

SEOUL MENTAL HEALTH INDICATOR

ISSN 2233-8608

2012
서울시정신보건지표

2012 서울시정신보건지표

Seoul Mental Health Indicator

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR



서울시
정신건강증진센터

Seoul Mental Health Center

서울시정신건강증진센터

서울특별시 · 서울시정신건강증진센터

2012

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 국내외, 서울시의 자료를 년도별로 표와 그림으로 제시하고자 하였음.
- 3장의 정신보건사업에 따른 지표는 SMHIS(Seoul Mental Health Information System)의 데이터를 바탕으로 하여 서울시 전체를 대표할 수는 없기에 해석상의 주의를 요함.
- 본문에 제시된 서울시 정신보건사업지표는 2011년을 기준으로 함.
- 정신보건지표 구성을 위해 사용된 자료원들은 국가 승인 통계자료를 중심으로 자료를 수집하여 재구성하거나 인용함.
- 정신보건현황 및 사업에 대한 국가 및 지자체 차원의 자료가 부족하여 지표화 되지 못한 부분도 있으며 활용된 자료의 경우 자료원에 따라 같은 항목이라도 조금씩 수치가 달라 참고만을 요하는 경우도 있음.
- 일부 자료의 경우 지표의 내용이나 범위의 한계가 있을 수 있으며 서울시 지표의 경우 자체적으로 조사하거나 발췌한 자료를 재구성하였으므로 해석하는데 주의가 필요함.
- 자치구별 지표나 데이터의 경우 SMHIS 자료를 바탕으로 제시한 것으로써 업무실적과는 무관하며, 현황파악을 위한 참고자료로 활용하기 바람.
- 정신보건센터와 정신분열병의 명칭이 변경되어 본문에서는 정신건강증진센터, 조현병으로 표기하였음을 참고바람.

발간사

서울시 지역정신보건사업이 시작된 지 새해로 19년째를 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 기준잣대이기도 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 산출해 냄으로써 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. 새해 모두 건강하시길 기원합니다.

서울시 보건의료정책과장

박 유 미



서울시정신보건지표의 의미 및 개발배경



육하원칙에 따라서 서울시 지역사회정신보건사업을 말해보면 다음과 같을 것입니다.¹⁾

- 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

공급해야 하는 것인지가 여기에 해당합니다. 이는 한 사회의 보건복지의료체계에 대한 포괄적인 이해 하에 계획되어야 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 2013년이 지역정신보건 19년차에 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.

2013년 4월

서울시정신건강증진센터장

이 명 수

1



1) 서울시정신보건서비스 framework 개발 배경의 전문을 일부 수정하여 인용함.

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 36

Indicator

Indicator 1. 인구 1인당 정신보건예산 42

Indicator 2. 의료급여 정신질환자에 대한 연간지출 44

Indicator 3. 인구 10만 명당 거주서비스 정원 45

Indicator 4. 인구 10만 명당 주간재활시설 정원 46

Indicator 5. 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수 48

Indicator 6. 인구 10만 명당 정신보건전문인력 50

제2장. 정신보건문제에 따른 지표 53

제1절 정신장애 54

제2절 정신질환 55

제3절 자살 62

제4절 음주 69

제5절 정신질환에 대한 사회적 인식 74

Indicator

Indicator 7. 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률 78

Indicator 8. 주요 진단별 정신질환 치료율 80

Indicator 9. 서울시민의 자살생각률 81

Indicator 10. 인구 10만 명당 자살사망률 82

Indicator 11. 서울시민 고위험 음주율 84

Indicator 12. 서울시민 우울감 경험률 85

Indicator 13. 서울시민 스트레스 인지율 86

Indicator 14. 정신질환자에 대한 지역사회 수용도 87

제3장. 정신보건사업에 따른 지표 89

제1절 지역사회재활서비스 90

제2절 직업재활 96

제3절 이주민 정신건강 103

제4절 정신질환자 권익옹호 108

제5절 정신보건심판위원회 111

제6절 우울증 예방과 정신건강증진 114

Indicator

Indicator 15. 중증정신질환자 지역사회 등록관리율 118

Indicator 16. 지역사회 등록정신질환자 자살사망률 120

Indicator 17. 개별서비스계획 수립률 122

Indicator 18. 삶의 질 향상률 124

Indicator 19. 북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공건 125

Indicator 20. 지역사회 생활유지율 126

Indicator 21. 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률 127

Indicator 22. 전문요원 1인당 사례관리 부담률 128

Indicator 23. 정신보건심판위원회 심사의뢰건 130

Indicator 24. 정신보건심판위원회 퇴원명령률 131

Indicator 25. 소비자참여도 132

Indicator 26. 정신장애인 취업률 134

Indicator 27. 정신장애인 등록률 136

Indicator 28. 우울증에 대한 긍정적 인지도 137

Indicator 29. 서울시민의 정신보건서비스 인지율 138

제 III 부. 부록

자치구별 관련 통계데이터 142

자료원 152

참고문헌 154

표1	서울정신건강 2020 제2차 4개년 사업 미션 및 목표	20
표2	OECD 국가의 보건예산 대비 정신보건예산 비율	26
표3	보건복지예산 대비 보건예산 점유비	27
표4	2010-2011 정신보건사업 세출예산	28
표5	건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율	28
표6	의료급여 진료비 중 정신건강의학과 의료급여 비율	29
표7	서울시의 정신보건 예산현황	29
표8	정신의료기관별 병상 수 변화추이	31
표9	WHO 국가의 정신병상 수	32
표10	OECD 국가의 정신병상 수	32
표11	우리나라 병원 특성에 따른 연도별 정신병상수	33
표12	서울시 정신병상수 변화추이	34
표13	지역사회 재활기관의 증가추이	35
표14	서울시 정신보건재활기관 변화추이	36
표15	OECD 국가들의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황	37
표16	우리나라 정신보건인력 현황 변화추이	38
표17	서울시 정신보건인력 현황	39
표18	정신장애 일년 유병률 비교(성과 연령 보정)	54
표19	초발 정신분열병 연구에서 나타난 치료의 지연 기간	55
표20	국가별 조기정신증 사업	56
표21	유럽의 평균입원일수	57
표22	우리나라와 유럽의 비자의 입원을 현황	59
표23	연도별 입원유형별 현황	60
표24	연도별, 연령별 자살생각률	62
표25	OECD 국가의 연령별표준화 자살사망률(인구 100,000명당)	63
표26	성·연령별 자살사망자 수	65
표27	연령별 사망순위	66
표28	시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율	67
표29	서울시 연령별 자살사망자수 변화추이	69
표30	연도별 청소년 음주관련지표	70

표31	우리나라의 음주기인 사망률	71
표32	알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수	71
표33	연간 음주문제 상담경험률	72
표34	시도별 19세 이상 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율	72
표35	정신문제 상담경험률	75
표36	정신건강문제 유형별 상담 정신과 전문기관 상담비율	76
표37	정신건강관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류(중복응답)	76
표38	지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용현황	90
표39	중증정신질환자 대비 등록관리율	91
표40	등록자의 연령별 분포	92
표41	등록자의 진단별 분포	93
표42	연도별 장애인등록자 현황	96
표43	성별 취업 인구 및 취업률	97
표44	장애유형별 취업률	99
표45	취업장애인의 직무유형	100
표46	취업장애인의 주당 평균 근무시간, 월 평균 수입, 평균 근무기간	102
표47	연령별 입국현황(1948. 01 ~ 2011. 12 입국자 기준)	104
표48	지자체별 거주현황(100인 이상 거주지/ 2011.12.31 기준)	104
표49	북한이탈자와 남한 측의 CES-D와 로샤검사에서의 주된 우울감 관련 지표의 차이 검증	105
표50	인구대비 외국인주민 비율 현황	106
표51	정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	107
표52	모든 회원 대상 서비스 만족도 평균	111
표53	정신보건심판위원회 퇴원심사 청구 및 퇴원명령(환자)현황	112
표54	한 기관에서 퇴원 후 보호자에 의해 바로 타 시설로 강제 입원한 경험 유무	113
표55	서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황	113
표56	지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률	114
표57	정신건강증진센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자수	121
표58	정신건강증진센터별 1FTE당 사례관리 부담	129

그림1	보건복지예산 대비 보건의료예산 점유비	27
그림2	연도별 정신보건지출	30
그림3	연도별 의료급여 지출액	30
그림4	병원특성별 정신병상 수 변화추이	33
그림5	서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상 비율	34
그림6	연도별 서울시 정신보건 재활기관 증가추이	36
그림7	소득수준별 정신보건인력 현황	37
그림8	연도별 우리나라 정신보건인력 현황	38
그림9	인구 1인당 정신보건예산	42
그림10	자치구별 인구 1인당 정신보건예산	43
그림11	서울시 의료급여지출 예산	44
그림12	인구 10만 명당 거주서비스 정원	45
그림13	인구 10만 명당 주간재활시설 정원	46
그림14	자치구별 주간재활시설 및 정원 현황	47
그림15	인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수	48
그림16	정신의료기관 유형별 정신병상 수 분포	49
그림17	인구 10만 명당 정신보건전문인력	50
그림18	지역사회 정신보건기관 및 정신의료기관 정신보건전문인력 분포	51
그림19	자치구별 인구 10만 명당 정신보건전문인력	51
그림20	주요진단별 정신질환 치료율	54
그림21	정신의료기관별 평균재원기간(중앙값) 변화추이	58
그림22	시도별 정신의료기관 재원기간(중앙값) 분포	58
그림23	서울지역 정신의료기관 재원기간 분포	59
그림24	서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황	61
그림25	OECD 국가의 퇴원 후 30일 이내 재입원율	61
그림26	세계 자살률 MAP(인구 100,000명당)	64
그림27	연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이	64
그림28	연도별 자살원인	66
그림29	연도별 자살방법	67
그림30	2011년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률	68
그림31	연도별 서울시 사망자수 / 자살사망자수 변화추이	68
그림32	OECD 국가의 알코올 소비량(15세 이상 인구 1인당)	70
그림33	월간음주율	73
그림34	연간음주자의 고위험음주율	73
그림35	정신질환은 누구나 걸릴 수 있다	74

그림36	정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다	74
그림37	정신의료서비스 이용률	75
그림38	서울시민의 전국정신의료기관 이용현황(실인원)	78
그림39	연령별 정신의료기관 이용현황	79
그림40	진단별 정신의료기관 이용현황	79
그림41	진단별 정신질환 유병률과 치료율	80
그림42	서울시민의 자살생각 경험 비율	81
그림43	인구 10만 명당 자살사망률 변화추이	82
그림44	성별 연령별 자살사망자수	83
그림45	성별 혼인별 자살사망자수	83
그림46	교육정도별 자살사망자수	83
그림47	서울시·자치구별 고위험 음주율	84
그림48	서울시·자치구별 우울감 경험률	85
그림49	서울시·자치구별 스트레스 인지율	86
그림50	정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도	87
그림51	정신건강관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류(중복응답)	90
그림52	지역사회재활서비스 유형에 따른 이용여부	91
그림53	중증정신질환자 대비 등록관리율	92
그림54	시도별 인구 1만 명당 등록자수 비교	93
그림55	대상군별 등록 현황	94
그림56	지역사회 정신보건시설 유형별 등록현황	94
그림57	자치구별 정신건강증진센터 등록관리 대상자율	95
그림58	장애인 등록 변화추이	96
그림59	장애인 및 전체인구의 경제활동참가율	97
그림60	OECD 국가의 장애인 고용률(2005)	98
그림61	장애유형별 취업률	100
그림62	OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비	101
그림63	취업장애인의 임금수준	102
그림64	북한이탈주민 입국자수	103
그림65	북한이탈주민의 연령별 지역별 현황	104
그림66	연도별 외국인주민 현황	105
그림67	시도별 외국인주민 비율	106
그림68	정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	108
그림69	소비자참여도	109
그림70	지역사회재활서비스 유형에 따른 만족도	111

그림목차

그림71	연도별 우울증 진료현황	115
그림72	연도별 우울증 경험률 변화추이	115
그림73	연령별, 성별 우울증 진료현황	116
그림74	시도별 우울증상 경험률	116
그림75	지역사회 중증정신질환자 등록관리율	118
그림76	자치구별 등록관리율	119
그림77	정신건강증진센터 등록정신질환자 자살사망률	120
그림78	정신건강증진센터 등록정신질환자의 진단별 현황	121
그림79	정신건강증진센터 등록정신질환자의 자살수단 현황	121
그림80	자치구별 개별서비스계획 수립률	122
그림81	자치구별 개별서비스계획 수립률 변화추이	123
그림82	자치구별 삶의 질 향상률	124
그림83	북한이탈주민 정신건강문제유형	125
그림84	재외국민 진단분류	125
그림85	자치구별 지역사회 생활유지율	126
그림86	자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	127
그림87	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰 건	130
그림88	정신보건심판위원회 퇴원명령률	131
그림89	서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도	133
그림90	기관별 소비자참여도	133
그림91	성별 취업 현황	134
그림92	근로업종별 현황	135
그림93	근로형태별 현황	135
그림94	정신장애 등록 변화추이	136
그림95	우울증에 대한 긍정적인 인식도	137
그림96	정신보건서비스 인지율	138

부록목차

Figure1	자치구별 정신보건자원 (예산, 병상수, 사회복지시설 정원)	142
Figure2	서울시 정신병상수	143
Figure3	서울시 주간재활시설 정원	143
Figure4	자치구별 정신보건자원(정신보건전문인력)	144
Figure5	서울시 정신보건전문인력	145
Figure6	서울시 지역사회 정신보건전문인력	145
Figure7	자치구별 정신질환자 등록현황(대상군별, 기관별)	146
Figure8	대상군별 지역사회 등록현황	147
Figure9	지역사회기관별 등록현황	147
Figure10	자치구별 정신보건문제 (ISP수립, 삶의질, 지역사회생활유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기재원)	148
Figure11	자치구별 등록회원의 삶의 질 향상	149
Figure12	자치구별 지역사회 생활유지율	149
Figure13	자치구별 정신보건문제 (추계정신질환 대비 정신질환등록율)	150
Figure14	자치구별 정신장애 등록현황	151
Figure15	자치구별 자살사망현황	151

제 I 부 |

서울시 정신보건정책 및 지표

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

총론

- 제 1절 | 서울시 정신보건정책 방향 및 목표
- 제 2절 | 정신보건지표 분류

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

제1절 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(황태연·서용진, 2008). 그러나 WHO 가입국 184개국 중 110개국 즉 59.8%만이 정신보건정책을 보유하고 있는 실정이다(WHO, 2011).

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 수립해야 한다.

서울시는 1995년 「정신질환자 관리 강화계획」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, 체계적으로 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.

제1차 4개년(2005년-2008년) 동안, 서울시 정신보건사업에서는 정신보건의 가장 중요한 화두인 탈원화를 위해 다양한 형태의 지역사회 정신보건서비스, 특히 주거서비스 체계를 구축하였으며, 국내 최초의 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(2009~2012) 계획은 생애주기별 이슈를 포함한 다양한 정신보건주제에 대하여 1-2-3차 예방적인 접근을 포괄하고 있다.

제2차 4개년은 두 종류의 범주로 구성되어 있다.

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

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

제2차 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 생애주기별 사전 예방적 접근을 통한 서울시민의 정신건강증진(Promotion, Prevention & Early detection)이다. 아동청소년 정신건강 예방 및 조기발견 활동, 성인기 주요 정신건강에 대한 지식 향상, 스트레스관리 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 자살위기관리 적절성 향상, 자살시도자 및 유가족에 대한 사후관리를 통해 자살 재시도율 감소, 사회환경 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 정신보건 서비스 체계 운영을 위한 행정-연구-평가를 강화 (Governance, Policy & Evaluation) 하는 것이다. 근거 중심의 정신보건서비스 체계 확립을 위한 적정 평가 감시체계 강화가 포함된다.

제2절 정신보건지표 분류

• 정신보건서비스를 7개의 영역으로 구분하고 14개의 세부영역의 특성에 따른 지표를 정의함

영역	세부영역	지표	1차년도	2차년도
효과성	소비자 결과	삶의질 향상률	◆	◆
		지역사회 등록정신장애인 자살사망률	◆	◆
		퇴원 3개월 이내 재입원율		
		서울시민의 우울증 자가검진율	◆	◆
		서울시민 스트레스 인지율		◆
		서울시민 우울감 경험률		◆
		지역사회 생활유지율	◆	◆
		지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	◆	◆
		인구1인당 정신보건예산	◆	◆
		의료급여 정신질환자에 대한 연간지출	◆	◆
효율성	예산	정신장애인 취업률	◆	◆
		취업정신장애인 1인당 월평균 소득	◆	◆
		서울시립정신병원의 재원적절성	◆	
		서울시립정신요양시설의 재원적절성	◆	
		인구10만 명당 정신보건전문인력(FTE)	◆	◆
		전문요원 1인당 사례관리 부담	◆	◆
		개별서비스계획 수립률	◆	◆
		인구10만 명당 이용 가능한 정신병상수	◆	◆
		서울시민의 서울시 정신의료기관 이용률	◆	◆
		주요 진단별 정신질환 치료율	◆	◆
적절성	재원적절성	초발정신질환자 미치료기간(DUP)	◆	
		중증정신질환자 지역사회 등록관리율	◆	◆
		정신장애인 등록률	◆	◆
		인구10만 명당 주간재활시설 정원	◆	◆
		인구10만 명당 주거제공시설 정원	◆	◆
		정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆
		정신보건심판위원회 퇴원명령률	◆	◆
		북한이탈주민/재외국민 정신보건서비스 제공건	◆	◆
		우울증에 대한 긍정적 인식도	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆
접근성	서비스 강도	소비자 참여도	◆	◆
		서울시민 정신보건서비스 인지율	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구10만 명당 자살사망률	◆	◆
연속성	심판위원회	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆
		정신보건심판위원회 퇴원명령률	◆	◆
		북한이탈주민/재외국민 정신보건서비스 제공건	◆	◆
		우울증에 대한 긍정적 인식도	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆
		소비자 참여도	◆	◆
		서울시민 정신보건서비스 인지율	◆	◆
		서울시민 자살생각률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆
반응성	취약계층	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆
		정신보건심판위원회 퇴원명령률	◆	◆
		북한이탈주민/재외국민 정신보건서비스 제공건	◆	◆
		우울증에 대한 긍정적 인식도	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆
		소비자 참여도	◆	◆
		서울시민 정신보건서비스 인지율	◆	◆
		서울시민 자살생각률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆
안정성	인식	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆
		정신보건심판위원회 퇴원명령률	◆	◆
		북한이탈주민/재외국민 정신보건서비스 제공건	◆	◆
		우울증에 대한 긍정적 인식도	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆
		소비자 참여도	◆	◆
		서울시민 정신보건서비스 인지율	◆	◆
		서울시민 자살생각률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆
안정성	자살	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆
		정신보건심판위원회 퇴원명령률	◆	◆
		북한이탈주민/재외국민 정신보건서비스 제공건	◆	◆
		우울증에 대한 긍정적 인식도	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆
		소비자 참여도	◆	◆
		서울시민 정신보건서비스 인지율	◆	◆
		서울시민 자살생각률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆

표1_ 서울정신건강 2020 제2차 4개년 사업 미션 및 목표

영역	목표	
	baseline	2012
A. 생애주기별 사전 예방적 접근을 통한 서울시민의 정신건강증진		
- 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. 정신질환에 대한 포괄적 서비스 체계 구축을 통한 질병부담감소 및 삶의질 향상		
- 아동청소년 등록관리율	0.72%	5%
- 아동청소년 정신질환 대상자 기능향상률	지표생성	09년 대비 15% 향상
- 정신질환 미치료기간	84주	75주(10% 단축)
- 초발정신질환자 등록 관리율	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%
- 사회복지 이용시설 욕구 충족도	12%	20%
- 정신보건센터 사례관리 인력 적정성	21%	35%
C. 자살위험 없는 안전한 서울 구현		
- 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
D. 소비자 참여 활성화와 정신장애인 권익강화를 통한 정신보건서비스		
- 소비자참여도	지표생성	-
- 정신질환에 대한 인식도	20.2%	26%
E. 안정적 정신보건서비스 체계 운영을 위한 행정-연구-평가 조직체계 강화		
- 서울시 정신보건팀 설치	미설치	설치
- 자치구 정신보건 전담요원 배치율	1개소(4%)	15개소(60%)
- 서울시 정신보건원 설치	민간위탁형 서울시정신건강증진센터	독립법인형 정신보건원

제Ⅱ부 | 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

- 세계보건기구(WHO)가 권고하고 있는 보건예산 대비 정신보건예산의 비율은 5~15%이며 GDP 중상위권 국가의 평균 정신보건예산 비율은 3.49%로 나타남(WHO, 2003).
- Mental Health Atlas 2011(WHO, 2011)에 따르면, 인구 1인당 정신보건지출액의 중간값은 1.63달러로 나타났으며, 저소득 국가는 0.20달러, 고소득 국가는 44.84달러로 소득에 따라 국가간 차이가 200배 이상 나타나고 있음.
- 보건예산 대비 정신보건예산의 비율 분포는 0.65% - 12.91%로 보여지고 있으나 집계된 국가만을 대상으로 하여 해석상에 주의를 요하고 있음.

표2_ OECD 국가의 보건예산 대비 정신보건예산 비율

(단위 : %)

국가명	WHO(2001)	WHO(2005)	WHO(2011)	국가명	WHO(2001)	WHO(2005)	WHO(2011)
호주	11	9.6	7.64	한국	3	3	-
오스트리아	6.5	-	-	룩셈부르크	13.4	13.4	-
벨기에	6	6	-	멕시코	0.2	1	0.65
캐나다	11	-	7.2	네덜란드	7	7	10.65
체코	3	3	2.91	뉴질랜드	11	11	10.0
덴마크	-	-	-	노르웨이	0.1	0.1	-
핀란드	-	-	3.86	폴란드	-	-	5.08
프랑스	5	8	12.91	포르투갈	-	2.3	5.24
독일	-	-	11	슬로바키아	2	5	-
그리스	-	-	4.43	스페인	-	-	5.0
헝가리	8	8	5.1	스웨덴	11	11	10.0
아이슬란드	-	-	8.69	스위스	-	-	-
아일랜드	7.73	6.8	-	터키	-	-	-
이탈리아	-	-	5.0	영국	10	10	-
일본	0.49	5	4.94	미국	6	6	-

출처 : WHO(2001, 2005, 2011). Mental Health Atlas

2. 중앙정부 정신보건재정

- 보건복지부의 보건복지예산과 보건예산 모두 2009년 대비 2011년 기준 13.3%, 7.3% 증가하였으나 보건예산의 증가율이 상대적으로 낮은 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(국가인권위원회, 2009).

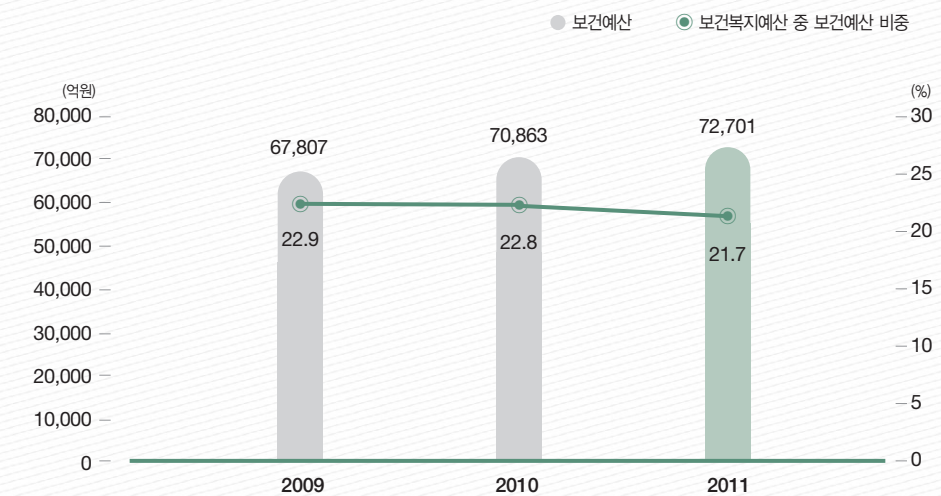
표3_ 보건복지예산 대비 보건예산 점유비

(단위 : 억원, %)

구분	보건복지예산 (사회복지, 보건예산 포함)		보건예산 (보건의료, 건강보험 포함)		보건복지예산 중 보건예산비중
	금액(A)	전년대비 증가율	금액(A)	전년대비 증가율	
2009	296,367	-	67,807	-	22.9
2010	310,195	4.7	70,863	4.5	22.8
2011	335,694	8.3	72,701	2.6	21.7

출처 : 보건복지부(2012). 2012 보건복지통계연보

그림1_ 보건복지예산 대비 보건예산 점유비



- 중앙정부 정신보건예산은 '정신보건예산' 과 '국민건강증진기금' 으로 구성되며, 정신보건사업예산은 정신보건시설기능보강과 5개 국립병원 세출예산에, 국민정신건강기금은 정신보건예방, 정신보건시설확충 등에 사용되어지고 있음(국가인권위원회, 2009).
- 2011년 국비로 책정된 보건예산은 7조 619억원으로 이 중 정신보건사업 예산으로 책정된 금액은 1.3%에 해당하는 약 960억원으로 2010년 대비 4.3% 증가함.
- 국민건강증진기금의 경우 2011년 기준 '정신질환관리' 라는 항목으로 총 180억원 정도가 '정신보건예방' 과 '정신보건시설확충' 을 위해 배정되었으며, 2010년 대비 약 30억원 정도 증가한 것으로 나타남.

제 1장 정신보건자원에 따른 지표

표4_ 2010~2011 정신보건사업 세출예산

(단위 : 백만원)

사업별	2010	2011	주요내역
보건	7,686,792	7,619,340	
정신보건	92,307	96,347	
정신질환관리	19,385	22,588	*정신보건시설기능보강 *정신보건예방 *정신보건시설확충
국립서울병원	25,228	27,529	인건비, 기본경비 등
국립나주병원	14,845	14,613	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립부곡병원	14,216	12,641	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립춘천병원	8,846	8,951	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립공주병원	9,787	10,025	인건비, 기본경비, 정보화사업 등

출처 : 보건복지부(2012.11.16). 2011 회계연도 세입·세출결산보고서

- 2009년 전체 건강보험 진료비 중 정신건강의학과 입원진료비는 6.74%, 외래는 2.16%, 2011년 입원진료비는 5.85%, 외래는 1.77%로 입원진료비는 0.89%p 감소, 외래진료비는 0.39%p 상승하였음. 2009년부터 2011년까지 전체 건강보험진료비 중 정신건강의학과 진료비의 평균은 3.66%로 나타남.

표5_ 건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율

(단위 : 백만원, %)

연도	전체 건강보험진료비			정신건강의학과 진료비					
	총 진료비			계		입원		외래	
	계	입원	외래	총진료비	구성비	총진료비	구성비	총진료비	구성비
2009	39,338,968	12,387,963	29,951,005	1,499,570	3.82	854,035	6.74	645,534	2.16
2010	43,628,316	14,438,792	29,189,524	1,748,153	4.01	1,031,749	7.15	716,403	2.46
2011	46,237,905	15,436,474	30,801,431	1,444,139	3.13	901,658	5.85	542,480	1.77

출처 : 국민건강보험공단(2012). 건강보험통계연보(2009~2011)

- 전체 의료급여비 중 정신건강의학과 의료급여비는 2009년 입원진료비 29.91%, 외래진료비 5.14%, 2011년 31.97%, 5.66%로 각각 2.06%p, 0.52%p 증가한 것으로 나타남. 2009년부터 2011년까지 전체 의료급여 진료비 중 정신건강의학과 진료비는 매년 증가하고 있는 것으로 나타남.

표6_ 의료급여 진료비 중 정신건강의학과 의료급여 비율

(단위 : 백만원, %)

연도	전체 의료급여비용			정신건강의학과 의료급여비용					
	총 진료비			계		입원		외래	
	계	입원	외래	총진료비	구성비	총진료비	구성비	총진료비	구성비
2009	4,754,800	2,358,846	2,395,954	828,608	17.43	705,501	29.91	123,107	5.14
2010	4,958,225	2,509,267	2,448,958	902,960	18.22	770,238	30.70	132,721	5.42
2011	5,142,306	2,641,145	2,501,159	985,617	19.17	844,183	31.97	141,432	5.66

출처 : 국민건강보험공단(2012). 건강보험통계연보(2009~2011)

3. 서울시 정신보건재정 현황

- 사회복지시설과 정신요양시설의 재정이 지방정부로 이양된 2005년 이후 서울시는 정신의료기관을 제외한 지역사회 정신보건예산 규모가 2004년도 약 60억원에서 2005년도에는 약 120억원으로 2배정도 증가함.
- 2011년도 서울시 보건예산 대비 정신보건예산의 점유비는 10%로 나타나고 있으며 사회복지시설(44.1%), 정신건강증진센터(35.8%), 정신요양원(18.2%), 알코올상담센터(1.8%)의 비율로 나타나고 있음.

표7_ 서울시의 정신보건 예산현황

(단위 : 백만원)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011
① 서울시예산 (전년대비%)	15,985,406 ▽5.2%	19,070,067 △19.3%	20,974,402 △10%	24,153,806 △15.1%	21,257,300 ▽12%	20,585,000 ▽3.2%
② 보건예산 (전년대비%)	235,078 △27%	293,745 △25%	226,934 ▽22.7%	322,332 △42%	301,463 △6.5%	276,448 ▽8.3%
③ 정신보건 (전년대비%)	14,006 △17.5%	15,636 △11.6%	19,032 △21.7%	22,819 △19.8%	25,433 △11.2%	27,569 △8.4%
정신건강증진센터	4,000(28.6%)	4,835(30.9%)	5,413(28.4%)	7,719(33.8%)	9,520(37.4%)	9,879(35.8%)
알코올상담센터	406(2.9%)	361(2.3%)	381(2.0%)	398(1.7%)	392(1.5%)	509(1.8%)
사회복지시설	6,358(45.4%)	6,842(43.7%)	8,204(43.1%)	9,667(42.4%)	10,581(41.6%)	12,152(44.1%)
정신요양원	3,242(23.1%)	3,596(23%)	5,032(26.4%)	5,033(22.1%)	4,940(19.4%)	5,029(18.2%)
④ 점유비 (보건예산기준)	6%	5.3%	8.4%	7.1%	8.5%	10%

출처 : 서울특별시(2011). 2011년 세입·세출예산서
서울특별시(2012). 2011년 세입·세출결산서

제 2절 정신보건기관

1. 현황

- 전국의 경우 2005년 대비 병상 수가 점차적으로 증가추세에 있는 반면 서울시의 경우 2008년 이후 감소하는 경향을 보이고 있음.
- 2011년 사립정신병원이 전체 병상 수에 58.6%로 가장 높은 비율을 보이고 있음. 서울의 경우, 사립정신병원의 병상수는 전체 병상 수의 33.2%로 나타났으며 2009년에 비해 13.9%p 상승함. 또한, 정신의료기관 병상 중 국·공립정신병원이 34.7%로 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타남.
- 2011년 정신보건기관은 총 1,810개소로 전년대비 2.9%p 증가하였고 이중 약 70%를 정신의료기관이 차지하고 있으며, 정신요양시설을 포함하면 비중은 더욱 늘어남. 반면, 지역사회 재활기관은 전년대비 50개소 확충되었으며, 특히 사회복귀시설의 31.3%는 서울시에 있는 것으로 나타남.

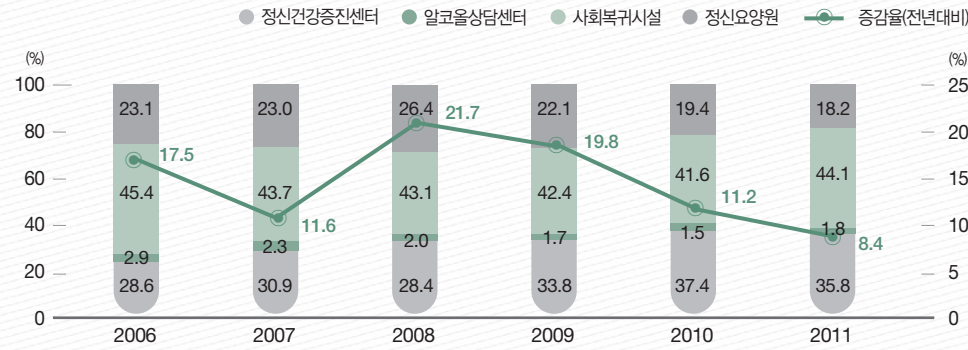
표8_ 정신의료기관별 병상 수 변화추이

(단위 : 개소, %)

구분	전국		정신의료기관 병상구성비	서울시		정신의료기관 병상구성비
	기관수	병상 수		기관수	병상 수	
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	-
2010년 합계	1,760	89,559	-	427	7,773	-
2011년 합계	1,810	93,932	-	428	7,659	-
정신 의료 기관	소계	1,273	80,012	100	309	6,940
	국립	6	3,699	4.6	1	750
	공립	12	4,116	5.1	5	1,653
	사립	185	46,820	58.5	11	2,298
	종합병원정신과	166	5,518	6.9	37	911
	병원정신과	97	13,961	17.4	5	61
	정신과의원	807	5,898	7.4	250	1,267
정신요양시설	59	13,920	-	3	719	-
사회복귀시설	275	-	-	86	-	-
기초 정신건강증진센터	160	-	-	25	-	-
알코올상담센터	43	-	-	5	-	-

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012), 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림2_ 연도별 정신보건지출

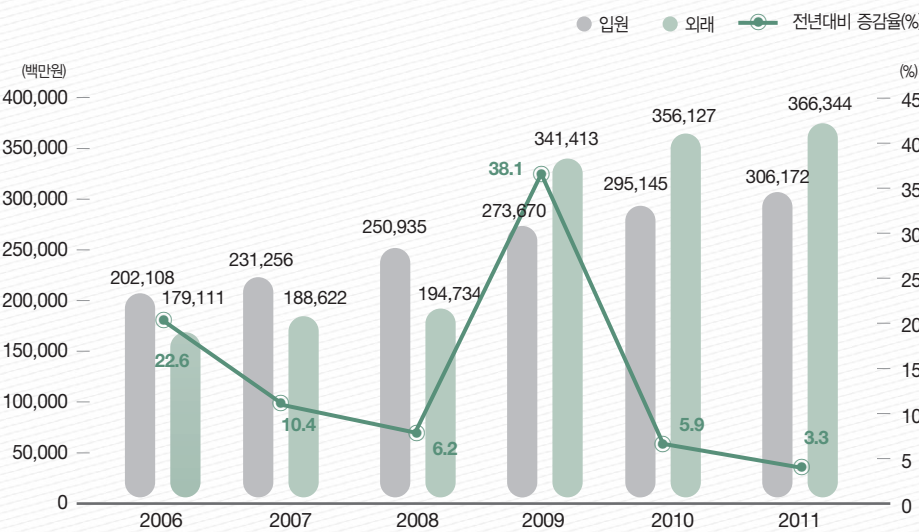


출처 : 서울특별시(2011), 2011년 세입·세출예산서
서울특별시(2012), 2011년 세입·세출결산서

4. 서울시 의료급여 지출 현황

- 서울시 의료급여 지출예산은 매년 증가하고 있으며, 2011년 의료급여 지출예산은 전년대비 3.3%p 증가함.

그림3_ 연도별 의료급여 지출액



출처 : 국민건강보험공단(2012), 의료급여 통계연보(2006~2011)

- 2011년 서울시 전체의료비용 7,211,188,253천원 중 의료급여 비율은 9.3% (670,325,450천원) 수준임.
- 서울시 정신질환 의료급여액은 101,720백만원으로 전년대비 38.9%로 증가하였으며, 서울시 의료급여 예산의 15.5%를 차지함.

2. 정신의료기관

1) 우리나라 정신병상 수 변화추이

- 2011 Mental Health Atlas에 의하면, WHO 가입국의 정신병원 정신병상수 중앙값은 인구 10만 명당 0.04병상, 종합병원을 포함한 병의원의 정신병상 수는 1.4병상으로 나타났다.
- 우리나라의 정신병원 병상수는 2.54병상, 종합병원을 포함한 병의원의 정신병상 수는 41.24병상으로 우리나라가 속한 서태평양지역의 중앙값을 훨씬 웃돌고 있는 실정임.
- OECD 국가 간 인구 천 명당 정신병상 수 분포를 살펴보면, 최소 0.0병상에서 최대 2.7병상으로 나타났으며, 우리나라는 0.9병상으로 34개국 중 상위를 차지하고 있음.

표9_ WHO 국가의 정신병상 수

(Median per 100,000 population)

WHO Regions	일반병원	정신병원
아프리카 지역	0.7	1.7
아메리카 지역	1.3	13.3
동부지중해 지역	0.5	4.8
유럽지역	10.5	39.4
동남아시아 지역	0.7	0.9
서태평양 지역	0.5	2.8

출처 : WHO(2011). Mental Health Atlas

표10_ OECD 국가의 정신병상 수

국가명	Median per 1,000 population	국가명	Median per 1,000 population
호주	0.4	일본	2.7
오스트리아	0.8	한국	0.9
벨기에	1.8	룩셈부르크	0.9
캐나다	0.4	멕시코	0.0
칠레	0.2	네덜란드	1.4
체코	1.0	뉴질랜드	0.2
덴마크	0.6	노르웨이	0.8
에스토니아	0.5	폴란드	0.6
핀란드	0.8	포르투갈	0.6
프랑스	0.9	슬로바키아	0.8
독일	0.5	슬로베니아	0.7
그리스	0.8	스페인	0.4
헝가리	0.3	스웨덴	0.5
아이슬란드	-	스위스	1.0
아일랜드	0.7	터키	0.1
이스라엘	0.5	영국	0.5
이탈리아	0.1	미국	0.3

출처 : OECD(2012). Health Data 2011

- 2011년 정신의료기관의 총 병상수는 80,012병상으로 전년 75,414병상 대비 4,598병상 (6.1%)이 증가함. 전체 병상 수의 절반 이상을 사립정신병원이 차지하고 있으며, 그 다음으로 병원정신과, 국공립병원, 정신과의원 순으로 나타남.
- 병원 특성별 비중을 살펴보면, 공공성의 역할을 담당하고 있는 국공립 병원은 10%대인 반면, 사립정신병원과 같은 민간부분은 59%로 가파르게 상승하고 있는 것으로 나타나고 있음.

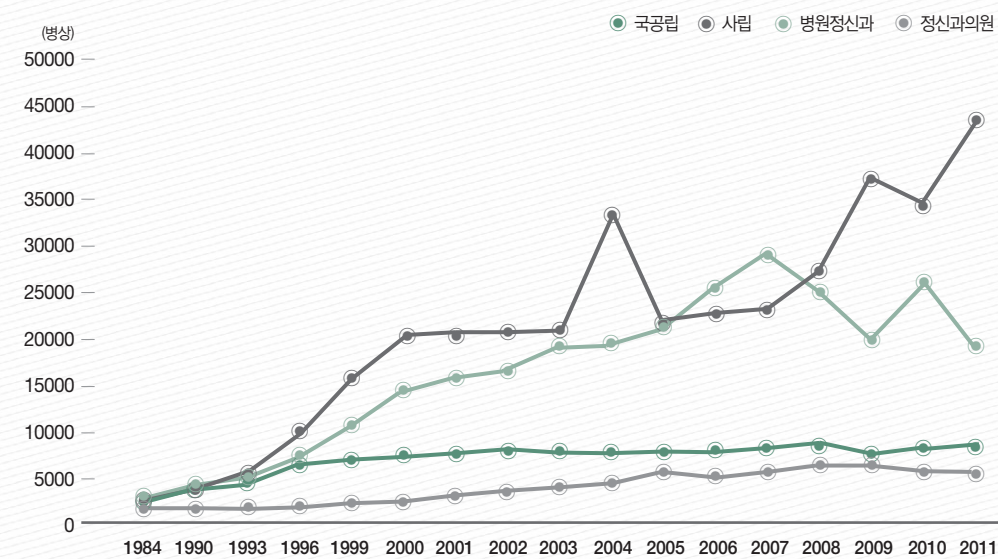
표11_ 우리나라 병원 특성에 따른 연도별 정신병상 수

(단위 : 병상)

구분	연도																
	1984	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
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%)	7,978 (10%)	7,815 (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%)	34,525 (46%)	46,820 (59%)
병원정신과	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%)	26,342 (35%)	19,479 (24%)
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%)	6,569 (9%)	5,898 (7%)

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림4_ 병원특성별 정신병상 수 변화추이



제 1장 정신보건자원에 따른 지표

2) 서울시 정신의료기관 정신병상 수

- 서울시의 정신병상 수는 총 7,659병상(정신요양시설 포함)으로 전년대비 114병상이 감소하였으며, 전국 정신의료기관 정신병상 수의 약 8.2%를 차지하고 있음.
- 2009년 대비 사립정신병원 54%, 종합병원 1.3% 증가한 반면, 다른 정신의료기관의 병상 수는 점차 감소추세에 있는 것으로 나타남.

