

제공자관점 소비자참여지표개발 연구

A study on developing consumer participation indicators in mental health service

임희영¹, 박정숙¹, 이명수¹

HY Lim MSW, JS Park MSW, MS Lee MD, MPH

초 록

- **연구목적** : 본 연구는 서울시 정신보건영역에서의 소비자참여 현황을 파악하기 위해 제공자관점의 소비자참여지표를 개발하고 이를 통해 선진화된 정신보건서비스 체계를 구축하는데 필요한 기초자료를 제공하기 위함이다.
- **연구방법** : 일차적으로 국내외 문헌연구를 통해 제공자관점 소비자참여지표에 대한 예비문항을 개발하고, 문항별 적용가능성을 검증하기 위해 전문가를 대상으로 예비조사를 시행하였다. 수정보완된 설문문항을 토대로 서비스 제공기관인 자치구 보건소, 정신건강증진센터, 사회복지시설을 대상으로 본 조사를 실시하였다. 수집된 자료는 탐색적 요인분석과 내용타당도와 구인타당도 검사를 통해 신뢰도와 타당도를 분석하였다.
- **연구결과** : 예비문항에 대한 타당도를 위해 설문조사를 시행한 결과, 130기관이 참여하여 99%의 응답률을 보였다. 탐색적 요인 분석, 신뢰도, 타당도 분석을 통해 최종적으로 제공자관점 소비자참여지표는 소극적 정보제공(2개), 적극적 정보제공 및 수렴(1개), 참조(3개), 연대(5개), 파트너십(5개)으로 4요인, 5단계, 16개 문항으로 적재되었다.
- **결론** : 개발된 지표를 서울시 정신보건기관에 적용한 결과, 소비자참여 수준은 알권리 충족 차원의 정보제공 단계가 38.5%로 가장 높게 나타나 참여수준을 향상시키기 위한 적극적 노력이 필요로 된다. 제공자관점의 소비자참여지표는 추후 지속적인 연구를 통해 소비자참여 수준을 모니터링하고 소비자중심의 서비스를 개발하고 제공하기 위해 도움을 줄 수 있을 것이라 기대한다.
- **주요용어** : 소비자참여, 지표 개발

Abstract

- **Objective** : The purpose of this study was to develop consumer participation indicator from the perspectives of mental health service providers and to provide a preliminary data to establish the advanced mental health service systems.
- **Methods** : Preliminary survey was performed to verify the questionnaires deduced from the comprehensive literature review. Main survey with the revised questionnaire was conducted to the managers (or equivalent practitioners) of the public health centers, community mental health centers and psychiatric rehabilitation facilities. After exploratory factor analysis, reliability and validity analysis was performed.
- **Results** : 130 of 131(99%) service providing facilities responded to the main questionnaire. Through the exploratory factor analysis, the final consumer participation indicators were deduced. The indicators were categorized to 4 factors, 5 level and 16 items; providing information to consumer(2 items), gathering information from consumer(1 item), consultation(3 items), engagement(5 items) and partnership(5 items).
- **Conclusion** : The consumer participation level of Seoul mental health services was level one that is level of providing information to consumer. Therefore we should try to develop consumer-centered mental health service system.
- **Keyword** : Consumer participation, Development of indicator

1 _ 서울시정신건강증진센터

I. 서론

소비자관점의 선진서비스를 지향하는 OECD 주요 나라들은 1990년대 초부터 소비자지향 서비스에 관심을 기울이게 되었고, 소극적 소비자에서 적극적 소비자로의 변모가 나타났다(송옥현, 2007). 특히 영리조직에서는 오래전부터 마케팅의 전략으로 소비자참여 즉, 소비자 중심으로 계획하고 다양한 방법으로 소비자를 참여시키는 분위기로 선진화된 변화를 꾀하고 있었으며, 최근에는 비영리조직인 복지 분야도 서비스를 이용하는 소비자 중심의 마케팅과 프로그램 개발에 중점을 두고 있다(오정하 외, 2011).

그러나 공공서비스를 제공하는 측면에서는 모든 국민이 사용하고 다른 이와 함께 사용할 수 있는 공공재의 특성과 각각의 소비자의 선택이나 선호에 의해 서비스의 형태나 내용이 변화하기 어려운 독과점적인 특성으로 인해 만족도 조사를 제외하고는 소비자의 권리 및 참여가 제한되어 있었다(배순영, 2000). 영국의 커뮤니케이터 정책을 살펴보면, 서비스 의사결정에서 이용자 참여를 증진시키기 위하여 공공서비스에서 시장주도 모델을 채택하였으며, 복지서비스 이용자들은 실제 상업세계의 소비자들과 동일하지 않기 때문에 공공서비스에 대한 소비자 선택 접근은 근본적인 한계가 있다는 점을 강조하고 있다(Biehal, 1993; 김용득, 2005 재인용). 공공서비스에서 소비자참여의 제한은 비단 우리나라만의 문제는 아닌 것으로 보인다.

그럼에도 소비자참여에 대한 필요성이 제기되는 이유는 기관의 신뢰를 높이고, 궁극적으로 공공기관의 경쟁력을 제고하여 고객의 참여의지를 확보하는데 긍정적인 영향을 준다는 것이다(송옥현, 2007). 더불어 호주는 소비자참여의 긍정적 부분을 개인과 조직 차원에서 보다 세분화하여 설명하고 있는데, 개인차원에서는 양질의 서비스를 제공받을 수 있으며, 소비자의 권리를 행사하고 반영되는 과정을 통해 역량이 강화되고, 조직차원에서는 소비자의 욕구에 적합한 서비스를 개발하여 질적인 향상을 도모하는 동시에 비용 효과적이며, 소비자의 의견 및 참여의 기회제공을 통해 적법성을 확보할 수 있다(Miriam Clarke and Regina Brindle, 2010)고 하였다.

이러한 사회적 기조에 정신보건영역에서도 소비자참여의 움직임이 시작되고 있다. 치료공동체적 접근에서는 치료 및 치유환경을 조성하는데 있어 환자의 의견을 반영하여 왔고 지역사회정신보건 운동에서도 크고 작은 형태로 소비자참여의 움직임이 있어 왔다(이명수 외, 2013). 특히, 최근에는 강점관점 접근 및 소비자주의의 대두로 정신장애인을 서비스의 선택과 결정과정에서의 주체로 인정하고 구체적인 참여를 강조하고 있다. 이는 클라이언트를 존중한다는 가치지향적인 측면이나 권익옹호의 차원만이 아니라 당사자의 치료와 재활성과, 서비스 만족도 향상에 긍정적인 영향을 미치기 때문이다(이명수 외, 2013).

소비자참여의 중요성을 고려해볼 때 서울시 정신보건환경 안에서 소비자참여 운동의 확산은 절실히 필요함에도 불구하고 관련 연구는 전무한 실정이다. 우선적으로 조직적인 측면 즉, 제공자관점에서 소비자참여 구조를 형성하고 참여도를 모니터링하기 위해서는 소비자참여지표 개발이 절실히 요구된다. 이에 본 연구는 국내·외 정신보건영역에서의 소비자참여 현황 및 서울시 지역사회 정신보건기관의 소비자참여 실태를 파악하여 제공자관점의 소비자참여지표를 개발하고자 한다. 이를 통해 선진화된 정신보건서비스 체계 구축을 위한 정책을 개발하는데 필요한 기초자료를 제공할 수 있리라 기대한다.

II. 이론적 배경

1. 소비자참여의 개념

전통적으로 소비자에 대한 개념은 상업적인 분야에서 유래되었으며, 서비스 제공자와 구매자간의 관계를 의미한다. 이러한 구조 내에서 소비자의 만족을 유지하는 것은 구매를 증가시키는데 있어 주요한 요인이 된다. 그러나 공공 보건서비스를 제공하는 영역에서 서비스는 한정적이기 때문에 욕구를 충족하는 대상에게 국한되어 있고, 소비자의 선택 또한 제한적인 특징이 있다(Margnet Tobin, Luxin Chen and Colleen Leathley, 2002).

세계보건기구는 보건영역에서의 소비자는 서비스를 기획, 개발, 관리, 평가하는 단계에 참여하여 향후 보호와 프로그램에 관여될 수 있는 모든 대상을 포함한다고 명명하였다. 그렇다면 정신보건서비스에서 소비자는 누구인가? 소비자에 대한 개념은 치료환경의 변화 즉, 정신의료기관 중심에서 지역사회 정신보건기관으로 정신보건사업에 대한 패러다임이 변화함에 따라 소비자를 바라보는 시각은 달라졌다. 소비자를 치료받는 환자로 바라보는 의료모델과 달리 지역사회 정신보건에서는 포괄적인 프로그램과 서비스를 제공하는 만성정신장애인과 그 가족까지 포함하고 있다. 이는 정신보건정책 및 서비스는 주로 만성정신장애인과 그 가족을 대상으로 하고 있다고 본 김광수(2009)의 논문과 정신질환을 경험하거나 서비스를 이용하거나 했던 자와 가족까지 소비자로 본 호주의 John Mcgrath(2005)을 통해 확인할 수 있다. 이를 근거로 볼 때 정신보건영역에서의 소비자는 만성정신장애인과 가족까지 포함하고 있다고 볼 수 있다.

그러나 HomeGround Services and Rural Housing Network Ltd(2008)는 소비자를 서비스 이용자 혹은 이용가능성이 있는 자와 가족 및 보호자 즉, 이용가능성이 있는 잠재적 소비자까지 포함하고 있으며, 2013년 보건복지부 정신건강사업안내에서도 정신보건서비스의 대상을 만성정신장애인과 지역주민까지 포함하고 있다. 이를 통해 정신보건영역에서 소비자의 범위가 점차 확

장되어 가고 있다는 것을 파악할 수 있었다. 그러나 본 연구는 서비스를 제공하는 관점에서 소비자참여지표를 개발하고자 하여 정신보건서비스를 이용했거나 이용하는 자, 그들의 가족(보호자)으로 정의하고자 한다.

참여는 다양한 분야에서 이루어지고 있으며, 개념에 대한 정의 또한 다양하다. 영국 옥스퍼드 사전에 따르면 참여는 시민의 권리이며, 참여를 목적으로 행하는 모든 선택을 포함하고 있다. 초창기 참여에 대한 개념은 민주주의 이론에서 찾아볼 수 있다. Nico Carpentier(2012)는 민주주의는 정책결정과정에 국민의 참여를 전제로 하고 있기에 참여는 매우 중요한 핵심어이며, 참여의 중요한 구성요소는 힘의 균형이라고 하였다. 즉, 공식적 혹은 비공식적으로 의사결정과정에 소비자가 참여하고 있고 권한을 위임했음에도 배제되는 상황이 발생하고 있어 균형을 강조하였다. 이후 시민참여, 지역사회참여, 대중참여, 소비자참여 등의 용어가 파생되었고, 우리나라에서 소비자참여의 움직임은 2007년에 들어서 소비자의 권익증진을 위해 소비자기본법을 제정하고 제4조에 소비자의 기본적인 8대 권리를 명시하면서 시작되었다.

Lord(1989)는 소비자참여 영역을 세 가지 차원에서 정의하였는데, 개인치료 및 서비스 차원에서의 참여, 위원회와 같은 조직차원에서 참여, 지역사회와 국가차원에서의 기획, 정책 결정과정에 참여로 구분하였다. Arnstein(1969)은 소비자참여 과정을 8단계로 구분하였고, 수동적 수혜자에서 명목적 참여, 기획과 정책에 적극적 참여하는 것으로 분류하였다. 1단계는 지지를 이끌어내기 위한 조작이 나타나는 단계이며, 2단계는 명목적으로 참여하나 내용적으로는 임상적 치료의 대상으로 보는 치료단계이다. 3단계는 일방향의 정보 제공, 4단계는 의견과 아이디어를 수렴하며, 5단계는 정책결정 또는 계획수립과정에서 참여하지만 결정권은 없는 단계이다. 6단계는 권력을 공유하면서 정책결정을 하며, 7단계는 정책대안이나 프로그램의 결정권을 위임하는 것이며, 마지막은 정책입안, 관리 및 책임이 주어지는 것이다.

미국 HomeGround Services and Rural Housing Network Ltd(2008)는 서비스 전달과 관련된 제반 모든 정책, 기획과 정책개발, 평가 등의 과정에 의사결정권을 부여하는 것을 소비자참여로 정의하고, Arnstein의 8단계 참여는 지나치게 이상적이어서 실천현장에서는 활용도가 낮다는 비판을 수용하여 6단계로 구분하였다(표 1).

★ 표 1. 소비자참여 과정 비교

단계	Arnstein(1969)	HomeGround Services and Rural Housing Network Ltd(2008)	정도
8	시민통제 (citizen control)	소비자 통제 (consumer control)	시민참여 (Degrees of Citizen)
7	권한위임 (delegated power)	독립적 발의권 (Independent initiatives)	
6	공동협력 (partnership)	파트너쉽 (partnership)	
5	회유 (placation)	결정 (deciding together)	형식적·명목적참여 (Degrees of Tokenism)
4	자문 (consultation)	자문 (consultation)	
3	일방적 정보제공 (informing)	정보전달 (information)	
2	치료 (therapy)		비참여 (Non-participation)
1	조작 (manipulation)		

2. 공공서비스 영역에서의 소비자참여

지역사회 공공서비스 영역에서 소비자참여에 대해 살펴보면, 백병성(2002)은 공공서비스의 공급대상인 국민 또는 소비자는 제공하는 공공서비스를 이용한다는 면에서는 고객 또는 소비자로서, 국가의 주권이 국민에게 있다는 면에서는 공공서비스의 주인으로 공급자인 공공조직을 감시하고 비판한다는 면에서 통제자 또는 감시자의 위치에 있음을 강조하였다. 배순영(2000)은 소비자가 지역사회 공공서비스에서 자신의 역할을 수행하기 위해서 취하는 자발적인 행동을 참여로 보았으며, 크게 소비자로서 공공서비스를 소비하는 것과 정책적 의사결정에 참여하는 것 즉, 주민참여까지 포함하였다. 그러나 주재현(2006)은 소비자 중심의 접근이 주요 관심사로 떠오

르고 있으나 공공서비스에 있어서는 만족도조사 수준에서만 이루어지고 있어 한계가 있음을 기술하였다.

2007년 기획재정부는 공공서비스 개선 방안 연구를 통해 기존 정치적 경로를 통한 공공부문의 조직변화 및 혁신이 보완될 수 있으며, 소비자의 요구에 대해 빠르고 신속하게 대응하는데 도움을 준다는 측면에서 소비자참여의 중요성을 강조하였다. 추가적으로 공공기관의 고객참여 현황을 조사한 결과, 전체 응답기관 139개 기관 중 제안제도가 있다고 응답한 기관은 70.5%였으며, 이 중 매뉴얼이 있다는 기관은 50%, 전체 139개 기관으로 보면 약 35%정도가 제안제도를 운영하며 이에 따른 운영매뉴얼이 있는 것으로 파악된다. 외부고객 참여제도를 운영하는 기관은 117기관으로 약

84.2%를 차지하고 있으나 고객참여가 정례화되어 있지 못하고 고객의 의견이 제도적으로 반영되지 못하고 있는 것으로 나타났다.

