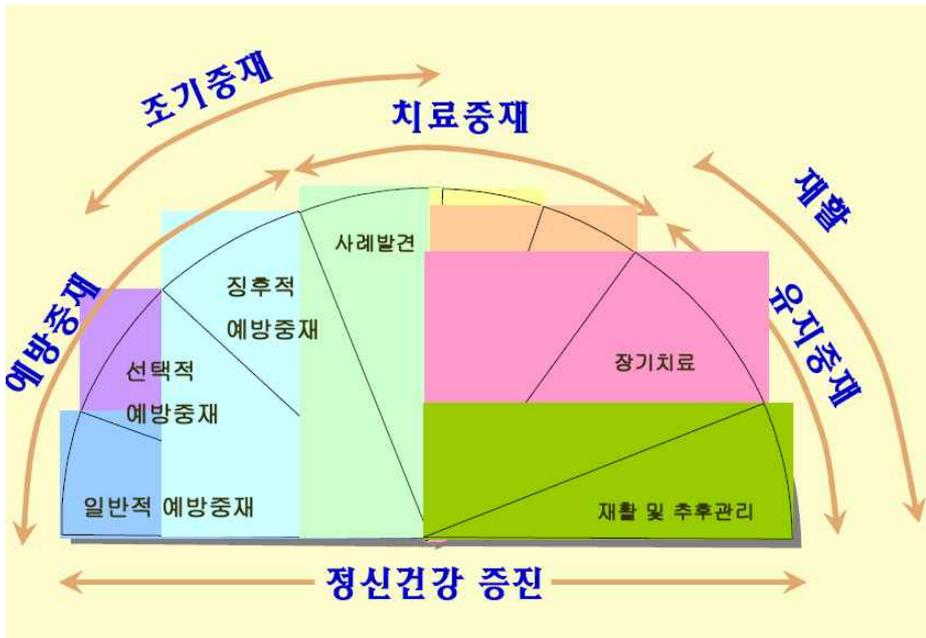
지역사회의 건강 증진을 위하여 세계보건기구에서 권고하는 건강한 공공정책의 추진전략은 생활의 장 접근, 다부문간 접근, 파트너십과 네트워크 활용, 성과 문화에 대한 수용성, 정보와 교육 및 의사소통, 근거중심접근(연구와 모니터링), 정책과 주창, 역량함양, 변화를 위한 조정과 관리, 세계수준에서의 건강 증진 등이다.

오타와 헌장	자카르타 선언문	멕시코 건강 증진 회의 주제	방콕헌장
<ul style="list-style-type: none"> · 건강한 공공 정책의 구축(Build healthy public policy) · 지지적인 환경들의 조성(Create supportive environments) · 지역사회 활동의 강화(Strengthen community action) · 개인적인 기술의 개발(Develop personal skills) · 보건 서비스의 재수정(Reorientate health service) <p style="text-align: right;">WHO 1986</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 건강을 위한 사회적 책임의 증가 · 건강 증진을 위한 투자의 증대 · 건강을 위한 통합과 파트너십의 확대 · 지역사회 능력의 증대와 개인들에게 권한부여 · 건강 증진을 위한 기반의 안정화 <p style="text-align: right;">WHO, 1997</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 민주주의적인 과정(절차) · 사회적, 정치적 행동주의 · 형평성에 기초한 건강 영향사정 체제 · 보건서비스들의 재수정 · 정치인들과 정치입안자들, 연구자들과 실천가들 간의 개선된 상호작용 · 건강 증진 전략을 수행하고, 지역, 국가, 국제적인 것을 포함하는 다른 수준들 간의 시너지를 보충하기 위한 현존 능력의 강화 <p style="text-align: right;">WHO, 2000</p>	<p>생활의 장 접근 다부문간 접근 파트너쉽과 네트워크 성과 문화 정보, 교육 및 의사소통 근거중심접근(연구와 모니터링) 정책과 주창 역량함양 변화를 위한 조정과 관리 세계수준에서의 건강 증진</p> <p style="text-align: right;">WHO, 2005</p>

자료원 : 최은진, 홍주희, 최부근, 정지윤, 권은주, 이해진, 김경남(2004) 건강 증진: 계획과 전략, 계축문화사.
이명순 등(2006) 방콕헌장의 건강 증진전략과 우리나라에서의 실천방안, 성균관대학교 의과대학, 건강 증진사업지원단.

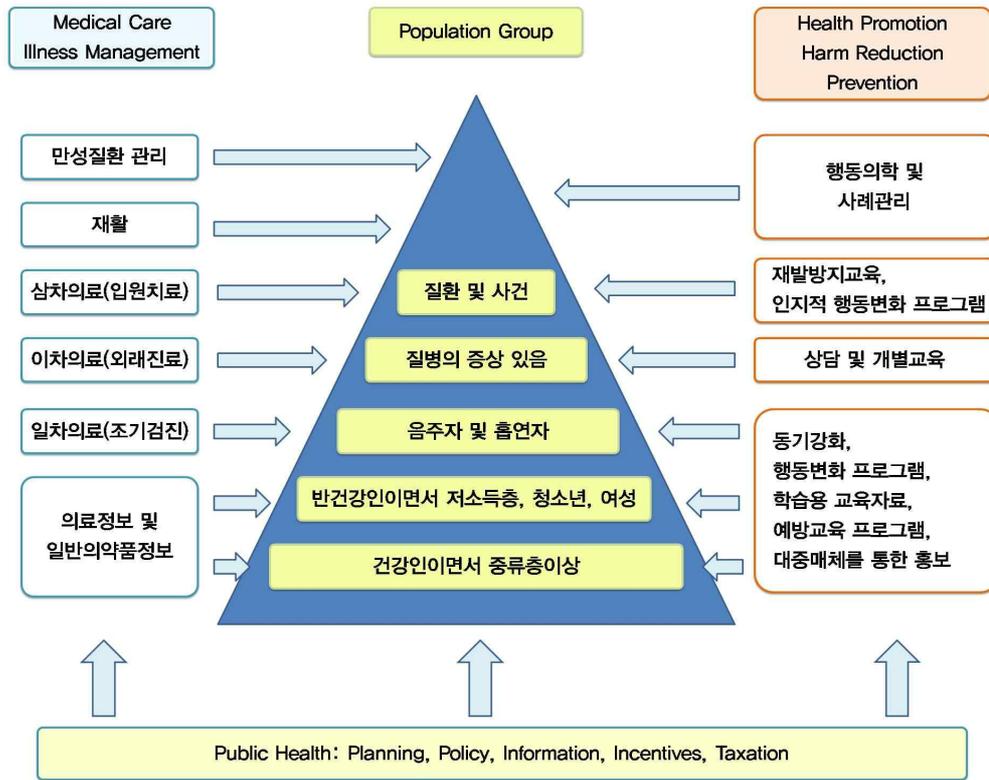
Tones 등에 의하면 신체적인 건강의 정의는 비교적 직선적이지만 정신건강은 보다 많은 요인들과 복잡하게 연결되어 있는 특징이 있고 그 영향력도 광범위하다. 국민건강 증진차원에서 가장 중요한 정신건강의 요소는 인지적인 차원과 정서적인 차원에서 최상의 정신건강 증진을 지향하는 것이다. 인지적 차원에서는 개인의 지적인 잠재력을 최대한 발휘할 수 있게 지원하는 정책이 필요하고, 정서적인 차원에서 긍정적이고 사회생활에 적응력이 높아질 수 있도록 지원하는 정책이 필요하다 (Tones & Green, 2004).

정신건강 증진을 위한 정책과 사업의 개입단계를 보면 예방, 조기개입, 치료개입, 유지를 위한 개입 등이 필요하다.



Mrazek PJ & Haggerty RJ. (Eds) (1994). Reducing risks for mental health disorders. Frontier for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
 인용처: 김수진 등, 청소년정신건강검진사업평가체계구축 및 맞춤형사례관리프로그램개발 등 청소년 정신건강 증진 확산모형개발에 관한 연구, 전남대학교, 건강 증진사업지원단, 2007.

【그림 I-3】 정신건강중재의 스펙트럼모델



자료: Model of integrated care for a community Population, Abrams, DB, Integrating Basic, Clinical, and Public Health Research for Alcohol-Tobacco Interactions, In Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice edited by J. B. Fertig & J. P. Allen, National Institute of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD, USA, 1995, p.9.

【그림 I-4】 지역사회 인구집단을 위한 통합적인 케어모델

3. 외국의 아동·청소년 정신건강 증진정책

1) 미국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책

(1) 아동·청소년 정신건강목표와 정신건강 증진정책

미국의 아동·청소년 정신건강 유병률은 12-17세 아동·청소년의 우울증 경험률은 8.3%(2008년)이었고, 2020년까지 7.4%로 10%감소시키는 것을 목표로 하고 있다. 정신건강문제를 가진 아동의 약 68.9%(2008년)가 정신건강서비스를 이용한 경험이 있고, 2020년까지 10%증가시키는 것을 목표로 하고 있다. 김봉년(2008)의 보고에 의하면 미국아동 중 정신장애 유병률은 약 15~19%이며 이중 가 정신장애를 가지고 있고, 이중 약3-8%의 아동이 자살, 물질남용, 아동학대, 10대 임신, 청소년 범죄 등의 정신장애 및 정서장애에 해당되고 있다고 한다.

미국의 학교보건사업은 집단건강검진, 신체검사, 의뢰, 예방접종, 건강기록, 응급처치, 상담, 교육 등을 포함한다. 학교 내 진료소나 인근 진료소를 연계하여 운영하지만 주에 따라 차이가 크다.

(2) 학교 및 지역사회의 아동·청소년 대상 정신건강 정책

미국 정부의 보건 및 인간서비스 부서 산하의 정신건강 관련 기관인 국립정신건강연구소(National Institute of Mental Health, NIMH), 물질남용 및 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA), 국립알코올남용 및 중독연구소(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA), 국립약물남용연구소(National Institute on Drug Abuse, NIDA) 등에서 지역사회 및 학교중심의 아동·청소년 정신건강프로그램을 추진하고 있다.

미국에서는 정신건강문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스를 제공하는데 중점을 두고 학교기반 또는 지역사회중심의 서비스가 발전되어 왔다. 1980년대 후반부터 학교기반 보건센터(School Based Health Center)를 활용하여 학교중심의 정신건강서비스를 제공해 왔다. Expanded School Mental Health Program 사업은 모든 학생들에게 정신건강평가와 치료서비스를 제공하였으며, 지역사회와 연계하여 사회복지사, 심리학자, 정신과 의사, 간호사, 학부모, 학생, 교사 등의 참여하는 서비스를 제공하였다.

의료보험회사와 사업체와 연계하여 직업프로그램, 멘토링 등을 지원받게 해 왔다. Wraparound

프로그램은 지역사회 중심 서비스로서 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).

표 I-3 미국 정부의 아동·청소년대상 정신건강 정책 및 사업

기관명 및 담당 부서	소아청소년정신건강 관련부서	내용 및 사업명
National Institute of Mental Health, NIMH 미국국립정신건강연구소 http://www.nimh.nih.gov	Division of Developmental Translational Research, DDTR 발달중개연구부	아동 및 청소년기에서부터 유래하는 정신장애를 예방하고 치유하는 것을 궁극적인 목적으로 하는 연구 및 연구 관련 사업을 지원. 관련된 장애에는 기분 장애, 불안, 정신분열증, 자폐증, ADHD, 품행장애, 식이 장애, 강박신경장애, 뚜렛 증후군 포함.
	Division of Services and Intervention Research, DSIR 서비스 및 개입연구부/ 아동 및 청소년치료와 예방적개입연구분과	아동 및 청소년을 위한 정신건강 예방, 치료, 재활 개입의 효과성을 평가하는 연구, 훈련, 연구 기반구조를 개발하는 사업들을 계획, 지원, 시행. 또한 알려진 효능이 있는 개입들의 장기적 효과성을 다루는 연구도 지원
Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA 미국 물질남용 및 정신건강서비스국 http://www.samhsa.gov	Center for Mental Health Services, CMHS 정신건강 서비스센터	<ul style="list-style-type: none"> - 아동 및 그 가족을 위한 포괄적 지역사회 정신건강 서비스사업 - 국가 아동 외상 후 스트레스 사업 - 안전한 학교/ 건강한 학생 보조금 - ‘돌봄의 원’: 아메리카 원주민 아동서비스 보조금 - 주별 가족 연결망 - 아동정신건강을 위한 국가기술지원센터 - 아동 및 청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(공동) - 지역사회 정신건강 서비스 포괄보조금 - 포괄적인 정신건강계획 - 정신질환자들의 보호 및 옹호 - 자살위험청소년(15세-24세) - 캠퍼스 자살 예방 - 국가 자살예방 생명의 전화 - 자살예방지원센터 - 주/ 부족 청소년 자살예방 - 원주민의 열망(Native Aspirations)
	Center for Substance Abuse Prevention, CSAP 물질남용 예방센터	<ul style="list-style-type: none"> - 알코올과 청소년 사업 - 약물 없는 지역사회 - 감옥 우회 사업

	Center for Substance Abuse Treatment, CSAT 물질남용 치료센터	<ul style="list-style-type: none"> - 공격적인 청소년과 가족 중심의 치료 - 아동 및 청소년의 정신건강과 물질남용에 대한 주 기반구조 보조금(공동) - 성인, 청소년, 가족치료 약물 법정 - 청년 범법자 복귀 사업
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA 미국 국립알코올남용 및 중독연구소 http://www.niaaa.nih.gov	<ul style="list-style-type: none"> - 대내 임상&생물 연구국 - 역학 및 예방 연구국 - 대사 및 건강영향 연구국 - 신경과학 및 행동 연구국 - 치료 및 회복 연구국 	<ul style="list-style-type: none"> *5개의 국이 공동연구사업을 진행하는 방식 - 미성년자음주
National Institute on Drug Abuse, NIDA 미국 국립약물남용연구소 http://www.nida.nih.gov		<ul style="list-style-type: none"> - 10대청소년을 위한 약물남용 예방홈페이지 운영 - 온라인 교육자료 제공

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 관련문제중심의 프로그램은 협력하여 추진할 수 있도록 지원하고 있다.¹⁶⁾

2) 캐나다의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책

(1) 아동·청소년 정신건강목표와 정신건강 증진정책

아동·청소년의 정신질환 유병률은 약15%로 보고된 바 있다(Leitch, 2007). 십대 청소년의 자살생각률은 여자 31.3%, 남자 17.7% 등인 것으로 보고되고 있다.¹⁷⁾ 여자·청소년의 삼분의 이 이상이 많은 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다.

16) 자료원: <http://www2.ed.gov/about/offices/list/osdfs/>

17) http://www.youthnet.on.ca/main_english.php?section=viewarticle&article=7

(2) 학교 및 지역사회의 정신건강 증진정책

캐나다 정부의 공중보건부서¹⁸⁾에서는 학생의 건강 증진을 위한 건강 증진학교 정책을 지원한다. 온타리오 주의 교육부처에서는 건강 증진학교를 통하여 학생의 건강 증진과 정신건강 증진을 도모하도록 추진하고 있다. 노바 스코티카(Nova Scotia)지역¹⁹⁾에서는 건강 증진학교 정책을 통하여 학생의 건강 증진을 도모하여 의료비절감의 결과를 가져온 것으로 평가받았다. 2003년부터 2006년 동안 진행된 목소리와 선택(Voices and Choices)이라는 건강 증진사업은 정신건강 및 중독센터와 협력된 프로그램으로 9학년이상의 학생에게 제공되어 왔고,

효과적인 것으로 보고된 바 있다. 학교 교사, 보건교사, 부모, 학생 등이 연계된 프로그램으로 학생들이 건강에 대한 자신의 느낌이나 의견을 제시하게 하고 학교환경은 개선하는 프로그램이다.

청소년대상의 무브(Mauve)사업²⁰⁾은 청소년의 우울감, 자살, 약물남용, 자퇴, 비행 등의 주제를 중심으로 반항적인 청소년들이 커뮤니케이션과 도움받기를 통해 개선하도록 하는 교육적인 사업이다.

교육부의 뉴파운드랜드랩래도(Newfoundland Labrador)²¹⁾사업은 정신적 장애, 정서장애 등을 가진 아동청소년을 위한 서비스이다. 주요 정신건강장애로는 주의력결핍장애(ADHD), 품행장애(Conduct Disorder), 불안장애(Anxiety Disorder), 우울장애(Depressive Disorders), 반항장애(Oppositional Defiant Disorder), 외상 후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Disorder), 약물남용 등을 포함하고 있다. 전문적인 진단을 거쳐 정신장애 또는 정서장애가 있는 것으로 판정된 학생은 그 정신건강상태의 수준에 따라 적절한 서비스를 받도록 하게 한다.

지역사회차원의 청소년 정신건강 증진사업은 청소년들이 직접 참여하고 운영하는 정신건강서비스를 제공하고 있다. 1993년부터 시작된 이 사업은 청소년의 정신건강 서비스이용에 대한 편견을 해소하고, 스트레스 극복방법을 교육하는 등 효과적인 정신건강 증진사업을 포괄적으로 제공한다.²²⁾

18) <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index-eng.php>

19) http://www.ednet.ns.ca/index.php?t=sub_pages&cat=1160

20) 자료원 <http://www.youthnet.on.ca>

21) 자료원 <http://www.ed.gov.nl.ca/edu/index.html>

<http://www.ed.gov.nl.ca/edu/k12/studentssupportservices/exceptionalities.html>

22) http://www.youthnet.on.ca/main_english.php?section=viewarticle&article=7

3) 영국의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책

(1) 아동·청소년 정신건강목표와 정신건강 증진정책

영국 5세-16세 아동(2004년)의 정신질환 유병률은 약 10%정도였다. 2009년의 경우 5-10세에서 심각한 행동장애문제는 약 6%정도이지만 경미한 행동장애를 가진 경우는 19%나 되는 것으로 보고되었다. 청소년기에는 심각한 행동장애는 9%, 경미한 행동장애는 29%로 늘어난 것으로 보고되었다.

(2) 학교 및 지역사회 정신건강 증진정책

가) 학교기반의 정신건강 증진정책

학교기반의 정신건강 증진정책은 행동장애예방, 학교의 괴롭힘 예방, 정신질환의 조기발견을 위한 전문적인 검진서비스 등으로 구분된다. 행동장애예방을 위한 학교기반의 교육 사업을 10세 연령의 아동에게 투입했을 때 아동 1인당 132파운드(2009년 기준, 교육자료, 교사교육포함)가 소요되며, 이 교육의 결과로 청소년기에 정신건강수준의 향상은 9%정도일 것으로 추계하였고, 비용효과적인 것으로 평가되었다. 정신건강교육을 전혀 받지 않는 경우 54%의 아동은 생애동안 행동장애를 겪을 가능성이 있는 것으로 분석되었다. 학교에서의 괴롭힘을 예방하기 위한 프로그램도 비용효과적인 사업으로 평가되고 있다. 또한 정신과전문의가 개입된 조기검진프로그램도 전반적인 정신질환치료비용을 감소시키는 것으로 평가되었다(Department of Health),

나) 지역사회차원의 정신건강 증진정책

영국의 정신건강 증진정책은 조기에 정신건강문제를 개입하여 예방함으로써 생애의 정신건강 관련 비용을 절감하는 데 목표를 두고 있다. 만5세 아동의 정신건강문제를 조기개입하는 부모대상 개입사업은 행동문제를 보이는 아동의 부모에게 양육태도를 바꾸어 문제행동을 감소시킬 수 있게 하는 프로그램이며 비용효과적인 사업으로 평가되었다.

보건부 산하의 아동·청소년 정신건강서비스(Children and Adolescent Mental Health Services, CAMHS)에서 일반적인 사업과 취약계층대상 사업, 특성화된 사업을 제공하고 있다. 일반적인 정신건강사업은 전체 아동·청소년을 대상으로 하고 있고, 특성화된 사업은 지속적인 관리가 필요한 청소년을 대상으로 보건과 사회적 서비스를 제공하는 사업이다.

4) 호주의 아동·청소년 대상 정신건강 증진정책

(1) 학교 정신건강 증진사업인 마음의 문제(Mindmatters)프로그램

학교중심의 포괄적인 정신건강 증진프로그램이다. 세계보건기구의 건강 증진학교 모델을 기초로한 종합적인 건강 증진모델을 기반으로 한 사업이다. 아동·청소년의 사회심리적 정신건강을 목표로 하고 있으며 호주의 중고등학교 학교모델과 교과과정, 전문성개발 프로그램을 개발시켜서 학생에게 알맞게 적용할 수 있는 정신건강 증진프로그램을 제공하도록 추진되고 있다. 전체학교 공동체와 모든 학생 및 교직원, 20%~30%의 학교에서의 도움이 필요한 학생, 3~12%의 정신건강개입이 필요한 학생 등으로 구분된다.

교사와 학생의 참여와 상호작용을 중요시하는 프로그램이다. 학교의 모든 교사가 학생정신건강 증진사업에 참여하여 안전하고 지지적인 분위기와 학습 환경을 제공한다. 마음의 문제 프로그램의 접근대상은 네가지 수준으로 개입대상이 구분된다. 전체학교 공동체 영역은 지역사회기관, 학부모, 학생 등을 포함하고 학부모와 학생의 관계의 질, 학교의 정신, 학교정책 등을 포함한다.

이 프로그램에서 기대하는 학생의 능력은 의사소통기술, 도움요청기술, 문제해결 기술 등을 포함한다. 정신건강교육과정은 정규적인 교육과정안에서 정신건강교육이 수행되도록 하고 있다.

(2) 지역사회의 정신건강 증진프로그램

지역사회에서는 전문가의 평가와 치료가 필요한 학생을 대상으로 하여 의뢰된 학생의 치료를 지원한다. 또한 학생이 정상적인 학교생활을 할 수 있도록 지원한다. 호주 멜버른, 빅토리아 지역에서는 15~24세 청소년을 대상으로 하여 정신질환, 알코올 의존, 약물남용에 대한 조기발견, 조기개입, 담당자 교육을 하는 중재 기관을 두고 운영한다. 정신질환과 관련된 사람들을 전화 상담을 통해 평가와 조속한 개입을 실시할 수 있도록 지원한다. 프로그램운영과 인력교육, 환자의 평가와 연계 등을 담당하고, 상담과 치료는 지역사회의 자원을 활용한다(김윤 등, 2008).

4. 아동·청소년대상 정신건강 증진 국내정책 현황

1) 아동·청소년 정신건강수준 현황

우리나라 아동·청소년기 15세-19세의 인구 10만명당 자살사망률은 1990년 6.3명에서 2009년 10.7명으로 계속증가 해 왔다.²³⁾ 전체 연령의 자살사망률 31명보다는 적으나 20세 이후 자살사망률이 급증하고 연령대별로 증가하는 양상을 보여 왔다.

우리나라 전체 장애인 중 자폐성장애자와 지적 장애인의 연령별 분포를 보면, 17세 이하의 아동·청소년이 가장 많은 것으로 나타났다(자폐성 장애 78.5%, 지적 장애 30.4%)(변용찬 등, 2009). 정신장애의 종류는 정신분열병, 분열형 정동장애 및 반복성 우울장애 등이 포함된다.²⁴⁾

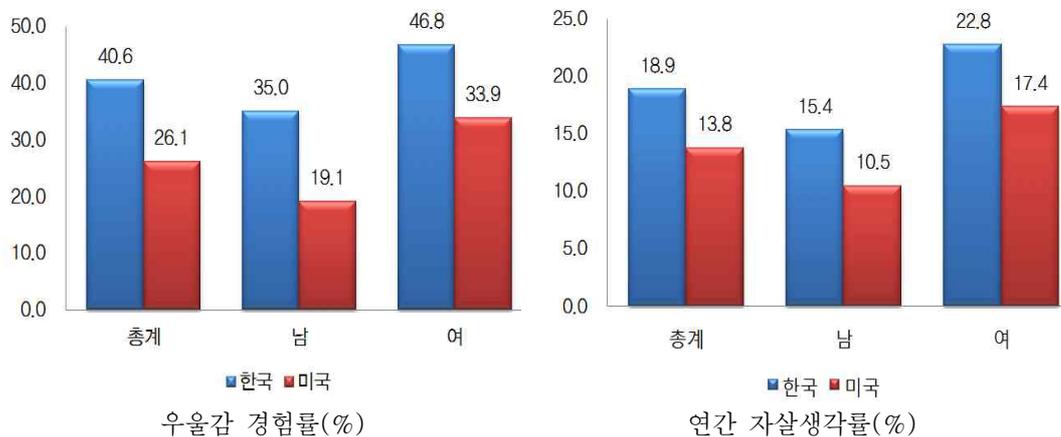
질병관리본부의 중고등학교 학생대상 청소년 건강행태온라인조사통계에서는 청소년의 정신건강과 관련된 변수로 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 주관적 수면충족률, 자살 생각률, 자살 시도율 등의 지표를 생산하고 있고, 다른 관련된 변수는 흡연율, 음주율, 부적절한 체중감소 시도율, 인터넷 사용률(고위험 및 잠재적 위험군) 등을 산출하고 있다. 중고등학생의 우울감 경험률(지난 12개월 동안 2주간 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 비율)은 2006년 41.4%에서 2009년 37.5%로 감소하는 추세에 있다. 그러나 중학교 1학년에서 고등학교 3학년 까지 우울감 경험률은 연령증가와 더불어 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있다. 고등학생의 우울감 경험률은 2009년 40.6%(남자 35.0%; 여자 46.8%)로 나타났다. 미국의 CDC의 청소년건강위험요인조사결과의 우울감 경험률(2009년)은 고등학생이 26.1%(남자 19.1%, 여자 33.9%)로 우리나라보다 매우 낮은 편으로 나타났다.

질병관리본부 청소년건강행태온라인조사에서 연간 자살생각 경험률은 2006년 23.4%에서 2009년 19.1%로 감소하는 추세이다. 2009년의 경우 자살생각 경험률은 남자(15.2%)보다는 여자(23.5%)가 더 높은 경향이 있고, 중학생(19.3%)보다 고등학생(18.9%)이 약간 낮은 경향을 보였다. 미국 CDC의 청소년건강위험요인조사결과의 연간 자살 생각률(2009년)의 고등학생 평균은 13.8%(남자 10.5%, 여자 17.4%)로 우리나라보다 낮은 수준이다.

23) 자료원: 통계청, 정진욱 등(2010), 의료인을 통한 자살예방체계구축방안연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원, p.32. 에서 재인용.

24) 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.

질병관리본부 청소년건강행태온라인조사에서 주관적인 스트레스 인지율은 2006년 46.5%에서 2009년 43.2%로 낮아지는 추세에 있고, 2009년의 경우 남자(37.3%)보다 여자(50.0%)가 높고 학년이 높아질수록 스트레스인지율도 지속적으로 상승하는 경향을 보여 왔다. 고위험 인터넷 사용률²⁵⁾은 3.0%(2009년)로 남자(4.1%)가 여자(1.8%)보다 높게 나타났고, 연령증가와 더불어 증감의 경향이 뚜렷하게 나타나지 않는 특성을 보인다. 2009년의 경우 인터넷사용의 잠재적 위험군은 약 11.7%(중학교 10.9%, 고등학교 12.4%; 남자 13.5%, 여자 9.6%)로 나타난 바 있다. 미국의 CDC의 청소년 건강위험요인조사결과에서 고등학생 중 하루3시간이상 컴퓨터 사용 경험률은 24.9%(남자 28.3, 여자 21.2%)로 성별차이가 큰 것으로 나타났다.²⁶⁾



【그림 I-5】 우울증 및 자살생각률의 국제비교

25) 인터넷중독 자가진단 총점이 52점 초과 또는 1요인 16점 초과, 3요인 10점 초과, 6요인 12점 초과 모두 해당되는 사람의 분율(질병관리본부)

26) 자료원: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/publications.htm>; Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2009, MMWR 2010;59(SS-5):1-142

2) 우리나라 아동·청소년대상의 정신건강 증진정책 목표

역학적으로 볼 때 우리나라 국민들이 겪고 있는 주요 만성질환은 심혈관질환, 암, 당뇨병 등이며 이러한 질환은 금연, 절주, 체중조절 등을 통해 예방이 가능한 질병이다. 즉, 국민의 건강 증진을 위하여 정책개선이 요구되는 내용은 금연교육, 절주교육, 체중조절(식사와 운동)교육, 스트레스 관리 및 정신건강 등이다. 보건복지부의 2020년까지의 국민건강 증진종합계획에서는 국민의 정신건강 증진과 정신질환의 치료 및 관리강화를 통해 질환으로 인한 사회적 부담을 감소시키고, 삶의 질을 향상시키는 데 목적을 두고 있다. 특히 우리나라에서는 2006년의 경우 정신질환자의 11.4%만이 정신보건서비스를 이용하는 낮은 이용률을 나타내고 있었다. 이는 정신건강서비스를 이용하는 데 대한 선입견이나 접근성이 낮기 때문인 것으로 분석된다. 정신건강 증진정책의 주요 목표는 성인 및 아동·청소년의 정신질환치료를 향상과 더불어 아동·청소년의 스트레스 인지율 감소 등을 포함하고 있다. 특히 19세 이하 인구집단의 10만명 당 자살사망률을 2007년 4.6명에서 2020년에는 3.5명으로 낮추는 것을 목표로 삼고 있다.

국민건강 증진종합계획의 학교보건서비스의 목표에도 학생의 정신건강 증진에 관한 목표를 포함하고 있으며 자살 시도율, 스트레스 인지율 감소, 고위험 인터넷 사용자율 감소, 흡연 및 음주율 감소, 흡입제 등 약물사용 경험률 감소 등을 주요 목표로 하고 있다.

표 I-4 국민건강 증진종합계획의 아동·청소년 정신건강 관련 지표

목표 1-1	청소년 흡연율을 낮춘다.						
지표 현황 및 목표치		2005	2007	2008	2011	2015	2020
	중·고등학교 남학생 흡연율	14.3%	17.4%	16.8%	15.0%	14.0%	12.0%
	중·고등학교 여학생 흡연율	8.9%	8.8%	8.2%	7.5%	7.0%	6.0%
지표 정의	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율						
목표치 설정근거	선진국의 청소년 흡연율 감소추세를 따라 현 수준의 3/4 이하로 감소						
자료출처	질병관리본부(2009), 제4차(2008년) 청소년건강행태온라인조사 통계.						
관련 세부사업	흡연예방, 흡연자 금연, 금연 환경 조성 관련 모든 사업						

목표 10-2	정신질환에 대한 조기개입을 통한 정신건강 증진을 도모한다.						
지표 현황 및 목표치		2005	2007	2008 ²⁷⁾	2011	2015	2020
	정신질환 치료율						
	-중증정신질환 치료율 향상1)	-	21.0% (06)	-	25.0%	33.0%	40.0%
	-성인우울증 치료율 향상1)	-	23.0% (06)	-	25.0%	33.0%	40.0%
	-노인우울증 치료율 향상1) (2011년 대비 30%)	-	-	-	자료 생성	15% 향상	30% 향상
	-아동·청소년정신질환 치료율 향상 (2011년 대비 30%) ¹⁾	-	-	-	자료 생성	15% 향상	30% 향상
	스트레스 인지율 감소						
	-청소년 스트레스 인지율 감소2) (13세~18세)	45.6%	46.5%	43.7%	43.0%	40.0%	39.0%
	-스트레스 인지율 감소3) (19세 이상 성인)	35.1%	27.1%	28.9%	28.0%	27.0%	25.0%
지표 정의	- 치료율: 역학조사 대상자 중 정신질환자(중증/우울/노인/아동·청소년)으로 정신의료기관 이용경험을 한 사람의 비율 - 스트레스 인지율: 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는 분율('①대단히 많이 느낀다' 또는 '②많이 느끼는 편이다'라고 응답한 대상자 수)						
목표치 설정근거	- 기존 조사결과 대비						
자료출처	1) 정신질환역학조사(5년 단위 실시: 2011년 실시 예정) 2) 청소년 건강행태조사통계(매년) 3) 국민건강영양조사(매년)						
관련 세부사업	가. 광역 및 지역 정신보건센터 기능 강화(조기 정신병에 대한 개입 강화/아동·청소년정신건강 사업 확대/노인 정신건강사업 확대) 나. 지역사회 정신건강네트워크 구축(지역사회 조기정신질환 발견 네트워크 체계 구축/정신건강 관련 협의체 구성)						

27) 목표3, 목표5 2009, 2010 삭제 2005, 2007 추가

목표 10-4	자살 위험 없는 안전한 사회를 구현한다.						
지표 현황 및 목표치		2008	2009	2010	2011	2015	2020
	자살이 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율 향상(2010년 대비 50% 이상)1)	-	-	-	지표 생성	30.0% 향상	50.0% 향상
	10세~19세 이하 인구 10만명당 자살사망률 감소2)	4.6명	6.5명		6.0명	5.5명	4.0명
	노인인구(65세 이상) 10만명당 자살사망률 감소2)	72.1명 (06)	73.6명 (07)	-	70.0명	65.0명	60.0명
	인구 10만명당 자살사망률을 18명으로 감소2)	26.0명	31.0명	-	23명	20명 (13)	18.0명
지표 정의	- 노인자살사망률: 65세이상 노인 인구 10만명당 자살사망자 수 - 청소년 자살사망률 : 10세~19세 이하 인구 10만명 당 자살자 수						
목표치 설정근거	- 기존 조사 대비						
자료출처	1) 한국자살예방협회(매년). 자살인식도 조사 2) 통계청(매년). 사망원인 분석 결과 가. 광역형 24시간 위기관리 서비스 강화 (광역정신보건센터 확충/ 자살상담전화 및 24시간 응급개입서비스 제공 및 체계 구축) 나. 자살시도자를 위한 공공의료서비스 체계 구축 (응급의료센터 기반의 자살시도자 사례관리팀 구축/ 지역사회 네트워크(응급개입) 구축) 다. 아동·청소년 정신보건서비스 강화 (지역 기반의 아동·청소년 정신보건서비스 팀 구축/ 정부 부처간 협력을 통한 정신건강관리 체계 구축 지원) 라. 지역정신보건센터 사례관리 강화 (중증정신질환자의 자살 예방을 위한 응급개입 서비스 강화/ 사업요원을 위한 자살관련 상담 및 교육 기회 확대)						
목표 25-2	학생들의 불건강한 보건행태의 감소						
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020	
	현재 음주율	24.5%	24.5%	23.0%	21.0%	20.0%	
	비만도	11.6%	11.6%	11.6%	11.6%	11.6%	
	격렬한 신체활동 실천율	31.8%	31.8%	32.0%	32.8%	33.8%	
	신체능력 4,5급 비율	42.0%	42.0%	42.0%	42.0%	37.0%	
흡입제 등 약물 사용 경험률	0.7%	0.77%	0.657%	0.557%	0.407%		
지표 정의	○ 현재 흡연율=(현재 흡연자/총학생수) * 100 ○ 현재 음주율=(현재 음주자/총학생수) * 100 현재 음주자: 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 분율 분 자: 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 수 분 모: 조사대상자 전수 ○ 비만도(%)=(측정체중-표준체중)/표준체중 x 100 ○ 격렬한 신체활동 실천률=(주 3일 이상 격렬한 신체활동자수/총학생수)*100						

	<p>○ 신체능력=학생 건강 체력 평가 1~5등급 (초등학교: 2009년부터; 2010년부터 중학교; 2011년부터 고등학교 시행) ○ 평생 약물 경험률: 평생 동안 기분의 변화나 환각 등의 경험, 과도한 살 빼기 등을 목적으로 부탄가스, 본드를 비롯하여 각성제, 히로뽕, 암페타민, 마약, 많은 양의 기침 가래약, 신경안정제 등을 먹거나 마신 적이 있는 사람의 분율</p>					
목표치 설정근거	<p>- 2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료 - 2010년 교과부의 학생신체능력검사 결과(2000~2008) 내부통계자료 및 - 2005년 서울시 소아청소년의 정신장애 유병률 조사결과를 근거로 하였음</p>					
자료출처	<p>1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계. 2. 교육과학기술부 내부자료(2010). 학생신체능력검사 결과(2000~2008). 3. 조수철 등. 2005년도 역학사업보고서 - 서울시 소아청소년 정신 장애 유병률 조사 - 서울특별시, 학교보건진흥원, 서울대병원 소아정신과, 서울시 소아청소년광역정신보건센터. 4. 이승욱, 장창극, 김광기등(2007). 학생건강검진결과분석. 서울대학교보건대학원.</p>					
관련 세부사업	나. 학생들의 불건강한 보건행태의 감소					
목표 25-5	학생들의 건전한 성 행태(이성교제)의 증가					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	성관계 경험률	5.1%	5.1%	4.9%	4.1%	3.1%
	보건교육(성교육) 수강 경험률	60.4%	60.4%	63.5%	75.0%	90.0%
지표 정의	<p>○ 성관계 경험률=(성관계 경험자 수/총학생수)*100 ○ 성교육 수강 경험률 = (성교육 수강자 수/총학생수)*100</p>					
목표치 설정근거	<p>- 2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료를 근거로 하였으며 조사결과 중고등학생들의 성관계 경험률이 3년 평균 증가 또는 감소하여 변동이 없음. 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 성관계 예방사업이 성공한다고 가정 하면 성관계 경험률의 감소율을 매년 0.2%씩으로 계산 - 현재 성교육 수강 경험률은 2004년 연구결과이며, 2009년부터 시행한 보건교육 수강 경험률은 지표가 없음 - 지표설정을 위한 각급 학교별 전국 통계의 산출이 필요함</p>					
자료출처	<p>1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계. 2. 유미숙, 김수형, 조유진, 김혜진(2004). 성교육 프로그램의 효과분석 및 개선방안 연구. 교육인적자원부</p>					
관련 세부사업	마. 학생들의 건전한 이성교제의 조성					

목표 25-4	학생들의 정신건강의 증가					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	자살 시도율	4.7%	4.7%	4.5%	3.7%	3.2%
	스트레스 인지율	43.7%	43.7%	42.7%	38.7%	36.2%
지표 정의	<p>○ 자살 시도율=(자살시도 학생 수/총학생수)*100</p> <p>○ 스트레스 인지율 = (평상 시 스트레스를 대단히 많이 또는 많이 느끼는 학생 수/총학생 수)*100</p>					
목표치 설정근거	<p>- 2006, 2007, 2008년 청소년건강행태온라인조사통계 자료를 근거로 하였으며</p> <p>- 조사결과 중고등학생들의 자살 시도율이 3년 평균 0.2%씩 감소하고 있음. 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 자살예방 사업이 성공한다고 가정하면 자살 시도율 감소율을 향후 5년간 매년 0.2%씩, 이후 5년간 0.1%씩 계산</p> <p>- 조사결과 중고등학생들의 스트레스 인지율이 3년 평균 0.9%씩 감소하고 있음. 이러한 통계를 근거로 학생대상 새로운 스트레스 예방사업이 성공한다고 가정하면 스트레스 인지율의 감소율을 향후 5년간 매년 1.0%씩, 이후 5년간 매년 0.5%씩으로 계산</p>					
자료출처	<p>1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2007, 2008, 2009). (2,3,4차) 청소년 건강행태 온라인조사통계.</p> <p>2. 한양대학교 정신과 교실(2005-2008). 우리나라 청소년의 정신보건 실태, 청소년건강행태 온라인조사 결과를 중심으로.</p>					
관련 세부사업	라. 학생들의 정신건강 향상					
목표 25-7	학생들의 인터넷 중독 감소					
지표 현황 및 목표치		2008	2010	2011	2015	2020
	고위험 인터넷 사용자율	3.3%	3.3%	3.1%	2.8%	2.3%
지표 정의	<p>○ 고위험 인터넷 사용자율=(인터넷 중독 자가진단 점수의 총합이 52점 초과, 1요인 16점 초과, 3요인 10점 초과, 6요인 12점 초과 모두/총학생수)*100</p>					
목표치 설정근거	<p>- 제4차(2008년) 청소년건강행태온라인조사에 처음으로 삽입된 항목으로 이전의 데이터가 없음</p> <p>- 이에 대비한 인터넷 중독예방 사업의 효과는 미미할 것으로 생각되어 고위험 인터넷 사용자의 감소율을 매년 0.1%로 계산</p>					
자료출처	<p>1. 보건복지부, 교육과학기술부, 질병관리본부(2009), 4차(2008년) 청소년건강행태 온라인 조사 통계.</p> <p>2. 교육과학기술부 내부자료(2010). 청소년 유해정보 필터링 S/W 보급실적.</p>					
관련 세부사업	사. 학생들의 인터넷 중독 감소사업					

3) 아동·청소년 정신건강수준 파악을 위한 정부정책의 현황

(1) 학생정신건강검진사업

교육과학기술부 주관으로 학생정신건강검진사업이 2007년부터 추진되어 왔다. 2007년 전국96개 교 대상 시범사업을 실시하고 2008년에는 전국 초중고 학교 중 2.2%에 해당하는 245개교의 초중고 학생 76,465여명을 대상으로 실시되었다 시도 지정학교 초등학교 1,4학년 중1, 고1학년생을 대상으로 하였다. 조사방법은 전문적인 초중고생용 선별검사 도구를 사용하여 보건교사 및 담임교사 주도하여 정밀검사 대상자(학부모 동의하에 조사)를 선별하게 한 후 정밀검진을 받도록 가정е 통보하는 방식이었다. 조사결과 정밀검진이 필요한 학생이 12.9%로 나타났다(남자 13.0%, 여자 12.7%). 정밀검진이 필요한 학생의 비율은 고학년일수록 높게 나타났다(초4학년 11.3%, 중1학년 13.5%, 고1학년 15.1%). 학생정신건강검진에 대한 학부모의 만족도는 86.4%로 높게 나타났으나, 교사와 보건교사의 경우는 50%를 넘지 않는 것으로 나타났다. 교사들이 필요하다고 지적한 과제들은 학생정신건강검진사업에 대한 홍보와 교육, 정신보건센터와의 협조체제구축 및 업무분담, 학생에 대한 지속가능한 사후관리, 학교 내 전담부서 및 전문 인력배치, 부모 동의 없이 치료받을 수 있는 지원체계 등이었다(박효정·안동현, 2008).

2009년도에 중학교 284개교, 고등학교 196개교 의 학생 102,837명을 대상으로 한 우울증 검사결과에서 약 40%의 학생이 우울증상이 있는 것으로 나타났고, 경도 23%, 중등도 12%, 심도5% 였다. 초등학생의 과잉행동증후군의 유병률은 약11%인 것으로 분석되었다. 심층사정평가가 필요한 것으로 나타난 학생은 초등학교 15.6%, 중학교 17.8%, 고등학교 17.6% 등이었다.

2010년의 조사결과 심층사정평가가 필요한 학생은 초등학교 10.7%, 중학교 15.0%, 고등학교 12.6% 등으로 상이한 결과를 보였다. 심층사정평가는 정신보건센터, 위(WEE)센터, 병원 등에 의뢰되어 실시되었다. 2/3 정도는 정신보건센터에서 심층사정평가가 이루어졌고 주된 정신건강문제는 우울 등 정서문제 43.6%, 문제 미발견 15.9%, 기타문제 13.9%, 인터넷 중독 3.5%, 발달문제, 정신병적 문제, 물질남용의 문제는 1% 이내인 것으로 보고되었다. 인터넷 중독은 중학교 1학년 남자(8.3%)에서 가장 높은 것으로 평가되었다. 심층사정평가와 더불어 학교의 의뢰에 의해 정신보건센터에서 제공하는 서비스는 치료서비스 연계, 사례관리서비스(개별상담, 집단치료 및 상담, 가족개입 및 교육, 지역사회서비스 연계(복지서비스 주택지원, 푸드뱅크 등), 문제해결집단 운영 등의 서비스들

이 연계되고 있다.

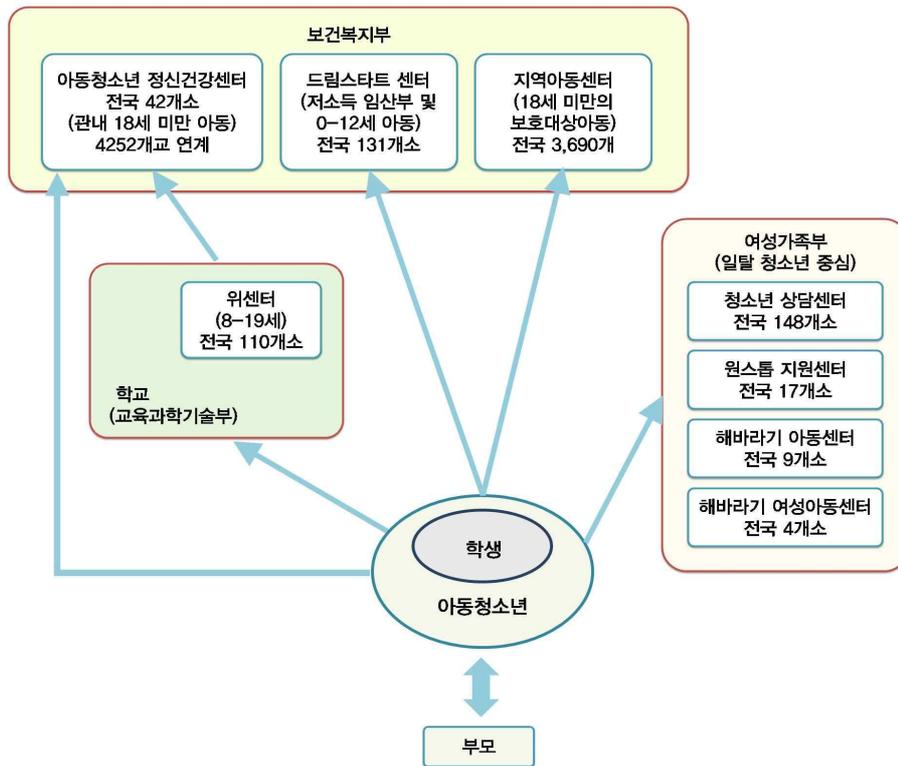
Cochrane review의 2009년 보고²⁸⁾에서는 우울증의 스크리닝이 1차 보건의료상에 주는 영향력이 거의 없는 것으로 평가하고 있다. 일차보건의료서비스에 주는 영향력은 학생 우울증의 규모, 우울증 관리, 우울증 치료의 결과를 포함한다.

(2) 아동·청소년 정신건강 관련서비스 제공의 현황

보건복지부 산하의 기관 중 아동·청소년 정신건강을 일차의료차원에서 관리할 수 있는 기관은 정신보건센터이다. 정신보건센터에서는 정신건강문제를 조기발견하고, 심층사정평가, 사례관리, 치료연계 및 진료비 지원 등의 사업을 실시하고 있으니 전국적으로 아동·청소년 대상으로 특화된 센터는 42개소 정도 있다. 그 외에 국공립병원에서도 서비스가 있으나 소아·청소년의 정신건강서비스에 대하여 전문화된 서비스를 제공하는 기관을 거의 없다고 할 수 있다. 그 외에 복지서비스를 제공하는 지역아동센터, 드림스타트센터 등이 있다.

교육과학기술부에서는 학교에서 상담 및 연계를 할 수 있는 위(wee) 프로젝트를 실시해 오고 있다. 위클래스는 자기표현·감수성 훈련프로그램, 진로탐색·소질개발 프로그램, 학습전략과 방법을 지원하는 학습 클리닉 등의 다양한 개별 및 집단 프로그램과 학생의 특기와 흥미에 맞는 체험프로그램 등을 제공하고, 위센터는 상담서비스와 학생의 잠재력, 학교 및 사회적응력, 글로벌 리더십 등을 향상 시키는 다양하고 전문화된 맞춤형 프로그램 제공(임상심리사에 의한 심리검사 및 사례 진단, 전문상담사에 의한 가정문제, 학교폭력, ADHD등의 위기 유형별 상담, 사회복지사에 의한 지역사회연계 장학금 지원과 같은 복지 혜택, 학습지도사에 의한 학습컨설팅 실시 등)을 제공한다. 위스쿨은 학년·학급이 구분되지 않은 통합교육과정으로 운영되며 학교 교육이외에도 심성 교육, 직업교육, 사회적응력 프로그램 등을 함께 지원하고 있다.

28) 자료원 : The Cochrane Collaboration.(2009). Screening and case finding instruments for depression (Review),
Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



【그림 I-6】 정부의 아동·청소년 정신건강 관련 서비스 제공기관과 대상범위

4) 아동·청소년 정신건강서비스의 우수사례 분석

지역의 아동·청소년 정신건강센터는 교육과학기술부에서 지정된 학교 4,252개교 학교 및 기타 학교에서 의뢰된 학생, 지역 복지시설 및 관련 기관에서 의뢰된 청소년의 등록과 관리를 담당하고 있다. 중앙정신보건사업지원단에 의하여 표준화된 사업모형을 가지고 사업을 실시하게 된다. 일반상담과 심층평가, 교육실시, 집단프로그램실시, 지역 병의원에 의뢰, 홍보행사 실시 등을 담당하고 있다. 우수프로그램의 공통된 특징은 학부모, 교사 대상 교육훈련 프로그램을 실시하고 있다는 점이다. 지역 내 관련 병의원, 기관과 서비스를 연계하고, 운영위원회를 활성화하는 데 노력하는 것도 공통적인 점이라고 할 수 있다.

분석결과 아동·청소년 정신건강센터에서 우선적인 대상은 관내 시설아동 등 고위험집단이었다. 선별검사를 통하여 고위험으로 분류된 사람을 대상으로 한 집중관리 치료프로그램 등이 주된 사업이었다.

