

발 간 등 록 번 호
11-1383000-001178-01

생활체감형 정책 특정성별영향평가

2023. 12.



여성가족부

Ministry of Gender Equality and Family



생활체감형 정책 특정성별영향평가

2023. 12.

연 구 기 관 : 한국여성정책연구원

과 제 1 연구책임자 : 이 선 혜 (중앙대학교 교수)

공동연구자 : 박 지 혜 (중앙대학교 강사)

과 제 2 연구책임자 : 이 소 정 (남서울대학교 교수)

공동연구자 : 신 규 수 (한국생활환경보건협회 연구원)

과 제 3 연구책임자 : 김 새 롬 (한국여성정책연구원 객원연구원)

공동연구자 : 김 진 환 (한국여성정책연구원 객원연구원)

연 구 보 조 원 : 홍 지 영 (중앙대학교 석사과정)

양 유 정 (연세대학교 사회복지대학원 석사과정)

김 종 훈 (한국여성정책연구원 연구보조원)



여성가족부

본 보고서는 한국여성정책연구원이 여성가족부의 연구용역 의뢰를 받아 수행한 연구결과입니다. 보고서의 내용은 연구진의 의견이며, 여성가족부의 공식적인 입장이 아님을 밝혀둡니다.

연구요약

I. 연구개요

□ 연구배경 및 목적

- 본 연구는 국민이 직장에서나 일상생활 속에서 느끼는 성차별 문제를 찾아내어 정부나 공공기관이 개선할 수 있도록 개선방안을 마련하는 데 있음. 세부 목적은 다음과 같음.
 - 첫째, 청년의 정신건강서비스는 정책 수요가 확장되는 부분임. 정신건강 수준 및 정신 건강 문제해결 양상, 영향요인에 성별에 따른 차이가 존재하는 바, 성별에 따른 청년 당사자의 바우처 상담서비스 이용 경험을 조사 분석하고 이를 반영한 서비스 개선 방안을 마련하고자 함.
 - 둘째, 국민연금 가입자 중심으로 설계된 노후준비지원서비스는 서비스 수혜에서 여성의 접근성을 제한하는 요인으로 작용하고 있는 바, 노후준비에 대한 성별 차이를 고려한 노후준비지원서비스 개선방안을 마련하고자 함.
 - 셋째, 한국의 마약류 약물의 오남용과 중독 등 실태를 공중보건의 관점에서 파악하고, 광범위하게 유통되며 오남용의 가능성이 있는 것으로 여겨지는 마약류 의약품의 처방 현황을 성별로 분석하여 의약품의 오남용을 예방하고, 중독으로 인한 피해를 줄이기 위한 정책 방안을 마련하고자 함.

□ 연구내용

- 세부과제 1: 청년마음건강서비스
 - 청년마음건강지원사업 현황 분석
 - 청년 당사자의 청년마음건강지원사업 이용 경험 전반 및 서비스 관련 제안사항 분석
 - 청년마음건강지원사업 제공인력 마음건강바우처 제공경험 전반 및 관련 제도 개선 사항 분석과 제공인력 교과과정 분석
- 세부과제 2: 노후준비서비스
 - 노후준비 4대 영역별 노인의 성별 생활실태 점검
 - 노후준비수준의 성별 차이와 노후준비지원서비스 이용 실태 분석
- 세부과제 3: 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리
 - 한국의 마약류 약물의 오남용과 중독 등 실태 분석

- 오남용의 가능성이 있는 것으로 여겨지는 마약류 약물의 최종적인 조제와 투약과 관련한 성별 분석

□ 연구방법

- 세부과제 1: 청년마음건강서비스
 - 문헌 분석
 - 청년마음건강지원사업의 이용경험이 있는 남녀 청년 10명 면접조사
 - 청년마음건강지원사업 서비스제공자 10명 면접조사
- 세부과제 2: 노후준비서비스
 - 문헌 분석
 - 국민연금공단 노후준비지원서비스 이용자 DB, 보건복지부 “노후준비실태조사(35세 이상 69세 이하)” 데이터 원자료 등 노후준비지원서비스 이용 현황 분석
 - 노후준비상담사 8명 초점집단 면접
- 세부과제 3: 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리
 - 문헌 분석과 BigKinds 언론 보도 내용 분석
 - 마약류관리시스템(Narcotics Information Management System, NIMS)에서 수집된 마약류 의약품 처방 현황 분석
 - 마약류 의약품을 처방·조제한 경험이 있거나 관련 문제 다루는 전문가와 실무자 9명 자문조사

II. 주요 정책 개선안

1. 세부과제 1: 청년마음건강서비스

- 정신질환 발병에는 생물심리사회적 차원의 다양한 요인들이 관여하기 때문에, 제공인력 보수 교육에 젠더 관점 및 성인지 감수성 증진 과목 개설
 - 제공인력(상담자)은 문제 사정에 있어 내담자 역기능과 문제해결에 영향을 미치는 성역할 고정관념과 담론을 파악하고 해체하는 역량을 갖출 수 있도록 젠더감수성과 청년상담 과목 추가 개설
 - 제공기관장과 제공인력이 모두 이수하는 ‘공통-기본’ 영역에 1회 최소 2시간 이상 (온오프 라인)

- 필수주제로 젠더감수성에 기반한 사례개념화 및 개입전략 또는 제공인력의 젠더감수성 관련 자기이해를 개설
- 선택주제로 정신건강 유병률의 성별 특성(질환유형, 발병시기, 질환관련 스티그마 등), 정신건강 위험요인(생물, 심리, 가족, 사회)의 성별 특성, 성별 정체성 및 성역할 규범에 근거한 청년기 발달궤적 이해, 성역할 규범이 정신건강리터러시 및 도움요청 행동에 미치는 영향 중 1가지 이상 개설

□ 학업, 취업준비, 근로를 비롯하여 육아나 가족돌봄(환자, 장애, 노인 등) 등 다양한 이유로 오프라인 마음건강서비스 이용에 제한이 있으므로 비대면 서비스 도입과 서비스 전달 방법에 (온오프라인) 선택지 제공

□ 수요자 요구를 반영하여 서비스 이용 방식을 다음과 같이 개선할 필요

- 집단상담은 집단역동을 통한 관계형성, 상호지지, 모델링, 네트워킹에 따른 효과를 기대할 수 있어 고립에 취약한 청년집단에 특히 유용하므로 1:1 상담 이외에 집단상담을 비롯한 다양한 방식의 서비스 도입 필요
- 신규 승인된 서비스 총 10회기를 3개월 이내에 소진하도록 하는 규정은 상담 일정 변경 등의 요인에 적극 대처하기 어려워서 서비스 질을 저해할 수 있으므로, 서비스 개시일 부터 이용 기간을 산정하는 등 유연한 기간 산정 방식 적용 필요
- 서비스 신청 및 재판정 관련 결과 통보 시 청년의 주민등록 주소지로 통지가 우편 발송되는 등 상담서비스에서 비밀보장과 개인정보 보호 침해 요소가 있으므로, 서비스 신청 시 선호하는 통보방식(핸드폰 통보, 실거주지 주소 통보 등)을 선택하도록 하는 등의 개선 필요
- 서비스 신청은 복지로 사이트에서 온라인 신청이 가능하지만, 연장 신청 시에는 주민 센터를 방문하여 오프라인으로 신청서를 제출해야 하므로, 연장 신청 시 온라인 접수도 가능하도록 개선 필요
- 서비스 전달과정에서 잘못된 정보가 전달되는 사례들이 나타나는 바(소득기준 적용, 청년과 미혼을 동일시하는 고정관념으로 인해 임신출산 및 양육 스트레스, 부부갈등 등의 사유의 부적절성 전달 등) 사회서비스 바우처사업의 현황(사업내용, 대상, 기준 등)을 일별할 수 있는 시스템 구축 및 지자체 관련 업무 담당자 사업숙지 등의 조치 필요
- 청년마음건강지원사업에서 체계적이고 다각화된 홍보전략 요구(광역자치단체별 홍보의 양이나 방식의 편차 완화, 국민취업지원제도, 대학 일자리 플러스센터, 청년도전지원사업, 가족돌봄 및 고립은둔 청년 사업 등 청년이 다수 참여하는 정책사업과 홍보 연계 등)

2. 세부과제 2: 노후준비서비스

□ 노후준비의 다양성을 반영하여 노후준비 진단지의 획일성 개선

- 성별×생애주기별 진단지 개발 또는 집단 특성 반영한 지표 배점 및 가중치 조정
 - 성별과 생애주기(20~30대 청년기/40대 중년기/50대 장년기/60대 이상 노년기)를 교차시킨 8개 집단별 진단지와 노후준비 콘텐츠 개발 필요
 - 응답자의 연령에 맞추어 부동산자산 항목의 배점 또는 가중치를 다르게 반영하거나, 대인관계나 건강 여가 영역 등의 영역간 가중치를 두는 방안
- 근로를 하지 않는 사람, 근로이력이 짧거나 불안정한 사람들을 위한 별도의 진단체계 개발 필요
 - 현재 진단지는 근로활동이 중요한 비중을 차지하며 근로활동을 전제로 구성되어 있음.
- 개인의 선호, 취향, 가치를 반영한 진단지표 개발(노후에 대한 개인의 태도 진단, 개인의 목표치 또는 자기평가 문항 등 반영)
- 1인 가구가 아닌 경우에도 개인중심 진단지와 가구단위 진단지로 이원화(1인정보 기반 +가구정보 반영)
- 진단 결과지의 상·중·하 대신 객관적 점수에 대한 정보제공 또는 국민 평균과의 비교하거나 유사한 준거집단과 비교통계 제시 방식으로 변경

□ 노후 준비 서비스에 접근하기 어려운 계층에 대한 서비스 확충

- 40대 근로자를 위한 다각적인 노후준비지원서비스 제공
 - 직장인을 위한 야간 상담, 주말상담 개설 등 상담시간 유연화
 - 비대면 진단 및 상담 제도 도입 등 상담 방식 다원화
 - 기업과 국민연금공단 업무협약 체결 등을 통해 직장으로 찾아가는 노후준비 집단상담/집체교육 활성화
- 한부모가정 대상 서비스 지원 방안 마련 필요
 - 일반 한부모가정은 복지정책과의 연결고리가 부재하기 때문에 지역사회 건강가정지원센터 및 육아종합지원센터, 지역아동센터, 학교(돌봄교실) 등과 연계해 지자체 차원에서 노후준비 지원을 주도적으로 진행할 필요
- 전업주부 대상 배우자 의존적이지 않은 노후준비 서비스 지원 필요
 - 노후준비 결과 제시 방식을 개인단위 결과와 가구단위 결과로 이원화시켜 개인단위 노후준비 진단서비스 도입 및 이원화노후준비 점수 계산 방식 변경 필요
 - 주부와 같이 국민연금의 당연가입자가 아님으로 인해 국민연금제도에서 배제된 집단의

노후준비를 위해 지자체 역할 강화. 지역사회 내 종교기관, 문화센터, 금융기관, 보건소, 지자체 교육프로그램 등과 연계한 집단 교육 프로그램을 통한 인식개선 필요

- 기타 취약계층인 농어촌 지역 미취업자, 대도시·중소도시 임시일용직 대상 서비스 발굴
 - 국민연금공단 지사 및 지자체 지역노후준비지원센터 노후준비지원서비스에의 접근성이 매우 낮은 농어촌지역 배치 확대
 - 농어촌 지역은 도시지역보다 여가와 대인관계 영역이 미흡하고, 건강 영역에서도 만성 질환 수가 상대적으로 많음. 특히, 농어촌 지역 여성 중 취업 기회가 없는 경우 노후준비에 더욱 어려움을 겪게 되며 자산 형성이나 건강 관리 등이 취약
 - 대도시와 중소도시에서 임시 일용직은 안정성을 보장받지 못하는 근무 조건과 직장 생활 등으로 상대적으로 사회적 대인관계가 약하며, 임금 등도 낮아 노후준비 어려움.

□ 노후준비지원서비스 운영상의 개선과제

- 노후준비에 대한 전국민적 홍보(지자체와 주민센터 중심 홍보 필요)
 - ※ 국민들 가운데 49.2%가 노후준비지원서비스에 대해 들어본 적이 없었으며 나머지 46.9%는 들어는 봤지만 잘 모른다고 응답(노후준비실태조사)
- 평일의 시간적 제약 등을 고려한 서비스 제공 형식 다원화
 - 야간 및 주말 서비스 제공
 - 서비스 제공 방식에서 비대면 상담제 도입
 - 찾아가는 집단 상담 등 집단 상담제 도입
 - 개인별 필요에 따른 차등화 등 노후준비 횟수 유연화
 - 주기적 사후관리제 도입
- 노후준비 상담사 역량강화를 위한 제도적 지원 강화
 - 상담사 대상 주기적 교육 및 콘텐츠 제공
 - 상담사 외부 자격증 지원, 상담사 외부 강의 수강 인정 및 지원, 상담사 간 주기적 사례관리 회의 지원
 - 지역노후준비지원센터 상담사들의 교육 및 자격요건에 대해 노후준비지원법에 명확하게 규정할 필요

〈표 1〉 노후준비 상담사 역량강화를 위한 법령 개정(안)

현안	개선(안)
<p>노후준비지원법 제11조(노후준비서비스 제공자)</p> <p>① 보건복지부장관은 중앙센터, 광역센터 또는 지역센터에서 노후준비와 관련한 진단, 상담 및 교육 등을 수행하는 노후준비서비스 제공자를 양성하기 위한 교육을 실시하여야 한다. <개정 2021. 12. 21.></p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 제1항에 따른 교육을 이수하고 정기적으로 보수교육을 받아야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 교육과정을 「고등교육법」 제2조제1호 및 제4호에 따른 대학 및 전문대학 등 대통령령으로 정하는 관계 기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.</p> <p>④ 제1항 및 제2항에 따른 교육의 대상·기간·내용·방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>노후준비지원법 제11조(노후준비서비스 제공자)</p> <p>① 보건복지부장관은 노후준비와 관련한 진단, 상담 및 교육 등을 수행하는 노후준비서비스 제공자를 양성하기 위한 교육을 중앙노후준비지원센터에 위탁 실시하여야 한다.</p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 제1항에 따른 교육을 이수하고 정기적으로 보수교육을 받아야 하며 불이행시 보건복지부령에 의한 처벌을 받아야 한다.</p> <p>③ 삭제</p> <p>④ 동일</p>
<p>노후준비지원법 시행규칙 제6조(노후준비서비스 교육과정)</p> <p>① 법 제11조제2항에 따라 노후준비서비스 제공자가 되려는 사람은 별표에 따른 교육훈련 과정을 이수하여야 한다.</p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 법 제11조제2항에 따라 보수교육 과정을 2년마다 20시간 이상 이수하여야 한다.</p>	<p>노후준비지원법 시행규칙 제6조(노후준비서비스 교육과정)</p> <p>① 동일</p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 법 제11조제2항에 따라 보수교육 과정을 1년마다 20시간 이상 이수하여야 한다.</p> <p>③ 1항과 2항을 어기는 지역센터는 노후준비지원센터 위탁지정이 철회되며 3년간 재위탁이 금지된다.</p>

- 상담사 증원 및 상담사에 대한 선택권 부여
 - 전국 단위 상담인력 증원 배치 및 1인당 주당 상담량 감소
 - 상담사 프로필 온라인 공개 및 국민들이 상담 신청시 상담사 선택권 부여
- 양질의 노후준비서비스 제공을 위한 노후준비상담사 인사 시스템 개선
 - 순환보직제에서 공모제로 국민연금공단 상담사 배치 방식 변경
 - 별도채용 확대 필요(노인인력, 은퇴인력 활용 가능)
 - 개인 희망시 상담사 장기 근속 보장

3. 세부과제 3: 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리

- 성인지적 마약 정책을 위한 성별구분자료 생산
 - 마약류통합관리시스템을 통해 단순한 마약류 처방 현황이 아니라 효능별·성분별 처방

현황을 성별 구분하여 제시할 필요

- 현재 공개되고 있는 자료는 성별 처방량을 제시하는 데에 그치고 있어서, 전체 마약류 처방이 아니라 효능별·성분별 처방 현황을 성별 구분하여 제시할 필요

○ 건강보험심사평가원 빅데이터개방포털에서 성별 구분 자료 제시

- HIRA 빅데이터개방포털(<https://opendata.hira.or.kr>)은 성별화된 약물 사용의 현황을 살펴볼 수 있는 빅데이터를 구축하고 있음에도 불구하고, 의약품 통계에서 질병별, 약효분류별, 성분별, 약물별(ATC코드 기준) 사용 통계를 제시할 뿐 이에 대한 성별 구분 자료를 제시하지 않음.
- 전체 의약품에 대한 성별 구분 자료를 포털에 구축하는 데에 현실적 제약이 있다면 성별에 따른 차이를 파악하는 것이 중요한 마약류 약물 등 우선순위가 높은 의약품 들을 중심으로 성별과 연령을 구분할 수 있는 처방 현황을 파악할 수 있는 자료를 구축, 공개하는 방안을 검토할 필요

○ 대검찰청 마약류 통계를 활용한 성별 구분 자료 제시

- 마약류 월간동향, 마약류 범죄백서는 마약류 사범 현황에서 마약, 향정, 대마를 구분해 성비와 성별과 직업을 상호교차한 구성비 표를 제시하지만, 정책적 대응을 위해서는 성별과 연령을 교차한 마약사범의 구성비나 치료보호·감호 대상자의 성비, 교육이수 조건부기소유예자의 성비 등 보다 세분화된 분석이 필요
- 향후 마약류 범죄백서를 발행할 때에 성별 구분이 유의미한 범주에 대해서는 가능하면 성별구분 자료를 생산하여 제시하는 방안, 또는 여성이나 청소년의 마약 사용자의 특수한 상황과 필요를 분석하는 장을 추가하는 방안 등 필요

○ 약물 중독과 오남용 규모에 대한 실질적인 통계 마련

- 약물 중독과 오남용으로 일상에 어려움을 겪거나 건강에 영향을 받는 인구집단의 규모를 파악하기 위한 별도의 노력이 필요. 즉, 전체 인구집단 중 의약품의 오남용과 중독, 마약류 사용과 그로 인한 건강 영향을 파악할 수 있는 자료원 마련 필요
- 미국의 국가 의약품 사용과 건강 조사에 준하는 새로운 통계를 구축하거나 『마약류 관리에 관한 법률』에 따라 수행되는 「마약류 중독자 실태조사」를 확장하는 방안
- 합법적 의약품의 오남용과 관련한 정보 생산을 위해 국가승인통계인 「한국의료패널」이나, 「국민건강영양조사」 등의 건강관련 조사에서 의약품 오남용과 그 건강 영향에 대한 문항 추가

□ 형사사법체계 내에서 성별을 고려하는 정책 마련

- 여성 약물 사용자는 남성과 구분되는 뚜렷한 차이를 보인다는 점에서 여성 마약 중독 치료 인프라 마련 필요
 - 여성 약물사용자의 중독 치료 및 재활 프로그램 개발
 - 여성 약물사용 폭력피해자 치료·재활 지원
- 청소년 마약 중독 치료 인프라 마련
 - 청소년 마약중독 치료 인프라 마련 및 성인지적 지원기관 연계
- 24시 마약류 상담센터 및 메타버스 운영에 대한 성별영향평가
 - 새롭게 도입되는 마약류 예방교육·상담 콘텐츠가 성인지적으로 구성되어 있는지, 더 나아가 여성과 남성, 청소년, 소수자의 취약성을 반영하는 포용적인 내용을 다루고 있는지를 중심으로 성별영향평가 필요

□ 처방 의약품 오남용 관련 정책 마련

- 마약류 의약품 처방에 대한 규제와 처벌을 강화하고 동료평가제도 도입
 - 항정신성 의약품을 주로 처방하는 정신과 병의원의 경우 원내조제(의약품업 예외 조항 적용)가 이루어지는 경우가 많아서, 의사 개인 처방에 대해 개입할 수 있는 실질적인 수단 미흡. 마약류 의약품 처방에 대해서는 급여와 비급여 처방을 모두 포함하여 동료 검토(peer-review)가 이루어지는 동료평가제 등 도입 필요
- 식욕억제제 등 처방의약품 오남용의 건강영향 연구
 - 식품의약품안전처는 마약류통합정보시스템을 활용하여 부적절한 처방이 이루어지고 있을 가능성이 큰 의료기관의 의사에게 알림톡을 보내고, 환자의 처방 과거력을 알 수 있게 정보를 제공함으로써 처방의약품 오남용을 제한하는 정책 추진. 하지만, 현장 진료 없이 처방하는 의료기관이 있고, 비급여 의료와 관련하여 “상업적으로 건강에 해로운 약물 처방”이 이루어지며, 여성들의 약물 오남용과 중독으로 이어지고 있으므로, 식욕억제제를 중심으로 처방의약품 오남용과 중독, 건강영향을 여성들의 경험을 토대로 파악하고 개입 정책을 개발하기 위한 보다 심층적인 연구 필요
- 처방의약품 의존과 오남용의 위험성에 대한 대중적 홍보와 교육
 - 한국마약퇴치운동본부나 식품의약품안전처 마약예방재활팀에서 진행하는 마약중독 예방 정책에 불법 마약류 뿐만 아니라 처방의약품 의존과 오남용의 문제점들이 다루어 질 수 있도록 협력 강화 필요

- 처방의약품 오남용과 중독 예방과 치료 프로그램 개발
 - 처방 의약품의 오남용과 중독을 예방하고 치료하는 과정은 마약 정책의 틀에서 제공하는 서비스로는 개선하기 어려움. 식품의약품안전처 산하 약물감시연구사업단과 지역 의약품안전센터가 식약처가 지정하는 의약품에 대한 주기적인 모니터링을 수행하거나, 지역적 특성을 고려하는 중점 사업을 수립하여 수행할 수 있음. 식약처가 식욕억제제와 더불어 살을 빼기 위해 오남용되는 다양한 의약품(이노제, 변비약, 갑상선호르몬 제제 등) 이상사례를 관리할 수 있도록 지정할 필요

□ 성평등 정책에 마약과 의약품 오남용 관련 필요 반영

- 양성평등정책 기본계획 '폭력피해 지원 및 성인지적 건강권 보장' 과제에 마약류 약물 문제의 다양한 차원 포함

〈표 2〉 양성평등정책 기본계획 반영 사항

중과제	반영내용
3-1. 피해자의 법·제도적 권리 보장 3-1-2. 5대 폭력 등 피해자 보호·지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 약물사용과 관련한 성별기반폭력 피해자에 대한 포괄적 지원 방안 모색 • 약물사용과 관련한 성별기반폭력의 현황을 피해자중심적으로 파악할 수 있는 정책 근거 마련 및 이에 따른 지원 모색
3-2. 성별 기반 폭력 대응 강화 3-2-3. 폭력예방교육 실효성 제고	<ul style="list-style-type: none"> • 약물사용과 관련한 폭력과 관련한 내용들을 폭력예방교육 과정에 반영
3-3 성인지적 건강정책 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 여성 약물 오남용 예방대책 강화를 소과제로 추가하여 여성의 약물 오남용과 의존을 예방하고 치료하기 위한 프로그램 개발 및 서비스 지원 체계 마련을 내용으로 포함 • 상업화된 건강 서비스로 인한 피해를 최소화하기 위한 방안과 피해 구제 정책 개발

- 여성폭력방지정책 기본계획에 약물 사용 문제는 신중 여성폭력 대응 강화 과제에 포함된 '약물이용 성범죄 대응체계 구축'에 제한적으로 포함되어 있으나 다음과 같이 확대 필요

〈표 3〉 여성폭력방지정책 기본계획 반영 사항

중과제	반영내용
I-2-3. 약물이용 성범죄 대응체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 약물 판매자/제공자 처벌 강화 • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예
I-4 대상별 맞춤형 대응조치 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 요청 시 사법절차 유예 보장 * 조건부기소유예, 조건부선고유예 등 • 치료보호 제공(주거 포함, 2차 피해 방지) • 치료조건부기소·선고 유예 확대 • 여성폭력통계에 약물사용여성 카테고리 추가
II-2 형사사법체계의 2차 피해 방지	<ul style="list-style-type: none"> • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예
IV-1 여성폭력 처벌 관련 법·제도 정비	<ul style="list-style-type: none"> • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예 • 치료조건부기소·선고 유예 확대
IV-2 여성폭력 피해 지원체계의 연계·협력 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 역량을 갖춘 성폭력 전담의료기관 발굴·지정 • 여성폭력 피해자 지원시설 치료 연계 역량 강화

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 목적 및 필요성	3
2. 연구내용 및 방법	5
가. 연구내용	5
나. 연구방법	7
II. 세부과제 1: 청년마음건강지원사업	13
1. 청년 정신건강 문헌고찰	15
가. 청년의 정신건강 실태 및 위험 요인	15
나. 청년의 발달과업 및 생심리사회적 위험	20
다. 청년 정신건강 리터러시 및 도움요청 양상	24
라. 성역할 담론과 정신건강	27
2. 청년마음건강지원사업 현황	28
가. 부처별 청년 정신건강지원	28
나. 보건복지부 청년마음건강지원정책	30
다. 청년마음건강지원사업(바우처)	32
라. 시도별 청년마음건강지원사업 현황	34
3. 서비스이용자 및 제공자 요구 분석	40
가. 서비스이용자 경험 심층면접 분석결과	40
나. 서비스제공자 경험 심층면접 분석결과	52
4. 서비스제공인력 교과과정 분석	60
가. 교과과정 분석 개요	60
나. 해외 관련전공 교육과정 분석	62
다. 국내 ‘심리상담’ 국가직무능력표준(NCS)	78
라. 청년마음건강지원사업 제공인력 의무교육	93
5. 서비스 개선방안	95
가. 성별영향평가 지표별 분석 종합	95
나. 정책 개선 방안	104

Ⅲ. 세부과제 2: 노후준비지원서비스	111
1. 노후준비지원서비스 개요	113
가. 국내외 연구동향	113
나. 노후준비지원서비스 도입 및 추진과정	115
다. 노후준비지원법 주요 내용	119
2. 노후준비실태 및 노후준비진단결과분석	137
가. 분석틀	137
나. 국민연금공단 노후준비 DB 분석결과	137
다. 노후준비실태조사 분석 결과	168
3. 노후준비서비스 평가	238
가. 노후준비 일반적 특성	239
나. 연령대별 노후준비 특성	239
다. 여성의 비재무 영역 노후준비 특성	244
라. 노후준비 취약집단: 40대, 전업주부, 한부모가정	245
마. 노후준비 진단지 개선 필요성	248
바. 취업자들의 노후준비 지원을 위한 노후준비지원서비스 운영 개선 필요	251
사. 타 여성정책과 연계 필요성	252
아. 여성 노후준비의 다양성에 대응할 수 있는 상담사 역량 강화	253
자. 상담사에 대한 선택권 부여	253
차. 상담횟수(주기) 및 상담형식의 유연화	254
카. 노후준비상담사 인력 증원 필요	255
타. 국민연금 공단 노후준비상담사 인사 시스템 개선 필요	256
4. 사업 개선방안	258
가. 분석 결과 요약	258
나. 노후준비지원서비스 개선과제	266
Ⅳ. 세부과제 3: 항정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리	285
1. 마약류 약물의 특성과 선행연구	287
가. 마약류 약물의 법적 정의와 연구의 관점	287
나. 국내 연구 동향	291
다. 국외 연구 동향	306

2. 현황 진단	317
가. 신문기사 분석	317
나. 전문가 및 실무자 자문 조사 결과	332
3. 마약류 의약품 처방 현황 성별 분석	348
가. 마약류 의약품 처방 현황 관련 가용자료원	348
나. 마약류 의약품 처방 현황 분석	357
다. 소결	411
4. 정책 개선방안	412
가. 성인지적 마약 정책을 위한 성별구분 자료 생산	412
나. 형사사법체계 내에서 성별을 고려하는 정책 마련	418
다. 처방 의약품 오남용 관련 정책 마련	425
라. 성평등 정책에 마약류 약물 문제 관련 필요 반영	430
V. 결 론	435
1. 개선안 요약 1: 청년마음건강지원사업	437
2. 개선안 요약 2: 노후준비지원서비스	441
3. 개선안 요약 3: 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리	445
■ 참고문헌	451

표 목 차

〈표 I-1〉 이용자 심층면접 주요내용	5
〈표 I-2〉 제공자 심층면접 주요내용	6
〈표 I-3〉 연구참여자 구성 및 방법	7
〈표 I-4〉 연구참여자의 일반적 사항	8
〈표 I-5〉 연구참여자 구성 및 방법	8
〈표 I-6〉 연구참여자의 일반적 사항	9
〈표 I-7〉 면접 참여 노후준비상담사 특성	10
〈표 I-8〉 전문가 및 실무자 자문조사 진행 결과	11
〈표 II-1〉 주요 정신장애 유병률(2021년)	15
〈표 II-2〉 최근 5년(2017~2021년) 10세 단위별 우울증 및 불안장애 환자수	16
〈표 II-3〉 주요 정신장애 연령·성별 1년 유병률(2021년)	17
〈표 II-4〉 최근 5년(2017~2021년) 성별 스트레스 인지율	17
〈표 II-5〉 최근 5년(2017~2021년) 정신건강문제상담률	18
〈표 II-6〉 2021년 우울증 성별·연령대별(10세 단위) 환자수	19
〈표 II-7〉 WHO 정신건강 결정요인	23
〈표 II-8〉 시기별 심리정서 지원서비스 이용경험 및 이용기관	26
〈표 II-9〉 2023년 시도별 청년마음건강지원사업 제공기관 현황	34
〈표 II-10〉 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 제공인력 현황	36
〈표 II-11〉 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 이용 현황	38
〈표 II-12〉 정신건강서비스 핵심 전문직	64
〈표 II-13〉 전문상담 관련 면허 유형: 미국 캘리포니아 사례	64
〈표 II-14〉 CHEA 공시 인증기관 목록: 영역별	65
〈표 II-15〉 사회복지실천 인증표준(EPAS) 9대 역량	67
〈표 II-16〉 사회복지실천 인증표준(EPAS): 역량 3	67
〈표 II-17〉 부부가족상담 COAMFTE 인증표준: 기본교과과정 10대 영역	70
〈표 II-18〉 부부가족상담 COAMFTE 인증표준 기본교과과정: 제3영역	71
〈표 II-19〉 상담 분야 CACREP 인증표준 기본교과과정 8대 영역	72

〈표 II-20〉 상담 분야 CACREP 인증표준 기본교과과정: 영역 B	73
〈표 II-21〉 APA 건강서비스 심리학(석사) 인증표준	74
〈표 II-22〉 APCAC 상담 및 심리 기본교과과정: 10대 영역	76
〈표 II-23〉 APCAC 상담 및 심리 기본교과과정: 영역3	78
〈표 II-24〉 심리상담(직종명) 분류체계	79
〈표 II-25〉 능력단위 구성항목 정의	80
〈표 II-26〉 능력단위별 능력단위요소	81
〈표 II-27〉 능력단위별 세부내용(예시)	85
〈표 II-28〉 심리상담 훈련기준 요약(NCS 전공교과)	89
〈표 II-29〉 심리상담 훈련기준(NCS 전공교과)	89
〈표 II-30〉 청년마음건강지원사업 교육체계	94
〈표 II-31〉 청년마음건강지원사업 평가 지표	96
〈표 II-32〉 청년마음건강지원사업 필수정보 제공 현황	102
〈표 II-33〉 청년마음건강지원사업 의무교육 추가강좌 개요(안)	106
〈표 II-34〉 청년마음건강지원사업과 청년정책사업과의 홍보연계	110
〈표 III-1〉 국내외 노후준비지원서비스 제공 사례	113
〈표 III-2〉 노후준비지원서비스 제도화 연혁	118
〈표 III-3〉 노후준비진단지표의 구성	124
〈표 III-4〉 영역별 노후준비 유형분류	125
〈표 III-5〉 대인관계 영역 지표 구성	125
〈표 III-6〉 건강 영역 지표 구성	127
〈표 III-7〉 재무 영역 지표 구성(재무 1)	129
〈표 III-8〉 여가 영역 지표 구성	131
〈표 III-9〉 노후준비지원서비스 전달체계별 기능	136
〈표 III-10〉 조사대상자의 성별 일반특성 분포	138
〈표 III-11〉 대인관계 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	139
〈표 III-12〉 건강 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	141
〈표 III-13〉 여가 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	142
〈표 III-14〉 재무 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	144
〈표 III-15〉 대인관계 영역 성별 거주지역별 평균(t-test)	145
〈표 III-16〉 대인관계 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	146

〈표 III-17〉 대인관계 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)	147
〈표 III-18〉 대인관계 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)	147
〈표 III-19〉 건강 영역 성별 거주지별 평균(t-test)	148
〈표 III-20〉 건강 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	148
〈표 III-21〉 건강 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)	149
〈표 III-22〉 건강 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)	150
〈표 III-23〉 여가 영역 성별 거주지별 평균(t-test)	150
〈표 III-24〉 여가 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	151
〈표 III-25〉 여가 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)	152
〈표 III-26〉 여가 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)	152
〈표 III-27〉 재무 영역 성별 거주지별 평균(t-test)	153
〈표 III-28〉 재무 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	153
〈표 III-29〉 재무 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)	154
〈표 III-30〉 재무 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)	155
〈표 III-31〉 대인관계 영역 여성의 거주지별 평균(anova)	156
〈표 III-32〉 대인관계 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	156
〈표 III-33〉 대인관계 영역 여성의 가구유형별 평균(t-test)	157
〈표 III-34〉 대인관계 영역 여성의 소득활동 여부별 평균(t-test)	158
〈표 III-35〉 건강 영역 여성의 거주지별 평균(anova)	159
〈표 III-36〉 건강 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	159
〈표 III-37〉 건강 영역 여성의 가구유형별 평균(t-test)	160
〈표 III-38〉 건강 영역 여성의 소득활동 여부별 평균(t-test)	161
〈표 III-39〉 여가 영역 여성의 거주지별 평균(anova)	162
〈표 III-40〉 여가 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	162
〈표 III-41〉 여가 영역 여성의 가구유형별 평균(t-test)	163
〈표 III-42〉 여가 영역 여성의 소득활동 여부별 평균(t-test)	164
〈표 III-43〉 재무 영역 여성의 거주지별 평균(anova)	164
〈표 III-44〉 재무 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	165
〈표 III-45〉 재무 영역 여성의 가구유형별 평균(t-test)	166
〈표 III-46〉 재무 영역 여성의 소득활동 여부별 평균(t-test)	167
〈표 III-47〉 노후준비실태조사의 영역별 조사 문항	168

〈표 III-48〉 응답자의 성별 일반특성 분포	171
〈표 III-49〉 대인관계 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	173
〈표 III-50〉 건강관계 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	174
〈표 III-51〉 여가영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	176
〈표 III-52〉 소득과 자산 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	177
〈표 III-53〉 노후준비 및 노후준비서비스 인지도 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소	178
〈표 III-54〉 대인관계 영역 성별 거주지에 따른 평균(t-test)	180
〈표 III-55〉 대인관계 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	181
〈표 III-56〉 대인관계 영역 성별 배우자 유무별 평균(t-test)	181
〈표 III-57〉 대인관계 영역 성별 자녀 유무별 평균(t-test)	182
〈표 III-58〉 대인관계 영역 성별 취업여부별 평균(t-test)	183
〈표 III-59〉 대인관계 영역 성별 종사상 지위별 평균(t-test)	183
〈표 III-60〉 건강 영역 성별 거주지별 평균(t-test)	184
〈표 III-61〉 건강 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	185
〈표 III-62〉 건강 영역 성별 배우자 유무별 평균(t-test)	185
〈표 III-63〉 건강 영역 성별 자녀 유무별 평균(t-test)	186
〈표 III-64〉 건강 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	186
〈표 III-65〉 건강 영역 성별 종사상 지위에 따른 평균(t-test)	187
〈표 III-66〉 여가 영역 성별 거주지별 평균(t-test)	188
〈표 III-67〉 여가 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	188
〈표 III-68〉 여가 영역 성별 배우자 유무에 따른 평균(t-test)	189
〈표 III-69〉 여가 영역 성별 자녀 유무에 따른 평균(t-test)	189
〈표 III-70〉 여가 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	190
〈표 III-71〉 여가 영역 성별 종사상 지위별 평균(t-test)	190
〈표 III-72〉 소득과 자산 영역 성별 거주지에 따른 평균(t-test)	191
〈표 III-73〉 소득과 자산 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	192
〈표 III-74〉 소득과 자산 영역 성별 배우자 유무에 따른 평균(t-test)	194
〈표 III-75〉 소득과 자산 영역 성별 자녀 유무에 따른 평균(t-test)	195
〈표 III-76〉 소득과 자산 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	196
〈표 III-77〉 소득과 자산 영역 성별 종사상 지위에 따른 평균(t-test)	198

<표 III-78> 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 거주지별 평균(t-test)	199
<표 III-79> 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 연령대별 평균(t-test)	200
<표 III-80> 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 배우자 유무에 따른 평균(t-test)	200
<표 III-81> 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 자녀 유무에 따른 평균(t-test)	201
<표 III-82> 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	201
<표 III-83> 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 종사상 지위별 평균(t-test) ..	202
<표 III-84> 연령과 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	203
<표 III-85> 연령과 자녀 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	204
<표 III-86> 연령과 거주지역에 따른 노후준비 영역별 총점	205
<표 III-87> 연령과 근로유무에 따른 노후준비 영역별 총점	206
<표 III-88> 연령과 종사상 지위에 따른 노후준비 영역별 총점	206
<표 III-89> 배우자 유무와 자녀 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	207
<표 III-90> 거주지역과 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	208
<표 III-91> 근로유무와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	208
<표 III-92> 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	209
<표 III-93> 거주지역과 자녀 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	210
<표 III-94> 근로유무와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	210
<표 III-95> 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	211
<표 III-96> 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	212
<표 III-97> 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점	212
<표 III-98> 대인관계 영역 여성의 거주지에 따른 평균(anova)	214
<표 III-99> 대인관계 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	215
<표 III-100> 대인관계 영역 여성의 배우자 유무별 평균(t-test)	216
<표 III-101> 대인관계 영역 여성의 자녀 유무별 평균(t-test)	216
<표 III-102> 대인관계 영역 여성의 취업여부별 평균(t-test)	217
<표 III-103> 대인 관계 영역 여성의 종사상 지위별 평균(anova)	218
<표 III-104> 건강 영역 여성의 거주지별 평균(anova)	219
<표 III-105> 건강 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	220

〈표 III-106〉 건강 영역 여성의 배우자 유무별 평균(t-test)	220
〈표 III-107〉 건강 영역 여성의 자녀 유무별 평균(t-test)	221
〈표 III-108〉 건강 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	222
〈표 III-109〉 건강 영역 여성의 종사상 지위에 따른 평균(anova)	222
〈표 III-110〉 여가 영역 여성의 거주지별 평균(anova)	224
〈표 III-111〉 여가 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	224
〈표 III-112〉 여가 영역 여성의 배우자 유무에 따른 평균(t-test)	225
〈표 III-113〉 여가 영역 여성의 자녀 유무에 따른 평균(t-test)	225
〈표 III-114〉 여가 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	226
〈표 III-115〉 여가 영역 여성의 종사상 지위별 평균(anova)	226
〈표 III-116〉 소득과 자산 영역 여성의 거주지에 따른 평균(anova)	227
〈표 III-117〉 소득과 자산 영역 여성의 연령대별 평균(Anova)	228
〈표 III-118〉 소득과 자산 영역 여성의 배우자 유무에 따른 평균(t-test)	229
〈표 III-119〉 소득과 자산 영역 여성의 자녀 유무에 따른 평균(t-test)	230
〈표 III-120〉 소득과 자산 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	231
〈표 III-121〉 소득과 자산 영역 여성의 거주지에 따른 평균(anova)	232
〈표 III-122〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 거주지별 평균(anova)	234
〈표 III-123〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 연령대별 평균(anova)	235
〈표 III-124〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 배우자 유무에 따른 평균(t-test)	235
〈표 III-125〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 자녀 유무에 따른 평균(t-test)	236
〈표 III-126〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)	236
〈표 III-127〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 종사상 지위별 평균(anova)	237
〈표 III-128〉 성별 노후준비 차이(영역 종합): 노후준비 데이터베이스	259
〈표 III-129〉 성별 노후준비 차이(영역 종합): 노후준비실태조사	259
〈표 III-130〉 성별, 집단별 노후준비 차이: 노후준비 데이터베이스	260
〈표 III-131〉 성별, 집단별 노후준비 차이: 노후준비실태조사	261
〈표 III-132〉 여성집단 내 노후준비 차이: 노후준비 데이터베이스	263

〈표 III-133〉 여성집단 내 노후준비 차이: 노후준비실태조사	265
〈표 III-134〉 5대 법정 의무교육 현황	268
〈표 III-135〉 성별 한부모 가정의 노후준비영역별 총점 비교(t-test)	270
〈표 III-136〉 실태조사 성별 무소득 배우자의 노후준비영역별 총점 비교(t-test)	272
〈표 III-137〉 실태조사 전업주부 여부에 따른 여성의 노후준비영역 문항별 점수 비교(t-test)	272
〈표 III-138〉 노후준비 상담사 역량강화를 위한 제도 개선안	282
〈표 IV-1〉 국내 의약품 오남용 관련 연구 현황 정리	303
〈표 IV-2〉 마약류 취급내역 보고자의 분류	350
〈표 IV-3〉 마약류 취급내역 관리·보고 대상과 시점	352
〈표 IV-4〉 의료용마약류 자료별 제공정보	355
〈표 IV-5〉 의료용마약류 항목별 세부분류	356
〈표 IV-6〉 마약류 사용 범위에 따른 자료원의 포괄범위	357
〈표 IV-7〉 의료용마약류 사용정보 자료의 기본 특성	359
〈표 IV-8〉 의료용마약류 사용 환자의 특성	360
〈표 IV-9〉 의료용마약류 처방기관의 특성	361
〈표 IV-10〉 의료용마약류 처방약물의 특성(대분류, 효능분류)	363
〈표 IV-11〉 마약의 월별 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량	369
〈표 IV-12〉 향정의 월별 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량	374
〈표 IV-13〉 2022년 연령군별 식욕억제제 투약자 규모 추정(여성)	378
〈표 IV-14〉 식욕억제제의 성분별 제품명과 상태	383
〈표 IV-15〉 식욕억제제의 월별, 성분별, 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량	396
〈표 IV-16〉 ADHD로 진료받은 사람의 수(2022)	399
〈표 IV-17〉 향정 중 ADHD치료제의 월별 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량	409
〈표 IV-18〉 마약류 중독자 치료보호 등에 관한 규칙 중 실태조사 관련 내용	417
〈표 IV-19〉 「청소년 보호법」이 규정하는 청소년 유해약물	420
〈표 IV-20〉 「청소년 보호법」 개정(안)	421
〈표 IV-21〉 식품의약품안전처 마약안전기획관의 소관업무	424
〈표 IV-22〉 양성평등정책 기본계획 반영 사항	432
〈표 IV-23〉 여성폭력방지정책 기본계획 반영 사항	433
〈표 V-1〉 청년마음건강지원사업 의무교육 추가강좌 개요(안)	438

〈표 V-2〉 청년마음건강지원사업과 청년정책사업과의 홍보연계	440
〈표 V-3〉 노후준비 상담사 역량강화를 위한 법령 개정(안)	443
〈표 V-4〉 양성평등정책 기본계획 반영 사항	449
〈표 V-5〉 여성폭력방지정책 기본계획 반영 사항	449

그림 목 차

[그림 II-1] 각 부처별 20대 청년 심리정서지원 현황	29
[그림 II-2] 보건복지부 청년정책 5대과제(2023년)	31
[그림 II-3] 보건복지부 청년정책 5대과제 마음건강지원 사업	32
[그림 II-4] 2023년 시도별 청년마음건강지원사업 수행기관 현황	34
[그림 II-5] 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 제공인력 현황	36
[그림 II-6] 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 이용자 현황	38
[그림 II-7] 국가직무능력표준 능력단위 구성	80
[그림 III-1] 노후준비지원서비스 유형	121
[그림 III-2] 노후준비지원서비스 프로세스	123
[그림 III-3] 노후준비 진단결과: 종합 분석	134
[그림 III-4] 4대 영역별 노후준비진단결과	135
[그림 III-5] 노후준비 데이터 분석의 프레임	137
[그림 III-6] 연령별 성별 진단 및 상담 고객 현황	139
[그림 III-7] 대인관계 영역 성별 총점 비교	140
[그림 III-8] 건강 영역 성별 총점 비교	142
[그림 III-9] 여가 영역 성별 총점 비교	143
[그림 III-10] 재무 영역 성별 총점 비교	144
[그림 III-11] 응답자의 성별 직업종류 및 종사상지위	171
[그림 III-12] 성별 대인관계 영역 총점	174
[그림 III-13] 성별 건강 영역 총점	175
[그림 III-14] 성별 여가 영역 총점	176
[그림 III-15] 성별 재무 영역 총점	178
[그림 III-16] 우리나라 55세 이상 이혼율(시계열)	273
[그림 IV-1] 마약류의 분류	287
[그림 IV-2] 식품의약품안전처의 2020년 마약류 위해성 정보 사전 내용	288
[그림 IV-3] 다양한 기준에 따른 마약류 약물의 구분	291
[그림 IV-4] 연도별 마약류 사범 단속 현황 건수(2015~2022)	293

[그림 IV-5]	연도별 마약류 사범 중 여성 비율(2015~2022)	295
[그림 IV-6]	권준수 등(2019) 연구의 마약류 남용 문제 해결을 위한 정책 제안	298
[그림 IV-7]	약물을 사용하는 여성에 개입하는 4단계 대응전략	312
[그림 IV-8]	“마약”을 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화	319
[그림 IV-9]	정권에 따른 “마약”을 포함한 신문기사의 주요 키워드	321
[그림 IV-10]	“향정”을 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화	323
[그림 IV-11]	정권에 따른 “향정”을 포함한 신문기사의 주요 키워드	324
[그림 IV-12]	“마약” 관련 기사와 “향정” 관련 기사의 동행지수	325
[그림 IV-13]	“식욕억제제”를 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화	327
[그림 IV-14]	정권에 따른 “식욕억제제”를 포함한 신문기사의 주요 키워드	328
[그림 IV-15]	“나비약(디에타민)”을 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화	330
[그림 IV-16]	정권에 따른 “나비약(디에타민)”을 포함한 신문기사의 주요 키워드	331
[그림 IV-17]	마약류 취급업무 흐름도	353
[그림 IV-18]	마약류 취급내역 보고 흐름도	354
[그림 IV-19]	효능분류 별 총 처방량과 총 처방건수의 성비	364
[그림 IV-20]	마약 총 처방량	366
[그림 IV-21]	성별에 따른 마약 총 처방량	366
[그림 IV-22]	마약 총 처방건수	367
[그림 IV-23]	성별에 따른 마약 총 처방건수	367
[그림 IV-24]	마약 처방 건당 처방량	368
[그림 IV-25]	성별에 따른 마약 처방 건당 처방량	368
[그림 IV-26]	향정 총 처방량	371
[그림 IV-27]	성별에 따른 향정 총 처방량	372
[그림 IV-28]	향정 처방건수	372
[그림 IV-29]	성별에 따른 향정 처방건수	373
[그림 IV-30]	향정 처방 건당 처방량	373
[그림 IV-31]	성별에 따른 향정 처방 건당 처방량	374
[그림 IV-32]	2021년 성별, 연령별 비만을	377
[그림 IV-33]	시나리오별 여성 식욕억제제 복용 환자 수	381
[그림 IV-34]	식욕억제제의 월별, 성분별 처방량	385
[그림 IV-35]	식욕억제제의 성별, 월별, 처방기관종별 처방량	386

[그림 IV-36] 병원급(병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원)에서 처방된 식욕억제제의 성별, 월별 처방량	387
[그림 IV-37] 의원에서 처방된 식욕억제제의 성별, 월별 처방량	388
[그림 IV-38] 의원에서 여성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 연령군별 처방량	391
[그림 IV-39] 의원에서 남성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 연령군별 처방량	392
[그림 IV-40] 의원에서 여성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 지역별 처방량	394
[그림 IV-41] 의원에서 남성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 지역별 처방량	395
[그림 IV-42] 연령군별 ADHD치료제 처방량의 비(남성/여성)	400
[그림 IV-43] 연령군별 ADHD치료제 처방량	403
[그림 IV-44] 처방기관종별 ADHD치료제 성별 처방량	404
[그림 IV-45] 처방기관지역 ADHD치료제 성별 처방량	405
[그림 IV-46] 서울·경기 지역 청소년이 의원·종합병원에서 처방받은 ADHD치료제의 성별 처방량	406
[그림 IV-47] 서울·경기 지역 20-40대가 의원·종합병원에서 처방받은 ADHD치료제의 성별 처방량	407
[그림 IV-48] 성별에 따른 약물 효능군의 분포	412
[그림 IV-49] 통계청의 의료용마약류취급현황 자료 제공 목록	413
[그림 IV-50] HIRA빅데이터 개방포털 질병세분류 통계 제시 내용	415
[그림 IV-51] HIRA빅데이터 개방포털 의약품 세부코드별 사용 통계 제시 내용	415

I

서론

- | | |
|-----------------|---|
| 1. 연구의 목적 및 필요성 | 3 |
| 2. 연구내용 및 방법 | 5 |

1. 연구의 목적 및 필요성

- 이 연구의 목적은 국민이 직장에서나 일상생활 속에서 느끼는 성차별 문제를 찾아내어 정부나 공공기관이 개선할 수 있도록 개선방안을 마련하는 데 있음. 세부 목적은 다음과 같음.
- 첫째, 청년의 정신건강서비스는 정책 수요가 확장되는 부분임. 정신건강 수준 및 정신건강 문제해결 양상, 영향요인에 성별에 따른 차이가 존재하는 바, 성별에 따른 청년 당사자의 배우처 상담서비스 이용 경험을 조사 분석하고 이를 반영한 서비스 개선 방안을 마련하고자 함.
 - 청년 정신건강지원을 위한 정책사업(복지부)의 확대 및 가속 추진 중인데, 특히 청년마음건강지원사업(보건복지부, 2023)은 코로나19 우울감, 취업 애로 등으로 심리적 어려움을 겪고 있는 전국 청년을 대상으로 전문심리상담서비스를 제공함.
 - 이 사업의 제공대상 1순위는 자립준비청년 및 보호연장아동, 2순위 정신건강 복지센터의 연계의뢰 청년이며, 주요 사업내용은 사전·사후 검사를 포함한 10회의 1:1 심리상담 서비스임.
 - 최근 청년 정신건강을 위한 다양한 공적지원이 추진 및 확대되고 있으나 청년 정신건강 정책사업 추진에 있어 청년의 정신건강관련 성별 격차(예: 정신질환 유병률, 정신건강서비스 이용률 등)에 대한 접근 및 이해, 제도 개선에 대한 언급이 요구되나 적절히 반영되지 못하고 있음. 따라서, 성별 영향요인의 차이를 고려한 성인지적 관점의 청년정신건강정책 마련이 필요함.
 - 둘째, 국민연금 가입자 중심으로 설계된 노후준비지원서비스는 서비스 수혜에서 여성의 접근성을 제한하는 요인으로 작용하고 있는 바, 노후준비에 대한 성별 차이를 고려한 노후준비지원서비스 개선방안을 마련하고자 함.
 - 노후준비지원서비스의 상담 및 교육은 노년의 4뽕(빈곤, 질병, 고독, 무위)를 방지하고 국민들이 행복한 노년을 보낼 수 있도록 경제, 건강, 대인관계, 여가 등 4대 영역을 중심으로 제공되고 있음.
 - 하지만, 개인마다 4대 영역에 대한 각자의 상황과 중요도는 다르며, 개인별 편차와 다양성 때문에 노후준비지원서비스는 개별화될 필요가 있음. 특히 성별에 따른 노후준비 수준 및 욕구는 이질적이며 따라서 성별 차이가 서비스 내용에 반영될 필요가 있음.
 - 노후준비에 대한 성별 차이에도 불구하고 노후준비지원서비스의 주요 내용인

4 생활체감형 정책 특성성별영향평가

상담을 위한 진단지표와 노후준비상담 매뉴얼 등은 성별로 특화되어 있지 않으며 일반적인 국민연금 가입자(근로 및 사업소득이 있는 사람) 중심으로 설계되어 있어 여성의 접근성을 제한하는 요인으로 작용하고 있어 개선이 요구됨.

○ 셋째, 한국의 마약류 약물의 오남용과 중독 등 실태를 공중보건의 관점에서 파악하고, 광범위하게 유통되며 오남용의 가능성이 있는 것으로 여겨지는 마약류 의약품의 처방 현황을 성별로 분석하여, 의약품의 오남용을 예방하고, 중독으로 인한 피해를 줄이기 위한 정책 방안을 마련하고자 함.

- 한국의 마약류 약물 문제는 크게 불법 마약류 문제와 처방의약품 오남용과 의존 문제로 구분되며, 전자가 주로 사법형사체계 내에서 마약과의 전쟁이라는 정치화된 의제와 관련이 있다면, 후자는 식욕억제제와 펜타닐 패치, 프로포폴 주사 등 상업화된 의료체계 내에서의 비윤리적 의료 행위와 의약품 부작용과 관련이 있는 문제임.

- 국제적 학술장에서 처벌중심 마약 정책의 실패와 비효율성에 대한 합의가 이루어짐에 따라 국내에서도 처벌중심 마약 정책을 치료와 재활에 집중하는 공중보건학적 관점을 확장하고자 하는 노력이 이루어지고 있음. 공중보건학적 접근은 사람들이 약물을 접하고 중독되는 과정이나 이들이 처한 상황과 조건에 관심을 두면서 건강 피해와 삶에 미치는 부정적인 영향을 최소화하기 위한 사람중심적이고 단계적인 접근을 지향함. 이런 점에서 공중보건학적 접근은 여성 약물 사용자들의 상황과 조건을 살피고 이들의 경험을 토대로 개선을 제안하는 데에 기여할 가능성이 있음.

- 그러나 한국에서 마약류 정책은 여전히 예방과 치료, 재활을 위한 인프라를 온전히 갖추지 못했고, 공중보건학적 접근이나 사람중심적 접근의 주류화도 이루어지지 못한 상황임. 이런 맥락을 고려하여 마약류 의약품의 처방 현황을 성별로 분석하여 의약품의 오남용을 예방하고, 중독으로 인한 피해를 줄이기 위한 정책 방안을 마련하고자 함.

2. 연구내용 및 방법

가. 연구내용

1) 청년마음건강사업

- 청년정신건강 현황 및 관련정책 고찰
 - 청년의 정신건강 실태 및 위험 요인, 청년의 발달과업 및 생심리사회적 위험, 청년 정신건강 리터러시, 성역할 담론과 정신건강 등
 - 국내외 청년정신건강 관련 주요 정책동향
- 청년마음건강지원사업 현황 분석
 - 청년마음건강 사회서비스 지역별, 기관유형별 등록업체 현황
 - 제공인력 지역별, 성별, 자격별 현황(인력수, 자격증 유형 등)
 - 청년마음건강 사회서비스 지역별, 성별 이용현황
- 남녀 청년 당사자의 청년마음건강지원사업 이용 경험 전반 및 서비스 관련 제안 사항 분석

〈표 I-1〉 이용자 심층면접 주요내용

구분	주요 내용
정신건강 문제해결 및 청년마음건강지원사업 이용경험 전반	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강 문제 인식 시점의 경험 • 정신건강 문제를 해결하기 위한 도움요청 과정 • 청년마음건강지원사업(마음건강 바우처)의 정보 획득 과정 및 경로 • 청년마음건강지원사업(마음건강 바우처)의 이용 경험(예: 만족도, 개인적 성과 등)
청년마음건강지원사업 외 정신건강서비스 관련 의견	<ul style="list-style-type: none"> • 국내 정신건강서비스 자원에 대한 인지 정도 • 선호하는 정신건강서비스 자원(예: 인력 및 직종)과 이유 • 선호하는 정신건강서비스 유형(예: 오프라인/온라인)과 이유 등
청년마음건강지원사업 외 청년 정신건강 관련 정책 제안	<ul style="list-style-type: none"> • 국가의 청년 정신건강 지원에 대한 기대 및 관련 의견 • 소비자 입장에서 성별 청년 친화적 정신건강서비스를 위한 사업 및 정책 제안 등

- 청년마음건강지원사업 제공인력을 대상으로 마음건강바우처 제공경험 전반 및 관련 제도 개선사항 분석

〈표 I-2〉 제공자 심층면접 주요내용

구분	주요 내용
사업운영 및 서비스제공 과정	<ul style="list-style-type: none"> • 상담접수단계 상 상담자 이용자 매칭 과정 • 주요 상담접근 및 방법 • 상담과정 및 성과평가 • 의뢰 및 연계과정 등
정신건강 문제 자각 및 해결의 성별에 따른 이용자 특징	<ul style="list-style-type: none"> • 제공기관의 이용자 성비 및 성별에 따른 주 호소문제 • 남성청년/여성청년의 정신건강서비스 이용 경로 특징 • 남성청년/여성청년의 정신건강문제에 대한 도움요청(행동)의 특징 • 남성청년/여성청년의 정신건강서비스 이용 촉진요인 및 방해요인
청년정신건강 지원정책 제안	<ul style="list-style-type: none"> • 해당 사업 제공인력의 근무환경 및 근로조건 외 정책 제안 • 기타 해당 사업 관련 정책 제안 등
제공인력 성인지감수성	<ul style="list-style-type: none"> • 전공교과목 역량요소 및 교과목 분석 • 재보수교육 구성 등

- 제공인력 교과과정 분석
 - 해외 관련전공 교육과정, 관련 전공별 교육과정 분석
 - ‘심리상담’ 국가직무능력표준(NCS)
 - 청년마음건강지원사업 제공인력 의무교육

2) 노후준비서비스

- 노후준비 4대 영역별 노인의 성별 생활실태 점검
- 노후준비수준의 성별 차이와 노후준비지원서비스 이용 실태 분석
 - 국민연금공단 노후준비 상담서비스 이용자 일반특성 분석
 - 노후준비 영역별
 - 인구사회 특성별 성별 노후준비 실태
- 노후준비지원서비스 개선 방안

3) 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리

- 한국의 마약류 약물의 오남용과 중독 등 실태를 공중보건의 관점에서 파악
- 광범위하게 유통되며 오남용의 가능성이 있는 것으로 여겨지는 마약류 의약품의 처방 현황을 성별을 구분하여 파악
 - 마약류 약물의 최종적인 조제와 투약과 관련해서 성별 분석

- 성별에 따른 의약품 오남용 실태의 차이를 고려해 의약품의 오남용을 예방하고, 중독으로 인한 피해를 줄이기 위한 정책 대안을 도출
 - 마약류 약물의 중독, 처벌, 회복, 단약 유지 등 연속된 과정에서 여성과 남성의 차이와 이에 대응하기 위한 정책 대안

나. 연구방법

1) 청년마음건강 사업

- 문헌 분석
 - 청년정신건강 현황 및 관련정책
 - 청년마음건강지원사업(복지부) 운영현황
- 청년마음건강지원사업의 이용경험이 있는 남녀 청년 면접조사
 - 조사 대상자 구성 및 방법

〈표 I-3〉 연구참여자 구성 및 방법

구성	내용
구성기준	<ul style="list-style-type: none"> • 2022년, 2023년 청년마음건강지원사업 이용과정 및 종료 청년 • 총 5회기 이상 상담서비스 이용경험자 • 정신질환 유병률 및 서비스 이용률을 고려한 남녀 청년의 구성비 • 만19~34세 중, 20대 및 30대 구성비 • 현소속 및 상태, 거주지역, 서비스 유형 등 구성비 고려
연구참여자 모집방법	<ul style="list-style-type: none"> • 의도적 표집 및 눈덩이 방식 • 청년 정신건강 및 상담서비스 전문가 추천 • 한국상담심리학회 홈페이지 심층면접 참여자 모집글 게시 • 청년마음건강지원사업 유경험자의 블로그 후기 조사 및 접촉
면담장소	<ul style="list-style-type: none"> • 연구진과 연구참여자의 대면 및 비대면 면접 병행
면담방식	<ul style="list-style-type: none"> • 1:1 심층면접
면담횟수 및 시간	<ul style="list-style-type: none"> • 1회, 1시간 30분~2시간
기록 및 녹취	<ul style="list-style-type: none"> • 녹음 후 전사
면담자	<ul style="list-style-type: none"> • 연구진

8 생활체감형 정책 특성성별영향평가

- 조사 대상자의 일반적 사항

〈표 I-4〉 연구참여자의 일반적 사항

	소속상태	학력	성별	나이	가구 형태	거주 지역	이용 지역	총 상담(수)	우선 순위	신청 방법	유형
1	취업 준비중	대졸	남	27	다인	서울 A구	서울 B구	13	3	대면	B
2	대학원생	대학원 재학중	여	24	다인	서울 C구	서울 C구	10	3	대면	A
3	취업자	대졸	남	26	다인	인천 A구	인천 A구	10	3	비대면	B
4	취업 준비중	대졸	여	34	다인	천안 A구	천안 A구	10	3	비대면	B
5	취업자	대졸	여	29	1인	춘천 A구	춘천 A구	10	3	비대면	A
6	취업자	대졸	남	34	다인	서울 D구	서울 D구	12	3	비대면	B
7	취업자	대졸	여	32	다인	경남 A시	경남 B시	5~6	3	대면	B
8	대학생	대학교 재학중	여	22	1인	서울	전북	10	3	비대면	B
9	취업 준비중	대졸	남	24	1인	서울	-	-	-	-	-
10	취업자	대졸	남	33	1인	경기	-	-	-	-	-

○ 청년마음건강지원사업 서비스제공자 면접조사

- 조사 대상자 구성 및 방법

〈표 I-5〉 연구참여자 구성 및 방법

구성	내용
구성기준	<ul style="list-style-type: none"> • 2022년, 2023년 청년마음건강지원사업 제공 유경험 상담전문가 • 상담서비스 현장의 성별 인력 구성비를 고려한 남녀 상담사 • 청년, 중장년 등 다양한 연령층 고려 • 거주지역, 서비스 유형 등 구성비 고려
연구참여자 모집방법	<ul style="list-style-type: none"> • 의도적 표집 및 눈덩이 방식 • 청년 정신건강 및 상담서비스 전문가 추천 • 한국상담심리학회 홈페이지 심층면접 참여자 모집글 게시

구성	내용
면담장소	• 연구진과 연구참여자의 대면 및 비대면 면접 병행
면담방식	• 1:1 심층면접
면담횟수 및 시간	• 1회, 1시간 30분~2시간
기록 및 녹취/면담자	• 녹음 후 전사/연구진

- 조사 대상자의 일반적 사항

〈표 I-6〉 연구참여자의 일반적 사항

	성별	나이	전공	자격	경력(년)	직위구분	활동지역	제공연도
1	여	51	상담학	청소년상담사	3	제공인력	서울 A구	2023
2	여	50	교육학, 상담학	-	7-8	제공인력	세종	2023
3	여	50	교육학, 상담학	-	6	기관장	경기 A시	2022 2023
4	남	51	언어병리학	임상심리사	9	제공인력	경기 B시	2022 2023
5	여	41	문학치료학	청소년상담사	14	제공인력 수퍼바이저	대구 A구	2022
6	여	56	교육학, 상담학, 사회복지학	임상심리사 청소년상담사	4	제공인력	서울 B구	2023
7	여	27	상담학	임상심리사 청소년상담사	5	제공인력	충북	2023
8	여	31	사회복지	사회복지사	8	(주민센터)	-	-
9	여	29	사회복지	정신건강 사회복지사	3	(청년 정신건강센터)	-	-
10	여	40	사회복지	사회복지 공무원	11	(자치구 사회복지 공무원)	-	-

2) 노후준비서비스

- 문헌 분석
 - 국내외 연구동향
 - 노후준비지원법 주요 내용
- 노후준비지원서비스 이용 현황 분석

10 생활체감형 정책 특정성별영향평가

- 국민연금공단 노후준비지원서비스 이용자 데이터베이스 원자료 분석
 - 2022년 1년 동안 국민연금 공단의 기본, 전문, 종합재무상담 참여자 중 무작위로 추출된 9,975명의 노후준비 진단지표 결과
 - 대인관계, 건강, 여가, 소득과 자산 영역 성별, 성별·집단별, 여성집단 내 노후준비 차이
- 보건복지부 “노후준비실태조사(35세 이상 69세 이하 국민)” 데이터 원자료 분석
 - 2019년 실시된 노후준비실태조사 데이터 중 노후준비진단지표 문항중심
 - 대인관계, 건강, 여가, 소득과 자산 영역 성별, 성별·집단별, 여성집단 내 노후준비 차이
- 노후준비상담사에 대한 초점집단 면접

〈표 I-7〉 면접 참여 노후준비상담사 특성

	성별	지역	상담연차
A	여	서울	3년
B	여	서울	3년
C	여	경기	3년
D	여	경기	2년
E	여	부산	4년
F	남	대구	6년
G	남	구미	6년
H	여	청주	6년

3) 행정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리

○ 문헌 분석

- 국내 마약류 약물 문제의 규모와 성차, 마약 정책의 패러다임 변화 촉구 등에 대한 선행 연구 분석
- 국제 마약류 정책 컨소시엄, EU의 마약류와 약물 중독 유럽 모니터링 센터 등 성인지적 마약류 정책에 대한 해외 동향 분석
- 한국 사회에서 의약품 오남용이 사회적으로 어떻게 주목을 받고 있는지 양상을 파악하기 위해 한국언론진흥재단의 BigKinds 언론 보도 내용 분석

- 1990년 1월부터 2023년 6월의 기간, 검색어 “마약”과 “향정”
- 마약류 의약품 처방 현황 분석
 - 조사대상
 - 마약류관리시스템(Narcotics Information Management System, NIMS)에서 수집된 자료에 대한 분석
 - 마약류 약물의 최종적인 조제와 투약과 관련해서 성별 분석
- 자문 조사
 - 대상: 마약류 의약품을 처방·조제한 경험이 있거나 이와 관련한 문제를 다루는 전문가와 실무자
 - 기간: 2023년 8월부터 10월 사이 총 8회(자문 참여자 9인)
 - 참여자 동의를 받고 면담 내용을 녹음하였으며, 녹취록 작성하여 분석

〈표 I-8〉 전문가 및 실무자 자문조사 진행 결과

순번	날짜	면담자 소속	직업	특성	방식
1	2023.08.28	한국형사정책연구원	형사정책연구자	40대, 여	온라인
2	2023.09.06	민간 의원	정신과 전문의	30대, 남	온라인
3	2023.09.22	늘품 약국	약사(2인)	20대, 여 40대, 여	온라인
4	2023.10.11	마약퇴치운동본부	마약중독재활강사	50대, 남	온라인
5	2023.10.19	마약퇴치운동본부	마약중독재활강사	50대, 여	온라인
6	2023.10.27	참사랑병원	상담회복사	50대, 남	온라인
7	2023.11.10	연구모임PDP	연구활동가	40대, 여	온라인
8	2023.11.14	-	식욕억제제 사용 당사자	30대, 여	온라인

II

세부과제 1: 청년마음건강지원사업

1. 청년 정신건강 문헌고찰	15
2. 청년마음건강지원사업 현황	28
3. 서비스이용자 및 제공자 요구 분석	40
4. 서비스제공인력 교과과정 분석	60
5. 서비스 개선방안	95

1. 청년 정신건강 문헌고찰

가. 청년의 정신건강 실태 및 위험 요인

1) 청년 정신건강 실태

2021년 기준, 국내 정신장애 평생유병률은 27.8%로, 성인 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험하고 있는 것으로 나타났다(보건복지부, 2022). 청년세대의 경우, <표 II-1>과 같이 알코올 사용장애, 니코틴 사용장애, 우울장애, 불안장애를 모두 포함하는 정신장애 평생유병률에서 20대 23.5%, 30대 26.0%로 나타나 타 연령대 및 전체 평균 유병률 보다 낮은 수치를 나타냈다. 그러나 보다 세부 정신질환별로 구분하여 유병률을 살펴보면 청년세대의 정신건강은 세대 간 비교 측면에서 상대적 취약성을 나타낸다. 특히 20대의 불안장애 유병률(1년)은 4.0%, 알코올 사용장애는 2.5%, 니코틴 사용장애는 3.4%로 전 연령대에 비해 가장 높아 20대의 정신건강 문제의 크기를 확인할 수 있다.

<표 II-1> 주요 정신장애 유병률(2021년)

(단위: %)

구분	평생 유병률	1년 유병률			
	정신장애*	우울장애	불안장애	알코올 사용장애	니코틴 사용장애
전체	27.8	1.7	3.1	2.6	2.7
18~29세	23.5	1.4	4.0	2.5	3.4
30~39세	26.0	1.5	3.6	1.0	2.9
40~49세	28.5	1.5	2.7	1.2	3.4
50~59세	31.4	1.8	3.7	0.9	2.9
60~69세	29.4	1.8	2.0	0.4	1.6
70~79세	27.4	3.1	2.1	-	1.2

자료: 보건복지부(2022). 2021년 정신건강실태조사.

주: *알코올 사용장애, 니코틴 사용장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 해당되는 경우

최근 5년(2017~2021년) 10세 단위별 우울증 및 불안장애 추이를 살펴보면 다음과 같다. 우선 전체 우울증 환자 중 10세 단위별 환자의 경우, 2017년에는 60대 환자가 전체의 18.7%(12만 9,330명)로 가장 큰 비중을 차지했으나, 2021년에는 20대 환자가 전체의 19.0%(17만 7,166명)로 가장 많은 것으로 확인되었다(<표 II-2> 참조). 또한

17년 대비 21년 우울증 증감률은 20대 127.1%, 30대 67.3%로 나타나 전 연령대 중 20대의 증가율이 가장 높은 것으로 나타났다. 불안장애의 경우, 최근 5년 사이 40대~60대가 차지하는 비중이 꾸준히 크게 나타났으며 2017년에는 50대 환자가 전체의 20.7%(13만 5,525명)로 가장 큰 비중을 차지했고, 2021년에는 60대 환자가 전체의 18.5%(15만 9,845명)로 가장 많은 것으로 나타났다. 다만 17년 대비 21년 불안장애 증감률의 경우, 20대 86.8%, 30대 44.5%로 나타나 우울증과 마찬가지로 전 연령대 중 20대의 증가율이 가장 높은 것으로 나타났다.

〈표 II-2〉 최근 5년(2017~2021년) 10세 단위별 우울증 및 불안장애 환자수 (단위: 명)

구분	우울증					불안장애				
	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
전체	691,164	764,861	811,862	848,430	933,481	653,694	710,510	743,083	780,384	865,108
10대 미만	1,140	1,243	1,493	1,350	1,940	2,154	2,173	2,394	2,778	3,398
10대	30,273	43,029	48,099	47,774	57,587	17,763	21,489	23,853	25,190	31,701
20대	78,016	100,598	122,039	148,136	177,166	59,080	70,229	80,969	92,713	110,351
30대	83,819	94,371	106,756	118,277	140,270	80,302	88,942	96,944	100,893	116,023
40대	99,336	106,764	113,422	116,660	130,718	112,805	121,239	126,009	128,644	144,477
50대	126,567	130,723	131,282	127,385	130,059	135,525	143,325	144,706	145,069	154,362
60대	129,330	136,019	137,497	139,883	148,039	121,334	130,238	134,117	144,045	159,845
70대	118,022	123,639	122,168	119,221	118,611	100,253	106,003	106,220	110,148	113,935
80대 이상	52,480	58,324	61,098	63,670	66,570	44,018	48,382	51,535	56,145	59,441

자료: 건강보험심사평가원, 2022.6.24.

주: 환자수는 동일인의 중복을 제거한 값으로, 단순합산할 경우 중복이 발생할 수 있음

2) 스트레스, 정신질환, 정신의료서비스 이용: 성별

주요 정신질환의 성별 간 유병률의 차이는 국내외적으로 공통적인 특징을 보이고 있다. 국외 조사자료에 따르면, 여성은 우울증 및 불안 등의 주요 정신질환 부분에서 더 높은 유병률을 나타내는 반면 남성은 약물 남용 및 반사회적 장애 측면에서 더 높은 유병률을 나타내는 것으로 잘 알려져 있다(European Commission, 2011). 자살로 인한 사망률은 일반적으로 남성이 여성의 3~4배 높으나, 자살 사고 및 의도적 자해율은 여성이 더 높다(World Health Organization, 2012).

국내 역시 국외 양상과 유사한 경향을 보이는데, 2021년 보건복지부 정신건강 실태

조사 결과(보건복지부, 2022)에 따르면(〈표 II-3〉 참조), 2,30대 여성이 남성에 비해 우울장애 1년 유병률(예: 30대 여성 2.5%, 30대 남성 0.5%), 불안장애 1년 유병률(예: 20대 여성 6.7%, 20대 남성 1.6%), 자살사고 1년 유병률(예: 20대 여성 1.7%, 20대 남성 1.0%)이 높게 나타났다. 한편, 알코올사용장애 1년 유병률의 경우 남성청년이 여성 청년에 비해 높아(예: 20대 남성 5.4%, 20대 여성 3.4%) 주요 정신질환 유병률에서 유의미한 성별 차이를 보이고 있다.

〈표 II-3〉 주요 정신장애 연령·성별 1년 유병률(2021년)

(단위: %)

구분	우울장애			불안장애			알코올사용장애			자살관련 행동		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
전체	1.7	1.1	2.4	3.1	1.6	4.7	2.6	3.4	1.8	1.3	1.0	1.7
18~29세	1.4	1.3	1.6	4.0	1.6	6.7	2.5	2.7	2.3	-	-	-
30~39세	1.5	0.5	2.5	3.6	2.8	4.7	1.0	0.6	0.5	-	-	-
40~49세	1.5	0.7	2.3	2.7	1.7	3.7	1.2	2.0	0.4	-	-	-
50~59세	1.8	1.3	2.4	3.7	1.4	6.0	0.9	1.6	0.1	-	-	-
60~69세	1.8	2.1	1.6	2.0	1.1	2.9	0.4	0.5	0.3	-	-	-
70~79세	3.1	0.3	5.4	2.1	-	3.9	-	-	-	-	-	-

자료: 보건복지부(2022). 2021년 정신건강실태조사.

또한 최근 5년간 연령대별 스트레스 인지율을 살펴본 결과는 〈표 II-4〉와 같다. 2021년 기준 청년여성의 스트레스 인지율은 20대 36.5%, 30대 42.4%로 나타나 타 연령대에 비해 가장 높은 것으로 나타났다. 이러한 수치는 동세대 청년남성에 비해 10%이상 높다(예: 20대 남성 24.1% vs 여성 36.5%, 30대 남성 31.5% vs 여성 42.4%). 전반적으로 청년여성의 심리정서적 어려움의 크기를 보여주는 결과다.

〈표 II-4〉 최근 5년(2017~2021년) 성별 스트레스 인지율

(단위: %)

구분	남성					여성				
	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
전체	28.8	26.2	29.3	29.7	26.2	32.4	32.0	32.3	33.3	31.3
18~29세	31.2	28.2	28.7	27.8	24.1	45.6	44.5	42.3	42.6	36.5
30~39세	39.5	33.6	38.8	40.7	31.5	32.2	35.1	38.8	39.6	42.4

구분	남성					여성				
	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
40~49세	26.7	27.2	34.3	34.7	32.1	28.3	29.1	27.8	29.9	30.4
50~59세	26.0	22.4	25.1	26.3	24.8	26.9	23.3	24.8	27.5	18.3
60~69세	16.2	19.4	16.9	15.0	18.8	25.3	23.1	21.4	22.7	18.6
70~79세	15.6	9.6	9.3	10.3	9.3	25.4	21.7	23.1	20.2	24.6

자료: 질병관리청(2022). 2021년 국민 건강영양조사.

주: 스트레스 인지율(평소 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 분율)

정신건강의 성별 격차는 정신건강문제상담률 추이(2017~2021년)에서도 확인된다 (<표 II-5> 참조). '최근 1년동안 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통해 상담을 받은 적이 있는지'를 조사한 결과, 전체 남성에 비해 여성의 정신건강 관련 상담률이 높은 것으로 나타났다. 연령대별로 살펴보면, 최근 5년간 남성의 경우, 20대의 상담률이 가장 높은 것으로 나타났고, 여성청년의 경우 역시 20대의 상담률이 가장 높다.

<표 II-5> 최근 5년(2017~2021년) 정신건강문제상담률

(단위: %)

구분	남성					여성				
	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
전체	2.5	1.8	2.6	2.5	2.8	3.0	3.9	4.0	4.6	4.9
18~29세	4.3	1.4	2.9	3.4	2.4	4.1	6.0	6.8	6.5	6.2
30~39세	1.5	2.4	1.6	4.1	4.3	3.0	3.4	4.1	6.3	7.0
40~49세	2.0	2.1	3.9	1.7	1.4	2.8	3.6	3.1	5.1	5.4
50~59세	2.3	1.2	2.7	1.8	4.0	2.7	2.7	3.6	2.9	3.6
60~69세	2.2	2.2	1.2	1.9	2.2	2.0	3.5	3.3	2.9	3.8
70~79세	3.2	1.5	3.1	1.5	1.9	3.4	4.5	3.3	3.7	3.4

자료: 질병관리청(2022). 2021년 국민 건강영양조사.

주: 최근 1년동안 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통해 상담을 받은 경험률

이러한 결과에서 주목할 점은 30대 청년의 정신건강관련 상담서비스 이용의 증가율인데, 30대 남녀청년의 상담서비스 이용률은 17년 대비 21년 약 2~3배 이상 증가한 것으로 나타났다. 전반적으로 정신건강 문제해결에 있어 20대 청년여성의 상담서비스 이용률이 높았으며, 상담서비스 이용률의 증가폭은 30대 남녀청년 모두에게서 높게 나타나 30대 청년의 정신건강 문제의 크기와 서비스에 대한 요구도가 높음을 확인할

수 있다.

또한 최근 5년(2017~2021년)간 우울증 및 불안장애의 진료현황을 분석한 결과, 2021년 기준 여성이 남성보다 우울증은 2.1배, 불안장애는 1.6배 높게 나타났다(건강보험심사평가원, 2022.6.24.). 특히 청년여성의 경우, 최근 5년간(2017년~2021년) 상반기 우울증 진료인원 현황을 분석한 결과, 과거 주로 60대 전후의 중년·노령 여성 환자가 가장 많았던 것과 달리 2020년 들어 처음으로 20~29세 여성청년이 상위권에 진입하여 최다 환자 수를 기록하였다(건강보험심사평가원, 2022.6.24.).

〈표 II-6〉 2021년 우울증 성별·연령대별(10세 단위) 환자수

(단위: 명)

구분	전체	10대 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
남	303,147	1,230	21,157	60,112	46,473	45,898	42,206	43,506	35,512	19,064
여	630,334	710	36,430	117,054	93,797	84,820	87,853	104,533	83,099	47,506
여/남	2.1	0.6	1.7	1.9	2.0	1.8	2.1	2.4	2.3	2.5

자료: 건강보험심사평가원, 2022.6.24.

주: 환자수는 동일인의 중복을 제거한 값으로, 단순합산할 경우 중복이 발생할 수 있음

사망원인통계에서 나타난 몇가지 주요 결과를 살펴보면, 2019년 20대 여성 자살률(10만명당 자살사망자 수)은 전년 대비 25.5% 증가하였고, 2020년 상반기의 경우 전년 대비 43% 증가(2019년 207명, 2020년 296명)하였다. 청년남성의 경우, 2020년 남성 자살시도자는 대부분 연령대에서 감소 추세를 보였으나 유일하게 20대 남성만이 전년 대비 19% 가량 늘었다(신동근의원, 2021). 최근 20대 여성의 자살률이 급증하였으나 자살률 자체는 20대 남성이 2배가량 높다. 또한 2020년 우울증 등 기분장애로 진료를 받은 20대 남성은 2016년에 비해 83.2%가 늘었는데, 이는 1020 여성에 이어 가장 높은 증가율이다.

이상의 조사 결과를 종합할 때, 20대~30대 청년의 정신건강은 다른 연령대에 비해 심각하며 최근 증가율도 다른 연령대에 비해 가파르게 나타났다. 또한 남성에 비해 여성은 스트레스 인지율과 우울 및 불안이 높은 반면, 남성은 알코올 및 니코틴 사용장애가 높았다. 20대 청년의 자살률 증가 역시 심각한 상태로, 특히 남성의 자살율이 여성의 2배에 이르고 최근 남성청년의 의료서비스 이용이 급증한 점이 주목되었다. 이 같이 청년의 정신건강 위험이 지속적으로 증가함에 따라 최근 우리사회에서 청년 정신건강 관련 공적지원이 확대되고 있으나 해당 정책 및 사업이 보다 청년 친화적인 동시에

실효성을 갖기 위하여 주요 정신질환의 규모, 문제인식, 의료이용 등 측면에서 청년 세대의 집단내 차이, 특히 성별영향에 대한 반영이 요구됨을 보여주고 있다.

나. 청년의 발달과업 및 생심리사회적 위험

1) 청년기 발달과업 및 취약성

청년은 일반적으로 신체적·정신적으로 성장하여 성인이 된 시기의 사람으로 정의되며, 청년기는 생애주기상 의존적인 아동기부터 독립적인 생활을 영위하는 성인기로 이행하는 시기이자 성인이 되기 위한 발달과업을 수행하는 과도기적 시기로 이해된다(허혜경, 김혜수, 2015; 김기현 외, 2016). 청년기의 발달과업에는 직업선택 및 경제적 독립, 정서적 독립과 성역할 학습을 비롯하여 시민으로서의 지적 능력과 사회적 책임의 실천, 가치관과 윤리체계 형성, 결혼 및 가정생활 준비 등 광범위한 영역의 과업이 포함된다(Santrock, 2004).

그간 청년기의 보편적이고 표준적 발달과정은 '졸업-취업-결혼-출산의 이행'으로 인식되어 온 경향이 있으나 이러한 발달과업의 성취가 지연되고 단절되는 생애과정 탈표준화(de-standardization)현상(남춘호, 남궁명희, 2012)이 한국사회를 포함하여 전 세계적으로 가시화됨에 따라 청년기에 대한 정의도 다양해지고 있다. 과거 한국사회에서 청년은 주로 20대로 이해되는 경향이 있었고, 청년을 정의하는 유일한 법률인 「청년고용촉진특별법」에서는 청년을 '15세 이상 29세 이하인 사람'으로 정의하였다. 그러나 한국사회의 고용불안정, 실업, 소득 감소, 주거비 부담 등 사회경제적 위기로 인해 오늘의 청년세대는 이전과는 다른 삶의 모습을 갖게 되었는데 청년기 연장 현상이 가장 두드러진다. 이러한 현실을 반영하여 청년기본법에서는 청년 범위를 19세에 이상 34세로, 대통령 직속 청년위원회에서는 19세에서 39세로 각각 정의하고 청년 정책의 추진 근거로 삼으면서 청년기는 이제 20대를 넘어 30대까지 확대되고 있다.

이처럼 청년기는 발달단계 상 다양한 삶의 변화와 과업들로 인해 심리정서적 어려움에 쉽게 노출되는 시기이면서(Olivers et al., 1999) 타 연령대에 비해 주요 정신질환의 발병위험이 높은 시기다. 조현병, 기분장애(우울, 불안)와 같은 정신질환의 발병 시점이 15세~24세 사이에 분포하고, 성별 발병시기는 일반적으로 남성이 여성에 비해 조금 더 빠른 경향이 있다. 청년기, 특히 20대는 주요 정신질환의 발병시기와 맞물려 있기 때문에(Kessler et al., 2007) 정신건강서비스에 대한 잠재적 욕구가 큰 시기라 할 수 있다(Kessler et al., 2005; Milnes et al., 2011; Cvetkovski et al., 2012).

이러한 사회현상은 신자유주의적 세계화에 따른 불안정 노동의 전면화가 한 나라 노동자의 생애주기와 맞물리면서 특정세대에 그 폐해가 집중되고 있음을 보여주는 것인데, 일부에서는 이를 청년빈곤의 구조라고 본다(박권일, 2009). 청년은 이와 같은 경제적 어려움과 동시에 미래에 대한 걱정과 불안, 불평등한 사회와 기득권층에 대한 높은 불만과 불신을 드러내기도 한다(최상미 외, 2019). 이와 관련하여 경제, 주거, 건강 등 대표적 청년지표를 중심으로 청년 삶의 불안정 실태를 살펴보면 다음과 같다.

우선 2023년 기준 청년 고용률(15~29세)은 46.5%, 실업률은 5.9%, 확정실업률은 16.6%로 나타나 역대 고용률 지표와 비교해 양호한 것으로 분석하고 있으나(통계청, 2023) 청년이 체감하는 고용상황은 매우 어려운 실정이다. 여기에는 최근 청년세대의 높은 대학진학률 대비 구직단념자·니트(NEET) 등 취업지연 청년의 규모가 크게 증가한 것으로 나타나, '(지난해)쉬었음'으로 응답한 15~29세 인구가 2016년 26.9만명 대비 2022년 39.0만명으로 증가였고, 대학졸업 후 취업까지 평균 10.8 개월이 소요되는 것으로 나타났다(관계부처합동, 2023.1.30.). 특히 청년세대 안에서도 20대 청년의 빈곤 문제가 매우 심각한 것으로 지적되고 있는데, 2020년 기준 20대는 타 연령대 중 가장 심각한 고용률을 보이면서 가장 큰 폭으로 하락¹⁾한 것으로 나타났다(김태완, 최준영, 2017, 통계청, 2020.06.10.). 이와 더불어 주거빈곤 역시 청년세대가 경험하는 주요 문제로 꼽히는 가운데, 김비오(2019)의 연구에 따르면 청년대상 분석가구의 8.9%는 최저주거기준을 충족하지 못하는 주거에 거주하고 있는 것으로 나타났으며, 24.7%는 월 소득 대비 주택임대료 비율이 20%를 초과하는 주거비 과부담에 해당하는 것으로 나타나 청년을 위한 사회적 주택 보급 확대의 필요성을 제시하기도 하였다(김비오, 2019). 그밖에도 청년은 높은 흡연율(47%)과 폭음률(58%) 뿐 아니라 높은 스트레스 인지율(37%)을 보이는 등 비건강(행동)률이 높음에(질병관리본부, 2018), 특히 청년 중에서도 1인가구 청년은 동거가구 청년에 비해 흡연율, 음주율, 우울, 자살 생각 등이 높은 것으로 나타나 여기에는 불규칙한 생활 및 식습관 등 불건강 행동이 빈번한 반면 건강검진 기회는 적고 의료접근성도 취약하기 때문으로 분석된다(김아린, 2018, 변혜민 외, 2018).

최근 국내외적으로 사회경제적 조건이 악화되면서 우리사회 청년은 고용 불안정, 소득·자산 격차 확대 등 미래에 대한 불안감과 코로나 장기화로 인해 정신건강 위험이 높아져 정신건강서비스 요구가 증가하였다(관계부처합동, 2021.8.26.). 지난 코로나 팬데믹 상황

1) 2020년 기준 20대(-2.5%p), 40대(-1.4%p), 30대(-0.9%p), 50대(-0.8%p) 순으로 20대의 경제활동참가율이 가장 큰 폭으로 하락함.

에서 실시된 정신건강 실태조사 결과에 따르면, 2,30대 청년의 우울 위험군은 각각 24.3%, 22.6%, 자살생각률은 각각 17.5%, 14.7%로 나타나 연령별 비교시 가장 높은 수준을 보인다(보건복지부, 2021.7.26.).

2) 정신건강 결정요인: 연령별·성별

WHO(2012)에 따르면, 정신건강과 웰빙은 개인의 특성뿐만 아니라 개인이 처한 사회적 상황과 생활환경의 영향을 받으며, 이러한 결정요인은 서로 역동적으로 상호작용하여 개인의 정신 건강 상태를 위협하거나 보호됨을 강조한다. 이에 다음에서는 청년의 정신 건강과 사회적 조건의 관계성 및 중요성을 보여주는 문헌을 통해 청년세대의 정신건강 위험 및 보호요인에 대해 살펴보고자 한다. 구체적으로 △WHO의 정신건강 결정요인과 청년세대의 정신건강 위험 및 보호요인(WHO, 2012)을 살펴보고, △성별에 따른 정신 건강 보호 및 위험요인에 관한 독일의 대규모 코호트 연구(Otten et al, 2021)의 연구 결과를 중심으로 살펴보고자 한다.

① 세계보건기구(WHO)의 정신건강 위험 및 보호요인: 성인기

세계보건기구(WHO)는 청년기(성인기)의 정신건강의 결정요인을 제시하였는데 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 우선 안정적이고 지지적인 아동기와 청소년기를 보낸 동시에 감정 조절과 사회적 적성을 발휘할 수 있는 경우 성인이 되어 필연적으로 직면하게 되는 일련의 선택과 도전에 더 잘 대처할 수 있다는 점을 강조한다. 또한 청년기의 가장 중요한 선택 중 하나이자 개인의 행복을 결정하는 핵심 요소인 ‘일과 삶의 균형’은 경제적 측면에서 보면 생산(대가를 지불하든 지불하지 않든)과 소비(가족 및 친구와의 여가 시간 포함) 사이의 시간 배분과 관련이 있다는 점을 제시하였다. 특히 청년기가 경험하는 스트레스와 불안은 일과 다른 사람을 돌보는 데 너무 많은 시간을 보내거나, 어렵고 불안정한 근무 환경에서 일하는 사람들에게 자주 발생하며, 일할 능력과 의지가 있지만 불리한 사회경제적 상황으로 인해 일할 수 없는 사람들에게도 마찬가지로라는 점을 설명하고 있다.

또한 WHO(2012)에 따르면, 정신건강 위험요인으로 잘 알려져 있는 실업(반면 직장에 복귀하거나 취업하는 것은 잘 알려진 보호 요인)은 청년으로 하여금 더 많은 의료서비스 이용과 더 높은 사망률과 관련이 있다고 설명한다. 청년기의 정신건강은 실업과 그 여파로 인한 부채 또는 빈곤의 중요한 예측 요인이며, 이러한 연관성은 반대 방향으로도 작용할 수 있다고 보고하였다.

〈표 II-7〉 WHO 정신건강 결정요인

수준	위험요인	보호요인
개인적	<ul style="list-style-type: none"> • 낮은 자존감 • 인지적/정서적 미성숙 • 의사소통의 어려움 • 의학적 질병, 약물사용 	<ul style="list-style-type: none"> • 자존감, 자신감 • 능력, 문제해결 능력 및 스트레스 및 역경 관리 • 커뮤니케이션 기술 • 신체건강
사회적	<ul style="list-style-type: none"> • 외로움, 사별 • 방임, 가족갈등 • 폭력/학대에 대한 노출 • 저소득 및 빈곤 • 학교에서의 어려움 또는 실패 • 업무 스트레스, 실업 	<ul style="list-style-type: none"> • 가족 및 친구의 사회적 지원 • 좋은 육아 및 가족간 소통 • 물리적 보안 및 안전 • 경제적 보안 • 학업 성취도 • 직장에서의 만족과 성취
환경적	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 서비스에 대한 접근성 저하 • 불공정과 차별 • 사회 및 성 불평등 • 전쟁 또는 재난에 대한 노출 	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 서비스에 대한 평등한 접근성 • 사회 정의, 관용, 통합 • 사회 및 성평등 • 물리적 보안 및 안전

한편 청년의 웰빙의 주요 결정요인(직업요인 외)으로 개인과 그 가족이 살고 있는 지역 사회의 삶과 활동에 참여하는 것이 주요하다고 강조한다. 그러나 사회참여와 관련된 접근성 부족, 이웃의 폭력/범죄, 시민 신뢰/존중의 붕괴, 또는 관련 이슈들로 이러한 활동에서 배제되는 경우, 청년기의 심리정서적 안정에서 나아가 행복은 물론 지역사회의 사회적 자본에도 부정적인 영향을 미친다는 점을 설명하였다. 청년의 정신건강에 있어 개인 복지의 또 다른 핵심 차원은 건강 그 자체로, 건강은 일과 여가 활동을 가능하게 하는 가치일 뿐만 아니라 본질로 꼽는다. 따라서 건강이나 장애는 일반적으로 심리적 웰빙, 특히 우울증에 대한 또 다른 중요한 위험 요인이 된다. 만성 질환이나 장애가 있는 개인은 우울증 동반 여부와 관계없이 사회 활동이나 커뮤니티 활동, 특히 낙인이나 차별(예: HIV/AIDS)과 관련된 활동에서 소외될 위험이 높다. 뇌 말라리아, HIV/AIDS, 뇌졸중, 약물 사용 장애와 같이 뇌에 직접적으로 영향을 미치는 질병도 있지만, 주로 질병을 안고 살아가는 데 따르는 어려움(예: 생활 방식의 변화, 장기의 투병 또는 조기 사망 가능성을 받아들이는 것)으로 인해 심리적 부담이 가중되는 질병도 존재한다는 점을 강조한다.

② 독일 코호트 연구의 정신건강 위험 및 보호요인: 성별

Otten 등(2021)은 독일을 중심으로 전 생애에 걸쳐 건강 유지에 영향을 미치는 위험 및 보호 요인을 파악하기 위해 대규모 인구 기반 코호트 연구를 수행하였고, 현재 진행

중인 3개의 대규모 코호트 연구 결과를 분석함으로써 정신건강에 대한 성별 유병률, 위험 및 보호요인을 분석하였다. 정신장애 유병률 측면에서 성별에 따라 존재하는 차이점과 공통점은 다음과 같다.

먼저 사회적 및 성별 관련 요인을 밝힌 연구결과에 따르면, 모든 코호트에서 여성의 소득이 남성보다 낮다는 점이 발견되었다. 남성은 결혼했거나 배우자와 함께 사는 경우가 더 많았지만, 여성은 혼자 사는 경우가 더 많았다. 또한 코호트 간의 인구통계학적 및 사회경제적 차이는 정신건강과의 연관성에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 사회적 지지와 사회적 고립은 정신건강과 관련이 있어 사회적 지원 부족은 정신건강 위험의 강력한 예측 요인임을 강조하였다. 특히 노년층 여성과 남성의 경우, 사회적 네트워크가 작을수록 외로움과 관련성이 높다는 결과를 보였는데, 여성의 경우 사회적 지지가 낮을수록 정신적, 육체적 고통이 높았고, 파트너가 없는 여성은 신체적 증상을 더 과도하게 보고했으며, 사회적으로 고립된 경우가 더 많았다. 이와 같은 사회적 지지의 존재는 여성과 남성 모두에게 새로운 우울증 발병에 대한 보호 요인으로 밝혀졌다. 남성의 우울은 파트너의 부재 및 사회적 고립과 관련이 있었고, 혼자 사는 것은 자살 생각과 관련이 있었다. 또한 혼자 사는 노인 여성은 주관적 행복감이 더 낮았고, 우울증을 앓고 있는 여성은 사회적으로 고립될 가능성이 더 높았으며, 노인 여성은 우울증을 앓고 있으면서 사회적으로 고립되는 경우가 더 많았다.

또한 남성뿐 아니라 여성에게도 불리한 삶의 사건은 신체적 증상의 강력한 예측 인자라는 점을 강조한다. 한편 남성의 경우, 부정적인 생활 사건은 우울증 신규 발병의 위험 요인이었으며, 외상 후 스트레스 장애 발병과도 관련이 있는 것으로 나타났다. 이와 관련하여, 전투 또는 전쟁 지역에서의 경험과 가해자로부터의 폭행은 여성과 남성 모두에서 전체 PTSD 발병의 위험 요인이다.

다. 청년 정신건강 리터러시 및 도움요청 양상

정신건강 리터러시(mental health literacy)란, 개인이 자신과 타인의 정신건강을 이해하고 관리하는 데 필요한 지식 및 기술을 갖추는 능력을 의미하며(Jorm, 2000, Jorm, 2012), 여기에는 정신질환을 인식할 수 있는 능력, 정신질환의 원인과 치료에 대한 적절한 지식과 신념, 그리고 정신건강의 어려움에 대해 도움을 요청할 수 있는 태도와 능력, 정신건강에 대한 올바른 정보를 취하는 능력 등을 포함한다. 정신질환은 조기발견과 조기개입을 통해 더 나은 예후를 기대할 수 있는데(McGlashan & Johannessen, 1996), 정신건강 리터러시가 높을수록 정신건강상의 어려움의 징후와 증상에 대한

이해를 갖는데 용이하고, 도움을 요청할 의도와 행동의 가능성을 높인다(Jorm, 2000). 뿐만 아니라 높은 정신건강 리터러시 수준은 정신건강에 대한 편견과 오해를 줄이고, 사회적으로 건강하고 지속 가능한 환경을 조성하는 데 주요한 접근이다(Jorm, 2000, Jorm, 2012).

정신건강 리터러시의 주요 요소로서, 정신건강 문제해결을 위한 우리사회 청년세대의 도움요청 양상을 살펴보면 다음과 같다. 정신건강 문제를 경험했을 당시 정신건강 전문가를 찾은 비율을 조사한 결과, 20대는 31.5%가 정신건강 전문가를 찾은 것으로 나타났고, 이들 중 심리/상담전문가를 방문한 비율이 37.0%로 가장 높게 나타났다(국립정신건강센터, 2019). 최근 2030 청년건강검진 제도가 시행됨에 따라 이들을 대상으로 정신건강 검사(우울증)가 가능해졌으나 전체 대상자(648만 명) 중 20대 수검자는 약 4만 6천 명으로 조사되어(윤소하, 2019.10.04.), 대상자 중 약 0.7%만이 검사를 받은 것으로 분석된다. 뿐만 아니라 2017년 한 해 동안 정신질환 관련 진료를 받은 서울거주 20대 청년은 10.8%(63,594명)으로 조사되었다(서울연구원, 2019). 이처럼 청년이 경험하고 있는 정신건강 문제의 심각성에 비해 검진 및 정신의료서비스 이용률은 매우 저조한 것으로 나타난다.

한편, 지난 코로나19 팬데믹 상황에서 20·30대의 정신건강복지센터 일반상담건수(비율)가 급격히 증가한 점이 눈에 띈다(관계부처합동, 2021.8.26.). 20대의 경우 2019년 11.6만건(15%)에서 2020년 22.4만건(20%)으로, 30대의 경우 2019년 10.7만건(14%)에서 2020년 21.1만건(19%)으로 증가하였는데 이는 보건위기를 포함한 사회적 위기상황에서 청년 정신건강의 위협의 증가와 관련 서비스 이용률의 동반상승을 보여주는 결과이다.

청년의 정신건강 도움요청의 주요 특징 중 하나는 일차적으로 비공식적 자원의 활용과 선호라는 점을 꼽을 수 있다. 우리나라 성인을 대상으로 한 국내 실태조사에서 정신건강의 어려움이 있을 때 '가장 먼저 상담하고 싶은 대상'으로 응답자의 절반 이상이 배우자, 친구나 지인을 먼저 꼽았고 이어서 정신과 의사, 상담전문가 순으로 나타났다(전진아 외, 2019). 청년의 경우, 정신건강 문제에 직면했을 때 일차적으로 친구나 가족에게 어려움을 호소하는 경향이 높다(Kelly et al., 2006). 이처럼 친구나 가족과 같은 비공식적 자원은 도움요청 과정에서의 일차적 자원이 되면서 정신건강 문제의 어려움을 경험하는 청년에게 관련 전문적 서비스를 권유하는 등 매개자 역할까지 수행하는 특징을 보인다(Rickwood et al., 2005). 한편 청년은 정신과 입원이나 약물치료와 같은 정신의료서비스 이용보다는 심리적·사회적 낙인감이 비교적 낮은 상담이나 심리치료를 선호

하는 경향을 보인다(유성경, 2005, 박지혜, 2020, Angermeyer & Dietrich, 2006). 이와 관련하여 20대 청년의 서비스 이용 현황을 살펴보면, 심리정서적 어려움에 따른 관련 서비스 이용경험은 대학재학자 16.9%, 졸업자 14.2%로 나타났고, 대학교 재학시절 이용경험이 높은 도움요청 자원으로는 학생생활상담센터, 일반 병원 정신건강의학과, 사설상담센터 순으로 나타났다(김지경, 이윤주, 2018).

〈표 II-8〉 시기별 심리정서 지원서비스 이용경험 및 이용기관

구분		대학 대학시절	
		재학자	졸업자
전체		449	565
		100%	100%
이용경험	있음	16.9	14.2
	없음	83.1	85.8
이용기관	1순위	대학캠퍼스 내 상담센터	대학캠퍼스 내 상담센터
	2순위	일반 병원 정신건강 의학과	일반 병원 정신건강 의학과
	3순위	사설상담센터	사설상담센터

자료: 김지경·이윤주(2018). 20대 청년 심리·정서 문제 및 대응방안 연구. 세종: 한국청소년정책연구원.

정신건강 문제해결 측면에서의 성별 차이는 몇 가지 주요한 특징이 존재한다. 정신건강 도움요청에 대한 의도와 행동 이행률은 여성이 남성보다 높은 경향이 있고(Rickwood et al., 2005), 선호하는 정신건강 문제해결 자원으로 여성은 정신건강지원서비스(예: 상담)를 남성은 정신건강치료서비스(예: 정신과 방문)를 선호하는 경향성이 보고된 바 있다(Pattyn et al., 2015). 한편, 코로나 팬데믹 기간 동안의 정신건강 도움요청 실태를 조사한 결과, 미국 성인여성은 성인남성보다 정신건강서비스 이용 의향이 20% 이상 높은 반면 실제 정신건강전문가를 만난 비율은 남성이 여성보다 12% 더 높게 나타났다(Sarah Snider et al., 2023). 이는 여성의 경우 실제 정신건강서비스와 연결되는 건강 검진 수검율이 남성에 비해 낮고(Kaiser Family Foundation, 2021), 가사 및 돌봄 수행시간이 높아 정신건강 문제해결의 욕구가 높는데 반해 실제 정신건강서비스를 이용하기에 복합적인 어려움이 존재함을 보여 준다(Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

라. 성역할 담론과 정신건강

전술한 청년세대의 정신건강 및 문제해결 특징을 비롯하여 성별에 따른 공통점과 차이점을 이해하기 위해 성역할 담론의 이해가 요구된다. 구체적으로 청년남성과 청년 여성의 성역할 담론 그리고 정신건강 리터러시의 관계성을 살펴보면 다음과 같다.

국내외적으로 남성의 자살률이 높은 주요 요인 중 하나로 꼽히는 것은 남성은 심리적 고통이 있을 때 도움을 요청하거나 의료 시스템을 활용하지 않는다고 가정하는 것이다(Grace, Richardson, & Carroll, 2016; White et al., 2011). 이에 대한 여러 가지 이유와 설명이 제시되고 있는데, 그중에서도 남성다움과 도움구하기 담론이 대표적이다. 이 담론에 따르면 남성의 정신건강 문제해결의 특징은 일반적으로 금욕적이고, 감정적으로 제한적이며, 취약성을 부정하는 전통적인 남성적 관행으로부터 영향을 받기 때문으로 설명한다(Addis & Mahalik, 2003). 특히 남성의 경우, 심리적 스트레스를 받을 때 도움을 요청하는 것은 ‘나약한’ 행동으로 여겨지고(Oliffe & Phillips, 2008), 도움이 요구되지만 동료들의 거부에 대한 두려움 때문에 침묵 속에서 고통받고 있고 설명한다(Connell, 2005). 실제로 “이중 위험”(Levant, Hall, Williams, & Hasan, 2009; Houle, Mishara, & Chagnon, 2008)이라는 개념은 남성들이 도움을 요청할 때 느끼는 수치심이 자신의 문제를 관리하지 못하는 ‘실패’를 더욱 악화시킨다고 설명되고 있다. 이러한 남성에게 자살은 자신의 삶에 대한 통제권을 되찾고 스스로 죽음을 끝내기 위한 방법으로 인식될 수 있다는 주장이 제기되기도 하였는데, 역설적이게도 정신적 고통의 시기에 통제력을 회복하기 위해, 그리고 도움을 요청하거나 의료 서비스를 이용하는 대신에 많은 남성들이 정서적, 정신적 고통을 완화하기 위해 알코올 및 기타 물질에 의존한다고 보고되었다(Oliffe et al., 2012).

한편 성역할 담론과 정신건강의 관계에 관한 국내연구 중 이민아(2021)의 연구에 따르면, 인간은 태어나서 죽을 때까지 성별화된 생애과정(Gendered life course)을 살고, 한 사회의 젠더차이가 개인의 사회경제적 지위에 근본적인 영향을 미친다고 강조한다. 이민아(2021) 연구에서 제시하는 한국사회 청년 정신건강 문제의 성별격차와 사회적 결정요인 및 성역할 담론의 영향력에 대한 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 청년 여성의 정신건강 악화에 영향을 미치는 사회적 결정요인으로 취업률의 성별격차를 꼽는다. 분석에 따르면, 한국사회는 2017년을 기점으로 대졸자 취업률의 성별 격차가 3%대 이상으로 벌어졌고, 이전 5년간 성별취업률 차이가 줄어들어서 2016년에는 2.9%까지 떨어졌으나 2017년에 다시 3%로 격차가 늘어나 지속적인 증가 추세를 보인다. 이는 숫자상 작은 수치로 보이지만 대졸자의 수를 감안했을 때 이러한 격차가 개개인의

삶에 큰 영향을 끼쳤을 수 있으며 2017년부터 여성청년의 정신건강 지표가 악화된 원인으로 이 점을 꼽는다. 둘째, 한국사회 청년남성의 성역할 규범과 우울의 관계에 주목해야 한다고 강조한다. 이민아(2021)는 한국에서 성 역할 규범과 남성의 우울 간 관계를 살펴본 연구결과들을 제시하면서(예: 성윤희, 정주리, 2019) 한국사회 내 보수적 성향을 가진 남성일수록 더욱 우울하며, 보수적인 청년남성일수록 분노와 우울 정도가 높을 수 밖에 없는 사회문화적 구조의 문제를 제시하였다. 이러한 사회구조 속에서 청년남성들에게도 새로운 성역할 규범과 언어가 필요하다는 점을 제안하였고 이 부분의 총체적 변화가 부재한 상태에서는 여성들과의 경쟁에서 청년남성이 경험하게 되는 불안과 긴장이 지속 반복될 것이라는 점을 지적한다.

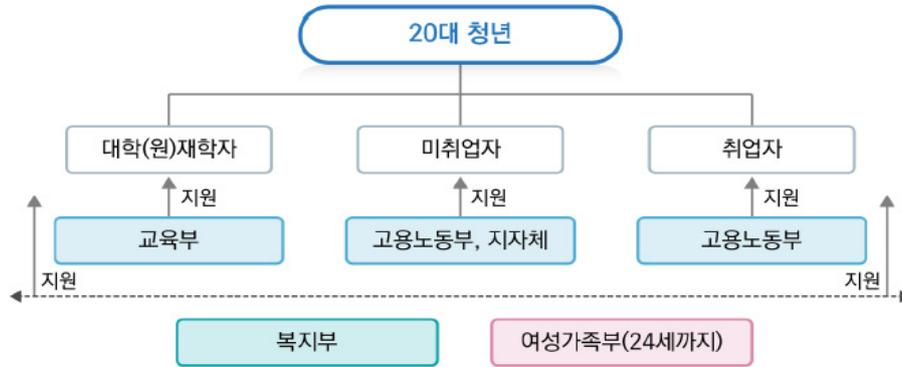
이처럼 성역할 담론과 정신건강관련 연구결과를 제시한 일련의 연구자들은 공통적으로 성평등한 나라일수록 여성과 남성 사이의 우울 수준 차이가 작고 나아가 사회 전반의 우울 수준도 낮다는 점을 강조한다. 그 예로 여성의 경제참여와 노동시장에서의 지위가 높은 노르웨이·스위스·아일랜드를 꼽았다. 반면 동유럽과 남유럽처럼 여성의 가정 내 통제력이 낮고 전통적인 성 역할 규범이 공고한 나라는 평균 우울 수준이 높고, 특히 여성이 남성보다 훨씬 우울 수준이 높음을 지적하고 있다(이민아, 2021).

이상의 내용을 토대로 볼 때, 성역할 담론은 개인의 신념·태도·행동양식 등 정체성 뿐 아니라 대인관계 그리고 돌봄, 부양 등 사회관계 및 역할 형성에도 영향을 미친다. 또한 이는 개인의 스트레스를 비롯한 심리정서적 문제와 정신건강의 어려움을 지각하고 개념화하는 방식, 정신건강 문제해결에 대한 접근 방식 등에도 영향을 미친다는 점에서 청년의 정신건강 및 문제해결을 이해하는 데 성역할 담론의 고려가 필요함을 시사한다.

2. 청년마음건강지원사업 현황

가. 부처별 청년 정신건강지원

청년의 정신건강을 위한 공적대응은 청년마음건강지원 정책사업이 추진되는 근거가 마련된 제1차 청년정책 기본계획(관계부처합동, 2020) 수립 전후로 구분될 수 있다. 본 절에서는 청년정책 기본계획 수립 전후로 청년 정신건강 지원정책의 특징을 살펴보고자 한다. 우선 청년 기본계획 수립 전 청년대상의 중앙정부 지원대책을 살펴보면, 당시 정부 정책의 지원대상은 대체로 청년 전체가 아닌 각 부처의 주요 정책대상자를 중심으로 지원 사업이 이루어진 특징을 보인다(김지경, 이윤주, 2018).



자료: 김지경, 이윤주(2018)

[그림 II-1] 각 부처별 20대 청년 심리정서지원 현황

부처별 지원내용을 살펴보면, 고용노동부의 경우 고용센터의 운영을 통해 취업지원 사업의 일부사업 형태로 청년구직자(실업청년)의 심리정서 프로그램을 제공하고 있으며, 취업청년의 경우 근로자 복지지원의 형태로 300인 미만 사업장을 중심으로 EAP를 운영 하도록 지원하고 있다(고용노동부, 2018). 보건복지부의 경우, 시군구 보건소와 정신건강 복지센터를 중심으로 청년 마음건강을 지원하고 있으나 센터 내 주요 사업내용 및 방향성 (정신질환 예방 및 증진)과 운영측면에서 현실적인 어려움(예산, 인력 등)이 있어 청년을 포함한 대상자 포괄 부분의 부족함이 존재한다. 여성가족부의 경우, 청소년상담복지센터 운영을 통해 청소년의 연령범주(24세까지) 내 초기 성인기 청년을 대상으로 개인, 집단 상담 외 심리정서지원프로그램을 운영하고 있으나 이 또한 특정연령대를 대상으로 한다는 점에서 포괄성이 부족하다. 대학교 내 학생생활상담센터의 경우, 학교보건법 제7조, 제11조에 근거하여 대학생의 마음건강 지원을 목적으로 설치 운영되기 시작하여 현재 286교 중 280교 (98%)가 운영되고 있으며 이제까지 대학생의 상담서비스로 대표 된다(관계부처합동, 2021.2.9.). 그밖에 일부 지자체(서울시)의 경우, 청년수당 대상의 마음건강을 위한 개별 혹은 집단상담 프로그램들이 확대되면서(서울시청년활동지원센터, 2021) 청년의 일자리와 빈곤 문제, 그리고 심리정서적 문제를 복합적으로 대응하는 노력이 진행 중이다.

이와 같이 중앙 및 지방정부의 일련의 노력은 청년 및 청년정신건강에 초점을 둔 분리 된 정책이기보다는 생애주기별 정신건강 예방서비스의 일부분으로 다루어져 온 경향이 있다(박지혜·이선혜, 2022). 그러던 중 우리사회 청년의 낮은 취업률·높은 실업률 현상, 취업준비 장기화, 저임금 문제 등 일자리를 비롯한 청년 빈곤 문제가 지속심화 되면서

(이승윤 외, 2017) 또 이에 대한 결과지표로서 청년의 우울 및 자살과 같은 정신건강 실태 역시 심각한 수준을 유지하고 문제로 부각되기 시작하면서 두 영역의 문제는 복합적인 사회적 문제(화)가 되었다고 볼 수 있다(박지혜·이선혜, 2022).

나. 보건복지부 청년마음건강지원정책

청년은 다른 연령층에 비해 자립이 수월하다는 인식 아래, 아동·노인·장애인 등 기존 복지정책 대상에서 소외 되었고, 일부 존재하는 청년 복지정책들도 대상(저소득계층, 자립준비청년(보호종료아동) 등)이나 규모가 제한적이었다(보건복지부, 2023.9.19.). 이후 2020년 청년기본법 제정 전후를 시발점으로 하여 청년 지원 정책과 서비스가 마련되기 시작하고 청년 정신건강서비스에 대한 관심 또한 동반 상승하게 되면서, 최근 청년 마음건강 바꾸어 지원(청년마음건강지원사업), 정신건강(우울증) 검진주기의 개선, 시도별 청년사회서비스사업단을 통한 신체 및 정신건강 사회서비스 제공 등이 시행되고 있다(보건복지부, 2021.4.6.).

1) 2023년 청년정책 시행계획(관계부처 합동, 2023.3.29.)

청년의 행복한 삶에 대한 권리를 보장하고, 청년정책을 안정적으로 추진하기 위해 제1차 청년정책 기본계획(‘21~’25년)을 수립(‘20.12)하고, 청년이 원하는 삶을 주도적으로 만들 수 있도록 일자리, 주거, 교육, 복지 문화, 참여 권리 등 5대 분야 20개 중점 과제 마련하여 발표하였다. 청년의 마음건강지원의 부분은 신체건강 관련 정책과 함께 복지·문화 분야 내 건강증진 영역에 다음과 같이 공표되었다.

- 청년층 정신건강 서비스 강화
 - 우울, 불안, 강박, 스트레스 등 심리 문제 지원이 필요한 청년을 대상으로 3개월(10회)간 전문적인 심리상담 서비스 제공
 - * 온라인(복지로)을 통한 신청 서비스 오픈(‘23.4월)
 - 지역사회 청년 중독예방, 사회복귀 지원을 위해 중독관리통합지원센터 확대 설치(‘22, 58개소 → ‘23, 60개소) 및 청년중독관리사업 실시(8개소)
- 청년 신체건강 인프라 확대
 - 지역 청년이 주체가 되는 지역별 청년사회서비스사업단을 구성하여 청년 신체·

정신건강 분야 등 지역 사회서비스 제공

- 청년층이 자주 이용하는 수영장·체육관 등 생활밀착형 체육시설 공급 확대(23년 신규 46개소 지원)
- 청년들의 건강한 식습관 형성을 위해 대학생들에게 1천원에 아침 식사를 제공하는 ‘천원의 아침밥’ 사업 지원 확대

2) 2023년 청년정책 5대과제(보건복지부, 2023.9.19.)

2023년 9월 현재, 중앙정부는 청년복지 5대과제를 발표하여 청년대상 심리지원서비스 확대 신설, 청년 정신건강 선제 대응 위한 청년정신건강검진 확대 및 청년마음건강센터 이용자 확대를 추진할 계획이며, 관련 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, (마음건강상담) 청년층 포함한 전연령 대상 심리상담 서비스 제공하는 ‘전국민 마음건강 투자사업’ 신설(신규 539억원, '24년 8만 명 지원 목표), 둘째, (정신건강검진) 정신건강 문제에 대한 선제적 대응 강화를 위해 청년층(20~34세) 대상 정신건강검진 확대 개편 추진('25~), 셋째, (청년마음건강센터) 전국 청년마음건강센터('22년, 17개 시·도 설치완료)에서 등록 전 초기상담, 정신건강 선별도구(PHQ-9, CAPE-15 등)를 통한 선별검사, 사례관리 및 프로그램 제공, 정신의료기관 연계 등이다.

<연령층별 주요 보건복지정책 현황>

	영유아	아동	청·중장년	노인	장애인
소득	첫만남이용권, 양육수당, 아동수당		청년내일저축계좌 (기준중위소득 100%이하)	국민연금, 기초연금	장애인연금
	국민기초생활보장제도, 긴급복지지원제도 등				
돌봄	국공립어린이집, 보육료 지원,	다함께 돌봄	일상돌봄 서비스 사업 (일부 지역 한정)	노인맞춤돌봄서비스, 노인장기요양서비스, 치매 예방·관리 사업	활동지원, 장애아 가족 양육지원, 주간·방과후활동 등
	지역아동센터, 아동복지시설, 그룹홈, 드림스타트 등				
건강	영유아 검진 1세미만 외래 본인부담 경감 등	아동치과주치의 15세 미만 입원 본인부담 경감	2030 국가건강검진	노인외래정액제 노인 틀니, 임플란트	중장·지역장애인 보건의료센터, 권역재활병원 등
	예방접종(영유아, 아동, 노인 등), 일차의료 만성질환 관리, 간호간병통합서비스, 재난적 의료비(중위200% 이하) 등				
정신	전 연령 정신건강 강화 지원 등		청년마음건강센터, 마음건강바우처(1.5만명)	전 연령 정신건강 강화 지원 등	
정신건강 지원, 트라우마 심리지원 강화, 정신응급 대응체계 강화. 자살예방 강화					

자료: 보건복지부(2023.9.19.) 청년정책 5대과제. p.2.

[그림 II-2] 보건복지부 청년정책 5대과제(2023년)



[그림 II-3] 보건복지부 청년정책 5대과제 마음건강지원 사업

다. 청년마음건강지원사업(바우처)

1) 사업 개요

- (추진근거) 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조, 제5조 - 「청년기본법」 제21조
- (사업목적) 청년의 심리정서 지원, 건강성 회복을 통한 삶의 질 향상과 심리적 문제 예방을 통한 건강한 사회구성원으로서 역할 촉진
- (지원대상) 만 19세 이상 34세 이하 청년, 소득(재산)기준 없음
 - 우선지원 대상
 - 1순위: 자립준비청년 및 보호연장아동(아동권리보장원에서 연계 의뢰한 자 포함)
 - 2순위: 정신건강복지센터에서 연계 의뢰한 청년
- (신청자격) 만 19세 이상 34세 이하(출생연도 기준)
- (신청권자) 본인, 친족, 법정대리인, 담당공무원(직권신청)

○ (우선순위)

- 1순위: 자립준비청년(만18세이상 만기 퇴소 또는 연장보호 종료된 자) 및 보호 연장 아동(아동복지법 제16조의3에 따라 보호기간이 연장된 자)
- 2순위: 정신건강복지센터 연계자
- 3순위: 일반청년

2) 서비스 유형 및 절차

○ 서비스 유형(제공인력 기준에 따라 가격 차등)

- (A형) 예: 일반적 심리문제를 겪고 있으나 정신건강 관련 진료 등에 대한 부담감 없이 전문심리상담 서비스를 받고자 하는 경우
- (B형) 예: 자립준비청년 및 보호연장아동, 정신건강복지센터 방문자 등 서비스 욕구가 높거나 상대적으로 높은 수준의 상담 서비스가 필요한 경우

○ 서비스 유형 선택

- 이용자 신청 시 유형 선택권을 보장하고 이용자 여건에 맞게 신중히 선택할 수 있도록 안내
- 이용자는 사전에 유형에 따른 본인부담금 차이, 유형별 제공기관 상담을 통해 어떤 유형의 기관을 이용할 것인지 확인
- 유형변경 시 해당 이용자를 차세대 행복이음에서 중지처리 후, 익월부터 서비스 받을 수 있도록 안내

○ 서비스 유형 및 가격 공개: 지자체 및 지원단은 제공기관별 서비스 유형 및 가격을 이용자에게 안내

○ 서비스 제공 기간

- 기본 3개월(10회) 원칙
- 재판정이 필요한 경우, 최대 12개월 지원

○ 서비스 제공 원칙

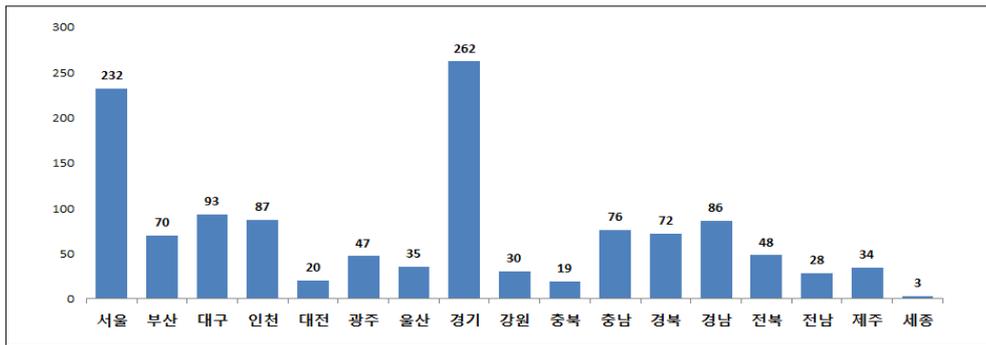
- 서비스는 3개월 간 총 10회 제공하며 서비스 개시일로부터 연속해서 제공하는 것이 원칙
- 다만, 이용자의 사정 등으로 부득이하게 원칙과 달리 정하고자 하는 경우에는 이용자와 제공기관 간 협의를 통해 조정 후 제공 가능(계약서 반영 필요)
- 중도에 계약을 해지하고 제공기관을 변경한 이용자에 대해서는 변경계약 시점부터 바꾸쳐 잔여기간만큼 연속적으로 서비스 제공

라. 시도별 청년마음건강지원사업 현황

1) 2023년 시도별 청년마음건강지원사업 제공기관 현황

2023년 10월 기준, 청년마음건강지원사업의 제공기관 현황을 살펴보면 <표 II-9>와 같다. 사회서비스전자바우처 내 게시된 청년마음건강지원사업 기관을 중심으로 연구진 자체조사한 결과, 청년마음건강바우처 사업은 전국 1,242개 기관에서 수행되고 있는 것으로 파악되었다. 지역별로 살펴보면 경기 262개, 서울 232개, 대구 97개 기관 순으로 높게 나타났고, 세종 3개, 충북 19개, 대전 20개 기관 순으로 낮게 나타났다.

청년마음건강지원사업 지침 및 규정에 따른 수행기관의 정보제공 정도를 조사한 결과, 17개 시도에서 제공기관의 이메일 주소를 명시한 곳은 106개 기관, 홈페이지 및 블로그를 명시한 기관은 250개 기관, 서비스 유형을 명시한 기관은 1,008개 기관으로 조사되었다.



[그림 II-4] 2023년 시도별 청년마음건강지원사업 수행기관 현황

<표 II-9> 2023년 시도별 청년마음건강지원사업 제공기관 현황

시도	총(곳)	2022년 평가 비대상기관 수(곳)	이메일 명시(곳)	홈페이지/ 블로그 명시(곳)	서비스 유형 명시(곳)
전체	1242	905	106	250	1008
	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)
서울	232	194	37	81	158
	(18.7)	(83.6)	(15.9)	(34.9)	(68.1)
부산	70	55	8	15	54
	(5.6)	(78.6)	(11.4)	(21.4)	(77.1)

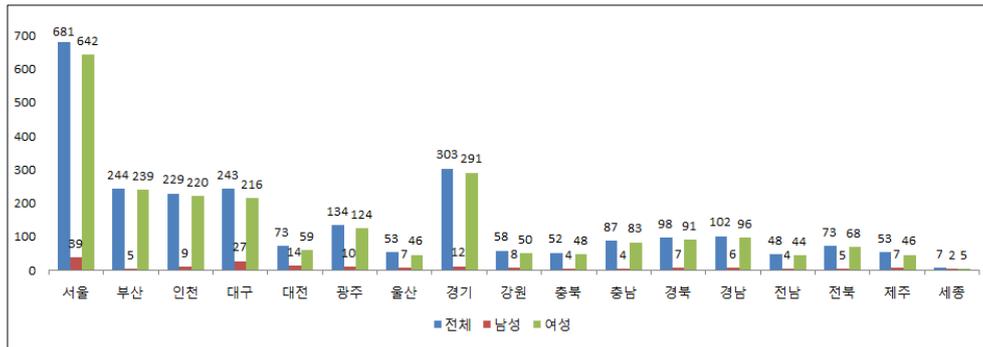
시도	총(곳)	2022년 평가 비대상기관 수(곳)	이메일 명시(곳)	홈페이지/ 블로그 명시(곳)	서비스 유형 명시(곳)
대구	93	67	6	9	82
	(7.5)	(72.0)	(6.5)	(9.7)	(88.2)
인천	87	58	4	17	73
	(7.0)	(66.7)	(4.6)	(19.5)	(83.9)
대전	20	18	2	0	13
	(1.6)	(90.0)	(10)	(0.0)	(65.0)
광주	47	33	3	7	43
	(3.8)	(70.2)	(6.4)	(14.9)	(91.5)
울산	35	22	2	9	23
	(2.8)	(62.9)	(5.7)	(25.7)	(65.7)
경기	262	175	20	72	207
	(21.1)	(66.8)	(7.6)	(27.5)	(79.0)
강원	30	20	2	6	27
	(2.4)	(66.7)	(6.7)	(20.0)	(90.0)
충북	19	10	1	2	16
	(1.5)	(52.6)	(5.3)	(10.5)	(84.2)
충남	76	48	5	8	75
	(6.1)	(63.2)	(6.6)	(10.5)	(98.7)
경북	72	58	6	5	60
	(5.8)	(80.6)	(8.3)	(6.9)	(83.3)
경남	86	64	3	8	76
	(6.9)	(74.4)	(3.5)	(9.3)	(88.4)
전남	28	22	4	5	22
	(2.3)	(78.6)	(14.3)	(17.9)	(78.6)
전북	48	35	2	4	45
	(3.9)	(72.9)	(4.2)	(8.3)	(93.8)
제주	34	24	1	2	31
	(2.7)	(70.6)	(2.9)	(5.9)	(91.2)
세종	3	2	0	0	3
	(0.2)	(66.7)	(0.0)	(0.0)	(100.0)

자료: 연구진 자체조사 및 분석결과

2) 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 제공인력 현황

청년마음건강지원사업의 제공인력 현황을 살펴보면 <표 II-10>과 같다. 2022년 전국의 청년마음건강지원사업 제공인력은 총 2,538명으로 남성 170명(6.7%), 여성 2,368명(93.3%)로 나타났다. 제공인력의 연령은 34세 이하 청년 제공인력 293명(11.5%), 34세 이상 2,245명(88.5%)로 나타났다.

다음으로 시도별 제공인력 현황을 살펴보면, 서울 681명, 경기 303명, 부산 244명, 대구 243명 순으로 높게 나타났고, 세종 7명, 전남 48명, 울산 53명, 제주 53명 순으로 낮게 나타났다. 남성 제공인력의 경우, 서울 39명, 대구 27명, 대전 14명 순으로 높게 나타났으며, 세종 2명, 충북·충남·전남 각각 4명 순으로 낮게 나타났다. 여성 제공인력의 경우, 서울 642명, 경기 291명, 부산 239명 순으로 높게 나타났고, 세종 5명, 전남 44명, 울산·제주 46명 순으로 낮게 나타났다. 시도별 평균 남성 제공인력은 10명, 여성 제공인력은 139명이다.



[그림 II-5] 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 제공인력 현황

<표 II-10> 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 제공인력 현황

(단위: 명)

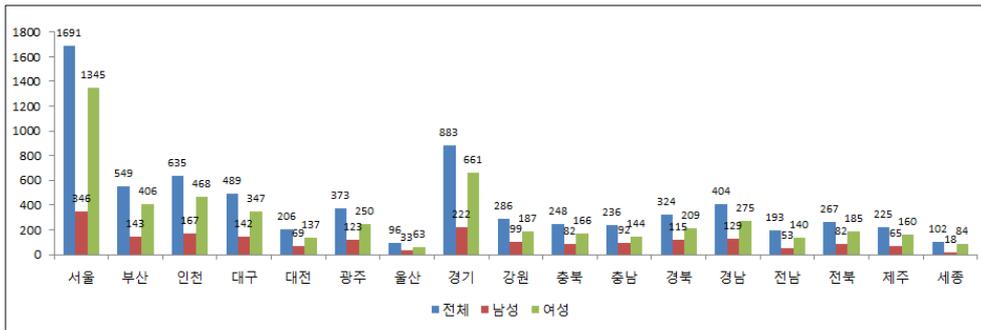
시도	제공인력				
	전체	성별구분		연령구분	
		남성	여성	34세 이하	35세 이상
전체	2538	170	2368	293	2245
	(100%)	(6.7%)	(93.3%)	(11.5%)	(88.5%)
서울	681	39	642	71	610
	(100%)	(5.7%)	(94.3%)	(10.4%)	(89.6%)

시도	제공인력				
	전체	성별구분		연령구분	
		남성	여성	34세 이하	35세 이상
부산	244	5	239	35	209
	(100%)	(2.0%)	(98.0%)	(14.3%)	(85.7%)
인천	229	9	220	26	203
	(100%)	(3.9%)	(96.1%)	(11.4%)	(88.6%)
대구	243	27	216	45	198
	(100%)	(11.1%)	(88.9%)	(18.5%)	(81.5%)
대전	73	14	59	22	51
	(100%)	(19.2%)	(80.8%)	(30.1%)	(69.9%)
광주	134	10	124	12	122
	(100%)	(7.5%)	(92.5%)	(9.0%)	(91.0%)
울산	53	7	46	1	52
	(100%)	(13.2%)	(86.8%)	(1.9%)	(98.1%)
경기	303	12	291	29	274
	(100%)	(4.0%)	(96.0%)	(9.6%)	(90.4%)
강원	58	8	50	5	53
	(100%)	(13.8%)	(86.2%)	(8.6%)	(91.4%)
충북	52	4	48	8	44
	(100%)	(7.7%)	(92.3%)	(15.4%)	(84.6%)
충남	87	4	83	8	79
	(100%)	(4.6%)	(95.4%)	(9.2%)	(90.8%)
경북	98	7	91	7	91
	(100%)	(7.1%)	(92.9%)	(7.1%)	(92.9%)
경남	102	6	96	7	95
	(100%)	(5.9%)	(94.1%)	(6.9%)	(93.1%)
전남	48	4	44	5	43
	(100%)	(8.3%)	(91.7%)	(10.4%)	(89.6%)
전북	73	5	68	3	70
	(100%)	(6.8%)	(93.2%)	(4.1%)	(95.9%)
제주	53	7	46	6	47
	(100%)	(13.2%)	(86.8%)	(11.3%)	(88.7%)
세종	7	2	5	3	4
	(100%)	(28.6%)	(71.4%)	(42.9%)	(57.1%)

3) 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 이용 현황

청년마음건강지원사업의 이용 현황을 살펴보면 <표 II-11>과 같다. 2022년 전국의 청년마음건강지원사업 이용청년은 총 7,207명으로 남성 1,980명(27.5%), 여성 5,227명(72.5%)으로 나타났다. 이용청년의 연령을 살펴보면 만26~30세 2,743명(38.1%), 만19~25세 2,485명(34.5%), 만31~34세 1,969명(27.3%)순으로 나타났다.

다음으로 시도별 이용청년의 현황을 살펴보면, 서울 1,691명(남성 346명, 여성 1,345명), 경기 883명(남성 222명, 여성 661명), 인천 635명(남성 167명, 여성 468명) 순으로 높게 나타났으며, 울산 96명(남성 33명, 여성 63명), 세종 102명(남성 18명, 여성 84명), 대전 206명(남성 69명, 여성 137명) 순으로 낮게 나타났다. 시도별 평균 남성 이용청년은 116명, 여성청년은 307명이다.



[그림 II-6] 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 이용자 현황

<표 II-11> 2022년 시도별 청년마음건강지원사업 이용 현황

(단위: 명)

시도	이용자					
	전체	성별구분		연령구분		
		남성	여성	만19~25세	만26~30세	만31~34세
전체	7207	1980	5227	2485	2743	1969
	(100%)	(27.5%)	(72.5%)	(34.5%)	(38.1%)	(27.3%)
서울	1691	346	1345	448	747	493
	(100%)	(20.5%)	(79.5%)	(26.5%)	(44.2%)	(29.2%)
부산	549	143	406	165	227	157
	(100%)	(26.0%)	(74.0%)	(30.1%)	(41.3%)	(28.6%)

시도	이용자					
	전체	성별구분		연령구분		
		남성	여성	만19~25세	만26~30세	만31~34세
인천	635	167	468	226	223	186
	(100%)	(26.3%)	(73.7%)	(35.6%)	(35.1%)	(29.3%)
대구	489	142	347	196	167	124
	(100%)	(29.0%)	(71.0%)	(40.1%)	(34.2%)	(25.4%)
대전	206	69	137	58	81	67
	(100%)	(33.5%)	(66.5%)	(28.2%)	(39.3%)	(32.5%)
광주	373	123	250	174	137	62
	(100%)	(33.0%)	(67.0%)	(46.6%)	(36.7%)	(16.6%)
울산	96	33	63	32	40	23
	(100%)	(34.4%)	(65.6%)	(33.3%)	(41.7%)	(24.0%)
경기	883	222	661	329	315	239
	(100%)	(25.1%)	(74.9%)	(37.3%)	(35.7%)	(27.1%)
강원	286	99	187	92	133	60
	(100%)	(34.6%)	(65.4%)	(32.2%)	(46.5%)	(21.0%)
충북	248	82	166	80	86	82
	(100%)	(33.1%)	(66.9%)	(32.3%)	(34.7%)	(33.1%)
충남	236	92	144	98	87	51
	(100%)	(39.0%)	(61.0%)	(41.5%)	(36.9%)	(21.6%)
경북	324	115	209	142	97	85
	(100%)	(35.5%)	(64.5%)	(43.8%)	(29.9%)	(26.2%)
경남	404	129	275	142	130	131
	(100%)	(31.9%)	(68.1%)	(35.1%)	(32.2%)	(32.4%)
전남	193	53	140	80	71	40
	(100%)	(27.5%)	(72.5%)	(41.5%)	(36.8%)	(20.7%)
전북	267	82	185	125	81	61
	(100%)	(30.7%)	(69.3%)	(46.8%)	(30.3%)	(22.8%)
제주	225	65	160	81	76	68
	(100%)	(28.9%)	(71.1%)	(36.0%)	(33.8%)	(30.2%)
세종	102	18	84	17	45	40
	(100%)	(17.6%)	(82.4%)	(16.7%)	(44.1%)	(39.2%)

3. 서비스이용자 및 제공자 요구 분석

가. 서비스이용자 경험 심층면접 분석결과

1) 청년마음건강바우처 신청이전 단계

(가) 서비스신청을 결정하기까지

연구참여자들이 자신에게 무언가 정신건강상의 문제가 있다는 자각을 한 이후 청년마음건강바우처를 신청하기로 결정하기까지의 과정에는 다양한 환경적, 맥락적 요인들이 작용하는 것으로 나타났다. 여기에는 증상 자각과 문제 인지, 사업정보에 대한 접근, 비용 부담 등이 포함된다. 이를 한 가지씩 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 정신건강 어려움의 자각과 인지정도이다. 연구참여자의 경우, 자신의 정신건강 관련 위기감의 자각과 심각 정도가 청년마음건강지원사업의 신청을 결정하게 되는 주요 요인인 것으로 나타났다. 정신건강의 어려움을 자각하거나 인지한 참여자의 경우, 우울 및 불안감으로 방문한 정신건강의학과에서 정신장애 진단을 받거나 주변 상담전문가로부터 상담서비스를 권유받으면서 마음건강바우처 신청을 고민하게 되었다. 한편, 우울감을 자각하지만 공식적 전문서비스를 이용하지 않은 참여자의 경우, 의도적으로 인터넷 검색 등을 통해 상담서비스를 검색하면서 마음건강바우처 정보를 획득하는 경우와 주변지인의 해당 서비스 이용경험의 공유가 서비스를 신청하는데 주요한 결정요인으로 작용하고 있었다. 이때, 정신건강의학과와 같은 의료셋팅이 아닌 마음건강바우처와 같은 상담 서비스를 선택한 배경에는 ‘병원을 갈 정도는 아닌 것 같아서’, ‘친구가 이용한 것을 보니 상담은 안전한 것 같아서’와 같은 생각이 작용하였다.

제가 작년 10월에 이제 상담센터에서 알바를 하게 됐어요. 근데 그 폴 배터리 검사를. 뭔가 제가 이렇게 해석 답지를 적기 전에 노출이 되기 전에 뭔가 모를 때 심리 검사를 하면은 좀 더 투명하게 할 수 있다. 이렇게 얘기를 하셔가지고 할인해 줄 테니 생각해 봐라 그러셨어요. 그래서 거기에 이제 어차피 이 길로 갈 거면은 검사를 한번 받아보면 좋을 것 같아서 거기서 받았죠. 근데 음... 제가 뭐 가족사도 있고 그래서. 심리 검사 아니 심리 상담을 좀 지속적으로 받으면 좋을 것 같다. 라는 그 소견서가 생겼어요. 이제 임상 심리사가 그렇게 평가를 해 주신 거죠. (참여자2)

둘째, 청년마음건강지원사업에 대한 정보를 취득한 경로다. 연구참여자의 대부분은 청년마음건강지원사업을 들어본 적이 있거나 홍보물을 접촉한 경험을 가지고 있었다. 길거리 ‘플래카드’ 등과 같이 오프라인 상의 홍보물은 물론 ‘청년포털’ 등과 같은 온라인

상에서 한번쯤은 접한 경험을 가지고 있었다. 일부 참여자의 경우, 청년 공무원들을 대상으로 해당 홍보물이 전달되는 등 근무처 자체의 적극적인 홍보가 마음건강바우처를 선택한 배경이었다. 만약 사업정보에 접하지 못했더라면 상담받을 생각을 하지 못했을 것이기 때문이다.

군무원이라는 직업을 갖고 있는데 거기서 공문이 내려왔어요. 이런 사업을 서울시에서 하고 있으니 적극적으로 한번 이용해 봐라라는 식의 공문이었거든요. 그래서 제가 심리상담이나 정신과 상담에 대한 관심이 있었기 때문에 좀 더 주의 깊게 봤었거든요. 공문을 보니까 지원이 가능할 것 같은 거죠. 예를 들면 군무원 같은 경우는 좀 제한되는 게 있어요. 어떤 사회 서비스를 이용하는데. 내일 배움 카드라든지 이런 것들은 또 이용을 못하고 또 어떤 서비스를 이용하는 데 조금 제약이 있거든요. 근데 이 마음건강 지원 사업 같은 경우는 군무원도 할 수 있는 것 같더라고요. (참여자6)

셋째, 참여자의 소속 및 사회경제적 위치에 적합한 낮은 서비스 비용부담이다. 마음건강의 위험신호를 인지하고 문제해결의 필요성을 인식한 참여자들 중 대부분이 낮은 비용부담을 꼽았다. 즉, 청년마음건강지원사업을 신청하게 된 배경에는 마음건강바우처를 이용하는데 따르는 이용자 부담액이 타 서비스에 비해 낮다는 장점 때문이었다. 대학(원)생 및 취준생인 연구참여자의 경우, 고비용이 소요되는 것으로 익히 알려져 있는 개인상담서비스를 선택할 엄두를 내지 못하던 차에 개인(본인)부담금이 거의 없는 마음건강바우처를 선택하는 것은 합리적인 선택이었다고 평가한다. 취업자인 연구참여자들 역시, 경제활동을 시작한 지 얼마 안 된 사회초년생이거나 정신건강을 위해 고비용을 소비하는데 주저하게 되는 상황에서 마음건강바우처의 저비용은 적극적인 신청과정으로 연결되었다.

10회에 내가 이 40분 왕복 1시간이 넘는 시간인데. 이걸 내가 할 수 있을까 그런 생각을 하고 갔죠. 근데 뭔가. 지원금 제가 b형이었거든요. 그래서 54만원 정도를 상담을 지원 받고. 솔직히 6천씩만 내면 되는데 내가 이거를 기회를 놓치기에는 너무 아깝다. 돈이 아깝다. 당첨된 것도 아깝다. 이런 생각 때문에 진짜 꾸역꾸역 이렇게 간 적도 몇 번 있어요. (참여자2)

성인 상담이 7만 원 이러니까 너무 부담되는 거예요. 그래서 알바생이고 돈이 없다 이렇게 얘기하니까. 그분이 청년 마음건강 바우처에서 사용을 할 수 있다. 신청을 한번 알아봐라라고 하셨어요. (참여자2)

저의 어떤 수입에 있어서 한 회기에 상담 비용이 좀 많이 부담이 되더라고요. 그래서

인터넷으로 조금 이제 교직원 공제회 이외에 제가 받을 수 있는 상담 서비스를 검색을 해보다가 청년 마음 건강 지원 서비스라는 걸 좀 알게 됐고 사회복지 포털에 들어가서 제가 원하는 상담 선생님의 자격이 있는 곳으로... (참여자7)

(나) 서비스신청 과정에서

이상의 결정 과정을 통해 청년마음건강바우처 신청을 결심한 연구참여자들은 서비스 신청을 본격적으로 진행하는 단계에서 다음과 같은 몇 가지 주요 경험에 노출된다.

첫째, 청년마음건강바우처 온오프라인 신청 경험이다. 연구참여자의 대부분은 개인적 상황 및 편의에 따라 자치구 주민센터로의 방문신청 혹은 온라인 신청을 선택하였다. 주민센터에서의 신청경험을 가진 일부 참여자는 주민센터 담당자의 관련 업무의 기간 및 숙련도에 따라 신청과정 및 정보제공의 정도에 차이가 있었다고 지적했다(참여자 1,2). 온라인 신청을 한 연구참여자들의 경우 ‘신청방법이 간단했다’, ‘불편한 점이 기억나지 않는다’ 등 신청과정상의 간편성과 편리성에 대해 만족했다.

네. 그냥... 네. 별로 내는 것도 없고. 다 전산으로 그냥 클릭 클릭하면서. 응 그렇구나. 응 그렇구나. 하고서 그냥 쉽게 쉽게 넘어갔고. 테스트도 제가 따로 테스트해서 첨부 파일만 올리면 되니까. 그 외에 낸 건 없고 하니... 어려운 거는 전혀 없었어요. (참여자4)

고민한 건 아니고요. (주민센터에서) 그냥 거기 가라고 해서 그냥 간 거예요. (참여자1)

둘째, 청년마음건강바우처의 서비스 유형(A/B)를 선택하는 경험이다. 연구참여자들은 온/오프라인 신청과정에서 서비스 유형을 선택하게 되는데, A/B는 제공인력의 경력과 자격을 의미하며 A유형보다 B유형의 전문성이 높는데, 대다수 연구참여자가 B유형을 선택하였다. 이러한 선택을 할 때 정신건강 문제의 심각성이 선택 기준이 되기도 했으나, 대부분 ‘나의 정신건강 문제에 대해 더 전문적인 제공인력에게 상담을 받고 싶어서’라는 의견이 확인되었다. 즉 문제 심각성에 관계없이 보다 전문적인 서비스에 대한 선호가 있는 것으로 이해되었다. 뿐만 아니라 A유형과 B유형의 본인부담금 차이가 1만원의 소액 차이라는 점에서, 보다 전문성이 있는 상담서비스 유형으로 평가되는 B유형을 선택하였다고 하였다.

누구나 더 전문성이 있는 B유형을 선택하지 않을까요.(참여자2)

셋째, 마음건강바우처의 우선순위 대상 관련 경험이다. 마음건강바우처 제도는 신청

단계에서 사업 대상을 1순위(보호종료 청년), 2순위(중증정신질환 청년), 3순위(기타)로 구분하고 있다. 3순위에는 19세에서 34세 이하 모든 청년이 포함되지만 이 규정 자체로 인해 연구참여자는 걱정이나 불안감을 경험한다. 자신이 우선순위에서 벗어나 상담을 받지 못하게 될 수 있다는 생각 때문에 신청서를 제출한 이후부터 승인이 확인될 때까지 조바심을 내며 기다리게 된다. 해당 서비스의 취지 및 목적, 정확한 정보의 안내를 위해 홍보되는 내용이지만 신청자들로 하여금 우선순위 및 이용의 당락을 미리 염려하게 되는 부작용이 존재하는 것이다. 학업이나 취업 등 다른 시스템에서 탈락이나 거절을 수차례 경험한 상황에서, 그리고 그런 경험이 현재의 심리정신적 문제와 직간접적으로 관련있는 상황에서, 상담서비스 신청에 대해서도 승인이거나 불가 판정을 기다려야 하는 현실이 이들에게는 녹록치 않다.

제도... 그러니까 제가 처음 신청할 때 느낀 점은 뭐냐면. 1순위, 2순위, 3순위가 있다 보니까. 어 나 신청하면 안 되는 거 아닐까? 라는 생각이 드는 거예요. 근데 댓글도 대부분 그런 얘기를 많이 하세요. 어떻게 하면 선발이 될 수 있는지 (참여자4)

네. 근데 어떤 분 댓글 보면 지금은 지자체에서 마감이 돼서 안 된다. 라고 답변을 해서. 이제... 센터를 달려가게 만드는 상황이다. 뭐 이런 얘기도 있더라고요. (참여자4)

넷째, 마음건강바우처의 서비스 한도에 대한 안내가 불명확하다. 이 바우처는 한번에 10회를 3개월 내 사용해야 하고, 3회 연장하여 총12개월까지 사용 가능한 것으로 명시하고 있다. 그런데 이 문장의 의미가 무엇인지 정확히 이해했거나 의문을 가진 적이 있는 연구참여자는 한 명도 없었다. 이 이슈에 관한 연구참여자 반응은 다양했다. 홍보문에 이런 문구가 있었으나 동 사업 관련하여 평생 한도라는 생각을 미처 하지 못했다, 34세 될 때까지 매년 최대 40회기 상담을 받을 수 있겠다는 막연히 생각했다, 주변에서 청년 마음건강바우처에 대해 이야기 나누지만 한도에 대한 이야기가 적은 없었다, 주민센터에서 안내해주었다면 좋았겠다. 12개월이 본 사업에 한해, 즉 34세까지 이용가능한 총량이라는 설명을 해주었을 때, 어떤 참여자는 올해 40회기 하고 싶었는데 소진하면 안되겠다, 아껴두었다가 꼭 필요할 때 사용하겠다는 답변을 하기도 했다. 서비스한도에 대한 중요한 규정인 만큼 홍보와 안내가 정확히 이루어지도록 할 필요성이 크다.

조금 더 개선이 되었으면 하는 부분이 있었던 게 이 담당자분도 저희 지역 투자 사업을 받는 청년이 우리 동네 많이 없다 보니까 이 사업을 그때 제가 신청을 한다고 전화를 드리고 나서 책자를 보고 이제 숙지를 하셨던 모양이에요. 그래서 이거를 이제 신청을

할 때 필요한 서류나 이런 것들은 다 구비를 해 주셨는데 제가 그때 주민센터에 여쭙 보았을 때 제가 조금 그거에 대한 좀 속지가 아직 좀 안 되어 있어가지고 이제 시에 문의를 해보셔라 이렇게 되었어요. (참여자7)

2) 청년마음건강바우처 신청이후 단계

온라인 혹은 오프라인상에서 청년마음건강지원사업의 신청을 완료한 연구참여자들은 관련 심사절차 및 결과를 기다리기 위해 일정기간 대기의 경험을 하고 선정결과를 통보 받는다. 이 과정에서 연구참여자들은 몇 가지 공통된 불편사항을 경험하는 것으로 파악되었는데 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 마음건강바우처 이용 안내의 빈약성과 불친절성이다. 연구참여자들이 이 과정에서 경험하는 가장 큰 불편사항은 청년마음건강지원사업을 이용하기 위하여 사전 신청해야 하는 바우처카드(국민행복카드)와 관련된 정보의 부재이다. 바우처 카드 신청을 통해 본격적으로 서비스를 이용할 수 있지만 행정담당자로부터 바우처 카드 신청 및 발급에 대한 안내를 받지 못한 대부분의 청년들은 제공기관을 접촉한 이후에 바우처 카드 발급에 대한 정보를 얻어 발급하는 등 과정상 번거로움과 회귀의 과정을 경험하게 되었다.

솔직히 말씀드리면. 담당 주무관이라고 할지... 아니면 이게 공무원... 그 주무관님은 아닌... 주무관님인지 약간 연세가 좀 드신 분이 설명해주셨는데. 저희가 이제 송도가... 이제 저희는 이제 집이... 이제 신도시다 보니까. 아직 가 건물에 있는 주민센터거든요. 전반적인 사업에 대한... 이게 관심이라고 해야 될진 모르겠는데... 약간 조금 이해도가 떨어지시는 것 같고. 그러다 보니까 이제. 요걸 어떻게 이제... 저는 이제 간절해서 찾아갔던 것 같은데. 이제 아무래도 이게 피드백 자체가 워낙 조금... (참여자3)

저는 그 그게 조금 힘들었어요. 이게 아 그 카드가 a? a형 b형 c형 이렇게 해가지고. 어 그냥 이 카드 하나만 있는 게 아니라 그것도 유형을 선택할 수 있는... 있다고 얘기를 하시는 거예요. 그러면서 저한테 카드 유형을 물어보셨는데. 아니 나는 a형 b형만 들었지 국민행복카드에서도 이 뭘 나눠야 된다고? 막 그런 생각 때문에 알아보는 게 조금 번거로웠어요. 그냥 카드 발급 받으면 되는 거 아닌가? 이런 생각 때문에 거기서 살짝 걸렸어요. (참여자2)

둘째, 이용가능 상담서비스 기관(목록)의 검색 및 선택의 어려움이다. 청년마음건강지원사업의 운영 취지 및 목적에 따라 거주 및 이용지역의 구분없이 상담서비스 제공기관을 이용할 수 있는 편의성은 있으나 해당 제공기관을 청년 당사자가 스스로 검색 및 탐색하여 선택해야 하는 어려움이 존재하였다. 특히 행정담당자로부터 <사회서비스

전자바우처)사이트를 통한 기관검색에 대한 정보까지 얻을 수 있지만, 사이트 내 업로드된 다양한 기관 중 하나를 선택하는 과정은 쉽지 않았다. 더욱이 청년마음건강지원사업 규정상 제공기관의 관련 정보(예: 서비스 유형, 제공자 성별, 직종, 제공기관 정보 등)를 제공하도록 되어있지만 일일이 <사회서비스 전자바우처> 내에서 충실히 정보를 제공하는 기관은 많지 않았으며, 한기관 한기관을 검색 엔진을 통해 검색하여 홈페이지를 방문하는 수고가 필요하였다. 그마저도 홈페이지상 존재하지 않은 기관도 많아 정신건강 문제 해결을 위해 해당 서비스 이용을 선택하기로 한 과정에 있는 청년 당사자로 하여금 부차적인 에너지를 소모해야 하는 어려움이 있었다고 호소하였다.

기관은 (4, 5)네다섯 개밖에 없었는데. 일단 후기가 그 제가 고른 데가 그나마... 좀 있어 가지고....상당 기관을 검색하면은 리뷰 칸에 어떤 사람이 블로그에 올려주셨더라고요. 그래서 한 (2, 3)두 세개 글밖에 없긴 했었는데. 그래도 그나마... 여기가 좀 낫겠다 싶어서. (참여자5)

근데 이게 신청하고 선발되기까지 조금 걸렸는데. 그게 선발됐다고 끝이 아니라. 선발 돼서 이제 센터 이렇게이렇게 찾아봐라. 라고 답장와서. 바우처 사이트를 들어갔더니, 되게 뭐가 많더라고요. (참여자4)

여기 저희 사회서비스 전자 바우처에 지역사회 서비스 투자 사업 서비스별 검색에 들어가서 제가 확인을 했었는데요. 서비스 유형이 아동 청소년 심리지원 서비스 영유아 발달 서비스 이렇게 또 되어 있고 거기에서 청년 마음 건강 지원 사업을 제가 선택을 해서 또 들어가면은 이제 여기에 이 제공 기관이 나와 있거든요. (참여자7)

셋째, 그밖에 청년마음건강지원사업 신청 후 제공기관을 선택 및 결정하는 과정에서 주요한 결정요인에 위치, 동선, 기관업력, 상담자경력 등 다음과 같은 몇 가지로 파악되었다. 여기에는 △제공기관이 거주지 및 근무지와 가까운 지역에 위치하고 있는지 여부, △되도록 교통비가 발생하지 않은 곳을 선호하는가 하면 △이동소요시간이 짧은 거리에 있으면서 △제공기관이 서비스를 제공한 기간이 오래되고, △제공인력이 전문자격을 갖추었는지의 여부가 파악될 때, △홈페이지 상 이용자 후기 및 평점 등과 같은 반응의 정보가 긍정적일 때 해당 기관을 선택하게 된다고 평가하였다.

한편으로 제공인력의 조건 등이 제공기관을 선택하는 데 미친 영향 등을 조사한 결과, △사전에 제공자의 성별을 파악할 수 있는 정보가 부재할 뿐 아니라 △정보를 제공한다 하더라도 특정 성별(특히 남성) 제공인력의 수가 많지 않았으며, 제공자의 숙련정도에 대한 선호의 경우 연구참여자의 대부분은 △오랜 기간 상담서비스를 제공한 전문가를

보다 선호하는 것으로 파악되었다.

일단은 그런 건 딱히 없었는데 젊은 사람은 아니면 좋겠다? 저도 어쨌든 나이가 좀 있다 보니까 같은 또래나 이런 사람들한테 나누기가 참 어려울 수 있겠다라는 생각을 좀 했어요. 반대로 오히려 연륜이 좀 있고 제 이야기를 했을 때 뭔가 그냥 같은 또래에게 이런 제 얘기를 했을 때 뭐라고 해야 될까요? 안 좋게 생각할 수도 있는 좀 말이 어려운데 그 표현이 정제한다고 표현을 하긴 하는데 정제한다는 표현이 기독교적 표현이라 상대방이 약간 그 죄를 조금 지적한다는 거죠. (참여자6)

**에 위치한... 그... 이제 그게 또 되게 좀 민감했던 부분 중의 하나가. 그거... 이제 거리도 중요했고. 아무래도 이게 상담센터다... 상담센터라고 해도 이제. 주변 시선이 조금 신경이 쓰이더라고요. 그러다 보니까 이제. 집이랑은 비교적 거리가 멀... 가... 가깝지도 멀지도 않은 거리에서 하기를 원했고. 그러다 보니 선택한 게 그곳이었습니다. (참여자3)

일단은 학회 자격을 가지신 전문가를 찾는 게 저에게는 가장 큰 기준이었습니다. 그래서 제가 시를 이동하면서 받게 된 것도 사실은 제가 ** 내에서도 사실은 소도시 작은 도시에 거주를 하고 있어가지고 포털에서 이 서비스를 제공하는 기관들을 살펴보고 이제 거기에 계신 상담 선생님들을 살펴봤더니 학회 1급을 가지신 선생님이 안 계시더라고요. 그래서 인근 지역으로 가게 되었어요. ... 이제 1급 선생님을 찾고 집에서도 좀 그렇게 멀지 않은 곳을 찾다 보니까 시외로 가서 가게 된 것 같습니다. (참여자7)

3) 청년마음건강바우처 이용 단계

앞서 청년마음건강지원사업 신청의 전 과정을 거친 연구참여자들은 본격적으로 마음건강바우처 상담서비스를 이용하게 된다. 연구참여자들은 (재판정 이후 추가 상담서비스 이용을 제외하고) 우선적으로 참여하게 되는 첫 10회기의 상담과정에서의 주요 경험은 다음과 같다.

첫째, 참여자 문제호소 및 상담목표 설정과정이다. 처음 상담자와 대면한 상담을 진행하면서 참여자는 최근 경험하는 어려움을 우선적으로 토로하게 되었다. 일부 참여자는 ‘죽을 것 같아서’ 상담기관을 방문했거나 ‘나의 정신건강 상태를 알아보고 싶어서’ 찾아왔다고 호소하기도 하였다. 연구참여자들의 문제의 호소내용은 생명보호 및 생존, 증상 완화, 정신건강 관리, 상담에 대한 호기심과 경험 축적 등을 목적으로 하는 등 참여자간 상이하고 다양했다.

그때는 되게 마음이 힘들었어요. 그래서... 어. 생각만 해도 손이 떨리고. 줌... 그래서.

만약에 내가 감정적으로 이제... 응급실이 있으면 가고 싶다. 그런 생각을 했어서. 그냥 한번... 뭐라도 지푸라기 잡는 심정으로 했었는데. (참여자4)

1회기 때는 사실은 사전 검사를 해야 되기 때문에 제가 그렇게까지 어떤 상담의 어떤 청사진까지는 못 그렸던 것 같고요. 그냥 저의 상태가 심리 검사를 통해서 일단은 좀 상담이 많이 필요한 상태라는 거를 자각을 했었고. (참여자7)

그냥 어떠한 진단을 해주는 걸로 생각을 했거든요. 사실 상담소 같은 경우는 진단을 할 수 있는지는 잘 모르겠어요. 정신과 요원이 아니기 때문에 사실 진단을 해서 제가 뭔가 설문을 해가지고 사이코패스 그런 것처럼 설문이 아니고 (연쇄 살인범 같은 경우는 사이코패스 이렇게 하잖아요.)그런 것처럼 제가 뭔가를 하면은 내가 어떤 상태고 어떤 어떤 문제점이 있고 이런 것들이 진단될 줄 알았거든요. 어느 정도는 되긴 했는데, 무슨 검사를 하긴 했었거든요. 그래서 어느 정도는 그게 됐는데 약간 그런 거 있잖아요. 제가 이런 거를 갖고 있는 것 같은데 그런 것들에 대해서 명확하게 진단명으로 나오지 않잖아요. 그런 것들을 조금 기대를 했던 것 같아요. (참여자6)

둘째, 상담초반 제공자가 안내한 각종 검사를 다소 수동적인 자세로 참여하게 되었다고 회상하였다. 이용자는 검사참여 이후 각종 (심리)검사에 대한 결과 해석 및 호소문제에 따른 전체 상담의 방향성에 대한 설명을 듣게 된다. 이때 연구참여자의 대부분이 제공 인력으로부터 얻은 상담의 방향성(목표)은 ‘다르게 생각하고 바라보기’와 관련된 상담, (직장 및 인간)관계 측면에서의 어려움을 해결하기 위한 상담, (취업준비)과정상 경험하는 우울과 불안을 주 문제로 다룰 것이라는 설명을 듣게 된다. 일부 참여자는 상담서비스를 이용하기 이전에 상담사와 함께 나눌 문제 및 이야기 등을 미리 시뮬레이션 해보기도 하는 등의 준비과정을 거치기도 하였으나 막상 상담장면에서는 제공인력이 ‘리드하는 대로 따라가게 되었다’, ‘미리 세운 계획이 (상담소)가서는 다 깨졌다’고 하는 등 수동적 참여자로의 시작이 어색하게 느껴졌지만 치료계획에 따라 점차 공조하게 되었다고 회상하였다.

기대된다. 라기 보다는 그냥 저는 되게... 시뮬레이션을 되게 많이 하고 갔거든요. 혹시 이런 질문을 하면, 이렇게이렇게 설명해야 되지 않을까? 내가 어떤 상황에 처했는지를 이렇게이렇게 대답해야 되지 않을까? 라고 생각을 하고 갔는데. (1)하나도 이제 흘러 짠 각본대로 흘러가지 않는 거죠. 그래서 아... 다 내려놓고. 그래요. 선생님 시키는 대로 저는 다 따르겠습니다. 네. 하고 이제 그냥. 다 내려놓고. 그다음부터는 아무 생각 없이 그냥. 편하게 무슨 얘기를 할까? 그냥 요 정도만 가볍게 생각하고 왔다 갔다 하고. (참여자4)

셋째, 제공인력에 따른 상담기법 및 구성의 상이성이다. 연구참여자들 대부분 상담 장면에서 경험한 상담내용은 매우 상이하였다. 일부 참여자의 경우 '생각과 행동을 바꾸는 작업', 놀이치료 및 모래치료 참여, 그밖에 요법이나 치료도구의 적용 없이 상담만으로 적용된 관계, 불안 및 우울 등을 다루는 상담내용이 주를 이루었다. 본 연구참여자들 대부분은 상담참여 과정상 만족감이 높았다고 평가하였다. 일부 참여자는 3, 4회기가 진행되는 과정에서 '좋아질까, 이렇게 참으냐고 좋아질까'라는 의구심을 가졌지만 점차 회기가 진행될수록 똑같은 상황에서도 다르게 생각하거나 문제발생의 원인을 인지하기, 안심하기 등을 경험하며 상담을 통한 과정상의 효과를 지각하였다고 회상하였다. 본 연구 참여자의 대부분이 상담과정상 감정 및 사고변화를 지각하고 높은 만족감을 나타냈다.

