

# 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

전진아

배정은·김수경·백상숙·손해인



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## ■ 연구진

연구책임자	전진아	한국보건사회연구원 선임연구위원
공동연구진	배정은	한국보건사회연구원 전문연구위원
	김수경	한국보건사회연구원 부연구위원
	백상숙	연세대학교 보건대학원 연구교수
	손해인	뉴욕시아동정신병원 심사평가부장

연구보고서 2025-31

### 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

발 행 일 2025년 12월  
발 행 인 신 영 석  
발 행 처 한국보건사회연구원  
주 소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)  
전 화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)  
인 쇄 처 (사)아름다운사람들

---

© 한국보건사회연구원 2025  
ISBN 979-11-7252-106-6 [93510]  
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2025.31>

## 발|간|사

최근 정신건강은 전 국민의 삶의 질과 직결되는 핵심 정책 분야로 부상하고 있으며, 예방과 조기 개입은 물론 치료, 회복, 자립지원에 이르는 서비스 범위가 빠르게 확대되고 있다. 이에 따라 정신건강복지서비스를 안정적으로 제공하기 위한 인력의 확보, 역량 강화, 보호 체계 구축은 국가 차원의 중요한 과제로 자리매김하고 있다.

본 연구는 해외 주요국의 인력 정책을 체계적으로 비교·분석하고, 국내 인력의 현황과 문제점을 다각도로 진단하여 정책적 개선 방향을 제시하고자 수행된 것이다. 연구 과정에서 현장 종사자, 기관 관리자, 전문가, 학계, 동료지원인 등 많은 분께서 귀중한 의견과 경험을 공유해주셨으며, 그 목소리는 우리나라 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 현실을 정확히 이해하고 실효성 있는 개선 방향을 모색하는 데 중요한 기반이 되었다.

아울러 정신건강복지 인력의 발전을 위해 관심과 애정을 가지고 연구에 참여해 주신 내·외부 연구진께 깊이 감사드린다. 또한 연구의 방향을 더욱 풍부하게 만들어주신 아주대학교 하경희 교수님과 한국보건사회연구원 정연 연구위원의 적극적인 조언에도 감사의 말씀을 전한다.

본 연구가 향후 국가 정신건강복지 인력 정책 수립과 전달체계 재정비의 중요한 근거자료로 활용되기를 기대한다.

2025년 12월

한국보건사회연구원 원장

신 영 석



# 목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



요약 .....	1
제1장 서론 .....	3
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	5
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	11
제2장 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 규모와 정책 현황 .....	19
제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 규모 .....	21
제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 고찰 .....	30
제3절 소결 .....	41
제3장 해외 정신건강서비스 제공 인력 정책 고찰 .....	43
제1절 호주 .....	45
제2절 캐나다 .....	70
제3절 영국 .....	88
제4절 독일 .....	123
제5절 미국 .....	145
제6절 일본 .....	183
제7절 소결 .....	201

<b>제4장 면담과 조사로 살펴본 정신건강복지서비스 제공 인력</b>	
<b>현황과 문제점</b> .....	207
제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 확보 및 수급 현황과 문제점 .....	210
제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 및 역량 강화 관련 현황과 문제점 ...	225
제3절 정신건강복지서비스 제공 인력 보호와 지원 관련 현황과 문제점 ....	248
제4절 소결 .....	266
<b>제5장 정신건강인력 복지서비스 제공 인력 정책 개선 과제</b> .....	269
제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 확보 및 수급 안정을 위한 개선 과제 ..	272
제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 및 역량 강화를 위한 개선 과제 ..	281
제3절 정신건강복지서비스 제공 인력 보호 및 지원 강화를 위한 개선 과제 ..	287
<b>참고문헌</b> .....	291
<b>부록</b> .....	323
[부록 1] 전국민 마음투자 지원사업 서비스 제공 인력(국가자격) 운영 현황 ..	323
[부록 2] 전국민 마음투자 지원사업 서비스 제공 인력(민간자격) 운영 현황 ..	327
[부록 3] 질적면담 조사 질문지 .....	329
[부록 4] 온라인 설문조사표 .....	332
<b>Abstract</b> .....	345

# 표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 광역 및 기초 정신건강복지센터 주요 업무 비교표 .....	7
〈표 1-2〉 광역 및 기초 자살예방센터의 주요 업무 .....	8
〈표 1-3〉 질적 면담 조사의 주요 질문 .....	12
〈표 1-4〉 질적 면담 참여자 구성 .....	13
〈표 1-5〉 온라인 설문조사의 조사 내용 .....	15
〈표 1-6〉 온라인 설문조사 참여자 특성 .....	16
〈표 2-1〉 정신건강전문요원의 자격, 업무범위 및 자격 기준 .....	23
〈표 2-2〉 정신건강 관련 기관에서 근무하는 상근인력 및 전문인력 수 .....	28
〈표 2-3〉 서비스 제공인력의 자격기준 .....	29
〈표 2-4〉 수련기관 지정, 평가, 지정 취소에 관한 정신건강복지법 개정 내용 .....	32
〈표 2-5〉 정신건강전문요원의 보수교육 규정 .....	35
〈표 2-6〉 정신건강서비스정신건강복지서비스 제공 인력 역량 강화에 대한 국가 전략 .....	36
〈표 2-7〉 정신건강서비스정신건강복지서비스 제공 인력 보호에 대한 국가 전략 .....	38
〈표 2-8〉 국립정신건강센터 표준교육과정 기반 동료지원인 양성과정 .....	40
〈표 3-1〉 호주 정신건강서비스 인력 구분 및 현황(활동 인력 추정치) .....	48
〈표 3-2〉 호주 경험기반 인력의 전문성 강화 및 통합을 위한 10년 계획 .....	58
〈표 3-3〉 호주 정신건강인력 국가 실무 표준과 실천 지표침 .....	60
〈표 3-4〉 호주 직업교육(VET) 내 정신건강 VQ 인력 주요 자격 코스 .....	63
〈표 3-5〉 호주 정신건강서비스 인력 교육 기간, 급여 수준, 고용 업무 역량 .....	67
〈표 3-6〉 캐나다 정신건강서비스 인력 구분 및 주요 업무 .....	71
〈표 3-7〉 캐나다 B.C.주 정신건강서비스 인력 교육 기간 .....	81
〈표 3-8〉 캐나다 B.C.주 동료 지원 서비스 원칙과 표준 업무 지침 .....	85
〈표 3-9〉 캐나다 B.C.주 동료지원가 참여와 협력을 위한 10가지 권고 사항 .....	87
〈표 3-10〉 2011~2022년 영국 NHS 정신건강 인력의 지표 변화 .....	93
〈표 3-11〉 심리 전문직 인력의 직군 .....	96
〈표 3-12〉 NHS 임상 지원 인력의 구분 및 예시 .....	100
〈표 3-13〉 영국의 정신건강서비스 인력 재설계를 위한 주요 과제 .....	104

〈표 3-14〉 2023년 영국 NHS 장기 인력 계획의 3대 전략 축 .....	106
〈표 3-15〉 영국 NHS 내 정신건강 인력의 자격 요건 및 급여 - 임상 전문직 .....	111
〈표 3-16〉 영국 NHS 내 정신건강 인력의 자격 요건 및 급여 - 심리 전문직 .....	115
〈표 3-17〉 영국 NHS 내 정신건강 인력의 자격 요건 및 급여 - 비전문 자원 인력 .....	119
〈표 3-18〉 HPCP CPD 필수 요건 .....	121
〈표 3-19〉 독일 정신건강서비스 인력 구분, 업무 현황(활동 인원 기준) .....	131
〈표 3-20〉 독일 바이에른주 정신건강 인력 제도 개선(2021~2024년) .....	134
〈표 3-21〉 독일 정신건강인력 교육 기간, 급여 수준 .....	143
〈표 3-22〉 약물남용 및 정신건강서비스청에서 측정한 직업별 행동건강서비스 제공자의 수 ..	150
〈표 3-23〉 미국 행동 건강 인력의 수급 변화 및 부족 정도 .....	151
〈표 3-24〉 행동건강 증사자를 위한 최소 필수 데이터 항목 .....	153
〈표 3-25〉 정신건강인력의 자격수준 및 관리기관 .....	155
〈표 3-26〉 뉴욕주 교육부 발급 면허 정신건강전문가(Licensure) 현황1) .....	157
〈표 3-27〉 CARES 법에 따른 보건 인력 정책 .....	159
〈표 3-28〉 약물남용정신건강서비스청의 4개년 계획 - 우선순위 5: 행동건강인력 강화 ..	161
〈표 3-29〉 보건 자원 및 서비스국(HRSA) 정신건강인력 양성프로그램 .....	162
〈표 3-30〉 동료지원가 핵심역량 .....	164
〈표 3-31〉 동료지원가의 인증 국가표준모델 항목 .....	165
〈표 3-32〉 뉴욕주 정신보건국 정신건강 전문인력 임금인상 내용 .....	166
〈표 3-33〉 공인 정신건강 전문가의 역할 및 핵심 역량 .....	168
〈표 3-34〉 뉴욕주 행동 건강 관련 부서 .....	170
〈표 3-35〉 정신건강 전문인력의 면허증 필수조건 - 학위, 실습, 슈퍼비전, 시험 종류 (시험주관기관) .....	173
〈표 3-36〉 행동건강 준전문가 공인자격증 .....	175
〈표 3-37〉 중독 관련 준전문가 자격증 취득 조건 .....	176
〈표 3-38〉 행동 건강 분야의 인가 동료지원전문가 인증 관리 체계 .....	181
〈표 3-39〉 동료지원 서비스의 필수 또는 권유 프로그램 .....	182



〈표 3-40〉 일본의 정신건강 인력의 자격 분야 .....	191
〈표 3-41〉 일본 정신보건복지사의 경력 개발표(Career Ladder for Certified Psychiatric Social Workers) .....	195
〈표 3-42〉 일본 공인심리사 실무기초연수과정에서 진행되는 5개 영역 교육 훈련 내용 ..	200
〈표 4-1〉 정신건강복지서비스 제공 인력 규모의 충분성 .....	211
〈표 4-2〉 신규 인력 채용 용이성 .....	214
〈표 4-3〉 인건비 부족으로 신규 인력 채용을 하지 못한 경험 .....	216
〈표 4-4〉 신규 인력 채용이 어려운 이유 .....	217
〈표 4-5〉 팀장의 평균 근속 연수 .....	221
〈표 4-6〉 최근 3년간의 인력 이직률 수준 .....	221
〈표 4-7〉 선호 및 비선호 업무 .....	223
〈표 4-8〉 직무 역량 수준 평가: 정신건강전문요원 .....	226
〈표 4-9〉 직무 역량 수준 평가: 비정신건강전문요원 .....	226
〈표 4-10〉 신규 인력 대상 교육 및 훈련, 슈퍼비전 체계 유무 .....	230
〈표 4-11〉 학협회·정신건강 관련 기관 제공 교육훈련 기회의 충분성 .....	232
〈표 4-12〉 강화가 필요한 역량 .....	234
〈표 4-13〉 역량 관리를 위해 필요한 지원 .....	235
〈표 4-14〉 중간관리자의 중요 역량 .....	238
〈표 4-15〉 정신건강전문요원 인력의 비율 .....	241
〈표 4-16〉 정신건강전문요원과 비전문요원 간 역할 구분 .....	245
〈표 4-17〉 정신건강전문요원 수행 업무 및 전담 필요 업무 .....	245
〈표 4-18〉 비전문요원의 일정 기간 근무 이후 전문요원 수준 업무 수행 가능 여부 .....	246
〈표 4-19〉 비전문요원의 전문요원 수준 숙련 소요 기간 .....	246
〈표 4-20〉 인력 소진 수준 .....	250
〈표 4-21〉 인력의 건강 문제 해소를 위한 기관 차원의 지원 .....	250
〈표 4-22〉 인력의 소진 및 트라우마 지원(1) .....	251
〈표 4-23〉 직원의 소진 및 트라우마 지원(2) .....	252



〈표 4-24〉 인력의 보호 지원 .....	253
〈표 4-25〉 인력 보호를 위한 필요 정책 .....	254
〈표 4-26〉 수당 및 비용 지원 사항(지원 여부) .....	254
〈표 4-27〉 인력 확대를 위해 필요한 정책적 조치 .....	259
〈표 4-28〉 고용 안정성 수준 .....	261
〈표 4-29〉 고용 불안 요소 유무 .....	261
〈부표 1-1〉 전국민 마음투자 지원사업 서비스 제공 인력(국가자격) 운영 현황 .....	323
〈부표 2-1〉 전국민 마음투자 지원사업 서비스 제공 인력(민간자격) 운영 현황 .....	327

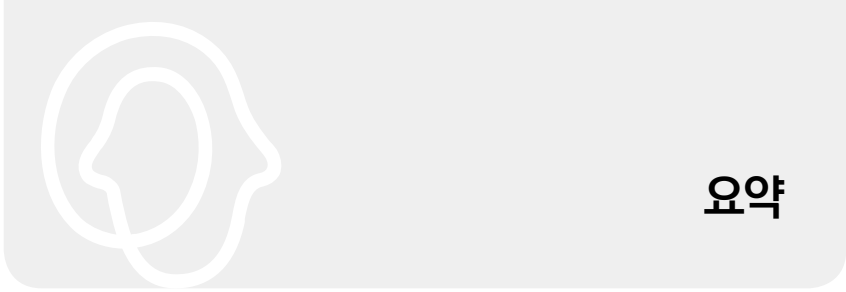
# 그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 정신건강정책 혁신 방안(2023.12)의 4대 전략과 핵심과제 .....	6
[그림 1-2] 연구 수행 체계 .....	17
[그림 2-1] 정신건강전문요원 배출 현황 .....	26
[그림 2-2] 정신건강전문요원 승급을 위한 실무경력 인정기관 및 단체(2025년 1월 기준) ..	33
[그림 3-1] 정신건강 경험기반 근로자 증가 추이 .....	52
[그림 3-2] 호주 정신건강서비스계획 프레임워크: 인력 산출 도구(NMHSPF-PST) .....	54
[그림 3-3] 호주 정신건강 인력 수요와 공급 현황 .....	55
[그림 3-4] 호주 정신건강 인력 전략 프레임워크 .....	57
[그림 3-5] 캐나다 정신건강 전문인력 성별, 연령별 현황 .....	74
[그림 3-6] 정신건강 분야 인력의 초기 수요 예측치 대비 현황 비교 .....	91
[그림 3-7] 영국의 정신건강 인력 연도별 추이(전체, 정신과 의사, 간호사) .....	94
[그림 3-8] 영국의 정신의학과와 전체 의학과 인력 규모(WTE 기준) 증가율 비교 .....	95
[그림 3-9] 영국 심리 전문 인력의 서비스 분야별 분포 .....	97
[그림 3-10] 영국 심리 전문직 인력의 직렬별 분포 .....	98
[그림 3-11] 정신건강 인력 전체 중 지원 인력(support staff)의 비율(2020년) .....	99
[그림 3-12] 영국 NHS에 고용된 인구 10만 명당 동료 지원 활동가 수 .....	102
[그림 3-13] 영국의 정신건강 서비스 내 동료 지원 활동가 활동 영역 .....	102
[그림 3-14] 동료 지원 활동가의 9개의 핵심 역량 영역 .....	123
[그림 3-15] 면허증을 소지한 정신건강 전문인력 양성과정 .....	172
[그림 3-16] 보건의로 및 복지 관련 후생노동성 소관 국가자격 목록 .....	186
[그림 3-17] 공인심리사의 근무 기관(2023년 10월 말 기준) .....	189
[그림 4-1] 인력의 근속연수 분포 .....	219





## 요약

최근 정신건강 정책은 정신질환자 중심 치료에서 벗어나 전 국민을 대상으로 한 포괄적 정신건강복지서비스로 확대되고 있다. 이는 국내·외 정책 변화와 수요를 반영한 것으로 정신건강을 사회 전체의 문제로 인식하고 예방·조기 개입·치료·회복·자립지원의 서비스 스펙트럼을 포괄하려는 방향으로의 전환을 의미한다. 이러한 서비스 범위의 확대는 자연스럽게 이를 담당할 인력의 충분성과 전문성 확보를 둘러싼 논의를 야기하며, 인력의 역량 강화 및 체계적인 지원 구조 구축에 대한 논의로 이어지고 있다. 그러나 국내 인력 정책은 여전히 정신건강전문요원 수련제도에 의존하고 있으며, 현장 인력 규모 파악과 직무환경 개선, 역량 강화 지원체계가 미비하다. 인력 부족의 심화와 지역 간 불균형, 열악한 처우 등은 향후 정신건강복지서비스의 확장성, 접근성, 질에 제한을 가져올 가능성이 높다.

이러한 문제 인식에 따라 이 연구는 해외 주요국의 인력 정책을 분석하고 국내 현황의 문제점을 종합적으로 진단하여, 우리나라 실정에 부합하는 개선 과제를 도출하고자 하였다. 이를 위해 연구에서는 호주, 캐나다, 영국, 독일, 미국, 일본 등 6개 주요국의 정신건강 서비스 제공 인력 정책을 사례 중심으로 심층 분석하였다. 또한 국내 정신건강복지서비스 인력의 현황과 문제점을 선행연구 고찰, 질적면담분석, 온라인조사, 자문회의 등 다양하게 활용하여 파악하였다.

해외 주요국들은 만성적인 인력 부족과 서비스 수요의 급증이라는 공통의 구조적 문제에 직면하면서도, 각국의 의료·복지 체계와 문화적 배경에 따라 차별화된 대응 전략을 펼치고 있다. 주요 특징은 인력 정의의 확장(전문직에서 준전문직, 경험 기반 인력으로까지 확대), 전문성 강화(표준화된 교육 커리큘럼 및 지속적 전문성 개발 의무화), 처우 개선(표준 임금 체계 수립, 각종 수당 명문화, 안전 보호 강화) 등이다.

## 2 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

이와 대조적으로 국내는 인력 부족이 심화되고 있으면서 동시에 지역별·직종별 불균형이 함께 악화되고 있다. 지방 지역과 수도권 외곽에서의 채용 어려움(소위 ‘하늘의 별 따기’), 신규 사업의 계획되지 않은 추가로 인한 전문요원의 과중한 업무 부담, 저연차 인력의 높은 이탈률로 인한 모래시계형 인력 구조의 고착화 등의 문제가 드러났다. 또한 비전문요원과 전문요원 간의 실제 업무 능력 격차 축소로 인한 역할 경계의 모호화, 수련제도의 질적 편차, 현장 교육 기회의 부족 등이 역량 강화 측면에서의 한계로 지적되었다. 그리고 인력 보호와 지원 체계의 부재 현상 역시 파악할 수 있었다.

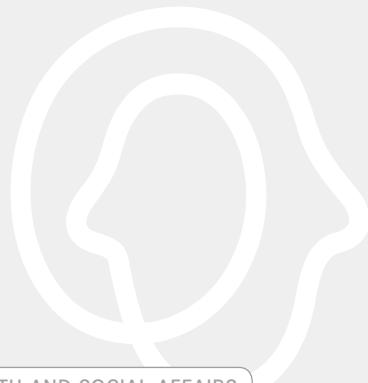
국내외 사례와 현황을 고찰하여 본 연구에서는 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 개선을 위한 개선과제를 인력확보 및 수급 안정(정신건강복지서비스 제공 인력 정책 거버넌스 구축 및 운영, 정신건강복지서비스 제공 인력 범위 확장 및 새로운 역할 도입 고려, 지속가능한 근무환경 조성을 통한 인력 유지 강화), 인력 역량 강화 및 양성(정신건강전문요원 수련제도 개선, 국가 정신건강복지 인력 역량 프레임워크 구축, 체계적인 지속 전문성 개발 지원 시스템 마련), 인력 보호 및 지원(위험상황에서의 인력 안전 보호 강화, 인력 보호와 지원을 위한 근무환경 개선)으로 제안하였다.

주요 용어: 정신건강복지서비스 제공 인력, 인력 확보, 인력 역량 강화, 인력 지원

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제 1 장

## 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법





# 제 1 장 서론

## 제1절 연구의 배경 및 목적

최근 발표되는 국내 정신건강 정책을 살펴보면 정신질환자를 대상으로 한 제한적인 정책이 아닌 전 국민을 대상으로 하는 폭넓은 정신건강으로의 전환 움직임이 뚜렷하게 관찰된다. 가장 최근의 예로, 2023년 12월에 발표된 「정신건강 혁신 방안」에서는 정신건강정책 대전환을 기조로 예방에서 회복에 이르는 전 주기 정신건강 정책을 일상적 마음 돌봄 체계 구축, 정신응급 대응 및 치료체계 재정비, 온전한 회복을 위한 복지서비스 혁신, 인식개선 및 정신건강 정책 추진체계 정비라는 4대 전략으로 제시하고 있다.

실제 정신건강 정책의 대상이 전 국민으로 확장되고 정신건강 정책이 아우르는 영역이 치료 중심에서 예방, 치료, 재활, 회복, 자립에 이르는 스펙트럼으로 확장되면서, 기존 지역사회 정신건강복지서비스 제공 현장에 기대하는 역할들도 많아지기 시작했다. 그 결과, 현재 정신건강복지센터와 자살예방센터에서 하고 있는 업무도 계속 확대되어 온 것이 사실이다(이화영 외, 2022).

6 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

[그림 1-1] 정신건강정책 혁신 방안(2023.12)의 4대 전략과 핵심과제

비전	정신건강정책 대전환 - 예방부터 회복까지 -		
핵심목표	■ '27년까지 100만 명 대상 심리상담서비스 지원 ■ 10년 내 자살률 50% 감축		
4대 전략 및 핵심 과제			
일상적 마음 돌봄 체계 구축		정신응급대응 및 치료체계 재정비	
■ 국민 100만 명에 전문 심리상담 지원 ■ 청년·학생 검진 주기 단축 및 조기 개입 ■ 직업트라우마센터 확대 및 EAP 활성화 ■ 상담전화 109 통합 등 자살 예방 강화		■ 정신응급대응 강화 ■ 입원제도 개선, 수가인상 등 의료질 향상 ■ 외래치료지원제 활성화 ■ 마약치료기관 확충·운영 활성화	
정신건강 서비스이용률		정신의료기관 평균 재원기간	
('21) 12.1% → ('30) 24% (2배 증)		('21) 186.6일 → ('30) 90일 이내 (50% 감)	
온전한 회복을 위한 복지서비스 혁신		인식개선 및 정신건강 정책 추진체계 정비	
■ 모든 지자체에서 정신재활서비스 제공 ■ 일상회복을 위한 고용·주거 지원 ■ 보험차별 해소 등 권리보호 강화		■ 정신질환 편견 해소 대국민 캠페인 ■ 자살예방교육(의무) 1,600만 명 실시 ■ 정신건강정책 혁신위원회 설치·운영	
정신장애인 고용률		“정신질환자 위험” 인식	
('21) 10.9% → ('30) 30% ( '22. 발달장애인 고용 수준)		('21) 59.6% → ('30) 30% (50% 감)	

출처: “정신건강정책 혁신방안”, 관계부처 합동, 2023a, p. 4.

이러한 문제 인식에 따라 보건복지부는 제2차 정신건강복지기본계획이 발표된 이후 광역 및 기초 정신건강복지센터의 역할 및 기능을 정립하기 위한 연구를 수행했고, 그 연구 결과를 바탕으로 현재 정신건강복지센터의 역할은 다음의 표와 같이 정립되었다. 광역 및 기초 정신건강복지센터는 중증정신질환자부터 청년, 중독, 재난 정신건강 지원, 정신건강 위기 대응 사업, 교육, 연구 등 다양한 업무를 수행하고 있다.

〈표 1-1〉 광역 및 기초 정신건강복지센터 주요 업무 비교표

구분	광역		기초	
	사업 영역	세부사업	사업 영역	세부사업
기본사업	광역단위 사업기획 및 운영 업무	<ul style="list-style-type: none"><li>지역 정신건강 연구조사 및 확산</li><li>지역자원 연계 및 협력 체계 구축</li><li>정신질환·정신건강 인식 개선 등 홍보·캠페인</li></ul>	중증 정신질환자 관리사업	<ul style="list-style-type: none"><li>중증정신질환자 조기발견</li><li>중증정신질환자 사례관리</li><li>중증정신질환자 재활지원</li><li>보건복지부 정신질환자 치료비 지원사업</li><li>정신건강심사위원회 업무지원</li></ul>
	기초·중독 센터 지원업무	<ul style="list-style-type: none"><li>직원대상 교육 프로그램 운영 및 센터교육 과정 지원·지역 맞춤 프로그램 기획·개발 및 확산</li><li>센터 평가업무 및 컨설팅 지원</li></ul>		
	지역사회 정신건강 위기대응 사업	<ul style="list-style-type: none"><li>위기개입팀 운영</li><li>정신건강 위기대응 지역 협의체 구성·운영 지원</li><li>정신건강위기상담전화 (1577-0199) 운영</li></ul>	지역사회 정신건강 위기대응 사업	<ul style="list-style-type: none"><li>정신건강 위기개입업무</li><li>정신건강 위기대응 지역협의체 구성·지원</li><li>정신건강위기상담전화 (1577-0199) 운영</li></ul>
	재난정신 건강서비스 지원업무	<ul style="list-style-type: none"><li>광역단위 재난심리지원 업무</li></ul>		
특화사업	<ul style="list-style-type: none"><li>찾아가는 심리지원 사업</li><li>청년 정신건강 조기중재사업</li><li>중독관리 지원사업</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>아동·청소년 정신건강서비스</li><li>청년 정신건강 조기중재사업</li><li>찾아가는 심리지원</li><li>기초단위 재난심리지원업무</li><li>지역사회 정신건강 교육·홍보·협력체계 구축</li><li>중독관리 지원업무</li></ul>	

출처: “2025년 정신건강사업 안내”, 보건복지부, 2024, pp. 69, 82 내용을 연구진이 편집함.

자살예방센터의 경우 제5차 자살예방기본계획(2023-2027)이 발표된 이후 자살예방센터의 업무에 대한 조정이 이루어졌으며, 2025년 자살예방사업안내에 제시된 광역 및 기초 지자체 단위의 자살예방센터에서는 다음의 표에 제시된 업무들을 수행하고 있다. 하지만 자살예방센터가 독립형으로 설치되어있는 지역은 6개 지역에 불과하고 대다수의 광역 및 기초 지자체에서는 정신건강복지센터의 부설이나 전담 혹은 겸임팀의 형

태로 자살예방사업을 수행하고 있다. 자살예방센터 역시 지역 주민 전체를 대상으로 하는 예방 사업과 더불어 자살 고위험군(시도자 및 유족 등)에 대한 사례 관리까지 다양한 업무를 수행하고 있다.

〈표 1-2〉 광역 및 기초 자살예방센터의 주요 업무

광역	기초
<ul style="list-style-type: none"><li>• 자살실태조사 및 심리부검</li><li>• 자살통계 분석 및 정보관리체계 구축</li><li>• 미디어 협력 및 대응</li><li>• 자살예방 협력체계 구축</li><li>• 자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책</li><li>• 자살예방을 위한 홍보 및 캠페인</li><li>• 자살위험 제거(수단 관리)</li><li>• 자살시도자 등에 대한 지원</li><li>• 전문인력의 양성</li><li>• 생명지킴이 양성 및 관리(강사 양성)</li><li>• 지역맞춤형 자살예방 프로그램 개발 및 보급, 효과성 평가</li><li>• 정신건강 선별검사 도구 개발 및 보급</li><li>• 상담, 교육 프로그램의 개발 및 보급</li><li>• 자살 사후관리</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 고위험군 조기발견 및 연계체계 구축</li><li>• 자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책</li><li>• 자살예방을 위한 홍보 및 캠페인</li><li>• 자살위험 제거(수단 관리)</li><li>• 자살시도자 등에 대한 지원</li><li>• 전문인력의 양성</li><li>• 생명지킴이 양성 및 관리</li><li>• 지역맞춤형 자살예방 프로그램 운영</li><li>• 선별검사 및 상담, 치료</li><li>• 자살의·시도자 위기 개입 및 사례관리</li><li>• 자살 유족 서비스</li></ul>

출처: “2025년 자살예방사업 안내”, 보건복지부, 2025, p. 11.

정신건강복지센터와 자살예방센터 외에도 지역사회 기반으로 중독 예방 및 중독자 대상 사례관리 및 회복지원을 하는 중독관리통합지원센터나 중증정신질환자 대상 재활 및 회복 서비스를 제공하는 정신재활시설 인프라 확충의 필요성 역시 지속 강조되고 있는 상황이다(관계부처 합동, 2021).

전 국민을 대상으로 한 정신건강복지서비스로의 전환, 중증정신질환을 벗어나 중독, 자살, 재활 및 회복서비스로의 확장은 단순히 국내에서만 국한된 상황이 아니며, 전 세계적으로 공통적으로 나타나는 추세이다. 이러한 정신건강복지서비스의 확장은 필연적으로 이들 서비스를 제공할 인력에 대한 고민으로 이어질 수밖에 없다. 이후 연구에서 살펴보겠지만,

해외 주요 국가들은 정신건강복지서비스의 확대에 다른 인력 정책을 별도로 수립하기도 하고, 인력을 확보하고 유지하기 위한 다양한 정책들을 추진하고 있기도 하다.

특히 다수의 해외 국가들은 기존 정신과 전문의, 간호, 임상심리, 사회복지와 같은 정신건강 전문인력을 확대하고 유지하는 전략들과 더불어 일정 수준의 교육을 이수한 다양한 인력들을 정신건강복지서비스 제공 인력으로 포함하는 등 인력을 확보하기 위한 다양한 조치를 이행하고 있는 상황이다. 예를 들어 영국은 전 국민 심리상담서비스인 IAPT(Improving Access to Psychological Therapies) 프로그램을 통해 다양한 전공 배경을 가진 인력을 교육하여 심리상담을 제공하고 있으며, 미국 뉴욕주는 정신건강 관련 학위가 없는 종사자에게도 일정 교육과정을 거쳐 ‘준 전문가(Community Mental Health Worker)’ 자격을 부여하는 제도를 2023~2024년 시범 운영 중이다. 또한 호주는 표준화된 교육·훈련 과정을 개발해 지역사회 기반의 다양한 직역이 정신건강복지서비스 제공에 참여하도록 한다.

정신건강복지서비스 제공 인력 정책<sup>1)</sup>은 단순히 서비스의 질을 유지·향상시키기 위한 충분한 인력 확보에 머무는 것이 아니라, 이들 인력이 안정적 환경에서 업무를 수행할 수 있도록 역량 강화와 직무 지원이 병행되는 방식으로 구상 및 운영되어야 한다. 실제로 해외 국가에서는 급여 등 처우 개선, 디브리핑(debriefing), 인력 상담 지원 등 인력을 보호하고, 소진을 방지하기 위한 다양한 조치들이 마련 및 제공되고 있다.

1) 이 연구에서는 정신건강복지서비스 제공 인력 정책이라는 용어를 활용하였음. 국가마다 정신건강 정책을 부르는 이름이 다르며, 이 연구에서는 정신건강복지법에 따라 정신건강복지서비스 제공인력으로 표현을 통일하였음. 다만 표현의 정확성 및 보고서 내 활용의 용이성을 위해 해외의 사례를 고찰한 제3장에서는 정신건강서비스 제공 인력이라는 표현을 활용하였음.

이처럼 해외에서는 다양한 정신건강 인력 정책이 수립 및 운영되고 있는 것에 반해 국내의 인력 정책은 주로 ‘정신건강전문요원 수련제도’에 국한되어 있다. 물론 제2차 정신건강복지기본계획 등 국가 단위 전략을 통해 인력의 보호 및 소진 방지를 위한 정책이 모색되어 왔으나 이는 비교적 최근의 시도들로 정책의 충분성을 담보하기에는 미흡한 실정이다. 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 정책은 여전히 중앙정부 주도의 양성 제도에 의존한 구조를 탈피하지 못하고 있으며, 해외의 정책 변화와 국내의 현장 수요를 충분히 반영하지 못하는 제한점을 지닌다. 특히, 서비스 제공 인력 규모 파악 부재, 직무 환경 개선 미흡, 역량 강화 체계 미흡 등은 향후 전 국민 대상 서비스 제공 체계로 확장하고 전체 정신건강 복지서비스 제공 체계의 질을 강화하는 데 있어 장애요인으로 작용할 수 있다.

따라서 이 연구는 해외 주요국의 정신건강 인력 정책을 심층 분석하고, 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 및 인력 운용 실태의 현황과 문제점을 종합적으로 검토하여 국내 실정에 적합한 정책 개선 과제를 도출하고자 한다.

보다 구체적으로 첫째, 이 연구에서는 해외 주요국의 정신건강 인력 범위와 현황, 인력 정책을 분석하여 국내 정책 개선에 참고할 수 있는 시사점을 도출하고자 하였다. 둘째, 이 연구에서는 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 현황과 문제점을 인력 확보, 역량 강화, 보호·지원 체계 구축 차원에서 다각도로 분석하고자 하였다. 마지막으로, 국내외 정신건강복지서비스 제공 인력 현황과 정책을 비교 검토하여 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 정책에서의 개선 과제를 도출하여 제시하는 데 목적을 두었다.

## 제2절 연구의 내용 및 방법

### 1. 연구 내용

이 연구는 크게 해외 정책 분석과 국내 현황 및 문제점 분석 그리고 이를 토대로 한 정책 개선 과제 도출로 구성된다. 첫째, 이 연구의 제2장에서는 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 현황과 국가 단위 정신건강복지 정책에서 제시된 인력 정책을 정리하여 제시하였다. 둘째, 이 연구의 제3장에서는 호주, 캐나다, 영국, 독일, 미국, 일본의 정신건강서비스 제공 인력의 개념과 범위, 각국에서 시행 중인 정신건강서비스 제공 인력 확충과 역량 강화 정책을 사례 중심으로 검토하였다. 셋째, 이 연구의 제4장에서는 정신건강복지서비스 제공 현장의 인력들을 대상으로 수행한 온라인 설문조사와 질적 면담 내용을 분석하여 정신건강복지서비스 제공 현장에서의 인력 운용 실태, 직무환경, 현장의 요구 사항으로 수집하여 제시하였다. 마지막으로 이 연구의 제5장에서는 국내외 사례 고찰과 분석 결과들을 바탕으로 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 개선 과제를 도출하여 제시하였다. 개선과제는 크게 인력 확보 및 수급, 인력 양성 및 역량 강화, 인력 보호 및 지원 차원에서 제안하였다.

### 2. 연구 방법

이 연구의 앞서 제시한 연구 목적과 연구 내용을 수행하기 위해 선행연구 고찰, 현지 방문조사, 정신건강복지서비스 제공 현장의 인력 대상 질적면담조사와 온라인 조사, 전문가 및 이해관계자 대상 대면 및 비대면 자문회의의 과정을 활용하였다. 우선 국내외 정신건강복지 인력 현황, 정책

및 전략 등을 파악하기 위해 국내외 선행연구 고찰을 진행하였으며, 이를 위해 각국의 관련 부처 및 조직과 기관의 홈페이지, 법제도, 정신건강 현황 통계 관련 보건복지부 및 국립정신건강센터 등에서 발간하는 2차 자료 등 다양한 출처를 검토하였다.

그리고 정신건강복지서비스 제공 현장을 보다 심층적으로 이해하기 위해 정신건강복지서비스 제공 인력 대상 질적면담조사를 실시하였다. 국내에서는 정신건강복지센터, 정신재활시설, 정신요양시설, 중독관리통합지원센터 등 주요 서비스 제공기관의 인력(정신건강전문요원, 비전문요원, 수련생)을 면담하여 인력 운영 구조와 직무 환경을 살펴보았으며, 시설장 및 센터장 등 중간관리자와의 면담을 통해 인력 운용 과정에서의 애로사항과 개선 요구를 수집하였다.

〈표 1-3〉 질적 면담 조사의 주요 질문

구분	주요 질문 내용
공통	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기관 소개</li> <li>• 정신건강복지서비스 관련 업무 경력 및 현재 업무</li> <li>• 인력의 역량 강화 지원 현황 및 필요 사항</li> <li>• 인력의 소진 방지 지원</li> </ul>
시설장, 센터장 등 중간관리자	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기관의 인력 운용 현황 및 문제점               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강전문요원 인력의 구성</li> <li>- 인력의 충분성 및 채용 용이성, 고용 안정성</li> <li>- 인력의 선호 및 비선호 업무</li> </ul> </li> <li>• 정신건강전문요원 및 비전문요원의 수행 역할 차이</li> <li>• 인력 규모 확대를 위한 정책적 조치 등</li> </ul>
정신건강전문요원 및 비전문요원, 수련생	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 업무에 대한 인식               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 업무의 숙련도, 업무 수행 시 어려움</li> <li>- 선호 및 비선호 업무 등</li> </ul> </li> </ul>

출처: 연구진이 작성함.

대상자 모집은 눈덩이 표집 방식으로 진행되었으며, 연구진이 비대면 방식을 활용하여 초점집단인터뷰 방식으로 면담이 진행되었다. 기관의



유형과 지역을 고려하여 최대한 다양한 기관 특성이 반영되도록 참여자를 구성하였으며, 총 16명의 중간관리자, 14명의 정신건강전문요원, 17명의 비전문요원(수련생 포함)을 포함하여 최종 47명에 대한 면담을 수행하였다. 참여자의 수요 및 특성을 고려하여 2~6인의 집단 면담을 실시하였으며, 참여 상황에 따라 개별 면담을 진행한 경우도 있었다.

〈표 1-4〉 질적 면담 참여자 구성

번호	참여자 ID	구성(명)
1	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 A	중간 관리자 (16)
2	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 B	
3	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 C	
4	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 D	
5	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 E	
6	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 G	
7	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 H	
8	정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 I	
9	정신재활시설장 A	
10	정신재활시설장 B	
11	정신요양시설장 A	
12	정신요양시설장 B	
13	정신의료기관 중간관리자 A	
14	정신의료기관 중간관리자 B	
15	심리상담센터장 A	
16	심리상담센터장 B	
17	전문요원 A	전문 요원 (14)
18	전문요원 B	
19	전문요원 C	
20	전문요원 D	
21	전문요원 E	

14 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

번호	참여자 ID	구성(명)
22	전문요원 F	
23	전문요원 G	
24	전문요원 H	
25	전문요원 I	
26	전문요원 J	
27	전문요원 K	
28	전문요원 L	
29	전문요원 M	
30	전문요원 N	
31	비전문요원(수련생 포함) A	비전문 요원 (수련생 포함) (17)
32	비전문요원(수련생 포함) B	
33	비전문요원(수련생 포함) C	
34	비전문요원(수련생 포함) D	
35	비전문요원(수련생 포함) E	
36	비전문요원(수련생 포함) F	
37	비전문요원(수련생 포함) G	
38	비전문요원(수련생 포함) H	
39	비전문요원(수련생 포함) I	
40	비전문요원(수련생 포함) J	
41	비전문요원(수련생 포함) K	
42	비전문요원(수련생 포함) L	
43	비전문요원(수련생 포함) M	
44	비전문요원(수련생 포함) N	
45	비전문요원(수련생 포함) O	
46	비전문요원(수련생 포함) P	
47	비전문요원(수련생 포함) Q	

출처: 연구진이 작성함.

면담은 8월 28일부터 9월 17일까지 비대면 온라인 방식으로 진행하였  
다. 또한 구조화된 질문지(부록 3 참고)를 통해 실제 현장에서의 경험을

파악하는 방식으로 실시되었다. 면담 이후 작성된 녹취록을 바탕으로 질적 내용분석(Qualitative content analysis) 방법(Mayring, 2004, pp. 266-269)을 활용하여 연구진 2인이 면담 내용을 분석하였다. 질적면담에 참여한 정신건강복지서비스 제공 인력의 목소리를 보고서에 인용 구문으로 표기하여 제시하였다.

또한 온라인 설문조사를 통해 폭넓은 현장 의견을 수렴하였다. 정신건강복지센터협회, 중독관리통합지원센터협회, 정신재활시설협회, 정신요양시설협회 등의 협조로 170명의 시설장/센터장 등 중간관리자 명단을 수집하였다. 설문조사는 전문조사업체를 통해 웹 설문을 구축하여 2025년 9월 23일부터 10월 2일까지 진행하였다. 설문을 통해 기관 내 정신건강복지서비스 제공 인력의 규모, 전문요원 보유율, 수련제도 참여 여부, 직무 환경 그리고 정책 개선 과제에 대한 인식을 조사하였다.

〈표 1-5〉 온라인 설문조사의 조사 내용

구분	조사 내용
인력 운용 경험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인력의 충분성, 이직률, 인력의 근속 연수</li> <li>• 신규 인력 채용의 용이성</li> <li>• 고용 안정성</li> <li>• 선호 및 비선호 업무</li> <li>• 정신건강전문요원과 비전문요원 간의 역할 구분</li> <li>• 인력 확대를 위해 필요한 정책적 조치 등</li> </ul>
인력의 역량 및 교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 신규인력 대상의 교육 및 훈련, 수퍼비전 체계</li> <li>• 강화가 필요한 역량, 중간관리자에게 가장 중요한 역량</li> <li>• 교육 훈련 기회의 충분성, 지원 형태</li> </ul>
인력 보호 및 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인력의 소진 수준 및 지원 현황</li> <li>• 인력 보호 조치</li> <li>• 수당 및 비용 지원 사항</li> </ul>
일반적 특성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기관 유형, 전체 인력 수, 전문요원 수련과정 운영, 동료 지원인 양성과정 운영 등</li> </ul>

출처: 연구진이 작성함.

최종 155명의 중간관리자가 조사에 참여하였으며, 참여자의 특성은 아래 <표 1-6>과 같다.

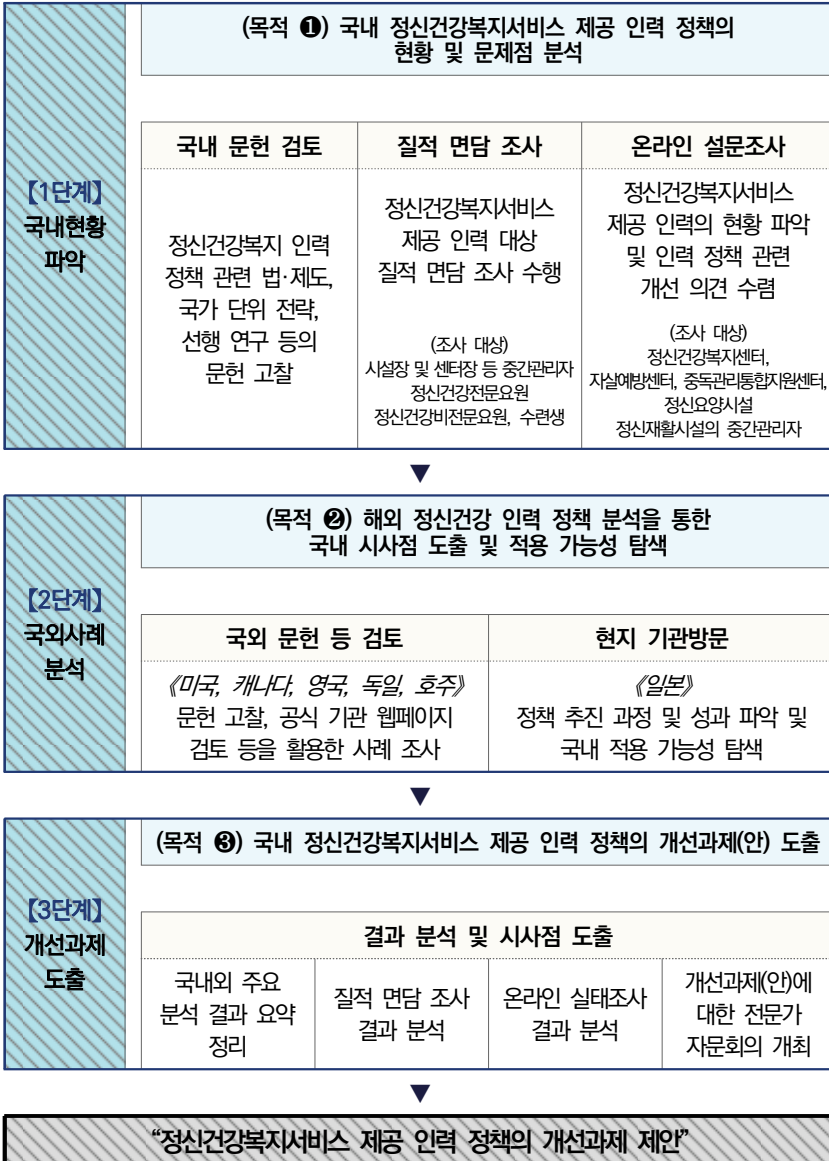
<표 1-6> 온라인 설문조사 참여자 특성

구분				명	%
전체				155	100.0
기관 유형	정신건강 복지센터	기초		37	23.9
		광역		6	3.9
	자살예방 센터	독립형		6	3.9
		부설형		2	1.3
	중독관리통합지원센터			29	18.7
	정신재활 시설	입소 유형 시설	생활시설	6	3.9
			공동생활가정	13	8.4
			종합시설	5	3.2
			지역사회전환시설	3	1.9
		이용 유형 시설	주간재활시설	15	9.7
			직업재활시설	5	3.2
			아동·청소년 정신건강지원시설	3	1.9
			중독자재활시설	3	1.9
	정신요양시설			22	14.2
지역	대도시			87	56.1
	중소도시			42	27.1
	농어촌			26	16.8

출처: 연구진이 작성함.

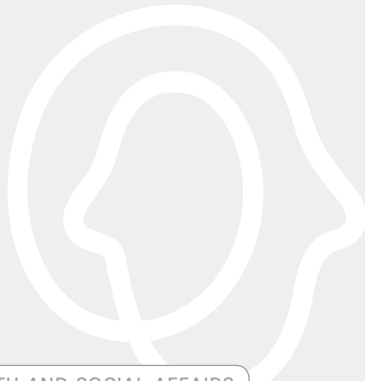
마지막으로, 연구의 전 과정에서 자문회의를 수시로 개최하여, 연구 방향과 결과물의 품질을 지속적으로 점검하고 현장성과 실효성을 높이고자 하였다.

[그림 1-2] 연구 수행 체계



출처: 연구진이 작성함.





## 제2장

### 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 규모와 정책 현황

제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 규모

제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 고찰

제3절 소결





## 제2장      국내 정신건강복지서비스 제공 인력 규모와 정책 현황

### 제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 규모

이 절에서는 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 규모의 현황을 파악하고자 하였다. 정신건강복지서비스의 범위가 광범위하듯, 정신건강복지서비스가 제공되는 다양한 기관에서 서비스를 제공하는 인력도 다양하다. 이 절에서는 정신건강복지서비스의 법적 근거가 되는 정신건강복지법에서 규정하는 정신건강전문요원의 규모와 더불어, 2024년 7월부터 시작된 공공의 재원이 투입되지만 민간의 기관에서 서비스가 제공되는 전국민 마음투자 지원사업의 제공 인력을 포함하여 규모를 파악하여 제시하였다.

#### 1. 정신건강전문요원의 규모

1995년 정신보건법 제정 이후 격리 및 입원 중심의 정신질환자 관리가 아닌 지역사회 내에서의 재활 및 사회복귀, 회복을 도모하는 방식으로 정책이 변화하였다. 따라서 지역사회 내 정신보건 정책(높은 자살사망률에 대한 대응 필요성, 생애주기별 인구집단이 경험하는 정신건강 문제에 대한 대응, 알코올 및 약물, 도박 등 중독문제에 대한 대응)을 시행할 전문인력 양성의 필요성이 대두되었다(전진아 외, 2022, p. 3). 이에 정신건강 전문인력 양성제도인 정신건강 전문요원 수련제도가 1997년 3월 도입되어 현재까지 시행 중이다(전진아 외, 2022, p. 4).

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법) 제17조(정신건강전문요원의 자격 등) 및 동법 시행령 제12조(정신건강전문요원의 업무범위 및 자격기준 등)에 따르면, 정신건강전문요원을 구성하는 직역은 현재 4가지(정신건강임상심리사, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강작업치료사)로, 전문요원의 역할은 ‘공통 업무’와 더불어 각 직역의 특수성을 반영하는 ‘개별 업무’로 구분되어 있다. 이러한 특성에 따라 수련제도 또한 정신건강전문요원이라면 필수적으로 해야 하는 공통 업무에 대한 수련뿐 아니라 직역의 특수성에 맞춘 수련도 필요로 하고 있다(전진아 외, 2022, p. 4). 정신건강복지법 개정 제3조에 의하면 정신건강전문요원은 “정신건강 관련 교육상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업”을 충실히 수행할 수 있어야 한다고 강조하고 있다.

〈표 2-1〉 정신건강전문요원의 자격, 업무범위 및 자격 기준

법령	내용
정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	<b>제17조(정신건강전문요원의 자격 등)</b> ① 보건복지부장관은 정신건강 분야에 관한 전문지식과 기술을 갖추고 보건복지부령으로 정하는 수련기관에서 수련을 받은 사람에게 정신건강전문요원의 자격을 줄 수 있다. ② 제1항에 따른 정신건강전문요원(이하 “정신건강전문요원”이라 한다)은 그 전문분야에 따라 정신건강임상심리사, 정신건강간호사, 정신건강 사회복지사 및 정신건강작업치료사로 구분한다. <개정 2020. 4. 7.> ③ 보건복지부장관은 정신건강전문요원의 자질을 향상시키기 위하여 보수교육을 실시할 수 있다. ④ 보건복지부장관은 제3항에 따른 보수교육을 국립정신병원, 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 대통령령으로 정하는 전문기관에 위탁할 수 있다. ⑤ 정신건강전문요원은 다른 사람에게 자기의 명의를 사용하여 정신건강 전문요원의 업무를 수행하게 하거나 정신건강전문요원 자격증을 빌려주어서는 아니 된다. <신설 2019. 4. 23.> ⑥ 누구든지 정신건강전문요원 자격을 취득하지 아니하고 그 명의를 사용하거나 자격증을 대여받아서는 아니 되며, 명의의 사용이나 자격증의 대여를 알선하여서도 아니 된다. <신설 2019. 4. 23.> ⑦ 보건복지부장관은 정신건강전문요원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 자격을 취소하거나 6개월 이내의 기간을 정하여 자격의 정지를 명할 수 있다. 다만, 제1호 또는 제2호에 해당하면 그 자격을 취소하여야 한다. <개정 2019. 4. 23.> 1. 자격을 받은 후 제18조 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우 2. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 자격을 받은 경우 3. 제5항을 위반하여 다른 사람에게 자기의 명의를 사용하여 정신건강 전문요원의 업무를 수행하게 하거나 정신건강전문요원 자격증을 빌려준 경우 4. 고의 또는 중대한 과실로 제8항에 따라 대통령령으로 정하는 업무의 수행에 중대한 지장이 발생하게 된 경우 ⑧ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 정신건강전문요원 업무의 범위, 자격·등급에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정하고, 수련과정 및 보수교육과 정신건강전문요원에 대한 자격증의 발급 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2019. 4. 23.>

## 24 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

법령	내용																												
정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령	<b>제12조(정신건강전문요원의 업무범위 및 자격기준 등)</b> ① 정신건강전문요원은 1급과 2급으로 구분하며, 등급별 자격기준은 〈표〉와 같다.																												
	〈표〉 정신건강전문요원의 자격취득 기준																												
	<table><tr><th>종류 등급</th><th>임상심리</th><th>간호</th><th>사회복지</th><th>작업치료</th></tr><tr><td>1급</td><td>심리학 석사 이상 (임상심리관련 과목 이수)+ 수련 3년 이상</td><td>간호사+ 간호학석사 이상+수련 3년 이상</td><td>사회복지학/ 사회사업학 석사 이상+수련 3년 이상</td><td>작업치료사+ 작업치료학 석사 이상+ 수련 3년 이상</td></tr><tr><td colspan="5">* 2급 자격취득 수련 기간 미포함</td></tr><tr><td>2급+5년 이상 경력</td><td>2급+5년 이상 경력</td><td>2급+5년 이상 경력</td><td>2급+5년 이상 경력</td></tr><tr><td colspan="5">* 정신건강증진시설, 보건소 또는 국가나 지방자치단체로부터 지역사회 정신건강증진사업 등을 위탁받은 기관이나 단체에 서의 경력</td></tr><tr><td>임상심리사 1급+수련 3년 이상</td><td>2급+간호대학 5년 이상 정신간호 분야의 조교수 이상</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>	종류 등급	임상심리	간호	사회복지	작업치료	1급	심리학 석사 이상 (임상심리관련 과목 이수)+ 수련 3년 이상	간호사+ 간호학석사 이상+수련 3년 이상	사회복지학/ 사회사업학 석사 이상+수련 3년 이상	작업치료사+ 작업치료학 석사 이상+ 수련 3년 이상	* 2급 자격취득 수련 기간 미포함					2급+5년 이상 경력	2급+5년 이상 경력	2급+5년 이상 경력	2급+5년 이상 경력	* 정신건강증진시설, 보건소 또는 국가나 지방자치단체로부터 지역사회 정신건강증진사업 등을 위탁받은 기관이나 단체에 서의 경력					임상심리사 1급+수련 3년 이상	2급+간호대학 5년 이상 정신간호 분야의 조교수 이상	-	-
	종류 등급	임상심리	간호	사회복지	작업치료																								
	1급	심리학 석사 이상 (임상심리관련 과목 이수)+ 수련 3년 이상	간호사+ 간호학석사 이상+수련 3년 이상	사회복지학/ 사회사업학 석사 이상+수련 3년 이상	작업치료사+ 작업치료학 석사 이상+ 수련 3년 이상																								
	* 2급 자격취득 수련 기간 미포함																												
	2급+5년 이상 경력	2급+5년 이상 경력	2급+5년 이상 경력	2급+5년 이상 경력																									
	* 정신건강증진시설, 보건소 또는 국가나 지방자치단체로부터 지역사회 정신건강증진사업 등을 위탁받은 기관이나 단체에 서의 경력																												
	임상심리사 1급+수련 3년 이상	2급+간호대학 5년 이상 정신간호 분야의 조교수 이상	-	-																									
	2급	1. 심리학 학사 이상(임상 심리 관련 과목 이수)+ 수련 1년 이상  2. 임상심리사 2급+수련 1년 이상	1. 간호사+ 수련 1년 이상  2. 정신전문 간호사	사회복지사 1급+수련 1년 이상	작업치료사+수 련 1년 이상																								
공통	수련기관의 수련성과 평가(실습평가, 학습평가)																												
자료: 정신건강복지법 시행령 제12조 제1항 [별표 1]																													
② 정신건강전문요원의 업무범위는 별표 2와 같다. [별표 2] 정신건강전문요원의 업무범위 (제12조 제2항 관련) <개정 2022. 4. 5.>																													
1. 공통 업무																													
가. 정신재활시설의 운영																													
나. 정신질환자들의 재활훈련, 생활훈련 및 작업훈련의 실시 및 지도																													

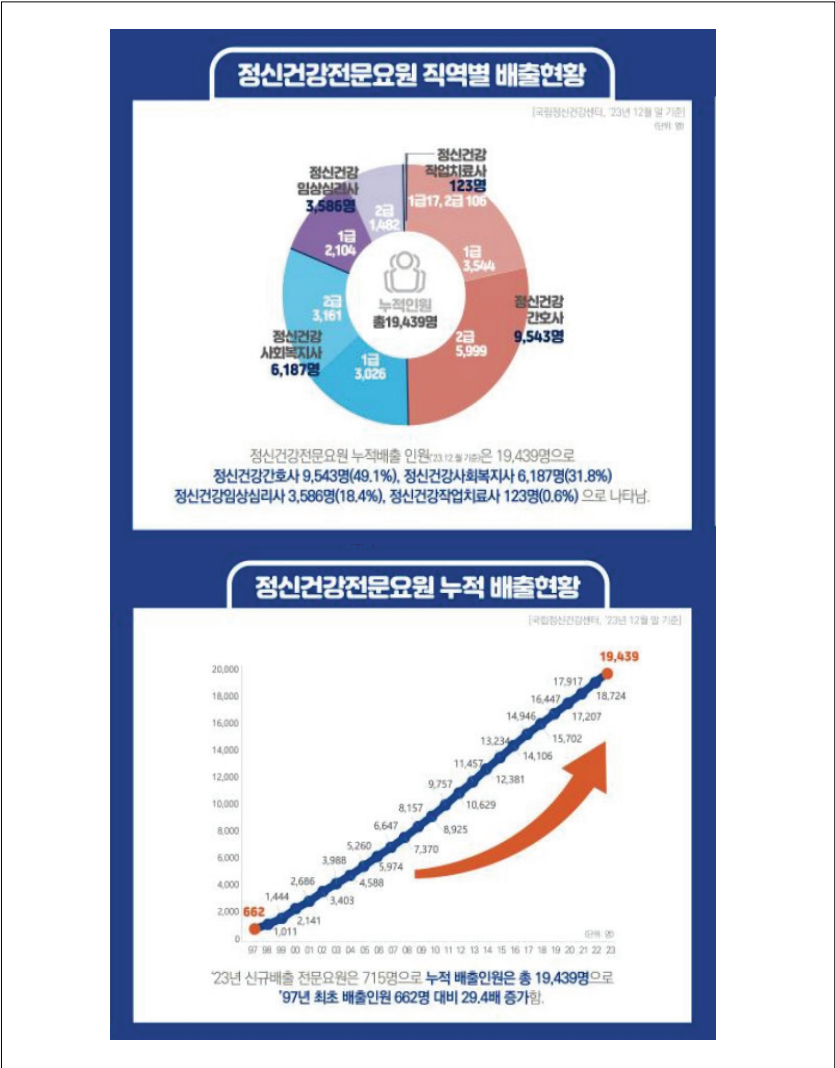
법령	내용
	<p>다. 정신질환자등과 그 가족의 권익보장을 위한 활동 지원</p> <p>라. 법 제44조제1항에 따른 진단 및 보호의 신청</p> <p>마. 정신질환자등에 대한 개인별 지원계획의 수립 및 지원</p> <p>바. 정신질환 예방 및 정신건강복지에 관한 조사·연구</p> <p>사. 정신질환자등의 사회적응 및 재활을 위한 활동</p> <p>아. 정신건강증진사업등의 사업 수행 및 교육</p> <p>자. 그 밖에 가목부터 아목까지의 규정에 준하는 사항으로 보건복지부장관이 정하는 정신건강증진 활동</p> <p>2. 개별 업무</p> <p>가. 정신건강임상심리사</p> <p>1) 정신질환자등에 대한 심리 평가 및 심리 교육</p> <p>2) 정신질환자등과 그 가족에 대한 심리 상담 및 심리 안정을 위한 서비스 지원</p> <p>나. 정신건강간호사</p> <p>1) 정신질환자등의 간호 필요성에 대한 관찰, 자료수집, 간호 활동</p> <p>2) 정신질환자등과 그 가족에 대한 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행</p> <p>다. 정신건강사회복지사</p> <p>1) 정신질환자등에 대한 사회서비스 지원 등에 대한 조사</p> <p>2) 정신질환자등과 그 가족에 대한 사회복지서비스 지원에 대한 상담·안내</p> <p>라. 정신건강작업치료사</p> <p>1) 정신질환자등에 대한 작업 수행 평가, 정신질환자등의 신체적·정신적 기능 향상을 위한 작업치료</p> <p>2) 정신질환자등과 그 가족에 대한 작업치료 교육과 작업치료 서비스 기획·수행</p>

출처: 1) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 법률 제20511호(2024).  
 2) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령, 대통령령 제35597호(2025).

이들 정신건강전문요원은 정신건강복지법에서 규정하는 수련제도를 통해 양성되고 있는데, 현재까지 배출된 정신건강전문요원의 누적 배출 수를 보면, 2023년 12월 말 기준 총 19,439명이며(국립정신건강센터, 2024a), 전국에 지정된 수련기관 수는 314개로(국립정신건강센터, 2024b) 정신건강전문요원 제도가 처음 도입된 1997년 이후 지속적인 양적 성장을 보여주고 있다(전진아 외, 2022, p. 14).

26 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

[그림 2-1] 정신건강전문요원 배출 현황



출처: “정신건강전문요원 현황”, 국립정신건강센터, 2024a,  
[https://www.ncmh.go.kr/ncmh/board/openDataPoplView.do?menu\\_cd=07\\_02&no=165&board\\_id=ncmh\\_OPEN\\_BOARD\\_DATA#](https://www.ncmh.go.kr/ncmh/board/openDataPoplView.do?menu_cd=07_02&no=165&board_id=ncmh_OPEN_BOARD_DATA#)에서 2025.07.09. 인출함.

## 2. 정신건강복지서비스 제공 인력 규모

앞서 살펴본 정신건강전문요원과 더불어 정신건강복지서비스가 제공되는 다양한 현장에서는 다양한 인력이 서비스 제공 과정에 참여하고 있다. 국가정신건강현황 보고서 2023(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2024)에 의하면, 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설 등 정신건강증진시설과 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 정신재활시설 등 지역사회 재활기관을 포함한 정신건강 관련 기관에 종사하는 상근 인력은 2023년 12월 기준 31,241명으로, 인구 10만 명당 60.4명이었으며, 이 중 정신건강전문인력(정신건강의학과 전문의, 정신건강전문요원 자격소지자)은 10,500명으로 상근인력의 33.6%였다(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2024, pp. 48-49).

〈표 2-2〉 정신건강 관련 기관에서 근무하는 상근인력 및 전문인력 수

시도	상근인력 총계 (T)	전문인력 계 (S)	상근인력 대비 전문인력 비율(%) (S/T)	인구 10만 명당 인력 수	
				상근인력 수 (T/인구수)* 10 <sup>5</sup>	전문인력 수 (S/인구수)* 10 <sup>5</sup>
전국	31,241	10,500	33.6	60.4	20.3
서울	5,274	2,380	45.1	56.1	25.3
부산	2,342	776	33.1	71.3	23.6
대구	1,671	533	31.9	70.8	22.6
인천	1,671	470	28.1	55.5	15.6
광주	1,091	394	36.1	74.6	26.9
대전	982	341	34.7	66.6	23.1
울산	510	164	32.2	46.1	14.8
세종	185	63	34.1	47.8	16.3
경기	6,669	2,371	35.6	48.4	17.2
강원	883	253	28.7	57.9	16.6
충북	1,095	276	25.2	67.3	17.0
충남	1,676	498	29.7	76.0	22.6
전북	1,315	447	34.0	74.4	25.3
전남	1,354	380	28.1	76.6	21.5
경북	1,857	438	23.6	71.1	16.8
경남	2,284	589	25.8	69.9	18.0
제주	382	127	33.2	56.5	18.8

주: 1) 정신건강 관련 기관이란 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설 등 정신건강증진시설과 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 정신재활시설 등 지역사회 재활기관을 의미함.

2) 전문인력이란 정신건강의학과 전문의, 정신건강전문요원 자격소지자를 의미함.

출처: “국가 정신건강현황보고서 2023”, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2024, p. 49.

또한 이들 정신건강 관련 기관에서 제공하는 정신건강복지서비스 외 정부는 우울·불안 등 정서적 어려움을 겪는 국민을 대상으로 대화 기반의 전문 심리 상담 서비스를 제공하여 국민의 마음건강 돌봄, 자살 예방 및 정신질환 조기발견을 도모하기 위해 2024년 7월부터 바우처 사업인 전국민 마음투자 지원사업을 시작하였다. 이 사업을 통해 기존 공공기관을



통한 정신건강복지서비스 외에 민간 심리상담기관을 활용한 서비스가 제공되고 있다. 전국민 마음투자 지원사업의 제공 인력은 다음의 표와 같이 1급과 2급 인력으로 구분되며, 급별 국가자격과 민간자격을 소지한 인력이 서비스를 제공할 수 있도록 규정하고 있다.<sup>1)</sup>

이를 보면 위에서 언급한 정신건강전문요원 1, 2급 소지자 이외에도 국가자격으로는 청소년 상담사(1, 2급), 전문상담교사(1, 2급), 임상심리사 1급 및 민간자격으로는 임상심리전문가, 상담심리사(1, 2급), 전문상담사(1, 2급) 소지자에게 서비스 제공을 할 수 있도록 하고 있다. 전국민 마음투자 지원사업에 참여하는 인력은 2025년 4월 기준 총 6,770명으로 나타나는 반면, 세부 자격기준 유형별 규모는 파악되지 않고 있는 상황이다(안지호, 2025. 4. 17.).

〈표 2-3〉 서비스 제공인력의 자격기준

구분	자격기준	
1급	국가자격	정신건강전문요원 1급(「정신건강복지법」) 청소년상담사 1급(「청소년 기본법」) 전문상담교사 1급(「초·중등교육법」)
	민간자격 <sup>2)</sup>	임상심리전문가(한국심리학회) 상담심리사 1급(한국상담심리학회) 전문상담사 1급(한국상담학회)
2급	국가자격	정신건강전문요원 2급 청소년상담사 2급 전문상담교사 2급 임상심리사 1급(「국가기술자격법」)
	민간자격 <sup>3)</sup>	상담심리사 2급(한국상담심리학회/한국심리학회), 전문상담사 2급(한국상담학회)

출처: “전국민 마음투자 지원사업 모니터링 및 질관리 방안 연구”, 전진아 외, 2025, p. 38.

1) 각 자격유형별 자격 운영 현황은 부록 참고.

2) 보건복지부장관이 인정하는 심리상담분야 전문가로서 상담분야를 전공(심리·상담학과 등)한 석사 또는 박사 학위소지자가 다음 중 하나의 수련요건을 충족하는 경우로 (가) 석사 취득 후 심리상담 수련시간이 최소 2,000시간 이상, (나) 박사 취득 후 심리상담 수련시간이 최소 1,000시간 이상

3) 보건복지부장관이 인정하는 심리상담분야 전문가로서 상담분야를 전공(심리·상담학과 등)한 학사 또는 석사 학위소지자가 최소 1,000시간 이상 심리상담 수련시간을 충족하는 경우

## 제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 고찰

이 절에서는 정신건강복지서비스 제공 인력에 대한 국내 정책을 고찰한 내용을 담고 있다. 정신건강복지서비스 제공 인력에 대한 국내 정책은 인력 양성, 인력 역량 강화, 인력 보호 및 지원과 관련한 정책으로 구분하여 살펴보았다. 이 중 인력 양성과 관련한 정책은 정신건강복지법에 따라 진행 중인 정신건강전문요원 양성 정책을 중심으로 살펴보았다. 또한, 인력 역량 강화 및 인력 보호와 지원 관련 정책의 경우 정신건강복지법 및 국가 단위 전략에 따라 정신건강전문요원을 포함하여 정신건강복지서비스 제공기관의 서비스 제공 인력 모두를 대상으로 진행되는 측면을 고려하여 포괄적으로 고찰하였다.

### 1. 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 정책

앞서 살펴본 것처럼 정신건강전문요원은 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 개정 제3조에 따라 “정신건강 관련 교육상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선 등을 통하여 국민의 정신건강을 증진시키는 사업”을 충실히 수행할 수 있어야 한다. 따라서 이들 인력을 양성하는 정신건강전문요원 수련제도는 수련생들이 정신건강전문요원으로서의 역량을 강화하고 전문가로서의 자질을 충분히 갖추도록 하는데 목적을 두고 있다(전진아 외, 2022).

정신건강 전문인력 양성에 대한 관심은 1995년 정신보건법 제정 이후 지속되어왔으며, 전문인력 양성 제도인 정신건강전문요원 수련제도는 1997년 3월에 도입되어 현재까지 진행 중이다. 정신건강전문요원 수련제도는 3개의 직역(정신건강임상심리사, 정신건강간호사, 정신건강사회

복지사) 중 정신건강임상심리사 1급과 정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사 각각의 2급 과정을 운영 중이며, 2022년 정신건강복지법 개정 이후 2023년부터 정신건강작업치료사 2급과정이 추가 개설되어 진행 중이며, 매해 약 600~800명 정도의 정신건강전문요원이 수련 과정에 참여하고 있는 상황이다(전진아 외, 2022). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙의 제7조 제2항에 따라 수련과정에 참여한 수련생은 1년 1,000시간의 수련 과정을 이수하게 되며, 이론과 실습수업 완료 후 평가 과정을 거쳐 정신건강전문요원 자격을 획득하게 된다.

정신건강전문요원 수련제도 역시 정신건강복지법에 법적 근거를 두고 있으며, 정신건강복지법 제17조, 동법 시행령 제12조와 제13조, 동법 시행규칙 제7조의 법적 근거를 가지고 운영되고 있다. 앞서 살펴본 것처럼 정신건강전문요원의 역할은 공통 업무와 더불어 각 지역의 특수성을 반영하는 업무로 구분되어 있으며, 이러한 특성에 따라 수련제도 또한 정신건강전문요원이라면 필수적으로 해야 하는 공통 업무에 대한 수련뿐 아니라 지역의 특수성에 맞춘 수련과정을 운영하고 있다.

그동안 정신건강전문요원 수련제도 운영과 관련하여 정신건강전문요원 수련과정의 양적 성장 및 결과에 비해 정신건강전문요원을 양성하는 수련기관의 질 관리에 대한 문제점들이 지속 제기됨에 따라(한국정신건강사회복지사협회, 2021; 전진아 외, 2022), 정부는 수련기관의 지정 및 평가, 지정 취소 등에 관한 사항이 담긴 내용으로 정신건강복지법을 개정(제17조의 2~4)하였으며, 개정된 사항에 의한 조치는 2026년 1월부터 시행될 예정이다. 이번 개정의 일차적 목표는 수련기관의 교육 역량을 강화하고, 수련생의 인권 및 교육을 보호하여 전반적 수련 과정의 질을 높이는 데 있으며, 더 나아가 정신건강전문요원의 전문성과 정신건강복지서비스 전반의 수준을 향상하는 데 있는 것으로 보인다.

〈표 2-4〉 수련기관 지정, 평가, 지정 취소에 관한 정신건강복지법 개정 내용

**제17조의2(수련기관의 지정)**

① 보건복지부장관은 정신건강전문요원의 수련을 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설이나 기관을 수련기관(이하 “수련기관”이라 한다)으로 지정할 수 있다.

1. 국립 또는 공립의 정신의료기관
  2. 「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률」 제13조제1항에 따라 수련병원등으로 지정된 정신의료기관
  3. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 요건을 갖춘 정신요양시설, 정신재활시설, 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조제1항에 따른 자살예방센터, 보건소 또는 정신의료기관(제1호 및 제2호 외의 정신의료기관 중 입원실의 100분의 10 이상을 개방병동으로 확보한 정신의료기관만 해당한다)
    - 가. 정신건강전문요원 중 수련시키고자 하는 전문분야의 1급 정신건강전문요원 1명 이상이 상시 근무할 것
    - 나. 정신건강전문요원 중 수련시키고자 하는 전문분야의 2급 정신건강전문요원 3명 이상이 상시 근무할 것. 다만, 해당 수련을 지도할 수 있는 1급 정신건강전문요원을 1명 이상 위촉하여야 한다.
  4. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 요건을 갖춘 시설이나 기관
- ② 제1항에 따른 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

**제17조의3(수련기관 평가)**

- ① 보건복지부장관은 수련기관에 대하여 정기적으로 평가(이하 “수련기관평가”라 한다)를 실시하고, 그 결과를 공개하여야 한다.
- ② 보건복지부장관은 수련기관평가를 위하여 수련기관의 장에게 필요한 자료의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 수련기관의 장은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 수련기관평가 결과가 우수한 수련기관에 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 수련기관평가에 관한 업무를 대통령령으로 정하는 전문기관에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 제1항에 따른 수련기관평가 기준·방법·주기 및 수련기관평가 결과의 공개 절차·방법과 제4항에 따른 위탁 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

**제17조의4(수련기관 지정취소 등)**

- ① 보건복지부장관은 수련기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 기간을 정하여 시정을 명할 수 있다.
  1. 정당한 사유 없이 1년 이상 수련과정을 운영하지 아니한 경우
  2. 제17조의2제1항에 따른 수련기관 지정요건을 갖추지 못하게 된 경우
  3. 수련기관평가를 실시한 결과 수련실적 및 수련내용이 현저히 부실한 경우
- ② 보건복지부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 수련기관 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 지정을 취소하여야 한다.
  1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
  2. 수련기관에서 지정취소를 요청하는 경우
  3. 정당한 사유 없이 제1항에 따른 시정명령을 2회 이상 이행하지 아니한 경우
  4. 그 밖에 수련기관의 지위를 유지할 수 없다고 인정되는 경우로서 보건복지부령으로 정하는 경우
- ③ 제2항에 따른 지정취소 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

출처: 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 법률 제20511호(2024).

정신건강전문요원 2급 자격을 취득한 후 전문요원은 다음의 표에서 제시된 경력인정기관에서 5년 이상의 근무 경력을 가지는 경우, 1급 전문요원으로 승급이 가능하다. 현재 정신건강전문요원 승급경력은 ‘국가나 지방자치단체로부터 정신건강증진 사업을 위탁받는 기관이나 단체에서 근무한 경력’으로 2022년 기준 정신건강증진 기관 및 시설, 보건소, 트라우마센터 등 총 44개 유형에서의 근무 경험이 인정될 수 있으며(보건복지부, 국립정신건강센터, 2025), 경력 인정기관의 목록은 매년 업데이트되어 공개되고 있다. 그러나 정신건강복지법의 입법 취지가 정신질환자의 복지 증진뿐만 아니라 일반 국민의 정신건강 증진에 있다는 점과 정신건강 분야 업무가 다양해짐에 따라 전문요원의 활동 범위 역시 확대되고 있다는 점(이진석 외, 2012, 최승원 외, 2023, p. 37에서 재인용) 등을 고려할 때, 지역사회 정신건강복지 분야에서 일하는 인력의 활동을 장려하고 전문성을 향상시키며 유능한 지도전문요원 확보를 위해서는 승급을 위한 경력 인정 기관의 범위를 더 확대하는 것이 필요하다는 주장이 제기되고 있기도 하다(최승원 외, 2023, p. 37).

[그림 2-2] 정신건강전문요원 승급을 위한 실무경력 인정기관 및 단체(2025년 1월 기준)

- 
1. 정신건강증진시설 및 기관
    - 정신의료기관
      - 종합병원(대학병원): 정신건강의학과 소속이거나 타 과 소속일지라도 정신건강관련 업무를 수행할 경우에 한하여 인정(업무분장표 제출)
      - 정신과 단일의료기관(정신병원, 정신과의원), 정신건강의학과 개설병원(업무분장표 제출)
    - 정신재활시설, 정신요양시설
    - 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터
  2. 보건소(정신보건팀, 찾아가는 동주민센터, 정신건강증진 업무분장표 제출)
  3. 트라우마센터
  4. 중앙 및 각 시·도 정신건강복지사업지원단
  5. 응급실기반 자살시도자 사후관리사업을 국가나 지방자치단체로부터 위탁받은 기관이나 단체
  6. 법무부 스마일센터
  7. 치매안심센터
-

- 
8. 한국도박문제예방치유원
  9. 보건복지부상담센터(위기대응상담팀, 업무분장표 제출)
  10. 경찰청(마음동행센터, 업무분장표 제출)
  11. 정신건강전문가 학교방문관리사업을 국가나 지방자치단체로부터 위탁받은 기관이나 단체
  12. 난임·우울증 상담센터
  13. 서울소방심리지원단
  14. 국방부(병영생활전문상담관, 업무분장표 제출)
  15. 국민건강보험공단(가족상담지원서비스, 업무분장표 제출)
  16. 한국건강증진개발원(음주폐해예방관리사업, 업무분장표 제출)
  17. 통일부 북한이탈주민정착지원 사무소 마음건강센터(업무분장표 제출)
  18. 정신질환자 자립생활주택 사업을 국가나 지방자치단체로부터 위탁받은 기관이나 단체
  19. 경찰청(피해자심리전문인력, 업무분장표 제출)
  20. 국가보훈처(심리재활서비스, 업무분장표 제출)
  21. 마약퇴치운동본부 산하 중독재활센터
  22. 간호대학(5년 이상 정신간호분야 조교수 이상의 직에 근무한 경력)
  23. 발달장애인 거점병원·행동발달증진센터
  24. 서울심리지원센터
  25. 교육부 교육청·교육지원청 Wee 센터
  26. 교육부 교육청·교육지원청 학생자살예방센터
  27. 한국법무보호공단(심리상담업무, 업무분장표 제출)
  28. 한국생명존중희망재단
  29. 거점 아동보호전문기관(심리지원팀, 업무분장표 제출)
  30. 법무부 보호관찰소(업무분장표 제출)
  31. 법무부 소년원(업무분장표 제출)
  32. 광역치매센터
  33. 치매안심병원(업무분장표 제출)
  34. 전남소방본부(동료심리상담사, 업무분장표 제출)
  35. 노숙인재활시설(업무분장표 제출)
  36. 노숙인종합지원센터(업무분장표 제출)
  37. 여성가족부 청소년상담복지센터(심리검사업무, 업무분장표 제출)
  38. 여성가족부 해바라기센터(아동형/통합형)(심리지원팀, 업무분장표 제출)
  39. 법무부 지방교정청 심리치료센터 및 교정시설(심리치료과(팀), 업무분장표 제출)
  40. 법무부 소년분류심사원(업무분장표 제출)
  41. 서울시 정신질환자 자립생활지원센터(업무분장표 제출)
  42. 법무부 소년원 분류보호과(대구, 춘천, 부산, 광주, 대전원)(업무분장표 제출)
  43. 법무부 '지방교정청 분류센터(서울, 대구, 대전, 광주)'(업무분장표 제출)
  44. 법무부 교정기관 내 분류심사과, 보안과 분류팀(업무분장표 제출)
- 

출처: “2025 정신건강전문요원제도 운영 안내”, 보건복지부, 국립정신건강센터, 2025, pp. 58-59.

## 2. 정신건강복지서비스 제공 인력 역량 강화 정책

국내 정신건강복지서비스 제공 인력의 역량을 강화시키기 위한 정책은 주로 교육을 통해 진행되는 구조이며, 정신건강전문요원의 경우 보수교육 등을 통해 역량 강화가 진행되며, 다양한 정신건강복지서비스 제공 현장의 수요에 따라, 자살, 중독, 심리상담 등에서의 전문성을 강화하기 위한 지원들이 서비스 제공 현장의 인력을 대상으로 이루어지고 있다.

우선 정신건강전문요원의 경우, 정신건강전문요원의 수련 및 보수교육 등에 관한 규정(보건복지부 고시)에 따라 보수교육 내용과 시간, 보수교육 면제 또는 유예 조건, 보수교육 이수증 발급 등에 대한 사항을 규정받고 있으며, 앞서 언급한 ‘정신건강전문요원 관리시스템’에 의해 보수교육 실시 및 교육 이수 여부가 관리되고 있다(최승원 외, 2023, pp. 29-30).

〈표 2-5〉 정신건강전문요원의 보수교육 규정

구분	소관부처	근거법령	보수교육
정신건강전문요원	보건복지부	정신건강복지법, 정신건강전문요원의 수련 및 보수교육 등에 관한 규정	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 근거법령: 보건복지부장관은 정신건강전문요원의 자질을 향상시키기 위하여 보수교육을 실시할 수 있음(정신건강복지법 제17조, 정신건강복지법 시행규칙 제9조)</li> <li>• 대상: 정신건강전문요원 자격을 가지고 해당 자격과 관련된 업무에 종사하는 사람</li> <li>• 방법: 대면 또는 온라인</li> <li>• 시간: 매년 12시간 이상(공통 4시간, 개별과정 8시간)</li> <li>• 내용: 공통과정(4시간), 개별과정(8시간)</li> <li>• 단, 보수교육 미이수에 따른 벌칙 등을 규정하고 있지는 않음.</li> </ul>

출처: “전국민 마음투자 지원사업 모니터링 및 질관리 방안 연구”, 전진아 외, 2025, pp. 305-318의 내용을 표로 정리함.

법적 근거 외에도 제2차 정신건강복지기본계획, 정신건강정책혁신방안, 제5차 자살예방기본계획과 같은 정신건강 분야 국가 단위 전략에서는 인력의 역량 강화를 위한 정책을 제시하고 있다. 예를 들어 제2차 정신건강복지기본계획에서는 비전문요원(간호, 사회복지, 임상심리 등)을 대상으로 한 체계적 직무교육 및 표준 교육과정 마련이 제시되어 있으며, 제5차 자살예방기본계획에서는 정신건강위험군 발굴·상담, 사례관리 등을 위한 종사자 및 상담 인력의 전문 교육 강화, 자살예방 사업 인력(실무자, 상담원) 표준 교육과정 개발·운영, 근무환경·처우 개선의 내용이 담겨 있다. 가장 최근에 발표된 정신건강정책혁신방안에서는 전국민 마음투자 지원사업 제공인력과 관련하여 서비스 제공 인력 자격 관리 및 교육·훈련 실시에 대한 내용이 담겨있기도 하다.

〈표 2-6〉 정신건강복지서비스 제공 인력 역량 강화에 대한 국가 전략

구분	추진 과제	세부 추진과제	내용
제2차 정신건강복지 기본계획	정신건강관리 전문인력 양성	정신건강서비스 제공인력의 전문성 제고	- 급수별(1·2급) 자격 기준, 업무 범위, 연차별(1~3년) 수련 과정 마련 - 非정신건강전문요원의 직무교육 수요 파악 기반 정신건강 업무에 대한 표준 교육과정 마련
제5차 자살예방 기본계획	효율적 자살예방 추진기반 강화	자살예방 인프라 강화	- 자살예방인력의 전문성 강화를 위한 표준 교육과정 개발·운영
정신건강정책 혁신방안	일상적 마음 돌봄 체계 구축	국민 100만 명에 전문 심리상담 지원	- 서비스 제공인력의 등록·관리 및 교육·훈련 실시
	정신건강 정책 추진체계 확립	정신건강전문요 원 등 전문가 확충 및 질 관리	- 정신건강전문요원 확대를 위한 수련·양성제도 개선 - 심리상담서비스 자격 관리·공시 제도 도입 등 개선방안 검토

출처: “제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)”, 관계부처 합동, 2021, p. 69;

“제5차 자살예방기본계획(2023~2027)”, 관계부처 합동, 2023b, p. 39;

“정신건강정책 혁신방안”, 관계부처 합동, 2023a, p. 6. 33-34.



### 3. 정신건강복지서비스 제공 인력 보호 관련 정책

정신건강복지서비스 제공 현장에서 일하는 제공 인력은 높은 수준의 업무 강도, 정서적 소진, 폭력·자해 위험 노출이라는 특수한 환경에서 일하기 때문에, 이들 인력에 대한 보호·지원 정책이 국내에서는 꾸준히 논의되어왔다(전진아 외, 2020, pp. 7-9). WHO에서도 정신건강서비스 제공자를 ‘이차적 트라우마(secondary trauma)’ 위험군으로 보고, 정기적 상담, 근무환경 보호, 합리적 근로시간 보장을 각국 정책에 포함할 것을 권고하기도 했다(WHO, 2025, pp. 70-85).

현재 정신건강복지법 내에서는 정신건강전문요원의 신분과 역할에 대한 규정을 두고 있기는 하나, 현재까지는 직접적인 ‘근로조건 보호’ 조항이 충분히 담겨 있다고 보기에는 제한적이다. 다만 앞서 살펴본 제2차 정신건강복지기본계획, 정신건강정책혁신방안, 제5차 자살예방기본계획과 같은 정신건강 분야 국가 단위 전략에서는 인력의 근무환경, 소진방지 등 보호 조치들을 정책과제로 명시하고 있기는 하다.

이들 정책 과제는 크게 2개의 유형으로 구분될 수 있는데, 그중 하나는 정신건강복지서비스 제공 인력의 근무 환경을 개선하는 것과 관련한 정책이다. 그동안 국가 단위 전략에서는 정신건강복지센터 및 관련 인력의 근무환경 실태조사와 스트레스 관리, 폭행·폭언 예방 등 안전대책 마련(제2차 정신건강복지기본계획), 성적·언어적 위협, 자살 사고, 신체적 위협 등에 노출된 종사자 보호를 위한 안전관리 시스템 구축(제2차 정신건강복지기본계획), 모든 정신의료기관의 비상문/비상대피공간, 비상경보장치 설치 의무화 및 100병상 이상 병원급은 보안 전담인력 배치(정신건강정책혁신방안), 정신병원의 치료환경 개선(병상수 감축, 밀집도 낮춤) 및 시설 개선 자문위원회 운영 등, 감염병 등 응급상황 대비한 구조적 보

호 강화(제2차 정신건강복지기본계획), 처우개선(인건비 현실화, 장기근속 유도)(정신건강정책혁신방안)이 정책과제로 제안되었다.

또 다른 인력 보호 관련 정책은 제공 인력이 경험하는 소진과 스트레스를 방지하고 지원하는 것과 관련한 정책이다. 그동안 국가 단위 전략에서는 정신건강복지센터 종사자를 대상으로 스트레스 관리 프로그램 도입과 정신적 소진 예방 교육 및 상담 지원 강화(제2차 정신건강복지기본계획), 자살, 극단적 사고 등 외상 사건 경험 후 정신건강 전문가 대상 집단 및 개별 심리지원 서비스(제2차 정신건강복지기본계획)가 정책과제로 제안되기도 했다.

〈표 2-7〉 정신건강복지서비스 제공 인력 보호에 대한 국가 전략

구분	추진 과제	세부 추진과제	내용
제2차 정신건강복지 기본계획	적극적 정신건강증진 분위기 조성	코로나19 대전환기 전 국민 마음 건강 지키기	- 대응인력 대상 소진관리, 휴식·치유 프로그램 지원 - 대응인력 대상 심층상담 지원강화
	치료친화적 환경 조성	정신의료기관 감염병 대비 대응 시스템 구축	- 폐쇄병동 밀집도를 낮추기 위해 입원실당 병상 수, 병상 간 이격거리 등 정신의료기관 시설기준 강화
		치료 친화적 환경요건 수립 및 조성	- 정신의료기관 폐쇄병동 입원실의 정확한 실태 파악 및 환경 개선을 위한 체계적인 전수 실태조사 실시
		환자와 의료진이 안전한 병원	- 모든 정신의료기관에 비상문 또는 비상 대피공간, 비상 경보장치 설치, 병원급 의료기관(100병상 이상)은 보안 전담인력 배치 - ICT 기반 디지털 기술 도입으로 정신의료기관 안전시스템 구축 - 진료 불만, 퇴원 거부 등 악성 민원 환자로 인한 진료 방해 실태조사 기반 제도적 대응 방안 마련

구분	추진 과제	세부 추진과제	내용
	자살예방 서비스 지원체계 개선	자살예방 서비스 체계 체계적 개편	- 전문인력 확보를 위한 처우개선 및 소진방지 프로그램 운영
	정신건강관리 전문인력 양성	정신건강복지센터 등 종사자의 근무 여건 개선	- 종사자의 폭행·폭언·안전문제 등 근무 환경에 대한 실태조사 수행 - 종사자 스트레스 관리, 처우개선 등 안전한 근무환경 조성방안 마련
제5차 자살예방 기본계획	효율적 자살예방 추진기반 강화	자살예방 인프라 강화	- 자살예방센터(정신건강복지센터) 실무인력의 업무, 고용 및 노동형태, 서비스 제공 경험 및 소진 수준 등 실태조사 실시 - 장기근속자 등 전문인력 확보를 위해 인건비 현실화, 마음건강 프로그램 운영 등 처우개선 추진
정신건강정책 혁신방안	정신응급 및 치료체계 재정비	정신응급대응 강화	- 야간·교대 근무, 고위험 업무에 따른 단가 인상·수당 지급 등 처우개선 방안 마련
	인식개선 및 정신건강정책 추진체계 정비	정신건강 정책 추진체계 확립	- 전문성 있는 정신건강전문요원 근속 연수 보장을 위한 업무여건 개선

출처: “제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)”, 관계부처 합동, 2021, pp 15, 31, .33-34, 65, 70; “제5차 자살예방기본계획(2023~2027)”, 관계부처 합동, 2023b, p. 39; “정신건강정책 혁신방안”, 관계부처 합동, 2023a, pp. 16, 33.