표 I-5

정부의 아동·청소년 정신건강서비스 우수프로그램

지역	지역센터명	프로그램의 종류(집단상담 및 프로그램중심)
서울특별시	노원	- 초등학생 사회성증진 - 중학생 대인관계향상
부산광역시	정신보건센터	- 초등학생 학습습관향상, 주의력향상 및 사회기술향상 - 특수학교학생 분노조절 프로그램
대구광역시	수성구	- 초등학생 ADHD아동 사회성증진프로그램 - 중학생 인터넷 중독예방, 생활계획캠프
인천광역시	서구	- 인터넷사용조절, 산만한 아동사회기술훈련
광주광역시	남구	- 중학생대상 학교폭력예방 프로그램 - 보호관찰소수강명령대상자 대상 진로탐색프로그램 - 고등학생대상 금연프로그램, 학교폭력/분노조절예방, 자살예방, 생활기술 프로그램
대전광역시	서구	- 초등학생 ADHD 및 행동장애, 정서장애 - 중학생 자아성장 프로그램(정서장애) - 고등학생 학습도움실학생대상 사회기술훈련
경기도	수원시	- 가족기능향상프로그램 - 초등학생 자존감향상, 영어멘토링, 학부모 오카리나, 특수체육프로그램, 미술치료, 인터넷사용조절 - 고등학생 인터넷 중독예방
강원도	춘천시	- 우울아동 프로그램, 미술심리프로그램 - ADHA아동을 위한 부모와 아동프로그램 및 사회기술훈련 - 고등학생 대상 우울인식개선 프로그램 - 중학생을 위한 인터넷 중독
충청북도	청원군	- 지역아동센터 아동대상 사회기술훈련프로그램 - 중학생 대상 자살예방프로그램(생명사랑지킴이)
충청남도	아산시	- 시설아동대상 사회성향상프로그램, 분노조절프로그램, 치료놀이프로그램 - 초등학교 인터넷 중독예방 - 중학생 자아존중감 프로그램 - 고등학생 우울자살중재프로그램 - 고등학교 청소년 정신건강 상담실운영
전라북도	익산시	- ADHD아동대상 사회성향상프로그램
전라남도	장흥군	- 청소년 사례관리(음악놀이치료, 가족공예)
경상북도	포항시	- 시설아동대상 자아개념향상프로그램
경상남도	마산시	- 지역아동센터 고위험군 대상 인터넷 중독예방프로그램 - 초등학생 사회성증진프로그램
제주도	제주시	- 시설, 학교방문중심 사회기술훈련/학교폭력예방프로그램

자료원: 보건복지가족부, 2008년 지역별 아동·청소년 정신건강사업 사례집

표 I-6 서울시 2010년 아동·청소년 정신건강서비스 우수프로그램

지역	프로그램의 종류(집단상담 및 프로그램중심)
서울특별시 소아청소년 정신보건센터	정신건강 시청각교육자료보급(ADHD, 우울증, 인터넷 중독)
강동구	ADHD 고위험아동 집중력증진프로그램(야구)
노원구	MINDBRIDGE프로그램(ADHD, 우울증, TIC 관리)
도봉구	지역아동센터대상 정신건강 증진(집중력향상, 인터넷 중독예방, 사회성증진)
동작구	청소년대상 우울증예방관리
서대문구	토요자녀상담실(심리검사, 치료비지원, 재활치료)
성북구보건소	조기 정신증 대상자 집중사례관리
영등포구	학교기반정신보건교육(중학교 우울증예방)
종로구	종로구 보건소 (중고생 대상 정신질환바로알기교육)
중구	정신건강인식개선정보시스템 구축운영
중랑구	아동·청소년대상 우울증예방과 주의력집중향상

자료원 : 서울시청, 2010년 정신보건사업우수사례집

5. 아동·청소년의 정신건강서비스이용에 관한 FGI 조사

1) 조사의 개요

FGI 조사를 위해서 정신건강서비스 이용경험이 있는 초등학생, 중학생, 고등학생과 학부모를 모집하여 인터뷰 회의를 실시하였다. 지역 정신보건센터²⁹⁾를 통하여 모집된 대상자 부모들에게는 사전설문지에 응답하게 한 후 인터뷰 회의를 실시하였다. 회의는 학생과 학부모의 일정이 모두 가능한 날로 하기 위하여 공휴일(6월6일)에 실시하였다. 본 조사에 참여한 학생과 학부모는 서울 및 수도권 지역에 거주하는 사람들로 구성되었다. 주요 조사내용은 학교에서의 정신건강 상담서비스 경험, 지역사회에서의 정신건강 상담 서비스 경험에 대한 것으로 구성되어 있고, 전반적인 서비스만족도와 요구도를 포함하였다.

조사대상의 모집결과 초등학생5명, 중학생5명, 고등학생2명과 학부모가 함께 참여하였다. 고등학생의 모집이 어려웠던 이유는 학부모와 함께 참여하려는 사람이 거의 없었기 때문이었다. 참여하고자 하는 대상은 초등학생의 학부모가 가장 열의가 높았다. 고등학생의 정신건강서비스경험 및 요구도에 대해서는 추가적인 학부모 면담 회의를 통하여 정보를 수집하였다.

표 I-7 학생 그룹 조사내용

구분	질문 내용
학교에서의 정신건강 상담서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 학교에서의 정신건강검사 경험 - 담임선생님의 정신건강 상담서비스 추천 경험 - 담임선생님의 협조 - 보건선생님의 협조 - 학교에서 상담서비스를 처음 받아본 시기 - 경험해본 학교 상담서비스 종류(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) - 학교에서 상담서비스를 받기 어려운 이유 - 학교 상담서비스의 효과 및 그 이유 - 인터넷 상담 경험 여부, 세부사항 등 - 정신건강검진 경험 여부, 효과 - 학교 상담서비스의 발전방향

29) 협조기관 : 서울시 강남구 정신보건센터, 은평구 정신보건센터, 노원구 정신보건센터, 수원시 정신보건센터, 부천시 정신보건센터

<p>가정, 지역사회에서의 정신건강 상담서비스</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 고민상담 조력자(친구, 부모, 기타 친척, 선생님, 정신건강(보건)센터 선생님, 의사선생님, 기타) - 정신건강(보건)센터 알게 된 시기 및 계기 - 정신건강(보건)센터에서 받아본 서비스(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 다른 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심.) - 불편한 점 - 지역사회의 정신건강센터에서 받아본 서비스, 불편한 점 - 정신건강서비스 본인부담비용 - 지역사회의 일반 병원 이용 경험, 불편한 점 - 계속 서비스를 받는 데 필요한 보완점
-----------------------------------	--

표 I-8 학부모 그룹 조사내용

구분	질문 내용
<p>학교에서의 정신건강 상담서비스</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 학교에서의 정신건강검사 경험 - 담임선생님의 정신건강 상담서비스 추천 경험 - 담임선생님의 협조, 상담경험 - 학생정신건강 증진에 관한 학교의 정보 제공, 제공된 경우 정보의 내용 - 학교에서 상담서비스를 처음 받아본 시기 - 경험해본 학교 상담서비스 종류(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심) - 학교에서 상담서비스를 받기 어려운 이유 - 학교 상담서비스의 효과 및 그 이유 - 인터넷 상담 경험 여부, 세부사항 등 - 정신건강검진 경험 여부, 효과 - 학교 상담서비스의 발전방향
<p>가정, 지역사회에서의 정신건강 상담서비스</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강(보건)센터 알게 된 시기 및 계기 - 정신건강(보건)센터에서 받아본 서비스(검사, 상담, 미술치료 등 요법, 다른 정신건강센터, 정신보건센터, 병의원에 가라고 하심.) - 불편한 점 - 정신건강서비스 본인부담비용 - 지역사회의 일반 병원 이용 경험, 불편한 점 - 계속 서비스를 받는 데 필요한 보완점

No	이름	연령	성별	교급/학년	거주지	보호자
1	송○○	13세	M	초등학교/6학년	서울	모
2	김○○	12세	M	초등학교/5학년	서울	모
3	최○○	12세	M	초등학교/5학년	수원	모
4	김○○	11세	F	초등학교/5학년	수원	부
5	한○○	11세	F	초등학교/6학년	서울	모
6	최○○	15세	F	중학교/2학년	부천	모
7	김○○	15세	M	중학교/2학년	수원	모
8	한○○	14세	M	중학교/1학년	서울	모
9	강○○	14세	M	중학교/3학년	서울	모
10	이○○	14세	F	중학교/2학년	서울	모
11	이○○	17세	F	고등학교/1학년	서울	모
12	정○○	17세	F	고등학교/2학년	서울	부

2) 조사결과

초등학생은 전체 5명 중 3명이 서비스를 이용해 본 경험이 있었으며, 중학생은 5명 중 4명이 이용하였고, 고등학생은 2명 중 아무도 서비스를 이용하지 않았다. 연령에 따라 서비스를 처음 접하게 된 시기가 달랐다. 담임선생님이나 학교의 상담선생님을 통해 서비스를 이용하게 되었다. 주로 학생의 상황에 맞는 상담이나 다른 전문기관으로의 서비스 연계가 이루어졌으며, 심리치료, 미술치료, 약물치료 등이 병행되었다. 서비스의 효과에 대해서는 다양한 의견이 나왔다. 학교 상담서비스를 이용하는 데 있어 담임선생님과 담당 상담선생님은 매우 협조적이었으나, 한 초등학교 학생의 학부모는 담임선생님의 특성에 따라 다르다고 응답하였다.

초등학생 5명 중 4명, 중학생 5명 중 3명, 고등학생은 2명 모두가 민간 병원의 정신건강서비스를 이용한 경험이 있었다. 민간 병원에서는 학생들의 상황에 따른 각종 검사, 상담 및 치료를 제공하였다. 특히 민간 병원의 서비스를 이용한 적이 없는 초등학생 1명의 학부모는 그 이유를 '필요를 못 느껴서'라고 응답하였으나, 중학생 2명의 부모들은 모두 '비용 때문'이라고 응답하였다.

표 I-10 학교 상담서비스 이용 경험

구분	초등학생	중학생
<i>처음 서비스 받은 시기</i>		
2011년		1
2010년	1	
2009년	1	
2008년	1	1
2007년		
2006년		1
2005년		1
<i>알게 된 경로</i>		
담임선생님	3	1
가족		
기타		3(학교 상담선생님/이웃의 또래친구)
<i>이용해본 서비스*</i>		
검사		2
상담	2(부모자녀관계 개선)	3(심리상담/우울증 및 감정조절 상담)
서비스 연계	3(근처 방과 후 돌봄센터/구립 정신보건센터로 연계)	4(민간병원/정신보건센터로 연계)
요법	1(사회성 기르기 연습)	4(심리치료/미술치료/약물치료)
<i>효과</i>		
만족할만하다	1	1
보통이다	1	1
별로 만족하지 못했다	1	1
무응답		1
<i>학교선생님들의 협조정도</i>		
담임선생님	협조적이다(다만 선생님이 따라서 다름)	협조적이다
상담담당교사	협조적이다	협조적이다
계	3	4

주: * 중복응답 가능 항목

(1) 아동·청소년 FGI 조사 결과

학교에서 실시하는 정신건강 관련 검사나 상담서비스는 받아 본 아동·청소년보다 받아보지 않은 아동·청소년들이 더 많았다. 아동·청소년들이 학교에서 받아본 서비스는 주로 교내 상담센터나 상담교사를 통한 대화나 설문조사를 통한 상담 등이었다.

한편 여기서 눈여겨 볼 점은 학부모 사전 설문조사 결과에서는 학교 상담 서비스를 이용해 본 경험이 있는 아동·청소년들이 그것을 검사, 상담이라고 인지하지 못하는 경우도 있었다는 것이다. 학교에서 실시되는 서비스의 내용이 체계적이고 전문적이지 못해서 생긴 결과였는지, 아니면 대상 아동·청소년들이 학교를 정신건강의 검사 및 상담 장소로 인지하지 못해서 발생한 결과인지 알아보기 위한 심층적인 조사가 필요할 것이다.

지역의 “정신건강(보건)센터는 어떻게 알게 되었나요? 언제, 누가 알려주었나요?” 라는 질문으로 아동·청소년들이 현재 학교 외에서 받고 있는 다른 서비스들을 이용하게 된 계기에 대해 물어 보았다.

그 결과 아동·청소년에게 직접적으로 정신건강 상담서비스를 권유한 것은 부모인 경우가 많았다. 부모들 그룹에서 조사된 결과로는 대부분이 학교 선생님이나 주변 사람들이 아동·청소년들의 정신건강에 대해 조언을 하여 서비스를 이용하게 되었다고 응답하였으나, 아동·청소년들의 특성 상 이러한 응답 경향이 나타난 것으로 보인다.

다음으로 정신건강 관련 서비스를 이용하면서 어떤 점이 좋았고, 어떤 점이 불편했는지에 대해 묻자, 초등학교에 재학 중인 아동들은 주로 미술치료나 놀이치료를 통해 재미를 느끼고 있었고, 대부분의 경우 치료라는 개념보다도 놀이라는 개념으로 서비스를 인식하고 있는 경우가 많았다. 한편 초등학교 아동들은 걸어서 이동 가능한 비교적 가까운 곳에서 서비스를 받고 있었다.

그러나 중학교, 고등학교 청소년들의 경우 서비스를 받는 곳이 주거지에서 조금 먼 경향이 있었으며, 초등학교 아동들에 비해 상담이나 치료에 대한 집중도와 흥미가 떨어지는 것으로 나타났다. 이는 외부적으로는 서비스를 제공하는 선생님의 성향에 따라, 그리고 선생님이 얼마나 자주 바뀌느냐에 따라 영향을 많이 받는 것으로 나타났으며, 개인 내부적으로는 심리적 방황이 나타나는 청소년기의 특성에 따른 것처럼 보였다. 특히 남과 달리 이러한 종류의 서비스를 이용하는 것 자체에서 스트레스를 받고 있는 청소년들이 있었다. 하지만 서비스를 이용한 결과 그 효과를 스스로 느낀 청소년의 경우, 앞으로도 지속적으로 서비스를 이용하고 싶다는 의사를 밝혔다.

표 I-11

학생의 정신건강서비스 이용경험 종합

	처음 알게 된 경로				이용해본 서비스					
	담임 교사	상담 교사	학교 친구	부모	학교			지역사회		
					검사	상담	연계	검사	상담	치료
초등학생										
중학생										
고등학생										

(2) 학부모 FGI 조사 결과

가) 아동·청소년의 정신건강상태

학부모들을 대상으로 한 FGI 조사에서는 본격적인 조사에 앞서 우선 아동·청소년들의 정신건강상태를 보다 정확하고 객관적으로 파악하기 위해 부모들이 생각하는 아동·청소년의 정신건강상태에 대해 질문하였다. 대부분의 부모들은 아동·청소년들이 처음으로 정신건강에 문제가 있다고 깨닫게 된 계기 및 영향을 미친 사건들, 그리고 그에 대한 부모의 물리적, 심리적 반응을 비교적 자세히 설명하였다.

부모들이 느끼는 아동·청소년들의 문제는 주로 외로움, 고립감, 우울함, 무기력함 등의 감정적 문제와 이로 인해 또래 친구들이나 부모, 교사와의 관계에서 적응을 못하고, 표현을 안 하게 되는 사회적 적응의 문제였다. 또한 많은 아동·청소년들이 또래들 사이에서 심하게 왕따를 당한 적이 있었으며, 강력한 자살 생각을 표현하기도 하였다.

한편 이와 같은 정신건강 상의 문제에 대해 아동·청소년의 주위 사람들, 심지어는 부모 자신도 정확히 알고 받아들이거나 대응하지 못하여, 정신건강 상의 문제를 청소년기의 비행으로 치부하는 경우가 있었다.

나) 정신건강 증진을 위한 상담서비스 이용경험

(가) 서비스 이용계기

아동·청소년들이 정신건강 상담서비스를 이용하게 된 계기는 주로 학교 교사, 정신보건센터나 민간 병원의 전문가들을 통해서였다. 이는 아동·청소년들을 대상으로 한 FGI에서 부모를 통해 서비스를 이용하게 되었다고 한 응답이 가장 많았던 것과는 다른 양상이지만, 아동·청소년의 특성 상 그들의 문제를 보호자가 먼저 발견하거나, 타인이 발견한 경우에도 보호자에게 먼저 알리고, 그 다음 대응방안을 상의하였기 때문으로 생각된다.

학교에서의 상담을 통해 정신건강 상담서비스를 이용하게 된 아동·청소년들은 대부분 학교생활에 문제가 있어 이에 대한 상담을 하다가 정신건강상의 문제를 발견하게 된 경우가 많았으며, 이상 징후 발견 이후에는 교내가 아닌 교외의 센터나 병의원으로 연계되었다.

(나) 서비스의 내용 및 효과

상당수의 부모들은 학교에서 아동·청소년의 상태에 대해 관심이 없거나, 아예 정신건강 쪽으로는 무지한 경우가 많아 전혀 도움이 되지 않는다고도 응답하여 각 학교마다, 또 교사마다 차이가 큰 것으로 나타났다. 그 결과 학교에서 비행이동 내지는 비행청소년으로 인식된 대상자들이 학교 내에서 검사나 상담을 받지 못하고 바로 정신보건센터로 가게 되는 경우가 가장 많이 나타나게 되었다.

한편 수도권이지만 비교적 외진 지역에 거주하는 한 아동·청소년의 사례를 통해 정신건강에 대한 일반적인 인지도 및 이해도, 그리고 이를 위한 서비스 자원 및 인력에 있어 지역 간 편차가 매우 크다는 사실을 알 수 있었다.

또한 대부분의 아동·청소년들이 2곳 이상의 기관에서 서비스를 이용한 것으로 나타났으며, 기본적인 상담을 비롯하여 놀이치료, 미술치료, 언어치료, 그리고 약물치료까지 다양한 서비스를 받고 있었다. 그리고 한 두 사례를 빼놓고는 지원을 받는 아동·청소년의 경우에도 본인부담 비용을 따로 지불하고 있었다. 서비스의 효과에 대해서는 대부분의 부모들이 만족하는 편이었다.

(다) 정신건강 상담서비스 이용 시 불편한 점

정신보건센터 이용 시에는 긴 대기시간, 기관 간 연계의 복잡함, 저위험군 아동·청소년에 대한 서비스 부족, 직장인의 이용시간 부족, 그리고 서비스 간 연계 부족 등이 불편한 점으로 나타났다.

그 밖에 병원 및 기타 기관에서 서비스를 받는 경우에는 높은 본인부담비용이 가장 큰 문제로 제기되었으며, 또 지역 간 서비스 이용의 격차 문제, 사회적 낙인 등이 문제로 제기되었다. 한편

지역아동센터의 경우 아동청소년 여러 명이 함께 모이는 경우가 많아 아동청소년 간 폭력 및 비행 전이의 문제 등이 있었다.

(3) 소결

지난 1년간 정신건강서비스를 이용해 본 학생과 부모의 포커스 그룹인터뷰 결과에 의하면 교급별로 주요 정신건강문제와 대처방법이 다르게 나타났다. 초등학교일수록 부모의 정신건강서비스 요구도가 높은 것으로 파악되었다. 조기발견 및 조기개입에 대한 요구도가 높았다. 본 연구에서의 아동청소년기 이전단계에서 추진할 수 있는 정책과 프로그램의 접근성도 매우 중요한 것으로 분석되었다. 서비스를 받는 아동·청소년에게 지속적인 관리가 될 수 있도록 하는 것도 중요한 과제로 파악되었다.

첫째, 아동·청소년들이 정신건강 문제로 인해 서비스를 받게 될 때 이것이 학교생활과 연계가 되지 않고, 선생님들 또한 정신건강 문제를 충분히 이해하지 못하고 비행으로 받아들여 오히려 아동·청소년들을 탓하는(blame) 문제가 있었다.

둘째, 증상이 심각하지 않은 아동·청소년의 경우 서비스 수혜 대상의 우선순위에서 밀려나 정신건강서비스의 사각지대에 놓이게 되는 경우가 있었다.

셋째, 부모들 스스로가 아동·청소년들의 정신건강 문제를 정확히 이해하고 공감하지 못하는 문제가 있었으며, 이를 부모모임, 부모교육 등으로 개선하고자 노력하는 사례가 있었다.

넷째, 현재의 아동·청소년 정신보건서비스는 기관별, 시기별, 그리고 담당자별로 연계가 잘 되지 않는 문제가 있었다.

6. 아동·청소년 정신건강 정책개선을 위한 델파이 조사결과

아동·청소년의 정신건강 정책개선을 위한 델파이조사는 2011년 8월20일- 9월 15일까지 총 2회에 걸쳐 진행되었다. 조사대상은 소아청소년학회의 전문가 추천을 통하여 학계전문가를 선정하였고, 관련부처 공무원, 학교위(WEE)센터 교사, 아동·청소년 정신건강 관련 정신보건센터 사업담당자 등이 포함되었다.

1) 1차 델파이 조사 개요

- 1차 조사 응답자 : 초중고 교사, 공무원, 청소년상담원, 정신보건센터 담당자 등 11명
- 조사내용 : 아동·청소년 정신건강 관련 문제중 시급한 개입이 필요한 문제, 정신건강문제의 영역별 보호요인, 학교 및 지역사회의 수준별 정책개선방안 (학교, 교육지원청, 중앙정부, 지방정부, 민간 등)

2) 1차 델파이조사의 주요 결과

가) 아동·청소년 정신건강의 문제와 원인, 보호요인

- 1차 델파이 조사결과 응답된 아동·청소년의 정신건강 관련 문제의 원인은 학교폭력, 교우관계, 학교환경 및 가정환경 등이 지적되었다. 개인의 정신건강 문제로는 자기문제해결능력, 학업스트레스, 휴대폰·인터넷(게임)중독, 우울증, ADHD 등의 문제가 있었다.

- 아동·청소년 정신건강과 관련된 보호요인으로는 개인수준에서는 긍정적 사고와 기질, 문제해결능력, 사회적 역량, 신체적요인(신체만족도) 등이 있었다. 개인 간 요인으로는 부모자녀관계가 가장 많이 지적되었고, 부모와의 동거, 종교 활동 참여 등이 있었다. 학교차원에서의 보호요인으로는 학교의 환경조성과 학교생활만족도를 높이기 위한 학교의 노력, 교사학생의 긍정적인 상호관계, 전문화된 학교상담서비스 등이 있었다. 지역사회차원의 보호요인으로는 청소년보호의 환경조성, 정신보건서비스에의 접근성, 정신보건서비스가 필요한 학생을 발굴하고 지원하기 위하여 지역사회 기관 간 협력체계를 구축하는 것 등이 있었다.

나) 아동·청소년 정신건강 증진정책

- 학교차원의 정신건강 증진정책

학교차원의 아동·청소년 정신건강 증진정책은 학생의 역량을 강화시키는 부분, 담임 교사의 역량강화, 정신건강검진사업의 실시, 부모교육, 학교에서의 전문화된 상담제공, 교의 또는 관내 의료기관과의 연계 활성화 등이 필요한 것으로 나타났다.

아동·청소년의 정신건강문제의 보호요인으로 부모 및 가정환경의 중요성이 많이 지적된 반면 학교에서의 정신건강 증진과 관련된 정책에 부모 및 가정환경부분은 상대적으로 적게 지적되었다. 부모교육이 가장 중요한 대안으로 건의되었고, 가정환경을 지원할 수 있는 대안은 제안된 것이 없었다.

아동·청소년의 정신건강역량을 지원하는 방안으로는 의무화된 정신건강 증진 보건교육, 정신건강검진사업실시, 연1회의 전담교사에 의한 개별상담 등이 제안되었다. 담임교사의 정신건강역량강화에 대한 제안도 있었는데, 담임교사는 학생의 정신건강문제를 조기에 발견하고, 서비스와의 연계 등에서 중요한 역할을 할 수 있기 때문이다.

- 시도 및 시군구의 교육(지원청)차원의 정신건강 증진정책

시도 및 시군구의 교육(지원청) 차원의 정신건강 증진정책으로는 학교현장에서 정신건강 증진사업에 대한 이해도 향상이 가장 중요한 과제로 지적되었고, 관내 학교에서 정신건강 증진사업 확대를 위한 예산을 확보하는 방안도 제안되었다. 학교내의 위(WEE)센터와 정신보건센터의 연계, 교사의 연수프로그램 운영, 학부모 교육 등이 필요한 것으로 제안되었다.

- 지방정부차원에서 필요한 노력이나 서비스

교육청과 지방자치단체간의 협력관계를 유지하여 정신건강 증진정책을 강화할 수 있어야 하는 과제가 있고, 저소득층 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 개입 및 치료비를 지원 등이 필요한 것으로 제안되었다. 또한 아동·청소년의 정신건강 증진정책을 홍보하는 것이 중요한데, 정신건강서비스를 이용하는 데 대한 편견을 해소하는 데 중점을 두고, 도움이 필요할 때 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위함이다.

- 중앙정부차원에서 필요한 노력이나 서비스

아동·청소년의 정신건강문제를 정책적 측면에서 모니터링하고 평가하여 중장기 대책을 마련할

수 있는 체계구축 및 기반이 조성되어야 한다. 부처간 연계체계강화도 가장 많은 요구도가 있는 과제이다. 기존의 정신건강 정책을 평가하고 근거기반의 정책개선이 필요하다는 지적도 있었다.

중앙과 지방자치단체의 사업중복성 문제를 개선해야 한다는 지적도 있었으나, 사업의 중복성 보다는 증가하는 정신건강수요에 대하여 중앙과 지방이 협조연계체계를 통하여 효율적으로 대응하고, 개인이 받는 서비스의 지속가능성을 확보하는 것이 중요하다는 제안도 있었다. 중앙정부차원에서도 국가적인 차원에서 아동·청소년 정신보건사업에 대한 예산증대의 요구도가 높았다. 정신건강 증진사업의 전문성강화도 중요한 과제로 제기되었는데, 정신건강전문요원에 대한 처우개선 및 교육훈련을 통한 역량강화도 제안되었다.

- 민간과의 역할

지역사회에서 민간의료기관 및 민간단체의 역할에 대해서는 정부정책에 대한 전문적인 조언을 할 수 있는 통로의 마련이 가장 중요한 역할로 제안되었다. 민간의료기관의 진료현장에서 진단되는 아동·청소년 정신건강문제의 심각성이 조기에 공론화되어 경보 및 위기대응체계의 마련이 필요하다. 민간의료기관이 공공사업에 적극적으로 참여하도록 네트워크형성과 사회에 기여할 수 있는 사업과 활동의 개발이 필요한 과제로 제안되었다. 민간의료기관의 정신건강 검사비 및 진료비가 표준화되어야 한다는 것도 과제로 제안되었다. 민간의료기관이나 민간기관에서 제공하는 상담의 질관리도 표준화되어야 하는 과제로 지적되었다.

3) 2차 델파이 조사결과

초중고 교사 3인, 정신보건센터 7일, 학술전문가 3인 등 총 13인이 응답하였다. 중요한 정책에 대하여 1점에서 5점의 점수를 주게 하는 조사를 실시하였다. 종사하는 영역에 따라 각 차원의 시급한 정책 과제와 실효성 있는 과제에 대한 평균점수가 달랐다. 학술전문가 입장에서는 학교차원에서 학생과 교사의 역량강화를 가장 중요하게 보았고, 학교 교사는 전문상담교사 확보, 부모교육, 담임교사, 학부모, 학생의 연계 사례관리 등을 시급한 과제로 보았다. 지역사회차원에서는 중장기적인 정책적 로드맵을 가지고 지속가능한 서비스를 개발하는 것이 가장 시급한 과제인 것으로 평가할 수 있었다.

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	각급 학교에서 학생대상 정신건강 증진 교육 의무실시	3.17	3.86	4.33	3.81
	2	학교 정신건강 전문상담교사 확보	5.00	3.43	2.00	3.46
	3	부모교육(역량강화) 실시	4.00	4.00	3.67	3.92
	4	담임교사-학생-학부모와의 연계 사례관리	4.00	4.29	3.67	4.08
	5	모든 교사의 아동·청소년 정신건강 증진역량강화	3.67	4.43	4.33	4.23
	6	학교WEE센터와 지역정신보건센터의 연계	3.33	3.43	4.00	3.54
	7	학교별 정신건강 전담 주치의사 지정	3.33	2.86	3.67	3.15
	8	정신건강문제조기발견을 위한 정신건강검진 사업의 실시	3.00	3.14	3.67	3.23
	9	저위험군 학생을 위한 학교내 프로그램 실시	3.00	2.86	4.00	3.15
	10	학교별 지역사회 유관기관과 공식업무협약을 통한 연계	3.33	3.86	3.67	3.69
실 효 성	1	각급 학교에서 학생대상 정신건강 증진 교육 의무실시	3.00	3.57	3.67	3.46
	2	학교 정신건강 전문상담교사 확보	5.00	3.14	2.00	3.31
	3	부모교육(역량강화) 실시	4.00	3.43	3.67	3.62
	4	담임교사-학생-학부모와의 연계 사례관리	4.33	3.29	3.67	3.62
	5	모든 교사의 아동·청소년 정신건강 증진역량강화	3.67	3.71	4.33	3.85
	6	학교WEE센터와 지역정신보건센터의 연계	3.00	3.29	4.33	3.46
	7	학교별 정신건강 전담 주치의사 지정	3.33	1.43	2.33	2.08
	8	정신건강문제조기발견을 위한 정신건강검진 사업의 실시	3.00	3.00	3.67	3.15
	9	저위험군 학생을 위한 학교내 프로그램 실시	3.67	2.57	3.67	3.08
	10	학교별 지역사회 유관기관과 공식업무 협약을 통한 연계	3.67	3.71	3.67	3.69

표 I-13 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 시도 및 시군구 교육(지원)청 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술전문가	전체
시 급 성	1	아동·청소년 정신건강 증진정책에 학교장의 적극적인 참여를 의무화/지원	4.33	4.57	4.33	4.46
	2	관심 및 주의아동에 대한 검사 및 상담기능확대(WEE센터의 기능확대)	4.33	3.57	4.00	3.85
	3	학교정신건강 증진사업을 위한 예산 확보	4.33	4.43	4.00	4.31
	4	학교와 지역사회 인프라(정신보건센터 등)간의 연계강화	3.00	4.43	4.00	4.00
	5	교사 및 학부모 대상 정신건강사업에 대한 의무적인 교육연수프로그램 실시	3.67	4.00	4.67	4.08
	6	모든 학교의 아동·청소년정신건강 증진 역량강화 지원	4.00	3.43	4.33	3.77
	7	저위험 학생대상의 학교 내 체육 및 예술(음악미술)수업에 대한 예산지원	3.00	2.29	3.67	2.77
	8	대안교육학교의 확대지원	3.33	2.86	4.00	3.23
	9	지역사회 전문기관의 참여 지원	3.67	3.57	4.00	3.69
실 효 성	1	아동·청소년 정신건강 증진정책에 학교장의 적극적인 참여를 의무화/지원	4.67	4.29	3.33	4.15
	2	관심 및 주의아동에 대한 검사 및 상담기능확대(WEE센터의 기능확대)	4.00	3.43	2.33	3.31
	3	학교정신건강 증진사업을 위한 예산 확보	4.67	3.57	3.33	3.77
	4	학교와 지역사회 인프라(정신보건센터 등)간의 연계강화	3.33	3.71	4.33	3.77
	5	교사 및 학부모 대상 정신건강사업에 대한 의무적인 교육연수프로그램 실시	3.33	3.57	4.33	3.69
	6	모든 학교의 아동·청소년정신건강 증진 역량강화 지원	4.00	3.29	4.00	3.62
	7	저위험 학생대상의 학교 내 체육 및 예술(음악미술)수업에 대한 예산지원	3.33	2.00	2.67	2.46
	8	대안교육 학교의 확대지원	3.67	2.57	3.67	3.08
	9	지역사회 전문기관의 참여 지원	4.00	3.00	3.67	3.38

표 I-14

아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 지방정부 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	교육청-지자체의 협력관계유지	4.00	4.43	4.33	4.31
	2	지역정신보건센터에 대한 지원 확대	3.67	4.57	4.33	4.31
	3	아동·청소년 정신건강 증진사업지원예산증대	4.67	4.43	4.33	4.46
	4	아동·청소년 정신건강 증진정책홍보(편견해소)	4.33	4.43	4.00	4.31
	5	지역사회정신건강 모니터링 및 평가체계 확립 및 강화	4.33	3.71	4.00	3.92
	6	저소득가정 아동·청소년 정신건강 치료비 지원 확대	4.33	4.71	3.33	4.31
	7	현행 정신건강 바우처 제도의 확대(대상확대, 기간연장 등)	3.67	4.14	2.33	3.62
	8	지역사회 증장기 아동·청소년 정신건강 증진사업계획 수립	4.33	4.43	4.00	4.31
실 효 성	1	교육청-지자체의 협력관계유지	4.00	3.86	3.33	3.77
	2	지역정신보건센터에 대한 지원 확대	3.33	4.00	4.00	3.85
	3	아동·청소년 정신건강 증진사업지원예산증대	4.67	4.00	4.33	4.23
	4	아동·청소년 정신건강 증진정책홍보(편견해소)	4.67	3.71	3.67	3.92
	5	지역사회정신건강 모니터링 및 평가체계 확립 및 강화	4.67	3.14	3.67	3.62
	6	저소득가정 아동·청소년 정신건강 치료비 지원 확대	4.67	4.14	3.00	4.00
	7	현행 정신건강 바우처 제도의 확대(대상확대, 기간연장 등)	3.67	3.57	2.67	3.38
	8	지역사회 증장기 아동·청소년 정신건강 증진사업계획 수립	5.00	3.29	4.00	3.85

표 I-15

아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 중앙정부 차원의 정책이나 서비스

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	아동·청소년정신건강 증진을 위한 중장기 로드맵 마련(복지부)	4.33	4.71	4.33	4.54
	2	부처별 정책과 사업의 연계 강화	5.00	4.57	4.00	4.54
	3	아동·청소년정신건강 정책을 위한 예산증대	4.67	4.71	4.33	4.62
	4	아동·청소년대상 전국 정신건강검진사업 실시	3.33	3.29	3.67	3.38
	5	아동·청소년정신건강역량강화 교사연수 의무화	4.00	4.14	4.33	4.15
	6	부모자녀관계 조기개입정책	4.67	4.14	3.67	4.15
	7	아동·청소년 정신건강 정책 홍보(편견해소 포함)	4.33	4.29	3.67	4.15
	8	법제도 정비(학력인정의 다양화)	3.33	3.57	3.67	3.54
	9	학교 정신건강 증진 교육의 의무화	3.33	4.29	4.00	4.00
실 효 성	1	아동·청소년정신건강 증진을 위한 중장기 로드맵 마련(복지부)	4.67	4.14	4.00	4.23
	2	부처별 정책과 사업의 연계 강화	4.67	4.00	4.00	4.15
	3	아동·청소년정신건강 정책을 위한 예산증대	4.67	3.71	4.00	4.00
	4	아동·청소년대상 전국 정신건강검진사업 실시	3.00	3.14	3.67	3.23
	5	아동·청소년정신건강역량강화 교사연수 의무화	4.33	4.00	4.00	4.08
	6	부모자녀관계 조기개입정책	4.33	3.00	3.67	3.46
	7	아동·청소년 정신건강 정책 홍보(편견해소 포함)	4.33	3.14	3.67	3.54
	8	법제도 정비(학력인정의 다양화)	3.67	2.57	3.00	2.92
	9	학교 정신건강 증진 교육의 의무화	3.33	4.14	3.67	3.85

(단위: 평균)

구분	번호	문항	학교	센터	학술 전문가	전체
시 급 성	1	부모교육, 교사교육, 담당자 교육연수	4.33	4.29	3.67	4.15
	2	아동·청소년정신건강문제의 조기발견 사업참여	4.33	3.43	3.67	3.69
	3	민간의료기관의 공공사업참여(치료상담의 지속 등) 지원	3.67	3.71	3.67	3.69
	4	학교, 부모, 학생의 연계 지원(사례관리)	4.00	4.43	4.00	4.23
	5	아동·청소년정신건강의 모니터링 및 평가	4.00	3.29	3.67	3.54
	6	아동·청소년 정신건강 증진 홍보(편견해소 포함)	4.67	3.43	3.67	3.77
	7	전문화된 학교상담서비스 지원	5.00	3.43	3.00	3.69
실 효 성	1	부모교육, 교사교육, 담당자 교육연수	5.00	4.00	3.67	4.15
	2	아동·청소년정신건강문제의 조기발견 사업참여	4.67	3.71	2.67	3.69
	3	민간의료기관의 공공사업참여(치료상담의 지속 등) 지원	4.33	3.43	3.33	3.62
	4	학교, 부모, 학생의 연계 지원(사례관리)	4.67	3.86	3.33	3.92
	5	아동·청소년정신건강의 모니터링 및 평가	4.00	3.57	3.67	3.69
	6	아동·청소년 정신건강 증진 홍보(편견해소 포함)	4.67	3.57	2.67	3.62
	7	전문화된 학교상담서비스 지원	5.00	3.29	2.33	3.46

4) 소결

보건사회연구원에서 실시한 전문가 델파이조사결과에 의하면 정신건강문제의 발생과 관련된 요인은 부모자녀관계가 가장 중요하고 학교에서 적절한 적응상태 등으로 나타났다. 나타나게 되는 주요 정신건강문제는 주의력결핍, 학교에서 따돌림과 폭력, 게임중독, 학업스트레스 등이다. 정신건강문제의 예방을 위해서는 문제해결능력, 스트레스대처방법의 습득과 같이 개인의 대처능력의 향상이 중요한데 이를 위해서는 정신건강향상을 위해 도움을 받을 수 있도록 하는 환경조성이 가장 중요하다. 학교에서의 환경조성, 지역사회의 환경조성이 적절히 연계되어야 할 것으로 분석되었다. 학교에서는 부모-교사의 연계강화를 통해 조기발견과 서비스접근이 조기에 이루어질 수 있도록 하는 노력이 필요하다.

7. 결론 및 정책제언

1) 기본방향

세계보건기구에서 권고하는 정신건강의 정책은 스트레스를 견디어 내고 생산적으로 일할 수 있도록 하여 지역사회에 기여할 수 있도록 하는 데 초점을 두어야 한다. 정신건강은 개인과 지역사회를 효과적으로 기능하게 하는 기본이 된다.

아동의 정신건강은 아동기의 정상적인 발달과 많은 관련성을 가진다는 데서 더욱 중요하다. 특히 최근에 아동의 전반적인 신체적 건강수준이 개선되지 않고 있는 상황(최근 10년 동안 비만률이 증가하고 체력이 현저하게 저하되고 있음)³⁰⁾에서 정신적 건강의 중요성은 더욱 강조되어야 할 시기이기도 하다. 정신건강문제는 자살시도, 폭력 등으로 직접적인 사망과 연결되기 때문에 심각성이 더 크다. 사회적 폭력은 가정과 학교 모두에서 발생하고 있고, 지역사회의 안전과 국민보건에 위협요인이 되고 있다.

정상적인 발육발달을 경험하는 아동·청소년기에 신체적 변화는 불안감과 우울감, 반항감 등을 자연스럽게 생겨나게 하고, 여기에 부정적인 또래의 영향과 부모의 양육태도, 대중매체의 영향 등이 시기의 정서적 변화를 자기 파괴적인 부정인 결과로 나타나게 할 수 있다. 부정적인 결과의 예로는 흡연이나 음주와 같은 물질남용, 폭력, 성관계 및 십대임신, 자살시도 등이 있다. 청소년시기에 심각한 정신질환이 발생할 수 있다. 정신분열증의 삼분의 일가량은 청소년후기(17세-25세)에 발생한다는 보고도 있다.

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책적 접근에서 첫 번째 과제는 건강한 발달과 더불어 건강한 정신건강을 영위할 수 있도록 여건을 조성하고 도와주는 과제가 있고, 두 번째 과제는 정신질환의 조기발견과 조기치료를 위하여 정기적인 정신건강검진과 치료에의 접근성확보가 될 것이다.

아동·청소년의 정신건강 증진을 도와주기 위해서는 아동·청소년의 정신건강에 영향을 주는 요인들에 대하여 대국민홍보와 직간접적인 지원정책을 펴야 할 것이다.

청소년기의 정신건강수준은 연령증가, 학년증가와 더불어 저하되는 경향이 있는데, 서울경기지역 중고생 6,411명을 대상으로 한 연구³¹⁾에 의하면 정신건강향상을 위해서는 단순히 병리적 증상을

30) 교육과학기술부, 10년도 학교건강검사 표본조사결과, 2011. 6.8(수); 교육과학기술부, 학생체육활동활성화방안마련, 2011.6.22(수).

31) 박동혁(2007) 예방과 촉진을 위한 청소년 정신건강모형의 탐색, 아주대 대학원 심리학과 박사학위논문,

없애는 것으로는 가능하지 않고, 안녕감의 경험과 심리적 자원³²⁾ 확보가 중요하다고 하였다. 청소년들은 특히 중학교이후 시기에 전반적인 정신건강수준이 급격히 저하되는 것으로 나타났다.

청소년의 우울불안, 공격성, 학업성취도 등의 정신건강요소를 중심으로 한 연구에서는 부모의 양육태도, 사회경제적 수준 등이 영향을 줄 수 있는 것으로 나타났다. 지속빈곤은 이 지표들에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 분석되었고, 일시적 빈곤이 학업성취도에는 영향을 주는 것으로 분석된 바 있다.³³⁾

□ 사전예방적인 학생정신건강 증진을 위해 종합적으로 대처하기 위한 중장기적 로드맵 필요
학생의 정신건강을 지원하기 위해서는 전체적인 학교건강 증진사업에서 정신건강 증진에 대한 부분이 함께 계획되어야 한다. 학생정신건강검진 및 학생정신건강을 위한 정책, 서비스에 대해서 모든 교사들이 충분히 이해하고 정책과 사업추진을 협조할 수 있도록 역량이 강화되어야 한다. 이를 위해 중장기적인 학생정신건강 증진정책이 계획되고 추진되어야 한다.

□ 학생정신건강검진과 정신건강서비스에 대한 홍보와 편견해소

학생정신건강검진에 대한 취지와 내용에 대하여 학생과 학부모가 정확히 인지할 수 있도록 홍보가 필요하다. 학교에서 학생의 정신건강문제에 대한 상담서비스가 신뢰할 수 있고 편견없이 이용할 수 있는 서비스가 되도록 여건을 조성하고 홍보하여야 한다. 이 문제는 단기간에 해결할 수 없을 것이며 중장기적인 홍보방안이 필요하고 모든 교직원과 학부모의 협조, 사회적 분위기조성이 필요하다.

□ 부모자녀관계 지원정책 강화

학교 및 지역사회의 정신건강 증진정책은 포괄적으로 부모자녀의 정신건강 증진을 지원할 수 있어야 한다. 스트레스 및 우울 등을 경험하는 자녀에 대해 부모가 적절히 대처해 줄 수 있도록 교육과 기술적 지원정책이 필요하다.

부모자녀의 정신건강문제를 지원해줄 수 있는 정책이나 사업은 지역정신보건센터나 민간기관

32) 주관적 안녕감을 발생시키는 심리적 자원은 사회적 자원(친사회적 행동, 친밀한 대인관계, 사회적 기술)과 개인적 자원(목표지향성, 기능적 사고, 자기조절, 긍정적 자기개념)으로 분류하였는데, 사회적 자원은 정신건강향상과 스트레스저항능력, 신체적 건강과 관련이 높다고 한다. (박동혁, 2007)

33) 김광혁(2011) 빈곤이 아동발달에 미치는 영향의 차이: 한국복지패널과 한국청소년패널의 차이 비교, 제4회한국복지패널 학술대회자료집, 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2011.

에서 부모와 함께 치료를 받는 서비스를 강화함으로써 가능하다. 한편 지역정신보건센터나 민간기관에서의 상담의 질에 대해 부모들은 민감하므로 서비스의 질적 관리 및 개선이 필요하다.

□ 수요자 중심으로 정신보건사업관리체계 개선

정부와 공공기관에서는 아동·청소년의 정신건강문제를 개선하기 위하여 많은 노력을 해왔으나, 현재까지의 아동·청소년정신건강 정책이 공급자중심으로 추진되어 왔다고 할 수 있다. 공급자 중심의 정책은 미충족 수요를 증가시킬 우려가 있고, 변화하는 정신건강문제에 효율적으로 대처하기 어렵게 한다.

본 연구에서 학생과 학부모대상의 FGI인터뷰 결과 조기발견과 조기치료의 요구도가 높게 나타났다. 현재 추진되고 있는 정신건강검진사업에 대한 인지도가 낮다. 교급이 높아질수록 학생의 정신건강수준은 저하될 가능성이 높은 반면 조기발견과 정신건강서비스에의 접근성은 더 낮아지는 경향이 있는데, 교급이 높아질수록 학교에서의 정신건강 정책에 대한 우선순위가 낮은 것도 원인이 된다.

○ 초등학교 : 조기발견과 지속적인 관리에 대한 요구가 가장 높은 시기이다. 학교담임교사를 비롯한 교직원의 이해도가 높아야 한다. 이를 위해 교직원과 부모교육이 중요하다. 초등학교 이전에 조기 발견하여 치료가 연계되도록 하는 것이 가장 필요한 시기이다.

○ 중학교 : 사춘기를 경험하는 청소년들과 부모의 갈등이 증가하는 시기이므로 학생과 부모를 지원해줄 수 있는 서비스의 보급증가가 필요하다. 저소득층 정신질환 학생의 지속적 치료지원이 필요하다. 또한 중류층이지만 정신건강서비스에 대한 사회적 편견 등으로 이용하지 않는 대상이 많으므로 정신건강검진을 통해 선별된 대상중 지속적 관리가 필요한 대상에 대한 관리와 개인정보보호가 필요하다. 특히 개인정보 보호는 정신건강상담의 신뢰도를 높이기 위해서도 중요한 과제이다.

○ 고등학교 : 진학준비, 취업준비 등으로 학생과 부모가 많은 스트레스를 경험하고 학생과 부모의 의사소통이 적어질 수 있는 시기이다. 학생들은 친구나 선배와 더 의사소통을 할 가능성이 높은 시기이다. 따라서 가정에서 부모자녀 간 정신건강 증진을 위한 교육과 홍보, 가이드라인이 필요하다.

2) 정부 수준별 정책개선방향

(1) 학교 정신보건정책의 과제

학교에서의 보건사업은 포괄적인 건강 증진사업으로 변화하고 있다. 따라서 정신건강사업도 정체적인 학교건강 증진사업안에서 예방과 증진, 질환의 조기발견 및 관리, 치료연계 등으로 추진해야 한다. 학생 문제의 대부분이 정신적인 문제와 관계있음을 인지하고 정규 수업과 비정규 활동 등에서 정신건강 증진을 위해 보다 노력을 기울일 수 있을 때, 건강 증진 학교, 금연 시범학교, 폭력없는 학교, 신나는 학교를 위한 노력이 시작되고 그 결과 학생들의 학력향상과 건강 증진이 달성될 것이다.

첫째, 각 학교별 정신건강 증진사업을 위한 연간예산확보와 사업계획이 마련되어야 한다. 사업계획은 중장기적인 정책로드맵 하에서 각 학교별로 마련될 수 있도록 교육청 및 교육부와 보건복지부, 지방자치단체의 협조가 필요하다. 각 학교에서는 학생정신건강 증진을 위한 중장기, 연간 목표를 세우고 평가하도록 한다. 학교별 사업계획은 정신건강문제를 인식하고 해결을 위해서 필요한 서비스를 이용하는 데 대한 정보제공과 편견해소를 하는 중점을 두도록 해야 한다. 이를 위해 정규적인 교육과정에서 정신건강교육에 대한 교육이 필요하고, 비정규교육과정과 교육활동에 정신건강 증진에 대한 교육이 필요하다.

학교차원에서 아동청소년의 정신건강문제에 관심을 높이기 위해서 모든 교사에 대한 역량강화훈련이 필요하고 학부모에게 적극적으로 정보제공을 하고 학부모 연수기회를 제공해야 한다.

학교정신건강 증진사업은 교사와 학부모, 학생이 모두 참여할 수 있도록 해야 하고 지역사회의 민간기관과 언론홍보기관의 협조가 있어야 한다. 학교에서 정신건강문제를 논하고 상담을 하는데는 정보가 부족하고 잘못된 인식과 편견이 많이 때문에 이것을 해소하기 위해서 학교차원의 적극적인 노력이 필요하다.

둘째, 학교에서의 정신건강 정책으로서 중요한 것은 고위험군의 선별관리이다. 교육청에서 실시하는 정신건강검진사업에 대한 홍보가 극대화되어야 하고 효율적으로 운영될 수 있도록 학교 지원과 학부모의 협조가 필요하다. 학생정신건강검진을 위한 담당인력의 역량강화도 필요하다.

셋째, 정신건강 증진을 위한 학교의 환경적 지원이 필요하다. 저소득층 정신질환 아동청소년의 지속적 관리가 될 수 있도록 학교에서의 지원과 협조가 필요하다. 학교에서의 상담서비스를 이용하는 학생에 대한 개인정보보호가 철저하게 관리되도록 해야 한다.

(2) 시도 및 시군구 교육(지원)청차원의 정신보건정책 과제

관내 학교에서 학교정신건강 증진사업을 수행할 수 있도록 예산을 지원하고 사업을 평가하는 기전이 필요하다. 모든 학교장들이 아동·청소년 정신건강 증진정책에 적극적으로 참여할 수 있도록 해야 한다. 아동·청소년 정신건강문제의 중요성과 잘못된 인식, 편견해소에 앞장설 수 있도록 해야 한다. 아동·청소년의 정신건강문제를 조기발견하고 조기개입을 할 수 있는 위센터(WEE)와 관내 정신보건센터와 연계를 강화하도록 지원해야 한다. 아동·청소년의 정신건강문제를 선별해주는 정신건강검진사업에서 가장 중요한 것은 학부모가 자신의 아이의 정신건강을 중요시하고 문제가 있을 때 올바른 해결방법을 아는 것이다. 혹 학부모가 발견하지 못한 문제를 교사가 발견 한 경우 잘 받아드리고 교사와 협력해서 학생을 적절히 돕는 것이 이상적이다. 이를 위해 정신건강교육을 제대로 규칙적으로 받을 수 있도록 의무화해야 한다. 정신건강상담인력의 교육훈련이 중요하고 학생의 개인정보보호에 대하여 철저한 교육이 필요하다. 자원봉사인력에 대해서도 적절한 교육훈련이 필요하고, 관리되어야 한다.

(3) 지방정부 차원의 정책

지방정부는 관내 아동·청소년의 전반적인 정신건강 증진을 위한 계획을 수립하고 포괄적인 지원을 해야 한다. 이를 위해 매년 아동·청소년 정신건강 증진사업계획을 수립하고 학교와 교육(지원)청, 정신보건센터, 관내 민간기관과 원활한 교류를 할 수 있도록 지원해야 한다. 미충족 정신보건서비스 요구를 해소하기 위하여 특히 저소득 가정의 아동·청소년 정신건강 치료비 지원이 확대되어야 한다. 고위험집단의 아동, 저소득층가족의 아동에 대하여 조기에 정신건강문제를 개입할 수 있도록 발견과 사례관리, 연계 등 세부적인 지원을 확대하기 위해 예산을 마련해야 한다.

