연구보고서(수시) 2026-04

지역사회 취약청년 건강증진사업 제공 방안

김동진
이지영

사람을
생각하는
사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

▌연구진

연구책임자 **김동진** 한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진 **이지영** 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서(수시) 2026-04

지역사회 취약청년 건강증진사업 제공 방안

발 행 일 2026년 8월
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 고려씨엔피

ⓒ 한국보건사회연구원 2026

ISBN 979-11-7252-149-3 [93330]
https://doi.org/10.23060/kihasa.b.2026.04

발|간|사

최근 청년의 존엄과 삶의 질 제고를 위해 다양한 분야에서 청년을 대상으로 한 정책과 계획 등이 수립되고 있다. 특히 자립준비청년, 가족돌봄청년, 고립·은둔청년 등 취약청년에 대한 공감대와 이들의 보호와 사회적 책임에 대한 강화를 요구하는 목소리가 확대됨에 따라 「위기아동·청년법」을 제정하여 시행하고 있다. 이에 따라 취약청년 등을 중심으로 각종 사회복지서비스에 대한 수요가 증가하기 시작하였고, 신규 복지수요를 담당하기 위한 서비스 제공 기관도 증가하고 있다.

그러나 보건의료와 건강증진 분야에서 청년에 대한 서비스는 여전히 정신건강 영역에 국한되어 왔다. 다차원적 취약성을 가진 청년들에 대한 통합지원을 통해 그들의 잠재력을 실현하기 위해서는 건강 또한 빠질 수 없는 필요조건임에도 불구하고 보건의료 분야에서 청년 지원 정책의 논의는 확대되지 못하였다. 최근 제6차 국민건강증진종합계획이 발표되었고, 중점과제로서 '청년'이 새로 포함되어 건강에서 청년의 니즈를 반영할 수 있는 계기가 만들어졌으나, 실제 사업은 아직 구체화되지 못한 실정이다.

이처럼 청년에 대한 사회정책이 전체적으로는 계속 발전하고 있음에도 불구하고 복지 분야와 보건의료 분야에서의 정책 발전 속도는 서로 다른 형편이다. 특히, 청년들이 갖고 있는 다차원적 취약성을 보완해주기 위해 다양한 분야별 통합지원체계 구축이 강조되고 있음에도 불구하고 복지영역과 보건의료영역에서의 연계체계에 대한 논의는 이루어지지 않고 있는 실정이다.

이 보고서는 이러한 문제의식에서 출발하여 취약청년을 통합지원하기 위해 복지와 보건영역이 서로 연계할 수 있는 방안을 모색하는 데 그 목

적이 있다.

이 보고서는 김동진 연구위원의 책임하에 이지영 연구원이 참여하였다. 연구진의 노고에 감사드린다. 아울러 연구 수행 과정에서 취약청년 실태와 욕구 파악을 위해 인터뷰와 자문에 흔쾌히 참여해주신 취약청년 관련 기관과 단체 대표들께 깊이 감사드린다. 특히 연구방향 설정과 연구 내용에 유익한 의견을 주신 김성아 연구위원, 보건복지부 김한얼 서기관께도 감사의 말씀을 전한다. 마지막으로 본 보고서의 내용은 본원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2026년 8월

한국보건사회연구원 원장

신 영 석

목 차

요약 ····· 1

제1장 서론 ····· 9

제1절 연구 필요성 및 목적 ····· 11

제2절 연구 내용 및 방법 ····· 14

제2장 취약청년 정의 및 건강수준 ····· 17

제1절 취약청년 정의 및 비율 ····· 19

제2절 취약청년 건강 수준 ····· 28

제3절 소결 ····· 38

제3장 국내외 취약청년 건강증진사업 제공 사례 ····· 41

제1절 국내 사례 ····· 43

제2절 국외 사례 ····· 53

제4장 취약청년 건강증진사업 제공 방안 ····· 87

제1절 취약청년 건강증진사업 추진 방향 ····· 89

제2절 취약청년 대상 지역단위 건강증진사업 제공을 위한 기관 간 연계 방안 ····· 102

제3절 취약청년 대상별 건강증진서비스 제공 방안 ····· 111

제5장 결론 ····· 121

참고문헌 ····· 127

Abstract ····· 135

표 목차

〈표 2-1〉「가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률」의 위기청년 정의 ····· 19
〈표 2-2〉 복지사각지대 청년 정의 및 지원내용 ····· 20
〈표 2-3〉 국내외 취약청년 정의 ····· 21
〈표 2-4〉 취약청년 정의 및 비율(2022·2024년) ····· 24
〈표 2-5〉 취약청년 비율(2022·2024년) ····· 25
〈표 2-6〉 지역별(수도권/비수도권) 취약청년 비율(2022·2024년) ····· 26
〈표 2-7〉 광역시도별 취약청년 비율(2022년) ····· 27
〈표 2-8〉 광역시도별 취약청년 비율(2024년) ····· 28
〈표 2-9〉 주요 건강 변수 설명 ····· 29
〈표 2-10〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 흡연율 ····· 30
〈표 2-11〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 전자담배 흡연율 ····· 31
〈표 2-12〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 고위험음주율 ····· 32
〈표 2-13〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 운동실천율 ····· 33
〈표 2-14〉 연도별, 성별 취약청년 정신건강: 우울증상유병률 ····· 34
〈표 2-15〉 연도별, 성별 취약청년 정신건강: 소진경험률 ····· 35
〈표 2-16〉 연도별, 성별 취약청년 중독: 평생 약물사용경험률 ····· 36
〈표 2-17〉 연도별, 성별 취약청년 건강상태: 주관적 건강인지율 ····· 37
〈표 2-18〉 연도별, 성별 취약청년 미충족의료 경험률 ····· 38
〈표 3-1〉 광역시도별 청년 대상 건강증진사업 제공 현황(2024년) ····· 44
〈표 3-2〉 서울특별시 자치구별 청년 대상 건강증진사업 제공 현황 ····· 48
〈표 3-3〉 headspace의 4대 핵심 서비스 영역 ····· 57
〈표 3-4〉 headspace의 10대 핵심 서비스 구성 요소 ····· 59
〈표 3-5〉 headspace의 서비스 가능 요인 ····· 60
〈표 4-1〉 제2차 청년정책 기본계획(2026~2030) 청년 지원 조직 ····· 92
〈표 4-2〉 2026년 청년사회서비스사업단: 청년 신체건강증진서비스 분야 ····· 93
〈표 4-3〉 호주 headspace의 핵심 서비스와 통합적 접근 ····· 96
〈표 4-4〉 보건소 건강증진사업 중 취약청년 참여 가능 사업 ····· 99

〈표 4-5〉 정신건강복지센터 사업 중 취약청년 참여 가능 사업 ····· 101
〈표 4-6〉 청년미래센터 고립·은둔청년 지원 프로그램 ····· 104
〈표 4-7〉 중앙-광역-기초센터 업무 구분 ····· 107
〈표 4-8〉 보건소 방문건강관리사업 시 자원 연계 ····· 110

그림 목차

[그림 3-1] headspace의 거버넌스 및 유관기관 ····· 55
[그림 3-2] headspace의 서비스 모델 ····· 61
[그림 3-3] headspace 서비스의 유형별 비중(2019~2020) ····· 66
[그림 3-4] 일본 히키코모리 지역지원센터 운영 ····· 79
[그림 3-5] 히키코모리 지역지원센터와 유관기관 연계 현황(2020년) ····· 82
[그림 4-1] 통합사례관리 절차 개요 ····· 109

요약

1. 연구의 배경 및 목적

과거 특정 연령대에 완료되던 청년기의 생애 이행이 최근 지연·중단·반복되는 등 탈표준화 양상을 보이면서 청년층이 겪는 어려움이 가중되고 있다. 특히 일자리·소득·주거 등 다차원적 요인에 대한 통합적 중재가 요구됨에도, 현행 청년정책은 여전히 단편적 접근에 머물러 있다.

청년기의 건강 역시 정책적으로 중요한 의미를 지닌다. 청년기는 가장 건강한 시기로 인식되기 쉬우나, 이 시기의 건강상태와 생활습관은 이후 생애주기의 건강수준과 삶의 질에 장기적 영향을 미친다. 더욱이 청년기는 진학·군 입대·취업 등 급격한 환경 변화를 겪는 이행기적 특성으로 인해 스트레스에 노출되기 쉽고, 흡연·폭음 등 건강위험행태에 취약하다. 이러한 어려움은 취약청년에게 한층 중첩된다. 사회가 요구하는 기준에 도달하지 못했다는 인식은 자기부정과 사회적 고립을 거쳐 다차원적 취약성으로 확대되며, 이 과정에서 경험하는 사회적 불평등은 우울·불안·무기력 등 정신건강 악화로 이어진다.

그럼에도 취약청년은 그간 건강증진사업에서 사실상 소외되어 왔다. 고립·은둔청년, 가족돌봄청년, 자립준비청년 등은 공적 서비스 체계에 노출되기 어려워 대상자 발굴 자체가 쉽지 않고, 참여 동기가 낮으며 지속적 참여 유도와 사업효과 추적·관찰도 어렵기 때문이다. 이처럼 지역보건의료기관이 단독으로 사업을 수행하는 데에는 구조적 한계가 있어, 청년미래센터·청년지원센터 등 공적 지원기관과 민간단체의 협력체계 구축이 필수적이다.

이와 관련하여 「제6차 국민건강증진종합계획(2026~2030)」은 청년건강을 별도의 중점과제로 신설하고 취약청년 맞춤형 지원을 명시하여

정책적 근거를 마련함으로써 청년 대상 건강증진사업이 공식적으로 추진될 예정이다. 그러나 구체적인 사업모델이 제시되지 않아 지방자치단체의 체계적 사업 추진에는 어려움이 예상된다. 또한 취약청년에 대한 관련 연구는 다수 축적되었으나 건강 영역 연구는 여전히 제한적이며 그마저도 정신건강에 편중되어 있어, 지역사회 건강증진사업의 제공 방안에 관한 학술적·정책적 논의는 충분하지 못한 실정이다.

이에 본 연구는 정책 방향과 현장 실행 사이의 간극을 해소하는 데 초점을 두고, 지방자치단체가 활용할 수 있는 취약청년 발굴 체계와 서비스 전달 모델, 제공 가능한 서비스 내용을 제시함으로써 취약청년 대상 건강증진사업의 안정적 추진을 지원하고자 한다. 아울러 본 연구의 결과는 일선 지역보건의료기관이 지역사회 취약청년에게 적합한 서비스를 개발하고, 유관 기관·단체와 연계하여 효과적인 서비스 제공체계를 구축하는 데 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

2. 주요 연구 내용

가. 취약청년의 건강수준

취약청년의 건강 문제는 정신건강에 국한되지 않고 건강행태, 주관적 건강, 의료이용 전반에 걸쳐 나타나는 복합적 현상으로 확인되었다.

건강행태 측면에서 취약청년은 전체 청년(남 37.7%, 여 7.7%)에 비해 높은 흡연율을 보였는데, 특히 돌봄필요청년과 수급청년(남 각 48.9%), 복수일자리청년(42.6%), 자립준비청년(39.7%)에서 두드러졌다. 전자담배 사용률은 가족돌봄청년(남 56.3%)과 자립준비청년(여 69.0%)에서, 고위험음주율은 복수일자리청년(남 19.0%)과 자립준비청년(여 21.3%)

에서 특히 높았다. 반면 운동실천율은 돌봄필요청년(남 29.5%)과 장애청년(여 18.6%)에서 낮게 나타났다.

정신건강 및 중독 측면에서는 격차가 더욱 뚜렷하였다. 우울증상 유병률은 전체 청년(남 7.2%, 여 10.7%)에 비해 돌봄필요청년(남 52.3%, 여 60.3%), 자립준비청년(남 29.3%, 여 34.2%), 고립·은둔청년(여 30.3%)에서 크게 높았다. 소진 경험률 역시 전체 청년(남 28.6%, 여 36.2%) 대비 돌봄필요청년(남 78.4%, 여 84.6%), 가족돌봄청년(여 66.1%), 고립·은둔청년(여 63.5%)에서 높게 나타났다. 평생 약물사용 경험률은 돌봄필요청년(수면제 여 35.4%, 신경안정제 여 43.0%)에서 특히 높았으며, 여성의 식이·체중조절 약물 사용은 가족돌봄청년(26.0%), 자립준비청년(24.1%) 등 다수 유형에서 두드러졌다.

주관적 건강 및 의료이용 측면에서도 모든 취약청년 유형이 전체 청년 수준에 미치지 못하였다. 주관적 건강인지율은 전체 청년(남 65.7%, 여 56.1%)에 비해 돌봄필요청년(남 8.2%, 여 3.6%)과 장애청년(남 23.2%, 여 34.3%)에서 극히 낮았다. 미충족의료 경험률 또한 전체 청년(남 2.1%, 여 4.6%) 대비 돌봄필요청년(남 16.0%, 여 20.2%), 자립준비청년(남 14.4%), 장애청년(여 17.7%) 등에서 현저히 높았다. 다만 취약청년은 자신의 의료 필요를 인지하는 정도가 낮은 경향이 있어, 미충족의료 경험률이 실제보다 과소 보고되었을 가능성도 배제하기 어렵다.

한편, 광역시·도별로 취약청년의 구성이 상이하게 나타난 만큼, 획일적 사업보다는 지역 특성을 반영한 맞춤형 사업설계가 요구된다.

나. 국내외 건강증진사업 제공 사례

국내 사례는 청년 대상 사업이 아직 초기 단계에 머물러 있고 정신건강

에 편중된 것으로 확인되었다. 통합건강증진사업은 대체로 전체 주민을 대상으로 하여 청년을 특화 대상으로 설정한 사례가 제한적이며, 17개 시·도가 공통적으로 추진하는 사업도 정신건강증진·자살예방이 중심이다. 다만 서울시 자치구 사례에서는 일부 진전이 확인되는데, 대학 밀집 지역의 찾아가는 건강검진, 1인 가구 연계사업의 영양상담·요리교실, 취약청년 특화사업의 고립·은둔청년 발굴 홍보 및 정신건강 프로그램 등이 그 예이다. 그러나 대다수 지역보건의료기관은 여전히 청년 사업 도입을 검토하는 단계에 머물러 있으며, 신체건강과 사회서비스의 통합은 미흡한 실정이다.

국외 사례는 서비스 통합 제공·낮은 문턱·청년 참여를 공통 특징으로 한다. 호주의 headspace 센터는 정신건강, 신체·성건강, 알코올·약물, 직업·진로의 4대 영역을 하나의 창구에서 원스톱으로 제공하며, 'No Wrong Door' 원칙과 자기의뢰·무료·무예약 체계, 청년 친화적 공간 설계를 통해 진입장벽을 낮추었다. 그 결과 조기 개입을 받은 청년의 70.96%가 하나 이상의 지표에서 긍정적 변화를 보였다. 이는 임상 중심을 넘어 알코올·약물, 신체건강, 취업지원을 단일 창구에서 통합함으로써, 우리나라도 정신건강복지센터의 역할 확장과 네트워크 구축의 필요성을 시사한다. 아일랜드의 Jigsaw는 경증·예방 중심의 1차 서비스로서 부모·교사 등 지역사회의 역량 강화에 비중을 두며(이용자 62% 개선, 만족도 95%), 캐나다의 Foundry는 주거·소득·고용 등 사회서비스를 의료서비스와 동일 공간에서 통합하고 동료 지지 인력을 활용한다. 일본 도쿄도의 히키코모리(은둔형 외톨이) 지원은 복지보건국이 총괄하는 체계로, 초기 상담 후 보건소·의료기관·정신보건복지센터로 연계된 비율이 24.8%에 달해 건강 관련 욕구가 상당함을 방증한다.

다. 취약청년 건강증진사업 제공 방안

제공 가능한 서비스 구성 측면에서, 보건소는 생활습관 개선(금연·절주·신체활동·영양·비만), 만성질환 예방관리, 감염병 예방(HPV 접종 등), 구강보건, 방문건강관리, 모바일헬스케어 등을 제공할 수 있다. 정신건강복지센터는 인식개선·교육, 선별검사 및 조기개입, 자살예방·위기개입, 중증 정신질환자 사례관리 및 치료비 지원 등을 담당한다. 지역보건의료기관은 이처럼 제공 가능한 사업 목록을 작성하여 청년미래센터·사회복지시설·민간단체 등에 적극 안내하고, 이들 기관과의 양방향 연계체계를 마련할 필요가 있다.

기관 간 연계 방안으로는 우선 청년지원조직과의 연계를 고려할 수 있다. 청년미래센터의 경우 충북센터 사례에서 치과 의료비, HPV 접종, BMI 측정 등의 지원이 이루어지고 있으나 청년의 건강 관련 지원 욕구는 후순위에 놓여 있다. 그럼에도 이용 청년의 절반 이상이 향정신성 약물 복용 경험이 있고 과체중·당뇨 관리가 필요한 사례가 다수이며 미취업 청년의 건강검진 수검률이 저조한 만큼, 발굴 이후 초기상담 및 맞춤형 프로그램 수립 단계에서 신체·정신건강 전문 평가를 병행하고 필요시 건강개선 프로그램을 포함하되 실무자의 역량 강화 지원이 선행되어야 한다. 청년지원센터는 기존 사회보장 기준에 부합하지 않는 청년의 지원창구 기능을 수행할 수 있으므로, 긴급 건강문제 발생 시 의료기관 정보를 제공하고 지역보건의료기관·지역의사회와 연계를 매개하는 창구 기능을 부여할 필요가 있다.

다음으로 지역 통합사례관리조직과의 연계이다. 전담 지원조직이 없는 취약청년은 통합사례관리 체계를 통해 지원할 수 있으며, 지침상 가족돌봄청년, 청·중장년 1인 가구, 돌봄위기가구, 자살 고위험군 등이 이미 대

상에 포함되어 있다. 희망복지지원단 사례회의에는 방문건강관리 전담인력과 간호직 공무원이 참여할 수 있고 필요시 정신건강복지센터·중독통합지원센터 등과 연계될 수 있으므로, 방문건강관리사업 지침에도 취약청년 건강증진사업 관련 내용을 포함하여 사업 추진 기반을 마련할 필요가 있다.

끝으로 대상별 건강증진서비스 제공 방안은 다음과 같다. 가족돌봄청년은 주당 평균 돌봄시간이 21.6시간에 이르고 우울감이 일반청년의 7배 이상이며 미충족의료 경험률이 전체 청년 대비 남 2.4배, 여 1.8배로 높다. 그러나 돌봄을 운명으로 인식하거나 주변이 이를 알아차리지 못하고 돌봄대상자가 반대하는 등 발굴에 어려움이 따르므로, 찾아가는 보건복지팀·희망복지지원단이 재가 환자 위기가구를 발굴할 때 동거 청년의 돌봄 역할과 건강상태를 함께 평가하고 건강관리·의료지원 계획을 수립할 필요가 있다. 고립·은둔청년은 미충족의료, 우울증상, 소진이 모두 높고 주관적 건강인지율은 현저히 낮으므로, 청년미래센터·찾아가는 보건복지팀 등과 연계하여 발굴된 청년의 건강평가·건강관리 사례회의에 지역보건의료기관이 참여하고, 일상회복 프로그램에 심리·정서 지원과 함께 기본검진, 질병 치료·예방, 건강행태 교육을 병행하여야 한다. 자립준비청년은 자살 생각 경험이 46.5%에 이르고 흡연·고위험음주 등 건강행태가 열악하며 미충족의료 경험률이 남 14.4%로 높고 치과의료 수요도 많다. 경제적 지원은 확대되었으나 건강 지원체계는 미흡하고 특히 사후관리(보호종료 후 5년) 종료 이후 공적 지원이 급감하는 만큼, 연 1회 자립수준평가 시 건강검진 및 건강생활습관 교육을 병행하고, 병원동행서비스·의료비 후불 서비스·치료비 지원 등 외부 민간자원과 연계를 확대하며, 사후관리 기간 중 심리지원을 강화하고 정신건강복지센터와 연계하여 사례관리를 강화할 필요가 있다.

3. 결론 및 시사점

취약청년은 자신의 취약성을 명확히 인식하지 못하는 경우가 많다. 장기간 지속된 어려움이 일상화되면서 이를 문제 상황으로 인식하지 못하거나, 개선의 필요성을 자각하기까지 상당한 시간이 소요되며, 그 과정에서 상황이 점차 악화되기도 한다. 이러한 인식의 지체는 건강 영역에서도 유사하게 나타난다. 청년기는 생애주기 중 가장 건강한 시기로 인식되는 만큼, 건강에 대한 관심과 욕구는 일자리·소득·주거·문화·복지 등에 대한 욕구에 비해 후순위에 놓이기 쉽다. 그러나 본 연구의 분석 결과, 취약청년의 건강수준은 전체 청년의 평균에 비해 열악한 것으로 나타났다. 이는 취약청년이 경제적·사회적 취약성에 더해 건강 영역에서도 취약함을 보여주는 것으로, 이들의 건강 회복을 위한 적극적인 중재와 개입이 시급함을 시사한다.

이에 지역보건의료기관은 「제6차 국민건강증진종합계획(2026~2030)」의 취약청년 맞춤형 건강관리 방향에 따라 구체적인 실행계획을 수립하고 이에 필요한 자원을 확보할 필요가 있다. 다만 지역보건의료기관은 취약청년을 '발굴'하는 동시에 이들에게 적절한 '서비스를 제공'해야 하는 이중의 과제를 안고 있다. 따라서 취약청년 전담지원기관이나 지역 위기가구 사례관리팀과 연계체계를 구축하고, 이들 기관으로부터 사례관리 참여 요청이 있을 경우 방문건강관리팀이 참여할 수 있도록 사업 추진 기반을 마련하여야 한다.

서비스를 설계할 때에는 몇 가지 사항에 유의할 필요가 있다. 취약청년의 취약성을 완화하고 일상 회복을 지원하기 위해서는 종합적 지원이 요구되므로, 건강증진사업과 함께 복지·고용·주거·심리상담 등 다양한 서비스가 병행될 수 있도록 보건-복지 기관 간 협력체계의 구축이 필수적이

다. 또한 취약청년의 특성을 충분히 반영해야 한다. 이들은 익명성이 보장된 환경에서는 자신의 어려움과 욕구를 비교적 솔직하게 표현하는 반면, 다기관 연계 과정에서는 개인정보 제공에 대한 부담으로 이탈하는 경우가 발생할 수 있다. 따라서 취약청년 대상 건강증진사업은 기존 사업대상자에 대한 접근 방식보다 한층 세심하고 신중하게 설계될 필요가 있다.

끝으로 참여 동기를 높이기 위한 전략이 요구된다. 취약청년은 건강증진 자체에 대한 관심이 낮아 건강을 독립적인 목표로 제시하는 방식만으로는 한계가 있다. 따라서 탈고립·은둔, 자립 준비, 취업, 일상 회복 등 당사자가 지향하는 삶의 목표와 건강증진을 통합하여 제시하는 접근("건강해야 사회에 나갈 수 있다"는 방식 등)이 참여 동기를 높이는 데 효과적일 수 있다.

주요 용어: 취약청년, 건강, 지역보건의료기관, 건강증진사업



제1장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

1. 연구 필요성

과거 특정 연령대에 완료되던 청년기의 생애 이행 과정이 최근 지연·중단·반복되는 등 탈표준화 양상을 보이면서 청년층이 겪는 어려움이 가중되고 있다. 이에 대한 사회적 관심은 커졌으나, 실효성 있는 문제 인식과 대응은 여전히 미흡하다. 특히 일자리, 소득, 주거 등 청년의 삶을 둘러싼 다차원적 요인에 대한 통합적 중재가 요구됨에도, 현행 청년정책은 여전히 단편적 접근에 머물러 있다.

청년의 건강 문제 또한 사회환경의 변화 속에서 과거와는 다른 양상의 도전에 직면해 있다. 청년기는 상대적으로 질병 발생률이 낮아 생애주기상 가장 건강한 시기로 인식되기 쉬우나, 이 시기의 건강 상태는 이후 생애주기의 건강 수준과 삶의 질에 장기적 영향을 미친다는 점에서 중요한 의미를 지닌다(정세정 외, 2022, p. 208). 특히 청년기에 급성·만성질환을 경험할 경우 학업 성취와 성인기 사회경제적 지위에 부정적 영향을 미칠 수 있으며, 이 시기에 형성된 불건강한 생활습관 역시 이후 생애 전반에 걸쳐 지속될 수 있다. 또한 청년기는 대학 진학, 군 입대, 취업 준비, 직장생활 적응 등 급격한 환경 변화를 겪는 이행기적 특성을 지녀 다양한 스트레스 요인에 노출되며, 이로 인해 흡연·폭음 등 건강위험행태에 취약해질 수 있다(김동진 외, 2025, pp.277-289). 최근 성인의 건강생활실

천 지표는 전반적으로 개선되는 추세이나, 청년의 건강행태는 성인 집단과 다소 상이한 양상을 보인다. 특히 전자담배 사용, 소진 경험, 스마트폰 의존, 성 건강 문제 등 청년층에서 두드러지는 불건강 행태에 대한 개선 필요성이 제기되고 있다(정세정 외, 2025, pp. 181-183).

이러한 어려움은 취약청년에게 한층 심각하게 나타난다. 취업 적령기에 대한 사회적 기대, 양질의 일자리 확보, 상위권 대학 진학 등 부모와 사회가 요구하는 기준은 청년에게 심리적 압박과 스트레스를 유발하며, 이러한 기준에 도달하지 못했다는 인식은 자기부정과 사회적 고립으로 이어질 수 있다. 나아가 이러한 경험은 다차원적 취약성으로 확대될 가능성이 있다. 이 과정에서 취약청년이 경험하는 사회적 불평등은 심리적 건강 격차로 이어져 우울, 불안, 무기력 등 정신건강 악화의 형태로 나타날 수 있다. 따라서 취약청년에 대해서는 이들이 직면한 취약성을 완화할 수 있는 사회적 지원이 우선적으로 제공되어야 하며, 이와 병행하여 건강한 생활습관 형성과 올바른 건강행태 습득을 위한 중재 개입이 함께 이루어질 필요가 있다.

청년정책이 사회정책의 핵심 영역으로 자리 잡고 있으며 그 목적이 청년의 존엄성과 삶의 질을 제고하는 데 있다면, 청년 건강증진사업은 이러한 정책 목표를 달성하기 위한 필수 구성요소라 할 수 있다. 그러나 취약청년은 건강증진사업에 대한 참여 동기가 상대적으로 낮을 뿐 아니라, 지속적인 사업 참여를 유도하고 사업 효과를 추적·관찰하는 데에도 상당한 어려움이 따른다. 이로 인해 취약청년은 기존 건강증진사업에서 충분히 포괄되지 못하거나 사실상 배제되는 경우가 많다. 특히 고립·은둔청년, 가족돌봄청년, 자립준비청년 등 다양한 취약성을 지닌 청년은 공적 서비스 체계에 노출되기 어려워 사업 대상자 발굴 자체가 쉽지 않다. 이에 따라 지역보건의료기관[1]이 단독으로 건강증진사업을 수행하는 데에는 구

조적 한계가 존재한다. 따라서 취약청년을 발굴하고 이들의 건강증진 욕구에 효과적으로 대응하기 위해서는 청년미래센터, 청년지원센터 등 공적 지원기관은 물론, 취약청년 지원사업을 수행하는 다양한 민간단체와의 협력체계 구축이 필수적이다. 이러한 협업은 대상자 발굴, 서비스 연계, 지속적 참여 유도, 사후관리 등 사업 전 과정의 중요한 기반으로 작용할 수 있다.

이와 관련하여 「제6차 국민건강증진종합계획(2026~2030)」에서는 취약청년을 위한 건강증진 인프라 구축, 실질적 프로그램 제공, 취약청년이 실제로 이용할 수 있는 서비스 체계로의 개편 필요성이 제기되었다. 이를 반영하여 청년 건강이 별도의 중점과제로 신설되었으며, 청년 대상 건강증진사업이 공식적으로 추진될 예정이다. 그러나 현재까지 구체적인 사업모델은 제시되지 않아, 각급 지방자치단체가 취약청년 대상 건강증진사업을 체계적으로 추진하는 데 어려움이 예상된다. 이에 취약청년 대상 건강증진사업의 실행을 위한 구체적인 추진 방안과 사업모델 마련이 시급한 실정이다.

2. 연구 목적

최근 취약청년에 대한 사회적 관심이 높아지면서 관련 연구가 다수 수행되었으나, 건강 영역에 관한 연구는 여전히 제한적이며 그마저도 대부분 정신건강에 집중되어 있다(시민건강연구소, 2021. 9. 6; 김동진, 2025, p.48에서 재인용). 특히 취약청년을 대상으로 한 지역사회 건강증진사업의 제공 방안에 대해서는 학술적·정책적 논의가 충분히 축적되지 못하였다. 이는 「제6차 국민건강증진종합계획(2026~2030)」이 청년 건

1) 이 연구에서 지역보건의료기관은 지역보건법에 따른 보건소, 보건의료원 등을 의미함.

강을 중점과제로 신설하였음에도 이를 실행할 구체적 사업모델이 부재한 상황과 맞물려 있다. 정책적 근거는 마련되었으나 이를 뒷받침할 실증적 근거와 실행 모델이 제시되지 못한 현 상황은, 취약청년 건강증진사업이 일선에서 안정적인 추진을 어렵게 하는 요인으로 작용한다. 본 연구는 바로 이 지점, 즉 정책 방향과 현장 실행 사이의 간극을 메우는 데 초점을 둔다.

따라서 본 연구는 지방자치단체에서 활용 가능한 취약청년 발굴 체계와 서비스 전달 모델을 제시함으로써, 취약청년 대상 건강증진사업이 안정적으로 추진될 수 있도록 지원하는 데 목적을 둔다. 아울러 본 연구의 결과는 일선 지역보건의료기관이 지역사회 취약청년에게 적합한 서비스를 개발하고, 유관 기관 및 단체와의 연계를 통해 효과적인 서비스 제공 체계를 구축하는 데 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

제1장 서론에 이어, 제2장에서는 선행 연구 결과를 활용하여 취약청년을 정의하고 지역별 취약청년 비율을 산출하였다. 또한 '청년 삶 실태조사' 자료를 활용하여 취약청년의 건강수준을 건강행태, 정신건강 및 중독, 주관적 건강, 의료이용 등으로 구분하여 분석하였다. 분석 결과는 개인가중치를 적용하여 산출하였으며, 모든 분석에는 통계 프로그램 STATA(버전 MP 19.5)를 사용하였다.

제3장에서는 국내외 취약청년 건강증진사업 제공 사례를 정리하였다. 국내 사례의 경우, 먼저 17개 광역지방자치단체의 지역보건의료계획서를

분석하여 광역 단위에서 시행 중인 청년 대상 건강증진사업 내용을 정리하였다. 또한 기초 단위의 청년 대상 사업을 파악하기 위해 서울시 25개 자치구의 지역보건의료계획을 검토하였다. 국외 사례로는 호주의 headspace 센터 모델을 중심으로 정리하고, headspace 모델을 벤치마킹한 아일랜드 Jigsaw 모델과 캐나다 Foundry 모델을 아울러 살펴보았다. 끝으로 일본 도쿄의 히키코모리 지원사업을 정리하고, 각 사례의 시사점을 도출하였다.