#### 4. 그 외 정신건강복지 인력 관련 최근 동향: 동료지원인 양성 및 활동지원

동료지원인(가)이란 정신질환자이거나 정신질환자이었던 사람 중, 정신질환자 등에 대한 상담 및 교육 등의 역할을 수행할 수 있도록 ‘동료지원인 양성과정’을 수료한 사람을 의미한다. 동료지원인 양성사업은 민간에서 시작되었으며 공공부문에서는 2013년에 서울시가 최초로 도입하였다(보건복지부, 2025). 서울시 정신건강복지센터는 2013년부터 ‘고용활성화 프로젝트’라는 이름으로 동료지원가를 양성하여 직업으로 활동할 수 있도록 지원하였으며 이를 통해 2018년까지 총 41명의 동료지원가가 배출되었다(김한별 외, 2018, p. 41). 이후 2019년 국립정신건강센터에

서 ‘중증정신질환자 보호 재활 지원을 위한 우선 조치방안’으로 동료지원가 표준교육과정을 개발하고, 전국 정신건강 관련 기관 및 단체를 대상으로 교육 운영기관의 모집·선정 및 양성교육 운영 체계가 구축되어 국가사업으로도 지원되고 있다. 이후 정신장애인 당사자 중심의 권익증진활동 등이 강조되는 시대적 흐름에 따라 「국가 정신건강증진 전략 추진방안 수립 연구」 과제로 동료지원가 양성과정을 개발하여 2020년부터 교육과정을 시범 운영하였으며, 이 결과를 바탕으로 2021년에는 표준화된 동료지원가 양성과정 기초교육과정 및 교안을 마련하였다.

2025년 현재 대부분의 양성과정 운영 기관에서는 국립정신건강센터의 표준교육과정을 기반으로 이론교육 70시간과 실습교육 30시간으로 구성된 총 100시간의 교육과정이 운영되고 있다(보건복지부, 2024, p. 65).

〈표 2-8〉 국립정신건강센터 표준교육과정 기반 동료지원인 양성과정

이론		실습	
과목	시간	과목	시간
동료지원가의 의미와 당사자 철학	6	가정방문지원서비스	20
자기이해	7	취업상담 및 취업장 방문서비스	
정신건강과 시스템의 이해	6	독립주거지원서비스	
		상담서비스	
인권과 윤리	2	신규회원 멘토서비스	
동료지원의 기술	10	프로그램 운영 및 교육강사 활동	
동료지원 업무의 실제	19	동료지원서비스	10
기관자율교육	20	기관자율교육	
합계	70	합계	30

출처: “2024년도 중증장애인 동료상담 사업지침”, 보건복지부, 2024, p. 65.

2024년 1월에는 법률 개정(정신건강복지법 제69조의 2<sup>4)</sup>)을 통해 “동료지원인 양성 및 활동지원”의 근거조항이 마련되어 2026년 1월부터 시행 예정으로, 정부는 그 후속 조치로 2025년 말까지 교육 과정, 수료증 배부 및 명부 관리, 교육훈련기관 위탁 등을 위한 시행규칙을 수립할 예정이다(보건복지부, 2025).

### 제3절 소결

국내 정신건강복지서비스 제공 인력 규모와 정책 현황을 살펴본 결과, 국내 정신건강복지서비스 제공인력은 크게 정신건강복지법에서 규정하는 정신건강전문요원과 더불어 정신건강복지서비스 제공 현장에서 일하는 인력, 최근 정신건강정책혁신방안을 통해 새롭게 시작한 전국민 마음투자 지원사업의 제공 인력이 모두 포괄될 수 있을 것으로 보인다. 현재 정신건강복지서비스 제공 현장에 참여하여 서비스를 제공하는 인력들을 대상으로 하는 정책은 법적 근거를 가지고 진행되는 정신건강전문요원 수련제도와 정신건강전문요원 대상 보수교육 규정 외에는 제한적이다. 다만 정신건강복지서비스 제공 인력 양성, 인력 역량 강화, 인력 보호 및

---

4) 정신건강복지법 제69조의2(동료지원인 양성 및 활동지원) ① 국가 및 지방자치단체는 동료지원인을 양성하고 활동을 지원할 수 있다. ② 보건복지부장관은 동료지원인 양성 및 보수교육 과정을 개발할 수 있다. ③ 보건복지부장관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 동료지원인 양성과정을 수료한 동료지원인에게 수료증을 배부하고, 명부를 관리하여야 한다. ④ 보건복지부장관은 동료지원인 양성 및 보수교육을 전문적으로 수행하기 위하여 동료지원인 양성 및 보수교육 기관(이하 이 조에서 “교육훈련기관”이라 한다)을 지정하여 교육훈련의 실시를 위탁할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 교육훈련을 위탁받은 교육훈련기관에 그 경비의 일부 또는 전부를 지원할 수 있다. ⑤ 제4항에 따라 교육훈련기관을 지정하여 위탁하는 경우에는 정신질환자 단체의 의견을 청취할 수 있다. ⑥ 국가 및 지방자치단체는 동료지원인의 취업 및 고용안정을 지원할 수 있다. ⑦ 그 밖에 동료지원인 양성 및 활동지원과 관련하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

지원 정책은 국가 단위 정신건강 전략에서 다루어지고 있으며, 국립정신건강센터를 비롯한 책임의료기관(국립정신의료기관 5개소), 관련 지역학협회를 통해서 이들 정책이 구현되고 있는 상황이다.

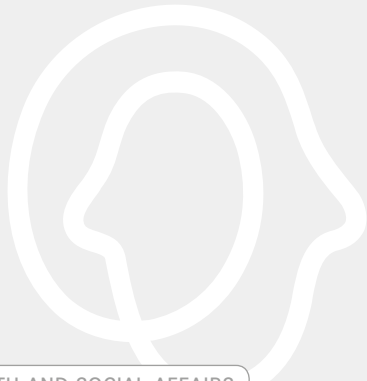
이러한 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 규모와 정책 현황들을 살펴본 결과, 현재 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 범위가 주로 정신건강전문요원 중심에 머물러 있음을 연구에서는 확인할 수 있었다. 현재 전문요원보다 전문요원이 아닌 다양한 직군의 인력들이 정신건강복지서비스 제공 현장에서 일을 하고 있으나, 이들의 역할, 법적 지위, 교육 및 훈련 기준, 보호 및 보상 체계 등에 대한 고려는 충분하다고 보기 어렵다. 향후에는 현재의 정신건강전문요원 양성, 역량 강화에 초점을 두고 인력 정책의 범위를 확대하여, 정신건강복지서비스 제공에 참여하는 다양한 인력군을 포괄하는 통합적인 인력 정책으로의 변화가 필요하다.

또한 살펴본 것처럼 정신건강복지서비스 제공 인력의 지역별 편차가 드러나는 점 역시 현재의 정신건강복지서비스 제공 인력 정책에서 충분히 고려하지 못하고 있는 점 중 하나이다. 지역 간 인력의 불균형은 정신건강복지서비스에의 접근성, 서비스의 질에도 연관이 높으므로 이를 어떻게 해소할 것인지에 대한 고려 역시 필요해 보인다.

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제3장

### 해외 정신건강서비스 제공 인력 정책 고찰

- 제1절 호주
- 제2절 캐나다
- 제3절 영국
- 제4절 독일
- 제5절 미국
- 제6절 일본
- 제7절 소결





## 제3장 해외 정신건강서비스 제공 인력 정책 고찰

본 장에서는 해외의 정신건강서비스 제공 인력 정책을 고찰하였다. 호주, 캐나다, 독일, 영국, 미국, 일본에서 정신건강 인력을 어떻게 정의하고 있는지, 정신건강 인력에 대한 정책으로 어떤 것들이 있으며, 그 내용은 무엇인지, 그리고 정신건강 인력 양성 및 역량 강화와 더불어 보호와 지원을 위한 체계 및 조치를 포괄적으로 살펴보았다.<sup>1)</sup>

### 제1절 호주

호주는 급증하는 정신건강서비스 수요, 정신건강 서비스 시스템의 분절성, 인력 부족 등의 이슈를 지속적으로 경험하는 와중에 코로나19 유행을 지나면서 기존의 정신건강서비스 제공 체계의 대응력에 대한 한계를 경험하였다. 이러한 문제의식하에 호주는 정신건강서비스 제공 체계에 대한 진단 및 조사를 수행하였으며(Australian Government Productivity Commission, 2020), 2020년 생산성 위원회(Productivity Commission)의 정신건강 조사와 2021년 국가 자살 예방 자문관의 검토(Australian Government National Suicide Prevention Office, 2020)를 통해 시스템에 대한 면밀한 진단을 진행했다(Whiteford, 2022, pp. 328-331). 그 결과를 토대로 2022년 3월, 연방과 주정부는 ‘국가 정신건강 및 자살 예방 협약’(National Mental Health and Suicide Prevention Agreement)

1) 물론 국가마다 정신건강서비스 제공 인력 정책이 구성되고 이행되는 배경, 방식, 절차 등에 차이가 존재하므로 국가별로 살펴본 내용과 범위는 다를 수 있음. 이에 따라 각 절에서 국가별로 제시하는 순서를 유사하게 구성하기는 하였으나 통일하지는 않았음.

을 체결했다(Commonwealth of Australia, n.d.). 이후 호주 생산성 위원회(Productivity Commission)는 기존 협약에 따라 추진된 정책의 성과, 전달체계 등을 다시 평가하였으며, 여전히 정신건강서비스 접근성, 서비스의 충분성에 제한이 있다는 중간보고 결과를 공개하기도 했다(Australian Government Productivity Commission, 2025). 이 글에서는 2022년 체결된 국가 정신건강 및 자살예방협약에 따라 마련된 ‘국가 정신건강 인력 전략(2022-2032)’에서 제시된 내용 중심으로 호주의 국가 정신건강 인력 정책을 살펴보았다.<sup>2)</sup>

## 1. 정신건강서비스 제공 인력 개념 및 현황

### 가. 개념

호주는 정신건강을 단순히 질병이 아닌, 개인의 신체·심리·사회·문화적 웰빙이 긴밀히 연결된 전인적 관점에서 이해한다(Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022, p. 7). 이에 따라 호주에서는 정신건강서비스 제공 인력을 증진과 예방, 조기 개입, 치료, 회복의 스펙트럼 안에서 개인, 가족 등 다양한 인구 집단을 대상으로 이들이 가지는 서비스 수요에 대응하는 인력으로 바라보고 있다. 여기에는 정신건강 분야의 전문가는 물론, 다른 보건의료 현장에서 정신적 어려움을 겪는 이들을 자주 마주하는 일반의(GP)나 관련 전문가까지 폭넓게

2) 호주의 생산성위원회(Productivity Commission)가 발간한 국가 정신건강 및 자살예방 협약 검토를 위한 중간보고서에서는 인력 전략과 관련하여 기존 국가 정신건강 인력 전략(2022-2032)의 계승 필요성을 강조하고 있으며, 이를 실행하기 위한 자금 확보의 중요성을 강조하고 있음. 또한 경험기반 인력의 역할 인정을 위한 업무 범위 개발을 지원해야 한다는 점을 강조하고 있음(Australian Government Productivity Commission, 2025).

포함된다(Australian Government Department of Health and Age d Care, 2022, p. 7). 무엇보다 경험기반 인력(Lived Experience Workers)은 귀중한 기술과 경험을 갖춘 중요한 인력 구성원이라는 점을 강조 한다(Australian Government Department of Health and Aged Ca re, 2022, p. 7).

#### 나. 정신건강 인력 구분 및 현황

호주의 보건복지 데이터 분석을 주관하는 국립보건복지원( Australian Institute of Health and Welfare, AIHW)에 따르면, 정신건강 종사자 에 대한 통일된 정의는 부재하나, 이들을 전문 인력, 일반 인력, 경험 기 반 인력으로 구분하는 데에는 폭넓은 공감대가 형성되어 있다(Cleary et al., 2020, pp. 6-10). 다만, 이러한 범주가 명시적으로 구분되거나 상호 배타적인 개념은 아니다(Australian Institute of Health and Welfare, 2024).

48 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

〈표 3-1〉 호주 정신건강서비스 인력 구분 및 현황(활동 인력 추정치)

범주	세부구성	대략 인원/명(집계 기준연도)
전문인력	정신과전문의	4,300* (2023)
	정신건강간호사	25,000* (2022)
	심리학자	33,000* (2022)
	정신건강작업치료사	2,800* (2022)
	공인정신건강사회복지사	2,900* (2022)
일반인력	일반의	32,200* (2023)
	응급구조사	20,000* (2022)
	원주민보건의료인	660* (2022)
	사회복지사 <sup>3)</sup>	정신건강전문시설 사회 복지사 전일근무환산(FTE)인원: 2,780명(2022)
	상담사, 심리치료사	호주상담협회(Australian Counselling Association) 회원 수 16,000명* (2024)
경험기반 인력	전화상담 자원봉사자 (Support line volunteers)	가장 큰 규모 라이프라인(Lifeline) 유급 종사자 1,000명*, 자원봉사자 10,000명* (2024)
	유급소비자근로자 (정신건강서비스 이용 경험자 근로자)	정신건강전문시설 내 *정신보건인력 만 명당 360 전일근무환산(FTE)(2022)
	유급돌봄제공자 동료근로자	정신건강전문시설 내 *정신보건인력 만 명당 158 전일근무환산(FTE)(2022)

주: 1) \* 활동 인원수로 전일근무 환산 인원이 아님.  
2) \*정신건강인력 만 명 대비 비중: The number of paid full-time equivalent(FTE) consumer and carer workers per 10,000 mental health care staff FTE  
출처: “Mental health workforce”, Australian Institute of Health and Welfare, 2024,  
<https://www.aihw.gov.au/mental-health/topic-areas/workforce>;  
“Peer workers”, NSW Mental Health Commission, 2024,  
<https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/measuring-change-indicator/mental-health-consumer-and-carer-peer-workers>.

3) 2024년 기준 총 협회 등록 사회복지사는 42,000명.

### 1) 전문 인력(Specialist Workers)

전문 인력은 정신건강 서비스를 직접 제공하며, 관련 분야의 고등교육을 이수한 전문가를 지칭한다. 이 범주에는 정신과 의사, 정신건강 간호사, 심리학자, 정신건강 작업치료사, 공인 정신건강사회복지사(Accredited Mental Health Social Workers)가 포함된다. 이들 전문 인력 대다수를 호주 보건의료인 규제기관(Australian Health Practitioner Regulation Agency AHPRA)이 규제 관리한다. 한편, 공인 정신건강사회복지사는 호주 사회복지사협회(Australian Association of Social Workers, AASW)를 통해 별도의 전문자격 인증을 취득한다.

그리고 Australian Institute of Health and Welfare(2024b)의 인력 현황을 살펴보면, 2022년 기준, 약 25,000명의 정신건강 간호사, 33,000명의 심리학자,<sup>4)</sup> 2,800명의 정신건강 작업치료사, 2,900명의 공인 정신건강사회복지사가 활동하고 있다. 2023년 기준 약 4,300명의 정신과 의사가 활동 중이다(Australian Institute of Health and Welfare, 2024).

### 2) 일반 인력(Generalist Workers)

일반 인력으로는 정신건강 관리 체계에서 전문 서비스로 연계하는 핵심적인 게이트키퍼 역할을 수행하는 일반의(GP), 원주민 지역사회의 보건 의료기관에서 건강 관리 서비스를 조정하고 직접적인 진료를 제공하는 역할을 담당하는 호주 원주민 보건 실무자(Aboriginal and Torres Strait Islander Health Practitioners), 대화 요법(talking therapies)

4) 등록 심리학자수는 48,240명으로 본문의 수치는 활동 전문가 수(Psychology Board of Australia, 2023).

등을 통해 내담자가 정서적 문제를 해결하도록 지원하는 상담사(Counselors) 및 심리치료사(Psychotherapists)<sup>5)</sup>가 포함되며, Lifeline, Beyond Blue 등 24시간 정신건강 상담 및 정보 제공 서비스를 제공하는 인력<sup>6)</sup> 역시 중요한 일반 인력 자원이다. Australian Institute of Health and Welfare(2024)에 의하면, 일반의는 32,200여 명(2023년 기준), 호주 원주민 보건 실무자는 약 660명(2022년 기준), 호주상담협회(ACA) 등록 상담사(Counselors)는 약 16,000명(2024년 기준)이 활동하고 있는 것으로 나타난다.

### 3) 경험기반 인력(Lived Experience Workers)<sup>7)</sup>

경험 기반 인력은 자신의 경험을 전문성으로 활용하는 인력으로(Australian Institute of Health and Welfare, n.d.a), 정신질환 경험 당사자인 ‘소비자 경험 인력(consumer peer workers)’과 정신질환자를 돌봄 경험을 가진 ‘돌봄 경험 인력(carer peer workers)’으로 구분된다(NSW Mental Health Commission, 2024). 우선 소비자 경험 인력은 소비자

5) 이들 직군은 심리학자와 달리 AHPRA의 규제 대상이 아니며, 호주상담심리치료연맹(PACFA)이나 호주상담협회(ACA)와 같은 민간 기관이 자격 인증을 관리함. 또한 공공의료보험(Medicare) 수가 청구 자격이 부여되지 않으며, 비교적 저렴한 비용으로 지역사회 센터, 학교, 비영리 단체 등에서 접근성 높은 심리 지원 서비스를 제공하는 역할을 주로 담당함.

6) 이들 기관의 인력은 유급 상담사와 자원봉사자로 구성됨. 유급 상담사는 통상적으로 심리학, 상담학 등 관련 분야의 학위나 자격증을 소지하고 임상 실습을 이수함. 자원봉사자의 경우, 학위가 필수 요건은 아니나 체계적인 훈련을 거쳐야 함. 예를 들어, Lifeline의 전화 위기 상담 자원봉사자는 12개월간 약 170시간의 전문 교육 및 현장 실습을 이수하고, 경찰 신원 조회 등 엄격한 자격 심사를 통과해야 실제 상담 업무를 수행할 수 있음.

7) 국내에서는 정신건강복지법에 따라 동료지원인으로 부르나, 해외에서의 표현을 그대로 직역하여 보고서에 답았음. 해외에서는 중증정신질환자에만 국한하여 동료지원인 혹은 경험기반 인력을 규정하지 않으나 국내에서는 중증정신질환자에 한정하여 동료지원인을 개념화하고 있다는 데 차이가 있음. 이 글에서는 이후 국내 제도를 다루는 영역에서는 동료지원인으로 표기하였음.

컨설턴트(consumer consultant), 동료지원가(peer support worker), 회복지원가(recovery support worker) 등 다양한 직함으로 활동한다. 이들의 역할은 정신건강 서비스의 기획·평가, 정책 개발 과정 참여, 전문가 및 동료 교육, 멘토링, 권익 옹호 활동 등이다. 한편, 돌봄 경험 인력은 정신질환자를 돌본 경험이 있는 가족이나 지인으로, 이 역시 전문성을 인정받아 고용된다. 주로 돌봄 제공자 컨설턴트(carer consultant), 돌봄 제공자 대표(carer representative) 등의 직함으로 활동한다.

이처럼 경험 기반 인력은 정신건강 분야 전반에 폭넓게 참여하고 있으나, 호주 전체 인력 규모를 파악할 수 있는 신뢰도 높은 통계는 부재한 실정이다(Australian Institute of Health and Welfare, 2024). 다만, 정신건강전문시설(specialised mental health care facilities)<sup>8)</sup>에 한해서는 관련 통계가 집계되고 있다. 2021~22년 기준, 해당 시설들에 고용된 유급 경험 기반 인력은 정신보건인력 10,000명당 소비자 경험 인력 360명(FTE), 돌봄 경험 인력 158명(FTE) 수준으로 보고되었다(Australian Institute of Health and Welfare, 2024). 그러나 고용 규모는 주 및 준주별로 상당한 편차를 보인다. 2022~23년 기준, 전체 전문 정신건강 관리시설 중 54%가 소비자 경험 인력을, 32%가 돌봄 경험 인력을 고용하고 있는 것으로 나타났다(Australian Institute of Health and Welfare, n.d.b).

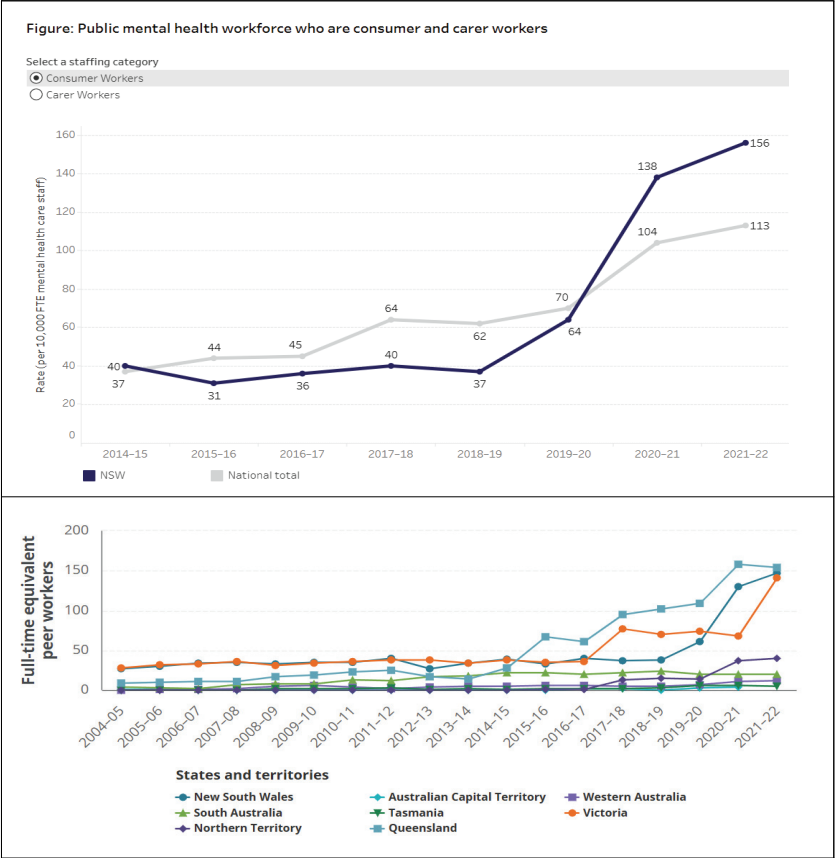
[그림 3-1]에 따르면, 전체적으로 경험 기반 인력 규모는 2017년부터 2022년까지 연평균 18%의 높은 증가율을 기록했다(Australian Institute

8) 병원 서비스(Specialised Mental Health Hospitals and Hospital Psychiatric Units), 지역사회정신건강센터(Community-Based Mental Health Services), 주거형 정신건강 시설(Residential Mental Health Care Facilities), 특수 목적 정신건강시설(Forensic mental health services, youth-specific CAMHS: Child and Adolescent Mental Health Services, aged-specific 등)(Australian Institute of Health and Welfare, 2024).

of Health and Welfare, 2024). 또한 주별로 살펴보면, 정신건강 관리시설 내 경험 기반 인력 고용은 퀸즐랜드주가 2015년, 빅토리아주가 2017년, 뉴사우스웨일스주가 2018년부터 급격히 증가하는 추세를 나타낸다.

[그림 3-1] 정신건강 경험기반 근로자 증가 추이

(단위: 명, FTE)



출처: (상단 그림) “peer workers”, NSW Mental Health Commission, 2024, <https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/measuring-change-indicator/mental-health-consumer-and-carer-peer-workers>;  
(하단 그림) “Mental health workforce”, Australian Institute of Health and Welfare, 2024, <https://www.aihw.gov.au/mental-health/topic-areas/workforce>.



#### 다. 정신건강 인력 수요와 공급 현황

2020년 호주 정부는 국가 정신건강 인력 전략 수립을 위해 국가 정신건강 서비스 계획 프레임워크(National Mental Health Service Planning Framework, NMHSPF)를 활용하여 인력 수급 현황을 분석하였다(Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022, p. 16). NMHSPF는 정신건강 서비스의 계획과 자원 배분을 지원하기 위한 포괄적 정책 프레임워크로서 지역별 정신건강 예산을 배분하고, 인력이 부족한 분야를 식별하여 체계적인 교육 및 채용 전략을 수립하는데 활용된다. 이 프레임워크의 핵심 구성요소인 지역사회 단위에서 필요한 서비스 인력 규모를 추계하는 도구(NMHSPF-PST, Planning Support Tool)의 반영 요소는 인구통계, 정신질환 역할 자료, 지역 특성 등이다.

[그림 3-2] 호주 정신건강서비스계획 프레임워크: 인력 산출 도구(NMHSPF-PST)

반영 요소	내용
그룹 세분화:	23개 질환 × 5단계 중증도 × 11 단계 연령 × 3개 비/원주민 × 7개 지역등급 = 26,565개 --> 세분화 그룹별 서비스 수요 계산
기본 산출 구조:	필요 인력 FTE = (인구 × 유병률 × 서비스 요구량 × 중증도 가중치 × 직종별 시간당 부하) / 연간 표준 근무 시간
가중치 적용 순서	
인구통계	<ul style="list-style-type: none"><li>그룹 세분화에 반영: 통계청(ABS) 인구 추계(연령대, 원주민 비율, 지역 도시화 수준)에 따른 지역 인구 세분화</li><li>4개 범주 각 직종별 표준 시간 배정</li><li>범주별 합계: 의료: 12%, 전문 TQ: 53%, 직업 VQ: 29%, 동료 지원: 6% 세부 직종별 산출에서 1인당 시간당 환자수 고려</li></ul>
역학자료 (유병률 관련 입력값 제공)	<ul style="list-style-type: none"><li>조현병, 우울증, 불안장애, ADHD 등 각 질환별 유병률</li><li>연령대, 성별, 지역(도시/농촌/원주민 등)별로 세분화된 질병 유병률 지수</li><li>특정 집단의 질환별 위험도를 반영한 유병률 조정</li></ul>
지역 특성 (그룹 세분화 & 가중치 적용 시 반영)	<ul style="list-style-type: none"><li>지역구분 MMM(Monash Modified Model) 적용<sup>9)</sup> MM3-MM7 지역: 도시 대비 15~35% 인력 가중치(인구 넓게 분산, 지리적 특성, 서비스 제공 비효율성 고려)</li><li>원주민 인구 보정 계수: 비원주민 대비 1.3~1.5배 서비스 가중치 적용</li><li>연령층별 차등: 아동/청소년 서비스 시간 20% 추가<sup>10)</sup></li></ul>
운영 매개 변수	<ul style="list-style-type: none"><li>표준 연간 근무 시간: 1,820시간(풀타임 기준)<sup>11)</sup></li></ul>

주: 인구 특성은 그룹 세분화(인구와 유병률)와 산출 식(서비스 요구량 조정)에서 서로 다른 역할을 하여 이중 반영이 아님.

출처: “Introduction to the National Mental Health Service Planning Framework - Commissioned by the Australian Government Department of Health and Aged Care(V4.3)”, Diminic et al., 2023, The University of Queensland, pp. 10-20의 내용을 연구진이 표로 정리함.

9) NMHSPF에서 사용하는 지역구분인 MMM(Monash Modified Model)은 호주 통계청(ABS) 5단계 지역 분류보다 보건의료서비스에 특화된 접근성 평가 체계임. 의료 접근성, 도시와 농촌의 연속성, 서비스 인프라, 중심지와 거리 등을 반영. MM1(대도시)부터 MM7(국외곽 농촌)까지 7단계로 세분화(Australian Government Department of Health and Aged Care, 2023).

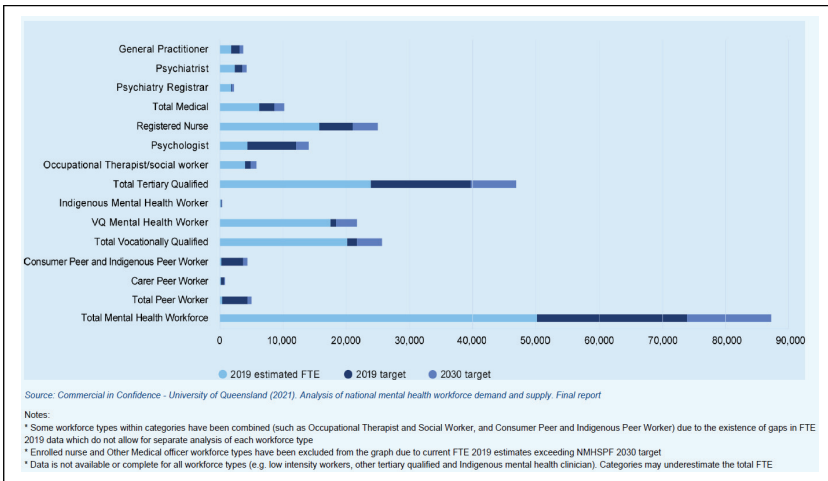
10) 진단 과정에서 보호자·가족 상담, 학교 및 지역사회 연계, 발달 단계별 평가 등 추가 시간이 필요. 치료 및 개입 단계에서 연령 특성에 맞춘 접근, 다기관 협력, 사례관리 등 추가 시간 고려.

11) 연차, 병가, 교육, 행정 업무 등 비진료 시간을 제외한 실제 환자 진료 및 서비스 제공에 투입 가능한 시간.

호주는 위의 인력산출도구를 활용하여 다음의 그림과 같이 직종별 및 지역별 수급 현황, 서비스 대상 연령층별 인력 수급 현황 등을 분석하여 전문 인력의 수급 불균형을 드러내기도 했다. 보다 구체적으로 호주 정신건강서비스계획 프레임워크에서는 현재의 인력 부족률이 목표치 대비 32% 정도라고 제시하였으며, 결과는 현재의 인력 분포가 유지되는 것을 가정했을 때 2030년에 인력 부족률이 42%까지 심화될 것으로 예측하였다.

[그림 3-3] 호주 정신건강 인력 수요와 공급 현황

(단위: FTE)



출처: “National Mental Health Workforce Strategy 2022-2032”, Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022, p. 17, Figure 2.

## 2. 정신건강서비스 제공 인력 정책 및 전략: 국가 정신건강 인력 전략 2022-2032

호주는 향후 10년간의 정신건강 인력 개발과 지원을 체계적으로 추진하기 위해 국가 정신건강 인력 전략을 수립하였다. 이 전략은 단순한 정

책 지침이 아니라, 지속 가능한 인력 구축을 목표로 하며, 인력의 기술 향상, 배치 형평성 개선, 체계적인 지원을 통해 국민의 정신건강 치료, 돌봄, 회복을 돕는 것을 핵심으로 한다.<sup>12)</sup>

호주의 국가 정신건강 인력 전략은 다음의 세 가지 문제 인식에서 출발하였다. 첫째, 정신보건 인력의 정의가 불명확하다는 점이다. 정신건강서비스 제공 인력은 전문직, 일반직(GP, 응급요원, 교정직, 교육직 등), 그리고 경험 기반 인력까지 포함되는 넓은 개념이지만, 이를 명확히 구분하거나 일관되게 정의하는 체계가 부재하다는 점에 주목하였다. 둘째, 인구의 다양성과 복잡성이 증가하면서, 정신보건 인력이 대응해야 할 요구 수준도 점점 높아지고 있다는 점을 인식하였다. 특히 다문화 배경, 고령화, 동반 질환 등 복합적인 문제를 가진 이용자 비중이 증가하면서, 보다 포괄적이고 문화적으로 안전한 서비스 제공 능력이 요구되는 상황임을 인식하였다. 셋째, 인력 부족 문제가 심화되고 있다는 점이다. 특히 기존 인력의 고령화와 더불어 농어촌 지역에서 인력을 유치하고 유지하기 어려운 현실이 주요 과제로 부각되었다(Cleary et al., 2020).

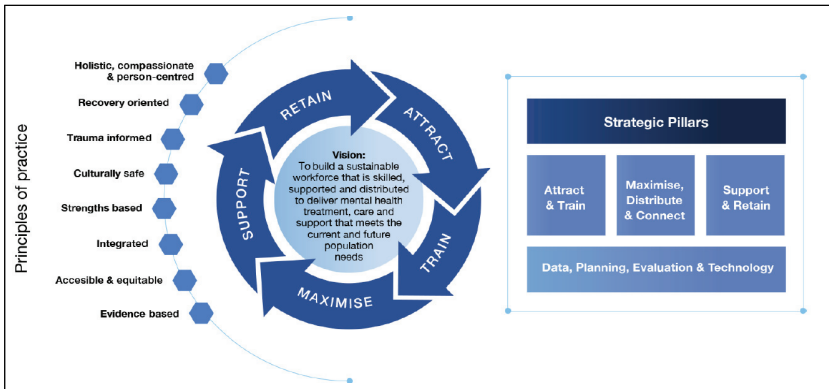
이에 따라 호주의 정신건강 인력 전략은 사회·정서적 웰빙과 정신건강의 밀접한 연관성을 바탕으로, 숙련되고 균형 있게 분포된 지속 가능한 인력을 육성하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 정신건강 인력이 정신건강에 대한 홍보, 예방, 조기 개입, 치료, 회복에 이르는 전 스펙트럼에 걸친 서비스를 제공해야 함을 강조하고 있으며, 호주의 장애인, 원주민, 다문화 배경, 성소수자(LGBTQIA+) 등 다양한 인구 집단이 가지는 정신건강 서비스 요구를 충족해야 한다고 강조한다. 또한 다음 그림에서 제시된 것

12) 전략을 수립하기 위해 2020년부터 2022년까지 국가 정신건강 인력 전략 태스크포스(TF)가 활동했으며, TF는 보건복지부, 국가 정신건강위원회와 협력하여 인력의 체계적 육성과 관리를 위한 10년 계획을 수립함. TF에는 정신건강 전문가, 소비자, 보호자, 업계 대표 등 다양한 구성원이 참여하였음.

처럼 전략은 정신건강 서비스 인력이 갖추어야 할 8가지 핵심 가치(전인적·사람 중심·회복 지향 접근, 트라우마 및 문화적 배경 존중, 강점 기반 접근, 근거 기반의 통합 서비스, 접근성과 형평성 보장)와 실천 원칙을 제시하고 있기도 하다(Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022).

전략의 핵심 비전은 다음의 그림에서 제시된 것처럼 ‘유치-훈련-지원-유지’로 이어지는 선순환 구조를 구축하는 것이다. 즉, 역량을 갖춘 인재를 확보하고, 이들이 역량을 지속 강화할 수 있도록 교육 및 훈련 체계를 갖추며, 이들이 정신건강서비스 제공 역량을 충분히 발휘할 수 있도록 지원하면서 오랫동안 정신건강서비스 제공 현장에 남아있도록 하게 하는 것을 목표로 두고 있는 것으로 보인다. 또한 이 전반의 과정에서 데이터와 기술을 활용하여 근거를 쌓고 활용하는 특성을 보인다.

[그림 3-4] 호주 정신건강 인력 전략 프레임워크



출처: “National Mental Health Workforce Strategy 2022-2032”, Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022, p. 9, Figure ES-1.

또한 호주의 국가 정신건강 인력 전략 2022-2032은 경험기반 인력 육성 전략도 포함하고 있으며, 경험기반 인력의 전문성을 공식화하고 이들

의 지속가능한 성장을 지원하기 위한 포괄적인 청사진을 다음의 표와 같이 제안하고 있다.

〈표 3-2〉 호주 경험기반 인력의 전문성 강화 및 통합을 위한 10년 계획

범주	세부계획
1. 인력의 자격 기준 및 경력 경로	<ul style="list-style-type: none"><li>• 핵심 기술과 역량 정의</li><li>• 교육 모델 개발</li><li>• 경력 경로 확립</li><li>• 교육 지원(종합지원서비스 패키지)</li><li>• 실습 기회</li></ul>
2. 경험기반 인력의 역할 강화	<ul style="list-style-type: none"><li>• 가치 인정(사람 중심 회복 지향적 서비스)</li><li>• 전문 교육자 역할 설정</li><li>• 전국 단위 대표 기구 조직</li><li>• 혁신적 서비스 모델 개발</li></ul>
3. 지역사회 정신건강 계획 참여 확대	<ul style="list-style-type: none"><li>• 계획 수립에 참여</li><li>• 문화적으로 다양한 커뮤니티 주도 참여</li></ul>
4. 고용 촉진을 위한 인센티브	<ul style="list-style-type: none"><li>• 고용주 인센티브(재정적, 비재정적 혜택)</li><li>• 지역, 농촌, 오지: 정부와 정신건강 서비스 제공자 간 계약에 경험기반 인력 훈련 등을 위한 자금 지원</li></ul>
5. 감독 및 멘토링 체계 강화	<ul style="list-style-type: none"><li>• 감독 가이드라인 마련</li><li>• 멘토링 접근성 향상</li><li>• 초기 근무자 지원(이직률 감소, 직업만족도 향상)</li></ul>
6. 디지털 역량 강화	<ul style="list-style-type: none"><li>• 디지털 건강 문해력 향상</li><li>• 디지털 정신건강 서비스 인식 향상 교육</li><li>• 국가 디지털 정신건강 프레임워크 구현</li></ul>
7. 지속적 전문성 개발(CPD) 프로그램	<ul style="list-style-type: none"><li>• 프로그램 접근성 향상</li><li>• 전 경력 단계 지원</li><li>• 서비스 계약에 자금 지원 내용 포함</li></ul>

출처: “National Mental Health Workforce Strategy 2022-2032”, Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022. pp. 25-47의 내용을 표로 정리함.

또한 국가 정신건강 및 자살예방 협약 검토를 위한 중간보고서에서도 경험기반 인력의 중요성을 강조하고 있다(Australian Government Productivity Commission, 2025). 이 보고서에서는 국가 정신건강 인력 전략 2022-2032에 제시된 전략의 이행을 촉구하였으며, 이를 위한 명확한 자금 지원이 필요하다고 강조했다. 또한 경험기반 인력과의 협의

과정을 거쳐 경험기반 인력의 업무 범위(Scope of Practice)를 개발하고, 모든 정책 논의 거버넌스에서 경험기반 인력의 적절한 대표성을 보장할 것을 제안하고 있기도 하다.

### 3. 정신건강 인력의 역량 강화 및 교육

호주는 정신건강 인력의 역량 강화 및 교육 체계를 실무 표준 명확화와 다층적 교육 경로 구축을 중심으로 추진하고 있다. 이 글에서는 호주의 정신건강 전문직(간호, 작업치료, 정신의학, 심리학, 사회복지 등) 종사자들이 갖추어야 할 공통 역량, 가치, 지식, 기술 등을 명확히 한 국가 실무 표준(National practice standards for the mental health workforce 2013)과 더불어 호주 보건의료인 규제기관(AHPRA)의 규제 직군에 해당하는 전문 인력(간호사, 심리학자, 작업치료사, 사회복지사) 대상 교육과 정신건강 실무 중심 기술 함양을 위한 직업교육훈련 시스템에 대해 살펴보았다.

#### 가. 정신건강 인력을 위한 국가 실무 표준(National practice standards for the mental health workforce 2013)

정신건강 인력을 위한 국가 실무 표준은 정신건강 전문직(간호, 작업치료, 정신의학, 심리학, 사회복지 등) 종사자들이 갖추어야 할 공통 역량, 가치, 태도, 지식, 기술을 명확히 하여 실무의 일관성과 질적 수준을 높이고자 만들어진 실무 지침 문서이다. 정신건강 실무자가 갖추어야 할 기본 역량과 가치를 13가지 표준으로 명시하고 각 표준 항목별로 요구되는 행동 지침을 제시하고 있다.

국가 실무 표준과 실천 지표는 의료기관, 지역사회 정신건강서비스 등 서비스 제공현장에서 정신건강 인력이 전문적 서비스를 제공할 때 기준으로 활용되며, 서비스 품질 보증(Quality assurance)과 정책 평가, 이용자 중심 서비스 제공에의 근거로 활용된다(Walker, 2014, p. 181).

〈표 3-3〉 호주 정신건강인력 국가 실무 표준과 실천 지침

표준	실천지침
권리, 책임, 안전 및 프라이버시	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 법률, 윤리 기준 준수</li> <li>• 설명, 동의, 자기결정권 존중</li> <li>• 아동 및 취약 계층 보호</li> <li>• 프라이버시와 정보 보안</li> <li>• 안전한 환경, 위험 상황 대응 및 폭력 예방</li> <li>• 정기적인 자해, 타해 등 위험요소 평가</li> </ul>
회복 중심, 가족 및 보호자와 협력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 회복지향적 접근</li> <li>• 가족 및 돌봄자의 역할 존중, 파트너십 강화</li> <li>• 사회적 연결 및 의미 있는 활동 촉진</li> </ul>
다양한 요구 충족	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 나이, 성별, 문화, 종교, 장애 등 다양성 존중</li> <li>• 문화적으로 적절한 평가 도구 사용</li> <li>• 통역사 또는 문화적 중재자와 협업</li> <li>• 문화적 차이에 따른 치료 접근법 조정</li> </ul>
원주민과의 협력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 역사적 배경 및 트라우마 이해</li> <li>• 민감하고 존중하는 언어 사용</li> <li>• 지역 커뮤니티 프로토콜 존중</li> <li>• 현지 전통 치유자 및 정신건강 전문가 협력</li> <li>• 문화적 안전 교육 이수</li> </ul>
접근성 확보	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 긍정적인 첫 경험 제공</li> <li>• 장벽(지리, 경제, 언어 등) 최소화</li> <li>• 지역사회 자원과 연계</li> </ul>
개별 계획 수립	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 맞춤형 치료·지원 계획을 수립</li> <li>• 이용자 중심의 목표 설정</li> <li>• 신체 건강 상태 및 관련 진단 포함</li> </ul>
치료 및 지원 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 근거기반 치료와 심리사회적 지원 제공</li> <li>• 지속적 평가와 모니터링</li> <li>• 최신 치료법 적용</li> <li>• 다학제 팀 협력</li> <li>• 부작용 모니터링 및 치료 효과 추적</li> <li>• 다양한 치료 접근법(인지행동, 동기부여, 체계적 접근 등) 활용</li> </ul>



표준	실천지침
돌봄 전환 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 입·퇴원, 서비스 간 연계 등 전환 과정 지원</li> <li>• 연속성 있는 서비스 제공</li> <li>• 전환 시 정보 공유 및 사전 계획</li> <li>• 전환 후 후속 지원 제공</li> </ul>
통합 및 파트너십 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다학제 협력 및 타 기관과의 연계</li> <li>• 지역사회 자원 활용</li> <li>• 정기적 팀 회의</li> <li>• 외부 기관과의 협력체계 구축</li> </ul>
품질 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 평가와 지속적 개선</li> <li>• 근거기반 실천 장려</li> <li>• 피드백 수집 및 반영</li> <li>• 내부 감사 및 평가 참여</li> </ul>
의사소통 및 정보 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 효과적 의사소통 실천</li> <li>• 기록 및 정보 보호</li> <li>• 명확한 정보 전달</li> <li>• 기록의 정확성 및 기밀성 유지</li> </ul>
건강 증진 및 예방	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강 증진, 조기개입, 예방활동 실천</li> <li>• 예방 교육 프로그램 운영</li> <li>• 위험요인 사전 평가</li> </ul>
윤리적 실천 및 전문성 개발	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 윤리적 기준 준수</li> <li>• 지속적 자기개발 및 전문성 향상</li> <li>• 윤리적 딜레마 발생 시 상담 및 보고</li> <li>• 정기적 교육·연수 참여</li> </ul>

출처: "National practice standards for the mental health workforce", Australian Government Department of Health, 2013, Victorian Government Department of Health, pp. 12-21의 내용을 표로 정리함.

## 나. 호주 정신건강 인력 교육 기간 및 고유 업무

정신건강서비스 인력은 교육 측면에서 의학, 전문직, 직업훈련, 경험 기반 인력으로 나뉘며, 각 직군은 표준화된 교육, 훈련 경로와 고유한 업무를 가진다. GP는 의대(5~6년), 인턴십(1년), 레지던시(1~2년) 후 RACGP/ACRRM<sup>13)</sup> 펠로우 과정(3~4년)을 거쳐 높은 전문성을 갖추며,

13) 호주 왕립 일반의사 학회(RACGP, Royal Australian College of General Practitioners) 또는 호주 농촌 일반의사 학회(ACRRM, Australian College of Rural and Remote Medicine)가 운영하는 프로그램을 통해 도시 지역은 3년, 농촌 프로그램은 4년 전문의

지역사회에서 정신건강 평가, 진단, 게이트키퍼 역할을 맡는다. 프로그램을 이수하고, 정신건강역량<sup>14)</sup>을 갖춘 GP는 'Medicare Better Access' 프로그램을 통해 정신건강 진료에 대한 인센티브를 받고, 농촌 지역에서 정신건강 서비스를 제공하는 경우는 세션당 추가 보상(연간 최대 AUD 10,500)을 받는다(표 3-5 참조).<sup>15)</sup>

정신건강의학전문직은 의대 후 RANZCP<sup>16)</sup> 전문의 훈련(5년)을 통해 진단, 약물 처방, 심리치료, 팀 리더십을 담당한다. 간호사(RN, NP, EN), 심리학자, 작업치료사, 사회복지사는 AHPRA 규제 직군으로, 학사(3~4년) 또는 석사(2년), 감독하의 실무 경험(작업치료사 및 사회복지사의 정신건강 전문화 2년)을 요구하며, 연간 CPD 이수가 필수다. 심리학자, 사회복지사와 작업치료사는 메디케어(Medicare rebate)로 지원받아 정신건강 상담, 재활 치료 접근성을 높인다.<sup>17)</sup> 간호사는 명확한 경력 경로로 전문성이 성숙되어 있다. 반면, 상담사, 심리치료사는 자율 규제에 의존하며 AHPRA 비규제 직군으로, Medicare 지원이 없어 직업적 지위와 처우가 상대적으로 약하다. 경험 기반 인력은 정서적·실질적 지원, 서비스 연계, 회복지향 정신건강 지원 역할을 수행한다(표 3-5 참조).

---

훈련 과정을 거친 후 펠로우 자격 취득이 필요함(Royal Australian College of General Practitioners, 2025; Australian College of Rural and Remote Medicine, 2025).

14) Focussed Psychological Strategies(FPS) 자격을 취득하기 위한 훈련은 6개월에서 1년 동안 20~40시간 Continuing Professional Development(CPD) 프로그램으로 구성(Rural Faculty, Royal Australian College of General Practitioners, 2025).

15) Workforce Incentive Program(WIP)

16) The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists(RANZCP).

17) GP가 Mental Health Care Plan을 발급한 환자 1인당 심리치료·작업치료·임상 사회복지사 상담 등을 합쳐서 연간 최대 10회까지 메디케어 리베이트를 받을 수 있음(Rural Faculty, Royal Australian College of General Practitioners, 2025).

## 다. 직업교육훈련(Vocational Education and Training, VET)을 통한 정신건강 인력 양성

호주의 정신건강서비스 제공인력은 직업교육훈련을 통해서도 양성되고 있다. 호주의 직업교육훈련은 국가자격 체계인 AQF(Australian Qualifications Framework)<sup>18)</sup>를 기반으로 하며, 주로 실무 중심의 기술과 지식을 함양시키는 것을 목적으로 한다. 직업교육훈련은 주립 기술전문대학(TAFE)이나 민간 등록훈련기관(Registered Training Organisations, RTOs) 및 일부 대학에서 운영하고 있다. 정신건강 분야에서 제공되는 주요 VET 자격 과정은 다음의 표에 제시된 것처럼 Certificate III, Certificate IV, Diploma, Advanced Diploma 수준으로 구성된다.

〈표 3-4〉 호주 직업교육(VET) 내 정신건강 VQ 인력 주요 자격 코스

코스명	세부내용
CHC43315: Certificate IV in Mental Health	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강 문제를 지닌 개인을 지원하는 데 필요한 실무적 지식과 기술을 배우는 대표적인 자격 코스. 회복 중심의 접근법을 배우며, 지역사회 서비스와 협력하는 기술을 습득</li> <li>- 지역사회(센터 기반 프로그램, 재활프로그램 등), 임상, 주거 서비스 등 다양한 환경에서 정신건강 지원 업무</li> <li>- 정신건강 지원가(Mental Health Support Worker), 커뮤니티 지원가, NDIS 지원 코디네이터</li> <li>- 매주 18시간/2년 과정(풀타임 기준 1년)</li> <li>- 필수 11과목+선택 4과목(총 15과목), 최소 실습 80시간</li> </ul>
CHC43515: Certificate IV in Mental Health Peer Work	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강 문제를 직접 경험한 사람들이 지역사회에서 다른 사람을 지원하도록 훈련하는 자격. 동료 지원(peer support) 모델을 기반으로 함</li> </ul>

18) AQF는 학교 교육, 직업교육훈련, 고등교육을 포괄하는 모든 교육 및 훈련 자격을 표준화하고, 각 자격의 수준과 학습 성과, 교육 경로를 명확히 규정하는 국가 프레임워크임.

64 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

코스명	세부내용
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강 동료지원가, 커뮤니티 지원가. Aboriginal peer worker, Advocacy Worker, Carer consultant, Consumer consultant, Consumer representative, Family advocate, Mental Health Peer Worker, Peer Education Officer, Peer mentor, Youth peer worker</li> <li>- 풀타임 기준: 1년.</li> <li>- 필수 8과목+선택 7과목, 최소 실습 80시간</li> </ul>
CHC53315: Diploma of Mental Health	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificate IV보다 한 단계 높은 자격</li> <li>- 정신건강 분야에서 사례 관리, 프로그램 코디네이션, 지역사회 서비스 등 고급 직무를 준비하는 자격. 정신건강 문제를 겪는 개인을 위한 회복 중심 서비스 제공 및 관리 역량 강화</li> <li>- 필수 15과목+선택 5과목(총 20과목), 최소 실습 160시간, 1~2년(풀타임 기준, 학습 방식 및 기관에 따라 다름).</li> </ul>
CHC53215: Diploma of Alcohol and Other Drugs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 알코올 및 약물 중독 문제를 포함한 정신건강 문제를 다루는 자격. 중독 치료, 상담, 재활 지원 기술을 제공</li> <li>- 약물 및 알코올 상담원, 지역사회 재활 코디네이터</li> <li>- 풀타임 기준: 1~2년</li> </ul>
Certificate IV in Counselling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상담 직무(Community Counsellor, Support Worker)에서 필요한 기본 상담 기술과 지식</li> <li>- 필수 13개 과목+ 선택 4개 과목</li> <li>- 최소 80~120시간의 직장 내 실습</li> <li>- 소요 기간: 1년(풀타임 기준, 학습 방식에 따라 다름)</li> </ul>
CHC51015: Diploma of Counselling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 상담 분야에서 전문 상담사, 지역사회 지원 근로자 등으로 일하기 위한 고급 기술 제공. 사례 관리, 프로그램 개발, 위기 개입, 그룹 상담 등 포함</li> <li>- 필수 13과목+선택 4과목(총 17과목), 최소 실습 120~200시간, 1~2년(풀타임 기준, 학습 방식 및 기관에 따라 다름)</li> </ul>

출처: “CHC43515 - Certificate IV in Mental Health Peer Work”, Australian Government Department of Education, Skills and Employment, n.d.b,  
<https://training.gov.au/training/details/CHC43515/summary>;  
 “CHC43515 - Certificate IV in Mental Health Peer Work”, Australian Government Department of Education, Skills and Employment, n.d.a,  
<https://training.gov.au/training/details/CHC43315/qualdetails>.

#### 4. 정신건강 인력 급여 및 처우 보장 체계

##### 가. 근로자 권익 보호의 법적 기반

호주의 근로 조건은 ‘어워드(Award)’라는 법적 문서를 통해 산업 및 직종별 최소 기준이 설정된다. 이는 기업별 단체협약(Enterprise Agreement)이나 개별 고용 계약의 근간이 되며, 어떠한 계약도 어워드보다 근로자에게 불리한 조건을 제시할 수 없다. 모든 어워드는 호주의 공정근로법(Fair Work Act 2009)에 명시된 국가고용표준 ‘National Employment Standards(NES)’를 지켜야 한다. NES에 명시된 근로자에게 보장되는 핵심 권리는 근무 시간은 원칙적으로 주당 최대 38시간을 초과할 수 없고,<sup>19)</sup> 휴가는 연 4주 유급으로 제공되며, 교대 근무자는 5주로 한다. 연 10일 유급 병가 및 돌봄 휴가, 무급 지역사회 봉사 휴가, 장기근속 휴가(예: 퀸즐랜드 10년 근속 시 60일 유급휴가), 유급 공휴일 보장 등이 포함된다. 근로자에게 유연 근무 요청권이 보장되며, 최대 24개월의 출산 및 육아휴직, 근속 기간에 따른 해고 사전 통지 의무, ‘공정 노동 정보서’(Fair Work Information Statement) 제공 의무가 있다. 특히, 휴가 규정이 적용되지 않는 비정규직(Casual) 근로자의 경우, 이를 보상하기 위해 통상 정규직보다 25% 높은 시급(Casual Loading)을 지급받는다(Gilshenan & Luton, n.d.).

이외에도 2023년 4월 연방 산업안전보건법(Work Health and Safety Act)이 개정됨에 따라 고용주는 물리적 위험뿐만 아니라 근로자의 심리적 위험까지 동등하게 관리하고 ‘Psychosocial Hazard Management’ 프로그램을 운영할 의무를 지닌다(Thompson, n.d.).

19) 예외적 상황에서 합리적 범위 내 초과근무 허용

## 나. 정신건강 인력의 계약 유형과 어워드

정신건강 분야에서 의사(GP, 정신건강의학 전문의)와 심리학자는 주로 개별 계약이나 독립 계약자(Independent Contractor) 형태로 근무하는 반면, 그 외 대다수 인력은 산업별 어워드 또는 단체 협약의 적용을 받는다. 그리고 병원이나 보건의료기관에 고용되는 심리학자와 작업치료사 등 보건의료서비스 종사자는 'Health Professionals and Support Services Award(MA000027)', 정신건강 간호사는 'Nurses Award(MA000034)', 사회복지사와 동료지원가 등은 'Social, Community, Home Care and Disability Services Industry Award(MA000100)'의 적용을 받는다. 이 어워드는 고용 형태(정규직, 파트타임, 비정규직, 인턴), 최저 임금, 각종 수당, 퇴직 연금 등 근로 조건 전반을 규정하며, 매년 개정된다. 최근 개정된 어워드(2025년 7월 1일 기준)는 '연결되지 않을 권리'를 명시하여 근무 시간 외 고용주의 연락을 거부할 권리를 보장하고, 휴게시간 규정을 명확히 했다(Fair Work Commission, 2025).

어워드에 따른 임금 체계는 직군과 자격 수준에 따라 세분화되는데 경력과 책임에 따라 임금이 상승하는 구조를 가진다. 지원직(Support Services Employees)은 최저 Level 1의 최저 시급 \$25.74에서 최대 Level 9의 최저 시급 \$37.63까지의 분포를 가지며, 보건 전문직(Health Professional Employees)<sup>20)</sup>은 최저 Level 1의 최저 시급 \$29.49에서 최대 Level 4의 최저 시급 \$53.05까지의 분포를 가진다(Fair Work Commission, 2025). 이 외에도 초과근무, 야간·주말·공휴일 근무에 대한 가산 수당과 당직, 위험 노출, 유니폼, 세탁비, 주유비 등에 대한 각종 수당이

20) 보건전문직의 경우 시작 시점의 학위에 따른 시장 등급이 결정되는 구조이며, 정기적인 경우 매년 자동 승급, 파트타임이나 비정규직은 누적 근무시간에 따라 승급하는 구조를 가짐(Fair Work Commission, 2025).

별도로 지급되며, 경력과 자격에 따른 자동 임금 승급 및 교육 훈련 기회가 법적으로 보장된다.

〈표 3-5〉 호주 정신건강서비스 인력 교육 기간, 급여 수준, 고유 업무 역량

범주	직군	교육 기간	고유 업무
의학 (Medical)	GP	의대 5년 + 인턴 1년 + 레지던트 최소 1년 + 전문의 과정 3~4년 *CPD 필수 \$200,000~350,000	정신건강 평가, 진단, Mental Health Care Plan 수립, 약물 처방, 전문가 의뢰
	정신건강의학전문의	의대 5년 + 인턴 1년 + 레지던트 최소 1년 + RANZCP 전문의 훈련(최소 5년) *CPD 필수 \$250,000~400,000	복합적인 정신질환에 대한 진단 및 치료, 입원 결정, 약물 치료, 심리치료, 다학제 팀 리더십 등
전문 (Tertiary Qualified)	Nurse Practitioner	학사(3년), RN 경력(최소 3년), 석사 (2년) *CPD 필수 \$145,000~\$155,000	진단, 처방권 행사, 지역사회 중심의 정신건강 관리, 입원 대안 제시 등
	RN	학사(3년) *CPD 필수 \$95,000~110,000	환자의 돌봄, 상태 관찰, 약물 관리, 정신건강 팀원
	심리학자	심리학 학사(3~4년), 석사(2년, 최소 1,000시간 실습), *CPD 필수 \$95,000~110,000.	심리평가, 행동 분석, 인지행동치료(CBT), 트라우마 치료, 연구 기반 개입 등
	작업치료사	작업치료 학사(4년) 정신건강 전문 최소 2년 정신건강 분야 감독하의 실무 경험 *CPD 필수 \$90,000~\$100,000	일상생활 능력 회복, 사회복귀 지원, 작업 활동을 통한 치료 계획 수립 등
	사회복지사	학사(4년) 정신건강 전문 최소 2년 정신건강 분야 감독하의 실무 경험 *CPD 필수 \$90,000~105,000	사례관리, 위기 중재, 자원 연결, 개인 및 가족 상담, 트라우마 지원

68 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

범주	직군	교육 기간	고유 업무
직업 훈련 (Vocationally Qualified)	Enrolled Nurse	Diploma of Nursing(1.5~2년) AHPRA 등록 *CPD 필수 \$65,000~75,000	RN 지도하에서 기본 간호 서비스 제공, 약물 투여, 정신건강 환자 모니터링 등
	VQ MH Worker	Certificate IV in Mental Health(1년) \$60,000~75,000 시급 \$30~40	회복지향 정신건강 지원, 위기 상황 대응 및 초기 중재, 개별화된 지원 계획 수립 및 실행, 커뮤니티 기반 프로그램 활동
	VQ Other	Certificate IV in Alcohol and Other Drugs 등 다수의 코스가 있음(1년) 시급 \$39	AOD Worker: 알코올·약물 문제 지원 및 개입, 위기 대응, 개별화된 지원 계획 수립 및 실행, 건강증진·예방 활동
	Indigenous Mental Health Worker	Certificate IV in Indigenous Mental Health(Social and Emotional Well Being)(1년) 시급 \$36	중독 및 트라우마에 대한 인식과 대응, 문화적 중재자, 상담자, 옹호자, 팀 플레이어
동료/경험 (Peer/Lived experience)	Consumer Peer Worker	Certificate IV in Mental Health Peer Work(1년) \$75,000~80,000. (시급 \$40~45)	lived experience 기반 정서적·실질적 지원, 회복 촉진 및 자기옹호 지원, 정보 제공 및 서비스 연계, 서비스 품질 개선 활동 참여
	Carer Peer Worker	Certificate IV in Mental Health Peer Work(1년) \$60,000~80,000 시급 \$36~45	동료 보호자에게 정서적·실질적 지원 제공, 돌봄 경험 공유, 정보 제공, 서비스 연계, 옹호, 교육, 보호자 중심 지원 수행



범주	직군	교육 기간	고유 업무
	Indigenous Peer Worker	Certificate IV in Mental Health Peer Work(1년)	일반 Peer Worker와 동일한 기본 역량을 갖추면서, 원주민 커뮤니티 특유의 문화·정서적 맥락을 이해하고 지원함

주: 1) \*CPD 필수(AHPRA 등록 직군) 표시가 없는 VET 시스템 인력은 CPD 권장 사항임. 단, 정부는 고용주와 서비스 계약을 맺을 때 CPD 지원금을 주는 조건으로 사실상 필수 이수하도록 장려함. 다음 문서의 정신건강인력 구분을 참조하여 작성

2) 연봉은 호주 최대 구인 구직 사이트 SEEK에서 제시한 각 직업별 연봉 정보 페이지를 참고하여 작성(단위, 호주 달러, Au\$)

3) 연봉 정보가 없는 준전문직은 시급으로 표기

출처: "Introduction to the National Mental Health Service Planning Framework - Commissioned by the Australian Government Department of Health and Aged Care (V4.3)", Diminic et al., 2023,. The University of Queensland;

"Nurse Practitioner Salary in AU", SEEK, 2025,

<https://www.seek.com.au/career-advice/role/nurse-practitioner/salary>;

"Hourly Rate for Skill: Counseling in Australia", Payscale, 2025,

[https://www.payscale.com/research/AU/Skill=Counseling/Hourly\\_Rate](https://www.payscale.com/research/AU/Skill=Counseling/Hourly_Rate);

(고유 업무) Good Medical Practice: A Code of Conduct for Doctors in Australia, RACGP Curriculum for Australian General Practice, RANZCP Fellowship Competencies, GPMHSC(General Practice Mental Health Standards Collaboration), Registered Nurse Standards for Practice, Enrolled Nurse Standards for Practice, Nurse Practitioner Standards for Practice, Professional Capabilities for Psychologists, Capabilities for Occupational Therapy Practice, Mental Health Endorsement Criteria, Australian Association of Social Workers(AASW), AASW Practice Standards & Mental Health Accreditation Standards, National Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Health Workers, CHC43515 Certificate IV in Mental Health Peer Work,

"1280NAT - National qualification", Australian Government Department of Education, Skills and Employment. n.d.

## 제2절 캐나다

캐나다는 캐나다 정신건강위원회(Mental Health Commission of Canada, 이하 MHCC)가 2012년에 제시한 캐나다 최초의 연방정부 차원 정신건강 전략인 「Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada」<sup>21)</sup>를 바탕으로, 각 주정부가 자체적인 정신건강 전략을 수립하여 시행하고 있다. 브리티시 컬럼비아주(이하 B.C.주)는 「A Pathway to Hope」라는 10개년 정신건강 서비스 시스템 개선 계획(2019-2029)을 수립하여 추진하고 있다. B.C.주는 특히 캐나다 최초로 주정부 공인 동료지원가 교육 커리큘럼을 개발하였으며, 공식 교육 프로그램과 표준 실무 지침의 개발 및 정책 실행 측면에서 선도적 위상을 확보하고 있다. 따라서 이 글에서는 B.C.주의 사례를 중심으로 캐나다의 정신건강 인력 제도를 고찰해 본다.

### 1. 정신건강서비스 제공 인력 개념 및 현황

캐나다는 앞서 살펴본 호주와 마찬가지로 정신건강을 포괄적으로 이해하고 있기 때문에 다양한 정신건강서비스 제공 주체가 협력하는 구조로 제도가 설계되고 서비스가 제공되고 있다. 캐나다는 국가직업분류(NOC) 체계에 따라 정신건강 인력을 정신건강전문직, 일차의료인력, 준전문직/지원직으로 구분하고 있다. 다음의 표에 제시된 것처럼, 정신건강전문직

21) 이 전략은 정신건강 문제를 직접 경험한 당사자와 그 가족의 목소리, 이들의 경험과 자문을 핵심 기반으로 하여 개발되었음. 이 전략에서는 정신건강 서비스 접근성의 불균형을 주요 문제로 지적하였으며, 모든 서비스 제공자를 대상으로 회복 지향적 접근법, 다학제 훈련, 문화적 역량 및 안전 교육의 강화를 권고하였음. 특히 기존에 자원봉사나 형식적 참여 수준에 머물렀던 경험기반 인력에 대해, 이들과의 실질적인 협력 관계 구축을 장려하고 정신건강 정책 및 서비스 체계 전반에 이들의 관점과 전문성을 적극적으로 수용·통합하는 정책 패러다임의 전환을 역설하였음.

에는 정신건강전문의 심리학자, 심리치료사, 사회복지사, 정신건강간호사가 포함된다. 일차의료인력으로는 GP와 간호사가 포함되며, 준전문직/지원직으로는 동료지원가 등 인력이 포함된다. 이 중 준전문직/지원직 인력들은 클라이언트 평가, 사례관리, 자원 연계, 프로그램 운영, 위기개입, 서비스 효과평가 등 다양한 지역사회 기반의 사회서비스 지원 업무를 담당하고 있다.

〈표 3-6〉 캐나다 정신건강서비스 인력 구분 및 주요 업무

범주	직업	주요 업무
정신건강전문직 31 - Professional occupations in health 413 - Professional occupations in social and community services	정신건강전문의 Psychiatrists (31103)	정신질환 진단 및 치료, 약물 처방, 심리치료, 환자 평가, 다학제 팀과 협력, 입원/외래 환자 관리 등
	심리학자 Psychologists(31200) (보건의료전문직)	심리 평가, 진단, 심리치료, 심리검사, 연구, 심리적 개입, 상담, 프로그램 개발 등
	심리치료사 Psychotherapists(41301): addictions counsellor registered clinical counsellor 등	심리치료 및 상담, 정신건강 문제 평가, 커뮤니티 치료계획 수립, 회복 지원, 다양한 치료기법 적용 등
	사회복지사 Social Workers(41300): coordinator of social work, psychiatric social worker 등	클라이언트 평가, 사례관리, 상담, 사회적 지원 연결, 위기개입, 정책 옹호, 가족·커뮤니티 개입 등
	Registered Psychiatric Nurses <sup>22</sup> (31301)	병원, 정신건강 클리닉, 요양원, 지역사회 기반 시설에서 간호, 상담, 위기개입, 재활 등 제공
일차의료인력	General Practitioners (31102)	정신건강 문제 조기 발견, 평가, 초기 치료 제공, 필요 시 전문의 또는 심리학자 등에게 의뢰, 항우울제 등 정신건강 관련 약물 처방
	Registered Nurses (31301)	정신건강 스크리닝 및 평가 보조, 약물 관리 및 복약 지도, 정신건강 교육 및 상담 등

## 72 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

범주	직업	주요 업무
준전문직/지원직 (Paraprofessional)	Community and Social Service Work(42201): Peer Support Worker, addictions worker, crisis intervention worker, mental health worker 등	클라이언트 평가, 사례관리, 자원 연계, 프로그램 운영, 위기 개입, 서비스 효과 평가 등 다양한 사회복지·커뮤니티 프로그램 지원 업무 수행

주: 1) Employment and Social Development Canada(ESDC)와 Statistics Canada가 공동으로 관리하는 직업 분류 체계 NOC(National Occupational Classification) 2021 V.1.0을 참고하여 직업 명칭과 주요 업무를 작성하였음. 해당 코드에 포함되는 대표적인 타이틀만 기재하였음.

2) NOC는 직무 내용(Job duties)을 1차 기준으로 삼고, 자격 요건, 교육 수준 등(TEER, Training, Education, Experience, Responsibilities)을 반영하여 분류하고 있음.

3) 42201 코드는 다양한 사회복지·상담·지원 관련 직종을 포괄하며 실제 직무와 고용 환경에 따라 교육·자격 수준이 다를 수 있음.

출처: “A profile of selected mental health and substance use health care providers in Canada, 2021”, Canadian Institute for Health Information, 2021, <https://www.cihi.ca/en/a-profile-of-selected-mental-health-and-substance-use-health-care-providers-in-canada-2021>;

“42201 - Social and community service workers. In National Occupational Classification (NOC) 2021 Version 1.0”, Statistics Canada, 2021, <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD.pl?Function=getVD&TVD=1322554&CVD=1322870&CPV=42201&CST=01052021&CLV=5&MLV=5>.

2021년 기준 정신건강서비스(Mental health and substance use, MHSU) 인력은 654,780명으로<sup>23)</sup> 인구 10만 명당 1,721.4명에 해당한다(Canadian Institute for Health Information, 2021). 그러나 해당 인력 분포는 지역별로 상당한 편차를 보인다. 인구 10만 명당 인력 비율은 노바스코샤 주가 2,224.9명으로 가장 높았으며, 누나부트 준주는 676.8명으로 가장 낮았다. 한편, 온타리오 주는 인력 비율이 1,609.9명

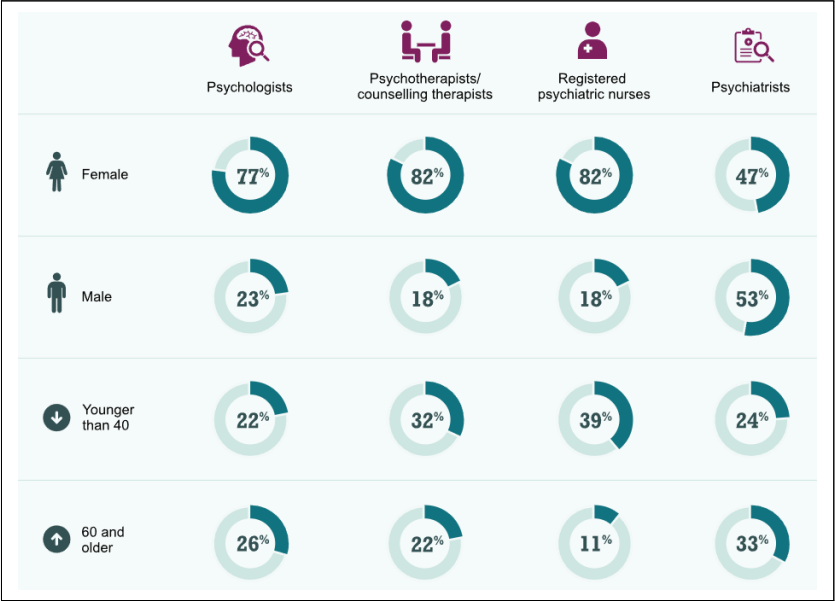
- 22) 캐나다에서 정신건강 분야에 특화된 간호사로 전용 교육과정을 이수한 경우, 매니토바, 서스캐치원, 앨버타, 브리티시 컬럼비아, 유콘주에서 등록 가능. 그 외 주 및 준주에서는 등록간호사(RN)가 정신건강 간호 업무 수행.
- 23) CIHI(캐나다 보건의료정보원)이 수집한 가용 데이터 직종은 social workers, family physicians, occupational therapists, licensed practical nurses, nurse practitioners, registered nurses, registered psychiatric nurses, psychologists, psychiatrists, paramedics, psychotherapists and counselling therapists. 단, RPNs은 5개주(Manitoba, Saskatchewan, Alberta, B.C. and Yukon)만 포함됨.

으로 전국 평균을 밑돌지만, 총인력 수는 237,392명으로 캐나다에서 가장 큰 규모를 차지한다(Canadian Institute for Health Information, 2021).

또한 2022~2023년 기준, 정신건강의학 전문의, 정신건강 간호사, 심리학자, 심리치료를 포함한 캐나다의 주요 정신건강 인력의 공석은 21,360개로 집계되었다. 이는 전체 보건 분야 공석(120,140개)의 17.8%에 해당하는 수치이며, 개인지원근로자(Personal Support Worker, 30,800개, 25.7%)와 간호사(28,000개, 23.3%)에 이어 세 번째로 높은 규모이다(Canadian Institute for Health Information, 2024).

그리고 정신건강전문직 인력을 중심으로 성별, 연령별 분포를 세부적으로 살펴본 Canadian Institute for Health Information(2021) 보고서에 의하면, 정신과 의사를 제외하고 정신건강전문직 인력은 대다수가 여성 인력이며, 정신과 의사의 경우 60세 이상의 인력이 33%에 달하는 것으로 나타난다.

[그림 3-5] 캐나다 정신건강 전문인력 성별, 연령별 현황



출처: “A profile of selected mental health and substance use health care providers in Canada, 2021”, Canadian Institute for Health Information, 2021, <https://www.cihi.ca/en/a-profile-of-selected-mental-health-and-substance-use-health-care-providers-in-canada-2021>.

## 2. 정신건강서비스 제공 인력 정책 및 전략

### 가. 국가 차원 정신건강 인력 전략 수립 착수

캐나다는 COVID-19 팬데믹과 약물 과다복용 위기로 급증한 정신건강 서비스 수요에 비해 인력이 부족한 문제를 해결하기 위해 국가 차원의 정신건강 인력 전략 수립을 본격적으로 추진하고 있다. 캐나다 정신건강 위원회(MHCC)와 캐나다 보건인력 네트워크(CHWN)는 2024년 공동 연구보고서를 발간하여, 해외 사례를 분석하고 국가 정신건강 인력 전략 수

립에 필요한 기초 자료와 정책적 시사점을 제시하였다(Mental Health Commission of Canada & Canadian Health Workforce Network, 2024).<sup>24)</sup>

이 연구에서는 캐나다인 3명 중 1명은 중등도 또는 심각한 정신건강 문제를 경험하고 있다고 보고하였으며, 알코올이나 대마초 사용자 4명 중 1명은 문제적 사용을 경험했다고 보고하였다(Mental Health Commission of Canada & Canadian Health Workforce Network, 2024). 팬데믹 기간 동안 캐나다 정신건강 인력의 역량은 오히려 감소하는 경우가 많았고, 이로 인해 서비스 격차는 더욱 확대되었다고 연구는 지적하고 있으며, 영국, 호주, 뉴질랜드, 미국과 달리 캐나다에는 정신건강 인력에 대한 체계적 국가 전략이 부재하다는 점을 지적하였다. 또한 이를 해소하기 위해 지역과 서비스 제공자, 공공과 민간 부문을 아우르는 정책 조정이 시급하다고 진단하였다(Mental Health Commission of Canada & Canadian Health Workforce Network, 2024).

이 연구에서는 해외의 사례들을 고찰한 결과를 바탕으로 다음의 8개 정신건강 인력 전략의 핵심 우선순위를 도출하여 제안하였다. 이는 1) 인력 모집 확대와 유지, 2) 모든 경력 단계에서의 교육 및 전문성 개발 강화, 3) 동료지원가 등 새로운 역할 개발을 통한 인력 다양성 확보, 4) 인력 대표성과 문화적 역량 강화, 5) 정신건강과 1차 의료 간 협력 촉진, 6) 비규제 직업군에 대한 데이터 수집 체계화, 7) 인력의 안전과 웰빙 보장, 8) 디지털 인프라 및 가상치료 훈련 강화를 포함한다. 이러한 우선순위에 기반하여 연구에서는 몇 가지 구체적 정책 방향을 제안하였다. 우선, 새롭게

24) 이는 “Policy Options for a Pan-Canadian MHSUH Workforce Strategy” 프로젝트의 일환으로, 2012년부터 2023년까지 영국, 호주, 뉴질랜드, 이탈리아, 독일, 미국, 캐나다의 정신건강 인력 전략 및 개혁 관련 311개 정책 문서와 학술논문 39편을 분석하였음(Mental Health Commission of Canada & Canadian Health Workforce Network, 2024).

편성되는 ‘맞춤형 연방 보건 재정 지원(federal health transfers)’을 집행할 때, 정신건강 및 약물사용 분야 인력을 핵심 고려 대상으로 포함시켜야 한다는 점을 강조하였다. 또한 정신건강 및 약물사용(MHSUH) 분야의 인력 데이터 격차를 해소하는 것을 우선 과제로 삼아야 하며, 이를 위해 2023년 설립된 Health Workforce Canada를 통해 수집되는 새로운 데이터를 적극적으로 활용할 필요가 있다고 강조했다. 아울러 심리치료사와 상담치료사에 대한 소비세(GST/HST)<sup>25)</sup> 면제를 적용하여 환자의 비용 부담을 줄이는 동시에, 각 주정부가 이들 직업군의 자격, 면허, 직업 표준을 마련하도록 유도해야 한다고 제안하였다. 마지막으로, 향후 정신건강 서비스에 대한 새로운 국가 표준을 개발할 때 인력 문제를 최우선적으로 고려하여, 서비스 제공 방식과 접근성, 결과 지표 속에 인력의 필요와 역량, 훈련 방안을 체계적으로 반영해야 한다고 제안하였다(Mental Health Commission of Canada & Canadian Health Workforce Network, 2024).

#### 나. 캐나다 브리티시 컬럼비아주 정신건강 인력 정책

브리티시 컬럼비아(B.C.)주는 2010년대 초 처방용 오피오이드 남용 중심의 국면에서 2015년경 불법 합성 펜타닐의 대량 유입으로 치명률이 급증한 이후, 캐나다의 오피오이드 위기를 대표하는 지역으로 부상하였다(Fischer, 2023; Government of Canada, 2017). 이러한 위기에 대응하여 B.C.주는 2016년 캐나다 최초로 공중보건 비상사태를 선포하고, 2017년 정신건강 및 중독부(Ministry of Mental Health and Addictions)를 신설하였다. 이어 2019년에는 10개년 로드맵 「A Pathway to Hope」를

25) GST(Goods and Services Tax), HST(Harmonized Sales Tax).



발표하여 예방 중심, 통합·포괄 치료, 문화적 안전성과 형평성, 원주민 주도 해법이라는 네 가지 원칙 아래 분절된 기존 체계를 재설계하고 오피오이드 위기, 아동·청소년 정신건강 악화, 원주민 건강 불평등 등 구조적 문제를 동시에 다루는 개혁을 추진하였다(British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2019, p. 1).

이 로드맵은 오피오이드 위기, 아동·청소년 정신건강 악화, 원주민 건강 불평등, 기존 시스템의 단편화와 같은 문제를 해결하는 것을 목표로 하며, 다음과 같은 4대 원칙(예방 중심 접근, 통합적이고 포괄적인 치료, 문화적 안전성과 형평성 확보, 원주민 주도의 해결책 및 회복력 강화)을 기반으로 한다(British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2019, pp. 12-15). 인력 정책을 별도로 수립하지는 않았지만 이 로드맵에서는 크게 4가지 방향에서의 인력 정책이 담겨 있다.<sup>26)</sup> 로드맵에 담긴 첫 번째 방향성은 동료지원가의 체계적 양성과 네트워크 구축이다. 기존에 분산되어 활동하던 동료지원가들을 주정부 차원에서 조직화하여 전문성을 강화하였다(British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2019, p. 26). B.C.주에서는 ‘동료 지원 네트워크(Provincial Peer Network, PPN)’를 설립하여 25개 단체를 통합하고, 동료 코디네이터를 고용하여 훈련·네트워킹·품질 관리 기능을 강화하였다. 또한 200명 이상의 경험 당사자가 참여해 개발한 주정부 공인 훈련 커리큘럼을 마련하고, 디지털 허브 PeerConnectBC.ca를 통해 무료로 배포함으로써 경험기반 인력의 전문성을 제도적으로 인정하는 기반을 마련하였다.

26) 이 정책들은 비록 중독문제에 초점을 두고 있기는 하지만, 정신건강복지 인력이 중독 이슈에도 대응하고 있는 구조이기 때문에, 해당 인력 정책은 전반적인 정신건강복지 인력에도 영향을 미친다.

두 번째 방향성은 지역사회 기반 상담 인력 확충과 상담 서비스에의 접근성 확대이다. 주정부는 지역사회 상담 서비스의 접근성을 높이기 위해, 서비스를 제공하는 비영리 단체에 보조금<sup>27)</sup>을 지원하는 정책을 시행하고 있으며, 이 보조금은 신규 상담사 채용, 기존 인력의 근무 시간 확대, 상담 역량 강화 훈련 등에 사용된다. 이 정책의 핵심은 지원을 받는 단체가 소득 연동 요금제(Sliding Scale)나 무료 상담을 의무적으로 제공하도록 하는 것이다. 이를 통해 비용, 인종, 성적 지향 등 여러 장벽으로 인해 상담 서비스를 이용하기 어려웠던 취약계층의 접근성을 보장한다(British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2019, p. 27). 2019~2022년간 49개 비영리 단체에 연간 최대 12만 달러를 지원하였으며, 이를 통해 140명 이상의 상담사가 신규 채용되었고, 48,000명 이상이 상담 서비스를 이용한 것으로 나타났다. 이러한 결과에 따라 주정부는 향후 저소득층, 원주민, 농촌 및 외딴 지역 주민을 위한 서비스를 강화하고, 비대면 상담의 질을 높이며, 인력의 전문성을 지속적으로 향상시키는 데 초점을 맞출 계획이라고 밝혔다.

세 번째 방향성은 전문 인력의 역할 재정의와 신규 직군 신설이다. 관련해서 주정부는 각 지역 보건 당국 내에 간호사, 상담사, 사회복지사, 동료지원가 등 다분야 전문가로 구성된 약물중독 통합팀(SUIT)을 신설하여, 중독 환자에게 환자 중심의 통합 치료를 제공하고 치료와 회복 서비스 간의 원활한 연계를 지원하고 있다(British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2019, p. 10). 또한 정신건강 문제와 약물 사용 장애를 동시에 겪는 환자를 전문적으로 치료하기 위해, ‘동시

27) 이 보조금은 커뮤니티 상담 기금(CCF, Community Counselling Fund)을 통해 마련되었으며, 주정부는 2019년부터 2022년까지 3년간 약 1,900만 달러를 투자함. 기금의 신청, 배분, 평가 등 실무는 2008년 설립된 비영리 공공기관인 커뮤니티 행동 이니셔티브(CAI, Community Action Initiative)가 담당하였음.

장애 임상전문가' 28)라는 직군을 정책적으로 신설하여 체계적으로 확충하고 있다(Centre for Addiction and Mental Health, n.d.). 2021년 519만 달러를 투입하여 지역 보건 당국 내 정신건강 및 중독 서비스 부서에 이들을 고용하기도 했다. 그리고 오피오이드 위기에 대응하기 위해 간호사의 치료제 처방 권한을 확대하는 정책을 단계적으로 도입하여, 29) 2023년 '오피오이드 사용장애 인증 간호사(Certified Practice for Opioid Use Disorder, CP-OUD)' 제도를 공식 도입했다. 이 인증 자격을 얻기 위해서는 B.C.주 중독연구센터(BCCSU)가 제공하는 전문 교육 과정을 이수해야 하며(Ministry of Mental Health and Addictions, 2019), 2023년 기준으로 255명의 간호사가 교육과정에 등록했으며, 이중 144명이 최종 수료했다(Kulkarni, 2023, November 29).

마지막으로 아동·청소년 통합 서비스를 위한 다학제 인력 배치를 강조하였다. 청소년이 어느 경로에서든 서비스에 연결되면 시스템에 등록하여 건강증진, 조기 개입, 상담·위기 관리, 집중 치료까지 연속적으로 지원 받을 수 있는 '연속적 통합 관리 모델'을 구축하였다. 이를 실현하기 위해 2022년까지 임상 의, 심리치료사, 사회복지사 등 다양한 전문 인력 139명을 신규 배치하였다. 이들은 학교, 병원, 지역사회 센터 등 다양한 접점을 통해 예방에서 회복까지 이어지는 다층적 서비스를 제공하였다(British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2019, pp. 17-20).

28) 이 전문가가 되기 위한 자격 요건은 1) 정신과 의사, 임상심리학자, 등록 간호사(RN) 등 관련 면허 보유, 2) (실무경력) 동시 장애 환자를 대상으로 최소 3년 이상의 실무 경험 또는 이에 상응하는 경력, 3) (전문교육) 캐나다 중독·정신건강센터(CAMH)에서 제공하는 동시 장애 치료 특화 교육 프로그램 이수임. 이들은 공공병원, 전문 치료 센터 등 지역사회 주요 시설에 배치되거나, 아웃리치 및 원격 상담 형태로 서비스를 제공한다.

29) 2020년 9월, 주 공중보건책임자(PHO)가 공중보건 비상사태에 근거하여 발령한 행정명령으로 시작함. 이 임시 조치를 통해 등록 간호사(RN)와 정신건강 간호사(RPN)는 오피오이드 대체치료제(OAT)를 직접 처방할 수 있는 권한을 한시적으로 부여받았으며, 이후 2023년 제도가 공식 도입되었음.

### 3. 정신건강서비스 제공 인력의 역량 강화 및 교육

캐나다의 정신건강서비스 제공 인력의 역량 강화 및 교육은 앞서 언급한 것처럼 B.C.주를 중심으로 살펴보았다. 캐나다 B.C.주의 정신건강 인력 역량 강화 및 교육은 정신건강 전문직 양성 프로그램, 준전문직 양성 경로인 Health Career Access Program(HCAP), 경험기반 인력의 업무 표준화 등을 중심으로 살펴보았다.

#### 가. 주정부 정신건강 전문직 양성 프로그램

B.C.주에서 정신건강 분야의 전문직에 진입하려면 일반적으로 4년제 학사 과정을 마친 후 석사나 박사 과정을 거치고 임상 실습을 수료하는 장기 교육 과정이 요구된다. 이 중 정신건강간호사(Registered Psychiatric Nurse, RPN)는 B.C.주를 포함한 3개 주(Alberta, Saskatchewan)에서 4년제 학사 학위(BScPN)뿐 아니라 실무 중심의 단기 디플로마 과정(2~2.5년)을 운영하여 빠른 인력 양성을 도모하고 있다(British Columbia College of Nurses and Midwives, n.d.; Stenberg College, n.d.; College of Registered Psychiatric Nurses of Saskatchewan., n.d.).

2024년 7월부터 심리치료(Psychotherapy)가 「보건전문직법(Health Professions Act)」에 따라 규제 대상 직종으로 지정되었으며 심리치료사에 대해 별도의 등록, 자격 요건, 실무 표준이 단계적으로 마련될 계획이다(Canadian Counselling and Psychotherapy Association, 2024). 그동안은 등록임상상담사(RCC, BCACC) 또는 캐나다공인상담사(CCC, CCPA) 자격으로 활동했으며, 하위 시행령과 규칙이 마련되면, ‘심리치료사’ 직함, 관련 데이터, 전문 행위가 체계적으로 관리된다(British Colu

mbia Association of Clinical Counsellors, 2024).

정신건강의사(정신건강 전문의), 심리학자, 임상사회복지사 등 여타 전문직 역시 학부-대학원-임상수련을 거치는 표준화된 장기 교육·수련 경로를 요구하며, 지속적 보수교육(CPD) 이수가 일반적 요건으로 적용된다. WorkBC의 직업 프로파일에 따르면 RN·RPN은 국가직업분류(NOC) TEER 1에 해당하며, 대학 수준의 학위 또는 이에 상응하는 고등교육이 요구되고, 정신건강 분야 특화 역량(위기개입, 트라우마 인식, 해손감소 접근 등)이 현장 필수 역량으로 제시된다(WorkBC, n.d.).