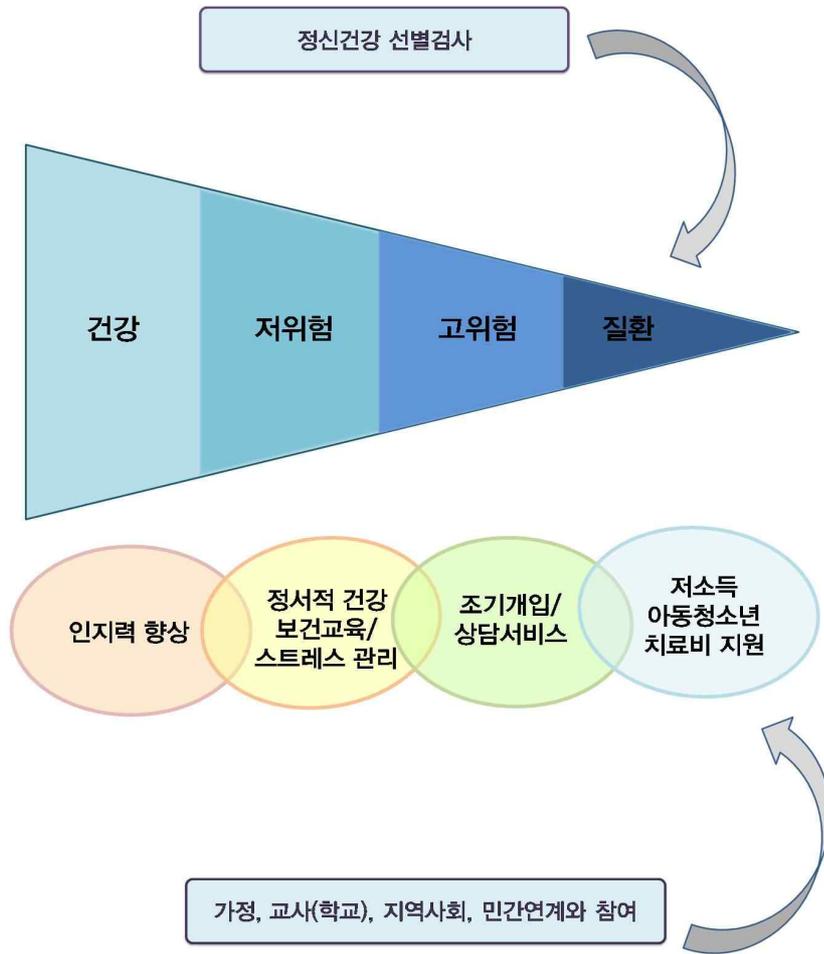
공공과 민간이 연계될 수 있도록 하는 노력이 필요하다. 아동·청소년 정신건강문제의 조기발견과 도움을 줄 수 있도록 자원봉사인력을 활용하고, 전문적인 서비스의 지원이 가능하도록 기회와 인센티브를 주도록 해야 한다.

(4) 중앙정부 차원에서의 정책개선방안

아동·청소년의 정신건강과 관련된 문제를 다루는 기관은 교육부, 보건복지부, 여성가족부 등이 있다. 보건복지부에서는 국민건강 증진차원에서 중장기적 보건계획을 마련하는 기관이므로, 아동·청소년의 정신건강 증진에 대한 중장기적인 로드맵을 제시하고, 필요한 사항에 대해서는 관련 부처에서 협력할 수 있는 방안과 예산지원이 필요하다. 정신건강문제 및 정신질환이 발견된 아동·청소년에게 지속가능한 치료서비스가 지원될 수 있도록 정신보건센터의 사업을 확대 지원해야 할 것이다. 저소득층 아동에 대한 치료지원확대, 고위험군에 대한 지속적인 사후관리 등이 필요하다. 아동·청소년의 정신건강수준을 적절하게 모니터링하고 정책성적을 평가하는 체계를 확립해야 한다. 교육과학기술부 차원의 모니터링 및 평가체계가 있고, 보건복지부 차원의 모니터링 및 평가체계가 있으므로 중복되지 않도록 조정해야 할 것이다.

교육부에서 실시하는 학생정신건강검진사업이 활성화되고 효과적으로 운영될 수 있도록 지원해야 한다. 정신건강문제의 조기발견을 위해 대안적인 방법으로는 현행 구강검진사업과 같이 학생정신건강검진사업도 모든 학생들이 정신과 외래를 년 1회 방문하여 필요한 검사와 의사의 면담을 받게 하는 방법, 상담센터나 정신보건센터에 의뢰된 학생 중 고위험군 학생들은 반드시 정신과 의사와 진료하게 하는 방법, 소아청소년과에서 매년 정신건강검진 후 정신과적인 문제 학생을 정신과에 의뢰하는 방법 등을 추진할 수 있다.

각 부처의 정책과 사업내용에 대하여 홍보하고, 정신질환에 대한 편견해소 등 홍보에 주력해야 할 것이다.



【그림 I-7】 아동·청소년정신건강 증진을 위한 정책

참 고 문 헌

- 곽영숙(역자)(2000). **행동장애 어린이를 돕는 기술: 부모와 치료자를 위한 지침서**. 하나의학사.
- 곽영숙·박순영(역자)(2008). **소아청소년 정신보건증진: 개념과 실제**. Mental health promotion and Young people, concepts and practice by Rowling L., Martin G., Walker L. 도서출판 하나의학.
- 김봉년·김수진·김재원·김현수·손정우·신윤미·강미영·김현화(2009). **전국 지역 정신보건센터에서의 소아청소년사업을 위한 기본사업모델 및 사업표준가이드라인과 프로토콜 개발연구**. 서울대학교, 건강 증진사업지원단.
- 김윤·이명수·이선영·강상경·곽영숙·김경희·김명식·남운영·문용훈·박종익·백종우·서규동·이영문·이진석·조근호·이계성·이은정·김명정(2010). **국가정신보건 5개년 계획(2011-2015) 수립**. 서울대학교 산학협력단, 건강 증진사업지원단.
- 김윤·이선영·오무경·이은정·강미영(2009). **정신건강선별검사 및 사례관리 연계체계 개발**. 서울대학교 산학협력단, 건강 증진사업지원단.
- 박순우·한명수·최은진·김종연·배지숙(2009). **학교흡연예방 활동의 활성화방안 연구**. 대구가톨릭대학교, 건강 증진사업지원단.
- 박효정·안동현·김현정·현미나·김윤영·이혜숙·남동현·김상원·이윤희(2008). **2008 학생정신건강검진 시범운영사업결과 및 추진방안연구**. 교육과학기술부, 한국교육개발원.
- 배상수 등(2010). **국민건강 증진종합계획 2010 평가(건강 증진연구사업 정책10-44)**. 한림대학교, 건강 증진사업지원단.
- 변용찬·김성희·윤상용·강민희·손창균·최미영·오혜경(2009). **2008년 장애인실내 조사**. 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.
- 보건복지가족부(2009). **아동청소년백서**.
서울시소아청소년정신보건센터, 2011서울정신건강포럼, 학교란 무엇인가?, 포럼자료집, 2011.5.20(금). 14:00-18:00

- 안동현·정승아·조재일·정선녀·정윤경·김경숙·김윤영·최민정(2006). **청소년 부교재 및 정신건강 선별검사도구 개발연구에 관한 연구**. 한양대학교, 건강 증진사업지원단.
- 유근춘·임완섭(2011). **소아청소년과 운영의 중장기 발전방안연구-외래진료를 중심으로**. 한국보건사회연구원 정책보고서(2011-25).
- 이진석·이선영·김명정·최혜원·한혜민(2011). **학생정신건강관리 체계운영실태분석을 통한 문제점 확인 및 개선방안연구**. 서울대학교 산학협력단, 충청북도교육청.
- 정영숙·이정렬·이춘옥(1999). **세계보건기구의 건강 증진학교를 근거로 한 우리나라 초등 학교 건강 증진전략구축**. 건강 증진사업지원단, 전북대학교.
- 정진욱·이수형·천재영·김지은·백종우·서동우·강은정(2010). **의료인을 통한 자살 예방체계구축방안연구**. 보건복지부, 한국보건사회연구원
- 질병관리본부(2010). 2009 청소년건강행태온라인조사통계.
- 질병관리본부(2010). 2009 국민건강통계.
- Buchanan, A., & Hudson, B. L. (Eds.) (2000). *Promoting children's emotional well-being*. Oxford University Press, pp. 35.
- Department of Health(UK), Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, edited by Knapp M., McDaid D. & Parsonage M., Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, April, 2011.
- Department of Health(UK) (2004). *The Mental Health and Psychological Well-being of Children and Young People*.
- Tones, K., & Green, J. (2004). *Health Promotion: planning and strategies*. London: Sage Publications.
- Leitch, K. K. (2007). *Reaching for the top. A report by the advisor on healthy children & youth*, Health Canada.
- Norwegian Directorate of Health (2010). *노르웨이건강 증진보고서*, Health Promotion—achieving good health for all. www.helsedirektoratet.no

Ⅱ

.....

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 현황 및 개선방안

1. 서론
2. 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 개선방안에 관한 전문가 의견조사
3. 국외의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 법·제도 및 최근동향
4. 결론 및 정책제언

1. 서론

1) 연구의 필요성 및 목적

인간이 사회 속에서 건전한 사회적 존재로서 주변 환경과 조화롭게 활동하며 살아가기 위하여 가장 중요한 요소의 하나가 건강이라 할 수 있다. 그런데, 우리나라 아동청소년의 약 25%가 크고 작은 다양한 정신적인 질환상태에 있는 것으로 보고되고 있다. 건강은 본인과 가족의 안녕은 물론 궁극적으로 건전한 사회를 위하여 유지하여야 할 핵심적인 요소라 할 때 이것은 매우 높은 수라 할 수 있다.

특히, 복잡한 현대사회에서 정신 건강이 차지하는 의미가 매우 중요함을 상기할 때 이러한 우리나라 아동청소년의 정신건강의 상태는 매우 주목되는 현상이라 할 수 있다. 오늘날, 가정의 변화, 부모 역할의 변화, 학교 환경의 변화, 사회에서의 미디어 혹은 여러 문화의 변화 등은 이러한 아동청소년의 정신건강 문제를 더욱 심화시키고 있으며, 아동청소년의 정신장애의 증가는 이혼률 증가, 어린나이의 음주, 경쟁사회의 압박 등 변화하는 사회상을 반영하고 있다.

오늘날 전세계적으로도 “아동청소년 인구의 10% 이상이 정서문제와 행동발달상의 문제를 지니고 있으며, 이 중 20%는 전문상담이나 심리치료의 도움을 받아야 한다는 분석이 있다. 이러한 추세는 향후 더욱 증가할 것으로 전망되고 있으며 국제기구와 각국이 관련 대책 및 관련 법제도 대응방안을 마련하기 위하여 주력하고 있음. 즉, 세계보건기구(WHO)는 2020년이 되면 정신장애를 가진 아동청소년의 비율이 50% 증가할 것으로 전망하고 있으며, 정신 건강의 상실은 아동청소년의 5대 사망 원인이 될 것(Dept. of Health and Human Services, USA, 2001)”으로 보고하고 있다.

아동청소년의 정신적 장애요인 중 “자폐장애, 애착장애, 주의력결핍, 과잉행동 장애 등 과거에는 별로 관심을 끌지 않았던 문제들이 보편적인 관심사”가 되어 그에 대한 원인분석과 함께 적절한 사회적 대응 방안 마련이 UN 등 주요 국제기구나 많은 나라의 아동청소년 주요 정책사항이 되고 있다. 주지하다시피 UN은 지난 1989년에 세계 아동권리협약을 만장일치로 채택(UN 아동권리위원회, 아동권리협약, UN Convention on the Right of Child참조)하고 아동의 권리신장에 대한 의지를 천명한 바 있다. 이것은 오늘날 변화하는 산업 구조, 가족 구조 그리고 증가하는 다양한 형태의 새로운 사회문제와 함께 아동의 정신건강 문제에 대한 적극적인 대응을 촉구하고 있다.

본 연구에서는 위와 같은 배경 하에 우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진을 위해서 특별히 법제도의 현황과 문제점들을 분석하고자 한다. 특히, 법제도의 사각지대 문제를 해소하고 이어, 주요 정책 및 전달체계 등 서비스체계의 정합성 및 연관성을 체계적이며 종합적으로 분석하여 효율성을 제고할 수 있는 개선방안을 제시하고자 한다.

특히, 본 연구에서는 아동·청소년의 정신건강 관련 국내의 주요 법령과 주요 외국(독일, 미국, 호주 등)에서의 법제도 현황과 쟁점들을 비교 조사하여 시사점을 도출하는 한편, 관련 주요 정책과 법제도의 연계성의 제고 및 궁극적으로 실질 수요자중심의 아동·청소년 정신건강 증진 체계의 구축을 위한 법제도 개선방안의 마련에 기여코자 한다.

2) 연구내용

본 연구는 아동·청소년 정신건강 증진관련 법제도 현황 및 외국사례 비교 연구 및 아동·청소년 정신건강 정책관련 담당자 및 관계전문가의 의견에 기초한 법제도 개선안을 강구하고자 한다. 이를 위하여 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정신보건법, 아동과 청소년복지 관련법(아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법 등)과 교육관련 기본법(교육기본법, 학교보건법, 초·중·등학교법, 고등학교법 등) 등 부문별로 국내외 관련 주요 법제도 현황을 분석하고 현행 법령상의 주요 대상그룹 등 법적용의 사각지대 문제를 개선하고, 효과적인 법제도적 정신보건 증진방안, 전달체계 등 관련기관 지원방안 등 실질 수요자중심의 법제도 개선 방안 도출하고자 한다. 특히, 국내의 아동·청소년 정신건강 관련 소관부처간(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등) 관할 주요 법제도 현황의 분석과, 지자체의 관련 우수사례도 분석하여 중앙과 지자체간의 체계가 어떻게 작동하고 있는지를 분석하고자 한다. 또한, 독일, 미국, 호주 등 주요 외국의 아동·청소년의 정신건강 증진 및 예방 관련 지원 법제도의 현황분석을 통해 외국 사례로부터의 우리나라 법제도 개선방안 마련에의 시사점을 도출하는 계기로 삼고자 한다.

이를 위하여 본 연구는 아동·청소년 정신건강 증진 관련 법과 주요 정책과의 연계 강화를 위한 개선방안 마련을 위하여 보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부 등 관련 주무 정부부처의 정책담당자, 상담센터나 정신보건센터, 학교 등 정신건강 관련 관계자, 정신건강관련 의료부문 종사자와 기타 아동·청소년복지전문가 등을 대상으로 하는 전문가 대상 델파이 설문조사를 실시하고 이를 통하여 구체적이며 현장감있는 법제도 개선안을 마련하는 데 기여하고자 한다.

3) 연구방법

본 연구는 문헌 조사와 국내 및 주요 외국의 아동·청소년 정신건강 관련 법제도 현황 분석을 위한 전문가 의견조사(델파이조사) 의견수렴(총15인×2회)을 병행한다. 또한 전문가 설문조사에서는 관련 지자체 우수사례 조사도 병행적으로 조사하는 등 법제도개선 관련 고도로 숙련된 상담원이나 소아청소년 정신과 의사 그리고 핵심정책담당자와 관련 부문 국내에서 가장 대표성있는 사회복지전문가 등으로부터 엄선된 의견을 듣고 시사점을 도출하고자 하였다. 이를 통하여 우리나라 아동·청소년의 정신건강 증진방안 모색에 기여함과 동시에 관련 중앙·지자체 정책과 법제도 연관성을 제고하고 외국 사례의 비교연구를 통하여 우리나라 법제도 개선방향 마련에 비교준거의 시사점을 마련하고자 한다. 동시에 결과적으로 이것은 아동·청소년의 정신건강 관련 법제도 개선방안 마련함과 국가의 정신건강 지표 개선에 기여할 수 있을 것이다.

2. 아동·청소년 정신건강 증진 법·제도 개선방안에 관한 전문가 의견조사

1) 전문가 의견조사 개요

(1) 1차 설문조사 개요

아동·청소년의 정신건강 문제는 오늘날 중요한 사회적 문제로 대두되어 왔다. 따라서, 이 문제의 원인과 현황을 정확히 파악하고 관련 대책방안을 강구하여야 할 필요성이 높아가고 있다. 특히, 본 연구와 관련 설문조사는 현행 다양한 법제도의 개선방향과 구체적인 개선방안에 대한 각 부문의 전문가를 대상으로 한 문제인식을 살펴보고자 하였다. 오늘날 특히, 아동·청소년을 둘러싸고 있는 수많은 유해환경과 과도한 입시위주의 교육환경 및 학교환경의 변화, 사회변동과 가족구조의 다원화(한 부모가정, 조손가정, 빈곤가정, 장애아동이 있는 가정, 다문화가정), 부모 역할의 변화, 사회에서의 미디어 혹은 여러 문화의 변화 등은 아동·청소년의 정신건강 문제를 더욱 심화시키고 있는 원인으로 분석되고 있다. 즉, 다양한 형태의 오늘날 아동·청소년의 정신건강 환경의 불안정성 증대로 인하여 다수의 아동·청소년이 정서적, 정신적 불안상태에 놓여있으며 성폭력 등 사회적 위협과 아동학대와 그로 인한 각종 정신질환의 문제 또한 중요한 사회적 문제가 되었다. 이런, 다양한 현상들은 오늘날, 아동·청소년들의 건강한 성장과 발달을 위협하는 요인으로 작용하고 있다. 실제로 우리나라 아동·청소년들의 정신건강은 매우 우려할 만한 수준으로 보건복지(가족)부의 「2009년 아동·청소년백서」에 따르면 우리나라 청소년 중 40%가 2주 내내 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감을 경험하고 있다고 보고되고 있다(동보고서, p. 191). 또한, 최근 서울에서 실시된 아동·청소년 정신보건센터 실태조사의 결과 우리나라의 아동·청소년은 다양한 정신질환에 노출되어 있으며 이에 대한 정책적 대응 및 관련 법제도의 개선방안 마련의 사회적 필요성이 커지고 있는 실정이다. 이러한 배경 속에 1차 설문조사는 총 20개항에 대하여 각 부문 전문가 15명을 대상으로 행하여졌다. 각 부문의 전문가는 크게 4그룹으로 나누어 구성되었다. 즉, 중앙과 주요 지자체 및 청소년대상 가장 밀착된 기관이라 할 수 있는 학교에서 다년간 아동·청소년 상담업무에 종사해온 현장 실무가가 제 1 그룹으로 선정 모두 5명의 전문가가 답을 하였다. 두 번째는 보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등 중앙부처 아동·청소년정신건강 관련 핵심 정책 담당자 그룹으로 모두 4명의 주요 정책담당자가 답해주었다. 세 번째 그룹으로는 대학병원에서 정신건강을 전담하고 있는 소아·청소년정신과 의사로 모두 3명의

정신과의사가 답해주었다. 마지막으로 아동청소년 복지 및 정신건강관련 대학의 대표적인 전문가 3분이 설문에 응해주었다. 이처럼 엄선된 전문가 그룹의 의견은 복잡한 정책 및 법제도에 대한 이해가 제한적인 불특정 다수의 의견을 통한 설문조사와 달리 고도의 전문성에 기반하여 주로 서술식 설문조사로 모두 20개의 질문에 답하도록 기획되었다. 설문이 상당한 전문성을 전제로 한 것이어서 응답자들 중에서도 자신들의 전문영역이 아닌 부문에 대한 답변에 조심스러운 반응이 나타나기도 하였다. 그러나 대체로 매우 적극적이며 높은 수준의 건설적인 답변으로 향후 법제도 개선방향과 구체적인 개선방안을 묻는 2차 설문조사의 기획에 매우 도움이 되는 답변이 대부분이었다.

설문은 먼저 관련 핵심법령(1~2, 4)에 대한 질문으로 시작되었다. 이어 관련 전달체계 중 가장 중요한 전달체계와 추가적인 전달체계의 필요성에 대한 질문(3)이 행해졌다. 또, 현행 법령에서 문제가 되는 정신건강관련 모든 질환을 포괄하고 있는지에 대한 설문(5)이 이어졌다. 이어 정신건강관련 핵심적인 법령이 정신질환의 위험인자들에 대하여 명확하게 규정하고 있다고 판단하는 지 그리고 보다 명확한 규정이 필요한 것은 무엇이라고 보는지에 대한 설문(7)을 하였다. 또, 법령이 아동청소년 정신건강 관련 특별한 중요성을 갖는 위험인자들을 포괄하고 있는지 여부에 대해서도 물었다(8). 다음 설문은 아동청소년 정신건강 서비스제공 시 중요한 한계점이나 불편함이 무엇이라고 판단하는 지를 물었다(9). 이어, 아동청소년 정신건강 관련 법제도에서 우선적인 보완이 필요한 6개 사항(① 고위험군 대응방안, ② 주요 위험인자 규정방식, ③ 정신건강 서비스규정, ④ 정신질환자 차별금지규정, ⑤ 전문적인 치료와 지역정신보건센터와의 연계방안, 마지막으로 ⑥ 치료 후 재활 및 사회복지 훈련지원규정 등)을 제시하고 이들 가운데 우선적인 조치가 필요한 순위에 대한 의견을 물었다(10). 그 다음 설문은 아동청소년 정신건강관련 실태조사의 필요성과 그 방안에 대해 물었다(11). 이어 정신건강 관련 중요 기관인 정신보건센터가 아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 할 수 있는 중요한 개선점에 대하여 물었다.(12) 또, 아동·청소년 정신건강의 증진을 위한 전문기관에 대한 관련 규정과 시급한 지원방안에 대하여 질문하고(13), 건강환경 영향평가와 관련 규정들에 대해서 어떻게 생각하는지에 대해서도 의견을 물었다(14). 이어, 중앙정부, 지자체, 사회복지기관 및 교육기관과 의료기관간 협력체제와 대표적인 성공사례에 대해서도 질문하였다(15). 또, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 국가적인 예방사업과 대표적인 관련 법규정과 개선점은 무엇이라고 생각하는 지에 대해서 질문하였고(16), 재활프로그램과 그 개선방안에 대한 의견은 어떠한지를 질의하였다(17). 이어, 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 가정교육의 지원방안관련 법규정과 개선점에 대해 질의하고(18), 시설보호와 위탁보호에 있어 관련 법규정상 각 주체들간의 역할분담과 그 개선점은 무엇이라고 생각하는 지에 대해서도 질의하였다(19). 마지막으로 UN의 아동권리에 관한 국제협약이 국내법에

실질적으로 어떻게 적용되고 있다고 판단하는 지에 대한 질문을 하였다(20). 이처럼 엄선된 질문은 실제 좀 더 치밀하게 분류되고 중복적이거나 추상적인 답변이 예상되는 질문을 걸러내고 법제도 개선에 구체적인 결과가 나올 수 있도록 설문을 좀 더 정비하지 못한 아쉬움이 없지 않다. 그럼에도, 설문은 매우 전문성이 높은 문항으로 구성되었고 질문에 답한 전문가들 역시 매우 성의있는 답변을 하여 본 연구에서 전문가 설문조사의 의의가 매우 높았다고 평가된다.

【전문가설문조사】

「아동·청소년 정신건강」 증진을 위한 법·제도 개선방안에 관한 전문가 설문조사(1차)

2011년8월

설문조사 배경

오늘날 아동·청소년을 둘러싸고 있는 수많은 유해환경과 과도한 입시위주의 교육환경 및 학교환경의 변화, 사회변동과 가족구조의 다원화(한부모가정, 조손가정, 빈곤가정, 장애아동이 있는 가정, 다문화가정), 부모 역할의 변화, 사회에서의 미디어 혹은 여러 문화의 변화 등은 아동·청소년의 정신건강 문제를 더욱 심화시키고 있습니다. 이로 인한 정신건강 환경의 불안정성 증대로 인하여 다수의 아동·청소년이 정서적, 정신적 불안상태에 놓여있으며 성폭력 등 사회적 위험과 이통학대와 그로 인한 각종 정신질환의 문제 또한 사회적 문제가 되었습니다. 이런, 다양한 현상들은 오늘날, 아동·청소년들의 건강한 성장과 발달을 위협하는 요인으로 작용하고 있습니다. 실제로 우리나라 아동·청소년들의 정신건강은 매우 우려할 만한 수준입니다. 보건복지(가족)부의 「2009년 아동·청소년백서」에 따르면 우리나라 청소년 중 40%가 여전히 2주내내 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감을 경험하고 있다고 보고되고 있습니다.(p. 191) 또한, 최근 서울에서 실시된 아동·청소년 정신보건센터 실태조사의 결과 우리나라의 아동·청소년은 다양한 정신질환에 노출되어 있으며 이에 대한 정책적 대응 및 관련 법제도의 개선방안 마련의 사회적 필요성이 커지고 있는 실정입니다. 이에 한국 청소년정책연구원과 전북대학교 노동사회법센터는 공동으로 아동·청소년 정신건강 유관 부문에서 실무를 담당하고 있거나, 상담 및 자문의 경험이 있는 현장실무가, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책담당자 그리고 사회복지부문의 관련 전문가를 대상으로 우리나라의 관련 법제도의 현황과 그 개선방안을 모색하는 설문조사를 실시하고자 합니다.

2011. 8

전북대학교 노동사회법센터, 한국청소년정책연구원

본 조사와 관련하여 문의사항이 있으시면 아래로 연락하여 주시기 바랍니다.

연구책임: 이호근교수 lhg618@jbnu.ac.kr

(Off.): 063-270-4718 (Fax): 063-270-4583, (C.P.): 010-8740-6982

1. 우리나라 아동청소년의 정신건강 관련 법령 중 가장 핵심적인 법령은 무엇이라고 생각하십니까?
예시된 이외에 중요한 추가적인 법령은 무엇이 있습니까?

예시: 아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법, 청소년활동진흥법, 정신보건법, 국민건강보험법, 국민건강 증진법, 건강가정기본법, 아동·청소년 성보호에 관한 법, 교육기본법, 초·중등교육법, 장애인복지법, 사회복지사업법, 한부모가족지원법, 가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법, 성폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법, 입양촉진 및 절차에 관한 특례법, 다문화가족지원법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법, 방송법, 영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법, 게임산업진흥에 관한 법, 음악산업진흥에 관한 법, 전기통신사업법, 마약류관리에 관한 법, 유해화학물질 관리법과 기타, 아동학대 방지 및 피해아동의 보호·지원 등에 관한 법률(안), 아동빈곤법(안), 경기도 학생인권조례(안), UN 아동권리협약 등

a. 핵심법령:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장 상담자 문가	노○○	청소년복지지원법, 아동학대 방지 및 피해아동의 보호·지원 등에 관한 법률	아동복지법 청소년기본법 *청소년복지지원법
	유○○	아동복지법	
	전○○	청소년보호법, 아동복지법, 청소년기본법, 청소년복지지원법	
	김○○	아동복지법	
	성○○	지난 2년 동안 아동과 청소년의 통합법을 만들기 위해 노력하였지만 각 이해관계와 전문적인 영역 등으로 무산되어 분리되어 있습니다. 지금은 아동과 청소년이 분리되어 있기 때문에 아동에 관한 핵심적인 법과 청소년에 대한 핵심적인 법이 구분되어야 할 것으로 생각합니다. 그렇다고 하면 아동에 관해서는 아동복지법이 중요할 것이고 청소년은 청소년기본법이 중요할 것으로 생각합니다. 다만 아동과 청소년이 중복되는 부분에 대한 의견이 있을 것으로 생각합니다	
②정책 담당자	조○○	정신보건법	정신보건법 아동복지법
	민○○	정신보건법	
	이○○	정신보건법	
	김○○	아동복지법	
③정신 과 의사	반○○	청소년보호법, 초·중등교육법	아동복지법 청소년보호법
	김○○	아동복지법	
	정○○	UN 아동권리협약, 아동복지법, 청소년 보호법	
④아동 청소년 복지전 문가	윤○○	정신보건법	정신보건법
	조○○	정신보건법	
	이○○	정신보건법	

b. 추가법령:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장 상담전 문가	노○○	학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률	학교폭력예방 및 대책에 관한법률
	유○○	없음	
	전○○	자살예방법(안), 건강검진기본법	
	김○○	잘모르겠음	
	성○○	학교폭력예방 및 대책에 관한 법, 청소년복지지원법, 소년법, 청소년보호법, 청소년육성법, 근로기준법 등	
②정책 담당자	조○○	학교보건법	학교보건법
	민○○	학교보건법	
	이○○	없음	
	김○○	정신보건법	
③정신 과 의사	반○○		청소년보호법
	김○○	청소년보호법	
	정○○		
④아동 청소년 복지전 문가	윤○○	아동복지법, 청소년기본법	아동복지법 청소년기본법 학교보건법
	조○○	학교보건법, 건강검진기본법, 산업안전보건법, 공공보건의료에 관한법률, 지역보건법	
	이○○	아동복지법, 청소년기본법	

2. 우리나라 아동청소년 정신건강 관련 법령이 규정하고 있는 핵심적인 중요한 정신과적 질환에는 무엇이 있습니까? 예시된 이외의 질환이나 법규정을 필요로 하는 중요한 추가적인 질환은 무엇이 있습니까?

예시: 정신지체(Mental Retardation), 행동장애(주의력결핍 과잉행동장애-Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD, 적대적 반항장애, 품행장애), 불안장애(특정공포증, 사회공포증, 분리불안, 강박증 등), 기분장애(조증/경조증, 주요우울장애, 기분부전장애-Dysthymic Disorder), 의사소통장애(Communication Disorder), 자폐증(Autism), 특정학습장애(Specific Learning Disability: SLD), 시험스트레스, 학교거부증, 비만, 음주흡연, 약물남용, 아동학대 및 가정폭력으로 인한 정신질환, 인터넷게임중독, 가출, 청소년 자살충동 등

a. 정신질환

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	행동장애, 불안장애, 인터넷 게임중독	행동장애 인터넷게임중독
	유○○	인터넷게임중독	
	전○○	음주, 흡연, 인터넷게임중독, 약물남용, 우울, 아동학대 및 가정폭력으로 인한 정신질환	
	김○○	행동장애, 기분장애	
	성○○	아동은 ADHD가 심각한 것으로 보이고요. 청소년은 스트레스와 품행장애라고 생각합니다	
②정책담당자	조○○	정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적정신장애	행동장애
	민○○	ADHD, 불안장애, 기분장애, 자폐증, 정신지체	
	이○○	ADHD, 기분장애	
	김○○	행동장애, 아동학대 및 가정폭력으로 인한 정신질환	
③정신과 의사	반○○	정신지체(Mental Retardation), 자폐증(Autism)	정신지체 자폐증
	김○○	정신지체, 자폐증	
	정○○	정신 지체, 의사 소통장애, 자폐증, 특정 학습 장애	
④아동청소년복지전문가	윤○○	질문의 의도를 이해하기 어려운 문항입니다. 우리나라 청소년의 경우는 약물남용보다 음주문제의 크기가 커서 음주와 흡연을 분리한 문제 접근이 주된 외국의 사례입니다(ADHD)	행동장애 정신지체
	조○○	정신지체	
	이○○	법에는 질환명에 대한 특별한 규정이 없는 것으로 알고 있음. 정신지체는 '지적장애'라는 표현으로 장애인복지법에 명시	

b. 추가질환:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장 상담전 문가	노○○	적응장애-학교부적응, 문화적 부적응 등	사회성결여
	유○○	PTSD(심리적 외상장애)	
	전○○	자살, 학업스트레스	
	김○○	사회성결여(아스퍼거 장애)	
	성○○	최근에 아스퍼그증후군이 많이 발생됨	
②정책 담당자	조○○		×
	민○○		
	이○○	없음	
	김○○		
③정신 과 의사	반○○	과잉행동장애-Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD, 적대적 반항장애, 품행장애), 학교 거부증, 음주·흡연, 약물남용, 인터넷게임중독, 주요 우울장애	행동장애의 인터넷게임중독 아동학대 및 가정폭력으로 인한정신질환
	김○○	행동장애, 학습장애, 인터넷게임 중독, 기분장애	
	정○○	아동학대 및 가정폭력으로 인한 정신질환, ADHD도 미국에서는 계산기 사용이나 추가 시험 시간 등을 배려해 주는 법령이 있다고 들었습니다	
④아동 청소년 복지전 문가	윤○○	은둔형외톨이 - 공식명 : 히키코모리	히키코모리 반응성 애착장애외
	조○○	반응성 애착장애, 선택적 함구증, 틱장애와 뚜렛장애, 섭식장애, 배설장애, 수면장애, 운동기능장애	
	이○○	굳이 질환명을 법에 넣을 필요는 없다고 봄	

3. 우리나라 아동·청소년 정신건강 관련 핵심적인 법령이 규정하고 있는 가장 중요한 전달체계의 형태가 무엇이라고 생각하십니까? 더불어 추가적인 전달체계 확보 등의 개선방안에는 무엇이 있습니까?

예시: 정신보건센터(「정신보건법」 제13조의 2: 정신보건센터의 설치, 제52조제3항: 국가 및 지방자치단체의 역할 등에 근거하여 2010년 현재 서울, 인천, 경기, 부산, 강원 등 광역형 5개소/표준형 156개소가 설치운영 중), 지역아동센터(「아동복지법」 제16조: 아동복지시설의 종류에 기반하여 2009년 현재 전국적으로 3,474개소의 지역아동센터가 설치운영 중), 청소년 보호·재활센터(2010년 12월 정부 「청소년보호법」 전부개정법률(안):의안번호 10250, 제29조에 근거 추진 중)

a. 핵심전달체계:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	예시에는 없으나 CYS-Net-지역사회청소년통합지원체계; 청소년복지지원법 개정안	정신보건센터 CYS-Net-지역사회 청소년통합지원체계 외
	유○○	(아동청소년)정신보건센터	
	전○○	정신보건센터, 청소년상담지원센터	
	김○○	정신보건센터	
	성○○	아동분야에는 잘 모르겠습니다. 다만 청소년분야에는 현재 청소년정책으로 일환으로 진행되고 있는 청소년기본법과 청소년복지지원법에 근거하여 진행되는 지역사회청소년사회안전망(CYS-Net: 통합지원체계)이 구축되어 있습니다. 통합지원체계는 아동과 청소년이 위기상황에 있거나 그럴 가능성이 있는 문제가 발생했을 때 위기스크리닝을 통해 평가하고 그 결과를 지역사회에 전문가 또는 전문기관에 의뢰되어 사례가 진행되는 시스템으로 되어 있는데, 특히 정신건강과 관련된 기능이 보완될 것으로 생각합니다	
②정책담당자	조○○	정신보건센터/ 교육청 - Wee센터	정신보건센터 CYS-Net Wee센터
	민○○	정신보건센터, 청소년상담센터(CYS-NET)	
	이○○	정신보건센터	
	김○○	정신보건센터, 청소년상담지원센터, 지역아동센터	
③정신과 의사	반○○	예시에는 해당사항 없을 듯	정신보건센터
	김○○	정신보건센터	
	정○○		
④아동청소년복지전문가	윤○○	정신보건센터-정신보건법(1995제정)에서 규정하는 표괄적 정신건강의 개념, 국가 정신보건전달체계에서 주된 전달체계의 축은 정신보건센터이며 현재 많은 수의 정신보건센터에서 아동, 청소년 정신건강 사업을 수행하고 있음. 정신건강은 그 문제의 특수성 및 전문성으로 요하는 특성으로 인해 정신건강관련 전문직에 의해 수행되어야 함-정신건강전문직은 국가 법령(정신보건법)에 규정한 정신보건전문요원-정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사, 정신보건간호사-와 정신과의사이며 정신보건전문요원은 2011년 현재 총 15000명 가량 배출되었음	정신보건센터
	조○○	정신보건센터	
	이○○	정신보건센터	

b. 추가전달체계:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	b) 없다(4-2로 가시오)	포괄적 법령이 있다 없다
	유○○		
	전○○		
	김○○	a) 있다(4-1로 가시오)	
	성○○	a) 있다(4-1로 가시오)	
②정책담당자	조○○	있다(4-1로 가시오)	포괄적 법령이 있다 없다
	민○○	있다(4-1로 가시오)	
	이○○	b) 없다(4-2로 가시오)	
	김○○	b) 없다(4-2로 가시오)	
③정신과 의사	반○○		없다
	김○○	b) 없다(4-2로 가시오)	
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○		×
	조○○		
	이○○		

4. 위 1에 예시된 법령이나 추가된 그 외 법령을 모두 고려했을 때 우리나라에 아동청소년의 정신건강에 관련된 가장 중요한 포괄적인 법령이 존재한다고 보십니까?

- a) 있다(4-1로 가시오)
- b) 없다(4-2로 가시오)

4-1. 포괄적인 법령이 있다면 어떤 것이며 본인이 생각하는 장점과 단점은?

포괄적 법령: (아동복지법, 정신보건법, 청소년기본법 등)

a) 장점:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○		아동복지법(18세 이하를 총체적으로) 청소년기본법(발달과정상의 다양한 문제 응대)
	유○○		
	전○○		
	김○○	아동복지와 관련된 전반적인 사항을 다루는 법령이어서 만 18세 이하 아동의 보호, 건강 및 안전을 총체적으로 다루는 법이라고 본다	
	성○○	청소년기본법: 청소년기본법은 청소년이 발달하는 과정에 경험할 수 있는 다양한 문제에 응대할 수 있다고 봅니다	
②정책담당자	조○○	(정신보건법/ 학교보건법) a) 장점: 정신건강 문제에 대하여 가장 기본적인 법령이며, 누구나 법률명만 들어도 관련규정이 있음을 알 수 있음 아동·청소년의 대부분이 학생으로 학생들의 건강문제는 학교보건법에서 규정하는 것이 타당함	정신보건법 학교보건법(아동·청소년) 포괄적 명시 일관된 정책 수립
	민○○	(정신보건법, 학교보건법) 국가수준의 아동·청소년 정신건강 관련 내용을 일관되고 포괄적으로 명시함으로써 국민의 이해증진 및 일관된 정책 수립·추진 가능	
	이○○		
	김○○		
③정신과 의사	반○○		
	김○○		
	정○○		
④아동청소년복지전문가	윤○○	정신보건법: 국민의 정신건강 전반을 포괄하고 있음	정신보건법(청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적보호규정)
	조○○	정신보건법 제2조 “① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.”라고 명기함으로써 미성년자인 아동과 청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적 보호를 받을 수 있음. 또한 동법의 제2조 “④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.”고 명기함으로써 특별히 미성년자인 아동과 청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적 보호를 받을 수 있도록 규정하고 있음	
	이○○	정신건강이란 문제가 가장 체계적이고 종합적으로 접근 가능	

b) 단점:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○		현장에서 적용될 수 있도록 내용보완
	유○○		
	전○○		
	김○○	아동복지와 관련된 전반적인 사항을 다루는 법령이어서 만18세 이하 아동의 보호, 건강 및 안전을 총체적으로 다루는 법이라고 본다	
②정책담 당자	성○○	청소년에 대한 청소년기본법은 청소년관련 다른 법률에 비해 볼 때 상위법이라고 한다고 해도 많은 문제점이 있어서 개정을 위한 많은 준비를 하는 것으로 알고 있습니다. 포괄적인 법률에 대한 지식이 없는 상황에서 평가하기는 어려우나 현장에서 충분히 적용될 수 있도록 내용이 보완되어야 한다고 봅니다	각 관련 특별법은 일관성 결여, 정책의 중복 문제
	조○○		
	민○○	각 관련 특별법에서 각각 규정하는 것은 일관성이 없으며 정책추진의 기초단위인 단위학교 현장의 정책 중복 및 공백으로 혼선 초래 및 실효율성 저조 우려	
	이○○		
③정신과 의사	김○○		
	반○○		
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	정부의 예산상의 문제로 인해 중증정신질환자중심의 사업진행으로 인해 생애주기별 정신건강사업이 상대적으로 비중이 낮은 점	중증질환자 중심으로 아동·청소년의 정신건강을 위한 세부사항 결여
	조○○	동법의 제2조 “④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.”고 명기만 되어 있을 뿐 아동과 청소년을 위한 치료와 보호 등에 대한 세부적인 조항이 없고, 주로 성인에 준해 처리될 수 있도록 되어있음	
	이○○	정신보건법: 다른 법률과의 관계나 다른 부처와의 관계가 실제론 진행되기 어려움	

4-2. 포괄적인 법령이 없다면 관련 법규들을 고려 본인이 생각하는 장점과 단점은?

a) 장점:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○		
	유○○		
	전○○		
	김○○		
	성○○		
②정책담 당자	조○○		지역사회중심 정신보건 인프라에 기반한 정책추진 아동복지법에 약물 및 알콜중독 정서장애, 발달장애 아동보호 조치명기
	민○○		
	이○○	지역사회 중심의 정신보건인프라에 기반한 관련정책 추진	
	김○○	아동복지법에서 약물 및 알콜중독 정서장애 발달장애 아동에 대한 보호치료 조치 언급	
③정신과 의사	반○○		
	김○○		
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○		
	조○○		
	이○○		

b) 단점:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	법 자체를 해당정부부처가 필요에 따라 제정하여 사용하기 때문에 중첩이 발생하거나 집행상 효율성이 떨어짐. 법에는 명시되어 있으나 현장에는 설치되지 않는 기관단체가 상당히 존재함	법규의 중첩과 난립으로 집행의 효율성 미비(소관부처, 주도권문제 관리감독체계 정비 필요) 아동청소년 특성을 고려하지 못함
	유○○	아동청소년의 특성을 고려하지 않은 점. 보호의무자의 책임을 다하지 못하는 것에 대한 법규 미비	
	전○○	아동청소년이 처한 환경별, 예컨대 지역사회, 가족, 학교, 복지 시설 등을 중심으로 법이 있어 연계협력이 필요할 때 법의 소관부처의 주도권, 책임회피, 사각지대 문제가 대두될 수 있음. 포괄적 법령의 범위, 권고의 힘을 더 강화하여 법 내에 다른 부처, 다른 법령을 관리감독할 수 있는 체계가 필요하다고 봄	
	김○○		
	성○○		
②정책담 당자	조○○		아동·청소년 정신건강에 대한 초점이 불분명 예방정책 근거조항의 부재로 조기대응 불가
	민○○		
	이○○	아동청소년 정신질환에 초점을 명확히 두지 못하고 있음	
③정신과 의사	김○○	아동청소년들의 정신건강문제에 대한 예방 정책 부재, 조기에 발굴 및 지원할 수 있는 근거조항 부재	
	반○○	지자체별로 관련 법규 제정하는 난립현상	
	정○○	성인 정신질환 중심으로 지자체 마다 다른 실정	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○		
	조○○		
	이○○		

5. 우리나라 아동청소년 정신건강 관련 핵심적인 법령은 관련 정신질환을 모두 포괄하고 있다고 생각하십니까? 만약 아니라면 누락된 정신질환은 무엇이라고 생각하십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	1) 아동청소년의 정신건강을 “정신질환”이라는 관점에서만 본다면 현재 누락된 것은 없음 2) 의문 - 이 연구에서 시험스트레스, 학교거부증, 비만, 음주흡연, 약물남용, 인터넷게임중독, 가출 등의 용어를 사용하고 있는데 - 2번질문-, 이것이 ‘정신질환’인가요?	시험스트레스, 학교거부증, 비만, 음주, 흡연, 인터넷게임중독 등을 정신질환에 포함 불확실
	유○○ 전○○	ADHD, PTSD	
	김○○	약물 및 알콜 중독, 정서장애, 발달장애, 성폭력 피해 등으로 너무 포괄적으로 다뤄져 있어서 누락되었다고 보기는 어려운 것 같으나, 명확하다고 보기도 어려운 것 같다	
	성○○	지식이 부족합니다. 다만 정신보건관련 법률에 아동과 청소년들의 정신건강과 관련된 내용이 보완되었으면 합니다	
②정책담 당자	조○○	정신과적 질환을 모두 법령에서 규정할 필요는 없다고 판단됨	대부분 포함
	민○○	대체적으로 그렇다	
	이○○	아니오, 품행장애, 적대적 반항장애	
	김○○	×	
③정신과 의사	반○○	특별히 정신건강관련 법안이 있는지 잘 모르겠습니다. 또한 보건복지부나 교육과학부에 소아청소년정신건강 담당부서가 어디인지?	정신지체와 자폐 외에는 거의 다뤄지지 않고 있음
	김○○	아님. 정신지체와 자폐증외에는 거의 다루어지지 않고 있음	
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	인터넷, 게임중독이지만 이 문제는 행위중독으로 이번 2013년 DSM-V에 등재 확정됨. 즉, 지금까지는 관련 규정이 학문적으로 없어서 알코올 및 약물의존 진단 준거에 의하였으나 이번 DSM-V 등재로 인해 전 세계적으로 인터넷, 게임중독을 중독의 범주로 보게 되는 근거가 생김. 우리나라의 경우 게임과 몰입으로 규정하고 있으나 진단준거에 대한 논의가 강력히 요구됨. 즉, 특정부처 및 특정 관련 전문가들이 인터넷, 게임중독 문제 등을 40시간 전문가 교육을 통해 인터넷중독 전문가로 양성으로 아동, 청소년 문제를 다루려고 하지만 명백히 중독의 문제는 정신건강의 문제이며, 이는 전문성을 요하는 문제이다	-인터넷게임중독을 행위중독으로 포함 정신건강문제로 보아야 함 -발달장애 및 정신지체 누락됨
	조○○	정신보건법 “제3조 1. "정신질환자"라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함한다)·인격장애·알코올 및 약물중독, 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다.”고 명기함으로써 아동과 청소년에게 발생하기 쉬운 전반적인 발달장애와 정신지체 등에 대한 부분이 누락됨	
	이○○		

6. 우리나라 아동청소년 정신건강 관련 핵심적인 법령(들)이 체계적인 형태로 구성되어 있다고 보십니까? 법령들간 체계적인 구성에 있어서 개선점이 있다면 가장 중요한 사항이 무엇입니까?
(예시: 기본방향, 추진목표, 분야별 주요 시책, 전달체계구축 -정신질환의 위기관리와 관련 인프라확충-, 사회복지사, 정신보건전문요원 등 전문인력의 양성 및 공급, 재원조달방안 등)

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	1) 법 실효성이 문제 : 법에는 있으나 대체로 임의규정이므로 설치되지 못하는 것이 많음. 대개 법에서 아동청소년 정신건강 관련 규정을 한 다음 “지방자치단체에 떠넘기는”문구로 마무리 짓기 때문에 법만 만들고 실제 실행하는지에 대한 지도점검이 없음. 임의규정인 한 지자체의 관심 박인 경우 실행되는데 한계가 많을 수 밖에 없음. 정신보건센터, 청소년상담지원센터, 건강가정지원센터, 아동보호전문기관 등이 실제 법대로 설치되어 운영되고 있는지에 대한 검토 필요 2) ‘체계성이 없다’고 해서 통합만 하려는 태도가 법에 대한 논의 시 빈번하게 나타남. 마치 법 상에서 업무를 통합만 하면 체계적이 될 것이라고 생각하는 경향이 있음 3) 현장에서의 전문성도 중요하지만, 법을 제정하거나 관리하는 “법정신”을 어떻게 통찰하고 지켜내며, 유지하느냐 하는 것이 더 중요하다고 보여짐	- 임의규정으로 실효성 의문 - 법 통합만으로는 한계 - 전달체계구축, 치료시설 및 이용시설확보, 인력양성 등 과제 - 예산확보가 필수 - 예방, 치료프로그램의 개발 및 보급이 중요
	유○○	전달체계구축 - 정신질환 아동청소년을 위한 기숙형 치료시설 및 이용시설 인력에는 청소년상담사(국가공인자격), 상담심리사(학회자격) 등이 포함되어야 함	
	전○○	실패과약 후 개입이 필요한 대상에게 서비스 제공을 하라 --> 연계하는 방법과 서비스 제공방법 등을 구체적으로 제시 /정책 추진 사항이 이뤄지지 않았을 때 페널티 조항	
	김○○	정신건강관련 법령은 여기저기 산발적으로 구성되어 있어서 체계적이라 보기는 어려운 것 같다. 가장 중요한 개선점은 전달체계 구축	
	성○○	아동·청소년 정신건강에 대한 이해가 매우 부족하고 그로 인한 의식도 부족하다고 생각됩니다. 현재 아동·청소년 정신건강이 매우 심각한 수준이기 때문에 예방과 치료를 위해서 법을 만들고 또는 개정을 한다거나 법적 근거를 통해서 예산을 확보 또는 지원을 한다거나 해야 하지만 실제로 그런 부분에 대해서 관심에서 벗어나 있는 것으로 생각됩니다. 정책적인 기조를 통해서 예산확보와 직접적인 서비스가 전달될 수 있는 시스템을 구축해야 할 것으로 생각합니다. 특히 정신보건관련 분야 인력양성과 전문기관의 기능보강 예산지원 전문적 예방 및 치료프로그램 개발 및 보급 등의 일들이 진행되어야 할 것으로 생각합니다	

②정책담당자	조○○	정신건강과 관련하여 아동·청소년을 위한 법률, 영유아를 위한 법률, 성인과 노인을 위한 법률을 개별적으로 제정할 필요는 없으며, 현 정신보건법 내에서 운영하는 것이 타당	<ul style="list-style-type: none"> - 정신보건법 중심 - 별도의 특별법 제정 필요 ※ 관련 인프라의 구축과 추진목표의 명확화가 중요
	민○○	각 법령이 소관부처의 기능 중심으로 하고 있어 국민서비스 측면의 일관성 부재로 행·재정적인 효율성 미흡	
	이○○	아니오, 관련 인프라 구축, 추진 목표의 명확한 제시	
	김○○	아동청소년 정신건강관련 포괄적이고 핵심적인 법령이 없음, 별도의 특화된 법 제정필요	
③정신과 의사	반○○	학교보건법이 있으나 체계적이지는 않음	<ul style="list-style-type: none"> - 법이 체계적이지 않으며 관련 부서간 난립
	김○○	보건복지부와 교육부 혹은 가족부로 담당부서가 여럿인 것의 문제점이 있음	
	정○○		
④아동청소년복지 전문가	윤○○	현재 우리나라 대부분의 정신건강 정책이 그러하듯이 관련 법들이 산재되어있고 연계성 매우 미약. 개선점으로는 추진목표, 주요 시책을 관련 부처들 간의 협의체구성을 통해 이루어나가야 함. 아동·청소년 정신건강 인력의 경우 현재 사회복지사(지역사회복지관), 정신보건전문요원(정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건임상심리사)의 경우 4-8시간 가량의 수련교육 외에는 아동, 청소년 특화 정신건강 인력양성 계획 부족, 수요와 공급에 대한 범부처적인 접근이 사실상 없음	<ul style="list-style-type: none"> - 법규가 산재해 있고 연계성이 미흡 협의체의 구성을 통해 조정 필요 - 인력양성 계획이 부족 - 정신보건법상 상세히 명시
	조○○	정신보건법과 관련하여 정신보건법 시행령과 시행규칙이 제정되어 있고, 자격증관련사항, 시설설치, 전달체계, 목적, 시책, 의무 등에 대한 중요한 사항들이 정신보건법에 명시되어있고, 자격증발급사항 등에 대한 것은 시행령과 시행규칙에 체계적으로 제시되어 있음	
	이○○	정신보건법 외에 아동복지법, 청소년기본법, 청소년복지법 등에 아동청소년 정신건강 문제의 체계적 접근과 정신보건센터와의 관계 등에 대해 명확히 언급할 필요	

7. 우리나라 아동·청소년 정신건강 관련 핵심적인 법령이 정신질환의 위험인자들에 대해 보다 명확하게 규정하고 있다고 보십니까? 그렇지 않다면 더욱 명확하게 규정하여야 할 정신질환인자에는 무엇있다고 보십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	1) 정신질환의 개념부터가 불명확함 2) 부적응적이고, 발달상 경험할 수 있는 바람직하지 못한 행동 등을 모두 “정신질환”으로 볼 것인지, 아니면 “의학적으로 病人 것”을 정신질환으로 볼 것인지를 정의해 주기 바람 3) 이 정의 없이 “무엇이 정신질환의 위험인자”인지 언급한다는 것이 매우 어려움 4) 그러나 어떻든, ‘위험인자’들에 대해 명확한 규정이 부족한 것은 사실이며, 연구진들이 이 사실을 알지 못할 리가 없는 데 이런 질문을 하는 것이 이해되지 않음	- 개념정의가 불명확(개인의 유전인자에 따른 기질적 문제, 연령별 발달과업에 따른 문제, 부모의 양육태도에 관한 위험요인 등)
	유○○	모름	
	전○○	개인의 유전인자에 따른 기질적 문제, 연령별 발달과업(예 : 학업, 입시 등)에 따른 문제	
	김○○	가정 내 학대나 방임 그리고 유해환경에 대한 위험인자들은 비교적 상세히 다루고 있지만, 개인적 위험요인이나 부모의 양육태도에 관한 위험 요인은 다루고 있지 않는 것 같다	
	성○○	진단과 평가를 전문적으로 할 수 있는 전담기관 설립 및 전달체계강화 등	
②정책답 당자	조○○	추가적으로 규정하는 등의 필요성이 없다고 판단됨	가정의 양육 환경, 인터넷중독, 외상후 장애(트라우마) 등에 대한 명확한 규정 필요
	민○○		
	이○○	그렇지 않다. 가정 양육 환경	
	김○○	인터넷중독, 아동학대·방임 등에 의한 외상후 장애(트라우마) 등	
③정신과 의사	반○○	인터넷, 가정폭력, 학교폭력 등	인터넷, 가정폭력, 학교폭력, 고위험 가정, 부모·교사의 인식, 치료에 대한 장벽 등
	김○○	대중매체와 인터넷 노출, 학교 폭력	
	정○○	산전 관리 및 출생 직후 대사 이상 검사, 다문화 가정 및 한부모 가정, 조손 가정, 새터민 등 고위험 가정에 대한 교육 및 도움 지원 등의 부족. 무엇보다 우리나라는 어린 아동에 대한 공적인 양육이 적어서 부모 특히 엄마들에게 전적으로 의존하는 것이 크고 그것이 엄마들의 정신 건강을 위협하여(우울증) 아동에게 악영향을 끼친다고 봅니다. 학교 선생님들이 정신과 적인 문제를 가지고 있는 아동들을 도움이 필요한 아이로 인식하기 보다 문제 아동으로 인식하는 것도 큰 문제. 사보험 회사들의 보험 가입 등의 제약으로 정신과 치료에 대한 장벽이 더 높게 작용하고 사회적 낙인이 되어 치료를 받지 못하게 하는 점 등이 위험 인자라고 생각합니다.	

