

2010  
서울시정신보건지표  
Seoul Mental Health Indicator

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR



2010

# 서울시정신보건지표

Seoul Mental Health Indicator

SEOUL

MENTAL HEALTH

INDICATOR

# 일러두기


- 1장에서는 정신보건정책 및 각 나라별 정신보건지표를 살펴봄.
  - 2장은 정신보건자원, 정신보건문제, 정신보건사업에 따라 서울시 정신보건지표를 구성하였으며 영역과 레벨별로 구분하여 제시함.
  - 관련지표에 따른 현황에서는 국외 및 국내, 서울시의 자료를 년도별로 표와 그림으로 제시하고자 하였음.
  - 2장의 3 정신보건사업에 따른 지표는 SMHIS(Seoul Mental Health Information System)의 결과를 바탕으로 하여 현재 SMHIS를 사용하지 않는 사회복지시설은 포함되지 않은 경우도 있음.
  - 본문에 제시된 서울시 정신보건사업지표는 2009년을 기준으로 함.
- 
- 정신보건지표 구성을 위해 사용된 자료원들은 국가단위의 부서나 전국적 차원에서 조사 발표된 자료를 토대로 재구성하거나 인용함.
  - 국내 및 서울시의 실태조사에 대한 자료부족으로 인해 지표화 되지 못한 부분도 있으며 활용된 자료의 경우 자료원에 따라 같은 항목이라도 조금씩 수치가 달라 참고만을 요하는 경우도 있음.
  - 일부 자료의 한계로 인해 지표의 내용이나 범위의 한계가 있을 수 있으며 서울시지표의 경우 자체적으로 조사하거나 일부 기관에 대해 발췌한 자료를 재구성하였으므로 해석하는데 주의가 필요함.
  - 자치구별 제시된 일부 지표나 데이터는 SMHIS 자료를 바탕으로 제시한 것으로 각 센터의 업무실적과는 무관하므로 현황 파악으로만 참고 또는 활용하기 바람.

# 발간사

서울시 지역정신보건사업이 시작된 지 새해로 17년째를 맞이하게 되었습니다. 주지하다시피 서울시는 국내 최초의 지역정신보건센터 설립, 국내 최초의 24시간 위기관리체계 구축, 다양한 주거서비스 스펙트럼의 구현 등 국가정신보건을 선도하는 역할을 수행해 나가고 있습니다. 정신보건사업의 세계적 트렌드가 근거중심(evidence-based)이 된 지는 이미 오래 되었습니다. 서울시는 2005년부터 다양한 프로그램의 개발과 활성화를 위해 다양한 연구 및 시범사업을 수행 또는 지원해 나가고 있습니다. 또한 서비스 질 향상과 표준적 사업 전개를 위해 2006년부터 보건소 창의성과 평가를 수행해오고 있고 2010년 사회복지시설 인증평가 지표 도입을 통해 소비자의 권익을 옹호하고 요구에 부응하며 삶의 질 향상을 도와줄 수 있는 서비스를 구현하기 위해 노력하고 있습니다.

의료기관을 포함하여 그리고 비단 정신보건사업 뿐만이 아니라 현대의 모든 산업은 객관적 기준을 요구합니다. 이는 공공사업의 필수적 조건인 형평성, 접근성, 효율성 및 효과성 증진을 위한 기준찾대이기도 할 것입니다. 이에 서울시는 정신보건과 관련된 재정, 인력, 서비스 제공 역량 등의 투입지표와 함께 정신의료 및 정신보건서비스 이용과정 지표, 그리고 자살률 등을 포함하는 정신건강문제에 대한 분석지표를 산출해냄으로써 서울시와 자치구 차원에서 더 효과적인 서비스 제공체계를 마련하기 위한 근거로 삼고자 합니다. 현 시점에서 이는 “잠재적 소비자의 수요에 기반해서 어떻게 필요한 인력과 재정을 투자할 것인가?”, 즉 형평성 문제에 우선 초점을 맞추고 있다고 봐도 무방할 것이며 이를 통해 서비스 제공과정의 질적 향상을 도모하고 중장기적으로 정신건강의 문제를 개선할 수 있도록 유도해 나갈 수 있을 것입니다.

우리나라의 정신보건을 선도하며 선진적 정신보건서비스체계를 구현하기 위한 서울시의 노력에 모두 동참해주시길 부탁드립니다. 신묘년 새해 모두 건강하시길 기원합니다.

서울시 보건정책과장  
모 현 희 

# 서울시 정신보건지표의 의미 및 개발배경



육하원칙에 따라서 서울시 지역사회정신보건사업을 말해보면 다음과 같을 것입니다.<sup>1)</sup>

- 누가, Who - 서울시는, 자치구는, 정신보건전문가와 관계 공무원들은
- 언제, When - 2011년부터
- 어디에서, Where - 서울시와 자치구에서 혹은 정신보건시설에서
- 무엇을, What - 정신보건사업 내용 및 체계는 무엇인가?
- 어떻게, How - 어떤 절차와 방법으로?
- 왜, Why - 정책 결정 및 예산투입, 사업 수행의 근거는?

‘누가, Who’는 사업주체를 말합니다. 행정기관과 사업수행기관 그리고 그 기관들에서 일하고 있는 모든 관계자들이 이에 해당합니다. ‘언제, When’은 사업이 시작된 시기를 말할 수도 있고 사업을 수행하고 있는 현 시점이 될 수도 있으며 언제까지 달성하겠다는 목표시기가 될 수도 있습니다. ‘어디에서, Where’는 우리가 사업을 수행하고 있는 지리적, 위치적, 사회적 공간을 말하고 있습니다. 어떤 사업을 어떤 우선순위 하에서 전개해야 하는 것인지, 서울시와 각 자치구별로 표준적으로 구축되어야 하는 그 무엇에 대한 정의를 내리고 합의함으로써 우리가 가야할 방향성을 제시하고자 2007년 서울시정신보건서비스 framework를 제정한 바 있고, ‘어떻게, How’에 대한 부분을 위해 기관별 혹은 서비스 별로 프로토콜을 개발해 보급해 왔습니다. ‘왜, Why’는 정책결정의 이유, 예산투입 및 사업수행의 근거에 해당하는 부분입니다. 정신보건법이 그 이유가 될 수 있고, 서울시 차원에서의 조례도 거기에 해당할 수 있으며 이를 제도적 근거라고 할 수 있습니다. 학문적, 사회경제적 근거도 필요하고 정치적 이슈도 작용합니다. 서울 정신건강 2020 계획 등과 같은 것들은 주로 이러한 근거에 초점을 맞추고 설득 논리를 펴고 있습니다. 육하원칙에 한 가지를 더 추가하자면 ‘얼마만큼, How much’이 될 수 있습니다.

얼마만큼의 예산과 인력을 투입해야 하는 것인지, 그럼으로써 얼마만큼의 대상자에게 서비스를 얼마만큼

1) 서울시정신보건서비스 framework 개발 배경의 전문을 일부 수정하여 인용함.

공급해야 하는 것인지가 여기에 해당합니다. 이는 한 사회의 보건복지의료체계에 대한 포괄적인 이해 하에 계획되어져야 하는 부분이며, 공공보건사업의 형평성(또는 접근성) 문제를 해결해 나가기 위한 가장 기본적 요소라고 할 수 있습니다. 현대사회는 다양한 정신건강의 문제들이 모습을 달리하며 나타나고 있습니다. 이러한 인적 물적 자원의 투입에 기반하여 소비자들의 욕구에 반응하는 다양한 사업들이 전개 될 것이고 만약 그 서비스 전달체계가 연속적이고 효과적이며 적절하다면 궁극적으로 서울시의 정신보건 서비스의 성과는 성공적으로 나타날 것입니다.

본 서울시정신보건지표는 바로 이러한 “성공의 판단 잣대”를 제시하기 위하여 개발되었습니다. 본 지표를 통해 어느 한 자치구 혹은 어느 한 기관이 일을 잘했는가 못했는가를 볼 수는 없습니다. 왜냐하면 비록 2011년이 지역정신보건 17년차에 접어들고 있는 시점이지만 대상자의 수요에 따라서 투입규모가 결정 되는 온전한 형태의 지역화(sectorization) 개념이 아직까지는 구현되고 있지 못하기 때문입니다. 다시 말하면 서비스는 제공되고 있지만 보편적이지 못하고 따라서 정신보건 및 정신의료서비스의 과정지표에 큰 영향을 주고 있지 못하며, 따라서 자살률과 같은 성과지표에도 우리가 제공하는 서비스는 아직 그 영향력이 미비하다고 볼 수 있습니다. 계획적인 투자에 따른 과정과 성과에 대한 최소한의 예상이 가능해질 때 비로소 그 사회의 공공사업이 선진적이라고 정의한다면 이제 서울시는 이런 기준을 마련하기 위한 첫 단추를 꿰는 것이라고 할 수 있을 것입니다. 향후 데이터베이스의 강화작업을 통해 보다 세부적인 지표를 산출해 낼 계획으로 있으며 서울시정신보건사업의 성공과 열매맺기를 옆에서 지켜봐주는 의미로서 서울시정신보건지표가 그 역할을 수행해내리라 기대해 봅니다.

2011년 2월

서울시정신보건센터장  
서울시정신보건사업지원단 사무국장

이 명 수 이명수



## 제 I 부. 서울시정신보건정책 및 지표

총론	17
제1절 서울시 정신보건정책 방향 및 목표	18
제2절 정신보건지표 분류	21

## 제 II 부. 정신보건지표

제1장. 정신보건자원에 따른 지표	25
제1절 정신보건예산	26
제2절 정신보건기관	31
제3절 정신보건인력	35
Indicator	
Indicator 1. 인구 1인당 정신보건예산	40
Indicator 2. 의료급여 정신질환자에 대한 연간지출	42
Indicator 3. 인구 10만 명당 거주서비스 정원	43
Indicator 4. 인구 10만 명당 사회복귀(이용)시설 정원	44
Indicator 5. 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수	46
Indicator 6. 인구 10만 명당 정신보건전문인력	48
제2장. 정신보건문제에 따른 지표	51
제1절 정신장애	52
제2절 정신질환	53
제3절 자살	60
제4절 음주	66
제5절 정신질환에 대한 사회적 인식	70
Indicator	
Indicator 7. 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률	74
Indicator 8. 주요 진단별 정신질환 치료율	76
Indicator 9. 서울시립정신병원의 재원적절성	77
Indicator 10. 서울시립정신요양시설의 재원적절성	78
Indicator 11. 서울시민 자살생각률	79
Indicator 12. 변인별 자살사망률	80



Indicator 13. 지역사회 등록정신질환자 자살률	82
Indicator 14. 서울시민 고위험 음주율	84
Indicator 15. 정신질환자에 대한 지역사회 수용도	85
Indicator 16. 초발정신질환자 미치료기간(DUP)	86

### 제3장. 정신보건사업에 따른 지표 87

제1절 지역사회재활서비스	88
제2절 직업재활	94
제3절 이주민 정신건강	100
제4절 정신질환자 권익옹호	105
제5절 정신보건심판위원회	108
제6절 우울증 예방과 정신건강증진	111

#### Indicator

Indicator 17. 중증정신질환자 지역사회 등록관리율	116
Indicator 18. 개별서비스 계획수립률	117
Indicator 19. 삶의 질 향상률	118
Indicator 20. 북한이탈주민/ 재외국민 상담서비스 제공률	119
Indicator 21. 지역사회 생활유지율	120
Indicator 22. 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	121
Indicator 23. 전문요원 1인당 사례관리 부담률	122
Indicator 24. 정신장애인 등록률	124
Indicator 25. 정신장애인 취업률	125
Indicator 26. 취업정신장애인 1인당 월 평균 소득	126
Indicator 27. 소비자 참여도	128
Indicator 28. 심판위원회 계속입원 심사의뢰율	130
Indicator 29. 심판위원회 퇴원명령률	131
Indicator 30. 우울증에 대한 긍정적 인지도	132
Indicator 31. 서울시민의 정신보건서비스 인지도	133

## 제 III 부. 부록

자치구별 관련 통계데이터	136
자료원	146
참고문헌	148

# 표 목 차

표1	서울정신건강 2020 제2차 4개년 사업 미션 및 목표	20
표2	OECD국가의 보건예산 대비 정신보건예산 비율	26
표3	보건복지예산 대비 보건의료예산 점유비	27
표4	2009 정신보건사업 세출예산	28
표5	건강보험 진료비 중 정신과 진료비 비율	28
표6	의료급여 진료비 중 정신과 의료급여 비율	29
표7	서울시 정신보건 지출현황	29
표8	정신의료기관별 병상수 변화 추이	31
표9	WHO 국가 외 다른 국가의 정신병상수	32
표10	우리나라 병원특성에 따른 연도별 정신병상수	32
표11	서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상수	33
표12	지역사회 재활기관의 증가추이	34
표13	연도별 서울시 정신보건재활기관 증가추이	35
표14	OECD 국가들의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황	36
표15	연도별 우리나라 정신보건인력 현황	37
표16	연도별 서울시 정신보건전문인력 현황	38
표17	정신장애 일년유병률 비교(성과 연령 보정)	52
표18	초발 정신분열병 연구에서 나타난 치료의 지연 기간	53
표19	국가별 조기정신증 사업	54
표20	유럽의 평균입원일수	55
표21	우리나라와 유럽의 비자의 입원을 현황	57
표22	연도별 입원유형별 현황	58
표23	연도별 · 성별 · 연령별 자살생각률	60
표24	OECD 국가의 연령별 표준화 자살사망률(인구 100,000명당)	61
표25	성별 · 연령별 자살사망자 수	62
표26	연령별 사망순위	63
표27	시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율	64
표28	서울시 연령별 자살사망자수 변화	66
표29	연도별 청소년 음주관련지표	67

표30	우리나라의 음주기인 사망률	68
표31	알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수	68
표32	음주문제 상담경험률	69
표33	시도별 19세 이상 연간음주율, 연간음주자의 고위험 음주율	69
표34	정신문제 상담경험률	71
표35	정신건강문제 유형별 상담 정신과 전문기관 상담비율	72
표36	정신건강관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류(중복응답)	72
표37	지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용현황	88
표38	중증정신질환자 대비 등록관리율	89
표39	등록자의 연령별 분포	90
표40	등록자의 진단별 분포	91
표41	연도별 장애인등록자 현황	94
표42	성별 취업 인구 및 취업률	95
표43	장애유형별 취업률	97
표44	취업장애인의 직장유형	98
표45	취업장애인의 취업기간, 주당 근무일수, 1일 평균 근무시간, 월 평균 수입	100
표46	연령별 입국현황(2009년 12월 입국자 기준)	101
표47	지역별 입국현황(2009년 12월 입국자 기준)	102
표48	북한이탈자와 남한 측의 CES-D와 로샤검사에서의 주된 우울감 관련 지표의 차이 검증	102
표49	인구대비 외국인주민 비율 현황	104
표50	정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	105
표51	모든 회원 대상 서비스 만족도 평균	108
표52	정신보건심판위원회 퇴원심사 청구 및 퇴원명령(환자) 현황	109
표53	한 기관에서 퇴원 후 보호자에 의해 바로 타 시설로 강제 입원한 경험 유무	110
표54	서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황	110
표55	지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률	111
표56	센터별 1FTE당 사례관리 부담	123
표57	2008년 장애인 실태조사 데이터(서울시 장애인)	127

# 그림목차

그림1	보건복지예산 대비 보건의료예산 점유비	27
그림2	연도별 정신보건지출	30
그림3	연도별 의료급여 지출액	30
그림4	병원특성별 정신병상수 변화추이	33
그림5	서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상수	33
그림6	연도별 서울시 정신보건재활기관 증가추이	35
그림7	소득수준별 정신보건인력 현황	36
그림8	연도별 우리나라 정신보건인력 현황	37
그림9	인구1인당 정신보건예산	40
그림10	자치구별 인구1인당 정신보건예산	41
그림11	서울시 의료급여지출 예산	42
그림12	인구 10만 명당 거주서비스 정원	43
그림13	인구 10만 명당 사회복지(이용)시설 정원 변화추이	44
그림14	자치구별 인구 10만 명당 사회복지(이용)시설 정원	45
그림15	인구 10만 명당 정신병상수 변화추이	46
그림16	자치구별 인구 10만 명당 정신병상수	47
그림17	전문요원인력 변화추이	48
그림18	정신보건인력과 지역사회정신보건인력 비율	48
그림19	자치구별 인구 10만 명당 정신보건인력 현황	49
그림20	주요진단별 정신질환 치료율	53
그림21	정신의료기관별 평균재원기간 변화추이	56
그림22	시도별 정신의료기관 재원기간(중앙값) 분포	56
그림23	서울지역 정신의료기관 재원기간 현황	57
그림24	서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황	59
그림25	OECD 국가의 퇴원 후 30일 이내 재입원율	59
그림26	세계 자살률 MAP(인구 100,000명당)	61
그림27	연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이	62
그림28	연도별 자살원인	63
그림29	연도별 자살방법	64
그림30	2009년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률	65
그림31	연도별 서울시 사망자수 / 자살사망자수 변화추이	65
그림32	OECD 국가의 알코올 소비량	67
그림33	연간음주율	70
그림34	고위험음주율	70
그림35	정신질환은 누구나 걸릴 수 있다	71

그림36	정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다	71
그림37	정신의료서비스 이용률	72
그림38	서울시민의 전국정신의료기관 이용현황(실인원)	74
그림39	연령별 정신의료기관 이용현황	75
그림40	진단별 정신의료기관 이용현황	75
그림41	진단별 정신질환 유병률과 치료율	76
그림42	서울시립정신병원의 임상증상평가	77
그림43	서울시립정신요양시설 임상증상 및 기능장애평가	78
그림44	서울시민의 자살생각 경험 유무	79
그림45	서울시 성별·연령별 자살사망(2009)	80
그림46	전년대비 성별·연령별 증감률	80
그림47	혼인형태별 자살사망 현황	81
그림48	교육수준별 자살사망 현황	81
그림49	직업별 자살사망 현황	81
그림50	지역사회 등록정신질환자의 연령별 자살사망자수	82
그림51	성별 자살사망자수	82
그림52	등록정신질환자 자살방법	83
그림53	연도별 지역정신보건센터 등록정신질환자 자살사망자수	83
그림54	서울시민의 고위험 음주율	84
그림55	지역사회 거주&치료 필요성 / 정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도	85
그림56	나라별 미치료기간(DUP)	86
그림57	지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용현황	88
그림58	지역사회재활서비스 유형에 따른 이용여부	89
그림59	중증정신질환자 대비 등록관리율	90
그림60	인구 1만 명당 등록자수 비교	91
그림61	시도별 대상군별 등록 현황	92
그림62	기관별 대상자 등록현황	92
그림63	자치구별 등록관리 대상자율	93
그림64	장애인 등록 변화추이	94
그림65	장애인 및 전체인구의 경제활동참가율	95
그림66	OECD 국가의 장애인 고용률(2005)	96
그림67	장애유형별 취업률	97
그림68	OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비	99
그림69	취업장애인의 임금수준	99
그림70	북한이탈주민 입국자수	101

# 그림목차

그림71	북한이탈주민의 연령별 지역별 현황	101
그림72	연도별 외국인주민 현황	103
그림73	시도별 외국인주민 비율	103
그림74	정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	105
그림75	소비자 참여도	107
그림76	지역사회재활서비스 유형에 따른 만족도	108
그림77	연도별 우울증 진료현황	112
그림78	연도별 우울증 경험률 변화추이	112
그림79	연령별 · 성별 우울증 진료현황	113
그림80	시도별 우울증상 경험률	113
그림81	자치구별 등록률	116
그림82	자치구별 ISP수립률	117
그림83	자치구별 삶의 질 향상	118
그림84	북한이탈주민 상담서비스 제공률	119
그림85	자치구별 지역사회 생활 유지율	120
그림86	자치구별 장기재원경험률	121
그림87	자치구별 정신장애 등록률	124
그림88	인구대비 취업자 비율	125
그림89	장애유형별 취업기간, 평균 수입, 평균 근무일수, 평균 근무시간	126
그림90	레벨별 소비자 참여도	129
그림91	영역별 소비자 참여도	129
그림92	심판위원회 심사의뢰율	130
그림93	퇴원명령률	131
그림94	우울증에 대한 긍정적인 인식도	132
그림95	정신보건서비스 인지율	133

# 부록 목차

Figure1	자치구별 정신보건자원 . . . . .	136
	(예산, 병상수, 사회복지시설 정원)	
Figure2	서울시 정신병상수 . . . . .	137
Figure3	서울시 사회복지(이용)시설 정원 . . . . .	137
Figure4	자치구별 정신보건자원(정신보건전문인력) . . . . .	138
Figure5	서울시 정신보건전문요원 . . . . .	139
Figure6	서울시 지역사회 정신보건 전문요원 현황 . . . . .	139
Figure7	자치구별 정신질환자 등록현황(대상군별, 기관별) . . . . .	140
Figure8	대상군별 지역사회 등록현황 . . . . .	141
Figure9	지역사회기관별 등록현황 . . . . .	141
Figure10	자치구별 정신보건문제 . . . . .	142
	(ISP수립, 삶의질, 지역사회유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기재원)	
Figure11	자치구별 등록회원의 삶의 질 향상 . . . . .	143
Figure12	자치구별 등록회원수 및 장기재원환자 수 . . . . .	143
Figure13	자치구별 정신보건문제 . . . . .	144
	(추계정신질환 대비 정신질환등록율)	
Figure14	자치구별 정신장애등록 현황 . . . . .	145
Figure15	자치구별 자살사망 현황 . . . . .	145





## 제 I 부 서울시 정신보건정책 및 지표

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR



# 총 편

제 1 절 | 서울시 정신보건정책 방향 및 목표

제 2 절 | 정신보건지표 분류

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR

## 제 1 절 서울시 정신보건정책 방향 및 목표

정신보건정책은 일반 주민의 정신건강 증진과 정신질환으로 인한 부담을 줄이기 위한 가치와 원칙, 목표, 활동에 대한 조직화된 정책이라 할 수 있다.<sup>1)</sup> 그러나 정신보건정책을 보유하고 있는 국가는 전 세계의 62.1%에 불과하며, 이들 중 62.3%는 1990년 이후 정책을 수립하였다.<sup>2)</sup>

우리나라는 정신보건법 제 4조의3조(2008.8.21 개정)에 근거하여 매 5년마다 국가단위의 정신보건계획을 수립하고 있다. 1997년 정신보건발전 5개년 계획을 비롯하여 2002년 보건복지부에서 건강증진 관련 정책의 중장기 계획인 Health plan 2010과 Health plan 2020을 수립하였고 지방자치단체는 본 계획을 바탕으로 정신보건계획을 수립하고 있다.

서울시는 1995년 「정신질환자 관리 강화 계획」과 1998년 「서울시 정신보건발전 5개년 계획」을 발표하며 정신질환자의 지역사회 관리체계 구축, 정신사회적 재활프로그램 발전의 토대 제공, 정신질환자의 사회복귀 촉진을 위한 지역별 인프라 확대의 필요성 제기 등 선도적인 역할을 수행해 왔으나 장기입원이 지속되고 탈원화가 추진되지 못한 점, 체계적인 관리 평가 및 추진을 위한 조직체계를 갖추지 못한 점, 예산확보의 어려움 등으로 급변하는 정신보건환경에 효과적으로 대응하지 못했다는 부정적인 평가도 뒤따르고 있었다.

이에 2004년 서울시 정신보건사업의 발전을 위한 장기적 전략으로 「서울정신건강 2020」을 발표하며, 서울시민의 정신건강증진, 정신질환자의 삶의 질 향상, 사회안전망 구축을 목표로 다양한 전략을 수립하기에 이르렀다.

1차 4개년(2005년~2008년) 동안, 서울시 정신보건사업에서는 정신보건의 가장 중요한 화두인 탈원화를 위해 다양한 형태의 지역사회 정신보건서비스, 특히 주거서비스 체계를 구축하였으며, 국내 최초로 24시간 위기관리체계를 도입하였다. 또한 정신건강에 대한 브랜드 마케팅을 통해 일반 시민들에게 보다 친숙하게 다가가는 정신보건사업이 될 수 있는 기틀을 마련하고자 하였다.

이는 공공주도형 계획 정책과 공공자원의 투입으로 이루어진 성과로 인정받고 있다. 제1차 4개년 계획이 지역사회정신보건사업을 발전시키는데 필요한 시설 인프라의 규모를 추계하고 이에 대한 중장기 목표를 설정하는데 초점이 맞추어져 있다면, 2009년에 수립한 제2차 4개년(2009년~2012년) 계획은 생애주기별 이슈를 포함한 다양한 정신보건주제에 대하여 1-2-3차 예방적인 접근을 포괄하고 있다.

2차 4개년은 두 종류의 범주로 구성되어 있다.

첫 번째는 서울시 차원에서의 직접적인 동력을 가지고 가동시킬수 있는 부분, 즉 광역형 사업 체계와 지역형 사업체계를 통해 실행에 옮길 수 있는 범주이다.

1) 황태연, 서용진(2008) 정신보건정책, 계획, 프로그램. WHO 정신보건국

2) WHO(2005) mental health Atlas



두 번째는 정신보건 이외의 영역과의 우선순위 경쟁이 필요한 부분, 추가적인 연구과정이 필요한 부분, 그리고 책임의 공유(shared responsibility)가 필요한 부분을 정책안의 수준으로 제시하고자 하였다.

2차 4개년 계획의 비전은 「정신질환에 대한 예방-증진-관리 체계 강화를 통해 '다양한 사람들의 다양한 행복'을 추구한다. "A Touch for Mind Happiness"」이며 5가지 미션을 제시하고 있다.

첫 번째 미션은 생애주기 별 사전 예방적 접근을 통한 서울시민의 정신건강 증진(Promotion, Prevention & Early detection)이다. 아동청소년 정신건강 예방 및 조기발견 활동, 성인기 주요 정신건강에 대한 지식 향상, 스트레스 관리 및 절주 환경 조성, 노년기 공공서비스망 개발을 통해 이용률 향상, 전략적 브랜드 마케팅을 통한 정신건강에 대한 사회문화적 가치체계 향상을 목표로 한다.

두 번째 미션은 포괄적 서비스체계 구축으로 질병부담 감소 및 삶의 질 향상(Intervention, Treatment & Rehabilitation)이다. 아동청소년의 심리적·사회적 손상 최소화, 초기정신질환자 관리 및 치료적절성 제고를 통해 만성화 예방, 만성정신질환자의 탈원화와 사회통합 촉진, 알코올 중독자 지속관리를 향상, 선진적 정신보건체계 확립과 인적 물적 인프라 강화를 목표로 한다.

세 번째 미션은 자살위험 없는 안전한 서울구현(Suicide Prevention Project of Seoul ; SPPS)으로 자살예방 서비스 접근성 향상, 응급관리체계 강화 및 서비스 효율성 극대화를 통해 자살 위기관리 적절성 향상, 자살시도자 및 유가족에 대한 사후관리를 통해 자살 재시도율 감소, 사회 환경 개선을 통한 자살에 대한 접근성 감소가 목표이다.

네 번째 미션은 소비자 참여 활성화를 통한 정신보건서비스 체계의 선진화(Consumer Participation & Human Rights)로 소비자 참여수준 향상, 정신장애인 권익옹호 체계 강화 및 사회수용도 개선을 목표로 한다.

마지막 미션은 안정적 정신보건서비스 체계 운영을 위한 행정-연구-평가를 강화(Governance, Policy & Evaluation) 하는 것이다. 근거 중심의 정신보건서비스 체계 확립을 위한 적정 평가 감시체계 강화가 포함된다.

표1\_ 서울정신건강 2020 제2차 4개년 사업 미션 및 목표

영역	목표	
	baseline	2012
<b>A. 생애주기별 사전 예방적 접근을 통한 서울시민의 정신건강증진</b>		
- 고위험군 아동청소년 조기 발견율	2.5%	10%
- 정신건강(우울증)인식도	52.3%	67.3%
- 서울시민의 우울증 자가검진율	8,000명	20,000명
- 서울시민 고위험 음주율	43.7%	38.7%
- 노인 우울증 서비스 이용률	9%	20%
- 서울시민 우울증 치료율	45.7%	52.7%
<b>B. 정신질환에 대한 포괄적 서비스 체계 구축을 통한 질병부담감소 및 삶의질 향상</b>		
- 아동청소년 등록관리율	0.72%	5%
- 아동청소년 정신질환 대상자 기능향상률	지표생성	09년 대비 15% 향상
- 정신질환 미치료기간	84주	75주(10% 단축)
- 초발정신질환자 등록관리율	지표생성	09년 대비 20% 향상
- 평균 재원기간	24개월	18개월
- 중증정신질환자 등록관리율	13.4%	20%
- 지역사회 생활유지율	87.5%	92.5%
- 알코올중독 등록관리율	0.4%	2%
- 재원적절성	58.6%	80%
- 사회복귀 이용시설 욕구 충족도	12%	20%
- 정신보건센터 사례관리 인력 적정성	21%	35%
<b>C. 자살위험 없는 안전한 서울 구현</b>		
- 시민의 자살예방에 대한 인지도	51%	65%
- 고위험군 자살예방 서비스 이용률	31.2%	37.4%
- 정신보건전문요원 자살예방 교육 이수율	16%	80%
- 자살시도자 사후관리 서비스 협약률	16.6%	50%
- 서울시민 자살사망률	19.6명/10만	17.6명/10만
<b>D. 소비자 참여 활성화와 정신장애인 권익강화를 통한 정신보건서비스</b>		
- 소비자참여도	지표생성	-
- 정신질환에 대한 인식도	20.2%	26%
<b>E. 안정적 정신보건서비스 체계 운영을 위한 행정-연구-평가 조직체계 강화</b>		
- 서울시 정신보건팀 설치	미설치	설치
- 자치구 정신보건 전담요원 배치율	1개소(4%)	15개소(60%)
- 서울시 정신보건원 설치	민간위탁형 서울시정신보건센터	독립법인형 정신보건원



## 제2절 정신보건지표 분류

• 정신보건서비스를 7개의 영역으로 구분하고 15개의 세부영역의 특성에 따라 지표를 정의함

영역	세부영역	지표	2차년도
효과성	소비자 결과	삶의질 향상률	◆
		등록정신질환자 자살률	
		퇴원3개월 이내 재입원률	◆
		서울시민의 고위험 음주율	
	지역사회유지	지역사회 생활유지율	
		지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	◆
효율성	예산	인구1인당 정신보건예산	
		의료급여정신질환자에 대한 연간지출	
		인구10만 명당 사회복귀시설 정원	
	지역사회관리	인구10만 명당 거주서비스 정원	
		정신장애인 취업률	◆
		취업정신장애인 1인당 월평균 소득	◆
적절성	재원적절성	서울시립정신병원의 재원적절성	
		서울시립정신요양시설의 재원적절성	
	서비스 강도	인구10만 명당 정신보건전문인력(FTE)	
		전문요원 1인당 사례관리 부담률	◆
		개별서비스계획 수립률	
		인구10만 명당 이용가능한 정신병상 수	
접근성	입원서비스	서울시민의 서울시소재 정신의료기관 이용률	
		주요 진단별 정신질환 치료율	
	의료서비스	초발정신질환자 미치료기간(DUP)	
		중증정신질환자 지역사회 등록관리율	
	지역서비스	정신장애인 등록률	
		정신장애인 등록률	
연속성	심판위원회	심판위원회 계속입원 심사의뢰율	
		심판위원회 퇴원명령률	
반응성	취약계층	북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공률	◆
	인식	우울증에 대한 긍정적 인식도	
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	
		서울시민 정신보건서비스 인지도	
		소비자 참여도	◆
		소비자 참여도	
안정성	자살	서울시민 자살생각률	
		변인별 자살사망률	

◆ : 2차년도 지표개발 예정





## 제 II 부 정신보건지표

- 제 1 장 | 정신보건자원에 따른 지표
- 제 2 장 | 정신보건문제에 따른 지표
- 제 3 장 | 정신보건사업에 따른 지표

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR



## 제1장 정신보건자원에 따른 지표

제 1 절 | 정신보건예산

제 2 절 | 정신보건기관

제 3 절 | 정신보건인력

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR

# 제 1 절 정신보건예산

## 1. 주요 외국의 정신보건재정

- WHO가 권고하고 있는 보건예산 대비 정신보건예산의 비율은 5%~15% 이며 GDP 중상 위권 국가의 평균 정신보건예산 비율은 3.49%(WHO, Investing in Mental Health, 2003)로 나타남.
- 정신보건예산의 비율은 OECD 18개 국가 중 한국은 15위(3%)로 2001년과 동일한 수준
- WHO에서 조사한 보건예산 대비 정신보건예산의 비율 변화를 보면, 2001년 WHO 권고 수준 이하인 국가는 6개국이며 이 중 50%는 상승하였으나 나머지 50%는 변화가 없는 것으로 나타남(일본의 경우 5배 이상 급증).

표2\_ OECD국가의 보건예산 대비 정신보건예산 비율

(단위 : %)

국가명	WHO(2001)	WHO(2005)	국가명	WHO(2001)	WHO(2005)
호주	11	9.6	한국	3	3
오스트리아	6.5	-	룩셈부르크	13.4	13.4
벨기에	6	6	멕시코	0.2	1
캐나다	11	-	네덜란드	7	7
체코	3	3	뉴질랜드	11	11
덴마크	-	-	노르웨이	0.1	0.1
핀란드	-	-	폴란드	-	-
프랑스	5	8	포르투갈	-	2.3
독일	-	-	슬로바키아	2	5
그리스	-	-	스페인	-	-
헝가리	8	8	스웨덴	11	11
아이슬란드	-	-	스위스	-	-
아일랜드	7.73	6.8	터키	-	-
이탈리아	-	-	영국	10	10
일본	0.49	5	미국	6	6

출처: WHO(2001, 2005) Mental Health Atlas

## 2. 중앙정부 정신보건재정

- 보건복지예산과 보건의료예산 모두 1987년 대비 2,162%, 182% 증가하였으나 보건복지 예산 중 보건의료예산의 비중은 오히려 감소하고 있는 실정임.
- 국가인권위원회 조사에 따르면 전체 보건예산 중 정신보건예산이 차지하는 비중은 0.59%에 불과하며, 정신질환 관련 건강보험과 의료급여 지출을 포함해도 3% 수준에 머무르고 서구 선진국에 크게 미달하고 있음.<sup>3)</sup>

3) 국가인권위원회(2009). 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축, p28



## 제 1장 정신보건자원에 따른 지표

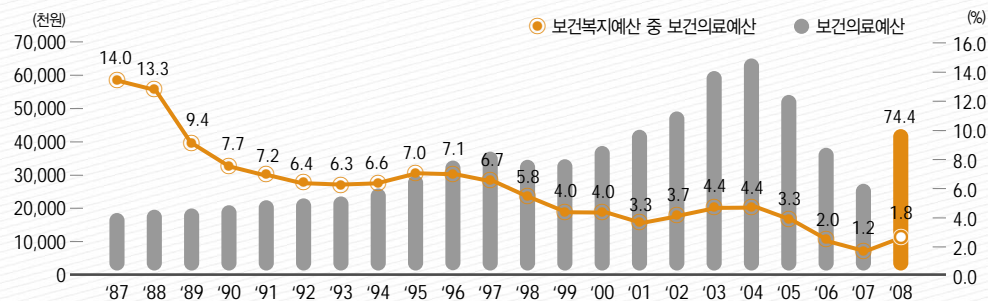
표3\_ 보건복지예산 대비 보건의료예산 점유비

(단위 : 천원, %)

구분	보건복지예산 (사회연금, 군인연금 일반회계 부담금 포함)		보건의료예산(일반회계)		보건복지예산 중 보건의료예산비중
	금액(A)	전년대비 증가율	금액(A)	전년대비 증가율	
1987	1,078,311,645	-	151,471,019	-	14.0
1988	1,178,552,645	9.3	156,951,054	3.6	13.3
1989	1,783,737,224	51.3	167,777,767	6.9	9.4
1990	2,256,056,198	26.5	174,295,703	3.9	7.7
1991	2,682,564,330	18.9	192,963,142	10.7	7.2
1992	3,038,325,270	13.3	194,148,024	0.6	6.4
1993	3,223,882,159	6.1	203,335,873	4.7	6.3
1994	3,510,055,891	8.9	230,208,916	13.2	6.6
1995	3,937,508,748	12.2	276,636,350	20.2	7.0
1996	4,493,735,115	14.1	319,773,647	15.6	7.1
1997	5,162,214,375	14.9	348,324,937	8.9	6.7
1998	5,524,808,075	7.0	319,161,461	-8.4	5.8
1999	7,885,474,318	42.7	319,235,376	0.0	4.0
2000	9,239,773,199	17.2	365,787,996	14.6	4.0
2001	12,524,193,612	35.5	417,962,267	14.3	3.3
2002	12,878,575,403	2.8	475,998,832	13.9	3.7
2003	13,757,580,405	6.8	604,741,082	27.0	4.4
2004	14,721,203,238	7.0	647,746,538	7.1	4.4
2005	16,053,445,735	9.0	528,304,204	-18.4	3.3
2006	18,027,612,039	12.3	359,392,301	-32.0	2.0
2007	20,700,436,050	14.8	245,148,108	-31.8	1.2
2008	24,387,472,945	17.8	427,429,826	74.4	1.8

출처: 한국보건사회연구원(2008) 보건복지예산 현황과 전망

그림1\_ 보건복지예산 대비 보건의료예산 점유비



- 중앙정부 정신보건예산은 '정신보건예산'과 '국민건강증진기금'으로 구성되며, 정신보건 사업예산은 정신시설기능보강과 5개 국립병원 세출예산에, 국민정신건강기금은 정신보건 예방, 정신보건시설확충 등에 사용되어지고 있음.<sup>4)</sup>

4) 국가인권위원회(2009), 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서 p176

- 2009년 국비로 책정된 보건예산은 5조 114억원으로 이 중 정신보건사업 예산으로 책정된 금액은 0.6%에 해당하는 750억원임. 여기서 5대 국립병원과 정신요양시설에 지원되는 금액은 총 732억원으로 정신보건 예산의 97%에 해당하는 반면, 사회복귀시설에 관련된 예산은 15억원에 불과함. 즉, 우리나라의 경우, 사회복귀시설 보다는 정신의료 기관 등에 월등히 많은 예산을 지원하고 있음을 알 수 있음.
- 국민건강증진기금의 경우 2009년 기준으로 '정신질환관리'라는 항목으로 총 150억원 정도가 '정신보건예방'과 '정신보건시설확충'을 위해 배정되었으며, 2008년 대비 5억 8,000만원 정도가 증가함.

표4\_ 2009 정신보건사업 세출예산

(단위 : 백만원)

사업별	2008	2009	주요내역
보건	4,216,766	5,114,665	
정신보건	76,189	75,168	
정신질환관리	7,227	6,794	*정신보건시설기능보강 - 정신요양시설기능보강(4,950백만원) - 사회복귀시설기능보강(1,572백만원) - 지원기준: 지자체보조(50%) *정신질환사업관리 *마약류중독자치료보호
국립서울병원	24,981	23,133	인건비, 기본경비 등
국립나주병원	13,132	13,667	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립부곡병원	12,467	12,681	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립춘천병원	8,774	8,923	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립공주병원	9,608	9,970	인건비, 기본경비, 정보화사업 등

출처: 국가인권위원회(2009) 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서

- 2003년 전체 건강보험 진료비 중 정신과 입원진료비는 4.65%, 외래는 1.76%였으나, 2006년 입원진료비는 5.22%, 외래는 1.87%로 각각 0.57%p, 0.11%p 소폭 상승하였음. 2003년부터 2006년까지 전체 건강보험 진료비 중 정신과 진료비의 비율은 평균 2.6%로 나타남.<sup>5)</sup>

표5\_ 건강보험 진료비 중 정신과 진료비 비율

(단위 : 백만원, %)

연도	전체 건강보험진료비			정신과 진료비					
	총진료비			계		입원		외래	
	계	입원	외래	총진료비	구성비	총진료비	구성비	총진료비	구성비
2003	20,533,559	5,452,826	15,080,733	519,159	2.53	253,761	4.65	265,398	1.76
2004	22,355,887	5,930,843	16,425,044	563,099	2.52	275,712	4.65	287,386	1.75
2005	24,796,776	6,529,906	18,266,870	638,446	2.57	306,799	4.70	331,647	1.82
2006	28,557,969	7,967,873	20,590,096	800,505	2.80	415,913	5.22	384,592	1.87

출처: 국가정신건강정책 10년 p25

5) 보건복지부(2007) 국가정신건강정책 10년



제 1장 정신보건자원에 따른 지표

- 반면 전체 의료급여비 중 정신과 의료급여비는 2003년 입원 30.65%, 외래 3.43%, 2006년 24.09%, 3.39%로 각각 6.56%p, 1.04%p 감소한 것으로 나타남.

표6\_ 의료급여 진료비 중 정신과 의료급여 비율

(단위 : 백만원, %)

연도	전체 의료급여비용			정신과 의료급여비용					
	계	입원	외래	계		입원		외래	
				총진료비	구성비	총진료비	구성비	총진료비	구성비
2003	2,212,081	1,026,463	1,185,618	355,240	16.06	314,590	30.65	40,650	3.43
2004	2,616,105	1,239,100	1,377,005	423,613	16.19	375,365	30.29	48,248	3.50
2005	3,237,172	1,522,111	1,715,061	476,188	14.71	417,894	27.45	58,295	3.40
2006	3,938,854	1,817,421	2,121,433	509,699	12.94	437,845	24.09	71,854	3.39

출처: 국가정신건강정책 10년 p25

### 3. 서울시 정신보건재정 현황

- 사회복지시설과 정신요양시설의 재정이 지방정부로 이양된 2005년 이후 서울시는 정신 의료기관을 제외한 지역사회 정신보건예산 규모가 2004년 약 60억원에서 2005년 약 120억원으로 2배정도 증가함.
- 2009년도 서울시 보건예산대비 정신보건예산의 점유비는 7%로 나타나고 있으며 사회복지시설 42.4%, 정신보건센터 33.8%, 정신요양원 22.1%, 알코올상담센터 1.7%의 비율로 나타나고 있음.

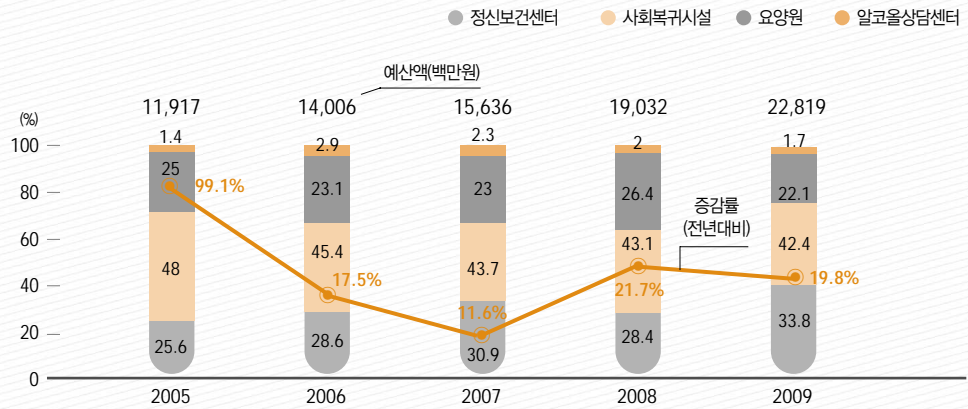
표7\_ 서울시 정신보건 지출현황

(단위 : 백만원)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009
① 서울시예산 (전년대비%)	15,855,253	16,866,793 △ 6.4%	15,985,406 ▽ 5.2%	19,070,067 △ 19.3%	20,974,402 △ 10%	24,153,806 △ 15.1%
② 보건예산 (전년대비%)	135,601	185,209 △ 36.6%	235,078 △ 27%	293,745 △ 25%	226,934 ▽ 22.7%	322,332 △ 42%
③ 정신보건 (전년대비%)	5,996	11,917 △ 99.1%	14,006 △ 17.5%	15,636 △ 11.6%	19,032 △ 21.7%	22,819 △ 19.8%
정신보건센터	-	3,050(25.6%)	4,000(28.6%)	4,835(30.9%)	5,413(28.4%)	7,719(33.8%)
알코올상담센터	-	165(1.4%)	406(2.9%)	361(2.3%)	381(2.0%)	398(1.7%)
사회복지시설	-	5,721(48.0%)	6,358(45.4%)	6,842(43.7%)	8,204(43.1%)	9,667(42.4%)
정신요양원	-	2,981(25.0%)	3,242(23.1%)	3,596(23.0%)	5,032(26.4%)	5,033(22.1%)
④ 점유비 (보건예산기준)	4.4%	6.4%	6%	5.3%	8.4%	7%

출처: 서울시 세입·세출 예산서

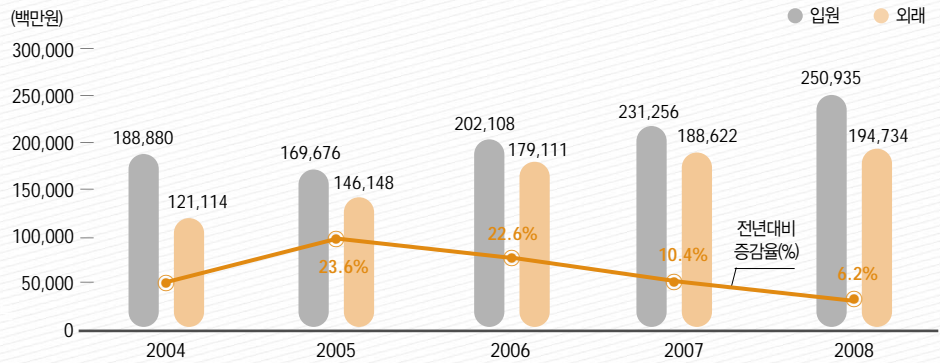
그림2\_ 연도별 정신보건지출



#### 4. 서울시 의료급여 지출 현황

- 2007년 서울시 의료급여예산은 전년대비 38.4% 증가하여 기존의 20%보다 많은 비율이 증액하였으나 의료급여 지출액은 점차적으로 감소추세를 보임.