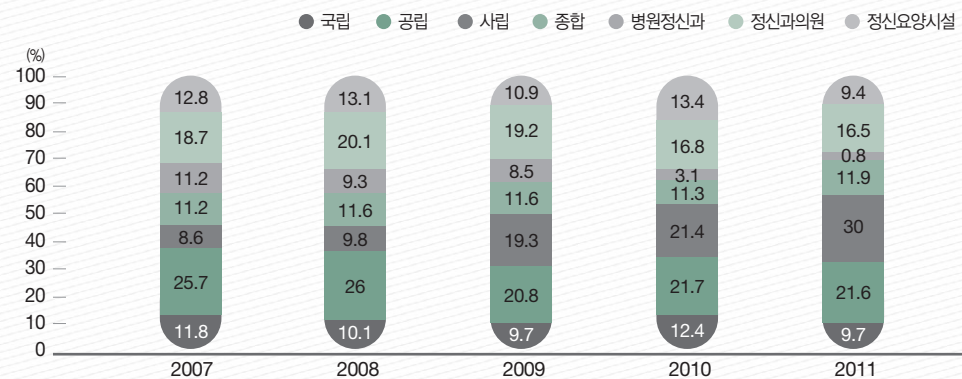
표12_ 서울시 정신병상 수 변화추이

(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
2010	7,773	960	1,685	1,662	882	242	1,302	1,040
2011	7,659	750	1,653	2,298	911	61	1,267	719

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림5_ 서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상 비율



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

3. 지역사회재활기관

1) 전국현황

- 1995년 정신보건법 제정 이후 국가 정신보건정책의 우선순위를 종래의 정신질환자의 장기입원 및 장기수용위주에서 지역사회 관리로 전환하고자 하였음(서동우, 2002).
- 지역사회 재활기관은 1997년 개정 전후로 94배 증가하였으며, 특히 사회복귀시설은 10년 동안 약 112배 증가하여 가장 높은 증가폭을 보임.

- 낮병원은 2000년 이후의 데이터로만 해석하여 정확한 추정은 불가능하나 점차 감소하는 추세에 있는 것은 확인할 수 있음.

표13_ 지역사회 재활기관의 증가추이

(단위 : 개소, %)

구분	기초 정신건강증진센터		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	50	0	97	9	16	14.3	69	-10.4	232	0.9
2004	52	4	115	18.6	17	6.3	81	17.4	265	14.2
2005	62	19.2	138	20	20	17.6	77	-4.9	297	12.1
2006	73	17.7	151	9.4	26	30	77	0	327	10.1
2007	97	32.9	171	13.2	30	15.4	70	-9.1	368	12.5
2008	153	57.7	211	23.4	34	13.3	70	0	468	27.2
2009	155	1.3	225	6.6	35	2.9	55	-21.4	470	0.4
2010	157	1.3	230	2.2	41	17.1	60	9.1	488	3.8
2011	160	1.9	275	19.6	43	4.9	59	-1.7	537	10.0

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

2) 서울시 정신보건재활기관 현황

- 2005년 서울정신건강 2020 프로젝트 이후 지역사회 재활기관 설치가 가속화 되었으며, 2011년 120개소로 2009년 대비 14.3% 증가함.
- 기초 정신건강증진센터는 25개구에 설치되어 설치율 100%로 지역중심의 포괄적 서비스를 제공할 수 있는 기반이 마련됨.
- 사회복귀시설은 86개소로 2009년 대비 17.8% 증가하였으며, 주간재활시설과 거주시설의 비율은 1:1.9임.
- 서울정신건강 2020 프로젝트에서 조사한 필요 시설수와 추정수요에 따르면 주거서비스에 대한 잠재적 수요자는 1,322명으로 129개소가 필요하다고 하였음. 2011년 서울시 거주시설은 56개소로 총 578명이 서비스를 받을 수 있으며, 이는 추정수요의 약 1/2 수준으로 나타나고 있음.

제 1장 정신보건자원에 따른 지표

표14_ 서울시 정신보건재활기관 변화추이

(단위 : 개소, %)

구분	광역 정신건강증진센터		기초 정신건강증진센터		사회복지시설		알코올상담센터		정신요양시설		계	
	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)
2005	1	-	11	-	32	-	-	-	-	-	44	-
2006	1	0	14	27.3	43	34.4	-	-	1	-	59	34.1
2007	1	0	18	28.6	56	30.2	3	-	3	200	81	37.3
2008	1	0	20	10	64	14.3	4	33.3	3	0	92	13.6
2009	1	0	24	20	73	12.3	4	0	3	0	105	14.2
2010	1	0	25	4.2	80	9.6	4	0	3	0	113	7.7
2011	1	0	25	0	86	7.5	5	25	3	0	120	6.2

출처 : 서울시정신보건사업지원단(2011). 서울시정신보건시설현황집

그림6_ 연도별 서울시 정신보건 재활기관 증가추이

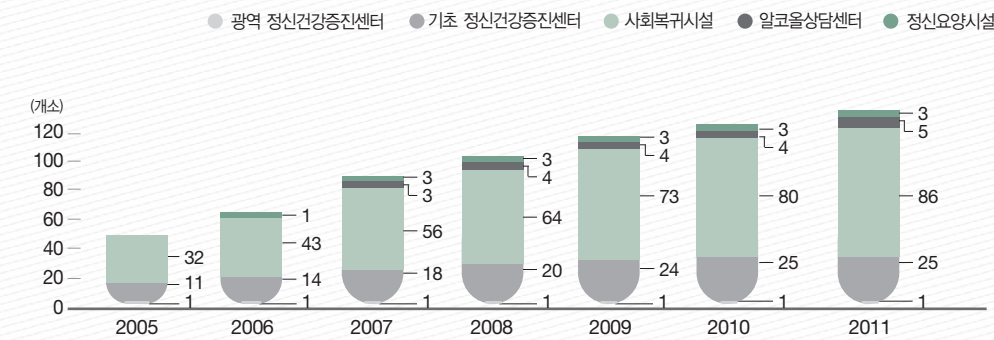


표15_ OECD 국가의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황

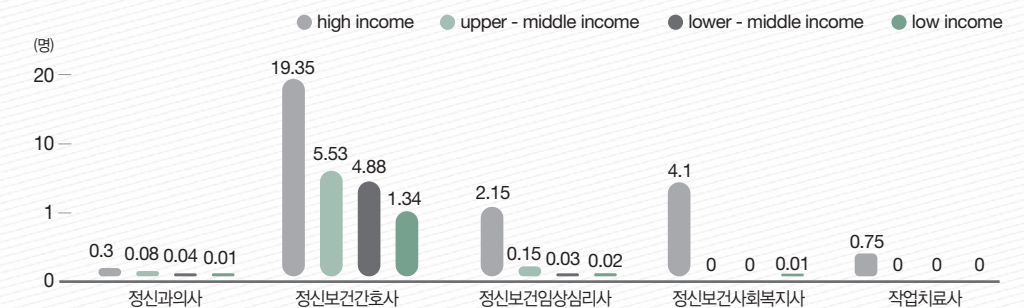
(단위 : 명)

국가명	정신과의사	정신보건간호사	정신보건임상심리사	정신보건사회복지사	작업치료사 Occupational therapists
호주	12.76	69.54	62.48	UN ¹⁾	UN
오스트리아	19.71	UN	79.88	UN	UN
캐나다	12.61	65	46.56	UN	2.89
덴마크	14.12	UN	UN	UN	UN
핀란드	28.06	UN	UN	UN	UN
프랑스	22.35	86.21	47.9	3.83	UN
독일	15.23	56.06	UN	UN	UN
그리스	12.88	UN	26.83	UN	UN
아일랜드	6.06	112.83	3.53	3.84	3.16
이탈리아	7.81	19.28	2.58	1.93	2.18
일본	10.1	102.55	3.99	6.06	4.85
한국	5.12	21.61	1.12	6.01	UN
멕시코	1.57	2.62	0.55	0.33	0.12
네덜란드	18.77	132.26	15.05	UN	UN
뉴질랜드	9.76	89.32	13.78	UN	UN
폴란드	5.13	17.64	3.60	0.62	5.28
포르투갈	6.14	12.13	2.11	1.01	0.55
스페인	8.59	6.57	UN	UN	UN
스웨덴	3.55	28.9	0.93	18.42	0.54
스위스	41.42	UN	40.78	UN	UN
터키	2.13	2.22	1.62	0.76	UN
미국	7.79	3.07	29.03	17.93	UN

주 1) Information Unavailable
출처 : WHO(2011). Mental Health Atlas

- 국가 소득과 정신보건전문인력의 관계를 살펴보면, 소득이 높은 국가에서 10만명당 정신 보건전문인력이 많고, 소득이 낮은 국가일수록 적은 정비례 관계가 나타나고 있음. 우리나라는 소득 상위권에 속하고 있으나(World bank, 2004) 그 수치는 다른 국가에 비하여 현저하게 부족한 상황임.

그림7_ 소득수준별 정신보건인력 현황



출처 : WHO(2011). Mental Health Atlas

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, 2011) 자료에서 22개 OECD 가입국의 인구 10만 명당 정신보건인력을 비교했을 때 우리나라는 정신과의사 5.12명(19위), 정신보건간호사 21.61명(18위), 정신보건임상심리사 1.12명(23위), 정신보건사회복지사 6.01명(19위)으로 나타남.

2. 우리나라 정신보건인력 현황

- 2011년 정신보건인력(정신과전문의 포함)은 7,086명으로 전년대비 2.3%, 2000년 대비 123% 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 5.6배 증가하여 증가폭이 가장 크게 나타남.

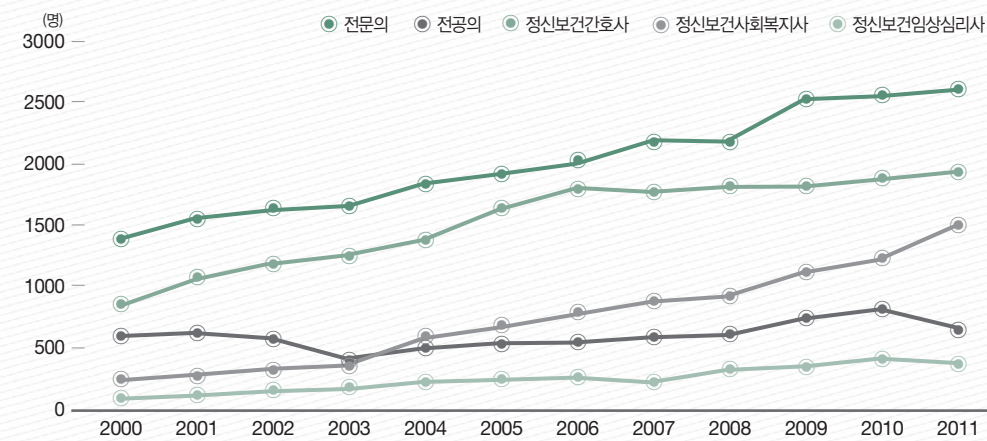
표16_ 우리나라 정신보건인력 현황 변화추이

(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%)
2010	6,928	2,537(37%)	773(11%)	1,836(26%)	1,303(19%)	479(7%)
2011	7,086	2,587(37%)	601(8%)	1,943(27%)	1,527(22%)	428(6%)

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림8_ 연도별 우리나라 정신보건인력 현황



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

3. 서울시 정신보건인력 현황

- 정신의료기관을 포함한 서울시의 정신보건인력은 소폭으로 증가하는 추세이며, 전년대비 3.3% 증가함.

표17_ 서울시 정신보건인력 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
2010	585	223	355	331	115	1,609
2011	573	223	391	357	118	1,662

출처 : 중앙정신보건사업지원단 사업보고서(2006~2008), 서울시정신보건사업지원단 자료(2009~2011)

Indicator

- Indicator 1. 인구 1인당 정신보건예산
- Indicator 2. 의료급여 정신질환자에 대한 연간지출
- Indicator 3. 인구 10만 명당 거주서비스 정원
- Indicator 4. 인구 10만 명당 주간재활시설 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

높아지는 정신보건에 대한 사회적 요구도를 반영한 포괄적이고 다양한 정신 보건서비스를 제공하기 위해서는 자원구축에 필요한 적절한 예산확보가 중요.

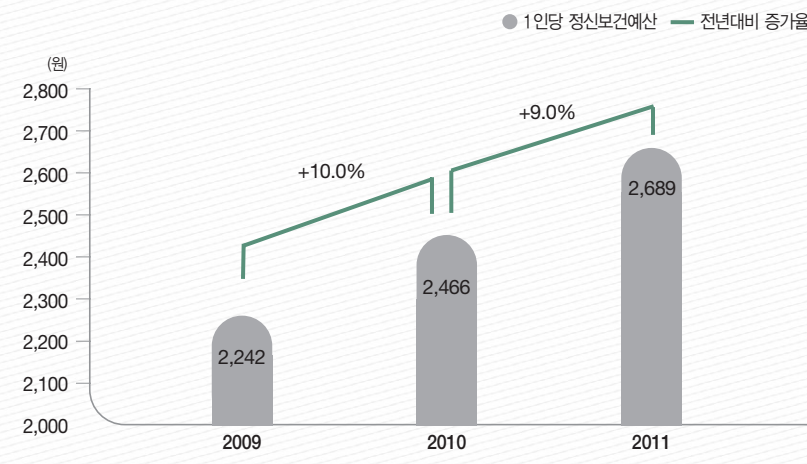
지표설명

- 적정 예산 확보 정도
- 정신보건예산은 정신건강증진센터, 알코올상담센터, 사회복지시설, 정신 요양시설을 포함하고 있음.
- 정신보건예산을 해당연도의 인구수로 나눈 수치
 - 분자 : 서울시 정신보건예산 예산액
 - 분모 : 서울시 주민등록인구(2011.12.31)

서울시

- 2011년 인구 1인당 서울시 정신보건예산은 2,689원으로 전년(2,466원) 대비 9% 증가함.
- 정신보건예산은 2009년 22,894백만원에서 2011년 27,569백만원으로 20.4% 증가하였음.

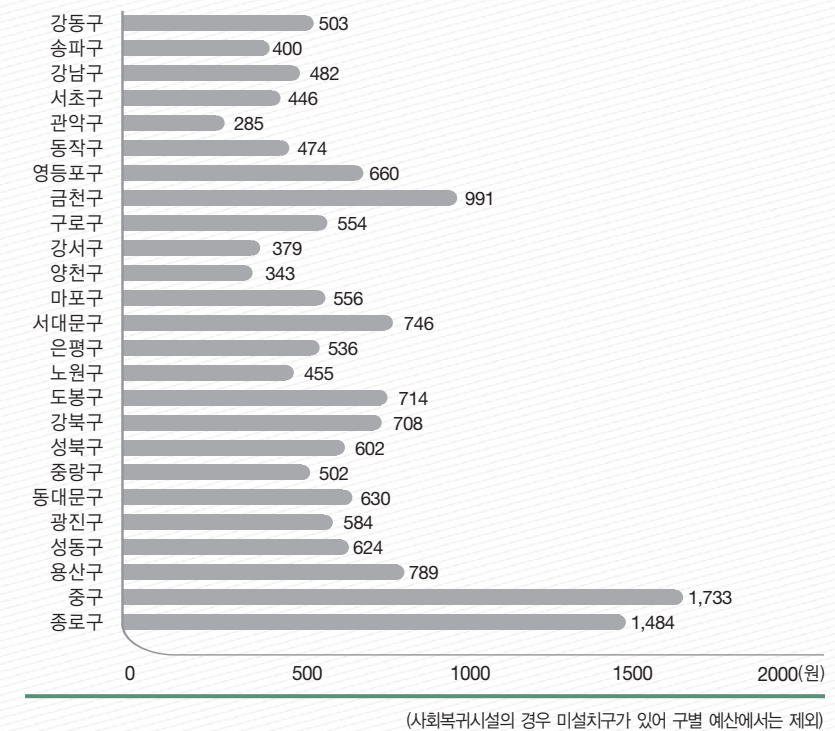
그림9_ 인구 1인당 정신보건예산



자치구

- 각 자치구 1인당 정신보건예산은 25개구 정신건강증진센터의 결산액을 중심으로 산출하였으며, 그 결과 중구가 1,733원으로 가장 높게 나타남.

그림10_ 자치구별 인구 1인당 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

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

지표설명

- 의료급여 지출 중 정신질환이 차지하는 비중
- 정신질환(F코드)으로 지급된 급여비

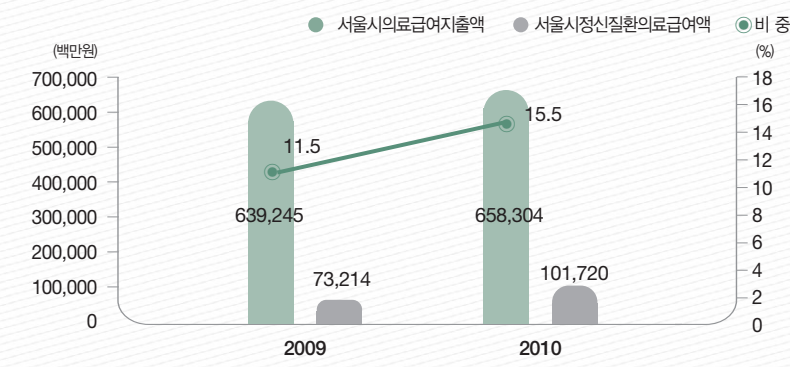
- 분자 : 서울시 거주자의 정신질환(F00~F99)으로 지출된 급여비
- 분모 : 서울시 의료급여 지출액

지표해석

- 서울시 의료급여 지출액 중 정신질환(F코드)으로 지출된 급여비가 차지하는 비율은 11.5%에서 15.5%로 약 4%p 증가하였음.
- ☞ 서울시 의료급여 지출액은 658,304백만원으로 2009년(639,245백만원) 대비 3.0% 증가.
- ☞ 정신질환(F코드)으로 지출된 급여비는 101,720백만원으로 2009년(73,214백만원) 대비 38.9% 증가.

- 전국 의료급여 가입자의 정신질환 급여비는 985,617백만원이며, 이중 서울시는 약 10%를 차지하고 있는 것으로 나타남.

그림11_ 서울시 의료급여지출 예산



향후전망

의료급여 지출 중 정신질환으로의 지출은 대부분 장기재원의 문제와 결부되어 있음. 따라서 재정효율성 증대와 더불어 인권친화적 정신보건환경 조성을 위하여 정신의료기관과 지역사회를 아우르는 포괄적 정신보건전달체계를 구축할 필요가 있음.

자료원

건강보험공단통계, 지역별 의료급여통계, 서울시 세입·세출 예산서

Indicator 3

인구 10만 명당 거주서비스 정원

필요성

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

지표설명

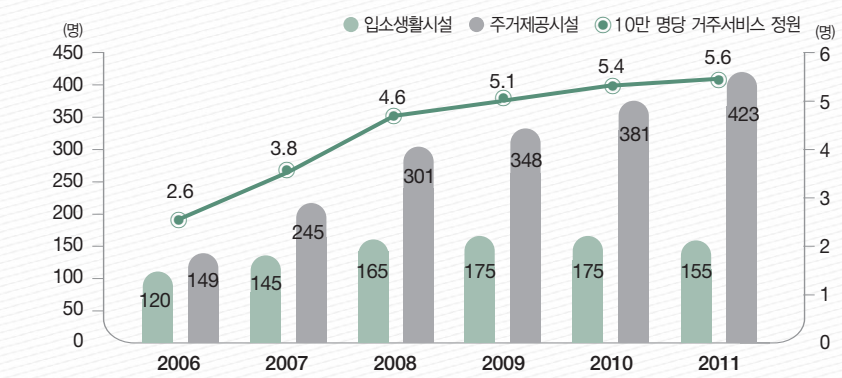
- 서울시 거주서비스는 입소생활시설과 주거제공시설을 의미함.
- 정원의 기준은 서울시 보고 데이터를 기준으로 산출
- 정원을 해당연도의 인구수로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 거주서비스 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2011.12.31)

지표해석

- 2011년 서울시 거주시설은 입소생활시설 7개소(의료지원형 거주시설 4개소, 중독자재활시설 3개소), 주거제공시설 49개소로 총 56개소이며, 정원은 578명으로 전년대비 4%p 증가함.
- 인구 10만 명당 거주서비스 정원은 5.6명으로 2010년 5.4명에 비해 소폭 상승함.
- 입소생활시설 중 중독자재활시설의 경우 시설 수는 전년과 동일하나 정원에서 감소(20명)를 보인 반면, 주거제공시설은 시설 수 및 정원 모두 해마다 증가추세를 보이고 있음.

그림12_ 인구 10만 명당 거주서비스 정원



향후전망

2005년 이후 서울시 거주시설은 급격히 증가되어 왔으나 아직은 필요수요보다 부족한 실정이며 시설 또한 구별 분포의 편차가 크게 나타나고 있는 실정임. 지속적으로 필요 거주시설을 확보하기 위한 노력과 더불어 대상자 특성, 기능, 역할 등을 고려한 다양한 형태의 거주시설 설치가 요구되어짐.

자료원

서울시 통계자료

Indicator 4

인구 10만 명당 주간재활시설 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

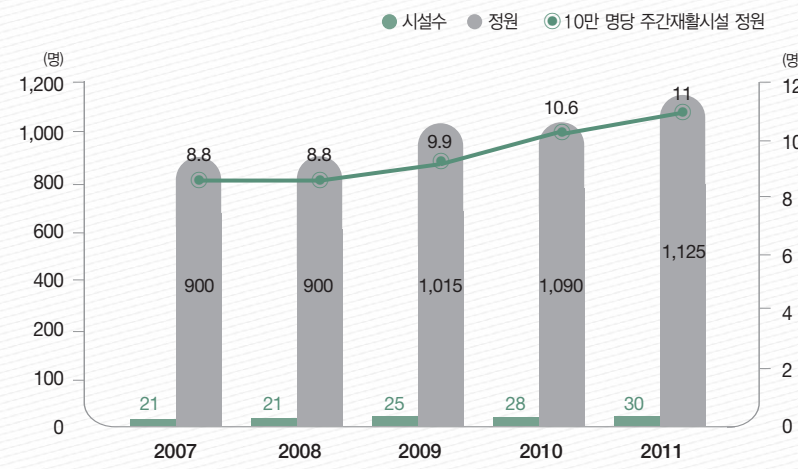
지표설명

- 주간재활시설은 성인 및 소아청소년 시설을 포함함.
- 정원은 서울시 보고 데이터 근거로 산출
- 정원을 해당연도의 인구수로 나누 수치

지표해석

- 분자 : 서울시 주간재활시설 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2011.12.31)
- 2011년 성인 및 소아청소년 주간재활시설은 총 30개소이며, 정원은 1,125명으로 전년대비 3.2%p 증가함.
- 인구 10만 명당 주간재활시설 정원은 11명으로 전년 대비 소폭 상승함.
- 인구 2005년(18개/790명) 대비 시설 수는 66.7%(12개소 확충), 정원은 42.4%(335명 확대)의 증가율을 보임.

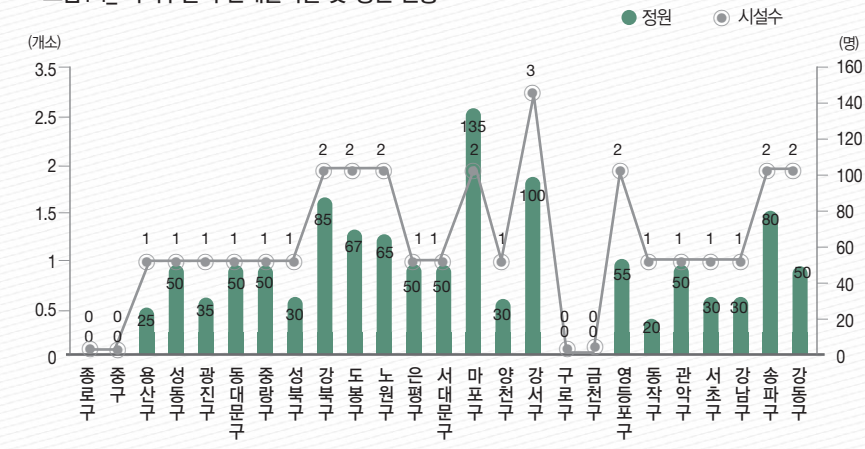
그림13_ 인구 10만 명당 주간재활시설 정원



자치구

- 구별 주간재활시설 분포를 조사한 결과 강서구가 3개소로 가장 많은 반면, 종로구, 중구, 구로구, 금천구의 경우는 설치되어 있지 않았음. 2009년과 비교해볼 때 지역별 편차는 다소 줄어들었음.

그림14_ 자치구별 주간재활시설 및 정원 현황



향후전망

2011년 주간재활시설의 경우 총 30개소로 서울정신건강 2020의 목표치인 70~154개소에 비해 달성률이 저조하게 나타남. 또한 구별 설치분포에 있어서 약 3배정도의 편차가 나타나 불균형 해소 방안 마련이 필요함. 또한 정신보건법 개정으로 시설 유형이 세분화된 만큼 이에 따른 정책적인 방안이 필요함.

자료원

서울시 통계자료

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

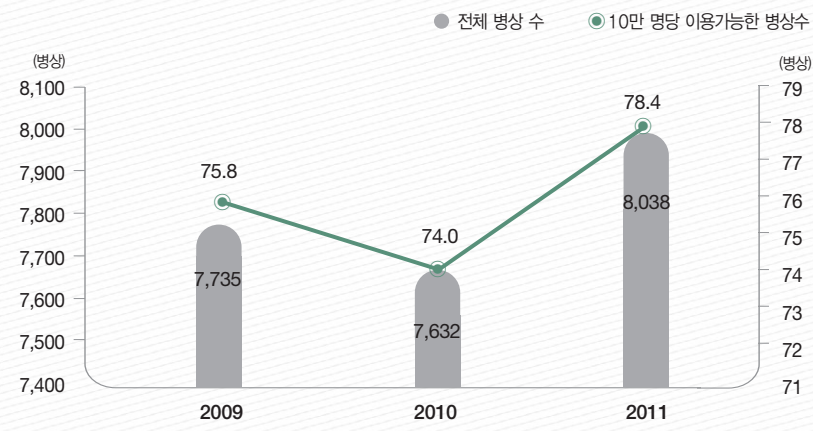
- 정신질환자가 이용할 수 있는 정신병상 수 확보 정도
- 2011년 12월 31일 기준의 서울시 정신의료기관 정신병상 수
- 정신병상 수를 해당연도의 인구수로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 정신의료기관 병상 수 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2011.12.31)

지표해석

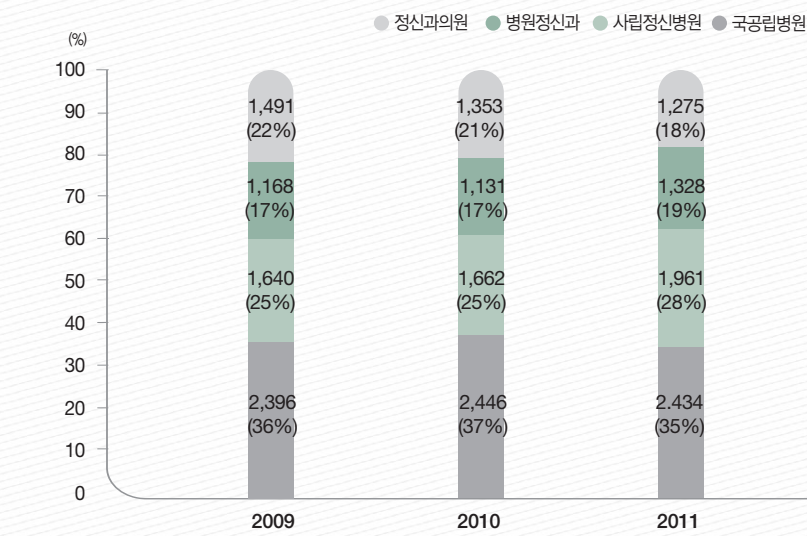
- 서울시립정신병원 및 서울시립정신요양시설을 포함한 정신의료기관 수는 총 323개소이며, 정신병상 수는 8,038병상임.
- 2011년 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수는 78.4병상으로 전년 대비 4.4병상이 증가한 것으로 나타남.
- 서울시립정신요양시설 3개소를 제외한 정신의료기관의 병상 수는 6,998병상으로 전년 대비 406병상 증가함.

그림15_ 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수



- 정신병상 수의 상대적 구성비 변화추이를 보면 국공립병원이 전체병상 수의 약 35% 정도를 차지하고 있는 것을 알 수 있음. 사립정신병원과 병원정신과의 병상 수는 2011년 소폭 증가한 반면, 정신과위원의 병상 수는 조금씩 감소하고 있는 추세를 보임.

그림16_ 정신의료기관 유형별 정신병상 수 분포



향후전망

서울시의 경우 다른 시도에 비하여 정신병상 수 증가추세가 뚜렷하지 않으나 적절한 수준의 입원서비스, 퇴원 후 연속적 지역사회 관리체계 구축을 통한 재발예방 등의 공공정신보건서비스전달체계의 완성도를 높이기 위하여 공공병상의 적정 규모 추계 및 확보계획이 검토, 추진되어야 함.

자료원

서울시 통계자료

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 정신보건전문인력 확보가 필요

지표설명

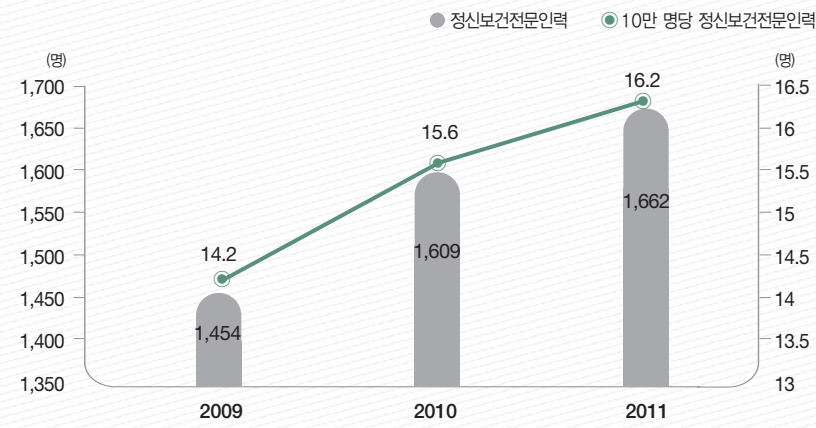
- 정신보건전문인력의 확보 정도
- 정신보건전문인력 수를 해당연도의 인구수로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 정신보건기관 정신보건전문인력 수 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2011.12.31)

지표해석

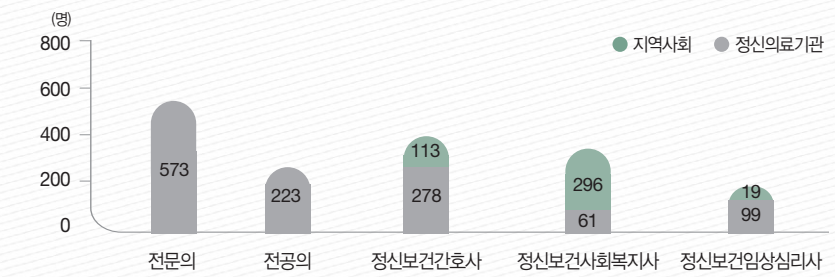
- 2011년 서울시 정신보건전문인력 수는 총 1,662명이며, 이중 지역사회 정신보건기관의 정신보건전문인력 수는 428명으로 약 26%의 비중을 차지하고 있음.
- 인구 10만 명당 정신보건전문인력 현황은 16.2명으로 전년(15.6명) 대비 소폭 증가 하였음.
 - 정신의료기관을 제외한 지역사회 정신보건전문인력수는 428명으로 인구 10만 명당 4.2명으로 전년(3.9명) 대비 소폭 상승함.

그림17_ 인구 10만 명당 정신보건전문인력



- 직종별 현황을 살펴보면 전년대비 정신보건간호사는 10.1%, 정신보건간호사는 7.9%, 정신보건임상심리사는 2.6% 향상하여 대체적으로 전문인력수가 전년대비 증가한 것으로 알 수 있음.
- 직종별 분포현황을 지역사회(전문의, 전공의 제외)와 정신의료기관으로 구분해볼 때, 정신보건간호사와 정신보건임상심리사의 경우 정신의료기관(71%/84%)에 더 많이 분포되어 있는 반면, 정신보건사회복지사의 경우 지역사회(83%)에 더 많이 분포되어 있음을 알 수 있음.

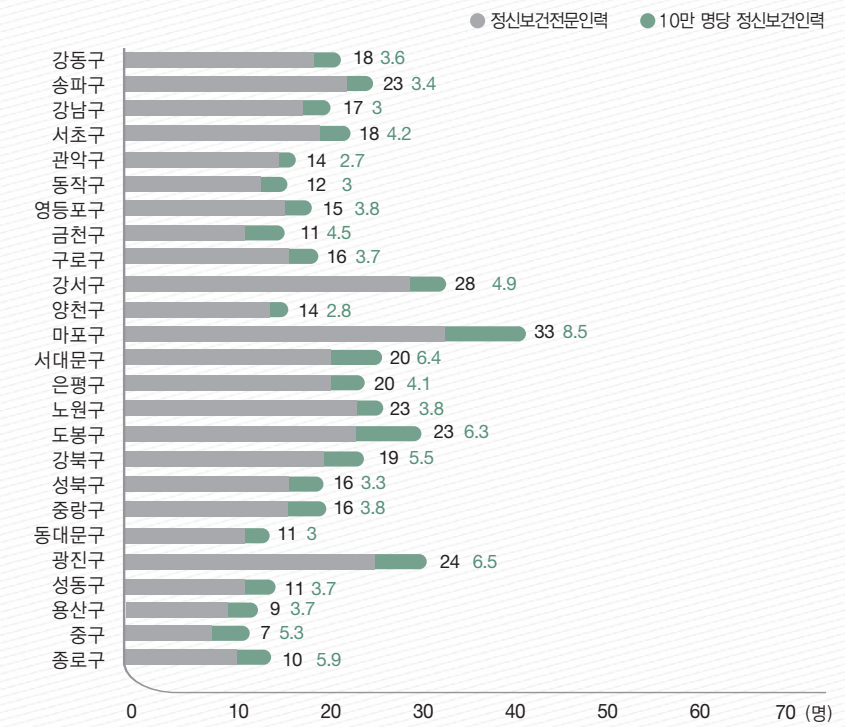
그림18_ 지역사회 정신보건기관 및 정신의료기관 정신보건전문인력 분포



자치구

자치구별 지역사회 정신보건전문인력 현황은 마포구가 33명으로 가장 높게 나타났다(서울시정신건강증진센터 제외).

그림19_ 자치구별 인구 10만 명당 정신보건전문인력



향후전망

점차 증가되고 다양화되어가는 지역사회의 정신보건 요구도를 충족시키기 위해서는 전문인력의 양성 및 투입을 위한 공급 체계 및 실천방안이 마련되어야 함.

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

- 2011년 모든 정신장애의 일년 유병률은 16%로 2006년 조사와 비교하여 1%p 감소함.
- 2006년에 비하여 대부분의 질환에서 유병률이 소폭 상승한 것에 반해, 알코올사용장애, 니코틴사용장애는 감소한 것을 알 수 있음.
- 가장 높은 유병률을 보인 질환은 불안장애(6.8%)이며, 정신병적장애는 0.4%로 나타남.

표18_ 정신장애 일년 유병률 비교(성과 연령 보정)

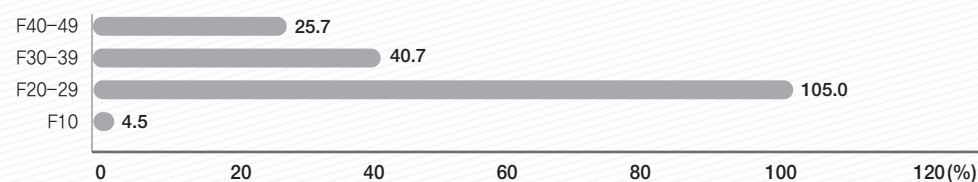
유병률(증감)			
진단	2001년	2006년	2011년(64세 이하)
알코올사용장애	6.8	5.6(-1.2)	4.7(-0.9)
니코틴사용장애	6.7	6.0(-0.7)	4.1(-1.9)
정신병적장애	0.5	0.3(-0.2)	0.4(0.1)
기분장애	2.2	3.0(0.8)	3.5(0.5)
불안장애	6.1	5.0(-1.1)	6.8(1.8)
섭식장애	0.1	0.0(-0.1)	0.1(0.1)
신체형장애	0.5	1.0(0.5)	1.2(0.2)
모든정신장애	19.0	17.2(-1.8)	16.2(-1.0)
모든정신장애(니코틴제외)	14.4	13.0(-1.4)	13.7(0.7)
모든정신장애(니코틴, 알코올제외)	8.4	8.3(-0.1)	10.2(-1.9)

출처 : 조맹제 외(2011), 2011년도 정신질환실태 역학조사

2. 주요 진단별 치료현황

- 2011년도 정신질환실태 역학조사의 진단별 유병률과 건강보험 통계연보와 의료급여 통계연보 내 F코드 진료실인원을 대상으로 주요 진단별 치료율을 분석한 결과, 정신병적장애(F20-29)가 105%로 가장 높게 나타난 반면, 알코올 사용에 의한 정신장애가 4.5%로 가장 낮게 나타나 다른 진단에 비해 상대적으로 치료유입이 되지 않는 것을 알 수 있음.

그림20_ 주요진단별 정신질환 치료율



출처 : 국민건강보험공단(2012)

제 2 절 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 DUP의 기간을 줄이기 위해 많은 예산을 들여 조기 정신병 사업을 실시하고 있음.
- 영국, 호주, 노르웨이, 덴마크, 캐나다 등의 국가에서는 DUP단축을 국가정신보건사업의 목표 중 하나로 채택하고 DUP에 관한 조사 및 연구를 실시하고 있음.

표19_ 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
McGarry 와 Singh	멜번	60	DSM-III -R	74주

출처 : 김용식 외(2003), 초발정신병

- 2008년 서울시정신보건사업지원단은 서울 시내 대학 및 종합병원에 내원한 환자를 대상으로 DUP 연구를 시행하였고, 그 결과 DUP평균은 약 84주로 타 국가에서 보고되어 있는 초발정신병의 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.

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

표20_ 국가별 조기정신증 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 서비스를 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 환자에게 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, 가족개입

출처 : 서울시정신보건센터(2009). 서울시정신보건센터 4개년 사업보고서

- 서울시에서는 2006년 정신질환의 조기발견과 조기개입을 위한 EPPIP, 조기정신증 검진을 위한 전문 웹사이트 SEMIS²⁾, 치료유지율 향상과 재발률 감소를 목표로 하고 있으며, 이를 바탕으로 개인 및 사회의 손실 최소화를 주된 목적으로 하는 STEP³⁾을 운영 하고 있음.

2. 중증정신질환

1) 외국의 재원기간 분포

- 72개국이 보고한 정신병원의 재원기간을 살펴보면, 입원환자의 77%는 재원기간의 중앙값이 1년 미만이었고, 1년 이상은 23%(약 1/4)으로 나타났음. 소득수준⁴⁾에 따라 재원기간의 차이를 보이는데, 재원기간이 1년 미만인 환자의 비율을 살펴보면, 저소득국가(low income countries)에서는 95%, 중하위소득국가(lower-middle income countries) 77%, 중상위소득국가(upper-middle income countries) 67%, 고소득국가(high income countries) 71%로 나타났음(Mental Health Atlas, 2011).
- 유럽국가 중 이탈리아는 평균 입원일수가 13.4일로 가장 짧은 반면, 아일랜드는 130일로 가장 길게 나타나고 있으며 OECD 국가의 평균 재원기간은 10-35일 수준으로 나타남(국가인권위원회, 2008).

2) Seoul Early Psychosis Management & Improvement Service

3) Social Treatment for Early Psychosis

4) 2011 World Bank income group 기준 : GNI(연간 1인당 국민 총 소득)에 따라 저소득국가(low income countries, US\$ 1,005 이하), 중하위소득국가(lower middle-income countries, US\$ 1,006이상 US\$ 3,975이하), 중상위소득국가(higher middle-income countries, US\$ 3,976이상 US\$ 12,275이하), 고소득국가(high income countries, US\$ 12,276이상)로 구분함.