④아동청소년복지전문가	윤○○	부모양육, 의사소통, 가족관계, 학대 및 방임, 학업스트레스, 집단따돌림 등 관련 요인은 매우 많으나 이를 법령에서 규정하는 것은 바람직하다고 보지 않음	- 위험인자의 구체적 법규정 불필요 - 주변환경 요인과 유전 요인 등 법조항 명문화 필요
	조○○	정신질환의 위험인자에 대한 언급은 없음. 정신질환별로 시행령에 주변환경요인과 유전관련요인 등에 대한 법조항이 추가되었으면 함	
	이○○	법령에서 이에 대한 자세한 언급은 부적절	

8. 우리나라 아동청소년 정신건강 관련 핵심적인 법령은 일반인에 비해 아동과 청소년에 있어서 상대적으로 더 큰 중요성을 갖는 위험인자들을 포괄하고 있다고 보십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	가정, 학교, 지역사회, 또래 등 정신건강에 영향을 미치는 요소들에 대해서 매우 일반적으로 기술해놓거나 빠뜨린 경우가 많음	성, 약물 등 질환을 갖는 것 이상의 정신건강 위험인자 포괄필요
	유○○	모름	
	전○○	어느 정도는 포괄하고 있으나, 포괄범위가 성, 약물 등에 국한되어 있어 질환을 갖는 것 이상의 건강상태를 유지할 수 있는 것에 대해서는 포괄하지 못하고 있음	
	김○○		
	성○○	구체적인 상황을 제시하기 어렵지만 포괄적인 내용은 부족하다고 생각합니다. 많은 전문가의 의견이 반영되어 보완되어야 한다고 봅니다	
②정책담당자	조○○	일부 그러한 요인이 있으나, 이를 위해 별도의 법률을 제정할 필요는 없다고 판단	위험인자에 대한 별도의 법규정 불필요
	민○○		
	이○○	아니오	
	김○○	×	
③정신과 의사	반○○	아동·청소년의 경우 사고능력 및 판단능력이 미성숙하다는 위험인자 있음	발달학적 측면에서 아동·청소년이 다름
	김○○	발달학적 측면에서 성인과 아동 및 청소년이 다름	
	정○○	아니오	
④아동청소년복지전문가	윤○○	그렇지 못함	
	조○○	아니오	
	이○○	그렇지 못함	

9. 우리나라 아동·청소년 정신건강 관련 법제도에 기반하여 아동과 청소년 정신건강 서비스를 제공할 때 느끼는 한계점이나 불편함은 무엇입니까?

	답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	<p>노○○</p> <p>1) “정신건강”과 “정신질환”의 개념부터 명확하게 해주시기 바람(답하기가 쉽지 않음) 2) 법이 의무규정이 아닌 것이 많아 소관정부부처나 지방자치단체가 임의로 해석하고 실행하지 않는 것이 많다는 것이 가장 큰 한계 3) 법에 있는 내용을 실천할 예산이 확보되지 않는 다는 것도 문제 4) 국가가 예산을 수립하여 수행해야 할 일과 개인과 가족이 책임져야 할 것과 시민들이 스스로 해결해야 할 것들이 잘 정의되지 못하고 혼재되어 있어서 법의 내용을 실행하기가 불편함</p>	
	<p>유○○</p> <p>1. 청소년을 일시보호하고 있는 시설에서 청소년대상 정신과 진료를 받을 때 보호자 동행이 필수라는 점이 한계 2. 정신질환자로 응급입원이 요할 경우, 보호자의 동의를 꼭 필요한 것 - 72시간 부모동의 없이, 경찰과 병원의 판단 하에 가능하나 그 이후 부모의 동의가 없을 시 자살 및 타살의 위험이 있어도 입원을 연장할 수 없어서 연속적인 치료 불가능</p>	<p>- 법규정이 의무가 아니고 모호 - 예산 부족 - 정신질환자 응급입원 및 입원연장 시 부모 동의 문제 - 부모·가족에 대한 교육 - 종사자에 대한 교육과 전문가 배치</p>
	<p>전○○</p> <p>부모, 가족의 역할-아동·청소년의 정신건강 문제는 부모 및 가족의 문제와 연관되어 있는 경우가 많으므로 부모, 가족이 변화하는 것이 절대적으로 필요함. 부모와의 격리가 최선은 아니므로 함께 지내되 부모가 기능적이 될 수 있는 교육 등의 서비스를 받는 것이 필요한데, 그에 대해 법적 효력이 강하지 않아 아동·청소년의 변화를 이끌어내는데 한계가 있음</p>	
	<p>김○○</p>	
	<p>성○○</p> <p>정신건강관련 분야가 다양하지만 다양한 문제유형에 접근할 수 있는 전문기관과 전문가, 종사자, 다양한 지원서비스 등이 필요할 것으로 생각합니다. 종사자의 전문적이고 지속적인 교육과 전문가 배치 등이 필요하고 그에 따른 예산지원이 절실하다고 봅니다</p>	

②정책담당자	조○○	특이사항 없음	<ul style="list-style-type: none"> - 부모·가정을 포함 포괄적 문제 해결 접근 - 전문적 인프라 구축 필요 - 예산 부족
	민○○	직접적인 서비스를 제공하는 지역사회(학교) 단위의 불충분한 전문적 인프라로 수요를 해소하는 데 역부족이며 아동청소년의 문제의 큰 요인과 배경이 가정(학부모)임에도 지역사회에서 아동청소년의 문제를 해결하는데 가정을 포함하여 포괄적으로 접근할 수 있는 자원과 시스템이 부재하다고 생각함	
	이○○	사업 예산의 부족, 관련 인프라의 부족, 유관 부서와의 연계 미흡	
	김○○	아동청소년의 경우 부모의 관심부족, 가정의 폭력·방임 등으로 초기단계 발굴 개입이 어려운 경우 다수 존재	
③정신과 의사	반○○	첫째, 정신문제에 대한 편견, 둘째, 정신건강, 교육, 복지 개념이 중복되거나 혼용되는데서 오는 혼란	<ul style="list-style-type: none"> - 편견·낙인의 문제 - 부모의 동의가 없어도 아동의 치료가 가능토록 하는 문제
	김○○	정신과 낙인의 문제, 용어 사용의 문제	
	정○○	폭력이나 성폭력을 당한 아동의 친부모가 가해자가 아닌 경우에도 우울증이 있거나 지능이 떨어지는 경우나 현실적인 형편이 어려운 경우 부모가 아이 편에 서지 않고 치료권유를 받아들이지 않는 경우가 많음. 오히려 가해자 편을 드는 경우가 많음. 이런 경우 치료를 받게 할 방법이 없음. 특히 청소년 범죄자들의 경우 초범이라면 정신과적인 문제의 후유증으로 나타나는 경우가 많은 데 법적으로 평가나 치료를 받게 할 수가 없음. 그런 아동의 경우 보호자의 동의없이 아동의 동의만으로는 치료를 받게 할 수 없음	
④아동청소년복지 전문가	윤○○	앞에서도 언급했듯이 아동, 청소년정신건강 사업수행의 부처간 비협조, 산발적 진행, 예산의 절대적 부족으로 인한 사업수행의 지속성 부족 등	<ul style="list-style-type: none"> - 부처간 협조체제 부재 - 예산 부족 - 전담 시설과 인력 부재
	조○○	아동과 청소년에 적합한 정신건강 치료시설 미흡과 전담인력의 부재	
	이○○	실제로는 법령의 문제보다는 정신보건센터의 역할과 기능을 아동청소년정신질환에 대해 명확히 대응토록하고 이에 걸맞는 인력과 예산, 지역별 적정 배치가 핵심임	

10. 우리나라 아동·청소년 정신건강 관련 법제도에서 다음 사항 중 우선적으로 보완이 필요한 점이 무엇인가?

- a) 아동·청소년 중 고 위험군의 파악과 대응방안 규정
 - b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영, 치료재활센터 등)규정 등을 마련하는 것
 - c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정을 마련하는 것
 - d) 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment) --> 용어자체가 차별적인 ‘질환’인데...
 - e) 전문적인 치료 후 지역정신보건센터 등을 연계하여 지역사회 내에서 치료받도록 하는 것
 - f) 치료 후 ‘재활’, ‘사회복귀훈련’ 등 follow-up과 관련 지원규정
- # 종사자의 자격조건, 처우, 권한과 의무 등의 명확한 규정

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영, 치료재활센터 등)규정 등을 마련하는 것 ※종사자의 자격조건, 처우, 권한과 의무 등의 명확한 규정	b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영, 치료재활센터 등)규정 등을 마련하는 것 c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission)규정을 마련하는 것
	유○○	b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영 등)규정 등을 마련하는 것	
	전○○	치료 후 돌봄이 필요한 대상에게 돌봄이 가능한 서비스를 연계하는 세부적 과정을 명시하는 규정이 필요함. 단순히 연계협력이 잘되어야 한다는 제언만으로는 기관간 연계가 어려움. 법령에서 조금 더 세부적으로 명시하여 이러한 서비스를 제공하는 기관, 전문가에게 당위성을 부여하는 기반을 마련하는 것이 필요하다고 봄	
	김○○	c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정을 마련하는 것	
	성○○	a), b)번이 중요하다고 생각됩니다. 객관적으로 판단할 수 있는 진단이 시급하고 현재 판단할 수 있는 자료는 여러 기관에서 추정할 수 있기 때문에 그에 따른 치료기반이 되어 있어야 한다고 봅니다. 통합지원체계(CYS-Net)에서 다양한 서비스가 진행되고 있지만 고위험군에 대한 한계점을 가지고 있기 때문에 그에 따른 기능보강 또는 대안으로서 전문치료기관의 설치 등은 시급한 과제라고 생각합니다	

②정책담당자	조○○	법령의 개정보다 현재 운영중인 사업의 정착이 우선되어야 함	c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission)규정을 마련하는 것
	민○○	c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정을 마련하는 것	정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission)규정을 마련하는 것
	이○○	b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영 등)규정 등을 마련하는 것(예산 확보, 관련 기관 책임성의 구체적 명확화)	b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영, 치료재활센터 등)규정 등을 마련하는 것
	김○○	c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정을 마련하는 것	정신보건센터 등)규정 등을 마련하는 것
③정신과 의사	반○○	f>d>c: f) 치료 후 ‘재활’, ‘사회복귀훈련’ 등 follow-up 과 관련 지원규정, d) 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment), c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정을 마련하는 것	d) 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련 규정(voluntary admission and treatment)
	김○○	d, a, b: d) 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment), b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영 등)규정 등을 마련하는 것	f) 치료 후 ‘재활’, ‘사회복귀훈련’ 등 follow-up 과 관련 지원규정 a) 아동·청소년 중 고 위험군의 파악과 대응방안 규정
	정○○	d) 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment)	

④아동청소년복지전문가	윤○○	a) 아동·청소년 중 고 위험군의 과약과 대응방안 규정(1), b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등=우리나라 아동, 청소년은 외국과 달리 마약사용을 하는 비율은 거의 없습니다. 이 부분은 적절한 답안이 아니므로 삭제 희망합니다. 주요위험인자에 오히려 음주를 넣어야 합니다)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, '레스큐 스쿨' 설치 운영 등)규정 등을 마련하는 것 =이 부분 역시 지금처럼 40시간 교육을 받은 사람들이 아닌 중독전문가들이 반드시 관여하도록 하는 규정이 필요합니다	a) 아동·청소년 중 고 위험군의 과약과 대응방안 규정 b) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용, 알코올포함 등)의 예방·상담, 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, '레스큐 스쿨' 설치 운영, 치료재활센터 등)규정 등을 마련하는 것
	조○○	c, e, f: c) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 '발견·상담·진료' 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정을 마련하는 것, e) 전문적인 치료 후 지역정신보건센터 등을 연계하여 지역사회 내에서 치료받도록 하는 것, f) 치료 후 '재활', '사회복귀훈련' 등 follow-up과 관련 지원규정	
	이○○	a) 아동·청소년 중 고위험군의 과약과 대응방안 규정	

11. 우리나라 정신건강 관련 법상 아동청소년의 정신건강 현황을 별도로 파악하여 장기적체계적 대응을 위한 정기 실태조사를 위한 법적 규정이 필요하다고 생각하십니까? 만약 필요하다면 그 횟수, 기간 등 방법에 관한 의견은?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	1) 필요함 2) 2년에 1회 3) 방법 : 기초지방자치단체에서 전수조사를 실시하여 위에 보고하고, 국가차원에서 취함 4) 특정단체에게 용역으로 주어 표집해서 연구하고 그 결과를 전국적으로 일반화하는 것 반대	- 2년 1회 - 1년 1회(초등은 1, 4학년 시기 2회)
	유○○	연 1회, 학교를 통해	
	전○○	필요하다고 봄. 다만 모든 관련 법에서 실태조사를 실시하는 것을 하지 않고 포괄하는 법에 어디와 협력하여 실시한다고 명시하도록 하는 것 수준을 생각함. 횟수는 아동청소년 발달을 고려하여 하되, 학교에서 이뤄지는 1, 4학년대상 정신건강 진단검사 실시 주기를 사용하여 이뤄지는 것이 좋을 것으로 생각됨	
	김○○	정기실태조사는 필요하다고 본다. 다만 그것을 법적으로 규정해야 하는지는 의문이다. 횟수는 학교급 별로 1회가 적당하다고 본다.(단, 초등은 저, 고학년으로 나누어 2회)	
	성○○	아동청소년 정신건강 예방과 치료를 위해서 실태조사는 필요한 것 같습니다. 현재, 2년마다 1회씩 하는 청소년실태조사와 같이 진행해야 된다고 생각하고 예산 지원을 위한 법적 장치가 필요하다고 봅니다	
②정책담 당자	조○○	현황 조사의 필요성 및 활용방안, 조사방법 등에 따라 다를 것임	- 3년 1회
	민○○	실태파악을 위한 단순 조사는 의미가 없으며 조사 후 국가·사회적인 지원기반 마련이 동반되어야 할 것입니다. 그리고 만약 실태조사에 대해 법령에서 정한다면 정신건강문제 특수성을 고려하여 잦은 검사는 오히려 학습효과와 위음성 양산 등의 부정적인 영향을 초래할 가능성이 크므로 학제를 고려하여 3년 주기정도가 효과적인 것으로 판단됨	
	이○○	예. 5년간, 정신질환실태 역학조사와 병행 시행	
	김○○	아동청소년에 정신건강 개선관련 정책과제 발굴의 토대 마련을 위해 매년 정기적인 실태조사 필요	

③정신과 의사	반○○	년 1회 초1,4학년, 중1, 고1학년에 대한 정기 선별조사	- 1년 1회(초등 1·4학년, 중등 1학년, 고등 1학년 시기에)
	김○○	초1, 초4, 중1, 고1의 시기에 1회씩 신뢰도 및 타당도가 증명 된 검사로 스크리닝	
	정○○	우리나라에도 미국의 NICHD와 같은 국가 기관이 설치되어야 하며 실태 조사 및 연구를 병행할 수 있도록 하여야 합니다. 이런 기관에 소아정신과 의사들이 근무하면서 연구 결과를 내 고 전문적인 주장을 하여 정책적으로 입안해 나갈 수 있어야 합니다	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	반대: 보건복지부, 여성가족부, 교육부 등 관련 부처에서 각기 다른 실태조사가 너무 많이 시행되고 있으나 그 비용이나 노 력에 비해 설문내용이 너무 산발적. 기존 실태조사에 아동, 청 소년 정신건강 관련 문항을 보완하여 넣는 것으로 대처하는 것이 더 필요함	- 3년 1회
	조○○	필요함. 3년 1회 - 현재 법에서는 5년마다 실태조사를 하는 것으로 되어있으나 정신질환은 시의성이 있으므로 최소한 3년 마다 실시하는 것이 바람직하다고 생각함	
	이○○	정기실태조사를 실시하는 것이 비용이 많이 들므로 실효성이 있는 지 의문	

12. 우리나라 아동청소년의 정신건강 증진을 위해 정신보건센터가 현재 수행하고 있는 기능에 비추어 보았을 때 가장 중요하게 생각하는 개선점은 무엇입니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	1) 정신건강문제에 개입할 상담자가 없음. 아동청소년을 다룰 청소년 상담사 배치가 반드시 필요 2) 정신건강을 질환의 수준까지 보았을 때 질환을 다룰 의사가 상주해야 하는데, 없음. 아동청소년 정신건강을 전공한 공중보건의 배치 반드시 필요	- 전문(공중보건의 등 의사, 청소년 상담사 등)요원 배치 - 청소년 정신보건센터 확충
	유○○	강제 입원이 꼭 요구되는 아동청소년 대상 보호자의 대리역할 기능 - 보호자와 연락이 되지 않거나 보호자가 방임하거나 거부할 때	
	전○○	아동청소년정신보건센터의 양적 확충, 정신건강 문제 수준별로 집중케어방식의 다양화	
	김○○	정신보건센터는 전 연령대 국민의 정신건강을 다루는 센터이다. 그 센터에서 아동·청소년을 담당하는 부서는 정말 작다. 1-2명이 한 개 구 전체 아동 청소년을 다 담당해야 하는 경우도 있다. 아동·청소년 정신건강을 담당하는 센터가 추가로 필요하다고 본다	
	성○○	지역사회 정신건강예방과 치료를 수행하기 위해서는 사람이 필요합니다. 사업을 수행할 수 있는 전문요원을 증원하여 더욱 많은 사람들에게 예방 및 치료사업이 진행될 수 있도록 하여야 한다고 봅니다	
②정책담 당자	조○○	인적, 물적 인프라의 확충	- 인력부족 - 청소년 담당 센터 확대
	민○○	정신보건센터의 기능이 지역사회 정신건강 보호·증진이라는 점을 고려할 때 지역사회의 한 장으로써 '학교'에 대해 소극적이라고 보여집니다. 물론 인적·물적 자원의 한계점을 고려할 때, 교과부에 위임하는 입장이 없진 않겠지만, 학생도 지역사회 주민으로 지역사회 정신보건을 책임지는 정신보건센터의 적극적인 투자와 참여가 요구됩니다. 따라서 시군구 전체 정신보건센터에 아동청소년 담당 전문인력 배치와 이에 대한 사업이 추진되어야 할 필요가 있습니다	
	이○○	아동청소년 정신보건사업 수행 정신보건센터 개소수 확대	
	김○○	인력부족 등으로 예방활동 및 찾아가는 서비스 부재	

③정신과 의사	반○○	<p>현행 정신보건센터는 전국 160여개 있으며, 그 중 소아청소년 사업이 가능한 곳은 60여곳. 그나마 소아정신과전문의가 참여하는 곳은 거의 극소수. 따라서 향후 전국정신보건센터에 소아청소년사업을 할 수 있는 요원을 추가 배치하며, 대한 소아청소년 정신의학회와 연계하여 소아청소년 정신과 전문의의 자문이나 참여가 가능하도록 법제화 필요함. 이 때 소아청소년정신과 전문의의 참여를 위한 재원 마련과 관계 법령 설정 요망. 예를 들어, 전국에 소아청소년정신과 전문의 수련병원이 15개소, 각 수련병원에 수련인원 지원금 배정하고 정신보건센터 사업 지원하도록 하면 저비용, 고효율이 가능할 것임. 예를 들어 소아청소년정신과 전문의 일인당 연봉 4천만원이면 활동 가능</p> <p>- 15개소x2인x4천만 = 12억원이면 최소한의 전국 단위 소아청소년정신보건전문사업 시작 가능함</p>	- 소아정신과 전문의의 자문, 참여 확대를 위한 법령 설정
	김○○	<p>현재는 주로 성인질환에 대한 서비스를 제공하면서 일부 센터에서 아동청소년에 대한 서비스를 제공하고 있음. 아동청소년에 대한 전문인력 배치와 서비스가 필요하며 그에 따른 별도의 예산 마련이 필요함</p>	
	정○○	<p>현재는 소아청소년 정신 건강에 대한 사업은 지방의 경우 거의 없는 경우가 많음. 정신 보건 센터에 소아정신과 전문의가 장기적으로는 상근 근무를 하도록 하여야겠으며, 안되면 비상근 근무라도 하도록 하되, 소아정신과 전문의는 정신과전문의를 따고 나서 최소 2년 이상의 수련을 받아야 하는 고도로 전문화된 인력이므로 인건비에 대해서 충분히 고려하여야 하겠음</p>	
④아동청소년복지 전문가	윤○○	<p>고위험군으로 선별되었을 때 의뢰를 정신보건센터로 하지만 문제는 지속적 서비스를 위한 비용, 담당 인력의 부족, 정신과 치료를 받게될 경우 낙인(F코드문제로 인한 불이익 명백히 존재</p>	- 전문인력 확보
	조○○	<p>정신질환자의 발견 및 이에 관한 사례 관리를 위한 전문인력의 확보 및 증원</p>	
	이○○	<p>인력의 적정 배치와 예산의 적절한 조달</p>	

13. 우리나라 아동청소년의 정신건강의 증진을 위한 기타 전문기관(2010년 12월 정부의 「정신보건법」 전부개정법률안 제10조: 정신보건전문요원에 근거한 정신보건임상심리사, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건작업치료사 등, 아동학대 방지 및 피해아동의 보호지원 등에 관한 법률(안) 제9조에 근거한 가칭 아동보호전문기관)이나 상담기관(「청소년기본법」 제24조 1항: 청소년지도사·청소년상담사의 채용 등에 근거 2009년 현재 청소년지도사 2만여명, 청소년상담사 3,500여명 활동 중)등 관련 규정과 시급한 지원방안은 무엇이라고 생각하십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	1) 종사자 처우개선 2) 아동청소년의 정신건강 문제를 다루는 데 있어서의 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 청소년상담사, 청소년지도사의 기능과 역할 명료화 3) 의사는 왜 제외되었는지?	- 종사자 처우 개선 - 전문성 강화를 위한 재교육 실시 필요
	유○○	인력보충, 예산 및 시설 지원	
	전○○	인건비 현실화, 전문인력의 전문성 강화를 위한 재교육체계 마련- 서비스를 전달하는 전문인력의 전문성확보는 서비스대상자의 정신건강을 위해 매우 중요함. 국가가 인증하는 교육기관을 선정하여 교육기관에 대한 체계적 질관리가 이뤄지는 것이 필요함	
	김○○	관계행정기관의 협조체계 구축 및 근무환경 개선과 임금 인상. Wee센터에서는 청소년 상담사 채용시 석사이상의 학력에도 불구하고 매우 낮은 임금 때문에 채용하기 어려운 상황이 빈번하게 발생	
	성○○	앞에 내용과 중복됩니다만 임상, 상담, 복지, 교육 등 관련분야의 전문가를 배치하여 복합적인 서비스가 수행될 수 있도록 전문적인 인적, 물적, 컨텐츠 등을 강화하여야 한다고 봅니다	
②정책담당자	조○○	특이사항 없음	
	민○○		
	이○○	정신보건법, 관련 예산의 확대, 전문성 유지 위한 보수교육 제공	
	김○○	정신건강지원 인프라 확충 및 전문인력 양성	
③정신과 의사	반○○	각종 심리사/간호사/복지사/작업치료사 등이 현재는 각자 알아서 환자 배정하고 치료하고 있으므로 진료 질 관리가 제대로 이루어지지 못하고 있음. 따라서, 지도사/상담사/복지사 수만 명의 적절한 의료 및 도움이 이루어지도록 하기 위한 소아청소년정신과 전문의의 지도감독이 절실함. 단, 소아청소년정신과 전문의의 숫자가 절대적으로 부족하므로 12번에 제시한 것처럼 전임의 제도를 활용하는 것이 대안이 될 수 있음	- 소아정신과 전문의의 지도 감독 하에 치료의 질 관리 및 치료인력간 협력체계 공고화

	김○○	숫자상의 양성이 아닌 자질있는 치료인력의 양성이 필요하고, 치료인력간의 협력을 위한 방안도 필요함	
	정○○	소아정신과 전문의가 이들의 수퍼비전을 하도록 하여야 하며, 적어도 주기적으로 교육과 보수교육을 통하여 소아 전문가 집단이 각각 다른 방향으로 이끌어가지 않도록 전체를 총괄하는 역할을 하도록 하여야 함. 아니면 이 사람들이 아이들과 부모님들에게 도움이 되게 하고 해를 끼치는 경우 빨리 알아차리게 하기 위해서는 이 직능들을 연계하는 작업이 필요하며 그렇지 않으면 각자가 다 전문가라고 생각하여 문제가 생길 것임. 따라서 이런 역할 수행을 위해서라도 NICHD와 같은 연구 기관이 필요함. 이런 연구기관에서의 팀으로서의 관계가 전국의 여러 직능간의 협조 체제에 모델이 되고 영향을 미칠 것임	
④아동청소년복지전문가	윤○○	아동, 청소년 정신건강 사업은 각 정신건강문제 영역별 전문가가 매우 필요함. 즉, 아동, 청소년 정신건강 위험요인관련 특화된 전문인력 양성방안 - 통합적이고 포괄적, 범부처적인-필요	- 전문 인력의 양성 - 법규의 당위규정화
	조○○	① 전문요원의 상시 근무를 위한 법조문의 추가와 “~ 들 수 있다.”가 아닌 “~ 두어야만 한다.”의 당위규정이 되어야 함 ② 정신보건센터의 설치와 관련하여 정신보건법 제13조의2에서 “국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.”로 센터를 설립하지 않아도 되는 것과 같은 문항이 아닌 반드시 정신보건센터가 설립되어야만 한다는 규정으로 변환되어야 함	
	이○○	별도의 전문기관보다는 기존의 전문인력에게 아동청소년관련 전문성을 더 갖추도록 교육하고 실제적으로 대응할 수 있도록 함	

14. 우리나라 아동청소년의 정신건강의 증진을 위한 건강환경평가제도에 대하여 어떻게 생각하십니까? 이에 관련된 규정들에 있어서 특히 개선되어야 할 점은 무엇이라고 생각하십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	평가도 중요하지만 그 이후에 무엇을 할 것인지가 더 중요한데, 이 부분이 매우 추상적임. 평가결과에 따라 어떤 개입과 조치를 할 것인지가 명확하게 기술되어야 하고, 실제 사업으로 실행될 수 있도록 하는 것이 필요함	- 평가결과 따른 실행방안 필요 - 인적 환경 강화 필요
	유○○	잘 모르겠습니다	
	전○○	인적환경에 대한 부분을 강화하고, 대인관계환경에서는 상호작용의 질을 평가하는 것이 중요함	
	김○○	학교전반 환경에서 대한 관리라는 취지에서는 필요한 일이라고 생각함. 다만, 일반 환경, 시설 환경, 실내 환경, 주변 환경 관리를 담당할 학교 내 담당자 지정 및 실효성 있는 실행방안이 나와야 한다고 봄	
	성○○		
②정책답 당자	조○○	불필요	- 실제 집행될 수 있도록 구체성, 예산 확보
	민○○		
	이○○	현장의 실제적 집행으로 이어질 수 있도록 내용의 구체성 및 예산 확보 연계 필요	
	김○○	×	
③정신과 의사	반○○	앞서 제시한 아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법, 청소년활동진흥법, 정신보건법, 국민건강보험법, 국민건강 증진법, 건강가정기본법, 아동·청소년 성보호에 관한 법, 교육기본법, 장애인복지법, 사회복지사업법, 한부모가족지원법, 가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법, 성폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법, 입양촉진 및 절차에 관한 특례법, 다문화가족지원법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법, 방송법, 영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법, 게임산업진흥에 관한 법, 음악산업진흥에 관한 법, 전기통신사업법, 마약류관리에 관한 법, 유해화학물질 관리법과 기타, 아동학대방지 및 피해아동의 보호·지원 등에 관한 법률(안), 아동빈곤법(안), 경기도 학생인권조례(안), UN 아동권리협약 등의 집행에 소아청소년 정신건강 전문가가 거의 포함되어 있지 않음	- 법 집행규정에 소아청소년 건강 전문의 참여 필요
	김○○	담당 부서간의 협조와 아동·청소년 정신질환 전문가의 참여가 필요함	
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	???	- 외부, 물리적 환경 외에 인적 환경 평가도 추가 해야 함
	조○○	건강환경평가제도는 정신보건법의 정신보건시설평가와 관련된 것으로서 이는 일반환경, 시설환경, 실내환경, 주변환경분야로 나뉘어 평가가 이루어지고 있는데 이는 주로 외부 환경이나 물리적 환경에 대해서만 평가가 이루어지고 있으므로 인적 환경에 대한 평가도 추가하여 이루어지는 것이 필요함	
	이○○	?	

15. 우리나라 아동·청소년의 정신건강의 증진을 위한 정부와 지방자치단체간, 사회복지기관과 교육기관 그리고 의료기관 간 협력체제의 구축을 위한 대표적인 지자체 사례를 알고있다면 예시해 주십시오. 관련해서 다음 각호에 개선되어야 할 사항은 무엇이라고 생각하십니까?

a. 대표적인 지자체와 관련 조례 등 사례 2~3개를 드시오:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	1) 지역사회청소년통합지원체계(CYS-Net) : 경기도, 경상북도, 대전광역시, 울산광역시, 강원도, 군포시, 과천시 등 170개 센터 2) Wee Center : 천안교육지원청, 용인교육지원청 등 위센터	- 지역사회 청소년통합지원체 계(CYS-Net) - Wee Center
	유○○ 전○○	지역사회청소년통합지원체계	
	김○○	1. Wee project : 교육기관-지역 의료기관-정부 및 지방자치단체 2. 교육복지투자우선지역지원사업 : 지자체-교육기관-지역사회의료기관 및 복지기관	
	성○○		
②정책담 당자	조○○	교과부와 복지부간 공동지침에 의거 정부와 지방자치단체(시도교육청)-지역정신보건센터와 교육청의 Wee센터간 연계사업이 전국에서 진행 중임	- Wee Center - 서울시립아동상담 치료센터
	민○○		
	이○○ 김○○	인지하고 있는 바 없음 서울시립아동상담치료센터, 서울시아동청소년정신보건시설(아이존)	
③정신과 의사	반○○	경기도 교육청 + 경기도 광역정신보건센터 + 경기도청 협력체계	- 경기도 교육청 + 경기도 광역정신보건센터 + 경기도청 협력체계
	김○○	경기도 교육청, 경기도 광역정신보건센터, 경기도청 협력체계	
	정○○	3차 병원의 정신과 입원 병동에 보호환자는 입원을 시키면 시킬수록 손해가 나는 구조이므로(보호 환자 수가 때문에) 입원을 시킬 수 없는 상태임. 이런 부분에서의 개선점이 필요함	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	경기도 무한 돌봄 센터에서 아동, 청소년 정신건강사업 연계 강화	- 경기도 무한 돌봄센터 - 노원구 자살예방사업
	조○○	모름	
	이○○	노원구에서는 자살예방사업을 김성환구청장이 대대적으로 실행. 자세히 알아볼 필요있음	

b. 정부와 지방자치단체 간 역할분담 및 협력체제 개선방안:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	지방자치행정의 틀을 존중하면서 지방자치단체가 실질적인 업무를 수행하고, 국가에서는 지자체 업무수행 결과 분석을 토대로 아동청소년정신건강 정책의 방향을 설정하고 조정하는 역할 수행	<ul style="list-style-type: none"> - 중앙정부 방향설정 및 조정 - 정책조정 - 예산지원 - 정책 설명 및 포상 - 지방정부 실질적인 업무수행
	유○○	정부의 정책수립 및 예산 지원 지방자치단체의 예산지원 및 운영 활성화를 위한 책임	
	전○○	1. 중앙정부의 정책 추진 시 지자체의 업무담당자가 힘을 받아 일을 할 수 있도록 단체장, 담당업무 소관국장, 과장에게 정책설명을 수시로 잘 하는 것 2. 잘하는 곳에 대한 포상	
	김○○	Wee프로젝트의 경우 2011년까지만 중앙정부에서 운영비를 지급하고, 그 이후에는 지방자치단체에서 자체적으로 운영하도록 되어있음. 그렇게 될 경우 열악한 지자체에서는 운영이 어려워질 가능성이 큼.(인건비 부담), 열악한 지자체의 경우 정부에서 지원하는 방안을 검토할 필요가 있다	
	성○○		
②정책담 당자	조○○	중앙정부에서는 지원체계구축, 프로그램 개발 등을 담당하고, 지방자치단체에서는 사업집행 등을 담당	<ul style="list-style-type: none"> - 프로그램개발 - 인력보수교육 - 집행 - 지자체는 지역사회중심 집행
	민○○		
	이○○	정부는 사업지침 수립 및 유관 인력 보수 교육, 지방자치단체는 지역사회 중심의 집행	
	김○○		
③정신과 의사	반○○	중앙정부와 지자체간 조율이 필요	<ul style="list-style-type: none"> - 예산지원
	김○○	지자체가 담당하지만 전국적 사업으로 정부에서 예산 확보하고, 지원	
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○		<ul style="list-style-type: none"> - 예산확보 - 사회적 홍보
	조○○	예산 확보와 정신질환에 대한 사회적 홍보와 이들에 대한 사회적 시선의 개선을 위한 노력이 필요함	
	이○○		

c. 사회복지기관, 교육기관, 의료기관 간 협력체제 개선방안:

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	사안에 따른 협력	<ul style="list-style-type: none"> - 기관 시설개방 - 업무 DB 공유 - 홍보정보 공유 - 네트워킹 활성화
	유○○	교육기관의 적극적인 개방과 협조 교육기관내의 시설 개방 - 상담 및 치료를 위해서 의료기관의 무료서비스 확대 - 저소득층의 장기입원 또는 장기치료비 지원	
	전○○	공동사례회의 개최를 통해 사례진행과정 공유/업무연계가 필요한 기관간 DB공유	
	김○○	사회복지기관과 교육기관의 협력체제가 체계적으로 구축되어 있는 것 같진 않다. 방과 후 학교 지원, 공부방, 지역아동센터 등에 학생을 의뢰할 때만 연락하는 편, 병원도 마찬가지. 학교 현장에서는 사회복지기관에서 어떤 서비스가 이루어지는 지 잘 모르는 경우가 많다. 관리자 차원에서 더 많은 홍보와 정보공유가 필요할 것 같다	
	성○○	각 전문기관과의 MOU를 체결하여 네트워킹이 활성화 될 수 있도록 하여야 한다고 봅니다	
②정책담 당자	조○○	현 체제 내에서 사회복지기관이 정신건강 사업을 담당할 수 있을 것인지는 충분히 검토해야 할 사안임(이미 정부기관-의료기관 간 협력으로 진행중)	- 교류조정자 필요
	민○○		
	이○○	각 책임자 간의 교류를 확대하고, 사업 조정자 지정 및 역할 강화	
	김○○		
③정신과 의사	반○○	각 단체간 협력을 위해 중간에서 전달조절자가 필요함. 현재로서는 정신보건센터에서 그 기능을 할 수 있고 가장 이상적이거나 인력문제가 있음	- 전달조절자 필요
	김○○	정신건강의 문제에 대해 서로 의뢰를 쉽게 할 수 있도록 정신과 낙인의 문제를 줄이고 예산 확보에 노력	
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○		- 협조체제 구축 필요
	조○○	정신질환자의 발견 및 처치와 이를 전담할 전문인력의 보급과 보수교육 및 연수 등과 관련한 프로그램 개발, 치료 후 정신질환자의 사회복지를 위한 재활프로그램의 개발 등을 위한 협조체제 구축이 필요함	
	이○○		

16. 아동청소년 정신건강의 예방사업에 대한 국가적인 노력과 대표적인 관련 법규정은 무엇이며 그 개선점은 무엇이라고 생각하십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	1) 대부분의 법에 예방사업에 대한 내용이 포함되어 있음 2) 당위규정이 아니라 임의규정이거나 구체적으로 어떻게 예방사업을 하라는 내용이 누락되어 있기 때문에 어떤 일을 해도 예방사업으로 대충 주장할 수 있음 3) 예방사업을 구체적으로 명시	- 예방사업에 대한 임의규정뿐 - 개입시기에 대한 명문화 필요 - 서비스의 종결, 주기적 점검에 대한 시행령 필요
	유○○	1. 인터넷중독 예방관련 법규정 신설(?)	
	전○○	현재는 예방보다는 사후개입 쪽에 초점이 많이 맞춰져 있음. 이를 보완하고자 사전 발견 기능도 강화가 되어있으나, 발견된 아동청소년을 어떻게 개입해야 하는지가 더 구체적으로 명시될 필요가 있음. 또한 예방사업은 자칫 한번 대상이 된 아동청소년에게 언제까지 서비스를 제공해야 하는가에 대한 논의가 제기될 수 있고, 문제가 발현되지 않았으나 그러한 조짐을 보인 아동청소년에 대해 언제 다시 팔로우업을 해야 하는지에 대해서도 명료하게 하지 않으면 '~해야 한다'라는 당위성 하에 점검이 되지 않을 수 있음. 서비스의 종결, 주기적 점검에 대한 시행령이 필요함	
	김○○	학생정서행동 선별검사 실시 - 학교 내 담당자들의 협조체계 구축 미흡, 사후 결과처리가 제대로 안 되는 것 같음.(센터나 정신보건센터에 학생들을 의뢰해도 법규정 등의 강제성이 없다보니 학생이 가지 않으면 방치되는 경우가 많음	
	성○○		
②정책담 당자	조○○	특별한 의견 없음	- 실효성 확보 - 정책 목표의 구체적 명시
	민○○	학교보건법에서 학생건강검진의 내용으로 정신건강 관련 조사 및 관리에 대해 명시하고 있으나 그 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무성에 대해 명시하고 있지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정으로 관련내용을 현실화 할 필요 있음	
	이○○	정신보건법, 아동청소년 정신건강에 보다 초점을 두고 정책 목표를 구체화할 필요성이 있음	
	김○○	×	

③정신과 의사	반○○	현행 학교보건법. 집행 전문가 주체가 불분명함. 서울시교육청 경우 상담학회? 에서 담당	- 집행주체 불명확
	김○○	학교보건법. 잘 모르겠음	
	정○○		
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	관련 법률에 “아동, 청소년 정신건강 예방 및 건강 증진사업 에 국가 및 지방자치단체는 기여한다”는 관련 조항을 넣고, 선언적이지 한 후 시행령이나 규칙에서 구체적인 규정을 제시 하는 것이 필요	- 구체적 규정 미흡 - 실태조사시기 단축 - 전문요원범위 확대 필요
	조○○	법규정 - 실태조사 실시, 정신보건사업계획 등 정신보건법 제2조, 제4조의3 개선점 - 실태조사의 주기가 5년은 매우 길다고 생각됨. 이를 줄일 필요가 있음. 정신보건전문요원의 범위를 확대시킬 필요 가 있음	
	이○○	선언적 문구보다는 인력, 예산, 기관배치 등이 이루어지도록 강제할 수 있어야함	

17. 아동청소년 정신건강의 재활프로그램의 지원을 위한 법규정은 어떤 것이 있으며 그 개선점은 무엇이라고 생각하십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	1) 재활의 목적, 방향, 결과를 명시하여 재활프로그램이 지향해야 하는 바를 명확하게 표현 2) 모든 수준의 정신건강문제에 ‘재활’이라는 용어가 적합할까요? 용어 재정의 필요	- 재활프로그램의 법제화 필요 - 지원범위 및 서비스내용 명시
	유○○	1) 학업중단청소년 대상 숙려제도(이혼숙려제도 처럼 학업중단 위기에 놓인 학생들 대상 숙려기간을 운영하여 그 기간동안 진로상담 또는 심리치료를 받을 수 있도록 하는 것을 법제화할 필요있음. 이때 학교 내에서만이 아니라 지역내 유관기관을 활용하게끔 2) 학업중단 후 지역사회상담기관(예, 청소년상담지원센터)에 이관할 수 있는 것에 대한 법규정 신설 3) 거주형 치료, 재활센터와 같은 기관을 전국적으로 확산하는 것. 시도별 1개소씩 설치운영 법규정	
	전○○	정신보건법, 성보호법 등이며, 지원의 범위, 서비스의 내용을 명시하는 것이 필요	
	김○○	아동복지법, 장애인복지법, 신체장애처럼 구체적인 지원방안이 없는 것 같다	
	성○○	청소년복지지원법이 청소년자활관련 내용이 있다고 생각되며, 정신건강부분에 대한 보완이 필요하다고 봅니다	
②정책담당자	조○○	특별한 의견 없음	- 목표의 구체화 필요
	민○○		
	이○○	정신보건법, 아동청소년 정신건강에 보다 초점을 두고 정책 목표를 구체화할 필요성이 있음	
③정신과 의사	김○○	×	- 모르겠음
	반○○	잘 모르겠음	
	김○○	잘 모르겠음	
④아동청소년복지전문가	정○○		- 재활프로그램 부재 - 정신보건법 재활프로그램 지원 규정 명문화 필요 - 전문재활기관 설립 필요
	윤○○	현재 우리나라 재활프로그램은 거의 존재하고 있지 않음. 예를 들어 아동성학대 피해자의 경우도 문제, 일시적 상담 - 전문성 매우 취약 - 및 법률구제 외에 장기적인 평생에 걸친 사례 관리 되고 있지 않음. 이는 결국 예산과 연계되어야 함	
	조○○	정신보건법, 제16조 개선점 - 아동과 청소년 전용의 재활프로그램의 지원에 대한 법규정 필요	
	이○○	현재로선 없으며, 아동정신치료병원 등 전문재활기관을 설립하는 것이 필요	

18. 아동·청소년 정신건강의 증진을 위한 가정교육의 지원을 위한 관련 법규정은 무엇이 있으며 그 개선점은 무엇이라고 생각하십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	1) 여러 법안에 있음 2) 가정교육의 의무화 : 교육 미참시 부모에게 벌금을 부여하는 방안도 검토	- 부모 교육에 대한 제도적 장치방안 마련 필요
	유○○	1) 인터넷중독 저위험군과 고위험군 부모의 교육참여 필수 2) 범죄청소년의 부모교육 및 부모상담 필수	
	전○○	청소년관련 법에는 가정의 의무는 있으나 가정교육에 대한 강제력이 없음. 강제성까지는 아니더라도 부모가 참여할 수 있는 제도(예 : 저소득층 부모 교육 참여 시 일당에 준하는 금액 지원 등) 마련	
	김○○	법 규정은 잘 모르겠고, 아동이 치료를 받고 있을 경우 병원에서 운영하는 병원학교에서 사이버 교육을 받는 것으로 알고 있다	
	성○○	부모교육관련 법이 소년법 또는 중등교육법에서 제시되는 것으로 알고 있지만 가정에 부모의 역할이 매우 중요하므로 부모교육에 대한 제도적인 장치에 대한 검토가 필요하다고 봅니다	
②정책담당자	조○○	특별한 의견 없음	- 모르겠음
	민○○		
	이○○	인지하고 있는바 없음	
	김○○		
③정신과 의사	반○○	잘 모르겠음	- 모르겠음
	김○○	잘 모르겠음	
	정○○	×	
④아동·청소년복지전문가	윤○○	건강가족지원센터, 청소년 기본법에 선언적 의미는 있음	- 청소년 기본법 등에 관련 규정 필요 선언적 의미 - 한부모가족지원법 등 정신건강규정 추가 필요
	조○○	한부모가족지원법의 제17조 가족지원서비스 내용 개선점 : 특별히 정신건강을 위한 규정은 없으므로 추가할 필요가 있음	
	이○○	가정교육까지 할 수 있을까요????	

19. 아동청소년 정신건강 증진을 위한 시설보호와 위탁보호에 있어 관련 법규정에 의한 역할 분담과 그 개선점은 무엇이라고 생각하십니까?

	답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 답전문가	노○○ 1) 시설보호, 위탁보호 : 쉼터, 일시보호소, 그룹홈, 소숙사, 가정위탁 등 다양한 방법이 존재하나 소관 법에 따라 배치기준이나 서비스 내용 등이 달라 다소 혼돈이 있음 예) 쉼터(청소년쉼터-청소년복지지원법, 성폭력피해자쉼터-성폭력관련법안, 가정폭력피해자 쉼터-가정폭력관련법안, 소년원 퇴원생쉼터-법무부 2) 시설보호와 위탁보호에서 보호 대상 아동청소년을 명료화하는 것이 필요	- 보호대상의 명료화 필요 - 가출대상 시설보호 등과 관련 전문가의 판단에 따른 결정필요
	유○○ 친권자에 대한 권한 제한두기 - 예, 가출청소년에 대해 시설보호가 필요하다는 전문가의 판단이 있을 시 부모의 부동의에도 보호가능토록	
	전○○ 명료하지 않고 포괄적임	
	김○○ 전문가의 판단과 치료예후에 따라 시설보호와 위탁보호를 결정할 수 있어야 할 것 같다	
	성○○	
②정책담당자	조○○ 특별한 의견 없음	- 시설종사자에 대한 교육 필요 - 법규에 구체적 시설 및 지원내용 언급
	민○○	
	이○○ 시설보호, 위탁보호 시설 종사자에 대한 아동청소년 정신건강 관련 교육 실시, 각 영역의 기관 및 종사자가 아동청소년 정신건강 상태에 개입할 수 있는 능력을 보유하는 것이 필요	
	김○○ 아동복지법, 정신건강 증진관련 구체적인 보호, 치료 시설 및 지원내용에 대한 언급 부재	
③정신과 의사	반○○ 잘 모르겠음. 단, 아동과 청소년의 연령 규정이 필요함. 또한 미취학 아동을 아동에 포함시키고 있는지요? 왜냐하면 미취학 아동에 대한 어린이집, 유치원 지원 등은 각각 해당 법이 있는 것으로 알고 있습니다.	- 시설들간의 질 관리 필요 - 위탁보호보다 입양정책 우선이 필요
	김○○ 신뢰할 수 있는 보호 시설을 확보하고 필요에 따라 위탁하고 follow up을 하도록 하여야 함	

	정○○	<p>위탁보호보다는 입양이 늘어나는 것이 어린 아이들에게는 좋다고 생각합니다. 애착이나 뇌 발달에 대한 연구 결과도 그 방향을 지지하고 있는데 정책은 비용을 고려하여 위탁보호로 가고 있는 것으로 보입니다. 가정 위탁보다는 시설의 질을 높여 시설 위탁이 아직까지의 우리 나라 현실에 맞다고 생각하며 실제 지방의 경우 위탁 시설의 장의 수준이 너무 떨어져 오히려 그들이 아동을 학대할 수 있는 위치에 있다고 봅니다. 예) 한 성폭력 쉼터인 시설장(“성폭력 아동들이 무얼 했다고 이렇게 많은 예산을 들여서 그들을 보살펴야 하나?”는 이야기를 공공연히 함. 그런 경우 이 시설장이 임기를 다 마칠 때까지 아이들은 인권의 사각지대에 놓여 있어야 합니다. 이 시설장의 경우 지방의 유지이므로 피드백을 줄 수 있는 사람이 없고 받을 생각도 없습니다)</p> <p>국가에서 이런 시설들의 질 관리에 힘써야 하면 전국적인 평균을 유지하도록, 시설간의 차이가 너무 나지 않도록 국가차원에서 노력하여야 합니다</p>	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	역할분담보다 전문성이 우선임	<ul style="list-style-type: none"> - 치료보다 보호목적인 사회복지 시설의 개선 - 장기시설보호보다 치료목적인 단기보호시설 설치와 활용 중요
	조○○	시설보호에 있어서 정신보건법 “제10조 ⑥정신요양시설에 관하여 이 법에 규정한 것을 제외하고는 사회복지사업법 중 사회복지시설에 관한 규정을 준용한다.”로 되어있으나 사회복지시설은 치료보다는 보호에 역점을 둬므로 이를 개선할 필요가 있음	
	이○○	장기시설보호보다는 치료목적인 단기보호시설의 설치와 활용은 매우 중요, 아동복지법의 시설조항에 이를 추가하는 것도 고려해봄직	

20. UN의 「아동권리에 관한 국제협약(United Nations: Convention on the Rights of the Child, 1989.11.20)」 제5조에 근거 「당사국은 신체적·정신적 건강의 관리, 보호 또는 치료의 목적으로 관계당국에 의하여 양육 지정 조치된 아동이 제공되는 치료 및 양육지정과 관련 된 그 밖의 모든 사정을 정기적으로 심사받을 권리를 가짐을 인정한다」 는 규정을 국내법에 어떻게 적용시키고 있다고 생각하십니까?