그림3\_ 연도별 의료급여 지출액



출처: 의료급여 통계연보(2004~2008)

- 2008년 서울시 전체 의료비용(5,664,082,031천원) 중 의료급여 비율이 9.3%(526,471,204천원) 수준임.
- 서울시 정신질환 의료급여액(73,214,111천원)이 서울시 의료급여예산(643,918,000천원)의 11.4% 차지함.<sup>6)</sup>



## 제 2절 정신보건기관

### 1. 현황

- 전국데이터의 경우 2005년 대비 병상수가 점차적으로 증가추세에 있는 반면 서울시의 경우 2007년 이후 감소하는 경향을 보이고 있음.
- 2009년 사립정신병원이 전체 병상수의 43.7%로 가장 높은 비율을 보이고 있는 반면 서울시의 경우, 사립정신병원의 병상수는 전체 병상수의 19.3%에 불과하며 국·공립 정신병원이 30.5%로 가장 높은 비율을 차지하는 것으로 나타남.
- 2009년 정신보건기관은 총 1,705개로 전년대비 3% 증가하였고 이중 약 62%를 정신의료기관이 차지하고 있으며, 정신요양시설을 포함하면 비중은 더욱 늘어남. 반면, 지역 사회 재활기관은 전년대비 17개소 확충되었으며 특히 사회복귀시설의 1/3은 서울시에 있는 것으로 나타남.

표8\_ 정신의료기관별 병상수 변화 추이

(단위 : 개소, %)

구분		전국		정신의료기관 병상구성비	서울시		정신의료기관 병상구성비
		기관수	병상수		기관수	병상수	
2005년 합계		1,388	73,015	-	-	-	-
2006년 합계		1,432	79,131	-	374	7,205	-
2007년 합계		1,558	82,862	-	406	8,116	-
2008년 합계		1,656	83,937	-	412	7,923	-
2009년 합계		1,705	86,703	-	426	7,738	-
정신 의료 기관	소계	1,232	72,378	100	318	6,898	100
	국립	6	3,636	5.0	1	750	10.9
	공립	11	3,727	5.1	5	1,611	23.3
	사립	149	37,922	52.4	7	1,497	21.7
	종합병원정신과	156	5,373	7.4	40	899	13.0
	병원정신과	96	14,631	20.2	8	654	9.5
	정신과의원	814	7,089	9.8	257	1,487	21.6
정신요양시설		58	14,325	-	2	840	-
사회복귀시설		225	-	-	77	-	-
정신보건센터(표준형)		155	-	-	25	-	-
알코올상담센터		35	-	-	4	-	-

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

## 2. 정신의료기관

### 1) 우리나라 정신병상수 변화추이

- WHO에서는 인구 천 명당 0.4-0.5 병상수를 권고하고 있으며 우리나라의 경우 인구 천 명당 1.38병상으로 높게 나타나고 있음.

표9\_ WHO 국가 외 다른 국가의 정신병상수

(단위 : 명)

WHO Regions	Median per 10,000 population
아프리카 지역	0.34
아메리카 지역	2.60
동부지중해 지역	1.07
유럽지역	8.00
동남아시아 지역	0.33
서태평양 지역	1.06
세계 전체	1.69

출처: WHO(2005) Mental Health Atlas

- 2009년 정신의료기관의 총 병상수는 72,378병상으로 전년대비 2,750병상(3.8%)이 증가함. 전체 병상수의 절반 정도를 사립정신병원이 차지하고 있으며, 병원정신과, 정신과 의원 순으로 나타남.
- 공공성의 역할을 담당하고 있는 국공립 병원은 10%대로 하락한 반면, 사립정신병원과 같은 민간부분이 가파르게 상승하고 있는 것으로 나타남.

표10\_ 우리나라 병원특성에 따른 연도별 정신병상수

(단위 : 병상)

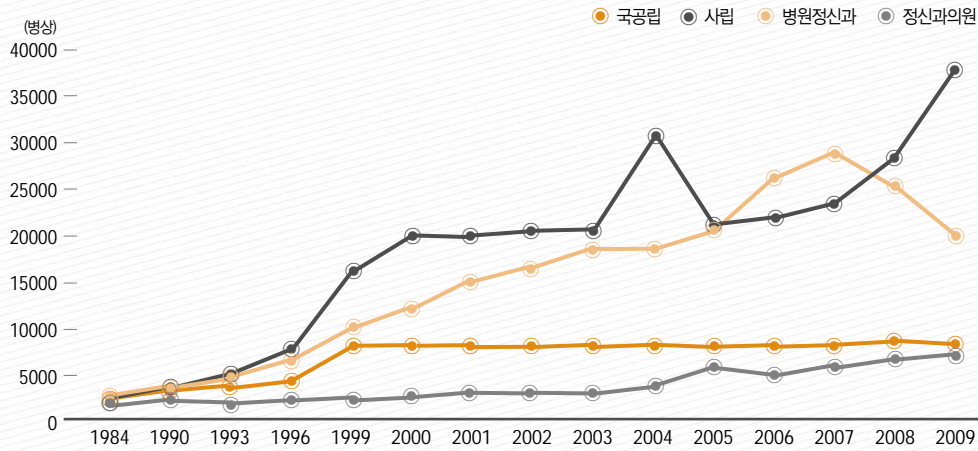
구분	연도														
	1984	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
국공립	1,930 (31%)	3,708 (26%)	4,284 (25%)	5,570 (23%)	7,611 (21%)	7,570 (17%)	7,551 (16%)	7,805 (16%)	7,829 (15%)	7,956 (12%)	7,781 (13%)	7,833 (12%)	7,940 (12%)	8,043 (11%)	7,363 (10%)
사립	1,022 (17%)	4,964 (35%)	5,763 (34%)	9,360 (39%)	16,908 (46%)	20,667 (47%)	20,640 (44%)	21,880 (44%)	21,866 (43%)	33,395 (52%)	22,463 (39%)	23,856 (38%)	24,618 (36%)	28,384 (41%)	37,922 (52%)
병원 정신과	2,064 (34%)	4,219 (30%)	5,488 (33%)	7,754 (32%)	10,391 (28%)	13,393 (31%)	15,020 (32%)	16,188 (32%)	18,170 (35%)	18,841 (29%)	21,736 (37%)	26,773 (42%)	29,335 (43%)	25,667 (37%)	20,004 (28%)
정신과 의원	1,091 (18%)	1,218 (9%)	1,384 (8%)	1,492 (6%)	1,927 (5%)	2,245 (5%)	3,621 (8%)	3,995 (8%)	3,696 (7%)	4,310 (7%)	6,170 (11%)	5,298 (8%)	6,360 (9%)	7,608 (11%)	7,089 (10%)

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서



제 1장 정신보건자원에 따른 지표

그림4\_ 병원특성별 정신병상수 변화추이



2) 서울시 정신의료기관 정신병상수

- 서울시의 정신병상수는 총 7,738병상(정신요양시설 포함)으로 전년대비 185병상이 감소하였으며, 전국 정신의료기관 정신병상수의 약 9%를 차지하고 있음.
- 사립정신병원의 경우 2007년 대비 114%가 증가한 반면, 다른 정신의료기관의 병상수는 점차 감소추세에 있는 것으로 나타남.

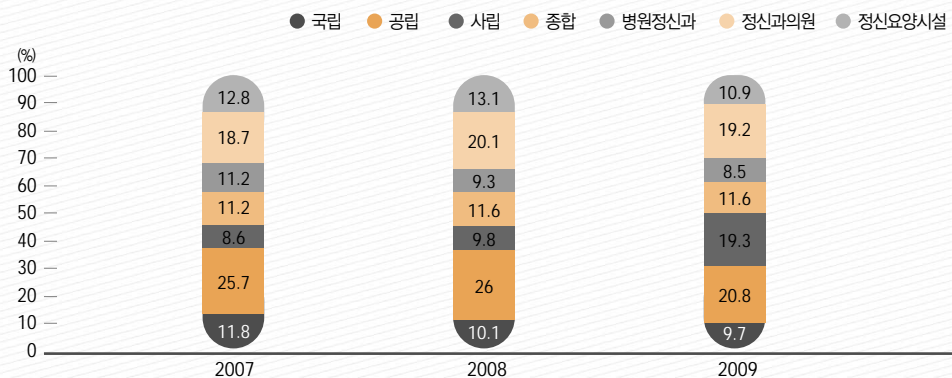
표11\_ 서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상수

(단위 : 병상)

연도	계	국립	공립	사립	종합	병원정신과	정신과의원	정신요양시설
2007	8,116	960	2,084	700	906	910	1,516	1,040
2008	7,923	796	2,060	780	916	738	1,593	1,040
2009	7,738	750	1,611	1,497	899	654	1,487	840

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림5\_ 서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상수



### 3. 지역사회 재활기관

#### 1) 전국현황

- 1995년 정신보건법 제정 이후 국가 정신보건정책의 우선순위를 중래의 정신질환자의 장기 입원 및 장기수용 위주에서 지역사회 관리로 전환하고자 하였음.<sup>7)</sup>
- 지역사회 재활기관은 1997년 개정 전후로 94배 증가하였으며, 특히 사회복귀시설은 10년 동안 약 112배 증가하여 가장 높은 증가폭을 보임. 그러나 서울 지역의 사회복귀시설 점유율이 전체의 65%를 차지하고 있어 서비스 접근성 측면에서의 문제는 여전히 내포하고 있음.
- 낮병원은 2000년 이후 데이터로만 해석하여 정확한 추정은 불가능하나 점차 감소하는 추세에 있는 것은 확인할 수 있음.

표12\_ 지역사회 재활기관의 증가추이

구분	정신보건센터		사회복귀시설		알코올상담센터		낮병원		계	
연도	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)
1998이전	3	-	2	-	-	-	-	-	5	-
1998	7	133	12	500	-	-	-	-	19	-
1999	17	143	21	75	-	-	-	-	38	-
2000	46	171	49	133	4	-	82	-	181	-
2001	46	0	66	34.7	9	125	84	2.4	205	13.3
2002	50	8.7	89	34.8	14	55.6	77	-8.3	230	12.2
2003	100	100	97	9	16	14.3	69	-10.4	282	22.6
2004	117	17	115	18.6	17	6.3	81	17.4	330	17
2005	126	9.7	138	20	20	17.6	77	-4.9	361	9.4
2006	137	8.7	151	9.4	26	30	77	0	391	8.3
2007	151	10.2	171	13.2	30	15.4	70	-9.1	422	7.9
2008	151	0	211	23.4	34	13.3	70	0	466	10.4
2009	155	2.6	225	6.6	35	2.9	55	-21.4	470	0.9

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

#### 2) 서울시 정신보건재활기관 현황

- 2005년 서울정신건강 2020 프로젝트 이후 지역사회 재활기관 설치가 가속화되어 현재 104개소가 있으며, 2005년 대비 141% 증가함.
- 정신보건센터는 25개구에 설치되어 설치율 100%로 지역중심의 포괄적 서비스를 제공할 수 있는 기반이 마련됨.
- 사회복귀시설은 거주시설과 이용시설의 비율이 1.8:1이며, 2005년 이후 약 2.2배 증가함.



제 1장 정신보건자원에 따른 지표

- 서울정신건강 2020 프로젝트에서 조사한 필요 시설수와 추정수요에 따르면 거주서비스에 대한 잠재적 수요자는 1,322명으로 129개소가 필요하다고 하였음. 2009년 현재 서울시 거주시설은 47개소로 총 523명이 서비스를 받고 있으며, 이는 추정수요의 약 1/3 수준으로 나타나고 있음.

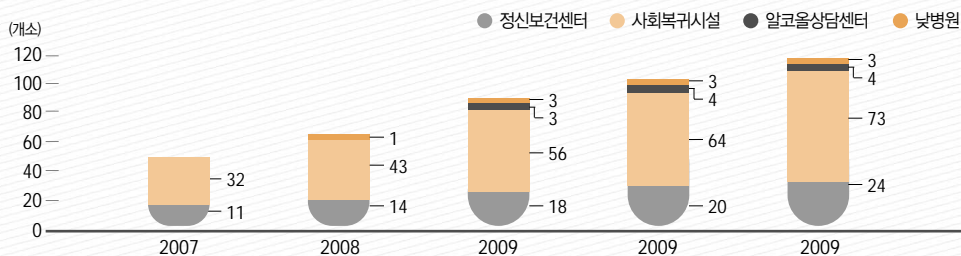
표13\_ 연도별 서울시 정신보건재활기관 증가추이

(단위 : 개소, %)

구분	정신보건센터		사회복귀시설		알코올상담센터		낮병원		계	
연도	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)
2005	11	-	32	-	-	-	-	-	43	-
2006	14	27.3	43	34.4	-	-	1	-	58	34.9
2007	18	28.6	56	30.2	3	-	3	200	80	37.9
2008	20	10	64	14.3	4	33.3	3	0	91	13.8
2009	24	20	73	12.3	4	0	3	0	104	14.3

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, 2010 서울시정신보건시설현황집

그림6\_ 연도별 서울시 정신보건재활기관 증가추이



## 제 3절 정신보건인력

### 1. 나라별 정신보건인력 현황

- 정신보건영역에서 전문화된 인적 자원의 확보가 중요한 이유는 정신장애인의 전인적인 치료와 재활, 사회통합을 이루기 위해서는 전문화된 양질의 서비스가 필요하기 때문임.
- Mental Health Atlas(WHO) 자료에서 23개 OECD 국가들의 인구 10만 명당 정신보건 인력을 비교했을 때 우리나라는 정신과 의사 3.5명(18위), 정신보건간호사 10.1명(18위), 정신보건임상심리사 0.8명(23위), 정신보건사회복지사 2.6명(19위)으로 나타남.

표14\_ OECD 국가들의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황

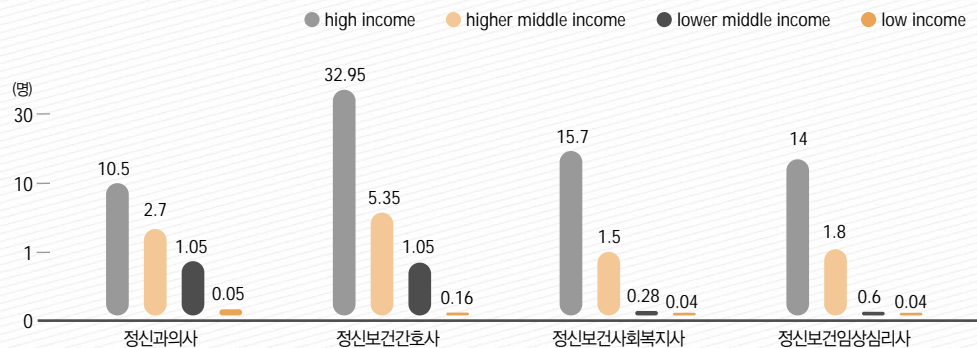
(단위 : 명)

국가명	정신과의사	정신보건간호사	정신보건임상심리사	정신보건사회복지사
호주	14	53	5	5
오스트리아	11.8	37.8	49	103.4
캐나다	12	44	35	-
덴마크	16	59	85	7
핀란드	22	180	79	150
프랑스	22	98	5	-
독일	11.8	52	51.5	477
그리스	15	3	14	56
아일랜드	6.82	136	12.71	47.7
이탈리아	9.8	32.9	3.2	6.4
일본	9.4	59	7	15.7
한국	3.5	10.1	0.8	2.6
멕시코	2.7	0.1	-	0.2
네덜란드	9	99	28	176
뉴질랜드	6.6	74	28	-
폴란드	6	18.4	3.4	0.6
포르투갈	4.7	10.1	2	1.6
스페인	3.6	4.2	1.9	-
스웨덴	20	32	76	-
스위스	23	46	40.8	106
터키	1	3	1	1
영국	1	104	9	8
미국	13.7	6.5	31.1	35.3

출처: WHO(2005) Mental Health Atlas

- 국가 소득과 정신보건전문인력의 관계는 소득이 높은 국가에서 10만 명당 정신보건전문인력이 많고, 소득이 낮은 국가일수록 적은 정비례 관계가 나타나고 있음. 우리나라의 경우 소득 상위권에는 속하고 있으나(World Bank, 2004) 그 수치는 다른 국가에 비하여 현저하게 부족한 상황임.

그림7\_ 소득수준별 정신보건인력 현황



출처: WHO(2005) Mental Health Atlas



## 2. 우리나라 정신보건인력 현황

- 2009년 정신보건전문인력(정신과전문의 포함)은 6,601명으로 전년대비 9.7%가 증가하였으며, 2000년부터 지난 10년동안 2배정도 수가 증가함.
- 정신보건 상임인력의 비중은 정신과전문의, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 전공의, 정신보건임상심리사 순으로 나타남. 전공의의 경우 2004년 이후 정신보건사회복지사와 순위가 바뀐 것을 볼 수 있음.
- 모든 직종에서 2000년 대비 인력이 증가하였고, 특히 정신보건사회복지사의 경우 4.6배 증가하여 증가폭이 가장 크게 나타남.

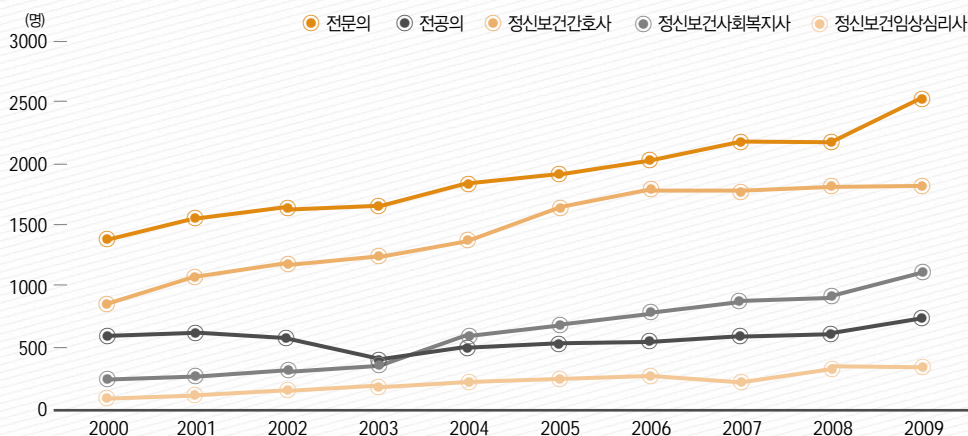
표15\_ 연도별 우리나라 정신보건인력 현황

(단위 : 명, %)

연도	계	전문의	전공의	정신보건전문요원		
				간호사	사회복지사	임상심리사
2000	3,184	1,424(45%)	553(17%)	783(25%)	272(8%)	152(5%)
2001	3,737	1,553(42%)	577(15%)	1,098(29%)	338(9%)	171(5%)
2002	3,990	1,642(41%)	523(13%)	1,229(31%)	403(10%)	193(5%)
2003	4,210	1,684(40%)	476(11%)	1,353(32%)	457(11%)	240(6%)
2004	4,642	1,838(40%)	513(11%)	1,482(32%)	565(12%)	244(5%)
2005	5,070	1,964(39%)	516(10%)	1,651(33%)	672(13%)	267(5%)
2006	5,491	2,089(38%)	549(10%)	1,782(33%)	778(14%)	293(5%)
2007	5,531	2,225(40%)	556(10%)	1,729(31%)	826(15%)	195(4%)
2008	6,015	2,276(38%)	596(10%)	1,797(30%)	992(16%)	354(6%)
2009	6,601	2,527(38%)	675(10%)	1,779(27%)	1,251(19%)	369(6%)

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림8\_ 연도별 우리나라 정신보건인력 현황



출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

### 3. 서울시 정신보건인력 현황

- 정신의료기관을 포함한 서울시의 정신보건 전문인력을 직종별로 살펴보면 전체 인력수는 전년대비 크게 변동은 없으나 간호사 수가 계속적으로 감소(전년 대비 25.7%)하는 반면 사회복지사의 수는 전년대비 28.2%의 증가율을 보이고 있음.

표16\_ 연도별 서울시 정신보건전문인력 현황

(단위 : 명)

연도	전문의	전공의	간호사	사회복지사	임상심리사	계
2006	566	223	437	201	76	1,503
2007	582	220	380	212	81	1,475
2008	557	229	354	245	96	1,481
2009	554	239	263	314	108	1,478

출처: 중앙정신보건사업지원단 사업보고서(2006-2008), 서울시정신보건사업지원단 자료(2009)



# Indicator

Indicator 1	인구 1인당 정신보건예산
Indicator 2	의료급여 정신질환자에 대한 연간지출
Indicator 3	인구 10만 명당 거주서비스 정원
Indicator 4	인구 10만 명당 사회복귀(이용)시설 정원
Indicator 5	인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수
Indicator 6	인구 10만 명당 정신보건전문인력

## Indicator 1

### 인구 1인당 정신보건예산

#### Level

■ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

■ Input □ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 ■ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

서울정신건강 2020에 입각하여 자원구축 및 서비스전달에 필요한 적절한 예산확보가 필요

#### 지표설명

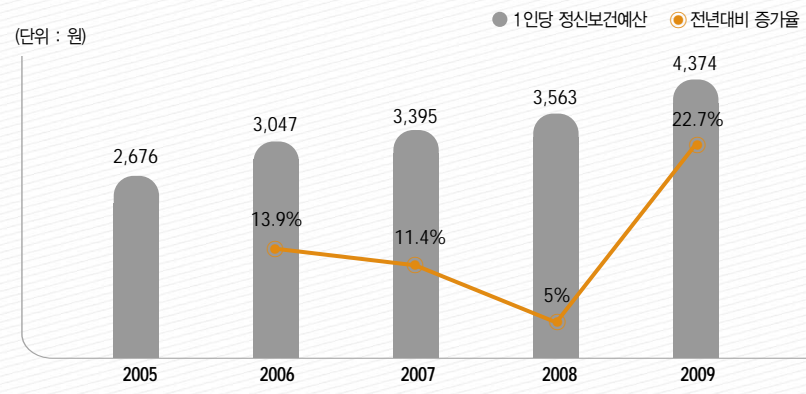
- 서울시 정신보건예산은 정신의료기관(서울특별시은평병원), 정신보건센터, 알코올상담센터, 사회복귀시설, 요양원을 포함하고 있음.
- 2009년 서울시 정신보건예산은 44,655백만원으로 보건예산 대비 13.9% 수준임.

- 분자 : 서울시 정신보건예산
- 분모 : 서울시 전체 인구

#### 서울시

- 서울시 정신보건예산은 2009년 1인당 4,374원으로 전년대비 22.7% 증가함.
  - 2008년 정신보건예산의 감소로 증가율이 5%에 그침
- 정신의료기관과 정신요양원을 제외한 지역사회정신보건기관은 보건예산 대비 4.3%
  - 2009년 1,742원으로 전년(1,372원)대비 27% 상승

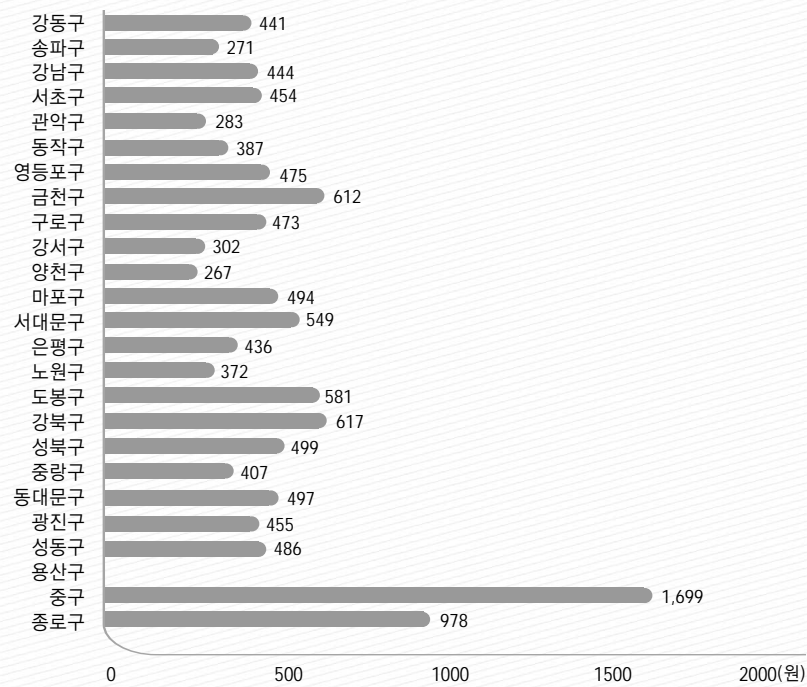
그림9\_ 인구 1인당 정신보건예산



## 자치구

- 사회복지시설을 제외(서울시 예산에 포함)한 각 자치구에서 지원되는 정신 보건센터의 예산을 살펴봄.
- 중구의 경우 인구1인당 정신보건예산이 1,699원으로 가장 높게 나타남.

그림10\_ 자치구별 인구1인당 정신보건예산



## 향후전망

사회적 분위기 및 정책 기조에 따라 유동적이고 일시적인 부분이 있어 장기적인 계획을 수립하는데 한계가 있으며 자살, 우울증과 같이 전문적이고 지속적인 치료가 요구되는 질환이 증가함에 따라 안정적 재정지원체계 마련이 필요함.

## 자료원

국민건강보험공단 의료급여연보, 서울시 세입 세출 예산서, 자치구별 정신보건예산



## Indicator 2

### 의료급여 정신질환자에 대한 연간지출

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

■ Input □ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 ■ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

공공정신보건서비스는 의료급여 대상자가 주 대상자인 만큼 서비스 구조 조정과 개선을 위하여 의료급여 재정 분석 및 지출 현황 파악이 중요

#### 지표설명

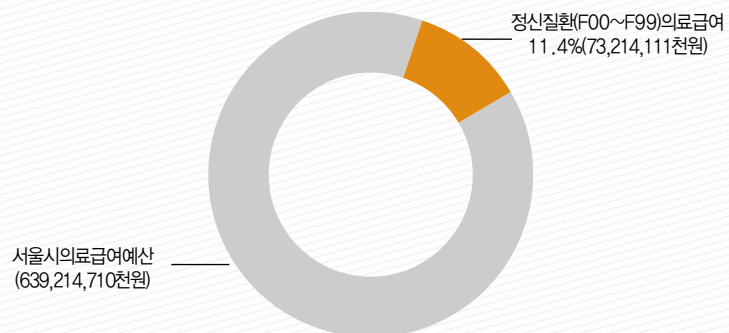
- 2009년 서울시에서 지출된 의료급여예산 중 정신질환(F코드)으로 지급된 의료급여액
- 우리나라 총 의료급여 지출예산 중 정신질환(F00~F99)으로 지출되는 비율은 평균 15% 수준(건강보험을 포함했을 시 6.4% 비율)

- 분자 : 2009년 정신질환(F00~F99)으로 지출된 의료급여비
- 분모 : 서울시 의료급여지출 예산

#### 지표해석

- 2009년도 서울시 의료급여지출 예산 중 정신질환(F00~F99)으로 지출된 예산은 73,214,111천원으로 서울시 의료급여예산(639,214,710천원)의 11.4%를 차지함.

그림11\_ 서울시 의료급여지출 예산



#### 향후전망

건강보험에 비교하여 의료급여 중 정신질환이 차지하는 비중이 높은 만큼 정신의료기관과 지역사회를 아우르는 포괄적 정신보건전달체계를 구축할 필요가 있음.

#### 자료원

국민건강보험공단, 지역별 의료급여연보

## Indicator 3

### 인구 10만 명당 거주서비스 정원

#### 필요성

경제적 부담 및 고령인구의 증가로 정신질환에 대한 높아진 가족의 부담을 경감시키기 위해 거주서비스에 대한 욕구가 높아지고 있음. 정신장애인의 지역사회 정착에 있어 가장 중요한 자원으로 적정수의 거주시설 공급이 필요

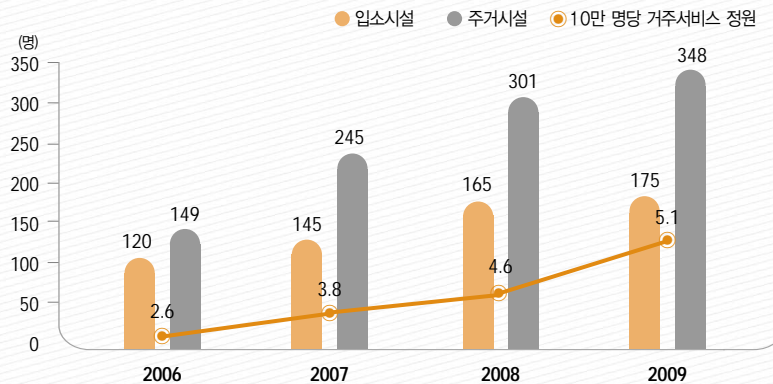
#### 지표설명

- 서울시 거주서비스는 입소시설(halfway house)과 주거시설을 포함함.
- 2009년 서울시 거주시설 수는 입소 7개소, 주거 40개소로 총 47개소이며 정원은 523명
  - 분자 : 서울시 거주시설 정원
  - 분모 : 서울시 전체인구

#### 지표해석

- 2009년 인구 10만 명당 거주서비스 정원은 5.1명
- 거주시설 수는 해마다 증가추세이며 2009년 거주서비스 정원은 2006년 (2.6명) 대비 두 배 증가

그림12\_ 인구 10만 명당 거주서비스 정원



#### 향후전망

2005년 이후 서울시 거주시설은 급격히 증가되어 왔으나 아직은 필요수요보다 부족한 실정으로 거주시설의 확보 노력을 지속함과 동시에 대상자의 특성에 따른 다양한 형태의 거주시설 설치의 노력도 같이 요구되어짐.

#### 자료원

서울시 통계자료, 서울시정신보건사업지원단, 중앙정신보건사업지원단 보고서



## Indicator 4

### 인구 10만 명당 사회복지(이용)시설 정원

#### Level

■ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

■ Input □ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 ■ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

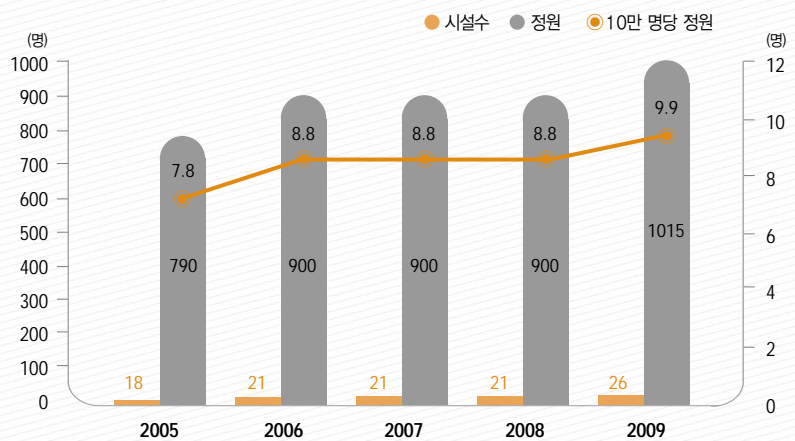
중증정신질환자의 안정적인 지역사회 복귀를 위해 다양한 인프라 구축과 이를 활용한 서비스 제공이 필요

#### 지표설명

- 사회복지시설은 이용시설만을 포함
- 2009년 사회복지 이용시설 수 26개소, 총 정원은 1,015명임.
  - 분자 : 서울시 사회복지 이용시설 정원
  - 분모 : 서울시 / 자치구인구 수
- 2009년 인구 10만 명당 사회복지 이용시설 정원은 9.9명임.
- 2005년 대비 시설 수는 44%(8개소 확충), 정원수는 28.5%(225명 증가)의 증가율을 보임.

#### 서울시

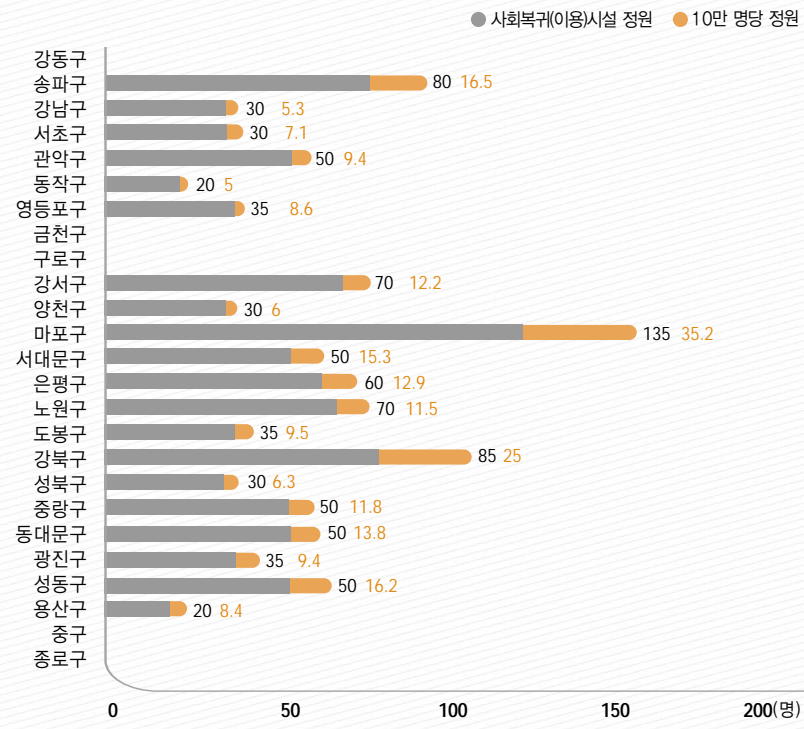
그림13\_ 인구 10만 명당 사회복지(이용)시설 정원 변화추이



## 자치구

- 지역별로 편차가 있으며 강북구, 마포구, 송파구의 이용시설 정원수는 비교적 높게 나타남.

그림14\_ 자치구별 인구 10만 명당 사회복귀(이용)시설 정원



## 향후전망

이용시설의 경우 2009년 26개소로 서울정신건강 2020의 목표치인 70~154개소에 비해 달성률이 저조하게 나타남. 정신보건법 개정으로 사회복귀시설 유형이 세분화된 만큼 이에 따른 정책적인 방안이 필요함.

## 자료원

서울시 통계자료, 서울시정신보건사업지원단



## Indicator 5

### 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수

#### Level

■ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

■ Input □ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 ■ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

#### 지표설명

정신질환에 대한 급성기 치료 및 재활치료를 위한 적절한 병상확보

- 서울시에 거주하고 있는 정신질환자가 이용할 수 있는 정신병상수
- 2009년 12월 31일 기준의 서울시소재 정신의료기관 정신병상수
- 4개의 서울시립정신병원(경기도 소재)과 3개의 서울시립정신요양시설을 포함.

• 서울시 정신의료기관은 총 327기관, 정신병상수는 7,843병상

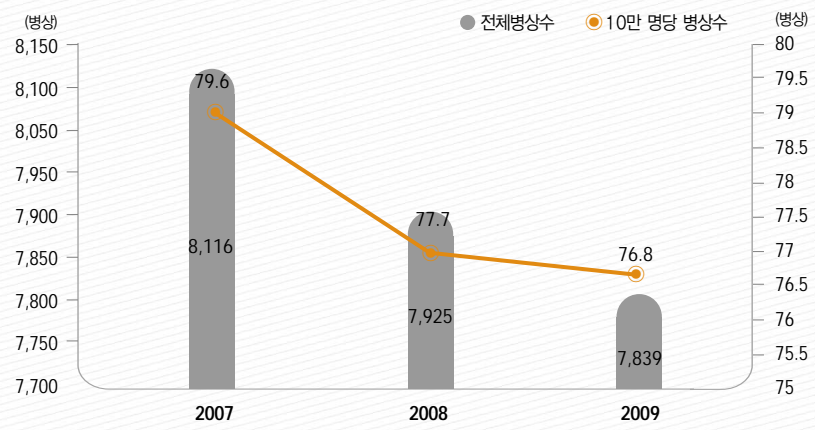
- 분자 : 정신의료기관 병상 수
- 분모 : 서울시 / 자치구 인구 수

#### 서울시

• 2009년 인구 10만 명당 정신병상수는 76.8병상이며 2007년보다 3병상 감소함

• 서울시립정신병원과 서울시립정신요양시설을 제외한 서울시소재 정신의료기관은 320기관이며, 병상수는 5,560병상으로 인구 10만 명당 54.5 병상임.

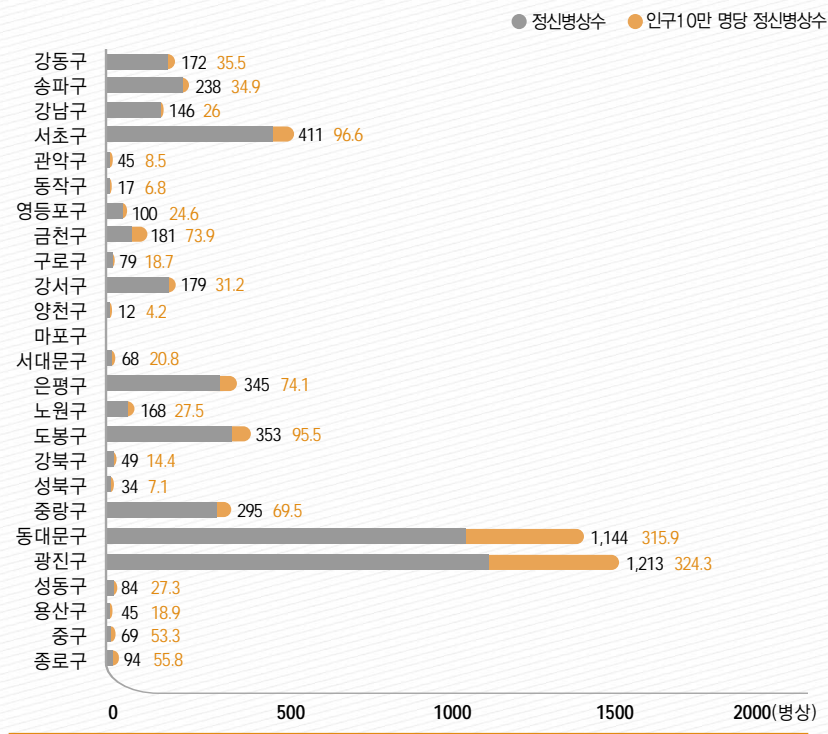
그림15\_ 인구 10만 명당 정신병상수 변화추이



## 자치구

- 정신의료기관의 지역화 부재로 자치구별로 편차가 심함.
- 동대문구와 광진구의 정신병상수가 서울시 정신병상수의 42.4%를 차지하고 있음.

그림16\_ 자치구별 인구 10만 명당 정신병상수



## 향후전망

서울시의 경우 다른 시도에 비하여 병상수가 감소하고 있는 추세이나 공공 병상수를 확보하면서 점차적으로 사립병원의 병상수를 감소시키려는 노력이 필요하며, 서비스 분절현상을 예방하기 위해 정신의료기관의 지역화도 요구됨.

## 자료원

서울시 통계자료, 서울시정신보건사업지원단



## Indicator 6

### 인구 10만 명당 정신보건전문인력

#### Level

■ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

■ Input □ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
■ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

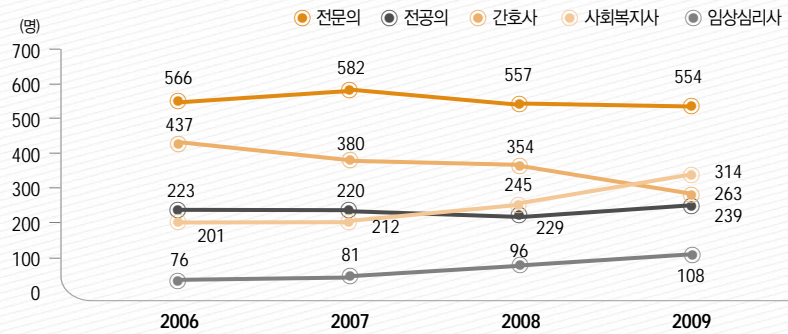
#### 필요성

정신보건 영역에서 치료와 회복을 좌우하는 요인은 전문적인 인적 자원이라 할 수 있으며 양질의 서비스 제공을 위해서는 적절한 정신보건전문인력이 확보되어야 함.

#### 지표설명

- 2009년 정신의료기관을 포함해서 서울시 정신보건전문요원은 총 1,478명이며 인구 10만 명당 14.5명으로 2007년부터 변동 없음(2006년 14.8명).
- 전체 인력수의 변동은 없으나 간호사의 비율은 점차 감소하고 사회복지사의 비율은 증가 추세임.

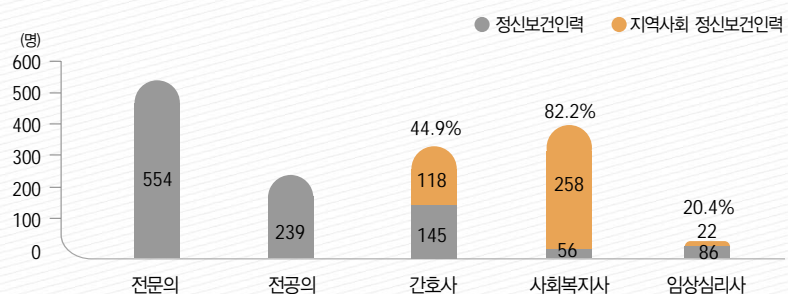
그림17\_ 전문요원인력 변화추이



#### 서울시

- 정신의료기관을 제외한 지역사회 정신보건전문요원은 398명으로 인구 10만 명당 3.9명
- 직종별로는 간호사 44.9%, 사회복지사 82.2%, 임상심리사 20.4%의 비율을 보임.
- 2009년 지역사회 정신보건인력(전문의, 전공의 제외)은 398명으로 서울시 전체 정신보건전문인력의 26.9%를 차지함.