이에 소비자참여를 활성화하기 위해 소비자참여 제도를 - 정보제공단계, 고객 협의 단계, 고객과의 파트너십 형성단계, 고객에 대한 위임단계, 고객통제 단계 - 5단계로 구분하고 각 단계별 의미와 대표적인 제도, 현재 운영현황을 제공하였으며, 표 2와 같다.

★ 표 2. 공공서비스 영역 소비자참여 단계와 관련 내용

단계	참여제도	내용	실제 운영현황
5	통제	소비자가 모든 의사결정을 함 공공서비스 공급에 대해 완전한 통제권 부여	
4	위임	공공서비스 틀 내에서 소비자가 의사결정을 함 의사결정 오류에 대한 대안이 중요	소비자중심 자조모임, 동아리 활동 등
3	파트너십	합의에 의한 의사결정 실질적 권한이 있어 소비자대표 선정이 중요	위원회
2	협의	자신의 견해 표명, 고객의 견해 파악이 관련 결정에 영향력이 있을 수 있음	공청회, 인터뷰, 만족도 등 설문조사
1	정보제공	정확한 정보제공이 핵심 서비스 공표	서비스 이용안내 및 문의 등 게시판 운영

3. 공공 정신보건영역에서의 소비자참여

1978년 세계보건기구에서는 건강을 위한 기획 및 실행단계에 소비자가 참여할 권리와 의무가 있음을 발표하였고(WHO, 1978), 정신보건영역에서 소비자주의에 대한 개념은 주로 유럽, 북아메리카, 호주 및 뉴질랜드에서 발전되었다. 먼저 호주²⁾의 경우 1992년 1,2,3차 정신보건계획을 수립하면서 소비자참여에 높은 우선순위를 두었다. 국가 정신보건지표 중 하나로 소비자참여도를 포함하였고, 주정부는 소비자참여를 활성화하도록 독려하고 있다. 직접적으로 정신질환을 경험하거나 서비스를 이용하거나 했던 자와 가족을 소비자로 정의하였고, 서비스 질 개선과 더불어 주체적 삶, 역량강화 측면에서 긍정적인 의미를 두었다. 1993년부터 1996년까지 참여원칙을 제정하였고, 소비자참여를 4단계 - 참여가 전혀 이루어지지 않음, 정신보건 소비자/보호자가 광범위한 기반의 위원회에 참여하도록 초대됨, 서비스 전달의 일부 측면에 대한 조언을 위한 특정 정신보건소비자/보호자 그룹이 구성되어 있음, 정신보건소비자/보호자의 이익을 대변하는 대표자가 기관의 운영위원회 위원으로 임명되거나 서비스전달의 모든 측면에 대한 조언을 위한 특정 정신보건 소비자/보호자 그룹이 구성되어 있음 - 로 구분하고 연

간 각 주의 소비자참여도를 모니터링하고 있다.

뉴질랜드³⁾는 정책적인 부분에서 소비자 네트워크와 소비자참여과정을 개발하고, 소비자자문위원회를 구성하여 중앙부처 외 지역정신보건센터에 근무하며 서비스 기획과 제공, 평가 단계에서 소비자의 시각과 이해를 반영시키는 역할을 하고 있다. 소비자참여를 개인레벨(서비스, 치료 참여), 조직레벨(조직 및 단체 구성), 정책레벨(정책개발에 기여)로 분류하고, 참여유형은 정책개발에 적극적 직접적 참여하는 주도형과 소비자관련 설문조사에 참여하여 의사를 표현하는 반응형으로 분류하였다. 더불어 효과적인 소비자 참여를 위해서는 존중과 신뢰, 권한부여, 정보제공, 참여기술훈련, 옹호, 자금지원이 필요함을 강조하였다.

아일랜드⁴⁾는 1990년 후반 정신보건서비스에 있어 소비자참여 제도를 도입하였고, 소비자의 범위를 서비스 이용자, 진단받은 자, 정신적 스트레스 경험자 모두를 포함하였다. 소비자는 지식과 능력, 경험 등에서 제공자와 차이가 있고 이러한 불균형은 실질적인 참여를 방해하는 요인이기 때문에, 아일랜드는 소비자참여를 활성화하기 위해 소비자 교육과 훈련의 중요성을 강조하였다.

우리나라는 정신보건법 시행규칙 제1조의3에서 지역정신보건사업 계획 수립 시 참여 대상으로 지역주민, 정신보건관련 기관, 단체 및 전문가 등을 구체적으로 명시하고 있다. 국가 정신보건법과 정책에 관한 부분을 심의 및 심사하는 기구인 정신보건심의위원회의 구성위원회도 정신질환자의 가족을 포함하고 있다. 그러나 실질적인 참여여부, 참여하는 경우에도 어느 정도의 권한이 부여되는지 파악이 어려운 실정이다.

이에 2010년 서울시정신보건사업지원단에서는 정책레벨에서 구조적으로 소비자참여를 활성화하기 위해 지표 개발 및 기초자료를 제시하고자 연구를 진행하였다. 정신보건정책을 기획 및 실행하는 대표 기관으로 보건소를 선정하여 소비자 참여 현황을 살펴보았다. 25개 자치구 보건소에 근무하는 정신보건 담당자 25명을 대상으로 온라인 설문조사를 시행하였고, 수집된 21곳의 자료를 분석하였다. 의사소통 채널 확보는 66.7%, 정책 수립 및 평가 단계에서는 28.6%, 소비자 참여지원방식은 4.8%, 소비자요구도 조사 및 정책반영은 19%로 나타났다. 반면, 의사소통채널의 확보를 제외한 3가지 카테고리에서는 공통적으로 52.4%가 소비자 참여가 전혀 이루어지고 있지 않은 것으로 나타났다. 자치구에서는 소비자참여가 간접적인 형태로 의사소통하는 수준에서 이루어지고 있음을 알 수 있었다.

2 _ Strengthening consumer participation in Victoria's public mental health services 2010

3 _ A Guide to Effective Consumer Participation in Mental Health Services/ New Zealand 1995

4 _ Equal and Inclusive User Involvement in the Mental Health Services

III. 연구방법

1. 소비자참여지표 개발 방향

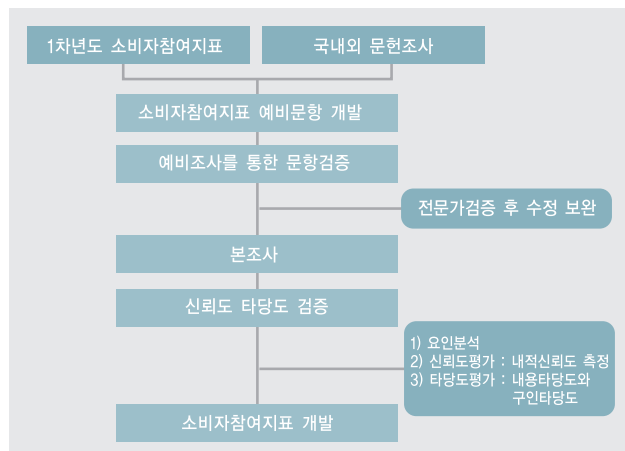
앞서 살펴보았듯이 세계 정신보건영역에서는 소비자참여를 주요 정책 아젠다로 설정하고 실천하기 위해 노력하고 있다(이명수 외, 2013). 소비자참여 혹은 주민참여에 대한 선행연구들을 고찰해본 결과, 소비자가 참여할 수 있도록 구조적, 제도적으로 체계를 구축하는 것이 필요하다는 것을 확인할 수 있었다. 이에 본 연구에서는 우선적으로 제공자관점에서 소비자참여를 활성화하기 위한 지표 선정 및 개발에 방향성을 두었다.

또한 정신보건환경을 반영한 적용가능한 지표여야하며, 지표를 통해 소비자참여 실태를 파악하고 향후 참여를 향상시킬 수 있는 정책적 대안을 제시할 수 있는 지표를 개발하는데 주안점을 두었다.

2. 소비자참여지표 예비문항 개발 과정

제공자관점의 소비자참여지표 개발은 다음과 같은 단계로 진행되었다. 우선 2010년 서울시정신보건사업지원단에서 파일럿 연구로 진행한 소비자참여지표 문항을 분석하여 보완사항을 재검토하였다. 이후 소비자참여 구조를 구축한 선진 국가의 문헌을 토대로 소비자의 범위, 참여 수준과 유형, 참여단계별 권한 수준 등에 관한 예비문항을 정리하였다. 서울시 정신보건실천현장에서 적용 가능성을 검증하기 위해 전문가를 선정하여 예비조사를 하였으며, 문항별 심층인터뷰를 통해 지표문항을 재구성하여 설문조사를 시행하였다. 마지막으로 문항의 탐색적 요인분석과 신뢰도, 타당도 검증을 통해 최종 소비자참여지표를 개발하였다.

★ 그림 1. 연구의 흐름도



1) 문헌조사

호주, 뉴질랜드, 뉴욕, 캐나다, 아일랜드 등 소비자참여제도를 먼저 시행한 국가를 살펴본 결과, 소비자참여 영역과 참여수준을 대별하거나 세분화하기도 한다는 것을 확인하였다. 예를 들어, 그림 2와 같이 호주의 경우에도 중독분야와 중증정신질환분야에서 소비자참여 영역은 큰 차이를 보이고 있다. 그러나 John McGrath(2005)는 일반적으로 개인, 조직, 정책 세 부분으로 소비자참여 영역을 구분하고 있다고 하여 본 연구에서도 이를 근거로 분류해보았다(그림 2).

★ 그림 2. 호주, 뉴질랜드, 뉴욕, 캐나다의 소비자참여 영역

호주(중독)	호주(정신)	뉴질랜드	뉴욕(노숙)	캐나다(보건)	서울시
정책수립	정책	정책	정책	정책	정책
	지역				지역
조직		조직			조직
조사(연구)					조사(연구)
교육					교육
서비스 기획, 개발, 평가			서비스 기획, 개발, 평가	서비스 기획, 개발, 평가	서비스 기획, 개발, 평가
개인(치료)	개인	개인	개인	개인	개인(치료)

개인영역은 개별화된 치료 및 서비스 등에 소비자가 의견을 표현하고 의사결정과정에 참여하여 선택권한을 가지는 것을 의미한다. 치료에 대한 자기 책임성이 부여됨에 따라 자존감과 서비스 만족 수준은 높이고 불만은 줄이는데 긍정적인 영향을 준다. 개인영역에서 소비자참여가 높아질수록 더 나은 치료결과를 기대할 수 있으며, 소비자와 제공자간의 높은 신뢰관계를 형성할 수 있게 된다. 조직영역에 소비자참여가 이루어지고 있는지는 서비스를 기획하고 전달, 평가하는데 있어 발언권과 결정권의 유무를 통해 확인할 수 있다. 욕구를 기반으로 질 좋은 서비스를 기획하는 데 있어 소비자참여는 기관에 대한 신뢰감을 높이는 동시에 긍정적인 인식을 심어줄 수 있다. 마지막으로 정책영역의 소비자참여는 정책대리인으로서 정책개발과 형성에 참여할 수 있는 권한이 있는지, 결정권이 있는지를 통해 확인이 가능하다. 소비자를 대표하는 대상 혹은 소비자 조직과 함께 수립한 정책과 계획은 당위성과 적합성을 확보할 수 있으며, 더 나은 결과를 도출한다는 점에서 비용효과적일 수 있다.

서울시 정신보건실천환경을 고려해볼 때 우선적으로 조직영역에서 소비자참여를 제도화할 필요성이 높다고 판단되어 조직영역을 목표로 구성하였다. 더불어 개인영역에서 치료 및 서비스에 대해 의견을 표현하고 의사결정을 하더라도 의견 개진 창구가 없거나 수용에 대한 어떠한 규정도 없다면 유명무실하기 때문에 조직영역 문항에 포함하였다.

앞서 소비자의 참여 단계는 어떻게 분류되는지에 대해 관련 문헌을 살펴보았고, 토대로 단계별 세부 활동을 표 3과 같이 정리하였다. 우선 호주의 경우 정보단계부터 소비자통제단계까지 총 4단계로 둔 반면, 캐나다와 우리나라는 소비자참여를 5단계로 분류하였다. 캐나다의 경우 정보단계를 소비자에게 일방적으로 제공하는 것과 소비자로부터 정보를 획득하는 것으로 세분화하였고, 통제라는 단어 대신 파트너십이라는 용어를 사용하였다. 반면 우리나라의 경우 파트너십 단계에서 합의에 의한 의사결정을 하면 파트너십으로, 소비자에게 의사결정권한이 있으면 위임으로 상위 단계를 세분화한

특징을 볼 수 있다.

소비자참여 단계별 권한 수준과 참여형태로 보면, 호주와 우리나라는 소비자의 권한이 적고 형식적이며, 반응적인 수준의 참여인 하위 단계는 동일한 반면, 소비자의 권한이 높고 실질적이고 주도적인 참여를 위한 상위 단계의 경우 우리나라가 더 세분화한 특징을 볼 수 있다. 반면, 캐나다는 하위 단계를 두 형태로 나누어 가시적인 것이 아니라 실질적으로 소비자와의 소통이 이루어지는지를 보고자하였다 (표 3).

★ 표 3. 국가별 소비자참여 단계 및 관련 활동

권한 수준	참여형태		국가별 소비자참여 단계			관련활동	
			호주 ⁵⁾	캐나다 ⁶⁾	한국 ⁷⁾	국외	국내
높음	주도적	실질적	통제	파트너십	통제	독립적 발의권(대변인) 조직운영 자조집단	
중간			파트너십	연대	위임 파트너십	동료직원 교육자, 훈련가 패널(토론), 운영위원회	소비자중심 자조모임, 동아리 활동 등 위원회
낮음	반응적	형식적	자문	자문	협의	의견창구, 설문조사, 인터뷰, 소비자단체	공청회, 인터뷰, 만족도 등 설문조사
			정보	정보수렴	정보제공	불만/고충 처리체계 소비자참여 정책마련	서비스 이용안내 및 문의 등 게시판 운영
				정보제공		리플릿, 소책자, 광고	

2) 예비조사

국내외 선행연구를 바탕으로 서울시 정신보건환경에 적합한 소비자참여지표를 개발하기 위해 소비자참여 단계와 관련활동을 구성하였다. 일차적으로 소비자참여 단계는 호주의 모델을 참고로 하되 단계별 용어는 우리나라 실정에 맞게 변경하였다. 소비자참여 단계는 최종적으로 정보, 참조, 연대, 파트너십, 통제 5단계로 두고 하위 문항들을 구성하였다.

