

2014
서울시정신보건지표
Seoul Mental Health Indicator

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

일러두기

- 본 지표집은 총 28개 서울시 정신보건지표와 국외, 시도별 정신보건지표로 구성되어 있음.
 - 정신보건지표의 각 장은 정신보건자원, 정신보건문제, 정신보건사업을 7개 영역, 14개 하위영역에 따라 레벨과 영역을 구분해 지표로 제시됨.
 - 관련지표에 따른 현황에서는 국내외, 서울시의 자료를 연도별로 표와 그림으로 제시하고자 하였음.
 - SMHIS(Seoul Mental Health Information System)를 바탕으로 산출된 지표의 경우 서울시 전체를 대표 할 수는 없기에 해석에 있어 주의를 요함.
 - 본문에 제시된 서울시 정신보건사업지표는 2013년 데이터를 기준으로 함.
-
- 정신보건지표 구성을 위해 사용된 자료원들은 국가 승인 통계자료를 중심으로 자료를 수집하여 재구성하거나 인용함.
 - 정신보건현황 및 사업에 대한 국가 및 지자체 차원의 자료가 부족해 연도별 데이터가 제시되지 못하거나 혹은 지표화 되지 못한 부분도 있음. 또한 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 것으로서 업무실적과는 무관하며, 현황파악을 위한 참고자료로 활용하기 바람.
 - 알코올상담센터는 2014년 중독관리통합지원센터로 명칭이 변경되었으나, 본 지표집에서는 2013년 기준인 알코올상담센터 명칭을 사용함.

발간사

서울시의 정신보건사업이 시작된 지 어느덧 21년째를 맞이하고 있습니다. 1997년 정신보건법이 개정되면서 시작된 지역사회 정신보건의 역사와 함께 서울시 또한 시민의 정신건강과 정신장애인의 사회재활, 인권향상을 위해 다양한 지역사회 정신보건사업을 추진해왔습니다. 1995년 국내 최초로 지역정신건강증진센터 설치, 2005년 광역정신보건센터 설치 및 국내최초의 24시간 위기관리체계를 구축해 국가정신보건을 선도하는 역할을 수행하고, 2005년 「서울시정신건강 2020」과 함께 4개년 계획을 수립해 정신보건환경을 둘러싼 장기적 전략의 수립과 자원개발, 인프라 구축을 통해 정신건강과 정신장애인의 탈원화, 인권향상을 위한 사업을 수행해왔습니다. 또한, 심각한 수준의 자살률에 대한 대안으로 2012년 서울형 지역사회 자살 예방사업을 시범사업으로 시작해 추진해오고 있습니다.

더불어, 최근 공공영역에서의 효과성, 효율성의 입증에 대한 사회적 요구와 근거기반 중심의 사업수행에 따라 객관적 기준과 근거 수집을 위해 서울시 자체의 정신보건데이터를 생산, 관리하고 있으며 정신건강 문제를 분석하고 지표화 함으로써 서울시와 자치구 차원에서 효과적인 서비스 제공체계를 마련하고자 합니다. 이를 통해 서비스 제공과정의 질적 향상을 도모하고, 중장기적으로는 정신건강증진과 인식개선을 위해 나갈수 있을 것입니다.

서울시는 정신보건서비스의 질 향상을 통해 서울시민의 정신건강 향상과 선진적 정신보건서비스 체계 구현을 통해 지속적으로 정신보건 발전을 위해 노력하겠습니다.

새해에도 모두 건강하시길 기원 드립니다. 감사합니다.

서울시보건의료정책과장

박 유 미



서울시 정신보건지표의 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.

1) 서울시정신보건서비스 framework 개발 배경의 전문을 일부 수정하여 인용함.

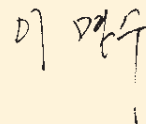
얼마만큼의 예산과 인력을 투입해야 하는 것인지, 그럼으로써 얼마만큼의 대상자에게 서비스를 얼마만큼 공급해야 하는 것인지가 여기에 해당합니다. 이는 한 사회의 보건복지의료체계에 대한 포괄적인 이해 하에 계획되어야 하는 부분이며, 공공보건사업의 형평성(또는 접근성) 문제를 해결해 나가기 위한 가장 기본적 요소라고 할 수 있습니다. 현대사회는 다양한 정신건강의 문제들이 모습을 달리하며 나타나고 있습니다. 이러한 인적 물적 자원의 투입에 기반하여 소비자들의 욕구에 반응하는 다양한 사업들이 전개될 것이고 만약 그 서비스 전달체계가 연속적이고 효과적이며 적절하다면 궁극적으로 서울시의 정신보건서비스의 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 20년을 바라보고 있는 시점이지만 대상자의 수요에 따라서 투입규모가 결정되는 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 예측이 가능해질 때 비로소 그 사회의 공공사업이 선진적이라고 정의한다면 서울시는 2010년부터 지표화 작업을 통해 그 기반을 만들기 위해 노력하고 있다고 볼 수 있습니다. 향후 데이터베이스의 강화작업을 통해 보다 세부적인 지표를 산출해 낼 계획으로 있으며 서울시정신보건사업의 성공과 열매맺기를 옆에서 지켜봐주는 의미로서 서울시정신보건지표가 그 역할을 수행해내리라 기대해 봅니다.