그림18\_ 정신보건인력과 지역사회정신보건인력 비율

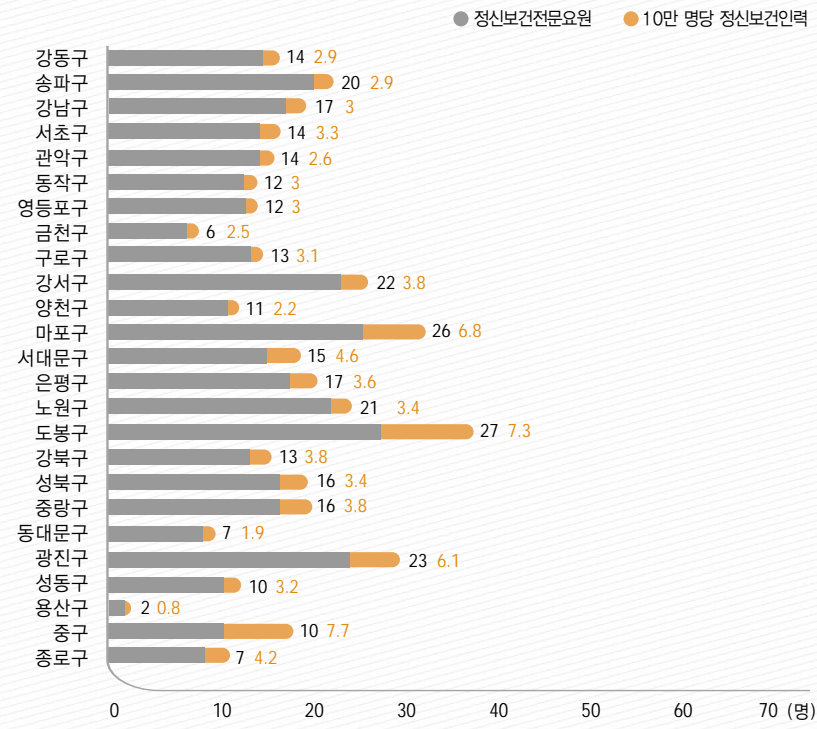




## 자치구

자치구에서는 서울시정신보건센터(강남구 소재)의 전문요원 인력 수는 포함 되지 않음.

그림19\_ 자치구별 인구 10만 명당 정신보건인력현황



## 향후전망

지역사회 정신보건전문인력은 더욱 증가될 필요가 있으며 이를 통해 점차 증가되고 다양화되어가는 지역사회의 정신보건 요구도를 충족시켜나갈 수 있을 것임.

## 자료원

서울시 통계자료, 서울시정신보건사업지원단



## 제2장 정신보건문제에 따른 지표

제 1 절	정신장애
제 2 절	정신질환
제 3 절	자살
제 4 절	음주
제 5 절	정신질환에 대한 사회적 인식

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR

## 제 1 절 정신장애

### 1. 일년 유병률

- 2006년 모든 정신장애의 일년 유병률은 17.1%로 2001년 조사와 비교하여 1.9%p 감소함.
- 2001년 조사에 비하여 대부분의 질환에서 유병률이 감소한 반면, 기분장애, 신체형장애는 높아진 것을 알 수 있음.
- 가장 높은 유병률을 보인 질환은 니코틴 장애(6.0%)이며, 정신병적 장애는 0.3%로 나타남.

표17\_ 정신장애 일년유병률 비교(성과 연령 보정)

(단위 : %)

진단	2001	2006	증감
알코올사용장애	6.8	5.6	-1.2
니코틴사용장애	6.7	6.0	-0.7
정신병적장애	0.5	0.3	-0.2
기분장애	2.2	3.0	0.8
불안장애	6.1	5.0	-1.1
섭식장애	0.1	0.0	0.0
신체형장애	0.5	1.0	0.5
모든정신장애	19.0	17.1	-1.9
모든정신장애(니코틴제외)	14.4	12.9	-1.5
모든정신장애(니코틴, 알코올제외)	8.4	8.3	-0.1

출처: 2006 정신질환실태 역학조사

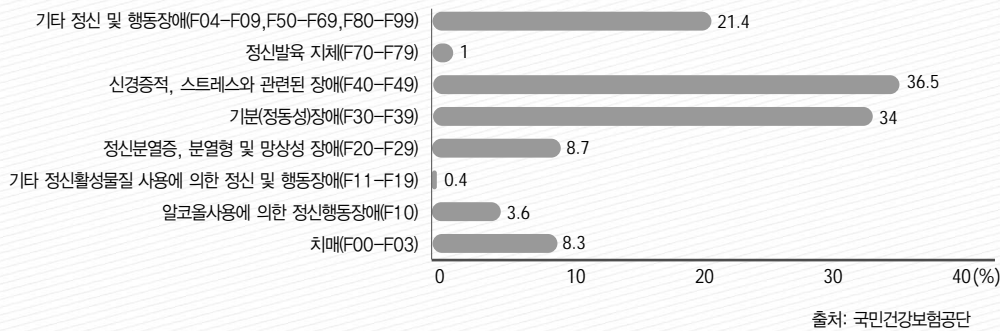
### 2. 주요 진단별 치료현황

- 국민건강보험공단의 2009년(2010년 6월까지 반영) 지급분에 대한 통계자료를 바탕으로 조사한 결과, 주요진단별 치료현황은 신경증적, 스트레스와 관련된 장애(F40-49)가 36.5%로 가장 높게 나타난 반면, 기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애는 0.4%로 낮게 나타남.
- 정신장애 및 알코올 사용장애의 치료는 다른 진단에 비해 상대적으로 낮게 나타나고 있음을 알 수 있음.



## 제 2장 정신보건문제에 따른 지표

그림20\_ 주요진단별 정신질환 치료율



## 제 2절 정신질환

### 1. 초발정신질환

#### 1) 정신질환 미치료 기간(DUP, Duration of Untreated Psychosis)

- 증상이 처음 발현한 후부터 처음 치료를 받게 되는 기간이 짧을수록 치료 반응 및 예후가 좋다는 많은 연구 보고들을 근거로 세계 여러 나라에서는 DUP를 줄이기 위해 많은 예산을 들여 조기 정신병 사업을 실시하고 있음.
- 영국, 호주, 노르웨이, 덴마크, 캐나다 등의 국가에서는 DUP 단축을 국가정신보건사업의 목표 중 하나로 채택하고 DUP에 관한 조사 및 연구를 실시하고 있음.

표18\_ 초발 정신분열병 연구에서 나타난 치료의 지연 기간

연구자	연구지역	대상인원(명)	진단기준	치료지연기간
Beiser 등	밴쿠버	72	DSM-III	56주
Birchwood 등	버밍엄(영국)	128	ICD-9	30주
Johnstone 등	런던	253	ICD-9	28%(8주, 26%)52주
Loebel 등	뉴욕	70	RDC	52주
McGorry 와 Singh	멜번	60	DSM-III-R	74주

출처: 초발정신병 / 처음 정신병증상을 경험하는 환자와 가족을 위한 안내서

- 2008년 서울시정신보건사업지원단의 서울 시내 대학 및 종합병원에 내원한 환자를 대상으로 한 DUP 연구 결과를 보면 DUP 평균이 약 84주로 타 국가에서 보고되어 있는 초발 정신병의 치료 지연기간(DUP)에 비해 상대적으로 길게 나타나고 있음.



## 2) 초발정신질환 관리

- 초발환자 가운데 대략 83%정도는 초기 1년간의 치료로 대부분의 증상이 경감되는 반면, 상당수가 재발을 경험함. 연구에 따라 차이가 있으나 2~3년 사이 약 70%(Gilbert,1995), 5년 내 80%가 재발(Robinson,1999)한다고 함.
- 국가인권위원회에서 실시한 『2008년도 인권상황 실태조사』에서 초발 입원 정신질환자의 정기적 외래 이용 현황을 분석한 결과, 3년 동안의 정기적인 외래 이용률은 42.8% 수준으로 치료 중도 탈락률이 높은 것으로 나타남.
- 호주의 EPPIC을 시작으로 미국과 유럽을 포함한 서구 각지에서는 국가차원의 초기정신증에 대한 개입과 서비스를 위한 체계적인 시스템을 마련하고 있음.

표19\_ 국가별 초기정신증 사업

모델	국가	주요서비스
EPPIC Early Psychosis Prevention and Intervention Center	호주	15~24세를 대상으로 정신병 조기발견, 집중적 치료서비스 제공, 이동 진료, 위기중재, 외래환자 사례관리, 병원과의 연계체계 구축을 통한 입원기간 최소화, 집단프로그램 서비스 제공
TIPS Early Treatment and Identification of Psychosis	노르웨이&덴마크	18~65세를 대상으로 지역사회 교육프로그램 개발, 치료프로토콜 개발 및 적용, 약물치료를 포함한 외래 치료서비스 제공
EIS Early Intervention Service	영국	16~30세를 대상으로 24시간 응급진료, 가정치료, 일차 진료, 연락 서비스, 가정방문 보건활동, 재활 및 회복 서비스 제공
EPTS Early Psychosis Treatment Service	캐나다 (캘거리)	16~54세를 대상으로 외래치료를 포함하는 3년간의 포괄적인 서비스 제공, 인지행동프로그램, 집단 프로그램, 병원연계체계구축, 지역 내 병원 중에 입원중인 환자들에 대한 지속적 평가, 사례관리 및 가족지원서비스 제공
PEPP Prevention and Early Intervention Program for Psychosis	캐나다 (온타리오)	16~50세를 대상으로 초발정신병의 진단 및 치료전략, 외래서비스, 특화된 입원시설 구축, 지역사회 사례발견운동, 집단개입프로그램, 가족 개입 제공

출처: 서울시정신보건센터 4개년 사업보고서

- 서울시에서는 2006년 정신질환의 조기발견과 조기개입을 위한 EPPIP<sup>8)</sup>, 초기정신증 검진을 위한 전문 웹사이트 SEMIS(semis.blutouch.net)<sup>9)</sup>, 치료유지율 향상과 재발률 감소를 목표로 하고 있으며 이를 바탕으로 개인 및 사회의 손실 최소화를 주된 목적으로 하는 STEP<sup>10)</sup>을 운영하고 있음.

8) Early Psychosis Prevention & Intervention Project

9) Seoul Early Psychosis Management & Improvement Service

10) Social Treatment for Early Psychosis

## 2. 중증정신질환

### 1) 외국의 재원기간 분포

- 유럽국가 중 이탈리아는 평균 입원일수가 13.4일로 가장 짧은 반면, 아일랜드는 130일로 가장 길게 나타나고 있으며 OECD 국가의 평균 재원기간은 10~35일 수준임.<sup>11)</sup>

표20\_ 유럽의 평균입원일수

(단위 : 일)

국가	년도	평균입원일수
오스트리아	1999	17.6
덴마크	2000	36
핀란드	1999	46
프랑스	1998	35.7
독일	1997	26.9
아일랜드	1999	130
이탈리아	1998	13.4
스페인	1999	18
스웨덴	1998	28
영국	1999	52

출처: HJ Seize, H Dressing(2004), Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, The British Journal of Psychiatry, 184:163-168  
국가인권위원회(2009) 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 재인용

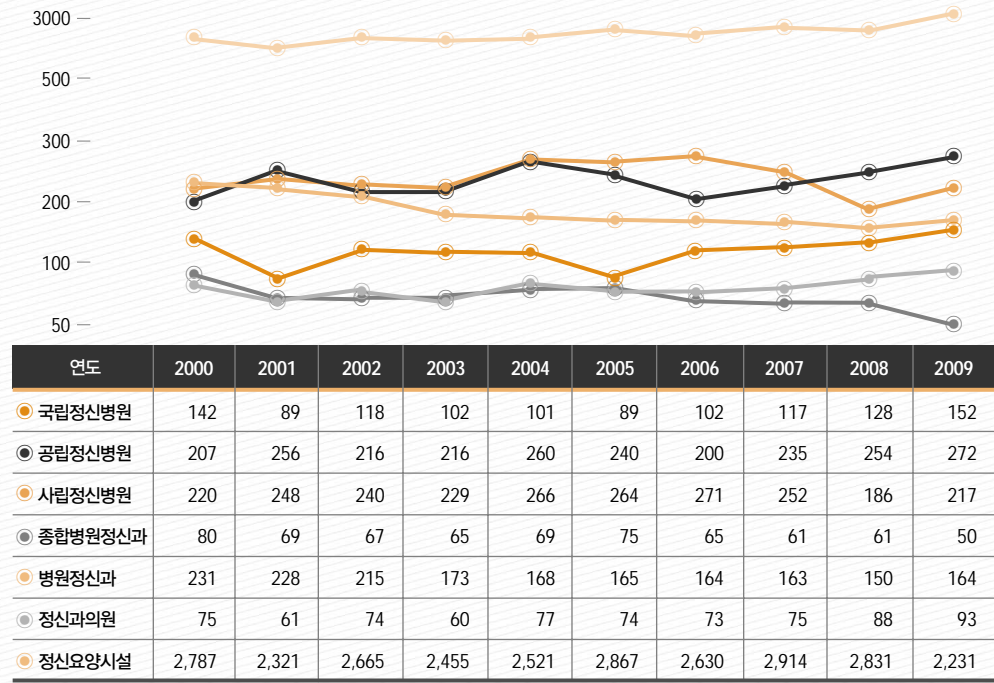
### 2) 우리나라 재원기간

- 우리나라 평균 재원기간은 2009년 기준 246일로 2000년 대비 31일이 단축되었으나 유럽에서 가장 긴 재원일수를 보이고 있는 아일랜드에 비해 116일이 더 긴 것으로 나타남.
- 정신의료기관별 재원기간을 보면, 공립정신병원과 사립정신병원의 재원기간이 긴 반면, 종합병원 정신과와 정신과의원은 상대적으로 짧게 나타남.
- 2000년 이후 국립정신병원(10일), 공립정신병원(65일) 및 정신과의원(18일)에서 평균 재원기간은 증가한 반면, 사립정신병원, 종합병원정신과, 병원정신과는 감소추세임.
- 정신요양시설의 재원기간은 3,231일로 매우 길게 나타나고 있어 입소자의 재원적절성에 대한 평가가 요구되고 있음.
- 정신의료기관별 특성에 따라 재원기간의 차이가 나타나고 있으며, 재원기간을 줄이기 위해서는 영향을 주는 증상의 중증도, 진단명, 사회적 지지도 등 요인들을 분석하여 적절한 유인체계 마련이 요구됨.

11) 국가인권위원회(2008) 장기입원의 구조적 원인과 지속요인 p2



그림21\_ 정신의료기관별 평균재원기간 변화추이

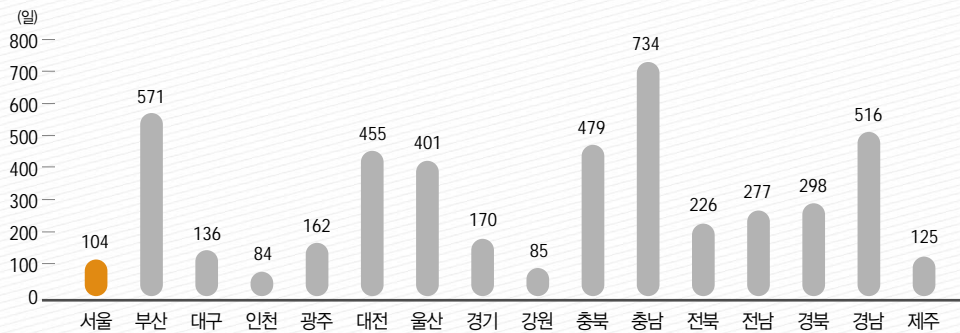


출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

### 3) 서울시 정신의료기관의 재원기간 현황

- 시도별 재원기간 분포를 보면 2009년 서울시의 재원기간 중앙값은 104일로 인천, 강원에 이어 3번째로 짧은 지역에 속하고 있음.

그림22\_ 시도별 정신의료기관 재원기간(중앙값) 분포

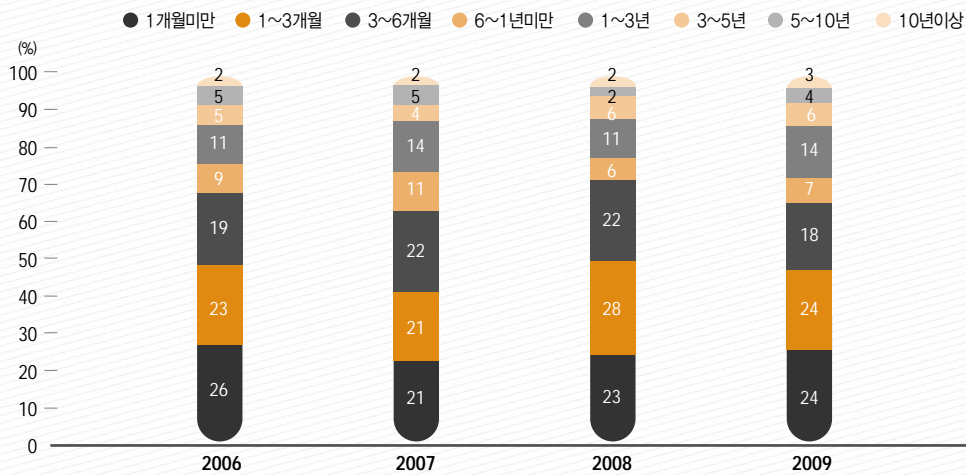


출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

- 2008년 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자들의 재원기간은 6개월 미만 66%로 비교적 법적 입원기간을 준수하고 있는 것으로 나타남. 그러나 여전히 34%는 장기입원을 하고 있어 보호의무자의 부담 감소 및 지역사회 복귀 활성화를 위한 법적 제도적 장치 마련을 요함.

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

그림23\_ 서울지역 정신의료기관 재원기간 현황



출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

#### 4) 입원유형 및 재입원 현황

- 유럽의 비자의입원 비율은 3-30%로 우리나라의 88%보다 월등히 낮게 나타나고 있음. 높은 비자의입원 비율은 불필요한 장기입원을 야기시키는 원인이 되기에 이를 줄이기 위한 제도적 장치마련이 필요함.
- 외국의 경우, 어쩔 수 없이 발생하는 강제입원인 경우 사법체계에서 이를 모니터링 하거나 공공후견인 제도를 활용하거나, 심판위원회(psychiatric review board)의 적극적인 운영 등을 통해 강제입원의 적정성을 모니터링 하고 있음.
- 호주의 경우, 민간정신병원에는 자의입원만 가능하게 하고 모든 강제입원은 공공병원으로 제한하는 정책을 쓰는 등 취약계층인 정신질환자의 권익보호를 위한 제도적 보완책을 마련해 놓고 있음.<sup>12)</sup>

표21\_ 우리나라와 유럽의 비자의 입원율 현황

국가	연도	비자의입원율(%)	국가	연도	비자의입원율(%)
대한민국	2007	90.3*	(2008년 기준 88%)		
스웨덴	1998	30.0	프랑스	1999	12.5
핀란드	2000	21.6	이탈리아	-	12.1
오스트리아	1999	18.0	아일랜드	1999	10.9
독일	2000	17.7	벨기에	1998	5.8
영국	1999	13.5	덴마크	2000	4.6
네덜란드	1999	13.2	포르투갈	2000	3.2

출처: HJ Salize, H Dressing(2004), Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, The British Journal of Psychiatry, 184:163-168  
국가인권위원회(2009) 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 재인용

12) 보건복지부(2007) 국가정신건강정책 10년



- 전국 정신의료기관 입원환자는 2009년 기준으로 74,919명이며, 2000년 대비 27% 증가함.
- 점차적으로 자의입원 비율이 증가하고 있으나 여전히 평균 9% 수준에 머무르고 있음.
- 정신의료기관별 입원유형을 살펴보면, 종합병원정신과에서 자의입원의 비율이 높고, 사립정신병원 및 공립정신병원은 가족에 의한 입원비율이 높게 나타남.

표22\_ 연도별 입원유형별 현황

(단위 : 명, %)

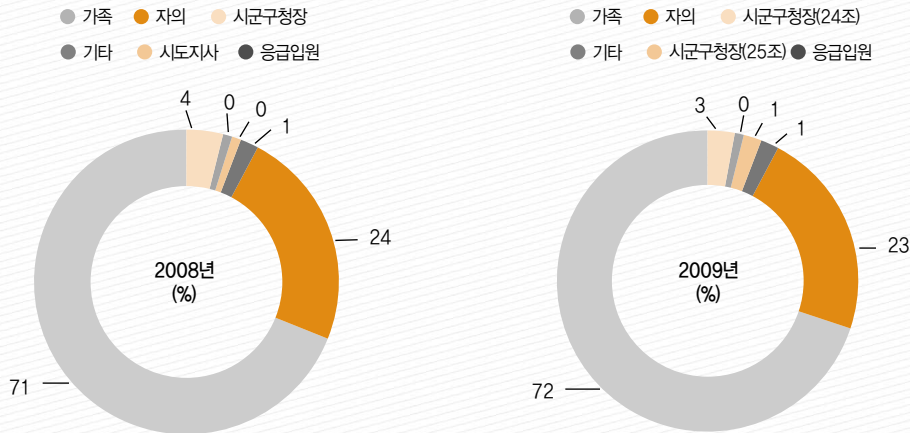
연도	계	자의입원	보호의무자 입원			시장·군수·구청장에 의한 입원	응급입원 <sup>2)</sup>
			가족	시장·군수·구청장	기타입소 <sup>1)</sup>		
2000	59,032	3,393(5.8)	36,945(62.6)	18,694(31.7)	-	-	-
2001	60,079	4,041(6.7)	39,167(65.2)	16,868(28.1)	-	-	-
2002	61,066	3,946(6.5)	40,263(65.9)	16,857(27.6)	-	-	-
2003	64,083	4,182(6.6)	41,853(65.9)	17,293(26.3)	755(1.2)	-	-
2004	65,349	5,024(7.7)	44,024(67.4)	15,618(23.9)	683(1.0)	-	-
2005	67,895	6,036(8.9)	45,958(67.7)	15,316(22.6)	585(0.9)	-	-
2006	70,967	6,534(9.2)	49,935(70.4)	13,917(19.6)	579(0.8)	-	-
2007	70,516	6,841(9.7)	51,028(72.4)	11,961(17.0)	686(0.9)	-	-
2008	72,325	9,387(13.0)	50,425(69.7)	11,580(16.0)	785(1.1)	112(0.2)	37(0.1)
2009	74,919	12,087(16.1)	50,575(67.5)	11,154(14.9)	851(1.1)	176(0.2)	76(0.1)
국립	2,581	561(21.7)	1,176(45.6)	6(0.2)	830(32.2)	1(0.0)	7(0.3)
공립	3,188	496(15.6)	2,299(72.1)	370(11.6)	-	12(0.4)	11(0.3)
사립	31,477	5,182(16.5)	24,127(76.6)	2,126(6.8)	4(0.0)	25(0.1)	13(0.0)
종합병원	3,769	1,045(27.7)	2,578(68.4)	104(2.8)	8(0.2)	8(0.2)	26(0.7)
병원정신과	11,880	2,639(22.2)	8,273(69.6)	816(6.9)	5(0.0)	129(1.1)	18(0.2)
정신과	6,295	1,702(19.6)	4,521(71.8)	66(1.0)	4(0.1)	1(0.0)	1(0.0)

주1) 기타입소는 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등  
주2) 2008년부터 [시장·군수·구청장에 의한 입원], [응급입원]을 포함함.  
출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

- 서울시 소재 정신의료기관의 자의입원 비율은 전년대비 약 1% 감소함.
- 전국 정신의료기관의 자의입원 비율이 약 16%인데 비해 서울시는 23%로 전국대비 약 7%p 높게 나타남.

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

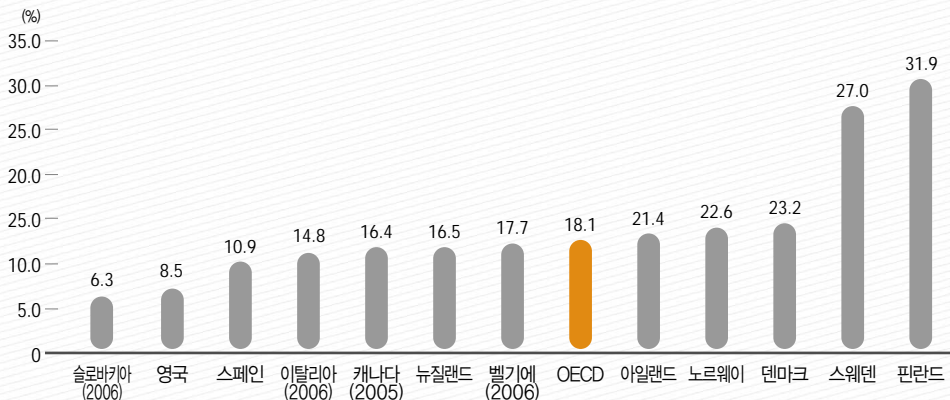
그림24\_ 서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황



출처: 서울특별시 보건정책과

- 정신질환의 계획되지 않은 재입원율은 정신질환으로 입원했던 환자에 대한 치료의 조율이 잘 이루어지지 못함을 보여주는 간접적 지표라고 할 수 있음.
- 퇴원 후 30일 이내 재입원율은 영국의 진료의 질 위원회와 미국의 국가정신건강 성과 모니터링 시스템과 같이 많은 국가의 정신건강 성과 모니터링 시스템에 포함되어 있음.<sup>13)</sup>
- 퇴원 후 30일 이내 재입원율이 가장 높은 국가는 핀란드(31.9%)이며, 가장 낮은 국가는 슬로바키아(6.3%)로 나타남. 다른 병원에 입원하는 경우는 제외하기 때문에 해석의 한계는 있으나 대체로 재입원율이 낮은 국가들에는 위기관리팀이 있어 신속하게 개입하여 안정을 취하는 것으로 나타나고 있음.

그림25\_ OECD 국가의 퇴원 후 30일 이내 재입원율



주) 환자 100명당 연령-성별 표준화율  
출처: 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009

13) 보건복지부(2010) 한눈에 보는 OECD 보건지표 2009 p126



## 제3절 자살

### 1. 자살생각률

- 19세 이상에서 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있는 사람은 2008년 17.1%로 전년 대비 2.4%p 증가함.
- 2001년 이후 감소 추세를 보이던 자살생각률이 2008년 다시 상승하는 경향을 보임.
- 남성의 경우 70대에서 자살생각률이 가장 높고, 전년과 비교해 전 연령층에서 증가율을 보임.
- 여성은 남성에 비하여 자살생각률이 대체로 높게 나타나고 있으며, 특히 60대에서 남성과 여성의 격차가 크게 나타나고 있음.

표23\_ 연도별 성별 연령별 자살생각률

(단위 : %)

구분		연령						
		19+	19-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
남녀 전체	2001	19.1	18.9	16.0	16.5	20.6	22.8	29.5
	2005	18.5	12.5	14.3	18.2	23.3	26.3	31.3
	2007	14.7	11.3	10.6	11.3	16.6	24.5	31.6
	2008	17.1	14.6	13.1	15.1	17.6	23.7	33.5
	07년 대비	2.4	3.3	2.5	3.8	1	-0.8	2.2
남성	2001	14.6	13.0	12.0	13.8	15.9	16.7	24.4
	2005	14.2	7.8	11.2	15.4	17.5	21.0	23.6
	2007	9.4	7.0	7.6	7.5	13.8	13.8	14.1
	2008	11.8	8.7	8.7	11.3	14.8	14.8	22.4
	07년 대비	2.4	1.7	1.1	3.8	1	1	8.3
여성	2001	22.7	23.5	19.3	19.0	24.3	27.5	32.3
	2005	22.6	17.5	17.5	21.1	29.1	30.8	35.4
	2007	19.4	15.7	13.7	15.3	19.5	34.0	41.9
	2008	22.2	21.0	17.6	19.1	20.3	31.7	40.2
	07년 대비	2.8	5.3	3.9	3.8	0.8	-2.3	-1.7

출처: 2008 국민건강통계

### 2. 자살현황 및 추이

- OECD 국가 중 한국의 자살사망률은 2001년 7위(15.1명)에서 2006년 1위(21.5명)를 차지함.
- 대부분의 국가에서 자살사망률이 감소하였으나 한국을 포함한 그리스, 일본, 포르투갈 등은 증가하였음. 특히 한국의 경우 상승폭이 다른 국가에 비하여 매우 큰 것을 알 수 있음.



제 2장 정신보건문제에 따른 지표

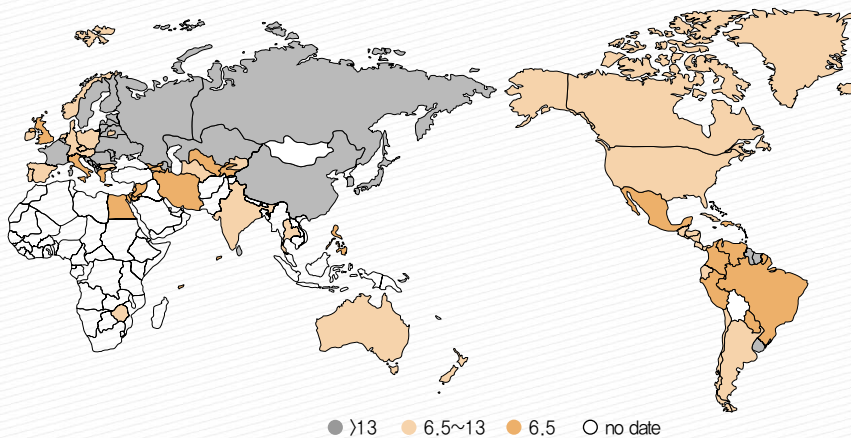
표24\_ OECD 국가의 연령별 표준화 자살사망률(인구 100,000명당)

(단위 : 명)

국가	2001	2006	비고	국가	2001	2006	비고
호주	11.9	7.5	-	한국	15.1	21.5	-
오스트리아	15.6	12.6	-	룩셈부르크	15.3	12.0	-
벨기에	-	-	-	멕시코	4.2	4.3	-
캐나다	10.8	10.2	(2004)	네덜란드	8.0	8.1	-
체코	13.5	11.4	-	뉴질랜드	13.0	12.3	-
덴마크	11.3	9.9	-	노르웨이	11.5	10.8	-
핀란드	20.7	18.0	-	폴란드	13.8	13.2	-
프랑스	15.0	14.2	-	포르투갈	6.0	8.7	(2003)
독일	11.0	9.1	-	슬로바키아	11.6	10.9	(2005)
그리스	2.6	2.9	-	스페인	6.4	6.3	(2005)
헝가리	24.3	19.7	-	스웨덴	11.3	11.3	-
아이슬란드	12.2	9.9	-	스위스	15.4	14.0	-
아일랜드	12.2	8.9	-	터키	-	-	-
이탈리아	5.6	4.8	-	영국	6.4	6.1	-
일본	18.5	19.1	-	미국	10.0	10.1	(2005)

출처: OECD Health Data 2010 자료 중 발췌

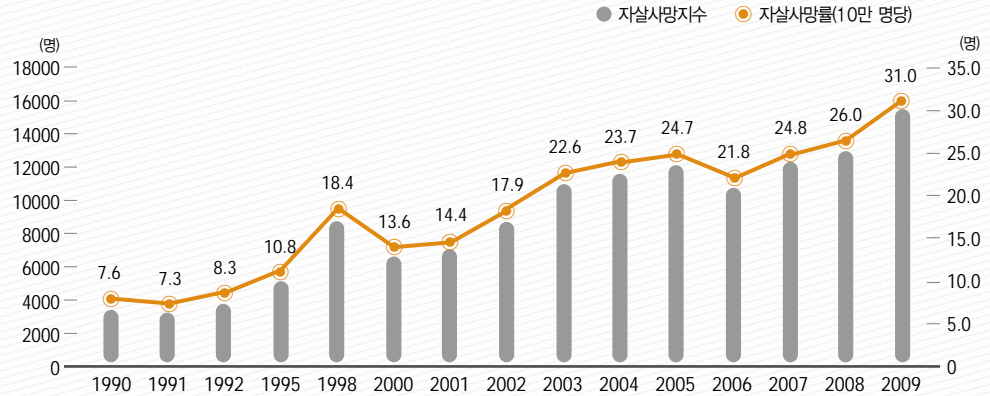
그림26\_ 세계 자살률 MAP(인구 100,000명당)



출처: WHO <http://www.who.int>

- 2009년 우리나라 사망자는 246,942명이며, 이중 자살로 사망한 사람은 전체 사망자의 6%인 15,413명으로 전년 대비 2,555명(19.9%p) 증가한 수치임.
- 자살로 인한 사망은 1999년 사망원인 순위 중 9위에 해당했으나 2009년 현재 4위로 5단계 상승함.
- 자살사망자수와 자살률의 추이를 살펴보면, 1990년대 중반까지는 10만 명당 10.8명이었으나 1998년 IMF 당시 18.4명으로 급격히 증가하였고, 이후 꾸준히 증가추세에 있음.

그림27\_ 연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이



출처: 통계청 사망원인 통계

### 3. 변인별 사망률

- 자살생각률의 경우 여성이 남성보다 높게 나타났으나, 실제 자살사망률은 남성이 여성보다 약 1.8배 높고, 해마다 수치상의 변화는 있으나 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 연령별로 살펴보면, 2008년 대비 전 연령대에서 자살사망률이 증가했으며, 특히 9세 미만, 10대, 50대에서 크게 증가함.
- 남성은 40대, 50대, 70대 순으로 자살사망률이 높고 여성은 70대, 30대, 20대 순으로 나타났으며, 특히 50대에서 남성이 여성보다 자살사망률이 3배가량 높음.

표25\_ 성·연령별 자살사망자 수

(단위 : 명)

		연령									
		전연령	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
남녀 전체	1998	8,622	7	460	1,516	1,903	1,723	1,287	948	778	
	2008	12,858	1	317	1,643	2,119	2,444	1,970	1,845	2,519	
	2009	15,403	4	446	1,807	2,642	2,856	2,597	2,074	2,977	
	08년 대비	증감	2,545	3	129	164	523	412	627	229	438
		증감률	19.8	300	40.7	10	24.7	16.9	31.8	12.4	17.4
남성	1998	6,230	4	252	1,019	1,391	1,384	1,040	709	431	
	2008	8,260	1	177	832	1,235	1,668	1,516	1,362	1,469	
	2009	9,927	3	247	932	1,528	2,010	1,965	1,530	1,712	
	08년 대비	증감	1,667	2	70	100	293	342	449	168	243
		증감률	20.2	200	39.5	12	23.7	20.5	29.6	12.3	16.5
여성	1998	2,392	3	208	497	512	339	247	239	347	
	2008	4,598	0	140	811	884	776	454	483	1,050	
	2009	5,476	1	199	875	1,114	846	632	544	1,265	
	08년 대비	증감	878	1	59	64	230	70	178	61	215
		증감률	19.1		42.1	7.9	26.0	9.0	39.2	12.6	20.5
성비(남/여)		2009	1.8	3	1.25	1.06	1.37	2.38	3.12	2.81	1.35

출처: 통계청 사망원인 통계(연령미상은 제외)



제 2장 정신보건문제에 따른 지표

- 연령별 사망순위에서 자살은 10대에서 50대까지 사망원인 3순위 안에 들고 있으며, 특히 10대, 20대, 30대에서 1순위를 차지하고 있음.

표26\_ 연령별 사망순위

(단위 : 명, %)

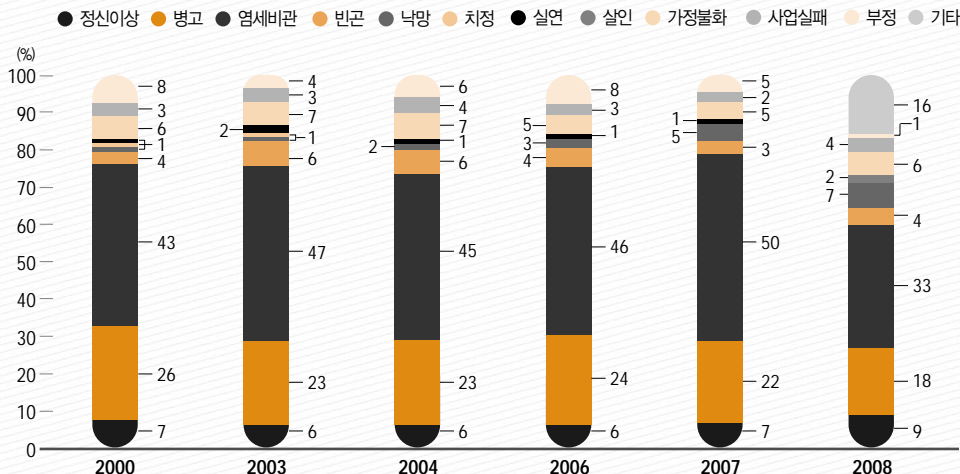
연령	1위			2위			3위		
	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률
1-9	운수사고	17.5	3.0	악성신생물 (암)	16.1	2.8	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	7.1	1.2
10-19	고의적 자해 (자살)	29.5	6.5	운수사고	19.7	4.4	악성신생물 (암)	13.5	3.0
20-29	고의적 자해 (자살)	44.6	25.4	운수사고	17.3	9.8	악성신생물 (암)	9.3	5.3
30-39	고의적 자해 (자살)	34.1	31.4	악성신생물 (암)	19.2	17.6	운수사고	8.8	8.1
40-49	악성신생물 (암)	28.8	59.5	고의적 자해 (자살)	15.9	32.8	간 질환	8.9	18.4
50-59	악성신생물 (암)	38.6	167.0	고의적 자해 (자살)	9.5	41.1	심장 질환 <sup>1)</sup>	7.4	32.2
60-69	악성신생물 (암)	42.5	425.5	뇌혈관 질환	9.7	97.1	심장 질환 <sup>1)</sup>	8.1	81.1
70-79	악성신생물 (암)	33.5	927.4	뇌혈관 질환	13.2	365.0	심장 질환 <sup>1)</sup>	9.6	265.1
80+	악성신생물 (암)	15.7	1478.1	뇌혈관 질환	12.5	1176.2	심장 질환 <sup>1)</sup>	11.2	1048.0

1) 심장 질환에는 허혈성 심장 질환 및 기타 심장 질환이 포함  
출처: 통계청(2010) 2009 사망원인통계 보도자료

## 4. 자살 원인 및 자살 방법

- 2008년 자살사망자들의 자살원인은 염세비관 33%, 병고 18% 순으로 나타나 수치상의 차이는 있으나 매해 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 정신이상으로 자살한 사람들은 2007년 대비 2% 증가하여 적극적인 치료로의 유입이 필요함.

그림28\_ 연도별 자살원인



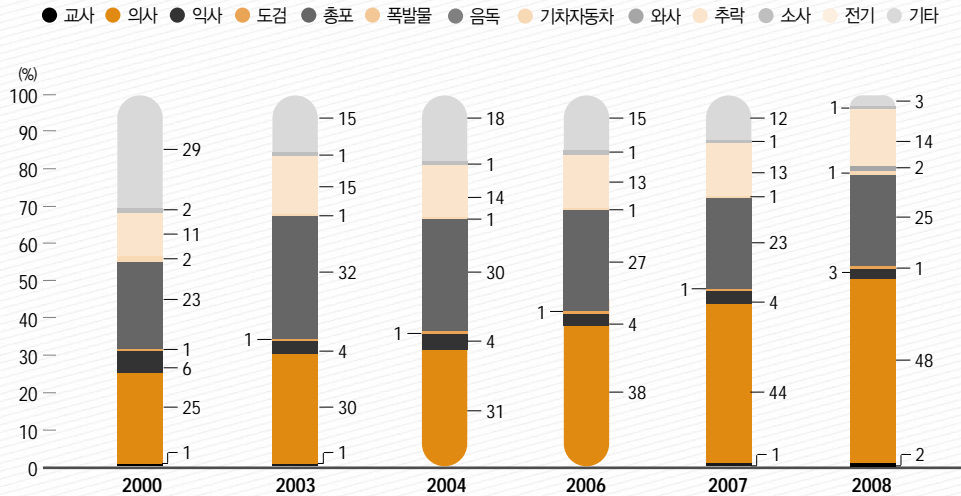
출처: 경찰통계연보 (2000~2008)

\* 참고: 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음



- 교사 및 의사와 같은 질식사에 의한 자살은 해마다 증가하고 있으며, 2008년의 경우 전체 자살사망자의 50%에 해당함.

그림29\_ 연도별 자살방법



출처: 경찰통계연보 (2000~2008)

\* 참고: 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음

## 5. 서울시 자살사망률

- 2009년 연령표준화 자살률은 충남지역이 38.8명으로 가장 높고, 서울시가 24.6명으로 가장 낮게 나타남.
- 시도별 2000년 대비 자살률을 보면, 모든 지역에서 상승을 보이고 있으며 특히 서울시의 경우 153.6%로 가장 큰 상승폭을 보이고 있음.

표27\_ 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율

(단위 : 명)

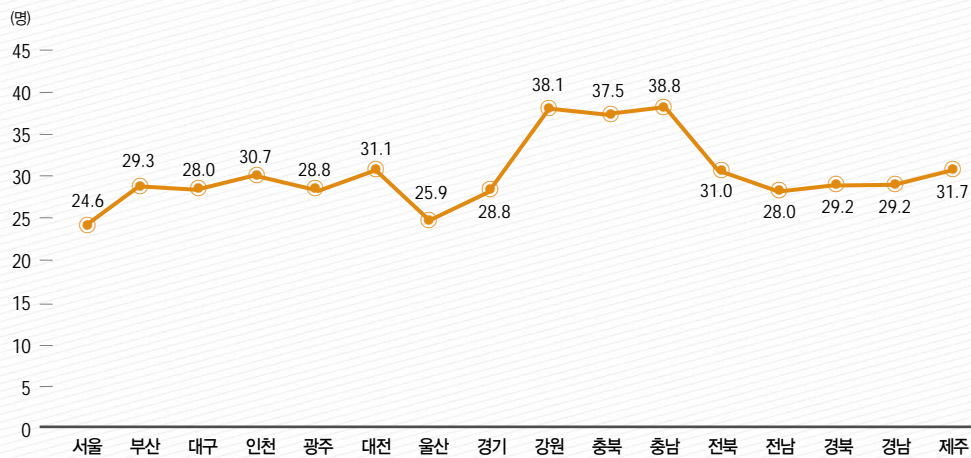
시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
전국	14.6	15.5	18.9	23.4	24.2	24.7	21.3	23.9	24.7	29.1
서울	9.7	10.0	14.5	17.5	19.5	20.1	17.1	19.6	20.7	24.6
부산	13.7	16.8	16.7	22.4	26.9	26.1	21.2	24.1	25.9	29.3
대구	13.6	11.7	15.6	21.2	23.0	22.9	20.4	22.6	24.5	28.0
인천	16.9	15.8	19.7	28.0	22.6	26.7	23.5	24.1	27.2	30.7
광주	12.5	10.9	15.1	19.1	21.6	20.6	17.5	23.6	22.1	28.8
대전	15.6	15.1	18.5	23.5	25.0	27.7	23.7	25.3	22.9	31.1
울산	15.0	18.8	16.6	27.7	23.5	23.5	18.3	21.3	23.4	25.9
경기	15.0	16.6	21.1	24.7	24.9	26.2	22.1	23.2	24.6	28.8
강원	19.4	24.3	27.7	35.9	32.8	31.7	27.4	33.0	33.0	38.1
충북	18.4	21.2	23.6	27.4	28.9	31.3	26.0	28.4	30.6	37.5

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
충남	23.2	23.9	23.1	29.9	31.4	32.0	27.9	31.7	30.3	38.8
전북	16.4	18.1	22.1	26.7	25.4	23.8	22.7	28.0	26.8	31.0
전남	16.0	15.8	21.5	25.0	23.5	21.8	20.0	21.8	23.8	28.0
경북	20.5	19.1	22.8	25.6	26.8	25.1	22.8	26.2	25.1	29.2
경남	16.7	18.4	22.7	26.4	27.6	26.8	24.1	27.4	27.0	29.2
제주	17.7	18.9	18.6	27.6	24.0	27.3	20.5	24.5	28.1	31.7

출처: 통계청(2010)

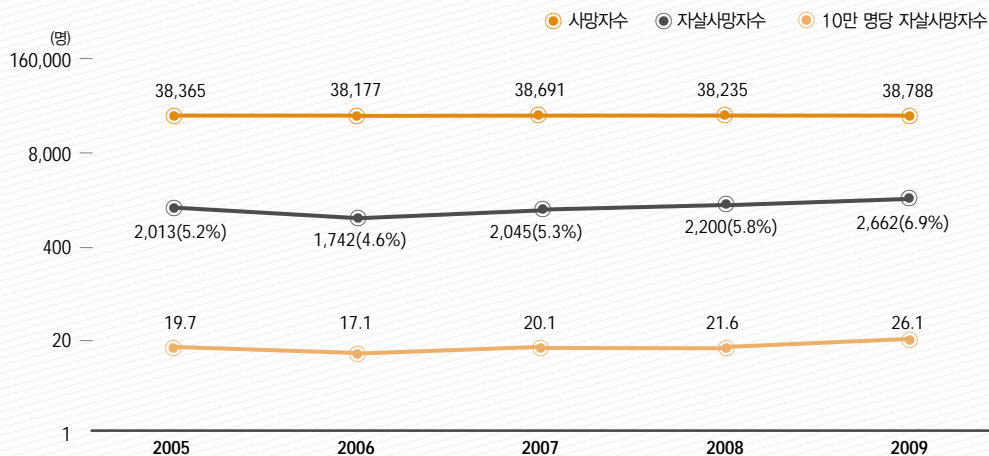
그림30\_ 2009년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률



출처: 통계청(2010)

- 2009년 서울시 사망자 38,788명 중 자살사망자는 2,662명(인구 10만 명당 26.1명)으로 전체 사망자의 6.9%를 차지하고 있으며 전년대비 21% 증가함.