예를 들어서 빈의자 기법이라든지 이런 것들을 조금 활용을 하시고 일로서 할 수 있는 활동을 적어보고 그다음에 대인관계에서 선생님이 할 수 있는 어떤 활동들을 또 적어보고 그다음에 가정, 인간관계 가족과 관련된 거에서 할 수 있는 활동을 적어보고 여가와 관련된 활동도 적어보세요. 이렇게 하면서 활동지 같은 걸 내주셨거든요. (참여자7)

예를 들면 그림책이 있고 그 그림책에서 나의 마음이 어땠는지를 한번 골라보라고 한다든지 아니면 인형 같은 게 거기 좀 많았어요. 피규어 같은 거. 가족 관계를 이 피규어를 빗대서 한번 골라보라고 한다든지 그런 식으로 유도를 좀 해 주셨고 제가 가족에 대해서 감정 표현하는 데 좀 어려움이 있다 보니까 그런 부분에서도 가족에 대해서 많이 얘기를 유도를 많이 해주셨거든요. (참여자6)

검사지를 토대로 얘기를 했고. 음... 그리고... 그날 좀 검사를 많이 했던 것 같아요. 놀이... 놀이감을 가지고 어떤 화단을 만드는... 그런 장난감... 을 보는데. 그거 가지고 이제... 어... 결과를 말씀해 주셨고. 어...되게 저를 지지를 많이 해주시는 말을 해 주셨어요. (참여자5)

4) 청년마음건강바우처 연장 및 종결 단계

청년마음건강서비스의 10회기 상담 후 필요에 따라 재판정 신청 및 결과에 따른 서비스 연장이 가능하다. 본 연구참여자의 대부분은 현재 10회기 상담을 종결한 상태이며, 1명의 참여자가 상담과정 중에 있고, 2명의 참여자가 재판정 이후 추가 상담서비스를 이용 중에 있다. 이와 같이 마음건강바우처 종결 및 연장과정에서 경험한 참여자의 주요 경험은 다음과 같다.

첫째, 상담종결 및 재판정을 위한 치료성과에 대한 점검과정을 경험한다. 10회기의 상담서비스 이용과정에서 마음건강 어려움의 완화 및 치료목적의 달성 정도에 따라 종결

및 연장을 선택하게 된다. 10회기 상담을 종료한 일부 참여자들의 상담서비스 목적 달성 정도를 평가하는 기준은 ‘마음의 안정’, ‘(인간관계 등) 문제의 해결’, 전과는 다른 방식의 문제해결 방법의 습득 등의 치료성과를 통해 상담종결을 선택한다. 연구참여자 대부분은 상담과정 및 종결과정상 상담서비스 이용에 대한 만족감이 높았다는 점에서, 해당 상담서비스의 이용을 주변지인에게 공유하거나 권유할 의사가 높았고, 추후 정신건강의 어려움이 있을 때, 마음건강바우처의 이용의사가 높았다.

근데 아직 가족에 대해서는 조금 표현하는 게 아직도 좀 어려워가지고 그래서 사실 연장을 선생님께서 먼저 얘기해 주시긴 했거든요. 상담사분이 이런 부분에 대해서 좀 더 받아볼 필요가 있다 하셨어요. (참여자6)

처음 초반 회기는 되게... 그냥... 이렇게... 울음을 참다가 쏟아내고, 참다가 쏟아내고를 연속을 했었는데. 회기를 거듭할수록 좀... 이제. 눈물을 흘리면 흘리나 보다. 내가 지금 힘든가 보다. 를. 그러니까 저는... 어떤 좀... 어떤 측면이 도움이 됐었냐면. 되게... 객관적으로 저를 보게... 된다고 할까요? 지금 내 상황이 아 이런 거구나. 라고 약간 납득을 하고, 이해를 하고. 직면하는 과정이라고 하죠. 그런 거를 좀 겪는 게 저한테는 도움이 됐거든요. (참여자4)

일단은 나의 이야기를 충분히 터놓을 수 있고 그다음에 주기적으로 나의 이야기를 할 수 있는 사람이 있고 도와주는 사람이 있다면 내가 휴직이나 이런 것들을 선택하지 않고 이 직장생활을 계속 영유할 수 있겠다. (참여자7)

둘째, 서비스 연장을 위한 재판정 과정에서 행정적 불편이 크다. 해당 상담서비스의 연장을 희망하는 서비스 재판정 과정을 거친 일부 연구참여자의 경험에서는 다음과 같은 몇가지 행정적 불편사항이 확인되었다. 여기에는 △재판정 시, 해당 지자체의 행정(예산 규모 및 일정 등)의 이유로 재판정이 어려워 상담서비스를 지속하지 못할 가능성으로 인해 심리적 불편감을 경험하기도 하고, △재판정 과정시 오프라인 접수절차가 필수이기에 시간 및 에너지가 소모된다는 점에서 어려움을 경험하였다. 뿐만 아니라 △재판정의 결과 통보가 우편물로 발송되는 등 상담서비스 이용 중이라는 점을 가족 및 주변인물들에게 알리지 않았던 일부 참여자의 경우, 이 때문에 정신건강의 어려움과 상담서비스 이용 중임을 비자발적/비의도적으로 공개하는 어려움을 경험했다고 토로하였다.

동사무소나 구청 담당자에 따라서 다를 텐데 저희 담당자 같은 경우는메일로 접수를 받았거든요. 그러니까 원래는 방문 접수가 원칙이라고 안내문에 써 있더라고요. 연장 신청하기 전에 안내문을 받았거든요. 거기서는 소견서를 들고 원칙상 방문해서 접수를

하라고 써 있었거든요. 근데 제가 회사를 다니다 보니까 가기가 좀 어려워서 전화를 했더니 복지रो에 신청을 하라는 거예요. 근데 복지రో에서는 신청이 안 됐고요. 일단은. 그게 인터넷으로 제가 처음 받을 때 (연장하기 전에) 복지రో 에서 처음에 신청을 했잖아요. 그러면은 연장할 때는 복지రో 에서 불가능하대요. (참여자6)

그다음에 제가 이거를 상담을 받으면서 조금 아쉬웠던 거는 동사무소에서 상담을 시작하거나 마무리가 될 때 우편물이 오는데 저는 가족하고 살기 때문에 조금 들키고 싶지 않은 내가 상담을 받는 거를 알리고 싶지 않은 그 마음이 컸거든요. (참여자6)

셋째, 이용당사자인 청년의 입장에서 청년마음건강지원사업에 대한 제안사항이다. 일부 연구참여자는 상담이 종료된 현재까지도 제공인력과 연락유지 등 (치료적)관계를 유지하는 것으로 확인되었다. 상담을 통해 문제의 해결 및 대처방법을 습득한 참여자들은 높은 만족감을 표하였고, 청년마음건강지원사업의 참여는 ‘인생의 전환점’, ‘참여하지 않았으면 어떻게 됐을지 모르겠다’ 등으로 이용전과 후의 삶의 긍정적인 변화를 가져왔으며 상담에 대한 높은 만족감을 나타냈다. 이처럼 사회경제적 위기를 비롯한 심리 정서적 어려움을 경험하는 청년을 위해 청년마음건강지원사업의 지속성과 보편성이 유지 되었으면 한다는 바람을 표시하였다.

일단은 저한테 의미라고 하면은 터닝 포인트가 될 수도 있을 것 같더라는 생각이 들거든요. 그러니까 어쨌든 제가 생각하는 것들 그러니까 생각으로만 가지고 있던 것들을 실천할 수 있는 용기를 조금씩 얻고 있기 때문에 그런 부분에 대해서도 터닝 포인트가 되고 있고 실제로 저는 결정한 게 개명을 생각하고 있어요. 원래는 그런 하고 싶었는데 그냥 마음으로 갖고 있었지만 상담을 통해서 이런 용기를 얻게 됐거든요. (참여자6)

또한 주변인들에게 마음건강바우처를 권유했거나 권유할 의사가 있다는 연구참여자들이 대부분이다. 이때 해당 상담서비스 이용의 연령제한의 문제로 34세 이상의 청년이 이용할 수 없다는 어려움을 호소하기도 하였다. 청년기의 연장이라는 사회적 현상과 30대 청년이 경험하는 다양한 어려움의 문제해결자원으로서 청년마음건강지원사업의 연령 제한 규정을 완화할 필요성을 제안하였다.

그리고 또 하고 싶은 게 이게 저는 좋았던 게 누구한테나 열려 있어서 좋았던 거거든요. 그러니까 나이 제한은 있었지만 군무원도 들을 수 있어서 참 좋았고 꼭 필요하다고 생각을 하긴 했거든요. 군무원들도 저는 민원을 받는 역할은 아니지만 네 민원을 받는 주변 친구들도 있어가지고 그런 얘기를 듣다 보면은 항상 이 서비스를 추천해 주고 싶은 마음이 있었거든요. 근데 제가 나이가 딱 커트라인이잖아요. 근데 주변에는 저보다 한 살 많거나 두 살 많거나 이런 사람들도 있다 보니까 참 아쉬운 거예요. (참여자6)

그밖에도 청년마음건강지원사업이 소득기준 및 지역제한이 없다는 점에서 보편성과 포괄성을 갖추고 있으나 상담서비스를 이용하기 위해 부차적으로 발생하는 비용(예: 교통비 등)에 대한 지원이 필요한 부분, 지역간 상담서비스 제공기관의 불균형으로 인해 타 지역으로 이동하여 서비스를 이용하는 어려움이 있어 지역 내 청년인구 대비 상담서비스 인프라 확대의 적극적인 사회적 대응을 요구 하였다. 또한 서비스연장에 대한 욕구가 크지만 예산 부족으로 연장이 거부된 경우, 서비스 연장이 가능하다면 자부담 액수가 다소 증가되어도 지불할 용의가 있다고 진술했다.

일단은 교통비 지원이 좀 절실해요. 이게 교통비가 너무 많이 들다 보니까. 이게 교통비를 뭐 지원하는 데가 없더라고요. 그래서 그게 좀 많이 살면서 부담이 좀 많이 됐었어요. (참여자1)

사실 자취를 하거나 이러면은 괜찮을 것 같긴 해요 온라인도. 근데 저는 상담 자체가 어떤 분리된 공간에서 집중해서 할 수 있는 게 필요하다고 생각을 하거든요. 근데 저도 사실 오늘 인터뷰도 사실 이 시간으로 정한 게 가족이랑 같이 사는데 가족이 지금은 나갔어요. 잠깐 외출한다고 그래서 이게 이미 계획된 외출이어가지고 그래서 저 혼자 있기 때문에 이 시간으로 잡았거든요. ... 그런 것처럼 온라인으로도 있으면 좋는데 확실하게 좀 장단점이 있겠다. (참여자6)

공공의 서비스를 통한다고 하면 약간의 그런 공신력을 가지잖아요. 그래서 저는 되게 신뢰가 있는 서비스라고 생각하고 (참여자7)

남자 어쨌든 좀 남자는 좀 참아야 된다는 그런 인식 때문인지는 모르겠는데 그런 부분들에 대해서 좀 장벽이 있는 것 같긴 하거든요. (참여자6)

어... 어렵겠죠? 실은? 이제... 당연히 나름 보통의... 청년으로써 살아온 친구들도 있겠지만. 그러니까 아닌 애들이 있을... 거잖아요. 실은. 그리고 우리가 생각하는... 흔히 생각하면 디피에 나오는 강민석... 일병 같은 느낌의 그 친구들은. 그니까... 요게 어떻게 생각해야 되지? 어 이게 관심병사. 랑 비슷한 거 같긴 하거든요. 그러니까 실은 이 이미지 자체가. 상담센터를 간다라고 하면, 문제가 있어서 가는 거 아니냐. 라는... 아직까지도 이제 고질적인 문제가 있는 것 같다보니. 당연히 안 갈 수 밖에 없고. 이걸 결국 그냥 친구나, 지인, 또는 가족끼리 이제 얘기를 해서 푸는 경우도 있지만. 아닌 경우도 있으니. 이거에 대해서. 뭐 적극적으로 해결하려고 하면 저처럼 가는 경우도 있겠지만. 아닌... 보통은 아닌 경우로 그냥 넘어가는 경우가 클 거예요. 실은. (참여자3)

홍보도 많이 할 수 있으면 홍보도 할 수 있는 부분인데. 안 되는 부분이 있다. 라고 하면. 이제 청년들이 관심이 없... 을 수도 있겠죠. 실은. 하지만 이제... 무엇보다도 워낙 홍보가 조금... 필요치 않나? 라는 생각이 듭니다. (참여자3)

나. 서비스제공자 경험 심층면접 분석결과

1) 행정기관 신청접수 단계

지역에서 마음건강바우처 신청서를 접수하고 예산을 배정하는 실질적 업무를 수행하는 곳은 지자체(구청) 담당부서다. 상담서비스를 이용하고자 하는 청년은 온라인(<https://www.bokjiro.go.kr/>)에 접속하여 신청하거나, 주민센터를 방문하여 담당에게 서류를 제출하여 신청하는 방식이다. 주민센터 담당은 접수된 서류를 모두 지자체 담당에게 온라인으로 송부한다. 지자체 담당자는 접수서류를 수령한 뒤 예산 범위 내에서 신청자 1인당 10회 상담비용을 배정한다. 이 과정에서 관찰된 주요 이슈는 다음과 같다.

첫째, 사업지침이 명확하지 않아 신청 과정에 혼란을 줄 수 있다. 본 사업은 서비스 대상에 우선순위를 두되(보호종료, 중증질환, 일반 순으로) 19-34세 청년이면 모두가 서비스를 받을 수 있는 사업이다. 바우처사업 대부분 소득기준이 있어 서비스대상에 제한이 있는 것과 달리, 이 사업은 나이 제한만이 유일한 기준이다. 그러나 일선 바우처 담당자가 이러한 차이를 제대로 숙지하지 못하거나 여러 사업을 담당하는 가운데 착각이 일어나, 이 사업에 소득기준이 있는 것으로 잘못 안내하는 일이 발생하여 신청 자체를 포기할 우려가 있다. 사업을 안내하는 담당자의 정확한 이해와 설명에 대한 주의가 요구되는 지점이다.

둘째, 상담서비스 수요는 많은 반면 예산은 턱없이 부족하다. 2023년의 경우 신청자 가운데 실제로 서비스를 받은 사람은 60% 내외다(주민). 나머지 40%는 탈락하여 다른 지자체에 다시 서비스를 신청서를 제출하는 절차를 밟거나, 대기자 명단에 이름을 올리고 다음 분기에 예산이 확보, 배정될 때까지 기다린다. 서비스를 신청했으나 탈락하는 경우는 주로 지자체 예산이 소진되었기 때문이다. 사업 예산은 연중에 대략 분기별로 광역시도를 통해 지자체로 내려오는데, 수령하는 시점과 액수가 변동적이어서 예측이 어렵다. 예산이 확보되면 신청자 명단을 토대로 선착순으로 예산을 배정하는데, 연중에는 전체 신청자의 70%가 1-2분기에 몰린다. 가용한 예산이 있는 경우, 대기자가 있더라도 혹시 모를 위기상담 수요에 대비해 당기에 배정된 예산을 즉시 소진하지는 않는다.

셋째, 상담서비스 신청자 규모 면에서 여성 비율이 압도적으로 높다. 본 연구참여자인 주민센터 바우처 담당자에 따르면, 마음건강바우처 신청자의 남녀비율이 30:70 정도로 여성이 2배 이상 높다. 이 점은 지역에 따라 편차가 있으나 수행기관 내담자의 성비도 이와 유사한 점에 비추어 볼 때, 본 사업은 여성 신청자(이용자)가 압도적으로 많음을 확인할 수 있다. 지자체에 접수된 바우처 신청서류를 승인하는 기준은 가용한 예산이

있는지 여부이며 성별은 고려사항이 아닌 것으로 확인했다.

한편 광역정신건강복지센터 부설 청년마음건강센터는 본 사업에서 서비스대상 2순위로 지정하고 있는 중증정신질환 청년의 의뢰처 가운데 하나다. 주로 전화문의가 많은데, 문의상담 10건 가운데 문의자가 센터에 직접 걸어들어오는 경우(walk-in)은 1건 이하이고 나머지 9건은 전화문의다. 센터 서비스는 중증정신질환 등록 및 사례관리(최대 12개월)이므로 경증으로 판단되는 대상은 정보 제공에 그치는 경우가 대부분이다. 유선상 대화에서 경증으로 판단되면 관내 공공심리지원센터나 마음건강바우처에 대한 정보를 제공하는 것으로 전화상담을 마무리한다.

기관을 접촉하는 사람들 가운데 여성 비율이 높은 양상은 이 센터에서도 관찰된다. 전화 문의 가운데 여성이 90% 내외, 남성이 10% 내외로 전화로 문의하는 비율 자체에 큰 차이가 있다. 그런데 본인이 문의하는 경우에는 90% 이상이 여성, 타인(가족, 부모)이 문의하는 경우에는 90% 이상이 남성이다. 전화 문의자의 대부분은 경증으로 판단되어 상담은 단회로 마무리 되지만, 중증의 경우에 10명 중 1명 정도 센터에 내소하여 평가(진단) 받고 사례관리 등록으로 이어진다. 등록된 이용자의 성별 비율은 남녀가 4:6 정도로 유지된다.

넷째, 중앙정부에서 청년정신건강사업 확대하는 정책을 발표하도록 하고, 예산 증액과 사업량 증가에 걸맞는 지자체 행정력 보강 방안을 마련할 필요가 있다.

2) 수행기관 접수과정 단계

청년마음건강지원사업을 수행하는 기관이 잠재적 내담자의 서비스 신청을 받는 단계에서 주로 경험하는 사항은 다음과 같다.

첫째, 상담서비스 이용자와 상담사(제공인력) 간 매칭이슈이다. 청년 이용자의 제공기관 접촉을 시작으로 본격적인 상담서비스 제공을 위한 접수 과정을 거치게 된다. 일단 서비스를 신청한 사람을 대상으로 접수상담을 진행하면서 호소문제와 욕구를 대략적으로 파악한다. 그리고 나서 이용자를 특정 상담자에 배정하는데, 제공기관의 규모 및 유형에 따라 접수상담자와 본 상담자가 일치하기도 하고 상이하는데, 상이한 경우의 배정 기준은 다음과 같이 다양한 방식으로 이루어지고 있다.

접수와 본 상담이 동일한 장소(기관)에서 이루어지는 경우, 접수상담자가 이용자의 호소문제 및 욕구에 따라 자신이 직접 담당하기로 결정하거나 소속기관의 타 상담자에게 배정하는 것이 일반적이다. 반면에 지점이나 분점 방식으로 복수 장소에서 서비스를 제공하는 대규모 상담기관의 경우, 행정담당자가 접수절차를 진행한 이후 기관 차원에서

이용자와 상담자 간 매칭을 진행한다. 후자의 경우는 접수와 본 상담의 내용이 긴밀히 연동되는 구조가 아니기 때문에, 담당 상담사는 본 상담이 개시되고 나서야 비로소 내담자 문제 및 어려움을 파악하게 되는 경우가 발생한다. 이처럼 내담자를 접수과정에서 본 상담으로 연결하는 과정이 다소 행정 편의적으로 이루어지다 보니, 내담자가 수동적, 비자발적이 되기도 한다. 이로 인해 내담자가 접수상담을 받는 시점과 본 상담자가 내담자 상황을 이해하는 시점 사이에 시차가 발생하는 어려움이 있고, 이는 상담관계에서 신뢰 형성에 부정적 영향을 미칠 수 있다.

인테이크 시작은 저랑 하고요. 접수 이런 거는 각자 알아서 실장님들이랑 하고 있어요 접수랑 검사... 그렇게 데스크에서 해가지고... 세팅을 이렇게 해주셔서 저한테 그냥 첫 회기할 때 그냥 갖다 주세요. (참여자2)

제가 연령대가 제 20대 후반이어서 사실 좀 센터에서 이제 저만 이 사업을 하는 게 아니어서 좀 저처럼 어린 상담사들한테는 이제 대학생분들 20대 후반 분들 많이 해주시고 중년 이상으신 분들한테 이제 좀 나이가 뭐 20대 후반에서 30대 중반까지 배정을 많이 이렇게 해 주시거든요. (참여자7)

둘째, 상담서비스 이외 부차적 행정 업무가 발생하는 이슈다. 본 연구에 참여한 제공 인력의 대부분은 많은 이용자들이 마음건강바우처를 이용하는데 필요한 기본 정보를 제대로 알지 못해 접수 및 상담시작 단계에서 여러 어려움을 경험하고 있다고 호소하였다. 특히 바우처카드(국민행복카드) 발급 문제가 그렇다. 청년마음건강지원사업을 이용하기 위해서는 온라인 및 오프라인으로 바우처카드를 먼저 발급받아야 한다. 그런데 바우처 서비스 신청과정에서 관련 정보가 충분히 홍보되지 않아 사전에 바우처카드를 발급받지 못하면 상담서비스가 본격적으로 진행되는 데 차질이 생긴다. 상황이 이렇다보니 제공 인력은 주민센터의 담당자를 대신하여 관련 정보를 제공하고 신청 절차를 돕는 등 상담 서비스를 제공하는 업무 이외 부차적으로 행정업무를 수행하는 것으로 확인되었다 (참여자 1).

3) 수행기관 서비스제공 단계

서비스제공 단계에서 진행되는 주요 업무(활동)와 관련 이슈에 대해 본 연구에 참여한 제공인력이 진술한 주요 경험 및 관찰사항은 다음과 같다.

첫째, 지역 및 제공기관에 따른 이용자 규모의 상이함이다. 본 연구참여자들은 소속 기관 및 지역 위치에 따라 이용자 수에 많은 차이가 있음을 보고하였다. 심층면접 결과,

일부 제공인력은 하루에 6-7사례 청년상담을 진행하는 반면, 다른 제공인력은 상반기 동안 총 5사례의 청년상담을 진행한 것으로 보고했다. 이들 모두 이러한 상황이 기관내 제공인력간 편차가 아니라 지역이나 기관간 편차인 것으로 분석했다. 이러한 수요 차이의 주요 요인은 지역 특성으로 분석되었는데, 청년인구 및 경제활동참여(청년)인구가 많은 지역(예: 세종시)과 직장 및 대학이 중심이 아닌 지역(예: 고양시)의 경우가 그러하였다.

작년에 6케이스... (참여자1)

저는 지금 5월 6월 7월 8월이 다 틀리고 지금 현재는 월요일 7명 화요일 7명 이렇게 세팅돼 있어요. (참여자2)

케이스가 하루에 케이스가 한 그래도 한 3, 4 케이스 5 케이스 이상씩 했던 것 같은데요. 정확하게 제가 기억 안 나지만. 근데 제공인력이 세 분이니까 어 뭐 꽤 뭐 많지는 않았던 것 같아요. (참여자5)

둘째, 마음건강바우처 이용자 남녀 성비의 심각한 불균형이다. 본 사업 수행기관에 소속된 제공인력의 경우, 공통적으로 지난 1-2년간 해당 사업에 참여한 경험에 기초할 때 전체 이용자의 70-80%가 여성청년이라고 응답하였다. 이는 지역 및 기관 특성과 관계없이 거의 모든 연구참여자가 동일하게 진술한 내용이다. 우리사회의 심리정서적 어려움의 유병률과 관련 서비스 이용률에서 나타나는 남녀 성별 격차가 청년마음건강 지원사업에서도 드러나는 것으로 분석된다.

남자분이 지금 세 분 그리고 다 여자분(참여자1)

셋째, 청년 이용자가 호소하는 문제의 다양성과 복합성이다. 본 연구참여자가 관찰한 남녀 청년의 호소문제는 공통적으로 취업을 준비 및 유지하는 과정에서 경험하는 긴장, 우울 및 불안감 등 심리정서적 문제, 미취업 및 실업의 장기화로 인한 경제적 문제, 대인 또는 가족과의 갈등문제, 직장내 적응 및 적성 불일치 문제, 성정체성 이슈 등 그 문제의 성격이 복합적이고 중층적인 특징을 갖는 것으로 파악되었다. 특히, 제공인력이 상담 서비스를 진행하면서 발견된 점은 대부분의 청년이용자가 가진 주요 호소문제 기저에는 가족 간 갈등 및 가족 문제(예: 폭력, 단절, 의사소통 문제 등)가 존재하는 것으로 분석되었고, 이러한 문제가 발견될 경우 상담서비스 중후반부에 들어서면서 가족이슈를 다루기도 하는 등의 관련 개입을 시도하고 있다.

세종이 이게 그러니까 이쪽 지역은 어때요라기보다는 일단은 공무원들 많고요. 특성상 그리고 이제 이렇게 계약직 분들도 많고 이러니까 많이 돌아다니셔서 공통적으로 좀 얘기하시는 건... 집 떠나서 그리고 그 계약직이니까 되게 불안해하시고 그리고 또 옮겨야 된다는 그런 것들 (참여자2)

그밖에도 성정체성, 뭐 연애 상담받듯이도 해보시고. 그로 인한 자기가 관계 맺기에 대한 불편감? 뒤로 철수하고 있어야 되는 그런 이야기들을 하셨고요. 한 분은... 대인 관계로 이야기하고 오셨는데. 가족 내 대인 관계였어요. 특히 이제 폭력적인 아버지. 네. 그리고 제가 맡은 케이스는. 여성 남성을 떠나서 거의 다 가정폭력이 있었어요. (참여자6)

우선은 가족문제도 대부분 있으셨고 (참여자7)

여성 내담자분은 많은 경우가 우울 불안이었고요. 남성 내담자는 불안이었던 것 같아요. 그러니까 자기가 성취에 도달하지 못했을 때 불안 같았으면 여성 내담자들은 약간 소진이 돼서 그런 것 같기도 하고, 그전과 같이 내가 하고 있지 못한 자기를 봤을 때 네 그런 느낌이 많이 들었고. 그게 이제 딱 코로나 시기였잖아요. 그러니까 20대들에게 코로나가 저는 좀 직격탄이라는 생각이 너무 많이 들었어요. 잘 편하게 활동하거나 이런 걸 못하게 됨으로 인해서 그래서 이 이 그들이 20대에서 30대 초반에 그들은 아직 자기 자리를 잡지 못했잖아요. 그러니까 경제적으로도 이 상담에 돈을 쓰기가 부담이 가고 네 그러니까 그런 것 때문에도 이제 청년 마음건강 제가 좀 더 권해서 오신 분들도 있고. (참여자1)

넷째, 남녀 청년이용자의 정신건강 리터러시 수준과 관련된 이슈이다. 마음건강과 관련된 종합적인 역량(리터러시)에 있어 성별간 차이점 혹은 공통점을 발견할 수 있었다. 주된 차이점은 여성청년과 남성청년 간 마음건강 문제의 식별이나 원인의 지각에 대한 차이가 있는 것으로 확인되었다. 특히 여성청년의 경우, ‘우울하다’, ‘불안하다’와 같은 마음건강 상태를 표현하거나 문제로 인식하는데 있어 다소 적확한데 반해 남성청년의 경우 ‘(마음상태가 어떤지) 알고 싶어서 왔다’, ‘테스트를 좀 해보고 싶다’고 애들러 표현하는 등 성별 간 심리정서적 어려움에 대한 표현과 지각정도에 차이가 있음을 확인할 수 있었다.

다음으로 제공인력이 관찰한 남녀 청년의 주된 공통점은 제공인력에 대한 선호가 유사하다는 점이다. 본 연구의 일부참여자(1)는 1년 동안 약 10개 사례 이상을 담당해 오면서 그 중 1/3의 사례가 중도탈락하거나 사례담당자가 변동되는 경험을 하였는데 그 배경에는 자신이 청년 상담사라는 점이 크게 작용한 것으로 분석되어 청년상담사에 대한 청년이용자의 불편감, 반감 등이 작용했다는 이유를 들었다. 최근 청년이 청년을 지원하는 방향의 청년정책 아젠다가 형성, 추진 중이지만 상담장면에 있어 청년이용자가 갖는 청년

상담자에 대한 신뢰도나 신념은 현실적인 어려움이 있는 것으로 파악된다. 그밖에도 남녀 청년이용자는 상담경험이 많은 숙련자, 관련 자격증 보유자 등을 선호하는 것으로 파악된다고 보고하였다.

그들의 마음을 좀 이해하고 또 이제 어린 내담자분들 같은 경우에는 또 경력 있는 상담 선생님을 또 선호하지 않는 경우는 이제 약간 뭐 나이 차이가 부모님 정도로 나버리면은 또 약간 뭐라고 해야 되지 좀 조언한다. 약간 요렇게 받아들이시는 분이 있어서 (참여자7)

(은둔고립청년 연계 사업이다보니) 청년 남자가 더 많았던 것 같고. 그리고 어 이제 사례 회의 들고 오는 케이스들도 남성분이 조금 많았던 것 같은데. 근데 그게 이제 제공 인력이 여성. 이제 여성이다 보니까. 같은 또래의 같은 내담자를 이렇게 하다 보니까 남성을 다루기가 더 힘들 수도 있지 않을까 생각해 보면. 그런 차원에서 아마 우리 기관상 제공 인력이 여성이 많다 보니까 그렇지 않을까 이렇게 또 생각을 해보는데 전반적으로 남성 비율이 조금 더 많았던 것 같긴 해요. (참여자5)

(수퍼바이저 입장에서 보자면) 그 저희 선생님들이 이제 여성이 세 분이고. 연령대도 뭐 제일 많으신 분이 뭐 진짜 30, 30, 31, 32 뭐 이리다 보니까. 상담의 경력 자체도 진짜 뭔가 뭔가 배우고 있는 초심 상담자의 그런 부분이다 보니까. 그러니까 뭔가 또래를 상담하는 영역을 넘어서는 부분에서는 본인 스스로도 좀 한계가 조금. 이제 온 것 같은 것들이 꽤 많았어요. 그러다 보니까 성별이 다른. 남자 내담자를 맞닥뜨리는 긴장도는. 초심 상담자의 긴장도를 더 넘어서는 부분이 좀 맞물리는 것이 더 있지 않았을까 라는 생각을 하고. 그런 얘기를 어필하는 제공 인력이 좀 있긴 있었어요. (참여자5)

다섯째, 제공인력이 관찰하고 경험한 청년이용자들의 상담서비스 이용 및 참여측면의 특성이다. 연구참여자들은 자신들이 만난 이용자들에게서 다음과 같은 세대적 특성이 있음을 보고하였다. 여기는 청년세대인 이용자 대부분이 자신에 대한 탐색 욕구가 비교적 높다는 점, 상담서비스 과정 및 결과에 대한 투명성과 상담치료 결과에 대한 빠른 해결책의 제시를 선호한다는 점, 상담 초반에는 장시간/장기간의 참여에 대한 거부감이 높다는 점 등 자기 이해와 표현에 대한 적극성이 상담서비스 이용 및 소비과정에도 적용되는 것으로 평가하였다.

수학 공식처럼 생각하더라고요. 왜냐하면 그쪽에서는 분명히 자기가 유튜브랑 텔레비에서는 그게 분명히 나왔고 원인이 있었고 원인에 대한 그 과정에서 뭐가 필요하고 거기에 대한 해답으로 솔루션이 제공이 되기 때문에... (참여자2)

4) 청년마음건강바우처 연장 및 종결 단계

제공기관 및 제공인력은 상담초반, 이용자와 함께 수립한 치료목표의 달성여부, 이용자의 서비스 종결 및 연장에 대한 의사, 정신건강 관련 어려움의 완화 정도 등에 따라 서비스를 종결하거나 연장(재판정)을 신청하게 된다. 이 과정에서, 제공인력으로서 경험하는 몇 가지 어려움 및 이와 관련된 정책 제안 사항을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 상담 10회기를 3개월 내 종결하도록 하는 규정은 상담일정 관리에 어려움을 준다. 상담 10회기를 3개월 안에 마쳐야 하고, 재계약을 희망하는 경우 갱신서류 제출까지 그 기간 내 완료해야 하므로, 3개월(12주)에 10회기 상담일정을 진행하려면 상담자도 내담자도 다급해진다. 청년의 연령 특성상 취업자의 경우는 직장에서 불가피한 상황 발생하기도 하고 명절이나 공휴일 등으로 1-2주 일정을 잡지 못하기도 한다. 또한 심리상담 특성상, 인근 상담센터를 선택할 수도 있지만 제공인력의 경력을 보고 기관을 택하기도 하므로, 이동거리가 먼 경우에는 매주 진행되는 딱딱한 상담일정이 스트레스와 부담을 유발하는 것으로 보고되었다. 현재 1회에 한해 만회할 수 있는 규정이 있으나 조금 더 유연하게 운영할 필요가 있겠다.

내담자가 딱 다 1월에 시작해서 이렇게 끝나는 게 아니라, 10월에 포인트를 받아갖고 11월부터 오시는 분도 있고 이렇게 다 그리고 10월에 받으시는 분이 2월달 돼서 연장하면 또 이렇게 되고 이렇게 되니까. (참여자1)

둘째, 서비스 연장신청 및 재판정과 관련된 행정적 불편이다. 현장에서는 이용자에 따라 중장기적인 상담서비스가 필요하여 재판정을 희망하는 사례가 적지 않은 상황이다. 그러나 이러한 재판정 신청은 해당 지자체의 예산 및 신청기간 등 행정 절차에 따라야 하는데 해당 시기를 놓치는 경우 재판정을 신청하지 못하는 경우가 발생한다. 또한 재판정을 신청하였다 하더라도 지자체의 사정에 따라 판정 결과가 지연되는 등의 시간이 소요되는 문제로 이용자로 하여금 서비스 공백이 발생한다. 대표적으로, 바우처 사용기간 12주 동안 총 10회 상담이 완료되어야 하는 상황에서 연장신청서 승인에 최소 2주가 필요하기 때문에, 실제로 누락없이 매주 상담을 진행하여 10주차에 연장서류해야 하고, 실제로 제출한다 해도 지자체 승인절차가 지연되거나 예산 부족을 이유로 불가 판정이 나기도 한다. 마음건강을 지원하기 위한 사업에서 행정 지연은 마음건강 유지에 역행하는 위험요소가 될 수 있으므로 행정 효율화 작업을 통한 절차 개선이 필요하다.

음... 본인이 인지하기도 본인이 좀 문제가 가지고 있는 게 좀. 많이 마음이 무겁고 오래된 거라고 하시면. 지속적인 연장을 요청하시죠. 뭐 대체적으로 아주 가벼운 주제 들을 갖고 오신 분들...은. 열... 심회에서 그냥 종결하는 거에 불편함이 없이. 기쁘게 돌아가시고요. (참여자6)

한 분은... 두 분은 두 번 연장했는데. 이제 세 번째 연장할 때 거부당하셨어요. 구청에서 예산이 없다고... (참여자6)

셋째, 청년마음건강사업의 지속성과 유연성의 증진이다. 본 연구에 참여한 이용자와 마찬가지로 제공인력 역시 청년마음건강지원사업이 갖는 시대적 필요성, 높은 수요자 욕구에 공감하였다. 다만, 전체 상담횟수(첫 10회기, 연장 3회 가능)는 케이스에 따라 불충분한 상담회기이기도 하다. 마음건강 돌봄이 중장기적인 접근과 지속성이 요구된다는 점에서, 청년마음건강지원사업의 지속성은 물론 중장기적인 지원이 가능토록 지원방식의 조정(예: 자기부담금 인상하되 지원횟수를 연장)하는 방법이 필요하다고 호소하였다. 뿐만 아니라, 현 청년마음건강지원사업 및 바우처 제도가 갖는 한계점을 개선할 필요성이 있는데, 예를 들어 개인상담만 진행가능토록한 결제방식 등의 조정을 통해 청년집단상담, 집단 프로그램 등 효과성이 입증된 근거기반의 실천 적용이 가능토록 현재의 제공 및 결제방식의 조정이 필요하다는 의견도 조사되었다. 또한, 상담자와의 상담 약속을 조정이 연기되기도 하여 3개월내 상담 마치지 못할 수 있다. 이에 서비스 이용 유예기간을 두어 마저 사용할 수 있게 하거나 온라인상담을 통해 잔여 서비스를 사용할 수 있게 할 필요가 있다. 이는 여타 바우처의 경우, 3개월 단위로 제한하지 않는 점에서 형평성 문제로 지적될 수 있다.

네 많지 않다고 그래서 노량진에 계신 분은 이제 제가 만났던 그분 말고 그전에도 한 분이 오셨었거든요. 근데 본인이 공부 중에 나올 수가 없으니까 점심시간에 상담을 받고 싶은데 여기까지 시간 안 되잖아요. (참여자1)

그래서 근데 그거는 이걸 바우처 카드를 본인이 소지하고 와서 그날 상담하고 결제를 해야 되거든요. 그러니까 줌이 아예 안 되는 거, 네 그걸 누누이 설명을 했는데도 너무 아쉬워하시면서. (참여자1)

청년이 청년을 뭐 이렇게 서비스를 제공한다. 실제로 신체 건강보다는 정신 건강의 제공 인력들이 구하기가 어려웠어요. 그게 연령 제한을 두다 보니까.(참여자5)

행정적인 것도 들어갔던 것 같아요 4시간 필수로 들어야 되는 게 있는데, 이 청년

바우처에 대한 이해. 가령 서비스 제공 기록지 쓸 때는 어떤 내용을 거기다 써야 하는지. 뭐 그런 거 이제 설명이 되어 있는 부분이 있죠. 네 그럼 이렇게 누가 와서 오늘부터 청년 마음건강하는데 이렇게 이렇게 교육해 주는 건 없잖아요. (참여자1)

처음에 오면은 이제 계약서를 써요. 근데 저희 자체적으로 상담 신청서도 적죠. 그러면 동의서도 써야 돼요. 그리고 이용자의 준수 사항. 뭐 주당 1회에 몇 번 오는데 뭐 뭐 하게 되고, 자기부담금이 얼마 써 있는 준수사항도 있고, 그리고 나면 이제 초기 심리 검사하는 것도 있고, 초기 상담 기록지도 있고, 그리고 영수증도 따로 해야 되고, 상담에 대한 동의서도 받아야 되고. 그리고 이제 서비스 제공 계획서라는 걸 쓰고 매월 하게 되면 이제 매월 서비스 제공 계획서 그다음에 매 회기 하게 되면 이렇게 짧게라도 적는 서비스 제공 기록지 그거 하게 되고, 끝나게 되면은 이제 종결 기록지를 또 이제 정리 해야 되고. (참여자1)

4. 서비스제공인력 교과과정 분석

가. 교과과정 분석 개요

1) 심리상담과 성인지 감수성

성인지 감수성은 상담자가 갖춰야 할 전문적 역량으로, 21세기 다변화된 사회 속에서 인종, 민족, 언어, 종교 등을 내담자가 가진 다양한 특성을 이해하고 개입하는데 요구 되는 문화적 역량(cultural competence) 가운데 하나다. 상담사는 성과 무관하게 모든 내담자의 고유한 요구를 이해하고 그에 대한 해결을 지원할 수 있어야 한다. 상담사가 성인지 감수성을 갖춰야 하는 구체적 이유를 살펴보면 다음과 같다.

— 모든 사람들에게 보다 효과적이고 포괄적인 상담을 제공하기 위해서다. 성별 고정 관념과 차별에 영향을 받지 않고, 여성과 남성의 고유한 경험과 요구를 고려하여 상담을 제공하기 위해서는 성인지 감수성이 필수적이다. 상담사는 사회에서 성별과 젠더가 표현 되고 경험되는 방식에 대한 이해가 있어야 한다. 또한 이에 따라 사람들이 직면할 수 있는 고유한 과제를 잘 알고 있어야 한다.

— 성 관련 문제를 식별하고 해결하기 위해서다. 불안, 우울 및 물질 남용과 같은 많은 정신 건강 문제는 성의 영향을 받을 수 있다. 상담사는 효과적인 치료를 제공하기 위해 성 관련 문제를 식별하고 해결할 수 있어야 한다.

— 성 평등과 사회 정의를 촉진하기 위해서다. 상담사는 성별과 젠더가 사람들의 삶에 영향을 미치는 방식을 이해하고 해결함으로써 성 평등과 사회 정의를 촉진하는 역할을

할 수 있다. 예를 들어, 상담사는 클라이언트가 성 고정 관념과 차별에 도전할 수 있도록 지원할 수 있다.

2) 분석자료 및 방법

(가) 상담사의 성인지 감수성 평가

상담사를 비롯하여 심리사, 사회복지사, 교사를 포함한 상담서비스와 직간접적으로 관련된 직종의 종사자에게 요구되는 성인지 감수성을 논의할 때, 일반적으로 다음과 같은 영역이 언급된다. 여기에는 △사용되는 언어, △다루는 내용, △성 관련 문제의 표현이 포함된다. 이를 한 가지씩 살펴보면, 첫째로 성별 고정관념과 차별에 대한 이해이다. 여기에는 성별 고정관념과 차별의 개념과 유형, 성별 고정관념과 차별이 사람들의 삶에 미치는 영향에 대한 이해가 포함된다. 둘째, 여성과 남성의 고유한 경험과 요구에 대한 이해이다. 여성과 남성은 생물학적이고 사회적인 성으로 인해 심리적, 사회적, 문화적으로 다른 경험을 하게 된다. 또한 그로 인해 고유한 문제와 어려움에 직면하게 된다. 따라서 이러한 차이에 대한 이해가 필요하다는 것이다. 셋째, 상담사는 성별에 관계없이 모든 사람들을 존중하고 포용하는 언어와 태도를 사용할 수 있어야 한다는 것이다.

이상과 같이 상담사의 성인지 감수성은 양질의 상담서비스 실천에 요구되는 중요한 역량으로, 다양한 주제와 이슈를 가로지르는 지식, 기술, 태도의 통합체라고 이해할 수 있다. 이런 역량은 자연스럽게 발달하는 것이 아니라 관련 이론 및 실습 교육을 통해 습득된다. 즉 상담사가 이러한 역량을 갖추기 위해서는 기본적으로 전공 및 재보수 교육 과정 안에 위 주제나 이슈와 관련된 다양한 내용들이 필히 포함되어야 한다. 이에 따라 본 연구에서는 교과과정 분석을 통해 상담사 전공 및 재보수 교육에서 성인지 감수성 요소가 얼마나 포함되어 있고 어떻게 다루어지고 있는지를 살펴보고자 했다. 분석에 앞서 본 연구 목적에 부합하는 연구방법을 도출하기 위해, 교과과정 검토에 활용되는 연구방법들을 유형별로 간략히 살펴보면 다음과 같다.

— 수작업 검토: 상담 교과과정에 대한 철저한 수작업 검토를 실시하여 잠재적인 성별 편견, 고정 관념 및 다양한 관점의 포용성을 식별한다.

— 전문가 검토: 성별 연구, 사회 사업 또는 관련 분야의 전문가를 참여시켜 교과과정을 검토하고 성인지 감수성에 대한 피드백을 제공한다.

— 이해관계자 피드백: 학생, 교수 및 다양한 성 정체성을 가진 전문가의 피드백을 수렴하여 교과과정의 성인지 감수성에 대한 그들의 관점을 확인한다.

— 설문 조사: 상담전공 학생 및 교수의 성인지 감수성을 평가하기 위한 조사를 실시

한다.

— 평가 기준 및 지침 활용: 교육 자료의 성인지 감수성을 평가하기 위한 평가 기준 및 지침을 개발하거나 기존 것을 사용하여 상담 교과에 적용한다.

바) 비교 분석: 상담 교과과정을 공인된 성별 포용 교육 모범 사례 및 지침과 비교한다.

— 개별 및 초점집단 면접: 상담전공 학생 및 전문가를 대상으로 면접을 실시하여 교과과정의 강점과 성인지 감수성 개선 영역에 대한 정성적 통찰력을 수집한다.

— 다양한 관점 통합: 교과과정에 다양한 성 관련 경험을 대표하는 다양한 사례 연구 및 예제가 포함되어 있는지 확인한다.

(나) 본 연구의 교과과정 분석 방법

이상의 여덟 가지 방법 가운데, 본 연구에서는 심리상담 관련 전공 교과과정의 국내외 비교 분석을 통해 국내 관련 전공교육에서 성인지감수성 요소가 어떤 구성과 방법에 의해 교육되고 있는지 살펴보고 관련 시사점을 도출했다.

구체적으로, 먼저 미국의 심리상담 관련전공 교육과정 인증기준을 검토하면서 성인지 감수성에 관련된 영역 및 기준, 교과과정에 포함하는 방식에 대한 지침 등을 분석자료로 활용했다. 관련전공의 범위에는 미국 연방법과 주정부에서 관리감독하는 정신건강 전문가 면허4종(임상사회복지사, 부부가족상담사, 심리사 및 상담사)이 포함된다. 분석 대상은 대학원 수준의 관련 전공 교과과정(curriculum)으로 한정했으며 해당 전공 학위과정 인증표준(accreditation standards)을 분석 기준으로 삼았다. 본 분석에서 전공 관련 수련과정은 포함하지 않았는데, 현장 및 슈퍼바이저 특성에 따른 편차로 인해 성별과 젠더를 포함하는 다양성 이슈가 다루어지는 방식을 확인할 수 있는 객관적 자료를 확보하는데 한계가 있기 때문이다.

한편, 국내 심리상담 관련전공에 대한 분석자료는 국가직무능력표준(National Competency Standards, NCS)에 명시된 ‘심리상담’ 교과목 목록과 훈련기준(훈련 목표, 훈련내용, 근거 지식/기술/태도) 자료를 활용했다. 심리상담 NCS 교과목 목록과 훈련기준은 대학(학부)과 대학원(석사, 박사) 학위과정 구분 없이 단일하다.

나. 해외 관련전공 교육과정 분석

서구권에서 심리상담은 대표적인 융합학문 분야로서 심리, 사회복지, 아동 및 가족, 보건 등 다양한 분야의 전공자들이 특수 설계된 일련의 과정을 거쳐 면허(license)를

취득한 뒤 ‘정신건강서비스’라는 보다 포괄적인 산업에 종사하게 되는 구조를 갖추고 있다. 미국에서 정신건강 전문인력 자격증 취득에 요구되는 전공 학위과정(program)은 공인된 기관의 심사절차를 거쳐 인증받도록 제도화되어 있다. 여기서는 관련 자격증 취득에 요구되는 전공 교육과정(curriculum)에서 성별과 젠더라는 주제가 어떤 방식으로 탑재되어 있는지 살펴본다. 이를 위해 먼저 미국의 고등교육 인증제도를 간략히 살펴본 뒤, 관련 자격증별로 인증표준에서 젠더 관련 교육요소가 어떻게 다루어지고 있는지 검토한다.

1) 미국 교육과정 인증제도 개요

미국은 연방 고등교육법(1965)에 따라 인증제도를 운영하는 방식으로 고등교육의 질을 관리하고 있다. 교육과정 인증이란 일단의 기준 또는 표준에 근거하여, 해당 기관을 비롯하여 그 기관과 제휴한 교육 기관 및 전문 프로그램의 성능 및 무결성을 인정하는 시스템을 말한다. 교육과정 인증의 목적은 △품질 보증 △학업 개선 △전문적인 준비 △공공 책임을 위한 것이다. 이에 따라 교육부(Department of Education) 또는 민간 비영리 고등교육인증위원회(Council for Higher Education Accreditation, CHEA)는 인증절차를 실행할 수 있는 신뢰로운 기관의 목록을 공시할 법적 의무가 있다. 인증기관에서는 대학이 운영하는 교육이나 훈련의 질 또는 대학의 전공 교육과정(program)에 대한 심사업무를 수행한다. 이를 위해 교육과정의 내용과 운영 방법에 관한 기준을 수립하고, 정기적 인증심사를 통해 대학에 설치된 전공 교육과정(예를 들어, master of social work program)의 질을 평가하여 결과를 공시한다.

교육과정 인증은 이해관계자(학위과정 설계자)가 유능한 휴먼서비스 제공자를 양성할 목적으로 특정한 교육 경험을 제작하는 과정으로 발달적, 반영적, 갱신을 요하는 과정이다. 학위과정이 인증을 받기 위해서는 교육기관의 물리적 공간, 교육 사명 및 목표, 교육 내용, 실습 경험, 학생 선발 및 지도, 교수 자격 및 업무량, 거버넌스, 행정지원, 자체 평가와 관련하여 특정 요구 사항 또는 표준을 충족해야 한다. 인증 과정에는 표준이 충족되는 방식을 보여주는 자체평가 문서 제출, 선정된 동료집단에 의한 현장 실사, 그리고 표준 충족 여부에 따라 인증 상태를 부여하거나 거부하는 독립적인 위원회 또는 위원회 결정(조건부 등)이 포함된다. 인증평가 자체는 주기적으로 발생하는 사건이지만 교육과정은 인증된 이후에도 다음 인증 시점까지 지속적으로 관련 규정을 준수하여 운영되어야 한다. 인증 과정은 품질 관리 차원을 넘어 혁신, 실험, 학사 프로그램 개선의 원동력이 될 수 있다.

2) 심리상담 관련 대학원 학위과정 인증제도

미국 연방 공중보건서비스법에서는 정신건강서비스 핵심 전문직에 <표 II-12>와 같이 정신과의사, 임상심리사, 임상사회복지사, 정신건강간호사, 부부가족치료를 포함하는 총 다섯 가지 직종을 명시하고 있다. 이러한 법적 근거에 의해 주정부에서는 심리상담을 포함하는 정신건강서비스 종사인력에 대한 면허(License) 발급과 관리를 위탁 감독하고 있다. 미국 캘리포니아주의 경우 <표 II-13>과 같이 정신건강서비스 전문가로 임상사회복지사(LCSW), 부부가족치료사(LMFT), 전문상담사(LPCC), 심리사(LP) 및 학교심리사(LEP)를 두고 있다.

<표 II-12> 정신건강서비스 핵심 전문직

직 종
Psychiatrists (정신과의사)
Clinical Psychologists (임상심리사)
Clinical Social workers (임상사회복지사)
Psychiatric nurse specialists (정신건강간호사)
Marriage & Family Therapists (부부가족치료사)

자료: 미국 공중보건서비스법(The Public Health Service Act)

이상의 면허를 취득하려면 제반 교육 및 훈련 요건을 충족해야 하는데, 그 중 학위는 인증을 득한 대학원 석박사과정에서 취득하도록 정하고 있다. 전공교육을 통해 배출된 졸업생은 소정의 수련절차를 거쳐 <표 II-11>에 명시된 주정부 공인 면허를 취득한다. 주정부 산하 관련 기구(Board of Behavioral Sciences, Board of Psychology)에서는 수련, 슈퍼비전, 보수교육 등 현장에서 진행되는 내용을 최종 승인한다. 또한 사전요건을 갖춘 지원자를 대상으로 필기시험 및 면접을 포함하는 면허시험 관리 및 재보수교육을 직간접적으로 운영하고 있다. 이들 자격증을 취득하는데 요구되는 학위의 최소기준은 석사이므로, 본 연구에서는 전공별 석사학위 교육과정에 초점을 두었다.

<표 II-13> 전문상담 관련 면허 유형: 미국 캘리포니아 사례

면허 명칭			발급처(주정부 산하)
Licensed Clinical Social Worker	LCSW	임상사회복지사	Board of Behavioral Sciences https://www.bbs.ca.gov/applicants/
Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT	부부가족치료사	
Licensed Professional Clinical Counselor	LPCC	전문상담사	
Licensed Educational Psychologist	LEP	학교심리사	

면허 명칭			발급처(주정부 산하)
Licensed Psychologist	LP	심리사	Board of Psychology https://www.psychology.ca.gov/

자료: 인터넷 사이트 자료를 토대로 연구자가 구성함

주: 전공 교육을 이수한 사람은 주정부 면허발급처에 등록 후 주정부 인증 수련급 인력(associates)으로 면허 소지자의 슈퍼비전 하에 임상활동을 수행할 수 있음. 수련인력과 슈퍼바이저의 전공이 반드시 일치해야 하는 것은 아님.

전공별 교육과정 인증은 CHEA에서 인가한 인증기관을 통해 이루어지며, CHEA의 인증대상 전공 및 인증기관은 다음 <표 II-14>와 같다. Social Work과 Marriage and Family Therapy, School Psychology는 직역 단체에서 직접 인증표준을 수립하고 관련 절차를 진행하는 한편, Counseling, Psychology(석사)²⁾ 영역은 민간 인증기관(CACREP, MPCAC)에서 담당한다. 본 보고서에서는 중고등학교에 배치되는 학교 심리사를 제외한 나머지 네 가지 영역을 중심으로 성별 및 젠더 관련 교과과정 인증표준을 살펴본다. 최근 미국 정신건강 관련 전공교육에서 성별과 젠더 교육요소는 다양성(diversity) 이슈의 하나로 다루어지는 경향이 높는데, 인증표준에 다양성 주제가 가장 구체적으로 명시된 전공은 사회복지실천(social work), 부부가족치료(marriage & family therapy), 상담(counseling), 심리(psychology) 순이다. 전공별 교육과정 인증표준을 중심으로 성별 및 젠더 관련 교육의 특징을 살펴보면 다음과 같다.

<표 II-14> CHEA 공시 인증기관 목록: 영역별

전공(학위과정)	인증 기관
Social work	Council on Social Work Education, Commission on Accreditation (CSWE-COA)
Marriage and family therapy	Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education, American Association for Marriage and Family Therapy (COAMFTE)
Counseling	Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs (CACREP)
Psychology & Counseling	Masters in Psychology and Counseling Accreditation Council (MPCAC)
School psychology	National Association of School Psychologists (NASP)

2) Psychology 박사 과정은 직역 단체 American Psychological Association에서 직접 관리함.

3) 관련 전공별 교육과정 분석

(가) 사회복지실천(Social work)

Council on Social Work Education(CSWE)의 Commission on Accreditation (COA)은 미국 내에서 사회복지 교육의 학사 및 석사 학위 프로그램을 인증할 수 있는 권한을 가지고 있다. COA는 사회복지 학사 및 석사 학위 프로그램의 인증 기준을 공식화, 공포 및 시행하고, 유능성 기준을 마련하고, 인증된 사회복지 교육과정이 기준을 충족하도록 확인할 책임이 있다. 이를 위해 COA는 교육과정 자체 연구 및 벤치마킹, 현장 방문 및 COA 검토를 포함하는 다단계 동료 심사 인증 프로세스를 관리한다. 인증 절차는 해당 대학의 사회복지 교육프로그램의 질에 대한 전문적인 판단을 제공하고 지속적인 개선을 장려한다.

○ 사회복지실천 인증표준: Educational Policy and Accreditation Standards (EPAS)³⁾

사회복지실천 분야의 인증관련 판단은 COA 및 Commission on Educational Policy(COEP)에서 개발한 Educational Policy and Accreditation Standards (EPAS)를 기반으로 한다. EPAS는 전문 역량에 대한 최소한의 기준을 설정함으로써 학업적 우수성을 유지하는데 목적이 있다. 설정된 표준 준수에 대한 체계적인 검사는 전문 사회복지 교육의 질과 사회복지 실천의 역량에 대한 공공의 신뢰를 담보해주는 것으로 본다. 특히 EPAS는 타 교육과정과의 비교가 가능한 결과를 제시하는 것과 교육 과정 차별화를 장려하는 수준의 유연성을 유지하는 것 사이에서 균형을 잡음으로써, 전통적 및 쇄신된 커리큘럼 설계의 모델 및 방법을 사용할 수 있도록 허용한다.

○ 사회복지실천 인증표준(EPAS) 9대 역량

CSWE는 EPAS에 대해 역량기반 교육(competency-based education) 접근을 채택하고 있다. 역량기반 교육은 전문적인 실천에서 역량의 본질에 대한 공유된 견해를 기반으로 한다. 사회복지 역량은 문화적으로 반응하고, 목적적이며, 의도적이며, 전문적인 방식으로 인간과 지역 사회의 복지를 증진하기 위해 실천 상황에 사회복지 지식, 가치, 기술 및인지 및 정서적 프로세스를 통합하고 적용하는 능력을 말한다. 사회복지 분야에서

3) Council on Social Work Education Commission on Accreditation Commission on Educational Policy (2022). Educational Policy and Accreditation Standards (EPAS) for Baccalaureate and Master's Social Work Programs.

역량기반 접근 방식은 교육 정책에 명시된 역량을 입증하는 학생의 능력을 평가하는 활동을 포함하며, 학생들이 실제에서 보여주는 역량을 식별하고 평가하는 데 중점을 둔다.

EPAS는 사회복지사 역량의 전체론적 관점을 중시한다. 즉 역량은 지식, 가치, 기술, 인지적 및 정서적 프로세스를 근거로 발휘된다. <표 II-15>과 같이 여기에는 사회복지사의 비판적 사고, 정서적 반응 및 독특한 실습 상황에 대한 판단의 수행이 포함된다. 전반적인 전문적 역량은 다차원적이며 상호 관련된 역량으로 구성된다. 개인 사회복지사의 역량은 발달적, 역동적 특성이 있으며, 지속적 학습과 사회 환경 및 전문지식 기반의 변화에 따라 점차 진화 발전한다. EPAS 인증 기준에서 제시하는 사회복지사의 9가지 역량은 다음과 같다. 위 9가지 역량 가운데, 특히 역량 3은 <표 II-16>와 같이 젠더를 포함하는 다양성 이슈를 적시하면서 사회복지사 실천에 반인종주의, 다양성, 평등, 포용(ADEI)에 대한 참여를 요청하고 있다.

<표 II-15> 사회복지실천 인증표준(EPAS) 9대 역량

역량	내용
역량 1	윤리적이고 전문적으로 행동한다.
역량 2	인권 및 사회적, 인종적, 경제적, 환경적 정의를 향상시킨다.
역량 3	실천에서 반인종주의, 다양성, 평등, 포용(ADEI)을 실현한다.
역량 4	실천에 입힌 연구 및 연구에 입힌 실천에 참여한다.
역량 5	정책 실천에 참여한다.
역량 6	개인, 가족, 집단, 조직 및 지역 사회에 동참한다.
역량 7	개인, 가족, 집단, 조직 및 지역 사회를 평가한다.
역량 8	개인, 가족, 집단, 조직 및 지역 사회에 개입한다.
역량 9	개인, 가족, 집단, 조직 및 지역 사회와 함께 하는 실천을 평가한다.

<표 II-16> 사회복지실천 인증표준(EPAS): 역량 3

역량 3. 반인종주의, 다양성, 평등, 포용(ADEI)에 동참하기
<ul style="list-style-type: none"> - 사회복지사는 인종차별과 억압이 인간 경험을 어떻게 형성하고, 이 두 구성 요소가 개인, 가족, 집단, 조직 및 지역사회 수준에서 그리고 정책 및 연구 분야에서 실천에 어떻게 영향을 미치는지 이해한다. - 사회복지사는 백인 우위와 특권의 광범위한 영향을 이해하고 자신의 지식, 인식 및 기술을 사용하여 반인종주의적 실천에 동참한다. - 사회복지사는 다양성과 교차성이 인간 경험과 정체성 발달에 어떻게 영향을 미치고 공평성과 포용에 영향을 미치는지 이해한다.

역량 3. 반인종주의, 다양성, 평등, 포용(ADEI)에 동참하기
<ul style="list-style-type: none"> - 다양성의 차원은 나이, 카스트, 계급, 피부색, 문화, 장애 및 능력, 민족성, 성별, 성 정체성 및 표현, 세대 상태, 이민자 상태, 법적 지위, 결혼 상태, 정치 이념, 인종, 국적, 종교 및 영성, 성, 성적 지향, 부족 주권 상태 등을 포함한 다양한 요소들의 교차성으로 이해된다. - 사회복지사는 이러한 교차성이 개인의 삶의 경험에는 억압, 빈곤, 소외, 소외뿐만 아니라 특권과 권력도 포함될 수 있음을 이해한다. - 사회복지사는 사회적 및 인종적 불의의 사회적 및 역사적 뿌리와 억압 및 차별의 형태와 메커니즘을 이해한다. - 사회복지사는 문화적 겸손을 이해하고 사회적, 경제적, 정치적, 인종적, 기술적, 문화적 배제를 포함한 문화의 구조와 가치가 특권과 권력을 창출하여 체계적 억압을 초래할 수 있음을 인식한다. <p>이에 따라 사회복지사는 다음을 실천한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 개인, 가족, 집단, 조직, 지역사회, 연구 및 정책 수준에서 반인종주의적이고 반억압적인 사회복지 실천을 실행한다. - 클라이언트 및 지역주민 등 관련 주체들과 함께 할 때 편견, 권력, 특권 및 특정 가치의 영향을 적절히 관리하기 위해 비판적 성찰, 자기 인식 및 자기 규제를 적용하여 문화적 겸손을 수행한다. 그들을 자기 삶의 경험에 대한 전문가로 인정한다.

○ 최근 재보수교육 추세

성인지 감수성에 대한 재보수교육 주제가 남성과 여성의 차이와 불평등에 대한 이해와 개입 역량을 증진시키는 데서 LBGTQ+ 영역으로 급속히 확대되는 추세다. 일례로 캘리포니아 주정부 면허관리 기구인 BBS에서 2023년 7월 1일부터 성적정체성 및 gender dysphoria⁴⁾를 특정하여 관련 재보수 교육을 의무화했다.⁵⁾ 과거 이수했던 과목에 관련 내용이 포함되지 않은 경우 해당 상담사는 이 규정에 따라 정해진 기간 내에 관련 교육을 이수하도록 하는 내용이다.

(나) 부부가족상담(Marriage and Family Therapy)

부부가족치료 교육인증위원회(Commission on Accreditation for Marriage and Family Therapy Education, COAMFTE)는 미국 부부가족치료협회(American Association of Marital and Family Therapy) 산하 상임위원회로, 모든 인증 관련 결정에 대해 자율적인 의사결정 권한을 갖고 있다. COAMFTE는 미국 고등교육인증위원회(CHEA)의 인가를 받았으며, 전문인증기관협회(Association of Specialized and

4) 성별 불쾌감은 태어날 때 지정된 성별과 자기 정체성이 일치하지 않을 때 발생한다. 이는 심각한 고통을 유발하고 신체에서 불편함을 느끼게 할 수 있다. 성별 불쾌감이 있는 사람들은 자신의 성 정체성을 표현하는 방식을 바꾸고 싶어할 수 있다.

5) State of California Business, Consumer Services and Housing Agency Department of Consumer Affairs.(2023.05). "ADDITIONAL COURSEWORK" CHANGES FOR INDIVIDUALS PURSUING LCSW, LMFT OR LPCC LICENSURE, Effective July 1, 2023.

Professional Accreditors, ASPA)의 회원기관이다. COAMFTE는 부부가족치료 분야 정신건강 전문가(MFT)를 위한 학위과정의 우수성을 보장하기 위해 다음 네 가지에 대한 지속적 헌신을 천명하고 있다. ① 부부가족치료 역량기반 교육표준은 다양한 이해관계 공동체의 참여로 개발되었으며 부부가족치료전문가(MFT) 직역에서 승인한 것이다. ② 개별 학위과정이 품질, 내용, 학생의 학습 성과 면에서 COAMFTE 표준에 정의된 대로 실질적으로 준수되는지의 여부는 외부 심사를 통해 확인한다. ③ 졸업생 성취도에 대한 학위과정 데이터는 대중에 공개하여 접근성을 높인다. ④ 효과적인 대학원 및 대학원 이상 전문 교육을 위해 모범 사례 및 학위과정 수준의 혁신을 촉진한다.

○ 부부가족상담 학위과정 인증표준(COAMFTE Accreditation Standards Version 12.5)

COAMFTE 인증표준은 이해관계자들에게 학위과정 품질과 신뢰성을 보장하는 데 필요한 필수 시스템과 요소를 제시하고 있다. 개별 학위과정이 지속적인 자체 검토에 자발적으로 헌신함으로써 교육 프로그램 개선과 책무성을 유지하도록 하기 위함이다. 인증표준 버전 12.5에는 초급 MFT 전문가에게 요구되는 역량과 준비에 관한 현재 시점의 기대치가 명확히 기술되어 있다. COAMFTE 인증표준은 4대 표준에 총 19개 핵심 요소로 구성되며, 핵심 요소는 각 표준의 초점을 보다 구체적으로 제시하고 있다. 4대 표준의 주요 내용은 다음과 같다.

— 표준 I: 성과기반 교육 프레임워크 및 환경적 지원. 이 표준은 해당 학위과정의 성과기반 교육 프레임워크가 무엇인지, 학위과정에 대해 어떠한 환경적 지원을 제공하는지를 비롯하여 이 두 가지 영역에 대한 평가 계획을 설명하도록 하는데 중점을 둔다.

— 표준 II: 학위과정의 리더십, 교수진 및 임상슈퍼바이저. 이 표준은 해당 학위과정이 리더십, 교수진 및 슈퍼바이저의 자격 및 효과성에 대해 어떤 평가체계를 운영하고 있는지를 제시하도록 한다.

— 표준 III: 커리큘럼. 이 표준은 학위과정의 커리큘럼이 COAMFTE가 설정하는 발달 역량 구성요소를 달성하기 위해 어떤 교육 방법을 사용하고 있으며 어떤 학습성과를 도출하고 있는지를 설명하도록 한다.

— 표준 IV: 학위과정 성취도 및 개선. 이 표준은 표준 I에 명시된 계획에 따라 학위과정 평가 데이터를 분석하고 논의하도록 한다.

○ 부부가족상담 학위과정 인증표준: 기본 교과과정(Foundational Curriculum)

COAMFTE 인증표준은 <표 II-17>와 같이 석사과정생을 위한 기본 교과과정을 다음 10대 영역으로 구분하고 이에 준해 관련 교과과정을 설계하도록 제안하고 있다. 여기에는 체계론적 관점에 대한 이해를 토대로 한 관련 이론과 모델, 개입단위별(개인, 부부, 가족) 임상적 개입, 다양성 이슈, 연구 및 평가, 가족상담사로서의 전문적 정체성, 관련 법률과 윤리, 가족상담사의 사회적 책임, 생물심리사회적 발달 및 건강, 가족상담의 최근 쟁점, 지역사회 및 다학제 공조, 원격상담(teletherapy)을 위한 준비가 포함된다.

<표 II-17> 부부가족상담 COAMFTE 인증표준: 기본교과과정 10대 영역

영역	내용
영역 1	관계적/체계적 실천의 기초, 이론 및 모델
영역 2	개인, 부부 및 가족을 대상으로 한 임상 치료
영역 3	다양성, 다문화 및/또는 소외된 지역사회
영역 4	연구 및 평가
영역 5	전문직 정체성, 법률, 윤리 및 사회적 책임
영역 6	전 생애에 걸친 생물심리사회적 건강 및 발달
영역 7	체계적/관계적 평가 및 정신건강 진단 및 치료
영역 8	가족상담의 최근 쟁점
영역 9	지역사회 및 다학제 공조
영역 10	원격상담을 위한 준비

이상의 기본 교과과정 10가지 영역 중 성별과 젠더에 관한 이슈를 다루는 영역은 제3영역 “다양성, 다문화, 주변화된 집단”이다. 제3영역의 내용을 보다 구체적으로 살펴보면, <표 II-18>과 같다. 여기서는 다양성, 권력, 특권 및 억압에 대한 다양한 학문 분야의 이론과 지식을 이해하고 적용하는 역량을 길러야 함으로 강조하고 있다. 특히 인종, 연령, 성별(sex)과 젠더(gender), 민족, 성적 지향, 성 정체성, 사회경제적 지위, 장애, 건강 상태, 종교, 영적 및/또는 신념, 출신 국가 또는 기타 관련 사회적 정체성에 대한 민감성 발달에 초점을 두고 있다. 더불어 국내 취약 및 주변화된 집단 뿐만 아니라 국제적 맥락을 갖는 다양성 이슈에 대한 상담 전공자들의 이해와 민감성 발달에도 주목하고 있다. 또한 앞서 사회복지실천이나 부부가족치료 분야와 마찬가지로, 다양성 관련 교육내용이 단독 교과목 개설을 통해서 만이 아니라 기존의 다른 교과목에서도 다루어질 수 있도록 교과과정 전반이 조율되어야 함을 명시하고 있다.

〈표 II-18〉 부부가족상담 COAMFTE 인증표준 기본교과과정: 제3영역

영역 3. 다양성, 다문화, 주변화된 집단
- 이 영역에서는 인종, 연령, 성별(sex)과 젠더(gender), 민족, 성적 지향, 성 정체성, 사회경제적 지위, 장애, 건강 상태, 종교, 영적 및/또는 신념, 출신 국가 또는 기타 관련 사회적 정체성과 관련된 다양성, 권력, 특권 및 억압에 대한 지식을 이해하고 적용하는 역량을 교육과정 전반에 걸쳐 개발할 수 있도록 한다. - 여기에는 성소수자 및 젠더 소수자 및 그 가족과 함께 일하는 역량 개발과 반인종주의 관행을 포함하여 다양한 국제, 다문화, 소외 및/또는 소외된 커뮤니티와의 실천이 포함된다.

(다) 상담(Counseling)

Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs (CACREP)은 미국 전역의 449개 대학에서 제공하는 929개 이상의 상담 및 관련 전문 분야 석사 및 박사 학위과정을 인증하는 기관이다. 미국에서는 기관 인증과 전문 인증의 두 가지 유형의 인증이 있다. 기관 인증은 교육기관(대학 등) 전체를 대상으로 하는 한편, CACREP과 같은 전문 인증기관은 교육기관 내의 특수 전공 교육과정을 대상으로 한다. 즉 CACREP의 인증 대상은 학위과정을 설치한 학과나 대학이 아니라 학위과정 자체다. CACREP 인증절차를 진행할 때, 대부분은 대학원 학위과정에 중점을 둔다. 하지만 CACREP 인증 과정에는 재정상태 및 자원과 같은 기관 차원의 검토가 포함되므로, 관련 절차를 신청하기 위해서는 기관 인증이 전제되어야 한다.

○ 상담 전공 학위과정 인증표준: CACREP 인증표준⁶⁾

CACREP의 인증을 득한 학위과정 졸업생은 정신건강, 사회복지, 교육, 개인 진료, 정부, 군대, 비즈니스 및 산업 분야에서 경력을 쌓을 수 있다. 석사과정은 상담 실무자로서 면허나 자격증 취득을, 박사과정은 상담사 교육, 수퍼비전, 연구 및 고급 실습을 준비하기 위함이다. 2024년 발간 예정 CACREP 표준은 다음 6개 영역으로 구성된다.

- 학습 환경: 기관 및 프로그램 리소스 및 구조와 관련된 표준을 제공한다.
- 학업 품질: 프로그램 평가 및 학생 평가를 위한 프레임워크를 제공한다.
- 기본교과(석사과정): 통합된 전문상담사 정체성에 대한 기술과 8가지 필수 핵심 내용 영역으로 구성. 초급상담사 교과과정 표준을 포함한다.
- 전문실습: 초급단계실습에 필요한 표준과 현장경험의 구조와 전달을 포함한다.
- 특화실습: 초급단계 상담자를 대상으로 특화 영역에 필요한 지식 및 기술과 관련

6) 2024 CACREP Standards.

된 표준을 제공한다. 여기에는 중독, 진로, 임상 정신건강, 임상 재활 상담, 대학 상담 및 학생 문제, 결혼, 부부 및 가족 상담, 재활 상담, 학교 상담 등 CACREP이 인증하는 8가지 전문 실무 영역에 대한 기준이 포함된다.

— 상담사 교육 및 감독을 위한 박사 표준: 박사급 졸업생을 위한 학습 환경, 전문가 정체성, 박사급 인턴십 요건이 포함된다.

○ 상담전공 CACREP 인증표준: 기본(초급) 교과과정

CACREP 표준에 따르면(CACREP, 2023), 상담 분야의 초급단계 교과과정은 서비스 제공 방식 전반에 걸쳐 전문 상담사로서 효과적으로 기능하는 데 필요한 필수 지식과 기술을 습득하도록 지원하는데 목적이 있다(〈표 II-19〉 참조). 커리큘럼의 지식 영역과 결과 기대치는 상호 연관되어 있으며 상호 배타적이지 않다. 윤리적 행동, 다양성, 형평성, 포용성, 비판적 사고는 상담사로서 준비과정에 필수적인 요소이며 커리큘럼 전반에 스며 있어야 함을 적시하고 있다. 다양성은 교차적, 문화적 정체성의 모든 측면을 의미한다는 점도 명시하고 있다. 상담사 준비를 위한 석사 학위과정은 8대 커리큘럼 영역에서 문화적으로 지속 가능한 콘텐츠와 전략을 다룬다. 커리큘럼 영역 8가지는 초급단계 교육과정을 이수한 졸업생에게 요구되는 지식을 보여주고 있다. 이에 따라 모든 학위과정은 각 표준 영역이 커리큘럼에서 어떤 방식으로 다루어지는지 문서화하도록 요구된다.

〈표 II-19〉 상담 분야 CACREP 인증표준 기본교과과정 8대 영역

표준영역	내용
영역 A	전문상담의 방향성 및 윤리적 실천
영역 B	사회적, 문화적 정체성과 경험
영역 C	전생애 발달
영역 D	진로 발달
영역 E	상담실천 및 상담관계
영역 F	집단상담 및 집단작업
영역 G	사정 및 진단 과정
영역 H	연구 및 프로그램 평가

CACREP 인증표준에 따르면(CACREP, 2023), 성별 및 젠더와 관련된 교육 콘텐츠는 표준영역 B에서 “사회적, 문화적 정체성 및 경험”의 일부로 다루어진다. 여기서는 문화적

다양성과 정체성의 개념을 이해하고, 글로벌 환경 속에서 다양한 정체성, 태도, 신념, 이해관계 등에 따른 집단 내외의 차이에 대한 민감성을 학습하도록 제시하고 있다. 또한 개인간, 집단간 차이에 따라 발생하는 고정관념, 차별, 권력관계, 억압, 특권, 폭력 등을 인식하고 이러한 사회적 현상이 개인과 집단의 신체적, 정신적, 사회적 건강과 웰빙에 미치는 영향을 이해하도록 명시하고 있다. 나아가 억압과 차별의 과정을 식별, 제거하기 위한 전략, 사회정의 및 옹호 관련 활동에 대한 내용도 포함한다.

상담 분야의 표준영역 B에서 성별과 젠더를 다루고 있는 이러한 방식은 앞서 살펴본 사회복지실천이나 부부가족상담 분야의 인증표준과 다소 차이가 있다. <표 II-20>에 제시한 바와 같이, 전자 두 분야에서는 성별과 젠더를 개인과 집단이 가지고 있는, 교차적 정체성을 구성하는 다양한 요소 가운데 하나로 적시하고 있는 반면, 상담 분야의 표준에는 성별과 젠더에 대한 구체적 언급을 찾아볼 수 없다. 다만 영역B에 기술된 내용을 맥락적으로 살펴볼 때, 즉 개인과 집단이 경험하는 문제나 환경이 그들의 정체성을 이루는 다양한 특징들에 대한 고정관념, 편견, 차별과 깊은 관련이 있고 이들에 대한 억압이 제도적, 체계적으로 이루어지고 있다는 인식을 기술하고 있음을 볼 때, 성별과 젠더 요인도 함께 다루어질 것으로 기대해 볼 수 있다. 다만 이러한 인식들이 상담 현장에서 내담자 문제를 사정하고 개입하는 데 있어 어떤 의미있는 행동 차이로 이어질지는 명확히 판단하기 어렵다.

<표 II-20> 상담 분야 CACREP 인증표준 기본교과과정: 영역 B

표준영역 B. 사회적, 문화적 정체성 및 경험
1. 다문화 상담, 사회 정의 및 옹호의 이론 및 모델
2. 유산, 문화적 정체성, 태도, 가치, 신념, 이해, 집단 내 차이 및 문화적 경험이 개인의 세계관에 미치는 영향
3. 유산, 문화적 정체성, 태도, 가치, 신념, 이해, 집단 내 차이 및 문화적 경험이 도움 구하기 및 대처 행동에 미치는 영향
4. 역사적 사건, 다세대 트라우마 및 현재 이슈가 미국 및 전 세계의 다문화 집단에 미치는 영향
5. 고정관념, 명백하고 은밀한 차별, 인종차별, 권력, 억압, 특권, 소외, 미시적 공격, 폭력이 상담사와 내담자에게 미치는 영향
6. 공공 정책, 사회 운동, 문화적 가치를 포함한 다양한 사회 문화적 영향이 정신적, 육체적 건강과 웰빙에 미치는 영향
7. 빈곤, 소득 격차, 건강 격차가 소외된 정체성을 가진 사람들에게 미치는 불균형적인 영향
8. 독립성, 포용성, 선택권 및 자기 권한 부여, 상담 관계 인력의 서비스 접근성 원칙
9. 장벽, 편견, 의도적 및 비의도적 억압과 차별의 과정을 식별하고 제거하기 위한 전략
10. 사회 정의, 옹호 및 다양한 문화적 정체성을 가진 개인과 함께 일하는 것과 관련된 전문 상담 기관에서 개발한 가이드 라인
11. 내담자와 상담자의 심리적 기능에서 종교와 영성의 역할

(라) 건강서비스 심리(Health Service Psychology)

○ APA 건강서비스 심리학(석사) 인증표준

미국에서 정신건강서비스 관련 심리사 자격취득을 위한 학위과정은 미국심리학회(American Psychological Association, APA)에서 수립한 건강서비스에 특정된 심리학 인증표준(Standards of Accreditation for Health Service Psychology, SAHSP)을 준수해야 한다. 주지하는 바와 같이 심리학은 임상, 상담을 비롯하여 산업및조직, 사회심리, 인지, 발달, 건강 등 다양하게 세분화 되는데, 이 중 정신건강서비스 진로를 위한 학위과정은 위 SHSP 심리학 인증표준에 따라 설계되어야 한다. 건강서비스에 특정된 심리학 인증표준의 경우, 석사과정과 박사과정 각각에 대해 별도의 인증표준이 수립되어 있다. 인증절차의 경우, 박사과정은 APA가 직접 인증절차를 실행하는 반면 석사과정은 외부 인증기관에서 진행되는 구조다. 이 장의 교과과정 검토는 주정부 인증 자격취득의 기본요건을 충족하는 학위과정을 대상으로 하기 때문에 APA 석사과정에 초점을 두고 성별 및 젠더 관련 교육내용을 살펴본다.

APA 인증표준에서 성별과 젠더를 포함하는 다양성 이슈와 관련된 표준은 <표 IV-19>와 같이 “(d) 위의 모든 것과 관련된 문화적 및 개인적 다양성 문제”가 해당된다. 그런데 이 항목은 매우 간략히 기술되어 성별 및 젠더를 포함한 다양성 이슈에 대한 교육의 방향성이나 범위를 판단할 근거가 부족하다. 특정 심리학 석사과정이 건강서비스 특화 과정으로 인증받기 위해서는 <표 II-21>에 명시된 사항이 교과과정에서 실제로 어떻게 설계, 운영되고 있는지 입증해야 하고, 이를 위해서는 보다 구체적인 지침이 필요하다. 이에 다음에서는 상담과 심리 석사과정에 대한 인증절차를 통합으로 운영하는 MPCAC의 인증표준을 살펴보도록 한다.

<표 II-21> APA 건강서비스 심리학(석사) 인증표준

<p>과정의 목표를 달성하기 위해, 학위과정은 다음과 같은 분야에서 모든 학생들이 실질적인 이해와 역량을 습득하고 입증할 수 있는 수단을 제공하는 명확하고 일관된 교육 과정 계획을 가지고 있으며 구현한다.</p> <p>(a) 심리학의 폭, 사상과 발전의 역사, 연구 방법 및 응용. 이를 달성하기 위해 학생들은 최소한 다음과 같은 분야에서 현재의 지식 체계에 노출된다. 행동의 생물학적 측면; 행동의 인지적 및 정서적 측면; 행동의 사회적 측면; 심리학의 역사와 체계; 심리학적 측정; 연구 방법론; 데이터 분석 기술.</p> <p>(b) 학위과정이 전문 교육을 강조하는 전문 심리학 분야의 실천에 대한 과학적, 방법론적 및 이론적 기반. 이를 달성하기 위해 학생들은 최소한 다음과 같은 분야에서 현재의 지식 체계에 노출된다. 행동의 개인차; 인간 발달; 장애 행동 또는 정신병리학; 전문 기준 및 윤리.</p>
--

- (c) 심리 평가 및 측정을 통해 문제를 진단 또는 정의하고 개입 전략을 수립 및 실행(경험적으로 지원되는 절차에 대한 교육 포함). 이를 달성하기 위해 학생들은 최소한 다음과 같은 분야에서 현재의 지식 체계에 노출된다. 평가 및 진단 이론과 방법; 효과적인 개입; 상담 및 지도; 개입의 효능 평가.
- (d) 위의 모든 것과 관련된 문화적 및 개인적 다양성 문제.
- (e) 과학적 및 전문적 지식 체계의 진화하는 맥락에서 심리학자로서 평생 학습, 학술적 조사 및 전문적 문제 해결에 필수적인 태도. (6-7쪽)

자료: American Psychological Association Commission on Accreditation (2015, 2017, 2018, 2019). Standards of accreditation for health service psychology and accreditation operating procedures.

○ MPCAC 상담 및 심리(Counseling and Psychology) 인증표준

MPCAC(Masters in Psychology and Counseling Accreditation Council) MPCAC는 미국 내 지역별로 인가된 대학에 위치한 상담 및 심리학 석사학위 프로그램을 인증하는 곳이다. 고등교육인증기관협회 CHEA(Council for Higher Education Accreditation)와 특수전문인증협회 ASPA(Association of Specialized and Professional Accreditors)⁷⁾의 두 개 협회에 기관회원으로 가입되어 있다. MPCAC는 특히 공인된 대학에 설치된, 과학에 기반한 상담 및 심리 서비스 실무를 교육하는 석사 학위 프로그램을 인증하는 곳이다.

상담과 심리는 고등교육에서 통상 별개 분야로 취급되지만 주정부 공인 정신건강 전문가 진로를 위한 석사과정의 인증절차에서는 공통적인 인증표준이 적용되는데 그 이유는 다음과 같다. 상담 분야는 상담심리학 및 심리학 분야와 교차하는 독특한 역사를 가지고 있다. 심리학은 상담사가 활용하는 증거 기반 실천을 만들어내는 주요 분야인 반면, 상담은 핵심 역량에 진로 문제를 포함하는 것에서 알 수 있듯 전 생애에 걸쳐 성장과 건강을 강조하는 분야로 전문가를 훈련하고 서비스를 제공할 때 심리적 원리에 근거한다. 이 두 분야는 상호 중복되는 부분이 많기 때문에 교육과 훈련을 통해 지속적으로 교차 수정되는 특징이 있다. 이에 따라 건강서비스 심리 분야에 대한 교과과정 검토는 MPCAC 인증표준(MPCAC, 2023)을 통해 보다 구체적으로 살펴본다.

○ MPCAC 인증표준 방향성 및 핵심 교과(Orientation & Core Curriculum)

MPCAC 상담 및 심리(Counseling & Psychology) 인증표준은 과학에 기반한 상담 및 심리 서비스 실습을 교육하는 석사과정을 인증하기 위한 것이다. 관련 석사과정은

7) <https://aspa-usa.org/>

상담, 교육 또는 심리학과에 개설되어 있다. 상담 및 심리 서비스는 지역사회 또는 학교 환경에서 제공될 수 있으며, 제공자는 대부분 면허(예: 전문 상담사) 또는 자격증(예: 학교 상담사)을 소지하게 된다. MPCAC는 인증표준에서 상담과 심리학적 원리 및 이론을 모두 통합, 상호 보완적인 지식을 제공함으로써 심리학과 상담 분야의 최신 연구를 반영한 최첨단 교육을 장려한다는 입장을 갖고 있다. 또한 공익을 증진하고 문화적으로 민감한 서비스를 촉진하기 위한 개별 학위과정의 노력을 강조하고 있다. 이에 따라 심리 상담 커리큘럼에서 특정 인구집단과 환경에 관련된 과학기반 지식과 기술을 교육할 때 이를 맥락화하는 노력이 매우 중요하게 된다. 학위과정의 정체성과 고유성이 인정되는 범위 내에서 이런 노력이 어떻게 이루어지는지 교과과정 표와 과목 강의계획서를 통해 입증하도록 요구된다. 모든 학위과정은 <표 II-22>와 같이 5가지 영역의 인증표준에 따라 평가되며 교과과정 영역도 여기에 포함된다. MPCAC 상담 및 심리 석사과정의 교과과정은 다음에 설명된 각 표준과 관련된 교육내용을 적절히 포함해야 한다.

<표 II-22> APCAC 상담 및 심리 기본교과과정: 10대 영역

표준	내용
영역 1	윤리적, 전문적 표준 (윤리적, 법적 표준, 정책, 실천/ 전문적 가치와 태도/ 실무에서 슈퍼비전의 이해와 활용)
영역 2	증거기반 이론 및 실천에 기초한 상담 및 심리치료 (지식, 기술)
영역 3	다문화주의 및 다양성 (지식 및 자각)
영역 4	정신병리의 이론 및 분류체계 (지식, 기술)
영역 5	평가방법 (지식, 기술)
영역 6	연구방법 (지식, 기술)
영역 7	전 생애 관점에서 일의 의미와 경력개발
영역 8	인간 행동의 생물학적 근거
영역 9	인간 행동의 발달적 근거
영역 10	인간 행동의 체계론적 근거

○ MPCAC Curriculum Standards with Operational Definitions (2017)

MPCAC 영역3(다문화주의 및 다양성) 인증표준을 보다 상세히 살펴보면, 다음 <표 II-23>와 같이 지식/자각과 기술의 두 가지 영역으로 구분되며 지식/자각은 다시 상담사 자신에 대한 부분과 타인(내담자)에 대한 부분으로 세분된다. 논의의 전제는 인간이 개인적, 문화적 다양성(예를 들어, 나이, 성별, 성적체성, 인종, 민족, 문화, 출신국, 종교,

성적지향, 장애, 언어, 사회경제적 상태 등)에 의해 구성된 존재임을 인식하고 자각하는 것이다. 구체적으로, 상담사는 개인적, 문화적 차이에 관한 문헌 지식을 갖고 있으며 그것을 자신에게 적용할 수 있어야 한다. 또한 집단의 가치와 규범이 상담자 자신이 누구인지 그리고 다른 사람들과 관계 맺는데 어떤 영향을 주는지를 명확히 설명한다. 자신의 사회정치적 변수(예: 인종, 성별, 성적 취향)의 범위와 복잡성을 역사적 맥락 속에서 명확히 설명한다. 상담 효과성을 모니터링 함에 있어 문화적 존재로서의 상담자 자신에 대한 지식과 인식을 사용한다. 자신의 편견을 인식하고 적절하게 처리한다. 자신과 관련된 다양성 이슈에 대해 언제 슈퍼비전이 필요한지를 알고 있다. 상담자 자신을 둘러싼 억압이나 특권이 체계적이고 광범위한 영향을 끼친다는 점에 대해 관련 지식과 인식이 있음을 입증해야 하는 기준을 명시하고 있다.

타인(내담자 등)과 관련하여, 개인적, 문화적 다양성과 맥락 속에서 구성되는 존재로서 타인에 대한 문헌 지식과 이해를 갖추어야 한다. 또한 개인적 가치와 규범이 개인이 자기가 누구인지 그리고 다른 사람들과 관계 맺는데 어떤 영향을 주는지를 명확히 설명한다. 개인의 사회정치적 변수(예: 인종, 성별, 성적 취향)의 범위와 복잡성을 역사적 맥락 속에서 명확히 설명한다. 상담 효과성을 모니터링 함에 있어 문화적 존재로서의 개인의 대한 지식과 인식을 사용한다. 타인의 다양성 이슈에 대해 언제 슈퍼비전이 필요한지를 알고 있어야 한다. 타인을 둘러싼 억압이나 특권이 체계적이고 광범위한 영향을 끼친다는 점에 대해 관련 지식과 인식이 있음을 입증해야 함을 명시하고 있다.

한편, 기술 측면에서는 문화적 존재로서 자신과 타인에 대한 지식을 사정, 개입, 자문 등 전문적 상호작용 전반에 적용할 수 있어야 한다. 특히 개인 및 문화적 차이에 관한 문헌을 숙지하고 다른 사람과의 상호작용에 활용할 수 있어야 한다. 증거기반의 사정, 개입, 자문 등의 전문적 활동이 문화적으로 적절하도록 효과적으로 조율할 수 있어야 한다. 개인적, 문화적 차이에 대한 지식을 반영함으로써 존중에 기반한 상호작용이 이루어지도록 한다. 치료 관계에서 사회정치적 요인과 관련된 권력 차이를 논의할 수 있어야 한다. 마지막으로, 다양성 문제에 대한 슈퍼비전을 구해야 하며, 억압의 영향을 완화하거나 줄일 수 있도록 내담자를 옹호해야 함을 명시하고 있다.

〈표 II-23〉 APCAC 상담 및 심리 기본교과과정: 영역3

영역 3. 다문화주의 및 다양성
문화적, 개인적 차원에서 다양한 배경이나 특성, 맥락을 대표하는 개인, 집단, 커뮤니티와 함께 일하는 데 필요한 지식, 자기 인식, 기술을 적시해야 한다. 다양한 배경이나 특성은 나이, 성별, 성 정체성, 인종, 민족, 문화, 출신 국가, 종교, 성적 지향, 장애, 언어, 사회경제적 지위와 같은 문화적, 개인적, 역할 상의 차이를 포함한다.
i. 지식(knowledge)과 자각(self-awareness) <ol style="list-style-type: none"> 1. 상담자 자신에 대한 지식과 자각이 개인적, 문화적 다양성에 의해 형성된 것임을 입증한다. 2. 타인에 대한 지식과 인식이 개인적, 문화적 다양성과 맥락에 의해 형성된 것임을 입증한다. 3. 상담사 자신과 타인의 교차점에 대한 지식이 개인적, 문화적 다양성과 맥락에 의해 형성되는 것임을 입증한다.
ii. 기술(skills) <ol style="list-style-type: none"> 1. 문화적 존재로서의 자기에 대한 지식을 평가, 치료, 자문을 비롯한 모든 전문적 상호작용에 적용한다. 2. 문화적 존재로서 타인에 대한 지식을 평가, 치료, 자문을 비롯한 모든 전문적 상호작용에 적용한다. 3. 문화적 존재로서 자기와 타인의 교차점에 대한 지식을 평가, 치료, 자문을 비롯한 모든 전문적 상호작용에 적용한다. 4. 평가, 치료 및 자문에서 다양한 개인과 효과적으로 일할 수 있다.

다. 국내 ‘심리상담’ 국가직무능력표준(NCS)

1) NCS 개요

○ NCS 개념

국가직무능력표준(NCS, national competency standards)은 「자격기본법」(제2조 제2호)에 근거하여 산업현장에서 직무를 수행하기 위해 요구되는 지식·기술·소양 등의 내용을 국가가 산업부문별·수준별로 체계화한 것으로, 국가적 차원에서 표준화한 것을 의미한다. 한국산업인력공단에서는 2022년 11월 현재 심리상담(세분류)를 포함하여 1,083개 국가직무능력표준(NCS)을 고시하고 있다(<https://ncs.go.kr/index.do>).

○ 국가직무능력표준(NCS) 분류체계

국가직무능력표준(NCS)의 분류는 직무의 유형(Type)을 중심으로 국가직무능력표준의 단계적 구성을 나타내는 것으로, 한국고용직업분류(KECO: Korean Employment Classification of Occupations)등을 참고로 분류되었으며 ‘대분류(24개) → 중분류(81개) → 소분류(271개) → 세분류(NCS, 1,083개)’의 순으로 구성되어 있다.

직종명 ‘심리상담’ (NCS 직종코드 07020301) 분류체계는 〈표 II-24〉와 같이 사회복지/종교(대분류) → 상담(중분류) → 심리상담(소분류) → 심리상담(세분류) 순으로 구성되어 있다. 이 분류에 따라 심리상담 직종(직무)는 “심리상담은 심리사회적 문제 예방 및 해소, 심리성장을 위하여 전 연령의 개인 또는 그와 관련된 사람에게 전문적 상담관계에 기초하여 심리교육과 심리치료 등을 수행하는 업무를 말한다.”로 정의되어 있다.

〈표 II-24〉 심리상담(직종명) 분류체계

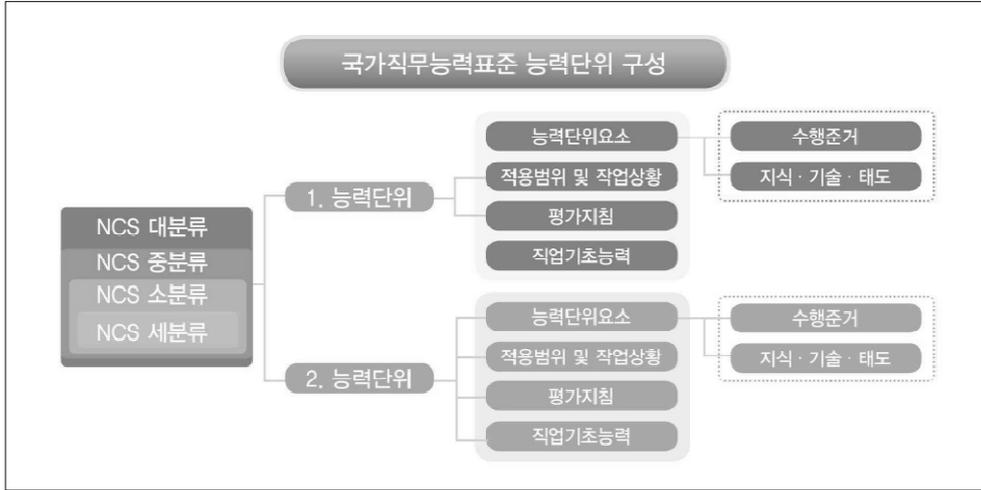
대분류	중분류	소분류	세분류
07. 사회복지·종교	02. 상담	03. 심리상담	01. 심리상담

2) 심리상담 국가직무능력표준(NCS) 구성

○ 국가직무능력표준 능력단위(competency unit)

국가직무능력표준(NCS) 분류체계는 직무(세분류)별로 능력단위와 능력단위요소(세분류의 하위단위)를 도출하여 교육훈련표준을 개발하기 위한 것이다. ‘능력단위(competency unit)’는 NCS 분류체계상 세분류의 하위단위에 해당하고 ‘능력단위요소(competency unit element)’는 능력단위를 구성하는 중요한 핵심 하위능력을 의미한다. ‘능력단위’는 NCS의 기본 구성요소로, 심리상담사 직무를 수행에 필요한 역량 집합을 구성하는 기본 단위가 되며, 교육훈련 목표와 내용의 기초가 된다.

세부적으로, 능력단위는 [그림 IV-4]과 같이 능력단위분류번호, 능력단위정의, 능력단위요소(수행준거, 지식·기술·태도), 적용범위 및 작업상황, 평가지침, 직업기초능력으로 구성된다. 능력단위를 구성하는 항목은 〈표 IV-23〉과 같이 총 10가지 이며, ① 능력단위분류번호 ② 능력단위명칭 ③ 능력단위정의 ④ 능력단위요소 ⑤ 수행준거 ⑥ 지식·기술·태도 ⑦ 적용범위 및 작업상황 ⑧ 평가지침 ⑨ 직업기초능력 ⑩ 개발·개선 이력이 포함된다. 이 중 본 연구의 교과목 내용분석에 특히 중요한 항목은 △수행준거와 △지식, 기술, 태도이다. 수행준거(performance criteria) 항목은 능력단위요소별로 성취여부를 판단하기 위하여 개인이 도달해야 하는 수행의 기준을 기술하고 있다. 지식, 기술, 태도(Knowledge, Skills, Attitude, KSA) 항목은 능력단위요소를 수행하는 데 필요한 지식·기술·태도를 기술하고 있다. 심리상담사 국가직무능력표준(NCS)에서 이 두 가지 항목은 교육생에 대한 훈련의 목표와 내용을 명시하고 있기 때문에, 교과목의 특성을 파악하는데 유용한 자료가 된다. 능력단위 구성항목에 대한 정의는 〈표 IV-23〉과 같다.



자료: 교육부, 한국연구재단, 전문대학NCS거점센터운영협의회(2016). 전문대학 국가직무능력표준(NCS) 기반 교육과정 가이드라인 요약서: 2015.10. 개정판 요약.

[그림 II-7] 국가직무능력표준 능력단위 구성

국가직무능력표준(NCS)에서 제시하는 심리상담사의 능력단위 및 능력단위요소는 <표 II-25>과 같다. NCS 심리상담사 능력단위는 총 21가지이며, 심리상담이 진행되는 대략의 시간적 순서에 따라 단계별로, 영역별로 필요한 직무역량이 제시되어 있다. 상담 안내, 접수, 개인/집단/관계자/위기상담, 심리상담 교육, 심리검사 활용, 정보관리, 교육, 슈퍼비전, 행정 및 홍보 등이다. 이러한 다양한 능력단위를 보다 구체화시키기 위해, 능력단위별로 적게는 3가지에서 많게는 6가지로 능력단위요소가 명시되어 있다.

<표 II-25> 능력단위 구성항목 정의

구 성 항 목	내 용
① 능력단위분류번호 (competency unit code)	· 능력단위를 구분하기 위하여 부여되는 일련번호로써 12자리로 표현
② 능력단위명칭 (competency unit title)	· 능력단위의 명칭을 기입한 것
③ 능력단위정의 (competency unit description)	· 능력단위의 목적, 업무수행 및 활용범위를 개략적으로 기술
④ 능력단위요소 (competency unit element)	· 능력단위를 구성하는 중요한 핵심 하위능력을 기술
⑤ 수행준거 (performance criteria)	· 능력단위요소별로 성취여부를 판단하기 위하여 개인이 도달해야 하는 수행의 기준을 제시

구 성 항 목	내 용
⑥ 지식·기술·태도 (Knowledge, Skills, Attitude, KSA)	· 능력단위요소를 수행하는 데 필요한 지식·기술·태도
⑦ 적용범위 및 작업상황 (range of variable)	· 능력단위를 수행하는데 있어 관련되는 범위와 물리적 혹은 환경적 조건 · 능력단위를 수행하는데 있어 관련되는 자료, 서류, 장비, 도구 및 재료
⑧ 평가지침 (guide of assessment)	· 능력단위의 성취여부를 평가하는 방법과 평가 시 고려되어야 할 사항
⑨ 직업기초능력 (key competency)	· 능력단위별로 업무 수행을 위해 기본적으로 갖추어야 할 직업능력
⑩ 개발·개선이력 (Improvement History)	· 해당 능력단위의 최초 개발부터 능력단위가 변경된 이력관리

〈표 II-26〉 능력단위별 능력단위요소

순번	능 력 단 위	수준	능 력 단 위 요 소	분 류 번 호
1	심리상담안내	3	심리상담신청 응대하기	0702030101_21v2
			심리상담진행 절차 설명하기	
			심리상담신청 접수하기	
			심리상담예약 관리하기	
5	접수상담	4	호소문제 파악하기	0702030102_21v2
			내담자 정보 수집하기	
			가족관계 파악하기	
			문제수준 분석하기	
			상담방법 안내하기	
			상담자 배정하기	
11	내담자 의뢰·연계	4	의뢰·연계기관 발굴하기	0702030103_21v2
			의뢰·연계기관망 구축하기	
			내담자 의뢰하기	
			의뢰사례 추수관리하기	
15	개인 심리치료상담	5	상담구조화하기	0702030104_21v2
			상담관계 형성하기	
			상담목표 합의하기	
			상담 진행하기	
			상담 종결하기	
			상담과정 평가하기	

82 생활체감형 정책 특성성별영향평가

순번	능력단위	수준	능력단위요소	분류번호
21	집단상담	5	집단상담 기획하기	0702030105_21v2
			집단상담 준비하기	
			집단상담 진행하기	
			집단상담 종결하기	
			집단상담과정 평가하기	
26	관계자 상담	5	커플 상담하기	0702030106_21v2
			가족원 상담하기	
			조력자 상담하기	
			동료 상담하기	
30	위기상담	6	위기상황 진단하기	0702030107_21v2
			위기상담 계획하기	
			위기상담 하기	
			위기상담 종결하기	
			위기상담과정 평가하기	
35	심리상담 교육	5	심리상담 교육 요구 조사하기	0702030108_21v2
			심리상담 교육 설계하기	
			심리상담 교육 실시하기	
38	심리검사 활용	5	심리검사 선정하기	0702030109_21v2
			심리검사 실시하기	
			심리검사 결과 평가하기	
			심리검사 해석상담하기	
42	심리상담 정보관리	4	개인정보 보호하기	0702030110_21v2
			상담기록 관리하기	
			상담통계 분석하기	
			상담통계 분석결과 활용하기	
46	심리상담 자문	6	심리상담 자문관계 구축하기	0702030111_21v2
			심리상담 자문 계획하기	
			심리상담 자문 실시하기	
			심리상담 자문 평가하기	
50	수련상담자 교육	7	수련상담자 교육분석 실시하기	0702030112_21v2
			수련상담자 윤리교육 실시하기	
			수련상담자 심리상담 훈련 실시하기	

순번	능력단위	수준	능력단위요소	분류번호
53	심리상담 슈퍼비전	7	심리상담 슈퍼비전 구조화하기	0702030113_21v1
			심리상담 슈퍼비전 개입하기	
			심리상담 슈퍼비전 종결하기	
56	심리상담 사례개념화	6	내담자 주호소문제 개념화하기	0702030114_21v1
			상담목표 설정하기	
			상담 전략 및 방법 수립하기	
59	재난극복 상담	6	재난 대상자 스크리닝하기	0702030115_21v1
			재난 반응 평가하기	
			재난극복 상담 전략 수립하기	
			재난극복 상담 진행하기	
			재난극복 상담 결과 평가하기	
64	트라우마 심리치료	6	스트레스 반응 평가하기	0702030116_21v1
			안정화 경험 제공하기	
			트라우마 심리치료 목표·전략 수립하기	
			트라우마 심리치료 진행하기	
			트라우마 심리치료 평가하기	
69	부부·가족 상담	6	부부·가족 상담관계 형성하기	0702030117_21v1
			부부·가족 체계 사정하기	
			부부·가족 상담목표·전략 수립하기	
			부부·가족 상담진행하기	
			부부·가족 상담 종결하기	
			부부·가족 상담과정 평가하기	
75	비대면 심리상담	5	비대면 심리상담 기획하기	0702030118_21v1
			비대면 심리상담 환경 구축하기	
			비대면 심리상담 진행하기	
			비대면 심리상담 평가하기	
79	집단상담 프로그램 개발	6	집단상담 프로그램 개발 계획하기	0702030119_21v1
			집단상담 프로그램 설계·개발하기	
			개발된 집단상담 프로그램 시범운영·수정하기	
82	심리상담 기획·행정	4	심리상담사업 현황분석하기	0702030120_21v1
			심리상담사업 기획·운영하기	
			심리상담 행정업무 수행하기	
			심리상담 정책 및 자원 활용하기	

순번	능력단위	수준	능력단위요소	분류번호
86	심리상담 홍보	3	심리상담 홍보대상 분석하기	0702030121_21v1
			심리상담 홍보전략 수립하기	
			심리상담 홍보 실시하기	
			심리상담 홍보성과 평가하기	

앞서 기술한 바와 같이, 국가직무능력표준(NCS)에서 파악한 심리상담가의 능력단위는 총 21가지 이다. 관련 문서 「NCS 및 활용패키지」를 살펴보면, 각 능력단위에 대한 설명이 보다 상세히 수록되어 있다. 하나의 NCS능력단위에 대해 능력단위 정의, 능력단위요소, 요소별 수행근거를 제시하고 있음을 보여준다. 각 능력단위 마다 해당 능력단위에 대한 정의가 제시되어 있고, 하위 능력단위요소별로 수행근거를 구체적으로 목록화하는 방식이다. 수행근거에는 능력요소가 명시되어 있고 이 능력요소를 구성하는 지식, 기술, 태도가 나열되어 있다. 이 문서는 본 연구에서 수행한 교과목 분석의 근거 자료가 되며, 이에 대한 사전 이해를 돕기 위해 심리상담 초기단계에 필요한 직무역량인 ‘접수상담’ 능력단위를 예시로 살펴보면 다음과 같다.

〈표 II-27〉에 따르면, ‘접수상담’ 능력단위는 “심리상담을 신청한 내담자의 호소문제를 파악하고 내담자의 정보를 수집한 후 가족관계를 분석하고, 문제수준을 분석하여, 내담자에게 상담방법을 안내하고 적절한 상담자를 배정하는 능력이다.”로 정의된다. 접수상담에 필요한 능력단위요소는 총 6가지로 △호소문제 파악하기 △내담자 정보 수집하기 △가족관계 파악하기 △문제수준 분석하기 △상담방법 안내하기 △상담자 배정하기 이다. 이 중 ‘호소문제 파악하기’ 능력단위요소는 다음 4가지를 의미한다. △ 내담자에게 접수상담의 목적, 내용과 비밀보장 관련 사항을 이해하기 쉽게 설명할 수 있다. △내담자가 상담을 받으려는 계기, 목적, 배경 등을 명료화할 수 있다. △호소문제와 관련하여 내담자의 언어적, 비언어적 표현을 관찰하여 그 의미를 파악할 수 있다. △호소문제를 내담자의 표현대로 접수상담 기록지에 기술할 수 있다. 이상의 호소문제를 파악하는 직무 수행에 필요한 지식은 생애발달단계별 심리적 특성과 이상심리의 분류와 특성을 포함한 8가지, 필요한 기술은 관계형성, 능력, 공감, 요약, 반영, 경청, 관찰을 포함하는 6가지, 필요한 태도는 고정관념과 사회적 편견없는 태도, 신뢰와 수용의 태도, 책임감, 내담자 개별성을 포함하는 5가지이다.

이상과 같이 심리상담사 직무표준은 현장에서 심리상담사가 수행하는 직무의 유형, 직무수행에 필요한 능력의 단위를 명시하고 있다. 또한 능력단위별로 3가지 이상의 능력

단위요소를 명시한 뒤, 이를 수행하기 위한 준거(지식, 기술, 태도)를 나열하고 있다. 이렇게 볼 때 직무표준은 직무교육의 목표, 내용, 기대성과를 포괄적으로 파악할 수 있는 유용한 근거가 된다고 하겠다.

〈표 II-27〉 능력단위별 세부내용(예시)

분류번호	0702030102_21v2
능력단위 명칭	접수상담
능력단위 정의	접수상담이란 심리상담을 신청한 내담자의 호소문제를 파악하고 내담자의 정보를 수집한 후 가족관계를 분석하고, 문제수준을 분석하여, 내담자에게 상담방법을 안내하고 적절한 상담자를 배정하는 능력이다.
능력단위 요소	수행준거
0702030102_21v2.1 호소문제 파악하기	1.1 내담자에게 접수상담의 목적, 내용과 비밀보장 관련 사항을 이해하기 쉽게 설명할 수 있다. 1.2 내담자가 상담을 받으려는 계기, 목적, 배경 등을 명료화할 수 있다. 1.3 호소문제와 관련하여 내담자의 언어적, 비언어적 표현을 관찰하여 그 의미를 파악할 수 있다. 1.4 호소문제를 내담자의 표현대로 접수상담 기록지에 기술할 수 있다.
	【지식】 <ul style="list-style-type: none"> • 사회적 지원체계 특성 • 기관의 접수상담에 관한 운영과정 • 개인정보보호법 • 가정폭력, 아동학대 등 내담자 보호와 관련된 법 • 상담의 원리 • 생애발달단계별 심리적 특성 • 이상심리의 분류와 특성 • 접수상담의 원리와 절차
	【기술】 <ul style="list-style-type: none"> • 내담자와 신뢰로운 관계(rapport)를 형성하는 능력 • 내담자의 기분, 감정, 상황, 동기 및 관심사를 이해할 수 있는 공감기술 • 내담자의 언어적 메시지의 요약기술 • 내담자의 언어표현과 행동단서의 반영기술 • 언어적, 비언어적 메시지의 적극적인 경청기술 • 주의 깊은 관찰기술
0702030102_21v2.2 내담자 정보 수집하기	【태도】 <ul style="list-style-type: none"> • 내담자를 고정관념, 사회적 편견 없이 상담하는 태도 • 내담자를 전적으로 신뢰하고 수용하는 태도 • 내담자에게 친절하고 온화한 자세 • 내담자와 상담과정에 대한 책임감 • 내담자의 개별성을 고려하는 태도
	2.1 상담기관 운영 지침에 따라 내담자로부터 접수상담에서 수집해야 할 정보를 정할 수 있다. 2.2 호소문제를 바탕으로 내담자의 성장경험 및 발달사, 심리사회적 특성 등에 관한 정보를 수집할 수 있다. 2.3 심리검사, 면접, 행동관찰, 질문 등을 통해 내담자에 대한 정보를 체계적으로 수집하여 접수상담기록지에 기록할 수 있다.

분류번호	0702030102_21v2
	<p>【지식】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 사회적 지원체계 특성 • 개인정보보호법 • 가정폭력, 아동학대 등 내담자 보호와 관련된 법 • 상담의 원리 • 생애발달단계별 심리적 특성 • 심리검사 채점 및 결과해석 방법 • 이상심리의 분류와 특성 • 접수상담 기록지 작성법 • 접수상담의 원리와 절차 <p>【기술】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내담자의 기분, 감정, 상황, 동기 및 관심사를 이해할 수 있는 공감능력 • 내담자의 내면적 감정의 반영기술 • 내담자의 언어표현과 행동단서의 반영기술 • 내담자의 언어적 메시지의 요약기술 • 내담자의 심리상태를 파악하는 관찰기술 • 내담자의 심리상태에 대한 정보를 얻을 수 있는 질문기술 • 심리검사 결과해석 방법 • 언어적, 비언어적 메시지의 적극적인 경청기술 • 접수상담 기록지 작성법 <p>【태도】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내담자를 고정관념, 사회적 편견 없이 상담하는 태도 • 내담자를 전적으로 신뢰하고 수용하는 태도 • 내담자와 상담과정에 대한 책임감 • 내담자의 개별성을 고려하는 태도
<p>0702030102_21v2.3 가족관계 파악하기</p>	<p>3.1 상담신청서와 접수면접 내용에 기초하여 내담자의 가족관계에 대한 정보를 확인할 수 있다. 3.2 상담신청서에 기재되지 않았으나 추가로 필요한 가족관계에 대한 정보를 파악할 수 있다. 3.3 파악한 내담자 가족에 대한 정보를 체계적으로 정리할 수 있다.</p> <p>【지식】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족구조와 역동에 대한 이론 • 상담에서 필요한 가족관계에 대한 정보의 종류 • 가족관계 파악 도구 활용 방법 • 가족관계 정리 방법 <p>【기술】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족관계 파악 도구 활용 능력 • 가족관계정보 추가 질문 능력 • 가족관계 정리 능력 <p>【태도】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내담자를 고정관념, 사회적 편견 없이 가치중립적으로 파악하고 상담하는 태도 • 내담자와 상담과정에 대한 책임감 있는 태도 • 내담자의 개별성을 고려하는 태도 • 내담자의 문제를 정확하게 분석하려는 태도

분류번호	0702030102_21v2
0702030102_21v2.4 문제수준 분석하기	4.1 수집된 정보를 토대로 내담자의 심리적인 상태를 종합적으로 평가할 수 있다. 4.2 내담자의 상황, 문제의 심각도 등을 고려하여 즉각적인 위기상담이 필요한지 판단할 수 있다. 4.3 내담자가 현 기관에서 적절한 심리치료상담을 받을 수 있는지 판단할 수 있다.
	【지식】 <ul style="list-style-type: none"> • 가족관계, 사회적 지원체계 특성 • 개인정보보호법 • 생애발달단계별 심리적 특성 • 가정폭력, 아동학대 등 내담자 보호와 관련된 법 • 상담의 원리 • 심리검사 채점 및 결과해석 방법 • 이상심리의 분류와 특성 • 접수상담의 원리와 절차
	【기술】 <ul style="list-style-type: none"> • 내담자의 기분, 감정, 상황, 동기 및 관심사를 이해할 수 있는 공감능력 • 내담자의 내면적 감정의 반영기술 • 내담자의 언어적 메시지의 요약기술 • 내담자의 언어표현과 행동단서의 반영기술 • 내담자의 위기수준 판단능력 • 언어적, 비언어적 메시지의 적극적인 경청기술 • 종합적인 분석능력
0702030102_21v2.5 상담방법 안내하기	5.1 호소문제와 관련된 법규와 정책에 따라 상담방법과 관련된 정보를 설명할 수 있다. 5.2 상담방법과 관련된 내담자의 욕구를 파악하고, 상담방법에 대하여 내담자와 협의할 수 있다. 5.3 단회상담으로 적합한 경우 접수상담으로 종결할 수 있다. 5.4 위기상담이 필요한 경우 즉시 위기 조치를 실행할 수 있다. 5.5 상담기관 운영 지침에 따라 상담계약을 체결할 수 있다.
	【지식】 <ul style="list-style-type: none"> • 개인정보보호법 • 기관 내 상담자의 기본 이력 및 경력 • 가정폭력, 아동학대 등 내담자 보호와 관련된 법 • 상담기관 운영 지침 • 상담의 원리 • 생애발달단계별 심리적 특성 • 이상심리의 분류와 특성 • 접수상담의 원리와 절차 • 타 상담기관에 대한 정보
	【기술】 <ul style="list-style-type: none"> • 내담자에게 적합한 상담방법을 판단하는 능력 • 사례의 기관 적합성을 판단하는 능력 • 상담에 대한 동기부여 능력 • 필요한 상담정보를 제공하는 능력

분류번호	0702030102_21v2
	<p>[태도]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내담자를 고정관념, 사회적 편견 없이 가치중립적으로 파악하고 상담하는 태도 • 내담자와 상담에 대한 책임감 있는 태도 • 내담자의 개별성을 고려하는 태도 • 내담자의 문제를 정확하게 분석하려는 태도
0702030102_21v2.6 상담자 배정하기	<p>6.1 상담기관 운영 지침에 따라 사례배정회의에서 접수상담 내용을 명확하게 설명할 수 있다. 6.2 내담자 문제분석결과 및 상담기관 운영지침에 따라 내담자 호소문제 영역에 맞는 상담자를 정할 수 있다. 6.3 기관 상담 운영규정에 따라 타 기관에 의뢰가 필요한 경우는 타 기관에 요청할 수 있다.</p>
	<p>[지식]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 개인정보보호법 • 기관 내 상담자의 주요 상담 영역, 기본 이력 및 경력 • 상담기관 운영 지침 • 심리문제의 증상과 원인 • 위기 평가 및 개입 • 접수상담의 원리와 절차 • 주요 상담이론 • 타 상담기관에 대한 정보
	<p>[기술]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내담자에게 적합한 상담자 배정 능력 • 내담자에게 적절한 위기 조치 실시 능력 • 사례의 기관 적합성 판단 능력 • 적절한 심리검사 선택 능력
	<p>[태도]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내담자를 고정관념, 사회적 편견 없이 가치중립적으로 파악하고 상담하는 태도 • 내담자에 대한 책임감 있는 태도 • 내담자의 개별성을 고려하는 태도 • 내담자의 문제를 정확하게 분석하려는 태도

자료: NCS 및 활용패키지(<http://ncs.go.kr>)

3) 심리상담 교육훈련표준(NCS) 교과목

NCS 심리상담 훈련기준은 <표 II-28>과 같이 앞서 도출된 능력단위를 기준으로 생성되는데, 능력단위의 난이도에 따라 3수준에서 7수준 사이에 분포하고 중요도나 필요도에 따른 훈련시간이 배정되어 있다. (*이 과목 중 현재 국가자격증 2종(임상심리사, 청소년상담사) 취득시 요구되는 이수과목 및 필기시험과목에 대한 고찰 필요). NCS 심리상담 교과목별 훈련목표는 <표 II-29>와 같다.

〈표 II-28〉 심리상담 훈련기준 요약(NCS 전공교과)

순번	과정/과목명	수준	표준훈련시간	편성가능시간
1	심리상담안내	3	20	1~30
2	접수상담	4	40	1~60
3	내담자의뢰연계	4	30	1~45
4	개인심리치료상담	5	60	1~90
5	집단상담	5	60	1~90
6	관계자상담	5	40	1~60
7	위기상담	6	40	1~60
8	심리상담 교육	5	40	1~60
9	심리검사 활용	5	60	1~90
10	심리상담 정보관리	4	20	1~30
11	심리상담 자문	6	40	1~60
12	수련상담자 교육	7	40	1~60
13	심리상담 수퍼비전	7	50	1~75
14	심리상담 사례개념화	6	15	1~22
15	재난극복 상담	6	30	1~45
16	트라우마 심리치료	6	50	1~75
17	부부가족상담	6	35	1~52
18	비대면 심리상담	5	40	1~60
19	집단상담 프로그램 개발	6	40	1~60
20	심리상담 기획행정	4	20	1~30
21	심리상담 홍보	3	15	1~22

〈표 II-29〉 심리상담 훈련기준(NCS 전공교과)

순번	과정/과목명	훈련 목표
1	심리상담안내	원활한 심리상담진행을 위하여 심리상담신청을 응대하고 신청자에게 심리상담진행 절차를 설명한 후 심리상담신청을 접수하고 심리상담예약을 관리하는 능력
2	접수상담	심리상담을 신청한 내담자의 호소문제를 파악하고 내담자의 정보를 수집한 후 가족관계를 분석하고, 문제수준을 분석하여, 내담자에게 상담방법을 안내하고 적절한 상담자를 배정하는 능력
3	내담자의뢰연계	내담자에게 필요한 추가적인 도움을 제공하기 위하여 유관기관 중 적합한 의뢰 기관을 발굴하고 연계체계를 구축한 후, 필요 시 의뢰기관과 협의하여 의뢰하고 사후 관리하는 능력

90 생활체감형 정책 특성성별영향평가

순번	과정/과목명	훈련 목표
4	개인심리치료상담	내담자가 상담에 가지고 온 문제를 바탕으로 효과적인 변화를 일으키기 위해 상담을 구조화 하고, 상담관계를 형성하며, 상담목표 및 전략을 세우고, 상담을 진행하며, 종결하고 상담 성과를 평가하는 능력
5	집단상담	심리적인 문제나 개인적인 변화와 성장의 욕구를 해결하기 위하여 집단상담 프로그램을 기획하고 준비, 진행, 종결하는 능력
6	관계자상담	관계자 상담이란 내담자의 관계적 문제와 통합적인 성장을 위하여 내담자와 관련된 커플, 가족원, 조력자, 동료들 함께 상담하는 능력
7	위기상담	위기상담이란 자살을 비롯한 내담자의 심리적 위기를 해결하기 위하여 위기상황을 진단하고 위기상담을 계획한 후 위기상담을 실시하고 결과를 평가하는 능력
8	심리상담 교육	심리사회적 문제 예방과 성장과 관련한 주제에 대하여 특정 대상의 요구를 조사한 후, 요구와 필요에 따라 심리상담 교육을 설계하고, 교육을 실시하는 능력
9	심리검사 활용	내담자의 문제를 심층적으로 평가하고 내담자를 객관적으로 이해하기 위하여 적절한 심리 검사를 선정, 실시, 평가하고 해석 상담하는 능력
10	심리상담 정보관리	내담자 보호와 상담정보의 안전한 관리, 상담현황을 파악하기 위하여 관련 법규에 맞게 개인 정보를 보호하고, 상담기록을 적절하게 관리하며, 상담통계를 분석하고, 상담분석 결과를 활용하는 능력
11	심리상담 자문	개인 또는 그와 관련된 사람, 단체에게 당면한 문제에 대한 객관적인 이해를 촉진하기 위하여 심리상담 자문 관계를 구축하고, 심리상담 자문을 계획하며 실시하고 평가하는 능력
12	수련상담자 교육	상담자의 성장과 전문성 확보를 위하여 상담자 교육분석, 상담자 윤리교육, 심리상담 훈련을 실시하는 능력
13	심리상담 슈퍼비전	전문적 상담 수행능력 발달을 촉진하려는 의도로 슈퍼비전 구조화를 통해 작업동맹을 형성 하고, 심리상담 과정의 핵심을 알아차릴 수 있는 개입을 통해 실제적 상담역량 향상을 지도, 감독하는 능력
14	심리상담 사례개념화	내담자의 주호소문제를 상담이론을 기반으로 내담자의 사고, 감정, 행동 이면의 유발요인 및 유지시키는 과정을 통합적으로 이해하여 심리상담의 상담목표와 전략을 수립하는 능력
15	재난극복 상담	자연적·사회적 재난을 경험한 대상자의 심리적 안정 도모와 이전 기능수준의 회복을 위하여 재난현장에서 심리적 응급처치와 스크리닝을 실시하고 위험수준을 평가한 후 진단 결과에 따라 적절한 상담활동을 실시하는 능력
16	트라우마 심리치료	내담자의 트라우마 경험을 완화하기 위해 스트레스 반응을 평가하고 트라우마 집중 심리 치료 전략을 수립한 후 실시하고 결과를 평가하는 능력
17	부부가족상담	부부·가족상담이란 부부·가족이 호소하는 문제에 대해 가족체계의 변화를 목표로 관계에 개입하여 상담을 진행하는 능력
18	비대면 심리상담	개인의 심리사회적 문제해결을 위해 화상, 채팅, 전화, SNS(social networking service) 등의 방법으로 매체를 활용하여 심리상담을 수행하는 능력
19	집단상담 프로그램 개발	대상자별 특성, 요구와 이슈를 분석하여 집단상담의 주제와 활동을 설계·개발하고 시범운영·수정하여 집단상담의 성과를 검증하여 집단상담 프로그램을 개발하는 능력
20	심리상담 기획행정	기관의 목표를 달성하기 위하여 연간 사업 분석과 심리상담 환경 분석을 통한 사업계획을 수립, 운영, 평가하며기관운영에 필요한 사무, 인사, 예산집행의 전반적인 행정업무를 수행 하고, 심리상담 환경체계를 활용하는 능력
21	심리상담 홍보	계획된 목표를 달성하기 위하여 홍보대상을 분석하고 효율적인 홍보전략을 수립하여 홍보를 실시한 후 홍보성과를 평가하는 능력

4) 종합분석: 국내외 심리상담 관련전공 교육과정 비교

앞서 국내외 심리상담 관련 전공교육의 교과목에서 젠더를 포함하는 다양성 교육 요소의 설계방식과 내용을 살펴보았다. 양국 교과목 구성의 주요 특징을 간략히 정리하고 비교 분석하면 다음과 같다.

미국은 고등교육의 질 관리를 위해 연방 고등교육법에 근거하여 인증제도를 운영하고 있다. 인증은 교육기관에 대한 인증과 학위과정에 대한 인증의 두 가지로 구분되는데, 심리상담(미국의 경우 정신건강서비스로 통칭) 관련 전공의 경우 개별 석사 또는 박사 과정이 인증 대상이 된다. 인증절차는 전공 관련 직역단체 또는 연방정부 교육부가 인가한 민간 인증기관에서 주관한다. 인증기관에서는 학위과정의 교육 환경 및 행정지원 여건, 교수 및 슈퍼바이저 자질, 교과과정 설계, 실습 제도 등 교육과정 품질에 대한 표준을 수립하고 해당 학위과정의 운영 현황을 평가한다.

미국 주정부 공인 정신건강전문가 자격으로, 캘리포니아의 경우 임상사회복지사(LCSW), 부부가족치료사(LMFT), 전문상담사(LPCC), 학교심리사(LSP), 심리사(LP)가 포함된다. 이 같은 자격을 취득하고자 하는 경우, 상기한 인증기관의 인증을 득한 교육과정에서 수학과 석사 이상의 학위를 취득해야 하며, 인증받은 학위과정에 대한 정보는 연방 교육부나 인증기관협회를 통해 확인할 수 있다. 이러한 제도와 절차는 관련 학위과정을 설치한 대학이 교육의 질(내용 및 방식)을 지속적으로 관리하고 주기적으로 인증을 받도록 하는 강한 유인이 된다.

미국의 정신건강서비스 관련 4개 전공 영역(사회복지실천, 부부가족치료, 상담, 심리)을 대상으로 전공별 인증표준에 명시된 교과과정(curriculum) 지침을 살펴본 결과, 공통적으로 학위과정을 이수한 이들에게 요구되는 역량을 8개~10개 영역으로 구성, '다양성' 역량을 독립된 영역으로 취급했다. 전반적으로는 21세기 글로벌사회의 화두인 다양성과 교차성 개념을 이해하고 그것이 인간의 경험에 미치는 영향에 대한 통찰, 옹호적 실천을 강조하고 있었다. 특히 다양성(카스트, 계급, 피부색, 문화, 장애 및 능력, 민족성, 성별, 성 정체성 및 표현, 세대 상태, 이민자 상태, 법적 지위, 결혼 상태, 정치 이념, 인종, 국적, 종교 및 영성, 성, 성적 지향, 부족 주권 상태 등)과 이들 요소가 복합적으로 조합된 교차성에 수반되는 체계적 억압과 차별에 주목하고 있었다. 성별과 젠더 이슈는 이러한 다양성과 교차성 개념을 교육하는 맥락 속에서 다루어지는 것으로 확인할 수 있었다. 하지만 이 같은 교육 요소가 언급된 내용이나 방식은 전공별로 편차가 컸는데, 사회복지실천, 부부가족치료, 상담, 심리의 순으로 상세히 기술된 것으로 나타났다.

이와 함께 관련 전공 인증표준에서는 교과과정 설계시 ‘다양성’ 관련 역량을 교육함에 있어, 개별과목으로 개설하는 한편 학위과정에서 제공되는 모든 과목에 성별과 젠더를 비롯한 포함하는 ‘다양성’ 이슈를 융합된 형태로 편성하도록 제안하고 있다. 즉 교과과정에서 성별과 젠더를 포함하는 다양성 이슈를 개별 과목에서 학습하는데 그치는 것이 아니라, 다양성에 대한 관점과 실천 역량이 충분히 발달하도록 학위과정 내내 여러 과목을 통해 학생이 다양성 이슈에 지속 노출되도록 하는 방식을 택하고 있다. 이러한 접근은 ‘다양성’ 교육을 예비 정신건강전문가로서 학생의 세계관 형성과 발달에 융합시키는 방식이라 할 수 있다.

한편, 우리나라는 2015년 국가직무능력표준(NCS) 체계를 수립하였으며, 현재 한국 산업인력관리공단에서 1,000개에 이르는 직무에 대한 교육훈련기준을 관리하고 있다. 심리상담사는 사회복지 대분류/ 심리상담 중분류/ 심리상담 세분류로 분류되는 직종으로, 관련 전공으로 심리학, 종교학, 가족·사회복지학, 교육학, 유아교육학, 재활학이 포함된다. 한국의 NCS는 고등교육기관 학위과정에서 교과과정 편성시에 활용하기 위한 것으로, 미국과 달리 이 표준에 근거한 인증절차를 진행하지는 않는다.

미국의 인증기준과 비교할 때, 능력단위 및 능력단위요소를 구체적으로 명시하고 그에 요구되는 지식, 기술, 태도를 구체화하여 교육훈련기준을 마련한 점은 유사하다. 이와 대조적으로, 한국 NCS에는 젠더 및 다양성 관련 교육요소가 명시적으로 기술되어 있지 않다. 다시 말해, 심리상담을 수행하는데 요구되는 도구적 역량에 대한 기술은 상당히 구체적으로 나열된 데 비해, 인간과 세계를 바라보고 이해하기 위한 세계관에 대한 언급은 빈약한 편이다. 특히 앞서 젠더를 포함한 20가지에 이르는 다양성 차원을 나열 하면서 이 요인들이 인간 삶에 작용하는 메커니즘을 교육내용에 포함하도록 정하고 있는 미국 인증기준과 상당히 대비된다.

이렇게 볼 때 한국 심리상담사 교육과정에서 젠더 및 다양성 이슈에 대한 학생 노출이 개별교수자나 실습슈퍼바이저의 선호에 따라 편차가 발생할 우려가 있다. 이에 따라 한국 NCS 심리상담사 교과목에 젠더 및 다양성 이슈 관련하여 과목 신설 및 기존 교과목에서 정하는 능력단위 수행근거(지식, 기술, 태도) 등에 대한 수정검토가 필요할 것으로 판단된다.

라. 청년마음건강지원사업 제공인력 의무교육

1) 의무교육 개요

2023년 청년마음건강지원사업 지침에 따르면, 동 사업을 수행하는 기관 및 제공인력에 대한 의무교육을 다음과 같이 안내하고 있다.

(원칙) 제공기관의 장은 사회서비스 품질 향상을 위하여 기관의 장과 제공인력에 대해 일정 수준 이상의 교육과 훈련을 받을 수 있도록 하여야 하며, 해당 지자체 및 지역사회서비스 지원단은 이를 지원 또는 관리·감독함.

(교육대상) 청년마음건강지원사업을 제공하는 모든 제공기관의 장, 제공인력

(필수 교육훈련 시간) 제공기관장, 기존 제공인력: 연 8시간

- ※ 신규 제공기관 인력(청년마음건강지원사업 최초 참여 인력으로 제공기관의 장, 제공인력 포함)은 최초 서비스 제공일 1개월 내에 청년이해 과목 이수, 나머지 교육은 1년 이내 이수하여 총 12시간(공통-기본교육 4시간 포함)을 이수하여야 함.

(교육체계) 교육대상자와 직무수준에 따라 다음 <표 II-30>과 같이 구분함.

- ※ 신규 제공기관 인력은 교육 이수시간(12시간) 중 반드시 4시간 이상을 공통-기본교육에서 이수해야 함 (기존 인력들도 이수 가능).

(인정되는 교육과정) 인정되는 이수과정은 다음과 같음.

- 보건복지부, 시·도 또는 시·군·구, 중앙사회서비스원, 한국보건복지인재원, 지역사회 서비스 지원단, 한국사회보장정보원에서 실시하는 사회서비스 교육과정
- 지역사회서비스투자사업 심리서비스 제공기관 인력 교육과정과 동일한 과정 이수하였을 경우 중복하여 인정 가능함.
- 코로나19 상황 고려하여 '23년에는 사이버교육 이수시간을 최대 8시간까지 인정 (신규는 12시간)

※ 보수교육 신청

중앙사회서비스원(집합·사이버교육) <http://edu.kcpass.or.kr/edu/>

한국보건복지인재원(집합교육) <https://www.edukohi.or.kr>

한국보건복지인재원(사이버교육) <https://sscyber.kohi.or.kr>

한국사회보장정보원(집합·사이버교육) <http://edu.ssis.or.kr>

- 한국사회보장정보원 또는 지역사회서비스 지원단의 제공기관 컨설팅을 받은

기관은 최대 4시간까지 교육으로 인정(다만, 신규 제공기관 인력은 공통-기본교육 4시간은 반드시 이수)

〈표 II-30〉 청년마음건강지원사업 교육체계

대상자	구분	교육내용
공통	기본	<ul style="list-style-type: none"> • 청년마음건강지원사업 운영 방향(지침 안내) • 청년문제에 대한 이해 • 사회서비스 정책 및 관련법률 이해 • 전자바우처시스템 기본 교육 및 부정결제 예방 • 개인정보보호의 이해 • 안전관리 예방 • 사회서비스·사회적경제 마인드 함양 - 소진예방 및 스트레스 관리 • 사회서비스 프로그램 운영 • 사회서비스 프로그램 기획평가 • 신규 제공기관 컨설팅 • 실무서류 작성
제공 기관장	기본	• 사회서비스 제공기관 경영관리(인사노무, 회계, 경영전략, 마케팅 등)
	심화	• 사회서비스 품질관리 • 사회서비스 제공기관 전문 컨설팅
제공 인력	기본	<ul style="list-style-type: none"> • 이용자 상담(진단·검사 등), 개입 및 종결 • 기타 서비스 특성에 따른 직무 기본교육
	심화	<ul style="list-style-type: none"> • 상담 및 교육제공 분야 사회서비스 슈퍼비전 • 기타 서비스 특성에 따른 직무 심화교육

자료: 보건복지부(2023). 청년마음건강지원사업 안내. pp. 88-89.

2023년 중앙사회서비스원에서 게시한 <지역자율형사회서비스투자사업 보수교육 온라인(사이버) 수강신청 안내문 (1쪽)>에도 유사한 내용이 다음과 같이 안내되어 있다.

- 2023년 온라인(사이버)교육 과정 운영리스트(총25과정)
- 청년마음건강지원사업: 2023년에 한하여 온라인(사이버)교육 인정시간 최대 8시간 인정 ※ 신규 제공기관 인력 온라인(사이버) 교육 최대 12시간까지 인정
- (제공기관장 및 관리책임자, 기존 제공인력 필수교육 훈련시간) 연 8시간
- 신규 제공기관 인력(청년마음건강지원사업 최초 참여 인력으로 제공기관의 장, 제공인력 포함)은 최초 서비스 제공일 1개월 내 청년 이해 과목 이수, 나머지 교육은 1년 이내 이수하여 총 12시간(공통-기본교육 4시간 포함)을 이수하여야 함.

2) 의무교육 제한점 및 개선방향

이상의 청년마음건강지원사업 제공기관 및 인력에 대한 의무교육은 주로 사회서비스 이해 및 행정절차, 개인정보보호 및 안전 등 사업수행에 필요한 행정 지식과 정보 전달을 위주로 구성되어 있다. 청년을 주제로 하는 교육내용은 ‘청년에 대한 이해’ 1개에 불과하다.

내담자가 호소하는 문제는 삶의 맥락 속에서 발생하기 때문에 상담자는 맥락적 이해를 통해 내담자의 상황을 보다 포괄적으로 파악할 수 있다. 정신병리 지식뿐만 아니라 한국 사회에 존재하는 성별과 젠더 관련 고정관념, 차별, 편견, 구조적 불평등이 내담자 상황에 어떻게 작용하고 있는지에 대한 향상된 이해가 있을 때, 내담자 호소문제에 보다 민감하게 반응할 수 있다.

특히 정신건강 문제 양상, 문제 자각과 식별, 도움요청 양상 등은 성별 자체뿐만 아니라 성별 담론에 영향을 받기 때문에, 성인지 감수성이 높지 않은 경우 사례개념화 단계에서 표면적 현상이나 호소내용 자체에 초점 두는 한계가 발생할 수 있다. 제공 인력의 성인지감수성 향상을 위해 의무교육 과정에 성별과 젠더 교육요소가 추가될 필요가 있다.

5. 서비스 개선방안

가. 성별영향평가 지표별 분석 종합

청년마음건강지원사업에 있어서는 고용, 직위, 조건 등이 직접적 영향을 미치기보다 성별 고정관념이나 성역할 담론이 남녀 이용자의 문제인식, 문제식별, 전문가 도움요청에 대한 신념 등에 영향을 미치며, 이는 제공자의 사례개념화(case conceptualization)와 개입(intervention) 과정에도 작용한다. 이러한 배경에 따라 본 연구는 우리사회의 성별 및 성역할 담론 생태환경과 사회문화적 구조에 초점을 맞추고, 여성가족부의 특정성별 영향평가 지표와 이를 접합하는데 중점을 두어 <표 II-31>과 같이 청년마음건강지원사업의 평가 지표를 구성하였다.

〈표 II-31〉 청년마음건강지원사업 평가 지표

성별영향평가 항목		청년마음건강지원사업 지표
I. 정책환경의 성별특성	① 성별에 따른 사회문화적·경제적· 신체적(생물학적) 차이	- 청년기 연장의 사회현상 관련하여 성별에 따른 발달과업 차이로 서로 다른 정책 수요가 발생하는 지의 점검 - 생애주기에 걸친 정신건강 관리/유지/증진에서 성별 차이로 다른 정책 수요가 발생하는지 점검 - 성 고정관념, 성역할 담론이 발달과업 담론 (경제적/물리적/심리적/가정적 독립 등)과 교차하면서 성별로 다른 정책 수요가 발생하는 지의 점검
	② 사업수혜에서의 성별 특성 반영 여부	- 사업 수혜자 성비가 사업 대상자와 비교해 형평성이 있는지 점검 - 사업수혜 발생에 있어서 성별특성을 반영하였는지 점검
	③ 예산배분에서의 성별 특성 반영 여부	- 예산배분에 있어서 성별 특성을 반영하였는지 점검(사업대상자의 성비를 고려한 예산배분, 성별로 특수한 요구를 고려한 예산 편성 등)

1) 성별에 따른 사회문화적·경제적·신체적 차이 분석

청년마음건강지원사업이 우리사회 청년의 마음건강을 지원하기 위한 보편적 서비스로서 기능하기 위해 남녀 청년의 마음건강에 영향을 미치는 환경적 맥락, 즉 사회문화 경제적, 생물학적 차이를 분석하였다.

(1) 성별 발달과업에 따른 정책 수요

청년기 연장의 사회현상 관련하여 성별에 따른 발달과업 차이로 서로 다른 정책 수요가 발생하는지를 점검하였다. 그 결과는 다음과 같다.

- **(남성청년)** 남성청년은 제대후 졸업유예, 미취업 구직기간의 장기화, 비정규직 등 불안정 일자리 전진, 불안정 일자리에서의 잦은 이탈과 재취업의 반복, 이에 따른 경제적 어려움 등을 경험하며 30세 중후반에 접어들어 안정적 일자리에 진입할 가능성이 높음. 전통적 경제활동 참여단계와 달리 오늘날 남성청년에게 있어 30세 초중반은 사회초년생으로의 시기이자 생애적 전환기와 다름없음. 따라서 과거와 달리 남성청년은 이 시기에 사회초년생으로서 겪는 다양한 어려움에 노출됨(직무관련 스트레스, 숙련과정에서의 부침, 직장 내 대인관계 및 수직적 인사문화에서 오는 심리정서적 어려움 등). 이러한 사회 환경적 맥락에서 볼 때, 청년마음건강지원사업의 연령 기준은 일부 남성청년을 위한 사업으로서 제한되는 측면이 있음. 즉 서비스 이용 가능 나이가 청년연령인 만19세에서 34세 까지인 점은 사회초년생인 30세 초반의 청년을 포괄한다는 점에서 의미가 있으나 청년기 연장으로 인해 사회초년생의 단계를 넘어가는 과도기에 있는 청년, 여전히 노동시장 밖에 위치하면서 잠재적으로 마음건강의 위험성 가지고 있는 34세 이상의 남성청년들을 지원

하지 못하는 한계가 있음. 한국적 특성을 고려하여 마음건강서비스 연령 기준을 확대할 필요성이 있음.

- **(여성청년)** 전술한 경기침체, 노동시장의 유연화 등에 따른 불리함은 여성청년의 삶과 마음건강에 동일하게 작용함. 여러 일자리 관련 통계지표의 결과가 보여주듯 여성청년의 일자리는 저임금, 저숙련 등의 특징을 보이며 비정규직 일자리의 비중이 높고 열악한 근무환경에 노출되어 있음. 이렇듯 취약한 여성청년의 사회경제적 지위는 정신건강의 위험 요인이 됨. 현 마음건강지원사업은 소득기준이 없는 등 이용의 문턱이 낮은 보편적 서비스로서 가능성이 크기 때문에 사업의 지속성이 담보되어야 함.

- **(여성청년)** 한편, 저숙련, 저임금 일자리, 서비스 업 등은 수도권 보다 비수도권에 위치하는 경향이 있는데, 일자리 통계지표 및 본 이용자 심층면접 결과에 따르면 여성청년의 주요 근무지는 비수도권 지역에 집중되어 있음. 이러한 생활터, 근무터 등의 조건을 비추어 볼 때, 현 마음건강지원사업의 지역간 인프라의 불균형은 여성청년이 서비스 접근성 면에서 상대적으로 불리할 가능성을 시사하고 있음. 특히 청년인구가 대부분 수도권에 집중 거주하며 마음건강지원사업을 비롯한 정신건강서비스 인프라가 수도권에 집중된 경향이 있음. 비수도권에서 거주하거나 근로하는 여성청년(남성청년 포함)을 위한 인프라의 부족은 마음건강 위협의 조기발견, 조기개입, 마음건강 유지를 위한 노력의 지속성을 담보할 수 없는 사회구조적인 불리한 조건으로 판단됨. 이에 청년 마음건강서비스의 존재는 마음건강 인프라의 지역 간 균형을 유지함으로써 수도권 이외 지역의 여성청년을 지원하는 공적 서비스로 자리매김 될 수 있음.

(2) 성고정관념/성역할 담론과 발달과업의 교차에 따른 정책 수요

성 고정관념, 성역할 담론이 발달과업 담론(경제적/물리적/심리적/가정적 독립 등 측면의)과 교차하면서 성별로 다른 정책 수요가 발생하는지를 점검하였다.

- **(남성청년)** 상술한 청년기 연장 현상에 따른 발달과업 변화에도 불구하고, 기성세대의 관련 이해는 낮음. 이러한 가운데 기존 가부장적 문화, 남성으로서의 가족부양 부담에 대한 압박 등이 남성청년에게 작용함. 이로 인해 생심리적 측면의 마음건강 위험이 사회경제적 위험과 상호작용하면서 부정적 영향이 보다 심화되는 경향이 있음. 전통적 발달단계 및 발달과업 수행에 대한 규범적 정의를 고수하는 기성세대는 오늘날 청년의 미취업 구직상태 장기화에 대한 이해가 낮음. 이들은 고실업, 일자리 진입의 어려움에 대해 사회적 배경이 존재함을 이해하지만, 여전히 개인의 의지나 능력부족으로 받아들이는 경향이 있음. 청년과 밀착된 관계를 맺고 있는 윗세대(부모, 조부모 등)의

이러한 의식과 태도는 잦은 세대 갈등의 원인이 되기도 함. 본 연구의 결과, 잦은 갈등으로 인해 ‘부모님과 마주치는 시간이 없도록’ 청년이 자발적으로 물리적, 심리적 거리를 두는 방안을 채택하거나, ‘집안의 경제적 협조자’가 되어 달라는 직간접적 압력으로 인해 심리적으로 위축되는 등 남성청년에 대한 역할 규범은 개인에 따라 정신건강 위험요인으로 작용하는 양상이 다를 수 있음이 시사되었음. 가족성원의 가치나 인식, 가족관계의 유형과 질 등은 성역할 담론과의 교차지점에서 조절 또는 매개요인으로서 청년의 정신건강 상태에 영향을 미치는 것으로 이해됨.

- **(남성청년)** 이 시기 남성청년은 남성성(masculinity) 규범이 강도 높게 적용되는 군대에서 집단생활을 하면서 관심병사로 인지되기도 하고 이후에는 군대 아닌 사회에서 부적응자, 실패자로 정의되는 과정에서 그러한 담론을 수용(내면화)하는 위험에 봉착할 수 있음. 이러한 불편한 경험은 잠재적으로 정신건강에 대한 위험요인으로 작용함. 한국을 포함한 전세계 많은 현대 산업사회에서 남성은 감정반응을 자제하고 경쟁의식, 공격성, 자립심을 가져야 한다는 압박을 받게 됨. 특정 남성이 이러한 고정관념으로부터 얼마나 어떻게 영향을 받는지는 개인차가 있을 것이며, 정신건강 문제에 대한 남성의 태도, 신념, 행동을 형성하는데 중요한 역할을 함. 자신의 상황이 남성성 담론과 간극이 클수록, 그 간극에 대해 자신을 실패자, 부적응, 또는 비정상으로 정의하는 정도가 클수록 정신건강 문제에 대한 위험이 높아질 것임. 그런 의미에서, 정신건강 문제는 증상의 절대적 심각성도 중요하지만 당사자의 문제 자각 및 정의, 외부도움에 대한 수용도에 따라 예후가 달라질 수 있음. 남성청년이 집중된 기관(집단)을 중심으로 젠더 관점에 근거한 정신건강 리터러시 교육이 필요한 이유임.

- **(여성청년)** 여성청년은 졸업후 사회진출 하는 과정에서 상기한 남성청년의 경험과 유사한 경험을 함. 청년, 여성청년, 사회초년생(경력 단절 및 유지이슈)으로서의 취약성에 더하여 생물학적 여성으로서 결혼에 따른 일가정 양립, 임신과 출산에 따른 육아, 양육 기간 장기화로 인한 경력단절 등의 이슈에 직면하게 됨. 통계적으로 볼 때 혼인연령과 비혼율이 증가하고 출산률이 감소하는 추세지만 청년기 주요 발달과업에서 혼인, 출산, 육아의 비중은 여전히 높은 편임. 여성의 연령이 높아지면서 가임 능력이 감소하는 생물학적 현실, 자녀생산에 대한 기대 규범, 양육에 대한 모성담론 등이 맞물리면서 여성청년은 인생 계획과 경로를 수정하고 자녀 출산과 양육의 주요 담당자가 되는 과정에서 높은 스트레스를 경험할 수 있음. 우리사회에서 부부관계가 일정 부분 양성평등적으로 변모하고 있으나 고용, 노동, 복지 차원에서 가족생활의 부담을 의미있는 수준으로 완회시킬 제도적 장치는 미비함. 이상과 같은 현실로 인해 상당수 여성청년은 다차원적,

중층적, 복합적인 어려움을 겪게 되며, 이러한 복합성은 스트레스를 높이고 정신건강을 위협하며 문제 발생의 가능성을 한층 높이는 위험요인으로 작용할 수 있음. 청년마음 건강서비스에서 학업이나 취업관련 이슈는 물론 결혼, 임신출산, 육아, 가족생활 등에 따른 스트레스 및 정신건강 문제에 대한 다차원적, 맥락적 이해와 개입이 요구됨. 이에 따라 제공인력이 가족 및 관계에 특화된 서비스 역량을 갖추 필요 있음.

2) 사업수혜에서의 성별 특성 반영 여부

청년마음건강지원사업 현황조사 결과에 기초하여, 사업 수혜자 성비가 사업 대상자와 비교해 형평성이 있는지, 그리고 사업수혜 발생에 있어서 성별특성을 반영했는지를 점검했다.

(1) 사업수혜자 성별 비율

시도별 이용자 현황자료 분석 결과, 2022년 전국의 청년마음건강지원사업 이용청년은 총 7,207명으로 여성 5,227명(72.5%), 남성 1,980명(27.5%)이었고, 전체에서 여성 이용자 비율은 약 3/4을 차지했다. 시도별로 여성비율이 많게는 82.4%(세종)에서 적게는 61.0%(충남)까지 분포했다. 여성비율이 70% 이상인 시도는 세종, 서울, 경기, 부산, 전남, 대구, 제주 순이었는는데, 이는 역으로 남성비율이 가장 낮은 곳이기도 하다. 이러한 결과는 여성이 남성에 비해 심리정서적 위협의 유병률 및 이에 따른 관련 서비스의 이용률이 높다는 국내외 선행연구 결과와 유사한 것이다. 하지만 이러한 결과가 사업수혜의 균형 즉, 수요에 따른 공급에 매칭이 이루어졌다고 평가하기는 어렵다. 이 같은 평가는 다음 두 가지 고려에 근거한 것이다.

첫째, 청년마음건강지원사업은 사업내용이나 제공인력 특성상 우울, 불안 등 기분 장애의 어려움을 가진 청년에게 접근성이 높은 특징이 있다. 우울 및 불안 유병률은 여성 청년에게 높게 나타나기 때문에 여성청년의 이용률이 남성청년에 비해 높게 나타나는 점은 일면 자연스러운 결과처럼 해석될 수 있다. 하지만 남성청년의 경우, 주요정신질환 가운데 중독 영역과 자살관련 유병률이 더 높게 나타난다. 이러한 정신질환 유형 차이 때문에 남성청년의 문제해결자원으로서 청년마음건강지원사업의 이용률이 상대적으로 낮을 수 있다는 점을 감안해야 한다. 청년대상 정신건강서비스에서 성별 유병률 차이를 고려한 사업내용 구성 및 홍보전략이 필요한 지점이다.

둘째, 여성은 고용 취약성으로 인해 직장 정신건강서비스(예를 들어, 근로자지원 프로그램, EAP) 접근성이 상대적으로 낮을 수 있다. 청년마음건강지원사업 이용자 가운데

여성청년의 비율이 다수를 차지하는 점은 여성 유병률에 정비례하는 패턴으로 해석될 수 있다. 하지만 전술한 바와 같이 계약직이나 프리랜서 등 고용 취약성으로 인해 직장 정신건강서비스 접근성이 떨어지면서 여성청년이 마음건강지원사업을 선택했을 가능성이 존재한다. 즉, 민간 상담기관이나 정신의료서비스 이용에 따른 경제적 비용 부담을 완화하기 위해 동 사업으로 유입되는 현상이 나타났을 가능성을 고려해볼 수 있다.

(2) 사업수혜 발생에 있어 성별특성의 반영여부

다음으로 이상과 같은 점이 사업수혜 발생에 있어서 성별특성을 반영하였는지 점검하였고 그 결과는 다음과 같다.

(스티그마와 심리적 접근성) 이용자 및 제공인력 대상 심층면접 결과, 남녀청년 모두에 있어 마음건강서비스에 대한 이해, 정보검색 전략, 서비스이용에 대한 심리적 장벽은 과거에 비해 한층 개선된 것으로 평가된다. 그러나 잠재적 서비스이용자는 여전히 ‘정신 질환(자)’ 및 치료에 대한 사회 일반의 부정적 인식과 스티그마를 내면화하기 때문에 전문가 도움의 필요성을 인정하고 서비스를 이용하기까지 여전히 귀중한 시간과 에너지가 낭비되는 측면이 있음을 확인하였다. 정신건강 문제를 식별하거나 특정 증상이 도움을 필요로 하는 유형이나 정도임을 인식하는 단계부터 주변사람들에게 호소하거나 의논하는 단계를 거쳐 상담자나 의료인 등 전문가에게 찾아가기까지, 신체질환에 비해 훨씬 많은 시간이 소요되는 경향이 있다. 정신건강교육을 실시함에 있어, 증상 관련 지식에 더하여 정신건강에 대한 개인적, 사회적 인식과 편견에 대한 점검과 서비스자원의 다양한 선택지에 관한 교육의 필요성이 시사된다.

(제공기관 선택) 청년마음건강지원사업에서 제공기관의 선택은 이용자의 자기결정에 따르도록 규정되어 있다. 이에 따라 서비스를 이용하고자 하는 남녀청년은 공통적으로 동 사업에 대한 정보검색 단계를 거쳐 사업을 신청하고 신청 결과에 따른 제공기관의 선택 과정에서 ‘상담소’, ‘상담기관’ 등의 검색 과정을 필수적으로 거칠 수밖에 없는 구조다. 본 심층면접 결과, 서비스기관 선택과정에서 남녀청년은 다음과 같은 점에서 특징적인 차이를 보인다.

여성청년의 경우 자신이 최종적으로 이용한 제공기관의 선택이유는 매우 명확하였다. 가령, 제공기관의 규모, 제공인력의 경력, 이용자의 후기, 물리적 위치 등등 온라인상에서 파악 가능한 거의 모든 정보를 탐색한 뒤 결정한다. 제공기관의 선택 과정에는 여러 가지 한계가 있으나 일부 이용 여성청년에게 있어서는 이 과정은 부분적으로 자기의 선호와 기호, 성향 등이 반영된 결과와 다름없다.

한편 남성청년은 제공기관의 선택의 조건(수)이 상대적으로 적다. 물리적 거리, 이동 시간, 거주지역과의 근접성 등이 눈에 띄는 조건이다. 이처럼 남녀 청년이 정신건강 서비스 자원을 선택하는 과정에서 소비패턴의 차이점을 보이는 점에 근거할 때, 청년마음 건강지원사업의 진입경로에 있어 정보의 제공, 홍보 등은 보다 성별 특성에 부합되는 방향으로 강화될 필요가 있다.

(서비스자원 선호) 이용자 및 제공인력 대상 심층면접 결과, 남성청년의 경우 마음 건강지원서비스와 같은 상담서비스 보다 상대적으로 간편(시간, 비용 등 면에서)할 뿐 아니라 심리적 부담감도 낮은 정신의학과 약물치료를 보다 선호하는 등의 특징이 관찰되었다. 남성청년의 이 같은 선호는 전문적인 바와 같이 정신건강 문제를 비정신건강 차원의 이슈로 개념화하는 특성, 여성에 비해 자신의 정신건강 문제를 타인에게 노출을 꺼리는 경향 등과 관련있을 것이다. 이는 보다 큰 맥락에서 볼 때, 사회에 만연한 남성성, 남자 다움, 정상성 담론이 남성의 도움요청 행동에 장애로 작용한다는 선행연구 결과 및 서구의 사회적 경험을 반영하는 것이다. 때문에 정신건강 문제의 개념화나 자기개방을 둘러싼 성간 인식 및 행동 차이를 구분하지 않은 기존의 사업 홍보전략은 성별 특성에 대한 섬세한 고려가 반영되었다고 평가하기 어렵다.

(제공기관 정보 대칭성) 청년 참여자로부터 관찰되고 경험된 불편사항은 해당서비스 제공기관이 제공하는 정보의 불충분성과 관련있다. 청년마음건강지원사업의 현행 지침 및 규정상 제공기관에 대한 정보, 제공인력에 대한 정보를 상세히 제시하도록 되어 있으나 규정/지침이 무시되고 있는 상황으로, 실제 해당 정보를 충실하게 작성하는 곳은 전체 제공기관 중 약 10% 정도이다(〈표 II-32〉 참조). 이는 결과적으로 청년 소비자에게 해당 서비스에 대한 알권리가 보장되지 않는 실정이라 할 수 있다. 본 현황조사(교과목분석)에서 살펴본 바와 같이 '상담'으로 통칭되는 영역에 종사하는 전문인력의 전공 및 훈련 배경은 매우 다양하다. 이러한 특징은 내담자의 마음건강 문제에 접근하기 위한 서비스자원을 다변화할 수 있고 내담자 선택권을 넓혀준다는 점에서 고무적이다. 이에 마음건강지원 사업에서 서비스 기관이 제공하는 전문서비스의 내용과 품질에 대한 최소한의 정보를 공시함으로써 잠재적 이용자의 선택과정을 용이하게 하는 구조가 필요할 것이다.

〈표 II-32〉 청년마음건강지원사업 필수정보 제공 현황

총(곳)	2022년 평가 비대상기관 수(곳)	이메일 명시(곳)	홈페이지/블로그 명시(곳)	서비스유형 명시(곳)
1,242	905	106	250	1,008

자료: 연구진 자체조사 및 분석결과

(제공인력의 젠더 감수성)

본 연구에서 제공인력의 전공교과목 분석을 실시한 결과, 미국(비교국가)의 정신건강 서비스 관련 4개 석사학위 전공 영역은 관련 전문역량을 각각 8개~10개로 범주화하고 있으며 모두 '다양성'을 독립된 범주의 역량으로 명시하고 있다. 성별 및 젠더 요소는 21세기 사회의 다양한 가치와 라이프스타일을 반영하는 요소 가운데 하나로 포함되어 있으며, 정신건강서비스 제공자로 하여금 관련 관점, 지식, 기술을 익히고 적용할 수 있도록 교육 목표와 내용이 제시되어 있다.

이와 대조적으로 우리나라의 '심리상담' 국가직무능력표준(NCS)에서 젠더 및 다양성 관련 교육에 대한 언급이 거의 전무한 상태다. 심리상담 NCS는 총 21개 능력단위로 구성되는데, 미국 경우와 달리 '다양성'에 대한 독립된 능력단위가 존재하지 않는다. 개별 능력단위는 다시 3개~6개 능력단위요소로 세분화되는데, 주로 상담과정 진행에 필요한 도구적 지식과 기술(검사, 사정, 목표수립, 개입 등) 위주다.

본 제공인력 심층면접에서, 과거 학위과정에서 다양성을 주제로 하는 과목의 개설 여부를 기억하거나 이수한 경험이 있는 참여자는 전무했으며 다른 과목에서도 다양성 이슈가 다루어진 기억이 거의 없었다. 다만 임상수련시 내담자 사례에서 성별이나 젠더, 성정체성이나 성적지향, 인종이나 문화 등 다양성 이슈가 표면화되었을 때, 사안별로 슈퍼바이저의 지도를 받았다. 이는 국내 심리상담사 교육과정에서 젠더 및 다양성 이슈가 다루어지는 방식에 있어 개별교수자나 실습슈퍼바이저의 선호에 따라 편차가 클 수 있음이 시사되는 지점이다. 이렇게 볼 때, 한국 NCS 심리상담사 교과목에 젠더 및 다양성 이슈 관련하여 과목 신설 및 기존 교과목에서 정하는 능력단위 수행근거(지식, 기술, 태도) 등에 대한 수정검토가 필요할 것으로 판단된다.

(**제공인력 성비 불균형**) 성별 특성에 기반한 사업수혜에 영향을 미치는 요인 가운데 하나로 상담서비스 제공인력의 성별 불균형 현상을 고려할 수 있다. 시도별 제공인력 현황자료 분석 결과, 2022년 전국의 청년마음건강지원사업 제공인력은 총 2,538명 이었고, 이 중 여성이 2,368명(93.3%), 남성이 170명(6.7%)으로 여성인력이 대다수였다.

시도별로 여성비율이 많게는 98.0%(부산)에서 적게는 71.4%(세종)까지 분포했다. 남성 비율이 가장 많은 곳은 세종(28.6%), 대전(19.2%), 강원(13.8%), 울산(13.2%)과 제주(13.2%) 순이었으나, 대전(14명)을 제외한 나머지 지역은 2명~7명으로 절대수는 매우 적은 수준이었다. 간단히 말해, 청년마음건강서비스 이용자 가운데 남성비율은 27.5%에 이르고 있으나 남성 제공인력 비율은 6.7%에 그치고 있어 여성 제공인력 비율이 압도적으로 높은 상태다.

이러한 불균형은 심리상담 진로에 대한 남녀의 욕구차이를 보여주는 동시에, 심리상담 서비스 전반에서 남성의 특수한 욕구에 대한 민감한 대응에 장애가 될 소지가 있음을 시사하는 것이기도 하다. 휴먼서비스 분야(심리상담, 사회복지, 간호, 교직 등)는 전통적으로 여성 종사자 비율이 높은 특징이 있고, 서구에서 한동안 서비스 제공자와 이용자 간에 사회정치적 특징(성별, 인종, 언어, 종교 등)을 중심으로 매칭(matching)이 주요한 쟁점이 되어왔다. 하지만 최근에는 내담자를 두 가지 이상의 특징들이 교차하는 존재로 인식하는 시각이 확산하면서 차이(difference)에 대한 상담자 감수성을 강조하는 방향으로 강조점이 이동하고 있다.

심리상담 분야에서 여성인력이 압도적으로 많은 점은 상담자 선택과정에서 남성상담자를 찾기 못해 심리상담을 포기하거나 남성제공자 비율이 높은 정신건강의학과로 향하게 하는 등 심리상담에 대한 남성의 선택지를 좁히는 결과로 이어질 수 있다. 또한 관련 현장에 여성인력의 수가 압도적인 상황은 남성의 차별적 욕구를 민감하게 인지하고 그에 특화된 접근이 발달할 수 있는 생태계 구성에 비우호적인 측면이 있다. 남성중심적 조직이나 문화 속에서 성인지 감수성이 발달하고 보편화되는데 특별한 관심과 노력이 필요한 것과 유사한 논리다.