〈표 3-7〉 캐나다 B.C.주 정신건강서비스 인력 교육 기간

범주	직업	교육 기간 및 급여 수준
정신건강전문직	정신건강전문 <sup>2)</sup>	학부(4년)+의과대학(4년) + 레지던시(5년) = 13년 CPD 필수, C\$280,000 ~ C\$380,000
	심리학자 Psychologists	학부(4년)+석사(2년)+박사(1년 실습 포함 5~6년) = 10년+CPD 필수. C\$95,000 ~ C\$135,000
	심리치료사 <sup>1)</sup> Psychotherapists: Clinical Counsellor, Counselling Therapist, Registered clinical counsellor (RCC)	학부(4년)+석사(2년)+ 100시간 임상실습 = 6년+CPD 필수. C\$75,000 ~ C\$90,000
	Counsellor: 심리치료 행위 없이 일반 교육 상담 등을 제공하는 경우 비규제 직종으로 남을 수 있음	중독 상담사는 CACCF <sup>30)</sup> 와 같은 협회 자발적 인증: 학사 + 임상실습. C\$45,000~70,000
	사회복지사 Social Workers: coordinator of social work, psychiatric social worker 등	학부(4년) + 석사(2년) = 6년 + CPD 필수 코디네이터/정신과 사회복지사: 추가 전문분야 경험 요구 C\$65,000~100,000
	Registered Psychiatric Nurses <sup>31)</sup>	디플로마 과정 2.5년(120주), 또는 학사 과정 4년 C\$76,000~115,000

30) Canadian Addiction Counsellors Certification Federation 기관 인증 중독 상담사 (Addictions Counsellor)의 법적 규제 없음. CACCF 인증은 선택 사항. 단, “Counsellor”

범주	직업	교육 기간 및 급여 수준
일차의료인력	Family Medicine Specialist <sup>3)</sup>	학부(4년) + 의과대학(4년) + 레지던시(2~3년) = 11년 CPD 필수. C\$200,000~340,000
	Registered Nurses	학부(4년) C\$76,000~115,000
준전문직/지원직	Community and Social Service Worker: Peer Support Worker, mental health worker 등	Certificate(단기), 디플로마 (1년), Health Career Access Program(HCAP) 1년 C\$45,000~60,000

- 주: 1) 심리치료사: 2024년 7월 심리치료(Psychotherapy)를 Health Professions Act 규제 직업으로 지정. 새로운 규제 기관(기존 11개 규제 대학의 통합으로 형성될 예정)이 설립 되어 심리치료사의 등록, 자격 요건, 실무 표준 등을 관리할 예정. 규제 세부사항인 직함의 독점 사용, 제한된 행위 등은 아직 확정되지 않았으며, 협의와 개발 단계에 있음. 현재 “심리치료사” 직함은 비규제이며, 대부분 BC Association of Clinical Counsellors (BCACC)의 RCC 또는 Canadian Counselling and Psychotherapy Association (CCPA)의 Canadian Certified Counsellor(CCC)로 등록 활동하고 있음
- 2) 정신건강 전문가: 고등학교 졸업 후 대학에서 3~4년 동안 학부(Pre-med) 과정을 이수한 뒤 의대 지원이 가능하며, 아동 정신과 등 세부 전문은 레지던시 1~2년이 추가됨
- 3) GP의 레지던시는 현행 2년에서 2027년부터 3년으로 변경 예정
- 4) 간호사 평균 연봉 범위는 단체 협약 시급을 기준으로 연봉을 환산(주 37.5시간).  
출처: “2022-2025 NBA collective agreement summary of collective agreement changes”, British Columbia Nurses’ Union(BCNU), n.d.
- 5) ① 공공 의료기관에서 근무하는 전문의는 주 또는 지역보건당국과 의사협회 간의 협상을 통해 급여와 근무조건이 결정됨. 전문의 연봉은 캐나다 공식 통계를 참고하되, 폴타임 연봉으로 범위를 한정하였음.  
출처: “Wages for Psychiatrist in British Columbia. Job Bank”, Government of Canada, n.d., <https://www.jobbank.gc.ca/marketreport/wages-occupation/4016/BC>;  
“Counselor salary in British Columbia”, ZipRecruiter, n.d., <https://www.ziprecruiter.com/Salaries/Counselor-Salary-in-British-Columbia#Yearly>.
- ② 교육 관련 내용은 BC 주정부 고용미래기술부 산하 비영리 조직 WorkBC 웹사이트에서 각 직업별로 검색하여 정리함.  
출처: “Registered nurses and registered psychiatric nurses”, WorkBC, n.d., [https://www.workbc.ca/career-profiles/registered-nurses-and-registered-psychiatric-nurses#career\\_overview](https://www.workbc.ca/career-profiles/registered-nurses-and-registered-psychiatric-nurses#career_overview).

및 “Addictions Counsellor” 직함은 심리치료 행위를 수행하지 않는 한 비규제 상태로 유지됨. 심리치료 규제의 구체적 세부사항(직함, 제한 행위 등)은 아직 미확정 상태. 온타리오주에서는 “Psychotherapist” 직함과 심리치료 행위가 규제되고 있으며, “Counsellor”는 비규제. B.C.주도 유사하게 진행될 가능성이 있음

- 31) 등록 정신과 간호사(RPN)는 캐나다 국가직업분류(NOC) TEER 1로 분류. 대학교 학위(예: BSPN, Bachelor of Science in Psychiatric Nursing)가 요구됨. 그러나 B.C.주에서 RPN이 되기 위한 교육 경로가 유연하며, 디플로마 프로그램도 자격 요건으로 인정(Stenberg College’s 120-week Psychiatric Nursing diploma program).

## 나. 주정부 정신건강 준전문직 양성 프로그램

B.C.주정부는 2020년 9월 「Health Career Access Program (HCAP)」을 도입하여 보건 및 정신건강 분야로의 진입 장벽을 낮추고, 지역 인력난을 해소하는 준전문직 양성 체계를 구축하였다. 2024년부터 정신 건강 및 중독 분야로 확대되어 ‘Mental Health and Addictions Support Worker’ 분야가 추가되었다. 프로그램은 오리엔테이션, 실무, 인증서 교육, 졸업 후 서비스 의무로 구성된다(Government of British Columbia, 2025).

HCAP은 Certificate in Community Mental Health<sup>32)</sup> 등의 인증 프로그램 학비를 전액 지원할 뿐 아니라 교육 동안 참여자는 주간 생활 수당을 받는다. 유급 실무를 병행하며, 인증서 취득 후에는 12개월 동안 실습을 제공했던 고용주와 함께 근무하는 서비스 의무를 이행해야 한다. 프로그램은 원주민, 장애인, 소수자, 2SLGBTQIA+ 등 다양한 배경의 지원자를 포괄적으로 모집하며, 특히 정신 건강 또는 중독 회복 경험을 가진 이들을 환영한다(Government of British Columbia, 2025).

2020년 9월부터 2024년 7월까지 8,000명 이상이 HCAP을 통해 훈련을 받았고, 졸업생은 지역보건당국, 비영리 사회복지기관, 정신장애인 지원기관 등으로 광범위하게 배치되었다. 이 구조는 농촌·외곽의 공급 공백 완화, 저소득층·경력전환자의 진입장벽 감소, 원주민·장애인·2SLGBTQIA+ 등 다양한 배경 인력의 유입과 문화적 민감도 제고에 기여한다고 평가받고 있다(Government of British Columbia, 2025).

32) Douglas College, Camosun College 등에서 Community Mental Health(약 1년) 또는 Mental Health and Addictions Certificate(10개월) 등의 코스를 제공. 교육 내용은 정신 건강 이해, 회복 중심 접근, 위기 개입, 상담 기술, 윤리, 지역사회 자원 활용 등으로 구성(Douglas College, n.d.).

## 다. 동료지원가 양성 및 표준화

B.C.주정부는 2019년 BCcampus에 100만 달러를 지원해 「주(州) 동료지원가 훈련 커리큘럼(Provincial Peer Support Worker Training Curriculum)」을 개발하였다. 개발 과정에는 200명 이상의 경험 당사자가 설문·면접·워킹그룹 전 단계에 참여해 내용 타당성과 현장 적합성을 높였다. 커리큘럼은 총 16개 모듈, 약 40시간 분량으로 구성되며 (PeerConnectBC, n.d.), 학습관리시스템(LMS)을 통한 과제·피드백·진도관리·상호작용 평가가 포함되고, 이수자에게는 공식 수료증이 발급된다. 과정은 디지털 허브(PeerConnectBC.ca)를 통해 전액 무료로 제공되고 크리에이티브 커먼즈 라이선스로 공개되어 주내 보건당국·비영리기관에서 공식 자격으로 인정될 뿐 아니라 캐나다 전역에서 확장 활용이 가능하다. 2021년 8월~2022년 3월 사이 756명이 등록하고 89명이 인증서를 취득했으며, 고용주 대상 ‘동료지원가 운영 가이드’ 교육도 병행되었다(British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2023).

동시에 B.C.주는 ‘Provincial Peer Network(PPN)’를 구축하여 지역별 동료지원 단체를 하나의 네트워크로 통합하고, 동료 코디네이터를 배치해 훈련·네트워킹·품질관리·윤리지원 체계를 확립하였다. 동료지원 실천의 철학과 표준(상호존중·자기결정·강점기반·회복중심·트라우마 인식·사람중심 접근)을 명문화하고, 수평적 감독과 상호성에 기반한 전문성 유지, 해손 감소·사람 우선 언어(people-first language) 준수 등을 실무 표준으로 제시한다.



〈표 3-8〉 캐나다 B.C.주 동료 지원 서비스 원칙과 표준 업무 지침

항목	내용
동료지원 개념	<p>동료지원은 상호 존중, 공유된 책임, 상호 합의에 기반한 도움을 주고받는 시스템</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강, 약물 사용, 트라우마 경험을 공유한 사람들 간의 공감적 이해를 통해 관계를 형성</li> <li>- 비임상적, 관계 중심적이며 자발적이고 자기 주도적임</li> <li>- 희망, 회복, 전인적 건강을 중심으로 진행</li> </ul>
동료지원가 역할	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신 건강, 약물 사용, 트라우마 등의 살아있는 경험을 바탕으로 상호 지원적 관계를 구축</li> <li>- 동료와 함께 공감, 연결, 희망을 제공</li> <li>- 시스템 내에서 자기 옹호(self-advocacy)를 장려하고, 필요시 동료를 대신해 옹호 역할 수행</li> </ul>
동료지원가의 바람직한 소양	<p>동료지원가 대상 설문조사(200명 응답) 결과:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 연민/배려</li> <li>2. 공감</li> <li>3. 진정성</li> <li>4. 커뮤니케이션 기술</li> <li>5. 관계 구축 능력</li> <li>6. 의도적 존재감(Intentional Presence): 공감적 동행</li> </ol>
핵심 가치	<p>희망과 전인적 건강: 모든 사람은 치유와 성장 가능성을 가짐. 희망은 변화의 시작점</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인정: 모든 사람의 고유한 가치를 존중</li> <li>- 상호성: 동료와 동료지원가 간의 평등한 관계</li> <li>- 강점 기반: 문제 중심이 아닌 강점의 강화</li> <li>- 자기결정: 개인의 선택과 자율성을 지원, 강압 배제</li> </ul>
회복 중심	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 회복은 개인의 고유한 여정으로, 자기 주도적이며 목적과 가치를 가진 삶을 추구</li> <li>- 비선형적 과정으로, 좌절은 정상적인 부분</li> <li>- 약물 사용 여부와 관계없이 회복 가능(해소 감소 접근법)</li> <li>- 새로운 강점, 희망, 회복력, 목적, 소속감을 발견하는 탐험</li> </ul>
트라우마 인식 접근	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 트라우마의 광범위한 영향을 인식하고 재트라우마를 방지</li> <li>- SAMHSA의 6가지 원칙: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 안전(Safety)</li> <li>2. 신뢰성과 투명성</li> <li>3. 동료 지원</li> <li>4. 협력과 상호성</li> <li>5. 권한 부여, 목소리와 선택</li> <li>6. 문화적, 역사적, 성별 문제 고려</li> </ol> </li> </ul>
사람 중심 접근	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 각 개인의 고유한 강점과 필요에 맞춘 지원</li> <li>- 표준화된 서비스 속에서도 유연성과 개별성을 유지</li> <li>- 사람을 진단이나 문제로 정의하지 않음</li> </ul>

항목	내용
사람 우선 언어	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사람을 질병이나 상태로 정의하지 않는 언어 사용(예: “마약 중독자” 대신 “약물 사용으로 어려움을 겪는 사람”)</li> <li>- 비인간화와 낙인을 줄이고 존중과 공감을 촉진</li> </ul>
표준 업무 지침(Standards of Practice)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 동료 전문 역량(Peer Specialized Proficiencies) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 회복의 개별성을 이해, 자기결정 지원, 상호성 유지, 적절한 자기 개방, 지속적 학습</li> </ul> </li> <li>2. 웰니스, 전인적 건강, 회복 및 사회적 소속감 원칙 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 자기 관리, 트리거 인식, 공감과 연민, 경계 설정, 회복 지향적 실천(해소 감소, 트라우마 인식, 사람 우선 언어)</li> </ul> </li> <li>3. 다양성, 포용성, 공정성 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 개인의 가치와 편견 인식, 문화적 민감성, 식민주의와 특권의 해로운 영향 이해, 낙인과 사회적 건강 결정 요인 고려</li> </ul> </li> <li>4. 커뮤니케이션 및 연결 촉진 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 명확하고 존중하는 커뮤니케이션, 사람 우선 언어 사용, 공동체 소속감 지원</li> </ul> </li> <li>5. 협력과 윤리적 실천 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 임상 및 커뮤니티 직원과 협력, 윤리 강령 준수, 동료 지원의 명성 유지</li> </ul> </li> </ol>
Peer Support Canada 윤리 강령	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 윤리적 행동, 존중과 존엄, 다양성 존중, 개인 가치와 신념 존중, 정직과 성실, 기밀 유지, 해악을 피함, 개인적 이익 추구 금지, 부적절한 관계 금지, 동료 지원의 신뢰도 유지</li> </ul>
실천 원칙	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전통적 위계적 감독 대신 상호 반성 강조</li> <li>- 동료지원가 간 정기적 소통 필요</li> <li>- 동료 지원 코디네이터 역할로 철학 유지 및 임상 모델로의 전환 방지</li> </ul>
훈련 및 지속적 교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 초기 훈련 필수, 연 1회 이상 동료 지원 중심 교육 권장</li> <li>- 조직 내 모든 직원과 동등한 교육 기회 제공</li> <li>- 조직 리더는 동료 지원의 역사와 철학 교육 필요</li> </ul>

출처: “Peer support services in B.C.: An overview including B.C.’s peer support standards of practice”, British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions, 2021, Province of British Columbia, pp. 9-31의 내용을 표로 정리함.

또한 주정부는 동료지원 서비스 실천 가이드라인을 마련하여 일반 정신건강 전문가들이 동료지원가와 협업할 때, 동료지원가의 살아있는 경험과 전문성을 진정성 있게 존중해야 함을 강조하고 있다. 형식적 참여나 상징적 행동이 아니라, 동료지원가에게 실질적인 권한을 부여하고, 그들의 의견과 선택권을 실제로 반영하는 과정의 중요성을 강조한다.

〈표 3-9〉 캐나다 B.C.주 동료지원가 참여와 협력을 위한 10가지 권고 사항

항목	내용
대상 독자	전문가, 연구자, 정책 입안자, 프로젝트 리더, 시스템 내 동료지원가 담당자
문서의 목적	동료지원가와 협력할 때 어떻게 진정성을 갖고 참여시키고 권한을 부여할 것인가에 대한 실용적 지침
1. 가치와 원칙	책임을 물을 수 있는 가치와 원칙을 채택해야 함 선의의 의도로 시작된 이니셔티브에서도 트라우마를 유발했음을 인정(회복 이야기 강요, 형식적인 참여 등)
2. 과정에 대한 성찰	성찰은 불편하지만 필수적. 프로그램 내 정책과 절차를 검토하고 개선이 필요한 부분을 파악
3. 문헌 검토	정신질환 경험을 가진 사람들이 작성한 자료 검토
4. 보상 의무화	정신질환 경험을 가진 사람들의 기여에 대해 보상 지급
5. 형식이 아닌 진정한 협력	동료지원가들이 주도할 수 있는 기회를 주고, 이들의 경험을 신뢰하고, 상징적 행동이 아니라 진정한 협력을 할 것
6. 선택권 보장	무슨 방법이 가장 좋을지 직접 물어볼 것. 요구에 맞춰 프로세스를 개별화할 것
7. 직접 경험의 가치 존중 유연함, 겸손함 유지	의견을 반영할 생각이 없다면, 처음부터 참여시키지 말 것. 학문적 지식을 가진 전문가라도 생생한 경험이 있는 또 다른 전문가의 피드백을 듣고 고쳐 나가는 자세 필요
8. 다양성	소외 계층을 우선하고, 참여를 어렵게 만드는 장벽을 해결
9. 과정이 결과보다 중요	과정이 해롭거나, 형식적이거나, 억압적이라면 결과는 무의미함
10. 입장 존중	사람들이 처한 실제 상황에 맞춰 다가가기

주: 2019~2021년 진행된 “Provincial Peer Training Project” 교훈을 바탕으로 만들어진 것으로, 동료지원가 참여를 확대하고자 노력하는 조직이나 개인을 위한 실천 가이드라인  
출처: “10 Recommendations For Peer Engagement & Consultation”, Provincial Peer Training Project, n.d.,  
<https://bccampus.ca/wp-content/uploads/2020/07/10-Recommendations-Peer-Engagement-8.5x17-v1.pdf>. p. 1의 내용을 표로 정리함.

## 라. B.C.주 정신건강 인력 급여 및 처우 보장 체계

B.C.주의 공공부문 정신건강 인력의 임금과 근로조건은 보건고용주협회(Health Employers Association of BC)와 두 개의 주요 교섭단체—건강과학 전문가 교섭협회(HSPBA) 및 간호사 교섭협회(NBA)—간 단체협약에 의해 규율된다(Health Sciences Association of British Colu

mbia(HSA), n.d.; Vancouver Coastal Health, n.d.). 직종·직급·경력에 따른 격자형(Grid) 임금체계가 적용되며, RN·RPN의 경우 직종(RN/RPN/LPN), 직급(Level 1-4), 경력(Step 1-9)에 따라 보상 수준이 달라진다. 협약은 정신건강 현장의 정서적 소진과 폭력 노출 위험을 고려해 중대사건 발생 시 외상전문가 지원과 유급 휴가를 명문화하고(British Columbia Nurses' Union, 2023), 캐나다표준협회(CSA)의 「작업장 심리적 건강·안전 표준(Z1003-13)」<sup>33)</sup>을 전 사업장에 적용하도록 하여 조직문화, 심리적 안전, 일·생활 균형, 업무량 관리, 참여와 의사결정 등 13개 영역에 걸친 예방·지원 시스템을 구축하고 있다(British Columbia Nurses' Union, 2023).

### 제3절 영국

영국의 정신건강 인력 현황을 분석한 2024년 King's Fund의 보고서(2024)에 따르면, 2017년 이후 정신건강 인력 규모는 매년 증가해 왔으나, 확대되는 서비스 수요를 충족하기에는 여전히 부족한 수준이다(Gilburt & Mallorie, 2024). 또한 인력 규모가 지속적으론 증가했음에도 불구하고 영국 국가보건서비스(National Health Service, 이하 NHS) 정신건강 분야의 인력 결원율(vacancy rates)과 이직률은 NHS의 다른 분야에 비해 더 높은 수준임을 밝히고 있다(Gilburt & Mallorie, 2024).

33) 캐나다표준협회(CSA, Canadian Standards Association)는 비영리 표준화 기구로, 심리적 건강 및 안전에 관한 국가 표준으로 CSA Z1003-13: Psychological Health and Safety in the Workplace를 개발하였음. 심리적 위험요인 관리, 심리적 건강 및 안전 정책 수립, 관련 절차 마련, 교육, 인식 제고, 직원 상담, 지원 프로그램, 모니터링, 평가 체계 등을 규제함.

영국은 부족한 인력을 확충하기 위한 노력으로 정신과 전문의와 간호사 인력 증원, 심리 전문직과 비자격 인력의 확대, 동료지원 활동가 도입 등을 추진해 왔다. 그럼에도 불구하고 영국 NHS와 회계감사원(National Audit Office, NAO)은 정신건강 서비스의 확장 및 혁신 계획을 이행하는 데 있어 인력 부족을 핵심 제약 요인으로 지적하고 있으며(National Audit Office, 2023, p. 49) 이는 영국의 정신건강 영역에서 인력 문제가 여전히 심각한 정책 과제임을 시사한다.

이 글에서는 영국의 정신건강 인력에 대한 전반적 현황을 살펴보고, 직종별 인력 구성과 역할의 특성을 중심으로 주요 직군을 분류·정리하였다. 아울러 영국 NHS를 중심으로 발표된 정신건강 인력 관련 정책 및 전략을 고찰함으로써, 영국의 정신건강 인력 확충 및 유지를 위한 국가 차원의 정책 방향과 추진 과제를 검토하였다.

## 1. 정신건강서비스 제공 인력의 개념 및 현황

### 가. 정신건강서비스 제공 인력의 개념과 범위

앞 절에서 살펴본 호주와 캐나다와 유사하게 영국에서도 정신건강서비스 제공 인력을 정신건강 서비스를 제공하는 모든 직역의 인력을 포괄하는 개념으로 이해하고 있다. 영국 보건사회부(Department of Health and Social Care) 혹은 NHS에서 발표하는 정신건강 인력 계획에서 언급하는 정신건강 인력의 범위는 주로 NHS 체계 내에서 정신건강 관련 서비스를 전문적으로 제공하는 공공의료기관인 Mental Health Trust와 기타 NHS 재정 지원 제공기관에 공식적으로 고용된 정신건강 인력으로 이에 초점을 두고 있다(NHS, 2017, p. 5). 하지만 증가하는 정신건강 서비

스 수요에 효과적으로 대응하기 위해 새로운 직무를 지속적으로 창출하고 있으며, 이에 따라 정신건강 인력의 직종 범위는 점차 확대되고 있다.

영국에서는 직무별로 명확하게 인력을 구분하는 공식 체계가 있는 것은 아니나, 연구에서 살펴본 관련 정책 문서와 인력 현황 자료를 종합해 보면, 영국의 정신건강서비스 제공 인력은 임상 전문직, 심리 전문직(Psychological Professions), 비전문 지원 인력으로 연구에서는 구분해 볼 수 있었다. 우선 임상 전문직 인력은 대부분 정신건강 분야에서 직접적인 치료, 진단, 간호 등의 의료적 개입을 수행하는 자격 등록 직종으로 구성되며, 정신건강 전문의(psychiatrist)와 정신건강 간호사(mental health nurse)와 더불어 작업치료사, 언어치료사 등 보건의료 서비스를 제공하는 14개 직종의 연합보건전문직(Allied Health Professionals, AHPs)<sup>34)</sup>이 포함된다. 그리고 심리 전문직(Psychological Professions)은 주로 NHS의 심리 전문직군 체계에 따른 인력으로 임상심리학자, 심리치료사 등 심리 진단, 평가 및 치료 서비스를 제공하는 인력으로 구성된다. 마지막으로 비전문 지원 인력은 임상 및 심리 전문직을 지원하는 인력으로 동료지원가(peer support workers), 보조심리학자(Assistant Psychologists) 등이 여기에 포함된다.

## 나. 정신건강 인력의 현황

영국 NHS는 「2017년 Stepping Forward to 2020/21: The Mental Health Workforce Plan for England」와 2019년 「Mental Health

34) 물리치료사, 언어치료사(Speech and language therapists), 작업치료사, 미술치료사, 음악치료사, 드라마치료사, 수술 지원 전문직(Operating department practitioners), 정골의(Osteopaths), 응급구조사(Paramedics), 시능훈련사(Orthoptists), 족부치료사(Podiatrists), 의지기사 및 보조기사(Prosthetists and orthotists), 방사선사(Radiographers), 영양사.

Implementation Plan」을 발표하면서 증가하는 정신건강서비스 수요에 대응할 수 있는 인력의 확대 및 개선을 위한 추가 인력 예측치를 제시하였다. National Audit Office에서 발표한 2023년 보고서에 따르면 NHS의 정신건강 분야 인력은 앞선 정부의 계획에서 제시한 예측 수요에 대체로 부합하는 수준으로 증가한 것으로 평가되었다. 구체적으로 2016/17년부터 2021/22년까지 NHS 정신건강 인력은 22% 증가하였으며, 이는 당시의 예상 수요 증가율인 17%를 상회하는 수치이다. 직군별 증가율에는 큰 편차가 있었는데, 특히 정신건강 간호사 수는 예상보다 낮은 증가율을 보였으며, 치료사(therapists) 및 치료 지원 인력은 예측치를 크게 상회하여 증가하였다(National Audit Office, 2023, p. 46).

[그림 3-6] 정신건강 분야 인력의 초기 수요 예측치 대비 현황 비교

	Full-time equivalent staffing at the end of:				Percentage change		
	2011-12	2016-17	2020-21	2021-22	2012-2017		2017-2022
	(000)	(000)	(000)	(000)	actual (%)	estimate (%)	actual (%)
<b>Total NHS staff employed in trusts</b>	<b>112</b>	<b>109</b>	<b>127</b>	<b>133</b>	<b>-2</b>	<b>17</b>	<b>22</b>
Medical staff	9	9	10	10	0	9	13
Nursing staff	44	41	44	44	-8	16	9
Therapists and other clinically qualified staff	14	17	22	25	25	25	41
Clinical support staff, of which:	42	40	49	52	-5	19	30
Support to doctors/nurses	36	33	38	38	-7	N/A	13
Support to therapists and other clinically qualified staff	6	7	11	14	13	N/A	113
Administrative staff	3	2	2	3	-23	5	22

주: ■ 실제 증가율이 초기 추정치보다 5%p 이상으로 높음

■ 실제 증가율이 초기 추정치보다 4%p 미만으로 높음

■ 실제 증가율이 초기 추정치보다 낮음

출처: “Progress in improving mental health services in England”, National Audit Office, 2023, p. 46.

전반적인 인력 확충에도 불구하고, 영국의 정신건강 인력의 부족은 서비스 개선 및 확대를 저해하는 주요 제약 요인으로 작용해 왔다(National

Audit Office, 2023, p. 49). NHS는 인력 부족을 전국 정신건강 프로그램의 '심각한 위험(Red)' 리스크로 규정하며, NHS trust와 통합의료위원회(Integrated Care Board, ICBs)를 대상으로 한 설문조사 결과에서도, 인력 부족은 정신건강 서비스 개선의 가장 중요한 장애 요인 중 하나로 확인되었다. 일부 Trust에서는 전 직군에 걸친 어려움을 보고했으나, 특히 의료직(의사), 간호직, 심리 전문직 인력 부족에 대한 우려가 두드러졌다. 인력 부족의 주요 요인으로서는 1) 인력 채용 및 유지의 어려움, 2) 서비스 영역 간 인력 이직률 증가, 3) 타 의료기관 또는 외부 부문과의 인력 확보 경쟁을 꼽았다(National Audit Office, 2023, p. 47).

2011~2022년 동안 NHS 정신건강 인력의 지표 변화는 아래 표와 같다. 인력 구성은 의사와 간호사의 비율은 점차 감소한 반면 치료 및 기타 임상 자격 인력과 지원 인력 비율은 점차 증가하였다. 인력 역할 측면에서는 간호 직군을 제외하고 초·중급의 인력 비율이 증가한 것을 확인할 수 있다. 또한 신규 채용률과 퇴직률이 모두 증가하였으며, 현재는 신규 채용률이 퇴직률을 상회하는 수준이다. 2021/22년에는 퇴직자 수가 증가하였고, 퇴직 사유 중 일·생활 균형에 대한 사유로 퇴직하는 비율이 높아졌다, 한편 정신건강 인력의 소진 관리 수준 등과 연결해 볼 수 있는 정신건강 문제로 인한 병가 손실일수는 지속 증가하였다. 그 외에도 정신건강 인력의 여성 비율은 지속 증가하여 2021/22년 75% 수준이며 다양한 인력이 지속 확충됨에 따라 소수 인종 인력의 비율도 높아지고 있다.



〈표 3-10〉 2011~2022년 영국 NHS 정신건강 인력의 지표 변화

구분		2011/12년	2016/17년	2021/22년	증감
인력 구성	의사 및 간호사 비율	47%	45%	40%	▽
	치료사 및 기타 임상 자격 인력 비율	12%	16%	18%	▲
	치료사 및 기타 임상 자격 인력에 대한 지원 인력 비율	5%	6%	11%	▲
인력 역할	전공의 비율	6%	6%	8%	▲
	초급 간호사(Band 5) 비율	19%	17%	11%	▽
	초급 치료사·임상 자격 인력 비율 (Band 5)	3%	4%	4%	▲
	지원 인력 비율(Band 1-5)	54%	66%	71%	▲
채용·이직·퇴직*	신규 채용률	9%	13%	15%	▲
	이직률	10%	12%	12%	▲
	퇴직자 수(단위: 명)	13,000	15,000	17,000	▲
	조직 안정성	90%	88%	88%	▽
퇴직 사유*	고령 은퇴로 인한 퇴직	21%	20%	19%	▽
	일·생활 균형 사유 퇴직	4%	8%	14%	▲
병가	병가 손실일수 비율(FTE 기준)	5%	5%	6%	▲
	정신건강 문제로 인한 병가 손실일수 비율	18%	27%	30%	▲
인구학적 특성	여성 인력 비율	71%	73%	75%	▲
	소수 인종 인력 비율	19%	20%	24%	▲
	55세 이상 인력 비율	16%	18%	20%	▲

주: \*첫 연도는 2012~13년 기준

출처: “Progress in improving mental health services in England”, National Audit Office, 2023, p. 51 표를 일부 수정함.

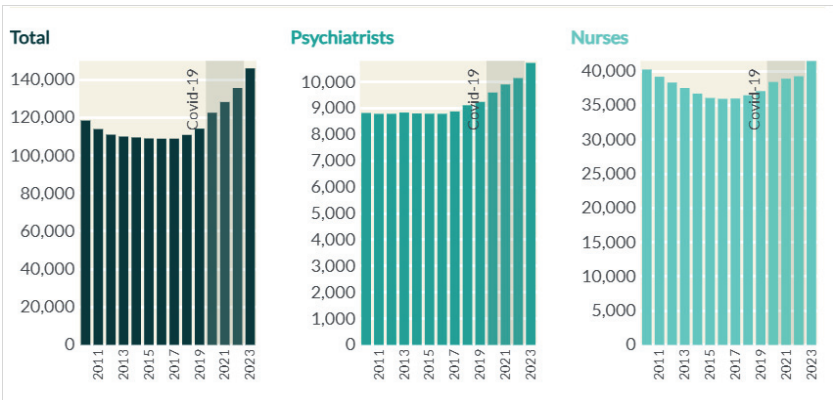
### 1) 임상 전문직 인력(정신의학과의사, 간호사)

정신과 의사와 정신건강 간호사는 정신건강 서비스를 제공하는 데 핵심적인 역할을 수행한다. 2010년부터 2023년까지 정신과 의사 수는 2010년 8,818명에서 2023년 10,720명으로 22% 증가하였으나 NHS 전체 의사의 43% 증가율과 비교하면 낮은 수준이다(Gilburt & Mallorie, 2024). 그리고 정신건강 인력의 가장 큰 비중을 차지하는 간

호사는 2010년 40,228개 직위에서 2017년 35,991개로 크게 감소했으나 이후 증가하여 2023년 41,472개로 2010년과 비슷한 수준으로, 2010년부터 2023년까지의 간호사 수 증가율은 3%에 그쳤다(Gilburt & Mallorie, 2024). 의사와 간호사 외에도 작업치료사 등 다른 전문직이 정신건강 인력의 상당 부분을 차지하지만, 이들의 수에 대한 국가 데이터는 정기적으로 발표되지 않았다(Gilburt & Mallorie, 2024).

[그림 3-7] 영국의 정신건강 인력 연도별 추이(전체, 정신과 의사, 간호사)

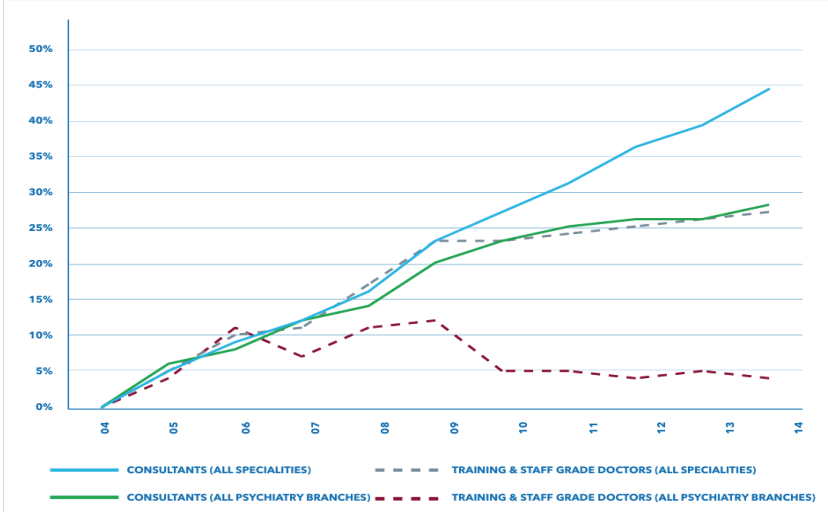
(단위: 명)



출처: “Mental health 360: workforce”, Gilburt, H., & Mallorie, S., 2024, The King’s fund, <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/mental-health-360-workforce>.

[그림 3-8] 영국의 정신의학과와 전체 의학과 인력 규모(WTE<sup>35</sup> 기준) 증가율 비교

(단위: %)



출처: “Stepping forward to 2020/21: The mental health workforce plan for England”, NHS, 2017, p. 11.

## 2) 심리 전문직(Psychological Professions) 인력

심리 전문직(psychological professions) 인력은 정신건강 분야의 다양한 서비스 영역과 대상에 걸쳐 활동하는 직군으로, 정신건강 및 신체 건강 경로를 포함한 여러 분야에서 근무하고 있다. 영국 정부는 2017년부터 ‘정신건강을 위한 5개년 전망(Five Year Forward View for Mental Health)<sup>(2017년)</sup>’, ‘NHS 장기 계획(NHS Long Term Plan)<sup>(2019년)</sup>’, ‘정신건강 이행 계획(Mental Health Implementation Plan)<sup>(2019년)</sup>’, ‘NHS 장기 인력 계획(NHS Long Term Workforce Plan)<sup>(2023년)</sup>’ 등을 발표해 오

35) WTE는 전일제 환산지수(Whole Time Equivalent)의 약자로 특정 직급의 표준 전일제 근무시간을 기준으로 근무시간 비율을 나타내는 지표임. 예를 들어, 간호사의 표준 근무시간이 주 37.5시간일 때, 해당 간호사가 주 15시간 근무한다면, 이 직원의 WTE는 0.4임.

면서 해당 직종의 대규모 인력 확충을 약속해 왔다.

NHS 전자 인사 시스템(Electronic Staff Record, ESR)에 등록된 자료에 따르면, 심리 전문직 인력은 2019년부터 2024년까지 65% 증가하였다(NHS England, 2025, p. 3). 심리 전문직 인력은 주요 3대 직종군으로 구분되며, 이는 1) 심리학자(psychologists) 및 보조·지원 직무군, 2) 심리치료사(psychological therapists), 3) 심리 실무자(psychological practitioners)이다.<sup>36)</sup>

〈표 3-11〉 심리 전문직 인력의 직군

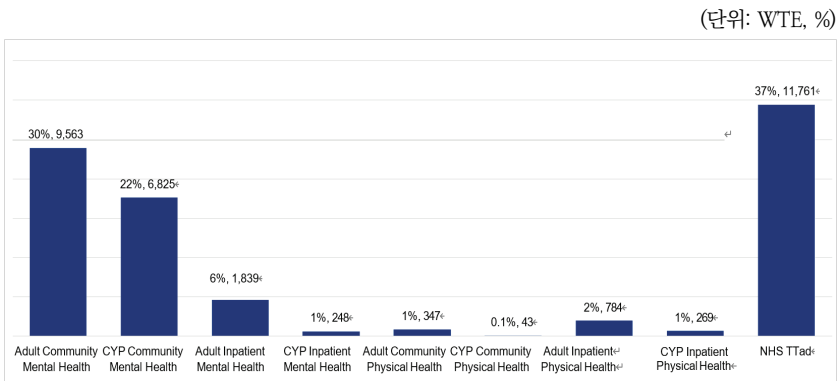
구분		종류
심리학자 및 보조지원 직무군	Psychologists	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clinical psychologists</li><li>• Counselling psychologists</li><li>• Forensic psychologists</li><li>• Health psychologists</li><li>• Psychologists(other)</li></ul>
	Clinical associate in psychology	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clinical associate in psychology</li></ul>
	Assistant psychologists	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistant psychologists</li></ul>
심리치료사	Psychological Therapists	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cognitive behavioural therapists, Counsellors</li><li>• Child and adolescent psychotherapists</li><li>• Adult psychotherapists</li><li>• Family and systemic psychotherapists</li><li>• Art therapists</li><li>• Drama therapists</li><li>• Music therapists</li><li>• Medical psychotherapists</li><li>• Psychological therapists(other)</li></ul>
심리 실무자	Psychological practitioners	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psychological wellbeing practitioners</li><li>• Education mental health practitioners</li><li>• Children's wellbeing practitioners</li><li>• Mental health and wellbeing practitioners</li><li>• Youth intensive psychological practitioners</li></ul>

출처: “NHS Talking Therapies for Anxiety and Depression-National workforce census”, NHS England, 2024, pp. 151-152의 내용을 표로 정리함.

36) 이외 예술치료사(art therapist), 드라마치료사(drama therapist), 음악치료사(music therapist)는 모두 연합보건전문직(AHPs, Allied Health Professionals) 범주에 포함됨.

서비스 분야에 따른 심리 전문직 인력을 살펴보면(그림 3-9 참고), 심리 전문직 인력 중 가장 많은 인원이 종사하고 있는 서비스는 NHS Talking Therapies 서비스<sup>37)</sup>이며(심리 전문직 인력의 37%), 가장 적은 인력이 근무하는 서비스는 아동·청소년 지역사회 신체건강 서비스로, 총 43명(WTE 기준)에 불과했으며 이는 전체의 1% 미만으로 나타났다.

[그림 3-9] 영국 심리 전문 인력의 서비스 분야별 분포



주: NHS Talking Therapies 인력 포함

출처: "Psychological professions-National workforce census", NHS England, 2025, p. 15.

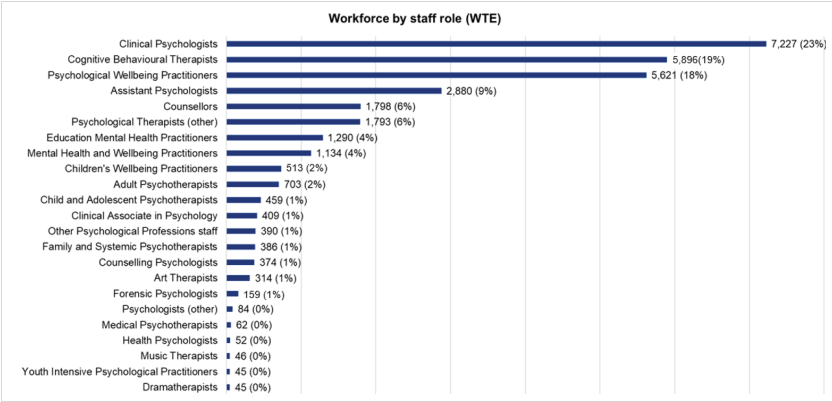
심리 전문직 인력의 직렬별 규모를 살펴보면, 임상심리학자(Clinical Psychologists)가 7,227명(WTE 기준)(23%)으로 가장 큰 규모를 보였고, 인지행동치료사(Cognitive Behavioral Therapists) 5,896명( WTE 기

37) 우울 및 불안 장애를 겪고 있는 성인을 대상으로 정신건강 서비스의 질을 개선하고 접근성을 보다 확대하기 위해 영국에서 2008년에 도입된 NHS Talking Therapies 프로그램(이전 명칭 IAPT(Improving Access to Psychological Therapies))의 서비스 인력은 저강도 치료를 제공하는 ① 심리적 웰빙 실무자(PWP, Psychological Wellbeing Practitioner)와 ② 고강도 치료사(HIT, High Intensity Therapist) 두 가지 직군으로 구성되어 있음. 이들은 단계별 치료모형(steped-care model) 내에서 경도, 중등도, 중증의 우울증 및 불안장애를 가진 대상자에 대해 국립보건임상연구원(The National Institute for Care and Health Excellence, NICE)에서 권고한 치료 전반을 제공함(NHS England, 2024, p. 5). 현재 NHS Talking Therapies 서비스에 종사하는 인력의 규모는 지속적으로 확대되고 있음.

준)(19%), 저강도 중재 전문직인 심리적 웰빙 실무자( Psychological Wellbeing Practitioner, PWP) 5,621명(WTE 기준)(18%) 순이었다. 이 외에도 심리보조사(Assistant Psychologists)와 같은 보조 인력이 2,880명(WTE 기준)(9%) 이상으로 비교적 큰 규모를 차지하는 것으로 확인되었다(NHS England, 2025, p. 20).

[그림 3-10] 영국 심리 전문직 인력의 직렬별 분포

(단위:WTE, %)



주: NHS Talking Therapies 인력 포함  
출처: “Psychological professions-National workforce census”, NHS England, 2025, p. 20.

3) 비전문 지원 인력

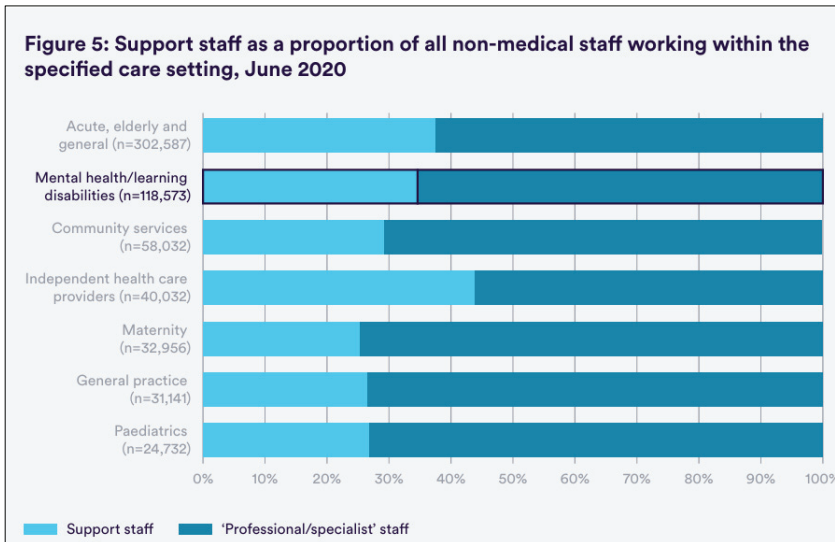
최근 영국 NHS 트러스트는 동료지원가(peer support workers), 간호 지원 인력(nursing associates), 보조 실무자(assistant practitioners), 진료 협력 의사(physician associates) 등 비전문·준전문 직군을 팀에 통합하는 모델을 확장해 왔다. 이러한 직무들은 전문직 인력을 보완하며 정신건강 서비스의 저변을 넓히는 역할을 수행한다(NHS, 2017, p. 4).

### 가) NHS의 임상 지원 인력(NHS clinical support workforce)

임상 지원 인력은 대체로 비등록(non-registered) 직군이지만, 일선에서 직접 돌봄을 제공하는 핵심 인력으로 평가된다(Palmer et al., 2021, p. 2). NHS 병원·지역사회 기관에서 약 34만 명(WTE 기준)의 임상 지원인력이 근무하고, 이 중 4만 1천 명 이상이 정신건강 분야에 종사하여 정신건강 분야 임상 인력의 3분의 1 이상을 차지한다(Palmer et al., 2021, p. 2).

[그림 3-11] 정신건강 인력 전체 중 지원 인력(support staff)의 비율(2020년)

(단위: %)



출처: “Untapped? Understanding the mental health clinical support workforce”, Palmer et al., 2021, p. 16.

역할 체계는 보건의료 지원 인력(health care assistants 등), 준전문직(nursing associate 등), 수련 인력(trainee PWP/EMHP 등)으로 세

범주로 개괄할 수 있다(Palmer et al., 2021, p. 13). 다만, 전자 인사기록 분석 결과 직무명 96개가 혼재하는 등 명칭·역할의 표준화가 미흡하며(Palmer et al., 2021, p. 14), 행동수칙(Code of Conduct)은 자발적 권고기준에 그친다고 지적하고 있다. 또한 보상 측면에서 임상 지원 인력은 Agenda for Change band 2~4에 집중되어 NHS 내에서 가장 낮은 임금을 받는 직군 중 하나이기도 하다(Palmer et al., 2021, p. 5). 결과적으로 직무명 일관성 부재, 경력경로·훈련 표준의 미흡, 낮은 보상 등이 유지·역량 강화의 구조적 제약으로 지적되며, 해당 인력의 지속가능성 확보를 위한 보다 개선된 구조적·재정적 대응의 필요성이 강조되고 있다(Palmer et al., 2021, p. 63).

〈표 3-12〉 NHS 임상 지원 인력의 구분 및 예시

구분	의미	예시
보건의료 지원 인력 (health care assistants) 및 유사 역할	명확히 설정된 범위 내에서 근무하며, 일반적으로 등록된 전문가의 감독하에 활동하는 인력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creative therapy support role</li> <li>• Health care science assistant</li> <li>• Health care assistant</li> <li>• Occupational therapy support worker</li> <li>• Support, time and recovery worker</li> <li>• Health care support worker</li> <li>• Speech and language therapy assistant</li> </ul>
전문직 역할에 해당하는 인력	일반적으로 고등 교육이나 추가 교육이 요구되는 직무로, 일부는 등록된 전문직에 해당	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurse associate</li> </ul>
수련 인력	자격을 갖춘 전문가가 되기 위해 임상 지원 인력으로 근무 중인 인력	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trainee psychological wellbeing practitioner</li> <li>• Trainee educational mental health practitioner</li> </ul>

주: 원문 표에서는 고용 상담가(Employment adviser)를 포함하였으나 일반적으로 비임상직의 직군으로 분류하므로 해당 표에서는 제외  
출처: “Untapped? Understanding the mental health clinical support workforce”, Palmer et al., 2021, pp. 13-14의 내용을 표로 정리함.



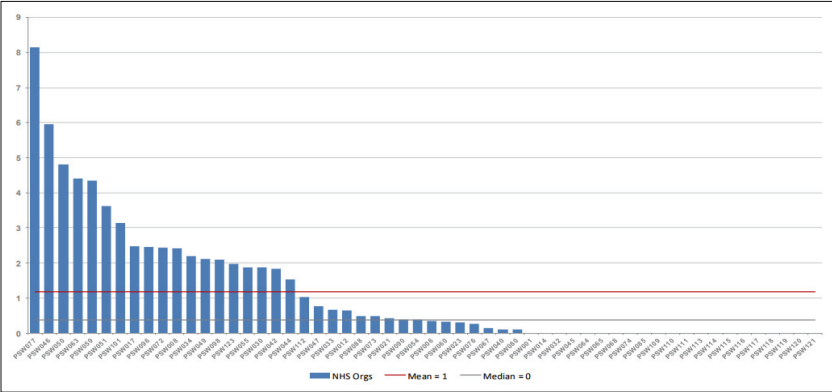
### 나) 동료 지원 활동가(Peer support worker)

동료 지원 활동가(Peer support worker, PSW)는 정신건강 문제에 대한 개인적 경험 및 공감 능력을 바탕으로 서비스 이용자를 지원하며, 개인의 복지 증진, 희망 제공, 회복 지원을 목표로 하는 전문가로서 병원 및 지역사회에서 NHS 정신건강 다학제팀의 일원으로 역할을 수행하는 인력이다(NHS HEE, 2020, p. 5). 영국의 동료 지원 활동가는 회복 및 사랑 중심 돌봄 모델 확대와 함께 2007년부터 정책적으로 도입되기 시작하여 2016년부터 본격 확대되었으나 규모는 아직 제한적이다.

2020년에 NHS 정신건강 서비스 제공기관인 NHS 정신건강 트러스트가 55개 기관을 대상으로 한 전수 조사에서 34개 기관(62%)만이 동료 지원 활동가를 고용하고 있다고 보고하였다(NHS Health Education England, 2020, p. 3). 이들 기관에서 유급으로 일하는 동료지원 활동가는 862명 정도였으며(NHS HEE, 2020, p. 7), 이들은 주로 지역사회 정신건강서비스팀(77%)에서 근무하는 것으로 나타났다(NHS HEE, 2020, p. 5).

[그림 3-12] 영국 NHS에 고용된 인구 10만 명당 동료 지원 활동가 수

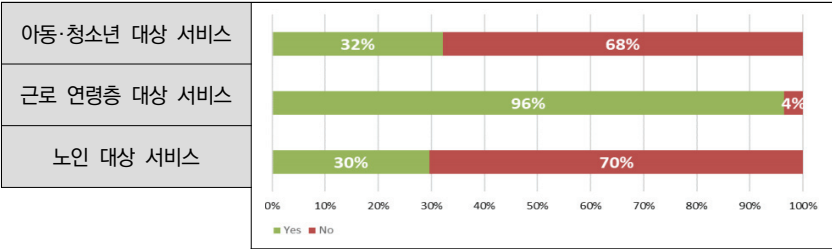
(단위: 명)



주: NHS 서비스 내에서 활동하고 있으나 민간 자원봉사 단체 등 외부 기관에 고용된 정신건강 분야 동료 지원 활동가와 정신건강 외의 다른 의료 분야에 고용된 동료 지원 활동가의 수는 제외된 규모임.  
출처: “National Workforce Stocktake of Mental Health Peer Support Workers in NHS Trusts”, NHS Health Education England[NHS HEE], 2020, p. 9.

동료 지원 활동가를 고용하는 서비스 영역을 살펴보면, 정신건강 서비스팀 내에서 동료 지원 활동가를 활용하고 있는 기관 중 96%는 근로 연령층(working age)을 대상으로 한 서비스에서 고용하고 있었다. 반면, 아동·청소년 및 노인을 대상으로 하는 서비스 영역의 참여율은 각각 32%, 30%로 낮았다(그림 3-13 참조).

[그림 3-13] 영국의 정신건강 서비스 내 동료 지원 활동가 활동 영역



출처: “National Workforce Stocktake of Mental Health Peer Support Workers in NHS Trusts”, NHS Health Education England[NHS HEE], 2020, p. 13.

## 2. 정신건강 인력 정책 및 전략

영국에서는 정신건강 정책이 법률로 정해진 주기에 따라 발표되지는 않으며, 정부의 보건 전략이나 NHS의 계획 등을 통해 수시로 수립되고 갱신된다. NHS 장기 계획(Long Term Plan)과 그에 따른 정신건강 이행 계획(Mental Health Implementation Plan)이 정신건강 정책의 주요 지침 역할을 하고, 정신건강 인력 계획은 이행 계획에 일부 내용이 포함되거나 별도의 인력 계획으로 발표되고 있다. 이 글에서는 2021년 발표된 Themes for Workforce Redesign in Mental Health와 정신건강 인력에 대한 정책은 아니지만 NHS 설립 이후 75년 역사상 최초의 포괄적인 장기 인력 계획인 「NHS Long Term Workforce Plan」에서 제시된 정신건강 인력 정책을 중심으로 살펴보았다.

### 가. 정신건강서비스 인력 재설계를 위한 주요 과제

(Themes for Workforce Redesign in Mental Health, 2021)

영국 정부가 2011년에 발표한 보고서 「No Health Without Mental Health」 이후, 정신건강 문제를 신체 건강과 동등하게 다루어야 한다는 ‘동등한 대우(parity of Esteem)’의 필요성이 강조되었다. 또한 2016년에 발표된 「Five Year Forward View」 보고서는 데이터, 접근성, 인센티브, 규제, 리더십, 혁신 등 여러 분야에 대한 대응 방안을 제시하며 정신건강 분야의 인력 강화 조치에 초점을 맞추었다(Lewry et al., 2021, p. 1).

정신건강 인력 확충과 구조 개편의 필요성이 지속적으로 제기되어 온 가운데, COVID-19 팬데믹으로 인한 정신건강 위기 및 수요 증가가 더욱 가중되었고, 정신건강 서비스는 여전히 ‘신데렐라 서비스(Cinderella

Service)’로 불릴 정도로 구조적·재정적으로 열악하여 근본적인 인력 재설계가 요구되는 바 영국보건교육원(Health Education England, HEE)에서 CLEAR(Clinically-Led Workforce and Activity Redesign) 프로그램의 일환으로 2021년 NHS 내 정신건강인력 약 50명의 인터뷰 및 60건 이상의 문서 분석을 통해 정신건강 인력 재설계를 위한 12가지 주요 과제를 아래 표와 같이 도출하였다. 이 보고서에서는 단순한 인력 확충을 넘어서 직종 간 협업, 다직종 인력구성, 환자 중심 설계, 디지털 전환 등 종합적이고 구조적인 접근을 통해 정신건강 서비스 전달체계 전반의 재설계가 이뤄져야 함을 강조하고 있다(Lewry et al., 2021, pp. 2-3).

〈표 3-13〉 영국의 정신건강서비스 인력 재설계를 위한 주요 과제

번호	과제	주요 내용
1	수요 최적화 및 중증 개입 감소	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주거, 고용, 교육 등 정신건강과 사회적 결정요인의 연관성을 고려한 근본적 관리에 중점</li> <li>- 예방, 자기관리 기회 확대 중점</li> <li>- 경찰, 소방 등 다른 전문직 종사자의 정신건강 지원 역량 강화를 통한 지역사회 기반의 대응체계 강조</li> <li>- 정신질환자의 기대수명 및 질 향상을 위한 신체건강, 특히 만성질환에 대한 이해 및 대응 강화</li> </ul>
2	일차 진료 역할 확대	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 동료 지원 활동가, 약사, GP 보조 인력 등 1차 진료 영역의 인력 확대</li> <li>- 2차 진료 영역에만 배치된 정신건강 간호사나 간호조무사 등을 1차 진료팀 또는 지역 기반 팀의 통합 방안 고려</li> <li>- 체계적인 교육·훈련 병행</li> </ul>
3	기존 인력 확대	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신과 의사, 간호사, 심리사 등 전통적인 전문 인력의 수의 확대 및 역할 구조 재설계</li> <li>- 특히, 보건의료전문가(Allied Health Professionals)에 대한 자격 인증 확대를 통해 의사 및 간호사와 함께 통합적 인력 구성의 일부로 포함하는 기회 확대</li> <li>- 지원 인력 및 비전문 역할 서비스 제공자 확대</li> </ul>
4	새로운 직종의 도입	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 동료 지원 활동가, 의사 보조자, 고급 임상 실무자 등 새로운 역할의 제도화와 새로운 직무의 팀 내 통합</li> <li>※ 새로운 직무 설계 시 고려 사항               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 환자와 가족의 요구 충족</li> <li>② 실제 서비스의 공백 충족 역할</li> <li>③ 비용이나 효율성 측면 긍정적 효과</li> <li>④ 법적 자격 요건 충족</li> </ul> </li> </ul>

번호	과제	주요 내용
5	다양성과 포용	- 다양한 배경의 인력이 정신건강 분야에 진입·성장할 수 있도록 문화적 수용성이 높은 서비스 설계
6	임상 경력 경로 개발	- 임상직의 장기 경력 개발이 가능하도록 경력 체계 설계 - 다양한 진입·성장 경로 보장
7	통합적 시스템 구축	- 개별 기관 단위가 아닌 시스템 전체 수준에서 새로운 모델 구축 - 보건·복지 시스템 간 협력체계에 기반한 조정 메커니즘 마련
8	이용자 중심 경로 설계	- 중복 없는 진료 서비스 경로, 전환기 지원, 표준 업무 방식을 통해 서비스 간 편차 감소 및 프로세스의 효율화 증대
9	정신·신체 건강 통합	- 정신건강과 신체 건강 서비스의 통합 모델 설계
10	디지털 솔루션 활용	- 디지털 기술을 활용한 서비스의 효율 및 접근성 제고
11	인력의 웰빙 증진	- 지속 가능하고 건강한 근무 환경 조성 - 리더십, 멘토링, 직원 참여 기반의 조직문화 개선 - 단순한 복지 제공이 아닌 인력 유지·역량 발휘·서비스 질 향상을 위한 필수 조건으로 간주
12	인력 양성 및 재훈련	- 교육, 재교육, 훈련 일원화를 통해 역량 있는 인력의 신속한 양성 도모 - 인력의 유입부터 유지까지의 체계적 관리 기반 마련

출처: “CLEAR mental health: Themes for workforce redesign”, Lewry et al., 2021, Health Education England, pp. 4-14의 내용을 표로 정리함.

## 나. 영국 NHS의 장기 인력 계획(NHS Long Term Workforce Plan, 2023)

영국 NHS는 코로나19 팬데믹을 거치면서 정신건강서비스에 대한 수요가 확대되고 있다는 문제 인식과 더불어 그동안 지속적으로 제기되었던 인력부족 문제의 심화, 인구 고령화에 따른 의료 수요 증가 등에 대응하기 위한 장기 인력 전략 수립의 필요성을 인식하였다. 이러한 배경 속에서 정부와 NHS는 2023년 6월, NHS 설립 75년 역사상 최초의 포괄적인 장기 인력 계획인 「NHS Long Term Workforce Plan」을 발표하였다(NHS England, 2023, p.4). 이 계획은 2023년부터 2036년까지의 향후 15년의 인력 정책 방향성을 제시하고 있으며, NHS 내 모든 직종에

걸쳐 인력 규모를 확대하고, 양성(Train)·유지(Retain)·개혁(Reform)의 3대 전략 축을 통해 NHS 인력의 지속가능성을 확보하는 데 목적을 두고 있다.

〈표 3-14〉 2023년 영국 NHS 장기 인력 계획의 3대 전략 축

3대 전략 축	주요 목표	핵심 내용
Train (인력 양성)	보건의료 인력의 절대 규모 확대	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 교육·훈련 기회 사상 최대 수준으로 확대</li> <li>- 견습제도 및 대체 진입 경로 확충</li> <li>- 의사, 간호사, 치과의사, 조산사 등 전문직 정원 확대</li> <li>- 변화하는 환자 요구에 대응하는 신규 직무 창출</li> </ul>
Retain (인력 유지)	기존 NHS 인력의 장기 근속 유도	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전 생애 경력 개발 및 복지 지원 강화</li> <li>- 유연근무 기회 확대</li> <li>- 건강한 조직문화 조성 및 리더십 개선</li> </ul>
Reform (인력 구조 개혁)	생산성과 서비스 유연성 향상	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 다학제 팀 확대 및 새로운 역할 도입</li> <li>- 교육·훈련 체계 개편으로 인력 배치 효율화</li> <li>- 디지털·기술 기반 업무방식 전환</li> </ul>

출처: “NHS Long Term Workforce Plan”, NHS England, 2023, p. 5 내용을 표로 정리함.

정신건강 분야 인력 정책을 인력 양성, 인력 유지, 인력 구조개혁의 측면에서 살펴보면 다음과 같다. 우선 인력 양성 측면에서는 의과대학 정원을 2031/32년까지 두 배로 확대하여 15,000명 수준으로 확보할 계획을 포함하고 있으며, 일반의·기초수련·전문과정 정원을 늘리는 등 교육·훈련 기회의 대폭 확충을 추진하고 있다(NHS England, 2023, p. 41). 특히 정신건강 인력은 우선 투자 대상 직종으로 지정되어, 심각한 인력난이 예상되는 정신건강 간호사와 학습장애 간호사의 훈련 정원을 2031/32년까지 각각 93% 확대하는 목표를 설정하였다(NHS England, 2023, p. 43). 또한 견습제도(apprenticeship)를 활용하여 직무 현장에서 근무하며 자격을 취득할 수 있는 경로를 강화하고, 전체 간호사 양성의 20% 이상을 견습 과정으로 충원할 계획이며 정신건강 간호사의 경우 전체 훈련

인원의 28%(학습장애 간호사는 42%)를 견습 경로를 통해 양성할 계획을 담고 있다(NHS England, 2023, p. 43). 심리 전문직 역시 중장기 확충 계획의 핵심에 포함되어, 임상심리학자(clinical psychology)와 아동·청소년 심리치료사(child and adolescent psychotherapy)의 훈련 정원을 2033/34년까지 26% 확대하고, 향후 3년간 6억 파운드 이상을 투자해 심리치료사와 심리실무자 15,000명을 양성하는 계획을 내세웠다(NHS England, 2023, pp. 46-47).

둘째, 인력 유지 전략은 정신건강서비스 제공 인력뿐만 아니라 NHS 전체 인력에 해당하는 공통 조치로써 제시되었다. 인력 유지의 핵심 과제로 조직문화 개선, 경력 개발 지원, 유연한 근무 환경 조성을 포함하였다. 특히 고용주는 간호사, 조산사, 보건의료전문직군을 대상으로 정기적인 슈퍼비전과 보장된 교육 시간을 제공할 책임을 명시하고, 국가 차원에서 지속적인 전문성 개발(CPD)을 위한 예산 지원<sup>38)</sup>을 이어가기로 하였다(NHS England, 2023, pp. 65-66). NHS 인력의 인종 다양성과 복지 요인을 고려해 유연한 근무 조건과 지역 인센티브를 도입하는 한편, 모든 인력이 근무 요인과 복지에 대해 논의할 기회를 갖도록 보장하는 것을 강조하였다(NHS England, 2023, p. 61).

마지막으로 인력 구조 개혁에서는 교육·훈련 제도 개편, 다직종 협업 강화, 기술 기반 생산성 향상, 직무 다양화 등을 통해 인력 운영의 효율성을 높이고자 하였다. 특히 정신건강 분야에서는 경험 기반 인력의 필요성을 공식적으로 인정하며, 2023/24년까지 4,730명의 동료 지원 활동가를 배치하고 2036/37년까지 6,500명 이상으로 확대할 계획을 제시하였다(NHS England, 2023, pp. 97-98). 또한 성인 중증 정신질환자를 위

38) 2020년부터 고용주는 간호사, 조산사 및 보건의료전문직군을 위한 개인 학습 및 개발 지원금으로 3년간 1인당 총 £1,000의 국가 재원을 제공받음.

한 정신건강 실무자(Mental Health Practitioner, MHP),<sup>39)</sup> 아동·청소년 정신건강 실무자(Children's Wellbeing Practitioners) 등 새로운 직무의 확대와 심리 전문직 전반의 인력 확충을 주요 과제로 포함하였다.

NHS England는 장기 인력 계획을 최소 2년마다 갱신하여, 인력 수요에 대한 평가가 지속적으로 반영되고 최신성을 유지하며, 운영·재정·교육 등 다른 핵심 계획들과의 정합성을 유지할 수 있도록 할 방침이라고 밝혔다(NHS England, 2023, p. 106).

### 3. 정신건강서비스 제공 인력의 역량 강화 및 교육

#### 가. 정신건강서비스 제공 인력의 자격 요건 및 급여 체계

영국 NHS에서 고용 중인 정신건강 인력의 자격 요건 및 급여 수준은 NHS 공식 홈페이지를 참고하여 정리하였으며, 앞서 인력 현황 분석에서 구분한 세 가지 직무군(임상 전문직, 심리 전문직, 비전문 지원 인력)을 기준으로 제시하였다. 영국 NHS의 정신건강 인력은 표준화된 급여 체계 속에서 직무별 자격 요건과 전문성에 따라 세분화된 보상 구조를 갖추고 있다. 다만, 해당 표에는 앞선 현황 설명에서 다루지 않았던 일부 직종이 포함되어 있으며, 직무군 간 역할의 경계가 명확하지 않은 직종도 일부 존재한다. 예를 들어, 사회복지사의 경우 일반적으로 임상 전문직으로 분류되지는 않지만, 법정 자격을 요구하는 전문직이라는 점을 고려하여 해당 표에서는 임상 전문직 범주에 포함하였다.

NHS 인력의 급여 수준(세전 기준의 연간 급여)은 Agenda for Change 체계<sup>40)</sup>를 따르며, 의사, 치과의사 및 고위 관리자급(Very Senior Managers)

39) 2022/23년 4분기 기준, 전체 일차진료네트워크(PCN)의 68%가 최소 1명의 성인 MHP를 보유하고 있는 것으로 나타남(NHS England, 2023, p. 99).



을 제외한 모든 NHS 인력에게 적용된다. 9개의 급여 밴드는 직무의 복잡성, 요구되는 전문성, 책임 수준에 따라 구분되며, 밴드 내에서도 근속 연수에 따른 세부 급여 단계(pay point)가 설정되어 있다.

### 1) 임상 전문직

정신건강의학과 전문의, 약사, 간호사, 작업치료사 등 임상 전문직군에 속한 직종은 직종별로 정해진 학위 과정 이수 요건을 충족하고, 필요한 경우 수련 또는 연수를 완료한 이후, 해당 직종의 전문성과 공공의 안전을 보장하기 위해 법률에 따라 설립·운영되는 법정 규제기관에 자격 등록을 해야 한다. 자격이 있어도 미등록한 상태에서 해당 직종의 직업 명칭

40) <2025/26년 NHS의 Agenda for Change 급여 체계>

Band	기본 급여(파운드, 원)	대표 직군
Band 1*	£24,465(약 4,500만 원)	청소 보조원, 운전기사 등 지원직
Band 2	£24,465(약 4,500만 원)	헬스케어 어시스턴트, 보안요원, 비서
Band 3	£24,937~26,598(약 4,600~4,900만 원)	응급의료 보조원, 작업치료 지원 인력
Band 4	£27,485~30,162(약 5,100~5,600만 원)	보조 실무자, 심리적 웰빙 실무자 수련생
Band 5	£31,049~37,796(약 5,700~6,900만 원)	신입 간호사, 족부 전문의, 치료방사선사
Band 6	£38,682~46,580(약 7,100~8,600만 원)	학교 간호사, 임상심리학 수련생
Band 7	£47,810~54,710(약 8,800~10,100만 원)	고강도 치료사, 고급 언어치료사
Band 8a	£55,690~62,682(약 10,300~11,600만 원)	수석 간호 관리자, 정신건강 간호 컨설턴트
Band 8b	£64,455~74,896(약 11,900~13,900만 원)	전략기획 관리자, 교육 및 훈련 책임자
Band 8c	£76,965~88,682(약 14,200~16,400만 원)	인사관리 책임자, 응급구조사 컨설턴트
Band 8d	£91,342~105,337(약 16,900~19,500만 원)	심리학자 컨설턴트, 수석 간호사
Band 9	£109,179~125,637(약 20,200~23,200만 원)	수석 재무책임자, 시설 및 서비스 국장

주: 1) \*Band 1은 2018년 이후 신규 채용 중단

2) 기본급으로, 런던 지역 보조수당(London weighting), 초과근무 수당, 교대근무 수당 등은 별도

3) 한화 환산을 위해 1파운드=1,850원 환율 적용

출처: "Agenda for change - pay rates", NHS, n.d.a.,

<https://www.healthcareers.nhs.uk/working-health/working-nhs/nhs-pay-and-benefits/agenda-change-pay-rates>의 내용을 표로 정리함.

사용 및 업무 수행은 불법으로 간주된다(Department of Health & Social Care, 2022).

영국 NHS의 정신건강 간호사는 전통적인 자격 취득 경로 이외에도 간호학 학위 견습 과정(Nursing Degree Apprenticeship)이나 간호조무사 견습 과정(Nursing Associate Apprenticeship) 등 다양한 간호사 자격 취득 경로가 존재한다. 또한 자격 요건을 충족할 경우, 대학 재학 중 연간 최소 £6,000의 재정 지원을 제공받을 수 있다(NHS, n.d.d).

우리나라에 존재하지 않는 정신건강 약사 직군은 NHS 장기 계획 및 인력 계획의 일환으로 지역사회 정신건강 서비스 혁신을 위해 마련된 정신건강 전문 약사 양성 과정(Specialist Mental Health Pharmacist Training Pathway)을 이수한 약사를 의미한다(NHS England, n.d.). 12개월로 구성된 해당 양성 과정에 지원하기 위해서는 일반약학위원회(General Pharmaceutical Council, GPhC)에 등록된 경력 약사로 NHS 또는 NHS 위탁 정신건강 서비스 소속의 지역사회/일차의료 정신건강팀(Community/primary care mental health team, CMHT)에 근무하고 있어야 한다. 2025년 2월까지 3개의 기수가 해당 과정을 이수하였다(NHS England, n.d.).

〈표 3-15〉 영국 NHS 내 정신건강 인력의 자격 요건 및 급여 - 임상 전문직

구분	역할	자격 요건	NHS 급여
정신의학과 전문의	정신질환 치료 〈분야 구분〉 • 아동·청소년 정신의학 • 법의학 정신의학 • 일반 정신의학 • 연계 정신의학(Liaison psychiatry) • 의료 심리 치료 정신의학(Medical Psychotherapy) • 노인 정신의학 • 지적 장애 정신의학	- 의과대학 학위 취득(5년) - UK Foundation Programme(UKFP)(2년) - 전문의 수련 과정 이후 <b>법정 등록기관(GMC) 등록</b>	NHS 의사 급여 체계 적용
약사 (Pharmacists)	환자의 약물 치료 관리	- 약학 학부 과정(MPharm) - 실무 연수(1년) - <b>법정 등록기관(GPhc) 등록</b>	Band 6~
정신건강 약사	정신건강 환자 및 고위험군의 약물 관리	- <b>법정 등록기관(GPhc) 등록</b> 약사 - 정신건강 전문 양성 과정 이수	Band 6~
정신건강 간호사	정신질환 환자의 건강 관리 및 의료서비스 제공	- 정신건강 간호학 학사 학위 취득 - <b>법정 등록기관(NMC) 등록</b>	Band 5~
교정시설 간호사 (Prison nurse)	교정시설 내 수감자의 건강 관리 및 의료서비스 제공	- 간호사 학사 학위 취득 - <b>법정 등록기관(NMC) 등록</b>	Band 5~
작업치료사	기본적인 일상 활동 수행에 제약이 있는 대상자의 일상생활 활동 지원	- 작업치료 학사 또는 석사학위 취득 - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 5~
미술치료사	미술을 통한 심리 치료 제공	- 미술치료 석사학위 취득 - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 6~
드라마 치료사	연극적 기법을 활용한 심리 치료 제공	- 드라마치료 석사학위 취득 - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 6~
음악 치료사	음악을 활용한 심리 치료 제공	- 음악치료 석사학위 취득 - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 6~
사회복지사	환자 및 가족의 사회적·정서적·경제적 복지 증진에 기여	- 사회복지학 학사 또는 석사학위 취득 - <b>법정 등록기관(SWE) 등록</b>	Band 6~

출처: “Working for the NHS in mental health”, NHS., n.d.g.

<https://www.england.nhs.uk/mental-health/working-in-mental-health/>의 내용을 표로 정리함.

## 2) 심리 전문직

영국의 심리 전문직 가운데 임상심리학자(Clinical Psychologist), 상담심리학자(Counselling Psychologist), 법심리학자(Forensic Psychologist), 건강심리학자(Health Psychologist)는 모두 법정 규제기관인 보건의료전문직위원회(Health and Care Professions Council, HCPC)에 등록해야만 직함 사용과 업무 수행이 가능하다(HPCP, 2025). 이는 해당 직종의 전문성과 공공의 안전을 보장하기 위한 법적 장치로, 자격 등록을 통한 규제가 의무화되어 있다.

반면, NHS Talking Therapies나 기타 정신건강 서비스 영역에서는 고강도 치료사(High Intensity Therapist), 가족 및 체계 심리치료사(Family and Systemic Psychotherapist), 성인 및 아동·청소년 심리치료사, 인지행동치료사(CBT Therapist) 등 다양한 심리치료 인력군이 활동하고 있는데, 이들은 법정 등록이 아닌 민간 협회로부터 자격을 취득하고 관리를 받고 있다. 영국 상담 및 심리치료협회(British Association for Counselling and Psychotherapy, BACP), 영국 심리치료 협의회(United Kingdom Council for Psychotherapy, UKCP), 영국 인지행동치료 협회(British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, BABCP) 등과 같은 민간 협회가 여기에 해당된다. 이러한 민간 자격 체계는 일정 수준의 교육, 수련, 윤리 기준 등을 갖추고 있지만, 등록 의무가 법적으로 강제되지는 않는다. 영국 NHS는 각 심리 전문 직종의 자격 등록 기관 목록을 명확히 제시하고, 해당 기관에서의 자격을 취득한 경우, 공공 서비스 제공 요건을 갖춘 것으로 인정하고 있다(NHS. n.d.g).

특히 영국은 앞서 현황에서 살펴본바 정신건강 서비스의 접근성 확대를 위한 목적으로 고숙련 심리치료사 중심의 인력 모델로는 전국적 대응이 어렵다는 현실을 반영하여 단기 집중 훈련을 받은 실무자를 통해 실질적 심리 개입을 제공하기 위해 저강도 심리치료 제공자(Low-intensity psychological practitioners)를 도입·확대한 것이 정책적으로 특징적인 부분이다. 특히 NHS Talking Therapies의 주요 혁신 중 하나는 전통적인 전문 직무 경로를 거치지 않았지만 일정 수준의 교육을 이수하고 높은 숙련도를 갖춘 새로운 인력인 심리적 웰빙 실무자(Psychological Wellbeing Practitioners, 이하 PWP) 직렬의 개발이었다. PWP는 신속하고 효과적인 서비스의 접근성을 높이기 위한 목적으로 경증 환자 대상 저강도 심리 중재를 제공하기 위해 도입된 인력이다. PWP의 훈련 과정은 심리학 또는 유관 학사 학위 보유자를 대상으로 총 12개월로 진행되며, 이는 BPS 인가 대학에서 제공하는 총 45일간의 교육 훈련을 포함한다.<sup>41)</sup> 훈련 기간 동안 PWP 훈련생(Band 4 수준)으로 NHS Talking Therapies 서비스에 정식 채용되어 근무할 수 있으며, 교육비는 NHS에서 전액 지원한다. 모든 이론 교육을 이수하고, 임상 실습의 수퍼비전을 완료하여 실무 역량 평가에서 통과되면 NHS에서 인정하는 민간 자격기관인 영국심리학회(British Psychological Society, BPS) 또는 행동·인지심리치료협회(British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, BABCP)에 자격을 등록하고 정식 PWP(Band 5 수준)로 활동할 수 있다. 추가 자격을 취득하면 고강도 치료사(High Intensity Therapist), 임상심리사(Clinical Psychologist), 상담심리사(Counselling Psychologist), 상담사(Counsellor)로 진입할 수 있는 경

41) 이 중 25일은 대학에서 제공되는 교육이고, 나머지 20일은 대학이 지도하는 현장 학습으로 이루어져 있음. 교육 훈련 외의 시간은 실무에서의 임상 실습을 병행하게 됨.

력 개발 경로도 마련되어 있으며, 이 또한 NHS의 재정적 지원을 받을 수 있다(NHS, n.d.g). 실제로 PWP 인력은 2019년 약 2,804명에서 2022년 4,318명으로 54% 증가했으며(NHS Benchmarking Network, 2023, p. 9) 저강도 서비스 인력의 92%가 PWP 공인 자격을 보유하고 있다(NHS Benchmarking Network, 2023, p. 36).

PWP는 전통적인 임상심리사 경로와는 달리 상대적으로 단기간의 실무 중심 교육으로 자격 등록이 가능하여 이는 NHS Talking Therapies 서비스의 제공 인력 확보를 가능하게 한 주요 성공 요인으로 평가를 받았다. 나아가 아동과 청소년을 대상으로 저강도 심리치료를 제공하는 아동 웰빙 실무자(Children's Wellbeing Practitioner, CWP) 등의 유사 모델 도입에도 영향을 미친 것으로 보인다.

학교를 포함한 교육기관에서 아동·청소년의 경증 정신건강 문제에 대한 조기 개입 및 중재, 부모 지원 등의 역할을 담당하는 교육 정신건강 실무자(Education mental health practitioner, 이하 EMHP) 또한 비교적 최근 도입된 신규 직무로, 심리학 학위 취득 여부와 상관없이 NHS에서 요구하는 1년의 훈련 과정-교육 이수(60일)와 현장 실습, 자율학습 병행-을 통해 자격 취득이 가능하다. 자격 취득 후에는 학교 또는 대학 내 정신건강 지원팀(MHST)의 인력으로 정식 채용이 보장된다(NHS, n.d.d). 영국 NHS는 법정 등록 대상이 아닌 심리 전문직 직종에 대해서도 민간 자격기관의 등록 절차를 실질적인 활동 요건으로 활용하여 일정 기준을 충족한 인력만이 활동할 수 있도록 관리하고 있다. 이는 정신건강 인력의 진입 장벽을 낮추는 동시에, NHS 내 인력의 역량을 표준화하기 위한 제도적 수단으로 판단된다.

〈표 3-16〉 영국 NHS 내 정신건강 인력의 자격 요건 및 급여 - 심리 전문직

구분	역할	자격 요건	NHS 급여
임상심리학자 (Clinical psychologist)	정신건강 문제 대상자에게 심리 평가 및 치료 제공	- 심리학 학사 학위 취득 - 3년 전일제 임상심리학 박사과정 (NHS와 대학 공동 운영) 이수 - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 7~
상담심리학자 (Counselling psychologist)	정신건강 문제 대상자에게 심리 평가 및 치료 제공	- 심리학 학사 또는 석사학위 취득 - 3년 이상의 박사과정 이수 (450시간 이상의 실습 포함) - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 7~
법심리학자 (Forensic psychologist)	범죄 행동과 관련된 심리적 문제 이해 및 범죄자 대상 심리 치료 제공	- 심리학 학사 학위 취득 - 법심리학 석사 과정 이수 - 최소 3년의 감독하에 법심리학 실무 경험 또는 HCPC 공인 박사 프로그램(doctoral programme) (현장 실습 + 3년 차 연구 논문) - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 7~
건강 심리학자 (Health psychologist)	심리학 지식과 기술을 활용하여 개인과 집단의 건강 증진 및 질병 예방 지원	- 심리학 학사 학위 취득 - BPS 공인 건강심리학 석사 과정 이수 - 건강 심리학 분야의 박사급 자격(보통 박사 학위) 취득 - <b>법정 등록기관(HCPC) 등록</b>	Band 7~
고강도 치료사 (High intensity therapist)	NHS Talking Therapies에서 강박 장애(강박증), 외상 후 스트레스 장애(PTSD)와 같은 고강도 우울증 및 불안 장애 문제를 가진 대상자에게 고강도 심리 중재 제공	- NHS Talking Therapies 내에서 수련생으로 채용 - 인지행동치료(CBT) 또는 기타 고강도 치료법에 대한 석사 수준의 과정(Postgraduate Diploma) 이수(강의 학습+ 감독하에 실무 수행) - <b>민간기관(BABCP) 자격 등록</b>	Band 7~
가족 및 체계 심리치료사 (Family and systemic psychotherapist)	가족 전체, 가족의 일부, 개인 및 커플 대상 광범위한 심리 및 관계 문제에 대한 평가 및 치료 제공	- 가족치료 및 체계적 실천 협회(Association for Family Therapy and Systemic Practice, AFT)에서 인정하는 석사 또는 박사 학위 과정 이수 - 임상심리학, 사회복지, 정신의학 또는 정신건강 간호와 같은 임상 자격이 교육 이수의 전제조건	Band 7~

구분	역할	자격 요건	NHS 급여
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리 치료 분야와 관련된 상당한 업무 경험 필요</li> <li>- <b>민간기관(UKCP) 자격 등록</b></li> </ul>	
성인 심리치료사 (Adult psychotherapist)	다양한 심리 치료 기법을 활용하여 심리적 치료 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 관련 분야 학사 학위 취득</li> <li>- 심리치료 교육과정 이수 및 임상 경험</li> <li>- <b>민간기관(UKCP, BPC, BACP) 자격 등록</b></li> </ul>	Band 6~
아동·청소년 심리치료사 (Child and adolescent psychotherapist)	25세 이하의 아동·청소년 및 가족을 대상으로 다양한 심리적 치료 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 대학원 수준 사전 임상 과정 이수</li> <li>- 아동·청소년 분야 업무 경험</li> <li>- 임상 훈련(4년제 전일제 박사 훈련 프로그램)</li> <li>- <b>민간기관(ACP) 자격 등록</b></li> </ul>	Band 6~
인지행동 치료사 (CBT therapist)	인지행동치료를 통한 대상자의 정신건강 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리학, 간호학, 사회복지학 등 관련 분야의 학위 취득</li> <li>- 석사 후 학위 과정 (Postgraduate Diploma) 이수</li> <li>- <b>민간기관(BABCP) 자격 등록</b></li> </ul>	Band 6~
임상심리 준전문가 (Clinical Associate in Psychology)	Practitioner psychologist, 특히 임상심리사의 감독 아래 심리적 중재 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리학 학사 학위 취득 또는 BPS 인증 전환과정(Postgraduate Conversion Course) 이수</li> <li>- 정신건강 분야 실무 또는 자원봉사 경험</li> <li>- 18개월 과정의 전일제 level 7 학위 견습 프로그램을 이수하여 석사 학위 취득</li> <li>* 프로그램은 임상 실습(주당 최대 4일) + 강의 학습으로 구성</li> </ul>	Band 6
상담가 (Counsellor)	대화 기반의 심리적 지원 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 최소한 전문 표준 기관 (Professional Standards Authority, PSA)에서 인증한 전문대학, 학위, 대학원의 상담 또는 심리 치료 과정 이수</li> <li>- <b>민간기관(BACP/UKCP/NCPS) 자격 등록</b></li> </ul>	Band 5~7
정신건강 및 웰빙 실무자 (Mental health and wellbeing practitioner)	성인 정신건강 서비스에서 근거 기반의 웰빙 중심 개입 제공, 중증 정신건강 문제를 가진 성인을 위한 치료 계획 조정 (직접 서비스 제공하지 않음)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>학위 취득 여부와 상관없이</b> MHWP 훈련 프로그램(1년) 이수</li> <li>- 학위 소지 여부에 따라 훈련과정 선택 가능</li> <li>- <b>민간기관(BABCP/BPS) 자격 등록</b> (2024년 4월부터)</li> </ul>	Band 5~



구분	역할	자격 요건	NHS 급여
심리 웰빙 실무자 (Psychological wellbeing practitioner)	NHS Talking Therapies에서 주로 불안 장애와 우울증 등 일반적인 정신 건강 문제를 가진 성인을 대상으로 저강도 심리 치료 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학위 취득 여부와 상관없이 PWP 훈련 프로그램(1년) 이수</li> <li>- 학위 소지자: Postgraduate Certificate 과정</li> <li>- 학위 미소지자: 학부 수준의 과정 또는 레벨 6 견습 과정(Level 6 Apprenticeship) 이수</li> <li>- 민간기관(BABCP/BPS) 자격 등록 (2023년 4월부터)</li> </ul>	Band 5~
교육 정신건강 실무자 (Education mental health practitioner)	학교 내 아동·청소년의 정신건강 조기 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학위 취득 여부와 상관없이 NHS 교육 과정(1년) 이수</li> <li>- 학위 소지 여부에 따라 대학원 과정 또는 학위 과정 선택 가능, 현장실습과 강의 학습으로 구성</li> <li>- 민간기관(BABCP/BPS) 자격 등록 (2024년 4월부터)</li> </ul>	Band 5~
아동 웰빙 실무자 (Children's wellbeing practitioner)	아동과 청소년 대상 정신건강 평가 및 치료 지원 연계 (저강도 심리 치료 제공)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 학위 취득 여부와 상관없이 CWP 훈련 프로그램(1년) 이수</li> <li>- 아동 및 청소년의 정신건강 지원 경험</li> <li>- 학위 소지자: Postgraduate Certificate 과정</li> <li>- 학위 미소지자: Graduate Certificate 과정</li> <li>- 민간기관(BABCP) 자격 등록 (2023년 4월부터)</li> <li>- (상위 경력) 자격을 갖춘 CWP 또는 EMHP(교육 정신건강 실무자)는 상위직인 SWP 훈련과정에 지원 가능 → SWP 훈련은 2년간 NHS가 재정 지원, SWP는 Band 6부터 적용</li> </ul>	Band 4~
Assistant psychologist (심리학자 보조 인력)	심리학자의 심리 평가 및 치료 제공에 대한 보조	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리학 학사 학위 취득</li> </ul>	Band 4-5

출처: "Working for the NHS in mental health", NHS, n.d.g.

<https://www.england.nhs.uk/mental-health/working-in-mental-health/>의 내용을  
표로 정리함.

### 3) 비전문 지원 인력

의사 보조 인력, 약무 보조사, 간호 지원 인력은 법정 등록기관에의 등록에 기반한 직종으로, 일반적 의미의 ‘비전문 지원 인력’으로 보기에는 다소 모호한 측면이 있으나, 해당 직종이 의사, 약사, 간호사의 업무를 보조하는 역할을 수행한다는 점에서 비전문 지원 인력 범주에 포함하였다.

보조 실무자는 등록된 의료 전문가와 의료 보조 인력(healthcare assistants) 사이 중간 수준의 보건의료 서비스 지원 인력으로, 다양한 임상 환경에서 활동한다. 도뇨관 삽입, 상처 관리, 퇴원 계획 수립 등 고급 임상 실무를 담당하고, 의료 보조 인력, 학생 간호사 등을 지도할 수 있다. 보조 실무자는 의료 보조원 등 임상 지원 업무 경험뿐만 아니라, 일반적으로 영국 직업기술 자격과정(BTEC, Business and Technology Education Council), 보건·교육·복지 분야 자격 인증 위원회(CACHE, Council for Awards in Care, Health and Education), 관련 보건의료 견습 과정 또는 고등교육입문과정(Access to HE course)과 같은 레벨 3 수준의 관련 보건의료 자격을 보유해야 한다(NHS, n.d.b).

작업 치료 보조원, 언어 치료 보조원은 공식적인 필수 자격 요건은 없으나, 관련 학위 취득 시 등록 작업치료사, 언어치료사가 될 수 있으며, NHS 경력 개발 체계 내에서 일정 자격을 갖춘 경우 보조 실무자(Assistant Practitioner)로의 승진이 가능하다(NHS, n.d.e; NHS, n.d.f).