그림31\_ 연도별 서울시 사망자수 / 자살사망자수 변화추이



출처: 통계청(2010)



- 서울시의 연령별 자살사망자수는 2008년 대비 전 연령에서 증가추세에 있으며, 50대와 60대에서 증가폭이 크게 나타나 전국 데이터(9세 미만>10대>50대)와 다소 차이가 있음.
- 전국의 경우 청소년의 자살증가가 두드러지는 반면, 서울시의 경우 중년과 노년의 자살 사망률 및 증가율이 높게 나타나고 있음.

표28\_ 서울시 연령별 자살사망자수 변화

구 분		연령								
		전연령	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
2000		919	1	36	168	170	175	164	104	101
2008		2,200	1	66	347	406	399	344	299	338
2009		2,662	0	77	382	517	467	457	360	402
08년 대비	증감	462	-1	11	35	111	68	113	61	64
	증감률	21	-100	16.7	10.1	27.3	17.0	32.8	20.4	18.9

출처: 통계청

## 제 4 절 음 주

### 1. 알코올 소비 및 음주율 현황

- 2007년 우리나라의 알코올 소비량은 성인 1인당 8.0리터로 OECD 국가의 평균 소비량 9.7리터 보다는 소비량이 적은 것으로 나타남.
- 청소년건강행태 온라인조사에 의하면 음주시작연령은 2008년 13.2세로 2005년 대비 소폭 시작연령이 높아졌음. 그러나 중학교 이전 음주율 27.6%, 고위험 음주율 31.2%로 상당히 높아 청소년 음주 규제정책이 필요함.
- 대학생 폭음자의 비율은 65.7%로 미국 대학생 45%보다 현저히 높게 나타남.<sup>14)</sup>
- 여성의 월간 음주율은 2001년 23.5%에서 2008년 44.9%로 상승했으며, 고위험 음주율 또한 2005년 4.6%에서 2008년 8.5%로 지속적으로 상승하고 있음.<sup>15)</sup>

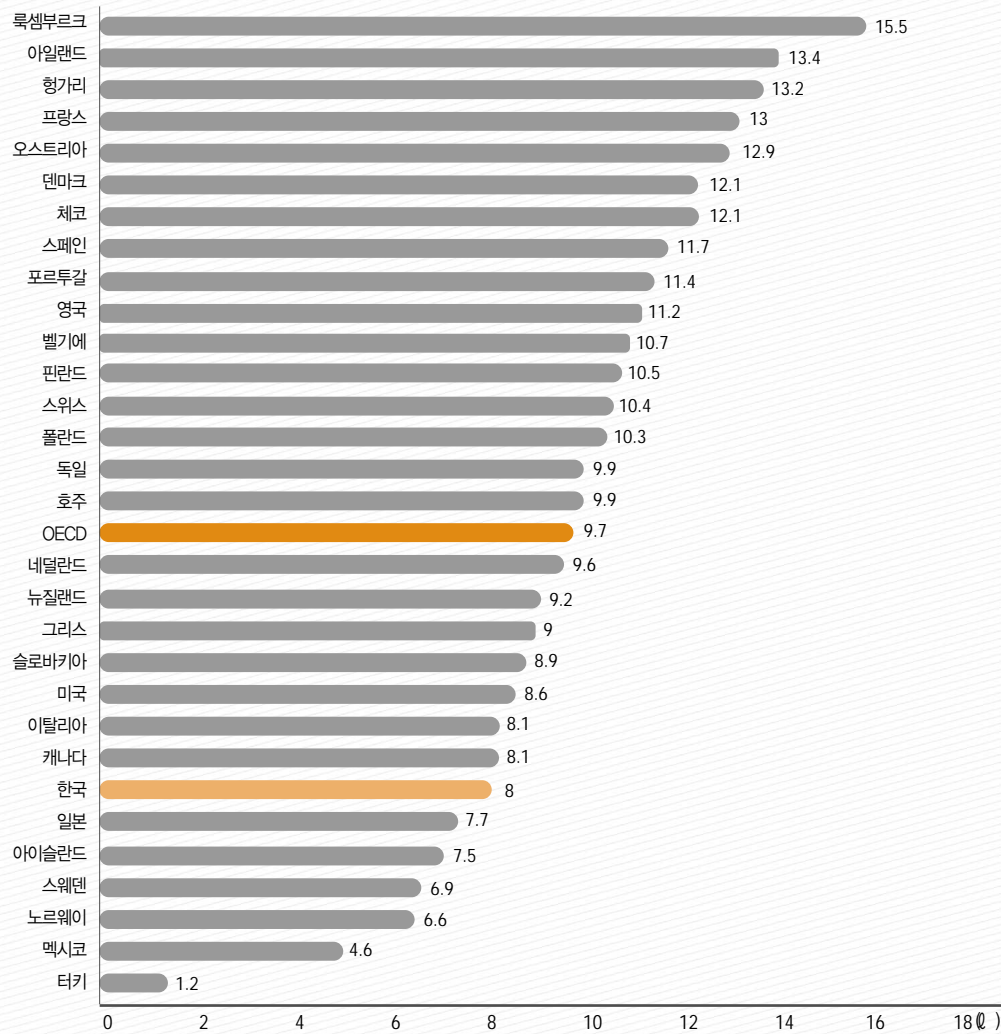
14) 알코올사업기술지원단(2008), 음주폐해 예방 및 관리에 대한 국가 5개년 계획 연구 p5

15) 보건복지가족부, 질병관리본부(2009) 2008 국민건강통계 p22-23



제 2장 정신보건문제에 따른 지표

그림32\_ OECD 국가의 알코올 소비량



출처: 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009

표29\_ 연도별 청소년 음주관련지표

영역	2005(중1-고2)			2006(중1-고2)			2007(중1-고2)			2008(중1-고2)		
	계	남성	여성	계	남성	여성	계	남성	여성	계	남성	여성
처음음주경험연령	12.8	12.6	13.0	13.1	13.0	13.3	13.2	13.1	13.3	13.2	13.1	13.4
중학교 입학 전 음주경험률	28.7	30.0	27.3	29.7	32.4	26.5	27.9	30.4	25.1	27.6	30.8	24.1
고위험 음주율(현재음주자)	29.7	28.1	31.5	33.1	32.5	33.8	31.5	30.7	32.5	31.2	30.9	31.6

출처: 2009 아동청소년백서

## 2. 음주로 인한 사회적 피해

- 음주로 인한 사회경제적 비용은 GDP의 2.86%인 약 14조 9천억원으로 추산됨.
- 2000년 연간 알코올로 인한 의료비·조기사망·재산피해 및 생산성 감소 등 사회경제적 손실비용은 의료비 등 직접비용 9,091억원, 생산성 감소 및 조기사망 등 간접비용 10조 7,536억원, 교통사고, 화재 등 재산피해, 행정비용 등 3조 2,725억원으로 나타남.<sup>16)</sup>
- 음주로 인한 교통사고 사망자수는 1990년 379명, 1995년 690명, 2000년 1,217명으로 매년 증가하고, 사망자 및 부상자는 20-30대 남자가 대부분임. 2003년 음주로 인한 교통사고 발생 건수는 2002년 대비 13%p 증가하고 부상자는 14.7%p 사망자는 22.7%p 증가함.<sup>17)</sup>
- 음주 단일요인에 의한 사망자는 약 2만 2천명으로 전체 사망자의 약 8.7%로 미국 4.5%, 캐나다 3%, 독일 4.8%, 뉴질랜드 5.3%(WHO 2004)에 비해 높은 수치임(김광기 2001).

표30\_ 우리나라의 음주기인 사망률

(단위 : 10만 명당)

연도	1995	1996	1997	1998	1999	2000
음주기인 사망률	44.2	42.3	39.9	45.2	53.6	49.6

출처: 김광기(2001) 알코올 소비 및 음주관련 피해통계지표의 정보화

## 3. 알코올 사용장애

- 18세 이상 64세 이하의 인구 중 알코올 사용장애는 전체 인구의 약 5.6%인 179만명으로 2001년도 대비 18.8% 감소함.
- 남성과 여성의 일년 유병률을 살펴보면, 남성이 8.7%, 여성이 2.5%로 남성이 여성보다 약 3.5배 정도 높음.

표31\_ 알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수

(단위 : %, 명)

구 분	전체		남성		여성	
	유병률	추정환자수	유병률	추정환자수	유병률	추정환자수
알코올남용	2.5	783,851	4.0	642,370	0.9	141,481
알코올의존	3.2	1,011,546	4.7	750,456	1.7	261,090
전체	5.6	1,795,397	8.7	1,392,826	2.5	402,571

출처: 2006 정신질환실태 역학조사

- 알코올 문제로 상담한 사람 중 평생음주자는 2.2%, 알코올 의존자는 4.5%에 불과하여 알코올 문제의 심각성을 느끼지 못함을 알 수 있음.

16) 보건복지부(2006). 파랑새플랜 2010(안)

17) 알코올사업기술지원단(2008). 음주폐해 예방 및 관리에 대한 국가 5개년 계획 연구 p5



## 제 2장 정신보건문제에 따른 지표

- 교육수준이 높을수록 상담률은 낮은 경향을 보이고 있으며, 특히 알코올 의존자의 경우 격차가 크게 나타나고 있음.

표32\_ 음주문제 상담경험률

(단위 : %)

구 분		평생음주자			알코올 의존자		
		전체	남성	여성	전체	남성	여성
연령	19세 이상	2.2	1.9	2.5	4.5	4.4	4.8
	65세 이상	2.7	2.7	2.6	10.8	4.2	-
거주지역	동	2.1	1.8	2.5	3.4	3.5	2.7
	읍면	3.0	3.6	2.1	8.9	8.9	-
교육수준	초졸이하	2.4	1.8	2.8	8.4	5.9	-
	중졸	2.5	2.0	3.1	3.0	3.6	-
	고졸	2.0	1.7	2.4	4.2	4.5	3.1
	대졸이상	2.1	2.1	2.1	3.7	4.1	-
소득수준	하	2.4	2.3	2.4	7.7	6.3	5.5
	중하	1.9	1.6	2.1	4.0	3.8	-
	중상	2.3	2.4	2.2	3.1	4.1	-
	상	2.4	1.5	3.4	8.1	6.4	-

출처: 2008 국민건강통계

## 4. 시도별 음주 현황

- 2008 국민건강통계에 의하면, 우리나라 성인의 월간 음주율은 남성 74.6%, 여성 44.9%로 전년대비 1.1%, 3.4% 상승함.
- 전국 평균 연간음주율은 75.9%이며, 서울시는 75.5%로 전체 시도 중 10위를 차지하고 있음.
- 서울시 연간음주자의 고위험음주율<sup>18)</sup>은 19.3%로 전국 평균보다 0.7%p 높으며, 전체 시도 중 5위로 고위험음주자의 비율이 높음을 알 수 있음.

표33\_ 시도별 19세 이상 연간음주율, 연간음주자의 고위험 음주율

(단위 : %)

구 분	연간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
전국	75.9	85.4	66.8	18.6	27.0	7.4
서울	75.5	85.7	66.5	19.3	28.2	8.0
부산	74.6	80.4	69.2	16.9	24.2	-
대구	79.3	91.9	68.0	17.7	25.4	6.1
인천	74.6	82.5	67.9	23.1	34.2	-
광주	78.2	87.7	68.6	16.0	26.3	-
대전	77.7	86.4	69.7	22.8	32.8	-
울산	81.5	85.1	78.0	8.7	12.8	-
경기	75.9	86.6	65.8	17.6	25.8	6.4
강원	77.5	86.4	68.0	28.6	41.6	-
충청	72.2	81.4	63.2	16.1	21.1	9.1
전라	72.6	83.0	62.8	20.8	29.5	9.0
경상	76.4	86.4	66.9	16.1	23.9	5.6
제주	77.1	88.4	63.7	24.4	31.8	13.7

출처: 2008 국민건강통계

18) 고위험음주율은 만 19세 이상의 연간 음주자 중 1회 평균 음주량이 7잔 이상(여성은 5잔)이며, 주 2회 이상 음주하는 비율



그림33\_연간음주율

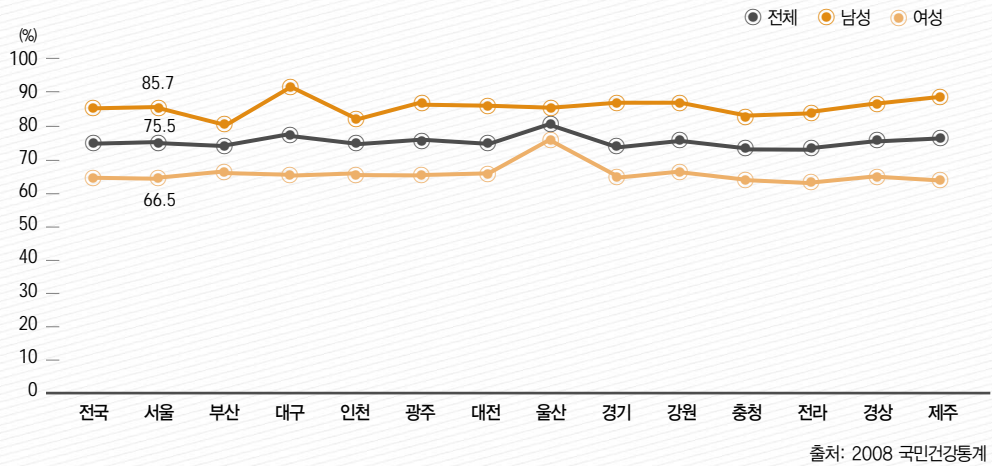
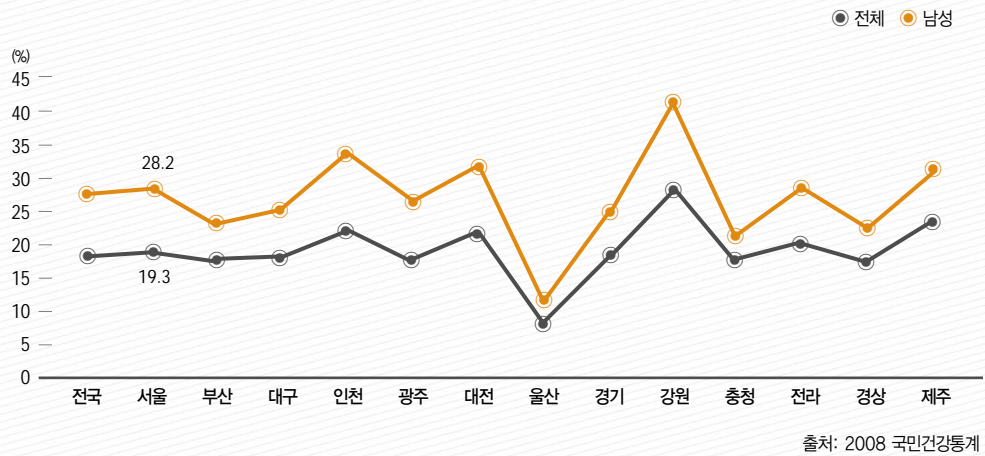


그림34\_고위험음주율



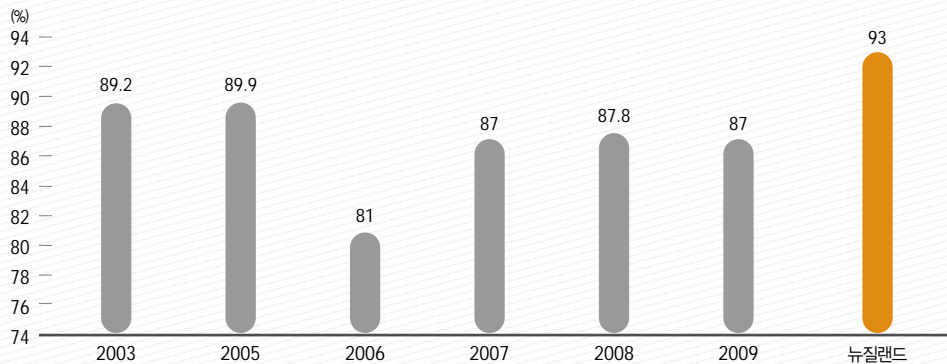
## 제 5 절 정신질환에 대한 사회적 인식

### 1. 정신질환에 대한 지식 & 태도

- '정신질환은 누구나 걸릴 수 있다' 라고 응답한 비율은 87%로 전년대비 0.8%p 감소하였으나 전반적으로 정신질환을 질환으로 수용하는 비율은 높은 편임.
- 66.2%가 정신질환자의 정상적인 삶이 가능하다고 응답하였고 전년대비 0.2%p 감소하였으나 과반수가 넘는 구성원들이 사회의 구성원으로 인정하고 받아들이고 있음을 알 수 있음. 그러나 뉴질랜드(87%)에 비해서는 낮게 나타나고 있음.
- 정신질환을 질환으로 받아들이는 비율은 높은 반면, 정상적인 삶을 살 수 있다는 비율은 상대적으로 낮게 나타나고 있음.

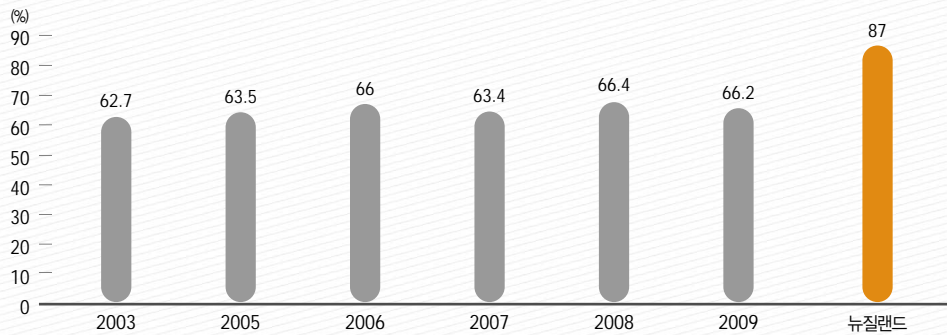
제 2장 정신보건문제에 따른 지표

그림35\_ 정신질환은 누구나 걸릴 수 있다



출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림36\_ 정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다



출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

## 2. 정신보건서비스 이용률

- 최근 1년 동안 정신적인 문제로 인해 방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 받은 경험은 전체의 2.1%에 불과함.
- 남성이 여성보다 1.3% 높고, 30대가 50대에 비해 1.5% 높게 나타남.
- 2006년 정신질환실태 역학조사에 의하면, 우리나라 정신의료서비스 이용률은 11.4%로 2001년 8.7%에서 다소 상승하였으나 미국과 비교하여 현저하게 낮은 수치로 정신보건에 대한 홍보와 마케팅을 통해 접근성을 높이는 것이 필요함.

표34\_ 정신문제 상담경험률

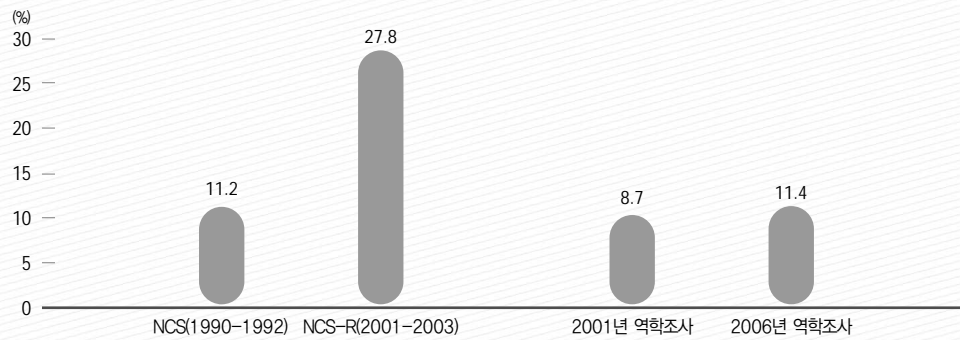
(단위 : %)

구 분	계	연령					
		19-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
전체	2.1	1.7	3.0	1.8	1.5	2.0	2.5
남성	1.4	2.0	1.9	0.9	1.1	0.6	1.5
여성	2.7	1.4	4.1	2.7	1.9	3.2	3.2

출처: 2008 국민건강통계



그림37\_ 정신의료서비스 이용률



출처: 2006 정신질환실태 역학조사

- 2009년 정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사 결과, 스트레스, 음주, 우울증 등 정신 건강과 관련한 문제를 질병으로 인식하는 비율은 50%-60%로 비교적 높게 나타남.<sup>19)</sup>
- 그러나 정신건강에 문제가 있는 것으로 추정되는 사람 중에서 다른 사람에게 상담이나 도움을 받는 비율은 상대적으로 낮게 나타나고 있음. 구체적으로 우울증 성향자 중 31.5%, 자녀의 정신건강문제 성향이 있는 학부모의 19.4%, 알코올 의존성향을 보이는 응답자의 6%, 자살을 시도하거나 계획한 사람 중 도움이나 상담을 받은 경우는 31.2%로 나타남.
- 또한 다른 사람의 도움이나 상담을 받더라도 정신과의사, 정신건강관련 상담센터 등 전문적인 상담기관의 도움이나 상담을 받는 비율은 적은 것으로 나타남.

표35\_ 정신건강문제 유형별 상담 정신과 전문기관 상담비율

(단위 : %)

		비율
정신과의사 및 정신건강관련 상담센터 등에서 도움을 받는 경우	우울증	6.8
	자녀정신건강	25
	알코올	16.6
	자살	20

출처: 2009 정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사

표36\_ 정신건강관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류(중복응답)

(단위 : %)

구 분	비율
스트레스 관리에 관한 상담이나 서비스	67.9
우울증세에 관한 상담이나 서비스	40.0
자녀의 정신건강 상담이나 서비스	37.5
알코올의존성에 관한 상담이나 서비스	19.1
자살예방에 관한 상담이나 서비스	13.9

출처: 2009 정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사

19) 사회적 동조로 인한 긍정적 편향을 배제하여 '정말 그렇다'는 비율만 고려



# Indicator

- Indicator 7 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률
- Indicator 8 주요 진단별 정신질환 치료율
- Indicator 9 서울시립정신병원의 재원적절성
- Indicator 10 서울시립정신요양시설의 재원적절성
- Indicator 11 서울시민 자살생각률
- Indicator 12 변인별 자살 사망률
- Indicator 13 지역사회 등록정신질환자 자살률
- Indicator 14 서울시민 고위험 음주율
- Indicator 15 정신질환자에 대한 지역사회 수용도
- Indicator 16 초발정신질환자 미치료기간 (DUP)

## Indicator 7

### 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 ■ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

정신의료서비스의 지역책임성 강화와 접근성 향상은 질환에 대한 적절한 관리체계 구축에 중요한 요인이라 할 수 있음.

#### 지표설명

• 국민건강보험공단의 2009년(2010년 6월까지 반영) 지급분에 대한 통계 자료를 바탕으로 함.

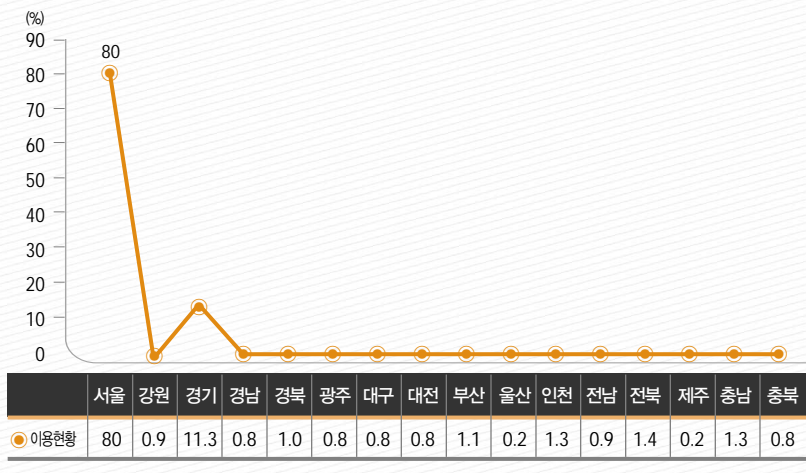
• 주소지가 서울시인 사람의 전국 16개 시도 정신의료기관의 이용현황

• 약국을 제외한 입원 및 외래치료 실인원

#### 지표해석

• 총 486,745명의 서울시민이 전국 정신의료기관의 서비스를 이용하였으며 서울시 소재 정신의료기관 이용비율은 80%, 경기도 소재의 정신의료기관을 이용한 비율은 11.3%로 나타나고 있음.

그림38\_ 서울시민의 전국정신의료기관 이용현황(실인원)



#### 향후전망

서울시민의 80%가 서울시 소재 정신의료기관을 이용하고 있다는 것을 알 수 있으나 연령이 높을수록 지방의 정신의료기관을 이용하는 경향이 증가하고 장기재원 현상이 나타나는 점을 고려할 때 적절한 병상공급 정책이 필요하다고 할 수 있음.

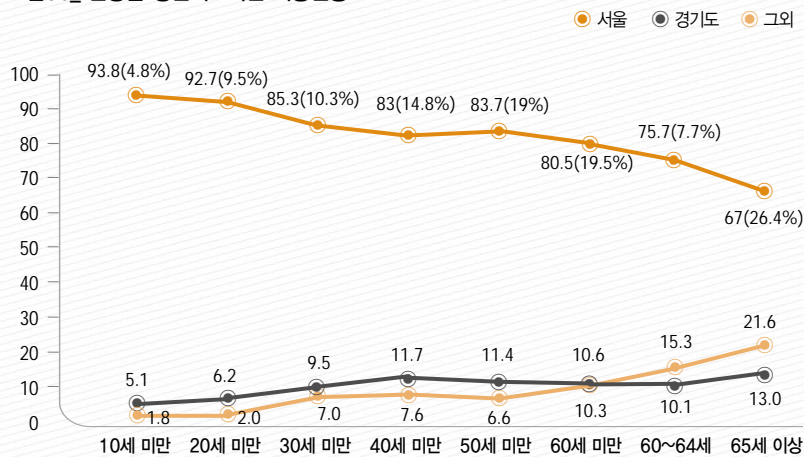
#### 자료원

2009 국민건강보험공단

## 참조

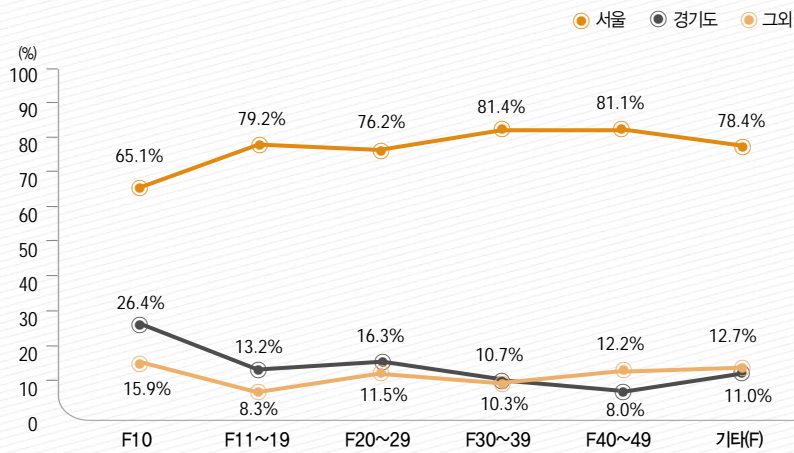
- 연령별 이용분포 현황을 보면, 59세까지는 80% 이상이 서울시 소재 정신의료기관을 이용하는 것을 알 수 있으며 60세 이상으로 갈수록 점차적으로 다른 시도로 분산되는 것으로 나타남.

그림39\_ 연령별 정신의료기관 이용현황



- 진단별 이용현황을 보면, 중독성질환(F10)의 경우 경기도 소재 정신의료기관의 이용비율이 26.4%로 다른 진단명에 비해 상대적으로 높게 나타남.

그림40\_ 진단별 정신의료기관 이용현황





## Indicator 8

### 주요 진단별 정신질환 치료율

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 ■ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

치료율은 정보접근성, 서비스 접근성 및 효과성을 모니터링하는 지표로서 중요함.

#### 지표설명

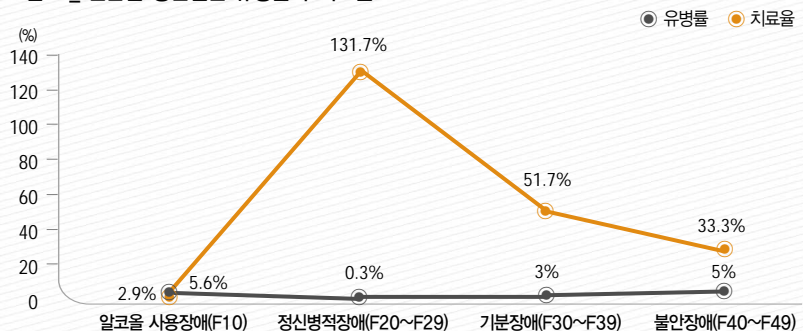
- 국민건강보험공단의 2009년(2010년 6월까지 반영) 지급분에 대한 통계자료를 바탕으로 함(약국을 제외한 입원 및 외래 실인원).
- 주소지가 서울시인 사람의 전국 16개 시도 정신의료기관의 이용현황
- 주요 진단별 치료현황을 봄(주진단명 기준)
- 각 진단별 일년 유병률을 적용(2006년 정신질환실태 역학조사)

- 분자 : 진단별 치료받은 건수
- 분모 : 서울시 인구×진단별 유병률

#### 지표해석

- 기분장애(F30~39) 치료율이 51.7%로 나타나고 불안장애(F40~49)가 33.3%, 알코올사용장애(F10)의 치료율은 2.9%로 나타나고 있음.
- 정신병적 장애(F20~29)가 131.7%로 높게 나타나고 있는데 이는 정신병적 장애의 유병률이 실제 보다 낮게 평가되었을 가능성을 고려해야 함.

그림41\_ 진단별 정신질환 유병률과 치료율



#### 향후전망

치료율의 패턴은 다른 국가들과 비교하여 유사하게 나타나고 있음. 특히 알코올 중독의 치료율이 극단적으로 낮게 나타나고 있어 치료연계체계 구축이 시급하며 다른 질환 역시 지속적인 인식개선 활동이 필요함.

#### 자료원

2009 국민건강보험공단

## Indicator 9

## 서울시립정신병원의 재원적절성

## 필요성

장기재원의 감소와 지역사회 복귀 촉진을 위한 의료급여환자의 입원치료를 주로 담당하고 있는 서울시립정신병원의 재원적절성 강화전략은 합리적 지역사회 정신보건전달체계와 연동하여 전략적으로 수립되어야 함.

## 지표설명

- 2009년 서울시립정신병원 4개기관, 입원환자 총 1,278명 중 정신지체, 인격장애, 간질을 제외한 560명을 대상으로 재원적절성 평가를 시행함.
- 임상증상 및 기능장애 평가로 구성 \_ 서동우 외(1999), 박종익 외(2008) 연구
- 재원적절성 \_ 임상증상평가의 6가지 항목의 점수 합이 2점 이상인 경우를 재원적절로 봄

## 지표해석

- 조사대상 560명 중 328명(58.6%)이 재원적절하다고 볼 수 있음. 이중 평가점수의 합이 2~4점(중간증상)이 68%를 차지하고 있는 것으로 나타남.

## Level

- 서울시 □ 자치구

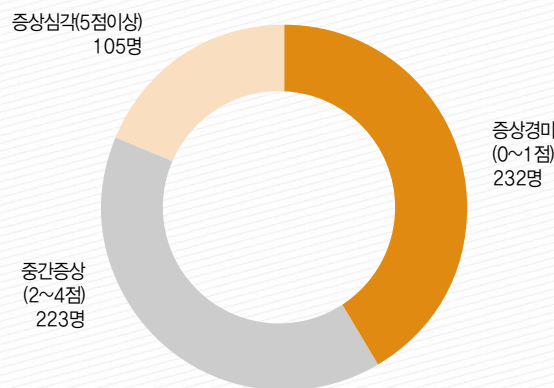
## 과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

## Domain

- 효과성 □ 효율성
- 적절성 □ 접근성
- 연속성 □ 반응성
- 안정성

그림42\_ 서울시립정신병원의 임상증상평가



## 향후전망

의료기관의 장기재원문제 개선은 지역사회 인프라 확충, 수가제도의 개선 및 정신의료기관 평가 등 다방면적 접근을 통해서 해결이 가능한 문제이나 지방자치단체 수준의 특화된 전달체계 구축 노력도 중요함.

## 자료원

서울시립정신병원 운영개선 방안에 관한 연구(서울시정신보건사업지원단 2009)



## Indicator 10

### 서울시립정신요양시설의 재원적절성

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
■ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

정신요양시설은 가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 입소시켜 이들의 삶의 질 향상 및 사회복귀를 도모하는 것을 목적으로 하고 있으며 재원적절성 평가를 통해 요양시설로서의 역할을 재정립할 필요성 있음.

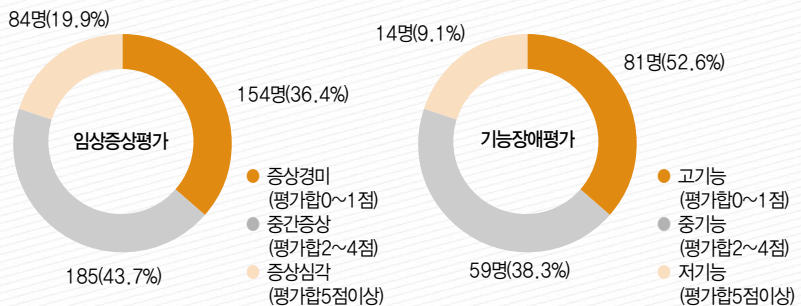
#### 지표설명

- 2009년 서울시립정신요양시설 3개 기관에 입소되어 있는 총 758명 중 정신지체, 인격장애, 간질을 제외한 588명을 대상으로 하였으며 이중 결과 누락된 165명을 제외한 423명을 분석함.
- 임상증상 및 기능장애 평가로 구성 \_ 서동우 외(1999), 박종익 외(2008) 연구
- 재원적절성 \_ 임상증상평가의 6가지 항목의 점수 합이 1점 이하이고 기능장애평가의 6가지 항목의 점수 합이 6점 이상인 경우를 재원적절로 봄

#### 지표해석

- 임상증상 점수 합이 1점 이하가 154명(36.4%)이며 이중 기능장애 합이 5점 이상은 14명으로 9.1%만이 정신요양시설에 적절하다고 볼 수 있음.
- 임상증상 점수 합이 2점 이상은 269명(63.6%)으로 서울시립정신병원 기준 적용 시 병원치료가 필요한 것으로 추정됨.

그림43\_ 서울시립정신요양시설 임상증상 및 기능장애평가



#### 향후전망

지금까지 대상자의 구분이 모호하며 병원과 요양시설의 기능이 복합되어서 운영이 되어 왔다면 이제는 두 기관간 기능 및 역할을 명확하게 설정하고 이를 위한 정책적인 합의와 의지가 뒷받침되어야 할 것임.

#### 자료원

서울시립정신병원 운영개선 방안에 관한 연구(서울시정신보건사업지원단 2009)



## Indicator 11

### 서울시민 자살생각률

#### 필요성

지속적으로 증가하는 자살현상에 대한 주요원인을 파악하고 좀 더 효과적인 예방과 대처방안 마련을 위해 필요함.

#### 지표설명

- 2009년 서울시민 1,000명 대상(만 15세-65세 남녀)으로 실시한 정신건강 인식도 조사 근거
- ‘지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다’는 질문에 ‘있었다’라고 응답한 수

#### 지표해석

- 17.5%가 자살생각 경험이 있다고 하였으며 2007년 18.5%보다 약간 감소 (2008년 통계청 사회조사-우리나라 15세 이상 인구의 7.2%가 자살생각 경험 있음)
- 여성보다 남성의 비율이 높고 학력과 경제수준이 낮을수록, 신체적·정신적 건강상태가 좋지 않을수록 높으며 40대(23.9%) 및 60대(23.9%)등에서 상대적으로 높게 나타나고 있음.

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

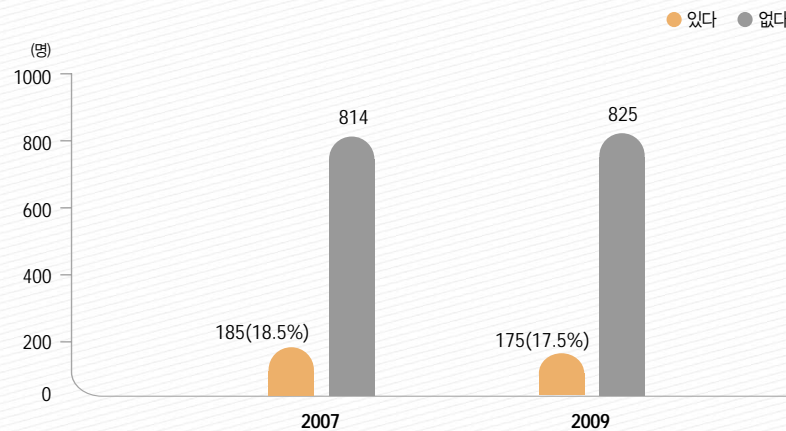
#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
■ 안정성

그림44\_ 서울시민의 자살생각 경험 유무



#### 향후전망

자살 위험요인 예방, 조기발견과 적절한 개입 및 자살시도자의 사후관리 등 전략적이고 적극적인 자살예방사업 추진이 필요함.

#### 자료원

정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사(서울시정신보건사업지원단 2007, 2009)

## Indicator 12

### 변인별 자살 사망률

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
■ 안정성

#### 필요성

#### 지표설명

#### 지표해석

자살실태를 분석하고 자살에 영향을 주는 요인들의 상관성을 파악하는 것은 추후 자살률 감소를 위한 대책마련을 위해 필요한 과정이라 할 수 있음.

- 통계청 자료를 바탕으로 서울시 자살사망자에 대해 변인별로 변화추이를 봄
- 남성(61.3%)이 여성보다 높고, 전년대비 남성은 23.7%, 여성은 17.2% 증가율을 보임.
- 30대(19.4%)가 가장 많으며 30대~50대가 전체 자살사망자의 50%이상을 차지하고 있음.
- 기혼자의 자살사망자수(1,114명)가 가장 많은 반면, 전년대비 이혼자의 자살사망율이 크게 증가(34%)한 것으로 나타남.
- 청소년의 자살률은 계속 증가추세이며 직종별로는 가사, 학생, 무직에서 자살률이 높게 나타나고 있음.

그림45\_ 서울시 성별 · 연령별 자살사망현황(2009)

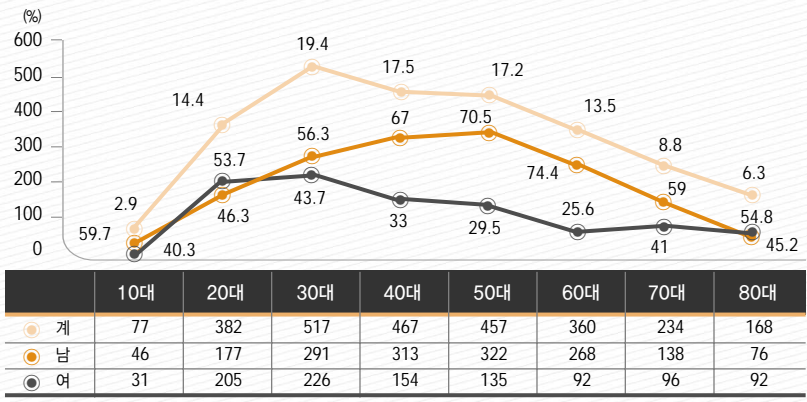


그림46\_ 전년대비 성별 · 연령별 증감률

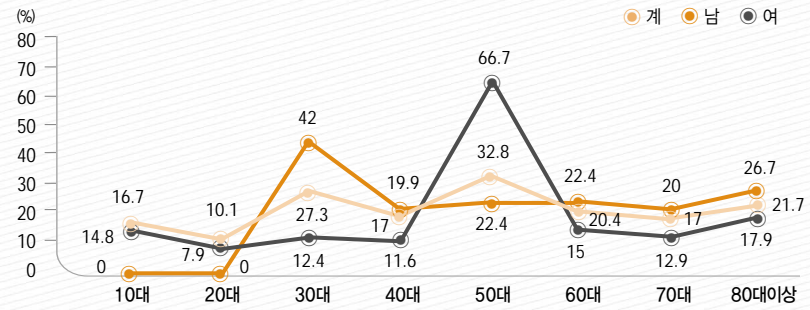




그림47\_ 혼인형태별 자살사망 현황

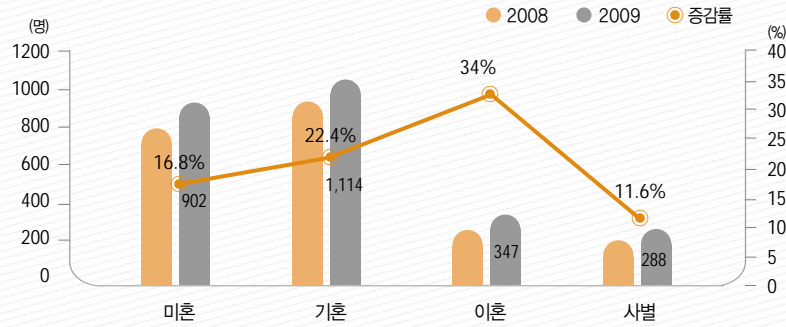


그림48\_ 교육수준별 자살사망 현황

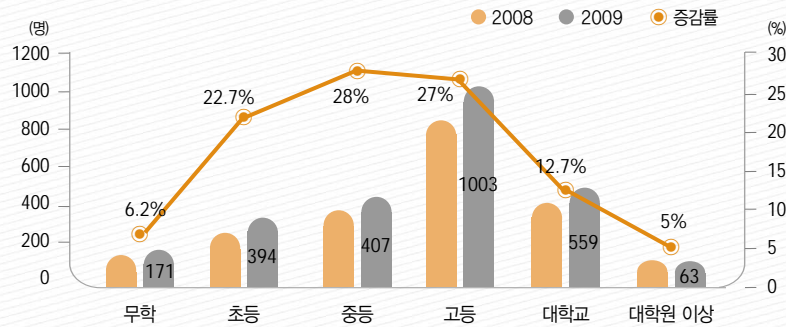
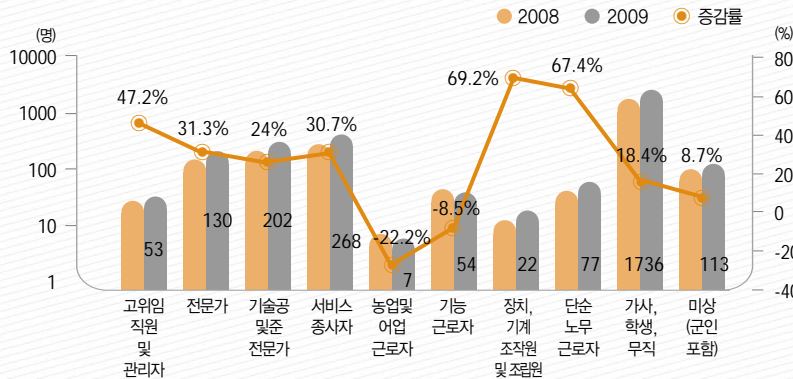


그림49\_ 직업별 자살사망 현황



자료원

2009 사망원인통계(통계청)



## Indicator 13

### 지역사회 등록정신질환자 자살률

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process

■ Output/Outcome

#### Domain

■ 효과성 □ 효율성

□ 적절성 □ 접근성

□ 연속성 □ 반응성

□ 안정성

#### 필요성

정신질환자는 대표적 자살 고위험군으로 정신보건서비스 제공자편에서의 적절한 자살위험 평가 및 개입 등이 필요함.