심리상담 서비스인력의 극심한 성비 불균형을 해소하기 위해서는 심리상담 직종이 사회적으로 적절한 보상을 받는 커리어로 자리잡기 위한 심도있는 사회적 논의 및 제도화가 필요하다. 정신건강 문제의 발생과 치료 전반에서 성별특징에 대한 인식 확산, 심리상담사 고용 불안정 및 저임금 구조의 합리적 개선, 서비스 제공인력과 접근방법의 다변화를 통한 선택지 증가 등이다. 이러한 방향성은 성비 불균형 완화는 물론 고용환경의 개선을 가져옴으로써 보다 역량있는 상담자의 유입, 서비스방식의 다변화, 서비스 품질개선 등의 사회적 임팩트로 이어질 수 있다.

3) 예산배분에서의 성별 특성 반영 여부

청년마음건강지원사업의 예산배분에 있어서 성별 특성을 반영하였는지 점검한 결과는

다음과 같다. 첫째, 현행 지침 및 규정 등을 분석한 결과 사업대상자의 성비를 고려한 예산배분, 성별로 특수한 요구를 고려한 예산 편성 등이 반영되지 않는 것으로 분석된다. 둘째, 지자체 단위에서 바우처 이용자의 성별통계를 생성하는 시스템이 부재하다. 현재 성별 데이터 집계 시스템이 부재하기에 지자체에서 수혜자 성비 통계를 알지 못하는 문제가 있다(*현재 선착순 배정). 나아가 이러한 시스템의 부재는 청년마음건강지원 사업에 대한 사전계획 설계 시 성별에 대한 준비가 미비할 수밖에 없는, 부실 운영의 근본적인 원인으로 작용할 수밖에 없다. 또한 현재 법적으로 지자체의 성인지통계 의무가 있으나 이를 기반으로 바우처사업이 설계되지 않거나 연계성이 떨어지는 등 활용 미비의 문제점도 확인되었다.

나. 정책 개선 방안

1) 바우처제도 자체의 한계점 보완

- **(예산 배정)** 현행 청년마음건강지원사업의 마음건강바우처는 신규 승인시 3개월 이내에 10회 상담을 이용할 수 있으며 이후 연장 신청을 통해 1회 승인시 10회기씩, 총 3차례 연장이 가능하다. 현재 신규 승인률이 50%-60% 수준이고 연장률은 그보다 훨씬 낮은 것으로 짐작되는 가운데, 서비스 승인이 서비스 필요성이나 시급성보다 예산 유무에 달렸다는 문제가 있다. 특히 서비스 연장이 필요하여 신청한 경우에 승인이 지연되거나 불승인되면 상담이 중단되어 서비스 연속성에 차질이 생긴다. 이러한 제도적 한계를 개선하기 위해, 중앙부처 예산(50%)과 더불어 지자체 매칭자금(50%)의 안정적 확보와 신속한 배정이 중요하다.

- **(지자체 행정)** 사업관련 예산이 지자체 별로 책정 및 운영되는바, 지자체별 예산 배정, 관련 행정처리 상의 여러 이슈(예: 서비스 재판정 기간 등)를 해결하여 이용자가 행정편의에 맞춰 서비스 이용(예: 이용시점, 재판정 여부)을 조정하는 불편함을 해소할 필요가 있다. 다수 지자체(시도)에서 바우처사업과 별개로 청년정신건강 사업을 수행하고 있기 때문에 매칭자금(50%) 마련에 소극적일 수 있다. 또한 자치구에서는 행정부담이나 인력부족 등의 이유 때문에 신청자 및 대기자 규모에 맞추어 예산을 증액하는데 한계가 있을 수 있다. 중앙부처 바우처사업은 전국적으로 균등한 서비스 접근에 대한 장점이 있으므로, 청년 마음건강사업 인프라 유지에 대한 지자체 유인 방안과 바우처사업 확대에 따른 지자체 행정부담 완화 방안이 요청된다.

- **(이용자 자부담)** 청년마음건강서비스의 장기적 이용을 희망하는 이용자 욕구에 대응

하기 위해 추후 최대 40회 이용 제한을 조건부 완화하는 방안을 검토할 필요가 있다. 마음건강서비스(상담)는 단기 완결이 어려우며 보험 적용이 거의 되지 않기 때문에 비용 부담이 높은 서비스란 특성이 있다. 공적지원의 대상이 아닌 일반 청년이 현재 민간부문에서 마음건강서비스(상담)를 이용하는 경우, 관련 비용은 청년 스스로 감당하기에 너무 높은 수준이다. 일정 기간 이상으로 서비스 연장을 희망하는 경우에 본인부담금을 조정하는 안(예를 들어 일정 비율 내에서 상향 조정 등)을 제도적으로 검토할 수 있을 것이다.

2) 지침 관련 개선 방안

- **(이용한도 안내)** 마음건강 바우처 이용 횟수가 19세~34세 기간 동안 신규 승인 10회기 및 3회 연장을 포함하여 총 40회기까지 이용이 가능하다는 점이 사업지침에 보다 명확히 기술되어야 한다. 현행 지침에는 승인당 회기수(10회)와 연장 횟수(최대3회)만 제시되어 있어, 서비스 제공계획이나 안내에 어려움이 있다. 실제로 복지부 바우처에는 유형에 따라 연간 수십 회 이용 가능한 서비스가 존재하기 때문에, 연간 이용한도가 40회기인 것으로 오인될 소지가 있다. 지침 개정을 통해 혼란을 사전 예방함으로써, 지자체에서는 사업에 대해 보다 명확히 안내하고 제공자와 이용자는 서비스계획(상담 시점 및 회기 배분 등)을 보다 효율적으로 수립할 수 있다.

- **(이용 기간)** 신규 승인된 서비스 총 10회기를 3개월 이내에 소진하도록 하는 규정은 서비스 질을 저해할 수 있으므로 보다 유연하게 운영되어야 한다. 현재 신규 승인이 예산이나 지자체 행정상의 이유로 지연되기 때문에 승인 시점을 사전에 특정하기 어려워 서비스 일정을 계획하는데 지장이 발생한다. 행정상, 서비스 승인일이 서비스 개시일로 간주되기 때문에, 서비스 승인일로부터 3개월(12주) 기간 동안 주1회 간격으로 10회 상담 일정을 확정하는 일은 제공자와 이용자 모두에게 스트레스를 초래한다(3개월 기간 중 연휴가 포함되거나 청년의 직장상황 변동에 따른 상담일정 변경 필요시). 이러한 경직성은 복지부 여타 바우처사업과 비교할 때 형평성에 어긋나므로, 일정 범위 내에서 서비스 승인일과 개시일이 달리 지정될 수 있도록 해야 한다.

- **(통지 방식)** 청년마음건강지원사업의 이용자 기준은 소득 및 거주지역 관련 제한이 없어 접근성이 높은 반면, 소통지침이 미비하여 개인정보 침해가 발생하므로 지침 변경을 통해 불편함을 개선할 필요성이 크다. 현재 서비스 신청 및 재판정 관련 결과 통보시 관련 통지가 청년의 주민등록 주소지로 우편 발송되기 때문에, 당사자가 아니라 타인이 수취, 개봉할 수 있다는 우려가 제기되었다(특히, 청년이 거주하지 않는 타지역 본가). 상담서비스에서 비밀보장과 개인정보 보호는 특히 민감한 사안이므로, 서비스신청시

선호하는 통보방식(예를 들어, 핸드폰번호, 실거주지 주소)을 선택하도록 하는 등 개인 정보가 보호되는 방식으로 소통관련 행정절차를 보완해야 할 것이다.

- **(서비스연장 신청)** 2023년 들어 복지로 사이트에서 마음건강서비스 온라인 신청이 가능해지면서, 많은 신규 신청자들의 불편이 덜어졌다. 하지만 서비스 연장을 신청하는 경우, 주민센터를 방문하여 오프라인으로 신청서를 제출해야 하는 번거로움이 지속되었다. 청년이 주간 시간대에 주민센터에 방문하는데 따르는 번거로움과 스트레스(직장에서 관련 절차, 사유 제시 등)를 줄이고 주민센터에서 구청으로 신청서를 이관하는 불필요한 행정절차를 간소화하는 의미에서 연장 신청서의 온라인 접수가 필요하다.

- **(제공인력 보수교육)** 제공인력 보수교육에 젠더 관점 및 성인지 감수성을 증진하는 과목을 추가하도록 지침을 보완할 필요가 있다(예를 들어, 중앙사회서비스에서 연구개발). 제공인력의 젠더 관점과 성인지 감수성이 높지 않은 경우, 표면적 증상이나 호소내용 자체에 초점을 두어 효과적인 문제 파악이나 개입이 제한될 수 있다. 이에 의무 보수교육 과정에 젠더 관점 및 성인지 감수성 관련 교육을 필수 교과목으로 추가할 필요가 있다. 본 연구에서 제안하는 제공인력 보수교육의 구조와 내용(안)은 다음 <표 II-33>과 같다.

<표 II-33> 청년마음건강지원사업 의무교육 추가강좌 개요(안)

구분	내용
강좌제목	• 젠더감수성과 청년상담
목표	• 성별 특성에 기반한 마음건강지원 서비스 제공을 통해 사회서비스 품질을 향상하기 위하여, 기관의 장과 제공인력에 대해 일정 수준 이상의 관련 교육과 훈련을 받을 수 있도록 함
교육대상	• 제공기관장 및 제공인력
교육영역	• 제공기관장과 제공인력이 모두 이수하는 '공통-기본' 영역에 다음 내용을 추가함
교육시간	• 1회 최소 2시간 이상 (온오프 라인)
주제	<ul style="list-style-type: none"> • 필수주제 (다음 중 1가지) <ul style="list-style-type: none"> - 젠더감수성에 기반한 사례개념화 및 개입전략 - 제공인력의 젠더감수성 관련 자기이해 • 선택주제 (다음 중 1가지 이상) <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강 유병률의 성별 특성(질환유형, 발병시기, 질환관련 스티그마 등) - 정신건강 위험요인(생물, 심리, 가족, 사회)의 성별 특성 - 성별 정체성 및 성역할 규범에 근거한 청년기 발달궤적 이해 - 성역할 규범이 정신건강리터러시 및 도움요청행동에 미치는 영향
구성	<ul style="list-style-type: none"> • 필수주제 1가지와 선택주제 2가지 이상을 포함하여 1회 강의를 구성 • 1개 강좌 이상을 개발하여 기존 수행인력에게 다양한 선택지를 제공

〈젠더감수성과 청년상담〉 강좌의 목표는 성별 특성을 반영하는 양질의 마음건강지원 서비스 제공을 위하여 젠더감수성 기반의 서비스에 요구되는 교육과 훈련을 받을 수 있도록 하는 것이다. 이 강좌는 〈표 IV-28〉에 제시된 개설강좌 목록표 가운데 기관장과 제공인력이 모두 수강하는 ‘공통-기본’ 영역에 추가될 수 있고, 1회 강좌에 최소 2시간 이상으로 구성할 것을 제안한다. 교육내용은 필수주제와 선택주제로 구분하여 구성할 수 있다. 필수주제는 상담실무와 직결된 것으로, (1) 젠더감수성을 염두한 심리상담 사례 개념화 및 개입전략 (2) 젠더 이슈와 관련한 상담자 자신의 관점, 고정관념이나 편견, 실천방식에 대한 자각 및 마음건강서비스에 미치는 영향에 대한 이해를 향상시키기 위한 것이다. 한편, 선택주제는 정신건강 유병률, 위험요인, 청년발달과제, 정신건강리터러시 등 관련하여 성역할 규범과 담론의 영향을 이해하도록 돕기 위한 것이다.

이와 함께, 관련 내용과 범위가 방대한 점을 고려하여, 〈젠더감수성과 청년상담〉을 복수강좌로 제작, 운영하는 방식을 고려할 수 있다. 즉 상담 실무에 관련된 주제 2가지 중 하나와 선택주제 중 2개 이상을 포함하여 1회 강좌(2시간)를 구성하는 방식이다. 동일한 젠더감수성 범주의 강좌라도 내용이 중복되지 않는 복수의 선택지가 주어진다면, 기존 제공인력이 1회 이상 젠더감수성 강좌를 이수할 수 있게 된다. 이런 방식은 젠더감수성에 기반한 상담서비스 역량을 심화시키기 위한 실효성 있는 방안이 될 수 있다.

일반적으로 정신질환 발병에는 생물심리사회적 차원의 다양한 요인들이 관여하는 것으로 인식된다. 정신건강 문제의 발병 자체는 여성과 남성의 생물학적 차이에 기반한 부분이 많은 설명력을 가진다(예를 들어, 여성우울은 임신이나 출산 등 여성호르몬 변화와 밀접한 관계). 하지만 그 문제의 표출 방식, 문제에 대한 자각과 식별, 문제해결에 대한 개인적, 사회적 차원의 접근은 생물학적 성(성별) 뿐 아니라 사회학적 성(젠더)의 지대한 영향을 받는다(여성의 정신건강문제는 우울이나 불안의 형태로 나타나는 경향이 있는 반면 남성의 문제는 알코올이나 니코틴 의존으로 나타나는 경향이 있음, 남성의 서비스 이용률이 현저히 낮음 등). 이 때문에 제공인력(상담자)은 문제 사정에 있어 내담자 역기능과 문제해결에 영향을 미치는 성역할 고정관념과 담론을 파악하고 해체하는 역량을 갖출 필요가 있다(예를 들어, 가계부양에 대한 과도한 책임감을 당연시 하는 우울한 남성 청년, 이성과의 결별이 반복되는 이유가 여성답지 못해서라며 심한 자책에 빠진 여성 청년 등 바람직한 여성(딸, 어머니 등)과 남성(아들, 아버지 등) 모습에 대한 사회적 담론이 내담자 개인의 정신건강(스트레스) 상태나 가족관계 역기능에 어떻게 작용하고 있는지 탐색하고 성찰하는 등).

3) 성인지 예산 반영 계획

마음건강지원사업에서 성별특성을 고려한 서비스가 이루어지기 위해서는 정신건강과 젠더가 교차하는 영역에서 발생하는 내담자 경험이나 사회현상에 관련된 연구를 반영하는 교육콘텐츠가 필요하다. 이 같은 교육콘텐츠를 개발하고 확대 보급하는 과업을 중심으로 다음과 같은 정책개선 방안을 제안한다.

첫째, 청년마음건강지원사업 보수교육 관련하여, 제공인력의 젠더 관점 및 감수성 관련 역량을 증진하기 위한 교육콘텐츠 개발에 대한 예산 배정이 필요하다. 동 사업 제공인력의 보수교육 콘텐츠는 중앙사회서비스원 이외에도 한국보건복지인재원, 한국사회보장정보원과 연계 운영되고 있으나 젠더 관점 및 감수성에 기반한 심리상담 현업과의 연계성을 찾아보기 어렵다. 성별특성을 반영하는 마음건강서비스 역량 증진의 교육 목표에 부합하는 보수교육 콘텐츠 개발을 위해서는 여성가족부(또는 산하기관) 리더십 하에 정신건강과 여성폭력 관련 교육콘텐츠 개발 및 운영 경험이 있는 복수 주체들의 공동개발 작업이 요구된다. 동 사업 보수교육 강좌로 개발되는 교육콘텐츠는 중앙사회서비스원을 비롯하여 한국보건복지인재원이나 한국사회보장정보원에서 제공하는 여타 휴먼서비스 제공인력의 보수교육에 교차 활용될 수 있다는 점에서 투입예산 대비 효용이 큰 이점이 있다.

둘째, 위 <표 VI-2>와 같은 젠더와 정신건강의 상호작용에 관한 교육콘텐츠(선택 주제)에 대한 일반인 노출을 높이는 방안을 모색하고 실행하는데 소요되는 예산을 책정할 필요가 있다. 현재 젠더폭력·양성평등 관련 교육은 젠더관점에 근거한 관계규범을 인지적, 행동적 차원에서 교육하는데 역점을 두고 있다. 생물학적, 젠더적 차이가 정신건강 유병율, 증상인식, 도움요청행동 등과 어떤 관련성을 가지는지에 대한 이해가 추가된다면 양성 관계에서 또는 스트레스 상황에서 성별간 인지와 행동 차이에 대한 상호 이해에 도움이 될 수 있다. 이와 같은 신규 교육콘텐츠는 전략적으로 남녀청년인구가 밀집된 생태계(직장, 학교, 군대, 청년센터 등)를 중심으로 현행 일반인 대상 젠더감수성 의무교육의 일부로 포함시킬 수 있다. 이 같은 방안의 구체화 및 실행에 대한 예산투입으로 성인지 감수성 교육의 고도화 효과를 기대할 수 있다.

4) 사업내용·수행방식 등 반영 계획

청년마음건강지원사업이 남녀청년의 마음건강을 위한 보편적 서비스로서 기능하기 위해서는, 청년이 처한 다양한 환경적 요소를 반영한 유연한 서비스로의 전환이 요구된다. 이용자 편의성을 제고하는 사업내용 및 수행방식에 대한 제안은 다음과 같다.

- **(비대면 서비스 도입)** 현재 오프라인에서만 이용이 가능한 마음건강서비스를 온라인으로 확대하여 남녀청년의 서비스 접근성을 높일 필요가 있다. 동 사업 이용자는 19세~34세 청년으로 발달적으로 볼 때 매우 다양한 스펙트럼의 과업을 수행하는 이질적 집단이다. 학업, 취업준비, 근로를 비롯하여 육아나 가족돌봄(환자, 장애, 노인 등) 등 다양한 이유로 오프라인 마음건강서비스 이용에 제한이 따른다. 이용자 입장에서 볼 때, 상담이 근무시간 이후에 이루어져야 하고 직장에서 상담기관까지 거리가 있거나 교통편 때문에 소요시간이 길어지기도 하고, 육아 중인 이용자의 경우 외출시간 동안 아이 돌봐줄 사람을 구해야 하는 등 상담기관 방문을 위해 소요되는 직간접적 비용이 크다. 한편 제공 인력은 퇴근하는 내담자를 위해 근무시간 이후, 경우에 따라 오후 9시~10시까지 일하게 된다. 때문에 매회기 예약시간 정각에 상담회기를 시작하거나 밤늦게 또는 주말에 상담실을 운영하는 일이 이용자, 제공인력, 제공기관 모두에게 스트레스 요인으로 작용한다. 이용자와 제공자 모두의 편의성과 효율성 제고 차원에서 비대면 서비스를 도입하여 서비스 전달 방법에 (온오프라인) 선택지를 제공할 필요가 있다.

- **(집단상담 추가)** 현재 지역사회투자사업 외 바우처 서비스는 제도적 특성상 청년대상담사와의 1:1 상담만 가능하고, 집단상담을 비롯한 다양한 방식의 서비스 운영 불가하다. 집단상담은 유사한 관심사를 가진 참여자들 사이에 발생하는 집단역동의 치료적 효과 때문에 정신건강서비스의 예방, 치료, 재활 영역에서 다양한 방식으로 활용되어 왔다. 개별적으로 제공되는 서비스는 사적정보 및 비밀보장, 개인맞춤형 개입에 장점이 있는 반면, 집단서비스는 집단역동을 통한 관계형성, 상호지지, 모델링, 네트워킹에 따른 효과를 기대할 수 있어 고립에 취약한 청년집단에 특히 유용하다. 일대일 상담 이외 집단상담 방식을 추가하여 사업 운영에 유연성을 더함으로써 서비스 다변화, 고도화를 유도할 수 있다.

- **(지자체의 사업숙지)** 지자체 관련 업무 담당자의 사업 숙지를 강화하기 위한 방안이 필요하다. 지자체 청년마음건강지원사업 담당자는 잠재적 이용자를 처음 대면하고 관련 서비스의 행정적 사항 및 절차 등에 대한 정보를 제공하는 주요 인물이다. 본 조사에 근거할 때, 지자체 담당자가 사업을 충분히 숙지하지 못한 상태에서 의도치 않게 잘못된 정보를 안내할 우려가 있었다. 특히 여타 바우처와 달리 청년 마음건강사업에 소득기준이 없음에도, 소득기준이 있는 것으로 착각하여 잘못된 안내를 하거나 청년과 미혼을 동일시하는 고정관념 때문에 임신출산 및 양육 스트레스, 부부갈등 등으로 마음건강서비스를 받고자 하는 잠재적 이용자를 배제하는 등의 행정오류 소지가 관찰되었다. 지자체에서 정보 전달의 (불)충분성에 따라 잠재적 이용자가 서비스를 신청하고 나아가 제공기관을

이용하는데 지대한 영향을 미치는 바, 사회서비스 바우처사업의 현황(사업내용, 대상, 기준 등)을 일별할 수 있는 시스템을 구축하는 등 지자체 사업속지 및 정보확인을 촉진하기 위한 관련 부처의 체계적 노력이 요구된다.

- **(홍보 전략 다각화)** 청년마음건강지원사업에서 체계적이고 다각화된 홍보전략이 요구된다. 청년마음건강지원사업이 여타 정책사업에 비해 잠재적 이용자의 관련 정보 및 인식이 확산된 것으로 평가된다. 하지만 홍보의 양이나 방식에 있어 광역단체의 방침이나 역량에 따라 지역 편차가 크게 존재하는 것으로 평가되었다. 특히 광역단체의 사업 규모와 역량이 큰 경우, 광역 단위에서 진행되는 사업이 대대적으로 홍보되면서 마음건강 바우처사업은 자치구사업으로 분류됨에 따라 관련 정보가 상대적으로 눈에 잘 띄지 않거나 여러 단계의 검색을 거쳐야 접근이 가능한 실정이다. 마음건강 바우처사업은 19세에서 34세까지의 모든 청년을 대상으로 전국에서 동일한 내용으로 시행되는 사업인 만큼 보편적 서비스로서의 의미가 있다. 시도의 관련사업 및 청년정책시행계획과 더불어 균형있게 홍보되고 추진될 필요가 있다. 특히 청년마음건강지원사업의 홍보연계가 요구되는 청년정책 기본계획('21~'25) 근거 정책사업을 제시하면 <표 II-34>와 같다.

<표 II-34> 청년마음건강지원사업과 청년정책사업과의 홍보연계

대상/사업	[근거] 제1차 청년정책 기본계획('21-'25) 2023년 청년정책
구직청년/ 국민취업지원제도 (고용부)	I. 일자리 분야 (청년정책 시행계획, p.12) - 국민취업지원제도(고용부) ▶ 청년취업취약계층에 구직활동 및 생활안정 지원
대학생/ 대학 일자리 플러스센터 (고용부)	I. 일자리 분야 (청년정책 시행계획, p.12) - 대학 일자리 플러스센터(고용부) - 진로·취업지원 및 전문상담, 일자리매칭 등 지원
구직단년 청년/ 청년도전지원사업 (고용부)	I. 일자리 분야 (청년정책 시행계획, p.12) 청년 도전지원사업(고용부) ▶ 구직단년청년 대상 취업 및 교육·직업훈련 제공 - (지원인원) ('22) 7천명 → ('23) 8천명 - (프로그램) ('22) 단기(1~2개월, 20만원) 위주 → ('23) 중·장기(5개월이상, 50만원, 최대 300만원) 특화프로그램(도전+프로그램) 신설 등
가족돌봄청년 및 고립·은둔청년 (복지부)	IV. 복지·문화 분야 (청년정책 시행계획, p.27) ② 가족돌봄청년 및 고립·은둔청년 발굴·지원체계 구축 ○ 가족돌봄청년*(영케어러) 맞춤형 사회서비스 시범사업 실시(복지부) * 장애, 정신·신체상 질병, 약물 등의 문제를 가진 가족을 돌보는 청(소)년 ○ 고립·은둔청년 실태조사 실시, 자립지원전담기관 내 탈 고립·은둔 전담인력 배치하여 자립준비청년 대상 고립·은둔 고위험군 발굴·지원복지부

자료: 관계부처합동(2023.3.29.). 제1차 청년정책 기본계획('21-'25) 2023년 청년정책 시행계획.

Ⅲ

세부과제 2: 노후준비지원서비스

1. 노후준비지원서비스 개요	113
2. 노후준비실태 및 노후준비진단결과분석	137
3. 노후준비서비스 평가	238
4. 사업 개선방안	258

1. 노후준비지원서비스 개요

가. 국내외 연구동향

노후준비지원서비스의 제도화는 우리사회가 갖는 특수성에서 기인하며 외국과는 맥락이 상이하다. 세계에서 가장 빠른 속도의 고령화, 사회보장제도의 미비, 바람직한 노년생활에 대한 롤모델의 부재, 개인의 노후준비에 부정적 영향을 미치는 문화와 관습(ex. 자녀 교육 및 결혼) 등이 결합해 노인자살, 노인빈곤 등 사회의 지속가능성을 위협하는 문제로 연결되는 현상은 우리사회의 특수한 현상이다.

따라서 외국에서 고령사회의 지속가능성에 대한 고민은 우리와 다른 차원에서 진행되어 왔으며 공적 영역에서 국민의 노후준비를 지원하기 위한 제도화의 사례는 많지 않다. 대표적으로 호주의 센터링크(Centre Link)는 재무 영역을 중심으로 전국에서 상담, 교육 및 온라인 서비스를 제공하고 있으며 저축과 연금을 활용한 노후자금 마련, 재무목표 달성 방법, 은퇴 준비 등의 서비스를 제공하고 있다(윤중선, 2022)

〈표 Ⅲ-1〉 국내외 노후준비지원서비스 제공 사례

국가	영역	제공기관	방법	연계서비스
한국	4대영역	국민연금, 지자체	상담, 교육, 온라인	전문기관
호주	재무	Centre Link	상담, 교육, 온라인	복지서비스
미국	재무, 건강	SSA	온라인	채용정보 링크
캐나다	재무	ESDC	온라인	-
영국	재무, 건강	Age UK	상담	-
스웨덴	재무	사회보험청	온라인	-
일본	재무	연금시니어플랜	교육	-

자료: 윤중선(2022)을 바탕으로 재구성

그밖에 미국, 캐나다, 영국, 스웨덴 일본 등에서 주로 재무 영역을 중심으로 상담, 교육 또는 온라인 서비스를 단편적으로 제공하고 있다(윤중선, 2022). 해외 사례의 경우 경제적인 노후준비 뿐만 아니라 건강, 여가, 대인관계 등 비물질적 영역에서의 노후준비를 포괄적으로 지원하는 사례는 부재하다.

그동안 노후준비는 개인의 선택과 가족의 책임(주로 자녀)이라는 사적 영역에 머물러 있었기 때문에 노후준비에 대한 사회적 대응의 필요성에 대한 공감대 역시 미흡했다.

따라서 노후준비에 대한 연구는 타 정책연구에 비해 충분히 진행되지 않았다.

이소정 외(2008)의 연구에서는 노후준비를 “제3기 인생 준비”로 명명하며 노후준비의 이론적·개념적 의미에 대해 고찰하고 유관 해외사례를 소개하며 노후준비를 위한 가능한 모형을 제시했다. 이후 이소정 외(2010a)의 연구에서는 새로운 정책으로서 노후준비지원 서비스가 우리나라 복지체계의 전반적인 프레임 속에 어떻게 자리매김 될 수 있는지에 대해 논하고 노후준비지원서비스의 수행체계, 서비스 제공 전문인력의 역할과 기능, 전문인력 양성방안, 노후준비 기반조성을 위한 법제도화 방안 등 제도화를 위한 포괄적 모델을 제시하고자 하였다.

노후준비지원법의 도입을 전후로 노후준비지원법안의 골자를 제안하는 연구(이소정 외 2012), 노후준비지원서비스의 세부 내용과 콘텐츠 마련을 위한 연구(이소정 외, 2014), 그리고 국민연금공단 지역노후준비지원센터에 대한 평가 및 환류체계 모형을 도출하는 연구(이소정 외, 2016) 등 노후준비지원서비스의 제도화와 내용적 내실화의 토대를 마련하는 연구가 진행되었으며 이영범 외(2021)는 지자체 중심의 노후준비 지원 서비스 개편 모델을 제안했는데, 연구 결과는 2021년 12월 노후준비지원법 개정 작업에 반영되었다.

노후준비지원서비스에 대한 정책 연구 외의 일반 학술연구의 경우 다수의 연구가 노후준비의 경제적 측면에 초점을 맞추고 있으며 개인의 경제적 노후준비를 결정하는 요인들을 규명하였다(이윤경, 2019; 김정근 외, 2020).

한편 김수미 외(2017)는 라이프스타일을 중심으로 경제적 노후준비 뿐만 아니라 건강, 사회적 노후준비에 대한 영향을 포괄적으로 분석하였으며 분석대상 집단을 1인가구와 다인가구로 구분해 노후준비에 대한 보다 다차원적인 함의를 제시하고자 하였다.

집단을 중심으로 노후준비의 상이한 수준과 영향요인 등을 검증하고자 한 연구 결과는 다음과 같다. 먼저 고정옥 외(2009)는 제주도 거주 중년여성을 중심으로 소비자로서의 라이프스타일과 노후생활에 대한 준비행동의 상관성을 분석하였으며 문미 외(2014)는 충남지역 결혼이주여성들의 노후생활인식과 사회활동, 여가활동이 노후준비에 대한 의식에 미치는 영향을 분석했다. 김혜지 외(2019)는 밀레니얼세대를 중심으로 노후에 대한 인식을 유형화시키고 각 유형별 행태의 차이를 분석하고 있다. 박지현(2017)은 중장년 남성을 중심으로 경제활동과 가족관계 만족도 요인이 경제, 사회, 신체적 차원의 통합적 노후준비에 미치는 영향을 분석하였다.

선행연구의 결과를 통해 노후준비와 관련된 중요 변인들이 개인이 가지고 있는 다양한 속성에 따라 달라질 수 있음을 보여주고 있다. 따라서 노후준비지원서비스의 성별영향을

분석할 때 여성이라는 성별요인 이외에 여성 내부의 다차원성(ex. 1인가구vs다인가구, 세대, 직업군 등)에 주목할 필요가 있다.

나. 노후준비지원서비스 도입 및 추진과정

정부와 민간에서 노후준비에 대해 관심 갖기 시작한 배경에는 우리나라의 빠른 인구고령화와 그로 인한 사회문제들이 있었다. 국민들의 노후준비 지원에 대한 정부의 관심은 인구고령화의 문제가 처음 사회적 화두로 부각되고 정부가 그에 대응하기 위해 대통령 직속기구인 저출산고령사회위원회를 설립했던 노무현 정부의 끝자락에서 시작되었다. 궁극적으로 국민들 각각의 생애사만큼이나 다양한 국민들의 노후에 대해 정부가 특정한 정책이나 프로그램을 통해 노후 삶의 질을 향상시키는 목표를 달성하는 것은 불가능하며 궁극적으로 개인들이 자율적으로 자신의 노후를 만들어갈 수 있도록 여백을 남겨둘 수밖에 없다는 인식이 자리잡기 시작했기 때문이었다. 동시에 '신노년', '베이비붐 세대의 고령화'의 이슈가 등장하기 시작하면서 보다 교육수준이 높고 인적자본이 우수한 코호트의 노년기 진입에 대해 사회가 효율적으로 대응해야 한다는 인식의 확산은 노후준비에 대한 관심을 증가시키는 요인이 되었다. 이즈음 정부뿐만 아니라 각급 공공기관과 민간에서도 노후준비에 대한 관심이 확산되었다.

노후준비에 대한 민간의 관심은 주로 민간 보험회사들이 주축이 되었다. 인구고령화에 대한 사회적 관심의 증가와 함께 노후보장에 관한 보험상품의 개발되기 시작했으며 이러한 노후대비 상품의 성공적 판매는 국민들의 노후준비에 대한 필요성 공감과 긍정적 인식이 전제되어야 했기 때문이다.

한편 공공기관 중 국민연금공단과 한국노인인력개발원은 기관 본연의 업무와 직간접적으로 연계되는 노후준비 관련 프로그램을 개발했다. 대표적으로 국민연금공단에서는 국민들의 노후생활 6대 영역을 재무, 건강, 일, 주거, 여가, 대인관계로 설정하고 각 영역에 대한 종합적인 정보와 서비스를 제공하는 CSA(Consulting on Successful Aging) 사업을 시작했다. 공단 직원들을 CSA 서비스를 제공할 수 있는 노후준비 전문가로 양성하기 위해 일련의 교육 커리큘럼을 개발했으며 2006년 10월부터 교육과정을 이수하면 자격을 부여하고 소정의 자격시험을 통과할 경우 자체 노후준비상담사(CSA) 자격을 발급하였다. 이와 같은 교육을 거친 후 자격을 부여받은 공단 노후준비상담사들을 활용해 2008년부터 각 지사의 상담창구를 통해 실제 고객들을 대상으로 노후준비상담서비스를 제공하기 시작했다.

노인일자리사업 전담기관으로 설립된 한국노인인력개발원에서도 2006년 시범사업을

거쳐 2007년부터 은퇴후 생애설계서비스(PBL)와 노인생애경력조언자(SLCA) 양성 프로그램을 실시했다. 이 가운데 SLCA 양성 사업은 노년기 생애경력목표를 수립하고 실천하도록 지원하기 위한 전문상담 서비스 제공인력(SLCA)을 양성하고자 도입된 프로그램인데, 은퇴한 노인인력을 노후준비상담사로 교육해 노인들의 신규 일자리를 ‘노후준비’라는 새로운 영역에서 창출하고자 한 시도로 노후준비와 일자리창출을 접목시킨 프로그램이다. 국민연금공단, 한국노인인력개발원과 같은 공공기관 이외에도 지자체별 독자적인 인프라가 구축된 경우도 있었으며(ex. 서울시 인생이모작지원센터, 한국노인복지관 협회의 「실버플래너(silver planner)」 프로그램과 같이 민간단체에서 유사 서비스 제공을 시도하기도 했다(이소정 외, 2010).

노후준비서비스 제공에 대한 노무현 정부 말기의 관심은 정권교체와 동시에 정부의 관심에서 멀어졌는데 이명박 정부 말기에 다시 주목받기 시작했다. 이명박 정부에서는 “백세사회”의 화두를 던지며 필연적으로 증가하게 될 고령인력을 생산적으로 활용할 수 있는 방안에 대한 고민이 진행되었다. 그러나 동시에 OECD 국가 중 노인 빈곤율 1위, 노인자살률 1위와 같은 부정적 화두 또한 본격적으로 회자되기 시작한다.

누구나 직면할 노년기가 ‘길고 어두운’ 터널처럼 부정적으로 인식되는 상황을 긍정적으로 선회시키기 위한 시도로 2012년 정부는 “행복한 노후를 위한 유쾌한 첫 걸음!”이라는 슬로건을 내걸고 본격적인 대국민 노후준비지원서비스를 시작한다. 미리 준비함으로써 행복해질 수 있는 고령사회 건설을 위해 대인관계, 건강, 재무, 여가 등의 영역별 노후준비지표를 제시해 미리 준비함으로써 노년기가 행복해질수 있다는 인식을 확산시키고 노후생활에 대한 관심 및 경각심을 불러일으키고자 하였다(보건복지부, 2012.7.15.일자, 2012.12.3일자 보도자료).

2015년 발표된 제2차 저출산고령사회기본계획(새로마지 플랜)에 “노년기 생애 대비 노후생활설계 강화”가 추진과제로 포함되며 노후준비지원 서비스는 고령사회 대비 범부처가 대응해야 할 정책과제에 포함된다. 또한 「저출산고령사회기본법」에 노후설계에 관한 조항을 추가하여 국민이 노후생활을 설계할 수 있도록 재무, 건강, 여가, 사회참여 등의 영역에서 국가와 지방자치단체가 시책을 강구해야 할 책임을 명시하였다(성혜영 외, 2018).

저출산고령사회기본계획에 노후준비서비스에 관한 추진과제 포함을 필두로 국민의 노후준비 지원을 법적으로 보장하기 위한 작업에 속도가 붙는다. 그 결과 2015년 6월 「노후준비지원법」이 제정되었고 12월부터 시행되었다. 2015년 제정된 노후준비지원법에서는 노후준비를 “노년기에 발생할 수 있는 빈곤·질병·무위·고독에 대해 사전에 대처

하는 것”으로 정의하였으며 노후준비서비스란 “재무·건강·여가·대인관계 등 분야별로 적절한 노후준비를 위하여 진단, 상담, 교육, 관계기관 연계 및 사후관리 서비스 제공”으로 명시하고 있다. 또한 노후준비서비스 제공의 책임 전달체제로 국민연금공단 내 중앙 노후준비지원센터를 설치하고 국민연금 각 지사를 지역노후준비지원센터로 지정해 국민들 대상 노후준비 서비스를 직접적으로 제공할 뿐만 아니라 관련 콘텐츠를 개발하고 노후준비에 대한 홍보 및 인식제고를 추진하도록 하였다.

한편 노후준비지원법에는 5개년마다 노후준비 지원에 관한 기본계획을 수립하도록 하여 국민들의 노후준비 지원에 대한 정부와 관계 기관들의 실질적인 책임성을 확보할 수 있도록 하였다. 노후준비 기본계획 수립에 관한 법 조항에 따라 2016년 『제1차 노후준비지원에 관한 기본계획(2016~2020)』이 발표되었으나 기본계획에 제시된 과제들을 실질적으로 추동할 동력 및 강제력을 갖지 못한 채 노후준비서비스 인프라 부족, 예산 미확보 등으로 다수의 추진과제들이 진행되지 못했다.

또한 노후준비서비스 추진을 위한 관계 부처·단체의 협업도 추진되지 못했으며 서비스 이용자 및 홍보 대상이 국민연금 가입자 및 수급자에 쏠리는 한계를 드러냈다(황남희 외, 2020). 2021년에는 『제2차 노후준비지원에 관한 기본계획(2021~2025)』을 발표해 “전세대 노후준비 참여를 제고” 및 “노후준비서비스 품질제고”의 양대 목표 달성을 위해 노후준비서비스 내실화 및 정책기반 강화, 노후준비지원 인프라 강화, 노후준비 인식 및 참여 제고 등 세 가지 추진전략을 제시하였다.

구체적인 추진 과제는 1차 기본계획의 연장선상에서 계속 추진되거나 보완되는 내용이지만 2차 기본계획에 신규로 도입된 과제는 전달체계 개편에 관한 것이다. 1차 기본계획이 추진된 5개년 동안 국민연금공단 중심의 노후준비 서비스 제공 체계가 보인 한계를 극복하고 노후준비서비스 제공이 보편화될 수 있도록 지자체 중심 전달체계 개편을 과제로 제시하였다.

즉 기존에는 국민연금공단의 각 지사가 국민들 대상 직접 서비스를 제공하는 최일선 전달체제로 기능했다면 광역 및 기초단체별로 운영중인 유관기관 가운데 지역노후준비지원센터를 지정할 수 있는 권한을 자치단체장에게 부여해 지자체가 노후준비서비스 제공의 직접적인 주체로 등장하도록 하였다. 이러한 2차 기본계획의 변화를 반영하여 2021년 12월 노후준비지원법의 개정이 이루어졌고, 2022년 부산과 순창에서 지자체 중심 전달체계 개편을 위한 시범 사업이 추진되었다.

노후준비 지원서비스의 제도화 과정은 정책 전문가 집단(정부관료, 전문가)에 의한 전형적인 top-down 방식으로 도입된 정책이다. 일반적으로 우리나라에서 새로운 복지

정책의 도입 과정은 두 가지 양상을 보인다. 한 가지는 상대적으로 복지의 역사가 짧은 우리나라가 주로 서구 복지국가의 정책을 벤치마킹해 도입하는 경우이다.

다른 한가지는 문제가 되는 현상이 등장하고, 여론화의 과정을 거쳐 복지의 공백이 사회적으로 문제제기되면 정부와 정책전문가들이 사후적으로 이에 대한 대책으로 복지 정책을 도입하게 되는 경우이다. 그런데 노후준비지원서비스는 해외에도 부합하는 정책 사례가 없으며 국내에서 관련된 문제가 여론화되지도 않았고, 시민사회단체 중심으로 제도의 필요성이 제기되지 않았다. 그럼에도 불구하고 노후준비지원서비스가 일반적으로 찾아보기 힘든 법적 근거까지 갖춘 정책으로 발전해 나가게 된 이유는 정책이 필요하다고 인식한 정부관료 및 전문가 그리고 관계기관(국민연금공단)의 추진력 때문이다.

정부관료는 국민들에게 긍정적인 노후 이미지를 심어주고 개인의 차원에서 적극적으로 준비해 나갈으로써 고령사회에 대한 사회적 비용을 분담시키고자 하는 의도가 있었으며 전문가들은 노후 삶의 질 향상을 위해 보다 근본적인 대응책의 필요성 및 복지패러다임의 전환이라는 관점에서 조망했다(이소정 외, 2014). 유관 사업을 진행하던 국민연금공단은 2011년부터 실시된 건강보험공단 중심 4대보험 징수통합의 변화 속에 기관의 역할 및 영역 확보라는 지속가능성 이슈로 인해 고령사회의 정책적 블루오션으로 판단된 노후 준비지원서비스를 적극적으로 확장시켜 나가야 할 필요성에 직면했다.

이렇듯 정책전문가 및 기관의 입장은 노후준비지원 서비스가 전형적인 ‘위로부터 아래로(top-down)’ 방식으로 추진되도록 만든 추동력이다. 덧붙여 ‘노후준비’라는 개념이 갖는 탈정치성(친복지적 혹은 반복지적 성향과 무관하게 각자의 관점에서 지지의 근거가 존재)과 보편성이 법제화 과정에서 정당을 초월해 정치인들의 동의를 확보하기 용이하게 만든 것도 한 몫 했다.

반면 top-down 방식으로 추진된 노후준비지원서비스는 사회적으로 공론화되거나 이슈화되는 과정이 부재해 어느 복지정책에 비해 대중적 인식을 결여하는 치명적 약점을 갖게 된다. 법이 제정되고 7년이 지나도록 다수의 국민들과 심지어 전문가들이 정부가 제공하는 노후준비지원서비스가 존재한다는 것을 인식하지 못하고 있는 이유이다.

〈표 III-2〉 노후준비지원서비스 제도화 연혁

연도	주요 내용
2006	한국노인인력개발원 생애설계사 프로그램 PBL, SLCA 시작
2008	국민연금공단 CSA 사업 실시
2012	보건복지부&국민연금공단 공동 노후준비진단지표 개발

연도	주요 내용
2015	제2차 저출산고령사회기본계획 노후준비 과제 포함
2015	노후준비지원법 제정 및 시행 국민연금공단 노후준비지원실 “중앙노후준비지원센터” 지정
2016	제1차 노후준비 기본계획(2016~2020) 발표
2020	제2차 노후준비 기본계획(2021~2025) 발표
2021	노후준비지원법 개정
2022	지방자치단체 중심 전달체계 개편 시범사업 실시(부산, 순창)

다. 노후준비지원법 주요 내용

2015년 6월에 제정된 노후준비지원법은 총 23개의 조항으로 구성되어있다. 법의 목적, 용어 정의, 관련 개념의 규정, 전달체계에 관한 규정 등 노후준비 지원의 제반 사항을 담고 있다.

제 1조에서는 해당 법의 목적을 담고 있다. ‘국민의 건강하고 안정된 노후생활을 위하여 노후준비 지원에 관한 사항을 정함을 목적으로 한다.’(제 1조, 목적)

또한 법에서는 ‘노후준비’와 ‘노후준비서비스’의 용어에 대해 명확히 정의되어 있다. “노후준비”에 대해서는 ‘노년기에 발생할 수 있는 빈곤·질병·무위·고독 등에 대하여 사전에 대처하는 것’이라고 정의되어 있고, ‘노후준비서비스’에 대해서는 ‘재무·건강·여가·대인관계 등 분야별로 적절한 노후준비를 위하여 제공하는 진단, 상담, 교육, 관계 기관 연계 및 사후관리 등을 말한다’라고 규정되어 있다(제 2조, 정의)

법은 국민들의 노후준비가 기본적으로 국가와 지방자치단체의 책무임을 명확하게 규정하고 있고(제3조 1항), 동시에 사업주로 하여금 노후준비 지원을 위한 국가와 지방자치단체의 시책에 적극 협조하고 소속 직원들의 노후준비를 권장 및 지원하도록 규정하여(제3조 2항) 국민들이 근로활동과 동시에 퇴직 이후 노년기에 대한 준비를 병행할 수 있도록 하고 있다.

노후준비 지원에 대한 책임주체로서 보건복지부장관으로 하여금 5년마다 계획을 수립하도록 하며, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)는 기본계획에 따라 해당 지방자치단체의 시행계획을 5년마다 수립하여야 함을 규정하였고(제 5조 ‘노후준비 지원 계획의 수립’) 노후준비 실태에 대한 조사·연구·교육 및 통계 생산, 전달체계 평가 등에 관한 사항을 보건복지부장관의 책임으로 명시하여 국민을 대상으로 국민의 생애주기 노후준비 지원을 제공 하도록 구축하고 있다(제 6조).

법의 제7조에서는 노후준비지표를 통해 전반적인 노후준비의 정도를 측정·점검할 수 있는 평가기준을 개발하여 보급해야함을 명시하고 있다. 또한 국가노후준비위원회를 통해 노후준비 지원에 관한 사항을 심의하도록 규정하고 있으며 국가노후준비위원회는 위원장을 포함하여 15명 이내에 위원으로 구성할 수 있으며 위원회는 시·도지사가 추천하는 고위 공무원이 참여할 수 있도록 개정하였다(제 8조). 제 9조를 통해 국민의 노후준비에 필요한 사업을 수행하기 위해 「국민연금법」에 따른 국민연금공단에 중앙노후준비지원센터를 지정·운영하도록 하고 있다.

2021년 12월에는 제 9조의 2를 신설하여 광역노후준비지원센터의 지정과 운영의 법적 근거를 새롭게 마련하였으며 제 10조에서는 지역노후준비지원센터의 지정권자를 시장·군수·구청장으로 하여 국민의 노후준비에 필요한 사업을 수행토록 규정하였다. 제 11조에서는 노후준비서비스 제공자 양성을 위한 교육을 실시해야하며 정기적으로 보수교육을 받아야 함을 명시하고 있다. 보건복지부령에 따라 총 65시간의 교육을 이수 받은 경우 서비스를 제공할 수 있도록 하고 있다. 제 15조는 노후준비지원에 필요한 자료와 정보의 효율적 처리·관리를 위하여 노후준비 종합정보시스템을 구축하도록 규정하고 있으며 노후준비서비스 신청자가 제출한 동의서면이 있는 경우 공공기관 및 금융회사에 보험 등에 관한 자료 또는 정보 제공 요청을 가능하도록 하고 있다(제16조).

1) 노후준비서비스 유형 및 프로세스

「노후준비지원법」 제2조의 2항에서는 “노후준비서비스란 재무·건강·여가·대인관계 등 분야별로 적절한 노후준비를 위하여 제공하는 진단, 상담, 교육, 관계기관 연계 및 사후관리 등을 말한다”고 정의하고 있어 노후준비서비스의 범위와 서비스의 종류를 밝히고 있다.

구체적으로 서비스가 진행되는 프로세스는 노후준비 대상자에 대한 진단을 바탕으로 상담을 진행해 대상자의 욕구를 파악하고 적절한 자원 및 기관으로 연계하고 사후관리를 하게 된다. 따라서 관계기관 진단, 관계기관 연계, 사후관리 등은 상담 프로세스의 하위 영역으로 볼 수 있다. 이러한 관점에서 보면 노후준비지원서비스의 종류는 상담서비스, 교육서비스 그리고 노후준비지원법 제15조를 통해 명시하고 있는 노후준비 종합정보시스템을 통한 온라인 서비스 등으로 구분할 수 있다.

	<p>진단서비스 '노후준비 종합진단지' 작성(37개 문항)을 통해 개인의 노후준비상태를 종합적으로 진단받을 수 있습니다.</p>
	<p>상담서비스 노후준비에 대한 취약점 보완을 위해 재무영역과 비재무영역(건강, 여가, 대인관계)의 맞춤형 상담을 제공받을 수 있습니다.</p>
	<p>교육서비스 국민연금공단의 노후준비 전문강사들이 제공하는 재무, 건강, 여가, 대인관계 등의 주제별 맞춤형 강의를 통해 노후준비에 관한 다양한 정보를 얻을 수 있습니다.</p>
	<p>관계기관 연계 서비스 노후준비를 위해 타 기관에서 제공 중인 서비스의 이용이나 심층상담이 필요한 경우 해당 기관으로 바로 연계하는 편리한 One-stop 서비스입니다.</p>
	<p>사후관리 서비스 상담 시 내가 계획한 실천사항의 준수여부를 주기적으로 점검해 주므로 꾸준한 노후준비가 가능하고, 필요 시 추가 상담과 경보도 제공받을 수 있습니다.</p>

자료: 국민연금공단 중앙노후준비지원센터(<http://csa.nps.or.kr>)

[그림 III-1] 노후준비지원서비스 유형

노후준비 상담서비스는 신청, 상담(진단), 관련기관 연계, 사후관리의 총 4단계로 구성된다. 1단계 '신청' 단계는 노후준비서비스의 신청 안내와 상담신청으로 이루어진다. 2단계 '상담' 단계에서는 재무와 비재무 설계로 나누어 상담을 진행한다. 재무영역의 경우 온라인 포털인 '내 연금' 사이트를 통해 노후자금에 대해 파악하여 부족한 자기에 대한 대안을 제시한다. 비재무 영역에 대해서는 '노후준비종합진단지'를 통해 부족한 영역에 대해 진단 후 상담을 진행한다. 노후준비서비스 상담자는 진단결과를 바탕으로 노후준비 대상자와 상담을 진행하는 과정에서 정확한 욕구를 파악한 후 3단계 '관련 기관 연계'로 넘어간다.

연계는 노후준비 대상자의 관심 분야 또는 취약한 분야에 관해 필요한 자원 및 기관에 대한 정보를 제공하거나 직접 연계할 수도 있으며 필요한 교육서비스로 연계시키게 될 수도 있다. 부족한 영역에 대한 실질적인 노후준비가 가능하도록 개인별 상황에 적합한 사회자원을 매칭해주는 서비스이다. 마지막으로 대상자가 원할 경우 4단계 '사후관리'를 진행하게 되는데 상담시 계획한 실천사항을 주기적으로 점검하고 필요시 추가정보를 제공하게 된다. 사후관리를 통해 궁극적으로 노후준비서비스 이후 대상자의 노후준비에 대한 인식전환, 실행계획 수립여부, 노후준비 실행여부 등 상담 결과를 모니터링하게 된다. 또한 노후준비 대상자가 희망할 경우 노후준비 재설계 서비스를 제공하고 우편,

SMS 등 다양한 매체를 활용하여 노후준비 관련 최신 정보를 제공하게 된다. 상담서비스의 진행은 전문성과 일관성 유지를 위해 표준화된 매뉴얼(혹은 모듈)에 기반해 제공되며 신속하고 효율적인 상담진행을 위해 진단과 상담의 모든 과정은 전산화 과정을 통해 수행된다(국민연금공단 CSA 내부교육자료).

교육은 생애주기별 재무·건강·여가·대인관계에 대한 교육프로그램을 제공함으로써 집합적 교육이라는 수단을 통해 국민들의 노후준비를 지원하는 방식의 서비스이다. 노후준비 교육서비스는 크게 현장으로 찾아가는 교육과 자체 프로그램으로 구분된다. 찾아가는 교육은 여성가족부, 고용센터, 지방자치단체 등의 관련 사업과 연계하거나 개별적으로 기관, 사업장, 학교와 1:1 접촉을 통하여 현장 교육을 실시한다. 공단 자체 프로그램은 지역주민을 대상으로 정기강좌, 아카데미 등으로 운영된다(국민연금공단 CSA 내부교육자료). 교육은 대상자별로 교육내용을 차별화하여 제공되며 주로 교육 대상자의 생애주기에 맞추어 각 시기에 적절하게 활용할 수 있는 노후준비 방법을 제시하고 있다. 취약계층에 대해서는 정부의 자립역량강화 사업과의 연계를 통해 노후준비 교육 및 상담을 의무화하여 재무 관리에 대해 포기하지 않고 기본적인 내용만 학습하여 실천할 수 있도록 지원한다. 취약계층 교육은 건전한 소비습관, 대출관리, 저축관리 등의 재무적으로 취약한 대상이 알아두어야 할 내용을 중심으로 실시되고 있다. 또한 지역주민이 노후준비에 대해 관심을 갖고 거주하는 지역 내 관련 기관에 대한 정보를 습득할 수 있도록 유관기관과 협업하여 노후준비 교육을 실시하고 있다.

앞서 노후준비지원법에 의해 온라인을 통한 노후준비서비스 제공이 가능하도록 노후준비 종합정보시스템을 구축하도록 규정하고 있음을 살펴보았다(제 15조). 노후준비 온라인서비스는 노후준비 전문사이트 ‘중앙노후준비지원센터(<http://csa.nps.or.kr>)’를 통하여 공단을 직접 방문하지 못하는 대상자들이 스스로 노후준비에 대해 자가점검하고 각종 노후준비 정보를 제공하며 무료 교육 동영상 등의 서비스를 제공한다. 특히 국민연금과 퇴직·개인연금의 예상연금액 등을 동시에 확인할 수 있는 공·사연금 정보조회 서비스를 제공하고 있다⁸⁾. 온라인 서비스를 통해 노후준비를 하는 대상자는 앞서 살펴본 노후준비 진단지를 온라인에서 자가 점검할 수 있으며 진단 결과는 종합 리포트의 형태로 온라인 상에서 다운로드 가능하다.

8) ‘중앙노후준비지원센터’ 사이트를 통해 다음의 정보를 제공하고 있다: ① 국민연금 납부내역 및 예상연금액 조회, 모의계산 ② 사적연금(개인연금, 퇴직연금) 가입내역, 예시연금액 등 통합 조회·확인 ③ 퇴직연금, 개인연금 통합 연계 조회 및 시뮬레이션으로 다층 소득보장체계를 통한 노후 소득 준비정도를 종합적으로 확인 ④ 건강·여가·대인관계 등 노후생활 정보 제공 ⑤ 노후준비 상담 및 교육 신청, 온라인 상담

단 계	업무절차	처 리 내 용	업무주체
신 청	상담 안내 및 신청	• 노후준비서비스 상담 신청 안내 및 지원	중앙·광역·지역센터
		• 노후준비서비스 상담 신청 (노후준비 기본설계 및 서비스 신청서 작성)	광역·지역센터
상 담	재무분야 설계	• '중앙노후준비지원센터' 사이트를 활용한 재무설계로 부족한 노후자금 파악 및 대안 제시	광역·지역센터
	비재무 분야 설계	• 노후준비 종합진단지를 활용하여 부족한 영역에 대한 상담 및 정보제공	광역·지역센터
관계 기관 연계	사회자원정보 제공 및 연계	• (정보제공) 재무 및 비재무 영역별 관심 또는 취약 분야에 대한 전문기관 정보제공 • (연계) 사회자원 전문기관으로 서비스 연계	광역·지역센터
	서비스 제공	• 사회자원 전문기관과 상담 후 고객 맞춤형 서비스 등 신청(이용)	사회자원 전문기관
사후 관리	재설계 서비스	• (고객 희망 시) 주기적으로 노후준비 재설계 서비스 제공	광역·지역센터
	정보제공	• (고객 희망시) 노후준비 관련 최신 정보 제공 (우편, SMS, e-mail)	중앙·광역·지역센터
	성과측정	• 노후준비 인식도 및 행태변화 측정	중앙센터

자료: 노후준비서비스제공자 교육과정(CSA 2급) 1권(총론) 교재

[그림 III-2] 노후준비지원서비스 프로세스

2) 노후준비 진단

① 노후준비진단 개요

노후준비 상담의 출발은 개인별 노후준비 수준과 여건등에 대한 진단이다. 진단 작업은 보건복지부와 국민연금공단이 개발한 「노후준비진단지표」를 통해 이루어지는데 노후준비 상태를 4대 영역별 종합적으로 진단하여 노후준비에 대한 균형잡힌 인식을 유도하고 부족한 영역에 대한 노후준비가 가능하도록 개인별 상황에 적합한 상담으로의 연결을 위해 필요한 과정이다. 각 영역별 진단지표의 주요 구성은 다음 <표 III-3>과 같다.

<표 III-3> 노후준비진단지표의 구성

영역	하위 범주(지표수)	측정 항목
대인 관계	대인관계 상태(3)	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수, 친구·이웃·직장동료 수, 최근 1년 1회 이상 참석하는 모임의 수
	대인관계 인식 및 실천(6)	가족과 친한 정도 및 도움을 받을 수 있는 정도, 친구·이웃·직장동료와 친한 정도 및 도움을 받을 수 있는 정도, 참석하는 모임의 질, 대인관계 만족도
건강	건강상태(5)	스스로 인식한 건강상태, 만성질환 개수와 관리상태, 스트레스 정도 및 관리상태, BMI(체질량지수) 및 키와 몸무게, 구강관리
	건강한 생활습관(7)	신체활동 및 근력운동, 건강체중 유지 노력, 수면의 충분성, 예방적 건강관리, 식생활 습관, 흡연, 음주
여가 활동	여가활동 상태(3)	현재 취미여가활동 빈도, 현재 여가활동 지속기간, 현재 취미여가활동 만족도
	여가활동 인식 및 준비(4)	지난 1년간 취미여가활동 경험 분야 및 노후참여 의향, 취미여가활동에 대한 자기 평가, 취미여가활동을 위한 정보 검색 또는 교육 이수 여부, 노후 취미여가활동에 대한 생각여부
재무	재무준비여건 및 행태(4)	예상소득활동 연령, 소득활동 지속을 위한 노력, 배우자의 예상소득활동 연령, 은퇴 이후 예상 필요생활비
	재무준비실천행위(5)	본인과 배우자 연금 가입 및 (예상)수령액, 본인과 배우자 퇴직연금(퇴직금) (예상)수령금액, 본인과 배우자 개인연금 가입 및 (예상)수령액, 금융자산 유무 및 총액, 노후활용 부동산 유무 및 총액

출처: 황남희 외(2019)를 바탕으로 재구성

<표 III-3>의 노후준비진단지표 내용이 수록된 노후준비진단지 작성 결과를 토대로 각 영역별 문항 배점 및 산식에 의해 노후준비 수준과 유형이 진단된다. 노후준비 수준은 법에 의해 3년마다 실시되는 노후준비실태조사 결과에 기반해 국민들의 노후준비 점수 분포를 감안해 개인의 수준이 영역별 상·중·하로 측정되며 노후준비유형은 <표 III-4>와 같이 각 영역별 4개의 유형으로 구분된다.

〈표 Ⅲ-4〉 영역별 노후준비 유형분류

영역	유형1	유형2	유형3	유형4
대인관계	관계망이 큰 친밀형	관계망이 작은 친밀형	관계망이 큰 비친밀형	관계망이 작은 비친밀형
건강	건강군 실천형	건강군 비실천형	건강주의군 실천형	건강주의군 비실천형
여기활동	활발군 실천형	비활발군 실천형	활발군 비실천형	비활발군 비실천형
재무	노후준비가 충분한 공적자산형	노후준비가 부족한 공적자산형	노후준비가 충분한 사적자산형	노후준비가 부족한 사적자산형

출처: 황남희 외(2019)

② 영역별 진단지 구성

㉞ 대인관계 영역

대인관계 노후준비도를 측정하는 지표는 〈표 Ⅲ-5〉와 같다.

〈표 Ⅲ-5〉 대인관계 영역 지표 구성

	문항	보기
상태 (3개)	(대인관계1). 귀하가 마음을 털어놓을 수 있는 가족은 몇 명입니까?	()명
	(대인관계4). 귀하가 마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료는 몇 명입니까?	
	(대인관계7). 귀하가 최근 1년 1회 이상 참석하는 모임(온·오프라인 단체, 동호회, 동창회, 종교활동 등)의 수는 몇 개입니까?	()개
인식 및 실천 (6개)	(대인관계2). 귀하는 가족과 친하게 잘 지내고 계십니까?	① 전혀 그렇지 않다 ② 별로 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 대체로 그런 편이다 ⑤ 매우 그렇다 ⑥ 비해당
	(대인관계3). 귀하가 갑자기 도움을 요청하면 귀하의 가족이 가까이 도와 주십니까?	
	(대인관계5). 귀하는 친구·이웃·직장동료와 친하게 잘 지내고 계십니까?	
	(대인관계6). 귀하가 갑자기 도움을 요청하면 친구·이웃·직장동료가 가까이 도와주십니까?	
	(대인관계8). 귀하는 참석하는 모임(온·오프라인 단체, 동호회, 동창회, 종교활동 등)에서 좋은 경험을 나누고 계십니까?	
	(대인관계9). 귀하는 전반적인 대인관계에 만족하고 계십니까?	
		① 전혀 그렇지 않다 ② 별로 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 대체로 그런 편이다 ⑤ 매우 그렇다

자료: 노후준비서비스제공자 교육과정(CSA 2급) 1권(총론) 교재

대인관계 노후준비 지표는 총 9개로 구성되어 있는데, 사회환경 변화를 반영하여 가족, 가족 외 타인, 단체활동 중에서 특정 관계에 편중되지 않은 문항으로 구성하여 상담 진행시 활용도가 제고될 수 있도록 대인관계의 상태(3개 지표), 인식 및 실천(6개 지표)으로 구분되어 구성되었다.

먼저 대인관계 상태 측정의 첫 번째 지표는 가족에 대한 것으로 배우자, 부모, 배우자의 부모, 자녀, 형제자매, 기타 친인척을 모두 포함하여 마음을 털어 놓을 수 있는 사람의 수를 응답하게 하되 마음을 털어놓을 수 있는 가족이 없으면 0을 기입하게 한다. 두 번째 지표는 가족 외 타인에 대한 것으로 첫 번째 지표와 유사하게 마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료의 수를 응답하는데, 마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료가 없으면 0으로 기입하도록 한다. 세 번째 지표는 모임에 대한 것으로 최근 년 1회 이상 참석이라는 기간과 횟수의 조건을 주고 온·오프라인 단체, 동호회, 동창회, 종교활동 등의 범위에서의 수를 적도록 한다.

대인관계 인식 및 실천 영역은 앞선 '상태'영역을 통해 측정된 대인관계가 단지 양적으로 많다고 해서 긍정적으로 평가할 수 없으며 수가 적어도 친밀하게 인식하고 있고 잘 지내기 위한 노력을 하는지에 대해 고려해야 한다는 맥락에서 구성된 것이다. 하위 영역 문항들은 가족, 친구·이웃·직장동료, 소속 모임과의 관계에서 얼마나 원만한 관계를 맺고 있다고 받아들이는지, 응답자가 도움이 필요할 때 가족, 친구·이웃·직장동료가 얼마나 기꺼이 도와주는지, 대인관계 전반에 대한 만족도를 어떻게 평가하고 있는지를 측정하기 위해 구성되어 있다.

첫 번째, 가족에 대한 지표는 배우자, 부모, 배우자의 부모, 자녀, 형제자매, 기타 친인척 중에서 가장 가까운 한 사람을 생각하며 얼마나 친하게 잘 지내는지를 응답하도록 한다.

둘째, 친구, 이웃, 직장동료에 관한 지표도 가장 가까운 한 사람을 생각하며 얼마나 친하게 잘 지내는지를 답하도록 한다.

셋째, 모임에 관한 지표는 온·오프라인 단체, 동호회, 동창회, 종교활동 등에서 가장 활발하게 참여하는 하나를 생각하며 얼마나 좋은 경험을 나누고 있는지를 응답하게 한다.

넷째, 가족에게 도움을 받을 수 있는지에 관한 문항,

다섯째, 친구·이웃·직장동료에게 도움을 받을 수 있는지에 관한 문항과 마지막으로 가족, 친구·이웃·직장동료, 모임의 부분적인 관계와 별개로 전반적인 대인관계에 대한 만족도 평가 수준을 살펴본다.

④ 건강 영역

〈표 Ⅲ-6〉 건강 영역 지표 구성

	문항	보기
건강 상태 (5개)	건강 1. 귀하의 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?	① 대단히 나쁘다 ② 조금 나쁜 편이다 ③ 보통이다 ④ 대체로 건강한 편이다 ⑤ 매우 건강하다
	건강 2. 현재 3개월 이상 앓고 있으면서 의사에게 진단받은 만성질환은 몇 개 이십니까?	① 3개 이상 ② 2개 ③ 1개 ④ 없다
	건강 2-1. 귀하는 현재 의사에게 진단받은 고혈압을 앓고 있습니까? 고혈압이 있을 경우 정기적인 의사방문, 혈압약 복용, 자가 혈압 체크 등으로 잘 관리하고 있습니까?	① 고혈압/당뇨병이 없다 ② 고혈압/당뇨병을 전혀 관리하지 않는다 ③ 고혈압/당뇨병을 잘 관리하지 않는다 ④ 보통이다 ⑤ 고혈압/당뇨병을 대체로 잘 관리하는 편이다 ⑥ 고혈압/당뇨병을 매우 잘 관리한다
	건강 2-2. 귀하는 현재 의사에게 진단받은 당뇨병을 앓고 있습니까? 당뇨병이 있을 경우 정기적인 의사방문, 혈당약 (인슐린 포함) 복용, 자가 혈당체크 등으로 잘 관리하고 있습니까?	① 대단히 많이 느낀다 ② 많이 느끼는 편이다 ③ 조금 느끼는 편이다 ④ 거의 느끼지 않는다
	건강3. 귀하께서는 평소 스트레스를 어느정도 느끼십니까?	① 예 ② 아니요
	건강3-1. 귀하는 지난 6개월간 스트레스를 잘 관리하셨습니다습니까?	① 알고 있다(체질량지수: _____) ② 모른다
	건강4. 귀하의 체질량지수(BMI)를 아십니까? 알고 계시면, 체질량지수를 소수점 없이 반올림하여 정수로 기입해 주십시오.	① 키()cm ② 몸무게()kg
	건강4-1. 귀하의 현재 키와 몸무게를 기록해 주십시오. 소수점 없이 반올림하여 정수로 기입해 주십시오	
	건강5. 귀하는 스스로 생각할 때 치아와 잇몸 등 구강건강을 잘 관리하고 있다고 생각하십니까?	
	건강한 생활 습관 (7개)	건강6. 귀하께서는 지난 6개월간 규칙적으로 신체활동이나 근육운동을 하셨습니까?
건강7. 귀하께서는 지난 6개월간 자신의 체격에 맞는 건강 체중을 유지하기 위해 노력하셨습니까?		① 전혀 그렇지 않다 ② 별로 그렇지 않다 ③ 보통이다 ④ 대체로 그렇다 ⑤ 매우 그렇다
건강8. 귀하의 하루 수면시간은 피로회복에 충분하다고 생각하십니까?		
건강9. 귀하께서는 정기적으로(최소한 2년에 1회 이상) 병의원, 보건기관 등에서 건강검진을 받으십니까?		
건강10. 귀하께서는 지난 6개월간 다양한 종류의 식품(곡류, 콩류, 과일, 채소, 생선, 육류, 우유 등)을 충분히 드셨습니까?		
건강11. 귀하께서는 현재 담배(전자담배 포함)를 피우십니까?		① 매일 피운다 ② 가끔 피운다 ③ 과거에 피웠으나 현재는 피우지 않는다 ④ 전혀 피우지 않는다

	문항	보기
	건강12. 지난 6개월간 한 번의 술자리에서 남성은 소주 7잔 또는 맥주 355cc 5캔 이상, 여성은 소주 5잔 또는 맥주 355cc 3캔 이상을 마신 횟수는 어느 정도입니까?	① 거의 매일 ② 일주일에 1-2번 정도 ③ 한 달에 1-2번 정도 ④ 두 달에 1-2번 정도 ⑤ 전혀 없다

자료: 노후준비서비스제공자 교육과정(CSA 2급) 1권(총론) 교재

건강 영역의 지표는 개인의 건강상태와 건강한 생활습관의 두 개 영역으로 구분되며 총 12개의 지표로 구성되어 있다. 건강 영역 지표의 세부 내용은 <표2-5>와 같다.

건강 상태의 첫 번째 지표인 주관적 건강수준은 노인뿐만 아니라 청·장년층에서 노후 준비 평가가 실시되는 점을 고려하여 국민건강영양조사 등 국가대표통계에서 ‘주관적 건강수준’을 측정할 때 사용하는 문항이 동일하게 사용된 것이다. 둘째, 만성질환 유병은 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 개수를 물어보는 문항에 응답자가 주요 만성질환을 중심으로 응답할 수 있도록 만성질환관리 대상 질환 중심으로 9개 주요 만성질환의 예를 제시한다. 셋째, 스트레스 수준은 스트레스 정도와 함께 스트레스 관리 정도에 대한 문항을 추가하여 스트레스를 많이 느껴도 잘 관리했을 경우 스트레스 수준이 높지 않은 것으로 평가하도록 되어 있다. 넷째, 비만은 체질량지수(BMI)를 이용하여 측정하되, 응답자가 체질량지수를 알고 있는 경우 키와 몸무게 대신 직접 체질량지수를 응답할 수 있도록 한다. 이는 일부 서비스 이용자의 경우 키와 몸무게 작성을 꺼리는 상황이 발생하여 이에 대응하기 위한 것이다. 다섯째, 구강건강에 대한 측정은 ‘귀하는 스스로 생각할 때 치아와 잇몸 등 구강건강을 잘 관리하고 있다고 생각하십니까?’라는 질문으로 5점 리커트 측정 방식으로 설계되었다.

다음으로 건강한 생활습관 하위영역은 신체활동 실천, 체중 관리, 수면, 건강검진, 식생활, 흡연, 음주로 구성되었으며 일부 항목은 우리나라 국민의 일반적인 건강행태를 고려하여 구성되었다. 구체적으로 살펴보면, 첫째, 신체활동 실천 문항은 최근 노년기 근력이 건강과 삶의 질에 중요하게 부각되는 점을 고려하여 ‘신체활동과 근력운동’을 측정하고 있다. 또한 ‘규칙적인 신체활동/근력운동은 일주일에 2시간 30분 이상 신체 활동(자전거타기, 헬스, 등산 등)을 하거나 일주일에 2일 이상 근력운동(팔굽혀펴기, 윗몸 일으키기, 아령 등)을 하는 것을 말합니다’를 제시하여 응답자들이 정확하게 규칙적인 ‘신체활동과 근력운동’ 참여 수준에 대해 응답할 수 있도록 하였다. 건강검진 문항은 국민 건강보험공단의 건강검진 프로그램에 대한 국민들의 전반적인 인지도가 높은 점을 고려하여 구성된 문항으로 ‘정기적으로(최소한 2년에 1회 이상) 참여하는 건강검진 참여 수준을 응답하게 되어 있다. 식생활 문항은 다양한 식품을 골고루 섭취하려는 노력이

아닌 다양한 종류의 식품을 충분히 먹고 있는지 현황을 파악하는 문항으로 구성되었으며 현재 전자담배 사용이 증가하여 전자담배를 포함한 흡연 수준이 측정된다.

㉔ 재무 영역

재무 영역은 ‘재무준비 여건 및 행태’와 ‘재무준비 실천행위’의 2개 영역 및 9(8)개의 하위문항으로 구성되었다. 구체적인 지표 내용은 <표 III-7>과 같다.

<표 III-7> 재무 영역 지표 구성(재무 1)

구분	문항	보기																																								
재무 준비 여건 및 행태 (4개)	1. 귀하께서는 소득활동(수입이 있는 일)을 만으로 몇 세까지 할 수 있을 것으로 예상하십니까?	만 _____세																																								
	2. [만 45세 미만] 귀하께서는 현재의 소득 활동을 지속하거나 다른 소득활동을 위해 직업능력향상을 위한 노력을 하고 계십니까?	① 필요성이 없어 별다른 노력/준비를 하고 있지 않다 ② 필요성이 있다고 생각하지만, 별다른 노력/준비를 하고 있지 않다 ③ 필요성이 있다고 생각해 관심을 가지고 있다 ④ 현재 또는 다른 소득활동을 위해 직업능력향상을 위한 방법을 모색하고 있다 / 제2의 일을 준비하기 위해 방법을 모색하고 있다 ⑤ 구체적으로 직업능력향상을 위한 노력을 하고 있다 / 구체적으로 준비하고 있거나 이미 제2의 일을 하고 있다																																								
	2. [만 45세 이상] 귀하께서는 현재의 소득 활동을 중단한다면, 이후 제2의 일을 하기 위한 준비를 하고 계십니까?																																									
	3. 귀하의 배우자께서는 소득활동(수입이 있는 일)을 만으로 몇 세까지 할 수 있을 것으로 예상하십니까?	만 _____세																																								
	4. 귀하와 배우자께서 은퇴 이후에 필요할 것으로 예상하는 생활비는 얼마인가요?	월 _____만 원																																								
재무 준비 실천 행위 (5개)	5. 귀하와 배우자께서는 국민연금 또는 특수지역연금에 가입하고 있으십니까? 가입하신 분은 현재 국민연금 또는 특수지역연금을 매월 받고 있으십니까? 가입하고 있는 경우 월평균 예상수령금액, 매월 받고 있는 경우 월 수령금액을 응답해 주십시오.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th rowspan="2">공적 연금</th> <th colspan="2">가입 여부</th> <th colspan="2">정기적 수령 여부</th> <th rowspan="2">월평균 (예상) 수령 금액</th> <th rowspan="2"></th> </tr> <tr> <th>가입</th> <th>비 가입</th> <th>받음</th> <th>받지 않음</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">본 인</td> <td>1)국민연금</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>월()만원</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>2)특수지역 연금</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>월()만원</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">배 우 자</td> <td>1)국민연금</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>월()만원</td> <td rowspan="2">⑨ 비 해 당</td> </tr> <tr> <td>2)특수지역 연금</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>월()만원</td> </tr> </tbody> </table>	구분	공적 연금	가입 여부		정기적 수령 여부		월평균 (예상) 수령 금액		가입	비 가입	받음	받지 않음	본 인	1)국민연금	①	②	①	②	월()만원		2)특수지역 연금	①	②	①	②	월()만원	배 우 자	1)국민연금	①	②	①	②	월()만원	⑨ 비 해 당	2)특수지역 연금	①	②	①	②	월()만원
	구분	공적 연금			가입 여부		정기적 수령 여부				월평균 (예상) 수령 금액																															
가입			비 가입	받음	받지 않음																																					
본 인	1)국민연금	①	②	①	②	월()만원																																				
	2)특수지역 연금	①	②	①	②	월()만원																																				
배 우 자	1)국민연금	①	②	①	②	월()만원	⑨ 비 해 당																																			
	2)특수지역 연금	①	②	①	②	월()만원																																				
	5-1. 귀하가 국민연금 또는 특수지역연금을 가입하지 않았지만, 배우자나 가족이 사망하여 국민연금 또는 특수지역연금의 유족 연금을 매월 받고 있으십니까? 그렇다면 현재 수령금액이 얼마입니까?	① 받고 있다 → 월 _____만원 ② 받고 있지 않다																																								

구분	문항	보기							
6. 귀하와 배우자께서는 퇴직연금 또는 퇴직금을 받을 수 있으십니까? 받을 것으로 예상하시는 분은 퇴직연금을 매월 받으십니까? 가입하고 있는 경우 월평균 예상수령금액, 매월 받고 있는 경우 총 예상수령금액을 응답해 주십시오		구분	퇴직(연금)	수령 가능성		정기적 수령 여부		(예상)수령 금액	
				가	불	받음	받지 않음		
		본인	1)퇴직연금	①	②	①	②	월()만원	
			2)퇴직금 (퇴직일시금)	①	②	①	②	총액()만원	
		배우자	1)퇴직연금	①	②	①	②	월()만원	⑨ 비 해 당
			2)퇴직금 (퇴직일시금)	①	②	①	②	총액()만원	
7. 귀하와 배우자께서는 개인연금에 가입하고 있으십니까? 가입하신 분은 현재 개인연금을 정기적으로 받고 있으십니까? 가입하고 있는 경우 예상수령금액, 정기적으로 받고 있는 경우 월평균 수령금액을 응답해 주십시오		구분	개인연금	가입여부		정기적 수령 여부		(예상)수령금액	
				가입하고 있다	가입하고 있지 않다	받고 있다	받고 있지 않다		
		본인	개인연금	①	②	①	②	①월평균 ()만원 ②일시금 총액()만원	
			배우자	개인연금	①	②	①	②	
		8. 귀하와 배우자께서는 노후에 생활비로 활용할 수 있는 금융자산이 있으십니까? 아래 금융자산 유형별로 보유하고 있는지 유무와 금융자산의 현재 총액을 응답해주시기 바랍니다.		구분	금융자산유무		총액		
					있다	없다			
1)현금, 예적금, 펀드	①			②	총액()만원				
2)저축성보험, 만기에 일정금액 받는 보장성 보험 등	①			②					
3)주식, 채권	①			②					
4)전세보증금 등	①			②					
5)기타	①	②							
9. 귀하와 배우자께서는 노후에 생활비로 활용할 수 있는 부동산이 있으십니까? 아래 부동산자산 유형별로 보유하고 있는지 유무와 부동산자산의 현재 시가 총액을 응답해주시기 바랍니다.		구분	부동산유무		총액				
			있다	없다					
		1)현재 살고 있는 주택	①	②	총액()만원				
		2) 현재 살고 있는 주택 이외의 부동산	①	②					

자료: 노후준비서비스제공자 교육과정(CSA 2급) 1권(총론) 교재

은퇴 이후의 삶에 필요한 생활 자금과 밀접하게 연관되어 있는 재무영역은 ‘재무1(9개 지표)’와 ‘재무2(8개 지표)’로 구성되어 있다. ‘재무1(9개 지표)’은 부부 단위로 재무영역에 대한 준비정도를 점검할 수 있는 문항으로 구성되어 있다. 본인의 예상은퇴연령과 소득활동 지속을 위한 노력, 배우자 예상은퇴연령과 소득활동 지속을 위한 노력, 배우자

은퇴 연령, 은퇴 후 필요생활비에 대한 문항을 통해 ‘부부의 재무 준비여건 및 행태’에 대하여 점검할 수 있도록 총 4문항으로 구성되어 있다. 또한 본인과 배우자의 공적연금 수급액, 본인과 배우자의 퇴직(연금) 중 노후생활비 가용금액, 본인과 배우자의 개인연금 수령액, 노후 생활비로 쓸 수 있는 금융자산, 노후 생활비로 쓸 부동산 금액에 대한 문항으로 ‘재무준비 실천행위’를 점검할 수 있는 5개의 문항으로 구성되어 있다.

‘재무2(8개 지표)’ 영역은 개인단위의 재무영역에 대한 준비정도를 점검할 수 있는 문항으로 구성되어 있다. 본인의 예상은퇴연령과 소득활동 지속을 위한 노력에 대한 문항을 통해 ‘개인의 재무 준비여건 및 행태’에 대하여 점검할 수 있도록 총 2문항으로 구성되어 있다. 또한 개인의 은퇴 후 필요 생활비, 공적연금 수급액, 퇴직(연금) 중 노후생활비 가용금액, 개인연금 수령액, 노후 생활비로 쓸 수 있는 금융자산, 노후 생활비로 쓸 부동산 금액에 대한 문항으로 ‘개인의 재무준비 실천행위’를 점검할 수 있는 6개의 문항으로 구성되어 있다.

㉔ 여가 영역

여가영역의 노후준비 진단지표는 여가활동의 상태에 대한 문항(3개 지표)과 여가활동에 대한 인식 및 준비에 대해 점검할 수 있는 문항 (4개 지표)로 총 7개의 지표로 구성되어 있다.

첫 번째 지표는 현재 취미여가생활의 참여빈도는 ‘현재 가장 활발하게 하고 있는 취미여가활동’을 기준으로 측정하도록 구성되었다. 취미여가활동의 역동성을 고려할 때 다양한 취미여가활동보다 가장 활발하게 참여하는 취미여가활동의 참여수준이 노후로 연결될 가능성이 높기 때문에 여가에 대한 노후준비의 적극성을 가장 적절하게 보여주는 지표라는 근거에서 도출된 지표이다. 두 번째 지표는 현재 가장 활발하게 하고 있는 여가를 조사하는 지표이며 세 번째 지표는 현재 취미여가활동에 대한 전반적인 만족도를 측정한다. 네 번째 지표는 10개의 취미여가활동 유형별로 지난 1년간 참여한 수와 노후 참여의향의 수를 측정하는 지표이다.

〈표 Ⅲ-8〉 여가 영역 지표 구성

구분	문항	보기
여가활동 상태 (3개)	(여가1). 귀하께서는 현재 취미여가활동을 얼마나 자주 하십니까? 가장 활발하게 하고 있는 여가를 기준으로 응답해 주십시오.	① 별다른 취미여가활동이 없다 ② 일 년에 한두 번씩 가끔 하고 있다 ③ 비정기적으로 하고 있다 ④ 매달 정기적으로 하고 있다 ⑤ 매주 정기적으로 하고 있다

구분	문항	보기																																																											
	(여가2). 귀하께서는 현재 가장 활발하게 하고 있는 취미여가활동을 시작한지 얼마나 되었습니까?	① 꾸준히 하는 취미여가활동이 없음 ② 취미여가활동을 시작한 지 1년 이내 ③ 취미여가활동을 시작한 지 1년~3년 이내 ④ 취미여가활동을 시작한 지 3년~5년 이내 ⑤ 취미여가활동을 시작한 지 5년 이상																																																											
	(여가3). 귀하께서는 현재의 취미여가활동에 대해 만족하십니까?	① 전혀 만족하지 않는다 ② 만족하지 않는다 ③ 보통이다 ④ 만족한다 ⑤ 매우 만족한다																																																											
여가활동인식 및 준비 (4개)	(여가4). 귀하께서는 지난 1년간 다음과 같은 취미여가활동을 하셨습니까? 참여 경험과 상관 없이, 노후에 하고 싶다고 생각한 취미여가 활동이 있습니까? 아래의 취미여가활동 영역별로 각각 응답해 주십시오.	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">취미여가활동영역</th> <th colspan="2">지난1년간 참여경험</th> <th colspan="2">노후참여의향</th> </tr> <tr> <th>있다</th> <th>없다</th> <th>있다</th> <th>없다</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>문화예술관람</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>문화예술활동 참여</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>스포츠관람</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>운동 및 스포츠활동 참여</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>관광 및 야외나들이</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>취미오락</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>교양학습</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>자원봉사활동</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>종교활동</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> <tr> <td>사교모임활동</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>①</td> <td>②</td> </tr> </tbody> </table>	취미여가활동영역	지난1년간 참여경험		노후참여의향		있다	없다	있다	없다	문화예술관람	①	②	①	②	문화예술활동 참여	①	②	①	②	스포츠관람	①	②	①	②	운동 및 스포츠활동 참여	①	②	①	②	관광 및 야외나들이	①	②	①	②	취미오락	①	②	①	②	교양학습	①	②	①	②	자원봉사활동	①	②	①	②	종교활동	①	②	①	②	사교모임활동	①	②	①	②
		취미여가활동영역		지난1년간 참여경험		노후참여의향																																																							
			있다	없다	있다	없다																																																							
		문화예술관람	①	②	①	②																																																							
		문화예술활동 참여	①	②	①	②																																																							
		스포츠관람	①	②	①	②																																																							
		운동 및 스포츠활동 참여	①	②	①	②																																																							
		관광 및 야외나들이	①	②	①	②																																																							
		취미오락	①	②	①	②																																																							
		교양학습	①	②	①	②																																																							
자원봉사활동	①	②	①	②																																																									
종교활동	①	②	①	②																																																									
사교모임활동	①	②	①	②																																																									
(여가5). 귀하의 취미여가활동은 다른 분들에 비해 어떻다고 생각하십니까?	① 전혀 활발하지 않다 ② 별로 활발하지 않다 ③ 보통이다 ④ 대체로 활발하다 ⑤ 매우 활발하다																																																												
(여가6). 귀하께서는 노후 취미여가활동을 위해 정보를 찾거나 교육을 받는 등의 준비를 하신 적이 있으십니까?	① 전혀 준비한 적 없음 ② 거의 준비한 적 없음 ③ 몇 번 준비한 적은 있음 ④ 비교적 자주 준비하는 편임 ⑤ 매우 자주 준비하는 편임																																																												
(여가7). 귀하께서는 노후 취미여가활동에 대해 생각해보신 적이 있습니까?	① 전혀 생각해보지 못했다 ② 거의 생각해보지 못했다 ③ 어느 정도 생각해본 적이 있다 ④ 비교적 구체적으로 생각해보았다 ⑤ 매우 구체적으로 생각해보았다																																																												

자료: 노후준비서비스제공자 교육과정(CSA 2급) 1권(총론) 교재

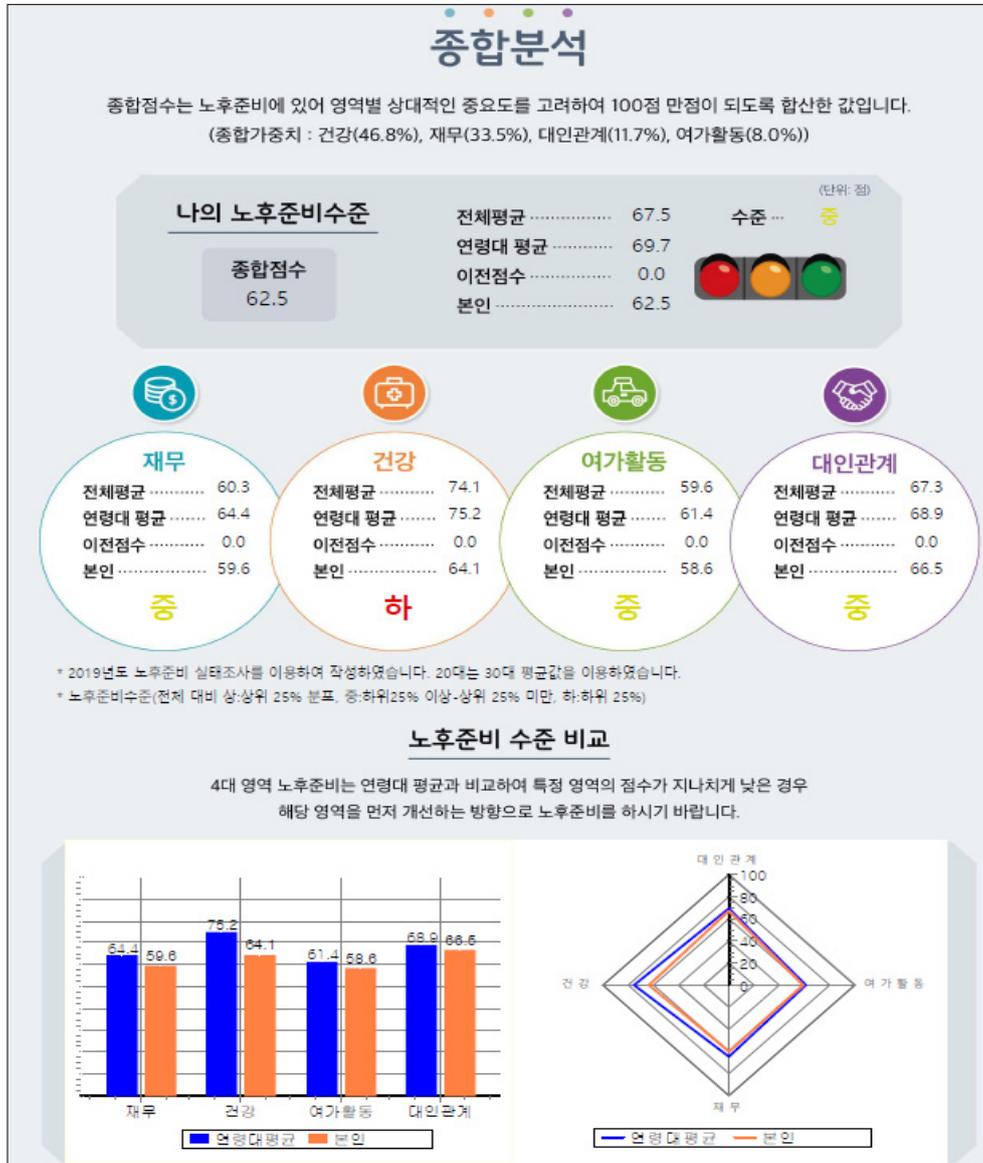
개인의 구체적인 여가생활을 파악하기 위해 문화체육관광부의 『국민여가활동조사』에서 사용된 10개의 여가영역들 중 현재와 노후 희망 취미여가활동을 파악하여 여가활동 관련 상담의 구체성을 확보하고자 한 문항이다. 또한 단순히 현재 취미여가활동 참여수를 파악하는 데 그치지 않고, 이러한 현재 취미여가활동이 노후 참여의향과도 지속성이 높은지를 파악한다는 점에서 하위영역 ‘여가활동 인식 및 준비’에 배치되었다. 다섯 번째 지표는 본인의 취미여가활동 참여의 활발한 정도를 다른 사람과 비교하는 지표이다. 여가활동의 경우 생애과업에 따라 중요도가 달라질 수 있는데, 청장년기는 여가보다 일에 더 집중하는 시기이기 때문이다.

따라서 다른 사람과 비교해 여가의 활발한 수준을 주관적으로 측정하는 문항을 추가함으로써 생애주기의 특성과 여가의 주관성을 지표 안에서 동시에 해결하고자 한 것이다. 여섯 번째 지표는 노후 여가를 준비하려는 노력 및 실천에 대해 반영하여 ‘노후 취미여가 활동을 위해 정보를 찾거나 교육을 받는 등의 준비를 하신 적이 있으십니까?’의 문항으로 구성되었다.

③ 진단 결과 제시 방식

이상의 진단지표를 통해 측정된 개인별 노후준비 정도에 대한 진단 결과는 다음과 같은 방식으로 노후준비 대상자에게 제공된다.

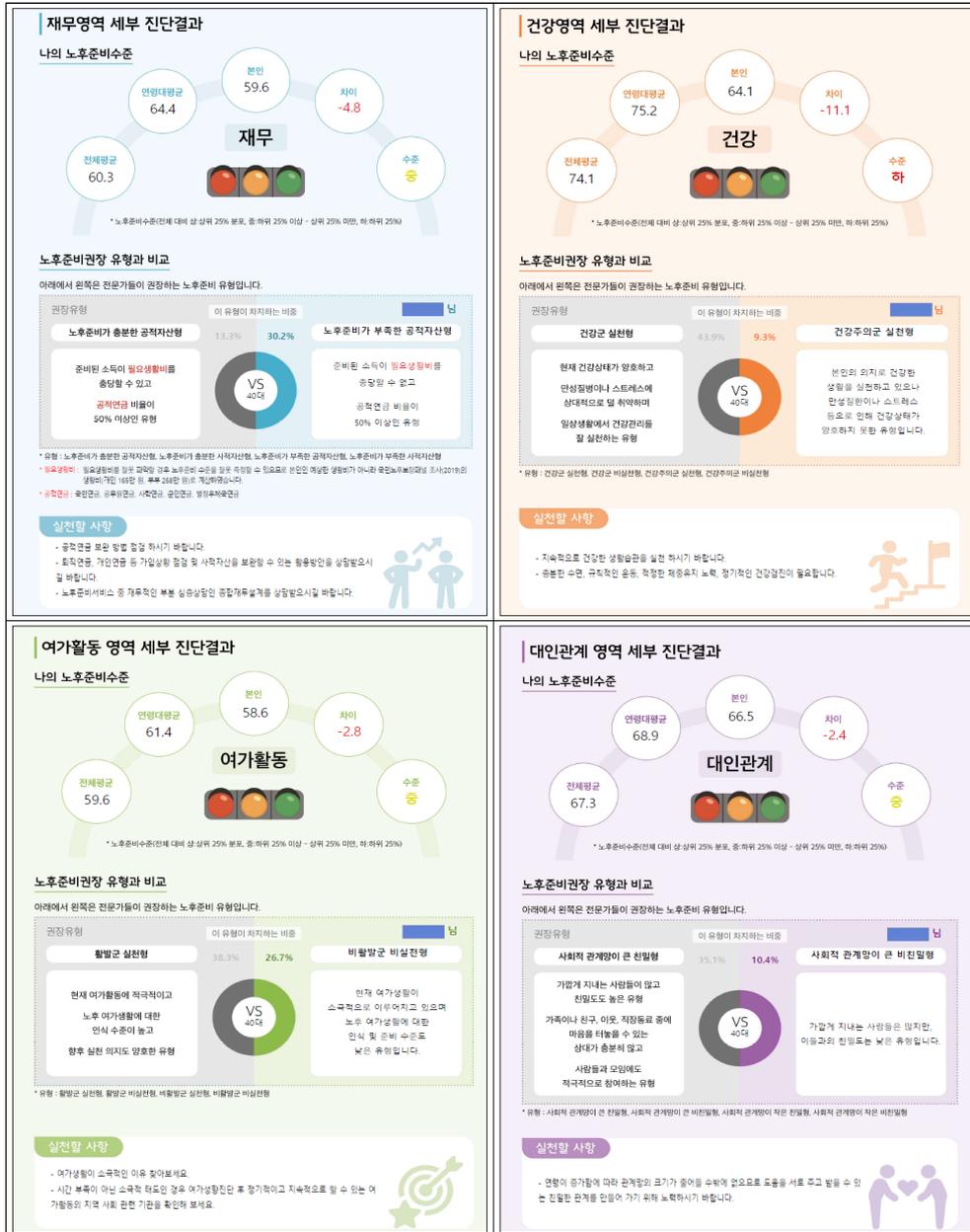
우선 4대 영역을 총괄하는 종합분석을 제시한다. 종합분석에는 각 영역별 100점을 만점으로 했을 때 개인의 점수와 전 국민 평균점수와 개인 연령대 평균점수를 함께 제시하며 개인의 노후준비 수준을 상·중·하로 평가한다.



[그림 III-3] 노후준비 진단결과: 종합 분석

이상의 진단지표를 통해 측정된 개인별 노후준비 정도에 대한 진단 결과는 다음과 같은 방식으로 노후준비 대상자에게 제공된다.

우선 4대 영역을 총괄하는 종합분석을 제시한다. 종합분석에는 각 영역별 100점을 만점으로 했을 때 개인의 점수와 전 국민 평균점수와 개인 연령대 평균점수를 함께 제시하며 개인의 노후준비 수준을 상·중·하로 평가한다.



[그림 III-4] 4대 영역별 노후준비진단결과

4대 영역별로 세부 진단결과는 [그림 III-4]와 같은 방식으로 제시된다. 각 영역별 세부 진단결과는 개인이 노후준비 유형 가운데 어떤 유형에 속하는지 제시하며 권장 유형을 함께 제시한다. 또한 개인의 상황에 따라 실천해야 할 사항을 제시한다.

3) 노후준비지원서비스 전달체계

노후준비지원법에 의하면 노후준비지원서비스의 주요 전달체계는 중앙노후준비지원센터, 광역노후준비지원센터, 지역노후준비지원센터로 구성된다. 중앙노후준비지원센터는 국민의 노후준비에 필요한 제반 사업을 수행하기 위한 명실상부한 노후준비 지원사업의 가장 중점에 있는 전달체계이며, 「국민연금법」에 따른 국민연금공단을 중앙노후준비지원센터로 지정·운영하도록 규정하고 있다. 중앙노후준비지원센터에서는 노후준비서비스 제공자의 양성·관리, 조사·연구·교육, 홍보 및 국제 협력, 프로그램 및 교육과정 개발·보급, 지역노후준비지원센터 평가 등의 역할을 수행한다.

〈표 III-9〉 노후준비지원서비스 전달체계별 기능

전달 체계	중앙노후준비지원센터	광역노후준비지원센터	지역노후준비지원센터
주요 기능	<ul style="list-style-type: none"> • 노후준비서비스 제공자 양성·관리 • 노후준비서비스 조사·연구·교육 • 홍보사업 및 국제협력 • 프로그램 및 교육과정 개발·보급 • 기타 노후준비 지원에 필요사업 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역내 특화된 노후준비서비스 프로그램 개발·보급 및 기반조성 • 지역노후준비지원센터에 대한 지원 및 협력에 관한 사항 • 노후준비서비스 제공 및 연계 • 노후준비서비스 홍보 및 노후준비 인식 제고 • 기타 노후준비 지원에 필요사업 	<ul style="list-style-type: none"> • 노후준비서비스 제공 및 연계 • 홍보 및 노후준비 인식제고 • 기타 노후준비 지원에 필요사업

출처: 노후준비지원법을 바탕으로 재구성(국가법령정보센터)

광역노후준비지원센터는 중앙노후준비지원센터와 지역노후준비지원센터의 중간에서 지역센터에 대한 실질적인 지원 기능을 담당한다. 광역노후준비지원센터는 지역사회 내에 복수로 지정 및 운영될 수 있으며 지역에 특화된 노후준비서비스 프로그램을 개발·보급하고 노후준비를 위한 기반을 조성하는 역할을 수행한다. 특히 지역노후준비지원센터에 대한 지원 및 협력사항을 이행하는 실질적인 지원기구이다.

지역노후준비지원센터는 현장에서 국민들에게 노후준비서비스를 제공하는 최전방 전달 체계로 지방자치단체가 출연하거나 경비를 지원하는 법인 또는 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 「사회복지사업법」 제2조에 따른 사회복지법인, 사회복지시설 또는 사회복지관 등을 지역노후준비지원센터로 지정·운영할 수 있다(노후준비지원법 제10조 제1항).

2. 노후준비실태 및 노후준비진단결과분석

가. 분석틀

노후준비지원서비스에 대한 양적 분석을 통해 노후준비의 성별 실태와 함의를 도출하고자 한다. 분석을 위해 두 가지 자료를 활용하였다. 첫 번째는 국민연금공단 노후준비지원서비스 데이터베이스 자료로 2022년 1년 동안 국민연금 공단의 기본, 전문, 종합재무상담에 참여했던 케이스 중 무작위로 추출된 9,975명에 대한 노후준비 진단 지표 결과를 분석하였다. 두 번째 자료는 『노후준비지원법』에 근거해 국민들의 노후준비 실태를 파악하고 정책방향을 도출하기 위한 목적으로 5년에 한번 실시되는 “노후준비 실태조사” 데이터이다. 만 35세 이상 69세 이하의 국민을 대상으로 4대 영역별 노후준비 수준 및 노후준비에 대한 인식 관련 변수를 담고 있다. 두 가지 데이터를 분석하는 이유는 국민연금공단 노후준비데이터베이스 자료는 실제 노후준비지원 서비스를 이용한 사람들 대상의 데이터라는 점에서 실질적이지만 공단 노후준비서비스 이용자가 가지는 특성으로 인한 오류를 발생시킬 소지가 있어 전국민 대상의 데이터와 결과를 비교분석하고자 함이다. 분석의 프레임은 [그림 3-1]에 제시된 바와 같다.



[그림 III-5] 노후준비 데이터 분석의 프레임

나. 국민연금공단 노후준비 DB 분석결과

1) 노후준비서비스 이용자의 일반특성

분석 대상자의 일반적 특성을 살펴보면, 대상자 총수는 9,975명으로, 이중 남성은 34.7%에 해당하는 3,459명이며, 여성은 65.3%인 6,516명으로 나타났다. 상담 유형별로는 기본 상담이 59.9%로 5,975명이 이용했고, 전문상담은 14.6%에 해당하는 1,481명, 종합재무상담은 25.3%인 2,519명이 이용했다. 특히 여성 이용자들 사이에서는 종합

재무상담의 비중이 높은 것으로 나타났다. 연령대별로는 50대와 60대가 전체의 54.5%를 차지하여 가장 높은 비율을 보이고 있다.

지역적으로는 도지역 거주자가 53.3%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 광역시 거주자가 27.0%, 특별시 거주자가 19.7% 순으로 조사되었다. 취업 여부를 살펴보면, 취업자가 51.6%인 반면 미취업자는 48.4%로 나타났고, 여성 중에서는 54.7%가 취업 상태인 것으로 조사되어 남성의 45.1%보다 높은 취업률을 보였다.

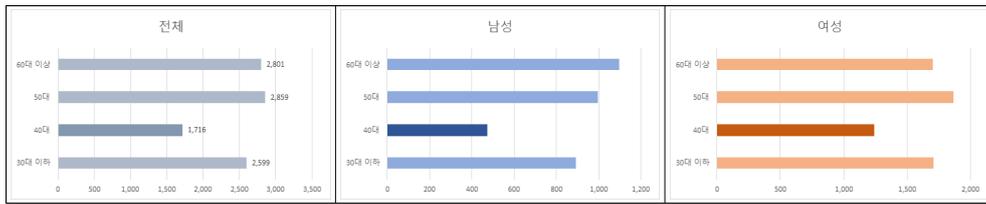
마지막으로 가구 형태에 대해 살펴보면, 1인 가구가 65.7%로 6,558명이며, 부부 가구는 34.2%인 3,417명으로 집계되었다. 여성 가구주의 경우 70.1%가 1인 가구로, 독립적으로 거주하는 비율이 남성에 비해 높게 나타나고 있다.

〈표 III-10〉 조사대상자의 성별 일반특성 분포

(단위: %, 명)

구분	전체		남성		여성	
	계	(명)	계	(명)	계	(명)
	100.0	(9,975)	100.0	(3,459)	100.0	(6,516)
성별						
남성	34.7	(3,459)				
여성	65.3	(6,516)				
상담유형						
기본상담	59.9	(5,975)	59.2	(2,048)	60.3	(3,927)
전문상담	14.6	(1,481)	17.4	(600)	13.5	(881)
종합재무설계	25.3	(2,519)	23.5	(811)	26.2	(1,708)
연령						
30대 이하	26.1	(2,599)	25.8	(891)	26.2	(1,708)
40대	17.2	(1,716)	13.7	(475)	19.1	(1,241)
50대	28.7	(2,859)	28.8	(995)	28.6	(1,864)
60대 이상	28.1	(2,801)	31.7	(1,098)	26.1	(1,703)
지역						
특별시	19.7	(1,966)	17.5	(604)	20.9	(1,362)
광역시	27.0	(2,693)	27.2	(939)	26.9	(1,754)
도	53.3	(5,316)	55.4	(1,916)	52.2	(3,400)
취업여부						
취업	51.6	(5,148)	45.1	(1,587)	54.7	(3,561)
미취업	48.4	(4,827)	54.1	(1,872)	45.3	(2,955)

구분	전체		남성		여성	
	계	(명)	계	(명)	계	(명)
가구형태						
1인가구	65.7	(6,558)	57.5	(1,988)	70.1	(4,570)
부부가구	34.2	(3,417)	42.5	(1,471)	29.9	(1,946)



[그림 III-6] 연령별 성별 진단 및 상담 고객 현황

노후준비진단 서비스를 받은 고객들을 연령대별로 살펴보면, 40대 고객들이 다른 연령대에 비해 서비스 이용률이 가장 낮게 나타났다. 노후준비의 주요한 계획과 실천이 이뤄져야 하는 40대에서 상담 및 진단 경험이 현저히 낮은 것이 확인되었다. 여성 고객의 경우 남성에 비해 상대적으로 높은 이용률을 보였으나, 역시 40대 연령대에서는 가장 낮은 비중을 차지했다. 이런 현상은 40대가 근로와 육아 등으로 바쁜 시기로, 상담 서비스를 받기 위한 시간적 여유가 부족하기 때문으로 추정된다.

2) 노후준비 영역별 성별 분석 결과

① 대인관계 영역

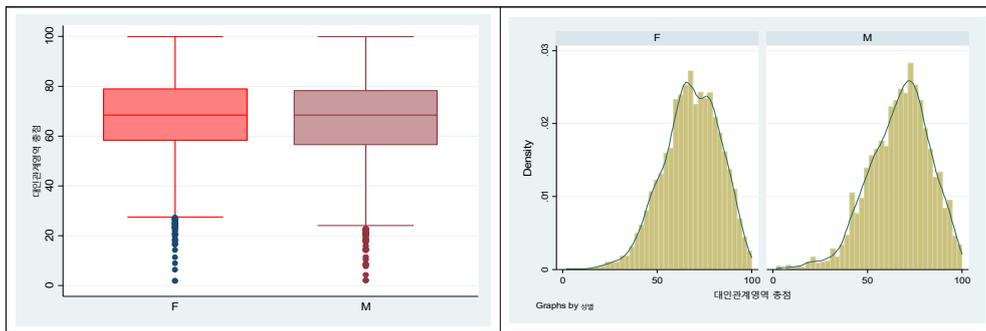
<표 III-11> 대인관계 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분	전체				남성				여성			
	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max
대인관계 총점	7,816	67.6	1.9	99.9	2,728	66.9	2.1	99.9	5,088	67.9**	1.9	99.9
마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	7,826	3.0	0.0	9.5	2,730	3.1	0.0	9.5	5,096	3.0	0.0	9.5
마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/직장동료 수	7,813	10.4	0.0	12.8	2,728	10.2	0.0	12.8	5,085	10.5	0.0	12.8
참석하는 모임 수	7,812	14.6	0.0	17.7	2,727	14.3	0.0	17.7	5,085	14.7***	0.0	17.7

구분 변수	전체				남성				여성			
	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max
가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도	7,818	7.5	0.0	15.8	2,727	7.8***	0.0	15.8	5,091	7.3	0.0	15.8
필요시 가족의 지원 수준(친밀도)	7,809	8.7	0.0	10.7	2,726	8.6	0.0	10.7	5,083	8.8***	0.0	10.7
가장 가까운 친구/이웃/직장동료와 친하게 지내는 정도	7,810	10.3	0.0	13.2	2,727	10.0	0.0	13.2	5,083	10.4***	0.0	13.2
필요시 친구/이웃/직장동료의 지원수준(친밀도)	7,818	0.8	0.0	3.5	2,727	0.9	0.0	3.5	5,091	0.8	0.0	3.5
가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도	7,812	4.3	0.0	6.2	2,727	4.3	0.0	6.2	5,085	4.3	0.0	6.2
전반적인 대인관계 평가	7,812	8.1	2.1	10.6	2,727	8.0	2.1	10.6	5,085	8.2***	2.1	10.6

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

분석 결과에 따르면, 대인관계 영역에서 여성이 남성보다 총점이 유의미하게 높게 나타나는 것으로 확인되었다. 여성이 남성보다 ‘참석하는 모임 수’가 많고, ‘필요할 때 가족의 지원을 받을 수 있는 친밀도’가 높다고 생각한다. 또한 ‘가까운 친구, 이웃, 직장 동료 등과의 관계’를 유지하고 있으며, 이로 인해 ‘전반적인 대인관계’를 남성보다 긍정적으로 평가한다. 반면에 남성은 ‘가까운 가족과 친하게 지내는 정도’가 여성보다 높다고 느낀다. 하지만 그 외의 대인관계 영역에서는 점수가 여성보다 유의미하게 낮게 나타났다



[그림 Ⅲ-7] 대인관계 영역 성별 총점 비교

성별 총점의 분포를 살펴보면, 여성은 남성에 비해 대인관계 영역의 총점이 높게 나오지만, 위 상자그래프를 보면 최소점 아래 이상치의 수가 여성보다 많다는 걸 알 수 있다. 상자그래프는 중위수 50%를 기준으로 상자 안이 전체의 50%를 차지하고 있고, 수염 부분은 이상치를 제외한 최소와 최대점을 나타낸다.

전체에서 하위 25%에 해당하는 1분위 수에서 박스 범위의 1.5배를 빼면 그보다 작은 수는 하위 이상치에 해당한다. 이런 이상치를 보면, 여성이 남성에 비해 많이 나타나는데, 이는 앞으로 배우자와 사별하게 되는 등 고령기에 고립될 위험이 큰 취약 집단에 여성이 해당될 가능성이 높다는 점을 보여준다.

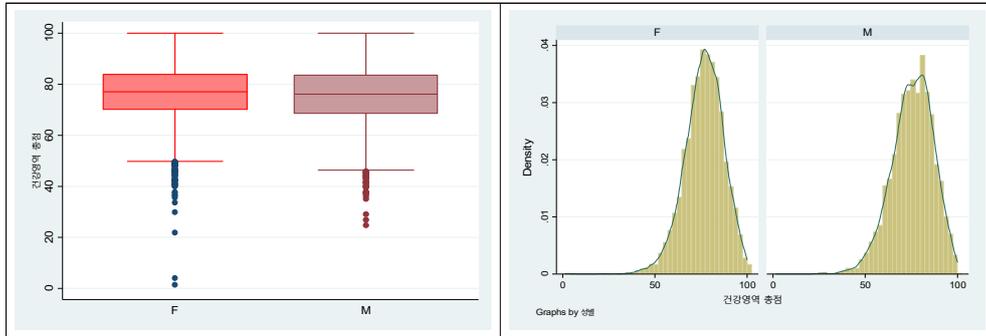
② 건강 영역

건강 영역의 총 점수는 여성이 남성보다 유의미하게 높다. 남성은 ‘운동과 체중 유지 그리고 수면’에 여성보다 더 많은 노력을 기울이고 ‘주관적인 건강 상태’는 여성보다 좋게 느끼는 반면 여성은 ‘흡연과 음주 정도’가 남성보다 적고 ‘구강 관리’나 ‘만성질환’에 대한 자기 관리가 더 강하다.

<표 III-12> 건강 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분 변수	전체				남성				여성			
	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max
건강영역총점	8,927	76.2	1.5	100.0	3,122	75.6	24.9	100.0	5,805	76.6***	1.5	100.0
주관적 건강상태	8,926	4.9	1.5	7.3	3,122	5.0***	1.5	7.3	5,804	4.9	1.5	7.3
만성질환의 수와 주요 만성질환 관리수준	8,925	18.3	0.0	20.5	3,122	17.9	0.0	20.5	5,803	18.6***	0.0	20.5
BMI(키/몸무게)	8,921	9.1	2.6	12.8	3,121	9.5***	2.6	12.8	5,800	9.0	2.6	12.8
스트레스와 관리	8,927	3.4	0.0	4.1	3,122	3.2	0.0	4.1	5,805	3.5***	0.0	4.1
구강관리	8,916	2.6	0.7	3.6	3,118	2.5	0.7	3.6	5,798	2.6***	0.7	3.6
규칙적인 운동(신체활동)	8,916	8.3	2.6	12.8	3,118	8.8***	2.6	12.8	5,798	8.0	2.6	12.8
건강 체중 유지 노력	8,916	3.4	1.0	4.9	3,118	3.5***	1.0	4.9	5,798	3.4	1.0	4.9
수면 충분성	8,916	4.0	1.2	6.0	3,118	4.0**	1.2	6.0	5,798	3.9	1.2	6.0
건강검진	8,916	7.3	1.9	9.4	3,118	7.3	1.9	9.4	5,798	7.3	1.9	9.4
영양섭취	8,915	8.4	2.2	11.0	3,118	8.4	2.2	11.0	5,797	8.4	2.2	11.0
흡연	8,916	4.6	1.3	5.2	3,118	4.0	1.3	5.2	5,798	5.0***	1.3	5.2
음주 횟수	8,916	1.9	0.5	2.5	3,118	1.7	0.5	2.5	5,798	2.0***	0.5	2.5

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001



[그림 III-8] 건강 영역 성별 총점 비교

건강 영역의 총 점수는 여성이 남성보다 유의미하게 높다. 남성은 ‘운동과 체중 유지 그리고 수면’에 여성보다 더 많은 노력을 기울이고 ‘주관적인 건강 상태’는 여성보다 좋게 느끼는 반면 여성은 ‘흡연과 음주 정도’가 남성보다 적고 ‘구강 관리’나 ‘만성질환’에 대한 자기 관리가 더 강하다.

대인관계 영역에서와 같이, 건강 영역의 총 점수도 여성이 남성보다 높게 나타났다. 하지만 상자그래프를 보면, 최소점 아래의 이상치 수치가 여성에서 더 많다는 사실을 알 수 있다. 이상치가 여성에서 더 많이 나타나므로, 앞으로 잠재적인 건강 위험이 발생할 취약 집단은 여성일 가능성이 높다.

③ 여가 영역

여가 영역의 총 점수는 남성이 여성보다 유의미하게 높다. 남성은 여성보다 ‘가장 활발한 취미 여가 활동 참여 빈도’가 높고 ‘지속 기간’이 길다. 그 결과 ‘만족도’와 전반적인 ‘타인 대비 여가 활동의 평가’가 좋게 나타난다.

반면 여성은 ‘여가 활동에 참여 수 및 향후 참여 의지’는 있지만, 여가 영역의 평가에서 전반적으로 남성보다 점수가 낮다.

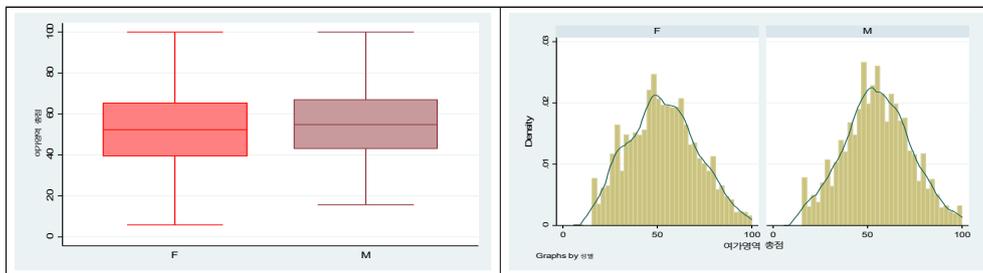
<표 III-13> 여가 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분 변수	전체				남성				여성			
	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max
여가영역 총점	8,157	53.6	5.8	100.0	2,864	55.1***	15.8	100.0	5,293	52.9	5.8	100.0
가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도	8,157	9.4	2.9	14.5	2,864	9.8***	2.9	14.5	5,293	9.1	2.9	14.5

구분 변수	전체				남성				여성			
	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max
가장 활발한 취미여가활동 지속기간	8,155	8.1	2.7	13.6	2,864	8.8***	2.7	13.6	5,291	7.8	2.7	13.6
취미여가 만족도	8,155	10.8	3.2	16.2	2,864	11.1***	3.2	16.2	5,291	10.6	3.2	16.2
취미여가활동별 참여 수 및 참여 의향 수	8,136	4.6	0.0	21.1	2,858	4.5	0.0	21.1	5,278	4.6	0.0	21.1
타인 대비 취미여가활동 평가	8,152	4.6	1.5	7.6	2,863	4.6**	1.5	7.6	5,289	4.5	1.5	7.6
노후 취미여가활동 준비	8,152	9.9	3.6	17.8	2,863	10.0	3.6	17.8	5,289	9.9	3.6	17.8
노후 취미여가활동 인식	8,152	6.3	1.8	9.2	2,863	6.3	1.8	9.2	5,289	6.3	1.8	9.2

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

여가 영역에서는 이상치가 없다. 여성은 남성에 비해 평균이 낮고, 최소값의 범위가 더 넓다. 이걸 여성이 남성에 비해 평균 값은 낮지만 편차가 더 크다는 것을 의미한다. 따라서 여가 영역의 취약 집단에 대해 더 집중적이고 강화된 서비스가 필요하다고 볼 수 있다.



[그림 III-9] 여가 영역 성별 총점 비교

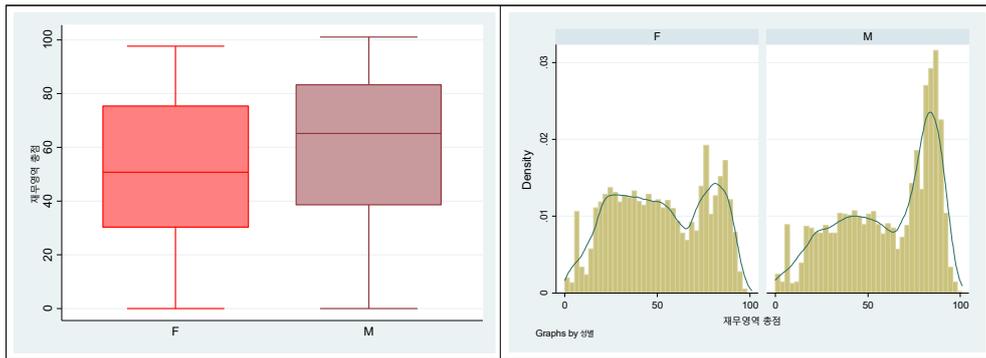
④ 재무 영역

재무 영역의 총 점수를 비교해보면 여성이 남성보다 점수가 크게 낮다. 여성은 남성에 비해 예상 생활비와 적정 노후 생활비의 차이가 작고, 45세 미만에서는 소득 활동을 지속하기 위해 더 많은 노력을 기울이지만, 전체적으로 노후 재무 준비 수준이 남성보다 낮다. 구체적으로, '예상 은퇴 연령'이 낮고, '45세 이상이 되면 소득 활동 지속 노력'이 약해지면서 '노후자금 준비 수준'이 남성보다 낮아진다. 분석 대상자 특성상 일반적인 여성 기준보다 '소득 활동 수준'이 높지만, 여성의 재무적 준비는 남성에 비해 취약하다.

〈표 III-14〉 재무 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분 변수	전체(9,975명)			남성(3,459명)			여성(6,516명)		
	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max
재무영역총점	54.6	0.1	101.1	59.7***	0.1	101.1	51.6	0.1	97.6
예상 은퇴연령	3.6	0.0	8.6	4.0***	0.0	8.6	3.3	0.0	8.6
소득활동 지속노력 (45세 미만)	2.4	0.0	12.4	2.3	0.0	12.4	2.5**	0.0	12.4
소득활동 지속노력 (45세 이상)	3.4	0.0	12.4	3.8***	0.0	12.4	3.2	0.0	12.4
배우자 은퇴연령	0.4	0.0	3.2	0.36	0.0	3.2	0.44***	0.0	3.2
노후 예상 생활비	5.9	0.0	7.7	5.7	0.0	7.7	6.0***	0.0	7.7
노후자금 준비(공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)	39	0.0	68.1	44.0***	0.0	68.1	36.1	0.0	68.1

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001



[그림 III-10] 재무 영역 성별 총점 비교

재무 영역의 총점의 성별 분포를 살펴보면 이상치는 존재하지 않는다. 여성은 남성에 비해 평균이 낮다. 남성은 여성에 비해 평균이 높고, 그래프 상에서 상위 25%, 하위 25%의 수준 선 안쪽인 박스 영역이 전체적으로 높으며 최고점도 여성보다 높다. 히스토그램 상에서는 다른 영역의 그래프와 달리 언덕 모양이 아니라 두 개의 봉우리가 나타나서 재무 영역의 양극화를 보여주고 있다. 특히, 상위에 있는 두 번째 그래프의 높이가 남성이 여성보다 더 높다.

⑤ 소결: 노후준비진단 결과 성별 차이

대인관계와 건강 영역에서는 전반적으로 여성의 점수가 높지만, 여가와 재무 영역에

서는 남성의 점수가 유의미하게 높다. 여성은 여가 활동에 대한 의지는 높지만, 적극적인 여가 활동을 하는 경우가 적다. 또한, 여성에서는 대인관계와 건강 영역에서 매우 낮은 이상치가 남성보다 많이 관찰되므로, 이 취약 집단에 대한 보호가 필요하다. 재무 영역에서는 일반 분포에 비해 여성이 상담 집단에서 소득 활동을 많이 하는 편이지만, 향후 지속적인 소득 활동 연령은 남성에 비해 낮다. 더욱이 자산 형성에서도 남성에 비해 상대적으로 낮아서, 전체적인 재무 영역의 점수는 낮게 나타난다.

3) 인구사회 특성별 성별 분석 결과

이하에서는 노후 준비 진단 결과에서 성별, 거주지, 연령, 가구 유형, 소득 활동 여부와 같은 인구 사회적 특성에 따른 차이를 T-test로 분석하려 한다.

① 대인관계 영역

먼저 거주지역별로 보면, 특별시, 광역시의 경우 여성에 비해 남성의 대인관계 점수가 통계적으로 유의미하게 높은 것으로 나타난 반면 도지역의 경우 평균에서는 남성이 높지만, 통계적으로는 의미가 없다.

마음을 털어놓을 수 있는 가족 수와 친밀도, 친구 이웃과의 친밀도 및 지원 정도, 모임 참여 친밀도 등에서는 도 지역에서 남성이 여성보다 높게 나타났다.

〈표 III-15〉 대인관계 영역 성별 거주지역별 평균(t-test)

거주지	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/직장동료 수		참석하는 모임 수		가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도		필요시 가족의 지원 수준(친밀도)		가장 가까운 친구/이웃/직장동료와 친하게 지내는 정도		필요시 친구/이웃/직장동료의 지원수준(친밀도)		가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도		전반적인 대인관계 평가		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
특별시	평균	68***	65.2	2.8	2.8	10***	9.8	15***	14.0	7.9	7.5	8.7**	8.4	10***	9.8	0.85	0.8	4.4	4.2	8.2***	7.9
	obs	1101	482	1102	483	1099	482	1099	482	1100	483	1099	482	1099	482	1100	483	1099	482	1099	482
광역시	평균	68***	65.6	3	3.0	11***	10.1	15***	14.0	7.1	7.4	8.9***	8.5	10***	9.8	0.75	0.8	4.3	4.2	8.2**	8.0
	obs	1359	752	1362	752	1359	752	1359	752	1362	752	1359	752	1359	752	1362	752	1359	752	1359	752
도	평균	68	68.2	3	3.2*	10	10.4	15	14.6	7.3	8.0***	8.7	8.6	10.4***	10.1	0.76	0.9***	4.2	4.4**	8.1	8.0
	obs	2628	1494	2632	1495	2627	1494	2627	1493	2629	1492	2625	1492	2625	1493	2629	1492	2627	1493	2627	1493

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

연령별로 보면, 30대와 40대에서는 남성이 친밀한 가족 수가 여성보다 많지만, 50대에서는 여성이 더 많다고 느낀다. 대인관계 총점은 전반적으로 여성이 높지만, 유의미하게 높은 것은 20대에서만 나타난다.

〈표 III-16〉 대인관계 영역 성별 연령대별 평균(t-test)

연령		대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/직장동료 수		참석하는 모임 수		가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도		필요시 가족의 지원 수준 (친밀도)		가장 가까운 친구/이웃/직장동료와 친하게 지내는 정도		필요시 친구/이웃/직장동료의 지원수준 (친밀도)		가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도		전반적인 대인관계 평가	
		여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남
20대	평균	74.2*	72.6	2.8	2.8	10.9**	10.5	15.7	15.6	10	9.5	9.4	9.3	11.3*	11.0	0.9	0.9	4.4	4.5	8.7	8.5
	obs	928	343	930	343	927	343	927	343	929	343	927	343	927	343	929	343	927	343	927	343
30대	평균	68	69.6	2.5	3.2***	10.51	10.5	15.1	14.9	7.4	8.4**	8.8	8.9	10.6	10.5	0.7	0.8	4.3	4.4	8.1	8.2
	obs	648	429	648	429	648	429	648	429	648	429	648	429	648	429	648	429	648	429	648	429
40대	평균	66.4	66.6	2.9	3.3*	10.49	10.3	14.5	14.4	6.6	7.2	8.8*	8.6	10.3**	10.0	0.55	0.7***	4.1	4.3**	8.1*	7.9
	obs	1058	400	1058	400	1058	400	1058	400	1058	400	1058	400	1058	400	1058	400	1058	400	1058	400
50대	평균	66.7	65.4	3.3**	2.9	10.4**	10.1	14.4**	14.0	6.7	7.4**	8.6**	8.4	10.1***	9.7	0.82	0.9*	4.3	4.2	8	7.9
	obs	1336	809	1338	809	1335	809	1335	809	1338	808	1334	808	1334	809	1338	808	1336	809	1336	809
60대	평균	65.1	64.2	3.1	3.1	10.1**	9.9	14.1**	13.6	6.5	7.3**	8.4*	8.2	9.9***	9.3	0.89	1.0*	4.3	4.2	8**	7.7
	obs	1014	659	1018	661	1013	659	1013	658	1014	659	1012	658	1012	658	1014	659	1012	658	1012	658
70대	평균	65.4	67.8	3	3.4	10.2	10.0	14	13.9	6	7.2	8.8	8.9	10	10.3	0.65	1.0**	4.4	4.6	8.3	8.5
	obs	104	88	104	88	104	88	104	88	104	88	104	88	104	88	104	88	104	88	104	88

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,

주 2: 사후검정 결과 유의미한 그룹간 진한 색, Bold, 유색 밑줄 표시

가구 유형별 차이를 보면, 1인 가구에서는 여성이 유의미하게 높다. 전반적인 만족도도 1인 가구에서만 여성이 유의미하게 높다. 부부가구의 경우 성별 대인관계에 있어 유의미한 차이를 보이지 않았다.

〈표 III-17〉 대인관계 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)

가구유형	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/ 직장동료 수		참석하는 모임 수		가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도		필요시 가족의 지원 수준(친밀도)		가장 가까운 친구/이웃/ 직장동료와 친하게 지내는 정도		필요시 친구/이웃/ 직장동료의 지원수준 (친밀도)		가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도		전반적인 대인관계 평가		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
1인	평균	67***	65.1	2.7	2.8	10***	9.8	14.5***	14.0	7.4	7.6	8.8***	8.5	10***	9.9	0.7	0.8	4.2	4.1	8.1***	7.9
	obs	3567	1508	3572	1509	3565	1508	3565	1507	3568	1507	3564	1507	3564	1507	3568	1507	3565	1507	3565	1507
부부	평균	70	69.2	3.5	3.4	11*	10.6	15.1***	14.7	7.3	8.0***	8.8	8.7	10.3***	10.1	0.95	1.0*	4.5	4.5	8.2	8.1
	obs	1521	1220	1524	1221	1520	1220	1520	1220	1523	1220	1519	1219	1519	1220	1523	1220	1520	1220	1520	1220

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

소득활동 여부로 보면, 소득활동을 하고 있는 경우에는 여성이 총점과 전반적인 대인 관계 평가 수준에서 남성보다 유의미하게 높았다. 소득활동을 하지 않는 경우 성별 유의미한 차이는 존재하지 않았다.

〈표 III-18〉 대인관계 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)

소득활동 여부	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/ 직장동료 수		참석하는 모임 수		가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도		필요시 가족의 지원 수준(친밀도)		가장 가까운 친구/이웃/ 직장동료와 친하게 지내는 정도		필요시 친구/이웃/ 직장동료의 지원수준 (친밀도)		가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도		전반적인 대인관계 평가		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
하지 않음	평균	68	67.7	3.3	3.3	11	10.4	14.8**	14.5	7.0	7.7***	8.6	8.6	10.2***	9.9	0.87	1.0**	4.4	4.4	8.1	8.0
	obs	2154	1501	2159	1502	2152	1501	2152	1500	2156	1500	2151	1499	2151	1500	2156	1500	2152	1500	2152	1500
하고 있음	평균	68***	66.0	2.7	2.8	10.5***	9.9	14.7***	14.1	7.6	7.8	8.9***	8.6	10.5***	10.0	0.7	0.8*	4.2	4.2	8.2***	7.9
	obs	2934	1227	2937	1228	2933	1227	2933	1227	2935	1227	2932	1227	2932	1227	2935	1227	2933	1227	2933	1227

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

② 건강 영역

거주지역별로 살펴보면, 도 지역에서는 남녀 간 총점의 차이가 유의미하게 나타나지 않았다. 도 지역에서는 건강 체중 유지 노력, 수면의 충분성, 고른 영양 섭취에 있어서 남성이 유의미하게 높은 점수를 보였다. 반면 특별시, 광역시 지역에서는 여성이 남성에 비해 건강영역의 점수가 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

연령	건강 영역 총점		주관적 건강 상태		만성질환의 수/주요 만성질환 관리 수준		BMI (키/몸무게)		스트레스와 관리		구강 관리		규칙적인 운동 (신체 활동)		건강 체중 유지 노력		수면 충분성		건강 검진		영양 섭취		흡연		음주 횟수		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
50대	평균	76*	75	4.7	4.9**	18**	17.5	9.1	9.6***	3.5***	3.2	2.6**	2.5	8	8.5***	3.4	3.5*	3.9	4*	7.6	7.6	8.3	8.5	5***	3.8	2.1***	1.6
	obs	1625	898	1624	898	1623	898	1622	898	1625	898	1621	898	1621	898	1621	898	1621	898	1621	898	1620	898	1621	898	1621	898
60대	평균	76*	75	4.7	4.9***	17**	16.5	9.5	10***	3.4***	3.2	2.6***	2.5	8.4	9***	3.5	3.6*	4	4.3***	7.6	7.6	8.5	8.4	5.1***	4	2.2***	1.6
	obs	1262	845	1262	845	1262	845	1260	844	1262	845	1259	842	1259	842	1259	842	1259	842	1259	842	1259	842	1259	842	1259	842
70대	평균	76	79*	4.6	4.8	15	16	9.4	10*	3.4	3.3	2.5	2.6	8.8	10***	3.6	3.8	4.2	4.5	7.7	8.1	8.5	9.2**	5.1***	4.6	2.3***	1.9
	obs	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100	119	100

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 그룹간 진한 색, Bold, 유색 밑줄 표시

가구 유형별로 보면, 가구유형에 관계없이 여성이 남성보다 건강영역 노후준비도가 높게 나타났다. 부부 가구에서는 1인 가구에 비해 건강검진을 남성이 더 주기적으로 하는 것으로 나타난다. 이는 소득 활동과 관련이 있어서, 1인 여성 가구의 경우 부부 가구 여성에 비해 더 많이 근로 활동을 하기 때문에 건강 검진을 할 확률이 증가하는 것으로 보인다.

〈표 III-21〉 건강 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)

가구유형	건강 영역 총점		주관적 건강 상태		만성질환의 수와 주요 만성질환 관리수준		BMI (키/몸무게)		스트레스와 관리		구강 관리		규칙적인 운동(신체 활동)		건강 체중 유지 노력		수면 충분성		건강 검진		영양 섭취		흡연		음주 횟수		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
1인	평균	76***	75	4.93	5*	19***	18	8.9	9.4***	3.5***	3.2	2.6***	2.5	7.9	8.8***	3.46	3.4	3.9	4	7.2***	6.7	8.3*	8.2	4.9***	3.8	2**	1.7
	obs	4038	1748	4037	1748	4036	1748	4034	1748	4038	1748	4032	1746	4032	1746	4032	1746	4032	1746	4032	1746	4031	1746	4032	1746	4032	1746
부부	평균	77*	76.6	4.85	5*	18.3**	17.6	9.1	9.7***	3.5**	3.1	2.6*	2.5	8.1	8.8***	3.47	3.5***	4	4.1	7.8	7.9**	8.5	8.7	5.1***	4.1	2.2***	1.7
	obs	1767	1374	1767	1374	1767	1374	1766	1373	1767	1374	1766	1372	1766	1372	1766	1372	1766	1372	1766	1372	1766	1372	1766	1372	1766	1372

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

〈표 III-22〉 건강 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)

소득활동 여부	건강 영역 총점		주관적 건강 상태		만성질환의 수와 주요 만성질환 관리수준		BMI (키/몸무게)		스트레스와 관리		구강 관리		규칙적인 운동(신체 활동)		건강 체중 유지 노력		수면 충분성		건강 검진		영양 섭취		흡연		음주 횟수		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
하지 않음	평균	77*	76	4.8	5*	18***	17	9.1	9.6***	3.5***	3.1	2.6*	2.5	8.2	8.8***	3.4	3.5***	4	4.1	7.5	7.6	8.5	8.6	5.1***	4.1	2.1***	1.7
	obs	2562	1699	2561	1699	2551	1699	2549	1698	2552	1699	2549	1697	2549	1697	2549	1697	2549	1697	2549	1697	2548	1697	2549	1697	2549	1697
하고 있음	평균	76***	75	4.9	5*	19***	18	8.9	9.4***	3.5***	3.2	2.6*	2.5	7.9	8.8***	3.4	3.4	3.9	3.9	7.2***	6.8	8.3	8.2	4.9***	3.8	2***	1.7
	obs	3253	1423	3253	1423	3252	1423	3251	1423	3253	1423	3249	1421	3249	1421	3249	1421	3249	1421	3249	1421	3249	1421	3249	1421	3249	1421

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

근로활동 유무를 보면, 건강검진 영역에서 소득 활동을 하고 있는 경우, 남성에 비해 여성이 더 적극적으로 건강검진을 받는 것으로 나타난다.

③ 여가 영역

거주지역별로, 광역시와 도지역에서 남성이 여성에 비해 여가영역 점수가 통계적으로 유의미하게 높게 나타났으며 특별시의 경우 성별 차이는 발견되지 않았다.

〈표 III-23〉 여가 영역 성별 거주지별 평균(t-test)

거주지	여가영역 총점		가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도		가장 활발한 취미여가활동 지속기간		취미여가 만족도		취미여가 활동별 참여 수 및 참여 의향 수		타인 대비 취미여가활동 평가		노후 취미여가활동 준비		노후 취미여가활동 인식		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
특별시	평균	55	55	9.5	9.9	8	8.6**	11	11	5.8	5.2	4.6	4.6	9.7	9.6	6.1	6.1
	obs	1113	487	1113	487	1113	487	1113	487	1113	487	1113	487	1113	487	1113	487
광역시	평균	53	56**	9.2	9.9**	7.9	9***	10.6	11***	4.4	4.4	4.5	4.7	10	10	6.4	6.4
	obs	1393	781	1393	781	1393	781	1393	781	1386	778	1392	781	1392	781	1392	781
도	평균	52	55***	8.9	9.7***	7.7	8.8***	10	11***	4.3	4.3	4.5	4.6***	9.9	10	6.3	6.3
	obs	2787	1596	2787	1596	2785	1596	2785	1596	2779	1593	2784	1595	2784	1595	2784	1595

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

연령별로 분석한 결과 20대와 30대는 성별 유의한 차이가 발견되지 않았으나 40대, 50대, 60대의 경우 남성이 여성에 비해 여가 노후준비 수준이 높게 나타났다. 특히 여가 활동 참여빈도, 지속기간, 만족도 등에서 남성이 일관되게 높은 점수를 보였다.

〈표 III-24〉 여가 영역 성별 연령대별 평균(t-test)

연령		여가영역 총점		가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도		가장 활발한 취미여가활동 지속기간		취미여가 만족도		취미여가 활동별 참여 수 및 참여 의향 수		타인 대비 취미여가활동 평가		노후 취미여가활동 준비		노후 취미여가활동 인식	
		여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남
20대	평균	58	57	10.5	11*	7.7	8.3***	12	12	7.8*	6	4.9	4.9	8.9	8.8	5.8	5.7
	obs	938	357	938	357	938	357	938	357	938	356	938	357	938	357	938	357
30대	평균	54	54	9.4	9.7	7.7	8	11	11	6	5.5	4.5	4.5	9.6	9*	5.8	5.9
	obs	668	448	668	448	668	448	668	448	667	448	668	448	668	448	668	448
40대	평균	50	53***	8.2	9.4***	7.3	8.3***	10	11***	4	4.6	4.3	4.3	9.6	9.5	6.2	6.2
	obs	1089	411	1089	411	1089	411	1089	411	1087	411	1089	411	1089	411	1089	411
50대	평균	52	55***	8.9	9.6***	8	9.2***	10	11***	3.8	4.1	4.4	4.6***	10	10	6.7	6.6
	obs	1437	849	1437	849	1436	849	1436	849	1433	846	1436	849	1436	849	1436	849
60대	평균	52	55***	8.9	9.7***	7.9	9.1***	10	11***	2.8	3.5*	4.5	4.7**	11	11	6.7	6.6
	obs	1051	709	1051	709	1051	709	1051	709	1044	707	1049	708	1049	708	1049	708
70대	평균	56	59	10	10	9.2	9.9	11	12*	3.5	3.8	4.8	5.2	11	12	6.7	6.7
	obs	110	90	110	90	109	90	109	90	109	90	109	90	109	90	109	90

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 그룹간 진한 색, Bold, 유색 밑줄 표시

가구 유형별로 보면, 총점에서 남녀 차이는 1인 가구에서 유의미하게 나타나지 않았으나 부부가구의 경우 남성의 여가 준비도가 유의미하게 높게 나타났다. 향후 취미 생활에 대한 참여 의향에서는 1인 가구의 경우 여성, 부부 가구의 경우 남성이 더 높게 나타나고 있다.

〈표 III-25〉 여가 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)

가구유형	여가영역 총점		가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도		가장 활발한 취미여가활동 지속기간		취미여가 만족도		취미여가 활동별 참여 수 및 참여 의향 수		타인 대비 취미여가활동 평가		노후 취미여가활동 준비		노후 취미여가활동 인식		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
1인	평균	52	53	9.1	9.7***	7.6	8.3***	10.6	10.9***	4.7***	4	4.5	4.5	9.7	9.4	6.2*	6
	obs	3735	1599	3735	1599	3734	1599	3734	1599	3725	1595	3733	1598	3733	1598	3733	1598
부부	평균	54	58***	9.2	9.9***	8.3	9.5***	10.5	11**	4.4	5.1**	4.5	4.7***	11	11	6.6	6.7
	obs	1558	1265	1558	1265	1557	1265	1557	1265	1553	1263	1556	1265	1556	1265	1556	1265

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

소득 활동 여부에 따른 결과를 보면, 소득 활동을 하고 있는 경우에는 남녀 간 총점 차이가 나타나지 않지만 하지 않는 경우 남성이 여성에 비해 높은 점수를 보였다. 소득 활동을 하고 있는 경우에는 여성이 남성에 비해 향후 취미 활동에 대한 관심이 더 높게 나타나 여가에의 실현되지 못한 욕구를 보여준다.

〈표 III-26〉 여가 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)

소득활동 여부	여가영역 총점		가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도		가장 활발한 취미여가활동 지속기간		취미여가 만족도		취미여가 활동별 참여 수 및 참여 의향 수		타인 대비 취미여가활동 평가		노후 취미여가활동 준비		노후 취미여가활동 인식		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
하지 않음	평균	53	57***	9.2	9.9***	8.1	9.2***	10.6	11***	4.2	4.9**	4.5	4.7***	10	10	6.4	6.5
	obs	2255	1560	2255	1560	2254	1560	2254	1560	2246	1557	2253	1560	2253	1560	2253	1560
하고 있음	평균	53	53	9.1	9.7***	7.6	8.4***	10.6	11***	5**	4	4.5	4.5	9.6	9.4	6.2	6*
	obs	3038	1304	3038	1304	3037	1304	3037	1304	3032	1301	3036	1303	3036	1303	3036	1303

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

④ 재무 영역

거주지역별로 분석한 결과 모든 지역에서 남성의 재무 준비도가 여성보다 통계적으로 유의미하게 높게 나타났다.

연령	재무영역총점		예상은퇴연령		소득활동 지속노력 (45세 미만)		소득활동 지속노력 (45세 이상)		배우자 은퇴연령		노후 예상 생활비		노후자금 준비(공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
50대	평균	52	65***	3.1	4.1***	0.087	0.095	5	6.3***	0.6***	0.42	5.9**	5.6	37	48***
	obs	1864	995	1864	995	1864	995	1864	995	1864	995	1864	995	1864	995
60대	평균	46	56***	3.4	4.1***	0.069	0.095	4.1	4.8***	0.56*	0.46	5.8	5.7	32	40***
	obs	1577	994	1577	994	1577	994	1577	994	1577	994	1577	994	1577	994
70대	평균	42	46	4.3	4.9	0.098	0.12	3.4	3.9	0.3	0.31	5.6	5.6	29	31
	obs	126	104	126	104	126	104	126	104	126	104	126	104	126	104

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

연령별로 보면, 30대부터 60대까지 남성의 재무 노후준비도가 높게 나타난다. 20대의 경우 여성이 남성에 비해 예상 은퇴 연령이 높지만 그 이후 연령대에는 결과가 상반된 방향으로 바뀐다. 또한, 소득 활동을 지속하고자 하는 노력에서는 45세 미만의 경우 20대에서는 여성의 노력이 더 많지만, 30대에서는 남성이 더 높게 나타난다.

〈표 III-29〉 재무 영역 성별 가구유형별 평균(t-test)

가구유형	재무영역총점		예상은퇴연령		소득활동 지속노력 (45세 미만)		소득활동 지속노력 (45세 이상)		노후 예상 생활비		노후자금 준비(공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)		
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	
1인	평균	48	54***	3.5	3.8***	3.1***	2.9	3	3.1	6***	5.7	32	38***
	obs	4570	1988	4570	1988	4570	1988	4570	1988	4570	1988	4570	1988
부부	평균	61	68***	2.9	4.2***	1.1	1.4**	3.4	4.8***	6.1***	5.8	46	51***
	obs	1946	1471	1946	1471	1946	1471	1946	1471	1946	1471	1946	1471

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

가구 유형별로 보면, 가구유형과 무관하게 남성의 재무준비도가 높으며 예상은퇴연령과 노후자금 준비도가 높다. 1인 가구에서는 45세 미만의 여성이 소득 활동을 지속하려는 노력이 더 높다. 그러나 부부 가구에서는 45세 이상에서 소득 활동을 지속하려는 노력이 남성에서 더 높아진다.

〈표 III-30〉 재무 영역 성별 소득활동 여부별 평균(t-test)

소득활동 여부	재무영역총점		예상은퇴연령		소득활동 지속노력 (45세 미만)		소득활동 지속노력 (45세 이상)		배우자 은퇴연령		노후 예상 생활비		노후자금 준비(공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)	
	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여	남
하지 않음	평균	51 61***	1.9	3.3***	0.76	1.1***	2.2	3.8***	0.98***	0.67	6	5.8*	39	46***
	obs	2955	1872	2955	1872	2955	1872	2955	1872	2955	1872	2955	1872	2955
하고 있음	평균	52 59***	4.5	4.8***	4*	3.6	3.9	3.9	0	0	6.1***	5.7	33	41***
	obs	3561	1587	3561	1587	3561	1587	3561	1587	3561	1587	3561	1587	3561

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

소득 활동 유무에 따른 성별 차이를 보면, 소득 활동을 하지 않는 경우 45세 미만에서는 소득 활동을 지속하려는 노력이 남성이 더 강하다. 그러나 소득 활동을 하고 있는 경우에는 여성의 점수가 더 높다.

4) 여성 집단 내 인구사회 특성에 따른 결과 분석

아래에서는 노후 준비 진단 결과에 있어 여성의 상담 유형, 거주지, 연령, 가구 유형, 소득 활동 여부와 같은 인구 대인 특성에 따른 차이를 분산 분석(Anova, 사후 검정으로 Tukey)과 T-test를 통해 살펴보려 한다.

① 대인관계 영역

거주지 유형별로 보면, 대인관계 총점에서는 유의미한 차이가 나타나지 않는다. 도지역에서는 마음을 털어놓을 수 있는 가족 수는 많지만, 그 친밀감은 특별시에 비해 높다. 또한 필요할 때 친구, 이웃, 동료 지원 수준에 대한 평가도 특별시에 비해 높다.

연령	대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/ 직장동료 수	참석하는 모임 수	가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도	필요시 가족의 지원 수준 (친밀도)	가장 가까운 친구/이웃/ 직장동료와 친하게 지내는 정도	필요시 친구/이웃/ 직장동료의 지원수준 (친밀도)	가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도	전반적인 대인관계 평가	
											평균
40대	평균	66.4	2.9	10.49	14.5	6.6	8.8	10.3	0.55	4.1	8.1
	obs	1058	1058	1058	1058	1058	1058	1058	1058	1058	1058
50대	평균	66.7	3.3	10.41	14.4	6.7	8.6	10.1	0.82	4.3	8
	obs	1336	1338	1335	1335	1338	1334	1334	1338	1336	1336
60대	평균	65.1	3.1	10.1	14.1	6.5	8.4	9.9	0.89	4.3	8
	obs	1014	1018	1013	1013	1014	1012	1012	1014	1012	1012
70대	평균	65.4	3	10.2	14.0	6	8.8	10.0	0.65	4.4	8.3
	obs	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
Total	평균	68	3	10	15	7.3	8.8	10	0.77	4.3	8.2
	obs	5088	5096	5085	5085	5091	5083	5083	5091	5085	5085
	F	45.28***	9.69***	10.95***	30.61***	70.10***	30.77***	40.82***	21.02***	4.53***	22.42***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 그룹간 진한 색, Bold, 유색 밑줄 표시

여성의 가구 유형별로 보면, 부부 가구에서는 1인 가구에 비해 대인관계 영역의 점수가 높게 나타난다. 구체적으로 부부 가구에서는 1인 가구에 비해 마음을 털어놓을 수 있는 가족 수, 이웃, 동료 수 등과 모임 참여 수가 유의미하게 많았다.

〈표 III-33〉 대인관계 영역 여성의 가구유형별 평균(t-test)

가구유형	대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/ 직장동료 수	참석하는 모임 수	가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도	필요시 가족의 지원 수준 (친밀도)	가장 가까운 친구/이웃/ 직장동료와 친하게 지내는 정도	필요시 친구/이웃/ 직장동료의 지원수준 (친밀도)	가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도	전반적인 대인관계 평가	
											평균
1인	평균	67	2.7	10	14.5	7.4	8.8	10	0.7	4.2	8.1
	obs	3567	3572	3565	3565	3568	3564	3564	3568	3565	3565
부부	평균	70	3.5	11	15.1	7.3	8.8	10	0.95	4.5	8.2
	obs	1521	1524	1520	1520	1523	1519	1519	1523	1520	1520

가구유형		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/ 직장동료 수	참석하는 모임 수	가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도	필요시 가족의 지원 수준 (친밀도)	가장 가까운 친구/이웃/ 직장동료와 친하게 지내는 정도	필요시 친구/이웃/ 직장동료의 지원수준 (친밀도)	가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도	전반적인 대인관계 평가
		Total	평균	68	3	10	14.7	7.3	8.8	10	0.77
	obs	5088	5096	5085	5085	5091	5083	5083	5091	5085	5085
	t	-5.12***	-10.01***	-5.60***	-5.14***	0.53	0.16	0.41	-8.93***	-6.47***	-1.62

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

여성의 소득 활동 여부에 따른 대인관계 영역 점수를 살펴보면, 총점에서는 유의미한 차이가 없다. 전반적으로 대인관계의 평가는 일을 하고 있는 경우 높게 나타나지만, 일을 하지 않는 경우 상대적으로 보다 더 마음을 털어놓을 수 있는 가족 수가 많고, 필요할 때 주변의 지원을 많이 받을 수 있다고 생각한다.

〈표 III-34〉 대인관계 영역 여성의 소득활동 여부별 평균(t-test)

소득활동 여부		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/ 직장동료 수	참석하는 모임 수	가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도	필요시 가족의 지원 수준 (친밀도)	가장 가까운 친구/이웃/ 직장동료와 친하게 지내는 정도	필요시 친구/이웃/ 직장동료의 지원수준 (친밀도)	가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도	전반적인 대인관계 평가
		하지 않음	평균	68	3.3	11	15	7	8.6	10	0.87
	obs	2154	2159	2152	2152	2156	2151	2151	2156	2152	2152
하고 있음	평균	68	2.7	10	15	7.6	8.9	11	0.7	4.2	8.2
	obs	2934	2937	2933	2933	2935	2932	2932	2935	2933	2933
Total	평균	68	3	10	15	7.3	8.8	10	0.77	4.3	8.2
	obs	5088	5096	5085	5085	5091	5083	5083	5091	5085	5085
	t	-0.68	7.65***	0.82	0.68	-4.30***	-4.75***	-4.5***	6.22***	3.77***	-2.72**

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

② 건강 영역

건강 영역 진단 결과를 여성의 거주지별로 살펴보면, 특별시에서는 도지역에 비해

가구유형	건강영역 총점	주관적 건강 상태	만성질병 의 수와 주요 만성질병 관리수준	BMI (키/ 몸무게)	스트레스 와 관리	구강 관리	규칙적인 운동 (신체 활동)	건강 체중 유지 노력	수면 충분성	건강 검진	영양 섭취	흡연	음주 횟수	
Total	평균	77	4.9	19	9	3.5	2.6	8	3.4	3.9	7.3	8.4	5	2
	obs	5805	5804	5803	5800	5805	5798	5798	5798	5798	5798	5797	5798	5798
	t	-4.18***	2.03*	3.66***	-2.85**	-1.50	0.47	-1.93*	-0.28*	-3.34***	-9.52***	-3.73***	-7.39***	-9.37***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

소득활동 여부에 따른 결과에 있어 소득활동을 하지 않는 여성의 건강 노후준비도가 소득활동을 하는 여성에 비해 유의미하게 높게 나타났다. 반면 주관적 건강상태, 만성 질환의 수는 소득활동을 하고 있는 여성이 그렇지 않은 여성에 비해 양호했다.

〈표 III-38〉 건강 영역 여성의 소득활동 여부별 평균(t-test)

소득활동 여부	건강영역 총점	주관적 건강 상태	만성질병 의 수와 주요 만성질병 관리수준	BMI (키/ 몸무게)	스트레스 와 관리	구강 관리	규칙적인 운동 (신체 활동)	건강 체중 유지 노력	수면 충분성	건강 검진	영양 섭취	흡연	음주 횟수	
하지 않음	평균	77	4.8	18	9.1	3.5	2.6	8.2	3.4	4	7.5	8.5	5.1	2.1
	obs	2552	2551	2551	2549	2552	2549	2549	2549	2549	2549	2548	2549	2549
하고 있음	평균	76	5	19	8.9	3.5	2.6	7.9	3.4	3.9	7.2	8.3	4.9	2
	obs	3253	3253	3252	3251	3253	3249	3249	3249	3249	3249	3249	3249	3249
Total	평균	77	4.9	19	9	3.5	2.6	8	3.4	3.9	7.3	8.4	5	5
	obs	5805	5804	5803	5800	5805	5798	5798	5798	5798	5798	5797	5798	5798
	t	2.54**	-3.7***	-6.00***	3.19**	0.51	-0.63	3.46***	0.62	4.42***	5.03***	2.67**	7.85***	11.55***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

③ 여가 영역

거주지별로 여성의 여가 영역 노후 준비 진단 결과를 살펴보면, 특별시의 경우 도지역에 비해 유의미하게 점수가 높게 나타났다. 특별시에 거주하는 여성은 여가활동 참여빈도가 유의하게 높았고 그밖에 여가활동에 대한 만족수준과 참여의향에 있어서는 높게 나타났다지만 노후를 위한 취미나 여가에 대한 인식 수준은 광역시나 도에 비해 상대적으로 낮았다.

〈표 III-39〉 여가 영역 여성의 거주지별 평균(anova)

거주지	여가영역 총점	가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도	가장 활발한 취미여가활동 지속기간	취미여가 만족도	취미여가활동 별 참여 수 및 참여 의향 수	타인 대비 취미여가활동 평가	노후 취미여가활동 준비	노후 취미여가활동 인식	
특별시	평균	55	9.5	8	11	5.8	4.6	9.7	6.1
	obs	1113	1113	1113	1113	1113	1113	1113	1113
광역시	평균	53	9.2	7.9	11	4.4	4.5	10	6.4
	obs	1393	1393	1393	1393	1386	1392	1392	1392
도	평균	52	8.9	7.7	10	4.3	4.5	9.9	6.3
	obs	2787	2787	2785	2785	2779	2784	2784	2784
Total	평균	53	9.1	7.8	11	4.6	4.5	9.9	6.3
	obs	5293	5293	5291	5291	5278	5289	5289	5289
	F	8.55***	7.84***	2.80	4.90**	15.70***	4.10**	2.35	7.61***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

여성의 연령대별로 여가 영역을 살펴보면, 다음과 같다.

〈표 III-40〉 여가 영역 여성의 연령대별 평균(anova)

연령	여가영역 총점	가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도	가장 활발한 취미여가활동 지속기간	취미여가 만족도	취미여가활동 별 참여 수 및 참여 의향 수	타인 대비 취미여가활동 평가	노후 취미여가활동 준비	노후 취미여가활동 인식	
20대	평균	58	11	7.7	12	7.8	4.9	8.9	5.8
	obs	938	938	938	938	938	938	938	938
30대	평균	54	9.4	7.7	11	6	4.5	9.6	5.8
	obs	668	668	668	668	667	668	668	668
40대	평균	50	8.2	7.3	10	4	4.3	9.6	6.2
	obs	1089	1089	1089	1089	1087	1089	1089	1089
50대	평균	52	8.9	<u>8</u>	10	3.8	4.4	10	6.7
	obs	1437	1437	1436	1436	1433	1436	1436	1436
60대	평균	52	<u>8.9</u>	<u>7.9</u>	10	2.8	<u>4.5</u>	11	6.7
	obs	1051	1051	1051	1051	1044	1049	1049	1049
70대	평균	<u>56</u>	<u>10</u>	9.2	11	3.5	4.8	11	6.7
	obs	110	110	109	109	109	109	109	109

연령	여가영역 총점	가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도	가장 활발한 취미여가활동 지속기간	취미여가 만족도	취미여가활동 별 참여 수 및 참여 의향 수	타인 대비 취미여가활동 평가	노후 취미여가활동 준비	노후 취미여가활동 인식	
Total	평균	53	9.1	7.8	11	4.6	4.5	9.9	6.3
	obs	5293	5293	5291	5291	5278	5289	5289	5289
	F	22.57***	34.30***	5.87***	37.51***	56.57***	21.24***	23.82***	38.24***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 그룹간 진한 색, Bold, 유색 밑줄 표시

70대를 제외하고는 낮은 연령일수록 높은 점수가 나타났다. 20대 이하와 30대에서는 40대와 50대에 비해 상대적으로 적극적으로 참여하고 만족도도 높다. 그러나 60대 이후 다시 참여 빈도가 증가하며 만족도가 상승했다. 노후 여가에 대한 인식과 준비는 연령이 증가함에 따라 증가하는 경향을 보인다.

〈표 III-41〉 여가 영역 여성의 가구유형별 평균(t-test)

가구유형	여가영역 총점	가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도	가장 활발한 취미여가활동 지속기간	취미여가 만족도	취미여가활동 별 참여 수 및 참여 의향 수	타인 대비 취미여가활동 평가	노후 취미여가활동 준비	노후 취미여가활동 인식	
1인	평균	52	9.1	7.6	11	4.7	4.5	9.7	6.2
	obs	3735	3735	3734	3734	3725	3733	3733	3733
부부	평균	54	9.2	8.3	11	4.4	4.5	11	6.6
	obs	1558	1558	1557	1557	1553	1556	1556	1556
Total	평균	53	9.1	7.8	11	4.6	4.5	9.9	6.3
	obs	5293	5293	5291	5291	5278	5289	5289	5289
	t	-3.0**	-0.77	-5.77***	0.52	1.52	-0.33	-7.16***	-5.71***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

가구 유형별로 여성의 여가 영역 노후 준비 진단 결과를 살펴보면, 부부 가구에서는 1인 가구에 비해 여가 영역의 총점이 유의미하게 높았다. 또한, 노후 여가에 대한 인식과 준비 수준도 높게 나타났다.

연령		재무영역총점	예상은퇴연령	소득활동 지속노력 (45세 미만)	소득활동 지속노력 (45세 이상)	배우자 은퇴연령	노후 예상 생활비	노후자금 준비(공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)
70대	평균	42	4.3	0.098	3.4	0.3	5.6	29
	obs	126	126	126	126	126	126	126
Total	평균	52	3.3	2.5	3.1	0.44	6	36
	obs	6516	6516	6516	6516	6516	6516	6516
	F	31.94***	7.18***	1389.82***	375.62***	69.73***	25.1***	18.53***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

여성의 재무 영역 노후 준비 진단 결과를 가구 유형별로 살펴보면, 부부 가구에서는 1인 가구에 비해 유의미하게 높다. 그러나 1인 가구의 경우 예상 은퇴 연령은 부부 가구에 비해 높게 나타나지만, 자산 형성 수준은 부부 가구에 비해 적다.

<표 III-45> 재무 영역 여성의 가구유형별 평균(t-test)

가구유형		재무영역총점	예상은퇴연령	소득활동 지속노력 (45세 미만)	소득활동 지속노력 (45세 이상)	배우자 은퇴연령	노후 예상 생활비	노후자금 준비(공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)
1인	평균	48	3.5	3.1	3	0	6	32
	obs	4570	4570	4570	4570	4570	4570	4570
부부	평균	61	2.9	1.1	3.4	1.5	6.1	46
	obs	1946	1946	1946	1946	1946	1946	1946
Total	평균	52	3.3	2.5	3.1	0.44	6	36
	obs	6516	6516	6516	6516	6516	6516	6516
	t	-20.00***	8.67***	17.48***	-3.14***	-100.0***	-1.43	-21.82

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

〈표 III-46〉 재무 영역 여성의 소득활동 여부별 평균(t-test)

소득활동 여부		재무영역총점	예상은퇴연령	소득활동 지속노력 (45세 미만)	소득활동 지속노력 (45세 이상)	배우자 은퇴연령	노후 예상 생활비	노후자금 준비(공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)
하지 않음	평균	51	1.9	0.76	2.2	0.98	6	39
	obs	2955	2955	2955	2955	2955	2955	2955
하고 있음	평균	52	4.5	4	3.9	0	6.1	33
	obs	3561	3561	3561	3561	3561	3561	3561
Total	평균	52	3.3	2.5	3.1	0.44	6	36
	obs	6516	6516	6516	6516	6516	6516	6516
	t	-1.29	-47.78***	-33.20***	-17.18***	54.87***	-3.15***	9.75***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

여성의 재무 영역 노후 준비 진단 결과에서 소득 활동 유무에 따른 유의미한 차이는 보이지 않는다. 그러나 예상 은퇴 연령, 소득 활동을 위한 지속적인 노력의 수준, 그리고 노후 예상 생활비 수준의 적절성에 있어서는 소득 활동을 하는 사람들이 더 높게 나타난다.

그럼에도 불구하고 소득 활동을 하지 않는 사람들 중에서는 노후 자금 형성 수준이 소득 활동을 하는 사람들에 비해 유의미하게 높다. 이로 인해 재무 영역의 총점이 소득 활동을 하는 사람들에 비해 유의미한 수준으로 낮지 않게 나타난다.

⑤ 여성의 인구사회 특성별 노후준비진단결과 시사점

영역별 여성 집단 내 노후준비 수준 비교 결과를 종합해 보면, 대인관계에서는 낮은 연령층이 대인관계에 더 활발하게 참여하고 있기 때문에 고령층의 대인관계를 넓힐 수 있는 서비스 제공이 필요하다. 부부 가구는 1인 가구에 비해 대인관계 점수가 높지만, 그 점수는 가족 수 뿐 아니라 직장 동료와 이웃과의 관계에서도 나타난다. 따라서 배우자가 없는 대인관계에 취약한 집단에 대한 집중적인 서비스 제공이 필요하다.

건강 분야에서는 특별시에 비해 중소 도시와 도지역의 점수가 상대적으로 낮다. 이러한 지역에서는 꾸준한 건강 관리의 중요성에 대한 인식을 제고하는 노력이 필요하다. 여가 분야에서는 도지역에서는 취미나 여가 활동에 대한 문화 생활 안내 서비스가 필요하다.

특별시에서는 현재의 취미나 여가 활동을 노후에도 계속할 수 있는지에 대한 고민과 노후 취미나 여가 생활에 대한 새로운 접근 방법에 대한 서비스 콘텐츠 강화가 필요하다.

재무 분야에서는 총 자산 형성 수준이 높을수록 재무 영역 결과에서 큰 차이를 보인다. 금융과 부동산 자산의 축적 수준에 따라 특별시 지역의 점수가 높게 나타난다. 저소득 취약 계층에 대해서는 집중적인 재무 설계와 일자리 연계 고용 서비스 제공이 필요하다.

다. 노후준비실태조사 분석 결과

1) 조사 개요

노후준비 실태조사는 우리나라가 급격히 진행되는 고령화 사회에 대응하기 위한 일환으로 5년마다 실시되고 있다. 조사의 목적은 국민의 전반적인 노후준비 실태를 점검하고, 그 결과를 바탕으로 제도적 기반을 마련하는 것이다.