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 답전문가	노○○	해당공무원에 의해 정기적으로 점검받고 있으나, 현실적으로는 매우 형식적인 절차로 진행되고 있음. 그래서 '점검' 또는 '잘 지내는지 확인', '돈이 정확히 전달되었는지 감독' 하는 수준이지 '심사' 수준으로 보기는 어렵기 때문에 개선이 필요함	- 제대로 적용되지 않고 있음 - 아동복지법을 통해 적용
	유○○	제대로 적용되지 않는다고 생각합니다	
	전○○		
	김○○	국내 아동복지법은 시민, 정치적 권리영역에 있어서 보호를 필요로 하는 아동의 위탁보호, 입소관련 의사 표시권만 보장하고 있다고 함. 정기적으로 심사받을 권리는 적용하지 않는 것 같음	
	성○○		
②정책답 당자	조○○	특별한 의견 없음	- 적용되지 않고 있음 - 아동복지법, 청소년보호법, 정신보건법을 통해 적용
	민○○	단순히 국제협약 이행실적을 제출하는데 그치고 있어 영향력이 그다지 있다고 생각되진 않습니다	
	이○○	아동복지법, 청소년보호법, 정신보건법 등 관련 규정의 다양한 적용을 통해 간접적으로 적용되고 있음	
	김○○	아동복지법	
③정신과 의사	반○○	정확히 모르겠습니다	- 모르겠음
	김○○	잘 모르겠음	
	정○○	실시되고 있지 않은 것으로 알고 있습니다	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	거의 적용되지 않고 있음	- 적용되고 있지 않음
	조○○	적용되지 않고 있음	
	이○○	거의 적용되지 않고 있음	

(2) 2차 설문조사 개요

2차 설문은 총 15개 항목에 걸쳐 1차 설문에 답한 각 영역의 전문가들을 대상으로 하는 심화 질문의 형태로 법제도 개선사항을 직접 물었다. 즉, 이 설문은 제1차 설문조사를 통하여 주요 사항에 대한 전문가들의 의견을 수렴한 결과 이제는 구체적인 법제도적 정비에 관한 의견을 묻는 것이었다. 설문조사에서는 먼저, 관련 법 체계에 관한 것을 질문하였다. 즉, 입법 목적과 대상이 상이한 여러 관련 법이 존재하는 여건에서 아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 통합법 제정 등 체계적이며 보다 실효성있는 입법의 형태가 필요하다고 생각하는지를 알고자 한 것이었다. 이어, 관련 법에 있어 ‘정신질환’과 ‘정신건강’과 관련하여 여전히 그 정확한 정의가 필요하다는 판단에서 특히 정신질환과 비교되는 정신건강의 범주를 어떻게 정의하여야 하고 관련 법규정을 정비하여야 할 필요성이 있는지를 묻고자 하였다. 그 다음으로 핵심적인 지원체계 또는 전달체계 등 현재 관련 소관부처별로 병존하고 있는 다양한 형태의 정신질환의 지원체계와 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 특화된 관련 규정의 정비여부에 대하여 질의하였다. 또, ‘위험인자’에 법적 규정의 문제와 ‘고위험가정’에 대한 교육 및 지원체계여부, 정신건강 ‘서비스제공관련’ 개선방안과 ‘실태조사’의 방법 및 적합성에 대한 사항, ‘전문인력의 양성’ 및 ‘예방과 재활 조치’ 등에 대하여 포괄적으로 질문하였다.

이러한 1, 2차 전문가 대상 설문조사에서 공통적으로 나타나는 사항은 먼저, 아동·청소년 정신건강 관련 전반적인 법적 정비가 필요하다는 사실이다. 그것은 관련 법들 간의 체계 등 유기적인 연계성, 정신질환과 대비되는 정신건강의 정의와 관련 대상에 대한 사항, 그리고 중복적으로 난립하면서도 목적, 인적인 차원에서 공고한 기반을 갖지 못하는 지원체계의 실효성 제고, 관련 인프라와 전문인력의 육성 등이 주요 과제로 분석되었다. 여러 관련 법에 관련 사항이 산발적으로 산재하여 있음에도 정신건강 문제의 사회적 심각성에 비추어 특히 미래 세대의 주축인 우리나라 아동·청소년의 1/4에 해당하는 상당수가 직·간접적인 정신건강 장애를 안고 있다는 충격적인 보고에 비하여 법제도적 현황은 여전히 추상적이고 구속력이 없으며 실질적인 지원체계가 구비되지 못한 채 사실상 주변부에 머물러 있는 현실이다. 이런 측면에서 현장의 상담전문가, 소아·청소년 정신과의사, 아동·청소년 사회복지 전문가에 이어 정책 담당자들을 대상으로 한 본 전문가 설문조사에 근거하여 향후 관련 법제도 정비를 할 수 있도록 하는 것은 매우 중요한 일이라 하겠다. 2차 설문조사 결과는 다음과 같이 분포되었다.

설문조사 실시배경

한국 청소년정책연구원과 전북대학교 노동사회법센터는 공동으로 아동·청소년 정신건강 부문 전문가를 대상으로 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법·제도 개선방안」에 대하여 설문조사를 실시하고 있습니다. 지난 8~9월에는 상담 및 자문의 경험이 있는 현장실무자, 소아청소년 정신과의사, 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 정책담당자 그리고 사회복지부문의 관련 주요 전문가가 참여 우리나라의 관련 법제도의 현황과 그 개선방안을 모색하는 1차 설문조사를 실시한 바 있습니다. 이제 1차 설문조사결과를 분석하고 이것을 토대로 관련 법제도 개선방안에 관한 2차 전문가 설문조사를 진행하고자 합니다. 적극적인 참여로 바람직한 법제도 개선방안이 도출될 수 있도록 협조하여 주시면 감사하겠습니다. 감사합니다.

2011. 10

전북대학교 노동사회법센터, 한국청소년정책연구원

본 조사와 관련하여 문의사항이 있으시면 아래로 연락하여 주시기 바랍니다.

연구책임: 이호근교수 lhg618@jbnu.ac.kr

(Off.): 063-270-4718 (Fax): 063-270-4583, (C.P.): 010-8740-6982

1. 우리나라 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 관련 주요 법률로는 정신보건법, 아동복지법, 청소년 복지관련법(청소년 기본법, 청소년 보호법, 청소년 복지지원법 등), 교육관련법(교육기본법, 학교보건법, 초·중등교육법, 고등교육법, 학교폭력예방 및 대책에 관한 법) 등이 있습니다. 이와 같은 개별법을 포괄할 가칭, 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법률」 과 같은 통합법의 제정 필요성이 있다고 보십니까?

- a) 있다. (1-1번으로)
- b) 없다. (1-2번으로)

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 답전문가	노○○	b)	- 통합법제정 필요성 있다(4명) - 필요성 없다(1명)
	유○○	a)	
	전○○	a)	
	김○○	a)	
	성○○	a)	
②정책답 당자	조○○	b)	- 통합법제정 필요성 있다(1명) - 필요성 없다(3명)
	민○○	b)	
	이○○	b)	
	김○○	b)	
③정신과 의사	반○○	a)	- 통합법제정 필요성 있다(3명)
	김○○	a)	
	정○○	a)	
④아동·청 소년복지 전문가	윤○○	a)	- 통합법제정 필요성 있다(2명) - 필요성 없다(1명)
	조○○	a)	
	이○○	b)	

1-1. 통합법의 필요성은 다음과 같습니다: 아동청소년 정신건강 증진을 위해 관련 부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)간, 중앙과 지자체간 정책협조와 공공/민간의 협력체제의 법제도적 시너지 효과를 높이기 위하여 필요하다. 이 의견에 대해 어떻게 생각하십니까? 만약 생각하시는 다른 필요성이 있다면 자유롭게 답변해주시시오.

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 답전문가	노○○		
	유○○	매우 중요합니다. 부처간의 이해가 다르기 때문에 시너지 효과를 충분히 발휘할 수 있는 것도 잘 안되고 있을 때가 많고, 정책의 중복성으로 인한 예산이나 행정력 낭비가 많아 이를 방지할 수 있습니다	<ul style="list-style-type: none"> - 통합법은 부처간 정책의 중복성 및 예산과 행정력의 효율화를 위하여 필요하다 - 법적 부분과 행정력 부분의 통합시너지 효과 기대 - 발달 시기별로 다양한 문제들을 예방·치료하기 위한 법적근거 필요
	전○○	동의함	
	김○○	동의합니다. 통합된 법제정 뿐 아니라 각 부처 별로 담당해야할 업무와 협조할 부분에 대한 시행 방안도 필요하다고 봅니다	
	성○○	위의 의견에 적극적으로 동의합니다. 또한 현재 아동과 청소년의 연령이 9세부터 18세까지는 겹쳐 있습니다(청소년은 9-24세). 이와 관련된 법적인 부분과 현장에서 진행되는 다양한 사업 등에 영향을 미치게 됩니다. 특히 각 부처 간에 아동과 청소년들을 대상으로 진행되는 사업들로 인한 걸림돌이 있기 때문에 법적, 제도적인 통합적 장치가 필요합니다	
②정책답 당자	조○○		×
	민○○		
	이○○		
	김○○		
③정신과 의사	반○○	필요함. 단, 청소년법에서는 청소년 연령을 25세로 하고 있으므로 사실 지경부, 행자부, 법무부 등도 해당됨. 따라서, 부처간 의견조율이 대단히 어려울 듯	<ul style="list-style-type: none"> - 부처간 일관적이고 통일적인 법적용을 위하여 필요함 - 의사소통, 협조의 어려움 극복 - 서비스만족도 저하 및 예산낭비 극복
	김○○	일관되고 통합적인 대처를 위해서 법, 관리 부처 등이 통합되는 것이 옳다고 생각함	

	정○○	또한 관련 전문가들이나 청소년을 다루는 일을 하는 분들이 법을 숙지하여 제대로 적용하여 실질적으로 법이 효력을 가지게 하기 위해서. 하지만 이렇게 하기 위해서는 모든 분야의 전문가들이 모여서 머리를 맞대고 의사소통하여 하나의 법조항이라도 누락되거나 저평가되거나 다른 의미가 되지 않도록 시간과 노력을 들여 만들어야 할 것임. 절대 급하게 하면 안 됨	
④아동청소년복지전문가	윤○○	현재의 각 부처간 분산적인 정책적, 실천적 접근으로는 아동, 청소년 정신건강 증진에 한계가 있음. 통합법으로 갈 경우, 주무부처를 명시하거나 또는 대통령 직속, 국무총리실 직속 등으로 가서 위원회 형태로 가는 방향도 고민 필요	- 주무부처를 명기하거나 대통령직속, 국무총리직속의 위원회 형태
	조○○	필요하다	
	이○○	정신건강 증진에 대한 범주처별 종합계획을 세우도록 정신보건법에 규정하고 이때 아동청소년에 대한 정신건강 증진 조항을 특별히 명시할 것	

1-2. 아동청소년 정신건강 관련 개별 법은 각각의 입법 목적과 그 중점 대상이 다르기 때문에 통합의 필요성은 없으며 아동청소년의 정신건강 증진을 위하여 중심 법률을 보강하는 방식이 적당하다는 의견에 대해 어떻게 생각하십니까? 통합법의 불필요성에 대한 다른 이유가 있다면 자유롭게 답변해주세요.

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 답전문가	노○○	<p>-또한 청소년 관련 법은 '소년법'과 각종 법안에 청소년 정신건강 관련 유사 내용들이 있을 텐데, 단순히 법을 통합한다고 해서 정책 사업이 통합적으로 진행되는 것은 아니다</p> <p>-광범위한 국가적 차원의 일들을 너무 편의주의로 통합해 놓고 관리한다는 것은 현장과 현실을 지나치게 반영하지 못하는 처사다</p> <p>-법이 통합되면, 법대로 업무를 수행하는 정부부처 관련 부서들도 통합되어야 하고, 예산 항목도 통합이 이루어져야 한다. 그리고 이 통합하는 업무 수행 인력이 전원다 그대로 보장되거나 또는 보장되어야 하는데, 대체로 통합하면 인력 줄이고, 예산 줄인다. 결국 일이 현실에 맞게 진행되기 보다는 관리 편의주의로 빠지기 십상이다. 들을 포괄하지 못한 채 제외하고 통합하고자 하는 것도 뭔가 부족해 보인다</p>	<p>- 법의 통합만으로 정책 사업이 통합적으로 진행된다는 것은 편의주의임</p> <p>- 법과 예산을 통합하다 보면 인력과 예산이 줄어서 오히려 현실에 맞게 일이 진행되지 못할 우려가 있음</p>
	유○○		
	전○○		
	김○○		
	성○○	<p>아동과 청소년은 발달시기 상 매우 다른 특징을 가지고 있습니다. 아동과 청소년들의 신체, 정서, 행동적 발달에 따라 다양한 서비스가 진행될 수 있으나 발달시기에 경험하는 예측 또는 예측하기 어려운 부분에 대한 문제들이 발생하고 특히 인터넷 게임 중독 또는 사회적 대인관계 적응의 어려움, 학습, 행동 등 다양한 스트레스 등으로 예방 및 치료를 받아야 할 법적인 근거가 마련되어야 한다는 의견에서 위의 의견에 동의합니다</p>	

②정책담당자	조○○	우리나라는 지나친 입법주의로 너무 많은 법률들이 생성되고 있음. 법률이 없어서 정책이 이루어 지지 못하는 것이 아닌 만큼 기존 법률 중 필요한 사항이 있다면 그 부분을 보완하면 될 것임	<ul style="list-style-type: none"> - 새로운 통합법보다는 기존의 법률을 개별적 보완 제·개정하는 방법이 필요 - 각각의 정책, 예산, 현장인프라, 기능을 파악한 후 통합법을 제정할 필요성도 있음
	민○○	각각의 특별법령의 취지에 따라 필요에 맞게 관련 조항을 정하는 것이 효율적일 것으로 판단되며, 국민정신건강 증진에 관한 사항은 「정신보건법」에서 필요한 사항을 정하는 것이 바람직할 것임	
	이○○	궁극적으로는 통합이 필요할 수 있으나, 현 단계에서 법 제정을 성급히 추진할 경우 효과성 있는 정책체계를 구성하기 어려움. 우선 각각 별개의 정책, 예산, 현장 인프라의 현황을 파악하고, 각 영역의 기능을 명확히 하는 것이 필요. 그 이후에 통합법이 제정되는 것이 바람직하다고 판단됨	
	김○○	현재 아동과 청소년에 관련된 법이 대상별로 분리되어 있기 때문에 설사 ‘아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법률’을 개별적으로 제정해야 할 필요성이 있다 하더라도 기존의 아동, 청소년 관련 법의 통합이 선행되어야 한다고 봄. 그럴 경우 통합법안 작업과 함께 체계 재정비를 통해 정신건강 증진에 관한 부분을 보완할 수 있음 (예를 들어, 청소년복지지원법에 청소년의 건강에 관한 조항이 있는데 그것을 발전시키는 방안 등)	
③정신과 의사	반○○		
	김○○		
	정○○	이런 방식의 경우 부처간의 의사소통이나 협조가 어려운 것은 사실일 것임. 하지만, 통합법을 만드는 것이 어렵다면 고려해 볼 수 있는 대안임	
④아동·청소년복지 전문가	윤○○	현재같은 개별법적인 접근은 실천적 입장에서 소비자의 서비스만족도 저하, 예산의 중복 낭비를 초래할 가능성이 있음	<ul style="list-style-type: none"> - 통합법 제정은 입법과정이 지난하고 법체계가 복잡다기해질 우려가 있음 - 정신보건법중심 통합적 접근조항규정이 필요
	조○○		
	이○○	이에 대한 통합법을 별도로 만드는 것은 입법 과정이 지난하고 법률체계가 너무 복잡 다단 할 수 있으므로 정신보건법 중심으로 통합적 접근 조항을 넣도록 함	

2. 정신보건관련 법률 중 기존의 「정신질환」 과 「정신건강」 에 대하여 어떻게 법 체계를 정비할 필요성이 있다고 보십니까?

a) 기존의 정신보건법상 주 대상인 「정신질환」 외에 「정신건강」 적 요소인 ‘행동장애’(주의력 결핍 과잉행동장애-Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD, 적대적 반항장애, 품행장애), ‘정신지체’(Mental Retardation), ‘야스퍼거증후군’(사회성 결여), 특히, 2013년 DSM-V에 등재가 확정된 ‘인터넷 게임중독’ 등 주요 질병군에 대해 예시 또는 열거방법으로 관련 법 규정을 ‘추가 보완’하는 방안이 필요하다

b) 기존의 정신보건법상 정신질환자라 함은 “정신병(기질적인 정신병 포함)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타, 비정신병적 정신장애를 가진 자”(정신보건법 제3조 1항)를 의미하나 이와는 달리 아동·청소년에게 발생하기 쉬운 전반적인 발달장애와 지체 등을 ‘별도로 분류하여 법 규정’토록 하는 방안이 필요하다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	c) 청소년문제는 단지 질환이나 정신건강의 문제만은 아니다. 따라서 질환, 정신건강문제, 예방해야 할 발달상의 문제, 매우 경미하나 방치하면 커질 문제 등 다양한데 이를 단지 질환과 정신건강의 패러다임으로만 다루는 것은 결국 현실적으로 또 다른 법안을 제정하게 만드는 상황이 될 것이다. 따라서 이를 고려한 방안이 마련되어야 한다	a) 기존의 정신보건법상 주 대상인 「정신질환」 외에 「정신건강」 적 요소인 ‘행동장애’(주의력결핍 과잉행동장애-Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD, 적대적 반항장애, 품행장애), ‘정신지체’(Mental Retardation), ‘야스퍼거증후군’(사회성 결여), 특히, 2013년 DSM-V에 등재가 확정된 ‘인터넷 게임중독’ 등 주요 질병군에 대해 예시 또는 열거방법으로 관련 법 규정을 ‘추가 보완’하는 방안이 필요하다(2명) b) 기존의 정신보건법상 정신질환자라 함은 “정신병(기질적인 정신병 포함)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타, 비정신병적 정신장애를 가진 자”(정신보건법 제3조 1항)를 의미하나 이와는 달리 아동·청소년에게 발생하기 쉬운 전반적인 발달장애와 지체 등을 ‘별도로 분류하여 법 규정’토록 하는 방안이 필요하다(2명) c) 기타, 질환과 정신건강의 패러다임으로만 청소년 문제를 다루기보다 포괄적인 고려방안 마련 필요(1명)
	유○○	a)	
	진○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	a)	

②정책담당자	조○○	b)	a)(2명), b)(2명)
	민○○	b)	
	이○○	a)	
	김○○	a)	
③정신과 의사	반○○	b)	a)(2명), b)(1명)
	김○○	a). b)보다는 낮다고 판단되지만 질병단위가 아니라 포괄적인 정신건강의 범주가 낮다고 생각함	
	정○○	a)와 b)가 의미하는 바가 다른 방향이라서 둘 다 진행되어야 한다고 생각합니다.	
④아동청소년복지전문가	윤○○	a) 전 세계적인 추세임	a)(1명), b)(2명)
	조○○	b)	
	이○○	b)	

3. 아동·청소년 정신건강 증진관련 핵심지원체계는 어떻게 구축되어야 한다고 보십니까

a) 전국적으로 조직되어 있는 정신보건관련 전문기관인 「정신보건센터」 내에 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원규정을 보다 구체적이고 명확히 보장하는 방안

b) 일반인은 「정신보건센터」 중심, 아동은 역시 전국적 조직망인 「지역아동센터」 중심, 청소년은 통합지원망인 「지역사회청소년사회안전망 (CYS-Net: Community Youth - Safety Net 등)와 청소년상담지원센터」 를 중심으로, 그리고 아동·청소년의 경우 학교와의 연계가 매우 중요하므로 교육부문은 「Wee (Welfare Education) Center나 Wee Class」 등 현행과 같이 각각 그 목적과 취지에 맞도록 분산하여 대응하는 방안 (※ 단, Wee Center의 경우 2011년까지만 중앙에서 지원하고 이후 각 지자체 교육청으로 이관될 예정이어서 사업의 지속성 여부가 명확하지 않음)

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	b)	a) 전국적으로 조직되어 있는 정신보건 관련 전문기관인 「정신보건센터」 내에 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원규정을 보다 구체적이고 명확히 보장하는 방안(1명)
	유○○	b)	
	전○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	a)	b) 일반인은 「정신보건센터」 중심, 아동은 역시 전국적 조직망인 「지역아동센터」 중심, 청소년은 통합지원망인 「지역사회청소년사회안전망 (CYS-Net: Community Youth - Safety Net 등)와 청소년상담지원센터」 를 중심으로, 그리고 아동·청소년의 경우 학교와의 연계가 매우 중요하므로 교육부문은 「Wee (Welfare Education) Center나 Wee Class」 등 현행과 같이 각각 그 목적과 취지에 맞도록 분산하여 대응하는 방안(4명)
②정책답 당자	조○○	b)	a)(2명) b)(2명)
	민○○	a)	
	이○○	b)	
	김○○	a)	
③정신과 의사	반○○	b)	a)(2명) b)(1명)
	김○○	a) 가능하다면 아동·청소년 정신보건센터가 별도의 인원과 예산편성이 되도록	
	정○○	a) 소아·청소년은 시기별로 계속 이어지는 사업이어야 함. 아니면 현재 부처가 다르면 서로 협의가 안되듯이 소아·청소년의 문제도 각각 연계가 안 되어 늘 수밖에 없음	

④아동청소년복지전문가	윤○○	a) 현실적으로 지역아동센터의 역량이 아동청소년 정신건강이라는 전문적인 영역을 다룰 수 있다고 생각하지 않습니다	a)(3명)
	조○○	a)	
	이○○	a)	

4. 정신건강과 관련 기본법이라 할 수 있는 현행 「정신보건법」은 주로 중증 정신질환자 중심으로 ‘생애주기별 정신건강사업’이 상대적으로 비중이 낮은 반면, 여타의 아동청소년복지 관련 법에는 아동청소년의 정신건강 증진을 위한 구체적인 보호조치 규정이 매우 미약한 실정이다. 이를 극복할 개선방안 중 우선적인 것은 무엇이라고 생각하십니까? (중요도 순으로 답하십시오)

a) 정신보건법 제2조 “① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.”는 미성년자인 아동과 청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적인 보호 규정과 동법의 제2조 “④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.”는 규정을 아동청소년의 특성을 고려하여 더욱 구체화하고, 보호의무자 책임 등을 보완하여야 한다

b) 지역사회 중심으로 정신보건 인프라에 기반한 정책을 추진토록 하며, 아동청소년 정신건강관련 예방정책, 조기 발굴 및 기타, 지원 근거조항 등에 관한 규정을 강화하여야 한다

c) 아동청소년 복지 관련법상 약물 및 알콜 중독, 정서장애, 발달장애 아동에 대한 보호와 치료 조치 등을 좀 더 구체적으로 언급하여야 한다

d) 법자체의 중첩이 발생하거나 집행 상 효율성이 떨어지지 않도록 관련 법간 정비가 필요하며, 법에는 명시되어 있으나 현장에는 설치되지 않는 임의규정에 의한 기관단체(정신보건센터, 청소년상담지원센터, 건강가정지원센터, 아동보호전문기관 등)가 상당히 존재하여 문제가 되고 있다. 이들을 의무조항으로 하고 지도·점검하는 등 법의 실효성 제고가 필요하다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	c)	a) 정신보건법 제2조 “① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.”는 미성년자인 아동과 청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적인 보호 규정과 동법의 제2조 “④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.”는 규정을 아동·청소년의 특성을 고려하여 더욱 구체화하고, 보호의무자 책임 등을 보완하여야 한다 → b), c), d)
	유○○	a)	
	전○○	d),b),a),c)	
	김○○	a),d),c),b)	
	성○○	b),a),c),d)	
②정책담 당자	조○○	c),b),a)	b) 지역사회 중심으로 정신보건 인프라에 기반한 정책을 추진토록 하며, 아동·청소년 정신건강관련 예방정책, 조기 발굴 및 기타, 지원 근거조항 등에 관한 규정을 강화하여야 한다 → a), c)
	민○○	b),a),d),c)	
	이○○	b)	
	김○○	a),b),c),d)	
③정신과 의사	반○○	b),d),a),c)	b) 지역사회 중심으로 정신보건 인프라에 기반한 정책을 추진토록 하며, 아동·청소년 정신건강관련 예방정책, 조기 발굴 및 기타, 지원 근거조항 등에 관한 규정을 강화하여야 한다 → a)
	김○○	a),b),c),d)	
	정○○	b),a),d),c)	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	a),b),d),c)	a) 정신보건법 제2조 “① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.”는 미성년자인 아동과 청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적인 보호 규정과 동법의 제2조 “④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.”는 규정을 아동·청소년의 특성을 고려하여 더욱 구체화하고, 보호의무자 책임 등을 보완하여야 한다 → b)
	조○○	a),d),b),c)	
	이○○	b),a),c),d)	

5. 아동청소년 정신건강 증진을 위한 인력양성 및 수요와 공급에 대한 법 규정의 정비가 필요하다고 생각하십니까?

a) 정신보건과 관련 정신보건법 시행령과 시행규칙이 제정되어 있고, 자격증관련사항, 시설설치, 전달체계, 목적, 시책, 의무 등에 대한 중요한 사항들이 정신보건법에 명시되어 있고, 자격증발급사항 등에 대한 것은 시행령과 시행규칙에 체계적으로 제시되어 있어 정신건강관련 규정은 이를 준용 또는 보완하면 충분하며 추가적인 조치가 불필요하다

b) 정신건강관련 법령은 여기저기 산발적으로 구성되어 있어 체계적이지 않으며, 아동청소년 정신건강에 특화되어 있지 않고, 관련 법간 연계성이 매우 미약하여, 추진 목표와 주요 시책 등 관련 정책을 조율할 부처 간 협의체 구성과 특히, 전달체계의 구축과 관련 법령의 정비가 필요하다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	a)	b) 정신건강관련 법령은 여기저기 산발적으로 구성되어 있어 체계적이지 않으며, 아동·청소년 정신건강에 특화되어 있지 않고, 관련 법간 연계성이 매우 미약하여, 추진 목표와 주요 시책 등 관련 정책을 조율할 부처 간 협의체 구성과 특히, 전달체계의 구축과 관련 법령의 정비가 필요하다
	유○○	b)	
	전○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	b) 정책과 사업에 따라 다른 양상을 보이므로 구체적인 정비가 필요하다고 보임	
②정책담 당자	조○○	a)	b)
	민○○	b)	
	이○○	b)	
	김○○	b)	
③정신과 의사	반○○	b)	b)
	김○○	b)	
	정○○	b)	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	a) 1997년부터 국가자격증으로 정신보건전문요원(정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 정신보건임상심리사) 양성하여 이미 15000명 이상배출, 이를 보완하면 충분함	a) 정신보건과 관련 정신보건법 시행령과 시행규칙이 제정되어 있고, 자격증관련사항, 시설설치, 전달체계, 목적, 시책, 의무 등에 대한 중요한 사항들이 정신보건법에 명시되어 있고, 자격증발급사항 등에 대한 것은 시행령과 시행규칙에 체계적으로 제시되어 있어 정신건강관련 규정은 이를 준용 또는 보완하면 충분하며 추가적인 조치가 불필요하다
	조○○	a)	
	이○○	a)	

6. 아동청소년 정신건강 증진을 위한 전달체계구축과 시설 및 전문인력 확보와 관련 각 법령이 소관부처의 기능 중심으로 되어 있어 이들의 국민서비스 측면의 일관성 부재로 행재정적인 효율성이 없다는 지적이 있다. 우선적인 개선방안은 무엇이라고 생각하십니까? (중요도 순으로 답하시오)

a) 정신질환 아동·청소년을 위한 인터넷 중독 기숙형 치료시설인 ‘레스큐 스쿨’ 설치 및 운영과 이용시설 확보 등 시설 및 예산에 대한 관련 법 규정의 정비

b) 정신보건전문요원(정신과 의사, 정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건임상심리사 등)과 청소년상담사(국가공인자격), 상담심리사(학회자격), 사회복지사 등 체계적인 전문 인력 수급 규정의 정비

c) 진단과 평가를 전문적으로 할 수 있는 전담기관 설립 및 전달체계강화 법 규정 필요

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	b),a),c)	a) 정신질환 아동·청소년을 위한 인터넷 중독 기숙형 치료시설인 ‘레스큐 스쿨’ 설치 및 운영과 이용시설 확보 등 시설 및 예산에 대한 관련 법 규정의 정비 →b)
	유○○	b),a),c)	
	전○○	a),c),b)	
	김○○	a),b),c)	
	성○○	a),b),c)	
②정책담 당자	조○○	a)	c) 진단과 평가를 전문적으로 할 수 있는 전담기관 설립 및 전달체계강화 법 규정 필요 →a), b)
	민○○	c),b),a)	
	이○○	b)	
③정신과 의사	김○○	c),a),b)	c) 진단과 평가를 전문적으로 할 수 있는 전담기관 설립 및 전달체계강화 법 규정 필요 →a), b)
	반○○	b),c),a)	
	정○○	c),b),a)	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	b),c),a)	a), b), c) 모두
	조○○	a),c),b)	
	이○○	c),a),b)	

7. 우리나라 정신보건관련 법상 정신질환 및 정신건강과 관련 위험인자에 대한 명확한 정의가 부재한 실정이라는 지적이 많다. 이와 관련 법 규정이 필요하다고 보십니까?

a) 정신질환 및 정신건강 관련 위험인자는 개인의 유전인자에 따른 기질적 차원, 연령별 발달 과정(학업, 입시, 취업 등)에 따른 차원, 가정 내 학대나 방임에 따른 정신적 외상 후 장애(트라우마)와 유해환경에 따른 차원, 부모의 양육태도에 따른 차원, 집단따돌림 등 그 내용과 범위가 다양하며 따라서, 개별적인 위험요인별 법적 규정은 바람직하지 않다

b) 정신질환 또는 정신건강 위험인자에 따라 시행령에 크게 ‘주변 환경 요인’과 ‘유전관련 요인’ 등을 구분하여 법 규정을 정비하는 것이 필요하다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	a)	b) 정신질환 또는 정신건강 위험인자에 따라 시행령에 크게 ‘주변 환경 요인’과 ‘유전관련 요인’ 등을 구분하여 법 규정을 정비하는 것이 필요하다(3명) a) 정신질환 및 정신건강 관련 위험인자는 개인의 유전인자에 따른 기질적 차원, 연령별 발달 과정(학업, 입시, 취업 등)에 따른 차원, 가정 내 학대나 방임에 따른 정신적 외상 후 장애(트라우마)와 유해환경에 따른 차원, 부모의 양육태도에 따른 차원, 집단따돌림 등 그 내용과 범위가 다양하며 따라서, 개별적인 위험요인별 법적 규정은 바람직하지 않다(2명)
	유○○	a)	
	전○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	b)	
②정책담 당자	조○○	a)	a)(3명) b)(1명)
	민○○	a)	
	이○○	a)	
	김○○	b)	
③정신과 의사	반○○	b)	b)(2명) a)(1명)
	김○○	b)	
	정○○	a)	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	a)	a)(2명) b)(1명)
	조○○	a)	
	이○○	b)	

8. 우리나라 정신보건관련 법상 아동·청소년의 정신건강과 관련 특히, 고위험가정에 대한 교육 및 지원체제가 부족하다는 지적이 많다. 이들에 대한 법 규정은 어떠해야 된다고 보십니까?

a) 기존의 정신보건법 틀 내에서 일반 가정의 아동·청소년 정신건강관련 규정을 준용하여 적용하면 충분하다

b) 고위험가정 즉, 한부모가정, 조손가정, 새터민가정, 다문화 가정 등 사회적 취약계층 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 별도의 지원규정 명문화가 필요하다.

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	a)	a) 기존의 정신보건법 틀 내에서 일반 가정의 아동·청소년 정신건강관련 규정을 준용하여 적용하면 충분하다(2명) b) 고위험가정 즉, 한부모가정, 조손가정, 새터민가정, 다문화 가정 등 사회적 취약계층 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 별도의 지원규정 명문화가 필요하다(2명)
	유○○	b)	
	전○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	a) 번을 적용하되 b번의 법적인 보완제도가 필요하다고 생각됨	
②정책답 당자	조○○	a)	a)(2명) b)(2명)
	민○○	b)	
	이○○	a)	
	김○○	b)	
③정신과 의사	반○○	a)	a)(2명) b)(1명)
	김○○	a)	
	정○○	b)	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	a) 법에 상세한 규정을 만드는 것보다, 시행규칙정도 또는 고시에서 명시할 수 있도록 보완하는 것이 좋음	a)(3명)
	조○○	a)	
	이○○	a)	

9. 우리나라 정신건강관련 법령은 가정, 학교, 지역사회, 또래 등 정신건강에 미치는 요소들과 관련 주로 성, 약물, 알코올 등에 국한하여 법적 규정을 하고 있는 반면, 정신질환을 갖는 것 이상의 '건강상태'를 유지할 수 있는 것에 대해서는 포괄하지 못하고 있다는 지적이 있다. 다음 중 어느 방안이 더 적절하다고 생각하십니까?

a) 중요도가 높아지고 있는 일부 정신건강 장애를 포괄하지 못하는 문제점이 있으나 전체 정신질환 또는 정신건강을 위하여 별도의 체계나 법률을 제정할 필요는 없다

b) 발달학적 측면에서 성인과 아동 및 청소년이 다르므로 생애주기별 맞춤형 법 규정의 개선이 필요하다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 답전문가	노○○	b)	b) 발달학적 측면에서 성인과 아동 및 청소년이 다르므로 생애주기별 맞춤형 법 규정의 개선이 필요하다
	유○○	b)	
	전○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	b) 절실한 현실	
②정책답 당자	조○○	a)	a) 중요도가 높아지고 있는 일부 정신건강 장애를 포괄하지 못하는 문제점이 있으나 전체 정신질환 또는 정신건강을 위하여 별도의 체계나 법률을 제정할 필요는 없다(2명) b)(2명)
	민○○	b)	
	이○○	a)	
	김○○	b)	
③정신과 의사	반○○	b)	b)(3명)
	김○○	b)	
	정○○	질문의 뜻을 명확히 이해하지 못하겠음. 고르라면 b)	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	a)	a)(2명) b)(1명)
	조○○	a)	
	이○○	b)	

10. 우리나라 정신건강 서비스제공 관련 핵심적인 개선방안은 무엇이라고 생각하십니까?(중요도 순으로 답하시오)

a) 국가사회에 의해 제공되는 서비스와 관련 법규정이 임의규정인 부분(예: 정신보건센터의 설치와 관련하여 정신보건법 제13조의2에서 “국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.”)은 이를 의무규정으로 하여 법적용 실효성을 높여야 한다

b) 직접적인 서비스를 제공하는 지역사회(학교) 단위에서는 전문적 인프라가 부족하여 수요를 해소하는 데 역부족이다. 따라서, 지역사회에서 아동·청소년 정신건강의 문제를 포괄적으로 접근, 해결할 수 있도록 가정을 포함, 인적·물적 자원의 확보와 관련 지원시스템 구축 등 법 규정을 정비하여야 한다

c) 정신질환 청소년의 시설보호 진료시 법 규정상 보호자 동행과 동의(72시간 이후)가 필수규정이나 이는 현실적 제약이 크므로 이를 임의규정으로 하여야 한다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	a),c),b)	a)→b)→c) (정신보건센터설치 등 의무규정화→서비스는 가정포함 인적·물적 자원 확보 지원시스템 법규정화→보호자동행 임의규정화 필요)
	유○○	b),c),a),	
	전○○	a),b),c)	
	김○○	a),b),c)	
	성○○	a),b),c)	
②정책담 당자	조○○	b),a),c)	b)→a)→c)
	민○○	b),a),c)	
	이○○	b)	
③정신과 의사	김○○	b),a),c)	b)→a)→c)
	반○○	b),a),c)	
	정○○	b),a),c)	
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	a),b),c)	a)→b)→c)
	조○○	a),b),c)	
	이○○	b),a),c)	

11. 아동청소년 정신건강 법제도 개선 방안에 대한 의견은 어떠하십니까?기타, 누락된 영역이 있다면 추가로 답해 주십시오)

예시) 법제도 보완사항: 1) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 전문가에 의한 전문적인 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 운영, 치료재활 센터 등)규정 마련→2) 정신질환을 앓고 있는 아동청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정 마련→3) 아동청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment) 마련→4) 치료 후 ‘재활’, ‘사회복귀훈련’ 등 follow-up관련 돌봄이 필요한 대상에게 돌봄이 가능한 서비스를 연계하는 세부적 과정을 명시하는 지원규정 마련→5) 종사자의 자격조건, 처우, 권한과 의무 등의 명확한 규정 마련

a) 법제도적 정비가 필요한 관련 주요 위험 군에 대한 정의와 치료시설에의 접근성 그리고 예방 및 치료와 재활 규정, 종사자 처우 개선 등이 위와 같은 우선 순서로 실시되어야 한다

b) 위에 열거된 순서보다는 각 사업별로 우선적인 주요 사항에 대해 시범사업을 실시하여 성과를 평가하며 각 부문을 동시에 단계적으로 확대하여 나가는 방안이 필요하다.

(누락된 부문이나 기타 중요 사항이 있을시:)

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	a),b) 모두	a) 법제도적 정비가 필요한 관련 주요 위험 군에 대한 정의와 치료시설에의 접근성 그리고 예방 및 치료와 재활 규정, 종사자 처우 개선 등이 위와 같은 우선 순서로 실시되어야 한다(3명) b) 위에 열거된 순서보다는 각 사업별로 우선적인 주요 사항에 대해 시범사업을 실시하여 성과를 평가하며 각 부문을 동시에 단계적으로 확대하여 나가는 방안이 필요하다(3명)
	유○○	b)	
	전○○	b)	
	김○○	a)	
	성○○	a) 기타, 현재 용인에 치료센터를 건립하고 있는 것과 관련하여 정신보건센터에서 그 역할을 수행하거나 또는 각 지역에 그와 같은 기능을 수행할 수 있는 기관설치를 통해서든 시행이 시급하고, b)번 부분은 이미 많은 연구가 시행된 것으로 생각합니다	
②정책담당자	조○○	b)	b)(3명) a)(1명)
	민○○	b)	
	이○○	b)	
	김○○	a)	
③정신과 의사	반○○	b)	기타: - 부모교육 강화 - 교사교육 강화
	김○○	a)	

	정○○	<p>일단 아동의 권리에 대한 인식이 보편화 될 수 있도록 사회와 부모, 선생님을 교육하는 것이 필요하고, 아동 학대에 대해서 사회가 감시를 하고 치료를 하는 시스템을 구축하는 것이 필요하다. 의료계 내에서도 전달 시스템과 치료기관을 선정하여 아동에게 꼭 필요한 치료를 적정 기관, 적정 빈도로 제공할 수 있어야 하며, 근거 중심 치료를 제공할 수 있도록 하여야 한다. 이러한 시스템을 마련하기 위해서는 우선적으로 고 위험 군인, 장애아동이나 환경적으로 열악한 아동, 학교나 지역사회에서 발견된 아동들을 평가 의뢰하는 전달 시스템이 구축되어야 하며, 부모에게 치료를 명령할 수 있는 법률 제도의 정비가 필요하다. 그렇게 하기 위해서는 보건복지부, 인적자원부, 여성가족부 등으로 나누어져 있는 부처 간의 일원화가 필요하며, 아동·청소년의 정신 건강이 전체적인 사회로 보아서는 사회적인 비용을 줄이는 가장 좋은 방법이라는 인식하에 앞으로 수십 년 후를 내다보면서 전향적인 연구들이 행해져야 한다. 현재는 바우처사업 등으로 인해 치료사들이 각각 자신의 판단에 따라 치료를 하고 있는 실정이며 이에 따른 효과도 검증되지 않고 있으므로, 이러한 것들을 총괄할 수 있는 시스템 정비가 필요하다</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 사회감시기능 강화 - 고위험 장애아동, 열악한 환경에 노출된 아동들을 평가의뢰 시스템 구축 등 장기적 전망의 사업 필요 - 바우처사업 시스템정비 필요
④아동청소년복지전문가	윤○○	a)	b)(2명) a)(2명)
	조○○	b),a)	
	이○○	b)	

12. 아동청소년 정신건강 증진을 위한 실태조사의 필요성과 실시의 방법 및 적합성에 대한 의견 중 어느 방안이 적절하다고 생각하십니까?

- a) 청소년 실태조사와 같이 아동과 청소년 모두 2년 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시
- b) 아동과 청소년 각각의 특성을 고려하여 아동의 경우 초등학교 1학년, 4학년시기 등 2회, 청소년의 경우 중학교 1학년, 고등학교 1학년 등 3년에 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시하고 국가차원에서 취합 결과분석
- c) 정신질환실태 역학조사와 병행하여 5년에 1회 실시

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장담당전문가	노○○	b)	b) 아동과 청소년 각각의 특성을 고려하여 아동의 경우 초등학교 1학년, 4학년시기 등 2회, 청소년의 경우 중학교 1학년, 고등학교 1학년 등 3년에 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시하고 국가차원에서 취합 결과분석(3명) a) 청소년 실태조사와 같이 아동과 청소년 모두 2년 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시(2명)
	유○○	a)	
	전○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	a) 초등 4, 5, 6학년, 중 2, 3학년 고 1, 2학년 시기에 발달적 특징이 개인별 심하기 때문에	
②정책담당자	조○○	b) 자치단체별 취합분석-국가 활용	a)(2명) b)(2명)
	민○○	b)	
	이○○	a)	
	김○○	a)	
③정신과 의사	반○○	b)	b)(3명)
	김○○	b)	
	정○○	b)	
④아동청소년복지전문가	윤○○	b)	b)(3명) a)(1명), c)(1명)
	조○○	a),b),c)	
	이○○	b)	

13. 아동청소년 정신건강 증진을 위한 현행 체제와 관련 다음 방안 중 어느 방안이 필요하다고 생각하십니까?

a) 기존의 정신보건센터 내 소아청소년 정신과 담당 공중의와 청소년상담원을 두도록 의무화하는 법 규정을 마련하는 방안

b) 고위험군으로 선별되었을 때 기존 정신보건센터의 경우 지속적 서비스를 위한 비용과 담당인력의 부족, 정신과 치료를 받을 경우 이른바 낙인(F코드) 등의 문제가 있으므로 아동·청소년 정신건강을 담당하는 독립적 센터의 추가적 설립과 이 센터에 정신건강전문요원(정신과의사, 정신과 간호사, 정신보건임상상담사, 정신보건사회복지사, 정신보건작업치료사 등)의 상주를 법에 명문화하는 방안

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 담전문가	노○○	a)	b) 고위험군으로 선별되었을 때 기존 정신보건센터의 경우 지속적 서비스를 위한 비용과 담당인력의 부족, 정신과 치료를 받을 경우 이른바 낙인(F코드) 등의 문제가 있으므로 아동·청소년 정신건강을 담당하는 독립적 센터의 추가적 설립과 이 센터에 정신건강전문요원(정신과의사, 정신과 간호사, 정신보건임상상담사, 정신보건사회복지사, 정신보건작업치료사 등)의 상주를 법에 명문화하는 방안(4명) a) 기존의 정신보건센터 내 소아청소년 정신과 담당 공중의와 청소년상담원을 두도록 의무화하는 법 규정을 마련하는 방안(2명)
	유○○	b)	
	전○○	b)	
	김○○	b)	
	성○○	b), a)번에 대한 국민의 부정적인 인식으로 서비스 진행에 어려움이 많습니다.	
②정책답 당자	조○○	둘 다 동의하지 않음	a)(2명) b)(2명)
	민○○	b)	
	이○○	a)	
	김○○	a), b)병행	
③정신과 의사	반○○	a)	b)(2명) a)(1명)
	김○○	b)	
	정○○	b)	

④아동청소년복지전문가	윤○○	<p>b) a)는국가 자격인 청소년상담사를 현재 각 센터에서 정신보건전문요원들이 아동, 청소년 정신건강사업을 담당하고 있는데, 법적 충돌 우려, 현실적으로 청소년상담사에게 의뢰는 가능하나, 센터내 설치는 어려움. 본 연구내용이 아동, 청소년 정신건강이라는 점을 고려하여, 신체적 건강, 일반적 상담관련 전문직역간의 갈등 우려 있음</p> <p>b)는 정신보건전문요원이 법적 용어이고, 정신보건작업치료를 넣는 법안은 아직 국회계류중입니다. 추가센터 설립 자체가 낙인을 가져올 것입니다. 반대, 현실적으로 아동, 청소년정신건강사업 수행을 지난 5년간 평가했을 때 가장 큰 어려움은 예산의 부족입니다. 즉, 위험군으로 스크리닝이 된 후 전문적 개입을 위한 실제적 예산이 너무 부족하기에 못하는 것이지, 따로 기관이 없어서 못하는 것은 아닙니다</p>	<p>a) 기존의 정신보건센터 내 소아청소년 정신과 담당 공중의와 청소년상담원을 두도록 의무화하는 법규정을 마련하는 방안(2명)</p> <p>기타, 정신보건전문요원이 법적 용어이고, 정신보건작업치료를 넣는 법안은 아직 국회계류중. 추가센터 설립 자체가 낙인을 가져올 것으로 반대, 현실적으로 아동, 청소년정신건강사업 수행을 지난 5년간 평가했을 때 가장 큰 어려움은 기관보다 예산의 부족임(1명)</p>
	조○○	a)	
	이○○	a)	

14. 아동청소년 정신건강의 증진을 위한 전문기관(정신보건전문요원 및 청소년지도사 및 상담사)지원 방안 관련 우선적인 과제는 무엇이라고 생각하십니까?(중요도 순으로 답하시오)

- a) 아동·청소년 정신건강문제를 다루는 정신과 의사, 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 청소년상담사, 청소년지도사의 기능과 역할을 명확히 하여야 한다
- b) 임상, 상담, 복지, 교육 등 관련분야의 전문가를 배치하여 복합적인 서비스가 수행될 수 있도록 전문적인 인적, 물적, 콘텐츠 등을 강화하여야 한다
- c) 전문 인력의 전문성 강화를 위한 보수교육강화 등 재교육체계를 마련하고 인건비의 현실화 등 종사자의 처우를 시급히 개선하여야 한다
- d) 정신보건관련법 중 소아청소년정신건강 전문가를 포함시키고, 건강환경평가지 일반환경, 시설환경, 실내환경, 주변환경 등 환경요인 외에 인적환경에 대한 평가가 이루어지도록 하여야 한다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상담전문가	노○○	c),b),d),a)	c) 전문 인력의 전문성 강화를 위한 보수교육강화 등 재교육체계를 마련하고 인건비의 현실화 등 종사자의 처우를 시급히 개선하여야 한다→b) 임상, 상담, 복지, 교육 등 관련분야의 전문가를 배치하여 복합적인 서비스가 수행될 수 있도록 전문적인 인적, 물적, 콘텐츠 등을 강화하여야 한다→a) 아동·청소년 정신건강문제를 다루는 정신과 의사, 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 청소년상담사, 청소년지도사의 기능과 역할을 명확히 하여야 한다
	유○○	c),b),a),d)	
	전○○	b),d),c),a)	
	김○○	a),c),b),d)	
	성○○	b),a),d),c)	
②정책담당자	조○○	모두 동일함	a), b)
	민○○	b),c),a),d)	
	이○○	a),c),b),d)	
	김○○	b),d),a),c)	
③정신과 의사	반○○	d),b),a),c)	d) 정신보건관련법 중 소아청소년정신건강 전문가를 포함시키고, 건강환경평가지 일반환경, 시설환경, 실내환경, 주변환경 등 환경요인 외에 인적환경에 대한 평가가 이루어지도록 하여야 한다 →a)
	김○○	a),d),b),c)	
	정○○	d),a),b),c)	
④아동청소년복지전문가	윤○○	c),b),a),d)	a), b), c)
	조○○	a),d),b),c)	
	이○○	b),d),a),c)	

15. 아동·청소년 정신건강 관련법 규정이 주로 사후적인 조처나 치료중심인 반면 예방과 재활 등 조처의 강화를 위해서는 무엇이 중요하다고 생각하십니까? (중요도 순으로 3개만 답하시오)

- a) 학생정서행동 선별검사 실시 등 정신보건센터의 의무를 강화하여야 한다
- b) 학교보건법상 학생건강검진 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무가 명시되지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정으로 관련 내용의 정비가 필요하다
- c) “아동·청소년 정신건강 예방 및 건강 증진사업에 국가 및 지방자치단체는 기여한다”는 선언규정 조항을 넣고, 시행령, 규칙에 구체적 규정을 제시하는 것이 필요하다
- d) 정신보건법 제16조 재활관련 규정에 초점을 두고 정책목표를 구체화 할 필요성이 있다
- e) 학업중단 청소년 대상 숙려제도를 도입 진로상담 또는 심리치료를 받을 수 있도록 하고, 지역 내 유관기관을 활용하고 학업중단 후 지역사회상담기관(예, 청소년상담지원센터)에 이관할 수 있는 법 규정을 신설하고 장기적으로 거주형 치료, 재활센터와 같은 기관을 전국적으로 확산 시도별 1개소씩 설치운영토록 법 규정을 마련하는 것이 필요하다
- f) 인터넷중독 저위험군과 고위험군 부모의 교육 참여가 필수이며, 범죄청소년의 부모교육 및 부모상담이 필수이나, 가정교육에 대한 강제력이 없음. 부모가 참여할 수 있는 제도(예: 저소득층 부모 교육 참여 시 일당에 준하는 금액 지원 등)를 마련하고, 아동이 치료를 받고 있을 경우 병원에서 운영하는 병원학교에서 사이버 교육을 강화하고, 한부모가족 지원법의 제17조 가족지원서비스 관련 특별히 정신건강을 위한 규정을 추가할 필요가 있다
- g) 시설보호와 위탁보호에서 보호 대상 아동·청소년을 명료화하는 것이 필요, 기관 및 종사자가 아동·청소년 정신건강 상태에 개입할 수 있는 능력의 보유를 지원하고 위탁 시설에서 아동이 학대될 수 있는 환경이 많아 이의 관련 법 개정이 필요하다

		답변 내용	주요 설문답변 결과
①현장상 답전문가	노○○	e),f),c)	e) 학업중단 청소년 대상 숙려제도를 도입 진로상담 또는 심리치료를 받을 수 있도록 하고, 지역 내 유관기관을 활용하고 학업중단 후 지역사회상담기관(예, 청소년상담지원센터)에 이관할 수 있는 법 규정을 신설하고 장기적으로 거주형 치료, 재활센터와 같은 기관을 전국적으로 확산 시도별 1개소씩 설치운영토록 법 규정을 마련하는 것이 필요하다→b), f) 인터넷중독 저위험군과 고위험군 부모의 교육 참여가 필수이며, 범죄청소년의 부모교육 및 부모상담이 필수이나, 가정교육에 대한 강제력이 없음. 부모가 참여할 수 있는 제도(예: 저소득층 부모 교육 참여 시 일당에 준하는 금액 지원 등)를 마련하고, 아동이 치료를 받고 있을 경우 병원에서 운영하는 병원학교에서 사이버 교육을 강화하고, 한부모가족 지원법의 제17조 가족지원서비스관련 특별히 정신건강을 위한 규정을 추가할 필요가 있다
	유○○	b),f),e)	
	전○○	f),b),e)	
	김○○	e),b),a)	
	성○○	a),c),b),f),e),d),g)	
②정책답 당자	조○○	b),c),g)	b) 학교보건법상 학생건강검진 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무가 명시되지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정으로 관련 내용의 정비가 필요하다→a)학생정서행동 선별검사 실시 등 정신보건센터의 의무를 강화하여야 한다, c)
	민○○	b),c),e),f),g),a)	
	이○○	a),f),e)	
	김○○	b),a),d)	
③정신과 의사	반○○	d),c),b),a),f),e),g)	a), d) 정신보건법 제16조 재활관련 규정에 초점을 두고 정책목표를 구체화 할 필요성이 있다, f)→c) “아동·청소년 정신건강 예방 및 건강 증진사업에 국가 및 지방자치단체는 기여한다”는 선언규정 조항을 넣고, 시행령, 규칙에 구체적 규정을 제시하는 것이 필요하다, b), g) 시설보호와 위탁보호에서 보호 대상
	김○○	a),b),e)	
	정○○	f),g),c)	

			아동·청소년을 명료화하는 것이 필요, 기관 및 종사자가 아동·청소년 정신건강 상태에 개입할 수 있는 능력의 보유를 지원하고 위탁 시설에서 아동이 확대될 수 있는 환경이 많아 이의 관련 법 개정이 필요하다
④아동청 소년복지 전문가	윤○○	a),c),b)	a), c), b), e), f)
	조○○	c),f),b)	
	이○○	e),a),f)	

2) 전문가 의견조사 결과 및 시사점

2차 설문조사 결과 나타난 주요 결과는 다음과 같다. 즉, 아동청소년정신건강관련 통합법 제정의 필요성에 관한 전문가들의 의견은 상당수(9명)가 그 필요성이 있다고 판단한 반면, 그에 못지않은 수(6명)의 전문가가 법체제의 통합만이 문제해결의 답이 되기에는 사안이 복잡하다는 이유 등으로 신중한 입장이었다는 점이 주목을 끈다. 특히, 정책담당자 대부분은 관련 통합법 제정에 소극적인 입장이어서 주목을 끌었으며 현장 상담전문가의 의견 중에는 통합법이 오히려 관련법간의 시너지를 높이는 방향으로보다는 조직과 인력 그리고 예산의 절감으로 이어질 것을 우려하는 전망도 있었다. 그러나, 중장기적으로 통합법 제정의 필요성에는 전반적으로 그 필요성을 느끼고 있음을 알 수 있으며 이것이 예산과 행정력 등 부처간 정책의 중복을 지양하고 관련 법 및 행정력의 통합적 시너지효과를 창출하여 부처간 일관되고 통일적인 법적용을 가능하도록 하여야 한다는 의견임을 알 수 있다. 특히, 구체적으로 이를 위하여 주무부처를 명기하거나 대통령이나 국무총리직속의 위원회 형태로 향후 협조체제를 강화시켜 나갈 필요성이 제안되고 있음은 주목된다. 따라서, 단기적으로는 기존의 법적 규정의 명확화, 임의규정의 의무규정화 등 관련 지원체제를 개별적으로 보완하는 방향으로 관련 법률을 재개정토록 하는 동시에, 각각의 정책, 예산, 현장인프라, 기능들을 파악한 후에 중장기적으로 새로운 통합법을 모색하는 방안이 타당할 것으로 판단된다. 동시에, 정신보건법이 정신질환과 국민 정신건강 모두에 결국 기본적인 법령이므로 이 법을 중심으로 통합적인 접근조항 규정을 두어가는 방안도 유력한 방안으로 제시되고 있다.