이후 문헌 연구를 토대로 개발한 소비자참여지표 예비문항에 대한 검증에 위해 정신보건서비스 제공자인 보건소 1인, 정신건강증진센터 1인, 주간재활시설 1인, 주거제공시설 1인을 선정하여 예비조사를 시행하였다. 소비자참여 단계에 대한 인식, 단계별 관련 활동의

적용가능성, 각 문항에 대한 이해와 문항에 반영된 맥락에 대한 타당도를 확보하기 위해 심층인터뷰를 시행하였다.

예비조사를 통해 소비자참여 단계 중 통제는 현재 정신보건환경에서는 실효성을 거두기 어렵다는 피드백을 통해 파트너십 단계를 최고 단계로 수정하였다. 더불어 윤리적인 부분이 문항에 영향을 줄 수 있어 실천여부를 파악할 수 있도록 하위문항을 두어 이를 보완하도록 하였다.

이러한 과정을 통해 소비자참여지표 예비문항에 대한 타당도를 확보할 수 있었다. 최종적으로 4단계, 21문항으로 구성하였으며, 각 단계별 문항내용은 표 4와 같다.

5 _ Miriam Clarke and Regina Brindle(2010) Straight from the source, A practical guide to consumer participation in the Victorian alcohol and other drug sector, p.24

6 _ Minister of Public Works and Government Services Canada(2000) Health Canada policy toolkit fir public involvement in decision making, p.12

7 _ 송옥현(2007) 핵심 공공서비스 개선방안 수립 p.124

★ 표 4. 최종 예비문항(21개)

참여수준	참여형태	단계	관련 활동	
낮음	반응적	정보제공 및 수렴	1. 소비자에게 프로그램 정보제공	
			2. 소비자에게 정책 및 사업 정보 제공	
			3. 고충접수	
			4. 창구 운영	
			5. 반영 정도	
		참조	6. 의견 개진	
			7. 소비자욕구 파악정도	
			8. 운영현황 파악 (개별면담, 심층면담, 요구도조사, 실태조사, 만족도조사, 기존데이터 활용, 소비자관찰)	
			9. 소비자 요구의 반영정도	
			10. 결과 제시	
			11. 소비자와 논의 절차	
중간	주도적	연대	12. 소비자참여 규정	
			13. 위원회 구성원으로 참여	
			14. 기획 및 평가를 위한 소비자 참여구조 정기적 운영	
			15. 사업운영에 관한 소비자 자문	
			16. 소비자 권익자조모임 구성	
			17. 소비자 권한 정도	
		높음	파트너십	18. 소비자가 외부 회의나 교육 및 강사활동
				19. 소비자를 직원으로 고용
				20. 직원 인사문제에 소비자 참여
				21. 소비자가 사례회의 참여

3. 본 조사의 연구방법

1) 연구대상

개발된 제공자관점 소비자참여지표 예비문항은 정신보건 서비스 제공자인 보건소, 정신건강증진센터, 사회복귀시설을 대상으로 본 조사를 실시하여 타당화 작업을 하였다. 보건소의 경우 정신보건 사업에 대한 이해도를 기반으로 사업기획과 예산 등의 책무를 담당하고 있는 정신보건담당자로 하였다. 정신건강증진센터와 사회복귀시설의 경우 상임팀장 및 시설장으로 제한하였는데, 일반적으로 조직이 추구하는 방향성을 비롯하여 누구에게 무엇을 제공하는지에 대한 부분은 조직을 운영하는 책임자의 재량일 수 있어 대상으로 선정하였다.

2) 조사내용

설문은 총 55문항으로 구성하였으며, 소비자참여지표 선정과 관련한 21개 문항과 실제적 활용여부를 파악하기 위한 세부 문항 12개, 기관의 소비자참여 규정 및 구조적 체계에 대한 문항 10개, 소비자참여에 관한 일반적 인식을 묻는 문항 5개와 인구사회학적 특성에 관한 문항 7개로 구성하였다. 세부적인 내용은 표 5와 같다.

3) 자료수집방법

설문조사는 2013년 1월 2주 동안 전자메일을 통해 시행하였으며, 2012년 현황을 기준으로 작성하도록 하였다. 총 131기관 중 130기관에서 설문에 참여하여 99%의 응답률을 보였다.

★ 표 5. 설문문항

설문항목	내용	문항(55)
소비자 참여도	<ul style="list-style-type: none"> 정보 : 정보제공정도, 정보유형, 빈도, 제공도구 서비스 불만/고충에 대한 수렴여부와 방법, 불만의 내용, 답변제시방법, 불만의 반영여부와 횟수, 이유, 소비자 의견을 낼 수 있는 창구유무 참조 : 소비자교육 파악 유무와 방법, 목적, 조사결과에 대한 공개, 논의절차 유무 연대 : 회의 구성원에 소비자 포함유무, 발언권 유무, 권한의 동등성, 소비자자문, 소비자참여에 대한 종사자교육 유무, 소비자권의 자조모임 여부 파트너십 : 소비자와 파트너십 활동, 소비자참여 과정과 수준에 대한 문항 등 	33
전반적 특성	기관의 소비자 참여 활성화를 위한 리더십 정도, 소비자 참여수준, 참여방법에 대한 정보습득 정도, 정보의 객관성 및 공정성, 소비자참여를 위한 충분한 시간보장정도, 소비자 의견 반영의 충분성 정도, 소비자 권리와 의무에 대한 규정유무, 소비자참여 지원체계(인적, 물적)유무	10
일반적 인식	소비자의 의미, 소비자참여의 필요인식정도, 소비자참여가 필요한 수준과 영역	5
기초조사	자치구, 기관유형, 성별, 연령, 최종학력, 직종, 정신보건 근무연수	7

4) 분석방법

수집된 자료는 전산 부호화하여 PASW statistics 18.0을 활용하였다. 조사대상자의 일반적인 특성 및 소비자 참여에 대한 일반적 인식을 파악하기 위해 빈도분석 및 기술통계분석을 시행하였다. 소비자 참여지표의 요인구조를 파악하기 위하여 탐색적 요인분석을 시행하였으며, Varimax 회전을 사용하여 주축요인추출 방법을 사용하였다. 신뢰도 평가는 하위차원별과 전체 신뢰계수(Cronbach's α)를 확인하였으며, 타당도는 내용타당도와 구인타당도 검사를 시행하였다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적인 특성

조사대상자의 일반적 특성은 표6 과 같다. 성별은 남성 16.9%, 여성 83.1%로 여성의 비중이 높게 나타났으며, 연령은 평균 42.2세(SD=8.207)로 40대 46.2%, 30대 32.3% 순으로 나타났다. 직종은 정신보건간호사 48.5%, 정신보건사회복지사 47.7%, 정신보건임상심리사 1.5%로 정신보건전문요원이 97.7%로 나타났다. 정신보건 분야 근무경력 10년 이상인 경우가 39.2%로 나타났으며 이는 사회복지시설 조사대상자가 시설장이었기 때문에 높게 나타난 것으로 파악된다.

★ 표 6. 조사대상자의 일반적인 특성

N=130

변 인	빈도(명)	비율(%)
성별	남성	22 16.9
	여성	108 83.1
연령	20-29	4 3.1
	30-39	42 32.3
	40-49	60 46.2
	50-59	17 13.1
	60 이상	6 4.6
	무응답	1 0.8
	M(SD)/세	42.2(8.207)
최종학력	전문대졸	20 15.4
	대졸	56 43.1
	대학원졸	54 41.5
직종	정신보건사회복지사	62 47.7
	정신보건간호사	63 48.5
	정신보건임상심리사	2 1.5
	기타	1 .8
	무응답	2 1.5
정신보건 근무연수	5년 미만	38 29.2
	5년 ~ 10년	41 31.5
	10년 이상	51 39.2
	M(SD)/개월	114.07(82.605)

2. 소비자참여에 대한 일반적 인식

소비자참여에 대한 일반적 인식으로 소비자의 의미, 소비자참여의 필요 인식정도, 소비자참여가 필요한 방향에 대해 살펴보았다.

소비자의 의미에 대한 조사대상자의 인식은 파트너 61.2%, 수혜자 20.2%, 조력자 9.3%로 나타나 파트너로 인식하는 경우가 많음을 알 수 있었다. 시설유형별로 살펴보면, 보건소와 정신건강증진센터에서는 소비자를 전문가로 인식하는 경우가 없었으나 사회복지시설에서는 6.3%가 전문가로 인식하는 것으로 나타났다.

★ 표 7. 기관유형별 소비자의 의미 인식

N=129/ n(%)

구 분	수혜자	조력자	파트너	전문가	기타
보건소	11(44)	2(8)	12(48)	0(0)	0(0)
정신건강증진센터	3(12)	3(12)	18(72)	0(0)	1(4)
사회복지시설	12(15.2)	7(8.9)	49(62)	5(6.3)	6(7.6)
전체	26(20.2)	12(9.3)	79(61.2)	5(3.9)	7(5.4)

소비자 참여수준에 대한 조사대상자의 인식은 '사업의 대상이 되는 소비자의 욕구를 파악하는 차원에서 필요' 28.5%, '사업을 진행하고 서비스를 전달하는 과정에 소비자참여 필요' 26%로 나타

났다. 이에 반해 '소비자참여는 현실적으로 어려움'에 응답한 경우도 2.7%(11명)로 나타났다.

★ 표 8. 소비자 참여수준에 대한 인식

N=130/ 중복응답

소비자 참여수준에 대한 인식	빈도(명)	비율(%)
사업의 대상이 되는 소비자의 욕구를 파악하는 차원에서 필요	115	28.5
사업의 목적 및 목표를 선정하는 과정에 소비자 참여 필요	83	20.5
사업을 진행하고 서비스를 전달하는 과정에 소비자참여 필요	105	26
문제를 검토하고 목표 달성여부를 평가하는 과정에 소비자 참여 필요	90	22.3
소비자참여는 현실적으로 어려움	11	2.7

현재 기관의 소비자 참여수준에 대한 인식은 '소비자의 욕구를 파악하고 이를 사업 및 서비스 개발에 반영하는 정도' 50%, '소비자의 참여와 제공자의 교류가 있으나 결정권은 제공자에게 있는 정도' 33.8%로 나타났다. 소비자 참여수준 방향에 대한 조사대상자의 인식은 '소비자의 욕구를 파악하고 이를 사업 및 서비스 개발에 반영하는 정도' 36.2%, '이해관계자로서 제공자와 대등한 입장이며 공동으로 책임을 분배하는 정도' 33.1%로 나타났다.

★ 표 9. 소비자 참여수준에 대한 현황 및 추구 방향

N=130

변 수	현재 소비자 참여수준		소비자 참여수준 방향	
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
소비자에게 정보를 제공하거나 불만을 들어주는 정도	9	6.9	1	.8
소비자의 욕구를 파악하고 이를 사업 및 서비스개발에 반영하는 정도	65	50	47	36.2
소비자의 참여와 제공자의 교류가 있으나 결정권은 제공자에게 있는 정도	44	33.8	36	27.7
이해관계자로서 제공자와 대등한 입장이며 공동으로 책임을 분배하는 정도	11	8.2	43	33.1
무응답	1	.8	3	2.3

3. 소비자참여지표 요인분석

1) 요인분석

본 연구에서 탐색적 요인분석을 실시하기 전에 문항분석을 통해 문항의 변별도와 문항 간의 상관정도를 검토하여 불필요한 문항은 제거하였다. 자료가 요인분석이 가능한지 알아보기 위하여 KMO(Kaiser-Meyer-Olkin) 수치와 Bartlett의 구형성 검정치를 살펴보았다. KMO 값은 .833로 나타났고, Bartlett의 검정치

는 661.668(df=120)로 이 값이 유의수준 .000이므로 요인분석이 가능한 적합한 자료로 확인되었다. 본 연구에서는 Varimax 회전을 사용하여 주축요인추출 방법을 사용하였다.

탐색적 요인분석 후 요인부하값이 .30 이상이 되는 문항을 포함시키는 것을 기준으로 하였고, 이중 적재된 문항의 경우 이론적 근거에 따라 필수적 요소로 판단되는 경우 문항의 내용이 개념적으로 더 타당한 요인에 포함시켰다(민소영, 2012).

★ 표 10. 제공사관점 소비자참여지표의 탐색적 요인분석 결과

변수	Factor 1 연대	Factor 2 파트너십	Factor 3 정보제공 및 수렴	Factor 4 참조
공식적 회의구성원으로 참여	.762	.206	.145	.062
기획 및 평가를 위한 소비자 참여구조 정기적 운영	.694	.228	.247	.038
사업운영에 관한 소비자 자문	.591	.140	.463	.011
소비자교육 제공	.572	.321	.036	.371
소비자 권익자조모임 구성	.568	.241	.097	.157
고충접수*	.377	.004	.320	.258
소비자가 외부 회의나 교육 강사활동	.061	.733	.115	.066
소비자를 직원으로 고용	.061	.671	.063	-.071
직원 인사문제에 소비자 참여	.312	.539	.036	.156
소비자가 기관 내 프로그램 진행	.364	.529	.197	.086
소비자가 사례회의 참여	.234	.444	.025	.171
소비자에게 프로그램 정보제공	.240	.058	.810	.177
소비자에게 정책 및 사업 정보 제공	.149	.209	.732	.164
소비자 요구도 조사	.043	.128	.110	.775
소비자 개별면담	.116	.058	.153	.722
소비자 심층면담	.383	.020	.131	.414
고유치	5.456	1.829	1.476	1.226
설명변량	31.161	8.348	6.615	5.152
누적변량	31.161	39.509	46.124	51.276

* 이중으로 적재된 문항임.

탐색적 요인분석 결과, 4가지 요인 정보제공 및 수렴, 참조, 연대, 파트너십으로 적재되었다. 정보제공 및 수렴 3개, 참조 3개, 연대 5개, 파트너십 5개로 적재되었으며, '소비자에게 사업 및 서비스에 대한 불만 및 고충 수렴' 항목은 정보제공 및 수렴과 연대에 이중적재 되었다. 본 항목은 연대의 적재량이 상대적으로 크나, 국내외 문헌에서 정보를 수렴하기 위한 활동으로 보고 있어 본 연구에서도 정보제공 및 수렴으로 적재하고자 한다.

2) 신뢰도 및 타당도 평가

문항분석과 탐색적 요인분석을 통해 제시된 소비자참여지표의 4가지 하위차원의 신뢰도를 살펴보았다. 정보제공 및 수렴의 신뢰계수는 .710, 참조는 .703, 연대는 .827, 파트너십은 .751이었다. 이를 통해 내적신뢰도상의 문제가 없음을 확인할 수 있었다. 또한, 소비자 참여지표의 전체 신뢰계수는 .858로 높게 나타났다.