〈표 3-17〉 영국 NHS 내 정신건강 인력의 자격 요건 및 급여 - 비전문 지원 인력

구분	역할	자격 요건	NHS 급여
의사 보조 인력 (Physician associate)	의사의 환자 진단·관리 지원	- 생명과학 또는 관련 분야의 학사 학위 또는 의료 전문가 경력 - 2년제 Physician Associate Studies 석사 과정 이수 - <b>법정 등록기관(GMC) 등록</b>	Band 7~
약무 보조사 (Pharmacy technicians)	약사의 감독 아래 의약품의 조제, 관리, 환자 상담 등 수행	- 교육 과정(2년) 이수 - <b>법정 등록기관(GPhC) 등록</b>	Band 4~
간호 지원 인력 (Nursing associate)	의료지원 인력 및 간호사와 협력하여 환자 간호 제공	- 대학/NHS 연계 교육기관으로부터 Foundation degree 이수 - <b>법정 등록기관(NMC) 등록</b>	Band 4
보조 실무자 (Assistant Practitioner)	등록된 의료 전문가와 의료지원 인력 사이 중간 수준의 보건의료 지원 제공	- 의료 보조원 등 임상 지원 업무 경험 및 의료분야 직업 훈련 과정/레벨 3 수준의 보건의료 자격 보유	Band 4
동료 지원 활동가 (Peer support worker)	자신의 정신건강 회복 경험을 바탕으로 정신건강 문제를 지닌 대상자를 지원	- NHS 제공 소정의 교육 이수 - 필요시 현장 실습 병행	Band 3~4
회복 지원 활동가 (Support time and recovery worker)	정신건강 문제나 학습 장애를 지닌 성인 및 청소년 지원	- 필수 자격 요건 없음	Band 3~4
작업치료 보조원	작업치료를 보조하여 환자들의 독립적 일상생활 수행 지원	- 필수 자격 요건 없음	Band 3
언어치료 보조원	언어치료를 지원하여 언어치료 제공	- 필수 자격 요건 없음	Band 2~3
창의예술치료 지원 인력 (Creative therapy support roles)	예술 활동을 통해 환자의 정서적·심리적 회복을 지원하는 치료사의 보조	- 필수 자격 요건 없음	Band 2~3
영양 보조사 (Dietetic assistant)	영양사를 보조하여 환자와 지역사회 의 영양 및 식이 관련 지원 제공	- 필수 자격 요건 없음	Band 2~

출처: "Working for the NHS in mental health", NHS., n.d.g.

<https://www.england.nhs.uk/mental-health/working-in-mental-health/>의 내용을 표로 정리함.

## 나. 지속적 전문성 개발(Continuing Professional Development, CPD)

지속적 전문성 개발은 NHS 모든 직급의 종사자에게 제공되는 자기 주도적 학습 및 경력개발 체계로, 직무 수행 역량을 강화하고 안전하며 합법적인 실무를 보장하기 위한 핵심 제도이다. CPD는 단순한 교육이 아니라, 개인의 경력 발전을 위한 학습을 설계하고 관리하는 과정을 의미한다(NHS, n.d.c).

NHS는 현장 실무(On-the-job learning), 교육과 워크숍(Courses and workshops), 자원봉사(Volunteering), 온라인 학습(E-learning)과 같은 다양한 형식의 학습 활동을 통해 CPD를 지원한다(NHS, n.d.c).

NHS는 CPD를 통해 수평적 직군 이동과 한 직군 내 수직적 승진을 연계하는 체계를 구축하여 개인의 역량 확장 및 경력 전환이 가능하도록 지원한다. 매년 수립하는 개인 역량 개발 계획(PDP)을 기반으로 개인별 교육 및 훈련 수요를 파악하며 이는 직무 등급(band) 및 임금 책정에 반영될 수 있다. 개별 CPD 활동은 전자 포트폴리오(e-portfolio)를 통해 기록·관리되며, 이는 교육·경력의 통합 관리, 학습에 대한 평가, PDP에 의한 경력 계획 수립, 지원서 및 면접 자료의 활용 등의 기능을 한다(NHS, n.d.c).

법정 등록 직종의 경우, 규제기관의 CPD 요건 충족이 등록 유지의 필수 조건이다. 예를 들어 임상심리사, 상담심리사, 건강심리학자, 법심리학자 등은 HCPC(Health and Care Professions Council)에 등록해야 하며, HCPC는 정해진 이수 시간이나 점수를 요구하지 않고, 실무 개선과 이용자 혜택 여부를 결과 기준으로 삼는 유연한 CPD 체계를 운영한다. 법정 등록이 필수적인 면허 직종은 관련 전문 규제기관의 CPD 요건을 충족해야 하며, 각 규제기관은 CPD 기록, 인증 및 관리에 대한 지침을

제공하고 지원한다(HCPC, 2024). 임상심리사(HCPC), 정신건강 간호사(NMC), 사회복지사(Social Work England) 등의 직종은 등록 유지를 위해 CPD를 의무적으로 이수해야 한다. 이를 통해 전문가로서의 공적인 신뢰성과 실무 수행 능력을 보장받게 된다. 이와 같은 CPD 체계는 NHS 인력의 전문성 유지·향상과 직무 유연성 확보 및 경력 지속성 보장을 위한 핵심 기반으로 작용한다(NHS, n.d.c).

임상심리학자, 상담심리학자, 건강심리학자, 법심리학자 등은 법정 등록직으로, 법적 등록기관인 HCPC는 다음과 같은 유연하면서도 결과 중심의 CPD 요건을 제시한다. 정해진 이수 시간이나 점수가 아닌, 실제 실무 개선과 이용자의 혜택 여부를 기준으로 하며, 2가지 이상 유형의 자율적인 활동 선택과 포괄적인 학습 경험을 장려하고 있다. 모든 등록자는 CPD 활동을 체계적으로 기록하고, 무작위 감사 시 그 효과성과 실천 기여도를 서면으로 입증해야 한다(HCPC, 2024).

〈표 3-18〉 HCPC CPD 필수 요건

구분	필수 요건
기록 유지	최신의 정확한 CPD 활동 기록 지속적으로 유지
활동의 다양성	2가지 이상 유형의 학습 활동을 포함해야 함
실무 기여	활동이 본인의 실무와 서비스 품질 향상에 기여해야 함
이용자 혜택	활동 결과가 서비스 이용자에게 이득이 되어야 함
감사 대응	무작위 감사에 대비해 서면 프로파일 및 증빙자료 준비 필요

출처: “Our CPD requirements”, HCPC, 2024.

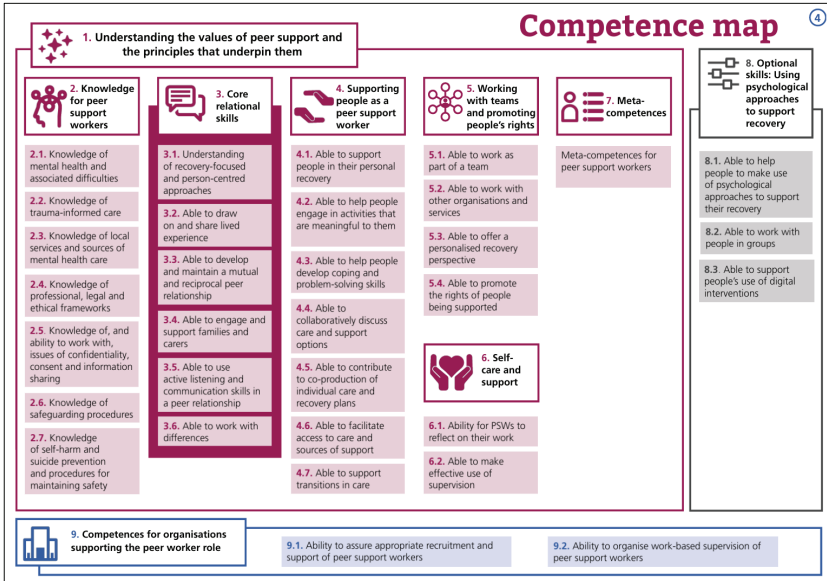
<https://www.hcpc-uk.org/cpd/our-cpd-requirements>.

고강도 치료사, 인지행동 치료사, 심리적 웰빙 실무자(PWP) 등 민간 등록 대상 직군에 대해서는 협회별 CPD 기준이 상이하나 연간 30시간 이상의 CPD 이수를 요구하는 등 정략적 시간 기준을 명확히 제시하고 있다(CPD standard office, n.d.).

#### 다. 동료 지원 활동가의 역량 프레임워크

영국 NHS 및 HEE는 동료지원활동가의 역량 프레임워크(The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers)를 개발하여 NHS의 정신건강 서비스 내 PSW가 갖추어야 할 핵심 역량을 체계화 하였다. 7개의 핵심 역량 영역은 ① 동료 지원의 가치에 대한 이해, ② 정신건강에 대한 실무 지식, ③ 관계 형성 능력, ④ 동료 지원 활동가로서의 회복 지원 역량, ⑤ 팀 협업 및 권리 옹호, ⑥ 자기 돌봄 및 지원(자기 회복력 유지, 슈퍼비전을 통한 성장 등), ⑦ 메타 역량(자기성찰, 상황판단, 통합적 사고 등)이다. 선택적 역량으로 회복지원을 위한 심리학 적 기법의 활용 능력을 제시하였고, 동료 지원 활동가의 역할 지원을 위한 조직 차원의 역량 조건도 포함하는데 구체적으로 PSW 고용 시 역할에 대한 전략적 고려와 함께 역할 명확화하여 정기적 슈퍼비전 체계를 운영하고 안전 및 윤리 기준을 제공해야 하며, 팀 내 협업 지원 전략 등을 PSW 본래의 기능을 제대로 발휘할 수 있는 구조적 기반을 마련해야 함을 강조하였다(그림 3-14 참조).

[그림 3-14] 동료 지원 활동가의 9개의 핵심 역량 영역



출처: "The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers", NHS Health Education England[NHS HEE]. n. d, p. 10.

## 제4절 독일

독일의 정신건강 시스템은 법적 기반과 다학제적 접근을 특징으로 하는 반면 입원, 외래, 재활, 사회복귀, 돌봄 및 지역사회 서비스의 자원 구조와 행정 체계의 분절적인 구조적 한계는 지속적으로 문제로 제기되어 왔다.<sup>42)</sup> 이에 독일은 각 서비스 영역의 연계를 강화하고자 '교차섹터 모델(FIT64b)'<sup>43)</sup>을 도입하였으며, FIT64b의 주요 요소를 보편적 서비스

42) 병원 치료(입원/외래) 및 의료 재활: 건강보험 자원(독일 사회법전(SGB) 제5법전 SGB V), 직업 재활: 연금 보험(SGB VI) 자원, 사회 통합 서비스(주거/돌봄): 장애인 재활과 사회 참여(SGB IX) 법전에 따른 예산으로 운영됨.

43) FIT64b 독일 사회법전(Sozialgesetzbuch, SGB) 제5법전의 64b조항에 따른 유연하고

로 확산하기 위한 법제화를 추진하고 있다(Soltmann et al., 2021, pp. 1-10).

독일의 정신건강 인력 제도는 연방정부가 정책의 기본 틀을 제시하고, 각 주정부가 지역적 특성과 수요에 맞춘 실행 계획을 수립하는 협력적 연방제 모델을 따른다. 이 구조 내에서 의료, 심리, 사회복지 전문 인력은 법적으로 규정된 교육과정, 자격 기준, 업무 범위를 준수하며, 각 직역의 전문성과 책임이 비교적 명확히 구분된다. 엄격하고 표준화된 교육·수련 과정을 통해 전문 인력의 질적 수준이 보장되며, 이는 정신건강 인력의 높은 자율성과 전문성의 기반이 된다.

이 절에서는 독일의 변화를 구체적으로 분석하기 위해 독일 16개 주 가운데 두 번째 규모의 지역내총생산(GRDP)을 기록하며 안정적인 재정적 기반을 갖추고 있으며, 공인 심리치료사, 동료지원가 등을 포괄하는 다층적 인력 구조를 실질적으로 통합하고 지원하는 주로서 정책 실행 역량이 높은 바이에른(Bayern) 주를 사례로 선택하였다.

## 1. 정신건강서비스 제공 인력 개념 및 현황

### 가. 정신건강서비스 제공 인력의 법적 정의와 특징

독일의 대륙법계 시스템에서 정신건강 인력에 대해 서술적으로 정의하기보다는, 다음의 세 가지 요소를 규정함으로써 개념이 확립된다. 첫째는

---

통합적인 서비스 제공모델의 약자. §64b는 2013년 ‘시범 사업’을 진행하기 위한 샌드박스 조항으로 도입되었음. 2017년 정신과 서비스 개선을 위한 법률(Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, PsychVVG)을 통과시키면서 입원대체형 집중 치료 (§115d)가 사회법전에 도입되었으며, 다른 요소를 보편 서비스로 도입하기 위한 추가 법제화를 진행 중에 있음.



해당 직업을 수행하기 위한 교육, 수련, 시험 등의 자격 요건, 둘째는 자격이 없는 자의 명칭 사용을 금지하는 직업 명칭의 법적 보호, 셋째는 해당 자격으로 수행할 수 있는 허가된 업무 범위이다(Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019). 이와 같은 법적 규제 틀은 독일 정신건강 인력의 구조와 위상을 결정짓는 근본적 요소로 작용한다.

첫째, 독일의 제도는 다른 선진국들과 마찬가지로 특정 직업의 권한과 활동 범위는 법률에 의해 결정되지만, 독일은 이러한 법적 권한을 소수의 독립적인 치료 전문직에게만 배타적으로 부여하고 있기 때문에 직업 간 위계와 역할 구분이 매우 경직되어있다. 또한 입원, 외래, 재활 영역이 조직·재정적으로 분절된 시스템 구조는 인력의 경력 경로를 해당 섹터 내에 고착시키는 결과를 낳고 있다는 지적을 받기도 한다(Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2024). 이로 인해 독립적인 개업이 가능한 소수 전문직을 제외한 대부분의 인력은 한 번 소속된 섹터를 벗어나 다른 섹터로 이동하며 경력을 확장하는 것이 독일에서는 구조적으로 어려운 구조이다.

한편, 이러한 엄격한 규제와 경직성은 환자 안전과 치료의 질을 보장하는 강력한 기제로 작동하는 순기능이 있다. 엄격한 자격 요건과 수련 과정은 부적격자의 진입을 원천적으로 차단하여 자격이 검증되지 않은 상담으로 인한 부작용과 위험을 최소화한다. 또한 정신과 의사 외에 심리학 기반의 심리치료사에게 독립적인 진단 및 치료 권한을 부여함으로써, 정신과 의사 부족 문제에 대한 효과적인 대안을 제시하고 치료 접근성을 높이는 구조적 장점이 있다. 결과적으로 환자는 법적으로 보호되는 명칭을 통해 자격이 검증된 전문가를 신뢰할 수 있으며, 이는 독일 정신건강 서비스의 높은 신뢰도와 안정성의 기반이 된다.

## 나. 정신건강 인력의 분류 및 현황

독일의 정신건강 인력은 법적 지위와 독립적인 치료 권한을 기준으로 크게 세 그룹으로 나눌 수 있다. 첫째, 독립적 치료 전문직(면허 직군)이 있다. 이들은 개별 직업법에 의해 규제되며, 국가 의료 면허(Approbation)를 통해 정신질환의 독립적인 진단 및 치료 권한을 부여받는다(Bezirksregierung Düsseldorf, n.d.; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017). 해당 직군은 분절된 독일 의료 시스템 내에서 입원과 외래 등 섹터의 경계를 넘어 일관된 법적 권한과 경력 경로를 유지하며, 자신의 면허(Approbation)를 기반으로 어느 섹터에서든 주도적인 역할을 수행할 수 있다. 보다 구체적으로, 정신과 전문의(Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)는 연방의사법(Bundesärzteordnung)에 따라 의사 면허를 취득한 후, 각 주(州) 의사회의 수련규정에 따른 전문의 수련을 마친 인력으로, 진단, 입원 결정, 약물 처방, 심리 치료를 독립적으로 수행한다(Bundesministerium der Justiz, 1987). 심리 치료사는 심리치료사법(Psychotherapeutengesetz)에 근거하며, 관련 학위 취득 후 전문 수련과 국가시험을 통과하여 면허를 취득하게 되며, 의사와 동등한 치료 주체로서 독립적인 심리 치료를 수행한다. 독일 심리 치료사의 전문성은 ‘법적 자격(성인, 아동·청소년)’을 기초로, 특정 ‘치료 기법(인지행동치료, 정신분석 등)’과 ‘추가 전문 분야(노인, 가족 등)’가 결합하는 형태로 구성된다(Bundesministerium der Justiz, 2019).

이들 독립적 치료 전문직군은 현장에서 심각한 인력난이 보고되고 있다. KOFA<sup>44)</sup>의 2024년 노동시장 분석 보고서에 따르면, ‘정신의학 및

44) 쾰른 독일경제연구소(Institut der deutschen Wirtschaft Köln, IW) 산하 전문인력확보 역량센터(Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung, KOFA).

심리치료 전문직' 그룹의 공석 초과율(vacancy surplus rate)<sup>45)</sup>은 78.2%에 달했다(Arndt et al., 2024). 즉, 2023년 기준으로 구인 중인 일자리 100개 중 관련 분야의 구직자(실업자)가 22명에 불과하여, 모든 구직자를 채용하더라도 나머지 78개를 채울 사람이 없는 구조적 인력 부족 상태라는 의미이다. 특히 정신과 의사의 부족은 복합적 문제 환자의 진단 지연, 약물치료 불가, 입원 결정 지연에 따른 응급 대응 실패 등을 야기하여 심리치료를 비롯한 타 전문인력에게 업무 부담을 연쇄적으로 전가시키며, 이는 시스템 전반의 과부하를 유발하는 가장 핵심적인 원인으로 지적된다(Arndt et al., 2024).

둘째, 보건 및 사회전문직(국가자격증)이 존재한다. 이들은 독립적인 치료 권한은 없으나, 개별 법률에 근거하여 전문 자격과 직업 명칭을 보호받는 직군이다. 주요 직군으로는 정신과 전문 간호사, 사회복지사·사회교육사, 작업치료사가 있다. 정신과 전문 간호사는 간호법(Pflegeberufegesetz)에 따라 자격을 취득한 후 정신과 분야의 전문 수련을 이수한 인력이다(Bundesministerium der Justiz, 2017). 환자 관리, 투약 보조, 위기 개입 등의 역할을 수행한다. 사회복지사 및 사회교육사<sup>46)</sup>는 사회법전(SGB)에 근거하여 정신사회적 상담, 사례관리, 지역사회 자원 연계, 퇴원 계획 및 사후관리 등을 담당한다(Bundesministerium der Justiz, 1975).<sup>47)</sup> 그리고 작업치료사는 국가 공인 교육과정을 이수한 전문가로, 의사의 처방에 따라 환자의 일상생활 기술 및 인지 기능 회복을 지원한다

45) 2023년 정신의학/심리치료사 연간 평균 공석수 데이터 3,061개, 실업자수 668명, 해당 분야의 실업자를 모두 고용해도 채울 수 없는 일자리의 비율로 공석초과율 계산.

46) 사회복지사와 사회교육사는 역사적으로 다른 뿌리에서 출발했다. 문제 해결 중심의 사회복지와 예방 교육 중심의 사회교육이 오늘날 '사회사업(Soziale Arbeit)'이라는 통합된 학문 분야로 발전하였으며, 직업 타이틀로 두 명칭이 병용되고 있음.

47) 사회법전(SGB VIII: 아동/청소년 복지서비스, IX: 재활 및 장애인 참여 지원, XII: 사회부조 및 통합 지원 등)에 규정된 정신사회적 상담, 사례관리, 지역사회 자원 연계, 퇴원 계획 및 사후관리 등을 담당.

(Bundesministerium der Justiz, 1976). 이들은 다학제팀의 핵심 구성원이며, 자격의 법적 근거는 직군에 따라 다르다. 간호사,<sup>48)</sup> 작업치료사 등 대부분의 보건의로 전문직은 연방법에 따라 자격 기준이 통일되어 있다. 반면 사회복지사와 같은 사회서비스 전문직은 각 주(州)의 개별 법률에 따라 자격이 부여된다.

이들 전문직의 독립적 활동은 개업의 형태와 법적 재원 구조에 따라 두 가지 유형으로 구분된다. 첫 번째 유형은 의사의 처방을 기반으로 치료실(Praxis)을 개업할 수 있는 전문직으로(Bundesministerium der Justiz, 1988),<sup>49)</sup> 정신건강 분야에서는 작업치료사가 대표적이다. 이들이 제공하는 서비스는 공공의료보험법(SGB V)상 ‘치료 보조 수단(Heilmittel)’으로 규정된다(Bundesministerium der Justiz, 1988).<sup>50)</sup> 따라서 이들은 의사의 처방전에 근거하여 전문 보조 치료를 제공하고, 공공의료보험과 직접 비용을 정산하는 구조로 운영된다.

두 번째 유형은 기관을 설립하여 서비스를 제공하는 전문직이다. 간호사, 사회복지사 등이 이 유형에 속한다. 이들의 서비스는 장기요양보험법(SGB XI)이나 사회법전(SGB VIII, XII 등)을 법적 근거로 한다(Bundesministerium der Justiz, 1988).<sup>51)</sup> 이들은 의사의 처방전이 아닌, 보험공단이나 지방정부와 서비스 제공 계약을 체결해야 한다. 따라서 이들은 개인 자격의 치료실이 아닌, 법적·행정적 요건을 충족하는 돌봄 서비스 기관이나 사회복지 기관을 설립해야 한다.

대부분의 보건 및 사회 전문직은 병원, 사회복지시설, 공공기관 등 특정 기관에 소속된 직원으로 활동한다. 이 경우 역할, 권한, 보상은 소속 기관

48) 정신과 전문 간호사는 간호법(Pflegeberufegesetz)에 따라 자격을 취득한 후 정신과 분야의 전문 수련을 이수한 인력으로, 환자 관리, 투약 보조, 위기 개입 등의 역할을 수행함.

49) §§ 125, 125a

50) §§ 32, 125, 125a

51) §§ 72, 75, 89

의 시스템과 단체협약(예: TVöD)에 따라 결정된다. 그 결과 동일한 자격을 소지하더라도 소속된 섹터에 따라 직무와 보수 체계가 달라지며, 섹터 간 이동 시 경력의 연속성이 보장되지 않는 구조적 단절이 발생한다.

독립적 치료 전문직군과 마찬가지로 이들 직군 역시 심각한 인력난에 직면해 있다. 2023년 기준 보건·사회 분야의 공석 초과율은 67%를 기록하였다(Arndt et al., 2024). 노인 요양 인력의 공석 초과율(86%)에 이어, 간호사(82%)와 사회복지사(79%)가 극심한 인력 부족 상태를 보였다(Arndt et al., 2024).

셋째, 보완 및 경험기반 인력이 있다. 이들 인력은 엄격한 법적 규제 대신 표준화된 교육과정을 통해 자격을 인정받는 인력군이다. 이들은 독립적 활동이 제한되며, 다른 전문직의 책임과 감독하에 팀의 일원으로 활동한다. 주요 활동 영역은 지역사회 기반 서비스이며, 재원은 주로 건강보험이 아닌 지자체의 사회복지 예산(Eingliederungshilfe)에서 충당된다(Bundesministerium der Justiz, 2016). 이들 인력에는 동료지원가(Gesungsbegleiter), 상담사(Berater), 심리치료 전문 대체요법 전문가(Heilpraktiker für Psychotherapie) 등이 포함된다.

동료지원가는 정신질환 회복 경험자가 EU 프로젝트 기반 EX-IN(Experienced-Involvement) 공식 교육과정을 이수한 후 활동하는 인력으로(EX-IN Deutschland e.V., 2025), 병원, 지역사회 정신건강센터, 재활 시설 등에 소속되어 치료팀과 환자를 잇는 역할을 수행하며, 최근 독일의 여러 주에서는 정신과 병원 인력 배치 기준에 이들을 포함하는 등 제도적 지위가 강화되고 있다. 이들은 환자의 회복과 자기결정을 존중하는 지원을 제공하기는 하지만, 재원이 지자체 예산과 단기 프로젝트 기금에 의존하기 때문에(Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, 2025), 계약직 비율이 높고 직업 안정성이 낮다는 한계를 가진다.

상담사(Berater)는 법적으로 보호받는 명칭이 아니며, 자격 기준도 통일되어 있지 않아 단기 수료증에서 학위까지 다양하다(Dr. Beer & Kollegen, 2023). 주로 공공 상담소나 복지기관에 소속되어 양육, 진로, 관계, 중독, 채무 등 특정 문제에 대해 비의료적 조언을 제공하며, 서비스 비용은 내담자 부담이나 기관 예산으로 충당된다(Alex, 2024).

심리치료 전문 대체요법 전문가(Heilpraktiker für Psychotherapie)는 대체요법전문가법(Heilpraktikergesetz)에 근거하여 심리치료 행위를 허가받은 인력이다. 관할 보건소(Gesundheitsamt)에서 시행하는 시험을 통과하여 자격을 취득한다. 공적 건강보험 시스템의 핵심 인력은 아니지만, 법적으로 인정된 자격으로 대체 심리치료를 제공함으로써 공적 시스템의 긴 대기시간으로 인한 공백을 메운다. 공적 시스템을 거치지 않으므로 이용자가 전액 비용을 부담한다. 정신·심리적 질환을 진단하고, 약물 처방이 필요하지 않은 불안장애나 경증 우울증 등에 대해 심리치료를 시행할 수 있다(Bundesministerium der Justiz, 1939). 2025년 기준 활동 중인 심리치료 자연요법사는 5,606명이다(Listflix., n.d.).

〈표 3-19〉 독일 정신건강서비스 인력 구분, 업무 현황(활동 인원 기준)

범주	직업	주요 업무
독립적 치료 전문직	정신과 및 심리치료 전문의 (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) 13,208명	정신질환의 진단, 약물치료, 심리치료, 입원 결정 등 모든 의료행위
	심신의학 및 심리치료 전문의(Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) 3,996명	신체질환과 정신적 요인의 상호작용(만성 통증, 신체화 장애 등) 치료에 중점
	심리치료 추가 자격 전문의 3,000명(추정치)	내과, 신경과, 가정의학 등 다른 전문의 자격을 취득한 후 심리치료 자격을 이수한 경우로 담당과 환자만 치료 가능
	심리치료사 (Psychologischer Psychotherapeut) 33,887명	성인대상, 진단과 심리치료 (약물 처방 불가. 디지털치료제 처방 가능)
	아동·청소년 심리치료사 (Kinder- und Jugendlichen psychotherapeut) 10,757명	만 21세 미만 아동·청소년을 대상으로 심리치료
	1차 의료 의사* 47,000명	초기 상담, 약물 처방, 전문의뢰서 발급 등
보건 및 사회 전문직 (Gesetzlich geregelte Fachberufe) (법률로 정한 교육과 자격, 보호 명칭)	정신과 전문 간호사 (Fachkrankenpfleger für Psychiatrie)	간호사 면허 취득 후 정신과 분야에서 추가 전문교육을 이수, 병동 및 지역사회에서 환자 돌봄, 위기 개입, 약물투여 및 관리 등
	작업치료사 (Ergotherapeut)	의사의 처방하에 정신질환으로 인해 제한된 행동 능력, 사회적 기술, 독립성 등 회복, 유지, 증진
	사회복지사/사회교육사 (Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge)	심리사회적 상담, 주거·재정·직업 문제 해결, 사회자원 연계 등
	응급구조사 (Notfallsanitäter)	급성 정신과적 위기 상황에서 환자 이송 및 응급 대응
	일반 간호사(Pflegefachfrau/ Pflegefachmann)	의사의 처방에 따른 약물 투여, 환자 상태 관찰 및 기록, 신체적·정신적 건강 문제 관리, 치료적 환경 조성 등 전반적인 간호 업무

범주	직업	주요 업무
	간호조무사(Pflegehelfer/ Pflegeassistent)	간호사(일반 및 전문 간호사)의 감독하에 위생 관리, 식사 보조, 이동 지원, 환자 관찰 보조 등
보완 및 경험 기반 인력 (Ergänzende und erfahrungsbasierte Fachkräfte) *Heilpraktiker만 법률상 보호되는 직업 명칭이며, 다른 인력은 비보호 명칭	회복동료전문가 (Genesungsbegleiter)	정서적, 실질적 회복 과정 지원
	전화상담 자원봉사자 (Ehrenamtliche bei der Telefonseelsorge)	익명 상담 및 정서적 지지
	(심리) 상담사 (Psychologischer) Berater	직업, 중독, 가족, 부부 등 문제 상황 분석, 정보 및 동기 부여
	심리치료 대체요법 전문가 (Heilpraktiker für Psychotherapie)	심각한 정신질환을 식별하고, 의사나 전문 병원으로 연계, 경증 장애에 대한 대체요법

주: \* 심리치료 대체요법 전문가(Heilpraktiker für Psychotherapie) 개인 상담실은 공적 자원  
이 투입되지 않는 민간 시장으로 표에 포함하지 않았음

출처: 1) “Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung  
(Heilpraktikergesetz), vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251), zuletzt geändert  
durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Juni 2021 (BGBl. I S. 1982)”,  
Bundesministerium der Justiz, 1939,  
<https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg>.

2) “Die Fachkräftesituation in Gesundheits- und Sozialberufen”, Arndt et al.,  
2024, KOFA Kompakt. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung,  
[https://www.kofa.de/media/Publikationen/KOFA\\_Kompakt/Fachkraeftesituation\\_Gesundheits-\\_und\\_Sozialberufe.pdf](https://www.kofa.de/media/Publikationen/KOFA_Kompakt/Fachkraeftesituation_Gesundheits-_und_Sozialberufe.pdf).

3) “Statistik Heilpraktiker Psychotherapie”, Listflix, n.d.

4) “Über uns”, Bundespsychotherapeutenkammer, 2025.

5) “Online-Fachdiskussion zu den Vergütungsformen in der Eingliederungshilfe”,  
Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz, 2025.

6) “EX-IN Genesungsbegleitung”, EX-IN Deutschland e.V., 2025.

2. 정신건강 인력 정책 및 전략: 독일 바이에른주를 중심으로

2018년 바이에른주는 입원 치료를 통한 안전과 통제 중심 접근에서 벗어나, 정신질환의 예방, 조기 발견, 치료, 사회 복귀 전 과정에서 통합적인 지원 체계를 구축하는 것을 목표로 정신질환자 지원법(Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, PsychKHG)을 개정하였다. 특히 법 제4조에 “정부는 3년마다 주 의회에 정신의료 현황에 대한 보고서를



제출해야 한다”는 조항을 신설하여, 정책 효과를 주기적으로 점검·평가하고 그 결과를 투명하게 공개하며, 이를 바탕으로 개선하도록 법적 의무를 부과하였다. 이에 따라 2021년 제1차 보고서가 발간되었고, 2024년에는 제2차 보고서가 제출되었다(Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, 2025).

제2차 보고서는 시스템 전반에 걸친 만성적인 전문인력 부족을 가장 시급한 과제로 지적했다. 이러한 인력 부족은 기존 인력의 업무 부담을 가중시켜 정신적, 신체적 소진을 유발하는 악순환으로 이어지게 하며 코로나19 팬데믹을 거치면서 이러한 현상은 더욱 심화되었다. 이에 2차 보고서에서는 기존 인력의 이탈을 막고 업무 부담을 완화하기 위한 향후 인력 정책 추진 방향을 다음의 4가지로 제안하였다. 이는 예방 활동을 강화하여 장기적인 치료 수요를 줄임으로써 시스템의 부담을 근본적으로 완화하는 방향성과, 외래 진료 중심의 서비스로 개편하여 한정된 인력을 효율적으로 활용하고 자원 배분을 최적화하는 방향성, 해외 전문인력을 적극적으로 유치하고 이들의 안정적인 사회 통합을 지원하여 신규 인력 확보 방향성, 그리고 근무 환경을 개선하여 정신건강 분야 일자리의 매력도를 높임으로써 기존 인력의 이탈을 방지하고 신규 유입 촉진을 제시하고 있다(Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, 2025).

〈표 3-20〉 독일 바이에른주 정신건강 인력 제도 개선(2021~2024년)

분류	세부 내용
1. 예방 활동 강화를 통한 장기적 수요 완화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 심리 건강 및 중독 예방 담당관 신설(2023. 9)</li> <li>• 지역 기반 예방 사업 실무 네트워크 강화</li> <li>• 학교·일터 중심 예방 확대: 학교 내 대마초 예방 프로젝트 등</li> <li>• 정신건강 데이터 관리체계 구축: 'National Mental Health Surveillance' 체계와 연계해 국가 표준에 맞춰 주단위(Länderebene) 데이터 관리</li> </ul>
2. 입원 위주에서 외래 치료 중심으로 개편하여 효율적인 인력 활용	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원 부설 외래 진료(PIAs) 확대</li> <li>• 입원 대체, 재택 집중 치료(StäB) 확대</li> <li>• 지역기반 사회서비스, 치료, 상담 연계 프로그램(KSVPsych-Richtlinie)</li> </ul>
3. 해외 전문인력 유치 및 사회통합 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가족·노동·사회부, 보건부 공동정책</li> <li>• 해외 인력의 지속 가능한 통합을 위해 자격 인정, 언어 및 문화 적응 프로그램 정부 지원</li> <li>• 사회 통합 및 직장 적응 훈련, 멘토링</li> </ul>
4. 근무 환경 개선을 통한 일자리 매력도 제고	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신적 과로·폭력 노출 평가 및 관리 제도화: PsyGesund 온라인 모듈</li> <li>• 근무 유연화</li> <li>• 디지털 환경 개선</li> </ul>

주: 제2차 보고서 제8장 미래 설계(Zukunft gestalten)에서는 인력정책의 4가지 방향을 제시하며, 1~7장에서는 제1차 보고서 이후 시행 중인 시험적 모델 정책들을 기술하고 있음. 보고서의 인력 정책 관련 주요 내용을 표로 작성하였음.  
출처: "Psychische Gesundheit in Bayern: Zweiter bayerischer Psychiatriebericht", Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, 2025, pp. 19, 49, 102-105, 126-128, 132, 192-193의 내용을 표로 정리함.

이러한 정책 방향 아래 독일에서는 다음과 같은 구체적 전략을 실행하고 있다. 우선 바이에른주는 사회보장법전(SGB) 제5권 제95조 인력 수급 계획에 따라 의료 서비스의 지역적 균형을 유지해야 하며, 이를 위해 연방공동위원회(G-BA)<sup>52)</sup>는 인구 대비 의사 비율, 지역별 질병 부담, 교통 인프라 등을 종합적으로 고려한 수급 계획 지침을 제정하여 기준을 제시하고 있다. 이 지침을 바탕으로 바이에른 카센의사협회(KVB)<sup>53)</sup>가 수급

52) 연방공동위원회(G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss).  
53) KVB는 바이에른주에서 법정 건강보험 환자를 진료하는 개업의와 개업심리치료를 회원으로 하는 공법인으로, KVB는 회원의 권익을 대변하는 동시에, 법률에 따라 바이에른주 전역에 외래 의료 서비스가 중단 없이, 모든 거주지에서 접근 가능하도록 보장할

계획을 이행한다.

또한 바이에른주는 정신건강 위기 서비스와 같은 새로운 시스템을 도입하면서도, 기존의 지역 기반 사회·정신건강 서비스(SpDi)가 위기 후의 지속적인 관리와 지역사회 연계를 담당하도록 재정 지원을 강화하여 만성 정신질환자의 사례관리를 담당할 비의료 전문 인력의 고용을 늘리고 있다(Sozialpsychiatrische Dienste Bayern, n.d.). 그리고 인력 확보를 위해 행정 절차 간소화 노력 역시 병행하고 있다. 대표적인 사례가 2023년 시작된 ‘Fast Lane’으로, 이 프로그램은 여러 기관에 분산되어 있던 외국 학위 소지 간호 인력의 자격 인정 절차를 바이에른주 보건의료청(LfP)으로 통합하고 디지털화하여 처리 속도를 높이는 프로젝트다. 바이에른주 간호청(LfP)은 2023년 7월 1일 프로그램 시작 이후 2년간 1,000건 이상의 외국 자격 신청을 처리했으며, 온라인 제출과 디지털 절차 도입으로 평균 처리 기간이 4주 미만으로 단축되어 기존 대비 약 50% 감소한 것으로 나타난다(Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2025).

### 3. 독일 정신건강서비스 제공 인력 교육 및 급여 체계

#### 가. 독립적 치료 전문직

##### 1) 정신과 전문의

독일의 정신과심리치료 전문의(Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)는 6년의 의대 교육을 마치고, 별도의 인턴 과정 없이

---

공적 의무를 위임받은 조직임.

곧바로 수련의가 되어 정신과 병동(2년), 신경과(1년), 심리치료 이론 및 실습(2년)의 최소 5년간 전문의 과정을 거친다. 수련의 급여는 전문의가 받는 급여의 약 75% 수준에서 시작하며, 경력에 따라 상승한다(Oeffentlicher-dienst.info, 2025a).

독일 병원 소속 의사의 급여와 처우는 집단 임금 협약법(Tarifvertragsgesetz, TVG)이 규정한 절차에 따라 의사 노동조합인 ‘마르부르거 분트’와 병원 협회 간 체결된 ‘집단 임금 협약(TV-Ärzte)’<sup>54)</sup>에 의해 규정된다. 독일 병원 소속 전문의는 직급과 연차에 따라 연봉 약 8만 유로(1년차)에서 선임의 직급에서 최대 13만 유로 수준인 반면, 자신의 병원을 운영하는 개원의 평균 세전 소득은 이보다 높은 약 15만 유로에 달한다. 단, 독일에서 개원의는 개원에 필요한 투자 비용뿐 아니라 ‘카센지츠(Kassensitz)’라는 제도적 장벽을 넘어야 한다. 이는 공보험 환자를 진료하기 위해 필수적인 허가로 지역별로 쿼터가 정해져 있어서 지역별 과잉 공급 방지와 지방 개원을 유도하는 기능을 한다(Marburger Bund, 2025; Oeffentlichen-dienst.de., 2025).

## 2) 일차의료 전문의

2021년 개정된 전문의 수련 규정(Weiterbildungsordnung(WBO), 2021)에 따라 바이에른주는 정신신체 기본진료(Psychosomatische Grundversorgung, PSGV) 80시간 교육을 수련 과정의 필수 요소로 통합하였다(Bayerische Landesärztekammer, 2025). 과거에는 PSGV 교육이 주로 공공의료보험에서 정신건강 관련 상담 수가를 청구하기 위한 추가 자

54) 의사를 위한 집단 임금 협약(TV-Ärzte)은 세부 전공과 무관하며 직급(수련의, 전문의 등)과 근무 연차에 따라 급여표가 정해짐.

격 요건으로 간주되었으며, 선택적 또는 실무 중심의 평생교육 형태로 운영되었다. 그러나 바이에른주 의사협회(Bayerische Landesärztekammer)는 최신 규정 WBO 2021을 시행하면서, PSGV 80시간 교육을 전문의 수련 과정의 의무 사항으로 편입시켰다(Bayerische Landesärztekammer, 2025). 이에 따라 현재 바이에른주에서는 PSGV 교육을 완료하지 않은 수련의는 전문의 자격시험에 응시할 수 없도록 제도화되어 정신진료가 일반의학 전문의로서의 핵심 역량으로 자리 잡았다.

### 3) 심리치료사

독일은 2020년 9월 심리치료사법을 개정하여(Bundesministerium für Gesundheit, 2019) 심리치료사의 양성 및 자격 체계를 개선했다. 개정 이후 심리치료사는 의사와 유사한 경로를 통해 국가자격(Approbation)을 취득할 수 있도록 제도가 정비되었으며, 이에 따라 풀타임 기준 3년간의 전문 실무 훈련 과정은 법적 지위와 급여 조건이 크게 개선되었다(Bundesministerium für Gesundheit, 2019). 중요한 변화 중 하나는, 심리치료사 자격을 취득하려면 학부 과정부터 반드시 국가가 지정한 ‘임상 심리 및 심리치료’ 전문 학위과정(직접 학위과정, Direktstudium)을 이수해야 한다는 점이다. 이 과정은 학사 3년, 석사 2년으로 구성되며, 일반 심리학 학위 과정을 이수한 사람은 더 이상 심리치료사 국가시험에 응시할 수 없다. 병원이나 정신보건 기관 등에서 근무하는 심리치료사는 단체협약에 따라 급여가 결정되며, 평균 연봉은 약 6만 유로 수준이다(Kununu, n.d.; Gehalt.de, n.d.).

## 나. 보건 및 사회 전문직

### 1) 간호사

독일의 정신건강 분야 간호 인력은 간호조무사, 일반 간호사, 정신과 전문 간호사로 구성되며, 이들의 급여 및 근무 조건은 공공 부문 단체협약인 TVöD-P55)에 따라 규정된다. 이 협약은 독일의 공공기관(예: 공립 병원, 요양 시설)에서 근무하는 간호 인력에게 전국적으로 적용되며, 직무 책임, 전문성, 근무 연수에 따라 자동으로 승급이 이루어진다(Oeffentlicher-dienst.info., 2025b).

독일의 간호사 양성 체계는 간호 교육을 대학 시스템으로 일원화한 대부분의 선진국 모델과 대비되는 이원적 구조를 특징으로 한다(Deutschland.de, 2025). 전통적으로 독일에서는 간호 인력이 대학의 학사 과정이 아닌 3년제 직업 교육 프로그램을 통해 양성되어 왔다. 이 듀얼 시스템은 직업학교에서의 이론 교육과 병원 등 현장에서의 유급 실무 훈련을 병행하며, 교육을 마친 후 국가 시험에 합격하면 학위가 아닌 국가 공인 전문 직업 자격(Pflegefachmann/frau)을 취득하게 된다. 2000년대 들어 간호의 전문성 강화를 위한 움직임이 확산되면서 대학 내에 간호학 학사 및 석사 과정이 도입되었으나, 초기에는 국가자격을 취득한 간호사들을 대상으로 한 추가 전문 교육 경로에 국한되었다(Moses, 2015, pp. 125-154). 그러나 2017년 제정된 간호직업법 Pflegeberufegesetz, PflBG)이 2020년부터 본격 시행되면서, 대학의 학부 과정만으로도 간호사 자격을

55) P1~P4 등급은 비전문직 보조 인력을 위한 것으로, 전문적인 간호사와 간호조무사는 P5에서 시작하여 최고 등급인 P16까지 체계적으로 승급할 수 있음. 연봉은 P5(간호조무사) 기준 약 35,000~42,000유로, P7(초임 일반 간호사) 기준 약 45,000~58,000유로, P9(전문 간호사) 기준 약 55,000~76,000유로 이상이며, P16은 간호부장 등 고위 관리직에 해당하는 최고 등급임.

취득할 수 있는 길이 열렸다(University of Bremen, n.d.). 이 과정을 이수한 졸업자는 간호학 학사 학위와 전문 직업 자격을 동시에 취득하여 학문적 전문성과 실무 능력을 모두 갖춘다.

간호조무사는 일반적으로 1년, 일부 지역에서는 2년의 직업 교육과 수개월간의 실습을 거쳐 자격을 취득한다. 교육 과정과 명칭은 주(州)별로 상이할 수 있다(Azubiyo., n.d.). 이들은 일반 간호사의 지시와 감독하에 환자의 기본적인 신체 관리, 위생 및 식사 지원, 이동 보조, 간단한 의료 처치 보조 그리고 상태 기록 등의 보조 업무를 수행한다. 급여는 TVöD-P 기준 P5 또는 P6 등급에 해당한다(Jobs beim Staat, n.d.).

일반 간호사는 3년제 전문 직업 교육 또는 듀얼 학사 과정을 통해 자격을 취득한다(Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017).<sup>56)</sup> 2020년부터 성인, 아동, 노인 간호 교육이 통합되어 포괄 간호 자격으로 개편됨에 따라(Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017),<sup>57)</sup> 졸업자는 다양한 연령과 질환을 가진 환자를 포괄적으로 간호할 수 있는 자격을 갖추게 되었다. 이들은 의료적 처치, 약물 투여, 환자 상태 관찰, 치료 계획 수립 및 실행 등 독립적인 간호 업무를 수행한다(Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017).<sup>58)</sup> 급여는 TVöD-P 기준 P7 등급에서 시작되며, 중환자실이나 정신과 등 특수 부서에서 근무할 경우, 추가 수당 지급 또는 P8 등급이 적용된다(Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, 2025, p. 26).

정신과 전문 간호사(Fachkrankenpfleger/in für Psychiatrie)는 일반 간호사 자격을 취득한 후, 정신건강 분야에서 최소 1년 이상의 실무 경

56) §§ 5, 34

57) §§ 1, 5

58) § 4

힘을 쏟고, 추가로 2년간의 전문 교육(Fachweiterbildung)과 평가를 거쳐야 한다(Psychiatrie Akademie, 2025). 간호직업법(PflegeBG)과 연방 차원의 전문교육 표준 교육과정(Bundesrahmenlehrplan)을 통해 정신건강전문 간호사의 역할은 법적·제도적 기반을 갖추게 되었으며, 이들은 환자 관찰, 간호 계획 수립, 위기 개입, 가족 상담, 다학제 협업, 사회 복귀 지원 등 전문적인 업무를 수행할 수 있다(Psychiatrie Akademie, 2025).

## 2) 사회복지사

독일의 사회복지사 및 사회교육사는 통상적으로 3.5년의 학사 과정과 1년간의 국가 공인 실무 수습을 거쳐 전문 직업 자격을 취득하며, 이들의 급여는 개별 협상이 아닌 공공부문 단체협약(TVöD-SuE)에 의해 결정되는데, 학사 졸업 초임자는 보통 S11b 혹은 S12 등급을 부여받아 연봉 약 4만 5천 유로의 대우를 받는다(Academics, n.d.). 정신건강 영역에서 임상심리사나 정신과 의사와 협력하여 상담, 사례관리, 위기개입 및 심리 사회적 지원을 제공한다.

## 다. 보완 및 경험기반 인력

독일의 보완 및 경험기반 인력으로는 회복동료전문가(Genesungsbegleiter), 전화상담 자원봉사자, 상담사(Berater), 심리치료 대체요법 전문가가 있다. 이들 동료지원가, 상담사, 전화상담 자원봉사자, 심리치료 대체요법 전문가 등 보완 및 경험기반 인력은 모두 독일의 정규 고등교육 체계(대학, 직업학교)보다는 성인의 경력 개발, 전직, 자원봉사 등을 목적으로



설계된 평생교육 프로그램을 통해 양성된다는 공통점을 가진다. 각 인력 직군을 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

우선 회복동료전문가의 자격은 표준화된 ‘EX-IN(Experienced-Involvement)’ 교육과정을 통해 부여되며, 교육은 12개 모듈로 구성된 1년 과정의 교육 및 실습으로 진행된다(EX-IN Bayern e.V., n.d.). 바이에른주의 비영리 협회인 EX-IN Bayern e.V.가 교육과 네트워크를 관리하며, 전국 단위 협회인 EX-IN Deutschland e.V.는 연구, 제도 확산, 기관 협력 등을 총괄한다(EX-IN., n.d.). 회복동료전문가는 병원, 지역사회 정신건강센터, 재활시설 등에 배치되어 환자의 회복과 사회 복귀를 지원하며, 급여는 공공서비스 임금체계(TVöD-E) 또는 기관별 단체협약에 따라 책정된다. 초임은 보통 E4~E8 등급, 세전 연봉 약 32,000~38,000유로 수준으로, 제도적 기반은 마련되었으나 안정적 고용과 경력 경로 확보가 여전히 중요한 과제로 남아 있다(Medi-Karriere, 2025).

둘째, 전화상담 자원봉사자는 주로 개신교와 천주교 재단이 운영하는 ‘Telefonseelsorge’에서 익명의 위기 상담을 제공하는 명예직 인력이다. TelefonSeelsorge®는 독일 내 100개 이상의 지역의 전화 상담 센터로 구성된 네트워크로 약 300명의 정규 직원과 약 7,700명의 훈련된 자원봉사자들이 삶의 위기, 자살 생각, 슬픔 등을 겪고 있는 사람들에게 24시간 365일 무료 상담 서비스를 제공한다(Telefonseelsorge, n.d.b). 자원봉사자는 약 1년에 걸쳐 120시간의 체계적인 교육을 이수해야 하며, 대화 기술, 공감과 경청, 위기 개입 전략, 자살 예방, 윤리와 기밀 유지 등이 주요 교육 내용이다. 최소 한 달에 한 번 1시간 30분 분량의 슈퍼비전 세션에 참석하여 상담 과정에서 겪는 어려움을 해소하고, 매년 최소 한 번의 평생 교육 과정에 참여하여 상담의 질을 유지한다(Telefonseelsorge., n.d.a). 독일의 모든 주는 자원봉사자를 위한 책임보험 단체 계약을

맺고 있어(Bundesministerium des Innern und für Heimat, n.d.), 자원봉사자는 활동 중 발생하는 사고나 법적 문제에 대해 포괄적인 보호를 받고 있다.

셋째, 상담사(Berater)는 독일에서 법적으로 보호되지 않는 비규제 직업 명칭으로, 국가 차원의 표준화된 교육과정은 존재하지 않는다. 대신 독일시스템치료·상담 및 가족치료협회(DGSF) 등 민간 전문기관이 자격을 인증하며(Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie(DGSF), 2025). 대부분의 교육 과정은 기존 직업과 병행할 수 있도록 파트타임 형태로 운영되어 약 2년이 소요된다(Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie, n.d.). 자격을 갖춘 상담사는 의학적 치료가 아닌 삶의 위기, 직업적 어려움, 인간관계 갈등 등 비의료적 영역에서 개인 또는 집단을 대상으로 상담과 코칭을 제공한다. 법적 보호는 없지만, 협회 인증을 통해 전문성을 입증하고 공공기관에 고용되거나 개인 사업자로 활동할 수 있으며, 이 경우 상담 비용은 공적 건강보험의 적용을 받지 않아 내담자가 전액 부담하게 된다.

마지막으로 심리치료 대체요법 전문가의 자격 명칭은 대체요법 전문가법(Heilpraktikergesetz)에 근거하여 보호된다. 이들은 관할 보건당국의 국가시험을 통과하고 정신·심리 문제에 대한 진단과 치료 행위 허가를 받은 인력이다(Heilpraktiker-Erfolg.de, n.d.). 대학 학위는 필수가 아니나, 정신병리학, 진단 기준, 질병의 심리적 또는 심신적 원인, 법규 등에 대한 엄격한 시험을 통과해야 한다(Heilpraktiker-Erfolg.de, n.d.). 시험 준비를 위한 사설 교육 기간은 개인의 사전 의학 지식 수준 등에 따라 수개월에서 2년 이상 소요된다(Heilpraktiker Akademie Deutschland, n.d.). 자격을 취득한 인력은 대부분 개인 상담소를 운영하는 자영업자로

활동하며, 법적 허가를 받은 인력으로 일반 상담사보다 높은 상담료를 책정하는 것이 일반적이다.

〈표 3-21〉 독일 정신건강인력 교육 기간, 급여 수준

범주	직업	교육 기간 및 급여 수준
독립적 치료 전문직 (대학학위과정)	정신과 및 심리치료 전문의	의대 6년 + 전문의 수련 5년 연 10만~13만 유로 (개원의 15만 유로)
	심신의학 및 심리치료 전문의	의대 6년 + 전문의 수련 5년 급여 동일
	심리치료 추가 자격 전문의	의대 6년 + 전문의 수련 5년 + 추가 자격 과정(파트타임 2년). 급여 동일
	심리치료사	학/석사(3+2=5년) → 국가시험 → 전문화 과정(3년) 연 5만~8만 유로
	아동·청소년 심리치료사	
	1차 의료 의사	의대 6년 + 전문의 수련 5년 급여 동일
보건 및 사회 전문직  (대체로 직업교육 과정이며 사회복지사와 간호사는 대학 학위 과정 있음)	정신과 전문 간호사	간호사 직업교육(3년) + 실무 1년 → 전문 연수(2년) → 시험 (TVöD P9-P11)
	작업치료사	직업교육(3년) → 국가 시험 (TVöD P7-P8)
	사회복지사/사회교육사	학사(3.5년) → 1년 유급 실무 수습 → 시험 → 직업허가 자격 (TVöD S 11b - S 12)
	응급구조사	직업교육 3년 → 국가 시험 → 직업허가 자격 (TVöD P8)
	일반 간호사	일반 간호사(3년) + 실무 1년 → 전문 연수(2년, 720+462시간) → 학술 논문 + 필기·구두 시험 (TVöD P7-P8)
	간호조무사	직업훈련(1년 이내, 약 1,200시간) → Zertifikat (공식 자격증 없음) (TVöD P5-P6)

범주	직업	교육 기간 및 급여 수준
보완 및 경험 기반 인력 (평생교육프로그램)	회복동료전문가	교육+실습(1년) (TVöD E4~E8)
	전화상담 자원봉사자	120시간
	상담사	2년(파트타임)
	심리치료 대체요법 전문가	2년+(파트타임)

주: 보건 및 사회 전문직의 공공부분 단체협약에서 사회복지사/사회교육사는 TVöD-SuE(S 등 급표)를, 나머지 직종은 TVöD-P(P 등급표: 보건의료 직군)를 적용함.

출처: “Anzahl und Statistik Kliniken in Deutschland”, Gesundheitsmarkt.de, 2025; “Tarifrechner Ärzte Kommunal”, Oeffentlicher-dienst.info., 2025a; “Tarifvertraege”, Marburger Bund, 2025; “Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ärzte TDL)”, Oeffentlichen-dienst.de., 2025; “Psychosomatische Grundversorgung”, Bayerische Landesärztekammer, 2025; “Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung”, Bundesministerium für Gesundheit, 2019; “Psychotherapeut:in Gehalt”, kununu, n.d.; “Psychotherapeut:in Gehalt”, Gehalt.de., n.d.; “TV-L KR: Gehaltstabelle für das kommunale Beschäftigungsverhältnis (Kommunaler öffentlicher Dienst)”, Oeffentlicher-dienst.info., 2025b; “Tarifvertrag TVöD-P, Entgeltgruppe P 5”, Jobs beim Staat, n.d.

라. 공공의료 인력의 임금 결정 구조: TVöD

독일 공공 부문 인력의 급여는 주로 ‘TVöD(Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst) 단체 협약’으로 정한다. 이는 기본 급여표(Entgeltgruppe E)와 2개의 전문 급여표(Pflege, Sozial- und Erziehungsdienst)로 나뉜다. P 급여표(Entgelttabelle TVöD-P)는 간호사, S 급여표(Entgelttabelle TVöD-SuE)는 사회복지사를 비롯한 사회, 교육 분야 전문가에게 적용되며, 그 외 행정직, 기술직, 회복동료전문가 등 대부분의 공공 분야 인력에는 E 급여표가 적용된다. P 는 16개, S 는 18개, E는 15개 등급으로 직무의 책임 수준, 자격 요건, 전문성에 따라 나뉜다(Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, 2025, pp. 1-32). 병원 소속 의사는 마르부르거 분트(Marburger Bund) 협약의 적용을 받는다(Marburger bund, 2025).

## 제5절 미국

코로나19를 거치면서 미국인의 정신건강이 여러 지표를 통해 악화하는 것으로 나타나고 있다. 최근 발표한 2024년 전국 마약 사용 및 건강 조사(National Survey on Drug Use and Health)에 따르면 미국 성인 국민의 23.4%가 정신질환을 경험했고 국민의 5.6% 해당하는 약 14.6백만 명이 심각한 정신질환을 경험한 것으로 보고되었다(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 이하 SAMHSA, 2025, pp. 33-34). 이는 2019년 20.6%와 5.2%에서 각각 2.8%와 0.4% 증가한 수치다(SAMHSA, 2020, p. 44). 자살률의 경우 2019년 인구 10만 명당 13.9명의 비율인 47,511명에서 2023 10만 명당 14.1명의 비율로 49,316명이 자살로 사망하여 증가한 것으로 보고되었다(U. S. Center for Disease Control and Prevention, 2025a). 마약 오남용으로 인한 사망자 수의 경우 2019년에는 70,630명에서 2023년에는 105,007명으로 약 33% 증가하였다(Garnett & Miniño, 2024, p. 9).

코로나19 팬데믹을 거치면서 미국의 정신건강 위기는 더욱 심각해졌고, 이에 대응하기 위해 바이든 행정부는 정신건강 서비스 확대를 위한 재정 투자와 다양한 정책을 추진하였다(손해인, 2023). 그러나 정신건강 전문인력 부족으로 인해 많은 국민이 적시에 적절한 서비스를 제공받지 못하는 문제가 지속되었다. 이러한 인력 부족은 단기간의 현상이 아니라, 오랜 기간 정신건강 분야에 대한 투자 부족이 누적된 결과로 이해할 수 있다(Counts, 2023). 보건복지부 산하 보건자원 및 서비스국(Health Resources & Services Administration, 이하 HRSA)은 행동건강 분야의 인력 부족이 앞으로도 지속될 것으로 전망하며, 특히 인력 공급이 다소 증가하더라도 수요를 맞추기에는 여전히 불충분할 것이라고 경고한다. 실제로 HRSA는 향후 15년 내 약 40만 명 이상의 행동건강 인력이 부족할 것

으로 예측하고 있다(Health Resources and Services Administration, 2024).

따라서 본 절에서는 행동건강 인력의 정의와 수급 현황을 검토하였다. 이어서 연방정부의 대응 전략으로 보건복지부의 보건인력 전략계획(2021), 정신건강 인력 4개년 계획(SAMHSA, 2023-2026), HRSA 행동건강 인력 양성 프로그램을 살펴본다. 또한 HRSA가 지원하는 의료인력 연구센터 네트워크를 통해 행동건강 인력 수급 정책의 연구 기반을 살펴 보았다. 마지막으로, 동료지원가의 제도화와 확대를 위한 연방정부의 노력을 검토하여 정책 방향성과 시사점을 정리하였다. 또한 연방정부의 목표 아래 뉴욕주의 정신건강 인력 양성 과정 역시 살펴보았으며, 정신건강 전문인력 부족 문제에 대한 뉴욕주의 노력 역시 정리하여 제시하였다.

## 1. 정신건강 인력 개념 및 현황

### 가. 행동 건강 인력의 정의와 범위

행동 건강(Behavioral Health)은 정신건강과 물질 사용 문제를 모두 포괄하는 개념으로, 미국 정신건강 및 약물남용청(SAMHSA)에서 사용하는 통합적 용어이다(National Academies of Science, Engineering and Medicine, 2024, p. 31). 행동 건강은 전반적인 건강의 한 부분으로, 이는 감정적, 심리적, 사회적 안녕을 포함하며 신체 건강만큼이나 중요하며 행동 건강은 정신질환과 자살사고나 자살 시도 또는 약물 사용 장애를 다루는 포괄적 개념이다[Centers for Medicaid and Medicare Services(CMS), 2025a, p. 6; U.S. Center for Disease Control and Prevention(CDC), 2025b].<sup>59)</sup>

SAMHSA에 따르면 행동건강인력은 정신건강(Mental Health) 및 물질사용장애(Substance Use Disorder) 분야에서 예방, 치료, 재활 서비스를 제공하거나 지원하는 다양한 전문가와 준전문가를 의미하며, 이들은 예방 프로그램, 지역사회 기반 서비스, 입원치료기관, 1차 보건의제, 응급실, 교정시설, 학교 및 대학 등 다양한 현장에서 활동한다(SAMHSA, 2024b). 그러나 미국 내 행동건강 또는 정신건강 인력의 구성에 대해 보다 구체적으로 인력의 범위와 직종에 대해 일반적 합의가 있는 것은 아니다(Heisler, 2018, p. 1). 따라서 다양한 교육, 훈련, 자격증 또는 인증 기준과 각 주의 규정 및 법률로 인해 행동건강 인력의 정의와 범위가 달라진다(Kona 외, 2024, p. 7). 또한 누가 행동건강 서비스를 제공하느냐 뿐만 아니라 어떤 기관 또는 장소에서 행동건강 서비스를 제공하느냐, 즉 1차 진료서비스 기관, 정신건강외래치료소, 학교, 외래 낮 병원, 주거치료센터, 입원병원, 입원정신과시설 등에 따라 행동건강인력을 구분해 볼 수 있다(Counts, 2023; United States Senate Committee on Finance, 2022, p. 8).

그러나 행동건강서비스는 행동건강전문가만 제공하는 것이 아니라 많은 1차 의료서비스 제공자가 환자의 병원 또는 의원 방문 시 행동 건강 문제에 대해 치료를 제공하고 있기도 하다(HRSA, 2024). Jetty 외(2021, p. 1)는 의료비용 패널 서비스데이터(2016~2018)를 분석해 1차 의료 의사가 정신질환자의 외래 치료 39%와 약 처방 46.7%를 담당한다고 밝혔다. 따라서 미국의 1차 의료제공자도 정신건강 서비스를 제공하지만, 종종 행동건강 전문가에게 의뢰해 전문적 치료로 연결된다. 이에 따라 이 글에서는 행동건강 전문가를 중심으로 미국의 정신건강서비스 제공 인력

59) 이전에는 정신건강 문제와 약물사용문제를 별개의 다른 문제로 구분하였다면 최근에 들어와서는 두 문제를 아우르는 포괄적 개념으로 행동건강이라는 용어를 사용하고 있음 (SAMHSA, n.d., p. 3).

정책을 논의하고자 한다. 또한 정신건강서비스 제공 인력의 정의는 전문 인력을 중심으로 하는 경우 좁게 정의하거나 예방 및 치료 서비스를 제공하는 모든 인력을 포함하여 폭넓게 정의하는 다양한 방법이 존재하지만(Beck 외, 2018a, p. 187), 이 글에서는 행동 정신건강의 문제를 주로 다루는 연방정부 내 보건복지부의 인력 정의를 중심으로 살펴보기로 한다.

첫째, 보건복지부 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 면허 전문가를 중심으로 행동건강 인력을 정의한다. 메디케어는 65세 이상 또는 장애인을 위한 연방 의료보험으로, 정신건강 및 약물 사용 장애로 행동건강 문제를 가진 개인에게 외래 치료 및 서비스를 제공하고 의료보험 수가에 인정된 전문직으로 11개 직종을 인정하고 있다. 구체적으로는 의사(Physician), 임상심리사(Clinical Psychologist), 임상사회복지사(Clinical Social Worker), 임상간호전문가(Clinical Nurse Specialist), 전문간호사(Nurse Practitioner), 공인 간호조산사(Certified Nurse-Midwife), 의사보조사(Physician Assistant), 마취 전문간호사(Certified Registered Nurse Anesthetist), 결혼 및 가족치료사(Marriage & Family Therapist), 알코올 및 마약 상담사(Alcohol and drug counselor)를 포함하는 정신건강 상담사(Mental Health Counselor)이다(CMS, 2025b, pp. 12-23; CMS, 2025c, p. 2).

둘째, 보건복지부 산하 보건자원 및 서비스국(HRSA)은 행동건강인력의 범위를 CMS와 다르게 정의하고 있다. HRSA는 의료 접근성이 낮은 지역에 기초 보건 서비스 및 인력 지원을 담당하며, 부족한 의료인력을 파악해 대처한다. 이 기관은 의료인력 부족지역(Health Professional Shortage Areas)을 선정하고, 행동건강 직종을 포함해 100개 이상의 직종의 공급과 수요를 예측한다(HRSA, 2024). 100개 넘는 의료직종 중 행동건강 분야에 포함되는 직종은 총 14개로 다음과 같다. 중독상담사(Addiction counselors),



성인을 치료하는 정신과 의사(Adult psychiatrists), 소아 및 청소년 정신과 의사(Child & youth psychiatrists), 아동, 가족 및 학교 사회복지사(Child, family and school social workers), 의료 사회복지사(Healthcare social workers), 결혼 및 가족치료사(Marriage and family therapists), 정신건강 및 약물사용장애 사회복지사(Mental health and substance use disorder social workers), 정신건강 상담사(Mental health counselor), 정신과 전문간호사(Psychiatric nurse practitioners), 의사보조사(Physician assistants/associates), 심리학자(Psychologists), 학교상담사(School counselor), 정신과 간호조무사(Psychiatric aides), 정신과 기술자(Psychiatric technicians)로 총 14개 직종이다(HRSA, n.d.b). 정신과 간호조무사 경우 일반적으로 고등학교 졸업장을 요구하고, 정신과 기술자의 경우 전문 교육과정이나 수료증 또는 준학사 수준의 수료증이 필요하며, 이들 역시 환자의 돌봄에서 매우 중요한 역할을 하고 있다.

#### 나. 미국의 행동 건강 인력 수급 상황

행동건강에 대한 미국민의 수요는 코로나-19 팬데믹을 거치면서 증가하고 있지만 증가한 의료요구보다 전문행동건강인력이 공급되지 못하고 있다는 것이 구조적인 문제라고 할 수 있다. 그러나 이에 대한 미국 내 행동건강인력의 수급현황은 정확히 분석하기 어려운 상황이다. 그 이유는 현재 사용 가능한 데이터도 제한되어 있고 각기 다른 방식으로 데이터 수집방법을 사용하고 있으며, 미 전역을 포괄하는 데이터도 부족하기 때문이다(Jimenez 외, 2025, p. 1). 이런 데이터 수집의 한계 속에서 발표한 조지워싱턴 대학교 연구에 따르면 2020년에 1.2백만 명의 행동건강인력

이 서비스를 제공했다고 한다. 이는 약 60만 명의 행동건강전문가와 50만 명이 넘는 1차 의료서비스 제공자를 모두 포함한 측정 수이다(U.S. Government Accountability Office, 2022, p. 8).

〈표 3-22〉 약물남용 및 정신건강서비스청에서 측정한 직업별 행동건강서비스 제공자의 수

제공자 형태		예상인원(2020년)
행동건강전문가	전체 인원	612,447
	중독의학 전문가	3,847
	중독 정신과 전문의	918
	아동 및 청소년 정신과 전문의	7,832
	면허있는 임상사회복지사	221,791
	면허있는 결혼 및 가족치료사	64,592
	면허있는 전문상담사	172,446
	정신과전문의	39,071
	심리심리사	102,004
행동건강약을 처방할 수 있는 기타 전문가	전체 인원	574,745
	전문간호사 및 의사보조사	193,356
	기타 의사	173,556
	1차 의료 의사	207,833
총 인원	-	1,187,192

출처: “Behavioral health: Available workforce information and federal actions to help recruit and retain providers”, U.S. Government Accountability Office, 2022, p. 8.

HRSA는 행동건강 제공자의 부족한 지역을 파악하고 수요에 맞춰 공급하기 위해 의료인력의 부족 정도를 각종 통계자료를 기반으로 분석하여 미국 내 의료인력부족지역(Health Professional Shortage Areas, HPSAs)을 선정하고 있다. 2024년 8월 기준으로 미국의 1억 2천2백만 명이 행동건강의료인력 부족 지역에 거주하고 있다(HRSA, 2024). 또한 HRSA의 행동건강인력 추정 보고에 따르면 2022년에는 68,500명이 부족하며, 2037년에는 공급이 1,006,240명, 수요는 1,402,740명으로 약

40만 명의 부족이 예측된다(HRSA, 2024; HRSA, n.d.b). 따라서 약 71.7%의 공급충족률이 예상되며, 행동건강인력 부족 현상이 심화될 것으로 보인다.

〈표 3-23〉 미국 행동 건강 인력의 수급 변화 및 부족 정도

직종	2022년		2037년 미국 행동건강인력 예상 부족인원 및 충족률			
	공급	수요	공급	수요	2037년 예측부족 인원 <sup>1)</sup>	2037년 예측 공급 충족률
중독상담사	128,180	129,250	92,160	206,090	-113,930	45%
성인치료정신과의사	39,270	49,630	32,660	76,320	-43,660	43%
아동 및 청소년 정신과의사	10,920	13,750	12,500	19,280	-6,780	65%
아동, 가족 및 학교사회복지사	116,080	116,190	192,760	178,270	14,490	108%
의료사회복지사	60,150	60,950	104,790	107,860	-3,070	97%
결혼 및 가족치료사	52,140	52,580	49,100	83,270	-34,170	59%
정신건강 및 약물사용장애사회 복지사	67,770	103,420	103,420	111,710	-8,290	93%
정신건강상담사	127,520	128,600	115,300	203,140	-87,840	57%
정신과전문간호사	21,080	21,320	38,690	32,280	6,410	120%
정신과 의사보조사	3,540	3,500	4,720	5,510	-790	86%
심리사	115,270	115,700	94,890	174,050	-79,160	55%
학교상담사	127,290	142,900	165,250	204,960	-39,710	81%
전체 인원 <sup>2)</sup>	869,210	937,790	1,006,240	1,402,740	-396,500	72%

주: 1) 2037년 예측 부족 인원은 2037년 공급 예측 인원에서 수요 예측 인원을 뺀 값임.

2) 전체 인원은 전체 직종의 값을 모두 더한 총합임.

출처: “Workforce Projections - Behavioral Health”, Health Resources & Services Administrative, n.d.b. Retrieved on Sep 7, 2025 from <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/nchwa/workforce-projections/>의 내용을 바탕으로 연구진이 작성함.

이처럼 장기적으로 부족 현상이 심화될 것으로 예상됨에 따라, 인력의 수급을 정밀하게 예측하고 장·단기 계획을 수립할 수 있는 포괄적 데이터 베이스 구축의 필요성이 강조되었다. 그러나 현재 행동건강 인력에 대한 데이터는 여러 기관에 분산되어 있고 수집 방식과 항목도 상이하여, 실시간·정밀 분석이 어렵다는 한계가 지속적으로 제기되어 왔다. 이와 같은 문제의식은 미국 공공건강서비스법 42조에 근거하여 운영되는 전국 의료 인력 분석센터(National Center for Health Care Workforce Analysis)와 9개의 분야별 의료인력연구센터의 활동으로 이어졌으며, 행동건강 인력도 그중 한 분야로 포함되었다.<sup>60)</sup> 연구센터에서는 최소한의 필수 데이터 항목(Minimum Data Set)을 설정하고 이를 기반으로 표준화된 데이터 수집 체계를 마련해야 한다는 의견이 제기됨에 따라 다음의 표와 같이 인구 특성, 면허·자격, 교육·훈련, 직종·전문분야, 근무 내용·기관 등 5개 주제의 26개 세부 항목을 포함하도록 설계되었다(Beck 외, 2018b, pp. s192-s198).

60) 9개의 의료인력연구센터는 수집한 데이터를 전국센터와 공유하며, 각 센터는 다양한 분야의 연구과제를 수행하고 있음. 연구 분야는 행동건강인력, 공공의료인력, 의료형평성, 관련의료인력, 장기돌봄지원, 구강의료인력, 신흥 의료인력문제, 기술지원센터로 구성됨. 9개 인력연구센터는 2022년부터 2027년까지 매년 약 45만 불에서 90만 불을 지원받아 총 334억원의 연구를 진행할 예정이며, 행동건강인력도 연구 분야 중 하나로 5년간 약 90만 불이 배당되어 연구가 진행됨(HRSA, 2022, p. 10.). University of North Carolina 내 행동건강인력연구센터는 인력 구성·분포·충분성 등을 국가적 데이터로 연구하고, 행동건강 서비스 접근성과 전달모델 개선을 위한 정책 관련 연구를 수행하고 있음.

〈표 3-24〉 행동건강 종사자를 위한 최소 필수 데이터 항목

필수항목의 주제	필수항목의 구체적 내용
인구특성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 이름</li> <li>• 나이</li> <li>• 인종/민족</li> <li>• 성별/성정체성</li> <li>• 출생지 및 거주지역</li> <li>• 군복무/예비역 기록</li> <li>• 언어능력</li> </ul>
면허증과 및 인증	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업 관련 면허증</li> <li>• 직업 관련 인증</li> <li>• 국가 등록 의료인 고유번호</li> <li>• 주정부 등록 번호</li> </ul>
교육 및 훈련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 취득학위 및 취득기간</li> <li>• 일반 전공/세부 전공</li> <li>• 기타 교육 프로그램 이수 여부</li> <li>• 현재 학위과정 등록 여부</li> </ul>
종사 직업 및 전문 분야	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업</li> <li>• 전문분야</li> </ul>
진료세부내용과 근무처	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 고용상태</li> <li>• 현재 재직 중인 직업 수</li> <li>• 연간 근무 시간 및 주당 근무 일수</li> <li>• 고용형태</li> <li>• 비대면서비스 활용 여부</li> <li>• 고용주의 사업장 유형</li> <li>• 매주 특정활동에 사용하는 시간(수퍼비전 또는 진단)</li> <li>• 임상 또는 환자치료 제공 여부</li> <li>• 앞으로 취업계획</li> </ul>

출처: “Improving Data for Behavioral Health Workforce Planning: Development of a Minimum Data Set”, Beck et al., 2018b, p. s195.

#### 다. 뉴욕주의 인력 정의와 수급 현황

뉴욕주의 정신건강 전문 인력은 크게 뉴욕주 교육부(Department of Education, 이하 DOE) 전문직사무소(Office of the Professions)에서 발급하는 공식 면허증(License)을 소지한 전문인력과, 정신보건국 또는 중독서비스 및 지원국에서 직접 발급하는 자격증(Credential)을 소지한

인력 등 두 주정부 기관에서 민간기관에 위탁하여 관리하는 인증을 발급 받아 동료지원가로 활동하는 인력으로 크게 세 인력으로 구분할 수 있다.<sup>61)</sup> 첫째, 면허증은 뉴욕주 교육법에 따라 발급되며 뉴욕주에서 특정 전문 직업을 수행하고 해당 직함을 사용할 수 있도록 부여되는 법적 허가를 의미한다. 둘째, 자격증은 정신보건국과 중독서비스 및 지원국에서 자격증 업무와 발급을 직접 관리하고 있다. 관련 분야의 대학원 학위를 요구하는 면허증과 달리 자격증을 취득하는 조건은 최소 고등학교 졸업(검정고시 포함)하고 학위과정이 아닌 일정의 교육과정을 수료하고 일한 경험을 증명하면 취득이 가능한 준전문가 인정과정이라고 할 수 있다. 중독서비스 및 지원국에서 발급하는 자격증의 경우 국제 인증 및 상호 인정 협회(IC & RC, International Certification & Reciprocity Consortium, Inc., IC & RC))의 알코올 및 약물 상담사 자격시험을 통과해야 된다. 셋째, 동료지원가를 양성하는 인증이다. 이 인증은 정신보건국 및 중독서비스 및 지원국에서 위탁받은 민간기관에서 교육과정, 인증 과정 및 인증 발급을 관리하고 있다(표 3-25 참조).

61) 물론 면허증, 자격증 또한 인증 없이 행동건강분야의 기관에서 종사하는 간호조무사, 사례관리자, 동료지원가 등을 비롯한 다양한 형태의 인력이 있으나 관련된 정확한 자료가 존재하지 않기 때문에 인력규모를 파악하기 어렵고 인력분석의 어려움이 있기 때문에 제외하였음.

〈표 3-25〉 정신건강인력의 자격수준 및 관리기관

	자격수준	관리기관
면허증(License)	주정부에서 발급하는 법적으로 인정한 면허증	뉴욕주 교육부에서 면허증 직접 관리
공인 자격증 (Credential)	업무역량을 인정하는 준전문가 자격증	뉴욕주 정신보건국, 중독서비스 및 지원국에서 자격업무 직접 관리
인증 (Certification)	소정의 과정을 수료했다는 공식 인증	뉴욕주 정신보건국, 중독서비스 및 지원국에서 위탁한 민간기관에서 발급 관리

주: New York State Office of Professions 내 행동건강전문가로 면허증이 발급되는 전문직과 관련 법령을 기준으로 연구자가 세 부류로 구분함.

출처: "Mental Hygiene Law § 19.18-b (Behavioral health services workforce transformation program)", New York State Legislature. n.d., In New York Mental Hygiene Law, Justia.,  
<https://law.justia.com/codes/new-york/mhy/title-d/article-19/19-18-b/>;  
 "Senate Bill S9787", New York State Senate, 2023,  
<https://legislation.nysenate.gov/pdf/bills/2023/S9787>.

보다 구체적으로 면허증을 소지한 정신건강전문인력을 살펴보면, 현재 뉴욕주 교육부에서 발급하는 정신건강치료를 할 수 있도록 허가한 공식 면허증은 총 10개이다. 약물처방을 할 수 있는 의사(physician), 의사보조사(Physician Assistant), 정신전문간호사(Nurse Practitioner in Psychiatry) 그리고 진단, 심리치료 또는 평가에 따른 치료계획을 수립할 수 있도록 허락된 심리사(Psychologist), 사회복지사(Social Worker), 정신건강실천가(Mental Health Practitioner)이다. 사회복지사의 경우 수퍼비전 없이 독립적으로 활동할 수 있는 임상사회복지사(LCSW, Licensed Clinical Social Worker, LCSW)와 수퍼비전 아래 활동할 수 있는 석사 사회복지사(Licensed Master Social Worker, LMSW)로 구분된다. 또한 정신건강실천가의 경우 전문 학위에 따라 네 종류의 분야의 면허증이 발급되고 있다. 구체적으로는 예술치료사(Creative Art Therapist), 결혼 및 가족치료사(Marriage & Family Therapist), 정신건강상담사(Mental Health Counselor), 정신분석사(Psychoanalyst)

이다. 일반 의사의 경우 정신과 전문의처럼 동일하게 정신과 약물을 처방할 수 있으며, 의사보조사의 경우 의사의 수퍼비전 아래 정신과 약물을 처방할 수 있어 1차 의료기관에서 정신건강의 문제를 가진 환자들을 치료할 수 있다(New York State education department of Professions, n.d.b).

이러한 면허증을 소지한 인력은 연방정부에서 운영하는 메디케어(Medicare), 연방정부와 뉴욕주가 공동으로 운영하는 공공의료보험인 메디케이드(Medicaid) 그리고 민간의료보험에 이들이 제공하는 정신건강 서비스에 대해 서비스 코드에 따라 비용을 청구할 수 있는 석사 또는 박사 학위 소지자다. 2025년 기준 교육부 면허증 소지자는 일반 의사와 의사보조사를 제외하고 총 98,544명이다(정신과 전문의 자료는 2021년 기준). 이 수치는 2020년 뉴욕주 인구 기준, 인구 10만 명당 487.8명이다. 사회복지사는 전체 정신건강 인력의 62%를 차지한다. 2024년에는 정신과 전문의와 정신전문 간호사를 제외하고 총 8,183명이 신규 면허를 발급받았다(New York State education department of Professions, n.d.b)



〈표 3-26〉 뉴욕주 교육부 발급 면허 정신건강전문가(Licensure) 현황<sup>1)</sup>

면허증		면허 소지 인원		2024년 신규 발급인원
심리사		11,394명*		706명
사회복지사	석사사회복지사	61,289명	31,810명*	3,530명
	임상사회복지사		29,479명*	2,419명
정신건강 실천가	미술치료사	1,874명**		131명
	결혼 및 가족치료사	1,398명**		148명
	정신건강상담사	11,345명**		1,212명
	정신분석사	673명**		37명
정신전문간호사		4,086명**		자료 부재
정신과 전문의(중독의학전문의 포함)		6,485명 <sup>2)</sup>		자료 부재
전체 인원		98,544명 (정신과전문의 포함 시)		8,183명
의사		81,015명**		6,652명
뉴욕주 2020년 추정인구		20,201,249명 <sup>3)</sup>		-

주: \* 2025 1월 1일 기준, \*\* 2025년 7월 1일 기준

출처: 1) "New York State Licensed Professions", New York State education department of Professions, n.d.b, <https://www.op.nysed.gov/professions-index> 내 각 면허증의 통계자료를 활용했음.

2) "Behavioral Health Workforce Tracker V2.0", George Washington University Fitzhugh Mullan Institute for Health Workforce Equity., n.d., <https://www.gwhwi.org/behavioralhealth-workforce-tracker-v20.html>.

3) "New York State Population Topped 20 million in 2020", United States Census Bureau, 2021, <https://www.census.gov/library/stories/state-by-state/new-york.html>.

## 2. 정신건강 인력 정책 및 전략

코로나-19 이후 미국 행정부는 정신건강 위기와 행동건강인력 부족 문제를 해결하기 위한 정책을 시행 중이다(The White House, 2022). 행동건강인력 부족 개선 방법은 5가지로 요약된다. 첫째, 행동건강전문가 교육과 훈련 기회를 늘린다. 둘째, 전문가 양성프로그램을 늘려 서비스 제공자를 증가시킨다. 셋째, 현재 인력이 지속적으로 전문성을 발휘할 수 있도록 규정을 완화하고 보험수가를 개선한다. 넷째, 동료지원가 확대를

위한 인증규정 및 교육훈련 기준을 마련한다. 다섯째, 정책 방향과 실행 계획을 수립하고 연구역량을 확대하며 데이터 수집을 통해 인력수급을 계획한다(Kona 외, 2024, p. 6; U.S. Government Accountability Office, 2022, p. 16; U.S. Senate Committee on Finance, 2022, pp. 9-10). 이러한 5가지 방안은 보건복지부, 약물남용 및 정신건강서비스청, 보건자원 및 서비스청의 정책 목표와 계획에서 추진되고 있다.

### 가. 미국 연방정부의 행동 건강 인력 정책 전략

미국 연방정부의 행동건강인력 정책 전략을 크게 3가지 측면에서 살펴 보고자 한다. 첫째, 미 의회가 코로나-19 팬데믹에 대응하기 위해 제정한 코로나 바이러스 지원, 구호 및 경제안정법(Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act, 이하 CARES Act)에 따라 2021년에 보건 복지부에서 발표한 보건 인력 전략 계획이다. 이 계획은 보건복지부 내 의료 인력 개발 프로그램에 따른 포괄적이고 체계적인 계획으로 이 전략계획에는 행동정신건강 내 인력 확충 방안을 담고 있다(U.S. Department of Health and Human Services, 2021, p. 3). 둘째, 보건복지부의 약물남용 정신건강 서비스청은 4년 주기로 전략계획을 발표한다. 이 계획은 정신질환, 중독, 자살 문제에 대한 정책 우선순위를 정한다. 가장 최근의 계획은 2023년에 발표되었으며 행동건강 인력 강화가 5번째 우선순위로 설정되었다(SAMHSA, 2023a, p. 30). 셋째, 보건자원 및 서비스국은 의료 인력을 강화하고 자원이 부족한 지역사회와 의료 제공자를 연결하는 프로그램을 운영하며, 이 중 19개가 행동건강 또는 정신건강과 관련되어 있다. 이 프로그램은 행동건강 인력 양성에 중요한 지원정책이다.

우선 CARES 법에 따른 의료인력 정책을 살펴보면, 2020년 3월 27일에 제정된 CARES Act는 미국 보건복지부 장관에게 의료인력 개발 프로그램, 특히 교육 및 훈련 프로그램에 관한 포괄적이고 협력적인 계획을 수립할 것을 지시하였다. 이에 따라 보건복지부는 2021년에 “보건인력 전략계획 2021”을 발표했으며, 이 계획에서는 보건 인력 개선을 위한 틀을 제공하고, 네 가지 핵심 목표—공급 확대, 형평성 있는 자원 배분, 질 향상, 데이터 및 근거 활용 강화—에 중점을 두고 있다(U.S. Department of Health and Human Services, 2021, p. 4). 이 전략은 COVID-19 팬데믹으로 심화되는 보건 인력을 강화하고 확대하기 위한 목표와 방법을 구체화했다. 중요한 것은 이 계획이 76억 달러의 자원을 전략 목표에 맞게 배분했다는 점이다(U.S. Department of Health and Human Services, 2021, p. 3). 또한 다음의 표에 제시된 것처럼 보건인력 전략계획의 상당 부분이 행동건강 인력 정책의 방향성을 제시하고 있기도 하다.

〈표 3-27〉 CARES 법에 따른 보건 인력 정책

목표	세부 목표	
목적 1 변화하는 지역사회 욕구에 따른 의료인력 확대	1.1	건강 인력 교육 및 훈련 기회를 확대하기 위해 재정 지원 및 기타 인센티브 제공
	1.2	보건 전문직에서 다양성, 포용성 및 대표성 증대
	1.3	건강 관련 직종 교육 및 훈련에 폭넓게 투자 1.3.2 행동 건강 인력을 확대하고 다양화하기 위해 필요대상으로 한 교육 및 인력 채용 전략을 수행한다
	1.4	기존 인력을 유지하기 위해 근거 기반 및 혁신적인 기법 활용
목적 2 의료인력 부족을 줄이기 위한 의료인력의 배분 향상	2.1	의료 인력의 지역적 배분 개선
	2.2	수요가 높은 보건 전문직의 배분 보장
		2.2.1 1차 진료(primary care), 행동 건강(behavioral health), 구강 건강(oral health) 전반에 걸쳐 선별검사 및 예방 서비스를 확대하고, 특히 의료 취약 지역인 도시 및 농촌 지역에서 이를 실현함으로써, 환자 중심 치료를 위한 총체적 접근 방식을 활용하고 1차 진료 인력의 역량과 역할을 강화한다

목표	세부 목표	
		2.2.2 지역사회 기반의 1차 진료 환경에서 새로운, 혁신적인, 근거 기반 치료를 제공할 수 있도록 행동 건강 인력의 공급과 역량을 확대한다
		2.2.4 전문적인 보건의료 서비스, 즉 구강 건강, 행동 건강, 모자 건강, 공중보건 등에 대한 접근의 불균형을 해소하기 위해 전략적이고 목표 지향적인 투자를 수행한다
목적 3 전문성 개발 및 협력, 증거기반 실천을 통해 의료의 질 향상	3.1	의료 전문직을 위한 전문성 개발 기회 제공
	3.2	통합적이고 협력적인 건강 관리 촉진
	3.3	미래의 건강 관리를 위한 인력 역량 강화
	3.4	근거 기반 건강 관리 실천 촉진 3.4.2 행동 건강 분야의 치료 제공자가 근거 기반의 고품질 서비스를 제공할 수 있도록 역량을 강화하고, 이를 위해 근거에 입각한 실천 방식을 적극적으로 도입하고 확산한다
목적 4 의료인력을 강화하기 위한 데이터 및 증거의 개발 및 적용	4.1	건강 인력 수요를 모니터링하고 예측하기 위해 데이터 활용
	4.2	연구 및 평가를 통해 건강 인력에 대한 이해 향상 4.2.2 행동 건강 분야에서 근거 기반의 고품질 치료를 제공할 수 있도록 요구되는 인력의 규모와 역량을 평가한다

출처: “Health Workforce Strategic Plan 2021”, U.S. Department of Health and Human Services, 2021의 내용을 표로 정리함.

둘째, 앞서 언급한 것처럼 약물 남용 정신건강 서비스청(SAMHSA)은 4년마다 전략적 계획을 발표한다. 가장 최근에 발표된 내용은 2023년부터 2026년까지 해당되는 계획으로, 이 계획은 우선순위를 선정하고 목적 및 실행과제를 나열하고 있다(SAMHSA, 2023a). 4년 계획의 5개 우선순위 중 5번째는 행동건강인력의 강화이며, 이 우선순위에 3가지 목적과 총 11개의 구체적 실행과제를 담고 있다. 행동건강인력을 강화하기 위한 세 가지 목적으로는 다양한 배경의 인력 모집 및 유지 지원, 행동건강 치료 질 향상을 위한 전문성 개발 지원, 일반시민의 서비스 접근을 막는 장벽 제거를 포함한다(SAMHSA, 2023a, pp. 30-38).