기존의 중증 정신질환 중심의 정신보건법을 세계적인 추세에 맞추어 더욱 개방하여 국민 정신건강 특히 아동청소년 정신건강 관련 행동장애나 아동청소년에게 발생하기 쉬운 전반적인 발달장애와 지체 등을 별도로 분류하여 새롭게 법규정하여야 할 필요성이 제기되었다. 그러나, 질환과 정신건강의 패러다임을 넘어서 보다 포괄적인 방식의 아동청소년 정신건강에 대한 접근이 필요하다는 의견과 두 개의 방안은 성격자체가 다를 수 있으므로 두 방안이 병행적으로 추진되는 것이 필요하다는 의견도 제시되었다.

정신보건 전문기관과 관련하여서는 현행 정신보건센터(지역정신보건센터)는 여전히 중증 정신질환자 중심으로 접근성이 떨어지고, 반면에 지역아동센터나 지역사회청소년안전망(CYS-Net: Community Youth Safety - Net) 또는 학교교육복지센터(Wee Center: Welfare Education Center 또는 Wee Class) 등은 아동청소년의 정신건강 관련 문제를 다루기에 그 전문성이나, 인적, 조직적, 예산 등이 매우 미흡한 실정이어서 효과적인 대응방안이 어렵다는 것이 현실로 판단되었다.

이런 실정은 첫 번째 통합법 제정 의견과 연동하여 각각 구체적인 방안을 마련토록 하는 것이 필요한 것으로 판단되며 궁극적으로 중복적 행정, 관련 기관간 보다 유기적인 협조체제 구축 그리고 무엇보다 전문인력 및 예산확보와 좀 더 구체적인 관련 법적 규정 등의 문제가 중요할 것으로 판단된다.

현행 정신질환과 관련 중심법이라 할 수 있는 정신보건법상 개정 방안에 대해서도 법 제2조의 일반규정 외에 아동청소년의 특성을 고려하여 더욱 정신건강 문제에 대한 정책목표와 지원체제를 구체화하고 보호의무자 책임 등을 보완하여야 할 필요성, 지역사회중심 인프라의 강화, 예방정책 및 조기발굴, 지원근거조항의 규정을 강화하여야 할 필요성이 제기되고 있다.

한편, 전문기관 및 전문인력과 관련하여서도 정신건강관련 법령이 여기저기 산발적으로 구성되어 있으며 아동청소년 정신건강 증진을 위하여 특화되어 있지 못한 현실로 관련 법간 연계나 추진 목표, 주요 시책 등을 조율할 부처간 협의체의 구성과 전달체계의 구축과 관련 법령의 정비가 시급한 것으로 전문가들은 판단하고 있다. 특히, 정신건강관련 정신보건법상 시행령과 시행규칙에 규정된 전문인력의 자격증관련사항, 시설설치, 전달체계, 목적, 시책, 의무 등에 관하여 이를 보완하거나 이를 준용토록 하는 방안도 제기되었다. 또, 전달체계와 전문인력확보와 관련 법령에 대해 아동청소년의 인터넷중독 기숙형 치료시설인 ‘레스큐스쿨’ 설치운영 등 시설 및 예산에 대한 관련 법규정의 정비와 관련 기관의 진단과 평가를 전담할 수 있는 법규정 강화의 필요성이 제안되었다.

위험인자 규정의 정비와 관련 대체로 정신질환 및 정신건강 관련 위험인자는 개인의 유전인자에 따른 기질적 차원, 연령별 발달과업(학업, 입시, 취업 등)에 따른 차원, 가정내 학대나 방임에 따른 정신적 외상 후 장애(트라우마)와 유해환경에 따른 차원, 부모의 양육태도에 따른 차원, 집단따돌림 등 다양한 차원이 존재하는 여건에서 세세한 위험인자별 정의나 법적 규정은 필요치 않다고 보면서도 크게 주변환경 요인과 유전관련 요인 등을 구분하여 관련 법규정을 정비토록 하는 방안이 제시되기도 하였다. 고위험 가정에 대한 교육 및 지원체제와 관련하여서도 기존의 정신보건법 틀을 준용하는 방안과 한부모가정, 조손가정, 새터민가정, 다문화가정 등 사회적 취약계층 아동청소년의 정신건강 증진을 위한 별도의 지원규정 명문화의 필요성이 제시되기도 하였다.

정신건강관련 현행 법령들이 정신질환이상의 건강상태를 포괄하지 못하고 있는 현실에서 그러므로, 발달학적 측면에서 성인과 아동청소년이 다르므로 생애주기별 맞춤형 법규정의 개선방안이 필요하다는 시각과 그럼에도, 이것을 위하여 기존의 법령을 넘어서 별도의 법제정이 필요하다고 보지 않는 시각이 공존하고 있음을 보여주고 있다. 특히 이러한 후자의 입장은 정책담당자들이나 일부 사회복지관련 전문가들을 중심으로 제기되고 있는데 그 실효성에 대한 조심스러운 반응인 것으로 판단된다.

정신건강 서비스를 실질적으로 제공함에 있어 개선방안과 관련 법정비의 필요성에 대해 일단 정신보건센터설치 등과 관련 임의규정을 법적 의무규정으로 전환하여야 할 필요성이 가장 강조되었으며, 서비스는 가정을 포함 인적물적 자원을 확보토록 하고, 지원시스템 구축을 법규정화하고, 세부규정 중 시설보호시 보호자동행의무 규정을 임의규정으로 하여 아동청소년의 선택권을 확대시키는 방향으로 개정이 바람직하다는 의견이 제시되었다.

또한, 아동청소년정신건강 증진을 위한 법개정사항 중 법제도적 정비가 필요한 관련 주요 위험군에 대한 정의와 치료시설에 대한 접근성 그리고 치료와 재활의 규정 및 종사자에 대한 처우 개선 등의 문제가 주요 사항으로 제시되었다. 이외에 부모, 교사, 사회감시강화 등에 대한 법적 정비방안도 제안되었으며 고위험군의 장애아동, 열악한 환경에 노출된 아동들을 위한 평가의뢰 시스템 구축 등 장기적인 전망의 사업 필요성이 제안된 반면, 현재 진행 중인 바우처사업 시스템의 검토와 그 실효성과 관련 전면 재정비의 필요성이 높다는 의견이 대두되었다.

실태조사와 관련하여서는 실태조사의 필요성이 있다는 의견과 이미 시행중인 다양한 실태조사가 너무 예산 낭비적으로 시행되고 있음을 지적하는 의견도 있었다. 따라서, 좀더 체계적이며 유기적이며 정기적인 실태조사와 관련 DB의 공유 등에 관한 법적 정비의 필요성이 있을 것으로 판단된다. 실태조사는 아동과 청소년의 각각의 특성을 고려하여 아동의 경우 초등학교 1학년, 4학년 시기 2회, 청소년의 경우 중학교 1학년, 고등학교 1학년 등 3년에 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시하고 국가차원에서 이를 취합하여 결과를 분석하는 방안 등이 유력한 방안으로 제시되었다.

현행 체제에서 고위험군으로 선별될 경우 낙인효과문제를 회피할 수 있는 방안에 대해서 이를 피할 수 있는 독립적인 센터 설립의 필요성과 반대로 그것이 오히려 낙인효과를 가져올 것이므로 기존의 정신보건센터를 중심으로 소아청소년 공중의와 상담원등을 의무적으로 두도록 하는 방안이 필요하다는 의견이 병존하였다. 공통적인 부문은 현재의 여건에서 전문성과 전문인력이 절대부족하다는 점과 관련 예산부족이 핵심문제라는 점이 지적되었다. 반면, 소아청소년담당 정신과 의사는 공중의를 확보할 수 있는 구체적인 방안을 제시하면서 생각만큼 큰 예산이 드는 방안이 아니며 이는 예산만의 문제가 아니라 정책현실에 대한 문제인식과 정책의지의 문제가 중요함을 지적하여 주목을 끌었다. 한편, 현장의 상담전문가는 전문인력에 대해 인건비의 현실화, 보수교육의 필요성 등 인적, 물적, 컨텐츠의 강화와 정신과의사, 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 청소년상담사, 청소년지도사 등 각종 전문인력의 기능과 역할을 보다 명확히 하여야 할 필요성을 제안하고 이러한 규정관련 법제도 정비 및 근거규정 마련의 필요성을 제안하고 있다.

마지막으로 예방과 재활조치를 위하여 설문에 제시된 a) 학생정서행동 선별검사 실시 등 정신보건센터의 의무를 강화, b) 학교보건법상 학생건강검진 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무가 명시되지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정으로 관련 내용의 정비, c) “아동·청소년 정신건강 예방 및 건강 증진사업에 국가 및 지방자치단체는 기여한다”는 선언규정 조항을 넣고, 시행령, 규칙에 구체적 규정을 제시, d) 정신보건법 제16조 재활관련 규정에 초점을 두고 정책목표를 구체화 할 필요, e) 학업중단 청소년 대상 숙려제도를 도입 진로상담 또는 심리치료를 받을 수 있도록 하고, 지역 내 유관기관을 활용하고 학업중단 후 지역사회상담기관(예, 청소년상담지원센터)에 이관할 수 있는 법 규정을 신설하고 장기적으로 거주형 치료, 재활센터와 같은 기관을 전국적으로 확산 시도별 1개소씩 설치운영토록 법 규정을 마련하는 것이 필요, f) 인터넷중독 저위험군과 고위험군 부모의 교육 참여가 필수이며, 범죄청소년의 부모교육 및 부모상담이 필수이나, 가정교육에 대한 강제력이 없음. 부모가 참여할 수 있는 제도(예: 저소득층 부모 교육 참여 시 일당에 준하는 금액 지원 등)를 마련하고, 아동이 치료를 받고 있을 경우 병원에서 운영하는 병원학교에서 사이버교육을 강화하고, 한부모가족 지원법의 제17조 가족지원서비스 관련 특별히 정신건강을 위한 규정을 추가할 필요와 g) 시설보호와 위탁보호에서 보호 대상 아동·청소년을 명료화 및 기관과 종사자가 아동·청소년 정신건강 상태에 개입할 수 있는 능력의 보유를 지원하고 위탁 시설에서 아동이 학대될 수 있는 환경이 많아 이의 관련 법 개정이 필요하다는 의견이 모두 필요하며 전문가 그룹별로 우선순위에 대한 다양한 의견이 제시되었다.

이러한 전문가 의견은 사실상 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법적 정의, 전문기관, 전달체계, 지원방안 등에 대한 포괄적인 내용을 담고 있으며 향후 법제도 개선방향과 구체적인 방안마련 논의에 많은 시사점을 주고 있다고 판단된다.

3. 국외의 아동·청소년 정신건강 증진 관련 법·제도 및 최근동향

1) 독일의 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도와 시사점

(1) 서론

아동·청소년의 정신건강 증진을 위하여 우선적으로 사각지대 문제를 해소하고, 주요 정책 및 전달체계 등 서비스체계와 관련 법제도의 정합성 및 연관성을 체계적이며 종합적으로 분석하여 그 개선방안을 제시할 필요가 있는 바, 이를 위해서는 선진국의 법과 제도의 비교연구가 필요할 것이다. 특히 여기서는 독일을 비교국가로 선택하여 언급하고자 한다. 독일을 선택한 이유는 독일이 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위하여 오래 전에¹⁾ 입법을 해 왔으며, 아동과 청소년의 정신건강을 비교적 체계적으로 관리·증진하여 왔고, 무엇보다 예방과 치료 및 재활의 안정적 체계를 구축하여 왔기 때문이다. 이하에서는 우리나라에서의 현행 아동과 청소년 정신건강 증진 법제도의 개선관점목록을 기준으로 우리나라의 법제도 개선을 위하여 독일의 관련제도를 비교하고자 한다.

(2) 현행 아동과 청소년 정신건강 증진 법제도의 개선관점목록

아동과 청소년의 정신건강 증진과 관련한 현행법은 먼저 상당히 분산되어 정신건강 증진법의 통일적 형상을 찾기 어려운 모습을 보이고 있다. 우리나라 아동과 청소년의 정신건강 증진 관련법의 문제 목록으로는 여러 개의 항목이 있다. 이를 간략하게 축약하여 보면

a) 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 통합법이 필요한가의 문제목록이다. 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 관련법률들이 정신보건법, 아동복지법, 청소년기본법, 청소년보호법, 청소년복지지원법, 학교보건법과 같은 개별법으로 산재되어 있기 때문에 이들 법률을 포괄하여 통일된 법체계로의 정비 필요성의 요청에서 통합법의 필요성 여부를 관점목록의 하나로 삼은 것이다. 물론 통합법의 필요성은 개별법이 산발적으로 존재함으로써 정신과적 보호가 필요한 아동과 청소년의 종합적인 치료를 어렵게 함으로써 법률 본래의 목적으로부터 벗어난다는 문제점으로부터 제기되는 것이지만,

1) 청소년복지에 관한 법률 등은 독일에서는 이미 1922년에 입법이 되어 시행되고 있었다. 물론 이 법률들은 청소년 복지를 국가의 시혜로서 보았고, 현재의 사회법전 제8권의 내용처럼 법적 청구권으로 인식하지 못하였다는 한계는 있다.

아동과 청소년 정신건강 증진을 위해 관련부처간, 중앙과 지방자치단체간 정책협조와 공공/민간의 협력체제의 법제도적 시너지 효과를 높이기 위하여 제기되는 관점목록이기도 하다. 말하자면 통합법의 필요성은 치료와 지원의 효율성을 높이기 위한 것 뿐만 아니라, 담당기관간의 협력체제의 구축을 위하여 제기되는 문제목록이다. 그러나 아동과 청소년의 정신적 장애나 질환은 여러 요인들이 복합적이고 중층적으로 결합하여 발현하는 것이기 때문에 통합법의 필요성은 복합적 원인으로 인하여 치료와 지원이 중층적으로 필요한 아동과 청소년을 위하여 제기되는 관점목록이 될 수도 있을 것이다.²⁾

b) 두 번째의 관점목록은 ‘정신질환’과 ‘정신건강 증진’을 위한 기준의 정립과 그로 인한 법체계의 정비 필요성이다. 현행 정신보건법 제3조 1항은 정신질환자를 ‘정신병(기질적인 정신병 포함)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자’로 규정하고 있다. 따라서 현행법은 병리적 현상으로서의 정신질환 이외의 아동과 청소년의 정신적 성장과 발달상 장애요소로 등장할 수 있는, 예를 들면 행동장애(주의력 결핍, 과잉행동장애: ADHD), 적대적 반항장애, 품행장애, 정신지체, 야스퍼증후군: 사회성결여, 인터넷 게임중독 등, 아직 질환은 아니면서도 질환으로, 또는 발달장애로 이어질 수 있는 위험인자에 대해서는 규정하지 않기 때문에 향후 이들 위험인자까지 포괄하도록 법체계를 정비하여야 하는가 하는 관점목록을 들 수 있다. 1)의 항목이 분산산재되어 있는 개별법률들의 효율성을 높이기 위한 통합필요성을 기준으로 삼고 있다면 2)의 항목은 법률의 규율대상을 기존의 정신질환에서 정신적 위험인자로 정비하고 확대할 필요성이 있는지를 기준으로 삼고 있다는 점에서 규율대상의 정비·확대필요성이 관점목록이라고 할 수 있다. 아마도 여기서는 정신질환과 정신건강관련 위험인자는 아동과 청소년의 기질이나 개인적 환경에 따라, 부모의 태도나 가정적 환경, 집단에서의 위치 등에 따라 천차만별인데도, 통일적 형상을 이끌어 내어 개념정의할 필요성이 있는가에 대한 논의가 중점이 될 것이다.

c) 세 번째는 아동과 청소년의 정신건강 증진을 일반인의 정신건강 증진과는 별도로 취급하여 독자적인 규율을 할 필요성에 관한 관점목록이다. 현행 정신보건법이나 건강보험법 등은 아동과 청소년만의 정신질환만을 독자적으로 편성하여 규율하고 있지 않다. 아동과 청소년의 정신질환은 일반인의 정신질환의 하나로서 규율되고 있을 뿐이다. 또한 현행 정신보건법은 주로 중증의 정신질환자

2) 이러한 복합적 지원필요성을 논의한 것으로서 "Komplexer Hilfebedarf", Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule, Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt 'Praxisbezogenes Forschungsvorhaben: Qualifizierte Betreuung für Familien und junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf', 2009, Leipzig 참조.

중심으로 편제되어 있어서, 생애주기별 정신건강사업이 상대적으로 비중이 낮아 여기에 아동과 청소년의 정신건강 증진이 자리를 차지할 공간이 없으며, 아동과 청소년을 위한 복지관련법에도 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 구체적인 보호규정이 미약한 실정이어서 이를 개선할 방안을 모색하여야 할 것이다. 이와 같은 점에서 여기서는 오로지 아동과 청소년의 정신건강 증진만을 위한 독자적이고 구체적인 규율필요성이 중요한 관점목표가 될 것이다. 특히 여기서 동시에 검토되어야 할 것은 우리나라의 정신건강관련 법률들이 가정, 학교, 지역사회, 친구 등 정신건강에 미치는 요소들과 관련하여 약물, 알코올, 성 등 특정 대상과 관련하여 법적 규제를 가하는데 그치고, '건강한 상태'를 갖도록 촉진하고 증진하는 방안을 갖고 있지 못하다. 따라서 이 부분에 관해서 독일에서는 전체적으로 정신적인 장애나 정신건강의 증진을 위하여 별도의 법체계 내지 정신질환과 정신건강의 증진을 아우르는 포괄적인 법체계를 갖고 있는지, 발달학적인 측면에서 성인과 아동이 다르므로 생애주기별 맞춤형 법규정으로 대응하고 있는지를 검토해 보아야 할 것이다.

d) 아마도 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강의 증진을 위하여 간과되어서는 안 될 부분이 예방과 재활일 것이다. 예방이 실효성있게 추진되는 한 위험요인을 사전에 차단하여 효과적으로 아동과 청소년을 보호할 수 있기 때문이다. 따라서 비교법의 관점에서 예방과 재활을 위하여 독일은 어떠한 입법조치를 취하고 있는지에 대해서도 비교할 필요가 있다.

e) 다섯 번째로 제기되는 문제영역은 아동과 청소년의 정신건강 관련 지원의 핵심기관을 어디에 둘 것인가 하는 점이다. 현행법상 정신질환에 대해서는 '정신보건센터'가 있는데, 이는 아동과 청소년의 정신질환을 위한 전용물이 아니라, 일반인을 위한 지원시설로서 아동과 청소년은 이에 묻어갈 뿐이다. 따라서 정신보건센터에 관한 규정을 강화하여 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 지원규정을 구체적이고 명확하게 보강할 것인지, 별도의 기구³⁾를 통하여 보다 전문적으로 보강할 것인지가 문제될 것이다. 비교법의 관점에서는 이 점도 고려되어야 할 것이다.

f) 여섯 번째로는 정신질환과 정신건강 증진에 관한 서비스 내용과 관련하여 보강되어야 할 법제도로서 주요 위험인자에 대한 예방과 상담, 치료와 재활의 단계적 서비스 제공의 근거규정의

3) 우리나라의 현재의 논의 구조에서는 일반인은 현행대로 '정신보건센터'에서, 아동은 전국적 조직망인 '지역아동센터'에서, 청소년은 통합지원망인 '지역사회청소년사회안전망'(CYS-Net: Community Youth Safety Net)에서, 아동과 청소년의 대부분이 학생인 점을 고려하여 학생복지센터 등에서 전문적으로 다룰 것인지를 고려할 수 있을 것이다.

준부와 정신질환을 앓고 있는 아동과 청소년이 법적 권리를 가진 주체로서 ‘발견·상담·진료’ 등의 건강서비스를 받도록 치료시설에 접근할 수 있는 권리를 보장하는지 여부와 아동과 청소년에 대한 차별금지 및 치료 후의 재활과 사회복귀훈련 등 사후관리적 서비스를 제공하도록 하는 규정이 존재하는지의 여부, 서비스제공 종사자의 자격조건, 처우, 권한과 의무 등에 관한 규정의 준부와 내용 등이 비교되어야 할 것이다. 말하자면 아동과 청소년의 정신건강의 증진을 위한 서비스 중 보장되어야 할 필요성의 관점목록에 따라 비교법적 검토가 있어야 할 것이다.

g) 일곱 번째로는 다섯 번째의 보장되어야 할 서비스와 관련된 것이지만, 정신건강과 관련하여 제공되는 서비스 중 긴급하게 개선되어야 할 내용에 관한 비교관점목록이다. 여기서는 특히 정신건강 관련법률의 실효성과 현행법의 미비점이 문제가 된다. 예를 들면 국가 등에 의해서 제공되는 서비스의 법적 근거 규정이 임의규정이 되어 실효성이 없기 때문에 강행규정이나 의무규정으로 해야 할 내용들이 있을 수 있다.⁴⁾ 또한 아동과 청소년을 위하여 직접적인 서비스를 제공하는 학교 단위에서는 전문적 인프라가 부족하여 적기에 발견과 치료를 기하기 어렵기 때문에 지역사회에서 아동과 청소년의 정신건강 문제를 포괄적으로 해결하도록 인적, 물적 자원을 확보하고 관련지원시스템을 구축하여야 하는지가 비교 검토되어야 할 것이며, 지역적이기는 하지만 그러나 중요한 문제로서 정신질환 청소년의 시설보호 진료시 법규정상 보호자 동행과 동의가 필수규정이므로 그렇지 못한 경우를 대비하여 임의규정으로 바꾸어야 하는지를 비교 검토해야 할 것이다.

h) 여덟 번째로는 아동과 청소년의 정신건강의 증진과 정신질환이 갖는 환경적 요인 중의 가장 중요한 것은 가정이다. 따라서 한부모가정이나 조손가정 등 아동과 청소년의 정신건강과 관련하여 위험도가 높은 가정에 대해 교육 및 지원체계를 어떻게 갖추고 있는지에 대해 비교 검토될 필요가 있다.

i) 아홉 번째로는 아동과 청소년의 정신질환 및 정신건강 증진을 위한 지원체계의 비교관점목록이다.

4) 예를 들면 정신보건법 제13조의 2항에서 규정하는 바와 같이 “국가 및 지방자치단체는 제13조 1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다”고 규정하여 센터의 설치를 강제할 규정이 없어 실효성이 문제된다.

여기서는 i) 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 인력양성과 수요와 공급에 대한 법제도 정비를 위한 독일법 비교, ii) 전달체계 구축과 시설 및 전문인력 확보와 관련된 법령의 개선을 위한 독일법의 비교, iii) 정신보건센터를 중심으로 하는 현행 제도의 미비점의 개선을 위한 독일법의 비교, iv) 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 전문기관의 지원방안을 위한 독일법의 비교, v) 실태조사의 필요성과 실시의 방법 및 적합성에 대한 비교가 검토되어야 할 것이다.

이상에서 아동과 청소년의 정신건강 증진에 관한 우리나라의 법제도 개선 방안을 마련하기 위하여 독일법 제도는 9가지 기준을 중심으로 비교검토되어야 할 것이다. 그 키워드는 다음과 같다: 통합법의 필요성, 규율대상의 정비확대필요성, 아동과 청소년의 정신건강 증진만을 위한 독자적이고 구체적인 규율필요성, 예방과 재활, 아동과 청소년의 정신건강 관련 지원의 핵심기관, 아동과 청소년의 정신건강의 증진을 위한 서비스 중 보장되어야 할 필요성, 정신건강 관련법률의 실효성, 아동과 청소년의 정신건강과 관련하여 위험도가 높은 가정에 대해 교육 및 지원체계, 아동과 청소년의 정신질환 및 정신건강 증진을 위한 지원체계 등이 그것이다.

(3) 독일 아동과 청소년의 정신건강 현황

KiGGS에 따르면 17세 이하 조사대상 청소년 17,600명 중 약 22%가 정신적 병인을 보유하고 있는 것으로 조사되었다. 이는 성인의 정신적 병인과 비슷한 수치이다. 이 조사에 따르면 독일 전체 아동과 청소년의 약 15%가 - 여성 보다는 남성이 더 많게 - 정신과 문제에 연결되어 있다고 한다. 아동과 청소년은 가장 빈번하게 공격적이고 반사회적인 행동을 보여 주었고, 그 다음이 또래, 불안, 우울증의 순으로 특이행동을 보이는 것으로 조사되었고, 초등학교 입학연령에서 주의력 결핍과 과잉행동 장애가 두드러지게 나타난 반면, 11세에서 13세까지의 연령대에서는 공격적이고 반사회적 행동이 두드러지게 나타났다. 물론 낮은 사회적 신분, 이주, 한부모가정, 실업상태의 어머니를 둔 가정의 아동과 청소년에게서 정신과적 병인이 두드러지게 나타났다. 특히 독일 아동과 청소년의 5분의 1이 개인적, 사회적, 가정적 자원이 불충분한 것으로 조사되었고, 사회적으로 약한 가정의 아동과 청소년이 특히 정신과적으로 불이익한 상황에 처한 것으로 조사되었다.

로버트 코흐연구소와 KiGGS의 데이터를 종합하면 독일에서는 약 20%의 아동과 청소년이 정신질환과 정신과적 특이행동 및 중독성 물질에 의존하는 경향으로 나타났다. 그러나 이러한 비율 중에서도 부모의 사회적 신분이 높을수록 낮은 환경을 가진 부모를 둔 아동과 청소년층에서, 그리고

이주경험을 가진 부모를 둔 아동과 청소년 층에서 정신과적 특이행동이 더 많은 것으로 나타나서 이 부분에 대한 적절한 대책이 요구되는 것으로 나타났다. 또한 유아와 소아의 경우는 아동이 부모와 같은 주요연관자와의 관계를 가로 막는 요소가 문제가 되고, 탁아소와 취학전의 아동에서는 언어, 영양, 움직임과 행동영역에서의 발달장애가 문제가 된다. 취학연령대에서는 주의력결핍과 과잉행동장애가 증가하고 6세에서 18세의 연령대에서는 학업성취와 같은 스트레스를 이유로 한 부담이 증가한다. 이러한 장애는 조기의 예방이 최선인 것으로 알려져 있다. 아동과 청소년의 건강상 문제의 90%가 외래진료영역에서 아동과 청소년 담당의사에 의해서 치료된다. 이들 의사의 활동의 핵심은 예방검진과 예방접종을 통한 예방인데, 전염과 감염성의 질병은 예방접종과 보건위생과 개선된 생활수준에 의해서 감소하였지만, 행동장애와 같은 ‘신종 이환’(neue Morbidität)은 현저하게 증가하였다. 따라서 이들 정신건강상의 질병은 의사의 치료만으로는 해결될 수 없으며, 아동과 청소년지원, 재활체계, 공중위생업무와의 긴밀한 협조가 필요한 것으로 인식하게 되었다.

(4) 독일 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 법률제도 개관

독일의 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 법률의 개관은 다음과 같다. 먼저 정신건강 법제도의 제1중심축은 우리나라의 건강보험법에 해당하는 사회법전 제5권에 따른 건강 증진과 예방, 치료 및 지원과 재활과 사회복귀에 의한 사회보장급여이다. 보건청(Gesundheitsamt, Gesundheitswesen)에 의해 주도되는 건강 증진사업의 일환으로 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강의 증진을 위한 여러 가지 정책과 보호가 시행된다. 따라서 이 건강보험법상의 건강 증진과 예방 차원의 일종으로서 아동과 청소년의 정신건강이 추진되고, 별도의 단행입법에 의해서 아동과 청소년의 정신건강 증진이 이루어지는 것은 아니다.

두 번째의 축은 청소년보호법(Jugendschutzgesetz)이다. 이 법률은 우리나라의 청소년기본법과 청소년보호법과 유사하다. 아동과 청소년이 만날 수 있는 유해한 위험원과 유해한 환경을 규제적으로 규율하는 법률이다. 주로 흡연과 알콜, 유해접객업소, 매체 등에 관청과 기관, 업소들을 규제하고 아동과 청소년을 직접적으로 규율하지 않는 것을 원칙으로 한다. 라디오 매체 등의 규제기준이 주마다 다를 수 있기 때문에 주간 라디오매체협약으로 유해한 매체를 규제한다.

세 번째 축은 아동과 청소년지원법(Kinder- und Jugendhilfegesetz)이다. 우리나라의 청소년복지와 아동의 복지법과 유사한 내용을 갖고 있다. 아동과 청소년의 지원을 위한 각 개별법률들이 사회법전 제8권으로 통합되어 있다. 이 법률의 핵심적인 특징은 아동과 청소년들에게 국가가 배려적인

차원에서 지원을 하는 것이 아니라, 국가적 배려가 아동과 청소년의 법적 청구권의 형태로 구성되어 있다는 것이다. 헌법의 법치국가와 사회국가 원리가 아동과 청소년의 복지 차원에서 구현되어 있다. 아동과 청소년의 복지지원법은 아동과 청소년이 그들의 발달을 증진하고 자기책임적이고 공동체능력이 있는 인격발현을 위한 교육의 권리가 있음을 천명하고 있고, 아동의 양육과 돌봄을 부모의 천부적 권리로서 선언하고 있다. 또한 청소년복지지원법은 이러한 아동과 청소년의 권리 실현을 위하여 개인적, 사회적 발전에 있어서 청소년을 증진하고 이를 위하여 기여하며, 불이익을 회피하거나 구축하며, 양육에 있어서 부모와 다른 양육권자에 자문과 상담 및 지원을 하며, 아동과 청소년의 복지를 위하여 위험에 대해서 이들을 보호하고, 청소년과 그의 가족을 위한 긍정적인 생활조건과 아동과 청소년 친화적인 환경을 유지하고 창설하는데 기여할 것을 규정하고 있다. 청소년복지지원법에 의한 청소년복지지원체계의 임무는 국가적 급여로서 1) 청소년근로, 청소년사회근로, 양육상의 아동과 청소년을 위한 제공, 2) 가정에서의 양육증진을 위한 제공, 3) 탁아소와 일일돌봄시설에서의 아동의 증진을 위한 제공, 4) 양육지원과 보충급여, 5) 정신지체 아동과 청소년을 위한 지원, 6) 성인 이후 청소년의 지원과 사후돌봄 등의 복지 지원을 임무로 하며, 다른 법률에 규정된 그 밖의 다른 절차에서 아동과 청소년을 지원한다.

주간관청은 지방자치단체에 조직된 청소년청이며, 현재 560개 정도가 조직되어 있으며, 각 주단위로 설치된 상급 주청소년청의 감독을 받는다. 아동과 청소년의 건강 증진을 규정하고는 있지만, 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위하여 특별한 장치를 마련하고 있지는 않다. 그러나 무엇보다 정신지체와 장애를 가진 아동과 청소년을 위한 사회편입지원(제35 a SGB VIII)제도를 독자적으로 규정하고 있다.

네 번째의 축은 재활과 사회복귀와 참여를 위한 지원제도이다. 주로 사회법전 제9권과 제12권에 규정되어 있다. 여기서도 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 특별한 장치를 마련하고 있지 않고, 아동과 청소년의 건강 증진의 일환으로서 재활과 사회복귀와 참여가 일반인을 위한 사회보장 급여로서 규정되고 있다.

다섯 번째의 축은 학교법이다. 6세 이후부터 아동과 청소년의 활동이 주로 학교에서 이루어지므로 학교관련법률들이 아동과 청소년의 정신건강을 위하여 중요한 법률들이다. 그러나 독일은 우리나라의 학교보건법과 같은 단행법률을 제정하여 학생의 신분에 있는 청소년들의 건강과 정신건강을 증진하는 것이 아니라, 학교법(Schulgesetz)내에 학생들을 위한 학교건강돌봄(Schulgesundheitspflege)제도를 두어 학생들의 질병을 예방하고 조기발견하여 치료를 할 수 있도록 한다. 이 제도는 보건청의 하에 학교와 학부모가 협력하여 임무를 수행한다. 특히 정신건강상의 발달상황에 대해 검진과 사회심리

적인 특이행동 관찰을 수행한다. 학교법상으로 부모의 협력의무가 법제화되어 있으며, 이를 위반할 때에는 500유로의 질서금을 받으며, 반대로 학교법에 학부모가 자녀들의 건강에 대하여 자문과 정보 및 상담을 받을 수 있도록 제도화되어 있다. 또한 학교법에는 학교가 SGB 제8권에 따른 공공 청소년복지지원과 민간청소년복지지원기관과 학교 이외의 시설, 영업체, 단체, 교회, 예술학교, 재교육기관 등과의 협력을 하도록 법제화하고 있다.

여섯 번째의 축은 정신병자법(Psychisch-Kranken-Gesetz)이다. 우리나라의 정신보건법에 대응한 법률이다. 이 법은 정신병에 걸린 자들이 공동체에서 자기책임적이고 자기결정적인 삶을 영위할 권리를 보장하고, 정신병자가 자기위해나 타인위협을 할 경우 환자의 의사에 반하여 정신과적 치료시설에 구금할 수 있는 법률이다. 관찰권은 지방자치 단체의 보건청이다. 물론 이 법률에서도 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강을 위한 독자적인 규정은 존재하지 않고, 정신병에 걸린 아동과 청소년도 일반 정신병에 이환된 환자처럼 취급되어 동법의 보호를 받게 된다.

일곱 번째 축은 지원과 전달체계에 관한 법률이다. 무엇보다 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강의 핵심기관은 복지지원에서는 청소년청이고, 정신건강 증진을 포함한 건강 증진은 보건청이지만, 각주별로 공중보건위생복무법(Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst: GDG)을 제정하여 법률에 따라 공중보건지원실무가 행하여 지도록 하고 있다. 동법률에 따라 공중보건위생복무지원은 무엇보다 아동과 청소년의 건강보호와 건강복지지원, 건강 증진, 예방사업을 하도록 규정하고 있다. 특히 건강복지지원 차원에서 정신적 장애를 포함하여 건강상의 발달과 관련하여 탁아소 증진법, 학교법의 범위에서 아동과 청소년을 위한 사회법전 제8권 제35a 에 따른 정신지체 아동과 청소년의 사회편입 지원을 하도록 규정하고 있다. 이와 같은 점에서 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 핵심전달체계는 각주별로 제정된 공중보건위생법에 의해서 규제되며, GDG법상의 공중보건위생복부 기관이 핵심적인 기관이라고 할 수 있다.

여덟 번째의 축은 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진을 위한 전문인력의 양성과 활동이다.

이상과 같이 독일법상 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진을 위한 법률은 독자적이고 단행적인 통일법률을 가지고 있는 것이 아니라, 일반인의 건강 증진을 위한 체계의 일환으로서 수행되고 있다. 또한 위험인자의 경우도 구체적으로 예시적인 규정을 만드는 것이 아니라, 정신질환이나 정신건강에 대한 일반화된 지도이념이나 추상적인 정신건강 개념을 사용할 뿐이다. 입법기술적인 이유도 있지만, 독일법 내에서는 아동과 청소년의 정신건강의 중요도에도 불구하고 일반인의 그것에 동등하게 처리하고 예외적인 경우에만 아동과 청소년의 정신건강에 대한 배려를 한다는 관념이

지배하고 있는 것으로 보인다. 그러나 독일법상 법률에서는 그러한 추상적이고 일반적인, 그리고 일반인에 준하는 취급을 하더라도 규범체계상 실무에서는 시행령과 지침, 고시, 행정명령, 회람 등에 의해서 아동과 청소년의 정신건강이 처리되고 있고, 실무상으로는 매우 정형화된, 패턴화된 위험인자들이 조사와 검진과 진료 및 치료의 대상이 되고 있어서 법제화가 되어 있지 않았을 뿐, 통일적인 형상이 존재한다고 볼 수 있다. 아마도 아동과 청소년의 정신질환이나 정신병적 요인이 사회의 변화와 부모의 역할 등에서 진화하는 것이기 때문에 그에 상응하여 정신건강 증진 법률도 이를 수렴하는데는 한계가 있기 때문에 법률 이외의 규제수단에 의해서 이를 수용하며, 탄력적으로 그러나 정형화된 패턴으로 아동과 청소년의 정신건강 증진을 위한 법제도를 발전시키는 것으로 보인다.

(5) 비교관점 목록에 기초한 독일법 비교

독일의 아동과 청소년의 (정신)건강 증진을 위한 법률과 정책의 근본개념과 컨셉은 예방, 건강 증진, 지원, 치료, 재활 및 복귀 내지 참여이다. 이 중에서 무엇보다 강조되는 것은 예방과 건강 증진이다. 그러나 아동과 청소년의 정신건강 증진을 규율하는 법체계는 일단 통일적인 법률은 존재하지 않는다. 각 법률은 정신건강의 예방과 증진->치료와 지원->재활과 사회복귀 및 참여의 구조 속에서 그에 상응하는 개별법률들을 가지고 있으며, 아동과 청소년만의 정신질환과 정신건강 증진만을 위한 단독의 입법은 존재하지 않는다. 따라서 입법적으로는 건강보험법상의 성인을 포함한 일반인의 질환과 정신건강 증진의 프로그램 하에 일반인의 정신질환과 정신건강에 대한 예방과 건강 증진 급부와 배려의 일환으로서 아동과 청소년의 건강 증진에 관한 법제도가 마련된다는 것이다. 따라서 독일의 경우 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진에 관한 단일의 통합법은 존재하지 않는다. 그렇기 때문에 아동과 청소년의 정신질환과 정신건강 증진을 위해서는 보건청, 학교, 사회법전 제8권의 아동과 청소년지원체계의 공조와 협조가 항상 강조된다. 또한 입법적으로 아동과 청소년에 유해한 위험인자를 포괄적으로 입법한 사례는 없으며, 정신질환이나 정신건강의 대상도 추상적으로 개념정의하고 있다. 입법기술적으로는 예시나 열거적으로 정신질환이나 정신건강 증진을 위한 위험인자를 규정하는 것도 고려할 수 있으나, 정신질환이나 정신건강 증진의 대상이 정확한 개념포착이 어렵고 또한 사회발전과 주변환경의 변화에 따라 진화 - 인터넷 등의 게임중독이나 주의력결핍과 과잉장애처럼 - 하는 것이기 때문에 위험인자를 개별적이고 구체적으로 규정하는 것은 입법적으로 바람직하지 않다는 정책적 판단 때문에 통일적으로 위험인자를 포괄하는 입법형식을 취하지 않는다.

그러나 실제 정신질환이나 정신건강 증진의 대상에 대한 규제는 입법기술상 법률 이외에 시행령과 행정명령, 지침과 고시 및 회람의 규제형태로 규율되기 때문에 하위의 입법규제장치에 의해서 정형화되고 패턴화되어 가는 형식을 취하고 있다.

1. 통합법의 필요성
2. 규율대상의 정비·확대필요성
3. 아동과 청소년의 정신건강 증진만을 위한 독자적이고 구체적인 규율필요성
4. 예방과 재활
5. 아동과 청소년의 정신건강 관련 지원의 핵심기관
6. 아동과 청소년의 정신건강의 증진을 위한 서비스 중 보장되어야 할 필요성
7. 정신건강 관련법률의 실효성
8. 아동과 청소년의 정신건강과 관련하여 위험도가 높은 가정에 대해 교육 및 지원체계
9. 아동과 청소년의 정신질환 및 정신건강 증진을 위한 지원체계

2) 미국과 호주의 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도와 시사점

(1) 미국 및 호주의 유아·청소년 정신보건 관련 법률 및 관련 사건 개요

본 연구에서는 먼저 미국과 호주의 유아·청소년 정신건강에 관한 법률을 검토하여 관련 법률들을 정리하고, 역사적으로 개정이 이루어진 방식과 그 이유 및 그 법률안이 해당 국가 유아·청소년의 정신건강에 미친 영향을 분석하도록 한다. 이를 위해서는 주로 질적분석방법을 사용한다. 즉, 법률내용을 검토하고, 해당 법률의 정신건강에 대한 영향을 이론적/실증적으로 분석한 문헌을 체계적으로 검토하는 방식을 사용할 예정이다.

아래에는 검토를 진행할 법률 및 관련 내용들을 시간 순서에 따라 기술하였다.

년도	분류	설명
1961	사건	2월 17일, 미군 의무감 (Surgeon General)이 군 내 종합의학부서(Division of General Medical Sciences)에 아동건강연구소 (Center for Research in Child Health)를 설립.
1962	법률	10월 17일, 아동건강 및 인간개발 국립 연구소(National Institute of Child Health and Human Development, NICHD)와 종합 의학 국립 연구소(National Institute of General Medical Sciences, NIGMS)를 승인하는 공법 87-838 (Public Law 87-838) 통과.
1963	사건	1월 30일, NICHD와 NIGMS 설립. 1956년에 설립된 아동 건강 연구소(The Center for Research in Child Health)와 노화연구소(Center for Research in Aging)가 NIGMS에서 NICHD로 이동.
1965	사건	1960년 중반, 국립정신보건원(National Institute of Mental Health, NIMH)은 특별한 정신건강 문제에 대해 광범위한 사업을 하기 시작함. 이는 일부 존슨 대통령의 사회적인 문제에도 과학적인 연구 방법을 적용하지는 주장에 대한 화답이었음. 연구소는 정신분열증, 아동과 가족 정신 건강, 자살 뿐 아니라 범죄 및 비행, 소수자 정신 건강, 도시 문제 등에 대한 연구소를 설립하고, 후에 강간, 노화, 자연 재해로 인한 피해자를 전문적으로 지원하는 센터도 추가로 설립함.
1965	법률	1965년, 사회 보장법 개정안(Social Security Amendments)의 한 조항(공법 89-97)에서 아동정신건강과 관련한 국가적인 행동 방침을 정하기 위해, 이에 필요한 자금과 새로이 출범하는 아동 정신건강에 대한 공동 위원회 (Joint Commission on the Mental Health of Children)의 체계를 규정함.
1965	법률	지역사회 정신건강센터 법률 개정안 (CMHC (Community Mental Health Center) Act Amendments, 공법 91-211) 제정. 이 개정안은 다음의 주요 조항을 포함함; 이들 센터에 제공되던 건물 및 인력 제공에 대한 지원금이 확대되고 알코올 및 약물 남용으로 인한 정신 장애자들을 위한 시설에서도 이 자금을 사용할 수 있도록 함. 가난한 지역에서 정신건강서비스 개발을 시작할 수 있는 자금이 지원됨. 또한 아동 (정신 건강)서비스를 더욱 개발할 수 있는 새로운 지원금 프로그램이 마련.
1975	법률	민간건강보험의 외래정신과서비스 보장을 규정한 1975년 지역사회 정신건강센터 (CMHC) 법률 개정안(공법 94-63)은 '지역사회 정신건강 센터'에 대해 더 명확한 정의를 요구. 새로운 정의는 지역사회 내에 센터 관리 위원회 (community governing board)를 만들고 서비스의 질을 유지함으로써, 지불 능력에 관계없이 모든 사람이 포괄적으로 접근할 수 있게 함. 필수 핵심 서비스는 1963년의 5가지에서 12가지로 확장되었는데, 이들은 아동, 노인, 스크리닝, 치료 후 추적 (follow-up), 과도기 서비스 (transitional services), 알코올 남용, 약물 남용에 대한 서비스를 포함한다.