제4장에서는 제2장과 제3장의 논의를 바탕으로 지역사회 취약청년 대상 건강증진사업 제공 방안을 제안하였다. 구체적으로 지역보건의료기관이 취약청년 대상 사업을 추진하기 위한 방향과 함께, 사업의 효율적 수행을 위한 유관기관 간 연계방안을 제시하였다. 또한 취약청년 대상별 건강증진서비스 제공 방안은 「위기아동·청년법」 등에 따라 전담 지원체계가 마련되어 있는 가족돌봄청년, 고립·은둔청년, 자립준비청년의 세 유형을 중심으로 제시하였다. 이는 해당 유형이 별도의 지원조직과 전달체계를 갖추고 있어 지역보건의료기관과의 연계 방안을 구체화하기에 용이하기 때문이다.

2. 연구 방법

본 연구에서는 취약청년 대상 건강증진사업 제공 방안을 마련하기 위해 양적자료 분석, 선행연구 검토, 전문가 자문을 수행하였다. 먼저 취약청년 비율과 건강수준 등을 분석하기 위해 국가데이터처 '마이크로데이터 통합서비스(MDIS)'에서 제공하는 '청년 삶 실태조사'(2022~2024년)[2]의 원자료를 분석하였다.

2) 2022년 N=14,966, 2024년 N=15,098

다음으로 국내외 취약청년 지원사업 사례를 분석하였다. 국내 사례의 경우 한국건강증진개발원이 제공하는 ‘제8기 지역보건의료계획 연차별 시행계획’을 정리하였으며, 국외 사례의 경우 온라인으로 수집한 호주·아일랜드·캐나다·일본의 관련 자료를 정리하였다.

이 밖에 취약청년의 현황과 지원 욕구, 공공·민간 서비스 전달체계 등을 파악하기 위해 공공 및 민간 청년지원기관 실무자, 관련 분야 연구자, 담당 공무원 등을 대상으로 자문을 실시하였다. 자문은 2026년 3월부터 7월까지 개별 면담 방식으로 진행하였다. 자문을 통해 수집한 현장 경험과 사례는 취약청년의 지원 욕구와 서비스 전달체계의 실태를 파악하고, 정책 제언을 구체화하는 근거로 활용하였다.



제2장

취약청년 정의 및 건강수준

제1절 취약청년 정의 및 비율
제2절 취약청년 건강 수준
제3절 소결

제 2 장 취약청년 정의 및 건강수준

제1절 취약청년 정의 및 비율

1. 취약청년 정의

2025년 10월 시행된 「청년기본법」 제3조 제5항에서 '취약계층 청년'을 "고용·교육·복지 등의 분야에서 어려움을 겪는 청년"으로 정의하고 있다. 또한 2026년 3월 26일 시행된 「가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률」(이하 위기아동·청년법) 제2조 제1항에 따른 '위기청년'은 〈표 2-1〉과 같이 가족돌봄청년, 고립·은둔청년 등으로 규정되어 있다.

〈표 2-1〉 「가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률」의 위기청년 정의

청년기본법[1]	가족돌봄 등 위기아동·청년 지원에 관한 법률[2]
고용·교육·복지 등의 분야에서 어려움을 겪는 청년	가. 가족돌봄 아동·청년: 돌봄이 필요한 가족에게 간호·간병 및 일상생활 관리 또는 그 밖의 도움을 제공하고 있는 사람 나. 고립·은둔 아동·청년: 타인과의 교류가 거의 없거나 상당한 기간 이상 제한된 거주공간에서만 생활하여 일상생활이 현저히 곤란한 사람 다. 그 밖에 대통령령으로 정하는 위기상황에 놓인 사람

출처: 1) 청년기본법, 법률 제21065호 (2025). https://www.law.go.kr/법령/청년기본법
2) 가족돌봄 등 위기 아동·청년 지원에 관한 법률, 법률 제20846호 (2025). https://www.law.go.kr/법령/가족돌봄등위기아동·청년지원에관한법률/(20846,20250325)

한편, 「제2차 청년정책 기본계획(2026~2030)」은 취약청년을 고립·은둔청년, 가족돌봄청년, 자립준비청년 등으로 규정하고, 그 밖에 청년복지 사각지대에 놓인 청년으로 가정 밖 청년, 경계선 지능 청년, 청년 한부모, 청년 1인 가구, 장애청년, 이주배경 청년 등을 명시하고 있다.

〈표 2-2〉 복지사각지대 청년 정의 및 지원내용

구분	정의 및 지원 내용
가정 밖 청년	- 가족과 물리적·경제적·정서적으로 단절하여 스스로 자립해야 하는 청년 - 실태조사 및 자립지원 방안 마련
경계선 지능 청년	- 지능지수(IQ) 71~84로서 지적장애(IQ 70 이하)에는 해당하지 않아 관련 통계·실태 미비하고 장애인으로서의 지원이 불가하나, 학습·사회참여·자립생활 등에 어려움을 겪는 청년 - 기초 소양-구직-기술 프로그램 신설
청년 한부모	- 홀로 아동을 양육하는 저소득 청년 한부모(25~34세) - 생활 안정과 양육비 부담 경감을 위해 아동 양육비 추가 지원금 인상
청년 1인 가구	- 청년 1인 가구 심리·정서 상담, 자기 개발·관계 개선 교육 등 사회관계망 형성 지원, 교류·식생활 등 생활 역량 강화 프로그램 내실화
장애청년	- 대학 장애 학생 지원 센터 등을 통해 장애 대학(원)생의 교육 활동에 필요한 일반·전문교육 지원 인력, 원격교육, 보조기기 등 지속 지원
이주배경 청년	- 다문화 등 이주배경 청년(19~24세) - 한국사회 초기적응 지원 및 진로 지원 프로그램, 상담 및 사례관리 등 지원

출처: "제2차 청년정책 기본계획('26~'30)". (2025. 12. 26.). 관계부처 합동. pp. 48~49. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=1488381&cg_code=

취약계층에 관한 선행연구에서는 인적 특성, 일자리 특성, 경제력 수준 등을 기준으로 취약계층을 유형화해 왔다(이준섭·이진국, 2012; 방하남·강신욱, 2012; 김성아 외, 2021, p. 45; 김동진 외, 2025, p. 150에서 재인용). 특히 김성아 외(2021)는 취약청년의 범위를 설정하기 위해 기존의 인적 속성, 일자리 속성, 경제력 수준에 더해 관계 특성을 추가하였다(김성아 외, 2021, p. 45; 김동진 외, 2025, p. 150에서 재인용). 국외 선

행연구에서는 주로 'Emerging Adulthood(19~29세)'라는 개념을 통해 취약청년 연구를 수행해 왔으며, 이들을 건강하게 성인기로 이행하기 위한 전인적(holistic) 지원이 필요한 집단으로 분류한다(Arnett, 2000; Rickwood et al., 2019).

〈표 2-3〉 국내외 취약청년 정의

출처	취약청년 정의	연령 기준
김성아 외(2021)[1]	- 인적 속성, 일자리 특성, 경제력 수준, 관계 특성에서 취약성을 가진 청년	19~34세
Arora et al. (2015)[2]; AIHW(2015)[3]	- 위험 노출 가능성이 높고 스스로 방어할 능력이 결여된 상태의 청년 - 박탈(Deprivation), 착취, 학대, 폭력, HIV 감염 위험 등의 고위험군	15~24세
OECD (2019)[4]	- 장애, 정신질환, 이주 배경, 위탁 보호 종료 청년 등 - 생애주기적 취약성 강조 - 특히, 유년기 결핍이 성인기 사회 이동성 저하로 이어지는 '빈곤의 대물림'의 위험을 지님	15~29세
Viner et al. (2012)[5]	- 학업 성취, 사회적 발달, 신체·정신적 건강, 폭력·착취 회피, 돌봄 등의 5가지 영역에서 동연령 대비 낮은 성과를 보이는 경우를 취약한 상태의 청년으로 분류	10~24세

출처: 1) 김성아 외. (2021). 취약계층 청년 범위 및 지원에 관한 연구: 사회적 고립(은둔) 청년을 중심으로. 한국보건사회연구원. pp. 45-47.
2) Arora et al. (2015). Defining and Measuring Vulnerability in Young People. Indian journal of community medicine. 40(3), 193-197. https://doi.org/10.4103/0970-0218.158868
3) Australian Institute of Health and Welfare[AIHW]. (2015). Australia's welfare 2015. Australia's welfare series no. 12. p. 154.
4) OECD. (2019). Changing the Odds for Vulnerable Children: Building Opportunities and Resilience. OECD Publishing, pp. 23-49, 65-69
5) Viner et al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. The Lancet, 379(9826), 1641-1652. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4

이처럼 국내외 취약청년의 정의는 세부적으로는 다소 상이하지만, 특정 위험 또는 복합적 위험으로 인해 성인기 이행 과정에서 어려움을 겪는 청년이라는 공통된 인식을 공유하고 있다.

본 연구에서는 김성아 외(2021) 등의 연구 결과를 토대로 취약청년을 인적 속성, 일자리 특성, 경제력 수준, 관계 특성의 네 영역으로 구분하고, 건강증진사업 대상자로서의 접근 가능성 등을 고려하여 다음과 같이 세부 유형을 조작적으로 정의하였다.

첫째, 인적 특성에 따른 취약청년으로 '돌봄필요청년'과 '장애청년'을 포함하였다. 돌봄필요청년은 1인 가구 청년 중 "건강상의 문제나 신체적·정신적 장애로 일상생활이나 사회활동이 제한"된 청년으로 정의하였으며, 장애청년은 "장애등급에 관계없이 등록 또는 비등록 장애인(국가보훈처 등록 장애인 포함)"으로 정의하였다.

둘째, 일자리 특성에 따른 취약청년으로 '실업청년'과 '복수일자리청년'을 포함하였다. 실업청년은 "조사대상 기간에 수입을 목적으로 일을 하지 않았으나 최근 4주 내 구직활동을 하였고, 일이 주어지면 취업이 가능한 사람"으로 정의하였으며, 이때 재학생, 군인, 구직단념자 등은 비경제활동인구로 분류하여 실업청년에서 제외하였다. 복수일자리청년은 "수입을 목적으로 두 개 이상의 직장에서 일하는 청년"으로 정의하였다. 이는 주로 일자리의 질이 낮거나 경제적 어려움으로 둘 이상의 일자리를 필요로 하는 청년을 가리키며, 노동실태 측면에서 취약성을 지닌 청년이라는 의미로 사용하였다.

셋째, 경제력 수준에 따른 취약청년으로 '국민기초생활보장제도(맞춤형 급여) 수급청년'을 포함하였다.

넷째, 관계 특성에 따른 취약청년으로 '가족돌봄청년', '고립·은둔청년', '자립준비청년'을 포함하였다. 가족돌봄청년은 "가구원 중 신체적·정신적 어려움이나 질병으로 돌봄이 필요한 가구원을 돌보는 책임을 맡고 있는" 청년으로, 고립·은둔청년은 "임신·출산·장애 등 건강상의 사유를 제외하고 거의 집에만 있는 청년"(정세정 외, 2025, p. 264)으로 정의하였

다. 끝으로 자립준비청년은 「아동복지법」 제16조에 따라 보호조치가 종료되었거나 아동보호시설에서 퇴소한 19~34세 청년으로 정의하였다.

2. 취약청년 비율

가. 취약청년 전체

‘청년 삶 실태조사’ 자료를 활용하여 취약청년 비율을 산출한 결과, 인적 특성에 따른 취약청년인 돌봄필요청년과 장애청년의 비율은 2022년과 2024년이 유사한 수준으로 나타났다. 일자리 특성에 따른 취약청년 중 실업청년의 비율도 두 시점 간 큰 차이가 없었으나, 복수일자리청년의 비율은 1.2%포인트 증가하였다. 경제 특성에 따른 수급청년의 비율 역시 2022년에 비해 0.7%포인트가량 상승하였다.

관계 특성에 따른 취약청년의 증가가 특히 두드러졌다. 가족돌봄청년은 2022년 0.61%에서 2024년 1.45%로 두 배 이상 증가하였고, 고립·은둔청년 또한 2022년 2.42%에서 2024년 5.12%로 두 배 이상 늘었다. 자립준비청년의 비율은 2024년 0.70%로 2022년 대비 0.48%포인트 증가하였다.

〈표 2-4〉 취약청년 정의 및 비율(2022·2024년)

(단위: %)

취약성 영역	취약청년 집단	지표 정의	2022년	2024년
인적 특성	돌봄 필요청년	"현재 건강상의 문제나 신체적·정신적 장애로 일상생활이나 사회활동에 제한을 받고 계십니까" 질문에 '예'라고 응답한 1인 가구 청년	0.68	0.72
	장애청년	"귀하는 장애가 있으십니까?" 질문에 '등록장애인'으로 응답하거나, '비등록장애인(국가보훈처 등록 장애인 포함)'으로 응답한 청년	0.78	0.79
일자리 특성	실업청년	수입을 목적으로 일을 하지 않았으나 구직활동을 하였고, 일이 주어지면 취업이 가능한 청년	3.56	3.46
	복수일자리청년	"평소 수입을 목적으로 일하는 직장(일)이 두 개 이상입니까?" 질문에 '예'라고 응답한 청년	2.64	3.85
경제 특성	수급청년	"귀하의 가구는 국민기초생활보장제도(또는 맞춤형 급여)를 수급하고 있거나 수급하신 경험이 있습니까?" 질문에 '현재 수급 중'으로 응답한 청년	0.89	1.57
관계 특성	가족돌봄 청년	"가구에서 만성화된 신체적·정신적 어려움이나 질병으로 인해 돌봄이 필요한 가구원을 돌보는 책임을 맡고 있습니까" 질문에 '예'라고 응답한 청년	0.61	1.45
	고립은둔 청년	"귀하는 평소 얼마나 외출하십니까?" 문항에 '⑤ 보통은 집에 있지만, 자신의 취미생활만을 위해 외출한다, ⑥ 보통은 집에 있지만, 인근 편의점 등에 외출한다, ⑦ 자기 방에서 나오지만 집 밖으로는 나가지 않는다, ⑧ 자기 방에서 거의 나오지 않는다'로 응답한 청년(단, 임신이나 출산, 장애 등 건강상의 이유로 인한 경우는 제외)	2.42	5.12
	자립준비 청년	아동복지법 제16조에 의하여 보호조치를 종료하였거나 아동보호시설에서 퇴소한 19~34세 청년	0.22	0.70

주: 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

나. 성별

취약청년 비율을 성별로 구분하여 살펴보면, 돌봄필요청년은 여자에서, 장애청년은 남자에서 비율이 더 높았다. 실업청년은 남자에서 비율이

높은 반면, 복수일자리청년은 여자에서 더 높게 나타났다. 수급청년과 가족돌봄청년은 2022년에는 여자에서 비율이 높았으나 2024년에는 남자에서 더 높았다. 자립준비청년은 2022년에는 남녀 비율이 유사하였으나 2024년에는 남자의 비율이 두 배 이상 높게 나타났다.

〈표 2-5〉 취약청년 비율(2022·2024년)

(단위: %)

취약성 영역	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
인적 특성	돌봄필요청년	0.51	0.87	0.64	0.80
	장애청년	1.03	0.50	1.02	0.53
일자리 특성	실업청년	3.78	3.31	3.58	3.32
	복수일자리청년	2.06	3.29	3.54	4.20
경제 특성	수급청년	0.69	1.10	1.66	1.48
관계 특성	가족돌봄청년	0.42	0.82	1.52	1.38
	고립은둔청년	2.52	2.31	5.83	4.33
	자립준비청년	0.21	0.23	0.93	0.45

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

다. 지역별

취약청년 비율을 수도권과 비수도권으로 구분하여 살펴보면, 2024년 기준 대부분의 취약청년이 비수도권에 더 많이 거주하는 것으로 나타났다. 2022년과 비교할 때 비수도권에서는 복수일자리청년, 고립·은둔청년, 가족돌봄청년, 수급청년 등이 크게 증가하였으며, 수도권에서도 고립·은둔청년, 가족돌봄청년, 수급청년이 증가한 것으로 확인되었다.

〈표 2-6〉 지역별(수도권/비수도권) 취약청년 비율(2022·2024년)

(단위: %)

취약성 영역	취약청년 집단	2022년		2024년	
		수도권	비수도권	수도권	비수도권
인적 특성	돌봄필요청년	0.85	0.49	0.58	0.77
	장애청년	0.61	0.96	0.63	0.98
일자리 특성	실업청년	3.58	3.53	3.41	3.51
	복수일자리청년	3.71	1.44	3.46	4.33
경제 특성	수급청년	0.86	0.93	1.40	1.78
관계 특성	가족돌봄청년	0.54	0.68	1.26	1.69
	고립은둔청년	2.76	2.04	4.96	5.32
	자립준비청년	0.18	0.27	0.58	0.85

주: 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

광역시도별로 취약청년 비율을 분석한 결과는 〈표 2-7〉, 〈표 2-8〉과 같다. 2022년 기준 취약청년의 지역별 분포를 보면, 인적 특성에서 돌봄필요청년은 서울·세종 등에서, 장애청년은 제주·광주·세종 등에서 높았다. 일자리 특성에서 실업청년은 부산·세종 등에서, 복수일자리청년은 서울·제주·경기 등에서 높았으며, 경제 특성에서 수급청년은 대구·울산·강원 등에서 높았다. 관계 특성에서는 가족돌봄청년이 충북·강원·제주 등에서, 자립준비청년이 충남·대전 등에서 높게 나타났다.

〈표 2-7〉 광역시도별 취약청년 비율(2022년)

(단위: %)

광역시도	인적특성		일자리특성		경제특성	관계특성		
	돌봄필요청년	장애청년	실업청년	복수일자리청년	수급청년	가족돌봄청년	고립은둔청년	자립준비청년
전체	0.68	0.78	3.56	2.64	0.89	0.61	2.42	0.22
서울	1.53	0.61	3.85	4.28	0.91	0.84	2.24	0.00
부산	0.37	0.27	5.16	1.55	0.82	0.37	1.12	0.32
대구	0.55	0.82	3.60	1.52	1.50	0.18	2.39	0.13
인천	0.27	0.43	2.89	2.24	1.06	0.31	1.99	0.07
광주	0.20	1.72	2.15	1.11	2.85	0.70	2.87	0.33
대전	0.38	0.81	2.11	0.71	0.57	0.16	0.72	0.45
울산	0.15	0.55	4.47	2.15	1.35	1.67	2.16	0.15
세종	1.00	1.64	5.04	1.83	0.00	0.55	3.69	0.24
경기	0.45	0.66	3.53	3.60	0.77	0.37	3.33	0.35
강원	0.63	1.14	4.28	2.47	1.18	1.34	2.72	0.00
충북	0.33	1.15	2.19	1.17	0.27	1.69	1.50	0.04
충남	0.82	1.47	3.32	2.29	0.49	0.57	3.55	0.63
전북	0.63	0.90	2.31	1.61	0.81	0.62	1.56	0.27
전남	0.80	0.86	4.00	1.32	0.59	0.80	2.40	0.24
경북	0.67	1.03	4.62	0.81	0.76	0.62	1.49	0.04
경남	0.26	0.71	3.57	0.54	0.67	0.58	2.16	0.40
제주	0.79	2.61	1.55	3.87	0.36	1.27	3.25	0.34

주: 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

2024년 기준 취약청년의 지역별 분포를 살펴보면, 인적 특성에서 돌봄필요청년은 세종·대전 등에서, 장애청년은 제주·경남 등에서 높았다. 일자리 특성에서 실업청년은 부산·울산 등에서, 복수일자리청년은 제주·인천 등에서 높았다. 경제 특성에서 수급청년은 인천·제주 등에서 높았다. 관계 특성에서는 가족돌봄청년이 경남·제주 등에서, 고립·은둔청년이 인천·세종·제주 등에서, 자립준비청년이 전남·부산·인천 등에서 높게 나타났다.

〈표 2-8〉 광역시도별 취약청년 비율(2024년)

(단위: %)

광역시도	인적특성		일자리특성		경제특성	관계특성		
	돌봄필요청년	장애청년	실업청년	복수일자리청년	수급청년	가족돌봄청년	고립은둔청년	자립준비청년
전체	0.72	0.79	3.46	3.85	1.57	1.45	5.12	0.70
서울	0.81	0.61	4.13	2.33	1.46	1.16	3.28	0.29
부산	0.76	0.72	5.16	5.66	1.78	1.71	7.42	1.33
대구	0.75	0.57	3.99	4.68	2.62	1.64	7.17	0.77
인천	1.69	0.85	4.09	7.10	3.30	1.69	9.82	1.33
광주	0.88	0.36	3.17	1.78	1.34	0.72	2.48	0.54
대전	2.41	0.91	4.08	5.09	2.35	0.86	3.98	0.47
울산	0.62	0.91	5.10	4.38	1.57	1.99	6.62	0.39
세종	2.98	0.78	3.66	5.52	0.10	0.73	9.62	0.85
경기	0.34	0.60	2.68	3.58	0.94	1.24	5.25	0.65
강원	0.26	1.05	3.07	2.28	1.41	1.64	4.75	0.63
충북	0.55	1.16	0.69	5.02	0.49	1.49	4.72	0.85
충남	0.46	0.95	2.95	2.73	1.25	1.36	2.43	0.29
전북	0.55	1.20	1.94	2.61	2.03	1.87	2.48	1.16
전남	0.23	1.32	2.49	4.17	1.11	0.79	3.84	1.85
경북	0.46	0.69	3.12	3.75	1.35	1.28	4.05	0.62
경남	0.55	1.73	4.55	5.00	2.83	3.60	7.98	1.07
제주	1.16	2.04	2.91	11.86	3.30	3.11	9.62	0.61

주: 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

제2절 취약청년 건강 수준

취약청년은 일반 청년에 비해 우울·불안·소진 경험이 압도적으로 높음에도 상담 등 적절한 대처로 이어지지 못하는 경우가 많으며, 오히려 흡연·음주·약물사용과 같은 부적절한 대처 양상을 보이는 경우가 적지 않다. 그동안 고립·은둔청년이나 가족돌봄청년 등에 대해서는 우울 등 정신

건강 문제가 상대적으로 많이 주목받아 왔으나, 취약청년은 정신건강뿐 아니라 건강행태와 주관적 건강인지율 등 전반적 건강상태 또한 매우 취약한 것으로 나타난다. 이와 관련하여 청년층의 고혈압·당뇨병 등 만성질환자가 증가 추세에 있으며, 특히 청년 유병자의 인지율과 치료율이 다른 연령대에 비해 현저히 낮아 복합만성질환자 또한 늘고 있는 것으로 보고된다(대한고혈압학회, 2024, 대한당뇨병학회, 2024, 김철중, 2024. 11. 14, 김동진 외, 2025, pp. 97-103에서 재인용).

'청년 삶 실태조사'의 2022년·2024년 자료를 활용하여 청년의 건강수준을 분석한 결과는 다음과 같다. 본 연구에서 활용한 주요 건강 변수는 건강행태 영역의 현재 흡연율, 전자담배 사용률, 고위험음주율, 운동실천율, 정신건강 및 중독 영역의 우울증상 유병률, 소진 경험률, 평생 약물사용 경험률, 건강상태 영역의 주관적 건강인지율, 의료이용 영역의 미충족 의료 경험률이다.

〈표 2-9〉 주요 건강 변수 설명

구분	변수	지표 정의
건강행태	현재흡연율	현재 흡연하는 청년('매일 피운다' 또는 '가끔 피운다)의 분율
	전자담배 흡연율	현재 흡연하는 청년 중 전자담배('궐련형 전자담배' 또는 '니코틴을 포함한 액상형 전자담배')를 피우는 청년의 분율
	고위험 음주율	1회 평균 음주량이 남자는 7잔(또는 맥주 5캔) 이상, 여자는 5잔 (또는 맥주 3캔) 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 청년의 분율
	운동 실천율	주 3일 이상 규칙적으로 운동한 청년의 분율
정신건강	우울증상 유병률	우울증선별도구(Patioent Health Questionnaire-9) 측정 결과 총점 10점 이상인 청년의 분율
	소진경험률	최근 1년 동안 업무, 학업, 취업준비 등으로 소진을 경험한 청년의 분율
	평생약물 사용경험률	평생 한 번이라도 수면제, 신경안정제, 각성제, 마약성 진통제, 식이·체중조절약물을 사용한 경험이 있는 청년의 분율
건강상태	주관적 건강 인지율	평소에 본인의 건강이 "매우 좋음" 또는 "좋음"이라고 응답한 사람의 분율
의료이용	미충족의료 경험률	최근 1년 동안 병·의원 진료가 필요했으나 받지 못한 경험이 있는 청년의 분율

1. 건강행태

2024년 조사 결과, 전체 청년의 현재 흡연율은 남자 37.7%, 여자 7.7%로 나타났으며, 이는 2022년 대비 남자 4.4%p, 여자 2.1%p 증가한 수치이다. 취약청년의 현재 흡연율을 2024년 기준으로 보면, 남자는 돌봄필요청년과 수급청년이 각각 48.9%로 가장 높았고, 복수일자리청년(42.6%)과 자립준비청년(39.7%)도 전체 청년 수준을 상회하였다. 여자 또한 돌봄필요청년이 28.2%로 가장 높았으며, 자립준비청년(19.4%), 수급청년(17.6%), 복수일자리청년(15.8%)이 그 뒤를 이었다.

〈표 2-10〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 흡연율

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		33.3	5.6	37.7	7.7
인적 특성	돌봄필요청년	33.4	16.0	48.9	28.2
	장애청년	12.1	8.1	23.7	8.2
일자리 특성	실업청년	32.6	8.1	27.1	6.6
	복수일자리청년	34.9	9.6	42.6	15.8
경제 특성	수급청년	29.2	11.8	48.9	17.6
관계 특성	가족돌봄청년	13.3	4.1	35.7	10.2
	고립은둔청년	20.1	8.8	27.8	8.0
	자립준비청년	47.3	24.4	39.7	19.4

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

2024년 흡연자 중 전자담배 사용률은 남자 39.6%, 여자 50.4%로 나타났다. 취약청년 흡연자 중에서는 남자의 경우 가족돌봄청년(56.3%)과

고립·은둔청년(51.5%)에서, 여자의 경우 자립준비청년(69.0%), 복수일자리청년(54.7%), 고립·은둔청년(53.1%)에서 높게 나타났다.

〈표 2-11〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 전자담배 흡연율

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		26.2	29.8	39.6	50.4
인적 특성	돌봄필요청년	21.5	55.7	33.6	47.0
	장애청년	32.9	32.8	34.9	45.5
일자리 특성	실업청년	26.4	40.7	35.8	34.4
	복수일자리청년	25.2	33.4	38.9	54.7
경제 특성	수급청년	18.3	12.1	24.0	47.8
관계 특성	가족돌봄청년	0.0	86.4	56.3	25.9
	고립은둔청년	37.2	66.5	51.5	53.1
	자립준비청년	12.1	40.3	29.3	69.0

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

전체 청년의 고위험음주율은 2024년 기준 남자 11.0%, 여자 7.3%로 나타난 가운데, 취약청년 중에서는 복수일자리청년(남자 19.0%, 여자 12.5%)과 자립준비청년(남자 12.4%, 여자 21.3%)에서 높았으며, 여자의 경우 돌봄필요청년에서도 11.9%로 높게 나타났다.

〈표 2-12〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 고위험음주율

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		10.6	7.4	11.0	7.3
인적 특성	돌봄필요청년	12.2	12.2	6.4	11.9
	장애청년	6.5	4.4	2.5	2.1
일자리 특성	실업청년	10.0	6.8	8.1	9.0
	복수일자리청년	20.1	11.8	19.0	12.5
경제 특성	수급청년	5.9	6.3	7.3	8.8
관계 특성	가족돌봄청년	15.3	8.1	11.9	7.0
	고립은둔청년	2.6	5.1	5.2	6.3
	자립준비청년	5.4	13.4	12.4	21.3

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

전체 청년의 운동실천율은 2024년 기준 남자 39.2%, 여자 27.1%였다. 취약청년 중 운동실천율이 낮은 집단은 남자의 경우 돌봄필요청년(29.5%), 여자의 경우 장애청년(18.6%)이었다. 이 밖에 남자는 수급청년(32.0%)과 고립·은둔청년(32.9%)이, 여자는 수급청년(19.5%)과 돌봄필요청년(20.0%)이 비교적 낮은 수준을 보였다.

〈표 2-13〉 연도별, 성별 취약청년 건강행태: 운동실천율

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		37.6	27.1	39.2	27.1
인적 특성	돌봄필요청년	35.5	18.6	29.5	20.0
	장애청년	36.1	17.4	35.9	18.6
일자리 특성	실업청년	43.1	35.3	36.8	22.6
	복수일자리청년	54.4	33.3	37.6	31.6
경제 특성	수급청년	17.7	21.8	32.0	19.5
관계 특성	가족돌봄청년	36.6	33.6	40.8	27.6
	고립은둔청년	30.0	30.1	32.9	23.3
	자립준비청년	18.9	41.3	42.3	22.0

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

2. 정신건강 및 중독

2024년 조사 결과, 전체 청년의 우울증상 유병률은 남자 7.2%, 여자 10.7%로, 2022년 대비 남자 2.3%p, 여자 3.2%p 증가하였다. 취약청년 중에서는 돌봄필요청년이 남자 52.3%, 여자 60.3%로 매우 높게 나타났으며, 이 밖에 남자는 자립준비청년(29.3%), 여자는 자립준비청년(34.2%)과 고립·은둔청년(30.3%)에서 높았다.

〈표 2-14〉 연도별, 성별 취약청년 정신건강: 우울증상유병률

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		4.9	7.5	7.2	10.7
인적 특성	돌봄필요청년	29.2	48.0	52.3	60.3
	장애청년	14.0	9.5	13.1	19.5
일자리 특성	실업청년	7.7	9.1	12.4	22.7
	복수일자리청년	8.2	13.8	16.4	27.0
경제 특성	수급청년	16.7	12.2	14.8	23.2
관계 특성	가족돌봄청년	8.9	16.5	8.3	24.1
	고립은둔청년	15.4	24.6	18.8	30.3
	자립준비청년	6.6	18.0	29.3	34.2

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

전체 청년의 소진 경험률은 2024년 기준 남자 28.6%, 여자 36.2%였다. 취약청년 중에서는 돌봄필요청년(남자 78.4%, 여자 84.6%), 복수일자리청년(남자 56.9%, 여자 62.9%), 가족돌봄청년(남자 51.7%, 여자 66.1%), 고립·은둔청년(남자 50.4%, 여자 63.5%)에서 높게 나타났다.