〈표 3-28〉 악물남용정신건강서비스청의 4개년 계획 - 우선순위 5: 행동건강인력 강화

목적 1	국가의 행동 건강 요구를 충족하기 위해 SAMHSA는 다양한 배경을 가진 자격을 가진 인재를 행동 건강 인력으로 적극적으로 모집하고, 교육하며, 유지하는 것을 지원	
	실행 과제 1.1	소수민족 펠로우십 프로그램(Minority Fellowship Program) 참여자를 확대하고, 역사적으로 흑인 대학(HBCU)의 우수 센터(Center of Excellence)의 영향력 강화
	실행 과제 1.2	고등학생, 커뮤니티 칼리지, 4년제 대학생을 대상으로 새로운 인력 양성 프로그램(pipeline programs) 개발
	실행 과제 1.3	준전문가(paraprofessionals) 및 동료 지원 제공자(peer support providers)의 접근성 확대
	실행 과제 1.4	지역사회 기반의 1차 진료 환경에서 새로운, 혁신적인, 근거 기반 치료를 제공할 수 있도록 행동 건강 인력의 공급과 역량 강화
목적 2	행동 건강 치료의 질을 향상시키기 위해 SAMHSA는 서비스 제공자의 역량을 향상시키는 전문성 개발사업을 추진 및 지원	
	실행 과제 2.1	행동 건강 서비스 제공자를 위한 SAMHSA의 교육 및 기술 지원 노력에 형평성 중심(equity-oriented) 및 트라우마 인식 기반(trauma-informed) 접근법의 활용 확대
	실행 과제 2.2	행동 건강 문제를 겪고 있거나 위험에 처한 청소년을 지원하는 제공자를 위한 교육 및 지원 향상
	실행 과제 2.3	실무자의 교육 및 훈련 기회에 대한 인식과 활용도 향상
	실행 과제 2.4	국가 행동건강 품질 기본구조(National Behavioral Health Quality Framework)에 부합하는 행동 건강 제공자의 역량을 향상시키기 위해 근거 기반 전문성 개발의 촉진
목적 3	모든 지역사회에서 행동 건강 제공자의 접근성을 높이기 위해 SAMHSA는 고품질 서비스 연속체에 대한 장벽 감소	
	실행 과제 3.1	전문 행동 건강 치료 접근의 격차를 줄이기 위한 투자 확대
	실행 과제 3.2	자원을 활용하여 비대면 가상치료(virtual care)를 확대할 수 있도록 하는 지원금 기회(Funding Opportunity Announcements)를 확대
	실행 과제 3.3	서비스가 부족한 인구를 위해 자격을 갖춘 실무자가 주 경계를 넘어 타 주에서 일할 수 있도록 하는 제한 완화

출처: “SAMHSA strategic plan: Fiscal years 2023-2026”, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023a, U.S. Department of Health and Human Services, pp. 49-56의 내용을 표로 정리함.

마지막으로 보건의료인 및 서비스국의 행동건강인력 양성 프로그램을 보면, 77개의 의료인력 양성 프로그램 중 19개는 행동 건강 또는 정신건강

관련이다. 이 프로그램은 일정 기간 근무조건으로 학위 취득 과정에서 빌린 학자금 대출을 상환하거나, 행동 건강 인력의 양성, 교육, 훈련, 번아웃 예방 및 회복력 증대에 보조금을 제공한다. 19개 프로그램 중 5개는 학자금 대출 상환 프로그램이고 나머지 14개는 보조금을 제공한다. 이 프로그램들은 행동 건강 전문인력 공급 확대, 재정적 지원을 통한 교육 기회 확대, 전문성 및 지속 가능성 강화, 정신건강 형평성 확보와 관련되어 있다.

〈표 3-29〉 보건 자원 및 서비스국(HRSA) 정신건강인력 양성프로그램

번호	프로그램 종류	프로그램 이름	분야
1	학자금 대출 상환	교수 학자금 대출 상환 프로그램 약 40명 선출, 2년 보건전문 대학원에서 근무 조건으로 4만 불까지 상환	행동건강, 의학, 간호, 구강건강
2	학자금 대출 상환	국가 보건 서비스단 농촌 지역 대출 상환 프로그램	행동건강, 정신건강, 의학, 간호, 구강건강
3	학자금 대출 상환	국가 보건 서비스단 약물사용장애인력 대출상환 프로그램	행동건강, 정신건강, 의학, 간호, 구강건강
4	학자금 대출 상환	소아/청소년 임상가 학자금 대출상환 프로그램	행동건강, 정신건강, 의학, 간호
5	학자금 대출 상환	약물 중독 치료 인력 지원 대출 상환 프로그램	행동건강, 정신건강, 의학, 간호
6	보조금	중독의학전문의 펠로우십 프로그램	행동건강, 의학
7	보조금	행동건강인력개발 기술지원 프로그램	행동건강, 정신건강
8	보조금	준전문가를 위한 행동건강인력 교육 및 훈련 프로그램	행동건강, 정신건강
9	보조금	전문가를 위한 행동건강인력 교육 및 훈련 프로그램	행동건강, 정신건강
10	보조금	소아, 청소년, 청년 대상을 위한 전문가 행동 건강인력 교육 및 훈련	행동건강, 정신건강
11	보조금	우수 프로그램 센터	행동건강, 정신건강, 의학, 구강건강
12	보조금	심리학과 대학원 교육 프로그램	행동건강, 정신건강
13	보조금	보건 및 공공안전 인력 회복력 기술지원 센터	행동건강, 정신건강

번호	프로그램 종류	프로그램 이름	분야
14	보조금	의료인력 번아웃 예방과 회복력훈련	행동건강, 정신건강
15	보조금	통합 약물사용장애 훈련 프로그램	행동건강, 정신건강, 의학
16	보조금	마약성진통제(Opioid)로 인해 영향을 받은 가족지원 프로그램	행동건강, 정신건강
17	보조금	농촌 지역 내 행동 건강 서비스를 제공할 수 있는 의사보조사의 교육 및 양성 프로그램	행동건강, 정신건강, 의학
18	보조금	의료 인력의 번아웃 예방과 정신 건강 향상 프로그램	행동건강, 정신건강
19	보조금	경제적 교육적으로 어려운 배경을 가진 학생들의 보건전문교육기관 진학 및 졸업을 지원하는 프로그램	행동건강, 정신건강, 의료, 구강건강, 보건

출처: "Health Workforce Program", HRSA, n.d.a,

[https://bhw.hrsa.gov/programs?keys=&program\\_type=All&topic=All](https://bhw.hrsa.gov/programs?keys=&program_type=All&topic=All)의 내용을 표로 정리함.

## 나. 동료지원가 인력 확대를 위한 정책 노력

바이든 행정부는 2023년 5월 정신건강 위기를 해결하기 위한 조치를 발표하면서 정신건강인력과 서비스 시스템 강화를 위해 동료 지원 서비스 접근성을 확대하기로 했다(The White House, 2023). 동료지원가는 정신건강 또는 약물 문제 경험자로, 유사한 어려움을 가진 이들에게 지원 서비스를 제공하는 비임상적 행동건강인력이라고 정의할 수 있다(Bipartisan Policy Center, 2023, p. 9; SAMHSA, 2024a, p. 1). 연방정부의 약물남용 및 정신건강서비스청은 2015년 동료지원가의 핵심역량 12개를 정리하여 역할을 정의했다(SAMHSA, 2015, pp. 4-7). 이 핵심 역량은 특정 역할 수행을 위한 지식, 기술, 태도의 집합으로 설명된다(SAMHSA, 2015, p. 4). 이러한 연방정부의 지원과 동료지원가의 역할에 대한 행동건강문제를 가진 개인의 회복과정에서 미치는 역할의 중요성, 비용 대비 효과성이 높다는 연구결과 그리고 면허를 가진 행동건강전

문가가 부족한 상황에서 비임상적 서비스를 지원할 수 있다(SAMHSA, 2024, p. 1)는 점에서 그 인력의 수가 꾸준히 확대되어 왔다.

〈표 3-30〉 동료지원가 핵심역량

범주	핵심 역량
1	동료들과 협력적이고 배려하는 관계를 형성하고 유지한다
2	지지를 제공한다
3	회복과정에서 경험한 내용을 공유한다
4	동료지원을 개별화한다
5	회복계획을 지지한다
6	자원, 서비스, 지지를 연결시킨다
7	건강, 웰빙 그리고 회복에 관련한 기술에 대한 정보를 제공한다
8	위기를 대처할 수 있도록 동료를 돕는다
9	의사소통을 중요히 여긴다
10	협력과 팀워크를 지지한다
11	리더십 역량과 권익 옹호 활동을 강화한다
12	개인의 성장과 역량 개발을 지원한다

출처: “Core competencies for peer workers in behavioral health services”, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015, Department of Health and Human Services, pp. 1-6의 내용을 표로 정리함.

바이든 행정부는 2022년 3월에 있었던 국정연설에서 미국이 당면한 정신건강위기 대처 전략을 발표했는데 그중 하나가 동료지원가를 위한 전국적 인증프로그램을 만든다는 것이었다(The White House, 2022). 이에 따라 SAMSHA에서는 2023년 동료지원인증제도를 위한 국가표준 모델(SAMSHA, 2023b)을 발표하여 주정부 차원에서 표준화된 동료지원 양성과정을 제도화 할 수 있는 기반을 마련하였다. 2024년 8월에 발표한 보고서에 따르면 미국 사우스다코다주를 제외하고 49개 주에서 동료회복 센터(Peer Recovery Center of Excellence)가 공식적인 인증과정을 운영하고 있으며, 약 82,286명 이상이 인증과정을 통해 동료지원가로 활



동하고 있는 것으로 나타났다(Peer Recovery Center of Excellence, 2023, p. 6; Peer Recovery Center of Excellence, 2024, pp. 2-5).

〈표 3-31〉 동료지원가의 인증 국가표준모델 항목

표준항목(Standard)	표준항목에 대한 내용
1	진정성과 당사자의 경험
2	훈련
3	시험
4	정규교육
5	수퍼비전을 받으며 일한 경험
6	범죄를 비롯한 신원조회
7	회복
8	누구나 이용할 수 있는 접근성
9	윤리
10	비용
11	수퍼비전

출처: “National Model Standards for Peer Support Certification”, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023b, U.S. Department of Health and Human Services, p. 2의 내용을 표로 정리함.

## 다. 뉴욕주의 행동 건강 인력 확대 및 강화 정책

뉴욕주는 코로나19 이후 늘어난 정신건강욕구 증가로 정신건강전문인력에 수요가 증가하고 비대면 원격치료가 확대되면서 면허를 취득한 정신건강 전문인력을 공공 의료기관으로 유치하는 것이 점점 더 어려워졌으며, 동시에 기존 인력의 이탈 현상도 가속화되었다. 그 결과 주정부는 정신건강전문인력의 심각한 인력 부족 문제에 직면하게 되었다. 이에 대응하여 뉴욕주 정부는 인력 유출을 방지하고 신규 인력의 유입을 촉진하기 위해 다양한 방식으로 임금을 인상하는 정책을 실시하였다.

보다 구체적으로 뉴욕주는 신규 인력 채용 시 기본급 외에 별도의 고용 인센티브를 지급하였다. 예를 들어, 면허를 보유한 심리사의 경우 신규 고용 시 연봉에 25,077달러(약 3,400만 원)를 추가 지급하도록 하였다. 그리고 지역별 생활비 격차를 반영한 임금 조정을 실시하였다. 생활비가 높은 뉴욕시 및 인근 지역에서 근무하는 정신과 의사, 간호사, 정신전문 간호사, 임상사회복지사, 심리사 등 의료전문직의 보수를 민간 부문 수준으로 현실화하였다. 2022년 5월에는 정신과 의사를 포함한 모든 의사에게 지역임금조정비(regional pay adjustment)로 35,000달러를 일괄 인상하였으며, 간호사의 경우 뉴욕시 및 근교 지역 근무자는 기존 18,000달러에서 35,000달러로, 기타 지역은 12,000달러에서 20,000달러로 인상하였다. 또한 간호조무사에 대해서도 2023년 3월부터 지역 임금조정비를 신설하여 뉴욕시 및 근교 근무자는 연 6,000달러, 기타 지역 근무자는 연 4,000달러를 추가 지급하기로 하였다. 임상사회복지사에게도 2024년 5월 신규로 18,000달러의 지역임금조정비가 책정되었다. 또한 교대근무 인력의 근무 형태에 따른 수당 인상을 단행하였다. 24시간 운영되는 의료기관의 특성상 야간 및 심야 근무가 잦은 간호 인력의 부담을 완화하기 위해 저녁 근무조에는 기본급의 7%, 야간 근무조에는 10%를 추가 지급하는 조치를 시행하였다(New York State the Governor's Office, 2022b).

〈표 3-32〉 뉴욕주 정신보건국 정신건강 전문인력 임금인상 내용

전문직	인상 시기	생활비 차이를 반영한 지역 임금 조정비 (Geography Pay Differential)		채용 시 추가 급여 (Increased Hiring Salary)
		다운스테이트 (Downstate)	기타 지역	
정신과 의사	2022년 5월	\$35,000 (신설)	\$35,000 (신설)	-
의사	2022년 5월	\$35,000 (신설)	\$35,000 (신설)	-

전문직	인상 시기	생활비 차이를 반영한 지역 임금 조정비 (Geography Pay Differential)		채용 시 추가 급여 (Increased Hiring Salary)
		다운스테이트 (Downstate)	기타 지역	
간호사	2022년 6월	\$18,000 → \$35,000 인상	\$12,000 → \$20,000 인상	-
심리사	2022년 6월	\$20,000 (신설)	\$20,000 (신설)	\$25,077(신설)
간호조무사	2023년 3월	\$6,000 (신설)	\$4,000 (신설)	-
전문정신간호사	2023년 6월	\$40,000 (신설)	\$25,000 (신설)	-
임상사회복지사	2024년 5월	\$18,000 (신설)	-	-

주: 뉴욕시를 비롯하여 Richmond, Nassau, Suffolk, Westchester, Rockland, Orange, Putnam, Dutchess, Ulster, Sullivan 카운티를 의미함.

출처: “Careers with New York State Office of Mental Health”, New York State Office of Mental Health, n.d.b, <https://omh.ny.gov/omhweb/employment/>; “Current Vacancies: StateJobsNY”, New York State Department of Civil Service, n.d., <https://statejobs.ny.gov/employees/vacancyTable.cfm>에서 내용을 표로 정리함.

또한 뉴욕주는 행동건강 분야의 인력난을 완화하고 지역사회 내 정신건강서비스의 접근성을 높이기 위해 공인 정신건강지원가(Credentialed Mental Health Support Specialist, CMHSS) 제도를 신설하였다. 이는 비임상적 영역에서 활동할 수 있는 준전문가(para-professional) 인력을 체계적으로 양성하기 위한 제도적 시도이다. 해당 제도는 2021년 처음 발표된 ‘지역사회정신건강활동가(Community Mental Health Worker)’ 구상을 기반으로 발전된 것으로, 2024년 정식 명칭과 역할을 공인 정신건강지원가로 변경하여 공개하였다(New York State Office of Mental Health, 2024). 제도의 주요 목적은 대학 학위가 없거나, 정신건강 관련 전공이 아니지만 이 분야에서 일하고자 하는 사람들에게 교육과 훈련 기회를 제공하여, 현장에서 비임상적 지원 활동을 수행할 수 있는 역량을 갖춘 준전문가로 양성하는 데 있다. 앞으로 신설될 정신건강지원가의 역할과 핵심 역량(New York State Office of Mental Health, 2025)은 다음과 같다.

〈표 3-33〉 공인 정신건강 전문가의 역할 및 핵심 역량

역할	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 내담자의 기술 개발 지원</li> <li>• 주거 환경 점검 수행</li> <li>• 이동 지원 제공(교통 수단 제공 등)</li> <li>• 취업, 구직 활동 및 직장 내 적응 지원</li> <li>• 대상자 참여 유도 및 가족 지원</li> <li>• 정신재활 평가 수행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 회복 계획 수립 지원</li> <li>• 위기 개입 수행</li> <li>• 비임상적 치료 계획 요소 실행</li> <li>• 서비스 계획 및 조정</li> <li>• 정신건강 교육 제공</li> <li>• 건강관리, 사회활동 등에서의 지원 제공</li> <li>• 문서화 유지 및 규정 준수</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 급성 치료와 지역사회 서비스 간의 연계 지원</li> <li>• 기능 상태 및 서비스 자격 판정을 위한 정보 수집 및 선별 평가 수행</li> <li>• 일상적인 문제에 대한 조언 및 안내 제공</li> <li>• 임상 직원 지원</li> </ul>
핵심 역량	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 업무수행능력</li> <li>• 직무상 의사소통 능력</li> <li>• 안전과 폭력 예방 능력</li> <li>• 정신건강 기본 기술과 개입능력</li> <li>• 내담자 및 가족 참여유도 능력</li> <li>• 행정 능력</li> <li>• 다양한 프로그램 세팅을 위한 기술</li> <li>• 보수교육</li> </ul>		

출처: “Training Curriculum & Learning Management System for Office of Mental Health Credentialed Mental Health Support Specialist”, New York State Office of Mental Health, 2025, pp. 4-8의 내용을 표로 정리함.

마지막으로 뉴욕주는 정신건강 인력 확충을 위해 정신건강 관련 학과 학생에게 장학금을 제공하고, 졸업 후 공공 분야로 유도하기 위해 장학금과 대출상환 지원 프로그램을 확대하였다. 이 지원은 정신건강에 대한 관심을 높이고 다양한 배경의 학생 진입을 유도하고 있다. 뉴욕주 호켈 주지사는 2022년 8월 취약계층 학생을 대상으로 4백만 불(54억 원)의 장학금을 대학에 제공한다고 발표하였으며(New York State the Governor’s Office, 2022a), 이 제도는 4년째 이어지고 있다. 또한 뉴욕시 의회는 뉴욕시립대학교 사회복지대학원 석사과정 학생에게 장학금을 제공키로 하였다.<sup>62)</sup> 그리고 호켈 주지사는 2022년 11월 지역사회 정신건강기관에 9백만 불을 투자하여 학자금 대출 상환 지원 프로그램을 발표하였

62) 2025년 예산에 1백만불을 할당하고 2026년에 2백만불로 늘릴 예정이며, 이미 95명에게 장학금을 지급하였음(New York City Council, 2025).

으며,<sup>63)</sup> 이후 2023년 11월에 정신과 의사 외 다양한 정신건강전문가로 지원 대상을 확대하고, 3년 근무조건으로 3만 불을 지원하기 위해 5백만 불을 추가 투입한다고 발표하기도 했다(NYS the Governor's Office, 2023). 이러한 장학금 및 학자금대출 지원프로그램을 통해서 정신건강분야의 취약계층의 정신건강서비스 격차를 해소하고, 다양한 배경을 가진 학생들이 전문가로 성장하도록 지원하고, 이 분야의 전문인력으로 유입되는 결과를 가져올 것으로 뉴욕주는 예상하고 있다.

### 3. 정신건강 인력의 역량 강화 및 교육: 뉴욕주를 중심으로

뉴욕주(NYS)는 코로나19 이후 정신건강문제를 국정 우선순위로 정하고, 호컬 주지사는 2023년 정신건강 돌봄에 10억 달러를 투자한다고 발표했다(손해인, 2023, p. 93). 이 투자에는 입원 병상 1,000개 추가, 외래치료 서비스 확대, 3,500개 정신질환자 거주 프로그램 증가, 988 자살 및 위기 전화 기반시설 확장이 포함된다. 이를 통해 언제 어디서나 정신건강 서비스를 이용할 수 있는 체계를 만들었다. 정신보건 예산도 지속적으로 증가하고 있다. 2019~2020년 정신보건국 예산은 약 44억 달러였으며(손해인, 2023, p. 93), 2025년 예산은 약 58억 달러로 약 24.1% 확대되었다(New York State Division of Budget, 2024b).

뉴욕주는 미국 최대의 공공 정신건강체계를 운영하며, 정신보건국(OMH)과 중독서비스 및 지원국(OASAS)으로 나뉜다. 2025년 뉴욕주 예산은 약 320조 원(2,370억 달러)(New York State the Governor's

63) 정신과 의사와 정신전문간호사는 3년 동안 해당 기관에 근무하면 최대 12만 불과 3만 불을 지원받게 됨. 지원 방법은 정신과 의사에게 매년 4만 불, 정신전문간호사에게 매년 1만 불임(NYS the Governor's Office, 2022c; New York State Office of Mental Health(NYS OMH), 2022b).

Office, 2024)이며, 이 중 9조 4,500억 원(70억 달러)이 두 부서에 배당되어 전체 예산의 2.95%를 차지한다. 정신보건국의 2025년 예산은 약 7조 8,300억 원이며 1만 5천 명 이상의 공무원과 23개의 정신병원, 2개의 연구소를 운영한다. 또한 6천 5백 개 이상의 정신건강 프로그램을 운영하거나 지원, 인가한다. 중독서비스 및 지원국의 2025년 예산은 1조 6,200억 원이며 788명의 공무원이 12개의 중독치료센터를 운영하고 뉴욕주 전역의 약 900개 프로그램을 관리한다(NYS Division of the Budget, 2024a).

〈표 3-34〉 뉴욕주 행동 건강 관련 부서

행동 건강		
부서	정신보건국 (Office of Mental Health) <sup>1)</sup>	중독서비스 및 지원국 (OASAS, Office of Addiction Services and Supports) <sup>2)</sup>
예산	약 7조 8,300억 원 (5.8십억 달러)	약 1조 6,200억 원 (1.2십억 달러)
	주정부 대비 예산비율 2.4%	주정부 대비 예산비율 0.5%
공무원 인력	15,268명	788명
운영 시설	23개 정신병원, 2개 연구소	12개 중독치료센터
행동건강서비스기관의 인가/재인가	약 6,500개 프로그램	약 900개 프로그램

출처: 1) "Mental Health, Office of - FY 2025 Executive Budget agency appropriations", New York State Division of the Budget, 2024b, <https://www.budget.ny.gov/pubs/archive/fy25/ex/agencies/appropdata/MentalHealthOfficeof.html>.  
2) "About OMH", New York State Office of Mental Health. n.d.a, <https://omh.ny.gov/omhweb/about/>.  
3) "Addiction Services and Supports, Office of - FY 2025 Executive Budget agency appropriations", New York State Division of the Budget, 2024a, <https://publications.budget.ny.gov/pubs/archive/fy25/ex/agencies/appropdata/AddictionServicesandSupportsOfficeof.pdf>.  
4) "About OASAS" New York State Office of Addiction Services and Supports, n.d.a, <https://oasas.ny.gov/about>.

코로나19 이후 미국 사회에서 정신건강 서비스에 대한 수요는 급격히 증가하였으나, 이를 충족할 수 있는 전문인력 공급은 여전히 부족하다. 특히 정신건강 인력은 학위 취득, 수련, 임상 경험, 면허 시험 등 긴 양성 과정을 거쳐야 하므로 단기간에 인력을 확대하기 어려운 구조적 제약이 있다(The Council of State Governments, 2024; U.S. Government Accountability Office, 2022). 실제로 의료인력연구센터는 뉴욕주가 2030년까지 약 1,180명에서 2,650명의 정신과 의사가 부족할 것이라고 전망하였으며(New York State the Governor's Office, 2025), 이 예상은 정신과 의사뿐 아니라 간호사, 사회복지사, 임상심리사 등 다양한 직군에서도 유사하게 나타났다.

이러한 문제의식에 따라 뉴욕주의 정신건강 인력 양성 및 역량 강화 추진 경과를 앞서 살펴본 미국의 행동 건강 인력의 유형—면허 보유 전문가(license), 자격증 보유 준전문가(credential), 민간기관 인증(certification) 동료지원가별로 살펴보았다.

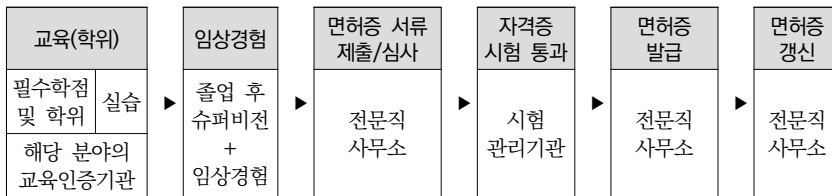
우선 뉴욕주 교육부가 발급하는 일차의료 전문직인 의사 및 의사조무사를 제외한 면허를 보유한 정신건강 전문인력 양성과정은 5단계로 나뉜다.<sup>64)</sup> 첫째, 인증된 교육기관에서 석사 또는 박사학위를 취득해야 한다. 이 과정에서 일정 시간의 현장 실습을 이수해야 하며, 사회복지학과의 경우 최소 900시간이 요구된다. 둘째, 졸업 후 주정부 기관에서 인정하는 임상기관에서 일정 시간의 임상시간을 마쳐야 면허 신청이 가능하다.<sup>65)</sup> 셋째, 학위 및 임상 경험이 충족되면 면허를 신청한다. 뉴욕주 교육부가

64) New York State Education Department Office of Professions 홈페이지에서 각 면허증이 발급되는 전문직의 자격증 발급을 위한 교육, 시험, 경험 조건을 토대로 양성 과정을 정리함.  
예) 임상사회복지사 출처: New York State Education Department Office of Professions (n.d.a).

65) 물론 졸업 후 바로 면허증을 신청할 수 있는 전문직이 있는데 석사 사회복지사, 정신건강간호사, 의사가 여기에 해당됨.

서류 심사와 면허 발급을 관리하고 있으며, 면허 신청서류에는 졸업증명서, 성적증명서와 임상실천시간 증명서가 포함된다. 신청서류가 승인되면 자격증 시험을 신청할 수 있다. 넷째, 자격증 시험에 합격해야 한다. 자격증 시험은 전문직 기관에서 인정한 시험기관을 통해 진행된다. 예를 들어, 사회복지사의 경우 ASWB에서 주관하는 시험에 합격해야 한다. 다섯째, 자격증 시험에 합격하면 면허가 발급된다. 이후 면허는 일반 의사는 2년마다, 다른 직종은 3년마다 갱신해야 한다. 약물처방 직종을 제외한 나머지는 3년마다 36시간의 보수교육을 이수해야 한다. 갱신하지 않으면 법적으로 전문직 행위를 할 수 없다. 이렇게 정신건강 전문인력은 교육, 경험, 수퍼비전, 자격증 시험을 통해 면허를 취득하며, 이는 전문성을 확보하고 서비스 품질을 높이는 기반이 된다.

[그림 3-15] 면허증을 소지한 정신건강 전문인력 양성과정



출처: “New York State Licensed Professions”, New York State Education Department Office of Professions, n.d.b, <https://www.op.nysed.gov/professions-index>에서 각 면허증이 발급되는 전문직의 자격증 발급을 위한 교육, 시험, 경험 조건을 참고하여 연구진이 작성함.

아래 도표는 정신건강 전문인력의 면허증 취득 필수조건을 직종별로 정리한 내용이다. 필수조건은 교육조건, 임상실천조건, 자격증 시험의 세 가지다. 교육조건은 실습교육을 포함한 학위 취득 여부이며, 임상실천조건은 수퍼바이저 감독하의 규정된 시간의 수퍼비전과 주정부 인정기관에서의 임상시간, 자격증 시험 통과이다. 도표에서 보는 것처럼 각 전문직의 면허증 취득 필수조건이 다양하다는 것을 알 수 있다.



〈표 3-35〉 정신건강 전문인력의 면허증 필수조건 - 학위, 실습, 슈퍼비전, 시험 종류  
(시험주관기관)

자격증 분야		교육 및 학위	실습(수련) 기간	면허증 신청 시 졸업 후 임상 실천 시간 슈퍼비전 시간	자격시험 주관기관
정신과 의사		선수 교육 (60학점) 의학전문대학원 (4년) 의학박사	보통 3~4년 수련 (Residency)	해당없음	USMLE <sup>1)</sup> NBOME <sup>2)</sup>
정신전문간호사		석사	학위과정 중 최소 500시간	해당없음	ANCC <sup>3)</sup> AANP <sup>4)</sup>
심리사		박사	1년 1,750시간 (풀타임 근무)	졸업 후 최소 3,500 시간 (실습시간 포함 가능) 매주 2주간	ASPPB <sup>5)</sup>
사회 복지사	석사	석사(2년) (최소 60학점)	학위과정 중 최소 900시간	해당없음	ASWB <sup>6)</sup>
	임상			졸업 후 최소 2,000 시간 100시간	
정신 건강 실천가	예술치료사	예술치료 석사 또는 박사 (최소 48학점)	학위과정 중 최소 500 시간	졸업 후 임시자격증을 취득 후 최소 1,500 시간	CBMT <sup>7)</sup> ATCB <sup>8)</sup>
	정신분석사	석사 또는 박사 + 정신분석 프로그램 이수	학위과정 중 최소 300 시간 + 최소 150 시간 상담사례에 대한 정신분석	졸업 후 임시자격증을 취득 후 최소 1,500시간	Meazure Learning
	결혼 및 가족치료사	결혼 및 가족치료 프로그램의 석사 (최소 45학점)	학위과정 중 최소 300 시간 (실제 상담 및 치료 시간)	졸업 후 임시자격증을 취득 후 최소 1,500시간	AMFTRB <sup>9)</sup>

자격증 분야		교육 및 학위	실습(수련) 기간	면허증 신청 시 졸업 후 임상 실천 시간 수퍼비전 시간	자격시험 주관기관
	정신건강 상담사	상담분야에서 석사 또는 박사 (최소 60학점)	최소 1년 이상 600시간	졸업 후 임시자격증을 취득 후 최소 3,000시간	NBCC <sup>10)</sup> NCMHCE <sup>11)</sup>

- 주: 1) 미국 의사 면허 시험(United States Medical Licensing Examination, USMLE)  
 2) 미국 정골의학 의사 국가시험위원회(National Board of Osteopathic Medical Examiners, NBOME)  
 3) 미국간호사자격인증센터(American Nurses Credentialing Center, ANCC)  
 4) 미국간호사전문가자격인증위원회(American Academy of Nurse Practitioners Certification Board, AANP)  
 5) 주 및 지방 심리 위원회 협회(Association of State and Provincial Psychology Boards, ASPPB)  
 6) 사회복지사 시험위원회 협회(Association of Social Work Boards, ASWB)  
 7) 음악치료사 인증위원회(Certification Board for Music Therapist, CBMT)  
 8) 미술치료 자격인증위원회(ATCB, Art Therapy Credentials Board)  
 9) 결혼·가족치료 규정위원회 협회(Association of Marriage and Family Therapy Regulatory Boards, AMFTRB)  
 10) 국가공인상담사위원회(National Board for Certified Counselors, NBCC)  
 11) 국가 임상 정신건강 상담사 시험(National Clinical Mental Health Counselor Examination, NCMHCE)

출처: “New York State Licensed Professions”, New York State Education Department Office of Professions, n.d.b, <https://www.op.nysed.gov/professions-index>에서 학력 및 경력 조건, 응시원서를 참고하여 연구진이 작성함.

면허를 보유한 정신건강전문인력 외 뉴욕주에서는 행동건강 준전문가 인력(Paraprofessional)을 양성하고 있다. 뉴욕주에서 정신보건국과 중독서비스 및 지원국은 정신건강 준전문가로 4개 자격증을 발급하거나 준비 중이다. 중독서비스 및 지원국은 공인 알코올 및 약물남용 상담가, 공인 예방 전문가, 공인 예방 전문인 3개의 자격증을 발급한다. 공인 정신건강지원 전문가 자격증은 아직 발급되지 않았다. 공인 행동건강 준전문가는 정신건강 전문가처럼 독립적으로 치료 및 상담할 수 없으며 보험청구 권한이 없다. 그러나 공인 알코올 및 약물남용 상담가는 중독서비스 및 지원국 승인 프로그램이나 병원 내에서 상담할 경우 메디케이드 보험이

적용된다(New York State Department of Health, 2019; New York State Office of Addiction Services and Support, n.d.c).

〈표 3-36〉 행동건강 준전문가 공인자격증

정신보건국	중독서비스 및 지원국
공인 정신건강 지원 전문가 Credential Mental Health Support Specialist(CMHSS)	공인 알코올 및 약물남용 상담가 Credentialed Alcoholism and Substance Abuse Counselor(CASAC)
	공인 예방 전문가 Credentialed Prevention Professional(CPP)
	공인 예방 전문인 Credentialed Prevention Specialist(CPS)

출처: "Professional Credentials", NYS OASAS, n.d.b,  
<https://oasas.ny.gov/credentialingdml>의 내용을 참고하여 연구진이 표로 작성함.

중독서비스 및 지원국의 공인자격증을 중심으로 각 자격증의 직무범위 및 취득조건을 살펴본 결과는 다음과 같다. CASAC은 임상 치료 서비스 및 약물 사용 장애 상담을 제공하는 자격이다. 이 자격증을 가진 전문가는 약물 사용 장애 사정, 개입, 서비스 연계 및 개인 및 집단 상담을 제공할 수 있다(New York State Office of Addiction Services and Supports, n.d.b). CASAC 양성과정은 18세 이상 고졸 이상으로, 허락된 세팅에서 수퍼비전을 받고 최소 6천 시간의 실무경험, 300시간 수퍼비전, 350시간 교육을 마쳐야 한다. 이후 국제 인증 협의회에서 주관하는 알코올 및 약물상담사 시험을 통과해야 한다. 취득학위에 따라 실무경험 필수시간이 조정되는데, 전문대 졸업자는 1,000시간, 대학교 졸업자는 2,000시간, 대학원 졸업자는 4,000시간이 인정된다(New York State Office of Addiction Services and Supports, n.d.b). 또한 CASAC 내에서 취득학위와 필수교육 이수 여부에 따라 CASAC, CASAC Level 2, CASAC Advanced, CASAC Master 자격증을 신청할 수 있다. 각 등

급에 따라 허용되는 기능과 직무범위가 다르며, CASAC Advanced와 Master의 경우 행정 및 임상 슈퍼비전을 제공할 수 있다(New York State Office of Addiction Services and Supports, 2024).

〈표 3-37〉 중독 관련 준전문가 자격증 취득 조건

구분	공인 알코올 및 약물남용 상담가	공인 예방 전문가	공인 예방 전문인
연령	18세 이상	18세 이상	18세 이상
학력	고졸 또는 검정고시 이상	4년제 대학교 졸업자	고졸 또는 검정고시 이상
역량 및 윤리 평가서	뉴욕주 면허증을 가진 2명의 전문가 객관적 평가	CPP를 가진 슈퍼바이저 또는 예방 관련 분야에서 30시간의 교육을 마치고 2년 이상 관련 분야에서 종사한 자 2인의 평가서	CPP를 가진 슈퍼바이저 또는 예방 관련 분야에서 30시간의 교육을 마치고 2년 이상 관련 분야에서 종사한 자 2인의 평가서
경험	허락된 세팅에서 슈퍼비전 아래 경험한 6,000시간 2년제 대학 졸업장 (1,000시간 면제) 4년제 대학 졸업장 (2,000시간 면제) 대학원 졸업장 (4,000 시간 면제)	허락된 예방 관련 세팅에서 슈퍼비전 아래 경험한 4,000시간 (허락된 관련 분야에서 석사학위 또는 이상의 학위취득 시 2,000시간 면제)	허락된 예방 관련 세팅에서 슈퍼비전 아래 경험한 2,000시간 (허락된 관련 분야에서 석사학위 또는 이상의 학위취득 시 2,000시간 면제)
슈퍼비전 시간	300시간	120시간	120시간
교육시간	필수교육 = 350시간 추가교육 = 40시간 총 390시간 (학위과정 내 관련 수업을 교육시간으로 인정)	약물사용장애의 예방과 관련한 분야에 교육 250시간	약물사용장애의 예방과 관련한 분야에서 120시간
신원 조회	필수	×	×

구분	공인 알코올 및 약물남용 상담가	공인 예방 전문가	공인 예방 전문인
시험	국제 인증 및 상호 인정 협의회에서 주관하는 알코올 및 약물상담사 시험 (International Certification & Reciprocity Consortium)	×	×
인증자격증 등급	CASAC(고졸자) CASAC 2(전문대 졸업) CASAC Advanced (4년제 졸업 + 임상수퍼비전 교육 (30시간)) CASAC Master(대학원 졸업 + 임상수퍼비전 교육(30시간))	×	×

출처: "Professional Credentials", New York State Office of Addiction and Support Services, n.d.b, <https://oasas.ny.gov/credentialing>의 내용을 참고하여 연구진이 표로 작성함.

CASAC 외의 자격증은 약물사용장애 예방을 돕는 전문가를 위한 인증이다. 공인 예방 전문가와 공인 예방 전문인은 6가지 영역, 즉 계획, 예방 교육, 의사소통, 지역조직, 공공정책, 전문성 개발에 기반하여 활동한다(New York State Office of Addiction Services and Supports, n.d.b). 공인 예방 전문가 자격증은 18세 이상, 4년제 대학 졸업자로, 허락된 세팅에서 4천 시간의 실무 경험, 120시간의 수퍼비전, 250시간의 교육을 이수해야 한다. 공인 예방 전문인은 18세 이상 고졸로, 2천 시간의 실무 경험, 120시간의 수퍼비전, 120시간의 교육을 이수해야 한다. 석사 이상 학위 취득 시 두 자격증 모두 2천 시간의 실무 경험이 면제된다(New York State Office of Addiction Services and Supports, n.d.c).

마지막으로 민간기관 인증(certification)을 받은 동료지원가(Peer Specialist) 양성과정을 살펴보면 다음과 같다. 뉴욕주는 1990년대부터 동료지원가의 긍정적 효과를 인정하고 이를 정신건강서비스에서 활용하려 노력해왔다. 1993년에는 “동료전문가(Peer Specialist)”라는 공무원 직책을 미국에서 처음으로 만들었다(Penney, 2018). 2024년에는 동료지원가와 관련된 3개의 인증서의 명칭과 정의를 법으로 규정했다(New York State Senate, 2023). 이 법에 따르면 동료지원가는 정신건강 문제를 경험한 회복 중인 개인이며, 자신의 여정을 공개한 사람이다. 가족 동료옹호자(Credentialed Family Peer Advocate, CFPA)는 아동이나 청소년의 부모나 보호자로서의 경험이 있는 인증된 개인을 뜻한다. 청소년동료옹호자(Credential Youth Peer Advocate, CYPA)는 청소년기 정신 건강 문제를 직접 경험했거나 관련 프로그램에서 서비스를 받은 사람이다.

이러한 개인들이 교육 및 경험 등의 필수과정을 통과하여 인가증을 받게 된다. 동료지원전문가 인가증을 발급하는 부서는 행동건강분야에서 정신보건국과 중독서비스 및 지원국이다. 정신보건국의 경우 성인을 돕는 동료지원가<sup>66)</sup>와 가족 동료 옹호자<sup>67)</sup> 그리고 청소년동료옹호자<sup>68)</sup>의

66) 인증동료지원가(CPS, Certified Peer Specialist)의 교육과 인증 과정은 고등학교 졸업자와 당사자로서 60시간의 교육을 이수해야 하며, 2,000시간의 현장 경험과 3장의 추천서를 뉴욕동료전문가인증위원회에 제출해야 함.

67) 이들이 제공하는 가족 동료 지원 서비스(FPSS)는 21세 이하 아동을 양육하는 가족에 대한 다양한 지원을 의미함. 정식 인가증을 받으려면 임시 인가증을 먼저 발급받아야 하는데, 임시 인가증 기준은 고등학교 졸업, 레벨 1 온라인 교육 수료, 추천서 2장, 윤리강령서 제출임. 임시 인가증 발급 후, 응시자는 정식 인가증을 위해 레벨 2 온라인 교육, 4일간의 실시간 온라인 교육, 12회의 전화 자문을 마쳐야 함. 또한 1,000시간의 자원봉사 또는 직원 경력을 증명하는 서류와 수퍼바이저 추천서, 윤리강령서를 제출해야 하며, 모든 조건이 충족되면 인가증이 발급됨. 인가증은 2년마다 갱신해야 하며, 20시간의 보수교육 이수 증명서와 갱신 신청서를 제출해야 함.

68) 청소년동료옹호자(CYPA)는 18세에서 30세 사이로, 사회적, 정서적, 의학적, 발달적 어려움을 경험한 당사자를 말함. 이들은 보통 14세에서 21세 청소년을 도움(Families Together in New York State, 2024a; Families Together in New York State,

인증제도를 운영하고 있다. 증독서비스 및 지원국에서 회복동료지원가(Certified Peer Recovery Advocate, CPRA) 인증서를 발급 및 관리하고 있다. 정신보건국은 각 인증서에 대한 신청, 발급, 관리 등을 위탁 담당하는 기관으로 뉴욕 동료전문가 인증위원회(New York Peer Specialist Certification Board)와 뉴욕주 가족연대(Families Together in NYS)를 선정하였고, 인증 과정의 일환으로 동료 지원 아카데미(Academy of Peer Services)와 지역사회 기술지원센터(Community Technical Assistance Center) 두 기관이 인증에 필요한 교육을 제공하고 있다. 그리고 보수교육 및 기술지원 기관으로 동료 기술지원센터(Peer Technical Assistance Center)와 지역사회 기술지원센터(Community Technical Assistance Center)를 지정해 역량 강화와 지속적인 보수교육을 제공하고 있다. 2022년 11월 현재 인증서 발급 현황을 보면 3,540명의 동료전문가, 417명의 가족동료옹호자, 99명의 청소년동료옹호자 등 총 4,056명에게 인증서가 발급되어 정신건강서비스 내 동료인력이 증가하고 있음을 보여준다(NYS OMH, 2022c). 또한 동료전문가에 대한 중요성이 점차 강화되어 2022년 11월 23일부터 새롭게 법 규정을 제정하여 메디케이드가 뉴욕주 정신보건국의 허가를 받아 외래치료 및 재활서비스를 제공하는 기관에서 제공하는 청소년, 가족, 성인동료지원가가 제공한 동료지원서비스에 대한 의료수가를 허용하였다. 이로서 동료지원서비스 확대와 이들의 역할이 정신보건체계안에서 더욱 인정받을 수 있는 기반을 마련했다고 볼 수 있다(New York State Office of Mental Health, 2022a).

---

2024b). 정식 인증서를 받으려면 먼저 임시 인증서를 발급받아야 하는데, 임시 인증서 조건은 고등학교 졸업 후 레벨 1 온라인 교육 수료, 추천서 2장, 윤리강령서, 경험 소개서 제출임. 임시 인증서 발급 후, 응시자는 정신 인증서를 위해 레벨 2 온라인 교육, 4일의 실시간 교육, 5회의 전화자문을 마치고, 600시간의 자원봉사 또는 직원 경험 서류, 추천서, 윤리강령서를 제출해야 인증서가 발급됨. 또한 2년마다 인증서 갱신을 위해 20시간의 보수교육과 갱신신청서를 제출해야 함.

중독서비스 및 지원국은 2015년에 약물사용진단을 받은 개인을 돕기 위해 일할 수 있는 회복동료지원가<sup>69)</sup> 인증제도를 수립하여 운영해 오고 있다. 뉴욕주 정신위생법 19장 19.18-B는 회복동료지원가가 제공하는 서비스 및 역할을 구체적으로 정의하고 있다(New York State Legislature, 2024). 현재 인증절차 및 관리체계에 대해 살펴보면 뉴욕 인증 위원회(New York Certification Board)가 회복동료지원가가 되기 위한 교육과정을 제공하고 있으며 인증과정을 담당하고 있다. 회복의 친구들-뉴욕(Friends of Recover-NY)이라는 기관은 인증서를 취득한 인증회복동료지원가의 보수교육 및 기술지원을 제공하고 있다. 2024년 동료 회복 우수 센터(Peer Recovery Center of Excellence)의 보고에 따르면 뉴욕주에서 약 3천 명에게 인증서를 발급한 것으로 나타났다(Peer Recovery Center of Excellence, 2024).

---

69) 인증서를 취득하려면 고등학교 졸업, 50시간 교육 이수, 최소 500시간의 현장 경험이 필요함. 또한 25시간의 슈퍼비전과 IC-RC에서 제공하는 동료회복가 시험에 통과해야 함. 전문분야, 청소년 또는 가족 동료지원가 인증서를 원하면 각 20시간의 관련 교육을 이수해야 하고, 인증서 갱신은 3년마다 필요하며, 28시간 보수교육과 청소년 및 가족 동료지원가의 경우 추가 6시간의 보수교육을 이수해야 함.



〈표 3-38〉 행동 건강 분야의 인가 동료지원전문가 인증 관리 체계

인증	인증동료지원가 Certified Peer Specialist(CPS) - Adult	인증가족지원옹호자 Credentialed Family Peer Advocate (CFPA) 인증청소년동료옹호자 Credential Youth Peer Advocate (CYPA)	회복동료지원가 Certified Recovery Peer Advocate (CRPA)
행정 부서	정신보건국 Office of Mental Health		중독서비스 및 지원국 (OASAS, Office of Addiction Services and Supports)
교육기관	동료 지원 아카데미 Academy of Peer Services	지역사회기술지원센터 Community Technical Assistance Center (CTAC)	뉴욕 인증 위원회 New York Certification Board
인증 기관	뉴욕 동료전문가 인증위원회 New York Peer Specialist Certification Board	뉴욕주 가족연대 Families Together in NYS	뉴욕 인증 위원회 New York Certification Board
보수교육/ 기술지원 기관	동료 기술지원센터 Peer TAC(Technical Assistance Center)	지역사회기술지원센터 Community Technical Assistance Center (CTAC)	회복의 친구들-뉴욕 Friends of Recovery - New York(FOR-NY)

출처: “Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitative Services [Presentation slides]”, NYU McSilver Training and Technical Assistance Center, 2023. pp. 78-82  
를 참고로 연구진이 표로 작성함.

마지막으로 뉴욕주 정신보건국은 양성된 동료지원가의 역할을 강화하기 위해 정신보건국이 지원 또는 인가하는 프로그램에서 동료지원가 채용을 필수 요건으로 규정하고,<sup>70)</sup> 인력 구성 계획에 동료지원 직원을 포함하도록 권장하고 있다(New York State Office of Mental Health,

70) 필수 인력으로 동료지원가 채용을 명시한 프로그램에는 위기안정센터, 인증 지역사회 행동건강센터, 개인맞춤형 회복중심서비스, 전문 적극적 지역사회치료 등이 있음.

2024). 아래 표는 서비스 유형별로 동료지원서비스 제공을 필수로 하거나 권고하는 14개 프로그램을 정리한 것이다. 이들 프로그램은 전 생애주기에 걸쳐 개인의 정신건강 욕구에 따라 동료지원 서비스를 제공할 수 있도록 설계되어 있다.

〈표 3-39〉 동료지원 서비스의 필수 또는 권유 프로그램

생애주기	프로그램
생애 기간	<ul style="list-style-type: none"><li>· 위기대응팀(Mobile Crisis)</li><li>· 위기안정센터(Crisis Stabilization Center)*</li><li>· 종합정신과응급프로그램(Comprehensive Psychiatric Evaluation Program)</li><li>· 인증지역사회행동건강센터(Certified Community Behavioral Health Center)*</li><li>· 정신건강외래치료 및 재활서비스(Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitation Services)</li></ul>
아동 & 청소년	<ul style="list-style-type: none"><li>· 아동 및 청소년 치료 및 지지서비스(Children and Family Treatment and Support Services)</li><li>· 청소년 적극적 지역사회치료(Youth Assertive Community Treatment)</li><li>· 새로운 퇴원 전환지원 프로그램(New Critical Time Transition Program)</li><li>· 입소치료시설(Residential Treatment Facilities, RFT)</li></ul>
성인	<ul style="list-style-type: none"><li>· 지역사회 중심 회복 및 역량강화서비스(Community Oriented Recovery and Empowerment)</li><li>· 개인 맞춤형 회복중심서비스(Personalized Recovery Oriented Services, PROS)*</li><li>· 적극적 지역사회치료; 전문 ACT(Assertive Community Treatment; Specialty ACT)*</li><li>· 새로운 퇴원개입 프로그램(New Critical Time Intervention, CTI)</li><li>· 헬스홈 + 집중건강관리서비스(Health Home Plus(HH+) intensive health home care management)</li></ul>

출처: “OMH Statewide Townhall”, New York State Office of Mental Health, 2024, <https://omh.ny.gov/omhweb/planning/507/town-hall-presentation.pdf>의 내용을 연구진이 표로 작성함.

## 제6절 일본

일본은 과거의 정신질환자 대상 장기 입원 중심 모델에서 벗어나, 개인이 살던 지역에서 존엄성을 유지하며 필요한 서비스를 통합적으로 제공받는 ‘지역포괄케어시스템(地域包括ケアシステム)’으로의 패러다임 전환을 가속화하고 있다(辻本哲士, 2023). 지역포괄케어시스템은 단순히 정신질환자를 대상으로만 하는 체계가 아니라 노인, 장애인 등 다양한 인구 집단을 대상으로 의료기관이라는 한정된 공간이 아닌 지역사회를 기반으로 개개인이 가지는 서비스 수요에 따라 다양한 기관 및 시설을 이용하면서 지역사회에서 계속 거주할 수 있도록 지원하는 시스템을 의미한다. 이러한 시스템의 특성상 지역사회 곳곳에 존재하는 다양한 기관 및 다양한 직역의 전문가들의 협력을 기반으로 하고 있다. 즉, 일본의 정신건강서비스는 단순히 정신건강 전문인력뿐 아니라 지역사회 유관자원의 다양한 인력들을 포괄하는 방식으로 전환하고 있으며, 최근 들어 당사자의 경험을 자원으로 활용하는 방식 역시 도모하고 있다. 이 절에서는 이러한 구조에 따라 현재 일본의 정신건강 인력에 대한 개념과 현황이 어떠한지, 인력 대상 정책과 제도는 어떠한지, 인력 역량 강화와 보호 및 지원을 위한 조치들은 어떠한 것들이 있는지를 살펴보았다.

### 1. 정신건강 인력 개념 및 현황

기본적으로 일본의 정신건강 인력은 「정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)」과 더불어 정신보건복지사법((精神保健福祉士法), 공인심리사법(公認心理師法) 등 법률에 따라 직무와 자격을 규정하고 있다. 일본의 「정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)」은 우리나라

의 정신건강복지법과 같이 정신건강서비스를 규정하는 기본 법률이며, 다른 나라와는 달리 이 서비스를 제공하는 인력들을 별도 법률을 통해 규정하고 있다. 일본의 인력을 규정하는 법률에서는 인력의 역할, 자격, 양성 및 교육 체계 등을 명확히 정의하고 있으며, 이를 통해 인력 양성 및 운용의 안전성과 전문성을 강화하고자 하고 있다.

「정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률」에 명시된 주요 인력으로는 정신보건지정의(精神保健指定医)(이하 ‘지정의’)와 정신보건복지상담원(精神保健福祉相談員)이 있다. 우선 정신보건지정의는 일본 정신건강 의료 시스템의 핵심적인 역할을 수행하는 전문 인력으로, 후생노동대신이 지정한다. 지정의는 비자의 입원 결정 등 중대한 의료적 판단을 내리는 권한을 가지며, 그 자격과 직무는 법률로 엄격하게 규정된다. 지정의가 되기 위해서는 5년 이상 진단 또는 치료에 종사한 경험, 3년 이상 정신장애 진단 또는 치료에 종사한 경험 그리고 후생노동대신이 정하는 수준의 정신장애 진단 및 치료 경험을 갖추어야 하며, 후생노동대신에게 등록된 기관에서 실시하는 연수 과정을 수료해야 한다. 법률에서는 지정의의 직무를 크게 의료기관 내 직무와 공무원으로서의 직무를 구분해서 명시하고 있는데, 의료기관 내 직무로는 입원 계속의 필요성 판단, 비자의 입원 필요성 판단, 입원 환자의 행동 제한 필요성 판단, 정기적인 입원 환자 진찰 및 일시 퇴원 적절성 판단 등 의료기관 내에서 환자의 권익과 치료에 직결되는 핵심적인 판단을 수행한다. 그리고 지정의의 공무원으로서의 직무는 도도부현 지사의 요청에 따라, 강제입원(조치입원)의 필요성 여부 판단, 정신의료심사회의 요청에 따른 진찰, 행정기관의 현장 조사 시 진찰 등을 포함한다. 이러한 직무 구조는 지정이가 단순한 임상가를 넘어, 비자의적 조치와 관련된 국가의 공권력을 위임받아 집행하는 핵심 대리인임을 명확히 한다(小西潤, 2025, pp. 1-36).

그리고 정신보건복지상담원(精神保健福祉相談員)은 도도부현 지사가 임명하는 인력으로 주로 보건소, 정신보건복지센터에 배치되어 정신건강 업무를 진행하고 있다. 이들은 주로 정신장애를 가진 사람을 대상으로 이들의 자립 및 사회참여를 지원하기 위한 상담 및 지도(相談及び指導)를 하고 있으며, 지역생활 지원 및 퇴원 후 지원과 관련된 업무 역시 수행하고 있다. 그 외에도 보건소 등에 설치되는 정신의료심사회(精神医療審査会)나 조치입원(措置入院) 등과 관련된 역할도 수행하고 있다. 정신보건복지상담원으로 임명되기 위해서는 정신보건복지사(psychiatric social workers) 자격을 갖추거나, 그에 준하는 자로서 정령(政令)으로 정하는 자격을 가진 자여야 한다(国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部, n.d.).

「정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률」에 명시된 인력과 정신건강서비스를 제공하는 것과 연관성이 깊은 정신보건복지사법과 공인심리사법에 의해 규정되는 정신보건복지사, 공인심리사 외에도 일본은 지역사회포괄케어 시스템으로의 전환을 도모하면서, 정신건강 인력의 개념을 확장시키고 있다. 즉, 지역포괄케어 시스템 내에서 유기적으로 협력하는 서비스 제공 주체로 그 의미가 확장되고 있다. 다음의 표에 제시된 것처럼 일본의 후생노동성이 관할하는 국가자격 중 정신건강 인력으로 사회복지사, 간호 복지사, 간호사, 작업치료사 등이 정신건강서비스 제공 현장에서 다학제 서비스를 제공하고 있다. 실제 연구를 통해 방문한 일본의 정신보건복지센터와 공인심리사협회 및 정신보건복지사협회의 이해관계자들은 더 이상 정신건강 전문인력만으로 정신건강서비스를 제공하는 데 한계가 있으며, 다른 국가자격을 가진 인력들도 지역사회 서비스 제공 현장에서 정신장애인을 대상으로 한 고용 및 취업지원, 가사지원, 주거 지원, 건강관리, 돌봄 등 다양한 서비스를 제공하고 있다고 공유하였다.

〔그림 3-16〕 보건의료 및 복지 관련 후생노동성 소관 국가자격 목록

의료 관계 (医療関係)					
구분 (원문)	인원수	구분 (원문)	인원수	구분 (원문)	인원수
의사(医師)	337,625명 (취업자 수 ※1)	언어청각사 (言語聴覚士)	17,905명 (※3)	유도정복사 (柔道整復師)	75,786명 (※6)
치과의사(歯科医師)	106,223명 (※1)	시능훈련사 (視能訓練士)	10,130명 (※3)	건강관련(健康関連)	
약사(薬剤師)	310,158명 (※1)	임상공학기사 (臨床工学技士)	30,409명 (※3)	관리영양사 (管理栄養士)	264,181명 (※6)
보건사(保健師)	64,819명 (※2)	의지보조기기사 (義肢装具士)	128명 (※3)	복지·요양(개호) 관련 (福祉・介護関連)	
조산사(助産師)	40,632명 (※2)	치과위생사 (歯科衛生士)	142,760명 (※4)	보육사(保育士)	644,518명 (※7)
간호사(看護師)	1,272,024명 (※2)	치과기공사 (歯科技工士)	34,826명 (※4)	사회복지사 (社会福祉士)	257,293명 (※8)
진료방사선기사 (診療放射線技師)	55,624명 (※3)	구급구명사 (救急救命士)	66,899명 (※5)	개호복지사 (介護福祉士)	1,754,486명 (※8)
임상검사기사 (臨床検査技師)	67,752명 (※3)	안마 마사지 지압사 (あん摩マッサージ指圧師)	118,103명 (※4)	정신보건복지사 (精神保健福祉士)	97,339명 (※8)
물리치료사 (理学療法士)	100,965명 (※3)	침사(はり師)	126,798명 (※4)	공인심리사 (公認心理師)	54,248명 (※9)
작업치료사 (作業療法士)	51,056명 (※3)	뜸사(きゅう師)	124,956명 (※4)		

(※1): 후생노동성 정책총괄관(통계·정보정책, 노사관계 담당) 「레이와 2년(2020년) 의사·치과의사·약사 통계」  
 (※2): 후생노동성 의정국(医政局) 조사, 2019년 기준  
 (※3): 상근換算(Full-time equivalent), 의료시설(병원·진료소) 근무자 대상. 후생노동성 정책총괄관(통계·정보정책, 노사관계 담당) 「레이와 2년(2020년) 의료시설조사」  
 (※4): 후생노동성 정책총괄관(통계·정보정책, 노사관계 담당) 「레이와 2년도(2020년도) 위생행정보고 예시」  
 (※5): 후생노동성 의정국(医政局) 조사, 2022년 3월 기준  
 (※6): 후생노동성 건강국(健康局) 조사, 2021년 12월 기준  
 (※7): 비상근·상근의 합계. 후생노동성 정책총괄관(통계·정보정책, 노사관계 담당) 「레이와 2년(2020년) 사회 복지시설 등 조사」, 2020년 10월 1일 기준  
 (※8): (공익재단법인) 사회복지진흥·시험센터, 2022년 3월 말 기준  
 (※9): (일반재단법인) 일본심리연수센터, 2022년 3월 말 기준

자료: 후생노동성 정책총괄관 부속 정책평가·평가담당 참서관실에서 작성.  
 (주) 식품위생 관련, 기술·안전위생 관련 및 이용·미용 관련 국가자격은 제외함.

출처: “令和4年版 厚生労働白書—社会保障を支える人材の確保— 図表 1-2-1「厚生労働省所管国家資格一覧(保健医療・福祉関係)」, 厚生労働省, 2022.

위에서 살펴본 국가자격 외에도 일본은 다른 국가들과 마찬가지로 피어 서포트(Peer Support)의 활동을 지원하고 있다. 일본에서는 피어 서포트 활동을 정신장애 당사자가 자신의 회복 경험을 활용하여 정신건강 서비스 제공의 주체가 되는 활동으로 인식하고 있으며, 이들의 전문성이 이용자와 같은 눈높이에서 상담 및 조언을 제공함으로써 이용하는 사람

의 자립의욕 향상과 지역사회 계속 거주에 긍정적인 영향을 미친다고 인식하고 있었다(厚生労働省, 2021). 이러한 점에서 일본 정부는 장애복지 서비스 등 보수 개정을 통해 가산제도를 신설하여 평가하고 있기도 하다.<sup>71)</sup> 보다 구체적으로 피어 서포트를 체계적으로 제공하는 서비스(자립 생활 원조, 계획상담 지원, 장애아동상담 지원, 지역 이행 지원, 지역 정착 지원)에 대해 보상을 지급하는 피어 서포트 체제가산(ピアサポート体制加算)과 더불어 취업 계속 지원 B형(就労継続支援B型)과 같은 특정 서비스 영역에서 피어 서포트의 활용을 평가하여 월 100단위를 가산하는 피어 서포트 실시가산(ピアサポート実施加算)을 신설하였다. 그 외에도 일본의 정신장애 당사자회 ‘포르케(ポルケ)’와 같은 당사자 단체들은 정책 연구 참여, 정책 논의체 참여 등을 통해 당사자의 목소리를 정책에 반영하는 데 중요한 역할을 수행하고 있다. 또한 정부는 ‘정신장애 및 발달장애를 가진 사람들의 당사자 참여 촉진을 위한 가이드라인’ 등을 통해 이들의 참여가 형식에 그치지 않고 ‘의미 있는 참여’가 될 수 있도록 제도적 노력을 시작했다.

일본의 정신건강 인력 규모를 국가자격을 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 우선 의사의 경우 2020년 기준 일본의 전체 의사 인력 규모는 약 34만 명 정도로 나타나며, OECD에 의하면 일본의 정신과 의사수는 인구 1천 명당 0.13명 정도로 나타난다(OECD, 2021, p. 25). 그리고 일본의 정신과 전문의 중심의 일본 정신신경학회에는 2025년 4월 기준으로

71) 피어 서포트 체제 가산을 산정하기 위해서는 특정 자격 요건을 갖춘 인력을 기관에서 배치해야 하며, 2가지 요건(광역자치단체(都道府県) 또는 기초자치단체(市町村)가 인정한 장애인 또는 장애인이었던 사람으로서, ‘장애인 피어 서포트 연수(기초 및 전문 연수)’를 수료한 자이자 관리자 또는 위의 인력과 협력하여 지원을 수행하는 자)을 충족하는 인력을 상근 환산 방법(常勤換算方法)으로 0.5명 이상 배치해야 함. 또한 기관은 해당 인력 배치와 더불어 사업소의 종업원(직원)을 대상으로 장애인에 대한 배려 등에 관한 연수를 연 1회 이상 실시하고, 해당 인력 배치를 공표해야 함.

약 2만 명의 정신과 전문의가 참여하고 있는 것으로 확인된다(The Japanese Society of Psychiatry and Neurology, 2025).

일본의 간호 인력은 2019년 기준 약 127만 명 규모로, 이 중 정신과 근무 간호사는 2020년 기준 약 2만 5천 명 수준으로 추산된다. 다만 일본의 전문간호사 제도에 따른 정신전문간호사는 2024년 말일 기준으로 454명에 불과하다(公益社団法人 日本看護協会, n.d.c). 정신전문간호사는 정신질환 환자, 가족 및 집단에 대한 간호 실천, 간호자를 포함한 케어 제공자 대상 컨설팅, 마음케어를 하는 담당하는 인력으로 정신간호, 윤리적인 문제와 갈등 해결, 교육 및 연구의 기능을 수행하고 있다(公益社団法人 日本看護協会, n.d.b).

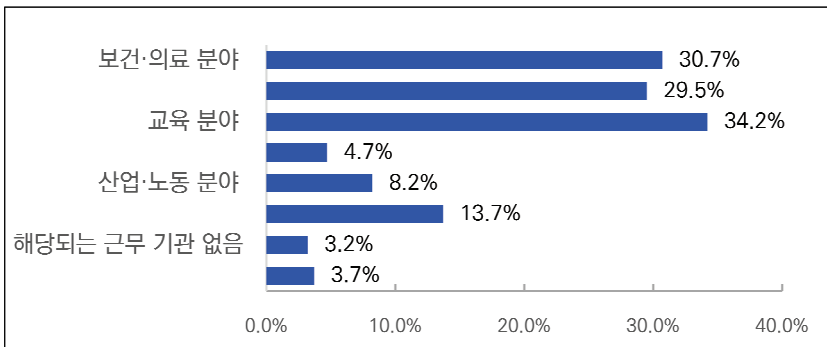
정신보건복지사(精神保健福祉士, Psychiatric Social Worker, PSSW)는 후생노동성 소관의 국가자격으로, 1997년 제정된 정신보건복지사법에 근거한 국가자격으로서 도입되었으며, 이후 매년 국가시험으로 배출되어 왔다(公益社団法人 日本精神保健福祉士協会, 2025b). 2022년 3월 말 기준으로 97,339명이 국가자격으로 등록한 것으로 나타난다(그림 3-16 참조). 정신보건복지사는 정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 지식 보급, 조사 연구 그리고 복잡하거나 어려운 상담 및 지도 업무를 수행하는 정신보건복지센터 외에도 정신보건복지사는 의료기관, 보건소, 복지시설 등 폭넓은 현장에서 지역사회 복귀 지원, 정신재활, 자원연계 등의 업무를 수행하고 있다. 또한 정신과 병원에서는 의료 보호 입원 환자의 퇴원 후 지역 생활 이행을 촉진하기 위해 정신보건복지사 등 자격을 가진 인력을 ‘퇴원 후 생활 환경 상담원’으로 선임하고 있으며, 이들은 환자와 가족에게 상담 및 지도를 제공하고 있기도 하다(厚生労働省, n.d.)

공인심리사(公認心理師, Certified Public Psychologist)는 과거에는 임상심리사 등 민간자격을 통해 심리상담 인력이 활동해 왔으나, 정신건



강 수요 증가와 전문성 보장 요구에 따라 2017년에 국가자격으로 신설된 직종으로 후생노동성 소관으로 등록 관리가 이루어지고 있다. 공인심리사는 임상심리 평가 및 면담치료, 정신과 의사 등과의 협업을 통해 상담 치료 및 심리지원을 제공하는 인력으로, 의료·보건, 학교, 산업 등 다양한 영역에서 활동한다. 석사학위 졸업과 시험 합격을 요건으로 하는 이 자격을 통해 2018년 첫 시험에서 약 2.8만 명이 배출된 이후 매년 수천 명씩 추가되어(公益社団法人 日本公認心理師養成大学連絡協議会, 2018), 2022년 3월 말 기준으로 공인심리사 국가자격 등록 인원은 54,248명으로 나타난다(그림 3-16 참조). 일반재단법인 일본심리연수센터에서 2023년도에 실시한 공인심리사 활동 상황 등에 관한 조사 보고서에 따르면, 2023년 10월 말일 기준으로 공인심리사 총 등록자 수는 71,732명이었으며, 조사에는 절반 정도인 38,827명이 응답하였다(一般財団法人 日本心理研修センター, 2024, p. 2). 다음의 그림에서 보듯이, 보건의료분야에 종사하는 공인심리사가 30.7%로 나타났다.

[그림 3-17] 공인심리사의 근무 기관(2023년 10월 말 기준)



주: 2023년 10월 말 기준 공인심리사 등록자(71,732명) 중 조사 응답자(38,827명)의 응답 결과  
출처: “令和5年度公認心理師活動状況等調査: 報告書 [要約版]”, 一般財団法人 日本心理研修センター, 2024, p. 5

## 2. 정신건강 인력 정책 및 전략

후생노동성(2025)은 고령화가 심각해지면서 고령자 대상 의료 및 간호 수요가 증가하고 있다는 점을 인식하며, 현재의 정신과 인력 규모로는 노인의 정신건강과 관련한 수요에 대응하기 어렵다고 인식하고 있었다. 이에 따라 정신건강 인력 확보, 특히 지역별 정신과 전문의 확보 격차 해소를 위한 정책 방향을 발표하였다(厚生労働省, 2025).

일본의 정신건강 인력 정책은 인구 감소라는 피할 수 없는 현실에 대응하기 위해, 중앙 집중적 양성에서 지역 기반의 지속가능성 확보로 전략의 무게중심을 옮기고 있다. 또한 최근 들어 정신건강 서비스 주 대상자인 정신질환자를 둘러싼 서비스 체계를 개선하면서 인력 정책을 중요 요소로 포함시켰다. 2000년대 들어선 이후 일본의 주요 정신건강 정책에서 제시된 인력 관련 정책과제를 살펴보면 다음과 같다.

우선 일본은 2004년 “정신보건의료복지의 개혁 비전”을 발표하여 입원 의료 중심에서 지역 생활 중심으로의 패러다임 전환을 국가전략으로 채택하면서(厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課, n.d.), 지역생활 지원을 위한 정신보건의료 인력 육성을 핵심과제로 명시하고 다지역 인력에 대한 교육 강화, 지역사회 기반 통합돌봄에 적합한 인력 역량 강화를 강조하였다. 그 이후 2013년 일본 정부는 「정신질환 의료서비스 계획」을 전국 모든 도도부현(광역자치단체)가 수립하도록 의무화하면서 정신질환을 5대 우선 질환 중 하나로 지정하기도 했다.

또한 2017년 공인심리사 제도가 시행되면서 정신건강서비스 제공 인력들이 확산되기 시작하였으며, 이 시기부터 정신건강 영역에서도 지역 포괄케어 시스템(통칭 “니모호카츠”, にも法活)이 본격적으로 추진되면서 정신과 전문의, 정신전문간호사, 정신보건복지사, 공인심리사 외에도 지

역의 다양한 보건 및 복지 서비스 제공 인력들이 정신건강 서비스를 함께 제공하기 시작하였다. 또한 기존의 정신건강 인력에게도 팀 기반 정신건강서비스 제공의 중요성이 강조되기 시작하였으며, 각 인력의 역량 강화 과정에서도 이 내용이 주요한 교육 내용으로 반영되기도 했다(辻本哲士, 2023).

그리고 가장 최근 일본은 일본 전역의 정신건강 인력 불균형을 해소하기 위한 방편 중 하나로 디지털 기술의 활용도 적극적으로 검토하고 있다. 후생노동성의 「2040년을 향한 서비스 제공체계 개편 방향」(2025)은 생산성 향상을 위해 원격의료, AI 상담보조 등의 기술 도입과 함께 인력 간 업무공유 플랫폼 구축을 제안하고 있는데, 이는 한정된 인력 자원을 보다 효율적으로 활용하려는 장기 전략으로 볼 수 있다.

### 3. 정신건강 인력의 역량 강화 및 교육

일본에서는 정신건강 인력의 역량 강화와 교육 체계 구축 및 운영을 위해 후생노동성, 각 지역별 협회가 함께 협력하고 있다. 각 지역별 자격 취득을 위한 조건은 다음의 표와 같다.

〈표 3-40〉 일본의 정신건강 인력의 자격 분야

자격증 분야	교육 및 학위	교육 시간	수련 시간	자격시험
정신과 의사	의학사 6년 + 레지던트 2년 + 정신과 전문의 수련(최소 3년)	별도 정량기준 없음(레지던트 수련과정 내 교육)	레지던트 2년 + 전문의 수련 3년	의사 면허시험 + 전문의 자격 시험
정신전문간호사	간호사 면허 + 석사학위(정신 간호전공)	석사과정 2년(최소 38학점)	임상실습 최소 5년(전문분야 3년 이상) 실습시간 중 지도감독	간호사 면허시험 + CNS 인증시험 CNS 인증 5년마다 갱신

자격증 분야	교육 및 학위	교육 시간	수련 시간	자격시험
정신보건복지사	학사(4년제) + 추가 정신보건 전문교육	사회복지 관련 지정 19과목	실습 23일 180시간. 실습시간 중 지도 감독	구 사회복지사 국가시험 + 정신보건복지사 시험
공인심리사	학사(심리학) + 석사(심리학) 또는 학사학위 + 2년 실무경험	학부 25과목(50학점) 대학원 10과목(20학점)	학부 80시간, 대학원 450시간 실습시간 중 지도 감독	공인심리사 국가 면허시험 (연 1회, 4시간, 154문항)

- 출처: 1) (정신과의사) “新専門医制度インデックス”, 公益社団法人 日本精神神経学会, 2025, [https://www.jspn.or.jp/modules/newspe/index.php?content\\_id=1](https://www.jspn.or.jp/modules/newspe/index.php?content_id=1).  
 2) (정신전문간호사) “専門看護師(Certified Nurse Specialist)”, 公益社団法人 日本看護協会., n.d.b, <https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cns/index.html>.  
 3) (정신보건복지사) 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会, n.d., <https://www.jamhsw.or.jp/>.  
 4) (공인심리사) 一般財団法人 公認心理師試験研修センター., n.d., <https://www.jccpp.or.jp/Top.cgi>.

자격 취득 이후에 이루어지는 인력 역량 강화 및 교육에 대한 사항을 살펴보면, 우선 의사 인력의 경우 일본은 2018년 일본전문 의기구(Japanese Medical Specialty Board)가 출범한 이후 정신과를 포함한 모든 전문과목 수련체계를 개편하였고, 이에 따라 정신과 전문의 연수 역시 재편되었다. 또한 2021년부터 전문의 갱신 제도가 도입되면서 교육 연수 프로그램 이수(40단위)와 임상경험 보고서 2례를 제출하는 것을 갱신 요건 단위로 제시하고 있다. 공동 커리큘럼이 시행되고 있다. 또한 의사 인력 중 「정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률」에 의한 정신보건 지정의를 대상으로 체계적인 연수 제도를 운영하고 있다. 지정의가 되기 위해서는 후생노동대신에 등록된 등록연수기관(登録研修機関)<sup>72)</sup>이 실시

72) 일본 정부는 정신보건지정의 연수의 질을 담보하기 위해 법률에서 ‘등록연수기관’ 관리 제도를 상세히 규정하고 있음. 연수를 시행하려는 법인이나 단체는 후생노동대신에게 신청하여 등록해야 하며, 이 등록은 5년마다 갱신해야 효력을 유지할 수 있음. 또한 등록을 위해서는 법률 별표에 명시된 과목, 시간, 교수진의 자격 요건 등 매우 엄격한 등

하는 연수 과정을 의무적으로 이수해야 하는데, 이는 지정의로서 직무를 수행하는 데 필요한 지식과 기술을 갖추도록 하는 최소한의 법적 요건이다. 또한 지정의는 5년마다 후생노동대신이 정하는 연도에 정기적인 연수를 받아야 한다. 만약 이 연수를 이수하지 않을 경우, 지정의 자격은 그 효력을 잃게 된다.

간호사 인력의 경우 정신보건복지사나 공인심리사와 같은 별도 법률에 의해 자격이 부여되는 구조는 아니지만, 후생노동성이 인정한 전문간호사 제도에 따라 정신전문간호사제도를 두고 있다(公益社団法人 日本看護協会, n.d.a.). 정신전문간호사는 일본 간호협회에서 운영하고 있는 것으로 일본의 간호사 면허를 소지하고 있고, 면허 취득 후 5년 이상 간호 실무에 종사해야 하며, 그중 3년 이상을 정신과 간호 실무에 종사한 경력이 있어야 한다. 대학원 과정을 마친 후 정신전문간호사 자격 시험에 합격을 해야 자격이 부여되며, 연구, 교육, 임상활동 실적을 바탕으로 5년마다 자격이 갱신되는 구조이다. 자격을 유지하고 갱신하기 위해서는 활동실적 및 연구실적을 제출해야 하는데, 정신전문간호사의 활동별로 점수를 부여하여 100점 이상인 경우에 자격을 갱신하고 있다. 이들 활동에는 교육 과정 실습지도, 학회나 협의회 등의 위원 활동, 연수 프로그램 참가, 강의 등이 포함된다(公益社団法人 日本看護協会, 2025).

일본간호협회는 정신전문간호사 제도 외에도 일본 정신과 간호협회를 통해 정신과 인정 간호사 제도도 운영하고 있다. 정신과 인정 간호사는 정신전문간호사와 달리 대학원 학위 과정을 요구하지 않으나 간호 실무 및 정신과 간호실무 자격에서는 동일한 기준을 제시하고 있다. 정신과 인

---

록 기준을 충족해야 하며, 등록연수기관은 매년 연수 계획을 수립하여 후생노동대신에게 제출해야 하며, 공정하게 연수를 실시할 의무를 가지고 있음. 그리고 후생노동대신은 등록연수기관이 기준에 미달할 경우 개선 명령을 내리거나, 중대한 위반 시에는 등록을 취소할 수 있는 강력한 감독 권한을 가지고 있기도 함.

정 간호사 제도에 의한 자격을 유지하기 위해서는 동일하게 5년마다 자격 갱신을 해야 하며, 이를 유지하기 위해 간호실무시간, 자질 유지를 위한 연수 프로그램 참여 등의 조건을 충족해야 한다. 이 제도를 운영하는 일본의 정신과 간호협회에서는 연수 프로그램을 운영 중이며, 2025년도 제도를 개정하여, 최근 지역포괄케어 시스템 중심으로 정신건강서비스가 확장되는 기조에 발맞추어, 퇴원 지원, 정신과 방문 간호, 다직종 연계 등을 주요 연수 내용으로 구성하고 있다(公益社団法人日本看護協会, 2025).

정신보건복지사(PSW) 자격은 원래 갱신되는 구조로 설계되어있지는 않았다. 하지만 후생노동성이 2021년 「정신보건복지사 자격취득 후의 계속교육 및 인재육성 방향성」 보고서를 통해, 변화하는 현장 수요에 부응하는 PSW를 양성하기 위해 양성 과정 커리큘럼 개편과 함께 체계적인 경력단계별 교육 프로그램 도입을 권고함에 따라(厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課, 2021). 정신보건복지사협회(JAMHSW)를 중심으로 평생연수 프로그램이 운영되고 있다. 또한 정신보건복지사의 자질향상에 대한 책무를 도입함에 따라 2023년부터 자격 갱신을 위한 평생교육이 진행되고 있다. 현재 정신보건복지사협회는 매해 정신보건복지사의 평생연수제도 이용률을 파악하고 있으며, 도도부현별로 차이가 있기는 하나 60~75%의 이용률을 보이고 있다(公益社団法人日本精神保健福祉士協会, 2025a). 정신보건복지사협회에서는 특징적으로 경력 단계별 교육 프로그램을 구성하고 운영하고 있는데, 단계별 교육 내용은 다음의 표에 제시된 것과 같다.

〈표 3-41〉 일본 정신보건복지사의 경력 개발표(Career Ladder for Certified Psychiatric Social Workers)

단계	1단계 1~2년	2단계 3~5년	3단계 6~10년	4단계	5단계 11년 이상		발전 경로
요구 역량	<ul style="list-style-type: none"> <li>전문직으로서의 기본 자세</li> <li>기본적 지식과 기술</li> <li>상급자 지도 하 일상 업무 수행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>독립적 일상 업무 수행</li> <li>응용 판단이 필요한 업무 수행</li> <li>신입 인력, 실습생 지도</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>응용 판단이 필요한 업무의 책임자로서 팀 문제 해결 및 인재 육성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>복잡한 문제의 조직적 대응 및 인재 활용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>고도의 문제 해결 및 조직적 대응</li> <li>조직 차원의 인재 개발·운영</li> </ul>		
1. 일과 생활의 균형							
① 건강 상태 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>작장에서 일에 전념할 수 있도록 신체·정신 상태 관리</li> <li>익숙하지 않은 환경에서의 스트레스 조절</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>업무의 질과 양에 맞춰 심신 관리</li> <li>동료와 자신 모두의 건강 배려</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>라이프 이벤트(결혼·출산·양육 등)에 맞게 건강관리 방법을 조정</li> <li>소속 부서 구성원의 건강상태 고려한 업무 조정</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>관리자(중간 이상)로서 스트레스에 적절히 대응</li> <li>부서 내 세대별로 발생하기 쉬운 질환의 위험을 관리</li> </ul>		
② 일-가정 조화	<ul style="list-style-type: none"> <li>작장과 가정의 마음가짐·시간의 전환 가능</li> <li>각각의 역할 이해</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>상황에 따라 타인의 협조를 구하며 유연히 대응</li> <li>일과 생활이 서로 방해되지 않도록 조정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>라이프 이벤트에 따라 직장·가정의 균형 유지</li> <li>육아나 돌봄 등 가족의 상황에 따른 업무 조정</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>조직 차원의 워라밸 제도 운영 및 근무 환경 조성</li> <li>사회공헌을 고려한 근무 및 휴식 체계 확립</li> </ul>		
2. 사회·조직 구성원으로서의 역량							
① 기본 태도와 매너	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회 구성원으로서의 기본적인 자세와 매너</li> <li>작장 내 규칙과 사회적 규범 이해</li> <li>공사(公私) 구분하여 행동 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>원활한 의사소통을 통해 협조적 관계 형성</li> <li>상황과 상대에 맞는 언행 실천</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회인으로서의 모범, 후배 지도 가능</li> <li>조직 내에서 신뢰를 얻는 태도 유지 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회인으로서의 규범을 준수하고, 조직을 대표해 행동 가능</li> <li>사회적 규범을 반영한 조직 운영 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회 전체 및 전문직의 대표로서의 태도를 유지 가능</li> <li>전문직 윤리를 바탕으로 사회적 신뢰 형성</li> </ul>		관리자

단계	1단계	2단계	3단계	4단계	5단계	발전 경로
경력	1~2년	3~5년	6~10년	11년 이상		
② 조직 구성원 으로서의 역할 수행	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소속 조직의 목적과 임무를 이해하고, 책임감 있게 행동</li> <li>• 지시·조언을 받아 협조적으로 업무 수행</li> <li>• 전문직으로서 부여된 임무 성실 수행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직무상 책임을 인식하고 조직·팀 내에서 자발적 역할 수행</li> <li>• 후배 지도 및 업무 조정</li> <li>• 업무 전체를 조망하며 목표 달성 기여</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 부서 목표 달성을 위해 필요한 조정·협력·업무 개선 실천</li> <li>• 외부 기관과의 협력 체계 구축</li> <li>• 상황에 따라 인적·물적 자원 조정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 조직 내 인사관리, 운영관리 등 중간관리자 역할 수행</li> <li>• 부서 간 협력 체계 및 연계망 조정</li> <li>• 중간관리자로서 상위 정책을 하위 조직에 연결</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기관의 중·장기 비전 수립에 기여 가능</li> <li>• 복수의 부서 및 관련 기관의 포괄적 관리</li> <li>• 조직 경영에 참여하며 정책 수준의 의사결정 수행</li> </ul>	
3. 전문직·실천가로서의 역량						
① 전문직 지원 관계 형성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 상담자 지도·하급자 인턴과 신뢰관계 형성</li> <li>• 전문직 지원과 관련된 기본적인 지식과 기술 습득</li> <li>• 상담자 지도·하급자 기록 및 보고 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 클라이언트의 상황을 종합적으로 이해하고, 기본적인 지원 관계 형성</li> <li>• 문제 기반 지원계획 수립</li> <li>• 지원 과정에서의 관찰·기록·평가 수행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 클라이언트의 특성과 과제에 따라 적절한 전문적 지원관계 유지</li> <li>• 팀 내에 지도·조언 제공 및 사례관리 주도</li> <li>• 복합적 문제를 가진 대상자에 대한 지원계획 수립 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복잡·다양한 문제를 가진 대상자에 대해 팀 내외와 협력하여 지원</li> <li>• 조직 내에서 사례의 질을 높이기 위한 체계적 점검 가능</li> <li>• 기관·지역의 사례 검토 체계 개선 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기관·지역 수준에서 사례 관리 체계 구축</li> <li>• 복합적·중증 사례에 대한 슈퍼비전 및 전문 자문 수행</li> <li>• 전문직 간 연계 및 표준화된 지원 시스템 확립</li> </ul>	전문가 (Specialist)
② 사정	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 상담자 지도·하급자 인턴 평가·기록</li> <li>• 클라이언트의 상황을 객관적으로 파악</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 클라이언트의 정보 수집 및 과제 정리</li> <li>• 평가에 근거한 지원계획 수립</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 팀 내외의 다양한 시각을 반영한 종합적 평가</li> <li>• 다기관 협력 기반의 사정 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복잡한 상황에 대해 조직적·다기관적 체계 운영</li> <li>• 조직 내 평가 기준 개선 및 검증 수행 가능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역·기관 차원의 평가 프로세스 표준화 및 교육</li> <li>• 평가·지원 프로세스의 품질관리(QA) 및 모니터링 체계 확립</li> </ul>	



단계	1단계	2단계	3단계	4단계	5단계	발전 경로
경력	1~2년	3~5년	6~10년		11년 이상	
③ 지원·개입·조정	<ul style="list-style-type: none"><li>• 상급자 지도 하 기본적인 개입 수행</li><li>• 클라이언트의 욕구에 맞는 서비스 제공</li><li>• 관계기관과의 연계 지원</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 과제 해결을 위한 구체적인 개입 수행</li><li>• 개입 과정에서 윤리적 판단 및 조정</li><li>• 팀 내 자원 연계를 통한 지원 조정</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 복합적인 문제에 대해 다각종 협력을 조정하며 개입</li><li>• 위기상황에서 신속한 개입 및 조정</li><li>• 지원체회의 지속적 평가·조정</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 조직 차원의 지원조정 체계의 설계 및 운영</li><li>• 다기관 협력 기반의 사례관리 네트워크 구축</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역사회 수준의 통합 지원 시스템 운영</li><li>• 정책·제도 개선을 반영한 개입모델 제시</li><li>• 광역 단위의 다각종 협력 체계 구축</li></ul>	
④ 연계·협업·팀 형성	<ul style="list-style-type: none"><li>• 상급자 지도 하 팀 내 협력 및 회의 참여</li><li>• 다른 직종과의 기본적인 협업 가능</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 팀 내에서 역할을 인식하고 원활한 협력 가능</li><li>• 타 기관과의 연·타·조정</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 팀의 리더로서 다각종 간 협력 촉진</li><li>• 기관 간 협업 및 연계 활동 주도</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역 수준의 다기관 협력체계 조정</li><li>• 다각종 간 연계 네트워크 운영</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 광역·전국 단위의 협력체계 구축 및 조정</li><li>• 정책·행정기관과의 협업체계 제안 및 자문</li></ul>	
⑤ 지역사회 접근 및 사회복지사회복지 실천	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역 내 사회문제와 복지자원에 대한 인식</li><li>• 상급자 지도 하 행정기관 등과의 조정</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역사회 자원을 활용한 지원 활동 수행</li><li>• 행정·의료·복지기관 간 협력 추진</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역의 사회문제 해결을 위한 연계활동 주도</li><li>• 주민·기관과 협력하여 예방적 개입 실천</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역사회 네트워크 내에서 사회복지 계획 수립 참여</li><li>• 정책 제안 및 커뮤니티 기반 실천 모델 개발</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역복지 정책 수립 및 평가에 기여</li><li>• 행정·학계·실천 현장을 연결하는 커뮤니티 소셜 워크 리더십 발휘</li></ul>	
4. 자기개발						
전문적 자기성장	<ul style="list-style-type: none"><li>• 자신의 과제에 관심을 가지고, 학습을 통해 개선 가능</li><li>• 외부에서 받은 지식과 경험을 실무에 적용</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 기관 내 연수나 회의 등에서 얻은 지식을 실무에 적용 가능</li><li>• 실무에 필요한 학습(연수, 워크숍 등)을 스스로 찾아 수행</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 다기관·다각종과 협력하여 정보를 수집하고 이를 실무에 반영</li><li>• 실무에서 얻은 지식을 동료에게 공유·학습 가능</li><li>• 다양한 영역의 지식과 정보를 활용한 전문성 향상 가능</li><li>• 클라이언트와 가족 상황의 개선 방안 제시</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 조직 차원의 지원조정 체계의 설계 및 운영</li><li>• 다기관 협력 기반의 사례관리 네트워크 구축</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 지역사회 수준의 통합 지원 시스템 운영</li><li>• 정책·제도 개선을 반영한 개입모델 제시</li><li>• 광역 단위의 다각종 협력 체계 구축</li></ul>	<div>다분야 인재 (Generalist)</div> <ul style="list-style-type: none"><li>• 사회의 변화와 복지·돌봄 정책의 동향, 최신의 지식과 정보를 체계적으로 업무에 반영</li><li>• 자신의 경력 개발(커리어 디자인)의 구체화</li></ul>

단계	1단계 1~2년	2단계 3~5년	3단계 6~10년	4단계	5단계 11년 이상	발전 경로
5. 전문직 교육·연구						
① 교육	<ul style="list-style-type: none"><li>배우려는 자세</li><li>직장 내 동료의 강점 인식 및 적용</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>후배나 동료에게 실무 지도 제공</li><li>구체적인 실천 사례를 통해 전달 및 조언</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>후배를 육성하기 위한 지도·계획 수립</li><li>학습·연구회의 리더로 서 역할 수행</li><li>피어슈퍼비전(Peer Supervision) 가능</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>후배·직원의 성장과 역량 강화를 체계적으로 지원</li><li>조직 차원의 후배 육 양성체계 설계 및 관리</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>조직 및 지역 수준에서 지속 가능한 인재 육 체계 구축</li><li>후진 양성을 위한 교육·연구 네트워크 운영</li><li>전문직 교육정책에 기여</li></ul>	교육·연구자
② 연구 및 실천성과 제시	<ul style="list-style-type: none"><li>실천 경험 공유</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>실천 성과를 언어화하고 보고로 정리 가능</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>연구·실천 결과를 체계적으로 분석·발표</li><li>실천과 연구의 연계성 인식 및 개선</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>연구 및 실천 결과를 학술적으로 체계화하여 발표</li><li>실천 현장의 문제 학문적 검토</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>사회적 환류를 고려한 실천 연구의 확산</li><li>학문과 실천 현장을 연결하는 정책 제언 제시</li></ul>	
6. 보건복지사로서의 의식						
직업적 정체성 확립 및 동기 부여	<ul style="list-style-type: none"><li>보건복지사로서의 직업적 정체성과 책임감 인식</li><li>직무 수행에 필요한 기본적 윤리의식 함양</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>보건복지사로서의 역할과 직무 이해 및 설명 가능</li><li>업무에서의 자신의 입장과 역할을 명확히 인식</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>전문직으로서의 윤리적 책임과 역할 이해</li><li>타 직종과의 협업 속에서 전문직의 정체성 유지</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>윤리적 딜레마 상황에서 자신의 윤리관을 근거로 판단·조정 가능</li><li>팀 내 윤리 논의의 주도 및 실천</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>보건복지사로서의 정체성을 유지하며 후배에게 전수 가능</li><li>사회·조직 속에서 전문직으로서의 가치관을 지속적으로 표현</li></ul>	

출처: “精神保健福祉士のキャリアラダー(내부자료)”, 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会, n.d.