표21_ 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

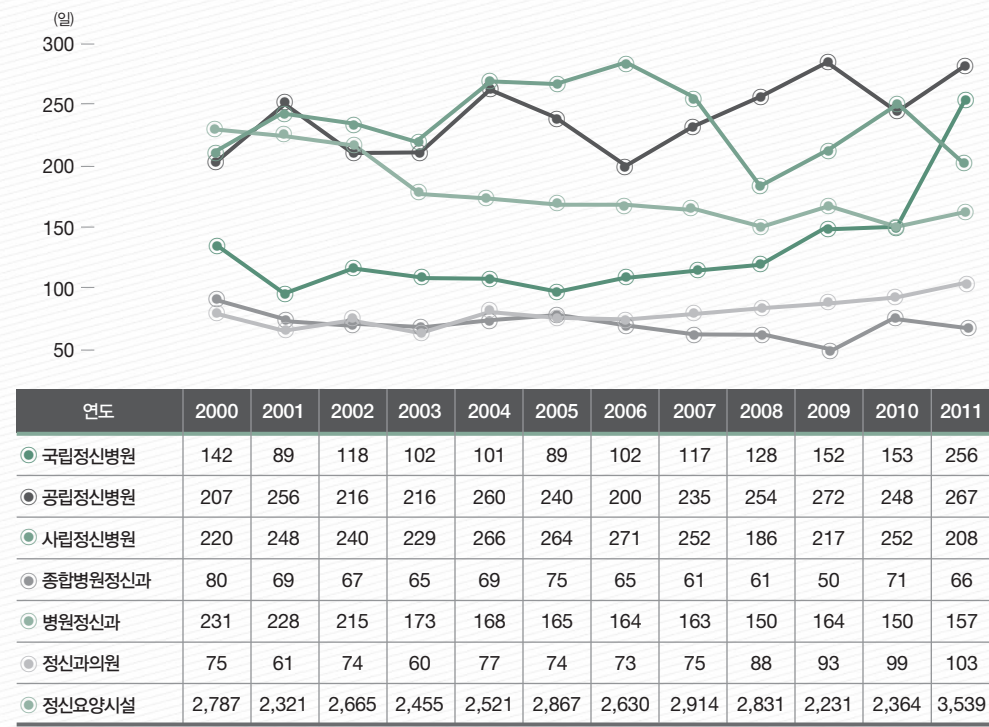
출처 : HJ Salize, H Dressing(2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, The British Journal of Psychiatry, 184:163-168
국가인권위원회(2009). 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 재인용.

2) 우리나라 재원기간

- 우리나라 평균 재원기간은 2011년 기준 251일로 2000년 대비 26일이 단축되었으나 유럽에서 가장 긴 재원일수를 보이고 있는 아일랜드에 비해 121일이 더 긴 것으로 나타남.
- 정신의료기관별 재원기간을 보면, 국·공립정신병원과 사립정신병원의 재원기간이 긴 반면, 종합병원 정신과와 정신과 의원은 상대적으로 짧게 나타남.
- 2000년 이후 국립정신병원(114일), 공립정신병원(60일) 및 정신과의원(28일)에서 평균 재원기간은 증가한 반면, 사립정신병원, 종합병원정신과, 병원정신과는 감소추세에 있음.
- 정신요양시설의 재원기간은 3,539일로 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.

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

그림21_ 정신의료기관별 평균재원기간(중앙값) 변화추이

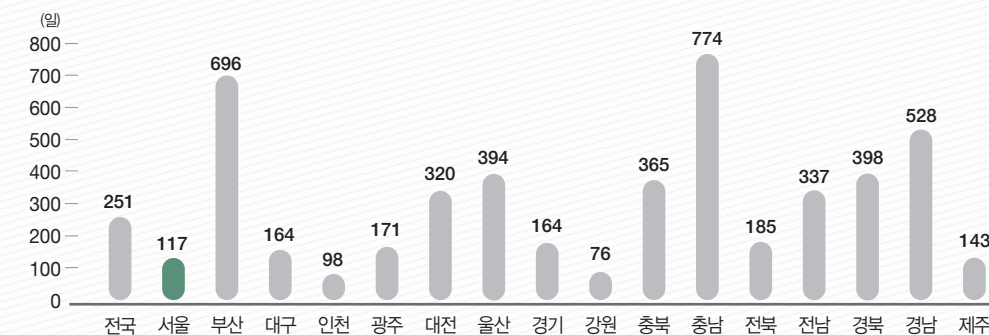


출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

3) 서울시 정신의료기관의 재원기간 현황

- 시도별 재원기간 분포를 보면 2011년 서울시의 재원기간 중앙값은 117일로 강원, 인천에 이어 3번째로 짧은 지역에 속하고 있음.

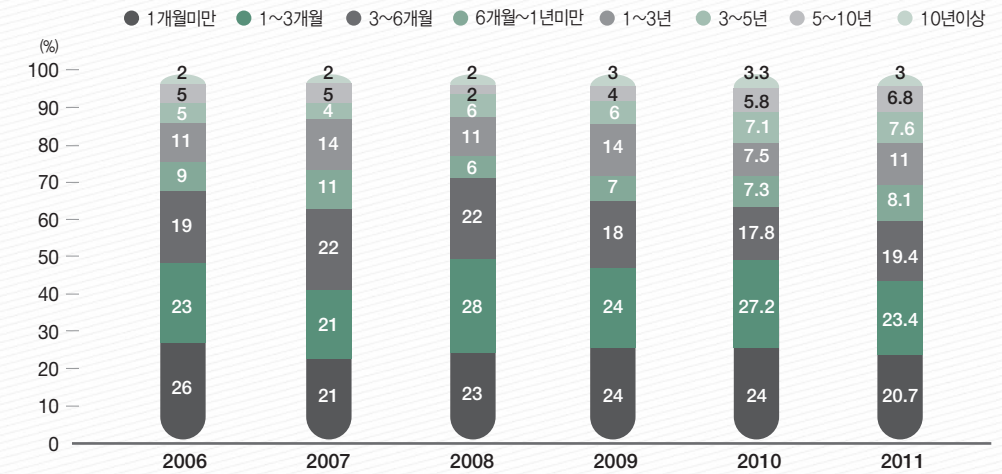
그림22_ 시도별 정신의료기관 재원기간(중앙값) 분포



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

- 2011년 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자들의 재원기간은 6개월 미만 63.5%로 비교적 법적 입원기간을 준수하고 있는 것으로 나타남. 그러나 여전히 36.5%는 장기입원을 하고 있어 보호의무자의 부담 감소 및 지역사회 복귀 활성화를 위한 법적 제도적 장치 마련을 요함.

그림23_ 서울지역 정신의료기관 재원기간 분포



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 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, 정신보건심판위원회(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(보건복지부, 2007).

표22_ 우리나라와 유럽의 비자의 입원을 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

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

- 전국 정신의료기관 입원환자는 2011년 기준으로 78,637명이며, 2000년 대비33.2%p 증가함.
- 점차적으로 자의입원 비율이 증가하고 있으며 2011년 전체 입원유형에서 21.4%를 차지함.
- 정신의료기관별 입원유형을 살펴보면, 자의입원 비율은 정신과의원에서 가장 높고, 사립 정신병원 및 공립정신병원은 가족에 의한 입원비율이 월등히 높게 나타났음.

표23_ 연도별 입원유형별 현황

(단위 : 명, %)

연도	계	자의	보호의무자 입원			시장·군수·구청장에 의한 입원	응급입원 ³⁾
			가족	시장·군수·구청장	기타입소 ¹⁾		
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)
2010 ²⁾	75,282	15,271(20.3)	51,714(68.7)	7,027(9.3)	910(1.2)	251(0.3)	109(0.1)
2011 ²⁾	78,637	16,833(21.4)	53,533(68.1)	6,853(8.7)	1,045(1.3)	323(0.4)	50(0.1)
국립	2,698	573(21.2)	1,165(43.2)	7(0.3)	949(35.2)	4(0.1)	-
공립	3,432	773(22.5)	2,419(70.5)	215(6.3)	7(0.2)	17(0.5)	1(0.0)
사립	39,361	7,786(19.8)	29,491(74.9)	1,894(4.8)	6(0.0)	174(0.4)	10(0.0)
종합병원	4,202	1,283(30.5)	2,705(64.4)	148(3.5)	-	36(0.9)	30(0.7)
병원정신과	12,243	3,717(30.4)	7,440(60.8)	948(7.7)	81(0.7)	48(0.4)	9(0.1)
정신과의원	5,287	1,799(34.0)	3,404(64.4)	38(0.7)	2(0.0)	44(0.8)	-
정신요양시설	11,414	902(7.9)	6,909(60.5)	3,603(31.6)	-	-	-
부랑인시설	6,160	-	-	6,160(100.0)	-	-	-

주1) 기타입소는 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등

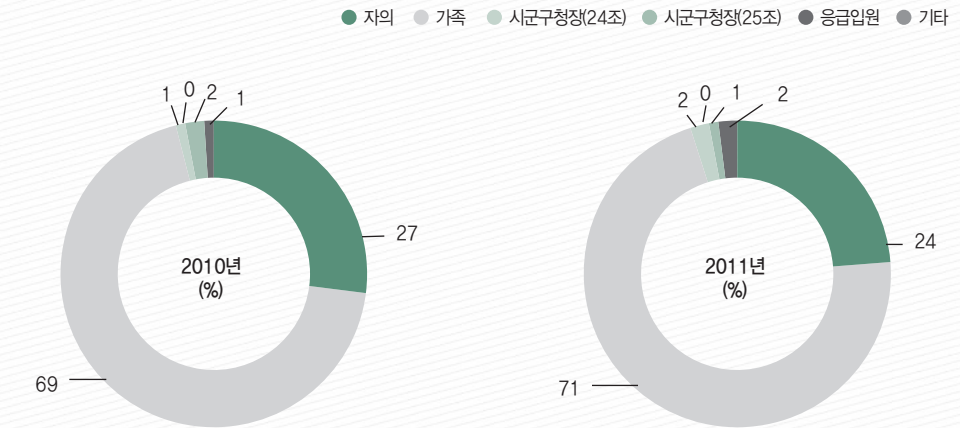
주2) 부랑인 시설 입소자 제외

주3) 2008년부터 [시장·군수·구청장에 의한 입원], [응급입원]을 포함함.

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012), 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

- 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자의 자의입원 비율은 전년대비 약 3%p 감소함.
- 전국 정신의료기관의 자의입원 비율이 약 21.4%인데 비하여 서울시는 24%로 나타나 전국대비 약 2.6%p 높게 나타남.

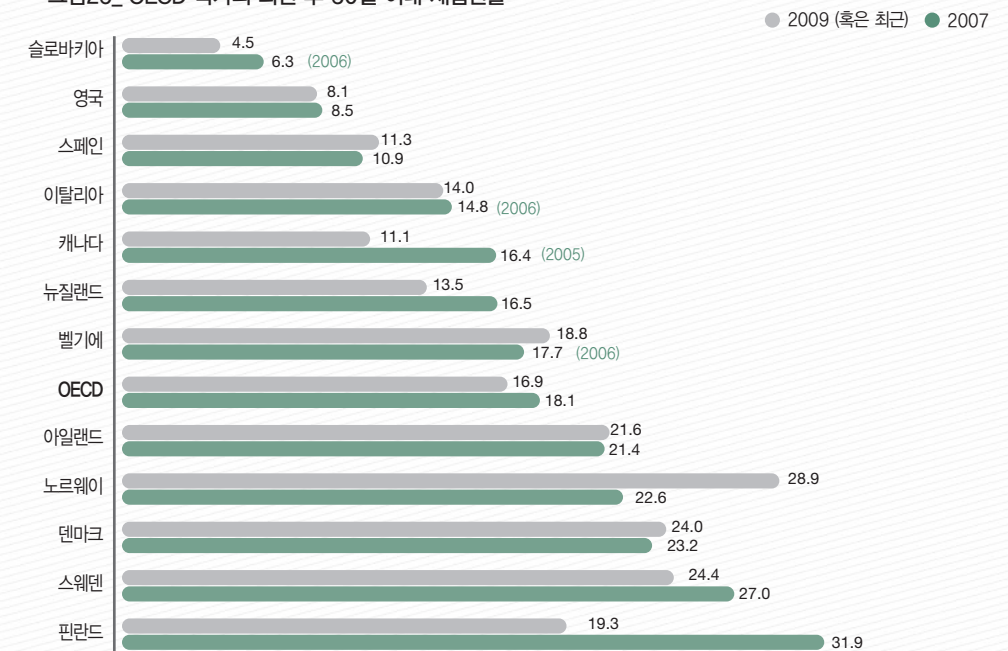
그림24_ 서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황



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(보건복지부, 2010).
- 2009년을 기준으로 퇴원 후 30일 이내 재입원율이 가장 높은 국가는 노르웨이 (28.9%)이며, 가장 낮은 국가는 슬로바키아(4.5%)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 : 보건복지부(2009, 2011), 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2009, 2011

제3절 자살

1. 자살생각률

- 2011년 '최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 사람'의 비율은 19세 이상(표준화)에서 13.5%로 전년 대비 1.1%p 감소함.
- 2001년 이후 감소 추세를 보이던 자살생각률이 2008년 다시 상승하였다가 2010년부터 감소하는 경향을 보임.
- 남성의 경우 70대에서 자살생각률이 17.1%로 가장 높고, 전년과 비교해 대부분 연령층에서 소폭 증가하였으며, 가장 많이 상승한 연령대는 30대로 2.6%p 증가하였고, 40대와 60대에서도 동일하게 1.7%p의 증가율을 보임.
- 여성은 남성에 비하여 자살생각률이 대체로 높게 나타나고 있으며, 20대 미만과 50대 이상에서 격차가 크게 나타나고 있음.

표24_연도별, 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
	2009	16.1	14.8	13.4	14.1	16.6	18.7	30.6
	2010	14.6	14.7	10.9	11.9	15.2	18.6	27.8
	2011	13.5	11.6	11.3	12.0	13.6	17.4	25.2
	10년 대비	-1.1	-3.1	0.4	0.1	-1.6	-1.2	-2.6
	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
남성	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
	2009	10.5	8.5	9.5	10.1	11.6	10.7	19.1
	2010	9.4	9.1	6.2	8.3	11.2	11.7	17.5
	2011	9.9	6.2	8.8	10.0	11.7	13.4	17.1
	10년 대비	0.5	-2.9	2.6	1.7	0.5	1.7	-0.4
	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
여성	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
	2009	21.5	21.7	17.5	18.2	21.5	25.8	37.6
	2010	19.7	20.7	15.9	15.8	19.1	24.9	34.3
	2011	16.9	17.5	13.9	14.1	15.5	21.1	30.4
	10년 대비	-2.8	-3.2	-2.0	-1.7	-3.6	-3.8	-3.9

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2012). 2011 국민건강통계

2. 자살현황 및 추이

- 2010년 OECD 회원국 평균 자살에 의한 사망률은 인구 10만 명당 12.8명이며, 우리나라는 33.5명으로 회원국 중 가장 높음.
- 2010년 OECD 회원국 평균 자살률은 2005년에 비해 남성과 여성 모두 감소(남성 2005년: 21.6명→2010년: 20.7명, 여성 2005년: 6.2명→2010년: 5.8명)했으나, 우리나라는 남성과 여성 모두 증가함(남성 2005년: 45.1명→2010년: 49.6명, 여성 2005년: 18.6명→2009년: 21.4명).
- 대부분의 국가에서 자살사망률이 증가하는 경향이 있고, 특히 한국의 경우 상승폭이 다른 국가에 비하여 매우 큰 것을 알 수 있음.

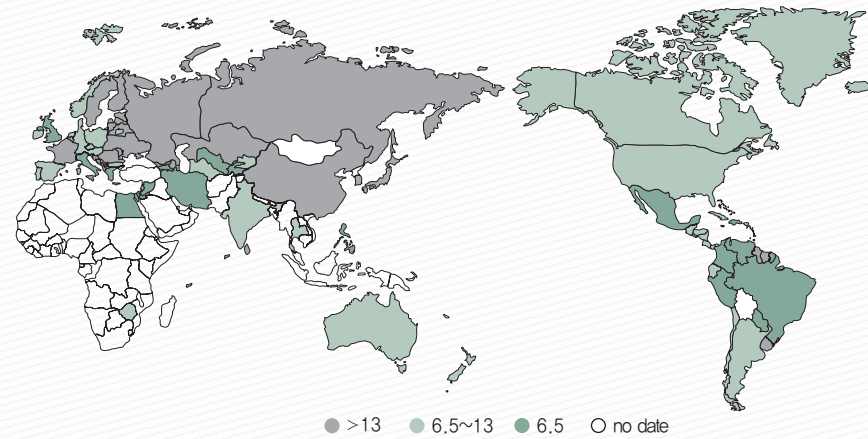
표25_ OECD 국가의 연령별표준화 자살사망률(인구 100,000명당)

(단위 : 명)

국가명	2001	2005	2006	2010	국가명	2001	2005	2006	2010
호주	10.3	-	10.6	-	한국	29.9	-	33.5	-
오스트리아	16.2	-	13.9	-	룩셈부르크	10.7	-	11.3	(2009)
벨기에	18.6	-	-	-	멕시코	4.6	-	4.8	-
캐나다	11.2	-	11.1	(2009)	네덜란드	9.4	-	9.2	-
칠레	11.2	-	13.3	(2009)	뉴질랜드	12.7	-	12.4	(2008)
체코	14.8	-	13.5	-	노르웨이	11.6	-	11.2	-
덴마크	11.3	-	-	-	폴란드	15.5	-	15.9	-
에스토니아	19.8	-	15.8	-	포르투갈	10.6	(2003)	9.3	-
핀란드	18.3	-	17.3	-	슬로바키아	12.6	-	11.3	-
프랑스	17.1	-	16.2	(2009)	슬로베니아	23.6	-	18.6	-
독일	11.4	-	10.8	-	스페인	7.3	-	6.3	-
그리스	3.4	-	3.2	(2009)	스웨덴	13.1	-	11.7	-
헝가리	25.2	-	23.3	(2009)	스위스	16.6	-	16.9	(2007)
아이슬란드	11.5	-	11.8	(2009)	터키	-	-	-	-
아일랜드	10.8	-	11.0	-	영국	6.7	-	6.7	-
이스라엘	7.3	-	6.2	(2009)	미국	11.2	-	12.0	(2008)
이탈리아	5.6	(2006)	5.9	(2009)	일본	22.1	-	21.2	-

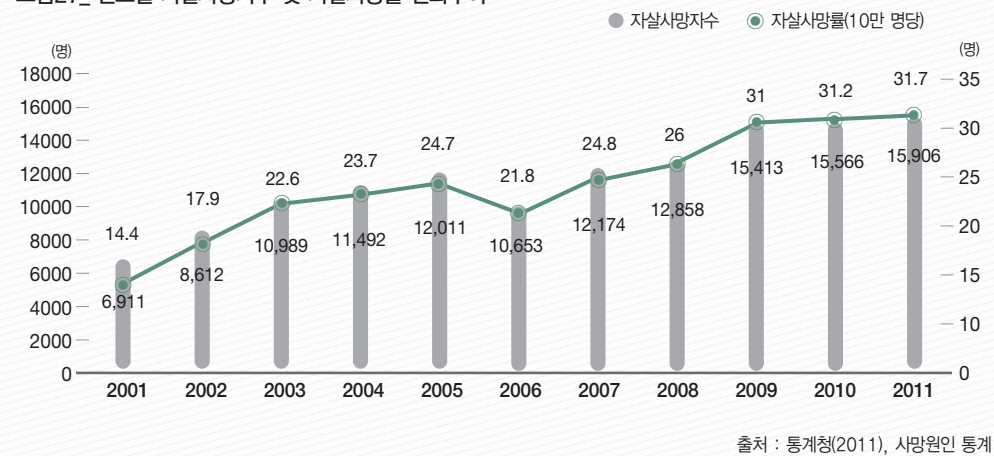
출처 : 보건복지부·한국보건사회연구원(2012), OECD Health Data 2012(요약집)

그림26_ 세계 자살률 MAP(인구 100,000명당)

출처 : WHO <http://www.who.int>

- 2011년 우리나라 사망자는 257,396명이며, 이중 자살로 사망한 사람은 전체 사망자의 6.2%인 15,906명으로 전년 대비 340명(2.2%p) 증가한 수치임.
- 자살로 인한 사망은 1999년 사인 순위 중 9위에 해당했으나 2011년 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



3. 변인별 사망률

- 자살생각률의 경우 여성이 남성보다 높게 나타났으나, 실제 자살사망률은 남성이 여성보다 약 2.2배 높고, 해마다 수치상의 변화는 있으나 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 연령별로 살펴보면, 2010년 대비 50대에서 자살사망률이 가장 크게 증가했으며 70대, 30대, 10대 순으로 증가함.
- 남성 자살률은 전년대비 4.8% 증가한 반면, 여성 자살률은 4.3% 감소함.
- 남성은 50대, 70대, 40대 순으로 자살사망률이 높고 여성은 70대, 30대, 40대 순으로 높게 나타났으며, 특히 50~60대에서 남성이 여성보다 자살사망률이 약 3배가량 높음.

표26_ 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	15,402	4	446	1,806	2,642	2,856	2,597	2,074	2,977
	2010	15,566	0	353	1,688	2,462	2,969	2,695	2,155	3,236
	2011	15,906	0	373	1,640	2,511	2,961	2,953	2,081	3,387
	10년 증감	340	0	20	-44	49	-8	258	-74	151
	증감률	2.2	0	5.7	-2.8	2.0	-0.3	9.6	-3.4	4.7
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	9,936	3	247	932	1,528	2,010	1,965	1,530	1,712
	2010	10,329	0	192	938	1,503	2,112	2,022	1,586	1,968
	2011	10,866	0	221	990	1,624	2,116	2,210	1,553	2,152
	10년 증감	537	0	29	52	121	4	188	-33	184
	증감률	5.2	0	15.1	5.5	8.1	0.2	9.3	-2.1	9.3
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	5,475	1	199	874	1,114	846	632	544	1,265
	2010	5,237	0	161	750	959	857	673	569	1,268
	2011	5,040	0	152	650	887	845	743	528	1,235
	10년 증감	-197	0	-9	-100	-72	-12	70	-41	-33
	증감률	-3.8	0	-5.6	-13.3	-7.5	-1.4	10.4	-7.2	-2.6
성비(남/여)	2011	2.2	0	1.5	1.6	1.9	2.5	3.0	3.0	1.8

주) 연령 미상은 제외
출처 : 통계청(2011), 사망원인 통계

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

- 연령별 사망순위에서 자살은 40대와 50대에서 사망원인 2순위 안에 들고 있으며, 특히 10대부터 30대까지의 연령층에서는 1순위를 차지하고 있어 사회적으로 자살문제가 심각함을 확인할 수 있음.

표27_ 연령별 사망순위

(단위 : 명, %)

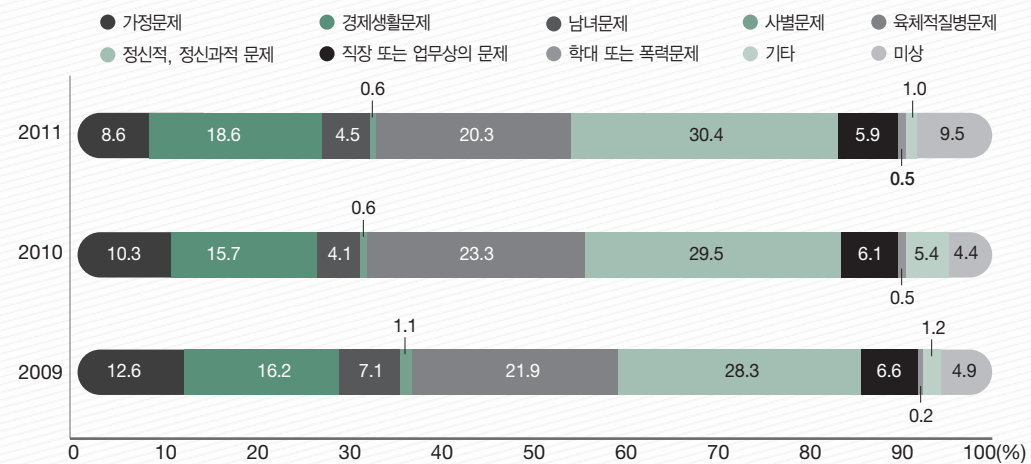
연령	1위			2위			3위		
	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률
1-9세	악성신생물(암)	17.8	2.6	운수 사고	14.2	2.1	선천 기형	9.2	1.4
10-19세	고의적자해(자살)	26.5	5.5	운수 사고	22.6	4.7	악성신생물(암)	14.6	3.0
20-29세	고의적자해(자살)	47.2	24.3	운수 사고	15.3	7.9	악성신생물(암)	10.2	5.3
30-39세	고의적자해(자살)	36.7	30.5	악성신생물(암)	18.7	15.7	운수사고	8.1	6.8
40-49세	악성신생물(암)	28.1	52.7	고의적자해(자살)	18.1	34.0	간 질환	8.4	15.8
50-59세	악성신생물(암)	37.6	153.5	고의적자해(자살)	10.1	41.2	심장 질환'	7.2	29.3
60-69세	악성신생물(암)	42.3	390.9	뇌혈관 질환	8.5	78.1	심장 질환'	8.1	74.8
70-79세	악성신생물(암)	33.3	873.2	뇌혈관 질환	11.6	304.9	심장 질환'	9.9	259.9
80세이상	악성신생물(암)	16.1	1491.1	심장 질환	12.5	1155.9	뇌혈관 질환'	12.2	1129.5

1) 심장 질환에는 허혈성 심장 질환 및 기타 심장 질환이 포함
출처 : 통계청(2011). 2011 사망원인통계

4. 자살 원인 및 자살 방법

- 2011년 자살사망자들의 자살원인은 정신적·정신과적 문제 30.4%, 육체적 질병문제 20.3%, 경제생활문제 18.6% 순으로 나타났으며, 2010년과 비교하여 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 정신적·정신과적 문제로 자살한 사람은 2009년 대비 2.1% 증가하여 적극적인 치료로의 유입이 필요함.

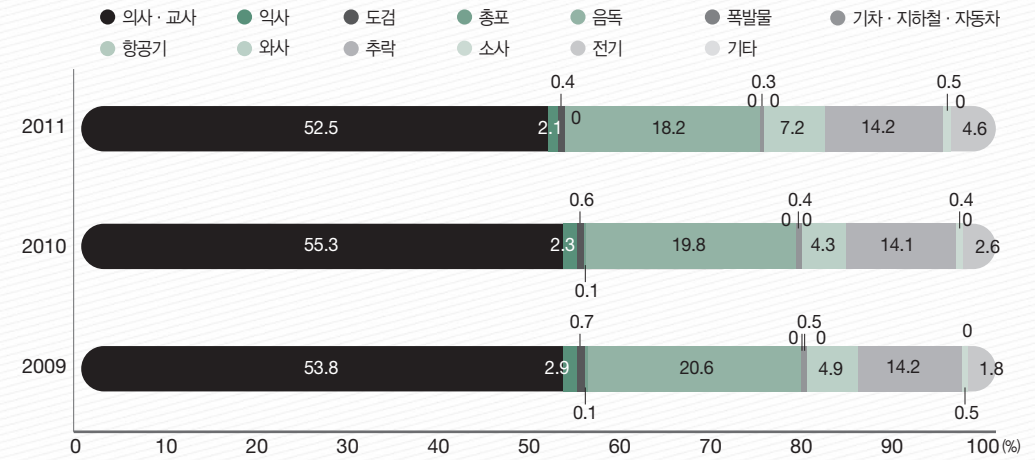
그림28_ 연도별 자살원인



출처 : 경찰청(2009, 2010, 2011), 경찰통계연보
* 참고 : 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음

- 2011년 자살사망자의 자살방법으로 의사 및 교사에 의한 질식사 52.5%로 가장 많은 비중을 차지함.

그림29_ 연도별 자살방법



출처 : 경찰청(2009, 2010, 2011), 경찰통계연보
* 참고 : 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음

5. 서울시 자살사망률

- 2011년 연령표준화 자살률은 강원지역이 37.7명으로 가장 높고, 서울시가 24.6명으로 가장 낮게 나타남.
- 시도별 2000년 대비 자살률을 보면, 모든 지역에서 상승을 보이고 있으며, 서울시의 경우 153.6%로 가장 큰 상승폭을 보이고 있음.

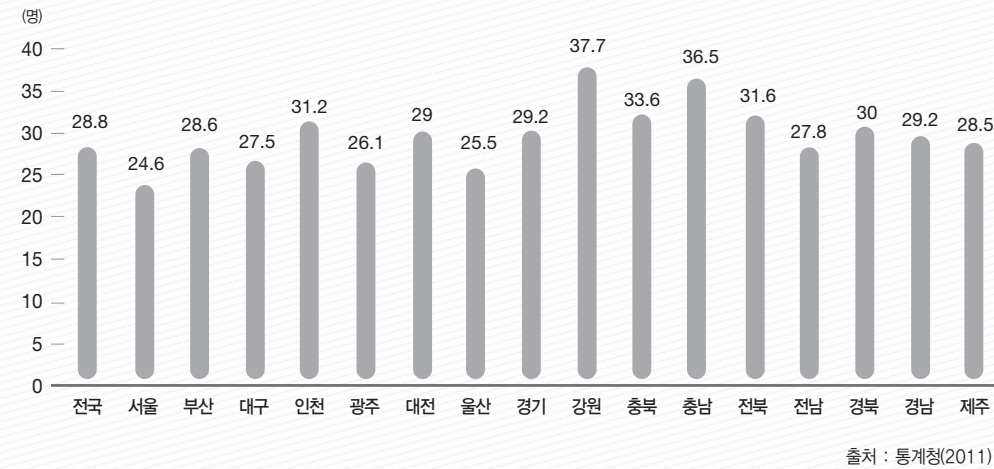
표28_ 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율

(단위 : 명)

시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
전국	14.6	15.5	18.9	23.4	24.2	24.7	21.3	23.9	24.7	29.1	28.7	28.8
서울	9.7	10.0	14.5	17.5	19.5	20.1	17.1	19.6	20.7	24.6	24.3	24.6
부산	13.7	16.8	16.7	22.4	26.9	26.1	21.2	24.1	25.9	29.3	29.3	28.6
대구	13.6	11.7	15.6	21.2	23.0	22.9	20.4	22.6	24.5	28.0	27.9	27.5
인천	16.9	15.8	19.7	28.0	22.6	26.7	23.5	24.1	27.2	30.7	31.0	31.2
광주	12.5	10.9	15.1	19.1	21.6	20.6	17.5	23.6	22.1	28.8	30.7	26.1
대전	15.6	15.1	18.5	23.5	25.0	27.7	23.7	25.3	22.9	31.1	29.0	29.0
울산	15.0	18.8	16.6	27.7	23.5	23.5	18.3	21.3	23.4	25.9	24.6	25.5
경기	15.0	16.6	21.1	24.7	24.9	26.2	22.1	23.2	24.6	28.8	28.9	29.2
강원	19.4	24.3	27.7	35.9	32.8	31.7	27.4	33.0	33.0	38.1	36.8	37.7
충북	18.4	21.2	23.6	27.4	28.9	31.3	26.0	28.4	30.6	37.5	31.9	33.6
충남	23.2	23.9	23.1	29.9	31.4	32.0	27.9	31.7	30.3	38.8	36.9	36.5
전북	16.4	18.1	22.1	26.7	25.4	23.8	22.7	28.0	26.8	31.0	28.3	31.6
전남	16.0	15.8	21.5	25.0	23.5	21.8	20.0	21.8	23.8	28.0	29.0	27.8
경북	20.5	19.1	22.8	25.6	26.8	25.1	22.8	26.2	25.1	29.2	29.7	30.0
경남	16.7	18.4	22.7	26.4	27.6	26.8	24.1	27.4	27.0	29.2	29.3	29.2
제주	17.7	18.9	18.6	27.6	24.0	27.3	20.5	24.5	28.1	31.7	30.2	28.5

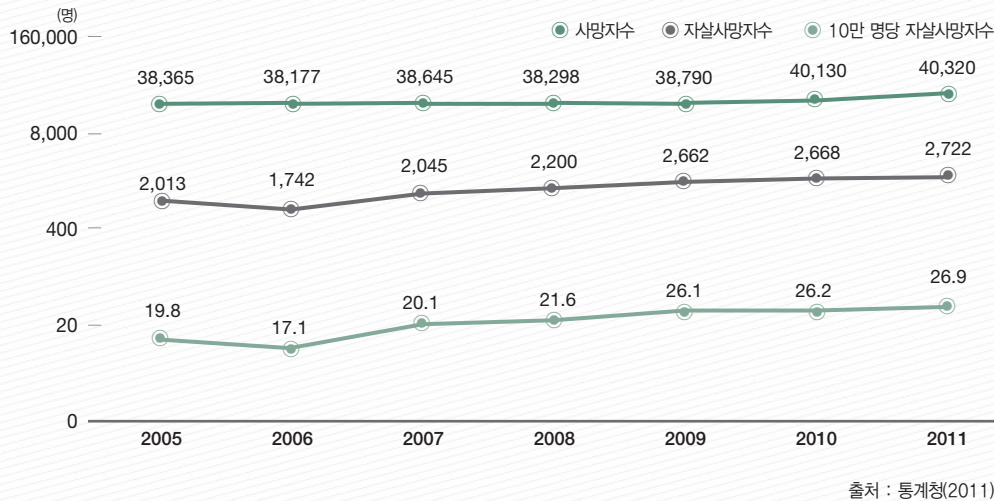
출처 : 통계청(2011)

그림30_ 2011년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률



- 2011년 서울시 사망자 40,320명 중 자살사망자는 2,722명(인구 10만명당 26.9명)으로 전체사망자의 약 6.8%를 차지하고 있으며 전년대비 2%p 증가한 것으로 나타남.

그림31_ 연도별 서울시 사망자수 및 자살사망자수 변화추이



- 서울시의 연령별 자살사망자수는 2010년 대비 10대와 30대에서 소폭 감소 경향이 있지만 대부분 연령에서 증가추세이며, 특히, 70대 이상 자살사망자수가 가장 많이 증가하였음.
- 전국의 경우 청소년의 자살증가가 두드러지는 반면, 서울시의 경우 중년과 노년의 자살사망률 및 증가율이 높게 나타나고 있음.

표29_ 서울시 연령별 자살사망자수 변화추이

(단위 : 명, %)

구 분	전연령	연령							
		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
2010	2,668	0	63	343	495	492	481	341	451
2011	2,722	0	60	344	493	511	499	341	474
10년 대비	증감	54	0	-3	1	-2	19	18	0
	증감률	2.0	0	-4.8	0.3	-0.4	3.9	3.7	0

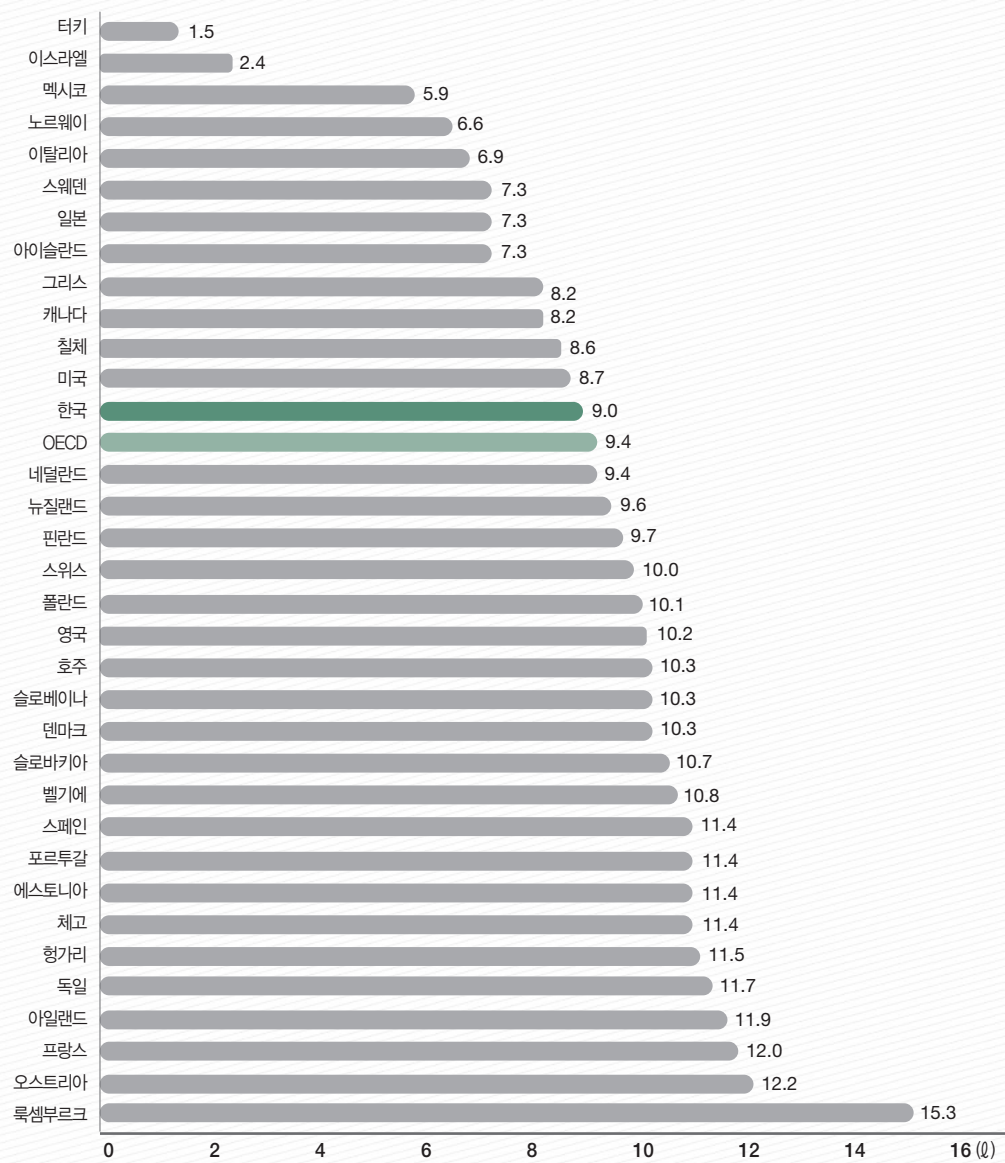
출처 : 통계청(2011)

제 4절 음주

1. 알코올 소비 및 음주율 현황

- 2010년 우리나라의 알코올 소비량은 15세 이상 성인 인구 1인당 9.0리터로 OECD 회원국 평균 소비량 9.4리터 보다 적은 것으로 나타남.
- 19세 이상 성인의 월간, 고위험 음주율이 세계적으로 높은 수준이며 지속적으로 증가하고 있음(알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011). 국민건강영양조사에 의하면, 월간음주율은 2005년 54.6%에서 2011년 60.6%로 증가하였으며, 고위험 음주율 또한 2005년 14.9%에서 2011년 17.2%로 증가하였음.
- 성별에 따른 월간음주율은 2005년 남성 72.6%, 여성 36.9%에서 2011년 77.6%, 44.2%로 증가하였음.
- 청소년건강행태온라인조사에 의하면 청소년의 음주시작연령은 2011년 13.0세로 2008년 12.8세에 비하여 소폭 높아진 것으로 나타남. 2010년까지 줄곧 25%를 웃돌던 중학교 이전 음주율은 2011년 21.4%로 나타나 남녀 모두에게서 크게 감소된 양상을 보였음. 그러나 현재 음주자의 위험 음주율은 2011년 기준 48.8%로 상당히 높은 수준으로 나타나 음주 청소년에 대한 규제정책이 필요함.

그림32_ OECD 국가의 알코올 소비량 (15세 이상 인구 1인당)



출처 : 보건복지부(2011), 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2011

표30_ 연도별 청소년 음주관련지표

(단위 : %)

영역	2008(중1-고2)			2009(중1-고2)			2010(중1-고2)			2011(중1-고2)		
	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여	전체	남	여
처음 음주 경험 연령	12.8	12.7	13.0	12.8	12.7	13.0	12.8	12.7	13.0	13.0	12.9	13.1
중1 학생의 중학교 입학 전 음주경험률	27.6	30.8	24.1	27.8	30.0	25.5	26.8	29.7	23.6	21.4	22.9	19.8
현재 음주자의 위험 음주율	44.6	41.0	49.2	47.4	44.6	51.4	47.2	44.4	51.3	48.8	46.3	52.5

출처 : 여성가족부(2012), 2012 청소년백서

2. 음주로 인한 사회적 피해

- 음주로 인한 사회경제적 비용은 GDP의 2.86%인 약 14조 9천억 원으로 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 2,725억 원으로 나타남(보건복지부, 2006).
- 음주는 자살과도 밀접하게 연관되어 있어 전체 자살률은 음주율과 비례하며 많은 연구에서 자살자의 상당수는 자살 전 음주한 상태로 보고됨(알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011).
- WHO에서 음주와 관련이 있다고 보고된 30개 질환에 대한 건강보험 지출현황을 살펴 보면 2005년 3조 2,127억 원에서 2009년에는 6조 1,226억원으로 1.91배 증가하였고, 세부질환별로는 고혈압(37.6%), 허혈성 뇌졸중(16.2%), 허혈성 심장질환(12.9%), 출혈성 뇌졸중(5.9%), 간암(5.3%) 순으로 총진료비 발생이 높은 것으로 나타남(알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011).
- 음주운전 사망자수는 매년 증가하고 있으며, 2011년 음주운전 사망자수는 5,229명으로 전년대비 5.1%p 증가한 것으로 나타남. 반면, 음주운전 교통사고 부상자수는 341,391명으로 전년대비 3.2%로 감소함(경찰통계연보, 2011).
- 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).

표31_ 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 폐해통계지표의 정보화

3. 알코올 사용장애

- 18세 이상 64세 이하의 인구 중 알코올 사용장애는 전체 인구의 4.4%인 158만명으로 2005년 대비 11.8% 감소함.
- 남성과 여성의 일년유병률을 살펴보면, 남성이 6.6%, 여성이 2.1%로 남성이 여성보다 약 3.2배 정도 높음.