이 조사는 주로 35세 이상 69세 이하의 국민을 대상으로 이들의 노후준비 수준을 파악하기 위해 노후준비 점수를 산출하고, 각 영역별 노후준비 수준에 따른 노후준비 유형을 분류한다. 이를 통해 노후준비 관련 정책 마련의 기초 자료를 구축하기 위함이다.

이하에서는 2019년 실시된 노후준비실태조사 데이터를 활용해 노후준비진단지표 문항을 중심으로 노후준비 점수를 산정하고 성별 차이를 분석하고자 한다.

〈표 III-47〉 노후준비실태조사의 영역별 조사 문항

대분류	세부 문항
A. 대인관계	(1) 혼인상태 (2) 마음을 털어놓을 수 있는 가족 수 (3) 가족과의 친밀함 정도 (4) 갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도 (5) 마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수 (6) 친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도 (7) 갑작스러운 도움 요청 시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도 (8) 최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수 (9) 참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도 (10) 대인관계 전반적 만족도
B. 건강한 생활습관	(1) 건강상태 평가 (2) 3개월 이상 앓고 있는 만성질환 수 (3) 고혈압 관리 정도 (4) 당뇨병 관리 정도 (5) 스트레스 느끼는 정도 (6) 스트레스 관리 여부 (7) 체질량지수(BMI) 인지 및 지수

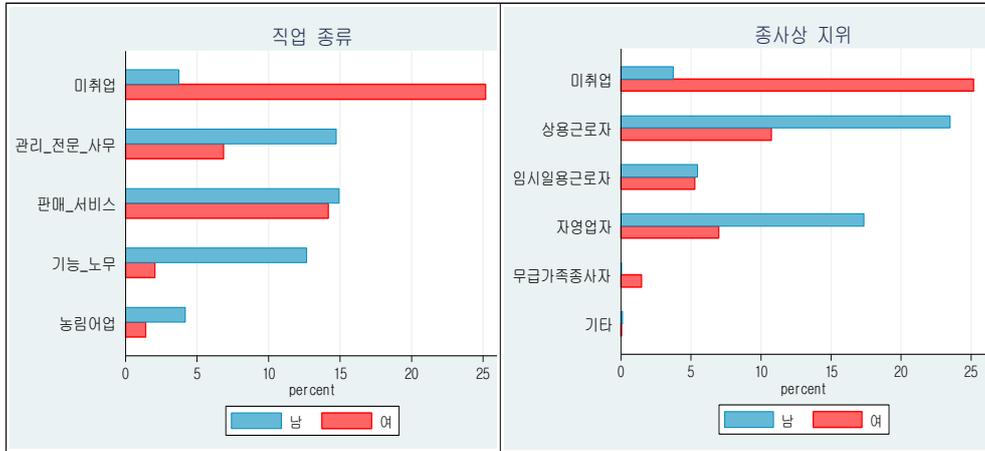
대분류	세부 문항
	(8) 구강건강 관리 정도 (9) 지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력운동 정도 (10) 지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도 (11) 하루 수면시간의 피로회복 충분 정도 (12) 정기적인 건강검진 정도 (13) 지난 6개월간 다양한 종류의 식품 섭취 정도 (14) 흡연 여부 (15) 금연 계획 여부 (16) 지난 6개월간 음주 횟수
C. 여가활동	(1) [취미여가활동 참여 경험] 문화예술관람, 문화예술활동참여, 스포츠관람, 운동 및 스포츠 활동참여, 관광 및 야외나들이, 자원봉사, 종교활동 등 (2) [취미여가활동 노후 참여 의향] 종류 및 참여영역 개수 (3) 취미여가활동 정도 (4) 취미여가활동 기간 (5) 타인 대비 취미여가활동 활발함 정도 (6) 취미여가활동 목적 (7) 현재의 취미여가활동 만족도 (8) 노후 취미여가활동 준비 경험 (9) 노후 취미여가활동에 대해 생각해본 경험 (10) 노후 취미여가활동 함께 하고 싶은 사람 (11) 노후 취미여가활동을 위한 경제적 지출
D. 소득과 자산	(1) 현재 본인의 근로 상황, 구직활동 여부, 평생 근로경험 (2) 배우자의 근로 상황배우자 소득활동 연령 예상 (3) 본인과 배우자의 국민연금이나 특수직역연금 가입여부, 향후 예상 수령 금액 (4) 본인과 배우자의 국민연금이나 특수직역연금 수급여부, 수급 금액 (5) 본인과 배우자의 퇴직금연금이나 퇴직금(일시금) 수령가능여부, 향후 예상 수령 금액 (6) 본인과 배우자의 퇴직금연금이나 퇴직금(일시금) 수령경험여부, 수령 금액 (7) 본인과 배우자의 개인연금 수령가능여부, 향후 예상 수령 금액 (8) 본인과 배우자의 개인연금 수령경험, 수령 금액 (9) 금융자산과 부동산자산 보유 유무 및 총액 (10) 현재 거주 주택 형태 및 점유 형태 (11) 부채 유무 및 부채 총액 (12) 부채해소에 대해 부담을 느끼는 정도 (13) 자녀 교육비 지출에 부담을 느끼는 정도 (14) 자녀의 경제적 지원에 부담을 느끼는 정도 (15) 부모의 경제적 지원에 부담을 느끼는 정도 (16) 은퇴시기 (17) 은퇴 이후 예상 생활비 (18) 소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부 (19) 소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부
E. 노후준비 및 노후준비서비스에 대한 인식	(1) 현재 본인의 전반적인 노후준비 정도 (2) 노후준비서비스 인식 및 이용경험 (3) 노후준비서비스 이용의사

2) 노후준비실태조사 데이터 응답자 특성

2019년에 실시된 노후준비 실태조사 자료의 응답자 현황을 살펴보면 다음과 같다. 전체 조사 완료된 1,500명 중 남성은 50.3%(754명), 여성은 49.7%(746명)다.

응답자 중 유배우자인 경우는 전체의 84.8%(1,273명), 무배우자는 15.1%(227명)로 확인됐다. 자녀가 있는 경우 84.8%(1,273명), 친구가 있는 경우 96.5%(1,447명) 등으로 나타났다. 연령 분포는 40대가 30.3%(454명), 50대 32.5%(487명), 60대 22.9%(344명), 30대 14.3%(215명) 순이다. 지역별로는 중소도시 37.5%(656명), 대도시 43.7%(656명)의 순으로 비슷한 분포를 보이지만, 농어촌은 18.8%(272명)로 나타났다. 학력은 고졸이 전체의 44.5%(667명)로 가장 높은 비율을 차지했고, 전문대졸은 19.2%(288명), 대졸 이상은 26.1%(403명)다. 중졸 이하의 학력은 전체의 9.5%를 차지했다. 취업 여부는 전체의 71.7%(1,066명)이 취업 중이었고, 직종으로는 판매 및 서비스직이 29.1%(437명), 관리 및 전문·사무직 21.6%(324명), 기능 및 노무직 14.7%(221명) 등의 순으로 나타났다. 종사상 지위는 상용근로자 34.3%(514명), 고용주 및 단독자영업자가 전체의 24.4%(365명), 임시일용근로자 10.7%(161명) 등의 순이었다.

성별 차이가 나타나는 부문은 학력, 취업여부, 그리고 직업, 종사상 지위다. 학력의 경우 초, 중, 고 및 대학 졸업의 성별 전체적 비율 순위는 비슷했지만 여성의 경우 고졸 이하의 비율이 61.1%, 남성의 경우 46.8%로 여성이 더 높았다. 취업여부에서는 여성의 경우 미취업이 50.7%, 남성의 경우 7.4%였다. 취업자의 직업 구성을 보면 판매/서비스직이 가장 높은 점은 동일하지만 여성의 경우 57.9%, 남성은 32.1%로 차이가 크다. 남성은 31.7%가 관리/전문/사무직에 종사하고 있지만 여성의 경우 취업자의 28.0%만이 이에 해당했다. 종사상 지위를 보면 여성의 경우 상용근로자에 비해 임시/일용직의 비율과 무급가족종사자의 비율이 높게 나타났다. 여성은 취업자의 21.5%가 임시/일용직이었고, 남성의 경우 11.7%가 임시/일용직에 해당했다. 남성의 경우 무급가족종사자는 취업자의 1%, 여성의 경우 6%였다.



[그림 III-11] 응답자의 성별 직업종류 및 종사상지위

<표 III-48> 응답자의 성별 일반특성 분포

(단위: %, 명)

구분	전체	남성	여성
	계 (명)	계 (명)	계 (명)
	100.0 (1,500)	100.0 (754)	100.0 (746)
성별	50.3 (754) 49.7 (746)		
혼인상태			
유배우자	84.8 (1,273)	83.6 (630)	86.2 (643)
무배우자	15.1 (227)	16.5 (124)	13.8 (103)
자녀 유무			
자녀있음	88.7 (1,330)	84.6 (638)	92.8 (692)
자녀없음	11.3 (170)	15.4 (116)	7.2 (54)
친구유무			
친구있음	96.5 (1,447)	96.1 (725)	97.0 (724)
친구없음	3.5 (53)	3.9 (29)	3.0 (22)
연령			
30대	14.3 (215)	14.7 (111)	13.9 (104)
40대	30.3 (454)	30.4 (229)	30.2 (225)
50대	32.5 (487)	32.4 (244)	32.8 (243)
60대	22.9 (344)	22.6 (170)	23.3 (174)

구분	전체	남성	여성
	계 (명)	계 (명)	계 (명)
지역			
대도시(7대 광역시)	43.7 (656)	43.0 (324)	45.0 (332)
중소도시(9개 도의 동, 특별자치시도)	37.5 (562)	37.4 (282)	37.5 (280)
농어촌(9개 도의 읍/면)	18.8 (272)	19.6 (148)	18.0 (134)
학력			
초졸이하	3.1 (46)	2.1 (16)	4.0 (30)
중졸	6.4 (96)	4.0 (30)	8.9 (66)
고졸	44.5 (667)	40.7 (307)	48.3 (360)
전문대졸	19.2 (288)	19.9 (150)	18.5 (138)
대졸 이상	26.1 (403)	33.3 (231)	20.4 (151)
취업여부			
취업	71.7 (1,066)	92.6 (698)	49.3 (368)
미취업	28.9 (434)	7.4 (56)	50.7 (378)
직업			
관리/전문/사무	21.6 (324)	29.3 (221)	13.8 (103)
판매/서비스	29.1 (437)	29.7 (224)	28.6 (213)
기능/노무	14.7 (221)	25.2 (190)	4.2 (31)
농림어업	5.6 (84)	8.4 (63)	2.8 (21)
미취업	28.9 (434)	7.4 (56)	50.7 (378)
종사상지위			
상용근로자	34.3 (514)	46.8 (353)	21.6 (161)
임시/일용근로자	10.7 (161)	10.9 (82)	10.6 (79)
고용주/단독자영업자	24.4 (365)	34.5 (260)	14.1 (105)
무급가족종사자	1.5 (23)	0.1 (1)	3.0 (22)
기타	0.2 (3)	0.3 (2)	0.1 (1)
미취업	28.9 (434)	7.4 (56)	50.7 (378)

3) 노후준비 영역별 성별 차이 분석

① 대인관계 영역

대인관계 영역 9문항과 총점에 대한 성별 평균, 최대, 최소 응답을 살펴본 결과는 다음과 같다.

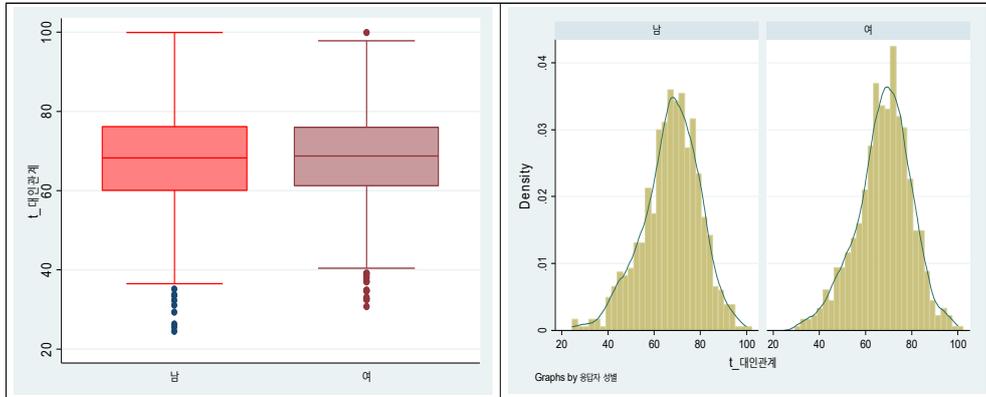
〈표 III-49〉 대인관계 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분 변수	전체(1,500명)			남성(754명)			여성(746명)		
	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max
대인관계 총점	67.6	24.5	99.9	67.3	24.5	99.9	67.9	30.7	99.9
마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	1.9	0	5	1.7	0	5	2***	0	5
마음을 털어놓을 수 있는 친구/이웃/직장동료 수	1.9	0	5	1.9	0	5	1.9	0	5
참석하는 모임 수	1.4	0	5	1.6***	0	5	1.3	0	5
가장 가까운 가족과 친하게 지내는 정도	4.2	0	5	4.2	0	5	4.3**	0	5
필요시 가족의 지원 수준(친밀도)	4.1	0	5	4.1	0	5	4.1	0	5
가장 가까운 친구/이웃/직장동료와 친하게 지내는 정도	4.1	0	5	4.1	1	5	4.1	0	5
필요시 친구/이웃/직장동료의 지원수준(친밀도)	3.9	0	5	3.9	1	5	3.9	0	5
가장 활발하게 참석하는 모임에서 친하게 지내는 정도	3.9	0	5	3.9	0	5	3.9	0	5
전반적인 대인관계 평가	3.7	1	5	3.7	1	5	3.7	1	5

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

실태조사 문항을 기준으로 진단지표와 동일하게 점수화한 총점의 경우, 성별 차이는 유의미하지 않다. 여성은 남성에 비해 가족관계에서 마음을 털어 놓고 이야기할 수 있는 가족의 수와 친밀감이 상대적으로 높게 나타나지만, 그 주관적인 도움의 정도는 같다.

마음을 털어 놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장 동료의 수에서는 남성이 여성보다 평균적으로 높다. 하지만 친밀함의 정도는 여성과 비슷하고, 그 도움의 정도에 대한 주관적 평가도 여성과 유사하다. 그러나 통계적으로 유의미하지는 않다. 최근 1년 동안 1회 이상 참석하는 모임 수는 남성이 평균적으로 많다. 그러나 그 모임에서 좋은 경험을 하는 정도에 대한 평가는 남녀 동일하다. 대인관계에 대한 전반적인 만족도는 남성과 여성에서 평균적으로 같다.



[그림 III-12] 성별 대인관계 영역 총점

대인관계 영역 총점에서 남자와 여자의 평균 차이는 크게 의미가 없지만, 그 분포를 살펴보면 남자가 여자보다 편차가 크게 나타난다. 특히, 남자는 매우 낮은 이상치가 상대적으로 많이 보이고, 여자는 매우 높은 이상치가 있다. 그래서 노후준비 DB의 분석 결과와 다르게, 여자가 남자보다 우세한 것으로 보기 어렵다.

② 건강 영역

건강 영역 12문항에 대한 남성과 여성의 평균, 최대, 최소 응답을 살펴보면 다음과 같다. 남성은 여성에 비해 전반적인 건강상태를 좋게 평가하고 있지만, 만성질병 수는 같다. 그리고 남성이 여성보다 스트레스를 더 강하게 느끼는 것으로 나타났다(스트레스를 적게 느낄수록 점수가 높다).

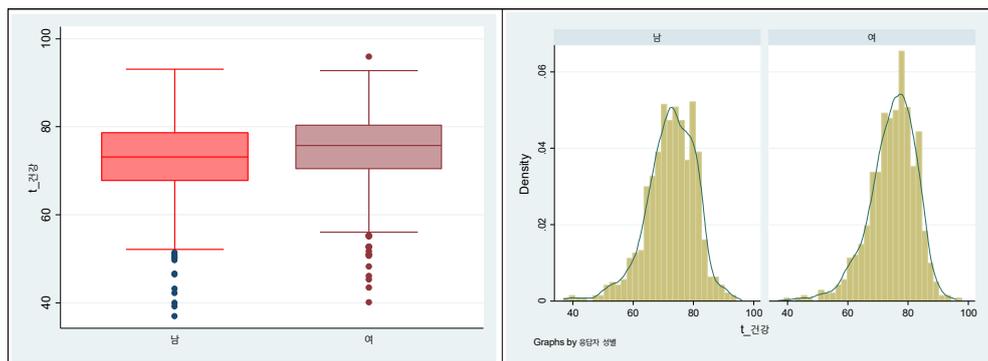
건강관리 측면에서 규칙적인 운동을 하는 것에 대해 남성이 더 많은 노력을 기울이는 반면, 여성은 식생활에서 다양한 음식을 섭취하려는 노력이 더 컸다. 그리고 여성이 흡연과 음주 빈도가 낮았다(빈도가 낮을수록 점수가 높다).

<표 III-50> 건강관계 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분	전체(1,500명)			남성(754명)			여성(746명)		
	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max
건강영역총점	73.7	36.9	96	72.5	36.9	93.1	74.8***	40.1	96
주관적 건강상태	3.7	1	5	3.8***	1	5	3.6	1	5
만성질병의 수와 주요 만성질병 관리수준	4.6	1	5	4.6	1	5	4.6	1	5

구분	전체(1,500명)			남성(754명)			여성(746명)		
	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max
BMI(키/몸무게)	4.1	1	5	4	1	5	4.2***	1	5
스트레스와 관리	2.9	1	4	2.8	1	4	2.9**	1	4
구강관리	3.6	1	5	3.6	1	5	3.6	1	5
규칙적인 운동(신체활동)	3.2	1	5	3.3***	1	5	3.1	1	5
건강 체중 유지 노력	3.3	1	5	3.3	1	5	3.3	1	5
수면 충분성	3.4	1	5	3.4	1	5	3.4	1	5
건강검진	3.6	1	5	3.6	1	5	3.7	1	5
영양섭취	3.6	1	5	3.6	1	5	3.7**	1	5
흡연	3.2	1	4	2.6	1	4	3.9***	1	4
음주 횟수	3.4	1	5	2.8	1	5	4***	1	5

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001



[그림 III-13] 성별 건강 영역 총점

건강 영역에서는 여성의 평균이 높게 나타났다. 이는 대인관계 영역과 유사한 분포를 보였다. 남성은 매우 낮은 이상치가 상대적으로 많이 보였고, 여성은 매우 높은 이상치가 있었다. 노후준비서비스의 진단 결과와 같이, 여성은 건강 영역에서의 점수가 더 높았다. 여성과 남성 모두 매우 낮은 이상치들이 나타났다

③ 여가 영역

아래 표에서 여가 영역 문항에 대한 남성과 여성의 평균, 최대, 최소 응답을 살펴보면 여가 영역 총점에서는 남성의 평균이 약간 높지만, 그 차이는 통계적으로 유의미하지

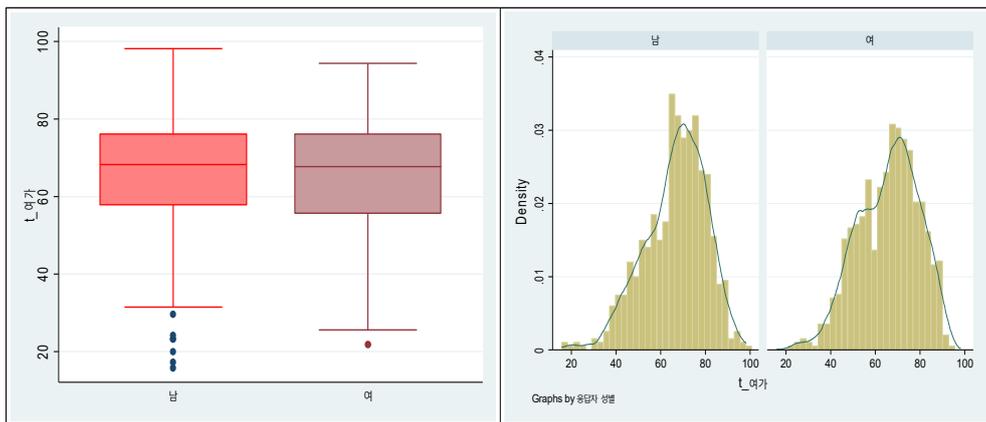
않았으며 남성이 여성에 비해 여가활동 지속 기간과 여가활동에 대한 만족 수준이 더 높게 나타났다.

〈표 III-51〉 여가영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분 변수	전체(1,500명)			남성(754명)			여성(746명)		
	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max
여가영역 총점	66.3	15.8	98.2	66.7	15.8	98.2	65.8	21.8	94.4
가장 활발한 취미여가활동 참여 빈도	2.8	1	5	2.9	1	5	2.8	1	5
가장 활발한 취미여가활동 지속기간	2.9	1	5	3**	1	5	2.8	1	5
취미여가 만족도	3.4	1	5	3.4	1	5	3.3	1	5
취미여가활동별 참여 수 및 참여 의향 수	4.8	0	5	4.8	0	5	4.8	0	5
타인 대비 취미여가활동 평가	3.1	1	5	3.1*	1	5	3	1	5
노후 취미여가활동 준비	2.6	1	5	2.6	1	5	2.6	1	5
노후 취미여가활동 인식	2.7	1	5	2.7	1	5	2.7	1	5

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

한편 분포 형태를 보면 노후 준비 서비스의 진단 결과와 달리, 남성이 더 높다고는 말할 수 없다. 남성의 경우 편차가 크고 이상치가 더 많이 분포해 있음을 알 수 있다.



[그림 III-14] 성별 여가 영역 총점

④ 재무 영역

소득과 자산 영역 주요 21문항에 대한 남성과 여성의 평균, 최대, 최소 응답을 보면 다음과 같다. 남성은 90% 이상이 현재 소득 활동을 하고 있는 반면, 여성은 51%만이 소득 활동을 하고 있다. 따라서 소득 활동 여부에서의 차이는 공적연금 및 퇴직연금 등 수급 여부에서도 유의미하게 나타나며, 남성이 여성보다 더 높다.

구체적으로, 공적연금의 가입률은 남성이 82%로 여성의 50%보다 높다. 조사 대상자 중 공적연금 수급자 수는 매우 적지만, 퇴직연금이나 퇴직금의 경우 남성이 수급 가능성이 높다. 특히, 퇴직금의 경우 수급 가능성이 남성이 2배 이상 높아, 소득활동 여부를 감안하더라도 높게 나타난다. 이는 여성이 임시일용직의 비율이 높기 때문일 것이다. 개인연금의 경우 배우자의 개인연금 가입률은 여성이 남성보다 유의미하게 높아 16%다. 그러나 퇴직연금 수급 가능 여부와 개인연금 가입 여부의 비율은 모두 18% 미만으로 낮다.

금융 및 부동산 자산 평균에서 성별에 따른 유의미한 차이는 없었다. 금융자산의 경우 중위수는 5천만 원, 부동산 자산의 경우 2억 원으로 나타났다.

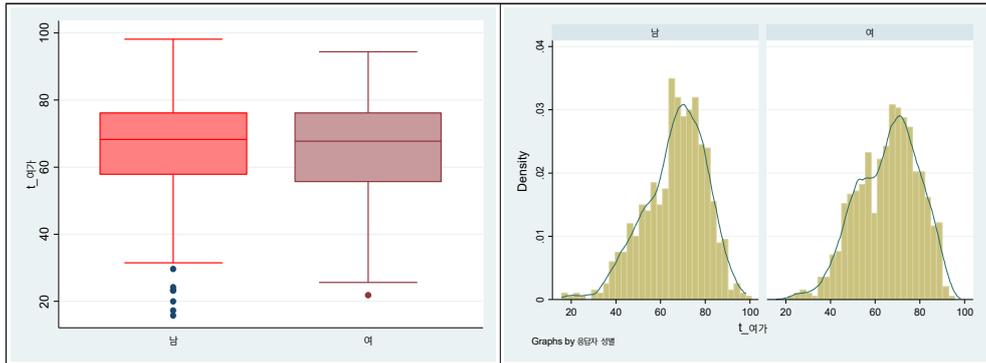
〈표 III-52〉 소득과 자산 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분 변수	전체			남성			여성		
	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max
재무영역총점	56.4	0.7	96.4	58.8***	0.7	96	53.9	1.4	96.4
예상 은퇴연령	2.2	0	5	3***	0	5	1.5	0	5
소득활동 지속노력	1.7	0	5	2.2***	0	5	1.2	0	5
배우자 은퇴연령	1.7	0	5	1.2	0	5	2.3***	0	5
노후 예상 생활비	3.6	0	5	3.6	0	4.9	3.6	0	5
노후자금 준비 (공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)	61.2	0	100	61.7	0	100	60.8	0	100

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

재무 영역 총점에서는 남성의 평균이 여성보다 유의미하게 높다. 노후준비DB 분석 결과와 유사하게 남성의 점수가 더 높게 나타났다. 그러나 노후자금 준비에 있어서는 성별 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 이러한 결과는 점수화 과정에서 개인의 재산이 아닌 부부의 공동 재산을 측정했기 때문이다. 여성의 경우, 유배우자가

86% 이상인 전국적 데이터에서는 이런 차이가 발생하지 않았다. 그러나 노후 준비 서비스 조사 대상 여성 중 1인 가구 비율이 70% 이상이었기 때문에, 재산에서 유의미한 차이가 발생했다고 볼 수 있다.



[그림 III-15] 성별 재무 영역 총점

⑤ 노후준비에 대한 평가 및 노후준비서비스 인지도

노후 준비에 관한 자신의 평가와 노후 준비 서비스의 인지도 등 7문항에 대한 남성과 여성의 평균, 최대, 최소 응답을 보면 다음과 같다. 노후에 필요한 소득에 대해 계산해 본 경험이 있는 응답자는 전체의 30% 정도였다. 이 중 남성은 31%, 여성은 29%였으며, 성별 간에는 통계적으로 유의미한 차이가 없다. 필요한 생활비의 준비 방법에 대해 생각해 본 사람은 40%였으며, 이 중 남성은 42%, 여성은 39%였다. 이 차이 역시 통계적으로 유의미하다고 볼 수 없다. 노후 준비 서비스에 대한 인지도는 전체의 49.2%가 들어본 적이 없고, 46.9%는 들어는 봤지만 잘 모른다고 응답했다. 잘 알고 있다고 응답한 사람은 3.87%뿐이었으며, 이러한 응답에서 성별에 따른 유의미한 차이는 없다.

<표 III-53> 노후준비 및 노후준비서비스 인지도 영역 문항과 성별 평균(t-test), 최대 최소

구분 변수	전체				남성				여성			
	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max
노후 필요 생활비 계산 경험	1,500	0.30	0	1	754	0.31	0	1	746	0.29	0	1
노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험	1,500	0.40	0	1	754	0.42	0	1	746	0.39	0	1
노후준비서비스 인지도	1,500	2.40	1	3	754	2.39	1	3	746	2.41	1	3

구분 변수	전체				남성				여성			
	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max	Obs	Mean	Min	Max
국민연금공단 노후준비서비스 인지도	1,500	2.45	1	3	754	2.42	1	3	746	2.48	1	3
국민연금공단 노후준비서비스 수혜 경험	58	0.26	0	1	34	0.24	0	1	24	0.29	0	1
국민연금공단 노후준비서비스 이용 의향	1,500	0.39	0	1	754	0.40	0	1	746	0.38	0	1
100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가	1,500	52.31	0	100	754	52.14	0	100	746	52.48	0	100

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

⑥ 노후준비실태 성별 차이 소결

대인관계 영역에서 여성의 점수는 남성보다 상대적으로 높지만, 이는 통계적으로 유의미하지 않다. 전반적인 만족도에서는 여성과 남성 사이에 통계적으로 유의미한 차이가 없다. 그러나 여성은 가까운 가족과의 친밀도가 높고, 도움을 받을 수 있는 정도가 크다고 인식한다.

건강 영역에서는 남성의 주관적 건강 상태가 여성보다 높게 나타나며, 규칙적으로 운동을 한다. 하지만 여성에 비해 스트레스를 더 많이 받으며, 흡연 및 음주 비율과 건강한 식사 습관이 부족하다. 따라서 총점에서는 여성이 유의미하게 높게 나타난다.

여가 영역에서는 총점에서 유의미한 차이가 없다. 그러나 여성은 남성에 비해 적극적으로 여가 활동에 참여하며, 지속적으로 참여하고 있다. 그럼에도 불구하고 향후 참여 의지는 강하다.

재무 영역의 총점에서는 여성이 남성에 비해 유의미하게 낮다. 여성은 근로활동 여부 및 지속 기간이 남성에 비해 낮아, 이에 따른 공적연금의 가입과 퇴직연금 및 퇴직금의 수령 비율이 낮다. 또한 개인연금의 경우도 배우자인 남성 명의로 가입하고 있다. 따라서 가입 여부 및 수령 여부에서는 여성이 남성에 비해 매우 열악하다.

그러나 부부 공동 자산으로 간주될 수 있는 금융자산이나 부동산 자산의 비교에서는 유의미한 차이가 없다. 이는 노후 준비 서비스의 진단결과에서 1인가구 여성 비율이 높아, 남녀 재산 차이에서 유의미하게 낮은 점수를 보였다는 점과 대조된다. 즉, 재무 영역의 노후 준비에서는 부부 공동 자산을 중심으로 점수화할 경우 여성의 취약성이 적게 드러난다.

또한, 근로활동을 통해 공적연금 등의 수급권이 발생하지 않는 가정주부의 경우, 이런 왜곡 현상은 더욱 심하게 나타날 수 있다.

4) 인구사회 특성별 성별 노후준비 실태

다음은 실태조사 결과를 바탕으로 노후 준비 진단 지표와 같은 점수화를 통해 노후 준비수준을 상담 유형, 거주지, 연령, 가구 유형, 소득 활동 여부 등 인구사회적 특성에 따른 성별 차이를 T-test를 통해 분석하고자 한다.

대인관계, 여가, 건강 영역에서는 노후준비진단 점수에 활용한 동일한 문항을 비교 분석하며, 재무 영역에서는 점수화된 문항에 더하여, 보다 상세한 조사 내용을 함께 고려했다.

① 대인관계 영역

〈표 III-54〉 대인관계 영역 성별 거주지에 따른 평균(t-test)

거주지, [성별, obs]		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	가족과의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 가족의 도움 정도	마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수	친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도	최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수	참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도	대인관계 전반적 만족도	
대도시	여	332	68.0	3.19*	4.25*	4.15	2.98	4.05	3.89	2.5	4.01	3.66
	남	324	66.4	2.88	4.15	4.13	3.15	4.01	3.84	2.64	3.98	3.65
중소도시	여	280	68.5	3.09	4.38	4.22	2.84	4.22	4.05	2.15	4.18*	3.71
	남	282	68.5	2.94	4.31	4.24	3.14*	4.15	3.94	2.62***	4.04	3.76
농어촌	여	134	66.5	2.99*	4.27	4.1	3.16	4.02	4	1.9	3.85	3.52
	남	754	67.1	2.58	4.18	4.11	3.39	4.01	3.78	2.57***	3.87	3.64

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

거주지역에 따른 성별 간의 대인관계 차이는 크게 나타나지 않는다. 하지만 중소도시에서는 대도시나 농어촌에 비해 여성이 마음을 털어놓을 수 있는 가족 수와 그 친밀도에서 남성보다 높지 않다.

〈표 III-55〉 대인관계 영역 성별 연령대별 평균(t-test)

연령, [성별, obs]		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	가족과의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 가족의 도움 정도	마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수	친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도	최근 1년 1회 이상 참석하는 모임수	참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도	대인관계 전반적 만족도	
30대	여	104	69.02	3.16*	4.36	4.23	2.95	4.07	3.99	2.12	3.90	3.75
	남	111	70.0	2.75	4.33	4.3	3.5	4.2	4.01	2.8***	4.02	3.81
40대	여	225	69.67	3.25**	4.35	4.20	3.09	4.15	4.01	2.26	3.89	3.71
	남	229	68.59	2.84	4.26	4.19	3.31	4.09	3.93	2.62**	3.99	3.72
50대	여	243	67.73	3.21	4.20	4.07	3.06	4.08	3.90	2.44	3.85	3.62
	남	244	67.58	3.13	4.09	4.04	3.24	4.09	3.86	2.76*	3.91	3.69
60대	여	174	65.4	2.79	4.2*	4.06	2.67	3.95	3.79	2.09	3.79	3.59
	남	170	63.55	2.51	4.04	3.97	2.77	3.89	3.67	2.29	3.9	3.55

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

연령대에 따른 성별 간의 대인관계 차이는 크게 나타나지 않는다. 그러나 참석하는 모임 수는 남성이 여성보다 많게 나타나고 있다.

〈표 III-56〉 대인관계 영역 성별 배우자 유무별 평균(t-test)

배우자, [성별, obs]		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	가족과의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 가족의 도움 정도	마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수	친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도	최근 1년 1회 이상 참석하는 모임수	참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도	대인관계 전반적 만족도	
유	여	643	68.84	3.21***	4.32	4.19	3.02	4.08	3.94	2.3	3.91	3.68
	남	630	68.64	2.95	4.26	4.20	3.25	4.09	3.91	2.7***	4.00*	3.74
무	여	103	62.2	2.51	3.93	3.74	2.58	4.00	3.78	1.97	3.52	3.5
	남	124	60.71	2.31	3.69	3.66	2.92	3.93	3.65	2.22	3.52	3.44

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

배우자 유무에 따른 성별 간의 대인관계 차이를 분석해보면, 대인관계에서의 남녀 차이는 배우자의 유무에 따라 발생하지만 배우자 유무가 동일한 경우 성별 대인관계

차이는 통계적으로 유의하게 나타나지 않는다. 또한 배우자가 있는 경우에만 세부 지표에서 차이가 발생하는데 배우자가 있는 여성이 배우자가 있는 남성보다 마음을 털어놓을 수 있는 가족이 더 많은 반면 남성은 참석하는 모임 수와 모임에 대한 긍정적 태도가 여성보다 높다.

〈표 III-57〉 대인관계 영역 성별 자녀 유무별 평균(t-test)

자녀, [성별, obs]		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	가족과의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 가족의 도움 정도	마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수	친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 친구, 이웃, 직장 동료의 도움 정도	최근 1년 1회 이상 참석하는 모임수	참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도	대인관계 전반적 만족도	
유	여	692	68.14	3.13	4.27	4.15	3.00	4.08	3.92	2.27	3.87	3.66
	남	638	68.25	2.96	4.22	4.16	3.24*	4.07	3.88	2.69***	3.97*	3.71
무	여	54	65.33	2.98*	4.15	3.94	2.5	3.98	3.91	2.17	3.63	3.65
	남	116	65.08	2.22	3.88	3.80	2.91	3.99	3.76	2.22	3.66	3.53

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

대인관계에서 자녀의 유무는 남녀 간 차이를 발생시키는 중요한 요인이다. 즉, 자녀가 있는 여성은 남성에 비해 사회활동이 적어져서 대인관계의 폭이 남성보다 상대적으로 줄어든다.

취업 여부에 따른 분석결과 동일하게 취업을 하고 있는 경우에도 여성이 ‘마음을 털어놓을 수 있는 가족수’와 ‘도움 요청 시 친구, 이웃, 직장 동료 수’의 두 부분에서 유의미하게 높은 점수를 보이지만, 취업을 하고 있지 않은 경우에는 여성이 ‘마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수’와 ‘참석하는 모임 수’의 두 부분을 제외하고 전반적으로 더 높은 점수를 보인다.

〈표 III-58〉 대인관계 영역 성별 취업여부별 평균(t-test)

취업여부, [성별, obs]		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	가족과의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 가족의 도움 정도	마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수	친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도	최근 1년 1회 이상 참석하는 모임수	참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도	대인관계 전반적 만족도	
하고 있지 않음	여	378	66.76***	3.02*	4.25***	4.12***	2.76	4.02***	3.85***	2.08	3.76**	3.59***
	남	56	56.75	2.41	3.52	3.46	2.71	3.59	3.32	2.09	3.38	3.21
하고 있음	여	368	69.11	3.22**	4.29	4.14	3.17	4.13	3.99*	2.45	3.95	3.72
	남	698	68.18	2.88	4.22	4.16	3.23	4.1	3.91	2.66*	3.97	3.72

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

〈표 III-59〉 대인관계 영역 성별 종사상 지위별 평균(t-test)

종사상 지위, [성별, obs]		대인관계 총점	마음을 털어놓을 수 있는 가족 수	가족과의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 가족의 도움 정도	마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수	친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도	갑작스러운 도움 요청시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도	최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수	참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도	대인관계 전반적 만족도	
미취업	여	378	66.76***	3.02*	4.25***	4.12***	2.76	4.02***	3.85***	2.08	3.76**	3.59***
	남	56	56.75	2.41	3.52	3.46	2.71	3.59	3.32	2.09	3.38	3.21
상용	여	161	69.85	3.02	4.41	4.24	2.95	4.22	4.13**	2.45	4.04	3.76
	남	353	69.34	2.91	4.31	4.25	3.08	4.19	3.99	2.69	4.02	3.8
임시 일용	여	79	65.38**	2.92**	4.01*	3.94**	3.15	3.9	3.68*	2	3.73	3.52
	남	82	60.27	2.17	3.73	3.6	3.66	3.79	3.48	2.12	3.52	3.4
자영업	여	105	71.08	3.89***	4.3	4.13	3.62	4.16	4.01	2.75	3.94	3.81
	남	260	69.11	3.07	4.28	4.22	3.28	4.07	3.92	2.78	4.03	3.73
무급 가족	여	22	67.65	2.64	4.32	4.18	2.68	4.09	4	2.41	4	3.68
	남	1	85.46	3	5	5	10	5	4	2	4	4
기타	여	1	69.81	1	4	5	2	4	4	5	5	5
	남	2	59.37	2	3.5	3.5	2	4	4	4	3.5	3.5

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색, 숫자 bold 표시

종사상 지위를 분석해보면, 여성이 미취업이거나 임시 일용직인 경우, 남성에 비해 대인관계 영역의 점수가 상대적으로 높다는 것을 알 수 있다.

취업 여부에 따른 분석결과 동일하게 취업을 하고 있는 경우에도 여성이 ‘마음을 털어놓을 수 있는 가족수’와 ‘도움 요청 시 친구, 이웃, 직장 동료 수’의 두 부분에서 유의미하게 높은 점수를 보이지만, 취업을 하고 있지 않은 경우에는 여성이 ‘마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수’와 ‘참석하는 모임 수’의 두 부분을 제외하고 전반적으로 더 높은 점수를 보인다.

② 건강 영역

거주지역에 따른 성별 차이를 분석해보면, 전체적으로 대도시와 중소도시에 거주하는 여성들이 남성들에 비해 건강에 대한 노후준비도가 높다.

세부적으로 살펴보면 대도시에서는 여성의 점수가 유의미하게 높은 항목이 중소도시에서는 유의미하지 않게 나타나는 경우가 있다. 또한, 중소도시에서는 대도시에 비해 남성의 점수가 유의미하게 높은 항목들이 나타난다. 즉, 대도시에 사는 여성은 남성에 비해 스트레스를 덜 느끼고, 구강 관리를 잘한다. 하지만 중소도시에서는 이런 항목들이 유의미하지 않다. 반면에 주관적 건강 상태, 체질량 지수, 규칙적인 운동 등에서는 중소도시의 남성의 점수가 유의미하게 높다.

〈표 III-60〉 건강 영역 성별 거주지별 평균(t-test)

거주지, [성별, obs]	건강 총점	건강 상태	3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수	스트레스 느끼는 정도	체질량 지수 (BMI) 인지 여부	구강 건강 관리 정도	지난 6개월간	지난 6개월간	하루 수면 시간의 피로 회복 충분 정도	정기적인 건강 검진 정도	지난 6개월간 다양한 종류의 식품 섭취 정도	흡연 여부	지난 6개월 음주 회수		
							규칙적인 신체 활동/ 근력 운동 정도	건강 체중 유지 노력 정도							
대도시	여	332	75.3***	3.66	3.68	2.91*	1.99	3.65*	3.18	3.4	3.42	3.62	3.69	3.93***	3.95***
	남	324	72.4	3.73	3.63	2.82	1.99	3.55	3.27	3.34	3.36	3.61	3.6	2.62	2.85
중소도시	여	280	75.1**	3.63	3.75	2.91	1.96	3.61	3.03	3.28	3.4	3.71	3.65	3.92***	4.04***
	남	282	72.94	3.77**	3.76	2.83	1.98*	3.56	3.33***	3.38	3.38	3.64	3.59	2.5	2.77
농어촌	여	134	73.17	3.62	3.55	2.9	2	3.57	2.92	3.08	3.31	3.64	3.61	3.88***	4.19***
	남	148	71.82	3.86*	3.64	2.91	1.99	3.61	3.07	3.21	3.35	3.61	3.47	2.52	2.86

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, t검정 / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

〈표 III-61〉 건강 영역 성별 연령대별 평균(t-test)

연령, [성별, obs]		건강 총점	건강 상태	3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수	스트레스 느끼는 정도	체질량 지수 (BMI) 인지 여부	구강 건강 관리 정도	지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력 운동 정도	지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도	하루 수면 시간의 피로 회복 충분 정도	정기적인 건강 검진 정도	지난 6개월간 다양한 종류의 식품 섭취 정도	흡연 여부	지난 6개월 음주 회수	
30대	여	104	76.3	3.94	3.92	2.92	1.99	3.85	3.06	3.38	3.38	3.38	3.63	3.96***	3.78***
	남	111	74.7	4.02	3.94	2.86	1.98	3.74	3.46**	3.48	3.4	3.49	3.5	2.59	2.64
40대	여	225	73.5	3.82	3.88	2.9*	1.96	3.65	3.16	3.39	3.41	3.67	3.7*	3.9***	3.9***
	남	229	76.5***	3.91	3.88	2.79	1.98	3.67	3.24	3.35	3.34	3.63	3.59	2.47	2.84
50대	여	243	74.3***	3.58	3.66	2.85	1.98	3.62	3.1	3.26	3.35	3.69	3.62	3.94***	4***
	남	244	71.9	3.7*	3.66	2.83	1.99	3.54	3.2	3.28	3.34	3.64	3.57	2.48	2.77
60대	여	174	72.3*	3.31	3.31	2.99	1.99	3.41	2.96	3.2	3.44	3.77	3.68	3.89***	4.39***
	남	170	70.5	3.51**	3.26	2.92	2	3.36	3.21*	3.26	3.44	3.66	3.61	2.77	3

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, 여검정 / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색, 숫자 bold 표시

건강 영역에서는 30대의 경우 남녀간 통계적으로 유의미한 차이가 없었으며 40대는 남성이 여성보다 건강 총점이 높았다. 그러나 50대와 60대에서는 여성의 건강 노후 준비도가 높은 것으로 나타났다. 연령대별로 성별 차이를 발생시키는 세부 요인은 흡연과 음주를 제외하면 크게 발견되지 않았다.

〈표 III-62〉 건강 영역 성별 배우자 유무별 평균(t-test)

배우자, [성별, obs]		건강 총점	건강 상태	3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수	스트레스 느끼는 정도	체질량 지수 (BMI) 인지 여부	구강 건강 관리 정도	지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력 운동 정도	지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도	하루 수면 시간의 피로 회복 충분 정도	정기적인 건강검진 정도	지난 6개월간 다양한 종류의 식품 섭취 정도	흡연 여부	지난 6개월 음주 회수	
유	여	643	75.3***	3.67	3.7	2.91*	1.98	3.62	3.12	3.34	3.42	3.67	3.69	3.94***	4.05***
	남	630	73.1	3.82***	3.67	2.84	1.99*	3.62	3.28***	3.35	3.38	3.67	3.64	2.61	2.84
무	여	103	71.7*	3.43	3.53	2.89	2	3.61**	2.84	3.06	3.26	3.6*	3.48**	3.79***	3.9***
	남	124	69.5	3.54	3.7*	2.83	1.98	3.3	3.1*	3.22	3.3	3.35	3.2	2.31	2.75

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

건강 관리에서 배우자의 유무에 따른 남녀 차이를 분석해보면, 여성은 배우자가 없어도 구강 관리, 건강 검진, 다양한 식품 섭취 등에 대한 노력을 남성보다 더 많이 한다는 것을 확인할 수 있다.

〈표 III-63〉 건강 영역 성별 자녀 유무별 평균(t-test)

자녀, [성별, obs]		건강 총점	건강 상태	3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수	스트레스 느끼는 정도	체질량 지수 (BMI) 인지 여부	구강 건강 관리 정도	지난 6개월간 규칙적인 신체 활동/근력 운동 정도	지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도	하루 수면 시간의 피로 회복 충분 정도	정기적인 건강검진 정도	지난 6개월간 다양한 종류의 식품 섭취 정도	흡연 여부	지난 6개월 음주 회수	
유	여	692	74.8***	3.64	3.68	2.9*	1.98	3.61	3.06***	3.3	3.38	3.66	3.66	3.92***	4.04***
	남	638	72.72	3.78***	3.66	2.83	1.99	3.6	3.26	3.33	3.37	3.68	3.63	2.58	2.85
무	여	54	75.6***	3.63	3.72	3.02	2	3.83***	3.11	3.28	3.59*	3.63**	3.7***	3.91***	3.93***
	남	116	71.18	3.72	3.78	2.9	1.97	3.37	3.24	3.31	3.37	3.3	3.23	2.41	2.69

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

배우자 유무와 유사하게, 자녀 유무를 고려해보면 자녀가 없는 경우 여성은 남성에 비해 본인의 건강을 유지하기 위한 노력을 상대적으로 더 잘 하고 있다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-64〉 건강 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

자녀, [성별, obs]		건강 총점	건강 상태	3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수	스트레스 느끼는 정도	체질량 지수 (BMI) 인지 여부	구강 건강 관리 정도	지난 6개월간 규칙적인 신체 활동/근력 운동 정도	지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도	하루 수면 시간의 피로 회복 충분 정도	정기적인 건강검진 정도	지난 6개월간 다양한 종류의 식품 섭취 정도	흡연 여부	지난 6개월 음주 회수	
하고 있지 않음	여	378	74.1***	3.51***	3.62***	2.95	1.99	3.56***	3.01	3.23	3.43	3.66	3.62**	3.96***	4.15***
	남	56	66.5	3.13	3.16	2.86	2	2.93	2.82	2.98	3.38	3.54	3.32	2.7	3.18
하고 있음	여	368	75.5***	3.78	3.74	2.86	1.97	3.69	3.15	3.37	3.36	3.66	3.7**	3.88***	3.91***
	남	698	73.0	3.82	3.72	2.84	1.99	3.62	3.29**	3.35	3.37	3.63	3.59	2.55	2.79

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

소득 활동을 하고 있지 않은 경우, 여성은 남성에 비해 전반적인 건강 상태, 만성 질병 수, 구강 관리 정도에서 유의미하게 높은 점수를 보였다.

〈표 III-65〉 건강 영역 성별 종사상 지위에 따른 평균(t-test)

종사상지위, [성별, obs]		건강 총점	건강 상태	3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수	스트레스 느끼는 정도	체질량 지수 (BMI) 인지 여부	구강 건강 관리 정도	지난 6개월간 규칙적인 신체 활동/근력 운동 정도	지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도	하루 수면 시간의 피로 회복 충분 정도	정기적인 건강 검진 정도	지난 6개월간 다양한 종류의 식품 섭취 정도	흡연 여부	지난 6개월 음주 회수	
미취업	여	378	74.2***	3.51***	3.62***	2.95	1.99	3.56***	3.01	3.23*	3.43	3.66	3.62**	3.96***	4.15***
	남	56	66.5	3.13	3.16	2.86	2	2.93	2.82	2.98	3.38	3.54	3.32	2.7	3.18
상용	여	161	76.7**	3.84	3.84	2.85	1.96	3.83*	3.27	3.45	3.43	3.71	3.66	3.85***	3.86***
	남	353	75.0	3.92	3.82	2.88	1.98	3.71	3.44*	3.48	3.46	3.78	3.65	2.66	2.8
임시 일용	여	79	72.43**	3.61	3.67	2.78	1.97	3.53***	2.7	3.19	3.23	3.49*	3.58*	3.85***	3.86***
	남	82	68.18	3.4	3.55	2.73	2	3.11	2.99*	3.09	3.18	3.24	3.34	2.57	2.8
자영업	여	105	75.7***	3.76	3.66	2.92	1.97	3.62	3.24	3.42	3.34	3.65	3.85**	3.92***	3.93***
	남	260	71.9	3.4	3.55	2.73	2	3.11	2.99	3.09	3.18	3.24	3.34	2.57	2.8
무급 가족	여	22	77.0	4	3.68	2.95	2	3.55	3.45	3.14	3.45	3.91	3.68	4	4.36
	남	1	67.3	3	3	3	2	2	3	4	4	4	4	1	2
기타	여	1	81.7	4	4	3	2	5	4	5	2	4	4	4	2
	남	2	62.1	3.5	3	3	2	3.5	2.5	3	3	3	3	2	3

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

미취업자의 경우 기타 종사상 지위와 비교했을 때, 여성이 건강 상태나 만성질환 수 관리에서 동일한 종사상 지위의 남성보다 통계적으로 유의미하게 잘하고 있다는 것을 알 수 있다.

③ 여가 영역

〈표 III-66〉 여가 영역 성별 거주지별 평균(t-test)

거주지, [성별, obs]		여가영역 총점	참여 활동 개수	참여 의향 개수	취미 여가활동 정도	취미 여가활동 기간	타인 대비 취미 여가활동 활발함 정도	현재의 취미 여가활동 만족도	노후 취미 여가활동 준비 경험	노후취미 여가활동에 대해 생각 해본 경험	
대도시	여	332	68.39	6.39**	3.06	3.03	3.17	3.43	2.75	2.83	2.45
	남	324	67.61	5.91	2.99	3.16	3.11	3.41	2.65	2.76	2.5
중소 도시	여	280	65.03	6.95**	2.7	2.67	2.95	3.33	2.56	2.71	2.46
	남	282	66.54	6.51	2.82	2.97*	3.16*	3.39	2.57	2.7	2.48
농어촌	여	134	61.09	6.28	2.44	2.31	2.92	3.1	2.42	2.45	2.25
	남	148	64.99*	6.05	2.7	2.84*	3.13	3.37**	2.45	2.61	2.36

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

대도시 지역과 중소도시지역 거주자들의 여가영역 노후준비 차이는 성별에 따라 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 그러나 농어촌에서는 남성의 점수가 유의미하게 높다. 농어촌의 여성은 참여 활동의 개수가 대도시나 중소도시에 비해 낮으며, 취미 및 여가 활동의 정도도 같은 지역의 남성에게 비해 유의미하게 낮다.

여가 영역에서 연령대별 성별 차이의 특이성으로 크게 부각되는 지점은 없는 것으로 보인다. 즉, 동일 연령대 안에서 여가의 경우 성별 차이가 크게 존재하지 않는다는 의미이다.

〈표 III-67〉 여가 영역 성별 연령대별 평균(t-test)

연령, [성별, obs]		여가영역 총점	참여 활동 개수	참여 의향 개수	취미 여가활동 정도	취미 여가활동 기간	타인 대비 취미 여가활동 활발함 정도	현재의 취미 여가활동 만족도	노후 취미 여가활동 준비 경험	노후취미 여가활동에 대해 생각 해본 경험	
30대	여	104	66.58	6.97	2.88	2.49	2.93	3.33	2.45	2.52	2.57
	남	111	64.71	6.44	3.03	2.95**	3.25**	3.48	2.4	2.55	2.61
40대	여	225	67.04	6.78	2.94	2.86	3.1	3.4	2.63	2.68	2.56
	남	229	67.07	6.45	2.9	3.05	3.15	3.4	2.54	2.69	2.57
50대	여	243	66.71	6.54**	2.82	2.85	3.11	3.35	2.72	2.86	2.41
	남	244	67.50	5.95	2.93	3.11	3.17	3.41	2.67	2.75	2.5

연령, [성별, obs]		여가영역 총점	참여 활동 개수	참여 의향 개수	취미 여가활동 정도	취미 여가활동 기간	타인 대비 취미 여가활동 활발함 정도	현재의 취미 여가활동 만족도	노후 취미 여가활동 준비 경험	노후취미 여가활동에 대해 생각 해본 경험	
60대	여	174	63.65	6.15	2.6	2.7	2.93	3.22	2.56	2.68	2.16
	남	170	65.11	5.89	2.63	2.92	2.99	3.32	2.63	2.79	2.17

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

배우자가 있는 경우, 여가 영역에서의 취미 활동의 정도, 기간, 활발함이 여성에 비해 남성이 더 잘 준비하고 있다는 것을 확인할 수 있다

〈표 III-68〉 여가 영역 성별 배우자 유무에 따른 평균(t-test)

배우자, [성별, obs]		여가영역 총점	참여 활동 개수	참여 의향 개수	취미 여가활동 정도	취미 여가활동 기간	타인 대비 취미 여가활동 활발함 정도	현재의 취미 여가활동 만족도	노후 취미 여가활동 준비 경험	노후취미 여가활동에 대해 생각 해본 경험	
유	여	643	66.16**	6.63*	2.83	2.76	3.05	3.35	2.64	2.74	2.43
	남	630	68.04	6.33	2.93	3.1***	3.19**	3.46*	2.64	2.75	2.5
무	여	103	63.68***	6.26**	2.71	2.8	2.95	3.25	2.49	2.61	2.32
	남	124	59.85	5.31	2.57	2.65	2.85	3.06	2.3	2.49	2.29

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,

자녀 유무를 고려해보면, 자녀가 있는 경우에도 여가 영역에서의 취미 활동의 정도, 기간, 활발함이 여성에 비해 남성이 더 잘 준비하고 있다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-69〉 여가 영역 성별 자녀 유무에 따른 평균(t-test)

자녀, [성별, obs]		여가영역 총점	참여 활동 개수	참여 의향 개수	취미 여가활동 정도	취미 여가활동 기간	타인 대비 취미 여가활동 활발함 정도	현재의 취미 여가활동 만족도	노후 취미 여가활동 준비 경험	노후취미 여가활동에 대해 생각 해본 경험	
유	여	692	64.84	6.58**	2.82	2.77	3.04	3.33	2.63	2.74	2.42
	남	638	62.36	6.22	2.88	3.06***	3.16*	3.43*	2.63	2.76	2.48
무	여	54	64.84	6.56	2.78	2.69	3.07	3.44	2.44	2.52	2.37
	남	116	62.36	5.84	2.79	2.83	2.97	3.19	2.33	2.41	2.39

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

근로 활동을 하고 있지 않은 남녀의 경우, 여성은 남성에 비해 참여 활동의 개수와 활발함이 상대적으로 높다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-70〉 여가 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

자녀, [성별, obs]		여가영역 총점	참여 활동 개수	참여 의향 개수	취미 여가활동 정도	취미 여가활동 기간	타인 대비 취미 여가활동 활발함 정도	현재의 취미 여가활동 만족도	노후 취미 여가활동 준비 경험	노후취미 여가활동에 대해 생각 해본 경험	
하고 있지 않음	여	378	65.45*	6.61***	2.72	2.73	2.97	3.3**	2.62	2.74	2.35
	남	56	60.07	5.5	2.48	2.63	2.77	2.98	2.55	2.71	2.18
하고 있음	여	368	66.19	6.55**	2.91	2.08	3.11	3.36	2.61	2.7	2.49
	남	698	67.23	6.22	2.9	3.06	3.16	3.43	2.58	2.71	2.49

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

종사상 지위를 분석해보면, 미취업이거나 임시 일용직인 경우 여성이 여가 활동의 점수가 상대적으로 높은 부분이 있다. 반면에 상용직인 경우, 남성이 여성에 비해 총점과 활동 정도가 유의미하게 높다.

〈표 III-71〉 여가 영역 성별 종사상 지위별 평균(t-test)

종사상지위, [성별, obs]		여가영역 총점	참여 활동 개수	참여 의향 개수	취미 여가활동 정도	취미 여가활동 기간	타인 대비 취미 여가활동 활발함 정도	현재의 취미 여가활동 만족도	노후 취미 여가활동 준비 경험	노후취미 여가활동에 대해 생각 해본 경험	
미취업	여	378	65.45*	6.61***	2.72	2.73	2.97	3.3**	2.62	2.74	2.35
	남	56	60.07	5.5	2.48	2.63	2.77	2.98	2.55	2.71	2.18
상용	여	161	66.67	6.66	2.94	2.81	3.12	3.45	2.63	2.71	2.55
	남	353	69.03*	6.53	3.09	3.25**	3.26	3.52	2.59	2.75	2.57
임시 일용	여	79	62.61	6.63*	2.63	2.47	2.81	3.08	2.43	2.56	2.42*
	남	82	62.39	5.82	2.65	2.73	2.8	3.11	2.43	2.59	2.15
자영업	여	105	66.50	6.36	3.13**	3.07	3.3	3.48	2.69	2.77	2.48
	남	260	68.33	5.94	2.73	2.93	3.16	3.42	2.62	2.7	2.49
무급 가족	여	22	64.71	6.23	2.55	2.64	3.18	3.14	2.86	2.73	2.32
	남	1	46.70	8	1	1	2	3	1	2	1
기타	여	1	80.22	9	5	5	5	5	1	2	3
	남	2	52.16	3	2	1.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

④ 재무 영역

〈표 III-72〉 소득과 자산 영역 성별 거주지에 따른 평균(t-test)

거주지		대도시		중소도시		농어촌	
		평균	obs	평균	obs	평균	obs
재무영역 총점	여	56.33	332	54.39	280	46.87	134
	남	60.79**	324	59.34*	282	53.38*	148
소득활동 여부	여	0.51	332	0.5	280	0.54	134
	남	0.88***	324	0.92***	282	0.92***	148
소득활동 연령 예상	여	64.09	168	63.92	139	67.11	73
	남	66.95***	284	66.37***	259	69.14*	136
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	여	2.57	46	2.63	35	2.44	16
	남	2.63*	87	2.37	73	2.4	25
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	여	2.39	122	2.38	104	2.35	57
	남	2.44*	197	2.42*	186	2.32	111
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	여	0.84***	290	0.87***	238	0.86***	115
	남	0.58	273	0.5	235	0.46	122
배우자 소득활동 연령 예상	여	66.57***	243	65.14*	207	68.03	99
	남	63.01	157	63.94	117	66.38	56
본인 공적연금 가입여부	여	0.53	332	0.54	280	0.54	134
	남	0.84***	324	0.8***	282	0.82***	148
배우자 공적연금 가입여부	여	0.76	290	0.73	238	0.67	115
	남	0.43	273	0.36	235	0.43	122
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	여	0.09	332	0.06	280	0.04	134
	남	0.17**	324	0.17***	282	0.14**	148
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.09	332	0.09	280	0.07	134
	남	0.29***	324	0.23***	282	0.18**	148
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.19**	290	0.17**	238	0.14***	115
	남	0.06	273	0.06	235	0.06	122
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.22***	290	0.26***	238	0.17***	115
	남	0.09	273	0.09	235	0.06	122
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	여	0.19	31	0.06	18	0	6
	남	0.09	54	0.06	49	0	20

거주지		대도시		중소도시		농어촌	
		평균	obs	평균	obs	평균	obs
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.15	54	0.07	41	0	16
	남	0.06	17	0	14	0	7
[가입 여부] 본인 개인연금	여	0.2	332	0.15	280	0.19	134
	남	0.27*	324	0.1	282	0.18	148
[가입 여부] 배우자 개인연금	여	0.21	290	0.12	238	0.16	115
	남	0.16	273	0.07	235	0.13	122
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	여	0.09	67	0.02	41	0.15	26
	남	0.09	88	0.03	29	0.04	26
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	여	0.13	60	0.11	28	0.11	18
	남	0.07	44	0.06	17	0.13	16
보유한 금융자산 총액	여	10,230	294	7,927	257	4385.45	120
	남	9,959	287	8,992	255	5056.4	134
보유한 부동산자산 총액	여	32,624	235	25,839	209	13,674	103
	남	33,732	224	27,644	198	17,032	114

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

거주지역에 따른 재무 영역에서 성별에 따른 특별한 차이는 발견되지 않고 있다.

〈표 III-73〉 소득과 자산 영역 성별 연령대별 평균(t-test)

연령		30대		40대		50대		60대	
		평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
재무영역 총점	여	56.30	104	57.48	225	56.49	243	44.24	174
	남	57.63	111	62.24*	229	60.77*	244	52.07**	170
소득활동 여부	여	0.48	104	0.56	225	0.58	243	0.36	174
	남	0.96***	111	0.96***	229	0.93***	244	0.75***	170
소득활동 연령 예상	여	61.1	50	62.5	126	65.4	142	69.9	62
	남	65.03***	107	65.58***	219	67.36***	226	71.37**	127
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	여	2.7*	50	2.43	47	.	0	.	0
	남	2.48	107	2.53	78	.	0	.	0
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	여	.	0	2.39	79	2.44	142	2.23	62
	남	.	0	2.32	141	2.54*	226	2.27*	127

연령		30대		40대		50대		60대	
		평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	여	0.86***	95	0.94***	202	0.88***	209	0.69***	137
	남	0.6	73	0.59	201	0.54	213	0.36	143
배우자 소득활동 연령 예상	여	63.96	82	65.01***	189	66.62***	183	70.22**	95
	남	63.2	44	61.78	118	64.34	116	68.4	52
본인 공적연금 가입여부	여	0.6	104	0.61	225	0.56	243	0.35	174
	남	0.86***	111	0.9***	229	0.84***	244	0.66***	170
배우자 공적연금 가입여부	여	0.82***	95	0.79***	202	0.76***	209	0.55***	137
	남	0.45	73	0.44	201	0.44	213	0.27	143
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	여	0.1	104	0.1	225	0.07	243	0.03	174
	남	0.23**	111	0.23**	229	0.13*	244	0.08*	170
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.16	104	0.14	225	0.05	243	0.02	174
	남	0.36**	111	0.31***	229	0.24**	244	0.09**	170
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.28***	95	0.2***	202	0.16***	209	0.07	137
	남	0.11	73	0.07	201	0.04	213	0.05	143
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.39***	95	0.25***	202	0.22***	209	0.07*	137
	남	0.21	73	0.1	201	0.06	213	0.01	143
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	여	0	10	0.09*	23	0.13	16	0.5	6
	남	0	26	0	52	0.03	31	0.5	14
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.04	27	0.05	41	0.06	34	0.67*	9
	남	0	8	0.07	15	0	8	0	7
[가입 여부] 본인 개인연금	여	0.2	104	0.16	225	0.22	243	0.13	174
	남	0.14	111	0.24	229	0.23	244	0.1	170
[가입 여부] 배우자 개인연금	여	0.21	95	0.16	202	0.17	209	0.12*	137
	남	0.15	73	0.12	201	0.15	213	0.06	143
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	여	0.05	21	0.03	37	0.09	53	0.17	23
	남	0.06	16	0.04	54	0.04	56	0.29	17
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	여	0.05	20	0.09	33	0.11	36	0.29	17
	남	0	11	0	24	0.12	33	0.22	9
보유한 금융자산 총액	여	10,593**	96	7585	198	8,298	220	7,811	157
	남	6,317	94	9,411*	208	8,375	218	9,307	156
보유한 부동산자산 총액	여	18,553	50	29,124	167	26,450	188	26,135	142
	남	25,180	45	26,670	159	28,602	187	29,369	145

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색, bold

연령에 따른 재무 영역의 남녀 차이는 크게 나타나지 않는다. 그러나 30대에서는 여성의 금융 자산이 남성에 비해 유의미하게 높다. 이때 재무 영역의 총점 차이는 유의미하게 벌어지지 않지만, 40대와 50대로 이동하며 남성의 자산과 소득 활동 연령이 증가하는 것을 확인할 수 있다.

<표 III-74> 소득과 자산 영역 성별 배우자 유무에 따른 평균(t-test)

배우자		유		무	
		평균	obs	평균	obs
재무영역 총점	여	55.13	643	46.25	103
	남	60.27***	630	51.3	124
소득활동 여부	여	0.48	643	0.67	103
	남	0.91***	630	0.85**	124
소득활동 연령 예상	여	64.22	311	66.36	69
	남	67.14***	574	67.3	105
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	여	2.51	84	2.92*	13
	남	2.48	143	2.55	42
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	여	2.35	227	2.5	56
	남	2.46*	431	2.05*	63
본인 공적연금 가입여부	여	0.54	643	0.48	103
	남	0.85***	630	0.68***	124
보유한 금융자산 총액	여	8,497	581	7,044	90
	남	8,963	571	6,770	105
보유한 부동산자산 총액	여	26,957	483	22,733***	64
	남	28,951	491	16,800	45

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

배우자 유무에 따른 분석 결과를 보면, 배우자가 없는 여성은 남성에 비해 직업 능력 향상을 위한 노력을 더 하고 있다. 또한, 배우자가 없는 경우 여성의 부동산 자산 총액이 유의미하게 높게 나타나는데, 이는 이상치가 존재하기 때문이다.

자녀 유무에 따른 남녀 간의 재무영역에서 차이는 크게 발견되지 않고 있다.

〈표 III-75〉 소득과 자산 영역 성별 자녀 유무에 따른 평균(t-test)

자녀		유		무	
		평균	obs	평균	obs
재무영역 총점	여	54.32	692	48.49	54
	남	59.86***	638	52.93	116
소득활동 유무	여	0.5	692	0.57	54
	남	0.9***	638	0.88***	116
소득활동 연령 예상	여	64.69	349	63.65	31
	남	67.24***	577	66.76***	102
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	여	2.54	79	2.67	18
	남	2.51	130	2.47	55
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	여	2.37	270	2.54*	13
	남	2.45	447	2.02	47
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	여	0.85***	615	0.86***	28
	남	0.52	596	0.53	34
배우자 소득활동 연령 예상	여	66.33***	525	65.42	24
	남	63.91	312	64	18
본인 공적연금 가입여부	여	0.54	692	0.46	54
	남	0.84***	638	0.73***	116
배우자 공적연금 가입여부	여	0.73***	615	0.79***	28
	남	0.4	596	0.44	34
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	여	0.08	692	0.06	54
	남	0.17***	638	0.14***	116
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.08	692	0.19	54
	남	0.24***	638	0.27***	116
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.17***	615	0.14***	28
	남	0.06	596	0.03	34
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.22***	615	0.36***	28
	남	0.07	596	0.24	34
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	여	0.13*	52	0	3
	남	0.07	107	0.06	16
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.1	107	0	4
	남	0.03	37	0	1

자녀		유		무	
		평균	obs	평균	obs
[가입 여부] 본인 개인연금	여	0.17	692	0.24	54
	남	0.19	638	0.21	116
[가입 여부] 배우자 개인연금	여	0.16	615	0.25	28
	남	0.13	596	0.06	34
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	여	0.07	121	0.15	13
	남	0.07	119	0.08	24
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	여	0.1	99	0.43	7
	남	0.07	75	0.5	2
보유한 금융자산 총액	여	8,357	624	7,573	47
	남	8,987	577	6,496	99
보유한 부동산자산 총액	여	26,633	520	23,189	27
	남	28,646	492	19,943	44

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

소득 활동을 하고 있지 않은 경우, 여성이 남성에 비해 개인 연금에 가입할 확률이 증가한다.

<표 III-76> 소득과 자산 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

취업여부		하지 않음		하고 있음	
		평균	obs	평균	obs
재무영역 총점	여	40.67	378	60.25	368
	남	46.42	56	61.59	698
소득활동 연령 예상	여	64.63	30	64.61	350
	남	72.4**	5	67.13***	674
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	여	2.5	6	2.57	91
	남	.	0	2.5	185
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	여	2.58	24	2.36	259
	남	1.8	5	2.41	489
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	여	0.79***	346	0.93***	297
	남	0.32	37	0.54	593

취업여부		하지 않음		하고 있음	
		평균	obs	평균	obs
배우자 소득활동 연령 예상	여	66.33	272	66.26*	277
	남	66.67	12	63.81	318
본인 공적연금 가입여부	여	0.34	378	0.73	368
	남	0.59***	56	0.84***	698
배우자 공적연금 가입여부	여	0.68***	346	0.79***	297
	남	0.24	37	0.41	593
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	여	0.04	378	0.11	368
	남	0.05*	56	0.17*	698
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.02	378	0.16	368
	남	0.05***	56	0.26***	698
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.16*	346	0.18*	297
	남	0.03	37	0.06	593
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.22*	346	0.23**	297
	남	0	37	0.09	593
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	여	0.19	16	0.1	39
	남	0.67	3	0.05	120
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.16	57	0.04	54
	남	0	1	0.03	37
[가입 여부] 본인 개인연금	여	0.12	378	0.24*	368
	남	0.13	56	0.19	698
[가입 여부] 배우자 개인연금	여	0.14	346	0.2	297
	남	0.11	37	0.12	593
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	여	0.04	45	0.1	89
	남	0.14	7	0.07	136
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	여	0.17	47	0.08	59
	남	0.5	4	0.05	73
보유한 금융자산 총액	여	8,071	334	8,531	337
	남	8,818	44	8,609	632
보유한 부동산자산 총액	여	27,797	283	25,033	264
	남	29,618	38	27,803	498

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

종사상 지위에 따른 남녀의 재무 영역 노후 준비 점수를 분석해 보면, 총점에서 유의미한 차이가 나타나는 것은 자영업자의 경우다. 자영업자인 경우, 여성이 남성에 비해 재무 준비를 더 잘 하고 있다는 결과가 나타난다.

〈표 III-77〉 소득과 자산 영역 성별 종사상 지위에 따른 평균(t-test)

종사상 지위		미취업		상용		임시일용		자영업		무급가족근로		기타	
		평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
재무영역 총점	여	46.42	378	67.04	161	52.10	79	62.43*	105	52.22	22	83.98	1
	남	40.67	56	66.98	353	45.42	82	56.13	260	69.18	1	20.53	2
소득활동 연령 예상	여	64.63	30	63.25	157	62.84	74	67.27	102	69.06	16	65	1
	남	72.4**	5	65.58***	343	66.86***	80	69.31***	249	75	1	70	1
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	여	2.5	6	2.46	63	2.83	18	2.78	9	.	0	3	1
	남	.	0	2.52	131	2.33	12	2.48	42	.	0	.	0
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	여	2.58	24	2.49	94	2.27	56	2.29	93	2.31	16	.	0
	남	1.8	5	2.47	212	2.46	68	2.34	207	2	1	3	1
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	여	0.79***	346	0.96***	138	0.89***	61	0.92***	77	0.9	21	.	0
	남	0.32	37	0.61	294	0.56	64	0.44	232	1	1	0.5	2
배우자 소득활동 연령 예상	여	66.33	272	65.15***	133	65.11	54	68.08***	71	70.47	19	.	0
	남	66.67	12	62.93	179	63.86	36	65.28	101	70	1	65	1
본인 공적연금 가입여부	여	0.34	378	0.83	161	0.59	79	0.71	105	0.59	22	1	1
	남	0.59***	56	0.94***	353	0.6	82	0.78	260	0	1	0	2
배우자 공적연금 가입여부	여	0.68***	346	0.88***	138	0.66***	61	0.73***	77	0.81	21	.	0
	남	0.24	37	0.49	294	0.3	64	0.35	232	0	1	0	2
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	여	0.04	378	0.22	161	0.01	79	0.02	105	0	22	0	1
	남	0.05	56	0.3	353	0.07	82	0.03	260	0	1	0	2
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.02	378	0.32	161	0.1	79	0	105	0	22	0	1
	남	0.05	56	0.48***	353	0.07	82	0.02	260	0	1	0	2
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.16**	346	0.28***	138	0.2*	61	0.05	77	0	21	.	0
	남	0.03	37	0.1	294	0.03	64	0.03	232	0	1	0	2
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	여	0.22***	346	0.33***	138	0.21***	61	0.14**	77	0	21	.	0
	남	0	37	0.14	294	0.02	64	0.03	232	0	1	0	2
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	여	0.19	16	0.06	36	1	1	0.5	2	.	0	.	0
	남	0.67	3	0.03	107	0.5	6	0	7	.	0	.	0

종사상 지위		미취업		상용		임시일용		자영업		무급가족근로		기타	
		평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	여	0.16	57	0.03	38	0.08	12	0	4	.	0	.	0
	남	0	1	0	28	0.5	2	0	7	.	0	.	0
[가입 여부] 본인 개인연금	여	0.12	378	0.29	161	0.19	79	0.25	105	0.05	22	1	1
	남	0.13	56	0.21	353	0.09	82	0.21	260	0	1	0	2
[가입 여부] 배우자 개인연금	여	0.14	346	0.24**	138	0.13*	61	0.19	77	0.14	21	.	0
	남	0.11	37	0.12	294	0.03	64	0.15	232	1	1	0	2
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	여	0.04	45	0.09	46	0.2	15	0.08	26	0	1	0	1
	남	0.14	7	0.04	75	0.43	7	0.06	54	.	0	.	0
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	여	0.17	47	0.06	33	0	8	0.2	15	0	3	.	0
	남	0.5	4	0.03	36	0	2	0.09	34	0	1	.	0
보유한 금융자산 총액	여	8,071	334	8,318	149	9,877	69	8,701	98	4070	20	20,000	1
	남	8,818	44	8,842	319	7,592	71	85,44	239	30,000	1	4,500	2
보유한 부동산자산 총액	여	27,797	283	25,707	108	20,356	52	27,859	85	21,368	19	.	0
	남	29,618	38	29,496	227	21,755	47	27,550	221	30,000	1	4,500	2

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 유색, bold, 밑줄 표시

⑤ 노후준비 인식 및 노후준비서비스 인지도

<표 III-78> 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 거주지별 평균(t-test)

거주지, [성별, obs]		노후 필요 생활비 계산 경험	노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험	노후준비 서비스 인지도	100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가	국민연금공단 노후준비 서비스 인지도	국민연금공단 노후준비 서비스 이용 의향	
								여
대도시	여	332	1.72	1.62	2.26	55.65	2.38	1.61
	남	324	1.71	1.59	2.31	52.86	2.35	1.64
중소도시	여	280	1.64	1.57	2.53*	49.75	2.56*	1.59
	남	282	1.64	1.57	2.43	52.07	2.44	1.57
농어촌	여	134	1.81	1.69	2.53	50.36	2.58	1.69
	남	148	1.74	1.61	2.47	50.71	2.55	1.59

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후 준비 및 노후 준비 서비스에 대한 인지도를 거주 지역별로 분석해보면, 중소 도시에서는 여성이 남성에 비해 노후 준비 서비스에 대한 인지도가 높다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-79〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 연령대별 평균(t-test)

연령, [성별, obs]		노후 필요 생활비 계산 경험	노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험	노후준비 서비스 인지도	100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가	국민연금공단 노후준비 서비스 인지도	국민연금공단 노후준비 서비스 이용 의향	
30대	여	104	1.87	1.77	2.48	43.88	2.54	1.58
	남	111	1.82	1.7	2.47	44.22	2.46	1.55
40대	여	225	1.75	1.62	2.39	51.77	2.43	1.63
	남	229	1.72	1.63	2.33	51.08	2.4	1.59
50대	여	243	1.67	1.57	2.35	54.64	2.42	1.58
	남	244	1.65	1.51	2.36	55.64	2.4	1.62
60대	여	174	1.61	1.58	2.48	55.54	2.61**	1.68
	남	170	1.61	1.55	2.45	53.72	2.46	1.64

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후 준비 및 노후 준비 서비스에 대한 인지도를 연령별로 분석해보면, 60대 여성은 남성에 비해 서비스 인지도가 높다는 것을 확인할 수 있다.

〈표 III-80〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 배우자 유무에 따른 평균(t-test)

배우자, [성별, obs]		노후 필요 생활비 계산 경험	노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험	노후준비 서비스 인지도	100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가	국민연금공단 노후준비 서비스 인지도	국민연금공단 노후준비 서비스 이용 의향	
유	여	643	1.71	1.62*	2.4	53.04	2.47*	1.62
	남	630	1.67	1.56	2.36	54.32	2.4	1.61
무	여	103	1.67	1.59	2.49	48.99**	2.57	1.6
	남	124	1.81**	1.7	2.54	41.06	2.55	1.58

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후준비 및 노후준비서비스에 대한 인지도에 대한 배우자 유무별 특성은 배우자가

있는 경우 여성이 남성에 비해 노후 필요 생활비에 대해 생각을 보다 더 많이하고 서비스에 대한 인지도도 높은 것으로 나타난다. 반면 배우자가 없는 경우 남성은 노후준비 필요 생활비를 계산한 경험이 있으나 노후준비에 대한 스스로의 평가는 여성이 남성보다 더 높게 나타났다.

〈표 III-81〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 자녀 유무에 따른 평균(t-test)

자녀, [성별, obs]		노후 필요 생활비 계산 경험	노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험	노후준비 서비스 인지도	100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가	국민연금공단 노후준비 서비스 인지도	국민연금공단 노후준비 서비스 이용 의향	
유	여	692	1.71	1.61	2.41	53	2.48**	1.62
	남	638	1.67	1.57	2.34	54.5	2.39	1.6
무	여	54	1.7	1.7	2.44	45.87	2.56	1.56
	남	116	1.81	1.69	2.62	39.2	2.6	1.6

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

자녀가 있는 경우 여성이 보다 서비스에 대한 인지도가 높게 나타나고 있다.

〈표 III-82〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

자녀, [성별, obs]		노후 필요 생활비 계산 경험	노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험	노후준비 서비스 인지도	100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가	국민연금공단 노후준비 서비스 인지도	국민연금공단 노후준비 서비스 이용 의향	
하고 있지 않음	여	378	1.7	1.62	2.46	51.05	2.56	1.86
	남	56	1.63	1.55	2.48	51.52	2.57	1.64
하고 있음	여	368	1.72	1.61	2.35	53.96	2.4	1.65
	남	698	1.69	1.59	2.38	52.19	2.41	1.6

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

근로활동 유무에 따른 남녀 성별 노후준비 인식 및 서비스 인지도의 차이는 없는 것으로 나타난다.

〈표 III-83〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 성별 종사상 지위별 평균(t-test)

종사상지위, [성별, obs]		노후 필요 생활비 계산 경험	노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험	노후준비 서비스 인지도	100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가	국민연금공단 노후준비 서비스 인지도	국민연금공단 노후준비 서비스 이용 의향	
미취업	여	378	1.7	1.62	2.46	51.05	2.56	1.67
	남	56	1.63	1.55	2.48	51.52	2.57	1.64
상용	여	161	1.7	1.63	2.34	55.7	2.4	1.66
	남	353	1.68	1.57	2.36	54.24	2.4	1.6
임시일용	여	79	1.72	1.57	2.42	46.49	2.43	1.52
	남	82	1.76	1.7	2.52	40.52	2.61*	1.72**
자영업	여	105	1.72	1.59	2.31	57.24	2.42	1.49
	남	260	1.69	1.57	2.35	52.96	2.36	1.57
무급 가족	여	22	1.82	1.59	2.41	52.95	2.27	1.45
	남	1	1	1	3	80	3	1
기타	여	1	2	2	2	40	3	1
	남	2	2	2	2.5	55	2.5	1

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후 준비 및 노후 준비 서비스에 대한 인지도를 배우자 유무별로 분석해보면 다음과 같다. 배우자가 있는 경우, 여성은 남성에 비해 노후 필요 생활비에 대해 더 많이 생각하고, 서비스에 대한 인지도도 높다. 반면, 배우자가 없는 경우 남성은 노후 준비 필요 생활비를 계산한 경험이 더 많다. 그러나 자신의 노후 준비에 대한 평가는 여성보다 더 높게 나타난다.

⑥ 인구사회특성별 성별 분석 소결

대인관계 영역에서는 성별 총점에서 큰 차이가 없지만, 인구 사회적 특성에 따른 차이가 발견된다. 배우자와 자녀가 있는 경우, 남성이 사회적 관계가 더 넓어, 모임 참여 점수를 포함해 대인관계 점수가 높다. 그러나 취업 여부를 고려하면, 근로 활동을 하지 않는 여성의 대인관계 정도는 남성보다 높다.

건강 영역에서는 여성의 총점이 유의미하게 높지만, 인구 사회적 특성을 고려하면 다음과 같은 특이사항이 있다. 대도시에 사는 여성은 남성에 비해 스트레스를 적게 느끼고

구강 관리를 잘하지만, 중소도시에서는 이러한 항목에서 큰 차이가 없다. 주관적 건강 상태, 체질량 지수, 규칙적 운동에서는 남성의 점수가 오히려 더 높다. 전반적으로, 여성의 건강 영역 점수가 높지만, 이는 대도시와 중소도시에서만 해당되며, 농어촌에서는 남성에 비해 여성의 건강 준비도가 높지 않은 것으로 나타난다.

여가 영역에서는 성별 차이가 없지만, 인구 사회적 특성에 따라 다음과 같은 차이가 있다. 농어촌 여성은 대도시나 중소도시에 비해 참여 활동 개수가 적고, 취미나 여가 활동 정도도 해당 지역의 남성에 비해 낮다. 미취업이나 임시 일용직인 경우, 여성은 여가 활동 점수가 높지만, 상용직인 경우 남성의 여가 영역 총점과 활동 점수가 더 높다.

재무 영역에서는 남성의 점수가 유의미하게 높다. 30대 여성의 금융 자산은 남성에 비해 높지만, 재무 영역의 총점 차이는 크지 않다. 하지만 40대와 50대가 되면서 남성의 자산과 소득 활동 기대연령이 증가하며 점수 차이가 벌어진다.

노후 준비에 대한 인식은 중소도시와 임시 일용직인 경우, 남성의 인지도가 높다. 반면 60대, 자녀가 있는 경우, 배우자가 있는 경우 여성의 인지도가 높다.

5) 여성 집단 내 노후준비 영역별 차이 분석

여성의 노후준비수준의 총점을 분석하기 위해 이원 분산분석(two-way anova)과 사후검정(turkey)을 사용한다. 이 분석은 연령과 배우자의 유무, 연령과 자녀의 유무, 그리고 상담유형과 가구유형 등의 인구사회적 특성에 따른 두 요인의 주효과와 상호작용 효과를 찾아내는 데 초점을 맞춘다.

① 연령 & 배우자 유무

연령과 배우자 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-84〉 연령과 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	배우자 무	배우자 유						
30대	62.48	69.64	75.09	76.47	63.49	64.84	47.52	57.13
40대	64.27	70.17	72.66	76.97	68.45	66.88	46.83	58.69
50대	63.55	68.41	72.93	74.63	64.71	67.04	52.76	57.10
60대	59.61	66.96	69.26	73.24	59.82	64.69	39.61	45.49

대인관계영역 총점을 보면, 연령과 배우자 유무에 따른 주효과와 상호작용이 유의하게 나타난다. 특히 50, 60대는 배우자 유무에 따라 점수가 더 증가한다. 배우자가 있는 사람들은 모든 연령대에서 대인관계 총점이 더 증가하며, 50, 60대에서는 그 증가 정도가 더 크다.

건강영역 총점을 보면, 주효과는 있지만 상호작용효과는 없다. 대체적으로 연령이 증가할수록 건강 총점이 감소하지만, 배우자가 있는 사람들은 배우자가 없는 사람들보다 건강 점수가 높다.

여가영역 총점에서는 주효과, 상호작용효과가 유의하다. 50, 60대에서는 배우자 유무에 따라 점수가 더 증가한다. 40대에서는 배우자가 없는 사람들이 여가 생활에 대한 점수가 가장 높지만, 전반적으로 배우자가 있는 사람들의 여가 활동 점수는 더 높다. 이러한 증가 폭은 50, 60대에서 더 커진다.

재무영역에서는 주효과는 유의하지만 상호작용효과는 유의하지 않다. 배우자가 있는 사람들은 배우자가 없는 사람들보다 재무영역의 총점이 높다. 배우자가 없는 사람들은 연령이 증가할수록 재무영역 총점이 감소하는 경향이 있고, 배우자가 있는 사람들도 60대에서는 50대에 비해 점수가 낮아진다.

② 연령 & 자녀 유무

연령과 자녀 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-85〉 연령과 자녀 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	자녀무	자녀유	자녀무	자녀유	자녀무	자녀유	자녀무	자녀유
30대	65.53	69.91	77.50	76.05	68.93	63.65	56.31	56.30
40대	66.89	69.69	77.76	76.47	66.77	67.05	46.80	57.98
50대	66.06	67.83	75.71	74.31	61.96	67.01	51.25	56.81
60대	60.50	65.67	70.82	72.48	57.65	63.99	27.84	45.14

대인관계영역 총점을 보면, 연령과 자녀 유무에 따른 두 요인의 주효과와 상호작용이 유의하게 나타나며, 50대에서는 자녀 유무에 따라 점수가 더 증가한다. 연령이 증가하면서 대인관계 점수는 감소하는 경향이 있다. 하지만 자녀가 있는 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 대인관계 점수가 높다. 즉, 30, 40대에서 자녀가 어릴 때 대인관계

점수가 가장 높고, 자녀가 성장한 60대에서도 자녀가 없는 사람들보다 높다.

건강영역 총점을 보면, 주효과는 있지만 상호작용효과는 없다. 자녀가 없는 사람들의 평균 점수는 대체로 높지만, 60대에서는 자녀가 있는 사람들이 더 건강하다.

여가영역 총점에서는 주효과와 상호작용효과가 유의하다. 50대에서는 자녀 유무에 따라 점수가 더 증가한다. 자녀가 없는 사람들은 연령이 증가할수록 여가영역 점수가 감소하고, 자녀가 있는 4,50대에서는 높은 점수를 보인다. 30대에서는 자녀가 없는 사람들의 여가 점수가 높으며, 60대에서는 자녀가 있는 사람들의 여가 점수가 높다.

마지막으로, 재무영역에서는 주효과와 상호작용효과 모두 유의하다. 50대에서는 자녀 유무에 따라 점수가 더 증가한다. 자녀가 있는 4-60대 사람들은 자녀가 없는 사람들보다 재무영역 점수가 높다. 특히 50대에서는 자녀가 있는 사람들의 재무 점수 증가가 더 크다.

③ 연령 & 거주지역

연령과 거주지역에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-86〉 연령과 거주지역에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계			건강			여가			재무		
	대도시	중소도시	농어촌									
30대	69.54	69.23	66.98	77.05	75.76	75.85	68.01	62.15	62.00	57.77	54.51	56.77
40대	69.45	70.60	67.13	77.03	76.35	75.49	68.67	67.10	61.86	57.58	57.58	56.92
50대	67.39	68.50	66.94	74.71	74.65	73.06	69.15	65.45	63.22	59.66	57.32	46.70
60대	65.93	64.79	65.28	72.93	73.11	70.45	67.15	63.25	57.98	48.91	44.62	35.39

대인관계영역과 건강영역 총점을 보면, 연령에 따른 효과는 있지만 지역과 이의 상호작용효과는 유의하지 않다. 60대에서는 대인관계와 건강 점수가 이전 연령대에 비해 상대적으로 낮아진다.

여가영역 총점에서는 주효과나 상호작용효과는 유의하지 않다.

재무영역에서는 연령과 거주지역의 주효과는 유의하지만 상호작용효과는 유의하지 않다. 연령이 증가할수록 재무 영역의 점수는 감소한다. 30대에서는 지역별로 큰 차이가 없지만, 4-60대로 이동하면서 대도시, 중소도시, 농어촌 간의 차이가 벌어진다. 이때, 재무 점수는 대도시, 중소도시, 농어촌 순으로 높다.

④ 연령 & 근로유무

연령과 근로유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-87〉 연령과 근로유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	직업무	직업유	직업무	직업유	직업무	직업유	직업무	직업유
30대	67.84	70.21	76.02	76.68	63.06	66.38	48.14	64.46
40대	69.76	69.41	77.25	75.95	69.02	65.43	51.93	62.00
50대	65.51	69.56	73.11	75.45	66.01	67.30	49.47	62.30
60대	64.84	66.50	71.72	73.69	62.88	65.17	37.89	56.62

대인관계영역 총점을 보면, 근로유무에 따른 주효과는 유의하지만 연령과 두 요인의 상호작용효과는 유의하지 않다. 직업이 있는 사람들의 대인관계 총점이 상대적으로 높다는 경향이 있다.

건강영역과 여가영역 총점을 보면, 근로유무에 따른 주효과는 있지만 연령과 상호작용효과는 없다. 건강과 여가영역에서는 5,60대에서 직업이 있는 사람들의 점수가 더 높다.

재무영역에서는 주효과와 상호작용효과 모두 유의하다. 3,50대에서는 직업이 있는 사람들의 점수가 더 증가한다. 재무영역에서는 직업이 있는 사람들이 모든 연령대에서 점수가 높다. 연령에 따라 보면, 직업이 있는 사람들 중에서는 30대의 점수가 가장 높고, 직업이 없는 사람들 중에서는 40대의 점수가 가장 높다. 직업 유무와 관계없이 60대에서는 가장 낮은 점수를 보인다.

⑤ 종사상 지위 & 연령

종사상 지위와 연령에 따른 노후준비영역별 총점은 다음과 같다.

〈표 III-88〉 연령과 종사상 지위에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계				건강				여가				재무			
	30대	40대	50대	60대												
미취업	67.84	69.76	65.51	64.84	76.02	77.25	73.11	71.72	63.06	69.02	66.01	62.88	48.14	51.93	49.47	37.89
상용근로자	71.39	70.45	69.19	64.43	77.06	76.99	76.80	73.00	67.69	66.53	66.09	66.62	65.75	68.66	65.78	67.25
임시일용근로자	67.57	66.77	62.97	66.00	75.70	73.19	71.11	71.50	61.06	61.99	62.93	64.34	67.79	53.71	50.00	43.25

구분	대인관계				건강				여가				재무			
	30대	40대	50대	60대												
자영업자	65.76	69.60	73.57	68.31	73.60	75.99	76.32	74.44	66.17	67.43	70.96	64.10	54.92	55.55	66.89	60.36
무급가족종사자	67.93	71.83	69.20	65.27	77.06	80.42	77.53	75.57	56.93	58.44	66.22	67.09	36.77	56.55	54.71	52.27
기타	69.81	NA	NA	NA	81.71	NA	NA	NA	80.23	NA	NA	NA	83.98	NA	NA	NA

대인관계, 건강, 여가 영역의 총점을 보면, 종사상 지위는 유의하지만 연령과 두 요인의 상호작용은 유의하지 않다. 대인관계에서 3,40대 자영업자는 가장 낮은 점수를 가지지만, 5,60대가 되면 가장 높은 점수를 보인다. 이러한 자영업자의 특징은 건강 영역에서도 유사하게 나타나, 5,60대가 되면 점수가 높아진다. 또한, 5,60대 미취업자와 임시일용직은 대인관계, 건강, 여가, 재무 모든 영역에서 취약성을 보인다.

재무 영역에서는 종사상지위에 따른 점수는 유의하지만, 연령에 따른 효과는 무의미하다. 그러나 종사상지위와 연령의 상호작용은 유의미하여, 30대에서는 상용직과 미취업자, 50대에서는 상용직과 미취업자, 임시일용직 간의 차이가 더 가중된다. 30대에서는 임시일용근로자의 점수가 기타를 제외하고 가장 높게 나타나며, 상용직과 미취업자에 비해 점수가 유의미하게 높다. 40대에서는 이들 종사상지위 간의 차이가 줄어들지만, 50대부터는 상용직의 점수가 증가하고 일용직은 미취업자 다음으로 가장 낮은 점수를 보인다. 60대에서는 상용근로자의 점수가 가장 높고, 그 다음으로 자영업자, 무급가족종사자, 임시일용직, 미취업자 순으로 점수가 나타난다.

⑥ 배우자 유무 & 자녀 유무

배우자 유무와 자녀 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

<표 III-89> 배우자 유무와 자녀 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음
배우자없음	61.87	62.31	74.61	70.77	61.70	64.35	44.56	46.83
있음	68.06	68.87	77.23	75.25	67.76	66.09	52.15	55.27

대인관계, 건강, 재무 영역의 총점을 보면, 배우자 유무에 따른 효과는 유의하지만, 자녀 유무와 이 두 요인의 상호작용 효과는 무의미하다.

여가영역의 총점에서는 배우자 유무에 따른 주효과는 유의하지만, 자녀 유무에 대한 효과는 무의미하다. 그러나 이 두 요인의 상호작용효과는 유의하다. 배우자가 있을 경우 여가 점수가 증가하지만, 자녀가 있는 경우 이 증가 폭이 감소한다.

⑦ 거주지역 & 배우자 유무

거주지역과 배우자 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-90〉 거주지역과 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	배우자 무	배우자 유						
대도시	61.45	68.94	71.83	75.85	70.06	68.15	49.48	57.32
중소도시	63.10	69.49	71.55	75.66	61.34	65.69	47.60	55.60
농어촌	61.89	67.23	71.96	73.37	54.75	62.15	36.15	48.65

대인관계영역 총점은 거주지역과 배우자 유무에 따라 주요 효과가 있지만, 이들의 상호작용은 의미 있는 차이를 보이지 않는다. 중소도시에 사는 사람들은 대인관계 점수가 높은 편이며, 특히 배우자가 없는 경우 점수가 더 높게 나타난다. 건강, 여가 및 재무 영역의 총점은 배우자 유무에 따른 효과만 나타난다.

⑧ 근로유무 & 배우자 유무

근로유무와 배우자 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-91〉 근로유무와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	배우자 무	배우자 유						
근로 무	57.25	67.64	67.65	74.80	59.01	66.05	31.22	47.83
근로 유	64.43	70.23	73.58	75.97	65.78	66.30	53.03	63.64

대인관계, 건강, 여가 영역의 총점에서 근로유무와 배우자 유무는 모두 중요한 영향을 미치며 이들의 상호작용도 의미가 있다. 근로를 하고 있든 안 하고 있든, 배우자가 있다면 점수가 더 높아진다. 재무 영역에서는 주효과와 상호작용 효과 모두 의미 있으며,

특히 배우자가 있는데 근로활동을 할 경우 점수의 증가폭이 더 커진다.

⑨ 종사상 지위 & 배우자 유무

종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 아래와 같다.

〈표 Ⅲ-92〉 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	배우자 무	배우자 유						
미취업	57.25	67.64	67.65	74.80	59.01	66.05	31.22	47.83
상용근로자	64.83	70.69	73.60	77.16	64.88	66.97	53.42	69.31
임시일용 근로자	62.62	66.19	72.25	72.48	65.05	61.90	43.18	54.73
자영업자	65.00	73.30	74.17	76.26	67.13	68.77	59.50	63.09
무급가족 종사자	66.57	67.71	72.91	77.18	47.45	65.53	9.50	54.25
기타	69.81	NA	81.71	NA	80.23	NA	83.98	NA

대인관계영역 총점은 종사상지위와 배우자 유무에 따라 주요 효과와 상호작용이 모두 중요하게 나타났다. 미취업, 상용근로자, 임시일용근로자는 배우자가 있을 때 점수가 더 크게 증가했다. 자영업을 하는 사람들 중 배우자가 있는 경우 대인관계 점수가 가장 높았고, 반대로 미취업 상태이면서 배우자가 없는 사람들은 점수가 가장 낮았다.

건강 영역 총점도 주효과와 상호작용이 모두 중요하게 작용했다. 미취업인 경우 배우자가 있는 사람들이 점수가 더 많이 증가했고, 무급가족종사자와 상용근로자 중에서는 배우자가 있는 사람들의 건강 영역 점수가 높게 나타났다.

여가 영역 총점에서도 주효과와 상호작용이 의미 있었다. 자영업자나 무급가족 종사자를 제외하고는 종사상지위에 따른 차이가 배우자가 있는 사람들에서 더 크게 나타나는 경향이 있었다. 임시일용직에서는 배우자가 있을 때 점수가 오히려 낮아졌다. 배우자가 없는 무급가족 종사자나 미취업자는 여가 영역에서 가장 낮은 점수를 기록했다.

재무 영역에서도 주효과와 상호작용 모두 중요했으며, 미취업, 상용근로자, 임시일용근로자는 배우자가 있을 때 점수가 더 많이 증가했다. 상용직에서는 배우자가 있는 경우, 자영업에서는 배우자가 없는 경우 재무 점수가 가장 높았다.

⑩ 거주지역 & 자녀 유무

거주지역과 자녀 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-93〉 거주지역과 자녀 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음
대도시	68.34	67.96	77.95	75.15	71.21	68.18	53.99	56.51
중소도시	63.06	69.09	74.76	75.08	61.59	65.39	44.36	55.42
농어촌	60.64	66.70	73.15	73.17	52.47	61.43	44.74	46.96

대인관계 영역 총점을 살펴본 결과, 거주지역에 따른 점수 차이는 의미가 없고 자녀 유무는 유의미한 결과를 보인다. 이 두 요인의 상호작용 효과는 의미가 없다. 중소도시와 농어촌 지역에서 자녀가 있는 경우 대인관계 총점이 높게 나타난다.

건강 영역 총점은 주효과와 상호작용 효과 모두 의미가 없다.

여가 영역 총점에서 거주지역에 따른 효과는 없으나, 자녀 유무에 따른 효과는 유의미하게 나타난다. 이 두 요인의 상호작용 효과는 의미가 없다. 중소도시를 제외하고 자녀가 있는 경우 여가 점수가 낮게 나타난다.

재무 영역에서는 거주지역에 따른 효과는 없으며, 자녀 유무에 따라 유의미한 차이가 있다. 이 두 요인의 상호작용 효과는 의미가 없다.

⑪ 근로 유무 & 자녀 유무

근로 유무와 자녀 유무에 따른 노후준비영역별 총점에 대한 분석결과는 다음과 같다.

〈표 III-94〉 근로유무와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음
근로하지 않음	61.21	67.09	71.74	74.34	59.88	65.79	37.44	46.95
근로	67.55	69.26	78.66	75.20	68.00	66.02	55.53	62.19

대인관계, 건강, 여가, 재무 영역의 총점을 살펴보면 주요 효과는 유의미하지만, 상호작용 효과는 의미가 없다. 근로활동을 하면서 자녀가 있는 경우 대인관계와 재무 영역

에서 점수가 높게 나타난다. 반면, 근로활동을 하는 동시에 자녀가 없는 경우에는 건강과 여가 영역에서 점수가 상대적으로 높다.

⑫ 종사상 지위 & 자녀 유무

종사상 지위와 자녀 유무에 따른 노후준비영역별 총점은 아래와 같다.

〈표 Ⅲ-95〉 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음	자녀없음	자녀있음
미취업	61.21	67.09	71.74	74.34	59.88	65.79	37.44	46.95
상용근로자	69.24	69.95	78.74	76.31	69.39	66.22	57.81	68.58
임시일용근로자	64.30	65.40	73.55	72.40	67.15	62.50	48.37	52.20
자영업자	60.44	71.62	80.37	75.47	63.96	68.55	49.71	62.76
무급가족종사자	67.93	67.63	77.06	76.98	56.93	65.49	36.77	53.76
기타	69.81	NA	81.71	NA	80.23	NA	83.98	NA

대인관계, 건강, 여가, 재무영역 총점 모두 주효과는 유의미한 것으로 나타났지만 상호 작용효과는 통계적으로 무의미했다. 대인관계 영역에서 자영업자의 경우 자녀 유무에 따라 대인관계 점수차이가 가장 큰 것으로 나타나 자녀가 없는 경우 가장 낮고 자녀가 있는 경우 가장 높았다. 자녀가 없는 미취업자의 건강점수는 가장 낮으며 자녀가 없는 자영업자는 건강점수가 가장 높았다. 여가의 경우 자녀가 없는 무급가족종사자의 여가 점수가 가장 낮은 반면, 상용근로자의 여가 점수는 가장 높았다. 재무 영역은 자녀가 없는 미취업자의 재무 점수는 가장 낮으며 기타를 제외하고 자녀가 있는 상용근로자의 재무 총점이 가장 높게 나타났다.

⑬ 거주지역 & 근로 유무

거주지역과 근로 유무에 따른 노후준비영역별 총점을 분석결과는 아래와 같다.

〈표 III-96〉 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계		건강		여가		재무	
	근로 무	근로 유						
대도시	66.95	68.97	75.56	75.14	69.57	67.28	50.67	61.66
중소도시	67.29	70.00	73.91	76.39	63.75	66.56	47.59	62.48
농어촌	65.06	67.80	71.46	74.78	59.26	62.83	33.15	59.80

대인관계, 건강, 여가, 재무 영역의 총점을 살펴보면 주요 효과는 유의미하지만 상호 작용 효과는 없다.

대인관계 영역에서 자영업자의 경우 자녀의 유무에 따라 점수 차이가 크게 나타나는데, 자녀가 없는 경우 점수가 가장 낮고, 자녀가 있는 경우는 점수가 가장 높다. 건강 영역에서는 자녀가 없는 미취업자의 점수가 가장 낮고, 자녀가 없는 자영업자의 점수가 가장 높다. 여가 영역에서는 자녀가 없는 무급 가족종사자의 점수가 가장 낮으며, 다른 조건을 제외하고 자녀가 없는 상용근로자의 점수가 가장 높다. 재무 영역에서는 자녀가 없는 미취업자의 점수가 가장 낮고, 다른 조건을 제외하고 자녀가 있는 상용근로자의 점수가 가장 높다.

⑭ 종사상 지위 & 거주지역

종사상 지위와 거주지역에 따른 노후준비영역별 총점을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 III-97〉 종사상 지위와 배우자 유무에 따른 노후준비 영역별 총점

구분	대인관계			건강			여가			재무		
	대도시	중소 도시	농어촌									
미취업	66.95	67.29	65.06	75.56	73.91	71.46	69.57	63.75	59.26	50.67	47.59	33.15
상용근로자	70.38	70.15	67.06	76.90	76.98	74.75	67.78	66.96	61.93	66.35	66.69	70.56
임시일용근로자	64.40	64.97	69.29	71.63	74.20	71.74	61.35	64.07	64.03	53.50	50.16	51.17
자영업자	70.55	73.72	68.15	75.60	76.40	74.83	70.87	67.67	62.84	61.16	65.68	58.81
무급가족종사자	71.40	67.02	67.08	71.43	79.66	77.39	71.64	65.83	63.03	62.86	39.32	53.53
기타	69.81	NA	NA	81.71	NA	NA	80.23	NA	NA	83.98	NA	NA

대인관계 영역 총점을 살펴보면 종사상지위 효과는 유의미하지만 지역과의 상호작용 효과는 의미가 없다. 대도시와 중소도시의 일용근로자, 그리고 농어촌의 미취업자는 대인관계 영역에서 노후준비 수준이 가장 취약한 것으로 나타났다.

건강 영역 총점은 주효과와 상호작용 효과 모두 유의미하다. 대도시와 농어촌의 상용근로자와 미취업자, 임시일용직 사이의 건강 점수 차이가 더욱 크게 나타난다. 미취업자나 상용근로자는 대도시에 거주할 경우 중소도시나 농어촌에 거주하는 경우보다 건강 상태가 좋고, 임시일용직이나 자영업자, 무급가족 종사자는 중소도시에 거주할 때 건강 점수가 더 높다.

여가 영역 총점은 종사상 지위와 관련해 유의미한 차이를 보인다. 대도시의 임시일용직, 중소도시와 농어촌의 미취업자는 여가 생활 점수가 낮다.

재무 영역에서는 종사상지위와 지역적 차이, 두 상호작용 효과 모두 유의미하게 분석된다. 대도시와 중소도시에서는 상용근로자와 미취업자, 자영업자와 임시일용직 사이의 차이가 더 크다. 상용근로자는 모든 거주지역에서 높은 재무 영역의 점수를 보이고, 대도시와 농어촌의 미취업자 그리고 중소도시의 무급가족 종사자는 가장 낮은 점수를 보인다.

⑮ 노후준비영역별 총점의 인구사회특징 소결

여성의 인구사회특성에 따른 노후준비 영역별 총점을 분석한 결과, 몇 가지 시사점을 도출할 수 있다. 배우자와 자녀가 있으며 근로소득이 있는 경우 전 영역에서 노후준비 총점 평균이 높다. 여가나 대인관계 영역에서는 자녀가 없는 경우 30대와 40대에서 점수가 더 높을 수 있지만, 60대처럼 연령이 증가하면 자녀가 있는 경우보다 점수가 높게 나타난다.

연령이 증가함에 따라 대체로 전 영역 평균 점수가 감소하는 경향을 보인다. 거주 지역을 기준으로 보면 대인관계 영역에서 중소도시 거주자의 총점이 높은 경향을 보이고, 재무 영역에서는 대도시, 중소도시, 농어촌 순으로 노후준비 수준이 감소하지만, 30대의 경우 이러한 경향이 덜하며 40대 이후로 시간이 지남에 따라 격차가 증가한다.

종사상지위를 살펴보면 재무 영역에서 상용근로자의 점수가 다른 종사상지위에 비해 안정적인 반면, 미취업자와 임시일용직은 낮은 점수를 보인다. 이러한 특성은 연령대에 따라 다르게 나타나, 30대에서는 임시일용직이 상용직보다 재무 점수가 높지만 40대 이후로는 점수가 감소하여 유의미하게 낮아진다.

자영업자는 대인관계, 건강, 여가 영역에서 연령대에 따라 다른 패턴을 보이는데, 30대와 40대에서는 다른 종사상지위에 비해 낮은 점수를 보이다가 50대와 60대가 되면 점수가 가장 높거나 기타혹은 무급가족종사자 등을 제외하고 가장 높아진다.

6) 여성의 인구사회 특성에 따른 영역별 노후준비 실태

여성의 노후준비에 있어서 연령, 배우자 유무, 자녀 유무, 거주지 특성, 취업 여부, 종사상 지위와 같은 인구사회 특성에 따른 영역별 세부 특성 차이를 분산분석(ANOVA) 과 T-test를 통해 살펴보고자 한다.

① 대인관계 영역

먼저, 대인관계 영역에서 거주지에 따른 차이를 살펴보면 중소도시에 사는 사람들이 친구, 이웃, 직장동료와의 친밀감이 높고, 도움이 필요할 때 많은 도움을 받을 것으로 보고 있다. 이로 인해 전반적인 대인관계 만족도가 상대적으로 높게 나타나나 총점에서 거주지에 따른 유의미한 차이는 나타나지 않는다.

중소도시에 사는 사람들은 대도시나 농어촌에 비해서 친구, 이웃, 직장동료와 친밀하고, 갑작스러운 도움이 필요할 때 대도시 사람들보다 더 많은 도움을 받을 수 있다고 생각한다. 최근 1년 동안 1회 이상 참석한 모임의 수는 대도시보다는 적지만 농어촌보다는 많고, 모임에서의 좋은 경험도 농어촌보다 높다. 이에 따라 전반적인 대인관계 만족도도 농어촌보다 좋다.

〈표 III-98〉 대인관계 영역 여성의 거주지에 따른 평균(anova)

거주지	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		가족과의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도		마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수		친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도		최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수		참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도		대인관계 전반적 만족도	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
대도시	68.0	332	3.19	332	4.25	332	4.15	332	2.98	332	4.05	332	3.89	332	2.5	332	4.01	332	3.66	332
중소도시	68.5	280	3.09	280	4.38	280	4.22	280	2.84	280	4.22	280	4.05	280	2.15	280	4.18	280	3.71	280
농어촌	68.5	134	2.99	134	4.27	134	4.1	134	3.16	134	4.02	134	4	134	1.9	134	3.85	134	3.52	134
전체	67.9	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	4.05	746	3.66	746
F	1.39		0.62		2.28		1.33		1.50		5.76**		3.12*		9.06***		4.69**		4.26**	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

〈표 III-99〉 대인관계 영역 여성의 연령대별 평균(anova)

연령	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		가족과의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도		마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수		친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도		최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수		참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도		대인관계 전반적 만족도	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
30대	69.0	104	3.16	104	4.44	104	4.32	104	2.95	104	4.15	104	4.08	104	2.12	104	4.08	104	3.75	104
40대	69.6	225	3.25	225	4.39	225	4.24	225	3.09	225	4.15	225	4.01	225	2.26	225	4.05	225	3.71	225
50대	67.7	243	3.21	243	4.23	243	4.11	243	3.06	243	4.08	243	3.93	243	2.44	243	4.11	243	3.62	243
60대	65.4	174	2.79	174	4.2	174	4.06	174	2.67	174	4.06	174	3.9	174	2.09	174	3.94	174	3.59	174
Total	67.9	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	4.05	746	3.66	746
F	4.49***		2.52		3.94***		3.4*		2.15		0.85		1.44		2.20		0.83		2.36	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

대인관계와 관련된 9문항에 대한 여성의 연령대별 응답 현황을 분석해보면 가족과의 친밀함 정도와 갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도에서 연령에 따른 차이가 크게 나타나지 않는다. 가족과의 친밀함 정도와 갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도에 대한 사후 검정(Tukey) 결과, 60대에 비해 30대가 친밀감을 더 크게 느끼고, 갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움도 상대적으로 더 많이 받는 것으로 나타났지만 연령대가 증가함에 따라 친밀도와 도움의 정도가 감소하는 경향을 보인다. 대인관계 영역 총점에서는 60대에 비해 40대가 더 높은 점수를 보이고 있다.

〈표 III-100〉을 보면 배우자가 있는 경우 대인관계 점수가 유의미하게 높다. 배우자가 있는 사람들은 가족 간의 친밀도와 도움을 받을 수 있는 정도에 대해 더 높은 응답을 보이며, 마음을 털어놓을 수 있는 이웃이나 친구, 동료의 수도 더 많다고 응답한다. 또한, 배우자가 있는 사람들은 이웃이나 직장 동료와의 모임에 더 자주 참여하고, 이로 인해 대인관계에 대한 전반적인 만족도도 높게 나타난다.

〈표 III-100〉 대인관계 영역 여성의 배우자 유무별 평균(t-test)

배우자	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		가족과의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도		마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수		친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도		최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수		참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도		대인관계 전반적 만족도	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	68.8	643	3.21	643	4.33	643	4.21	643	3.02	643	4.11	643	3.99	643	2.3	643	4.1	643	3.68	643
무	62.2	103	2.51	103	4.11	103	3.91	103	2.58	103	4.09	103	3.86	103	1.97	103	4.0	103	3.5	103
전체	67.9	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	4.05	746	3.66	746
t	5.4***		3.64***		2.78***		3.49***		2.33*		0.31		1.41		2.08*		0.87		2.84**	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

〈표 III-101〉을 보면 배우자가 있는 경우 대인관계 점수가 유의미하게 높다. 배우자가 있는 사람들은 가족 간의 친밀도와 도움을 받을 수 있는 정도에 대해 더 높은 응답을 보이며, 마음을 털어놓을 수 있는 이웃이나 친구, 동료의 수도 더 많다고 응답한다. 또한, 배우자가 있는 사람들은 이웃이나 직장 동료와의 모임에 더 자주 참여하고, 이로 인해 대인관계에 대한 전반적인 만족도도 높게 나타난다.

〈표 III-101〉 대인관계 영역 여성의 자녀 유무별 평균(t-test)

자녀	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		가족과의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도		마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수		친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도		최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수		참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도		대인관계 전반적 만족도	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	68.1	692	3.13	692	4.3	692	4.17	692	3	692	4.1	692	3.96	692	2.27	692	4.05	692	3.66	692
무	65.1	54	2.98	54	4.31	54	4.11	54	2.5	54	4.15	54	4.07	54	2.17	54	3.96	54	3.65	54
전체	67.9	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	4.05	746	3.66	746
t	1.84*		.056		-0.13		0.54		1.98*		-0.447		-0.98		0.46		0.60		0.09	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

자녀 유무에 따른 대인관계 영역을 살펴보면 자녀가 있는 경우 총점이 유의미하게 높다. 자녀가 있는 사람들은 자녀가 없는 사람들보다 마음을 털어놓을 수 있는 친구,

이웃, 직장동료의 수가 더 많다고 응답하지만, 갑작스러운 요청에 따른 도움의 정도에 대해서는 양쪽 간에 차이가 없다.

〈표 III-102〉 대인관계 영역 여성의 취업여부별 평균(t-test)

취업 여부	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		가족과의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도		마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수		친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도		최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수		참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도		대인관계 전반적 만족도	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
하고 있지 않음	66.8	378	3.02	378	4.27	378	4.15	378	2.76	378	4.07	378	3.92	378	2.08	378	4.07	378	3.59	378
하고 있음	69.1	368	3.22	368	4.33	368	4.19	368	3.17	368	4.15	368	4.02	368	2.45	368	4.02	368	3.72	368
전체	67.9	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	4.05	746	3.66	746
t	-2.74**		-1.52		-1.14		-0.76		-3.08**		-1.63		-1.56		-3.35***		0.70		-2.82**	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

취업 여부에 따른 대인관계 영역의 점수를 분석했을 때, 취업을 하고 있는 사람들은 이웃과 동료 등과 마음을 털어놓고 이야기할 수 있는 대상이 더 많고, 그 결과 모임 수도 미취업자에 비해 많으며, 이로 인한 전반적인 대인관계 만족도도 높게 나타난다.

마지막으로 취업자의 종사상 지위에 따른 대인관계 영역의 차이를 분석해보면, 미취업자에 비해 자영업자가, 임시일용직에 비해 무급 가족이 총점에서 높게 나타났다. 구체적으로 자영업 종사자는 다른 종사상 지위에 있는 사람들보다 가족과 더 많이 마음을 털어놓을 수 있으며, 임시일용직에 비해 가족간의 친밀도도 높다. 또한, 자영업자는 미취업자나 상용근로자보다 친구, 이웃, 직장동료와 마음을 털어놓을 수 있는 사람의 수가 많고, 1년에 1회 이상 참석하는 모임 수도 임시일용직이나 미취업자보다 유의미하게 많아 전반적인 대인관계 만족도도 더 높다.

〈표 III-103〉 대인 관계 영역 여성의 종사상 지위별 평균(anova)

종사상 지위	대인관계 총점		마음을 털어놓을 수 있는 가족 수		가족과의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 가족의 도움 정도		마음을 털어놓을 수 있는 친구, 이웃, 직장동료 수		친구, 이웃, 직장동료와의 친밀함 정도		갑작스러운 도움 요청 시 친구, 이웃, 직장동료의 도움 정도		최근 1년 1회 이상 참석하는 모임 수		참석하는 모임에서의 좋은 경험 정도		대인관계 전반적 만족도	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
미취업	66.8	378	3.02	378	4.27	378	4.15	378	2.76	378	4.07	378	3.92	378	2.08	378	4.07	378	3.59	378
상용	69.8	161	3.02	161	4.41	161	4.24	161	2.95	161	4.27	161	4.19	161	2.45	161	4.15	161	3.76	161
임시일용	65.4	79	2.92	79	4.01	79	3.94	79	3.15	79	3.9	79	3.68	79	2	79	3.73	79	3.52	79
자영업	71.1	105	3.89	105	4.47	105	4.3	105	3.62	105	4.16	105	4.01	105	2.75	105	4.03	105	3.81	105
무급 가족	67.7	22	2.64	22	4.32	22	4.18	22	2.68	22	4.09	22	4	22	2.41	22	4	22	3.68	22
기타	69.8	1	1	1	4	1	5	1	2	1	4	1	4	1	5	1	5	1	5	1
Total	67.9	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	4.05	746	3.66	746
F	3.92**		4.95***		4.08**		2.44*		4.2***		3.69**		4.64***		5.17***		1.87		1.79***	

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색, 숫자 bold 표시

상용직은 임시일용직보다 가족과 이웃, 직장동료와의 친밀도가 높고, 이웃과 동료로부터 도움을 더 많이 받을 수 있을 것으로 생각한다. 종사상 지위를 감안할 때, 임시일용직은 가족 및 직장동료와의 친밀감이나 도움을 받을 수 있는 관계 형성이 상대적으로 부족해 가장 취약한 계층으로 보인다. 미취업자 역시 사회활동이 상대적으로 부족하여 상용근로자나 자영업자에 비해 전반적인 만족도가 낮다.

대인관계 영역을 종합해보면 배우자가 없는 사람들이 유배우자에 비해, 그리고 임시일용직과 미취업자는 상용직이나 자영업자에 비해 상대적으로 취약한 것으로 나타난다. 따라서 이들을 중심으로 노후 준비를 위한 대인관계 형성에 주의를 기울일 필요가 있다.

② 건강 영역

〈표 III-104〉 건강 영역 여성의 거주지별 평균(anova)

거주지	건강영역 총점		건강 상태		3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수		스트레스 느끼는 정도		체질량지수 (BMI) 인지 여부		구강건강 관리 정도		지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력운동 정도		지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도		하루 수면시간의 피로회복 충분 정도		정기적인 건강검진 정도		지난 6개월간 다양한 종류의 식품섭취 정도		흡연 여부		지난 6개월 음주 회수	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
대도시	75.3	332	3.66	332	3.68	332	2.91	332	1.99	332	3.65	332	3.18	332	3.40	332	3.42	332	3.62	332	3.69	332	3.93	332	3.95	332
중소도시	75.0	280	3.63	280	3.75	280	2.91	280	1.96	280	3.61	280	3.03	280	3.28	280	3.40	280	3.71	280	3.65	280	3.92	280	4.04	280
농어촌	73.2	134	3.62	134	3.55	134	2.9	134	2.00	134	3.57	134	2.92	134	3.08	134	3.31	134	3.64	134	3.61	134	3.88	134	4.19	134
Total	74.8	746	3.64	746	3.68	746	2.91	746	1.98	746	3.62	746	3.08	746	3.30	746	3.39	746	3.66	746	3.66	746	3.92	746	4.03	746
F	3.89*		0.26		4.23*		0.01		6.16**		0.56		4.02*		6.91**		1.06		0.86		0.63		0.74		2.35	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, F검정

주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

다음으로 건강 영역을 살펴보면, 거주지에 따른 건강영역의 차이가 나타나는데, 농어촌에 비해 대도시에서는 근력운동과 체중관리를 위한 노력이 더 많은 것으로 보이며, 체질량지수에 대한 인지도도 중소도시에 비해 높다. 만성질환의 수는 중소도시가 농어촌에 비해 유의미하게 적게 나타난다. 전반적으로 대도시와 중소도시는 농어촌에 비해 건강영역 관리 상태가 양호한 것으로 평가할 수 있다. 총점에서는 대도시와 농어촌 사이에 유의미한 차이가 있는 것으로 분석된다.

건강 영역 주요 12문항에 대한 여성의 연령대별 평균을 살펴봤을 때, 건강 영역은 연령에 따라 차이가 가장 많이 나타나는 영역이다. 연령이 증가할수록 건강 상태에 대한 주관적 평가와 질병 수 평가 점수가 30대와 40대를 제외하고는 유의미하게 낮아진다. 30대에 비해서 50대와 60대는 구강관리 정도도 낮으며, 60대는 40대에 비해 유의미하게 낮다.

〈표 III-105〉 건강 영역 여성의 연령대별 평균(anova)

연령	건강 영역 총점		건강 상태		3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수		스트레스 느끼는 정도		체질량지수 (BMI) 인지 여부		구강건강 관리 정도		지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력운동 정도		지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도		하루 수면시간의 피로회복 충분 정도		정기적인 건강검진 정도		지난 6개월간 다양한 종류의 식품섭취 정도		흡연 여부		지난 6개월 음주 회수	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
30대	76.3	104	3.94	104	3.92	104	2.92	104	1.99	104	3.85	104	3.06	104	3.38	104	3.38	104	3.38	104	3.63	104	3.96	104	3.78	104
40대	76.5	225	3.82	225	3.88	225	2.90	225	1.96	225	3.65	225	3.16	225	3.39	225	3.41	225	3.67	225	3.70	225	3.90	225	3.90	225
50대	74.4	243	3.58	243	3.66	243	2.85	243	1.98	243	3.62	243	3.10	243	3.26	243	3.35	243	3.69	243	3.62	243	3.94	243	4.00	243
60대	72.4	174	3.31	174	3.31	174	2.99	174	1.99	174	3.41	174	2.96	174	3.20	174	3.44	174	3.77	174	3.68	174	3.89	174	4.39	174
Total	74.8	746	3.64	746	3.68	746	2.91	746	1.98	746	3.62	746	3.08	746	3.30	746	3.39	746	3.66	746	3.66	746	3.92	746	4.03	746
F	11.23***		23.74***		35.96***		2.26		1.38		8.58***		1.41		2.02		0.57		4.96**		0.67		1.14		10.39***	

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, F검정
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색, 숫자 bold 표시

이에 따라 30대보다 다른 연령대에서는 검진 등 건강을 관리하고자 하는 경향이 증가하고 있으며, 60대는 다른 연령대에 비해 음주 횟수가 유의미하게 감소한다. 60대는 총점에서 30대, 40대, 50대에 비해 유의미하게 낮고, 40대는 50대에 비해 유의미하게 높은 점수를 보인다.

〈표 III-106〉 건강 영역 여성의 배우자 유무별 평균(t-test)

배우자	건강 영역 총점		건강 상태		3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수		스트레스 느끼는 정도		체질량지수 (BMI) 인지 여부		구강건강 관리 정도		지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력운동 정도		지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도		하루 수면시간의 피로회복 충분 정도		정기적인 건강검진 정도		지난 6개월간 다양한 종류의 식품섭취 정도		흡연 여부		지난 6개월 음주 회수	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	75.3	643	3.67	643	3.7	643	2.91	643	1.98	643	3.62	643	3.12	643	3.34	643	3.42	643	3.67	643	3.69	643	3.94	643	4.05	643
무	71.7	103	3.43	103	3.53	103	2.89	103	2.00	103	3.61	103	2.84	103	3.06	103	3.26	103	3.60	103	3.48	103	3.79	103	3.90	103
Total	74.8	746	3.64	746	3.68	746	2.91	746	1.98	746	3.62	746	3.08	746	3.30	746	3.39	746	3.66	746	3.66	746	3.92	746	4.03	746
t	4.40***		3.12***		2.52**		0.29		-1.57		0.15		2.62**		3.08**		1.8*		0.75		2.87**		3.40***		1.31	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

배우자 유무에 따른 건강 상태를 비교해 보면 유배우자는 그렇지 않은 경우보다 주관적 건강 상태와 관리 정도, 총점이 높다. 유배우자는 주관적으로 건강 상태를 좋게 느끼고, 만성 질병의 수도 적다. 또한, 신체 활동과 근력운동을 꾸준히 하고, 건강한 체중을 유지하기 위한 노력을 더 많이 하며, 충분한 수면과 다양한 음식 섭취 정도에 있어서도 더 양호한 상태를 보인다.

〈표 III-107〉 건강 영역 여성의 자녀 유무별 평균(t-test)

자녀	건강 영역 총점		건강 상태		3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수		스트레스 느끼는 정도		체질량지수 (BMI) 인지 여부		구강건강 관리 정도		지난 6개월간 규칙적인 신체활동/ 근력운동 정도		지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도		하루 수면시간의 피로회복 충분 정도		정기적인 건강검진 정도		지난 6개월간 다양한 종류의 식품섭취 정도		흡연 여부		지난 6개월 음주 회수	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	74.8	692	3.64	692	3.68	692	2.9	692	1.98	692	3.61	692	3.08	692	3.3	692	3.38	692	3.66	692	3.66	692	3.92	692	4.04	692
무	76.0	54	3.63	54	3.72	54	3.02	54	2	54	3.83	54	3.11	54	3.28	54	3.59	54	3.63	54	3.70	54	3.91	54	3.93	54
Total	74.8	746	3.64	746	3.68	746	2.91	746	1.98	746	3.62	746	3.08	746	3.3	746	3.39	746	3.66	746	3.66	746	3.92	746	4.03	746
t	-1.1		0.11		-0.49		-1.56		-1.09		-2.20		-0.25		0.19		-1.93		0.27		-0.46		0.19		0.75	

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

자녀 유무에 따른 건강 영역에 있어 유의미한 차이는 발견되지 않는다.

여성의 취업 여부에 따른 평균을 살펴보면, 근로활동을 하지 않는 경우 스트레스를 덜 느끼고, 체질량지수에 대한 인지도가 높으며, 음주나 흡연의 정도가 낮다. 하지만 전반적인 주관적 건강상태와 만성질환 보유 상태는 취업자의 경우 더 양호하고, 구강관리와 규칙적인 운동, 건강한 체중을 유지하기 위한 노력을 더 많이 하고 있어 총점에서 유의미하게 높게 나타난다.

〈표 III-108〉 건강 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

취업 여부	건강 영역 총점		건강 상태		3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수		스트레스 느끼는 정도		체질량지수 (BMI) 인지 여부		구강건강 관리 정도		지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력운동 정도		지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도		하루 수면시간의 피로회복 충분 정도		정기적인 건강검진 정도		지난 6개월간 다양한 종류의 식품섭취 정도		흡연 여부		지난 6개월 음주 회수	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
하지 않음	74.2	378	3.51	378	3.62	378	2.95	378	1.99	378	3.56	378	3.01	378	3.23	378	3.43	378	3.66	378	3.62	378	3.96	378	4.15	378
하고 있음	75.5	368	3.78	368	3.74	368	2.86	368	1.97	368	3.69	368	3.15	368	3.37	368	3.36	368	3.66	368	3.70	368	3.88	368	3.91	368
Total	74.8	746	3.64	746	3.68	746	2.91	746	1.98	746	3.62	746	3.08	746	3.3	746	3.39	746	3.66	746	3.66	746	3.92	746	4.03	746
t	-2.31*		-5.08***		-2.58**		2.18*		1.88*		-2.51**		-1.93*		-2.31*		1.12		-0.03		-1.53		2.39**		3.14***	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

여성의 종사상 지위에 따른 건강 상태를 살펴보면 미취업자는 주관적 건강 상태가 상대적으로 좋지 않고 상용직에 비해 만성 질병의 수도 많다. 미취업자는 상용근로자, 자영업자, 무급 가족 종사자보다 건강 상태가 좋지 않다고 판단한다. 상용근로자는 미취업자나 임시일용직에 비해 구강 관리를 잘 하고 있으며, 임시일용직에 비해 규칙적인 운동을 꾸준히 하고 있다. 또한, 미취업자에 비해 만성 질병의 수도 적다. 총점에서 상용직은 미취업자나 임시일용직에 비해 유의미하게 높다.

〈표 III-109〉 건강 영역 여성의 종사상 지위에 따른 평균(anova)

종사상 지위	건강 영역 총점		건강 상태		3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수		스트레스 느끼는 정도		체질량지수 (BMI) 인지 여부		구강건강 관리 정도		지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력운동 정도		지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도		하루 수면시간의 피로회복 충분 정도		정기적인 건강검진 정도		지난 6개월간 다양한 종류의 식품섭취 정도		흡연 여부		지난 6개월 음주 회수	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
미취업	74.2	378	3.51	378	3.62	378	2.95	378	1.99	378	3.56	378	3.01	378	3.23	378	3.43	378	3.66	378	3.62	378	3.96	378	4.15	378
상용	76.7	161	3.84	161	3.84	161	2.85	161	1.96	161	3.83	161	3.27	161	3.45	161	3.43	161	3.71	161	3.66	161	3.85	161	3.86	161
임시 일용	72.4	79	3.61	79	3.67	79	2.78	79	1.97	79	3.53	79	2.7	79	3.19	79	3.23	79	3.49	79	3.58	79	3.85	79	3.86	79
자영업	75.7	105	3.76	105	3.66	105	2.92	105	1.97	105	3.62	105	3.24	105	3.42	105	3.34	105	3.65	105	3.85	105	3.92	105	3.93	105

종사상 지위	건강 영역 총점		건강 상태		3개월 이상 앓고 있는 만성 질병 수		스트레스 느끼는 정도		체질량지수 (BMI) 인지 여부		구강건강 관리 정도		지난 6개월간 규칙적인 신체활동/근력운동 정도		지난 6개월간 건강 체중 유지 노력 정도		하루 수면시간의 피로회복 충분 정도		정기적인 건강검진 정도		지난 6개월간 다양한 종류의 식품섭취 정도		흡연 여부		지난 6개월 음주 회수	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
무급 가족 종사	77.0	22	4	22	3.68	22	2.95	22	2	22	3.55	22	3.45	22	3.14	22	3.45	22	3.91	22	3.68	22	4	22	4.36	22
기타	81.7	1	4	1	4	1	3	1	2	1	5	1	4	1	5	1	2	1	4	1	4	1	4	1	2	1
Total	74.8	746	3.64	746	3.68	746	2.91	746	1.98	746	3.62	746	3.08	746	3.3	746	3.39	746	3.66	746	3.66	746	3.92	746	4.03	746
F	4.62***		6.72***		2.72*		1.72		1.02		4.17**		5.45***		3.21**		1.66		1.19		1.95		1.97		3.5**	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

건강 영역을 종합해 보면 다음과 같다. 연령이 증가할수록 주관적 건강 상태는 악화되고 있지만, 건강 검진은 더 많이 받고 있다. 하지만 근력운동, 체중관리, 수면, 스트레스 관리를 위한 노력은 유의미하게 증가하지 않는다. 배우자 유무에 따라 유배우자는 전반적인 건강 상태가 좋고 건강 유지 관리 노력도 더 잘하고 있다. 대도시나 중소도시 거주자는 건강을 위해 더 많은 노력을 기울이고 있으며, 농어촌 거주자는 중소도시 거주자에 비해 만성질환의 수가 더 많다. 취업자는 건강 관리 노력을 더 하고 있으며, 주관적 건강 상태나 만성 질병의 수도 미취업자에 비해 양호하다. 그러나 미취업자는 스트레스를 덜 느끼고 흡연 및 음주 빈도가 적다. 종사상 지위로 봤을 때 상용직은 임시일용직에 비해 건강 관리를 위한 노력을 더 많이 하고 있다.

③ 여가 영역

여가 영역 주요 8문항에 대한 여성의 거주지별 평균을 살펴본 결과 총점은 대도시, 중소도시, 농어촌 순으로 높다.

중소도시에 사는 여성들은 대도시나 농어촌에 비해 참여 활동 개수가 많고, 농어촌에 비해 활동에 더 활발히 참여하고 있으며, 노후 취미 여가 활동에 대해 생각해본 경험도 더 많다. 대도시에 사는 여성들은 중소도시나 농어촌에 비해 여가 활동 참여 의지가 높고, 참여 기간도 길다. 농어촌에 비해 활동에 더 활발히 참여하고 있으며 현재 활동에 대한 만족도도 두 다른 지역보다 높다. 노후에 대한 준비 경험도 농어촌에 비해 많고, 이에 대한 관심도 높다.

〈표 III-110〉 여가 영역 여성의 거주지별 평균(anova)

연령	여가영역 총점		참여 활동 개수		참여 의향 개수		취미여가 활동 정도		취미여가 활동 기간		타인 대비 취미여가 활동활발함 정도		현재의 취미여가 활동만족도		노후 취미여가 활동준비 경험		노후취미여가 활동에 대해 생각해본 경험	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
대도시	68.4	332	6.39	332	3.06	332	3.03	332	3.17	332	3.43	332	2.75	332	2.83	332	2.45	332
중소 도시	65.0	280	6.95	280	2.7	280	2.67	280	2.95	280	3.33	280	2.56	280	2.71	280	2.46	280
농어촌	61.1	134	6.28	134	2.44	134	2.31	134	2.92	134	3.1	134	2.42	134	2.45	134	2.25	134
Total	65.8	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	3.66	746
t	14.96***		6.31**		14.16***		1.80		5.82**		7.3***		6.45**		10.44***		4.08*	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

여가 영역 주요 8문항에 대한 여성의 연령대별 평균을 살펴보면, 30대와 40대에 비해 60대는 참여활동의 개수가 유의미하게 줄어들고, 40대에 비해서는 참여 의향도 낮아지는 것으로 나타난다. 50대는 30대에 비해 노후 취미여가 활동 준비 경험이 많고, 60대가 되면 30대나 50대보다 노후 취미여가에 대한 생각을 더 많이 하는 경향이 있다.

〈표 III-111〉 여가 영역 여성의 연령대별 평균(anova)

연령	여가영역 총점		참여 활동 개수		참여 의향 개수		취미여가 활동 정도		취미여가 활동 기간		타인 대비 취미여가 활동활발함 정도		현재의 취미여가 활동만족도		노후 취미여가 활동준비 경험		노후취미여가 활동에 대해 생각해본 경험	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
30대	64.7	104	6.97	104	2.88	104	2.49	104	2.93	104	3.33	104	2.45	104	2.52	104	2.57	104
40대	67.0	225	6.78	225	2.94	225	2.86	225	3.1	225	3.4	225	2.63	225	2.68	225	2.56	225
50대	66.7	243	6.54	243	2.82	243	2.85	243	3.11	243	3.35	243	2.72	243	2.86	243	2.41	243
60대	63.7	174	6.15	174	2.6	174	2.7	174	2.93	174	3.22	174	2.56	174	2.68	174	2.16	174
Total	65.8	746	6.58	746	2.81	746	2.77	746	3.04	746	3.33	746	2.62	746	2.72	746	2.42	746
F	2.65*		3.82**		2.63*		1.63		2.11		1.55		2.14		4.71**		10.94***	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

여가 영역에서 배우자 유무에 따른 유의미한 차이는 나타나지 않고 있다.

〈표 III-112〉 여가 영역 여성의 배우자 유무에 따른 평균(t-test)

배우자	여가영역 총점		참여 활동 개수		참여 의향 개수		취미여가 활동 정도		취미여가 활동 기간		타인 대비 취미여가 활동활발함 정도		현재의 취미여가 활동만족도		노후 취미여가 활동준비 경험		노후취미여가 활동에 대해 생각해본 경험	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	66.2	643	6.63	643	2.83	643	2.76	643	3.05	643	3.35	643	2.64	643	2.74	643	2.43	643
무	63.7	103	6.26	103	2.71	103	2.8	103	2.95	103	3.25	103	2.49	103	2.61	103	2.32	103
Total	65.8	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	3.66	746
t	1.72		1.55		0.91		-0.19		1.07		1.06		1.50		1.41		0.37	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,

자녀 유무에 따른 여가활동 차이는 크게 나타나지 않지만, 노후 취미 활동 준비 경험에 있어서는 자녀가 있는 경우가 자녀가 없는 경우보다 유의미하게 더 많이 하고 있는 것으로 나타난다.

〈표 III-113〉 여가 영역 여성의 자녀 유무에 따른 평균(t-test)

자녀	여가영역 총점		참여 활동 개수		참여 의향 개수		취미여가 활동 정도		취미여가 활동 기간		타인 대비 취미여가 활동활발함 정도		현재의 취미여가 활동만족도		노후 취미여가 활동준비 경험		노후취미여가 활동에 대해 생각해본 경험	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	65.9	692	6.58	692	2.82	692	2.77	692	3.04	692	3.33	692	2.63	692	2.74	692	2.42	692
무	64.8	54	6.56	54	2.78	54	2.69	54	3.07	54	3.44	54	2.44	54	2.52	54	2.37	54
Total	65.8	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	3.66	746
t	0.54		0.09		0.22		0.40		-0.28		-1.00		1.38		1.84*		0.46	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,

주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

여성의 취업 여부에 따른 여가활동을 살펴보면, 근로활동을 하고 있는 경우에 참여 의향이 더 높고 활동 기간도 길며, 노후 취미활동에 대한 생각을 더 많이 하고 있는 것으로 나타난다.

〈표 III-114〉 여가 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

취업 여부	여가영역 총점		참여 활동 개수		참여 의향 개수		취미여가 활동 정도		취미여가 활동 기간		타인 대비 취미여가 활동활발함 정도		현재의 취미여가 활동만족도		노후 취미여가 활동준비 경험		노후취미여가 활동에 대해 생각해본 경험	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
하지 않음	65.5	378	6.61	378	2.72	378	2.73	378	2.97	378	3.3	378	2.62	378	2.74	378	2.35	378
하고 있음	66.2	368	6.55	368	2.91	368	2.08	368	3.11	368	3.36	368	2.61	368	2.7	368	2.49	368
Total	65.8	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	3.66	746
t	-0.74		0.36		-2.08*		-0.61		-2.19*		-0.97		0.18		0.78		-2.45**	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

여성의 종사상 지위별 여가 영역을 살펴보면 자영업자는 미취업자에 비해 여가활동 참여 의향이 높고, 활동 기간도 미취업자나 임시일용직에 비해 길며 활발하게 활동하고 있다. 상용직은 임시일용직에 비해 다른 사람들보다 취미와 여가활동을 더 활발하게 하는 것으로 보고 있다.

〈표 III-115〉 여가 영역 여성의 종사상 지위별 평균(anova)

종사상 지위	여가영역 총점		참여 활동 개수		참여 의향 개수		취미여가 활동 정도		취미여가 활동 기간		타인 대비 취미여가 활동활발함 정도		현재의 취미여가 활동만족도		노후 취미여가 활동준비 경험		노후취미여가 활동에 대해 생각해본 경험	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
미취업	66.8	378	6.61	378	2.72	378	2.73	378	2.97	378	3.3	378	2.62	378	2.74	378	2.35	378
상용	69.8	161	6.66	161	2.94	161	2.81	161	3.12	161	3.45	161	2.63	161	2.71	161	2.55	161
임시 일용	65.4	79	6.63	79	2.63	79	2.47	79	2.81	79	3.08	79	2.43	79	2.56	79	2.42	79
자영업	71.1	105	6.36	105	3.13	105	3.07	105	3.3	105	3.48	105	2.69	105	2.77	105	2.48	105
무급 가족 종사자	67.7	22	6.23	22	2.55	22	2.64	22	3.18	22	3.14	22	2.86	22	2.73	22	2.32	22
기타	69.8	1	9	1	5	1	5	1	5	1	5	1	1	1	2	1	3	1
Total	67.9	746	3.12	746	4.3	746	4.17	746	2.96	746	4.11	746	3.97	746	2.26	746	3.66	746
F	2.03		0.60		3.28**		1.80		4.55***		3.93**		1.56		0.89		1.83	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색

여가 영역을 종합해보면, 연령이 증가할수록 노후 여가에 대한 관심은 늘어나지만 활동 수와 참여 의지는 줄어들고 있다. 거주지역을 기준으로 보면 농어촌에 사는 사람들은 상대적으로 참여 활동이 적고 노후 취미여가에 대한 경험이나 관심도 낮다. 취업 여부에 따른 여가활동을 살펴보면, 근로활동을 하는 여성은 참여 의향이 더 높고 활동 기간도 길며, 노후 취미활동에 대해 더 많이 생각하고 있다. 종사상 지위에 있어서는 자영업자가 여가활동에 참여할 의지와 활동의 활발함이 높고, 상용직은 임시일용직에 비해 더 활발하게 활동하고 있다고 보고 있다.

④ 재무 영역

소득과 자산 영역에서 여성의 거주지별 평균을 살펴보면, 배우자의 소득활동 연령에 대한 예상은 농어촌이 가장 높고, 그 다음으로 대도시, 중소도시 순으로 낮다. 배우자의 개인연금 가입 여부는 대도시가 중소도시보다 상대적으로 높다.

금융자산의 경우는 대도시가 가장 높고, 그 다음으로 중소도시, 농어촌 순이다. 부동산 자산도 농어촌이 대도시와 중소도시에 비해 상대적으로 적다. 총점에서는 농어촌의 점수가 유의미하게 높게 나타나며, 이는 근로활동 연령 점수 등에 기인하는 것으로 보인다.

<표 III-116> 소득과 자산 영역 여성의 거주지에 따른 평균(anova)

거주지	대도시		중소도시		농어촌		전체		F
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	
재무영역 총점	56.3	332	54.4	280	73.2	134	74.8	746	7.47***
소득활동 여부	0.51	332	0.5	280	0.54	134	0.51	746	0.44
소득활동 연령 예상	64.09	168	63.92	139	67.11	73	64.61	380	8.06
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	2.57	46	2.63	35	2.44	16	2.57	97	0.27
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	2.39	122	2.38	104	2.35	57	2.38	283	0.03
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	0.84	290	0.87	238	0.86	115	0.85	643	0.56
배우자 소득활동 연령 예상	66.57	243	65.14	207	68.03	99	66.29	549	12.1***
본인 공적연금 가입여부	0.53	332	0.54	280	0.54	134	0.53	746	0.05
배우자 공적연금 가입여부	0.76	290	0.73	238	0.67	115	0.73	643	1.55
배우자 공적연금 수령여부	0	2	0.33	3	.	0	0.2	5	0.6
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	0.09	332	0.06	280	0.04	134	0.07	746	1.95
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	0.09	332	0.09	280	0.07	134	0.09	746	0.46
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	0.19	290	0.17	238	0.14	115	0.17	643	0.64

거주지	대도시		중소도시		농어촌		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	F
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	0.22	290	0.26	238	0.17	115	0.22	643	1.87
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	0.19	31	0.06	18	0	6	0.13	55	1.47
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	0.15	54	0.07	41	0	16	0.1	111	1.77
[가입 여부] 본인 개인연금	0.2	332	0.15	280	0.19	134	0.18	746	1.7
[가입 여부] 배우자 개인연금	0.21	290	0.12	238	0.16	115	0.16	643	3.84**
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	0.09	67	0.02	41	0.15	26	0.08	134	1.83
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	0.13	60	0.11	28	0.11	18	0.12	106	0.07
보유한 금융자산 총액	10,229	294	7,927	257	4,385	120	8302.4	671	14.5***
보유한 부동산자산 총액	32,624	235	25,839	209	13,674	103	26463.09	547	12.9***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

〈표 III-117〉 소득과 자산 영역 여성의 연령대별 평균(Anova)

연령	30대		40대		50대		60대		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	F
재무영역 총점	56.3	104	57.5	225	56.5	243	44.2	174	53.9	746	12.7***
소득활동 여부	0.48	104	0.56	225	0.58	243	0.36	174	0.51	746	8.37***
소득활동 연령 예상	61.1	50	62.5	126	65.4	142	69.9	62	64.61	380	34.7***
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	2.7	50	2.43	47	.	0	.	0	2.57	97	2.55
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	.	0	2.39	79	2.44	142	2.23	62	2.38	283	1.11
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	0.86	95	0.94	202	0.88	209	0.69	137	0.85	643	14.1***
배우자 소득활동 연령 예상	63.96	82	65.01	189	66.62	183	70.22	95	66.29	549	34.6***
본인 공적연금 가입여부	0.6	104	0.61	225	0.56	243	0.35	174	0.53	746	10.9***
배우자 공적연금 가입여부	0.82	95	0.79	202	0.76	209	0.55	137	0.73	643	10.2***
배우자 공적연금 수령여부	0	1	0	1	0.33	3	.	0	0.2	5	0.2
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	0.1	104	0.1	225	0.07	243	0.03	174	0.07	746	2.54
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	0.16	104	0.14	225	0.05	243	0.02	174	0.09	746	9.73***
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	0.28	95	0.2	202	0.16	209	0.07	137	0.17	643	7.08***
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	0.39	95	0.25	202	0.22	209	0.07	137	0.22	643	11.9***
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	0	10	0.09	23	0.13	16	0.5	6	0.13	55	3.46*
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	0.04	27	0.05	41	0.06	34	0.67	9	0.1	111	16.7***
[가입 여부] 본인 개인연금	0.2	104	0.16	225	0.22	243	0.13	174	0.18	746	1.94

연령	30대		40대		50대		60대		전체		
	평균	obs	F								
[가입 여부] 배우자 개인연금	0.21	95	0.16	202	0.17	209	0.12	137	0.16	643	1.06
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	0.05	21	0.03	37	0.09	53	0.17	23	0.08	134	1.51
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	0.05	20	0.09	33	0.11	36	0.29	17	0.12	106	2.03
보유한 금융자산 총액	10593	96	7585	198	8298	220	7811	157	8302	671	2.03
보유한 부동산자산 총액	18553	50	29124	167	26450	188	26135	142	26463	547	1.38

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색, bold

소득과 자산 영역 주요 20문항에 대한 여성의 연령대별 평균을 살펴보면, 40대와 50대는 소득활동이 60대가 되면서 크게 감소하지만, 소득활동 연령은 50대와 60대가 되면 더 오래 일하려는 의향이 증가한다. 60대로 연령이 올라감에 따라 배우자의 소득 활동 여부에 대한 ‘하지 않는다’는 응답이 증가하고, 배우자의 소득활동 예상연령도 점차 높아지고 있다.

공적연금 가입 여부 역시 60대에서 감소하는 경향을 보이며, 본인과 배우자의 퇴직금 및 퇴직연금 수령 가능성은 30대에서 다른 연령대에 비해 높게 나타난다. 본인 퇴직연금 수령 가능성은 여성의 경우, 해당하는 자가 없어 여성의 퇴직연금 수령은 매우 드문 것을 확인할 수 있다.

<표 III-118> 소득과 자산 영역 여성의 배우자 유무에 따른 평균(t-test)

배우자	유		무		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	t
재무영역 총점	55.1	643	46.3	103	53.9	746	3.47***
소득활동 여부	0.48	643	0.67	103	0.5	746	-3.5***
소득활동 연령 예상	64.22	311	66.36	69	64.61	380	-2.68**
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	2.51	84	2.92	13	2.57	97	-1.63
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	2.35	227	2.5	56	2.38	283	-1.09
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	0.85	643	.	0	0.85	643	
배우자 소득활동 연령 예상	66.29	549	.	0	66.29	549	
본인 공적연금 가입여부	0.54	643	0.48	103	0.53	746	1.26
배우자 공적연금 가입여부	0.73	643	.	0	0.73	643	
배우자 공적연금 수령여부	0.2	5	.	0	0.2	5	

배우자	유		무		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	t
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	0.08	643	0.05	103	0.07	746	1.05
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	0.09	643	0.1	103	0.09	746	-0.33
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	0.17	643	.	0	0.17	643	
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	0.22	643	.	0	0.22	643	
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	0.14	50	0	5	0.13	55	0.89
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	0.1	111	.	0	0.1	111	
[가입 여부] 본인 개인연금	0.16	643	0.28	103	0.18	746	-2.91**
[가입 여부] 배우자 개인연금	0.16	643	.	0	0.16	643	
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	0.08	105	0.1	29	0.08	134	-0.47
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	0.12	106	.	0	0.12	106	
보유한 금융자산 총액	8497.3	581	7044.22	90	8302.4	671	1.24
보유한 부동산자산 총액	26957.37	483	22732.81	64	26463.09	547	0.98

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

소득과 자산 영역의 주요 문항에 대해 여성의 배우자 유무별 평균을 살펴보면, 배우자가 없는 경우 소득활동을 더 많이 하며 더 오래 할 것으로 예상하고 있다. 또한, 배우자가 없는 경우에는 유배우자에 비해 개인연금에 가입한 비율이 더 높다.

〈표 III-119〉 소득과 자산 영역 여성의 자녀 유무에 따른 평균(t-test)

자녀	유		무		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	t
재무영역 총점	54.3	692	48.5	54	53.9	746	1.70
소득활동 유무	0.5	692	0.57	54	0.51	746	-0.99
소득활동 연령 예상	64.69	349	63.65	31	64.61	380	0.93
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	2.54	79	2.67	18	2.57	97	-0.55
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	2.37	270	2.54	13	2.38	283	-0.63
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	0.85	615	0.86	28	0.85	643	-0.05
배우자 소득활동 연령 예상	66.33	525	65.42	24	66.29	549	0.87
본인 공적연금 가입여부	0.54	692	0.46	54	0.53	746	1.07
배우자 공적연금 가입여부	0.73	615	0.79	28	0.73	643	-0.63

자녀	유		무		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	t
배우자 공적연금 수령여부	0.2	5	.	0	0.2	5	
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	0.08	692	0.06	54	0.07	746	0.53
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	0.08	692	0.19	54	0.09	746	-2.60**
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	0.17	615	0.14	28	0.17	643	0.42
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	0.22	615	0.36	28	0.22	643	-1.73
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	0.13	52	0	3	0.13	55	0.67
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	0.1	107	0	4	0.1	111	0.67
[가입 여부] 본인 개인연금	0.17	692	0.24	54	0.18	746	-1.21
[가입 여부] 배우자 개인연금	0.16	615	0.25	28	0.16	643	-1.24
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	0.07	121	0.15	13	0.08	134	-0.99
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	0.1	99	0.43	7	0.12	106	-2.61**
보유한 금융자산 총액	8357.34	624	7573.09	47	8302.4	671	0.50
보유한 부동산자산 총액	26633.1	520	23188.89	27	26463.09	547	0.54

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

여성이 자녀가 없을 경우에는 자녀가 있는 경우보다 본인의 퇴직금 수령 가능성이 높고, 배우자의 개인연금 정기 수급률도 높게 나타난다.

〈표 III-120〉 소득과 자산 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

취업여부	하지 않음		하고 있음		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	t
재무영역 총점	46.4	30	61.6	350	53.9	380	-9.0***
소득활동 연령 예상	64.63	30	64.61	350	64.61	380	0.024
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	2.5	6	2.57	91	2.57	97	-0.20
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	2.58	24	2.36	259	2.38	283	1.12
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	0.79	346	0.93	297	0.85	643	-5.40***
배우자 소득활동 연령 예상	66.33	272	66.26	277	66.29	549	0.16
본인 공적연금 가입여부	0.34	378	0.73	368	0.53	746	-11.5***
배우자 공적연금 가입여부	0.68	346	0.79	297	0.73	643	-2.85**
배우자 공적연금 수령여부	0.33	3	0	2	0.2	5	0.77

취업여부	하지 않음		하고 있음		전체		
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	t
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	0.04	378	0.11	368	0.07	746	-3.35***
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	0.02	378	0.16	368	0.09	746	-7.03***
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	0.16	346	0.18	297	0.17	643	-0.57
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	0.22	346	0.23	297	0.22	643	-0.47
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	0.19	16	0.1	39	0.13	55	0.85
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	0.16	57	0.04	54	0.1	111	2.16*
[가입 여부] 본인 개인연금	0.12	378	0.24	368	0.18	746	-4.42***
[가입 여부] 배우자 개인연금	0.14	346	0.2	297	0.16	643	-2.15*
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	0.04	45	0.1	89	0.08	134	-1.16
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	0.17	47	0.08	59	0.12	106	1.33
보유한 금융자산 총액	8071.44	334	8531.31	337	8302.4	671	-0.58
보유한 부동산자산 총액	27796.83	283	25033.36	264	26463.09	547	1.00

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

여성의 취업 여부에 따른 재무 영역 평균을 살펴보면, 취업자의 경우 배우자의 소득 활동 확률이 더 높고, 본인과 배우자의 공적연금 가입률이 늘어난다. 또한, 본인의 퇴직금과 퇴직연금 수령 가능성, 개인연금 가입률도 취업자의 경우 증가하는 경향을 보인다.

<표 III-121> 소득과 자산 영역 여성의 거주지에 따른 평균(anova)

종사상 지위	미취업		상용		임시일용		자영업		무급가족근로		기타		전체		F
	평균	obs	평균	obs	평균	obs									
재무영역 총점	46.4	30	67.0	157	52.1	74	62.1	102	52.2	16	84.0	1	53.9	380	22.2***
소득활동 연령 예상	64.63	30	63.25	157	62.84	74	67.27	102	69.06	16	65	1	64.61	380	9.54***
소득활동을 위한 직업능력향상 노력 여부	2.5	6	2.46	63	2.83	18	2.78	9	.	0	3	1	2.57	97	0.89
소득활동 중단 시 다른 일을 위한 준비 여부	2.58	24	2.49	94	2.27	56	2.29	93	2.31	16	.	0	2.38	283	1.04
현재 배우자가 소득활동을 하는지 여부	0.79	346	0.96	138	0.89	61	0.92	77	0.9	21	.	0	0.85	643	7.77***
배우자 소득활동 연령 예상	66.33	272	65.15	133	65.11	54	68.08	71	70.47	19	.	0	66.29	549	8.30***
본인 공적연금 가입여부	0.34	378	0.83	161	0.59	79	0.71	105	0.59	22	1	1	0.53	746	30.16***

중사상 지위	미취업		상용		임시일용		자영업		무급가족근로		기타		전체		F
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	
배우자 공적연금 가입여부	0.68	346	0.88	138	0.66	61	0.73	77	0.81	21	.	0	0.73	643	5.01***
배우자 공적연금 수령여부	0.33	3	0	1	.	0	0	1	.	0	.	0	0.2	5	0.2
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직연금	0.04	378	0.22	161	0.01	79	0.02	105	0	22	0	1	0.07	746	15.12***
[수령 가능성 여부] 본인 퇴직금(퇴직일시금)	0.02	378	0.32	161	0.1	79	0	105	0	22	0	1	0.09	746	34.06***
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직연금	0.16	346	0.28	138	0.2	61	0.05	77	0	21	.	0	0.17	643	5.87***
[수령 가능성 여부] 배우자 퇴직금(퇴직일시금)	0.22	346	0.33	138	0.21	61	0.14	77	0	21	.	0	0.22	643	4.44**
[정기적 수령 여부] 본인 퇴직연금	0.19	16	0.06	36	1	1	0.5	2	.	0	.	0	0.13	55	4.52**
[정기적 수령 여부] 배우자 퇴직연금	0.16	57	0.03	38	0.08	12	0	4	.	0	.	0	0.1	111	1.66
[가입 여부] 본인 개인연금	0.12	378	0.29	161	0.19	79	0.25	105	0.05	22	1	1	0.18	746	6.7***
[가입 여부] 배우자 개인연금	0.14	346	0.24	138	0.13	61	0.19	77	0.14	21	.	0	0.16	643	2.19
[정기적 수령 여부] 본인 개인연금	0.04	45	0.09	46	0.2	15	0.08	26	0	1	0	1	0.08	134	0.75
[정기적 수령 여부] 배우자 개인연금	0.17	47	0.06	33	0	8	0.2	15	0	3	.	0	0.12	106	1.13
보유한 금융자산 총액	8071.44	334	8318.17	149	9877.12	69	8701.28	98	4070	20	20000	1	8302.4	671	1.32
보유한 부동산자산 총액	27796.83	283	25706.56	108	20355.77	52	27858.82	85	21368.42	19	.	0	26463.09	547	0.76

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 유색, bold, 밑줄 표시

재무 영역을 종합해보면, 연령이 증가함에 따라 소득 활동을 오래하고자 하는 경향이 나타난다. 배우자가 없는 경우 소득 활동 참여율이 높고, 참여 기간도 길며, 개인연금 가입률도 높다. 자녀가 없는 경우에는 배우자의 개인연금 수급률이 높고, 본인의 퇴직금 수령 가능성이 더 높다.

농어촌에 사는 경우 배우자의 소득활동 연령이 높는데, 이는 농임업 등의 자영업에 종사할 가능성이 높기 때문일 것으로 보이며, 일자리가 많은 대도시에 비해 중소도시는 소득활동 지속연령이 낮게 예측된다. 금융 및 부동산 자산은 농어촌이 대도시나 중소도시에 비해 낮은 수준이다.

취업 여부에 따라 살펴보면, 취업 여성은 배우자의 소득활동 참여 확률이 높고, 본인과 배우자의 공적연금 가입률, 본인의 퇴직금과 퇴직연금 수령 가능성, 개인연금 가입률이 증가한다. 특히 상용직 여성의 경우 이러한 경향이 더욱 뚜렷하다.

⑤ 노후준비 인식 및 노후준비서비스 인지도

노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역에서 여성의 거주지별 평균을 살펴보면, 농어촌에 사는 여성들은 중소도시에 비해 필요한 자금 계산과 생활비 준비 방법에 대해 더 많이 생각해본 것으로 나타난다. 대도시에 사는 여성들은 자신의 노후준비 수준을 더 높게 평가하지만, 국민연금공단의 노후준비서비스나 노후준비 서비스 자체에 대한 인지도는 중소도시나 농어촌에 비해 낮다.

〈표 III-122〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 거주지별 평균(anova)

거주지	노후 필요 생활비 계산 경험		노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험		노후준비서비스 인지도		100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가		국민연금공단 노후준비서비스 인지도		국민연금공단 노후준비서비스 이용 의향	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
대도시	1.72	332	1.62	332	2.26	332	55.65	332	2.38	332	1.61	332
중소도시	1.64	280	1.57	280	2.53	280	49.75	280	2.56	280	1.59	280
농어촌	1.81	134	1.69	134	2.53	134	50.36	134	2.58	134	1.69	134
Total	1.71	746	1.61	746	2.41	746	52.48	746	2.48	746	1.62	746
F	6.24**		3.11*		20.41***		6.73**		11.32***		1.74	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역의 주요 6문항에 대한 여성의 연령대별 평균을 살펴보면 다음과 같다. 30대 여성들은 5,60대에 비해 노후 필요생활비를 계산한 경험이 많고, 이에 따른 준비방법을 4,50대에 비해 많이 생각해본 경험이 있다. 하지만 본인이 노후준비 수준에 대해 평가할 때, 30대 여성들은 5,60대에 비해 평가 수준이 낮다. 또한, 국민연금공단의 노후준비서비스에 대한 인지도는 4,50대보다 60대에서 더 높다는 것을 알 수 있다.

〈표 III-123〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 연령대별 평균(anova)

연령	노후 필요 생활비 계산 경험		노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험		노후준비서비스 인지도		100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가		국민연금공단 노후준비서비스 인지도		국민연금공단 노후준비서비스 이용 의향	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
30대	1.87	104	1.77	104	2.48	104	43.88	104	2.54	104	1.58	104
40대	1.75	225	1.62	225	2.39	225	51.77	225	2.43	225	1.63	225
50대	1.67	243	1.57	243	2.35	243	54.64	243	2.42	243	1.58	243
60대	1.61	174	1.58	174	2.48	174	55.54	174	2.61	174	1.68	174
Total	1.71	746	1.61	746	2.41	746	52.48	746	2.48	746	1.62	746
F	7.87***		4.59**		2.22		7.99***		5.01**		1.83	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역에서 배우자 유무에 따른 여성의 평균을 살펴 보면, 배우자가 있는 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 본인의 노후준비가 잘 되었다고 느끼는 것으로 나타났다. 반면에 국민연금 노후준비서비스에 대한 인지도는 배우자가 없는 경우가 더 높게 나타났다.

〈표 III-124〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 배우자 유무에 따른 평균(t-test)

배우자	노후 필요 생활비 계산 경험		노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험		노후준비서비스 인지도		100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가		국민연금공단 노후준비서비스 인지도		국민연금공단 노후준비서비스 이용 의향	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	1.71	643	1.62	643	2.4	643	53.04	643	2.47	643	1.62	643
무	1.67	103	1.59	103	2.49	103	48.99	103	2.57	103	1.6	103
Total	1.71	746	1.61	746	2.41	746	52.48	746	2.48	746	1.62	746
t	0.91		0.49		-1.40		1.79*		-1.74*		0.36	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, / 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후준비 인식에 있어서 자녀가 있는 경우와 없는 경우를 비교해보면, 자녀가 있는 사람들이 본인의 노후준비 수준을 자녀가 없는 사람들보다 높게 인식하고 있다는 것을 확인할 수 있다.

〈표 III-125〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 자녀 유무에 따른 평균(t-test)

자녀	노후 필요 생활비 계산 경험		노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험		노후준비서비스 인지도		100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가		국민연금공단 노후준비서비스 인지도		국민연금공단 노후준비서비스 이용 의향	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
유	1.71	692	1.61	692	2.41	692	53	692	2.48	692	1.62	692
무	1.7	54	1.7	54	2.44	54	45.87	54	2.56	54	1.56	54
Total	1.71	746	1.61	746	2.41	746	52.48	746	2.48	746	1.62	746
t	0.07		-1.41		-0.45		2.38**		-0.97		0.98	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역에서 여성의 근로활동 여부에 따른 평균을 보면 다음과 같다. 근로활동을 하고 있지 않은 경우, 노후준비서비스 및 국민연금공단의 노후준비서비스에 대한 인지도가 높으며, 이용 의사도 높게 나타난다. 반면에 취업자의 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 본인의 노후준비 수준을 높게 평가하는 것으로 보인다.