★ 표 11. 제공사관점 소비자참여지표 신뢰도

단계	문항	문항-총점간 상관	항목삭제 후 Cronbach 알파값	요인별 신뢰도 계수
정보제공 및 수렴	1	.516	.737	.710
	2	.523	.737	(3문항)
	3	.459	.738	
참조	4	.444	.737	.703
	5	.434	.737	(3문항)
	6	.554	.732	
연대	7	.769	.722	.827
	8	.667	.726	(5문항)
	9	.599	.730	
	10	.634	.725	
	11	.689	.726	
파트너십	12	.447	.736	.751
	13	.681	.722	(5문항)
	14	.544	.731	
	15	.490	.733	
	16	.585	.729	
전체 Cronbach 알파값 = .858				

타당도 검사는 내용타당도와 구인타당도 검사를 진행하였다. 본 연구는 문헌 연구를 토대로 소비자 참여지표를 단계별로 구성하고, 전문가들에게 점검을 받아 수정하는 과정을 거쳤다. 이를 통하여 척도의 내용타당도가 확보되었다고 판단할 수 있다. 또한, 탐색적 요인분석을 거쳐 수정된 것이므로 구인타당도 기준을 충족하였다고 볼 수 있다.

4. 제공자관점 소비자참여지표 적용

제공자관점의 소비자참여지표는 탐색적 요인분석을 통해 정보제공 및 수렴, 참조, 연대, 파트너십 4가지 요인으로 적재되었으며, 이를 바탕으로 5 레벨로 소비자참여도를 구성하였다(표 12).

★ 표 12. 제공자관점 소비자참여도 수준

Level	내용
5 Level 파트너십(소비자=제공자)	소비자는 정신보건사업 계획 및 서비스 전달의 전 과정에 참여하며, 제공자와 동등한 지위를 갖고 결정권을 행사함.
4 Level 연대(소비자(제공자))	소비자참여의 필요성을 인식하여 조직이나 구조를 구성하고 참여를 독려하며 활발한 소통이 이루어짐. 그러나 결정권은 제공자에게 있음.
3 Level 참조	소비자의 욕구에 기반한 사업 및 서비스를 기획하고 전달하기 위해 수행하는 활동에 참여함.
2 Level 정보제공 및 수렴	적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하고 있음.
1 Level 소극적 정보제공	소비자의 알권리 충족 수준에서 소극적으로 정보를 제공하고있음.

본 연구를 바탕으로 구성된 제공자관점 소비자참여지표를 적용하여 2012년 서울시 지역사회 정신보건기관의 소비자참여도를 조사한 결과는 표 13과 같다.

★ 표 13. 2012년 지역사회 정신보건기관의 제공자관점 소비자참여도

N=130/ n(%)

구 분	1 level 소극적 정보제공	2 level 정보제공 및 수렴	3 level 참조	4 level 연대	5 level 파트너십
보건소	11(44)	10(40)	3(12)	1(4)	0(0)
정신건강증진센터	10(40)	10(40)	3(12)	2(8)	0(0)
사회복지시설	29(36.3)	19(23.8)	13(16.3)	13(16.3)	6(7.5)
전체	50(38.5)	39(30)	19(14.6)	16(12.3)	6(4.6)

조사결과 전체적으로 소극적 수준에서 소비자에게 정보제공만 이루어지는 레벨1이 38.5%로 가장 많은 비중을 차지하였다. 기관유형별로 소비자참여도를 살펴보면, 보건소와 정신건강증진센터는 레벨 1과 2의 비중이 80% 이상을 차지하여 참여수준이 비교적 낮게 나타났으며, 두 기관은 비슷한 양상을 보였다. 사회복지시설은 레벨4와 5의 비중이 높게 나타나 타 기관에 비해 소비자참여가 활성화되고 있다고 볼 수 있다.

V. 결론 및 고찰

소비자참여의 기초는 이제 상업분야 뿐 아니라 공공서비스 분야에서도 중요한 이슈가 되고 있다. 이미 세계 정신보건영역에서는 이러한 분위기를 반영하여 호주, 미국, 캐나다 등의 여러 국가가 소비자참여를 위한 제도를 구축하고 있다는 것을 앞서 살펴보았다.

국가마다 문화적 배경과 상황을 고려한 소비자참여 영역과 참여 단계, 관련 활동을 제시하였고, 이를 토대로 서울시 지역사회 정신보건환경에 적합한 소비자참여지표를 개발하였다. 개발을 하는데 있어 주안점을 둔 부분은 소비자가 참여할 수 있도록 구조적, 제도적으로 체계를 구축하기 위해 제공자관점으로 지표를 선정한 점이다. 더불어 개발된 지표는 실천현장에서 적용 가능하며, 지표를 통해 소비자의 참여 실태를 파악할 수 있고, 국제비교가 가능하도록 하였다.

1차년도 소비자참여지표와 국내외 문헌을 통해 개발된 예비문항은 정신보건현장에서 적용가능성을 검증하기 위해 예비조사를 시행하였고, 최종 검증된 문항을 바탕으로 보건소, 정신건강증진센터, 사회복지시설 총 130개 기관을 대상으로 본 조사를 실시하였다. 수집된 자료를 바탕으로 탐색적 요인분석과 내용타당도와 구인타당도 검사를 통해 신뢰도와 타당도를 분석하였다. 이를 통해 최종적으로 4요인, 5레벨, 16개 문항으로 구성된 제공자관점의 소비자참여지표를 개발하였다.

주요 결과를 정리하면, 정보제공 및 수렴, 참조, 연대, 파트너십 4단계로, 각 과정을 구성하는 하위 활동 목록은 총 16개 문항으로 구성하였다. 정보제공 및 수렴 3개, 참조 3개, 연대 5개, 파트너십 5개로 적재되었으며, ‘소비자에게 사업 및 서비스에 대한 불만 및 고충 수렴’ 항목은 정보제공 및 수렴과 연대에 이중적재 되었다. 본 항목은 연대의 적재량이 상대적으로 크나, 소비자로부터 정보를 획득하기 위한 과정으로 정보제공 및 수렴 단계와 관련성이 높은 것으로 판단된다. 이에 본 연구에서는 정보제공 및 수렴으로 적재하였다.

더불어 정보제공 및 수렴의 경우 소비자참여 수준이 하위단계이기는 하나 소비자에게 일반적으로 정보를 제공하는 것과 소비자로부터 정보를 획득하기 위해 제도를 마련하는 것은 보다 적극적인 의미에서의 참여로 볼 수 있기에 두 단계로 구분하였다.

문항분석과 탐색적 요인분석을 통해 제시된 소비자참여지표의 4가지 하위차원의 신뢰도를 살펴보았다. 정보제공 및 수렴의 신뢰계수는 .710, 참조는 .703, 연대는 .827, 파트너십은 .751으로 나타나 이를 통해 내적신뢰도상의 문제가 없음을 확인할 수 있었다. 또한, 소비자참여지표의 전체 신뢰계수는 .858로 높게 나타났다. 타당도 검사는 내용타당도와 구인타당도 검사를 진행하였다. 본 연구는 문헌 연구를 토대로 소비자참여지표를 단계별로 구성하고, 전문가들에게 점검을 받아 수정하는 과정을 거쳤다. 이를 통하여 척도의 내용타당도가 확보되었다고 판단할 수 있다. 또한, 탐색적 요인분석을 거쳐 수정된 것이므로 구인타당도 기준을 충족하였다고 볼 수 있다.

서울시 정신보건기관을 대상으로 본 조사를 한 결과, 전체적으로 소극적 수준에서 소비자에게 정보제공만 이루어지는 레벨1이 38.5%로 가장 많은 비중을 차지하였다. 기관유형별로 소비자참여도를 살펴보면, 보건소와 정신건강증진센터는 레벨1과 2의 비중이 80% 이상을 차지하여 참여수준이 비교적 낮게 나타났으며, 두 기관은 비슷한 양상을 보였다. 사회복귀시설은 레벨4와 5의 비중이 높게 나타나 타 기관에 비해 소비자참여가 활성화되고 있음을 알 수 있었다.

기획재정부(2007)에서 공공기관을 대상으로 조사한 결과를 살펴보면, 소비자 제언제도를 운영하는 기관은 전체의 35% 정도, 외부고객 참여제도를 운영하는 기관은 84% 정도로 나타났다. 본 조사의 경우 공공기관에서 제시한 기준인 제언제도와 외부고객 참여제도는 정보제공과 수렴, 즉 1단계와 2단계이며 약 89% 정도로 나타나 다른 공공기관과 비교해볼 때 유사한 수준으로 나타났다.

본 연구의 한계점은 점차 소비자의 범위가 확대되고 있음에도 불구하고, 제공자 관점의 소비자참여지표를 개발하는데 주안점을 두고 있어 정신보건서비스를 이용했던 자, 이용하는 자 그리고 가족(보호자)로 한정하여 각 단계별 수행활동을 구성하였다. 그러나 정신건강에 대한 사회적 요구도가 점차 높아지고 있는 점을 감안할 때 지역주민을 포괄하는 활동을 포함해야할 것으로 사료된다. 더불어 소비자참여 단계의 최고 수준을 통제가 아닌 파트너십으로 한정하였으나 향후 소비자참여를 정례화하고 지속적으로 소비자와 제공자의 인식을 향상시킬 수 있도록 교육과 훈련을 통해 소비자 통제 단계로 발전시켜나갈 필요성이 있다.

그럼에도 본 연구가 가진 함의는 첫째, 서울시 정신보건실천 현장에서 소비자참여를 위한 제도가 얼마나 구축되어 있는지를 파악하는데 기초자료를 제공한 점, 둘째 세계 정신보건의 'main stream'인 소비자참여를 서울시 정신보건사업에 도입하여 선진적 서비스 체계를 구축한 점, 마지막으로 지속적인 추적 조사를 통해 소비자참여 수준을 모니터링하고 수준을 향상시키기 위한 전략을 마련할 수 있다는 점이다.

공공서비스 분야와 달리 상업분야에서는 소비자가 생산자보다 더 높은 지위와 권한을 가지고 있다. 즉, 소비자들의 구매는 기업의 이윤에 영향을 미치기 때문에 소비자의 관심을 살피고, 욕구를 파악하기 위해 끊임없이 노력한다. 반면, 정신보건을 포함한 공공서비스 분야에서는 소비자의 지위와 권한이 상대적으로 낮다. 그 이유에 대해 김용득(2005)은 이용자의 결핍된 재정능력, 서비스 절차에 대한 빈약한 지식, 이용자로서의 법적 권리에 대한 낮은 이해도, 사회적 관계망의 취약, 미미한 정치적 영향력, 다른 선택가능한 대안의 부재 등으로 설명하였다. 이런 의미에서 보면, 제공자 관점에서 소비자참여지표 개발은 제공자에게 소비자참여에 대한 인식을 향상시키고, 공식적인 제도를 구축함으로써 보다 소비자의, 소비자를 위한, 소비자에 의한 서비스를 개발하고 제공하는데 있어 도움을 줄 수 있을 것이라 기대한다.

VI. 참고문헌

- 김광수(2009). “정신장애인의 정신보건서비스에 대한 정보제한성, 선택제한성, 이용불만이 소비자 역할인식에 미치는 영향”. 《사회연구》 17(1):159-174.
- 김용득(2005). “영국 커뮤니티케어의 이용자 참여 기제와 한국 장애인복지서비스에 대한 함의”. 《한국사회복지학》. 57(3):363-387.
- 김창선(2009). “로컬 거버넌스에 있어서의 주민참여”. 인디애나 대학교 객원연구원.
- 민소영(2012). “정신보건실천현장의 사례관리활동목록(Case Management Activities Inventory) 개발 연구”. 《한국사회복지학》. 64(3):127-153.
- 백병성(2002). “공공서비스의 소비자 지향적인 접근방안”. 《소비자학연구》. 13(2).
- 배순영(2000). “지역사회공공서비스에 대한 소비자참여, 소비와 주민참여를 중심으로”. 서울대학교 박사학위 논문.
- 보건복지부(2013). 《2013 정신건강사업안내》.
- 송옥현(2007). “핵심 공공서비스 개선 방안-공공기관 고객만족 경영시스템 모델 개발을 중심으로”. 기획재정부

오정하, 고정아, 임희영, 박정숙, 이명수(2011). "지역사회 정신보건서비스에 대한 소비자 참여도 지표 개발 연구". 정신보건 제2권.

이명수, 임희영, 김진형, 김수현, 박정숙, 윤신정(2013). 《소비자참여 쉽게 실천하기-세상을 움직이는 힘》. 서울시정신건강증진센터.

조석주, 강인성(2006). "지방자치단체의 주민참여수준 진단과 발전방안". 한국지방행정연구원.

주재현(2006). "기초자치단체 공공서비스의 고객중심성에 관한 연구". 《지방행정연구》 20(2):29-50.

Arnstein S R(1969). "ladder of citizen participation" *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4):216-224.

Biehal, N. (1993). "Changing practice: participation, rights and community care". *British Journal of Social Work*, 23:443-458.

John Mcgrath(2005). "Strengthening consumer participation in Victoria's public mental health services". Ministerial advisory committee on mental health.

Lord J(1989). "The potential of consumer participation -sources of understanding-". *Canada's Mental Health*, 37(2):15-17.

Margnet Tobin, Luxin Chen and Colleen Leathley(2002). "Consumer participation in mental health services- who wants it and why?-. *Australian Health Review*, 25(3):91 - 100.

Nico Carpentier(2012). "The concept of participation. If they have access and interact, do they really participate?". *Revista Fronteiras*, 14(2):164-177

WHO(1978). "Primary Health Care- Report of the international Conference on Primary Health Care-" Alma Ata, USSR, 6-12 Sep.1978. Geneva

WHO(2000). *Consumer Involvement in Mental Health and Rehabilitation Service*. Geneva

뉴질랜드

Leslie Mitchell(1999). *Mental health consumer participation: A New Zealand perspective*

New Zealand(1995). *Ministry of health, wellington, A Guide to Effective Consumer Participation in*

Mental Health Service.

New Zealand(2004). *Effective Consumer Voice and Participation for New Zealand*.

미국

HomeGround Services and Rural Housing Network Ltd(2008). *Consumer participation resource kit: housing and homeless*.

아일랜드

Shari McDaid, Equality Studies Centre, School of Social Justice, University College Dublin in collaboration with the Schizophrenia Ireland 'Participating on Committees' research group(2006). *Equal and Inclusive User Involvement in the Mental Health Services in Ireland : Results from Participatory Action Research*.

호주

Australian Government(2010). *National Mental Health Report*.

Department of Human Services, State Government Victoria(2005). *Participation indicators*.

John Mcgrath(2005). *Strengthening consumer participation in Victoria's public mental health services, Ministerial advisory committee on mental health*.

Miriam Clarke and Regina Brindle(2010). *Straight from the source. A practical guide to consumer participation in the Victorian alcohol and other drug sector*.

Tasmania. Department of Health and Human Services(2006). *Consumer and Carer participation framework*.

캐나다

Minister of Public Works and Government Services Canada(2000). *Health Canada policy toolkit fir public involvement in decision making*.

