

# 아시아권 대도시의 정신보건 정책 비교 연구

Comparative study on mental health policy in asian cities

윤신정<sup>1</sup>, 임희영<sup>1</sup>, 김수현<sup>1</sup>, 박신영<sup>2</sup>, 이명수<sup>1</sup>

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

## 초 록

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

## Abstract

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

1 \_ 서울시정신건강증진센터

2 \_ 이화여자대학교 대학원 사회복지학과

## I. 서론

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

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

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

구체적인 방향성을 제시하였다.

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

## II. 이론적 배경

### 1. 정신보건 정책

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

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

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

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

★ 표 1. 세계보건기구(WHO)의 정신보건 정책 분류

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

자료 : 황태연·서용진(2008). 정신보건정책, 계획, 프로그램.

### III. 연구방법

#### 1. 연구목적

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

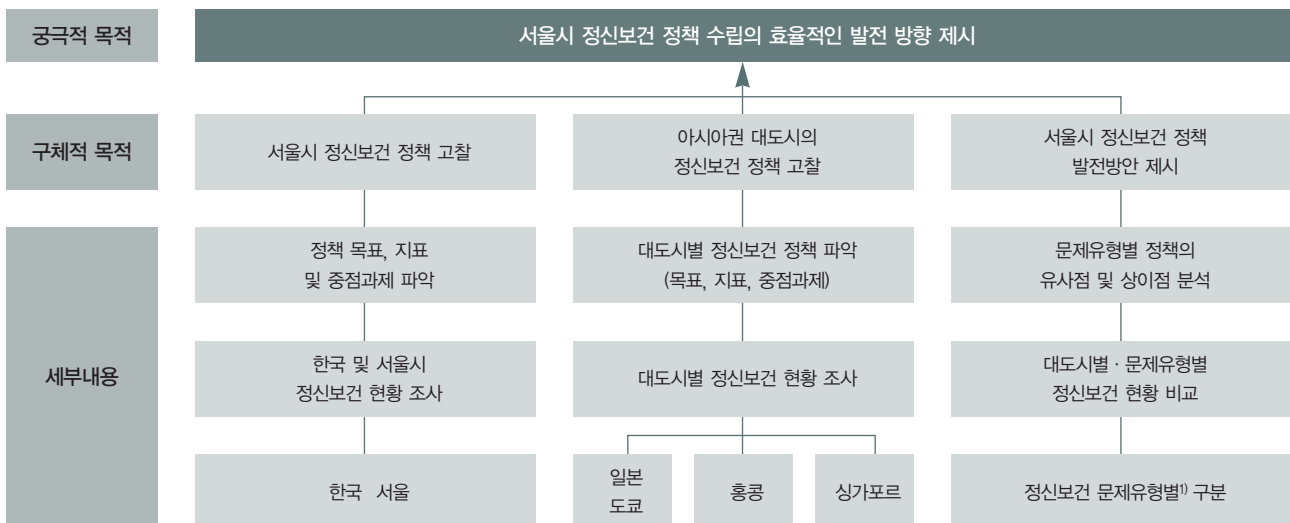
#### 2. 연구대상

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

#### 3. 연구방법

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

#### 4. 연구모형



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

## IV. 연구결과

## 1. 도시별 정신보건 동향

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

## 1) 정신보건 자원

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

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

## 2) 정신질환

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

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

★ 표 2. 국가별 정신보건 관련 지표 현황

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3) 자살

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

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

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

는 일본을 추월하여 자살사망률 1위에 이르렀다.

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

### 4) 음주

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

★ 표 4. 국가별 알코올 사용 장애 평생유병률

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

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

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

★ 표 3. 국가별 · 도시별 인구 10만 명당 자살사망률

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

자료 : 1)한국 통계청(2012). 사망원인통계.

2)일본 내각부(2012). 자살통계

3)홍콩 Centre for Suicide Research and Prevention. [www.csrp.hku.hk/web/eng/index.asp](http://www.csrp.hku.hk/web/eng/index.asp)

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



★ 표 5. 국가별 1인당 알코올 소비량(리터, 15세 이상)

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

자료 : 1) OECD Health Data.

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

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

## 2. 도시별 정신보건 정책 현황

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

### 1) 중증정신질환자

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

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

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

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

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

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

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

## 2) 아동청소년 정신건강

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

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

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

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

## 3) 자살예방

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

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

## 4) 정신건강증진(우울 및 불안)

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

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

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

## 5) 음주

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

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

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

## V. 고찰

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

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

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

★ 표 6. 대도시별 영역별 정신보건 정책 보유 현황

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



## VI. 결론

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

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

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

넷째, 알코올 관련 질환 중심의 정책에서 나아가 알코올 소비량을

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

## VII. 참고문헌

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

학교병원·건강증진사업지원단.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OECD(2008). 2008 Policy Report.

OECD(2011). Health at a Glance 2011.

OECD(2013). Health at a Glance 2013.

UNDP(2013). Human Development Report 2013.

WHO(2005). Mental Health Atlas 2005.

WHO(2011). Mental Health Atlas 2011.

World Bank(2012). World Development Indicators.

## 일본

도쿄 복지보건국(2010). 도쿄도 지역보건의료계획.

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

도쿄 생활문화국(2013). 도쿄건강추진계획21.

도쿄 지역정신보건복지심의회(2011). 도쿄지역정신보건복지심의회의 자료.

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

후생노동성 노동기준국(2009). 정신건강대책의 구체적 추진 내용.

후생노동성(2012). 국가 의료계획.

## 홍콩

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

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

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

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

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

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

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

## 싱가포르

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

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

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

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

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

### ■ 보도자료

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

### ■ 웹사이트

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