표32_ 알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수

(단위 : %, 명)

구 분	전체		남성		여성	
	유병률	추정환자수	유병률	추정환자수	유병률	추정환자수
알코올남용	2.1	758,047	3.4	612,472	0.9	162,752
알코올의존	2.2	794,145	3.2	576,444	1.2	217,003
전체	4.4	1,588,289	6.6	1,188,916	2.1	379,756

출처 : 조맹제 외(2011), 2011년도 정신질환실태 역학조사

제 2장 정신보건문제에 따른 지표

- 19세 이상의 평생음주자 중 최근 1년 동안 음주문제로 상담을 받은 경험률은 평생음주자 1.4%, 알코올의존자는 3.7%에 불과하여 알코올 문제의 심각성을 느끼지 못함을 알 수 있음.
- 소득수준이 높을수록 상담경험률은 점차 낮아지는 경향을 보이고 있으며, 특히 알코올의존자의 경우에서 격차가 크게 나타나고 있음.

표33_ 연간 음주문제 상담경험률 (단위 : %)

구 분	평생음주자			알코올 의존자		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
연령	19세 이상	1.4	1.4	1.5	3.7	4.1
	65세 이상	0.8	1.1	0.5	4.6	4.8
거주지역	동	1.4	1.1	1.7	1.2	1.3
	읍면	1.6	2.5	0.5	8.4	9.2
소득수준	하	1.8	1.9	1.7	8.1	9.9
	중하	1.5	1.7	1.4	3.3	3.8
	중상	0.9	0.5	1.3	1.8	1.4
	상	1.3	1.0	1.6	0.3	0.3

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2012), 2011 국민건강통계

4. 시도별 음주 현황

- 2011 국민건강통계에 의하면, 우리나라 성인의 월간음주율은 남성 77.6%, 여성 44.2%로 전년대비 남성은 0.2%p 감소한 반면에 여성은 0.9%p 상승하였음.
- 서울시의 연간음주자의 고위험음주율⁵⁾은 17.8%로 전체 시도 중 9위로 평균 수준이지만, 월간음주율은 62.2%로 전체 시도 중 3위를 차지하고 있어 음주습관이 위험 수준에 도달하지는 않았으나 음주를 빈번하게 즐기는 인구수가 많은 편임을 확인할 수 있음.

표34_ 시도별 19세 이상 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율 (단위 : %)

구 분	월간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
전국	60.6	77.6	44.2	17.2	26.0	6.3
서울	61.4	77.6	45.9	17.8	28.1	6.3
부산	60.2	76.8	44.3	19.3	30.7	6.3
대구	58.5	75.3	42.5	16.0	26.6	4.2
인천	60.5	76.6	44.4	20.2	31.8	8.0
광주	58.6	74.9	43.0	17.0	27.6	5.4
대전	58.5	73.4	43.9	17.3	27.5	6.4
울산	59.9	76.9	42.2	17.0	28.7	4.9
경기	59.7	75.9	43.5	17.7	28.3	6.6
강원	56.8	73.3	40.4	21.4	33.8	6.7
충북	56.0	72.8	39.3	19.6	30.4	7.4

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

구 분	월간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
충남	54.2	72.5	35.7	19.1	29.8	6.4
전북	49.6	68.0	31.8	16.5	27.3	3.8
전남	49.9	67.5	32.7	16.6	26.8	5.2
경북	54.0	71.4	37.0	18.1	28.9	5.8
경남	58.0	75.0	41.3	18.1	29.5	5.5
제주	59.9	78.7	41.6	23.1	36.2	9.1

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2012), 2011 국민건강통계, 2011 지역사회건강조사

그림33_ 월간음주율

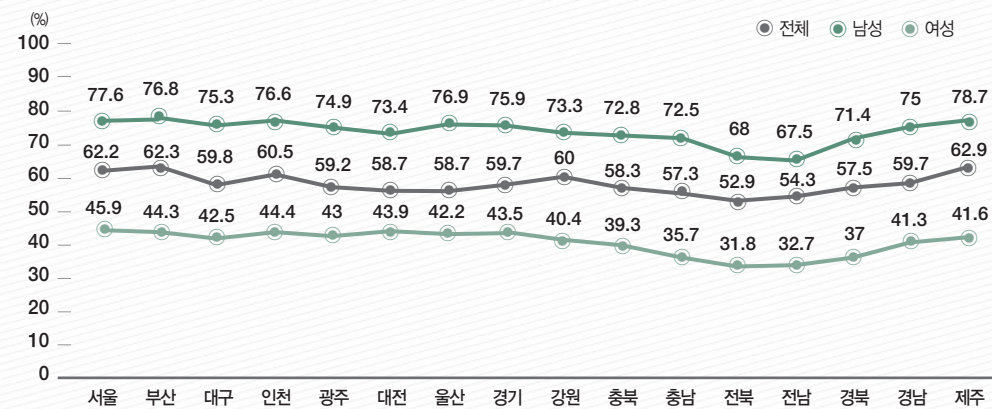
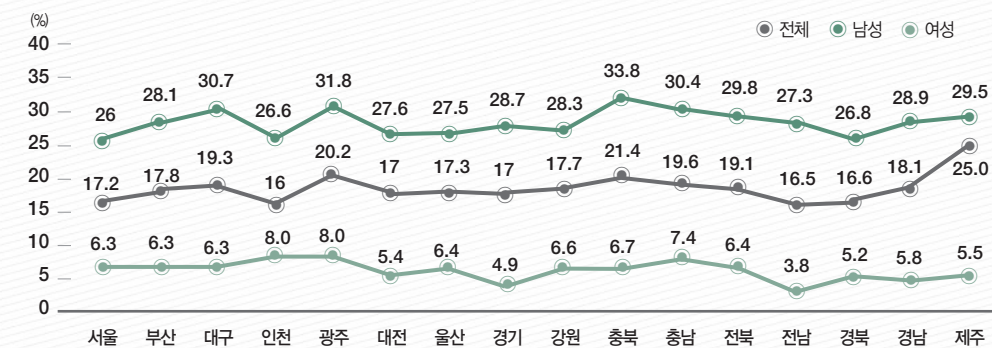


그림34_ 연간음주자의 고위험음주율

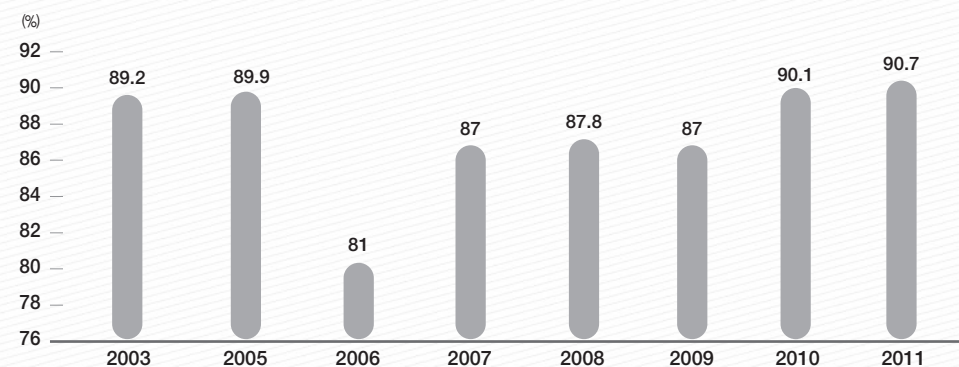


제 5 절 정신질환에 대한 사회적 인식

1. 정신질환에 대한 지식 & 태도

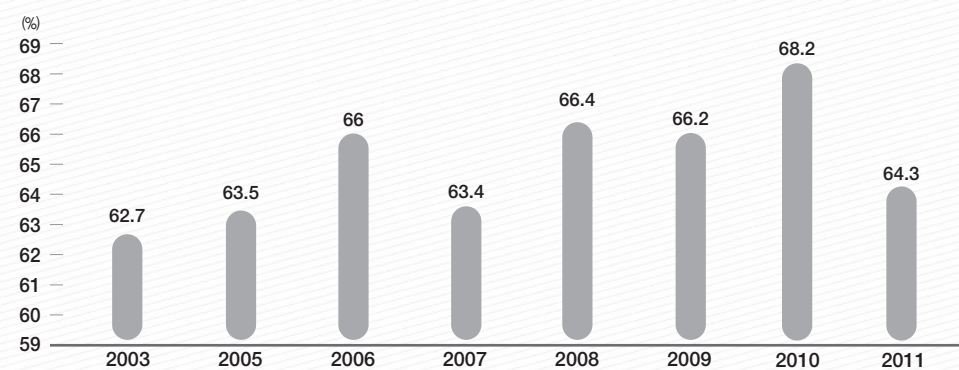
- ‘정신질환은 누구나 걸릴 수 있다’ 라고 응답한 비율은 90.7%로 전년대비 0.6%p 증가하였으며 전반적으로 정신질환을 질환으로 수용하는 비율이 높은 것으로 나타남.
- ‘정신질환자의 정상적인 삶이 가능하냐’ 는 질문에 64.3%가 가능하다고 응답하여 전년대비 3.9%p 감소하였으나, 과반수가 넘는 구성원들이 사회의 구성원으로 인정하고 받아들이고 있음을 알 수 있음.
- 종합해보면 정신질환을 질환으로 받아들이는 비율은 높은 반면, 정신질환을 가진 사람이 정상적인 삶을 살 수 있다고 생각하는 비율은 상대적으로 낮게 나타나고 있음.

그림35_ 정신질환은 누구나 걸릴 수 있다



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림36_ 정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

2. 정신보건서비스 이용률

- 최근 1년 동안 정신적인 문제로 인해 방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 받은 경험은 전체의 2.4%로 2008년 2.1%보다 소폭 상승하였으나 여전히 낮은 수준을 보임.
- 정신문제 상담경험은 40대를 제외한 전 연령층에서 여성이 남성보다 높은 수준을 보였으며, 40대의 경우 남성과 여성이 동일한 수준을 보임.
- 2008년과 비교하여 전반적으로 2011년 상담경험률이 상승한 것으로 나타났으며, 특히 20대와 50대에서 높은 상승률을 보임. 반면, 30대와 70세 이상의 연령층에서는 남녀 모두 감소한 것으로 나타남.
- 2011년도 정신질환실태 역학조사에 의하면 우리나라 정신의료서비스 이용률은 15.3%로 2005년 11.4%에서 3.9%p 상승하였으나, 미국과 비교하여 현저하게 낮은 수치로 정신보건에 대한 홍보와 마케팅을 통한 접근성을 높이는 것이 필요함.

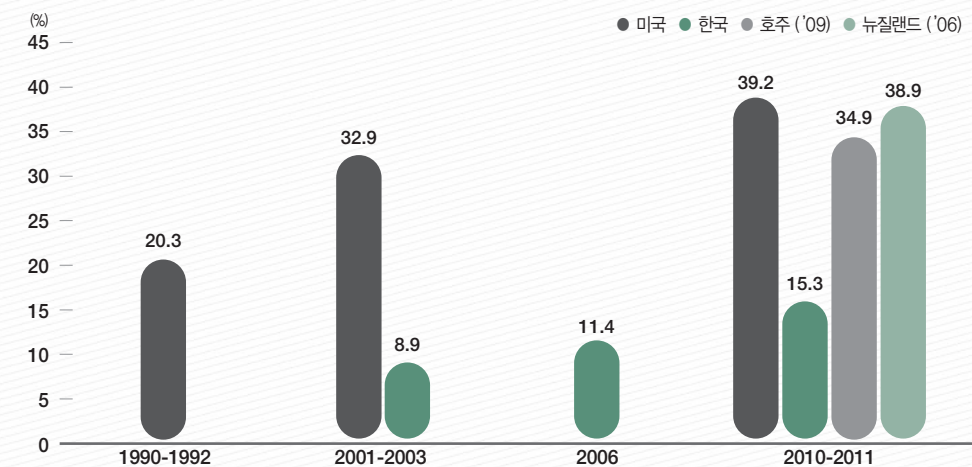
표35_ 정신문제 상담경험률

(단위 : %)

구 분	연도	계	연령					
			19-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
전체	2008	2.1	1.7	3.0	1.8	1.5	2.0	2.5
	2011	2.4	3.1	1.7	2.0	2.8	2.7	2.0
남성	2008	1.4	2.0	1.9	0.9	1.1	0.6	1.5
	2011	1.9	2.8	1.2	2.0	1.9	1.8	1.1
여성	2008	2.7	1.4	4.1	2.7	1.9	3.2	3.2
	2011	2.8	3.5	2.2	2.0	3.6	3.6	2.5

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2012). 2011 국민건강통계

그림37_ 정신의료서비스 이용률



출처 : 조맹제 외(2011). 2011년도 정신질환실태 역학조사

- 2011년 정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사 결과 스트레스, 음주, 우울증 등 정신 건강과 관련한 문제를 질병으로 인식하는 비율은 50%초반대로 절반이 넘는 수준으로 나타남.⁶⁾
- 그러나 정신건강에 문제가 있는 것으로 추정되는 사람 중에서 다른 사람에게 상담이나 도움을 받는 비율은 상대적으로 낮게 나타나고 있음. 구체적으로 정신건강 문제 경험에 따른 도움 요청 정도는 우울증은 34.6%, 음주 8.2%, 자살시도 시 29.2%로 나타남.

표36_ 정신건강문제 유형별 상담 정신과 및 전문기관 상담비율

(단위 : %)

		비율	
		2009	2011
정신과 의사 및 정신건강관련 상담센터 등에서 도움을 받는 경우	우울증	6.8	4.4
	자녀정신건강	25	-
	알코올	16.6	15.0
	자살	20	42.9

출처 : 서울시정신보건사업지원단(2011). 2011 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사

- 정신건강 서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 응답한 사람은 66.9%로 2009년에 비해 5.6p 증가하였으며, 전반적으로 각 서비스 항목의 응답값이 조금씩 증가하였음.
- 정신보건 관련 이용할 의향이 있는 서비스로는 스트레스관리 상담이 68.2%로 가장 높고, 자살예방에 관한 상담이 17.5%로 상대적으로 낮게 나타났음.

표37_ 정신건강관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류(중복응답)

(단위 : %)

	비율	
	2009	2011
스트레스 관리에 관한 상담이나 서비스	67.9	68.2
우울증세에 관한 상담이나 서비스	40.0	43.8
자녀의 정신건강 상담이나 서비스	37.5	40.2
알콜의존성에 관한 상담이나 서비스	19.1	19.4
자살예방에 관한 상담이나 서비스	13.9	17.5

출처 : 서울시정신보건사업지원단(2011). 2011 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사

6) 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. 서울시민의 자살생각률

Indicator 10. 인구 10만 명당 자살사망률

Indicator 11. 서울시민 고위험 음주율

Indicator 12. 서울시민 우울감 경험률

Indicator 13. 서울시민 스트레스 인지율

Indicator 14. 정신질환자에 대한 지역사회 수용도

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 요인이자 할 수 있음.

지표설명

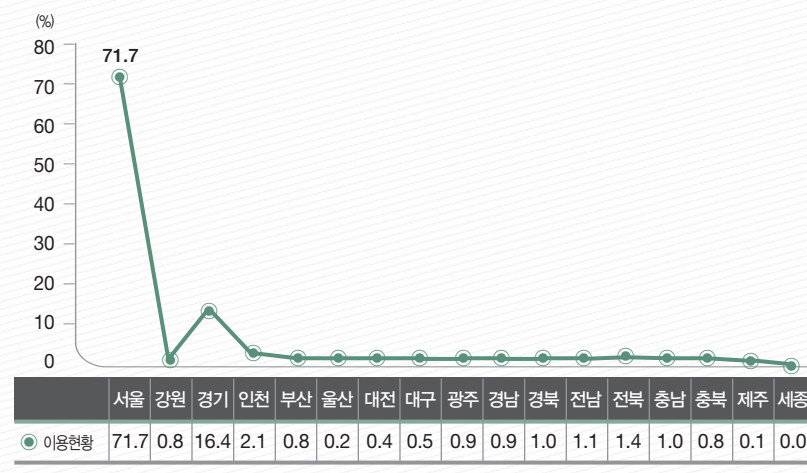
- 국민건강보험공단의 2012년 12월까지의 지급분에 대한 통계자료를 근거
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 진료 현황
- 입원 진료실인원
- 1차 진단명을 부여하고 청구한 내역 중 주진단명 기준으로 발체

- 분자 : 서울시 소재 정신의료기관 F코드 진료실인원
- 분모 : 서울시 거주자 F코드 진료실인원

지표해석

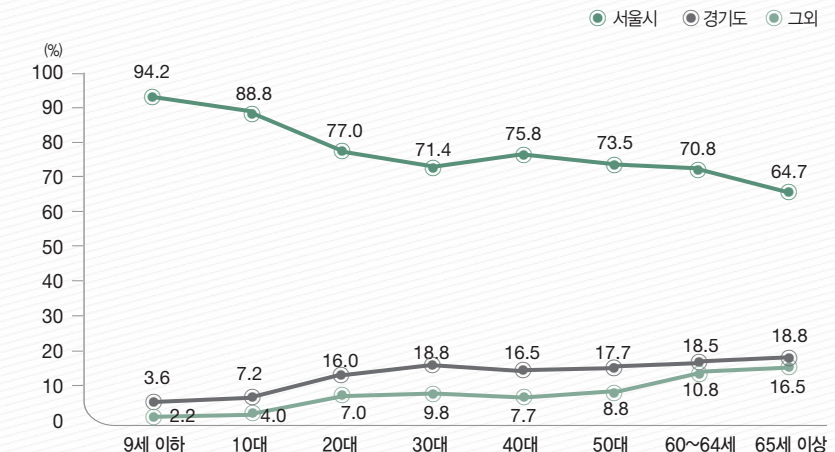
- 2011년 서울시 거주자 중 입원 및 외래를 포함하여 F코드로 진료를 받은 실인원은 297,130명이며, 이중 입원 진료실인원은 82,775명으로 나타남.
- 82,775명 중 서울시 소재 의료기관에서 입원진료를 받은 사람은 59,380명, 즉 71.7%로 이용비율이 가장 높았으며, 그 다음으로 경기 16.4%, 인천 2.1% 순으로 나타났음.

그림38_ 서울시민의 전국정신의료기관 이용현황(실인원)



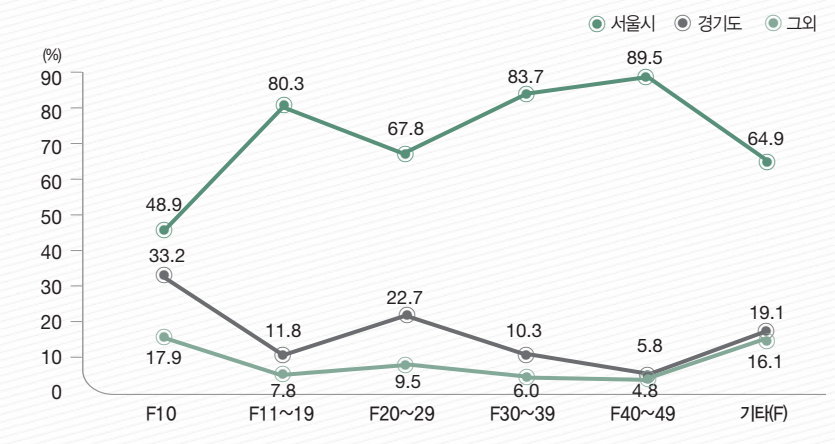
- 연령별 요양기관 소재지별 이용현황을 살펴보면, 10대 미만까지는 서울 소재지 이용분포가 80%이상으로 나타났으나 연령대가 높아짐에 따라 점차적으로 다른 시도로 분산되고 있음을 볼 수 있음.

그림39_ 연령별 정신의료기관 이용현황



- 진단별 요양기관 소재지 이용현황의 경우, F10(알코올사용장애)이 다른 질환에 비해 서울 외 소재지를 이용하는 비율이 51.1%로 상대적으로 높게 나타남.

그림40_ 진단별 정신의료기관 이용현황



향후전망

서울시민의 약 72%가 서울시 소재 정신의료기관을 이용하고 있다는 것을 알 수 있으나 연령이 높을수록 서울을 제외한 지역의 정신의료기관을 이용하는 경향이 증가하고 장기재원 현상이 나타나는 점을 고려할 때 적절한 병상공급 정책이 필요하다고 할 수 있음.

자료원

국민건강보험공단 통계자료

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

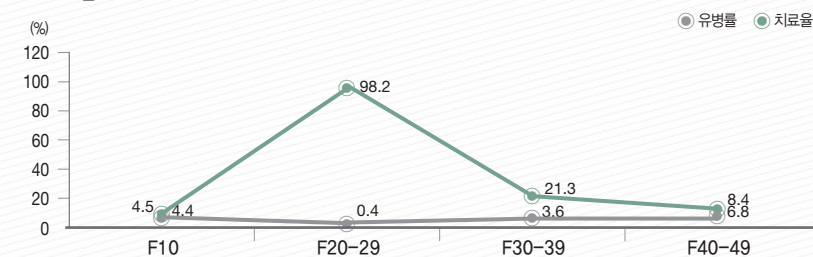
- 서울시 거주자의 정신질환치료 실태 파악
- 국민건강보험공단의 2011년 12월까지의 지급분에 대한 통계자료를 바탕으로 함.
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 약국을 제외한 입원 및 외래 진료 현황으로 기준으로 의료급여와 건강보험의 합계

- 분자 : F코드 진료실인원
- 분모 : 서울시 인구×정신질환 진단별 유병률

지표해석

- 2011년 진단별 치료율을 살펴보면, 정신병적 장애(F20코드)가 98.2%로 가장 높게 나타났으며, 기분장애(F30코드) 21.9%, 불안장애(F40코드) 8.4%, 알코올 사용장애(F10) 4.5%로 나타났다.
- 2010년과 비교해보면, 모든 진단에서 치료율이 향상된 것을 볼 수 있었으며, 특히 정신병적 장애의 경우 34.3%p 향상하였음.

그림41_ 정신질환 진단별 유병률과 치료율



향후전망

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

자료원

국민건강보험공단 통계자료

Indicator 9

서울시민의 자살생각률

필요성

지속적으로 증가하는 자살현상에 대한 주요원인을 파악하고 좀 더 효과적인 예방과 대처 방안 마련이 필요

지표설명

- 자살사고 수준 정도
- 서울시에 거주하는 만 15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다는 질문에 긍정 응답을 한 사람의 비율

- 분자 : 지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다고 응답한 사람 × 100
- 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울시민 1,000명

지표해석

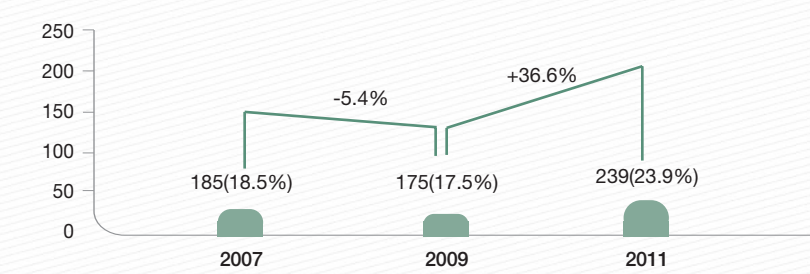
- 지난 1년 동안 자살을 생각한 적이 있다고 응답한 사람은 239명으로 전체 응답자의 23.9%를 차지하고 있었으며, 2009년 175명에 비해 36.6% 증가함.
- 자살사고가 있는 239명 중 자살시도 및 자살계획이 있다고 응답한 비율은 10%(24명)이며, 응답자 전체를 기준으로 추정할 경우 지난 1년 동안 자살을 시도하거나 구체적으로 계획한 적이 있다고 응답한 비율은 전체의 2.4%로 나타남.
- 자살을 시도하거나 계획한 적이 있다고 응답한 사람(24명) 중 다른 사람의 도움을 받았다고 응답한 비율은 29.2%에 불과한 것으로 나타남.

* 2011년 정신질환실태 역학조사에 의하면 자살생각률 3.7%, 자살계획 0.7%, 자살시도 0.3%로 나타남. 본 조사와 조사대상, 설문문항, 조사방법의 차이가 반영된 결과로 해석상의 주의가 필요함.

참고 역학조사 : 만 18세 이상 만 74세 이하를 대상으로 대면면접조사를 통해 '자살하는 것에 대해 진지하게 생각한 적이 한번이라도 있습니까?'란 질문에 응답 결과

인식조사 : 만 15세 이상 만 65세 미만을 대상으로 전화면접조사를 통해 '지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다'란 질문에 응답 결과

그림42_ 서울시민의 자살생각 경험 비율



향후전망

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

자료원

2011년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사, 2011년도 정신질환실태 역학조사

Indicator 10

인구 10만 명당 자살사망률

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

자살현황의 연도별 비교 및 자살 실태 분석을 통해 자살에 영향을 주는 요인들의 상관성을 파악하는 것은 추후 자살률 감소를 위한 대책마련을 위해 필요.

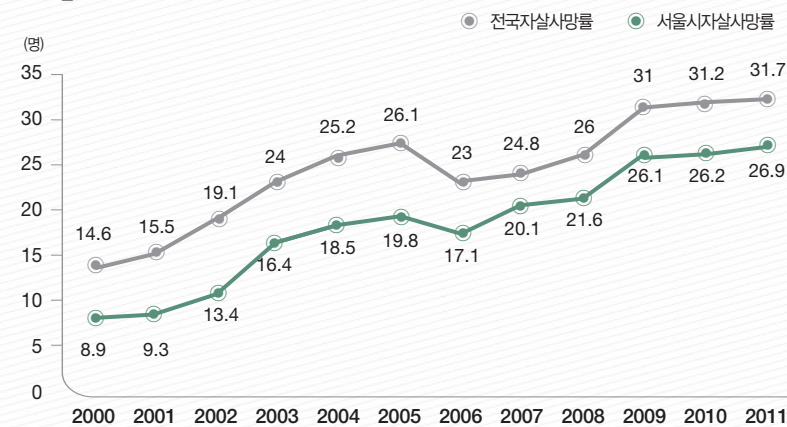
지표설명

- 서울시 자살사망자에 대한 변화추이 분석
- 자살에 의한 연간 사망자수를 해당연도의 연앙인구로 나눈 수치
 - 분자 : 서울시 자살사망자수 × 100,000
 - 분모 : 서울시 연앙인구

지표해석

- 2011년 우리나라의 사망자수는 257,396명이며 이중 자살사망자수는 15,906명으로 전체 사망자의 6% 정도를 차지하고 있는 것으로 나타남.
- 서울시 자살사망자수는 2,722명으로 전체의 17%를 차지하고 있으며, 인구 10만 명당 자살사망률은 26.9명으로 나타남.
- 2000년 대비 2011년 전국과 서울시의 자살사망자수의 증가율을 비교해보면, 전국은 2.1배, 서울시는 3배로 서울시의 증가폭이 더 크게 나타나고 있음.

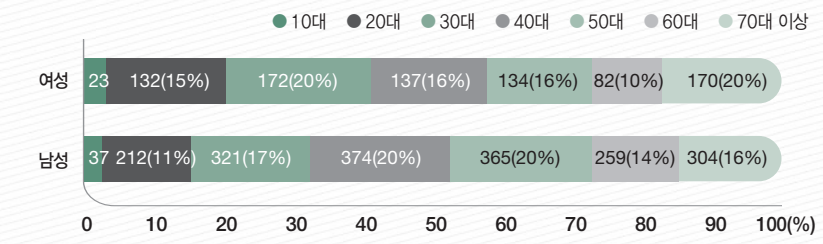
그림43_ 인구 10만 명당 자살사망률 변화추이



변인별

- 성별 자살사망 현황을 살펴보면, 남성은 1,872명(69%), 여성은 850명(31%)으로 남성이 여성에 비해 2.2배 높은 것으로 나타났음. 2010년 대비 남성은 146명 증가한 반면, 여성은 92명 감소하여 남성의 자살률이 여성에 비해 큰 폭으로 증가하였다고 볼 수 있음.
- 자살사망자수는 모든 연령대에서 남성이 높은 빈도를 차지하고 있으며, 60대에서는 여성 자살사망자수의 약 3.2배 높게 나타남.
- 연령대별 자살사망자수는 여성의 경우 30대와 70대 이상에서, 남성의 경우 40대와 50대에서 높은 비율을 보이고 있음.

그림44_ 성별 연령별 자살사망자수



- 혼인형태별 자살사망에서는 배우자가 있는 경우 42%(1,148명), 미혼 33%(907명) 순으로 높은 비중을 차지하고 있음. 다른 영역과 달리 사별의 경우 여성이 남성에 비해 약 2배 정도 높게 나타남.
- 교육수준별 자살사망은 고등학교와 대학교가 높은 비중을 차지하고 있으며, 전년 대비 무학과 대학교 이상에서 비율이 증가하고, 대학원 이상과 초등학교에서는 감소함.

그림45_ 성별 혼인별 자살사망자수

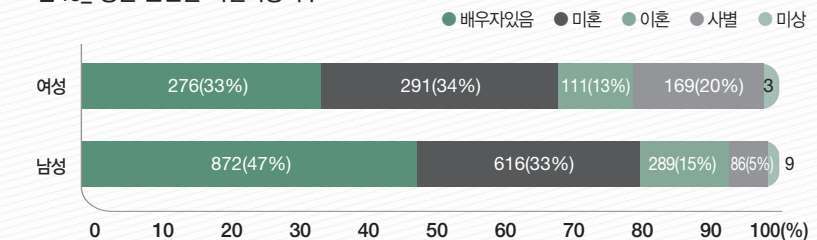
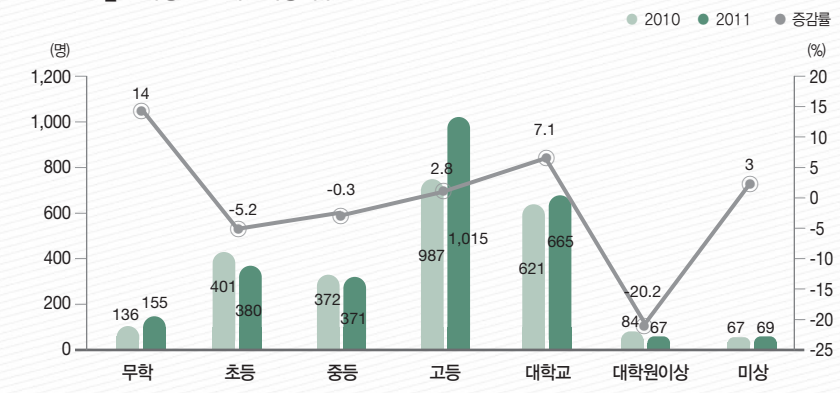


그림46_ 교육정도별 자살사망자수



자료원

2011 사망원인통계

Indicator 11

서울시민 고위험 음주율

Level

■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

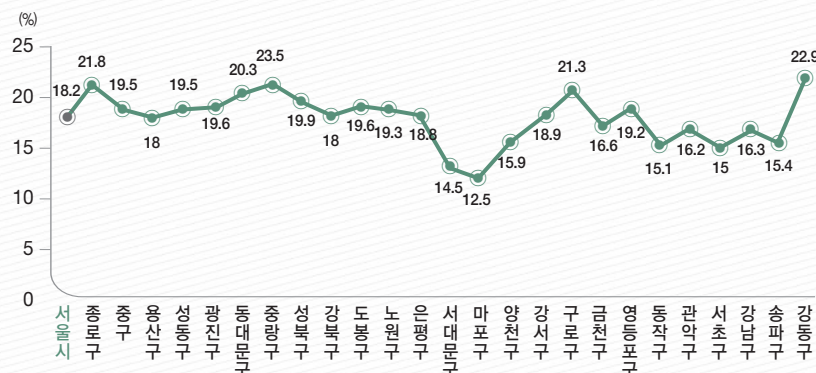
- 서울시 음주 실태의 위험 수준 정도
- 최근 1년 동안 음주한 사람 중 1회 평균 음주량이 남성의 경우 소주 7잔(여성 5잔) 이상 주 2회 이상 음주하는 사람의 비율

- 분자 : 고위험 음주행동을 보이는 사람×100
- 분모 : 19세 이상 연간음주자

지표해석

- 2011년 서울시의 고위험 음주율은 18.2%로 2010년 15.7% 대비 2.5%p 증가하였음.
- 성별 현황을 살펴보면, 남성 28.1%, 여성 6.3%로 전년대 비교하여 모두 상승하였음.
- 구별 고위험 음주율을 보면, 중랑구가 23.5%로 가장 높은 반면, 마포구가 12.5%로 가장 낮게 나타남. 25개구 중 서울시 평균보다 고위험 음주율이 높은 자치구는 14개 구로 절반 이상 높은 음주 문제를 가지고 있는 것으로 볼 수 있음.

그림47_ 서울시·자치구별 고위험 음주율



향후전망

고위험음주자를 위한 조기발견과 개입체계구축 및 강화가 필요하며 여성 등 특정계층에 적합한 고위험음주 예방정책이 필요함.

자료원

2011 지역사회 건강조사

Indicator 12 [신규]

서울시민 우울감 경험률

필요성

우울증은 전 세계 질병부담에서 3위를 차지하는 질환이자 자살을 비롯한 장애를 유발하는 주요 원인의 하나로 일반인구와 위험인구를 대상으로 한 예방사업이 필요함.

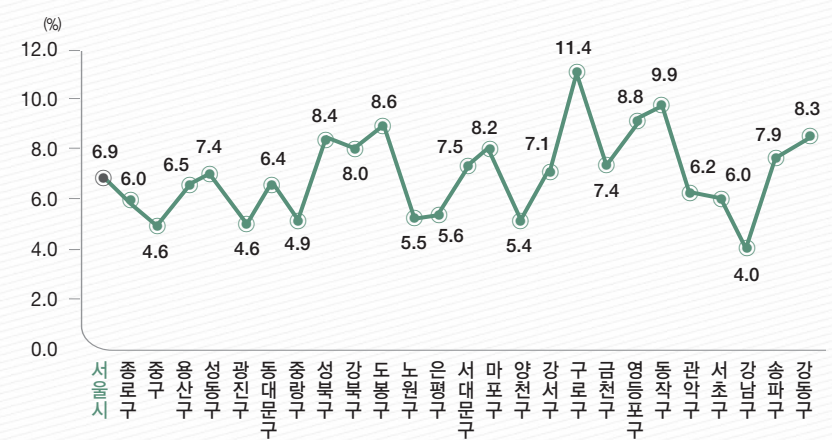
지표설명

- 서울시민의 우울감 경험 수준 파악
- 관련 질문에 긍정 응답을 한 사람의 비율
- 분자 : 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감을 경험한 사람의 수 × 100
- 분모 : 19세 이상 서울시민

지표해석

- 2011년 서울시 우울감 경험률은 6.9%로 16개 시도 중 1위를 차지하고 있음.
- 시군구별 우울감 경험률은 최소 0.4%에서 최대 11.4%까지 분포되어 있었으며, 상위 10개 지역 중 서울시는 4개구(구로구, 동작구, 영등포구, 도봉구)가 포함되어 있음.

그림48_ 서울시·자치구별 우울감 경험률



향후전망

우울은 자살과 밀접한 연관이 있다는 다수의 연구 결과를 고려해볼 때, 16개 시도 중 우울감 경험률이 가장 높은 서울시의 경우 우울 수준을 감소시킬 수 있는 예방, 조기발견 및 집중적 치료를 포함한 포괄적 정책방안이 필요하다고 보여짐.

자료원

2011 지역사회 건강조사

Indicator 13 [신규]

서울시민 스트레스 인지율

Level

■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

스트레스는 신체 및 정신질환과 높은 관련성을 보이고 있어 적극적 대처가 요구됨.

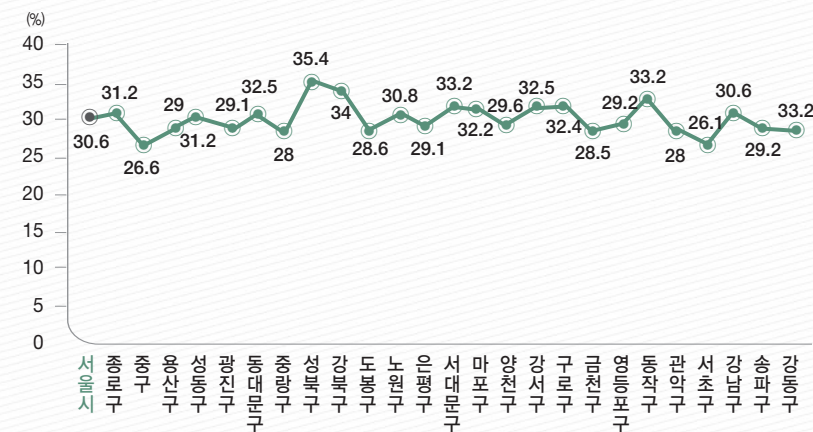
지표설명

- 서울시민의 스트레스 수준 정도
- 관련질문에 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람의 비율
 - 분자 : 평소 일상생활 중 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느낀다'에 응답한 사람의 수×100
 - 분모 : 19세 이상 서울시민

지표해석

- 2011년 시군구별 스트레스 인지율은 최소 10.9%에서 최대 36.6%까지 분포되어 있었으며, 서울시의 경우 30.6%로 2010년 29.5% 대비 1.1%p 증가함.
- 성별 현황을 살펴보면, 남성 30.7%, 여성 30.6%로 큰 차이가 없었으나 연령대에 있어서는 50대를 전후하여 차이를 보였음. 10대에서 40대까지는 약 33.5% 정도 수준이나 50대 이상에서는 약 26% 수준 정도로 나타났음.
- 구별 스트레스 인지율을 비교해본 결과, 서초구가 26.1%로 가장 낮게 나타난 반면, 성북구가 35.4%로 가장 높게 나타났음.

그림49_ 서울시·자치구별 스트레스 인지율



향후전망

스트레스 수준이 높을수록 정신질환의 발병률이 높다는 연구에 따르면, 증가추세에 있는 서울시민의 스트레스 정도는 심각수준으로써 이를 효과적으로 대처하고 조절해나가기 위한 적극적인 실천 방안 마련이 요구됨.

자료원

2011 지역사회 건강조사

Indicator 14

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.

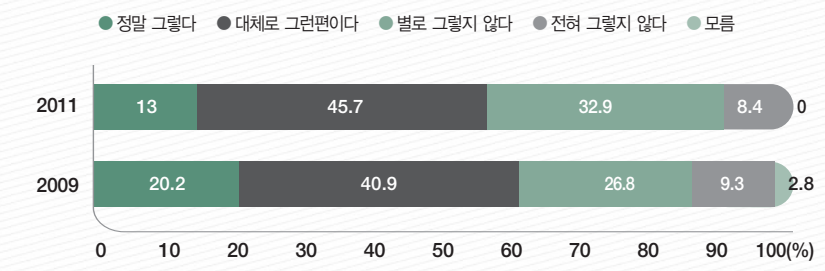
지표설명

- 정신질환자에 대한 지역사회의 수용 여부
- 서울시에 거주하는 만 15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 관련 질문에 '대체로 그런 편이다', '정말 그렇다' 의 긍정 응답을 한 사람의 비율
 - 분자 : 가까운 이웃에 정신질환자 관련 시설이 들어오는 것을 받아들일 수 있다고 응답한 사람×100
 - 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울시민 1,000명

지표해석

- '가까운 이웃에 정신질환자 관련시설이 들어오는 것을 받아들일 수 있다'라는 질문에 58.7%가 긍정의 응답을 하였으며, 2009년 61.1%에 비해 2.4%p 감소하였음.
- 사회적으로 바람직한 응답에 대한 동조현상을 고려하여 강한 응답 비율이 실제 수용도를 반영한다고 볼 때, 2009년 20.2%, 2011년 13%로 7.2%p 감소하여 지역사회에서 정신질환자 수용에 대한 부정적 인식이 다소 높아진 것을 알 수 있음.

그림50_ 정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도



향후전망

가까운 이웃에 정신질환자 관련 시설이 들어오는 것에 대한 긍정의 응답비율의 감소추세는 지역사회 복귀 및 적응생활에 부정적 영향을 줄 수 있는 요인으로 향후 인식개선을 위한 효과적 전략 수립과 실천이 필요함.