아시아권 대도시의 정신보건 정책 비교 연구

Comparative study on mental health policy in asian cities

윤신정¹, 임희영¹, 김수현¹, 박신영², 이명수¹

SJ Yoon MSW, HY Lim MSW, SH Kim MSW, SY Park SW, MS Lee MD, MPH

초 록

- **연구목적** : 본 연구는 아시아권 대도시 간에 정신보건 정책의 특징을 비교분석하여 추후 서울시 정신보건 정책 수립에 필요한 기초자료를 마련하기 위함이다.
- **연구방법** : 아시아권 대도시 중 서울시를 비롯하여 일본 도쿄, 홍콩, 싱가포르를 선정하여 각 도시의 정신보건 관련 법률, 정책보고서, 정책회의자료, 통계연감 및 백서 등의 자료에 대한 문헌조사를 실시하였다.
- **연구결과** : 정신보건 정책의 영역을 중증정신질환자, 아동청소년 정신건강, 우울 및 불안, 자살예방, 음주 5개 영역으로 나누었을 때 서울시와 도쿄는 5개 영역에 대한 정책을 보유하고 있는 것으로 나타났으며, 홍콩은 중증정신질환자와 음주 영역에, 싱가포르는 중증정신질환자와 아동청소년 정신건강, 우울 및 불안에 관한 정책이 두드러지는 것을 알 수 있었다.
- **결론** : 타 아시아권 대도시와 유사하게 서울시 역시 탈원화에 대한 이슈가 지속적으로 제기되고 있어 보다 적극적인 정책방안과 더불어 아동청소년 정신건강증진을 위한 통합적인 서비스 체계 구축, 시민 스스로 정신건강증진을 위해 직장, 학교, 등 다양한 분야에서의 프로그램 개발이 요구된다.
- **주요용어** : 정신보건 정책, 정신보건 계획, 아시아

Abstract

- **Objective** : The purpose of this study was to provide a comparative information for developing Seoul mental health services through analysing mental health policy, systems and programs of several Asian cities.
- **Methods** : We did comprehensive literature review concerning mental health Act, policies, reports, statistics and white papers of Seoul, Tokyo, Hong Kong and Singapore.
- **Results** : We categorized five mental health domains that is serious mental illness, children and youth mental health, depression and anxiety, suicide prevention and alcohol problem. While city of Seoul and Tokyo covered all the domains of mental health, Hong Kong focused more onto the domains of serious mental illness and alcohol problem, and Singapore had a tendency to focus on the children and youth mental health, serious mental illness and depression and anxiety.
- **Conclusion** : Deinstitutionalization was common important political issue in all the Asian cities. Building an integrated service system for child and adolescent mental health and high prevalence mental disorder such as depression, anxiety was important political issue in Asian cities.
- **Keyword** : Mental health policy, Mental health plan, Asia

1 _ 서울시정신건강증진센터

2 _ 이화여자대학교 대학원 사회복지학과

I. 서론

세계보건기구(WHO)에 따르면 전 세계 국가의 60%가 정신보건 정책을 가지고 있어, 전체 인구의 약 72%가 정신보건 정책의 영향을 받고 있다고 한다. 또한 71%의 국가가 정신보건 계획을 수립하고 있으며, 59%의 국가가 정신보건법을 가지고 있는 것으로 나타난다. 보통 소득수준이 낮은 국가보다 소득수준이 높은 국가일수록 정신보건 정책, 계획, 프로그램 그리고 법률이 마련되어 있다고 한다(WHO, 2011). 이렇듯 전 세계적인 흐름을 살펴볼 때 대다수의 국가에서 정신보건의 정책적으로 중요한 영역으로 여겨지고 있음을 확인할 수 있다.

우리나라의 정신보건 정책은 1995년 정신보건법 제정을 계기로 양적·질적 차원에서 큰 발전을 거듭해왔다. 국가는 법 제정을 통해 수용위주의 치료에서 재활과 사회복귀를 강조한 지역사회 정신보건 영역을 확대하기 위해 노력하였다. 당시 보건복지부는 보건국 산하에 정신보건과를 새로이 설치하여 정신보건 업무를 과 단위에서 담당할 수 있도록 하였고, 나아가 정책의 효율적인 추진을 위해 1998년 '정신보건발전 제1차 5개년 계획'라는 종합적인 정신보건 계획을 최초로 수립하였다(서울대학교·건강증진사업지원단, 2010). 계획은 '건강한 정신, 정신장애인과 함께 하는 복지국가'라는 최종 목표를 설정하고, 과거 병원이나 요양시설 중심의 패러다임에서 벗어나 전 국민의 정신건강 수준을 개선하기 위한 보편적 정신건강증진 사업체계 구축을 포함하였다. 2002년 보건복지부는 건강증진 중장기계획인 Health Plan 2010에서 국가가 관리해야 하는 만성질환 영역에 정신질환을 포함하였다. 이는 만성정신질환자를 관리하거나 국민의 정신건강을 증진하는 점에 있어서 국가의 책무성과 책임성을 한층 강화하는 계기가 되었다. 또한 국가 차원의 공식적인 계획을 수립하게 됨으로써 정신보건 사업수행에 필요한 기본적이고 주요한 정책과제를 체계적으로 정리하고 평가와 모니터링이 가능하도록 하였다는 점에서 의의가 있다.

점차 정신질환에 대한 국가의 역할이 증대되고 있는 상황에서 자살사망률 상승, 정신질환으로 인한 사회적 비용의 증가 등 정신보건 환경을 둘러싼 배경을 바탕으로 서울시 또한 정신보건 사업의 장기적 전략의 필요성에 대해 인지하였다. 2004년 서울정신건강 2020 제1차 4개년 계획을 수립하고, 지자체 차원에서 지역사회 정신보건 사업을 위한 인프라 구축 및 공공 차원의 투자를 확대하는 등 정신보건 사업에 큰 발전을 이루었다. 또한 구체적인 결과목표와 이를 실행하기 위한 사업을 명시하여 지역사회 정신보건 사업의 양적·질적 성장을 이루는데 크게 기여할 수 있었다. 이후 제1차 계획의 성과 및 평가를 토대로 2009년 서울정신건강 2020 제2차 4개년 계획을 수립하여 생애주기별 정신보건 사업을 포함한 보다 다양한 정신보건 이슈에 포괄적인 접근을 강조하고 2009년부터 2012년까지 4년에 걸쳐 시행할 정신보건사업의

구체적인 방향성을 제시하였다.

서울시 정신보건 정책의 역사가 이처럼 흘러온 바, 이제 서울정신건강2020의 4년 장기 플랜이 마무리되고 새로운 계획 수립이 필요한 현 시점에서 보다 발전적이고 서울시에 적합한 계획을 수립하기 위한 정책 데이터를 마련할 필요성이 있을 것으로 보인다. 본 연구에서는 최근까지 진행되어 온 서울시의 현행 정신보건 관련 정책을 살펴보고, 국외 정신보건 정책 동향파악 및 정책 간 비교분석을 통하여 추후 정책수립 및 실행 차원의 방안에 대해 제언해 보고자 한다. 아시아권에 속한 대도시를 대상으로 정책을 비교함으로써 비슷한 사회문화적 배경과 경제적 수준에서 각 대도시의 정신보건 현황 및 관련 정책의 실질적인 비교를 통해 서울시 정신보건 정책을 수립하기 위한 근거 마련에 기여할 수 있을 것으로 보인다.

II. 이론적 배경

1. 정신보건 정책

기존의 정신보건 정책 관련 선행연구를 살펴보면 연구자의 주관과 연구 목적에 따라 정책을 거시적 또는 미시적 관점에서 이해하는 등 정책의 범위를 달리 지정하고 있어 정신보건 정책에 대한 개념적 합의가 이루어지지 않음을 알 수 있다.

선행된 국내의 정신보건 정책 관련 연구인 윤명숙·이선영(2008), 문성호·김혜리(2012)의 연구 등에서 일반적으로 정신보건 정책이란 의료 및 지역사회 영역을 포함하여 관련 인프라, 인력, 예산지원, 법률, 기타 시책사업 등의 국내 전반적인 정신보건 시스템과 국가가 지향하는 이념 및 패러다임을 지칭하는 등 거시적인 관점으로 이해하고 정의하고 있음을 알 수 있었다. 또는 이현경·정은기·장안기·이종일(2009)의 연구 등 국가 및 대도시 수준에서 공식적으로 문서화되어 발표된 계획을 정책의 범주에 포함하여 기술하고 있다. 세계보건기구(WHO)에서는 정신보건 정책을 3단계로 정의하여 정신보건 정책(Policy), 계획(Plan), 프로그램(Program)으로 세분화하고 있다.

실제로 각 국가 및 대도시에서 발표되는 정신보건 관련 종합대책이나 계획을 살펴보면 정책, 계획, 프로그램에 해당되는 내용을 동시에 포함하고 있거나 또는 계획의 형식으로 발표되는 등 형태가 모두 달라 객관적인 비교를 하기에 한계가 있다. 이에 본 연구에서는 동일한 기준을 적용하기 위하여 WHO의 개념을 참고하여 정책을 재분류하였다. 그 중 세부사업 또는 프로그램에 관한 부분은 본 연구

의 비교대상에서 제외하고, 모든 정책에서 공통적으로 서술하고 있는 정책 및 계획 수준까지 내용을 정책으로 간주하여 정의하였다.

★ 표 1. 세계보건기구(WHO)의 정신보건 정책 분류

정책분류	내 용
1단계 정책 (Policy)	정신보건 정책이란 주민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환으로 인한 부담을 줄이기 위한 가치와 원칙, 목표의 집합체이며, 정신보건과 관련하여 핵심적인 구성요소(가치, 원칙, 목적 및 활동영역)를 포함한 내용이 국가 차원에서 체계적이고 명확하게 공식화된 내용이다. 일반적으로 정책은 5~10년에 걸친 장기적인 기간을 염두에 두고 만들어 진다, 우리나라의 경우 보건복지부에서 공표한 포괄적인 건강정책 내에 정신보건 영역이 포함되어 있다.
2단계 계획 (Plan)	정신건강 증진, 정신질환의 예방, 치료, 재활을 위한 전략적인 활동을 실행하기 위해 미리 수립된 상세한 설계도와 같은 것이다. 즉, 정책 목표를 실현하기 위해 수행되어야 할 전략 및 활동을 사전에 공식화하여 세부적으로 제시한 형태이다. 계획은 정책을 통해 정의된 비전, 가치, 원칙 및 목표가 실행되도록 도우며 전략, 일정, 필요한 자원, 성취목표, 지표, 활동 등이 포함된다. 우리나라의 경우 보건복지부의 '국가정신보건5개년계획'과 서울시의 '서울정신건강2020'이 이에 포함된다.
3단계 프로그램 (Program)	프로그램은 정신건강 증진, 정신질환의 예방, 치료, 재활에 대해 매우 집중적인 목표를 가진 개입 또는 일련의 개입방법으로 정책이나 계획과는 달리 흔히 더 작은 행정부서에서 단기간 동안에 실행된다. 프로그램은 정신보건 계획 중 카테고리로 포함되어 있으며, 보통 표적인구에 대한 단기간의 개입을 포함하고 있다 우리나라의 경우 보건복지부 정신건강사업 안내에 제시되어 있는 각종 정신보건사업 또는 프로그램이 해당된다.

자료 : 황태연·서용진(2008). 정신보건정책, 계획, 프로그램.

III. 연구방법

1. 연구목적

현재 서울시를 비롯한 아시아권 대도시의 정신보건 실태 및 정책현황을 파악하고, 대도시 간 정책의 주안점 및 특징을 비교분석하여 추후 서울시 정신보건 정책 수립의 근거자료가 되는 정책데이터를 생산하고 서울시 정신보건 발전방안을 제시하고자 한다.

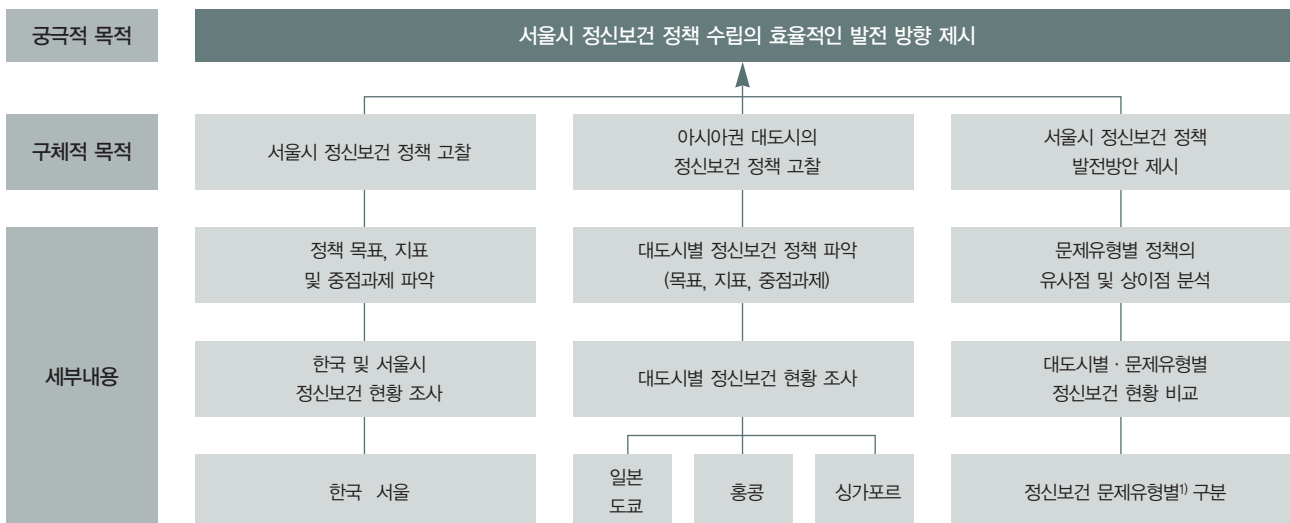
2. 연구대상

아시아권에 속해 있는 대도시 중 서울시와 사회 및 경제적 발달 수준이 비슷하다고 판단되는 일본 도쿄, 홍콩, 싱가포르의 정신보건 정책을 대상으로 조사를 실시하였으며, 홍콩과 싱가포르의 경우에는 도시 국가이기 때문에 한국의 서울시나 일본의 도쿄도와 비교 수준을 동일하게 적용하기 위하여 국가 차원의 정책을 기준으로 조사하였다.