그리고 별도 법률로 규정되는 공인심리사의 활동 영역이 보건, 의료, 복지, 교육, 사법과 노동 5개 분야에 걸쳐 폭넓게 정의되어 있으므로, 공인심리사의 경우 개별 분야의 특성에 맞는 전문지식과 기술을 지속적으로 강화해나갈 필요성이 강조되었다. 보다 구체적으로 의료 영역에서는 공인심리사의 기존 역할 외에도 팀의료의 주요 구성원으로서의 역할, 복지 영역에서는 지역사회 연계 및 다직종 협력 능력을 보다 강화할 필요성이 현장에서는 제기되고 있었다. 관련해서 일본의 공인심리사협회(JACP)에서는 공인심리사의 역할과 핵심역량을 제시하는 Competency model을 개발하였으며, 공인심리사의 7개 핵심역량을 제시하고 있다. 이는 심리적 평가 및 지원 등 전문적 기술, 프로페셔널리즘(전문성), 반성적 실천, 관계성, 과학적 지식과 방법, 문화적 다양성 및 개별성 존중, 다학제간 협력을 포함한다(一般社団法人 日本公認心理師養成機関連盟, 2023).

또한 공인심리사법에서 규정하는 공인심리사의 자질향상의 책무(資質向上の責務)에 따라 공인심리사는 보수교육을 이수해야 한다. 이를 지원하기 위해 공인심리사협회에서는 회원을 대상으로 5개 영역에 따라 분야별 보수교육을 대면, 온라인, 전국대회 및 학술집담회 등 다양한 방식으로 진행하고 있으며, 윤리강령, 최신 연구 동향, 심리평가 및 심리적 지원 기법, 사례연구 등 다양한 주제를 다루고 있다. 보다 구체적으로 공인심리사협회에서 실시하는 실무 기초 연수 2년 과정에서는 공인심리사 제도에 대한 이해, 법과 윤리, 인간 심리, 협력 및 실천 등을 주제로 한 공통 기초 연수가 1년차에 진행된다. 2년차에는 다음의 표에 제시된 것처럼 5개 영역별로 구체적인 과제와 역할에 대한 교육이 진행된다.

〈표 3-42〉 일본 공인심리사 실무기초연수과정에서 진행되는 5개 영역 교육 훈련 내용

영역	주요 내용 및 과제
보건의료	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 팀의료와 리더십</li> <li>• 일반 신체과 영역에서의 공인심리사 역할에 대한 기대</li> <li>• 정신과 급성기 병동에서의 다직종 연계</li> <li>• 지역 재택 의료에서의 공인심리사의 역할에 대한 기대</li> <li>• 위험사정(Risk Assessment)과 위기 계획(Crisis Plan)</li> <li>• 의료 종사자의 학대 대응</li> </ul>
복지	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복지영역에서의 권리 옹호와 법제도</li> <li>• 아동학대 대응의 흐름과 심리직의 역할</li> <li>• 다직종 협동에 의한 지원과 심리직의 역할</li> <li>• 고령자 및 가족에 대한 심리적 지원의 실제</li> <li>• 장애 당사자, 가족, 지원자에 대한 지원</li> </ul>
교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 교직원에 대한 컨설팅이전과 코디네이션</li> <li>• 팀 학교에 대한 컨설팅이전</li> <li>• 보호자 및 지역사회와의 연계</li> <li>• 아동(당사자)과의 파트너십</li> </ul>
사법	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가해자 지원과 범죄 피해자 지원</li> <li>• 사법 관계자 등과의 유효한 연계를 위한 사정과 개입</li> <li>• 의료관찰법과 공인심리사의 역할</li> <li>• 가정 내 분쟁 중인 아동의 심리</li> <li>• 일탈행동 배경의 애착/발달 과제 이해</li> <li>• 사법 범죄 분야에서의 감정 이해</li> </ul>
산업	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복직 지원(Rework)</li> <li>• 외부 직원지원프로그램(eAP)</li> <li>• 조직론(젊은 직원의 우울 반응)</li> <li>• 경력 주기 이론</li> </ul>

출처: “研修総合ガイド”, 一般財団法人 公認心理師試験研修センター, 2025,  
[https://www.jccpp.or.jp/download/pdf/kensyu\\_guide.pdf](https://www.jccpp.or.jp/download/pdf/kensyu_guide.pdf)의 내용을 연구진이 정리하여 작성함.

## 제7절 소결

이 장에서는 호주, 캐나다, 영국, 독일, 미국, 일본 등 주요 선진국의 정신건강서비스 제공 인력 정책을 고찰하였다. 앞서 살펴본 것처럼 각국은 자신이 처한 상황과 맥락에 따라 차별화된 정신건강서비스 제공 인력 정책을 추진하고 있으나, 정신건강서비스의 확대에 따른 인력 부족 문제는 공통적으로 경험하고 있었다. 각국은 이 문제에 대응하기 위해 인력의 개념과 범위를 확장하고 인력의 전문성을 강화하며 처우를 개선하는 방향으로 변화를 모색하고 있는 것을 확인할 수 있었다. 이 절에서는 앞서 각 절에서 고찰한 해외 국가들의 정신건강서비스 제공 인력 정책이 가지는 주요한 특징과 시사점을 정리하여 제시하였다.

우선 이 연구에서는 해외의 정신건강서비스 제공 인력 정의가 단순히 정신건강 전문인력에서 벗어나 확장되고 있음을 확인할 수 있었다. 각국은 정신건강을 전인적 관점에서 이해하고 있으며, 이에 따라 인력 개념 역시 정신질환에 대한 치료 중심 인력에서 벗어나 정신질환을 포함한 전 국민을 대상으로 한 예방, 치료, 재활, 회복에 이르는 다양한 서비스를 제공하는 인력까지 포괄하는 방식으로 이해하고 있는 것으로 보인다. 이에 따라 정신건강 전문인력과 더불어 경험기반 인력과 같은 지원 인력, 심리상담 혹은 정신건강 상담서비스를 제공하는 인력, 장애와 복지 혹은 요양과 돌봄서비스를 제공하는 인력까지 포괄하기도 한다. 관련해서 호주는 정신건강 인력을 전문 인력(Specialist Workers), 일반 인력(Generalist Workers) 그리고 경험 기반 인력(Lived Experience Workers)으로 폭넓게 이해하고 있기도 하다. 이러한 인력 개념과 범위의 확장과 관련해서 일부 국가는 범위를 법제도적 차원에서 구분하기 위한 시도들도 하고 있다. 예를 들어, 캐나다는 국가직업분류(NOC)에 따라 정신건강 전문직,

일차 의료 인력, 준전문직으로 분류하고 있으며, 독일은 독립적 치료 전문직(면허 직군), 보건 및 사회 전문직(국가자격증), 보완 및 경험 기반 인력으로 인력을 구분하고 있기도 하다.

둘째, 해외 정신건강 인력 정책에서는 경험 기반 인력(동료지원인)의 중요성이 부각되고 있으며, 이들이 활동할 수 있는 제도적 기반을 구축하고 있는 상황임을 확인할 수 있었다. 이들 국가들은 정신질환 당사자의 경험을 활용한 지원이 서비스를 제공하는 동료지원인이나 서비스를 받게 되는 정신질환자 모두의 임상적 효과와 회복 촉진에 기여한다는 인식을 가지고 있으며, 이에 따라 동료지원 인력을 공식적으로 양성·고용하고 있으며, 이들의 서비스 제공에의 전문성을 인정하는 정책들을 도입하고 있다. 예를 들어 영국은 최근 경험기반 인력의 필요성을 공식 인정하고 2023/24년까지 NHS 정신건강 서비스에 동료지원 인력 4,730명을 배치하고, 2036/37년까지 6,500명 이상으로 확대하는 목표를 제시하였다. 호주와 캐나다에서도 동료지원가는 정신건강팀의 필수 구성원으로 간주하며, 이들의 역량 강화와 역할 확대를 위한 노력이 진행 중이다. 미국 역시 동료지원 전문가(Peer Specialists) 제도의 확산과 제도화 측면에서 선도성을 보이는데, 현재 대부분의 주(州)에서 공인 동료전문가 자격 제도를 운영하고 있으며, 연방 차원에서도 Medicaid 등을 통해 동료지원 서비스에 대한 재정 지원을 확대해왔다. 연구에서 살펴본 뉴욕주의 경우 주 정신건강청(OMH)이 공인 동료전문가 인증제도를 갖추고 체계적인 교육·시험을 통해 자격을 부여하는 한편, 주정부 인가를 받거나 예산 지원을 받는 다양한 정신건강 프로그램에서 동료지원가를 필수 인력으로 고용하도록 의무화하고 있기도 하다. 일본에서도 당사자의 관점과 경험을 정신건강 정책에 반영하려는 움직임이 꾸준히 있으며, 장애인복지서비스 수가 개정을 통해 동료지원인 체제가산, 동료지원 실시가산제도가

마련되어 이행 중이기도 하다. 이를 통해 볼 때, 정신건강복지서비스 분야에서 경험 당사자의 역할이 주변적 참여에서 정신건강복지서비스 제공 인력의 일원으로 격상되고 있으며, 여러 국가에서 동료지원인을 공식 양성·자격화하여 실질적인 지원 인력으로 활용하는 방향으로 나아가고 있다.

셋째, 정신건강복지서비스 수요 증가에 비해 인력 공급이 턱없이 부족한 현상이 모든 국가에서 나타나며, 특히 도시와 지역 간 인력 격차가 커지고 전문의와 1차진료 인력 간 공급 불균형이 확인되는 등, 취약지역과 특정 분야의 인력 부족 문제가 구조적 문제로 드러나는 것으로 보인다. 예를 들어 호주와 캐나다 등은 도시와 농촌/오지 간의 심각한 인력 격차에 직면해 있으며, 독일의 경우 정신의학 및 심리치료 전문직 그룹의 공식 초과율이 78.2%에 달하는 등, 전문의와 특정 직종의 부족 현상이 두드러진다. 캐나다에서는 정신과 의사의 33%가 60세 이상인 등 고령화 문제도 심각하다. 이러한 위기에 대응하기 위해 각국은 인력 확충과 분배 개선 전략을 추진하고 있다. 우선 기존 인력의 유지를 위해 처우 개선과 복지 향상에 힘쓰는 한편, 인력 풀 자체를 늘리기 위해 신규 인력 양성을 대폭 확대하고 있다. 우선 호주의 경우 데이터 기반의 정밀한 인력 수급 예측 모델인 정신건강 서비스 계획 프레임워크(NMHSPF)를 개발하고, 이를 활용하여 인력 규모를 추계하고, 정책에 활용하고 있다. 그리고 영국은 NHS 장기 인력 계획을 통해 정신건강 간호사와 학습장에 간호사 훈련 정원을 대폭 확대하고, 견습제도(apprenticeship)를 활용하여 현장 근무와 자격 취득을 병행하는 경로를 강화하는 등 진입경로 확대 방식을 모색 중이다. 또한 영국은 심리적 웰빙 실무자(PWP)나 교육 정신건강 실무자(EMHP) 등 단기 교육을 통해 실질적인 심리 중재를 제공할 수 있는 신규 직군을 제도화하여 전문인력의 부담을 경감시키고 서비스 접근성을 높이고 있으며, 일본은 정신과 의사의 업무 일부를 다른 전문직에게 분담

하는 업무 이양을 검토하고 있으며, 2023년에는 정신과 병동 상급실무 간호사의 역할을 신설하여 간호 인력의 역할을 확장하기도 했다. 그리고 캐나다 B.C.주는 지역사회 기반 서비스를 강화하면서 농어촌 지역에 전문 인력을 배치하기 위한 특별 양성 프로그램을 도입하였으며, HCAP(Health Career Access Program)를 통해 의료·정신건강 분야로의 진입 장벽을 낮추고 현지 인력을 신속히 양성하는데, 학비 전액지원과 생활수당 지급, 유급 실습 병행 등을 조건으로 지역 출신 인력을 돌봄 및 지원직으로 훈련하여 배치하고 있기도 하다. 즉, 종합해 보면, 연구에서 고찰한 국가들에서는 정신건강 인력 부족 문제를 경험하고 있는 상황이며, 이를 해결 혹은 완화하기 위해 교육 대상 인력 범위를 확대하거나, 새로운 인력 직군을 개발하거나, 인력 수급에서의 지역 격차를 줄이기 위해 다양한 정책 수단을 도입하고 있는 것으로 나타난다.

넷째, 해외 국가들은 정신건강서비스 제공 인력의 역량을 강화하기 위해 자격 관리 체계를 강화하거나, 표준화된 교육과정을 마련 및 운영하고 있는 것에서도 공통점을 보였다. 보다 구체적으로 호주(정신건강 인력을 위한 국가 실무 표준 및 직업교육훈련)와 일본(별도 법률로 인력 규정), 독일(직업 명칭에 대한 법적 보호 및 법정 규제기관의 자격관리 체계)의 경우 국가 단위의 정신건강서비스 제공 인력의 자격 관리 체계를 표준화하여 운영하고 있었다. 또한 해외 국가들은 지속적 전문성 개발 교육 및 훈련에의 참여를 강조하고 있었으며, 정신건강 전문인력을 대상으로 연간 보수교육 이수를 의무화하거나 요구하고 있는 국가가 다수였다. 또한 해외에서는 다학제 간 협업에 기반한 정신건강서비스 제공을 강조하면서, 인력을 대상으로 한 다양한 교육과정에서 다학제 협력, 네트워크, 소통을 강조하고 있기도 하다.



다섯째, 해외 국가들은 인력을 양성하고 질적 역량 강화를 위한 노력과 더불어 현장의 인력들이 장기간 안정적이고 안전한 환경에서 계속 일할 수 있도록 하는 전략들도 적극적으로 추진하고 있다. 급여, 각종 수당 등 보상체계를 개편하기도 하며, 정신건강서비스 제공 경력에 따른 임금 인상, 지역 인력 유치 및 유지를 위한 인센티브 개발 등 다양한 지원 조치를 가지고 있다. 또한 해외 국가에서는 임금 및 복리후생 향상을 통한 보상 체계 개편이 공통적으로 추진되고 있기도 하다.

위 내용들을 종합해보면, 이 글에서 살펴본 모든 국가는 정신건강서비스의 확대에 따른 정신건강서비스 제공 인력 부족 문제를 공통적으로 경험하고 있으며, 이 과정에서 정신건강서비스 제공 인력의 개념을 확장하고 있음을 확인할 수 있었다. 보다 구체적으로 정신건강서비스 제공 인력을 기존 정신건강 전문인력 외 경험기반 인력과 같은 지원 인력과 더불어 준전문직군 인력들을 포함하는 방식으로 인력의 확장을 도모하고 있었다. 단순히 인력의 규모를 확장하는 것에 그치는 것이 아니라, 인력의 전문성과 역량을 강화하고 유지할 수 있도록 하는 체계를 마련하고 있으며, 인력의 근무 경력이나, 전공, 서비스 제공에 필요한 역량 수준에 따라 표준화된 교육 체계와 자격관리 체계를 운용하고 있음을 확인할 수 있었다. 마지막으로 인력들이 정신건강서비스 제공 현장에서 안정적으로 오래 일할 수 있도록 하는 유지 전략들을 구상하고 있으며, 이와 관련한 다양한 방법들을 시도하고 있는 것으로 보인다.





## 제4장

### 면담과 조사로 살펴본 정신건강복지서비스 제공 인력 현황과 문제점

제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 확보 및 수급  
현황과 문제점

제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 및 역량  
강화 관련 현황과 문제점

제3절 정신건강복지서비스 제공 인력 보호와 지원 관련  
현황과 문제점

제4절 소결



## 제4장

# 면담과 조사로 살펴본 정신건강복지서비스 제공 인력 현황과 문제점

이 장은 국내 정신건강복지서비스 제공 인력들의 경험과 의견을 질적 면담조사와 온라인 조사를 통해 파악한 결과를 제시하였다. 현장에서 정신건강복지서비스를 제공하는 인력들은 충분한 것인지, 인력을 확보하는데 어떠한 어려움을 경험하는지와 더불어 인력을 양성하는 체계와 관련해서 어떤 의견을 가지는지를 살펴보았다. 또한 인력의 역량 강화가 필요한 내용과 더불어 인력이 현장에서 계속 남아있을 수 있도록 하기 위해서는 어떠한 보호와 지원이 필요한지를 살펴보았다.

연구에서는 우선 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 정신재활시설, 정신요양시설, 정신의료기관에 있는 중간관리자(상임팀장)와 관리자(센터장이나 시설장)를 대상으로 질적면담조사를 수행하였고, 이들과의 면담결과 면담참여자들은 기관/시설 유형에 따라 경험하는 현상이 다르기는 하지만 연구에서 의료기관의 인력과 지역사회를 기반으로 서비스를 제공하는 인력의 경험과 의견을 모두 반영하기에는 제한적이라는 의견이 제기되었다. 이에 따라 이후 진행된 정신건강전문요원과 비전문요원 대상 질적면담조사와 시설장/센터장 및 중간관리자 대상 온라인 조사에서는 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 정신재활시설, 정신요양시설에 초점을 두어 인력 현황 및 문제점을 파악하였다.

연구에서는 질적면담조사를 먼저 수행하고 온라인 조사를 수행하였으며, 질적면담조사에서 언급된 인력 구조, 수당 등 정량적인 근거들을 확보하고자 하였다. 이 글에서는 질적면담조사와 온라인 조사 내용을 함께

포괄적으로 분석하여 제시하였으며, 특정 유형의 기관/시설 유형에 해당하는 내용인 경우에만 해당 기관/시설 유형명을 언급하였다.<sup>1)</sup>

## 제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 확보 및 수급 현황과 문제점

### 1. 정신건강복지서비스 확대에 따른 인력 부족 심화 현상

정신건강전문요원을 포함한 전문 인력의 양성은 지속적으로 이루어지고 있으나, 실제 정신건강복지서비스 제공 현장에서는 절대적인 인력 부족 문제를 호소하고 있다(임준 외, 2021, p. 5). 앞서 서론에서 살펴본 것처럼 국내 정신건강복지서비스는 지역사회를 기반으로 확대되고 있으며, 중증정신질환자 중심의 서비스에서 자살예방 및 자살고위험군 대상 서비스, 지역주민 대상 정신건강 상담, 중독 예방 및 관리 서비스 등으로 점차 보편적 서비스로 확대되고 있다. 앞서 살펴본 해외 국가들처럼 한국 역시 인력 부족 문제를 경험하고 있으며, 인력 수급 문제는 해결되지 않은 채 누적되고 있다. 이는 연구에서 수행한 시설장 및 센터장 등 중간관리자 이상을 대상으로 한 온라인 조사에서도 나타난다. 온라인 조사 참여자들의 5.2% 정도만이 현재 기관의 서비스 제공 인력 규모가 업무 수행에 충분하다고 보고했다. 참여자의 3/4 정도는 제공 인력이 부족하다고 보고하였다. 이들은 기관에서 가장 부족하다고 느끼는 인력 유형으로 정신건강전문요원(57.9%)이라는 응답이 가장 많았으며, 그다음으로는 사회복지사(14.9%), 행정/회계 인력(14.0%)이 많았다.

1) 즉, 기관/시설 유형명이 언급되지 않은 내용들은 지역사회 기반 정신건강복지서비스 제공 기관에서 근무하는 인력들의 공통된 경험 혹은 의견이었음.

〈표 4-1〉 정신건강복지서비스 제공 인력 규모의 충분성

구분			매우 부족/부족		보통		매우 충분/충분	
			N	%	N	%	N	%
전체			121	78.1	26	16.8	8	5.2
시설 유형	정신건강 복지센터	기초	23	62.2	10	27.0	4	10.8
		광역	4	66.7	1	16.7	1	16.7
	자살예방센터		7	87.5	1	12.5	0	0.0
	중독관리통합지원센터		25	86.2	3	10.3	1	3.4
	정신재활시설		43	81.1	9	17.0	1	1.9
	정신요양시설		19	86.4	2	9.1	1	4.5
지역	대도시		72	80.9	14	15.7	3	3.4
	중소도시		31	77.5	5	12.5	4	10.0
	농어촌		18	69.2	7	26.9	1	3.9

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

질적 면담에 참여한 정신건강복지서비스 제공 인력들은 인력 부족과 관련해서, 정신건강 및 자살예방 관련 서비스와 사업이 지속적으로 확대되고 있으나, 이를 수행할 인력 충원이나 인력 기준 개선 등 인력에 대한 지원 없이 사업이 진행되는 구조적 문제가 인력 부족을 심화시키고 있다고 지적하였다. 특히 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 경우 인력 지원 없이 사업비만 내려오는 상황이 반복되면서 현장의 실무자들은 과도한 업무 부담을 호소하였으며, 신규 사업과 기존 사업 사이에서 선택과 집중이 불가능해 서비스의 질을 유지하기 어려운 현실에 놓여 있다고 토로하였다.

“인력은 충분하냐라고 생각하냐 할 때 사실은 좀 그렇지 않다는 생각이 좀 드는 게 자살 예방 사업과 관련해서도 이제 5차 자살 예방 기본 계획을 펼치면서 이 수많은 사업들을 수행을 하라라고 내려왔는데... 신규 사업은 늘어나고 확대 사업도 늘어나지만 선택과 집중을 할 수가 없는 거예요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 A)

“저희도 동일하게 충분하지 않다라고 생각을 하고... 사업이 확대되는 거는 계속 매년 늘어나고 있는데 거기에 실어서 오는 건 인력 지원 없이 사업비만 내려오는 상황이라...지금 최근에 내려왔던 것들이 다 그렇잖아요”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 B)

이처럼 인력 부족 상황에서 서비스는 확대되는 경험이 반복되다 보니, 질적면담에 참여한 정신건강복지서비스 제공인력은 방대한 업무 범위와 업무량의 과증으로 인해 상당한 부담을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 특히 시설이나 센터의 규모가 작을수록 제한된 인력으로 다양한 업무를 수행해야 함에 따라 업무 간 구분이 명확하지 않고 각자의 담당 업무를 수행하는 과정에서 업무 부담이 더욱 가중되어 어려움을 느끼고 있었다. 또한 업무의 효율성과 연속성을 저해하는 주요 요인으로 인력 대비 과도한 업무량이 지적되었다.

“업무 범위가 너무 많으니까. 제한된 시간에 너무 많은 일을 해야 되는 그런 일이 있고 또 행정 업무나 이런 것도 너무 많다 보니까 이제 상담도 해야 되는데 행정 업무를 또 해야 되고 그런 시전에는 또 우선순위가 막 이렇게 왔다 갔다 할 때가 있으니까 그런 걸 잘 하는 게 좀 어려운 것 같아요.”(전문요원 F)

또한 다양한 업무를 동시에 진행하다 보니, 업무에서의 선택과 집중이 불가능하게 되고, 그 결과 자신이 제공하는 서비스의 질이 저하되는 경우도 종종 발생한다고 호소하기도 했다.

“가장 큰 문제가 일은 많은데 사람이 적다 보니까 하나만 하는 게 아니라 여러 개를 한 번에 해야 되다 보니까 처음에 받는 인수인계가 너무 많더라고요...(중략)...이런 게 아무래도 좀 업무와 관련이 좀 있는 거라면 모르겠는데 갑자기 오늘은 MHIS 관리하다가 내일은 가서 다른 행사 기획해야



되고 이런 느낌이 드니까 이제는 업무 연속성이 좀 떨어지는 느낌도 있고 이런 거는 조금 확실히 센터가 전체적으로 가진 단점이 아닐까 인구에 비해서 일이 너무 많으니까.(전문요원 K)

지역사회 기반의 정신건강복지서비스 제공 기관들의 경우 매해 연초에 자신의 기관에서 어떤 사업들을 할 것인지에 대한 계획을 세우고 있으며, 그 계획에 따라 사업을 진행하고 있는 상황이다. 하지만 재난이 발생하거나, 정신건강과 관련한 어떤 이슈가 발생하거나 해서 계획하지 않은 업무가 추가되는 경우, 그리고 그 업무에 대한 예산이 충분히 확보되지 않는 경우, 이는 현장 인력에게 상당한 부담으로 작용하고 있는 것으로 나타났다.

“요구하는 게 너무 많을 때인 것 같아요. 그러니까 센터에서 할 수가 없는데 너무 많은 걸 요구할 때 예를 들면은 아까 제가 생각이 나는 게 안심마을이랑 치료비밖에 없는 것 같아요. 예산은 정말 안 주거든요. 예산이 정말 없어요. 근데 예산은 안 주면서 ‘이거 안심만 하니까 이번엔 몇 개 동까지 해야 되니까 회의 한번 열어야 하지 않겠어요?’ 이러면 저희는 이제 난감한 거죠. 사업비도 없고 회의를 열려면 어쨌든 간에 유관기관 관계자들 이랑 모셔야 하는데 모시려면 기본적으로 장소 대여나 아니면 다과비 정도나 이런 것도 있어야 하는데 다과비도 제한이 되어 있고 아니면은 그 다과비조차도 어디서 끌어올 수 있는 사업비가 없어요.

근데 ‘하세요’라고 이제 이렇게 압박이 들어올 때는 많이 당황하는 것 같아요...없는 것에서, 무에서 유를 창출하라는 느낌이어서 어떻게 하라는 것인가 그런 딜레마가 좀 있는 것 같아요.”(전문요원 M)

“이제 기피 업무 같은 경우는 작년에 갑자기 떨어진 마약 사업과 같이, 갑자기 위급하게 해야 하는 좀 큰 사업들이 만약에 있으면 센터 전체적으로 좀 함께 진행하게 되기 때문에 그런 게 생길 때 조금 어려운 부분이 좀 있는 것 같습니다. 사실은 연간 계획을 전년도 하반기에 이미 세워놓잖아

요. 그렇게 세팅해서 흘러가는 그러한 것들은 크게 부담이 된다고 생각이 들진 않습니다.”(전문요원 I)

2. 정신건강복지서비스 제공 인력 운용에서의 어려움

가. 인력 채용에서의 어려움

정신건강복지서비스가 계속 확장됨에 따라 정부에서도 정신건강복지 서비스 제공기관, 특히 정신건강복지센터, 자살예방센터의 인력을 확충하기 위한 예산확보 등 노력을 지속하고 있기는 하다(관계부처 합동, 2021; 관계부처 합동, 2023b). 다만 지역에서는 서비스 제공 인력 확보하기가 어렵다는 호소가 이어지고 있다. 온라인 조사에 참여한 시설장 및 센터장 등 중간관리자들의 64.5%가 기관의 신규 인력을 채용하는 것이 어렵다고 보고하였다. 대도시 기관의 57.3%가 신규 인력 채용의 어려움을 보고한 반면, 농어촌 지역은 76.9%로 나타나 상대적으로 비도시 지역에서 신규 인력 확보가 더 어려운 것으로 확인되었다.

〈표 4-2〉 신규 인력 채용 용이성

구분			매우 어려움/어려움		보통		매우 쉬움/쉬움	
			N	%	N	%	N	%
전체			100	64.5	48	31.0	7	4.5
기관 유형	정신건강 복지센터	기초	25	67.6	9	24.3	3	8.1
		광역	5	83.3	0	0.0	1	16.7
	자살예방센터		5	62.5	2	25.0	1	12.5
	중독관리통합지원센터		21	72.4	8	27.6	0	0.0
	정신재활시설		30	56.6	21	39.6	2	3.8
	정신요양시설		14	63.6	8	36.4	0	0.0

구분		매우 어려움/어려움		보통		매우 쉬움/쉬움	
		N	%	N	%	N	%
지역	대도시	51	57.3	33	37.1	5	5.6
	중소도시	29	72.5	10	25.0	1	2.5
	농어촌	20	76.9	5	19.2	1	3.9

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

인력 채용에서의 어려움은 몇 가지 이슈로 정리할 수 있는데, 질적면담에서 드러난 이슈들을 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 우선, 질적면담에 참여한 정신건강복지서비스 제공 인력들은 수도권 외곽이나 지방의 경우 지원자 자체가 거의 없어 예산이 있어도 인력 채용이 ‘하늘의 별 따기’ 수준이라고 표현하였다.

“작년 같은 경우에는 저희가 총무과에 확인해 보니까 채용 공고를 30년 냈대요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 B)

“▽▽도 지역은 정말 전멸이라는 표현을 쓰시기도 하세요... 전문요원 구하는 게 진짜 하늘의 별 따기여서...”(정신재활시설장 B)

“전문요원이 안 옵니다. 그냥 네 안 오기 때문에 안 오는 걸 가지고 계속 채용 공고를 내면 사업팀이 너무 힘들기 때문에 비전문 요원 15분짜리를 뽑아서 훈련시키는 것이 그 시간이 더 빠르기 때문에 저희는 그걸 감수하고라도 채용을 해서 진행을 하고요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 F)

또한 채용 과정에서는 제한된 예산으로 인해 경력 있는 실무자를 뽑기 어려운 구조적 문제가 지적되었다. 퇴사자의 호봉보다 높은 경력자는 예산 부담 때문에 채용이 어렵고, 결국 저경력자 위주로 채용이 이루어지는 악

순환이 반복되고 있었다. 즉, 채용 공고를 내더라도 지원자가 없거나, 예산 제약으로 경력직 채용이 불가능한 등 구조적 한계가 동반되고 있었다.

“나가신 분보다 호봉이 높으면 부담스러워하세요... 그 사람의 호봉에 맞춰서 급여가 나오는데 문제는 그 호봉보다 높으면 일단 그 호봉이 높은 거에 대한 지자체에 부담이 있다 보니까 그보다 낮은 사람을 찾게 되는 형태가 돼버리더라고요.”(정신재활시설장 A)

이와 관련하여 온라인 조사에서 인력을 채용해야 하지만 인건비가 부족해서 인력을 채용하지 못한 경험이 있는지를 물어본 결과 조사 참여자의 48.4%가 그런 경험이 있다고 응답하였다. 지역별로 살펴보면 대도시 53.9%, 중소도시 45.0%, 농어촌 34.6% 순으로 인건비 부족 문제로 신규 인력 채용을 하지 못한 경험이 있는 것으로 확인되었다.

〈표 4-3〉 인건비 부족으로 신규 인력 채용을 하지 못한 경험

구분			N	%
전체			75	48.4
기관 유형	정신건강복지센터	기초	16	43.2
		광역	4	66.7
	자살예방센터		5	62.5
	중독관리통합지원센터		21	72.4
	정신재활시설		25	47.2
	정신요양시설		4	18.2
지역	대도시		48	53.9
	중소도시		18	45.0
	농어촌		9	34.6

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

또한 신규 채용이 어려운 이유를 3순위까지 응답하게 한 결과, 1~3순위 전체 응답을 합산했을 때 ‘직무 기피(고위험 사례관리, 야간·주말 근무 등)(71.0%)’, ‘낮은 보수 및 처우(57.0%)’, ‘지역 내 지원 가능한 인력 부족(57.0%)’, ‘과중한 업무량(49.0%)’ 순으로 나타나, 업무의 난이도나 근무 환경 요인이 신규 인력 확보의 주요 제약 요인으로 확인되었다.

〈표 4-4〉 신규 인력 채용이 어려운 이유

구분	1+2+3순위		1순위		2순위		3순위	
	N	%	N	%	N	%	N	%
낮은 보수 및 처우	57	57.0	19	19.0	21	21.0	17	17.0
과중한 업무량	49	49.0	15	15.0	20	20.0	14	14.0
직무 기피(고위험 사례관리, 야간·주말 근무 등)	71	71.0	26	26.0	24	24.0	21	21.0
지리적 접근성 문제	27	27.0	12	12.0	6	6.0	9	9.0
지역 내 지원 가능한 인력 부족	57	57.0	17	17.0	17	17.0	23	23.0
기관의 계약 구조 및 고용형태 제약	32	32.0	8	8.0	12	12.0	12	12.0
기타	7	7.0	3	3.0	0	0	4	4.0

주: 신규 채용 용이성이 ‘매우 어렵다’, ‘어렵다’라고 인식하는 경우에만 응답(n=100)

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

## 나. 인력 유지에서의 어려움

정신건강복지서비스 제공 기관들은 인력을 어렵게 채용하고 있기도 하지만, 이들 인력을 유지하는 것에도 어려움을 경험하고 있었다. 물론 정신재활시설이나 정신요양시설과 같이 근속연수가 상대적으로 긴 기관들도 있기는 하지만, 정신건강복지센터나 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 경우 인력 유지에의 어려움을 경험하고 있는 것이 대부분이었다. 그 결과, 새롭게 뽑힌 저연차 인력과 중간에 이탈되지 않고 장기 근속하

는 인력들로 구성된 모래시계형 구조가 보편적인 인력 구조 형태로 나타나고 있다.

“주니어와 시니어만 있고 미들이 없는 상황입니다. 중간관리자가 전혀 없는 그 4년 차 제가 이제 중간관리자이다 보니까 대부분 입사 한 1~2년, 2년 되면은 소진이 돼서 혹은 뭐가 개인 사유든 뭐든 좀 퇴사하는 경우들이 종종 많이 발생하다 보니까 이제 6년 차 7년 차 되시는 분들이 거의 없고 팀장님이나 센터장님은 대충 10년 15년 이렇게 그 사이에 간격이 너무 크다 보니까 그런 좀 어려움이 있지 않을까”(비전문요원(수련생 포함) F)

“저희 센터도 마찬가지로 중간 연차가 많이 없고 팀장님들 같은 경우에는 계속해서 이제 근무를 하고 계시지만 사실 이 중독센터 자체가 일반 정신이나 이런 데에 비해서 예산이 많이 부족하잖아요. 그래서 부족하기 때문에 전문 인력을 많이 못 뽑고 일반 사회복지사를 뽑는 비전문적으로 뽑는 경우가 많고 또 그리고 경력직보다는 1년 차 위주로 뽑다 보니까 이게 계속 반복되면서 한번 일하고 또 거의 퇴사하시는 분들은 1년 일하고 퇴사를 하거나 그거를 이제 넘어서면 많이 이렇게 올라가시는 것 같은데 그렇지 않고 제가 이제 입사하고 난 이후에도 굉장히 많은 분들이 입사하셨지만 정말 많이 퇴사를 하시고 계속 거의 1년 차가 들어왔다가 또 나갔고 약간 이런 상황이 계속 반복되는 것 같아서 좀 중간 계층이 없다 보니까 저도 처음에 들어왔을 때 약간 뭔가 업무의 저희 뭔가 사수의 느낌이 없고 뭔가 바로 팀장님 다 약간 이런 분위기가 있어서 이거는 저희 센터만의 분위기라기보다는 전반적인 예산과 관련된 여러 가지 문제가 있는 것 같습니다.”(비전문요원(수련생 포함) E)

온라인 조사에서 살펴본 근속 기간에 대한 분석에서도 전체 기관 인력의 평균 근속연수 분포는 1~3년 미만의 저연차 인력이 평균 6.5명으로 가장 많았고, 그다음으로 10년 이상의 고연차 인력이 평균 4.2명으로 가

장 많은 것으로 나타나 질적면담 결과와 동일하게 모래시계형 구조의 인력 분포를 확인할 수 있었다. 기관 유형별 인력의 근속연수 분포는 다소 차이를 보여 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터는 근속 연수 1~3년 미만의 저연차 비중이 매우 높은 편이었다. 한편 정신재활시설은 근속 연수마다 인력이 고르게 분포되어 있었고, 정신요양시설은 근속 연수 10년 이상의 고연차 비중이 상대적으로 높은 편이었다.

지역별 인력의 근속연수는 대도시, 중소도시에서 1~3년 미만의 저연차 비중이 가장 높았고, 농어촌 지역에서는 10년 이상 고연차 비중이 가장 높게 나타났다.

[그림 4-1] 인력의 근속연수 분포

(단위: 명)

전체		기초정신건강복지센터	
1~3년 미만	6.5	1~3년 미만	11.1
3~5년 미만	3.5	3~5년 미만	3.6
5~10년 미만	3.5	5~10년 미만	4.0
10년 이상	4.2	10년 이상	1.6
광역정신건강복지센터		자살예방센터	
1~3년 미만	24.3	1~3년 미만	14.5
3~5년 미만	13.2	3~5년 미만	7.6
5~10년 미만	11.2	5~10년 미만	7.6
10년 이상	4.7	10년 이상	3.0

중독관리통합지원센터	정신재활시설
1~3년 미만 2.9	1~3년 미만 1.9
3~5년 미만 1.5	3~5년 미만 1.5
5~10년 미만 1.2	5~10년 미만 1.6
10년 이상 1.4	10년 이상 1.7
정신요양시설	대도시
1~3년 미만 6.8	1~3년 미만 6.7
3~5년 미만 6.3	3~5년 미만 3.7
5~10년 미만 6.4	5~10년 미만 3.6
10년 이상 18.3	10년 이상 3.7
중소도시	농어촌
1~3년 미만 6.5	1~3년 미만 7.0
3~5년 미만 3.2	3~5년 미만 3.9
5~10년 미만 3.4	5~10년 미만 3.5
10년 이상 4.6	10년 이상 9.5

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

팀장의 근속 연수는 전체 참여자 기준으로 5~10년 미만이 34.2%로 가장 높았고, 그다음으로 10년 이상이 39.4%로 높게 나타났다. 기관 유형별 팀장의 근속 연수는 기관마다 차이를 보였으며, 정신재활시설은 5~10년 미만이 가장 높았다. 정신요양시설의 팀장 근속 연수는 10년 이상이 81.8%로 6개 유형의 기관 중 가장 높았고, 자살예방센터의 팀장 근속 연수는 1~3년 미만, 3~5년 미만이 각각 25.0%로 가장 낮았다. 지역별로 살펴보면 대도시는 10년 이상이 42.7%로 가장 높았고, 중소도시는 5~10년 미만이 37.5%로 가장 높게 나타났다. 농어촌의 팀장 근속 연수는 10년 이상이 38.5%로 가장 높았다.



〈표 4-5〉 팀장의 평균 근속 연수

구분			1~3년 미만		3~5년 미만		5~10년 미만		10년 이상	
			N	%	N	%	N	%	N	%
전체			23	14.8	18	11.6	53	34.2	61	39.4
기관 유형	정신건강복지센터	기초	10	27.0	3	8.1	17	45.9	7	18.9
		광역	0	0.0	1	16.7	4	66.7	1	16.7
	자살예방센터		2	25.0	2	25.0	3	37.5	1	12.5
	중독관리통합지원센터		4	13.8	4	13.8	5	17.2	16	55.2
	정신재활시설		7	13.2	8	15.1	20	37.7	18	34.0
	정신요양시설		0	0.0	0	0.0	4	18.2	18	81.8
지역	대도시		11	12.4	10	11.2	30	33.7	38	42.7
	중소도시		8	20.0	4	10.0	15	37.5	13	32.5
	농어촌		4	15.4	4	15.4	8	30.8	10	38.5

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

전체 기관의 최근 3년간의 이직률 수준은 15% 이상이 39.4%로 가장 높았고, 정신요양시설의 경우 절반이 5% 미만의 이직률을 보여 조사에 참여한 기관 중 이직률이 가장 낮은 것으로 확인되었다.

〈표 4-6〉 최근 3년간의 인력 이직률 수준

구분			없음		5% 미만		5~15%		15% 이상	
			N	%	N	%	N	%	N	%
전체			27	17.4	33	21.3	34	21.9	61	39.4
기관 유형	정신건강복지센터	기초	2	5.4	4	10.8	8	21.6	23	62.2
		광역	0	0.0	1	16.7	3	50.0	2	33.3
	자살예방센터		0	0.0	0	0.0	5	62.5	3	37.5
	중독관리통합지원센터		4	13.8	7	24.1	5	17.2	13	44.8
	정신재활시설		18	34.0	10	18.9	8	15.1	17	32.1
	정신요양시설		3	13.6	11	50.0	5	22.7	3	13.6
지역	대도시		17	19.1	17	19.1	22	24.7	33	37.1
	중소도시		9	22.5	8	20.0	4	10.0	19	47.5
	농어촌		1	3.9	8	30.8	8	30.8	9	34.6

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

인력 유지와 관련하여 질적면담 조사에서 드러난 몇 가지 이슈를 정리하면 다음과 같다. 우선 정신건강복지센터나, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 경우 다양한 정신건강 관련 업무를 수행하고 있다 보니, 특정 업무를 담당하는 인력의 유출이 많고, 채용도 어려운 문제가 일부 있었다. 특히 높은 감정적 소진을 유발하는 업무, 정신건강 전문성과 직접 관련이 없는 행정·잡무, 야간 근무 등이 예시로 언급되었다. 자살고위군이나 정신질환자 대상 사례관리 업무는 어렵기는 하지만 자신의 전문성과 역량을 키워나가는 과정으로 인식하기 때문에 해당 업무 수행에의 어려움으로 인력 유출이 있는 것은 아니지만, 유관 자원들과의 소통이 많은 경우, 자신의 전문성을 발휘하기 어려운 회계, 행정, 시설관리 등의 업무는 인력의 소진을 가중시키는 요인으로 다수 언급되기도 했다.

“자살팀을 조금 기피하는 이유는 자살 사건이라든지 이런 게 있을 때 저희가 나가면 외부와 그런 좀 트러블, 보건소 간의 트러블 이런 것 때문에 막상 내년에 무슨 사업하고 싶냐 했을 때 선뜻 자살 예방 사업을 하고 싶다는 직원은 많이 없는 것 같아요.”(전문요원 C)

“회계와 관련된 업무들은 좀 사실은 아무래도 한계점들도 있고 또 회계에 대해서 뭔가 큰 의미를 갖지 않은 이상 좀 오래 하기에는 조금 그 종사자의 소진이 큰 것 같아요. 왜냐하면 나의 본체는 사회복지사인데이 아니라 간호사인데이 임상심리사인데이 실제로 내가 하는 업무들은 이제 회계와 관련된 업무가 더 많다고 하면은 좀 거기에는 좀 기피하는 부분이 있지 않을까 이런 생각을 좀 하게 됐고요.”(전문요원 H)

온라인 조사에서도 기관의 인력들이 선호하는 업무와 비선호하는 업무 영역이 어떠한지를 파악한 결과 선호 업무는 ‘사례관리(57.4%)’, ‘상담(35.5%)’, ‘프로그램 운영(25.8%)’ 순으로 비중이 높았고, 비선호 업무는

‘행정/회계 업무(59.4%)’, ‘응급출동/개입(34.2%)’, ‘사례관리(15.5%)’ 순으로 비중이 높게 나타났다. 사례관리 업무는 전문성을 발휘할 수 있다는 점에서 종사자들이 가장 선호하는 업무 중 하나이지만, 동시에 대상자의 특성과 욕구를 세밀히 파악하고 지속적인 중재가 요구된다는 점에서 비선호 업무로 인식되는 것으로 보여진다.

〈표 4-7〉 선호 및 비선호 업무

선호 업무				비선호 업무			
순위	업무	N	%	순위	업무	N	%
1위	사례관리	89	57.4	1위	행정/회계 업무	92	59.4
2위	상담	55	35.5	2위	응급출동/개입	53	34.2
3위	프로그램 운영	40	25.8	3위	사례관리	24	15.5
4위	교육	17	11.0	4위	조리	10	6.5
5위	행사/홍보	16	10.3	5위	시설/안전 관리	10	6.5
6위	행정/회계 업무	14	9.0	6위	야간, 당직 근무	9	5.8
7위	직업재활/훈련	4	2.6	7위	자살예방	9	5.8
8위	정신건강증진/ 재활사업	4	2.6	8위	유족지원	9	5.8
9위	응급출동/개입	3	1.9	9위	행사/홍보	8	5.2
10위	생활지원/지도	3	1.9	10위	상담	8	5.2

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

물론 인력이 많고 있는 업무는 주기적으로 로테이션이 이루어지고 있었다. 질적면담 참여자들은 기관 내 인력의 업무 수요에 따른 업무 재배치, 주기적 로테이션이 짧게는 1년, 길게는 3년(주로 사례관리 업무의 경우)마다 이루어지고 있다고 보고했다. 다만 정신재활시설과 정신요양시설의 경우, 제한된 인력과 인력기준에 따라 특정 역할을 하는 인력을 채용하는 구조이기 때문에 업무 재배치는 제한적으로 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

“저희는 매년 이제 업무를 바꾸고는 있기는 해요. ... 어떤 한 사람이 홍보 업무를 되게 잘한다라고 하면은 그거는 한 2년까지 3년까지는 끌고 가는 경우는 있는 것 같아요. 2~3년까지는 끌고 가고 그 이상까지는 끌고 가지는 않고 로테이션은 계속되는 것 같습니다.”(비전문요원(수련생 포함) A)

“한 번 사례, 사례관리 담당하고 회원 선생님들하고 정해지면 거의 대부분 끝까지 가는 상황인데 ... 여러 가지 이게 좁은 시설이다 보니까 센터장님이나 위에 과장님이나 알지만 이렇게 쉽게 바꾸는 구조는 아닙니다.”(비전문요원(수련생 포함) H)

그리고 인력 유지에의 어려움과 관련하여 처우 및 보상 체계에 대한 이슈도 다수 언급되었다. 기관별로, 지역별로 받는 보상과 처우가 다르다 보니, 좀 더 나은 조건의 보상과 처우를 제공하는 기관이나 시설로 인력들이 이동하고 있는 것으로 나타났다.

“신규가 들어오면 저희가 한 1~2년을 트레이닝 시키고 하면 다 ○○ 쪽으로 빠지더라고요...□□ 지역에 왜 빠져나가 있을 때 복리후생의 범위가 좀 다르더라고요... ○○는... 사회복지 수당인가 뭔가 복지 수당에 있어서 25 내지 30만 원의 수당이 있을 거예요. 근데 □□은 그게 없어요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 A)

## 제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 및 역량 강화 관련 현황과 문제점

### 1. 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 제도인 정신건강전문요원 수련제도에서의 한계

정신건강전문요원 수련제도는 도입 이후 수련기관과 수련 인원의 규모가 꾸준히 확대되었으며, 정신건강복지서비스의 수요가 높아짐에 따라 양질의 서비스를 제공할 수 있는 전문인력을 양성하는 수련기관의 역할은 점점 더 중요해지고 있다(전진아 외, 2022). 그러나 수련기관 지정 기준은 마련되어 있음에도 불구하고, 기관을 평가·관리하는 표준화된 체계가 미비하다는 점을 선행 연구들은 꾸준히 지적해 왔다(전진아 외, 2022, p. 14). 실제로 수련기관별·지역별 교육의 질에 큰 편차가 존재하며(한국정신보건전문요원협회, 2011, 전진아 외, 2022, p. 14에서 재인용), 이는 정신건강전문요원의 전문성과 현장 실무 수행 능력에도 직접적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(이선영, 2009, 전진아 외, 2022, p. 14에서 재인용).

온라인 설문조사를 통해 현재 정신건강전문요원과 전문요원 인력의 평균적인 직무 역량 수준(전문성·기술·경험 종합 고려)에 대해 조사한 결과, 전체 기관의 72.9%가 정신건강전문요원의 직무 역량 수준이 ‘높다’고 평가하였다. 반면, 비정신건강전문요원의 직무 역량 수준이 ‘높다’고 평가한 비율은 33.5%로 나타났다. 또한 두 직군 간의 역량 수준 평가는 지역에 따라서도 차이를 보였다.

〈표 4-8〉 직무 역량 수준 평가: 정신건강전문요원

구분			매우 낮음/낮음		보통		매우 높음/높음	
			N	%	N	%	N	%
전체			7	4.5	35	22.6	113	72.9
기관 유형	정신건강 복지센터	기초	1	2.7	8	21.6	28	75.7
		광역	1	16.7	2	33.3	3	50.0
	자살예방센터		1	12.5	1	12.5	6	75.0
	중독관리통합지원센터		0	0.0	4	13.8	25	86.2
	정신재활시설		3	5.7	12	22.6	38	71.7
	정신요양시설		1	4.5	8	36.4	13	59.1
지역	대도시		3	3.4	20	22.5	66	74.2
	중소도시		3	7.5	8	20.0	29	72.5
	농어촌		1	3.9	7	26.9	18	69.2

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

〈표 4-9〉 직무 역량 수준 평가: 비정신건강전문요원

구분			매우 낮음/낮음		보통		매우 높음/높음	
			N	%	N	%	N	%
전체			34	21.9	69	44.5	52	33.5
기관 유형	정신건강 복지센터	기초	12	32.4	15	40.5	10	27.0
		광역	3	50.0	2	33.3	1	16.7
	자살예방센터		2	25.0	4	50.0	2	25.0
	중독관리통합지원센터		2	6.9	13	44.8	14	48.3
	정신재활시설		12	22.6	23	43.4	18	34.0
	정신요양시설		3	13.6	12	54.5	7	31.8
지역	대도시		16	18.0	41	46.1	32	36.0
	중소도시		9	22.5	15	37.5	16	40.0
	농어촌		9	34.6	13	50.0	4	15.4

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

면담에 참여한 정신건강복지서비스 제공 인력들 역시 전문요원 수련제도가 인력 부족 문제를 해소하고 서비스 질을 제고하기 위한 핵심 과제라는 점에 동의하였다. 그러나 현행 수련제도는 여러 한계를 안고 있다는

점도 공통적으로 지적하였다. 우선, 수련기관 지정과 운영에서 요구되는 엄격한 자격요건, 지도자 요건, 물리적 환경 요건이 실제 현장의 특성과 맞지 않아 운영에 어려움을 유발한다는 지적이 있었다.

“수련기관이 되는 요건이 까다롭다 보니까... 그게 또 안 돼. 수련생만의 공간이 있어야 한다. 저희는 제 PC도 없어요.”(정신재활시설장 B)

“정신요양시설에 대한 이제 요건을 갖춰도 수련 기준을 기관의 요건을 갖춰도 그 부분이 인터뷰나 면접에서 다 떨어지더라고요. 그래서 아마 그 흐름 자체가 정신요양시설에 가지는 어떤 폐쇄성이나 이런 것들을 고려하신 것 같아요.”(정신요양시설장 A)

그리고 수련 과정의 질적 문제와 표준화 부족이 현장의 주요 문제로 지적되었다. 기관마다 수련 내용과 방식이 상이하며, 슈퍼바이저 역량에 따라 교육 효과가 크게 달라지고 있다. 지역별 커리큘럼 간 차이도 존재하여, 일부 수련생은 자격을 취득하고도 현장에서 필요한 사례 관리나 임상 역량을 충분히 갖추지 못하는 경우가 나타난다는 것이다.

“수련기관에다가 맡겨서 하는 경우에 그 슈퍼바이저 역량에 따라서 그 수련의 질이 완전히 좌우가 되고... 지역에 따라서도 수련 방식이 다르거든요. 그래서 수련 자체가 지금 좀 표준화되게 진행이 돼야 하는 게 필요할 것 같습니다.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 D)

“정신건강 임상심리사... 임상심리 전공한 친구가 센터 들어온 경험이 몇 케이스가 있는데 전혀 이쪽을 트레이닝 받지 않고 들어오거든요. 대학원까지 하고 왔어도 병원 경험도 별로 없고.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 G)

“사실 이런 수련생분들이 ...(중략)...사실 이때 좀 드롭을 좀 많이 하시는 시기이긴 해요. 과제에 대한 업무 플러스 ‘참다가 진짜 도저히 못 참겠다’, ‘내가 정신병에 걸릴 것 같다’ 싶어 가지고 드롭하시는 분들도 제 동기들도 많았고 지금도 발생을 하고 있다라고 저는 듣고 있어서 그런 수련 부분에 있어서 슈퍼바이저에 대한 좀 그런 역량들은 충분하신지 슈퍼바이저를 대할 때에 대한 인격적인 부분을 놓치고 있지는 않은지라는 좀 생각이 들거든요. 그래서 사실 저희가 어떻게 보면 사람들한테 상처받은 분들을 좀 치료하고자 이 정신건강 분야에 와서 일을 하고 있는데 그런 치료자조차도 상처를 받고 시작을 한다면 과연 누가 이런 거냐에 대해서 온전하게 치유받은 사람을 품어줄 수 있을까 이 생각이 좀 들게 만드는 좀 이 시스템인 것 같아서 사실 이 시스템에 대해서는 좀 전반적으로 좀 개편이 좀 필요하지 않나 그러니까 뭔가 관리 감독할 수 있는 권한을 가진 기관이 없다고 좀 생각이 들어서 그 부분에 있어서 조금요 출발선상에 서는 사람이 많다고 하면 사실 이 인력 구성이나 이런 부분에 있어서 조금 해소되지 않을까라는 생각이 들긴 합니다.”(전문요원 G)

또한 수련과 실제 현장 간 괴리도 중요한 한계로 나타났다. 수련생은 배출되고 있으나 실제로 지역 현장에 잔류하는 인력이 부족하며, 특히 중독 분야의 경우 수련 과정에서 다뤄지는 비중이 낮아 현장에 투입되면 ‘처음부터 다시 배우다’는 어려움이 반복되고 있었다. 이에 따라 현장에서 근무 중인 인력이 직을 유지하면서 수련을 받을 수 있는 ‘재직자 수련 제도’의 필요성도 강조되었다.

“수련생은 나오잖아요. 나오는데 현장으로 나오는 인력들이 없어요. 그러니까 현실 상당히 매력적이지 않다 보니까 결국은 많은 분들이 센터도 마찬가지로겠지만 지방으로 갈수록 전문요원 뽑기 어렵다라는 얘기는 반복적이고 서울이나 대도시 중심으로 중증하는 것도 현실인 것 같고요.”(정신재활시설장 A)



“이 분야에 예를 들면 몇 년 이상 근속하고 있는 직원들이 트라이했을 때는 실습 시간이든 뭔가를 조금 더 줄여 ... 부담을 좀 줄여서 취직할 수 있도록 도와주는 게 어떠한가라는 생각이 일차적으로 많이 들었어요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 G)

## 2. 정신건강복지서비스 제공 인력 대상 교육 및 훈련에서의 이슈

양성된 정신건강전문요원과 정신건강복지서비스 제공 현장에서 일하는 인력들을 대상으로 한 지속적인 교육 및 훈련 체계 역시 필요하다. 앞서 제3장에서 살펴본 해외 사례에서도 다수의 국가는 정신건강 전문인력 대상 보수교육 체계(CPD)를 마련하여 운영하고 있기도 하다. 질적면담 참여자 역시 정신건강복지서비스 제공 현장에서의 인력 역량 강화의 중요성을 인지하고 있기는 하지만, 가장 먼저 현재 인력이 가지고 있는 전문성이 발휘되기 어려운 근무 환경에 놓여있다는 점을 간과하면 안 되는 점을 언급하였다. 한정된 인력이 너무 넓고 얇은 범위의 업무를 수행하다 보니, 특정 분야의 전문성을 심화시키기 어려운 구조라고 지적하며, 급변하는 정책과 사업에 대응하느라 새로운 지식과 기술을 습득할 시간 자체가 절대적으로 부족하다는 의견이 많았다.

“사실 모든 영역이 지금은 역량 강화가 조금 다 필요한데 그 이유가 저희가 전문성이 떨어져서라기보다는 이 체계 자체가 모두가 다 알고 많은 일을 하게끔 되어 있기 때문에 그냥 개개인의 전문성을 전문가를 전문직 종이라고 뽑아냈는데 그 전문성이 발휘할 수 없는 체계인 것 같아요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 B)

근무환경에 대한 개선을 최우선 과제로 언급함과 동시에 면담 참여자들은 변화하는 정신건강복지서비스 수요에 대응하고 인력의 전문성을 높

이기 위해 각 기관에서 다양한 내부 교육 및 훈련 시스템을 운영하고 있다고 밝혔다. 신규 인력을 대상으로 일정 기간의 입사 교육과 현장 트레이닝이 제공되고 있으며, 사례 슈퍼비전과 멘토링 제도가 함께 운영되고 있다. 온라인 조사 결과에서도 조사 참여 기관의 86.5%가 신규 인력 대상의 교육 및 훈련, 슈퍼비전 체계를 갖추고 있는 것으로 확인되었다. 또한 외부 교육 참여 시 교육비 지원과 같은 후속 지원도 이루어지고 있었다. 그러나 지역별로 편차를 보여 신규 인력 대상의 교육 및 훈련, 슈퍼비전 체계를 갖추고 있는 비율은 농어촌 지역이 76.9%로 대도시(91.0%), 중소도시(82.5%)에 비해 상대적으로 낮은 것으로 확인되었다.

〈표 4-10〉 신규 인력 대상 교육 및 훈련, 슈퍼비전 체계 유무

구분			N	%
전체			134	86.5
기관 유형	정신건강복지센터	기초	29	78.4
		광역	6	100.0
	자살예방센터		7	87.5
	중독관리통합지원센터		26	89.7
	정신재활시설		46	86.8
	정신요양시설		20	90.9
지역	대도시		81	91.0
	중소도시		33	82.5
	농어촌		20	76.9

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

“기본적인 저희는 이제 입사하게 되면 입사 교육을 한 1~2주 정도 하긴 해요... 그 팀 내에서의 트레이닝인 것 같아요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 A)

“저희 병원에 신규 직원이 입사를 하면... 보통 한 30시간 정도 교육을 하거든요.... 그리고 나서는 현장 배치를 하고 또 중간에 이제 점검 교육을 하루씩... 3개월 후 1년 후 이런 식으로 해서 하루 종일 교육을 또 하거든요.”(정신의료기관 중간관리자 A)

“슈퍼비전이나 이런 것들을 의무적으로 저희는 주에 한 번씩 진행하고 있기 때문에 또 그 부분에 있어서 되게 종사자들의 그런 역량들을 키우기 위한 부분이지 않을까 하는 생각을 합니다.”(전문요원 H)

대부분의 기관은 법정 필수 교육, 보수교육, 학회 교육, 임상 관련 워크숍, 내부 오리엔테이션 등 다양한 형식의 교육을 실시하고 있다. 특히 일부 기관에서는 학회 연수, 외부 전문가 초청 강의, 자체 교육 프로그램 운영, 복지포인트 및 공가 제공 등 참여 동기를 유도하는 장치도 마련하고 있었다.

“저희가 학회 자격을 유지하려고만 해도 연간 들으셔야 되는 교육들이 있거든요. 그 2년에 한 번 윤리 교육은 꼭 필수로 들으셔야 되고 그리고 연간 학회 교육이 8시간인가 12시간인가는 필수로 들으셔야 되세요.”(심리상담센터장 A)

“저희 병원에서도 실제로 지금 교육을 굉장히 많이 하고 있거든요. 결국은 저희가 지향하는 방향으로 병원장님이 이제 리더십을 발휘해서 지향하는 방향으로 가기 위해서는 결국은 교육이 제일 중요하더라는 생각을 많이 하고 있거든요.”(정신의료기관 중간관리자 A)

“사회복지사나 아니면 이제 간호사 다 직위별로 저희가 협회 차원에서 이제 보수 교육을 하고 있어요. 매년 하는데 문제는 이제 전문요원처럼 전수 보수 교육이 아니라 생활복지사 그러면 기관당 한 3명 이렇게 이제 하고 있다 보니까 좀 한계가 있죠.”(정신요양시설장 A)

온라인 조사에서도 현재 관련 학협회, 국립정신건강센터나 광역정신건강복지센터 등으로부터 제공되는 교육 및 훈련 기회가 충분하다고 인식하는 비율이 36.8%로 나타나기도 했다.

〈표 4-11〉 학협회·정신건강 관련 기관 제공 교육훈련 기회의 충분성

구분			매우 부족/부족		보통		매우 충분/충분	
			N	%	N	%	N	%
전체			32	20.6	66	42.6	57	36.8
기관 유형	정신건강복지센터	기초	8	21.6	12	32.4	17	45.9
		광역	1	16.7	3	50.0	2	33.3
	독립형 자살예방센터		2	25.0	5	62.5	1	12.5
	중독관리통합지원센터		3	10.3	10	34.5	16	55.2
	정신재활시설		12	22.6	26	49.1	15	28.3
	정신요양시설		6	27.3	10	45.5	6	27.3
지역	대도시		19	21.4	33	37.1	37	41.6
	중소도시		9	22.5	18	45.0	13	32.5
	농어촌		4	15.4	15	57.7	7	26.9

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

다만 정신건강복지서비스 제공 인력들은 기관장의 의지나 기관의 전반적 분위기에 따라 교육에 대한 재정적·시간적 지원 수준에 차이가 있다고 보고하기도 했다. 일부 기관에서는 적극적인 지원이 이루어지고 있었으나, 그렇지 못한 기관도 존재하여 교육 참여 기회의 확대 필요성이 제기되었다.

“충분하지 않다고 생각합니다. 사실 근무 시간에 교육을 듣는다는 것은 센터는 솔직히 잘 모르겠는데 시설에서는 사실 조금 눈치가 보이는 부분이 있어요. 인력이 적고, 내가 그 업무를 또 교육을 받는 물론 장기적으로 봤을 때 좋은 거지만 그걸 이렇게 아주 쉽게 할 수 있는 그런 분위기는 아닌

것 같고요. 대부분 저도 주말을 이용을 했던 것 같아요 아니면 근무 이후에 이용을 하거나”(전문요원 F)

“좀 말씀해 주신 것처럼 눈치가 보이기도 하고 내가 담당한 업무가 아닌 교육을 조금 이걸 우리 받아야 하냐는 식의 반응이 나와서 이제 포기를 해 버리는, 그래서 자연스럽게 그냥 업무를 더 하게 되는 분위기인 것 같습니다.”(전문요원 E)

또한 정신건강전문요원의 경우, 「정신건강전문요원의 수련 및 보수교육 등에 관한 규정」(보건복지부 고시)에 따라 보수교육의 내용·시간, 면제 및 유예 조건, 이수증 발급 등에 관한 사항을 준수해야 하지만(최승원 외, 2023, pp. 29-30), 현장에서의 업무 과중과 인력 부족으로 교육 참여가 현실적으로 어렵다는 응답이 많았으며, 교육 기회가 있더라도 시간·인력 배치·업무 공백 문제로 실제 이행률은 낮은 편이라고 공유했다. 또한 실무에 즉시 적용 가능한 현장형 교육보다는 일반 강의나 단발성 집합 교육에 치우친 사례가 많아 실제 업무 역량 강화나 직무 전문성 향상에는 연결되지 않는다는 비판도 제기되었다.

“재단에서는 다양한 역량 강화 교육을 열어줘요. 열어주긴 하지만 정말 시간이 없어서 못 가는 거예요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 A)

“줌으로 전문 요원 필수 교육이 있긴 하지만 일방적인 강사의 강의만으로는 좀 한계가 있습니다.”(정신의료기관 중간관리자 B)

“들어 놓고 프리클릭만 하고 다른 일을 해요. 맞아요. 이게 그러면 효과가 있는 교육을 진행하고 있는가라는 생각들이 들어서 조금 뭔가 방법이 바뀌어야 되지 않나.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 H)

“이제 광역이니까 기초센터 관련 실무자 선생님들 대상으로 교육을 운영 하거든요. 근데 실제 물론 이제 교육의 내용과 질도 굉장히 중요하겠지만 실제 참석하기가 굉장히 어려우세요. 각각의 사업들이 너무 많다 보니까. 교육을 만약에 개설을 한다고 해도 거기에 참여하시는 분들이 쉽게 올 수 있는 상황들이 아니어서 그런 부분들이 조금 생각이 들었던 것 같습니다.”(전문요원 B)

### 3. 현장에서 요구하는 역량 강화가 필요한 영역과 이슈

앞서 살펴본 정신건강복지서비스 제공 인력의 역량과 관련하여, 연구에서는 어떤 업무, 어떤 영역, 어떤 대상에 대한 역량이 강화되는 것이 필요한지를 물어보았다. 우선 온라인 조사에서는 강화가 필요한 역량이 무엇인지를 우선순위로 3순위까지 응답하도록 하였으며, 1~3순위 전체 응답을 합산했을 때 ‘정신건강 상담 역량(61.9%)’, ‘사례관리 역량(60.0%)’, ‘위기개입 역량(51.0%)’ 순으로 높게 나타났다.

〈표 4-12〉 강화가 필요한 역량

구분	1+2+3순위		1순위		2순위		3순위	
	N	%	N	%	N	%	N	%
정신건강 상담 역량	96	61.9	43	27.7	27	17.4	26	16.8
위기개입 역량	79	51.0	18	11.6	30	19.4	31	20.0
정신건강 관련 법·제도에 대한 이해	34	21.9	6	3.9	17	11.0	11	7.1
행정 및 사업 기획 역량	67	43.2	19	12.3	19	12.3	29	18.7
재난 심리지원 대응 역량	7	4.5	1	0.6	1	0.6	5	3.2
청년, 노인, 아동 등 대상별 특화 서비스 제공 역량	29	18.7	9	5.8	5	3.2	15	9.7
사례관리 역량	93	60.0	39	25.2	34	21.9	20	12.9

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

역량 강화를 위해 필요한 지원에 대해서는 2순위까지 응답하게 하였으며, 그 결과 1~2순위 전체 응답을 합산했을 때 ‘광역/기초 지자체의 정신건강 특성과 수요를 고려한 맞춤형 교육(63.2%)’, ‘중앙정부 주관 표준화된 교육 확대(57.4%)’, ‘교육 참여 시간·비용 지원 강화(54.2%)’ 순으로 높게 나타났다.

〈표 4-13〉 역량 관리를 위해 필요한 지원

구분	1+2순위		1순위		2순위	
	N	%	N	%	N	%
중앙정부 주관 표준화된 교육 확대	89	57.4	51	32.9	38	24.5
광역/기초 지자체의 정신건강 특성과 수요를 고려한 맞춤형 교육	98	63.2	52	33.5	46	29.7
기관 내부 OT·슈퍼비전 강화	33	21.3	14	9.0	19	12.3
교육 참여 시간·비용 지원 강화	84	54.2	37	23.9	47	30.3
기타	6	3.9	1	0.6	5	3.2

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

온라인 조사와 달리 질적면담 조사에서는 정신건강복지서비스 제공 인력의 역량 강화를 위해 어떤 것들이 필요한지를 자유롭게 이야기하도록 하였으며, 그 결과 언급된 내용들은 다음과 같다. 우선 질적면담조사 참여자들은 정신건강복지서비스가 초점을 두는 영역, 대상, 서비스 등이 빠르게 변화하고 있기 때문에 이에 발맞출 수 있는 교육들이 이루어져야 한다고 강조한다. 예를 들어 청년, 조기정신증, 자살 고위험군, 마약 및 알코올 중독 등 서비스 제공 영역이 확장되고 있고, 실제 현장에서 이러한 문제를 경험하고 있는 대상자들이 늘고 있기 때문에 이들을 효과적으로 지원할 수 있는 최신의 지식, 개입 기술 교육이 필요하다는 의견이 제기되었다.

“최근에 대상군들이 정신과로 오는 대상군들이 바뀌고 있기 때문에 그 거에 따른 전문원 역량 개입할 수 있는 임상 개입할 수 있는 역량 강화 교육이 저는 필요하다고 보고... 임상 기술 훈련이 필요하다고 봅니다.”(정신 의료기관 중간관리자 B)

“사실 요새는 다른 중독에 대한 어떤 이슈가 굉장히 심하기 때문에 그런 교차 중독 이런 것이나 또 중독으로 인한 자살이라든지 위기 상황에 대한 어떤 교육 이런 것들을 좀 듣고 싶다 이렇게 생각은 했었어요.”(전문요원 F)

또한 앞서 살펴본 것처럼 단순히 지식을 전달하는 이론 중심의 교육은 실효성이 높지 않으므로, 사례관리, 개별화 상담, ISP(개별서비스계획) 수립 등 실제 사례를 바탕으로 토론하고 직접 계획서를 작성해 보는 등 실습 위주의 워크숍 형태로 진행되어야 실질적인 역량 향상으로 이어진다는 언급이 많았다. 이는 경험을 통해 역량이 축적되는 분야의 특성을 반영하는 것으로 해석할 수 있다.

“단계별 워크숍 같이 조금 직접 작성해 보고 직접 원가를 사례를 가지고 토론을 해가지고 작성해 보고... 이런 것처럼 실질적인 역량 강화 교육이 좀 되었으면 좋겠다.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 G)

“그리고 이제 저도 교육을 이제 가 봤지만 너무 겉핥기식으로 교육을 하는 게 많더라고요. 그래서 DBT, CBT<sup>2)</sup> 이런 교육도 그중에 오후에 4시간 교육 이렇게 하면은 솔직히 저는 조금 배우려 간 거지만 배울 수 있는 게 많이 없던 거죠. 그러니까 뭐 재단이나 이런 곳에서는 하루 안에 교육을 끝내야 된다고 해서 그렇게 짧은 시간에 이제 부분을 조금 정해서 해놓고 하

2) Dialectical Behavior Therapy(변증법적 행동치료), Cognitive Behavioral Therapy(인지행동치료).



지만 저는 차라리 1박 2일이든 2박 3일이든 이렇게 해서 조금 좀 전체적으로 교육을 진행해 주면 어떨까 싶은 바람이 있습니다.”(전문요원 C)

그리고 지역사회 통합 및 회복 관점을 가질 수 있도록 인력의 역량을 강화해야 한다는 지적도 있었다. 과거의 수용 및 관리 중심의 지원이 아니라 당사자의 지역사회 통합과 자립을 지원하는 방식으로 역할을 전환해야 하며, 지역사회의 변화를 읽어내고, 다양한 자원과 연계하여 당사자에게 필요한 서비스를 제공할 수 있는 시야와 네트워킹 능력을 강화시키는 것이 필요하다는 지적이 있었다. 관련하여, 정신보건의 틀에 갇힌 시각에서 벗어나, 당사자의 삶 전체를 이해하고 지지하는 열린 태도와 같은 새로운 접근법을 배우려는 노력이 필요하다는 의견이 제시되었다.

“우리의 생각이 얼마나 많이 정신보건에 갇혀 있는지를 저는 좀 느꼈거든요... 이 시각을 좀 이렇게 깨기 위한 부단한 노력들을 해야 조금 그나마 좀 사람답게 이해할 수 있을 것 같아... 전문적인 틀 안에서 좀 지나치게 편향된 시선을 갖게 됐던 함정에 빠져 있었던 것 같아요.”(정신재활시설장 B)

또한 시설장/센터장 등 중간관리자 이상의 인력을 대상으로 한 질적면담에서는 중간관리자의 역량 강화도 필요하다는 지적이 있었으며, 단순히 실무 능력 향상에 그치지 않고, 조직 관리와 행정 역량, 슈퍼바이저로서의 역량을 체계적으로 강화할 필요가 있다는 것이다. 구체적으로는 팀장급 이상 인력이 팀원 관리, 사업 슈퍼비전뿐 아니라 기획·행정·인사·노무·리더십 등 조직 관리 영역에 대한 교육을 충분히 받을 수 있어야 한다. 그러나 현재 이러한 교육 시스템은 매우 부족하며, 특히 슈퍼바이저 역할을 수행하는 관리자들도 정작 슈퍼비전을 어떻게 제공할 것인가에 대한 전문적 교육을 받지 못하고 있다는 점이 문제로 지적되었다. 이는 곧 슈퍼비전의 질적 저하로 이어지기 때문에, 슈퍼바이저 양성을 위한 별도 교육 과정 마련이 필요하다는 요구가 제기되었다.

“공무원들은 공무원이 되면 연수를 받잖아요. 근데 우리는 그런 게 없잖아요... 기획 행정 인사 노무 또 리더십 이런 것들에 대한 교육을 좀 한 2박 3일이라도... 단기적으로 집중된 교육이 좀 개설이 돼서 단기 연수식으로 이런 시스템이 좀 마련이 되는 게 필요하겠다는 의견이고요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 D)

“슈퍼비전이 충분한가가 늘 고민이거든요.... 슈퍼바이저를 제대로 양성할 수 있는 과정들이 좀 필요하지 않을까 그래야 중간관리자도 그런 역량이 누군가 직원들을 가르칠 수가 있고 지원할 수가 있을 것 같다는 생각들이 들었습니다.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 G)

관련해서 온라인 조사를 통해 중간관리자에게 가장 중요한 역량이 어떠한 것인지를 우선순위에 따라 2순위까지 응답하게 하였으며, 그 결과 1~2순위 전체 응답을 합산했을 때 ‘슈퍼비전(47.1%)’, ‘회원 관련 위기 상황에서 의사결정(41.9%)’, ‘인사 및 노무 관리(40.6%)’ 순으로 높았다.

〈표 4-14〉 중간관리자의 중요 역량

구분	1+2순위		1순위		2순위	
	N	%	N	%	N	%
인사 및 노무 관리	63	40.6	37	23.9	26	16.8
슈퍼비전	73	47.1	41	26.5	32	20.6
회원 관련 위기 상황에서의 의사결정	65	41.9	31	20.0	34	21.9
직원 안전 보호	18	11.6	11	7.1	7	4.5
내외부 민원예의 대처	21	13.5	8	5.2	13	8.4
행정·재무 관리	43	27.7	14	9.0	29	18.7
대외 협력	25	16.1	11	7.1	14	9.0

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

아울러 정신건강복지 기본계획, 지역사회 통합 돌봄 등 주요 정책의 흐름을 이해하고 이를 현장 사업에 반영할 수 있는 역량, 정신건강복지서비스 제공 현장이 다양한 직역이 함께 일하는 현장이기 때문에 직역 간 차이를 이해하고 원활하게 협업할 수 있는 소통 기술, 디지털 기술 등 새로운 기술을 업무에 활용하고 이해하는 디지털 리터러시 또한 새로운 역량 강화 과제로 제시되었다.

“이런 최신 기류 예를 들면 Chat GPT라든가 디지털 헬스케어라든가 이런 거에 대한 건 따로 돈 주고 배워야 되거든요. 그래서 그런 거에 대한 보수 교육 좀 플렉시블하게 시대의 흐름을 반영해서 이루어지면 좋겠습니다.”(정신의료기관 중간관리자 B)

정신건강전문요원 대상 면담에서는 정신건강 분야의 전문성을 지속적으로 함양하기 위해 정신병적 증상이나 자살에 대한 전문적 지식을 포함한 최신 동향의 정신건강의학 교육, 정신건강 제도 및 지역사회 자원에 대한 교육의 필요성이 제기되었다. 또한 원활한 업무 수행을 위해 공문서 작성 등 행정 업무에 관한 기본 교육과 소통·협업 역량 강화를 위한 교육의 필요성도 함께 언급되었다.

아울러 일관된 교육 과정의 반복적 운영, 연차별 수준에 따른 차별화된 교육 구성, 교육 참여 환경 조성을 위한 이수 의무화 및 교육비 지원 등의 개선 요구가 제시되었다.

“어찌 됐든 직접 서비스도 하고 있긴 하지만 내담자분들 문제를 돕는 조력자 역할을 하거나 아니면 유관기관 간 소통을 하는 일이 굉장히 많기 때문에 소통이랑 협업 능력이 어찌 됐든 역량 강화가 되어야 될 부분이라고 생각하고요. 공문서 작성도 물론이고 광역은 특히 사무적으로 행정적으로 해야 할 업무가 많기 때문에 거기에 따라서 좀 반복해서 교육이 이루어질

수 있다면 좋겠다는 생각은 합니다. 근데 일단 기본은 정신병적 증상이나 자살에 대한 전문적인 지식을 반드시 함양하고 있어야 된다고 생각하고요. 지역사회 자원이나 제도에 대해서 충분히 알아야 그 활용도 할 수 있고 연락도 취할 수 있고 기관 간에 좀 컨택을 할 수도 있는 부분이기 때문에 사회 변화 따라서 좀 그 제도나 지역사회 자원에 대해서도 교육이 이루어지면 좋겠다는 생각을 하고 있습니다.”(전문요원 D)

“저도 역량 강화에 필요한 부분들은 굉장히 균일하고 똑같은 교육이 좀 반복적으로 시행돼야 되지 않나 싶어요. 역량 강화하는 걸 보면 주제가 그냥 뭐 사업 기획하시는 분들 입장에서는 뭐 다르게 특별한 주제가 있어야 한다 생각할 수도 있겠지만 저희가 좀 이렇게 현장에서 요구하는 거는 아주 기본적 지식에 대한 강화일 수도 있어요.”(전문요원 A)

#### 4. 정신건강전문요원과 비(非)전문요원의 역할 관련 이슈

온라인 조사에서도 확인할 수 있었던 것처럼 정신건강복지서비스 제공 현장에는 정신건강전문요원과 전문요원이 아닌 인력이 함께 일을 하고 있다. 전체 조사 기관의 정신건강전문요원 비율은 42.5%였고, 기관 유형별 정신건강전문요원의 비율은 광역정신건강복지센터가 60.7%로 가장 높았고, 정신요양시설이 8.4%로 가장 낮게 나타났다. 또한 지역별 정신건강전문요원 비율은 대도시 50.6%, 중소도시 32.8%, 농어촌 29.9% 순으로 높았으며, 비도시 지역의 비율이 현저하게 낮았다.

〈표 4-15〉 정신건강전문요원 인력의 비율

(단위: %)

구분			평균	표준편차	최소	최대
전체			42.5	28.02	0.0	100.0
기관 유형	정신건강복 지센터	기초	41.5	25.68	5.0	94.7
		광역	60.7	24.80	29.6	91.3
	자살예방센터		50.0	22.63	28.6	91.3
	중독관리통합지원센터		50.9	20.69	16.7	100.0
	정신재활시설		49.6	29.24	0.0	100.0
	정신요양시설		8.4	7.83	2.2	38.6
지역	대도시		50.6	28.65	0.0	100.0
	중소도시		32.8	23.30	0.0	100.0
	농어촌		29.9	23.48	4.9	80.0

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

그동안 정신건강전문요원과 비전문요원의 역할을 고려한 선행연구에서는 정신건강복지법상 정신건강전문요원의 직역별 고유 업무가 명시되어 있음에도 불구하고, 현장에서는 경력이나 개인 역량에 따라 직무를 수행하고 있어 실질적으로 전문요원과 비전문요원의 역할이 명확히 구분되지 않고 개개인의 역량에 따라 업무를 수행하고 있는 실정이라고 지적하였다(임준 외, 2021, 최승원 외, 2023, p. 35에서 재인용). 특히 정신건강복지센터 근무자 중 절반 이상이 의료기관 등에서 수련을 받지 않은 비전문요원인 것으로 나타났으며(최승원 외, 2023, pp. 27-28), 이들 역시 임상심리사, 사회복지사, 간호사 등 자격을 보유하고 있어 현장의 전문성을 단순히 정신건강전문요원 자격 여부만으로 평가하기에는 다소 무리가 있다는 점을 강조하였다(최승원 외, 2023, pp. 27-28).

질적면담 결과에서도 유사한 경향성이 나타났다. 면담 참여자들은 법적 책임과 고도의 임상적 판단이 요구되는 업무에서는 정신건강전문요원의 역할이 명확히 구분되지만, 현장의 인력 부족과 비전문요원의 경력 및

훈련 축적에 따라 실제 수행 업무의 경계가 점차 흐려지고 있다고 지적하였다. 특히 인력 부족과 실무 중심의 업무 특성으로 인해 이러한 경계가 모호해지고, 경험과 태도의 중요성이 더욱 부각되고 있다는 점을 강조하였다.

“사실 한 3년 정도 되면 전문 요원과 비전문 요원의 차이가 크게 나지 않더라고요. 저희가 한 50% 정도를 계속 데리고 일을 하다 보니까 이게 업무 역량이 3년 정도 되면 숙련도가 같이 올라오고 그래서 수련을 통한 임상적인 이제 훈련은 좀 덜 돼 있지만 업무 역량에서의 발전 정도는 거의 유사한 상태를 보여서 저희가 다른 업무 같은 배정할 때 전혀 저희가 차이 없이 배정을 하고 있고요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 F)

“3 내지 5년 정도가 지나면 큰 차이를 못 느끼는 것 같아요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 G)

다만 기관 유형과 상황에 따라 역할 구분에는 차이가 있었다. 공통적으로 전문성이나 위험성이 요구되는 업무는 정신건강전문요원이 주로 수행하는 것으로 나타났으며, 특히 자살 고위험군이나 정신질환자 중 집중/위기 사례관리나 응급개입이 필요한 대상자는 주로 정신건강전문요원이 담당하고 있는 것으로 나타났다. 또한 행정입원 등 법적 조치나 절차가 필요한 업무, 슈퍼비전, 심리부검 등의 업무 역시 정신건강전문요원이 주로 수행하는 것으로 나타났다. 그리고 정신재활시설에서는 집중사례관리, 약물 및 증상 관리 교육 등의 업무를, 정신요양시설에서는 입·퇴소 상담과 계속 입소 여부 판단을 주로 정신건강전문요원이 수행하는 것으로 확인되었다.

“일단은 비전문 요원은 정신건강 위기 상담 전화라거나 아까 말씀하신 사후 대응이라거나 그 그리고 저희는 독립 주가 사례 관리 있으니까 사례 관리 그리고 심리관 면담 이렇게 직접 서비스를 가야 하는 데는 업무 배치를 하지 않는 편이고요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 B)

“저희도 정신건강 사회복지사도 전문요원은 환자 개입 가족 상담 지역 사회 자원 연계 업무 실제 임상 업무... 전문 요원과 비전문 요원은 구별돼 있습니다.”(정신의료기관 중간관리자 B)

“위기 개입 시에 정 상태 평가하는 부분 그런 것들 그리고 사례 관리하는 거 이런 부분에서 이제 전문 요원의 비중이 크고요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 D)

“전문요원분들과 비전문요원의 업무 구분은 딱히 없는데 이제 응급개입 팀 같은 경우에 좀 전문요원을 더 배치를 하려고 하는 편이긴 한데요.”(전문요원 E)

특히 면담 참여자들은 평상시 업무에서는 역할 구분이 모호해 보일 수 있으나, 예측 불가능한 위기 상황이 발생했을 때 그 상황을 ‘위기’로 정확히 인지하고 즉각적으로 대처하는 능력에서 전문요원과의 본질적인 차이가 드러난다고 강조하였다.

“정신건강 전문요원과 일반 사회복지사랑 어떤 개입을 할 때 언제 차이가 딱 갈라질까를 고민했을 때 이는 위기 상황에 놓였을 때인 것 같아...어떤 특정 위기 상황이 되었을 때에는 그 힘이 좀 갈리는 것 같아요. 거기에서 전문 요원이 더 빛을 바라는 것 같거든요. 이것이 위기인지를 명확하게 판단해 내고 즉각적으로 어떻게 대처를 할지가 순서가 오잖아요. 그래서 그런 부분들이 있기 때문에 전문요원이 되는 것 같아요.”(정신재활시설장 B)

그러나 인력 부족이 심각한 기관에서는 비전문요원이 교육과 훈련을 거쳐 사례관리를 수행하거나, 2인 1조로 현장에 투입되는 사례도 나타났다. 시설장과 센터장, 중간관리자들은 대체로 약 3년 정도의 현장 경험이 쌓이면 전문요원과 비전문요원의 실무 역량 차이가 줄어든다고 언급하였다. 자격증 유무보다 배우려는 의지와 태도, 업무에 대한 가치관이 실제 역량에 더 큰 영향을 미친다는 점도 강조되었다. 이를 보완하기 위해 사례회의, 동료 슈퍼비전, 1:1 멘토링, 교육 등 다양한 형태의 지원을 통해 비전문요원의 역량 강화를 도모하고 있었다.

“실제로 전문요원이랑 비전문요원 역할 부분이 크지는 않다고 좀 느껴지는 게 사실 연차가 조금 쌓이게 되면 이제 연차에 따라 조금 더 역량을 많이 키우고 이제 사례라든지 아니면 교육이라든지 사업을 이렇게 맡기시는 것 같고요. 전문요원인 경우에 사실은 바로 이제 일반 상담이나 중독과 관련된 상담에 바로 투입을 시키지만 비전문요원 같은 경우에는 이제 SBIRT 교육 협회에서 하는 교육을 이수하거나 좀 몇 개월이나 1년 과정에 좀 시간을 두고 교육하고 배치를 하시는 것 같아요.”(전문요원 H)

온라인 조사를 통해 살펴보면, 전체 조사 참여자의 32.9%가 정신건강 전문요원과 비전문요원 간 역할이 구분되어 있다고 응답하였으며, 주로 ‘사례관리(52.9%)’, ‘상담 업무(33.3%)’를 정신건강전문요원이 수행하고 있다고 답했다. 또한 역할이 구분되어 있지 않다고 응답한 기관의 경우에도 ‘사례관리(47.1%)’, ‘상담 업무(36.5%)’는 정신건강전문요원이 반드시 담당해야 한다고 응답하였다.



〈표 4-16〉 정신건강전문요원과 비전문요원 간 역할 구분

구분			전혀 아님/아님		보통		매우 그러함/그러함	
			N	%	N	%	N	%
전체			53	34.2	51	32.9	51	32.9
기관 유형	정신건강 복지센터	기초	19	51.4	8	21.6	10	27.0
		광역	2	33.3	1	16.7	3	50.0
	자살예방센터		2	25.0	3	37.5	3	37.5
	중독관리통합지원센터		13	44.8	9	31.0	7	24.1
	정신재활시설		15	28.3	26	49.1	12	22.6
	정신요양시설		2	9.1	4	18.2	16	72.7
지역	대도시		27	30.3	30	33.7	32	36.0
	중소도시		17	42.5	14	35.0	9	22.5
	농어촌		9	34.6	7	26.9	10	38.5

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

〈표 4-17〉 정신건강전문요원 수행 업무 및 전담 필요 업무

정신건강전문요원 수행 업무			정신건강전문요원 전담 필요 업무		
업무	N	%	업무	N	%
사례관리	27	52.9	사례관리	49	47.1
상담	17	33.3	상담	38	36.5
전문/집단 프로그램 관리 운영	8	15.7	응급출동/개입	29	27.9
교육	8	15.7	전문/집단 프로그램 관리 운영	23	22.1
응급출동/개입	8	15.7	위기관리	17	16.3

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

다만 질적면담 조사에서와 유사하게 온라인 조사 참여자의 58.1%는 정신건강전문요원이 아닌 인력도 일정 기간의 근무 후 정신건강전문요원과 유사한 수준의 업무를 수행할 수 있다고 보고하기도 했다.