2014년 12월

서울시정신건강증진센터장

이 명 수



Indicator 7. 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률	72
Indicator 8. 주요 진단별 정신질환 치료율	74
Indicator 9. 서울시민의 자살생각률	75
Indicator 10. 인구 10만 명당 자살사망률	76
Indicator 11. 서울시민 고위험 음주율	78
Indicator 12. 서울시민 우울감 경험률	79
Indicator 13. 서울시 스트레스 인지율	80
Indicator 14. 정신질환자에 대한 지역사회 수용도	81

제3장. 정신보건사업에 따른 지표 83

제1절 지역사회재활서비스	84
제2절 직업재활	90
제3절 이주민 정신건강	97
제4절 정신질환자 권익옹호	102
제5절 정신보건심판위원회	105
제6절 우울증 예방과 정신건강증진	108

Indicator

Indicator 15. 중증정신질환자 지역사회 등록관리율	112
Indicator 16. 지역사회 등록정신질환자 자살사망률	114
Indicator 17. 개별서비스 계획수립률	117
Indicator 18. 삶의 질 향상률	119
Indicator 19. 북한이탈주민/ 재외국민 상담서비스 제공건	121
Indicator 20. 지역사회 생활유지율	122
Indicator 21. 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	124
Indicator 22. 전문요원 1인당 사례관리 부담률	125
Indicator 23. 정신보건심판위원회 심사의뢰건	127
Indicator 24. 정신보건심판위원회 퇴원명령률	128
Indicator 25. 소비자 참여도	129
Indicator 26. 정신장애인 등록률	131
Indicator 27. 우울증에 대한 긍정적 인지도	132
Indicator 28. 서울시민의 정신보건서비스 인지도	133

부록

자치구별 관련 통계데이터	136
자료원	146
참고문헌	148

표 목 차

표1	서울시정신보건지표 분류	17
표2	OECD 국가의 보건예산 대비 정신보건예산 비율	20
표3	보건복지예산 대비 보건예산 점유비	21
표4	2011-2013 정신보건사업 세출예산	22
표5	건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율	22
표6	의료급여 진료비 중 정신건강의학과 의료급여 비율	23
표7	서울시 정신보건 예산현황	23
표8	정신의료기관별 정신병상 수 변화추이	25
표9	WHO 국가의 정신병상 수	26
표10	OECD 국가의 정신병상 수	26
표11	병원특성에 따른 우리나라 연도별 정신병상 수	27
표12	서울시 정신병상수 변화추이	28
표13	우리나라의 지역사회 정신보건기관 증감추이	29
표14	서울시의 지역사회 정신보건기관 증감추이	30
표15	OECD 국가의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황	31
표16	우리나라 정신보건인력 현황 변화추이	32
표17	서울시 정신보건인력 현황	33
표18	정신장애 일년 유병률 비교	48
표19	초발 정신분열병(조현병) 연구에서 나타난 치료의 지연 기간	49
표20	국가별 조기정신증 사업	50
표21	유럽의 평균입원일수	51
표22	우리나라와 유럽의 비자의적 입원을 현황	53
표23	연도별 입원유형별 현황	54
표24	연도별, 연령별 자살생각률	56
표25	OECD 국가의 연령별 표준화 자살사망률(인구 100,000명당)	57
표26	성·연령별 자살사망자 수	59
표27	연령대별 사망순위	60
표28	시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율	61
표29	서울시 연령별 자살사망자수 변화추이	63
표30	연도별 청소년 음주관련 지표	64
표31	연도별 음주운전에 의한 교통사고 및 사망인원	65
표32	알코올 사용장애 일년유병률 및 추정 환자 수	65
표33	평생 음주자의 연간 음주문제 상담경험율	66
표34	시도별 19세 이상 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율	66

표35	정신건강문제 상담경험률	69
표36	정신보건기관 유형별 주간재활 프로그램 운영현황	84
표37	추계중증정신질환자 대비 등록관리율	85
표38	등록자의 연령별 분포	86
표39	등록자의 진단별 분포	87
표40	연도별 장애인등록자 현황	90
표41	성별 취업 인구 및 취업률	91
표42	장애유형별 취업률	93
표43	취업장애인의 직무유형	94
표44	취업장애인의 주당 평균 근무시간, 월 평균 수입, 평균 근속기간	96
표45	성별 · 연령별 북한이탈주민 입국현황(2014년 5월말 입국자기준)	98
표46	시도별 북한이탈주민 거주현황(100인 이상 거주지/2014년 10월말 입국자기준)	98
표47	인구대비 외국인주민 비율 현황	100
표48	정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	101
표49	정신보건심판위원회 퇴원심사 청구 및 퇴원명령(환자)현황	106
표50	한 기관에서 퇴원 후 보호자에 의해 바로 타 시설로 강제 입원한 경험 유무	107
표51	서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황	107
표52	주요우울장애 유병률(지역사회 역학조사)	108
표53	정신건강증진센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자수	115
표54	정신건강증진센터별 1FTE당 사례관리 부담	126