〈표 2-15〉 연도별, 성별 취약청년 정신건강: 소진경험률

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		29.5	38.8	28.6	36.2
인적 특성	돌봄필요청년	66.5	90.3	78.4	84.6
	장애청년	29.8	39.5	24.3	26.2
일자리 특성	실업청년	46.9	47.6	44.4	62.6
	복수일자리청년	39.7	60.0	56.9	62.9
경제 특성	수급청년	28.4	46.4	38.1	58.2
관계 특성	가족돌봄청년	38.1	53.5	51.7	66.1
	고립은둔청년	47.8	67.3	50.4	63.5
	자립준비청년	48.5	39.1	47.6	46.1

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

최근 청년층에서는 과도한 취업경쟁, 주거불안, 경제적 어려움 등에서 비롯된 미래에 대한 불안과 두려움으로 약물에 의존하는 사례가 점차 증가하고 있다. 전체 청년의 경우 수면제(남자 3.3%, 여자 5.1%)와 신경안정제(남자 3.0%, 여자 5.5%) 사용 경험이 상대적으로 높았으며, 특히 여자에서 체중조절 약물 사용 경험이 높게 나타났다. 취약청년은 조사대상 약물 대부분에서 사용 경험이 많았다. 돌봄필요청년은 조사대상 약물 전반에서 사용 경험률이 높았고, 장애청년은 신경안정제· 수면제·마약성 진통제 등에서 높았다. 복수일자리청년은 특히 남자에서 수면제·신경안정제·체중조절 약물 사용 경험률이 높았으며, 수급청년은 수면제(남자), 신경안정제(여자), 마약성 진통제 등에서 높았다. 가족돌봄청년은 남자에서 신경안정제·수면제·마약성 진통제, 여자에서 수면제·체중조절 약물의 사용 경험률이 높았고, 고립·은둔청년은 여자에서 신경안정제·각성제 등이, 자립준비청년은 여자에서 수면제·신경안정제·체중조절 약물의 사용 경험

률이 높게 나타났다.

〈표 2-16〉 연도별, 성별 취약청년 중독: 평생 약물사용경험률

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2024년									
		남자					여자				
		수면제	신경안정제	각성제	마약성진통제	식이·체중조절약물	수면제	신경안정제	각성제	마약성진통제	식이·체중조절약물
전체청년		3.3	3.0	1.1	0.9	1.3	5.1	5.5	1.2	1.0	9.3
인적특성	돌봄필요청년	28.2	26.8	14.1	14.5	12.8	35.4	43.0	8.8	5.6	33.9
	장애청년	9.7	16.1	3.7	8.6	2.6	13.8	19.7	3.6	2.9	7.6
일자리특성	실업청년	2.6	3.8	0.8	2.2	1.1	6.0	7.7	1.7	0.6	12.1
	복수일자리청년	11.2	14.2	3.9	3.0	5.0	10.3	12.2	2.1	3.2	18.5
경제특성	수급청년	11.5	11.0	4.4	6.5	2.8	9.0	18.0	1.4	5.1	13.8
관계특성	가족돌봄청년	9.1	19.2	3.8	6.2	4.8	13.7	9.2	1.5	2.7	26.0
	고립은둔청년	7.6	8.6	2.8	1.5	1.4	9.6	13.8	3.0	2.0	15.6
	자립준비청년	8.8	8.1	0.0	2.7	1.7	13.7	21.1	1.8	0.0	24.1

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

3. 주관적 건강

2024년 조사 결과, 전체 청년 중 자신의 건강을 '매우 좋음' 또는 '좋음'으로 인식하는 비율은 남자 65.7%, 여자 56.1%였다. 그러나 취약청년의 주관적 건강인지율은 전체 청년 수준에 미치지 못하였으며, 그 중에서도 돌봄필요청년(남자 8.2%, 여자 3.6%), 장애청년(남자 23.2%, 여자 34.3%), 고립·은둔청년(남자 42.8%, 여자 33.4%), 수급청년(남자 43.9%, 여자 32.7%)에서 특히 낮게 나타났다.

〈표 2-17〉 연도별, 성별 취약청년 건강상태: 주관적 건강인지율

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		58.7	49.9	65.7	56.1
인적 특성	돌봄필요청년	3.8	7.3	8.2	3.6
	장애청년	32.1	22.9	23.2	34.3
일자리 특성	실업청년	54.3	51.4	56.9	39.9
	복수일자리청년	57.3	38.8	43.8	42.8
경제 특성	수급청년	44.7	33.4	43.9	32.7
관계 특성	가족돌봄청년	51.6	21.8	41.0	49.5
	고립은둔청년	32.9	23.7	42.8	33.4
	자립준비청년	48.7	33.5	55.3	36.9

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

4. 의료이용

전체 청년 중 최근 1년간 병·의원 진료가 필요했으나 받지 못한 경험이 있는 청년은 2024년 기준 남자 2.1%, 여자 4.6%였다. 반면 취약청년의 미충족의료 경험률은 전체 청년에 비해 훨씬 높게 나타났다. 특히 1인 가구이면서 활동제한 등으로 돌봄이 필요한 청년의 미충족의료 경험률은 남자 16.0%, 여자 20.2%로 매우 높았다. 이 밖에 장애청년(여자 17.7%), 복수일자리청년(여자 16.7%), 고립·은둔청년(여자 11.7%), 자립준비청년(남자 14.4%) 등에서도 높게 나타났다.

다만 취약청년 중 가족돌봄청년, 고립·은둔청년, 자립준비청년 등은 본인의 의료 필요를 잘 인지하지 못해 서비스를 이용하지 못하는 경우가 많을 것으로 판단된다. 이들은 자신의 건강상태나 의료이용 필요를 인지하는 정도가 상대적으로 낮은 경향이 있어, 취약청년의 미충족의료 경험률이 실제보다 과

소 보고되었을 가능성도 배제하기 어렵다.

〈표 2-18〉 연도별, 성별 취약청년 미충족의료 경험률

(단위: %)

구분	취약청년 집단	2022년		2024년	
		남자	여자	남자	여자
전체 청년		3.2	5.9	2.1	4.6
인적 특성	돌봄필요청년	21.1	31.8	16.0	20.2
	장애청년	7.5	2.9	4.6	17.7
일자리 특성	실업청년	2.3	4.8	3.0	9.8
	복수일자리청년	11.3	10.7	5.5	16.7
경제 특성	수급청년	9.4	14.9	4.2	7.1
관계 특성	가족돌봄청년	25.1	21.5	5.0	8.3
	고립은둔청년	7.6	17.9	3.0	11.7
	자립준비청년	30.1	15.1	14.4	5.6

주: 1) 결괏값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.
2) 원자료를 성별로 층화하여 분석한 결과임.
출처: "청년삶실태조사(2022·2024)", 통계청, MDIS. 2026. 3. 4.
https://mdis.mods.go.kr/index.do

제3절 소결

국내외 취약청년의 정의는 세부적으로는 다소 상이하지만, 특정 위험 또는 복합적 위험으로 인해 성인기 이행 과정에서 어려움을 겪는 청년이라는 공통된 인식을 공유한다. 본 연구에서는 취약청년을 인적 속성, 일자리 특성, 경제력 수준, 관계 특성으로 크게 구분하여 취약청년 비율과 건강상태 등을 살펴보았다.

2024년 기준 취약청년의 지역별 분포를 살펴보면, 인적 특성에서 돌봄필요청년은 세종·대전 등에서, 장애청년은 제주·경남 등에서 높았다. 일자리 특성에서 실업청년은 부산·울산 등에서, 복수일자리청년은 제주·인

천 등에서 높았다. 경제 특성에서 수급청년은 인천·제주 등에서 높았다. 관계 특성에서는 가족돌봄청년이 경남·제주 등에서, 고립·은둔청년이 인천·세종·제주 등에서, 자립준비청년이 전남·부산·인천 등에서 높게 나타났다.

취약청년의 건강수준을 분석한 결과, 우울·소진 등 정신건강은 물론 흡연·고위험음주·약물사용 등 건강행태와 의료이용 측면에서도 개선이 필요한 것으로 나타났다. 이에 지역별로 다수 분포하는 취약청년 유형과 그들의 건강 특성을 고려하여, 각 지역에서 강화가 필요한 건강증진사업을 정리하면 다음과 같다.

부산은 실업청년, 복수일자리청년, 자립준비청년의 비율이 높아, 이들에게 공통적으로 나타나는 흡연(전자담배 포함), 고위험음주, 우울, 소진, 약물사용, 미충족의료의 개선을 위한 사업이 요구된다. 인천은 돌봄필요청년, 복수일자리청년, 수급청년, 고립·은둔청년, 자립준비청년의 비율이 높아 흡연(전자담배 포함), 고위험음주, 운동 부족, 우울, 소진, 약물사용, 낮은 주관적 건강인지, 미충족의료의 개선이 필요하다. 울산은 실업청년과 가족돌봄청년의 비율이 높아 소진 경험에 대응하기 위한 건강증진사업이, 세종은 돌봄필요청년, 복수일자리청년, 고립·은둔청년의 비율이 높아 흡연(전자담배 사용 포함), 고위험음주, 우울, 소진, 약물사용, 낮은 주관적 건강인지, 미충족의료의 개선을 위한 사업이 요구된다.

전북은 장애청년, 가족돌봄청년, 자립준비청년의 비율이 높아 전자담배 사용, 우울, 약물사용, 낮은 주관적 건강인지, 미충족의료의 개선이 필요하며, 전남은 장애청년과 자립준비청년의 비율이 높아 약물사용, 낮은 주관적 건강인지, 미충족의료의 개선이 요구된다. 경남은 장애청년, 실업청년, 수급청년, 가족돌봄청년, 고립·은둔청년의 비율이 높아 전자담배 사용, 운동 부족, 우울, 소진, 약물사용, 낮은 주관적 건강인지, 미충족의

료의 개선을 위한 사업 필요성이 높다. 제주는 돌봄필요청년, 장애청년, 복수일자리청년, 수급청년, 가족돌봄청년, 고립·은둔청년의 비율이 두루 높아 흡연(전자담배 포함), 운동 부족, 우울, 소진, 약물사용, 낮은 주관적 건강인지, 미충족의료의 개선을 위한 사업 필요성이 가장 높은 지역으로 나타났다.

이처럼 지역별 취약청년 구성이 상이하므로, 지역에서는 취약청년 관련 건강증진사업을 계획할 때 획일적 사업보다 지역 특성을 반영한 맞춤형 건강증진사업 설계가 필요할 것으로 생각된다.



제3장

국내외 취약청년 건강증진사업 제공 사례

제1절 국내 사례
제2절 국외 사례

제 3 장 국내외 취약청년 건강증진사업 제공 사례

제1절 국내 사례

1. 시도별 청년 건강증진사업 제공 현황

통합건강증진사업의 경우 청년이 특화 대상으로 설정되는 사례도 있으나, 대부분의 사업은 지역주민 전체를 대상으로 하면서 청년층을 특별히 배제하지 않는 형태로 추진되고 있다. 예를 들어 심뇌혈관질환 예방관리사업은 중장년층과 노년층이 주요 대상이지만, 최근에는 청년층으로 사업 대상을 점차 확대하는 지역이 늘고 있다(고달영, 2024). 또한 최근 지역사회에서 활발히 시행되는 모바일 헬스케어 사업 역시 19세 이상 성인을 대상으로 지정하는 경우가 많아, 청년층을 포괄하는 지역이 증가하고 있다. 이 밖에 17개 시·도가 공통적으로 추진하는 사업 중에는 정신건강증진사업과 생애주기별 자살예방사업이 있다(보건복지부, 2026a, p. 80; 관계부처 합동, 2023, pp.32-33).

청년 정신건강증진과 관련해서 전국에 '청년마음건강센터'가 운영되고 있다. 청년마음건강센터는 지역사회에서 정신건강의 어려움을 겪는 청년을 발굴하고, 적절한 조기개입을 통해 정신질환을 예방하며 맞춤형 정신건강서비스를 제공할 목적으로 설치·운영되고 있다(보건복지부·국립정신건강센터, 2024, p. 2). 청년마음건강센터는 광주 북구정신건강복지센터가 독립된 공간에서 청년 특화 조기중재 서비스의 시작을 계기로 출발하였다. 이후 청년 정신건강서비스의 수요가 증가함에 따라 2016년 광주에

서 '마인드링크'라는 브랜드로 청년마음건강센터가 개소되었다(보건복지부·국립정신건강센터, 2024, p. 4). 이어 2020년 부산 부산진구(부산청춘소설)와 전남 순천시(순천마인드링크)로 확산되었으며, 2022년에는 전국으로 확대되었다(보건복지부·국립정신건강센터, 2024, p. 4).

광역 지방자치단체에서 추진 중인 건강증진사업 가운데 청년 대상 사업의 내용을 파악하기 위해, 제8기 지역보건의료계획 제2차년도(2024년) 시행결과를 정리하면 〈표 3-1〉과 같다.

〈표 3-1〉 광역시도별 청년 대상 건강증진사업 제공 현황(2024년)

시도	청년 건강증진사업 내용
서울	○ 자살예방 - 맞춤형 자살예방서비스(생애주기별 자살예방프로그램 보급 및 교육지원, 자살취약대상별 자살예방 콘텐츠 보급 및 프로그램 운영, 1차 의료기관 연계사업) - 자살고위험군 관리강화(24시간 위기전화상담 운영 및 고위험군 지역사회의뢰) ○ 정신건강 조기중재 - 청년 정신질환 조기 발견 강화(대학·연합기숙사·취약기관 맞춤형 정신건강검진 및 인식개선 행사 운영, 정신건강고위험 청년 의뢰·유입 기관 확대를 위한 사업설명회 및 성과보고회 추진) - 고위험 청년 중심 집중 관리 제공(고위험 청년 개별 심층평가 및 집중관리 지속 운영) - 조기정신증 청년 기능회복 서비스 개발(정신질환별 전문 사례 관리프로그램 개발·배포, 기초정신건강복지센터 대상 사례 관리프로그램 교육) ○ 건강관리서비스 지원 - 서울형 스마트 헬스케어「손목닥터 9988」(개인 맞춤형 건강관리 통합서비스 제공을 위해 데이터 저장, 분석, 모니터링이 가능한 모바일 앱 운영, 다양한 헬스케어 스타트업 서비스를 플랫폼에 탑재, 건강관리 콘텐츠 제공) - 스스로 건강을 관리할 수 있는 비대면 서비스 제공(스마트워치, 모바일 앱 등을 보급하고 이를 통해 건강정보를 수집 및 기록 지원, 수집·기록된 개인별 건강행태를 바탕으로 건강목표 수립·달성, 건강생활 실천을 독려, 건강활동 참여도 및 건강목표 달성도에 따라 인센티브(포인트) 지급, 상품권으로 전환 후 병·의원/약국/편의점 등에서 사용) - 상담센터를 통해 참여 독려 및 비의료 건강상담, 애로사항 처리 등을 지원 ○ 중독예방 강화 - 마약류 교육·홍보(마약류 예방교육 전문강사 양성 확대, 대학생 마약 예방을 위한 시-대학교 협력체계 구축, 마약류 예방 홍보를 위한 시민 참여 캠페인) ○ 건강생활실천 향상

시도	청년 건강증진사업 내용
	- 성인 근로자 비만 예방·관리 '3040 남성 건강한 직장생활 만들기'(사업장 전체 대상 캠페인 운영 및 비만남성 대상 12회차 프로그램 운영)
부산	○ 생애주기별 맞춤형 헬스케어 - 모바일 헬스케어 건강관리 서비스 제공(모바일 앱을 통해 금연, 절주, 영양, 신체활동 등 건강 정보 제공 및 건강생활 습관 모니터링, 상담 및 평가) - 알코올 등 중독 조기개입 및 체계적 지원(1인 가구 등 방문형 알코올 예방 상담 및 교육) ○ 대상별 맞춤형 자살예방 추진 - 청년층 우울 관리 강화를 위해 '청년마음건강센터' 운영 - 청년마음건강센터 야간 운영(주 3회) - 청년층 자살 시도자 치료비 지원 ○ 맞춤형 심리지원 사업 - 청년 조기중재 서비스(정신증 조기발견을 위한 기관 간 네트워크 구축, 게이트 키퍼 양성 등)
대구	○ 대상별 맞춤형 자살예방 추진 - 청년마음건강센터 운영, 지역청년센터 연계 안전망 강화, 고용복지플러스센터 연계를 통한 정신건강고위험군 발굴 ○ 정신건강증진사업 - 청년 정신질환을 조기 발견·개입하여 정신질환 발병 예방 및 만성화 방지(청년 맞춤형 정신건강서비스 제공), 청년 유관기관 네트워크 구축, 대상자 의뢰·상담· 지원, 고위험군 프로그램 실시, 마음을 잇는 따뜻한 카페 운영(정신건강서비스 홍보 및 예약 상담), 마음건강 주치의(정신건강의학과 전문의 상담), 청년 마음건강 온·오프라인 홍보, 캠페인 등
인천	○ 심뇌혈관질환 예방관리사업 - 심뇌혈관예방관리 인식 개선 ○ 마음건강서비스 접근성 확대 - 청년마음건강센터: 청년 마음건강 고위험군 발굴 및 등록 사례관리 강화
광주	○ 심뇌혈관질환 예방관리사업 - 의료기관 연계 당뇨합병증 무료 검사 지원(만 30세 이상) - 만 30세 이상 고혈압·당뇨병 환자 등록 관리 ○ 통합정신건강증진사업 - 생애주기별 정신건강 인식 개선 캠페인 추진 - 생애주기별 정신건강 고위험군 발굴 체계 강화 및 정신건강서비스 지원(대상별 정신건강 선별 검사 및 정신건강 정보 제공, 고위험군 상담 및 연계, 치료비 지원 등) - '마음보짝+' 웹페이지를 통한 마음건강 자가검진, SNS 등 비대면 심리지원서비스 지속 추진 - 정신건강 취약계층 대상 마음안심 버스를 활용한 찾아가는 심리지원 추진(2대) - 청년마음건강센터(마인드링크) 운영을 통한 청년 정신질환자 조기 발견 및 조기 개입 ○ 생애주기별 맞춤형 자살예방사업

시도	청년 건강증진사업 내용
	- 청장년 직장인 생명지킴이 교육, 편의시설(편의점, 카페) 등을 활용한 간략형 생명지킴이 교육 - 자살사건 사후 대응체계 구축 및 연계체계 강화(관내 대학교 등)
대전	○ 대상별 맞춤형 자살예방사업 추진 - 교육·상담, 실태조사, 의료비 지원, 지역사회 서비스 연계 등 ○ 청년 마음건강 사업 및 찾아가는 심리지원 - 마음톡톡버스 운영으로 청년정신건강 서비스 강화 및 서비스 사각지대 발굴·서비스 접근성 향상 ○ 절주문화 환경조성 - 생애주기에 따라 음주에 취약한 대상이 스스로를 보호할 수 있는 정보 제공
울산	○ 자살예방 강화 - 청년세대의 심리회복 및 자살예방을 위한 맞춤형 온라인 교육 플랫폼 운영 ○ 지역사회 청년 중독관리 연계 강화 - 청년 도박중독자 등록 및 사례관리 - 청년 중독 예방교육 - 청년 도박중독자 재활프로그램 운영 - 청년도박 동료지원가 양성 및 활동
세종	-
경기	○ 자살고위험군 관리 강화 - 청년 정신건강 치료비 지원(청년마인드케어)
강원	○ 생애주기별 자살예방사업 - 대학생 생명사랑 동아리 간담회 및 교육, 캠페인 지원, 대학생 자살예방사업 아이디어 공모 등 ○ 건강행태 개선 및 건강환경 구축 - 음주 관용도가 낮은 청년층은 인식개선을 위한 캠페인 주요 타깃
충북	○ 정신건강증진사업 - 생애주기별(아동청소년, 대학생, 직장인, 노인) 정신건강증진 사업 지원 - 충북청년마음건강센터 개소(2022.11.)에 따른 청년 맞춤형 사례관리 및 서비스 제공 ○ 건강위해요인관리 강화 - 음주폐해 예방 캠페인: 음주고위험군 대상(대학생 등) - 대학생의 건전한 음주문화 조성을 위한 대학교 및 유관기관 연계체계 구축 ○ 건강생활실천 향상 - 생애주기, 생활터별 비만 예방관리(대학생 등)
충남	○ 연령별 맞춤형 자살예방사업 추진 - 1인 가구 청년 대상으로 정신건강검사(심스) 앱을 통한 우울증 검사
전북	○ 생애주기별 정신건강 지원체계 구축 - 생애주기별 대상자의 특성에 맞는 정신건강 서비스 제공

시도	청년 건강증진사업 내용
전남	○ 대학교 금연사업 - 대학생 대상 금연프로그램 제공
경북	○ 국가예방접종사업 - HPV 국가예방접종 지원사업 실시: 18~26세 저소득층 여성 ○ 정신건강서비스 - 고용복지플러스센터와 정신건강복지센터 간 협약으로 활동분야 홍보·교육 지원 및 정보교류 - 자살위기대상자 발굴 및 연계 ○ K-외로움 대책 추진 - 청년 고민상담소 운영(도내 대학교, 사업장 등 40개소 운영): 정신건강 콘텐츠 운영, 외로움 및 정신건강 자가검진 병행, 고위험군 사례관리 연계
경남	○ 통합정신건강증진사업 - (광역) 청년마음건강센터 및 마음안심버스 운영, 정신응급 당직의료기관 운영, 당사자 역량강화사업, 중독관리사업 등 - (기초) 찾아가는 심리지원 서비스, 생애주기별 마음건강사업, 지역복지자원을 활용한 정신건강지원사업, 중독관리사업 등 ○ 생애주기별(청(소)년, 중장년층 중심) 자살예방사업 추진 - 도내 대학교 정신건강검진, 취약 청년 정신건강지원사업, 자살시도자 치료비 지원사업 등
제주	○ 생애주기별 자살예방사업 추진 - 24시간 위기상담 전화 운영, 응급출동 등 자살 위기대응 및 사후관리체계 강화 ○ 지역사회 정신건강 서비스 확대 - 청년 마음건강센터 운영: 고위험군 발굴(이동 상담실 운영, 서포터즈 운영 등), 사례관리 및 프로그램 운영(사례관리 신규등록 및 관리, 마음건강주치의 운영, 의료비 지원, 교육, 프로그램 운영 등), 홍보사업 지속

출처: 제8기 지역보건의료계획 연차별 시행계획(2년차). 각 광역시도.
https://www.khepi.or.kr/kps/localHealthPlan/planList.do?menuId=MENU01118

기초 지방자치단체 단위에서 추진 중인 청년 대상 건강증진사업을 파악하기 위해, 서울시 25개 자치구의 제8기 지역보건의료계획 제2차년도(2024년) 시행결과를 정리하면 〈표 3-2〉와 같다.

서울시 대부분의 자치구가 청년 대상 자살예방사업과 정신건강증진사업을 실시하는 가운데, 대학교가 위치하여 청년이 상대적으로 밀집한 서대문구·관악구 등에서는 이동검진 차량을 활용한 찾아가는 건강검진 등 특화사업을 추진하였다. 이와 관련하여 2019년부터 국가건강검진 대상

이 만 20세 이상으로 확대되어 대학생 등 청년도 검진을 받을 수 있게 됨에 따라, 지역사회에서는 청년의 건강검진 수검률 향상을 위한 수검 독려 활동도 활발히 이루어지고 있다.

또한 서울시가 추진하는 1인 가구 지원사업과 연계하여 성동구·광진구·중랑구·강동구 등에서는 1인 가구 청년 등을 대상으로 영양상담이나 요리교실을 운영하였다. 그 밖에 일부 자치구는 취약청년에 특화된 사업도 추진하였는데, 광진구는 고립·은둔청년 발굴을 위한 홍보와 마음건강 프로그램을, 영등포구는 고립·은둔청년 대상 정신건강증진사업을 운영하였다. 마포구는 청년이 많이 이용하는 무인세탁소·카페 등과 협약을 맺어 정신건강 자가검진 QR코드와 리플릿 등을 비치함으로써, 청년이 스스로 정신건강 서비스를 이용할 수 있도록 하는 사업을 추진하였다.

〈표 3-2〉 서울특별시 자치구별 청년 대상 건강증진사업 제공 현황

자치구	청년 건강증진사업 내용
종로구	○ 생애주기별 정신건강 프로그램 - 대학교로 찾아가는 우울증 및 자살예방 교육 - 고용노동부 대학생 중독검진 및 교육(취업성공 패키지 대상) - 산전·산후 우울증 예방 프로그램 및 교육 ○ 생애주기별 자살예방 프로그램 - 배화여대 청년정신건강생명존중 캠페인 - 맞춤형 생명지킴이 교육 - 자살위험군 발굴 및 연계 ○ 장애인 건강관리서비스 - 청년 장애인 성건강 교육
중구	○ 정신질환자 사례 관리 - 조기 정신증 관리(청년조기중재서비스)
용산구	○ 건강관리센터 운영 - 건강관리센터 등록 및 만성질환 예방관리
성동구	○ 돌봄SOS! 건강 사각지대 제로 - 일상돌봄서비스(가족돌봄청년) - 1인 가구 1:1 영양상담 및 교육, 요리교실 운영 - 1인 가구 안전망 스마트 돌봄서비스(사회적 고립 및 고독사 위험가구)

자치구	청년 건강증진사업 내용
	○ 생명존중 및 자살예방 - 관내 대학교 및 청년 유관부서 협력 '마음건강 캠페인' ○ 생애주기별·생활터별 건강생활실천 프로그램 운영 - 관내 대학교 연계 금연사랑, 깨끗한 캠퍼스 사업 - 관내 대학교 절주 동아리 및 서포터즈를 연계한 절주리더 교육 ○ 성인(청·중장년) 정신건강증진사업 - 마음건강캠페인, 마음건강교육 및 프로그램, 자가검진, 일반상담 ○ 대사증후군 관리 - 찾아가는 건강상담실, 토요대사증후군관리센터 운영
광진구	○ 대사증후군 관리 및 모바일헬스케어 추진 - 심뇌혈관질환 전 단계가 많은 20~30대 등록 및 관리 ○ 맞춤형 건강증진사업 - 1인가구·직장인 건강밥상 요리 교실 - 만성질환자 소그룹 저염·저당 체험교실 ○ 고립·은둔 청년 정신건강 원스톱 지원 - 고립·은둔 청년 마음건강프로그램 - 고립·은둔 청년 발굴을 위한 홍보활동 ○ 자살예방 환경 조성 - 대학생 대상 청년 자살예방 캠페인
동대문구	○ 금연사업 - 관내 대학교 금연클리닉 ○ 절주사업 - 관내 대학교 절주동아리 ○ 통합건강증진캠페인 - 대학교 건강생활실천 확산 캠페인 ○ 자살예방사업 - 생애주기별 자살예방 프로그램 - 관내 대학교 생명존중 문화 조성 활동, 정신건강인식개선 캠페인 - 고위험 발굴 연계 ○ 통합정신건강증진 - 청년 정신건강 고위험군 조기접근(초발환자 상담, 치료연계, 프로그램 운영)
중랑구	○ 지역사회 연계·협력을 통한 금연·건전한 음주 문화 확산 - 대학생 절주 동아리 협력 활동 및 캠페인 시행 ○ 건강한 식생활 실천유도 - 혼밥족 등을 위한 식생활교육 운영 ○ 생애주기별 정신건강증진사업 - 청년 마음건강사업(찾아가는 심리지원)

자치구	청년 건강증진사업 내용
	- 마음건강 예방 교육
성북구	○ 흡연예방관리 - 관내 대학교 흡연 예방교육 ○ 음주예방관리 - 관내 대학교 음주예방 교육 - 찾아가는 건강증진 체험부스 운영 - 절주 홍보·캠페인 ○ 비만예방 및 관리사업 - 관내 체육대학 대상 무브동아리 모집
강북구	○ 절주사업 - 강북구 대학생 절주 서포터즈 위촉 운영 ○ 더 건강한 영양관리 사업 - (1인 가구) 청년 체험형 프로그램 ○ 약물오남용예방사업 - 대학생 마약교육
도봉구	○ 도봉구 직장인을 위한 「번아웃, 도시 직장인을 위한 건강관리사업」 운영 - 신체·정신적 통합 건강관리서비스 제공(찾아가는 건강상담실, 마음건강지원 등) ○ 지역밀착형 자살예방 촘촘 그물망 구축 - 청년층 마음건강검진 및 심리치료 상담 지원 ○ 모바일 헬스케어 사업 - 3050 직장인을 위한 특화사업 '점심먹고 뭐해? 점심엔 모바일헬스케어!'
노원구	○ 정신건강관리사업 - 대학생 정신건강교육 ○ 자살예방사업 - 불암산 산림치유센터와 연계한 청년 대상 우울증 완화 프로그램 진행 ○ 금연, 절주사업 - 관내 대학교 이동 금연클리닉 및 캠페인 연계
은평구	○ 생명존중 자살예방사업 - 생애주기별 자살예방 및 생명존중 교육, 캠페인 ○ 생애주기별 정신건강증진사업 활성화 - 우울선별검사, 한마음 심리상담 - 취약청년 발굴 및 정신건강 상담 교육
서대문구	○ 성인건강관리 - 관내 대학교 대사증후군 이동 검진, 대학생 대상 보건사업 홍보 캠페인 ○ 생활밀착형 자살예방사업 - 대학 캠퍼스 협력 통합 청년층 자살예방사업 추진(고위험군 발굴 및 관리, 서울시 '마음건강 안심버스' 이용한 찾아가는 정신건강 선별검진 및 캠페인)

자치구	청년 건강증진사업 내용
	○ 정신건강증진·관리사업 - 자살예방 및 정신건강 교육 - 대학, 군부대, 청년공간 등 인식개선 캠페인 및 선별검사 - 조기 정신증 등에 대한 정신건강 상담
마포구	○ 청년층 정신건강 고위험군 안전을 위한 마음애(愛) 안심가게 운영 업무협약(무인 세탁소, 카페 등) - 자가 정신건강 검진 QR코드, 안내문 비치, 자살 예방 홍보물 비치 ○ 비만율 감소를 위한 건강생활실천 환경조성 - 청년 대상 비만예방 프로그램(마포청년 바디밸런스 찾기) ○ 지역밀착형 건강커뮤니티 사업 - 영양교육
양천구	○ 정신건강증진사업 - 선별검사를 통한 고위험군 조기발견 - 생애주기별 정신건강 프로그램 - 정신건강 사례관리서비스(상담, 자원연계, 입원지원 등) ○ 건강생활실천사업 - 청년 1인 가구 영양 교실
강서구	○ 마음톡톡! 자살예방안전망 구축(자살예방사업) - 청년 마음돌봄 프로그램 - 청년 생명지킴이 양성 ○ 건강식생활 실천 환경 조성(영양사업) - 1인 청년 대상 영양 교육
구로구	○ 지역사회 기반 자살예방 체계 구축 - 청년 생명지킴이 양성 ○ 생애주기별 정신건강 증진 강화 - 청년 정신건강사업(교육, 캠페인)
금천구	○ 비만프로그램 - 일자리청년과 청춘빌딩이 협력하여 참여자를 적극 모집하고 30·40대의 선호도를 반영한 그룹 순환식 운동(예 : 크로스핏), SNS 활용한 실시간 영양상담 및 조리실습 프로그램 제공 - 청년, 1인 가구의 고립감을 해소하고 다양한 오프라인 관계망 형성 및 어우러져 즐길 수 있는 30·40세대 교류의 장 마련 ○ 자살 고위험군 조기발견 및 집중관리 - 민방위 청장년 대상 마음건강검진 ○ 중증 정신질환자 맞춤형 사례관리 - 20~30대 대상자를 위한 카카오톡 상담 개설 - 정신의료기관 간담회
영등포구	○ 정신건강증진 사업