#### 지표설명

- 2009년까지 각 자치구별 정신보건센터에 등록되어 있는 회원의 자살률
- 성별, 연령별, 자살방법 등 변인별 자살률

#### 지표해석

- 2009년 서울시 지역정신보건센터 총 등록회원 14,873명 중 26명 (0.17%)이 자살로 사망하였음\_ 2008년(12건) 대비 116% 증가함.
- 이는 전체 서울시민의 자살사망률 0.02% 대비 8.5배 높은 수치임.
- 남녀 비율이 거의 비슷하며 연령별로는 30~50대가 18건으로 69%를 차지하고 있음.
- 여성의 경우 2008년 3건에서 2009년 12건으로 4배 증가.
- 자살방법으로 투신이 53.8%로 가장 많고 34.6%가 목을 매어 자살함.

그림50\_ 지역사회 등록정신질환자의 연령별 자살사망자수

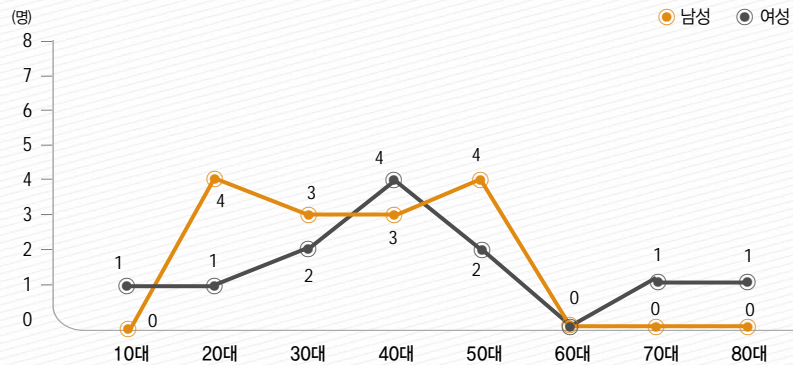


그림51\_ 성별 자살사망자수

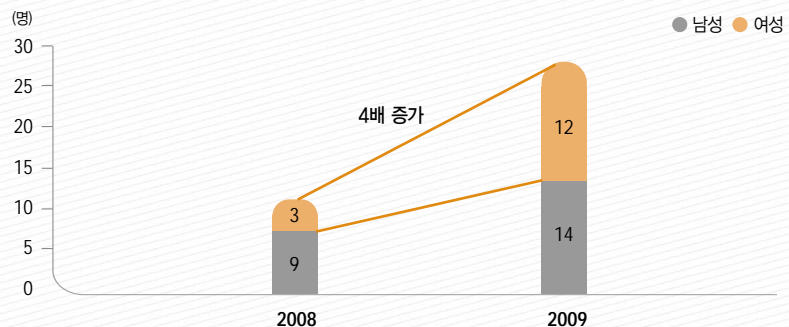


그림52\_ 등록정신질환자 자살방법

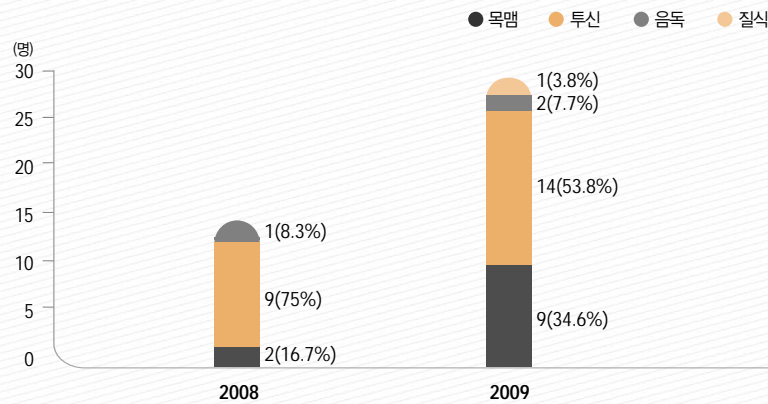
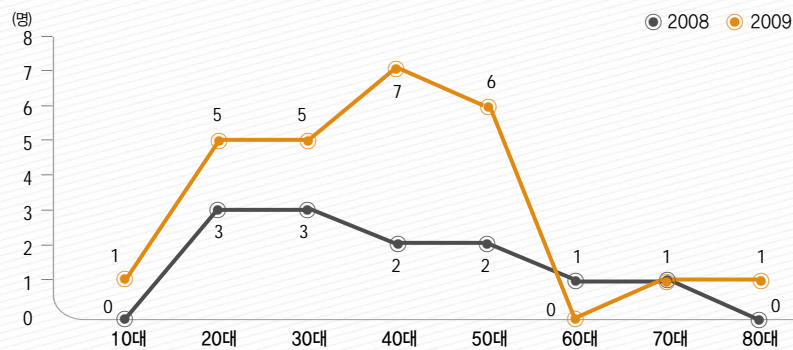


그림53\_ 연도별 지역정신보건센터 등록정신질환자 자살사망자수



### 향후전망

서비스 등록회원의 자살사망률이 일반인구의 8.5배라고 보았을 때 치료받고 있지 않는 정신질환자의 자살사망위험은 더 높은 것으로 추측할 수 있음. 따라서 정신질환의 조기발견, 사례관리, 치료연계 등 일련의 서비스 제공의 강화가 필요함.

### 자료원

서울시정신보건사업지원단(2009 서울시 지역정신보건센터)



## Indicator 14

### 서울시민 고위험 음주율

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

■ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

음주로 인한 사회적 폐해가 심각함에도 이를 통제할 수 있는 정책적 제안이 부족함. 서울시의 음주군 중 고위험군을 파악하여 조기발견 및 위험요인 감소에 목적을 둠.

#### 지표설명

• 우리나라 고위험 음주율(만 19세 이상, 연령표준화)은 증가경향이 있으며 전체 20.2%, 남성 29%, 여성 9%이며, 남성은 40대와 50대에서 여성은 20대에서 높은 비율을 보임.

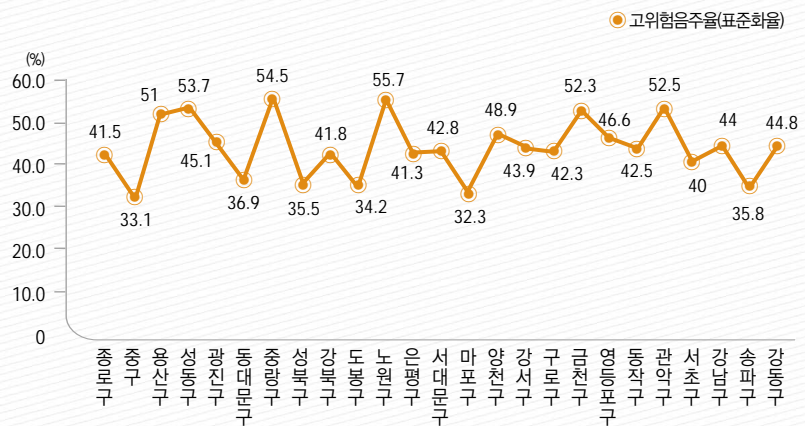
• 고위험 음주율 \_ 한 번의 술자석에서 남성의 경우 소주 7잔(여성 5잔) 이상의 음주량을 주2회 이상 음주하는 사람의 비율

- 분자 : 고위험 음주행동을 보이는 서울시민(만 19세 이상)
- 분모 : 서울시민

#### 지표해석

• 2008년 서울시민의 고위험 음주율은 전체 19.7%, 남성은 28.8%이며 여성은 8.5%(만 19세 이상, 연령표준화 기준)

그림54\_ 서울시민의 고위험 음주율



#### 향후전망

고위험 음주자를 위한 조기발견 및 개입체계 구축이 필요하며 여성 등 특정 계층에 적합한 고위험음주 예방 정책이 필요함.

#### 자료원

2008 국민건강통계



## Indicator 15

### 정신질환자에 대한 지역사회 수용도

#### 필요성

정신질환자를 사회의 일원으로 인정하고 받아들이는지의 여부는 정신질환자가 지역사회로 복귀 시 적응정도에 영향을 줌.

남비현상이 두드러지는 서울시와 같은 대도시에서 사회로의 편입을 인정하고 통합을 지지하는 정도는 타 시도에 중요한 모델링 역할을 할 것으로 생각됨.

#### 지표설명

- 2009년 서울시민 1,000명을 대상으로 실시한 정신건강 인식도 조사 근거
- 관련질문에 '그렇다' '정말 그렇다' 라고 응답한 사람의 비율

#### 지표해석

- '정신분열병 등의 정신질환자도 최대한 지역사회에서 거주하면서 치료를 받아야 할 필요가 있다' 는 질문에 83.9%가 '그렇다' 고 응답하여 대체적으로 높은 비율을 보임.
- '가까운 이웃에 정신질환자 관련시설이 들어오는 것을 받아들일 수 있다' 는 질문에 61.1%가 '그렇다' 고 응답 \_ 2007년 대비 19.5% 감소

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

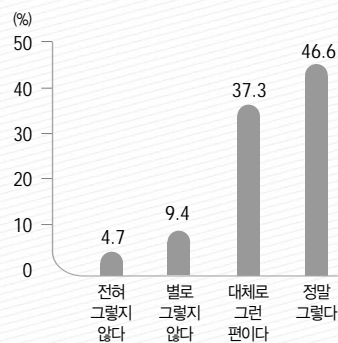
#### 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

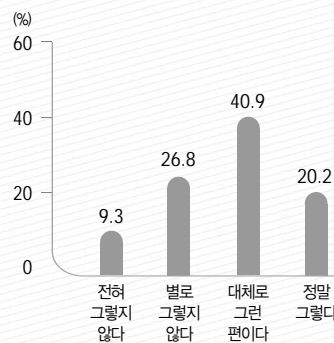
#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 ■ 반응성  
□ 안정성

그림55\_ 지역사회 거주&치료 필요성



정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도



#### 향후전망

정신질환자에 대한 시민들의 인식은 상대적으로 긍정적이거나 가까운 이웃에 시설이 들어오는 것에 대한 긍정의 응답비율은 다소 낮게 나타나고 있어 인식개선이 필요함.

#### 자료원

정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사(서울시정신보건사업지원단 2009)

## Indicator 16

### 초발정신질환자 미치료기간(DUP)

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 ■ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

정신질환을 조기에 발견하고 적극적인 개입을 통해 증상발생 후 치료시작까지의 기간(미치료 기간, DUP)을 최소화하는 것은 국가적인 차원에서 갖추어야 할 매우 중요한 정신보건체계 중의 하나임.

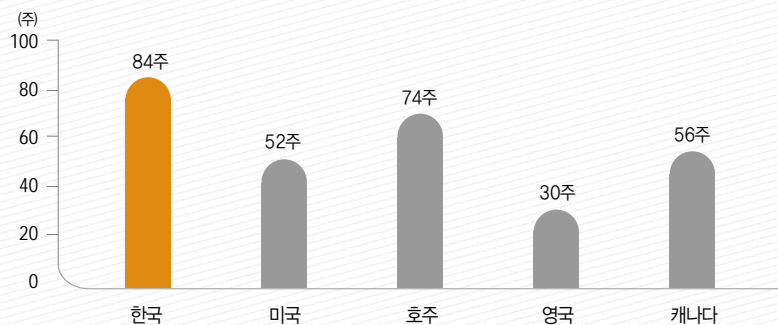
#### 지표설명

• DUP(Duration of Untreated first episode Psychosis), 즉 정신병적 증상이 처음 발현한 후부터 처음 치료를 받게 되는 기간

#### 지표해석

- DUP 평균값은 약 585.84일로 약 83.69주(20.92개월, 1.7년)로 조사됨.
- 조사 대상자들의 DUP 평균은 약 84주로 타 국가에서 보고되어 있는 초발정신병의 치료지연기간(DUP)에 비해 상대적으로 긴 것으로 나타남.
- 인구학적 특성에 따른 DUP는 여성, 고령, 의료급여 일수록 DUP가 높게 나타나고 있음.

그림56\_ 나라별 미치료기간(DUP)



#### 향후전망

국가차원에서 보다 일반화시킬 수 있는 국내지표에 대한 연구가 필요함. 또한 DUP에 영향을 미치는 요소들에 대한 개괄적인 확인을 넘어 면밀한 요인분석이 필요하며, 근거에 기반한 프로그램과 정책이 자리 잡아야 할 것임.

#### 자료원

정신과 내원 초발정신증 환자의 정신증 미치료기간(DUP)과 치료 경로 조사  
(서울시정신보건사업지원단 2008)

## 제3장 정신보건사업에 따른 지표

제 1 절	지역사회재활서비스
제 2 절	직업재활
제 3 절	이주민 정신건강
제 4 절	정신질환자 권익옹호
제 5 절	정신보건심판위원회
제 6 절	우울증 예방과 정신건강증진

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR



## 제 1 절 지역사회재활서비스

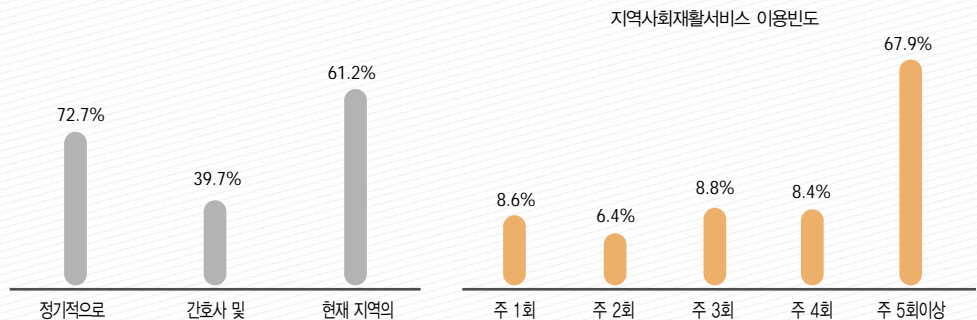
### 1. 정신재활 서비스

- 1995년 정신보건법 제정을 통해 점차 지역정신보건서비스 전달체계가 확립되었음. 사회의 구성원으로 생활하기 위해서는 정신건강관리와 사회적·직업적 재활을 원조하는 지역정신보건서비스, 사회보장서비스, 가족지원서비스 등이 필요함.<sup>19)</sup>
- 전국적으로 2009년 현재 지역사회 재활서비스를 제공하는 기관은 정신보건센터, 알코올상담센터, 사회복귀시설, 낮병원으로 총 470여개가 운영되고 있음.
- 지역사회 거주 정신장애인 중 재활서비스 이용자는 72.7%이며, 이 중 67.9%가 주 5회 이상 이용하고 있는 것으로 나타남. 또한 서비스 유형별 이용은 정신건강관리, 사회적응훈련, 여가활동훈련 순으로 나타남. 다만 주거서비스의 경우 미 이용률이 이용률보다 높게 나타났다.<sup>20)</sup>

표37\_ 지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용현황

서비스	이용상태	빈도(명)	%
현재 정기적으로 보건소/정신보건센터/사회복지시설에 나가 재활 프로그램에 참여하고 있다	예	509	72.7
	아니오	191	27.3
현재 보건소 또는 정신보건센터의 간호사나 사회복지사가 집으로 찾아와 상담하고 있다	예	274	39.7
	아니오	416	60.3
현재 복지관 등 지역의 사회복지기관을 이용하고 있다	예	423	61.2
	아니오	268	38.8
지역사회재활서비스 이용빈도	주 1회	43	8.6
	주 2회	32	6.4
	주 3회	44	8.8
	주 4회	42	8.4
	주 5회 이상	340	67.9
	합계	501	100

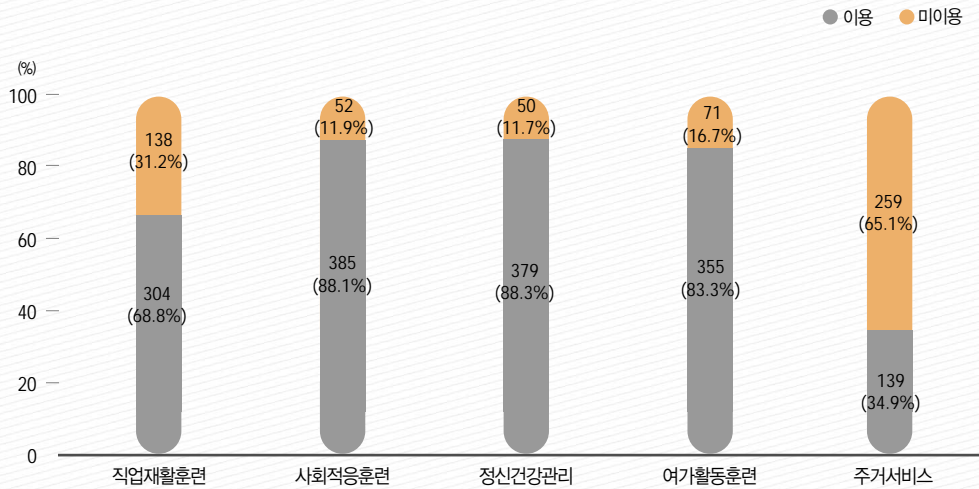
그림57\_ 정신건강관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류(중복응답)



출처: 국가인권위원회(2008) 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구

제 3장 정신보건사업에 따른 지표

그림58\_ 지역사회재활서비스 유형에 따른 이용여부



출처: 국가인권위원회(2008) 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구

## 2. 지역사회 등록관리율

- 2009년 정신질환 추정 수는 421,716명이나 약 16%(69,206명)만이 지역사회에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타남.
- 지역사회 등록관리율은 2000년 2.38%에서 꾸준히 증가, 2009년 16.41%로 8배 이상 증가 하였음.

표38\_ 중증정신질환자 대비 등록관리율

(단위 : 명, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
지역사회 중증정신질환자 추정수(명) <sup>1)</sup>	470,030	473,370	476,345	479,190	481,916	482,862	484,903	422,348	416,285	421,716
기관종류별 등록관리자 수										
표준형 정신보건센터 <sup>2)</sup>	9,502	10,740	12,713	15,951	17,246	20,236	26,101	32,898	56,231	46,265
기본형 정신보건센터	-	19,559	18,950	20,869	21,292	22,305	22,649	22,430	13,114	10,977
낮병원	557	695	848	728	806	879	954	1,045	1,114	1,717
사회복지시설	1,124	1,866	2,378	2,268	3,347	3,916	4,500	4,914	5,324	5,437
알코올상담센터	-	-	-	-	1,504	2,035	2,635	4,088	4,272	4,810
노숙인 정신보건사업 <sup>3)</sup>	-	-	-	152	118	-	-	-	-	-
총 등록관리자	11,183	32,860	34,889	39,968	44,313	49,371	56,839	65,375	80,055	69,206
등록관리율 <sup>4)</sup>	2.38	6.94	7.32	8.34	9.25	10.22	11.72	15.48	19.23	16.41

주: 1) 지역사회 중증정신질환자 추정 수 = 1%-입원시설(정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설, 미인가시설) 입원/입소 정신질환자수

2) 2002년부터 2008년까지 표준형 정신보건센터에 아동청소년 정신보건사업 등록자 포함

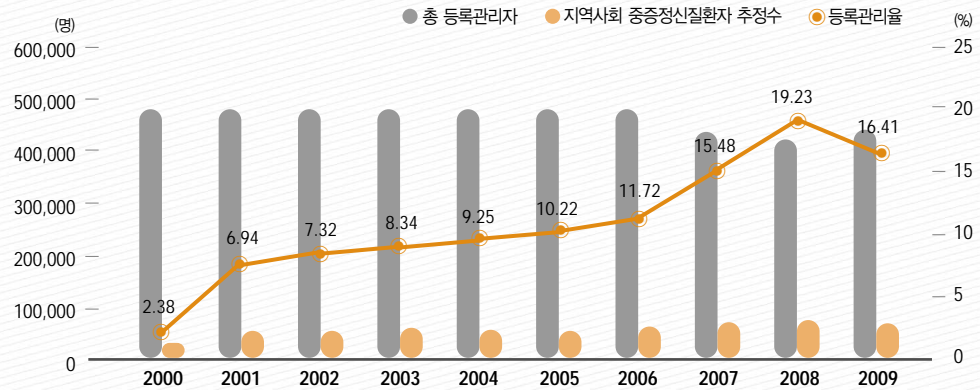
3) 노숙인 정신보건사업 등록자는 2005년부터 표준형 정신보건센터에 포함

4) 등록관리율 = 총 등록관리자/지역사회 중증정신질환자 추정수

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서



그림59\_ 중증정신질환자 대비 등록관리율



출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

### 3. 유형별 등록현황

- 등록자의 연령별 분포를 보면, 대체로 30~40대가 약 50%를 차지하고 사회복지시설의 경우 68%에 이를 정도로 비중이 높음.
- 65세 이상의 노년층 비중도 점차 증가하고 있으며, 그들은 주로 정신보건센터에 등록되어 서비스를 받고 있는 것으로 나타남.
- 정신분열병 대상자가 약 46%로 가장 많고 치매, 알코올중독 순으로 나타남. 또한 2009년에는 우울증의 비중이 10% 정도로 소폭 상승하였음.

표39\_ 등록자의 연령별 분포

(단위: 명)

	전체	10세 미만	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상	미상
2000	10,626	370	432	1,845	2,976	2,331	956	485	1,231	-
2001	32,165	314	1,052	4,413	8,073	7,411	3,262	1,473	6,118	49
2002	33,244	258	1,132	4,382	8,333	7,993	3,332	1,577	6,213	24
2003	37,047	321	1,480	4,496	9,201	8,573	3,919	1,724	7,333	-
2004	41,160	556	1,069	4,684	10,174	10,327	4,817	1,904	7,623	6
2005	48,492	1,460	2,729	4,567	10,884	11,538	5,642	2,129	9,543	-
2006	55,885	758	1,860	5,180	11,944	12,985	6,730	2,477	13,951	-
2007	64,330	993	6,378	5,347	12,578	14,455	7,831	2,662	14,086	-
2008	78,941	851	8,366	5,849	13,963	18,893	11,418	3,310	16,165	126
2009	67,489	3	74	5,787	13,663	19,543	12,888	3,765	11,458	308
표준형센터	46,265	-	-	4,239	9,470	13,322	8,835	2,523	7,563	303
기본형센터	10,977	-	-	577	1,664	2,770	1,703	755	3,503	5
사회복지시설	5,437	-	35	837	1,912	1,794	735	91	33	-
알코올상담센터	4,810	-	39	134	617	1,647	1,615	396	359	-

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서



제 3장 정신보건사업에 따른 지표

표40\_ 등록자의 진단별 분포

(단위 : 명)

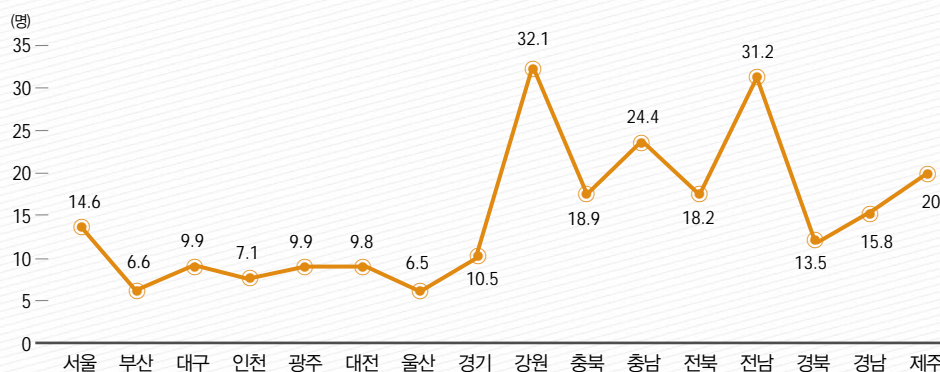
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
전체	10,626	32,165	33,244	37,047	41,160	48,492	55,985	64,330	78,941	67,489
정신분열병	5,833	14,950	15,877	17,890	19,079	22,202	23,856	25,384	33,141	34,264
조울증	526	1,170	1,408	1,594	1,747	1,957	2,491	2,779	3,215	3,566
알코올중독	494	2,094	2,216	2,234	4,102	4,764	5,238	6,762	7,217	8,317
우울증	692	1,022	1,119	1,331	1,619	2,023	2,699	3,296	6,143	7,114
정신지체	404	2,766	2,385	2,224	2,147	1,970	2,393	2,422	2,857	2,535
치매	980	5,586	5,832	6,659	6,887	8,151	12,541	12,533	12,963	6,746
신경증	144	473	349	437	434	432	645	651	644	693
간질	439	2,173	2,186	2,399	2,258	2,098	2,151	2,037	1,815	1,228
아동청소년질환	-	-	-	-	-	2,515	3,294	4,223	5,479	-
기타	1,114	1,933	1,872	2,279	2,834	2,829	677	4,243	5,467	3,026

출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

## 4. 서울시 지역사회 정신보건서비스 등록현황

- 우리나라 인구 1만 명당 지역사회 정신보건사업에 등록된 대상자는 13.9명으로 나타남.
- 서울시는 14.6명으로 16개 시도 중 8번째를 차지하고 있으며, 정신보건센터에 등록된 대상자가 가장 많음.
- 인구 1만 명당 등록자수가 가장 많은 곳은 강원도이며, 가장 적은 곳은 울산으로 나타남.

그림60\_ 시도별 인구 1만 명당 등록자수 비교



출처: 2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

- 서울시 지역정신보건시설에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 대상자는 총 16,577명(주거 제외)으로 소아청소년 2,834명, 성인 10,754명, 노인 1,341명, 알코올질환 1,648명임.
- 기관별로는 정신보건센터 14,873명, 알코올상담센터 565명, 사회복지시설 1,666명이 등록되어 있음.
- 서울시 추계정신질환자(269,805명) 중 6.3%가 지역사회 정신보건시설에 등록되어 서비스를 받고 있는 것으로 나타남.
- 지역구 주민을 대상으로 포괄적인 서비스를 제공하는 정신보건센터의 등록률이 가장 높은 반면, 정신장애인만을 대상으로 하는 사회복지시설, 주거시설에서 상대적으로 낮게 나타남. 다양한 사회문제 발생, 고령화 사회 등의 변화로 인해 대상군별 등록자의 비율이 비슷해진다고 볼 때, 전문화된 서비스마련이 필요함.

그림61\_ 대상군별 등록 현황

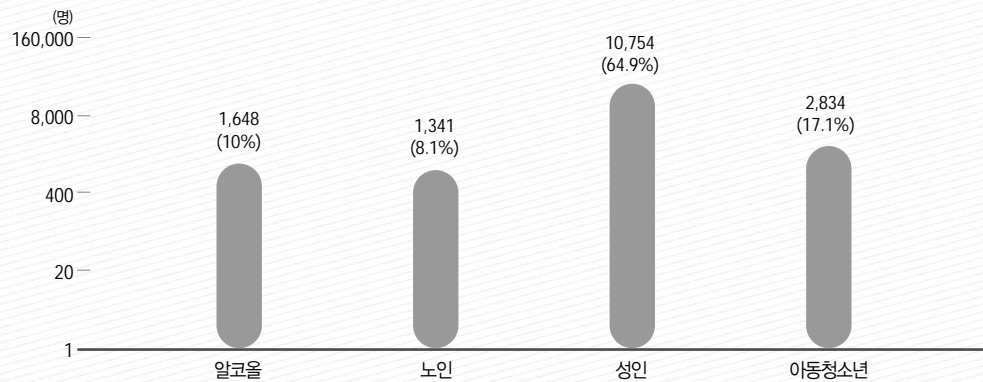
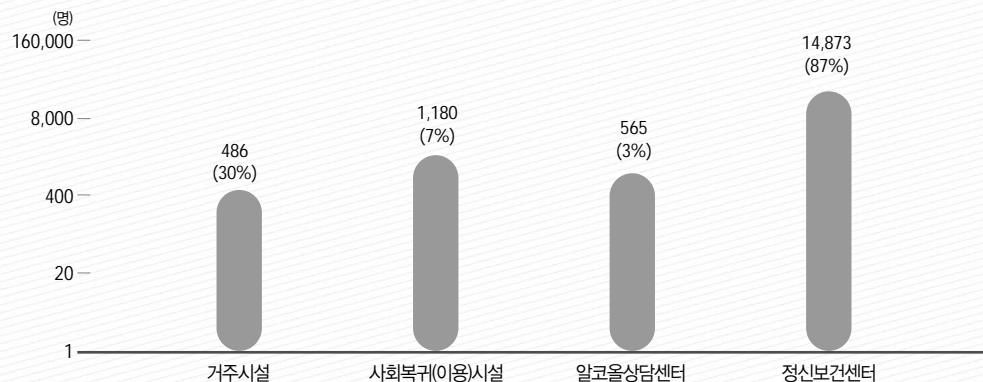


그림62\_ 기관별 대상자 등록현황

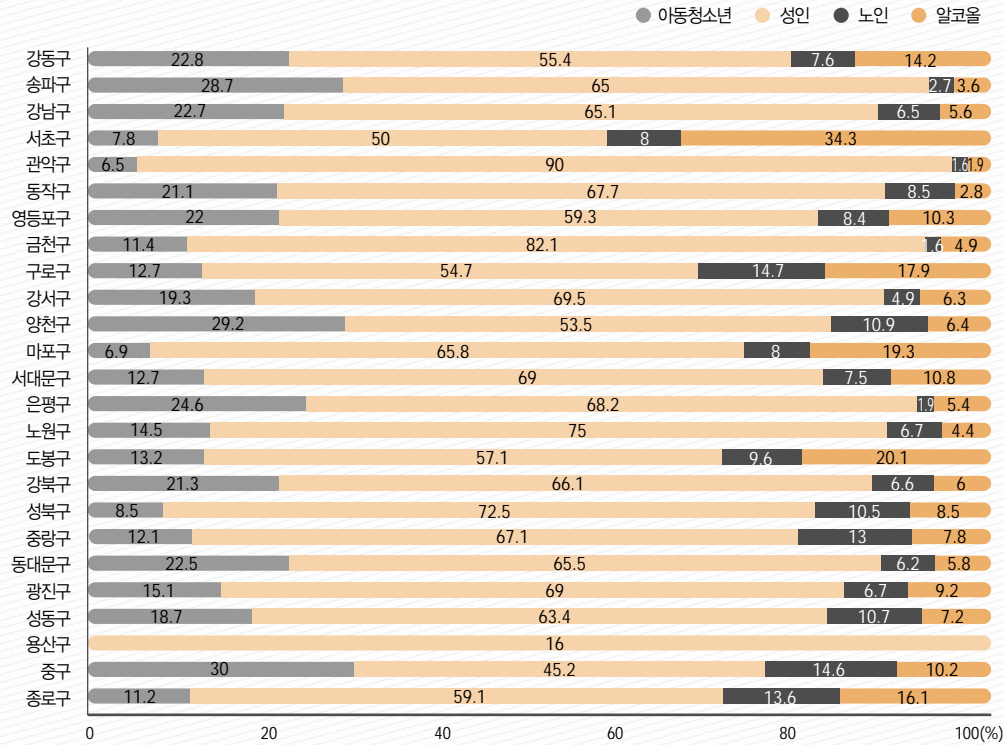




제 3장 정신보건사업에 따른 지표

그림63\_ 자치구별 등록관리 대상자율

대상군별 지역사회 등록률(%)



센터별 등록관리 대상자율(%)



## 제 2절 직업재활

### 1. 장애등록 현황

- 2009년 우리나라 장애인등록자 수는 2,429,565명이며, 이중 정신장애인<sup>21)</sup>은 94,786명 (3.9%)으로 추계된 정신질환자(487,466명)의 19.4% 수준임.
- 2000년 대비 장애인 등록자는 154%, 정신장애인 등록자는 302% 증가함.

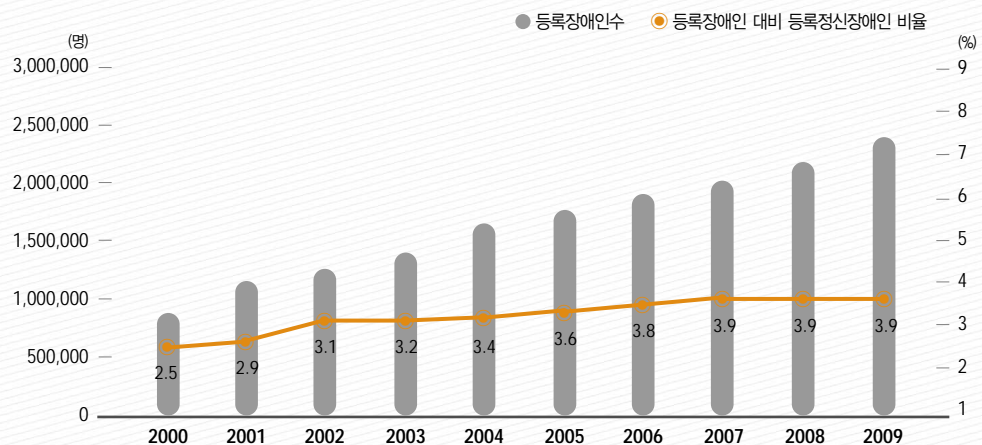
표41\_ 연도별 장애인등록자 현황

(단위 : 명, %)

연도	등록장애인수	정신장애인등록	등록장애인 대비 등록정신장애인 비율
2000	958,196	23,559	2.5
2001	1,134,177	32,581	2.9
2002	1,294,254	39,494	3.1
2003	1,454,215	46,883	3.2
2004	1,610,994	54,333	3.4
2005	1,789,443	63,642	3.6
2006	1,967,326	75,058	3.8
2007	2,104,889	81,961	3.9
2008	2,246,965	86,624	3.9
2009	2,429,565	94,786	3.9

출처: 2009 보건복지가족통계연보

그림64\_ 장애인 등록 변화추이



출처: 2009 보건복지가족통계연보

21) 정신장애인이란 정신분열병, 분열정동장애, 양극성정동장애(조울증), 반복성 우울장애 등의 4가지 중 한가지 진단을 받은 정신질환자가 1년 이상 병을 지속적으로 치료해야 하며, 정신질환으로 인한 기능상의 장애를 동반하고 있는 사람을 말하며 기능 장애에 따라서 1~3급으로 판정 미국의 경우 8가지의 진단 범주로 나뉘어 있음.



## 2. 정신장애인의 취업

### 1) 직업의 의미

- 직업을 가지고 지역사회에 활동적으로 참여할 때 정신적인 증상이 경감될 뿐 아니라 자신의 역할에 대한 정체성이 확립되고 타인과 상호작용을 함으로써 자신의 가치를 확인하게 되는 등 직업을 통하여 전반적인 삶의 질이 향상되는 것으로 나타남.<sup>22)</sup>
- 정신장애인에게 직업은 지역사회와 통합을 이루는 과정인 동시에 지역사회에 성공적으로 적응하기 위한 기반이 된다고 볼 수 있음.

### 2) 경제활동 상태

- 15세 이상 장애인의 경제활동참가율<sup>23)</sup>은 41.1%이며 2005년의 38.2%에 비해 3%p 증가하였으며 인구대비 취업자의 비율은 2008년 37.7%로서 2005년보다 3.6%p 증가함.
- 장애인 실업률은 8.3%로 2008년 12월 통계청 기준 전체 실업률 3.3%에 비해 약 2.5배 정도 높은 수준이며 통계청의 ILO 기준 장애인 실업자 수는 708,000명으로 추정함.

표42\_ 성별 취업 인구 및 취업률

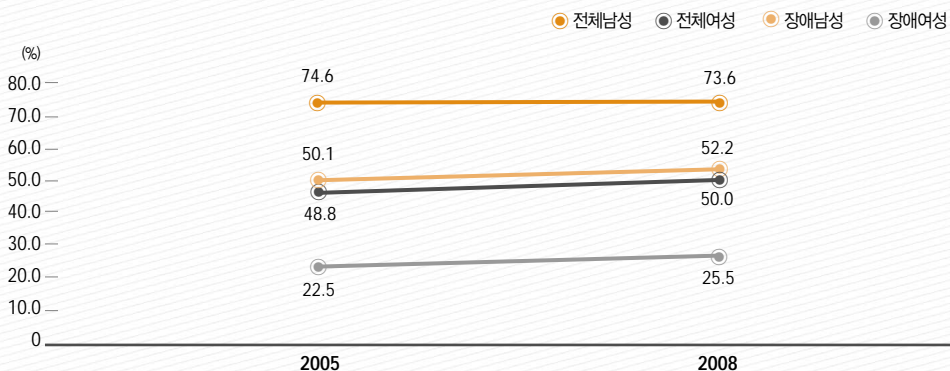
(단위 : 명, %)

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제활동 인구	경제활동 참가율	취업률	실업률	인구대비 취업자 비율
		계	취업	실업					
남성	1,209,706	631,195	575,580	55,615	578,511	52.18	91.19	8.81	47.58
여성	861,890	219,642	204,474	15,168	642,248	25.48	93.09	6.91	23.72
계	2,071,596	850,837	780,054	70,783	1,220,759	41.07	91.68	8.32	37.65

출처: 2008 장애인실태조사

- 2008년 우리나라의 경제활동참가율은 남성 73.6%, 여성 50%로 2005년 대비 남성은 다소 감소한 반면 여성은 소폭 증가하였고, 장애가 있는 남성과 여성은 모두 2005년 대비 소폭 상승하였으나 장애 여성의 경우 25.5%로 장애 남성의 절반 수준임.

그림65\_ 장애인 및 전체인구의 경제활동참가율



출처: 2009 장애인통계

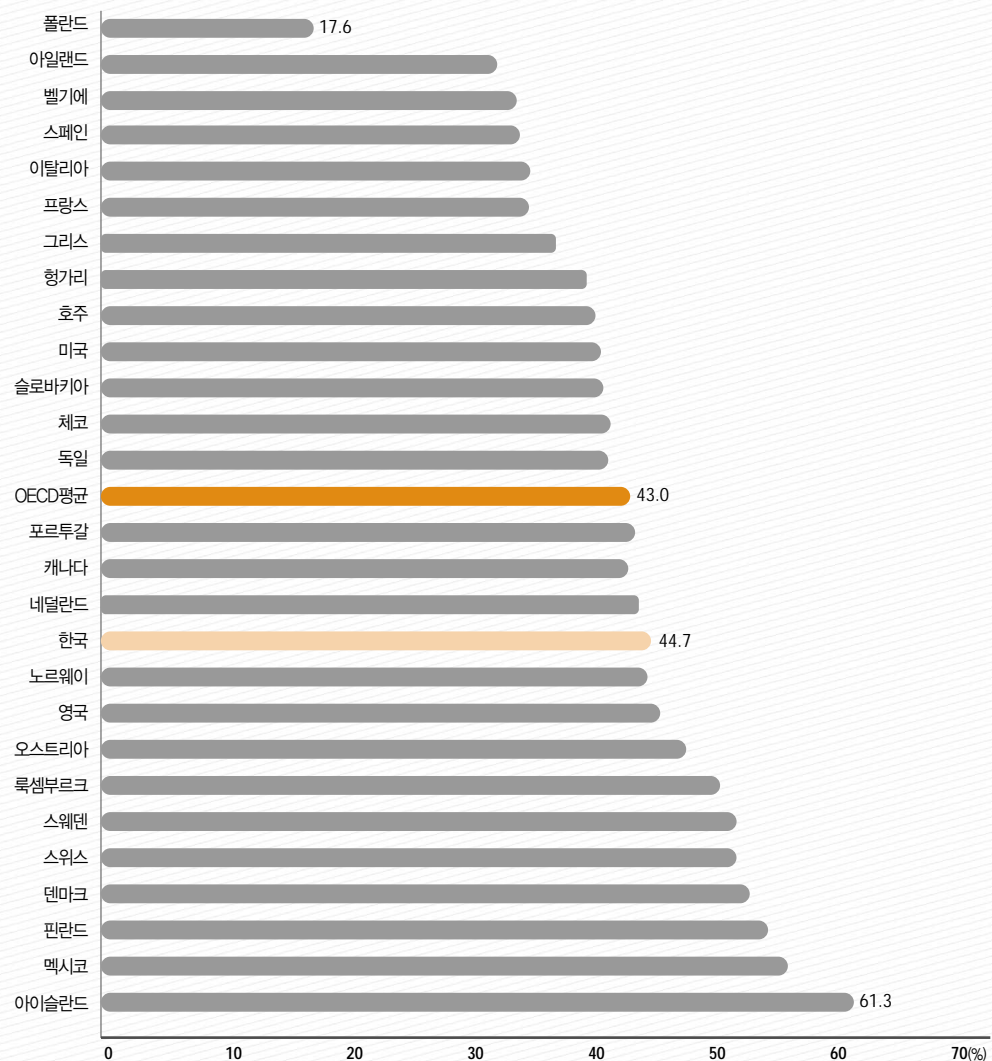
22) Strauss, Harding 외(1998), 이금진(2003) 정신장애인 직업유지기간에 영향을 미치는 요인 재인용 p21~55

23) 통계청에서 사용하고 있는 ILO(국제노동기구: International Labor Organization) 기준을 적용

### 3) 장애인 고용률

- 우리나라 장애인 고용률은 44.7%로 OECD 평균인 43%보다 높으며, 미국(39.9%), 프랑스(36.3%), 이탈리아(36%) 등 유럽 선진국에 비해서도 높은 것으로 나타남.
- 우리나라는 1995년 43.9%에서 2005년 44.7%로 0.8%p 상승하여 OECD 평균이 1990년대 43.3%에서 2005년 43%로 0.3%p 하락한 것과 비교했을 때 고무적임.
- 우리나라와 같이 장애인 고용률이 상승한 국가는 영국(1998년 38%→2006년 45.3%), 이탈리아(1995년 34.9%→2005년 36%), 네덜란드(1995년 40.2%→2006년 44.5%) 등 10개국이며, 장애인 고용률이 하락한 국가는 미국(1996년 40.4%→2004년 39.9%), 스웨덴(1997년 54.6%→2005년 51.9%), 노르웨이(2000년 47.1%→2005년 44.7%) 등 11개국임.

그림66\_ OECD 국가의 장애인 고용률(2005)



출처: OECD, "High-level forum background paper" 2009, 통계로 보는 노동시장, 노동부  
 \*참고: 호주는 2003년, 멕시코, 룩셈부르크, 미국, 스페인, 폴란드는 2004년, 영국, 네덜란드, 캐나다는 2006년



제 3장 정신보건사업에 따른 지표

#### 4) 정신장애인 취업률

- 전체 장애인의 인구대비 취업률은 2008년 37.7%로 2005년 대비 3.5%p 상승함.
- 정신장애인의 취업률은 2000년 10%, 2005년 15.9%로 상승하였으나 2008년 9.9%로 소폭 하향하였음.
- 장애유형별 취업률을 살펴보면, 안면장애, 지체장애, 시각장애의 취업률은 40% 정도로 높은 반면, 자폐성 장애와 정신장애는 8.8%, 9.9%로 상대적으로 낮게 나타나고 있음.