년도	분류	설명
1996	사건	NIMH는 국가정신건강자문위원회 (National Advisory Mental Health Council)와 함께 NIMH에서 진행되는 연구의 포트폴리오를 체계적으로 검토함. 검토된 분야에는 유전적 정신 장애, 아동과 청소년 건강에 대한 역학과 서비스, 예방 연구, 임상 치료, 서비스 연구. NIMH 원장의 요청으로 위원회는 각각의 분야에 그룹을 배치하고 그룹이 보고하는 내용, 조인 사항을 계속적으로 수행함. NIMH는 아동기 정신 장애에 대한 연구와 임상 신경과학 연구의 우선순위를 높였으며 이 분야에 대한 연구를 점점 확대함.
1997	법률	국회에서 균형 예산법(Balanced Budget Act) 통과. 이 법안은 5년 동안 구조 조정을 통해 Medicaid, Medicare에 할당되는 자금을 총 1300억을 줄이고 최종적으로는 연방지출을 그만큼 줄이기 위한 법안임. 연방 정부는 주아동건강보험프로그램(State Children's Health Insurance Program, SCHIP)의 보금을 확대하여 보험에 들지 않은 미성년자에게 보건 의료 서비스를 제공함. SCHIP는 정신 건강 서비스가 연방정부에 의해 강제되고 주에 의해 실행되는 첫 번째 사례임.
2000	법률	2000년, 자폐증에 대한 아동 건강 법률안 (The Children's Health Act of 2000, Title I Autism, 공법 106-310)은 국립보건원(NIH) 원장은 국립정신보건원(NIMH)의 원장과 그가 생각하기에 적절한 다른 관련기관들과 함께 이 부분을 실제로 수행하도록 함. 이 법률안은 자폐증에 대한 연구와 관련하여 NIH의 활동 영역을 확대, 강화, 조정하였으며, 여기에는 자폐증에 대한 기초 및 임상 연구를 수행하는 5개 이상의 center of excellence의 설립이 포함됨. 또한 이 법률안은 또한 보건복지부 장관이 보건복지부 내에서 자폐증 연구와 관련 활동을 조정하기 위한 기관내자폐증조정위원회(Intragency Autism Committee, IACC)를 설립하도록 하였음. IACC를 결성할 권한은 NIH로 위임됐으며, NIH는 NIMH가 이 활동을 이끌도록 하였음.
2000	법률	10월, 클린턴 대통령은 아동건강법 (공법 106-310)을 법으로 제정할 것에 서명함. 이 법은 연방 기금을 받는 모든 정신과병원과 아동 및 청소년을 위한 비의료적 지역사회 시설에서 격리와 결박을 제한하는 국가적 기준을 마련. 또한 이 법안은 병발성 장애들에 대해서 국회에 보고서를 제출하도록 지시함.
2000	사건	3월, 당시 영부인이었던 힐러리 로드햄 클린턴이 아동 치료에 시작하는 의약품의 안전한 사용에 대한 회의의 진행을 NIMH가 지원함.
2001	사건	2001년, 미군 의무감이 아동의 정신건강에 대한 보고서를 발표- 미국이 아동과 청소년의 정신건강이라는 국가적인 위기를 직면하고 있다는 내용의 보고서임. 국가 행동 지침(National Action Agenda)은 아동 및 청소년의 정신, 감정적인 장애를 치료하기 위한 서비스를 향상시키는 데에 목표를 두고 그에 대한 전략을 제시함. NIMH는 다른 연방 기관들과 이 보고서의 작성에 협력.
2002	사건	2000년 아동건강법(공법 106-310)에 명시된 병발성 장애에 대한 심층연구 결과가 국회에 제출됨. 지역사회 행동 보건의료를 위한 국가 위원회(National Council for Community Behavioral Healthcare)는 다른 파트너 기관들과 함께 보고서 작성을 적극적으로 주도함. 부시대통령은 지역사회보건의료센터 예산을 늘려 센터 수도 늘리고 행동 보건의

년도	분류	설명
		료 등 서비스도 확장. 또한 정신건강에 대한 신자유위원회(New Freedom Commission on Mental Health)을 설립, 민간과 공공 모두를 포함하는 미국 내 정신건강 보건의료서비스 전달체계에 대해 종합적으로 연구하기 시작. 위원회는 민간 및 공공기관의 현재 질적 수준과 효과성을 검토, 혁신적인 서비스, 치료방법, 기술을 모색하고 관련 권고안을 포함하는 연구 보고서를 제출.
2004	사건	11월 9-10일, 제20회 정신건강 정책에 대한 로살린 카터 (Rosalynn Carter) 심포지움에 모인 각 분야의 대표자들은 대통령 직속 신자유위원회에 기반한 아동과 가족의 정신건강 변화 (Transforming Mental Health for Children and Families in Light of the President's New Freedom Commission)에 대해 논의.
2004	사건	2004년, NIMH의 4대 주요 임상 실험 중 하나인 청소년 우울증 치료 연구 (Treatment of Adolescent Depression Study, TADS)는 중요한 제1상 결과를 발표함. 우울증을 앓고 있는 439명의 청소년을 대상으로 한 12주의 실험을 통해 약물 치료와 심리치료를 병행하는 것이 가장 효과적인 치료방법이라는 결과를 얻음. 이 연구는 아동과 청소년 우울증의 치료제로 유일하게 FDA에 의해 승인된 플루옥세틴(flouxetin) 복용과 인지행동 치료법(cognitive-behavioral therapy)을 비교.
2008	사건	11월 20일과 21일 이틀에 걸친 24회 정신건강 정책에 대한 Rosalynn Carter 심포지움에서 국가적 수준의 아동 정신 건강 의료전달체계에 대한 새로운 사실이 밝혀짐. 콜럼비아 대학의 빈곤아동센터(National Center for Children in Poverty)에서 이루어진 연구에 의하면, 연방 정부 수준에서 아동 정신건강에 대한 의료전달체계 수립을 강력히 주장한 지 25년이 지났음에도 각 주별 정책은 오히려 이를 방해하고 있음.

5) 출처: National Institute of Mental Health (<http://www.nih.gov/about/almanac/organization/NIMH.htm#events>), Minnesota Psychiatric Society: <http://www.mnpsychsoc.org/>

(2) 호주의 정신건강 전략 개발의 핵심적 이정표

표 II-2 호주의 정신건강 전략 개발의 핵심적 이정표 (1991-2008)⁶⁾

시간	설명
1991-1992	제1차 국가정신건강계획메디케어협정 (National Mental Health Plan Medicare Agreements) 이전
1991.3.	호주 보건부장관, 권리와 의무에 관한 정신건강 선언 (Mental Health Statement of Rights and Responsibilities) 승인
1992.4.	호주 보건부장관들, 국가 수준의 정신건강 정책을 수립하는 것에 동의. 1992년 보건부 장관들에 의해서 국가정신건강전략 (National Mental Health Strategy) 승인. 이는 국가 수준에서 정신건강 개혁을 통합조정하는 최초의 시도.
1993.7. - 1998.6. 제1차 국가정신건강계획메디케어 협정	
1993.7.	5년 간 지속되는 메디케어 협정에 국가정신건강전략이 통합 - 최초의 국가정신건강계획
1994.3.	최초의 국가정신건강보고서 발표
1996	Mental Health Act 1996 (호주 서부) Criminal Law (Mentally Impaired Accused) Act 1996 (호주 서부)
1997.12.	첫 번째 국가정신건강계획에 대한 평가 발표
1998.4.	호주 보건부 장관 두 번째 국가정신건강계획 승인
1998.7.-2003.6. 제2차 국가정신건강계획호주보건의료협정 (National Mental Health Plan Australian Health Care Agreements)	
1998.6.	제2차 국가정신건강계획이 시작. 후에 5년 간 지속되는 호주보건의료협정에 통합.
2000	연방정부는 정신건강 증진, 예방, 조기치료에 대한 계획(National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health (National Action Plan))을 안내서(Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health: A Monograph)와 함께 발표. 이 안내서는 정책의 기반이 되는 개념적 틀과 실증적 증거에 대한 대한 개요를 서술. 이 안내서는 획기적인 정책으로서 세계적으로도 크게 인정받았다. 호주는 WHO의 국제 정책 문서인 Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice와 Prevention of Mental DisordersL Effective Interventions and Policy Options의 개발에 크게 기여.
2001	2001년, '국가 자살 방지(예방) 계획'이 국가적인 체계로 진행되었다. : 호주 내 자살과 자해 예방을 위한 체계 Guiding the National Suicide Prevention Strategy has been a national framework, Life: A framework for preventing suicide and self harm in Australia. Source: Department of Health and Aged Care. Life: A Framework for Prevention of Suicide and Self-harm in Australia [reprinted with amendments February 2001]. Canberra (AUST): Commonwealth of Australia; 2000.

6) 특히 소아 및 청소년 정신건강에 관련된 내용은 음영 처리하고 특성에 따라 분류하였음

시간	설명	
2001.11.	2001년, 제 2차 국가정신건강계획에 대한 국제적인 중간 평가 보고서 발표.	
2001	문헌	Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. Aust N Z J Psychiatry 2001; 35: 806-
2002	프로그램	호주유아소아청소년정신건강협회(Australian Infant, Child, Adolescent Family Mental Health Association (AICAFMHA))가 정신적인 질환을 겪고 있는 부모를 둔 어린이에 대한 국가적 활동(Children of Parents with a Mental Illness (COPMI) National Initiative)에 대한 책임을 짐. 2002년부터 호주 정부로부터 지원. 목표는 정신질환을 갖고 있는 부모를 둔 아이들의 건강수준 향상.
2003.4.	제2차 국가 정신건강계획에 대한 평가 발표.	
2003.7.	국가 정신건강 계획 2003-2008 발표	
2003.8.	호주보건의료협정 2003-2008인준	
2003 - 2008	Framework for the Implementation of the National Mental Health Plan 2003-2008 in Multicultural Australia 실행	
2004	자료	정신질환을 가진 부모를 둔 어린이들을 위한 서비스와 인력에 대한 원칙과 활동 (Principles and Actions for Services and People Working with Children of Parents with a Mental Illness): 이 문서는 정신적인 질환을 앓고 있는 부모와 그의 자녀, 서비스 제공자들과 전문가들의 의견을 담은 문헌들과 상담내역에 대해 광범위하게 다루고 있음. ⁷⁾
2006	Pathways of Recovery: 4As Framework for Preventing Further Episodes of Mental Illness 발표	
2004 - 2009	The National Strategy for Aboriginal and Torres Strait Islander People's Social and Emotional Wellbeing 2004-2009.	
2005 - 2007	빅토리아 주의 건강 증진재단(VicHealth)은 호주 내에서 단연 우수한 활동을 보임. VicHealth의 정신건강 증진계획의 체계로서 'A Plan for Action 2005-2007'을 제시. 건강 증진의 틀을 정신건강분야에 적용한 훌륭한 사례.	
2006.7.	호주정부의회(Council of Australian Governments, COAG)가 Canberra (AUST): Department of Health and Ageing 인준. COAG 국가정신보건계획 (COAG National Mental Health Plan) 하에서 정부의 다양한 부서에 걸쳐 5년간 총 19억달러 지원.	
2006 - 2011	국가정책	COAG 정신건강에관한국가활동계획 2006-2011 (National Action Plan on Mental Health 2006-2011) 중 Commonwealth Component의 일부인 부모, 자녀, 청년에 대한 조기 개입 서비스 (Early Intervention Services for Parents, Children, and Young People): 정신건강 증진, 예방 및 조기치료를 지원. 방법은 보편적인 증거-기반 (evidence-based) 학교 및 조기아동프로그램과 정신질환이 발생할 가능성이 높거나 정신질환의 조짐, 증상을 보이거나 정신질환의 진단을 받은 아이들에 대한 중점 프로그램. 예산은 5년 간 2810만달러.

시간	설명	
2006	프로그램	호주의 국가청소년정신건강재단(National Youth Mental Health Foundation)의 설립과 함께 음주, 약물과 관련한 정신적인 건강 문제를 가지고 있는 (중독 등) 청소년을 대상으로 한 ‘Promoting Better Mental Health’ 계획을 시작. 이 재단은 특히 12-25살의 청소년- 정신적인 건강문제를 가질 위험성이 높거나 이미 약물, 음주 때문에 증상을 보이고 있는-을 조기 발견하고 예방하는데 초점을 맞춤. (http://bit.ly/m2ewKS)
	프로그램	호주 연방정부 Headspace 설립. 주요 초점은 모든 국민의 정신건강을 위하는데 있으며, 조기 치료를 통해 정신건강 문제를 빨리 해결. (http://www.headspace.org.au/)
	국가정책	국가정신건강전략(National Mental Health Strategy)와 국가자살예방전략(National Suicide Prevention Strategy)은 아동들의 정신건강을 증진하고 정신건강 문제를 예방해야 함을 인식. 광범위한 보건 의료분야를 가로지르는 파트너십의 확장을 통해 조기에 협동하여 개입하는 방식이 필요. 정신건강 증진에 있어서 인구집단적 접근(population health approach)을 하는 일련의 계획들이 실행됨. 전 국민을 대상으로 하는 계획이었으며 중학교 선생님들을 대상으로 하는 전문적 훈련도 포함.
	프로그램	중등학교 대상 국가정신건강 증진 계획인 MindMatters는 보건부와 교육부의 공동 사업. MindMatters는 전 학교적인 접근을 개발하고 실행함을 통해 정신건강과 정신적 행복을 증진하고 건강에 좋은 환경 조성에 중점. 전 학교적인 접근이란 학교 사회와 관련한 모든 부분을 일컫는데, 학생, 교직원, 학부모 그리고 지역사회 이해관계자 등이 이에 포함. (http://cms.curriculum.edu.au/mindmatters)
2007	프로그램	‘Response Ability’ 는 교사와 직업전문학교기관에 교육적인 자료와 정보를 제공하여 이 프로그램을 수료한 사람이 정신보건증진, 예방 및 조기치료에 참여할 수 있는 기반이 되는 기술과 지식을 갖추게 하며, 그들의 일터에서 증거-기반의 프로그램을 사용할 수 있도록 지원.
	프로그램	‘Initiative for High Risk Groups’계획은 정신건강 상의 문제가 발생할 가능성이 가장 높은 아동들을 위해 마련. 이 계획에는 위험성이 높은 아이들을 조기에 발견하고 혹은 징후가 발견된 아이들의 증상이 더 심각해지는 것을 막기 위한 학부모, 초등학교와 주변 환경에 대한 지원을 포함됨.
	프로그램	The Australian Child and Adolescent Trauma Loss and Grief Network 인터넷에 기반한 네트워크로서 정신적인 후유증, 상실감, 슬픔을 안고 있는 아동 및 청소년을 연구하는 다양한 분야의 전문가의 의견도 웹상에 게재되어 있다. 이 네트워크의 목표는 다음 대상에게 제공하기 위함이다: 아동 및 청소년에게 서비스를 제공하는 관련 직업 종사자 및 지역사회 일원, 연구, 정책, 교육과 훈련하는 행정직원이나 관련 직업 종사자, 학부모 등 아동 청소년 보호자들과 이 계획에 관심 있는 지역사회 일원. 네트워크는 호주 국립대학을 통해 접속할 수 있다. (www.earlytraumagriev.anu.edu.au .)

시간	설명	
	프 로 그 램	Indigenous Kids Help Line Kids Help Line이 원주민 청소년들을 위한 전화 상담이 필요하다는 생각에서 부터 시작된 이 프로그램은 기존의 프로그램을 잘 정비하고 대상 원주민 청소년들을 위한 안전한 메커니즘을 제공하는 것을 목표로 한다.
	프 로 그 램	'Kids Matter Primary'는 초등학교 학생들의 정신보건증진, 정신질환예방과 조기치료를 목표로 한다. The KidsMatter Transition to School: Parent 프로그램은 긍정적인 양육 행동과 실행을 이끌어내는 방법을 통해 유치원에서 초등학교로 진학하는 아동과 그의 학부모를 지원한다. 또한 학습 공간이 바뀌면서 아동들이 겪는 문제들에 대해 학부모가 인지할 수 있도록 한다. KidsMatter Early Childhood는 KidsMatter라는 컨셉을 유아를 둘러싼 환경들(유치원, 탁아소 등)에 확장한 프로그램으로서 특히 호주 원주민 아동들을 대상으로 한다.
	프 로 그 램	2007년, COPMI(Children Of Parents with a Mental Illness)의 구성조직들이 호주 정부의 '부모, 아동 및 청소년을 위한 새 조기 치료서비스'계획 아래로 포함되었다. 이 계획은 위험성이 높은 아이들을 조기에 발견하고 혹은 증상을 보이는 아동들을 대상으로 하는 프로그램과 학교를 기반으로 실행되었다. 이 계획은 출산 직후에서부터 12살 아동을 대상으로 정신보건 옹호, 예방과 조기 발견에 대한 틀을 제공한다. COPMI는 정신보건서비스를 받는 사람들, 그들의 가족 및 보호자 및 관련 이해관계자들과 협력하여 일할 것이며 이해관계자 중에는 NEIS(교육정보시스템의 일종임)의 지원을 받는 기관들도 포함
2008	국가정신건강보고서 2007 (National Mental Health Report 2007) 발간. 국가정신건강 정책(National Mental Health Policy)이 정부전체가 참여하는 방식(whole of government)을 초점으로 개정. 2003-2008 국가정신건강계획(2003-2008 National Mental Health Plan)에 대한 부가적 평가 발표	

호주의 아동과 청소년에 관련된 정신보건법을 요약하자면, 미국과 유사하게 호주의 정신보건법도 주 별로 다르다. 물론 국가정책이 국가 차원의 조정을 반영하고 있긴 하지만 여전히 주와 지역 차원 모두에서 일관성 있는 정책을 실행할 때에야 국가수준의 정책이 제대로 반영된다. 여기에서 언급한 정책은 모두 국가 차원의 정책이다.

7) Australian Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health Association. Principles and Actions for Services and People Working with Children of Parents with a Mental Illness. Canberra (AUST): Commonwealth Department of Health and Ageing; 2004.

국가 정신보건 계획은 호주 정부가 정신 건강 질환을 안고 있는 사람들의 생활을 개선해주기 위해 만든 계획으로서 1992년 4월 호주 보건부 장관 위원회가 공식적으로 인정, 정신 보건 개선의 체계를 제공해주었다. 이 계획은 보건부 장관이 계속적으로 승인하였으며 1998년 제2차 정신보건계획을 개발, 2003년에는 국가정신보건계획 2003-2008이 공식적으로 인준되었다. 가장 최근에는 1992년에 발표된 국가정신건강 정책이 2008년에 개정되고 2009년 1월에는 제4차 국가정신건강계획이 발표되었다.

(3) 소결

① 두 나라 모두에서 정신건강 관련 법률은 국가 및 지역적 수준에서 차이를 보인다: 미국의 경우 주에 따라 다르며, 호주의 경우 jurisdiction에 따라 다름

② 미국의 정신건강 관련 법률체계는 훨씬 더 분절화(fragmented)되어 있으며, 법률과 정책을 주 수준에서 관할한다. 이에 비해 호주는 최근 몇 년 간 (2006-2011) 아동, 청소년, 및 청년에 있어서 정신건강적 문제를 예방하고 치료하기 위한 국가적 수준의 전략을 개발해왔다.

③ 미국은 오랫동안 아동의 정신건강을 치료하기 위해 노력해온 역사가 있다. 그러나 이러한 노력은 연방정부 수준의 어떤 일관성 있는 법이나 정책으로 승화되지 못하였다. 호주는 국가수준의 정책을 개발한 역사는 훨씬 짧지만 2000년대 초반에 발표된 역학적 연구의 결과를 상대적으로 빨리 몇 가지 프로그램으로 실행하였다.

④ 미국은 호주에 비해 Carter Center Mental Health Task Force나 Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy와 같은 민간재단이 미국의 정신건강에 대한 연구와 활동에 대한 재정적 역할이 상대적으로 더 큰 것으로 보인다.

⑤ 아무래도 이 두 나라와 우리나라 사이의 가장 큰 차이는 정신건강을 프레이밍하는 방식이 다르다는 점이 될 것이다. 청소년의 정신건강은 건강 증진(health promotion)이라는 큰 틀에서 논의되거나 (주로 자유권적인) 권리라는 차원에서 사고되고 있다. 독일에서는 우리나라와 같이 '청소년 보호에 대한 법률이 존재하는 것을 보면 이는 자유주의적 이데올로기가 지배적인 국가와 보수주의적 이데올로기가 지배적인 국가 간 차이로 볼 수도 있을 것이다.

○ 미국의 소아청소년 정신건강관련 법률 체계

미국은 우리나라나 독일과 같은 독자적인 청소년보호법 등을 가지고 있지 못하다. 이와 유사한 것은 지난 1998년 제정된 The Children's Online Privacy Protection Act of 1998 (COPPA)⁸⁾이 연방법으로서 유일하며, 최근 논란이 되고 있는 Youth Protection Act는 미성년자의 징집을 막자는 것이다. 이러한 맥락에서 소아와 청소년의 정신건강에 대한 법률은 주로 Children's Health Act of 2000 (공법 206-310)라는 Public Health Services Act 개정안에 근거하고 있다. 이 법에서는 소아/청소년의 정신건강에 대한 유해인자를 직접적으로 다루지는 않고 있으며, 주로 정신건강 증진을 위한 연구 지원, 의료전달체계, 소년원 등에 구금 시 인권적 고려내용, 특히 마약 및 항정신성 의약품의 취급 등을 다루고 있다.

① 법에서 다루고 있는 정신보건의 영역

이 법은 크게 Division A인 Children's Health와 Division B인 Youth Drug and Mental Health Services로 나누어지며 Division B에서 청소년 정신건강을 다루고 있다. Division B의 내용은 다음과 같다.

DIVISION B. YOUTH DRUG AND MENTAL HEALTH SERVICES

TITLE XXXI. PROVISIONS RELATING TO SERVICES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Sec.3101. Children and violence.

Sec.3102. Emergency response.

Sec.3103. High risk youth reauthorization.

Sec.3104. Substance abuse treatment services for children and adolescents.

Sec.3105. Comprehensive community services for children with serious emotional

8) A United States federal law, located at 15 U.S.C. §§ 6501-6506 (Pub.L. 105-277, 112 Stat. 2581-728, enacted October 21, 1998).

disturbance.

Sec.3106.Services for children of substance abusers.

Sec.3107.Services for youth offenders.

Sec.3108.Grants for strengthening families through community partnerships.

Sec.3109.Programs to reduce underage drinking.

Sec.3110.Services for individuals with fetal alcohol syndrome.

Sec.3111.Suicide prevention.

Sec.3112.General provisions.

TITLE XXXII.PROVISIONS RELATING TO MENTAL HEALTH

Sec.3201.Priority mental health needs of regional and national significance.

Sec.3202.Grants for the benefit of homeless individuals.

Sec.3203.Projects for assistance in transition from homelessness.

Sec.3204.Community mental health services performance partnership block grant.

Sec.3205.Determination of allotment.

Sec.3206.Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act of 1986.

Sec.3207.Requirement relating to the rights of residents of certain facilities.

Sec.3208.Requirement relating to the rights of residents of certain non-medical, community-based facilities for children and youth.

Sec.3209.Emergency mental health centers.

Sec.3210.Grants for jail diversion programs.

Sec.3211.Improving outcomes for children and adolescents through services integration between child welfare and mental health services.

Sec.3212.Grants for the integrated treatment of serious mental illness and co-occurring substance abuse.

Sec.3213.Training grants.

TITLE XXXIII.PROVISIONS RELATING TO SUBSTANCE ABUSE

Sec.3301.Priority substance abuse treatment needs of regional and national significance.

Sec.3302.Priority substance abuse prevention needs of regional and national significance.

Sec.3303.Substance abuse prevention and treatment performance partnership block grant.

Sec.3304.Determination of allotments.

Sec.3305.Nondiscrimination and institutional safeguards for religious providers.

Sec.3306.Alcohol and drug prevention or treatment services for Indians and Native Alaskans.

Sec.3307.Establishment of commission.

TITLE XXXIV.PROVISIONS RELATING TO FLEXIBILITY AND ACCOUNTABILITY

Sec.3401.General authorities and peer review.

Sec.3402.Advisory councils.

Sec.3403.General provisions for the performance partnership block grants.

Sec.3404.Data infrastructure projects.

Sec.3405.Repeal of obsolete addict referral provisions.

Sec.3406.Individuals with co-occurring disorders.

Sec.3407.Services for individuals with co-occurring disorders.

TITLE XXXV.WAIVER AUTHORITY FOR PHYSICIANS WHO DISPENSE OR PRESCRIBE CERTAIN NARCOTIC DRUGS FOR MAINTENANCE TREATMENT OR DETOXIFICATION TREATMENT

Sec.3501.Short title.

Sec.3502.Amendment to Controlled Substances Act.

TITLE XXXVI.METHAMPHETAMINE AND OTHER CONTROLLED SUBSTANCES

Sec.3601.Short title.

Subtitle A.Methamphetamine Production, Trafficking, and Abuse

PART I.CRIMINAL PENALTIES

Sec.3611.Enhanced punishment of amphetamine laboratory operators.

Sec.3612.Enhanced punishment of amphetamine or methamphetamine laboratory operators.

Sec.3613.Mandatory restitution for violations of Controlled Substances Act and Controlled Substances Import and Export Act relating to amphetamine and methamphetamine.

Sec.3614.Methamphetamine paraphernalia.

PART II.ENHANCED LAW ENFORCEMENT

Sec.3621.Environmental hazards associated with illegal manufacture of amphetamine and methamphetamine.

Sec.3622.Reduction in retail sales transaction threshold for non-safe harbor products containing pseudoephedrine or phenylpropanolamine.

Sec.3623.Training for Drug Enforcement Administration and State and local law enforcement personnel relating to clandestine laboratories.

Sec.3624.Combating methamphetamine and amphetamine in high intensity drug trafficking areas.

Sec.3625.Combating amphetamine and methamphetamine manufacturing and

trafficking.

PART III.ABUSE PREVENTION AND TREATMENT

Sec.3631.Expansion of methamphetamine research.

Sec.3632.Methamphetamine and amphetamine treatment initiative by Center for Substance Abuse Treatment.

Sec.3633.Study of methamphetamine treatment.

PART IV.REPORTS

Sec.3641.Reports on consumption of methamphetamine and other illicit drugs in rural areas, metropolitan areas, and consolidated metropolitan areas.

Sec.3642.Report on diversion of ordinary, over-the-counter pseudoephedrine and phenylpropanolamine products.

Subtitle B.Controlled Substances Generally

Sec.3651.Enhanced punishment for trafficking in list I chemicals.

Sec.3652.Mail order requirements.

Sec.3653.Theft and transportation of anhydrous ammonia for purposes of illicit production of controlled substances.

Subtitle C.Ecstasy Anti-Proliferation Act of 2000

Sec.3661.Short title.

Sec.3662.Findings.

Sec.3663.Enhanced punishment of Ecstasy traffickers.

Sec.3664.Emergency authority to United States Sentencing Commission.

Sec.3665.Expansion of Ecstasy and club drugs abuse prevention efforts.

Subtitle D.Miscellaneous

Sec.3671.Antidrug messages on Federal Government Internet websites.

Sec.3672.Reimbursement by Drug Enforcement Administration of expenses incurred to remediate methamphetamine laboratories.

Sec.3673.Severability.

4. 결론 및 정책제언

1) 법체계 관련

우리나라 「아동청소년 정신건강 증진을 위한 관련 법」으로 주요 법률로는 정신보건법, 아동복지법, 청소년 복지관련법(청소년 기본법, 청소년 보호법, 청소년 복지지원법 등), 교육관련법(교육기본법, 학교보건법, 초·중등교육법, 고등교육법, 학교폭력예방 및 대책에 관한 법) 등이 있다. 이러한 아동청소년복지 관련 개별 법은 각각의 입법목적과 중점 대상이 다르기 때문에 단기간내 인위적인 아동청소년의 정신건강만을 대상으로 하는 법으로의 통합 필요성보다는 각각의 중심 법률을 보장하는 방식이 현실적이라 할 수 있다. 그러나, 중장기적으로 아동청소년 정신건강 증진을 위해 국무총리실 등을 중심으로 한 협의체를 구성하고 관련 부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)간, 중앙과 지자체간 정책협조체제를 구축하고 공공/민간의 협력체제의 법제도적 시너지 효과를 높이기 위하여 가칭, 「아동청소년 정신건강 증진을 위한 법률」과 같은 통합법의 제정 필요성이 있다.(외국의 사례 비교 참조)

2) 「정신건강」 법적 정의관련

먼저, 우리나라 정신보건관련 법률 중 기존의 「정신질환」과 「정신건강」에 대하여 관련 법적 정의를 정비할 필요성이 있다. 기존의 정신보건법상 정신질환자라 함은 “정신병(기질적인 정신병 포함)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타, 비정신병적정신장애를 가진 자”(정신보건법 제3조 1항)를 의미하나 이와는 달리 아동청소년에게 발생하기 쉬운 전반적인 발달장애와 지체 등을 정신질환과의 관련을 고려하여 재정비할 필요가 있다. 즉, 기존의 정신보건법상 주 대상인 「정신질환」 외에 「정신건강」적 요소인 ‘행동장애’(주의력결핍 과잉행동장애-Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD, 적대적 반항장애, 품행장애), ‘정신지체’(Mental Retardation), ‘야스퍼거증후군’(사회성 결여), 특히, 2013년 DSM-V에 등재가 확정된 ‘인터넷 게임중독’ 등 주요 질병군에 대해 이를 예시 또는 열거방법으로 관련 법 규정을 ‘추가 보완’하거나, 또는 ‘별도로 분류하여 법 규정’토록 하는 방안 등 법적 정비가 필요하다.

3) 정신건강 증진 핵심 지원체계관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 핵심지원체계는 전국적으로 조직되어 있는 정신보건관련 전문기관인 「정신보건센터」 내에 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원규정을 보다 구체적이고 명확히 보장하여야 할 필요성이 있다. 그러나, 동시에 일반인은 「정신보건센터」 중심, 아동은 역시 전국적 조직망인 「지역아동센터」 중심, 청소년은 통합지원망인 「지역사회청소년사회안전망(CYS-Net: Community-Youth-Safetynet 등)와 청소년상담지원센터」 를 중심으로, 그리고 아동·청소년의 경우 학교와의 연계가 매우 중요하므로 교육부문은 「Wee(Welfare Education) Center나 Wee Class」 등 각각 그 목적과 취지에 맞도록 분산하여 다원적으로 대응하는 방안도 중요하다.(※ 단, Wee Center의 경우 2011년까지만 중앙에서 지원하고 이후 각 지자체 교육청으로 이관될 예정이어서 사업의 지속성 여부가 명확하지 않음) 그러나, 전자의 경우 중증 정신질환자 중심의 한계를 극복하고 정신건강부문의 장애를 실질적으로 포괄할 수 있는 법적 제도적 정비가 전제되어야 할 것이다. 또, 후자의 경우 지원체제의 중복 및 난립과 정신보건센터, 지역아동센터, Wee Center 모두 정신건강 증진을 위한 전담기구로서의 한계와 예산과 인력지원의 지속성의 문제점에 대한 보완대책이 마련되어야 할 것이다. 따라서, 두 방안이 동시에 추진되어야 할 것이다.

4) 정신보건관련 기본법의 보완관련

정신건강과 관련 기본법이라 할 수 있는 현행 「정신보건법」 은 주로 ‘중증 정신질환자 중심’인데 비하여 ‘생애주기별 정신건강사업’이 상대적으로 비중이 낮은 반면, 아동·청소년복지 관련 법에는 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 구체적인 보호조치가 부재한 실정이다. 이를 극복할 개선방안으로 첫째, 정신보건법상 제2조 “① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.”는 미성년자인 아동과 청소년의 정신질환의 치료에 대한 법적인 보호 규정과 동법의 제2조 “④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.”는 규정에서 아동·청소년 특성을 더욱 고려한 규정으로 정비토록 하고, 보호의무자 책임 규정 등을 보완하여야 한다. 둘째, 아동·청소년 복지 관련법상에는 약물 및 알콜 중독, 정서장애, 발달장애 아동에 대한 보호와 치료 조치 등이 규정되어야 한다, 셋째, 법 자체 중첩이 발생하거나 집행 상 효율성이 떨어지거나, 법에는 명시되어 있으나 현장에는 설치되지 않는 여러 임의규정에 의한 기관단체

(정신보건센터, 청소년상담지원센터, 건강가정지원센터, 아동보호전문기관 등)가 상당히 존재하여 문제가 되고 있다. 이들의 설치 및 운영규정을 의무조항으로 하고 동시에 지도점검 규정을 명문화하는 등 법의 실효성 제고가 필요하다. 넷째, 지역사회 중심의 정신보건 인프라에 기반 한 정책의 추진, 아동·청소년 정신건강 관련 예방정책, 조기발굴 및 지원 근거조항 등 관련 규정을 강화하여야 한다.

5) 정신보건관련 인력양성체계 육성관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 인력양성 및 수요와 공급에 대한 법 규정의 정비가 필요하다. 정신보건과 관련 정신보건법 시행령과 시행규칙이 제정되어 있고, 자격증관련사항, 시설설치, 전달체계, 목적, 시책, 의무 등에 대한 중요한 사항들이 정신보건법에 명시되어 있고, 자격증발급사항 등에 대한 것은 시행령과 시행규칙에 체계적으로 제시되어 있어 정신건강관련 규정이 존재하나 기타 정신건강 관련 법령이 산발적으로 구성되어 있어 인력양성 및 수요와 공급 및 관련 규정 체계적이지 않으며, 연계성이 매우 미약하고, 추진 주체별로 추진사업의 목표와 주요 시책 등 관련 정책을 조율할 부처 간 협의체 구성 등 관련 법령의 정비가 필요하다.

6) 정신건강 증진 전달체계의 효율성 제고방안 관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 전달체계구축과 시설 및 전문인력 확보와 관련 각 법령이 각 소관부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)의 기능 중심으로 되어 있어 이들의 국민서비스 측면의 일관성 부재로 행·재정적인 효율성이 없다는 지적이 있다. 이와 관련 첫째, 정신질환 아동·청소년을 위한 인터넷 중독 기숙형 치료시설, '레스큐 스쿨' 설치 및 운영과 이용시설 확보 등 시설 및 예산에 대한 법 규정의 정비될 필요가 있다. 둘째, 정신보건전문요원(정신과 의사, 정신보건 사회복지사, 정신보건간호사, 정신보건임상심리사 등)과 청소년상담사(국가공인자격), 상담심리사(학회자격), 사회복지사 등 체계적인 전문 인력 수급 규정의 정비가 필요하다. 셋째, 진단과 평가를 전문적으로 할 수 있는 전담기관 설립 및 전달체계 강화 법 규정이 필요하다.

7) 정신건강관련 위험인자 및 법 규정 방법 관련

우리나라 정신보건관련 법상 정신질환 및 정신건강과 관련 위험인자에 대한 명확한 정의가 부재한 실정이라는 지적이 많다. 실제로 정신질환 및 정신건강 관련 위험인자는 개인의 유전인자에 따른 기질적 차원, 연령별 발달 과업(학업, 입시, 취업 등)에 따른 차원, 가정 내 학대나 방임에 따른 외상후 장애(트라우마)와 유해환경에 따른 차원, 부모의 양육태도에 따른 차원, 집단따돌림 등 그 내용과 범위가 다양하며 따라서, 개별적인 위험요인별 법적 규정은 용이하지 않은 측면이 있다. 그러나, 정신질환별로 정신보건법 시행령 등에 크게 ‘주변환경 요인’과 ‘유전관련 요인’ 등을 구분하여 규정 합당한 대응방안을 마련토록 법 규정을 정비할 필요가 있다.

8) 정신보건법상 고위험가정에 대한 특별지원규정 명문화 관련

우리나라 정신보건관련 법상 아동·청소년의 정신건강과 관련 특히, 고위험가정에 대한 교육 및 지원체제가 부족하다는 지적이 많다. 그 개선을 위하여 기존의 정신보건법상 규정의 범위를 넘어 한부모가정, 조손가정, 새터민가정, 다문화 가정 등 사회적 취약계층 아동·청소년의 정신건강 증진의 지원을 위한 별도의 지원규정의 명문화가 필요하다

9) 정신질환 이상 정신건강 제 문제를 포괄하는 방법 관련

우리나라 정신건강관련 법령은 가정, 학교, 지역사회, 또래 등 정신건강에 미치는 요소들과 관련 주로 성, 약물, 알코올 등에 국한하여 법적 규정을 하고 있는 반면, 정신질환을 갖는 것 이상의 건강상태를 유지할 수 있는 것에 대해서는 포괄하지 못하고 있다는 지적이 있다. 개선방안으로 발달학적 측면에서 성인과 아동 및 청소년이 다르므로 생애주기별 맞춤형의 법 규정 개선이 필요하다

10) 정신건강서비스의 핵심적인 개선방안 관련

우리나라 정신건강 서비스 제공에 있어 핵심적인 개선방안은 다음과 같다. 첫째, a) 국가사회에 의해 제공되는 서비스와 관련 법적 규정이 임의규정인 부분(예: 정신보건센터의 설치와 관련하여 정신보건법 제13조의2에서 “국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.”)은 이를 의무규정으로 하여 법적용 실효성을 높여야 한다. 둘째, b) 직접적인 서비스를 제공하는 지역사회(학교) 단위의 전문적 인프라가 부족하여 수요를 해소하는 데 역부족이며 지역사회에서 아동청소년의 문제를 해결하는데 가정을 포함하는 포괄적인 접근방안과 자원, 시스템이 부족하여 관련 법 규정을 정비하여야 한다. 구체적으로, 정신질환 청소년의 시설보호 진료시 법 규정상 보호자 동행과 동의(72시간 이후)가 필수규정이나 이는 현실적 제약이 크므로 이를 임의규정으로 하여야 할 필요성이 있다.

11) 정신건강관련 법 규정과 우선적인 제도개선 방안 명문화 관련

아동청소년 정신건강 법제도 중 우선적으로 보완이 필요한 내용은 첫째, a) 주요 위험인자(예를 들어, 인터넷게임중독, 마약사용 등)의 예방·상담, 전문가에 의한 전문적인 치료·재활(인터넷중독 기숙형 치료학교, ‘레스큐 스쿨’설치 및 운영, 치료재활센터 등)규정 마련→b) 정신질환을 앓고 있는 아동·청소년이 ‘발견·상담·진료’ 등 정신건강서비스(의료서비스 포함)를 받도록 지역정신보건센터 등에 받아들여지도록(admission) 규정 마련→c) 아동·청소년 정신질환자에 대한 차별(의료제도 내외에서) 금지와 관련규정(voluntary admission and treatment)→d) 치료 후 ‘재활’, ‘사회복귀훈련’ 등 follow-up 관련 돌봄이 필요한 대상에게 돌봄이 가능한 서비스를 연계하는 세부적 과정을 명시하는 지원규정 마련→e) 종사자의 자격조건, 처우, 권한과 의무의 명확한 규정 등이 필수적인 고려 사항이다.

12) 정신건강 증진을 위한 실태조사 관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 실태조사의 필요성과 실시의 방법 및 적합성에 대해서는 아동과 청소년 각각의 특성을 고려하여 아동의 경우 초등학교 1학년, 4학년시기 등 2회, 청소년의 경우 중학교 1학년, 고등학교 1학년 등 3년에 1회 지자체 단위별로 전수조사를 실시하고 국가차원에서 취합 결과를 분석토록 하는 방안이 적절하다.

13) 정신건강 증진을 위한 핵심기관 및 체제관련

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 현행 체제와 관련 다음 방안 중 어느 방안이 필요하다. 즉, 기존의 정신보건센터 내 소아청소년 정신과 담당 공중의와 청소년상담원을 두도록 의무화하는 법 규정 마련은 필수적이며 이를 넘어 고위험군으로 선별되었을 때 기존 정신보건센터의 경우 지속적 서비스를 위한 비용과 담당인력의 부족, 정신과 치료를 받을 경우 이튼바 낙인(F코드) 등의 문제가 있으므로 아동·청소년 정신건강을 담당하는 센터의 추가적 설립과 이 센터에 정신건강전문요원(정신과 의사, 정신과 간호사, 정신보건임상상담사, 정신보건사회복지사, 정신보건작업치료사 등)의 상주를 법에 명문화하는 방안이 필요하다.

14) 정신건강 증진 지원을 위한 전문기관 지원방안 관련

아동·청소년 정신건강의 증진을 위한 전문기관(정신보건전문요원 및 청소년지도사 및 상담사)지원방안 관련 우선적인 과제는 첫째, a) 아동·청소년 정신건강문제를 다루는 정신과 의사, 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 청소년상담사, 청소년지도사의 기능과 역할을 명확히 하여야 한다. 둘째, b) 임상, 상담, 복지, 교육 등 관련분야의 전문가를 배치하여 복합적인 서비스가 수행될 수 있도록 전문적인 인적, 물적, 콘텐츠 등을 강화하여야 한다. 셋째, c) 전문 인력의 전문성 강화를 위한 보수교육강화 등 재교육체계를 마련하고 인건비의 현실화 등 종사자의 처우를 시급히 개선하여야 한다. 넷째, d) 정신보건관련법 중 소아·청소년정신건강 전문가를 포함시키고, 건강환경평가시 일반환경, 시설환경, 실내환경, 주변환경 등 환경요인 외에 인적환경에 대한 평가가 이루어지도록 하여야 한다

15) 정신건강 증진을 위한 예방과 재활 및 사후조치 강화방안 관련

아동·청소년 정신건강 관련법 규정이 주로 사후적인 조치나 치료중심인 반면 예방과 재활 등 사후조치로는 다음 사항이 중요하다. 첫째, a) 학생정서행동 선별검사 실시 등 정신보건센터의 의무를 강화하여야 한다. 둘째, b) 학교보건법상 학생건강검진 내용이 구체적이지 못하고 국가와 국민(학부모, 학생)의 책무가 명시되지 않아 정책추진의 실효성 확보가 미흡한 실정 관련내용의 정비가 필요하다. 셋째, c) “아동·청소년 정신건강 예방 및 건강 증진사업에 국가 및 지방자치단체는 기여한다”는 선언규정 조항을 넣고, 시행령, 규칙에 구체적 규정을 제시하는 것이 필요하다. 기타, d) 정신보건법 제16조 재활관련 규정에 초점을 두고 정책목표를 구체화 할 필요성이 있다. 또한, e) 학업중단 청소년 대상 숙려제도를 도입 진로상담 또는 심리치료를 받을 수 있도록 하고, 지역 내 유관기관을 활용하고 학업중단 후 지역사회상담기관(예, 청소년상담지원센터)에 이관할 수 있는 법 규정을 신설하고 장기적으로 거주형 치료, 재활센터와 같은 기관을 전국적으로 확산 시도별 1개소씩 설치운영토록 법 규정을 마련하는 것이 필요하며, f) 인터넷중독 저위험군과 고위험군 부모의 교육 참여가 필수이며, 범죄청소년의 부모교육 및 부모상담이 필수이나, 가정교육에 대한 강제력이 없음. 부모가 참여할 수 있는 제도(예: 저소득층 부모 교육 참여 시 일당에 준하는 금액 지원 등)를 마련하고, 아동이 치료를 받고 있을 경우 병원에서 운영하는 병원학교에서 사이버 교육을 강화하고, 한부모가족 지원법의 제17조 가족지원서비스 관련 특별히 정신건강을 위한 규정을 추가할 필요가 있다. 마지막으로, g) 시설보호와 위탁보호에서 보호 대상 아동·청소년을 명료화하는 것이 필요, 기관 및 종사자가 아동·청소년 정신건강 상태에 개입할 수 있는 능력보유를 지원. 위탁 시설에서 아동이 학대될 수 있는 환경이 많아 관련 법 개정이 필요하다.

참 고 문 헌

- 강은정(2007). 한국아동 정신건강 현황과 정책과제. 보건복지포럼, pp. 60~72.
- 김광웅(2007). **현대인과 정신 건강**. 시그마프레스.
- 김미숙 외(2007). 정부내 바람직한 아동정책 수행체계 개발. 보건복지부·한국보건사회연구원 정책보고서 2007-14.
- 김수진(2005). 아동복지관련 법제의 개선방안연구-아동의안전과 보건을 중심으로. 법제연구원 연구보고 2005-12, 한국법제연구원.
- 김혜란 외(2006) 중장기적 아동정책과 국가행동계획. 서울대학교 사회복지연구소, 보건복지부 연구결과보고.
- 문선화 외(2007). **한국사회와 아동복지: 제4판**. 양서원.
- 이호근(2008). 아동의 정신건강을 위한 아동복지 관련 법과 방향. 전북대학교 법학연구, 27, 193~216.
- 정동화(2003) 아동의 스트레스와 정신 건강의 관계. 교육문제연구(The Journal of Research in Education), 19, 157~83.
- 정춘자(2005). 아동의 정신 건강에 영향을 미치는 요인. 대전대학교 경영행정·사회복지대학원 사회복지학과 사회복지학전공 석사학위논문.
- 채경선·김주아(2007). **아동정신건강**. 창지사.
- 최보문(2007). **아동과 청소년의 정신 건강**.
- 건강보험심사평가원(2010). 보도자료.
- 김형택(1998). 청소년 정신선장을 위한 환경요인과 복지체계에 관한 연구. 동국대학교 대학원 박사학위논문.
- 보건복지부(2010). 제5차 2009년 청소년건강행태온라인조사 통계.
- 이창호·양미진·이은경·이희우(2005). 청소년 정신건강 관련 요인 연구. 한국청소년상담원.
- 임규혁(2001). 학생의 정신건강에 교사의 인식도 분석. 고려대학교 교육문제 연구소, 14, 1-23.

- 조민영(2005). 중·고등학생들의 스트레스가 정신건강에 미치는 영향연구. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 조은숙(1986). **정신위생**. 서울: 교학연구사.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiapetta, L. (1999). Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.
- Brent, D. A., Kalas R., & Edelbrock. (1986). Psychopathology and its Relationship to suicidal Ideation in Childhood and Adolescent. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, pp. 666-673.
- D'Onise, K., Lynch, J. W., Sawyer, M. G., & McDermott, R. A. (2010). Can preschool improve child health outcomes? *A systematic review. Soc Sci Med*, 70(9), 1423-1440. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.037
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style and social support as psychosocial buffers for African American and White adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(4), 404-417.
- Masako M. (2002). *The role of perceived family dysfunction in the occurrence and severity of adolescent suicidality among urban ethnic minority psychiatric outpatients*. Unpublished Doctoral dissertation, University of Columbia.
- Maulik, P. K., & Darmstadt, G. L. (2009). Community-based interventions to optimize early childhood development in low resource settings. *J Perinatol*, 29(8), 531-542. doi: 10.1038/jp.2009.42
- Minkovitz, C., Mathew, M. B., & Strobino, D. (1998). Have professional recommendations and consumer demand altered pediatric practice regarding child development? *J Urban Health*, 75(4), 739-750. doi: 10.1007/bf02344504
- Nelson, F., & Mann, T. (2011). Opportunities in public policy to support infant and early childhood mental health: the role of psychologists and policymakers. *Am Psychol*, 66(2), 129-139. doi: 10.1037/a0021314
- Richter, J., & Janson, H. (2007). A validation study of the Norwegian version

of the Ages and Stages Questionnaires. *Acta Paediatr*, 96(5), 748–752. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00246.x

Sawyer, M. G., Sarris, A., Baghurst, P. A., Worsley, A., & Kalucy, R. S. (1989).

Early childhood development: a comparative study of beliefs held by adolescents, medical students and mothers. *Aust Paediatr J*, 25(4), 226–229.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biol Psychiatry*, 55(7), 685–691.

White, J. L. (1989). *The Troubled Adolescent*. New York: Pergamon Press.

Zechmeister, I., Kilian, R., & McDaid, D. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8, 20. doi: 10.1186/1471-2458-8-20

Ⅲ



토론

1. 아동·청소년 정신건강 지원정책의 주요쟁점 및 개선방안
2. 아동·청소년 정신건강 증진정책 현황 및 개선방안 연구
3. 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 분야 토론문 I
4. 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 분야 토론문 II

1. 아동·청소년 정신건강 지원 정책의 주요쟁점 및 개선방안

강 은 정

(순천향대학교 보건행정경영학과)

1) 아동·청소년 정신건강 증진서비스 전달체계의 문제점 및 개선방안

2010년 심층사정평가 사업 결과 나타난 문제점은 다음과 같다. 첫째, 보호자 동의 없이 심층사정평가 결과가 공개된 점이다. 즉, 학교에서 심층사정평가 결과를 정신보건센터에 요청하여 결과를 전달한 결과 학교에서 문제 학생으로 판단하고 정학 처리하여 민원이 발생한 사례가 있었다. 둘째, 학교와 Wee 센터 등 기관들의 역량 부족 문제가 있다. 예를 들어, Wee 센터에서 업무과다를 이유로 주의군 학생에 대한 개입을 거부하여 지역 교육청과 학교에서 학생 심층사정평가와 개입을 정신보건센터에 요구하여 정신보건센터 업무가 마비되는 경우가 있었다.

아동의 정신건강서비스 전달체계는 아동의 정신건강을 결정하는 환경들이 다양하기 때문에 서비스 전달체계가 분절적이 될 가능성이 매우 높다. 즉, 학교, 정신보건, 아동복지, 형사 등의 각 제도 내에서 아동의 정신건강문제를 부분적으로 다루고 있기 때문이다. 미국의 'System of care(Stroul & Friedman, 1986)'처럼 지역사회 중심의 다양한 부문들의 서비스를 통합, 조정하는 프로그램을 개발하는 것이 중요하다.

이와 함께 우리나라는 각 부문의 서비스전달 역량을 키우는 것도 중요하다. 특히 아동이 대부분의 시간을 보내는 학교는 아동의 정신건강서비스를 전달할 수 있는 가장 효율적인 장소가 될 수 있다. 우선 정신보건센터 사업 담당자를 대상으로 아동·청소년이 가지는 정신과적 문제에 대한 효과적인 개입과 서비스의 질적 향상을 위해 필요한 교육이 지속적으로 제공되어야 할 것이다. 또한 아동·청소년의 정신건강을 위해 관련 기관들(교육청, 학교, 전문기관)의 사업 역량을 강화하되 각 기관의 특성에 맞는 적절한 교육 프로그램의 개발과 실시가 필요하다.

2) 학교 정신건강 증진 사업의 문제점 및 개선 방향

학생정신건강서비스지원 사업이 확대되면서 몇 가지 문제점도 제기되고 있다. 정신건강에

대한 사회적 편견과 낙인우려로 정밀검진 대상학생의 검진 및 치료 등 학부모 참여가 저조하다. 또한 학생 정서·행동발달 선별검사 및 관리를 위한 학교 내외 인프라가 부족하다. 즉, 선별검사와 관리에 대한 교육 및 훈련이 부족하기 때문에 선별검사 결과에 대한 신뢰성에 불신이 생기고 연계사업에 대한 학부모의 협조를 얻기 어렵다.

이러한 문제를 해결하기 위해서는 검사결과 및 학생(학부모) 상담관련 개인정보가 공개되지 않도록 보안관리를 철저히 하고, 학교-지역사회-교육청 네트워크를 구축하고 학교 내 협의체(보건교사·담임교사·상담교사·생활지도담당교사·지역사회 전문가 등)를 구성·운영하는 등 통합적·집중적 관리체계를 구축해야 한다. 또한 학생 정신건강관리 담당교사 전문성 신장을 위한 연수과정을 운영하여 선별검사와 추구관리에 필요한 학교 역량을 강화해야 할 것이다.