자치구	청년 건강증진사업 내용
	- 고립·은둔형 외톨이 등 정신건강 고위험군 조기발견 및 관리 ○ 1인 가구 청년 소통 프로그램 운영 - 1인 가구 소셜다이닝 건강한 밥상 - 레크리에이션, 소셜 쿠킹, 팀 볼링, 옥상 캠핑 ○ 건강검진 - 청년 1인 가구 건강검진 - 의사 건강상담 후 대사증후군센터 등 건강증진 프로그램 연계
동작구	○ 마약류 오남용 예방 캠페인 - 대학생 대상 소식지 발송 ○ 건강검진 확대 - 1인 가구 청년 보건소 무료 건강검진 ○ 청년 대상 조기 정신증 관리 - 관내 정신질환자 조기 발견 및 인식개선 - 조기 정신증 대상자 집중 프로그램
관악구	○ 1인 가구 및 청년 맞춤형 검진 - 찾아가는 청년건강검진: 흉부 엑스선 검진, 대사증후군검사(혈압, 혈당, 콜레스테롤 등) 및 상담, 건강식생활 캠페인, 암예방 및 국가암 조기검진 안내 및 홍보, 금연 상담 및 금연클리닉 등록, 절주 홍보 리플릿 배부, 정신건강(스트레스, 우울검사) 및 상담, 홍보 및 캠페인(결핵 등) ○ 청년 건강 지킴이: 87명 - 청년 1인 가구 건강검진 주말 운영 - 찾아가는 건강상담실 운영 ○ 나트륨ㆍ당류 섭취 저감화 교육으로 저염ㆍ저당 식생활 실천 환경 조성 - 청년 및 1인 가구 중심 저염 체험 프로그램 「저염실천챌린지」 운영
서초구	○ 중증정신질환자 등록 관리 - 재활프로그램 및 교육 ○ 생애주기별 정신건강증진사업 - 청년 마음건강 프로그램 운영: 정신건강 프로그램, 마음편의점 운영, 마음건강 서포터즈 프로그램 ○ 1인 가구 통합적 건강관리서비스 - 청년서초 건강검진사업: 맞춤형 건강상담 및 이상소견자 사후관리(고혈압 당뇨 교실, 대사증후군 관리 센터 등) 연계
강남구	○ 지역사회 우울 및 자살 예방 - 정신건강상담 및 심리지원 서비스 제공 - 일자리정책과 연계 프로그램 운영 및 홍보 - 직장인 대상 찾아가는 심리지원서비스 제공 - 동행센터 연계 우울선별검사 실시 및 고위험군 등록 관리 - 고위험군 치료비 지원, 마음건강 검진 연계 등

자치구	청년 건강증진사업 내용
송파구	○ 지역사회 정신건강증진 - 생애주기별 정신건강교육 ○ 맞춤형 자살 예방 서비스 - 1인 가구(고시원) 자살 예방 사업
강동구	○ 정신건강증진사업 - 위기 청년을 위한 마음상담 및 교육 ○ 생애주기별 자살예방사업 - 생명존중 인식 교육 및 선별검사 - 정신질환 치료비 지원 ○ 만성질환 및 대사증후군 관리 - 찾아가는 직장건강상담실 - 모바일 헬스케어 ○ 건강증진사업 - 1인 가구 운동교실 - 1인 가구 영양관리 프로그램

출처: 제8기 지역보건의료계획 연차별 시행계획(2년차). 각 지역.
https://www.khepi.or.kr/kps/localHealthPlan/planList.do?menuId=MENU01118

제2절 국외 사례

1. 호주 headspace 센터

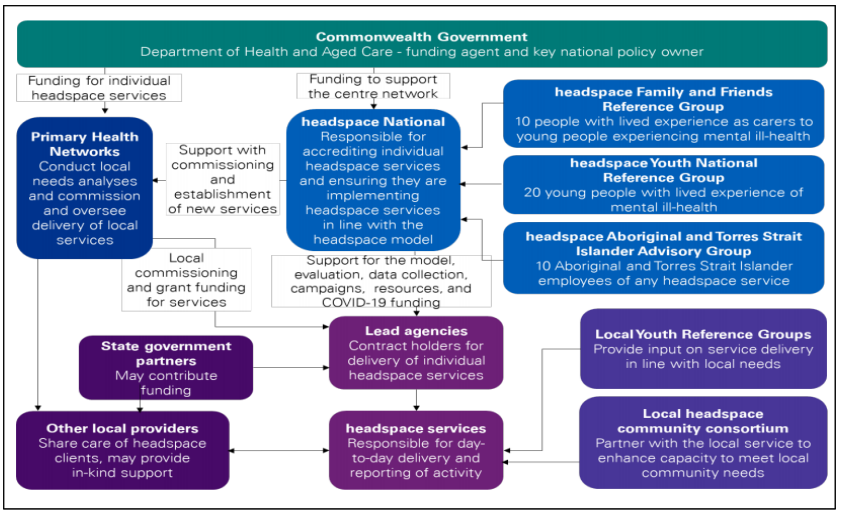
가. 개요 및 목적

호주의 headspace는 2007년 호주 연방정부의 지원 아래 설립된 국가 청년 정신건강 재단(National Youth Mental Health Foundation)으로, 12~25세 청년을 대상으로 조기 개입 및 통합 서비스를 제공한다(KMB CAMH, n.d; Rickwood et al., 2023). 호주 정부는 다른 연령층에 비하여 정신건강 유병률이 가장 높게 나타나는 청년층 대상 정신건강 정책 대응의 필요성을 인식하고(Australian Psychological Society,

2024; McGorry et al., 2024), 전통적인 보건의료서비스에 거부감을 느끼는 청년들의 특성을 고려하여 낙인(stigma)의 우려 없이 모든 청년이 접근할 수 있는 '청년 친화적(Youth-Friendly)' 원스톱 서비스 허브를 마련하고자 headspace를 설립하였다(Rickwood et al., 2019; 2023). 호주의 모든 청소년과 청년의 정신 건강과 웰빙 강화가 목적이며, 호주의 모든 청소년 및 청년이 자신의 정신 건강과 웰빙을 소중히 여기고 지원받을 수 있는 환경 조성을 비전으로 한다(headspace National Youth Mental Health Foundation, 2025, p. 11). 2025년 기준 전국 172개 센터가 운영 중이며, 지난 18년간 100만 명 이상이 서비스에 참여하였다(headspace, 2025, p. 9). headspace에 꾸준히 방문하여 도움을 요청하는 이용자도 다수 있었다. headspace는 청소년 및 청년 전문 원스톱 서비스의 세계적 모범 사례로 평가받으며, 지역사회 기반의 정신 건강 증진의 선구적인 프로그램으로 인정받고 있다. 특히, 캐나다의 Foundry, 아일랜드의 Jigsaw, 미국의 Allcove 등 유사한 통합 서비스 모형을 운영하는 국가와 긴밀히 협력·확산되고 있다(headspace, 2025, p. 37; McGorry et al., 2024, p. 45).

호주의 headspace는 중앙과 지역사회를 연계한 복합적 분산형 거버넌스 모델(Complex Distributed Governance Model)의 서비스를 운영하고 있다. 중앙 정부의 재정 지원 및 정책 권한, headspace National의 총괄 관리, Primary Health Network(PHN)의 지역 위탁 기능, 리드 에이전시 및 컨소시엄(Lead Agency 및 Consortium)에서의 실질적인 센터 운영이 유기적으로 연결된다(Rickwood et al., 2019). 중앙의 일관된 서비스 모형을 유지하면서도 지역의 자율성과 특수성을 보장하는 이 구조가 headspace의 성과를 이끌어낸 핵심 요소 중 하나로 평가된다(KMPG Department of Health, 2022, pp. 51-55).

[그림 3-1] headspace의 거버넌스 및 유관기관



출처: KMPG Department of Health. (2022). Evaluation of the National headspace Program, p. 55, [그림 7]

headspace 거버넌스는 연방 정부-headspace National-Primary Health Network(PHN)-Lead Agency(주도 기관)-Consortium(컨소시엄)의 5개 주체가 역할을 분담하고 유기적으로 연계되는 다층적 구조로 운영된다.

연방 보건부는 전국 31개 Primary Health Network(PHN)에 예산을 수탁하고, PHN은 이를 바탕으로 지역 내 headspace 센터 운영을 위탁·계약·성과를 관리하는 역할을 담당한다(KMPG Department of Health, 2022, p. 53). PHN은 단계별 치료 모형(Stepped Care model)에 따라 저강도에서 고강도에 이르는 정신건강 서비스를 조율하며, headspace는 이 체계 내에서 경증~중등도 수준의 조기 개입 플랫폼으로 기능한다.

PHN으로부터 위탁을 받은 Lead Agency(리드 에이전시)는 센터를 실

질적으로 운영하는 주체로, 공간 마련, 직원 고용, 지역사회와 파트너십을 형성하여 서비스를 직접 제공한다(Rickwood et al., 2019). 운영 주체가 기관마다 달라도 모든 센터가 동일한 서비스 기준을 유지할 수 있는 것은 headspace National의 역할 덕분이다. 멜버른에 본부를 둔 민간 비영리 재단인 headspace National은 모든 센터가 3년 주기로 갱신해야 하는 상표 사용 허가(Trademark Licence Deed, TMLD) 심사를 통해 서비스 모형의 표준화와 품질 관리를 총괄하며(headspace National Youth Mental Health Foundation, 2022), 전국 단위의 데이터셋(headspace Minimum Data Set, hMDS)을 수집·분석하여 성과를 모니터링하고 인력 교육·훈련, 디지털 서비스(eheadspace), 원격 정신과 상담(Telepsychiatry) 등을 직접 지원한다.

한편, 2018년 기준 전국 154개의 headspace 센터가 68개의 Lead Agency(리드 에이전시)에 의해 운영되고 있으며, 이들은 지역 보건 서비스 기관, 비영리 단체, 지역사회 기반 조직 등 다양한 형태로 운영된다(Rickwood et al., 2019). Lead Agency(리드 에이전시)를 중심으로 지역 내 다양한 서비스 기관이 참여하는 컨소시엄이 headspace 센터의 지역 거버넌스를 담당한다. 일반의(GP), 정신건강 전문 기관, 알코올·약물 서비스 기관, 고용 지원 기관, 학교 및 직업교육기관, 원주민 지역 보건기구(ACCHO) 등이 참여하여 4대 핵심 서비스 영역별로 전략적 방향을 제시하고 지역 계획 수립을 감독하며, 독립된 외부 의장(Independent Chair) 주재하에 운영된다(headspace, 2022, p. 3-5). 이처럼 컨소시엄은 센터가 지역 공동체의 필요에 유연하게 반응하면서도 headspace National의 통일된 서비스 기준을 함께 충족할 수 있도록 하는 핵심 연결 구조로 기능한다.

나. 서비스 영역 및 내용

1) 주요 서비스 전략

호주의 headspace는 'No Wrong Door(어떤 문으로 들어와도 연결된다)'라는 기본 원칙을 바탕으로, 정신건강(Mental Health), 신체·성건강(Physical·Sexual Health), 알코올·약물(Alcohol·Other Drugs), 직업·진로(Vocational)의 4대 핵심 서비스 영역을 하나의 플랫폼에서 원스톱으로 통합 제공하고 있다(KMPG Department of Health, 2022). 이는 서비스의 파편화를 방지하고, 청년 자신의 문제를 여러 기관에서 반복해서 설명해야 하는 피로감을 덜어준다(Rickwood et al., 2019; 2023). 특히 직업·진로 스트림을 단순 고용 지원이 아닌 건강 회복의 주요 수단으로 접근하여 청년의 사회 복귀를 유도한다.

〈표 3-3〉 headspace의 4대 핵심 서비스 영역

영역	주요 내용
정신건강	- 가장 기본이 되는 서비스로 전체의 절반 가량이 정신건강 서비스 - 우울·불안·초기 정신증 등 경도부터 중등도 정신건강 문제에 대한 심리치료 - 인지행동치료(CBT), 개인 심리상담, 집단 프로그램 등
신체·성건강	- 일반의(GP) 진료, 성건강 검진, 만성질환 조기 관리, 예방접종 등 - 다차원적 건강증진 서비스를 동일 공간에서 통합 제공
알코올·약물	- 약물·알코올 남용 예방 상담, 중독 초기 개입, 전문 서비스 연계 - 중독 문제 외의 건강증진 서비스와 같은 공간에서 제공함으로써 낙인 없이 이용 가능
직업·진로	- 고용 전문가(Employment Consultant) 센터 내 상주, 취업·직업훈련·교육 복귀 지원 - Work and Study 온라인 서비스 운영 병행

출처: 1) Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. Early intervention in psychiatry, 13(1), 159-166.
2) Rickwood, D., McEachran, J., Saw, A., Telford, N., Trethowan, J., & McGorry, P. (2023). Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: Outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. PLoS One, 18(6), e0282040.

또한, headspace의 특징은 청년을 단순히 수혜자로 보는 것이 아니라 그들을 전문가이자 파트너로 바라본다는 점이다. 먼저, 개인별 서비스 제공 과정에서의 참여가 있다. 청년은 자신의 서비스 계획을 수립할 때, 임상전문가와 대등한 관계로 활발히 소통하며 협력적인 의사결정 과정을 통해 본인에게 가장 의미 있는 목표를 설정한다(Rickwood, Albrecht et al., 2023; Rickwood, McEachran et al., 2023, Rickwood et al., 2025에서 재인용). 실시간 세션 피드백 도구(MySE)를 통해 청년은 자신이 존중받고 있는지, 상담 내용이 본인에게 도움이 되는지를 즉각적으로 평가하며, 이는 임상전문가가 치료 방식을 조정하는 데에 활용할 수 있는 중요한 데이터가 된다. 개인 치료에서 뿐만 아니라, 장기 계획 단계에서는 청년 참여 기반의 공동 설계(co-design)를 위한 'Youth National Reference Group'을 운영하고 있다(headspace, 2025, p. 27; headspace, n.d, 'Youth National Reference Group'). 이들은 호주 전역에서 16~25세 사이의 청(소)년 20여 명을 모집하여 headspace의 계획과 정책 및 캠페인에 대한 자문을 통해 대상자 중심의 서비스 방향을 제안하는 역할을 한다. 다양한 배경을 가지고 있으며, 실제 정신 건강 문제로 어려움을 겪은 경험이 있는 대상자도 참여가 가능하다. 각 센터 및 국가적 차원에서 이러한 청년 그룹을 구성하여 운영할 의무가 있으며, 이들의 의견을 센터의 인테리어 디자인부터 지역사회 홍보 캠페인 기획, 국가 보건 정책 이슈에 대한 청년들의 입장을 고려한 미디어 캠페인 기획 등에 반영한다. 이러한 참여 모델은 서비스가 청년들의 실제 필요와 동떨어지지 않도록 보장하는 안전장치 역할을 하며, 청년들에게는 리더십과 옹호 능력을 키울 수 있는 성장의 기회를 제공한다(headspace, 2021, pp. 4-5).

2) 서비스 구성 요소(Service Components)

호주의 headspace는 근거 기반의 서비스 운영을 원칙으로 다음의 10가지 서비스 구성 요소를 통해 서비스의 질을 일관성있게 유지하고자 하였다(Rickwood et al., 2019). 특히, 서비스 이용의 문턱을 낮추기 위해 의사의 의뢰가 없이도 청년 스스로가 방문하거나 가족이 대신 예약할 수 있는 시스템을 갖추는 등 접근성 측면을 주요하게 고려하였다.

〈표 3-4〉 headspace의 10대 핵심 서비스 구성 요소

구성 요소	주요 내용
청년 참여 (Youth Participation)	- 서비스 설계, 운영, 거버넌스 전체 단계에 청년의 목소리 반영 - 대상자가 서비스 계획에 참여하도록 결정권 부여, 센터별 청년 자문 그룹 운영, 거버넌스 회의 참여 및 의견 제시
가족 및 친구 참여 (Family/ Friends Participation)	- 청년을 둘러싼 지지 체계로서의 가족·친구 케어 과정에 포함 - 서비스에 대한 대상자의 가족 및 친구의 피드백 수집
지역사회 인식 제고 (Community Awareness)	- 지역사회의 정신건강에 대한 이해도 및 도움 요청에 긍정적 태도 향상을 위한 캠페인 진행 - 사회적 낙인 감소 및 조기에 적절한 지원 연결 문화 조성
접근성 강화 (Enhanced Access)	- 자가 의뢰(Self-referral) 수용 및 서비스 비용 최소화 - 기본 업무시간 외에도 서비스 제공을 위해 대기 - 청년 친화적 공간 구성(편안한 분위기, 예술 작품 전시 등)
조기 개입 (Early Intervention)	- 정신 건강 문제 발생 초기 단계에 신속히 도움을 받을 수 있도록 서비스 운영 - 위기 상황 발생 전 혹은 문제나 장애가 만성화되기 전 선제적 대응을 위한 상담 제공(위험 요인 노출, 초기 증상 등)
적절한 치료 (Appropriate Care)	- 개별 청년의 필요에 맞춘 증거 기반의 맞춤형 개입 - 질병 단계 및 생애주기, 문화적 적절성 등 고려
근거 기반 수행 (Evidence-informed Practice)	- 최신 연구 결과와 임상 데이터를 기반으로 한 서비스 제공 - 온라인 플랫폼을 활용한 교육 자료 업데이트, 관련 연구 및 평가 프로젝트 참여 - 국립 청소년 건강 센터 Orygen과의 파트너십을 통한 교육 및 훈련 체계 강화
4대 핵심 서비스 영역 (Four Core Streams)	- 정신건강, 신체·성건강, 알코올·약물, 직업·진로의 통합 제공 (one-stop shop) - headspace 평가 툴을 활용한 대상자 평가 및 서비스 지원

구성 요소	주요 내용
서비스 통합 (Service Integration)	- 지역 내 타 보건 기관 및 서비스와의 유기적 네트워크 구축 - 대상자 요구도 파악 및 필요 서비스 조합을 통해 통합적인 치료 경로 제공
서비스 전환 지원 (Supported Transitions)	- 센터 서비스 내에서 대상자 욕구 충족이 어려운 경우, 연계·협력 체계를 활용한 효과적인 서비스 전환 지원 - 서비스 사각지대 발생 방지

출처: Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. Early intervention in psychiatry, 13(1), 159-166.

3) 가능 요인(Enabling Components)

호주의 headspace는 다음의 4가지 가능 요인에 따라 서비스 지원 체계를 마련하고, 지역 사회 상황에 맞춰 서비스를 운영하고자 하였다(Rickwood et al., 2019).

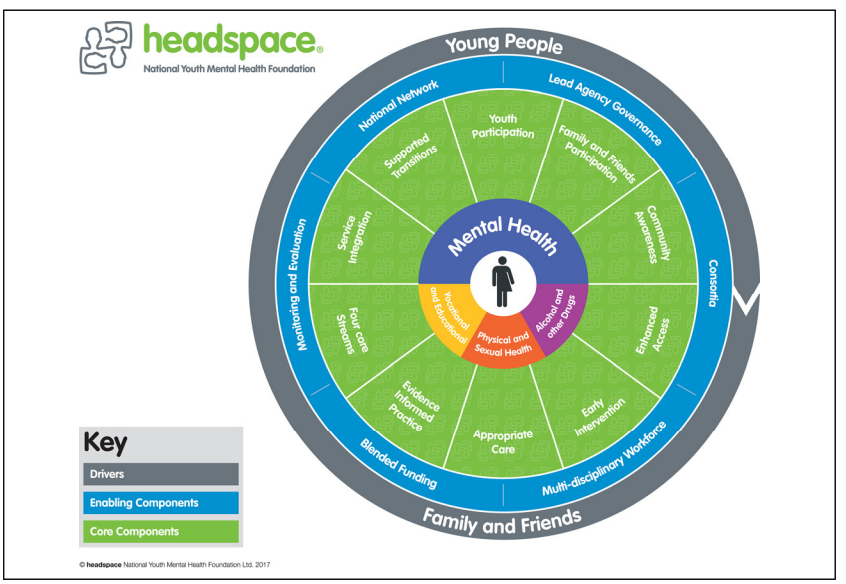
〈표 3-5〉 headspace의 서비스 가능 요인

가능 요인	주요 내용
전국 네트워크 (National Network)	- headspace national과 지역별 headspace 센터가 연결되어 네트워크를 형성하여 지역 맞춤화 및 전국적 일관성 확보, 센터 간 지식 교류 기회 제공 - 국가 데이터 시스템을 구축하여 headspace 센터 네트워크 전반의 모니터링 및 평가에 활용 - Orygen과의 파트너십을 통하여 네트워크 강화
주도기관 거버넌스 (Lead Agency Governance)	- 각 headspace는 독립적인 기관으로 운영이나 권한이 부여되나, 일부 기관은 여러 센터를 함께 운영 - 주관 기관은 각 센터에 필요한 인프라 제공, 운영 지원 - 각 센터는 다른 주관 기관 아래에서 운영되지만, 하나의 브랜드로 서비스 제공
컨소시엄 (Consortia)	- 지역 서비스 제공자 컨소시엄에서 운영 담당, 주도기관과 협력하여 지역 역량 강화 및 계획 감독 - 4대 핵심 서비스 영역별 대표 구성원, 지역사회 관련 기관 대표를 포함하여 파트너십 구축
다학제 인력 (Multidisciplinary Workforce)	- 보건의료 전문가(심리학, 사회복지사 등), 청소년 상담사, 간호사, 일반의, 알코올 및 약물 중독 상담사, 직업 훈련 상담사 등 전인적인 요구 충족을 위한 다학제 팀 구성

가능 요인	주요 내용
	- 핵심 직원은 센터 지원금으로 직접 고용, 일부 계약직 개인 의료진 및 현물 기증 형태로 고용
혼합형 자금 조달 (Blended Funding)	- 다양한 자금 조달 방식의 결합 운영으로 무료 또는 저렴한 비용으로 서비스 제공 - 호주 정부 보건부의 보조금: 센터의 기반 시설 구축, 급여 등 - Medical Benefits Scheme(호주의 메디케어): 의료 및 정신 건강 서비스 비용 지원(환급형) - 컨소시엄 회원 기관·지역 파트너 기관: 포괄적 서비스 제공을 위한 현물 기여, 모금 활동 및 기부 등
모니터링 및 평가 (Monitoring /Evaluation)	- 지속적인 서비스 질 개선의 우선순위 반영 - 서비스 제공자·센터 관리자·주관 기관·위탁기관에 센터 이용자 특성 및 성과에 대한 분석 보고서 정기적 제공, 센터 자체 평가를 통한 성과 입증 및 서비스 개선 영역 파악

출처: Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. Early intervention in psychiatry, 13(1), 159-166.

[그림 3-2] headspace의 서비스 모델



출처: Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. Early intervention in psychiatry, 13(1), p. 161, [그림 1]

다. 서비스 전달체계

headspace의 서비스 전달은 단선적 경로가 아니라, 대상자의 필요와 상황에 따라 유연하게 조정되는 다층적 구조로 운영된다(Rickwood et al., 2019).

1) 접근 및 진입

청소년은 의사의 의뢰 없이 자가 의뢰(Self-referral), 도보 방문, 전화, 온라인 등 다양한 경로로 서비스에 접근할 수 있다. 이는 'No Wrong Door' 원칙을 구현한 것으로, 서비스 접근의 장벽을 최소화하기 위한 설계이다.

2) 초기 평가 및 우선순위 평가(Triage)

접수 담당 직원이 청소년의 현재 상태를 파악하고, HEADSS 평가 도구(가정 환경, 교육·고용, 활동, 약물, 성 건강, 자살·우울 등 10개 영역)를 활용하여 심리사회적 상태를 종합적으로 사정한다. 즉각적인 위험 요인이 확인될 경우 긴급 대응 절차가 즉시 시행된다.

3) 다학제 사례 회의

초기 평가 결과를 토대로 정신과 전문의, 임상 매니저, 사회복지사 등이 참여하는 정기 사례 회의에서 논의를 거쳐 최적의 케어 경로를 계획한다. 센터 매니저, 임상 코디네이터, 커뮤니티 참여·접수 담당 직원, 행정 직원을 포함한 최소 인력 구성을 갖춘 다학제 팀으로 운영되며, 서비스 계획에 따라, 각 분야의 전문가에게 대상자를 연계하여 서비스를 제공한

다(Hilferty et al., 2015).

4) 통합 서비스 지원

청소년은 단일 센터에서 정신건강, 신체 및 성건강, 알코올·약물, 직업·진로 지원의 4대 핵심 서비스 영역을 원스톱으로 제공받는다. 대면 서비스 외에도 eheadspace(온라인 채팅 상담), Telepsychiatry(원격 화상 정신과 상담), 아웃리치 방문이 병행· 운영된다(headspace, n.d, 'Online & phone support'; 'headspace Telepsychiatry').

5) 케어 코디네이션(Care Cordination) 및 서비스 연계

케어 코디네이터가 여러 전문가 간의 서비스 연결을 관리하며, 단일 의료 기록 체계를 통해 대상자가 자신의 이야기를 반복하지 않아도 되도록 연계한다. headspace에서 제공하는 서비스 역량을 넘어서는 중증 사례의 경우에는 CAMHS/TMHS 등 상급 기관으로 안전하게 이관될 수 있도록 관리한다(Rickwood et al., 2019).

6) 평가 및 환류

매 상담 세션 직후 실시간 피드백 도구(MySE)를 통해 청소년의 경험을 수집하고, 정기적으로 K10(심리적 고통 수준), SOFAS(사회적· 직업적 기능), MyLifeTracker(삶의 질) 지표를 측정하여 서비스 성과를 객관적으로 평가한다. 수집된 데이터는 headspace 자체 데이터셋(headspace Minimum Data Set, hMDS)를 통해 headspace National에 보고되어 전국 수준의 모니터링과 품질 개선에 활용된다(Rickwood et al., 2023).

라. 효과 및 시사점

McGorry 등(2024, p. 8)은 청(소)년의 정신건강에 대한 조기 개입이 최고의 투자 대비 가치(best buy)를 가진다고 강조하며, 사전예방에 투자하지 않을 경우 이후 중증 정신질환 치료에 드는 비용이 수배 이상 증가함을 제시하였다. 이에 따라, 호주 headspace 사례에서도 청년 정신·신체 건강 문제가 발병하기 전 조기 개입(early intervention)이 가장 비용효과적이라는 근거를 바탕으로, 12~25세 청(소)년이 위기 상황이 되기 전에 서비스에 접근할 수 있는 사전예방적 정책 환경 구축을 강조하고 있음을 볼 수 있다(Rickwood et al., 2019). 그 결과 호주 headspace 센터에서 조기 개입을 받은 청(소)년의 70.96%가 심리적 고통, 사회심리적 기능, 삶의 질 중 하나 이상에서 긍정적 변화를 보였다(Rickwood et al., 2023).

1) 주요 운영 성과

2022년 KPMG가 호주 보건부의 의뢰로 수행한 headspace 국가 프로그램 평가(2015~2020년)는 K10(심리적 고통 척도)·SOFAS(사회·직업적 기능)·MLT(삶의 질)의 3가지 핵심 성과 지표를 중심으로 효과를 분석하였다(KPMG Department of Health, 2022, pp. 282-284). 분석 대상은 정신건강 관련 문제를 주된 내원 이유로 하며 최소 2회 이상 서비스를 받은 사례이다.

먼저, K10(심리적 고통 척도)는 6회 이상 서비스를 받은 청년들의 평균 점수가 2.2점으로, 이는 8~12회기의 심리치료 후 나타나는 평균 K10 점수 개선 효과(약 3.37점)와 유사한 수준이었다. 전체 사례 중 임상적으로 유의미한 변화(Clinically Significant Change)를 경험한 비율은

K10 기준 17.2%, SOFAS(사회·직업적 기능 평가) 기준 43.6%, MLT(삶의 질 지표) 기준 31.0%로 나타났다. 이 수치는 기존 2015년 평가와 유사하게, 대다수의 청년이 임상적으로 유의미한 변화에는 도달하지 못하였음을 의미하나, 서비스 이용 횟수가 증가할수록 개선폭이 커지는 일관된 경향을 보였다. SOFAS(사회·직업적 기능) 측정 결과는 10회 이상 서비스를 받은 청년의 평균 기능 향상이 5.5점으로, 지속적인 참여의 효과가 두드러지게 나타났다. MLT(삶의 질) 측정 결과 역시 10회 이상 참여 집단에서 12.5점의 향상이 나타나, 3개 지표 모두에서 서비스 참여 횟수와 지표 개선 사이의 양의 상관관계가 입증되었다.

위 성과 지표 외에, 지역사회 수준의 영향을 평가한 결과, 새로운 headspace 서비스 개설 이후 3년이 경과한 시점에서 자해로 인한 입원 건수의 유의미한 감소가 일부 지역에서 관찰되었으나, 자살 사망, 정신건강 관련 응급실 내원, 약물 남용 입원 등의 지표에서는 통계적으로 유의미한 효과가 일관되게 나타나지는 않았다(KPMG Department of Health, 2022, p. 276).

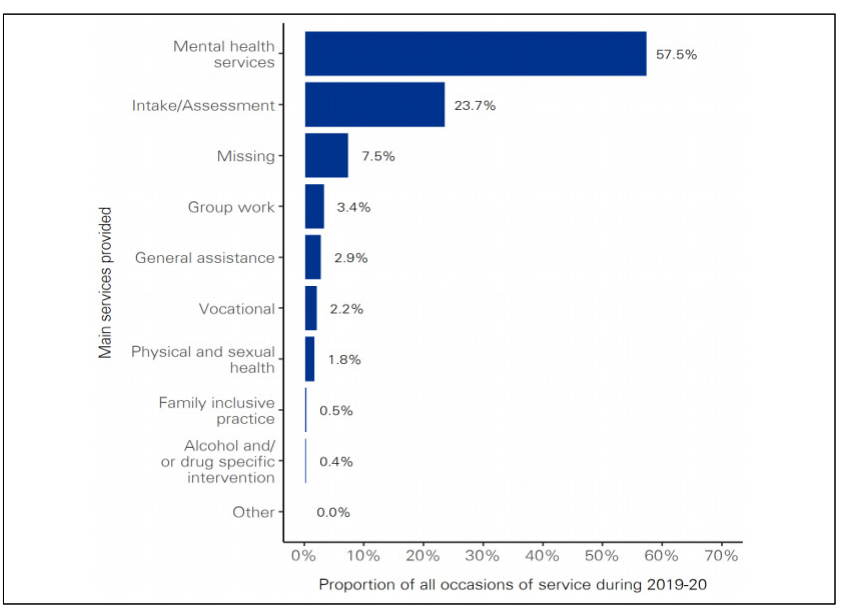
비용-효과성 측면에서는, 베이스라인 추정값 기준 ICER(점증 비용-효과비)이 QALY(질보정 생존년)당 AU$44,722로 산출되어, 유사한 보건 개입에 대한 호주의 비공식 비용-효과성 기준과 비교할 때 비용-효과적인 수준으로 평가되었다(KPMG Department of Health, 2022, p. 20). 장기 편익(치료 효과 지속 기간을 5년으로 연장 시)을 적용할 경우 ICER이 AU$20,205/QALY로 낮아져, 조기 개입의 경제적 가치가 더욱 부각되는 결과를 보였다.