〈표 III-126〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 근로활동 여부에 따른 평균(t-test)

취업여부	노후 필요 생활비 계산 경험		노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험		노후준비서비스 인지도		100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가		국민연금공단 노후준비서비스 인지도		국민연금공단 노후준비서비스 이용 의향	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
하지 않음	1.7	378	1.62	378	2.46	378	51.05	378	2.56	378	1.86	378
하고 있음	1.72	368	1.61	368	2.35	368	53.96	368	2.4	368	1.65	368
Total	1.71	746	1.61	746	2.41	746	52.48	746	2.48	746	1.62	746
t	-0.73		0.44		2.51**		-1.87*		3.83***		2.94**	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

여성의 종사상 지위별 노후준비 및 노후준비서비스 인지도를 살펴보면 다음과 같다. 임시일용직은 상용직 및 자영업자에 비해 본인의 노후준비 수준을 낮게 평가하고 있다. 미취업자의 경우, 상용직에 비해 노후준비서비스에 대한 인지도가 높다. 또한, 자영업자에 비해 미취업자와 상용자 모두 노후준비서비스 이용의사가 높다는 결과를 보여준다.

〈표 III-127〉 노후준비 인식 및 서비스 인지도 영역 여성의 종사상 지위별 평균(anova)

종사상 지위	노후 필요 생활비 계산 경험		노후 필요 생활비 준비 방법 생각 경험		노후준비서비스 인지도		100점 만점 기준 본인의 노후준비 평가		국민연금공단 노후준비서비스 인지도		국민연금공단 노후준비서비스 이용 의향	
	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs	평균	obs
미취업	1.7	378	1.62	378	2.46	378	51.05	378	2.56	378	1.67	378
상용	1.7	161	1.63	161	2.34	161	55.7	161	2.4	161	1.66	161
임시일용	1.72	79	1.57	79	2.42	79	46.49	79	2.43	79	1.52	79
자영업	1.72	105	1.59	105	2.31	105	57.24	105	2.42	105	1.49	105
무급 가족근로	1.82	22	1.59	22	2.41	22	52.95	22	2.27	22	1.45	22
기타	2	1	2	1	2	1	40	1	3	1	1	1
Total	1.71	746	1.61	746	2.41	746	52.48	746	2.48	746	1.62	746
F	0.44		0.38		1.64		3.50**		3.46**		4.18***	

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,
 주 2: 사후검정 결과 유의미한 경우 진한 색 표시

노후준비 인식 및 노후준비서비스 인지도를 종합적으로 요약하면 다음과 같다.

젊은 층은 노후 생활비와 이에 대한 준비 방법을 생각하는 경향이 있지만, 제대로 준비하고 있다고 판단하지 못하고 있다. 국민연금 노후준비서비스에 대한 인지는 연금 수급 연령이 가까운 60대에서 4,50대에 비해 높다.

배우자가 없는 경우는 국민연금 노후준비서비스에 대한 인지도가 더 높게 나타난다. 이는 이들이 소득활동에 종사할 확률이 높기 때문에 종사상지위 변동이 발생할 경우 국민연금공단과의 접점이 발생, 상대적으로 공단 서비스를 더 많이 인지하게 되기 때문일 것으로 보인다.

자녀가 있는 경우는 본인의 노후준비 수준에 대해 자녀가 없는 경우에 비해 상대적으로 높다고 판단한다.

대도시에 사는 사람들은 본인의 노후준비 수준을 중소도시나 농어촌에 사는 사람들에 비해 높게 평가하고 있지만, 노후준비서비스에 대한 인지도는 상대적으로 낮다.

임시일용직은 본인의 노후준비 수준에 대한 평가가 낮다. 미취업자는 상용직에 비해 노후준비서비스에 대한 인지도가 높고, 자영업자에 비해 서비스 이용의사가 높다.

⑥ 인구사회특성별 여성의 노후준비 실태 시사점

위 인구사회특성별 여성의 노후준비 실태 분석결과로부터 다음과 같은 영역별 시사점을 도출할 수 있다.

먼저, 전 영역에서 기본 상담자는 전문, 종합상담자에 비해 상대적으로 노후준비수준이 낮게 나타난다. 전문, 종합의 심층적 노후준비서비스를 받을 의사가 있는 경우에는 그 준비 수준도 상대적으로 높다.

대인관계 영역에서 배우자가 없는 경우, 특히 임시일용직과 미취업자의 경우 다양한 네트워크 형성 지원이 필요하다. 건강영역에서는, 배우자가 없는 경우, 임시일용직, 농어촌의 경우 건강유지를 위한 노력이 필요하며, 만성질환 등을 꾸준히 관리할 수 있는 서비스 제공이 요구된다. 여가영역과 관련, 농어촌, 미취업의 경우 상대적으로 여가 취미활동에 대한 참여도가 낮고 문화적 격차가 존재하므로, 이들 계층에 대한 적극적인 문화 서비스 연계가 필요하다. 재무영역에서는, 취업여성은 미취업자에 비해, 공적 사적 연금 등 가입률이 증가하고 배우자 소득활동 참여율도 높게 나타나고 있다. 이에 따라 미취업자의 경우 재무영역의 준비 정도가 취업자에 비해 낮아 미취업 여성에 대한 고용 서비스 연계 강화가 중요하다.

또한, 농어촌의 경우 대도시와 중소도시에 비해 상대적으로 장기간 소득활동을 할 것으로 예상하고 있고, 대도시와 중소도시는 농어촌에 비해 금융 및 부동산 자산의 형성 정도가 많다. 따라서 대도시와 중소도시는 일자리 중심, 농어촌의 경우 재무관리 중심의 서비스를 제공하는 것이 바람직하다.

노후준비서비스 인지도의 경우 국민연금공단의 접점이 많을수록 증가한다. 즉 60대 이상, 미취업자, 임시일용직, 중소도시와 농어촌 거주자가 상대적으로 높다. 이들은 상대적으로 노후준비에 취약할 수 있는 집단으로, 이들에 대한 노후준비서비스 제공을 보다 일찍, 심도있게 제공할 수 있는 노력이 요구된다.

3. 노후준비서비스 평가

다음은 노후준비지원서비스의 성별영향에 대한 질적 평가를 위해 8명의 노후준비 상담사에 대한 초점집단 면접 실시 결과이다.

가. 노후준비 일반적 특성

노후준비에 대한 국민적 인식과 공감감이 확산되지 않은 상황에서 노후준비지원 현장에서 포착되는 국민들의 인식 또한 관심이 있는 사람들과 그렇지 않은 사람들 간에 극단적인 경향을 보이는 것으로 나타났다. 주로 연령이 은퇴에 근접하거나 배우자의 은퇴를 앞두고 노후준비에 대한 관심이 증가해 자발적인 노후준비 상담신청을 하게 되는 반면 젊은 층의 경우 정책적 연계나 다른 루트를 통해 우연히 노후준비상담 서비스에 접근하게 되는 경향을 보인다. 한편 노후준비가 경제적 측면 뿐만 아니라 건강, 대인관계, 여가 등을 포함하는 비경제적 측면에 대한 노후준비까지 포괄한다는 사실에 대한 인식이 부족한 경우가 많았으며 노후준비에 관심이 있더라도 재무적 노후준비에 대한 기대치만 가지고 있는 경우가 일반적이었다.

40-60대 같은 경우는 자발적으로 국민연금에 대해서 알거나 혹은 '내연금'을 조회해 보다가 정말 이 상담을 받고 싶어서 신청한 고객들이 많고, 20-30대는 자발적으로 상담을 원하는 고객들은 희박하고, 거의 대부분은 자산형성지원 사업이란 연계되어서, 상담을 필수로 이수해야 교육이 인정이 되는 필요에 의해서 하시는 분들이 많거든요. 그래서 이런 차이가 발생하는 것 같아요(D상담사)

보통 남자분들이 일을 하시고 여자분들은 이제 일을 안 하셔서 국민연금 가입이 안 되신 경우가 많잖아요. 그러다 보니깐 남편의 은퇴를 앞둔 상태고, 본인 연금이 없으신 분들이 고민이 되게 많으시더라고요. 여자분들이 그래서 추납도 알아보시고 임의 가입하시고 이러면서 이(노후준비)서비스를 알게 돼서 신청하시는 경우도 많았어요. 본인 것이 없으니깐(C상담사).

아직 양극화가 심하더라고요. 많이 관심을 가지신 분도 많았지만은 이와 반대로 준비가 안되어 있으신 분도 많았고.. 이제 또 아무래도 가부장적인게 아직도.. 아직 경제활동을 남자분들이 많이 하시니까 정확하게 그걸 파악하시는 데 좀 힘들어 하시더라고요. 그런 느낌을 받았습시다(G상담사).

나. 연령대별 노후준비 특성

노후준비에 대한 인식과 특성은 연령대에 따라 차이를 보이는 것으로 나타났다. FGI를 통해 도출된 여성의 연령대별 노후준비에 관한 주요 특징은 다음과 같다.

첫째, 20대 여성의 경우 결혼에 대한 인식의 변화가 노후준비에 대한 태도에 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 결혼과 생애경로에 대한 인식의 변화는 노후를 포함한 미래 목적자금에 결혼자금을 상정하지 않는 사례가 증가했다. 20대의 경우 노후준비에 대해

구체적인 관심을 갖기 어려운 생애주기임에도 불구하고 20대부터 관심을 갖기 시작한 경우 구체적이고 적극적인 태도를 보여 20대의 노후준비는 관심도에 따라 특히 양극화 되는 경향을 보였다.

최근 젊은 여성분들이 좀 달라진게 목적 자금을 결혼 자금이 없는 경우가 더 많고, 노후 준비를 20대 때부터 되게 구체적으로 시작을 많이 하시더라고요. 최근에 상담한 분도 96년생 사회 초년생이신데 딱히 결혼 자금이나 양육 자금을 생각하지 않고, 나중에 부모님 의료비와 본인 의료비, 노후 자금 이 정도만 미리부터 구체적으로 준비하고 싶다고 하시는 분들이 생각보다 많아지고 있어서 좀 시대가 변했다고 느꼈습니다. 반대로 남자분들 같은 경우는 그래도 여전히 결혼 자금을 목적으로 두시는 분들이 대부분이신 것 같아요(C 상담사)

20대 30대는 관심이 있는 사람들은 많은 관심이 있어서 적극적으로 준비하는 반면에, 아예 돈에 대해서 별 관심이 없다거나 하는 반대 쪽도 여자분들이 많았습니다. 남자분들은 대체적으로 80% 이상은 투자에도 대체적으로 관심이 있는 쪽이었다면 여자분들은 나눠지는 경향이었던 것 같아요(B 상담사).

둘째, 젊은 세대(20~30대)를 중심으로 부부(가구)중심의 노후준비에서 개인중심의 노후준비로 변화하는 경향성이 발견된다. 20~30대 부부의 경우 서로의 소득 및 경제 상황에 대한 구체적인 정보를 공유하지 않는 것을 당연하게 받아들이는 경우가 많은 반면 50~60대 이상인 경우 부부단위로 노후준비를 진행하는 것이 일반적이었다.

최근에 30대 청년들 상담을 하면 결혼을 했는데도 서로 자산이 얼마인지 잘 모르더라고요. 그래서 충격받았어요. 룸메이트처럼 진짜 생활비 모아서 생활비 통장에 넣어서 쓰고 그래서 집도 사고 그러려면 같이 모아야 되는데, 합치지 않은 부부들이 정말 많아서, 너무 궁금해서 회사에 결혼한 친구들한테도 물어봤는데 개네도 그러더라고요. 요새 트렌드가 약간 자산을 합치지 않는 쪽으로 많이 가는 것 같아요(D 상담사).

50~60대 이상 분들은 보통은 부부 단위로 하는데 20대 30대에 결혼하신 분들은 이렇게 처음에는 결혼하셨으니까 부부로 하는데, 남편은 한 달에 얼마 쓰는지 아시냐고 물어봐도 '잘 몰라요'라고 답하시고, '얼마 있는지 아세요?' 라고 물어봐도 '잘 하고 있겠쬬. 몰라요' 하시더라고요(A 상담사).

셋째, 50~60대에 들어서면 노후에 대한 막연한 불안감이 증가하는 경향을 보인다. 노후준비가 되지 않은 여성 뿐만 아니라 어느정도 경제적인 노후준비가 된 경우에도 막연한 불안감이 증가하며 경제적인 영역 이외의 다양한 영역에 대한 노후준비 관심도가

증가한다.

50~60대가 되면 자산이 준비된 여성과 준비되지 않은 여성이 노후에 느끼는 불안감이, 준비가 되신 분들도 많이 불안해하셨고 안 되신 분들도 불안해하셨어요(B 상담사).

50~60대 분들은 (노후준비가) 되셨든 안 되셨든 자녀한테 해주시려는게 되게 크시더라고요. 본인이 노후 준비가 안 됐어도 자녀는 결혼 자금이라든지 이런 걸 해주려고 하고 되어 있으시면 또 더 해주시려고 하시고(C 상담사).

노년에서 오는 그 자체의 불안감이 돈이 많건 적건 다 있으신 것 같고, 자산이 100억 넘으셔도 자녀한테 어떻게 더 세금을 조금 내고 잘 증여할 것인가의 문제로 고민하고 불안해하셔서 이게 돈의 문제는 아닌 것 같아요(A 상담사).

20~30대는 재무 영역 외에는 알아서 잘 하시고 계셔서 거의 재무 위주로 하고 40~50대 넘어서는 비재무영역 상담을필요로 하셔서..특히 여가 활동이나 대인관계나이런 활동을 보면 1인 가구 여성은 오히려 40대쯤 되면 되게 힘들어하시더라고요. 그러면1인 가구 지원센터라든지이런 기관 연계를 통해서 안내하는 편이에요(D 상담사).

전업 주부 같은 경우는 어떻게 보면 본인 인생은 없고 남편과 아이들을 위해서 살았는데 그거에 대한 공허함이 되게 크신 것 같아요. 그에 미혼인 1인 가구 여성 같은 경우에는 40대 50대가 되면서 점점 이제 마음을 터놓을 수 있는 그런 친구가 없다는 게 조금 힘들어하시는 것 같았어요(B 상담사).

넷째, 40대의 경우 노후준비의 사각지대로 체감되고 있었다. 상담사들이 노후준비 상담을 제공한 내방고객 가운데 일반적인 40대는 눈에 띄게 적었으며 주로 정책적 연계를 통해 노후준비상담을 받는 경우이거나 직장생활을 하지 않는 경우가 다수였다.

40대 중반이셨는데 여자분은 드라마 작가, 남자분은 학원 운영하시는 분이었어요. 이분들 직업이 일반 직장인이 아니라 일과시간 중에 시간을 비교적 수월하게 낼 수 있는 경우여서 상담을 받으셨던 것 같아요. 생각해 보니까 저희처럼 공기업이나 대기업과 같이 빠르게 일하시는 분은 제가 상담하는 3년 동안 한 번도 상담을 한 적이 없었어요. 저희가 일과시간 중에 상담 업무를 하다 보니까 그분들도 안 그래도 시간 부족한데 휴가를 내고 와야되는 어려움이 있고 그래서 이 서비스에 대해서 알기도 어렵고 시간을 내기도 어려운 것 같아요(A 상담사).

40대의 경우 근로활동과 육아가 겹친 시기로 노후준비라는 미래지향적 관심이 상대적으로 멀어질 뿐만 아니라 현실적으로 실천에 옮기는 것이 시간적·물리적으로 용이하지

많은 연령대로 파악된다. 또한 생애주기 가운데 가장 지출이 많은 시기이다 보니 자신의 노후가 뒷전으로 밀리게 되는 것도 원인으로 작용한다.

최근에 제가 상담한 40대를 떠올려봤는데, 그분들의 특징이 부부 한 분, 싱글이신 분 한 분이셨어요. 양쪽 다 자녀가 없는 분들이셨어요(A 상담사).

40대가 돈 나갈 일이 제일 많을 때 같아요. 왜냐하면 아이들도 케어해야 되고 부모님도 노쇄 하시니까 돈이 나가는 경우가 많은 것 같아요. 그리고 부모님 세대들은 지금처럼 실손보험 등이 활발하던 시대도 아니었으니 그런 부분 때문에 40대분들은 경제적으로 제일 많이 벌지만 제일 많이 나가는 그런 시기가 아닌가 하는 생각이 들어요(D 상담사).

노후가 멀게 느껴져 노후준비가 관심 대상이 되지 못하거나 근로와 육아로 인한 물리적 한계는 20~30대에도 동일하게 적용될 수 있음에도 불구하고 유독 40대에서 노후준비 상담 진행율이 낮게 나타나는 이유는 40대라는 연령이 정책적 사각지대에 속하기 때문으로 보인다. 즉, 20~30대의 경우 다양한 청년 대상 정책의 수혜 과정에서 국민연금공단의 노후준비 상담으로 연계되며 그와 같은 우연적 계기로 노후준비에 대한 관심과 실천의 계기를 마련하게 되지만 40세에 이르면 정책적 수혜가 종료되며 50대 이후 중노년층 정책의 대상자가 될 때까지 정책 사각지대에 놓이게 됨으로써 노후준비와의 연결고리를 상실하게 되는 것으로 보인다.

본인은 사실 30대랑 똑같이 일을 하고 소득 수준도 30대랑 비슷한 상황인데 집을 사려고 해도 청년지원 정책 같은 게 다 39세까지고 지원되는 게 하나도 없다고 말씀을 하셨어요. 근데 그분은 또 미혼이셨거든요. 그래서 더욱 더 소외됨을 느낀다고...차라리 50~60대 같으면 좀 더 정책이 많고 50플러스 센터에서도 제2의 인생을 위해 지원 해주는 부분이 있고, 2030 같은 경우는 1인 가구 여성들이 많아지니까 그런 정책들이 나올 수도 있을 것 같은데, 그런 부분에서 40대가 제일 소외되는 세대가 아닌가라는 생각이 들어요 (D 상담사).

현실적으로 2030은 자산형성 지원사업도 많고, 또 그분들이 이 사업을 알고 신청할 수 있는 경로가 많아요. 50대 이후에는 50플러스 센터가 있고 그분들에(중장년) 대한 정책적인 지원이 있는데, 40대는 사실 모든 정책에서 소외되어 있고, 특별히 정부에서 40대에 대해서도 지원하거나 이런 것도 없고요(A 상담사).

20대분들은 대학생(청년), 30대분들은 MOU 맺어서 회사들을 대상으로 하는 분, 40대분들은 생각해 보니까 없어요. 상담한 경험이 거의 없어요. 왜냐하면 40대는 사각지대거든요. 청년 통장에도 안 들어가서 희망키움이나 자산 형성 사업하시는 분들이 이제 40대 넘어

가면 사각지대이고... 근데 사실 40대에서는 (여성 뿐만 아니라) 남자도 잘 없습니다 (F상담사).

노후준비에 있어서 40대의 현실적 어려움과는 대조적으로 면접에 참여한 상담사들은 40대의 노후준비가 매우 필요하다고 의견을 모았다. 이미 50-60대에 이르러 노후준비가 안된 상태의 국민들은 '준비'의 여지가 좁혀지며 노후준비원서비스를 통해 지원할 수 있는 범위도 매우 제한되기 때문에 미리, 즉 최소한 40대부터는 대비하기 시작해야 한다는 것이다. 또한 40대에 이르면 재무, 대인관계 등 여러 가지 측면에서 노후준비가 더 복잡해지는 연령대이므로 전문가의 컨설팅과 도움이 필요한 것으로 지적했다.

50대 은퇴 앞둔 분들 상담할 때 그분들이 40대 때 (노후준비를) 본격적으로 시작했으면 참 좋았을 텐데, 그때는 어떻게 보면 소득도 높았고 삶도 바빴고 해서 큰 필요성을 못 느끼셨었다고 하시더라고요. 그런데, 은퇴가 다가오면서 이런 생각을 하게 되었다고 그러시면서, 그때는 사실 교육비 들어가고, 쓰기 바쁘고 대출금 갚고 이러니까 크게 누구한테 조언을 구하는 걸 생각을 해보신 적이 없으시다고... (C 상담사)

50대가 다 지나가고 은퇴 시기가 다가왔는데, 어떤 사유로 이혼이든 비혼이든 노후준비는 안 되어 있으신데 막막하신 분. 심지어 건강도 안 좋으시고 이런 케이스가 종종 있으시거든요. 그런 여성분들은 관계라든지 재무측면이라든지 더 취약하지 않나 하는 생각을 많이 해요. 남자분들의 경우는 국민연금 제도상 예전에 납부 유예도 있고 추납이라도 있어서 풀어나갈 거리가 있는데, 여자분은 국민연금 가입 이력도 전혀 없어요. 그렇다고 차상위 계층이나 기초수급자에 해당되는 상황도 아니고. 그리고 여자분일 수록 본인 스스로가 사회 안전망으로 들어가는 거에 대해서 상당한 부담감을 많이 갖고 계세요. 그런 분들이 힘들어요. 아예 안 좋아서 사회 안전망을 들어가시던가 아니면 스스로 자활할 수 있는 상황이 되시던가 하지 못하는 분들이 50대 60대 다가오시는 분들이 좀 제일 안타깝지 않을까 생각합니다. 그분들이 40대에 이렇게 상담을 하거나 접촉이 있었다면 그전에라도 한번 (노후에 대한) 스스로 자각할 수 기회가 있었을 건데 그 상태(50-60대)가 돼서 그럼 나도 혹시 국민연금 받을 수 있을까라고 해서 상담하시니.. (F상담사)

60이 아예 넘으신 분들은 그냥 정부 지원책으로 알려드리는 거 밖에는 실제로 방법이 없어요. 이렇게 자산을 모으라 한다든지 실제 수입도 없으시고요. 그런 경우에 이제 정부 지원 생계급여라든지 주거급여 의료급여 그런 거 말씀드리거나(E상담사)

20~30대 상담은 자산이 다양하지도 않아서 조금 수월한 면이 있어요. 40대쯤 되면 지출이나 자산이나 이렇게 특히 결혼하신 분들은 굉장히 복잡하고 그래서 저희가 어떤 솔루션을 드린다기보다는 상담을 하시면서 본인이 본인 상태를 정리하시고 앞으로 갈

방향성을 확립을 하는데 40대는 그런 과정을 하는 자체가 괴로울 수 있는 것 같아요. 여기에 대해서 생각을 하는 것 자체가 본인도 힘들고 정책적으로도 접근할 수 있는 기회도 없기도 하고요(A 상담사).

부부가 같이 상담 오는 것도 남편 은퇴할 때쯤 불안해서 오는 거지 남편이 잘 벌고 있을 때는 전혀 그런 불안감이 없으신 거예요. 그래서 임의 가입이나 이런 수납이나 이런 것들도 50대 때 많이 하시는 것 같아요. 40대 때는 오히려 남편이 잘 벌고 있고 지금 우리 가정에 문제가 없으니까 더 생각을 안 하시는 것 같아요(D 상담사).

다. 여성의 비재무 영역 노후준비 특성

국민연금공단의 노후준비 상담서비스를 찾는 국민들의 다수는 노후준비에 재무뿐만 아니라 건강, 대인관계, 여가 등 다른 영역들이 포함되어 있다는 사실을 인식하지 못했다. 이에 따라 비재무적인 노후준비에 부정적인 반응을 보이거나 필요성을 체감하지 못하는 경우도 있지만 오히려 필요성을 체감하고 적극적으로 상담에 임하는 사례들도 있었으며 남성보다 여성의 경우, 그리고 연령이 노년에 가까워질수록 비재무영역에 대한 호응도가 높게 나타났다. 예상치 못한 비재무영역의 노후준비 상담서비스를 통해 처음으로 대인관계, 여가, 건강 등의 영역에 대한 관심을 갖거나 알게되는 계기가 되기도 했다.

(노후준비가) 어떤 업무인지 모르고 상담 신청을 하셨다가 재무적인 부분 이외에 또 건강 취미 대인관계도 중요해서 같이 비재무 영역도 진단을 해야 된다 이렇게 말씀을 드리고 하면 거부 반응을 나타내시는 분들은 많이는 없으시더라고요. 그리고 저 같은 경우는 비재무 영역을 먼저 다 하거든요. 왜냐면 비재무 영역하면서 본인 얘기도 하면 좀 라포 형성이 되더라고요. 오히려 그래서 비재무적인 영역 먼저 다 하고 그 다음에 마지막으로 재무적인 영역으로 들어가서 그때 좀 약간 친해진다면 속 얘기도 하게 되고, 그런 식으로 상담을 활용을 하죠(H 상담사)

연령이 높아져 자녀가 독립하고 남편이 은퇴를 앞두는 등 기존의 가정내 역할관계의 변화를 겪으며 50대 이상의 여성층에서 대인관계에 대한 점검의 필요성을 호소하는 사례가 있었다. 또한 직장생활을 하고 있는 여성, 혹은 젊은 세대 여성에 비해 50대 이상의 직장생활 경험이 없는 주부들은 여가가 사교활동에 국한되는 경우가 많으며 여가 활동에 대해 생각하지 못하는 경우가 많은 것으로 나타났다.

남편분은 밖에서 일하시고 여자분은 주부로 사시다가 갑자기 두 분이 같이 하루 종일 계시니까 그게 너무 스트레스 받으신다고 대화를 어떻게 해야 될지도 모르겠고 시간을 같이 어떻게 보내야 될지 모르겠다고 대인관계 상담만받고 싶다고 신청하신 분도 계셨

어요. 또 다른 경우는 자녀분들이 독립을 하면서 그 허탈감 때문에 힘들어하시는 분들이 계셨어요. 보통 50~60대 분들이 좀 그런 가족 상황의 변화에 되게 영향을 많이 받으세요 (C 상담사)

여가가 무엇인가에 대한 인식이 사람마다 다른 것 같아요. 그러니까 상담하다 보면 굉장히 잘하고 계신 것 같아요라고 말씀을 드려도 주관적으로 판단하시기에는 아니라고 생각하시는 것 같아요(B 상담사).

사회 초년생들 상담했을 때 비재무 영역 중에서 취미 여가 관련해서 많은 걸 하고 있더라고요. 다양하게 배우기도 하고 즐기기도 하고 그러는데, 50대 이상 연세 드신 분들은 '취미가 뭐예요?' 여쭙보면 딱 대답하시는 분들이 많지는 않더라고요. 얼마 전에 상담하신 분의 경우 남편분은 본인 취미가 있었는데 아내는 없는 거예요. 본인은 애들 키우고 바쁘고 하다 보니까 정말 자기한테 맞는 취미생활을 못했고 잘 알지도 못한다, 오히려 사회생활을 하는 남편분들은 직장인들이 서로 이렇게 얘기를 하고 어떤 게 재미 있고 이거 한번 해봐라 서로 권하면서 여가나 취미도 같이 공유하고 즐기는데 여자분은 그냥 친구 만나서 수다 떨거나 이런 정도지 딱히 그런 취미 여가 부분에 대해서 인식이 좀 낮거나 그랬어요(H 상담사)

상담사들의 노후준비 영역별 인식과 태도는 편차가 있었다. 국민연금공단의 특성상 재무 영역의 노후준비 상담은 대부분의 상담사들이 전문적 지식을 가지고 있었으며 적극적으로 상담을 제공했지만 비재무적 영역에 대해서는 스스로 상담서비스 제공에 자신없어 하기도 했다. 반면 일부 상담사들은 비재무적 상담의 필요성에 크게 공감하며 내방 고객과 라포형성을 하는 수단으로 활용하는 모습도 보였으며 부족한 시기를 보충하기 위해 개인적 차원에서 노력을 기울이는 것으로 나타났다.

처음에 업무를 했을 때는 4대 영역에 대해 저는 제가 재무를 관심 있어 했고 좋아했기 때문에 그런 쪽에 좀 더 특화되었는데 몇 년 지나면서 보니까 건강이라든가 여가에 대해 저희가 고객에게 스스로 한번 체크하시면서 돌아보는 계기가 되었으면 좋겠다라고 하면 대부분 반응이 좋으세요. 50대 분들은 본인이 이렇게 생각하고 있는 거를 체크하면서 스스로 인지를 하신단 말이에요. 여가라든가, 건강영역을 이분들이 이때 아니면 강제로라도 언제 경험해 보겠나라는 생각을 했어요(F 상담사)

라. 노후준비 취약집단: 40대, 전업주부, 한부모가정

전업주부는 노후준비에 있어 대표적인 취약 여성집단으로 지적되었다. 주부들은 특히 노후준비 영역 가운데 재무영역에 있어 취약함을 드러냈는데 주부 집단의 취약함은 두 가지 사실에 기인한다. 한 가지는 본인이 경제활동을 하는 주체가 아니다보니 정확히

가구 단위의 재무상태를 알지 못하며 경제활동을 하는 배우자에게 경제적으로 의존적이다보니 관심도 또한 낮다는 것이다.

얼마전에 여성분들만 있는 통장모임 상담을 진행했는데 대부분 전업주부, 아주머니들이었어요. 취약하긴 하더라도요. 전업주부분들은 생활비만 받아서 쓴다고 하고 남편이 얼마를 버는지 모르는 경우도 있었어요...(H 상담사)

대구 경북권 쪽이니까 아마 더 심했을 수도 있을 것 같아요. 그러니까 관심도가 높은 분들도 당연히 많으셨지만 그만큼 (정보가) 서로 공유가 돼야 되는데 그게 잘 안 되고 있고 이러니까 본인이 아는 한도 내에서 재무 설계나 이런 노후 준비 서비스를 받는 경우가 좀 있었던 느낌이었습니다(G 상담사)

(주부 상담사) 인상적이었던 점은 본인 국민연금도 적으시고 퇴직금도 없으시고 개인연금 같은 것도 따로 가입을 안 하신 경우가 많아서 본인의 노후에 대한 걱정이 좀 많으신 편이었고 그리고 보장성 보험에 대한 관심이 일반적인 여성분들보다 좀 더 높으셨던 것 같아요(C 상담사).

그냥 거의 국민연금 임의 가입하시는 정도가 잘하고 있는 정도시고 전업주부신데 개인연금까지 가입하시는 경우는 거의 못 본 것 같아요(D 상담사).

(상담사 개인 경험)본인 국민연금도 안 내고 있고 퇴직연금 당연히 없고, 개인연금도 관심이 없고, 아무런 연금이 없는 얘기 엄마들이 너무 많고, 불안감도 전혀 안 느끼는 걸 보고 너무 신기했어요. 근데 그 엄마들이 40대였거든요. 저희는 오히려 이런 직장에 다니고 있고 노후 준비에 대해서 생각을 많이 하고 또 이제 소득공제를 받아야 되다 보니까 개인연금도 내게 되고 이런 게 있는데, 아예 그냥 전업 주부들의 세상이 있으면 그런 쪽을 아예 생각조차 하지 않고 사시는 것 같아요(A 상담사).

두 번째 이유는 주부들 가운데 다수가 개인적 차원의 경제적 준비가 없다는 점이다. 주부들 가운데 앞서 살펴본 바와 같이 본인의 노후에 대해 크게 관심을 갖지 않다가 노후가 근접하거나 가정내 상황에 변동이 예상될 때 갑작스럽게 불안감을 느끼며 상담사를 찾는 사례들이 있었다.

전업 주부셨고 오신 이유가 전적으로 집안 가정 경제는 남편이 다 가지고 있는 상태인데, 본인의 혼자만의 상태를 한번 확인해 보고 싶다 그러시더라고요. (상담하는 과정) 중간에 좀 우시기도 하더라고요. 본인이 일단 남편이 벌어주는 수입으로 사셨는데 자기 것이 없다는 거예요. 나는 내 것이 없다, 그런 것 때문에 울컥하시더라고요. 남편한테 공개하지 않은 결혼 전부터 갖고 있던 재산을 정리해 드린다는지 아니면 연금에 대해서 상담

했던 사례가 있었습니다(E 상담사)

주부들이 지금 경제적으로 (준비가) 안되어 있는 경우가 많거든요. 의존적이지 않습니까? 그러니까 남편의 수입에 따라 그 안에서 움직이고 있다 보니까 사실 그런 테두리가 있다 만약에 무너져버리면 본인이 오롯이 책임져야 되고 풀어나가야 되는 상황이 되는데 그때는 준비가 안 돼 있으면 더욱 힘들어지니까 그런게 있기 전에 준비할 수 있도록 이런 서비스를 받는 게 훨씬 더 유용하지 않을까라는 생각이 들었어요(G 상담사).

60대 다 되신 여자분이셨는데, 결혼 상태셨어요. 본인의 연금 추납에 대해 알아보러 오신 거였는데 곧 남편분하고 이혼을 하실 생각이셨어요. 국민연금이 분할 적용이 될지 안 될지 일단 그런 게 많이 궁금하셨고, 어차피 이혼을 앞두고 있으니까 다른 재무 상황을 검토해 본다든지 그랬고요. 그런 분들이 좀 많으세요. 지금은 가정 주부인데, 곧 이혼을 앞두고 있다거나 그럴 때 나 혼자 독립해서 어떻게 될지에 대한 부분을 생각하시거나.. (E 상담사)

한편 배우자의 재정적 상황에 대한 정보 공유가 되지 않는 경우 주부들에 대한 국민연금공단 노후준비서비스 지원에도 한계가 발생했다. 정확한 노후준비 진단을 위한 정보의 부재로 가정에 기반한 상담을 제공하거나 불명확한 상담을 제공하게 되는 사례가 발생하는 것으로 나타났다.

(주부들이 경제적으로) 취약하긴 하더라도요. 남성분들은 어쨌든 주로 일을 하고 국민연금 다 가입 되어 있는데 전업 주부니까 임의가입 하신 분들도 있지만 아닌 분들이 더 많았거든요. 거의 생활비만 딱 받아 쓴대요. 그래서 남편이 얼마를 버는지 잘 모르는 분들도 많았어요. (진단지) 작성을 할 때도 원래 이 가정의 전체 소득과 지출 내역으로 작성을 하면 좋은데 딱 생활비랑 그 중에서 지출 내역을 적고 이렇게 해야 되니까 사실 안 맞잖아요(H 상담사)

상담사들이 지적한 두 번째 노후준비 취약 여성집단은 한부모가구 여성이었다. 한부모가구의 경우 정부 정책(ex. 희망키움 통장 등)과 연계되어 국민연금공단의 노후준비 상담으로 연계되는 경우가 많았는데 생활비 충당 등으로 노후준비까지 신경쓸 여유가 없는 경우가 많다. 노후준비가 없고 배우자 없이 맞이하게 되는 노후의 부담은 배가되며 노후 여성빈곤으로 전락하는 원인이 된다.

저는 한부모 가정 이런 분들이 제일 취약한 것 같아요. 상담하다 보면 희망키움통장이 라든지 기초수급자나 차상위 계층분들이 연계해서 오시는 분들이 있는데, 정말 신기한 게 남자분이 혼자서 애를 키우는 경우는 거의 없는데 거의 여성분들이 이렇게 혼자서 애를

키우시면서 일도 하는 경우가 많아요. 그런 경우는 진짜 설계를 해드리고 싶어도 생활비도 마이너스인데 해드릴 수가 없는 경우가 정말 많더라고요. 그래서 이제 이분들은 정말 나중에 아이가 커서 아이가 도움을 주지 않으면 정말 노후 준비가 힘들겠다...(D 상담사)

40대 상담해본 경험을 생각해 보니까 대부분이 희망키움통장에서 연계된 한부모 가정 어머니들이셨거든요. 그분들은 일단 바쁘셔서 상담 일정을 잡기도 굉장히 힘들었고, 애들이 초등학교 고학년, 중학교 이리니까 일정 잡기 더 힘들었어요. 근데 상담 과정에 대해서는 생각보다 좋았고, 이런 걸 해본 적이 없었는데 너무 좋았다고 하시면서도 끝에 하시는 말씀이 사실 애들 보고 일 다니는 것도 바빠서 이거를 실천할 수 있을지 자신이 없다고 하시더라고요. 또 지출 구조를 점검하거나 자산 배분하는 거 자체를 생각만 해도 좀 힘들다 버겁다라고 하셨어요(C 상담사).

마. 노후준비 진단지 개선 필요성

1) 근로소득 중심의 진단지 개선 필요

전업 주부 및 본격적인 근로활동을 시작하지 않은 청년층 등을 대상으로 적절한 노후준비상담서비스를 제공하기에는 현재 국민연금공단의 노후준비 진단지가 취업자 중심으로 구성되어 있다. 국민연금의 당연가입자에는 근로소득자 뿐만 아니라 자영업자와 같은 지역가입자도 포함되며 뿐만 아니라 소득이 없는 사람들도 임의가입 형태로 국민연금에 가입할 수 있으며 노후준비서비스는 이들을 포괄해야 함에도 근로소득자 위주로 구성된 진단지로 인해 비근로소득자들에 대한 잘못된 진단과 상담을 초래할 가능성이 있다.

(진단지가)근로소득자 여성이 쓰기에는 괜찮은 것 같아요. 전업주부가 쓰기에는 아까 말씀드렸던 것처럼, 부부 중에 주 소득자가 쓰시게끔 해야 되는 구성인 것 같아요 (D 상담사).

포커스가 조직에서 근로자로 소득 활동을 하는 사람 위주로 짜여져 있어서 진단지 질문이나 전산에 녹여 넣기가 좀 힘들어요. 그래서 사업하시거나 이런 분들은 시스템에서 조금 반영이 잘 안 되는 경우가 있어요(A 상담사).

2) 다양한 상황과 욕구 반영해 진단지 다원화 필요

노후준비는 4대 영역으로 구성되어 삶의 주요한 영역을 포괄할 뿐만 아니라 개인이 살아온 인생경로에 따라 다르게 설계되어야 하며 개인의 취향과 선호 또한 반영되어야 한다. 개인 삶의 문제이기 때문이다. 따라서 타 서비스에 비해 개인의 욕구와 다양성이

충분히 반영되어야 성공적인 서비스가 제공될 수 있으며 국민의 행복한 노후증진에 기여할 수 있다. 반면 현재 제공되고 있는 국민연금공단의 노후준비 서비스의 출발이 되는 진단지는 문항 수도 적고 매우 획일적이라는 평가다. 재무영역의 경우 생애주기에 따른 자산 특수성을 반영하지 못하며 개인의 생애주기에 따른 필요생활비 변화 등 재무 노후 준비에서 고려해야 할 다양한 선택지들이 획일적으로 취급된다.

재무영역 진단 문항 중에(89번) 노후에 금융자산, 부동산 자산이 이 정도는 될 것 같다고 응답하는 문항이 있는데 노후가 바로 앞에 오신 분들 아니면 특히 20~30대는 그냥 0으로 처리를 하거든요. 왜냐면 지금 갖고 있는 재산을 쓰기도 애매하고 이 사람이 30년 뒤에 어느 정도 있을지 쓰는 게 (예측해서 쓰는게) 의미없다고 생각해서.. 노후자산 문항은 노후가 닳친 분들 아니면 애매해요. 사회 초년생이나 전업주부는 쓸 게 없거든요(A 상담사).

전산상으로 복잡해지긴 하겠지만 전산에서는 한 60까지 일하고 다음부터는 완전히 은퇴하는걸 가정하고 있는데, 어떤 분들 요즘 50세까지 회사 다니다가 그 뒤에 다시 시작하시는 경우도 있어요. 이런 것도 진단에 녹여 넣기가 힘들더라고요. 또 예를 들어 임피제도(임금피크제도)처럼 우리가 하고 있는 것도 반영을 못하거든요. 사실 사람들 소득은 다양하게 변화하고, 모두가 저희처럼 (같은 방식으로) 정년을 하는 거는 아닌데, 그냥 (정년때까지) 소득이 쪽 늘어나게 되어 있으니 그런 것들이 개선되었으면 좋겠다는 생각이 들어요(A 상담사).

현금 흐름도 다 보면 국민연금 비롯해서 6대 연금밖에 없는 거예요. 근데 이게 5060한테는 맞을 수 있겠는데 2030한테는 오히려 소득의 파이프라인을 다양하게 하라고 하면서 왜 방법은 다 연금만 적어났을까 하는 의문점이 있었거든요(B 상담사).

재무영역에서 매뉴얼 짜여 있는 게 20대에는 결혼자금, 30대에는 자녀양육자금 이렇게 되어 있어요. 그런데 요즘에 20~30대분들은 그런 거 생각 안 하는 경우가 되게 많은데 그런 쪽으로 치우쳐져 있으니 자료와 책자 드릴 때도 그렇고 매뉴얼 출력해드릴 때도 그런 부분은 맞지 않다고 느껴지는 게 많아서 좀 더 개인에 집중되게 나오면 좋을 것 같다는 생각이 들었어요(C 상담사).

은퇴하시고 연령에 따라서 필요 생활비가 조금씩 달라지기 때문에 크게 75세 전까지는 300이 필요했다면 75세 이후에는 좀 덜 필요하고 이러니까 필요 생활비 시점을 조금 나눠보면 더 설계할 때 좋을 것 같아요(C 상담사)

연령대에 따라서 생활비가 좀 달라진다고 하잖아요. 근데 생활비 문항은 물가 상승률에 따라서 우상향만 나와 있거든요(B 상담사)

초점집단 면접에 참여한 상담사들은 특히 개인의 선호가 강하게 드러날 수 밖에 없는

‘대인관계’ ‘여가’ 등의 영역에서 현재 진단지와 진단결과의 문제점을 언급했다. 우선 대인관계 영역의 경우 진단문항을 적용하기 전 또는 과정에서 개인이 무엇을 희망하고 선호하는지가 반영될 여지가 없다. 다소 획일적인 진단지의 결과가 상·중·하로 나뉘어져 마치 개인이 잘하거나 못하고 있는냥 취급되는 것도 문제로 지적되었다. 내방 고객이 진단 결과에 대해 의아해 하거나 불쾌해 하는 경우도 발생했으며 무엇보다 상담사들이 이에 근거해 적절한 상담을 제공하는데 난항을 겪고 있었다.

진단 결과를 상·중·하로 나누는게... 가령 대인관계 영역에서 사람마다 성향이 다른데 혼자 사색하고 책읽는 걸 선호하는 사람도 있거든요. 수치화해서 낮은 결과가 나오면 무조건 본인이 잘못된 것처럼 인식되거든요. 대상을 고려하지 않고 획일적인거죠. 또 대인관계가 고립형이면 자발적인 선택인지 강제적으로 고립된 것인지를 알 수 없거든요. 디테일적인 부분에서 부족한것같아요. 연령과 성별을 세분화하고, 소득계층으로도 세분화해서 측정이 필요하고 대인관계 문항은 숫자보다 질적인 응답이 필요해요(G 상담사)

혼자서 사색하는 걸 좋아하는 사람일 수도 있고.. 그런 분들한테 고립됐다고, 나쁘다고 잣대를 들이대는 것 자체가 이상하잖아요. 내가 혼자 사는걸 좋아하는 성향인 분도 있을 건데 우리가 상중하로 나뉘서 당신은 ‘하’입니다라고 이렇게 성적표로 주는게... 대인관계 영역은 가장 어렵고 말을 하기가 어려운 부분이에요. 남자분이든 여자분이든 그것도 개인적인 성향이고 혼자서 사색하고 책 읽고 도서관 가는 걸 좋아하시는 분에게 밖에 나가라 할 수도 없는 거고 사람을 만나러 봉사활동 가십시오라고 할 수도 없는 거잖아요. 그렇기 때문에 이거를 수치화해서 심지어 그걸 ‘하’라고 도장이 커다랗게 찍혀 나가는 콘텐츠는 상당히 부담스럽고, 말하기 그렇고 그리고 자기가 잘못된 것 같잖아요 (F 상담사)

진단의 업무 간단화 때문에 어떤 대상이든 연령이든 이런 걸 고려치 않고 획일적인 질문으로 모든 걸 판단해 버리게 되잖아요. 또 단순하게 가족이나 친구 중에 마음 터놓을 수 있는 기준이라는게 애매모호 한데 여기서 숫자로서 판단을 하고.. 아까 말씀하신 것처럼 선택적으로 내가 그게 편한 사람도 있고, 또 어떤 한 사람한테는 한 명이라도 굉장히 큰 숫자가 될 수도 있잖아요. 대인관계가 활발한 사람인데도 불구하고 한 명을 적을 수도 있고, 적은 값은 같지만 9질적 차이가 있다면 그에 대한 결과값은 다르게 나와야 되거든요. 그런 디테일한 부분에서 좀 부족하다는 느낌이에요. 연령별로도 나누고 남성 여성도 좀 더 세분화하고...(G 상담사)

개인의 성향에 대해 파악하는 게 더 중요하다고 생각해요. 그런 성향을 먼저 구분을 해야 되는데 그런 구분 없이 풀어 나가니까 그거에 대한 상담도 빈약해질 수 밖에 없는 거죠(G 상담사)

3) 개인 단위 노후준비 진단 및 지원 콘텐츠 확보

2019년을 기점으로 국민연금공단에서는 1인가족을 반영한 진단문항 개선 작업을 거쳐 재무, 대인관계 문항에서 1인가구의 특수성에 기반한 응답이 가능하도록 하였다. 그러나 1인가구 뿐만 아니라 가족이 있는 경우에도 기본적으로 노후준비를 “가구” 단위에서 수행하는 것이 적절한지 검토가 필요하다. 현재의 진단 시스템에서 일하지 않는 여성(주부)는 부부단위로만 설계가 가능하도록 되어 있다. 그러나 가구는 생활이 영위되는 중요한 단위이지만 변동가능성이 있기 때문이다. 따라서 예측하기 어려운 가구 변동의 변수에 대응해 성공적인 노후준비를 위해 개인 단위 노후준비와 가구단위로 이원화된 노후준비 진단 및 상담 콘텐츠의 확장이 필요하다.

상담매뉴얼 같은 경우도, 1인 가구가 많아지고 있잖아요. 근데 그냥 결혼을 해서 근로소득자로 살면서 이렇게 그렇게 쪽 가는 사람들 위주로 짜여져 있고, 예를 들면 자식이 없는 1인가구인 경우에 자녀한테 증여나 상속을 하지 않아도 되니까 어찌 보면 불안하지 않으면서 내 돈을 최대한 쓰고 죽는 방법 이런것도 필요한데 그런 거에 대한 매뉴얼이나 그런 건 전혀 없어요(A 상담사).

남편은 대기업이나 IT쪽에 있고 배우자는 공무원이라고 하면 사실 그 둘의 소득 상승률은 되게 큰 차이가 있거든요. 근데 그것도 그냥 하나만 돼요. 둘이 투자 성향도 다를 수 있고, 저희 경제 변수 가정치가 굉장히 큰 영향을 미치기도 하는데 그냥 같은 수치가 들어가요(A 상담사).

보통 부부가 같이 와서 상담하시는 경우에 저희가 진단지를 하나를 쓰고, 소득 있는 분이 주 상담자로 들어가기 때문에 전업 주부 혼자서 오시는 경우는 없으셔가지고... 실제로는 부부 같이 오시는 경우중에 대부분이 전업 주부셨어요(D 상담사).

부부 가구의 질문에서 부부가구로 오롯이 했을 때 나오는 거랑 만약에 혼자서 독립되는 상황이 생기는 사건이 발생했을 때 또 한번 물어봐가지고 비교를 할 수 있도록 할 필요도 있지 않겠나 생각합니다(G 상담사).

바. 취업자들의 노후준비 지원을 위한 노후준비지원서비스 운영 개선 필요

취업으로 인한 평일의 시간적 제약은 남성과 여성 모두의 노후준비를 제한하게 된다는 점을 40대에 대한 논의 과정에서 살펴보았다. 특히 육아기의 근로활동을 하는 여성은 노후준비를 위한 업무 내외의 시간 할애가 더욱 어렵다. 이러한 제약을 해소하기 위해 현재 진행되고 있는 노후준비 상담의 형식을 다원화할 필요성이 제기된다. 가령 업무

시간 외 상담 확대, 비대면 상담, 집단 상담 등이 제시되었다. 또한 제도적으로 건강검진 처럼 노후준비 지원을 위한 휴가제를 제도화하여 취업자들이 일정한 주기로 제약없이 의무적으로 노후준비상담을 받을 수 있는 방안도 제시되었다.

사실 주말에는 안 되냐는 질문을 되게 많이 받거든요. 근데 저희는 일단 주말 상담은 거의 하지 않도록 되어 있다 보니까 주중에 딱 그분들 일하는 시간에 상담이 진행되다 보니 그런 부분 때문에 또 못하시는 분들도 계시는 것 같아요(C 상담사).

저는 이제 정말 시간이 없다고 하시면 점심시간에 그분 일하시는 직장으로 찾아가서 앞에 있는 카페 같은 데서 상담을 진행하시는 하는데 그러면 아무래도 카페가 시끄러운 경우가 많고 저희 전용 상담실에서 하는 것보다 만족도나 상담의 성과가 떨어져서... (A 상담사)

개인적인 바람일 수도 있는데요. 그분들이 못 오는 사유가 계속적으로 일을 하셔야 돼서 시간 내기가 쉽지 않고 연차를 쓰는게 쉽지 않은 상황이라서 저는 법적으로도 일반 건강 검진을 보장하듯이.. 시간을 법적으로 좀 보장해 주면 자유롭게 가서 상담받을 수 있을 것 같아요. 말 그대로 아까 말씀하신 것처럼 여성의 노후를 위한 시간 보장제라든지 이런 식으로 보장을 해주면 자유롭게 쓰시면서 눈치보지 않고, 구애 안 받고 이렇게 하실 수가 있는데 그런 여건이 안 되고 있는 거죠(G 상담사)

사. 타 여성정책과 연계 필요성

노후준비상담사들은 한부모가정, 청년층의 노후준비 상담까지 유입되는 경로에서 노후 준비에 참여하는 국민들을 확대시키기 위한 시사점을 찾을 수 있다고 하였다. 다수의 한부모 가정, 청년층은 희망키움통장, 청년자산형성프로그램 등을 통해 노후준비상담 서비스로 연계되었으며 주부, 육아기 여성 등 노후준비가 취약한 여성집단에 대해 타 정책 및 프로그램과 노후준비를 연계시켜 관심도 및 참여도 증진시키는 방안의 필요성을 제기했다.

현재 20~30대 내담자의 다수는 청년 저축 계좌 가입자들이예요... 다른 제도를 통해서 의무적으로 노후준비로 들어오게 되는 경우죠. 20-30대는 자발적으로 상담을 원하는 고객들은 희박하고, 거의 대부분은 자산형성지원 사업이랑 연계되어서, 상담을 필수로 이수해야 교육이 인정이 되는 필요에 의해서 하시는 분들이 많거든요(D 상담사)

40대 상담해본 경험을 생각해 보니까 대부분이 희망키움통장에서 연계된 한부모 가정 어머니들이셨거든요. 그분들은 일단 바쁘셔서 상담 일정을 잡기도 굉장히 힘들었고, 그리고 애들이 초등학교 고학년, 중학교 이러니까 상담 일정을 잡기도 힘들었어요(C 상담사).

1인가구 내담자중 희망키움통장의 대상자인 경우가 많아서.. 자발적으로 주부분들이 와서 상담하는 경우는 적고 오히려 은퇴를 앞둔 50대의 남성들은 자발적으로 오는 경우도 많은데...(B 상담사)

아. 여성 노후준비의 다양성에 대응할 수 있는 상담사 역량 강화

1인가구, 연령대, 가구형태, 근로여부, 한부모 가구 여부 등 여성의 상황과 맥락에 따라 다양한 형식과 내용의 상담이 필요하게 된다. 특히 재무 뿐만 아니라 대인관계, 여가, 건강 등 노후 삶의 질 향상에 기여할 수 있는 다차원적 노후준비를 심도있게 지원할 필요가 있으며 이를 반영해 상담사의 다차원적 (재무 뿐만 아니라 비재무적) 역량이 강화될 필요성이 제기되었다.

저희가 역량 교육을 받을 때 거의 다 재무 교육으로 치우쳐져 있어요. 사실 비재무는 저희가 어디서 뭔가 교육을 받을 곳도 없고 참고하기에도 이 자료가 정확한지도 모르고 그래서 사실 더 말을 못하는 부분이 있는데, 비재무영역도 교육이 온라인 강의라도 좀 있으면 참고할 수 있지 않을까...(C 상담사)

하다못해 자격증 지원이나 이런 거라도 있으면 도움이 될 것 같아요. 예를 들어서 저희가 여가랑 관련된 심리 상담이라든지 이런 자격증이 있으면 좀 같이 따보고 나서 스터디 해봐도 괜찮을 것 같고...(D 상담사)

어떻게 말하느냐가 더 중요하다고 느껴서 상담에 대한 코칭을 좀 해줬으면 좋겠다고 생각했어요. 대화 방법이라든지 그분들에게 어떤 식으로 접근을 해야하는지와 같은 방법들이요. 제가 3년 차인데 1년 차 때까지는 재무에 대한 지식이 필요해서 거기에 집중했다면 한 2년 차 3년차 때부터는 상담을 잘할 수 있는지, 소통을 잘할 수 있는가 중요하더라고요. 상담할 때 이 사람이 상대방이 반응이 없으면 약간 일대일 강의가 돼서 제 말만 일방적으로 전달하는게 좀 안 좋은 것 같아요. 저도 어떨 때는 상대가 누구냐에 따라서 잘 되는데 연령대나 성별이 너무 차이가 나면 좀 어렵기도 하고 그래서 저도 전문가로서 역량을 발휘해줘야 되기 때문에 교육이 진짜 필요하다고 생각해요(B 상담사)

자. 상담사에 대한 선택권 부여

여성 내담자들 중 특히 취약한 지위에 있는 경우 상담사의 프로필(ex. 경력, 성별 등)에 따라 상담의 질이 달라질 수 있음이 초점면접 과정에서 제기되었다. 현재 국민연금공단에 노후준비 상담서비스를 신청하는 경우 상담사에 대한 선택권이 없으나 상담사의 프로필을 공개해 여성 내담자가 보다 편안한 상담사를 선택할 수 있도록 보장할 필요가 있다는 것이다.

미혼모 한부모 가정 상담 사례가 있었는데 여러가지 어려움에 대한 하소연이 상담의 주된 내용이었어요. 상담 과정에서 감정이 북받치기도 해서 옆의 여성 상담사에게 미루었던 경험이 있어요. 가족얘기가 나오고 남편 이야기가 나오기에 (남성상담사가) 감정적으로 공감이 어려웠거든요. 50-60대가 되면 그래도 편안한데 연령대가 낮으면 상담사인 저도 불편하죠...(F 상담사)

여성분인데 남성분과의 상담을 꺼려하는 경우도 종종 있어요. 나오는 이야기의 깊이도 달라질 수 밖에 없죠. 자신의 힘든 가족상황과 이야기를 들어주고 공감해 주길 원하시는 입장에서는...(H 상담사)

차. 상담횟수(주기) 및 상담형식의 유연화

현재 노후준비 상담 횟수는 2회(기본상담 1회, 심층상담 1회)에 그치고 있다. 2회가 넘어가는 상담은 상담사 개인의 실적으로 인정되지 못하기 때문에 상담사들 입장에서 내담자가 다회기 상담이 필요하다고 판단되는 경우에도 실제 다회기 상담을 진행할 동력을 갖지 못한다. 뿐만 아니라 노후준비는 상담 이후의 실천이 관건이기에 다수의 내담자는 상담 이후 실천력, 정보 등의 부재로 실질적 노후준비로 연계되지 못하며 이에 대해 상담사들이 주기적으로 체크하거나 지원할 여지가 현재의 체계에서는 부재하다.

저희는 두 번 하고 끝나잖아요. 그래서 사후 관리가 거의 안 되는 편인데 상담하신 분 중에 더 해달라고 요청하신 분이 계셔가지고 추가 상담을 진행했거든요. 저도 느끼는데 그냥 2회기로 혹은 1회기로 상담이 끝나야 될 케이스도 많긴 하지만 사실 더 진행해야 할 필요가 있는 경우도 생겨요. 의무적이지도 않고 바쁘다 보니까 잘 안 되긴 하지만 사실 이 사람이 진짜 직접적인 변화가 있으려면 다회기 상담 또는 가족 상담을 진행해야 진짜 변화가 생기겠구나 하는 걸 느낄 때가 있었어요(B 상담사).

40-50이 재무 상태 엄청 복잡한데, 간단하면 1~2회로 끝날 수 있는데 오히려 복잡하니까 그분이 가져오신 자료가 정확하지 않을 수도 있어요. 상담 때 얘기를 들어보고 난 후에 (상담사가) 제대로 잘 정리를 해보고 다음 상담때는 진짜 (제대로 된) 자료를 가져와서 다시 상담을 진행했으면 좋겠는 그런 생각이 들더라고요(B 상담사).

횟수보다는 주기가 더 중요한 것 같아요. 가령 첫 상담 후 약간 시차를 두고(가령 차년도) 대안을 주었을 때 제대로 시행하고 있는지, 잘못되었을 때 바로잡을 수 있는지를 중간 점검하는 식으로..(고객들에게) 실질적으로 도움이 되는 거는 저희가 가이드를 드렸을 때 그거를 잘 이루고 있는지 그리고 잘못되고 있으면 다시 바로잡아줄 수 있는 그런 부분이 더 필요한 거거든요(G 상담사)

얼마 전에 처음 여성분들만 있는 모임에 가서 상담한 적이 있었어요. 적게는 40대 많게는 60대이신 분들도 있었는데 다 여성분들이잖아요. 해보니까 진짜 만족도도 높고 그런 분들은 다 전업 주부시거든요. 그래서 이런 재무적인 부분이나 국민연금 상담해 주고 이러니까 만족도가 되게 높았거든요. 여성분들 집단으로 해보니까 좀 새로웠고 이런 계(집단 상담) 좀 정말 계속되었으면 좋겠다는 생각이 들었거든요(H 상담사)

카. 노후준비상담사 인력 증원 필요

노후준비지원서비스는 개별적인 서비스이다. 개별 국민들의 욕구에 부응해 충분한 서비스를 제공하려면 그만큼 상담사들이 양적 실적에 치중해선 안되며 질을 추구하는 상담을 진행해야 한다. 질적 상담은 내방 고객 1인당 충분한 횟수와 시간, 주기 등을 통해 해결될 수 있을 것이다. 노후준비 상담사들은 고객 1명에게 상담서비스를 제공하기 위해 사전에 내용을 파악 및 분석하고 의견서를 작성한 후 상담에 임하고 있다. 이러한 의견서를 작성하는데 충분한 시간적 여유가 주어질수록 상담의 질을 높일 수 있다. 평균 주당 3-4명에 대한 상담을 진행하는 상담사들은 이러한 상담 횟수가 질적 상담을 충분히 담보하기에는 다소 무리가 있는 횟수임을 지적했다.

취약계층 관련해서는 그런 지침이 있어요. 예를 들어서 자활센터 통해서 하시는 분들은 1시간 정도는 꼭 채워라 하는 그런 지침이 있어요. 그 외에는 그런 지침은 없어요. 저희가 매일 상담 하지는 않고요. 건수 자체가 b유형 종합재무설계 상담까지 했을 때 많으면 두 건 정도 그렇고 거의 일주일에 한 건 정도 그렇게 될 것 같아요. 근데 상담을 하고 나서 저희가 의견서 작성을 해야 되니까 상담이 없는 날은 의견서 작성하는 업무를 계속하고 있어요(H 상담사)

프로세스 자체가 걸리는 시간이 그 정도 되는 것 같아요. 진단하고 재무에서 종합 설계 까지 정말 길게 하면 3~4시간 또 하는 경우도 있고..(G 상담사)

명수로 따지면 일주일에 한 3~4명 본다고 해야죠(F 상담사)

의견서 작성할 때 좀 시간이 오래 걸려요. 오시는 분들마다 궁금한 것도 다르고 제가 전달해야 될 게 다 달라요. 그거에 대해서 참고 자료 만들거나 부가 설명 만드는 데 시간이 걸려요(E 상담사).

그냥 되어 있는 건수로 보면 작게 보일 수도 있거든요. 그런데 보통 한 건에 묶여 있는 사람들이 보통 가족이 3~4명씩 묶여 있기도 하고 그 파급 효과는 3~4배씩 막 나가는 거죠. 그러니까 그러면 저희가 더 굉장히 신중할 수밖에 없거든요. 이 과정에 대해서 어떻게 하면 종합적으로 봐드린 거다 보니까 굉장히 신중하게 하고 아까 말씀하신

것처럼 의견서 작성이나 이런 거를 자산 부채 제한이라든지 현금 흐름이 이런 거를 좀 면밀하게 봐야 될 수밖에 없는 상황이에요. 그러다 보면 시간이 굉장히 모자란 겁니다 (G 상담사).

저희가 총 기본은 두 번 본다고 생각하면 되고 사후 관리까지 3번이라고 보시면 되는 데요. 처음에는 거의 자료 수집 단계다 보니까 최대한 저희가 질의응답 하면서 자료를 수집하고 그 다음에 저희가 다 정리해서 의견서를 만들고 결과지를 만들어서 2차 때 또 상담하는 거죠(G 상담사)

제대로 상담하는 거라면, 한 달에 4건.. 네 사람을 그러니까 주당 1건씩..(E 상담사)

저도 비슷해요. 왜냐면 의견서 쓰는데 길게는 일주일 넘게 걸리시는 분도 있긴 하거든요. 보험 정리나 이런 게 시간이 많이 들어요. 온 가정의 보험 증권을 거의 이만큼씩 갖고 오시는 분들도 있어가지고 그런 분들을 좀 일일이 봐주려면은 길게는 그래도 일주일은 잡아야 되는 경우가 있거든요(H 상담사)

하라고 하면 일주일에 5명도 가능한데 베이직하게 데이터 넣어서 아웃풋 나오는 거 출력해서 드리면 어렵지 않지 않습니까? 적으시고요. 입력하고요. 출력해서 드릴게요. 이런 서비스는 일주일에 5명, 10명도 가능하다고 생각을 하는데 이 사람이 원하는 니즈에 맞춰서 거기에 관한 결과물을 제출해드리려면 일주일에 몇 명으로 섞어버리면 이 사람이 맞나? 라는 생각이 들더라고요. 그래서 제 개인 생각으로 일주일에 한 명 정도를 하는 게 종합적 설계라는 목적 달성을 위해서는 아마 걱정하지 않나..(F 상담사)

양질의 상담서비스 제공을 위해 상담사 1인당 배정 양을 감소시킨다면 필연적으로 상담사 인원은 증원되어야 한다. 전국민을 대상으로 제공되는 서비스이기 때문이다. 상담사 인원 증원은 예산 증액을 수반해야 하는 문제로 쉽지 않을 것으로 예상되지만 성공적인 노후준비지원서비스 제공을 위해 반드시 필요한 사안이다.

타. 국민연금 공단 노후준비상담사 인사 시스템 개선 필요

노후준비지원 서비스는 기본적으로 대인서비스이기 때문에 서비스를 제공하는 상담사의 의지와 역량이 서비스의 성패를 가늠하는 요소이다. 국민연금공단과 같은 관료주의적 공기관에서는 제반 인사 시스템이나 인센티브 등이 양화되어 있기 때문에 개인의 자율적 의지와 열정 등이 적절한 평가를 받지 못하게 되는 경우가 많은데 이러한 점은 노후준비상담서비스가 요구하는 상담사의 속성과 배치된다. 상담사 입장에서도 루틴한 일반 업무와 달리 개인의 노력과 의지가 서비스의 중요한 요소로 작용하다 보니 노후준비상담 서비스에 대해 관심과 의지가 있는지 여부가 중요하다.

저희가 만약에 재무설계만 보면 세금이라든지 제도가 바뀌는 부분이 있어요. 매년 바뀌는 것을 계속 따라하기가 약간 버거울 때가 있어요. 상품이라든지 보험제도 특히 연금제도 그렇고 이런 걸 따라가는 게 계속 그것만 봐야 되니까 본인의 상담사 의지가 없으면 안 되는 거예요. 계속 그것을 따라가야 되는 건데 그거에 대한 보상이 저한테 즉각적으로 오는 건 아니니까요(E 상담사)

이 업무는 정말 의지가 있어야 할 수 있거든요. 왜냐하면 계속 업데이트되는 재무적인 사항이나 이런 것들을 본인이 다 공부를 하면서 상담을 해야되기 때문에 그래서 재무적인 부분에 있어서도 경력이 중요하고요. 내담자가 물어봤을 때 즉각 대답할 수 있어야 하고요. 그리고 또 여러 가지 사례를 통한 본인만의 노하우가 쌓이잖아요. 그리고 이 업무를 하면서 되게 중요하게 느꼈던 게 많이 들어줘야 된다는 걸 많이 느꼈거든요. 그런 거는 정말 경력이 중요하다고 느껴요(H 상담사).

(상담사 업무가) 저는 맞는 거 같아요. 그전에는 재무적인 지식에 크게 관심도 없었고 잘 몰랐는데 이 일을 하면서 투자나 저축이나 보험 정리나 제거를 이제 해보게 되니까 그래서 저는 되게 괜찮은데 좀 아쉬운 거는 저희가 원래 이렇게 공모제였거든요. 본인이 원하는 사람들이 했던 거였는데 이게 없어지다 보니까.. 예전에 ○○지사에 강제로 이 업무를 한 친구가 있었는데, 되게 힘들어하더라고요. 그리고 사실 저도 1~2년 했을 때는 이 업무에 대해서 좀 잘 몰랐다고 생각을 했거든요. 좀 감이 잘 안 잡혔는데 한 3년 정도는 해야지 최소한 그래도 할 수가 있는 업무인데 그걸 이제 공모제를 막아 버리고 이제 순환 보직제로 하다 보니까 거기에 따른 부작용이라든지 안 좋은 점들이 좀 있는 것 같고..(H 상담사)

2023년부터 도입된 새로운 노후준비상담사 인사 절차는 일선 노후준비 상담 업무를 더욱 어렵게 만드는 요소로 작용하고 있다. 지금까지 노후준비상담사 업무 담당자에 대한 인사는 일반 인사와 다르게 ‘공모제’를 통해 의지가 있는 직원을 모집해 선발하는 방식이었다. 따라서 상담사 업무를 수행하게 된 공단 직원들은 보직변경 없이 지속적으로 상담사 업무에 종사할 수 있었으며 연차에 따라 경력이 쌓여감으로써 성공적인 서비스 제공에 기여하였다. 그러나 2023년부터 공모제가 아닌 일반 직원과 마찬가지로 순환 보직제로 변경되어 노후준비상담사의 경력 축적과 노후준비상담에 대한 개인의 의지 등이 고려되지 못하게 되어 양질의 서비스 제공에 문제점으로 지적되고 있다.

저희가 처음에 왔을 때는 미래의 먹거리, 나아갈 길이라며 잘해보자는 분위기였는데 지금의 추세는 5년, 10년 지났는데 별로 남은 것도 없는데, 너네 거기서 잉여니? 이런 인식도 느껴지고, 어차피 뭐 다른 데 갈 건데... 사실 이 업무를 하면서 만족감은 높죠. 제가 민원 업무를 한 2~3년 했는데 민원 데스크에서 반복적인 업무를 계속하니까 지치는 거예요. 제 스스로가. 근데 이거는 케이스 바이 케이스로 내가 이 사람한테 진심을

다해서 고민을 같이 생각을 해주고 결과를 주면 가끔씩 이렇게 돌아오는 피드백이 만족감이 꽤 큰 거예요. 나름 내가 고민해서 제안을 했는데 이분한테 도움이 됐다는 얘기거든요. 사실 별거 아니거든요. 근데 그 별거 아닌 걸 줌으로 인해서 저는 그 보상이 너무 컸어요. 그래서 되게 좋았는데 주변 환경에서 별거 아닌 업무로 인식이 되고 몇 년 전에 어떤 실장님께서 누구나 할 수 있는 노멀리지가 돼야 된다. 스페셜리스트가 아니고 그래서 노멀화된 업무를 해야되지 않겠냐라고 하시면서 말씀을 하시길래 충격을 받았고, 이게 누구나 다 할 수 있는 서비스 프로세스로 정립을 하겠다라는 말씀을 들었어요. 그런 걸 들으면서 이게 제가 처음에 생각했던 업무가 이렇게 발전되지 않는 게 정체되어 있는걸 보면서 좀 아쉽죠. 그리고 결과적으로 계속하실 거냐 물어보면 하고는 싶지만 지금 저희 시스템상으로는 할 수는 없는 시스템이겠죠. 현재 상황으로는..(F 상담사)

전문 상담사잖아요. 전문 상담사인데 어쨌든 고객 만족이랑 연결되는 거죠. 그러니까 여러 가지 분야를 다 물어보는데 경력이 많으면 많을수록 그 고객이 원하는 니즈에 따라서 우리가 대답해 줄 수 있는 게 크잖아요. 근데 이제 좀 경력이 없으신 분들은 아무래도 이제 대답이 즉각 나오기도 어렵고 그런 부분에서 고객 만족 관련해서 좀 크게 차이가 날 것 같아요(E 상담사).

굉장히 주관적이긴 한데 저는 경7기3이라고 대답하고 싶네요. 경력이 7이고 기술이 3, 기술도 경력을 통해서 나타나고요(G 상담사).

저희 어머니는 젊은 (의사가 있는) 병원 안 가요. 약간 연세가 있으신 분들 왜냐하면 의사 같은 경우에는 사람을 보고 진단을 내려야 되기 때문에 최신 정보도 중요하지만 여러 가지 경험이 중요하다는 거죠. 저도 어느 정도 나이가 드니까 약간 이해가 되는 것 같아요. 처음에 이 업무할 때도 나는 내가 자격증도 몇 개 있고 하나씩 상당히 잘할 수 있다고 생각을 했는데 지나보니 좀 부끄러운 부분도 있어요. 똑같다고 생각합니다. 모든 업무가 다 그렇지만 특히나 상담의 업무는 다양한 사람과 다양한 사례를 접함으로 인해서 경험이 생기면 다양한 경우에 잘 대응할 수 있는 거죠(F 상담사).

4. 사업 개선방안

가. 분석 결과 요약

1) 노후준비 성별 차이

국민연금공단의 노후준비 데이터베이스가 보여주는 성별 노후준비 수준은 <표 III-128>과 같다.

〈표 III-128〉 성별 노후준비 차이(영역 종합): 노후준비 데이터베이스

	대인관계	건강	여가	재무
전체	67.6	76.2	53.6	54.6
남성	66.9	75.6	55.1***	59.7***
여성	67.9**	76.6***	52.9	51.6

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

국민연금공단에 내방해 노후준비 상담을 받은 고객 가운데 여성은 남성에 비해 대인관계와 건강이, 남성은 여성에 비해 여가와 재무 영역의 노후준비 수준이 통계적으로 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 세부 지표에서 여가활동에 대해 여성들이 갖는 의지는 높았지만 막상 적극적인 여가 활동으로 연결되는 비율이 낮게 나타났다. 국민연금공단에 노후준비 상담을 받은 여성 가운데 취업여성의 비율이 일반적인 경우보다 높게 나타났다(나) 재무에 대한 노후준비도 점수가 낮은 이유는 주로 지속적인 소득활동(연령)에 대한 예상치가 남성에 비해 낮기 때문이다.

즉, 지금 일을 하고 있더라도 노동시장에서 퇴출되는 연령이 빠르기 때문에 현재 일을 하고 있어도 노후에 대한 재무적 준비를 하기에 충분히 일을 하지 못하기 때문으로 해석된다. 또한 자산 형성 지표에서도 남성에 비해 여성이 낮은 준비도를 보였다. 한편 여성이 남성에 비해 상대적으로 점수가 높은 대인관계와 건강 영역에서도 매우 낮은 이상치 분포가 관찰되어 평균적인 수준은 높지만 취약한 집단의 취약성에 주목하고 이들에 대한 적극적인 보호가 필요하다.

〈표 III-129〉 성별 노후준비 차이(영역 종합): 노후준비실태조사

	대인관계	건강	여가	재무
전체	67.6	73.7	66.3	56.4
남성	67.3	72.5	66.7	58.8***
여성	67.9	74.8***	65.8	53.9

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

9) 국민연금공단에 내방해 노후준비상담을 받은 여성 가운데 취업 여성의 비율이 높은 것은 한부모 가정의 가구주 비율이 상대적으로 높다는 점에서 기인하는 것으로 보인다. 즉 한부모 가정 가운데 여성 한부모 가정이 더욱 취약하고 이에 따라 각종 복지혜택의 대상이 되는데, 이들은 타 정책(ex. 희망키움통장 등)과 연계되어 노후준비 상담을 받게 되기 때문이다.

한편 내방 고객을 넘어 전국민을 대상으로 한 노후준비실태조사 결과에서는 점수상으로 유사한 결과를 보이지만 대인관계 영역과 여가 영역의 성별 차이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났으며 건강과 재무는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

건강 영역에서 남성의 경우 스스로 인식하는 주관적 건강 상태가 여성보다 높은 것으로 나타났고 규칙적 운동을 하고 있지만 여성에 비해 스트레스 정도가 높고 흡연 및 음주 비율과 건강한 식사 습관의 부족으로 인해 여성에 비해 건강 영역의 총점은 낮게 나타났다.

재무 영역에서 여성은 근로활동 및 지속 기간이 남성에 비해 낮고 이에 따른 공적연금 가입과 퇴직연금 및 퇴직금의 수령 비율이 낮은 것으로 분석되었다. 또한 개인연금의 경우도 본인 명의보다 배우자인 남성 명의로 가입하고 있는 비율이 높아 가입 여부 및 수령 여부에서는 여성이 남성에 비해 열악할 수 밖에 없는 것으로 분석되었다. 한편 금융 자산이나 부동산 자산의 비교에서는 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나 앞선 노후준비 데이터베이스 결과와 다소 상이했다.

이는 실제 노후준비서비스 내방 고객은 한부모 또는 1인가구 여성의 비율이 높았고 이들의 자산 보유도가 낮았기 때문에 나타난 결과로 보인다¹⁰⁾.

반면 노후준비실태조사와 같이 부부 공동 자산을 중심으로 점수화할 경우 여성의 취약성이 작게 나타난다.

2) 노후준비 성별, 집단특성별 차이

〈표 Ⅲ-130〉 성별, 집단별 노후준비 차이: 노후준비 데이터베이스

		대인관계		건강		여가		재무	
		여	남	여	남	여	남	여	남
거주 지역	특별시	68***	65.2	77***	75	55	55	54	59**
	광역시	68***	65.6	76***	75	53	56*	49	58**
	도	68	68.2	76	76	52	55**	52	61***
연령	20대	74.2*	72.6	78	77	58	57	55	54
	30대	68	69.6	76	76	54	54	58	65**
	40대	66.4	66.6	76*	75	50	53**	52	61***

10) 특히 근로활동을 통해 공적연금 등의 수급권이 발생하지 않는 가정주부의 경우, 이런 왜곡 현상은 더욱 심하게 나타날 수 있는 것으로 보이며 실제 노후준비 데이터베이스에서도 이러한 현상을 발견할 수 있다.

		대인관계		건강		여가		재무	
		여	남	여	남	여	남	여	남
	50대	66.7	65.4	76*	75	52	55**	52	65**
	60대	65.1	64.2	76*	75	52	55**	46	56**
	70대	65.4	67.8	76	79*	56	59	42	46
가구 유형	1인	67***	65.1	76***	75	52	53	48	54***
	부부	70	69.2	77*	76.6	54	58**	61	68**
소득 활동	무	68	67.7	77*	76	53	57**	51	61***
	유	68***	66	76**	75	53	53	52	59**

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,

집단 특성별로 세분화해 살펴보면 일반적으로 여성의 대인관계와 건강 영역 노후 준비도가 높았으나 도지역에 거주하거나 근로 활동을 하지 않는 여성은 오히려 남성에 비해 높지 않았다. 건강 영역에서도 도지역에서는 남성에 비해 여성이 높지 않은 것으로 나타났다.

여성보다 남성의 노후준비도가 높았던 여가 영역에서도 세부 집단별로 차이가 있었는데 대도시지역에서는 여가의 남녀 차이가 나타나지 않은 반면 광역시와 도로 표현된 중소도시와 농어촌지역에서는 남녀 차이가 명확하게 나타났다.

소득 활동 예상 연령이 20대에서는 여성이 더 길게 생각하지만, 그 이후에는 남성이 더 길어지며, 소득 활동을 지속하기 위한 노력도 감소함으로 인해 재무 영역의 성별 노후 준비도 차이가 나타나는 것으로 보인다.

〈표 III-131〉 성별, 집단별 노후준비 차이: 노후준비실태조사

		대인관계		건강		여가		재무	
		여	남	여	남	여	남	여	남
거주 지역	대도시	68	66.4	75.3**	72.4	68.3	67.61	56.33	60.79**
	중소도시	68.5	68.5	75.1**	72.94	65.03	66.43	54.39	59.34*
	농어촌	66.5	67.1	73.17	71.82	61.09	64.99*	46.87	53.38*
연령	30대	69.02	70	76.3	74.7	66.58	64.71	56.4	57.63
	40대	69.67	68.59	73.5	76.5**	67.04	67.07	57.48	62.24*
	50대	67.73	67.58	74.3**	71.9	66.71	67.5	56.49	60.77*
	60대	65.4	63.55	72.3*	70.5	63.65	65.11	44.24	52.07**

		대인관계		건강		여가		재무	
		여	남	여	남	여	남	여	남
배우자	유	68.84	68.64	75.3**	73.1	66.16**	68.04	55.13	60.27***
	무	62.2	60.71	71.7*	69.5	63.68***	59.85	46.25	51.3
자녀	유	68.14	68.25	74.8**	72.72	64.84	62.36	54.32	59.86***
	무	65.33	65.08	75.6**	71.18	64.84	62.36	48.49	52.93
취업 여부	비취업	66.76***	56.75	74.1***	66.5	65.45*	60.07	40.67	46.42
	취업	69.11	68.18	75.5**	73	66.19	67.23	60.25	61.59
종사상 지위	미취업	66.76***	56.75	74.2**	66.5	65.45*	60.07	40.67	46.42
	상용	69.85	69.34	76.7**	75	66.67	69.03*	66.98	67.04
	임시일용	65.38***	60.27	72.43*	68.18	62.61	62.39	45.42	52.10
	자영업	71.08	69.11	75.7**	71.9	66.5	68.33	56.13	62.43*
	무급가족	67.65	85.46	77	67.3	64.71	46.7	69.18	52.22
	기타	69.81	59.37	81.7	62.1	80.22	52.16	83.98	20.53

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

노후준비실태조사 분석 결과 대인관계 영역에서는 성별 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나 실제 상담 고객과 차이를 보였다. 세부 집단별로 보았을 때 여성 가운데 비취업집단, 임시일용직 종사의 경우 남성과 비교해 유의미한 대인관계 수준 차이를 보여 여성이 남성보다 대인관계의 측면에서 높은 점수를 보인 이유가 결국 근로활동을 하지 않거나 근로활동 시간이 비교적 짧거나 불규칙한 경우에서 비롯된 것으로 보인다.

건강 영역의 노후준비는 대도시와 중소도시에 사는 여성이 남성에 비해 건강 노후 준비도가 유의하게 높았지만 농어촌지역 거주 여성은 남성과 유의한 차이를 보이지 않았다.

여가 영역에서는 대도시나 중소도시 지역 거주 여성과 남성 간에는 여가 수준에 유의한 차이가 나타나지 않았으나 농어촌 지역 거주 여성은 참여 활동 개수가 적고, 취미나 여가 활동 정도도 해당 지역의 남성에 비해 통계적으로 유의미하게 낮은 것으로 나타났다. 배우자 유무에 있어서 여성과 남성이 상반된 경향을 보여주는데 배우자가 있는 경우 남성이 여성에 비해 높은 여가수준을 보여주지만 배우자가 없는 경우 여성이 남성에 비해 여가 점수가 높아진다. 마찬가지로 취업과 종사상 지위에서도 상반된 경향이 나타나 미취업인 경우 남성에 비해 여성의 여가 점수가 높지만 상용직에 종사하는 근로자의 경우 여성보다 남성의 여가 준비도가 높다.

재무 영역에서 거주지역과 무관하게 남성의 노후준비도가 여성에 비해 높았으며 연령도 30대를 제외하면 모든 연령대에서 남성의 재무 준비도가 높게 나타났다. 30대의 경우 여성의 금융 자산은 남성에 비해 높지만, 총점 차이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다. 하지만 40대와 50대가 되면서 남성의 자산과 소득 활동 기대연령이 증가하며 점수 차이가 벌어진다.

3) 여성 집단별 노후준비 차이

〈표 III-132〉 여성집단 내 노후준비 차이: 노후준비 데이터베이스

		대인관계	건강	여가	재무
거주지역	특별시	68	77**	55***	54***
	광역시	68	76**	53***	49***
	도	68	76**	52***	52***
연령	20대	74.2***	78***	58***	55***
	30대	68***	76***	54***	58***
	40대	66.4***	76***	50***	52***
	50대	66.7***	76***	52***	52***
	60대	65.1***	76***	52***	46***
	70대	65.4***	76***	56***	42***
가구유형	1인	67***	76***	52**	48***
	부부	70***	77***	54**	61***
소득활동	무	68	77**	53	51
	유	68	76**	53	52

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, (집단간 F값 차이)

대인관계에서는 거주 지역에 따른 여성 집단 내 유의한 차이는 나타나지 않았으며 연령, 가구 유형 등은 유의미하게 나타났다. 연령이 높아질수록 대인관계 점수가 하락해 고령층의 대인관계를 넓힐 수 있는 서비스가 요구된다. 부부 가구는 1인 가구에 비해 대인관계 점수가 높게 나타났다.

건강 분야에서는 대도시 거주 여성에 비해 중소 도시와 농어촌지역 거주 여성의 점수가 상대적으로 낮게 나타났다. 건강의 경우 여성 집단내에서 집단별로 유의한 차이는 보이지만 그 정도(점수차)가 크지 않다. 소득활동 유무를 제외하고 집단별 여가 영역의 점수차이는 통계적으로 유의미하게 나타났다. 거주지역별로 대도시>중소도시>농어촌지역 순으로 여성의 여가 점수가 하락했는데 이는 여가와 관련한 인프라 및 정보 차이에서

기인하는 것으로 보인다. 도지역을 중심으로 한 농어촌 지역에서 취미나 여가 활동에 대한 문화 생활 안내 서비스와 인프라 확충이 필요한 이유이다.

재무 분야에서도 소득활동 유무를 제외하고 모든 집단에서 통계적 유의한 차이를 보였다. 거주지역의 경우 대도시>농어촌>중소도시 순으로 나타나 재무 영역에서 가장 취약한 여성집단은 중소도시에 거주하는 여성으로 보인다. 대도시 지역에 거주하는 여성은 타 지역 거주 여성에 비해 특히 금융과 부동산 자산의 축적 수준에 따를 점수 차이가 높게 나타난다. 연령의 경우 30대를 기점으로 재무 준비도가 하락해 고령 여성의 재무적 취약성을 보여주며 부부가구와 1인가구(한부모가구 포함)의 재무 점수 차이가 가장 큰 폭으로 나타나 1인가구(한부모가구 포함)의 재무적 취약성을 다시 한번 확인시켜준다.

대인관계 영역을 종합해보면 지역간 유의한 차이는 나타나지 않으며 40대를 기점으로 연령이 증가할수록 대인관계 점수가 하락했다. 배우자와 자녀가 있고 취업상태인 경우 그렇지 않은 집단에 비해 대인관계 점수가 유의미하게 높으며 종사상 지위의 측면에서 자영업자와 상용직 종사자의 대인관계 점수가 높았다. 반대로 배우자와 자녀가 없고 임시일용직과 미취업자는 상대적으로 취약한 것으로 나타난다. 따라서 이들을 중심으로 노후 준비를 위한 대인관계 형성에 주의를 기울일 필요가 있다.

건강 영역의 경우 도시지역에 비해 농어촌지역 거주 여성의 건강 점수가 상대적으로 낮게 나타났으며 농어촌 지역 거주 여성의 경우 만성질환의 수가 더 많은 것으로 조사되었다. 연령이 증가할수록 건강 점수는 하락하며 유배우자가 무배우자에 비해 건강 상태가 좋고 건강 유지 관리 노력도 더 잘하고 있다. 취업자는 건강 관리 노력을 더 하고 있으며, 주관적 건강 상태나 만성 질병의 수도 미취업자에 비해 양호하다. 그러나 미취업자는 스트레스를 덜 느끼고 흡연 및 음주 빈도가 적은 것으로 분석되었다. 종사상 지위로 봤을 때 상용직과 자영업자 집단은 임시일용직에 비해 건강 관리를 위한 노력을 더 많이 하고 있다.

여가 영역의 경우 거주지역을 기준으로 보면 대도시, 중소도시, 농어촌에 거주여부에 따라 여가 점수의 현격한 차이가 발생했다. 농어촌지역에 거주하는 경우 상대적으로 참여 활동이 적고 노후 취미여가에 대한 경험이나 관심도도 낮은 것으로 분석되었다. 연령이 증가할수록 노후 여가에 대한 관심은 늘어나지만 활동 수와 참여 의지는 줄어든다. 근로 활동을 하는 여성은 여가활동의 참여 의향이 더 높고 활동 기간도 길며, 노후 취미활동에 대해 더 많이 생각하고 있다. 종사상 지위의 측면에서 자영업자가 여가활동에 참여할 의지와 활동의 활발함이 높고, 상용직은 임시일용직에 비해 더 활발하게 활동하고 있다고 보고 있다.

재무 영역의 경우 농어촌에 거주하는 여성의 노후준비 점수가 현격하게 높게 나타났다. 농어촌지역 거주자의 경우 농임업 등의 자영업에 종사할 가능성이 높기 때문에 예상 근로연령이 높아진 점에서 기인하는 것으로 보이며, 일자리가 많은 대도시에 비해 중소도시는 소득활동 지속연령이 낮게 예측된다. 금융 및 부동산 자산은 농어촌이 대도시나 중소도시에 비해 낮은 수준이다. 배우자가 없는 경우 유배우자 여성에 비해 재무 점수가 낮지만 세부 항목에서 소득 활동 참여율이 높고, 참여 기간도 길며, 개인연금 가입률도 높게 나타난다. 비취업자에 비해 취업자의 재무 노후준비도가 유의하게 높게 나타났는데 이러한 차이는 노후준비 데이터베이스 결과와 다소 차이를 보이는 부분이다. 노후준비실태조사에서 취업 여성은 배우자의 소득활동 참여 확률이 높고, 본인과 배우자의 공적연금 가입률, 본인의 퇴직금과 퇴직연금 수령 가능성, 개인연금 가입률이 증가한다. 특히 상용직 여성의 경우 이러한 경향이 더욱 뚜렷하다.

〈표 III-133〉 여성집단 내 노후준비 차이: 노후준비실태조사

		대인관계	건강	여가	재무
거주지역	대도시	68.0	75.3*	68.4***	56.3***
	중소도시	68.5	75*	65***	54.4***
	농어촌	68.5	73.2*	61.1***	73.2***
연령	30대	69***	76.3*	64.7*	56.3***
	40대	69.6***	76.5*	67*	57.5***
	50대	67.6***	74.4*	66.7*	56.5***
	60대	65.4***	72.4*	63.7*	44.2***
배우자	유	68.8***	75.3***	66.2	55.1***
	무	62.2***	71.7***	63.7	46.3***
자녀	유	68.1*	74.8	65.9	54.3
	무	65.1*	76	64.8	48.5
취업여부	비취업	66.8**	74.2*	65.5	46.4***
	취업	69.1**	75.5*	66.2	61.6***
종사상 지위	미취업	66.8**	74.2***	66.8	46.4***
	상용	69.8**	76.7***	69.8	67***
	임시일용	65.4**	72.4***	65.4	52.1***
	자영업	71.1**	75.7***	71.1	62.1***
	무급가족	67.7**	77***	67.6	52.2***
	기타	69.8**	81.7***	69.8	84***

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, (집단간 F값 차이)

나. 노후준비지원서비스 개선과제

1) 노후준비지원서비스의 취약층 표적지원

① 40대 근로자

노후준비 서비스는 주로 국민연금공단의 상담 고객을 중심으로 이루어지는 경우가 많다. 그래서 대체적으로 연금 수령 시기인 60대 이상이나 미취업자, 고용이 불안한 대상자가 노후 준비 서비스의 주된 고객층이 될 가능성이 높다.

하지만 가장 적극적으로 노후 준비를 시작해야 하는 시기인 40대의 경우, 노후준비 진단 대상자 특성을 살펴보면 가장 비율이 낮다는 것을 확인할 수 있다(30대 이하 26.1%, 40대 17.2%, 50대 28.7%, 60대 이상 28.1%). 이러한 현상은 40대 노후 준비 진단 대상자들의 노후준비 서비스를 이용하기 위한 접근성 또는 접점이 매우 낮다는 것을 의미한다. 이는 또한 이들이 노후 준비를 위한 필요한 정보나 서비스를 얻기 어려운 상황이라는 것을 시사한다.

초점집단 면접의 결과 40대의 다수가 근로와 육아가 겹치는 시기로 노후준비를 위한 물리적 시간을 내기 어려운 점을 지적한다. 반면 가계 지출은 가장 높은 생애주기로 가구의 소득지출 구조 또한 복잡해져 다수의 40대 가구에서 노후준비를 계획하고 실천할 ‘업무’를 내지 못하고 있는 것이 현실이다. 여러 가지 이유로 간과되는 40대의 노후준비는 그러나 성공적인 노후준비에 있어 결정적인 시기이며 초점집단에 참여한 상담사들은 50-60대에 도달할 때까지 노후준비가 되지 않은 국민들의 경우 상황을 개선시키기 위한 선택지가 좁아진다는 점을 강조했다. 따라서 성공적인 노후준비에 있어 결정적 시기인 40대에 여러 가지 현실적 상황과 여건으로 노후준비가 간과되고 있는 현 상황은 정책적 개선을 통해 타개해야 할 필요가 있다.

40대가 노후준비에 소홀해지는 가장 큰 이유는 육아와 근로가 본격적으로 증첩되는 생애주기의 특수성이므로 근로활동 중인 40대가 노후준비에 적극적으로 참여할 수 있도록 상담서비스 제공방식의 개선과 작업장(기업)과 연계된 노후준비 지원체계의 마련이 필요하다. 구체적으로 다음과 같은 개선과제가 필요하다.

㉠ 상담시간과 방식 다원화

현재 온라인 노후준비진단을 제외한 오프라인 상담은 국민연금공단 지사 업무시간에 맞추어 운영되고 있다. 직장인 대상으로 상담을 진행할 때 국민연금공단 상담사들이 직장 인근 카페 등의 장소로 출장을 나가 상담을 진행하게 되는데 상담진행에 적합한 환경이 아니라 상담의 효과성을 저하시킨다고 호소하였다.

정말 시간이 없다고 하시면 점심시간에 그분 일하시는 직장으로 찾아가서 앞에 있는 카페 같은 데서 상담을 진행하시는 하는데 그러면 아무래도 카페가 시끄러운 경우가 많고 저희 전용 상담실에서 하는 것보다 굉장히 만족도나 상담의 성과가 떨어져서 그런 부분이 참 그러니까. (김00)

따라서 상담시간을 업무시간 외에도 유연화시킬 필요가 있다. 가령 퇴근 후 저녁 시간 또는 출근 전 이른 오전 시간, 그리고 주말 등 노후준비 진단 및 상담 시간의 선택의 폭을 넓히고 상담사들에게는 업무 외 시간에 제공하는 서비스에 대해 제도적으로 인정해주는 절차가 필요하다. 또한 상담의 방식에 있어서도 오프라인 대면 상담 뿐만 아니라 온라인 비대면 상담 등을 공식화해 근로활동 중인 국민들이 제약없이 노후준비 진단을 하고 컨설팅을 받을 수 있도록 방식을 다원화할 필요성이 있다.

〈개선 방안〉

- 직장인을 위한 야간 상담, 주말상담 개설 및 상담사 업무에 대한 제도적 인정
- 비대면 진단 및 상담 제도 도입 및 활성화

④ 근로자 노후준비에 관한 사업주 책임성 강화

상술했듯 ‘업무시간 외’ 노후준비 상담서비스를 제공가능하게 되면 근로자들이 업무 시간 외에 노후준비상담 가능성은 높이지만 업무시간 외 시간이라 하더라도 육아와 근로를 병행해야 하는 입장에서는 시간을 할애하기 쉽지 않다. 뿐만 아니라 여전히 육아와 근로와 자신의 노후준비를 개인의 선택과 책임에 맡기는 것에 불과하다. 노후준비가 개인의 삶에 관한 일이지만 개개인의 제대로 된 노후준비가 부재할 경우 궁극적으로 사회적 고통과 책임으로 돌아온다는 점을 상기하면 노후준비는 개인의 선택과 책임에 맡길 문제가 아니라 사회가 함께 책임져 나가야 하며 특히 근로자들의 노후준비는 사업주의 협력과 책임 공유가 중요하다.

그러한 측면에서 보았을 때 향후 전국민이 적정 연령에 제대로 노후준비를 실시하는 문화를 조성하려면 사업주 책임에 관한 제도화가 필요하다.

노후준비에 대한 사업주 책임성 강화를 위한 방안은 건강검진 제도와 법정 의무교육 등의 선례를 참조할 수 있다. 직장인가입자 대상 건강검진은 사무직 기준 2년에 1회, 비사무직 기준 1년에 1회 실시하도록 되어 있으며 정해진 기간에 직장인 건강검진을 실시하지 않은 귀책사유가 사업주에게 있다면 1000만원 이하의 과태료, 귀책사유가 근로자에게 있다면 300만원 이하의 과태료가 발생한다. 근로자 건강검진에 대한 법적

근거는 산업안전보건법 제129조 1항~2항에 근거한다. 이처럼 근로자의 건강관리를 해야 할 사업주의 의무를 법제도적으로 규정한 것은 건강처럼 개인과 사회에 영향력이 있는 가치재이자 외부효과가 큰 재화에 대해서 사회가 함께 책임져나가야 한다는 사회적 공감감이 있기 때문이다. 노후준비도 건강검진과 근본적인 성격에 있어 동일하다. 초고령 사회에 개인의 행복한 노후생활은 그 자체로 사회의 지속가능성을 보여주는 가치재이고 사회적 비용 절감 등 외부효과가 크다.

따라서 건강검진과 마찬가지로의 논리로 노후준비에 대한 제도화 작업도 가능하다. 산업안전보건법 개정을 통해 근로자 퇴직 후 노후준비의 중요성과 사업주의 책무에 대해 명시하고 건강검진처럼 노후준비 진단 및 상담 시기와 횟수 등을 규정하고, 노후준비진단 및 상담을 위한 휴가제를 도입하며 불이행시 과태료를 부과하는 방식의 제도 개선이 필요하다.

노후준비는 개인별로 자신의 상황에 맞는 최선의 계획을 수립해 실천에 옮겨야 하는 것이므로 개개인의 노후에 대한 자각이 무엇보다 선행되어야 한다. 즉, 스스로 노후준비를 해야 한다는 필요성이 자각되지 않으면 의미가 반감된다. 따라서 개별 진단과 상담으로 나아가기 전 집단‘교육’을 통한 환기와 인식변화는 필수적이며 기대이상의 효과를 발휘할 수 있다.

현재 정부는 근로자들이 반드시 받아야 하는 교육을 5대 법정 의무교육으로 지정해 매년 사업장에서 의무적으로 시행하도록 하고 있다. 산업안전보건교육, 직장내 성희롱예방교육, 개인정보보호교육, 직장내 장애인 인식개선교육, 퇴직연금교육 등이 5대 법정 의무교육에 해당하며 법으로 정한 강제교육이기 때문에 미이수시 과태료가 부과된다. 근거 법률은 <표 7-7>와 같이 교육에 따라 다르며 교육 시간과 과태료 또한 각각 상이하다.

<표 III-134> 5대 법정 의무교육 현황

법정 의무교육	근거 법률	교육 시간	과태료
산업안전보건교육	산업안전보건법 제29조	분기별 1회 3시간에서 6시간	최대 500만원 이하
직장 내 성희롱예방교육	남녀 고용평등과 일가정 양립 지원에 관한 법률	연1회 1시간 이상	최대 500만원 이하
개인정보보호교육	개인정보보호법 28조	연1회~2회 1시간 이상	사고 발생시 과징금 최대 5억
직장 내 장애인 인식개선	장애인 고용촉진 및 직업재활법	연1회 1시간 이상	최대 300만원 이하
퇴직연금교육	근로자 퇴직급여보장법 제32조	연1회, 1시간 이상	1000만원 이하

이상의 5대 법정 의무교육 실시 현황을 참고해 볼 때, 5대 법정 의무교육처럼 노후준비 교육을 제도화·의무화한다면 노후준비에 대한 개별 상담이 어려운 근로자들이 교육을 통해 노후준비에 대한 인식을 전환하고 스스로의 노후준비를 실천해 나가는 계기로 만들 수 있을 것이다. 교육의 의무화를 위해 법률 개정을 통한 법적 근거를 만드는 작업이 필요하며 유관 법률로서 국민연금법, 저출산고령사회기본법 등 다양한 법률이 존재하지만 가장 직접적 관련성을 가진 노후준비지원법 개정이 적합할 것이다. 또한 교육 시간은 5대 법정 의무교육과 유사한 수준으로 맞추되 연령별로 상이하게 하는 방식을 생각해 볼 수 있다.

이미 국민연금공단 등에 노후준비 온라인 교육컨텐츠가 마련되어 있기 때문에 제도화된다면 교육 실시를 위한 추가적인 비용투입 없이 무난히 교육이 실시될 수 있을 것으로 보이며 국민연금공단 교육강사 풀을 활용해 대면 집체교육 실시도 충분히 가능하므로 법적 근거만 마련된다면 효율적인 방식으로 근로자들의 노후준비에 대한 인식 전환을 유도할 수 있다.

〈개선방안〉

- 산업안전보건법 개정을 통해 건강검진처럼 근로자들의 퇴직 이후 노후준비에 대한 사업주 책임성 부여, 노후준비진단 휴가제 도입
- 노후준비지원법 개정을 통해 노후준비교육 법정 의무교육화
- 기업과 국민연금공단 업무협약 체결을 통해 직장으로 찾아가는 노후준비 집단상담/ 집체교육 활성화

② 한부모 가정

통계 분석 결과는 배우자가 없는 경우, 가족과 마음을 털어놓을 수 있는 사람의 수가 적은 문제를 넘어서, 사회생활에서 이웃이나 직장 동료와의 관계 형성도 유의미하게 낮은 수준임을 보여주었다. 이는 개인의 정서적 안정에 크게 영향을 미치며, 이로 인해 노후 고립감을 더 크게 경험할 수 있다. 건강 영역에서도 배우자가 없는 사람들은 건강 상태와 유지 관리 노력에서 차이가 나타난다.

배우자가 없는 경우 소득 활동을 하면서 자녀를 돌봐야 하는 상황이므로, 40대 근로자와 마찬가지로 노후 준비 서비스에 접근하기 어려운 계층이다. 노후준비상담사들에 대한 초점집단 면접 과정에서 밝혀진 실제 상담에 응하는 이들도 다수가 한부모가정으로서 타 정책과 연계되어 노후준비서비스로 인도받은 이들이다. 사실상 이들은 일과 가정

생활을 모두 관리해야 하므로, 재정적으로나 물리적으로 노후에 대비한 투자나 준비를 실행하기가 쉽지 않다.

노후준비실태조사 분석에서 한 부모 가정의 노후 준비 점수를 분석한 결과, 남성의 경우 모든 영역에서 한부모 가정이 아닌 남성에 비해 점수가 유의미하게 낮았고, 여성의 경우도 여가를 제외한 모든 영역에서 점수가 낮게 나타났다. 이는 한 부모 가정에서는 노후 준비를 위한 충분한 시간과 자원이 부족하다는 것을 보여준다. 또한 한부모 가정인 경우, 남성과 여성을 비교하면 여성의 경우 남성에 비해 대인관계, 여가, 건강 등의 측면에서는 점수가 높게 나타나지만 재무 영역의 점수가 더 낮다. 여성 한부모 가정의 경우 남성 한부모 가정에 비해 노후 경제적 어려움에 더욱 크게 노출될 수 있음을 보여주고 있다.

〈표 III-135〉 성별 한부모 가정의 노후준비영역별 총점 비교(t-test)

한부모가정 여부		남성				여성			
		대인관계	여가	건강	재무	대인관계	여가	건강	재무
비해당	mean	67.69**	67.33***	72.78***	59.40**	68.57***	65.99	75.31***	54.72**
	obs	712	712	712	712	669	669	669	669
해당	mean	61.35	56.02	67.50	48.63	62.31	64.35	70.77	46.83
	obs	42	42	42	42	77	77	77	77
전체	mean	67.33	66.70	72.49	58.80	67.92	65.82	74.84	53.91
	obs	754	754	754	754	746	746	746	746

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001.

종합하면 한부모가정은 가족구조의 특성상 생애주기에서 발생하는 위험이 분산되지 않기 때문에 보다 큰 리스크를 가지고 있다. 이러한 리스크는 저소득 한부모가정과 같이 취약계층에게서 더욱 크게 발생하겠지만 일반 한부모가정도 항시적으로 지녀야 하는 리스크이다.

반면 저소득·차상위계층의 경우 이미 복지 프로그램을 통해 국민연금공단 노후준비 서비스로 연계되는 경우가 많았지만 일반 한부모가정은 사각지대에 존재한다. 따라서 일반 한부모가정의 노후준비 및 관리에 정책적 관심을 보다 증가시킬 필요가 있다. 취약계층이 아닌 일반 한부모가정은 복지정책과의 연결고리가 부재하기 때문에 지역사회 건강가정지원센터 및 육아종합지원센터, 지역아동센터, 학교(돌봄교실) 등과 연계해

지자체 차원에서 이들의 노후준비 지원을 주도적으로 진행할 필요가 있다.

〈개선방안〉

- 지자체 중심 건강가정지원센터, 육아종합지원센터, 지역아동센터, 학교 돌봄교실 등 연계 일반 한부모가정 대상 노후준비 진단 및 상담 권고

③ 전업주부

전업주부는 근로활동을 하지 않기 때문에 공적연금 수급권이 발생하지 않는다. 공적 연금 제도가 근로 활동을 기반으로 한 시스템이기 때문에 자발적으로 임의가입하지 않는 이상 가정주부들은 연금제도로부터 배제된다. 또한, 노후를 대비한 자산 형성이 공동 자산으로 간주되므로, 이를 통해 개인적 수준의 노후 준비에 대한 리스크를 정확하게 측정하거나 평가하는 것이 매우 어렵다.

노후준비 데이터베이스에 근거한 진단 결과를 살펴보면, 배우자가 있고, 소득 활동을 하지 않는 여성들, 즉 전형적인 가정주부들의 경우, 그들의 노후 준비 정도는 모든 영역에서 높게 측정되었다. 하지만 전국민 대표성을 가진 실태 조사에서의 노후 준비 점수는 재무 영역에서 다소 다른 결과를 보였다. 즉, 주부의 경우 재무 영역에서 소득 활동을 하는 여성에 비해 유의미하게 낮게 나타났다. 이들의 배우자들의 은퇴 연령 점수는 소득활동을 하는 여성에 비해 높게 나타났으나 그들이 직접적인 소득 활동을 하지 않기 때문에 이러한 점이 주부들의 전체적인 재무 영역 점수를 높이는 데에는 충분하지 않았다.

실태 조사에서 나타난 전체적인 자산 형성 정도는 가정주부와 근로 활동을 하는 여성들 사이에 유의미한 차이를 보여주지 않았다. 그러나, 근로 활동을 하는 여성들에 비해 주부들의 자산 형성 정도는 상대적으로 적게 나타났다. 이는 부부가 함께 소득 활동을 하는 경우, 그 가정의 여성이 더 많은 자산을 형성할 수 있기 때문일 것이다.

이러한 결과는 노후 준비 진단에서 서비스 대상자에 대한 분석 결과와 상이한데 노후 준비 서비스 대상자 데이터의 경우, 소득활동을 하는 여성의 경우 주로 1인가구 여성에 해당하고 부부가구의 경우 소득활동을 하고 있지 않는 경우만 추출되어 가정주부들의 경우 자산 형성 수준이 더 높게 나타난 것으로 해석될 수 있다. 따라서 다른 영역에서의 분석 결과 해석에 있어서도 주의가 필요하다.

〈표 III-136〉 실태조사 성별 무소득 배우자의 노후준비영역별 총점 비교(t-test)

무소득배우자 여부		남성				여성(주부)			
		대인관계	여가	건강	재무	대인관계	여가	건강	재무
비해당	mean	67.65**	66.77*	72.66	59.26**	68.16	65.62	74.88	59.16***
	obs	717	717	717	717	400	400	400	400
해당	mean	61.24	65.25	69.04	49.83	67.64	66.05	74.80	47.83
	obs	37	37	37	37	346	346	346	346
전체	mean	67.33	66.70	72.49	58.80	67.92	65.82	74.84	53.91
	obs	754	754	754	754	746	746	746	746

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,

〈표 III-137〉 실태조사 전업주부 여부에 따른 여성의 노후준비영역 문항별 점수 비교(t-test)

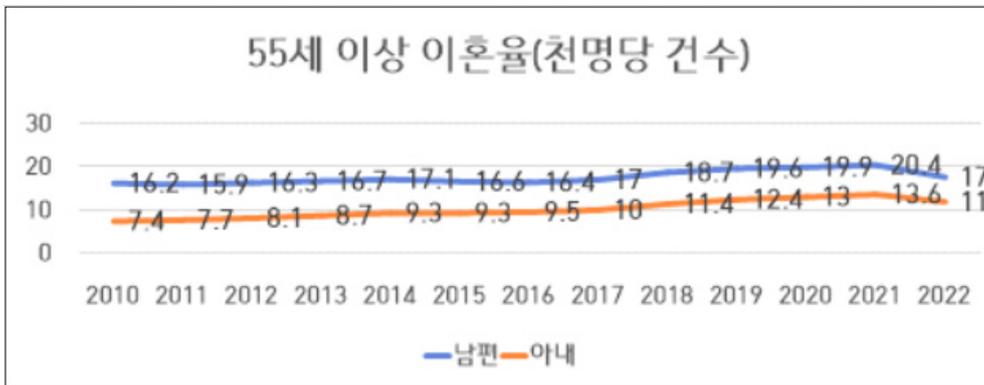
전업주부 유무		재무영역 총점	예상 은퇴 연령	소득활동 지속 노력	배우자 은퇴 연령	노후 예상 생활비	노후자금준비 (공적연금, 개인연금, 퇴직연금(퇴직금), 금융자산, 부동산 자산)
비해당	mean	59.16***	2.51***	2.13***	2.16	3.53	62.80
	obs	400	400	400	400	400	400
해당	mean	47.83	0.24	0.21	2.48**	3.61	58.39
	obs	346	346	346	346	346	346
전체	mean	53.91	1.45	1.24	2.31	3.57	60.75
	obs	746	746	746	746	746	746

주 1: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001,

한편 초점집단 면접 결과에서 나타나는 전업주부 집단의 취약성은 두 가지 사실에 기인했다. 한 가지는 본인이 경제활동을 하는 주체가 아니다보니 정확한 가구 단위의 재무상태를 알지 못하며 경제활동을 하는 배우자에게 경제적으로 의존적이다보니 관심도 또한 낮다는 것이다.

두 번째 이유는 주부들 가운데 다수가 개인적 차원의 경제적 준비가 없다는 점이다. 주부들 가운데 앞서 살펴본 바와 같이 본인의 노후에 대해 크게 관심을 갖지 않다가 노후가 근접하거나 가정내 상황에 변동이 예상될 때 갑작스럽게 불안감을 느끼며 상담사를 찾는 사례들이 있었다. 사실상 주부들의 노후준비는 배우자 ‘의존적’이다. 즉 가정의 변동성에 취약하다는 점이며 실제 상담을 위해 국민연금공단을 방문한 전업주부 여성

가운데 이러한 부분에 불안감을 느끼는 사례가 다수 있는 것으로 나타났다. 우리나라는 지난 10년간 55세 이상의 이혼율이 지속적으로 증가하고 있다(통계청). 결혼연수에 따른 이혼율의 경우 20년 이상 함께 한 부부 이혼이 36.7%로 1위였고, 이어 4년차 이하 부부가 18.6%, 5~9년 18%, 10~14년 14.8%, 15~19년 12% 순이었다. 19년차 부부까지 범위를 넓히면 이혼 부부 2쌍 중 1쌍이 20년 전후인 황혼이혼이다(서울신문 2023.9.7.일자). 이처럼 고령기에 접어든 이후에 이혼하는 비율이 늘어나고 있는 상황은 주부집단의 취약한 노후준비와 연결되어 이들의 노후를 취약하게 만들며 우리나라 빈곤 노인 가운데 압도적으로 높은 여성빈곤의 원인이 된다.



출처: Kosis

[그림 III-16] 우리나라 55세 이상 이혼율(시계열)

이상의 논의를 바탕으로 전업주부들이 직면할 수 있는 생애사건으로 인한 노년기 리스크를 최소화할 수 있도록 배우자 의존적이지 않은 노후준비 서비스를 지원하기 위해 두 가지 개선방안을 제시할 수 있겠다.

첫째, 개인단위 노후준비 진단서비스의 도입이 필요하다. 현재 국민연금공단의 재무영역 노후준비 진단서비스는 가구를 기본단위로 하고 있다. 전업주부의 경우 노후준비를 위해 진단서비스를 받게 될 경우 온전한 본인의 정보로 응답할 수 있는 내용이 거의 없으며 대부분 배우자의 정보를 동원해야 응답할 수 있다. 가령 종합 재무진단지의 1번 문항은 “현재 수입이 있는 일을 하고 있습니까?”인데 현재 일을 하고 있지 않은 경우 3번 문항 “배우자는 현재 일을 하고 있습니까?”라는 질문으로 연계되어 배우자가 일을 하고 있으면 배점이 주어지게 된다. 뿐만 아니라 자신만의 노후준비가 부재해도 배우자의 노후준비도가 높다면 점수가 올라가게 되어 있는데 가령 5번 문항인 “공적연금은 노후에

이 정도는 받을 것 같다”, 6번 문항인 “직장을 그만둘 때 받는 퇴직금 중 은퇴 당시 노후 자금으로 쓸 금액”, 7번 문항인 “개인연금 수령액”, 8번 문항인 “노후에 생활비로 쓸 수 있는 금융자산”, 9번 문항인 “노후 생활비로 활용할 수 있는 부동산 자산” 등 재무영역 노후준비 정도를 진단하는 문항들이 모두 본인의 연금과 배우자의 연금 합산금액으로 도출되며 본인 것이 없어도 배우자가 준비되어 있으면 합산되어 재무에 관한 노후준비가 잘 된 것으로 나타난다(국민연금공단 종합노후준비 진단지 2장의 <표 III-7> 참조). 이에 대한 시정이 필요한데, 현재 존재하는 진단지가 이미 개인과 배우자의 소유를 구분해 질문하고 있으므로 간단하게 노후준비 점수 계산 방식을 변경해 개인단위 결과와 가구 단위 결과로 이원화시켜 제시할 필요가 있다.

둘째, 전반적으로 전업주부의 노후준비에 대한 인식 수준은 높지 않다. 노후준비의 출발은 무엇보다 개인의 인식변화에서 비롯되므로 지역사회 차원의 적극적인 아웃리치가 필요하다. 지역사회 내의 주부들은 대개 유사한 상황에 처해있으므로 지역사회 주부들을 대상으로 한 노후준비 집단상담 프로그램의 도입, 지역사회 내 종교기관, 문화센터, 금융기관, 보건소, 지자체 교육프로그램 등과 연계한 집단 교육 프로그램을 통한 인식개선이 필요하다. 2022년 12월 노후준비지원법의 개정을 통해 지자체가 노후준비서비스 전달 체계의 중심으로 자리잡게 되었으므로 주부와 같이 국민연금의 당연가입자가 아님으로 인해 국민연금제도에서 배제된 집단의 노후준비는 지자체가 주도해 나갈 필요가 있다.

<개선방안>

- 개인단위 노후준비 진단서비스 도입: 노후준비 결과 제시 방식의 이원화(개인 vs 가구)
- 지자체의 주부대상 집단 상담 및 교육 프로그램 실시

④ 기타 취약계층: 농어촌 지역 미취업자, 대도시·중소도시 임시일용직

농어촌 지역의 경우, 여가와 대인관계 영역에서 도시지역 보다 준비가 더 미흡하게 나타났다. 이러한 배경에는 농어촌 지역의 특성과 환경적 요인, 그리고 인프라의 부재 등이 주요한 원인으로 작용한 것으로 보인다. 농어촌 지역은 다양한 여가 활동을 즐길 수 있는 시설이나 인프라가 부족하며, 대인관계를 형성하고 유지하는 데 필요한 다양한 기회와 환경이 부족한 것이 이러한 현상을 초래하는 것이다.

또한, 건강 영역에서는 농어촌 지역이 만성 질환 수가 더 많다는 결과가 나타났다. 농어촌 지역의 의료 인프라의 부족, 그리고 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 생활습관 등이 복합적으로 작용하는 것으로 분석된다. 농어촌 지역에서는 의료 인프라가

부족하며, 건강에 유리한 생활습관을 형성하고 유지하는 데 필요한 정보와 지원이 부족한 상황이다.

여성의 노후준비 영역별 총점을 이원 분산 분석한 결과, 농어촌 지역의 미취업 여성이 전체적으로 가장 취약한 집단으로 나타났다. 앞서 농어촌 지역의 경우 유독 재무영역에서는 높은 수준을 보여준다는 결과를 제시했는데 이는 농어촌 지역에서 농어업에 기반한 경제활동을 은퇴연령과 관계없이 지속적으로 수행하는 경우에서 비롯된 결과이다. 반대로 말하면 농어촌 지역의 여성 가운데 취업 기회를 갖지 못한 경우 노후준비에 더욱 어려움을 겪게 되며 자산 형성이나 건강 관리 등이 취약해질 수 있다는 것이다. 즉, 농어촌 지역은 자영업(농어업) 이외에 여성의 경제적 자립을 위한 취업 기회가 부족하며, 이로 인해 농어촌 미취업 여성은 노후를 위한 충분한 자산을 형성하는 데 어려움을 겪는다. 또한, 건강 관리에 필요한 정보와 서비스의 접근성이 낮아 건강 관리에도 어려움을 겪으며 노후준비의 가장 취약한 집단으로 자리매김되는 것이다.

대도시와 중소도시의 임시일용직은 노후준비에 있어 전체적으로 점수가 낮은 취약 계층으로 분석되었다. 즉, 대도시와 중소도시에서 임시 일용직과 미취업자는 상용직이나 자영업자에 비해 상대적으로 취약하게 나타나고 있는데 이들의 취약성은 그들이 보다 불안정한 직업 상태에 있기 때문으로 보인다. 안정성을 보장받지 못하는 근무 조건과 직장 생활, 그리고 이로 인해 상대적으로 사회적 대인관계가 약화되는 것으로 해석될 수 있다. 노후 삶의 질에서 대인관계는 매우 중요한 영역으로 종사상 지위, 근로환경에 따라 상대적인 차이가 있어 향후 사회적 문제가 될 수 있을 것으로 보인다. 또한, 재무 영역에서도 현재 소득 활동을 하고 있는 여성들의 경우, 이들의 재무 점수는 낮게 나타난다. 이 또한 이들이 장기간 근로 활동을 하기 어려운 직종에 종사하고 있고, 불안정한 직업 상태에 있기 때문으로 이해할 수 있다.

여성의 노후 준비 영역별 총점을 이원 분산 분석한 결과(표 III-88 참조), 대도시와 중소도시의 임시 일용직은 농어촌의 미취업자와 마찬가지로 취약한 집단으로 나타났다. 특히, 임시 일용직의 불안정성은 대도시와 중소도시에서 상용직 등과의 격차를 더욱 심화시킨다. 이는 임시 일용직이 불안정한 근무 조건과 낮은 임금 등으로 인해 노후 준비에 어려움을 겪고 있음을 보여주고 향후 사회적으로 노후 삶의 질에 있어서 양극화 문제를 강화하고 있음을 제시한다.

이처럼 농어촌지역 미취업자와 도시지역 임시일용직의 경우 국민연금의 사각지대에 존재하는 집단이기 때문에 노후준비지원서비스에의 접근성이 매우 낮다. 반면 노후준비지원서비스를 제공하는 국민연금공단의 지사는 전국에 20개 존재하는데 광역시도

단위에 배치되어있기 때문에 농어촌지역 주민들의 접근성이 매우 낮다. 따라서 농어촌 지역 미취업자와 도시지역 임시일용직의 노후준비 독려를 위해 국민연금공단을 넘어 지자체 차원의 대응이 필요하다. 무엇보다 지자체의 지역노후준비지원센터를 대도시 중심이 아니라 지역 단위의 주민센터에 개소될 수 있도록 함으로써 기본적인 접근성 향상을 꾀해야 한다.

〈개선방안〉

- 국민연금공단 지사 및 지자체 지역노후준비지원센터 농어촌지역 배치 확대

2) 노후준비 콘텐츠 개선사항

① 노후준비 진단지의 획일성

현재의 노후준비 진단지는 여러 가지 측면에서 노후준비의 다양성을 반영하지 못하는 것으로 나타났다.

우선, 생애주기의 차이를 반영하지 못하고 있다. 노후준비는 개인이 생애주기의 어떤 단계에 있는가, 즉 연령대에 따라 진단하고 실천하는 방식이 상이해질 수 밖에 없음에도 불구하고 현재는 연령대 별로 세분화되지 않은 진단지를 활용하고 있다. 이에 따라 일부 연령대에서는 상황에 맞지 않는 진단지로 노후준비를 진단해야 되며 궁극적으로 양질의 서비스로 연결되지 못하고 있다. 청년세대의 경우(20~30대) 자산중심의 현 진단 지표보다 현재 소득과 앞으로의 근로 계획, 저축목표 등을 기반으로 연령대에 맞는 재무 진단 및 실천의 근거를 마련할 필요가 있다. 또한 생애주기를 반영한 예상 지출의 변동을 반영하고 은퇴경로의 다양성이 반영되어야 한다. 50대 이후부터 비재무적 영역에 대한 진단과 상담을 강화하는 방식으로 구조 개선이 필요하다.

둘째, 성별 차이를 반영하지 못하고 있다. 여성과 남성의 경우 노후준비에 있어 차이점이 명확하다. 4대 영역 가운데 여성이 우위를 보이는 영역과 남성이 우위를 보이는 영역이 명확히 대조를 이룰 뿐만 아니라 노후준비 진단과정에는 반영되지 않았지만 노후 생활과 노후를 바라보는 관점에 있어서도 차이가 존재한다. 그럼에도 불구하고 현재의 노후준비진단은 성별 차이로 인한 특성을 중요하게 다루지 않으며 남성과 여성간 차별성 없이 상담이 진행된다.

셋째, 근로소득자 중심의 진단지를 비근로소득자에게도 적합하게 개선해야 한다. 전업 주부 및 본격적인 근로활동을 시작하지 않은 청년층 등을 대상으로 적절한 노후준비상담

서비스를 제공하기에는 현재 국민연금공단의 노후준비 진단지가 취업자 중심으로 구성되어 있다. 국민연금의 당연가입자에는 근로소득자 뿐만 아니라 자영업자와 같은 지역 가입자도 포함되며 소득이 없는 사람들도 임의가입 형태로 국민연금에 가입할 수 있기에 노후준비서비스는 이들을 포괄해야 함에도 근로소득자 위주로 구성된 진단지로 인해 비근로소득자들은 적절한 노후준비 진단과 서비스를 받지 못하게 된다.

노후준비 진단의 획일성을 극복하기 위해 무엇보다 노후준비 진단 및 서비스의 ‘다원화’가 필요하다. 다원화는 노후준비지원서비스가 발전해 나감에 따라 더욱 분화될 수 있겠지만(ex. 거주지역, 취업여부, 가족관계, 교육 수준 등) 성별과 생애주기의 다양성은 노후준비지원서비스의 질을 위해 시급히 반영할 필요가 있다. 성별(남/여)과 생애주기(20~30대 청년기/40대 중년기/50대 장년기/60대 이상 노년기)를 교차하면 모두 8개의 조합이 나온다. 가장 바람직한 것은 성별과 생애주기를 교차시킨 8개 집단별 진단지와 노후준비 콘텐츠가 개발되는 것이다. 그러나 새로운 진단지와 콘텐츠를 개발하는데 적잖은 비용과 시간이 소요되어 현실화시키기 어렵다면 차선으로 8개 집단의 특성을 반영하여 현재의 진단지 문항의 배점 및 가중치를 조정하는 것이다. 가령 재무영역에서 생애주기에 따라 부동산 자산이 차지하는 중요성이 다를 수 있으며 이에 따라 응답자의 연령에 맞추어 부동산자산 항목의 배점 또는 가중치를 다르게 반영해야 한다. 또한 현재 일을 하고 있는지, 얼마동안 일을 할 수 있을 것으로 예측하는지에 관한 문항은 청년층보다 중장년층에게서 더욱 타당한 문항이라면 이러한 특성을 배점에 반영해야 한다. 영역 간의 가중치 역시 생애주기에 따라 차지하는 중요도가 달라진다는 점을 고려해야 한다. 대인관계나 건강 여가 영역은 청년기보다 연령이 높아질수록 더욱 중요해진다.

또한 현재 진단지는 근로활동이 중요한 비중을 차지하며 근로활동을 전제로 구성되어 있으므로 앞서 전업주부에 대한 개선방안에서 살펴보았듯 근로를 하지 않거나 짧은 혹은 불안정한 근로이력을 가진 사람들을 위한 별도의 진단체계의 개발이 필요하다.

〈개선방안〉

- 성별X생애주기별 진단지 개발 또는 집단 특성 반영한 지표 배점 및 가중치 조정
- 근로를 하지 않는 사람, 근로이력이 짧거나 불안정한 사람들을 위한 별도의 진단체계 개발 필요

② 노후준비지원서비스 개별화 한계

노후준비에는 절대적인 기준이나 가치가 있는 것이 아니며 개인의 행복추구를 위한

개인차원의 선택과 가치에 기반한다. 따라서 노후준비 진단과 상담에 있어 얼마만큼 개인의 선호와 가치를 반영하는지, 즉 얼마나 서비스가 개인의 욕구에 맞춰 개별화될 수 있는지가 성패를 가르는 요소라 하겠다.

현재 제공되고 있는 노후준비서비스는 개인의 상황과 욕구를 반영한 개별화된 서비스로 제공되는데 한계를 보이고 있다. 우선, 앞서 전업주부의 노후준비 취약성에 있어 개인 중심적이지 못한 노후준비서비스의 문제점과 같은 맥락에서 현재의 노후준비지원 서비스는 기본적으로 개인이 아니라 가구단위에 기반해 있다. 초점집단 면접 결과 상담사들은 젊은 세대(20~30대)를 중심으로 부부(가구)중심의 노후준비에서 개인중심의 노후준비로 변화하는 경향성이 발견됨을 지적했다. 20~30대 부부의 경우 서로의 소득 및 경제상황에 대한 구체적인 정보를 공유하지 않는 것을 당연하게 받아들이는 경우가 많은 반면 50~60대 이상인 경우 부부단위로 노후준비를 진행하는 것이 일반적이라는 것이었다.

2019년을 기점으로 국민연금공단에서는 1인가족을 반영한 진단문항 개선 작업을 거쳐 재무, 대인관계 문항에서 1인가구의 특수성에 기반한 응답이 가능하도록 하였으나 1인가구 뿐만 아니라 가족이 있는 경우에도 기본적으로 노후준비를 “가구” 단위에서 수행하는 것은 적절하지 않다. 가구는 이혼, 사망 등 여러 사유로 형태가 변경될 수 있기 때문이다. 현재의 진단 시스템에서 일하지 않는 여성(주부)는 부부단위로만 설계가 가능하도록 되어 있다. 그러나 가구는 생활이 영위되는 중요한 단위이지만 변동가능성이 있기 때문이다.

따라서 예측하기 어려운 가구 변동의 변수에 대응해 성공적인 노후준비를 위해 개인 단위 노후준비와 가구단위로 이원화된 노후준비 진단 및 상담 콘텐츠의 확장이 필요하다. 기본적으로 1인 가구가 아닌 경우를 포함해 모든 노후준비 진단은 개인을 중심으로 진행한 후 가구단위 정보와 결합해 종합적으로 진단하는 것이 적절하다. 따라서 노후준비 진단지를 개인에 관한 진단 + 가구정보로 이원화해 개인단위의 구체성과 가구단위의 포괄성을 추구하는 것이 적합하다.

다음으로 현재의 콘텐츠는 개인적 선호와 취향을 반영하지 못한다. 노후준비는 4대 영역으로 구성되어 삶의 주요한 영역을 포괄할 뿐만 아니라 개인이 살아온 인생경로에 따라 다르게 설계되어야 하기 때문에 만족스러운 노후준비 지원을 위해 개인의 취향과 선호에 기반한 서비스 제공이 이루어져야 한다. 준비의 대상인 ‘노후’도 결국 개인의 삶이기 때문이다.

따라서 타 서비스에 비해 개인의 욕구와 다양성이 충분히 반영되어야 국민의 행복한

노후증진에 기여하는 성공적 서비스를 제공 할 수 있다.

반면 현재의 진단지는 문항 수도 적고 매우 획일적이다. 특히 개인의 선호에 강하게 좌우될 수 밖에 없는 비재무영역에서 진단지와 진단결과지의 문제점이 여실히 드러난다. 진단문항을 적용하기 전 또는 적용 과정에서 개인이 무엇을 희망하고 선호하는지가 반영될 여지가 없으며 진단지 결과는 다소 획일적인 상·중·하로 나뉘어져 선호가 아닌 개인의 잘, 잘못의 문제로 취급하고 있는 것이 문제라는 것이다.

따라서 진단지와 결과지 전반에 걸쳐 첫째, 개인의 선호를 반영하고 둘째, 결과에 대한 가치판단을 배제하는 수정작업이 필요해 보인다. 가령 노후에 대한 개인의 태도나 가치관에 관한 조사 항목을 4대 영역과는 별도로 구성해 전체적인 노후준비수준 진단에 반영하거나, 각 영역별 개인이 바라는 목표치(ex. 개인이 추구하는 대인관계 형)를 반영하거나 스스로에 대한 자기평가 등을 반영하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

또한 진단 결과를 상중하로 제시하기보다 수치에 근거한 팩트 확인 방식 또는 개인과 유사한 특성을 갖는 집단을 준거집단으로 설정해 준거집단과의 비교 방식으로 변경할 필요가 있다.

〈개선방안〉

- 1인 가구가 아닌 경우에도 개인중심 진단지와 가구단위 진단지로 이원화(1인정보 기반 +가구정보 반영)
- 개인의 선호, 취향, 가치를 반영한 진단지표 개발(노후에 대한 개인의 태도 진단, 개인의 목표치 또는 자기평가 문항 등 반영)
- 진단 결과지의 상·중·하 대신 객관적 점수에 대한 정보제공 또는 국민 평균과의 비교 하거나 유사한 준거집단과 비교통계 제시 방식으로 변경

3) 노후준비지원서비스 운영상의 개선과제

① 노후준비에 대한 국민들의 이해와 인식 수준 부족

노후준비지원 현장에서 포착되는 국민들의 노후준비에 대한 인식과 이해는 높지 않은 것으로 나타났다. 일반적으로 '재무'에 대한 노후준비 이외에 비재무적 노후준비의 존재 여부를 잘 모르고 있었으며 자발적으로 노후준비 상담을 받으러 오는 경우보다 국민연금 관련 민원 및 업무처리 과정에서 또는 타 정책과 연계되어 상담을 받게 되는 경우가 다수였다.

이에 따라 노후준비를 수행하는 국민들 역시 관심도에 따라 극단적인 경향을 보이는

것으로 나타났다. 2016년부터 법에 근거한 사업이 시행된지 8년의 시간이 흘렀음에도 불구하고 국민들의 노후준비에 대한 낮은 인식 수준은 적극적인 홍보의 필요성을 제기한다.

노후준비실태조사 분석 결과 국민들 가운데 49.2%가 노후준비지원서비스에 대해 들어본 적이 없었으며 나머지 46.9%는 들어는 봤지만 잘 모른다고 응답했다. 잘 알고 있다고 응답한 비율은 3.87%에 불과해 실제 대부분의 국민들은 노후준비에 대해 모르고 있는 것으로 나타났다. 노후준비에 대한 인식은 성별 유의미한 차이는 없었으며 성별, 연령대, 거주지역 등의 제반 조건을 떠나 전국민이 제대로 이해하고 있지 못한 것으로 보인다.

2022년 12월 법개정을 통해 노후준비지원서비스의 전달체계가 국민연금공단 외에 지자체로 확장되어 국민들의 접근성이 향상될 발판은 마련되었으나 적극적으로 알리지 않는다면 노후준비 서비스를 받기 위해 자발적으로 찾아오는 국민은 없을 것이다.

따라서 국민의 접근성이 높은 주민센터, 구청과 같은 지자체 기관을 중심으로 노후준비에 대해 적극적인 홍보활동을 펼쳐야 한다.

〈개선방안〉

- 노후준비에 대한 전국민적 홍보(지자체와 주민센터 중심 홍보 필요)

② 서비스 제공 형식의 경직성

취업으로 인한 평일의 시간적 제약은 남성과 여성 모두의 노후준비를 제한하게 된다는 점이 40대가 노후준비 취약계층인 주요 사유였다. 특히 육아기의 근로활동을 하는 여성은 노후준비를 위한 업무 내외의 시간 할애가 더욱 어렵다. 이러한 제약을 해소하기 위해 현재 진행되고 있는 노후준비 상담의 형식을 유연화할 필요성이 제기된다. 가령 업무 시간 외 상담 확대, 비대면 상담 등의 도입이 필요하다. 또한 제도적으로 건강검진처럼 노후준비 지원을 위한 휴가제를 제도화하여 취업자들이 일정한 주기로 제약없이 의무적으로 노후준비상담을 받을 수 있는 방안의 마련이 필요하다.

또한 노후준비 횟수의 유연화도 필요한 것으로 지적되었다. 현재 노후준비 상담 횟수는 2회(기본상담 1회, 심층상담 1회)에 그치고 있다. 2회가 넘어가는 상담은 상담사 개인의 실적으로 인정되지 못하기 때문에 상담사들 입장에서 내담자가 다회기 상담이 필요하다고 판단되는 경우에도 실제 다회기 상담을 진행할 동력을 갖지 못한다. 뿐만 아니라

노후준비는 상담 이후의 실천이 관건이기에 다수의 내담자는 상담 이후 실천력, 정보 등의 부재로 실질적 노후준비로 연계되지 못하며 이에 대해 상담사들이 주기적으로 체크하거나 지원할 여지가 현재의 체계에서는 부재하다.

- 〈개선방안〉
- 서비스 제공 시간대 다원화: 야간 및 주말 서비스 제공
 - 서비스 제공 방식 다원화: 비대면 상담제 도입
 - 집단 상담제 도입: 찾아가는 집단 상담
 - 노후준비 횟수 유연화: 개인별 필요에 따른 차등화
 - 주기적 사후관리제 도입

③ 노후준비 상담사 역량강화를 위한 제도적 지원 부재(특히 비재무 영역)

국민연금공단의 특성상 재무 영역의 노후준비 상담은 대부분의 상담사들이 전문적 지식을 가지고 있었으나 비재무적 영역에 대해서는 상담서비스 제공에 자신 없는 모습을 보이는 상담사들이 다수 있었다. 반면 상담사들은 비재무적 상담의 필요성에 크게 공감하며 내방 고객과 라포형성을 하는 수단으로 활용하거나 부족한 지식을 보충하기 위해 개인적 차원에서 노력을 기울이는 것으로 나타났다. 대인 사회서비스인 노후준비 지원 서비스의 성패는 서비스를 제공하는 상담사들의 역량에 좌우된다고 해도 과언이 아니다. 1인가구, 연령대, 가구형태, 근로여부, 한부모 가구 여부 등 여성의 상황과 맥락에 따라 다양한 형식과 내용의 상담이 필요하게 된다. 특히 재무 뿐만 아니라 대인관계, 여가, 건강 등 노후 삶의 질 향상에 기여할 수 있는 다차원적 노후준비를 심도있게 지원할 필요가 있으며 이를 반영해 상담사의 다차원적 (재무 뿐만 아니라 비재무적) 역량이 강화될 필요성이 제기되었다.

상담사들의 역량 강화를 개인적 노력에 맡기는 것은 법에 근거해 제공되는 서비스로서 부당하며 상담사들의 역량을 강화시키기 위한 주기적 교육 및 콘텐츠 제공, 자격증 지원, 외부 강의 수강 인정 및 지원 등의 조치가 필요하다. 특히 빠르게 변화하는 사안에 대해 내용을 파악하고 대처해야 하는 노후준비상담 업무 특성상 '주기성'에 근거한 역량 강화 조치가 중요하다.

중앙노후준비지원센터에서 재무 뿐만 아니라 4대 영역을 고루 포괄하는 교육프로그램을 상담사에게 제공해 역량을 강화시키려는 그 외에도 여러 가지 방법을 모색해 볼 수 있다. 가령, 상담사들이 직접 자기계발 시간을 활용해 4대영역 관련 자격증을 공부

하거나 외부 수강을 하는 것에 대한 중앙노후준비지원센터의 인정과 지원이 필요하다. 뿐만 아니라 노후준비상담 업무는 경험적 요소가 매우 중요하기 때문에 인근 지역 노후준비상담사 간 정기적인 사례회의를 개최하게 해 경험했던 사례를 나누고 서로의 노하우를 공유하도록 함으로써 동료집단간 학습하도록 보장해야 한다. 마지막으로 법개정을 통해 국민연금공단 외에 지자체로 서비스 제공이 확대된 반면 상담사 인력의 자격요건에 대해서는 규정하지 않고 있다. 따라서 전국민에게 제공되는 노후준비서비스의 질을 떨어뜨리지 않기 위해 지역노후준비지원센터 상담사들의 교육 및 자격요건에 대해 법에 명확하게 규정할 필요가 있다.

〈표 III-138〉 노후준비 상담사 역량강화를 위한 제도 개선안

현안	개선안
노후준비지원법 제11조(노후준비서비스 제공자) ① 보건복지부장관은 중앙센터, 광역센터 또는 지역센터에서 노후준비와 관련한 진단, 상담 및 교육 등을 수행하는 노후준비서비스 제공자를 양성하기 위한 교육을 실시하여야 한다. <개정 2021. 12. 21.> ② 노후준비서비스 제공자는 제1항에 따른 교육을 이수하고 정기적으로 보수교육을 받아야 한다. ③ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 교육과정을 「고등교육법」 제2조제1호 및 제4호에 따른 대학 및 전문대학 등 대통령령으로 정하는 관계 기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. ④ 제1항 및 제2항에 따른 교육의 대상·기간·내용·방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.	노후준비지원법 제11조(노후준비서비스 제공자) ① 보건복지부장관은 노후준비와 관련한 진단, 상담 및 교육 등을 수행하는 노후준비서비스 제공자를 양성하기 위한 교육을 중앙노후준비지원센터에 위탁 실시하여야 한다. ② 노후준비서비스 제공자는 제1항에 따른 교육을 이수하고 정기적으로 보수교육을 받아야 하며 불이행시 보건복지부령에 의한 처벌을 받아야 한다. ③ 삭제 ④ 항 동일
노후준비지원법 시행규칙 제6조(노후준비서비스 교육과정) ① 법 제11조제2항에 따라 노후준비서비스 제공자가 되려는 사람은 별표에 따른 교육훈련 과정을 이수하여야 한다. ② 노후준비서비스 제공자는 법 제11조제2항에 따라 보수교육 과정을 2년마다 20시간 이상 이수하여야 한다.	노후준비지원법 시행규칙 제6조(노후준비서비스 교육과정) ① 항 동일 ② 노후준비서비스 제공자는 법 제11조제2항에 따라 보수교육 과정을 1년마다 20시간 이상 이수하여야 한다. ③ 1항과 2항을 어기는 지역센터는 노후준비지원센터 위탁지정이 철회되며 3년간 재위탁이 금지된다.

구체적으로 다음과 같은 제도적 조치가 필요하다. 먼저 노후준비지원법 제11조 “노후준비서비스 제공자”에 노후준비서비스 제공자 양성 교육 실시 주체를 ‘중앙노후준비지원센터’로 명시해야 한다. 현재는 불특정한 기관에 위탁할 수 있는 것으로 제시되어 있어 책임소재가 불분명하다. 둘째, 노후준비 상담사는 공인된 자격을 통한 선발과정을 거치지

않고 교육과정에 의해 자격이 부여되기 때문에 보수교육의 강도를 높일 필요가 있다. 현행과 같이 2년에 한번이 아닌 최소 1년에 1회로 보수교육 주기를 변경해야 한다. 셋째, 불이행시 처벌에 관한 조항이 삽입되어야 한다. 처벌에 대한 조항이 없으면 전문 역량을 담보하기 위한 노력에 책임성이 떨어지기 때문이다. 이상의 내용을 반영해 현 법안 개정안을 제시해 보면 다음과 같다.

<p>〈개선방안〉</p> <ul style="list-style-type: none"> • 상담사 대상 주기적 교육 및 콘텐츠 제공 • 상담사 외부 자격증 지원 • 상담사 외부 강의 수강 인정 및 지원 • 상담사 간 주기적 사례관리 회의 지원 • 노후준비지원법 개정을 통해 지자체 지역센터 담당자들 교육 및 자격요건에 관해 규정
--

④ 상담사 증원 및 상담사에 대한 선택권 부여

노후준비지원서비스는 개별적인 서비스이다. 개별 국민들의 욕구에 부응해 충분한 서비스를 제공하려면 그만큼 상담사들이 양적 실적에 치중해선 안되며 질을 추구하는 상담을 진행해야 한다. 질적 상담은 내방 고객 1인당 충분한 횟수와 시간, 주기 등을 통해 해결될 수 있을 것이다. 노후준비 상담사들은 고객 1명에게 상담서비스를 제공하기 위해 사전에 내용을 파악 및 분석하고 의견서를 작성한 후 상담에 임하고 있다. 이러한 의견서를 작성하는데 충분한 시간적 여유가 주어질수록 상담의 질을 높일 수 있다. 평균 주당 3-4명에 대한 상담을 진행하는 상담사들은 이러한 상담 횟수가 질적 상담을 충분히 담보하기에는 다소 무리가 있는 횟수임을 지적했다.

양질의 상담서비스 제공을 위해 상담사 1인당 배정 양을 감소시킨다면 필연적으로 상담사 인원은 증원되어야 한다. 전국민을 대상으로 제공되는 서비스이기 때문이다. 상담사 인원 증원은 예산 증액을 수반해야 하는 문제로 쉽지 않을 것으로 예상되지만 성공적인 노후준비지원서비스 제공을 위해 반드시 필요한 사안이다.

여성 내담자들 중 특히 취약한 지위에 있는 경우 상담사의 프로필(ex. 경력, 성별 등)에 따라 상담의 질이 달라질 수 있음이 초점면접 과정에서 제기되었다. 현재 국민연금공단에 노후준비 상담서비스를 신청하는 경우 상담사에 대한 선택권이 없으나 상담사의 프로필을 공개해 여성 내담자가 보다 편안한 상담사를 선택할 수 있도록 보장할 필요가 있다.

〈개선방안〉

- 전국 단위 상담인력 증원 배치 및 1인당 주당 상담량 감소
- 상담사 프로필 온라인 공개 및 국민들이 상담 신청시 상담사 선택권 부여

⑤ 양질의 노후준비서비스 제공을 위한 노후준비상담사 인사 시스템 개선 필요

노후준비지원 서비스는 기본적으로 대인서비스이기 때문에 서비스를 제공하는 상담사의 의지와 역량이 서비스의 성패를 가늠하는 요소이다. 국민연금공단과 같은 관료주의적 공기관에서는 제반 인사 시스템이나 인센티브 등이 양화되어 있기 때문에 개인의 자율적 의지와 열정 등이 적절한 평가를 받지 못하게 되는 경우가 많은데 이러한 점은 노후준비 상담서비스가 요구하는 상담사의 속성과 배치된다. 상담사 입장에서도 루틴한 일반 업무와 달리 개인의 노력과 의지가 서비스의 중요한 요소로 작용하다 보니 노후준비 상담서비스에 대해 관심과 의지가 있는지 여부가 중요하다.

2023년부터 도입된 새로운 노후준비상담사 인사 절차는 일선 노후준비 상담 업무를 더욱 어렵게 만드는 요소로 작용하고 있다. 지금까지 노후준비상담사 업무 담당자에 대한 인사는 일반 인사와 다르게 ‘공모제’를 통해 의지가 있는 직원을 모집해 선발하는 방식이었다. 따라서 상담사 업무를 수행하게 된 공단 직원들은 보직변경 없이 지속적으로 상담사 업무에 종사할 수 있었으며 연차에 따라 경력이 쌓여감으로써 성공적인 서비스 제공에 기여하였다. 그러나 2023년부터 공모제가 아닌 일반 직원과 마찬가지로 순환보직제로 변경되어 노후준비상담사의 경력 축적과 노후준비상담에 대한 개인의 의지 등이 고려되지 못하게 되어 양질의 서비스 제공에 문제점으로 지적되고 있다.

양질의 노후준비 서비스를 제공하기 위해 먼저 상담사 인력을 순환보직제가 아닌 공모제로 되돌릴 필요가 있으며 노후준비상담사 업무를 위한 별도채용을 확대시켜나가야 한다. 별도채용은 노인인력 또는 은퇴인력 중에 유사 경력을 가지고 있는 인력을 활용해 노인일자리 창출 및 사회참여의 이중 목표를 달성할 수 있다. 또한 상담사들이 업무가 적성에 맞고 희망할 경우 장기 근속을 보장해 노후준비 상담업무 노하우가 축적될 수 있도록 해야 한다.

〈개선방안〉

- 순환보직제에서 공모제로 국민연금공단 상담사 배치 방식 변경
- 별도채용 확대 필요(노인인력, 은퇴인력 활용 가능)
- 개인 희망 시 상담사 장기 근속 보장

IV

세부과제 3: 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리

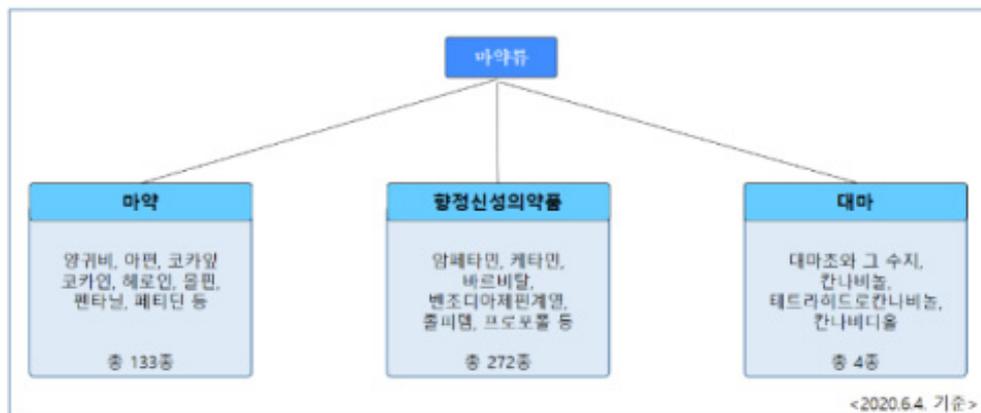
1. 마약류 약물의 특성과 선행연구	287
2. 현황 진단	317
3. 마약류 의약품 처방 현황 성별 분석	348
4. 정책 개선방안	412

1. 마약류 약물의 특성과 선행연구

가. 마약류 약물의 법적 정의와 연구의 관점

1) 법적 정의와 규정

법률적으로 “마약류”는 『마약류 관리에 관한 법률』에 따라 규정되며, 크게 마약·향정신성의약품 및 대마를 통칭하는 개념이다(그림 IV-1)). 정부는 마약류의 오용이나 남용으로 인한 보건상의 위해를 방지하기 위해 동일 법률에 따라 마약류의 소지·소유·사용·관리·수출입·제조·매매 모두에 대한 법적 제재를 부과한다. 정부는 세계보건기구(World Health Organization, 이후 WHO)의 약물의존성 전문가위원회와 유엔마약 범죄사무소(UN Office on Drug and Crime, UNOCD)의 통제물질 결정과 권고, 신규 의약품 승인과 허가 과정에서 중추신경계 작용으로 인한 의존성과 오남용 가능성에 대한 보고, 의존성 평가와 오남용 실태조사 등을 거쳐 새로운 의약품을 마약류로 지정하거나 해제할 수 있다. 마약류의 범위 지정은 『마약류 관리에 관한 법률 시행령』에 따르는데, 시행령 개정을 통한 마약류 지정은 의학적 근거 뿐만 아니라 사회적 유해성과 필요를 반영하는 방식으로 이루어진다.



자료: 식품의약품안전처, 마약류 정보. https://www.mfds.go.kr/wpge/m_736/de010114f001.do

[그림 IV-1] 마약류의 분류

마약류의 관리를 담당하는 관할 부처는 식품의약품안전처로 2020년부터 매년 『마약류 안전관리 연례보고서』와 『마약류 위해성 정보사전』, 『신종마약류 유해성 정보지』를 발간, 공개하고 있다. 이는 2019년 5월 식품의약품안전처 내에 마약안전기획관이 설치된

것과 관련이 있다. 이와 관련한 공식 발간 자료는 모두 식품의약품안전처의 온라인 페이지¹¹⁾에 공개되어 있으며, 광범위하게 오남용되고 있는 마약과 향정신성의약품에 대한 정보를 담고 있다. 다만 여기에서 제공되는 정보는 주로 약사와 의사 등 의료인이나 마약류 취급 전문가를 대상으로 하는 것에 가깝다. 물론 2020년 마약류 위해성 정보 사전 머리말에서는 “과학적 정보를 기반으로 알기 쉽게 설명하고자 하였다”고 쓰여 있기는 하다(식품의약품안전처, 2020a). 그러나 아래 <그림 IV-2>에서 알 수 있듯, 화학식과 약물 특성을 중심으로 서술되어 있는 아래의 정보가 일반 시민이나 중독 위험이 있는 이들을 위한 “알기 쉬운 정보”라고 판단할 수 있을지는 의문이다.



자료: 식품의약품안전처(2020a), 표지, 목차, 10p.

[그림 IV-2] 식품의약품안전처의 2020년 마약류 위해성 정보 사전 내용

위에 첨부한 보고서의 내용처럼, 현재 식품의약품안전처에서 제공하는 문서들은 주로 약물의 화학구조식, 약리적 효능과 제형, 부작용과 과다복용의 영향, 국내외 규제 현황 등을 제시한다. 해당 약물을 우연히 복용했거나, 구해서 이용할지 고민하는 사람이 읽었을 때 유용한 정보가 포함되어 있다고 보기는 어렵다. 결국, 식품의약품안전처는 일반 인구집단보다는 의료전문가들을 대상으로 하는 자료를 주로 생산하고 있으며, 이들 자료는 각각의 마약류 약물의 유통과 방식과 중독 사례 등을 언급하지만, 구체적인 예방을 위한 교육 내용을 제시하지는 못하고 있다. 또한 전체 정보 사전을 통틀어 마약류 약물의 유통과 활용, 건강 피해 등에서 여성과 남성에서의 차이를 언급하는 부분은 전무하다.

11) 식품의약품안전처. https://www.mfds.go.kr/brd/m_739/list.do

정부는 매년 수립하는『의약품·마약류 제조·유통관리 기본계획』을 통해 의약품 안전 관리를 위한 정책 계획을 세운다. 이는 의약품과 마약류의 제조, 수입, 유통, 온라인 광고와 판촉, 오남용에 이르기까지 의약품 관리 정책 전반에 대한 전반에 대한 내용을 총괄하는 계획이다. 2022년 연말에 수립·발표된 2023년 계획을 살펴보면 약물 오남용과 중독을 다루는 정책으로는 ▲ 생활 속 의약품 불법유통 근절을 위한 제도적 기반 확대, ▲ 빅데이터 정보를 활용해 효율적인 마약류 감시 및 안전관리 영역을 확대, ▲ 마약류 오남용 사전 예방 및 적정 처방 환경 조성 기반 마련, ▲ 대마 재배자 관리·감독 강화를 위한 기반 마련이 주요 내용으로 포함됐다. 이 중 성별 관점이 포함되어 있는 내용은 전혀 확인되지 않는다. 이후 후속조치로 마약류통합관리시스템 정보 체계를 구축하고 이를 활용하여 마약류 오남용과 관련해서 의사를 대상으로 하는 서면 경고와 후속조치(사전알리미 제도)를 실시하고, 처방과 투약에 대한 정보를 분석하고 이에 대한 맞춤형 적발과 점검을 강화해 나가고 있다. 전반적으로 처방의약품을 포함하는 마약류 약물의 규제를 강화하는 방향으로 나아가고 있는데, 2023년 계획을 포함, 전체 계획에서 성별을 구분하는 현황 파악이나 성별에 따라 서로 다른 필요를 반영하는 구체적인 정책 내용은 확인되지 않는다(식품의약품안전처, 2022a:1-242)¹²⁾.

보다 넓은 의미에서 사법에서 치료와 예방까지 보다 포괄적인 정책 대안을 다루는 마약류대책협의회의 『마약류 관리 기본계획』이다. 최근까지 이는 임의 계획으로 법적 근거가 없이 수립되는 계획이었으나, 2023년 「마약류 관리에 관한 법률」이 개정됨에 따라 이후 법정 계획으로 5년마다 수립될 예정이다. 이후 정부는 2023년 11월 『마약류 관리 종합대책』을 발표하였는데, 향후 마약류 약물과 관련한 주요 정책은 이 계획을 중심으로 논의되게 될 것으로 보인다.

2) 연구의 관점과 초점

이 연구는 마약류 약물의 오용과 남용, 그로 인한 중독과 피해를 줄이기 위한 국가 정책에 성별에 따라 다른 필요에 대응하는 정책 대안을 모색하는 것을 목표로 한다. 이를 위해서 정부의 마약류 정책을 성인지적(gender-sensitive) 관점과 사람중심(people-centered) 관점으로 살펴본다. 성인지적 관점이 성별이 사람들의 삶과 기회, 경험에 중대한 영향을 미친다는 사실을 인식하고 이를 반영함으로써 성별에 기반한 불평등과

12) 많은 정부 계획들에서와 마찬가지로 이 기본계획 문서 약 240여 페이지 전체를 통틀어 “여성”, “남성”, “성별”과 같은 표현은 확인되지 않는다.

차별을 해소하는 것을 목표로 하는 접근을 의미한다면, 사람중심 관점은 국가의 통치 관점이 아니라 개별 사람들의 필요, 경험, 권리를 중심에 두는 접근을 의미한다. 사회 문제로서 마약류 중독과 범죄를 근절하자는 하향식 관점(top-down approach)보다는 상향식 접근(bottom-up approach)을 지향한다. 한국 사회를 살아가는 사람들이 마약류 약물과 관련해서 어떤 경험을 하고 있고 관련해서 어떤 어려움에 직면하는지, 이로 인한 피해를 줄이기 위해서는 어떤 사회 정책이 필요한지에 대해서 고민하는 관점을 취하는 공중보건의 접근(public health approach)을 중심으로 사안을 파악한다.

사람중심적 관점에서 마약성 약물의 처방과 이용을 중심으로 논의를 전개하는 것은 먼저, 마약성 약물에 노출된 인구집단 전반을 논의의 중심에 놓기 위함이다. 지금까지 마약류 약물과 관련한 한국의 정책은 주로 마약류 사범에 대한 처벌과 치료 감호 등 사법 체계를 중심이 됨에 따라 상대적으로 드러나지 않는 마약류 약물 중독과 부작용, 건강 결과 및 서비스에 대한 관심이 부족했다. 마약성 약물의 의존과 중독으로 삶과 건강에 영향을 받는 인구 전체 대비 마약류 사범의 사례는 빙산의 일각에 지나지 않는다. 범죄로서 드러난 특수한 상황을 중심으로 하는 논의를 넘어 인구집단 건강과 공중보건의 관점을 취함으로써 얻을 수 있는 이득이 존재한다. 특히 여성의 약물 사용은 합법적으로 처방된 의료용 마약류 중독에서 시작되는 경우가 더 많고, 범죄화로 인한 낙인과 차별의 영향을 더 크게 받는다는 점에서 사람중심적 접근이 유효할 것으로 보았다. 또한 이는 분석을 위한 자료 구득의 용이성 차원에서 마약류 범죄 사범의 수사 및 재판 자료보다는 합법적으로 처방·조제된 의약품에 대한 정보를 구득하기가 보다 용이하였기 때문이기도 하다. 연구에서는 해당 자료 중에서도 상대적으로 성별 구분이 어렵거나 의미가 줄어드는 약물의 제조·수입·유통 과정보다는 실제 의약품을 구하여 활용하는 사람들의 상황, 즉 처방과 활용 과정을 중심으로 문제를 살펴보고자 하였다.

법적으로 마약성 약물이 마약과 향정신성의약품, 대마로 구분되고 있으나 사용자의 입장에서, 또 인구집단 수준에서 해당 약물의 오남용과 중독을 포착하기 위해서는 각각의 약물이 가지고 있는 약리효과 및 활용 방식에 따른 구분이 필요하다고 판단했다. 이에 따라 아래 <그림 IV-3>과 같이 기존에 마약류 의약품으로 분류되고 있는 약물들을 약리 효과에 따라 각성제, 진정제, 환각제, 다이어트 의약품, 기타로 구분하여 살펴보았다.

면담과 문헌고찰 과정에서는 약리 효과 외에도 사람들이 왜 해당 약물을 사용하는지를 예상하고 이에 따른 대응 양식을 포착하기 위한 분류가 다시 필요해진다. 통상 의학에서는 의약품의 부적절한 사용을 오용과 남용으로 구분하지만, 이는 의료 전문가의 통제 밖에서 이루어지는 약물 이용 양식을 구분한 것으로 이용자들의 관점을 포괄하고 있지

못하다. 따라서 약물을 사용하는 사람들의 입장에서 이들이 왜 해당 약물을 오남용하는지를 포착하기 위한 구분으로 마약류 약물 사용 양식을 오락적 사용, 상황적 사용, 실험적 사용, 의존적 사용, 비자발적 사용으로 구분하고 현황을 파악하고자 하였다.

법적 구분	약리 효과에 따른 구분	사용 양식에 따른 구분 (○ 처방 관점 ■ 사용 관점)	
마약 암귀비, 아편, 코카인, 코카인, 헤로인, 몰핀, 펜타닐, 페티딘 등 (133종)	각성제 중추신경계의 활성을 증가시켜 신체 기능을 활발하게 함 (메스암페타민, 코카인 등)	오용 misuse 처방된 의약품을 부적절하게 잘못된 방식으로 사용하는 것	오락적 사용 사교 모임에서 오락이나 기분을 전환하기 위해 사용하는 경우
향정신성의약품 암페타민, 케타민, 바르비탈, 벤조디아제핀계열, 졸피뎀, 프로포폴 등 (272종)	진정제 심장박동과 호흡을 비롯한 중추신경계의 기능을 저하 (수면제, 진정제, 헤로인 등)	남용 abuse 약물을 처방된 목적이 아닌 용도로 의도적으로 사용하는 경우	상황적 사용 장시간 운전 등 특정 상황에 대처하기 위해 사용하는 경우
대마 대마초와 그 수지, 칸나비놀, 테트라하이드로칸나비놀, 칸나비디올 (4종)	환각제 지각적 왜곡과 환각을 일으켜 중추신경계에 영향을 미침 (LSD, 에스카린 등)		실험적 사용 호기심으로 1-2회 약물을 사용하는 경우
	다이어트 의약품 다양한 경로를 통한 체중감량 효과가 있음 (식욕억제제, 지방흡수억제제, 하체 등)		의존적 사용 약물을 정기적으로 사용해야만 신체와 정신이 정상적으로 느껴지는 의존으로 인한 사용
	기타 한 가지 이상의 효과가 있는 약물 (대마초 - 진정작용 + 환각작용)		비자발적 사용 자신의 의사에 반하여 타인에 의해 약물을 사용하게 되는 경우 (Spiking 등)

[그림 IV-3] 다양한 기준에 따른 마약류 약물의 구분

나. 국내 연구 동향

1) 한국에서 마약류 약물 문제의 규모와 성차

2021년 한국 의사협회에서 발간된 보고서가 “우리나라는 마약 청정국임을 자부하여 왔다”라는 문장으로 시작할 만큼(민양기 외, 2021: 9) 지금까지 한국에서 마약류 약물 중독과 오남용 문제는 심각한 문제로 여겨지지 않았다. 특히 의료계의 경우 마약류 약물의 문제가 국내에서는 그리 크지 않은 것으로 판단하며 이를 중요한 공중보건문제로 다루거나 논의해오지 못했다. 그러나 한국에서 마약의 유통 규모는 마약류 사범의 수보다 훨씬 더 많고, 마약 이용자의 수도 사법적 처벌을 받는 사람의 수보다 한참 더 많다고 판단하는 것이 현실적이다.

폐수 역학(sewage epidemiology)이라고 불리는 폐수 기반 약물 역학은 하수처리장에서 채집한 시료에서 마약 잔류물질을 수집하여 이를 토대로 인구집단의 약물 사용 규모를 추정한다. 이 방법을 사용한 한 연구에서는 2012년 연말~2013년 연초 한국에서 가장 많이 사용한 마약은 메트암페타민(필로폰)으로 인구 1,000명 당 하루 평균 소비율을 22mg, 연간 총 소비량은 410kg 수준일 것으로 추정했다(Kim et al., 2015). 이는 홍콩과

중국에 비해 약 2~5배 적고, 서구 국가의 도시 지역과 비교하면 40~80배 가량 적은 수치이다. 그러나 추정된 메트암페타민 소비량은 2012년 국내 연간 필로폰 압수량 21kg의 19.5배로, 이는 한국에서 사법 제도 내에서 포착되지 않는 마약의 사용량이 한참 더 높음을 알 수 있게 해 준다(이범진 외, 2017: 21).

같은 연구진이 유사한 방법론으로 2018년의 폐수를 분석한 연구에서 메스암페타민의 연간 소비량은 약 435kg으로 큰 차이가 없었다. 그러나 이 연구에서는 해외 국가들에 비해 한국 사람들이 굉장히 높은 수준의 항비만제(펜터민, 펜디메트라진 각각 2,131kg와 3,446kg)와 마약성 진통제(트라마돌, 2,265kg), 수면제(졸피뎀, 1,241kg)를 사용하고 있음을 확인했다. 연구에서는 한국의 항비만제 처방 수준이 미국의 약 5.3배, 아일랜드의 약 8.2배 정도이며, 수면제 복용자는 호주의 약 1.7~3배 정도 높을 것으로 추정했다(Kim et al., 2020).

최근 검찰청, 식품의약품안전처, 보건복지부 등이 발주한 마약 관련한 연구 용역들은 공통적으로 국내의 마약류 약물 사용 규모가 차츰 늘어나고 있다는 문제의식을 공유한다. 인터넷과 SNS 등을 통해 과거에 비해 마약 거래가 다각화되면서 단속이 어려워지고 검출하기 어려울 정도로 다양한 신종 마약류가 출현하며 마약류 사범이 늘어나고 있다는 점, 해외에서 마약류 약물의 유통을 통제하는 데에 실패한 국가에서 높은 사회경제적 비용을 들일 수 밖에 없었다는 점, 더 나아가 마약중독을 만성질환으로 보고 이에 대한 예방과 교육, 치료와 재활이 필요하다는 문제의식이 확인된다(이범진 외, 2017; 이범진 외, 2019; 권준수 외, 2019).