아울러 교육과학기술부도 취약계층 아동·청소년의 정신건강서비스 이용을 용이하게 할 수 있도록 학교, 지역사회 복지기관 및 의료기관, 교육청 네트워크를 구성하고 지원 체계를 개발할 필요가 있다.

3) 아동·청소년 정책 주체간 역할 분담 문제점 및 개선방안

아동·청소년의 정신건강 문제에 대한 선별검사와 사례관리는 교육과학기술부 및 학교를 중심으로 또한 이루어지고 있다. 그런데 보건복지부와 교육과학기술부의 사업 방향 및 목적에 대한 통합된 지침이 존재하지 않아 지역 정신보건센터와 학교 간에 역할과 기능에 대한 혼란이 존재할 수 있다

교육과학기술부는 첫째, 학부모 동의 절차와 고위험군에 해당하는 학생에 대한 처리 절차 등 학부모와의 의사소통 기술에 관한 교육을 마련해야 한다. 둘째, 고위험군 아동·청소년에 대한 연계처리와 사후 관리에 대한 교육을 강화해야 한다. 또한 이를 위해 선별검사 이후 효과적인 사례관리 및 연계체계 모형을 개발하여 보급해야 할 것이다.

정신보건센터는 학교를 대상으로 선별검사 관련 교육 및 정보를 제공하고 위험군을 대상으로 한 상담서비스를 제공할 수 있도록 교육 및 정보를 제공해야 한다. 특히 선별검사는 진단과 동일하지 않다는 점을 학생 및 학부모에게 인식시키고 검사 결과에 오명이 따르지 않도록 교육해야 할 것이다. 정신보건센터는 또한 지역사회 복지시설이 인력 등에서 열악한 환경에 있으므로 보다 적극적으로 선별검사를 시행하고 결과를 토대로 고위험군을 대상으로 한 집단 프로그램을 제공하며, 시설의 원장 및 직원, 보호자에 대한 교육과 훈련을 제공해야 할 것이다.

학교는 우선 교사들을 대상으로 선별검사에 대한 의미, 검사결과에 대한 비밀보장, 학부모와의

의사소통 등에 대한 교육이 필요하다. 특히 초등학생의 경우 대부분 선별검사 도구가 학부모 혹은 교사가 기입하는 방식으로 되어 있는 경우가 많은데 정확한 관찰을 통해 기입할 수 있도록 해야 할 것이다. 학부모의 경우 외현화 문제에 대해서는 상대적으로 낮게 평가하고 내재화 문제에 대해서는 상대적으로 높게 평가하는 경향을 고려해서 객관적으로 평가하는 자세와 관점을 가질 수 있도록 해야 한다. 마지막으로 선별검사로 발견된 고위험군 이동청소년에 대해서는 정신보건센터로 연계되도록 교사들이 적극적인 태도를 갖도록 교육해야 할 것이다.

4) SAMHSA의 아동·청소년 정신건강사업으로부터의 교훈

첫째, 자살, 알코올 중독, SED와 같이 아동청소년에서 흔히 발견되는 문제들을 다루고자 하였다. 우리나라의 경우도 청소년의 제1사망원인이 자살로서 그 문제가 심각하지만 청소년 자살예방을 위한 특화된 프로그램은 부족하다. 정신보건센터 등록 아동청소년의 67.6%가 정서행동문제를 가지고 있고 6.0%가 인터넷중독을 가지고 있으며, 5.3%는 발달문제를 가지고 있었다(중앙정신보건사업지원단, 2009). 따라서 이러한 주요 문제들에 대한 전문적인 서비스가 이루어질 수 있도록 더 많은 예산지원이 있어야 할 것이다.

둘째, 아메리칸 인디언 등과 같은 소수 인종의 정신건강 증진을 위한 사업들이 포함되어 있다. 우리나라에도 결혼이민자나 외국인 노동자를 부모를 둔 아동청소년이 늘어나는 추세이다. 이들은 일반 아동청소년에 비해 더 많은 정신적 문제를 가지고 있다(금명자 등, 2006). 따라서 현재의 학교, 지역사회, 정신보건센터의 연계체계에서 이들을 대상으로 한 특화된 프로그램의 개발이 필요하다고 보인다.

셋째, '안전한 학교/건강한 학생'사업과 같은 아동·청소년의 생활터인 학교를 중심으로 포괄적인 안전 및 정신건강사업을 추진할 필요가 있다. 예를 들어, 현재의 학생정신건강지원서비스에 학교폭력에 방이라는 부분을 추가하여 조기에 문제를 발견하고 적극적으로 문제를 치료하는 방안으로의 발전을 생각해 볼 수 있다.

넷째, 아동·청소년 정신건강 문제의 해결에는 가족의 참여가 중요하고 따라서 이를 보다 강화할 수 있는 사업이 필요하다. 비슷한 고민을 나눌 수 있는 가족들의 자조조직을 만들고 운영하는데 정부의 도움이 필요할 것이라고 생각된다.

2. 아동·청소년 정신건강 증진정책 현황 및 개선방안 연구

고 복 자

(인천기독교병원 소아청소년정신과 전문의)

○ 아동·청소년 정신건강 증진 국내정책의 주요현안

- 높은 청소년 스트레스 인지율, 청소년 자살 생각율, 우울감 경험율, 아동청소년기 자살 사망률(증가)
- 낮은 아동·청소년 정신질환 치료율 및 적정 치료유지율

○ 아동·청소년 정신건강 증진정책의 문제점

- 아동·청소년 정신건강 예방, 치료, 관리할 수 있는 정신보건시스템의 부족, 예산 부족
- 정신질환에 대한 편견으로 인한 치료 저항 때문에 아동·청소년 정신질환 치료율 및 적정 치료유지율 저하

○ 아동·청소년 정신건강 증진정책 개선방향

- 중장기적인 학생정신건강 증진정책 필요
- 아동·청소년 정신건강 예방, 치료, 관리할 수 있는 정신보건시스템의 부족
- 학생정신건강검진과 정신건강서비스에 대한 홍보와 편견 해소
- 부모자녀관계 지원정책 강화
- 수요자 중심의 정신보건관리체계 개선

○ 토론자 제언

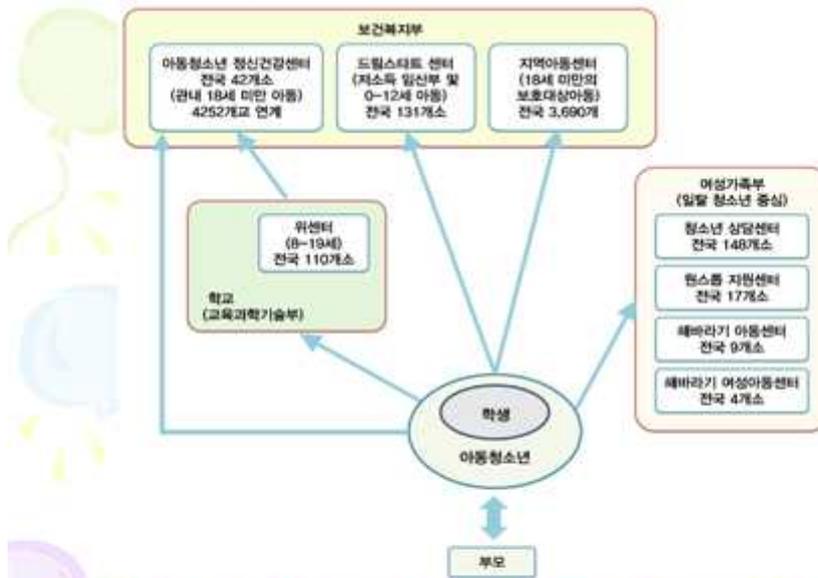
- 청소년 스트레스 인지율 감소를 위한 제언
- 아동·청소년 정신질환 치료율 및 적정치료 유지율 증가를 위한 제언
- 학교폭력에 올바른 대응을 위한 학교폭력 개입 프로그램 제시
- 베끼고 싶은 외국의 학생정신건강 증진정책

가) 아동청소년 정신건강증진 국내정책의 주요 현안

1. 높은 청소년 스트레스 인지율,
청소년 자살 생각율, 우울감 경험율,
아동청소년기 자살 사망률(증가)
 2. 낮은 아동청소년 정신질환 치료율 및
적정 치료유지율
- * 자살률 감소, 능력 있는 어른으로 성장

아동청소년정신건강증진 국내 정책의 목표

1. 청소년 흡연률 낮춤
2. 아동청소년 정신질환 치료율 향상
3. 학생들의 불건전한 보건 행태 감소(음주률, 비
만도, 흡입제 등 약물사용 경험률 감소/격렬한
신체활동 실천률과 신체 능력(체력) 증강)
4. 학생들의 정신건강 증가(자살시도률과 스트레
스 인지률 감소)
5. 학생들의 건전한 성행태의 증가(성교육 수강 경
험률 증가, 성관계 경험률 감소)
6. 학생들의 인터넷 중독 감소



정부의 아동청소년 정신건강관련 서비스 제공기관과 대상범위

정부부처:정신건강증진사업

- **교육과학기술부** : 학생정신건강검진사업, 위(wee)클레스, 위센터, 학교-건강증진학교, 금연시범학교, 폭력없는 학교, 학생, 학부모, 교사 정신보건교육
- **보건복지부** : 산하 정신보건센터-정신건강문제 조기발견, 심층사정평가, 사례관리, 치료연계 및 진료비 지원 등의 사업 실시, 질병관리본부-중고등 학생대상 청소년 건강행태온라인조사, 보건소&병원
- **여성가족부** : 일탈청소년 중심으로 청소년상담센터, 해바라기 아동센터, 원스톱지원센터 운영
- **지식경제부** : 정보통신산업진흥원, 청소년미디어중독센터

나) 아동청소년 정신건강증진 정책의 문제점

1. 아동청소년 정신건강 예방, 치료, 관리 할 수 있는 정신보건시스템의 부족, 예산 부족
2. 정신질환에 대한 편견으로 인한 치료 저항 때문에 아동청소년 정신질환 치료를 및 적정 치료 유지율 저하

학생정신건강검진사업확대문제

- 2007년 교육과학기술부 주관으로 시작 보건복지부예산으로 만든 선별검사도구로 초1,4 중1고1대상으로 실시
- 정밀검사필요학생: 12.9%(남13.0 여12.7)
(초4:11.3% 중1:13.5% 고1:15.1%)
- 학부모만족도 86.4%, 교사만족도 50%
- 교사들의 지적: 학생건강검진사업에 대한 홍보와 교육, 정신보건센터와의 협조체제구축 및 업무분담, 학생에 대한 지속 가능한 사후관리, 학교 내 전담부서 및 전문인력배치, 부모 동의 없이 치료받을 수 있는 지원체계
- 전국 초중고등 학생수: 2010년 기준 7,236,248명
초등학교; 남자 1,723,894, 여자 1,575,200명(3,299,094명)
중학교; 남자 1,037,038, 여자 937,760명(1,974,798명)
고등학교; 일반계 1,496,227, 전문계 466,129명(1,962,356명)

아동정신건강 서비스기관 부족

아동청소년 대상 특화된 정신보건센터 : 42개소

국공립병원 : 소아청소년 정신보건 전문화된 서비스 제공 기관 거의 없음(보건소)

복지 서비스 제공 기관 : 지역아동센터, 드림스타트센터,

위(wee)클래스, 위센터

(학교, 학교폭력재단, 청소년미디어중독예방센터 등)

정신건강서비스 이용 경험

학생: 부모 권유로, 부모: 학교 선생님이나 주변 사람 권유로

병, 의원 서비스 이용 않는 이유: 필요를 못 느껴서, 비용 때문에

초등학생: 주로 미술치료나 놀이치료를 통해 재미 있어하고, 치료라는 개념보다도 놀이라는 개념으로 서비스를 인식. 걸어서 이동 가능한 비교적 가까운 곳에서 서비스를 받고 있었음.

중, 고등학생: 서비스를 받는 곳이 주거지에서 조금 먼 경향 있고, 상담이나 치료에 대한 흥미가 초등학생보다 낮음.

이용 시 불편한 점: 긴 대기시간, 기관간 연계의 복잡함, 저위험군 학생에 대한 서비스 부족, 높은 본인 부담 비용, 사회적 낙인, 여러 명이 함께 할 경우 학생간 폭력 및 비행의 전이문제

서비스를 이용한 결과: 효과를 느낀 청소년의 경우, 앞으로도 지속적으로 서비스를 이용하고 싶어함.

정신건강서비스 이용 문제

1. 아동청소년들이 정신건강 문제로 인해 서비스를 받게 될 때 이것이 학교생활과 연계가 되지 않고, 선생님들 또한 정신건강 문제를 충분히 이해하지 못하고 비행으로 받아들여 오히려 아동청소년들을 탓하는(blame) 문제가 있음.
2. 증상이 심각하지 않은 아동청소년의 경우 서비스 수혜 대상의 우선순위에서 밀려나 정신건강서비스의 사각지대에 놓이게 되는 경우가 있음.
3. 부모들 스스로가 아동청소년들의 정신건강 문제를 정확히 이해하고 공감하지 못하는 문제가 있었으며, 이를 부모모임, 부모교육 등으로 개선하고자 노력이 필요.
4. 현재의 아동청소년 정신보건서비스는 기관별, 시기별, 그리고 담당자 별로 연계가 잘 되지 않는 문제가 있음.

다) 아동청소년 정신건강증진 정책 개선방향

1. 중장기적인 학생정신건강증진 정책 필요
2. 아동청소년 정신건강 예방, 치료, 관리할 수 있는 정신보건시스템의 부족
3. 학생정신건강검진과 정신건강서비스에 대한 홍보와 편견해소
4. 부모자녀관계 지원정책 강화
5. 수요자 중심의 정신보건관리체계 개선

정신건강정책 개선을 위한 의견

- 정신건강문제의 발생과 관련된 요인 : 부모자녀관계가 가장 중요하고 학교에서 적절한 적응상태가 중요.
- 주요 정신건강문제 : 주의력결핍, 학교에서 따돌림과 폭력, 게임중독, 학업스트레스 등.
- 정신건강문제의 예방 : 문제해결능력, 스트레스대처방법의 습득과 같이 개인의 대처능력의 향상이 중요. 이를 위해서는 정신건강향상을 위해 도움을 받을 수 있도록 하는 환경조성이 가장 중요. 학교에서의 환경조성, 지역사회의 환경조성이 적절히 연계되어야 할 것으로 분석되었다. 학교에서는 부모-교사의 연계강화를 통해 조기발견과 서비스접근이 조기에 이루어질 수 있도록 하는 노력이 필요.

정신건강정책 제언

- 사전 예방적인 학생정신건강증진을 위해 종합적으로 대처하기 위한 중장기적 로드맵 필요
- 학생정신건강검진과 정신건강서비스에 대한 홍보와 편견해소
- 부모자녀관계 지원정책 강화
- 수요자 중심으로 정신보건사업관리체계 개선

학교정신보건 정책개선방향

- 첫째, 각 학교별 정신건강증진사업을 위한 연
간예산확보와 사업계획이 마련되어야 한다.
- 둘째, 학교에서의 정신건강정책으로서 중요
한 것은 고 위험군의 선별관리이다
- 셋째, 정신건강증진을 위한 학교의 환경적 지
원이 필요하다

학교 정신건강증진사업 제언

- 각 학교에서는 학생정신건강증진을 위한 중장기
연간 목표를 세우고 평가하도록 한다.
- 학교별 사업계획은 정신건강문제를 인식하고 해
결을 위해서 필요한 서비스를 이용하는 데 대한
정보제공과 편견해소를 하는 중점을 두도록 해야
한다. 이를 위해 **정규적인 교육과정에서 정신건강
교육에 대한 교육이 필요하고, 비정규교육과정과
교육활동에 정신건강증진에 대한 교육이 필요하
다.**
- 학교정신건강증진사업은 교사와 학부모, 학생이
모두 참여할 수 있도록 해야 하고 지역사회의 민
간기관과 언론홍보기관의 협조가 있어야 한다.

고위험군 선별관리의 중요성

- 학교에서의 정신건강정책으로서 중요한 것은 고위험군의 선별관리이다.
- 교육청에서 실시하는 정신건강검진사업에 대한 홍보가 극대화되어야 하고 효율적으로 운영될 수 있도록 학교 지원과 학부모의 협조가 필요하다.
- 학생정신건강검진을 위한 담당인력의 역량 강화도 필요하다.

학교의 환경적 지원

- 정신건강증진을 위한 학교의 환경적 지원이 필요하다.
- 저소득층 정신질환 아동청소년의 지속적 관리가 될 수 있도록 학교에서의 지원과 협조가 필요하다.
- 학교에서의 상담서비스를 이용하는 학생에 대한 개인정보보호가 철저하게 관리되도록 해야 한다

교육(지원)청차원 정신보건정책과제

관내 학교에서 학교정신건강증진사업을 수행하도록 예산 지원하고 사업 후 평가하고, 학교장들이 아동청소년 정신건강증진정책에 적극적으로 참여할 수 있도록 독려.

아동청소년 정신건강문제의 중요성과 잘못된 인식, 편견해소에 노력

아동청소년의 정신건강문제를 조기발견하고 조기개입을 할 수 있는 위센터(WEE)와 관내 정신보건센터와 연계 강화

학부모가 아이의 정신건강을 중요시하고 문제가 있을 때 올바른 해결방법을 알도록 돕고 학부모가 발견하지 못한 문제를 교사가 발견한 경우 잘 받아드리고 교사와 협력해서 학생을 적절히 돕도록 학부모정신건강교육을 규칙적으로 받을 수 있도록 의무화 한다.

정신건강상담인력의 교육훈련과 학생의 개인정보보호에 대한 철저한 교육. 자원봉사자들의 적절한 교육훈련과 관리.

지방정부 차원의 정책 과제

- 관내 아동청소년의 전반적인 정신건강증진을 위한 계획 수립, 포괄적인 지원. (중장기)매년 아동청소년 정신건강증진사업계획 수립, 학교와 교육(지원)청, 정신보건센터, 관내 민간기관과 원활한 교류를 할 수 있도록 지원.
- 미충족 정신보건서비스 요구 해소 : 특히 저소득 가정의 아동, 저소득층가정의 아동에 대하여 조기에 정신건강문제를 개입할 수 있도록 발견과 사례관리, 연계 등 세부적인 지원을 확대하기 위해 예산 마련.
- 공공과 민간이 연계될 수 있도록 노력, 아동청소년 정신건강문제의 조기발견과 도움을 줄 수 있도록 자원봉사인력을 활용하고, 전문적인 서비스의 지원이 가능하도록 기회와 인센티브를 주도록.

중앙정부 차원 정책개선방안

보건복지부 : 아동청소년의 정신건강증진에 대한 중장기적인 로드맵을 제시, 필요한 사항에 대해서 관련 부처에서 협력할 수 있는 방안과 예산지원, 정신건강문제 및 정신질환이 발견된 아동청소년에게 지속가능한 치료서비스가 지원될 수 있도록 정신보건센터의 사업을 확대 지원, 저소득층 아동에 대한 치료지원 확대, 고위험군에 대한 지속적인 사후관리, 아동청소년의 정신건강수준을 적절하게 모니터링하고 정책성과를 평가하는 체계를 확립, 교육과학기술부 차원의 모니터링 및 평가체계가 있고, 보건복지부 차원의 모니터링 및 평가체계가 있으므로 중복되지 않도록 조정.

교육과학기술부 : 학생정신건강검진사업이 활성화되고 효과적으로 운영될 수 있도록 지원, 정신건강문제의 조기발견을 위해 대안적인 방법 등으로는 허위진단률과 같은 학생정신건강검진사업도 모든 학생을 대상으로 하는 조기진단 방법, 상담센터나 정신보건센터에 의뢰된 학생 중 고위험군에게 학생매년정신건강검진 후 정신과적인 문제 학생을 정신과에 의뢰하는 방법 등을 추진.

그 밖의 각 부처는 정책과 사업내용에 대하여 홍보하고, 정신질환에 대한 편견해소 등 홍보에 주력해야 할 것이다.

아동청소년기 주요 정신건강문제

- 12세 미만 : 학습장애, 주의력결핍과잉행동장애(ADHD), 틱장애
- 12세-만 18세 : 우울 및 자살, 정신장애(정신분열병, 조울병, 정동장애), 전반적 발달장애,品行장애, 물질 남용, 식사장애

아동, 청소년 정신장애 발생 빈도

- 정신지체: 2%, 자폐증: ~0.5%
- 언어장애: 수용성(2~3%), 표현성(3~4%)
- 야뇨증(9세): 4.5%, 유분증(7세): 1.5%,
- 반항장애: ~6.0%
- 함구증(7세): 0.8%, 말더듬: 1.0%
- 특정 공포증: 3.5%
- 강박증: 1~3.5%
- 미국 유럽에서 조사된 자료 Leison et al., 2001; Verhulst, 2004

아동, 청소년 정신장애 발생 빈도

- 거식증: 0.5~0.8%, 형제간 경쟁: 14%
- 우울증: 2~4% 광장공포증: 0.7~2.6%
- 공황장애: 0.4~0.8%
- 신체화장애: 0.8~1.1%
- 정신분열병: 0.1~0.4%
- 양극성장애 < 0.4%
- 알코올남용: ~10%,
- 인격장애: ~1%
- 미국 유럽에서 조사된 자료 Leison et al., 2001; Verhulst, 2004

학생 정신건강 저해 요소들

1. 학생의 적응 능력
 2. 학교의 제도,
교육방침의 영향
 3. 교사의 영향
 4. 동료 학생과의 관계
- * 가정, 사회문화의 영향

아동청소년 정신건강문제 관련요인(개인)

- 위험인자: 유전적 요인, 낮은 지능,
저 체중출생, 언어장애,
만성적 신체질환, 성,
아동학대 혹은 방임
- 보호인자: 긍정적 기질, 높은 지능,
사회적 역량, 신앙

아동청소년 정신건강문제 관련요인(가족)

- 위험인자 : 심각한 결혼생활의 불화,
대규모가족, 아버지의 범죄,
어머니의 정신질환, 시설입소
- 보호인자 : 부모와의 상호지지적 관계,
형제자매와의 우호적 관계,
부모의 적절한 규율과 감독,
소규모가족,

아동청소년 정신건강문제 관련요인(지역사회)

- 위험인자 : 폭력, 빈곤, 지역사회 해체
부적절한 학교, 차별
- 보호인자 : 성실한 학교생활,
보건 및 복지서비스제공,
사회적 연대

아동정신건강증진 사업 전략 세계보건기구 권고

- 아동에 대한 조기 개입(예: 취약계층임신부대상 가정방문 서비스, 아동의 취학 전 심리사회적 활동 및 영양관리)
- 취약계층 아동에 대한 지원(예: 대처기술개발, 아동발육발달프로그램)
- 소수민족 및 재난을 겪은 인구집단을 대상으로 한 심리사회적 개입
- 학교의 정신건강증진사업(예: 학교에서의 정신건강지원사업, 아동친화적인 학교환경조성)
- 주거환경의 개선
- 지역사회 폭력예방사업(예: 지역사회 경찰의 협력)
- 지역사회개발사업에 정신건강의 개선요소 포함

라) 토론자 제언

1. 청소년 스트레스 인지율 감소를 위한 제언
2. 아동청소년 정신질환 치료율 및 적정치료 유지율 증가를 위한 제언
3. 학교폭력에 올바른 대응을 위한 학교폭력 개입 프로그램 제시
4. 베끼고 싶은 외국의 학생정신건강증진정책

청소년 스트레스 인지율 ↓

1. 청소년이 감당하기 어려운 스트레스 감소
수면 부족, 지나친 경쟁, 자신을 보호할 수 없는 환경(폭력, 유기, 열악한 주거 환경, 원하지 않는 또래 압력, 미성년자보호가 시행되지 않는 환경),
- 사회 환경의 긍정적인 변화가 요구-교육
2. 청소년의 스트레스 대처 능력 증진
지속적인 정신건강 교육을 통해 대인관계 기술, 시간 관리, 자기능력 개발, 이완위험에 처했을 때 긴급 연락처 확보,

아동청소년 정신질환 치료율 및 적정치료 유지율 ↑

- 정신질환 조기발견 조기 치료
학부모, 교사, 지역사회 인식의 변화
정신질환 치료에 대한 긍정적인 인식 변화가 요구-교육
- 정신질환 치료 지속 지지 및 지원(예 : ADHD 최소 2년 치료) 학부모, 교사, 지역사회의 지지 및 지원

학교폭력 개입 프로그램-1

- 학교폭력에 대한 인식과 개입
- 학교수준의 조치 ① 설문조사 ② 폭력학생과 희생자 문제에 관한 학교총회의 날 ③ 휴식시간과 점심시간에 감독강화 ④ 좀더 매력적인 학교운동장 ⑤ 상담전화 ⑥ 교직원 및 학부모회의 ⑦ 학교의 사회적 환경 개발을 위한 교사 그룹들 ⑧ 학부모 모임들

학교폭력 개입 프로그램-2

- 학급수준의 조치 ① 폭력에 대항하는 학급규칙 : 확인, 칭찬, 처벌 ② 정기적인 학급회의 ③ 역할의 연기, 문학 ③ 공동의 적극적 학급활동 ④ 선생 및 학부모 및 학생의 학급회의
- 개인수준의 조치 ① 폭력학생과 희생자와 나누는 진지한 대화 ② 학부모와 관련 학생들과 나누는 진지한 대화 ③ 선생과 학부모가 상상력을 활용하기 ④ '중립적' 학생들의 협조 ⑤ 폭력학생과 희생자의 부모들을 위한 토론 그룹들 ⑥ 학급 이동 또는 전학

외국의 학생정신건강증진정책1

- 미국: 모든 학생들에게 정신건강 평가와 치료 서비스 제공. 정신건강문제가 있는 청소년에게 개별화된 서비스 제공
- 캐나다: 건강증진학교정책, 교육적인 사업, 정신적 장애, 정서장애 등을 가진 아동청소년을 위한 수준에 따른 적절한 서비스, 학교 교사, 보건교사, 부모, 학생 등이 연계된 프로그램으로 학생들이 건강에 대한 자신의 느낌이나 의견을 제시하게 하고 학교환경은 개선하는 프로그램

외국의 학생정신건강증진정책2

- 영국: 학교기반의 행동장애, 학교 괴롭힘 예방, 정신장애 조기발견을 위한 전문적인 검진 서비스-비용효과적인 사업
- 호주: 건강증진학교 모델을 기초로 한 학교중심의 포괄적인 정신건강증진프로그램. 정규적인 교육과정 안에서 정신건강교육 수행됨.



지역사회 인구집단을 위한 통합적인 케어모델



3. 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 분야 토론문 I

성준모

(나사렛대학교 사회복지학부)

아동·청소년의 정신건강은 이후 전 생애에 걸쳐 개인의 심리사회적 측면에 영향을 주는 지표가 되기 때문에 매우 중요하다. 또한, 아동·청소년은 사회경제문화 등의 각 영역에서 생산성을 책임질 다음 세대이기 때문에 이들의 정신건강을 돌보는 것은 사회적·국가적 차원에서도 중요하다고 할 수 있다. 이번 워크숍을 통하여 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 정책적 접근을 살피고 법의 필요성에 대해 논의를 하는 장을 마련하게 된 것은 시의적절하고 의미가 있다. 발표 요약문을 토대로 몇 가지 측면에서 필요한 논의거리를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 의료 및 보건 패러다임을 포함하는 보다 포괄적이며 통합적인 법 논의가 필요하다. 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 관련법의 정비와 제정은 기존의 의료 및 보건 패러다임을 뛰어넘어 포괄적이며 통합적인 관점으로 접근해야 할 필요가 있다. 아동·청소년기 정신건강의 영향요인은 개인의 내적심리적 요인뿐만 아니라, 가족 및 부모, 학교 및 교육시스템, 친구, 지역사회 등의 환경적인 요소가 있다. 기존의 의료적 모델에 입각하여 질환의 유병률을 조사하고 이에 따르는 치료와 예방적인 조치들을 하는 수준의 법적 지원으로는 날로 다양해지고 심각해지는 아동·청소년의 정신건강 문제에 효과적으로 대처하기 어려울 것으로 판단된다. 포괄적인 접근이란, 법의 표적이 되는 대상을 아동·청소년의 가족, 학교, 환경 전체를 포함하는 단위로 삼아야 함을 의미한다. 통합적인 접근이란, 아동·청소년의 정신건강에 영향을 미치는 다양한 단위들에 대한 접근을 위해 의료, 보건, 간호, 교육, 복지적인 접근이 함께 제공되도록 법제도가 마련되어야 한다는 것이다. 따라서 관련 연계시스템과 실효적 네트워크 구성이 가능한가?에 대한 논의와 합의가 있어야 할 것이다.

둘째, 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법과 제도는 이들의 인권을 보호할 것인가? 침해하게 될 것인가?와 관련한 논의가 필요하다. 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 법과 제도를 구체화하는 노력에 선행해야 할 것은 이들의 인권이 침해되지 않도록 하며 법과 제도를 통한 통제기능이 강화되지 않도록 하는 충분한 사전논의가 필요하다는 것이다. 발표문에서 제안한 ‘아동·청소년 관련 정신질환을

정의하고 관련법(정신보건법)에 삽입'하도록 하는 것은 아동·청소년의 권리를 해치게 하는 결과를 낳을 수도 있다. 자기결정권이 제한적일 수 밖에 없는 아동·청소년에게 부모, 교사, 전문가가 법을 통해 정신질환군으로 분류하고 관리하도록 함으로써 개인의 자율성을 침해하고 치료나 서비스를 강제화하도록 하는 측면은 없는지 충분한 논의가 필요하다. '정신질환 및 정신건강과 관련한 위험인자(고위험가정)'를 규정하는 것 또한 충분한 검토가 필요하다. 정신건강상의 문제는 원인론적으로 접근하여 위험인자를 차단할 수 없는 매우 복합적인 문제이다. 또한, 정신건강상의 문제는 원인이 불분명하기 때문에 위험인자를 분명히 할 수 없고, '관련한 대응방안을 법규정'으로 정비하는 것은 또 다른 차별과 인권침해의 가능성이 있을 수 있다. 다만, 전문가들의 충분한 검토를 통해 정신건강 및 건강, 생활상의 문제에 취약한 환경을 가진 아동·청소년들에 대한 다양한 지원책이 법 규정 외로 필요하다.

셋째, 정신보건법은 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 법률과 어떠한 관계에 있는가? 현재 정신보건법은 국민의 정신건강을 증진하고 인권을 보장하는 측면에서는 매우 취약하다. 정신보건법의 '정신질환자'규정은 기타 많은 법률에서 기회나 참여를 제한하는 근거로 활용되고 있다. 법의 구조나 하위내용은 정신질환자의 체계적인 관리에 초점을 두고 있다. 따라서 현행 정신보건법에 아동·청소년 관련 법 규정을 추가하는 조치는 아동·청소년의 정신건강 증진과 인권증진이라는 측면에서 배치된다고 할 수 있다. 독립적인 아동·청소년 정신건강 법률을 제정하는 경우에도 정신보건과 관련한 기본법인 정신보건법의 충분한 보완이 전제되어야 내용상 상호 배치되거나 충돌하지 않는 범위내에서 아동·청소년의 정신건강 증진이 가능할 것이다.

넷째, 누가 아동·청소년 정신건강 전문가인가? 아동·청소년 전문기관은 어디인가? 아동·청소년들에게 편안하고 쉽게 찾을 수 있는 정신건강 서비스를 제공하고 낙인화를 최소화하며 고위험군과 위기군에 대한 접근성을 높이기 위해서는 학교를 기반으로 하는 정신건강 서비스 지원 시스템이 마련되어야 한다. 기존의 정신건강 패러다임은 전문가주의에 따라 정신건강 문제가 있는 사람이 전문가가 있는 관련 서비스체계안으로 들어오도록 하고 있다. 이러한 방식은 문제인식과 동기, 자율성과 판단력 등이 충분히 성숙하지 못한 아동과 청소년들에게 넘어서기 힘든 장벽이 되고 있으며, 정신건강 문제나 서비스에 대한 부모나 보호자의 부정적인 인식을 강화시켜 서비스체계로의 접근을 막고 있다. 학교 교사, 상담교사, 학교사회복지사 등의 학교내 상주 전문인력은 gatekeeper로서의 역할을 한다면, 소아·청소년 전공(전문)인 정신과 전문의, 정신보건전문요원 등은 학교 파견 전문인력으로서

고위험군이나 위기군에 대한 1차상담과 위기개입, 학생들에 대한 정신건강 증진교육 등의 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 관련 정부부처간의 논의가 필요하며 관련 법률에 대한 제정과 정비도 필요할 것이다.

아동청소년 정신건강 문제의 성격에 따른 전문가 규정과 이를 위한 양성지침이 필요하다. 행동관련 정신건강 문제, 발달관련 정신건강 문제, 정서관련 정신건강 문제, 중독 관련 정신건강 문제 등의 문제들에 대해 필요한 경우 전문가 규정과 양성계획을 구분하여 그 자격과 역할을 분명히 할 필요가 있겠다.

다섯째, 아동청소년의 정신건강 증진을 위한 실태조사는 필요한가? 현재 초등학생들을 대상으로 한 정신건강 관련조사는 ADHD선별검사, 인터넷 중독 등의 선별에 초점이 맞추어져 있다. 이는 정신건강의 증진보다는 유병율 파악과 문제군 선별의 목적으로 수행되는 것이라고 볼 수 있다. 조사의 내용은 아동청소년의 정신건강과 관련한 다양한 영역을 측정하는 지표와 관련이 되어야 한다. 또한, 유병율을 파악하는데 그치는 것이 아니라 고위험군이나 위기군에 대한 전문적 의뢰체계의 구축과 관련한 논의가 충분히 선행되어야 한다. 현재는 위험군의 경우 정신과 병의원에 연계하거나 학교내 상담을 이용하는 등 소극적인 것이 현실이다. 정신보건센터에 아동이나 청소년을 의뢰하는 경우도 있으나 1-2명의 관련 담당자의 업무량이 과다하여 효율적으로 상담이나 관리가 이루어지지 않고 있다.

여섯째, 아동청소년 정신건강 증진 법률을 제정하기 위한 충분한 논의와 합의가 있는가? 아동청소년 정신건강 증진 법률이 제정되기 위해서는 다양한 관련 전문가와 현장의 충분한 목소리가 수렴되어야 한다. 또한, 관련 정부부처들간의 협의가 이루어져야 하며 이를 바탕으로 아동·청소년의 정신건강 증진을 위한 플랜이 마련되어야 할 것이다. 이러한 논의는 이를 위한 충분한 예산지원이 가능하다는 전제가 있어야 하므로 중앙정부와 지방자치단체의 관련 사업비를 확보해야하는 선과제도 따른다.

4. 아동·청소년 정신건강 관련 법·제도 분야 토론문 II

이 선 영

(서울대학교 의학연구원 책임연구원/
중앙정신보건사업사업지원단 사무국장)

1) 들어가는 글

아동·청소년 정신건강에 대한 국가적 관심은 매우 큰 의미를 담고 있다. 어느 질환이나 마찬가지로, 정신질환의 경우, 조기발견 및 개입은 예후에 직접적인 영향을 미치며, 나아가 정신질환에 대한 국가의 부담을 감소시킬 수 있는 매우 효율적인 개입 방법 중에 하나이다. 그런 의미에서 본 연구를 3개년에 걸쳐 체계적으로 진행하는 것은 매우 고무적인 일이라고 생각한다. 진행하신 지원방안 연구에서 2주제인 관련 법·제도 분야에 대한 정책제안을 중심으로 토론을 하고자 한다.

연구진에서 제시한 정책 안에 대한 토론을 시작하기 전에 몇가지 정리할 필요가 있는 부분에 대해 논하고자 한다.

아동·청소년 정신건강에 대한 개념 정의가 명확히 되어야 할 필요가 있다. 법률적 용어의 정의는 법을 의미와 해석할 수 있도록 해주며, 명확한 정의는 법을 이해하고 적용하는 데에 있어 중요한 역할을 한다. 어떻게 정의 내리는가 하는 부분은 그 사회가 가지고 있는 대상을 바라보는 가치관이며, 법에서 반영하고자 하는 내용의 축약이라고 인식될 수 있다. 정신보건을 실행하는데 있어 법상의 정의는 사업의 영역을 결정짓는 중요한 수단으로 작용한다.

현재 보고서에서 연구진의 ‘정신질환’과 ‘정신건강’에 대한 개념정의를 혼란을 초래한다. 보고서 내용의 의미를 풀어보면, 아동·청소년 정신질환은 ‘정신건강’이라는 개념으로 보고 있는 것 같다. 그러나 이것은 범위의 차원(혹은 진행 결과의 차원)으로 정리하는 것이 맞다고 보인다. 즉, 정신건강은 정신질환을 포괄하는 보다 상위의 개념으로 [그림1]과 같이 정리해 볼 수 있다. 그러나 연구에서는 아동·청소년 정신질환은 정신건강의 개념으로 사용하고 있어 혼란이 발생한다. 이 부분에 대한 명확한 개념 정리가 필요하다고 보인다.



【그림 III-1】 정신건강, 정신질환 및 정신장애 개념

2) 법제도 개선 방안에 대한 의견

(1) 법체계 관련

‘아동·청소년’은 집단의 특수성이 있다. 예를 들면, 다부처 간 연계 및 종합적인 접근의 고려가 필수적이다. 연구진의 의견처럼, 현재 정신보건법에서 ‘아동·청소년’에 대한 영역은 소외되어 있는 측면이 있다. 정신보건법 및 정신보건사업 안내에는 다음과 같이 제시되어 있다. 실제 정신보건법은 아동·청소년을 고려하지 않았다고 하여도 무리가 아닌 것으로 생각된다.

표 III-1 우리나라의 정신보건법

제2조(기본이념) ④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.

2011 정신보건사업 안내(지침)

2장 정신보건센터 설치, 운영 업무 내용 중

(라) 고위험군 조기발견 및 치료연계 사업

① 아동·청소년

- 지역사회 네트워크 구축을 통한 고위험군 의뢰체계 구축
- 교사 및 학부모 교육을 통한 의뢰체계 구축
- 고위험군 및 의뢰받은 아동·청소년 대상 심층사정평가 수행
- 지역 내 사회복지시설(고위험군) 대상 집단개입프로그램 수행
- 치료서비스를 필요로 하는 대상(임상군)에 대한 정신의료기관 연계 및 치료비(검사비) 지원
- 준임상군 및 임상군에 대한 사례관리서비스 제공

3장 따로 아동·청소년 정신보건사업에 대한 지침이 있음

연구진에서 제시한 것처럼, 아동복지법, 청소년 복지관련법(청소년 기본법, 청소년 보호법, 청소년 복지지원법 등), 교육관련법(교육기본법, 학교보건법, 초·중등교육법, 고등교육법, 학교폭력예방 및 대책에 관한 법) 등이 있고 각 법에 근거하여 아동·청소년 대상 정신건강 증진사업을 추진하고 있다. 이와 같은 이유로 동일한 연령대 아동·청소년 경우, 3~4차례 주체가 다른 유사한 사업의 대상이 되는 경우가 발생하고 있다. 이는 대상자 측면, 국가 측면, 그리고 시행 주체 측면에서 모두 바람직하지 못한 결과를 낳고 있다. 연구진에서 제안한 것처럼 각각의 중심 법률을 보장하는 방식이 현실적일 수는 있으나, 중국에는 통합법 제정이 현장에서 아동·청소년 정신건강 증진에 실제적인 도움이 될 수 있을 것으로 보인다.

(2) 정신질환과 정신건강의 법적 정의

정신보건법 3조 1항의 정신질환자의 개념은 모든 정신질환(소위, DSM-IV에 있는 모든 정신질환을 포함하고 있음)을 포함하는 포괄적 개념으로 정의되어 있다. 이는 법 제정 당시, 정신보건법을 복지입법적 측면에서 되도록 많은 사람들이 정신보건법에 의해 보호 받고 정신건강서비스를 누릴 수 있게 하기 위한 의도로 확대개념이 도입된 것이다.

따라서 연구진에서 제시한 ‘정신건강’⁹⁾: 행동장애, 야스퍼거증후군 등’을 따로 정의할 필요는

9) 앞에서 정신건강과 정신질환의 개념을 정리한 바 있음. 여기서 ‘정신건강’이라고 사용하고 있는 단어는 정신질환의 개념을 의미한 것으로 이해된다. 그 이유는 예를 들어 적어 놓은 내용[‘행동장애’(ADHD, 적대적 반항장애, 품행장애), ‘정신지체’(Mental

없는 것으로 생각된다. 또한 외국 법에서도 ‘정신질환의 세부 진단’에 대한 법적 정의를 포함하여 제시되어 있는 경우는 없는 것으로 보인다. 대부분 ‘정신질환’에 대한 법적 정의만 되어있고, 때문에 현재 우리나라 정신보건법 3조 1항의 ‘정신질환자 정의’를 어떻게 개정할 것인가가 더 시급한 문제라고 보인다. 우리나라처럼 진단명을 명시할 것인가, 기능이나 상태로 판단기준을 둘 것인가 하는 부분에 대한 고민이 필요하다.

표 III-2 호주의 정신보건법 정신질환 개념 정의

<p>호주: Tasmania주 정신보건법: 정신질환</p> <p>(1) 정신질환은 다음과 같은 결과를 갖는 정신상태로</p> <p>(a) 사고나 인지의 심각한 왜곡</p> <p>(b) 이성적 사고능력의 심각한 손상 또는 장애</p> <p>(c) 심각한 정신장애</p> <p>(d) 비자발적 행동 또는 행동을 조절하기 위한 수용력의 심각한 손상</p> <p>(2) 정신질환에 대한 진단은 다음 한가지만으로 기초 되어지는 것은 아니다.</p> <p>(a) 반사회적 행동</p> <p>(b) 지적 또는 행동적 불일치</p> <p>(c) 지적 무능력</p> <p>(d) 알코올 및 약물 중독</p>
--

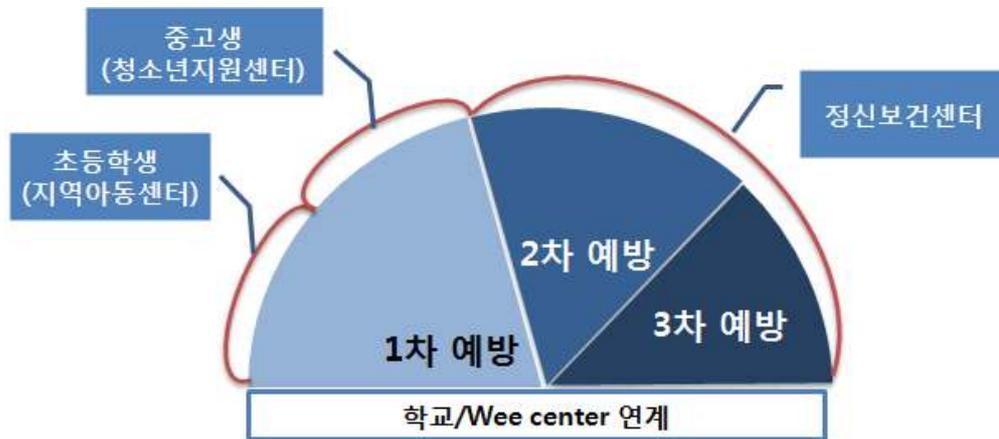
(3) 정신건강 증진 핵심 지원체계 관련

지적한 바대로 현재 정신보건법 정신보건센터 설치(정신보건법 13조의2) 조항에서는 정신질환자 중심(발견, 상담, 진료, 복귀훈련 및 사례관리)으로 역할을 규정하고 있어, 정신보건사업 안내에는 근거가 있으나, 정신보건센터의 아동·청소년 정신건강 증진 사업에 대한 근거는 부족한 상태이다. 그러나 연구진에서 제시한 것처럼, 아동·청소년 정신질환에 대한 개입을 어디서 할 것인가에 대해서는 그 대상을 어떻게 분류할 것인가에 대해서 먼저 논의가 되어야 한다. 지역아동센터, Wee center가

Retardation), ‘야스퍼거증후군’(사회성 결여)]이 대부분 DSM-IV와 IDC-10 기준에 의한 진단명이기 때문이다.

아동청소년 정신건강은 다룰 수 있겠으나, 아동청소년 정신질환을 다루는 것은 한계가 클 것으로 보이기 때문에 이에 대한 정리가 먼저 필요하다고 생각된다.

이에 아동청소년 정신건강 증진은 정신건강의 심각도에 따라 지원하는 기관이 역할을 분담하는 체계로 구성되는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 예를 들면, 정신질환으로 정신건강의 심각도가 큰 경우(2차, 3차 예방 대상)에는 정신보건전문요원이 상주하고 있는 정신보건센터에서 담당하고, 일반적인 정신건강 증진에 대한 1차 예방적인 개입은 연구진에서 제시한 지역아동센터, 청소년상담지원센터, Wee center가 담당하는 것이 효율적일 것이다.



【그림 III-2】 지원체계 역할 분담

(4) 인력 양성체계 육성 관련

관련 조직에서 아동청소년 정신건강 증진 사업에 투입될 인력에 대한 양성체계가 명확히 되어야 한다는 제안에는 동의한다. 정신보건영역에서 활동하는 관련 전문가가 어떤 수준까지 서비스를 제공할 것인가에 대한 부분은 그림2에서 제시한 것처럼, 심각도에 따른 구분이 된다면, 인력 양성 및 수요, 공급에 대한 대책을 마련할 수 있을 것으로 생각된다.

(5) 전달체계 효율성 제고 방안 관련

아동청소년 정신건강 증진을 위한 전달체계구축과 시설 및 전문인력 확보와 관련 각 법령이

각 소관부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)의 기능 중심으로 되어 있어 이들의 국민서비스 측면의 일관성 부재로 행재정적인 효율성이 없다는 지적에 동의한다. 그러나 정책안으로 제시한, 인터넷중독 ‘레스큐스쿨’에 대한 법규정에 대한 제안은 전체적으로 현재 존재하고 있는 서비스에 대한 법 정비 개념으로 제시한 것으로 보인다. 그러나 더 중요한 것은 현재도 분절적으로 운영되는 체계에 대한 개선 없이 현재 체계를 강화시키는 것은 한계가 있고, 더 큰 어려움이 발생할 수도 있을 것으로 염려가 된다. 따라서 전달체계에 대한 큰 그림이 먼저 제시되는 것이 맞을 것으로 생각된다.

더불어 진단과 평가를 전문적으로 할 수 있는 전담기관 설립 및 전달체계 강화 법 규정 필요에 대한 제안은 현실적으로 필요한 이유가 분명하지 못하다. 정신질환에 대한 진단평가는 현재 정신의료기관에서 수행해야 하는 것이며, 심층사정평가는 현재 정신보건센터에서 이루어지고 있다. 제안한 ‘진단평가’ 개념이 좀 더 명확히 제시되어야 ‘진단과 평가 전담기관 설립’에 대한 주장이 설득력이 있을 것으로 생각된다.

(6) 위험인자 및 법규정 방법 관련

연구결과에서 제시한 정신질환별로 정신보건법 시행령 등에 ‘주변환경 요인’과 ‘유전관련 요인’등을 구분하여 규정에 합당한 대응방안을 마련토록 법 규정을 정비할 필요가 있다는 의견은 현실적으로 이해가 되지 않는 측면이 있다. 외국 ‘정신보건법’에도 대응방안을 마련을 위한 ‘요인’을 법수준에서 제시하는 경우를 보지 못했다. 오히려 요인에 대한 부분은 국가 단위 ‘정신건강계획 수립’에서 대부분 제시되는 내용으로 우리나라의 경우에도 5년마다 수립되어야 하는 ‘국가 정신건강 계획’에 포함시켜 제시하는 것이 타당하다고 생각한다.

(7) 핵심적인 개선방안 관련

현재 임의규정을 의무규정 하는 것에 대해서는 필요한 부분이라고 생각한다. 그러나 연구에서 제시한 청소년 정신질환의 입원과 관련된 예시(정신질환 청소년의 시설보호 진료 시 법 규정상 보호자 동행과 동의(72시간 이후)가 필수규정)에 대해서는 무엇을 의미하는지가 명확하지 않다. 현재 정신보건법에서 72시간에 대한 규정은 응급입원에 대한 규정이다. 자세한 설명이 필요할 것으로 생각된다.

(8) 우선적인 제도개선 방안 명문화 관련

연구에서는 우선적으로 보완이 필요한 내용을 5가지로 제시하였다. 그러나 이 역시 현재 중구난방으로 이루어지고 있는 아동·청소년정신건강사업에 대한 체계적인 대책 없이 현재 수행되는 사업에 대해 보완하는 수준에 불과하다고 보인다. 앞에서 제시한 것처럼, 전달체계와 법체계 전반에 대한 통합적 체계 구축에 대한 종합적인 대책 마련이 더 시급하다고 보인다.

(9) 정신건강 증진을 위한 실태조사 관련

아동·청소년 정신건강과 관련하여서는 현재 시행되는 전반적인 선별검사(인터넷 중독, 학생정신건강 선별검사 등)에 대한 실태조사보다는 아동·청소년의 정신질환 유병률 조사가 더 시급한 상태이다. 현재까지 우리나라는 전국단위에서 아동·청소년 정신질환에 대한 유병률 조사가 이루어진 적이 없으며, 시도 또는 개별 연구를 통해서만 조사된 것이 전부이다. 따라서 아동·청소년 정신질환 유병률조사 이루어져 기본적인 데이터를 생산해 내는 것이 매우 시급하다.

3) 나가는 글

현재 아동·청소년 정신건강 증진에 대한 지대한 관심과 체계적 서비스 전달체계에 대한 대책마련이 시급한 시점에 필요한 연구가 진행되어 좋은 결실을 볼 수 있는 근거가 될 것으로 기대된다.

나아가 좀더 발전적인 연구가 되어 현재 진행되고 있는 아동·청소년 대상 정신건강서비스를 통합할 수 있는 전달체계를 구축하고 이를 통해 서비스 효율성을 극대화할 수 있는 법제도가 마련될 수 있었으면 한다.

워크숍자료집 11-S40

아동·청소년 정신건강 증진을 위한 전문가 워크숍
- 정신건강 정책 및 법·제도를 중심으로 -

인 쇄 2011년 10월 31일

발 행 2011년 11월 3일

발행처 한국청소년정책연구원
서울특별시 서초구 태봉로 114

발행인 이재연

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호

인쇄처 문영사 전화 (02) 2263-5087

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전재·복제를 금함.

구독문의 : (02) 2188-8844(학술정보아카이브팀)

ISBN 978-89-7816-917-2