2) 통합건강증진서비스 모델의 운영

headspace 모델이 청년 정신건강 분야에서 국제적으로 주목받는 핵심

이유 중 하나는 정신건강을 독립된 임상 문제로 보는 전통적 접근에서 벗어나 신체 건강, 정신건강, 알코올·약물, 직업·학업 지원을 하나의 통합된 건강증진 틀 안에서 제공한다는 점이다. headspace 모형의 4대 핵심 서비스 영역은 청년의 웰빙을 다차원적으로 지원하는 구조로 설계되어 있다(KPMG Department of Health, 2022, p. 10). 2019-20 회계연도 기준, 전국 headspace 서비스는 90,110명의 청년에게 103,082 케어 에피소드, 총 403,497회의 서비스 기회(Occasion of Service, OOS)를 제공하였다(KPMG Department of Health, 2022, p. 63). 서비스 유형별 비중을 보면 정신건강 서비스가 57.5%로 가장 높은 비율을 차지하고, 신체·성건강(1.8%), 알코올·약물(0.4%), 직업 지원(2.2%)이 뒤를 잇는다(KPMG Department of Health, 2022, p. 17)(그림 3-3 참조).

[그림 3-3] headspace 서비스의 유형별 비중(2019~2020)



출처: KPMG master dataset; Evaluation of the National headspace Program, (2022). KPMG Department of Health. p. 64, [그림 10]

이와 같이 정신건강 서비스가 압도적인 비중을 차지하고 있음에도, 지역별로 서비스 구성은 유연하게 조정되어 도시 외 원격 지역에서는 신체·성건강 서비스나 직업 지원의 비중이 상대적으로 높게 나타나, 지역 수요에 맞는 맞춤형 서비스가 이루어지고 있음을 보여준다. 특히 알코올·약물(AOD) 문제와 정신건강의 연계 지원은 건강증진 관점에서 중요한 의미를 갖는다. AOD 서비스의 비중이 다소 낮은 수준으로 유지되고 있어 평가 보고서에서는 높은 약물 문제 유병률을 가진 지역 PHN의 수요 분석에 기반하여 서비스 조합을 조정할 필요성을 권고하고 있다(KPMG Department of Health, 2022, pp. 22-23).

3) 서비스 전체 과정에서의 청년 참여(Youth Participation)

headspace 모형의 또 다른 핵심 특성은 서비스 이용자인 청년이 단순한 수혜자가 아니라 설계·운영·평가의 공동 주체로 참여한다는 점이다. 이는 headspace National이 법적으로 보장하는 청년 참조 그룹(Youth Reference Group, YRG)과 국가 청년 참조 그룹(hY NRG)의 제도적 운영을 통해 뒷받침된다(Rickwood et al., 2019, p. 161). 평가 보고서에서는 청년 참여가 서비스 경험에 미치는 영향을 정량적으로 측정하였다(KPMG Department of Health, 2022, pp. 271-272). headspace 자체 데이터셋(hMDS)의 청년 만족도 설문(총 136,362 에피소드 분석)에서 대다수가 자신이 서비스 설계와 전달에 참여하고 있다고 느끼는 항목(담당자가 자신의 의견을 경청하고 있다고 느끼는지, 자신이 의사결정에 참여하는지 등)에 '매우 동의' 또는 '동의'를 선택하였다. 아울러 headspace 서비스 접촉이 많을수록 이용 경험에 대한 긍정적 평가가 높아지는 상관관계가 확인되어 청년 참여 기반의 서비스 접근이 지속적 개입 유지에 기여하고 있음을 알 수 있다. YRG 구성원들은 운영 양식 개선,

대기 중인 청년들을 위한 지지 그룹 운영 등에 직접 기여한 사례를 보고하였으며, 이는 청년 참여가 형식적 자문을 넘어 실질적인 서비스 개선으로 이어짐을 보여준다(KPMG Department of Health, 2022, p. 273).

4) 네트워크 및 연계 체계의 효과

headspace의 서비스 통합 체계는 단일 기관 내 통합뿐 아니라, PHN-Lead Agency-Consortium(리드 에이전시-컨소시엄)으로 이어지는 지역 네트워크를 통해 학교, 일반의(GP), 전문 정신건강 서비스, 고용 지원 기관 등 다양한 분야가 유기적으로 연결된다. 이에 따른 운영 성과는 다음과 같이 평가되었다.

학교와 대학 교직원의 92%가 headspace를 '청년과 가족에게 필수적인 지역사회 서비스'로 인정하였으며, 84%가 정신건강 문제를 가진 청년을 headspace로 의뢰할 의사가 있다고 응답하였다(KPMG & Department of Health, 2022, p. 260). 이는 headspace가 1차 의료 체계 내에서 연계 기관들로부터 높은 수준의 신뢰와 지지를 받고 있음을 보여준다. 특히 headspace 서비스를 제공한 69개 기관 중 84%가 지역 학교 및 커뮤니티 그룹과 협력하고 있으며, 64%가 지역 사회를 대상으로 아웃리치 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났다. 더불어, 'No Wrong Door' 원칙은 네트워크 연계의 핵심 정신으로, 진입 경로를 막론하고 청년이 서비스에 접근할 수 있도록 보장하며, 케어 에피소드 내에서 더 전문적인 기관으로의 의뢰와 되의뢰 모두를 지원한다(KPMG & Department of Health, 2022, pp. 256-258). 다만, 평가 보고서에서는 이러한 원칙이 실현되기 위해서는 상급 정신건강 서비스 기관과의 연계에서 일부 한계가 존재함을 지적하고 있다.

5) eheadspace 및 디지털 서비스의 효과

대면 서비스와 디지털·비대면 서비스의 유기적 통합은 headspace 모형의 핵심 강점 중 하나로, 실증적 성과 데이터를 통해 그 효과가 입증되고 있다. 2025년 연간 성과 보고서에 따르면, eheadspace 활동은 전년 대비 24% 증가하였으며, 이용 청년의 57%는 '디지털 서비스가 없었다면 다른 곳에서 도움을 받지 못했을 것'이라고 응답하여, 온라인 채널이 단순한 보완 수단이 아니라 서비스 접근의 실질적 1차 창구로 기능하고 있음을 보여준다(headspace National, 2025). 특히 COVID-19 팬데믹 기간인 2020년 4월에는 전체 서비스 제공 방식 중 온라인·전화·화상 서비스가 82%까지 급증하였음에도 전체 서비스 제공 건수는 비교적 안정적으로 유지되어, 디지털 인프라가 위기 상황에서의 서비스 연속성을 보장하는 핵심 요소임이 확인되었다(KPMG Department of Health, 2022, p. 74). 디지털 직업·학업 지원 서비스(DWSS) 평가결과에서도 전체 참여자의 55%가 긍정적 성과를 달성하였고, 10회기 이상 참여자의 경우 이 비율이 72%로 높아졌다. 이용자의 78%는 이동 시간이 불필요하다는 점을, 49%는 대면보다 온라인 환경에서 심리적 부담이 덜하다는 점을 장점으로 꼽았으며, 86%는 익명성이 보장된 환경에서 자신의 진로 고민을 더 솔직하게 표현할 수 있었다고 평가하였다. 온라인 동료 지지(peer support) 그룹 채팅 또한 활발하게 운영되었는데, 2025년 236회가 운영되었고, 참여 청년의 83%가 '혼자가 아니라는 느낌'을 받았으며 98%가 해당 공간을 심리적으로 안전하다고 평가하였다(headspace National, 2025). 이러한 결과는 디지털 서비스가 물리적 거리, 낙인에 대한 두려움, 이동 제약 등으로 인해 대면 서비스에 접근하기 어려운 청년층–농촌·원격 지역 거주자, 성소수자, 다문화 배경 청년 등–에게 특히 유효한 접근 방식임을 시사하며, 대면과 비대면 서비스를 단일 케어 여정 안에서 통합

운영하는 headspace의 'Digital Front Door' 전략의 실효성을 뒷받침한다.

6) 호주 headspace 사례의 시사점

호주 headspace 운영 사례를 통해 도출된 주요 시사점은 다음과 같다. 첫째, 건강증진의 통합적 접근이다. 한국의 청년 정신건강서비스는 대부분 임상적 정신건강 치료를 중심으로 설계되어 있어, 알코올·약물 문제, 신체 건강, 취업 지원 등과의 통합이 미흡하다. headspace의 4대 핵심 영역 통합 모형은 청년들의 복합적인 어려움을 하나의 창구에서 해결하는 '원스톱 서비스'의 가능성을 보여준다. 특히 NEET(미취업·미교육·미훈련) 청년을 위한 IPS 기반 직업 지원과 정신건강 개입의 결합은, 청년 고독사 및 사회적 고립 문제가 심각해지고 있는 한국의 현 상황에서 중요한 함의를 지닌다(KPMG Department of Health, 2022, p. 76).

둘째, 청년 참여 기반의 서비스 공동 설계이다. 한국의 청년 정신건강서비스 설계는 여전히 전문가 주도적 성격이 강하다. headspace는 Youth Reference Group(YRG)과 국가 청년 참조 그룹(hY NRG)을 통해 청년들이 실질적인 의사결정 권한을 갖는 구조를 제도화하고, 이것이 서비스 경험 향상과 이용 지속성에 기여함을 실증하였다(Rickwood et al., 2019; KPMG Department of Health, 2022, pp. 272-274). 특히 본 연구의 대상자인 취약청년의 경우, 그들의 건강증진 사업에 대한 욕구 파악부터 이루어져야 하는 상황으로 서비스 대상자인 청년 당사자들이 서비스 기획 단계부터 참여하는 공동 설계(Co-design) 체계의 도입이 필요하다.

셋째, 분산형 거버넌스와 지역 자율성의 균형이다. headspace는 headspace National의 표준화된 모형 인증 체계와 PHN을 통한 지역

맞춤 위탁 체계를 결합함으로써 중앙의 일관성과 지역의 유연성을 동시에 확보한다(KPMG Department of Health, 2022, pp. 22-23). 한국의 경우, 중앙 및 지자체 유관기관의 분절성으로 서비스 제공의 한계가 크게 나타난다. 이에 보건복지부 및 청년미래센터 운영을 중심으로 지역 보건 네트워크 기반의 위탁·성과 관리 체계와 지역 컨소시엄 구성의 제도화를 보여주는 headspace 사례는 이러한 한계를 극복하는 데 참고할 수 있는 모델이다.

넷째, 성과 측정 체계의 내실화이다. headspace는 대상자 진입 시 센터에서 활용할 수 있는 평가 체계를 마련하고, 이후 심리적 고통, 사회·직업적 기능, 삶의 질을 다차원적으로 측정하며, 이를 호주 전역의 개별 지역 센터에서 입력·수집한 자체 데이터셋(hMDS)으로 표준화하여 지속적인 서비스 개선과 정책 근거 확보에 활용한다(Rickwood et al., 2019). 한국은 청년 정신건강서비스의 성과 측정 지표가 입원 건수, 이용 인원 등의 투입·산출 지표에 한정되어 있어 건강증진 전반 및 삶의 질 향상을 측정하는 데 한계가 있다. 따라서 일관성 있는 서비스의 질 관리를 위하여 취약청년의 특성을 고려한 성과 지표의 개발과 전국 단위 데이터 수집 체계의 구축이 필요하다.

다섯째, 디지털·대면 서비스의 통합 운영이다. headspace의 eheadspace와 오프라인 센터 통합 계정 시스템은 청년들이 어느 채널을 통해 서비스를 시작하더라도 케어 서비스의 연속성이 유지되도록 보장한다. 특히 디지털 서비스 이용자의 57%가 '디지털 서비스가 없었다면 다른 곳에서 도움을 받지 못했을 것'이라고 응답한 점은(headspace National, 2025), 대면 서비스에 접근하기 어려운 농촌·원격 지역 또는 낙인 우려가 있는 청년층에게 디지털 채널이 실질적인 1차 접근 창구가 될 수 있음을 시사한다. 한국에서도 청년 지원 정책 및 서비스 제공에서 온라인을 병행

하고자 노력하고 있으나, 사전 진단 및 일방적 정보 제공에 그치고 있다는 한계가 있다. headspace의 'Digital Front Door' 전략을 참고하여 취약청년의 건강증진에 실질적으로 도움을 제공하는 콘텐츠 및 서비스를 마련하여 온라인 플랫폼과 오프라인 서비스 간의 통합 운영 체계를 운영할 필요가 있다.

2. 아일랜드 Jigsaw 모델과 캐나다의 Foundry 모델

호주의 headspace 센터 모델이 성공을 거두면서, 캐나다, 아일랜드, 덴마크 등 많은 국가들이 이를 벤치마킹하여 자국 실정에 맞는 청년 정신건강 통합 지원 모델을 운영하고 있다. 이 중 아일랜드의 Jigsaw와 캐나다의 Foundry는 headspace와 가장 긴밀한 협력 관계를 유지하며 각국의 사회·문화적 맥락에 맞게 모델을 발전시킨 대표 사례이다. 이들은 호주 headspace의 공식 국제 파트너로 지정되어 공통 과제를 공유하고 상호 협력·학습하는 관계를 유지하고 있다(headspace, n.d., 'Our International Impact').

가. 아일랜드 Jigsaw 모델의 특징 및 성과

1) 아일랜드 Jigsaw 모델 개요

아일랜드 Jigsaw는 아일랜드의 국가 청년 정신건강 재단(The National Centre for Youth Mental Health)으로, 2006년 The One Foundation의 주도하에 'Headstrong'이라는 이름으로 설립되었다. 호주의 headspace와 같은 시기의 국제적 청년 정신건강 개혁의 흐름 속에서 영향을 받아 설립된 사례로, 설립 당시 아일랜드 내 청소년 자살 문제

에 대한 국가적 우려와 더불어 호주 headspace 모형이 중요한 참조 모델이 되었다. 이후 Jigsaw가 하나의 브랜드로 자리를 잡으면서 2016년에 단체명 자체를 Jigsaw로 통합하였다(O'Reilly et al., 2022). 2010년 5개 시범 거점으로 시작하여 2021년 기준 14개 서비스 거점(디지털 서비스 포함)으로 확장되었으며, 현재 12~25세 청년을 대상으로 무료 심리상담 및 지원을 제공하는 지역사회 기반 청년 정신건강 지원의 허브(hub)로서 운영되고 있다.

2) 아일랜드 Jigsaw 모델의 서비스 특징

호주의 headspace 센터가 치료와 서비스 제공에 집중한다면, 아일랜드 Jigsaw는 청년 주변의 성인(부모, 교사 등)에 대한 교육과 지원을 통해 지역사회 전체가 청년을 돌보는 환경을 조성하는 데 더 큰 비중을 둔다. 또한, 아일랜드 Jigsaw에서 서비스를 제공하는 대상자는 상대적으로 중증도가 낮은 경증 및 예방 단계 위주이며, 고위험군은 신속하게 정신 의료기관으로 연계하고 있다. 이처럼 아일랜드의 Jigsaw는 호주의 headspace와 같이 조기 개입을 핵심 원칙으로 삼고 있으며 서비스 구성과 강조점에서 다음과 같은 특성이 두드러지게 나타난다.

첫째, 지역사회 역량 강화에 큰 비중을 둔다는 점이다. Jigsaw는 청년에게 직접적인 서비스 제공과 함께, 청년 주변의 부모·교사·지역 기관 종사자 등 성인들이 청년의 정신건강 문제를 조기에 인식하고 적절히 대응할 수 있도록 하는 교육과 캠페인을 핵심 사업으로 운영한다. 이를 통해 지역사회 전체가 청년의 정신건강을 지지하는 환경 조성을 목표로 한다(Illback et al., 2010; O'Reilly et al., 2022).

둘째, 경증 중심의 1차 서비스로 설계되어 있다. Jigsaw는 불안, 우울 등 경증 및 중등도 정신건강 문제를 가진 청년에게 개인 상담과 집단 프

로그램을 제공하며, 중증·복합 사례는 신속하게 아동·청소년 정신건강 서비스(CAMHS) 등 전문 기관으로 연계한다(O'Reilly et al., 2022). 이는 Jigsaw가 임상적 치료보다 예방과 조기 개입 단계의 역할에 더 집중함을 의미한다.

셋째, 청(소)년의 참여(youth participation)를 제도적으로 보장한다. 각 거점별로 청년 자문 패널(Youth Advisory Panel, YAP)을 구성하여 서비스 설계, 공간 구성, 홍보 전략 등에 청년의 목소리를 반영하는 것을 의무화하고 있다.

3) 아일랜드 Jigsaw 모델의 서비스 성과

아일랜드 Jigsaw 모델은 청(소)년의 심리적 고통을 측정하고 서비스 성과를 평가하기 위해 CORE-10 및 YP-CORE 척도를 주요 도구로 활용하고 있다(O'Keeffe et al., 2015). 효과성 평가 연구 결과에 따르면, Jigsaw 서비스를 이용한 청(소)년의 약 62%가 심리적 고통 지수의 개선을 보였으며(O'Keeffe et al., 2015), 특히 심리적 고통 감소에 대한 효과 크기(Cohen's d)는 1.08에서 1.28 사이로 보고되어, 단기 개입임에도 불구하고 유의미한 임상적 효과가 나타났다고 해석된다(Moore et al., 2025). 심리적 고통 수준의 구체적인 변화를 살펴보면, 서비스 이용 전후로 뚜렷한 상태 개선이 확인되는데, 서비스 초기 방문 시 이용자의 약 89%가 임상적 수준의 심리적 고통을 겪고 있었으나, 평균 6회기 내외의 단기 개입을 거친 후 이용자의 47.2%가 '건강한(healthy)' 상태로 회복되었다(O'Keeffe et al., 2015; Moore et al., 2025). 연령대별로는 17~25세에서 더 큰 폭의 개선이 관찰되었다(Moore et al., 2025).

서비스 이용 측면에서는 참여자 스스로 설정한 개별 치료 목표의 92%가 성공적으로 달성되었으며, 참여자의 약 95%가 서비스에 만족한다고

응답하였다(O'Reilly et al., 2022; Moore et al., 2025).

나. 캐나다 Foundry 모델의 특징 및 성과

1) 캐나다 Foundry 모델 개요

캐나다 브리티시 컬럼비아주의 Foundry는 통합 청년 서비스(Integrated Youth Services, IYS) 네트워크로 12~24세 청년과 가족을 대상으로 한다. 2015년 호주의 headspace 모델을 참고하여 IYS 개념을 도입하였고, 그랜빌 청년건강센터(Granville Youth Health Centre)를 캐나다 최초의 IYS 센터로 개소하면서 이후 Foundry로 확장하였다(Rickwood et al., 2019, Menear et al., 2019, Mathias et al., 2022; Barbic et al., 2024에서 재인용). 2021년 기준 브리티시 컬럼비아주는 'Foundry Works!' 프로그램에 510만 달러를 지원하며, 현재 16개 물리적 센터와 지역에 관계없이 접근 가능한 온라인 서비스(Foundry Virtual BC)를 운영하고 있다. 2018년 4월부터 2024년 3월까지 47,000명의 청년에게 320,000회 이상의 서비스를 제공하였다(Barbic et al., 2024, Zenone et al., 2022; Wuerth et al., 2025에서 재인용).

2) 캐나다 Foundry 모델의 서비스 특징

캐나다 Foundry 모델의 가장 핵심적인 차별점은 정신건강·신체건강 서비스에 사회서비스를 실질적으로 통합하였다는 점이다. Foundry는 청년의 정신건강 회복이 주거 불안, 빈곤, 사회적 고립 등 환경적 요인과 분리될 수 없다는 관점하에, 복지 서비스와 고용 지원을 의료서비스와 동일 공간에서 제공한다. 특히 청년이 처한 환경적 문제(가난, 주거 불안 등)를 해결해야 정신건강이 회복된다는 관점이 강해 Foundry 모델은 청년의

정신건강뿐만 아니라 실질적인 고용지원을 강조하고 있다.

Foundry Works!는 15~24세 청년을 대상으로 건강, 멘토링, 직업훈련, 취업 연결을 통합적으로 지원하는 고용 프로그램으로, 단순히 이력서 작성을 돕는 수준을 넘어 취업 활동의 실질적 장벽을 제거하는 데 집중한다. 구체적으로는 고용 전문 상담사(Employment Specialist)와 1:1 상담을 통해 개인별 장벽을 파악하고, 소득 보조 신청, 주거 지원, 식품 지원 등 외부 서비스 접근을 돕고 신분증 취득 등 생활 기반 마련을 지원하는 내비게이션 서비스가 병행된다. 또한, 동료 지지 워커(Youth Peer Support Worker-Employment)가 취업 전 과정에 동행하며, 일부 센터에서는 구직 활동에 필요한 교통비, 면접용 정장 대여, 일상적인 식료품 등 물질적 지원을 센터 내에서 즉시 제공하여 구직활동에 필요한 경제적, 물리적 장애를 제거해 준다(Foundry, n.d.; Foundry, 2018, pp. 21-22, p. 36). 이러한 접근은 취업을 정신건강 회복의 중요한 수단으로 보는 관점에서 출발한다는 점에서 호주의 headspace에서 제공하는 직업·진로 서비스와 유사한 관점을 공유하지만, 캐나다의 Foundry는 직접적으로 환경적 불이익을 제거하는 사회서비스를 통합하였다는 점에서 모형의 진화된 형태로 평가된다(Barbic et al., 2024; Wuerth et al., 2025).

다. 아일랜드 Jigsaw 모델과 캐나다 Foundry 모델의 시사점

아일랜드 Jigsaw와 캐나다의 Foundry 모델에서 강조하는 주요 시사점은 다음과 같다.

첫째, 지역사회 역량 강화의 필요성이다. Jigsaw의 사례와 같이 청년 주변의 부모·교사·지역 기관 등 네트워크에서 건강 문제를 조기에 인식하

고 필요한 서비스에 연계할 수 있도록 하는 교육과 캠페인은 취약청년 발굴 체계를 보완하는 데 직접적으로 적용 가능하다. 둘째, 실질적·적극적인 사회서비스의 통합이다. Foundry의 사례와 같이 건강증진서비스를 별개의 문제로 다루는 것이 아니라, 이를 취업 지원, 주거·소득 연계 등 사회서비스와 함께 하나의 플랫폼에서 제공하는 것이 청년의 삶 전반에 걸쳐서 건강증진 및 회복을 촉진하는 전략이 될 수 있다. 이는 현재 분절적으로 운영되는 국내 청년 지원 사업들의 문제점을 지적하고 다각적인 통합 필요성의 근거가 되는 사례이다. 셋째, 동료 지지(peer support)의 활용이다. Foundry에서 활용하는 동료 지지 모형은 전문가 부족 문제를 보완하면서도 청년들의 신뢰를 형성하기 쉬운 접근 방식으로, 국내 취약청년 건강증진사업에서도 이를 활용할 수 있다.

3. 일본 히키코모리 지원사업[1)]

가. '히키코모리 지역지원센터' 설치·운영

일본 후생노동성은 2009년(헤이세이 21년)부터 도도부현 및 지정도시에 히키코모리 지역지원센터를 구축하기 시작하여, 전문 자격을 갖춘 히키코모리 지원 코디네이터를 배치하고 상담 지원, 방문 지원, 안식처 제공 등을 통해 지역 내 종합적 지원체계 구축을 도모해 왔다(厚生労働省, 2025, p. 9).

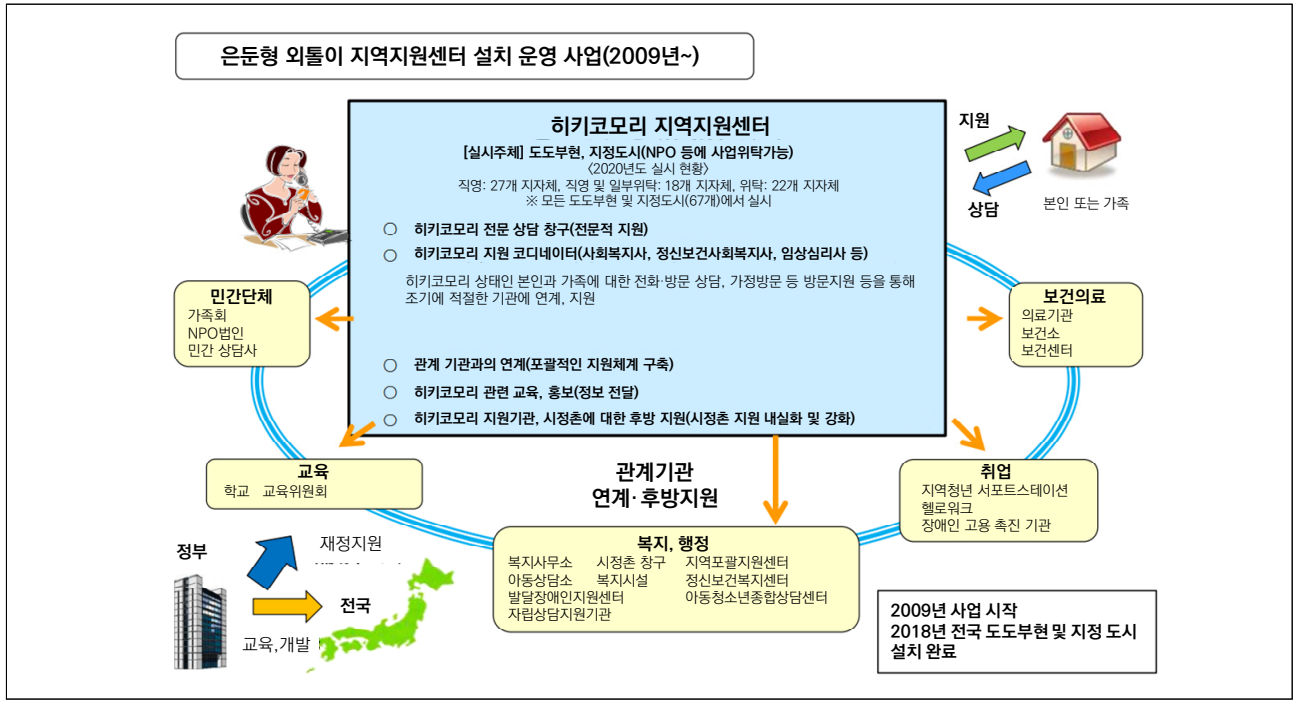
일본의 히키코모리 지역지원센터는 보건·의료·복지·교육·고용 분야의 관계 기관과 연계하는 히키코모리 특화 지원기관이다. 주요 업무는 지역 내 유관기관과의 네트워크 구축, 히키코모리 지원 정보 제공 등으로, 지

1) 김동진 외, 2025, pp. 54-61을 바탕으로 재작성하였음.

역 히키코모리 지원의 거점 역할을 수행한다(김성아 외, 2021; 노현주·김성아, 2024, p. 79에서 재인용; 김동진 외, 2025, p. 54에서 재인용). 구체적으로는 상담 지원, 쉼터 조성, 지역 네트워크 구축, 자조모임 및 가족모임 조직, 주민 대상 강연·교육 등을 수행한다(厚生労働省, 2022. 6. 10, p. 14; 김동진 외, 2025, p. 54에서 재인용). 특히 사회복지사, 정신보건사회복지사, 보건교사, 공인심리사, 임상심리사 등의 자격을 갖춘 히키코모리 지원 코디네이터가 당사자 및 가족 상담을 통해 이들의 욕구를 파악하고 적절한 지원기관과 연계한다(厚生労働省, n.d.a.; 김동진 외, 2025, p. 54에서 재인용).

2022년부터는 기존에 도도부현·지정도시에서만 설치하던 히키코모리 지역지원센터를 시·구·정·촌(市·区·町·村) 단위에서도 설치할 수 있도록 확충하였다. 이에 따라 현재 시·구·정·촌에서는 히키코모리 지역지원센터를 포함한 지원체계가 확대되고 있으며, 당사자 및 가족에 대한 상담도 증가하고 있다. 아울러 2024년 4월부터 '고독·고립 대책 추진법'이 시행되면서, 고독·고립 상태에 있는 사람에 대한 지원 활동도 본격화되었다(厚生労働省, 2025, p. 10).

[그림 3-4] 일본 히키코모리 지역지원센터 운영



출처: “ひきこもり支援施策について”, 厚生労働省, 2022. 6. 10, p.19. https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000953319.pdf; 김동진, 이수빈, 최지희, 손선옥. (2025). 청년 건강 실태와 정책과제. 한국보건사회연구원. p. 55에서 재인용

나. 도쿄도 히키코모리 보건의료 지원 현황

도쿄도는 히키코모리 상태의 장기화·고령화, 생활 곤궁, 간병 문제 등 당사자와 가족이 직면한 다양한 보건복지 문제에 대응하기 위해, 2019년부터 히키코모리 사업 담당 부서를 기존 청소년·치안대책본부에서 복지보건국으로 이관하였다(東京都, 2023, p. 1; 김동진 외, 2025, p. 58에서 재인용). 또한 당사자와 가족에 대한 단절 없는 지원을 목적으로 「도쿄도 히키코모리 지원 협의회」를 설치하고, 2021년 8월에는 히키코모리 정책의 「7대 추진 방향」을 공표하였다(東京都, 2023, p. 1; 김동진 외, 2025, p. 58에서 재인용).