자료원

2011년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

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 3장 정신보건사업에 따른 지표

제 1 절 지역사회재활서비스

1. 정신재활 서비스

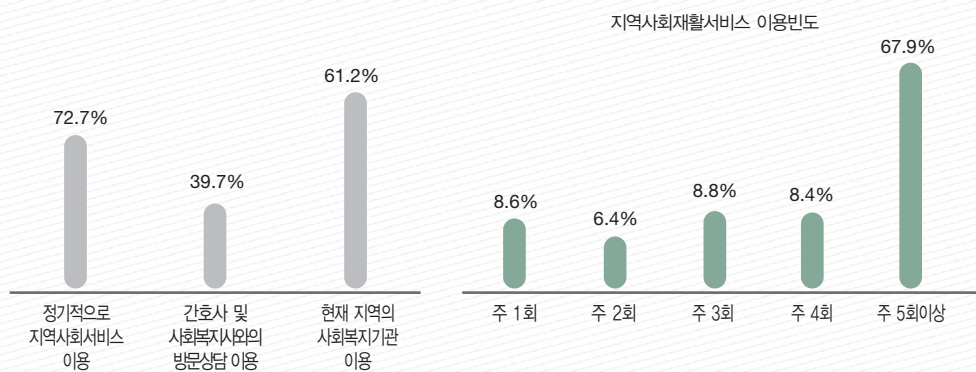
- 1995년 정신보건법 제정을 통해 점차 지역정신보건서비스 전달체계가 확립되었음. 사회의 구성원으로 생활하기 위해서는 정신건강관리와 사회적·직업적 재활을 원조하는 지역정신보건서비스, 사회보장서비스, 가족지원서비스 등이 필요함(국가인권위원회, 2008).
- 전국적으로 2011년 현재 지역사회재활서비스를 제공하는 기관은 정신건강증진센터, 알코올상담센터, 사회복귀시설, 낮병원으로 총 537여개가 운영되고 있음(중앙정신보건사업지원단, 2012).
- 지역사회 거주 정신장애인 중 재활서비스 이용자는 72.7%이며, 이 중 67.9%가 주 5회 이상 이용하고 있는 것으로 나타남. 또한 서비스 유형별 이용은 정신건강관리, 사회적응훈련, 여가활동훈련 순으로 나타남. 다만 주거서비스의 경우 미 이용률이 이용률보다 높게 나타났음(김문경·김이영, 2008).

표38_ 지역사회재활서비스 및 복지서비스 이용현황

서비스	이용상태	빈도(명)	비율(%)
현재 정기적으로 보건소/정신건강증진센터/사회복귀시설에 나가 재활프로그램에 참여하고 있다	예	509	72.7
	아니오	191	27.3
현재 보건소 또는 정신건강증진센터의 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

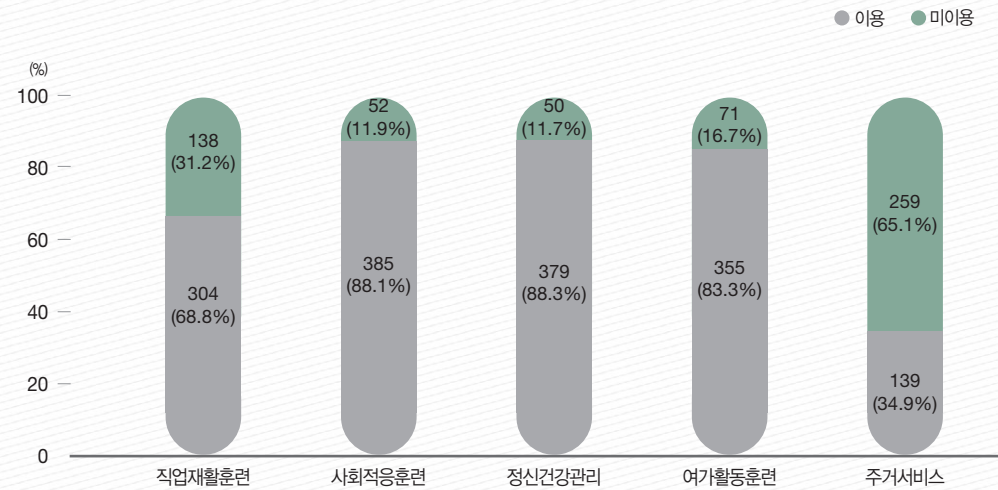
출처 : 김문경·김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구

그림51_ 정신건강관련 이용할 의향이 있는 서비스 종류(중복응답)



출처 : 김문경·김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구

그림52_ 지역사회재활서비스 유형에 따른 이용여부



출처 : 김문경·김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구

2. 지역사회 등록관리율

- 2011년 지역사회 중증정신질환자 추정수는 421,898명이며, 이 중 약 15.6%(65,506명)만이 지역사회에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타남.
- 지역사회 등록관리율은 2000년 2.38% 대비 2011년 15.53%로 약 6.5배 이상 증가하였으나, 전년대비 2.54%p 감소함.

표39_ 중증정신질환자 대비 등록관리율

(단위 : 명, %)

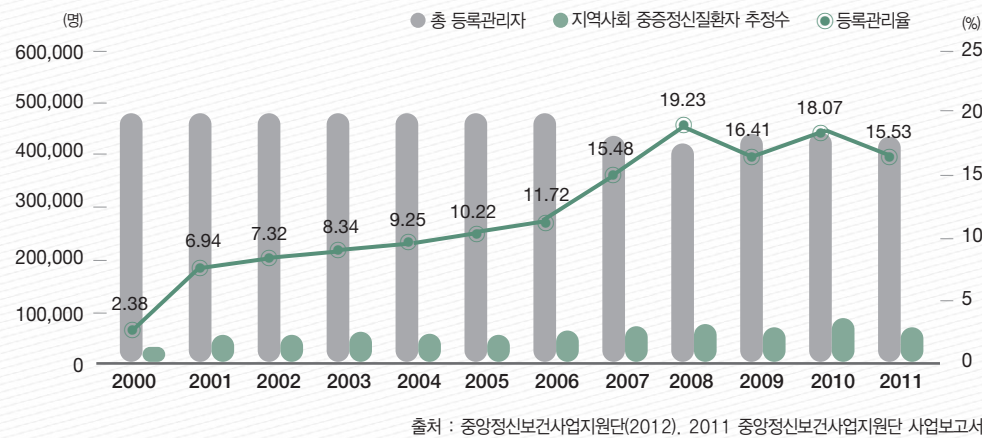
구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
지역사회 중증정신질환자 추정수(명) ¹⁾	470,030	473,370	476,345	479,190	481,916	482,862	484,903	422,348	416,285	421,716	425,519	421,898
기관종류별 등록관리자 수												
표준형 정신건강증진센터 ²⁾	9,502	10,740	12,713	15,951	17,246	20,236	26,101	32,898	56,231	46,265	51,121	46,012
기본형 정신건강증진센터	-	19,559	18,950	20,869	21,292	22,305	22,649	22,430	13,114	10,977	12,957	6,727
낮병원	557	695	848	728	806	879	954	1,045	1,114	1,717	1,547	1,317
사회복귀시설	1,124	1,866	2,378	2,268	3,347	3,916	4,500	4,914	5,324	5,437	6,146	5,974
알코올상담센터	-	-	-	-	1,504	2,035	2,635	4,088	4,272	4,810	5,103	5,476
노숙인 정신보건사업 ³⁾	-	-	-	152	118	-	-	-	-	-	-	-
총 등록관리자	11,183	32,860	34,889	39,968	44,313	49,371	56,839	65,375	80,055	69,206	76,874	65,506
등록관리율 ⁴⁾	2.38	6.94	7.32	8.34	9.25	10.22	11.72	15.48	19.23	16.41	18.07	15.53

주: 1) 지역사회 중증정신질환자 추정 수 = 1%-입원시설(정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설, 미인가 시설) 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 중증 정신질환자 추정수

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012), 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

제 3장 정신보건사업에 따른 지표

그림53_ 중증정신질환자 대비 등록관리율



3. 유형별 등록현황

- 2011년 등록자의 연령별 분포를 보면, 30-50대가 약 69.4%를 차지하고 있으며 사회 복귀시설의 경우 80.9%에 이를 정도로 비중이 높음.
- 65세 이상의 노년층 비중은 증가추세였으나, 2011년은 전년대비 39.1% 감소하였음. 노년층은 지역사회 정신보건시설 중 정신건강증진센터를 주로 이용하고 있는 것으로 나타남.
- 등록자의 진단별 분포는 조현병 대상자가 51.1%로 가장 많고 우울증 17.3%, 알코올중독 13.9% 순으로 나타남.

표40_ 등록자의 연령별 분포

	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	14,445	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
2010	75,327	88	156	5,706	13,567	20,202	14,516	4,108	16,879	115
2011	64,189	91	113	5,325	12,009	18,340	14,223	3,618	10,275	195
표준형센터	46,012	-	-	4,029	8,389	12,807	9,940	2,465	8,262	120
기본형센터	6,727	-	-	388	1,105	1,825	1,367	517	4,167	58
사회복귀시설	5,974	91	91	778	1,884	1,974	975	141	40	-
알코올상담센터	5,476	-	22	130	631	1,734	1,941	495	506	17

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

표41_ 등록자의 진단별 분포

(단위 : 명)

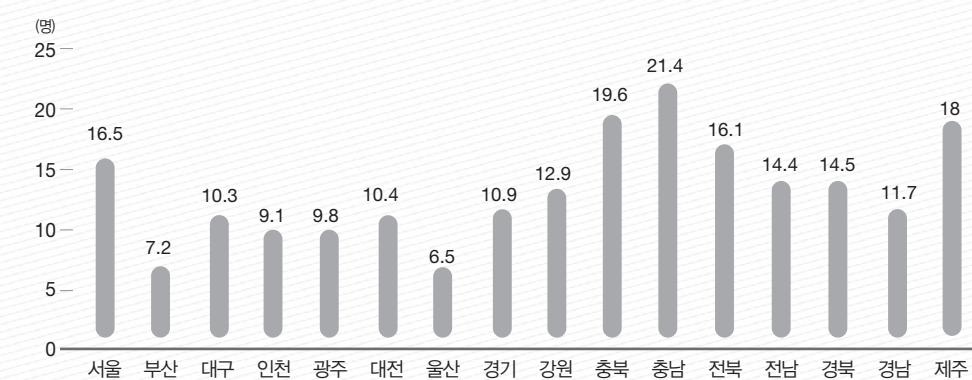
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
전체	10,626	32,165	33,244	37,047	41,160	48,492	55,985	64,330	78,941	67,489	75,327	64,189
조현병	5,833	14,950	15,877	17,890	19,079	22,202	23,856	25,384	33,141	34,264	35,555	32,823
조울증	526	1,170	1,408	1,594	1,747	1,957	2,491	2,779	3,215	3,566	3,671	3,563
알코올중독	494	2,094	2,216	2,234	4,102	4,764	5,238	6,762	7,217	8,317	9,110	8,901
우울증	692	1,022	1,119	1,331	1,619	2,023	2,699	3,296	6,143	7,114	9,428	11,088
정신지체	404	2,766	2,385	2,224	2,147	1,970	2,393	2,422	2,857	2,535	1,482	169
치매	980	5,586	5,832	6,659	6,887	8,151	12,541	12,533	12,963	6,746	10,685	1
신경증	144	473	349	437	434	432	645	651	644	693	666	821
간질	439	2,173	2,186	2,399	2,258	2,098	2,151	2,037	1,815	1,228	1,105	55
이동청소년질환	-	-	-	-	-	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	3,625	6,768

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

4. 서울시 지역사회 정신보건서비스 등록현황

- 우리나라 인구 1만 명당 지역사회 정신보건사업에 등록된 대상자는 12.9명으로 나타남.
- 서울시는 16.5명으로 16개 시도 중 4번째를 차지하고 있으며, 총 등록자 중 정신건강 증진센터에 등록된 대상자가 가장 많음.
- 인구 1만 명당 등록자수가 가장 많은 곳은 충남이며, 가장 적은 곳은 울산으로 나타남.

그림54_ 시도별 인구 1만 명당 등록자수 비교

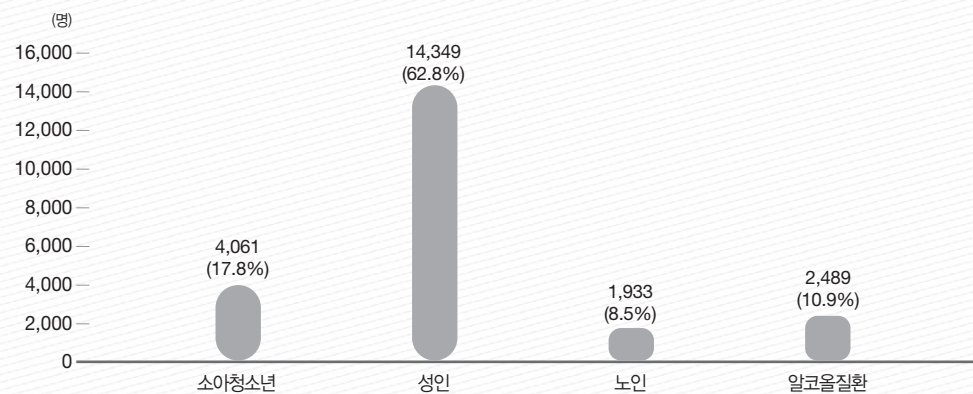


출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012). 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

제 3장 정신보건사업에 따른 지표

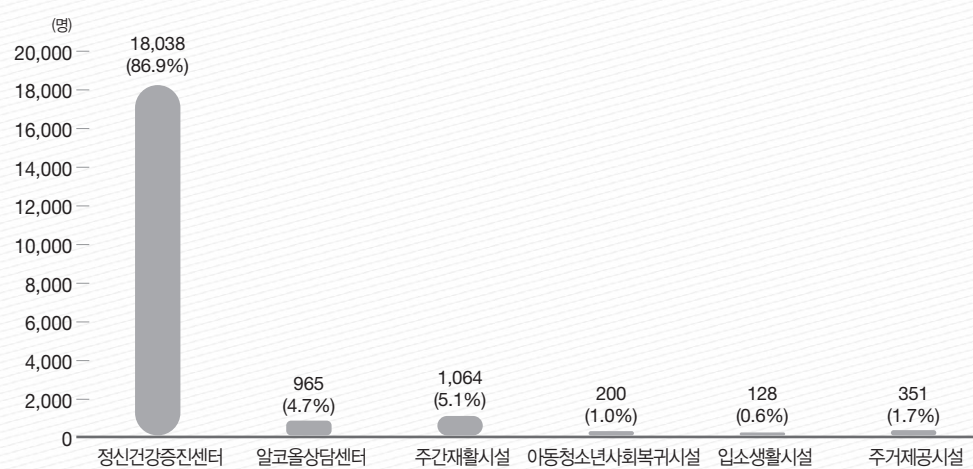
- 2011년 12월 말 기준, 서울시 지역정신보건시설에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 대상자는 총 22,832명으로 소아청소년 4,061명, 성인 14,349명, 노인 1,933명, 알코올질환 2,489명임.
- 기관별로는 정신건강증진센터 18,038명, 알코올상담센터 965명, 주간재활시설 1,064명, 아동청소년사회복지시설 200명, 입소생활시설 128명, 주거제공시설 351명이 등록되어 있음.
- 2011년 서울시 추계 중증정신질환자⁷⁾ 102,497명 중 18,038명(17.6%)이 정신건강증진센터에 등록되어 서비스를 받고 있는 것으로 나타남.
- 지역구 주민을 대상으로 포괄적인 서비스를 제공하는 정신건강증진센터의 등록률이 가장 높은 반면, 입소생활시설, 주거제공시설에서 상대적으로 낮게 나타남. 향후 다양한 사회문제 발생, 고령화 사회 등의 변화로 인해 대상군별 등록자의 비율이 비슷해진다고 볼 때, 전문화된 서비스 마련이 필요할 것으로 보임.

그림55_ 대상군별 등록 현황



출처 : 서울시정신보건통계

그림56_ 지역사회 정신보건시설 유형별 등록현황



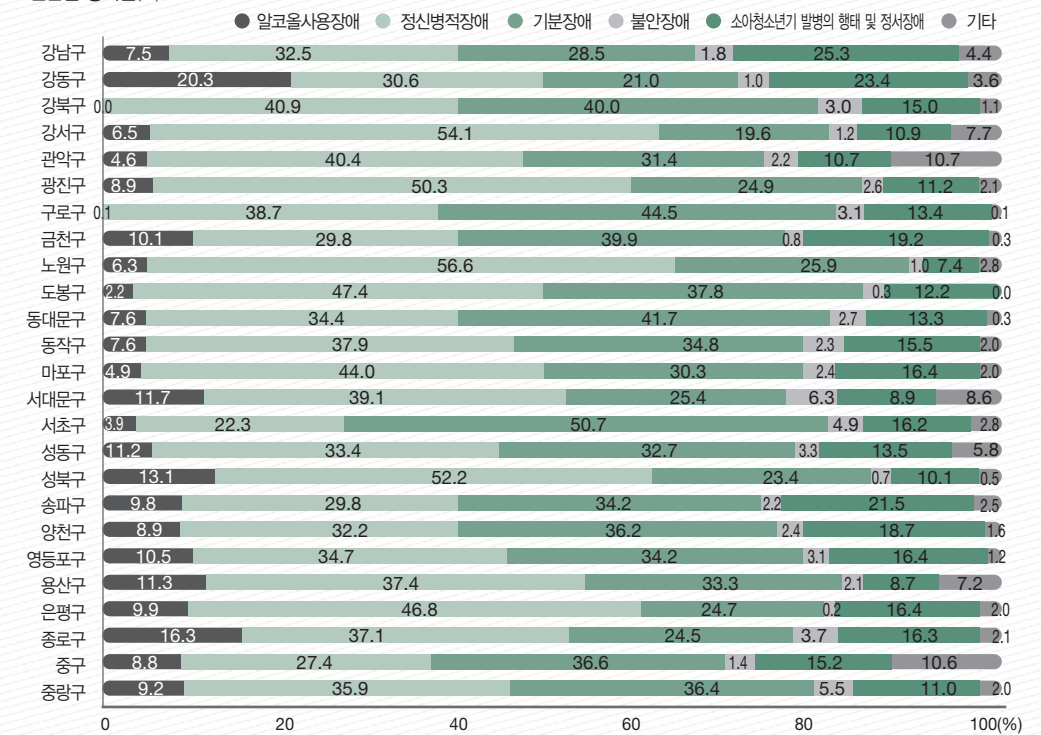
출처 : 서울시정신보건통계

7) 서울시 인구의 1% : 2011년 서울시 주민등록인구 10,249,679명

그림57_ 자치구별 정신건강증진센터 등록관리 대상자율



진단별 등록률(%)



출처 : 서울시정신보건통계

제 2절 직업재활

1. 장애등록 현황

- 2011년 우리나라 장애인등록자 수는 2,519,241명이며, 이중 정신장애인은 94,739명 (3.8%)으로 추계된 중증정신질환자⁸⁾ 507,343명의 18.7% 수준임.
- 2000년 대비 장애인 등록자 수는 163%, 정신장애인⁹⁾ 등록자 수는 302% 증가함.

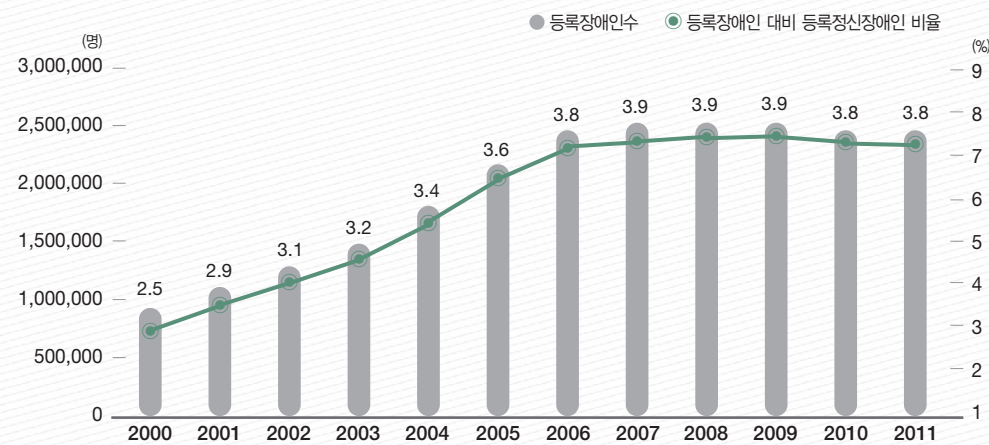
표42_ 연도별 장애인등록자 현황

(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	2,429,547	94,776	3.9
2010	2,517,312	95,821	3.8
2011	2,519,241	94,739	3.8

출처 : 보건복지부(2012). 2012 보건복지통계연보

그림58_ 장애인 등록 변화추이



출처 : 보건복지부(2012). 2012 보건복지통계연보

8) 우리나라 인구의 1% : 2011년 주민등록인구 50,734,284명

9) 정신장애인이란 정신분열병, 분열정동장애, 양극성정동장애(조울증), 반복성 우울장애 등의 4가지 중 한 가지 진단을 받은 정신질환자가 1년 이상 병을 지속적으로 치료할 하여야 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(이금진, 2003).
- 정신장애인에게 직업은 지역사회와 통합을 이루는 과정인 동시에 지역사회에 성공적으로 적응하기 위한 기반이 된다고 볼 수 있음.

2) 경제활동 상태

- 15세 이상 장애인의 경제활동참가율¹⁰⁾은 38.5%로 2008년의 41.1%에 비해 2.6%p 감소하였으며, 인구대비 취업자의 비율은 2011년 35.5%로 2008년보다 2.2%p 감소함.
- 장애인 실업률은 7.8%로 2011년 5월 통계청 기준 전체 실업률 3.2%에 비해 약 2배 이상 높은 수준으로 통계청의 ILO 기준으로 보면 장애인 실업자 수는 76,000여명으로 추정함.

표43_ 성별 취업 인구 및 취업률

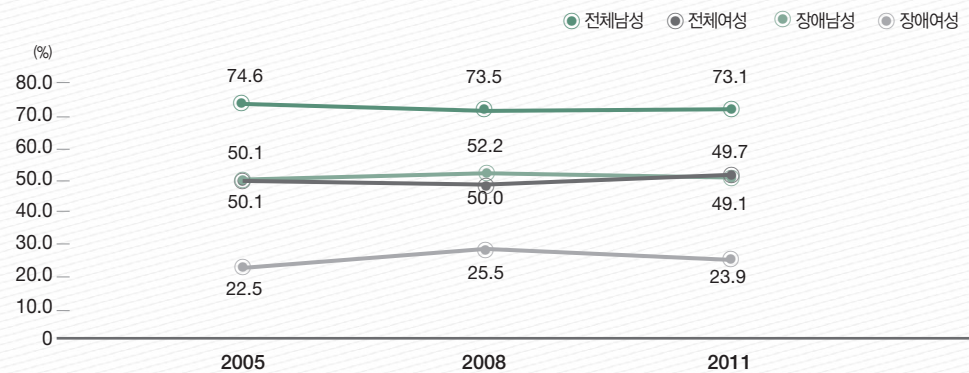
(단위 : 명, %)

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제활동 인구	경제활동 참가율	취업률	실업률	인구대비 취업자 비율
		계	취업	실업					
남성	1,467,812	721,267	657,852	63,415	746,545	49.14	91.21	8.79	44.82
여성	1,072,473	256,321	243,653	12,668	816,152	23.90	95.06	4.94	22.72
계	2,540,285	977,588	901,505	76,083	1,562,697	38.48	92.22	7.78	35.49

출처 : 김성희 외(2011a). 2011 장애인실태조사

- 2011년 우리나라의 경제활동참가율은 남성 73.1%, 여성 49.7%로 2008년 대비 남녀 모두 소폭 감소하였고, 장애가 있는 남성과 여성도 모두 2008년 대비 소폭 감소하였으며 장애 여성의 경우 23.9%로 여전히 장애 남성(49.1%)의 절반 수준임.

그림59_ 장애인 및 전체인구의 경제활동참가율



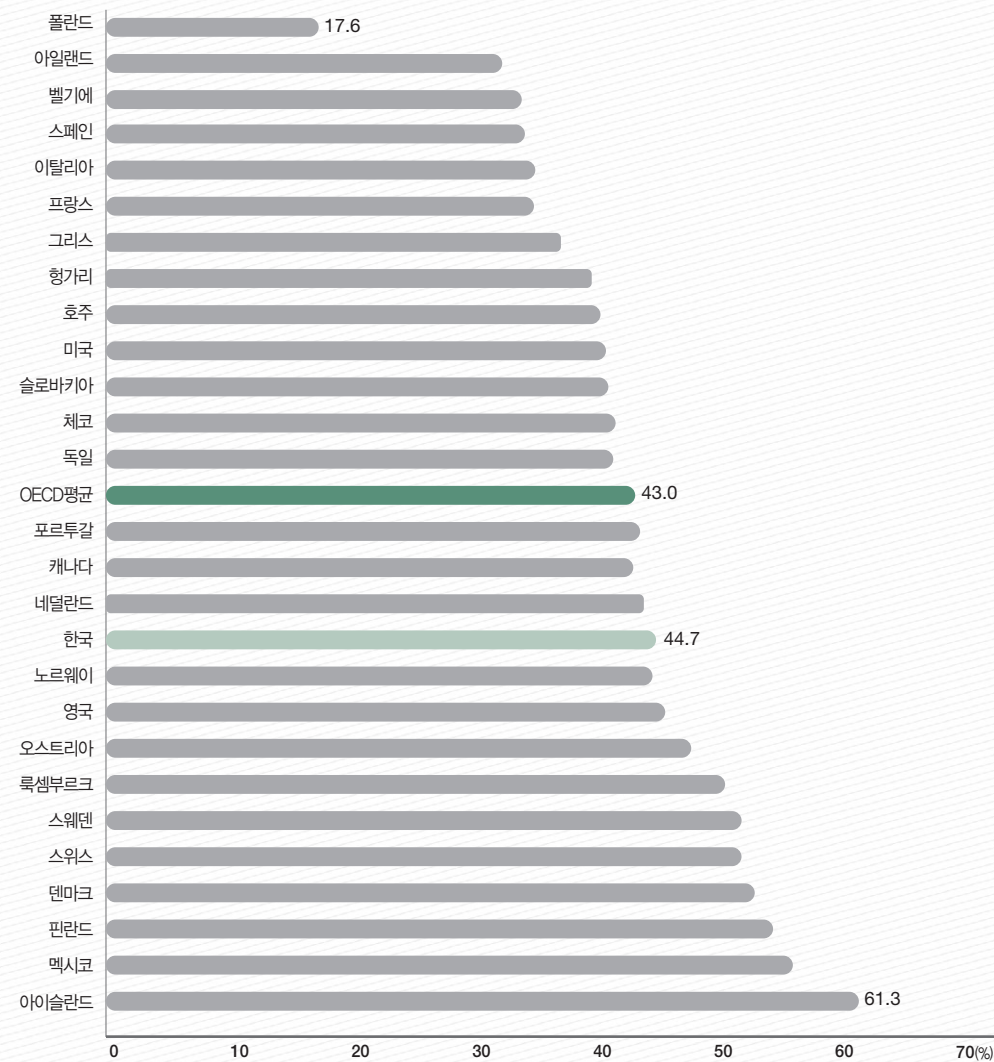
출처 : 김성희 외(2011a). 2011 장애인실태조사

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

3) 장애인 고용률

- 우리나라 장애인 고용률은 44.7%로 OECD 평균인 43.0%보다 높으며, 미국(39.9%), 프랑스(36.3%), 이탈리아(36.0%) 등 유럽 선진국에 비해서도 높은 것으로 나타남.
- 우리나라는 1995년 43.9%였던 고용률이 2005년 44.7%로 0.8%p 상승하여 OECD 평균이 1990년대 43.3%에서 2005년 43.0%로 0.3% 하락한 것과 비교했을 때 고무적임.
- 우리나라와 같이 장애인 고용률이 상승한 국가는 영국('98. 38.0% → '06. 45.3%), 이탈리아('95. 34.9% → '05. 36.0%), 네덜란드('95. 40.2% → '06. 44.5%) 등 10개국이며, 장애인 고용률이 하락한 국가는 미국('96. 40.4% → '04. 39.9%), 스웨덴('97. 54.6% → '05. 51.9%), 노르웨이('00. 47.1% → '05. 44.7%) 등 11개국임.

그림60_ 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

- 우리나라 장애인 고용비율은 2009년 정부부문이 1.97%, 민간부문 1.86%로 매년 꾸준히 증가하나 아직까지 법정 의무고용률인 3.0%와 2.3%에 모두 미치지 못하는 것으로 나타났음(한국보건사회연구원, 2011).
- 우리나라의 2007년 기준 전체 장애인복지 예산 중 고용·직업재활서비스 지출 비중은 4%를 약간 상회하여 OECD 국가 중 12번째로 비중이 높았으나, GDP 대비 고용·직업재활서비스 지출 비중은 0.1%에 못 미치는 최하위 수준으로 나타났음(김성희 외, 2011b).

4) 정신장애인 취업률

- 전체 장애인의 인구대비 취업률은 2011년 35.49%로 2008년 대비 2.18% 감소함.
- 정신장애인의 취업률은 2000년 10%, 2005년 15.9%로 상승하였으나 2008년 9.9%로 소폭 하향하였음. 2011년은 11.1%로 전년대비 1.2%p 상승함.
- 심장장애, 지체장애, 시각장애의 취업률은 40% 정도로 높은 반면, 자폐성 장애와 호흡기 장애는 2.19%, 6.26%으로 상대적으로 낮게 나타나고 있음.

표44_ 장애유형별 취업률

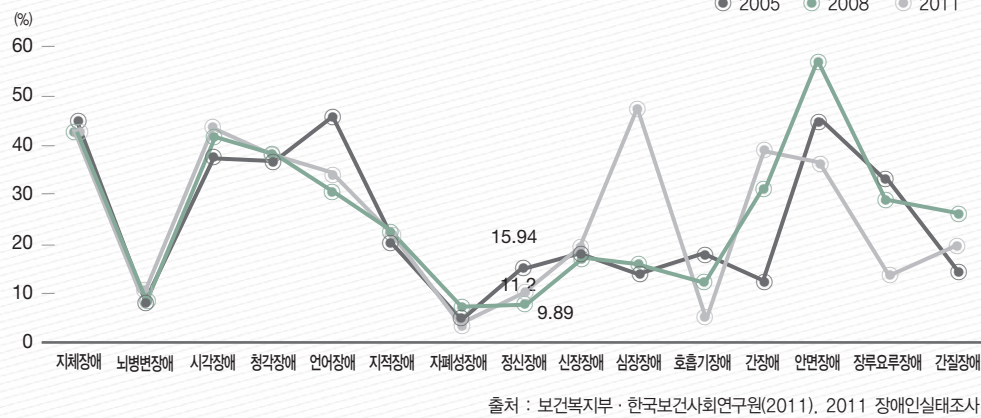
(단위 : 명, %)

연도	2000			2005			2008			2011		
	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률	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	1,319,279	579,872	43.95
뇌병변장애	209,485	15,143	7.2	255,928	22,257	8.70	211,976	23,745	11.20	305,310	34,372	11.26
시각장애	175,742	80,222	45.6	216,809	83,770	38.64	217,306	89,384	41.13	252,075	106,300	42.17
청각장애	143,924	58,381	40.6	224,079	81,452	36.35	203,067	80,778	39.78	275,728	104,049	37.74
언어장애	23,359	9,326	39.9	17,097	7,959	46.55	14,024	4,266	30.42	18,259	6,511	35.66
자적장애	67,821	14,746	21.7	90,615	18,973	20.94	107,359	24,122	22.47	122,862	27,807	22.63
자폐성장애	-	-	-	7,303	421	5.76	4,044	354	8.75	6,655	146	2.19
정신장애	50,069	5,009	10.0	77,180	12,302	15.94	84,552	8,358	9.89	103,893	11,549	11.12
신장장애	25,149	5,701	22.7	40,286	8,037	19.95	48,283	9,331	19.33	58,284	11,703	20.08
심장장애	42,402	8,017	18.9	39,754	5,954	14.98	13,771	2,808	20.39	16,041	7,575	47.22
호흡기장애	-	-	-	29,953	5,912	19.74	14,393	2,387	16.58	19,043	1,193	6.26
간장애	-	-	-	13,069	1,525	11.67	6,249	1,871	29.94	9,223	3,396	36.82
안면장애	-	-	-	3,987	1,757	44.07	2,071	1,171	56.54	2,355	842	35.75
장루요루장애	-	-	-	15,466	5,146	33.27	11,280	3,490	30.94	16,705	3,005	17.99
간질장애	-	-	-	14,151	2,071	14.64	8,698	2,361	27.14	14,572	3,184	21.85
계	1,331,486	455,729	34.2	2,036,788	694,955	34.12	2,071,597	780,055	37.65	2,540,284	901,504	35.49

출처 : 김성희 외(2011a). 2011 장애인실태조사

제 3장 정신보건사업에 따른 지표

그림61_ 장애유형별 취업률



5) 정신장애인 고용현황

- 2011 장애인실태조사에 의하면, 취업장애인의 사업체에서 주된 활동영역은 제조업 17.4%, 농업·임업·어업 12.9%, 도매·소매업 11.2%, 건설업 8.6%임. 정신장애인은 보건업·사회복지서비스업 27.0%, 농업·임업·어업 24.4%, 제조업 22.3% 순으로 나타나고 있음.
- 취업 정신장애인의 직장에서 직무는 단순노무종사자가 69.8%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 농림어업종사자 13.5%, 서비스종사자 7.4% 순으로 나타남.
- 취업 정신장애인의 직장에서 지위는 일용근로자 31.7%, 임시근로자 23.8%로 안정적인 고용환경을 갖고 있지 못함.

표45_ 취업장애인의 직무유형

(단위 : %, 명)

구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	지적장애	자폐성장애	정신장애	신장장애	심장장애	호흡기장애	간장애	안면장애	장루요루장애	간질장애	전체
관리자	4.5	7.9	3.9	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	2.3	0.0	0.0	7.7	0.0	4.1	0.0	4.1
전문가종사자	5.7	13.0	13.7	4.7	0.0	3.1	0.0	2.0	27.9	22.0	14.4	9.9	0.0	0.0	17.5	7.1
사무종사자	7.0	13.3	5.5	2.5	0.0	0.0	0.0	0.9	16.7	18.6	0.0	11.5	0.0	19.6	18.9	6.5
서비스종사자	6.8	9.0	8.2	4.6	0.0	0.0	50.0	7.4	7.9	10.3	0.0	38.2	87.3	0.0	26.1	6.8
판매종사자	10.0	4.4	4.2	5.5	10.7	3.2	0.0	0.0	17.2	0.0	0.0	14.1	0.0	6.6	7.9	8.2
농림어업종사자	12.1	9.4	10.3	19.5	2.0	3.4	0.0	13.5	1.2	24.7	16.8	10.9	0.0	17.2	0.0	12.2
기능원 및 장치기계조작	14.3	4.3	12.5	11.9	11.1	1.9	0.0	0.0	1.7	4.1	0.0	0.0	4.9	9.1	0.0	12.5
조립종사자	14.6	7.9	4.3	13.8	27.3	4.4	0.0	6.4	11.2	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	6.8	12.4
단순노무종사자	25.0	30.8	37.5	34.5	48.8	84.0	50.0	69.8	7.9	20.3	68.7	7.7	7.8	40.4	23.0	30.1
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	579,873	34,372	106,300	104,047	6,512	27,808	146	11,550	11,702	7,575	1,193	3,395	841	3,005	3,185	901,504

출처 : 김성희 외(2011a), 2011 장애인실태조사

3. 정신장애인 소득

- OECD 주요국가의 장애인 소득 구성비의 평균을 살펴보면, 근로소득은 54.9%, 사적소득은 4.0%, 공적급여는 41.1%임.
- 반면 우리나라의 경우 근로소득의 비중은 높고, 공적 급여의 비중은 낮아 장애인의 취업 활동과 급여가 중요함을 시사함.

그림62_ OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비



- 장애인 소득보장 영역의 경우, 모든 지표에서 OECD 국가와 비교할 때 우리나라의 수준은 매우 낮음. 비장애인 대비 장애인 소득 비중의 경우, 2000년대 중반 우리나라 장애인의 월평균소득은 전체 국민 평균 소득보다 20% 정도 낮았으며, 이는 OECD 국가 평균(15%)보다 더 낮은 수준임(김성희 외, 2011b).
- GDP 대비 장애급여 지출 비중의 경우, 2005년 기준 우리나라의 GDP 대비 장애급여 지출 비중은 0.1%로서 이는 2005년 기준 OECD 국가 평균인 1.3%에 비해 매우 낮은 수준임(김성희 외, 2011b).
- 장애급여 수급률의 경우, 2007년 기준 우리나라의 근로가능연령대(20~64세) 인구 중 장애급여를 수급하고 있는 비율은 OECD국가 평균인 6%에 크게 못 미치는 2% 미만으로서 멕시코를 제외하고는 가장 낮았으나, 1990년대 중반과 비교할 때 가장 높은 증가율을 기록함(김성희 외, 2011b).

제 3장 정신보건사업에 따른 지표

그림63_ 취업장애인의 임금수준

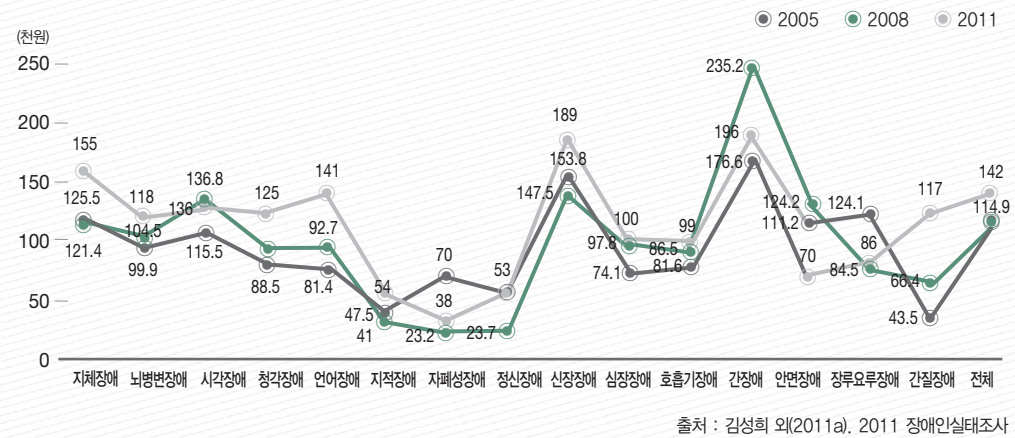


표46_ 취업장애인의 주당 평균 근무시간, 월 평균 수입, 평균 근무기간

(단위: 시간, 만원, 개월)

구분	주당 평균 근무시간*	월 평균 수입*	평균근속기간		
			전체	임근근로	비임근근로
지체장애	43	155	116	68	211
뇌병변장애	40	118	106	63	221
시각장애	41	136	98	68	192
청각장애	41	125	129	68	257
언어장애	53	141	85	39	119
지적장애	39	54	38	32	78
자폐성장애	35	38	11	11	0
정신장애	31	53	58	36	123
신장장애	39	189	127	103	168
심장장애	38	100	173	58	553
호흡기장애	44	99	83	7	202
간장애	38	196	144	171	85
안면장애	21	70	58	8	66
장루 요루장애	29	86	203	202	207
간질장애	47	117	15	9	49
전체	42	142	112	67	212

* 임금근로자 기준
출처 : 김성희 외(2011a), 2011 장애인실태조사

- 2011년 취업장애인의 임금수준은 월 평균 142만원으로 2008년 115만 6천원에 비해 소폭 상승하였고, 정신장애인의 월 평균 임금도 2008년 23만 7천원에서 53만원으로 증가하였음.
- 장애유형별로, 간장애의 월 평균 소득이 196만원으로 가장 높았던 반면, 정신장애는 53만원으로 낮은 임금수준을 보이고 있음.
- 취업장애인의 평균근속기간은 112개월로 약 9년 이상인 것으로 나타났으며, 주당 평균 근무시간은 42시간, 월 평균 수입은 142만원임.
- 평균근속기간은 장루·요루장애가 203개월로 가장 긴 반면, 자폐성장애는 11개월로 가장 짧게 나타났으며, 월평균 수입은 간장애가 196만원으로 가장 많았음.
- 정신장애의 경우 평균근속기간은 58개월, 주당 평균근무시간은 31시간, 월 평균수입은 53만원으로 나타남.

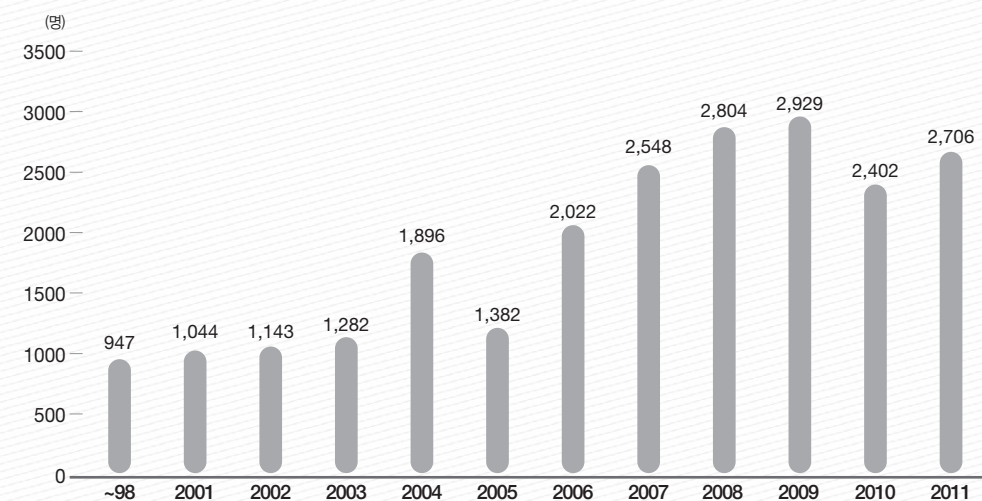
제 3 절 이주민 정신건강

1. 북한이탈주민

1) 현황

- 1994년 김일성 사망 이후 북한이탈주민이 기하급수적으로 증가추세에 있으며 통일부에 의하면 2011년 북한이탈주민은 2,706명으로 전년대비 12.7% 상승하였음.