3. 연구방법

각 도시별 정신보건 정책에 대한 비교문헌연구를 통해 각 도시의 정책적 현황 및 특징을 검토하였다. 관련 데이터는 주로 정신보건 관련 정책보고서, 정신보건법 등 법률자료, 통계자료를 포함하여 온라인 및 오프라인에 게재된 다양한 정신보건 관련 연구를 참고하였다. 해외 자료의 경우 주로 각국의 보건부 또는 복지부 웹사이트를 방문하여 정책보고서, 정책회의자료 및 통계연감, 백서 등의 자료를 중심으로 수집 및 분석하였다. 더불어 각 정책의 내용을 다시 주요 5가지 정신건강문제 영역별 중증정신질환, 아동청소년 정신건강, 정신건강증진(우울 및 불안), 자살예방, 음주로 분류하여 영역별 내용에 대한 비교분석을 진행하였다.

4. 연구모형



1) 중증정신질환자, 아동청소년 정신건강, 우울 및 불안, 자살예방, 음주

IV. 연구결과

1. 도시별 정신보건 동향

각국의 정신보건 정책을 살펴보기 이전에 앞서 관련 문제의 실태와 현황을 알아보는 것은 정책이 가지는 의미와 방향성을 파악하는데 있어 중요한 배경지식이 된다. 한 국가에서 어떤 영역의 실태를 파악 및 비교하고자 할 때 관련 자원과 비용을 파악하는 것은 효과적이다. 일반적으로 고소득 국가일수록 의료 시스템이 발달되고 의료에 대한 지출이 많은 것으로 나타난다(World Bank, 2012). 그렇다면 우리나라와 다른 아시아권 국가들은 국가차원에서 얼마나 정신보건에 지출을 하고, 정신보건 문제의 수준은 어느 정도일까? 정신건강 자원과 인프라가 얼마나 잘 구축되어 있는가는 국가의 사회경제적 수준에 영향을 받기도 하지만, 나아가 중앙정부가 정신건강 문제를 국가적 차원에서 책임성을 가지고 개입하고자 하는 의지와도 관련이 있다. 이에 우리나라를 비롯한 다른 국가에서는 정신건강에 사회적, 경제적 비용을 얼마나 투자하고 있으며, 사회적 자원은 어느 정도인지, 정신건강 문제의 범위는 어느 수준인지를 파악해보고자 한다.

1) 정신보건 자원

먼저 네 국가 중 보건 의료 지출이 가장 많은 국가는 일본으로 나타났다. 보건 의료 예산중에서도 정신보건에 대한 지출 비율은 홍콩이 가장 높게 나타났고 우리나라는 가장 적게 나타났다. 전체 정신보건예산 중 정신병원의 지출이 일본, 홍콩, 싱가포르에서 모두 70%대로 나타났다. 서구 국가인 영국은 30.92%, 호주는 8.7%(WHO, 2011)인 것에 비해 본 연구대상 국가들이 비교적 의료 중심으로 서비스가 제공되고 있음을 예상해볼 수 있다.

인구 10만 명당 지역사회 거주시설 정원은 홍콩과 싱가포르에서 매우 높은 비율을 보이고 있으나 한국은 그에 비해 1/10 수준밖에 되지 않아 네 국가 중 가장 낮은 수준이다. 그러나 정신병상 수는 네 개 국가 중 일본 다음으로 2위를 차지하고 있어 국가별 거주시설 정원과 정신병상 수 사이에는 대체로 반비례하는 관계를 보인다. 장기입원 기간의 경우 주목할 점은 싱가포르가 인구 10만 명당 정신병상수는 가장 적은 수준이나 5년 이상 입원하고 있는 비율은 월등히 높은 수준을 보여 해당 국가에서 장기입원 문제가 두드러짐을 예상해볼 수 있다.

2) 정신질환

국가의 전반적인 정신질환 실태를 파악하기 위하여 국가별 정신질환 유병률을 비교하는 것이 유용할 수 있으나 국가 간에 유병률 조사 수행 내용이 다소 차이가 있을 수 있다.

우리나라는 2011년 정신질환실태 역학조사에 따르면 25개 정신질환을 모두 포함한 평생유병률이 27.6%로 일반 인구의 4명 중 1명

★ 표 2. 국가별 정신보건 관련 지표 현황

	한국	일본	홍콩	싱가포르
보건 의료 지출 ¹⁾				
GDP 대비	6.9%	9.5%	-	4.0%
전체지출 중 공공 비율	59.0%	82.5%	-	36.3%
정신보건 지출				
GDP 대비 ²⁾	-	-	0.22% (2008-09)	0.24% (2008-09)
보건예산 대비 ^{3) 4)}	3%(2008)	4.94%(2011)	10.3%(2011)	4.41%(2011)
전체 정신보건예산 대비 정신병원 지출 ⁴⁾	-	76.12%	77.98%	71.71%
인구 10만 명당 지역사회 거주시설 정원 ⁴⁾	3.65	16.23	42.42	35.46
인구 10만 명당 정신병상 수 ⁴⁾	149.23	204.4	28.94	10.85
정신병원 장기 입원 ⁴⁾				
1년 미만	67%	35%	62%	28%
1년 이상 5년 미만	25%	29%	19%	6%
5년 이상	8%	36%	19%	66%
조현병 재입원율 ⁵⁾	19.4%(2011)	-	-	-

자료 : 1) World Bank(2012). World Development Indicators.

2) Ivy CHENG(2011). Mental health services in selected places.

3) OECD(2011). Health at a Glance 2011.

4) WHO(2011). Mental Health Atlas 2011.

5) OECD(2013). Health at a Glance 2013.

은 평생 중 한 번 이상은 정신질환을 경험하였고, 남자의 평생유병률이 1.35배 더 높은 것으로 나타났다. 또한 2012년 보건복지부 장애인현황에 나타난 등록 정신장애인 수는 2,511,159명으로 전체 인구의 0.19%에 해당하며 1000명 중 1~2명 정도로 정신장애 등급을 가지고 있음을 알 수 있다.

일본의 경우 국가 환자 조사에 따르면 전국의 정신장애인 수는 약 311,000명(입원: 23,000명 / 외래: 288,000명)으로 일본 총 인구 1억 2천만명 대비 약 0.26%의 인구가 해당됨을 알 수 있다. 또한 세계정신건강조사의 결과에 따르면 주요우울장애는 전체 인구 대비 4.4%로 나타나 우리나라 6.7%(2011년 평생유병률)보다 낮게 나타났다.

2008년 홍콩 정부의 보고에 따르면 86,600명의 인구 중 의료기관에서 정신질환이나 기분 장애 진단을 받은 인구 또는 정신과 병원, 지역사회 정신간호서비스 등을 받고 있는 인구는 1.3%(변동계수 2.4%)로 전체 정신질환의 평생유병률이 1.3%로 나타났음을 알 수 있다(Census and Statistics Department, 2008). 홍콩의 사회서비스 위원회는 매년 인구 10만 명당 심각한 정신질환으로 병원에 입원한 인구수를 조사하고 있는데, 가장 최근 자료인 2010년에는 인구 10만 명당 553명이 심각한 정신질환으로 병원에 입

원하고 있다고 하며 2003년 크게 줄었던 것을 제외하면 매년 증가추세에 있는 것을 확인할 수 있다(Social Indicator of Hong Kong 사이트).

2012년 싱가포르에서 진행한 정신질환 유병률 연구에 따르면 평생유병률 기준으로 주요우울장애는 5.8%, 양극성 장애는 1.2%로 나타났다(Siow Ann Chong et al, 2012).

3) 자살

최근 전 세계적으로 자살문제가 심각해지고 있으며 자살이 정신건강 문제와 연관성이 높다는 점이 알려지게 되면서, 해당 국가의 정신건강 수준을 파악하기 위한 대표적 지표로 자살률을 사용한다. 전 세계적으로 매년 약 백만 명의 인구가 자살을 한다고 알려져 있는데, 그 중에서도 아시아에서 발생하는 수가 전체의 60%를 차지한다고 한다(Ying-Yeh Chen · Kevin Chien-Chang Wu · Saman Yousuf · Paul. F. Yip, 2011). 인구수가 가장 많은 중국과 인도가 전 세계 자살사망자 수의 30%를 차지하고 있다는 WHO의 보고를 감안하더라도 아시아 국가에서 꽤 높은 비율로 자살이 발생하고 있음을 짐작해볼 수 있다.

각 국가별로 발표한 2011년 통계자료를 살펴보면 한국(31.7%), 일본(24%), 홍콩(12.3%), 싱가포르(8.13%) 순으로 높게 나타났으며, 타 국가에 비하여 한국의 자살률이 월등하게 높다. 한국과 일본이 아시아 내 자살사망률 상위 국가이고, 홍콩과 싱가포르는 한국보다 3~4배 낮은 자살사망률을 보인다.

그 추이를 살펴보면 한국의 경우 2000년대로 들어서며 2006년 한 번을 제외하고는 매년 꾸준히 자살률이 상승하고 있는데, 이와 달리 나머지 국가는 2000년대 초반부터 비슷한 수준을 유지하거나 감소하고 있다. 지속적으로 가장 낮은 수준을 보이는 싱가포르는 10년 동안 9~10% 안팎을 유지하고 있다. 2001년까지만 하더라도 한국은 4개 국가 중 3위로 일본보다 훨씬 낮고 홍콩과 비슷한 수준을 보였으나, 이후 급격한 상승세를 보이다가 2008년부터

는 일본을 추월하여 자살사망률 1위에 이르렀다.

도시별로 살펴보면 서울시를 제외한 나머지 3개 도시는 과거 10년 동안 자살사망률이 비슷한 수준으로 유지되거나 감소하는 양상을 보이고 있지만, 유일하게 서울시만 증가추세(01' → 11' : 17.6%p 상승)를 보이고 있으며 그 상승폭 또한 매우 큰 것으로 나타난다. 그러나 희망적인 부분은 최근 2012년 자살사망률이 6년 만에 처음으로 감소하였다는 점이며 향후 이러한 추세를 이어갈 수 있을지 지속적으로 모니터링 할 필요성이 있다.

4) 음주

WHO에서는 전 세계적으로 알코올에 의한 사회적 폐해가 증가함에 따라 알코올 통계를 주요 통계 목록으로 분류하여 국가별 알코올 의존, 알코올 사용 장애, 알코올에 따른 음주 운전 사고율 등을 수록하고 있다. WHO에서 발표한 가장 최근의 통계자료에 따르면 네 국가 중 한국에서 남녀 모두 가장 높은 수준의 알코올 사용 장애 유병률을 보였으며, 특히 한국 남성에서는 다른 국가에 비하여 6~10배 수준이 더 높은 것으로 나타나 한국 남성의 알코올 관련 문제가 매우 심각한 수준임을 알 수 있다.

★ 표 4. 국가별 알코올 사용 장애 평생유병률

		한국	일본	홍콩	싱가포르
알코올	남	13.10	2.25	-	1.40
사용 장애	녀	0.41	0.13	-	0.19

자료 : WHO(2011). Global strategy to reduce harmful use of alcohol.

1인당 알코올 소비량의 경우에도 한국이 가장 높은 수준을 보이고 있으며, 그 다음으로 일본이 비슷한 수준을 보인다. 홍콩과 싱가포르의 경우에는 상대적으로 소비량이 매우 낮아 음주와 관련된 문제가 크게 두드러지지 않는 것으로 볼 수 있다. 2001년 한국과 일본은 비슷한 수준의 알코올 소비량을 보였으나 이후 한국의 소비량이 점차 증가하는 것과 달리 일본의 소비량은 꾸준한 감소 추세를 보였다.

★ 표 3. 국가별 · 도시별 인구 10만 명당 자살사망률

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
한국 ¹⁾	14.4	17.9	22.6	23.7	24.7	21.8	24.8	26.0	31.0	31.2	31.7	28.1
서울 ¹⁾	9.3	13.4	13.6	18.5	19.8	17.1	20.1	21.6	26.1	26.2	26.9	23.8
일본 ²⁾	24.4	25.2	27.0	25.3	25.5	25.2	25.9	25.3	25.8	24.9	24.0	21.8
도쿄 ²⁾	-	-	-	-	21.7	-	23.9	22.9	23.2	22.4	23.6	20.9
홍콩 ³⁾	15.2	16.3	18.8	15.3	14.6	13.5	13.1	14.0	14.0	13.8	12.3	12.7
싱가포르 ⁴⁾	9.19	9.5	9.31	9.61	10.10	10.31	9.15	8.76	9.35	7.85	8.13	10.27

자료 : 1)한국 통계청(2012). 사망원인통계.

2)일본 내각부(2012). 자살통계

3)홍콩 Centre for Suicide Research and Prevention. www.csrp.hku.hk/web/eng/index.asp

4)싱가포르 Samaritans of Singapore(2013). National Suicide Statistics.

★ 표 5. 국가별 1인당 알코올 소비량(리터, 15세 이상)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
한국 ¹⁾	8.5	9.2	9.3	9.3	9.0	9.2	9.3	9.5	8.9	9.0	8.9
일본 ¹⁾	8.6	8.4	8.4	8.2	8.5	7.9	7.7	7.5	7.4	7.3	7.3
홍콩 ²⁾	-	-	-	2.57	2.53	2.54	2.63	3.00	2.65	2.64	-
싱가포르 ³⁾	-	-	-	-	1.55	-	-	1.54	-	-	1.54

자료 : 1) OECD Health Data.

2) Hong Kong(2011). Alcohol and health: Hong Kong situation.

3) WHO(2011). Global strategy to reduce harmful use of alcohol.

2. 도시별 정신보건 정책 현황

네 개의 도시는 모두 정신보건 정책을 보유하고 있었으나, 그 형태가 조금씩 달랐다. 먼저 우리나라의 경우 국가건강증진-국가정신보건-서울시정신보건 정책의 흐름으로 가장 상위인 국가의 정신보건 정책에 근거하여 지자체에서도 종합적인 정신보건 정책을 수립하고 있다. 일본의 경우 정신보건 정책이 단독적으로 수립되어 있는 형태가 아니라 장애정책이나 의료정책과 같은 보다 보편적인 정책 내에 하나의 영역으로 포함하고 있되, 각 정책의 일관성을 유지할 수 있도록 전체적인 정책틀을 따로 가지고 있는 특징이 나타난다. 홍콩은 정신보건 영역 중에서도 중증정신질환자의 재활에 관한 사항을 국가 재활 정책 내에서 포함하고 있으나, 정신건강증진과 같이 보다 포괄적인 수준에서의 정책은 없었다. 다만 음주폐해와 관련하여 단독적으로 알코올 정책을 수립하고 있는 점이 특징적이다. 싱가포르의 경우 2007년 처음으로 국가 차원의 정신보건정책이 수립되었다. 중증정신질환자에 관한 내용뿐만 아니라 정신건강증진, 정신보건연구, 인력에 관한 내용을 포함하고 있어 종합적인 정책의 성격을 보인다. 각 대도시별 정책을 비교분석한 내용을 앞서 설명한 5가지 문제영역별로 분류하여 살펴보면 다음과 같다.