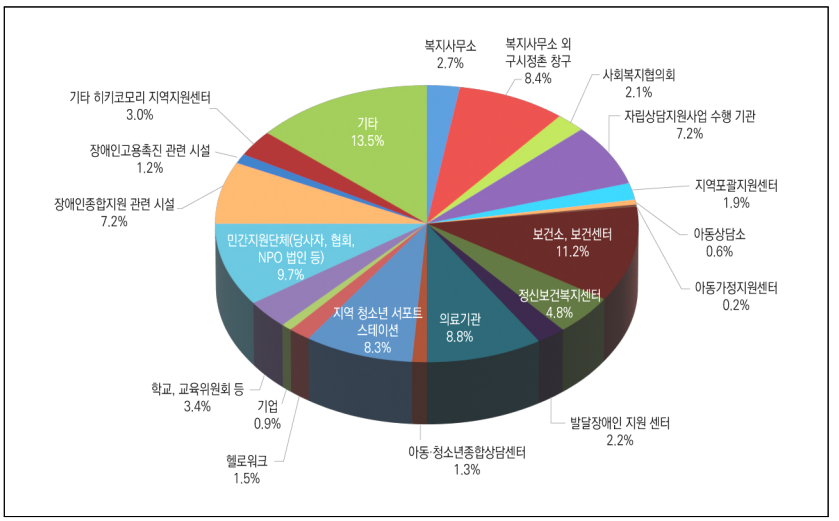
이 가운데 정신건강을 포함한 보건의료 분야의 지원 내용은 다음과 같다. 첫째, 도쿄도 히키코모리 서포트넷을 통해 '동료 서포터'에 의한 온라인 상담을 시작하고, 의료·심리·법률·복지 등 다학제 전문팀을 설치하여 필요시 연계·지원할 수 있도록 하였다(東京都, 2023, p. 1; 김동진 외, 2025, p. 58에서 재인용). 둘째, 히키코모리 지원에서 가장 비중이 큰 '상담 지원'과 관련하여, 빈곤층 자립상담 지원기관, 아동·청소년 지원기관 등과 함께 보건소·정신보건복지센터에서도 히키코모리 상담을 실시하도록 하였다(東京都, 2023, pp. 3-6; 김동진 외, 2025, p. 58에서 재인용). 아울러 보건소는 행정기관, 지원기관, 가족회 등이 참여하는 협의체에 소속되어 정보를 교환하고, 보건의료·복지·취업·교육 등 유관기관과 함께 사례관리 회의에도 참여한다(東京都, 2023, p. 16; 김동진 외, 2025, p. 58에서 재인용).

2017년 일본의 정신보건의료복지 정책 방향이 '입원의료 중심에서 지역생활 중심으로' 전환되면서 보건소와 정신보건복지센터는 다양한 정신보건복지 시책의 거점이 되었으며, 그 중에서도 히키코모리 대책은 가장

중요한 과제의 하나로 자리 잡았다(辻本哲士 外, 2019, p. 528; 김동진 외, 2025, p. 59에서 재인용). 히키코모리 상담은 주로 히키코모리 지역지원센터에서 이루어지지만, 의료기관 연계를 거부하거나 가족 환경이 열악하거나 교육·취업에 문제가 있는 경우에는 지자체 및 보건소 등의 공공기관이 관여한다(辻本哲士 外, 2019, pp. 528-529; 김동진 외, 2025, p. 59에서 재인용). 특히 히키코모리 상담 과정에서는 가정폭력·폭언, 이웃과의 갈등, 정신과 의료 개입의 필요성이 자주 확인되고 즉각적인 보건의료·정신건강 개입이 요구되는 경우가 많아, 보건소 및 정신보건복지센터의 역할이 더욱 중요해졌다(辻本哲士 外, 2019, pp. 531-533; 김동진 외, 2025, p. 59에서 재인용).

히키코모리 지역지원센터의 초기 상담 후 유관기관 연계 현황을 보면, 보건소로 연계된 비율이 11.2%로 가장 높았고 의료기관 연계 비율도 8.8%로 높은 편이었다. 여기에 정신보건복지센터 연계 비율(4.8%)을 합하면, 당사자나 가족 중 의료서비스가 필요한 비율이 24.8%에 이르는 것으로 볼 수 있다(厚生労働省, 2022. 6. 10., p. 22; 김동진 외, 2025, p. 59에서 재인용).

[그림 3-5] 히키코모리 지역지원센터와 유관기관 연계 현황(2020년)



출처: “ひきこもり支援施策について”, 厚生労働省, 2022. 6. 10, p. 22. https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000953319.pdf; 김동진, 이수빈, 최지희, 손선옥. (2025). 청년 건강 실태와 정책과제. 한국보건사회연구원. p. 60에서 재인용

히키코모리 지원과 관련하여 지역 보건소와 정신보건복지센터가 수행하는 주요 업무는 상담 지원으로, 보건소 담당자의 초기 상담과 정신과 의사의 면접 상담 등의 형태로 이루어지며 필요시 재가 방문 상담도 병행한다(辻本哲士 外, 2019, p. 529; 김동진 외, 2025, p. 60에서 재인용). 이 밖에 지역 내 실태 파악, 조사·연구, 관계자 회의, 강연회 개최, 당사자 대상 심리교육 및 건강교육, 가족교실 운영 등을 담당한다(辻本哲士 外, 2019, pp. 529-530). 그 외에도 히키코모리 데이케어, 동료 서포터 양성·파견, 자조모임 및 가족모임 연계 등이 포함된다(辻本哲士 外, 2019, pp. 530-531; 김동진 외, 2025, p. 60에서 재인용).

히키코모리 당사자는 우울, 자살, 알코올·약물 사용, 경제 문제, 가족 문제, 사회자원 부족 등 다양한 문제에 노출되어 있어, 적절한 상담과 문제 해결을 위해서는 다직종·다기관 연계가 필수적이다(辻本哲士 外,

2019, p. 534; 김동진 외, 2025, pp. 60-61에서 재인용). 이에 보건소는 공적 기관으로서 대상자의 욕구에 부합하는 광역적 지원체계를 구성해야 하며, 히키코모리 상태에서 정신병적 상태, 자해, 폭력, 각종 중독 등의 문제가 드러날 경우 적극적으로 행정적 개입을 실시하여 의료기관에 연계하는 역할을 수행한다(辻本哲士 外, 2019, p. 534; 김동진 외, 2025, p. 61에서 재인용). 반대로 정신의료기관이 대응하기 어려운 생활·취업 지원에 대해서는 보건소가 보유한 지역 네트워크를 활용하여 유관기관에 연계·지원한다(辻本哲士 外, 2019, p. 534; 김동진 외, 2025, p. 61에서 재인용). 다만 이러한 다양한 사업을 추진하기 위해서는 보건소와 정신보건복지센터의 인력 부족 및 전문성 부족 문제를 해결할 필요성도 제기되고 있다(辻本哲士 外, 2019, p. 534; 김동진 외, 2025, p. 61에서 재인용).

끝으로 히키코모리와 관련하여 보건소가 가장 우려하는 과제는 당사자와 가족의 고령화에 따른 가구 전체의 경제·간병 문제이다(辻本哲士 外, 2019, p. 535; 김동진 외, 2025, p. 61에서 재인용). 은둔이 장기화되고 부모도 고령화되어 소득이 끊기거나 질병으로 간병이 필요해지면 가정 전체가 고립될 수 있으므로, 당사자뿐 아니라 가족 전체에 대한 포괄적·입체적 지원을 전개하는 한편, 당사자가 자립생활을 영위할 수 있도록 건강 유지를 지원하는 것이 필요하다(辻本哲士 外, 2019, p. 535; 김동진 외, 2025, p. 61에서 재인용).

다. 일본 히키코모리 지원추진사업의 시사점

일본의 히키코모리는 1980년대 후반 집단 따돌림과 등교 거부 등을 계기로 사회적 문제로 대두되었으며, 이후 '취업 빙하기(1990년대 중

반~2000년대 초반)'를 거치면서 취업 실패 등으로 인한 히키코모리가 급격히 증가하였다(오세웅, 2020. 12. 31.). 2010년대에 들어서는 히키코모리 문제가 장기화·고령화되어, 고령의 부모가 성인 자녀를 부양하는 이른바 '8050 문제'가 사회적 쟁점으로 부상하였다.

이에 따라 사회복지 현장에서는 80대 고령자 지원과 50대 히키코모리 지원처럼 한 세대 내 다양한 대상과 욕구를 통합적으로 지원할 제도가 부재하여 발생하는 '지원곤란 사례'가 오랫동안 지적되어 왔으며, 한 가구 전체가 사회보장의 사각지대로 남는 문제가 나타났다(오세웅, 2020. 12. 31.). 특히 이러한 지원곤란 사례가 방치될 경우 고독사나 동반자살로 이어질 우려도 제기되었다.

이러한 문제의식을 반영하여 일본은 2009년 '히키코모리 지역지원센터'를 설치하고 2018년부터 히키코모리 서포트 사업을 추진하는 등 관련 지원사업을 전개하였다(김동진 외, 2025, pp. 54-56). 특히 도쿄도는 당사자와 가족이 직면한 다양한 보건복지 문제에 대응하기 위해 2019년부터 히키코모리 사업을 복지보건국이 담당하도록 한 점이 특징이다(東京都, 2023, p. 1).

히키코모리 지역지원센터에서 초기 상담 후 당사자나 가족의 욕구에 따라 여러 유관기관으로 연계되는데, 이 가운데 신체·정신건강 문제로 의료기관·보건소·정신보건복지센터로 연계된 비율이 24.8%에 달해, 당사자와 가족의 건강 관련 문제 및 욕구가 적지 않음을 짐작할 수 있다. 또한 일본은 2017년부터 정신보건의료복지 정책이 입원의료 중심에서 지역생활 중심으로 전환되면서 보건소와 정신보건복지센터가 정신보건복지 시책의 거점 역할을 맡게 되었으며(辻本哲士 外, 2019; 김동진 외, 2025, p. 59에서 재인용), 히키코모리에 대해서도 이들 기관의 담당자나 정신과 의사에 의한 상담이 이루어지고 필요시 재가 방문 상담도 병행하고 있다.

다만, 호주의 headspace, 아일랜드의 Jigsaw, 캐나다의 Foundry 모델이 초기에는 정신과적 접근에서 출발하더라도 당사자의 욕구에 따라 다양한 사회서비스를 결합하는 것과 달리, 일본의 히키코모리 지원사례는 당사자와 가족이 직면한 다양한 사회경제적 문제에 대한 종합적 접근이 충분히 이루어진다고 보기는 어렵다. 특히 히키코모리 문제에 대한 종합적·근본적 접근을 위해서는 보건소와 정신보건복지센터의 인력 및 전문성 부족 문제를 해결할 필요성이 제기된다.



제4장

취약청년 건강증진사업 제공 방안

제1절 취약청년 건강증진사업 추진 방향
제2절 취약청년 대상 지역단위 건강증진사업 제공을 위한 기관 간 연계 방안
제3절 취약청년 대상별 건강증진서비스 제공 방안

제 4 장 취약청년 건강증진사업 제공 방안

제1절 취약청년 건강증진사업 추진 방향

보건복지부는 2026년 발표한 「제6차 국민건강증진종합계획(2026~2030)」에서 청년건강을 별도의 중점과제로 분리·신설하여 청년 대상 건강증진정책을 대폭 강화하였다. 이에 따라 지역보건의료기관 역시 ① 청년 정신건강서비스 강화, ② 취약청년 맞춤형 지원, ③ 건강위해요인 예방·관리를 중심으로 관련 사업을 구체화할 필요가 있다. 이 가운데 취약청년 맞춤형 지원은 자립준비청년·가족돌봄청년·고립·은둔청년 등에게 개별 특성에 부합하는 건강관리를 제공하고, 그간 정책 사각지대에 놓여 있던 청년의 건강 실태를 조사하여 근거기반 정책개발의 토대를 마련하는 데 초점을 둔다. 건강위해요인 예방·관리는 생활밀착형 체육시설 확충과 건강생활실천지원금 사업을 통해 만성질환 위험군 청년의 건강생활 실천의 지원을 핵심으로 한다.

서울시 자치구별 지역보건의료계획을 검토한 결과, 일부 자치구는 이미 1인 가구 및 고립·은둔청년을 대상으로 정신건강서비스, 영양교실, 건강검진·상담 등을 운영하고 있었다. 그러나 상당수 지역보건의료기관은 여전히 청년 대상 건강증진사업의 도입 여부를 검토하는 초기 단계에 머물러 있는 것으로 파악된다. 이에 본 연구에서는 지역 차원의 취약청년 건강증진사업 설계에 참고할 수 있도록 주요 국외 사례를 다음과 같이 정리하였다.

첫째, 일본은 고립·은둔청년(히키코모리) 지원을 국가 차원에서 제도화

한 대표적 사례이다. 일본은 2009년부터 전담기구인 '히키코모리 지역지원센터'를 설치·운영해 왔으며, 특히 도쿄도는 해당 사업을 복지보건국이 총괄하도록 함으로써 당사자와 가족이 겪는 다양한 보건복지 문제에 통합적으로 대응하고 있다. 당사자와 가족의 보건의료 욕구를 정량적으로 파악하기는 어려우나, 지역지원센터에서 보건소·정신보건복지센터·의료기관으로 연계된 비율이 24.8%에 이른다는 점은 이들의 건강 관련 욕구가 결코 작지 않음을 방증한다. 실제로 도쿄도는 보건소와 정신보건복지센터의 전문인력을 활용하여 히키코모리 당사자에 대한 상담 및 재가(在家) 방문을 지원하고 있다. 이러한 사례는 우리나라 지역보건의료기관 역시 관할 지역의 고립·은둔청년을 포함한 취약청년의 건강관리 수요가 상당함을 인식하고, 취약청년의 건강증진사업에 한층 적극적으로 나서야 함을 시사한다.

둘째, 호주의 headspace 센터는 청년 친화적 통합서비스 모델을 보여준다. headspace는 청년 정신건강 지원을 목적으로 설립된 기관으로, 의료기관 특유의 임상적 환경에서 벗어나 청년이 보다 편안하게 상담과 지원을 받을 수 있도록 설계되었다. 우리나라 정신건강복지센터가 대체로 임상적 치료를 중심으로 운영되는 것과 달리, headspace는 정신건강 문제뿐 아니라 청년층에서 빈발하는 알코올·약물 문제, 신체건강, 취업지원 등을 단일 창구에서 통합적으로 제공한다는 점에서 차별화된다. 이는 우리나라 정신건강복지센터가 취약청년 대상 정신건강 예방·관리 프로그램을 강화하는 동시에, 지역 내 취약청년 전담지원기관과의 연계를 통해 청년의 다층적 욕구에 대응하는 서비스 네트워크를 구축할 필요가 있음을 뒷받침한다.

한편, 지역보건의료기관과 정신건강복지센터가 취약청년 대상 서비스를 설계할 때에는 '대상을 어떻게 발굴할 것인가'가 핵심 과제로 대두된

다. 서울시 등 일부 기초지방자치단체는 자체사업으로 고립·은둔청년 발굴을 위한 홍보사업을 추진하고 있으나, 대다수 지역보건의료기관과 정신건강복지센터가 독자적으로 취약청년을 발굴하기에는 한계가 있다. 따라서 청년미래센터 등 취약청년 전담지원기관을 비롯하여 찾아가는 보건복지팀, 희망복지지원단, 민간 사회복지기관 등과 연계·협력 체계를 구축하고, 이들 기관이 사례관리 중인 취약청년에게 건강관리서비스를 연계·제공하는 방안이 현실적이다. 다만 기관별로 건강상태 평가 역량에 차이가 있다는 점에 유의해야 한다. 찾아가는 보건복지팀과 희망복지지원단은 업무지침에 따라 필요시 보건의료 전문인력이 참여할 수 있어 대상자의 건강상태를 평가할 수 있으나, 청년미래센터나 민간 사회복지기관은 보건의료 전문인력이 배치되어 있지 않아 평가에 제약이 따른다. 이러한 격차를 보완하기 위해 보건소나 정신건강복지센터의 전문인력이 사례관리회의에 참여할 수 있는 상시적 기전을 마련해 둘 필요가 있다.

나아가 보건복지서비스 기관에 국한하지 않고, 이미 취약청년과 신뢰관계가 형성되어 있거나 취약청년의 이용도가 높은 기관까지 연계·협력의 범위를 확장할 필요가 있다. 예컨대 대구·경북에서는 청년 일자리 지원사업을 담당하는 고용복지플러스센터와 정신건강서비스를 제공하는 정신건강복지센터가 협약을 통해 정신건강 고위험군을 공동으로 발굴·지원하고 있는 것으로 파악된다. 특히 「제2차 청년정책 기본계획(2026~2030)」에 따라 분야별 청년지원 조직이 다양하게 마련되어 있는 만큼(표 4-1 참조), 지역보건의료기관은 이들 조직과의 업무협의를 적극적으로 모색할 수 있다.

〈표 4-1〉 제2차 청년정책 기본계획(2026~2030) 청년 지원 조직

분야	지원 사업 조직	
	오프라인	온라인
일자리	- 대학일자리플러스센터 - 중앙·지역 청년지원센터 - 고용복지플러스센터 - 청소년·청년근로권익센터 - 지역 노동권익센터	- 청년일경험포털 - 고용24 - 지역 청년포털
주거	- 전세사기피해 지원센터 - 지역 주거복지센터	- 전세사기피해자 지원시스템 - 마이홈포털 - 지역 청년포털
금융·복지·문화	- 서민금융지원통합센터 - 지역 자립지원전담기관 - 지역 청소년쉼터 - 지역 청소년자립지원단 - 지역 자립준비지원전담기관 - 중독관리통합지원센터 - 지역 청년사회서비스단 - 중앙·지역 청년지원센터	- 서민금융진흥원 - 신용회복위원회 - 경제배움e - SNS 상담 앱 '마들랜' - 자살예방상담전화(109)
참여·기반	- 중앙·지역 청년지원센터	- 온통청년

출처: "제2차 청년정책 기본계획(2026~2030)," 관계부처 합동, 2025.12.26, pp.17-20의 내용을 바탕으로 저자가 수정 및 재구성함.

취약청년 대상 건강프로그램을 설계·제공할 때에는 이들의 특성을 충분히 고려할 필요가 있다. 취약청년은 자립·생계 등 당면 과제를 감당하는 것만으로도 부담이 크므로 건강관리에까지 여력을 두기 어려운 경우가 적지 않다. 따라서 건강증진 자체를 전면에 내세우기보다, 사례관리 과정에서 대상자가 설정한 목표(자립·사회참여 등)를 달성하는 데 건강관리가 필요하다는 점을 자연스럽게 인식하도록 유도하는 점진적 접근이 보다 효과적인 사업 추진 방식이 될 수 있다.

한편, 보건소와 정신건강복지센터가 취약청년에게 서비스를 제공하는 과정에서 운동·신체활동에 대한 욕구가 확인되는 대상자의 경우, 보건복지부가 추진하는 청년사회서비스사업단과의 협업을 고려해 볼 수 있다. 청년사회서비스사업단은 청년이 지역사회서비스의 제공 주체로 참여하

도록 지원함으로써 청년에게 사회참여와 역량 강화의 기회를 제공하는 한편, 청년이 제공하는 서비스를 매개로 지역주민의 삶의 질 향상을 도모하는 사업이다(보건복지부, 2026. 4. 3, p. 1). 2026년부터 활동하는 24개의 사업단은 기관별로 청년 신체건강증진, 초등돌봄 학습지원, 초등돌봄 예술창의지원 등의 지역사회서비스를 제공하는데, 이 중 청년 대상 신체건강증진서비스를 제공하는 기관은 〈표 4-2〉와 같다.

〈표 4-2〉 2026년 청년사회서비스사업단: 청년 신체건강증진서비스 분야

지역	기관명
부산	가톨릭대학교 산학협력단, 동의대학교 산학협력단, 동서대학교 산학협력단, 보건대학교 산학협력단
대구	월성종합사회복지관, 헬스케어 휘트니스센터
대전	과학기술대학교 산학협력단
경기	한양대학교 ERICA 산학협력단
충북	청주대학교 석우재활서비스센터
충남	단국대학교 산학협력단, 남서울대학교 산학협력단, 한서대학교 산학협력단
전북	전주기전대학 산학협력단
전남	목포과학대학교 산학협력단, 세한대학교 산학협력단
경북	경일대학교 산학협력단, 경북대학교 운동재활연구소
경남	마산대학교 산학협력단

출처: 보건복지부. (2026. 4. 3.). 청년이 만드는 사회서비스…2026년 사업단 출범[보도자료]. p. 4.

이 외에 취약청년을 대상으로 건강증진사업을 추진할 때 고려하여야 할 내용은 다음과 같다.

1. 사전예방적 개입 강화

청년기에 만성질환이 발병하면 유병기간이 길어질 수밖에 없고, 적기에 치료를 시작하지 못할 경우 합병증 발생 위험도 그만큼 커진다. 따라

서 청년층의 만성질환에 대한 인식을 제고하고, 예방 및 관리에 능동적으로 대응하도록 유도할 필요가 있다(김동진 외, 2025, p. 383). 그러나 취약청년은 경제적 제약 등으로 삶의 선택지가 제한된 상황에서 건강관리보다 생계유지 활동이 우선될 수밖에 없다(김동진 외, 2025, pp. 383-384).

한편, 취약청년 스스로가 건강에 대한 관심이 낮더라도, 대응의 필요성은 객관적 지표를 통해 확인된다. '청년 삶 실태조사' 분석 결과, 취약청년은 흡연, 전자담배 사용, 고위험음주, 신체활동 부족 등 건강행태가 열악할 뿐 아니라 미충족의료 경험도 높은 것으로 나타나 본격적인 정책적 개입이 요구되는 시점이라 할 수 있다.

실제로 취약청년 지원 현장에서는 청년의 건강관리 접근성이 낮아 적시에 적절한 개입이 이루어지기 어려운 상황이다. 유형별로 살펴보면, 가족돌봄청년은 돌봄대상자에 대한 돌봄과 의료이용이 시급하여 정작 본인의 건강을 돌보기 어려운 경우가 많다. 고립·은둔청년은 주로 가정 내에서 생활함에 따라 비만, 위생 문제, 치과 질환 등이 종종 확인되나, 외부의 도움 없이 홀로 의료기관을 이용하는 것을 꺼리는 경향이 있다. 자립준비청년의 경우 의료이용 시 의료급여 2종에 준하는 수준으로 본인부담금을 지원받고 있음에도, 의료이용 필요성을 인지하지 못하거나 자신의 증상 및 의료기관에 관해 상담할 대상이 없어 미충족의료 수준이 상대적으로 높은 실정이다.

이처럼 취약청년이 스스로 자신의 건강문제를 인지하고 조기에 예방·관리하기에는 여러 제약이 따른다. 따라서 지역보건의료기관은 취약청년이 필요한 건강관리와 건강행태 개선, 정기적인 건강검진, 적정 의료이용에 이를 수 있도록 적극적으로 지원할 필요가 있다.

2. 신체·정신 건강의 통합적 접근

취약청년이 지닌 취약성은 단일한 문제로 발생하기보다, 생애과정에서 경험한 다양한 요인이 중첩되어 나타나는 복합적 현상으로 이해할 필요가 있다(김아래미 외, 2025, 김동진 외, 2025, p. 396에서 재인용). 이러한 취약성은 쉽게 해소되지 않고 점차 누적되며, 그 결과 취약청년은 스트레스, 우울, 소진 등 정신건강이 점진적으로 악화되는 경우가 많다.

실제로 취약청년은 항우울제나 수면제를 복용하는 사례가 적지 않다. 항우울제는 초기 복용이 중요하나, 급격한 체중 증가 등의 부작용으로 복용을 중단해 치료가 지연되거나 자존감 저하로 이어지면서 악순환이 반복되기도 한다. 특히 고립·은둔청년은 주·야간 역전, 불규칙한 식사 등으로 기본적인 일상 루틴이 무너진 상태가 지속되며, 이에 따라 당뇨·비만 등 만성질환 위험 증가와 같이 신체·정신 건강이 복합적으로 악화되는 양상을 보인다. 이는 정신건강과 신체건강이 분리된 문제가 아니라, 고립이라는 사회적 상태가 신체·정신 건강 전반의 악화를 동시에 유발하는 연쇄적 과정임을 보여준다.

아울러 자립준비청년을 비롯한 취약청년 사이에서 경계성 지능(느린 학습자)의 비중이 점차 높아지고 있으나, 전문적 진단으로 이어지지 못한 채 단순히 의지 부족이나 학습능력 부진 등 개인의 노력 문제로 치부되는 경우가 많다. 이 경우 취업이나 교육 과정에서 실패 경험을 반복할 가능성이 높고, 이는 다시 고립으로 이어지거나 이러한 취약성을 악용한 사기 등 피해에 노출될 위험을 키운다. 경계성 지능 외에도 정신적으로 취약한 사례가 다수이며, 이러한 특성이 복합적 건강문제로 이어진다는 점에서 취약청년 대상 사업은 개인의 특성을 종합적으로 진단하고 지원하는 통합적 접근을 요구한다.

이처럼 취약청년의 건강증진을 위해서는 정신건강과 신체건강을 개별 문제로 인식하여 분절적으로 접근하기보다, 신체-정신-사회적 영역을 아우르는 통합적 관점에서 이해할 필요가 있다(김동진 외, 2025, p. 396). 호주 headspace 센터 역시 정신건강서비스를 핵심 영역으로 삼되, 신체·성건강, 알코올·약물, 직업·진로 서비스를 단일 플랫폼에서 통합 제공함으로써 신체-정신-사회적 영역 간 분절 없는 통합 접근을 구현하고 있다(Rickwood et al., 2019).

〈표 4-3〉 호주 headspace의 핵심 서비스와 통합적 접근

구분	주요 내용	통합 접근
정신건강 (Mental Health)	- 인지행동치료(CBT), 집단상담, 단기상담 - 위기 개입, 정신과 연계	- 우울·불안·고립 등 정신건강 지원, 약물치료 연계
신체·성건강 (Physical/Sexual Health)	- 건강검진, 만성질환 예방 관리 - 성건강 상담	- 신체건강이 정신건강에 미치는 상호 영향 통합 관리
알코올·약물 (Alcohol/Other Drugs)	- 음주·약물 사용 위험 평가 - 동기 강화 상담	- 정신적 고통 해소 수단으로서의 음주·약물 의존 예방
직업·진로 (Vocational)	- 취업지원, 직업훈련 - 교육복귀 연계	- 사회적 고립·무기력 탈피 - 일을 통한 정신건강 회복

출처: Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. Early intervention in psychiatry, 13(1), 159-166.

3. 취약청년 발굴과 서비스 문턱 낮추기

청년은 건강증진사업 참여 동기가 크지 않을뿐더러, 지속적인 참여를 유도하고 사업 효과를 추적 관찰하기가 매우 어려워 그동안 건강증진사업에서 사실상 소외되어 왔다(김동진 외, 2025, p. 3). 특히 사회경제적으로 취약한 청년 가운데 일부는 스스로 고립·은둔을 선택하기도 하며,

가족돌봄청년이나 자립준비청년 등도 지역사회 건강증진사업의 대상자로 발굴하기가 매우 어려운 실정이다(김동진 외, 2025, p. 4). 나아가 취약청년 역시 일반 청년과 마찬가지로 건강에 대한 관심이 낮아 자발적으로 사업에 참여하려는 동기가 크지 않다.

이에 건강증진사업에 대한 취약청년의 접근성을 제고하기 위해서는 체계적인 발굴 체계가 선행되어야 한다. 예컨대 고립·은둔청년은 스스로 고립·은둔 상태임을 인지하지 못하는 경우가 대부분이며, 그러한 상태가 일상이 되어 온 탓에 자신의 상황을 문제로 인식하기까지 상당한 시간이 소요된다. 이들의 발굴 경로는 크게 세 가지로, ① 언론·SNS를 통해 스스로 인지하는 경우, ② 가족·지인이 대신 지원기관에 연락하는 경우, ③ 지원기관 종사자가 직접 방문하는 경우이다. 그러나 이 가운데 자발적 접촉은 매우 드물고, 기관이 이들을 파악할 수 있는 정보 또한 제한적이어서 적극적 발굴에 상당한 어려움이 따른다.

현재 취약청년 발굴을 위해 운영되는 공공기관·포털 중심의 홍보 방식은 정작 취약청년에게는 거의 도달하지 못하고 있다. 이는 공급자 중심 홍보 전략에서 비롯된 한계로, 실제 취약청년과의 접점을 면밀히 탐색하여 활용할 필요가 있다. 현장 전문가의 경험과 연구 사례(김성아 외, 2023)에 비추어 볼 때 편의점, 아르바이트·구인 사이트, 지역 커뮤니티 앱 등이 효과적인 접점으로 확인되고 있으며, 이러한 민간 생활 접점을 발굴 경로로 적극 활용하는 전략이 요구된다. 특히 고립·은둔청년이 드물게 외출하는 거의 유일한 장소인 편의점은 단순한 소비 공간을 넘어 사회적 연결을 처음으로 경험하는 접점이 되기도 한다.

한편, 취약청년에게 공적 지원 서비스를 제공할 때에는 이용 자격 요건 등 진입장벽을 대폭 완화할 필요가 있다. 청년세대는 자신의 취약성을 스스로 입증해야 하는 지원 방식에 거부감이 크고, 공적 서비스 이용을 거

절당한 경험이 있는 경우 공적 지원에 대한 기대 자체를 접는 경향이 크게 나타나기 때문이다.

이와 관련하여 호주 headspace는 이용자가 어느 창구로 연락하든 필요한 서비스로 연결될 수 있다는 'No Wrong Door' 원칙을 핵심 정책으로 채택하여, 청년이 어떤 문제로 어느 기관을 찾든 적절한 서비스로 연계되도록 보장하고 있다. 또한 자기의뢰(self-referral)를 허용하고 서비스를 무료로 제공하며, 사전 예약 없이도 방문할 수 있는 환경을 구축하고 있다(Rickwood et al., 2019). 특히 headspace 센터는 설계 단계에서부터 청년 친화적 환경을 중점적으로 고려하여, 다양한 성적 지향과 문화적 배경을 포용하는 포스터 게시, 인테리어 구성 등을 통해 소외집단의 심리적 진입장벽을 낮추는 데 주력하고 있다. 이처럼 이용 문턱을 낮추고 청년 친화적 환경을 조성하는 접근은 우리나라의 취약청년 건강증진사업에도 시사하는 바가 크다.

4. 취약청년 대상 건강증진서비스 내용

시군구 단위로 설치된 보건소는 지역보건법 제11조[1]에 따라 해당 지자체의 관할 구역에서 지역주민의 건강증진과 질병 예방·관리를 위해 다

1) 제11조(보건소의 기능 및 업무) ① 보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다. 1. 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성, 2. 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가, 3. 보건의료인 및 「보건의료기본법」 제3조제4호에 따른 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상을 위한 지도·관리, 4. 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축, 5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공, 가. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육, 나. 감염병의 예방 및 관리, 다. 모성과 영유아의 건강유지·증진, 라. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진, 마. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항, 바. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항, 사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업, 아. 난임의 예방 및 관리(지역보건법, 2024)

양한 보건의료서비스를 제공하고 있다.

구체적으로는 구강보건, 금연, 비만예방관리, 신체활동, 심뇌혈관질환 예방관리, 아토피·천식 예방관리, 영양, 절주, 한의약건강증진, 여성·어린이 특화, 모바일헬스케어, ICT 융합 방문건강관리 등의 사업을 실시하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a, p. 3).