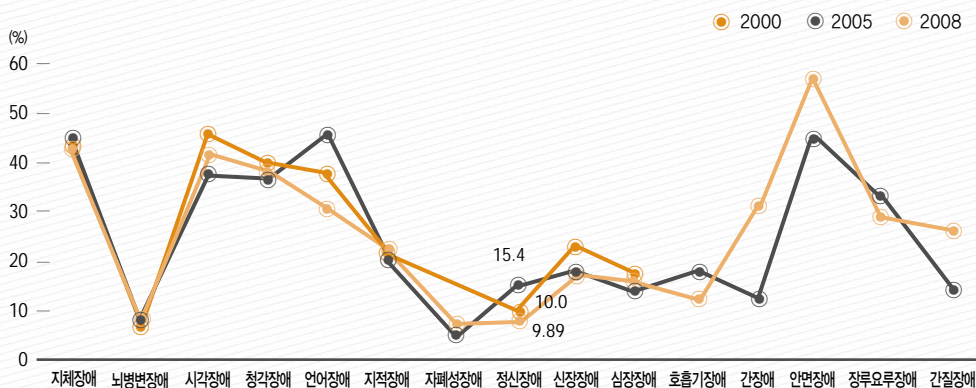
표43\_ 장애유형별 취업률

(단위 : 명, %)

연도	2000			2005			2008		
	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률
지체장애	590,460	259,185	43.9	991,111	437,419	44.13	1,124,524	525,629	46.74
뇌병변장애	209,485	15,143	7.2	255,928	22,257	8.70	211,976	23,745	11.20
시각장애	175,742	80,222	45.6	216,809	83,770	38.64	217,306	89,384	41.13
청각장애	143,924	58,381	40.6	224,079	81,452	36.35	203,067	80,778	39.78
언어장애	23,359	9,326	39.9	17,097	7,959	46.55	14,024	4,266	30.42
지적장애	67,821	14,746	21.7	90,615	18,973	20.94	107,359	24,122	22.47
자폐성장애	-	-	-	7,303	421	5.76	4,044	354	8.75
정신장애	50,069	5,009	10.0	77,180	12,302	15.94	84,552	8,358	9.89
신장장애	25,149	5,701	22.7	40,286	8,037	19.95	48,283	9,331	19.33
심장장애	42,402	8,017	18.9	39,754	5,954	14.98	13,771	2,808	20.39
호흡기장애	-	-	-	29,953	5,912	19.74	14,393	2,387	16.58
간장애	-	-	-	13,069	1,525	11.67	6,249	1,871	29.94
안면장애	-	-	-	3,987	1,757	44.07	2,071	1,171	56.54
장루요루장애	-	-	-	15,466	5,146	33.27	11,280	3,490	30.94
간질장애	-	-	-	14,151	2,071	14.64	8,698	2,361	27.14
계	1,331,486	455,729	34.2	2,036,788	694,955	34.12	2,071,597	780,055	37.65

출처: 2008 장애인실태조사

그림67\_ 장애유형별 취업률



## 5) 정신장애인 고용현황

- 정신장애인의 경우 자영업 비율은 14.5%로 다른 장애유형에 비해 낮은 반면, 보호작업과 같은 장애인 직업재활시설에서 일하고 있는 비율은 52.6%로 높게 나타나고 있음.
- 취업한 정신장애인의 대다수(92%)는 임시직/비취업 상태에 있어 안정적 고용환경을 갖고 있지 못함.<sup>24)</sup>

표44\_ 취업장애인의 직장유형

(단위 : %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루 요루 장애	간질 장애	전체
자영업	47.2	41.3	53.7	51.4	32.7	24.4	0.0	14.5	42.7	48.9	63.3	44.8	31.7	59.0	42.7	47.0
일반사업체	42.5	40.6	35.0	36.8	55.4	44.7	27.1	20.0	52.2	41.9	31.0	38.3	62.9	31.6	48.4	41.0
정부 및 정부 관련 기관	4.6	5.1	5.5	2.0	3.6	1.2	0.0	0.0	4.4	7.3	1.1	15.8	3.8	4.6	3.9	4.3
장애인 보호작업장	0.2	2.3	0.0	0.0	0.0	18.0	39.3	52.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.3
장애인 근로사업장	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	6.2	0.0	8.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
장애인 관련기관	1.2	4.5	0.2	1.0	0.0	0.8	23.4	4.6	0.0	0.0	1.4	0.0	1.0	0.0	0.0	1.2
기타	4.3	6.1	5.6	8.7	8.3	4.8	10.2	0.0	0.8	1.9	3.2	1.2	0.5	4.8	3.8	4.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	525,629	23,747	89,383	80,777	4,266	24,122	354	8,356	9,331	2,808	2,387	1,871	1,171	3,490	2,361	780,053

출처: 2008 장애인실태조사

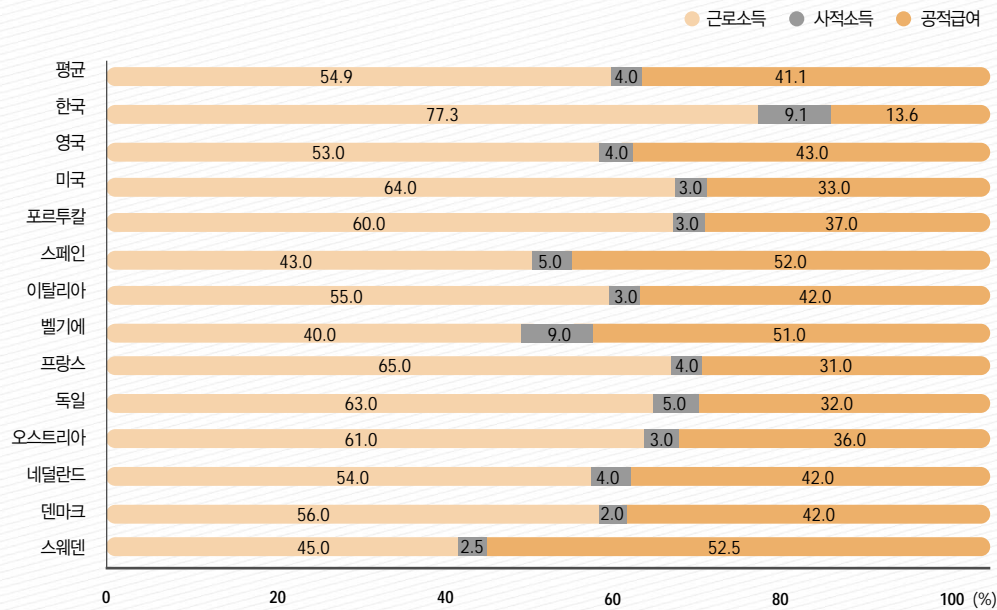
## 3. 정신장애인 소득

- OECD 주요국가의 장애인 소득 구성비의 평균을 살펴보면, 근로소득은 54.9%, 사적소득은 4%, 공적급여는 41.1%임.
- 반면 우리나라의 경우 근로소득의 비중은 높고, 공적급여의 비중은 낮아 장애인의 취업 활동과 급여가 중요함을 시사함.



제 3장 정신보건사업에 따른 지표

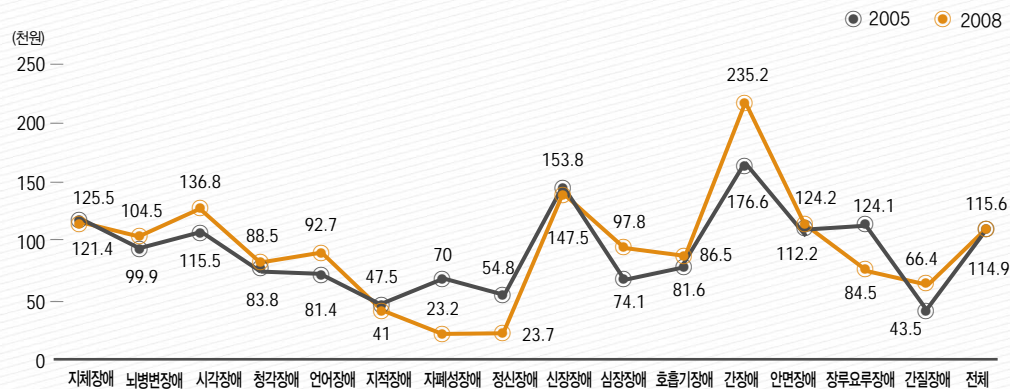
그림68\_ OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비



주 1) 20-64세 장애인 기준  
2) OECD 국가는 90년대 말 수치, 한국은 2005년 수치  
출처: 김언아(2008) OECD 2007 장애정책 리뷰, 고용개발원

- 2008년 취업장애인의 임금수준은 월 평균 115만 6천원으로 2005년 114만 9천원에 비해 소폭 상승한 반면 정신장애인의 월 평균 소득은 감소하였음.
- 장애유형별로 살펴보면 간장애의 월 평균 소득이 235만 2천원으로 가장 높았던 반면, 정신장애는 23만 7천원으로 낮은 임금수준을 보이고 있음.

그림69\_ 취업장애인의 임금수준



출처: 2008 장애인실태조사

- 취업장애인의 취업기간은 평균 186.9개월로 약 16년 이상 취업하여 근무하는 것으로 나타남.
- 주당 평균 근무일수는 5일, 1일 평균 근무시간은 8시간, 월 평균 수입은 115만 6천원임.
- 평균 취업기간은 청각장애가 213.1개월로 가장 긴 반면, 자폐성장애는 22.7개월로 가장 짧게 나타났으며, 월 평균 수입은 간장애가 235만 2천원으로 가장 많음.
- 정신장애의 경우 평균 취업기간은 71개월, 주당 평균 근무일수는 4.7일, 1일 평균 근무시간은 6.1시간으로 나타남.

표45\_ 취업장애인의 취업기간, 주당 근무일수, 1일 평균 근무시간, 월 평균 수입

(단위: 개월, 일, 시간, 만원)

구분	평균 취업기간	주당 평균 근무일수	1일 평균 근무시간	월 평균 수입
지체장애	191.5	5.0	8.0	121.4
뇌병변장애	157.2	5.2	7.2	104.5
시각장애	193.9	4.9	8.2	136.8
청각장애	213.1	5.0	7.7	88.5
언어장애	105.4	5.2	8.3	92.7
지적장애	100.4	5.0	7.1	41.0
자폐성장애	22.7	4.8	6.3	23.2
<b>정신장애</b>	<b>71.0</b>	<b>4.7</b>	<b>6.1</b>	<b>23.7</b>
신장장애	135.2	4.6	7.2	147.5
심장장애	135.3	5.0	7.5	97.8
호흡기장애	193.5	4.8	6.7	86.5
간장애	143.9	5.1	8.0	235.2
안면장애	113.1	5.0	9.1	124.2
장루 요루장애	192.8	5.3	7.3	84.5
간질장애	94.0	5.3	6.9	66.4
전체	186.9	5.0	7.9	115.6

출처: 2008 장애인실태조사

## 제 3 절 이주민 정신건강

### 1. 북한이탈주민

#### 1) 현황

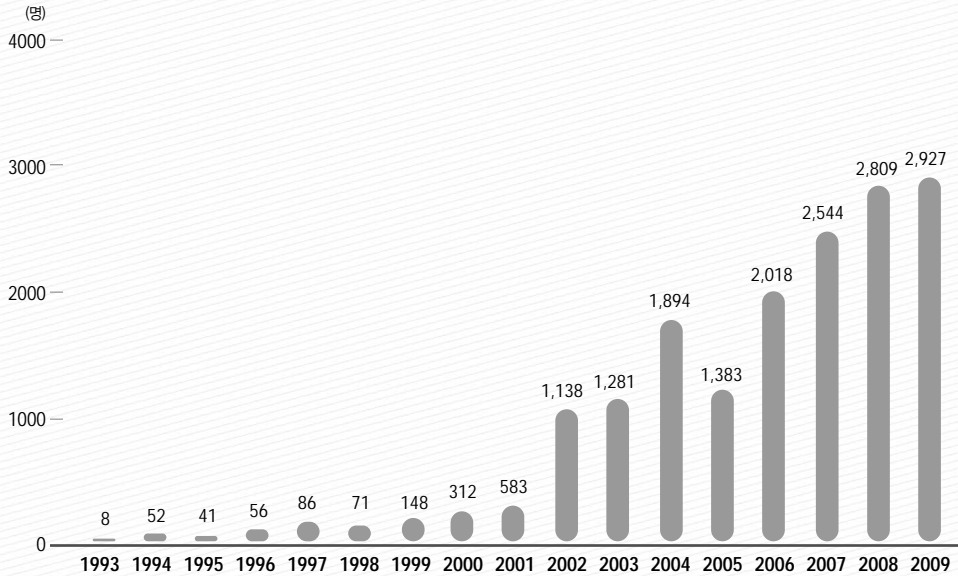
- 1994년 김일성 사망 이후 북한이탈주민이 기하급수적으로 증가추세에 있으며 통일부에 의하면 2009년 현재 북한이탈주민은 2,927명으로 전년대비 4.2% 상승하였음.



제 3장 정신보건사업에 따른 지표

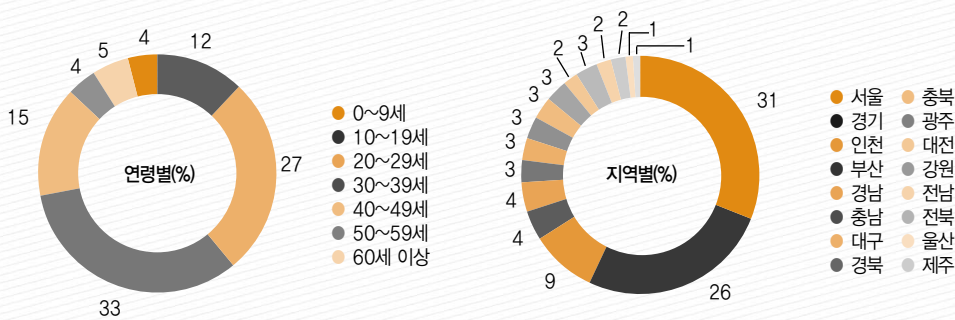
- 연령별 입국 현황을 살펴보면, 20대와 30대가 60%를 차지하고 있으며, 소아청소년도 16%로 적지 않은 비중을 차지하고 있음.
- 북한이탈주민의 과반수 이상이 서울(31%)과 경기(26%)지역에 거주하고 있어 원만한 적응을 위한 다양한 프로그램과 서비스가 필요함.

그림70\_ 북한이탈주민 입국자수



출처: 통일부

그림71\_ 북한이탈주민의 연령별 지역별 현황



출처: 통일부

표46\_ 연령별 입국현황(2009년 12월 입국자 기준)

구분	0-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상	계
누계(명)	706	2,127	4,940	5,897	2,687	807	820	17,984
비율(%)	4	12	27	33	15	4	5	100

표47\_ 지역별 입국현황(2009년 12월 입국자 기준)

(단위 : 명)

지역	서울	경기	인천	부산	경남	충남	대구	경북	충북
인원	5,284	4,299	1,532	724	607	552	543	514	487
지역	광주	대전	강원	전남	전북	울산	제주	계	
인원	445	413	421	386	301	191	104	16,803	

출처: 통일부

\*참고: 사망, 말소, 이민자와 주소 미등록, 보호시설 수용자 제외

## 2) 북한이탈주민들의 정신건강문제

- 북한 이주민들은 북한에서 사는 동안 또는 탈북과정에서 충격적인 경험을 하였고, 그로 인해 발생한 정신적인 스트레스로 어려움을 겪고 있는 사람이 많음.<sup>25)</sup>
- 국경없는 의사회 연간보고서(2005)에 의하면 남한 내에 정착하고 있는 북한이탈주민 476명을 상담한 결과 37.6%가 심리적인 어려움을 겪고 있으며, 129명 중 외상 후 스트레스 장애는 18.2%, 불안장애는 18.8%, 우울증은 22.2%라고 보고함.<sup>26)</sup>

표48\_ 북한이탈자와 남한 측의 CES-D와 로사검사에서의 주된 우울감 관련 지표의 차이 검증<sup>27)</sup>

		평균(표준편차)	t 값
CES-D	남한( $n=40$ )	12.13(7.63)	-2.70**
	북한( $n=40$ )	18.00(11.38)	
DEPI	남한( $n=40$ )	3.20(1.09)	-.32
	북한( $n=40$ )	3.28(1.01)	
CDI	남한( $n=40$ )	3.25(1.24)	-1.61
	북한( $n=40$ )	3.68(1.12)	
S-CON	남한( $n=40$ )	4.63(1.75)	-.40
	북한( $n=40$ )	4.78(1.61)	

\*\* $P < .01$ 

25) 전우택(2000) 탈북자들의 남한사회 적응과 심리갈등에 대한 이해. 한국심리학회. 2000

26) 유정자(2006) 북한이탈주민의 정신건강에 대한 연구. 연세대학교 대학원 p12

27) 김종남, 최윤경, 채정민(2008) CES-D와 로사검사를 통해 본 북한이탈주민의 우울감. 한국심리학회지: 사회문제, 14(2), 41~61

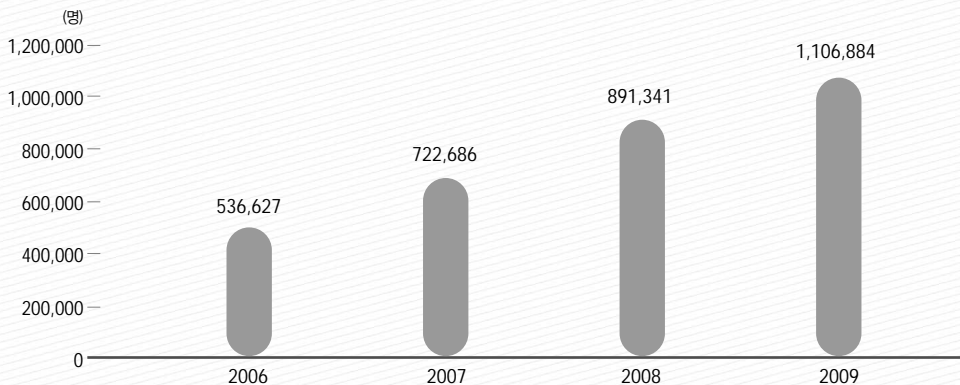


## 2. 외국인주민

### 1) 현황

- 행정안전부에 따르면 2009년 5월 기준 우리나라에 거주하고 있는 외국인은 1,106,884명으로 전년 대비 24.2% 증가함. 이는 주민등록인구 49,593,665명의 2.2%에 해당되며, 이중 한국 국적을 취득한 사람은 73,725명으로 전체 외국인 주민의 6.7%에 불과함.
- 외국인주민 중 과반수 이상을 차지하는 외국인근로자(52%)는 전년 대비 137,930명 증가하였고, 결혼 이민자는 22,960명 증가하였음.

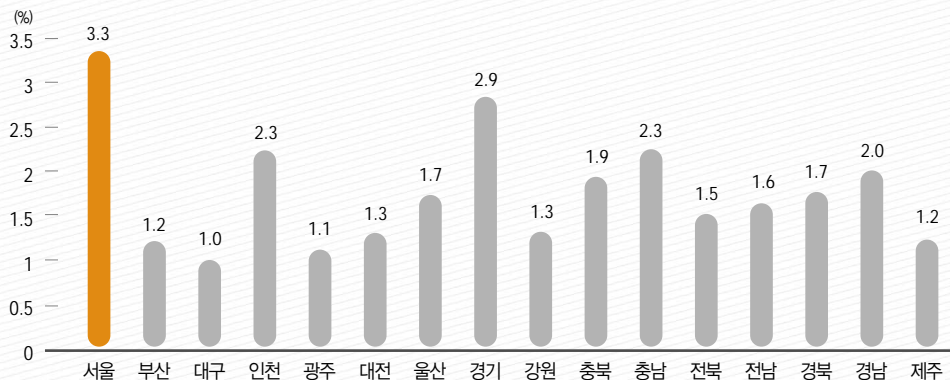
그림72\_ 연도별 외국인주민 현황



출처: 행정안전부(2009) 외국인주민 현황조사

- 시도별 외국인주민의 비율은 서울시가 3.3%로 가장 높고 경기 2.9%, 인천과 충남이 각각 2.3%를 차지하고 있음.
- 외국인 주민의 비율이 5% 이상인 시군구는 15곳이며 이중 60%가 서울시 소재 자치구에 거주하고 있음.

그림73\_ 시도별 외국인주민 비율



출처: 행정안전부(2009) 외국인주민 현황조사

표49\_ 인구대비 외국인주민 비율 현황

(단위 : %)

구분	시군구	5%이상	5~4%	4~3%	3~2%	2~0.7%	0.7% 미만
합계	232	15	6	17	45	140	9
서울	25	6	1	5	4	9	-
부산	16	1	-	-	1	11	3
대구	8	-	-	-	-	5	3
인천	10	1	-	2	2	5	-
광주	5	-	-	-	-	3	2
대전	5	-	-	-	-	5	-
울산	5	-	-	1	-	4	-
경기	31	4	3	5	9	10	-
강원	18	-	-	-	3	15	-
충북	12	2	-	-	2	8	-
충남	16	-	-	1	7	7	1
전북	14	-	-	1	3	10	-
전남	22	1	-	-	5	16	-
경북	23	-	-	1	6	16	-
경남	20	-	2	1	2	15	-
제주	2	-	-	-	1	1	-

출처: 행정안전부(2009) 외국인주민 현황조사

2) 외국인주민 정신건강<sup>28)</sup>

- 이주민의 약 50% 이상이 만성적 정신장애, 트라우마, 기타 정신건강문제를 보인다고 추산함.
- 의료공제회 활동 의료비 지원 질환별 분석 결과 정신과적 문제가 전체 의료비 중 2%를 차지하고 있으며(한국이주노동자건강협회, 2007), 한국 적응과정에서 불면증, 우울증을 나타내는 사례가 많고 정신과질환 비율이 5%에 달한다고 함.
- 이주민 유형에 따른 정신건강문제의 심각도 조사결과 결혼이민자의 경우 가족관계(4.05), 가정 폭력(3.78), 우울(3.61), 불안(3.33)이, 외국인 근로자는 불안(3.54), 스트레스로 인한 소화기 장애(3.41), 두통(3.30), 직장파도림(3.30), 우울(3.27)순으로 심각성이 나타나고 있음.



제 3장 정신보건사업에 따른 지표

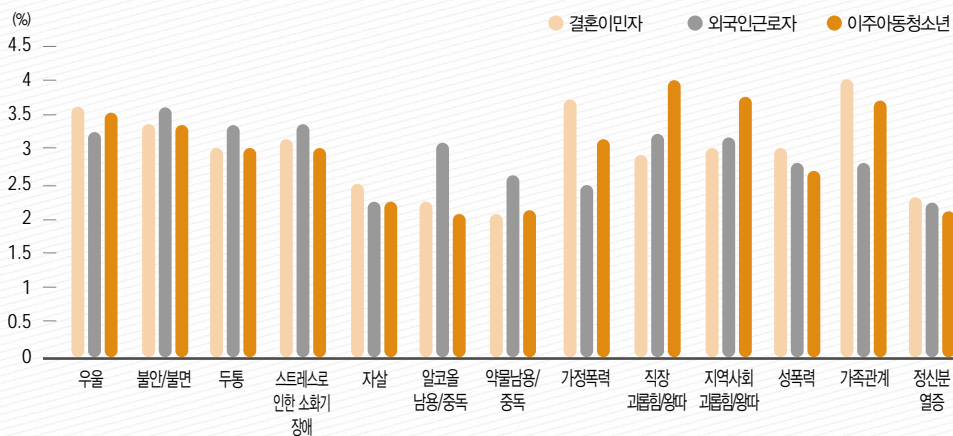
표50\_ 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식

(단위 : %)

	결혼이민자	외국인근로자	이주아동청소년
우울	3.61	3.27	3.47
불안/불면	3.33	3.54	3.38
두통	3.1	3.3	2.92
스트레스로 인한 소화기장애	3.17	3.41	3.06
자살	2.54	2.37	2.39
알코올남용/중독	2.35	3.19	2.18
약물남용/중독	2.19	2.69	2.24
가정폭력	3.78	2.53	3.25
직장괴롭힘/왕따	2.92	3.3	4.05
지역사회괴롭힘/왕따	3.03	3.2	3.75
성폭력	3.05	2.76	2.61
가족관계	4.05	2.88	3.61
정신분열증	2.46	2.43	2.26

출처: 국립서울병원(2008) 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

그림74\_ 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식



출처: 국립서울병원(2008) 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

## 제 4 절 정신질환자 권익옹호

### 1. 권익옹호의 개념<sup>29)</sup>

- 정신장애인 권익옹호는 경미한 수준의 정신장애인의 욕구와 권리를 포함하는 것은 물론 더 나아가 모든 사람들의 정신보건 관련 욕구, 권리를 보장하는 것으로까지 그 개념의 범위가 확장되어짐.

29) WHO(2003) Advocacy for mental health

- 옹호는 정신보건정책의 11가지 행동(방법)중 하나이며, 몇몇 나라에서는 옹호활동(운동)이 정신보건정책이나 법률에 실질적인 영향을 주고, 서비스 개선에서 중요한 힘으로 여겨짐.

## 2. 권익옹호의 외국사례<sup>30)</sup>

### 1) 브라질

- 권익옹호 기관은 합법적인 기관으로 쌍파울루 대학교와 공중보건부(district) 간의 상호 협력적인 프로그램의 일부분으로서 심리사회재활프로그램과 연계(linked)되어 있음.
- 1997년 이래 심각한 정신질환을 가진 사람들에게 거주시설을 제공하며, 정신보건서비스를 이용하는 사람들의 권리를 이해시키는 것을 목표로 하고 있음.

### 2) 이탈리아

- 1978년 정신의학 개혁의 일부분으로서, 베로나의 사회복지사가 소비자 중심의 사업 진행
- 자조집단과 정신건강부는 연계하여 낙인(stigma)에 대한 프로그램을 시행하였고, 자주성을 증진하고, 주거, 직업, 사회 활동과 여가 등에 대한 욕구가 실현될 수 있도록 지지함.

### 3) 호주

- 국가정신건강 5개년 계획(National Mental Health Strategy)에 대한 평가는 소비자와 정신 보건 관계자간의 권익 향상의 변화를 볼 수 있음.
  - 소비자의 이해(interests)를 대변하기 위한 공식적인 단체의 설립
  - 정신질환자의 권익을 보호하기 위한 정신건강 법률 제정 및 개정
  - 소비자의 권리를 보호하기 위한 국가적 지침 발표
  - 정신건강에 대한 이해증진 및 낙인 감소를 위한 국가캠페인 창출

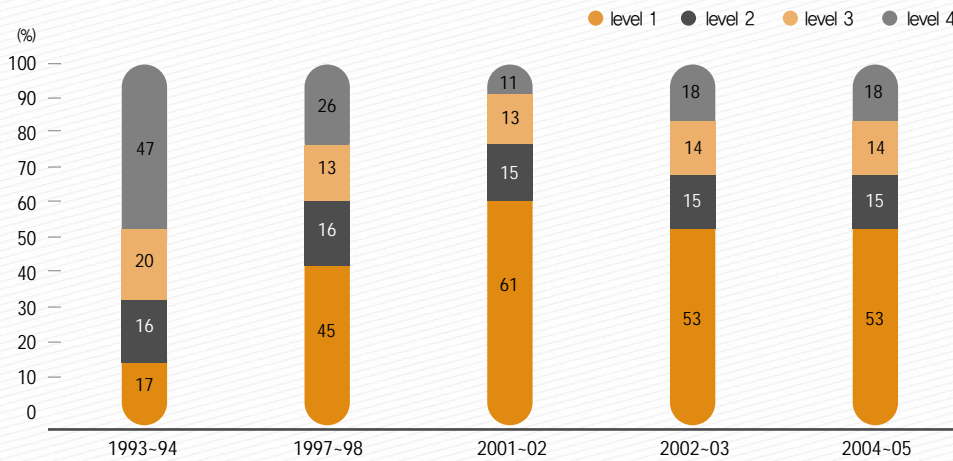
## 3. 소비자 참여도

- 정신장애인에 대한 회복패러다임 시각이 대두되면서 제공자 중심의 치료에서 소비자중심의 서비스로 전환되고 있음. 이는 임파워먼트 이론에 입각하고 있으며, 인권, 옹호, 참여 등 소비자들이 직접 서비스를 계획하고 평가하도록 하고 있음.
- 소비자 참여정도를 조사한 호주의 정신보건보고서를 살펴보면, 1993년~1994년에 비하여 2004년~2005년에 소비자의 참여도가 높은 레벨 1은 증가하였고, 소비자의 참여도가 저조한 레벨 4는 감소하여 점차 소비자의 참여가 증가하고 있음을 알 수 있음.
- 2010년 서울시에서는 정신보건법시행규칙 제1조3(지역정신보건사업계획의 수립 절차 등)에 근거하여 정책레벨에서의 소비자 참여의 기틀을 마련하기위해 기준이 되는 지표를 설정하고 모니터링하고 있으며 소비자들의 합리적 정책참여의 활성화를 위해 자치구에서



## 제 3장 정신보건사업에 따른 지표

그림75\_ 소비자 참여도



Level 1: 소비자와 가족이 정책형성과정 및 서비스 전달체계 구축 등에 적극적으로 참여함  
 Level 2: 소비자와 가족이 서비스 전달체계 구축 등에 부분적으로 참여함  
 Level 3: 소비자 또는 가족이 비특이적인 위원회 등에 형식적으로 참여함  
 Level 4: 소비자 참여가 없거나 미비함

출처: Australian Government, National mental health report 2002, 2005, 2007

수행되고 있는 소비자 참여 현황을 파악하는 등 기초자료 수집을 진행하고 있음.

- 소비자 참여지표는 의사소통 채널의 확보, 정책수립 및 평가단계에서의 소비자 참여, 소비자 참여지원방식, 소비자 요구도 조사 및 정책반영 등 4개의 영역, 16개의 문항으로 구성되어 4레벨로 참여수준을 평가함.

## 4. 소비자 만족도

- 권태연(2006)은 지역사회재활서비스의 지속적 참여와 중단에 영향을 주는 중요한 요인을 소비자 만족도로 보았음.
- 2006년 중앙정신보건사업지원단에서 실시한 소비자 만족도조사 결과, 적절한 서비스를 제공받거나 만족한다고 대답하는 경우가 70-80%로 높게 나타남.
- 서울시 정신보건기관에 등록된 대상자들을 대상으로 실시한 조사에서는, 전체 대상자의 프로그램 만족도는  $3.20 \pm 0.72$ , 서비스 적절성  $3.13 \pm 0.78$ , 치료자 만족도  $3.20 \pm 0.76$ , 역량 강화  $3.12 \pm 0.80$ 으로(4점 척도) 높게 나타남.<sup>31)</sup>
- 또한 국가인권위원회의 재가정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구에 따르면, 지역사회 재활서비스에 대해 만족한다는 응답은 66.9%-70.8%로 나타나 대체로 만족하고 있다고 평가되며, 가장 만족도가 높은 서비스는 사회적응훈련(80.8%)임. 반면 직업재활서비스에 대한 필요도는 90%로 높게 나타났으나 서비스 만족도는 가장 낮게 나타나(66.9%) 보완 및 발전적인 개선이 필요함.

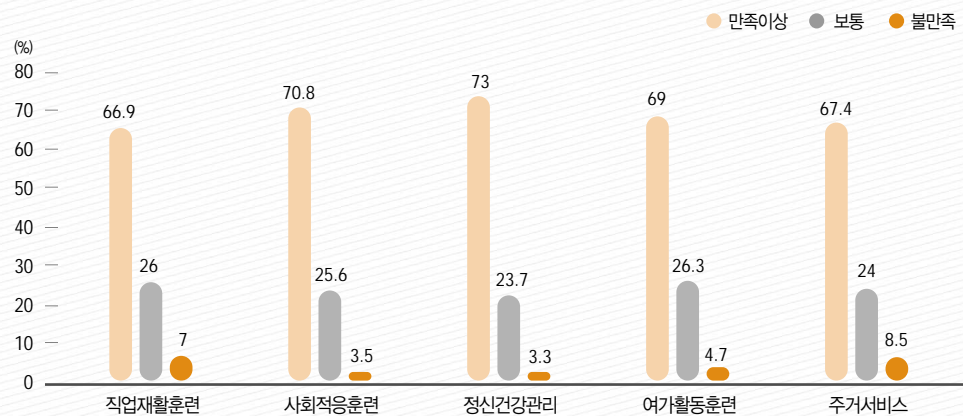
31) 서울시정신보건사업지원단(2010) 서울시정신보건사업지원단 5개년 보고서 p144

표51\_ 모든 회원 대상 서비스 만족도 평균

영역	문항	평균	표준편차
서비스 접근성	회원님은 원할 때 센터로부터 필요한 상담이나 도움을 받으실 수 있습니까?	2.18	0.713
	회원님은 정신건강의 회복과 재활을 위해 필요한 정보나 지식을 센터에서 얻으십니까?	2.05	0.1765
서비스 질	센터에서 받는 서비스는 회원님이 재발하여 입원하지 않는데 도움이 되고 있습니까?	2.14	0.743
	센터에서 받는 서비스는 사회생활에 도움이 되고 있습니까?	1.96	0.777
서비스 만족도	회원님은 센터에서 제공하는 서비스에 대해서 만족하십니까?	2.06	0.721
	아는 사람이 회원님과 같은 문제를 가지고 있다면, 센터 등록을 추천하시겠습니까?	2.16	0.705
직원의 친절도 및 이해도	센터의 직원들이 회원님이나 가족에게 친절하게 대해줍니까?	2.38	0.640
	센터의 직원들이 회원님이나 가족이 무엇을 힘들어하는지 이해하고 있다고 생각하십니까?	2.14	0.658
가족의 부담감소	센터의 서비스를 받고 난 후 회원님과 가족과의 관계가 이전보다 좋아졌습니까?	1.82	0.761
	센터의 서비스를 받고 난 후 회원님 때문에 힘들었던 가족들의 부담이 줄었습니까?	1.79	0.734

출처: 2006 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림76\_ 지역사회재활서비스 유형에 따른 만족도



출처: 국가인권위원회(2008) 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구

## 제 5 절 정신보건심판위원회

### 1. 정신보건심판위원회 역할

- 국가인권위원회에 접수된 진정사건을 진정내용을 중심으로 볼 때, 입원문제를 제기한 사람은 23.9%, 퇴원문제는 15.4%를 차지하고 있어 비자의 입원으로 인한 인권침해가 심각함을 알 수 있음.<sup>32)</sup>
- 영국의 경우 정신보건심판위원회를 정부 부처의 독립적인 사법기관으로, 법률전문가와 의료



## 제 3장 정신보건사업에 따른 지표

전문가 그리고 지역사회를 대변하는 국민건강보험이나 복지기관에서 근무한 경력을 지닌 일반시민들로 구성하여 정신장애인의 입원과 퇴원에 관한 결정을 내림.<sup>33)</sup>

- 미국의 경우 사법부가 주요 담당기관으로서 법원의 판결에 의해 환자의 입원 및 퇴원이 결정됨.<sup>34)</sup>
- 우리나라 또한 1995년 정신보건법 제정을 통해 중앙 및 지방정신보건심의위원회 산하에 정신보건심판위원회를 설치하여 장기입원 및 입소되어 있는 정신질환자에 대하여 인권보호 및 사회복귀의 동기부여를 위하여 계속입원치료의 적절성을 심사하고 있음.
- 그러나 수백 건의 심사의뢰가 월 1회, 1~2시간에 걸쳐 시행되어 실질적인 대면심사보다는 서류심사에 국한하는 어려움이 있음. 2008년 3월 개정된 정신보건법 제27조에 의하여 시장·군수·구청장 소속으로 기초정신보건심의위원회를 설치·운영하게 되었고, 심의 위원회 안에서 심판위원회를 구성하도록 하여 업무의 효율성을 높이하고자 하였음.

## 2. 정신보건심판위원회 퇴원심사 및 퇴원현황

- 2008년 1월부터 6월까지 의뢰된 퇴원청구건수는 40,184건이며, 이중 4.8%에 해당하는 1,946명만이 퇴원함.
- 퇴원환자의 비율은 2004년 2.2%에서 2007년 4.1%로 다소 증가하기는 하였으나 심판 위원회를 통해 퇴원하는 환자의 비율은 여전히 낮은 편임.

표52\_ 정신보건심판위원회 퇴원심사 청구 및 퇴원명령(환자) 현황

(단위 : 명, %)

	2004	2005	2006	2007	2008.6
퇴원청구건수	75,780	75,078	78,614	75,945	40,184
퇴원환자수	1,681	2,133	3,054	3,087	1,946
퇴원환자비율	2.2	2.8	3.9	4.1	4.8
서울	2.3	7.4	8.0	7.4	6.7
부산	1.0	0.9	1.4	1.0	1.1
대구	1.1	2.6	2.8	4.5	4.2
인천	0	0	0.9	7.7	11.4
광주	0.2	0	0	0.6	0.8
대전	1.2	1.2	0.6	0.7	0.2
울산	0.9	0.8	0.7	1.1	1.0
경기	1.5	2.9	3.9	4.2	3.5
강원	14.5	13.0	13.2	12.5	12.5
충북	1.9	4.5	7.8	9.4	6.9
충남	0.4	0.7	0.8	1.1	0.4
전북	11.4	12.2	12.9	11.4	10.9
전남	1.8	2.8	4.8	5.1	5.0
경북	5.2	5.6	7.9	9.3	15.0
경남	0.6	0.7	0.7	0.7	1.4
제주	0.4	0.9	1.0	0.5	0

출처: 국가인권위원회(2008) 장기입원의 구조적 원인과 지속요인

33), 34) 강상경, 권태연(2008) 정신보건심판위원회의 운영실태 및 개선방안, 정신보건과 사회사업, p298

### 3. 퇴원 후 관리체계 미흡

- 국가인권위원회에 따르면, 퇴원 후 보호의무자에 의해 바로 타 시설로 강제입원되는 비율은 25.2%로 나타남. 이는 퇴원환자 4명 중 1명은 타의에 의해 사회에 복귀할 기회를 전혀 얻지 못하는 것이므로 개선이 요구되어지고 있음.

표53\_ 한 기관에서 퇴원 후 보호자에 의해 바로 타 시설로 강제 입원한 경험 유무

(단위 : 명, %)

시설유형	횡수용화 경험 유무			계
	예	아니오	무응답	
국립정신병원	25(22.7)	82(74.5)	3(2.7)	110(100.0)
공립정신병원	16(15.8)	72(71.3)	13(12.9)	101(100.0)
사립정신병원	161(24.8)	442(68.2)	45(6.9)	648(100.0)
종합병원정신과	45(26.8)	114(67.9)	9(5.4)	168(100.0)
병원정신과	126(25.0)	326(64.7)	52(10.3)	504(100.0)
정신과의원	63(25.3)	159(63.9)	27(10.8)	249(100.0)
정신요양시설	54(37.0)	72(49.3)	20(13.7)	146(100.0)
사회복귀시설	9(15.5)	27(46.6)	22(37.9)	58(100.0)
계	499(25.2)	1,294(65.2)	191(9.6)	1,984(100.0)

출처: 국가인권위원회(2008) 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사

- 서울시 정신보건심판위원회를 통해 퇴원명령을 받은 대상자의 추적조사를 한 결과 퇴원명령을 받은 대상자 중 50.9%는 재입원을 하고 있으며, 지역사회 정신보건시설로의 연계군보다 연계하지 않은 군에서 재입원이 높게 나타남.
- 재입원까지 걸린 기간을 살펴보면, 퇴원명령 후 하루 만에 재입원한 대상자는 전체의 55.9%를 차지하고 있으며, 일주일 안에 재입원한 대상자는 64.2%로 나타나 퇴원명령이 장기입원 방지의 역할을 제대로 수행하고 있지 못함을 알 수 있음.

표54\_ 서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황

변수			N	연계군	비연계군
재입원	입원유무	no	57(49.1)	43	14
		yes	59(50.9)	18	41
	입원횟수	1	52(86.4)	16	36
		2	5(8.4)	1	4
		3	2(3.3)	1	1
	재입원까지 걸린 기간	1 day	33(55.9)	0	33
		2 days	2(3.3)	0	2
		7 days	3(5.0)	0	3
		14 days	1(1.6)	1	-
		30 days	2(3.3)	1	1
		60 days	5(8.4)	4	1
		180 days	7(11.8)	6	1
		> 180 days	6(10.1)	5	1

출처: 정신보건심판위원회 퇴원명령 대상자 추적조사, 대한신경정신의학회지, 2008



## 제 6 절 우울증 예방과 정신건강증진

### 1. 현황

- 세계보건기구의 추산에 따르면 2020년 사회부담을 초래하는 세계 10대 질병 가운데 우울증, 알코올 사용장애, 정신분열병 등 3가지 정신질환이 포함되어 있음.
- 지역사회 역학조사 결과, 프랑스의 주요우울장애의 평생유병률은 21.4%로 가장 높게 나타났으며, 나이지리아에서는 3.3%로 보고되어 나라간 차이가 큼.
- 우리나라의 경우 2006년 조사결과 5.6%로 나타나 2001년 대비 1.6%가 증가한 것을 알 수 있음.
- 건강보험심사평가원이 2005년~2009년 동안 우울증에 대한 심사결정자료를 분석한 결과, 우울증으로 진료받은 인원은 2005년 435,366명에서 2009년 508,500명으로 연평균 약 1만 8천명씩 증가하고 있음.

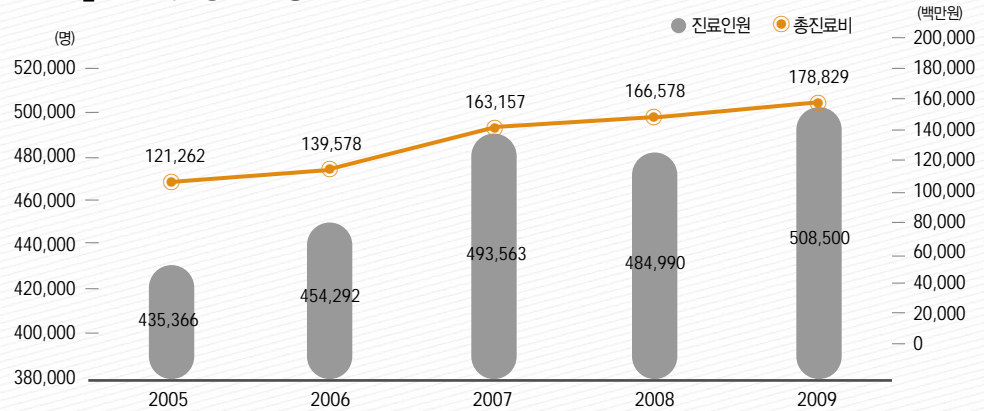
표55\_ 지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률

(단위 : %)

	유병률			
	1개월	1년	평생	진단기준
한국전국(1986)	2.27	-	3.37	DSM-III
한국전국(2001)	1.3	1.8	4.0	DSM-IV
한국전국(2006)	1.8	2.5	5.6	DSM-IV
일본(2002)	-	2.9	-	DSM-IV
중국(2002)	-	-	3.5	DSM-IV
미국-ECA(1991)	-	2.7	4.9	DSM-III
미국-NCS(1994)	-	10.3	17.1	DSM-III-R
미국-NCS-R(2002)	-	6.7	16.6	DSM-IV
유럽ESEMED	-	3.9	12.8	DSM-IV
이탈리아(2001)	-	3.0	10.1	-
프랑스(2001)	-	6.0	21.4	-
벨기에(2001)	-	4.6	13.6	-
네덜란드(1998)	2.7	5.8	15.4	DSM-III-R
호주(2001)	3.2	6.3	-	DSM-IV
뉴질랜드(2002)	-	-	16.0	DSM-IV
나이지리아(2002)	-	1.0	3.3	DSM-IV
레바논(2002)	-	4.9	-	DSM-IV
멕시코(2001)	-	3.7	-	DSM-IV

출처: 2006 정신질환실태 역학조사

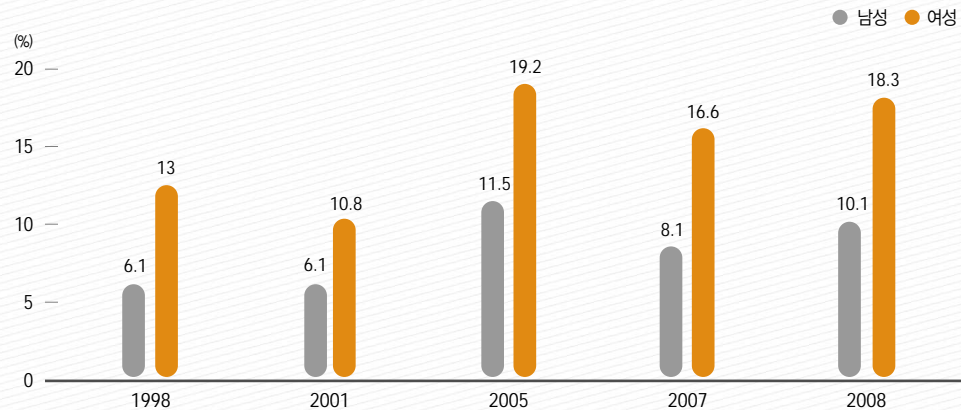
그림77\_ 연도별 우울증 진료현황



출처: 건강보험심사평가원, 보도자료 2009.04

- 성별에 따른 우울증 경험률을 살펴보면 여성이 남성에 비해 1.5배 이상 높게 나타나고 있으나 남성 또한 해마다 경험률이 증가하고 있는 추세임.
- 건강보험심사평가원의 최근 5년동안 성별에 따른 우울증 진료인원을 보면 여성이 남성보다 약 2.2배 더 많았으며, 연평균 증가율도 남성 2.6%, 여성 4.7%로 여성이 높게 나타남.