〈표 4-18〉 비전문요원의 일정 기간 근무 이후 전문요원 수준 업무 수행 가능 여부

구분			N	%
전체			90	58.1
기관 유형	정신건강복지센터	기초	25	67.6
		광역	4	66.7
	자살예방센터		4	50.0
	중독관리통합지원센터		18	62.1
	정신재활시설		26	49.1
	정신요양시설		13	59.1
지역	대도시		51	57.3
	중소도시		27	67.5
	농어촌		12	46.2

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

연구에서는 추가로 정신건강전문요원과 유사한 수준의 업무를 수행할 정도로 숙련되기까지 어느 정도의 기간이 필요하다고 생각하는지를 물어 보았으며, 그 결과 3~5년 미만이 40%의 비율로 가장 높았다.

〈표 4-19〉 비전문요원의 전문요원 수준 숙련 소요 기간

구분			6개월~1년 미만		1~3년 미만		3~5년 미만		5년 이상	
			N	%	N	%	N	%	N	%
전체			4	4.4	23	25.6	36	40.0	27	30.0
기관 유형	정신건강복지센터	기초	1	4.0	7	28.0	11	44.0	6	24.0
		광역	1	25.0	0	0.0	3	75.0	0	0.0
	자살예방센터		0	0.0	0	0.0	2	50.0	2	50.0
	중독관리통합지원센터		0	0.0	6	33.3	9	50.0	3	16.7
	정신재활시설		1	3.8	8	30.8	8	30.8	9	34.6
	정신요양시설		1	7.7	2	15.4	3	23.1	7	53.8
지역	대도시		1	2.0	13	25.5	24	47.1	13	25.5
	중소도시		3	11.1	8	29.6	7	25.9	9	33.3
	농어촌		0	0.0	2	16.7	5	41.7	5	41.7

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

관련해서, 질적면담조사에 참여한 일부 인력들은 전문요원 자격증을 갖 취득한 신규 인력이라도 지역사회 실무 경험이 부족해 상당 기간의 재교육이 필요하다고 지적하였다. 병원 중심의 수련 과정이 지역사회 현장 업무와 괴리되어 있다는 문제도 제기되었으며, 이는 중독 영역에서도 동일하게 확인되었다. 결과적으로 현장 경험을 통해 실제 역량이 형성된다는 점이 강조되었다.

“하지만 하면 할수록 또 현실과 이론이 정말 다르다는 거 그런 경험치도 또 중요하다고 생각이 들고요.”(비전문요원(수련생 포함) H)

“단순 중독 사회복지사만으로는 좀 어려운 부분도 있고 조금 더 세부적이고 조금 더 전문적인 지식이 좀 더 필요하다라고 느껴진 부분이 있었습니다.”(비전문요원(수련생 포함) F)

끝으로 일부 참여자들은 ‘비전문요원’이라는 명칭이 현장에서 중요한 역할을 수행하는 이들의 가치를 제대로 반영하지 못한다는 문제의식을 제기하며, 명칭 변경의 필요성을 제안하기도 하였다.

“왜 비전문요원이라고 조금 사실 격하의 느낌이 없지는 않잖아요. 그렇잖아요. 그래서 그냥 일반 사회복지사라고 하면 되는 거 아닐까요?”(비전문요원(수련생 포함) G)

### 제3절 정신건강복지서비스 제공 인력 보호와 지원 관련 현황과 문제점

정신건강복지서비스 제공기관 종사자들은 공통적으로 과중한 업무 부담, 안전 문제, 열악한 처우 등으로 인한 어려움을 경험하고 있다는 점이 선행연구를 통해 지속적으로 보고되고 있다(Looi et al., 2024, p. 558; 엄광진, 이성규, 2023, pp. 73-92). 우선 환자의 자해나 자살, 예측 불가능한 폭력 상황에 상시 노출되며, 그로 인한 소진과 트라우마를 경험하는 사례가 빈번하다(전진아 외, 2020). 정부는 법적·제도적 보호장치<sup>3)</sup>를 마련했지만, 현장에서는 여전히 기관의 소극적 대응(전진아 외, 2020, p. 62) 및 보호 및 지원 정책의 미비(전진아 외, 2020, pp. 55-56)로 어려움을 호소하고 있다.

또한 앞서 제1절에서 살펴본 것처럼 정신건강복지서비스가 기존 중증 정신질환자 중심의 서비스에서 자살예방, 중독, 재난 등으로 빠르게 확장되었으나, 인력과 예산은 이를 뒷받침하지 못하는 수준이다. 또한 다양한 사업들이 동시에 진행되다보니, 이전에 비해 행정업무가 많아졌고 이 때문에 원래 자신이 전문성을 발휘할 수 있고, 발휘해야하는 서비스를 제공하는 것이 어렵다는 지적 역시 많았다. 또한 표준화된 업무 매뉴얼이 존재하더라도 실제 적용 과정에서 괴리감이 크고, 타 기관과의 역할 분담이 불분명하여 현장의 혼란을 가중시키고 있다는 선행연구의 지적도 있다(임준 외, 2021, p. 89; 전진아 외, 2020, pp. 111-114).

3) 보건복지부는 2019년 5월 <보건의료기관 종사자용과 환자 및 보호자용 안전한 진료환경을 위한 가이드라인>을 마련하고, 2020년 4월 24일 의료인 및 환자 안전을 위한 보안장비 설치, 보안인력 배치에 대한 근거를 담은 「의료법」 시행규칙 개정안(제39조의 6)을 공포함. 2019년 4월에는 「의료법」 제90조 2가 신설되어 음주로 인한 심신 상태에서 의료인, 간호조무사, 의료기사 등을 폭행, 협박하는 경우 감형을 적용하지 않도록 하였음. 또한 의료기관 내 폭력은 정당한 진료거부 사유에 해당한다는 유권해석을 내리기도 함.

선행연구에서 나타나는 이러한 지적들은 정신건강복지서비스 제공 현장에서 여전히 확인할 수 있었다. 면담에 참여한 정신건강복지서비스 제공 인력들은 앞서 살펴본 다양한 이슈들로 인해 소진되어가고 있으며, 정신건강복지서비스 제공현장에서 이탈하고 있는 것으로 나타난다. 인력들을 보호 및 지원하기 위해서는 기관 차원의 노력도 필요하지만, 이를 뒷받침하는 예산확보, 지침 및 법제도 개선 등 중앙정부 차원의 노력 역시 필요하다는 게 인력들의 공통된 지적이기도 했다. 이 절에서는 이와 관련하여 정신건강복지서비스 제공 인력의 소진 정도와 인력 지원 현황을 온라인 조사와 질적면담조사를 통해 살펴보았으며, 어떠한 지원이 필요한지에 대한 인력들의 의견을 정리하여 제시하였다.

### 1. 온라인 조사를 통해 살펴본 인력 소진 정도와 인력 지원 현황

온라인 조사를 통해 인력의 소진 정도와 지원 현황을 살펴본 결과 우선 조사 참여 기관의 60.0%가 자신의 기관/시설에서 근무하는 인력이 높은 수준의 소진을 경험하고 있다고 보고하였다. 기관 유형별로 소진 수준에 대한 평가에 큰 차이가 있었는데, 먼저 자살예방센터의 87.5%가 소진 수준이 높다고 평가한 반면 정신요양시설은 18.2%만이 소진 수준이 높다고 평가하였다. 지역별 소진 수준은 대도시 68.5%, 중소도시 52.5%, 농어촌 42.3% 순으로 높게 평가하였다.

〈표 4-20〉 인력 소진 수준

구분			매우 낮음/낮음		보통		매우 높음/높음	
			N	%	N	%	N	%
전체			14	9.0	48	31.0	93	60.0
기관 유형	정신건강 복지센터	기초	2	5.4	14	37.8	21	56.8
		광역	2	33.3	1	16.7	3	50.0
	자살예방센터		0	0.0	1	12.5	7	87.5
	중독관리통합지원센터		2	6.9	7	24.1	20	69.0
	정신재활시설		4	7.5	11	20.8	38	71.7
	정신요양시설		4	18.2	14	63.6	4	18.2
지역	대도시		5	5.6	23	25.8	61	68.5
	중소도시		8	20.0	11	27.5	21	52.5
	농어촌		1	3.9	14	53.9	11	42.3

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

인력의 신체적·정신적 건강 문제를 해소하기 위한 기관 차원의 지원 여부에 대해서는 전체의 65.8%가 있다고 응답하였다. 농어촌의 기관 차원의 지원 비율은 53.9%로, 대도시(71.9%), 중소도시(60.0%)에 비해 상대적으로 낮은 것을 확인할 수 있었다.

〈표 4-21〉 인력의 건강 문제 해소를 위한 기관 차원의 지원

구분			N	%
전체			102	65.8
기관 유형	정신건강복지센터	기초	23	62.2
		광역	6	100.0
	자살예방센터		7	87.5
	중독관리통합지원센터		22	75.9
	정신재활시설		30	56.6
	정신요양시설		14	63.6
지역	대도시		64	71.9
	중소도시		24	60.0
	농어촌		14	53.9

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

기관 차원의 지원이 있다고 응답한 기관의 구체적 지원 내용에 대한 조사 결과는 다음과 같다. 전체 조사 참여자의 99.0%가 직원들 간 사례를 공유함으로써 정서적 지지와 공감대를 형성하고 있다고 응답하였고, 64.7%가 직원들의 심리치로나 상담 치료를 지원하고 있다고 보고하였다. 나아가 센터/시설 외부에서 심리치로나 상담 치료를 받을 때 센터/시설로부터 치료비 전액 또는 일부를 지원해 주고 있는 비율은 60.6% 정도였다.

또한 전체 조사 참여자 중 직원들의 심리적 회복을 위해 교육, 연수, 워크숍 등을 정례적으로 개최하고 있다고 응답한 비율은 83.3%이었다.

〈표 4-22〉 인력의 소진 및 트라우마 지원(1)

구분			직원들 간 사례 공유		심리치료 및 상담 지원		외부 심리·상담 치료비 지원 <sup>1)</sup>		교육, 연수, 워크숍의 정기 개최	
			N	%	N	%	N	%	N	%
전체			101	99.0	66	64.7	40	60.6	85	83.3
기관 유형	정신건강복지센터	기초	22	95.7	14	60.9	6	42.9	19	82.6
		광역	6	100.0	5	83.3	5	100.0	6	100.0
	자살예방센터		7	100.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0
	중독관리통합지원센터		22	100.0	19	86.4	10	52.6	18	81.8
	정신재활시설		30	100.0	15	50.0	9	60.0	23	76.7
	정신요양시설		14	100.0	6	42.9	3	50.0	12	85.7
지역	대도시		64	100.0	45	70.3	30	66.7	56	87.5
	중소도시		24	100.0	13	54.2	8	61.5	18	75.0
	농어촌		13	92.9	8	57.1	2	25.0	11	78.6

주: 1) 심리치료 및 상담 지원이 있다고 응답한 조사 대상자만 응답(n=66)

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

또한 트라우마 경험 이후, 심리적 회복을 위한 유급 또는 무급 휴가를 보장하고 있는 비율은 84.3%였고, 이 중 적절한 휴식 시간이 보장될 수 있도록 대체인력을 투입하고 있는 비율은 48.8% 수준이었다. 필요시 센

터 내 업무를 재배치해주고 있는 비율은 81.4%로 확인되었다. 이 외에도 직무스트레스나 소진 등 종사자의 정신건강 문제를 해소하기 위한 센터 차원의 지원으로 소진 예방 워크숍, 지자체 힐링 프로그램 연계, 문화활동 지원, 고충처리 위원회/담당자 지정 등도 언급되었다.

〈표 4-23〉 직원의 소진 및 트라우마 지원(2)

구분			유급/무급 휴가 보장		휴식 시간 보장을 위한 대체인력 투입 <sup>1)</sup>		센터 업무 재배치	
			N	%	N	%		
전체			86	84.3	42	48.8	83	81.4
기관 유형	정신건강복지센터	기초	20	87.0	9	45.0	23	100.0
		광역	6	100.0	3	50.0	3	50.0
	자살예방센터		6	85.7	0	0.0	7	100.0
	중독관리통합지원센터		20	90.9	8	40.0	17	77.3
	정신재활시설		24	80.0	15	62.5	24	80.0
	정신요양시설		10	71.4	7	70.0	9	64.3
지역	대도시		55	85.9	26	47.3	50	78.1
	중소도시		20	83.3	11	55.0	21	87.5
	농어촌		11	78.6	5	45.5	12	85.7

주: 1) 심리적 회복을 위한 유급/무급 휴가를 보장하고 있다고 응답한 조사 대상자만 응답(n=86)  
출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

나아가 정신건강복지서비스 제공 과정에서 인력이 경험할 수도 있는 안전의 위협으로부터 인력을 보호하기 위한 센터 차원의 지원이 있는지를 물어본 결과 61.3%가 있다고 응답하였다. 기관 유형별로는 중독통합관리지원센터의 지원 비율이 89.7%로 가장 높았고, 정신재활시설은 39.6%로 가장 낮게 나타났다. 기관 차원의 인력 보호 지원이 있다고 응답한 기관 중 방문 상담 및 응급출동 시 2인 1조의 원칙을 준수하는 비율은 전체의 75.8%였으며, CCTV, 호신용 물품, 경보기 등 안전시설 및 장



비를 구비하고 있는 비율은 91.6%에 달했다. 이외 일부 기관에서는 사설 경비업체 위탁, 상해보험, 정례적 위기 대응 및 안전 교육 등도 지원하고 있는 것으로 확인되었다.

〈표 4-24〉 인력의 보호 지원

구분			인력 보호 지원		방문 상담 및 응급출동 시 2인 1조 원칙 <sup>1)</sup>		안전시설 및 장비 구비 <sup>2)</sup>	
			N	%	N	%	N	%
전체			95	61.3	72	75.8	87	91.6
기관 유형	정신건강복 지센터	기초	24	64.9	19	79.2	24	100.0
		광역	5	83.3	5	100.0	5	100.0
	자살예방센터		6	75.0	5	83.3	6	100.0
	중독관리통합지원센터		26	89.7	19	73.1	25	96.2
	정신재활시설		21	39.6	13	61.9	17	81.0
	정신요양시설		13	59.1	11	84.6	10	76.9
지역	대도시		62	69.7	45	72.6	45	72.6
	중소도시		20	50.0	16	80.0	16	80.0
	농어촌		13	50.0	11	84.6	11	84.6

주: 1), 2) 기관 차원의 인력 보호 지원이 있다고 응답한 조사 대상자만 응답(n=95)  
출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

정신건강복지서비스 제공 인력의 보호를 위해 필요한 지원 정책에 대해서는 2순위까지 응답하게 하였으며, 그 결과 1~2순위 전체 응답을 합산했을 때 ‘위험/특수업무 수당 지급(62.6%)’, ‘장기 근속휴가·재충전 제도(61.9%)’, ‘심리상담 및 법률지원(27.1%)’ 순으로 높게 나타났다.

〈표 4-25〉 인력 보호를 위한 필요 정책

구분	1+2순위		1순위		2순위	
	N	%	N	%	N	%
장기 근속휴가·재충전 제도	96	61.9	45	29.0	51	32.9
심리상담 및 법률지원	42	27.1	15	9.7	27	17.4
위험/특수업무 수당 지급	97	62.6	57	36.8	40	25.8
근로기준법 준수 강화	22	14.2	16	10.3	6	3.9
일·가정 양립 지원 육아, 유연근무	38	24.5	16	10.3	22	14.2
기타	15	9.7	6	3.9	9	5.8

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

마지막으로 정신건강복지서비스 제공기관 차원 혹은 지자체 차원으로 제공하고 있는 수당 및 비용 지원 사항을 확인한 결과 조사에 참여한 기관의 유형과 지역에 따라 지원 내용의 편차가 큰 것으로 나타났다. 수당 및 비용의 지원 사항이 전혀 없다고 응답한 사례(1.3%)도 있었다.

〈표 4-26〉 수당 및 비용 지원 사항(지원 여부)

구분		가족수당		특수근무수당 (위험수당)		초과근무수당 (시간외 근무수당)		성과상여금	
		N	%	N	%	N	%	N	%
전체		139	89.7	54	34.8	106	68.4	10	6.5
정신건강 복지센터	기초	35	94.6	22	59.5	24	64.9	4	10.8
	광역	6	100.0	4	66.7	6	100.0	0	0.0
자살예방센터		8	100.0	3	37.5	8	100.0	1	12.5
중독관리통합지원센터		25	86.2	18	62.1	14	48.3	1	3.4
정신재활시설		45	84.9	2	3.8	35	66.0	4	7.5
정신요양시설		20	90.9	5	22.7	19	86.4	0	0.0

구분		장기근속 수당		명절휴가비		교육비		출장비			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
전체		10	6.5	62	40.0	62	40.0	118	76.1		
정신건강 복지센터	기초	3	8.1	15	40.5	14	37.8	33	89.2		
	광역	1	16.7	3	50.0	4	66.7	6	100.0		
자살예방센터		1	12.5	2	25.0	3	37.5	6	75.0		
중독관리통합지원센터		2	6.9	14	48.3	18	62.1	25	86.2		
정신재활시설		2	3.8	19	35.8	18	34.0	31	58.5		
정신요양시설		1	4.5	9	40.9	5	22.7	17	77.3		
구분		자기계발비		복지수당(차우개산비)		직책수당		증식비			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
전체		6	3.9	79	51.0	60	38.7	29	18.7		
정신건강 복지센터	기초	1	2.7	24	64.9	17	45.9	3	8.1		
	광역	1	16.7	4	66.7	1	16.7	2	33.3		
자살예방센터		0	0.0	5	62.5	4	50.0	2	25.0		
중독관리통합지원센터		2	6.9	23	79.3	7	24.1	5	17.2		
정신재활시설		2	3.8	13	24.5	18	34.0	11	20.8		
정신요양시설		0	0.0	10	45.5	13	59.1	6	27.3		
구분		자격수당		복지포인트		건강검진		기타		없음	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
전체		21	13.5	60	38.7	57	36.8	5	3.2	2	1.3
정신건강 복지센터	기초	5	13.5	10	27.0	14	37.8	0	0.0	0	0.0
	광역	1	16.7	2	33.3	3	50.0	0	0.0	0	0.0
자살예방센터		0	0.0	3	37.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0
중독관리통합지원센터		5	17.2	8	27.6	11	37.9	1	3.4	0	0.0
정신재활시설		5	9.4	29	54.7	16	30.2	3	5.7	1	1.9
정신요양시설		5	22.7	8	36.4	10	45.5	1	4.5	1	4.5

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

## 2. 과도한 업무 부담과 불명확한 역할은 소진의 근본 원인

질적면담조사 참여자들은 인력 부족으로 인한 업무 과부하를 소진의 이유로 인식하고 있었다. 구체적으로는 정신건강복지서비스의 대상이 전국민으로 확대되고, 재난 대응, 자살 예방 등 신규 사업이 지속적으로 추

가되면서 한정된 인력이 감당해야 할 업무량이 한계에 이르렀다는 지적이 있었다. 특히 정신건강복지센터는 1차 예방부터 고위험군 개입까지 모든 역할을 수행하는 ‘정신건강 다이소’로 비유되며, 기관의 역할과 책임 범위가 모호한 상황에서 평가까지 받아야 하는 구조적 압박을 경험하고 있었다.

“첫 번째는 역할에 있어서 갈등이 서로 내 거냐 네 거냐 뭐 이러다가 그리고 역할이 모호할 때 책임 범위를 어디까지 해야 되는지... 역할 이렇게 업무가 과부하되는 것도 소진이 오는 건 당연한 부분인 거요”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 E)

“센터 역할이 너무 너무 많아요. 센터 자체에 너무 많은 사업들을 요구하고... 1차 예방 사업 같은 경우는... 보건소에서 보건 사업에서 일부 좀 할 수도 있는 부분이 있거든요... 그런 것들의 비중이 좀 줄고 우리가 고위험군을 볼 수 있는 그런데 더 많이 우리가 집중을 해야 될 것 같은데 그런 이제 역할에 대한 선택과 집중 이런 게 잘될 때 소진이 좀 줄어들 수 있을 것 같아요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 D)

그리고 직접적인 서비스 제공 외에 행정 업무, 특히 지자체에서 갑자기 돌발적으로 요청하는 업무 등은 실무자들의 소진을 야기하는 주요 요인으로 언급되기도 했다.

“원래 맡고 있는 업무뿐만 아니라 광역이나 지자체 뭐 이렇게 여러 곳에서 실적 요청을 굉장히 많이 하시고, 이런 것들이 돌발적으로 이제 발생했을 때 좀 감당하지 못해서 초과근무나 이런 것들도 하지만 그래도 이 시기에 소진이 많이 오는 것 같아요. 그래서 이게 쌓이게 되면 꽤 스트레스도 많이 받아요.”(전문요원 E)

### 3. 소진 방지의 가장 현실적인 대안은 근무환경과 처우 개선

현장에서는 “금융 치료”라는 표현이 등장할 만큼, 급여 현실화와 적절한 보상체계(수당)가 필요하다는 지적이 가장 많았다. 현재의 처우로는 정신건강복지서비스가 가지는 위험성과 업무의 난이도를 감당하고 제공 현장에 남아있을 인력이 제한적이라는 점을 다수가 지적하였으며, 위험수당·직책수당·장기근속수당 등 수당 체계가 지역별로, 기관 및 시설 유형별로 차이가 있다는 점 역시 확인할 수 있었다.

“처우 개선이 우선이 돼야지만 저걸 요구할 수 있어... 직업적 전망을 주어야 된다... 급여를 높여줘야 되는 거죠. 그러니까 이제 그냥 단순히 돈을 높여주는 게 아니고 그런 어떤 직업적 가치를 높게 형성시켜 줘야 할 것 같아요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 C)

“우리가 공무원이 아닌데 어떤 건 공무원에서 차용하고 어떤 건 사회복지 시설에 있는 준칙을 가져오고 짬뽕 되어 있어요. 저는 이 기관의 독립성을 유지하려면 그냥 모두가 같은 그런 규칙 체계가 매년 나와야 하는데 이게 너무 중구난방이지 않은가 하는 생각이 저는 들고.”(전문요원 A)

“저희가 이제 소진이 왔을 때 지자체별로 좀 15일이라든가 좀 쉼을 줄 수 있는 정책들이 있다는 소리도 있고 보기도 합니다. 근데 이게 다 지자체나 이게 개별로 이렇게 하고 있어서 오히려 상대적 박탈감을 주고 있어서 더 소진이 오고는 있습니다.”(정신요양시설장 A)

“평가나 이런 것 때문에 이제 받아보면 정말 다 천차만별이시더라고 어디는 특별히 받는 데도 있고 안 받는 데도 있고 어디는 5만 원을 받고 어디는 10만 원을 받고 이렇게 다 달라서 좀 그런 거를 이제 아무래도 국가에

서는 보수적으로 그냥 다 주지 말라고 내려버리는 입장인 거고 이제 시군에서는 안 주긴 좀 그러니까 약간씩만 주자 이런 거에도 차이가 있어서 조금 더 유효하게 이렇게 해 주셨으면 좋겠다.”(전문요원 K)

“소진 예방 워크숍이라든지 소진 예방 활동 종사자의 소진 예방 관리를 위해서 집행할 수 있더라든지 뭔가 그런 문구라도 들어가서 그 기준으로라도 좀 사용할 수 있게... 굉장히 중요하다고 생각하고요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 D)

“정신건강복지법 안이든 이번에 하면서 복지법을 찾아보니까 이게 정신건강 제공 인력에 대한 어떤 처우 개선이나 근무 환경 지원 이런 내용은 없더라고요. 없어요. 그래서 이제 그런 부분도 이제는 좀 들어가야 되지 않나라는 생각도 좀 들고 최소한이라면 지침 안에라도 그런 부분이 좀 확보가 되면 그걸 근거로 해서 네 할 수 있지 않을까.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 H)

처우 개선에 대한 필요성은 온라인 조사 결과에서도 명확히 드러났다. 정신건강복지서비스 제공 인력 확대를 위해 우선적으로 필요한 정책적 조치에 대해 3순위까지 응답하게 한 결과, 1~3 순위 전체 응답을 합산했을 때, ‘인건비 현실화 및 처우 개선(81.3%)’의 의견이 압도적으로 많았다. 그다음으로 ‘인력 배치 기준 개선(67.7%)’, ‘전문요원 수련 정원/수련 기관 확대 등 수련제도 개선(45.2%)’, ‘정신건강 인력 수급 추세 모델 개발 및 운영(41.9%)’ 순으로 응답이 많았다.

〈표 4-27〉 인력 확대를 위해 필요한 정책적 조치

구분	1+2+3순위		1순위		2순위		3순위	
	N	%	N	%	N	%	N	%
전문요원 수련 정원/수련기관 확대 등 수련제도 개선	70	45.2	18	11.6	33	21.3	19	12.3
준전문가(para-professional) 제도 도입	26	16.8	4	2.6	9	5.8	13	8.4
동료지원인·가족지원가·회복지원가 등 지원 인력 (support workers) 제도화	31	20.0	1	0.6	7	4.5	23	14.8
인건비 현실화 및 처우 개선	126	81.3	76	49.0	32	20.6	18	11.6
인력 배치 기준 개선	105	67.7	38	24.5	38	24.5	29	18.7
정신건강전문요원의 직역 확대(심리, 상담 분야)	29	18.7	4	2.6	12	7.7	13	8.4
정신건강 인력 수급 체계 모델 개발 및 운영	65	41.9	9	5.8	19	12.3	37	23.9
기타	13	8.4	5	3.2	5	3.2	3	1.9

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

그리고 근로기준법에 명시된 휴게시간 보장, 초과근무에 대한 정당한 보상 등 기본적인 근로 조건 준수가 소진 방지의 출발점이라는 지적이 있었으며, 인력 부족 문제로 연차조차 자유롭게 사용하지 못하는 현실을 시급히 개선되어야 한다는 지적이 있었다. 더 나아가 장기근속휴가, 교육 기회 제공, 무급 휴직을 통한 재충전 등 다양한 보상 방안이 논의되었다.

“(초과근무) 시간이 정해져 있지만 그것조차도 잘 못해요. 왜냐하면 운영비가 없기 때문에. 운영비의 이슈로 호봉이 많으신 이제 고연차분들도 많으시고 하다 보니까 운영비가 이제 그걸 따라갈 수가 없어서 저희는 아예 초과를 거진 못해요.”(전문요원 M)

“정신건강 사업 안내 기준으로 보면 근로기준법 준수하는 사항은 아니거든요. 그러니까 이제 시간의 근무도 월 52시간을 보장하지만 사업 안내 책자에 보면 이제 야간 업무나 내용들 하시는 분은 월 40시간 12시간이

비는 거죠... 직원들에게는 가장 기본적인 근로기준법을 준수할 수 있는 어떤 보장 지원 이런 정책이 기본이 돼야 된다.”(정신재활시설장 A)

한편, 정신건강전문요원을 대상으로 한 면담에서는 타인의 복지를 위해 헌신하는 종사자들의 복지가 오히려 보장되지 않는 역설적 현실을 지적하며 소진을 예방하고 근로환경 개선을 위한 복지적 처우 방안으로 직원 간 유대관계 증진을 위한 프로그램 지원, 육아 친화적 근무 환경 조성, 열악한 시설 및 인프라 개선 등이 필요하다는 의견이 제시되었다.

“저희는 타인의 복지를 위해서 여기저기 서비스도 끌어오고 여기저기서 이렇게 끌어올 수가 없으면 우리가 자체적으로 할 수 있는 것을 개발해내고 하지만 정작 저희의 복지를 위한 건 하나도 없는 거예요. 수단도 마찬가지로 지지만 뭔가 이렇게 직원들이랑 뭘 하려고 해도 이것도 다 거의 사비 지원되는 거 하나도 없이 그리고 아니면 팀장님들이 이렇게 내주시거나 아니면 정말 정말 극소한의 이 한계로 어쩌다 한 번씩 하는데, 그것마저도 행정 서류가 따라와 버리고 이런 상황들이 연속이니까 나의 복지는 어디로 갔나 싶고...”(전문요원 M)

#### 4. 취약한 고용 안정성

온라인 조사에 참여한 시설장 및 센터장 등 중간관리자를 대상으로 기관의 고용 안정성 수준을 어떻게 평가하는지를 물어본 결과 전체의 36.8%만이 안정적이라고 평가하고 있었다. 기관 유형별로는 자살예방센터가 12.5% 수준으로 다른 유형에 비해 고용 안정성을 가장 낮게 평가하고 있었으며, 중독관리통합지원센터는 31.0%, 정신재활시설, 요양시설은 각각 47.2%, 63.6%로, 상대적으로 높은 수준으로 평가하고 있었다.



〈표 4-28〉 고용 안정성 수준

구분			매우 불안정적/불안정적		보통		다소 안정적/매우 안정적	
			N	%	N	%	N	%
전체			45	29.0	53	34.2	57	36.8
기관 유형	정신건강 복지센터	기초	17	45.9	14	37.8	6	16.2
		광역	3	50.0	1	16.7	2	33.3
	자살예방센터		4	50.0	3	37.5	1	12.5
	중독관리통합지원센터		8	27.6	12	41.4	9	31.0
	정신재활시설		10	18.9	18	34.0	25	47.2
	정신요양시설		3	13.6	5	22.7	14	63.6
지역	대도시		23	25.8	31	34.8	35	39.3
	중소도시		15	37.5	11	27.5	14	35.0
	농어촌		7	26.9	11	42.3	8	30.8

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

이 중 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터를 대상으로 추가로 위수탁 변경, 계약 조건 등에 따른 고용 불안 요소가 있다고 보는지 물어본 결과, 전체의 42.3%가 있다고 응답하였으며, 기관 유형별로는 광역정신건강복지센터가 83.3%로 가장 높게 나타났고, 중독관리통합지원센터가 32.1%로 가장 낮게 보고하였다.

〈표 4-29〉 고용 불안 요소 유무

구분			전혀 없음/거의 없음		보통		다소 있음/매우 많음	
			N	%	N	%	N	%
전체			17	23.9	24	33.8	30	42.3
기관 유형	정신건강복 지센터	기초	5	17.2	14	48.3	10	34.5
		광역	1	16.7	0	0.0	5	83.3
	자살예방센터		1	12.5	1	12.5	6	75.0
	중독관리통합지원센터		10	35.7	9	32.1	9	32.1
지 역	대도시		12	27.3	12	27.3	20	45.5
	중소도시		2	11.8	7	41.2	8	47.1
	농어촌		3	30.0	5	50.0	2	20.0

주: 민간 위탁 형태의 기관(71개)만 응답

출처: 본 연구에서 수행한 조사 결과로, 연구진이 작성함.

질적면담에 참여한 정신건강복지서비스 제공 인력들은 대부분 고용 안정성이 매우 취약하다고 인식하고 있었다. 특히 지역사회 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터의 경우 ‘민간 위탁’이라는 운영 구조가 고용 불안의 근본적인 원인으로 지적되었다. 3년마다 반복되는 재위탁 과정에서 고용 승계가 이루어지고 있기는 하지만, 항상 불확실성이 존재하며 위탁 기관이 변경될 경우 고용 승계가 100% 보장되지 않는다는 점이 강조되었다. 특히 관리자급(부센터장 등)의 경우 고용 불안정성이 더욱 크다고 지적되었다. 그 결과, 직원들은 ‘정규직’처럼 현장에서 지속적으로 서비스를 제공하고 있음에도 불구하고, 실질적으로는 계약 갱신을 반복해야 하는 계약직에 가까운 신분으로, 국가 사업을 수행함에도 안정적인 고용 환경을 보장받지 못하고 있다고 토로하였다.

“네 근데 위수탁 기간이 3년마다 이제 위수탁을 해야 되는 부분들이고 사실 이게 위수탁이 변화가 되면은 고용이 80%까지가 아마 인정이어서... 그러니까 그런 안정성은 없는 거죠.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 A)

“어쨌거나 민간인 수탁 구조로 해서 명백하게 계약직인 거잖아요. 매년 계약서를 작성을 해야 되는 거고...”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 B)

“독립성이 좀 많이 떨어진다...여기저기 휘둘리는 문제가 저희도 종종 있어 갖고 소장님 바뀌면 완전 아예 달라지기도 하고 정말 그런 부분에서 우리 여기가 진짜 파리 목숨일 수도 있겠다 뭔가 좀 지속성이 떨어지고 하다 보니까 더 스트레스를 받게 되고 나이가 들고 그러다 보니까 좀 더 여기서 오래 있을 수 있을까라는 고민을 들도 좀 많이 소진에 영향을 미치는 것 같아요.”(전문요원 A)

민간 위수탁 구조에 따른 불안정성은 지역별로도 차이가 있었다. 지침 상 고용 승계가 언급되어 있더라도 지자체(시군)별 계약서 세부 내용이 달라, 고용 안정성에 상당한 편차가 존재한다는 지적이 제기되었다. 일부 시군에서는 계약서에 ‘위탁 기간이 유지될 때까지만 계약 기간’이라고 명시하기도 하는데, 이러한 정보는 공식적으로 공개되지 않아 인력 채용의 어려움을 가중시키는 요인으로 작용하고 있었다.

“시군들이 이거를 대놓고 밝히지 않아요. 왜냐하면 이게 고용승계가 명확하지 않은 시 군은 더 인력 채용이 안 될 거기 때문에 이거를 뒤에서 저도 듣는 거지 공식적으로 누가 이렇게 얘기해 주지 않더라고요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 B)

반면, 일부 참여자는 소속기관 내 장기간 근속한 인력이 존재하고, 정년퇴직 후 축탁직 형태로 재계약하는 사례, 육아휴직 대체인력이 정규직으로 전환되는 사례 등을 경험하면서 상대적으로 고용 안정성이 보장되는 편이라고 인식하기도 하였다.

“저희 ○○은 업무 아니 고용성에 있어서는 좀 안정적이라는 생각이 많이 들고요. 방금 말씀해 주신 것처럼 정년퇴직을 하신 분도 계시지만 정년 퇴직하시고 축탁으로 지금 계속 축탁으로 하시는 분도 계시고. 첫 케이스긴 하지만. 그리고 육휴(육아휴직) 분들도 대체인력으로 들어왔음에도 불구하고 업무를 숙달하는 데 있어서 좀 괜찮을 것 같으면 최대한 이끌어 가려고 하시는 편이어서 업무의 중증도는 있지만 이제 물론 팀장님들이 너무 바쁘시니까 많이 힘들겠다라는 이야기는 하지만 그분들을 보면서 막 업무의 고용 불안정성을 느낀 적은 없습니다.”(전문요원 D)

나아가 일부 참여자는 고용 승계로 일정 부분 고용 안정성이 보장되더라도, 높은 업무 강도와 현재의 위탁 구조상 하청 형태로 인식되는 조직 환경으로 인해 현장 인력이 ‘실적 뽑는 기계’로 여겨지는 현실이 장기근속을 저해하는 구조적 요인으로 작용하고 있다고 지적하였다.

“저희도 이렇게 환경적 물리적으로 불안정한 건 없는데 그러니까 사실 업무를 계속하고자 하면 할 수 있는 환경이지만 내가 과연 여기서 얼마나 일을 할 수 있을까에 대한 자신이 없고 제가 나이가 먹어서까지 일을 하고 싶지 않다는 생각이 다들 기본적으로 깔려 있는 것 같아요. 업무의 강도나 이런 것들이 강하기 때문에 그리고 이제 위탁 기관과 이제 지자체와의 사이에서 뭔가 이렇게 은근히 저희를 하청업체처럼 이렇게 실적 뽑는 기계 이제 저희는 그렇게 느껴지고 있어서 이게 참 오래 일을 하기가 어려운 환경이라고 생각이 듭니다.”(전문요원 E)

## 5. 안전 및 보호시스템의 부재

실무자들은 서비스 현장에서 물리적·정신적 위협에 상시적으로 노출되어 있으나, 이들을 보호할 제도적 장치는 매우 미흡하다고 지적하였다. 면담에 참여한 일부 기관에서는 위기 개입 시 바디캠 착용, 기관 내 비상경보 버튼 설치, 호신술 교육, 치료비 지원 등을 통해 종사자의 안전 및 보호를 도모하고 있었으나, 실질적 효과를 보장하기에는 매우 제한적이었다.

우선 야간근무나 위기 개입, 가정방문 시 폭언·폭행 등 안전을 위협받는 상황이 빈번하게 발생한다고 공유하면서, 안전이 확보되지 않은 상황에서 개입을 거부할 수 있는 권한과 안전 확보를 위한 명확한 지침이 필요하다고 언급했다.

“안전이 확보되지 않은 경우에 어떤 개입 활동에 대해서는 종사자분들은 확실하게 비선호를 해요.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 H)

“좀 업무를 하다 보면 종사자들이 좀 부정적인 생각을 하게 되는 그런 상황이라든지 그런 것들이 분명히 발생하는데 좀 보호를 위해서 즉시 민원을 멈출 수 있는 강력한 종사자 보호 규정이 좀 필요하다고 보고 또 그렇게 응대했을 때 그렇게 전화하시는 분들의 특성상 또 2차 민원을 또 넣을 수도 있거든요. 다른 기관에 넣어 가지고 막 이 사람 응대를 잘못했네 어쩌네 그런 경우들이 있는데 그런 것들도 충분히 보호할 수 있는 법적 근거라든지 제도적 차원에 잘 마련되면 좋을 것 같고요.”(전문요원 L)

또한 클라이언트나 보호자의 악성 민원, 고소·고발 등에 직면했을 때 기관이나 국가로부터 보호받지 못하고 인력이 홀로 대응해야 하는 경우가 많다고 지적하면서 민원 대응을 위한 전담팀을 구성하거나, 변호사·노무사 자문 등 법률 지원 체계를 마련해야 한다는 의견이 제기되기도 했다. 그 외에도 외상 사건(예: 담당 사례의 자살) 발생 후 의무적인 휴식이나 심리 상담을 제공하는 등의 보호 조치가 센터장의 재량에 맡겨질 것이 아니라, 사업 안내 지침에 명확히 규정될 필요가 있다는 지적도 있었다.

“민원도 많아지고 위기 상황 위험도 굉장히 많아지고 있고 직원들이... 많이 내몰리고 있거든요. 이와 관련한 직원의 안전 그리고 이 보호와 관련한 부분들이 적어도 국가 공공의 서비스를 제공하고 있는 내가 이 기관에서 보호받는구나라는 이 인식은 명확하게 심어줄 필요는 있지 않을까.”(정신건강복지센터·자살예방센터·중독관리통합지원센터 중간관리자 E)

“소진 중에 하나가 악성 민원이거든요. 그리고 공공연한 악성 민원이 많이 오는데... 소진을 방지하려면 전문 요원들이 등 이런 공공기관 종사자들이 민원에 대해서 강력히 대응할 수 있는... 갑질 안 당할 수 있게끔 하는

게 강력 대응해도 된다는 지침이 내려... 정책적으로 지원해 주는 게.”(정신의료기관 중간관리자 B)

“이제 저희가 여러 가지 그런 위기 개입 상황에 보는 이제 그런 대상자분들의 그런 상황이라든가 예를 들어서 돌아가신 분들이라든가 이런 부분도 있지만 그리고 그 안에서 이루어지는 폭력적인 것들 언어 폭력 그리고 성폭력 성희롱 같은 그런 것들에 대해서 이제 만약에 이제 그런 직원이 발생했을 때 거기에 대한 이제 여러 가지 대처들이 있기는 하지만 그래도 아무래도 조금 직원이 느끼기에는 조금 미흡한 부분이 있다라고 생각이 좀 들어서...어떠한 상황이 발생했을 때 예를 들어서 ‘휴가는 며칠 아니면 무슨 워십리 상담은 몇 회기 이렇게 할 수 있다’라는 게 이렇게 딱 아예 명문화가 좀 되어 있으면 좀 더 좋지 않을까 싶은 생각이 좀 듭니다.”(전문요원 I)

## 제4절 소결

이 장에서는 연구에서 실시한 질적면담조사와 온라인 조사, 선행연구 고찰을 통해 정신건강복지서비스 제공 인력의 현황과 문제를 파악하였다. 그 내용을 요약해 보자면 다음과 같다.

첫째, 인력 부족과 업무 과중이 정신건강복지서비스 제공 현장 전반에서 파악되었다. 지역사회 기반의 보편적 정신건강복지서비스로 외연이 확장되는 가운데(자살예방·재난심리지원·중독·응급개입 등), 인력 충원 없는 사업 확대가 반복되며 현장에서는 “선택과 집중이 불가능해 서비스 질 유지가 어렵다”는 호소가 많았다. 채용의 어려움 역시 드러났으며, 특히 서울과 경기 지역을 제외한 지역에서는 이 어려움이 더욱 크게 나타났다. 이는 서울과 수도권을 제외하고는 정신건강전문요원 등 정신건강복지서비스 제공 인력 자체가 부족한 상황과 더불어 기관 및 시설이 가지고

있는 예산상의 제약으로 인해 전문성 있는 숙련된 인력을 채용하기가 어려운 것으로 나타났다. 또한 자살위기 대응 업무, 야간 근무, 자신의 전문성을 발휘하기 어려운 행정 업무를 수행하는 인력의 경우 채용하는 데에서 어려움이 더 크게 나타나는 것으로 보인다.

둘째, 정신건강복지서비스 제공 현장에서 정신건강전문요원과 비전문요원 간 역할 모호성이 파악되었다. 물론 법령상 직역별 고유업무가 명시되어 있으나, 현장에서는 경력·개인 역량에 따라 업무가 배분된다(최승원 외, 2023; 임준 외, 2021). 또한 정신건강 응급 및 자살 위기 상황 시 정신건강전문요원과 비전문요원 간 차이가 나타나고, 현장에서는 응급대응, 정신건강 및 자살 고위험군에 대한 사례관리, 행정입원 등 입원 절차 수행과 같은 업무는 정신건강전문요원이 주로 하고 있는 것으로 보인다. 다만 제4장에서 살펴본 것처럼 비전문요원이라고 해도 사례관리 등 정신건강복지서비스 업무를 수행하고 있으며, 일정기간(연구에서는 약 3~5년으로 나타남)이 지나면 정신건강전문요원과 비전문요원 간 역량 격차가 그리 크게 나타나지 않는다는 의견도 많았다. 그리고 소규모 인력이 일하는 기관 및 시설에서는 전문요원과 비전문요원 간 역할에 차이를 두기가 어렵다는 현실적인 고민을 호소하면서 이들을 대상으로 한 재직자 수련 등 제도에서의 개선도 필요하다고 지적하기도 했다.

셋째, 위와 관련하여 정신건강전문요원 수련제도 및 현재의 교육 및 훈련 체계의 한계 역시 연구를 통해 파악되었다. 수련기관 유형별, 직역별, 지역별 정신건강전문요원의 수련 질에서의 차이, 자살이나 중독 등 다양한 영역에 대한 수련 기회 부족, 현장에서의 실효성이 높은 수련 내용 부족 등 다양한 문제점이 언급되었다. 비록 이전에 비해 다양한 인력을 대상으로 한 교육 기회들은 많아지기는 했지만, 현재의 인력 부족 상황에서 교육에 참여하기가 어렵다는 지적, 이론과 강의 중심의 교육 등 현재의

교육 체계에서의 한계 역시 확인되었다.

넷째, 정신건강복지서비스 제공 인력들은 현재의 처우와 근무 환경 개선의 필요성을 강조하였다. 이와 관련해서 급여의 개선, 위험수당, 장기 근속휴가 등 보상체계의 개선이 필요하다고 지적하고 있으며, ‘금융치료’라는 표현을 다수가 언급하였다. 또한 민간위탁 운영 구조를 가지는 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 경우 고용의 불안정성을 언급하면서 이들 센터의 운영 구조의 개편이 필요하다고 지적하기도 했다. 또한 정신건강복지서비스의 특성상 자해 및 자살상황에서의 응급출동, 당사자나 보호자 및 지역 주민으로부터의 폭언과 폭행, 악성 민원 등을 경험하고 있는 상황을 공유하면서 인력에 대한 심리적 지원 등 보호 조치 역시 현재보다 강화될 필요가 있다고 지적했다.

종합하면, 현재의 어려움은 현장 역량 부족 이슈도 있겠지만, 더 큰 정신건강복지서비스 제도·재정·운영 설계의 부정합에서 기인하는 것으로 보인다. 질적면담 내용을 보면, 인력 부족 문제는 인력 대상 역량 강화 교육 및 수련의 실효성을 잠식하고, 역할의 모호성은 행정의 부담을 키우며, 고용과 처우의 불안은 인력 이탈을 부르고, 인력 보호장치의 미흡함은 정신건강복지서비스 제공 현장에서 일할 의지를 약화시키는 것으로 보인다. 비약적일 수 있으나, 결과적으로 이는 정신건강복지서비스의 질 저하, 인력의 이탈 촉진, 그로 인한 남아있는 인력의 업무 과부하로 이어지는 악순환이 지속 재생산되는 현상으로 드러나는 듯하다.

따라서 정신건강복지 인력 정책이 추구해야 하는 방향성은 단순히 사람을 늘리는 것이 아니라, 사람이 일할 수 있는 조건과 환경을 마련하고, 전문성이 축적되고 커리어 비전을 세울 수 있는 경로를 제시하고, 인력이 안전하게 지속해서 일할 수 있는 울타리를 설계하는 방식으로 이루어질 필요가 있다.





## 제5장

### 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 개선 과제

- 제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 확보 및 수급  
안정을 위한 개선 과제
- 제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 및 역량  
강화를 위한 개선 과제
- 제3절 정신건강복지서비스 제공 인력 보호 및 지원  
강화를 위한 개선 과제



## 제 5장

# 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 개선 과제

이 연구는 최근 정신건강복지서비스가 빠르게 확장되고 있는 상황에서 현재의 정신건강복지서비스 제공 인력은 충분한가에 대한 문제 인식에서 출발했다. 연구를 진행하기 전에도 정신건강복지서비스 제공 인력은 충분하지 않다는 전제를 가지고 있었으나, 정신건강복지서비스 제공인력을 확보하는 것과 관련하여 해외 사례들은 어떻게 하고 있는지, 우리나라의 인력 부족 현상은 어떠한지를 사례와 현장의 목소리로 파악하고자 하였다. 또한 연구에서는 서비스 제공 인력을 보다 많이 확보하는 것도 중요하지만, 그 확보된 인력의 역량 역시 서비스의 질을 제고하는데 필수적인 요소라고 인식하고 있었다. 이러한 문제 인식에 따라 인력의 역량과 전문성을 어떻게 강화할 수 있을 것인지 역시 해외 사례와 현재 현장에서 이루어지고 있는 상황들을 포괄적으로 파악하였다. 마지막으로, 현재 정신건강복지서비스 제공 현장에서 일하고 있는 인력들은 앞서 살펴본 바와 같이 인력이 부족한 상황에서 많은 혹은 다양한 업무를 수행하고 있고, 정신건강복지서비스의 특수성으로 인해 다양한 트라우마적 사건을 경험하고 있으므로, 이들 인력을 대상으로 한 보호와 지원들은 국내외에서 어떻게 이루어지고 있는지를 파악하고, 어떠한 보호와 지원을 더 고민하고 제안해야 하는지를 모색하고자 하였다.

이러한 문제 인식에 따라 앞서 제2장부터 제4장까지 국내외의 사례와 현장, 특히 지역사회에서 정신건강복지서비스를 제공하는 인력들의 경험과 의견을 고찰 및 정리하였다. 이 내용들을 기반으로 마지막 장에서는 정신건강복지 인력 정책 개선 과제 연구를 기획하면서 가졌던 문제 인식

에 따라, 해외사례와 선행연구에 대한 고찰, 현장 실무자들과의 질적면담 조사와 온라인 조사를 통해 파악한 실태와 의견들을 수렴하여 정신건강 복지 인력 정책 개선과제를 1) 정신건강복지서비스 제공 인력 확보 및 수급 안정을 위한 개선과제, 2) 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 및 역량 강화를 위한 개선 과제, 3) 정신건강복지서비스 제공 인력 보호와 지원을 위한 개선과제로 구분하여 제시하였다. 물론 각 개선과제들은 서로 연관성을 가지고 있으며, 상호배타적인 것들이 아니라는 점을 본 연구에서도 충분히 인지하고 있으며, 이 장에서 제시한 개선 과제들이 이용자, 현장 종사자, 중앙정부·지자체 등 다양한 이해관계자와의 보다 심층적인 논의 과정을 거쳐 국내 제도 환경과 지역적 여건을 고려한 실효성을 갖춘 정신건강복지 인력 정책을 구성하는데 포괄적으로, 통합적으로 고려될 수 있기를 기대하면서 제안하였다.

## 제1절 정신건강복지서비스 제공 인력 확보 및 수급 안정을 위한 개선 과제

국내 정신건강복지서비스는 더이상 중증정신질환자를 대상으로 한 치료가 아니라, 중증정신질환자를 포함한 전 국민을 대상으로 한 예방, 치료, 재활, 회복으로 이르는 포괄적인 서비스의 스펙트럼을 가지고 있다. 이에 따라 정신질환과 더불어 자살, 중독, 재난 심리지원 등 정신건강복지서비스의 영역 역시 빠르게 확대되고 있다. 다른 국가들과 마찬가지로 한국 역시 이러한 과정 속에서 정신건강복지서비스 제공 인력의 부족 문제가 심각하게 드러나고 있다. 앞서 제4장에서 살펴본 것처럼 정신건강복지서비스 제공 현장에서는 인력 규모의 불충분성, 채용의 어려움, 인력 유지의 어려움을 호소하고 있으며, 지역사회를 기반으로 하는 정신건강

복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터의 경우 저연차 인력과 고연차 인력만 있는, 중간 연차 인력은 부족한 모래시계형 구조가 공통적으로 나타나기도 했다.

앞서 살펴본 해외 사례에서는 정신건강복지 인력 확보 및 수급 안정과 관련하여 인력의 절대 규모를 확대하기 위해 교육 정원을 확대하거나, 전문가나 동료지원가와 같은 새로운 역할 개발로 인력 다양성을 확보하거나, 근무환경과 처우를 개선하는 방식을 통해 인력을 유지하거나, 농어촌 인센티브 등을 도입하여 지역 간 인력 격차를 해소하는 등의 노력을 하고 있다. 또한 정신건강에 대한 국가 전략에서 혹은 별도의 인력 계획을 통해 정신건강복지서비스 인력 정책에 대한 거버넌스를 마련하고 있기도 하다. 이러한 국내외의 상황과 사례를 포괄적으로 고려한 결과 본 연구에서는 정신건강복지 인력 확보 및 수급 안정을 위해 다음의 개선 과제를 제안하고자 한다.

## 1. 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 거버넌스 구축 및 운영

본 연구에서는 정신건강복지 인력 수급을 모니터링하고 계획을 수립하는 중앙정부 중심의 거버넌스를 마련하는 것을 제안하고자 한다. 보다 구체적으로 거버넌스는 1) 중장기 정신건강복지 인력 수급 계획을 수립하고 정기적으로 갱신하는 체계를 도입하는 것과 더불어, 2) 인력 데이터 관리를 위한 인프라 구축, 3) 정신건강복지 인력 거버넌스 정비 및 구축을 의미한다.

우선 중장기 정신건강복지 인력 수급 계획 수립 및 정기적으로 갱신하는 체계 도입과 관련하여, 우리나라는 아직 호주나 영국과 같이 별도의 인력 정책이 개발된 적이 없었다. 물론 5년마다 발표되는 정신건강복지

기본계획을 통해 인력 분야에 대한 정책과제들은 제시되었지만, 인력 분야에 세부 계획을 개발한 경험이 없다. 정신건강복지기본계획 상의 다양한 정책과제들을 수행하는 것이 인력임에도 불구하고, 기본계획에서 제시된 정책과제들을 이행하는 데 필요한 인력이 어느 정도인지, 어떤 역량을 가져야 하는지, 어떤 보호와 지원이 뒷받침되어야 하는지에 대한 별도의 고민이 제한적으로 이루어졌다. 따라서 향후에는 정신건강복지기본계획을 발표하게 되면, 정부는 후속조치 중 하나로 기본계획에 담긴 정책과제의 이행력을 높이기 위해 별도의 정신건강복지 인력 계획을 수립할 필요가 있다. 이 계획에서는 호주와 영국의 사례를 고려하여 인력 수요에 대한 예측, 양성-배치-유지를 포함하는 실행 로드맵을 포함하는 것이 필요하다. 또한 다수의 해외 국가가 경험하는 것처럼 한국 역시 지역 간, 기관 간 인력 부족 문제의 경험 정도가 달리 나타나므로, 인력 수급 계획을 수립할 때 지역의 인구 특성, 사업 특성을 고려하여 인력 수요를 예측하고 전략을 수립하는 것이 필요하며, 취약 지역에 인력을 확보할 수 있도록 하는 정책(예, 미국의 지방 및 비선호 지역 근무자에 대한 재정 인센티브 부여 등)을 고려해 볼 필요가 있다.

둘째, 인력 데이터 관리를 위한 인프라를 구축하는 것이 필요하다. 현재 정신건강복지 인력에 대한 통계는 국립정신건강센터에서 정신건강복지법에 따른 정신건강복지서비스 제공기관을 대상으로 실시하는 정신건강현황 조사와 이 조사를 바탕으로 발표하는 국가 정신건강현황보고서 정도라고 볼 수 있다. 본 연구에서 수행한 전문가 자문회의에서는 정신건강전문요원이 매해 700~800여 명 배출되고 있음에도 불구하고, 정신건강복지서비스 제공기관에서는 전문요원을 확보하기가 어렵다는 상황을 공유하면서 배출된 인력이 어디로 가는지, 왜 정신건강복지서비스 제공기관에 오지 않는지 등을 파악할 수 있는 실태조사 등의 모니터링 체계가

필요하다고 제안했다. 또한 정신건강복지서비스 제공 인력의 서비스 제공 경험이 파악되지 않는다는 점을 언급하며, 각 기관의 인력의 규모와 고용구조, 근속기간 등 운용 상황을 파악할 수 있는 실태조사나 데이터베이스 구축이 필요하다고 제안하였다. 캐나다가 전문 인력 외에도 비규제 직업군까지 포함한 데이터 수집 체계를 구축하겠다고 밝힌 사례와, 독일 바이에른주가 정례적인 인력 현황을 평가하고 공개하는 제도를 도입한 것들을 고려해 볼 때, 우리나라 역시 정신건강 분야 종사자 전반을 아우르는 인력 현황을 파악하고, 인력의 규모, 고용구조, 근속기간 등을 파악하여 인력 정책 수립 및 이행에의 근거를 마련할 필요가 있다. 또한 데이터베이스로 축적된 결과들을 공유하고 개선안을 마련하는 선순환적인 환류 체계에 대한 고민 역시 필요해 보인다.

셋째, 정신건강복지 인력 거버넌스를 정비하여 효율적인 추진체계를 갖추는 것 역시 고려해 볼 필요가 있다. 정신건강복지 인력에 대한 정책은 현재 보건복지부를 중심으로 하고 있으며, 국립정신건강센터에서 정신건강전문요원에 대한 수련제도를 위탁받아 운영 중이며, 정신건강복지 인력 대상의 다양한 교육을 마련하여 운영 중이다. 즉, 현재 정신건강복지 인력 거버넌스는 인력을 양성하고 교육을 통한 역량 강화에 보다 초점이 있는 상황이다. 물론 이 정책들 역시 중요하지만 인력 정책 전반에 대해 보다 구체적으로 현재의 인력이 충분한지, 어느 규모의 인력이 더 필요한지, 지역 간 및 기관 간 인력 확보의 안정성을 가지기 위해서는 어떤 조치가 필요한지, 인력 확보를 위해 현재의 정신건강전문요원 외에 다른 인력 직군을 포함할 필요가 있는지, 필요하다면 어떤 인력 직군이 필요한 것인지 등 인력 확보와 수급과 관련한 전반적인 고려와 관련된 정책들을 마련 및 이행하는 것이 필요하다. 이러한 내용들을 포괄적으로 구상 및 이행하는 정신건강복지 인력에 대한 거버넌스 체계를 현재의 보건복지부

정신건강정책과와 국립정신건강센터의 교육과로 유지할 것인지에 대한 고려 역시 필요해 보인다. 물론 정부와 공공 주도의 정신건강복지 인력 거버넌스라고 하더라도, 민간 학협회, 서비스 제공기관 간의 협력과 연계를 통해 이루어질 필요가 있다.

## 2. 인력의 범위 확장 및 새로운 역할 도입 고려

국내 정신건강복지서비스 제공 현장에서는 정신건강전문요원과 같은 전문인력 외에 사회복지사, 간호사 등 비(非)전문요원 인력이 상당수 근무하고 있다. 해외에서도 전문인력 외에도 준전문가와 동료지원가와 같은 지원 인력을 정신건강복지서비스 제공 인력으로 포괄하고 있으며, 이를 통해 정신건강복지서비스 제공 인력 부족 문제에 대응하고 있다.

이에 따라 본 연구에서는 1) 준전문가 직군(paraprofessional) 양성 및 활용과 2) 경험 기반 인력 양성 및 활용, 3) 인력 범위 확장에 따른 법제도 개선을 개선 과제로 제안하고자 한다. 우선 준전문가 직군 양성 및 활용과 관련하여, 정신건강복지서비스가 지속 확대되고 있는 최근의 추세를 고려해볼 때 준전문가 직군 체계를 도입하고, 이들 인력을 양성 및 활용하는 체계를 마련하는 것을 검토해 볼 필요가 있다. 준전문가 직군을 누구로, 어떤 역할을 하는 인력으로 규정할 것인지에 대해서는 추가적인 이해관계자 간 숙의 과정이 필요해 보이기는 하나, 해외 사례들을 고려해 보면 일반국민을 대상으로 한 심리상담 혹은 정신건강 상담 서비스를 제공하는 인력을 준전문가 인력으로 포함할 수 있어 보인다. 또한 국내 정신건강복지서비스 제공 현장에서 이미 전문요원과 비전문요원 간 역할 경계가 모호해지고 있는 경향성이 짙게 나타나므로, 호주와 캐나다 등 해외 사례를 고려하여, 현장의 비전문요원을 일정 정도의 실무 중심 교육



및 훈련을 통해 현장 실무 역량을 갖춘 준전문가 인력 직군으로 고려해 볼 수도 있어 보인다. 다만 일부 이해관계자는 이미 현장에 있는 비전문요원의 경우 이미 정신건강복지서비스 제공현장에서의 경험과 전문성들을 축적해나가고 있는 상황이므로 전문요원 수련제도로의 진입 용이성을 강화하여 전문요원 인력으로 확보하는 것이 필요하다고 지적하기도 했다.

준전문가 직군 체계를 도입하는 것을 고려할 때, 이와 동시에 이들 인력 양성 및 활동 지원을 위한 경로를 마련하는 것이 필요하다. 현재 국내에 준전문가 직군 체계가 없기는 하지만, 국립정신건강센터에서는 정신건강복지서비스 제공기관에서 근무하는 비전문요원을 대상으로 한 교육 프로그램을 마련하여 운영 중이기는 하다. 캐나다 B.C.주의 HCAP 프로그램이나 호주의 직업교육훈련 시스템처럼 전문요원 수련과정을 이수하지 않고서라도 단기간의 교육 및 훈련 프로그램을 이수하도록 하고, 이를 이수한 인력들을 정신건강복지서비스 제공 인력으로 포함하는 방식을 고려해 볼 필요가 있다. 또한 뉴욕주가 공인 정신건강지원전문가를 양성하여 비임상적 지원 활동을 수행하도록 한 것 역시 고려해 볼 필요가 있다. 이러한 준전문가 직군을 양성 및 활용하는 것은 정신건강복지서비스 제공 현장에서 수요가 급증하는 심리상담 혹은 정신건강 상담서비스에 대한 국민의 접근성을 높이고, 인력 입장에서 인력의 전문성을 살려서 서비스를 제공하는 기회를 강화시키는 것일 수 있어 보인다. 특히 전문요원이 수행해야 하는 고난도 사례에 대한 개입 및 관리와 응급/위기 개입의 역할에 전문요원이 보다 집중할 수 있도록 하는데 기여할 수 있을 것으로 보인다.

둘째, 경험 기반 인력 양성 및 활용 역시 보다 구체적인 고민이 필요한 시점이라고 볼 수 있다. 정신건강복지법 개정을 통해 동료지원인 양성 및 활동 지원에 대한 법적 근거가 마련되었고, 2026년부터 한국은 동료지원

인 양성 및 활동 지원을 시행해야 하는 상황이다. 다수의 해외 국가에서 정신질환 경험 당사자 및 가족 인력을 경험 기반 인력으로 규정하고 정신건강복지서비스 제공 인력의 일부로 공식적으로 인정하고 있다. 미국의 경우 전국적 인증 프로그램을 통해 이들의 역할을 제도적으로 확대하고 있기도 하다. 이런 점을 고려해 볼 때, 경험 기반 인력을 양성하는 체계를 표준화하고, 경험 기반 인력이 활동하는 영역과 역할에 대한 구체적인 논의가 필요하다. 본 연구에서 수행한 자문회의에서는 현재의 동료지원인의 범위가 중증 정신질환자 중심에서 가족지원가, 중독으로부터 회복한 회복지원가까지 동료지원인의 범위를 확대해야 한다고 지적하였으며, 양성된 동료지원인이 활동할 수 있는 기관에 대한 인력 기준에 동료지원인 배치 기준을 포함해야 한다고 지적하였다. 전문가 자문회의의 지적에 대한 추가적인 정책 논의가 필요하며, 이와 더불어 동료지원인의 역할을 어떻게 설정할 것인지 그리고 이들을 정신건강복지서비스 제공인력으로 바라볼 것인지, 동료지원인 양성 및 활동을 재할 프로그램의 일환으로 바라볼 것인지에 대한 정책 논의 역시 향후 활발하게 이루어질 필요가 있다. 그리고 양성된 동료지원인의 규모와 활동 상황을 모니터링할 수 있는 전산 시스템을 구축하는 것 역시 필요하다.

셋째, 앞서 언급한 개선과제들의 경우 법제도 정비를 필요로 하는 과제들이다. 현재 정신건강복지법에서는 정신건강전문요원에 대해서만 명시되어 있다. 준전문가 직군을 도입하거나, 동료지원인에 정신질환자 외 가족지원가와 회복지원가 등으로 범위를 확장하는 등 새로운 인력을 도입할 때에는 법적 자격 기준 정비, 업무 범위 설정, 전문직과의 역할 조정이 함께 이루어져야 하며, 이는 중앙정부 차원의 가이드라인 수립과 이해관계자 간 협의가 선행되어야 할 필요가 있다. 또한 현재 정신건강전문요원과 비전문요원으로 통칭하는 용어를 변경하는 것에 대한 고려 역시 필요

해 보인다. 해외에서는 우리나라처럼 정신건강전문요원이라는 통칭하여 인력을 규정하는 것이 아니며 정신건강간호사, 정신건강사회복지사처럼 직역으로 구분하고 있다. 전문요원으로 통칭해서 부르고 있음에 따라 비전문요원이라는 용어가 함께 활용되고 있는 구조이기 때문에, 용어를 변경하여 비전문요원도 그냥 사회복지사, 간호사 등으로 표현하는 것이 더욱 적절해 보인다.

### 3. 지속가능한 근무환경 조성을 통한 인력 유지 강화

앞서 살펴본 것처럼 국내 정신건강복지서비스 제공 현장에 있는 인력들은 부족한 인력으로 과도한 업무를 담당하고 있음에도 불구하고, 미흡한 처우, 고용 불안정성, 안정에의 위협을 느끼면서 업무를 수행하고 있다고 호소하였다. 또한 정신재활시설과 정신요양시설의 경우 근무기간이 긴 편이었지만, 정신건강복지센터나 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 인력들의 경우 인력들의 잦은 이탈로 인해 모래시계형 인력 분포로 인력 구조가 나타나고 있는 실정이었다.

선행 연구들은 높은 이직률은 숙련된 인력의 손실을 초래하고, 신규 인력의 채용 및 재교육에 막대한 사회적 비용을 발생시켜 시스템 전체의 효율성을 저해하는 핵심 요인이라고 지적한다. 따라서 인력을 유지하는 것은 단순한 복지 차원의 문제가 아니라, 서비스의 질과 지속가능성을 담보하기 위한 가장 확실한 방법이다. 본 연구에서 실시한 질적면담조사와 온라인 조사를 통해서도 근무 환경을 개선하고 이탈을 방지하는 노력이 가장 최우선되어야 한다고 강조하기도 했다.

이에 본 연구에서는 처우 개선과 고용 안정 도모를 지속가능한 근무 환경 조성 and 인력 유지 강화를 위한 개선과제로 제안하고자 한다. 이는 이

후 제2절과 제3절에서 살펴볼, 인력 양성 및 역량 강화와 인력 보호 및 지원 강화와 관련한 개선 과제일 수도 있으나, 인력 유지 차원에서 해당 과제를 제안하고자 한다. 질적면담 조사에서도 다수 언급된 것처럼 정신건강복지서비스 제공 인력의 처우 기준을 상향 조정하고, 현장에서 서비스를 제공하는 인력으로서 커리어 비전을 가질 수 있도록 승진체계를 마련하여 장기근속을 유도하는 조치들이 필요하다. 또한 기본계획과 같은 정책 변화로 인해 변화하는 업무량을 기관 유형별로 분석하는 연구 및 조사를 주기적으로 실시하고, 이를 근거로 기관/시설 유형별 적정 인력규모를 파악하는 것이 필요하다. 그리고 이를 근거로 적정 인력 배치 기준과 업무 환경 기준을 마련하고, 실제 기관/시설에서 해당 내용들이 이행되고 있는지를 모니터링하는 것 역시 필요하다. 또한 정신건강복지서비스 제공기관 대상 평가 체계를 운영하는 과정에서 인력이 근무하는 물리적 환경이나 안전 환경, 보호 및 지원 체계에 대한 내용을 평가에 반영하고 개선을 지원할 수 있는 체계를 마련하는 것 역시 고려해 볼 필요가 있다.

또한 다양한 인력 유지 및 확보를 위한 지원 조치(수당, 급여 등)를 강화하여, 확보된 인력이 유지될 수 있도록 하는 정책적 지원이 병행될 필요가 있다. 최근 ‘2025 국가 자살예방 전략’을 통해 자살예방사업 담당 인력을 증원하겠다는 계획이 발표되기는 하였으나, 현장의 근무환경이 개선되지 않고서는 인력을 충원하는 것이 어느 정도의 실효성을 가질지는 의문이 있다(관계부처 합동, 2025). 관련해서 보다 구체적으로 호주나 독일에서 임금과 수당에 대한 표준 체계를 구성하여 운영하는 것처럼 국내에서도 정신건강분야 표준 임금 가이드라인을 마련하고, 위험수당, 장기근속수당, 특수업무수당 등을 명문화하여 처우의 공정성과 예측 가능성을 높이는 것이 필요해 보인다.

마지막으로 민간 위탁 구조를 가진 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 경우, 센터의 운영 구조 개편에 대한 중앙 차원의 전반적인 방향성 마련이 필요하며,<sup>1)</sup> 현재의 민간 위탁구조를 그대로 가져간다고 하더라도, 위탁 기관 변경 시 센터들이 활용 가능한 표준 위·수탁 계약서 작성 가이드라인을 마련하여 활용할 수 있도록 하는 조치도 고려해 볼 필요가 있다.

## 제2절 정신건강복지서비스 제공 인력 양성 및 역량 강화를 위한 개선 과제

앞서 제1절에서 살펴본 정신건강복지 인력을 확보하고 수급을 안정화하기 위한 개선 노력도 중요하지만, 인력 양성 및 역량 강화 역시 그에 못지않게 중요하다. 즉, 인력의 규모를 확대하는 것도 중요하지만 이들 인력이 가지는 역량과 전문성 역시 중요한 요소이다. 인력의 역량과 전문성을 강화하기 위해서는 양성과정에서의 개선이 우선적으로 필요하며, 이미 정신건강복지서비스 제공 현장에서 일하고 있는 인력을 대상으로 한 교육 및 훈련 체계가 마련 및 운영되어야 한다. 이러한 문제 인식을 가지고 이 절에서는 현장의 목소리와 선행 연구를 통해 살펴본 국내외 사례들을 바탕으로 정신건강복지 인력 양성 및 역량 강화를 위한 개선 과제를 다음과 같이 제안하고자 한다.

1) 전문가 자문회의에서는 지역사회 정신건강 사업이 위탁 형태로 진행되는 것이 정신건강복지서비스 거버넌스를 지역사회 개입, 사회적 중재 등으로 확대하는 방향성에서 긍정적인 것인지, 제공자 중심의 공적 서비스 제공 방식에서 이용자 중심의 통합적 서비스 설계 방식으로 나아가는 데 긍정적인 것인지에 대해 추가적인 고민이 필요하다고 지적함. 이들은 이러한 고민과 정책 논의의 결과가 정신건강복지 인력과 서비스 구성에도 영향을 미칠 것이라고 인식하였음.

## 1. 정신건강전문요원 수련제도의 개선

정신건강전문요원 수련제도는 정신건강복지서비스를 제공하는 인력을 양성하는 유일한 제도이기는 하나, 다양한 한계점을 가지고 있다. 보다 구체적으로 선행 연구들은 수련기관 지정 기준은 마련되어 있으나, 이를 평가하고 관리하는 표준화된 체계가 미비하여 수련기관별·지역별 교육의 질적 편차가 크다는 점을 지속적으로 지적해왔다(전진아 외, 2022). 제4장에서 살펴본 정신건강복지서비스 제공 인력들 역시 이러한 문제점을 지적하기도 했다. 현장의 인력들은 현재 정신건강전문요원 수련제도를 운영하는 지역별, 직역별, 수련기관별 수련 제도 운영에서의 편차가 크고, 수련지도전문요원의 역량에 따라 수련 내용과 질에 차이가 있다고 지적하였다. 또한 최근 부각되는 중독, 자살 등 특수 영역에 대한 수련 기회 역시 부족한 실정이라고 지적하기도 했다.

이와 관련하여 본 연구에서는 1) 수련 내용 및 수퍼바이저 관리 체계 구축, 2) 현장 중심의 교육 내용으로의 전환을 개선 과제로 제안하고자 한다. 첫째, 수련 내용 및 수퍼바이저 관리 체계 구축과 관련하여, 현재 정신건강전문요원 수련제도는 제도상 정신건강전문인력을 양성한 유일한 제도이기는 하나 다직역, 다기관에서 각 직역, 각 기관의 상황과 맥락을 고려하여 교육이 진행되고 있으므로,<sup>2)</sup> 수련 내용의 이질성을 해소하고 표준화하려는 노력이 필요하다. 직역별로 직역의 고유한 특성을 반영한 교육 내용도 필요하지만 정신건강복지서비스 제공 현장에서는 다직역이 함께 일하고 있으므로 공통 교육의 내용도 필요하며, 이 교육을 전달하는 교육자(수련기관 내 수퍼바이저, 외부 강사, 관련 학협회에서의 강사 등)

2) 물론 수련기관은 수련 교육 계획을 매해 국립정신건강센터에 보고하고 있으며, 수련을 통해 충족해야 하는 이론교육 시간, 실습 시간, 교환 수련 기간은 공통된 요건임.

의 역량이나 교육 방식 역시 어느 정도 표준화될 필요가 있다. 관련해서 여러 선행 연구에서 지적한 것처럼 슈퍼바이저가 될 수 있는 일정 기준(예, 근무 경력, 슈퍼바이저 교육 이수 여부 등)을 설정하거나, 슈퍼바이저가 되기 위해서는 슈퍼바이저를 대상으로 한 교육 이수를 정례화하는 등의 조치가 필요해 보인다.

또한 현재의 수련 내용이 중증정신질환자에 보다 초점이 맞춰져 있기는 하나, 자살 고위험군, 마약 및 알코올 중독 등 다양한 영역에서의 역량을 키울 수 있도록 수련 내용이 보다 다양해질 필요가 있다는 지적 역시 제기되기도 했다. 2024년 정신건강복지법 개정을 통해 정신건강전문요원 수련기관으로 자살예방센터와 중독관리통합지원센터가 포함된 것을 고려해 볼 때, 해당 지적에 대한 법·제도적인 보완은 어느 정도 이루어진 것으로 보이나, 해당 기관에서의 수련 내용이 이론교육 및 실습 내용으로 수련기관 내에서 혹은 관련 직역 학협회를 통해 반영되고 있는지를 파악할 필요가 있다. 마지막으로 정신건강복지법 개정을 통해 수련기관에 대한 평가가 주기적으로 이루어질 것으로 보인다. 이러한 법 개정은 이후 수련내용 및 슈퍼바이저 관리 등과 연관성이 높기는 하나, 다직역, 다기관에서 이루어지는 정신건강전문요원 수련제도를 고려해 볼 때, 수련기관에 대한 평가를 어떤 내용으로 할 것인지, 기준을 어떻게 설정할 것인지에 대한 세밀한 고려가 필요해 보인다.

둘째, 제4장에서 살펴본 질적면담조사에서는 현재의 수련 교육 내용을 현장 중심의 교육 내용으로 전환이 필요하다는 지적이 많았다. 단순히 지식을 전달하는 이론 중심의 교육보다는 사례관리, 개별화된 상담이나 ISP 수립, 개별 및 집단 프로그램 운영 등 실제 사례를 바탕으로 한 실습 위주의 교육 내용이 보다 강화될 필요가 있다. 이와 관련하여 일부 질적면담 참여자는 재직자 수련제도를 도입하는 것이 필요하다고 지적하기도 했다. 현재 수련제도에 진입하기 위해서는 현 직장을 그만두고 수련 과정에

참여(수련기관의 모집 및 선발 과정을 충족해야 함)하는 구조라 인력 입장에서서는 경력 단절, 급여 삭감 등을 감안하고 있다고 호소하였다. 따라서 현재 재직 중인 인력들이 직을 유지하며 전문성을 향상시킬 수 있는 재직자 수련 경로를 마련하는 것이 필요하며, 그것이 아니라면 앞 절에서 언급한 것처럼 준전문가 직군을 구성하고, 현 인력들이 전문요원 수련과정이 아니라도 일정 교육과 훈련을 이수하고 인력으로 활동할 수 있도록 하는 것을 고려해 볼 필요가 있다.

## 2. 국가 정신건강복지서비스 제공 인력 역량 프레임워크 구축

정신건강전문요원 수련제도를 개선하는 것도 필요하지만, 함께 고려해 볼 수 있는 과제는 정신건강복지 인력이 갖춰야 하는 지식, 기술, 태도를 명시한 국가 수준의 표준 지침을 마련하는 것 역시 고려해 볼 필요가 있다. 호주의 경우 국가 실무 표준(National practice standards)을 두고 있으며, 영국의 경우 동료지원가에 한하기는 했지만 역량 프레임워크(The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers)를 마련하고 있기도 하다. 해당 프레임워크에는 정신건강서비스 제공 인력 유형이 다양한 만큼, 각 직역별 공통 업무 혹은 역량에 대한 정의와 더불어 각 직역별 고유 역량에 대한 정의를 명확하게 설정하는 내용을 포함할 필요가 있다. 현재 정신건강복지법의 고시로 정신건강전문요원의 경우 각 지역의 공통 및 고유 업무가 명시되어 있기는 하나, 정신건강복지서비스가 확대됨에 따라 심리상담 서비스가 바우처 사업으로 진행되면서, 새로운 인력들이 포함되고, 심리상담 영역에 대한 업무와 역량에 대한 이해관계자 간 이견이 상당히 이루어지고 있기도 하다. 또한 역량 프레임워크에는 자격, 수련 교육 및 보수교육, 인력 역량에 따른 보



상 체계 등 인력 정책 전반에 걸친 일관된 기준을 제시할 필요도 있다. 특히 본 연구에서 수행한 질적면담 조사를 통해 중간관리자 등 관리자급 인력을 대상으로 한 조직관리, 행정, 노무, 리더십 역량 강화가 필요하다는 지적이 제기된 만큼, 인력 역량과 직급 등을 고려한 기준을 마련할 필요도 있다. 그 외에도 다수의 해외 국가들이 시대 변화를 고려하여 디지털 기술을 활용하고 있는 것을 고려해 볼 때, 역량 중 하나로 디지털 활용 능력을 포함하는 것도 고려해 볼 수 있을 듯하며, 제4장의 질적면담 조사에서 일부 인력들이 외부 자원과의 협력이 필요함에도 불구하고 소통에서의 어려움을 경험하고 있다는 점을 호소하였으므로, 다학제간 협업과 외부 자원과의 소통에 대한 역량 역시 인력의 역량 중 하나로 포함하는 것이 필요해 보인다. 물론 이 내용은 앞 절에서 살펴본 인력 정책과 가이드라인을 통해 마련될 수도 있기는 하나, 인력 정책의 일관성을 확보하기 위한 조치가 어떤 방식으로든 필요한 상황으로 보인다.

### 3. 체계적인 지속 전문성 개발(CPD) 지원 시스템 마련

역량 있는 인력을 양성하는 것도 중요하지만, 인력의 커리어 주기 관점에서의 지속 전문성 개발(Continuing Professional Development, CPD) 지원 체계 구축 및 운영 역시 필요하다. 앞서 제3장에서 살펴본 것처럼 해외 사례에서는 정신건강서비스 제공 인력이 일정 시간의 교육을 의무적으로 이수하도록 하고 있고, 영국 NHS의 경우 교육 이수에 필요한 시간과 비용을 국가 및 기관 차원에서 보장하는 CPD 모델을 운영하고 있기도 하다. 이러한 점을 고려해 볼 때, 이 연구에서는 1) 보수교육 확대와 보수교육 내용의 다양성 및 전문성 강화, 2) 교육 접근성 제고 및 인센티브 제공을 개선 과제로 제안하고자 한다.

우선, 보수교육 대상의 확대가 필요하다. 현재 정신건강전문요원을 대상으로 해외 국가들과 유사하게 보수교육을 의무화하여, 교육 이수 여부를 자격 갱신이나 기관평가와 연계하는 방안을 고려해 볼 필요가 있다. 또한 전문요원 외에도 정신건강복지서비스 제공현장에 근무하는 인력 대상으로도 보수교육을 진행할 필요가 있으며, 인력의 교육 참여 정도를 모니터링하는 체계를 구성할 필요도 있어 보인다. 그리고 보수교육 내용 역시 앞서 제4장에서 살펴본 것처럼 정신건강복지서비스 제공 현장의 수요를 반영하여 근거기반의 교육 내용을 구성할 필요가 있다. 관련해서 제3장에서 살펴본 일본의 사례처럼 인력의 근무경력에 따라 필요로 하는 교육 내용이 차이가 있을 수 있으므로, 경력에 따른 교육 내용을 마련하는 방법 역시 고려해 볼 필요가 있다.

둘째, 제4장에서 드러난 것처럼 기관 간, 지역 간 교육 참여에의 용이성 및 지원에서의 편차가 드러나므로, 시간과 비용 문제로 현장 인력들이 교육 참여를 꺼리지 않도록 온라인 연수 프로그램, 현장 방문형 교육 등 다채로운 형태를 제공하고, 교육 이수에 대해 학점이나 수당을 인정하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다. 특히 지방 또는 일선 기관의 인력일수록 최신 교육 기회로부터 소외되기 쉽다는 인식하에 현재에도 광역 정신건강복지센터나 국립정신의료기관에서 교육이 이루어지고 있기는 하나, 비대면 교육이나, 대면 교육이라고 하더라도 교육 기회를 좀 더 자주 마련하는 것이 필요해 보인다. 다만 비대면 교육의 경우 교육의 실효성이 높지 않다는 지적들이 많으므로, 비대면 교육의 실효성을 높일 수 있는 방안에 대한 고민은 추가로 필요해 보인다. 또한 기관 차원에서 직원들의 전문성 개발 계획을 수립하고, 교육 참여에 필요한 유급 교육 휴가와 비용을 보장하거나, 일정 시간 이상의 교육 참여를 근무평가에 반영하거나 승진 체계와 연계함으로써 학습 문화를 조성할 필요가 있어 보인다. 물론 기관

차원에서의 교육 지원이 보다 활성화되기 위해서는 적정 업무량에 대한 고려, 기관에 대한 인력 및 예산 지원에 대한 고려가 병행되어야 한다.

### 제3절 정신건강복지서비스 제공 인력 보호 및 지원 강화를 위한 개선 과제

마지막으로 연구에서는 정신건강복지서비스가 지속 확대되고 있는 상황에서 제한된 규모의 인력으로 업무를 수행하고 있는 인력들을 어떻게 보호하고 지원할 것인가와 관련된 개선 과제를 제안하고자 한다. 인력을 보호하고 지원하는 것은 인력이 안전한 정신건강복지서비스 제공 현장에서 전문성을 발휘하면서 일할 수 있도록 하는 근무환경을 개선하는 것을 의미하는 것이기도 하다. 이처럼 인력에 대한 보호와 지원은 결과적으로 이들이 제공하는 정신건강복지서비스의 질을 제고하는데 주요한 요소이기도 하다. 앞서 제3장에서 살펴본 것처럼 해외 국가들에서는 정신건강 서비스 제공 인력을 유지하고 보호하기 위한 다양한 조치들을 하고 있기도 했다. 이러한 문제인식과 근거들을 바탕으로 이 절에서는 다음의 개선 과제를 제안하였다.

#### 1. 실효성 있는 인력 안전 및 심리·정서적 보호 시스템 구축

정신건강 현장의 인력들은 높은 업무 강도와 정서적 부담으로 인해 소진(burnout) 위험이 크며, 이는 서비스 품질 저하와 이직률 증가로 이어지고 있다고 선행연구는 지적하고 있다. 앞서 살펴본 것처럼 해외 국가에서도 정신건강복지 인력이 경험하는 업무-생활 불균형, 정서적 소진 위험

성에 주목하며, 인력에 대한 보호와 지원을 정책과제로 명시하거나, 제공 체계를 마련하거나, 재정을 지원하는 방식으로 대처하고 있다. 이러한 사례들을 고찰한 결과 우리나라에서도 보다 실효성 있는, 적극적인 인력 안전 및 심리·정서적 보호 체계를 마련하는 것이 필요해 보인다.

보다 구체적으로 정신건강복지서비스 제공 인력이 서비스를 제공하는 과정에서 경험할 수 있는 외상 사건, 과도한 업무, 악성 민원, 직장 내 대인관계 등으로 인한 심리적 위험을 관리하고 예방할 수 있도록 심리지원 프로그램을 강화하는 것이 필요해 보인다. 물론 현재도 다수의 기관이 필요 시 외부 전문기관과 연계하여 심리지원을 받을 수 있는 체계를 구축해 놓기는 했지만, 인력들이 정기적인 심리상담, 스트레스 검사, 치유 프로그램 등을 이용할 수 있도록 하는 체계가 필요하다. 특히 응급상황이나 폭력 사건, 자살사고 목격 등 중대 사건 발생 시 즉각적인 심리치료를 받을 수 있도록 체계를 마련해야 하며, 이에 대한 재정지원을 국가 예산에 반영할 필요가 있어 보인다.

또한 기관 차원에서의 소통이 활성화될 수 있도록 하는 노력 역시 병행될 필요가 있다. 온라인 조사를 통해 파악한 결과 대다수의 기관에서는 조직 내 사례 회의는 주기적으로 운영되고 있는 것으로 보인다. 조직 내 디브리핑(debriefing) 시간을 운영하여 직원들이 서로의 경험을 공유하고 지지를 얻을 수 있도록 하는 기회를 확충하고, 현재 신입 인력이 채용되면 이탈된 인력의 자리를 메우는 방식으로 일을 시작하는 것을 고려해 볼 때, 멘토링 및 슈퍼비전 제도를 보다 활성화하는 것 역시 기관 차원에서 노력해 볼 필요가 있는 지점으로 보인다.

더 나아가 이런 사건을 경험한 해당 직원에 대한 의무적 유급휴가와 외상 전문가 상담 지침을 정신건강사업 안내 등 지침에 명문화하고, 기관의 내부 운영 지침에도 반영될 수 있도록 하여 기관장의 재량이 아닌 모든

인력이 활용할 수 있는 보편적인 제도로 작동할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

또한 일부 질적면담 참여자가 지적했듯이, 현재 정신건강복지서비스 제공 현장이 공공기관이고, 그러다보니 악성 민원에 실무자가 홀로 방치되는 현실이 종종 드러나므로, 기관 차원의 전담팀 구성 또는 광역이나 권역 혹은 중앙 차원에서 변호사·노무사 자문 등 법률 지원 시스템을 구축할 필요성 역시 높다. 그리고 앞서 제1절에서 살펴본 인력 대상 실태조사가 구현된다고 하면, 인력들의 소진 수준, 직무 스트레스 수준, 보호 및 지원 수준이 실태조사를 통해 모니터 될 필요도 있어 보인다.

마지막으로 정신건강복지 인력이 안전하게 일할 수 있는 환경을 조성하기 위해서는 법적 지원 장치 역시 필수적으로 마련될 필요가 있다. 앞서 언급한 지원 제도를 확대하는 것과 더불어 정신건강 전문인력이 업무 수행 과정에서 법적 분쟁에 휘말렸을 때를 대비한 배상책임 보험 및 법률 지원 제도를 강화하는 것 역시 고려해 볼 필요가 있다. 국가 차원에서 정신건강 의료행위나 서비스 제공 중 발생한 사고에 대해 의도 과실이 없을 경우 면책하거나, 소송 시 법률 자문을 무료 지원하는 방안을 마련하는 등의 조치는 고위험군 대상 정신건강복지서비스를 제공하는 인력들이 위축되지 않고 적극적으로 직무를 수행할 수 있는 심리적 안전망을 구축하는 것을 의미하는 것이기도 하다.

## 2. 인력 유지와 성장을 위한 체계적 보상 및 지원 확대

연구를 통해 만난 다수의 전문가와 현장 인력들은 정신건강복지 인력을 확보, 유지 및 보호하고 지원하기 위해서는 처우의 개선, 금융치료로 표현되는 체계적인 보상이 따라와야 한다고 강조한다. 앞서 온라인 조사

에서도 나타난 것처럼 정신건강복지서비스 제공 현장의 미흡한 처우는 인력 채용에서도, 인력 유지에서도 어려움을 야기하는 주요한 요인이다. 해외에서도 인력을 유지하고, 보호 및 지원하기 위해 다양한 보상 체계를 마련하고 있다. 미국의 뉴욕주에서는 지역임금조정비(Geography Pay Differential)를 적용한다거나 인력 채용 시 추가 급여를 제공하는 등 직접적인 재정 인센티브를 도입하였으며, 호주의 경우 장기근속 휴가 제도를 도입하여 10년 근속 시 60일의 유급휴가를 제공하고 있기도 하다.