이 가운데 지역 보건소 등 지역보건의료기관이 지역사회 취약청년을 대상으로 제공할 수 있는 사업 내용을 정리하면 〈표 4-4〉와 같다. 지역별 사업 여건에 따라 사업 내용과 대상에 다소 차이가 있을 수 있으나, 대체로 통합건강증진사업 지침 등에 근거하여 운영되고 있다.

〈표 4-4〉 보건소 건강증진사업 중 취약청년 참여 가능 사업

구분	사업 분야	사업 내용	참여가능 여부
생활 습관 개선	금연	- 금연교육 및 상담 - 니코틴 보조제 등 제공 - 금연상담전화(1544-9030) 연계 - 금연치료 연계 등	○
	절주	- 절주 상담 - 문제음주 및 알코올 의존 조기선별 - 전문기관 연계를 통한 중독 진단 치료서비스 등	○
	신체활동	- 신체활동 정보제공 - 신체활동 기관 연계 - 성인 및 임산부 등 대상별 신체활동 정보 제공 - 개인별 신체활동 상담 서비스 등	○
	영양	- 영양플러스사업(취약계층 임산부·영유아 영양교육 및 보충식품 제공) - 질환별 맞춤 영양 상담, 저염·저당 식이 교육 등	○
	비만	- 비만예방 관련 건강정보, 행동지침, 정서적 지지 등 - 비만 기초 검사 및 조기발견 - 교육 및 상담 - 자조모임, 동아리 등 운영 - 운동 등 건강증진 프로그램 연계	○
만성 질환	심뇌혈관 질환 예방	- 예방관리 정보 제공 - 청년층 혈압·혈당 측정 및 교육상담 실시	○

구분	사업 분야	사업 내용	참여가능 여부
예방 관리	관리	- 고혈압·당뇨병·이상지질혈증 환자 조기 발견 및 등록 관리	
	아토피·천식 예방 관리	- 아토피·천식 환자 지원(검사비, 약제비, 치료비, 보습제, 교육자료, 환경개선 등) - 아토피·천식 교육	○
감염병 예방 관리	예방접종	- 국가 필수예방접종(결핵, B형간염, 인플루엔자 등) - HPV(사람유두종바이러스) 예방접종 등	○
	감염병 예방·치료	- 결핵 검진 및 복약 관리 - 성매개감염병 검진, 상담 및 진료 지원	○
구강·한의약	구강보건	- 구강보건교육 - 불소도포 및 스케일링	○
	한의약 건강증진	- 한의약건강증진 프로그램 제공	○
대상자·서비스 특화	여성·어린이 특화	- 임산부건강관리(철분제 지원, 엽산제 지원, 산전·산후 우울증 관리, 임산부 및 신생아 가정방문 건강관리) - 가임기 여성 건강증진(성교육, 성상담, 모유수유크리닉, 예비부부 임신 전 검사 지원) - 영유아보건교실	○
	방문건강 관리	- 만성질환 및 관리 - 임산부·신생아 및 영유아 건강관리 - 장애인 재활관리 등	△ (조건충족시)
	모바일 헬스케어	- 건강관리가 필요한 대상자 등록 - 보건소 방문검진 및 상담, 디바이스 제공 - 모바일을 통한 건강관리서비스(건강관리, 건강정보제공, 건강상담 등), 추후관리서비스	△ (조건충족시)
검진·의료	건강검진	- 진찰 및 상담, 신체계측, 구강검사, 흉부방사선검사, 혈액검사, 소변검사 등	○
	1차 진료	- 고혈압, 당뇨, 이상지질혈증 등	○
의료비 지원	희귀·난치성질환	- 국민건강보험공단 산정특례 대상	△ (조건충족시)
	암	- 암환자 의료비	△ (조건충족시)
	임신·출산	- 난임부부 시술비 - 고위험 임산부 의료비 - 미숙아 및 선천성이상아 의료비 등	△ (조건충족시)

출처: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025a). 2026년 통합건강증진사업 안내. pp. 49-86; 질병관리청(n.d.). HPV 국가예방접종사업. https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=132; 공공보건포털 e보건소. (연도미상). 보건소 주요서비스. https://www.e-health.go.kr/

이에 지역보건의료기관은 지역 취약청년을 대상으로 효율적으로 건강증진서비스를 제공하기 위해서는 제공가능한 서비스 목록을 작성하여 청년미래센터 등 취약청년 지원기관, 사회복지시설, 민간단체 등에 적극적으로 안내할 필요가 있다. 또한, 지역 내 유관기관에서 건강 관련 지원 욕구가 있는 청년이 발굴될 경우, 해당 청년이 지역보건의료기관으로 원활히 연계·관리될 수 있도록 연계체계를 마련하고 전담부서를 지정하여 효율적인 협력이 이루어지도록 조치할 필요가 있다.

한편, 취약청년은 고립·은둔 상태에 있거나 우울·무기력감 등 정신건강 문제를 복합적으로 겪는 경우가 많다는 점에서, 정신건강복지센터의 적극적인 개입과 지원이 요구된다. 현재 청년미래센터에서 발굴된 취약청년 중 중증 정신질환자는 지역 정신의료기관이나 정신건강복지센터로 연계되고 있으나, 예방적 교육이나 경증 단계의 조기 개입을 위한 연계는 드문 것으로 파악된다. 따라서 취약청년의 정신건강 관리 차원에서 정신건강복지센터와의 연계를 강화하여 정신건강증진서비스를 확충할 필요가 있다.

〈표 4-5〉 정신건강복지센터 사업 중 취약청년 참여 가능 사업

구분	사업 분야	사업 내용	참여가능 여부
정신건강 증진 및 조기개입	인식개선 및 교육	- 생애주기별 정신건강 교육 - 지역사회 정신건강 정보 제공	○
	선별검사 및 조기개입	- 심리상담 및 위기상담 - 전국민 마음투자 지원사업(심리상담 바우처) 연계 의뢰서 발급 - 청년마음건강센터 운영 - 조기정신증 청년 대상 심층 평가 및 전문 사례관리	○
	자살예방 및 위기개입	- 자살예방교육(생명지킴이/게이트키퍼 등) - 자살 고위험군 발굴 및 위기개입 - 자살예방상담전화(109)·정신건강	○

구분	사업 분야	사업 내용	참여가능 여부
		위기상담전화(1577-0199) 연계 및 사후관리 - 자살시도자 응급실 연계 사후관리 - 자살시도자 치료비 지원	
중증 정신질환자 관리	사례관리	- 중증 정신질환자 개인별 사례관리 - 투약 관리 - 병원 연계 - 가족 교육 및 지원	○
	재활 프로그램	- 사회적응훈련 - 일상생활 적응훈련 - 직업재활 서비스 연계 - 자립생활 지원	○
	치료비 지원	- 응급·행정입원 치료비 지원 - 발병 초기 정신질환 치료비 지원 - 외래치료지원 치료비 본인부담금 지원	△ (조건충족시)

출처: 보건복지부·국립정신건강센터. (2025). 2025년 정신건강사업 안내; 보건복지부·국립정신건강센터. (2024). 2024년 청년마음건강센터 안내; 보건복지부. (2025). 2025년 자살예방사업 안내.

제2절 취약청년 대상 지역단위 건강증진사업 제공을 위한 기관 간 연계 방안

1. 청년지원조직과 지역보건의료기관 연계

가. 청년미래센터

청년미래센터는 「위기아동·청년법」에 근거하여 가족돌봄청년, 고립·은둔청년 등 위기청년을 전담 지원하기 위해 2024년 8월 인천·울산·충북·전북 등 4개 광역시·도에 설치된 기관이다. 각 센터에는 전문인력 14명이 신규 배치되어 도움이 필요한 청년을 발굴하고, 이들이 안정적으로 자립할 때까지 지속적인 밀착 사례관리를 제공한다(보건복지부, 2024. 8.

14, p. 1).

청년미래센터는 지역 내 중·고등학교, 대학, 주요 병원 등과 핫라인을 구축하여 가족돌봄청년을 상시 발굴하고, 온·오프라인으로 도움을 요청한 고립·은둔청년에게 초기상담을 실시하는 등 체계적인 발굴·지원 체계를 갖추고 있다(보건복지부, 2024. 8. 14, p. 2). 이를 토대로 전문인력의 상담을 거쳐 청년 당사자와 가족에게 필요한 지원계획을 수립한다.

가족돌봄청년에 대해서는 돌봄이 필요한 가족을 대상으로 장기요양서비스, 장애인활동지원서비스 등 돌봄·의료서비스와 일상돌봄서비스 등 생활지원서비스를 연계함으로써 청년의 가족돌봄 부담을 완화한다(보건복지부, 2024. 8. 14, p. 4). 청년 당사자에게는 민·관 장학금 등을 우선 연계하며, 기준 중위소득 100% 이하 가구에 해당하는 경우 선별을 거쳐 연 최대 200만 원의 자기돌봄비를 지원한다(보건복지부, 2024. 8. 14, p. 2).

고립·은둔청년에 대해서는 센터에 배치된 전담 사례관리사가 현장방문을 실시한 후 케어플랜을 수립하고, 이에 기반한 맞춤형 프로그램을 제공한다(보건복지부, 2023. 12. 13, p. 4). 초기상담 과정에서는 사례관리사의 판단에 따라 청년마음건강서비스로 의뢰할 수 있으며, 돌봄이 필요한 1인 가구 청년에게는 일상돌봄서비스를 제공하여 일상생활의 불편을 완화하고 갑작스러운 질병이나 위기 상황에 대비할 수 있는 인적 보호망을 마련한다(보건복지부, 2023. 12. 13, p. 5).

〈표 4-6〉 청년미래센터 고립·은둔청년 지원 프로그램

프로그램	주요 지원 내용
초기상담	- 자기이해 워크숍, 심리상담(개인, 집단, 방문, 온라인상담 등) 등 마음건강
은둔청년 특화	- 공동생활 홈(Home) (수면 및 위생 관리, 정리정돈, 식습관 개선 지원 등)
일상회복	- 일상생활 회복활동, 사회관계 형성, 자조모임 등 대인접촉 확대 • SNS '일상생활 챌린지', 신체/예술/놀이활동/식사, 독서/요리/생활원예 모임 등
가족·대인관계 회복	- 청년층 이해·소통 교육, 가족 심리상담, 당사자 가족 자조모임 - 당사자 파악 및 1:1 멘토/멘티 활동 운영·관리 • 탈 고립·은둔 성공 경험 청년, 민간 자원봉사자 등 서포터즈 구성
간단한 일 경험	- 청년성장프로젝트, 청년도전지원사업(고용노동부) 등 연계 • 자조모임, 심리상담 등을 제공하고 각종 청년정책(일경험 등) 지원 연계

출처: 청년미래센터에서 가족돌봄, 고립·은둔청년 전담지원 서비스를 시작합니다[보도자료]. (2024. 8. 14.). 보건복지부. p. 5의 표를 일부 수정함. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1482747&act=view&

현재 운영 중인 청년미래센터 가운데 충북청년미래센터의 사례를 소개하면 다음과 같다. 충북청년미래센터는 센터장을 포함하여 사회복지사, 임상심리사, 청소년상담사, 직업상담사, 주거복지사 등 총 15명으로 구성되며, 고립·은둔팀 8명, 가족돌봄팀 5명, 행정지원 1명으로 조직되어 있다. 2026년 기준 지원 신청자는 140명이며, 이 중 사례관리를 진행 중인 대상자는 119명, 종결자는 6명이다. 사례관리 대상자는 20대 중반~30대 초·중반이 다수이며, 여성 비율이 상대적으로 높다.

충북청년미래센터는 사례관리 중인 위기청년에 대해서도 신체·정신건강 관련 지원 필요에 따라 센터 내 프로그램 또는 공공·민간의 외부 자원을 연계하여 청년의 부담을 완화하고 있다. 예를 들어 신체건강 영역에서는 사례에 따라 외부 지원사업과 연계하여 치과 등 의료비를 지원하거나, 예방접종 지원, 비만관리를 위한 BMI 측정 등을 추진한 바 있다. 구체적인 외부 연계 사례로는 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종, 외부 기관과

연계한 치과 치료비 지원사업 등이 있다. 또한 라이프스타일 개선 프로그램 지원금(1인당 200만 원)을 헬스장·수영장·필라테스 등 건강활동비로 활용하도록 권장하는 등 건강관리를 지원하고 있다. 아울러 경계성 지능을 가진 청년의 경우 민간의료기관으로 연계하여 관련 검사를 진행하고, 지역 사회복지기관으로 연계한 사례도 있다.

그동안 충북청년미래센터가 지원한 취약청년은 대체로 건강에 대한 관심이나 지원 욕구가 높지 않은 것으로 파악된다. 이는 가족돌봄 또는 고립·은둔과 직접 관련된 분야의 지원 욕구가 최우선으로 나타났기 때문이다. 예컨대 고립·은둔청년은 고립·은둔 상태에서 벗어나 공동생활을 영위할 수 있는 역량을 기르는 것이 지원 목표가 되는 경우가 많아 정서·관계 회복, 진로·자립 지원, 사회 재연결 등에 대한 욕구가 높았다. 가족돌봄청년의 경우 정서·심리 지원과 힐링·문화·교육 지원 등이 이루어지고 있으나, 무엇보다 돌봄대상자에 대한 지원 욕구가 우선되어 건강을 비롯한 그 밖의 욕구나 지원사업의 우선순위는 상대적으로 낮은 경향을 보였다.

그러나 이러한 사례에서 보듯이 취약청년의 건강 관련 지원 욕구가 낮다고 하여 건강 지원의 필요성 자체가 없다고 보기는 어렵다. 취약청년이 스스로 건강 문제를 인식하고 도움을 요청하기까지 상당한 시간이 소요된다는 점을 고려할 때, 전문인력의 참여하에 선제적으로 건강 중재가 이루어질 필요가 있다.

제2장의 '청년 삶 실태조사' 분석 결과에서 나타났듯이 취약청년의 건강행태와 건강수준을 개선할 필요성은 객관적으로 확인되고 있다. 특히 취약청년은 건강증진이나 의료에 대한 객관적 필요가 있음에도 정작 그 필요를 스스로 인식하지 못할 가능성이 높다. 실제로 충북청년미래센터 이용 청년의 절반 이상은 과거 또는 현재 향정신성 약물, 주로 항우울제를 복용한 경험이 있는 것으로 파악되며, 대면 과정에서 과체중 청년이

다수 확인되고 당뇨 관리가 필요한 사례도 보고된 바 있다. 또한 미취업 청년은 의무 건강검진 기회 자체가 제한되어 건강검진 수검률이 매우 낮은 실정이다.

따라서 위기청년 발굴 이후 초기상담 및 맞춤형 프로그램 계획 수립 단계에서 신체·정신건강 상태에 대한 전문적 평가가 병행될 필요가 있으며, 필요시 지원 프로그램 내에 건강 개선 프로그램을 포함하는 방안도 고려되어야 한다. 아울러 기존 제도와 사업에 대한 청년들의 인지도가 매우 낮은 만큼, 사례관리 과정에서 관련 정보를 적극적으로 제공할 수 있도록 실무자의 업무 역량을 강화하기 위한 지원도 선행되어야 한다.

나. 청년지원센터

2023년 9월 시행된 개정 「청년기본법」에 따라 중앙과 지역에 청년지원센터를 지정할 수 있는 법적 근거가 마련되었으며, 시행령 등 관련 규정에 따른 시설·운영 기준 심사를 거쳐 청년지원센터를 지정하고 있다. 청년지원센터의 명칭과 의미는 지역별로 다르게 활용되고 있으나, 일반적으로 「청년기본법」 및 지방자치단체 청년기본조례 등에 근거하여 청년 발전, 청년 지원, 청년 참여 촉진을 목적으로 설치된 시설(기관)로서, 청년정책 전달체계, 청년지원사업, 청년공간 운영 등의 공공서비스를 제공하는 기관이다(국무조정실 청년정책조정실·청년재단·중앙청년지원센터, 2026, p. 72).

청년센터의 주요 업무는 청년정책 전달체계로서 청년정책의 안내 및 홍보, 지역 청년단체·청년시설 등과의 연계·협력체계 구축, 지역 청년 발전 및 청년 지원 관련 조사, 국가 또는 지방자치단체로부터 위탁받은 청년지원사업 수행 등이다(국무조정실 청년정책조정실·청년재단·중앙청년

지원센터, 2026, p. 72).

2026년 6월 현재 청년센터는 중앙청년지원센터 1개소, 광역청년지원센터 16개소, 기초청년센터 216개소가 운영 중이며, '지역특화 청년사업' 등을 통해 지역 맞춤형 청년 지원사업을 추진하고 있다.

〈표 4-7〉 중앙-광역-기초센터 업무 구분

구분	중앙청년지원센터	광역(지역)청년지원센터	기초청년센터
역할	- 청년센터 총괄 지원·관리·평가	- 중앙·기초 연계 및 중간 지원·조정	- 생활 밀착형 서비스 직접 제공
사업	- 광역센터 지정 및 컨설팅 - 센터 공통사업 및 운영매뉴얼 개발·보급 - 청년정책 전달 체계 연구·조사	- 기초센터 사업 지원 및 관리 - 광역 단위 청년사업 개발·운영 - 지역 특성 반영 사업·프로그램 추진	- 청년 맞춤형 교육·참여 프로그램, 공간 운영 - 청년정책 상담 및 연계 - 청년 소통 및 의견 수렴 창구
협업	- 청년 업무 유관기관 네트워크 구축 및 정책 연계 활동	- 광역 단위 네트워크 구축 - 지역청년자원협의체 운영	- 지역사회 협력체계 구축

출처: 2025 청년센터 운영매뉴얼, 국무조정실 청년정책조정실, 청년재단, 중앙청년지원센터. (2026). p. 77의 표를 일부 수정함.
https://www.nysc.or.kr/nysc/pages/documents_view.php?id=221

지역청년센터는 청년들이 한곳에 모여 실천할 수 있는 거점 공간으로서 의의가 크다. 다만 최근에는 공간 제공 기능을 넘어 청년 커뮤니티 형성, 진로 탐색, 심리·정서 지원 등 다양한 영역의 프로그램을 운영하는 곳이 점차 늘고 있다. 일부 지역청년센터는 생계유지가 곤란하거나 위기상황에 놓인 청년이 이를 벗어날 수 있도록 생활·주거·법률·의료 등의 서비스를 제공하기도 한다. 이처럼 지역청년센터는 기존 사회보장제도의 지원기준에 부합하지 않아 지원을 받지 못하는 청년을 위한 지원창구 역할도 수행할 수 있다. 특히 긴급한 건강문제로 의료서비스 이용이 필요한 청년에게 질병이나 의료기관에 관한 정보를 제공하고, 의료비 지원이 필

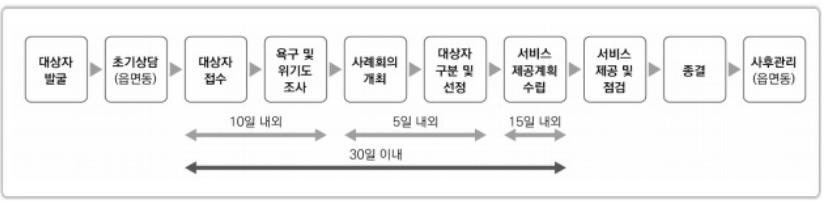
요한 경우 지역보건의료기관이나 지역의사회 등과 연계하여 관련 정보와 의료비 지원을 받을 수 있도록 매개하는 창구 기능도 담당할 필요가 있다.

2. 지역 통합사례관리조직과 지역보건의료기관 연계

통합사례관리 사업은 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제42조의2 '통합사례관리'를 근거로, 지역 내 공공·민간자원에 대한 체계적 관리·지원체계를 토대로 복합적이고 다양한 욕구를 가진 대상자에게 복지·보건·고용·주거·교육·신용·법률 등 필요한 서비스를 통합적으로 연계·제공하고, 이를 지속적으로 상담·모니터링해 나가는 사업을 말한다(보건복지부, 2026b, p. 22).

통합사례관리는 대상자 발굴, 초기상담, 대상자 접수, 욕구 및 위기도 조사, 사례회의, 대상자 구분·선정, 서비스 제공계획 수립, 서비스 제공 및 점검, 종결, 사후관리 등의 단계로 구성된다(보건복지부, 2026b, p. 23). 이때 읍면동은 찾아가는 보건복지팀을 구성·운영하여 대상자 발굴, 초기상담, 통합사례관리, 고난도 사례관리를 직접 수행하거나, 시군구 희망복지지원단에 통합사례관리를 요청한다(보건복지부, 2026b, p. 27). 희망복지지원단은 읍면동에서 초기상담을 거쳐 의뢰된 사례관리 가구에 대해 대상자 접수부터 종결까지의 사례관리를 수행한다(보건복지부, 2026b, p. 23).

[그림 4-1] 통합사례관리 절차 개요



출처: "2026년 희망복지지원단 업무 안내". 2026. 보건복지부. p. 23.
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1489063&tag=&nPage=1

본 연구에서 정의한 취약청년 가운데 「위기아동·청년법」에 따른 가족돌봄청년과 고립·은둔청년은 청년미래센터가, 자립준비청년은 지역자립지원기관이 전담 지원조직으로 확보되어 있다. 그러나 그 밖의 취약청년에 대해서는 전담 지원조직이 갖추어지지 않은 실정이므로, 지역 내 위기·빈곤 가구에 대한 통합사례관리를 통해 지역사회 취약청년을 지원할 수 있다. 읍면동 찾아가는 보건복지팀이나 시군구 희망복지지원단에서는 통합사례관리를 통해 탈빈곤·자활 지원 가능 가구(국민기초생활보장 수급자 중 신규 수급자, 국민기초생활 보장 수급 탈락자 등), 차상위 빈곤가구(특히, 긴급 지원 대상가구 및 국민기초생활보장 수급 탈락가구 중 통합사례관리를 통해 빈곤예방 지원 가능 가구), 지자체 복지사각지대 조사를 통해 발굴된 위기가구(청중장년 1인가구, 돌봄위기가구, 저소득한부모및청소년한부모가구, 휴·폐업자, 실직자, 자살고위험군, 고독사 위험자 등) 중 통합사례관리가 필요한 가구를 통합사례관리 중점 사업대상으로 선정하고 있다(보건복지부, 2026b, p. 34).

지역 내 공공 영역에서 수행되는 다양한 사례관리 사업의 연계·협력 체계를 구축하여 사례관리의 효율성과 효과성 제고를 도모하고 있는데, 공공부문 사례관리사업은 찾아가는 보건복지팀과 희망복지지원단에서 이

루어지는 통합사례관리를 비롯해, 방문건강관리, 중독사례관리(중독관리통합지원센터), 정신건강사례관리(정신건강복지센터), 가족돌봄청년·고립은둔청년 사례관리 사업 등이 포함된다(보건복지부, 2026b, p. 36).

현재 방문건강관리 지침에는 보건소 내·외의 자원 연계와 관련하여 보건소 외 연계 서비스에 시군구 희망복지지원단 통합사례관리, 읍면동 찾아가는 복지서비스 등이 포함되어 있으나(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025b, p. 45), 서비스 대상이나 내용 측면에서 취약청년 관련 내용은 거의 포함되어 있지 않다. 따라서 지역 취약청년 대상 서비스 제공 시 통합사례관리조직과 지역보건의료기관의 연계체계를 강화하기 위해서는 지역보건의료기관에서 실시하고 있는 방문건강관리사업 지침에도 지역사회 취약청년 대상 서비스 제공을 위한 자원 연계와 서비스 제공 관련 내용을 명시하여 취약청년 대상 건강증진사업 추진 기반을 마련할 필요가 있다.

〈표 4-8〉 보건소 방문건강관리사업 시 자원 연계

보건소 내 연계 서비스	보건소 외 연계 서비스
- 진료 - 금연클리닉 등 건강증진사업 - 의료비 지원사업 - 철분제·엽산제 지원 등 보건소 사업 및 건강검진 결과연계 - 정신건강복지센터, 치매안심센터, 구강보건실(센터) - 노인 방문 구강 건강관리 등	- 의료·요양·돌봄 통합지원사업 연계 - 시군구 희망복지지원단 통합사례관리 - 읍면동 찾아가는 복지서비스 - 의료급여 사례관리 - 고독사 예방 관련 사업 - 중독관리통합지원센터 등 ※ 지역사회 협의체를 구성하거나 관련 회의 시 참여하여 보건·복지 등 관련 서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 연계 및 협력 강화 필요

출처: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025b). 2026년 통합건강증진사업 안내. ICT 융합 방문건강관리. (구) 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리. p. 45. https://www.khepi.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00890&page_no=B2017003&pageNum=5&siteId=&srch_text=&srch_cate=&srch_type=&str_clft_cd_list=&str_clft_cd_type_list=&board_idx=11292

제3절 취약청년 대상별 건강증진서비스 제공 방안

1. 가족돌봄청년

가족을 돌보면서 감수하는 비용에는 의료나 사회서비스 이용에 따른 직접 지출뿐 아니라, 돌봄으로 인해 포기하는 다른 활동의 기회비용도 포함된다(Fast, Williamson, & Keating, 1999; 함선유, 2023, p. 35에서 재인용). 특히 청년기는 교육과 사회참여를 통해 사회적으로 필요한 숙련 기술과 역량을 축적하고 독립적인 시민으로 이행해 가는 시기라는 점에서, 돌봄에 많은 시간을 할애할수록 그에 따른 기회비용이 삶의 전 영역에 지속적이고 장기적인 영향을 미칠 것으로 예상된다(함선유, 2023, p. 35).

'2022년 가족돌봄청년 실태조사' 결과, 가족돌봄청년의 주당 평균 돌봄시간은 21.6시간, 평균 돌봄기간은 46.1개월이었으며, 삶에 대한 불만족도는 일반청년의 2배 이상, 우울감은 7배 이상 높은 것으로 확인되었다(보건복지부, 2023. 4. 27, p. 1). 또한 이들이 필요로 하는 복지서비스는 생계, 의료, 휴식 지원, 문화·여가 순으로 나타났으며, 돌봄 부담이 큰 주 돌봄자는 문화·여가보다 심리 지원의 필요성을 더 높게 응답하는 등 복합적인 복지 욕구를 지닌 것으로 확인되었다(보건복지부, 2023. 4. 27, p. 1).

가족돌봄청년의 일상을 조명한 질적 연구에 따르면, 이들은 돌봄을 중심으로 하루가 돌아가는 과정에서 자신의 일이나 욕구가 후순위로 밀리는 등 또래 청년과는 다른 일상을 살아간다(노혜진, 2024, p. 337). 이러한 일상은 청년에게 불안과 고립감을 안기지만, 이들의 돌봄은 일방적 행위가 아니라 앞서 받은 돌봄을 되갚는 행위라는 인식 속에서 스트레스를 충분히 표현하지 못한 채 양가감정을 느끼기도 한다(최윤진·김고은, 2022; 권지성 외, 2023; 선미정 외, 2022; 노혜진, 2024, p. 337에서

재인용). 이에 가족돌봄청년 지원방안으로는 돌봄 부담 완화를 위한 일상돌봄서비스의 가족돌봄청년 사례 확대 및 사례관리 기능 강화, 사회적 지지체계 강화를 위한 온·오프라인 프로그램 활성화 등이 제안된 바 있다(노혜진, 2024, p. 336).

이와 더불어 가족돌봄청년은 아픈 가족의 치료 등을 위해 의료기관을 자주 방문하면서도, 정작 자신의 건강관리를 위한 의료이용은 저조한 것으로 나타났다. '2024년 청년 삶 실태조사' 결과, 가족돌봄청년의 미충족의료 경험률은 남자 5.0%, 여자 8.3%로 전체 청년(남자 2.1%, 여자 4.6%) 대비 각각 2.4배, 1.8배 높게 나타나, 이들의 미충족의료 욕구 해소를 위한 시간적·경제적 지원을 강화할 필요가 있다. 아울러 올바른 건강행태의 습득·유지와 정신건강 증진을 위한 중재도 요구된다. 남자의 경우 전체 청년에 비해 흡연율이 특별히 높지는 않으나 전자담배 사용률이 높고, 여자의 우울증상 유병률은 전체 대비 약 2.3배 높은 것으로 나타났다. 특히 소진 경험률은 남자 51.7%, 여자 66.1%로 전체 청년보다 각각 1.8배 높아 심리 지원이 시급하며, 수면제, 마약성 진통제, 신경안정제, 체중조절 약물 등의 사용 경험도 높은 것으로 나타나 올바른 약물사용을 위한 정보 제공도 필요하다.

보건복지부는 가족돌봄청년 지원을 위해 「위기아동·청년법」을 제정하고, 인천·울산·충북·전북 등 4개 광역시·도에 청년미래센터를 설치·운영하고 있으며, 2026년 하반기에는 전국 17개 광역시·도로 확대할 예정이다. 청년미래센터는 가족돌봄청년을 발굴하고 사례관리를 통해 정서·심리 지원, 문화·교육 지원, 생활 지원 등을 제공하는 한편, 가족의 돌봄 부담을 완화하고 자기돌봄비를 지원하고 있다. 다만 청년미래센터에서 발굴·연계된 가족돌봄청년에 대한 건강 및 의료지원을 위해서는 청년미래센터와 지역보건의료기관 간 업무 연계 및 협조체계를 구축할 필요가 있

다. 현재도 청년미래센터가 의료 욕구가 있는 가족돌봄청년을 위해 외부 민간자원을 연계하여 의료비를 지원하기도 하나, 전문적이고 체계적인 건강평가·검진·사후관리를 위해서는 지역보건의료기관의 참여가 필요하다.

한편, 가족돌봄청년은 돌봄을 자신에게 주어진 운명으로 여기는 경향이 있을 뿐 아니라, 주변에서도 이들을 돌봄자로 인식하지 못하는 상황이 각종 지원서비스 이용을 가로막는 요인으로 작용한다(Hamilton, Adamson, 2013, Addo et al., 2021, 노혜진, 2023, p. 81에서 재인용). 또한 청년 스스로 돌봄 역할을 드러내기를 꺼리거나 돌봄대상자가 이를 원치 않아 지원사업 신청을 주저하는 경우도 있어, 발굴과 지원에 어려움이 따른다(Joseph et al., 2020, 노혜진, 2023, p. 82에서 재인용).

이처럼 가족돌봄청년의 발굴이 어려운 상황에서는, 희망복지지원단이나 찾아가는 보건복지팀이 재가 환자가 있는 위기가구를 발굴하는 시점에 함께 거주하는 청년의 돌봄 역할과 복지 욕구를 동시에 평가하고, 이들이 지원사업에 참여하도록 안내·설득하는 과정이 병행되어야 한다. 희망복지지원단 업무지침은 사례회의에 지역보건의료기관의 방문건강관리 전담인력 또는 간호직 공무원, 정신건강복지센터·중독통합지원센터 등이 참여·연계하도록 정하고 있으므로(보건복지부, 2025, p. 43), 찾아가는 보건복지팀이 위기가구를 발굴하는 단계에서 재가 환자의 건강평가뿐 아니라 가족돌봄 역할을 수행하는 청년에 대한 건강평가를 함께 실시하고, 필요시 이들에 대한 건강관리 및 의료지원 계획을 수립할 수 있다.