그림64_ 북한이탈주민 입국자수



출처: 통일부

- 연령별 입국 현황을 살펴보면, 20대와 30대가 약 58%를 차지하고 있으며, 소아청소년도 약 15%로 적지 않은 비중을 차지하고 있음.
- 북한이탈주민의 과반수 이상이 서울(28%)과 경기(27%) 지역에 거주하고 있어 원만한 적응을 위한 다양한 프로그램과 서비스가 필요함.

그림65_ 북한이탈주민의 연령별 지역별 현황

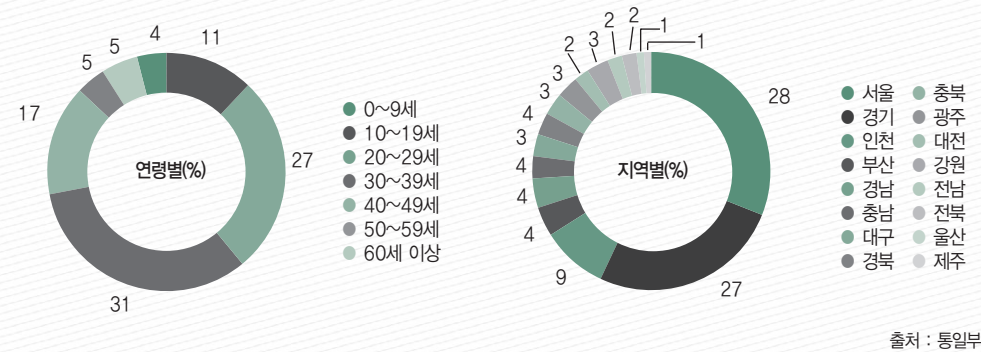


표47_ 연령별 입국현황(1948. 01 ~ 2011. 12 입국자 기준)

구분	0~9세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60세 이상	계
누계(명)	884	2,573	6,150	7,247	3,940	1,213	1,098	23,105
비율(%)	3.8	11.1	26.6	31.4	17.1	5.2	4.8	100.0

출처 : 북한이탈주민지원재단(2012), 2012 북한이탈주민 실태조사

표48_ 지자체별 거주현황(100인 이상 거주지/ 2011.12.31 기준)

(단위 : 명)

지역	서울	경기	인천	부산	경남	충남	대구	경북	충북
인원	5,878	5,579	1,903	859	756	800	660	767	674
지역	광주	대전	강원	전남	전북	울산	제주	계	
인원	561	442	530	456	414	263	140	20,682	

출처 : 경기도가족여성연구원(2012), 경기도 북한이탈주민 성별 현황 2011 행정안전부 내부자료

2) 북한이탈주민들의 정신건강문제

- 북한 이탈주민들은 북한에서 사는 동안 또는 탈북과정에서 충격적인 경험을 하였고, 그로 인해 발생한 정신적인 스트레스로 어려움을 겪고 있는 사람이 많음(전우택, 2000).
- 유정자(2006) 연구에 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(유정자, 2006).

- 김연의·전우택·조영아(2010)에 의하면 남한 거주 후 1년이 지난 정착초기의 북한이탈주민 중 조사응답자의 약 5%가 외상 후 스트레스 장애, 48%가 우울 및 불안의 유병율을 보였다고 함.

표49_ 북한이탈자와 남한 측의 CES-D와 로사검사에서 주된 우울감 관련 지표의 차이 검증³⁵⁾

		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

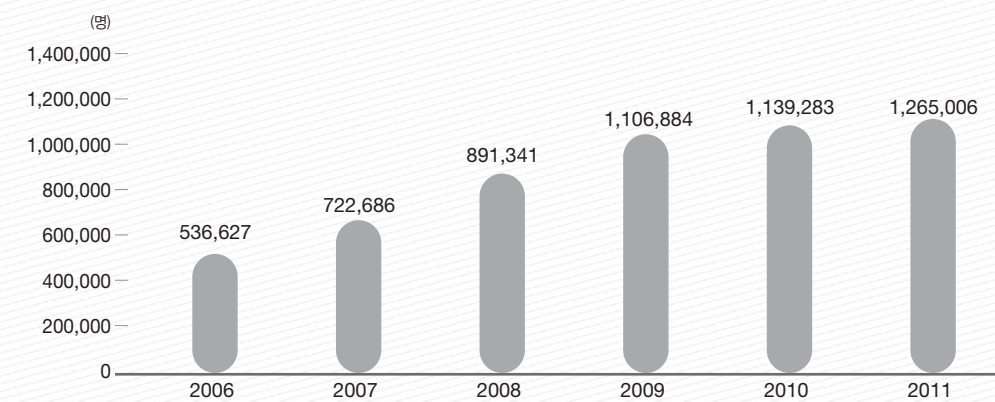
출처 : 김중남·최윤경·채정민(2008), CES-D와 로사검사를 통해 본 북한이탈주민의 우울감

2. 외국인주민

1) 현황

- 행정안전부에 따르면 2011년 1월 기준 우리나라에 거주하고 있는 외국인인 1,265,006명으로 2009년 대비 14.3%로 증가함. 이는 주민등록인구 50,515,666명의 2.5%에 해당되며, 이중 한국 국적을 취득한 사람은 111,110명으로 전체 외국인주민의 8.8%에 불과함.

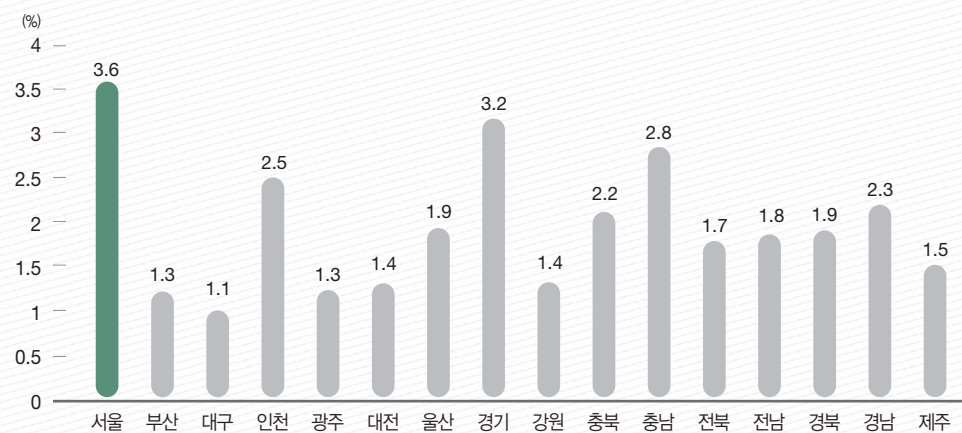
그림66_ 연도별 외국인주민 현황



출처 : 행정안전부(2011), 외국인주민 현황

- 한국국적을 가지지 않은 외국인주민 중 과반수 이상을 차지하는 외국인근로자는 2011년 552,946명(55%)으로 2009년(575,657명) 대비 22,711명 감소하였고, 결혼 이민자는 2011년 141,654명(14%)으로 2009년(125,673명) 대비 15,981명 증가하였음.
- 시도별 외국인주민의 비율은 서울시가 3.6%로 가장 높고, 경기 3.2%, 충남 2.8%, 인천 2.5% 순으로 나타남.
- 외국인주민의 비율이 5%이상인 시군구는 16곳이며, 이중 37.5%가 서울시 소재 자치구에 거주하고 있음.

그림67_ 시도별 외국인주민 비율



출처 : 행정안전부(2011). 외국인주민 현황

표50_ 인구대비 외국인주민 비율 현황

(단위 : %)

구분	시군구(개)	5%이상	5%미만~4%이상	4%미만~3%이상	3%미만~2%이상	2%미만~0.7%이상	0.7% 미만
합계	230	16	10	24	55	122	3
서울	25	6	3	4	3	9	-
부산	16	1	-	-	1	12	2
대구	8	-	-	-	1	6	1
인천	10	1	-	2	3	4	-
광주	5	-	-	-	1	4	-
대전	5	-	-	-	1	4	-
울산	5	-	-	1	1	3	-
경기	31	5	3	7	6	10	-
강원	18	-	-	-	4	14	-
충북	12	2	-	-	5	5	-
충남	16	-	1	3	9	3	-
전북	14	-	-	1	6	7	-
전남	22	1	-	1	6	14	-
경북	23	-	1	2	4	16	-
경남	18	-	2	3	4	9	-
제주	2	-	-	-	-	2	-

출처 : 행정안전부(2011). 외국인주민 현황

2) 외국인주민 정신건강¹¹⁾

- 외국인주민의 약 50% 이상이 만성적 정신장애, 트라우마, 기타 정신건강문제를 보인다고 추산함.
- 의료공제회 활동 의료비 지원 질환별 분석 결과 정신과적문제가 전체 의료비 중 2%를 차지하고 있으며(한국이주노동자건강협회, 2007), 한국 적응과정에서 불면증, 우울증을 나타내는 사례가 많고 정신과질환 비율이 5%에 달한다고 함.
- 외국인주민 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), 직장따돌림(3.30), 우울(3.27)순으로 심각성이 나타나고 있음. 외국인주민 아동청소년은 학교괴롭힘(4.05), 지역사회괴롭힘(3.75), 가족관계(3.61) 순으로 나타남.
- 외국인주민 지원단체 실무자 정신건강서비스 요구도에서는 정신건강관련 정보제공(교육 훈련) 93%, 정신건강상담 90.9% 정신질환관련 치료 및 관리 83.8%, 정신질환 조기 발견 및 연계서비스, 81.2%, 현장접근서비스 77.9%, 정신과응급서비스 64.3% 순으로 필요한 것으로 인식하고 있었음.

표51 _ 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식

(단위 : %)

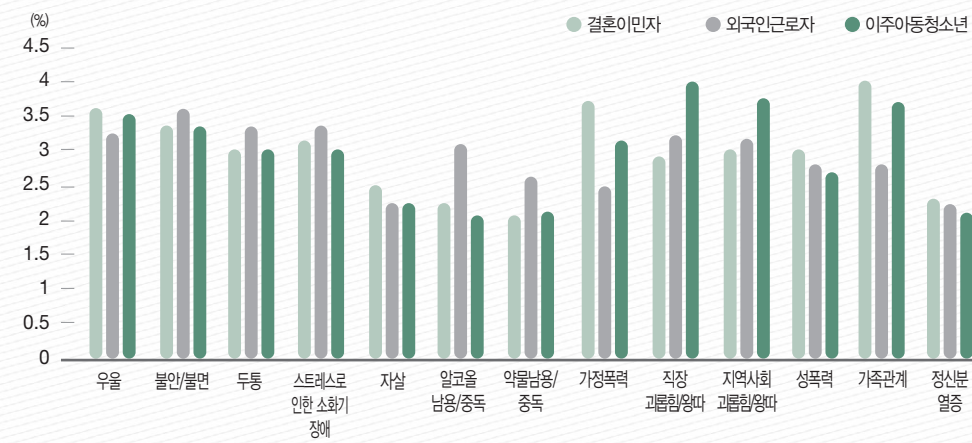
	결혼이민자	외국인근로자	외국인주민 아동청소년
우울	3.61	3.27	3.47
불안/불면	3.33	3.54	3.38
두통	3.1	3.3	2.92
스트레스로 인한 소화기장애	3.17	3.41	3.06
자살	2.54	2.37	2.39
알코올남용/중독	2.35	3.19	2.18
약물남용/중독	2.19	2.69	2.24
가정폭력	3.78	2.53	3.25
직장괴롭힘/왕따	2.92	3.3	4.05
지역사회괴롭힘/왕따	3.03	3.2	3.75
성폭력	3.05	2.76	2.61
가족관계	4.05	2.88	3.61
정신분열증	2.46	2.43	2.26

출처 : 백지은 외(2008). 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

11) 백지은 외(2008). 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구 p2~26

제 3장 정신보건사업에 따른 지표

그림68_정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식



출처 : 백지은 외(2008), 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

제 4 절 정신질환자 권익옹호

1. 권익옹호의 개념¹²⁾

- 정신장애인 권익옹호는 경미한 수준의 정신장애인의 욕구와 권리를 포함하는 것은 물론 더 나아가 모든 사람들의 정신보건 관련 욕구, 권리를 보장하는 것으로까지 그 개념의 범위가 확장되어짐.
- 옹호는 정신보건정책의 11가지 행동(방법들) 중 하나이며, 몇몇 나라에서는 옹호활동(운동)이 정신보건정책이나 법률에 실질적인 영향을 주고, 서비스 개선에서 중요한 힘으로 여겨짐.

2. 권익옹호의 외국사례¹³⁾

1) 브라질

- 권익 옹호 기관은 합법적인 기관으로 쌍파울루 대학교와 공중보건부(district) 간의 상호 협력적인 프로그램의 일부로서 심리사회적인 재활 프로그램과 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 일부로서, 베로나의 사회복지사는 소비자 중심의 사업을 진행함.

- 자조집단과 정신건강부는 연계하여 낙인(stigma)에 대한 프로그램을 시행하였고, 자주성을 증진하고, 주거, 직업, 사회 활동들과 여가 등에 대한 욕구가 실현될 수 있도록 지지함.

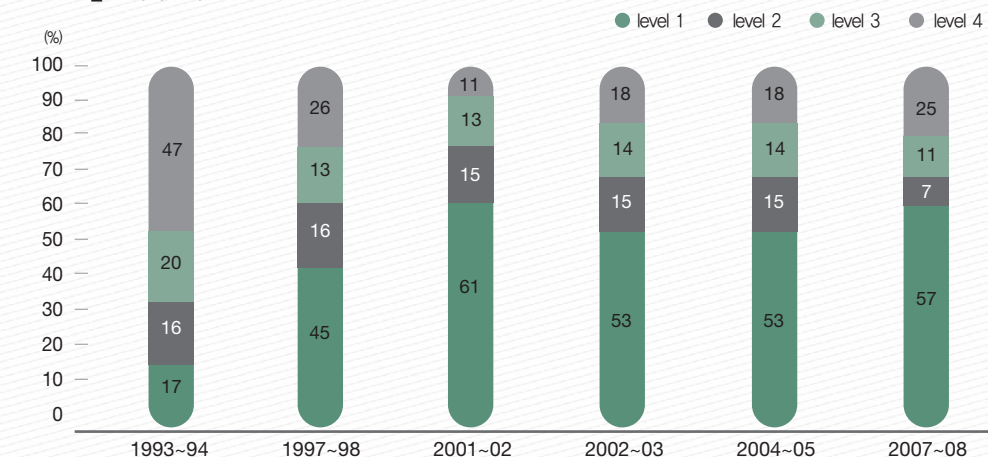
3) 호주

- 국가정신건강 5개년 계획(National Mental Health Strategy)에 대한 평가는 소비자와 정신보건 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
 - 정신건강 서비스들에서 소비자의 권리를 보호하기 위한 국가적 지침 발표
 - 정신건강의 이해를 증진하고 낙인을 줄이기 위한 대중매체를 활용한 국가 캠페인 창출

3. 소비자참여도

- 정신장애인들에 대한 회복패러다임 시각이 대두되면서 제공자 중심의 치료에서 소비자 중심의 서비스로 전환되고 있음. 이는 임파워먼트 이론에 입각하고 있으며, 인권, 옹호, 참여 등 소비자들이 직접 서비스를 계획하고 평가하도록 하고 있음.
- 소비자참여정도를 조사한 호주의 정신보건보고서를 살펴보면, 1993년~1994년에 비하여 2007~2008년에 소비자참여도가 높은 레벨 1이 약 3.4배 증가하였고 소비자참여도가 저조한 레벨 4는 약 1.9배 감소하여 점차 소비자참여가 증가하고 있음을 알 수 있음.

그림69_소비자참여도



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 참여하고 있음
 Level 4: 소비자 참여가 없거나 미비함

출처 : Australian Government, National mental health report 2002, 2005, 2007, 2010

12) 13) WHO(2003) Advocacy for mental health

- 2010년부터 서울시에서는 정신보건법시행규칙 제1조의3(지역정신보건사업계획의 수립 절차 등)에 근거하여 정책레벨에서의 소비자 참여의 기틀을 마련하기위해 기준이 되는 지표를 설정하고 모니터링하고 있으며 소비자들의 합리적 정책참여의 활성화를 위해 자치구에서 수행되고 있는 소비자 참여 현황을 파악하는 등 기초자료 수집을 진행하고 있음.
- 2010년 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.
- 2012년에는 2010년 소비자 참여지표를 재구성하여 서울시 자치구 보건소, 정신건강증진센터 및 사회복지시설의 소비자참여도를 조사함.
- 2012년 소비자 참여지표는 정보제공 및 수렴도, 소비자 요구도 조사 및 반영도, 소비자와 제공자의 연대정도, 소비자와 제공자의 파트너쉽의 4가지 영역으로 5레벨을 구성함.(Indicator 25 참조)

4. 소비자 만족도

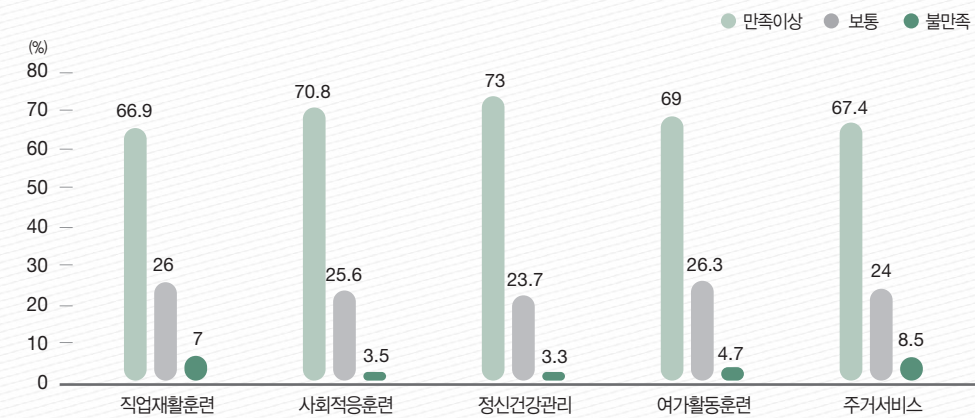
- 강상경·권태연(2006)은 지역사회재활서비스의 지속적 참여와 중단에 영향을 주는 중요한 요인을 소비자 만족도로 보았음.
- 2006년 중앙정신보건사업지원단에서 실시한 만족도 결과, 적절한 서비스를 제공받거나 만족한다고 대답하는 경우가 70~80%로 높게 나타남.
- 2011년 중앙정신보건사업지원단에서 실시한 대국민 정신질환 태도조사 결과 살고 있는 지역의 정신보건사업에 대해 34.7%가 만족하였고, 2009년(28.1%) 대비 6.6%p 증가함.
- 서울시 정신보건기관에 등록된 대상자들을 대상으로 실시한 조사에서는, 전체 대상자의 프로그램 만족도는 3.20 ± 0.72 , 서비스 적절성 3.13 ± 0.78 , 치료자 만족도 3.20 ± 0.76 , 역량강화 3.12 ± 0.80 로(4점 척도) 높게 나타남(서울시정신보건사업지원단, 2010).
- 또한 국가인권위원회의 재가정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구에 따르면, 지역사회재활서비스에 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.

표52_ 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: 중앙정신보건사업지원단(2007), 2006 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림70_ 지역사회재활서비스 유형에 따른 만족도



출처: 김문근·김이영(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(국가인권위원회, 2006).
- 영국의 경우 정신보건심판위원회를 정부 부처의 독립적인 사법기관으로, 법률전문가와 의료

전문가 그리고 지역사회를 대변하는 국민건강보험이나 복지기관에서 근무한 경력을 지닌 일반 시민들로 구성되어 정신장애인의 입원과 퇴원에 관한 결정을 내림(강상경 · 권태연, 2008).

- 우리나라는 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.
- 2008년 3월 개정된 정신보건법 제 27조에 의하여 시장·군수·구청장 소속으로 기초정신보건심의위원회를 설치·운영하게 되었고, 심의위원회 안에서 심판위원회를 구성하도록 하여 업무의 효율성을 높이하고자 하였음.

2. 정신보건심판위원회 퇴원심사 및 퇴원현황

- 2010년 1월부터 6월까지 의뢰된 퇴원청구건수는 39,865건이며, 이중 3.8%에 해당하는 1,513명만이 퇴원을 하였음.
- 퇴원환자의 비율은 2004년 2.2%에서 2007년 4.1%로 다소 증가하기는 하였으나 심판위원회를 통해 퇴원하는 환자의 비율은 여전히 낮은 편임.

표53_ 정신보건심판위원회 퇴원심사 청구 및 퇴원명령(환자) 현황

(단위 : 명, %)

	2004	2005	2006	2007	2008.6	2009.3-12	2010.1-6
퇴원청구건수	75,780	75,078	78,614	75,945	40,184	60,163	39,865
퇴원환자수	1,681	2,133	3,054	3,087	1,946	2,378	1,513
퇴원환자비율	2.2	2.8	3.9	4.1	4.8	4.0	3.8
서울	2.3	7.4	8.0	7.4	6.7	2.7	2.7
부산	1.0	0.9	1.4	1.0	1.1	3.0	1.6
대구	1.1	2.6	2.8	4.5	4.2	5.0	6.1
인천	0	0	0.9	7.7	11.4	9.3	7.7
광주	0.2	0	0	0.6	0.8	2.7	5.7
대전	1.2	1.2	0.6	0.7	0.2	1.0	0.9
울산	0.9	0.8	0.7	1.1	1.0	1.0	0.9
경기	1.5	2.9	3.9	4.2	3.5	3.7	3.7
강원	14.5	13.0	13.2	12.5	12.5	12.4	14.4
충북	1.9	4.5	7.8	9.4	6.9	10.7	6.3
충남	0.4	0.7	0.8	1.1	0.4	1.2	1.9
전북	11.4	12.2	12.9	11.4	10.9	7.2	6.7
전남	1.8	2.8	4.8	5.1	5.0	4.2	3.5
경북	5.2	5.6	7.9	9.3	15.0	6.8	7.6
경남	0.6	0.7	0.7	0.7	1.4	2.1	1.7
제주	0.4	0.9	1.0	0.5	0.0	0.0	0.4

출처 : 박종익 외(2008). 장기입원의 구조적 원인과 지속요인(2004~2008.6 자료)
울산대학교 건강증진사업지원단(2010). 정신질환자의 건강증진을 위한 4대 지침안 개발(2009~2010년 자료)

- 퇴원환자 비율의 연속성을 보기 위해 두 연구의 데이터를 함께 제시하였으나 연구시점과 퇴원환자 비율을 추정한 기간이 다름으로 해석상의 주의가 필요함.

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.

표54_ 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 : 정인원 외(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.

표55_ 서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황

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

출처 : 이명수 외(2008). 정신보건심판위원회 퇴원명령 대상자 추적조사

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 2011년 조사결과 평생유병률이 6.7%로 나타나 2006년 대비 1.1%가 증가한 것을 알 수 있음.
- 국민건강보험이 최근 5년간(2007~2011년)의 건강보험 진료비 지급자료를 분석한 결과, 우울증(F32, F33)으로 인한 건강보험 진료환자가 2007년 476,488명에서 2011년 535,385명(12.4%)으로 증가함.

표56_ 지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률

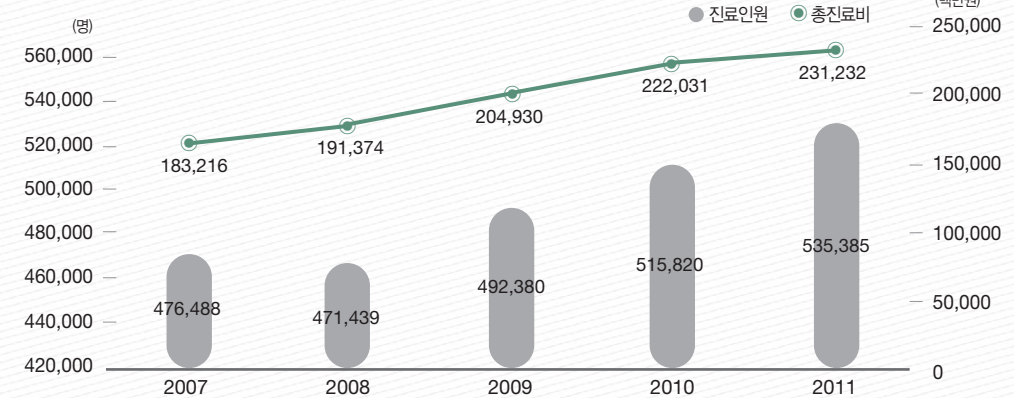
(단위 : %)

	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
한국전국(2011)	2.4	3.1	6.7	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 : 조맹제 외(2011), 2011년도 정신질환실태 역학조사

제 3장 정신보건사업에 따른 지표

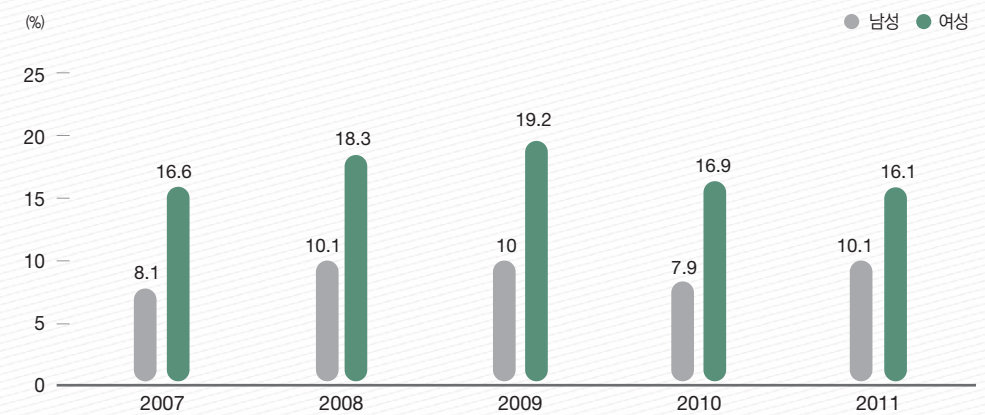
그림71_ 연도별 우울증 진료현황



출처 : 국민건강보험공단, 보도자료 2013.03

- 2011년 국민건강통계의 성별에 따른 우울증 경험률을 살펴보면 여성이 남성에 비해 6%p 높게 나타나고 있으며, 남성은 전년대비 2.2%p 증가함.

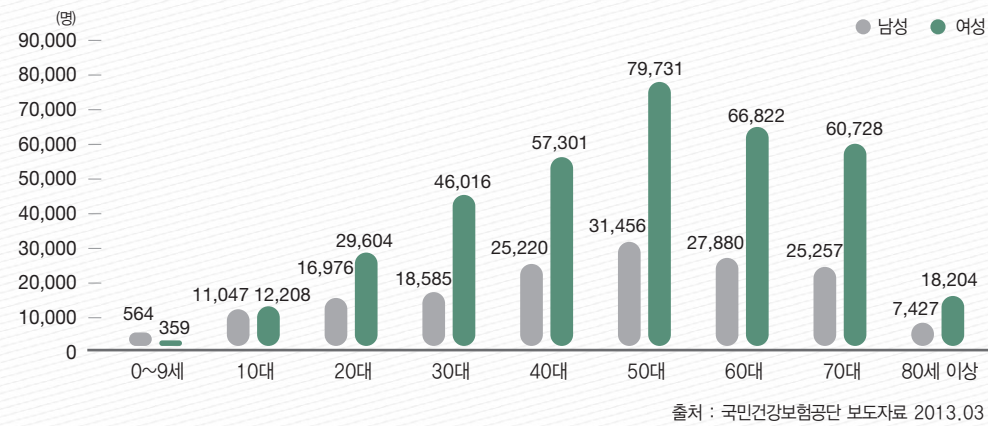
그림72_ 연도별 우울증 경험률 변화추이



출처 : 보건복지부·질병관리본부(2012), 2011 국민건강통계

- 국민건강보험의 최근 5년간 성별에 따른 우울증 진료인원을 보면 여성이 남성보다 약 2.3배 더 많았으나, 인구 10만 명당 연평균 증가율을 살펴보면 남성이 2.3%, 여성이 2.1%로 남성의 연평균 증가율이 더 높게 나타남.
- 연령별 우울증 진료환자수를 살펴보면, 40세 이상의 중년 및 고령층에서 주로 발생하고 있음. 2011년 50대가 20.8%로 가장 높았으며, 60대 17.7%, 70대 16.1%, 40대 15.4%로, 40대 이상의 연령대에서 전체의 74.8%를 차지하고 있음.

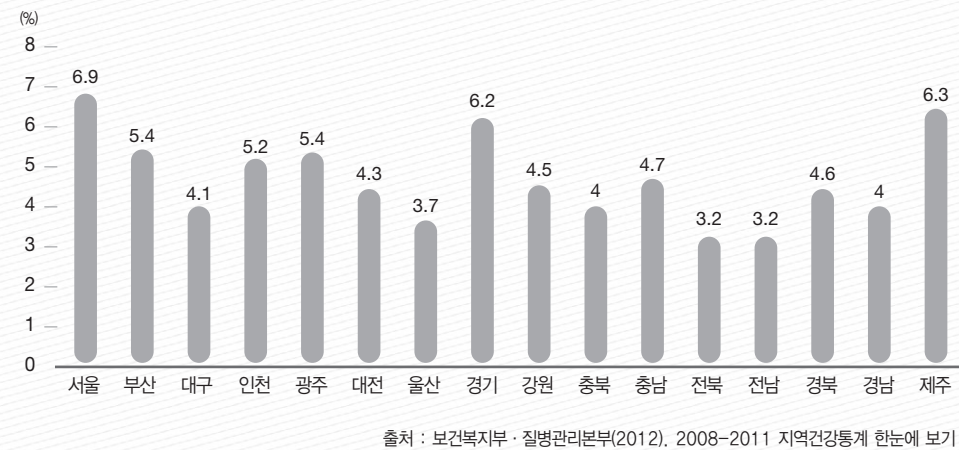
그림73_연령별, 성별 우울증 진료현황



2. 시도별 우울증 현황

- 2011 국민건강통계에 의하면 우리나라 19세 이상 국민 중 13.2%가 우울증상을 경험했으며, 남자(10.1%)에 비해 여자(16.1%)가 약 6%p 정도 높게 나타남.
- 지역건강통계의 시도별 우울감 경험률 분석 결과 서울시는 6.9%로 16개 시도 중 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 제주 6.3%, 경기 6.2% 순으로 높게 나타남.

그림74_ 시도별 우울증상 경험률



- 2011년 blutouch 홈페이지(blutouch.net)를 통해 우울증 자가검진을 실시한 인원은 76,336명으로 2009년 대비 약 3.2배 증가함. 검진 결과 21점 이상의 위험군이 58,067명(76.1%), 41점 이상의 고위험군 21,510명(28.2%)으로 나타남(서울시정신보건센터, 2012).
- 이 중 서울시에 거주하는 블루터치 회원 988명을 분석한 결과, 남성이 266명(26.9%), 여성이 722명(73.1%)으로 여성이 많았으며, 연령대는 30세 이상이 466명(47.2%)로 가장 높았고, 20~29세가 441명(44.7%), 20세 미만이 80명(8.1%)을 차지하고 있었음(서울시정신보건센터, 2012).

Indicator

Indicator 15	중증정신질환자 지역사회 등록관리율
Indicator 16	지역사회 등록정신질환자 자살사망률
Indicator 17	개별서비스계획 수립률
Indicator 18	삶의 질 향상률
Indicator 19	북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공건
Indicator 20	지역사회 생활유지율
Indicator 21	지역사회 등록회원의 장기재원 경험률
Indicator 22	전문요원 1인당 사례관리 부담률
Indicator 23	정신보건심판위원회 심사의뢰건
Indicator 24	정신보건심판위원회 퇴원명령률
Indicator 25	소비자참여도
Indicator 26	정신장애인 취업률
Indicator 27	정신장애인 등록률
Indicator 28	우울증에 대한 긍정적 인지도
Indicator 29	서울시민의 정신보건서비스 인지도

Indicator 15

중증정신질환자 지역사회 등록관리율

Level

■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

필요성

중증정신질환자들의 보호와 관리의 책임이 지역사회로 옮겨감에 따라, 증가되는 가족의 부담을 감소시키고 원만한 사회복귀를 지원하기 위한 지역사회 책임성 확보가 필요함.

지표설명

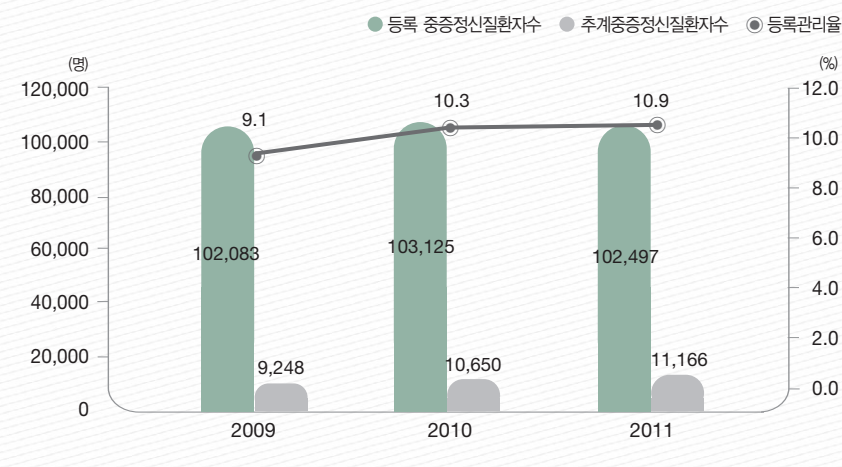
- 정신건강증진센터에 등록하여 서비스를 제공받은 경험이 있는 중증정신질환자 비율
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애
- 추계 중증정신질환자는 전 인구의 1%로 산정

- 분자 : 2011년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 수 × 100
- 분모 : 추계 중증정신질환자 수

지표해석

- 서울시 추계 중증정신질환자(102,497명) 중 2011년 동안 정신건강증진센터에서 서비스를 제공받은 중증정신질환자는 11,166명으로 약 10.9% 정도의 등록관리율을 보이고 있음.
- 2009년 9.1%에서 2011년 10.9%로 약 1.8%p 증가한 것으로 나타남.
- 2011년 동안 서울시 25개구 정신건강증진센터에 등록한 대상자는 총 26,738명(중복 대상자 제외)이며, 이중 중증정신질환자는 11,166명으로 약 42%의 비중을 차지하고 있음.

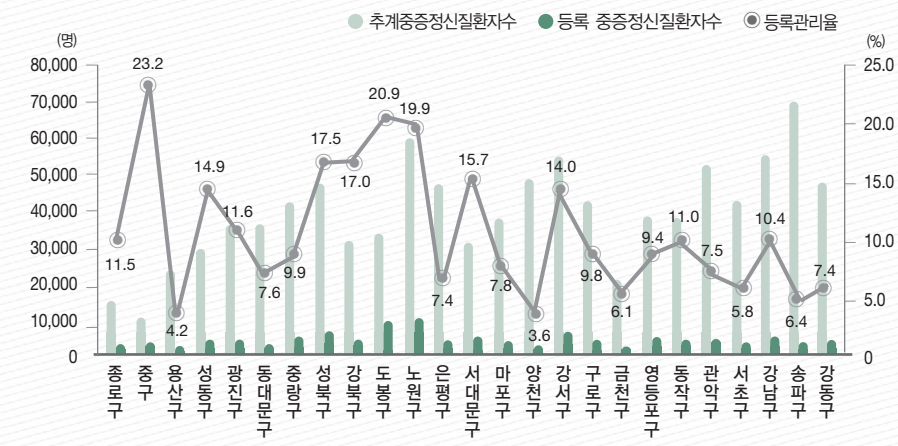
그림75_ 지역사회 중증정신질환자 등록관리율



자치구별

- 자치구별 분포를 살펴보면, 중구의 경우 추계 중증정신질환자수 대비 등록관리율이 23.2%로 가장 높게 나타남.

그림76_ 자치구별 등록관리율



자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 16

지역사회 등록정신질환자 자살사망률

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

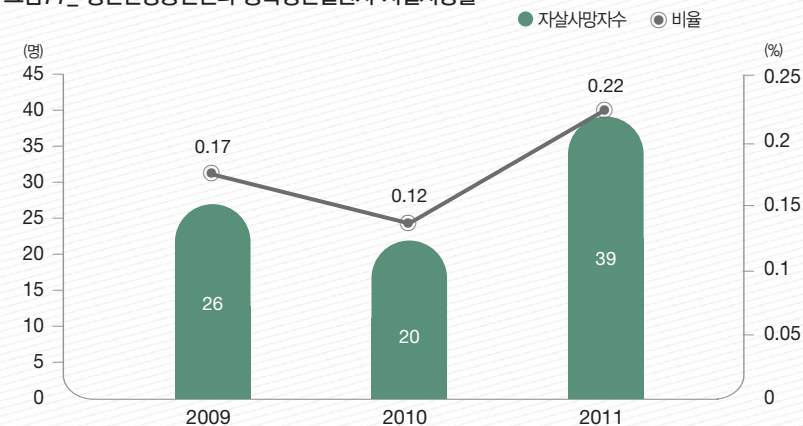
지표설명

- 정신건강증진센터 등록정신질환자의 자살사망에 대한 변화추이 분석
- 자살사망자수를 해당 연도의 정신건강증진센터 등록회원수로 나눈 수치

지표해석

- 분자 : 등록정신질환자 중 자살사망자 수 × 100
- 분모 : 2011년 12월 31일 기준 정신건강증진센터 등록회원 수
- 2011년 12월 31일 기준 25개구 정신건강증진센터에 등록되어 있는 등록정신질환자 18,038명 중 자살사망자는 39명, 자살사망률은 0.2%로 나타남.
- 서울시민 10,249,679명 중 자살사망자는 2,722명으로 전 인구의 0.02%를 차지한다고 볼 때, 정신건강증진센터 등록정신질환자는 약 0.22%로 나타나 일반 시민에 비해 약 10배 정도 높다고 할 수 있음.
- 기관별 현황을 살펴보면, 2011년 전체 자살사망자 44명 중 39명은 정신건강증진센터 5명은 사회복지시설 분포되어 있었으며, 지역사회 정신보건기관의 자살사망자는 2010년 26명에서 2011년 44명으로 69.2% 증가함.

그림77_ 정신건강증진센터 등록정신질환자 자살사망률



변인별

- 성별 현황은 2009년과 2010년은 남성 54%, 여성 46%로 남성의 비율이 높았으나 2011년에는 남성에 비해 여성의 비율(54%)이 높게 나타남.
- 연령별 현황은 30대부터 50대 사이에 증가폭이 크며, 여성의 경우 20대부터 70대 이상까지 전 연령에 걸쳐 분포되어 있는 것을 볼 수 있음.

표57_ 정신건강증진센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자수

(단위 : 명)

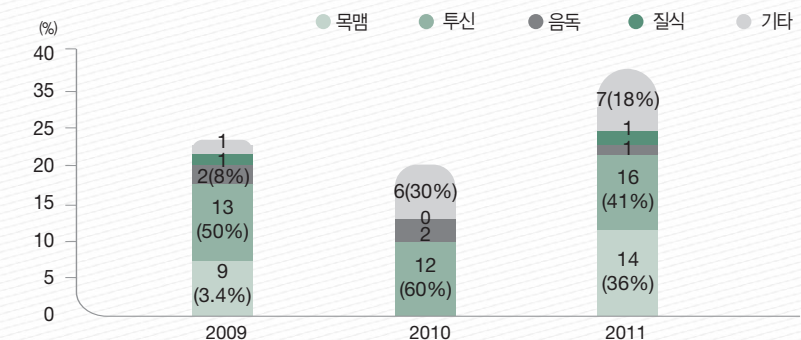
		연령								
		전연령	0-9세	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
남녀전체	2009	26		1	5	5	7	6		2
	2010	20		1	4	6	2	4	1	3
	2011	39			3	10	8	11	5	2
남성	2009	14			4	3	3	4		
	2010	11			3	4	2	2		
	2011	18			2	5	5	5	1	
여성	2009	12		1	1	2	4	2		2
	2010	9			1	2		2	1	3
	2011	21			1	5	3	6	4	2

- 2011년 자살사망자의 진단별 현황을 살펴보면 조현병 54%, 우울증 36%로 가장 많은 비중을 차지하고 있는 것으로 나타남.
- 자살방법의 경우 투신(41%)과 목매(36%)가 가장 많은 비중을 차지하고 있음.