그림78\_ 연도별 우울증 경험률 변화추이



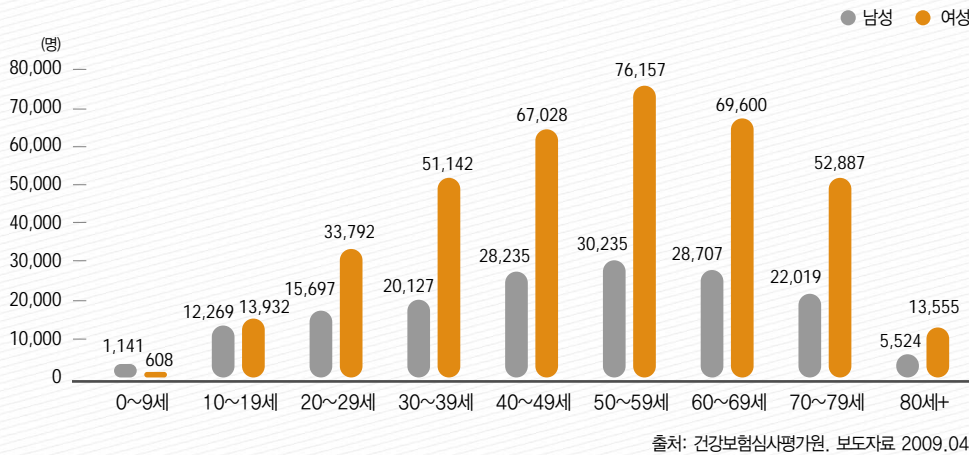
출처: 2008 국민건강통계

- 연령별 우울증을 살펴보면, 우울증은 40세 이상의 중년 및 고령층에서 주로 발생하고 있음. 2009년에는 50대가 19.6%로 가장 높았으며, 60대 18.1%, 40대 17.6%로, 40대 이상의 연령대에서 전체의 55.3%를 차지하고 있음.



제 3장 정신보건사업에 따른 지표

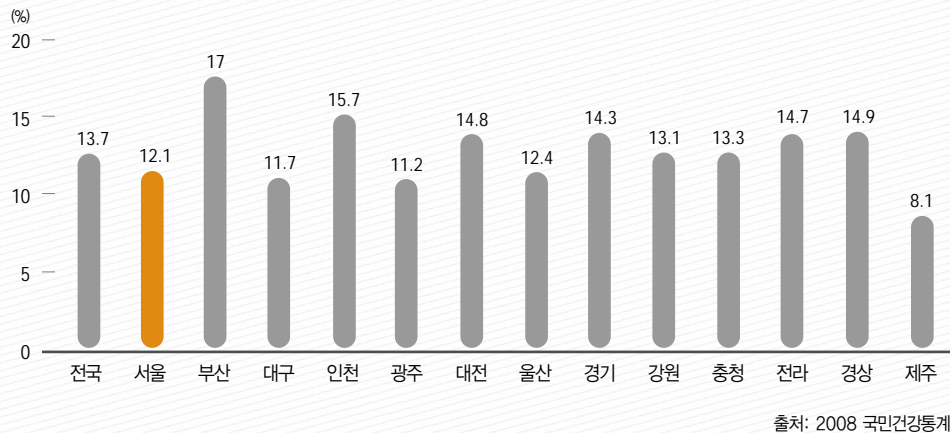
그림79\_ 연령별, 성별 우울증 진료현황



## 2. 시도별 우울증 현황

- 국민건강통계에 의하면 우리나라 국민 중 13.7%가 우울 증상을 경험했으며, 남성에 비해 여성이 약 1.9배 정도 높음.
- 시도별 분석 결과 서울시는 12.1%로 전국 평균 13.7%보다 다소 낮게 나타났으며, 13개 시도 중 9번째를 차지하고 있음.

그림80\_ 시도별 우울증상 경험률



- 2009년 blutouch 홈페이지를 통해 우울증 자가검진을 실시한 인원은 총 24,052명으로 검진결과 21점 이상의 고위험군은 13,102명(54.5%)이며, 41점 이상의 심한 우울증은 3,869명(16.1%)으로 나타남.





# Indicator

- Indicator 17 중증정신질환자 지역사회 등록관리율
- Indicator 18 개별서비스계획 수립률
- Indicator 19 삶의 질 향상률
- Indicator 20 북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공률
- Indicator 21 지역사회 생활유지율
- Indicator 22 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률
- Indicator 23 전문요원 1인당 사례관리 부담률
- Indicator 24 정신장애인 등록률
- Indicator 25 정신장애인 취업률
- Indicator 26 취업정신장애인 1인당 월 평균소득
- Indicator 27 소비자 참여도
- Indicator 28 심판위원회 계속입원 심사의뢰율
- Indicator 29 심판위원회 퇴원명령률
- Indicator 30 우울증에 대한 긍정적 인지도
- Indicator 31 서울시민의 정신보건서비스 인지도

## Indicator 17

### 중증정신질환자 지역사회 등록관리율

#### Level

■ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 ■ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

중증정신질환자의 보호와 관리의 책임이 지역사회로 옮겨감에 따라 증가되는 가족의 부담을 감소시키고 원만한 사회복귀를 위해 지역사회 등록관리율은 중요함.

#### 지표설명

- SMHIS를 근거로 하여 정신보건센터 등록대상자에 국한됨.  
(2009년 12월 31일까지를 기준)
- 이동인구제외

- 분자 : 지역정신보건센터에 등록되어 있는 중증정신질환자 수
- 분모 : 추계된 중증정신질환자(서울시 인구의 1%)

- 등록관리 대상기준(출처 : 중증정신질환관리 프로토콜)

- 해당지역거주
- 서비스대상 기준 충족(초발정신질환자 및 만성정신질환자)
- 최소 6개월에 월1회 이상 개별서비스계획(ISP) 수립
- 최소 매 3개월에 1회 이상 서비스 제공 대상자

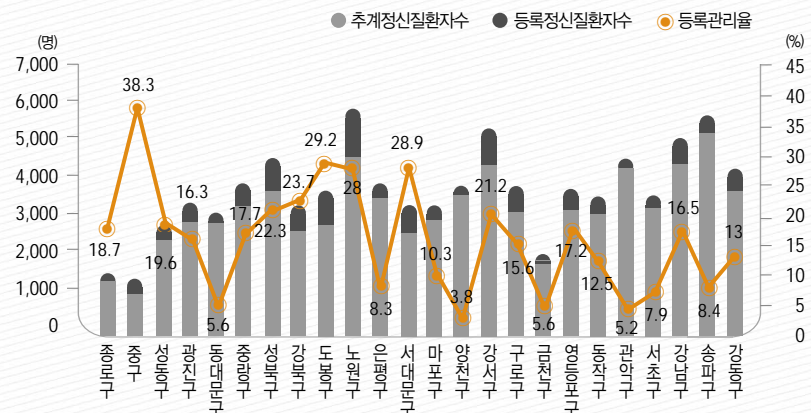
#### 서울시

- 서울시 성인의 추계정신질환자(80,507명) 중 정신보건센터에 등록된 정신질환자의 수는 12,213명으로 15.2%가 지역사회 등록관리를 받고 있는 것으로 나타남.

#### 자치구

- 구별 분포를 보면, 중구의 경우 센터 등록회원 수는 높지 않으나 추계정신질환자수 대비 등록관리율은 38.3%로 가장 높게 나타남.

그림81\_ 자치구별 등록률



#### 자료원

SMHIS



## Indicator 18

## 개별서비스계획 수립률

## 필요성

소비자의 욕구에 기반하여 목표를 설정하고, 서비스를 제시하며 활용가능한 네트워크를 발굴하여 연계하는 것은 서비스의 연속성과 질적 향상을 위해 중요함.

## 지표설명

- SMHIS 자료를 근거로 하였으며 센터별로 등록회원수가 다르기 때문에 비율만 가지고 수립률을 비교하기엔 다소 무리가 있음.
- 2009년 12월 31일까지의 정신보건센터 등록회원 중 2009년도에 1회 이상 ISP를 수립한 비율

## 지표해석

- 서울시 전체 지역정신보건센터 등록회원의 ISP 수립율은 평균 67.4%임.
- 중증정신질환자 프로토콜에 따르면 최소 6개월마다 시행하도록 제안하고 있으나 실시 건수가 다소 미비하며, 자치구별 격차가 크게 나타나고 있음.
- 센터별 차이가 있으며 가장 낮은 구는 38.6%에서 높은 구는 91.1%로 52.5%p의 차이를 보이고 있음(등록회원수가 많은 일부 센터의 경우 수립건수는 높으나 비율은 낮음).

## Level

□ 서울시 ■ 자치구

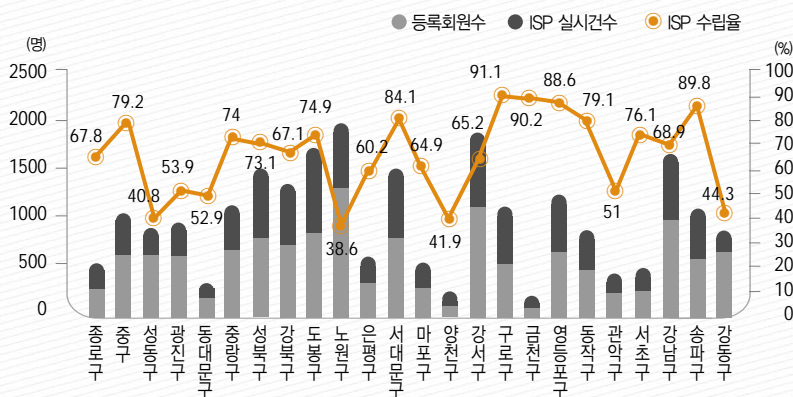
## 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

## Domain

□ 효과성 □ 효율성  
■ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

그림82\_ 자치구별 ISP수립률



## 향후전망

선진국의 지역정신보건서비스는 ISP에 근거하여 수행함에 100%를 나타내는 것이 기본적인. 개별계획수립에 따른 서비스 제공방식을 정착, 강화시킬 필요가 있음.

## 자료원

SMHIS

## Indicator 19

### 삶의 질 향상률

#### Level

□ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

■ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

지역사회에 거주하는 정신장애인의 생활여건이나 환경을 정상화함으로써 삶의 질을 높이기 위해 소비자 중심의, 소비자의 삶의 질 향상을 위한 서비스 제공시스템이 구축되었는지에 대한 파악 필요

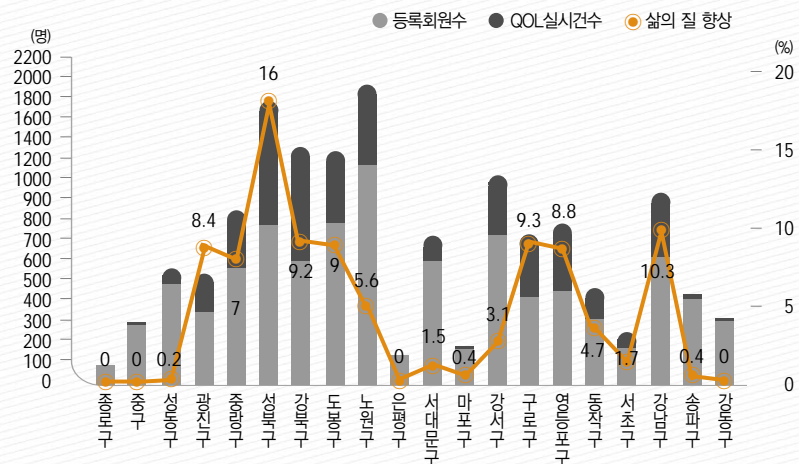
#### 지표설명

- SMHIS 자료를 근거로 하여 정신보건센터 등록대상자에 국한됨.
- 정신보건센터 등록회원 중 삶의 질(QOL) 점수가 1점 이상 향상된 대상자의 비율
  - 등록기간이 2년 이상된 회원으로 평가년도와 전년도에 실시된 QOL 점수를 비교

#### 서울시

- 전체 등록회원 중 삶의 질 향상률은 평균 6%로 나타남
  - 등록회원 중 연 1회 이상 삶의 질을 평가한 비율은 46.5%
  - 삶의 질을 평가한 경우에서 1점 이상 향상된 비율은 13%

그림83\_ 자치구별 삶의 질 향상



#### 향후전망

삶의 질 향상은 정신보건서비스의 중요 목적임. 따라서 서비스제공체계 구축에 있어 적정인력공급을 통한 사례관리부담 적정화 등의 정책이 수반되어야 함.

#### 자료원

SMHIS



## Indicator 20

## 북한이탈주민/재외국인 상담서비스 제공률

## 필요성

북한이탈주민 및 재외국인의 문화적 적응에 따른 정신건강문제는 심각한 수준으로 이에 맞는 서비스가 요구되어 짐에 따라 정신건강문제 현황파악을 통해 정책의 기틀 마련

## 지표설명

- SMHIS 자료를 근거로 하여 북한이탈주민의 상담 건(2010년)과 정신건강 문제종류를 살펴봄
- 센터에 등록되어 있는 재외국인에 대한 서비스 제공률(2009년)

## 지표해석

- 전체 북한이탈주민의 31%(5,284명)가 서울에 거주하고 있으며 이중 43명이 등록되어 있고 연간 105건의 서비스가 제공됨.
- 정신건강문제로 아동청소년 정신질환이 30.5%로 가장 많고 알코올문제 26.7%, 우울증 25.7% 순으로 나타남.
- 2009년까지 정신보건센터에 등록되어 있는 재외국인수는 총 42명(서울시 재외국인 수 255,749명)으로 총 258건의 서비스가 제공됨.

## Level

- 서울시 ■ 자치구

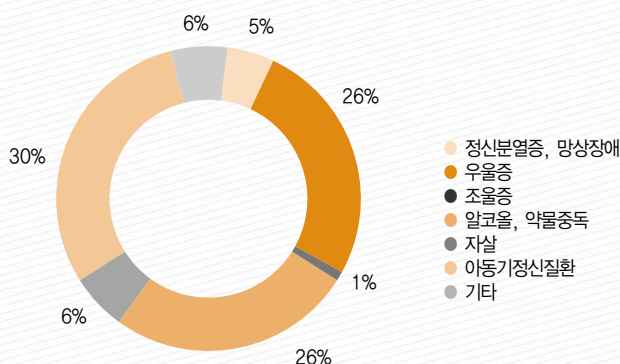
## 과정산출결과

- Input ■ Process  
□ Output/Outcome

## Domain

- 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 ■ 반응성  
□ 안정성

그림84\_ 북한이탈주민 상담서비스 제공률



## 향후전망

북한이탈주민 및 재외국인은 아동기정신질환, 우울증, 알코올, 약물중독 등을 비롯하여 사회에 재적응하며 발생하는 다양한 정신건강문제에 노출되어 있어 전문화된 서비스 제공 및 전달체계 구축 마련을 요하며, 추후 이 대상자에 대한 서비스 제공지표를 보완할 필요가 있음.

## 자료원

통일부, 행정안전부, SMHIS

## Indicator 21

### 지역사회 생활유지율

#### Level

□ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

■ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

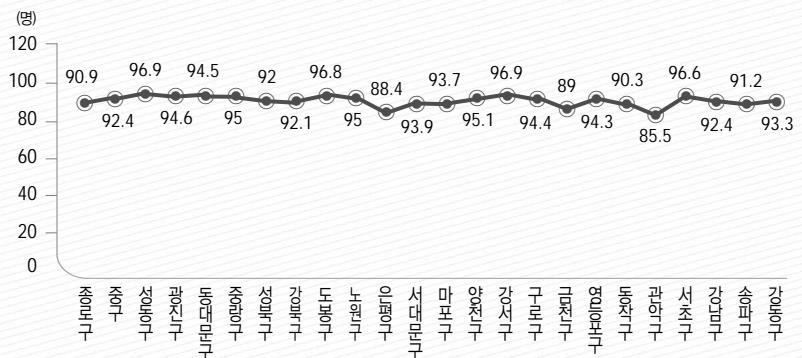
지역사회 생활유지는 입원율 감소와 그로 인한 의료비용 등의 사회적 부담을 줄이는 동시에 정신질환자의 사회복귀 및 생산성 향상의 밑거름이 되는 척도

#### 지표설명

- SMHIS 자료를 근거로 하여 정신보건센터 등록대상자에 국한됨.  
(2009년 12월 31일까지를 기준)
- 정신보건센터 대상자 중 연간(2009년) 재입원을 경험하지 않은 대상자의 비율
- 서울시 지역정신보건센터 등록회원 중 763명(6.2%)이 2009년에 재입원을 경험함. 즉 등록회원의 93.8%가 입원없이 지역생활을 유지하고 있는 것으로 나타남.

#### 지표해석

그림85\_ 자치구별 지역사회 생활 유지율



#### 향후전망

지역사회 생활유지율이 평균 90% 이상에 달한다는 것은 사례관리 서비스, 외래치료, 위기개입과 같은 정신보건센터에서 제공하는 지역사회 정신보건 서비스가 효과적이라고 설명할 수 있음. 그러나 센터 등록회원 중 의료기관에서 의뢰된 경우가 전체의 7%(2008년)에 불과하고 장기재원 현상은 지속되고 있으며 병원에서 퇴원하는 환자들의 재입원율을 고려하였을 때 병원 - 지역사회 간 전달체계의 분절현상을 반영하고 있다고 볼 수 있음. 향후 이러한 분절화 현상을 극복하기 위한 시스템 구축 노력이 필요함.

#### 자료원

SMHIS



## Indicator 22

### 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률

#### 필요성

지역사회에서 제공되는 정신보건서비스의 효과성 및 정신의료기관과 지역사회 간의 연속적 관리모델의 효과성 제고

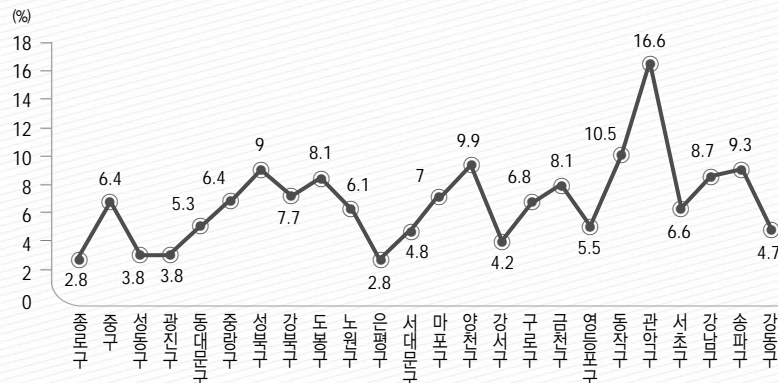
#### 지표설명

- 장기재원은 한번 입원했을 시 입원기간이 6개월 이상인 경우로 정의
- 2009년 12월 31일까지 등록되어 있는 회원을 기준으로 하였으며 최근 2년 동안 6개월 이상 입원한 적이 있는 등록회원 수
  - 분자 : 최근 2년간 6개월 이상 입원한 대상자
  - 분모 : 센터 등록회원(2009년 12월 31일)

#### 지표해석

- 서울시 전체 센터 등록자(14,873명) 중 975명(6.6%)이 최근 2년 동안에 장기재원 경험을 한 것으로 나타남.
- 최고 16.6%에서 최소 2.8%로 지역별로 편차가 있음.

그림86\_ 자치구별 장기재원경험률



#### 향후전망

정신보건정책의 중요한 기조는 장기재원을 지양하고 지역사회 복귀를 촉진 하는 것이라고 할 때 자치구별 큰 격차를 줄이는 노력과 연속적인 관리를 위해 정신의료기관과 의사소통, 퇴원 전후 집중적 평가 등이 필요할 것으로 보임.

#### 자료원

SMHIS

## Indicator 23

### 전문요원 1인당 사례관리 부담률

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

■ Input □ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
■ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

정신보건센터는 지역사회의 정신질환관리를 위한 전문적 정신보건서비스 제공 및 체계 구축을 우선사업으로 수행해오고 있으나 전문인력 대비 사례관리 부담은 선진국 대비 높음.

#### 지표설명

- 서울시 지역정신보건센터의 상담 및 사례관리에 직접 투입되는 인력 대비 사례관리 대상자의 수
- 2009년 12월 31일까지 근무한 상근전문인력을 기준으로 어느 특정시기 1주간의 직접서비스(개별상담, 자원조정의 각각 상담시간과 왕복이동 시간을 합한 시간)에 투입된 시간

■ 분자 : 센터 등록회원 수

■ 분모 : 직접서비스 수행인력(Full Time Equivalent)  
(직접서비스에 실제 투입된 시간/ FTE(40시간))

- 그룹프로그램, 사례관련회의 및 슈퍼비전 등의 시간은 포함되어 있지 않으므로 지표에 제시된 직접서비스 투입시간의 해석에 주의가 필요함.

#### 지표해석

- SMHIS 자료를 바탕으로 서울시 지역정신보건센터(24개구)의 중증정신질환 관리에 참여하는 인력(Full Time Equivalent)은 평균 1.7명으로 나타남.
- 실제 사례부담은 1 FTE당 평균 374명에 해당하고 있음.

#### 향후전망

자타해 위험이 있으며 잦은 재발을 보이는 정신질환자에 대한 집중관리체계의 구축은 매우 중요하고 필요함에 따라 지역정신보건센터의 사례관리 체계는 더욱 강화되어야 하고 이에 맞는 사례관리 인력이 배치되어야 할 것임. 또한 평균 직접서비스 FTE가 1.7명에 불과하다는 것은 간접 및 행정 서비스에 정신보건센터의 사업이 치우쳐져 있음을 반영하고 있어 서비스 우선순위에 대한 정책적 제고가 필요함.

정신보건센터 등록대상자의 규모에 대한 기준이 인력 및 예산에 근거하여 설정될 필요가 있음.

#### 자료원

SMHIS



참조

표56\_ 센터별 1FTE당 사례관리 부담

센터명	전문요원(명)	등록회원(명)	특정기간(1주간)에 실시된 직접서비스		
			직접서비스/ 분(시간)	직접서비스 FTE(명)	1FTE당 사례관리 부담
강남구	12	951	6,700(112)	2.8	340
강동구	7	632	4,482(75)	1.9	333
강북구	10	845	3,253(54)	1.4	604
강서구	10	1,191	7,119(119)	3	397
관악구	4	247	2,720(45)	1.1	225
광진구	10	575	4,270(71)	1.8	319
구로구	8	617	4,225(70)	1.8	343
금천구	5	123	1,579(26)	0.7	176
노원구	13	1,478	6,203(103)	2.6	569
도봉구	9	1,006	7,688(128)	3.2	315
동대문구	9	225	4,298(72)	1.8	125
동작구	8	465	4,021(67)	1.7	274
마포구	5	356	3,638(61)	1.5	237
서대문구	10	873	3,853(64)	1.6	546
서초구	8	301	1,789(30)	0.8	376
성동구	8	603	2,874(48)	1.2	503
성북구	11	921	2,762(46)	1.2	768
송파구	9	580	4,182(70)	1.8	322
양천구	5	172	2,520(42)	1.1	156
영등포구	9	725	2,935(49)	1.2	604
은평구	8	422	3,809(64)	1.6	264
종로구	6	286	4,459(74)	1.9	151
중구	6	591	3,459(58)	1.5	394
종랑구	10	688	2,519(42)	1.1	626
평균				1.7명	374명

## Indicator 24

### 정신장애인 등록률

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 ■ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

장애인 등록은 체계적인 관리와 다양한 복지혜택을 제공하기 위한 제도적 장치로 서울시 특성에 맞는 정신장애인 복지정책과 서비스를 구축하기 위해서는 장애인 등록률 파악이 필요

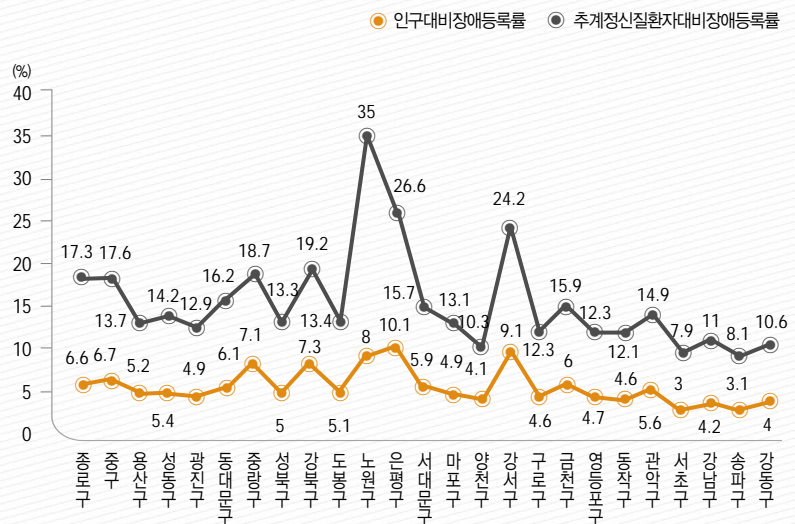
#### 지표설명

- 서울시 및 각 자치구별 정신장애인 등록현황
- 자치구별 인구대비 등록률 및 인구 10만 명당 장애등록 현황

#### 지표해석

- 서울시 정신장애등록자는 총 15,101명으로 인구대비 0.15%의 정신장애 등록률을 보임.
- 추계정신질환자수(서울시 인구의 1%) 대비 14.8%이며, 인구 10만 명당 147.9명
- 정신보건센터 등록회원 중 정신장애 등록현황은 총 4,896명으로 서울시 전체 정신장애등록자의 32.4% 비율
- SMHIS 데이터를 근거로 했기에 정신보건센터 회원만 조사되었으며 사회 복귀시설 등록회원을 고려하면 더 높아질 수 있을 것으로 예상할 수 있음.

그림87\_ 자치구별 정신장애 등록률



#### 자료원

보건복지부, 통계청, SMHIS



## Indicator 25

## 정신장애인 취업률

## 필요성

취업은 지역사회 구성원으로서 생산적인 참여를 하고 독립생활을 영위할 수 있는 능력을 판단하는 주요한 전제조건

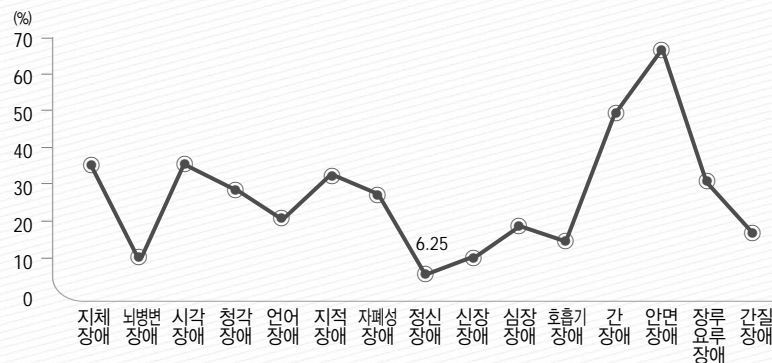
## 지표설명

- 매 3년마다 한국보건사회연구원에서 실시하는 장애인실태조사를 근거로 함.
- 2008년 등록된 전국 장애인 210만명 중 14,000명의 표본을 추출하여 이 중 응답한 7,000명에 대한 결과에서 서울시 등록장애인의 데이터만을 추출함.
- 서울시 정신장애인의 표본 수가 적은 상태로 나타난 결과이므로 이에 의미를 두고 해석하기엔 주의가 필요함.
  - 참고자료로만 활용 가능하며 이후 조사를 통한 서울시만의 지표생성 예정
- 분자 : 취업한 정신장애인수(15세 이상 장애인의 경제활동인구)
- 분모 : 15세 이상 정신장애인 수

## 지표해석

- 서울시의 인구대비 정신장애인 취업자 비율은 6.25%(15세 이상 정신 장애인)로 전국의 9.89% 보다 낮게 나타남.

그림88\_ 인구대비 취업자 비율



## 향후전망

서울시의 경우 다른 장애유형에 비하여 정신장애 취업률이 가장 낮게 나타난 반면, 전국 데이터에서는 자폐성 장애가 가장 낮게 나타남. 이에 서울시 정신장애인의 취업률을 향상시키고자 특화된 직업재활 프로그램 개발 및 고용 진입을 위한 사업체 개발, 인식개선 사업의 활성화를 요함.

## 자료원

2008 장애인 실태조사(한국보건사회연구원)

## Level

■ 서울시 □ 자치구

## 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

## Domain

□ 효과성 ■ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

## Indicator 26

### 취업정신장애인 1인당 월 평균소득

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 ■ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

지역사회 거주 시 야기되는 가족 및 본인의 경제적 부담을 경감시키고, 삶의 질을 향상시키기 위한 조건

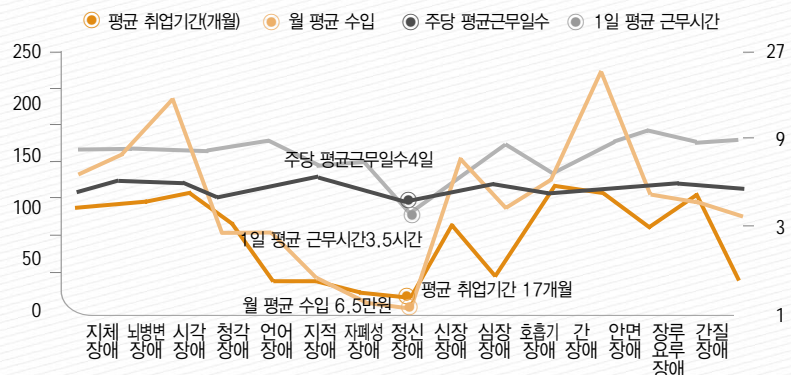
#### 지표설명

- 매 3년마다 한국보건사회연구원에서 실시하는 장애인실태조사를 근거로 함.
- 2008년 등록된 전국 장애인 210만명 중 14,000명의 표본을 추출하여 이 중 응답한 7,000명에 대한 결과에서 서울시 등록장애인의 데이터만을 추출함.
- 서울시 정신장애인의 표본 수가 적은 상태로 나타난 결과이므로 이에 의미를 두고 해석하기엔 주의가 필요함.
  - 참고자료로만 활용 가능하며 이후 조사를 통한 서울시만의 지표생성 예정

#### 지표해석

- 서울시 취업정신장애인의 월 평균 소득은 6만5천원으로 서울시 장애인 월 평균소득(132만원)의 4.9%수준에 불과
- 월 평균 취업기간은 평균 17개월로 서울시 장애인 월 평균 취업기간(91개월)의 18.7%수준

그림89\_ 장애유형별 취업기간, 평균 수입, 평균 근무일수, 평균 근무시간



#### 향후전망

OECD 국가의 장애인 소득원천별 구성비를 볼 때 우리나라는 근로소득이 차지하는 비중이 국가 중 가장 높게 나타났음(약 77%). 그러나 서울시 정신장애인의 경우 월 평균 소득이 6만5천원으로 나타나 전문직 혹은 상시 근로직 보다는 보호작업장과 같은 곳에서 근무하는 경우가 많은 것으로 추측됨. 이에 취업 분야와 직종을 다양화하기 위한 대책 및 방안이 요구됨.

#### 자료원

2008 장애인 실태조사(한국보건사회연구원)



참조

표57\_ 2008년 장애인 실태조사 데이터(서울시 장애인)

· 서울시 장애인 취업률

(단위 : %)

구 분	15세 이상 인구	인구대비 취업자 비율	순위
지체장애	90	35.55	4
뇌병변장애	109	11.92	13
시각장애	80	36.25	3
청각장애	80	25	7
언어장애	42	14.28	12
지적장애	34	29.41	5
자폐성장애	27	18.51	10
<b>정신장애</b>	<b>32</b>	<b>6.25</b>	<b>15</b>
신장장애	51	11.76	14
심장장애	41	24.39	8
호흡기장애	53	18.86	9
간장애	57	43.85	2
안면장애	14	64.28	1
장루 요루장애	62	29.03	6
간질장애	63	17.46	11
계	835	24.67	-

· 서울시 취업장애인의 취업기간, 주당 근무일수, 1일 평균 근무시간, 월 평균 수입

(단위: 개월, 일, 시간, 만원)

구 분	평균 취업기간	주당 평균 근무일수	1일 평균 근무시간	월 평균 수입
지체장애	102.09	4.59	7.66	130.59
뇌병변장애	99.77	5.31	7.92	152.15
시각장애	116.76	5.17	7.48	201.14
청각장애	99.30	4.20	7.75	79.75
언어장애	31.50	4.67	8.50	78.83
지적장애	35.40	5.50	6.20	36.70
자폐성장애	22.20	4.60	6.60	15.20
<b>정신장애</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>3.50</b>	<b>6.50</b>
신장장애	88.67	4.67	5.50	146.67
심장장애	35	5.20	8.30	99.70
호흡기장애	122.60	4.40	5.60	128.40
간장애	115.52	4.76	7.96	226
안면장애	81.78	4.89	9.56	113.33
장루 요루장애	114.83	5.22	8.44	104.72
간질장애	29	4.91	8.73	92.09
전체	90.98	4.85	7.66	132.25

## Indicator 27

### 소비자 참여도

#### Level

☐ 서울시 ☒ 자치구

#### 과정산출결과

☐ Input ☒ Process

☐ Output/Outcome

#### Domain

☐ 효과성 ☐ 효율성

☐ 적절성 ☐ 접근성

☐ 연속성 ☒ 반응성

☐ 안정성

#### 필요성

고객중심의 마케팅은 정신보건분야에 있어서도 중요한 사안으로 서비스의 수혜자인 소비자의 의견과 욕구를 반영하여 소비자 중심의 서비스전달체계 구축을 위한 척도마련

#### 지표설명

- 정책레벨에서의 소비자 참여의 기틀을 마련하기 위한 지표구성을 위해 외국의 소비자 참여지표와 학계 및 전문가, 소비자, 실무자 등의 의견을 바탕으로 조사를 실시
- 의사소통채널확보, 정책 수립 및 평가단계에서의 소비자 참여, 소비자 참여지원 방식, 소비자 요구도 조사 및 정책 반영의 4영역, 16문항으로 구성되어 있으며 각 문항 당 3점씩 점수합에 따라 4레벨로 분류가 됨.
- 2010년의 소비자 참여지표는 사전지표로 향후 자치구에서 수행되고 있는 소비자 참여현황파악을 목적으로 하고 있음.

1 Level (9점이상): 소비자가 정신보건정책(사업)과정에 적극적으로 참여하고 있으며 정책적으로 도 소비자참여 활성화를 위한 활동과 지원을 적극적으로 하고 있다.

2 Level (5점~8점): 소비자가 정신보건정책(사업) 관련조직이나 구조 내에서 최소한의 활동을 하고 있으며 기관에서는 소비자 관련활동과 지원을 하고 있다.

3 Level (1점~4점): 소비자 참여의 필요성을 인식하고 참여할 수 있는 조직이나 구조는 구성하였으나 소비자참여는 없고 소비자 관련 활동과 지원은 최소한으로 이루어지고 있다.

4 Level (점수없음): 소비자가 참여할 수 있는 조직이나 구조가 갖추어져 있지 않으며 소비자 관련 활동과 지원도 전혀 이루어지지 않고 있다.

#### 지표해석

- 25개 자치구 중 21곳에서 응답한 결과로 레벨3이 43%로 가장 많고 레벨4는 없음.
- 4개의 영역 중 의사소통채널 확보 영역의 점수는 전반적으로 높은 편임.



그림90\_ 레벨별 소비자 참여도

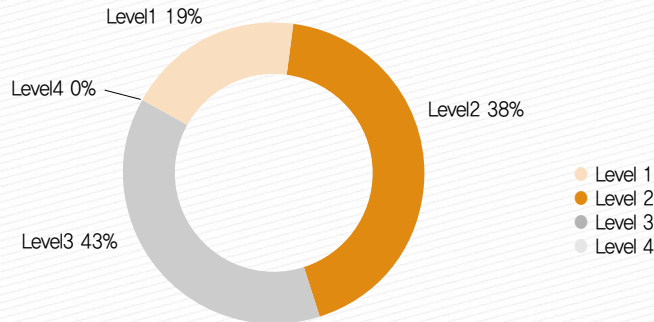
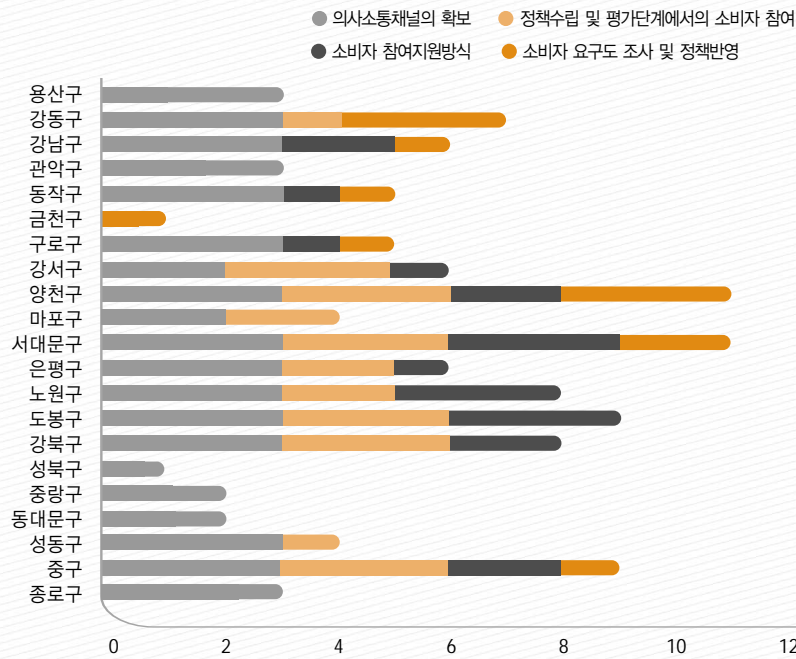


그림91\_ 영역별 소비자 참여도



## 향후전망

서울시의 경우 각 자치구에서 정신보건사업을 활발하게 진행하고 있어 결과적으로 레벨3의 분포가 가장 높게 나타났다고 생각됨. 그러나 아직은 참여할 수 있는 조직이나 구조를 준비하는 정도로 점차 정책과정에 참여하는 소비자의 비율을 늘리는 것이 필요함.

## 자료원

소비자 참여지표 개발연구(서울시정신보건사업지원단 2010)

## Indicator 28

### 심판위원회 계속입원 심사의뢰율

#### Level

□ 서울시 ■ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
■ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

6개월 이상 장기재원자에 대한 계속입원 심사 의뢰로 심사 의뢰건수는 장기재원자의 현황 파악에 중요한 변수임.

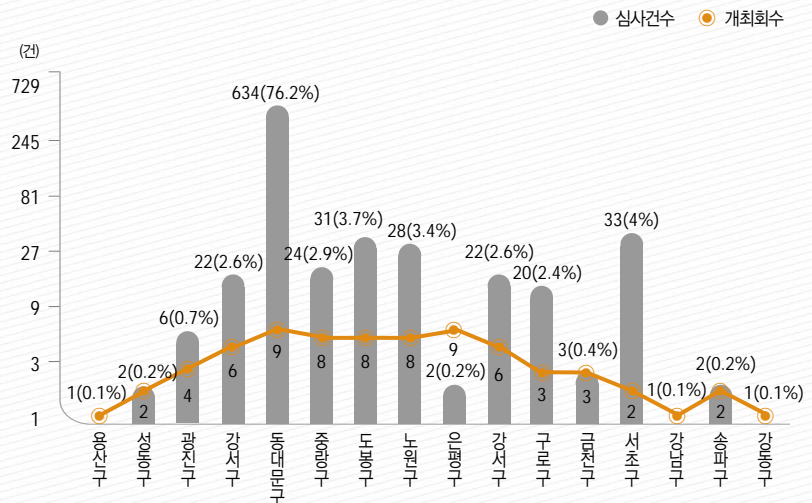
#### 지표설명

- 2009년 1년간 서울시 자치구별 기초정신보건심판위원회를 통해 심사가 의뢰된 현황
- 24개구 중 계속입원심사가 이루어진 16개구에 대한 결과

#### 지표해석

- 기초정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건수는 총 832건
- 자치구별로 총 73회의 기초정신보건심판위원회 개최
- 동대문구가 전체 심사의뢰건의 76.2%(634건) 차지

그림92\_ 심판위원회 심사의뢰율



#### 향후전망

구별 정신의료기관의 분포와 심사건수를 비교해볼 때 병상수가 많고, 전문 정신병원(사립)이 밀집되어 있는 구에서 심사건수가 높게 나타남을 알 수 있음. 심사건수가 높다는 것은 그만큼 장기재원자 및 비자의적 입원율이 높다는 것을 반영하므로 입원기간 단축과 지역사회로의 연계가 필요함.

#### 자료원

서울시 보건정책과



## Indicator 29

## 심판위원회 퇴원명령률

## 필요성

자의입원에 비하여 비자의적 입원율이 높은 우리나라의 경우, 기초정신보건 심판위원회의 계속입원심사를 통한 퇴원명령은 퇴원을 위한 중요한 제도적 장치

## 지표설명

- 2009년 1년간 서울시 자치구별 기초정신보건심판위원회를 통해 의뢰심 사건 중 퇴원명령자
- 24개구 중 계속입원심사가 이루어진 16개구에 대한 결과

## 지표해석

- 2009년 총 심사의뢰 832건 중 3.2%(27명)만이 퇴원명령 결정됨.
- 2007년 6.6%보다 50%의 감소비율을 보임.
- 퇴원명령된 27명에 대한 지역연계 유무는 알 수 없음.

## Level

□ 서울시 ■ 자치구

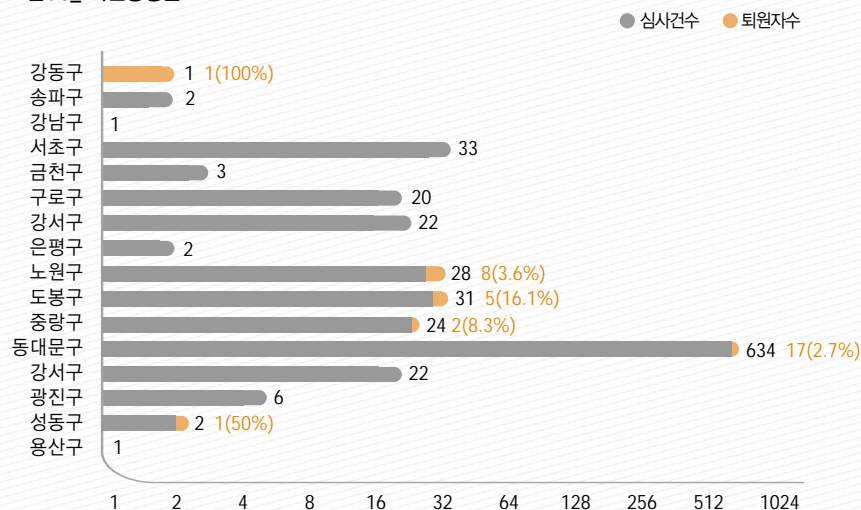
## 과정산출결과

□ Input ■ Process  
□ Output/Outcome

## Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
■ 연속성 □ 반응성  
□ 안정성

그림93\_ 퇴원명령률



## 향후전망

전문 정신의료기관이 밀집되어 있는 동대문구의 심사건수 및 퇴원건수가 가장 높게 나타남. 2009년 심판위원회의 역할과 책임성을 강조하기 위해 자치구로 이양되었으나 퇴원명령률은 오히려 감소한 것으로 나타남. 이양 1년 후의 조사로 정착까지 시간이 필요하다고 보며, 추후 지속적인 관찰이 요구됨.

## 자료원

서울시 보건정책과

## Indicator 30

### 우울증에 대한 긍정적 인지도

#### Level

■ 서울시 □ 자치구

#### 과정산출결과

□ Input □ Process  
■ Output/Outcome

#### Domain

□ 효과성 □ 효율성  
□ 적절성 □ 접근성  
□ 연속성 ■ 반응성  
□ 안정성

#### 필요성

우울증을 질환으로 인정하고 나아가 회복이 가능한 질환으로 수용하는 태도는 조기 발견 및 조기 치료를 위해 중요한 요인임.