2. 고립·은둔청년

고립·은둔청년은 사회적 관계자본이 부족하거나 결핍된 청년을 가리키

며, 그 중에서도 은둔청년은 집이나 방과 같은 물리적 공간에 머물면서 타인과의 관계는 물론 외출까지 제한한 채 생활하는 이들을 의미한다(김성아 외, 2022, 김성아, 2023, p. 8에서 재인용).

'2021년 통계청 사회조사' 분석 결과, 고립청년 중 삶에 '매우 불만족'하는 비율은 17.2%로 비고립청년(4.7%)의 약 3배에 달해, 고립청년의 삶의 만족 수준이 비고립청년에 비해 전반적으로 낮은 것으로 나타났다(통계청 사회조사, 2021년; 김성아, 2023, p. 12에서 재인용). 이처럼 고립청년의 행복 수준이 낮다는 점은 이들의 취약성을 방증하는 것으로 이해할 수 있다(김성아, 2023, p. 13).

고립·은둔청년 전문 지원기관의 현장 전문가들에 따르면, 고립·은둔청년은 대부분의 시간을 집에서 보내는 탓에 운동이 부족하여 비만을 포함한 대사증후군 발생 가능성이 크며, 이 밖에도 치과질환, 피부질환 등의 건강 문제가 빈번하게 나타난다. 그럼에도 이들은 외출을 꺼리거나 의료기관에 대한 정보 부족, 의료비 부담 등의 이유로 자신의 건강 문제에 적절히 대처하지 못하는 실정이다.

'2024년 청년 삶 실태조사' 결과, 고립·은둔청년의 미충족의료 경험률은 남자 3.0%, 여자 11.7%로 전체 청년(남자 2.1%, 여자 4.6%) 대비 각각 1.4배, 2.5배 높게 나타났다. 우울증상 유병률 또한 남자 18.8%, 여자 30.3%로 전체 청년(남자 7.2%, 여자 10.7%)에 비해 각각 2.6배, 2.8배 높았으며, 소진 경험률도 남자 50.4%, 여자 63.5%로 전체 청년(남자 28.6%, 여자 36.2%)보다 각각 1.8배 높아 정신건강 증진을 위한 개입이 시급함을 보여준다. 이처럼 고립·은둔청년의 건강행태와 건강수준은 전반적으로 취약하며, 주관적 건강인지율 역시 남자 42.8%, 여자 33.4%에 그쳐 전체 청년(남자 65.7%, 여자 56.1%)에 비해 현저히 낮은 수준이었다.

정부는 고립·은둔청년을 지원하기 위해 「위기아동·청년법」을 제정하고 고립·은둔 조기 발굴 및 전담지원체계를 마련하였다. 우선 고립·은둔청년 발굴을 위해 보건복지부 소관 공공사이트에 자가진단시스템을 구축하고, 당사자가 언제든 비대면·온라인 방식으로 도움을 요청할 수 있도록 원스톱 도움창구를 마련하였다(보건복지부, 2023. 12. 13, p. 3). 또한 당사자뿐 아니라 가족·친구, 편의점 등 주변에서도 위기 징후가 보이는 청년에 대한 도움을 손쉽게 요청할 수 있도록 129 보건복지상담센터를 통한 도움 요청 경로를 마련하였다(보건복지부, 2023. 12. 13, p. 3). 아울러 고립·은둔 고위험군에 해당하는 자립준비청년에 대해서는 자립준비 전담기관 내에 탈고립·은둔 전담인력을 배치하여, 자립준비와 병행한 고립·은둔 예방 프로그램 지원을 강화하였다(보건복지부, 2023. 12. 13, p. 3). 위기청년 지원을 위해 설치된 청년미래센터는 가족돌봄청년과 함께 고립·은둔청년을 발굴하고, 1:1 맞춤 상담을 통해 일상회복 루틴 형성과 자조모임 등 사회복귀 프로그램을 제공한다.

고립·은둔청년은 자신의 고립·은둔 상태를 인지하지 못하거나, 타인의 도움을 받는다는 새로운 경험 자체에 대한 불안으로 지원체계에 접근하지 못하는 사례가 적지 않으므로, 적극적인 발굴과 홍보가 필수적이다(김성아, 2023, p. 9). 서울의 일부 자치구는 자체적으로 고립·은둔청년 발굴을 위한 홍보를 실시하고 지역보건의료기관이 참여하는 사례도 있으나, 대체로 지역보건의료기관이 독자적으로 고립·은둔청년을 발굴·관리하기는 어려울 것으로 보인다. 따라서 가족돌봄청년의 경우와 마찬가지로, 청년미래센터나 지역의 찾아가는 보건복지팀, 희망복지지원단 등과 연계하여 발굴된 고립·은둔청년의 건강평가와 건강관리를 위한 사례회의에 지역보건의료기관이 참여하는 형태로 사업을 계획할 필요가 있다.

고립·은둔청년 지원사업의 상당 부분은 그들의 활력 회복에 초점을 둔

다(김성아, 2023, p. 16). 그동안 고립·은둔 상태를 지속하면서 형성된 '회복하지 못할 것'이라는 인식이나 낮아진 자존감 등 자기인지의 오류를 개선함으로써 자기 이해를 증진하고, 맞춤형 지원을 통해 활력을 회복하도록 돕는 것이다(김성아, 2023, p. 16). 이를 위해서는 대상자와 소통하며 일상적인 대화 속에서 이들의 욕구와 필요를 파악하고 적절한 서비스로 연결하는 과정이 요구된다. 이와 같이 고립·은둔청년을 대상으로 한 라이프스타일 개선 프로그램에서는 건강상태에 대한 기본검진과 함께 질병 치료·예방, 올바른 건강행태 교육 등을 병행할 필요가 있다.

3. 자립준비청년

자립준비청년은 부모의 이혼·사망이나 양육자의 학대 등으로 보호가 필요한 아동기에 가정에서 적절한 양육을 받지 못하고 아동양육시설, 공동생활가정, 위탁가정 등에서 생활하다가, 법에서 정한 연령에 도달하여 보호조치가 종료된 이들을 말한다(김지선, 2023, p. 21). 우리나라에서는 매년 2,000명 이상의 자립준비청년이 사회에 첫발을 내딛는데(아동권리보장원, 2022a; 김지선, 2023, p. 21에서 재인용), 인생의 절반 이상을 가정 외 보호체계에서 보내다가 고등학교 졸업 직후인 만 18세부터 20대 초·중반까지 비교적 이른 나이에 홀로서기를 시작하는 이들에게 자립은 결코 쉬운 과제가 아니다(김지선, 2023, p. 21).

자립준비청년은 자립에 필요한 충분한 역량과 자원을 갖추지 못한 채 홀로 생활하며 경제적·사회적·심리적 어려움을 겪는데, 이는 또래 청년이 가족과 함께 다양한 지원을 받으며 생활하는 것과 뚜렷이 대비된다(김지민, 이상정, 2022; 박신애, 최옥채, 2018; 이혜연 외, 2007; 조소연, 손선옥, 2024, p. 148에서 재인용). 상당수 자립준비청년이 불안정한 주거

환경에서 생계를 스스로 책임져야 하는 탓에(이태연 외, 2019; 조소연·손선옥, 2024, p. 148에서 재인용) 삶의 만족도와 행복도가 다른 집단에 비해 현저히 낮고(박소연 외, 2021; 보건복지부, 아동자립지원단, 2016; 이상정, 2020; 이혜연 외, 2007; 조소연, 손선옥, 2024, p. 148에서 재인용), 우울·소진 등 정신건강 상태 또한 상대적으로 취약하다. 자립준비청년의 46.5%가 자살을 생각한 경험이 있고 최근 1년간 죽고 싶다는 생각을 심각하게 해 본 경험도 39.2%에 이른다는 '2023 자립지원 실태조사' 결과는 이들의 정신건강 문제의 심각성을 단적으로 보여준다(이상정 외, 2023, p. 232).

또한 '2024년 청년 삶 실태조사' 분석 결과, 자립준비청년은 흡연·고위험음주 등 건강행태가 특히 열악하게 나타났으며, 여성의 경우 수면제, 신경안정제, 식이·체중조절 약물의 사용 비율이 높았다. 현장에서 자립준비청년을 지원하는 활동가들에 따르면, 자립준비청년은 구강교정이 필요하거나 구강관리가 미흡하여 치과의료 수요가 많고, 의료기관에 동행할 사람이 없어 오랜 기간 증상을 방치하다 악화되는 경우도 적지 않다. 실제로 '2024년 청년 삶 실태조사' 결과에 따르면, 자립준비청년의 미충족 의료 경험률은 남자 14.4%, 여자 5.6%로 전체 청년(남자 2.1%, 여자 4.6%) 대비 각각 6.9배, 1.2배 높게 나타났다.

자립준비청년에 대한 사후관리를 지원하는 대표적 전달체계는 17개 시·도에 설치된 자립지원전담기관이다(보건복지부, 2023, 김지선, 2023, p. 23에서 재인용). 기존에는 법률상 설치 근거가 임의규정에 그치고 국고 지원도 부재하여 일부 지방자치단체만 자립지원전담기관을 운영하였으나, 2022년부터는 모든 광역시·도에 설치되었다(보건복지부, 2023; 김지선, 2023, p. 23에서 재인용). 광역시·도 자립지원전담기관은 보호종료 후 5년 이내 자립준비청년에 대한 자립수준평가를 연 1회 이상

실시하여 사후관리를 수행하며, 보호종료 후 6개월 이내에는 자립정착금이 계획에 맞게 사용되었는지 점검한다(김지선, 2023, p. 23).

최근 자립준비청년에 대한 사회적 관심이 높아지면서 정부와 민간의 지원도 꾸준히 확대되고 있다(김지선, 2023, p. 29). 자립정착금과 자립수당 지급액, 디딤씨앗통장 정부 매칭금이 인상되고 자립수당 지급 기간이 연장되는 등 경제적 지원이 강화되었으며(보건복지부, 2023; 김지선, 2023, p. 29에서 재인용), 소득·주거·교육·일자리 등 다양한 지원체계도 마련되었다. 그러나 자립준비청년의 건강 관련 지원체계에 대한 관심은 상대적으로 미흡하여 자립지원의 사각지대로 볼 수 있다. 자립준비청년이 이른 나이부터 감내해야 하는 사회적 차별과 낙인, 불안정한 일자리와 낮은 임금, 고단한 삶을 홀로 버텨야 하는 외로움과 고립감 등이 신체·정신 건강에 미치는 영향은 결코 작지 않다.

특히 보호종료 이후 5년간은 사후관리가 이루어지지만, 사후관리 기간이 종료된 이후에는 공적 지원의 폭이 크게 축소되어 실질적인 자립 단절과 고립의 위기에 처할 가능성이 높다. 이 점에서 자립준비청년의 정신건강은 이 시기에 가장 취약할 것으로 판단된다.

현재 자립지원전담기관, 시설 등 가정 외 보호기관, 지방자치단체가 각기 자체 방식으로 자립준비청년에 대한 사후관리 서비스를 제공하고 있으나, 지역보건의료기관과의 공식적 연계체계는 찾아보기 어렵다. 따라서 보호종료 후 사후관리 단계에서 매년 실시되는 자립수준평가 시 건강검진과 건강생활습관 습득·유지를 위한 교육을 함께 제공하여, 이들이 건강한 자립생활을 영위할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 아울러 자립준비청년의 미충족의료 경험률이 높은 만큼, 필요시 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 의료이용 정보를 제공하고, 외부 민간자원과 연계하여 병원동행서비스, 의료비 후불 서비스, 치료비 지원 등을 한층 확대하는 방

안도 고려할 필요가 있다.

특히 자립준비청년은 우울·자살 위험이 매우 높으므로 정신건강을 보다 철저히 관리할 필요가 있다. 이를 위해 보호종료 이후 사후관리 기간 동안 정신건강 증진을 위한 심리지원을 강화하고, 필요시 정신건강복지센터로 연계하여 사례관리를 강화해야 한다.

제5장

결론

제 5 장 결론

취약청년은 자신의 취약성을 명확히 인식하지 못하는 경우가 적지 않다. 장기간 지속된 어려움이 일상화되면서 이를 문제 상황으로 인식하지 못하거나, 개선의 필요성을 자각하기까지 상당한 시간이 소요되며, 그 과정에서 개인이 처한 상황은 점차 악화되기도 한다. 가족과 함께 생활하는 경우에는 가족이 관련 지원기관이나 단체에 도움을 요청하기도 하지만, 그렇지 않은 경우에는 뉴스나 방송 등을 통해 자신과 유사한 사례를 접한 뒤에야 비로소 자신의 상황을 진단하고 지원을 요청하는 사례가 많다.

건강 영역에서도 이와 유사한 양상이 나타난다. 청년기는 일반적으로 생애주기 중 가장 건강한 시기로 인식되는 만큼, 건강에 대한 관심과 욕구는 일자리, 소득, 주거, 문화, 복지 등에 대한 욕구에 비해 상대적으로 후순위에 놓인다. 그러나 본 연구의 분석 결과, 취약청년의 건강 수준은 전체 청년의 평균에 비해 열악한 것으로 나타났다. 예컨대 1인 가구이면서 활동제한이 있는 돌봄필요청년은 흡연율, 고위험음주율, 우울증상 유병률, 소진 경험률, 약물사용 경험률, 주관적 건강인지율, 미충족의료 경험률 등 여러 지표에서 취약한 양상을 보였다. 하나의 일자리만으로는 충분한 소득을 얻기 어려워 둘 이상의 일자리에 종사하는 복수일자리 청년 역시 흡연율, 전자담배 사용률, 고위험음주율, 소진 경험률, 약물사용 경험률, 미충족의료 경험률에서 부정적인 수준을 나타냈다. 가족돌봄청년은 전자담배 사용률, 소진 경험률, 약물사용 경험률, 미충족의료 경험률 등이 높게 나타났으며, 고립·은둔청년은 전자담배 사용률, 우울증상 유병

률, 소진 경험률, 주관적 건강인지율, 미충족의료 경험률 등에서 취약한 것으로 확인되었다. 자립준비청년 또한 흡연율, 전자담배 사용률, 고위험 음주율, 우울증상 유병률, 소진 경험률, 약물사용 경험률, 주관적 건강인지율, 미충족의료 경험률 등에서 전반적으로 열악한 수준을 보였다. 이러한 결과는 취약청년이 경제적·사회적으로 취약할 뿐 아니라 건강 영역에서도 매우 취약하여, 이들의 건강 회복을 위한 적극적인 중재와 개입이 시급함을 시사한다.

정부는 「제6차 국민건강증진종합계획(2026~2030)」을 통해 청년 건강증진정책을 강화하고, 자립준비청년·가족돌봄청년·고립·은둔청년 등 취약청년을 대상으로 맞춤형 건강관리를 제공할 계획을 밝혔다. 이에 따라 일선 지역보건의료기관은 지역사회 취약청년 대상 건강증진사업을 수행하기 위한 구체적인 실행계획을 수립하고, 이에 필요한 자원을 확보할 필요가 있다. 특히 취약청년은 인적·관계적·경제적 특성 등 다양한 취약성이 중첩되어 나타나는 경우가 많고, 공적 서비스에 접근하거나 노출되기 어려운 환경에 놓여 있는 경우가 많다. 따라서 이들을 대상으로 건강증진사업을 추진하기 위해서는 취약청년의 특성과 생활 맥락을 고려한 접근이 요구된다.

지역보건의료기관은 취약청년을 발굴하는 동시에 이들에게 적절한 서비스를 제공해야 하는 이중의 과제를 안고 있다. 따라서 대상자를 발굴하고 서비스를 제공하기 위해서는 지역사회 내 취약청년 전문지원기관과의 연계·협력체계를 구축·유지할 필요가 있다. 예컨대 가족돌봄청년과 고립·은둔청년을 발굴·지원하는 청년미래센터, 지역 청년지원센터 그리고 취약청년과 신뢰관계를 형성하고 있는 민간 사회복지기관 및 민간단체 등이 주요 협력 주체가 될 수 있다. 이들 기관이 취약청년에 대한 통합사례관리를 수행할 때 지역보건의료기관의 보건의료 전문인력이 사례관리 계

획 수립 과정에 참여한다면, 취약청년을 발굴하고 이들의 건강 문제를 조기에 파악하는 효과적인 방안이 될 수 있다. 자립준비청년의 경우에도 지역별 자립지원전담기관과 민간 지원단체가 운영되고 있으므로, 이들 기관과의 협업체계를 구축할 필요가 있다.

가족돌봄청년의 경우 최근에는 청년이 스스로 도움을 요청하거나 주변의 요청으로 발굴되는 사례도 있으나, 돌봄이 필요한 환자가 먼저 발굴되는 경우가 여전히 많다. 이때 위기가구 지원을 위해 지역의 찾아가는 보건복지팀이나 희망복지지원단이 가구를 방문하게 되는데, 해당 가구 내에 돌봄을 제공하는 청년이 있다면 이들의 건강 문제와 의료의 필요도를 함께 평가하여 관할 지역보건의료기관으로 연계할 필요가 있다. 필요시 지역보건의료기관의 전문인력이 가구 방문에 동행하여 가족돌봄청년의 건강 상태를 직접 확인하는 방안도 고려할 수 있다. 또한 장애청년, 빈곤가구 청년, 1인 가구 청년 등 찾아가는 보건복지팀 또는 희망복지지원단의 사례관리 대상자 가운데 건강 관련 지원이 필요한 청년에게는 지역보건의료기관의 방문건강관리 전담인력이 사례관리에 참여하여 맞춤형 서비스가 제공될 수 있도록 사업추진기반을 마련할 필요가 있다.

취약청년의 취약성을 완화하고 일상 회복을 지원하기 위해서는 종합적 지원이 필요한 경우가 많다. 따라서 효과적인 지원을 위해서는 건강증진 사업뿐 아니라 복지, 고용, 주거, 심리상담 등 다양한 서비스와의 연계가 병행되어야 하며, 이를 위해 지역 내 보건의료기관과 복지기관 간 긴밀한 협력체계 구축이 필수적이다. 다만 취약청년은 지원을 요청하는 경우에도, 익명성이 보장되는 환경에서는 자신의 어려움과 욕구를 비교적 솔직하게 표현하는 반면, 신원이 노출되거나 스스로 취약성을 입증해야 하는 상황에서는 지원 요청을 주저하는 경향이 있다. 특히 취약청년은 다차원적 취약성을 지닌 경우가 많아 적절한 지원을 위해 여러 전문기관으로의

서비스 연계가 필요하지만, 이 과정에서 개인정보 제공에 대한 부담이나 거부감으로 인해 연계 도중 이탈하는 사례가 발생할 수 있다. 따라서 취약청년 대상 건강증진사업은 기존 지역보건의료기관의 사업대상자에 대한 접근 방식보다 한층 세심하고 신중하게 설계할 필요가 있다.

한편, 취약청년은 건강증진 자체에 대한 관심이 상대적으로 낮을 수 있으므로, 건강을 독립적인 목표로 제시하기보다 당사자가 중요하게 여기는 삶의 목표와 연계하여 접근하는 것이 효과적일 수 있다. 예를 들어 “건강해야 사회에 나갈 수 있다”는 방식과 같이, 고립·은둔 상태에서 벗어나기, 자립 준비, 취업, 일상 회복 등 청년이 지향하는 목표와 건강증진을 통합하여 제시하는 전략은 참여 동기를 높이는 데 유효한 접근이 될 수 있다.

참고문헌

〈국내문헌〉

관계부처 합동. (2023). 제5차 자살예방기본계획('23~'27).

관계부처 합동. (2025). 제2차 청년정책 기본계획('26~'30).

국무조정실 청년정책조정실, 청년재단, 중앙청년지원센터. (2026). 2025 청년센터 운영매뉴얼.

김동진, 이수빈, 최지희, 손선옥. (2025). 청년 건강 실태와 정책과제. 한국보건사회연구원.

김성아. (2023). 고립·은둔 청년 현황과 지원방안. 보건복지포럼(2023. 5.). https://doi.org/10.23062/2023.05.2

김성아, 김문길, 임덕영, 노혜진, 노현주. (2023). 고립·은둔 실태조사 연구. 보건복지부. 한국보건사회연구원.

김성아, 노현주, 김문길, 곽윤경, 임덕영, 신영규, 함선유, 송치호. (2021). 취약계층 청년 범위 및 지원에 관한 연구-사회적 고립(은둔) 청년을 중심으로. 국무조정실, 한국보건사회연구원.

김지선. (2023). 자립준비청년 사후관리 현황과 개선방안. 보건복지포럼(2023. 5.). https://doi.org/10.23062/2023.05.3

노현주, 김성아. (2024). 일본의 취약 청년 지원 정책: 니트와 히키코모리 청년을 중심으로. 국제사회보장리뷰, 30, 71-85.

노혜진. (2023). 가족돌봄청년 지원사업 현황 분석. 사회복지 실천과 연구. 20(3): 75-105. https://doi.org/10.38082/SWPR.2023.20.03.75

노혜진. (2024). 가족돌봄청년 일상의 재구성과 정서적 경험. 보건사회연구 44(2): 336-359. http://doi.org/10.15709/hswr.2024.44.2.336

박정민, 송현구, 라수현. (2025). 고립·은둔청년을 위한 정책의 의의와 한계: 청년정책기본계획과 청년미래센터를 중심으로. 한국사회 26(2):147-183. https://doi.org/10.22862/kjsr.2025.26.2.005

보건복지부. (2026a). 2026년 정신건강사업안내.

보건복지부. (2026b). 2026년 희망복지지원단 업무 안내. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1489063&tag=&nPage=1

이상정. 김수진, 이주연, 임성은, 함선유, 김지선, 김지연, 주영선, 하태정, 주하나. (2023). 2023 자립지원 실태조사. 보건복지부. 한국보건사회연구원.

정세정, 고혜진, 김기태, 김동진, 김성아, 오욱찬, 이아영, 이혜정, 임덕영, 신영규, 하은솔, 한겨레, 김근혜. (2025). 2024년 청년 삶 실태조사. 국무조정실, 한국보건사회연구원.

정세정, 류진아, 강예은, 김성아, 함선유, 김동진, 임덕영, 신영규, 김문길, 이혜정, 김기태, 김태완, 이원진. (2022). 2022년 청년 삶 실태조사. 국무조정실, 국무총리비서실, 한국보건사회연구원.

조소연, 손선옥. (2024). 자립준비청년 지원의 사각지대: 우리나라 정책 현황과 개선방안을 중심으로. 한국과 국제사회 8(6): 145-185. https://doi.org/10.22718/kga.2024.8.6.005

함선유. (2023). 가족돌봄청(소)년 현황과 정책과제. 보건복지포럼(2023. 5.). https://doi.org/10.23062/2023.05.4

〈국외문헌〉

辻本哲士, 白川教人, 原田豊, 小野善郎, 福島昇, 井上悟, 熊谷直樹, 田中治, 畑哲信, 二宮貴至, 松本晃明, 太田順一郎, 野口正行, 林みづ穂, 増茂尚志, 新畑敬子, 小原圭司, 土山幸之助, 竹之内直人. (2019). 保健所, 精神保健福祉センターの連携による, ひきこもりの地域生活支援の状況と課題に関する研究-ひきこもり者への支援の現状を調査するための 全国保健所アンケート調査. 精神神経学雑誌, 第121巻 第7号, 527―539. https://journal.jspn.or.jp/jspn/openpdf/1210070527.pdf

厚生労働省, (2025). ひきこもり支援ハンドブック-寄り添うための羅針盤-. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/hikikomori/index.html. 2026. 5. 21.

東京都. (2023). ひきこもり支援ガイドブック-当事者·家族に寄り添った支援の充実に向けて.
https://www.hikikomori-tokyo.jp/pdf/guidebook.pdf.

Australian Psychological Society. (2024, February 8). APS calls for urgent investment into youth mental health.
https://psychology.org.au/insights/aps-calls-for-urgent-investment-into-youth-mental

Barbic, S., Mallia, E., Wuerth, K., Ow, N., Marchand, K., Ben-David, S., ... & Mathias, S. (2024). Implementing Foundry: A cohort study describing the regional and virtual expansion of a youth integrated service in British Columbia, Canada. Early Intervention in Psychiatry, 18(10), 877-887.
https://doi.org/10.1111/eip.13538

Foundry. (2018). Developmental Evaluation of Foundry's Proof of Concept.
https://grahamboeckhfoundation.org/wp-content/uploads/2019/09/FINAL-Foundry-Proof-of-Concept-DE-Report.pdf

Foundry. (n.d.). Foundry Work & Education Program.
https://foundrybc.ca/wp-content/uploads/2025/10/FWEP_Youth_1-pager.pdf

headspace National Youth Mental Health Foundation[headspace]. (2021). Position description: Youth Participation Coordinator – Internal Programs.

headspace National Youth Mental Health Foundation[headspace]. (2022). Submission to the Productivity Commission review of the National Agreement on Closing the Gap. Australian Government Productivity Commission.

headspace National Youth Mental Health Foundation[headspace].

(2025). Annual report 2024-2025.

headspace National Youth Mental Health Foundation[headspace]. (n.d.). 'Youth National Reference Group'. https://headspace.org.au/our-organisation/our-people/reference-groups/youth-national-reference-group/

headspace National Youth Mental Health Foundation[headspace]. (n.d.). 'Our international impact'. https://headspace.org.au/our-organisation/who-we-are/our-international-impact/

Hilferty, F., Cassells, R., Muir, K., Duncan, A., Christensen, D., Mitrou, F., Gao, G., Mavisakalyan, A., Hafekost, K., Tarverdi, Y., Nguyen, H., Wingrove, C. and Katz, I. (2015). Is headspace making a difference to young people's lives? Final Report of the independent evaluation of the headspace program. Social Policy Research Centre, UNSW Australia.

KMPG Department of Health (2022), Evaluation of the National headspace Program, https://www.health.gov.au/resources/publications/evaluation-of-the-national-headspace-program?language=en.

McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S. J., Browne, V., ... & Killackey, E. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. The Lancet Psychiatry, 11(9), 731-774. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00163-9

Moore, J., Blix, A., Lyng, J., & Duffy, J. (2025). Assessing outcomes and satisfaction in a sustained national primary care youth mental health programme: a brief multi-methods report. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-5. https://doi.org/10.1017/ipm.2025.18

O'keeffe, L., O'Reilly, A., O'Brien, G., Buckley, R., & Illback, R. (2015).

Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 71-77. https://doi.org/10.1017/ipm.2014.86

O'Reilly, A., O'Brien, G., Moore, J., Duffy, J., Longmore, P., Cullinan, S., & McGrory, S. (2022). Evolution of jigsaw-a national youth mental health service. Early Intervention in Psychiatry, 16(5), 561-567. https://doi.org/10.1111/eip.13218

Rickwood, D., Paraskakis, M., Quin, D., Hobbs, N., Ryall, V., Trethowan, J., & McGorry, P. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The headspace centre model. Early intervention in psychiatry, 13(1), 159-166. https://doi.org/10.1111/eip.12740

Rickwood, D., McEachran, J., Saw, A., Telford, N., Trethowan, J., & McGorry, P. (2023). Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: Outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. PLoS One, 18(6), e0282040. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282040

Rickwood, D., Albrecht, S., & Telford, N. (2025). Young people's participation in their own mental health care: Session-by-session feedback in youth mental health services (headspace). Early Intervention in Psychiatry, 19(1), e13600. https://doi.org/10.1111/eip.13600

Wuerth, K., Tee, K., Mathias, S., & Barbic, S. (2025). Foundry, the British Columbia Integrated Youth Services Initiative: Sharing Lessons From a Decade of Innovation. Healthcare quarterly (Toronto, Ont.), 28(1), 22-29. https://doi.org/10.12927/hcq.2025.27634

〈웹사이트〉

고달영. (2024). 20대부터 시작하는 혈관 건강 '레드서클 캠페인'[보도자료]. http://www.jtnews.kr/news/articleView.html?idxno=73954

공공보건포털 e보건소. (연도미상). 보건소 주요서비스. https://www.e-health.go.kr/

보건복지부. (2023. 4. 27.). 가족돌봄청년, 주당 21.6시간 가족 돌본다[보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=375983&cg_code=

보건복지부. (2023. 12. 13.). 고립·은둔청년, 이젠 국가가 돕겠습니다[보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1479278&act=view

보건복지부. (2024. 8. 14.). 청년미래센터에서 가족돌봄, 고립·은둔청년 전담지원 서비스를 시작합니다[보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1482747&act=view&

보건복지부. (2026. 4. 3.). 청년이 만드는 사회서비스…2026년 사업단 출범[보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1489977&tag=&nPage=1

보건복지부, 국립정신건강센터. (2024). 2024년 청년마음건강센터 안내. https://www.ncmh.go.kr/ncmh/board/boardView.do?no=9558&fno=106&gubun_no=&menu_cd=04_02_02_04&bn=newsView&search_item=&search_content=&pageIndex=1#

보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025a). 2026년 통합건강증진사업 안내. https://www.khepi.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00890&page_no=B2017003&pageNum=5&siteId=&srch_text=&srch_cate=&sr

ch_type=&str_clft_cd_list=&str_clft_cd_type_list=&board_idx=11257
보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025b). 2026년 통합건강증진사업 안내. ICT 융합 방문건강관리. (구) 방문건강관리 및 AI·IoT기반 어르신 건강관리. https://www.khepi.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00890&page_no=B2017003&pageNum=5&siteId=&srch_text=&srch_cate=&srch_type=&str_clft_cd_list=&str_clft_cd_type_list=&board_idx=11292
오세웅. (2020. 12. 31). 일본, 히키코모리 장기화·고령화로 '8050'문제 대두. 복지타임즈. https://www.bokjitimes.com/news/articleView.html?idxno=30153
질병관리청(n.d.). HPV 국가예방접종사업. https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=132

〈법령자료〉

가족돌봄 등 위기 아동·청년 지원에 관한 법률, 법률 제20846호 (2025).
지역보건법, 법률 제20445호 (2024).

Abstract

Delivering Community-Based Health Promotion Programs for Vulnerable Young Adults

Project Head: Kim, Dongjin

Because young adulthood is widely regarded as the healthiest stage of the life course, health concerns tend to rank below employment and income among the needs of young adults. Our analysis, however, finds that vulnerable young adults are in poorer health than the young adult population as a whole. Their disadvantage extends beyond the economic and social domains to include health, pointing to an urgent need for active intervention.

In line with the 6th Health Plan (2026-2030), community health centers should develop concrete implementation plans for tailored health management and secure the necessary resources. These centers face a dual task: identifying vulnerable young adults and providing them with appropriate services. This calls for formal linkages with dedicated support agencies and local case management teams to serve households in crisis, and for an operational foundation that enables home-visiting health care teams to participate in case management when requested.

Key words: vulnerable young adults, health, community health centers

---

Co-Researchers: Lee, Jiyoung