1) 중증정신질환자

서울시는 국가 정책과 일관성을 유지하며 정신질환자의 사회통합과 삶의 질 향상을 추구하고 전반적인 정책의 방향성 또한 국가가 지향하는 바를 크게 벗어나고 있지 않다. 여전히 해결되지 않고 있는 장기입원 또는 반복되는 재입원 현상을 감소시키고 궁극적으로는 탈원화를 위해 의료와 지역사회 영역에서 필요한 기본적인 정책들을 수행하고 있다. 정신의료기관의 평균 재원기간, 입원(입소)정신질환자의 재원절절성, 지역사회 등록관리율과 같은 정책 목표지표가 그 점을 보여주고 있다.

그러나 서울시만의 특징적인 점은 국가 정책과 달리 이미 달성한 주거시설 및 주거서비스 공급에 관한 목표를 제외하였고, 만성적인 정신질환자뿐만 아니라 초기정신질환자, 즉 증상이 처음 발현한 이후부터 중증정신질환자 범위에 포함시켜 대상자의 스펙트럼을 확대하였다는 점이다. 초기정신질환자를 치료체계로 유입시키는 비율

을 높이는 것으로 질환의 만성화를 예방하고 궁극적으로는 장기입원환자 감소에 기여하고자 하는 것이다. 관련하여 서울시는 초기정신질환자가 증상이 처음 발현한 후부터 처음 치료를 받기까지의 기간을 정책 목표지표에 반영하였다. 국내외 연구를 통해 정신질환 미치료 기간이 짧을수록 치료 반응 및 예후가 좋다는 많은 연구 보고(Harrigar 등 2003, Norman과 Mala 2001)가 존재하며, 이에 초발정신질환자의 빠른 치료유입과 정신질환의 만성화 예방을 위한 정책적 접근은 점차 확대될 필요가 있을 것이다.

도쿄도는 일반 장애인정책과 의료정책에 정신보건 영역을 포함하여 일반 사회정책들과 함께 보편적인 정책 수립 형태를 보인다. 대부분의 국가에서는 보건 정책에 정신보건 영역을 포함하거나 정신보건 정책을 따로 수립하고 있다는 점과 비교하여 특이점이라고 할 만 하다. WHO는 일반정책 또는 사회정책에 정신보건과 관련된 내용을 포함하는 것이 정신보건 활동을 다른 사회적 서비스와 통합하는 측면에서 더 나은 방법이라고 말한다(황태연·서용진, 2008). 이러한 면에서 도쿄도는 정책적인 측면에서 정신보건을 다루는 범위가 보다 넓고, 정신질환에 대한 차별과 낙인을 줄일 수 있다는 장점을 가지고 있다. 더불어 국가차원에서 각각의 정책을 연결하기 위한 고리로 '정신보건의료복지개혁 비전'이라는 전체적인 개혁 정책을 내놓음으로써 의료-장애인 영역에서 일관적이고 효과적으로 정책의 방향을 제시하고 있다. 정신보건의료복지개혁은 '입원치료에서 지역사회 생활 중심으로'라는 기본 이념을 바탕으로 장애인자립지원법 제정(2005), 진료보수 개정 등 법적인 측면에서도 다양한 시책을 전개하며 일본의 정신보건 정책 전환기의 중심적인 역할을 하였다. 특히, 외래치료의 질과 접근성 향상 정책을 통해 지역사회로 유입된 정신질환자들이 연속적인 치료 서비스를 받을 수 있도록 중점을 두었다. 이후 도쿄에서 정신의료기관에 입원한지 1년 미만인 환자 중 여전히 입원하고 있는 환자의 비율이 2004년 27.1%에서 2009년에는 24%로 3.1%p 감소하여 유의미한 달성을 보였다(도쿄지역정신보건복지심의회, 2011).

홍콩은 국가단위의 명확한 정신보건 정책이 존재하지 않는다. 대신 정신질환자에 대한 재활서비스의 개발 프로그램은 장애인 재활에 대한 정책 및 그와 관련된 실행 계획과 식품보건국의 건강관리 개혁 안에 정신보건과 관련하여 실행가능한 정책을 각각 수립하고 있다. 역시 정신질환자의 장기재원이 문제가 되고 있는 홍콩은 가장 큰 원인으로 지역사회의 정신보건 인력과 시설이 부족하다는 점이 언급된다. 인구밀도가 높은 홍콩이지만 정신보건에 종사하는 인력은 턱없이 부족한 상황으로 정신보건 인프라 구축은 여전히 정책적으로 가장 큰 과제이다. 또한 일관적인 정신보건 정책의 부재는 홍콩 내에서 정신질환자의 치료와 관련된 여러 영역의 서비스 간에 협업을 어렵게 하는 결과를 초래하고 있다. 홍콩 내 정신질환자가 크게 증가하게 되면서 관련 서비스에 대한 수요도 늘어났으나, 의료 중심이 되고 있는 홍콩의 시스템 내에서 환자의 욕구를 충분히 다루고 개개인에 대한 관리가 이루어지기에는 어려웠다. 또한

의료영역과 심리 또는 사회복지 영역의 서비스 간에 분절화를 가져와 정신질환자의 회복과 재활을 위한 최상의 정신보건 서비스를 제공하는데 한계가 있다(AAMH, 2011).

싱가포르는 2007년 보건부를 주축으로 정신건강연구소(IMH), 건강증진위원회(HPB), 교육부, 지역사회개발및청소년스포츠부의 협력을 통해 National Mental Health Blueprint(2007~2012)를 수립하였고, 국민의 정신건강을 증진시키고 보다 효율적인 서비스 제공을 위해 싱가포르의 구체적인 정책, 계획 및 전략을 제시하였다. 인구수가 적다는 특성상 개별적이고 세심한 정신보건 서비스, 사례관리 서비스가 가능하며, 정신보건 인력이나 인프라도 서비스 제공에 어려움이 없는 수준이다. 예를 들어, 싱가포르의 가정환경 조사를 위하여 가정방문을 하며 그 과정에서 미치료 또는 치료를 중단한 정신질환자를 발견하여 치료체계로 유입시키기도 한다. 그러나 여전히 정신질환자의 장기재원 문제를 갖고 있는데, 이러한 점은 국민의 입장에서 입원치료를 받는 것이 용이하도록 구조화된 싱가포르의 의료보장 제도의 영향일 수 있어 제도적 관점에서의 정책 보완이 필요할 것으로 보인다.

2) 아동청소년 정신건강

서울시는 '고위험군 아동청소년 조기발견율', '아동청소년 등록관리율' 등의 지표를 통해 알 수 있듯이 아동청소년 정신질환 사례 관리 및 조기발견 체계를 활성화시키기 위한 노력을 하고 있다. 그러나 아직 서비스 체계의 흐름이 명확하지 않고 아동청소년과 관련된 각 부처의 역할이 모호하다는 점에서 과도기 단계에 있는 것으로 보인다. 여러 부처가 학교기반의 정책이 효과적이라는 점에 대해서는 합의하나 아동청소년을 위한 서비스 제공 주체에 대해서는 정책적으로도 명확하게 합의된 바가 없다. 이러한 전체적인 서비스 흐름을 총괄하는 역할이 부재하다는 점도 분절적인 서비스 제공의 한 요인으로 보여진다. 결론적으로 아동청소년 정신건강 서비스의 역할 분담과 보다 효율적인 제공을 위한 체계 개선이 가장 필요한 부분으로 제기되고 있다(최인재·모상현·강지현·김은희, 2011). 아동청소년은 광범위한 영역에 걸쳐 관할하는 정부부처도 다양하고 기관을 운영하는 주체와 성격도 다양하다. 아동과 청소년의 특성에 따라, 또는 문제영역에 따라 각각의 부처에서 제공할 수 있는 서비스 간에 차별성을 두는 것은 중요하지만, 그렇다고 서비스의 분절화를 가져와서는 안 될 것이다. 현재의 시스템에서는 굉장히 다양한 기관이 있지만 어떤 기관에서 어떤 서비스를 제공하는지 서비스 이용자 입장에서 파악하기 힘들고, 서비스 자체가 중복되는 부분도 다수 존재하고 있기 때문에 다소 비효율적인 부분이 있다.

도쿄도는 아동청소년 정신건강에 대해 장애인으로 접근하기보다는 주로 아동청소년기 정신질환에 대한 의료적인 개입 위주로 정신보건 정책이 수립되었다. 더불어 아동복지적 측면에서 정책을 파악해 보면 일본 내에서 전반적으로 교내 따돌림이라든지 등교거부, 히키

코모리 문제로 상담을 받는 횟수가 증가하고 있는데, 학교를 기반으로 한 정책보다는 주로 지역사회 내 아동상담소, 교육상담센터, 정신보건복지센터와 같이 학교 이외의 아동청소년 관련 복지기관이 발달되어 있음을 알 수 있다. 최근 청소년 연령층에서 우울과 불안 등 다양한 어려움을 가진 정신질환자가 증가하는 것과 관련하여 아동청소년기 정신질환은 사회환경적 요인의 영향을 크게 받는다는 관점 하에 보다 보편적이고 포괄적인 정신건강 증진의 성격을 띠는 서비스 제공이 이루어진다. 특히 각 상담기관 간에 네트워킹을 위해 서비스를 총괄할 수 있는 중심 기구를 두고 있어 각각의 전문성을 살리면서도 통합적이고 효율적인 서비스 제공이 가능토록 노력하고 있다.

싱가포르에서 아동청소년 정신보건은 학교기반의 증진정책과 정신질환 위기 대상자를 위한 정책으로 나뉘어져 있다. 특히, 싱가포르 학교 내에서 진행되는 정신건강 증진 프로그램(Mind Your Mind)은 2001년에 시작되었고 정부의 보조금으로 보건진흥위원회(HPB)에 의해 진행된다. 이 프로그램은 교육부, 지역개발 및 청소년 스포츠부 그리고 자원봉사조직 및 건강 전문가 그룹과 함께 진행되며, 학교에서 의무적으로 학년별 정신건강 프로그램을 진행해야 하기 때문에 학교의 역할이 중요하다. 학교나 기타 지역사회 복지기관과 연계를 통해 발견된 정신질환의 위험이 있는 아동청소년의 경우에는 전문치료기관에서 치료를 받고 다학제적 팀접근 서비스를 받을 수 있도록 한다.

3) 자살예방

서울시는 자살고위험군을 대상으로 하는 자살예방 서비스로 1577-0199 상담전화를 운영하고, 24시간 자살고위험군 발견 체계를 가동하여 자살행동 및 시도를 보이는 고위험군에 대한 즉각적인 응급개입이 가능하다는 점에서 장점이 있다. 또한 자살위험성에 따라 자살예방센터의 위기개입서비스를 제공하거나, 지역정신건강증진센터 연계를 통한 지속 서비스가 가능하도록 하는 등 위험성에 따른 개입 체계가 다양하게 마련되어 있다. 이처럼 자살위험성에 따른 서울시 정신보건 서비스는 비교적 체계화가 잘 되어 있으나, 실제 자살문제는 경제적 요인, 대인관계, 가족갈등, 학업문제 등 개개인마다 촉발요인이 다른 특성이 있기 때문에 다각적인 차원의 대응도 고려해볼 필요가 있다.

도쿄도는 여러 부처와 네트워킹을 통한 다양한 상담지원체계가 발달되어 있는데, 자살 정책에서도 이러한 부분이 잘 나타난다. 복지보건국뿐만 아니라 교육청, 산업노동국 등에서 교육, 직업, 경제 다양한 영역을 주제로 실질적인 상담을 지원한다. 또한 자살사망률이 높은 연령층을 중심으로 연령별 정책적 접근을 달리하고 있다. 도쿄도에서 가장 심각한 자살사망률을 보이는 50대 남성을 중심으로 이들이 근로로 인한 불안 및 스트레스로 인한 정신적 문제가 심각하다는 점과 자살 간에 상호연관이 있는 것으로 보고 직장 내 정신건강증진 및 자살예방 사업을 전개한다.

4) 정신건강증진(우울 및 불안)

정신보건 영역에서 전통적으로 만성정신질환자를 중심으로 이루어졌던 정책 수립 및 서비스 체계에서 나아가 정신건강의 개념을 전 국민으로 확대·적용하고, 정신질환 문제를 다양한 사회문제와 관련지어 보다 포괄적인 사업을 진행하고자 하는 것이 서울시 증진사업의 큰 틀이다. 정신건강증진 정책에 있어서 중요한 키워드는 '인식개선'과 '생애주기별 접근'으로 생각해볼 수 있다. 향후 질병부담률이 가장 높을 것으로 예상되는 우울증을 중심으로 전체 시민을 대상으로 하는 인식개선 활동과 함께 연령대별로 접근을 달리하여 우울증 감소에 주력하고 있다.

도쿄도의 경우 정신건강과 관련된 요소를 수면, 여가 등 휴식의 범위까지 확대시켜 정신건강 문제가 평소 생활습관과도 긴밀하게 연관되어 있다는 광범위한 측면에서 정책 수립이 이루어지고 있다. 특히 정신건강에 취약한 근로자를 대상으로 직장 내 정신건강에 관한 정책을 대대적으로 전개하고 있다. 일본 내 근로자가 직업에 심한 불안 및 스트레스를 느낀다는 비율이 약 60%를 차지하고, 과로로 인한 자살, 정신장애 산재가 증가하는 등 근로자의 정신건강에 관한 기초적인 지표가 점차 악화되는 상황이 발생함에 따라 후생노동성이 직장 내 정신건강 조치의 필요성에 대해 인지하고 적극적으로 공식화하였기 때문이다.

싱가포르는 우울증과 치매에 대한 인식개선을 위해 대중매체를 이용한 범국민적 홍보책을 펼치고 있으며, 근로자 정신건강 프로그램을 진행하는 사업장에 제도적 지원을 해준다는 점은 일본 도쿄도와 비슷한 모습이다.

5) 음주

국가에서 공표한 음주 정책인 파랑새 플랜이 음주와 관련된 사회적 폐해 즉, 범죄, 교통사고, 주류유통 등과 같이 포괄적인 접근이 이루어지는 것과 달리 서울시 정신보건 정책에서는 알코올 관련 질환의 측면에서 질환의 치료와 관리에 대한 내용을 포함한다. 음주폐해 예방을 위한 단독 정책을 국가 차원에서 수립하고는 있지만, 지원체계 방안의 부족으로 실질적인 시행으로 이어지기 어려웠다.

도쿄도는 음주를 질환으로서 접근하기보다는 보편적인 관점에서 국민의 알코올 소비량 감소를 목표로 적당한 음주량에 대해 국민들이 올바르게 인식하는 것을 목표로 하는 등 건강증진 정책에 가까운 성격을 보였다.

홍콩은 음주 소비량 등에서 우리나라보다 문제가 심각하지 않음에도 불구하고 음주에 대한 단독 정책을 수립하고 여러 부처의 협력을 통해 실행되고 있는 점은 우리나라가 눈여겨 볼 필요가 있다. 음주 관련 질환뿐 아니라 인식개선, 음주운전, 판매규제 등 음주와 관련된 다양한 영역의 협조를 통한 통합적인 정책을 보인다.