그림78_ 정신건강증진센터 등록정신질환자의 진단별 현황



그림79_ 정신건강증진센터 등록정신질환자의 자살수단 현황



향후전망

기초 정신건강증진센터 등록정신질환자의 자살사망률을 일반인구의 10배라고 보았을 때 치료받고 있지 않는 정신질환자의 자살사망 위험은 더 높은 것으로 추측할 수 있음. 따라서 정신질환의 조기발견, 사례관리, 치료연계 등 일련의 서비스 제공의 강화가 필요함.

자료원

지역사회 정신보건기관 현황조사

Indicator 17

개별서비스계획 수립률

Level

□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

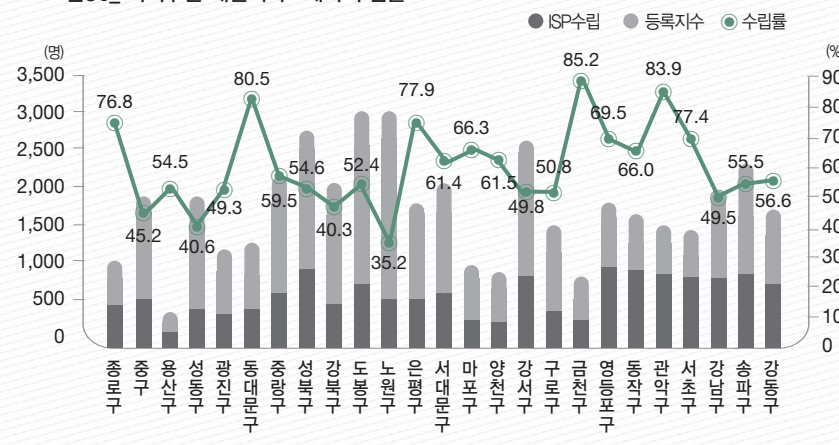
- 개별서비스계획(ISP) 수립 정도
- 개별서비스계획(ISP)은 등록 후 1개월 이내, 모든 등록자에게 수립하도록 권장
- 기관별 등록회원 수에 차이가 있어 비율을 통해 수립률을 비교하기엔 한계가 있음.

- 분자 : 해당연도에 1회 이상 개별서비스계획 수립을 한 수 × 100
- 분모 : 2011년 정신건강증진센터 등록회원 수

지표해석

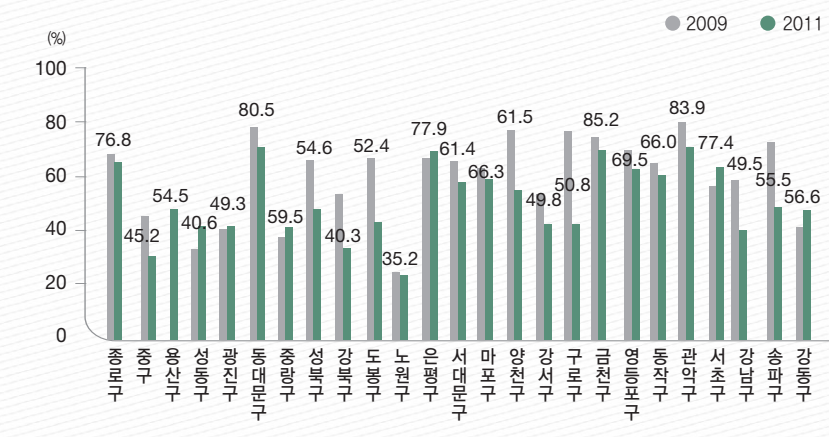
- 2011년 정신건강증진센터 등록회원의 개별서비스계획(ISP) 수립률은 평균 60%로 나타나 2009년 71.9%에 비해 11.9%p 감소한 것을 볼 수 있음.
- 25개 기관 중 6개 기관에서 70% 이상 수립률을 보이고 있으며, 기관에 따라 35.2%~85.2%로 분포의 범위가 크게 나타나고 있음.
- 중증정신질환자 사례관리 프로토콜에 따르면 최소 6개월마다 시행하도록 제안하고 있으나 실시건수가 다소 미비하며, 자치구별 격차가 크게 나타나고 있음.

그림80_ 자치구별 개별서비스계획 수립률



- 2009년과 비교하여 5개 자치구를 제외하고 수립률은 전반적으로 하락한 것으로 볼 수 있음. 그러나 등록회원 수 대비 수립건수를 비교하여 비율로 해석을 하기에 한계점이 있음.
- 2009년부터 2011년까지 관악, 금천, 동대문, 은평, 종로구(가나다 순)의 경우 70%이상을 유지하고 있는 것으로 나타남.

그림81_ 자치구별 개별서비스계획 수립률 변화추이



향후전망

선진국의 지역정신보건서비스는 개별서비스계획(ISP)에 근거해서 수행되며 따라서 100% 지향할 필요가 있음. 그러나, 개별계획수립에 따른 서비스 제공방식을 정착, 강화시키는 과정에서 적정인력투입계획 등의 투입지표가 동시에 검토되어야 함.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 18

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 필요함.

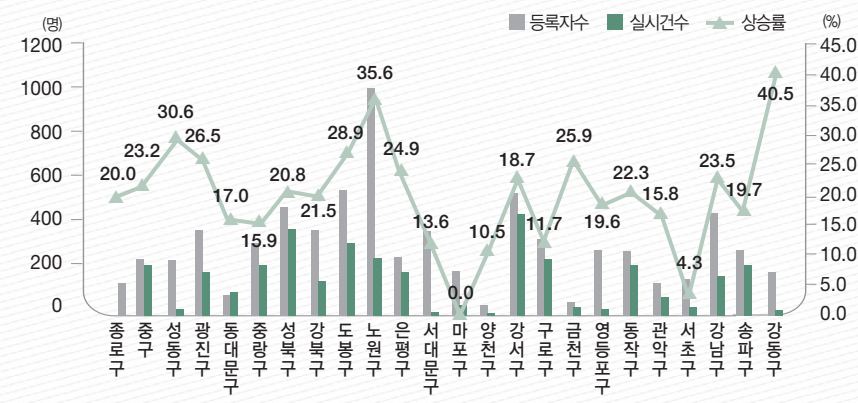
지표설명

- 삶의 질(QOL) 향상 정도
 - 해당연도와 전년도에 실시한 삶의 질 점수를 비교하여 1점 이상 향상된 비율
 - 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애
 - 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강증진센터의 등록자에 국한하여 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.
- 분자 : 삶의 질(QOL) 점수가 1점 이상 향상된 중증정신질환자 수 × 100
■ 분모 : 등록기간이 24개월 이상인 중증정신질환자 수

지표해석

- 2011년까지 등록기간이 24개월 이상인 중증정신질환자 중 19세 이상은 6,655명으로 나타났으며, 이 중 삶의 질을 평가한 대상은 3,215명임.
- 48.3%가 삶의 질 평가를 실시하였고, 1점 이상 향상된 비율은 22%로 나타남.
- 자치구별 삶의 질 향상률은 13.1%~40.6%까지 분포되어 있으며, 용산구의 경우 2010년 개소하여 24개월 이상의 등록자가 부재하여 데이터에서 제외하였음.

그림82_ 자치구별 삶의 질 향상률



향후전망

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

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 19

북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공건

필요성

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

지표설명

- 북한이탈주민 및 재외국민에 대한 정신건강서비스 제공정도
- 서울시정신보건정보관리시스템의 자료를 근거로 산출

지표해석

- 2011년 서울시 거주 북한이탈주민은 5,878명이며, 이중 108명이 정신건강증진센터의 상담서비스를 이용한 것으로 나타남.
- 서비스를 이용하는 북한이탈주민의 76%를 10~20대가 차지하고 있었으며, 정신건강문제 유형은 우울증 52%, 아동청소년정신질환 34% 순으로 나타남.
- 재외국민의 경우 2009년 38명에서 2011년 88명(서울시 재외국민 279,220명)으로 약 132% 증가함. 등록회원의 63%를 20~30대가 차지하고 있으며, 주로 우울증(42%)과 조현병(38%)의 진단을 가지고 있는 것으로 나타남.

그림83_ 북한이탈주민 정신건강문제유형

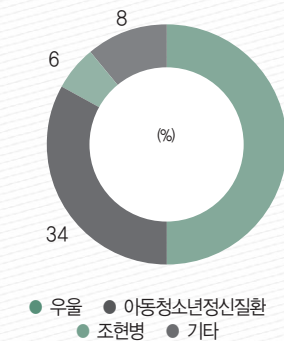
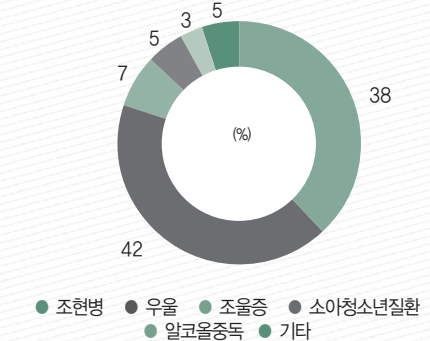


그림84_ 재외국민 진단분류



향후전망

북한이탈주민 및 이주민들은 아동기정신질환, 우울증, 알코올, 약물중독 등을 비롯하여 사회에 재적응하며 다양한 정신건강문제에 노출되어 있는 것으로 나타남. 이에 대상자 특성을 고려한 전문화된 서비스 제공 및 전달체계 구축 마련을 요하며 추후 서비스 제공지표를 보완할 필요가 있음.

자료원

국가통계포털, 서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터, 통일부

Indicator 20

지역사회 생활유지율

Level
□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과
□ Input □ Process
■ Output/Outcome

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

필요성

지역사회 생활유지는 입원을 감소와 그로 인한 의료비용 등의 사회적 부담을 줄이는 동시에 정신질환자의 사회복귀 및 생산성 향상의 밑거름이 되는 척도임.

지표설명

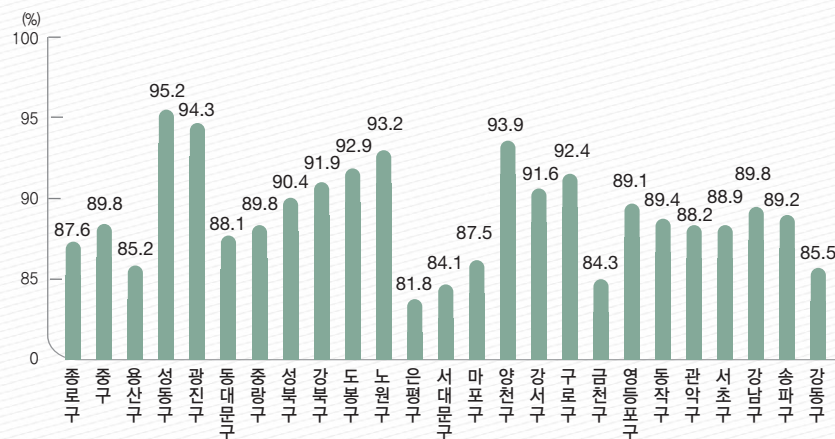
- 중증정신질환자의 지역사회 생활유지 파악
- 2011년 정신건강증진센터 등록자 중 해당연도에 입원하지 않은 대상자 비율
- 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강증진센터의 등록자에 국한하여 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애

- 분자 : 해당연도 입원을 경험하지 않은 중증정신질환자 수 × 100
- 분모 : 2011년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 수

지표해석

- 2011년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자의 경우 1,185명이 해당연도에 입원을 경험한 것으로 나타남. 즉, 등록 중증정신질환자 중 90.1%는 입원 없이 지역사회에서 생활을 유지하고 있다고 볼 수 있음.
- 진단구분 없이 전체 등록자를 비교해보면, 입원율은 5.9%(1,669명)로 2009년 6.2%(763명)에 비해 소폭 감소하였음.

그림85_ 자치구별 지역사회 생활유지율



향후전망

지역사회 생활유지율이 평균 90% 이상에 달한다는 것은 사례관리 서비스, 외래치료, 위기개입과 같은 정신건강증진센터에서 제공하는 서비스가 효과적이라고 설명할 수 있음. 그러나 등록자 중 정신의료기관에서 의뢰된 경우가 전체의 7%(2008년)에 불과하여 정신의료기관과 지역사회 간 전달체계의 분절현상을 반영하고 있다고 볼 수 있음. 향후 이러한 분절화 현상을 극복하기 위한 시스템 구축노력이 필요함.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 21

지역사회 등록회원의 장기재원 경험률

필요성

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

지표설명

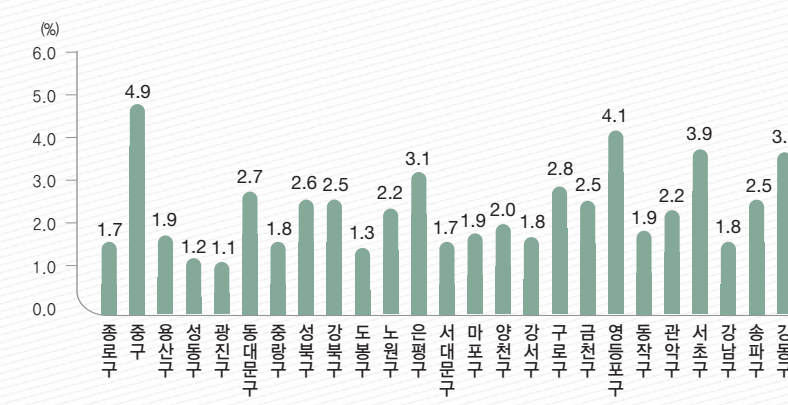
- 장기재원 현황 분석
- 장기재원은 한번 입원했을 시 입원기간이 6개월 이상인 경우로 정의
- 최근 2년 동안 6개월 이상 입원한 적이 있는 대상
- 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강증진센터의 등록자에 국한하여 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애

- 분자 : 최근 2년 이내 6개월 이상 입원한 대상자 수 × 100
- 분모 : 2011년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 수

지표해석

- 2011년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 11,166명 중 277명, 즉 2.5%가 최근 2년 이내 장기입원을 경험한 것으로 나타남.
- 자치구별 최소 1.1%에서 최고 4.9%로 편차를 보이고 있음.

그림86_ 자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률



향후전망

정신보건정책의 중요한 기조는 장기재원을 지양하고 지역사회 복귀를 촉진하는 것이라고 할 때 연속적인 관리를 위해 정신의료기관과 의사소통, 퇴원 전후 집중적 평가 등이 필요할 것으로 보임.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 22

전문요원 1인당 사례관리 부담률

Level
■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과
■ Input □ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

정신건강증진센터를 주축으로 지역사회 거주 정신질환자를 위한 전문적 사례관리서비스를 강조하고 있으나 선진국에 비하여 전문인력 대비 사례관리 부담은 높게 나타남.

지표설명

- 사례관리서비스에 투입되는 인력 대비 사례관리 대상자 수
 - 정신보건전문인력 중 상근인력만을 기준으로 함.
 - 임의로 1주간의 특정시기를 선정하고 투입된 직접서비스 시간을 산정
(직접서비스 = 개별상담과 자원조정의 상담시간과 왕복 이동시간의 합)
 - 집단프로그램, 사례회의 및 수퍼비전 등의 시간은 포함되어 있지 않으므로 해석에 주의가 필요함.
- 분자 : 2011년 정신건강증진센터 등록자수

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

지표해석

- 서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)의 데이터를 근거로 25개 자치구 정신건강증진센터의 사례관리서비스에 투입되는 인력(Full Time Equivalent)은 평균 2.5명으로 2009년 1.7명에 비해 소폭 증가함.
- 1 FTE당 평균 479명의 사례부담률을 보이고 있으며, 2009년 374명에 비해 26% 증가하였음.

향후전망

- 개정된 정신보건법을 통해 정신보건심판위원회 퇴원명령대상자와 외래치료명령 대상자, 초발정신질환자 등 중증정신질환자에 대한 정신건강증진센터의 책임성은 점차 증가하고 있는 것을 볼 수 있음.
- 또한 자살예방, 소아청소년 사업 등으로의 확장을 통해 센터 등록관리대상의 폭이 넓어짐.
- 사례관리서비스에 투입되는 평균 FTE가 2.5명에 불과하다는 것은 그 외 사업에 투입되는 시간이 많다는 것을 반증하는 것으로 서비스 우선순위에 대한 정책적 재고가 필요할 것으로 사료됨.
- 자치구별 정신건강증진센터 등록자 규모를 기준으로 적정인력투입계획이 수립될 필요가 있음.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

표58_ 정신건강증진센터별 1FTE당 사례관리 부담

센터명	전문요원(명)	등록회원	특정기간(1주간)에 실시된 직접서비스		
			직접서비스(시간)	직접서비스 FTE(명)	1FTE당 사례관리 부담
강남구	12	1,369	119	3.0	456
강동구	9	1,238	88	2.2	564
강북구	10	1,454	87	2.2	669
강서구	11	1,773	187	4.7	379
관악구	4	859	88	2.2	389
광진구	11	816	89	2.2	368
구로구	12	985	162	4.0	244
금천구	9	438	43	1.1	409
노원구	14	2,130	192	4.8	444
도봉구	7	1,885	72	1.8	1,042
동대문구	8	764	63	1.6	485
동작구	8	1,060	71	1.8	593
마포구	8	627	70	1.8	358
서대문구	9	1,288	79	2.0	650
서초구	9	866	136	3.4	255
성동구	7	1,306	82	2.0	638
성북구	12	1,776	156	3.9	456
송파구	12	1,509	136	3.4	445
양천구	7	587	72	1.8	326
영등포구	10	1,083	133	3.3	326
용산구	6	235	42	1.1	223
은평구	10	914	97	2.4	376
종로구	8	556	71	1.8	315
중구	7	1,235	61	1.5	814
중랑구	9	1,412	76	1.9	748
평 균				2.5명	479명

Indicator 23

정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건

Level
□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과
□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

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

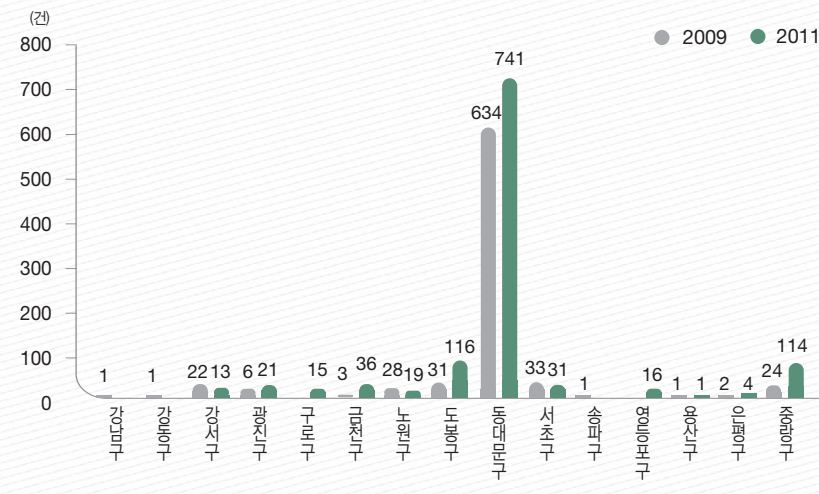
지표설명

- 6개월 이상 장기재원자에 대한 현황 파악
- 지난 1년 동안 서울시 기초정신보건심판위원회를 통해 의뢰된 심사 현황
- 계속입원심사가 개최된 12개구에 대한 결과

지표해석

- 2011년 기초정신보건심판위원회는 12개구에서 개최함.
- 2011년 계속입원 심사건수는 1,127건으로 2009년(810건) 대비 39.1% 증가하여 6개월 이상 장기재원자가 다소 증가하였음을 추론해볼 수 있음.
- 전체 심사의뢰건의 가장 많은 비중은 동대문구 66%(741건)로 나타났으며, 중랑구의 경우 사립정신병원이 신설되며 심사건수가 증가한 것으로 사료됨.

그림87_ 정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰 건



향후전망

구별 정신의료기관의 분포와 심사건수를 비교해볼 때 병상수가 많고, 전문정신병원(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 내부자료

Indicator 24

정신보건심판위원회 퇴원명령률

필요성

비자의적 입원율이 높은 우리나라의 경우, 기초심판위원회의 계속입원심사 제도는 퇴원을 위한 중요한 제도적 장치

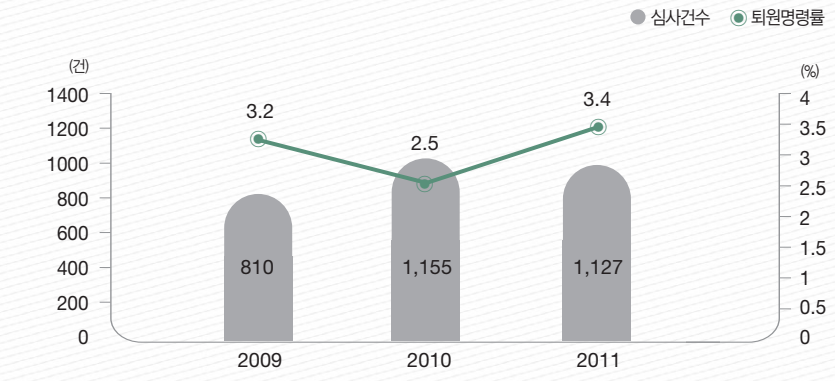
지표설명

- 12개구의 심사결과를 통한 퇴원명령 정도
- 분자 : 퇴원명령자 수 × 100
- 분모 : 2011년 기초정신보건심판위원회 계속입원 심사건수

지표해석

- 2011년 기초정신보건심판위원회를 통한 퇴원자수는 38명으로 3.4%의 퇴원명령률을 보이고 있음.
- 2009년 3.3% 대비 소폭 상승하였으나, 정신보건법 개정 전의 약 6%를 보였던 것과 비교해보면 전반적으로 감소함.

그림88_ 정신보건심판위원회 퇴원명령률



향후전망

정신보건심판위원회의 역할과 책임성을 강조하기 위해 2009년 자치구로 이양되었으나 퇴원명령률은 오히려 감소한 것으로 나타나고 있음. 이에 후속 연구를 통해 정신보건심판위원회의 운영실태를 파악하고 개선을 위한 정책적 대안마련이 필요로 요구됨.

자료원

서울시 내부자료

Indicator 25

소비자참여도

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

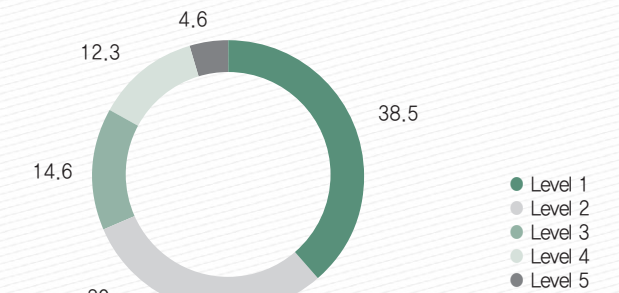
- 정신보건영역에서의 소비자참여 정도 파악
- 서울시 자치구 보건소, 정신건강증진센터 및 사회복지시설의 소비자참여도 조사
- 국내외 문헌조사와 현장 방문조사를 바탕으로 2010년 연구를 재구성하여 소비자참여도를 보완함.
- 각 문항별 요인분석을 통해 레벨에 따른 수행활동이 타당한지를 평가한 뒤 결과분석
- 정보제공 및 수렴도, 소비자 요구도 조사 및 반영도, 소비자와 제공자의 연대정도, 소비자와 제공자의 파트너십의 4가지 영역으로 5 레벨을 구성함.

5 Level 파트너십 (소비자=제공자)	소비자는 정신보건사업 계획 및 서비스 전달의 전 과정에 참여하며, 제공자와 동등한 지위를 갖고 결정권을 행사함.
4 Level 연대 (소비자(제공자))	소비자참여의 필요성을 인식하여 조직이나 구조를 구성하여 참여를 독려하며 활발한 소통이 이루어지거나 결정권은 제공자에게 있음.
3 Level 참조	소비자의 욕구에 기반한 사업 및 서비스를 기획하고 전달하기 위해 수행하는 활동에 참여함.
2 Level 정보제공 및 수용	적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하고 있음.
1 Level 정보제공	소극적 수준에서 소비자에게 정보를 제공하고 있음.

지표해석

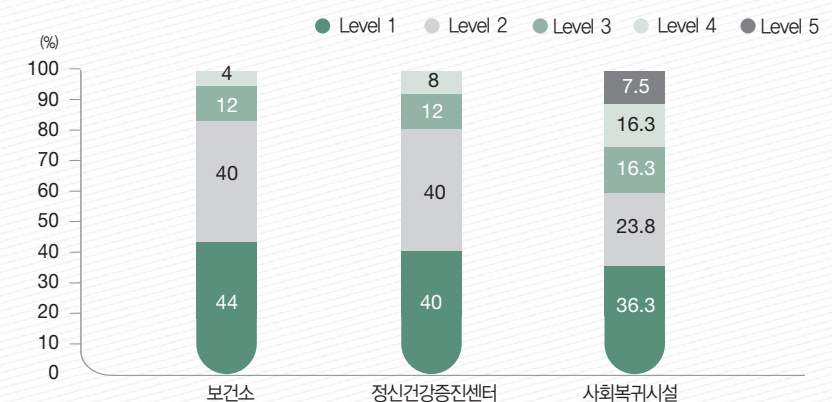
- 자치구 보건소의 경우 2010년 파일럿 조사와 2012년 실시한 조사를 비교해본 결과 '참여구조가 있고 최소한의 지원이 있으나 소비자참여는 전혀 없다'는 응답이 43%로 가장 많았던 반면, 2012년에는 '소비자가 정책 및 사업 과정에 적극적으로 참여하고 지원 또한 활발히 이루어지고 있다'는 응답이 52%로 가장 높게 나타나 참여도가 증가한 것을 볼 수 있음.
- 2012년 수정 보완한 연구를 통해 서울시 지역사회 정신보건기관의 소비자참여도를 조사한 결과 소극적 수준에서 소비자에게 정보제공만 이루어지는 레벨 1이 38.5%로 가장 높게 나타남.

그림89_ 서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도



- 기관유형별로 살펴보면, 보건소와 정신건강증진센터는 결과가 유사하게 나타난 것을 볼 수 있으며, 레벨 1과 레벨 2가 80% 이상을 차지하고 있어 참여수준이 비교적 낮은 편임.
- 사회복지시설의 경우 레벨 4와 레벨 5의 비중이 높게 나타나 전반적으로 타 기관에 비해 소비자참여가 활성화되고 있다고 볼 수 있음

그림90_ 기관별 소비자참여도



향후전망

서울시 정신보건기관의 소비자참여도는 소비자의 알권리를 충족시키는 수준의 정보 제공만을 하고 있어 아직은 미비하다고 볼 수 있음. 그러나 소비자의 욕구에 기반한 사업을 계획하고 소비자와의 파트너십을 통해 서비스를 전달하는 것은 세계적 기조로 이를 위해 소비자가 참여할 수 있는 구조를 형성하고 참여 활동들을 개발하여 점차적으로 소비자참여도를 높여가는 것이 필요함.

자료원

2013 소비자 참여지표 개발연구

Indicator 26

정신장애인 취업률

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

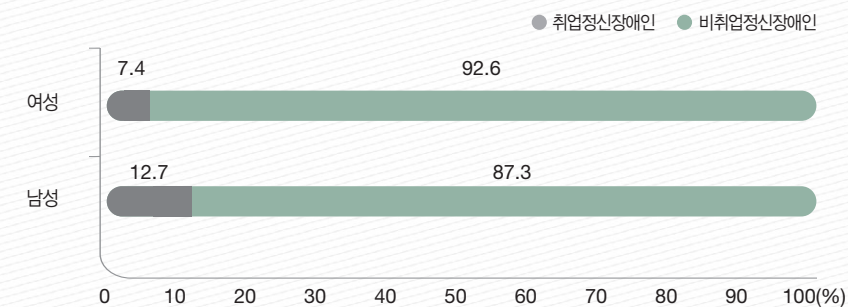
지표설명

- 정신장애인의 근로 현황
- 2011년 5월 기준 만 19세 이상 등록정신장애인 14,874명 중 95% 신뢰구간, 허용오차 $\pm 5\%$ 의 조건에서 376명을 산출함. 입원, 증상으로 인한 탈락률을 고려하여 3배수로 총 1,128명을 산출하였고 이중 428명이 설문에 응답하였음. 백분율은 가중치를 적용한 값으로 모집단을 대표한 값으로 볼 수 있음.
 - 분자 : 취업 정신장애인 수 $\times 100$
 - 분모 : 19세 이상 등록정신장애인

지표해석

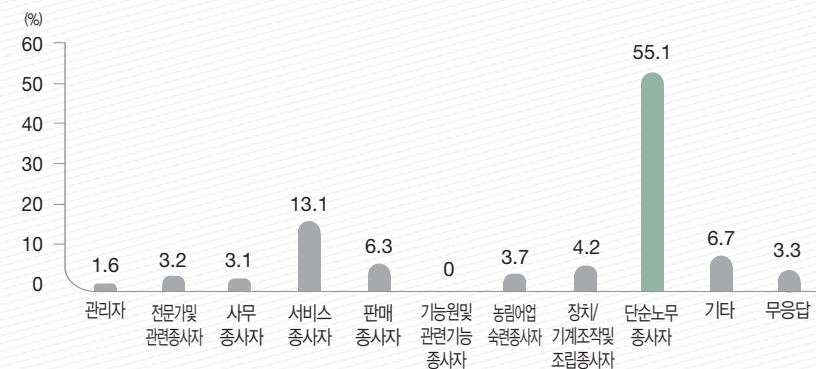
- 현재 취업을 하고 있는 정신장애인은 조사대상자의 10.3%(48명)으로 낮은 비중을 차지하고 있는 것으로 나타남.
- 성별 현황을 비교해보면, 남성의 취업자 비율은 12.7%이고, 여성은 7.4%로 남성이 여성에 비해 다소 높은 수준을 보였음.

그림91_ 성별 취업 현황



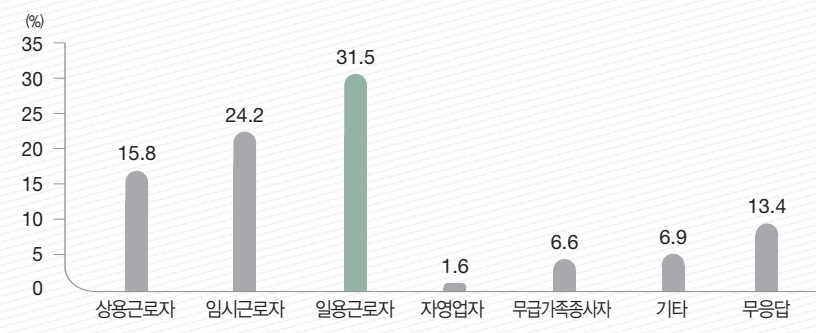
- 취업 정신장애인의 평균 취업기간은 43개월로 나타났으며, 월 평균 수입은 577,418원이었음.
- 근로업종을 살펴보면 단순노무종사자가 55.1%로 가장 많은 비중을 차지하며, 다음으로 서비스 종사자가 13.1%를 차지하고 있음.

그림92_ 근로업종별 현황



- 근로형태는 일용근로자(31.5%)와 임시근로자(24.2%)가 높게 나타났으며, 상용근로자는 15.8%에 불과하였음.

그림93_ 근로형태별 현황



향후전망

정신장애인의 취업현황을 살펴보면, 단순노무와 일용직 및 임시직에 많이 분포되어 있어 서울시 정신장애인의 취업률을 향상시키기 위해 특화된 직업 재활 프로그램 개발 및 고용진입을 위한 사업체 개발, 인식개선 사업의 활성화를 요함.

자료원

2011 서울시 정신장애인 실태조사

Indicator 27

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 위해 장애인 등록률 파악 필요

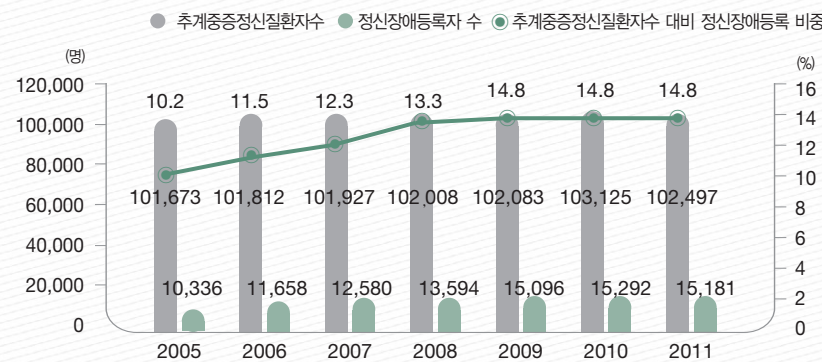
지표설명

- 정신장애인 등록 현황
- 대한민국 상주 내국인 중 정신장애 등록인 수
 - 분자 : 정신장애인 등록자 수 × 100
 - 분모 : 추계 중증정신질환자 수 (서울시 전 인구의 1%)

지표해석

- 서울시 인구 대비 정신장애인 인구 비율은 0.15%정도이며, 정신장애인 등록자 수는 총 15,181명으로 전체 장애 등록자 수 중 3.7%를 차지하고 있음.
- 지역사회 추계 중증정신질환자 수의 14.8%만이 장애등록을 한 것으로 나타남.
- 2011년 정신건강증진센터 등록회원의 장애등록 현황을 살펴보면, 등록자 18,038명(퇴록자 제외) 중 27.3%(4,925명)가 장애등록을 가지고 있었으며, 서울시 정신장애 등록자 중 32.4%가 정신건강증진센터에 등록하여 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타남.

그림94_정신장애 등록 변화추이



향후전망

2011 장애인 실태조사에 의하면, 정신장애의 경우 장애등록 후 국가 및 사회적 지원에 대해서는 만족한다는 응답이 59%로 나타남. 반면, 장애등록을 하지 않은 이유에 대해 '장애인을 알리고 싶지 않아서'란 응답이 40%로 나타나 인식 제고를 위한 방안마련이 요구됨.

자료원

장애인 현황, 2011 장애인실태조사, 주민등록인구 통계

Indicator 28

우울증에 대한 긍정적 인지도

필요성

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

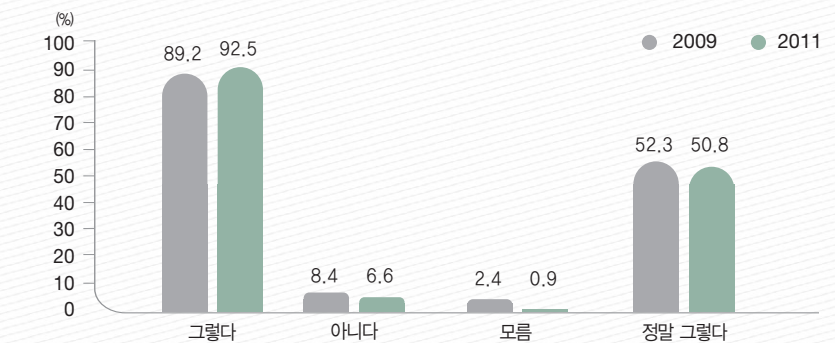
지표설명

- 우울증을 치료가 가능한 질병으로 인식하는 정도
- 서울시에 거주하는 만 15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 관련 질문에 긍정의 응답을 한 사람의 비율
 - 분자 : 우울증은 치료가 가능하다 질문에 '정말 그렇다' 또는 '그렇다'에 응답한 사람의 수 × 100
 - 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- 우울증을 질병으로 인식하는 비율은 2009년 89.2%에서 2011년 92.5%로 3.3%p 향상되었음.
- 사회적 동조로 인한 긍정적 편향을 배제하기 위하여 정말 그렇다고 응답한 사람의 비율만 볼 경우 50% 정도 수준으로 2009년 52.3%에 비해 오히려 감소한 것으로 나타남.

그림95_우울증에 대한 긍정적 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 요인으로 추후 인식도를 향상시키기 위한 증진 사업이 필요할 것으로 보임.

자료원

2011년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

Indicator 29

서울시민의 정신보건서비스 인지도

Level
■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과
□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

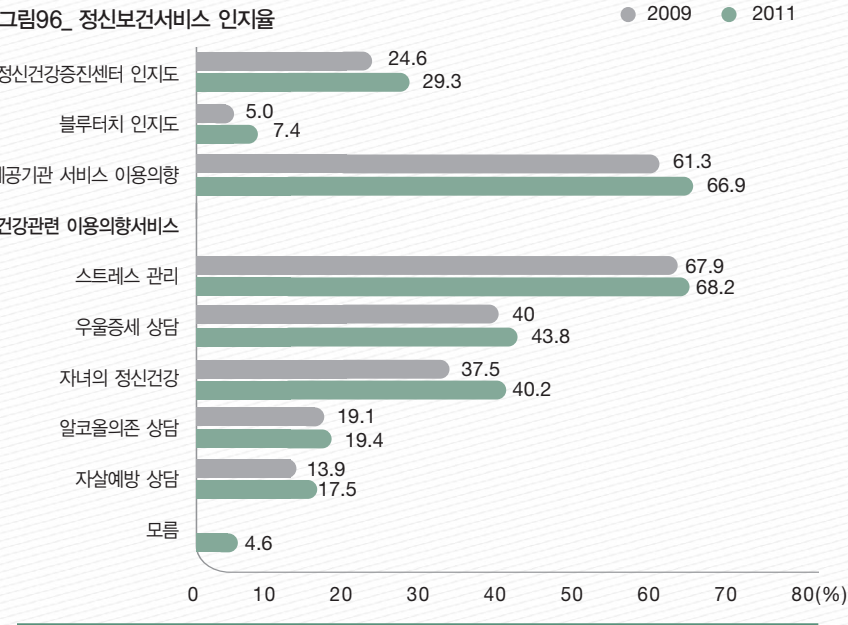
정신건강 및 관련 서비스에 대한 인식수준을 통해 정신보건 치료 체계로의 유입 가능성 파악

지표설명

- 정신건강 문제 시 관련된 서비스 인지 및 이용여부 파악
- 서울시에 거주하는 만 15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 관련질문에 긍정의 응답을 한 사람의 비율
 - 분자 : 정신건강증진센터 인지도, 서비스 제공기관 이용 의향에 ‘있다’에 응답한 사람 수 × 100
 - 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- 정신건강증진센터를 알고 있는 응답자는 29.3%로 2009년 대비 4.7%p 향상되었으며, 정신건강에 관한 상담이나 진단 등 서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 말한 응답자는 66.9%로 5.6%p 향상되었음.
- 이용하고 싶은 서비스로 ‘스트레스 관리에 관한 상담이나 서비스’가 68.2%로 가장 높고, ‘우울증세에 관한 상담이나 서비스’가 43.8%, ‘자녀의 정신건강 상담이나 서비스’ 40.2% 순으로 2009년 대비 원하는 서비스의 순위는 동일하고 수치가 다소 상승된 차이가 있었음.
- 정신건강 브랜드 ‘블루터치’에 대해서는 2009년 5%에서 2011년 7.4%로 증가한 것을 알 수 있음.