마약류 약물 사용의 구체적인 규모와 추세를 파악하기 위한 자료는 마땅치 않다. 다만 단속 현황을 살펴보면 한국의 마약류 사범 수는 꾸준히 증가하는 추세를 보인다. <그림 IV-4>는 대검찰청에서 매월 발행하는 마약류 월간동향 보고서를 토대로 2015년부터 2022년까지 마약류 범죄 검거 인원을 파악한 표이다. 마약과 대마, 향정신성 의약품 세 개 항목 모두에서 증가 추세를 확인할 수 있다. 총 검거 인원은 2015년 약 1만 2천여 명에서 2022년 1만 8천여 명 수준으로 증가했다. 다만 검거 인원이 실 사용인원을 반영한다고 볼 수는 없다. 단속 강화의 효과와 실재 마약사범 증가를 구분할 수 없기 때문이다. 최근 마약류 약물과 관련한 보다 적극적인 단속에 나선 맥락을 고려하면 지난 7년 사이 약물 중독과 오남용 인구가 약 50% 증가했다고 판단하기는 어려워 보인다.



자료: 대검찰청 마약류 월간동향

[그림 IV-4] 연도별 마약류 사범 단속 현황 건수(2015~2022)

실제 문제의 규모를 파악하기 어렵다는 점은 체계적 정책 대응을 어렵게 만드는 대표적인 장벽이다. 기존 연구들에서도 마약류 범죄의 피의자로 사법적 처벌의 대상이 되는 이들의 숫자가 주로 인용, 제시되지만 이를 어떻게 해석할 수 있을지는 판단하기 어렵다. 마약류 범죄 검거자 수가 증가하는 것을 실제 약물 중독과 오남용으로 인해 어려움을 경험하는 전체 인구집단이 늘어나고 있다고 보아야 할지, 아니면 마약류 범죄에 대한 수사와 처벌이 강화되고 있다고 보아야 할지 판단하기 어렵기 때문이다.

검거되는 인원 대비 실제 문제의 규모가 얼마나 큰지를 추정할 수 있는 근거 역시 부재하다. 전 국민 대상으로 마약류 사용에 대한 조사는 2004년 전국 7대 도시(서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산)에서 2,500명을 조사한 결과가 확인되는데, 이 조사에서는 평생 마약류를 한 번이라도 사용했던 경험이 있는 사람을 약 40만 명으로, 본드와 가스, 신나 등 유해화학물질 등을 포함한 마약류 사용 경험이 있는 사람을 약 75만 명으로 추정했다(강은영과 이성식, 2004). 2023년 KBS 탐사보도부에서는 전국 19~69세 이상 성인 5천 명을 대상으로 마약사용실태조사를 수행했는데, 응답자 중 3.2%가 의사의 처방 없이 치료 목적 이외의 용도로 마약을 사용한 경험이 있다고 답했다. 이를 전체 국민 기준으로 계산하면 약 160만 명 정도가 마약을 오남용한 경험이 있을 것으로 추정할 수 있다(KBS, 2023.06.27.). 2023년 형사·법무정책연구소에 실린 김남희(2023)의 연구는 2014년 수행된 4,000명을 대상 약물실태조사를 토대로 마약류 약물 사용자 수를 약 51만 명, 유해물질흡입을 포함하는 마약류 약물 사용자 수를 74만여명, 여기에

의약품을 치료 목적 외로 사용한 마약류 약물 사용자 수를 362만여명으로 추정했다(김남희, 2023).

2004년 강은영과 이성식의 연구에서는 전체 마약류 약물남용자 116명 중 20명(17.2%)이 여성이었다. 환각 목적의 의약품을 사용한 22명 중 여성은 10명(45.5%)로 여성에서 합법적으로 처방 가능한 의약품을 오남용하는 경우가 많고, 대체로 약물남용자 중 무직이 많은 것에 비해 이 유형의 약물남용자 중에는 무직자가 없었고, 주부가 전체의 36.4%를 차지했다(강은정과 이성식: 58-59).

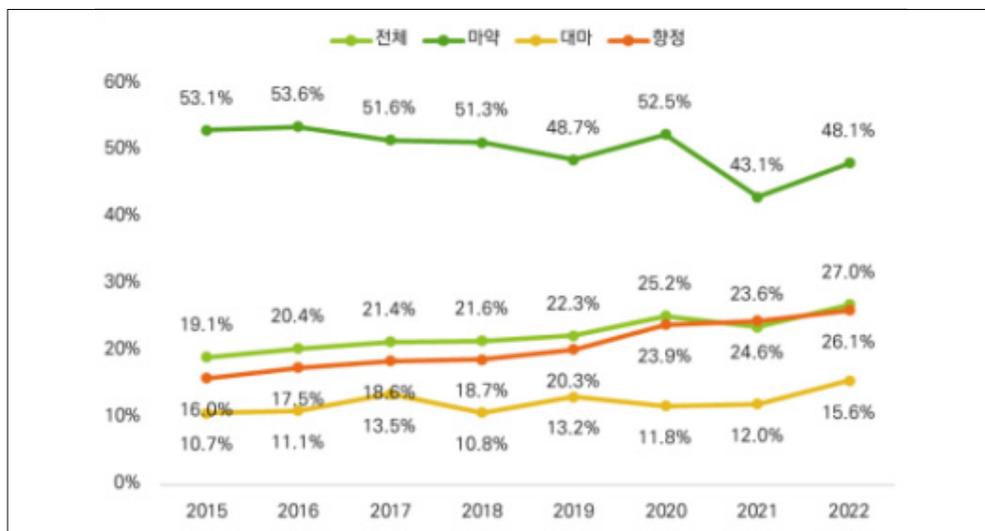
일반인구집단을 대상으로 마약류 약물의 오남용 및 이와 관련된 인식을 조사했던 2004년의 연구 이후 대부분 실태조사는 마약류 사용자만을 대상으로 조사를 진행하게 되었다. 마약류 중독과 관련한 조사는 마약류 관리법에 따라 5년 주기로 이루어지고 있으나¹³⁾ 마약퇴치 운동본부나 치료보호기관 등에서 교육이나 치료를 받는 마약중독자를 연구 대상으로 국한한다는 점에서 일반 국민 대상 마약류 오남용의 상황을 파악하지 못한다. 마약류 관리 종합대책을 세우기 위한 기초자료가 생산하지 못하는 이미 중독된 사람들의 특성에 대한 조사인 셈이다. 가장 최근에 수행된 『2021년 마약류 사용자 실태조사』에서는 540명의 마약류 사용자를 조사했는데, 이 중 여성은 122명(22.6%)이었다. 2009년과 2021년의 실태조사 결과를 비교했을 때 여성의 비율은 6.9%에서 22.6%로 큰 폭으로 증가했다. 성별구분자료는 제시되어 있지 않으나 전반적으로 20대 사용자 비율이 크게 증가('09년 2.2%에서 '21년 30.7%)하는 대신 40대 사용자 비중은 감소했고('09년 49.4%에서 '21년 18.3%), 2009년 기혼자가 가장 많은 비중을 차지하던 상황에서 독거 미혼자가 다수를 차지하게 되었다(이해국 외, 2022: 221-223).

마약류 사범의 연령이 낮아지는 상황 역시 주목을 받고 있는데, 2012년 38명이었던 청소년 마약류 사범의 수는 2021년 450명으로 증가했다. 마약류 사범에서 성별과 연령을 함께 살펴볼 수 있도록 구분한 자료는 파악할 수 없었다. 다만, 『2022년 마약류 범죄 백서』에서 마약류 사범의 성별·직업구성을 살펴보면 다른 직군에 비해 연령이 낮을 것으로 예상되는 “학생”의 비율이 남성은 47.9%, 여성은 52.1%로 확인된다(검찰청, 2022:178). 마약류 사범의 연령이 낮은 집단에서 여성 비율이 상대적으로 늘어나고, 마약사범의 저연령화와 여성화가 동시에 진행되고 있을 가능성이 크다.

마약류 사범 검거 현황에서도 마약류 약물 사용자 중 여성이 늘어나거나 혹은 드러나고 있음을 확인할 수 있다. 아래 <그림 IV-5>를 살펴보면, 전체 마약류 사범 중 여성이

13) 『마약류 관리에 관한 법률』제51조의3(실태조사). ① 보건복지부장관은 이 법의 적절한 시행을 위하여 마약류 중독자에 대한 실태조사를 5년마다 하여야 한다. ② 제1항에 따른 조사의 방법과 내용 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

차지하는 비율은 2015년 19.1%에서 2022년 27.0%로 증가했다. 범주별로 구분하여 살펴보면, 먼저 마약사범에서는 전반적인 숫자는 증가하고 있지만 여성이 차지하는 비율은 약간 줄어들었다. 여성 비율이 꾸준히 늘어나고 있는 것은 대마와 향정 사범에서이다. 향정신성 의약품에서 마약류 사범 중 여성 비율은 2015년 16%에서 2022년 26.1%까지 증가했다. 대마 관련 마약류 사범 중 여성 비율은 2015년 10.7%에서 2022년 15.6%로 증가했다. 전체 인원 중 대마 사범이 차지하는 비율이 미미한 수준이므로 전체 마약류 사범 중 여성 비율 증가를 견인하고 있는 것은 향정신성 의약품이라고 볼 수 있다.



자료: 대검찰청 마약류 월간동향

[그림 IV-5] 연도별 마약류 사범 중 여성 비율(2015~2022)

박정근 등(2023)은 공중보건 모델에 따른 마약류 범죄 예방 대책을 제안하는 연구에서 마약류 범죄와 관련한 여성 수형자의 현황을 파악했다. 법률과 적법한 절차에 따라 교도소·구치소 및 그 지소에 수용된 여성 중 마약류 범죄 수형자의 비율은 2012년 전체의 2.9%(45명)이었는데, 이 숫자는 2021년 7.4%(179명)으로 증가했다(박정근 외, 2023).

마약사범과 마약류 약물 사용자 중 여성 비율이 늘어나는 추세를 보이는 것과 관련한 구체적인 조사는 파악되지 않는다. 다만 전문가들은 인터넷이나 SNS등 비대면 판매가 이루어지면서 여성들에게 약물 접근성이 높아졌을 가능성을 제기하고 있다. 직접 만나서 거래하면서 신원이 노출될 위험을 피할 수 있게 되면서 행태가 변화했을 거라는 추정이다

(서울경제, 2023.12.03.). 이와 더불어 식욕억제제나 수면제 등 합법적으로 처방받을 수 있는 마약성 의약품을 특별한 문제의식 없이 SNS 등을 통해 거래하는 과정에서 법률을 위반하고 적발, 처벌받는 사례의 경우 여성 비율이 높을 가능성이 크다(한겨레, 2022.06.10.). 전영실 등(2017)은 최근 마약사범 중 여성이 늘어나는 데에는 여성들이 전통적인 마약류(예. 메트암페타민)에 비해 신종마약이나 처방 의약품을 처방 외 목적을 위해 사용하는 경우가 상대적으로 더 많은 상황과 관련이 있다고 설명하기도 하였다(전영실 외, 2017:44).

처방된 의약품의 오남용과의 현황과 관련해서는 2022년 식품의약품안전처에서 수행한 연구용역 보고서(이영희 외, 2022)에서 일부 현황을 파악할 수 있다. 이 연구에서는 건강보험심사평가원 자료를 활용해 2016년부터 2019년 사이 진통제, 수면제, 진정제 등 처방된 의료용 마약류 전반의 처방 현황을 분석했다. 여기에서는 마약성 약물을 그 기능에 따라 분류한 후 간략한 성별 분리 통계를 제시했다. 이에 따르면 의료용 마약류 진통제를 처방받은 사람은 차츰 증가하는 추세로 2016년에는 약 1만 2천여 명, 2019년에는 약 1만 4천여 명 정도다. 이 중 성별을 구분해 보면 여성이 꾸준히 더 많았고(2019년 기준 남성 6,119명 여성 7,913명으로 여성 비율 약 56.4%), 증가 추세는 남성에서 더 빨랐다. 연구에서는 성별과 연령을 교차 분석한 자료를 제시하거나 이와 관련한 해석을 제시하고 있지는 않다(이영희 외, 2022:42-43). 이는 마약성 진통제를 처방받는 사람들이 주로 고령이고 암 등 중증 질환으로 인해 심각한 통증이 있는 경우가 많고, 65세 이상 인구에서 여성 비율이 남성보다 높은 것과 관련이 있을 것으로 추정된다.

암이 아닌 질병에 대한 마약성 진통제 처방이나 패치(붙이는 형태의 제제)의 경우에도 추세는 유사했다. 처방 인원은 여성에서 더 많지만 증가율은 남성에서 더 높고, 주로 고령층에 대한 처방이 대부분을 차지한다. 대부분 마약성 의약품에 대한 처방이 증가 추세를 보였던 것과 반대로 사회적 주목을 받았던 펜타닐 패치제의 경우 암 환자가 아닌 이들에 대한 처방이 도리어 감소 추세에 있었다.

이 연구에서는 암이 아닌 환자들¹⁴⁾에서 마약류 의약품을 안전사용기준(1일 사용 용량 초과, 처방일수초과, 다약제사용 등)을 초과하여 처방한 사례를 평가하였는데, 2016~2019년 사이 비암성 환자의 마약류 약물 처방 중 안전사용 기준을 초과한 환자는 총 8,665명이고, 이 중 여성은 4826명으로 55.7% 가량을 차지했다(이영희 외, 2022:58).

14) 암성 통증이 있는 환자의 경우 일정하게 건강상의 피해나 중독의 위험이 있는 경우에도 통증을 완화하는 것이 여명과 삶의 질에 도움이 된다는 점에서 임상 상황에 따라 안전사용기준에서 벗어난 처방을 내릴 수 있다는 점에서 제한적인 평가가 이루어졌을 것으로 보임

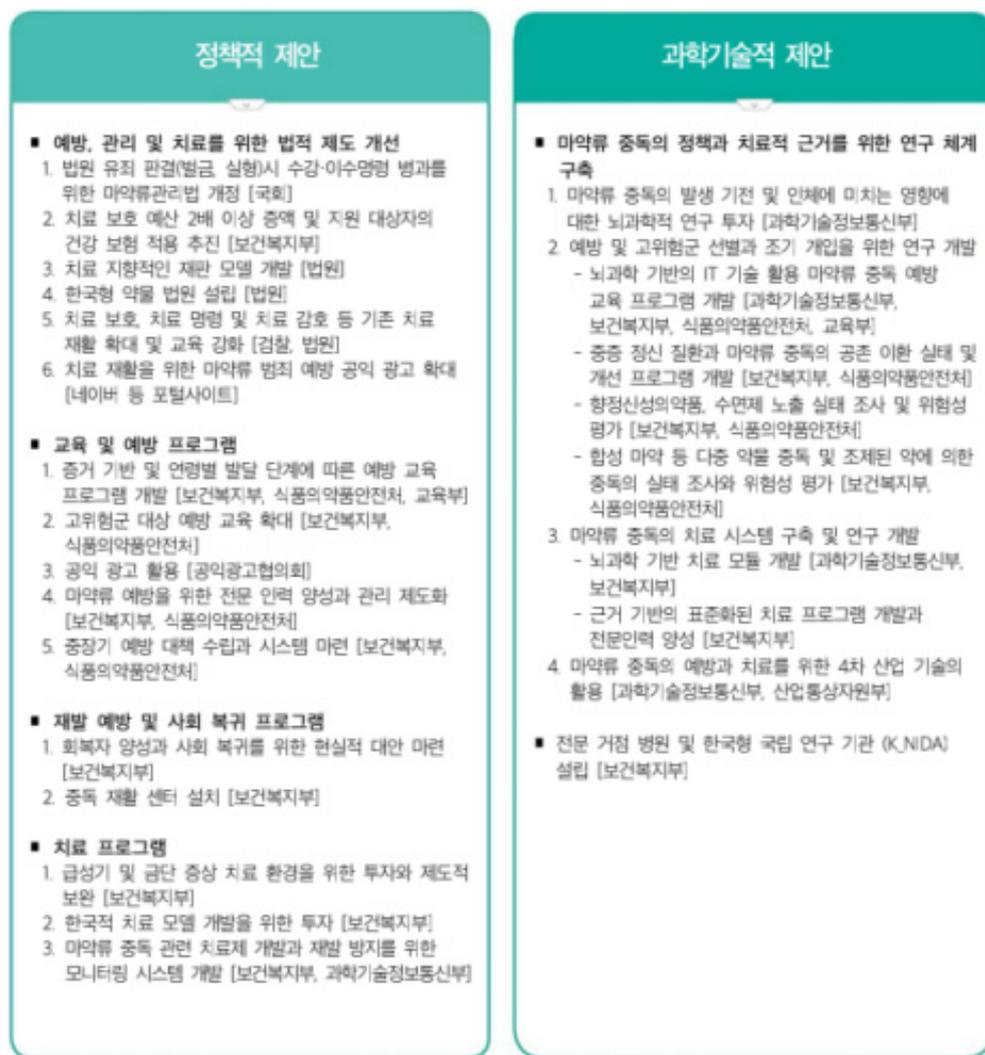
이때 여성 비율은 안전사용기준 초과자 중에서의 성비를 의미하며, 마약류 의약품을 처방 받은 비암성 환자의 인원을 제시하지 않았기에 성별에 따른 안전사용기준초과 처방의 수준을 비교하기는 어렵다. 다만 전반적으로 약물을 처방받는 여성의 비율이 비슷하게 더 많다는 점에서 성별에 따른 안전기준초과 처방의 수준의 차이는 미미할 것으로 보인다.

2) 마약 정책의 패러다임 변화 촉구

근래 출판된 많은 연구에서는 마약 중독 문제를 도덕적 해이와 일탈로 바라보며 강력한 통제와 처벌을 정책 수단으로 삼았던 “마약과의 전쟁”이 많은 경우 실패로 귀결되었음을 지적하며 한국의 마약 정책의 전환을 제안한다. 대표적으로 이범진 등(2017)은 한국의 마약류 정책이 강력한 단속을 통한 공급과 유통의 통제를 주요 수단으로 삼고 있음을 문제 삼으며 마약 중독을 치료와 예방이 가능한 만성질환으로 바라보아야 함을 강조했다. 유엔마약특별총회에서 회원국들이 결의했듯, 처벌중심 정책은 그 효과가 제한적일 뿐만 아니라 인도적이지 못하다는 점에서 “사람을 앞에(people first)” 두는 치료·재활 정책으로의 선회가 필요하다는 입장을 한국에서도 도입해야 한다는 입장을 제시했다. 호주와 미국, 영국, 태국, 유엔마약범죄사무소(United Nations Offices on Drug and Crime, UNODC)의 정책을 참조하여 마약 정책이 질병치료 예방모델에 따라 재구성되어야 한다는 것이 이들의 제안이다. 아직 마약류 약물을 사용해 본 적이 없는 사람을 대상으로 하는 예방 교육과 위험 인식 제고를 적극적으로 수행하고(1차 예방), 마약 중독을 경험하는 사람들에서 지속가능한 행동변화가 이루어질 수 있도록 형사사법체계에 접촉하게 되는 단계부터 포괄적 관리를 제공하며(2차 예방), 중증의 중독이 진행된 이후에는 충분한 기간 동안 맞춤형 치료 서비스를 제공하고 이후의 약물 재사용으로 이어지지 않도록 면밀한 모니터링과 지지 체계를 제공하며 이후의 중독 재발을 막기 위한 사회 복귀까지 지지(3차 예방)하는 정책이 갖춰져야 한다는 의미다(이범진 등, 2017:204-205). 이 연구에서는 또한 통합 마약류 중독 예방 관리 센터(가칭 마약청)를 설립하고 이를 중심으로 지역사회 치료재활체계를 개선하기 위한 정책을 추진해 나갈 것을 제안했다.

한국과학기술한림원에서 진행한 연구는 마약류 중독을 “뇌 질환”이라고 규정하면서 이에 대한 의학적 치료의 필요성을 강조했다. 마약 관련 범죄에 연루된 사람들을 통상의 형사사법절차와 별도 경로로 회복을 위한 치료적 절차를 밟을 수 있도록 하고 집중적으로 치료와 모니터링을 실행하게 되는 미국의 약물 법원(drug court)의 사례를 참고해 한국에서도 약물 사범에 특화된 치료 지향적 재판과 후속 조치가 필요하다는 정책 대안을 제시했다. 한국의 마약류 사범의 재범율이 40%에 육박한다는 것은 이들이 처벌을 받고

나서도 중독으로부터 치유되지 못하였음을 의미하기에 형사 사법 절차의 각 단계별로 치료 시스템을 적용하여 재범률을 줄이고, 마약류 중독자에 대한 단계적 치료가 지속 이루어질 수 있도록 치료 시스템을 개선해야 한다는 입장이다. <그림 IV-6>에서 확인 되듯, 중독재활센터 설치나 한국적 치료 모델 개발을 위한 연구개발 투자, 급성기 및 금단 증상 치료 환경을 개선하기 위한 제도적 보완과 정부 투자 등이 정책적 제안으로 포함되어 있다(권준수 외, 2019).



자료: 권준수 등(2019:10)

[그림 IV-6] 권준수 등(2019) 연구의 마약류 남용 문제 해결을 위한 정책 제안

대검찰청 마약과에서 발주한 전영실 등(2019)의 연구도 유사한 관점에서 영국, 미국, 호주, 일본, 독일의 치료 개입 체계를 소개하고 한국의 형사사법체계에서 마약류 사용자에게 효과적인 개입 방안을 제시했다. 구체적으로는 치료보호조건부 조건부 기소유예를 확대하여 대상자의 특성에 적합한 예방과 관리를 제공하는 방향을 지향하고, 이를 위해 교육조건부 기소유예 제도를 개선하며(대상자 선정, 교육 기간과 간격의 다양화, 강의 보다는 상담을 중심으로 하는 개입, 특성별 하위프로그램 개발, 마약퇴치운동본부와 검찰 사이의 정보교류와 피드백 등), 치료보호조건부 기소유예 제도와(실질적인 치료보호를 보장하기 위한 예산 확보, 치료보호 프로그램의 체계화와 검찰의 모니터링, 최대·최소 치료보호기간에 대한 재검토, 치료보호시설 확충 및 지역거점병원 육성, 효과적인 치료를 위한 관리인력 양성 등), 보호관찰소 선도조건부 기소유예 제도(치료관련 가이드라인 수립, 전문가 연계 상담 제도화, 제도에 대한 효과평가)를 개선하고, 선고유예·집행유예 단계에서 효과적인 치료·재활 방안 모색, 교정 단계에서 보다 효과적인 치료·재활 방안 모색(치료감호, 교도소 내 치료·재활 및 사후관리) 등에 대한 정책 제안을 제시했다.

이렇듯 마약 정책의 패러다임이 강력한 처벌과 통제를 중심으로 하는 사법적 접근에서 치료와 재활을 보다 중요시하는 치료·회복 패러다임으로 전환되어야 한다는 입장이 여러 연구에서 공통적으로 파악되는 가운데 이들 중 성별 관점을 갖추고 있는 연구는 많지 않았다. 각각 약학과 의학 전문가들이 연구를 진행한 이범진 등(2017)과 권준수 등(2019)의 연구에서는 해외 사례(예. 미국 국립약물남용연구소 조직도에서 여성/성별 연구 프로그램)을 언급하는 과정에서 여성과 성별에 대한 언급이 이루어지기는 하지만 이들 자신의 연구에서는 여성의 특수한 필요와 성별맞춤한 접근에 대한 고려는 전혀 없었다. 전영실 등(2019)의 연구에서는 청소년과 여성 마약사범이 늘어나고 있음을 고려해 이들의 특수성을 고려하는 별도의 교육과 프로그램이 개발되어야 한다고 제안하였다(전영실 외, 2019:64).

전반적으로 마약류 사범의 재발을 억제하고 마약 문제로 인한 사회적 비용을 줄이기 위해 마약 중독과 오남용을 마주친 사람들의 치료, 재활, 회복을 돕고 이를 위한 보건 의료 및 형사사법체계를 갖추어야 한다는 합의가 도출되었음을 알 수 있다. 형사사법체계에서 마약사범의 치료와 회복을 포괄하기 위한 제도화된 노력이 지속되었고, 치료보호와 보호관찰 제도의 도입, 내실화, 확대를 위한 노력이 필요하지만 이에 대응할 수 있는 보건의료인프라의 부재 및 사범-보건의료 영역 사이의 거버넌스 미비가 장벽으로 작동하고 있었다. 특히 보건의료영역에서는 미국 등 해외의 마약 정책의 경험을 토대로 처벌 중심 정책의 부작용과 한계를 고려해 마약중독을 만성질환으로서 다루자는 입장을 제기

하는 것이 일반적이었다. 다만 마약 정책의 사람중심성을 강화하자는 패러다임 전환에 대한 요구가 시작되고 있는 지금 단계에서 성차에 대한 고민은 아직 전면화·주류화 되었다고 보기는 어려웠다.

3) 한국 여성 마약 사용자의 경험에 대한 연구

거시적인 패러다임 전환을 요청하는 정책 연구들이 성차와 젠더 관점을 적극적으로 다루지 못하는 가운데 국내 여성 마약 사용자의 경험에 대한 소규모 연구가 일부 확인되었다. 이들 연구는 기존의 마약 중독과 관련한 연구, 정책, 치료가 모두 남성을 대상으로 하는 연구와 대응이 대부분으로 여성 마약중독자의 재발과 회복을 분석하는 연구가 드물었음을 지적하며 적게는 7명에서 많게는 136명의 여성의 경험을 분석한다(장정연, 2013; 김나연 외, 2019; 유상희, 2019; 김진숙, 2020).

2013년 출판된 장정연의 연구에서는 1년 미만의 마약 사용 경험이 있는 25세에서 40세 사이의 여성 마약사범 7명에 대한 현상학적 연구를 수행했다. 여성 마약사범들은 약물에 대해 무지한 상태에서 다양한 경로로 약물을 경험했다. 술집에서 알게 된 모르는 사람들의 제안이나 유흥업소에서 일을 하면서 제안을 받아 시작된 약물은 예상치 못한 쾌감과 중독감을 선사하고, 차츰 여성들은 약물을 갈망하며 생활 세계가 무너지는 과정을 겪게 됐다. 체포와 구속 과정에서 여성 사범들은 성적 낙인과 성차별을 비롯해 각종 부당한 경험을 하고, 기존의 사회 관계에서 단절·고립된다. 가족관계와 건강이 와해되고, 친한 사람의 배신이나 데이트 폭력 등으로 더욱 위축되기도 했다. 마약사범으로 처벌을 받고 난 이후 보다 좋은 삶을 위한 꿈을 꾸지만 도박으로 새로운 직업의 기회를 놓치거나, 다이어트 의약품을 복용하는 등 다른 중독으로 빠지기도 하고, 특정 남자에게 의존하거나 직업 선택의 여지가 없어 다시 성매매 노동을 하기도 한다. 저자는 여성 마약사범의 중독 경험을 파악하기 위한 더욱 다양한 차원의 연구가 필요하다고 말하면서 남성에 비해 사회 경제적 조건이 보다 열악한 여성 마약사범의 회복과 사회 복귀를 위한 논의가 필요함을 강조했다. 체포와 판결 과정에서 여성 마약사범에 대한 편견과 차별이 해소되어야 하고, 국내 마약 정책에서 여성과 청소년에 대한 관심이 필요하다고 결론을 내린다.

김진숙(2020)의 연구는 마약 중독 이후 재발을 반복하다가 회복 중인 여성 10명을 조사했다. 여기에 참여한 마약 중독 경험자 10인들의 마약중독 진입 시기는 10대부터 40대까지 다양했고, 대개 우연한 기회에 마약을 마주했다. 답답한 현실에서 벗어나기 위한 탈출구로 마약을 시작한 이들은 마약을 접한 후 환각의 세계에 압도되었고, 이어서 마약으로 인해 몸과 마음이 무너지는 과정을 겪게 된다. 약을 끊지 못하고 마약사범으로

처벌을 받게 되며 무력감을 느끼고, 전과자이자 마약사범이라는 사회적 낙인 속에서 고립되거나 위축되고, 일상생활에 복귀를 했다가도 다시 약을 찾게 되었다. 재발과 회복이 반복되는 과정에서는 자신의 삶을 되찾기 위한 노력과 성찰, 가족의 도움과 신뢰, 종교에 대한 의지, 회복자 모임을 통한 유대와 상호지지 등의 과정이 이어진다. 이를 토대로 저자는 첫째, 여성 마약중독 회복자를 위한 사회적 지지체계와 지역사회 재활 치료 프로그램이 마련되어야 하며, 둘째, 마약 중독자 여성을 위한 성인지적(gender-responsive) 역량강화 접근이 필요하고, 회복 단계에 따른 차별화된 개입이 필요하며, 셋째, 회복자들이 유사한 어려움을 겪는 약물 중독자들을 돕는 다르크(DARC)와 같은 치료 공동체 프로그램이 필요하다고 설명한다(김진숙, 2020).

유상희(2019)는 2018년 검찰청 교육이수조건부 기소유예 프로그램에 참여한 여성 136명에 설문조사와 인터뷰를 진행하고, 이들의 마약 사용 실태를 파악했다. 기소유예 교육에 참여한 136명의 연령대는 10대 3명(2.2%), 20대 56명(41.2%), 30대 49명(36%), 40대 19명(14%), 50대 8명(5.9%)로 20~30대가 가장 많았다. 이중 85명(62.5%)가 미혼으로 이혼이 21명(15.4%), 기혼이 15명(11%)였다. 직업의 경우 무직이 32명(23.5%), 학생 13명(9.6%), 회사원 11명(8%), 유흥업 8명(5.9%), 가사 7명(5.2%), 자영업 6명(4.4%), 의료직종 5명(3.7%), 예술계 5명(3.7%)으로 분포했다. 136명 중 17명(12.5%)은 약물은 자신이 인식하지 않은 상태에서 타의에 의해 사용했고, 9명(6.6%)은 약물을 소지, 전달, 판매하여 처벌을 받았다.

타의에 의해 약물을 사용한 107명(78.7%) 중 91명(67%)은 권유에 의해 약물을 시작하게 되었는데, 이때 약물 사용을 권유한 상대방은 지인이 36명, 애인 27명, 친구 11명, 배우자 4명, 동거남 2명이었다. 의료인에 의해 권유를 받거나 유흥업소나 클럽 등에서 만난 손님에 의한 권유도 각각 5명과 4명에서 확인됐다. 한국에서도 많은 여성이 친밀한 파트너나 가까운 지인의 권유를 통해 마약을 사용하게 되는 경우가 많고, 의료나 유흥업 등 직업이 그 위험을 가중할 수 있다는 의미다. 마약인지 모르고 타의에 의해 사용한 경우 피로회복제, 숙취해소제, 건강보조제, 우울증 약, 두통약, 최음제 등으로 약물을 권유받고 사용한 경우가 9명(5.5%)이었다. 136명 중 해외사용 경험이 있었던 이들은 29명(21.3%)이었고, 폭력 등 위험상황에 노출되었던 여성은 23명(16.9%)명이었다. 구체적인 폭력의 내용으로는 함께 약물을 사용한 남성에게 의한 언어적, 신체적, 성적 폭력을 경험하거나 감금되는 경우, 자살을 시도하거나 함께 약물을 사용하는 파트너의 자살 또는 가족의 자살을 경험하는 경우, 수감 중인 전 남자친구로부터의 협박 등이 확인됐다.

이 소절에서는 몇 개 연구를 통해 한국에서 여성들이 어떻게 마약을 접하고 중독으로 이행하며 이후의 삶에 어떤 영향을 받게 되는지, 이후 회복 과정은 어떠한지에 대해서 살펴보았다. 여성들은 주로 친밀한 관계에 있는 지인과 성적 파트너에게서 약물을 권유 받고, 중독 이후에도 남성에게 생계나 약물 구매 등을 의존하게 되기 쉽다. 마약사범이 되어 처벌을 받은 이후에는 높은 수준의 낙인과 자기혐오를 겪으면서 가족 등 주변 지인 들로부터 고립되고 경제적 어려움과 더불어 사회 복귀에 어려움을 겪게 된다. 또한 여성 들은 수사를 받는 과정에서 성적 탐닉 및 타락을 약물 사용과 연결 짓는 폭력적 발언이나 선입관념으로 성적 괴롭힘을 당하는 경우가 많고, 성애화된 마약 사용에 대한 낙인은 여성 마약사용자들의 회복과 재활 과정에도 지속해서 영향을 미칠 가능성이 크다.

〈표 IV-1〉에는 최근 국내에서 이루어진 마약 정책과 관련한 주요 연구를 정리하여 제시했다. 주로 식품의약품안전처를 중심으로 마약류 의약품의 안전한 사용을 위한 방안을 모색하기 위한 연구들이 최근 들어 활발히 이루어지고 있는 것을 확인할 수 있다. 신종마약류의 규정부터 약물 처방과 유통 관리 및 규제, 데이터 수집과 모니터링, 약물 중독에 대한 치료와 예방 체계 마련, 형사사법제도의 개선 등 마약 정책이 닿아 있는 넓은 영역에 대한 연구가 수행되었다. 그 중 청소년 약물 중독과 관련한 연구를 확인할 수 있으나 여성의 마약과 약물오남용과 관련하여 정부가 발주한 연구는 확인할 수 없었다.

〈표 IV-1〉 국내 의약품 오남용 관련 연구 현황 정리

저자명	연도	분류	연구명	연구기관	주관부처	연구내용
이은상	2022	논문	의약 안전에 관한 규제 법원리와 한형 법제의 개선방향 연구	이주대학교	-	의약품의 일반적인 안전관리 제도와 체계를 비판 전후로 나누어 검토하여 시판 전의 의약품 허가·신고 제도에서는 일반의약품 허가제도 개선, 옹호한 의약품 허가제도 구축, 바이오의약품에 관한 합리적 규제체계 구축, 허가심사 등 인력의 확충과 전문성 강화, 의약품 허가 규제기준의 국제화, 시판 후의 의약안전 관리에서는 시판 후 안전관리 제도의 내실화와 재벌계, 소비자에 대한 정보제공 강화, 의약품 부작용 피해구제 확대 등을 제안함
양혜정 외	2022	논문	미국의 청소년 마약류 사용 대응 정책 고찰을 통한 국내 정책의 시사점	서강대학교	-	한국의 청소년 마약 정책을 검토하여 청소년 마약류 사범의 급격한 증가하면서 형사처벌 위주의 정책이 적용되고 있는 상황에서 미국의 사례를 참고하여 국가 차원의 통합적 관리, 예방교육프로그램의 개발·보급, 치료·회복 중심의 정책 전환 등의 필요성을 제안함
이상애 외	2018	논문	청소년 마약류 오남용 예방을 위한 지역사회 협력시스템 구축방안에 관한 연구	순천향대학교	-	한국의 청소년 약물 오남용 예방을 위해 미국 사례를 검토하여 지역 내 유관기관을 관리·통제하고 협력 체계 구축하는 지자체의 역할, 지역사회 관련기관 종사자의 전문성 강화를 위한 예방교육 및 프로그램 보급, 청소년 마약류 오남용 수준을 평가·대응하기 위한 가이드라인 개발 및 대응체계 구축, 인식과 홍보에 대한 체계적인 조사와 교육을 제안함
정원준 외	2022	보고서	식약처 데이터 활성화를 위한 법적 정비 및 로드맵 수립	한국법제연구원	식품의약품 안전처	식약처 소관 법률과 관련 판례를 검토하여 식약처 데이터 활성화를 위한 법적 정비 전략을 다음과 같이 제안함. 근거규정 마련 등 법체계 정합성 확보, 데이터 제공 지침 마련(단기), 데이터 사용규정 개선을 통한 유용 예방, 면책규정 마련, 데이터 결합·연계 활용기반 마련, 공익목적의 정보공개 허용 근거 확충, 위임·위탁 기관과의 정보공유범위 검토 등, 자료 공개·개방 규정 정비(중기), 용어 일괄 정비, 식약처 데이터 활성 관련 제도 개선 및 입법(장기) 등
정지은 외	2022	보고서	주요 오남용 마약류 사용환경 변화에 따른 안전관리 방안 연구	한국병원 약사회	식품의약품 안전처	의료용 마약류 처방 및 사용량 증가에 따라 오남용 현황 및 원인을 분석하고, 해외사례를 검토하여 의료용 마약류 스투어디스 도입, 전담인력 배치 가이드라인 개발 및 적용, 안전사용체계구축, 지표 개발 및 사후감각체계 활성화, 복약지도 프로그램 개발·강화, 마약류 반납·폐기시스템 운영, 교육 강화 및 교육자 양성 등을 안전관리 제도 개선방안으로 제안함
민양기 외	2021	보고서	의료용 마약류 취급정보 빅데이터를 이용한 오남용 예방 활용기준 및 방법 마련 연구	대한의사협회	식품의약품 안전처	의사의 처방권과 사회적 요구의 균형을 잡을 수 있도록 의료용 마약류의 처방 기준을 마련하고, 처방을 담당하는 의사들에게 마약류통한관리시스템을 홍보하고 처방제한 기준을 일괄

저자명	연도	분류	연구명	연구기관	주관부처	연구내용
이상규 외	2021	보고서	마약류 중독자 지원 종합대책 수립연구	한림대학교	보건복지부	마약류 중독자에 대한 실효성 있는 치료·재활·지원을 제공하기 위해 국내외 정책 및 사례분석, 전문가 의견조사 등을 거쳐 통합마약류 관리를 위한 범정부 차원의 컨트롤타워 구축 및 정부 내 연계·협력 강화, 마약류 중독자 치료지원에 대한 목표와 정책 선인, 마약류 중독자 치료전달체계의 정비와 운영지원, 마약류 중독자의 현황 조사 및 모니터링 등을 제안함
최신욱 외	2021	보고서	의약품 등의 남용 가능성 평가 연구	식품의약품 안전처	식품의약품 안전처	인사마약류를 마약류로 지정하는 과정에서 과적되는 과적저 근거자료를 기존의 정신적 의존성에서 남용 가능성 및 신체적 의존성 유별로 확대하여 인사마약류 17종을 평가함으로써 인사마약류의 마약류 지정 관련 평가시행법을 확립함
전영실 외	2020	보고서	마약류통제기법 선진화 방안 -치료,재활제도를 중심으로	한국형사정책 연구원	대검찰청	마약류 사용자에 대한 치료·재활의 현황과 해외사례를 검토하여 형사사법체계 내에서 마약류 사용자에 대한 효과적인 치료·재활을 보장하기 위한 조정부 기소유예의 확대·보완, 신고·집행유예 상황에서의 모니터링 및 관리 강화, 치료강화 처분의 확대 및 교도소 내 치료체계 구축, 마약류 사용자의 일반적인 치료·재활체계구축, 치료·재활을 돕기 위한 형사정책적 대응의 기초 전환 등을 제안함
김태진 외	2019	보고서	의료용 마약류 안전관리 방안 연구	대한약사회	식품의약품 안전처	기정 내 의료용 마약류를 안전하게 사용하기 위해 의료용 마약류 수가·폐기 관리체계를 검토하고 해외 사례를 조사함으로써 의료용 마약류 수가·폐기 관리체계를 마련하고 법령 개정안을 도출함
권준수 외	2019	보고서	마약류 남용의 실태와 대책	한국과학기술한림원	과학기술 326 정보통신부	한국의 마약류 남용 문제가 심각하다는 사실을 밝히고, 마약류 중독이 뇌질환이라는 관점 하에 마약류 사용자에 대한 법적 제도 개선 및 치료시스템 구축을 제안함
이범진 외	2019	보고서	국가 마약류 안전관리 기획 연구	아주대학교	식품의약품 안전처	국내 마약류 안전관리를 위한 연구전략 및 로드맵을 마련하기 위해 각 분야의 전문가로부터 제출받은 연구제안서를 검토하여 마약류 중독·오남용 원인 및 작용 기전 규명, 의료용 마약류 오남용 방지체계 플랫폼 구축, 한국형 마약류 중독재활교육 프로그램 표준안 개발, 마약류 예방 교육 프로그램 개발 및 전문가 양성컨텐츠 개발 및 재교육의 네 가지 연구분야를 도출함
정희선 외	2019	보고서	신종마약류 통합정보 데이터베이스 구축 연구	충남대학교	식품의약품 안전처	국내 보유 신종마약류 표본물질에 대한 LC/MS 시험, 신종마약류에 대한 스펙트럼 자료 수집, 국제기구 보고자료 및 신종마약류 일관정보 수집을 통해 신종마약류 통합정보 데이터베이스를 구축하고 국제기구 및 아시아 지역 관련 기관과 교류체계를 마련
배승진 외	2018	보고서	의약품 공급내역 보고제도의 효과분석 연구	이화여자 대학교	보건복지부	의약품 일관번호 적용 필요성을 검토하여 योग기관을 포함한 일관번호제도의 확대 적용, 의약품관리종합 정보센터 보유 자료 활용, 제네릭의약품 품목 감축을 통한 의약품 유통효율성 증진, 일반의약품 유통

저자명	연도	분류	연구명	연구기관	주관부처	연구내용
						관리 등을 제한함
장춘곤 외	2018	보고서	마약류 안전관리 선진화 연구	성균관대학교	식품의약품 안전처	마약류가 이념에도 긴급히 마약류에 준하여 취급·관리할 필요가 있는 임시마약류에 대해 기지정 약물의 의존성·중추신경계 작용 여부·신경독성을 평가하고, QSAR/QSPR 모델링을 이용하여 신속예측모델을 개발함으로써 임시마약류 및 신종유사마약류의 오남용을 관리하기 위한 근거자료를 개발함
이범진 외	2017	보고서	마약류 중독 예방·관리방안 수립체계 구축	아주대학교	식품의약품 안전처	마약류 중독 예방 관리방안 수립체계 구축을 위한 제반 인력 조직 예산 기술 등을 검토하여, 효과적인 조직 및 의사결정 체계와 이를 구축하기 위한 세부방안을 마련. 마약류 중독을 치료가능한 질환으로 보고 단계별 예방·관리·치료 개념을 적용하고 단계별 체계의 해외모범사례를 제한함
권경희 외	2016	보고서	의료용 마약류 오남용 기준 마련 연구	동국대학교	식품의약품 안전처	미국에서 시행 중인 마약류 의약품 규제제도(Prescription Drug Monitoring Program, PDMP)를 참조 평가하여 의료용 마약류 오남용 기준과 정보를 구축하고 마약류 의약품 남용을 방지하기 위한 정책 대안을 마련함
구본기 외	2015	보고서	의약품 오남용 및 DUR금지 의약품 등의 후향적 적정사용평가 연구	한국약학품 안전관리원	식품의약품 안전처	의약품적정사용(DUR) 정보를 이용하여 병용, 연령, 임부금지, 의약품 오남용 등에 대한 현황과 실효성을 분석함. 분석 결과를 바탕으로 DUR 개선안을 마련하고, 제도 실시·평가·수정으로 이어지는 후향적 의약품 사용평가 제도 도입을 제안함
권경희 외	2014	보고서	마약류 안전관리 강화를 위한 분류체계 및 제도 정비 연구	동국대학교	식품의약품 안전처	마약류 안전관리를 강화하기 위해 해외의 마약류 분류체계를 조사, 분석하고 신규 지정이 필요한 마약류에 대한 근거자료를 생성함. 마약류를 의료용과 비의료용으로 나누고 의료용의 경우에는 중독성·의존성·남용가능성에 따라 분류·관리하는 방안을 제안함
이범진 외	2014	보고서	마약류 중독자 관리제도 개선방안 연구	한국마약퇴치운동본부	식품의약품 안전처	한국의 마약류 중독자 관리체계를 체계적으로 개선하기 위해 해외 사례를 검토하여 마약류 사용자 조기 발견 및 개입 활성화, 치료재활정보 전산화 시스템 구축, 지역사회 재활 강화 및 확대, 교정시설 치료 체계 구축 및 활성화, 치료감호제도 보완 및 보호관찰의 역할 강화, 한국마약퇴치운동본부의 지역사회 역할 부여 등을 제안함

다. 국외 연구 동향

한국에 비해서 마약류와 관련한 문제를 오랜 기간 다뤄온 고소득 국가에서도 성인지적 마약류 정책은 아직 초기 단계에 있는 것으로 보인다. 호주의 정책 문서를 비판적으로 분석한 연구(Thomas & Bull, 2018)와 영국과 아일랜드의 정부 전략문서를 젠더 관점에서 읽어낸 연구(Wincup, 2019)는 공통적으로 두 가지 문제를 지적한다. 하나는 약물 사용이 유발하는 위해(harm)에 대한 여성의 취약성을 과도하게 강조한다는 점이고, 다른 하나는 여성 일반이 아니라 임신한 여성 혹은 어머니인 여성에 주로 정책적 관심과 자원을 집중한다는 것이다.

여성을 재생산하는 주체로 축소하는 경향을 고려하더라도 임신과 모성은 성인지적 마약류 정책의 핵심 특성으로, 정책적으로 중요하게 다루어질 가치가 있다. 그러나 이런 집중이 어떤 효과로 이어지는지에 대해서는 고민이 필요하다. 글로벌 중독과 마약류 시장에 대한 대륙간 관점 프로젝트(Intercontinental Perspectives on Global Addictions and Drug Markets project, Inter-GLAM) 연구팀은 이런 관점에서 보츠와나, 크로아티아, 이집트, 인도, 북마케도니아, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 스페인의 9개 국가에서 국가 수준의 정책, 프로그램, 전략을 분석하면서, 약물사용자 여성과 관련해서는 취약성, 수치심, 비난, 낙인, 성역할, 성폭력이, 임신부 관련해서는 여기에 더해 약물사용여성의 자녀양육권 문제가 주요한 문제로 다루어지고 있다고 분석했다(Ghosh et al., 2023).

최근 들어 발전하고 있는 성인지적 마약류 정책의 사례로는 크게 3가지를 참고해 볼 만하다. 첫 번째는 글로벌 시민사회에서의 발전이고, 두 번째는 미국, 세 번째는 유럽연합의 노력이다.

1) 국제 마약류 정책 컨소시엄

국제 마약류 정책 컨소시엄(International Drug Policy Consortium, IDPC)은 전 세계 190개 이상 단체의 네트워크로 구성된 마약 정책 개혁을 목표로 운영되는 비영리단체들의 연대체이다.¹⁵⁾ 지역사회에서 약물사용자들의 회복을 지원하는 활동을

15) 국제 마약류 정책 컨소시엄(International Drug Policy Consortium)은 2006년 설립되어 영국 런던에 사무국을 두고 운영되기 시작했으며 현재는 런던 외에도 가나 아크라, 네덜란드 암스테르담, 태국 방콕에 지부를 두고 있다. 인권과 사회정의에 기반한 약물 정책을 추진하기 위한 국제적 연대를 목표로 운영되며, 보다 구체적인 내용은 다음의 페이지를 참조. <https://idpc.net/about>

수행하는 풀뿌리단체와 전문가조직 등 다양한 조직의 연대체인 이들은 세계 각국의 약물 정책을 사람중심성과 인권을 중심에 두는 방향으로 전환하는 것을 목표로 활동한다. 마약 정책이 불법 약물 사용자 처벌이 아니라 사회정의와 인권을 증진하는 것을 목표로 해야 한다는 비전을 토대로 정의로운 마약 정책을 옹호하면서, 다양한 UN기관 및 국민국가의 정부와 협력하거나 견제하는 역할을 한다. OHCHR의 마약정책이나 각국 정부의 마약 정책 등에 대한 그림자 보고서를 출판하고, 인권 기반의 마약정책을 위한 정책 연구를 진행하여 발표하는 등의 적극적인 역할을 수행한다.

국제 마약류 정책 컨소시엄은 최근 EuroNPUD(European Network of People who Use Drugs)와 ENPUD(Eurasian Network of People who Use Drugs)같은 당사자 단체, 그리고 Youth Rise나 Harm Reduction International과 같은 약물 중독 회복 옹호 단체 등과 함께 국제 마약 정책 지표(Global Drug Policy Index)를 개발하고 각국의 지표를 모니터링하는 사업을 진행했다. 많은 당사자와 전문가들의 논의를 거쳐 2022년 발표된 국제 마약 정책 지표에서는 각국의 마약류 정책을 크게 다섯 가지 차원으로 구분한다. 각 국가가 마땅히 수행해야 할 인권 기반의 포괄적 마약류 관리 정책은 ① 극단적인 처벌이나 사법적 제재가 없을 것(absence of extreme response), ② 형사사법의 비례성(proportionality of the criminal justice), ③ 건강과 위해 감소(harm reduction), ④ 의료접근성(access to medicines), ⑤ 대안적 개발(alternative development)¹⁶⁾의 다섯 가지 차원을 가진다(ICPD, 2021). 각각의 차원의 구성요소를 살펴보면, 먼저 극단적인 처벌과 사법적 제재로는 마약사범에 대한 사형 선고나 비사법적 살인(extrajudicial killing), 군사화된 경찰, 무기징역, 비동의 감금 등의 조치가 이루어지는지 그렇지 않은 지에 대한 내용이다. 두 번째 차원인 형사사법에서의 비례성은 형사사법체계 내에서 인권이 지켜지는지에 대한 내용들로 구성되어 있다. 최소형량제도나 재판 전 구속이 이루어지는지, 마약사범에 대한 체포·처벌 외의 대안적 제재(치료감호와 보호관찰소 선도조건부 기소유예 등)가 있는지, 개인적 약물 사용에 대한 비범죄화가 이루어져 있는지, 비폭력적 마약 사용에 대해 어떤 처벌이 이루어지는지, 여성이나 빈곤층, 소수자들이 처해있는 조건과 처벌의 차등적 영향에 대한 형사사법체계 내 전문가들의 인식과 이해수준이 어떠한지 등이 여기에 포함된다. 세 번째 차원인 건강과 위해 감소는 약물사용자들이 위해감소접근 서비스에 얼마나 접근할 수 있는지, 위해감소정책을

16) 이는 주로 마약류 약물의 원재료가 되는 작물 생산을 위한 정책이 마련되어 있는지와 관련된 내용으로 태국, 아프가니스탄, 자메이카, 콜롬비아 같이 마약 원재료 작물의 재배가 중요한 산업인 나라에서 중요한 정책이다.

위한 예산과 서비스 가용성, 포괄성은 어떠한지, 마찬가지로 이런 서비스를 제공하는 전문가들이 여성, 빈곤층, 소수자들의 특수한 필요를 형평성 관점에서 이해하고 있는지가 관건이다. 네 번째 차원인 의료접근성은 약물사용자들이 마약중독에서 회복을 위해 노력하는 과정에서 금단증상으로 인한 고통과 통증을 덜어줄 수 있는 약물에 대한 접근성을 의미한다. 마지막, 대안적 개발은 불법 마약 생산과 관련한 식물 재배와 가공, 유통 등이 현실적으로 중요한 “산업”으로 자리잡은 국가에서 이 산업을 중단하였을 때 이들의 생계를 유지할 수 있는 대안적 개발 정책이 존재하는지에 대한 내용을 다룬다(IDPC, 2021).

한국은 마약사범에 대한 종신형 등 극단적 처벌을 부과하지는 않지만 거래와 무관한 개인적인 투약이나 단순 소지도 처벌 대상이 되고, 비범죄화 논의는 거의 진행되지 못하고 있다. 형사사법체계 내에서 여성과 빈곤층, 소수자 등에 대한 형평성 고려가 충분히 이루어지지는 못하고 있는 상황이다. 위해감소정책과 의료접근성 측면에서 국가의 공공 서비스는 물론, 민간 의료 시장에서도 이와 관련한 서비스와 체계가 매우 미비한 상황이 지속되고 있다. 약물 중독 고위험군에 대한 예방적 치료와 지지를 위한 체계는 아예 존재하지 않다시피 하며, 약물사용으로 인해 형사적 처벌을 받고 치료를 받고자 하는 사람들이 이용할 수 있는 의료기관과 치료 방법도 매우 제한적이다.

2012년 국제 마약류 정책 컨소시엄은 마약 정책이 여성에게 미치는 특별한 영향에 대한 연구가 매우 제한적임을 지적하며 정책 영향의 성별격차에 대한 보고서를 발행했다(Kensy et al., 2012). 이 보고서는 전세계적으로 마약 사용과 거래에서 여성참여가 늘어나고 있고, 이에 따라 유엔 마약정책위원회가 여성차별철폐협약과 베이징 선언 등을 인용하며 여성의 특수한 필요를 다루고 성별 문제를 포함해야 함을 인정하였으나 여전히 징벌적 약물 정책으로 인해 여성이 직면하게 되는 피해들이 방치, 무시되고 있다고 비판한다. 마약 거래상들은 종종 범죄에 대한 의심을 피하기 위해 전통적인 여성성을 활용하고, 여성들은 대부분 마약 거래의 가장 낮은 단계에 관여하면서 같은 일을 해도 남성들보다 더 낮은 임금 또는 보상을 받는다. 마약 밀매에 연루된 여성들은 브래지어 등 여성 의류에 약을 숨기거나 임신부로 꾸미기도 하고, 질 안에 숨기거나 엉덩이에 수술적으로 약물을 이식해 국경을 넘기도 한다. 이는 상당한 신체적 위험을 부담하게 하는 일인 동시에 마약 거래에 연루된 여성이 남성 파트너로부터 일정하게 독립을 달성하거나, 폭력을 피하기 위한 전략이기도 하다(Campbell, 2008). 그럼에도 불구하고 대다수 여성은 약물 경제의 주변적이고 종속적인 역할을 하며 약물 공급에 대해 남성에게 의존하게 된다.

약물을 사용하는 여성들은 남성에 비해 약물 사용으로 인한 부정적인 결과를 경험할 확률이 높다(Davis et al., 2002; Cucciare et al., 2013). 많은 여성들이 경제적으로 박탈된 상황에서 약물을 사용하게 되며, 약물 사용은 이중, 삼중의 낙인으로 이어진다. 약물 사용에 대한 낙인 그 자체에 더해 성적 낙인과 어머니, 가족, 돌봄자로서의 자연스러운 역할을 위배한 여성이라는 낙인이 더해지며, 이런 낙인과 수모는 형사사법체계에서의 과정과 치료·재활·회복 모두에 영향을 미친다. 또한 여성은 주거나 보호, 약물 공급에 대한 대가로 성관계를 요구받게 될 가능성이 더 높고, 파트너로부터 폭력을 경험하는 경향이 있다. 파트너에게 콘돔을 사용하자고 주장하는 데에 어려움을 겪고 이는 각종 성매개질환과 HIV 감염, 원치 않는 임신의 위험을 높인다(Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008). 또한 여성들은 남성에 비해 같은 주사기를 더 여러 번 반복해 사용할 가능성이 높고, 스스로 주입하기 보다는 다른 사람(주로 남성)에 의해 약물을 주사받는 경우가 많다(El-Bassel et al., 2010). 이런 상황은 여성의 각종 혈액 매개질환 감염율을 높이는데, 한 연구에 따르면 유럽 9개국에서 약물 사용자 여성의 HIV 유병률은 남성보다 50% 이상 높았고, 성차는 위해감소 프로그램이 잘 개발되지 않은 나라에서 더 컸다(Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

국제 마약류 정책 컨소시엄의 분석에 따르면 처벌 중심 마약 정책의 일부 요소들은 특히 여성들에게 해롭다. 마약 밀매에 연루된 여성들은 주로 경제적 필요 때문에 여기에 관여하여 가장 하위 단계에 관여하는데, 많은 사법 체계에서 마약 거래에 대한 처벌이 관여도와 권한에 따른 차등을 주지 않는다. 범죄 기록은 교육이나 취업 기회를 제약해 여성들을 빈곤하게 만들고, 다시 마약 거래나 성매매 등의 일자리를 찾게끔 만든다. 또한 약물 사용과 관련하여 여성들은 다양한 폭력적 경험(감금, 성폭력, 육체적 폭력 등)과 트라우마(예. 함께 약물을 사용하던 파트너의 자살이나 사망 등)를 겪으면서 이로 인한 정신질환을 앓게 될 가능성이 더 높다. 약물사용자의 중독과 회복이 모두 사회적이고 생물학적인 성차의 영향을 받고, 성인지적인 접근이 도움이 될 수 있음을 의미한다. 그러나 많은 약물 정책과 회복 프로그램은 성차를 온전히 고려하지 않는다.

마약정책이 약물사용자 여성들이 처한 조건을 보다 잘 다루어야 함을 강조하는 이 보고서에서는, 대안적인 사례로 캐나다의 “Breaking the Cycle” 프로그램을 소개한다. 이 사업은 임신부부터 최대 6세 이하 자녀를 둔 초기 양육 여성 약물 사용자들에 대해 다양한 서비스를 제공하는 조기개입 프로그램이다. 1995년 설립된 비영리조직인 동명의 비영리조직¹⁷⁾은 약물사용자 여성들을 위해 약물의존치료, 산전산후관리, 육아 지원, 영양과 의복 지원, 다층적 상담 서비스를 제공한다. 이들은 주거가 불안정하거나 노숙

중인 여성들에게도 프로그램을 제공하고, 이들을 도와 기존의 복지 체계 내에서의 지원을 받을 수 있게끔 돕는다. 핵심은 약물 중독자 여성이 고립되지 않고 국가와 사회가 제공하는 다양한 서비스를 이용할 수 있게끔 지지하는 것이다. 이 프로그램 말고도 밴쿠버의 Sheway, 브리티시 콜롬비아 프레이저 밸리의 Maxxine Wright Place Project, 앨버타 주 에드먼턴의 New Choice 같은 센터들이 약물사용자 여성에게 포괄적인 서비스를 제공하며, 이렇게 지역사회 기반의 찾아가는 서비스(community-based outreach service)들이 캐나다 내에서 약물사용 여성을 지지하기 위한 주류 접근으로 그 근거를 확립해 나가고 있음을 확인할 수 있었다(Health Canada, 2006).

국제 마약류 정책 컨소시엄의 보고서는 약물 중독이 형사사법제도보다 교육과 지역사회 기반의 포괄적이고 가족을 고려하는 치료를 통해 해결할 수 있는 건강 문제라는 입장을 지지한다. 약물 사용 여성들은 상당한 낙인과 차별에 직면하는데, 불법 약물 사용에 대한 처벌과 제재를 중심으로 하는 정책은 이런 오명을 더 악화시키고 인권을 침해할 위험이 크다. HIV 감염이나 여타 혈액매개질환에 대한 위험, 약물 사용과 연관이 된 각종 신체적 질환과 증상, 약물 중독과 관련하여 발생한 관계적 고립 등의 다차원적 문제에 직면한 여성들을 위해서 정부는 근거에 기반하고 인권을 존중하며 성별을 고려하는 마약 정책과 프로그램을 운영해야 한다는 것이 이 보고서의 결론이다.

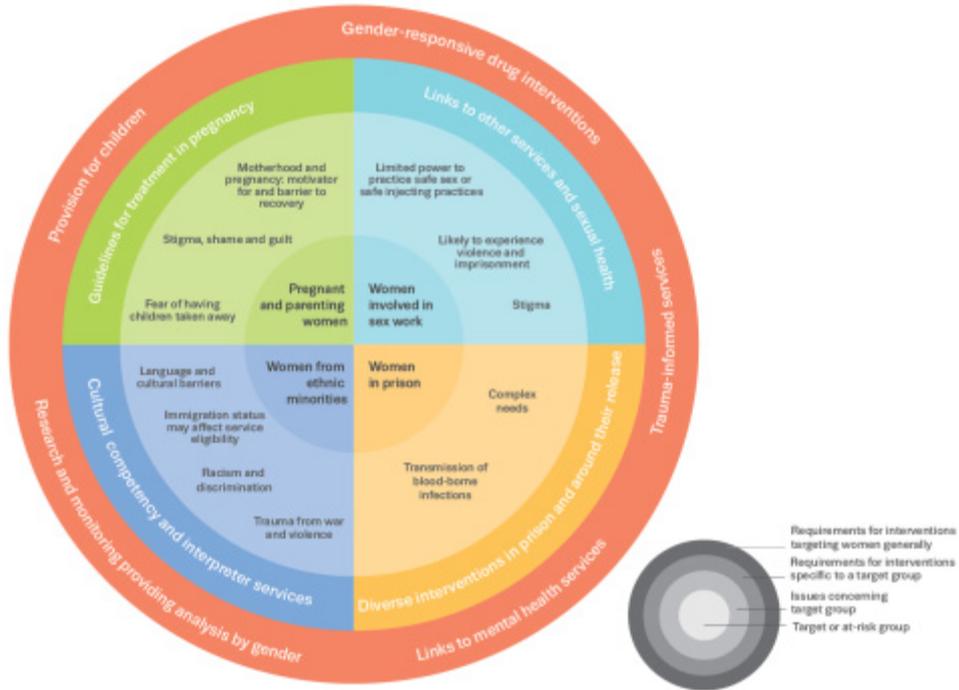
2) 유럽의 동향

유럽연합의 약물기구인 마약류와 약물 중독 유럽 모니터링 센터(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA)는 세계여성의 날을 맞아 2023년 3월 8일 <여성과 약물: 건강과 사회의 대응 Women and drugs: health and social responses>라는 제목은 약식지침을 내놓았다(EMCDDA, 2022). 지침에서는 여성이 겪게 되는 독특한 약물 문제로 낙인, 사회경제적 부담, 사회적 지원 부족, 아동 관련 문제, 약물을 사용하는 파트너와의 문제의 다섯 가지를 제시하고 있으며, 여기에 더해 약물을 사용하는 여성은 아동학대, 친밀한 파트너 폭력, 젠더폭력을 경험할 가능성이 높고, 정신건강 악화와 혈액매개바이러스 감염이 크다는 점을 짚고 있다. 성매매 여성, 젠더폭력 피해자, 구금시설의 여성, 임산부 및 육아 중인 여성, 성소수자 여성, 이주민 또는 소수민족 출신의 여성들은 이런 종류의 문제에 특히 취약하며, 한국의 맥락에서도 교차적 불평등에 대한 고려가 필요할 것으로 보인다.

17) Mothercraft Early Intervention Programs. <https://www.mothercraft.ca/index.php?q=ei-btc>

약물을 사용하는 여성의 필요에 적절하게 대응하기 위해서는 서비스를 기획하고 집행하는 모든 단계에서 성인지적 고려가 필수적이며, 이런 프로그램은 하위 인구집단의 필요에 따라 여성 전용 혹은 혼성 프로그램으로 기획할 수 있다. 적절하게 서비스를 개발하기 위해 고위험 인구집단 특성을 파악하고 → 관련된 이슈를 확인하며 → 고위험 인구집단 개입을 위한 필요와 요구에 따라 개입 전략을 개발하고 → 여성 일반을 대상으로 한 개입을 위한 요구사항으로 확장하는 4단계 대응 전략을 추천하고 있다(그림 IV-7).

약물을 사용하는 여성은 흔히 높은 수준의 낙인과 트라우마를 겪기 때문에 신체적·정서적으로 안전한 환경 안에서 트라우마로부터 회복하여 안전하다는 감각과 자존감을 회복할 수 있도록 돕는 트라우마를 염두에 둔 치료(trauma-informed treatment)가 제공되어야 한다. 약물을 사용하고 있는 임신부와 자녀를 키우는 여성에게는 약물 사용, 산부인과 진료, 가족계획, 감염병, 정신건강, 복지서비스 등을 제공할 수 있다. 또, 조기 아동기개입 프로그램을 통해 필요에 맞는 서비스(방문교육 등)를 제공하면 육아 기술을 키우고, 아동 발달에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 구금시설의 여성은 약물 사용 비율이 높고, 과거에 학대 또는 정신건강 문제가 있었던 경우가 많다는 점을 고려해야 한다. 약물 중독이 있는 경우 약물치료와 심리사회적 치료가 제공되어야 하며, 석방 이후의 삶을 위해 주택 및 재정 문제, 직업 및 생활 기술 훈련, 사회적 지원 및 가족관계, 지역사회 내 약물 치료 등의 영역을 미리 준비할 필요가 있다. 성매매 여성의 경우 야간·방문 상담, 보육시설 등의 지원이 제공되는 것이 중요하고, 고용과 주거 측면에서의 안정성을 확보하기 위한 조치가 필요하다. 이주민 또는 소수민족 출신의 여성의 경우 민족적, 문화적 측면을 적절하게 고려해야 한다. 문화적으로 조정자 역할을 할 수 있는 활동가의 참여를 권장할 수 있고, 여성이 모국어로 의사소통할 수 있도록 통역 서비스를 제공하면 도움이 된다. 마지막으로 여성이 단일한 인구집단이 아니라는 점을 이해하고, 약물 사용 양태 변화에 기민하게 대응하며, 정책과 개입에서 젠더를 주류화(gender mainstreaming)하는 일이 필요하다.



자료: EMDCCA(2022)

[그림 IV-7] 약물을 사용하는 여성에 개입하는 4단계 대응전략

이 지침이 제시하는 약물사용자 여성에게 개입하기 위한 온전한 대응전략에 비추어 보았을 때에 오랜 기간 마약 정책을 수행해온 유럽 국가들에서도 성인지적 개입이 충분하지 않고, 개입이 체계적으로 정리되어 있다고 보기 어렵다. 그럼에도 참고할 만한 사례가 몇 가지 존재한다. 포르투갈은 <National Plan for the Reduction of Addictive Behaviours and Dependencies 2013-20 중독성 행동 및 의존성 감소를 위한 국가 계획 2013-20>에 여성을 대상으로 한 개입을 명문화하였다. 프랑스에서는 2016년 전문가들이 여성에게 제공되는 상담과 지원을 개선할 수 있도록 돕기 위해 오피오이드 작용제 치료를 받는 임신부의 관리와 오피오이드 작용제 치료를 받는 여성을 위한 가족 계획에 대한 권장 사항을 포함한 <Femmes et addictions 여성과 중독>이란 제목의 지침을 발행했다.

독일에서는 외래 기반 중독치료시설이 많은 도시 지역에서 성별에 따른 중독치료 서비스를 제공하며, 대표적으로 슈투트가르트의 LAGAYA는 여성, 소녀는 물론 그 친척과 기타 애착대상을 위해 심리사회적 중독 상담과 치료를 제공하는 센터이다. 베를린

의 FrauSuchtZukunft는 교도소에 있는 여성을 포함하여 다양한 여성에게 심리사회적 치료, 상담, 위기 개입, 외래 중독 치료 등 다양한 서비스를 제공한다. 오스트리아의 외래 기반 중독지원기관인 Dialog는 여성만을 위한 방문 시간을 설정하여, 해당 시간에는 센터에서 남성을 만나지 않도록 안배하고 있다. 여성을 위해 여성이 운영하는 외래 치료 센터인 Gesundheitsgreisslerei는 여성의 고유한 필요에 반응하는 것을 목표로 하는 페미니즘적 접근 방식을 추구하며 알코올, 불법 약물 또는 두 가지 모두에 의존하여 치료·지원·재활이 필요한 여성에게 안전한 공간을 제공하고 있다.

스페인 카탈루냐에서 위해감소, 인권, 젠더주류화에 전념하는 비영리 협동조합인 Metzineres는 약물을 사용하는 여성에게 안전한 쉼터와 위해감소 서비스를 제공하는 방식으로 젠더반응적인 위해감소 서비스를 제공한다. 약물 문제를 겪는 구금시설 여성의 필요에 대응하기 위해 스페인과 룩셈부르크의 일부 여성교도소, 독일의 한 교도소는 바늘과 주사기를 교환해 주는 프로그램을 운영한다.

약물을 사용하는 임신부 및 자녀를 양육하는 여성을 위한 서비스 좀 더 다양한 사례들이 파악된다. 예컨대 산부인과 치료, 가족계획, 감염병, 정신건강, 개인 및 사회 복지 등 다양한 영역에서 약물사용자의 특성을 고려하는 서비스가 제공되고 있다. 일부 국가에서는 여성들이 자녀의 양육권을 빼앗길까봐 우려하여 제대로 치료를 받지 못하게 되는 상황을 고려하는 다양한 육아 문제를 다루고, 중독치료기관에서 직접 보육서비스나 아이에게 친화적인 숙소를 제공하기도 한다. 예를 들어 헝가리의 Józán Babák Klub은 3단계 접근 방식을 통해 임신부나 2세 미만의 자녀를 둔 어머니에게 서비스를 제공한다. 첫 번째 단계에서 여성들은 Józán Babák Klub 자조 그룹에 연락하여 서비스에 대한 정보를 얻고, 두 번째 단계에서는 의료·법률·사회·심리 서비스를 익명으로 이용할 수 있으며, 8회에 걸쳐 상담을 진행한 임신부 또는 육아 여성은 회차당 소액의 포상금을 받는다(현금 이전 서비스라고도 부르는 cash transfer program의 일종). 세 번째 단계에서 Klub은 임신부를 위한 의료 서비스, 사회 또는 법률 서비스, 산전 관리 서비스와의 접촉을 추천한다. 두 번째와 세 번째 단계에 참여하는 여성들은 Józán Babák Klub 자조 그룹의 구성원과 함께 서비스를 받게 된다. 벨기에의 캥거루 프로젝트는 여성의 양육을 지원하는데 낮에는 아이들이 보육원, 유치원, 학교에 가고 엄마들은 치료 프로그램에 참여할 수 있다. 프로그램은 부모에게 정보를 제공하고, 부모-자녀 활동 및 주제별 그룹을 촉진하며, 개별 상담을 제공하고, 약속 시간에 부모가 동행하도록 보장하여 부모와 자녀의 관계를 강화하는 것을 돕는다.

유럽연합 위원회에는 인권을 존중하는 효과적이고, 근거에 기반한 약물 정책을 다루는

퐁피두 그룹(Pompidou Group)이 운영되고 있다.¹⁸⁾ 이 그룹은 1971년 前 프랑스 대통령인 조르주 퐁피두(Georges Pompidou)의 제안으로 마약 남용을 막고 마약 밀매를 근절하기 위해 프랑스, 벨기에, 독일, 이탈리아, 룩셈부르크, 네덜란드, 영국의 7개국으로 결성되었다. 1980년 유럽평의회에 통합되었고 2010년 금융위기로 인해 자원이 부족해지면서 기존의 처벌 중심 마약 정책의 높은 비용을 감당할 수 없다는 합의에 도달하면서 마약류 정책에서 인권을 완전하게 존중하고, 젠더 차원을 도입하기 시작하였다.

이런 동향을 반영하여 2022년 퐁피두 그룹은 예방, 치료, 사법정의와 관련된 마약류 정책에서 젠더 접근을 적용하기 위한 핸드북을 발간했다(Mutatayi et al., 2022). 저자들은 여성과 남성의 약물 사용 격차가 줄어들고 있고, 여성이 남성에 비해 약물로 인한 건강 피해를 더 빠르고 심하게 겪지만, 예방, 치료, 위해감소에 이르는 서비스는 물론이고 대부분의 정책 대응이 성인지적이지 못하다는 점을 지적한다. 이를 극복하기 위한 마약류 정책의 핵심 요소로 젠더 관점에서 이루어지는 약물사용 모니터링, 젠더 관점을 고려한 전략 및 실행 계획 개발, 젠더 관점을 고려한 평가, 젠더 예산(gender budgeting)의 네 가지를 제안한다. 젠더 관점을 고려한 마약류 정책의 사례로는 아일랜드 정부가 2017년 수립한 <Reducing harm, supporting recovery: A health-led response to drug and alcohol use in Ireland 2017-25, 위해를 줄이고 회복을 지원하기: 2017-25년 아일랜드에서 약물과 알코올 사용에 대한 건강 주도 대응>이 있다. 여기에는 출산서비스와 중독서비스의 연계 강화, 입원치료가 필요한 임신/산후 여성을 위한 주거 필요 산출, 엄마-아기 관계 형성을 지원할 수 있는 서비스 개발, 약물 문제를 다룰 수 있는 조산사의 역할을 확대하고 임신부를 위한 지원 제공, 모든 산모에게 조산사와 사회복지사 서비스를 제공하기 위한 지원 확대, 알코올 남용 조기발견과 섭취 감소 지원, 임신 중 알코올 소비의 위험을 알리기 위한 전략 개발이 포함된다. 스페인 정부가 2017년 수립한 <The National Strategy on Addictions 2017-24, 2017-24 중독에 대한 국가전략>은 여성에 대한 보호를 개선하기 위해 사회 전체의 인식을 제고하는 것을 목표로 삼고 있다. 여기에는 향정신성 물질에 중독된 여성을 식별하고, 이런 물질이 사용되는 환경에서의 성폭력 예방 및 조기발견을 촉진하며, 여성의 약물 사용에 대한 분석을 통해 비약물적 치료를 개발하여 여성의 필요에 맞는 프로그램을 추진하고, 사회적 변화에 따라 달라지는 약물 사용 양상에 성인지적으로 대응하는 등의 내용이 담겨 있다.

핸드북은 실무자가 정책을 기획, 집행하는 과정에 대한 권고도 담고 있다. 보편적

18) Concil of Europe - Pompidou Group. <https://www.coe.int/en/web/pompidou>

예방을 위해서는 약물 사용을 가능한 초기에 막고, 젠더 관점을 적극적으로 도입하는 것이 중요하다. 약물 사용이 남성들의 문제라는 잘못된 믿음을 불식하고, 반사회적 또래 집단의 영향을 줄일 수 있게 도우며, 젠더에 따른 권력관계가 약물 사용으로 이어지지 않도록 막고, 위험한 상황을 식별하고 대처할 수 있도록 돕는 것 등의 활동이 이루어져야 한다. 핸드북에서는 이와 관련하여 이탈리아에서 운영되는 TOP(Tutor on Orientation and Prevention) 프로그램을 소개하고 있는데, 이 프로그램은 진행자의 도움을 받아 청소년 여성들이 자기표현을 할 수 있도록 장려하는 과정이 핵심이다. 예를 들어, 청소년 남성과 여성이 각각 젠더 상호작용에서 약물 사용의 역할을 논의한 다음, 모여서 의견을 나누고, 약물 사용과 관련한 포용적이고 집합적이며 안전한 규칙에 합의하는 식의 집합 상담과 교육을 운영한다. 선택적 예방을 위해서는 고위험집단에 대응하고, 젠더에 따른 특수성을 고려하는 프로그램을 만들어야 한다. 약물 사용, 위험 수용, 젠더폭력 등 반사회적 행동에서 남성성 규범의 역할을 다루고, 성폭력을 승인하는 태도를 비정상적인 것으로 만들고, 성폭력 미신과 피해자 비난을 반박하기 위해 알코올과 약물 사용이 남성의 특정한 지배 행동을 자극·증폭하는 방식을 설명해야 하며, 알코올 또는 약물이 사용되는 환경에서 성폭력을 감지, 예방, 중단할 수 있도록 주변 사람(bystander)의 개입을 장려하는 등의 내용이 교육에 포함된다. 명시적 예방(indicated prevention)을 위해서는 개인의 강점과 약점을 조기에 살피는 것이 제안된다. 약물 사용의 초기 징후를 보이는 사람을 대상으로 개인적 위험 요인에 대응하고, 지지를 구축하여 약물 사용의 확대를 막아야 하는데 이를 위해서는 트라우마에 기반한 접근(trauma-informed approach), 개인의 회복력을 장려하는 접근, 도움을 청하기 어려운 사람에게 다가가는 접근 등이 유효할 수 있다. 매뉴얼은 이와 관련하여 북마케도니아의 “I want to know” 프로그램을 소개한다. 이 프로그램은 약물 사용의 위기에 있거나 이미 사용 중인 청년층을 대상으로 상담예방서비스를 성인지적이고 성소수자 친화적으로 제공한다. 변화에 대한 동기부여, 자기표현, 스트레스 관리, 의사결정 등에 중점을 두며, 폭력을 겪은 후 약물을 사용하게 된 여성들은 별도의 관리를 받는다. 자기공격성(auto-aggression)이 있는 경우 의료기관으로 의뢰되며, 성소수자에게 상담과 예방서비스를 제공하는 정신과 의사들은 이를 위한 별도의 훈련을 받고 성소수자 시민단체와 지속적으로 상담하며 업무를 수행한다.

성인지적 마약류 정책을 위해 형사사법제도의 개선도 필요하다. 약물 관련 범죄에 형벌을 선고함에 있어 여성이 구체적으로 경험하는 현실을 반영하여 비례적이고, 대안적인 방식을 택할 수 있도록 해야 한다. 또, 지역사회 또는 구금시설 기반으로 여성

에게 맞춤형 서비스를 제공해야 하는데, 이를 위해서는 아일랜드 정부가 한 번에 모든 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 만든 ‘one-stop shop’ 모형을 참고할 수 있고, 비슷한 사례는 영국 버밍햄의 Anawim women’s center, 카디프의 Platform 51, 에딘버러의 Willow Service, 벨파스트의 Inspire Women’s Project 등을 참고할 수 있다. 잉글랜드에 소재한 여성 센터는 육체적·정신적 건강은 물론이고 교육, 재정, 관계, 고용 등 다양한 서비스를 제공하여 개인의 회복력을 키우고 근본 원인을 제거하여 재범을 줄이는 것을 목표로 한다. 스웨덴, 터키, 영국 구금시설의 집단 상담에는 집단인지행동 치료, 약물 의존치료 프로그램 등이 포함되어 있으며, 벨기에, 영국, 아일랜드 등에서는 동료 간 1:1 개입을 통한 지식교환, 자조 지원 등이 제공되고 있다.

개입, 지원, 치료를 성인지적으로 수행하기 위해서는 우선순위 결정 방식이 달라질 필요가 있다. 기존의 프로그램은 남성을 상정하고 설계되어 가족과 관련된 여성 사용자의 역동(dynamic)을 고려하지 않고, 여성의 특성을 중요하게 여기는 경우에도 태아와 유아의 권리를 우선시하는 도덕화된 프로그램인 경우가 많아 여성 본인의 필요가 간과되는 경향이 있다. 여성들은 신체적·정신적 건강이 악화되고 복잡한 건강필요가 생기는 위기 상황이 되어야 서비스를 받는 경우가 많고, 빈곤, 성노동 등에 노출되어 있는 경우가 흔하며, 이주민, 성소수자, 노인처럼 잘 대표되지 않는 하위 인구집단이 많다. 또, 서비스를 안정적으로 받지 못한 채 구금시설, 학대하는 파트너의 집 등을 전전하게 되는 상황을 겪기 쉽다. 자녀가 있는 경우 자녀를 누군가에게 맡겨야 치료를 받을 수 있다는 점 때문에, 또는 자녀를 빼앗길 것을 우려하여 회복을 위한 서비스를 이용하기가 어려워지므로 자녀가 같이 머물 수 있는 아동친화적 공간 혹은 자녀가 있는 여성을 위한 전용치료공간 등을 제공할 필요가 있다. 마찬가지로 약물 사용과 그와 관련된 정신건강 문제, 성노동 종사 등에 대한 사회적 편견이 강한 경우 여성은 자신의 상황을 숨기기 위해 서비스 참여를 회피할 가능성이 있다. 이런 문제를 극복하기 위해서는 여성이 겪게 되는 구조적 불평등의 존재를 인정하고, 그에 기반하여 서비스를 재구성해 나가는 노력이 필요하다. 더불어, 약물 사용자와 서비스 제공 실무자 또는 기관 사이의 신뢰는 서비스 참여율 향상에 도움이 되며, 이를 위해서는 안전하고, 판단하지 않는(non-judgmental) 분위기를 만드는 것이 중요하다. 마지막으로 여성이 복잡한 필요를 다루기 위한 서비스에 빠르고, 간편하게 접근할 수 있다면 안전하고 지지적인 환경으로 쉽게 전환하는 데에 도움이 된다. 이를 위해서는 부담이 되지 않는 비용으로 주거를 해결할 수 있도록 하고, 필요한 서비스를 빠르게 받을 수 있도록 돕고, 기존 대신 필요에 기반한 보편적인 서비스를 제공하면 서비스 참여를 제고할 수 있다.

3) 미국의 동향

미국은 다른 국가와는 달리 전반적으로 젠더보다는 인종(race) 축을 더 중요하게 다루고 있다. 약물 사용과 관련된 조직으로는 보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS) 산하의 약물 남용과 정신건강서비스 관리국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)과 국립보건원(National Institutes of Health, NIH) 산하의 국립약물남용연구소(National Institute on Drug Abuse, NIDA)가 있다. 관리국은 약물 문제의 관리에 있어 성인지적 접근을 명시적으로 내세우고 있지는 않으며, 2023-2026 전략계획에서도 약물 사용 및 과다 복용 예방, 자살 예방 및 정신건강서비스에 대한 접근성 향상, 어린이, 청소년, 가족의 회복력과 정서건강 증진, 행동 및 신체 건강 관리 통합, 행동 건강 인력 강화에 우선 순위를 두고 있다. 관리국은 미국을 10개로 나눠 평균 5개 내외의 주를 관리하는 지역 사무소를 산하에 두고 있으며, 이들 지역사무소는 지역에 고유한 프로젝트를 수행하는 경우도 있다. 여성, 임산부, 성소수자 등에 대한 치료지침과 일반인용 설명자료를 만들어 배포하고 있으나 젠더 관점의 고려가 두드러진다고 보기는 어렵다. 국립약물남용연구소는 서비스 조정, 협력, 연계를 직접 담당하는 실무조직인 약물남용과 정신건강서비스 관리국과 달리 약물 사용과 중독에 대한 과학적 연구를 수행하고, 연구자의 훈련을 지원하며, 외부 연구에 자금을 대는 역할을 수행하고 있다. 젠더와 관련해서는 여성과 성/젠더격차 연구그룹(Women & Sex/Gender Differences Research Group)이 운영되고 있다. 이 조직은 여성 과학자의 경력을 증진하고, 약물 사용 장애와 관련된 성별/젠더 차이를 밝히고, 생애 전반을 통해 여성에게 양질의 예방/건강 서비스를 제공하기 위한 연구의 수행, 번역, 보급을 촉진하는 것을 목표로 하고 있다.

2. 현황 진단

가. 신문기사 분석

마약과 향정신성 의약품 문제는 최근의 문제가 아니라 비교적 오래전부터 사회 문제로 여겨져 왔다. 여기에서는 한국언론진흥재단에서 제공하는 BigKinds 플랫폼(<https://www.bigkinds.or.kr/>)을 이용하여 주요 언론에서 마약과 향정신성 의약품 문제의 동향을 살피는 것을 목표로 한 신문기사 분석을 수행하였다. 다만 여기에서 확인된 내용은 한국

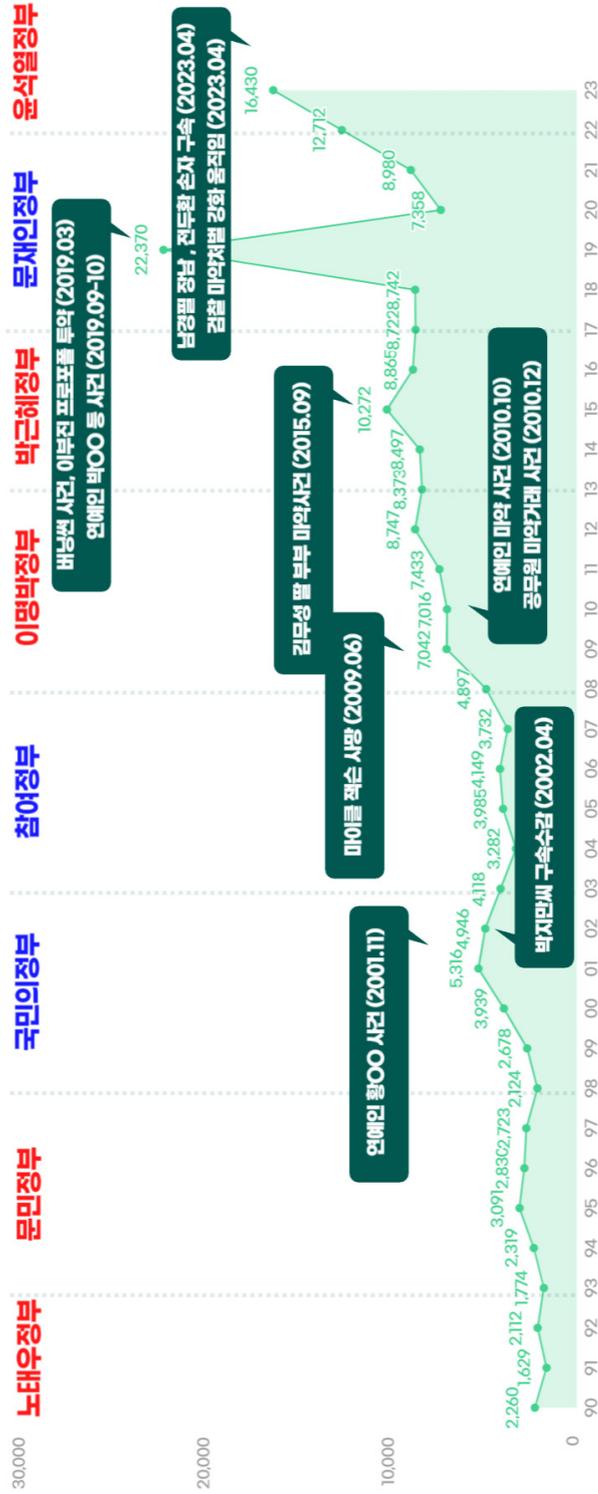
사회 안에서 실제로 발생했던 문제의 크기를 반영하는 것이라기보다는 주류 언론이 이 문제에 주목한 정도를 반영한다. 따라서, 실제로 처방된 의약품의 양을 포함하는 다양한 방식의 삼각측량을 통해 상황의 전모를 더듬어 내기 위한 기초자료로 이해되어야 한다는 점에 주의할 필요가 있다.

상황을 확인하기 위한 첫 번째 단계의 분석으로 BigKinds 플랫폼에서 자료를 제공하는 1990년 1월부터 2023년 6월의 기간에 “마약”과 “향정”을 검색어로 하였을 때 확인되는 신문기사의 동향을 확인하고, 기사량이 증가하는 시점의 신문기사의 내용을 확인하여 증기를 견인한 사건을 확인하였다. 이어 분석 시기를 정권에 따라 연도별로 구분하고 각 정권에서 주로 등장하는 관련 키워드를 정리하여 문제의 성격이 이해되는 방식을 살피고자 하였다. 기사량의 변화는 BigKinds 플랫폼에서 제공하는 기사량 데이터를 그래프의 형태로 가공하였고, 주요 키워드 역시 각 정권에 해당하는 기간의 기사를 BigKinds 플랫폼에서 가공한 결과 제공하는 키워드를 그대로 활용하였다.

[그림 IV-8]은 “마약”을 검색어로 사용하여 신문기사를 검색하였을 때 확인되는 기사량의 변화를 보여준다. 1990년 이후 조금씩 상승하던 양상을 보이던 기사량이 이명박 정부 초기인 2009년을 기점으로 기저 수준이 2배 가량 높아진 것을 확인할 수 있다. 2009년 이전에는 2001년 말 모 연예인 사건, 2002년 초 전직 대통령 자녀의 구속수감 등으로 인한 기사량 증가가 확인된다. 기저 수준의 증가가 발생한 2009년에는 미국의 유명 연예인이 사망하는 사건이 있었고 이후 연예인의 마약 사용, 공무원의 마약거래, 정치인 자녀의 마약 사용 등이 발생하면서 연간 기사량이 조금씩 증가하였다. 2019년에는 클럽에서의 성착취 사건이 발생하고 재벌, 연예인 등의 마약류 사용 사건이 같이 조명되면서 검색 기간 중 가장 많은 기사량을 보였다. 사건이 다소 잠잠해진 2020년에는 이전 수준으로 기사량이 감소하였다가 새로운 정권이 마약처벌을 강화하려는 움직임을 보이면서 2023년은 절반의 기간이 포함되었음에도 불구하고 2021년의 두 배에 달하는 기사량이 확인되었다.

신문기사 동향 (검색어: 마약)

* 검색기간 1990.01-2023.06



[그림 IV-8] “마약”을 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화

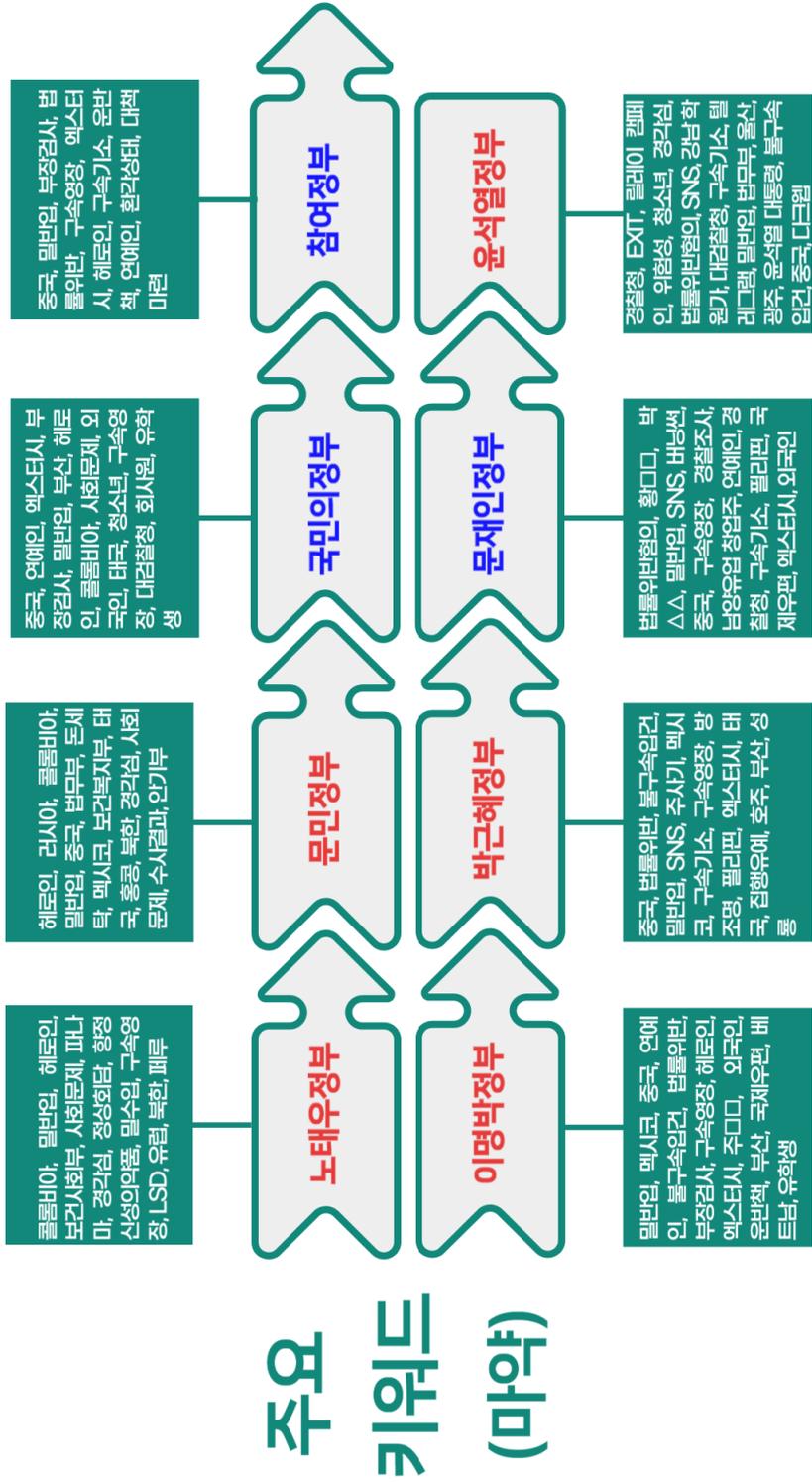
[그림 IV-9]는 “마약”을 검색어로 하여 신문기사를 검색하였을 때 확인되는 키워드를 각 정권 시기별로 구분하여 제시한 것이다. 키워드에서 확인되는 것 중 특기할만한 내용은 시기에 따라 주로 문제가 되는 마약은 변화하지 않지만 마약 문제를 다루는 주요 부서와 마약의 유입·유통과 관련한 경로가 달라진다는 점이다.

시기와 무관하게 주로 문제가 되는 마약은 헤로인과 엑스터시이다. 노태우정부 시절에는 향정신성의약품, LSD가 마약과 함께 포착되지만 이후 시기에는 주요 키워드에서 사라져 마약과 향정신성의약품 문제가 분리되는 양상을 보이는데 이는 2000년 『마약류 관리에 관한 법률』이 제정되면서 마약과 향정신성의약품이 법적으로 구분되었기 때문으로 보인다. 다만, 엑스터시¹⁹⁾는 향정신성의약품임에도 불구하고 “마약”을 검색어로 한 기사에서 꾸준히 등장하고 있어 개념적 혼선이 확인된다.

마약과 함께 등장하는 정부부처는 노태우정부 때는 보건 부처인 보건사회부였다가 다음 정부인 문민정부에는 역시 보건 부처인 보건복지부에 더해 안기부가 함께 나타난다. 국민의정부부터는 대검찰청이 등장하면서 보건 부처가 사라지며 이런 경향은 이후 시기에서도 유지되어 대검찰청, 부장검사, 구속 등의 키워드가 주를 이룬다. 문재인정부부터는 경찰청이 새로운 부처로 등장하는데 이는 검찰이 다루는 강력범죄였던 마약 문제가 경찰과 직접적인 관계를 맺을 정도로 조금 더 일상에 가까운 문제가 되었음을 추정하게 한다. 윤석열정부는 1년 반 밖에 포함되지 않았지만 대검찰청에 더해 법무부, 대통령과 같은 유관 사정부서들이 키워드로 같이 포착되어 똑같이 검찰이 마약 문제를 다루는 주무부처라고 하더라도 그 방식과 강도가 이전 정권과 다소 다를 가능성이 높음을 시사한다.

마약의 유입·유통 경로는 해외에서의 밀반입이 가장 쉽게 확인되지만 밀반입이 이루어지는 대상 국가는 시기에 따라 달라지는 양상을 보인다. 콜롬비아, 파나마, 페루 등 중남미 국가가 주를 이루던 노태우정부 시기와는 달리 문민정부부터는 러시아, 중국 등이 등장하기 시작하며 이후에는 시기에 따라 다소 차이가 있으나 중국과 베트남, 필리핀, 태국 등 한국과 교류가 많은 동남아 국가가 출현한다. 유입·유통의 방식 역시 과거에는 유학생, 운반책 등 인편을 이용한 것이었다면 이명박정부부터는 국제우편이 주요한 경로로 등장하기 시작한다. 문재인정부 이후로는 사회관계망서비스(SNS), 텔레그램, 다크웹 등 인터넷 기반의 경로가 등장하면서 이전과는 마약의 유입·유통 대상과 양상이 상당히 달라졌을 가능성을 보여주고 있다.

19) 엑스터시는 3,4-methylenedioxymethamphetamine(MDMA)의 별명으로 흥분제와 환각제의 특성을 갖고 있는 향정신성의약품이다.



[그림 IV-9] 정권에 따른 “미약”을 포함한 신문기사의 주요 키워드

[그림 IV-10]은 “향정”을 검색어로 신문기사를 검색한 기사량의 변화를 보여준다. 마약과는 달리 2010년 이전에는 연간 100건 미만의 기사량이 확인되어 향정신성 의약품이 별도의 문제로 다루어지지 않은 그간의 경과를 보여준다. 2014년 연예인 마약 중간 판매책 기소, 2017년 이영학 사건, 2019년 버닝썬 사건과 재벌가 프로포폴 투약 사건 등이 발생하면서 조회수가 늘어나다가 2021년 같은 재벌가에서 프로포폴 투약 사건이 다시 발생하고 연예인도 비슷한 문제에 연루되면서 언론의 주목도가 급격하게 높아졌다. 2023년에도 향정신성 의약품을 사용한 사람이 비행기 비상구에서 난동을 피우고, 연예인, 대기업 오너가 등이 사건을 일으키면서 마약과 마찬가지로 반년의 기간만 포함되었음에도 불구하고 이전 기간보다 더 많은 기사량이 확인되어 높은 사회적 관심을 받고 있음을 확인할 수 있다.

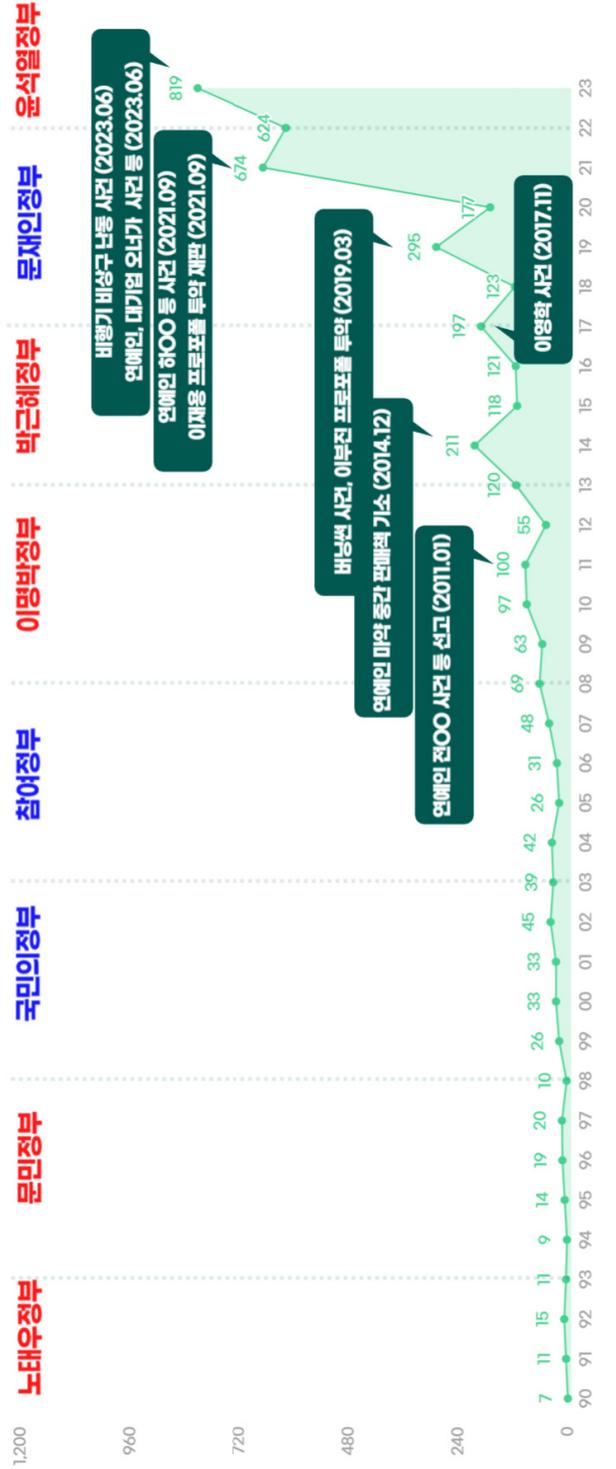
[그림 IV-11]은 “향정”을 검색어로 신문기사를 검색하였을 때 확인되는 키워드를 각 정권 시기별로 구분하여 제시한 것이다. 향정신성의약품 관련 키워드에서도 마약사범, 지명수배, 구속, 징역형 등 검찰과 관련된 내용이 많이 나타난다. 보건 부처는 노태우 정부 때의 보건사회부, 이명박정부 때의 식약청 정도만 확인될 뿐 향정신성의약품 문제에서도 보건 부처의 영향력은 그리 크지 않은 것으로 보인다.

주로 출현하는 약물은 엑스터시와 프로포폴이 있는데 엑스터시는 국민의정부 시절 기사에서부터 등장하는 오래된 약물이지만, 프로포폴은 이명박정부 시기의 기사에서 처음 등장하여 이후 시기에 계속해서 나타나는 것을 확인할 수 있다. 프로포폴과 관련된 키워드는 수면, 의료기관 등으로 문재인정부 시기의 키워드에서는 구체적인 공간으로 성형외과가 같이 등장한다. 이명박정부 시기에는 다른 시기와 다르게 식욕억제제, 시부트라민 등의 키워드가 등장하여 해당 시기에 처음 문제로 등장하기 시작했던 식욕억제제 문제가 포착되고 있으나, 이후 시기에 그 문제가 특별히 해소되지 않았음에도 불구하고 언론의 관심에서는 떨어진 것으로 보인다. 프로포폴과 비슷하게 수면과 관련된 약물로 박근혜정부 시기부터는 졸피뎀이, 윤석열정부 시기부터는 케타민이 추가로 확인된다.

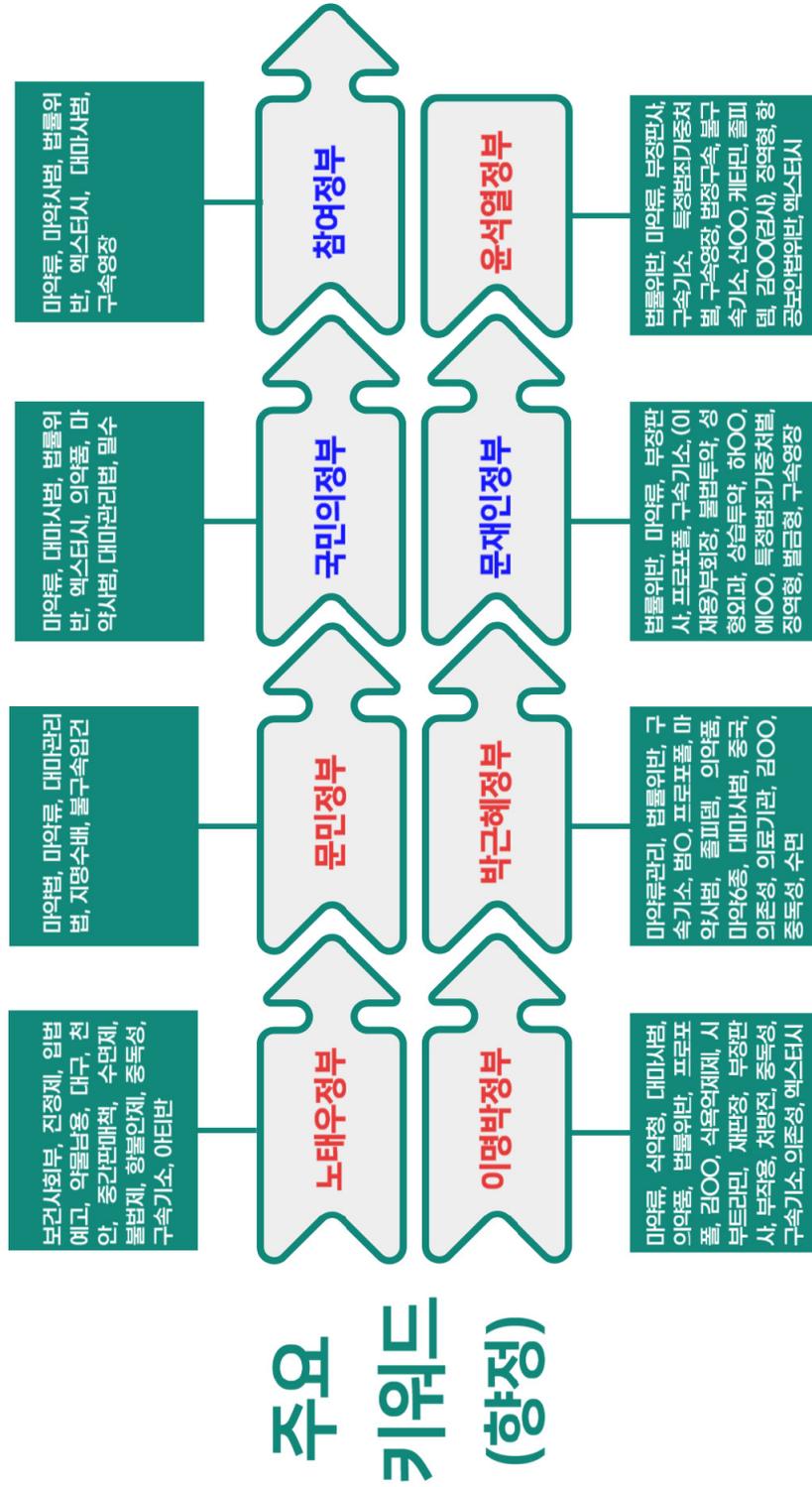
[그림 II-12]는 “마약”과 “향정”을 검색어로 각각 신문기사를 검색했을 때 각 검색어에서 확인된 신문기사의 출현 경향 사이에 얼마나 상관관계가 있는지 확인한 것으로 대체로 국민의힘 계열 정권(붉은색)에서는 상관관계가 강해졌다가, 민주당 계열 정권(파란색)에서는 상관관계가 약해지는 경향을 보인다. 이런 결과는 정권의 성격에 따라 마약과 향정을 문제화하는 방식에 차이가 있을 가능성을 시사한다.

신문기사 동향 (검색어: 향정)

* 검색기간 1990.01-2023.06



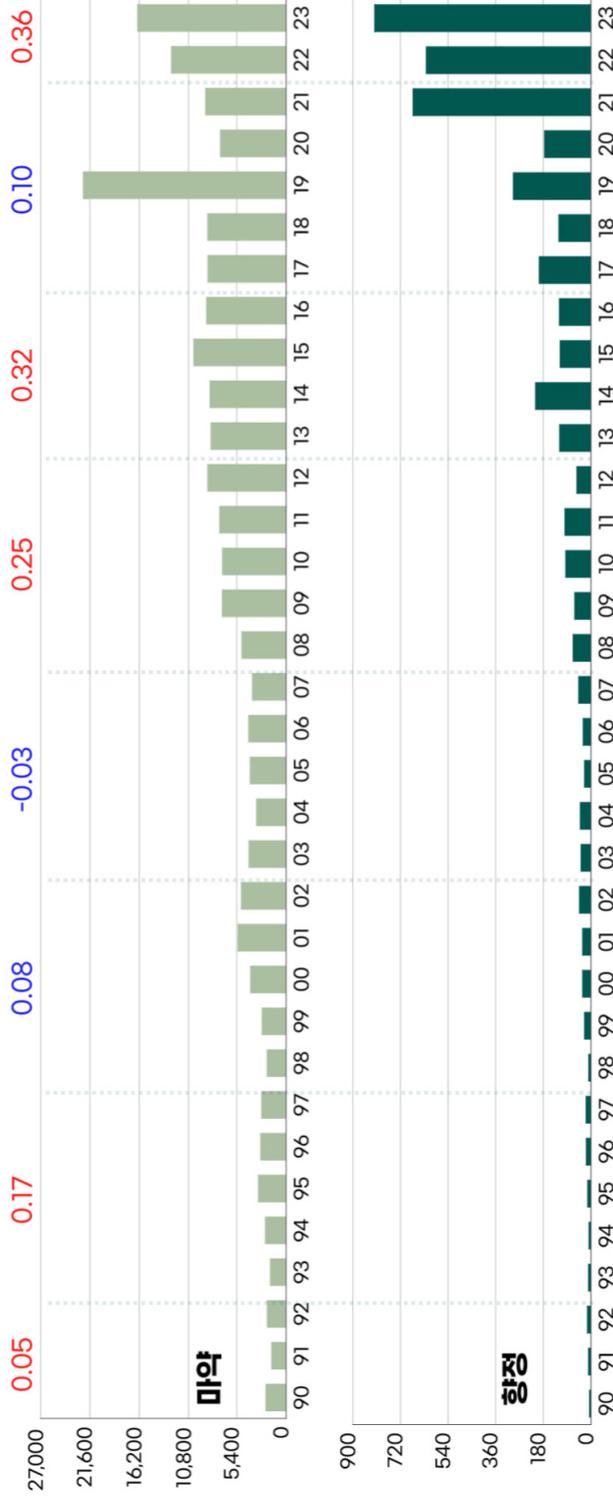
[그림 IV-10] “향정”을 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화



[그림 IV-11] 정권에 따른 “향정”을 포함한 신문기사의 주요 키워드

출현동향 비교(마약 vs. 향정)

* 전체 기간 동행지수 0.33



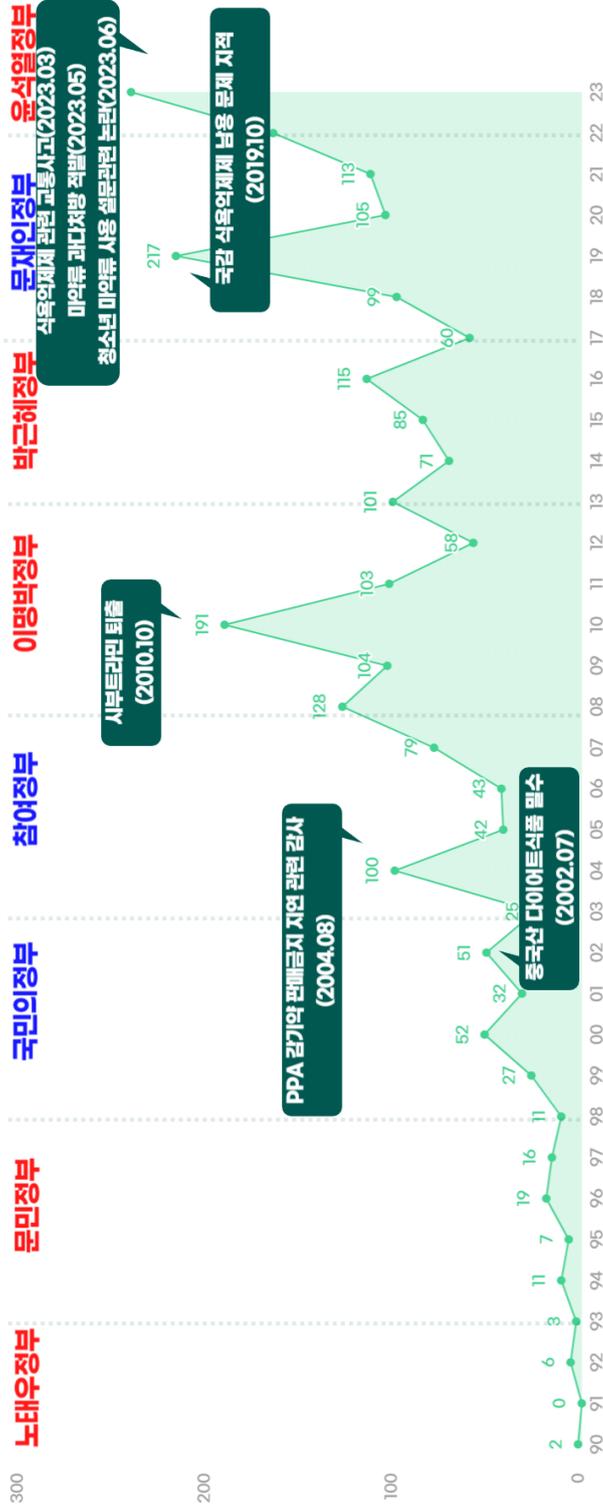
[그림 IV-12] “마약” 관련 기사와 “향정” 관련 기사의 동행지수

[그림 IV-13]은 마약류 의약품 중 문제의 크기가 과소평가되어 있는 것으로 보이는 “식욕억제제”를 검색어로 사용하여 신문기사를 검색하였을 때 확인되는 기사량의 변화를 보여준다. 식욕억제제가 등장하는 기사는 시간에 따라서 조금씩 증가하고 있는데 기사량만으로 봤을 때 최근의 문제는 아닌 것으로 보인다. 2004년의 기사량 증가가 출혈성 뇌졸중을 일으키는 것으로 알려진 PPA를 포함한 감기약의 판매금지가 지연되면서 생긴 것에 반해, 2010년의 기사량 증가는 중추신경계에 작용하는 최초의 허가받은 식욕억제제인 시부트라민(리덕틸)의 퇴출과 관련된 것으로 사안의 성격이 다소 바뀐 것으로 보인다. 이후 증감을 오르내리다가 마약류통합관리시스템이 운영되기 시작한 후 첫 국정감사에서 2019년 국정감사에서 식욕억제제 남용 문제가 지적되면서 기사량이 빠르게 증가했다. 이후 기사량으로 확인되는 전반적인 관심도가 높아진 상태에 있다가 2023년 식욕억제제를 복용한 청년이 일으킨 큰 교통사고, 마약류통합관리시스템 자료를 통해 확인된 마약류 과다처방, 청소년을 대상으로 한 잘못된 설문 결과의 공표 등이 이어지면서 상반기만 포함되었음에도 이전과 비교해 매우 높은 기사량이 확인된다.

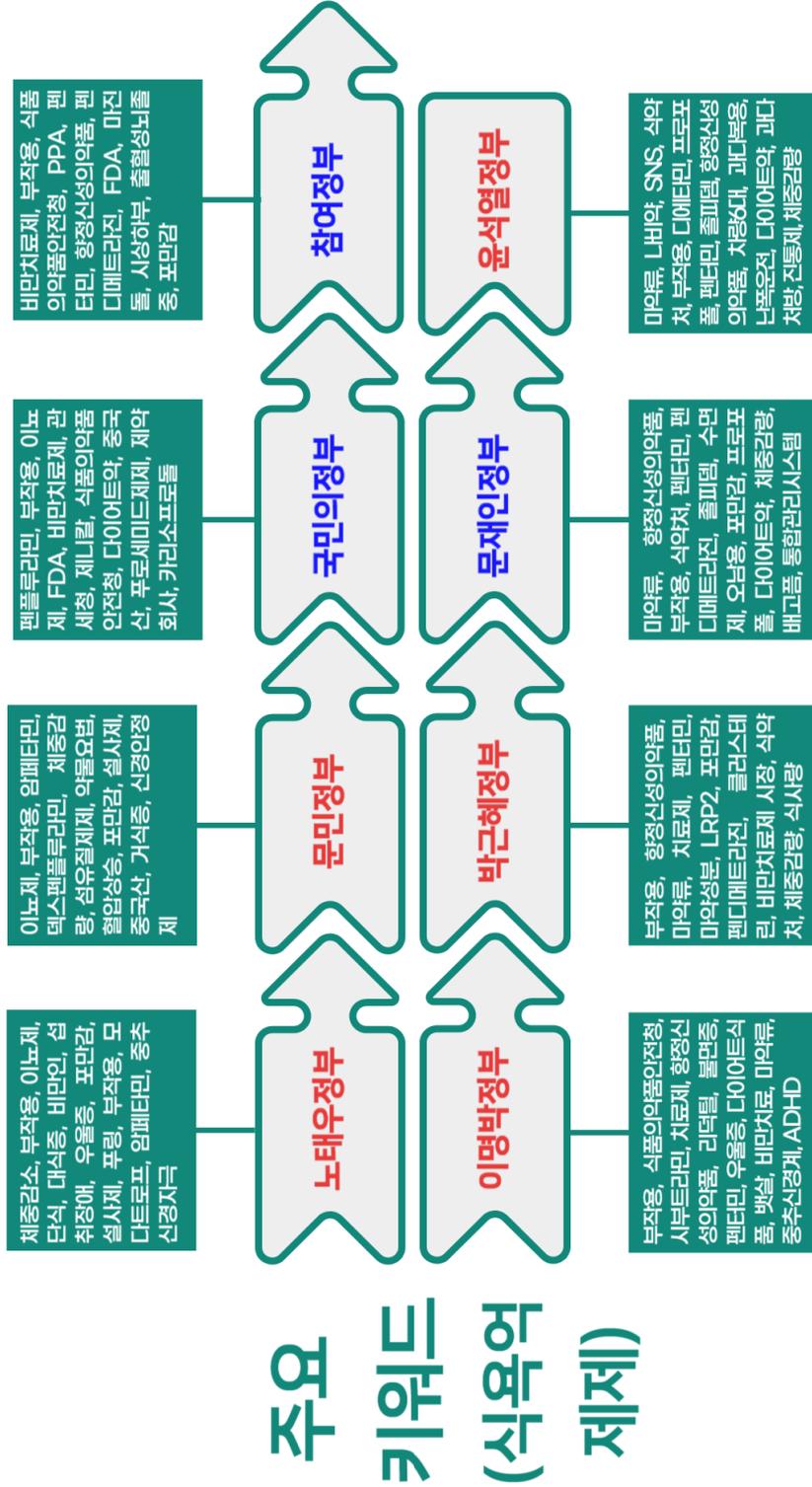
[그림 IV-14]는 “식욕억제제”를 검색어로 사용하여 신문기사를 검색하였을 때 확인되는 키워드를 각 정권 시기별로 구분하여 제시한 것이다. 식욕억제제의 경우 다른 의약품과 달리 효능, 부작용, 약물의 효능을 중심으로 주요 키워드가 배치되어 있고 시기에 따른 차이가 두드러지지는 않는다. 다만 1990년대에는 이노제, 암페타민, 펜플루라민, 제니칼 등 다양한 효능을 가진 체중감량 약물이 등장하다가 이후 마진돌, 시부트라민(리덕틸), 펜터민 등이 차례로 등장하며 중추신경계에 작용하는 항정신성의약품 일색으로 바뀌어 가는 것을 확인할 수 있다.

신문기사 동향 (검색어: 식욕억제제)

* 검색기간 1990.01-2023.06



[그림 IV-13] “식욕억제제”를 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화



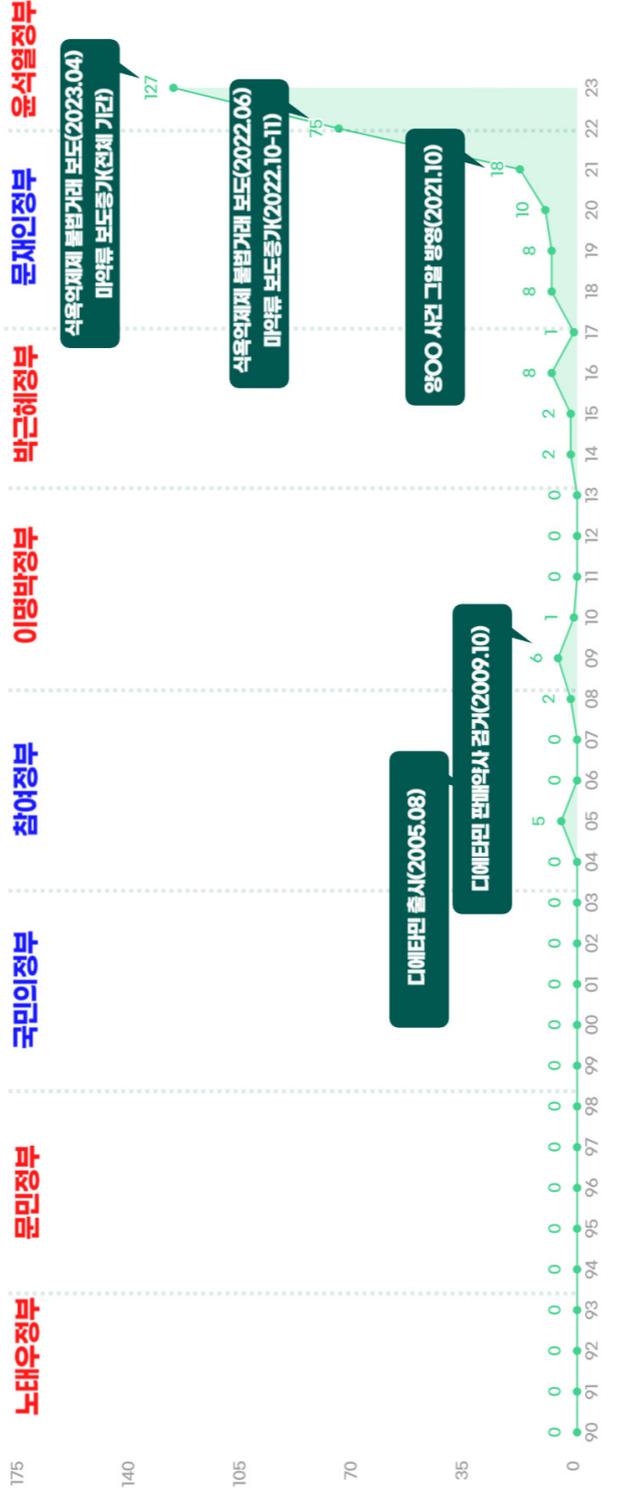
[그림 IV-14] 정권에 따른 “식육어제제”를 포함한 신문기사의 주요 키워드

[그림 IV-15]는 식욕억제제 중 가장 문제가 큰 것으로 알려진 “나비약(디에타민)”을 검색어로 사용하여 신문 기사를 검색하였을 때 확인되는 기사량의 변화를 보여준다. 마약, 향정신성의약품과는 달리 거의 신문 기사에서 언급되지 않던 나비약 관련 기사는 2021년 한 공중파 방송에서 모 배우가 나비약을 복용하고 이상행동을 보인 사건을 보도하면서 증가하기 시작하여 2022년 6월, 2023년 4월 식욕억제제 불법거래에 대한 보도가 이루어지고 전반적인 마약류 보도가 증가하는 경향에 맞춰 빠르게 증가하고 있다.

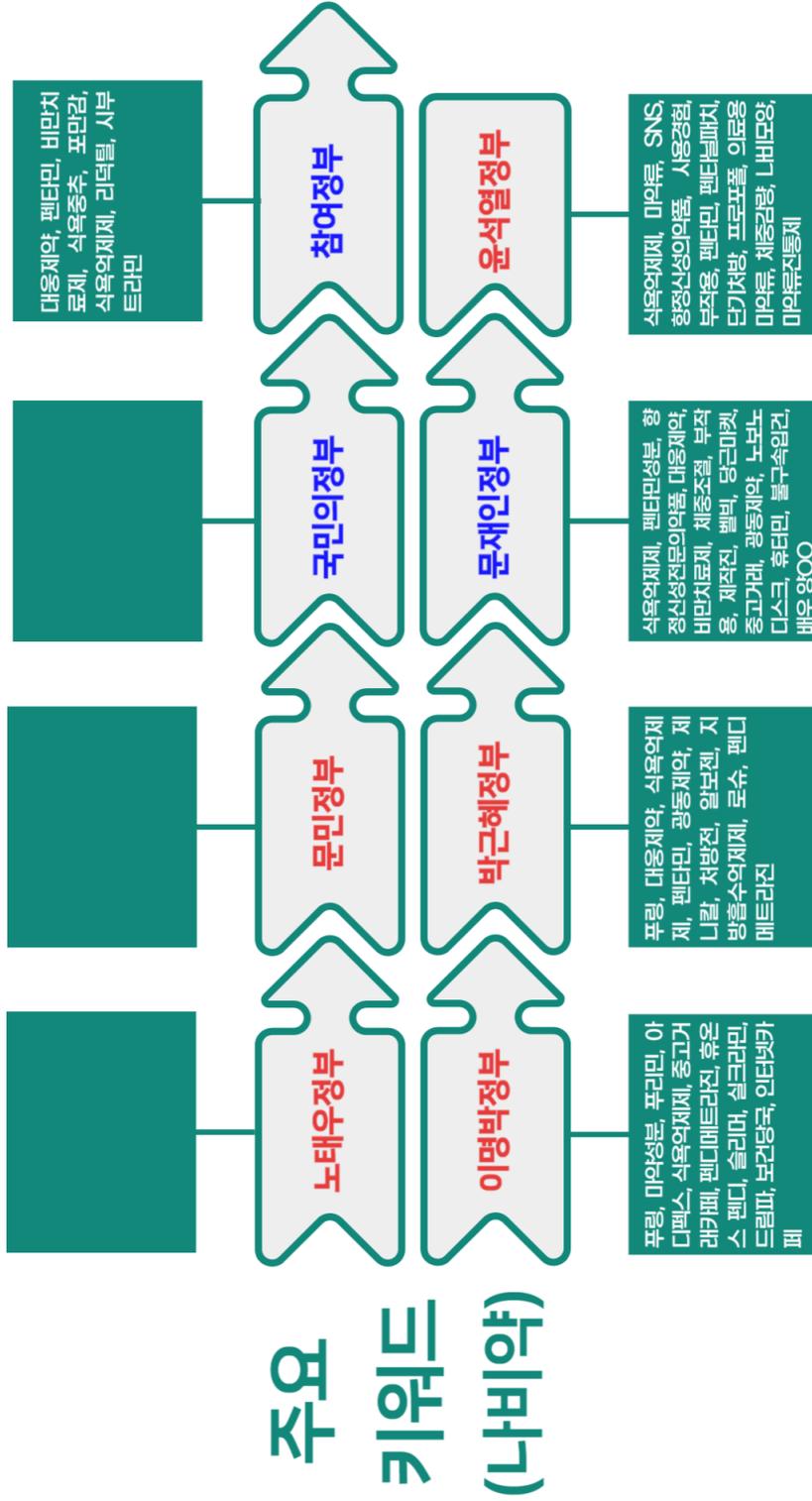
[그림 IV-16]은 “나비약(디에타민)”을 검색어로 사용하여 신문 기사를 검색하였을 때 확인되는 키워드를 각 정권 시기별로 구분하여 제시한 것이다. 처음으로 기사가 등장하는 시점은 참여정부 시절로 이때의 기사는 식욕억제제의 위험성이 아니라 약물 출시를 알리는 기사이기 때문에 약물을 출시한 회사, 약물의 기전, 비슷한 효능을 가진 식욕억제제의 이름 등이 확인된다. 이명박정부 시기에는 훨씬 더 많은 약물의 이름이 포착되며 중고거래카페, 인터넷카페 등을 통한 약물의 유통이 문제가 되었다는 사실을 확인할 수 있다. 문재인정부 시기에 들어오면서 이런 음성적 유통이 다시 문제가 되어 사람들이 당근마켓, 중고거래 등을 통해 체중조절 목적으로 나비약을 구하고 있다는 정황을 보여주는 키워드들이 등장하고, 윤석열정부 시기에는 마약류에 대한 관심 증가와 함께 사회관계망서비스(SNS)를 통해서 유통되고 있다는 보도가 늘어나는 양상을 보인다.

신문기사 동향 (검색어: 나비약 or 디에타민)

* 검색기간 1990.01-2023.06



[그림 IV-15] “나비약(디에타민)”을 포함한 신문기사의 시간에 따른 변화



[그림 IV-16] 정권에 따른 “나비약(디에타민)”을 포함한 신문기사의 주요 키워드

나. 전문가 및 실무자 자문 조사 결과

1) 불법 마약류

대검찰청에서 매년 발간하는 마약류 범죄백서에 따르면 마약류 사범은 매년 증가 추세에 있는데, 자문가 A는 이에 대해 사람들이 불법 마약류 약물에 접근할 수 있는 경로가 다변화되었고, 온라인 거래를 통해 약물을 쉽게 구할 수 있게 되면서 이전보다 쉽게 약물에 노출될 가능성이 높아지는 것이 문제라고 지적했다. G에 따르면 이러한 온라인 거래는 SNS 거래와 다크웹 등을 포함하며, 마음만 먹는다면 거래를 시작하고 한 시간 이내에 자신이 접근가능한 원하는 장소에서 물건을 찾아갈 수 있다고 말했다.

“접근할 수 있는 경로가 되게 다변화됐고 특히 이제 온라인 상에서 이렇게 접근이 늘어나면서 예전에 사실 접근하기 어려워서 못 했던 사람들이 쉽게 노출될 수 있는 거는 좀 사실” (A)

“청소년들이 마음만 먹으면 그냥 SNS나 다크웹이나 들어가면 바로 40분에서 한 시간이면 내가 원하는 자리에 물건이 와 있어요. 이게 정말 무섭다니깐요.” (G)

불법 마약류의 사용 및 대응에 관한 전문가들의 의견은 다음과 같이 요약될 수 있다.

- 약물의 사용, 치료 단계에서의 성차
- 현행과 같은 처벌 위주 정책의 한계
- 치료적 개입의 필요성
- 국내 치료/회복 정책의 한계
- 청소년 문제
- Harm Reduction 접근

① 성차

전문가들은 마약류 사범들의 약물 접근 경로, 약물의 사용, 치료와 회복 등에 있어 성별에 따라 뚜렷한 차이가 있다고 판단했다.

약물 접근 경로

많은 선행연구들이 드러낸 바와 같이, 전문가들은 국내에서도 여성 약물 사용자들은 주로 친밀한 관계를 통해 약물을 시작한 경우가 많다고 답했다. 이들은 여성들은 스스로 약물을 구하기보다 아는 남성을 통해 약물을 사용하게 되는 경우가 많고, 남성이 여성

몰래 약물을 사용하여 성폭력을 저지르고, 이후에 약물을 하게 되었음을 알게되는 경우도 있다고 말했다.

“기록 같은 걸 보다보면 모르는 사이에서의 그런 약물을 해서 강간을 하고 이런 것 보다는 아는 사이에서 남자에 의해서 여자가 약물을 처음 복용하게 되는 경우들은 좀 있는 것 같습니다. 그러니까 예를 들면, 남자친구가 그 약을 타서 줘서 뭔지 모르고 마셔서 처음 약물을 접하는 이런 사람들도 있고 또 성매매하는 청소년들 여자 청소년들 같은 경우는 성매수 가해 남자가 모르는 사이에서 정확히 이게 뭔지도 모르는 상태에서 강제로 주사를 맞히게 하거나 뭐 이렇게 해서 성매매를 하는 이런 사례들은 좀 있었던 것 같습니다.” (A)

“여자들은 여자들끼리의 고민이 있거든요. 남자들은 또 남자들끼리의 고민이 있고 남성 이슈 여성 이슈라고 하는데 그게 다릅니다. 여자들은 자기네들이 마약을 구하지 못하니 남자들을 만날 수밖에 없어요. 여자들은 대범하지 못하고 밀수 이런 것들에 관련 돼 있는 여자들은 아주 극소수입니다. 대부분 다 남자들이 밀수를 하고 판매를 하고 하죠. 그러다 보니까, 그런 남자들을 만나서 중독된 여자들이 의지할 수밖에 없고 그런 여자들을 또 성적인 어떤 도구 하에서 남자들은 또 인제 그런 것들을 취하고 뭐 요런 순환이 있기 때문에 여자들은 여자들만의 공동체가 있어야 되는 것” (D)

“여성들이 약에 입문하는 경우는 거의 남성들이 권유를 해서 거의 입문을 해요.” (F)

약물의 사용

자문을 한 전문가들은 약물을 투입할 때에도 남성이 여성에게 투약해주는 등 여성이 남성에 의존하는 경향이 있다고 답했다.

“여자들은 자기들이 스스로 잘 하지를 못해요. 남자는 주사기를 가지고 많이 하고, 또 여자들을 많이 이렇게 해주고 하다 보니까, 뭐 간호사들보다 더 잘 이렇게 주사를 놓는데, 근데 이 여자들은 잘 못해요. 손이 떨리기도 하고, 힘이 없기도 하고, 또 많이 해보지 않았기 때문에 또 남자들에게 의존을 하다 보니까, 그런 것들을 자기가 잘 못하는 부분들이 있는데, 그런 것들에 대해서 개인개인 설명을 하거나 그럴 필요는 없는 거죠.” (F)

또한 마약퇴치운동본부 등 마약중독의 회복과 치료를 담당하며 상담과 교육 등을 제공하는 전문가들은 여성 중독자의 불법 마약 사용이 성적 모험이나 탐닉과 결부되어 있는 경우가 많고, 따라서 여성들이 약물을 구할 때 돈이 부족한 경우 성을 대가로 약을 구하게 되는 경우가 있다고 말했다. 자문가 E는 이런 형태의 약물 취득 경로가 여성

마약 사용자들의 회복을 어렵게 만들고, 도움을 청하는 데에도 걸림돌로 작용한다고 언급했다.

“특히 여성 같은 경우에는 이 관계성에서 사랑하는 사람이나 좋아하는 사람이 약물을 권하거나 성관계를 했을 때 약을 접하는 경우가 되게 많기 때문에, 그렇게 해서 약물을 하시는 경우가 많으세요. 그래서 이 약물을 하게 되면 접하게 된 기회가 일단은 남성에게 있기 때문에 되게 불편한 감정을 많이 가지고 계시는 거를 좀 그렇게 알고 있습니다.” (E)

“여성들 같은 경우에는 특히 쉽게 얘기하면은 금전적으로 내가 약을 하고 싶어도 약을 못 하는 상황이 금전적으로 힘든 친구들은 내가 약을 하고 싶은데 약을 못 해 그런 방법을 찾는 게 어떤 방법을 찾냐면 약물이 있는 남자를 찾는다는 거죠. 약물이 있는 남자 그러면 채팅을 들어 안 그러면 남자들 같은 경우에도 여성들을 또 유혹을 많이 하잖아요. 약 갖고 그런 상황에서 그런 게 매칭이 돼버리는 거예요. 그러면은 다시 그냥 자기 자존감도 잃게 되고 가장 중요한 거는 자기를 사랑하는 그런 마음이 있어야 되는데 그냥 약의 모든 걸 다 던져버리는 그런 결과를 초래하는 거죠.” (F)

치료와 회복

전문가들은 치료와 회복의 단계에서 여성들은 남성들에 비해 쉽게 자신의 경험을 털어놓지 못하는 경향이 있다고 답했다. 한편으로, 남성 회복상담사인 자문가 F는 그 이유를 여성성에서 찾았는데, 이는 성별화된 특성을 고유하고 어쩔 수 없는 것으로 받아들인다는 점에서 기존의 마약 중독에 대한 치료와 회복 지원이 주로 젠더 순응적(gender-compliant)인 접근을 하고 있음을 짐작할 수 있게 했다.

“여자랑의 차이라면 아무래도 여성들은 여성성이 굉장히 많기 때문에 굉장히 소극적이예요. 자기가 마음에 있는 것들을 잘 표현하지 않아. 부끄러움을 많이 느끼고 여성이 가진 고유한 뭐 어떤 그런 특성 때문에 여성 때문에 뭐 질문을 해도 잘 대답하지 않고 이제 그런 편이죠.” (F)

전반적인 치료와 회복 과정에서의 젠더 관점이 전면화되어 있지 못한 상황임에도 대부분 자문가들은 여성 약물 사용자들이 회복에 적극적으로 참여할 수 없는 이유가 이들이 처해있는 사회적 조건과 관련이 있다고 말했다. 먼저, D는 어떤 여성이 불법 약물을 사용한다는 사실이 알려졌을 때 남성 약물 사용자들이 여성과 성관계를 맺기 위해 접근하는 경우가 많기 때문에 여성들은 자신이 약물을 사용한다는 사실을 잘 드러내지 못한다고 말했다. 여성 약물 사용자들은 회복을 위해 도움을 요청하고 싶다고 하더라도 자신의 약물 사용 사실을 알리게 되었을 때 받게 될 성적 낙인과 마약과 성적 교환을

요구받게 될 위험을 무릅쓰게 된다는 의미다.

“여성 회복자가 좀 많이 나와야 돼요. 근데 여자들은 또 더 이게 힘들어, 회복자 나오게. 왜 그러냐면 남자들이 여성들 늘 이렇게 뭐라 그래 건드린다고 해야 되나? 회복하고 싶은데도 남자들이 한두 명이 아니니까, 재 마약해, 라는 여성이 있다라고 하면, 그걸 남자들이 그냥 두지 않으니까. 그러다 보니까, 아무래도 여성들이 회복하기가 좀 힘들죠.” (D)

E는 회복 과정에서 여성들이 느끼는 수치심과 감정적 대응을 언급했다. 그가 마약 중독퇴치본부에서 강사로서 교육과 상담에 참여하면서 경험하기로 남성 마약류 사범에 비해 여성 마약류 사범들은 더 많은 수치심을 느끼며 교육에 소극적으로 참여하는 경향이 있었다. 그는 여성들은 약물 사용을 위해 남성에게 의존하는 등 과거의 기억이 떠오르면 격한 감정적 반응을 보이는 경우가 있기에 강사 입장에서도 선불리 교육에 참여하도록 유도하기가 어렵다고 말했다.

“남성들이 여성들 어떤 성별의 차이에서 보면은 남성들은 그렇게 뭐라고 그럴까 눈을 좀 잘 보면 죄책감이 조금 덜하다고 느낀다면 여성들은 수치심이 좀 있는 거 같아요. 교육받는 과정에 눈을 잘 마주치지 않으세요. 고개를 늘 숙이고 있고 예 약간 그런 게 쪼끔 성별의 좀 차이점이 좀 있습니다. ... 여성분들 같은 경우에는 어떤 경우와 같은 경우에는 활동이나 프로그램을 다룰 때 보면은 이 약물에 관련돼서 과거의 경험이라든지. 어떤 감정이 같이 오면서 폭발하는 경우가 있어요. 예 그러면 뭐 우는 경우도 있고 짜증내는 경우도 있기 때문에 부분이 이게 급속도로 올라왔을 경우에 되게 조심스럽거든요. 그래서 저희가 이렇게 강제적으로 교육에 참여하십시오는 잘 못해요.” (E)

한편 F는 여성들이 약물을 사용하며 남성들에 의존했던 문제를 서로 공유하며 수치심을 극복할 수 있다고 말했다. F에 따르면 여성들의 수치심은 약물을 사용했다는 사실 자체보다도 남성들에 의존하거나 종속되어 약물을 사용해야 했던 과거와, 여전히 함께 약물을 사용했던 남성들과의 관계에서 자유로울 수 없는 상태가 주는 감정에 가깝다. F는 여성들의 약물 사용과 이와 결부된 수치심을 주는 경험을 서로 털어놓고 이야기하는 일이 약물 중독과 관련한 문제들을 다룰 수 있는 힘을 기를 수 있게 해줄 수 있지만 치료 기관에서 여성 회복자들이 대체로 소수이고, 여성들이 중심이 되는 서비스가 부족하며, 회복을 지지하고 도움 멘토이자 리더십을 발휘해줄 수 있는 여성 회복자가 드물어서 여성 약물 사용자들이 답답한 상태에 있을 것이라고 말했다.

“여자들이 갖는 이슈는, 뭐라 그럴까, 제가 들은 이야기에 의하면 내 남편이 내 남자 친구가 [나는] 약을 하기 싫는데 자꾸 같이 하자고 한다. 이제 끊고 싶는데 어떻게 해야 되냐 이런 이슈들이 이번에 인제 남자만 교도소에 들어갔다 나오는데 내가 이 남자를 다시 만나야 되냐? 연락 오면 어떻게 해야 돼. 방어적인 측면들이 좀 있고 근데 이거를 양보를 하는 사람들 같은 아픔을 가진 사람들끼리는 이야기가 조금 돼요. 왜냐면, 수치심이라는 게 여자들한테 또 굉장히 중요한가 보더라고요. 그래서 내가 이 얘기를 하면 저 사람이 나를 어떻게 생각할까에 대한 굉장히 고민이 있거든요. 얘기하기 힘들죠. 근데 나랑 비슷한 고민이 있어. 언니는 예전에 약했던 남자를 만났는데 지금은 안 만나 언니 어떻게 안 만났어? 이런 이야기들을 이슈화해서. 많이 하긴 했지 나 그리고 어떤 데이팅 데이트 어플 미팅 어플 만나는데, 뭐 이래. 야 거기 나도 옛날 해봤는데, 뭐 이렇게 안 좋아라는 것들이랑 그니까 이슈 자체가 다르기 때문에 잘 뭐 여성 이슈들, 내가 여자들이랑 뭐 얘기한다 그래서 여자들 성적인 이야기는 하겠어요? 안 하죠. 그래서 여성 이슈는 여성 회복자들 좀 많이 나와서 해줘야 되거든요. 근데 없다 보니까, 아마 그들이 굉장히 답답할 거예요.” (F)

성 소수자들의 약물 사용과 섹슈얼리티에 대한 고민을 토대로 연구활동을 해왔던 활동가 G는 여성들이 약물중독에 더욱 취약하다는 이야기를 자문 과정에서 들었다고 말하는 연구자들에게 비슷한 이야기를 하는 당사자 활동가를 면담한 경험이 있었다고 말했다. 그러나 G는 실제로 여성들이 남성보다 중독에 더 취약한지에 대해서는 의문스럽다고 이야기하면서 병원에 도달할 수 있는 여성 약물 사용자들의 조건과 성향으로 인한 착시일 가능성을 지적했다. 주로 남성만 있던 공간인 병원과 자조모임에 여성의 등장은 실제 비율이 얼마 되지 않더라도 커다란 변화로 느껴질 수 있고, 각종 낙인과 경제적 장벽을 넘어 치료·재활 기관에 도달할 수 있는 여성들은 상대적으로 사회경제적 계급이 높은 이들일 가능성이 클 것으로 예상된다.

“최근에 만난 게이 약물 사용자 중에 이제 참사랑 병원에 자주 이제 진료를 받으시고 거기에서 약간의 약간 리더 같은 뭐 그런 프로그램을 진행하시는 계의 분이, 이제 그분 통해서 ‘이제 여성들이 많이 온다 여성들이 훨씬 더 잘 중독이 되는 것 같다’ 이런 얘기를 좀 하셨는데 근데 뭐 그게 좀 병원에 올 정도의 여성 중독자들의 특징이지 않을까? 그게 뭐 여성이 더 취약하다 여성이 이거 없으면 더 섹스를 하기 힘들다 이런 것들이 네 좀 얼마나 네 얼마나 확립된 거라고 할 수 있을지는 저는 잘 모르겠고요.” (G)

주로 남성 성소수자들의 문화인 켐섹스(chem-sex)와 관련한 건강 피해를 최소화하기 위한 위해 저감 활동을 진행하면서 국제적 학술·활동 공동체에 참여해왔던 G는 아시아 지역에서 여성의 약물사용이슈를 논의했던 세미나를 언급했다. 동남아시아 국가

중 약물 생산이 이루어지는 국가들에서 상대적으로 단속을 덜 받을 것으로 여겨지는 여성들이 약물 운반자 역할을 요구받거나, 공범으로 만들기 위한 약물 사용 권유가 이루어지는 등의 상황을 파악할 수 있었다. 또한 G와의 면담에서는, 해외에서와 마찬가지로 한국에서도 성 소수자 인구집단은 여러 가지 이유로 약물사용위험이 일반인구집단에 비해 더 높을 수 있는데 이와 관련한 예방과 치료, 재활을 위한 자원은 부족할 것임을 짐작할 수 있었다.

“홍콩대학 범죄학 센터에서 이제 정기적으로 이제 약물 세미나를 하고 거기는 캠퍹으로 한정하지 않고 아시아 뭐 지역에 이제 뭐 약물 정책 이렇게 좀 넓게 다루면서 아시아 지역의 여성 이슈를 굉장히 많이 다루더라고요. 그래서 이제 여성들이 이제 약물 운반자 역할을 많이 요구받게 되고 이제 단속의 위험이 조금 덜하다라는 이유로 아니면 다른 뭐 착취나 이런 억압의 대가로서 그런 역할을 요구받게 되고 과정에서 사용에 참여하기도 하고, 그리고 어쨌든 공범으로 만들기 위해서 약물 사용을 강요하기도 하고, 뭐 이런 이야기들을 좀 많이 들었던 것 같고요. 그래서 사실 남성과 섹스하는 여성 같은 경우에 이제 남성이 약물을 사용하게 되면 당연히 영향을 받을 수밖에 없을 것 같고요” (G)

② 처벌 위주 정책의 한계

한국의 마약 정책과 관련해서 전문가들이 가장 비판적으로 이야기한 것은 현재 이뤄지고 있는 처벌 위주의 정책이었다. 마약류 범죄백서에서도 알 수 있듯 마약류 사범의 재범률이 30%가 넘어가는 데서도 알 수 있듯 이들은 지금과 같은 사법적 처벌이 약물 사용의 중단을 돕지 못한다고 강변했다. 마약류 약물을 사용했던 경험이 있으며 현재는 회복상담사로 근무 중인 D는 대검찰청이 제시한 재범률을 언급하면서, 자신의 경험으로 미루어보았을 때 출소한 마약류 사범이 다시 약물을 사용할 확률은 한참 더 높을 거라고 말했다.

“세 명당 한 명은 재범인데 근데 이제 제가 볼 때는 회복자가 이렇게 안 나오는 걸로 봐서는 좀 그런데 90프로 이상으로 봅니다. 끊는 사람은 없고 안 걸리는 것 뿐이다. 왜냐 하면, 교도소 안에 가면 그런 얘기 제가 이제 통계에 의해서 이제 대검찰청 가면 들어가시면 마약류 범죄백서 매년 나오거든요. 거기에 보시면, 아시겠지만, 30 몇 프로로 나와요. 근데 그거는 검거된 사람이고 검거돼서 30 몇 프로를 보내고 제 주변을 보고 이제 교도소 안을 보면 7,80 프로 이상이라고 얘기하죠.” (D)

마찬가지로 마약류 약물을 사용했던 경험이 있으며 현재 회복상담사로 근무 중인 F에 따르면 약물을 다시 사용하게 되는 이유는 교도소 출소 후 치료, 재활 시스템이 부재

하기 때문이다. 재범으로 교도소에 간다는 것은 약물에 중독되었다는 것인데, 중독의 회복을 위해 필요한 것은 병원이나 회복시설의 지원이지만 교도소에서는 이런 종류의 지원이 거의 이루어지지 못하고 있기 때문이다. 그가 보기에 교도소 내 대부분의 재소자들은 현재 운영중인 병원이나 회복시설의 존재도 모르는 경우가 많다.

“정말로 회복을 하고 싶으면 병원을 와야 돼요. 아니면 마약퇴치운동본부를 찾아가야 돼요. ... 제가 지금 교도소 강의를 들어가서도 놀래는 게, 아직까지도 모르는 분들도 계세요. 그런 데가 있었어요? 저도 처음 들어가서, 거기서 강의를 들으면서 처음 알았지만 “그런 데가 있어요?” 그래요. 그러면 실질적으로 그런 분들이 알고 있는 거하고 모르고 있는 거하곤 큰 차이라는 거죠. 사회에 나왔을 때 내가 정말 회복을 해야 되겠다라고 생각하면 연계를 해줘야 되거든요. 쉽게 얘기하면 더 잘 아시겠지만, 출소할 때부터 이 사람들을 연계를 시켜줘서 회복을 할 수 있는 공간으로 안내를 해줘야 돼요. 안내자 역할을 해줘야 되는데 전혀 그런 것도 없고 너무 연계가 돼 있지 않기 때문에, 그냥 또 한 번 말씀드리지만 그냥 방치하고 있다고밖에 안 보여지는 거죠.” (F)

이동욱은 마약류 사범들이 교도소를 거쳐 재활을 하지 못할 뿐만 아니라 오히려 교도소 안에서 약물 사용자, 판매자들과 교류를 하게 되고, 출소 후 약물을 다시 매매하고 사용하는 악순환에 빠지게 된다고 말했다.

“내가 약을 하면서 돈을 벌 수 있는 길이 안에서 교도소 안에서 마약사범들끼리 있다. 판매하는 사람 밀반입 하는 사람 투약자들 다 같은 방에서, 그러면 이제 형님 얼마예요. 얼마에 줄게 예를 들어서, 10g 100번 할 수 있는 양을 얼마에 줄게 그러면 이거 내가 50번 하고 50번 갖다 팔아도 이거 괜찮은데? 근데 팔다 보면 이제 옆으로 이제 확 퍼져 나가잖아. 그러다 보니까, 이제 교도소 안에서 야 너 나한테 사. 나한테 사. 뭐 이렇게 해서 판매자가 되고. 그러니까 재활이 굉장히 중요하거든요.” (F)

또한 E와 F는 단순 투약 등 경미한 범죄를 저지른 마약류 사범에 대한 처벌의 수위가 지나치게 높다고 말했다. 그들은 음주운전과 약물사용을 비교하면서, 마약류 사범이 다른 사람들에게 피해를 입히지 않는 한 강력하게 처벌할 필요가 없다고 말하며 한국 사회에서 약물 사용자들에 대한 처벌이 공정하지 않음을 비판했다.

“근데 제가 마약을 그냥 사서 투약을 했어요. 다른 사람들한테 피해를 주지 않고 그냥 내가 몰래 사와서 텔레그램을 몰래 사와서 100만 원어치 사와서 집에서 투약을 하는데 내가 전과가 있다. 그래서 구속을 시켜요 보통 1년에서 1년 6개월 정도 되거든요. 근데 내가 이렇게 교도소 생활을 하다 보니까, 옆방을 이렇게 딱 봤는데 음주운전으로 사람을

죽었는데 1년 6개월이래. 법이 뭐 이래. 난 아무한테도 피해를 주지 않았고 오히려 내가 스스로 인생 컨트롤이 안 돼서 나도 끊고 싶은데 이게 안 되는데, 우리 가족들 생각하고 그러면 끊어야 되는데, 내가 컨트롤 안됐는데 맨날 나는 쳐넣는거야. 개는 음주운전으로 사람을 죽었는데 1년 6개월, 전세사기를 해서 몇십 몇백억을 했는데도 1년 집행유예. 법이 이게 뭐지? 피해가 있는 피해자가 있는 범죄하고 피해자가 자기거나 가족이 범죄 하고는 좀 다르게 봐야 돼요.” (D)

“투약자는 1년, 2년 깎아야 정말 재수 없는 사람 3년까지 받았다는 사람은 말이 안 돼요. 교통사고로 사람 죽여도 3년 안 살아요. 그죠 근데 필로폰 투약 한 번 했다고 3년을 받아요. 잘못됐죠. 자 국민은 국가에 의무를 하고 내가 할 걸 하고 사는 거죠. 의무가 있죠. 국가에서 하지 말라는 거 하죠. 그러면 국가는 뭐가 있어요. 책무가 있죠. 국민을 보호할 권 책무가 있는 거예요. 근데 들어오는 마약은 다 밀반입돼오고 이렇게 들어오는 거는 지네들이 다 걸러내지는 못할 망정 걸러내지도 못하면서 투약한 사람들만 처벌 한다는 거 이게 말이 안 되는 거잖아요. 정말로 잘못돼 있다고.” (F)

③ 현행 치료적 사법의 한계

처벌 위주 정책의 한계를 보완하기 위해 한국의 사법 체계 내에도 마약사범의 교육, 치료 서비스를 제공하며 기소 및 집행을 유예하는 제도가 도입되어 있다. 그중 하나는 마약퇴치운동본부에서 주관하여 실시하는 약물 교육을 이수하는 조건으로 기소를 유예하는 ‘교육이수조건부 기소유예’ 제도다. 매년 교육이수조건부 기소유예를 받는 마약류 사범의 수는 1,000명 미만으로 전체 적발되는 마약류 사범의 수에 비하면 매우 적지만 앞서 제기된 더 심각한 마약 중독을 조장하는 처벌을 문제를 해결하기 위해 운영 중인 제도라는 점에서 의의가 있다.

“처벌 강화로는 한계가 있고 어쨌든 중독의 문제들 뭐 이런 것들이 있기 때문에 형사 사법 체계에서 어떤 치료 재활 이런 것들이 점차 강조되는 분위기 ... 형사사법 체계에서의 치료 재활이라는 건 어느 정도의 그런 시간의 지속성을 가질 수 있고 또 강제성을 가질 수 있고 체계 안에서의 치료 재활이라는 측면에서 좀 더 효과적일 수 있다. 뭐 이런 논의들이 있습니다. ... 교육 이수 조건부나 치료 보호 조건부 기소유예를 실시를 했어요.” (A)

재활체계 부재

하지만 전문가들은 기소유예 제도의 한계 역시 뚜렷하다고 지목했다. 이는 교도소 출소 이후 마약류 사범에 대한 추적 관리 및 치료, 재활 체계의 지원이 부재하는 것과 같이, 교육을 이수하고 기소를 유예받은 마약류 사범들에 대한 재활 체계가 지원되지 않기

때문이다. F는 법의 목적이 재발을 막는 데 있는 것이 아니라 처벌하는 것 그 자체에 있다는 점을, E는 마약류 사범들이 교육 또는 보호관찰 처분을 받는 동안에는 약물을 하지 않지만 이 기간이 지난 후에는 사후관리가 전혀 이뤄지지 않음을 비판했다.

“사실은 사람들이 나와서 처벌하는 거, 법이 그러니까 어쩔 수 없죠. 그것도 인제 불만이 많지만, 아직까지 우리나라 법이 이제 굉장히 미개해서, 마약 관련해서 미개해서 처벌한다 그러면 이제 거기에 따를 수밖에 없죠. 근데 그러면 처벌을 했으면 이후에 사람들이 다시 재발하지 않게 하는 게 목적이 돼야 되는데 그거는 아무것도 없다라고 그러니 다시 마약을 손을 대게 돼요. 그러면 또 처벌하게 돼 다시 마약 가고 또 처벌하게 되는 악순환의 고리를 끊을 수 있는 방법이 나라에서 선제적으로 하는 방법밖에 없어요.” (F)

“마약퇴치운동본부에서는 (교육 이후 의료적 절차와 지원이) 없어요. 그게 지금 문제 전반적으로 중독을 기소유예나 보호관찰 처분을 받고 사후관리가 전혀 되지 않습니다. 그래서 이 사람이 회복을 하고 있는지 다시 재발이 되는지 그거를 저희가 추적조사할 수 없어요. ... 일단 이 사람들이 단약을 유지할 수 있도록 동기부여를 시켜야 되고 단약을 잘하고 있는지 관리를 해야 되는 거잖아요. 근데 기소유예 교육도 그렇고 보호관찰 처분이야 뭐 1주일에 한 번씩 소변 관리하고 보호관찰 처분만 끝나면 이것도 또 끝이에요. 보호관찰 처분을 끝나고 나서 사람들이 보호관찰 처분 받은 기간에는 약을 하지 않아요. 왜? 1주일에 한 번씩 소변검사를 해야 되니까. 키트를 통해서 다시 약물이 나오면 100프로 구속이 되니까. 절대 하면 안 되겠죠. 이 기간에는 단약을 되는 거예요. 근데 보호관찰 처분 기간이 끝나면은 약물로 다시 가겠죠. 네, 가지 않기 위해서는 보호관찰 처분 끝남과 동시에 순간부터도 관리가 계속해서 돼야 된다는 거죠. 단약을 유지하기 어떻게 하는지 힘든 점이 없는지 이 사후의 관리에 대해서 특히 약물은 전혀 되고 있지 않고 있거든요. 예 그렇게 관리를 해줘야 되는 거고. 그러니까 데이터도 하나도 나와 있는 게 없거든요. 사후 관리가 저는 되게 심각한데 사후 관리에 대해서 하나도 이루어지지 않고 있어요.” (E)

젠더관점 부재

연구진은 자문 과정에서 교육조건부 기소유예 단계에 젠더관점이 부재함을 파악했다. 마약류 사범들과 좀 더 가까운 거리에서 소통할 수 있는 회복상담사들은 성별에 따른 약물 접근 및 이용의 차이가 있음을 인지하고 있었고, 서울에 소재한 마약퇴치운동본부의 경우 성별을 분리하여 교육을 실시하기도 했지만, 실질적인 교육 내용에는 차이가 없다고 답했다.

“이게 집단으로 이루어지다 보니까, 사실은 여성과 남성이 좀 더 다를 수 있는 측면이 있지만 여성 남성 뭐 성인 청소년 구분 없이 그냥 지금 하고 있습니다.” (A)

“서울 영등포에 있는 당산에 있는 마약퇴치운동본부에서는 이제 그동안에 축적된 어쨌든 경험과 노하우를 통해서 아이, [남녀] 같이 하면 안 되겠다라고 해서, 마약퇴치 운동본부는 성별에 따른 남녀 구분을 해서 교육을 합니다. 근데 지방은 그렇지 않아요. 지방에 있는 지부는 예산도 없고 여러 가지 상황이 강사들을 따로따로 부를 수도 없고 사람들을 또 이렇게 뭐 이렇게 할 수 없으니 한꺼번에.” (D)

“(성별에 따른 교육 내용에 차이가 있나요?) 아닙니다. 교육 내용은 똑같습니다.” (E)

“(성별에 따른 교육 내용에 차이가 있나요?) 없어요. 왜 남녀를 구분해서 프로그램을 하는 경우도 있고 남녀를 모아놓고 하는 프로그램도 있는데, 뭐 여성이라 그래서 특별하게 뭐 다르게 하거나 그러지는 않아요.” (F)

2) 의료용 마약류

의료용 마약류 약물의 경우, 환자가 의사의 진단에 따라 처방받아 사용하는 것은 마약류 사용에 관한 법률에 저촉되지 않으므로 통상 범법행위로 분류되지 않는다. 하지만 해당 약물의 오남용으로 인한 부작용의 위험이 있기에 마약류 의약품으로 처방과 조제에 대한 정보 수집 등의 규제를 받고, 환자의 나이, 처방량, 처방 주기, 특정 약물들의 동시 처방 금지 등 세부적인 안전 처방 기준에 대한 권고를 제시하고 있다. 그러나 현재 규제는 의료용 마약류 약물의 오남용과 중독으로 인한 피해를 줄이는 데에 여러 한계를 가지고 있다. 대표적인 두 가지 문제는 첫째, 의사가 안전 처방 기준이나 약물이 승인 허가를 받은 적응증에 부합하지 않는 방식으로 약물을 처방하는 경우, 둘째, 환자가 의료 기관에서 처방이 아닌 다른 수단을 통해 약물을 획득하는 경우이다. 처방의약품들 서로 공유하거나 거래하는 일은 약사법을, 마약류 의약품을 사적으로 거래하는 일은 마약류 관리에 관한 법률을 위반하는 일이다. 그러나 통상 의약품을 돈을 주고 구매한 “상품” 중 하나로 여기는 상황에서 이런 거래가 불법이라고 여기지 못하는 사람들이 많고 그런 상태에서 처벌을 받게 되는 이들 중에는 여성이 상대적으로 많을 것으로 짐작된다.

(의료용 마약류 관리) “마약류 관리에 관한 법률에 마약류를 지정을 하고 있는데, 그중에 이제 가나다라 목이 있는데, 라목 중에 의료용 마약류가 있습니다. ... 불법적인 경로로 사용하거나 의사의 처방 없이 사용하는 경우들에는 이제 마약류 그 범죄로서 처벌을 할 수 있게 되어 있습니다” (A)

“중고나라에 이렇게 판매하다가 마약류 관리에 관한 법률로 걸리는 경우도 있고 또 뭐 다이어트 처방제를, 처방받고 싶은데 병원에 가면은 이제 정도 처방 정도로 이제 살이 많이 비만의 정도가 심하지 않은 경우에 처방을 안 해주니까 불법적으로 인터넷 사이트

에서 구매하다가 걸리고 뭐 이런 경우들” (A)

“기소유에 교육을 받으시면서 불법 구매하는 과정에서 검거되신 선생님들한테 물어보면 몰랐다고 하시는 경우가 되게 많으세요. 법을 몰라서 저는 이게 후회하는 걸 사는 게 걸리는지 몰랐어요. 말씀하시는 경우가 의외로 많아요. 약물의 구입 과정에서 본인이 항정 같은 경우는 처방을 받은 사람만 먹어야 된다는 걸 모르세요.” (E)

이와 관련해서 중요한 제도적 허점은 한국에서 의사가 약물의 허가범위를 벗어난 처방(오프라벨 처방)을 하는 일이 매우 광범위하게 통용되고, 이에 대한 모니터링 체계가 존재하지 않는다는 사실이다. 한국의 건강보험제도는 약물의 효과성과 안전성, 그리고 비용 효과성에 대한 검토를 통해 건강보험의 급여 범위를 결정하며, 건강보험 급여를 받는 모든 의약품의 처방에 대한 자료는 건강보험공단에 의해 수집되며, 건강보험심사평가원의 심사 대상이 될 수 있다. 그러나 건강보험과 무관하게 비급여로 처방된 의약품에 대해서는 어떤 처방이 누구에게 어떤 이유로 이루어졌는지에 대한 자료를 수집할 수 없고, 이는 마약류 의약품에서도 마찬가지이다. 자문에 참여한 정신과 전문의 B는 “비급여 약물은 자유롭게 처방되는 경향”이 있다고 지적했다. 이는 의사들의 재량에 따라 얼마든지 마약성 의약품이 모니터링 없이 처방될 수 있다는 의미이기도 하다. 이는 의약계에서 근무하고 있는 전문가와 마약류 약물 사범과 중독자들을 대상으로 회복 상담 서비스를 제공하는 전문가, 의료용 마약류 약물 중 하나인 식욕억제제에 중독되었다가 회복을 경험한 활동가 모두가 공통적으로 지적하는 문제였다.