V. 고찰

본 연구는 서울시 실정에 맞는 정신보건 정책 수립의 기초 자료를 마련하기 위한 연구로서 서울시와 비슷한 사회문화적 배경과 경제적 수준을 보이는 아시아권 대도시 일본 도쿄, 홍콩, 싱가포르를 대상으로 정신보건 정책 현황을 파악하기 위해 관련 계획수립, 목표지표를 중심으로 살펴보았다. 각 대도시에서 정신보건 영역별로 정책 보유 현황을 살펴보면 서울시와 도쿄도가 모든 영역에서 정신보건 정책을 가지고 있는 것과 달리, 홍콩은 증진 관련 정책이 싱가포르와는 음주 관련 정책이 구체적으로 다루어지지 않았고, 자살 영역은 홍콩과 싱가포르에서 모두 확인하기 어려웠다.

이는 해당 국가에서 관련 정신건강 문제가 크게 두드러지지 않기 때문일 수 있다. 자살사망률의 경우 2011년 기준으로 홍콩은 12.3%, 싱가포르는 8.13%로 나타나 우리나라 31.7%보다 3~4배 가량이나 낮은 수준이다. WHO에서 보고하는 알코올 관련 통계에 따르면 싱가포르에서 1인당 알코올 소비량은 1.54리터로 네 개 대도시 중 가장 낮고, 가장 높은 소비량을 보이는 우리나라와는 8배 차이가 나타나 싱가포르에서 알코올 관련 문제는 비교적 미미한 수준이라는 점이 관련 정책이 크게 발달하지 않은 점과 관련 있을 수 있다.

네 국가는 모두 정신보건 정책을 보유하고 있으나 그 형태가 각기 다르다. 서울과 싱가포르의 경우 하나의 부처에서 정신보건 영역을 종합하는 독자적 정신보건 정책을 수립하고 있으나, 도쿄와 홍콩은 보건정책, 장애정책 등 보다 포괄적인 정책 내에 각각 정신보건을 하나의 영역으로 포함하고 있다.

★ 표 6. 대도시별 영역별 정신보건 정책 보유 현황

도시 정책영역	서울	도쿄	홍콩	싱가포르
정신보건 단독 정책	- 국가정신보건 5개년계획 - 서울정신건강 2020	- 정신의료보건 복지개혁 비전	-	- National Mental Health Blueprint
이 외 정신보건 관련 정책	- 국민건강증진 종합계획 - 자살예방종합 대책 - 음주폐해감소를 위한 국가 전략 2020	- 건강일본21 - 장애기본계획 - 의료계획 - 알코올대책	- 재활 정책 - 식품보건부 정책 - 음주폐해 감소를 위한 액션플랜	-
중증정신질환	+	+	+	+
이동청소년 정신건강	+	+	-	+
증진(우울 및 불안)	+	+	-	+
자살예방	+	+	-	-
음주(알코올)	+	+	+	-

VI. 결론

먼저, 효과적인 '탈원화' 촉진을 위해서는 정신보건 의료체계에 대한 개편이 필요하다. 우리나라도 수가제도 개편이나 외래치료명령제 도입 등 체계 개편에 노력하고 있으나 정신병상 수 감소는 미미한 수준이다. 도쿄의 경우 입원치료에서 외래치료로 환자가 유입된 후에 외래치료를 이용하기 쉬운 환경을 체계적으로 구축함으로써 정신의료기관에 입원한지 1년 미만인 환자 중 여전히 입원하고 있는 환자의 비율이 2004년 27.1%에서 2009년에는 24%로 3.1%p 감소하는 유의미한 효과를 보였다. 퇴원을 촉진하기 위한 장치와 더불어 일본의 사례처럼 정신과 외래치료를 포함하여 정신질환자에게 필요한 모든 서비스를 환자와 밀접한 환경에서 제공하는 위한 정책을 고려해볼 필요성이 있다.

둘째, 직장 내 정신건강 문제에 관심을 가지고 보다 구체적이고 제도적인 개입 방안을 마련해야 한다. 2012년 사회조사에 따르면 우리나라에서 직장 생활로 인해 스트레스를 경험한 비율은 74.1%로 보고되어 근로자의 정신건강 문제에 대대적으로 개입하는 일본(약 60%)보다도 심각한 수준이다. 우리나라도 이미 정신건강증진센터의 역할에 근로자 정신건강 사업을 명시하고 있으나, 의무화된 것이 아니고 사업 수행의 명확한 기준이 없기 때문에 사업장의 의지에 따라 서비스 제공여부가 불확실하다. 미래에 정신건강 문제로 인한 질병부담 및 사회경제적 비용의 손실이 점차 증가할 것이라고 전망됨에 따라 경제적 측면을 고려해볼 때도 정책적 필요성이 제기될 수 있다. 서울시는 근로자의 정신건강 문제에 대한 보다 실효성 있는 정책 추진을 위해서는 사업장 차원에서 근로자의 정신건강을 관리하기 위한 노력이 필요하다는 인식을 바탕으로 의무성을 부여하고, 사업장-정신보건기관, 나아가 고용노동부-보건복지부의 역할분담과 협력적 정책 추진이 필요하다.

셋째, 아동청소년 정신보건 서비스의 총괄 및 지원 가능한 핵심 체계 마련이 필요하다. 우리나라의 아동청소년 정신보건 서비스는 전담체계 구축과 시설 및 전문 인력 확보와 관련 각 법령이 각 소관 부처(보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부 등)의 기능 중심으로 되어 있어 국민서비스 측면에서 일관성 부재로 행·재정적인 효율성이 없다는 지적이 있으며, 이에 아동청소년 정신보건 서비스에 관한 핵심기구를 마련할 필요성이 제기된다. 일본 도쿄도의 경우 아동청소년을 둘러싼 다양한 환경과 관련하여 복합적인 문제에 포괄적으로 대응하기 위해 복지보건국, 교육청, 경시청에서 각각 운영하고 있는 상담센터를 통합한 '도쿄아동가정종합센터'를 설립하였다. 우리나라 상황과 연관 지어 보면 현재 보건복지부, 여성가족부, 교육과학기술부와 그 산하에 관련 기관들이 산재되어 있는 형태를 통합하는 기구의 마련하여 분절화 되어 있는 아동청소년 정신보건서비스 체계의 통합을 도모할 수 있을 것이다.

넷째, 알코올 관련 질환 중심의 정책에서 나아가 알코올 소비량을

감소시키기 위한 대중적 정책의 마련이 필요하다. 우리나라는 본 연구의 대상이 되는 네 개 도시 중에서 압도적으로 알코올 관련 질환의 수준이 심각하므로 질환의 관점에서 음주 정책을 유지하는 것은 현 상황에서 중요한 부분이다. 그러나 장기적인 관점에서 음주 문제를 대중들이 함께 해결해야 할 보편적인 문제라는 인식을 가지게 하고, 공공을 타깃으로 하는 홍보전략 및 대중의 참여를 촉구하는 대시민적 정책 마련이 필요하다.

VII. 참고문헌

- 강은정(2007). "한국 아동 정신건강 현황과 정책과제". 《보건복지포럼》. 128:60-72.
- 김동배 · 안인경(2004). "한국인의 정신건강 개념에 관한 연구". 《한국사회복지학》. 56(1):203-233.
- 문성호 · 김혜리(2012). "청소년 정신건강 정책사업의 현황 및 향후 과제". 《청소년학연구》. 19(10):143-166.
- 박세진 · 한소현 · 노성원(2010). 일본의 정신보건복지 동향. 서울:국립서울병원 국립정신보건교육·연구센터.
- 보건복지가족부(2008). 제2차 자살예방종합대책(2009~2013). 서울:보건복지가족부
- 보건복지부(2011). 제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020). 서울:보건복지부.
- 보건복지부(2013). 2013 정신건강사업안내. 서울:보건복지부.
- 신선인(2008). "정신장애인의 배우자 태도와 재발의 인과적 관계에 관한 탐색". 《한국사회복지학》. 60(3):59-82
- 서울대학교 · 건강증진사업지원단(2010). 국가정신보건 5개년 계획(2011~2015) 수립. 서울:서울대학교 · 건강증진사업지원단
- 서울시정신건강증진센터(2013). 2013년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사. 서울:서울시정신건강증진센터
- 서울시정신보건사업지원단 · 서울시정신보건센터(2009). 서울정신건강2020 제2차 4개년 계획 수립에 대한 보고서: 2009~2012. 서울:서울시정신보건사업지원단 · 서울시정신보건센터
- 이해국 · 박애란 · 이보혜 · 이수비(2011). 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020. 서울:알코올사업지원단 · 가톨릭대학교 산학협력단
- 윤명숙 · 이선영(2008). "한국 정신건강 정책의 실태 및 문제점과 개선방향". 《사회복지정책》. 35:329-354
- 이명수 · 김은희 · 김진형 · 임희영 · 박정숙 · 김수현(2012). 서울시 지역 정신건강증진센터 정신건강증진사업 실태조사. 서울:서울시정신건강증진센터.
- 이상영(2013). "한국사회의 갈등 및 병리현상의 원인". 《보건·복지이슈애포커스》. 219:1-8.
- 이진석 · 김윤 · 이선영 · 문상준 · 장원모 · 이은정 · 강미영(2009). 정신질환자의 건강증진을 위한 제도개선 방안. 서울:서울대

학교병원·건강증진사업지원단.

이현경·정은기·장안기·이종일(2009). “한국과 미국의 정신건강 정책목표 비교”. 《한국보건교육건강증진학회》. 26(1):159-170.

제갈정·이지현(2009). 알코올 관련 통계지표 및 통계. 서울:한국 음주문화연구센터.

조맹제·박종익·배안·배재남·손정우·안준호·이동우·이영문·이준영·장성만·정인원·조성진·홍진표(2012). 2011년도 정신질환실태 역학조사. 서울:서울대학교 의과대학.

천성수(2012). “한국인에서 음주의 사회적 의미”. 《대한당뇨병학회지》. 13(2):57-60

천성수·손애리·윤선미·정구영·노현·이상규·이재성·조준필·전우찬·조수형(2010). “응급실손상환자의 알코올관련 성 분석”. 《한국알코올과학회지》. 11(1):117-125.

최은진(2012). “아동·청소년 정신건강증진을 위한 정책개선방향”. 《보건복지포럼》. 188:78-86.

최은진·김미숙·이명수·윤명주·정지원(2012). 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ - 아동·청소년 정신건강 증진 인프라현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구. 서울:한국청소년정책연구원·한국보건사회연구원.

최인재(2012). “청소년 정신건강 실태 및 대응 방안”. 《청소년정책리포트》. 30.

최인재·모상현·강지현·김윤희(2011). 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅰ-총괄보고서-. 서울:한국청소년정책연구원.

한국건강증진재단(2012). 제2차 건강일본21(제2차 21세기 국민건강만들기 운동) 번역본. 서울:한국건강증진재단.

한국청소년정책연구원(2011). 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 전문가 워크숍. 서울:한국청소년정책연구원

한금선·추진애(2009). “일개 수도권 도시 지역사회주민의 생애주기별 삶의 질 수준과 예측변인”. 《정신간호학회지》. 18(4):474-482.

황태연·서용진(2008). 정신보건정책, 계획, 프로그램. 서울:한울.

AAMH:Asia-Australia Mental Health(2011). Summary report 2011 Asia-Pacific community mental health development project.

OECD(2008). 2008 Policy Report.

OECD(2011). Health at a Glance 2011.

OECD(2013). Health at a Glance 2013.

UNDP(2013). Human Development Report 2013.

WHO(2005). Mental Health Atlas 2005.

WHO(2011). Mental Health Atlas 2011.

World Bank(2012). World Development Indicators.

일본

도쿄 복지보건국(2010). 도쿄도 지역보건의료계획.

도쿄 복지보건국(2012). 도쿄도 장애인·장애복지계획(2012~2014).

도쿄 생활문화국(2013). 도쿄건강추진계획21.

도쿄 지역정신보건복지심의회(2011). 도쿄지역정신보건복지심의회의 자료.

후생노동성 사회원호국 장애보건복지부 정신보건복지과 정신보건 복지대책본부(2009). 정신보건의료복지개혁 비전.

후생노동성 노동기준국(2009). 정신건강대책의 구체적 추진 내용.

후생노동성(2012). 국가 의료계획.

홍콩

Census and Statistics Department(2008). Social Data Collected via the General Household Survey :Special Topics Report-Report No.48.

Department of Health(2010). Action Plan to Reduce Alcohol-related Harm in Hongkong.

Equal Opportunities Commission(2013). Mental Health Policy and Service Programmes

Eric F. C. Cheung, Linda C. W. Lam & Se-fong Hung(2010). “Mental health in Hong Kong: transition from hospital-based service to personalised care”. 《International Psychiatry》. 7(3).

Hospital Authority(2010). Hospital Authority Mental Health Service Plan For Adults 2010-2015.

Ivy CHENG(2011). Mental health services in selected places.

Legislation Council of HKSAR(2013). Mental Health Policy and Service Programmes Panel on Health Services.

싱가포르

IMH(2007). National Mental Health Blueprint(2007-2012).

ISSUU(2008). Asia-Pacific Community Mental Health Development Project-Singapore's Country Report.

Siow Ann Chong et al(2012). “A Population-based Survey of mental disorders in singapore”. 《Annals Academy of medicine》. 41(2):49-66.

Siow-Ann Chong(2007). “Mental Health in Singapore: A Quiet Revolution?”. 《Annals of the Academy of Medicine》. 36(10):795-796

Ying-Yeh Chen, Kevin Chien-Chang Wu, Saman Yousuf & Paul. F. Yip(2011). “Suicide in Asia”. 《Oxford Journal》. 34(1):129-144.

■ 보도자료

데일리메디(2013). “정신질환 치료, 입원→외래 전환 필요”. 2013년 11월 8일.
 메디컬투데이(2013). “직장인 스트레스에 따른 자살, 업무상 재해 인정도 늘어”. 2013년 4월 2일.
 보건복지부 정신건강정책과(2013). 보도자료 “음주폐해 예방을 위한 국제적 대응전략 모색”. 2013년 10월 7일.

■ 웹사이트

보건복지부 www.mw.go.kr
 고용노동부 www.moel.go.kr
 일본 후생노동성 www.mhlw.go.jp
 일본 도쿄도 복지보건국 www.fukushihoken.metro.tokyo.jp
 홍콩 사회복지부 www.swd.gov.hk
 홍콩 보건부 www.dh.gov.hk
 홍콩 식품건강부 www.fhb.gov.hk
 홍콩 정책연설 www.policyaddress.gov.hk
 홍콩 Social Indicator of Hong Kong www.socialindicators.org.hk
 싱가포르 보건부 www.moh.gov.sg
 싱가포르 IMH(Institute Mental Health) www.imh.com.sg
 싱가포르 HPB(Health Promotion Board) www.hpb.gov.sg