향후전망

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

2011년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

제Ⅲ부 |
부 록

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	자치구예산 (정신건강 증진센터)	인구1인당 정신보건 예산	정신 의료기관수	정신병상수	인구10만 명당 정신병상수	사회복지 시설수	사회복지시설 정원		인구10만명당 주간재활시설 정원수
								주간재활시설	거주시설	
서울시	10,249,679	6,197,284,000	605	317	5,635	55.0	86	1,125	578	11.0
종로구	168,382	249,855,000	1,484	16	85	50.5	2	-	18	-
중구	133,193	230,848,000	1,733	10	72	54.1	-	-	-	-
용산구	246,501	194,463,000	789	2	22	8.9	2	25	7	10.1
성동구	300,711	212,650,000	707	5	81	26.9	1	50	-	16.6
광진구	371,936	217,214,000	584	18	1,141	306.8	7	35	67	9.4
동대문구	365,486	230,102,000	630	17	1,159	317.1	3	50	16	13.7
중랑구	423,706	212,721,000	502	9	354	83.5	2	50	9	11.8
성북구	485,171	291,950,000	602	10	34	7.0	2	30	7	6.2
강북구	345,054	244,236,000	708	10	120	34.8	2	85	-	24.6
도봉구	365,573	261,010,000	714	5	500	136.8	6	70	60	19.1
노원구	603,930	657,056,000	1,088	17	74	12.3	6	65	34	10.8
은평구	493,634	264,414,000	536	9	431	87.9	5	50	53	10.1
서대문구	314,852	234,911,000	746	6	62	19.7	5	50	35	15.9
마포구	389,493	216,724,000	556	15	-	-	4	135	40	30.8
양천구	500,210	171,577,000	343	11	21	4.2	5	30	30	6.0
강서구	569,072	239,250,000	420	9	179	31.5	9	100	55	17.6
구로구	427,468	236,694,000	554	5	79	18.5	3	-	25	-
금천구	243,438	241,254,000	991	4	203	83.4	2	-	18	-
영등포구	397,443	262,186,000	660	12	360	90.6	2	55	-	13.8
동작구	401,408	190,130,000	474	9	68	16.9	3	20	14	5.0
관악구	526,397	150,062,000	285	10	48	9.1	5	50	40	9.5
서초구	433,564	193,310,000	446	32	154	35.5	1	30	-	6.9
강남구	565,710	272,832,000	482	43	69	12.2	1	30	-	5.3
송파구	682,209	272,741,000	400	17	205	30.0	3	85	8	12.5
강동구	495,138	249,094,000	503	16	114	23.0	5	30	42	6.1

서울시립정신병원 : 4기관 1,363 병상/ 서울시립정신요양시설 : 3개소 정원 1,040명

Figure2_ 서울시 정신병상수

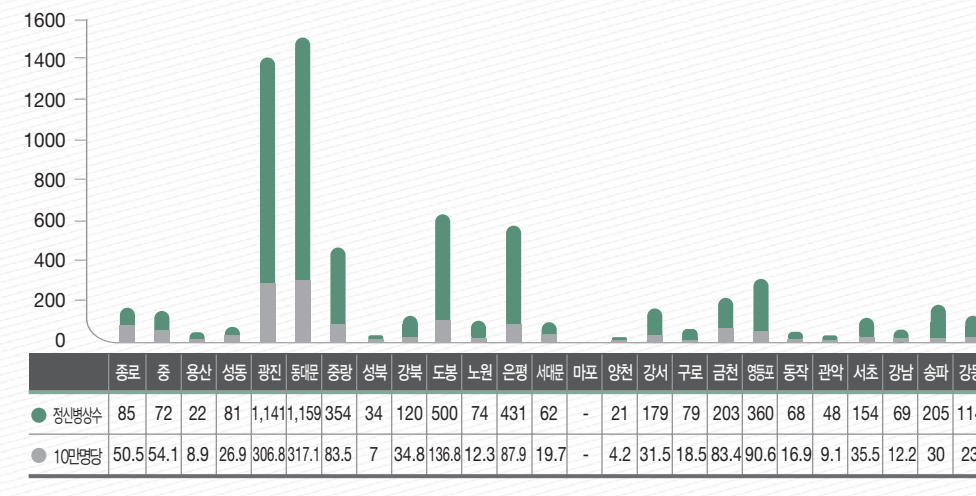


Figure3_ 서울시 주간재활시설 정원

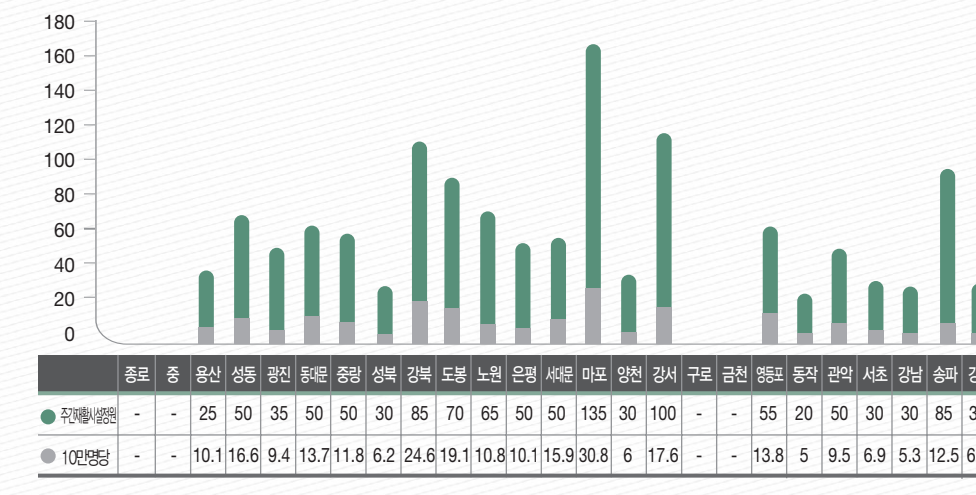


Figure4_ 자치구별 정신보건자원(정신보건전문인력)

(단위 : 명)

자치구	정신의료기관 정신보건전문요원						지역사회 정신보건전문요원				기관별 정신보건전문요원						계	인구10만명당 정신보건인력
	계	전문의	전공의	간호	사회복지	임상심리	계	간호	사회복지	임상심리	병원	센터	알·상	주간	입소	주거		
서울시	1,234	573	223	278	61	99	428	113	296	19	1,234	264	15	97	27	49	1,697	4.2
종로구	124	63	28	15	4	14	10	3	7	-	124	8	-	-	-	2	134	5.9
중구	27	15	8	1	-	3	7	-	5	2	27	7	-	-	-	-	34	5.3
용산구	11	4	3	2	1	1	9	3	6	-	11	6	-	2	-	1	20	3.7
성동구	32	12	8	8	1	3	11	3	7	1	32	7	-	4	-	-	43	3.7
광진구	160	44	25	84	4	3	24	13	10	1	160	11	-	3	6	4	184	6.5
동대문구	115	32	16	54	7	6	11	4	7	-	115	8	-	2	-	1	126	3.0
중랑구	26	15	-	5	4	2	16	1	14	1	26	9	-	6	-	1	42	3.8
성북구	29	15	8	4	1	1	16	3	10	3	29	12	-	4	-	-	45	3.3
강북구	13	12	-	1	-	-	19	6	13	-	13	10	3	6	-	-	32	5.5
도봉구	18	9	-	4	5	-	23	8	15	-	18	7	2	6	6	2	41	6.3
노원구	54	25	11	9	4	5	23	9	13	1	54	14	-	3	-	4	77	3.8
은평구	59	19	8	26	2	4	20	5	15	-	59	10	-	4	3	3	79	4.1
서대문구	51	20	12	2	4	13	20	4	16	-	51	9	-	5	-	6	71	6.4
마포구	16	16	-	-	-	-	33	11	22	-	16	8	4	14	7	-	49	8.5
양천구	26	15	4	6	-	1	14	5	8	1	26	7	-	-	-	4	40	2.8
강서구	26	14	-	2	7	3	28	8	20	-	26	11	-	10	-	7	54	4.9
구로구	28	12	6	6	1	3	16	5	11	-	28	12	2	-	-	2	44	3.7
금천구	11	7	-	1	3	-	11	3	8	-	11	9	-	-	-	2	22	4.5
영등포구	46	20	16	7	2	1	15	7	8	-	46	10	-	5	-	-	61	3.8
동작구	41	19	8	5	2	7	12	1	8	3	41	8	-	-	-	2	53	3.0
관악구	14	12	-	-	1	1	14	1	13	-	14	4	-	4	-	6	28	2.7
서초구	85	44	14	17	3	7	18	1	17	-	85	9	4	5	-	-	103	4.2
강남구	112	69	20	8	3	12	17	2	14	1	112	47	-	5	-	-	164	3.0
송파구	62	34	16	8	1	3	23	5	15	3	62	12	-	6	-	1	85	3.4
강동구	48	26	12	3	1	6	18	2	14	2	48	9	-	3	5	1	66	3.6

정신보건전문요원은 정신보건을 수료하고 자격을 가진 자에 한함.
서울시립정신병원, 서울시립정신요양시설은 인력현황에 포함시키지 않음.
강남구의 경우 광역 정신건강증진센터 포함.

Figure5_ 서울시 정신보건전문인력

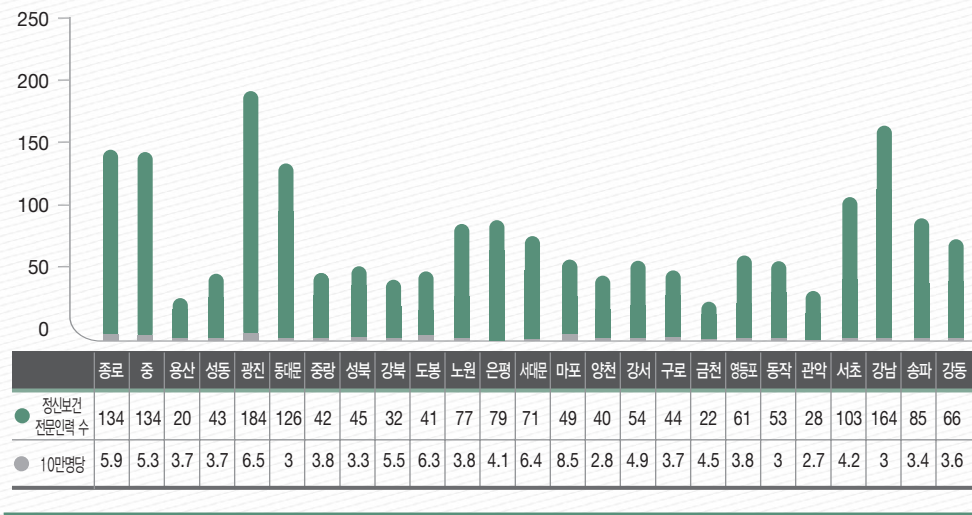


Figure6_ 서울시 지역사회 정신보건전문인력

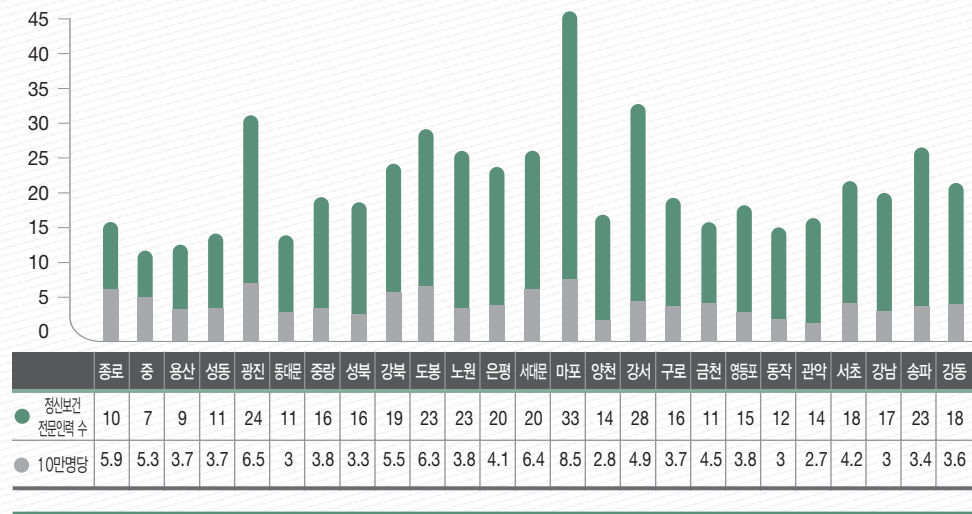


Figure7_ 자치구별 정신질환자 등록현황(대상군별, 기관별)

(단위 : 명)

자치구	인 구	대상군별 지역사회 등록현황					지역사회 기관별 등록현황				계
		등록자수	아동 청소년	성인	노인	알코올	정신건강 증진센터	알코올 상담센터	주간재활시설 (아이존 포함)	거주시설 (입소/주거)	
서울시	10,249,679	22,832	4,061	14,349	1,933	2,489	18,038	965	1,264	479	20,746
종로구	168,382	499	84	300	45	70	429	-	-	13	442
중구	133,193	779	212	368	136	63	716	-	-	-	716
용산구	246,501	238	24	171	21	22	195	-	21	6	222
성동구	300,711	716	148	424	77	67	599	-	50	-	649
광진구	371,936	687	91	497	47	52	582	-	35	54	671
동대문구	365,486	688	139	428	76	45	593	-	50	13	656
중랑구	423,706	1,046	126	706	134	80	869	-	97	9	975
성북구	485,171	1,029	108	726	79	116	883	-	30	7	920
강북구	345,054	1,061	156	680	102	123	727	123	88	-	938
도봉구	365,573	1,870	174	1,135	117	444	940	409	58	47	1,454
노원구	603,930	1,692	216	1,215	165	96	1,524	-	72	29	1,625
은평구	493,634	724	147	479	40	58	587	-	60	39	686
서대문구	314,852	1,025	125	713	85	102	873	-	50	33	956
마포구	389,493	942	82	606	46	208	452	147	119	19	737
양천구	500,210	545	167	286	52	40	450	-	55	26	531
강서구	569,072	974	186	689	46	53	817	-	104	44	965
구로구	427,468	1,012	170	620	85	137	739	136	-	22	897
금천구	243,438	425	82	265	39	39	386	-	-	17	403
영등포구	397,443	975	203	603	82	87	831	-	57	-	888
동작구	401,408	758	186	450	72	50	660	-	47	13	720
관악구	526,397	837	181	560	62	34	738	-	65	29	832
서초구	433,564	964	174	504	112	174	610	150	30	-	790
강남구	565,710	1,148	291	691	88	78	1,041	-	29	-	1,070
송파구	682,209	1,307	394	718	89	106	1,084	-	117	7	1,208
강동구	495,138	907	195	531	36	145	713	-	30	32	775

Figure8_ 대상군별 지역사회 등록현황

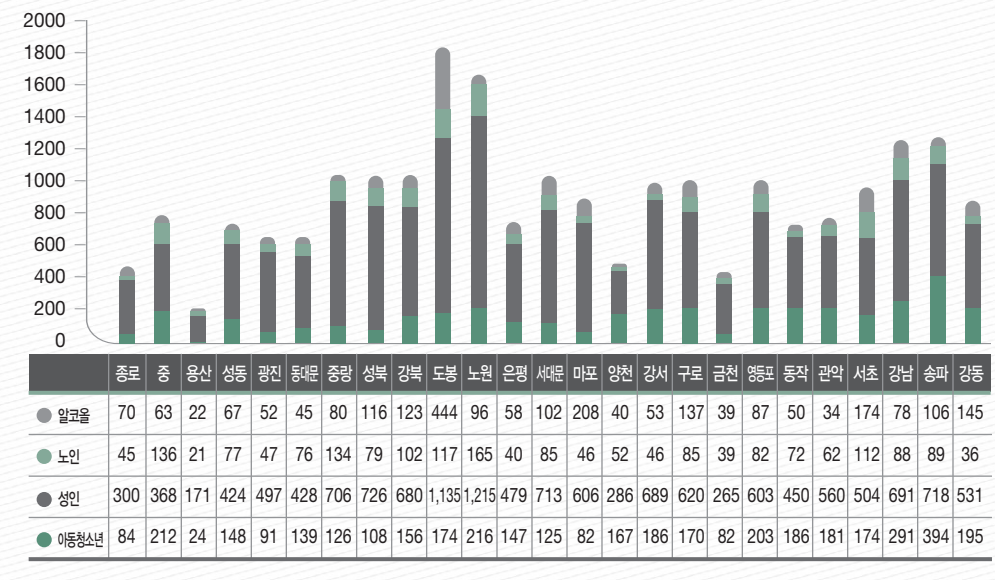


Figure9_ 지역사회기관별 등록현황

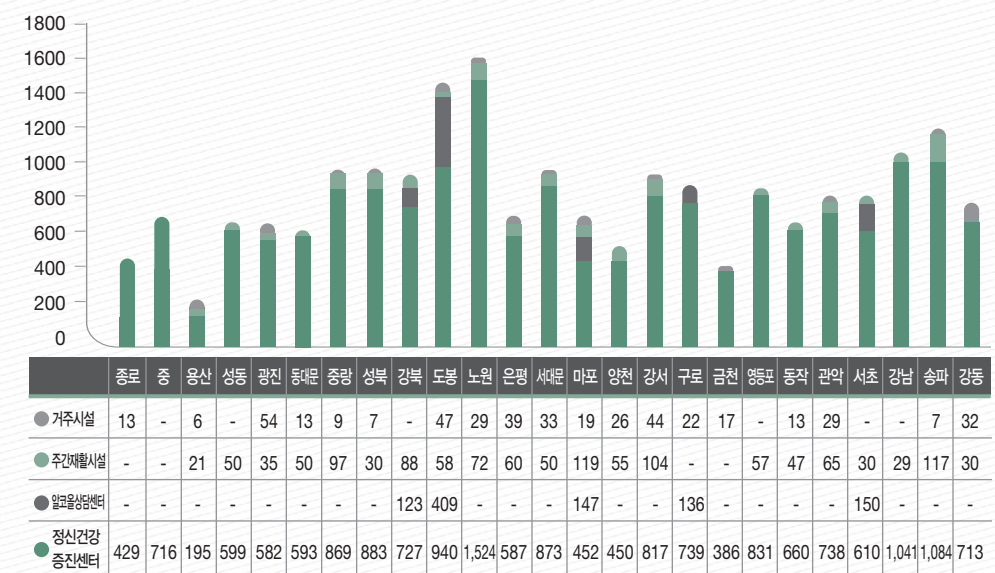


Figure10_ 자치구별 정신보건문제(SP수립, 삶의질, 지역사회 생활유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기재원)

(단위 : 명, 건, %)

자치구	등록회원	개별서비스 계획수립(SP)	삶의질 향상			지역사회 생활유지	전문요원 1인당 사례관리부담	등록회원의 장기재원
			등록회원수	QOL 실시	삶의질 향상			
서울시	28,165	15,890	7,085	4,107	940	10,823	-	277
종로구	556	427	122	153	26	204	315	4
중구	1,235	558	197	137	33	327	814	18
용산구	235	128	-	-	-	92	223	2
성동구	1,306	530	207	115	23	479	638	6
광진구	816	402	317	166	33	430	368	5
동대문구	764	615	76	27	27	260	485	8
중랑구	1,412	840	311	175	41	439	748	9
성북구	1,776	970	494	428	80	865	456	25
강북구	1,454	586	386	201	39	546	669	15
도봉구	1,885	988	542	360	85	774	1,042	11
노원구	2,130	750	1,016	261	50	1,161	444	28
은평구	914	712	230	266	75	341	376	13
서대문구	1,288	791	382	81	20	449	650	9
마포구	627	416	195	61	8	279	358	6
양천구	587	361	62	36	6	186	326	4
강서구	1,773	883	454	365	70	745	379	15
구로구	985	500	267	144	41	401	244	12
금천구	438	373	77	4	1	134	409	4
영등포구	1,083	753	286	83	23	352	326	16
동작구	1,060	700	259	260	52	421	593	9
관악구	859	721	163	151	29	360	389	9
서초구	866	670	152	120	27	249	255	11
강남구	1,369	678	430	145	52	536	456	11
송파구	1,509	837	270	235	45	469	445	13
강동구	1,238	701	190	133	54	324	564	14

Figure11_ 자치구별 등록회원의 삶의 질 향상

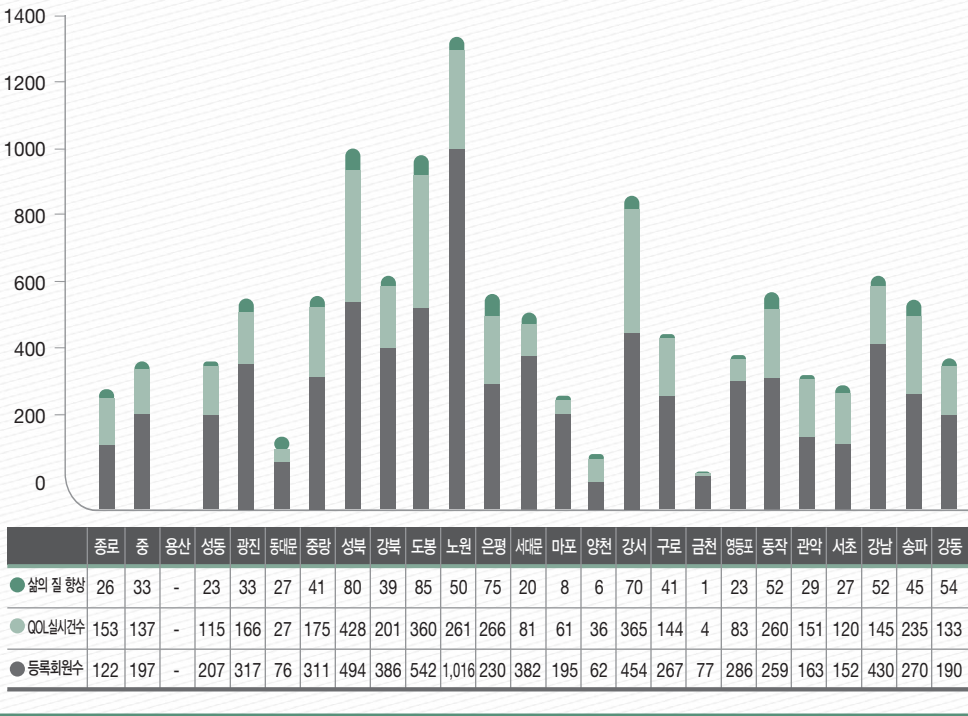


Figure12_ 자치구별 지역사회 생활유지율

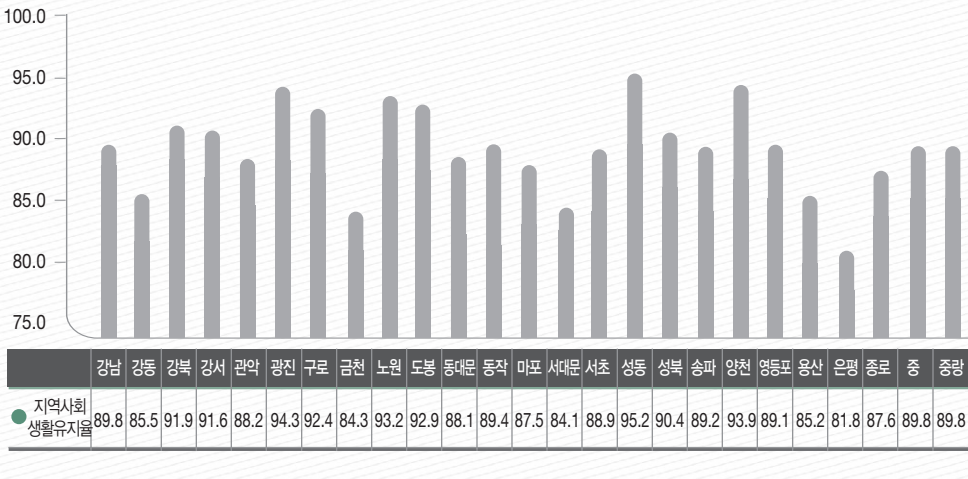


Figure13_ 자치구별 정신보건문제(추계정신질환 대비 정신질환등록율)

(단위 : 명, %)

자치구	인 구	추계정신 질환자 (인구의 1%)	정신장애 등록자 수				센터등록 회원 (장애등록현황)	추계중증정신 질환대비 장애 등록율(%)	서울시인구 대비 장애등록율(%)
			계	1급	2급	3급			
서울시	10,249,679	102,497	15,180	792	5,642	8,746	17,944	14.8	0.15
종로구	168,382	1,684	273	7	105	161	429	16.2	0.16
중구	133,193	1,332	222	16	76	130	716	16.7	0.17
용산구	246,501	2,465	308	11	114	183	195	12.5	0.12
성동구	300,711	3,007	399	18	130	251	597	13.3	0.13
광진구	371,936	3,719	483	29	149	305	581	13.0	0.13
동대문구	365,486	3,655	609	21	223	365	592	16.7	0.17
중랑구	423,706	4,237	839	44	306	489	869	19.8	0.20
성북구	485,171	4,852	656	41	230	385	883	13.5	0.14
강북구	345,054	3,451	654	22	221	411	727	19.0	0.19
도봉구	365,573	3,656	519	18	196	305	940	14.2	0.14
노원구	603,930	6,039	1,244	51	477	716	1,524	20.6	0.21
은평구	493,634	4,936	1,136	89	513	534	587	23.0	0.23
서대문구	314,852	3,149	488	19	186	283	873	15.5	0.15
마포구	389,493	3,895	529	20	200	309	452	13.6	0.14
양천구	500,210	5,002	575	24	223	328	450	11.5	0.11
강서구	569,072	5,691	1,406	86	540	780	753	24.7	0.25
구로구	427,468	4,275	564	35	199	330	739	13.2	0.13
금천구	243,438	2,434	383	18	149	216	386	15.7	0.16
영등포구	397,443	3,974	495	40	152	303	831	12.5	0.12
동작구	401,408	4,014	493	19	157	317	660	12.3	0.12
관악구	526,397	5,264	789	27	283	479	738	15.0	0.15
서초구	433,564	4,336	335	26	120	189	610	7.7	0.08
강남구	565,710	5,657	665	55	298	312	1,015	11.8	0.12
송파구	682,209	6,822	578	39	203	336	1,084	8.5	0.08
강동구	495,138	4,951	538	17	192	329	713	10.9	0.11

Figure14_ 자치구별 정신장애 등록현황

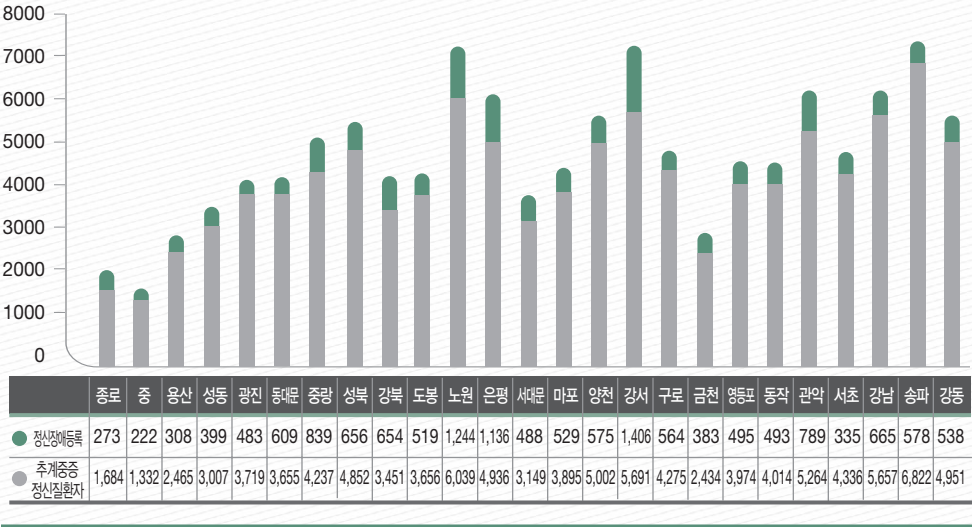
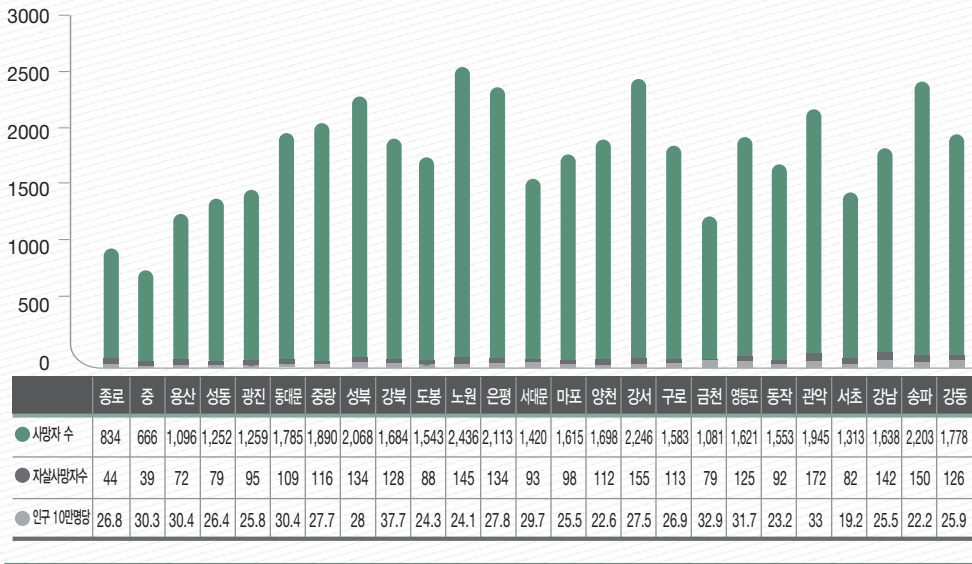


Figure15_ 자치구별 자살사망현황



자료원

자료원

보건복지부			
정신건강정책과 (연구용역)	정신질환실태 역학조사	<ul style="list-style-type: none"> • 주요정신질환 일년유병률 및 추정환자수 • 정신장애군별 정신의료서비스 이용률 • 정신의료서비스 이용실태 (치료 유병률) 	매5년
장애인정책과 (한국보건사회연구원)	장애인실태조사	<ul style="list-style-type: none"> • 장애유형별 취업인구 및 취업률 • 장애인 경제활동참가율 • 취업장애인 직장유형, 임금수준, 평균 근무시간, 평균 근속기간 	매3년
정책통계담당	보건복지통계연보	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지예산 대비 보건의료예산 점유비 • 장애인등록자수 	매년
장애인정책과	등록장애인 현황	<ul style="list-style-type: none"> • 장애유형별, 등급별, 지역별, 연령별 현황 	매년
OECD 대한민국 정책센터 사회정책본부	한눈에 보는 OECD 보건지표	<ul style="list-style-type: none"> • OECD 국가의 퇴원 후 30일 이내 재입원율 • OECD 국가의 알코올 소비량 	-
중앙정신보건 사업지원단	중앙정신보건 사업지원단 사업보고서	<ul style="list-style-type: none"> • 정신의료기관 정신병상 수(병원특성별, 연도별, 지역별) • 정신보건인력 현황 • 정신의료기관 재원기간 • 입원유형별 현황 • 정신질환자 지역사회 등록현황 및 등록관리율 • 정신질환에 대한 지식 및 태도 • 정신질환자 추계 	매년
질병관리본부 건강영양조사과	국민건강통계	<ul style="list-style-type: none"> • 자살생각률(연도별, 연령별) • 건강행태(음주, 우울증 경험률, 의료이용률, 자살생각률) 	매년
여성가족부			
한국청소년정책연구원 청소년정책분석평가센터	청소년백서	<ul style="list-style-type: none"> • 청소년 음주관련지표 	매년
통일부			
정책지원과	북한이탈주민 현황	<ul style="list-style-type: none"> • 북한이탈주민 현황(연령, 지자체별 거주, 입국현황 등) 	매년
행정안전부			
자치행정과	외국인주민 현황조사	<ul style="list-style-type: none"> • 외국인 현황(시도별, 인구대비 외국인주민 비율) 	매년
통계청			
국가통계포털	주민등록인구 통계	<ul style="list-style-type: none"> • 서울시/자치구별 총 인구수(성별, 연령) 	매년
인구동향과	사망원인통계	<ul style="list-style-type: none"> • 사망자수, 자살사망자수, 자살사망률 • 원인별 자살사망자수(성, 연령, 취업, 학력 등) 	매년(9월)
경찰청			
수사과	경찰통계연보	<ul style="list-style-type: none"> • 연도별 자살원인 및 자살방법 	매년
한국장애인고용공단			
장애인고용패널팀	장애인통계	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 고용현황 • 장애인 및 전체 인구의 경제활동참가율 	매년

국민건강보험공단 건강보험심사평가원			
재정통계센터	건강보험통계연보	• 건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율 • 의료급여 진료비 중 정신건강의학과 의료급여 비율	매년
보험급여실	의료급여 통계연보	• 서울시 의료급여 지출 현황	
재정통계센터	지역별 의료이용 통계	• 서울시 의료이용통계(자료요청)	
서울시			
재무국 재무과	서울시 세입세출결산서	• 서울시 정신보건예산 • 서울시/자치구 정신보건예산 • 서울시 정신보건 지출현황(정신의료기관 제외)	매년
보건의료정책과	서울시 정신보건시설현황	• 사회복귀시설 설치현황, 입소자 정원 및 현원	매년
	서울시 정신보건예산 지출현황	• 정신보건예산 총 지출현황	매년
	심판위원회 심사의뢰율	• 각 자치구별 개최회수, 퇴원명령건수 • 퇴원명령률	매년
	서울시 정신의료기관 현황	• 입원형태 별 현황	매년
서울시 정신건강증진센터	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	• 정신건강증진센터 등록정신질환자 중 자살사망자수 • 자살방법	매년
	소비자참여도	• 정책레벨별 소비자 참여도 조사	2년
	blutouch.net	• 서울시민 우울증 자가검진율	매년
	서울시민 인식조사	• 서울시민의 우울증, 스트레스 등 정신건강인식도 • 정신건강브랜드 인지도 • 서울시민 자살생각률 • 정신질환에 대한 지역사회 수용도	2년
WHO			
Mental Health Atlas	• OECD 국가의 보건예산 대비 정신보건예산 비율 • WHO 국가의 정신병상수 • OECD 국가의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황 • 소득수준별 정신보건인력 현황		-
Australian Government			
National mental health report	• 소비자 참여도		-
OECD			
OECD health data	• OECD 국가별 정신병상 수 • OECD 국가별 연령표준화 자살사망률		매년

참고문헌

■ 국내문헌

- 강상경 · 권태연(2006), 미국의 지역사회에 기반을 둔 정신 재활서비스의 소비자만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 『정신보건과 사회사업』, 24:5-35.
- 강상경 · 권태연(2008), 정신보건심판위원회의 운영실태 및 개선방안, 『정신보건과 사회사업』, 28:297-315.
- 경기도가족여성연구원(2012), 경기도 북한이탈주민 성별 현황.
- 경찰청(2011), 경찰통계연보 2009-2011.
- 국가인권위원회(2009), 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서.
- 국민건강보험공단(2011), 건강보험통계연보2009-2011.
- 국민건강보험공단(2011), 의료급여통계연보2006-2011.
- 김광기(2001), 알코올 소비 및 음주관련 폐해 통계지표의 정보화, 보건복지부.
- 김문근 · 김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구, 국가인권위원회.
- 김민석 · 장홍석 · 이진석 · 이명수(2006), 정신보건 정책수립을 위한 지표 개발 기초조사, 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터.
- 김성희 · 변용찬 · 손창균 · 이연희 · 이민경 · 이승희 · 강동욱 · 권선진 · 오혜경 · 윤상용 · 이선우(2011a), 2011 장애인실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 김성희 · 윤상용 · 김대철 · 서동명 · 박수지 · 이현민(2011b), 장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구, 한국보건사회연구원.
- 김연애(2008), OECD 2007 장애정책리뷰, 고용개발원.
- 김연희 · 전우택 · 조영아(2010), 북한이탈주민 정신건강 문제 유병율과 영향요인, 『통일정책연구』, 19(2):141.
- 김용식 · 신영민 · 정희연 역(2003), 초발정신병, Aitchison, Kathy J, Meehan, Karena, Murray, Robin, MD, M Phil, MRCP, MRC Psych, 1998, First Episode Psychosis, (주)렉스콜.
- 김윤 · 이해국 · 김광기 · 윤명숙 · 이선영 · 조근호 · 강미영 · 장원모(2009), 음주폐해 예방 및 관리에 대한 국가 5개년 계획 연구, 알코올사업기술지원단.
- 김종남 · 최윤경 · 채정민(2008), CES-D와 로사검사를 통해 본 북한이탈주민의 우울감, 『한국심리학회지』, 14(2):14-61.
- 노동부(2009), 통계로 보는 노동시장.
- 노동부 · 한국장애인고용공단 고용개발원(2009), 2009 장애인통계.
- 박종익 · 장홍석 · 이진석 · 이명수(2008), 장기입원의 구조적원인과 지속요인, 국가인권위원회.
- 배정규 · 이용표 · 신성만 · 이종구 · 박호순(2006), 지방자치단체의 정신보건 업무수행 실태조사, 대구대학교 응용심리연구소 · 국가인권위원회.
- 백지은 · 송진희 · 홍현숙 · 한혜리 · 이태경 · 노성원(2008), 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비 연구, 국립서울병원.
- 변용찬 · 김성희 · 윤상용 · 강민희 · 최미영 · 손창균 · 오혜경(2009), 2008 장애인실태조사, 보건복지가족부 · 한국보건사회연구원.
- 보건복지부(2006), 파랑새플랜 2010.
- 보건복지부(2007), 국가정신건강정책10년.
- 보건복지부(2011), 2011년 정신보건사업안내.
- 보건복지부(2011), 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2011.

- 보건복지부(2012), 2012 보건복지통계연보.
- 보건복지부(2012), 2011 회계연도 세입 · 세출결산보고서.
- 보건복지부 · 질병관리본부(2012), 2011 국민건강통계 한 눈에 보기.
- 보건복지부 · 질병관리본부(2012), 2011 지역사회건강조사.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2012), OECD Health Data 2012(요약집).
- 북한이탈주민지원재단(2012), 2012 북한이탈주민 실태조사.
- 서동우(2002), 지역사회정신보건의 현황과 전망, 『한국사회복지학회 학술대회 자료집』, 2002(4):155-179.
- 서울시정신보건사업지원단(2007, 2009, 2011), 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사.
- 서울시정신보건사업지원단 · 서울시정신보건센터(2009), 서울정신건강 2020 : 제 2차 4개년 계획 수립에 대한 보고서 2009-2012.
- 서울시정신보건사업지원단(2010), 서울시정신보건사업지원단 5개년 보고서.
- 서울시정신보건사업지원단(2011), 서울시 정신보건시설 현황집.
- 서울시정신보건센터(2009), 서울시정신보건센터 4개년 사업보고서.
- 서울시정신보건센터(2012), 2012 서울시정신보건센터 사업보고서.
- 서울특별시 · 서울시정신보건사업지원단(2004), 서울정신건강 2020 사업.
- 서울특별시(2011), 2011년 세입 · 세출예산서.
- 서울특별시(2012), 2011년 세입 · 세출결산서.
- 알코올사업지원단 · 가톨릭대학교 산학협력단(2011), 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020.
- 여성가족부(2012), 2012 청소년백서.
- 오정하 · 고정아 · 임희영 · 박정숙 · 이명수(2011), 지역사회 정신보건서비스에 대한 소비자 참여도 지표 개발 연구, 『정신보건 The Mental Health』, 2011(2): 17-22.
- 울산대학교 건강증진사업지원단(2010), 정신질환자의 건강증진을 위한 4대 지침안 개발.
- 유정자(2006), 재중 북한이탈주민의 정신건강에 대한 연구, 연세대학교대학원 석사학위논문.
- 윤정원(2007), 의료보장유형과 총 진료비 및 재원일수의 연관성 분석-정신질환을 중심으로, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 이금진(2003), 정신장애인직업유지기간에영향을미치는요인, 『장애인고용』, 13(4):21-51.
- 이명수(2007), 정신과 내원 초발정신증 환자의 정신증 미치료 기간(DUP)과 치료 경로(pathway) 조사, 서울시정신보건사업지원단.
- 이명수 · 고정아 · 오정하 · 박정숙 · 전영미 · 박지인(2009), 서울시립정신병원 운영개선 방안에 관한 연구, 서울시정신보건센터.
- 이명수 · 홍진표 · 고정아 · 오정하(2009), 정신보건심판위원회 퇴원명령 대상자 추적조사, 『대한신경정신의학회』, 48(1): 42-47.
- 이명수 · 고정아 · 박정숙 · 김수정 · 임희영(2011), 2011 서울시 정신장애인 실태조사, 서울시정신보건센터.
- 전우택(2000), 탈북자들의 남한사회 적응과 심리갈등에 대한 이해, 『한국심리학회』, 2000:67-91.
- 정인원 · 현명호 · 김진영 · 배제남 · 장홍석 · 나동석 · 배안 · 조웅 · 사공정규 · 장성만 · 박종익(2008), 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사, 국가인권위원회.
- 조맹제 · 박종익 · 배안 · 배재남 · 손정우 · 안준호 · 이동우 · 이영문 · 이준영 · 장성만 · 정인원 · 조성진 · 홍진표, (2011), 2011 정신질환실태 역학조사, 보건복지부 · 서울대학교 의과대학교.

- 조한진(2006), 미국과 한국의 장애인고용상태 분석, 『장애인고용』, 16(1):45-66.
- 중앙정신보건사업지원단(2007, 2010, 2012), 2006, 2009, 2011 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 통계청(2011), 2011 사망원인통계연보.
- 한국보건사회연구원(2008), 보건복지예산 현황과 전망.
- 홍선미 · 박숙경 · 신영전 · 염형국 · 윤탁 · 이영문 · 이용표 · 홍진표(2009), 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축, 국가인권위원회.
- 황태연 · 서용진(2008), 정신보건정책, 계획, 프로그램, WHO 정신보건국.

■ 국외문헌

- Australian Government(2002, 2005, 2007, 2010), National mental health report.
- Australian Government(2004), Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services.
- 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(2003), Transforming Disability into Ability.
- OECD(2012), Health Data.
- WHO(2003), Advocacy for mental health.
- WHO(2003), Investing in Mental Health.
- WHO(2001, 2005, 2011), Mental health Atlas.

■ 인터넷 웹사이트

- 블루터치 www.blutouch.net
- 서울시정신보건관리시스템(SMHIS), www.smhis.or.kr
- 서울시정신보건통계 www.seoulmentalhealth.kr
- 세계보건기구(WHO), www.who.int
- 통계청(2011), 서울시인구, www.kostat.go.kr
- 통일부(2011), 북한이탈주민 현황, www.unikorea.go.kr
- 행정안전부(2011), 외국인주민 현황조사, www.mospa.go.kr

2012 서울시정신보건지표

Seoul Mental Health Indicator

발행일 | 2013년 4월

발행인 | 이명수

편집인 | 임희영, 박정숙, 김수현, 윤신정

발행처 | 서울시정신건강증진센터

전화 | 02-3444-9934

팩스 | 02-3444-9961

홈페이지 | seoulmentalhealth.kr
blutouch.net

제작업체 | 호박애킴퍼니(주)

본 저작물은 서울시정신건강증진센터의 소유이므로 사전
 승인 없이 본 내용의 전부 또는 일부에 대한 무단 전재와 복제
 를 금합니다.