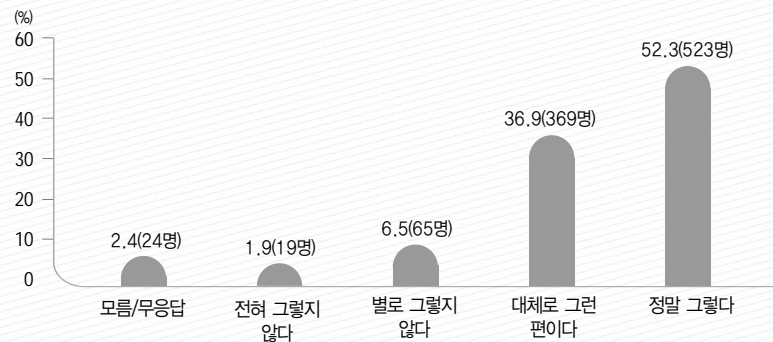
#### 지표설명

- 2009년 서울시민 1,000명 대상(만 15세-65세 남녀)으로 실시한 정신건강 인식도 조사
- 관련 질문에 ‘그렇다’ ‘정말 그렇다’ 라고 응답한 수

#### 지표해석

- 우울증을 치료가 가능한 질병으로 인식하는 정도
- 조사대상자 중 89.2%가 ‘우울증은 치료가 가능한 질병이다’ 라고 여기고 있음.

그림94\_ 우울증에 대한 긍정적인 인식도



#### 향후전망

WHO에서는 2020년 우울증이 전 연령에서 나타나는 질환 중 1위를 차지할 것이라고 전망하고 있음. 이에 우울증을 치료가 가능한 질환으로 인식하는 태도는 회복에 있어 중요한 요인임에도 2009년 조사 결과 무응답을 포함한 부정적인 답변은 10.8%로 나타나 추후 인식도를 향상시키기 위한 증진 사업이 필요할 것으로 보임.

#### 자료원

정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사(서울시정신보건사업지업단 2009)



## Indicator 31

### 서울시민의 정신보건서비스 인지도

#### 필요성

정신건강 및 관련 서비스에 대한 인식수준을 통해 정신보건 치료 체계로의 유입 가능성 파악

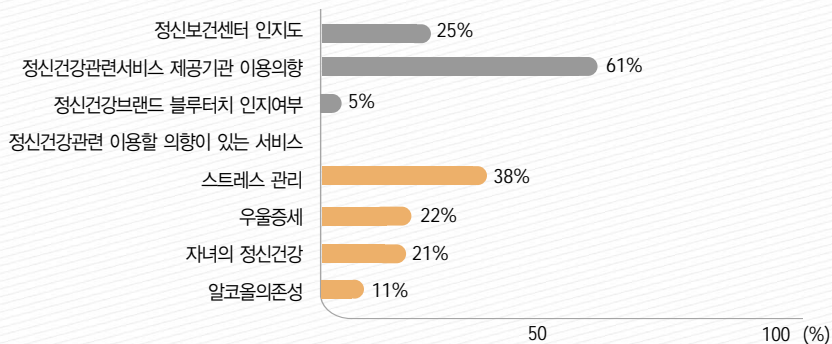
#### 지표설명

- 2009년 서울시민 1,000명 대상(만 15세-65세 남녀)으로 실시한 정신건강 인식도 조사
  - 정신보건센터 인지도
  - 정신건강에 관한 상담이나 진단 등 서비스 제공기관 이용의향
  - 정신건강 관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류
  - 정신건강브랜드 '블루터치' 인지여부 등

#### 지표해석

- 응답자의 24.6%가 정신보건센터를 알고 있으며 정신건강서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 말한 응답자는 61.3%로 조사됨.
- 이용하고 싶은 서비스로 '스트레스 관리에 관한 상담이나 서비스'가 67.9%로 가장 많고 '우울증세에 관한 상담이나 서비스'가 40%, '자녀의 정신건강 상담이나 서비스'가 37.5% 순으로 나타남.
- 정신건강브랜드 '블루터치'에 대해서는 5%가 들어본 적이 있는 것으로 나타남.

그림95\_ 정신보건서비스 인지도



#### 향후전망

2007년 지역사회 정신보건기관에 대한 인지도는 10%미만이나, 2009년 25%로 대폭 상승한 것을 알 수 있음. 1차 정신보건서비스를 제공하는 곳으로서 지역사회 정신보건기관을 인지하고 기관이용 의향을 향상시키는 것은 예방 및 조기 발견의 측면에서 긍정적으로 바라봄. 그러나 알코올 및 정신질환과 같은 질환에 대해서는 인지도가 낮아 홍보를 통해 향상시킬 필요성이 있음.

#### 자료원

정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사(서울시정신보건사업지업단 2009)





## 제Ⅲ부 부록

자치구별 관련 통계데이터

자료원

참고문헌

SEOUL  
MENTAL HEALTH  
INDICATOR

## 자치구별 관련 통계데이터

Figure1\_ 자치구별 정신보건자원(예산, 병상수, 사회복지시설 정원)

(단위 : 명, 원)

자치구	인 구	자치구 예산 (정신보건 센터)	인구1인당 정신보건 예산	정신 의료기관수	정신병상수	인구10만 명당 정신병상수	사회복지 시설수	사회복지시설 정원		인구10만명당 사회복지(이용) 시설 정원수
								이용시설	거주시설	
서울시	10,208,302	-	-	320	5,560	54.5	72	1,015	523	9.9
종로구	168,603	165,000,000	978	16	94	55.8	2	-	16	-
중구	129,465	220,060,500	1,699	10	69	53.3	-	-	-	-
용산구	238,708	-	-	4	45	18.9	1	20	-	8.4
성동구	308,058	150,000,000	486	5	84	27.3	1	50	-	16.2
광진구	373,998	170,210,000	455	13	1,213	324.3	6	35	60	9.4
동대문구	362,146	180,000,000	497	17	1,144	315.9	1	50	-	13.8
종랑구	424,761	173,000,000	407	7	295	69.5	1	50	-	11.8
성북구	476,028	238,000,000	499	10	34	7.1	2	30	7	6.3
강북구	340,367	210,250,000	617	10	49	14.4	2	85	-	25
도봉구	369,733	215,000,000	581	6	353	95.5	5	35	70	9.5
노원구	610,616	227,310,000	372	19	168	27.5	6	70	34	11.5
은평구	465,895	203,411,000	436	7	345	74.1	6	50	63	12.9
서대문구	327,451	180,000,000	549	7	68	20.8	5	50	35	15.3
마포구	384,013	190,000,000	494	17	-	-	4	135	50	35.2
양천구	501,395	134,178,000	267	12	21	4.2	4	30	22	6
강서구	572,836	173,000,000	302	7	179	31.2	7	70	47	12.2
구로구	421,967	200,000,000	473	5	79	18.7	-	-	-	-
금천구	244,835	150,000,000	612	3	181	73.9	2	-	-	-
영등포구	405,798	193,000,000	475	8	100	24.6	1	35	18	8.6
동작구	397,920	154,020,000	387	10	27	6.8	3	20	14	5
관악구	529,869	150,000,000	283	11	45	8.5	5	50	38	9.4
서초구	425,481	193,520,000	454	36	411	96.6	2	30	7	7.1
강남구	562,138	250,000,000	444	45	146	26	1	30	-	5.3
송파구	681,476	185,067,000	271	18	238	34.9	3	90	7	16.5
강동구	484,745	213,810,000	441	17	172	35.5	2	-	35	-

서울시립정신병원 : 4기관 1,383 병상/ 서울시립정신요양시설 : 3개소 정원 900명



Figure2\_ 서울시 정신병상수

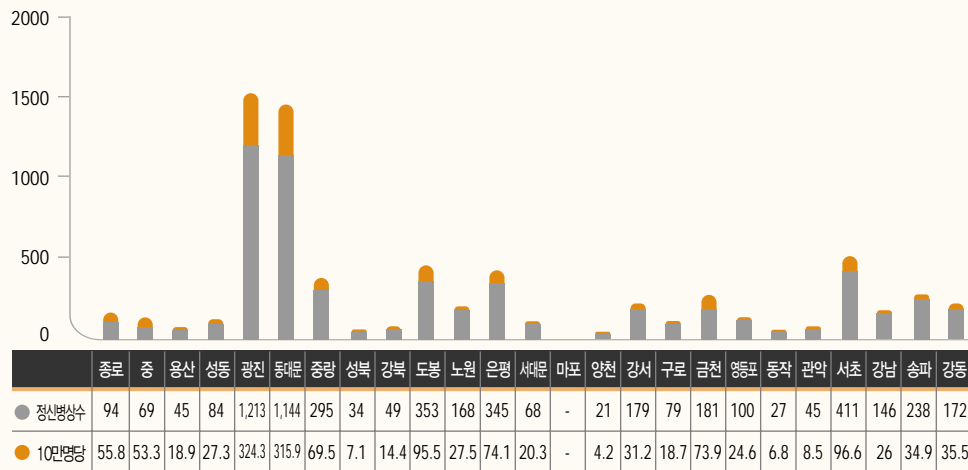


Figure3\_ 서울시 사회복지(이용)시설 정원

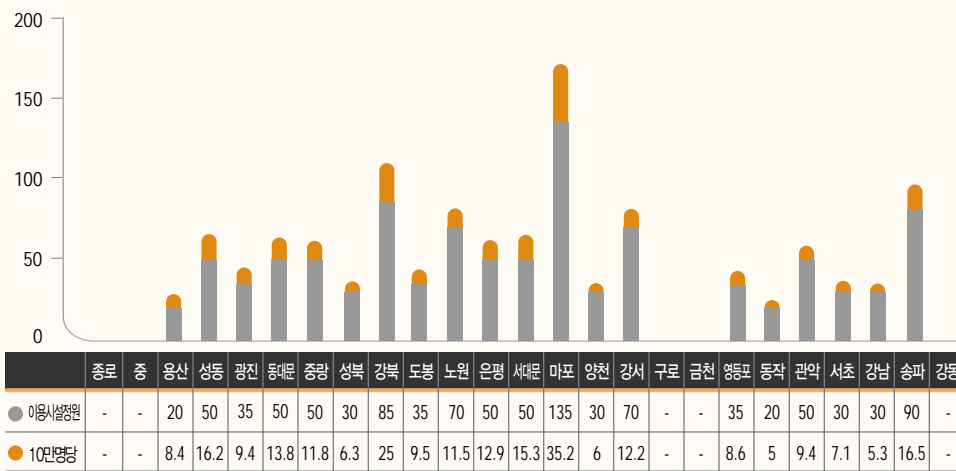


Figure4\_ 자치구별 정신보건자원(정신보건전문인력)

(단위 : 명)

자치구	정신의료기관 정신보건전문요원						지역사회 정신보건전문요원				기관별 정신보건전문요원						계	인구10 만명당 정신보 건인력
	계	전문의	전공의	간호	사회복지	임상심리	계	간호	사회복지	임상심리	병원	센터	알·상	이용	입소	주거		
서울시	1,080	554	239	145	56	86	398	118	258	22	1,080	243	12	83	27	33	1,478	14.5
종로구	130	58	45	17	5	5	7	3	4	-	130	6	-	-	-	1	137	81.2
중구	28	14	8	4	-	2	10	2	7	1	28	10	-	-	-	-	38	29.3
용산구	22	9	7	2	2	2	2	-	2	-	22	-	-	2	-	-	24	10.1
성동구	32	12	8	8	1	3	10	4	4	2	32	7	-	3	-	-	42	13.6
광진구	93	43	27	13	4	6	23	11	11	1	93	11	-	2	6	4	116	31
동대문구	78	35	10	18	9	6	7	2	5	-	78	5	-	2	-	-	85	23.5
종량구	18	9	-	3	4	2	16	5	10	1	18	12	-	4	-	-	34	8
성북구	26	15	8	1	1	1	16	4	8	4	26	11	-	4	-	1	42	8.8
강북구	12	11	-	1	-	-	13	5	8	-	12	10	-	3	-	-	25	7.3
도봉구	13	10	-	1	2	-	27	12	15	-	13	13	2	4	6	2	40	10.8
노원구	53	28	10	6	3	6	21	8	12	1	53	13	-	4	-	4	73	12
은평구	46	16	8	18	1	3	17	3	14	-	46	8	-	5	2	2	63	13.5
서대문구	41	12	12	5	4	8	15	3	12	-	41	7	-	5	-	3	56	17.1
마포구	16	16	-	-	-	-	26	7	18	1	16	5	5	8	8	-	42	10.9
양천구	23	16	4	2	-	1	11	2	7	2	23	5	-	4	-	2	34	6.8
강서구	20	11	-	3	4	2	22	7	15	-	20	9	-	8	-	5	42	7.3
구로구	28	11	7	6	1	3	13	3	10	-	28	10	3	-	-	-	41	9.7
금천구	10	6	1	-	3	-	6	1	5	-	10	4	-	-	-	2	16	6.5
영등포구	35	16	13	5	1	-	12	5	7	-	35	10	-	2	-	-	47	11.6
동작구	34	15	6	4	2	7	12	2	7	3	34	8	-	2	-	2	46	11.6
관악구	16	13	-	-	2	1	14	2	12	-	16	6	-	4	-	4	30	5.7
서초구	85	46	17	12	2	8	14	2	12	-	85	8	2	4	-	-	99	23.3
강남구	112	70	23	6	3	10	50	17	30	3	112	46	-	4	-	-	162	28.8
송파구	64	34	14	8	1	7	20	6	12	2	64	10	-	9	-	1	84	12.3
강동구	45	28	11	2	1	3	14	2	11	1	45	9	-	-	5	-	59	12.2

정신보건전문요원은 정신보건을 수료하고 자격을 가진 자에 한함.  
서울시립정신병원, 서울시립정신요양시설은 인력현황에 포함시키지 않음.



Figure5\_ 서울시 정신보건전문요원

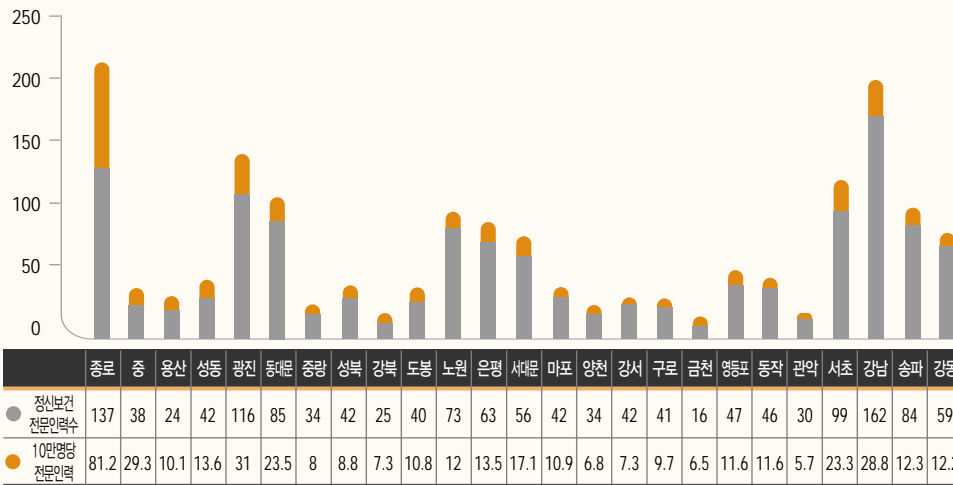


Figure6\_ 서울시 지역사회 정신보건 전문요원 현황

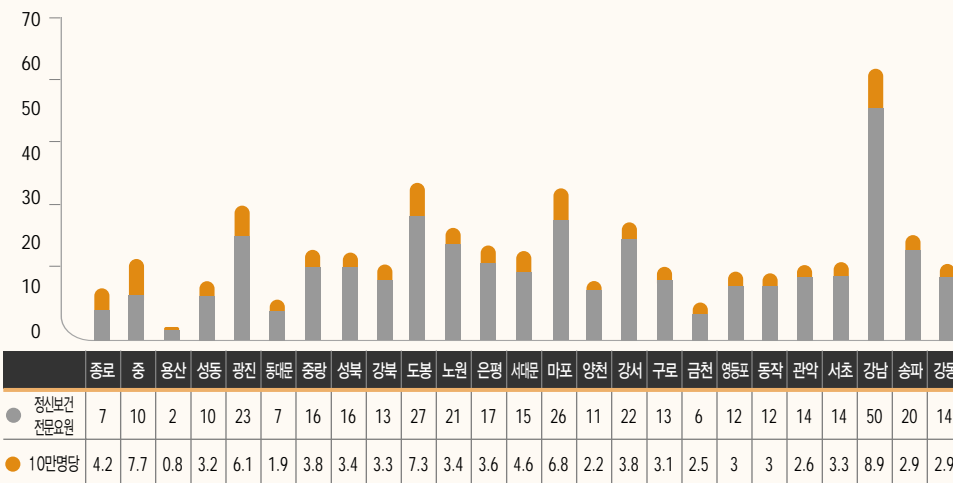


Figure7\_ 자치구별 정신질환자 등록현황(대상군별, 기관별)

(단위 : 명)

자치구	인 구	대상군별 지역사회 등록현황					지역사회 기관별 등록현황				계
		등록자수	아동 청소년	성인	노인	알코올	정신보건 센터	알코올 상담센터	이용시설 (아이존 포함)	거주시설 (임시/주거)	
서울시	10,208,302	16,577	2,834	10,754	1,341	1,648	14,873	565	1,180	486	17,104
종로구	168,603	286	32	169	39	46	286	-	-	15	301
중구	129,465	610	183	276	89	62	591	-	-	-	591
용산구	238,708	16	-	16	-	-	-	-	16	-	16
성동구	308,058	653	122	414	70	47	603	-	50	-	653
광진구	373,998	610	92	421	41	56	575	-	35	67	667
동대문구	362,146	275	62	180	17	16	225	-	50	-	275
종랑구	424,761	744	90	499	97	58	688	-	116	-	804
성북구	476,028	954	81	692	100	81	921	-	39	7	967
강북구	340,367	930	198	615	61	56	845	-	85	-	930
도봉구	369,733	1,246	164	712	120	250	1,006	184	35	77	1,302
노원구	610,616	1,557	225	1,160	104	68	1,478	-	72	32	1,582
은평구	465,895	484	119	330	9	26	422	-	58	50	530
서대문구	327,451	931	118	642	70	101	873	-	58	33	964
마포구	384,013	565	39	372	45	109	356	79	131	41	607
양천구	501,395	202	59	108	22	13	172	-	30	17	219
강서구	572,836	1,261	243	877	62	79	1,191	-	95	41	1,327
구로구	421,967	748	95	409	110	134	617	131	-	-	748
금천구	244,835	123	14	101	2	6	123	-	-	14	137
영등포구	405,798	760	167	451	64	78	725	-	38	-	763
동작구	397,920	508	107	344	43	14	465	-	43	13	521
관악구	529,869	308	20	277	5	6	247	-	61	30	338
서초구	425,481	502	39	251	40	172	301	171	30	7	509
강남구	562,138	981	223	639	64	55	951	-	29	-	980
송파구	681,476	691	198	449	19	25	580	-	109	7	696
강동구	484,745	632	144	350	48	90	632	-	-	35	667



Figure8\_ 대상군별 지역사회 등록현황

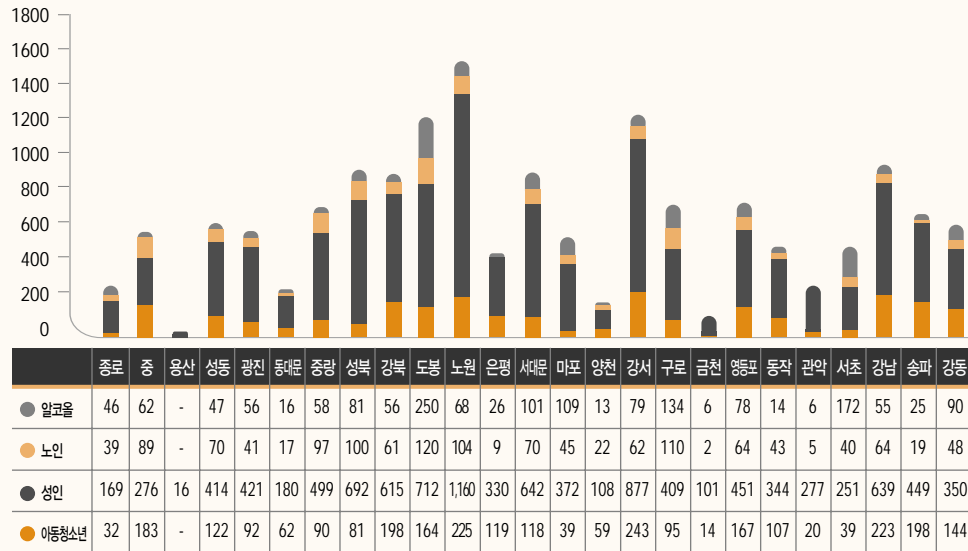


Figure9\_ 지역사회기관별 등록현황

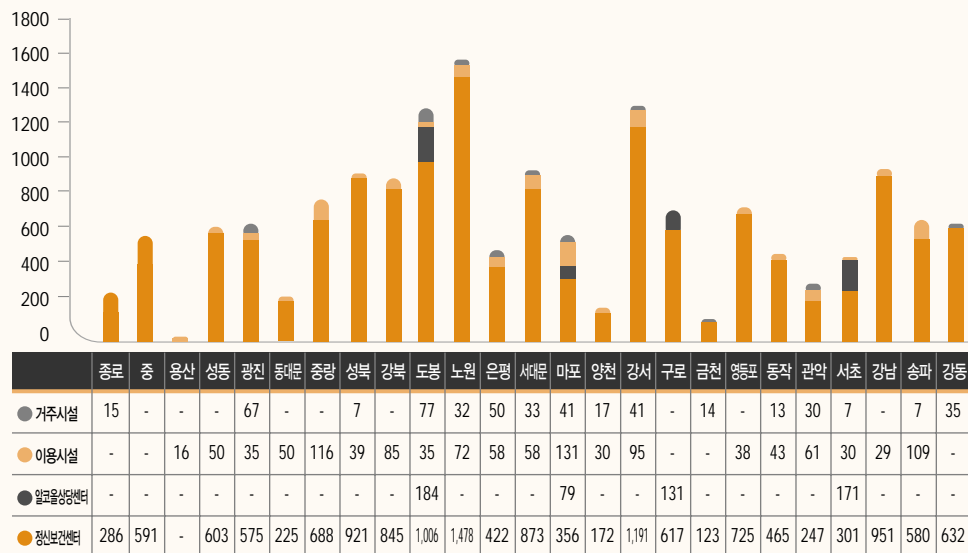


Figure10\_ 자치구별 정신보건문제(SP수립, 삶의질, 지역사회유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기자원)

(단위 : 명, 건, %)

자치구	등록회원	개별서비스 계획수립(ISP)	삶의질 향상			지역사회 생활유지	전문요원 1인당 사례관리부담	등록회원의 장기자원
			등록회원수	QOL 실시	삶의질 향상			
서울시	-	-	-	-	-	-	-	-
종로구	286	194	142	16	0	231	151	8
중구	591	468	391	21	0	377	394	38
성동구	603	246	665	101	1	466	503	17
광진구	575	310	476	238	40	457	319	22
동대문구	225	119	-	-	-	154	125	12
중랑구	688	509	753	392	53	568	626	44
성북구	921	673	1,029	827	165	773	768	83
강북구	845	567	790	778	73	596	604	65
도봉구	1,006	753	1,042	502	94	815	315	81
노원구	1,478	570	1,423	553	79	1,227	569	90
은평구	422	254	197	15	0	268	264	12
서대문구	873	734	802	184	12	709	546	42
마포구	356	231	224	47	1	297	237	25
양천구	172	72	-	-	-	136	156	17
강서구	1,191	776	978	398	30	919	397	50
구로구	617	562	558	432	52	493	343	42
금천구	123	111	-	-	-	96	176	10
영등포구	725	642	605	462	53	526	604	40
동작구	465	368	423	224	20	362	274	49
관악구	247	126	-	-	-	194	225	41
서초구	301	229	240	119	4	253	376	20
강남구	951	655	824	446	85	672	340	83
송파구	580	521	555	50	2	404	322	54
강동구	632	280	416	28	0	457	333	30



자치구별 관련 통계데이터

Figure11\_ 자치구별 등록회원의 삶의 질 향상

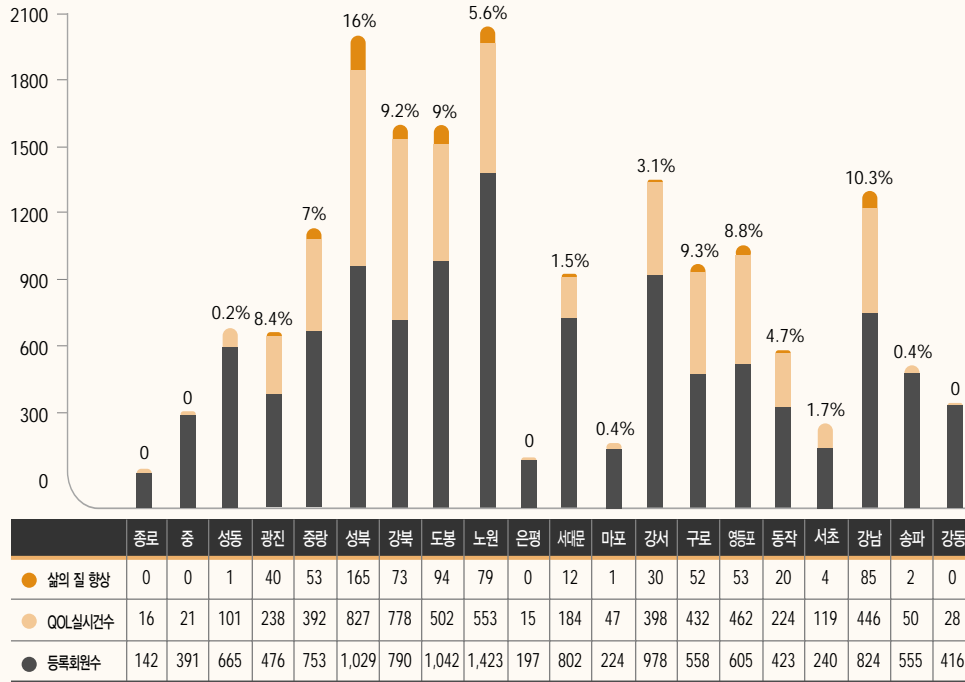


Figure12\_ 자치구별 등록회원수 및 장기재원환자 수

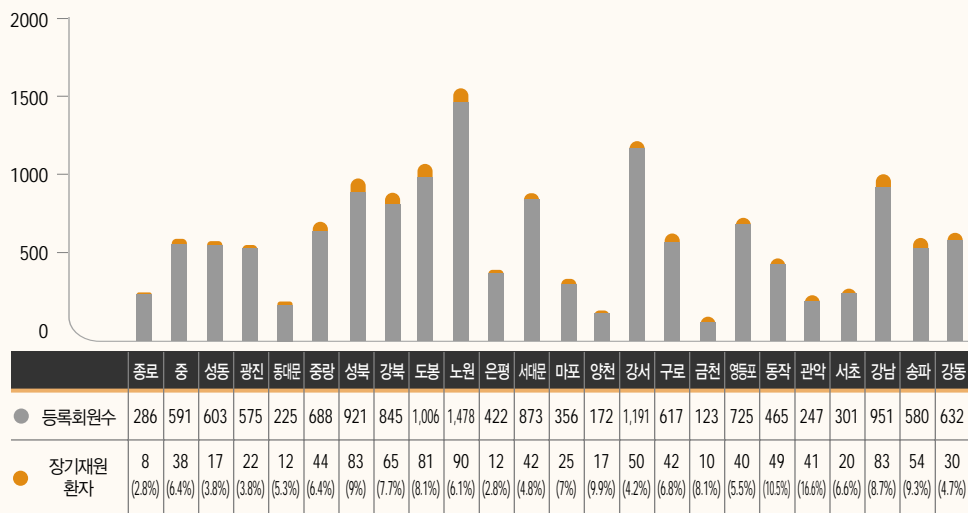


Figure13\_ 자치구별 정신보건문제(추계정신질환 대비 정신질환등록율)

(단위 : 명, %)

자치구	인 구	추계정신질환 환자 (인구의 1%)	정신장애 등록자 수				센터등록 회원 (장애등록 현황)	추계정신 질환대비 장애 등록율	인구대비 장애 등록율	인구10만 명당 장애등록
			계	1급	2급	3급				
서울시	10,208,302	102,083	15,101	1,570	6,084	7,442	4,896	14.8	0.15	147.9
종로구	168,603	1,686	292	19	123	150	86	17.3	0.17	173.2
중구	129,465	1,295	228	20	100	108	137	17.6	0.18	176.1
용산구	238,708	2,387	326	20	149	157	-	13.7	0.14	136.6
성동구	308,058	3,081	439	31	164	244	148	14.2	0.14	142.5
광진구	373,998	3,740	483	39	185	259	221	12.9	0.13	129.1
동대문구	362,146	3,621	586	45	238	303	48	16.2	0.16	161.8
중랑구	424,761	4,248	794	59	360	375	182	18.7	0.19	186.9
성북구	476,028	4,760	633	55	244	334	355	13.3	0.13	133
강북구	340,367	3,404	655	43	243	369	246	19.2	0.19	192.4
도봉구	369,733	3,697	495	32	207	255	397	13.4	0.13	133.9
노원구	610,616	6,106	1,293	88	552	653	851	35	0.21	211.8
은평구	465,895	4,659	1,239	386	413	440	132	26.6	0.27	266
서대문구	327,451	3,275	513	35	221	256	204	15.7	0.16	156.7
마포구	384,013	3,840	502	47	208	247	149	13.1	0.13	130.7
양천구	501,395	5,014	544	62	231	251	41	10.8	0.1	108.5
강서구	572,836	5,728	1,384	131	559	691	490	24.2	0.24	241.6
구로구	421,967	4,220	517	46	214	257	176	12.3	0.12	122.5
금천구	244,835	2,448	389	37	168	184	66	15.9	0.16	158.9
영등포구	405,798	4,058	499	60	185	254	144	12.3	0.12	123
동작구	397,920	3,979	483	43	173	267	169	12.1	0.12	121.4
관악구	529,869	5,299	788	67	319	402	93	14.9	0.15	148.7
서초구	425,481	4,255	336	35	130	171	85	7.9	0.08	79
강남구	562,138	5,621	619	82	294	243	258	11	0.11	110.1
송파구	681,476	6,815	551	56	203	292	150	8.1	0.08	80.9
강동구	484,745	4,847	513	32	201	280	68	10.6	0.1	105.8



자치구별 관련 통계데이터

Figure14\_ 자치구별 정신장애 등록현황

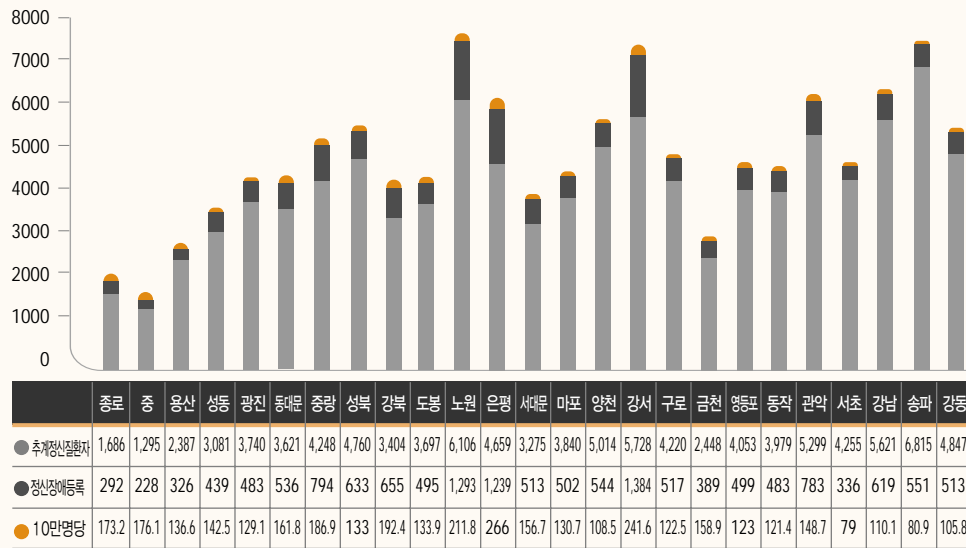
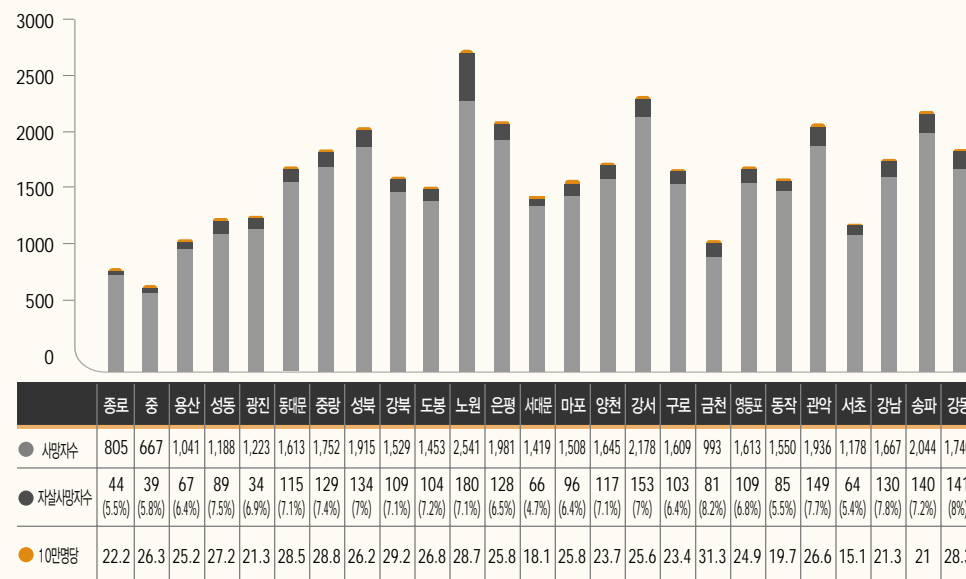


Figure15\_ 자치구별 자살사망현황



## 자료원

경찰청			
수사과	경찰통계연보	• 연도별 자살원인 및 자살방법	매년
국민건강보험공단			
건강보험정책연구원 통계분석팀	건강보험통계	• 건강보험 진료비 중 정신과 진료비 비율 • 의료급여 진료비 중 정신과 의료급여 비율	매년
	지역별 의료이용통계	• 서울시 의료이용통계(자료요청)	
보건복지부			
정신건강정책과 (연구용역)	정신질환실태 역학조사	• 주요정신질환 추정환자, 유병률 • 정신의료서비스 이용비율 및 실태(치료 유병률)	매5년
장애인정책과 (한국보건사회연구원)	장애인실태조사	• 장애유형별 취업인구 및 취업률 • 취업장애인 직장유형, 소득	매3년
정책통계담당	보건복지가족 통계연보	• 장애인등록자수	매년
장애인정책과	등록장애인 현황	• 장애유형별, 등급별, 지역별, 연령별 현황	매년
OECD 대한민국 정책센터 사회정책본부	한눈에 보는 OECD 보건지표	• OECD 국가의 퇴원 후 30일 이내 재입원을 • OECD 국가의 알코올 소비량	-
중앙정신보건 사업지원단	중앙정신보건 사업지원단 사업보고서	• 정신의료기관 병상수 추이, 재원기간 • 지역사회 재활기관 추이 • 정신보건인력 변화추이 • 정신질환에 대한 지식 & 태도 • 정신질환자 추계 • 등록정신질환자 분포	매년
보건복지부/질병관리본부			
건강정책과/만성병조사과	국민건강통계	• 건강행태(음주, 우울증 경험률, 의료이용, 자살생각률)	매년
보건복지부/질병관리본부/교육과학기술부			
만성병조사과	청소년건강행태 온라인조사통계	• 음주관련지표	매년
통계청			
국가통계포털	주민등록인구 통계	• 서울시/자치구별 총 인구수(성별, 연령)	매년
인구동향과	사망원인통계	• 사망자수, 자살사망자수(성별, 연령, 취업, 학력 등)	
통일부			
정책지원과	북한이탈주민 현황	• 북한이탈주민 현황(연령, 지역별 거주, 입국현황 등)	매년
한국장애인고용공단			
장애인고용패널팀	장애인통계	• 장애인 고용현황 • 장애인 및 전체 인구의 경제활동참가율	매년



자료원

행정안전부			
자치행정과	지방자치단체 외국인주민현황	• 외국인주민 현황(시도별 외국인주민 비율)	매년
서울시			
재무국 재무과	서울시 세입세출결산서	• 서울시 정신보건예산 • 서울시/자치구 정신보건예산	매년
보건정책담당관	서울시 정신보건예산 지출현황	• 정신보건예산 총 지출현황	매년
	서울시 정신보건시설현황	• 사회복귀시설 설치현황, 입소자 정원 및 현원	매년
	서울시 정신의료기관 현황	• 입원형태 별 현황	매년
	심판위원회 심사의뢰율	• 각 자치구별 개최회수, 퇴원명령건수 • 퇴원명령률	매년
서울시정신보건 사업지원단	SMHIS	• 대상자별 등록률(연령별, 성별, 진단별) • 사례관리율 • 삶의 질 향상률 • 재외국민, 북한이탈주민 상담서비스 제공률 • 지역사회 생활유지율 • 등록회원의 장기재원율	매년
	서울시정신보건시설 인력현황	• 정신보건시설별 정신보건전문인력 현황	매년
	등록정신질환자 자살률	• 정신보건센터 등록정신질환자 중 자살사망자수 • 자살방법	매년
	소비자참여도	• 정책레벨별 소비자 참여도 조사	매년
	blutouch.net	• 서울시민 우울증 자가검진율	매년
	서울정신건강2020	• 정신보건 인프라 필요 시설수와 추정수요	매년
	서울시민 인식도 조사	• 서울시민의 우울증, 스트레스 등 정신건강인식도 • 정신건강브랜드 인지도 • 서울시민 자살생각률 • 정신질환에 대한 지역사회 수용도	2년
Australian Government			
National mental health report	• 소비자 참여도		-
OECD			
OECD health data	• 연령표준화 자살사망률		매년
WHO			
Mental Health Atlas	• OECD 국가의 정신보건예산 • WHO 국가 외 다른 국가의 정신병상수 • OECD 국가의 인구 10만 명당 정신보건인력		-

## 참고문헌

### ■ 국내문헌

- 강상경, 권태연(2008) 『정신보건심판위원회의 운영실태 및 개선방안』 정신보건과 사회사업
- 권태연, 강상경(2006) 『미국의 지역사회에 기반을 둔 정신재활서비스의 소비자만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구』 정신보건과 사회사업
- 경찰청(2010) 『경찰통계연보 2000-2009』
- 국가인권위원회(2009) 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서』
- 국민건강보험공단(2010) 『건강보험통계연보 2003-2006』, 『지역별 의료급여연보』
- 국민건강보험공단(2010) 『정신질환 치료율』, 『정신의료기관 이용률』
- 김광기(2001) 『알코올 소비 및 음주관련 피해 통계지표의 정보화』
- 김민석 외(2006) 『정신보건정책 수립을 위한 지표개발 기초조사』 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터
- 김문근 외(2008) 『재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구』 국가인권위원회
- 김언아(2008) 『OECD 2007 장애정책 리뷰』 고용개발원
- 김용식 외(2003) 『초발정신병』 (주) 렉스콜
- 김윤 외(2008) 『음주폐해 예방 및 관리에 대한 국가 5개년 계획 연구』 알코올사업기술지원단
- 김종남, 최윤경, 채정민(2008) 『CES-D와 로사검사를 통해 본 북한이탈주민의 우울감』 한국심리학회지
- 노동부(2009) 『통계로 보는 노동시장』
- 노동부, 한국장애인고용공단 고용개발원(2009) 『2009 장애인통계』
- 박종익 외(2008) 『장기입원의 구조적 원인과 지속요인』 국가인권위원회
- 배정규 외(2006) 『지방자치단체의 정신보건업무수행 실태조사』 국가인권위원회
- 백지은 외(2008) 『외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구』 국립서울병원
- 변용찬 외(2009) 『2008 장애인실태조사』 보건복지가족부, 한국보건사회연구원
- 보건복지가족부, 질병관리본부(2009) 『2008 국민건강통계』
- 보건복지가족부(2009) 『2009 아동청소년백서』
- 보건복지가족부(2010) 『2010년 정신보건사업안내』
- 보건복지부(2007) 『국가정신건강정책 10년』
- 보건복지부(2009) 『보건복지가족통계연보』
- 보건복지부(2006) 『파랑새플랜 2010』
- 보건복지부(2010) 『한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009』
- 서동우(2002) 『지역사회정신보건의 현황과 전망』 한국사회복지학회 학술대회 자료집
- 서울시정신보건사업지원단(2007, 2009) 『정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사』
- 민성길 외(2009) 『서울정신건강2020 제 2차 4개년 계획 수립에 대한 보고서』 서울시정신보건사업지원단
- 서울시정신보건사업지원단(2010) 『서울시정신보건사업지원단 5개년 보고서』
- 서울시정신보건사업지원단(2010) 『소비자 참여지표 개발연구』
- 서울시정신보건사업지원단(2010) 『서울시정신보건시설현황집』
- 서울시정신보건센터(2009) 『서울시정신보건센터 4개년 사업보고서』
- 서울특별시(2010) 『세입 세출 예산서』, 보건정책과 내부자료
- 유정자(2006) 『재중 북한이탈주민의 정신건강에 대한 연구』 연세대학교 대학원



- 윤정원(2007) 『의료보장유형과 총진료비 및 재원일수의 연관성 분석-정신질환을 중심으로』 연세대학교 보건대학원
- 이금진(2003) 『정신장애인 직업유지기간에 영향을 미치는 요인』 장애인고용
- 이명수 외(2009) 『서울시립정신병원 운영개선 방안에 관한 연구』 서울특별시, 서울시정신보건센터
- 이명수 외(2008) 『정신과 내원 초발정신증 환자의 정신증 미치료기간(DUP)과 치료경로 조사』 서울시정신 보건사업지원단
- 이명수 외(2009) 『정신보건심판위원회 퇴원명령 대상자 추적조사』 대한신경정신의학회
- 전우택(2000) 『탈북자들의 남한사회 적응과 심리갈등에 대한 이해』 한국심리학회
- 정상혁 외(2004) 『서울정신건강 2020 사업』 서울특별시
- 정인원 외(2008) 『정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사』 국가인권위원회
- 조맹제 외(2007) 『2006 정신질환실태 역학조사』보건복지부, 서울대학교 의과대학
- 조한진(2006) 『미국과 한국의 장애인 고용상태 분석』 장애인고용
- 중앙정신보건사업지원단(2007) 『2006 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』
- 중앙정신보건사업지원단(2010) 『2009 중앙정신보건사업지원단 사업보고서』
- 통계청(2010) 『2009 사망원인 통계연보』
- 한국보건사회연구원(2008) 『보건복지예산 현황과 전망』
- 홍선미 외(2009) 『정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축』 국가인권위원회
- 황태연, 서용진(2008) 『정신보건정책, 계획, 프로그램』, WHO 정신보건국

#### ■ 국외문헌

- Australian Government(2004) 『Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services』
- Australian Government 『National mental health report 2002, 2005, 2007』
- HJ Salize, H Dressing(2004) 『Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union』 The British Journal of Psychiatry, 184:163-168
- OECD(2010) 『Health Data』
- OECD(2003) 『Transforming Disability into Ability』
- WHO(2003) 『Advocacy for mental health』
- WHO(2003) 『Investing in Mental Health』
- WHO(2001, 2005) 『Mental health Atlas』

#### ■ 인터넷 웹사이트

- 통계청(2010) 서울시인구
- 통일부(2010) 북한이탈주민 현황
- 행정안전부(2009) 외국인주민 현황조사
- 블루터치 <http://www.blutouch.net>
- SMHIS <http://www.smhis.or.kr>
- WHO <http://www.who.int>





# 2010 서울시정신보건지표

Seoul Mental Health Indicator

발행일 | 2011년 3월

발행인 | 이명수

편집처 | 서울시정신보건센터 연구지원팀

발행처 | 서울시정신보건사업지원단

전화 | 02-3444-9934

팩스 | 02-3444-9961

홈페이지 | [www.blutouch.net](http://www.blutouch.net)

제작업체 | (주)서울기획케이투

본 저작물은 서울시정신보건사업지원단의 소유이므로  
사전 승인 없이 본 내용의 전부 또는 일부에 대한 무단  
전재와 복제를 금합니다.

# SEOUL MENTAL HEALTH INDICATOR