이번 연구의 분석에 따르면 의료용 마약류 약물의 처방량에서 가장 성차가 큰 약물은 식욕억제제이다. 이 점을 고려하여, 식욕억제제를 중심으로 전문가 자문 내용을 정리하여 제시한다.

① 손쉬운 처방과 저질 의료에 대한 규제 미비

약사로 일하고 있는 전문가는 근래 가정의학과를 중심으로 식욕억제제 처방이 활발해졌으며, 나아가서는 이비인후과 등 전문분과를 가리지 않고 식욕억제제를 광범위하게 처방하는 경우가 있다고 말했다. 문제는 의료전문가의 처방임에도 불구하고 마약류 약물로 분류되는 식욕억제제의 처방 권고 지침이 거의 지켜지지 않고, 이 처방이 대부분 비만이 아닌 정상체중의 환자들에게 이루어지고 있다는 사실이다. 한국에서 마약류 의약품으로 분류되는 식욕억제제들은 BMI 25 이상(근래 30 이상으로 안전처방기준 변경되었음)의 관련 기저질환이 없는 환자에서 3개월 이내에 처방하도록 의약품 승인

허가를 받은 약물이다. 의사는 식욕억제제를 처방하기 전에 환자의 관련 기저질환이나 항정신성 약물 복용 여부를 확인해야 하고, 2가지 종류 이상의 식욕억제제를 처방해서는 안 된다. 하지만 약사와 의사, 의약품 복용 경험자 모두 많은 의료기관에서 정부가 제시하는 약물 안전사용기준은 전혀 지켜지지 못하고 있다고 말했다. 더욱이 식욕억제제를 주로 처방하는 의료기관 중에는 ‘전화 처방’이라는 이름으로 한 번 식욕억제제 처방을 받은 환자가 더 이상 병원에 방문하지 않아도 약국을 통해 약을 택배로 전달하는 경우도 있었다.

“부작용 상담하다가 저도 환자한테 들었던 건데 이게 처방을 받을 때 의사를 안 보고 카운터에서 얼마를 내라고 한대요 그러면 처방료를 일수에 따라 내고 센터에서 처방을 내준다는 그런 거예요. 그래서 제가 그분이 뭐 부작용을 경험을 해서 저한테 무슨 약 때문인지 물어보고 이런 약이 가능성이 있다. 근데 안 먹을 수는 없냐? 안 먹을 수는 없다. 이미 다 먹고 또 받으러 오신 거예요. 근데 그걸 그냥 견뎌다 부작용을. 그러면 의사선생님 볼 때 그걸 꼭 말씀을 하시라 그랬더니, 의사 어떻게 생겼는지 모른다 그러면서 알게 된 건데, 그것도 그렇고 전화 처방도 많구요. 사실 전화처방 받으면 뭐 BMI 전혀 모르고 병명 모르고 그리고 받으러 오신 분들도 직접 많이 봤지만 정말 이상할 정도로 보통 체격 아니면 딱 봐도 말랐어요. 표준미만 체중일 것 같은 깡마른 분들 많고 정말 오히려 저희 약국 건너편에 있는 2차 병원에서 위 절제 수술도 하는데 위 절제 수술 받으시는 분들은 체격이 그래도 좀 다양해요. 표준 체중 정도일 것 같은 분은 없어요. 근데 식욕억제제는 표준 체중을 넘을 것 같은 분은 전 한 번도 본 적이 없어요.” (C-1)

“제가 한 번은 일부러 가서 약을 타온 병원이 있는데, 너무 심해가지고 이 다이어트만 하는 병원인데 의원이요. 약을 열세 가지인가를 주는데 변비약 우울증약 항전간제 뇌전증약 그거랑 뭐 펜타민 당연히 들어가 있고 그리고 이뇨제 들어가고 뭐 거기다 뭐 또 위장약도 섞고 해 가지고 한 열 몇 가지를 쓰고 심지어는 그걸 제가 일부러 마른 직원분을 보냈거든요. 엄청 마른 분을 그냥 물어보지도 않고 그냥 바로 주고 한 달 분에 딱 써 있어요. 한 달 분에 3만 원 두 달 분에 6만 원 세 달 분에 8만 원 이렇게 싸지는 식으로 해서 몇 달분을 주고 두 번째부터는 아예 의사를 안 봐도 돼요. 약국에다가 바로 얘기하면 약국에서 택배로 싸줘요. 진짜 이게 진짜 최악이었어. 약국이 같이 담합이 돼 있었는데, 그래서 여기 약국은 제가 보건소 분들이랑 알고 지내서 여기 약 여기 병원 이랑 약국이랑 문제 많은데 요거 한번 아세요. 그랬더니, 보건소에서 병원에 쳐들어왔는데도 뭐 거의 잡아가라 뭐 알아서 해라 이런 식이고 업무, 아니 영업방해다, 나가라, 뭐냐 영장 들고 와라, 이러면서 그래서 그러고 나서 또 얼마 있다 이름 바꾸고 그런 식으로 하니까 보건소도 이제 또 할 수가 어떻게 할 수가 없었다.” (C-2)

물론, 이러한 실태의 문제가 식욕억제제와 같이 수요가 많은 비급여 약물을 취급함으로써 수익을 창출하려는 병원이나 의사에게만 있는 것은 아니다. 비만인 경우에 식욕

억제제를 처방할 수 있도록 약물 승인이 이루어지기는 했지만 통상의 진료 관행상 환자가 자신의 감각과 주관적 판단으로 약물 처방을 요구하는 경우 의사들이 대체로 이를 거절하기 어려운 상황인 것은 사실이기 때문이다.

“뭐지 이걸 왜 이렇게 많이 저렇게 깎았었는데 나보다 더 말랐는데. 저 이거는 확실히 뭔가 중독이다. 이런 생각이 드는 사람들한테까지 안 줄 수가 없으니까. 약사는 어떠한 이유에서건 처방을 조제를 거부하면 정말 합당한 이유가 아니고선 안 되거든요. 응, 그것도 약사법 위반이라 또 줘야 되니까.” (C-2)

그러한 경우에는 약물 처방을 하되 올바른 약물 복용 방법 및 예상 가능한 부작용에 대한 적실한 고지가 있어야 하지만, 앞서 약사들의 인터뷰에서 언급한 것과 같은 방법으로 식욕억제제 처방이 이뤄지는 경우에는 환자들은 약물에 대한 온전한 정보를 제공할 수 없고, 부작용으로 인한 피해가 배가 될 수 있다. 동시복용해서는 안 되는 의약품이나 잠재적 약물 부작용에 대한 설명을 듣지 못한 상태에서 단지 체중을 줄이기 위한 자신의 선택을 견뎌야 한다고 생각하게 될 가능성이 크기 때문이다. 환자들은 약물에 의존해 체중을 줄이기를 원하고, 병원은 건강에 해로운 영향을 미칠 가능성을 무릅쓰는 환자에게 좋은 정보를 제공하고 만류하며 건강을 중심에 두는 제안을 하는 대신 손쉬운 처방과 그를 통한 이윤을 얻기를 원하기 때문이다. 식욕억제제 중독을 경험했던 한 당사자는 직업상의 조건과 주변의 압력으로 살을 빼야 한다는 강박에 시달린 채 병원을 찾아 막무가내로 식욕억제제 처방을 요구했고 병원에서 어떠한 주의사항이나 부작용에 관련된 고지도 듣지 못한 채 약을 처방받았다고 말했다.

“뭐 중복 처방 안되고 이런 말 단 한 번도 없었고 심지어 BMI 지수조차 저는 아예 체크를 안 했어요. 몸무게를 체크 안 했어요. 저랑 그냥 주셨던 것 같아요. 제가 울고 이러니까 가서 왜냐하면, 기획사에서 압박이 워낙 심했어가지고 그게 너무 무서우니까 오늘 너무 혼나서 거기 가가지고 우는 거예요. 근데 거기 내과였거든요 뭐 이런 정신과도 아니고 근데 제가 우니까 그냥 내과 선생님이 되게 뭐 많이 드려야죠 뭐 이런 식으로 해가지고 많이 줬던 거 같아요. 그렇게 해서 전혀 고지를 받은 게 없고 고지받은 거라면은 딱 하나밖에 없어요. 잠 못 자니까 너무 늦게 먹지 마라 이거랑 이게 최고치니까 용량은 여기서 못 늘린다 이 두 개밖에 들은 말이 없어요. 전혀. 왜 그마저도 한 4, 5년 정도는 의사를 아예 안 보고 처방을 받았기 땀에 뭐 전혀 하나도 알 리가 없었겠죠. 아무것도.” (H)

약사로 근무 중인 전문가들은 식욕억제제를 복용하지 않아도 될 것 같은 환자들이

처방전을 가지고 약국에 방문했을 때에 예상 가능한 부작용에 대해 안내하도록 노력하고 있다고 말했다. 약국을 거쳐 약물을 처방받는 것은 병원에서 약물부작용에 대해 충분한 안내를 받지 못한 환자들을 위해 약사들이 한 번 더 안내하고, 나아가 약물이 적절하게 처방되고 있는지 재차 확인하며, 해당 의약품들의 처방 내역을 마약류 통합 관리 시스템에 입력함으로써 정보체계에 기여한다.

“[본인의 식욕억제제 복용 경험을 토대로 이야기하면] 쉽게 말해서 영양 결핍. 손발톱 갈라진다거나 아니면 피부가 엄청 푸석푸석해지고, 여기 다크서클이 엄청지고 약간 머리가 빠진다거나. 그니까 사람이 전반적으로 좀 쇠하고 늙어지는 그런 그 부작용이 써 있지는 않지만 이렇게 살 빼다가는 진짜 한 10년은 혹 가겠다. 이런 생각이 드는 그런 것 때문에 다시는 전 안 하게 됐거든요. 이렇게 살 빼면 안 되겠다. 그런 거. 그래서 오히려 환자분들한테 얘기를 그런 얘기를 제가 할 수 있었던 것 같아요.” (C-2)

그러나 많은 정신과 병의원에서는 약국을 통하지 않고 의료기관에서 직접 향정신성 의약품을 제조하는 경우가 많다. 현행 의료법 시행령상 자해나 타 해의 위협이 있을 경우만 원내조제가 가능하지만, 실제로는 이러한 급박한 위험에 처해있지 않은 환자들에 대한 처방 다수가 원내조제를 통해 이루어진다. 이는 의사가 약물을 처방하고 이에 대해 약사가 다시 한번 복용지도와 안내를 하는 절차가 이루어지지 않고, 처방에 대한 모니터링이 이루어지지 못한다는 것을 의미한다. 처방전을 따로 받지 못하고 약물만 받게 되는 상황에서 정신의학과 환자들은 자신이 처방받아 먹는 약이 어떤 약인지도 모르고 먹게 되기도 한다.

“우리나라는 약이 좀 쉬워가지고 그리고 이제 우리나라 정신과의 독특성 중에 또 하나는 이제 원내조제가 많다는 거죠. 의약분업 2000년 의약분업 때에 예외 조항으로 이제 중증 정신질환자에 한해서 중증 정신질환자에 한해서 의약분업 예외를 허용한다. ... 맹점이 뭐냐면 모니터링 시스템이 없다는 거죠. 원내 조제를 하는데 그 그 처방의 적절성에 대해서 한번 검토할 그래도 우리가 뭐 지금도 사실은 약국에서 약사님들이 하실 수 있는 역할이 많지 않아서 좀 안타깝긴 한데” (B)

“진짜 원내는 저희가 이렇게 가끔 가져오거든요. 무슨 약인지 봐달라고 하면은 옛날 유산지 같은 데, 이렇게 알아보기도 힘들고, 다 그리고 반알을 왜 이렇게 많이 쓰는지 다 잘라져 있어가지고 이게 식별을 잘 못하겠어. 그리고 봉투도 막 봉투에다가 이제 넣어서 쓰니까 진짜 모르겠는데다가 저희가 전화를 해도 안 알려주잖아요. 개인정보니까. 환자가 전화를 해야 되는데 그럼 환자가 또 받아먹기도 힘든 약 받아 쓰기도 힘든 약들이라 확실히 많이 불투명하고 한계는 있는 것 같아요. 원내 조제는 확실히 물어볼 데도 없고.” (C-2)

물론 원외 조제가 이루어지는 의약품이라고 해서 약사들이 할 수 있는 일은 제한적이다. 처방권이 온전히 의사에게 독점되고 있는 상황에서 처방에 대한 의견을 제시하거나 피드백을 할 수 있는 방안이 현실적으로 존재하지 않기 때문이다. 이와 관련해서 전문가들은 약사들의 보고 체계를 활용해 의사의 부적절한 처방 실태를 점검할 수 있을지 모른다고 제안하기도 했다. 약물 오남용과 중독을 의약품 부작용의 문제로 보고 이와 관련해서 기존에 구축되어 있는 체계를 활용하는 방안을 검토해볼 수 있을 것이라는 입장이었다.

“의약품 부작용센터 거기로 보고를 약사가 자발적으로 보고를 하게 돼 있죠. ... 부작용 보고도 그런 약사들이 하는 거고. 분명히 의미 있는 데이터들이 될 것 같은데, 그 주체가 그니까 대한약사회가 될 게 아니라, 뭐 오히려 심평원 뭐 오히려 그냥 심평원으로 바로 DUR로 그냥 썩버리는 거. 이거 이상하다고. 그게 시스템도 더 좋을 것 같은데요? 이거 이것 좀 이상하지 않아요? 이렇게 해서 심평원에 보고하는 거죠. 약사들이 심평원에 대해서는 좀 신뢰가 있으니까. 그러니까 좀 공정할 거다, (부작용 보고를 하는 약사인) 나의 신상이 드러나지 않을 거다.” (C-2)

② 식욕억제제의 부작용과 여성의 몸에 대한 사회적 압력

면담에 참여한 유일한 당사자였던 H가 식욕억제제를 복용하게 된 것은 살을 빼야 한다는 외부의 압박 때문이었다. 연예계에서 활동하던 그녀는 살을 빼야 대중적 관심을 받을 수 있다는 말을 지속적으로 들었고, 이와 관련해 고민하고 있는 딸에게 엄마가 소개해준 식욕억제제를 처방해주는 병원에 가서 약을 처방받아 복용하기 시작했다. 구토감, 어지럼증과 같은 상당한 부작용과 어려움에도 불구하고 배가 고프지 않다는 느낌을 통해 만족감을 얻었고 식욕억제제를 지속적으로 복용했다.

“일단 먹은 첫날부터 좋지가 않았어요. 이게 너무 토할 것 같고, 일단은 헛구역질이 계속 나오고 이게 먹으면 그날 아무것도 안 먹을 수 있었거든요. 저한테는 하루를 굶을 수 있다는 게 더 좋았던” (H)

하지만 거의 식사를 하지 않으면서 식욕억제제를 장기간 복용하며 H은 많은 부작용을 경험할 수밖에 없었다. 식욕억제제를 복용하고 있던 시기 H는 손이 자주 저리고 손가락이 끝까지 퍼지지 않는 경우가 있었다고 했다. 그리고 식욕억제제 복용으로 인해 밥을 먹지 않고 충분한 영양분을 공급받지 못한 상태에서 오랜 기간 지내면서 뼈가 약해졌고 이로 인해 수 차례의 반복되는 골절을 경험했다고 말했다. 또한 심장박동이 규칙적으로 되지

않는다는 느낌을 받았고, 헤모글로빈 수치가 낮아서 며칠간 수혈을 받아야만 했던 상황에 대해서도 이야기했다.

“손이 이렇게 이렇게 너무 저린 나머지 애가 완전 이렇게 돼서 안 퍼지는 거예요. 이게 그게 되게 기억에 남고” (H)

“뼈가 너무 약해져서 제가 아킬레스건이 한번 이제 좀 문제가 생긴 적이 있어요. 양쪽 다 ... 뼈가 [엑스레이상에서] 너무 투명한 거예요. 스물 한두 살 세 살인데, 그래서 의사가 저한테 했던 말이 뼈가 60대 뼈다 이거 지금 골다공증이 코앞이다.” (H)

“기침을 하다가 갈비뼈가 부러졌었어요. 그래서 그냥 정말 기침이었는데. 아무 증상이 없었는데 9번 갈비뼈 오른쪽이 진짜 말 그대로 똑 부러져서 ... 그리고 계단 하나 못 봐서 발목이 이렇게 꺾었는데 발목뼈가 두 번이 부러졌어요. 3년 사이에 두 번이 부러지고 인대가 세 개가 다 파열됐고 그리고 인대가 파열됐는데 제가 재활을 못해서 올라와서 허리디스크가 이번에 터졌습니다. 그래서 지금은 허리 디스크 치료를 하고 있어요.” (H)

H은 심각한 정신적 부작용도 경험했다. H이 겪은 정신적 증상으로는 환각과 약물 의존이 가장 대표적이었다. 살을 빼야 한다는 압박으로 인해 식욕억제제 복용에 대한 강박이 생기고, 자신의 삶과 성공이 모두 살을 빼는 것과 연관되어 있다는 생각을 하면서 식욕억제제 복용에 집착하게 되고, 우울과 강박이 체중 감량과 식욕억제제 복용과 연결되며 약을 끊지 못하게 만드는 의존적인 상황이 이어졌다.

“우울증이나 강박이나 뭐 아휴 정말 그런 너무나 심각한 정신적 질환을 더 높여주는 효과를 준다고 생각해요. 그래서 먹으면 안 돼 나는 살이 쪼어 더 밥 뭐 돼지 같아 나는 죽어야 돼가 그냥 계속 돌면서 점점 커지는 거라고 생각해요. 그것 뺐에 약을 못 끊는 거거든요. 근데 약도 또 약을 끊으면 가라앉는데 가라앉으면 난 살이 쪼 거야. 난 여기서 최악이야” (H)

근래 H는 섭식장애를 겪었던 다른 활동가의 영향을 받아 그녀 자신도 섭식장애 알리기, 식욕억제제의 위험성 알리기 등의 활동을 시작했다. 실용음악학원에 근무 중인 H는 청소년들이 겪고 있는 마른 몸에 대한 강요와 식욕억제제를 포함하는 위험한 의약품과 약물 복용의 문제에 대해 이야기했다. H는 최근 실용음악 입시에서 외모의 중요성이 이전보다 중요해졌다고 말했다. 아이돌 산업의 영향도 있겠지만, 최근의 음악은 듣는 산업일 뿐만 아니라 보는 산업이 되었다는 점에서 대학들이 입시 과정에서 가창력 이외의 요소들을 중요하게 고려한다는 것이다. 남성의 경우에는 마르지 않더라도 가창력이

좋으면 선발되는 경우가 있지만, 최근 들어 여성들은 특정한 미적 기준에 부합하지 않으면 아무리 가창력이 좋아도 선발되지 않는 경우가 있다고 말했다. 이로 인해 학원에 서도 마르지 않은 어느 정도의 관리가 필요하다는 말을 학생과 학부모들에게 전한다고 말했다. H는 자신의 경험상 실용음악 입시를 준비하는 학생들이 자발적으로 약을 먹기 보다는 부모가 약을 먹게 하는 경우가 많다고 말했다. 식욕억제제는 공식적으로 16세 미만에게는 처방하지 않는 것이 원칙이므로 만약 입시를 위해 16세 미만 청소년이 식욕억제제를 복용한다면 이 약물은 부모가 대리처방을 받았을 가능성이 크다. 부모들은 원하는 수준의 체중감량이 되면 약물 복용을 멈추게 하기도 하지만 한 번 식욕억제제를 먹으면서 체중을 관리한 여성들은 이미 약에 의존하게 되고, 약을 먹지 않았을 때 찾아오는 스트레스, 불안감 등을 조절하기 위해 약을 계속 먹게 되기도 한다. 더 이상 부모가 처방을 받아주지 않는 상황에서 청소년들은 스스로 식욕억제제 처방을 받기 어려운 이상 온라인 불법 매매를 대안으로 떠올리게 될 수 있다.

H는 자신이 식욕억제제에 중독되었을 때 겪었던 증상, 그리고 여전히 남아 있는 고통을 설명하며 한편으로는 식욕억제제 복용의 위험성에 대해, 다른 한편으로는 여성들에게 식욕억제제 복용을 권하거나 강요하기도 하는 사회적 억압에 대해 문제제기를 하고, 섭식장애를 사회적 문제로 만들고, 마른 몸을 원하는 사회적 분위기를 바꿔야 한다고 말했다. 이 사례는 젠더 규범이 강하게 작동하는 연예계에서 활동하기를 지망하는 이들의 상황이라는 점에서 특수한 사례라고 볼 수도 있지만 이와 유사한 형태의 체중감량 압박이 이루어지는 영역은 실용음악 뿐만 아니라 예능계에 광범위하게 퍼져있을 가능성이 크고 청소년 여성들의 상황에 대한 것이라는 점에서 신중한 검토가 필요할 것으로 보인다.

3. 마약류 의약품 처방 현황 성별 분석

가. 마약류 의약품 처방 현황 관련 가용자료원

1) 의료용마약류 빅데이터활용서비스

의료용마약류 빅데이터활용서비스는 마약류관리시스템(Narcotics Information Management System, NIMS)에서 수집된 정보를 활용할 수 있도록 식품의약품안전처 산하 한국약품안전관리원이 관리·운영하는 자료공개서비스이다. 마약류관리시스템은

『마약류 관리에 관한 법률』 제11조(마약류 취급의 보고) 및 제11조의2(마약류통합정보 관리센터)의 규정에 따라 운영되는 체계이다. 이 시스템은 마약류취급자 또는 마약류취급 승인자가 수출입, 제조, 판매, 양수, 양도, 구입, 사용, 폐기, 조제, 투약하거나 투약하기 위하여 제공 또는 학술연구를 위하여 사용한 마약 또는 향정신성의약품의 취급정보에 관한 사항을 식품의약품안전처장에게 보고하도록 하고 있다. 2015년 5월 18일 『마약류 관리에 관한 법률』이 개정되며 시스템의 법적 근거가 마련되었고, 3년 후인 2018년 5월 18일부터 마약류 취급보고 제도가 전면 시행되며 자료가 축적되기 시작하였다.

마약류 취급내역을 보고해야 하는 마약류 취급내역 보고자는 마약류를 취급하는 마약류취급자와 마약류취급승인자로 크게 구분된다(표 IV-2). 취급내역 보고 대상은 중점관리대상과 일반관리대상으로 구분되며 중점관리대상은 취급 당일과 공휴일을 제외하고 취급한 날로부터 7일 이내에 보고하도록 되어 있다. 중점관리대상은 기본적으로 마약 또는 지정 향정성분의 의약품이지만 사회적으로 오남용이 심각하거나 불법유통 사례가 많은 경우 중점관리 대상으로 지정하여 관리하고 있다(표 IV-3). 제조·수입사는 제품을 생산하고 공급하는 과정에서 RFID 태그와 바코드를 부착하여 중점관리품목의 경우 일련번호와 수량 기반으로, 일반관리품목의 경우 제조번호를 기반으로 마약류통합 관리시스템에 제조, 수입, 판매 내역을 보고한다. 도매상은 제품을 유통하는 과정에서 마약류를 구입하고 판매한 내역을 보고하며, 병원과 약국은 마약류의 보관과 출고관리 과정에서 마약류의 입고 내역을, 마약류 의약품을 투약·조제하는 과정에서는 사용, 판매 내역을 보고한다(그림 IV-17). 마약류 취급내역 보고의 흐름을 정리하면 [그림 IV-18]과 같다.

〈표 IV-2〉 마약류 취급내역 보고자의 분류

구분	소분류	설명
마약류 취급자	마약류 제조업자	마약 또는 향정의 제조(제조 및 소분을 포함)를 업으로 하는 자
	마약류 수출업자	마약 또는 향정의 수출업을 업으로 하는 자
	마약류 원료사용자	한외마약 또는 의약품의 제조할 때 마약 또는 향정을 원료로 사용하는 자
	마약류 도매업자	마약류소매업자, 마약류취급의료업자, 마약류관리자 또는 마약류취급학술연구자에게 마약 또는 향정을 판매하는 것을 업으로 하는 자
	마약류 소매업자	「약사법」에 따라 등록한 약국·개설자로서 마약류취급의료업자의 처방전에 따라 마약 또는 향정을 조제하여 판매하는 것을 업으로 하는 자
	마약류취급의료업자	의료기관에서 의료에 종사하는 의사, 치과 의사, 한의사 또는 「수의사법」에 따라 동물 진료에 종사하는 수의사로서 의료나 동물 진료를 목적으로 마약 또는 향정을 투약하거나 투약하기 위하여 제공하거나 마약 또는 향정을 기재한 처방전을 발급하는 자
	마약류취급학술연구자	학술연구를 위하여 마약 또는 향정을 사용하거나, 대미초를 재배하거나 대마를 수입하여 사용하는 자
	마약류 관리자	「의료법」에 따른 의료기관에 종사하는 약사로서 그 의료기관에서 환자에게 투약하거나 투약하기 위하여 제공하는 마약 또는 향정을 조제, 수수하고 관리하는 책임을 진 자 * 마약류관리자가 2인 이상 경우 병원 내에서 업무분장을 명확히 하여야 함
	마약류취급자의 예외적인 마약류 취급	- 마약류수출업자·마약류제조업자·마약류원료사용자 또는 마약류취급학술연구자가 마약류 품질관리를 목적으로 취급하려는 경우 - 마약류수출업자·마약류제조업자·마약류원료사용자 또는 마약류취급학술연구자가 마약·향정신성의약품 또는 한외마약(限外藥)의 품목하기를 받기 위한 임상연구나 시제품(試製品)을 제조하기 위하여 취급하려는 경우 - 위와 준하는 경우로서 마약류를 취급할 필요가 있다고 식품의약품안전처장이 인정하는 경우
	마약류 취급승인자	<p>〈마약 또는 원료물질 등의 취급에 관한 승인〉</p> <ul style="list-style-type: none"> - 마약류취급학술연구자의 학술연구 - 공무상 필요 <p>일반행위 금지의 예외 취급에 관한 승인을 받은 자</p> <p>〈향정 등의 취급에 관한 승인〉</p> <ul style="list-style-type: none"> - 마약류취급학술연구자가 학술연구를 위하여 필요한 양만 취급하려는 경우 - 공무상 필요에 따라 취급하려는 경우

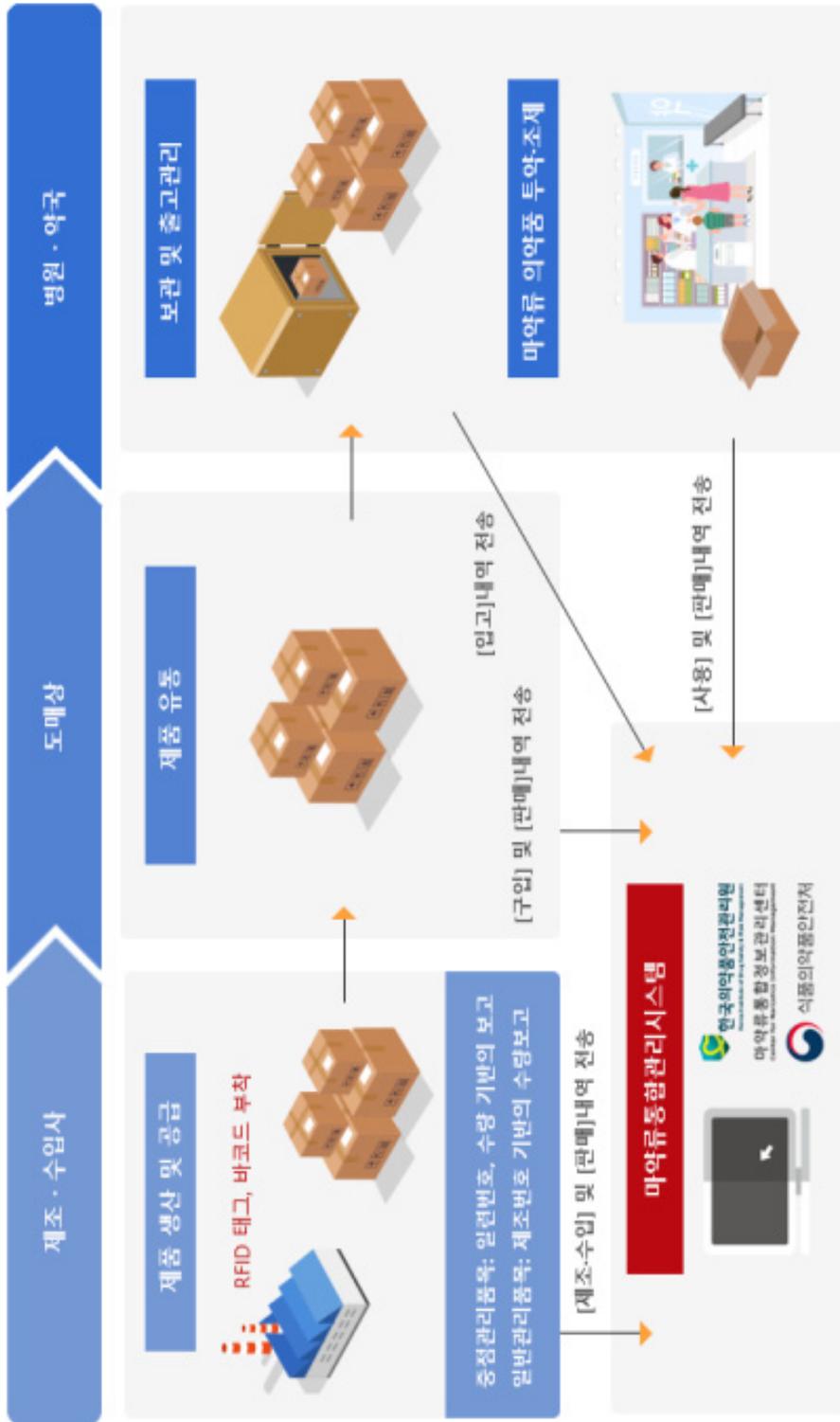
구분	소분류	설명
	마약류취급자가 아닌 자의 마약류 취급에 관한 승인을 받은 자	<ul style="list-style-type: none"> - 마약류제조업자가 시험용으로 항정을 필요로 하는 경우 - 「대외무역법」 제2조제3호에 따른 무역거래자가 물품매도확약서를 발행하여 구매·알선행위를 하는 경우 - 항정 등을 취급할 필요가 있다고 식품의약품안전청장이 인정하는 경우 - 의약품제조업자 등이 마약·항정 또는 한외마약의 품목허가를 위한 임상연구나 시제품을 제조하기 위하여 취급하는 경우 - 항정 제외인정 의약품의 품목허가(또는 신고)를 하기 위한 임상연구나 시제품을 제조하기 위하여 취급하는 경우 - 의약품제조업자 등이 품질관리를 목적으로 취급하는 경우 - 의약품을 분류·포장하는 기계·기구 등을 제작하거나 시제품을 제작하거나 제품의 성능을 시험하기 위하여 항정을 취급하는 경우 - 공무수행 또는 공무수행을 보조하기 위하여 부득이 마약류 취급을 필요로 하는 경우 - 「대외무역법」에 의한 외국의 수출자의 위임을 받은 무역거래자가 물품매도확약서를 발행하여 마약류의 구매·알선행위를 하는 경우 - 도핑(doping)검사 및 그 검사를 위한 시험을 목적으로 마약류 취급을 필요로 하는 경우 - 의료봉사 단체 또는 의료기관 등이 해외 의료봉사·원조·지원 등을 위하여 취급하는 경우 - 「항공법」에 따른 구급의료용품 탑재 등 식품의약품안전청장이 필요하다고 인정하여 공고하는 경우 - 자기치료를 목적으로 마약 또는 항정신성의를품을 휴대하고 출입국하는 경우 - 국내에 대체치료를수단이 없어 자기치료를 목적으로 한국외국·필수약품세터를 통하여 수입된 마약 또는 항정을 취급하는 경우

자료: 마약류통합관리시스템 - 처음 사용자 안내 - 제도안내

〈표 IV-3〉 마약류 취급내역 관리·보고 대상과 시점

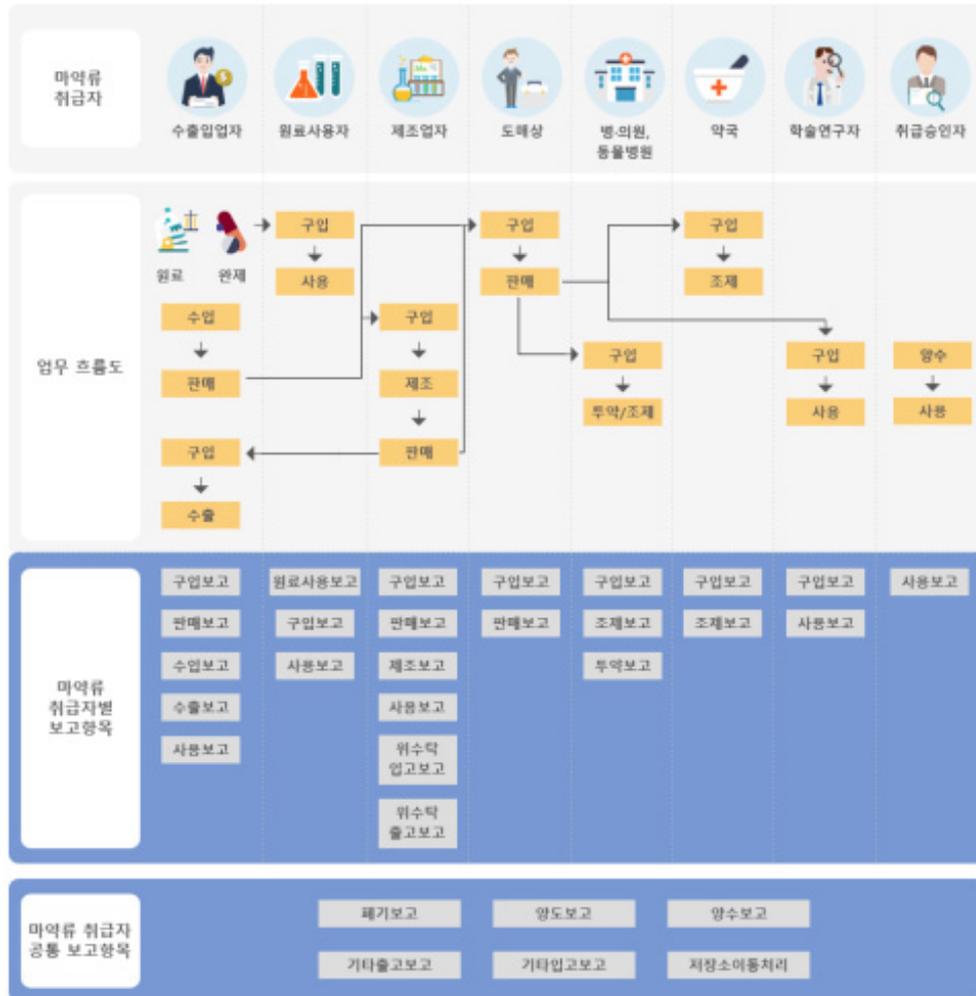
구분	관리대상	보고대상	보고시점
중점관리대상	마약·지정향정성분 (예외1-물품) 품목허가 없는 마약·지정성분 시약(표준품 등), 자사 제조용 원료 마약·지정성분, 동물용으로 품목허가 받은 마약 (예외2-사립) 마약·향정 지정성분을 취급하는 마약류취급허술연구자, 마약류 원료사용자, 취급승인자	수입·수출·제조·구입·판매·양도·양수·폐기·조제·투약 시 인적정보(거래자, 의료인, 환자) 제품정보(품명, 제조번호, 품목코드, 최소유통단위, 일련번호) 조제·투약정보(투약·조제량, 처방정보)	취급한 날로부터 7일 이내 (당일, 공휴일 제외)
일반관리대상	기타 향정성분 (마약, 식약처장 지정성분이나) 품목허가 없는 시약, 자사 제조용 원료, 동물용 품목허가 (마약, 식약처장 지정성분을 취급하는) 마약류취급허술연구자, 마약류원료사용자, 마약류 취급승인자	수입·수출·제조·원료사용·구입·판매·양도·양수·폐기·사용·조제·투약 시 인적정보 (거래자, 의료인, 환자) 제품정보(품명, 제조번호, 품목코드, 최소유통단위) 조제·투약정보(투약·조제량, 처방정보)	취급한 달의 다음달 10일까지 (단, 제조·수입, 수출보고는 취급한 날로부터 10일 이내보고) * 10일이 공휴일, 토요일인 경우 다음 근무일 까지 보고가능

자료: 마약류통합관리시스템 - 처음 사용자 안내 - 취급내역보고



출처: 마약류통합관리시스템 <https://www.nims.or.kr/bbs/guide/usr/view.doj>

[그림 IV-17] 마약류 취급업무 흐름도



출처: 마약류통합관리시스템 <https://www.nims.or.kr/bbs/guide/usr/view.do>

[그림 IV-18] 마약류 취급내역 보고 흐름도

의료용마약류 빅데이터활용서비스는 홈페이지(<https://data.nims.or.kr>)을 통해 자료 신청을 받고 있으며 자료를 사용하고자 하는 자가 소정의 양식을 갖추어 홈페이지를 통해 신청하면, 마약류 통합정보관리센터에서 자료 제공 검토를 거쳐 요청된 자료를 추출한 다음 식품의약품안전처의 승인을 받아 자료를 제공한다. 자료는 최대 1년의 범위 안에서 제공되며 그 이상의 기간이 필요한 경우 의료용마약류 빅데이터활용서비스가 아니라 식품의약품안전처 담당 부서와의 직접 협의가 필요하다.

자료는 『마약류 관리에 관한 법률』 제11조의5에 따라 마약류 오남용에 관련한 연구,

조사 및 교육 목적으로 사용하는 경우에 한하여 제공되며, 같은 조항에 따라 개인정보 관련 항목을 제공하지 않기 때문에 마약류를 처방받은 개인, 개별 사업체, 의료기관 등의 식별은 불가능하다. 자료는 생산, 유통, 사용(취급)으로 구분되어 있으며 생산의 경우 마약류의약품 수입·수출·제조현황을 제조와 수출·수입으로 구분한 자료, 유통의 경우 마약류의약품 판매·구매 유통현황에 대한 자료, 사용(취급)의 경우 마약류의약품 조제·투약·동물투약·폐기현황에 대한 자료를 각각 포함하고 있다. 각 자료가 포함하고 있는 정보는 <표 IV-4>에, 각 항목의 세부분류는 <표 IV-5>에 제시되어 있다.

<표 IV-4> 의료용마약류 자료별 제공정보

분류	항목	생산정보 (제조)	생산정보 (수출/수입)	유통정보 (판매/구매)	사용정보 (조제/투약)
취급보고 정보	취급일자	○		○	○
	제조시작일자	○			
	제조종료일자	○			
	제조위수탁구분	○			
	보고유형		○	○	○
	수출입통관일자		○		
	수출입상대국가		○		
	취급자종별구분			○	○
	취급자지역(시도)			○	○
	상대취급자종별구분			○	
	상대취급자지역(시도)			○	
	환자성별구분				○
	환자연령구간				○
	처방기관종별구분				○
처방기관지역(시도)				○	
약품 정보	마약/항정구분	○	○	○	○
	약품효능구분	○	○	○	○
	약품성능구분	○	○	○	○
	총 날개수량(그룹화된 수량합계)	○	○	○	○
	날개단위	○	○	○	○
	사용후 폐기량(그룹화된 수량합계)				○
	사용후폐기량단위				○

자료: 의료용마약류 빅데이터활용서비스 - 자료신청자 구비서류 - [별지 제3호] 제공신청서를 재구성

〈표 IV-5〉 의료용마약류 항목별 세부분류

항목	분류	세분류
약품정보 (마약/향정)	마약, 향정	
약품정보 (성분/효능)	진통제	페티딘, 모르핀, 디히드로코데인, 히드로모르폰, 히드로코돈, 옥시코돈, 타펜타돌, 부프레노르핀, 부토르파놀, 펜타조신, 날부핀, 펜타닐(주사제 외)
	최면진정제	졸피뎀, 펜도바르비탈, 클로랄히드레이트, 쿠아제팜, 플루니트라제팜, 트리아졸람, 미다졸람, 플루라제팜, 에스조피클론
	식욕억제제	펜터민, 핀데미트라진, 암페프라몬, 로카세린, 마진돌
	항뇌전증제	페노바르비탈, 클로나제팜
	항우울제	에스케타민
	항불안제	클로르디아제폭시드, 맥사졸람, 에틸로플라제페이트, 클로티아제팜, 로라제팜, 디아제팜, 브로마제팜, 에티졸람, 클로바잠, 알프라졸람
	마취제	프로포폴, 케타민, 티오펜탈, 서펜타닐, 알펜타닐, 레미펜타닐, 펜타닐(주사제), 레미마졸람(주사제)
	진해제	코데인, 텍스트로메트르판, 지페프롤
ADHD치료제	메틸페니데이트	
취급자정보 (소재지)	강원도, 경기도, 경상남도, 경상북도, 전라남도, 전라북도, 충청남도, 충청북도, 서울특별시, 세종특별시, 광주광역시, 대구광역시, 대전광역시, 부산광역시, 울산광역시, 인천광역시, 제주특별자치도	
취급자정보 (종별)	마약류수출입업, 마약류제조업, 마약류도매업, 소매업, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 동물병원, 보건소/보건지소/보건진료소, 마약류취급학술연구	
상대취급자정보 (소재지)	강원도, 경기도, 경상남도, 경상북도, 전라남도, 전라북도, 충청남도, 충청북도, 서울특별시, 세종특별시, 광주광역시, 대구광역시, 대전광역시, 부산광역시, 울산광역시, 인천광역시, 제주특별자치도	
상대취급자 (종별)	마약류수출입업, 마약류제조업, 마약류도매업, 소매업, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 동물병원, 보건소/보건지소/보건진료소, 마약류취급학술연구	
처방기관정보 (소재지)	강원도, 경기도, 경상남도, 경상북도, 전라남도, 전라북도, 충청남도, 충청북도, 서울특별시, 세종특별시, 광주광역시, 대구광역시, 대전광역시, 부산광역시, 울산광역시, 인천광역시, 제주특별자치도	
처방기관정보 (종별)	종합병원, 병원, 요양병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 동물병원, 보건소/보건지소/보건진료소	
환자정보(성별)	남, 여	
환자정보(연령)	10대 미만, 10대, 20대, 30대, 40대, 50대, 60대, 70대, 80대 이상	

자료: 의료용마약류 빅데이터활용서비스 - 자료신청자 구비서류 - [별지 제3호] 제공신청서를 재구성

2) 건강보험심사평가원 빅데이터개방포털

건강보험심사평가원은 보유하고 있는 각종 자료원을 HIRA 빅데이터개방포털 (<https://opendata.hira.or.kr>)을 통해 국민과 연구자에게 제공하고 있다. 포털에서

제공하는 의료통계정보 중 의약품 통계에서 질병별, 약효분류별, 성분별, 약물별(ATC 코드 기준) 사용 통계를 확인할 수 있다. 건강보험심사평가원이 제공하는 자료는 국민건강보험공단에서 비용의 일부를 대는 의약품(급여의약품)에 대한 정보만을 포함하고 있다. 국민건강보험의 요양급여 대상이 되는 의약품 이용은 충분하지 않지만 약제적정성 평가, DUR 등 공급자에 대한 관리를 통한 관리·감독 기전이 존재하는 반면, 급여 외 의약품은 사실상 방치되어 있다는 점을 고려할 때 식품의약품안전처 자료와의 비교를 통한 허가초과/비급여 사용의 현황을 파악할 수 있게 해주는 중요한 자료원이다.

3) 대검찰청 자료

대검찰청은 마약·조직폭력범죄수사의 일환으로 매월 마약류 단속의 결과로 얻어진 정보를 정리하여 마약류 월간동향을 발표하고, 매해 하반기 즈음에는 세계적 동향, 한국 상황, 국제협력 현황 등을 정리한 마약류 범죄백서를 발간·공개하고 있다(<https://www.spo.go.kr/site/spo/ex/board/List.do?cbIdx=1201>). 식품의약품안전처의 의료용 마약류 자료나 건강보험심사평가원 자료와는 달리 단속 결과에 기반한 자료이기 때문에 인구집단에 대한 자료로 완결성을 가지기는 어렵지만, 신종 마약류의 출현이나 사용 동향 등을 파악할 수 있고 허가받은 약물의 경우에도 불법적 경로로 유통되는 양상과 규모를 파악할 수 있도록 한다는 점에서 마약류 약물의 안전한 사용과 관리를 위해 중요한 정보를 제공한다.

마약류의 사용과 관련하여 각 자료원이 포괄하는 범위는 <표 IV-6>과 같다.

<표 IV-6> 마약류 사용 범위에 따른 자료원의 포괄범위

항목	불법/허가초과	법정비급여	급여
비허가의약품	대검찰청 자료	해당 없음	해당 없음
허가의약품	식품의약품안전처 자료 대검찰청 자료	식품의약품안전처 자료	건강보험심사평가원 자료 식품의약품안전처 자료

자료: 저자 정리

나. 마약류 의약품 처방 현황 분석

여성가족부와 식품의약품안전처 간의 협의를 거쳐 의료용 마약류 자료 사용정보 데이터셋 중 2019년 1월부터 2023년 5월까지 4년 5개월의 자료를 취득하였다. 자료의 취득, 활용, 보유에 대해서는 한국여성정책연구원 생명윤리위원회의 심의를 거쳤다

(IRB No. 2023-01-07).

마약류 의약품은 전문의약품이므로 환자가 공식적인 절차를 통해 마약류 의약품을 취득하는 방법은 의료기관에서 의사의 처방을 받는 것뿐이다. 이때 처방된 의약품의 조제가 이루어지는 장소에 따라 병의원 안에서 이루어지는 경우(원내조제)와 약국에서 이루어지는 경우(원외처방)으로 나뉠 수 있다. 『약사법』 제23조제4항은 의사 또는 치과의사가 직접 의약품을 조제할 수 있는 의약분업의 예외를 규정하고 있는데, 이 중 마약류 의약품과 관련된 것으로는 정신질환자(3호), 입원환자(4호), 주사제(5호), 보건 복지부령으로 정하는 의약품 투여(6호)²⁰⁾가 있다. 원칙적으로는 의료기관에서는 투약 보고만, 약국에서는 조제보고만 이루어져야 하지만 의약분업 예외조항에 근거하여 병의원에서는 조제와 투약이 모두 이루어질 수 있는 것이다. 환자에 대한 상세한 정보가 있다면 각 처방의 특성에 따라 구분하는 것이 바람직하겠으나, 마약류 의약품이 누락 되지 않는데 초점을 맞추고 있는 자료의 특성과 개인, 의료기관 등에 대한 비식별화 조치 때문에 개별 처방자 수준에서의 연간 처방 현황과 같은 자세한 구분은 불가능하다. 대신 조제보고는 약제부에서, 투약보고는 간호부에서 이루어져 조제보고에서 파악된 의약품 중 반납되지 않은 것이 투약보고의 대상이 되는 의료기관 내에서의 업무흐름을 고려하여 조제보고를 중심으로 분석하였다.

본 연구에서 사용한 의료용마약류 자료는 비식별화되어 제공되었으며, 이 때문에 처방 받은 개인, 조제/투약이 이루어진 처방기관이 식별되지 않았다. 또, 자료의 한 행이 한 사람이 처방받은 기록을 의미하는 것이 아니라 일정한 기간 안에 동일한 특성을 가진 처방 전체를 한 행으로 묶어놓은 형태로 되어 있다.²¹⁾ 자료의 특성을 고려하여 개인의 특성(성별, 연령), 처방기관의 특성(종별, 소재지), 약품의 특성(진통제, 최면진정제, 식욕 억제제, 항뇌전증제, 항우울제, 항불안제, 마취제, 진해제, ADHD치료제) 및 약품명에 따라 총 처방수량, 총 처방건수²²⁾, 처방당처방수량을 산출하고 특성을 확인하였다. 약품의 효능분류를 기준으로 총 처방량과 총 처방건수의 성비를 구하고 한쪽으로 균형이

20) 같은 법 시행규칙 제15조는 의료기관 조제실에서 제제를 제조하는 경우(4호), 마약을 투약하는 경우(6호)를 의사 또는 치과의사가 직접 조제할 수 있는 상황으로 규정하고 있다.

21) 구체적으로는 2019년 1월, 강원도 소재 의원에서 메틸페니데이트를 처방받은 10대 남성의 처방량을 일정한 기간 단위로 묶어놓은 형태이다. 이 때문에 개인, 처방기관 등의 재식별가능성은 매우 낮으나, 자료의 한 행이 조제/투약 행위와 1:1로 대응하지 않아 분석에 주의를 요한다.

22) 이 때 처방건수는 자료의 행수를 의미하는 것으로 짧은 단위로 여러 건 처방된 경우 과소평가의 위험성이 있지만 성비를 분석하는 데는 큰 무리가 없을 것으로 판단하여 처방건수로 산정하여 분석하였다.

크게 기울어지는 약물 2가지(여성 - 식욕억제제, 남성 - ADHD치료제)를 세부 분석의 대상으로 삼았다(그림 III-3). 처방단위는 의약품의 포장에 준해서 결정되지만 폐기단위는 상황에 따라 일관되지 않았기 때문에 처방을 기준으로 분석하였다. 이때 각 의약품의 용량이나 제형을 정확하게 알 수 없었기 때문에 개, 정, 캡슐, 앰플, 바이알 등의 단위는 모두 ‘개’로 통일하였고, 처방건수의 단위는 ‘건’을 사용하였다. 조제와 투약 모두에서 향정 진통제인 지페프롤과 최면진통제인 클로랄히드레이트의 경우 처방단위가 ml인 것들이 있었는데(조제의 경우 19,586건, 1,676건, 투약의 경우 각각 515건, 919건), 통상적인 포장용량과 투약용량을 고려하여 지페프롤은 7.5ml을 1개로, 클로랄히드레이트는 10ml를 1개로 환산하여 분석하였다.

1) 자료의 일반적 특성

자료의 기본적 특성은 <표 IV-7>과 같다. 분석기간인 2019년 1월부터 2023년 5월 사이 전체 조제건수는 3,110,847건, 투약건수는 1,125,869건으로 조제 대비 투약 비율은 36.2%였다. 2019년 이후 조제건수가 매년 늘어나고 있었고, 투약건수는 2022년 다소 감소하는 양상을 보였다. 2023년은 5월까지의 자료로 2019-2022년의 같은 기간과 비교했을 때 2019년에서 2022년까지 조제와 투약 모두 증가하다가 2023년에는 2022년에 비해 조제와 투약이 다소 감소하여 2021년과 2022년 사이의 값을 보였다. 조제 대비 투약 비율은 2019년 이후 감소하는 추세에 있으며, 2023년의 값도 2019-2022년의 같은 기간과 비교하면 감소하는 추세가 유지되는 것을 확인할 수 있었다(표에는 별도로 표기하지 않음).

<표 IV-7> 의료용마약류 사용정보 자료의 기본 특성

(단위: 건, %)

구분		조제	투약	비율
전체		3,110,847	1,125,869	36.2
연도별	2019	673,375	247,413	36.7
	2020	676,680	248,577	36.7
	2021	726,176	262,613	36.2
	2022	734,195	260,416	35.5
	2023 (~5월)	300,421	106,850	35.6

의료용마약류를 사용한 환자의 특성은 <표 IV-8>에 제시하였다. 조제의 경우 남성과 여성에서 비슷한 건수를 보이다가 70대와 80대 이상에서는 여성의 건수가 더 많아지는 양상을 보였다. 투약도 비슷하지만 10대 미만을 제외하면 모든 연령대에서 여성의 투약이 더 많았다. 이를 반영하여 조제 대비 투약 비율도 10대 미만을 제외하면 모든 연령대에서 여성이 남성보다 높거나 거의 비슷한 수치를 보였다.

<표 IV-8> 의료용마약류 사용 환자의 특성

(단위: 건, %)

구분		조제	투약	비율	
전체		3,110,847	1,125,869	36.2	
성별-연령	남성	10대 미만	44,739	16,043	35.9
		10대	95,535	36,215	37.9
		20대	153,717	58,580	38.1
		30대	177,458	66,508	37.5
		40대	206,716	75,494	36.5
		50대	225,486	82,934	36.8
		60대	232,648	82,348	35.4
		70대	215,406	71,181	33.0
		80대 이상	189,246	60,336	31.9
	여성	10대 미만	37,910	13,197	34.8
		10대	93,554	36,637	39.2
		20대	153,467	62,525	40.7
		30대	178,077	70,243	39.4
		40대	206,967	79,328	38.3
		50대	224,633	84,527	37.6
		60대	232,317	84,211	36.2
		70대	223,527	75,700	33.9
		80대 이상	219,430	69,759	31.8
	성별미상	10대 미만	14	103	-

처방기관의 특성은 <표 IV-9>에 제시했다. 조제 현황을 처방기관의 종별에 따라 살펴 보면 종합병원이 1,265,547건으로 전체의 40.7%를 차지하여 가장 많고 그 뒤를 병원

638,793건(20.5%), 의원 566,683건(18.2%), 요양병원 309,433건(9.9%)이 차지했다. 투약에서는 순위가 바뀌어서 의원이 423,922건(37.7%)이 가장 많고, 그 뒤를 병원 283,066건(25.1%), 종합병원 162,580건(14.4%), 요양병원 91,247건(8.1%)이 이었다. 조제 대비 투약 비율은 치과의원이 78.8%로 가장 높았고, 그 뒤를 의원 74.8%, 치과병원 51.6%, 병원 44.3%가 이었다. 처방기관의 소재지역은 조제 기준 경기도 354,589건(11.4%)가 가장 많았고, 그 뒤를 서울특별시 326,318건(9.9%), 부산광역시 246,358건(7.9%), 대구광역시 229,194건(7.4%)이 이었다. 투약에서도 경향이 유지되어 경기도가 121,858건(10.8%)으로 가장 많고, 서울특별시 114,180건(10.1%), 부산 83,979건(7.5%), 경상남도 77,620건(6.9%) 순이었다. 조제 대비 투약 비율은 세종특별자치시가 62.5%로 가장 높고, 전라북도 60.3%, 충청남도 49.9%, 대전광역시 45.6% 순이었다.

〈표 IV-9〉 의료용마약류 처방기관의 특성

(단위: 건, %)

구분		조제	투약	비율
전체		3,110,847	1,125,869	36.2
처방기관 종별	동물병원	-	48,832	-
	보건소	22,152	-	0
	보건의료원	23,753	1,451	6.1
	보건지소	10,600	781	7.4
	의원	566,683	423,922	74.8
	병원	638,793	283,066	44.3
	요양병원	309,433	91,247	29.5
	정신병원	178,043	64,390	36.2
	종합병원	1,265,547	162,580	12.8
	치과의원	31,754	25,030	78.8
	치과병원	28,035	14,463	51.6
	한방병원	36,054	10,107	28.0
처방기관 소재지역	서울특별시	326,318	114,180	35.0
	부산광역시	246,358	83,979	34.1
	대구광역시	229,194	49,994	21.8
	인천광역시	194,790	69,752	35.8
	광주광역시	186,399	57,563	30.9
	대전광역시	170,042	77,529	45.6

구분	조제	투약	비율
울산광역시	154,656	45,002	29.1
세종특별자치시	26,633	16,635	62.5
경기도	354,589	121,858	34.4
강원특별자치도	145,047	54,656	37.7
충청북도	153,281	60,501	39.5
충청남도	149,647	74,723	49.9
전라북도	143,879	86,777	60.3
전라남도	165,684	54,440	32.9
경상북도	201,280	54,455	27.1
경상남도	182,403	77,620	42.6
제주특별자치도	80,647	26,205	32.5

각 약물 특성은 <표 IV-10>에 제시하였다. 마약의 조제건수는 700,480건으로 전체 조제의 22.5%를 차지했다. 마약 조제 중 가장 큰 비중을 차지한 것은 진통제(424,326건, 60.6%)이고 마취제(135,960건, 19.4%)와 진해제(140,194건, 20.0%)는 비슷했다. 진통제는 마약 투약 중에서도 가장 큰 비중(53.3%)을 차지했지만 조제에서 차지하는 비중을 비해 다소 낮은 비중을 보였다. 마취제는 조제 대비 투약 비율이 60.9%에 달해 조제에서와 달리 투약에서는 전체의 32.9%를 차지했다. 향정의 조제건수는 2,410,367건으로 항불안제 968,443건(40.2%), 최면진정제 598,385건(24.8%), 항뇌전증제 235,925건(9.8%), 마취제 173,295건(7.2%) 순으로 많았다. 투약건수는 전체 874,214건으로 항불안제 321,148건(36.7%), 최면진정제 221,679건(25.4%), 마취제 153,223건(17.5%), 진통제 44,541건(5.1%) 순이었다. 조제 대 투약 비율은 마취제(88.4%)와 항우울제(78.6%)가 높고, 10% 미만의 진해제와 식욕억제제를 제외하면 대부분 30% 언저리의 비율을 보였다.

〈표 IV-10〉 의료용마약류 처방약물의 특성(대분류, 효능분류)

(단위: 건, %)

구분		조제	투약	비율	
전체		3,110,847	1,125,869	36.2	
대분류	마약	전체	700,480	251,655	35.9
		마취제	135,960	82,745	60.9
		진통제	424,326	134,119	31.6
		진해제	140,194	34,791	24.8
	향정	전체	2,410,367	874,214	36.3
		마취제	173,295	153,223	88.4
		마취제(동물용)	-	12,722	-
		진통제	102,616	44,541	43.4
		진해제	47,040	1,077	2.3
		최면진정제	598,385	221,679	37.0
		항뇌전증제	235,925	7,0257	29.8
		항불안제	968,443	321,148	33.2
		항우울제	730	574	78.6
		식욕억제제	149,254	8,729	5.8
		ADHD치료제	134,679	40,264	29.9

대분류, 효능분류에 따라 총 처방량의 성비와 총 처방건수의 성비를 그림으로 그리면 〈그림 IV-18〉과 같다. ●은 마약, ▲은 향정을 뜻하며 도형의 크기는 총 처방량의 상용 로그값에 비례한다. 성비는 여성의 값을 남성의 값으로 나눈 것으로 1보다 크면 여성이 많고, 1보다 작으면 남성이 많은 것을 의미한다. 이 중 1사분면의 끝에 위치하여 총 처방량과 처방건수 모두가 여성에서 많은 식욕억제제와 3사분면의 끝에 위치하여 총 처방량과 처방건수 모두가 남성에서 많은 ADHD치료제를 세부분석의 대상으로 삼았다.

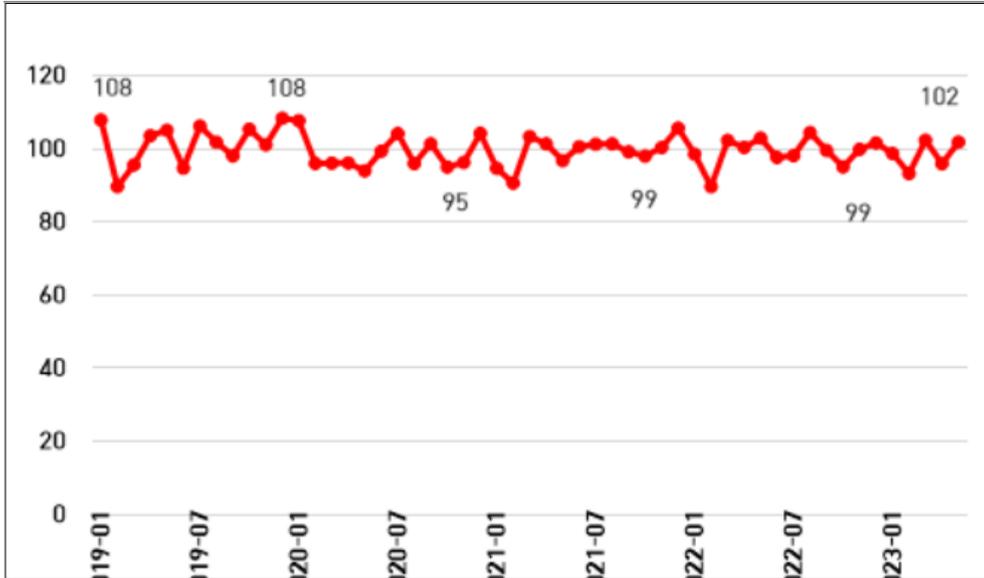
2) 마약류 일반현황

① 마약

분석기간인 2019년 1월부터 2023년 5월까지 마약의 조제 동향을 분석하였다. [그림 IV-19]에서 볼 수 있듯 2019년 이후 총 처방량은 시간에 따른 큰 변화가 확인되지 않는다. 이와는 달리 마약의 처방건수는 시간에 따라 조금씩 증가하여 처방 건당 처방량은 2019년 이후 지속적으로 감소하는 양상을 보이고 있다([그림 IV-21], [그림 IV-23]). 성별에 따라서는 총 처방량, 처방건수, 처방건수 당 처방량 모두에서 남성이 여성보다 일관되게 더 많은 마약류를 처방받고 있었고, 시간에 따른 추세에서는 유의미한 차이를 확인할 수 없었다([그림 IV-22], [그림 IV-24], [그림 IV-26], [표 IV-28]). 이는 주로 진통제 처방량에서 남성이 차지하는 비중이 여성보다 많았던 것과 관련이 있었다.

이는 앞서 약사회에서 진행한 건강보험심사평가원 외래 투약 마약류 약물 자료를 분석한 내용과는 반대의 결과다. 이를 맥락적으로 해석하면, 건강보험 급여 범위 내에서 처방되는 마약은 여성이 더 많이 사용하는 반면 건강보험 급여와 무관하게 자기부담금을 전액 부담하면서 이루어지는 처방까지 모두 포함했을 때에는 남성의 마약 처방량이 더 크다고 볼 수 있다. 이런 차이가 나타나는 이유를 추정해 보면, 마약성 진통제가 필요할 정도로 심각한 통증이 남성에서 더 많이 발생하거나, 또는 의료기관에서 여성보다 남성의 통증에 대해 더 강한 진통제를 처방할 가능성, 특히 건강보험급여가 되지 않아 경제적으로 부담이 되는 마약성 진통제 처방이 남성에서 더 적극적으로 이루어지고 있을 가능성을 염두에 둘 수 있다. 또한 여성과 남성에서 서로 다른 상병에 따른 통증이 발생하고 상대적으로 고령층의 환자가 더 많은 여성들이 마약성 진통제의 건강보험급여화가 이루어져 이루어져 있는 상병과 관련한 통증 처방을 더 많이 받고 있을 가능성도 있다. 다만 마약류 전체를 중심으로 하는 분석의 총량은 의미를 해석하기 불가능하므로 이에 대한 구체적인 원인을 파악하기 위해서는 약물별, 처방이 이루어진 진단 별로 세부 분석이 필요할 것으로 보인다(대분류에 따른 설명은 부록 1에 제시된 마약에 속하는 약물의 대분류에 따른 분석을 참고).

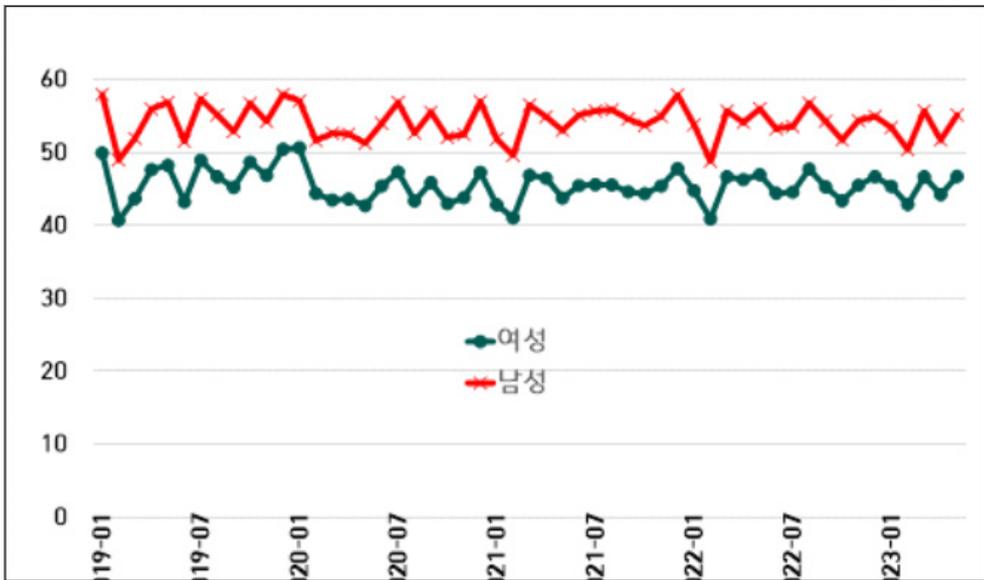
(단위: 십만개)



주: 데이터레이블은 각 연도의 1월과 데이터의 마지막인 23년 5월에 표기하였다.

[그림 IV-20] 마약 총 처방량

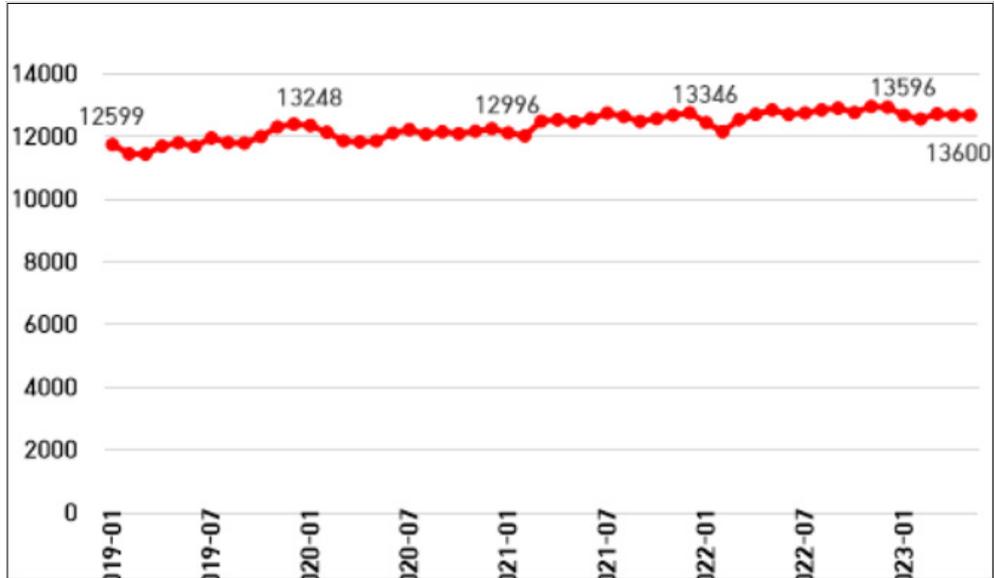
(단위: 십만개)



[그림 IV-21] 성별에 따른 마약 총 처방량

IV. 세부과제 3: 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리 367

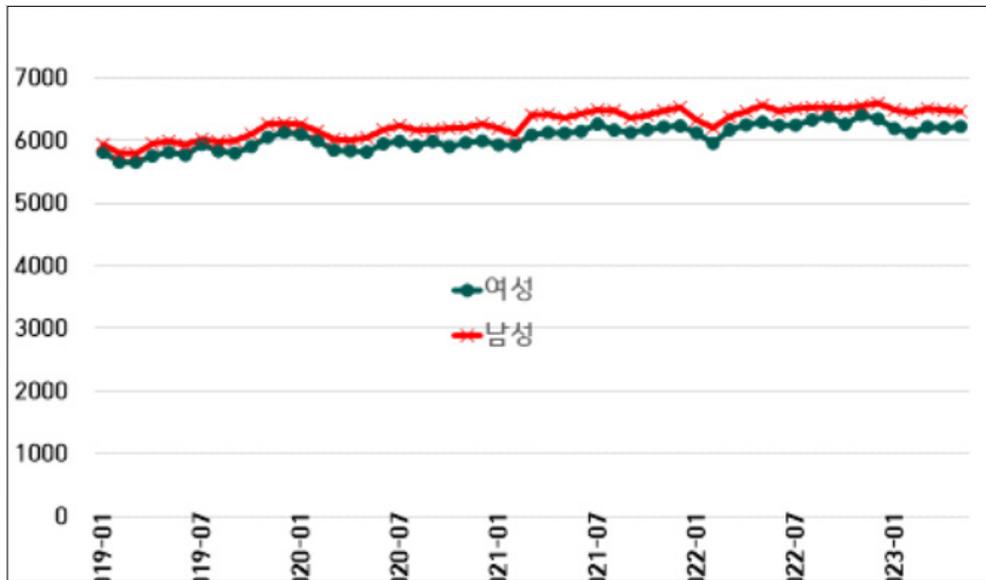
(단위: 건)



주: 데이터레이블은 각 연도의 1월과 데이터의 마지막인 23년 5월에 표기하였다.

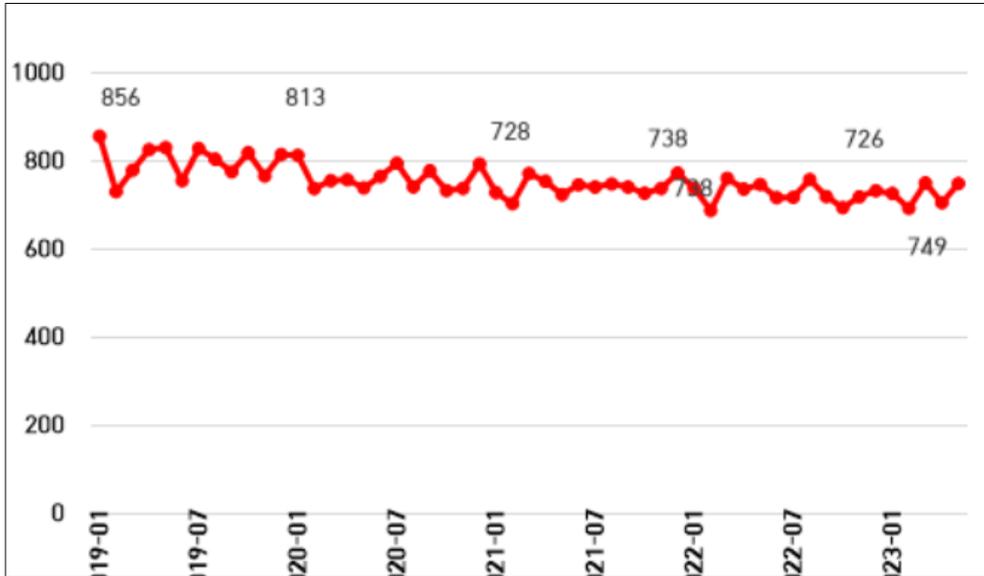
[그림 IV-22] 마약 총 처방건수

(단위: 건)



[그림 IV-23] 성별에 따른 마약 총 처방건수

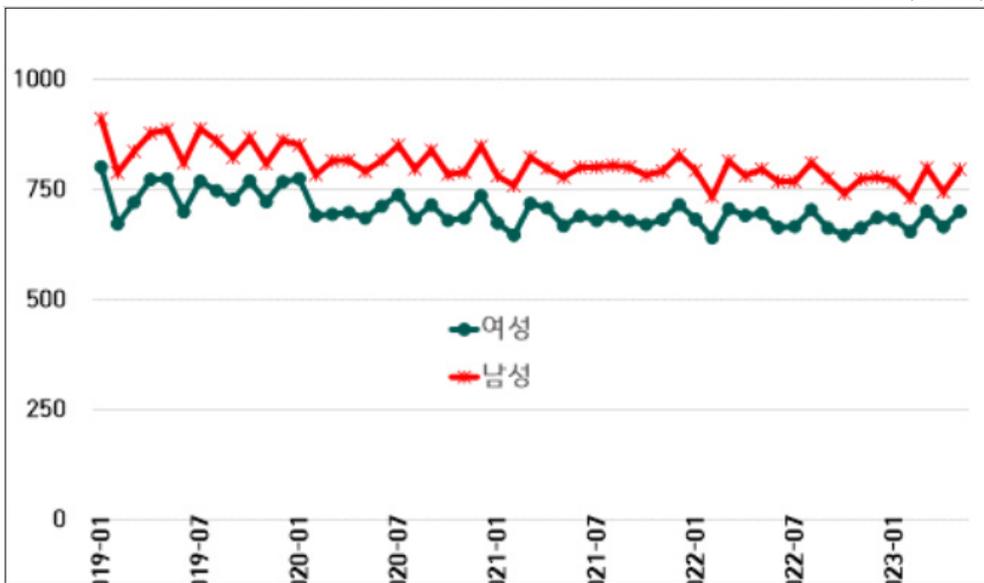
(단위: 개)



주: 데이터레이블은 각 연도의 1월과 데이터의 마지막인 23년 5월에 표기하였다.

[그림 IV-24] 마약 처방 건당 처방량

(단위: 개)



[그림 IV-25] 성별에 따른 마약 처방 건당 처방량

〈표 IV-11〉 마약의 월별 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량

(단위: 개, 건 개, 처방 건당 처방수량은 소숫점 한자리에서 반올림)

연월	총 처방량			총 처방건수			처방 건당 처방수량		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
2019-01	10,788,465	5,796,523	4,991,942	12,599	6,365	6,234	856	911	801
2019-02	8,965,415	4,897,051	4,068,364	12,277	6,216	6,061	730	788	671
2019-03	9,558,453	5,191,609	4,366,844	12,269	6,209	6,060	779	836	721
2019-04	10,357,359	5,594,841	4,762,518	12,541	6,375	6,166	826	878	772
2019-05	10,508,624	5,686,169	4,822,455	12,652	6,421	6,231	831	886	774
2019-06	9,469,918	5,150,080	4,319,838	12,539	6,358	6,181	755	810	699
2019-07	10,622,732	5,731,243	4,891,489	12,821	6,455	6,366	829	888	768
2019-08	10,182,036	5,514,331	4,667,705	12,660	6,410	6,250	804	860	747
2019-09	9,804,694	5,286,517	4,518,177	12,643	6,427	6,216	776	823	727
2019-10	10,536,387	5,669,541	4,866,846	12,868	6,540	6,328	819	867	769
2019-11	10,108,369	5,425,059	4,683,311	13,201	6,713	6,488	766	808	722
2019-12	10,835,534	5,792,787	5,042,747	13,300	6,725	6,575	815	861	767
2020-01	10,769,221	5,705,575	5,063,646	13,248	6,709	6,539	813	850	774
2020-02	9,600,002	5,163,167	4,436,835	13,017	6,593	6,424	737	783	691
2020-03	9,607,632	5,261,982	4,345,650	12,722	6,455	6,267	755	815	693
2020-04	9,611,576	5,251,682	4,359,894	12,687	6,436	6,251	758	816	697
2020-05	9,395,456	5,126,541	4,268,915	12,717	6,481	6,236	739	791	685
2020-06	9,935,705	5,397,224	4,538,481	12,988	6,613	6,375	765	816	712
2020-07	10,417,475	5,685,647	4,731,828	13,106	6,688	6,418	795	850	737
2020-08	9,597,331	5,263,995	4,333,335	12,948	6,608	6,340	741	797	683
2020-09	10,137,567	5,552,350	4,585,218	13,034	6,618	6,416	778	839	715
2020-10	9,501,228	5,205,577	4,295,651	12,966	6,642	6,324	733	784	679
2020-11	9,626,522	5,248,294	4,378,228	13,049	6,654	6,395	738	789	685
2020-12	10,421,699	5,695,073	4,726,626	13,141	6,715	6,426	793	848	736
2021-01	9,465,659	5,183,243	4,282,416	12,996	6,640	6,356	728	781	674
2021-02	9,060,998	4,959,408	4,101,590	12,892	6,539	6,353	703	758	646
2021-03	10,336,104	5,650,472	4,685,632	13,398	6,870	6,528	771	822	718
2021-04	10,135,604	5,488,538	4,647,066	13,445	6,877	6,568	754	798	708
2021-05	9,675,522	5,301,972	4,373,550	13,374	6,816	6,558	723	778	667

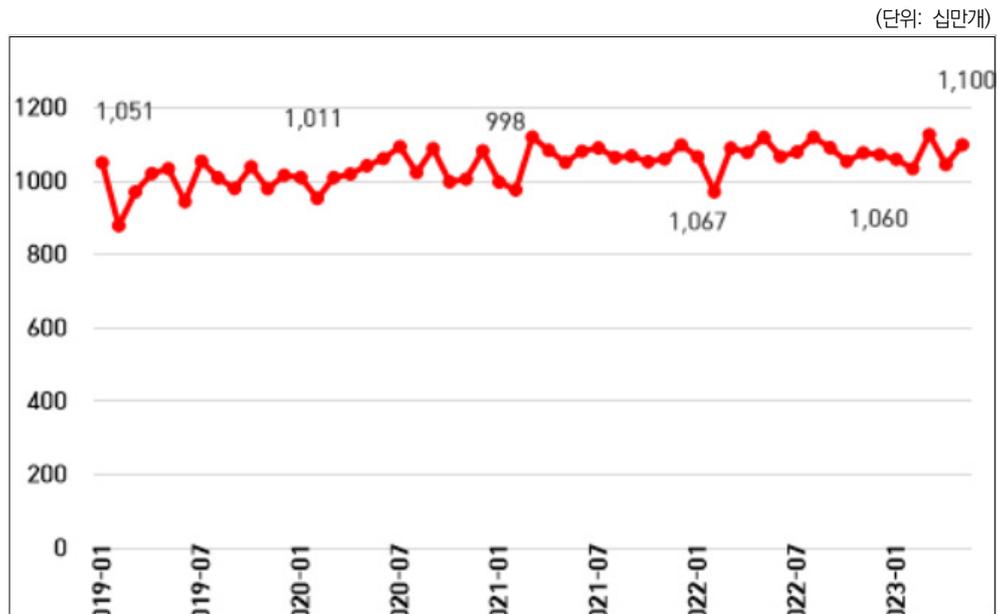
연월	총 처방량			총 처방건수			처방 건당 처방수량		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
2021-06	10,056,751	5,512,220	4,544,531	13,480	6,890	6,590	746	800	690
2021-07	10,126,490	5,568,244	4,558,245	13,668	6,955	6,713	741	801	679
2021-08	10,137,782	5,583,686	4,554,096	13,554	6,944	6,610	748	804	689
2021-09	9,916,429	5,457,333	4,459,096	13,386	6,818	6,568	741	800	679
2021-10	9,799,706	5,366,931	4,432,775	13,483	6,866	6,617	727	782	670
2021-11	10,034,662	5,495,728	4,538,934	13,604	6,941	6,663	738	792	681
2021-12	10,567,080	5,789,286	4,777,794	13,678	6,997	6,681	773	827	715
2022-01	9,853,877	5,378,324	4,475,553	13,346	6,784	6,562	738	793	682
2022-02	8,963,671	4,876,403	4,087,267	13,034	6,649	6,385	688	733	640
2022-03	10,233,003	5,567,399	4,665,604	13,451	6,837	6,614	761	814	705
2022-04	10,037,085	5,410,808	4,626,277	13,631	6,930	6,701	736	781	690
2022-05	10,292,365	5,598,740	4,693,625	13,782	7,036	6,746	747	796	696
2022-06	9,764,159	5,324,283	4,439,876	13,627	6,935	6,692	717	768	663
2022-07	9,810,868	5,355,766	4,455,102	13,672	6,977	6,695	718	768	665
2022-08	10,443,368	5,672,622	4,770,745	13,782	6,999	6,783	758	810	703
2022-09	9,954,032	5,426,718	4,527,314	13,841	7,001	6,840	719	775	662
2022-10	9,505,378	5,169,978	4,335,400	13,692	6,981	6,711	694	741	646
2022-11	9,985,394	5,436,115	4,549,278	13,895	7,027	6,868	719	774	662
2022-12	10,161,764	5,494,939	4,666,825	13,873	7,070	6,803	732	777	686
2023-01	9,874,110	5,340,150	4,533,960	13,596	6,959	6,637	726	767	683
2023-02	9,324,450	5,037,933	4,286,518	13,464	6,905	6,559	693	730	654
2023-03	10,235,817	5,569,851	4,665,966	13,642	6,975	6,667	750	799	700
2023-04	9,590,772	5,169,978	4,420,794	13,601	6,950	6,651	705	744	665
2023-05	10,183,075	5,512,797	4,670,278	13,600	6,930	6,670	749	795	700

② 향정

2019년 1월부터 2023년 5월까지 향정의 조제 동향을 분석하였다. [그림 IV-25]에서 볼 수 있듯 2019년 이후 총 처방량은 시간에 따라 조금씩 증가하는 양상을 보이고, 이는 향정의 처방 건당 처방량은 비슷하게 유지되는 가운데 향정의 처방건수가 늘어난 결과이다([그림 IV-27], [그림 IV-29]). 향정의 처방건수는 21년 초 단계적 증가(step change)

하는 양상을 보였고 22년 초 일시적으로 감소했다가 회복된 후 23년에 접어들면서 20년과 21년 중간 정도의 처방건수로 안정화되었다. 성별에 따라서는 총 처방량, 처방건수, 처방건수 당 처방량 모두에서 여성이 남성에 비해 두드러지게 많은 향정을 처방 받고 있었고, 이는 처방건수보다는 처방건수 당 처방량에서의 차이에 의해 대부분이 설명되었다. 반면, 시간에 따른 추세에서는 성별에 따른 유의미한 차이를 확인할 수 없었다 ([그림 IV-26], [그림 IV-28], [그림 IV-30]).

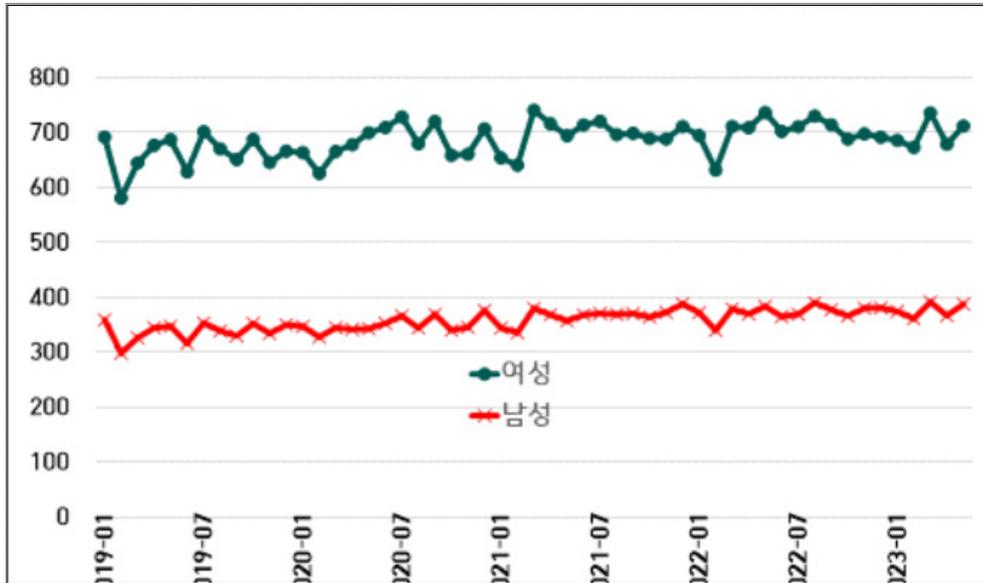
마약과는 달리 향정의 경우 여성의 처방량이 훨씬 많다. 향정으로 분류되는 약물에는 최면진정제, 항우울제, 항불안제 등 여성에서 유병률이 높은 불안, 불면, 기분장애 등의 질환을 치료하기 위한 약물이 다수 포함되어 있다는 사실에 더해, 식욕억제제의 처방량이 여성에서 압도적으로 많다는 점이 이에 기여하고 있다. 향정에 속하는 약물의 대분류에 따른 분석은 부록 1에 제시하였다.



데이터레이블은 각 연도의 1월과 데이터의 마지막인 23년 5월에 표기하였다.

[그림 IV-26] 향정 총 처방량

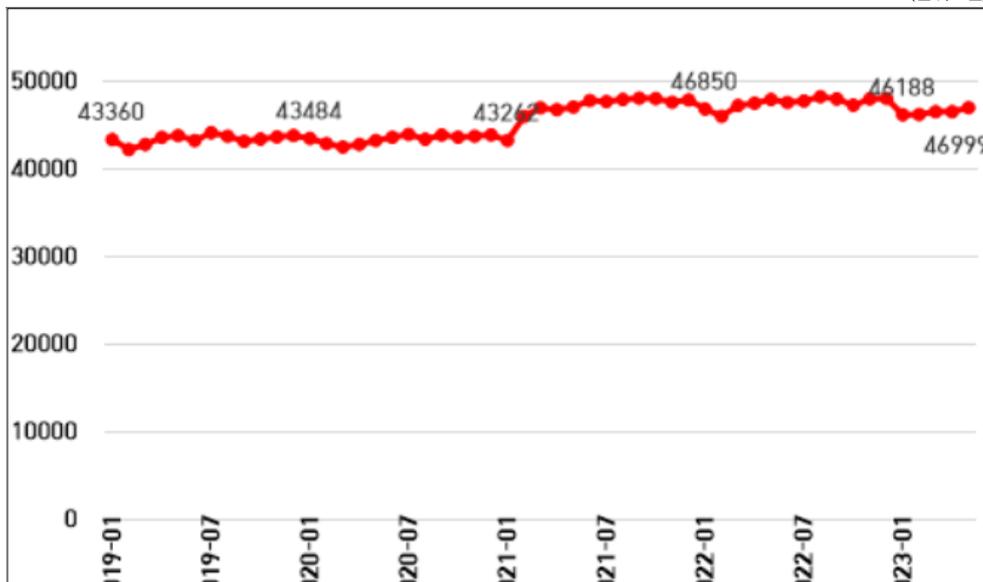
(단위: 십만개)



주: 성별 미상인 처방은 별도로 포기하지 않았다.

[그림 IV-27] 성별에 따른 항정 총 처방량

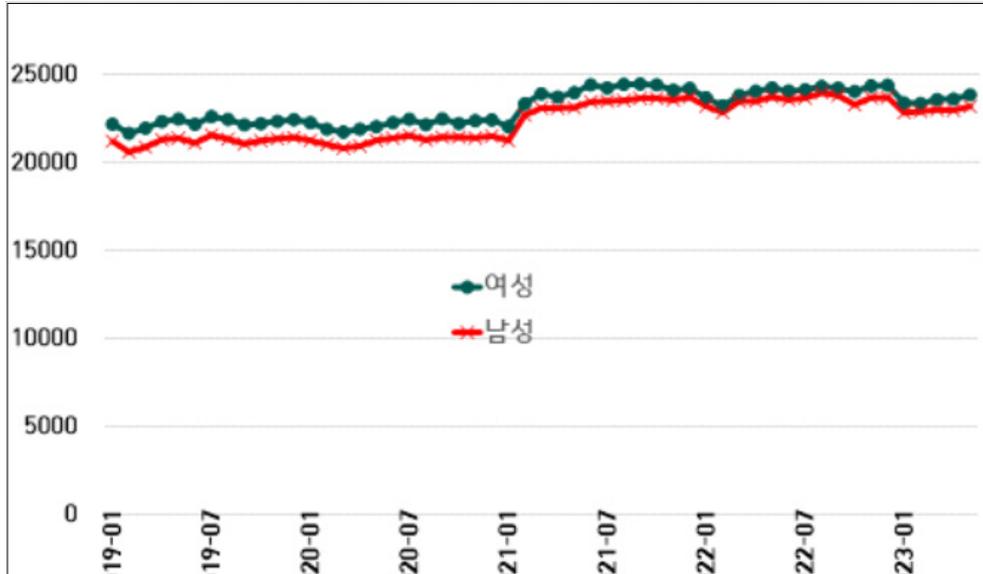
(단위: 건)



주: 데이터레이블은 각 연도의 1월과 데이터의 마지막인 23년 5월에 표기하였다.

[그림 IV-28] 항정 처방건수

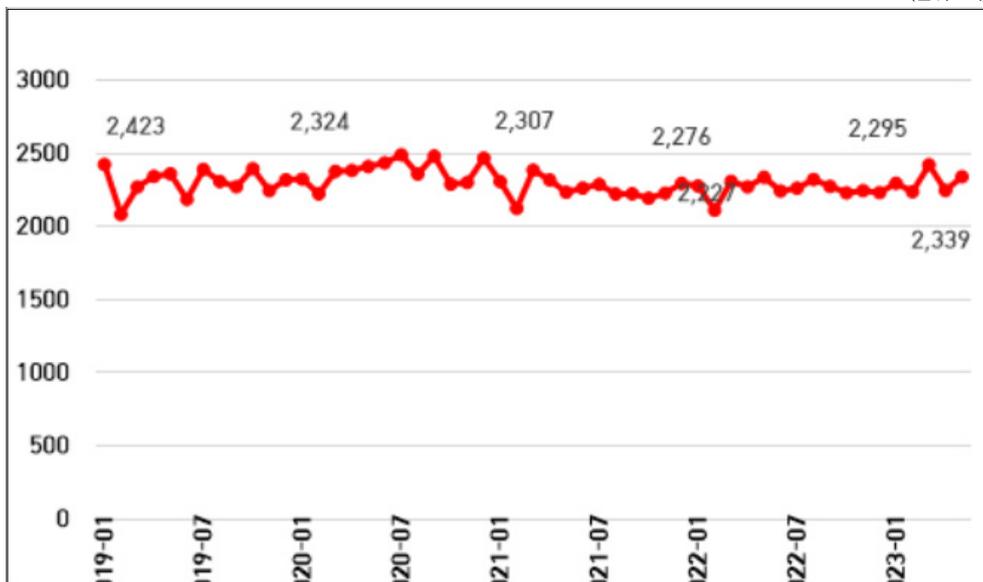
(단위: 건)



성별 미상인 처방은 별도로 표기하지 않았다.

[그림 IV-29] 성별에 따른 향정 처방건수

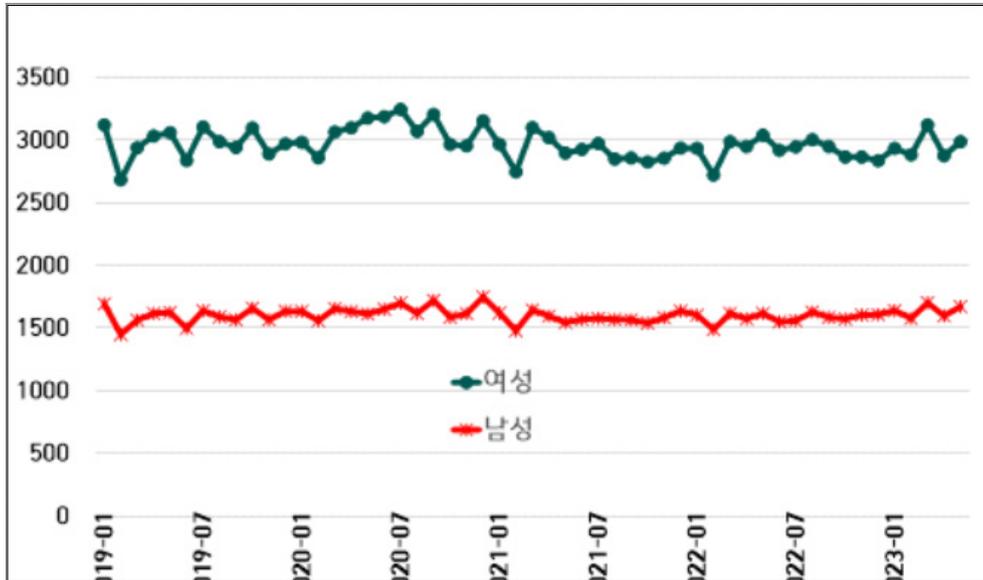
(단위: 개)



데이터레이블은 각 연도의 1월과 데이터의 마지막인 23년 5월에 표기하였다.

[그림 IV-30] 향정 처방 건당 처방량

(단위: 개)



성별 미상인 처방은 별도로 포기하지 않았다.

[그림 IV-31] 성별에 따른 항정 처방 건당 처방량

〈표 IV-12〉 항정의 월별 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량

(단위: 개, 건 개, 처방 건당 처방수량은 소숫점 한자리에서 반올림, 성별미상은 버림)

연월	총 처방량			총 처방건수			처방 건당 처방수량		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
2019-01	105,077,456	35,884,224	69,193,232	43,360	21,197	22,163	2,423	1,693	3,122
2019-02	87,909,238	29,826,134	58,083,103	42,227	20,583	21,644	2,082	1,449	2,684
2019-03	97,095,343	32,608,200	64,487,143	42,790	20,854	21,936	2,269	1,564	2,940
2019-04	102,120,744	34,420,223	67,700,521	43,604	21,288	22,316	2,342	1,617	3,034
2019-05	103,431,888	34,714,982	68,716,906	43,821	21,368	22,453	2,360	1,625	3,060
2019-06	94,463,517	31,593,944	62,869,573	43,242	21,089	22,153	2,185	1,498	2,838
2019-07	105,492,322	35,311,390	70,180,933	44,140	21,545	22,595	2,390	1,639	3,106
2019-08	100,938,694	33,886,882	67,051,813	43,749	21,314	22,435	2,307	1,590	2,989
2019-09	98,046,880	32,963,007	65,083,873	43,163	21,043	22,120	2,272	1,566	2,942
2019-10	103,971,045	35,209,002	68,762,043	43,415	21,220	22,195	2,395	1,659	3,098
2019-11	9,7971,472	33,421,598	64,549,874	43,665	21,335	22,330	2,244	1,567	2,891
2019-12	10,1621,774	34,992,745	66,629,029	43,829	21,409	22,420	2,319	1,634	2,972
2020-01	10,1062,276	34,681,794	66,380,482	43,484	21,233	22,251	2,324	1,633	2,983

IV. 세부과제 3: 항정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리 375

연월	총 처방량			총 처방건수			처방 건당 처방수량		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
2020-02	95,324,633	32,753,901	62,570,732	42,888	21,007	21,881	2,223	1,559	2,860
2020-03	101,019,260	34,439,486	66,579,774	42,511	20,794	21,717	2,376	1,656	3,066
2020-04	101,972,264	34,161,558	67,810,706	42,801	20,921	21,880	2,382	1,633	3,099
2020-05	104,245,810	34,278,204	69,967,606	43,259	21,239	22,020	2,410	1,614	3,177
2020-06	106,183,336	35,255,367	70,927,969	43,614	21,365	22,249	2,435	1,650	3,188
2020-07	109,427,423	36,576,749	72,850,675	43,956	21,517	22,439	2,489	1,700	3,247
2020-08	102,355,328	34,395,951	67,959,378	43,397	21,266	22,131	2,359	1,617	3,071
2020-09	108,912,588	36,885,835	72,026,754	43,890	21,425	22,465	2,481	1,722	3,206
2020-10	99,849,207	33,981,137	65,868,071	43,623	21,422	22,201	2,289	1,586	2,967
2020-11	100,616,704	34,537,585	66,079,119	43,738	21,378	22,360	2,300	1,616	2,955
2020-12	108,283,839	37,580,600	70,703,240	43,896	21,491	22,405	2,467	1,749	3,156
2021-01	99,790,173	34,401,385	65,388,665	43,262	21,225	22,032	2,307	1,621	2,968
2021-02	97,636,714	33,556,297	64,080,417	46,002	22,676	23,326	2,122	1,480	2,747
2021-03	112,054,213	37,967,097	74,087,011	46,983	23,083	23,895	2,385	1,645	3,101
2021-04	108,433,846	36,830,531	71,603,231	46,780	23,078	23,701	2,318	1,596	3,021
2021-05	105,141,642	35,709,273	69,432,370	47,072	23,113	23,959	2,234	1,545	2,898
2021-06	108,181,838	36,787,568	71,394,214	47,834	23,434	24,398	2,262	1,570	2,926
2021-07	109,096,388	37,030,377	72,066,011	47,701	23,475	24,226	2,287	1,577	2,975
2021-08	106,498,566	36,881,460	69,617,105	47,937	23,507	24,430	2,222	1,569	2,850
2021-09	106,889,200	37,009,825	69,879,315	48,080	23,633	24,446	2,223	1,566	2,859
2021-10	105,335,694	36,393,546	68,942,148	48,036	23,637	24,399	2,193	1,540	2,826
2021-11	106,074,727	37,254,586	68,820,141	47,632	23,539	24,093	2,227	1,583	2,856
2021-12	109,899,720	38,786,265	71,113,455	47,899	23,694	24,205	2,294	1,637	2,938
2022-01	106,651,436	37,190,007	69,461,429	46,850	23,191	23,659	2,276	1,604	2,936
2022-02	97,142,781	33,971,458	63,171,323	46,026	22,819	23,207	2,111	1,489	2,722
2022-03	109,045,919	37,916,184	71,129,735	47,255	23,456	23,799	2,308	1,616	2,989
2022-04	107,855,734	36,953,864	70,901,870	47,513	23,473	24,040	2,270	1,574	2,949
2022-05	111,990,835	38,338,097	73,652,738	47,935	23,710	24,225	2,336	1,617	3,040
2022-06	106,705,936	36,485,245	70,220,691	47,596	23,548	24,048	2,242	1,549	2,920
2022-07	107,981,014	36,894,919	71,086,096	47,769	23,652	24,117	2,260	1,560	2,948
2022-08	112,024,952	39,005,245	73,019,706	48,258	23,949	24,309	2,321	1,629	3,004

연월	총 처방량			총 처방건수			처방 건당 처방수량		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
2022-09	109,160,529	37,740,378	71,420,151	48,006	23,793	24,213	2,274	1,586	2,950
2022-10	105,421,796	36,587,193	68,834,603	47,285	23,266	24,019	2,229	1,573	2,866
2022-11	107,746,150	37,989,062	69,757,087	48,009	23,671	24,338	2,244	1,605	2,866
2022-12	107,242,485	38,072,308	69,170,177	48,067	23,689	24,378	2,231	1,607	2,837
2023-01	106,021,289	37,424,532	68,596,758	46,188	22,820	23,368	2,295	1,640	2,935
2023-02	103,421,210	36,113,646	67,307,563	46,227	22,886	23,341	2,237	1,578	2,884
2023-03	112,712,690	39,120,427	73,592,264	46,554	22,985	23,569	2,421	1,702	3,122
2023-04	104,531,812	36,660,899	67,870,913	46,550	22,953	23,597	2,246	1,597	2,876
2023-05	109,951,458	38,746,871	71,204,587	46,999	23,169	23,830	2,339	1,672	2,988

3) 세부분석

마약류 의약품 처방 세부분석은 여성 쪽으로 처방이 크게 기울어 있는 식욕억제제, 식욕억제제에 비하면 비교적 그 규모가 크지 않으나 상대적으로 남성 쪽으로 처방이 기울어 있는 ADHD치료제의 두 가지 질환으로 좁혀서 진행한다. 메틸페니데이트가 유일한 약제인 ADHD치료제의 경우 약물의 용량 문제가 추정 상의 어려움이다. 이외는 달리 식욕억제제는 약물의 종류, 약물의 용량, 복용량, 다른 약물과의 혼합 복용 등 전모를 파악하는 데 있어서 상당한 가정을 요구한다. 이런 한계를 인정하되 식욕억제제 문제의 규모와 양상을 파악하기 위해 다양한 가정을 취하고, 그에 따른 추정을 시도 하였다.

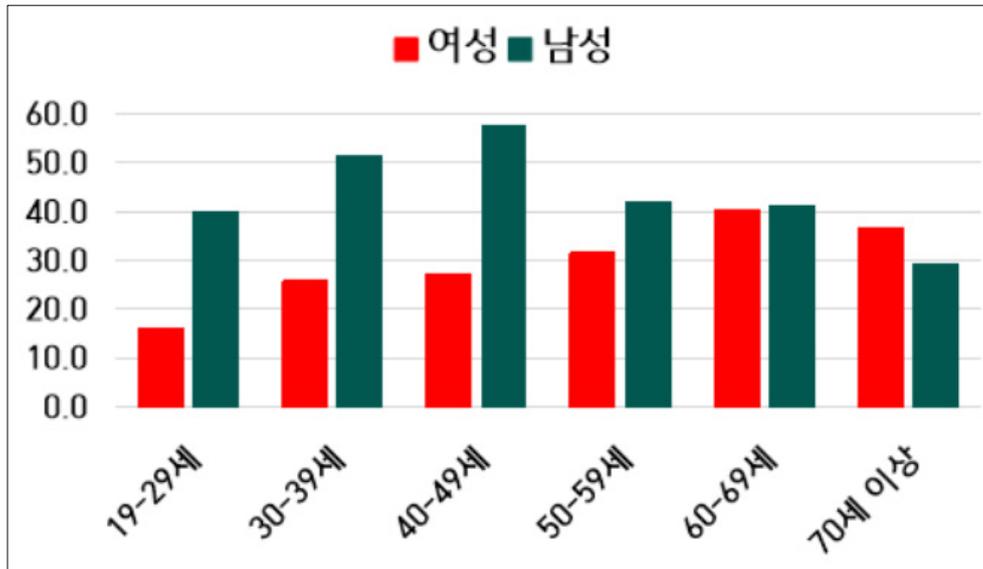
① 식욕억제제

식욕억제제는 총 처방량과 처방건수 모두가 여성에서 더 많으며, 남성과 비교한 총 처방량의 규모는 다른 어떤 약물과도 비교할 수 없을 정도로 크게 기울어져 있는 약물이다. 그러나 식욕억제제가 허가받은 적응증인 비만의 성별, 연령군에 따른 분포는 전혀 다른 모습을 보인다. [그림 IV-31]은 2021년 BMI 25kg/m²을 기준으로 비만을 설정 하였을 때 성별, 연령군별 비만율을 표시한 것으로, 70세 이상을 제외하면 모든 연령군에서 남성에 비해 여성의 비만율이 낮고 50세 미만(19-29세, 30-39세, 40-49세)에서는 여성의 비만율이 남성의 절반에도 미치지 못한다. 행정안전부의 주민등록 인구통계에 따른 2021년 남녀의 각 연령군 별 인구수는 19-29세 3,785,785명(남), 3,400,594명(여),

30-39세 3,472,711명(남), 3,250,724명(여), 40-49세 4,150,248명(남), 4,016,544명(여), 50-59세 4,366,299명(남), 4,268,912명(여), 60-69세 3,508,745명(남), 3,655,967명(여), 70세 이상 2,397,852명(남), 3,425,218명(여)이다. 70세 이상을 제외하면 대부분의 연령구간에서 남녀의 인구수에는 큰 차이가 없으므로, 이상적으로 의학적 기준에 따라 처방되는 식욕억제제의 처방량 차이는 비만율의 차이로 설명되어야 한다.

그러나 남성이 처방받은 식욕억제제 개수를 분모로 하여 여성이 처방받은 식욕억제제의 비를 계산해보면 2019년 17.3, 2020년 15.6, 2021년 13.6, 2022년 13.1, 2023년 12.9로 매년 다소 낮아지고는 있지만 압도적으로 여성의 처방량이 많다. 2021년 기준 20-69세 연령군에서 남녀의 처방량 비를 계산해 보면 20대는 11.2, 30대는 10.1, 40대는 17.6, 50대는 21.6, 60대는 18.5로 남성 처방량이 가장 많은 30대에서 성비가 가장 작았다. 30-40대에서 여성의 처방량이 가장 많았지만 50-60대 남성의 식욕억제제 처방량이 상대적으로 적었기 때문에 성비는 50대-60대에서 가장 크게 나타났다.

(단위: %)



자료원: 한국여성정책연구원 성인지통계시스템

[그림 IV-32] 2021년 성별, 연령별 비만율

2021년 주민등록 인구통계를 분모로 삼아 처방받은 식욕억제제를 계산하면 2021년 한국 여성 1명이 처방받은 평균 식욕억제제는 8.7개이다. 이를 연령군에 따라 나누어 보면 20대 10.7개, 30대 21.1개, 40대 18.8개, 50대 8.6개, 60대 2.5개를 처방받았고,

20세 미만의 청소년과 70대 이상의 노령층은 1개 미만을 처방받았다. 펜디메트라진을 기준으로 하루에 3정을 복용한다고 가정하면 1년 동안 매일 정량을 복용한다고 가정했을 때 20대 여성의 1.0%(약 33,691명), 30대 여성의 2.0%(약 63,510명), 40대 여성의 1.7%(약 69,918명), 50대 여성의 0.8%(약 33,993명), 60대 여성의 0.2%(약 8463명) 정도가 식욕억제제를 복용하고 있는 것으로 추정해 볼 수 있다. 식욕억제제는 안전처방 기준 상 최대 3개월까지 처방하도록 되어 있었다. 그러나 식욕억제제에 높은 수준의 의존성이 있음을 고려하면 이런 기간을 준수하지 않고 장기간 약물을 복용하는 사람들이 존재할 가능성이 크다. 이에 따라 하루에 세 알 복용하는 펜디메트라진과 한 알 복용하는 펜터민을 1년 복용하는 경우, 3개월 복용하는 경우를 상정하여 추정한 투약 추정 인구수를 <표 IV-13>에 제시하였다.

<표 IV-13> 2022년 연령군별 식욕억제제 투약자 규모 추정(여성)

연령군	평균 처방량 (정)	22년 인구수 (명)	펜디메트라진 (1일 3정)		펜터민 (1일 1정)	
			3개월	1년	3개월	1년
10대	0.3	2,279,597	0.1% (2,416명)	0.0% (604명)	0.3% (7,248명)	0.1% (1,812명)
20대	10.3	3,055,592	3.8% (116,341명)	1% (29,085명)	11.4% (349,023명)	2.9% (872,56명)
30대	20.3	3,186,647	7.5% (239,098명)	1.9% (59,775명)	22.5% (717,295명)	5.6% (179,324명)
40대	19.5	3,974,119	7.2% (287,227명)	1.8% (71,807명)	21.7% (861,680명)	5.4% (215,420명)
50대	9.0	4,258,743	3.3% (142,477명)	0.8% (35,619명)	10.0% (427,430명)	2.5% (106,857명)
60대	2.7	3,767,920	1.0% (37,583명)	0.2% (9,396명)	3.0% (112,749명)	0.7% (28,187명)
70대	0.4	2,079,162	0.1% (3,002명)	0.0% (751명)	0.4% (9,006명)	0.1% (2,252명)
80대 이상	0.0	1,478,044	0.0% (158명)	0.0% (40명)	0.0% (475명)	0% (119명)
합계		24,079,824	3.4% (828,302명)	0.9% (207,076명)	10.3% (2,484,906명)	2.6% (621,226명)

자료: 저자 정리

* 10대 미만은 275정으로 수량이 매우 적어 분석에서 제외하였다.

가장 투약 환자수가 적게 추정되는 시나리오는 모든 사람이 펜디메트라진을 1일 3정씩 1년 동안 복용하는 상황으로 이 경우 연간 20만 명 정도의 환자가 투약하고 있을 것으로 추정할 수 있다. 그 다음은 펜터민을 1일 1정씩 1년 동안 복용하는 상황으로 이 경우 연간 62만 명 정도가 처방받고 있을 것이라고 추정할 수 있다. 그 다음은 펜디메트라진을 1일 3정씩 3개월만 투약받는 시나리오로 이 경우 83만 명 정도가 투약 중일 것이다. 마지막은 펜터민을 1일 1정씩 3개월만 투약받는 시나리오로 이 경우 248만 명이 투약 중이 된다.

본 분석에서는 약물 개별 단위가 아닌 식욕억제제 전체에 대한 처방건수와량을 제시하는 자료의 한계로 인해 위와 같이 복용 인구를 추정할 수 밖에 없었으나, 위 추정을 식품의약품안전처에서 제시하는 정보를 토대로 삼각화해볼 수 있다. 2022년 식품의약품안전처에서 산출하여 공개한 식욕억제제의 투약 환자수는 1,205,439명이었다(식품의약품안전처, 2023). 2020년과 성비가 비슷하다고 가정(남성 8.6%, 여성 91.4%)하면 투약 환자 중 1,100,000명 정도가 여성이라고 추정할 수 있다(식품의약품안전처, 2021). 2022년 기준 펜디메트라진은 전체 식욕억제제 처방량의 60% 정도를 차지하므로 약전에 따라 투약하는 상황(3개월)을 상정했을 때, 펜디메트라진 기준 828,302명의 60%인 497,000여명에 펜터민 기준 2,484,906명의 40%인 994,000여명을 더한 1,461,000명이 기대되는 여성 투약 환자의 수이다. 1,100,000명은 이 숫자의 75% 정도이므로 초과분에 해당하는 약품이 3개월보다 긴 투약 기간 또는 1회 복용량 초과 등의 방법을 통해 오남용되고 있을 것으로 추정된다. 이때 실제 여성 투약 환자 수가 1,100,000명보다 적다면 오남용의 규모가 가정한 것보다 더 큰 것으로, 반대로 많다면 규모가 작은 것으로 판단할 수 있다. 간소화된 추정에서 얻어지는 투약 환자 규모와 식약처가 발표한 실제 환자 규모는 [그림 IV-32]에 제시하였다.

2000년 이후 식욕억제제 처방과 관련한 문제제기가 지속되고 있지만, 실제 투약 규모를 보고한 학술연구는 매우 드물고, 이와 관련한 건강 영향을 분석한 연구도 사례 연구나 제약사가 연구비를 제공한 부작용 검토 외에는 유의미한 내용을 파악할 수 없었다. 관련된 연구의 대부분은 특정 환자군, 특정 약물에서 체중감량 효과를 보고한 것이거나 또는 치료에 사용할 수 있는 약물의 종류를 검토한 것으로 본 연구에서 초점을 맞추는 오남용과 의존으로 인한 건강 영향과는 거리가 멀고, 국제적으로도 이와 관련한 연구는 드물다. 이는 한국의 독특한 맥락과 관련이 있다. 유럽에서는 마약류로 분류되는 식욕억제제가 유럽의약품청의 허가를 받지 못했기 때문에 불법약물 유통이 아니라면 아예 약물이 처방될 수 없다. 미국의 경우 의료비가 비싸기 때문에 한국처럼 광범위하게 식욕

억제제가 유통되기 어렵고, 다른 마약류 약물 문제가 워낙 커 식욕억제제는 마약 정책에서 핵심 문제로 여겨지지 못하는 것으로 보인다. 이런 점을 고려할 때 한국의 식욕억제제 문제는 해외에서 경험하지 못했던 고유한 문제일 가능성이 크다. 이렇게 생각하면 이 문제의 한국적 특수성을 인정하고 환자들의 경험, 의사들의 행태, 보건의료제도와의 관계 등을 너르게 고려하는 대응이 필요하다.

(단위: 만 명)



[그림 IV-33] 시나리오별 여성 식욕억제제 복용 환자 수

식욕억제제의 성분에 따라 시중에 출시되어 있는 약물과 최근의 정책적 개입을 정리 하면 <표 IV-14>와 같다. 향정으로 분류되지 않는 부프로피온/날트렉손을 제외하면 모든 식욕억제제는 오랜 기간 그 심각한 부작용 문제를 지적받아왔다. 이에 정부는 해당 약물에 대한 허가제한성분 공고를 통해 일부 미국에서 퇴출된 약물을 한국에서도 퇴출 하고, 허가제한성분 공고를 통해 신규 시장 진입을 금지한 상태이다. 다만, 허가제한성분 공고는 동일한 성분을 갖고 있는 신규 약품의 시장 진입을 막는 것일 뿐 이미 허가되어 시중에서 판매되고 있는 약품에 대한 조치는 아니다. 위험해서 새로 진입을 불허한 약물의 판매는 얼마든지 가능하도록 허용하는 아이러니한 상황인 셈이다.

한국의 의약품 정책에서 매우 중요한 참고점이 되는 미국 FDA가 식욕억제제와 관련 해서 내린 결정이 유럽 EMA가 내린 결정과 달랐던 사례가 많았다. 로카세린(벨빅정)의 사례처럼, 유럽 EMA에서는 위험성과 부작용으로 시장 진입을 불허한 약물을 미국에서 허가하는 경우가 많았고, 이후 자살 생각을 유발하거나 암 발병과 같은 심각한 부작용에 대한 근거가 축적되고 약물이 퇴출되는 사례가 있었다. 결국 시간이 지나서 평가했을 때 유럽 EMA의 결정이 사회적으로 더 안전한 결정이었던 경우가 많았다고 볼 수 있다.

한국은 공공의료 중심이 되는 유럽이나, 의료접근성이 상대적으로 낮은 미국과 달리 일차의료기관 이용이 쉽고 비급여 의약품을 처방받는 데에 거의 제약이 없다. 상업화된 보건의료체계의 특성상 미국, 유럽 등 국가에 비해 약물부작용과 의존에 대한 의료인의 전문가적 책무와 자정을 기대하기 어렵고, 약물 관련 부작용으로 어려움을 겪는 환자들이 도움을 구할 수 있는 수단도 적다. 여기에 더해 제약산업에 친화적이고 시장을 중요하게 여기는 약물 정책은 약물 복용으로 인한 건강 피해를 최소화하는 데에 그리 효과적이지 못하다. 이와 같은 보건의료의 맥락이 미용적 목적을 위해 의료를 이용하는 경우가 더 많은 여성들의 건강에 더 큰 영향을 미치고 있음은 특기할 만하다.

〈표 IV-14〉 식욕억제제의 성분별 제품명과 상태

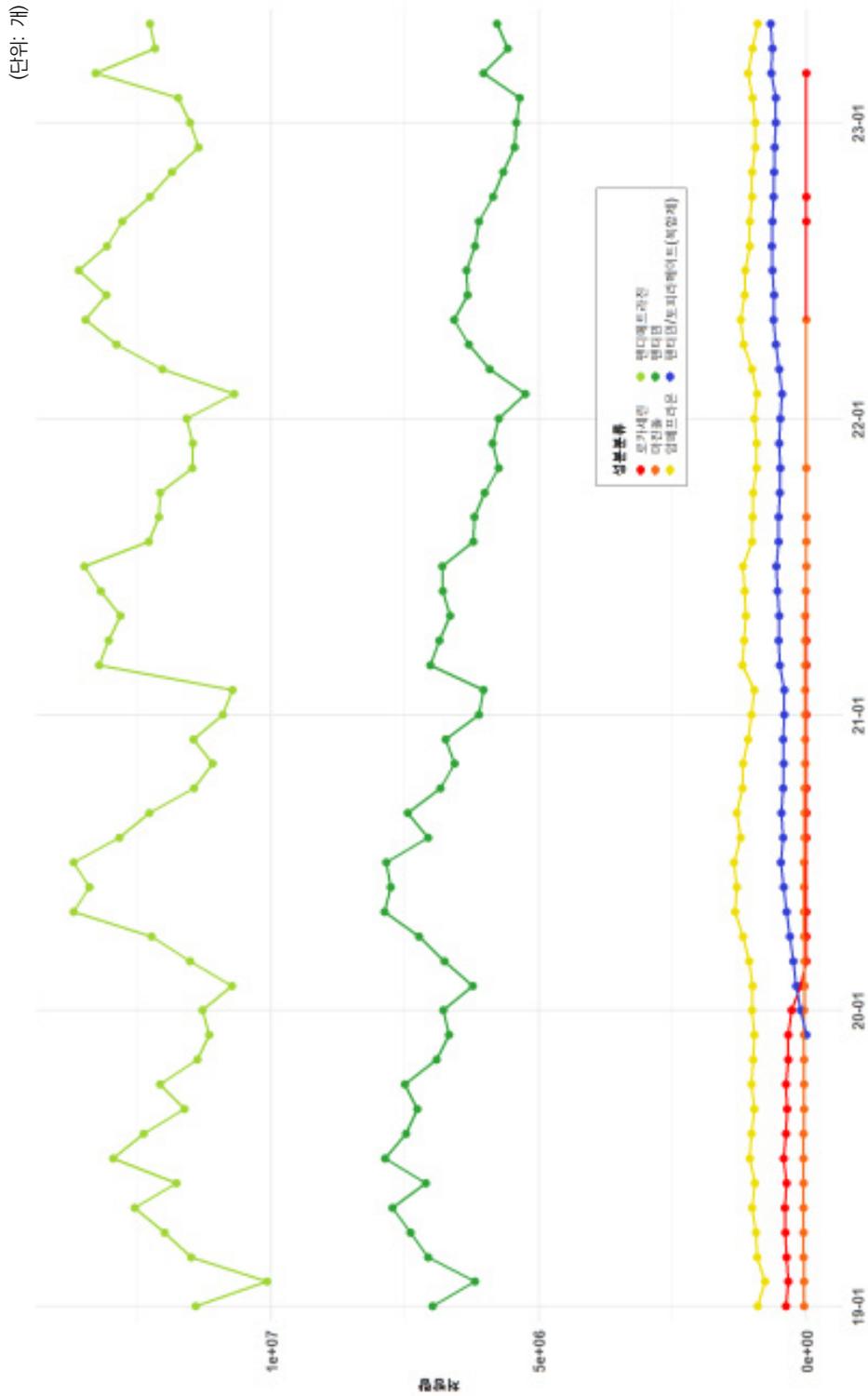
성분명	제품명	상태
펜타민	대화노브제정, 디에타민정, 레디펜정, 로우칼정, 로페트정, 메타펜스정, 비엠진정, 슬레민정, 씹스펜정, 아디펜스정, 이트민정, 엘트민정, 케이터민정, 틴틴정, 판베사지방캡슐, 페니민정, 페딘정, 페스틴정, 펜더정, 펜민정, 펜키니정, 펜타인정, 펜타지아정, 펜타미세미정, 펜타미정, 펜트민정, 푸리민정, 피티엠정, 휴터민세미정, 휴터민정	(‘13, 한국) 허가제한성분 공고*
펜타민/ 토피라메이트	쿠시미아캡슐	(‘13, 유럽) EMA 승인거부 (‘13, 한국) 허가제한성분 공고* (‘22, 미국) 소아비만치료제로 추가승인
펜디메트라진	다이트리정, 디에트정, 라이트진정, 이드펜정, 엔슬림정, 페닝정, 페티노정, 펜디라진정, 펜디라진정, 펜디멘정, 펜디세민정, 펜디썬정, 펜디에프정, 펜디진정, 펜디펜정, 펜슬림정, 펜타라정, 펜타라정, 펜탈정, 펜홀드정, 푸링세미정, 푸링정	(‘13, 한국) 허가제한성분 공고*
임페프라민	디에칠정, 디파온정, 레노썬정, 레피온정, 임페몬정, 애닝정, 엘피온정, 임피온정, 웰피온정	(‘20, 한국) 허가제한성분 공고* (‘22, 영국) 허가취하건고
마진돌	마진돌정	(‘15, 유럽) 기면증에 대한 허가약품지정 (‘20, 한국) 허가제한성분 공고*
로카세린	벨빅정(§)	(‘12, 미국) PMS 조건부 승인 (‘13, 유럽) EMA 승인반대로 허가신청 자진철회 (‘20, 미국) 퇴출 (‘21, 한국) 허가취하
부프로피온/ 넵트렉손	콘트라브(※)	(‘20, 미국) 과대광고로 FDA 경고
사부트라민	리덕탈(§)	(‘10, 미국) 퇴출, (‘10, 유럽) 퇴출 (‘12, 한국) 자진취하

자료: 저자 정리

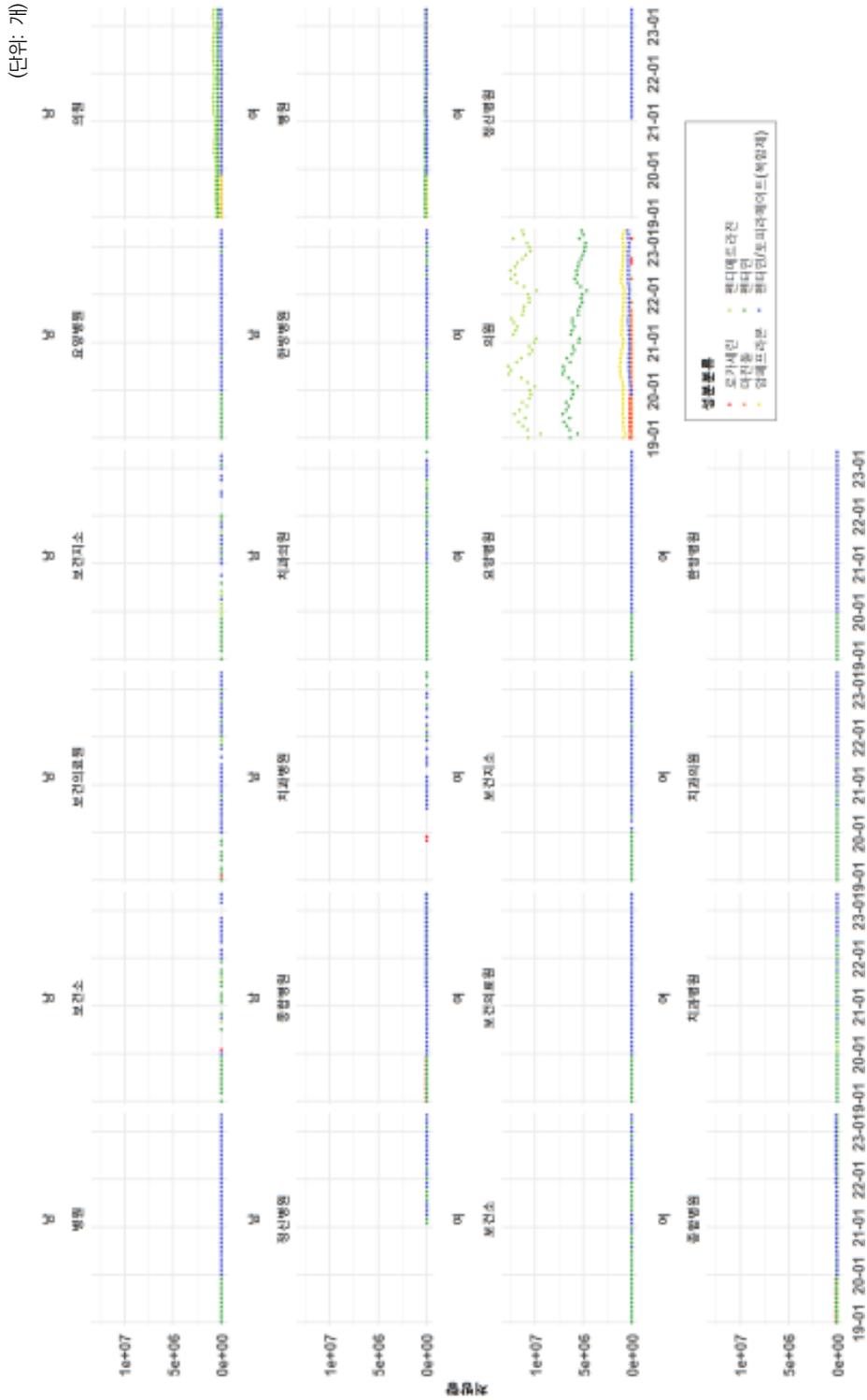
* 허가제한성분 공고는 기존의 약물은 유지하되 같은 성분의 신규 약물의 허가를 제한하는 것임
 ※ 항정에 속하는 약물이 아니기 때문에 분석에서는 포함되지 않음; § 현재 허가되어 있지 않은 약제임

식욕억제제에 속하는 약물의 성분분류에 따라 사용동향을 살펴보면 [그림 IV-33] 및 <표 IV-15>와 같다. 펜디메트라진의 사용량이 천천히 상승하는 가운데, 펜터민의 사용량은 조금씩 줄어들고 있는 것이 보인다. 암페프라몬의 사용량은 정체하고, 펜터민/토피라메이트(복합제)는 2020년 1월 출시 이후 느리지만 꾸준히 사용량이 늘어나고 있는 추세이다. 마진들은 서서히 사용량이 감소하여 2022년부터는 잘 처방되지 않고 있으며, 로카세린은 위험성 문제가 제기된 2020년 초를 계기로 사용량이 줄어들어 2021년 8월 퇴출되었으나 그 이후에도 처방된 사례가 일부에서 확인된다.

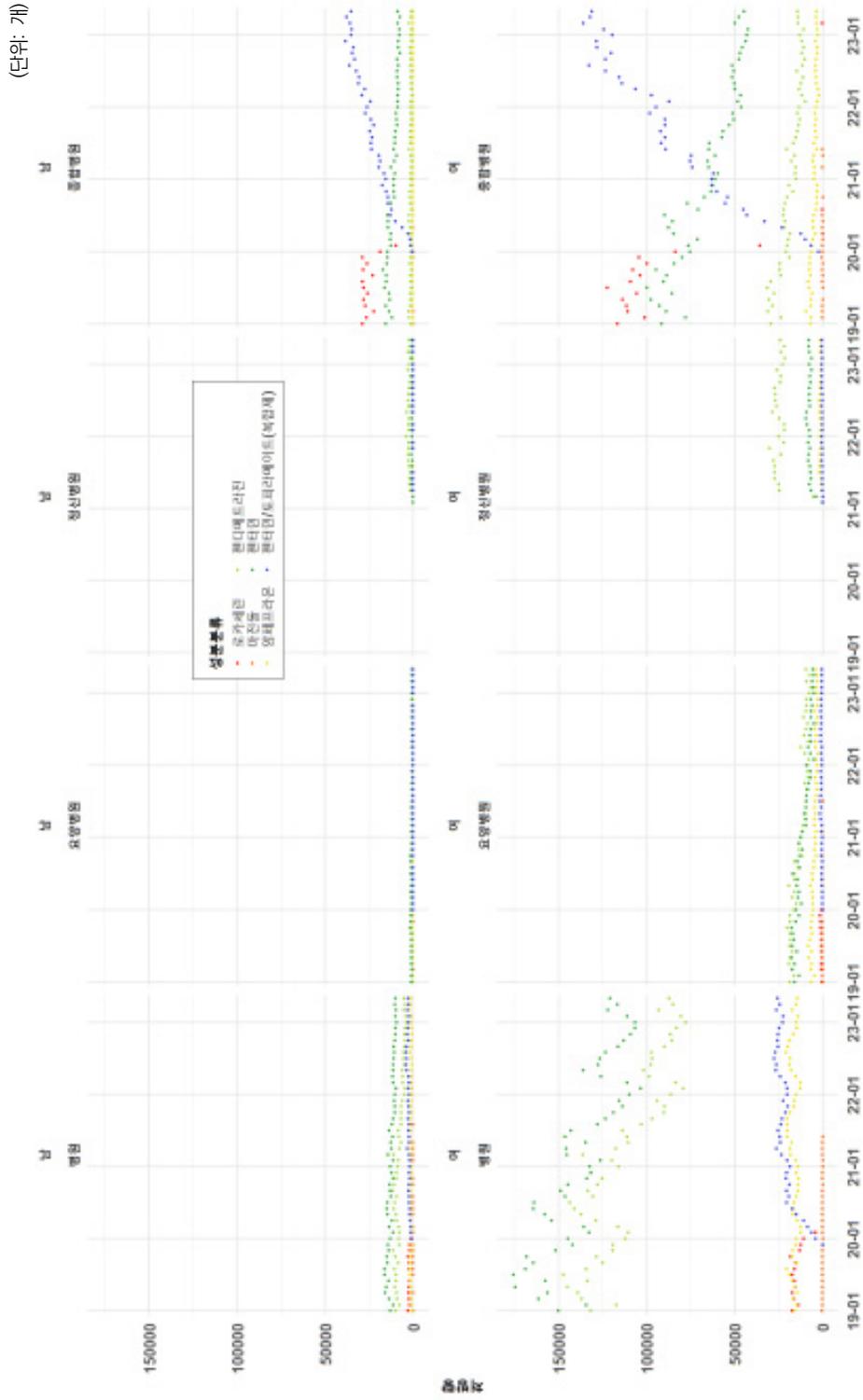
성별과 처방기관종별을 구분하여 총 처방량을 확인해 보면 식욕억제제 문제가 성별로는 여성, 처방기관종별로는 의원급의 문제임이 명확해진다(그림 IV-34). 의원급을 제외하면 병원급(병원, 종합병원, 요양병원, 정신병원)이 상대적으로 처방량이 많은데 남성의 경우 종합병원에서의 처방량이 많은 반면, 여성에서는 병원의 처방량은 상대적으로 줄어들고, 종합병원에서의 처방량이 증가하고 있는 양상이 보인다. 특히 종합병원은 병원과 달리 펜터민/토피라메이트(복합제) 처방을 매우 강하게 견인하고 있는 양상을 보인다는 점을 특기할만하다(그림 IV-35). 그와는 달리 의원급에서는 펜디메트라진의 처방량이 증가하기는 하지만 펜터민의 처방량 감소는 매우 완만하고, 펜터민/토피라메이트(복합제)의 증가가 크게 눈에 띄지 않는다(그림 IV-36).



[그림 IV-34] 식욕억제제의 월별, 성분별 처방량

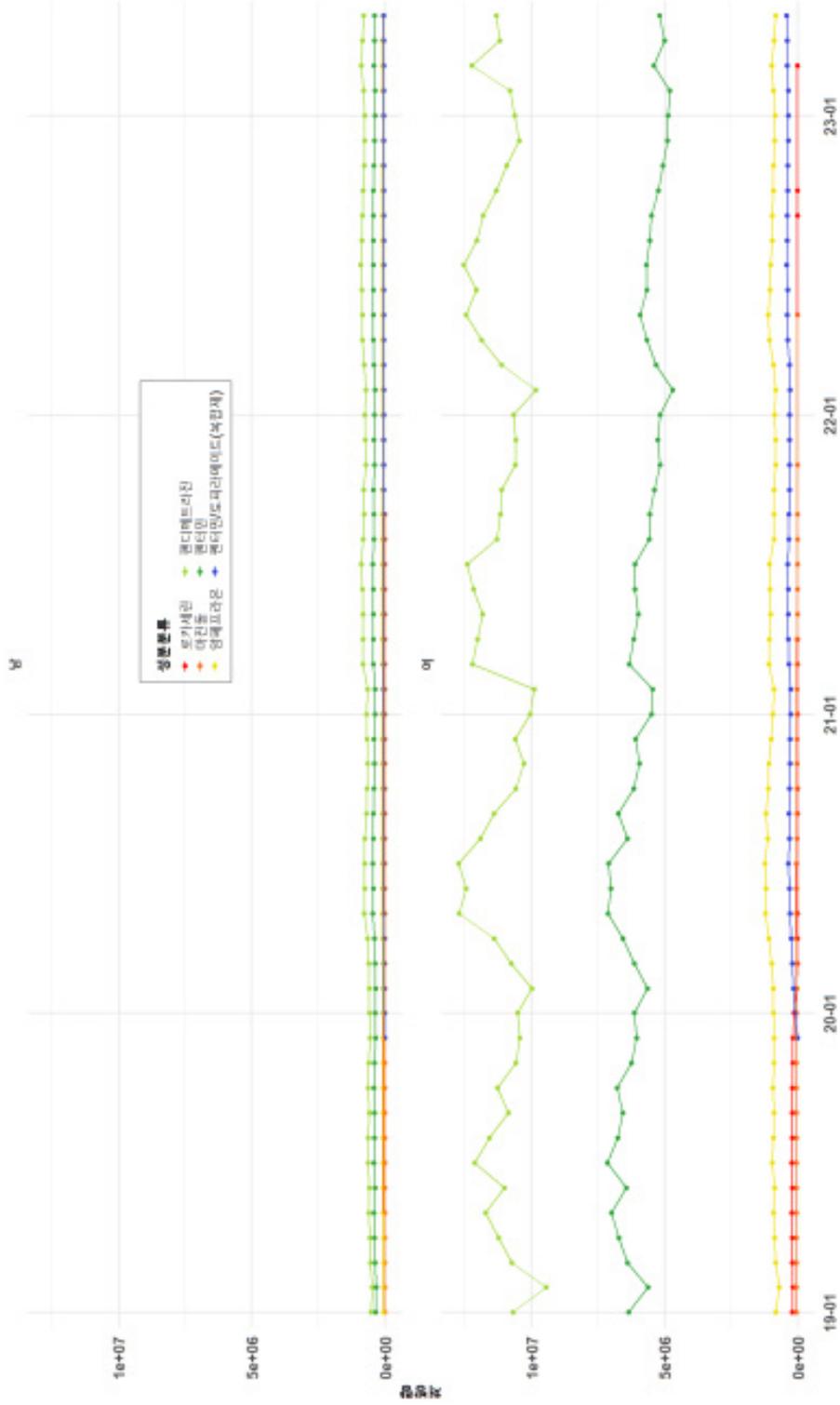


[그림 IV-35] 식육억제제의 성별, 월별, 치방기관종별 처방량



[그림 IV-36] 병원급(병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원)에서 처방된 식욕억제제의 성별, 월별 처방량

(단위: 개)



[그림 IV-37] 의원에서 처방된 식욕억제제의 성별, 월별 처방량

의원급으로만 좁혀서 살펴보면 여성 중 20대, 30대는 펜터민과 펜디메트라진의 처방이 감소하는데 펜터민의 감소 속도가 좀 더 빠른 양상을 보인다. 40대는 펜디메트라진의 처방량은 증가하지만 펜터민은 감소하는 디커플링 양상을 보이며, 50대는 펜터민이 정체하는 가운데 펜디메트라진은 증가하는, 60대는 처방량이 적기는 하지만 둘 모두가 증가하는 양상을 보인다(그림 IV-37).

여성 30-40대로 사회적으로는 ‘청소년 나비약’ 등으로 조명되고 있는 것과는 달리 식욕억제제를 가장 많이 소비하는 연령군은 이 문제가 더 큰 규모로 발생하고 있는 인구 집단은 따로 있는 것으로 보인다. 우선 식욕억제제는 만 16세 이하의 환자에게는 처방이 금지되어 있다는 점을 고려하면, 식품의약품안전처가 계속해서 단속하고 있음에도 불구하고 10대 미만과 10대 연령군에서 식욕억제제 처방이 계속되고 있는 것 자체가 문제다. 10대에서 식욕억제제 유통의 경로가 주로 사회관계망서비스 등을 통한 음성적 거래라면, 이 부분이 전체 식욕억제제 문제에서 차지하는 비중은 그리 크지 않을 가능성이 크다. 다만 앞서 면담에서 확인하였듯 10대에게 처방이 금지된 의약품을 부모나 성인이 대신 처방받아 전달하고 10대 청소년 여성들이 이를 복용하고 있을 가능성도 있다.

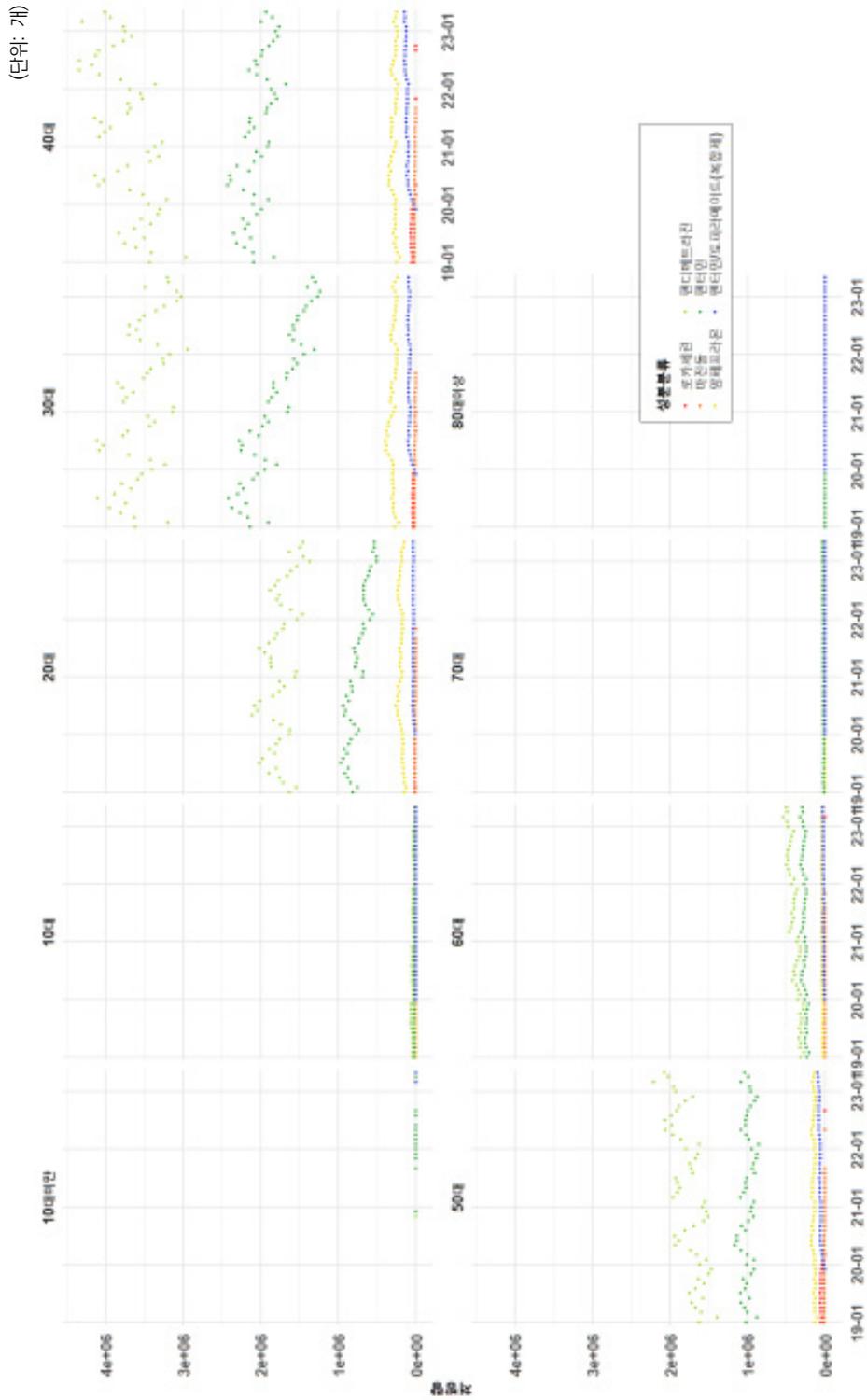
자료를 통해서는 한 사람이 처방받은 양까지는 특정할 수 없으나 만약 식욕억제제를 처방받아 복용하는 인구의 규모가 비교적 안정적이라면 30-40대 여성에서의 높은 처방량은 이미 내성이 발생하여 1회 복용량이 많기 때문에 나타나는 문제일 가능성이 있다. 또한, 40대에서 30대보다 기저 사용량이 많고, 30대가 20대보다 기저 사용량이 많은 것을 고려하면 2019년에서 2023년 사이에 20-30대 여성에서 발생한 처방량 감소는 실제 감소가 아니라 사용량이 많은 특정 코호트의 인구집단이 연령구간을 이동하면서 일으킨 착시일 수 있다. 예컨대, 40대 중 일부가 50대로 진입하면서 50대의 처방량이 증가한 것처럼 보이고, 30대 중 처방량이 많은 인구집단이 40대로 진입하면서 40대의 처방량이 증가한 것처럼 보이는 식이다. 20대에서 처방량이 많은 인구집단이 30대로 진입하면서 20대의 처방량이 감소한 것처럼 보이는 동시에, 30대에서는 40대로 빠져나간 인구집단의 처방량 규모가 20대에서 새로 유입된 인구집단의 처방량 규모보다 크기 때문에 전체적으로 감소한 것 같은 착시가 있을 수 있다는 뜻이다. 개인별 처방 내용에 대한 자료를 활용한 구체적 검증이 필요하지만, 만약 이런 가설이 맞다면 2019년에서 2023년 사이 40대에 진입한 1980-1983년생은 식욕억제제 문제가 상당히 큰 코호트일 수 있다. 더불어, 전체 처방량의 움직임이 주로 인구집단의 연령군 교체에 의한 것이라면 전체 여성 중 식욕억제제 복용 문제가 상대적으로 광범위하고 크게 존재하는 인구집단은 2019년 50세에 진입한 1970년생부터 2023년 30세에 진입한 1993년생

사이에 위치할 것으로 보인다.

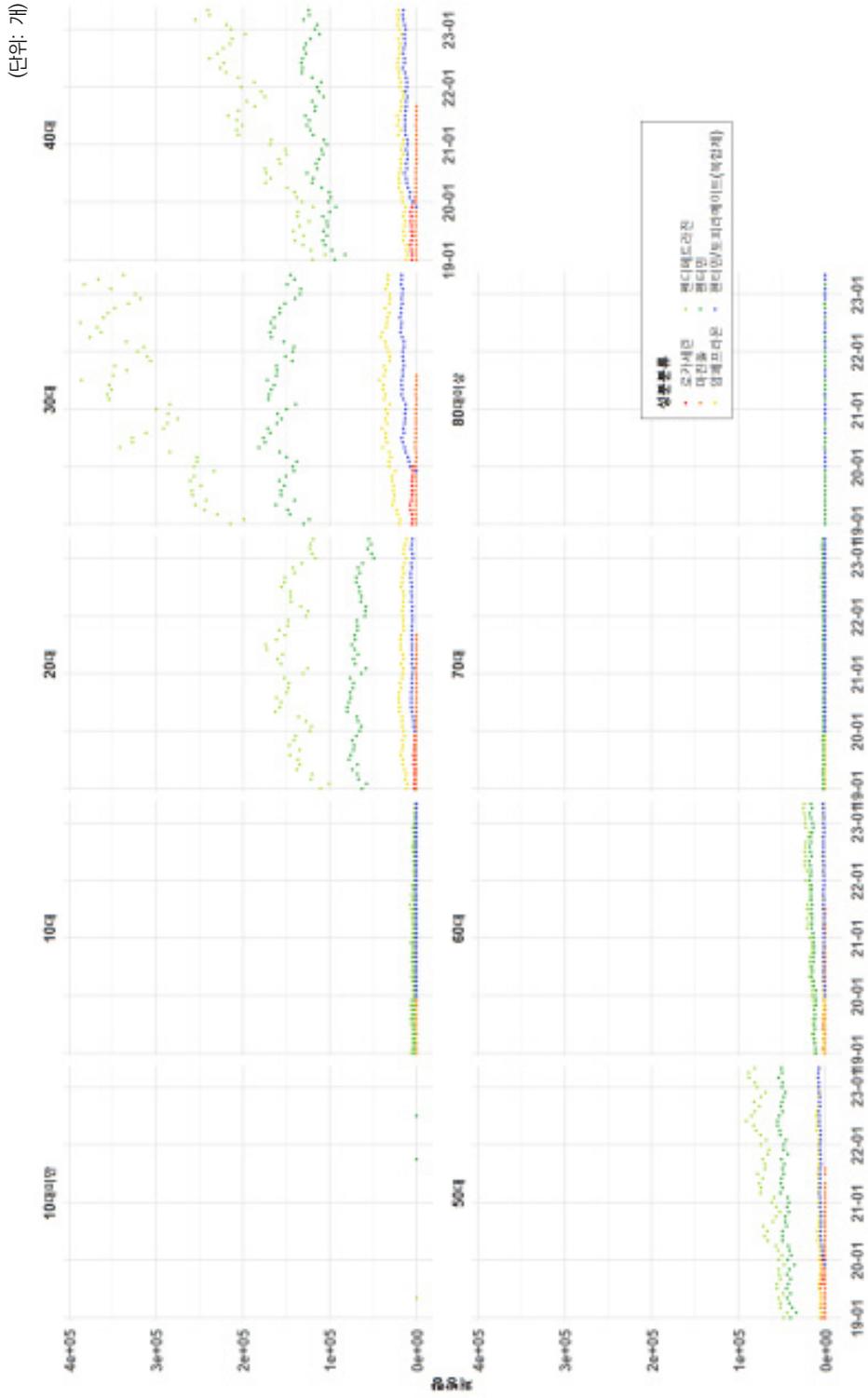
마지막으로, 펜터민 처방 감소는 부분적으로 펜터민/토피라메이트(복합제)에 의해 상쇄되는 것으로 보인다. 항뇌전증제(항전간제)인 토피라메이트는 임부가 복용했을 때 태아 손상, 태아성장제한, 조기 진통 및 조산의 위험성을 높여 잠재적 이득이 더 클 때만 투여해야 한다. 유럽 EMA가 허가를 거부하면서 우려했던 사항은 ① 심장과 혈관에 미치는 장기적 영향, ② 장기적인 정신과적 영향(우울증, 불안)과 인지적 영향(기억력, 주의력 문제), ③ 태아에의 잠재적 위해의 세 가지이다.²³⁾ 한국에서 계획되지 않은 임신(unplanned pregnancy)이 임신의 상당부분을 차지하고, 프로아나와 같이 정신질환적 성격을 가지는 체중조절에 대한 사회적 압력이 만연함을 고려한다면 해당 의약품의 위험이 더욱 증폭될 수 밖에 없다는 의미다.

남성 중 의원급에서 식욕억제제를 처방받은 사람들의 양상은 다소 다르다. 우선 총 처방량의 단위가 훨씬 적어 약물별로 구분했을 때도 월별 450만 개가 처방되는 여성과 달리 남성에서는 최대 40만을 넘지 않는다. 처방량이 빠르게 증가하고 있는 30대에서는 펜디메트라진의 처방 증가, 펜터민의 처방 감소, 펜터민/토피라메이트(복합제)의 처방 증가가 복합적으로 나타나지만 20대에서는 2021년 정도를 기점으로 처방량이 줄고 있고, 40대와 50대는 계속해서 처방량이 늘어나는 추세에 있다([그림 III-23]). 여성에서와 동일하게 연령군 교체로 인한 처방량 변화가 나타난다고 가정해 보면 남성에서는 2019년 40세가 된 1969년생부터 21년에 30세가 된 1991년생 사이에서 식욕억제제 복용 문제가 상대적으로 광범위하고 크게 존재할 것으로 생각된다.

23) European Medicines Agency - Qsivia
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/qsiva>



[그림 IV-38] 의원에서 여성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 연령군별 처방량



[그림 IV-39] 의원에서 남성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 연령군별 처방량

의원에서의 처방을 성별과 지역에 따라 구분해 보면 서울특별시, 경기도, 충청남도, 대구광역시, 경상남도 지역의 의원에서 식욕억제제를 많이 처방하고 있는 것으로 보인다 ([그림 IV-39], [그림 IV-40]). 서울특별시의 경우 펜프메트라진, 펜터민에 더해 암페프라몬이나 펜터민/토피라메이트(복합제)의 처방도 다른 지역보다 두드러지게 많은 양상을 보인다. 경기도는 서울특별시와 비슷하게 펜디메트라진의 처방량이 늘어나는 가운데 펜터민의 처방이 감소하면서 펜터민/토피라메이트(복합제) 처방이 펜터민을 대체하는 양상을 보여, 두 지역이 처방 약물의 선택과 관련된 의사결정이 비슷하게 이루어짐을 시사한다. 충청남도는 다른 약물의 처방은 비슷하게 유지되는 가운데 펜디메트라진의 처방이 빠르게 증가하다가 2021년 여름을 기점으로 급격하게 감소하고 있으며, 대구광역시도 암페프라몬이나 펜터민/토피라메이트(복합제)가 거의 처방되지 않는 가운데 펜디메트라진의 처방이 늘고 펜터민의 처방이 줄고 있다. 마지막으로 경상남도는 펜터민을 포함한 대부분 식욕억제제 처방이 비슷하게 유지되는 가운데 펜디메트라진의 처방량이 2020년 후반부터 2021년 초 사이 급격하게 감소했다가 이전 수준을 회복하고 있다. 지역별 차이를 연령별로 나누어 확인해도 전체 동향과 구분되는 특별한 추세는 관찰되지 않는다(별도로 그림 제시하지 않음).

(단위: 개)



[그림 IV-40] 의원에서 여성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 지역별 처방량

IV. 세부과제 3: 항정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리 395

(단위: 개)



[그림 IV-41] 의원에서 남성에게 처방된 식욕억제제의 월별, 지역별 처방량

〈표 IV-15〉 식욕억제제의 월별, 성분별, 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량

(단위: 개, 건 개, 처방 건당 처방수량은 소숫점 한자리에서 반올림, 성별미상은 버림)

연월	총 처방량						총 처방건수						처방 건당 처방수량					
	펜디메트라진	펜타민	임페프라몬	펜타민/토피라메이트 (복합제)	마진들	로카세린	펜디메트 라진	펜타민	임페프 라몬	펜타민/토피라메이트 (복합제)	마진들	로카세린	펜디메트 라진	펜타민	임페프 라몬	펜타민/토피라메이트 (복합제)	마진들	로카세린
2019-01	11,405,962	6,984,856	914,735		47,870	382,065	645	1,260	270		110	551	17,684	5,544	3,388		435	683
2019-02	10,079,273	6,190,253	769,809		45,444	336,764	637	1,251	275		111	556	15,823	4,948	2,799		409	606
2019-03	11,486,732	7,068,169	919,423		50,218	369,306	687	1,256	280		106	563	16,720	5,628	3,284		474	656
2019-04	11,992,850	7,389,728	946,323		49,079	387,942	661	1,280	269		106	573	18,143	5,773	3,518		463	677
2019-05	12,548,715	7,726,778	1,017,738		51,704	399,744	667	1,274	275		110	559	18,814	6,065	3,701		470	715
2019-06	11,770,759	7,104,364	967,206		49,786	370,343	665	1,269	270		112	545	17,700	5,598	3,582		445	680
2019-07	12,952,538	7,870,834	1,060,467		53,012	420,782	661	1,347	280		117	567	19,595	5,843	3,787		453	742
2019-08	12,377,919	7,475,007	1,021,768		51,806	384,137	674	1,272	276		113	562	18,365	5,877	3,702		458	684
2019-09	11,613,071	7,264,213	978,344		48,413	362,037	641	1,266	270		112	534	18,117	5,738	3,623		432	678
2019-10	12,076,419	7,498,001	1,028,248		48,962	377,573	630	1,248	293		100	539	19,169	6,008	3,509		490	701
2019-11	11,372,500	6,912,494	997,621		46,268	342,013	636	1,243	298		107	522	17,881	5,561	3,348		432	655
2019-12	11,153,357	6,673,830	974,725	624	45,980	335,182	633	1,210	292	16	98	513	17,620	5,516	3,338	39	469	653
2020-01	11,276,039	6,778,863	1,020,351	109,821	43,945	274,394	627	1,223	292	319	95	466	17,984	5,543	3,494	344	463	589
2020-02	10,731,154	6,234,543	1,002,553	196,731	35,181	110,743	636	1,183	280	382	99	357	16,873	5,270	3,581	515	355	310
2020-03	11,517,528	6,758,000	1,069,831	244,438	36,545	18	645	1,211	289	416	100	3	17,857	5,581	3,702	588	365	6
2020-04	12,231,458	7,233,850	1,188,281	307,133	42,758	7	664	1,244	299	485	99	2	18,421	5,815	3,974	633	432	36
2020-05	13,084,383	7,881,081	1,329,610	372,956	48,967	38	669	1,271	310	533	101	3	20,455	6,201	4,289	700	485	13

IV. 세부과제 3: 향정신성 의약품 및 마약류 약품의 안전한 사용과 관리 397

연월	총 처방량						총 처방건수						처방 건당 처방수량					
	펜타메트라진	펜타민	임페프리온	펜타민/토피라메이트 (복합제)	마진돌	로카세린	펜타메트 라진	펜타민	임페프 리온	펜타민/토피라메이트 (복합제)	마진돌	로카세린	펜타메트 라진	펜타민	임페프 리온	펜타민/토피라메이트 (복합제)	마진돌	로카세린
2020-06	13,394,060	7,765,059	1,297,157	418,694	47,267		691	1,278	295	565	100	3	19,384	6,076	4,397	741	473	121
2020-07	13,689,008	7,848,145	1,348,696	473,078	41,433		682	1,309	291	595	93	1	20,072	5,996	4,635	795	446	4
2020-08	12,831,360	7,071,702	1,227,127	430,820	31,194	362	656	1,264	294	583	100	1	19,560	5,595	4,174	739	312	38
2020-09	12,268,702	7,447,941	1,295,405	470,319	33,073	4	672	1,308	288	588	94	1	18,257	5,694	4,498	800	352	4
2020-10	11,439,462	6,829,851	1,196,708	432,038	31,005	38	640	1,275	285	595	95	1	17,874	5,357	4,199	726	326	38
2020-11	11,093,292	6,572,256	1,188,779	423,166	26,521		667	1,248	280	581	87		16,632	5,266	4,246	728	305	
2020-12	11,444,549	6,742,812	1,087,779	433,753	27,231		688	1,249	291	591	82		17,133	5,399	3,738	734	332	
2021-01	10,896,027	6,112,898	1,025,623	409,573	22,965	237	662	1,213	292	587	81	3	16,459	5,039	3,512	698	284	79
2021-02	10,721,930	6,029,145	978,308	412,721	21,262		666	1,220	288	636	79		16,099	4,942	3,397	649	269	
2021-03	13,218,140	7,025,036	1,190,649	501,248	26,112	30	676	1,233	286	616	99	2	19,553	5,698	4,163	814	264	15
2021-04	13,031,242	6,856,907	1,166,390	519,874	21,615	36	685	1,241	278	633	80	1	19,024	5,525	4,196	821	270	36
2021-05	12,813,599	6,655,028	1,127,651	512,555	18,055		762	1,251	283	630	73		16,816	5,320	3,985	814	247	
2021-06	13,184,916	6,793,050	1,149,908	542,785	9,451		792	1,257	278	617	65		16,648	5,404	4,136	880	145	
2021-07	13,488,292	6,803,314	1,182,132	558,017	4,017		793	1,246	296	621	49		17,009	5,460	3,994	899	82	
2021-08	12,287,110	6,218,648	1,015,636	514,087	2,687	66	832	1,254	294	657	40	1	14,788	4,959	3,455	782	67	66
2021-09	12,089,201	6,199,318	1,008,646	516,365	1,378		784	1,268	308	649	32		15,420	4,889	3,275	796	43	
2021-10	12,077,220	6,010,007	991,852	494,129			790	1,256	310	649			15,288	4,785	3,200	761		
2021-11	11,470,817	5,748,646	929,714	490,701	25	30	685	1,158	289	612		1	16,746	4,964	3,217	802		30
2021-12	11,459,932	5,864,355	929,550	507,219			630	1,164	286	621			18,190	5,038	3,250	817		

연월	총 처분량						총 처분건수						처방 건당 처분수량					
	펜디메트라진	펜타민	임페프리온	펜타민/ 토피라메이트 (복합제)	마진들	로카세린	펜디메트 라진	펜타민	임페프 리온	펜타민/ 토피라메이트 (복합제)	마진들	로카세린	펜디메트 라진	펜타민	임페프 리온	펜타민/ 토피라메이트 (복합제)	마진들	로카세린
2022-01	11,578,302	5,741,380	967,840	488,996			618	1,148	285	600			18,735	5,001	3,396	815		
2022-02	10,684,994	5,247,322	916,886	454,511			623	1,154	264	620			17,151	4,547	3,473	733		
2022-03	12,032,246	5,912,951	1,019,670	510,424			626	1,147	269	599			19,221	5,155	3,791	852		
2022-04	12,881,546	6,308,454	1,170,000	569,359			642	1,154	272	610	2		20,065	5,467	4,301	933	12	
2022-05	13,471,247	6,577,474	1,225,448	617,384	42		665	1,200	268	633	1		20,258	5,481	4,573	975	42	
2022-06	13,075,610	6,324,438	1,154,142	608,304			639	1,185	268	644			20,463	5,337	4,307	945		
2022-07	13,594,685	6,351,150	1,144,885	639,966			628	1,180	273	631			21,648	5,382	4,194	1,014		
2022-08	13,062,555	6,192,687	1,056,177	648,687			637	1,158	268	658			20,506	5,348	3,941	986		
2022-09	12,784,896	6,117,912	1,056,378	630,057		103	631	1,154	273	652			20,261	5,301	3,870	966		52
2022-10	12,262,468	5,856,432	1,018,802	609,042		30	621	1,148	260	641			19,746	5,101	3,918	950		30
2022-11	11,854,146	5,660,485	1,013,956	600,866			603	1,158	255	659			19,659	4,888	3,976	912		
2022-12	11,350,868	5,453,104	952,687	596,524			603	1,140	261	643			18,824	4,783	3,650	928		
2023-01	11,507,645	5,415,339	949,643	569,944			578	1,066	258	627			19,909	5,080	3,681	909		
2023-02	11,736,048	5,357,880	1,009,635	572,158			567	1,120	255	631			20,698	4,784	3,959	907		
2023-03	13,272,701	6,030,024	1,093,999	654,932		121	599	1,139	276	642			22,158	5,294	3,964	1,020		61
2023-04	12,171,144	5,581,284	999,569	636,767			564	1,074	264	628			21,580	5,197	3,786	1,014		
2023-05	12,261,743	5,779,256	913,539	663,010			598	1,089	262	643			20,505	5,307	3,487	1,031		

② ADHD치료제

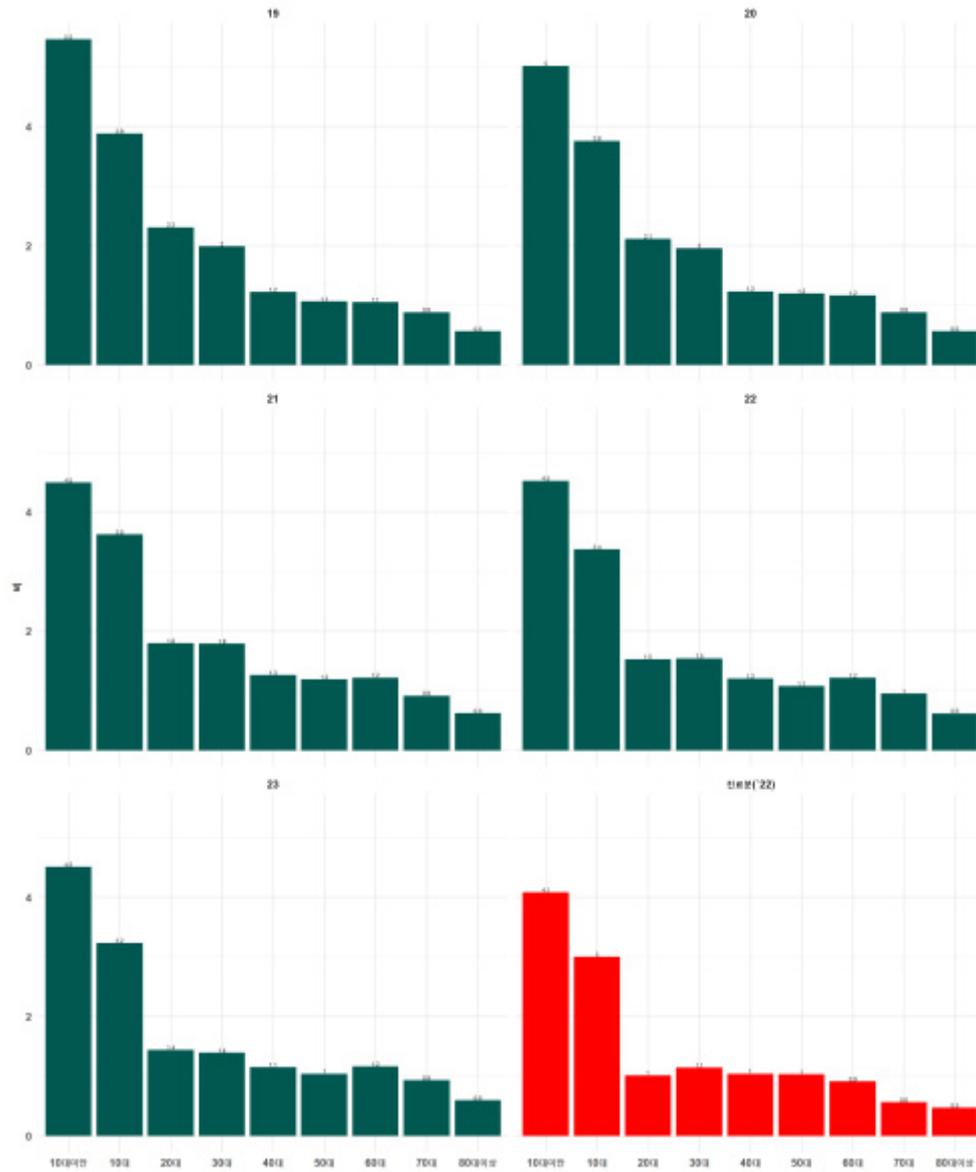
ADHD치료제는 식욕억제제와는 반대로 남성에서 총 처방량과 처방건수가 더 많은 질환이다. ADHD치료제 중 향정은 메틸페니데이트 뿐이며 HIRA빅데이터개발포털을 통해 확인한 2022년 기준 ADHD(활동성 및 주의력 장애, F90.0)으로 진료받은 사람의 수는 <표 III-16>과 같다. 이 비율을 2019년에서 2022년 각 연령군에서 ADHD치료제 처방량의 비와 비교하면 [그림 IV-41]과 같다. 진료인원과 비교했을 때 모든 연령군에서 남성이 ADHD치료제를 다소 더 쓰는 양상이 확인되며 그 격차의 절대적 규모는 10대 미만과 10대에서 가장 크다.