한편 온라인 조사를 통해 드러난 국내 정신건강복지서비스 제공기관의 보상 체계는 급여의 경우 표준화되어있다고 하더라도 수당은 지역별, 기관별 편차가 상당히 나타나고 있다. 이에 따라 본 연구에서는 인력 유지와 성장을 위한 체계적 보상 및 지원을 확대하는 것을 제안하고자 한다. 우선, 인력난이 심각한 지역이나, 연구에서 드러난 것처럼 자살위기 대응, 야간근무 등 기피 업무 종사자에게 추가 수당을 지급하는 인센티브 제도를 도입하여 보상 체계를 현실화하는 것을 고려해 볼 필요가 있다. 또한 일정 기간 이상 근속한 인력에게 재충전을 위한 유급 안식월 또는 연구 휴가 기회를 제공하는 제도를 도입해야 하는 것 역시 고려해 볼 필요가 있다. 온라인 조사에서 드러난 것처럼 일부 지역 및 기관에서는 관련된 수당 및 보상 체계를 마련하여 운영하고 있는 만큼, 이들 제도를 지역 및 기관에서 적용 및 확대할 수 있도록 정신건강사업안내 등 지침에 명시하는 것이 필요해 보인다.

또한 지자체에서 지역 실정에 맞게 정신건강복지 인력을 위한 추가 복지제도를 설계하고 시행할 수 있는 상황이므로, 지자체에서 인력을 대상으로 하는 복지 지원제도나 보상 체계를 마련하여 운영하는 경우 이들 지자체에 대한 보상과 인센티브를 부여하는 방식 역시 고려해 볼 수 있을 듯하다.



## 제1장 서론

- 관계부처 합동. (2021). 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025).
- 관계부처 합동. (2023a). 정신건강정책 혁신방안.
- 보건복지부. (2024). 2025년 정신건강사업 안내.
- 보건복지부. (2025). 2025년 자살예방사업 안내.
- 이화영, 이유리, 이인숙, 나경세, 안성희, 조철현, 조성준, 서화연, 정수봉. (2022). 정신건강 증진 사업기관 역할 정립 및 인프라 확충방안 연구. 보건복지부.
- Mayring, P. (2004). 5.12 Qualitative Content Analysis. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Eds.), A Companion to Qualitative Research (pp. 266-269). SAGE Publications Ltd.

## 제2장 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 규모와 정책 현황

- 관계부처 합동. (2021). 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025).
- 관계부처 합동. (2023a). 정신건강정책 혁신방안.
- 관계부처 합동. (2023b). 제5차 자살예방기본계획(2023~2027).
- 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2024). 국가정신건강현황보고서 2023.
- 국립정신건강센터. (2024a). 정신건강전문요원 현황.  
[https://www.ncmh.go.kr/ncmh/board/openDataPoplView.do?menu\\_cd=07\\_02&no=165&board\\_id=ncmh\\_OPEN\\_BOARD\\_DATA#](https://www.ncmh.go.kr/ncmh/board/openDataPoplView.do?menu_cd=07_02&no=165&board_id=ncmh_OPEN_BOARD_DATA#).
- 김한별, 나은영, 이승연, 손지훈, 조성준. (2018). 정신건강서비스 영역 내 동료지원 활동 비교 연구-서울시 동료지원 사업 운영에의 함의 도출을 중심으로. 정신건강, 8, pp. 40-53.
- 보건복지부, 국립정신건강센터. (2025). 2025 정신건강전문요원제도 운영 안내.

- 보건복지부. (2024). 2024년도 중증장애인 동료상담 사업지침.
- 보건복지부. (2025. 5. 8.). 동료지원인 양성 현장 점검 - 이상원 정신건강정책관, 사단법인 '정신장애와 인권 파도손' 현장방문 - [보도참고자료].  
[https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list\\_no=1485828&tag=&nPage=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1485828&tag=&nPage=1).
- 안지호. (2025. 4. 17.). '전국민 마음투자 지원사업' 10명 중 9명 호전 효과. 이코노미뉴스.  
<https://www.1conomynews.co.kr/news/articleView.html?idxno=40387>.
- 전진아, 손전주, 안영미, 원성두, 현유림, 김동진. (2022). 정신건강전문요원 수련기관 평가체계 개발 연구. 국립정신건강센터, 한국보건사회연구원.
- 전진아, 오수진, 채수미. (2020). 사회정신건강연구센터 운영: 정신건강복지서비스 제공 인력 보호 및 회복 지원 전략. 한국보건사회연구원.
- 전진아, 윤강재, 김수경, 정세정, 연구진, 김현식, 정주리, 김덕기, 최소영, 박현아. (2025). 전국민 마음투자 지원사업 모니터링 및 질관리 방안 연구. 국민건강보험공단. 한국보건사회연구원.
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령, 대통령령 제35597호(2025).
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 법률 제20511호 (2024).
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 시행규칙, 보건복지부령 제1097호(2025).
- 최승원, 최희승, 하경희. (2023). 정신건강서비스 제공인력 전문성 강화를 위한 정신건강전문요원 제도 개선 연구. 덕성여자대학교. 국립정신건강센터.
- 한국정신건강사회복지사협회(2021). 2021년도 정신건강사회복지사 수련지침서.
- WHO. (2025). Guidance on mental health policy and strategic action plans. Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans.



Geneva: World Health Organization.

### 제3장 해외 정신건강서비스 제공 인력 정책 고찰

#### 제1절 호주

Australian College of Rural and Remote Medicine. (2025). Fellowship Training Program Handbook (Version 6.6).

[https://www.acrrm.org.au/docs/default-source/all-files/handbook-fellowship-training.pdf?sfvrsn=bdb27590\\_65](https://www.acrrm.org.au/docs/default-source/all-files/handbook-fellowship-training.pdf?sfvrsn=bdb27590_65).

Australian Government Department of Education, Skills and Employment. (n.d.a). CHC43515 - Certificate IV in Mental Health Peer Work.

<https://training.gov.au/training/details/CHC43315/qualdetails>

Australian Government Department of Education, Skills and Employment. (n.d.b). CHC43515 - Certificate IV in Mental Health Peer Work.

<https://training.gov.au/training/details/CHC43515/summary>.

Australian Government Department of Health and Aged Care. (2022). National Mental Health Workforce Strategy 2022-2032.

Australian Government Department of Health and Aged Care. (2023). Modified Monash Model.

<https://www.health.gov.au/topics/rural-health-workforce/classifications/mmm?language=en>.

Australian Government Department of Health. (2013). National practice standards for the mental health workforce. Victorian Government Department of Health.

Australian Government National Suicide Prevention Office. (2020). National Suicide Prevention Adviser Final Advice.

<https://www.mentalhealthcommission.gov.au/nspo/projects/>

national-suicide-prevention-adviser-final-advice.

Australian Government Productivity Commission. (2020). Productivity Commission Inquiry Report.

Australian Government Productivity Commission. (2025). Mental Health and Suicide Prevention Agreement Review Interim report.

Australian Institute of Health and Welfare. (24 Jul 2024). Mental health workforce.

<https://www.aihw.gov.au/mental-health/topic-areas/facilities-resources/workforce>.

Australian Institute of Health and Welfare. (n.d.a). Mental health consumer worker (Glossary Item). METEOR.

<https://meteor.aihw.gov.au/content/450727>.

Australian Institute of Health and Welfare. (n.d.b). Mental health services in Australia – Facilities.

<https://www.aihw.gov.au/mental-health/topic-areas/facilities>.

Christian Counsellors Association of Australia. (n.d.). PACFA, ACA and ARCAP.

<https://ccaa.net.au/about/pacfa-and-arcap/>.

Cleary, A., Thomas, N., & Boyle, F. (2020). National Mental Health Workforce Strategy-A literature review of existing national and jurisdictional workforce strategies relevant to the mental health workforce and recent findings of mental health reviews and inquiries. Brisbane. Institute for Social Science Research, University of Queensland.

Commonwealth of Australia. (n.d.). The National Mental Health and Suicide Prevention Agreement.

<https://federalfinancialrelations.gov.au/agreements/mental-health-suicide-prevention-agreement>.

- Diminic, S., Gossip, K., Page, I., & Comben, C. (2023). Introduction to the National Mental Health Service Planning Framework - Commissioned by the Australian Government Department of Health and Aged Care (V4.3). The University of Queensland.
- Fair Work Commission. (2025). Health Professionals and Support Services Award 2020 (MA000027).  
[https://www.fwc.gov.au/documents/modern\\_awards/pdf/ma000027.pdf](https://www.fwc.gov.au/documents/modern_awards/pdf/ma000027.pdf).
- Gilshenan & Luton. (n.d.). National Employment Standards(NES).  
<https://www.gnl.com.au/services/employment-law/nas/>.
- NSW Mental Health Commission. (2024). Peer workers.  
<https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/measuring-change-indicator/mental-health-consumer-and-carer-peer-workers>.
- Payscale. (2025). Hourly Rate for Skill: Counseling in Australia.  
[https://www.payscale.com/research/AU/Skill=Counseling/Hourly\\_Rate](https://www.payscale.com/research/AU/Skill=Counseling/Hourly_Rate).
- Psychology Board of Australia. (2023). Annual report: 1 July 2022 to 30 June 2023. Australian Health Practitioner Regulation Agency.
- Royal Australian College of General Practitioners. (2025). The pathway to Fellowship.  
<https://www.racgp.org.au/the-pathway-to-fellowship>.
- Rural Faculty, Royal Australian College of General Practitioners. (2025). Provision of mental health services in rural Australia.  
<https://www.racgp.org.au/advocacy/position-statements/view-all-position-statements/clinical-and-practice-management/mental-health-services-in-rural-australia>.
- SEEK. (2025.07.01). Nurse Practitioner Salary in AU.

<https://www.seek.com.au/career-advice/role/nurse-practitioner/salary>.

Thompson, L. (n.d.). Psychosocial hazards: Legislation by state.  
<https://foremind.com.au/psychosocial-hazards/legislation-by-state/>.

Walker, R. (2014). Introduction to national standards for the mental health workforce. In P. Dudgeon, H. Milroy, & R. Walker (Eds.), *Working together: Aboriginal and Torres Strait Islander mental health and wellbeing principles and practice* (pp. 181-194). Barton, ACT: Australian Government Department of the Prime Minister and Cabinet.

Whiteford H. (2022). The Productivity Commission inquiry into mental health. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 56(4), pp. 328-331. <https://doi.org/10.1177/00048674211031159>.

## 제2절 캐나다

British Columbia Association of Clinical Counsellors. (2024, July 4). Regulation FAQs. [https://bcacc.ca/regulatory\\_faq/](https://bcacc.ca/regulatory_faq/).

British Columbia College of Nurses and Midwives. (n.d.). Study to be a nurse. BCCNM.  
[https://www.bccnm.ca/Public/becoming\\_a\\_nurse/Pages/study\\_to\\_be\\_a\\_nurse.aspx](https://www.bccnm.ca/Public/becoming_a_nurse/Pages/study_to_be_a_nurse.aspx).

British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions. (2019). *A pathway to hope: A roadmap for making mental health and addictions care better for people in British Columbia*.

British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions. (2021). *Peer support services in B.C.: An overview including B.C.'s peer*

- support standards of practice. Province of British Columbia.
- British Columbia Ministry of Mental Health and Addictions. (2023). A Pathway to Hope: Progress Report 2019-2022.
- British Columbia Nurses' Union. (2023). 2022-2025 NBA collective agreement summary of collective agreement changes.
- Canadian Counselling and Psychotherapy Association. (2024, Feb). British Columbia Regulation.  
<https://www.ccpa-accp.ca/british-columbia-regulation/>.
- Canadian Institute for Health Information. (2021). A profile of selected mental health and substance use health care providers in Canada, 2021.  
<https://www.cihi.ca/en/a-profile-of-selected-mental-health-and-substance-use-health-care-providers-in-canada-2021>.
- Canadian Institute for Health Information. (2024). The state of the health workforce in Canada, 2022.  
<https://www.cihi.ca/en/the-state-of-the-health-workforce-in-canada-2022>.
- Centre for Addiction and Mental Health. (n.d.). Concurrent disorders: Treatment approaches and applications. Retrieved June 8, 2025, <https://www.camh.ca/en/education/continuing-education-programs-and-courses/continuing-education-directory/concurrent-disorders-treatment-approaches>.
- College of Registered Psychiatric Nurses of Saskatchewan. (n.d.). RPN registered in Canada.  
<https://crpns.ca/rpn-registered-in-canada/>.
- Columbia Nurses' Union (BCNU). (n.d.). Nurses bargaining association: Provincial collective agreement 2022-2025.
- Douglas College. (n.d.). Certificate in Community Mental Health.

- <https://www.douglascollege.ca/programs-courses/continuing-education/health/certificate-programs/community-mental-health>.
- Fischer, B. (2023). The continuous opioid death crisis in Canada: changing characteristics and implications for path options forward. *The Lancet Regional Health-Americas*, 19.
- Government of British Columbia. (2025. 3. 24.). Health Career Access Program.  
<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/employment-business/job-seekers-employees/find-a-job/health-care>.
- Government of Canada. (2017). Government response to the report of the Standing Committee on Health entitled report and recommendations on the opioid crisis in Canada. House of Commons of Canada.  
<https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/report-6/response-8512-421-134>.
- Government of Canada. (n.d.). Wages for Psychiatrist in British Columbia. Job Bank.  
<https://www.jobbank.gc.ca/marketreport/wages-occupation/4016/BC>.
- Health Sciences Association of British Columbia (HSA). (n.d.). HSPBA proposed 2022-2025 collective agreement.  
<https://hsabc.org/contracts-and-bargaining/collective-agreements/health-science-professionals/hspba-proposed-2022-2025-collective-agreement>.
- Kulkarni, A. (2023, November 29). B.C. nurses will soon be able to prescribe opioid-use disorder medication. CBC News. Retrieved June 8, 2025.  
<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-nurses->

oud-medication-1.7014613.

Mental Health Commission of Canada & Canadian Health Workforce Network. (2024). International scan highlights: Mental health and substance use health workforce strategies.

<https://mentalhealthcommission.ca/resource/international-scan-highlights-mental-health-and-substance-use-health-workforce-strategies/>.

PeerConnectBC. (n.d.). Provincial Peer Support Worker Training Curriculum (16 modules).

<https://peerconnectbc.ca/courses/peer-support-training/>.

Provincial Peer Training Project. (n.d.). 10 Recommendations For Peer Engagement & Consultation.

<https://bccampus.ca/wp-content/uploads/2020/07/10-Recommendations-Peer-Engagement-8.5x17-v1.pdf>.

Statistics Canada. (2021, November 16). 42201 - Social and community service workers. In National Occupational Classification (NOC) 2021 Version 1.0.

<https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD.pl?Function=getVD&TVD=1322554&CVD=1322870&CPV=42201&CST=01052021&CLV=5&MLV=5>.

Stenberg College. (n.d.). Psychiatric Nursing Diploma Program.

<https://stenbergcollege.com/program/psychiatric-nursing/>.

Vancouver Coastal Health. (n.d.). Nurses Bargaining Association (NBA) members.

<https://www.vch.ca/en/careers/join-our-team/nurses-bargaining-association-nba-members>.

WorkBC. (n.d.). Registered nurses and registered psychiatric nurses.

<https://www.workbc.ca/career-profiles/registered-nurses-and>

-registered-psychiatric-nurses#career\_overview.

ZipRecruiter. (n.d.). Counselor salary in British Columbia.

<https://www.ziprecruiter.com/Salaries/Counselor-Salary--in-British-Columbia#Yearly>.

### 제3절 영국

CPD standard office. (n.d.). CPD in the Mental Health & Wellbeing Industry.

<https://www.cpdstandards.com/cpd-across-industries/mental-health-wellbeing>.

Department of Health & Social Care. (2022). Healthcare regulation: deciding when statutory regulation is appropriate.

<https://www.gov.uk/government/consultations/healthcare-regulation-deciding-when-statutory-regulation-is-appropriate/health-care-regulation-deciding-when-statutory-regulation-is-appropriate>.

Gilbert, H., & Mallorie, S. (2024). Mental health 360: Workforce. The King's fund.

<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/mental-health-360-workforce>.

HCPC. (2024). Our CPD requirements.

<https://www.hcpc-uk.org/cpd/our-cpd-requirements>.

HCPC. (2025). Professions and protected titles.

<https://www.hcpc-uk.org/about-us/who-we-regulate/the-professions/>.

Lewry, C., Jeans, J., Gill, V., Mulcahy, A., Wadey, E., & Baxter, K. (2021). CLEAR mental health: Themes for workforce redesign. Health Education England.



- National Audit Office. (2023). Progress in improving mental health services in England.
- NHS Benchmarking Network. (2023). Health Education England NHS Talking Therapies for Anxiety and Depression Workforce Census.
- NHS England. (2023). NHS Long Term Workforce Plan.
- NHS England. (2024). NHS Talking Therapies for Anxiety and Depression-National workforce census.
- NHS England. (2025). Psychological professions National workforce census.
- NHS England. (n.d.). Specialist Mental Health Pharmacist Training Pathway.  
<https://www.hee.nhs.uk/our-work/pharmacy/specialist-mental-health-pharmacist-training-pathway>.
- NHS Health Education England[NHS HEE]. (2020). National Workforce Stocktake of Mental Health Peer Support Workers in NHS Trusts.
- NHS Health Education England[NHS HEE]. (n.d.). The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers. Part 1: Supporting document.
- NHS. (2017). Stepping forward to 2020/21: The mental health workforce plan for England.
- NHS. (n.d.a). Agenda for change - pay rates.  
<https://www.healthcareers.nhs.uk/working-health/working-nhs/nhs-pay-and-benefits/agenda-change-pay-rates>.
- NHS. (n.d.b). Assistant Practitioner.  
<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/wider-health-care-team/roles-wider-healthcare-team/clinical-support-staff/assistant-practitioner>.

- NHS. (n.d.c). Continuing professional development (CPD).  
<https://www.healthcareers.nhs.uk/career-planning/career-planning/developing-your-health-career/continuing-professional-development-cpd>.
- NHS. (n.d.d). Mental health nurse.  
<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/mental-health-nurse#other%20routes%20into%20nursing>.
- NHS. (n.d.e). Occupational therapy support worker.  
<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/healthcare-support-worker/roles-healthcare-support-worker/occupational-therapy-support-worker>.
- NHS. (n.d.f). Speech and language therapy assistant.  
<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/healthcare-support-worker/roles-healthcare-support-worker/speech-and-language-therapy-assistant>.
- NHS. (n.d.g). Working for the NHS in mental health.  
<https://www.england.nhs.uk/mental-health/working-in-mental-health/>.
- Palmer, B., Rolewicz, L., Hemmings, N., Appleby, J., & Nuffield Trust. (2021). Untapped? Understanding the mental health clinical support workforce.

#### 제4절 독일

- Academics. (n.d.). Wie hoch ist das Gehalt in der sozialen Arbeit?.  
<https://www.academics.de/ratgeber/sozialarbeiter-gehalt>.
- Alex, S. (2024). Ist Psychologische Beratung das gleiche wie Psychotherapie?  
<https://redezzeit-hannover.de/beratung-vs-psychotherapie/>.

- Arndt, F., Tiedemann, J., & Werner, D. (2024). Die Fachkräftesituation in Gesundheits- und Sozialberufen. KOFA Kompakt. Kompetenz zentrum Fachkräftesicherung.  
[https://www.kofa.de/media/Publikationen/KOFA\\_Kompakt/Fachkraeftesituation\\_\\_Gesundheits-\\_und\\_Sozialberufe.pdf](https://www.kofa.de/media/Publikationen/KOFA_Kompakt/Fachkraeftesituation__Gesundheits-_und_Sozialberufe.pdf).
- Azubiyo. (n.d.). Pflegehelfer/Pflegehelferin: Ausbildung & Beruf.  
<https://www.azubiyo.de/berufe/pflegehelfer/>.
- Bayerische Landesärztekammer. (2025). Psychosomatische Grundversorgung.  
<https://www.blaek.de/fortbildung/seminare-veranstaltungen-der-blaek/psychosomatische-grundversorgung>.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (2025. 7. 17.). Bayerisches Gesundheits- und Pflegeministerium erhält „Bavarian Best Practice Award 2025“ für „Fast Lane“ für Pflegekräfte.  
<https://www.stmgp.bayern.de/bayerisches-gesundheits-und-pflegeministerium-erhaelt-bavarian-best-practice-award-2025/>.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. (2025). Psychische Gesundheit in Bayern: Zweiter bayerischer Psychiatriebericht.
- Bezirksregierung Düsseldorf. (n.d.). Approbation akademischer Heilberufe. Bezirksregierung der Nordrhein-Westfalen.  
<https://www.brd.nrw.de/Themen/Gesundheit-Soziales/Approbation>.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2017). Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Gesetze im Internet. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html>.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2019). Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherape

uten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) (BGBl. I S. 1604).  
[https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg\\_2020/BJNR160410019.html](https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html).

Bundesministerium der Justiz. (1939). Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz), vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Juni 2021 (BGBl. I S. 1982).  
<https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg>.

Bundesministerium der Justiz. (1975). Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil, Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 245). [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_1/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/).

Bundesministerium der Justiz. (1976). Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz – ErgThG), vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) <https://www.gesetze-im-internet.de/bearbthg/BJNR012460976.html>.

Bundesministerium der Justiz. (1987). Bundesärzteordnung, in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. April 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 120). [https://www.gesetze-im-internet.de/b\\_o/](https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/).

Bundesministerium der Justiz. (1988). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –, Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 20. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 436). [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/).

- Bundesministerium der Justiz. (2016). Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen –, Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 412).  
[https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9\\_2018/BJNR323410016.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/BJNR323410016.html).
- Bundesministerium der Justiz. (2017). Pflegeberufegesetz, vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754). <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/>.
- Bundesministerium der Justiz. (2019). Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG), vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 8. April 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 120). [https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg\\_2020/](https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/).
- Bundesministerium des Innern und für Heimat. (n.d.). Ehrenamt und Versicherung: Fragen und Antworten.  
<https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/heimat/ehrenamt/ehrenamt-und-versicherung/ehrenamt-und-versicherung-liste.html>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019). Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-zur-reform-der-psychotherapeutenausbildung.html>.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2025). Über uns.

<https://www.bptk.de/ueber-uns>.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF). (2025). Zertifizierung – Richtlinien.

<https://dgsf.org/zertifizierung/dgsf/zertifizierung-richtlinien>.

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie. (n.d.). Richtlinien für die Weiterbildung in Systemischer Beratung (DFS).

<https://dgsf.org/zertifizierung/dgsf/qualitaet-beratung.htm>.

Deutschland.de. (2025). Facts about the dual vocational training system. Federal Foreign Office (Germany).

<https://www.deutschland.de/en/topic/business/how-germanys-dual-vocational-training-system-works>.

Dr. Beer & Kollegen. (March 11, 2023). Berufsbezeichnungen in der Psychologie. Praxis Dr. Beer.

<https://praxisdrbeer.de/wissen/berufsbezeichnungen-in-der-psychologie/>.

EX-IN Bayern e.V. (n.d.). Kursinhalte.

<https://ex-in-by.de/kurse-fortbildungen/#kursinhalte>.

EX-IN Deutschland e.V. (2025). EX-IN Genesungsbegleitung.

<https://ex-in.de/ex-in-kurse/ex-in-genesungsbegleitung/>.

EX-IN. (n.d.). Zusammenarbeit. <https://ex-in.de/zusammenarbeit/>

Gehalt.de. (n.d.). Psychotherapeut:in Gehalt.

<https://www.gehalt.de/beruf/psychotherapeut-in>.

Gesundheitsmarkt.de. (2025). Anzahl und Statistik Kliniken in Deutschland.

<https://www.gesundheitsmarkt.de/anzahl-und-statistik-kliniken-in-deutschland/>.

Heilpraktiker Akademie Deutschland. (n.d.). Dauer der Heilpraktiker Ausbildung. Heilpraktiker Ausbildung.

- <https://www.heilpraktiker-ausbildung.de/dauer/>.  
Heilpraktiker-Erfolg.de. (n.d.). Heilpraktiker Psychotherapie Ausbildung.  
Heilpraktiker Psychotherapie.  
<https://www.heilpraktiker-psychotherapie.de/>.  
Jobs beim Staat. (n.d.). Tarifvertrag TVöD-P, Entgeltgruppe P 5.  
[https://www.jobs-beim-staat.de/tarif/tvoed-p\\_p5](https://www.jobs-beim-staat.de/tarif/tvoed-p_p5).  
Kununu. (n.d.). Psychotherapeut:in Gehalt.  
<https://www.kununu.com/de/gehalt/psychotherapeut-in-45672>.  
Listflix. (n.d.). Statistik Heilpraktiker Psychotherapie.  
<https://listflix.de/statistik/heilpraktiker-psychotherapie/>.  
Marburger Bund. (2025). Tarifvertraege.  
<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/tarifvertraege>.  
Medi-Karriere. (2025). Genesungsbegleiter/in Gehalt 2025 in Deutschland.  
<https://www.medi-karriere.de/gehalt/genesungsbegleiter/>.  
Moses, S. (2015). The development of nursing schools in East and West Germany. *Medizin, Gesellschaft, und Geschichte: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*, 33, pp. 125-154.  
Oeffentlichen-dienst.de. (2025). Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ärzte TDL).  
<https://www.oeffentlichen-dienst.de/entgelttabelle/tv-aerzte-tdl.html>.  
Oeffentlicher-dienst.info. (2025a). Tarifrechner Ärzte Kommunal.  
<https://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/kommunal?id=tv-aerzte-vka-2025&matrix=1>.  
Oeffentlicher-dienst.info. (2025b). TV-L KR: Gehaltstabelle für das kommunale Beschäftigungsverhältnis (Kommunaler öffentlicher Dienst). <https://oeffentlicher-dienst.info/tv-l/kr/>.

Psychiatrie Akademie. (2025). Weiterbildung zur Fachkraft für psychiatrische Pflege.

<https://www.psychiatrie-akademie.de/fortbildungen/weiterbildung-zur-fachkraft-fuer-psychiatriische-pflege/>.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2024, 3. Mai). Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems. Bundesministerium für Gesundheit.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Regierungskommission\\_10te\\_Stellungnahme\\_Ueberwindung\\_der\\_Sektorengrenzen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_10te_Stellungnahme_Ueberwindung_der_Sektorengrenzen.pdf).

Soltmann, B., Neumann, A., March, S., Weinhold, I., Häckl, D., Kliemt, R., Krüger, M., Riedel-Heller, S. G., Herzog, P., Jäger, M., Hoffmann, W., Schmitt, J., & Pfennig, A. (2021). Multiperspective and multimethod evaluation of flexible and integrative psychiatric care models in Germany: Study protocol of a prospective, controlled multicenter observational study (PsychCare). *Frontiers in Psychiatry*, 12, 659773.

Sozialpsychiatrische Dienste Bayern. (n.d.). Sozialpsychiatrie.

<https://www.sozialpsychiatriشهدienste-bayern.de/>.

Telefonseelsorge. (n.d.a). Mitmachen: Ausbildungsdauer.

[https://www.telefonseelsorge.de/mitmachen/#kostet\\_ausbildung](https://www.telefonseelsorge.de/mitmachen/#kostet_ausbildung).

Telefonseelsorge. (n.d.b). Über uns.

<https://www.telefonseelsorge.de/ueber-uns/>.

Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. (2025). Online-Fachdiskussion zu den Vergütungsformen in der Eingliederungshilfe.



<https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/beteiligen/fd-verguetung-sformen/>.

University of Bremen. (n.d.). Nursing Science, dual, B.A. Faculty 11: Human and Health Sciences.

<https://www.uni-bremen.de/en/fb11/studies/nursing-science-dual-ba>.

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA). (2025). Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) – Besonderer Teil Pflege (BT-P). VKA.

[https://www.vka.de/assets/media/docs/0/Tarifvertr%C3%A4ge/2025/BT-B\\_AETV\\_19\\_Lesefassung\\_Stand\\_01\\_07\\_2025.pdf](https://www.vka.de/assets/media/docs/0/Tarifvertr%C3%A4ge/2025/BT-B_AETV_19_Lesefassung_Stand_01_07_2025.pdf).

## 제5절 미국

손해인. (2023). 코로나19 이후 정신건강위기에 대한 미국 정신건강정책의 대응과 시사점: 뉴욕주를 중심으로. 국제사회보장리뷰, 가을 26호, pp. 88-100.

Beck, A. J., Manderscheid, R. W., & Buerhaus, P. (2018a). The Future of the Behavioral Health Workforce: Optimism and Opportunity. *American journal of preventive medicine*, 54(6 Suppl 3), S187-S189. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.004>.

Beck, A. J., Singer, P. M., Buche, J., Manderscheid, R. W., & Buerhaus, P. (2018b). Improving Data for Behavioral Health Workforce Planning: Development of a Minimum Data Set. *American journal of preventive medicine*, 54(6 Suppl 3), S192-S198. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.035>.

Bipartisan Policy Center. (2023). Filling the Gaps in the Behavioral Health Workforce.

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025a). Roadmap to

- Behavioral Health. U.S. Department of Health and Human Services.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025b). Medicare & mental health coverage (ICN: MLN1986542) [Booklet]. U.S. Department of Health & Human Services.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025c). Substance use screenings & treatment (ICN: MLN9560465) [Booklet]. U.S. Department of Health & Human Services.
- Counts, N. (2023, May 18). Understanding the U.S. behavioral health workforce shortage [Explainer]. The Commonwealth Fund. <https://doi.org/10.26099/5km6-8193>.
- Families Together in New York State. (2024a). 6 Steps to a Youth Peer Advocate Professional Credential.
- Families Together in New York State. (2024b). Youth Peer Advocate (YPA) Credential Information for Applicants: Frequently Asked Questions.
- Garnett, M.F. & Miniño, A. M. (2024). Drug Overdose Deaths in the United States, 2003–2023. (522). DOI: <https://dx.doi.org/10.15620/cdc/170565>.
- George Washington University Fitzhugh Mullan Institute for Health Workforce Equity. (n.d.). Behavioral Health Workforce Tracker V2.0. <https://www.gwhwi.org/behavioralhealth-workforce-tracker-v20.html>.
- Health Resources and Services Administration[HRSA]. (2022). Health Workforce Research Center Cooperative Agreement Program: Notice of funding opportunity (HRSA-22-054). U.S. Department of Health and Human Services.

- [https://grants.hrsa.gov/2010/Web2External/Interface/Common/EHBDisplayAttachment.aspx?dm\\_rtc=16&dm\\_attid=ae7dbe8e-660b-48fd-ae4b-b53975cd8f6b&dm\\_attinst=0](https://grants.hrsa.gov/2010/Web2External/Interface/Common/EHBDisplayAttachment.aspx?dm_rtc=16&dm_attid=ae7dbe8e-660b-48fd-ae4b-b53975cd8f6b&dm_attinst=0).
- Health Resources and Services Administration[HRSA]. (2024). State of the behavioral health workforce. U.S. Department of Health and Human Services.
- Health Resources and Services Administration[HRSA]. (n.d.a). Health Workforce Program.  
[https://bhw.hrsa.gov/programs?keys=&program\\_type=All&topic=All](https://bhw.hrsa.gov/programs?keys=&program_type=All&topic=All).
- Health Resources and Services Administration[HRSA]. (n.d.b). Workforce Projections. Retrieved on Sep 7, 2025 from  
<https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/nchwa/workforce-projections>.
- Heisler, E. (2018). The Mental Health Workforce: A Primer (CRS Report No. R43255).  
<https://www.congress.gov/crs-product/R43255>.
- Jetty, A., Petterson, S., Westfall, J. M., & Jabbarpour, Y. (2021). Assessing Primary Care Contributions to Behavioral Health: A Cross-sectional Study Using Medical Expenditure Panel Survey. *Journal of primary care & community health*, 12, doi:10.1177/21501327211023871.
- Jiménez, F., Gauthreaux, N., Segal, C., Srinivasan, M., Dullabh, P., Steverman, S., Dey, J., Karimi, M., & Creedon, T. (2025, January). Assessing the feasibility of creating a national behavioral health workforce database. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services.

- Kona, M., Pogue, S., & Watts, K. (2024). Understanding and mitigating behavioral health workforce shortages. Center on Health Insurance Reforms, Georgetown University McCourt School of Public Policy.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2024). Expanding behavioral health care workforce participation in Medicare, Medicaid, and Marketplace plans. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/27759>.
- New York City Council. (2025). NYC Council Announces CUNY Social Work Fellows Program to Address Mental Health Care Workforce Shortage. <https://council.nyc.gov/press/2025/09/03/2960/>.
- New York State Department of Civil Service. (n.d.). Current Vacancies: StateJobsNY. <https://statejobs.ny.gov/employees/vacancyTable.cfm>.
- New York State Department of Health. (2019). Medicaid Update.
- New York State Division of the Budget. (2024a). Addiction Services and Supports, Office of – FY 2025 Executive Budget agency appropriations. <https://www.budget.ny.gov/pubs/archive/fy25/ex/agencies/appropdata/AddictionServicesandSupportsOfficeof.html>.
- New York State Division of the Budget. (2024b). Mental Health, Office of – FY 2025 Executive Budget agency appropriations. <https://www.budget.ny.gov/pubs/archive/fy25/ex/agencies/appropdata/MentalHealthOfficeof.html>.
- New York State Education Department Office of Professions. (n.d.a). License Requirements for Licensed Clinical Social Worker. <https://www.op.nysed.gov/professions/licensed-clinical-social->

worker/license-requirements.

New York State Education Department Office of Professions. (n.d.b).

New York State Licensed Professions.

<https://www.op.nysed.gov/professions-index>.

New York State Legislature. (2024). New York Mental Hygiene Law

Title D, Article 19 – Office of Alcoholism and Substance Abuse.

Justia Law.

<https://law.justia.com/codes/new-york/mhy/title-d/article-19/>.

New York State Legislature. (n.d.). Mental Hygiene Law § 19.18-b

(Behavioral health services workforce transformation program).

In New York Mental Hygiene Law. Justia.

<https://law.justia.com/codes/new-york/mhy/title-d/article-19/19-18-b/>.

New York State Office of Addiction Services and Supports. (n.d.a).

About OASAS. <https://oasas.ny.gov/about>.

New York State Office of Addiction Services and Supports. (n.d.b).

Professional Credentialing. <https://oasas.ny.gov/credentialing>.

New York State Office of Addiction Services and Supports. (n.d.c).

Credentialed Prevention Professional or Specialist(CPP and CPS).

<https://oasas.ny.gov/credentialing/prevention-professionals>.

New York State Office of Addiction Services and Supports. (2024).

Scopes of practice: Substance use disorder (SUD) and problem gambling (PG) counselor career ladder.

New York State Office of Mental Health[NYS OMH]. (2022a). NYS

OMH Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitation Services Guidance on Youth, Family, Adult, and Older Adult

Peer Support Services.

New York State Office of Mental Health. (2022b). OMH Community Mental Health Loan Repayment Program (OMH CMHLRP).

New York State Office of Mental Health. (2022c). OMH Statewide Town Hall(Presentation Slides).

<https://omh.ny.gov/omhweb/planning/507/2022-statewide-town-hall.pdf>.

New York State Office of Mental Health (2024). OMH Statewide Townhall.

<https://omh.ny.gov/omhweb/planning/507/town-hall-presentation.pdf>.

New York State Office of Mental Health. (2025). Training Curriculum & Learning Management System for Office of Mental Health Credentialed Mental Health Support Specialist.

New York State Office of Mental Health. (n.d.a). About OMH.

<https://omh.ny.gov/omhweb/about/>.

New York State Office of Mental Health. (n.d.b). Careers with New York State Office of Mental Health.

<https://omh.ny.gov/omhweb/employment/>.

New York State Senate. (2023). Senate Bill S9787.

<https://legislation.nysenate.gov/pdf/bills/2023/S9787>.

New York State the Governor's Office. (2022a). Governor Hochul announces \$4 million to increase mental health workforce diversity. New York State.

<https://www.governor.ny.gov/news/governor-hochul-announces-4-million-increase-mental-health-workforce-diversity>.

New York State the Governor's Office. (2022b). Governor Hochul announces pay increases for nurse positions to improve

statewide recruitment and retention efforts. New York State.

<https://www.governor.ny.gov/news/governor-hochul-announces-pay-increases-nurse-positions-improve-statewide-recruitment-and>.

New York State the Governor's Office. (2022c). Governor Hochul announces \$9 million loan repayment program for mental health workers.

<https://www.governor.ny.gov/news/governor-hochul-announces-9-million-loan-repayment-program-mental-health-workers>.

New York State the Governor's Office. (2023). Governor Hochul announces \$5 million to expand loan repayment program for mental health workers. New York State.

<https://www.governor.ny.gov/news/governor-hochul-announces-5-million-expand-loan-repayment-program-mental-health-workers>.

New York State the Governor's Office. (2024). Governor Hochul announces historic investments in FY 2025 New York State budget.

<https://www.governor.ny.gov/news/governor-hochul-announces-historic-investments-fy-2025-new-york-state-budget>.

New York State the Governor's Office. (2025). Governor Hochul announces loan repayment program expansion to mental health practitioners serving children and youth.

<https://www.governor.ny.gov/news/governor-hochul-announces-loan-repayment-program-expansion-mental-health-practitioners-serving>.

NYU McSilver Training and Technical Assistance Center. (2023). Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitative Services

(Presentation slides).

[https://www.mcsilverta.org/uploads/MCTAC%20PeerTAC%20MOTRS%20Presentation%208-23-23%20\(1\).pdf](https://www.mcsilverta.org/uploads/MCTAC%20PeerTAC%20MOTRS%20Presentation%208-23-23%20(1).pdf).

Peer Recovery Center of Excellence. (2023). Comparative Analysis of State Requirements for Peer Support Specialist Training and Certification in the United States.

Peer Recovery Center of Excellence. (2024). National Distribution of Certified Peer Support Specialists in the United States by State, District and Territory.

<https://www.carsrecovery.org/product-library/national-distribution-of-certified-peer-support-specialists-in-the-united-states-by-state-district-and-territory>.

Penney, D. (2018). Defining “Peer Support”: Implications for policy, practice, and research. Advocates For Human Potential Inc.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). Core competencies for peer workers in behavioral health services. U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health. P 40.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023a). SAMHSA strategic plan: Fiscal years 2023–2026. U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023b). National Model Standards for Peer Support Certification. U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2024a).



- Peer Support Specialists: A Growing Mental Health and Addiction Workforce. U.S. Department of Health and Human Services.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2024b). Behavioral health workforce. U.S. Department of Health & Human Services.  
<https://www.samhsa.gov/about/careers/behavioral-health-workforce>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2025). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2024 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP25-07-007, NSDUH Series H-60).  
<https://nhcenterforexcellence.org/wp-content/uploads/2025/08/2024-nsduh-annual-national-report-1.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (n.d.). Use of measurement-based care for behavioral health: ISMICC brief report. U.S. Department of Health and Human Services.
- The Council of State Governments. (2024, October 10). Mental health matters: Addressing behavioral health workforce shortages.  
<https://www.csg.org/2024/10/10/mental-health-matters-addressing-behavioral-health-workforce-shortages/>.
- The White House. (2022, March 1). FACT SHEET: President Biden to Announce Strategy to Address Our National Mental Health Crisis, As Part of Unity Agenda in his First State of the Union.  
<https://bidenwhitehouse.archives.gov/briefing-room/statements-releases/2022/03/01/fact-sheet-president-biden-to-announce-strategy-to-address-our-national-mental-health-crisis-as-par>

t-of-unity-agenda-in-his-first-state-of-the-union/.

The White House. (2023, May 13). Biden-<sup>[WJ]</sup>Harris Administration Announces New Actions to Tackle Nation's Mental Health Crisis [Fact Sheet].

<https://bidenwhitehouse.archives.gov/briefing-room/statements-releases/2023/05/18/fact-sheet-biden-harris-administration-announces-new-actions-to-tackle-nations-mental-health-crisis/>.

U.S. Center for Disease Control and Prevention[CDC]. (2025a). Suicide Data and Statistics.

<https://www.cdc.gov/suicide/facts/data.html>.

U.S. Center for Disease Control and Prevention[CDC]. (2025b). About Behavioral Health.

<https://www.cdc.gov/mental-health/about/about-behavioral-health.html>.

U.S. Department of Health and Human Services. (2021). Health Workforce Strategic Plan 2021.

U.S. Government Accountability Office. (2022). Behavioral health: Available workforce information and federal actions to help recruit and retain providers (GAO Publication No. GAO-23-1052 50).

United States Census Bureau. (2021, August 25). New York State Population Topped 20 million in 2020.

<https://www.census.gov/library/stories/state-by-state/new-york.html>.

United States Senate Committee on Finance. (2022). Mental health care in the United States: The case for federal action.

## 제6절 일본

公益社団法人 日本看護協会. (n.d.a). 資格認定制度.

<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/>.

公益社団法人 日本看護協会. (n.d.b). 専門看護師(Certified Nurse Specialist).

<https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/cns/index.html>.

公益社団法人 日本看護協会. (n.d.c). 専門看護師認定者数・推移.

[https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.nurse.or.jp%2Fnursing%2Fassets%2Fcns4\\_2024.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.nurse.or.jp%2Fnursing%2Fassets%2Fcns4_2024.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK).

公益社団法人 日本公認心理師養成大学連絡協議会. (2018. 12. 25.). 公認心理師試験27,876名が合格. 公養連ニュースレター No.4

[https://kouyouren.jp/wp-content/uploads/2019/10/newsletter\\_0004.pdf](https://kouyouren.jp/wp-content/uploads/2019/10/newsletter_0004.pdf).

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会. (2025a). 基幹研修修了状況(都道府県別).

[https://www.jamhsw.or.jp/ugoki/kensyu/16-kanan\\_syuryo.html](https://www.jamhsw.or.jp/ugoki/kensyu/16-kanan_syuryo.html).

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会. (2025b. 7. 1.). 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 組織概要(내부자료).

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会. (n.d.). 精神保健福祉士のキャリアラダー(내부자료).

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会. (n.d.). <https://www.jamhsw.or.jp/>.

公益社団法人 日本精神神経学会. (2025). 新専門医制度インデックス.

[https://www.jspn.or.jp/modules/newspe/index.php?content\\_id=1](https://www.jspn.or.jp/modules/newspe/index.php?content_id=1).

公益社団法人 日本看護協会. (2025). 専門看護師 研修実績及び研究業績等申告表項目一覧.

[https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/CNS\\_kensyujuissekikenkyugyouseki\\_2025.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/CNS_kensyujuissekikenkyugyouseki_2025.pdf).

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保

健・法制度研究部. (n.d.). 講義資料・シラバス: 科目3: 精神保健医療福祉に関する法律 - (3-1) 講義1 精神保健福祉法の概要.

[https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/seminar/12\\_3\\_3.html](https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/seminar/12_3_3.html).

小西潤. (2025). 令和7年度 横浜市の精神保健福祉 [Presentation]. 横浜市健康福祉局, こころの健康相談センター.

辻本哲士. (2023). 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制. 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会 資料4. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/001500436.pdf>.

一般社団法人 日本公認心理師養成機関連盟. (2023). コンピテンシー・モデルに基づく 公認心理師養成カリキュラムの提言. <https://kouyouren.jp/wp-content/uploads/2023/07/20230701.pdf>.

一般財団法人 公認心理師試験研修センター. (2025). 研修総合ガイド.

[https://www.jccpp.or.jp/download/pdf/kensyu\\_guide.pdf](https://www.jccpp.or.jp/download/pdf/kensyu_guide.pdf).

一般財団法人 公認心理師試験研修センター. (n.d.).

<https://www.jccpp.or.jp/Top.cgi>.

一般財団法人 日本心理研修センター. (2024). 令和5年度公認心理師活動状況等調査: 報告書 [要約版].

厚生労働省. (n.d.). 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律等の施行事項の詳細について.

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課. (2021). 精神保健福祉士資格取得後の継続教育や人材育成の在り方について (概要). 第1回 精神保健福祉士国家試験の在り方に関する検討会 参考資料3-1.

[fromhttps://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000820580.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000820580.pdf).

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課. (n.d.). 我が国における精神保健医療福祉施策の動向.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000096971.pdf>.

厚生労働省. (2021). ピアサポートの専門性の評価 (令和3年度障害福祉サービス

- 等報酬改定). 厚生労働省.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000998236.pdf>.
- 厚生労働省. (2022). 令和4年版 厚生労働白書—社会保障を支える人材の確保—  
 図表 1-2-1「厚生労働省所管国家資格一覧(保健医療・福祉関係)」.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/21/backdata/01-01-02-01.html>.
- 厚生労働省. (2025, 7. 25.). 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会・とりまとめ(概要).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_60080.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_60080.html).
- OECD. (2021). A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.  
<https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- The Japanese Society of Psychiatry and Neurology. (2025). About Japanese Society of Psychiatry.  
[https://www.jspn.or.jp/modules/about/index.php?content\\_id=3](https://www.jspn.or.jp/modules/about/index.php?content_id=3).

#### 제4장 면담과 조사로 살펴본 정신건강복지서비스 제공 인력 현황 및 문제점

- 관계부처 합동. (2021). 제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025).
- 관계부처 합동. (2023b). 제5차 자살예방기본계획(2023~2027).
- 엄광진, 이성규. (2023). 정신건강사회복지사의 소진 후 성장에 관한 연구: 근거 이론을 중심으로. 사회과학연구, 34(3), pp. 73-92.
- 임준, 오영아, 노성원, 이흥훈, 김미영, 김민아, 고민지. (2021). 국가정신건강인력 현황 분석을 통한 인력 계획 수립 연구. 국립정신건강센터·정신건강 R&D사업단.
- 전진아, 손선주, 안영미, 원성두, 현유림, 김동진. (2022). 정신건강전문요원 수련기관 평가체계 개발 연구. 국립정신건강센터, 한국보건의사회연구원.
- 전진아, 오수진, 채수미. (2020). 사회정신건강연구센터 운영: 정신건강복지서비스

스 제공 인력 보호 및 회복 지원 전략. 한국보건사회연구원.

최승원, 최희승, 하경희. (2023). 정신건강서비스 제공인력 전문성 강화를 위한  
정신건강전문요원제도 개선 연구. 덕성여자대학교·국립정신건강센터.

Looi, J. C., Maguire, P. A., Kisely, S., Allison, S., & Bastiampillai, T.  
(2024). Psychosocial workplace safety in mental health services—  
Commentary and considerations to improve safety. *Australasian  
Psychiatry*, 32(6), pp. 558-562.

## 제5장 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 개선 과제

관계부처 합동. (2025.9.12.). 2025 국가 자살 예방 전략.

### 부록

전진아, 윤강재, 김수경, 정세정, 연규진, 김현식, 정주리, 김덕기, 최소영, 박현  
아. (2025). 전국민 마음투자 지원사업 모니터링 및 질관리 방안 연구. 보  
건복지부·국민건강보험·한국보건사회연구원.



## [부록 1] 전국민 마음투자 서비스 제공 인력(국가자격) 운영 현황

〈부표 1-1〉 전국민 마음투자 서비스 제공 인력(국가자격) 운영 현황

구분	소관부처	시행(양성) 기관	근거법령	등급 및 분야	직무내용	검정방법	자격 활용
정신건강 전문요원	보건 복지부	국립정신 건강센터	정신건강 복지법, 정신건강전문 요원의 수련 및 보수교육 등에 관한 규정	1. 2급 • 간호 • 임상 심리 • 사회 복지 • 작업 치료	<p>〈공통〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>정신질환자 등에 대한 개인별 지원계획의 수립 및 지원</li> <li>정신질환 예방 및 정신건강복지에 관한 조사·연구</li> <li>정신질환자 등의 사회 적응 및 재활을 위한 활동</li> <li>정신건강증진사업 등의 사업 수행 및 교육 등</li> </ul> <p>〈간호〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>정신질환자 등의 간호 필요성에 대한 관찰, 자료수집, 간호 활동</li> <li>정신질환자 등과 그 가족에 대한 건강 증진을 위한 활동의 기획과 수행</li> </ul> <p>〈임상심리〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>정신질환자 등에 대한 심리 평가 및 심리 교육</li> </ul>	<p>무시험 (수련+수련기관 자체평가)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>의무 배치</li> <li>정신건강복지 센터에는 보건 복지부장관이 정하는 기준에 따라 공공정신 건강복지센터의 장과 정신건강전문요원을 두어야 함(시행령 제9조).</li> <li>정신의료기관 종사자 기준 (시행규칙 제11조)</li> </ul>

구분	소관부처	시행(양성) 기관	근거법령	등급 및 분야	직무내용	검정방법	자격 활용
청소년 상담사	여성 가족부	한국산업 인력공단 (시험), 한국청소년 상담복지 개발원(연수)	청소년 기본법, 청소년상담사 자격제도 운영 및 관리에 관한 규정, 청소년상담사 자격검정 및	1, 2, 3급	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신질환자 등과 그 가족에 대한 심리 상담 및 심리 안정을 위한 서비스지원</li> </ul> <p>&lt;사회복지&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>정신질환자 등에 대한 사회서비스 지원 등에 대한 조사</li> <li>정신질환자 등과 그 가족에 대한 사회 복지서비스 지원에 대한 상담·안내</li> </ul> <p>&lt;작업치료&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>정신질환자 등에 대한 작업 수행 평가, 정신질환자 등의 신체적·정신적 기능 향상을 위한 작업치료</li> <li>정신질환자 등과 그 가족에 대한 작업치료 교육과 작업치료 서비스 기획·수행</li> </ul>	시험+연수	<p>의무 배치</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>청소년시설과 청소년단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 청소년육성을 담당하는 청소년지도사</li> </ul>
					<p>청소년상담기관인 한국청소년상담복지개발원, 시·도 청소년종합상담센터, 시·군·구 청소년상담센터를 비롯하여 청소년수련관, 청소년문화관, 사회복지관, 청소년상담센터, 청소년 관립 복지시설 및 청소년업무 지원부서 등에서</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>청소년의 보호선도 및 건전 생활의 지도</li> <li>수련활동의 여건 조성·장려 및 지원</li> </ul>		



구분	소관부처	시행(양성)기관	근거법령	등급 및 분야	직무내용	검정방법	자격 활용
전문 상담교사	교육부 교육부	교육부 장관이 지정한 기관	연수 등에 관한 고시		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년단체의 육성 및 활동지원</li> <li>• 청소년을 위한 지역사회의 유익한 환경의 조성 및 유해 환경의 정화활동 등</li> </ul>		나 청소년상담사를 배치(법 제24조) • 청소년상담사 배치 시설: 청소년상담복지센터, 청소년복지시설(시행령 제25조 <별표 4>)
					전문상담교사의 직무를 기술하고 있는 규정은 없으나, 「위(Wee) 프로젝트 사업 관리·운영에 관한 규정」 제4조 제2항에 의하면 다음과 같음 • 부적응 학생 예방 등을 위해 필요한 계획 수립·시행, 통제관리, 평가 및 개선 • 학부모 및 교사에 대한 상담, 자문, 교육지원 • 학교 내·외 상담지원 및 유관 기관과의 연계·협력 활성화 • 학교보건법 제11조 제2항 제2호에 따른 상담 지원 • 그밖에 학생 진단, 상담, 치유 등을	무시험 • 1급: 2급 이상의 교사 자격증과 3년 이상의 교육경력 과 양성과정 또는 전문상담교사 2급과 3년 이상의 경력 과 자격인수 • 2급: 상담·심리학사 또는 교육대학원 또는 교육부 장관 지정 대학원의 상담·심리교육과에서 전문상담 교육과정을 마친 석사 또는 2급 이상의 교사자	의무 배치 • 학교에 전문상담교사를 두거나 시·도 교육청정기관에 「교육공무원법」 제22조의 2에 따라 전문상담 순회교사를 둔다(초·중·고교육법 제19조의 2(전문상담교사의 배치 등))

구분	소관부처	시행(양성)기관	근거법령	등급 및 분야	직무내용	검정방법	자격 활용
					위하여 필요한 사항	격증과 전문상담교사 양성과정 이수자	
임상 심리사	보건 복지부	한국산업 인력공단	국가기술 자격법(국가 기술자격)	1, 2급	<ul style="list-style-type: none"><li>1급은 국민의 심리적 건강과 적응을 위해 임상심리학적 지식을 활용하여 심리평가, 심리검사, 심리치료상담, 심리재활, 심리교육 및 심리자문 등의 업무를 수행</li><li>2급은 국민의 심리적 건강과 적응을 위해 기초적인 심리평가, 심리검사, 심리치료상담, 심리재활 및 심리교육 등의 업무를 주로 수행하며, 임상심리사 1급의 업무를 보조하는 직무</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>필기 및 실기 시험</li><li>응시자격(1급: 2년 이상 실습수련과 심리학 석사 이상 또는 4년 이상 경력과 심리학 석사 이상 또는 임상심리사 2급과 5년 이상 실무 / 2급: 1년 이상 실습수련과 대학 졸업자 또는 2년 이상 실무와 대학졸업자)</li></ul>	법률에 근거한 활용 없음

출처: “전국민 마음투자 지원사업 모니터링 및 질관리 방안 연구”, 전진아 외, 2025, pp. 305-315 내용을 요약 정리함.

## [부록 2] 전국민 마음투자 지원사업 서비스 제공 인력(민간자격) 운영 현황

〈부표 2-1〉 전국민 마음투자 지원사업 서비스 제공 인력(민간자격) 운영 현황

구분	소관부처	시행(양성)기관	근거법령	등급 및 분야	직무내용	검정방법	자격 활용
임상 심리 전문가	보건 복지부	(사) 한국심리학회/ 한국임상심리 학회	없음 (등록민간자격)	없음	<ul style="list-style-type: none"> <li>임상심리학적 서비스가 필요한 개인 또는 집단에 대하여 임상심리학적 지식과 기술을 활용하여 평가(인간의 심리적 기능을 평가하기 위한 도구의 개발, 시행 및 해석), 개입(심리적 성숙을 필요로 하는 개인 또는 조직과 심리적 부적응을 겪는 개인 또는 조직의 심리상담, 심리교육 및 심리학적 자문), 연구(임상심리학적 평가 및 개입에 따른 제반 조사 및 연구)를 수행</li> </ul>	학회 회원+수련+ (필기, 면접)시험	법률에 근거한 활용 없음
상담 심리사	보건 복지부	(사) 한국상담 심리학회	없음 (등록민간자격)	1, 2급	<ul style="list-style-type: none"> <li>개인 또는 집단의 심리적 성숙과 사회적 적응능력 향상을 위한 조력 및 지도</li> <li>심리적 부적응을 겪는 개인 또는 집단에 대한 심리평가 및 상담</li> <li>지역사회 상담교육, 사회법리적 문제에 대한 예방 활동 및 재난 후유증에 대한 심리상담</li> </ul>	학회 회원 (1급: 정회원, 2급: 준회원)+ 상담경력 및 과목이수+ 자격시험+ 수련+ 자격심사	법률에 근거한 활용 없음

구분	소관부처	시행(양성)기관	근거법령	등급 및 분야	직무내용	검정방법	자격 활용
전문상담사	보건복지부	(사) 한국상담학회	없음 (등록민간자격)	1, 2급	<ul style="list-style-type: none"><li>기업체 내의 인간관계 자문 및 심리 교육</li><li>상담 및 심리치료에 관한 연구 등</li></ul>		
					<ul style="list-style-type: none"><li>개인 및 집단의 정신건강 증진을 위한 상담 및 교육</li><li>심리적 문제에 관한 진단, 평가 및 개입</li><li>상담 및 심리치료 연구, 상담 프로그램 개발, 보급 및 평가 등</li></ul>	학회 회원 (1급: 정회원, 2급: 준회원)+ 수련 자격심사+ 수련+ 자격시험+ 자격연수과정 이수(1급)	법률에 근거한 활용 없음

출처: “전국민 마음투자 지원사업 모니터링 및 직관리 방안 연구”, 전진아 외, 2025, pp. 316-322 내용을 요약 정리함.

## [부록 3] 질적면담 조사 질문지

### 「정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제」 질적 면담 조사 질문지(안)

#### - 정신건강복지서비스 제공기관의 기관장 대상 -

1. 귀하의 기관에 대한 소개를 간략하게 해주십시오.
  - 귀하의 기관의 인력 현황에 대해 설명해 주십시오
  - 귀하의 기관의 팀 구성 현황과 팀별 업무에 대해 설명해 주십시오.
  - 귀하의 기관은 정신건강전문요원 수련과정을 운영하고 계십니까? 그 이유는 무엇입니까?
2. 귀하 기관의 인력 운용 시 귀하가 경험하시는 어려움은 무엇입니까?
  - 귀하의 기관에서 현재 제공하고 있는 서비스를 제공하는 인력은 충분하다고 생각하십니까? 왜 그렇게 생각하십니까? (만약 충분치 않다면,) 어떤 업무 영역의 인력이 부족하다고 생각하십니까? 그렇게 생각하시는 이유가 있습니까
  - 귀하 기관의 정신건강전문요원의 인력 구성은 어떠합니까? 충분합니까?
  - 귀하 기관의 인력 채용 용이성은 어느 정도입니까?
  - 귀하가 생각하시는 귀 기관의 고용 안정성은 어느 정도라고 생각하십니까?
  - 귀하 기관의 인력이 선호하는 업무와 비선호하는 업무가 있습니까? 있다면 어떠한 업무입니까?
3. 귀하 기관의 서비스 제공 인력 중 정신건강전문요원과 비전문요원이 수행하는 역할에 차이가 있습니까? 있다면 어떠한 차이가 있습니까?
4. 귀하는 귀 기관에서 제공하는 서비스, 혹은 수행하고 있는 업무에서 인력의 역량 강화가 가장 시급하게 이루어져야 하는 것이 무엇이라고 생각하십니까? 이 역량을 강화하기 위해서는 어떤 지원이 기관 내 및 기관 외에서 이루어져야 한다고 생각하십니까?
5. 귀하는 정신건강복지서비스 제공 인력의 소진 방지 등 지원을 위해서는 어떠한 정책적 지원이 있어야 한다고 생각하십니까?
6. 귀하가 생각하시기에 정신건강복지서비스 제공 인력의 규모 확대를 위해서는 어떠한 정책적 조치가 있어야 한다고 생각하십니까?

- 정신건강전문요원 대상 -

1. 귀하에 대한 소개를 간략하게 해주십시오.
2. 귀하가 정신건강복지서비스 제공 현장에서 해오신 업무를 말씀해 주십시오.
  - 정신건강과 관련한 업무 경력을 말씀해 주십시오.
  - 귀하는 정신건강전문요원 자격을 취득한 후 바로 정신건강복지서비스 제공 현장에서 근무를 시작하셨습니까?
  - 과거 및 현재 담당하고 계신 업무에 대해 말씀해 주십시오.
3. 귀하가 가지는 업무에 대한 인식을 말씀해 주십시오.
  - 귀하는 그동안 담당하셨던 업무 중 어떤 업무가 가장 어렵다고 느끼십니까? 그 이유는 무엇입니까?
  - 귀하는 그동안 담당하셨던 업무 중 개인적으로 가장 긍정적으로 인식하는 업무는 무엇입니까? 그 이유는 무엇입니까?
  - 귀하가 현재 담당하는 업무를 수행하는 것과 관련하여 귀하의 숙련도는 어느 정도라고 생각하십니까? 귀하의 숙련도가 높아지기 위해서는 어떤 것이 필요하다고 생각하십니까?
  - 귀하가 현재 담당하는 업무에서 가장 어려운 점은 무엇입니까?
  - 귀하가 근무하시는 기관이 수행하는 다양한 역할을 고려해 볼 때, 어떤 업무/역할이 가장 어렵다고 느끼십니까?
4. 정신건강복지서비스 제공 인력 대상 필요 지원 사항
  - 귀하가 근무하시는 기관에서 귀하의 서비스 제공 인력으로서 어떤 역량이 가장 시급히 혹은 가장 중요하게 강화되어야 한다고 생각하십니까?
  - 그렇기 위해서는 지원이 필요하다고 생각하십니까? 기관 내 혹은 기관 밖의 지원을 다 포괄해서 이야기해 주십시오.
  - 귀하가 수행하시는 업무가 귀하의 건강(심리, 정신, 신체)에 영향을 미친다고 생각하십니까?
  - 서비스 제공 인력의 소진 방지, 트라우마 회복 지원 등을 위해서는 어떤 지원 및 보호가 필요하다고 생각하십니까?

### - 정신건강 비전문요원 대상 -

1. 귀하에 대한 소개를 간략하게 해주십시오.
2. 귀하가 정신건강복지서비스 제공 현장에서 해오신 업무를 말씀해 주십시오.
  - 정신건강과 관련한 업무 경력을 말씀해 주십시오.
  - 귀하는 정신건강전문요원 수련과정을 이수하실 생각이 있으십니까? 만약 있다면(혹은 없다면) 그 이유는 무엇입니까? (만약 수련생인 경우, 수련과정을 시작하게 된 계기는 무엇입니까?)
  - 과거 및 현재 담당하고 계신 업무에 대해 말씀해 주십시오.
3. 귀하가 가지는 업무에 대한 인식을 말씀해 주십시오.
  - 귀하는 그동안 담당하셨던 업무 중 어떤 업무가 가장 어렵다고 느끼십니까? 그 이유는 무엇입니까?
  - 귀하는 그동안 담당하셨던 업무 중 개인적으로 가장 긍정적으로 인식하는 업무는 무엇입니까? 그 이유는 무엇입니까?
  - 귀하가 현재 담당하는 업무를 수행하는 것과 관련하여 귀하의 숙련도는 어느 정도라고 생각하십니까? 귀하의 숙련도가 높아지기 위해서는 어떤 것이 필요하다고 생각하십니까?
  - 귀하가 현재 담당하는 업무에서 가장 어려운 점은 무엇입니까?
  - 귀하가 근무하시는 기관이 수행하는 다양한 역할을 고려해 볼 때, 어떤 업무/역할이 가장 어렵다고 느끼십니까?
4. 정신건강복지서비스 제공 인력 대상 필요 지원 사항
  - 귀하가 근무하시는 기관에서 귀하의 서비스 제공 인력으로서 어떤 역량이 가장 시급히 혹은 가장 중요하게 강화되어야 한다고 생각하십니까?
  - 그렇기 위해서는 지원이 필요하다고 생각하십니까? 기관 내 혹은 기관 밖의 지원을 다 포괄해서 이야기해 주십시오.
  - 귀하가 수행하시는 업무가 귀하의 건강(심리, 정신, 신체)에 영향을 미친다고 생각하십니까?
  - 서비스 제공 인력의 소진 방지, 트라우마 회복 지원 등을 위해서는 어떤 지원 및 보호가 필요하다고 생각하십니까?

## [부록 4] 온라인 설문조사표

「정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제」

## 정신건강복지서비스 제공 인력 실태조사

안녕하십니까?

■ 한국보건사회연구원은 국무총리실 소속 국가 정책 연구기관으로, 보건복지정책의 현안을 분석하고 이에 근거한 정책 방안을 마련하고 있습니다. 2025년도에 수행하는 「정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제」 연구에서는 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 현황과 문제점을 고찰하고 해외의 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 변화를 파악하여 국내 정신건강복지서비스 제공 인력 정책의 개선 과제를 도출하는 것이 주요 목적입니다.

■ 이에 본 조사는 정신건강복지서비스 제공기관의 중간관리자 및 관리자급 인력(센터장, 시설장, 부센터장, 상임팀장, 팀장)을 대상으로 정신건강복지서비스 제공 인력 운용 현황 및 어려움을 파악하고, 정신건강복지서비스 제공 인력의 역량 강화 및 소진 방지를 위한 지원 등 인력 대상 자원이 필요한 정책을 도출하는 것에 목적을 두고 있습니다.

■ 조사는 약 20분 내외로 소요될 예정이며, 조사에 참여해 주신 분께는 답례품으로 상품권 10만원을 지급할 예정입니다. 조사 참여에 따라 예상되는 위험과 손상은 없으며, 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 됩니다. 또한 언제든지 동의를 철회하고 참여를 중단할 수 있습니다. 본 조사에서 응답해 주신 내용은 연구목적 이외에는 사용되지 않으며, 통계법 제33조에 따라 개인정보보호를 받을 수 있습니다.

■ 연구의 최종 결과물은 정보 비식별화 절차를 거친 후 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 공개될 수 있습니다. 또한 연구의 최종 결과를 작성 시에도 개인식별이 불가능하도록 자료를 처리할 것입니다.

■ 귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초자료로 활용되오니, 바쁘시더라도 조사에 적극 참여해 주시기를 부탁드립니다. 감사의 말씀을 전하며 설문 항목에 빠짐없이 응해주시기를 부탁드립니다.

※ 귀하께서 응답해 주신 모든 내용과 개인정보는 통계법 제33조(비밀의 보호), 제34조(통계종사자 등의 의무)에 의거하여 비밀이 보장되고 연구 목적 외에는 사용하지 않을 것임을 약속드립니다.

- 통계법 제33조: ① 통계의 작성과정에서 알려진 사항으로서 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다.
- ② 통계의 작성을 위하여 수집된 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 자료는 통계작성 외의 목적으로 사용되어서는 아니 된다.
- 통계법 제34조: 통계종사자, 통계종사자였던 자 또는 통계작성기관으로부터 통계 작성업무의 전부 또는 일부를 위탁받아 그 업무에 종사하거나 종사하였던 자는 직무상 알게 된 사항을 업무 외의 목적으로 사용하거나 다른 자에게 제공하여서는 아니 된다.

- ☐ 연구책임: 한국보건사회연구원 전진아 선임연구위원
- ☐ 연구문의: 한국보건사회연구원 배정은 전문연구원
- ☐ 조사문의: 리서치팀 송인웅 대리
- ☐ 조사기간: 2025년 9월 23일 ~ 10월 2일 (총 10일)



※ 아래 내용을 읽으신 후 동의 여부를 선택하여 주시길 바랍니다.

개인정보 수집·이용에 동의하지 않으시는 경우 설문조사 참여가 불가능하며, 사례비 지급에 제한이 있을 수 있습니다.

#### 조사 참여 동의

##### ※ 연구 참여 의사

- 조사 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있으며, 원치 않으면 참여하지 않으셔도 괜찮습니다.
  - 만약 참여를 중도에 거부하실 경우 연구자는 즉시 조사를 중단할 것이며 어떠한 불이익이나 처벌도 없을 것입니다. 이 경우 기존에 수집된 개인정보는 모두 폐기할 것입니다.
  - 조사가 끝난 후에도 언제든지 그만둘 의사를 표시할 수 있습니다. 만일 조사연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원이나 연구책임자, 또는 위탁 조사업체 담당자에게 즉시 말씀해 주십시오.
- ※ 한국보건사회연구원에 자신의 개인정보에 대한 열람, 정정, 삭제, 처리정지 등의 요구를 언제든지 요청할 수 있습니다.

■ 본인은 「정신건강복지서비스 제공 인력 실태조사」의 목적과 내용을 충분히 이해하였고, 조사를 거부하거나 중단할 권리가 있다는 사실을 인지하였습니다. 본인은 조사에 **참여하는 것을 동의합니다.**

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

#### 개인정보 수집·이용 동의

##### ※ 연구참여자의 개인정보 보호를 위한 절차

- 귀하께서 응답해주신 모든 내용과 개인정보는 개인정보보호법 제18조(개인정보의 목적 외 이용·제공의 제한) 및 통계법 제33조(비밀의 보호), 제34조(통계조사자 등의 의무)에 의거하여 비밀이 보장됨을 약속드립니다.
- **(개인정보 보관방법 및 기간)** 연구에 필요한 개인정보는 ID로 변환하여 암호화하고, 별도의 보안 관리가 되어있는 한국보건사회연구원 연구진 컴퓨터에 보관할 예정입니다.
- **(연구결과 공개)** 조사의 최종결과물(조사 응답)은 정보 비식별화 절차를 거친 후 공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률 제26조(공공데이터의 제공)에 의해 공개될 수 있습니다. 또한 연구의 최종결과물 작성 시에도 개인식별이 불가능하도록 자료를 처리할 것입니다.
- **(개인정보의 파기)** 사례비 지급을 위한 개인정보는 개인정보보호법 제21조(개인정보의 파기)에 따라 수집·이용 목적 달성 이후 즉시 폐기할 예정이며, 조사 응답 내용에 해당하는 개인정보는 3년 보관 후 모두 폐기할 것입니다.

##### 〈개인정보 수집·이용 내역〉

수집 항목		수집·이용 목적	보유기간
개인정보	응답자 성명, 연락처	사례비 지급	목적 달성 이후 즉시 폐기
	인력 운용상의 어려움, 역량 강화 및 교육 체계, 인력 보호 대책 등 기관 실태 정보	정신건강복지서비스 제공기관의 인력 운용 실태 파악을 위한 연구 활용	3년

■ 본인은 위와 같이 **개인정보의 수집·이용에 동의합니다.**

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

위 동의 사항을 확인하였습니다.

2025년 9월 일

A. 귀 기관의 일반적 특성에 대한 질문입니다.

0. 응답하시는 분의 **직위**는 어떻게 되십니까?

① 시설장/센터장 ② 부센터장 ③ 상임팀장 ④ 팀장

1. 귀 기관은 다음 중 어떤 유형에 해당하십니까?

① 광역정신건강복지센터 ( ☐ 위탁 ☐ 직영 )

② 기초 정신건강복지센터 ( ☐ 위탁 ☐ 직영 )

③ 독립형 자살예방센터 ( ☐ 위탁 ☐ 직영 )

④ 중독관리통합지원센터 ( ☐ 위탁 ☐ 직영 )

⑤ 정신재활시설 ( ☐ 생활시설 ☐ 공동생활가정 ☐ 종합시설 ☐ 지역사회전환시설 ☐ 주간재활시설  
☐ 직업재활시설 ☐ 아동·청소년 정신건강지원시설 ☐ 중독자재활시설 ☐ 생상품판매시설 )

### ⑥ 정신요양시설

2. 귀 기관이 위치한 지역은 어디입니까?

(            ) 시/도 (            ) 시/군/구 ※ PRG: 보기 항목 제시

3. 귀 기관의 **전체 인력수**는 어떠합니까? 그리고 그중 **정신건강전문요원**은 몇 명입니까?

전체 인원수	(            ) 명
정신건강전문요원 수	(            ) 명

4. 귀 기관은 정신건강전문요원 수련 과정을 운영하고 계십니까?

① 예                      ② 아니요

5. 귀 기관은 **동료지원인 양성과정**을 운영하고 계십니까?

① 예                      ② 아니요

6. 귀 기관에서 제공하는 서비스 중 동료지원인이 제공하는 서비스가 있습니까?

① 예                      ② 아니요

6-1. (6번에서 '① 예'로 응답한 경우) 귀 기관에서 **동료직원인에게 인건비(급여)를 지급**하고 있습니까?

- ① 예                      ② 아니요

**B. 귀 기관의 인력 운용 경험에 대한 질문입니다.**

7. 귀하가 인식하시기에 현재 귀 기관의 **서비스 제공 인력 규모**는 **충분**합니까?

- ① 매우 부족하다      ② 부족하다      ③ 보통이다      ④ 충분하다      ⑤ 매우 충분하다

7-1. (7번에서 '① 매우 부족하다' 또는 '② 부족하다'로 응답한 경우) 현재 귀 기관에서 **가장 부족하다고 느끼는 인력 유형**은 어떤 것입니까? (보기 1-6 Rotation)

- ① 정신건강전문요원      ② 사회복지사      ③ 간호사      ④ 임상심리사      ⑤ 작업치료사  
⑥ 행정/회계 인력      ⑦ 기타(                      )

7-2. (7번에서 '① 매우 부족하다' 또는 '② 부족하다'로 응답한 경우) 현재 귀 기관에서 **인력이 부족하다고 인식하시는 업무 영역**은 어떤 것입니까? 자유롭게 응답해 주시기 부탁드립니다.

--

8. 귀 기관의 **최근 3년간 인력 이직률 수준**은 어떠했습니까? **평균**으로 응답해 주십시오.

- ① 없음      ② 5% 미만      ③ 5~15%      ④ 15% 이상

9. 귀 기관 **인력의 근속연수 분포**를 아래 범주별로 해당 인원수를 **현재 기준**으로 기재해 주십시오.

1~3년 미만	(              ) 명
3~5년 미만	(              ) 명
5~10년 미만	(              ) 명
10년 이상	(              ) 명
전체 인원수	(              ) 명

※ PRG: 3번의 전체값 자동입력

9-1. 귀 기관에서 **최근 3년간 정년퇴직한 인력**이 있습니까? 있다면 그 인원수를 기재해 주십시오.

- ① 예(              명)      ② 아니요

9-2. 귀 기관 **팀장의 평균 근무 연수**는 어느 정도입니까? **현재 기준**으로 응답해 주십시오

- ① 1~3년 미만      ② 3~5년 미만      ③ 5~10년 미만      ④ 10년 이상

10. 귀 기관의 **신규 인력 채용 용이성**은 어느 정도입니까?

- ① 매우 어렵다      ② 어렵다      ③ 보통이다      ④ 쉽다      ⑤ 매우 쉽다

10-1. (10번에서 '① 매우 어렵다' 또는 '② 어렵다'로 응답한 경우) **그 이유**를 무엇이라고 생각하십니까? **우선순위에 따라 3순위**까지 응답해 주시기 바랍니다. (보기 1-6 Rotation)

1순위		2순위		3순위	
-----	--	-----	--	-----	--

- ① 낮은 보수 및 처우  
 ② 과중한 업무량  
 ③ 직무 기피(고위험 사례관리, 야간·주말 근무 등)  
 ④ 지리적 접근성 문제  
 ⑤ 지역 내 지원 가능한 인력 부족  
 ⑥ 기관의 계약 구조 및 고용형태 제약  
 ⑦ 기타(                      )

11. 귀 기관 인력의 **고용 안정성 수준**을 평가해 주십시오.

- ① 매우 불안정적이다      ② 다소 불안정적이다      ③ 보통이다      ④ 다소 안정적이다      ⑤ 매우 안정적이다

12. (1번의 ①~④ 중 '위탁'인 기관) 귀하는 **위수탁 변경, 계약 조건 등에 따른 고용 불안 요소**가 있다고 보십니까?

- ① 전혀 없다      ② 거의 없다      ③ 보통이다      ④ 다소 있다      ⑤ 매우 많다

13. 귀 기관에서는 인력을 채용해야 하지만 **인건비가 부족해서 인력을 채용하지 못한 경험**이 있으십니까?

- ① 예      ② 아니요

14. 귀 기관 인력들이 선호하는 업무 영역과 비선호하는 업무 영역을 기입해 주십시오.

※ 사례관리, 상담, 유족지원, 응급출동, 행정/회계 등 업무의 영역으로 기입해 주시기를 요청드립니다.

<u>(선호업무)</u>	
<u>(비선호업무)</u>	

15. 귀 기관에서 정신건강전문요원과 정신건강전문요원이 아닌 인력들 간 역할이 구분되어 있습니까?

- ① 전혀 아니다    ② 아니다    ③ 보통이다    ④ 그렇다    ⑤ 매우 그렇다

15-1. (15번에서 '④ 그렇다' 또는 '⑤ 매우 그렇다'로 응답한 경우) 어떤 업무를 정신건강전문요원이 주로 수행합니까?

--

15-2. (15번에서 '① 전혀 아니다' 또는 '② 아니다' 또는 '③ 보통이다'로 응답한 경우) 귀 기관의 다양한 업무 중에서, 정신건강전문요원이 전담해야 한다고 생각하시는 업무가 있다면 무엇입니까? 자유롭게 응답해 주시기 바랍니다.

--

15-3. 귀하는 정신건강전문요원이 아닌 인력도 일정 기간의 근무 후 정신건강전문요원과 유사한 수준의 업무를 수행할 수 있다고 보십니까? 정신건강전문요원이 주로 수행하는 업무를 기준으로 응답해 주십시오.

- ① 예                      ② 아니요

15-3-1. (15-3번에서 '㉠ 예'라고 응답한 경우) **정신건강전문요원과 유사한 수준의 업무를 수행할 정도로 숙련되기까지 어느 정도의 기간이 필요하다고 생각하십니까? 정신건강전문요원이 주로 수행하는 업무를 기준으로** 응답해 주십시오.

- ① 6개월~1년 미만      ② 1~3년 미만      ③ 3~5년 미만      ④ 5년 이상

16. 다음은 정신건강복지서비스 제공 인력(시설·센터장, 2~4년 차의 정신건강전문요원과 비전문요원, 수련생) 대상 질적 면담을 통해 얻어진 내용들입니다. 귀하가 생각하시기에 **정신건강복지서비스 제공 인력 확대를 위해 우선적으로 필요한 정책적 조치**는 무엇입니까? **우선순위에 따라 3순위**까지 응답해 주십시오. (보기 1~7 Rotation)

1순위		2순위		3순위	
-----	--	-----	--	-----	--

- ① 전문요원 수련 정원/수련기관 확대 등 수련제도 개선
- ② 준전문가(para-professional) 제도 도입
- ③ 동료지원인·가족지원가·회복지원가 등 지원 인력(support workers) 제도화
- ④ 인건비 현실화 및 처우 개선
- ⑤ 인력 배치 기준 개선
- ⑥ 정신건강전문요원의 직역 확대(심리, 상담 분야)
- ⑦ 정신건강 인력 수급 체계 모델 개발 및 운영
- ⑧ 기타(                      )



20. 귀하가 인식하시기에 **현재 관련 학협회, 국립정신건강센터나 광역정신건강복지센터 등으로부터 제공되는 교육과 훈련 기회는 충분**하다고 생각하십니까?

- ① 매우 부족하다    ② 부족하다    ③ 보통이다    ④ 충분하다    ⑤ 매우 충분하다

21. **역량 강화를 위해 필요한 주요 지원 형태**는 무엇입니까? **우선순위에 따라 2순위**까지 응답해 주십시오.

(보기 1~4 Rotation)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 중앙정부 주관 표준화된 교육 확대  
② 광역/기초 지자체의 정신건강 특성과 수요를 고려한 맞춤형 교육  
③ 기관 내부 OT·슈퍼비전 강화  
④ 교육 참여 시간·비용 지원 강화  
⑤ 기타(                      )

22. **중간관리자에게 가장 중요한 역량**은 무엇이라고 생각하십니까? **우선순위에 따라 2순위**까지 선택해

주십시오. (보기 1~7 Rotation)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 인사 및 노무 관리  
② 슈퍼비전  
③ 회원 관련 위기 상황에서의 의사결정  
④ 직원 안전 보호  
⑤ 내외부 민원예의 대처  
⑥ 행정·재무 관리  
⑦ 대외 협력  
⑧ 기타(                      )



**D. 다음은 정신건강복지서비스 제공 인력 보호 및 지원 관련 문항입니다.**

23. 귀 기관 **인력의 소진 수준**은 어느 정도라고 보십니까?

- ① 매우 낮다    ② 다소 낮다    ③ 보통이다    ④ 다소 높다    ⑤ 매우 높다

24. 귀 기관 **인력의 신체적·정신적 건강 문제를 해소하기 위한 기관 차원의 지원**이 있습니까?

- ① 예    ② 아니요

24-1. (24번에서 '① 예'라고 응답한 경우) **직원들 간 사례를 공유함으로써** 정서적 지지와 공감대를 형성하고 있습니까?

- ① 예    ② 아니요

24-2. (24번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 직원들의 **심리치료나 상담 치료를 지원**해 주고 있습니까?

- ① 예    ② 아니요

24-2-1. (24-2번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 센터/시설 밖에서 심리치료나 상담 치료를 받을 때, **센터/시설로부터 치료비 전액 또는 일부를 지원**받을 수 있습니까?

- ① 예    ② 아니요(센터/시설 내 지원만 가능)

24-3. (24번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 직원들의 심리적 회복을 위해 **교육, 연수, 워크숍 등을 정례적으로 개최**하고 있습니까?

- ① 예    ② 아니요

24-4. (24번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 트라우마 경험 이후, **심리적 회복을 위한 유급 또는 무급 휴가**를 보장해 주고 있습니까?

- ① 예    ② 아니요

24-4-1. (24-4번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 적절한 휴식 시간이 보장될 수 있도록 필요한 **대체 인력**을 투입하고 있습니까?

- ① 예    ② 아니요

342 정신건강복지서비스 제공 인력 정책 현황과 과제

24-5. (24번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 트라우마 경험 이후, 필요시 센터 내 업무를 재배치해 주고 있습니까?

- ① 예                      ② 아니요

24-6. (24번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 이 외에 직무스트레스나 소진 등 정신건강 문제를 해소하기 위해 센터에서 어떠한 지원을 하고 있는지 자유롭게 기재하여 주시기 바랍니다.

25. 귀 기관은 정신건강복지서비스 제공 과정에서 인력이 경험할 수도 있는 안전의 위협으로부터 인력을 보호하기 위한 센터 차원의 지원이 있습니까?

- ① 예                      ② 아니요

25-1. (25번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 방문 상담 및 응급출동 시 2인 1조 원칙을 지키고 있습니까?

- ① 예                      ② 아니요

25-2. (25번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 안전을 위한 시설 또는 장비가 구비되어 있습니까?

- ① 예                      ② 아니요

25-3. (25번에서 '① 예'라고 응답한 경우) 이 외에 안전 문제를 해결하기 위해 센터에서 어떠한 지원을 하고 있는지 자유롭게 기재하여 주시기 바랍니다.

26. 정신건강복지서비스 제공 인력을 보호하기 위해 어떠한 지원 정책이 필요하다고 생각하십니까? **우선 순위**에 따라 2순위까지 응답해 주십시오. (보기 1-5 Rotation)

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 장기 근속휴가·재충전 제도  
 ② 심리상담 및 법률지원  
 ③ 위험/특수업무 수당 지급  
 ④ 근로기준법 준수 강화  
 ⑤ 일·가정 양립 지원(육아, 유연근무)  
 ⑥ 기타( )

27. 다음은 정신건강복지서비스 제공인력(시설장/센터장, 2~4년차의 정신건강전문요원과 비전문요원, 수련생) 대상 질적면담을 통해 언급된 기관 차원 혹은 지자체 차원의 수당 및 비용 지원 사항입니다. **귀 기관에서 지원하고 계시는 경우 체크해 주시고, 지원하는 금액을 작성해 주시기 바랍니다.** 응답이 어렵거나 불편하신 경우 응답을 하지 않으셔도 괜찮습니다.

27-1	27-2
지급 여부	(지급하는 경우에만 응답) 지원 금액 * 최대 금액으로 응답해 주십시오.
<input type="checkbox"/> 가족수당	해당 없음
<input type="checkbox"/> 특수근무수당(위험수당)	( )만원 (월 단위)
<input type="checkbox"/> 초과근무수당(시간외 근무수당)	<input type="checkbox"/> 상한 설정 여부 최대 ( )시간 ( )만원 (월 단위)
<input type="checkbox"/> 성과상여금	( )만원 (연 단위)
<input type="checkbox"/> 장기근속 수당	( )년 근무 시 ( )만원 (최대 기준) (월 단위)
<input type="checkbox"/> 명절휴가비	( )만원 (연 단위)
<input type="checkbox"/> 교육비	<input type="checkbox"/> 상한 설정 여부 최대 ( )시간 ( )만원 (연 단위)
<input type="checkbox"/> 출장비	최대 ( )만원 (1회 기준)
<input type="checkbox"/> 자기계발비	( )만원 (월 단위)
<input type="checkbox"/> 복지수당(처우개선비)	( )만원 (월 단위)
<input type="checkbox"/> 직책수당	최대 ( )만원 (월 단위)
<input type="checkbox"/> 중식비	( )만원 (월 단위)
<input type="checkbox"/> 자격수당	( )만원 (월 단위)
<input type="checkbox"/> 복지포인트	( )만원 <input type="checkbox"/> 연 단위 <input type="checkbox"/> 월 단위
<input type="checkbox"/> 건강검진	해당 없음
<input type="checkbox"/> 기타 1( )	( )만원 <input type="checkbox"/> 연 단위 <input type="checkbox"/> 월 단위
<input type="checkbox"/> 기타 2( )	( )만원 <input type="checkbox"/> 연 단위 <input type="checkbox"/> 월 단위
<input type="checkbox"/> 기타 3( )	( )만원 <input type="checkbox"/> 연 단위 <input type="checkbox"/> 월 단위





## Abstract

### Current Status and Challenges of Policies for Mental Health Welfare Service Providers\*

Project Head: Jun, Jina

Recent mental health policies are expanding beyond treatment centered on individuals with mental illness to encompass comprehensive mental health and welfare services for the entire population. This shift reflects domestic and international policy changes and demands, signifying a transition toward recognizing mental health as a societal issue and aiming to cover the full spectrum of services: prevention, early intervention, treatment, recovery, and support for independence. This expansion of service scope has naturally sparked discussions surrounding the adequacy and expertise of the workforce tasked with delivering these services, leading to debates on enhancing personnel capabilities and establishing systematic support structures. However, domestic workforce policies still rely heavily on the mental health professional training system, with insufficient efforts to assess the actual size of the field workforce, improve working conditions, or establish robust support systems for capacity building. The deepening workforce shortage, regional imbalances, and poor working

---

\*영문요약은 국문요약을 바탕으로 DeepL 번역 프로그램을 활용하여 작성함.

Co-Researchers: Bae, Jungeun · Kim, Soo kyoung · Beck, Sangsook · Son, Haein

conditions are likely to severely limit the scalability, accessibility, and quality of mental health welfare services in the future.

Recognizing these issues, this study analyzed workforce policies in major countries and comprehensively diagnosed problems in the domestic situation to derive improvement tasks suitable for Korea's circumstances. To this end, the study conducted an in-depth, case-based analysis of mental health workforce policies in six major countries: Australia, Canada, the United Kingdom, Germany, the United States, and Japan. It also identified the current status and problems of the domestic mental health workforce through diverse methods, including reviewing prior research, analyzing qualitative interviews, conducting online surveys, and holding advisory meetings.

Despite facing common structural challenges—chronic workforce shortages and rapidly increasing service demands—these major countries have implemented differentiated response strategies tailored to their respective healthcare/welfare systems and cultural contexts. Key features include expanding the definition of personnel (from professionals to paraprofessionals and experience-based workers), enhancing expertise (mandating standardized education curricula and continuous professional development), and improving working conditions (establishing standard wage systems, codifying various allowances, and strengthening safety protections).

In contrast, South Korea faces deepening workforce shortages alongside worsening regional and occupational imbalances. Problems include recruitment difficulties in rural areas and metropolitan outskirts (often described as ‘as difficult as plucking stars from the sky’), excessive workloads for specialized personnel due to unplanned additions to new projects, and the entrenchment of an hourglass-shaped workforce structure caused by high attrition among junior staff. Furthermore, limitations in capacity building were noted, including blurred role boundaries due to narrowing competency gaps between non-specialists and specialists, qualitative disparities in training systems, and insufficient on-site education opportunities. The absence of workforce protection and support systems was also identified.

By examining domestic and international cases and current situations, the study identified improvement tasks for domestic mental health workforce policy: securing personnel and stabilizing supply (establishing and operating mental health workforce policy governance, expanding the scope of mental health personnel and introducing new roles, and strengthening retention through creating sustainable working environments), strengthening workforce capabilities and training (improving the mental health professional training system, establishing a national mental health workforce competency framework, and establishing a systematic and sustained professional develop-

ment support system), and protecting and supporting the workforce (enhancing workforce safety protection in hazardous situations and improving the working environment for workforce protection and support).

Key words: Mental Health Workforce, Recruitment and Retention, Capacity Building, Support and Protection