<표 IV-16> ADHD로 진료받은 사람의 수(2022)

(단위: 명)

구분	전체	남성	여성	남성/여성비
10대 미만	37609	30199	7410	4.08
10대	53652	40224	13428	3.00
20대	33672	16959	16713	1.01
30대	16376	8724	7652	1.14
40대	4867	2487	2380	1.04
50대	1203	610	593	1.03
60대	229	109	120	0.91
70대	50	18	32	0.56
80대 이상	25	8	17	0.47

자료: HIRA빅데이터개발포털 - 질병/행위별 의료통계 - 질병 세분류(4단 상병 통계)



초록색은 연도별 처방량의 성비이고 붉은색 그래프는 2022년 진료인원의 성비이다.

[그림 IV-42] 연령군별 ADHD치료제 처방량의 비(남성/여성)

성별, 월별 ADHD치료제 처방량은 <표 IV-17>에 제시하였다. ADHD치료제는 식욕억제제와는 달리 한국에서 독특하게 문제를 일으키는 약물은 아니기 때문에 참고할 수 있는 해외 연구가 식욕억제제에 비해서는 많았다. 미국에서는 주로 대학생들이 성적을 높이기 위해 사용되는 각성제로 널리 활용되고 있는 것으로 보인다(DeSantis et al., 2010). 미국에서 대학생들을 대상으로 한 제한적 표본의 연구들은 남성에서 여성보다 30% 정도 더 많은 처방량을 보이고 있고 이는 한국 20대에서의 상황과 유사해 보인다(De Santis et al., 2008; Tuttle, Scheurich, & Ranseen, 2010; Egan et al., 2013). 다만 2018년 공개된 Netflix 다큐멘터리 <Take your pills> (한국 제목 <슈퍼맨 각성제>)이 보여주듯 미국에서의 사용은 메틸페니데이트가 아니라 암페타민 기반의 ADHD의 치료제인 애더럴이 주요 남용약물인 것으로 보인다(애더럴은 한국에서 승인 허가가 이루어지지 않았음).

1995-2015년 사이 영국의 GP가 처방한 ADHD치료제의 동향을 추정한 연구에서는 한국과 비슷하게 6-9세, 10-14세, 15-18세, 19-24세에서 처방량이 많았다. 영국에서도 이 연령구간에서 남성은 여성에 비해 적게는 3.7배(19-24세 구간)에서 많게는 6.0배(10-14세 구간)까지 ADHD치료제를 많이 처방받고 있었다. 이 연구에서는 처방량이 아니라 처방건수를 보고하고 있어 직접적인 비교는 어렵지만 3개월 단위로 매일 1정을 기준으로 처방한다고 가정했을 때 10대 미만(6-9세)은 월 평균 1.3만 개(남 1.1, 여 0.2), 10대(10-14세, 15-18세)는 월 평균 4.2만 개(남 3.6, 여 0.6) 정도를 처방받은 것으로 볼 수 있다. 그러나 이 처방량은 한국과 비교하였을 때에 커다란 차이가 난다. 연구가 제시하고 있는 연간 증가율을 고려하면 연구의 가장 최근 연도인 2015년에는 이 숫자의 2.55배 정도가 처방되고 있을 것으로 추정할 수 있다. 따라서, 10대 미만(6-9세)은 월 평균 3.3만개(남 2.8, 여 0.5), 10대(10-14세, 15-18세)는 월 평균 10.8만 개(남 9.3, 여 1.5) 정도를 처방받은 것으로 볼 수 있다. 한국의 10대 미만은 2019년 평균 월 35만 개(남 30, 여 5), 10대는 월 80만 개(남 65, 여 15) 정도를 처방받고 있으므로 영국에 비해서는 각각 11배, 7배 정도를 처방받고 있는 것으로 볼 수 있다. 다만 영국에서는 메틸페니데이트에 텍스암페타민, 아토목세틴을 처방량에 포함하여 분석하였으므로 메틸페니데이트 처방량만으로 한정된 한국 결과에 비해 다소 과대추정된 숫자라는 점을 고려해야 한다(Renoux et al., 2016).

2008-2018년 사이 독일에서 처방된 ADHD약물을 추적한 연구에서도 16세 미만의 환자가 가장 많은 처방량을 차지하고 있었으나 2011년 이후 감소하는 추세를 보이고 있고, 17세 이상에서는 느리지만 서서히 처방량이 늘어나는 양상을 보이고 있다. 처방량

을 표준화한 DDD(defined daily dose)로 살폈을 때도 변화 양상은 유사하지만 17세 이상의 증가가 16세 이하에서의 감소를 상쇄하여 2012년 이후 총 사용량은 비슷하게 유지되고 있었다. 한국 자료에서 약물의 단위가 없으므로 DDD의 산출은 어렵지만 통상 이는 복용하게 되는 약물의 갯수를 의미하므로 1개가 1DDD라고 가정하면 2019년 한국의 DDD는 24,377,029이다. 2018년 독일의 DDD는 1,537,449이므로 한국은 독일에 비해 15.9배의 ADHD치료제를 처방하고 있다고 추정해 볼 수 있다. 다만 이 연구에서는 성별에 따른 차이는 보고하지 않았다(Grimmsmann & Himmel, 2021).

2004-2008년 사이 노르웨이에서 처방된 ADHD치료제를 조사한 연구에서는 2008년 인구 1000명 당 5.2명이 ADHD치료제를 처방받은 것으로 보고했다. 2022년 한국 인구로 환산하면 약 26.9만 명이 처방받은 셈으로 2022년 한국에서 ADHD로 진료받은 사람 14.8만명의 2배 가량이다. 2008년 기준 규모 대비 ADHD치료제를 가장 많이 받은 인구집단은 남성 11-15세(인구 1000명 당 36.0명), 여성 16-20세(인구 1000명 당 12.5명)였다. 남녀의 가장 크게 나는 연령군은 6-10세의 3.3배였고 이후 차츰 줄어들어 20세가 넘어가면 남성이 여성의 1.4배 정도 처방받는 수준으로 안정화되는 양상을 보였다. 이는 10대 미만과 10대에서 남녀가 상당히 큰 격차를 보이다가, 20대 이후 비교적 격차가 안정되는 한국의 양상과 비슷하다. 2008년 노르웨이에서 처방된 ADHD 치료제의 DDD는 1억 9백만 정도로 이를 2019년 한국 인구로 환산하면 1.19억이 되고, 이 숫자는 2019년 한국 DDD의 4.9배 정도이다(Lillemoen et al, 2012).

1996-2005년 대만에서 ADHD의 유병률과 ADHD치료제 사용을 분석한 연구에서는 남성이 여성에 비해 ADHD 발병 위험이 3.8배 정도 컸다. 진단을 받은 환자에서 ADHD 치료제를 사용할 가능성은 0-5세를 기준으로 했을 때 6-11세가 9.3배, 12-17세가 17.7배 커 학령기 아동의 사용이 많았고, 남성은 여성에 비해 1.4배 정도 치료받을 확률이 높았다(Chien et al., 2012). 같은 자료로 2000-2011년 ADHD로 새로이 진단 받은 성인을 분석한 대만 연구에서는 처방량과 관련한 정보는 확인하기 어려웠다. 일단 진단을 받은 환자에서는 다른 요인을 통제했을 때 남성이 여성에 비해 1.8배 정도 치료받을 확률이 높고, 18-30세 구간이 가장 치료를 적극적으로 받는 것으로 확인되었다(Cheng et al., 2017).

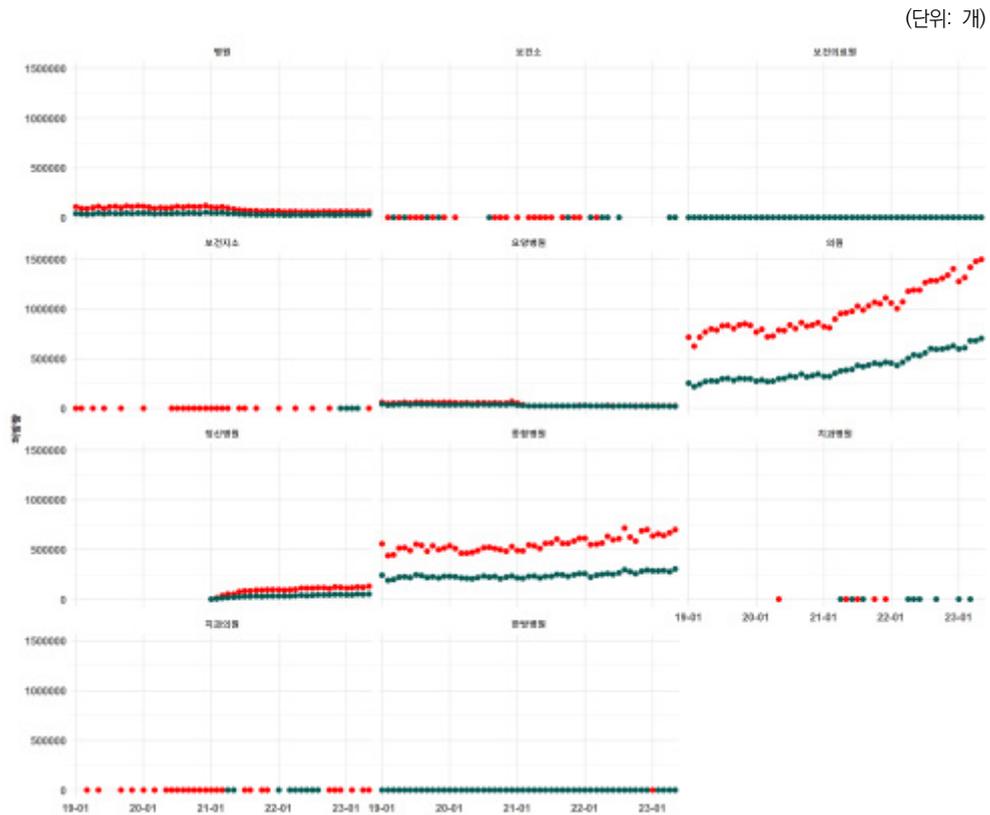
한국의 상황을 살펴보면 다음과 같다. 절대적인 처방량으로도 10대 미만과 10대가 ADHD치료제 처방의 가장 큰 부분을 차지하고 있다(그림 IV-42). 10대 미만과 10대에서는 남녀의 격차가 시간이 갈수록 점점 더 커지고 있는 반면, 꾸준히 처방량이 증가하고 있는 20대, 30대에서는 남성이 더 많이 처방받기는 하지만 처방량의 격차는 일정하게 유지되는 정도다.



붉은색은 남성(■), 초록색은 여성(■)이다.

[그림 IV-43] 연령군별 ADHD치료제 처방량

ADHD치료제가 처방되는 기관의 분포는 [그림 IV-43]과 같다. 대부분의 처방이 의원에서 이루어지고 있으며 그 다음은 종합병원에서 처방이 되었다. 의원에서의 처방량은 매우 가파르게 증가하고 있으며, 종합병원의 처방량 역시 의원보다는 느리지만 서서히 증가하고 있는 양상을 보인다.

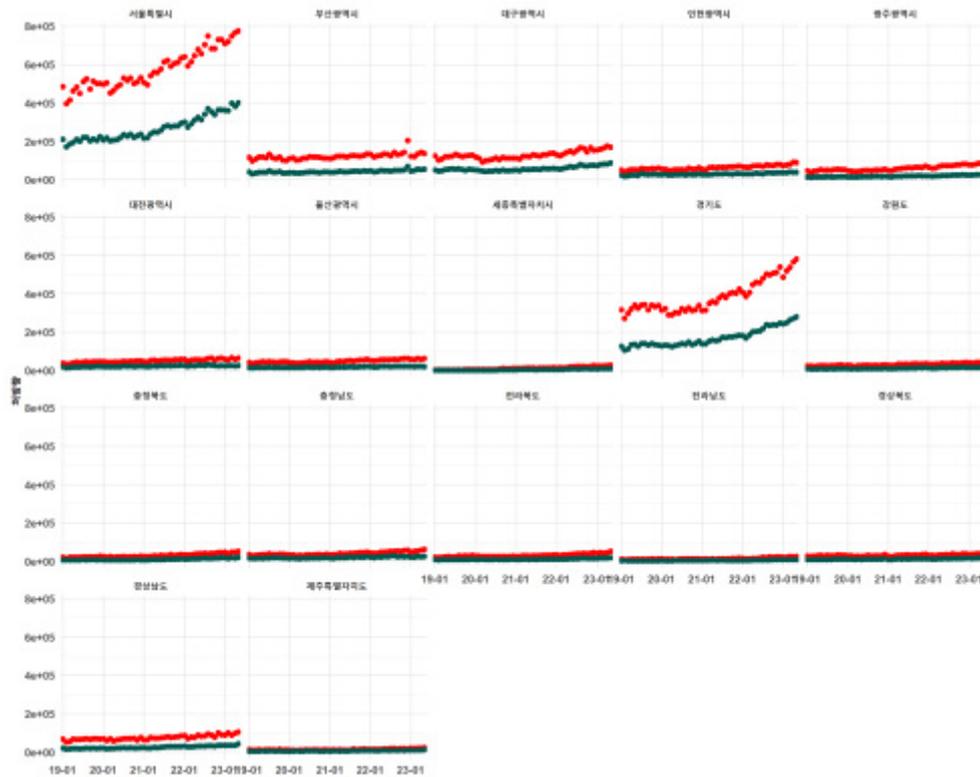


붉은색은 남성(■), 초록색은 여성(■)이다.

[그림 IV-44] 처방기관종별 ADHD치료제 성별 처방량

ADHD치료제가 처방되는 지역의 분포는 [그림 IV-44]와 같다. 대부분의 처방이 서울 특별시와 경기도에서 이루어지고 있으며 광역시 중 일부가 2023년 이후 약간 증가하는 모양새를 보이지만 전체 규모에서 차지하는 비중은 그리 크지 않다. 주로 수도권 지역에서 적극적인 진단과 처방이 이루어지고 있음을 확인할 수 있다.

(단위: 개)



붉은색은 남성(■), 초록색은 여성(■)이다.

[그림 IV-45] 처방기관지역 ADHD치료제 성별 처방량

ADHD치료제가 주로 처방되는 10대 미만과 10대, 지역으로는 서울특별시와 경기도, 처방기관종별로는 의원과 종합병원으로 좁혀서 처방 양상을 확인하였다(그림 IV-45). 우선 이 인구집단에서는 8가지 세부 인구집단 모두에서 남녀의 격차가 시간에 따라 증가하고 있음을 확인할 수 있었다. 처방기관종별로 보면 의원에서는 10대 미만과 10대 모두 서울특별시와 경기도의 처방량은 거의 차이 나지 않는다. 반면 두 연령군 모두에서 서울특별시의 종합병원에서 처방량이 늘어나는 속도에 비해 경기도는 훨씬 더 서서히 늘어나고 있는 것을 확인할 수 있다.

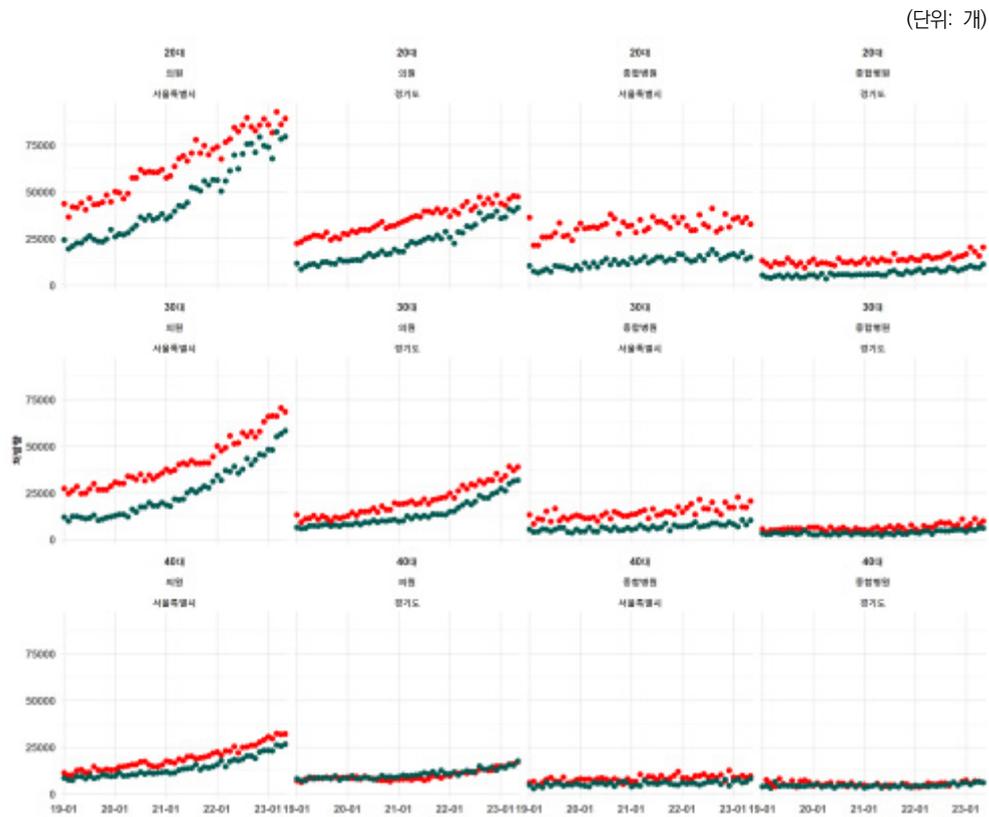
(단위: 개)



붉은색은 남성(■), 초록색은 여성(■)이다.

[그림 IV-46] 서울·경기 지역 청소년이 의원·종합병원에서 처방받은 ADHD치료제의 성별 처방량

그 다음으로 ADHD치료제가 주로 처방되는 20대, 30대, 40대의 연령군에서 같은 지역(서울특별시, 경기도), 같은 처방기관종별(의원, 종합병원)의 처방 양상을 확인하였다 ([그림 IV-46]). 10대 미만과 10대에서는 확인되지 않는 서울특별시와 경기도의 처방량 차이가 이 연령군에서 확인된다. 모든 연령대, 모든 처방기관종별에서 서울특별시의 처방량이 경기도의 처방량보다 많은 것을 확인할 수 있다.



붉은색은 남성(■), 초록색은 여성(■)이다.

[그림 IV-47] 서울·경기 지역 20-40대가 의원·종합병원에서 처방받은 ADHD치료제의 성별 처방량

ADHD 약물 복용은 의료기관의 처방을 통해 이루어진다는 점에서 마약 문제라기 보다는 의료의 질과 적절성 측면에서 접근이 필요한 문제다. 최근 처방량이 급격하게 증가하는 추세가 ADHD 발병률 증가와 관련이 있다면 왜 청소년기 ADHD 발병률이 증가하는지에 대한 탐색이 필요하고, 발병률 그 자체보다는 처방량이 늘어나고 있는 추세라면 처방이 적절하게 이루어지고 있는지에 대한 검토가 필요하다. 분석에서는 서울과 경기도의 의원급 의료기관을 중심으로 보다 적극적인 약물 처방이 이루어지고 있음을 확인하였는데, 이런 진단과 처방 행태가 입시 경쟁과 양육 행태와 어떤 관련이 있는지에 대한 분석 역시 필요해 보인다.

또한, 처방의약품에 대한 의존은 약물의 효능을 경험한 이들에게서 발생하는 약물 부작용이라는 점에서의 대응도 필요해 보인다. 예컨대 ADHD 진단과 치료를 받고 약물을 복용 하면서 학습과 일상 등에 도움을 받았던 이들은 이후 대학에 진학하거나 취업을 한 이후에도 유사하게 성과를 내기 위해 약물 복용을 대안으로 떠올릴 수 있게 될 것이다. ADHD 치료제는 중추신경계 자극제(stimulant)로 기분을 좋게하고 에너지 수준을 높게 만들어 주는 효과가 있다. 실제 미국에서는 대학생들의 ADHD 약물 복용과 오남용이 문제로 주목을 받고 있는데, 학생들은 공부하는 동안 집중을 더 잘하기 위해, 학습능력을 향상하기 위해, 공부를 위해 더 오래 깨어 있기 위해서 각성제를 복용하는 등 일상의 강화(enhancement)를 위해 약물을 활용하는 것으로 알려져 있다. 각성제인 ADHD 약물은 또, 오랜 시간 잠을 자지 않고 술을 먹거나, 술과 다른 약물 등의 효과를 강화하기 위해 활용되기도 한다(Diller, 2010; Benson & Flory, 2017). 이런 약물에 더 많은 인구집단이 노출되고 이후의 의존 가능성을 열어두는 것이 인구집단 건강 관점에서 개입이 필요하지 않을지에 대한 평가가 필요하다는 의미다.

마지막으로 여성의 ADHD와 관련한 정책적 대응을 고려할 필요가 있다. ADHD의 대표적인 증상인 집중 어려움, 과도한 집중, 감정조절의 어려움과 비조직화, 충동성 등의 증상의 발현은 성별화된 형태로 나타나고 수용된다. 여성 ADHD 환자들은 남성 환자에 비해 증상을 내면화할 가능성이 더 크고, 따라서 여성 환자들은 남성에 비해 불안과 부주의 등 증상이 더 지배적으로 나타날 수 있다. 성별화된 증상발현으로 인해 여성 ADHD 환자들은 남성에 비해 늦게 진단을 받고, 치료도 적극적으로 받기 어려운 경우가 많고, 늦은 진단과 불충분한 치료는 낙인과 자존감 저하, 우울증으로 이어질 수 있다는 점에서 이에 대응하는 노력이 필요할 것으로 보인다(Skogli et al., 2013; Hinshaw et al., 2022).

〈표 IV-17〉 향정 중 ADHD치료제의 월별 총 처방량, 처방건수, 처방 건당 처방량
 (단위: 개, 건 개, 처방 건당 처방수량은 소숫점 한자리에서 반올림, 성별미상은 버림)

연월	총 처방량			총 처방건수			처방 건당 처방수량		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
2019-01	2,019,787	1,438,754	581,033	2,341	1,264	1,077	863	1,138	539
2019-02	1,681,795	1,203,838	477,957	2,279	1,235	1,044	738	975	458
2019-03	1,815,195	1,299,529	515,666	2,323	1,256	1,067	781	1,035	483
2019-04	2,006,291	1,433,274	573,017	2,377	1,274	1,103	844	1,125	520
2019-05	2,082,799	1,491,734	591,065	2,411	1,313	1,098	864	1,136	538
2019-06	1,988,651	1,420,655	567,997	2,356	1,265	1,091	844	1,123	521
2019-07	2,184,082	1,555,481	628,602	2,411	1,303	1,108	906	1,194	567
2019-08	2,168,399	1,548,955	619,444	2,397	1,288	1,109	905	1,203	559
2019-09	2,026,329	1,443,952	582,377	2,396	1,289	1,107	846	1,120	526
2019-10	2,165,215	1,553,390	611,825	2,370	1,270	1,100	914	1,223	556
2019-11	2,103,826	1,513,385	590,441	2,341	1,250	1,091	899	1,211	541
2019-12	2,134,660	1,521,935	612,725	2,379	1,280	1,099	897	1,189	558
2020-01	2,051,721	1,471,174	580,547	2,344	1,258	1,086	875	1,169	535
2020-02	2,058,793	1,466,564	592,230	2,299	1,237	1,062	896	1,186	558
2020-03	1,891,746	1,330,290	561,456	2,326	1,262	1,064	813	1,054	528
2020-04	1,909,207	1,348,829	560,377	2,329	1,264	1,065	820	1,067	526
2020-05	1,987,644	1,406,225	581,419	2,402	1,299	1,103	827	1,083	527
2020-06	2,029,196	1,431,139	598,056	2,433	1,309	1,124	834	1,093	532
2020-07	2,170,380	1,526,532	643,849	2,428	1,295	1,133	894	1,179	568
2020-08	2,096,964	1,479,788	617,176	2,420	1,297	1,123	867	1,141	550
2020-09	2,204,332	1,545,137	659,195	2,459	1,310	1,149	896	1,179	574
2020-10	2,094,009	1,487,526	606,483	2,432	1,304	1,128	861	1,141	538
2020-11	2,116,879	1,483,870	633,009	2,445	1,288	1,157	866	1,152	547
2020-12	2,248,257	1,578,833	669,425	2,477	1,322	1,155	908	1,194	580
2021-01	2,083,879	1,471,204	612,675	2,443	1,320	1,123	853	1,115	546
2021-02	2,054,603	1,446,400	608,203	2,555	1,389	1,166	804	1,041	522
2021-03	2,277,046	1,609,431	667,615	2,642	1,421	1,221	862	1,133	547
2021-04	2,361,602	1,664,916	696,686	2,610	1,417	1,193	905	1,175	584
2021-05	2,316,721	1,633,823	682,898	2,570	1,386	1,184	901	1,179	577

410 생활체감형 정책 특성성별영향평가

연월	총 처방량			총 처방건수			처방 건당 처방수량		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성	전체	남성	여성
2021-06	2,422,606	1,712,780	709,826	2,657	1,433	1,224	912	1,195	580
2021-07	2,521,248	1,772,339	748,909	2,618	1,425	1,193	963	1,244	628
2021-08	2,532,074	1,772,540	759,534	2,648	1,422	1,226	956	1,247	620
2021-09	2,545,072	1,777,894	767,179	2,651	1,443	1,208	960	1,232	635
2021-10	2,571,896	1,805,527	766,370	2,671	1,445	1,226	963	1,249	625
2021-11	2,605,098	1,826,849	778,249	2,647	1,428	1,219	984	1,279	638
2021-12	2,724,390	1,914,959	809,431	2,660	1,434	1,226	1,024	1,335	660
2022-01	2,659,553	1,858,646	800,907	2,635	1,426	1,209	1,009	1,303	662
2022-02	2,461,951	1,726,628	735,324	2,584	1,400	1,184	953	1,233	621
2022-03	2,598,019	1,808,908	789,111	2,648	1,460	1,188	981	1,239	664
2022-04	2,771,483	1,927,153	844,330	2,713	1,459	1,254	1,022	1,321	673
2022-05	2,902,804	2,017,466	885,338	2,703	1,456	1,247	1,074	1,386	710
2022-06	2,847,003	1,979,607	867,396	2,685	1,433	1,252	1,060	1,381	693
2022-07	2,983,194	2,068,706	914,488	2,714	1,452	1,262	1,099	1,425	725
2022-08	3,201,015	2,200,875	1,000,140	2,774	1,472	1,302	1,154	1,495	768
2022-09	3,075,264	2,109,454	965,811	2,741	1,454	1,287	1,122	1,451	750
2022-10	3,036,286	2,086,620	949,666	2,711	1,427	1,284	1,120	1,462	740
2022-11	3,219,368	2,231,915	987,453	2,761	1,450	1,311	1,166	1,539	753
2022-12	3,327,534	2,303,997	1,023,537	2,729	1,447	1,282	1,219	1,592	798
2023-01	3,088,686	2,110,717	977,969	2,708	1,437	1,271	1,141	1,469	769
2023-02	3,157,112	2,168,336	988,776	2,709	1,431	1,278	1,165	1,515	774
2023-03	3,332,152	2,260,716	1,071,436	2,752	1,457	1,295	1,211	1,552	827
2023-04	3,402,899	2,348,917	1,053,981	2,756	1,454	1,302	1,235	1,615	810
2023-05	3,527,356	2,410,115	1,117,241	2,809	1,485	1,324	1,256	1,623	844

다. 소결

의료용마약류 자료를 이용하여 2019년부터 2023년 5월 사이 처방된 마약류 의약품 내역을 살폈다. 마약류 중 마약에서는 남성이 여성보다 처방량이 많았고 여기에는 암성 통증의 조절 필요성이 남성에서 더 크다는 질병부담의 차원이 주로 작동하는 것으로 보인다. 마약과 달리 향정의 경우 여성의 처방량이 훨씬 많은데 여기에는 향정에 최면 진정제, 항우울제, 항불안제 등 여성에서 유병률이 높은 불안, 불면, 기분장애 등의 질환을 치료하기 위한 약물이 다수 포함되어 있다는 사실에 더해, 식욕억제제의 처방량이 여성에서 압도적으로 많다는 점이 기여하고 있는 것으로 보인다.

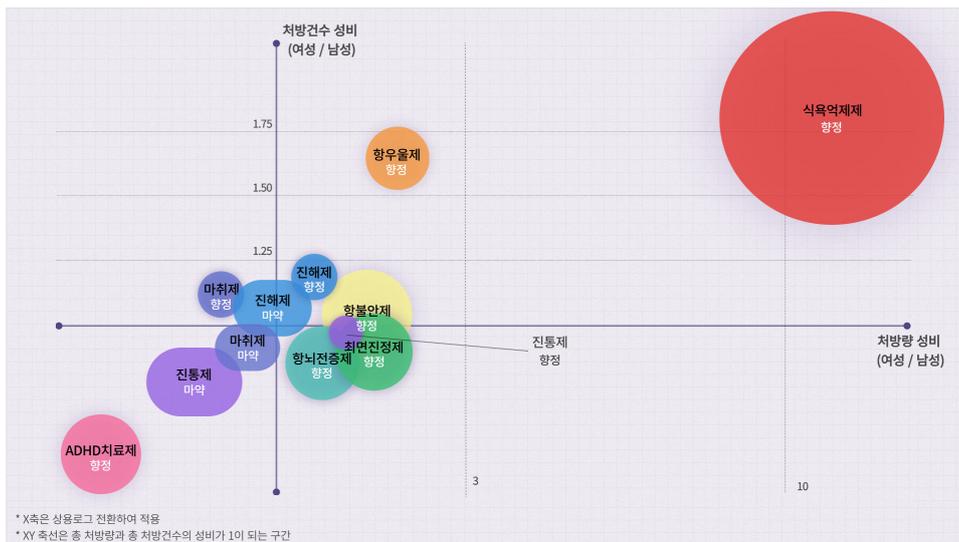
성별에 따른 차이가 가장 많이 나는 약물인 두 약물에 대한 세부분석을 시행하였다. 여성 쪽으로 처방이 크게 기울어진 약물은 식욕억제제이고, 그에 비하면 규모가 작지만 남성이 더 많이 처방받는 약물은 ADHD치료제였다. 식욕억제제는 서울을 포함한 대도시, 의원급 의료기관의 문제로 30-40대 여성이 가장 주된 인구집단이고, 그보다는 적지만 20대와 50대도 상당한 규모로 식욕억제제를 처방받고 있었다. 투약 환자는 120만 명 가량으로 이 중 110만 명 정도가 여성인데, 처방 규모를 고려할 때 이들은 복용 기간을 늘리거나, 1회 복용량을 늘리는 방식으로 연간 표준 처방량에 비해 평균 3배 정도의 식욕억제제를 복용하고 있는 것으로 추정된다. 유럽과 마찬가지로 식욕억제제 자체를 시장에서 퇴출하거나, 적어도 식욕억제제의 임상적 필요성을 입증하는 자료(예: BMI 수치)를 보고하도록 하는 조치가 시급해 보인다. 더불어 이 문제의 한국적 고유성, 특수성을 인정하고 환자들의 경험, 의사들의 행태, 보건의료제도와의 관계 등을 너르게 고려하는 접근이 반드시 필요하다.

ADHD치료제의 경우 ADHD 진단에 비례하여 처방량이 따라가는 추세를 보인다. 인구집단으로는 10대 미만과 10대가 주 인구집단이며, 의료기관으로는 서울과 경기 소재의 의원, 종합병원급 의료기관이 주 처방기관이다. 모든 연령군에서 남성이 여성에 비해 진단 대비 ADHD 치료제를 다소 더 쓰는 양상이 보이며 그 격차의 절대적 규모는 10대 미만과 10대에서 가장 크다. 해외 사례와 비교했을 때 독일에 비해서는 상당히 처방량이 많지만, 2000년대 중후반의 북유럽 국가와 비교하면 처방량이 그보다는 적다. 해외 사례와 마찬가지로 학령기 처방량이 가장 많은데 이 경우 환자 본인이 아니라 부모가 학업성취를 이유로 약물 복용을 권유하고 있을 가능성이 크다. 합법적인 처방 약물을 활용하고 있다는 점에서 법적 문제가 있다고 보기는 어렵지만 최근 학령기 아동의 수는 감소하고 있음에도 ADHD 진단과 처방량이 증가하고 있는 양상을 고려한다면 오남용의 가능성에 대응할 필요가 있다.

4. 정책 개선방안

가. 성인지적 마약 정책을 위한 성별구분 자료 생산

마약류 약물의 중독과 오남용의 양상은 여성과 남성에서 유의미한 차이가 있다. 누가 어떤 약물을 어떤 계기로 사용하게 되는 지에서부터 약물 중독이 진행되고 중독에서 회복 되는 과정 모두는 성별화된 조건과 깊은 연관을 가진다. 마약 중독을 예방하고 약물 사용자를 지원하기 위해 성별에 따른 차이를 고려하고 대응할 수 있는 정책 요소를 포함 하는 마약 정책이 필요하다는 의미다. 마약류통합관리시스템 자료를 분석한 결과에서도 알 수 있듯, 성별과 연령에 따라 주로 사용하는 약물의 효능과 성분, 그리고 그 처방량에 차이가 명확할 뿐만 아니라 성별화되어 있다(그림 IV-47).



[그림 IV-48] 성별에 따른 약물 효능군의 분포

1) 마약류통합관리시스템 정보 공개 범위 확대

‘의료용 마약류 취급현황’이 국가승인통계로 등록됨에 따라 식품의약품안전처와 한국 의약품안전관리원은 매해 마약류통합관리시스템의 자료를 분석하여 공개하고 있다. 통계청을 통해 공개되고 있는 자료의 소분류는 ▲마약류 취급자 현황, ▲의료용 마약류 품목허가 현황, ▲의료용 마약류 제조·수입·수출 현황, ▲의료용 마약류 조제·투약 현황 이다.

▶ 의료용마약류취급현황 ①	
^ 마약류 취급자 현황	
연간 마약류 취급자 현황	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 처방 의사수 및 마약류관리자 현황	추적기간년 2019-2022 ①
행정구역별 마약류 취급자 분포 현황	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 취급 의료기관·약국 현황	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 관리구분별 취급 의료기관·약국 현황	추적기간년 2019-2022 ①
^ 의료용 마약류 품목허가 현황	
의료용 마약류 품목허가 현황	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 효능별·성분별 품목허가 현황	추적기간년 2019-2022 ①
^ 의료용 마약류 제조·수입·수출 현황	
의료용 마약류 제조·수입·수출 품목 현황	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 연간 제조실적	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 약효별·성분별 제조실적	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 연간 수입실적	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 연간 수출실적	추적기간년 2019-2022 ①
^ 의료용 마약류 조제·투약 현황	
의료기관 종별 의료용 마약류 처방 현황	추적기간년 2019-2022 ①
환자 성별 및 의료기관 종별 의료용 마약류 처방 현황	추적기간년 2019-2022 ①
환자 연령대별 의료용 마약류 처방 현황	추적기간년 2019-2022 ①
의료용 마약류 효능별·성분별 처방 현황	추적기간년 2019-2022 ①

[그림 IV-49] 통계청의 의료용마약류취급현황 자료 제공 목록

현재 통계청의 마약류통합관리시스템 자료 제시 내용(그림 IV-48) 중 성별을 구분하는 두 개 항목인 “환자 성별 및 의료기관 종별 의료용 마약류 처방 현황”과 “환자 연령대별 의료용 마약류 처방 현황”은 처방되는 전체 마약류의 개수를 성별에 따라 구분하여 제시하여 유의미한 해석이 불가능하다. 동일하게 향정신성의약품으로 분류된다고 하더라도 식욕억제제는 여성의 남성의 약 13배, ADHD 약물은 남성이 여성의 약 4배 가량 처방되어 성별에 따라 큰 차이가 있을 뿐만 아니라 각 약제 별로 처방 규모 역시 다르다. 그러나 현재 공개되고 있는 자료는 이들을 한꺼번에 묶어서 성별 처방량은 제시하는 데에 그치고 있어 약물 사용의 성별화된 현황을 파악하기 어렵다.

향후 전체 마약류 처방이 아니라 효능별·성분별 처방 현황을 성별 구분하여 제시할 필요가 있다. 의료기관종별, 그리고 환자 연령대별 마약류 처방 현황 역시 성별 구분한 자료를 제시한다면 본 보고서에서 제시한 것과 같은 성별 약물 처방 현황과 추세를 파악할 수 있을 것으로 보인다. 이는 기 구축되어 있는 자료에 대해 성별 교차 분석 내용을 산출·공개하도록 하는 것으로 추가적인 비용이 소요되지 않으며, 성별에 따른 처방량과 횟수를 공개하는 것이기에 식별가능성과 무관하다.

2) 건강보험심사평가원 빅데이터개방포털에서 성별구분자료 제시

건강보험심사평가원은 건강보험에 대한 급여 신청에 대한 평가를 수행하며, 이 과정에서 수집된 자료를 HIRA 빅데이터개방포털(<https://opendata.hira.or.kr>)을 통해 국민과 연구자에게 제공하고 있다. 포털은 의약품 통계에서 질병별, 약효분류별, 성분별, 약물별(ATC코드 기준) 사용 통계를 제시하지만 이에 대한 성별구분자료를 제시하지 않는다. 유사 범주인 질병/행위별 의료 통계에서 국민관심질병과 다빈도질병 등에서 성별 구분 자료를 꾸준히 제시하고 있는 것과는 대조적이다. 예컨대 질병 세분류 통계에서는 해당 질병에 대한 성별과 연령을 구분한 자료를 제시하지만(그림 IV-49), 의약품 사용 통계의 경우 개별 코드에 따른 시군구별, 요양기관종별, 상병별 통계를 제시할 뿐 성별이나 연령을 구분한 자료를 전혀 제시하지 않는다. 성별화된 약물 사용의 현황을 살펴볼 수 있는 빅데이터를 구축하고 있음에도 불구하고 이를 활용할 수 없게끔 자료가 공개되고 있다.

향후 건강보험심사평가원의 빅데이터개방포털의 의약품 통계에서 성별을 구분한 자료를 제시할 필요가 있다. 국정감사 질의 과정에서는 특정 의약품의 성별구분 처방 현황에 대한 자료를 의원실이 요청하고 이에 대한 응답을 토대로 여성건강과 관련된 논의가 진행되는 경우가 빈번하다. 이는 성별구분한 의약품 처방 자료에 대한 정책적, 그리고 연구 목적의 활용 가능성이 있음을 시사한다. 전체 의약품에 대한 성별구분자료를 포털에 구축하는 데에 현실적 제약이 있다면 성별에 따른 차이를 파악하는 것이 중요한 마약류 약물 등 우선순위가 높은 의약품들을 중심으로 성별과 연령을 구분할 수 있는 처방 현황을 파악할 수 있는 자료를 구축, 공개하는 방안을 검토할 필요가 있다.

질병 세분류(4단 상병) 통계

진료받은 모든 질병에 대한 통계를 1만 2천개의 한국표준질병·사인분류의 세분류로 조회하는 서비스입니다.

입원외래별	성별/연령5세구간별	성별/연령10세구간별
요양기관종별	요양기관소재지별	

[그림 IV-50] HIRA빅데이터 개방포털 질병세분류 통계 제시 내용

ATC코드 3단계별 사용(시군구별,종별,상병별) 통계

ATC 코드 3단계의 시군구별	ATC 코드 3단계의 시군구별 요양기관종별	ATC 코드 3단계의 상병별
------------------	-------------------------	-----------------

[그림 IV-51] HIRA빅데이터 개방포털 의약품 세부코드별 사용 통계 제시 내용

3) 대검찰청 마약류 통계를 활용한 성별구분자료 제시

대검찰청은 매월 마약류 사범 정보를 정리하여 마약류 월간동향을 발표하고, 매년 마약류 범죄 관련 국제·국내 동향을 포함하는 마약류 범죄백서를 발간한다. 여기에는 검찰통계시스템을 활용해 마약류 사범 추세의 전반적인 숫자와 함께 지역과 연령, 성별, 학력, 범죄원인별, 범행 장소별 마약류 현황과 범행원인과 장소, 1심 재판결과, 실형 및 집행유예자의 형기 평균, 집행유예자의 유예기간별 구성비율, 실형자의 형기별 구성비율, 재범 현황, 치료보호·감호현황을 제시한다.

이 보고서는 기본적인 마약류 사범 현황에서 마약, 향정, 대마를 구분해 성비와 성별과 직업을 상호교차한 구성비 표를 제시한다. 그러나 앞서 논의한 여러 맥락을 고려했을 때 단순히 마약사범에서 성비를 제시하는 것은 마약 정책 대응을 위한 기초 자료 생산을 위해서는 보다 구체화된 성별구분자료가 필요하다. 대표적으로 성별과 연령을 교차한 마약사범의 구성비나 치료보호·감호 대상자의 성비, 교육이수조건부기소유예자에서의 성비를 파악할 수 있어야 이와 관련한 여성들의 필요를 확인하고 여기에 대응하는 일도 가능해진다.

향후 마약류 범죄백서를 발행할 때에 성별 구분이 유의미한 범주에 대해서는 가능하면 성별구분 자료를 생산하여 제시하는 방안, 또는 여성이나 청소년의 마약 사용자의 특수한 상황과 필요를 분석하는 장을 추가하는 방안을 고려할 것을 제안한다. 만약 대검찰청

마약류 범죄 백서에 위와 같은 성인지적 통계와 분석 내용을 포함하기 어렵다면 여성 가족부가 운영하는 성인지통계시스템에서 검찰통계시스템을 활용하는 자료를 생산하여 탑재하는 방안을 고려할 수 있다. 이는 차츰 여성과 청소년이 늘어나고 있는 마약사범 현황을 파악하고, 여기에 대응하기 위한 기초 자료 생산으로서의 성격을 가진다. 또한 여성과 청소년의 마약류 범죄에 대한 기본적인 현황 분석과 모니터링을 여성가족부가 담당하는 것은 이에 대한 대응과 정책을 개발하는 것과 연결될 수 있다는 점에서 장점이 될 수 있을 것으로 보인다.

4) 약물 중독과 오남용 규모에 대한 실질적인 통계 마련

지금까지 논의된 자료원들은 모두 각각의 방식으로 한국의 마약류 약물 오남용과 중독의 현실을 드러낸다. 그러나 각 자료는 합법적인 처방 행위나 범법 행위로 인한 형사 사법체계의 규율이라는 단계를 거침으로서 국가정보체계에 포착된 것으로, 전체 인구 집단에서의 마약 중독 현황을 의미하지 않는다. 따라서 약물 중독과 오남용으로 일상에 어려움을 겪거나 건강에 영향을 받는 인구집단의 규모를 파악하기 위한 별도의 노력이 필요하다. 처벌 중심의 마약 정책이 여성들에게 보다 해롭고, 여성들이 처해있는 약물 사용에 도달하는 맥락을 반영하지 못하는 경향이 있다. 이를 고려하면 마약류 약물의 오남용과 건강 영향을 보다 구체적으로 파악하는 일은 여성 약물 사용자들의 필요를 포착하고 예방적·치료적 정책을 개발하는 데에도 기여할 수 있다.

미국에서는 매년 국가 의약품 사용과 건강 조사(National Survey on Drug Use and Health, NSDUH)²⁴)를 통해 미국인들의 약물 문제를 정기적으로 모니터링한다. 전체 인구집단을 대표할 수 있는 조사에서 처방받은 의약품을 본디 목적이 아닌 목적으로 오남용한 경험은 얼마나 되는지, 주로 어떤 약물을 사용하고 그 이유는 무엇인지, 비의학적 목적으로 의료기관 처방 아편류를 복용한 사람들은 얼마나 되는지 등 마약 문제를 약물 오남용과 부작용의 문제로 여기는 조사를 수행한다. 또한 인종, 계급, 젠더, 섹슈얼리티 등을 구분하여 약물 사용과 건강을 조사함으로써 마약 문제의 구조적 차원을 포착하기 위한 근거자료를 생산한다. 그러나 한국에서는 이에 준하는 조사가 이루어지지 못하고 있으며, 전체 인구집단 중 의약품의 오남용과 중독, 마약류 사용과 그로 인한 건강 영향을 파악할 수 있는 자료원이 존재하지 않는다.

이와 관련하여 미국의 국가 의약품 사용과 건강 조사에 준하는 새로운 통계를 구축하거나, 약물 이용과 관련된 이슈를 다루는 국가승인통계에서 약물 오남용 및 중독의

24) <https://nsduhweb.rti.org/respweb/homepage.cfm>

현황과 위험인구집단을 포착할 수 있도록 개선하는 방안을 제안한다.

먼저 새로운 통계를 구축하는 방식을 채택하는 경우 미국의 국가 의약품 사용과 건강 조사를 참조할 수 있다. 이 조사는 미국 보건부 산하 약물 남용과 정신건강서비스 관리국에서 수행하는 조사로 1971년 시작되었다. 약물 중독을 포괄적인 중독의 문제로 보면서 마약 외에도 알코올, 담배 사용과 중독에 대한 문항과 신체적 건강과 정신적 건강, 의료 접근성 등에 대한 문항들을 조사한다. 미국 전체 인구를 대표할 수 있는 대상자를 무작위 선별하여 참여자를 모집하고, 참여자의 의향에 따라 대면 또는 온라인 설문조사를 진행한다. 이 조사를 소개하는 홈페이지에서는 약물 오남용을 하고 있지만 스스로 이를 문제라고 여기지 않는 사람들이 존재하기에 이들의 상황을 포착하고, 약물사용자들의 특성을 파악함으로써 예방적 조치를 기획하기 위해서는 약물 중독이 되지 않은 일반인구집단을 대상으로 하는 이와 같은 조사설계가 필요함을 강조하고 있다. 기존의 연구들에서도 반복적으로 제안하였듯(이범진 외, 2019; 민양기 외, 2021; 김남희, 2023) 한국에서도 이와 유사한 종류의 새로운 통계를 구축함으로써 보다 포괄적인 약물 사용에 대한 정보를 수집, 축적해 나가는 방식의 대응을 고려할 수 있다.

새로운 통계를 생산하는 데에 필요한 자원과 시간, 제도적 장벽을 고려하면 이미 국가가 생산하는 통계를 개선하는 방안을 고려할 수 있다. 이를 위해 『마약류 관리에 관한 법률』에 따라 수행되는 「마약류 중독자 실태조사」를 확장하는 방안이 현실적으로 실행 가능성이 더 높을 수 있을 것으로 생각된다. 이 조사는 『마약류 관리에 관한 법률』 제51조의3(실태조사)에 따라 이루어지며 보건복지부령에 따라 조사의 방법과 내용 등에 관한 사항을 정하도록 하고 있다(표 IV-18).

〈표 IV-18〉 마약류 중독자 치료보호 등에 관한 규칙 중 실태조사 관련 내용

<p>마약류 중독자 치료보호 등에 관한 규칙 제3조(실태조사의 방법 및 내용 등)</p> <p>① 보건복지부장관이 법 제51조의3에 따라 마약류 중독자에 대한 실태조사를 하는 경우 그 방법은 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 법 제40조제1항에 따른 치료보호기관에 대한 방문조사 2. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 방법에 따른 조사 <p>② 법 제51조의3에 따른 실태조사는 다음 각 호의 사항을 포함하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 마약류 중독자의 성별, 나이, 학력, 결혼 여부 및 가족관계에 관한 사항 2. 마약류 중독자의 중독 원인·유형 및 정도에 관한 사항 3. 마약류 중독자의 치료보호 이력과 비용, 의료서비스 이용에 관한 사항 4. 마약류 중독자의 취업, 직업훈련, 소득, 주거 등 복지와 경제 수준에 관한 사항 5. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항 <p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 실태조사를 효율적으로 하기 위하여 필요한 경우에는 제2항 각 호의 사항 일부에 관하여 미리 조사를 할 수 있다. 이 경우 그 조사 사항에 관하여 홈페이지 등에 공고하여야 한다.</p>
--

현 시행령은 앞서 논의한 것과 같은 포괄적인 인구집단을 대표하는 조사가 아니라, 마약류 중독자 당사자들에 대한 조사만을 포함하여 다소 협소한 조사가 이루어지고 있다. 그러나 해당 법령이 도입되기 전이었던 2004년에는 같은 조사 이름으로 일반인구 집단과 마약사용자 각각을 대상으로 하는 조사가 동시에 수행되었다. 법령제정 이후 2009년과 2014년, 2021년에는 마약중독자들만을 대상으로 하는 조사가 이루어졌으며, 2009년 6.9%였던 여성 비율은 2021년 22.6%로 증가했다. 약물 중독을 예방하거나 보다 심각한 상황으로 나아가는 것을 막는 등의 정책을 수행하기 위해서는 마약류 사범 및 회복자들을 대상으로 하는 조사는 충분하지 않음을 감안하여야 한다. 이런 관점에서 실태조사를 규정하는 시행령을 개정하고, 성별과 연령, 소득 수준 등 불평등을 고려하는 마약류 중독자 실태조사를 수행할 수 있도록 조사 대상과 범위를 확대할 것을 제안한다.

마지막으로 합법적 의약품의 오남용과 관련한 정보 생산을 위해 국가승인통계인 「한국 의료패널」이나, 「국민건강영양조사」 등의 건강관련 조사에서 의약품 오남용과 그 건강 영향에 대한 문항을 추가할 것을 제안한다. 이들 조사는 모두 성별과 연령, 기저질환 등 건강과 관련한 기저요인과 음주와 흡연 등 여타 중독 물질들에 대한 건강행태를 조사하고 있다. 또한 건강 영역의 조사들은 일반적인 건강 수준이나 상병, 의료이용 등의 변수를 포함하고 있다는 점에서 관련 문항을 추가하게 되는 경우 마약류 의약품 오남용으로 인한 건강 영향 역시 살펴볼 수 있게 된다. 따라서 광범위하게 유행하는 건강위험 요인으로 약물 오남용 및 중독을 포함하는 형태로 조사를 확장할 수 있도록 해당 조사의 문항을 설계하는 전문가 등의 논의를 진행할 수 있도록 제안할 필요가 있다. 여성은 특히 처방 의약품, 비급여 의약품의 의존과 오남용으로 인한 건강 피해가 클 가능성이 높다는 점에서 보건의료 관련 통계자료에서 이에 대한 문항을 포함하는 것이 도움이 될 수 있을 것으로 보인다.

나. 형사사법체계 내에서 성별을 고려하는 정책 마련

1) 여성 마약 중독 치료 인프라 마련

자문조사를 통해 여성 약물 사용자는 남성과 구분되는 뚜렷한 차이를 보임에도 불구하고 이들을 대상으로 하는 성별맞춤형 상담과 교육, 치료 프로그램은 존재하지 않는다는 사실을 알 수 있었다. 치료보호·감호 제도가 도입되었지만 이와 관련해서도 여성 약물 사용자를 위한 인프라는 부족한 상황이라는 인식이 일반적이었다. 교정시설에서 이루어지는 마약류사범 대상 재활교육이나, 조건부 기소유예 처분을 받고 민간 위탁기관에서 이루어지는 교육 모두에서 성별을 고려하는 별도의 교육이나 프로그램은 개발되어 있지

않다.

치료와 재활 영역에서도 상황은 유사하다. 전반적으로 치료와 단약 등 재활을 위한 인프라가 충분하지 않은 가운데 여성 약물 사용자들이 이용할 수 있는 서비스가 별도로 개발되어 있지 못하고, 여성 병동이 운영되지 않아 입소와 입원이 더욱 힘든 상황이 발생하고 있는 것으로 보인다. 실제 이런 교육과 상담을 진행하고 있는 전문가들은 자문 조사에서 여성 약물 사용자들이 남성들과 함께 있을 때 자신의 의견을 표현하기 어려워하거나, 불안해하고, 약물사용관련 정보를 공개함으로써 위험한 관계를 무릅쓰게 될 수 있다는 점에서 성별을 구분하여 상담이나 자조 모임을 운영하기도 한다고 하였다. 그러나 이러한 성별을 고려하는 접근은 제도화된 접근이 아니라 프로그램을 운영하는 이들의 임의적이고 실용적인 방책이었다.

장기적으로 국제 마약류 정책 컨소시엄과 유럽의 마약 정책 동향에서 소개되었던 것과 같은 여성들의 특수한 필요를 고려하여 중독을 만성질환으로 여기는 포괄적 중독 치료 및 재발방지 프로그램 확충을 지향하되, 구체적인 여성 마약 중독 치료 프로그램을 마련하는 일이 우선시되어야 할 것으로 보인다. 먼저 치료보호와 감호 등 사법적 처벌을 받게 된 약물 사용자의 단약과 의학적 치료, 교정시설에서 재활교육, 한국마약퇴치운동본부 등 선도조건부 기소유예자 교육 각각에 대해 한국 여성들의 특성을 반영하는 프로그램을 개발하고 이를 적용하여야 한다. 각 기관에서 자체적으로 프로그램을 개발할 수 있는 역량과 자원이 없음을 고려해 한국 여성 약물 사용자들의 특성을 파악하고 여기에 맞춤형 교육을 개발할 수 있도록 지원이 필요하다. 이를 위해서는 마약 중독 치료와 재활에 대한 전문성을 가지고 있는 의료기관과 자조모임, 재활·치료 센터, 여성 중독자의 치료와 재활을 돕거나 지원했던 경험이 있는 전문가 및 활동가 등이 함께 참여해 연구를 수행하는 것이 이상적이다.

여성가족부가 직접 다양한 폭력 경험을 가지고 있고, 가족의 지지를 기대할 수 없는 상황에 있는 여성 약물 사용자들의 치료와 재활을 위한 보다 포괄적인 지원 방안을 모색하는 역할을 담당할 것을 제안한다. 이를 위해 「여성폭력방지기본법」과 「성폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률」에 따라 피해자에게 제공되는 보호와 지원 제도를 폭력 피해를 경험한 여성 약물 사용자들이 이용할 수 있도록 법률과 제도를 개편하는 방안을 검토해야 한다. 여성 약물 사용자들은 약물 사용과 처벌, 폭력으로 인한 트라우마 등으로 인해 사회적으로 고립되고 지지 기반이 희박할 가능성이 높다. 이런 상황에서 약물 사용을 권유하며 성적 거래를 제안하는 남성과의 접촉을 최소화하고, 안정적인 주거와 지지적 관계 속에서 약물 중독에서 회복될 수 있게끔 보호하고 지원하는 정책을 마련해

나가야 한다. 또한 성폭력방지법 제28조에 따른 의료비용의 지원 등과 관련하여 약물 중독에 대한 치료와 재활을 위한 비용을 포괄적으로 지원할 수 있도록 약물 사용자 여성들의 상황을 고려하도록 관련 지침을 개정한다면, 중독 치료를 위한 기반을 마련하는데에 큰 도움이 될 수 있다.

2) 청소년 마약 중독 치료 인프라 마련

자문 조사 과정에서 마약퇴치운동본부와 형사정책연구원 등에서 마약류 사범에 대한 재활과 치료를 다룬 경험이 있는 참여자들은 여성보다도 청소년의 약물 중독과 관련한 사회적 대응과 서비스가 매우 부족하다고 말했다. 마약 중독 회복과 관련한 프로그램들이 대체로 성인을 중심으로 구성되어 있고, 청소년들은 약물 이용과 중독, 회복 과정에서 성인들과는 다른 특성을 가지며, 취약의 수준도 높지만 이에 대응할 수 있는 서비스나 정책이 부재하다는 의견을 반복 확인할 수 있었다. 청소년의 약물 중독은 이들이 경제적으로 취약하다는 점에서 건강에 더욱 유해한 약물이나 화학물질을 이용할 가능성이 높다. 신체적 정서적 발달이 완료되지 않은 상황에서 약물 중독을 경험하게 되는 청소년들은 약물사용으로 인한 영향이 건강과 삶 모두에서 성인보다 더욱 클 가능성이 높다.

기존의 법령 체계 내에서 여성가족부는 일정하게 청소년의 약물 중독과 관련한 대응을 담당하도록 규정되어 있다. 「청소년 보호법」(이하 ‘법’)은 다음 다섯 가지를 “청소년유해약물”로 규정하면서 청소년유해매체물, 청소년유해약물등, 청소년유해업소 및 청소년폭력·학대를 합해 “청소년유해환경”으로 규정하고 있다.

〈표 IV-19〉 「청소년 보호법」이 규정하는 청소년 유해약물

- 「주세법」에 따른 주류
- 「담배사업법」에 따른 담배
- 「마약류 관리에 관한 법률」에 따른 마약류
- 「화학물질관리법」에 따른 환각물질
- 그 밖에 중추신경에 작용하여 습관성, 중독성, 내성 등을 유발하여 인체에 유해하게 작용할 수 있는 약물 등 청소년의 사용을 제한하지 아니하면 청소년의 심신을 심각하게 손상시킬 우려가 있는 약물로서 대통령령으로 정하는 기준에 따라 관계 기관의 의견을 들어 제36조에 따른 청소년보호위원회(이하 “청소년보호위원회”라 한다)가 결정하고 여성가족부장관이 고시한 것

법 제34조(청소년의 유해환경에 대한 대응능력 제고 등) 제1항제5호는 여성가족부장관이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 청소년유해약물 피해 예방 및 피해를 입은

청소년에 대한 치료와 재활 사업을 추진할 수 있도록 하여 청소년유해약물과 관련한 예방·치료·재활사업의 근거를 마련해 놓고 있다. 또한 법 제34조의2(환각물질 중독 치료 등)는 환각물질에 한해 중독 전문 치료기관을 지정·운영할 수 있도록 하고, 제35조(청소년 보호·재활센터의 설치·운영)는 청소년유해환경으로부터 청소년을 보호하고 피해 청소년의 치료와 재활을 지원하기 위해 청소년 보호·재활센터를 설치·운영할 수 있도록 하고 있다.

청소년의 약물 사용은 공식적인 자료로 잘 포착되지 않는 영역으로 현황을 정확하게 파악하기 위해서라도 정보 수집과 서비스 제공을 포괄하는 프로그램 기반의 개입이 이루어질 필요가 있다. 이는 여성가족부 내 부서 간 협력을 요하는 과제로, 청소년 관련 법률은 청소년정책관실 소관 업무로 하고 있으므로 성인지적으로 정책 개입을 집행해 나가는 과정에서 긴밀한 협력이 필요한 사안이기도 하다.

법은 청소년유해약물을 너르게 정의하고 있고 이들 모두 중독치료를 통해 유의미한 개선이 가능하다는 근거가 있다. 담배와 주류의 경우에도 중독에 대한 조기 접근이 필요한 사안으로 많은 청소년들이 담배, 술, 약물의 중복 중독을 경험하고 있을 가능성이 크다. 이렇게 포괄적 접근의 필요성에도 불구하고 법 제34조의2는 환각물질만을 대상으로 하고 있다는 점에서 불필요하게 제한적이다.

2023년 초 최연숙 의원은 유사한 문제의식에서 청소년 보호법 일부개정법률안(의안 번호 2119697)을 발의했다. 환각물질만을 대상으로 하는 기존의 법률을 마약류 및 환각물질로 확대할 것을 제안하였다. 그러나 이 역시 사안을 마약류에 한정하고 있다는 점에서 한계가 있고, 여타 중독을 함께 치료해야 할 필요성을 소홀히 여길 위험이 있다. 법에서 규정하고 있는 가장 너른 개념인 청소년유해약물을 이용하여 법 제34조의2의 환각물질을 청소년유해약물로 변경하는 개정을 고려해볼 수 있다.

〈표 IV-20〉 「청소년 보호법」 개정(안)

현행	개정안
34조의2(환각물질 중독치료 등) ① 여성가족부장관은 다음 각 호의 사항을 지원하기 위하여 중독정신의학 또는 청소년정신의학 전문의 등의 인력과 관련 장비를 갖춘 시설 또는 기관을 청소년 환각물질 중독 전문 치료기관(이하 “청소년 전문 치료기관”이라 한다)으로 지정·운영할 수 있다. 이 경우 판별 검사, 치료와 재활에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다. 1. 환각물질 흡입 청소년의 중독 여부 판별 검사	34조의2(청소년유해약물 중독치료 등) ① ----- ----- ----- -----청소년 유해약물----- ----- ----- ----- 1. 청소년유해약물 사용 -----

현행	개정안
2. 환각물질 중독으로 판명된 청소년에 대한 치료와 재활 ② 여성가족부장관은 환각물질 흡입 청소년에 대하여 본인, 친권자 등 대통령령으로 정하는 사람의 신청, 「소년법」에 따른 법원의 보호처분결정 또는 검사의 조건 부기소유예처분 등이 있는 경우 청소년 전문 치료기관에서 중독 여부를 판별하기 위한 검사를 받도록 지원할 수 있다. 이 경우 검사 기간은 1개월 이내로 한다.	2. 청소년유해약물----- ② -----청소년유해약물 사용----- ----- ----- ----- ----- ----- -----
③ 여성가족부장관은 환각물질 중독자로 판명된 청소년에 대하여 본인, 친권자 등 대통령령으로 정하는 사람의 신청, 「소년법」에 따른 법원의 보호처분결정 또는 검사의 조건부기소유예처분 등이 있는 경우 청소년 전문 치료기관에서 치료와 재활을 받도록 지원할 수 있다. 이 경우 치료 및 재활 기간은 6개월 이내로 하되, 3개월의 범위에서 연장할 수 있다.	③ -----청소년유해약물----- ----- ----- ----- ----- ----- -----
④ ~ ⑥ (생략)	④ ~ ⑥ (현행과 같음)

이 개정과 관련하여 법 시행령 제31조의2(청소년 전문 치료기관의 지정), 제31조의4(환각물질 중독 판별 검사), 제31조의5(환각물질 중독 치료 및 재활)에서도 환각물질을 청소년유해약물로 변경하는 개정이 동반되어야 한다. 환각물질 중독에서 청소년유해약물 중독 문제로 치료의 범위가 넓어짐에 따라 실질적인 공공 서비스를 제공하기 위해 청소년 전문 치료기관의 지정 기준(인력, 장비, 시설)을 재검토 및 개선이 뒤따라야 한다. 예컨대, 기존의 법률에서는 청소년 전문 치료기관에 중독정신의학 전문의 또는 청소년정신의학 전문의가 근무하도록 하고 있는데, 소아과와 정신과 전문의 구인의 어려움, 그리고 의사의 지리적 불균등 분포를 고려하여 법 제34조의2제1호에 제시된 지정 기준을 재검토하고 현실적으로 실현 가능한 방식의 기준을 제시하는 것이 바람직하다.

청소년 보호법 일부개정법률안(의안번호 2119697)에 대한 검토보고에서 여성가족부는 마약류 중독 치료 및 재활은 「마약류 관리에 관한 법률」에 따라 전문성을 가진 기관에서 일원화하여 추진하는 것이 적절하다는 입장을 제시하였다. 한국마약퇴치운동본부의 상위 기관인 식품의약품안전처도 동일한 입장²⁵⁾을 제출했다. 그러나 국립중앙청소년디딤센터의 운영 과정에서도 엇볼 수 있듯 청소년의 경우 보호, 치료, 자립에 더해 발달 과정에 부합하는 교육이 함께 제공되어야 하며, 청소년의 치료와 자립 지원은 별도의 기관에서

25) 의안정보시스템 - [2119697] 청소년 보호법 일부개정법률안(최연숙의원 등 10인)
https://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_V2K3E0Y1K2D5H1V4Z2N5G0Z7X5X3G7

이루어지는 것이 바람직하다. 약물 중독과 오남용을 겪게 된 청소년에 대한 개입 프로그램이 특정 약물이나 특정 문제에 대한 특수한 접근보다 청소년유해약물 전반에 대해 보호·치료·교육·자립을 연계한 포괄적 프로그램으로 운영되는 것이 바람직하다는 의미이기도 하다. 또한 법무부나 식품의약품안전처는 성인지적 접근 및 청소년 중심적인 접근의 사업을 운영해 본 경험이 적다. 이런 점에서 청소년들의 필요에 대응할 전문성을 갖추고 있는 여성가족부 및 청소년 지원시설 등의 관여를 통해 청소년들의 마약류 중독 치료 재활에 관여하고, 인프라 구축 및 운영에도 주도적으로 참여하는 것이 문제 해결에 도움이 될 수 있다. 기존의 여성가족부 사업과 관련하여 협력체계를 구축해 온 청소년 쉼터, 성폭력상담소, 사회복지기관, 여성친화적 의료기관 및 시민사회단체 등과의 관계를 활용할 수 있도록 제반 여건을 마련하기 위한 노력이 동반된다면 보다 실질적인 청소년 보호와 지원이 가능할 것으로 보인다.

법 제34조(청소년의 유해환경에 대한 대응능력 제고 등)는 예방, 치료, 재활 모두를 명시적으로 포함하고 있다. 제35조(청소년 보호·재활센터의 설치·운영)는 구체적인 센터의 사업 내용을 시행령 제32조(청소년 보호·재활센터의 사업)에 위임하고 있으나, 여기에 위임된 내용에는 예방에 대한 구체적인 내용이 존재하지 않는다. 따라서 시행령 제32조 제4호에 따른 고시에 청소년유해약물의 피해 예방을 위한 내용을 명시하고 이에 따른 프로그램을 운용한다면 자문에서 여러 전문가들이 우려하였던 청소년 마약 중독과 관련한 대응을 시작할 수 있을 것으로 보인다.

마지막으로 법에 따른 청소년 보호·재활센터는 경기도 용인에 위치한 국립중앙청소년 디딤센터와 대구광역시 달성군에 위치한 국립대구청소년디딤센터의 두 곳 뿐이다. 이들 센터는 각각 정서·행동에 어려움이 있는 만 9-18세의 청소년과 정서·행동 및 인터넷·스마트폰 과의존 어려움이 있는 만 9-18세의 청소년을 지원대상으로 한다. 법 시행령 제32조를 기준으로 보면 약물 중독 청소년에 대한 보호·상담 및 치료·재활 지원(2호 전단), 청소년유해환경으로 인한 피해 청소년 실태 파악 및 지원을 위한 조사·연구, 치료 프로그램 개발 및 자료 구축·관리(3호), 앞에서 언급한 피해 예방을 위한 조치가 법적으로는 존재하지만 정책적으로 비어 있는 상태인 셈이다. 이런 공백을 채우기 위한 정책적 고려가 필요하며, 그 과정에서 여성과 남성 청소년에서 서로 다른 필요에 대응하기 위한 조치가 필요할 것으로 보인다.

전반적으로 청소년 약물 문제는 「청소년복지 지원법」에 따른 “위기청소년” 또는 “가정 밖 청소년”에서 가장 문제의 심각성이 클 것으로 짐작되므로 해당 법에 근거하여 설립된 한국청소년상담복지개발원을 통해 2조의 조사·연구·개발·자료구축 업무를 보완하고,

청소년의 약물 중독 피해에 대한 예방·치료·재활은 디딤센터를 지역별로 확충하고, 성별 관점을 반영하는 프로그램을 개발하며, 제공하는 프로그램의 대상 범위를 확대하는 방식을 제안한다. 지역의 수요 및 자원 수준에 따라 디딤 센터와 같은 별도의 시설을 건립하기 어렵다면 공공 또는 민간 의료기관에 대한 위탁 운영을 고려할 수도 있다, 예컨대 법무부는 마약류 사범에 대한 치료감호를 위해 보건복지부 산하 국립부곡병원 안에 사범병동(부곡법무병원)을 설치했다. 이처럼 유사한 목표와 기능을 가지고 있는 유관 부처의 기존 기관을 확장·연계하는 안을 검토해 볼 수 있다.

3) 24시 마약류 상담센터 및 메타버스 운영에 대한 성별영향평가

정부는 2019년 마약류 오남용 예방과 불법 마약류 감시를 강화하기 위해 기존에는 의약품안전국에 소속되어 있던 ‘마약정책과’와 ‘마약관리과’를 분리하여 마약안전기획관을 설치했다. 마약안전기획관은 본 연구에서 분석한 마약류통합관리시스템을 구축(‘18.5월 시행)해 마약류 취급정보와 취급자를 관리하는 상시 감시체계를 구축하고 범정부 합동 단속·점검 협의체에 참여해 불법 마약류의 유통에 대응하며, 의사의 과다처방 및 투약 정보를 분석하여 의료용 마약류 오남용 예방을 위한 조치에 관여하는 등의 역할을 담당한다.

〈표 IV-21〉 식품의약품안전처 마약안전기획관의 소관업무

마약정책과	마약관리과
<ul style="list-style-type: none"> • 마약류 및 원료물질 관련 법령·고시 제·개정 및 안전관리 정책 • 마약류 관련 통합 공고의 개정 지원 • 마약류 취급자 관리 및 품목 허가 • 마약류 및 원료물질 수출입·취급 승인 • 마약류 및 오남용 우려 의약품의 오남용 예방 홍보·교육 • 마약류 및 임시마약류 지정·관리 • 한국마약퇴치운동본부 등 관련 단체 지원 및 감독 	<ul style="list-style-type: none"> • 마약류 안전관리 종합계획 수립 • 마약류통합정보관리센터 지원 및 감독 • 마약류 및 원료물질 유통·감시 기본계획의 수립·조정 • 마약류 수거·검사 및 회수·폐기 종합계획 수립 및 조정 • 마약류 취급자 등에 대한 행정처분 등 사후관리 • 마약류 취급보고 및 정보관리 • 가정내 의료용 마약류 수거·폐기 사업

자료: 식품의약품안전처 보도자료(2019.04.30.)

그러나 이후에도 마약정책과에서 수행하는 업무가 주로 마약류의 유통과 취급 등 업무에 초점이 맞춰져 예방적 개입을 위한 별도의 노력이 필요하다는 요구가 있었다. 이에 정부는 2023년 신설, 마약류 오남용 예방과 중독자의 사회 재활 지원기능 강화를 위한 ‘마약예방재활팀’을 신설했다. 이에 따라 이 부서에서는 2024년에는 <24시

마약류 상담센터)를 본격적으로 운영하고, 청소년을 대상으로 하는 마약류 예방 교육으로 ‘메타버스(확장 가상 세계)’ 상담실을 구축, 운영할 것임을 밝혔다. 센터는 전문 상담 인력(8인)으로 운영되며, 메타버스 상담은 ▲비대면 실시간 교육을 위한 교육장 ▲개인 상담을 위한 사이버 공간의 상담실 ▲홍보영상 및 각종 마약류 폐해 정보 전시관 ▲폐해 체감을 위한 가상·증강현실(AR·VR) 콘텐츠관으로 구성되어 있다. 식약처는 2024년부터 마약류 예방 교육강사와 학교 교사등을 대상을 해당 메타버스 상담실을 알릴 계획이라고 밝혔다(식품의약품 안전처, 2024.01.04.)

이렇게 정부가 마약류 새롭게 도입되는 마약류 예방교육·상담 콘텐츠가 성인지적으로 구성되어 있는지, 더 나아가 여성과 남성, 청소년, 소수자의 취약성을 반영하는 포용적인 내용을 다루고 있는지를 중심으로 성별영향평가를 진행할 수 있다. 예방적 교육을 수행하는 초기 단계로, 교육 프로그램을 운영하기 시작하는 단계라는 점에서 성별영향평가의 대상이 되는 정책으로 이를 포함하고 성인지적 관점의 개선방안을 도출, 반영할 것을 제안한다.

다. 처방 의약품 오남용 관련 정책 마련

1) 마약류 의약품 무분별한 처방에 대한 규제 및 동료평가

여성들은 남성에 비해 처방의약품을 오남용하는 경우가 더 많고, 이로 인한 중독이 이후 다른 약물로 이어지는 경우가 많다. 그리고 한국의 보건의료체계는 특성상 마약성 약물의 오남용을 억제하기 매우 어려운 특성을 가지고 있다. 예컨대 가장 많이 사용되는 마약류 의약품인 식욕억제제를 처방받는 사람들은 대부분 병원에서 비급여 처방을 통해 약을 구한다. 이는 불법적 이용이라고 볼 수 없고, 약물로 인한 건강과 삶의 부정적인 영향을 겪는다고 하더라도 이에 대한 책임이 온전히 약물을 처방받아 복용한 사람들에게 부과된다는 의미이기도 하다.

관련하여 정부는 2020년부터 의료용 마약류 ‘사전알리미’ 제도를 도입, 향정신성 의약품의 처방에 대한 규제적 개입을 시작했다. 의약품의 안전한 활용을 벗어난 처방²⁶⁾을 하는 의사에 대해 단계적으로 문제를 고지하고, 경고에도 불구하고 지속적으로 안전 처방 기준을 넘기는 처방을 하는 의사에게 마약류 의약품 취급 금지 등의 조치를 내릴 수

26) 식욕억제제는 △3개월 초과 처방 △식욕억제제 2종 이상 병용 처방 △청소년·어린이 처방, 프로포폴은 △전신마취 수술·시술·진단이나 인공호흡 중환자 진정 목적 외 투약 △최대 허가 용량 초과 투약 △간단한 시술·진단에 월 1회 초과 투약, 졸피뎀은 △1개월 초과 처방 △만 18세 미만 처방 △하루 10mg(속효성) 초과 처방

있다는 의미다. 예를 들어 2023년 3월 식품의약품안전처는 의사 3,957명(식욕억제제 1,129명, 프로포폴 316명, 졸피뎀 2,512명)에게 2022년 9월부터 2023년 2월 사이 6개월 간 식욕억제제, 졸피뎀, 프로포폴 오남용 안전기준 초과 처방에 대한 내용을 서면으로 통지, 오남용 처방을 경고했다(의학신문, 2023.04.27.). 2023년 8월에는 2023년 3월부터 6월 사이 3개월 간 경고에도 불구하고 금지 명령을 내린 처방을 지속한 의사 19명에 대해 집중 점검을 실시했다(2023.08.16.). 또한 식품의약품안전처는 이번 집중 점검 이후에도 금지 처방이 지속될 경우 해당 의사에게 전체 마약류에 대한 취급 업무 정지 1개월 등 행정처분을 부과할 수 있다고 밝혀 부적절한 처방에 대한 규제를 강화하라 것을 알렸다. 2023년 12월에는 '마약류 처방정보 알림톡'을 모바일 메시지로 월1회 제공하기로 했다. 메시지를 받는 사람은 마약류의 오남용 방지를 위한 조치기준을 벗어나 식욕억제제, 진통제, 항불안제를 처방하는 의사 4,169명이다. 알림 그 자체가 마약류의 처방을 금지하는 것은 아니다. 다만 식품의약품안전처는 보도자료를 통해 기준을 벗어나 의학적 타당성이 없는 처방을 반복하는 경우에는 「마약류 관리에 관한 법률」 제5조제3항 제5호에 따라 마약류 취급을 제한, 금지할 수 있음을 고시했다. 1차 업무정지는 1개월, 2차 업무정지는 3개월, 3차 업무정지는 6개월, 4차 업무정지는 12개월로 이는 마약류 취급에 대한 제한으로 전체 의료 행위에 대한 제한은 아니다(식품의약품안전처, 2023.12.31.).

그러나 여전히 환자들이 여러 의료기관을 돌아다니며 식욕억제제를 장기 처방 받거나, 서로 다른 약을 서로 다른 의료기관에서 처방받아 동시에 복용을 하는 경우 이를 파악하거나 제재를 할 수 있는 방법은 여전히 마땅치 않다. 한 환자가 여러 의료기관을 돌아다니며 동시 처방해서는 안 되는 약을 처방받는 일은 불법이 아니며, 비급여 의약품의 처방은 현재 의료정보체계 내에서 처방자가 파악할 수 있는 방법이 없기 때문이다. 이런 점에서 식약처는 의료쇼핑방지정보망 등 비급여 처방까지 확인이 가능한 시스템을 구축하고 이를 활용하기 위해 노력하겠다고 밝혔다(식품의약품안전처, 2023:17p). 2024년 1월 발표된 보도자료에서는 실제로 2024년 6월부터 처방 의사가 환자의 과거 1년간 해당 성분 투약 이력을 팝업으로 확인하고 이에 따라 처방을 조정하는 '의료용 마약류 투약 이력 확인 의무화 제도'를 시행할 계획이라고 밝혔다(식품의약품안전처, 2024.01.05.).

① 식욕억제제 등 처방의약품 오남용의 건강영향에 대한 연구

식욕억제제 처방에 대한 규제는 단지 약물에 대한 안전사용 권고와 명령을 넘어서는 범위의 개입을 필요로 한다. 최근 급속히 상업적 확장을 보이고 있는 비급여 의료에 대한 규제라는 점에서 보건의료정책 전반과 연결되어 있는 문제이기도 하다. 매우 복잡하고

엮혀있는 문제라는 의미다. 따라서 이처럼 “상업적으로 건강에 해로운 약물 처방”이 이루어지며, 이것이 여성들의 약물 오남용과 중독으로 이어지는 문제에 대한 전면적인 검토와 개입방안을 도출하기 위한 별도의 연구가 수행될 필요가 있다.

식품의약품안전처가 마약류통합정보시스템을 활용하여 부적절한 처방이 이루어지고 있을 가능성이 큰 의료기관의 의사에게 알림톡을 보내고, 환자의 처방 과거력을 알 수 있게끔 정보를 제공함으로써 처방의약품 오남용을 제한하고자 하는 정책 모델은 어디까지나 의사가 선의의 전문가로서 환자의 건강을 최우선에 두고 오남용을 예방하기 위한 노력을 기울일 것이라는 전제에 기반한다. 본 연구의 자문조사에서 한 약사는 불법적으로 향정신성 약물을 현장 진료 없이 처방하고 택배로 발송하는 의료기관들의 영업 행태에 대해 보건소에 문제제기를 하고, 보건소가 여기에 개입하자 의원에서 “영업 방해”를 이야기하고, 한 달의 영업 정지 이후 원래 하던대로 영업을 재개하였다며 현재의 규제가 불충분하다고 말했다. 의약품 오남용의 위협에도 불구하고 건강에 해로운 처방 행태를 고수함으로써 얻을 수 있는 이윤을 목적으로 의료 행위를 이어나가는 의료인을 규제·처벌하기 위한 충분한 조치가 필요하다는 의미다.

더 나아가 현재 식품의약품안전처의 정책들은 의료제공자에 대한 정보제공과 규제를 중심으로 한다. 약물을 복용하고 있는 여성이나 약물 처방을 대신 해주는 여성 청소년 부모가 해당 약물이 얼마나 큰 위험을 내재하고 있는지, 약물의 안전복용은 무엇을 의미하고 어떤 약물부작용이 생길 수 있는지에 대해서 얼마나 인지하고 있는지, 어떤 정보를 제공받고 있는지에 대해서는 전혀 알려진 바가 없다. 자문에 참여한 식욕억제제 오남용 당사자의 이야기처럼 입시와 진료를 위해 건강에 해로운 것을 알면서도 약물을 복용하는 여성들이 다수 존재한다면, 이들이 자신이 복용하는 약물의 장기적 부작용과 치명적인 결과에 대해서 더 좋은 정보를 제공할 필요가 있다. 또한 의료소비자로서 이들은 자신이 약물을 처방받는 의사가 마약류 투약과 관련해서 어떤 경고와 처분을 받은 이력이 있는지에 대해서도 알 권리가 있다. 그러나 현재의 정책은 주로 의사를 행태 변화의 중심으로 두고 있어 의약품 오남용으로 인한 어려움을 겪는 여성 당사자들의 행태 변화와 임파워먼트를 염두에 두고 있지 못하다.

기존의 마약 정책과 관련한 해외의 사례들을 검토했을 때, 유럽에서는 한국과 같은 종류의 중독성이 있는 식욕억제제의 유통이 금지되어 있고, 미국에서도 여타 약물 중독에 비해 식욕억제제의 문제는 상대적으로 미미한 문제라는 점에서 이에 대한 구체적인 정책은 거의 확인할 수 없었다. 광범위하게 식욕억제제를 복용, 오남용하는 문제가 한국 고유의 문제일 가능성이 있고, 이와 관련한 정책 대안을 모색하는 일 역시 한국적 맥락을

반영하는 고유한 지식을 필요로 하는 일일 가능성이 커 보인다. 따라서 식욕억제제를 중심으로 처방의약품 오남용과 중독, 건강영향을 여성들의 경험을 토대로 파악하고 여기에 개입하기 위한 정책을 개발하기 위한 보다 심층적인 연구를 수행할 것을 제안한다. 여기에는 처방 의약품의 오남용으로 인한 건강 영향이 어떠한지 현황을 파악하고 모니터링 하는 방안을 모색하는 내용과 약물 의존과 오남용에 대한 인식제고 캠페인과 교육 등을 어떻게 수행할 수 있을 것인지에 대한 논의가 포함되어야 한다.

② 마약류 의약품 처방에 대한 동료검토 제도 도입

한국은 의약분업을 통해 처방은 의사가, 조제는 약사가 수행하도록 하는 약물 공급 체계를 가지고 있다. 이런 정책을 도입하는 데에는 의사의 처방에 대해 약사가 다시 한번 검토하고 위험하거나 부적절한 처방이 이루어지는 경우 여기에 개입할 수 있다면 약물로 인한 피해를 줄일 수 있다는 목적도 포함되어 있다. 그러나 현실적으로 약국에서의 개입 수준은 매우 소극적인 수준에 머무르며, 항정신성 의약품을 주로 처방하는 정신과 병의원의 경우 원내조제(의약분업 예외 조항 적용)가 이루어지는 경우가 많다. 결국 의사 개인의 처방에 대해 개입할 수 있는 실질적인 수단이 없는 상황인 셈이다.

따라서 과거 보건복지부가 시범사업으로 진행했던 '동료평가제' 등의 사업을 활용해 적어도 마약류 의약품 처방에 대해서는 급여와 비급여 처방을 모두 포함하여 동료 검토(peer-review)가 이루어질 수 있도록 하는 정책을 고려해볼 수 있다. 이 사업은 다나 의원에서 C형 간염 집단감염이 발생한 이후 도입된 내용으로, 캐나다, 벨기에, 네덜란드 등에서 의사면허 인증평가에 동료평가를 받도록 하는 부분을 참조한 것이다. 다만 마약류의 처방과 관련해서는 의약품 문제이므로 주로 처방 현황을 일상적으로 접하는 인근 약국에서 일하면서 약물을 처방받아 가는 환자에게 복약지도를 수행하는 약사들의 피드백이 실용적일 수 있다. 다만 약물을 조제하는 약국에서 익명 피드백을 제공하는 일이 직역 간 갈등이나 위계관계로 동료 검토를 수행하기 어렵다면, 동료 의사(예. 지역 의사회, 전문 학회 등)가 정기적으로 마약류 약물 처방을 리뷰하고 이에 대한 상호피드백과 조정을 실시하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이는 직역 간 조정과 전문가적 자율성에 대한 통제를 의미하므로 별도의 정책 대안 마련을 위한 연구와 논의가 필요하다. 과거 동료 평가제는 의사직군의 전면적인 반대로 인해 제대로 수행되기 어려웠으나 진정제와 식욕억제제를 비급여로 값비싸게 처방하고, 그 과정에서 다양한 부작용이 발생하고 있다는 사실에 대한 인식 제고가 이루어지고 있고, 의사들 내부에서도 전문가적 자정과 자기 규제에 대한 요구가 강화되고 있다. 의료의 모든 영역보다는 마약성 의약품의 처방이나

비급여 처방을 중심으로 동료평가 및 피드백을 제도화하기 위한 노력이 시도될 필요가 있다.

2) 처방 의약품 오남용과 중독 예방 및 치료

처방 의약품의 오남용과 중독은 약물에 대한 의존과 중독이 진행되는 경로가 불법 마약류와 상당히 다를 가능성이 크다. 앞서 마약 중독을 치료와 재활이 필요한 만성질환으로 이해해야 한다는 접근이 강조되었던 것과는 다른 양상을 보일 수도 있다. 비교적 건강하고 부작용을 감당가능하다고 판단하여 자발적으로 약물 복용을 지속하는 사람들에서 발생할 수 있는 문제라는 점에서, 만성질환보다는 약물 부작용이나 양질의 정보 제공과 상담이 이루어지지 못함으로써 발생하는 의료의 질적 미달과 관련한 문제에 가까울 수도 있다.

이런 점에서 처방 의약품의 오남용과 중독을 예방하고 치료하는 과정은 현재 정부가 적극적으로 추진하고 있는 마약 정책의 틀에서 제공하는 서비스로는 개선하기 힘들다. 자문 조사에서 정신과 전문의는 정신질환으로 인해 향정신성 의약품을 복용하기 시작한 환자들이 약물에 의존하게 되기 쉽고, 오남용의 위험이 상재한다는 점을 강조하면서 정신질환 치료 과정에서의 공유의사결정(shared decision making)의 중요성을 강조했다. 의존성이 있는 약을 장기간 복용하다가 오히려 신체적 건강에 나쁜 영향을 받거나, 서로 다른 의료기관에서 식욕억제제와 정신질환 치료를 위한 의약품을 처방받고 약물상호작용으로 인한 부작용을 경험하는 등의 사례가 얼마든지 발생할 수 있는 상황이기 때문이다. 이런 문제를 해결하기 위해 소수의 의료인과 환자들은 2023년부터 “함께하는 약 선택을 통한 회복 실천운동”을 기획, 정신과 약물의 부작용과 의존에 대해 논의하기 시작했다. 향정신성 의약품 전반의 효과와 부작용에 대해 보다 좋은 정보를 주고받고, 환자중심적 의사결정을 하기 위한 논의는 앞으로 더 많은 관심과 연구가 필요한 영역이다. 처방 의약품 오남용으로 인한 피해가 여성에서 더 크게 발생할 가능성이 높음을 고려한다면 이와 같은 종류의 활동은 특히 여자 환자들에게 더욱 중요한 활동이 될 가능성이 크다. 다만 기존의 활동은 주로 정신질환의 치료를 위해 처방되는 진정제와 수면제 등과 관련한 논의가 중심이 되고 있어, 식욕억제제처럼 여성들이 주로 처방받지만 정신과에서 처방되는 것은 아닌 향정신성 의약품과 관련한 문제를 보다 적극적으로 다룰 수 있도록 공론장을 만들어내고, 의료제공자와 이용자 모두의 경험을 파악하고 의제화하는 일들이 이어져야 할 것으로 보인다.

처방의약품의 중독을 “의약품 부작용”으로 바라본다면, 식품의약품안전처 산하 약물

감시연구사업단과 지역의약품안전센터²⁷⁾를 활용하는 방안을 제안한다. 이들 기관은 의료 기관에서 발생한 의약품 이상사례를 수집, 평가, 보고하며, 약물감시 저변을 확대하기 위해 교육, 홍보를 수행하고, 의약품 이상사례에 대한 상담을 제공할 수 있다. 특히 지역 센터에서는 식약처가 지정하는 의약품에 대한 주기적인 모니터링을 수행하거나, 지역적 특성을 고려하는 중점 사업을 수립하여 수행할 수 있다. 본 연구에 따르면 전체 항정신성 의약품 중 가장 많은 비중을 차지하는 약물은 압도적으로 식욕억제제이며, 이는 대부분 의원급 의료기관에서 비급여로 처방되고 있다는 점에서 지역센터의 사업으로 부작용을 모니터링하고 이상사례를 상담하기에 적합한 약물이다. 식약처가 식욕억제제와 더불어 살을 빼기 위해 오남용되는 다양한 의약품(이노제, 변비약, 갑상선호르몬 제제 등) 이상 사례를 관리할 수 있도록 지정하고 이에 대한 정보를 수집함으로써 기초자료를 수집하고, 이에 따라 건강에 나쁜 영향을 미치는 약물 사용을 억제하기 위한 정책을 마련하기 위한 노력을 이어갈 필요가 있다.

마지막으로 환자와 보호자 당사자들에 대한 의식제고와 정보제공, 보건 교육이 필요하다. 이미 약물을 복용하고 효능감을 느낀 환자들에게 대한 개입보다 아직 약물 복용을 시작하지 않은 사람들에게 약물 사용의 장단점과 위험을 알리는 것이 더 효과적이라는 관점으로 접근하는 일이 유용할 수 있다. 한국마약퇴치운동본부나 식품의약품안전처 마약예방재활팀에서 진행하는 마약중독예방 정책에 불법 마약류 뿐만 아니라 처방의약품 의존과 오남용의 문제점들이 다루어질 수 있도록 협력을 강화할 것을 제안한다. 한국 마약퇴치운동본부의 교육 과정에는 이미 수면제, 식욕억제제 등 항정신성 의약품과 관련한 교육 내용들이 포함되어 있다. 그러나 온라인에서 교육 동영상을 보고 약물을 중단하는 경우는 거의 없다. 특히 처방 의약품과 관련해서는 일반 대중을 대상으로 하는 더 너른 정보 확산 및 약물을 처방하는 의료인 교육 등이 함께 이루어질 수 있도록 하고, 이와 관련하여 여성과 남성의 약물 복용 특성을 반영한 정보가 활용될 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

라. 성평등 정책에 마약류 약물 문제 관련 필요 반영

마약류 약물의 중독과 오남용이 광범위하게 여성들의 삶과 건강에 영향을 미치는 문제라면 이와 관련한 정책 목표는 기존의 성평등 정책에 반영되어야 한다. 이와 관련해서

27) 의약품안전나라 의약품통합정보시스템 누리집. 지역센터안내 및 활동 안내.
<https://nedrug.mfds.go.kr/cntnts/181>

양성평등정책 기본계획과 여성폭력방지정책 기본계획에서 이 이슈를 다루기 위한 방안을 모색하였다.

1) 양성평등정책 기본계획 반영 사항

제3차 계획(2023~2027)의 정책 대과제 5개 중 해당 이슈가 포괄되어야 하는 정책 과제는 세 번째 과제인 ‘폭력피해 지원 및 성인지적 건강권 보장’이다. 여기에는 마약류 약물 문제의 다양한 차원이 포함될 수 있는데, 약물 의존과 중독으로 인한 건강피해 뿐만 아니라 약물 사용자 여성이 성폭력에 취약한 상황에 놓이게 될 뿐 아니라 마약류 약물을 활용하는 성폭력 범죄 등에 대한 대응 역시 필요하기 때문이다.

중과제 3-1 피해자의 법·제도적 권리 보장에서는, 폭력피해자인 약물사용자 여성에 대한 지원이 이루어질 수 있도록 피해자 통합 지원 체계 내에 이와 관련한 사안을 포함하는 방안을 제안한다. 불법 마약을 구하고 사용하는 과정에서 경험한 폭력과 트라우마를 치유하고, 사회적 고립과 박탈로 인한 약물 재사용을 억제하고 회복과 자립을 지원하기 위한 통합적 지원을 기존의 여성폭력피해자 지원의 틀을 활용해 운영할 수 있을 것으로 보인다. 약물 사용과 관련한 폭력 지원과 관련한 근거를 마련하기 위해 성폭력 피해자의 약물 사용이나 약물사용자의 성폭력에 대한 연구·조사를 수행하고, 이와 관련한 정보를 여성폭력피해자 지원기관 및 종사자들에게 환류하는 절차가 필요하다. 또한 약물사용과 관련한 폭력에 대한 국내 맥락을 반영한 정책 근거를 마련할 수 있다면 이는 이후 폭력 예방 교육(중과제 3-2, 성별 기반 폭력 대응 강화)에도 반영되어야 한다.

중과제 3-3 성인지적 건강정책 강화에서는 처방 의약품 오남용과 중독 문제를 다루기 위한 정책 대안과 더불어 다이어트를 위해 위험을 무릅쓰고 약물을 사용하게끔 만드는 사회적 문화를 바꾸는 것을 정책 목표로 삼아야 한다. 기존 계획에서 소과제는 성인지적 건강정책 추진기반 마련과 성·재생산 건강 증진과 안전한 피임 접근성 제고, 인공임신 중절 의료접근성 보장, 난임 치료·시술 안전성 강화를 각각 정책 과제로 다루고 있다. 이는 과거 모성건강을 중심으로 했던 계획을 보다 폭넓은 성·재생산 건강의 영역으로 확장하였다는 점에서 의의가 있다. 그러나 피임과 인공임신중절, 난임과 관련한 정책과제 전반이 보건복지부와 질병관리청의 과제로 되어 있는 데에서 파악할 수 있듯 이는 다소 의료화되는 경향을 보이며 주로 어떤 서비스에 접근하지 못하는 미충족에 초점이 맞춰져 있다. 한국의 상업화된 의료체계에서 불필요하거나 해로운 서비스를 이용하면서 발생하는 피해나, 의료서비스에 대한 접근이 수월하기 때문에 오히려 과도한 식욕억제제 처방이 이루어지거나 저질의 미용·성형 서비스가 양산되는 것과 같은 문제를 다루지

못한다는 점에서 한계가 있는 셈이다. 여성의 몸에 대한 성적 대상화와 마른 몸을 선호하는 문화 등 구조적이고 문화적인 경향에 대응하기 위한 정책을 포함할 수 없는 형태의 과제 설정 역시 중요한 문제다.

이런 점에서 양성평등정책 중과제 3-3 하부에 소과제로 ‘여성 약물 오남용 예방 대책’을 포함하고 여성의 약물 오남용과 더불어 그 외의 여타 중독 문제(음주, 흡연)를 포괄하는 대응을 포함하는 것이 바람직하다. 또한 약물사용자 여성 다수에서 정신건강 문제를 호소하게 되고, 반대로 정신질환으로 인해 치료를 받던 여성들이 약물 오남용의 위험이 높은 것을 반영하여 여성 정신건강 문제 역시 성인지적 건강정책 강화의 내용으로 포함할 필요가 있다.

〈표 IV-22〉 양성평등정책 기본계획 반영 사항

중과제	반영내용
3-1. 피해자의 법·제도적 권리 보장 3-1-2. 5대 폭력 등 피해자 보호·지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 약물사용과 관련한 성별기반폭력 피해자에 대한 포괄적 지원 방안 모색 • 약물사용과 관련한 성별기반폭력의 현황을 피해자중심적으로 파악할 수 있는 정책 근거 마련 및 이에 따른 지원 모색
3-2. 성별 기반 폭력 대응 강화 3-2-3. 폭력예방교육 실효성 제고	<ul style="list-style-type: none"> • 약물사용과 관련한 폭력과 관련한 내용들을 폭력예방교육 과정에 반영
3-3 성인지적 건강정책 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 여성 약물 오남용 예방대책 강화를 소과제로 추가하여 여성의 약물 오남용과 의존을 예방하고 치료하기 위한 프로그램 개발 및 서비스 지원 체계 마련을 내용으로 포함 • 상업화된 건강 서비스로 인한 피해를 최소화하기 위한 방안과 피해 구제 정책 개발

2) 여성폭력방지정책 기본계획 반영 사항

제1차 여성폭력방지정책 기본계획(2020-2024)은 ▲여성폭력에 대한 선제적 대응, ▲피해자 중심의 형사사법체계운영, ▲여성폭력 예방 및 피해지원 내실화, ▲통합적 대응 및 사각지대 해소를 위한 기반 마련의 네 가지를 전략과제로 제시하고 있다. 여성폭력 방지정책 기본계획 내에 약물 사용 문제는 신중 여성폭력 대응 강화 과제에 포함된 약물 이용 성범죄 대응체계 구축에 제한적으로 포함되어 있는 상태이다. 계획은 올해까지로 약물사용 여성과 관련하여 2차 계획에 포함되어야 될 내용을 1차 계획의 틀에 따라 정리하면 다음과 같다.

〈표 IV-23〉 여성폭력방지정책 기본계획 반영 사항

중과제	반영내용
I-2-3. 약물이용 성범죄 대응체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 약물 판매자/제공자 처벌 강화 • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예
I-4 대상별 맞춤형 대응조치 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 요청 시 사법절차 유예 보장 * 조건부기소유예, 조건부선고유예 등 • 치료보호 제공(주거 포함, 2차 피해 방지) • 치료조건부기소·선고 유예 확대 • 여성폭력통계에 약물사용여성 카테고리 추가
II-2 형사사법체계의 2차 피해 방지	<ul style="list-style-type: none"> • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예
IV-1 여성폭력 처벌 관련 법·제도 정비	<ul style="list-style-type: none"> • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예 • 치료조건부기소·선고 유예 확대
IV-2 여성폭력 피해 지원체계의 연계·협력 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 역량을 갖춘 성폭력 전담의료기관 발굴·지정 • 여성폭력 피해자 지원시설 치료 연계 역량 강화

첫 번째는 약물이용 성범죄 대응체계 강화(I-2-3)이다. 현재는 약물이용 성범죄 대응을 위해 경찰청, 여가부, 과기부 등이 협력하는 체계를 만들겠다는 목표 아래 실태 파악, 신고·대응체계개선, 홍보, 약물탐지 기술개발 등이 제시되어 있으나, 이들 각각이 좀 더 구체화될 필요가 있다. 또, 약물이용 성범죄 가해자에 대해 가해자에게 약물을 판매하거나 제공한 사람에 대한 처벌이 약물이용 성범죄 처벌과 연계되어 이루어질 필요가 있다. 더불어, 이 과정에서 발생한 약물 사용으로 인해 피해자가 이차적인 피해를 입지 않도록 처벌을 유예하는 등의 제도적 뒷받침이 필요하다.

두 번째는 대상별 맞춤형 대응조치 강화(I-4)에서 폭력피해 여성의 범주에 약물사용 여성을 포함하는 것이다. 여성폭력 피해자가 약물사용과 관련하여 치료 요청을 하는 경우 약물사용으로 인한 사법절차를 유예하여 처벌받지 않고 치료를 시작할 수 있는 길을 열어줄 필요가 있다. 치료 과정은 피해자의 의사에 따라 이루어져야 하지만 약물사용 남성이 약물사용 여성과 착취적인 관계를 형성하려고 시도하는 경우가 많다는 점에서 이차적 피해를 피할 수 있도록 주거를 포함하는 치료보호를 받을 수 있도록 할 필요가 있다. 치료로 연계되는 비율을 높이기 위해서는 치료와 연계한 조건부기소유예 또는 조건부선고유예의 규모를 확대하는 방안이 도움이 될 수 있다. 마지막으로 여성폭력통계에는 약물사용과 관련된 피해가 포함되어 있지 않으므로 이에 대한 항목을 신설하여 문제의 규모와 심각성을 파악할 수 있는 기초적인 통계를 생산해야 한다.

마지막으로 여성폭력 피해 지원체계의 연계·협력 강화(IV-2)에서 양질의 치료를 받을 수 있는 성폭력 전담의료기관을 발굴·지정하고, 약물 중독에 대한 치료가 가능한 전담

의료기관과 원활하게 연계할 수 있도록 여성폭력 피해자 지원시설 치료 연계 역량을 강화해야 한다.

이상과 같이 선행연구고찰과 양적 문헌 고찰, 전문가 자문을 통해 한국의 마약류 약물 오남용과 중독의 성별화된 현황을 파악하고 이를 토대로 성인지적 정책 대안을 도출하였다. 한국의 마약류 약물 문제는 크게 불법 마약류 문제와 처방의약품 오남용과 의존 문제로 구분되며, 전자가 주로 사법형사체계 내에서 마약과의 전쟁이라는 정치화된 의제와 관련이 있다면, 후자는 식욕억제제와 펜타닐 패치, 프로포폴 주사 등 상업화된 의료체계 내에서의 비윤리적 의료 행위와 의약품 부작용과 관련이 있는 문제이다.

국제적 학술장에서 처벌중심 마약 정책의 실패와 비효율성에 대한 합의가 이루어짐에 따라 국내에서도 처벌중심 마약 정책을 치료와 재활에 집중하는 공중보건학적 관점을 확장하고자 하는 노력이 이루어지고 있다. 공중보건학적 접근은 사람들이 약물을 접하고 중독되는 과정이나 이들이 처한 상황과 조건에 관심을 두면서 건강 피해와 삶에 미치는 부정적인 영향을 최소화하기 위한 사람중심적이고 단계적인 접근을 지향한다. 이런 점에서 공중보건학적 접근은 여성 약물 사용자들의 상황과 조건을 살피고 이들의 경험을 토대로 개선을 제안하는 데에 기여할 가능성이 있다. 그러나 한국에서 마약류 정책은 여전히 예방과 치료, 재활을 위한 인프라를 온전히 갖추지 못했고, 공중보건학적 접근이나 사람중심적 접근의 주류화도 이루어지지 못한 상황이다. 이런 맥락을 고려하여 성인지적 마약정책을 위한 성별구분 자료 생산과 현재 인프라를 갖추고 있는 상황인 형사사법체계와 처방의약품 규제 정책과 관련한 성인지적 개선, 그리고 성평등 정책에 마약류 약물 문제를 반영하기 위한 정책 대안들을 제시하였다.



결론

1. 개선안 요약 1: 청년마음건강지원사업	437
2. 개선안 요약 2: 노후준비지원서비스	441
3. 개선안 요약 3: 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리	445

- 이 연구의 목적은 국민이 직장에서나 일상생활 속에서 느끼는 성차별 문제를 찾아내어 정부나 공공기관이 개선할 수 있도록 개선방안을 마련하는 데 있음. 세부 목적은 다음과 같음
 - 첫째, 청년의 정신건강서비스는 정책 수요가 확장되는 부분임. 정신건강 수준 및 정신건강 문제해결 양상, 영향요인에 성별에 따른 차이가 존재하는 바, 성별에 따른 청년 당사자의 바우처 상담서비스 이용 경험을 조사 분석하고 이를 반영한 서비스 개선 방안을 마련하고자 함
 - 둘째, 국민연금 가입자 중심으로 설계된 노후준비지원서비스는 서비스 수혜에서 여성의 접근성을 제한하는 요인으로 작용하고 있는 바, 노후준비에 대한 성별 차이를 고려한 노후준비지원서비스 개선방안을 마련하고자 함
 - 셋째, 한국의 마약류 약물의 오남용과 중독 등 실태를 공중보건의 관점에서 파악하고, 광범위하게 유통되며 오남용의 가능성이 있는 것으로 여겨지는 마약류 의약품의 처방 현황을 성별로 분석하여 의약품의 오남용을 예방하고, 중독으로 인한 피해를 줄이기 위한 정책 방안을 마련하고자 함

1. 개선안 요약 1: 청년마음건강지원사업

- 제공인력 보수교육에 젠더 관점 및 성인지 감수성 증진 과목 추가 필요
 - 정신질환 발병에는 생물심리사회적 차원의 다양한 요인들이 관여하기 때문에, 제공인력(상담자)은 문제 사정에 있어 내담자 역기능과 문제해결에 영향을 미치는 성역할 고정관념과 담론을 파악하고 해체하는 역량을 갖출 필요가 있음
 - 정신건강 문제의 발병 자체는 여성과 남성의 생물학적 차이에 기반한 부분이 많은 설명력을 가진(예를 들어, 여성우울은 임신이나 출산 등 여성호르몬 변화와 밀접한 관계). 하지만 그 문제의 표출 방식, 문제에 대한 자각과 식별, 문제 해결에 대한 개인적, 사회적 차원의 접근은 생물학적 성(성별) 뿐 아니라 사회학적 성(젠더)의 지대한 영향을 받음(여성의 정신건강문제는 우울이나 불안의 형태로 나타나는 경향이 있는 반면 남성의 문제는 알코올이나 니코틴 의존으로 나타나는 경향이 있음, 남성의 서비스 이용률이 현저히 낮음 등)
 - 제공인력(상담자)은 문제 사정에 있어 내담자 역기능과 문제해결에 영향을 미치는 성역할 고정관념과 담론을 파악하고 해체하는 역량을 갖출 필요가 있음. 예를

들어, 가계부양에 대한 과도한 책임감을 당연시하는 우울한 남성 청년, 이성과의 결별이 반복되는 이유가 여성답지 못해서라며 심한 자책에 빠진 여성 청년 등 바람직한 여성(딸, 어머니 등)과 남성(아들, 아버지 등) 모습에 대한 사회적 담론이 내담자 개인의 정신건강(스트레스) 상태나 가족관계 역기능에 어떻게 작용하고 있는지 탐색하고 성찰하는 등임

- 제공인력의 젠더 관점과 성인지 감수성이 높지 않은 경우, 표면적 증상이나 호소 내용 자체에 초점을 두어 효과적인 문제 파악이나 개입이 제한될 수 있으므로, 의무 보수교육 과정에 젠더 관점 및 성인지 감수성 관련 교육을 필수 교과목으로 추가할 필요
 - <젠더감수성과 청년상담> 강좌는 기관장과 제공인력이 모두 수강하는 ‘공통-기본’ 영역에 추가하고, 필수주제는 상담실무와 직결된 것으로 선택주제는 정신건강 유병률, 위험요인, 청년발달과제, 정신건강리터러시 등 관련하여 성역할 규범과 담론의 영향을 이해하도록 돕기 위한 것으로 구성
 - 해당 강좌의 관련 내용과 범위가 방대하므로, 담 실무에 관련된 주제 2가지 중 하나와 선택주제 중 2개 이상을 포함하여 1회 강좌(2시간)를 구성하는 방식도 고려할 수 있음

<표 V-1> 청년마음건강지원사업 의무교육 추가강좌 개요(안)

구분	내용
제목	· 젠더감수성과 청년상담
목표	· 성별 특성에 기반한 마음건강지원 서비스 제공을 통해 사회서비스 품질을 향상하기 위하여, 기관의 장과 제공인력에 대해 일정 수준 이상의 관련 교육과 훈련을 받을 수 있도록 함
대상	· 제공기관장 및 제공인력
영역	· 제공기관장과 제공인력이 모두 이수하는 ‘공통-기본’ 영역에 다음 내용을 추가함
시간	· 1회 최소 2시간 이상 (온오프 라인)
내용	<ul style="list-style-type: none"> · 필수주제 (다음 중 1가지) <ul style="list-style-type: none"> - 젠더감수성에 기반한 사례개념화 및 개입전략 - 제공인력의 젠더감수성 관련 자기이해 · 선택주제 (다음 중 1가지 이상) <ul style="list-style-type: none"> - 정신건강 유병률의 성별 특성(질환유형, 발생시기, 질환관련 스티그마 등) - 정신건강 위험요인(생물, 심리, 가족, 사회)의 성별 특성 - 성별 정체성 및 성역할 규범에 근거한 청년기 발달궤적 이해 - 성역할 규범이 정신건강리터러시 및 도움요청행동에 미치는 영향
구성	<ul style="list-style-type: none"> · 필수주제 1가지와 선택주제 2가지 이상을 포함하여 1회 강의를 구성 · 1개 강좌 이상을 개발하여 기존 수행인력에게 다양한 선택지를 제공

- 청년마음건강지원사업 보수교육 관련하여, 제공인력의 젠더 관점 및 감수성 관련 역량을 증진하기 위한 교육콘텐츠 개발 필요.
 - 마음건강지원사업에서 성별특성을 고려한 서비스가 이루어지기 위해서는 정신 건강과 젠더가 교차하는 영역에서 발생하는 내담자 경험이나 사회현상에 관련된 연구를 반영하는 교육콘텐츠 필요
 - 정신건강과 여성폭력 관련 교육콘텐츠 개발 및 운영 경험이 있는 복수 주체들의 공동개발 필요하며, 중앙사회서비스원을 비롯하여 한국보건복지인재원이나 한국사회보장정보원에서 제공하는 여타 휴면서비스 제공인력의 보수교육에 교차 활용 필요

- 청년이 처한 다양한 환경적 요소를 반영하여 이용자 편의성 제고
 - 남녀청년의 서비스 접근성을 높일 수 있도록 비대면 서비스 도입과 서비스 전달 방법에 (온오프라인) 선택지 제공
 - 학업, 취업준비, 근로를 비롯하여 육아나 가족돌봄(환자, 장애, 노인 등) 등 다양한 이유로 오프라인 마음건강서비스 이용에 제한 있음.
 - 동시에 서비스 제공인력은 퇴근하는 내담자를 위해 근무시간 이후, 경우에 따라 오후 9시~10시까지 근무하는 경우 있음.
 - 이용자와 제공자 모두의 편의성과 효율성 제고 차원에서 마음건강서비스를 온라인으로 확대할 필요.
 - 1:1 상담 이외에 집단상담을 비롯한 다양한 방식의 서비스 도입
 - 개별적으로 제공되는 서비스는 사적정보 및 비밀보장, 개인맞춤형 개입에 장점이 있는 반면, 집단서비스는 집단역동을 통한 관계형성, 상호지지, 모델링, 네트워킹에 따른 효과를 기대할 수 있어 고립에 취약한 청년집단에 특히 유용
 - 집단상담은 유사한 관심사를 가진 참여자들 사이에 발생하는 집단역동의 치료적 효과 때문에 정신건강서비스의 예방, 치료, 재활 영역에서 다양한 방식으로 활용 가능하므로, 집단상담 방식을 추가하여 서비스 다변화와 고도화 필요

- 정보 전달 방식 체계화와 다각화
 - 지자체 관련 업무 담당자의 청년마음건강지원사업 정보 숙지 필요
 - 정확한 정보 전달은 잠재적 이용자가 서비스를 신청하고 나아가 제공기관을 이용

하는데 지대한 영향을 미치는 바, 사회서비스 바우처사업의 현황(사업내용, 대상, 기준 등)을 일별할 수 있는 시스템을 구축하는 등 지자체 사업속지 및 정보 확인을 촉진하기 위한 관련 부처의 체계적 노력이 요구

※ 여타 바우처와 달리 청년 마음건강사업에 소득기준이 없으나, 소득기준이 있는 것으로 착각하여 잘못된 안내를 하거나 청년과 미혼을 동일시하는 고정관념 때문에 임신출산 및 양육 스트레스, 부부갈등 등으로 마음건강서비스를 받고자 하는 잠재적 이용자를 배제하는 등의 행정오류 소지

- 홍보의 양이나 방식에 있어 광역단체의 방침이나 역량에 따라 지역 편차가 크게 존재하므로 청년마음건강지원사업에서 체계적이고 다각화된 홍보전략이 요구
 - 청년마음건강지원사업의 홍보연계가 요구되는 청년정책 기본계획('21~'25) 근거 정책사업

〈표 V-2〉 청년마음건강지원사업과 청년정책사업과의 홍보연계

대상/사업	[근거] 제1차 청년정책 기본계획('21-'25) 2023년 청년정책
구직청년/ 국민취업지원제도 (고용부)	I. 일자리 분야 (청년정책 시행계획, p.12) - 국민취업지원제도(고용부) ▶ 청년취업취약계층에 구직활동 및 생활안정 지원
대학생/ 대학 일자리 플러스센터 (고용부)	I. 일자리 분야 (청년정책 시행계획, p.12) - 대학 일자리 플러스센터(고용부) - 진로·취업지원 및 전문상담, 일자리매칭 등 지원
구직단년 청년/ 청년도전지원사업 (고용부)	I. 일자리 분야 (청년정책 시행계획, p.12) 청년 도전지원사업(고용부) ▶ 구직단년청년 대상 취업 및 교육·직업훈련 제공 - (지원인원) ('22) 7천명 → ('23) 8천명 - (프로그램) ('22) 단기(1~2개월, 20만원) 위주 → ('23) 중·장기(5개월이상, 50만원, 최대 300만원), 특화프로그램(도전+프로그램) 신설 등
가족돌봄청년 및 고립은둔청년 (복지부)	IV. 복지·문화 분야 (청년정책 시행계획, p.27) ② 가족돌봄청년 및 고립·은둔청년 발굴·지원체계 구축 ○ 가족돌봄청년*(영케어러) 맞춤형 사회서비스 시범사업 실시(복지부) * 장애, 정신·신체상 질병, 약물 등의 문제를 가진 가족을 돌보는 청(소)년 ○ 고립·은둔청년 실태조사 실시, 자립지원전담기관 내 탈 고립·은둔 전담인력 배치하여 자립준비청년 대상 고립·은둔 고위험군 발굴·지원복지부

□ 수요자 요구를 반영한 이용방식

- 서비스 개시일부터 이용 기간을 산정하는 등 유연한 기간 산정 방식 적용

- 행정상, 서비스 승인일이 서비스 개시일로 간주됨. 하지만, 현재 예산이나 지자체 행정상의 이유로 신규 승인이 지연되는 경우가 많으나, 제도는 서비스 승인일로부터 3개월(12주) 기간 동안 주1회 간격으로 10회 상담 일정을 확정하도록 하고 있음. 3개월 기간 중 연휴가 포함되거나 청년의 직장상황 변동에 따른 상담 일정 변경 필요시 적정 이용 어려움
- 신규 승인된 서비스 총 10회기를 3개월 이내에 소진하도록 하는 규정은 서비스 질을 저해할 수 있으므로, 일정 범위 내에서 서비스 승인일과 개시일을 달리 지정하는 방안 필요
- 서비스 신청시 선호하는 통보방식 선택하도록 이용 통지 방식의 다각화
 - 현재 서비스 신청 및 재판정 관련 결과 통보 시, 관련 통지가 청년의 주민등록 주소지로 우편 발송되기 때문에, 당사자가 아니라 타인이 수취, 개봉할 수 있다는 우려가 있음(특히, 청년이 거주하지 않는 타지역 본가).
 - 상담서비스에서 비밀보장과 개인정보 보호는 특히 민감한 사안이므로, 개인 정보 침해 없이 청년이 서비스 신청시 선호하는 통보방식(예를 들어, 핸드폰 통보, 실거주지 주소 통보 등)을 선택하도록 하는 방안 필요
- 서비스 연장 신청시 온라인 접수 가능하도록 신청 방식 개선
 - 마음건강서비스는 복지포 사이트에서 온라인 신청이 가능하지만, 연장 신청시에는 주민센터를 방문하여 오프라인으로 신청서를 제출해야 함
 - 청년이 주간 시간대에 주민센터에 방문하는데 따르는 어려움(직장에서 관련 절차, 사유 제시 등)을 고려하여, 연장 신청서의 온라인 접수가 필요

2. 개선안 요약 2: 노후준비지원서비스

- 노후준비의 다양성을 반영하여 노후준비 진단지의 획일성 개선
 - 성별X생애주기별 진단지 개발 또는 집단 특성 반영한 지표 배점 및 가중치 조정
 - 성별과 생애주기(20~30대 청년기/40대 중년기/50대 장년기/60대 이상 노년기)를 교차시킨 8개 집단별 진단지와 노후준비 콘텐츠 개발 필요.
 - 응답자의 연령에 맞추어 부동산자산 항목의 배점 또는 가중치를 다르게 반영하거나, 대인관계나 건강 여가 영역 등의 영역간 가중치를 두는 방안
 - 근로를 하지 않는 사람, 근로이력이 짧거나 불안정한 사람들을 위한 별도의 진단

체계 개발 필요

- 현재 진단지는 근로활동이 중요한 비중을 차지하며 근로활동을 전제로 구성되어 있음.
- 개인의 선호, 취향, 가치를 반영한 진단지표 개발(노후에 대한 개인의 태도 진단, 개인의 목표치 또는 자기평가 문항 등 반영)
- 1인 가구가 아닌 경우에도 개인중심 진단지와 가구단위 진단지로 이원화(1인정보 기반+가구정보 반영)
- 진단 결과지의 상·중·하 대신 객관적 점수에 대한 정보제공 또는 국민 평균과의 비교하거나 유사한 준거집단과 비교통계 제시 방식으로 변경

□ 노후준비지원서비스 운영상의 개선과제

- 노후준비에 대한 전국민적 홍보(지자체와 주민센터 중심 홍보 필요)
 - ※ 국민들 가운데 49.2%가 노후준비지원서비스에 대해 들어본 적이 없었으며 나머지 46.9%는 들어는 봤지만 잘 모른다고 응답(노후준비실태조사)
- 평일의 시간적 제약 등을 고려한 서비스 제공 형식 다원화
 - 야간 및 주말 서비스 제공
 - 서비스 제공 방식에서 비대면 상담제 도입
 - 찾아가는 집단 상담 등 집단 상담제 도입
 - 개인별 필요에 따른 차등화 등 노후준비 횟수 유연화
 - 주기적 사후관리제 도입
- 노후준비 상담사 역량강화를 위한 제도적 지원 강화
 - 상담사 대상 주기적 교육 및 콘텐츠 제공
 - 상담사 외부 자격증 지원, 상담사 외부 강의 수강 인정 및 지원, 상담사 간 주기적 사례관리 회의 지원
 - 지역노후준비지원센터 상담사들의 교육 및 자격요건에 대해 노후준비지원법에 명확하게 규정할 필요

〈표 V-3〉 노후준비 상담사 역량강화를 위한 법령 개정(안)

현안	개선(안)
<p>노후준비지원법 제11조(노후준비서비스 제공자)</p> <p>① 보건복지부장관은 중앙센터, 광역센터 또는 지역센터에서 노후준비와 관련한 진단, 상담 및 교육 등을 수행하는 노후준비서비스 제공자를 양성하기 위한 교육을 실시하여야 한다. <개정 2021. 12. 21.></p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 제1항에 따른 교육을 이수하고 정기적으로 보수교육을 받아야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 교육과정을 「고등교육법」 제2조제1호 및 제4호에 따른 대학 및 전문대학 등 대통령령으로 정하는 관계 기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.</p> <p>④ 제1항 및 제2항에 따른 교육의 대상·기간·내용·방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>노후준비지원법 제11조(노후준비서비스 제공자)</p> <p>① 보건복지부장관은 노후준비와 관련한 진단, 상담 및 교육 등을 수행하는 노후준비서비스 제공자를 양성하기 위한 교육을 중앙노후준비지원센터에 위탁 실시하여야 한다.</p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 제1항에 따른 교육을 이수하고 정기적으로 보수교육을 받아야 하며 불이행시 보건복지부령에 의한 처벌을 받아야 한다.</p> <p>③ 삭제</p> <p>④ 동일</p>
<p>노후준비지원법 시행규칙 제6조(노후준비서비스 교육과정)</p> <p>① 법 제11조제2항에 따라 노후준비서비스 제공자가 되려는 사람은 별표에 따른 교육훈련 과정을 이수하여야 한다.</p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 법 제11조제2항에 따라 보수교육 과정을 2년마다 20시간 이상 이수하여야 한다. <신설></p>	<p>노후준비지원법 시행규칙 제6조(노후준비서비스 교육과정)</p> <p>① 동일</p> <p>② 노후준비서비스 제공자는 법 제11조제2항에 따라 보수교육 과정을 1년마다 20시간 이상 이수하여야 한다.</p> <p>③ 1항과 2항을 어기는 지역센터는 노후준비지원센터 위탁지정이 철회되며 3년간 재위탁이 금지된다.</p>

○ 상담사 증원 및 상담사에 대한 선택권 부여

- 전국 단위 상담인력 증원 배치 및 1인당 주당 상담량 감소
- 상담사 프로필 온라인 공개 및 국민들이 상담 신청시 상담사 선택권 부여

○ 양질의 노후준비서비스 제공을 위한 노후준비상담사 인사 시스템 개선

- 순환보직제에서 공모제로 국민연금공단 상담사 배치 방식 변경
- 별도채용 확대 필요(노인인력, 은퇴인력 활용 가능)
- 개인 희망시 상담사 장기 근속 보장

□ 노후 준비 서비스에 접근하기 어려운 계층에 대한 서비스 확충

○ 40대 근로자를 위한 다각적인 노후준비지원서비스 제공

- 직장인을 위한 야간 상담, 주말상담 개설 등 상담시간 유연화
- 비대면 진단 및 상담 제도 도입 등 상담 방식 다원화
- 기업과 국민연금공단 업무협약 체결 등을 통해 직장으로 찾아가는 노후준비

집단상담/집체교육 활성화

- 중장기 방안

- 노후준비에 대한 사업주 책임성 강화를 위한 노후준비진단 휴가제 도입(산업 안전보건법 개정을 통해 근로자 퇴직 후 노후준비의 중요성과 사업주의 책무에 대해 명시하고 건강검진처럼 노후준비 진단 및 상담 시기와 횟수 등을 규정하고, 노후준비진단 및 상담을 위한 휴가제를 도입하며 불이행시 과태료를 부과하는 방식의 제도 개선 필요)
- 노후준비교육 범정의무교육화(노후준비지원법 개정)

○ 한부모가정 대상 서비스 지원 방안 마련 필요

- 일반 한부모가정은 복지정책과의 연결고리가 부재하기 때문에 지역사회 건강 가정지원센터 및 육아종합지원센터, 지역아동센터, 학교(돌봄교실) 등과 연계해 지자체 차원에서 노후준비 지원을 주도적으로 진행할 필요
 - ※ 한 부모 가정의 노후 준비 점수는 남성은 모든 영역에서 한부모 가정이 아닌 남성에 비해 점수가 유의미하게 낮았고, 여성은 여가를 제외한 모든 영역에서 점수가 낮게 나타남.
 - ※ 한부모 가정 남성과 여성은, 한부모 여성은 한부모 남성에 비해 재무 영역의 점수가 더 낮아서 노후 경제적 어려움에 더욱 크게 노출될 수 있음
 - ※ 저소득·차상위계층의 경우 복지 프로그램 통해 국민연금공단 노후준비서비스로 연계 되는 경우가 많았지만 일반 한부모가정은 사각지대

○ 전업주부 대상 배우자 의존적이지 않은 노후준비 서비스 지원 필요

- ※ 주부들의 노후준비는 배우자 '의존적'이어서 가정의 변동성에 취약함.
- 개인단위 노후준비 진단서비스의 도입이 필요함.
 - 노후준비 결과 제시 방식을 개인단위 결과와 가구단위 결과로 이원화시켜 제시할 필요. 이원화노후준비 점수 계산 방식 변경 필요.
 - ※ 가구 단위 진단 서비스는 본인의 연금과 배우자의 연금 합산금액으로 도출되며 본인 것이 없어도 배우자가 준비되어 있으면 합산되어 재무에 관한 노후준비가 잘 된 것으로 나타남.
- 지자체의 주부대상 집단 상담 및 교육 프로그램 실시
 - 주부와 같이 국민연금의 당연가입자가 아님으로 인해 국민연금제도에서 배제된 집단의 노후준비는 지자체가 주도해 나갈 필요
 - 지역사회 주부 대상 노후준비 집단상담 프로그램의 도입, 지역사회 내 종교 기관, 문화센터, 금융기관, 보건소, 지자체 교육프로그램 등과 연계한 집단 교육 프로그램을 통한 인식개선이 필요

- 기타 취약계층인 농어촌 지역 미취업자, 대도시·중소도시 임시일용직 대상 서비스 발굴
 - 국민연금공단 지사 및 지자체 지역노후준비지원센터 농어촌지역 배치 확대
 - 농어촌지역 미취업자와 도시지역 임시일용직의 경우 국민연금의 사각지대에 존재하는 집단이기 때문에 노후준비지원서비스에의 접근성이 매우 낮음.
 - 농어촌 지역은 도시지역보다 여가와 대인관계 영역이 미흡하고, 건강 영역에서도 만성 질환 수가 상대적으로 많음. 특히, 농어촌 지역 여성 중 취업 기회 없는 경우 노후준비에 더욱 어려움을 겪게 되며 자산 형성이나 건강 관리 등이 취약
 - 대도시와 중소도시에서 임시 일용직은 안정성을 보장받지 못하는 근무 조건과 직장 생활 등으로 상대적으로 사회적 대인관계가 약하며, 임금등도 낮아 노후 준비 어려움.

3. 개선안 요약 3: 행정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리

□ 성인지적 마약 정책을 위한 성별구분자료 생산

- 마약류통합관리시스템 마약류 처방이 아니라 효능별·성분별 처방 현황을 성별 구분하여 제시할 필요
 - 현재 공개되고 있는 자료는 성별 처방량을 제시하는 데에 그치고 있어서, 전체 마약류 처방이 아니라 효능별·성분별 처방 현황을 성별 구분하여 제시할 필요
 - ※ 현재 성별로 구분하여 공개되는 항목은 “환자 성별 및 의료기관 종별 의료용 마약류 처방 현황”과 “환자 연령대별 의료용 마약류 처방 현황”인데, 이들은 처방되는 전체 마약류의 개수를 성별에 따라 구분하여 제시하여 유의미한 해석이 불가능. 예를 들어, 동일하게 행정신성의약품으로 분류된다고 하더라도 식욕억제제는 여성의 남성의 약 13배, ADHD 약물은 남성이 여성의 약 4배 가량 처방되어 성별에 따라 큰 차이가 있을 뿐만 아니라 각 약제 별로 처방 규모 역시 다름. 이와 같은 성별 약물 처방 현황과 추세를 파악하기 위해서는 세분화된 성별 현황 필요
- 건강보험심사평가원 빅데이터개방포털에서 성별구분자료 제시
 - HIRA 빅데이터개방포털(<https://opendata.hira.or.kr>)은 성별화된 약물 사용의 현황을 살펴볼 수 있는 빅데이터를 구축하고 있음에도 불구하고, 의약품 통계에서 질병별, 약효분류별, 성분별, 약물별(ATC코드 기준) 사용 통계를 제시할

뿐 이에 대한 성별구분자료를 제시하지 않음

- 전체 의약품에 대한 성별구분자료를 포털에 구축하는 데에 현실적 제약이 있다면 성별에 따른 차이를 파악하는 것이 중요한 마약류 약물 등 우선순위가 높은 의약품들을 중심으로 성별과 연령을 구분할 수 있는 처방 현황을 파악할 수 있는 자료를 구축, 공개하는 방안을 검토할 필요

○ 대검찰청 마약류 통계를 활용한 성별구분자료 제시

- 마약류 월간동향, 마약류 범죄백서는 마약류 사범 현황에서 마약, 향정, 대마를 구분해 성비와 성별과 직업을 상호교차한 구성비 표를 제시하지만, 정책적 대응을 위해서는 성별과 연령을 교차한 마약사범의 구성비나 치료보호·감호 대상자의 성비, 교육이수조건부기소유예자에서의 성비 등의 분석이 필요
- 향후 마약류 범죄백서를 발행할 때에 성별 구분이 유의미한 범주에 대해서는 가능하면 성별구분 자료를 생산하여 제시하는 방안, 또는 여성이나 청소년의 마약 사용자의 특수한 상황과 필요를 분석하는 장을 추가하는 방안등 필요

○ 약물 중독과 오남용 규모에 대한 실질적인 통계 마련

- 약물 중독과 오남용으로 일상에 어려움을 겪거나 건강에 영향을 받는 인구집단의 규모를 파악하기 위한 별도의 노력이 필요. 즉, 전체 인구집단 중 의약품의 오남용과 중독, 마약류 사용과 그로 인한 건강 영향을 파악할 수 있는 자료원 마련 필요
- 미국의 국가 의약품 사용과 건강 조사에 준하는 새로운 통계를 구축하거나 『마약류 관리에 관한 법률』에 따라 수행되는 「마약류 중독자 실태조사」를 확장하는 방안

※ 미국에서는 매년 국가 의약품 사용과 건강 조사(National Survey on Drug Use and Health, NSDUH)²⁸⁾를 통해 미국인들의 약물 문제를 정기적으로 모니터링. 전체 인구집단을 대표할 수 있는 조사에서 처방받은 의약품을 본디 목적이 아닌 목적으로 오남용한 경험은 얼마나 되는지, 주로 어떤 약물을 사용하고 그 이유는 무엇인지, 비의학적 목적으로 의료기관 처방 아편류를 복용한 사람들은 얼마나 되는지 등 마약 문제를 약물 오남용과 부작용의 문제로 여기는 조사 수행. 또한 인종, 계급, 젠더, 섹슈얼리티 등을 구분하여 약물 사용과 건강을 조사함으로써 마약 문제의 구조적 차원을 포착하기 위한 근거자료를 생산

※ 『마약류 관리에 관한 법률』제51조의3(실태조사)에 따라 이루어지는 「마약류 중독자 실태조사」는 포괄적인 인구집단을 대표하는 조사가 아니라, 마약류 중독자 당사자들에게

28) <https://nsduhweb.rti.org/respweb/homepage.cfm>

대한 조사만을 포함함. 약물 중독을 예방하거나 보다 심각한 상황으로 나아가는 것을 막는 등의 정책을 수행하기 위해서는 마약류 사범 및 회복자들을 대상으로 하는 조사는 충분하지 않음. 실태조사를 규정하는 시행령을 개정하고, 성별과 연령, 소득 수준 등 불평등을 고려하는 마약류 중독자 실태조사를 수행할 수 있도록 조사 대상과 범위를 확대할 필요

- 합법적 의약품의 오남용과 관련한 정보 생산을 위해 국가승인통계인 「한국의료패널」이나, 「국민건강영양조사」 등의 건강관련 조사에서 의약품 오남용과 그 건강 영향에 대한 문항 추가

□ 형사사법체계 내에서 성별을 고려하는 정책 마련

- 여성 약물 사용자는 남성과 구분되는 뚜렷한 차이를 보인다는 점에서 여성 마약 중독 치료 인프라 마련 필요
 - 여성 약물사용자의 중독 치료 및 재활 프로그램 개발
 - 「치료와 단약 등 재활을 위한 인프라가 충분하지 않은 가운데 여성 약물 사용자들이 이용할 수 있는 서비스가 별도로 개발되어 있지 못하고, 여성 병동이 운영되지 않아 입소와 입원이 더욱 힘든 상황
 - 여성 약물사용 폭력피해자 치료·재활 지원
 - 「여성폭력방지기본법」과 「성폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률」에 따라 피해자에게 제공되는 보호와 지원 제도를 폭력 피해를 경험한 여성 약물 사용자들이 이용할 수 있도록 법률과 제도를 개편하는 방안 검토
- 청소년 마약 중독 치료 인프라 마련
 - 청소년 마약중독 치료 인프라 마련 및 성인지적 지원기관 연계
 - 청소년 약물 문제는 「청소년복지 지원법」에 따른 “위기청소년” 또는 “가정 밖 청소년”에서 가장 문제의 심각성이 클 것으로 짐작되므로 해당 법에 근거하여 설립된 한국청소년상담복지개발원을 통해 2조의 조사·연구·개발·자료구축 업무를 보완하고, 청소년의 약물 중독 피해에 대한 예방·치료·재활은 디딤 센터를 지역별로 확충하고, 성별 관점을 반영하는 프로그램을 개발하며, 제공하는 프로그램의 대상 범위를 확대하는 방식
 - 디딤 센터와 같은 별도의 시설을 건립하기 어렵다면 공공 또는 민간 의료 기관에 대한 위탁 운영을 고려. 예를 들어, 법무부는 마약류 사범에 대한 치료 감호를 위해 보건복지부 산하 국립부곡병원 안에 사범병동(부곡법무병원)을 설치했다. 이처럼 유사한 목표와 기능을 가지고 있는 유관 부처의 기존 기관을 확장·연계하는 안 검토필요

- 24시 마약류 상담센터 및 메타버스 운영에 대한 성별영향평가
 - 새롭게 도입되는 마약류 예방교육·상담 콘텐츠가 성인지적으로 구성되어 있는지, 더 나아가 여성과 남성, 청소년, 소수자의 취약성을 반영하는 포용적인 내용을 다루고 있는지를 중심으로 성별영향평가 필요

□ 처방 의약품 오남용 관련 정책 마련

- 마약류 의약품 처방에 대한 규제와 처벌을 강화하고 동료평가제도 도입
 - 향정신성 의약품을 주로 처방하는 정신과 병의원의 경우 원내조제(의약분업 예외 조항 적용)가 이루어지는 경우가 많아서, 의사 개인 처방에 대해 개입할 수 있는 실질적인 수단 미흡. 마약류 의약품 처방에 대해서는 급여와 비급여 처방을 모두 포함하여 동료 검토(peer-review)이 이루어지는 동료평가제 등 도입 필요
- 식욕억제제 등 처방의약품 오남용의 건강영향 연구
 - 식품의약품안전처는 마약류통합정보시스템을 활용하여 부적절한 처방이 이루어지고 있을 가능성이 큰 의료기관의 의사에게 알림톡을 보내고, 환자의 처방 과거력을 알 수 있게 정보를 제공함으로써 처방의약품 오남용을 제한하는 정책 추진. 하지만, 현장 진료 없이 처방하는 의료기관 있고, 비급여 의료와 관련하여 “상업적으로 건강에 해로운 약물 처방”이 이루어지며, 여성들의 약물 오남용과 중독으로 이어지고 있으므로, 식욕억제제를 중심으로 처방의약품 오남용과 중독, 건강영향을 여성들의 경험을 토대로 파악하고 개입 정책을 개발하기 위한 보다 심층적인 연구 필요
- 처방의약품 의존과 오남용의 위험성에 대한 대중적 홍보와 교육
 - 한국마약퇴치운동본부나 식품의약품안전처 마약예방재활팀에서 진행하는 마약 중독예방 정책에 불법 마약류 뿐만 아니라 처방의약품 의존과 오남용의 문제점이 다루어질 수 있도록 협력 강화 필요
- 처방의약품 오남용과 중독 예방과 치료 프로그램 개발
 - 처방 의약품의 오남용과 중독을 예방하고 치료하는 과정은 마약 정책의 틀에서 제공하는 서비스로는 개선하기 어려움. 식품의약품안전처 신약·약물감시연구사업단과 지역의약품안전센터가 식약처가 지정하는 의약품에 대한 주기적인 모니터링을 수행하거나, 지역적 특성을 고려하는 중점 사업을 수립하여 수행할 수 있음. 식약처가 식욕억제제와 더불어 살을 빼기 위해 오남용되는 다양한 의약품(이노제, 변비약, 갑상선호르몬 제제 등) 이상사례를 관리할 수 있도록 지정할 필요

□ 성평등 정책에 마약과 의약품 오남용 관련 필요 반영

- 양성평등정책 기본계획 ‘폭력피해 지원 및 성인지적 건강권 보장’과제에 마약류 약물 문제의 다양한 차원 포함

〈표 V-4〉 양성평등정책 기본계획 반영 사항

중과제	반영내용
3-1. 피해자의 법·제도적 권리 보장 3-1-2. 5대 폭력 등 피해자 보호·지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 약물사용과 관련한 성별기반폭력 피해자에 대한 포괄적 지원 방안 모색 • 약물사용과 관련한 성별기반폭력의 현황을 피해자중심으로 파악할 수 있는 정책 근거 마련 및 이에 따른 지원 모색
3-2. 성별 기반 폭력 대응 강화 3-2-3. 폭력예방교육 실효성 제고	<ul style="list-style-type: none"> • 약물사용과 관련한 폭력과 관련한 내용들을 폭력예방교육 과정에 반영
3-3 성인지적 건강정책 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 여성 약물 오남용 예방대책 강화를 소과제로 추가하여 여성의 약물 오남용과 의존을 예방하고 치료하기 위한 프로그램 개발 및 서비스 지원 체계 마련을 내용으로 포함 • 상업화된 건강 서비스로 인한 피해를 최소화하기 위한 방안과 피해 구제 정책 개발

- 여성폭력방지정책 기본계획에 약물 사용 문제는 신중 여성폭력 대응 강화 과제에 포함된 약물이용 성범죄 대응체계 구축에 제한적으로 포함되어 있으나 다음과 같이 확대 필요

〈표 V-5〉 여성폭력방지정책 기본계획 반영 사항

중과제	반영내용
I-2-3. 약물이용 성범죄 대응체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 약물 판매자/제공자 처벌 강화 • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예
I-4 대상별 맞춤형 대응조치 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 요청 시 사법절차 유예 보장 * 조건부기소유예, 조건부선고유예 등 • 치료보호 제공(주거 포함, 2차 피해 방지) • 치료조건부기소·선고 유예 확대 • 여성폭력통계에 약물사용여성 카테고리 추가
II-2 형사사법체계의 2차 피해 방지	<ul style="list-style-type: none"> • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예
IV-1 여성폭력 처벌 관련 법·제도 정비	<ul style="list-style-type: none"> • 피해자의 약물 사용 관련 처벌 유예 • 치료조건부기소·선고 유예 확대
IV-2 여성폭력 피해 지원체계의 연계·협력 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 역량을 갖춘 성폭력 전담의료기관 발굴·지정 • 여성폭력 피해자 지원시설 치료 연계 역량 강화

참고문헌

세부과제 1. 청년마음건강지원사업

〈국내 문헌〉

- 건강보험심사평가원(2022.6.24.). 최근 5년(2017~2021년) 우울증과 불안장애 진료현황 분석 보도자료.
- 고용노동부(2018). 2018년 심리안정지원 프로그램 운영 위탁사업 제안요청서. 세종: 고용노동부.
- 고용노동부(2021.12.1). 맞춤형 취업지원 서비스 지원. <https://www.moel.go.kr/policy/policyinfo/support/list2.do>
- 관계부처합동(2020.12.). 제1차 청년정책 기본계획 `21~`25.
- 관계부처합동(2021.2.9.). 대학생 마음건강 지원 방안(안).
- 관계부처합동(2021.8.26.). 청년세대 “격차해소”와 “미래도약 지원”을 위한 청년특별대책.
- 관계부처합동(2023.1.30.). 일자리정책 패러다임 전환을 위한 고용정책 기본계획,
- 교육부·한국연구재단·전문대학NCS거점센터운영협의회(2016). 전문대학 국가직무능력표준(NCS) 기반 교육과정 가이드라인 요약서: 2015.10. 개정판 요약.
- 국가인권위원회(2023.1.17.). 청년 정신건강 서비스 확대 및 접근성 향상을 위한 제도개선 권고.
- 국립정신건강센터(2019). 2019년 국민 정신건강지식 및 태도조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터.
- 김기현·하형석·신인철(2016). 청년 사회·경제 실태 및 정책방안 연구 I. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 김비오(2019). 청년가구의 주거빈곤에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 보건사회연구 39(3), 408-436.
- 김아린(2018). 1인가구 청년의 건강행태, 식습관 및 심리적 건강이 대사증후군에 미치는 영향. 디지털융복합연구, 16(7), 493-509.
- 김지경·이윤주(2018). 20대 청년 심리·정서 문제 및 대응방안 연구. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 김태완·최준영(2017). 청년의 빈곤 실태: 청년, 누가 가난한가. 보건복지포럼, 2017(2), 6-19.
- 남춘호, 남궁명희(2012). 생애과정의 탈표준화 경향에 대한 경험적 연구: 성인기이행의 구조변동을 중심으로. 지역사회연구, 20(2), 91-128.
- 박권일(2009). 청년빈곤, 세대의 문제냐 성장의 단계냐. 황해문화, 64, 63-76.

- 박지혜(2020). 청년의 정신건강 리터러시와 도움요청 행동: 도움요청에 대한 낙인, 태도, 의도의 매개효과 분석. 박사학위논문, 중앙대학교.
- 박지혜·이선혜(2022). 청년의 정신건강 도움요청 과정과 의미에 대한 탐색 연구: 소비자 중심의 정신건강서비스 설계에 대한 시사점. 보건사회연구, 42(3), 65-94.
- 변혜민·윤은경·최남희·최지선·김주희·장애경·정은숙(2018). 청년 1인가구의 건강생태계 활성화를 위한 탐색적 연구. 한국시스템다이내믹스 연구, 19(4), 83-98.
- 보건복지부(2021.4.6.). 보도자료 「2021년 청년정책 시행계획」 발표 -보건복지 분야 주요 내용-
- 보건복지부(2021.7.26.). 보도자료 2021년 2분기 「코로나19 국민 정신건강 실태조사」 결과 발표.
- 보건복지부(2022). 2021년 정신건강실태조사.
- 보건복지부(2023). 2023년 청년마음건강지원사업 안내.
- 보건복지부(2023.9.19.). 젊은 한국, 청년 미래를 위한 전략 청년정책 5대과제.
- 서울시청년활동지원센터(2021). THE 보고서 2020 서울시청년활동지원센터 연차보고서. 서울: 서울시청년활동지원센터.
- 서울연구원(2019.7.22.). 정신질환진료 받은 서울시민 얼마나 되나. 도시정보센터. <http://www.sdi.re.kr/node/62197>.
- 성윤희·정주리(2019). 가부장적 가정환경이 남성의 우울에 미치는 영향: 성차별적 인식과 남성 성역할 갈등의 매개 효과. 아시아교육연구, 20(2), 547-567.
- 신동근(2021). 2020년 응급실 내원 자살시도자 현황.
- 유성경(2005). 한국 대학생의 상담, 심리치료, 정신치료에 대한 태도. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 17, 617-632.
- 윤소하(2019.10.04.). 2018년 국정감사 보도자료. http://yunsoha.kr/xe/act_03/15267.
- 이민아(2021). 여자라서 우울하다고? 우울은 왜 성불평등하게 찾아오는가. 고양: 개마고원.
- 이승윤·백승호·김미경·김윤영(2017). 한국 청년노동시장의 불안정성 분석. 비판사회정책, 54, 487-521.
- 전진아·전민경·김남희·박재현·이용주·윤시문·유혜영·김보은(2019). 수요자 중심의 정신 건강서비스 접근성 강화 전략 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 중앙사회서비스원(2023.3). 지역자율형사회서비스투자사업 보수교육 온라인(사이버) 수강 신청 안내문.
- 질병관리본부(2018). 2017 국민건강통계: 국민건강영양조사 제7기 2차년도.
- 질병관리청(2022). 2021년 국민 건강영양조사.
- 최상미·유효은·김한성(2019). 당사자의 목소리로부터의 빈곤 청년의 삶에 대한 탐색. 사회

- 과학연구, 26(2), 32-58.
- 통계청(2020.06.10.). 보도자료. 2020년 5월 고용동향. https://www.kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=382910.
- 통계청(2023). 경제활동인구조사 청년 고용동향.
- 한국보건사회연구원. (2020). 청년층 생활실태 및 복지욕구조사.
- 허혜경·김혜수(2015). 청년심리와 교육. 서울: 학지사.

〈해외문헌〉

- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Women, Caregiving, and COVID-19. <https://www.cdc.gov/women/caregivers-covid-19/index.html>
- Addis, M., & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *The American Psychologist*, 58, 5-14.
- American Psychological Association Commission on Accreditation. (2015, 2017, 2018, 2019). Standards of accreditation for health service psychology and accreditation operating procedures.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179.
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). Cambridge: Polity Press
- COUNCIL ON SOCIAL WORK EDUCATION Commission on Accreditation Commission on Educational Policy. (2022). Educational Policy and Accreditation Standards (EPAS) for Baccalaureate and Master's Social Work Programs.
- Cvetkovski, S., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(5), 457-467.
- European Commission. (2011). The state of men's health in Europe (pp. 1-102). Retrieved from http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/population_groups/docs/men_health_report_en.pdf
- Grace, B., Richardson, N., & Carroll, P. (2016). "…if you're not part of the institution you fall by the wayside": Service providers' perspectives on moving young men from disconnection and isolation to connection and belonging. *American Journal of Men's Health*, 1-13.
- Houle, J., Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation

- model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 37-43.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about. *British journal of psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Kaiser Family Foundation. (2021). Women's Experiences with Health Care During the COVID-19 Pandemic: Findings from the KFF Women's Health Survey. <https://www.kff.org/>
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Rodgers, B. (2006). Adolescents' responses to peer with depression or conduct disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 63-66.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.
- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190.
- McGlashan, T. H., & Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 201-222.
- Milnes, A., Pegrum, K., Nebe, B., Topfer, A., Gaal, L., Zhang, J., & Hunter, N. (2011). *Young Australians: Their Health and Wellbeing 2011*. Australian Institute of Health and Welfare. GPO Box 570, Canberra, ACT 2601, Australia.
- Oliffe, J. L., & Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men's Health*, 5, 194-202.
- Oliffe, J. L., Orgodniczuk, J. S., Bottorff, J. L., Johnson, J. L., & Hoyak, K. (2012). "You feel like you can't live anymore": Suicide from the perspectives of Canadian men who experienced depression. *Social Science and Medicine*, 74, 506-514.
- Oliver, J. M., Reed, C., Katz, B., & Haugh, J. (1999). Students' self-reports of help-seeking: The impact of psychological problems, stress, and

- demographic variables on utilization of formal and informal support. *Social Behavior and Personality*, 27(2), 109-128.
- Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., ... & Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: a systematic review of findings in three large German cohorts. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-15.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1089-1095.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 1-34.
- Santrock, J. W. (2004). *Life Span Development*. University Of Texas. Dallas: Wm. C.
- State of California Business, Consumer Services and Housing Agency Department of Consumer Affairs.(2023.05). "ADDITIONAL COURSEWORK" CHANGES FOR INDIVIDUALS PURSUING LCSW, LMFT OR LPCC LICENSURE, Effective July 1, 2023.
- White, A., McKee, M., Richardson, N., de Visser, R., Madsen, S. A., de Sousa, B. C., & Makara, P. (2011). Europe's men need their own health strategy. *BMJ*, 7397, 1-5.
- World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2012.8.). *Risk to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva: WHO Press.

세부과제 2. 노후준비서비스

〈국내 문헌〉

- 고정옥·김정숙(2009), "중년여성소비자의 라이프스타일과 노후생활준비행동에 관한 연구" 『소비자정책교육연구』 제5권 3호, 17-39.
- 김수미·황덕순(2017), "라이프스타일이 경제적, 건강, 사회적 노후준비에 미치는 영향: 1인가구와 다인가구 비교" 『소비문화연구』 제20권 3호, 227-254.
- 김정근·박은주(2020), "노후준비에 대한 책임인식이 경제적 노후준비에 미치는 영향: 소득 수준의 조절효과를 중심으로" 『한국노년학』 제40권 4호, 639-657.
- 김혜지·이영선(2019), "밀레니얼세대의 노후준비에 대한 주관적 인식 연구" 『주관성연구』

46권, 27-50.

문미·송선희(2014), “결혼이주여성 노후생활인식과 사회활동 및 여가활동이 노후준비의식에 미치는 영향: 충청남도를 중심으로” 『디지털융복합연구』 제12권 7호, 379-387.

박지현(2017), “중년남성의 통합적 노후준비에 미치는 영향: 경제활동 및 가족관계 만족도 요인을 중심으로” 『한국웰니스학회지』 제12권 4호, 189-202.

보건복지부(2022), 『자살예방백서』

성혜영, 한정란, 주소현, 이금룡, 황남희, 정무성,윤소영. (2018). 노후준비서비스 발전 방안 수립을 위한 연구. 보건복지부.

윤중선(2022), “국가 노후준비 지원사업의 최신 현황 및 과제” 『소비자정책동향』 제121호.

이소정·정경희·이윤경·한정란·유삼현(2008), 『성공적인 제3기 인생준비를 위한 사회적 기반 조성』, 보건복지가족부.

이소정·정경희·김경래·이은진·강인·이금룡·한정란(2010), 『노후설계서비스 지원체계 구축 및 운영방안』, 보건복지부.

이소정·박인(2012), 『노후생활 지원을 위한 법제화 방안 연구』, 보건복지부

이소정·김수영·김은하·이금룡·한정란(2014), 『노후설계서비스 종합계획 수립』, 한국노인 인력개발원.

이소정·이금룡·한정란·성혜영·노법래(2016), 『지역노후준비지원센터 평가 및 환류체계 구축』, 보건복지부.

이영범·이주하·조문석·김선희(2021), 『지자체 중심 노후준비 전달체계 모형개발』, 보건복지부.

이윤경(2019), “로짓모형을 이용한 노후준비의 결정요인 분석: 노후생활에 대한 기대를 중심으로” 『한국행정연구』 28권 1호, 117-146.

한신실·유희원·홍정민·박주혜(2022), 『제9차 중고령자의 경제생활 및 노후준비 실태: 국민 노후보장패널조사 기초분석 보고서』, 국민연금연구원.

황남희·유재언·박은자·김혜수·양찬미·김재호·성혜영·이금룡(2019). 노후준비 진단지표 개선 및 2019년도 노후준비 실태조사. 보건복지부.

황남희·김경래·박은자·주보혜·임정미·김혜수·이소정·성혜영·유재언·김재호·이금룡 (2020). 제2차 노후준비 지원에 관한 5개년 기본계획 수립을 위한 연구. 보건복지부.

〈인터넷 자료〉

국가법령정보센터 www.law.go.kr

국민연금공단 중앙노후준비지원센터 <http://csa.nps.or.kr>

통계청 <http://kostat.go.kr>

세부과제 3. 향정신성 의약품 등 마약류 약물의 안전한 사용과 관리

〈정부 보고서〉

- 강은영과 이성식(2004), 『약물남용 실태 및 의식에 관한 연구』, 한국형사정책연구원.
- 검찰청(2023). 『2022년 마약류 범죄백서』
- 권준수·김대진·박영덕·박진실·윤정식·윤흥희·이한덕·조근호·조성남·조의연·천기홍·천영훈·최정석(2019). 『마약류 남용의 실태와 대책 보고서』, 한국과학기술한림원.
- 민양기·최성혜·안소현(2021). 『의료용 마약류 취급정보 빅데이터를 이용한 오남용 예방 활용 기준 및 방법 마련 연구』, 식품의약품안전평가원.
- 식품의약품안전처(2020a). 『2020년 마약류 위해성 정보 사전』
- 이범진·박귀례·박철훈·정민·한은영·김효정(2017). 『마약중독자 치료·재활 및 약물남용 예방 체계 개선 연구』, 식품의약품안전처/식품의약품안전평가원.
- 이범진·박귀례·우주형(2019). 『국가 마약류 안전관리 기획』, 식품의약품안전평가원.
- 이상규·천영훈·김연실·장옥진·김장래·이은지(2022). 『마약류 중독자 종합대책 수립연구』, 보건복지부.
- 이영희·정지은·안숙희·이정화·한혜원·박소영·박송희·임양순·이수빈·김정보·이난희·은명은·손현아(2022). 『주요 오남용 마약류 사용환경 변화에 따른 안전관리 방안연구』, 식품의약품안전처.
- 이해국·임현우·전현숙·천영훈·조선진·장옥진 외(2022). 『2021년 마약류 사용자 실태조사』, 국립정신건강센터.
- 전영실·김슬기·배상균·주현경(2017). 『신종마약류 발생실태와 통제정책』, 한국형사정책연구원.
- 전영실·김유근·허황(2019). 『마약류통제기법 선진화 방안 - 치료·재활제도를 중심으로』, 대검찰청 마약과.

〈보도자료와 정부계획〉

- 관계부처 합동(2020). 제1차 여성폭력방지정책 기본계획(2020~2024).
- 식품의약품안전처 보도자료(2019.04.30.) 마약류 안전관리 전담 '마약안전기획관' 신설.
- 식품의약품안전처. (2021.02.22.) 의료용 마약류 식욕억제제 '안전사용 도우미' 온라인 서한 제공. (2023년 10월 28일 접속). Available from: https://www.mfds.go.kr/brd/m_99/view.do?seq=45072
- 식품의약품안전처(2022a), 『2023년 의약품·마약류 제조·유통관리 기본계획』.
- 식품의약품안전처 보도자료(2023.07.19.). 지난해 우리 국민 2.6명 중 1명은 의료용 마약류 사용. (2023년 10월 28일 접속). Available from: <https://www.mfds.go.kr/brd/>

m_99/view.do?seq=47471

여성가족부(2023). 제3차 양성평등정책 기본계획(2023~2027).

〈국내문헌〉

- 김나연, 음영지, 김교현. (2019). 여성 메스암페타민 중독자의 약물 단서에 대한 주의편향. *감성과학*, 22(4), 75-84.
- 김남희(2023). 마약청정국, 그리고 압수율에 대한 소고. *형사·법무정책연구소식 2023년 여름호*. vol.166
- 김진숙. (2020). 여성마약중독자의 회복과 재발경험에 대한 연구. *한국콘텐츠학회논문지*, 20(4), 673-685.
- 박근정, 진성주, 박병선. (2023). 공중보건 모델에 따른 마약류 범죄 예방대책. *교정상담학 연구*, 8(1), 79-105.
- 유상희(2019). 한국 여성의 마약류 경험에 관한 연구. *한국중독범죄학회보*, 9(3), 89-116.
- 이성애와 조호대. (2018). 청소년 마약류 오남용 예방을 위한지역사회 협력시스템 구축방안에 관한 연구. *한국치안행정논집*, 15(2), 303-330.
- 이은상(2022). 의약안전에 관한 규제 법원리와 현행 법제의 개선방향 연구. *행정법연구*, (69), 235-277.
- 장정연. (2013). 여성 마약사범의 경험에 관한 연구. *교정연구*, 59, 207-241.

〈해외문헌〉

- Back, S. E., Payne, R. L., Simpson, A. N., & Brady, K. T. (2010). Gender and prescription opioids: Findings from the National Survey on Drug Use and Health. *Addictive behaviors*, 35(11), 1001-1007.
- Benson, K., & Flory, K. (2017). Symptoms of depression and ADHD in relation to stimulant medication misuse among college students. *Substance use & misuse*, 52(14), 1937-1945.
- Campbell, H. (2008). Female drug smugglers on the US.-Mexico border: Gender, crime, and empowerment. *Anthropological Quarterly*, 233-267.
- Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton University Press.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., ... & Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1427-1480.

- Cheng, Y. S., Shyu, Y. C., Lee, S. Y., Yuan, S. S., Yang, C. J., Yang, K. C., ... & Wang, L. J. (2017). Trend, characteristics, and pharmacotherapy of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide survey in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 643-651.
- Chien, I. C., Lin, C. H., Chou, Y. J., & Chou, P. (2012). Prevalence, incidence, and stimulant use of attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwan, 1996-2005: a national population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47, 1885-1890.
- Cucciare, M. A., Simpson, T., Hoggatt, K. J., Gifford, E., & Timko, C. (2013). Substance use among women veterans: Epidemiology to evidence-based treatment. *Journal of addictive diseases*, 32(2), 119-139.
- Davis, T. M., Carpenter, K. M., Malte, C. A., Carney, M., Chambers, S., & Saxon, A. J. (2002). Women in addictions treatment: comparing VA and community samples. *Journal of substance abuse treatment*, 23(1), 41-48.
- DeSantis, A. D., Webb, E. M., & Noar, S. M. (2008). Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. *Journal of American college health*, 57(3), 315-324.
- Diller, L. (2010). ADHD in the college student: is anyone else worried?. *Journal of Attention Disorders*, 14(1), 3-6.
- Egan, K. L., Reboussin, B. A., Blocker, J. N., Wolfson, M., & Sutfin, E. L. (2013). Simultaneous use of non-medical ADHD prescription stimulants and alcohol among undergraduate students. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 71-77.
- El-Bassel, N., Terlikbaeva, A., & Pinkham, S. (2010). HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *The Lancet*, 376(9738), 312-314.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022), Women and drugs: health and social responses, https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses_en (Accessed July 5th, 2023)
- Ghosh, A., Jerkovic, D., Ignjatova, L. A., Bruguera, C., Ibrahim, D. I., Okulicz-Kozaryn, K., ... & Gordon, R. (2023). Drug policies' sensitivity towards women, pregnancy, and motherhood: a content analysis of national policy and programs from nine countries and their adherence to international guidelines. *Addiction science & clinical practice*, 18(1), 53.
- Grimmsmann, T., & Himmel, W. (2021). The 10-year trend in drug prescriptions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Germany. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 77, 107-115.

- Health Canada. (2006). Best Practices: Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Women with Substance Use Problems. Health Canada.
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 484-496.
- Ho, J. Y., & Hendi, A. S. (2018). Recent trends in life expectancy across high income countries: retrospective observational study. *BMJ*, 362.
- IDPC. The Global Drug Policy Index 2021. (2021). International Drug Policy Consortium.
- Kensy, J., Stengel, C., Nougier, M., Birgin, R. (2012). Drug policy and Women: Addressing the negative consequences of harmful drug control. International Drug Policy Consortium Briefing Paper, 1-21.
- Kim, K. Y., Lai, F. Y., Kim, H. Y., Thai, P. K., Mueller, J. F., & Oh, J. E. (2015). The first application of wastewater-based drug epidemiology in five South Korean cities. *Science of the Total Environment*, 524, 440-446.
- Kim, K. Y., & Oh, J. E. (2020). Evaluation of pharmaceutical abuse and illicit drug use in South Korea by wastewater-based epidemiology. *Journal of hazardous materials*, 396, 122622.
- Lillemoen, P. K. S., Kjosavik, S. R., Hunskaar, S., & Ruths, S. (2012). Prescriptions for ADHD medication, 2004-08. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Mutatayi, C., Morton, S., Soto, N. R., Pálsdóttir, K. I., & Pires, C. V. (2022). Implementing a gender approach in drug policies a PG handbook for practitioners and decision maker. Council of Europe. <https://rm.coe.int/2022-ppg-implementing-a-gender-approach-in-drug-policies-a-pg-handbook/1680a66835> (Accessed Jan, 6th, 2024).
- Pinkham, S., & Malinowska-Sempruch, K. (2008). Women, harm reduction and HIV. *Reproductive health matters*, 16(31), 168-181.
- Renoux, C., Shin, J. Y., Dell'Aniello, S., Fergusson, E., & Suissa, S. (2016). Prescribing trends of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in UK primary care, 1995-2015. *British journal of clinical pharmacology*, 82(3), 858-868.
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys-gender differences in co-existing symptoms and

- executive function measures. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-12.
- Thomas, N., & Bull, M. (2018). Representations of women and drug use in policy: A critical policy analysis. *International Journal of Drug Policy*, 56, 30-39.
- Tuttle, J. P., Scheurich, N. E., & Ranseen, J. (2010). Prevalence of ADHD diagnosis and nonmedical prescription stimulant use in medical students. *Academic Psychiatry*, 34, 220-223.
- United Nations. 『World Drug Report, 2023』. UN Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html> (Accessed July, 3rd, 2023).
- Wincup, E. (2019). Women as vulnerable subjects: A gendered reading of the English and Irish drug strategies. *Addictive Behaviors*, 98, 105995.
- Woolf, S. H., & Schoomaker, H. (2019). Life expectancy and mortality rates in the United States, 1959-2017. *JAMA*, 22(20), 1996-2016.

〈홈페이지 정보〉

- 건강보험심사평가원 빅데이터개방포털(opendata.hira.or.kr)
- 대검찰청 마약·조직폭력범죄수사 자료
(www.spo.go.kr/site/spo/ex/board/List.do?cbIdx=1201)
- 마약류통합관리시스템(<https://www.nims.or.kr>)
- 의료용마약류 빅데이터활용서비스(data.nims.or.kr) 한국언론진흥재단 BigKinds
(www.bigkinds.or.kr)
- Council of Europe - Pompidou Group. (2024년 1월 6일 접속). Available from: <https://www.coe.int/en/web/pompidou>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022.3.08), Women and drugs: health and social responses. (2024년 1월 5일 접속). Available from: <https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses>
- NIDA. (2022.03.22) Addiction and Health. National Institute on Drug Abuse, Addiction and Health. (2023년 12월 13일 접속). Available from <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health>

생활체감형 정책 특정성별영향평가

2023년 12월 29일 인쇄

2023년 12월 31일 발행

발행처 : **여성가족부 성별영향평가과**
서울특별시 종로구 세종대로 209
전화 / 02-2100-6000 (代)

인쇄처 : **(주) 두루행복한세상**
전화 / 1644-0728 (代)

발간등록번호 11-1383000-001178-01