그림목차

그림1	보건복지예산 대비 보건예산 점유비	21
그림2	연도별 서울시 정신보건예산 지출현황	24
그림3	연도별 서울시 의료급여 지출액	24
그림4	병원 특성에 따른 우리나라의 연도별 정신병상 수 변화추이	27
그림5	병원 특성에 따른 연도별 서울시 정신병상 비율	28
그림6	연도별 서울시 지역사회 정신보건기관 증가추이	30
그림7	WHO 소득에 따른 정신보건인력 구성현황	32
그림8	연도별 우리나라 정신보건인력 현황	33
그림9	인구 1인당 정신보건예산	36
그림10	자치구별 인구 1인당 정신보건 예산	37
그림11	서울시 의료급여지출 예산	38
그림12	인구 10만 명당 거주서비스 정원	39
그림13	인구 10만 명당 주간재활시설 정원	40
그림14	자치구별 주간재활시설 및 정원 현황	41
그림15	인구 10만 명당 이용가능한 정신병상수	42
그림16	정신의료기관 유형별 정신병상 수 분포	43
그림17	인구 10만 명당 정신보건 전문인력	44
그림18	지역사회 정신보건기관 및 정신의료기관 정신보건 전문인력 분포현황	45
그림19	자치구별 인구 10만 명당 정신보건 전문인력 현황	46
그림20	주요정신질환 진단별 치료율	48
그림21	정신의료기관별 평균재원기간(중양값) 변화추이	52
그림22	시도별 정신의료기관 재원기간(중양값) 분포	52
그림23	서울지역 정신의료기관 재원기간 분포비율	53
그림24	서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황	54
그림25	OECD 국가별 조현병 환자의 퇴원후 30일 이내 재입원율	55
그림26	세계 자살률 MAP(인구 100,000명당), 2012	58
그림27	연도별 자살 사망자수 및 자살사망률 변화추이	58
그림28	연도별 자살원인	60
그림29	연도별 자살방법	61
그림30	2013년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살사망률	62
그림31	연도별 서울시 사망자수 대비 자살사망자수 변화추이	62
그림32	OECD 국가의 알코올 소비량(15세 이상 인구 1인당)	64
그림33	월간음주율	67
그림34	연간음주자의 고위험음주율	67

그림35	정신질환 누구나 걸릴 수 있다 긍정응답 비율	68
그림36	정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다 긍정응답 비율	68
그림37	정신의료서비스 이용률	69
그림38	정신건강 관련 문제로 도움/상담을 받은 대상 비율	70
그림39	정신건강증진센터 이용의향	70
그림40	서울시민의 전국 정신의료기관 이용현황	72
그림41	연령별 정신의료기관 이용현황	73
그림42	진단별 정신의료기관 이용현황	73
그림43	정신질환 진단별 유병률과 치료율	74
그림44	서울시민의 자살생각 경험률	75
그림45	인구 10만 명당 자살사망률 변화추이	76
그림46	성별 연령별 자살사망자수	77
그림47	성별 혼인별 자살사망자수	77
그림48	교육정도별 자살사망자수	77
그림49	서울시·자치구별 고위험 음주율	78
그림50	서울시·자치구별 우울감 경험률	79
그림51	서울시·자치구별 스트레스 인지율	80
그림52	정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도	81
그림53	2013년 시도별 주간재활 프로그램운영 기관현황	84
그림54	2013년 시도별 주간재활 프로그램 이용현황	85
그림55	중증정신질환자 대비 등록관리율	86
그림56	시도별 인구 1만 명당 지역사회 정신보건기관 등록자 현황	87
그림57	지역사회 정신보건시설 유형별 등록현황	88
그림58	자치구별 정신건강증진센터 등록관리 대상별 비율	89
그림59	장애인 등록 변화추이	90
그림60	장애인 및 전체인구의 경제활동 참가율	91
그림61	OECD 주요국의 장애인 고용률(2005)	92
그림62	장애유형별 취업률	94
그림63	OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비	95
그림64	취업장애인의 임금수준	96
그림65	북한이탈주민 연도별 입국자수	97
그림66	북한이탈주민 거주현황	98
그림67	연도별 외국인주민 변동추이	99
그림68	시도별 외국인주민 비율	100

그림 목차

그림69 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	102
그림70 소비자참여도	104
그림71 지역사회 정신보건 사업에 대한 만족도	104
그림72 연도별 우울증 진료인원 및 진료비	109
그림73 연도별 우울증상 경험률 변화추이	109
그림74 연령별 우울증 진료환자 수	110
그림75 시도별 우울감 경험률	110
그림76 지역사회 중증정신질환자 등록관리율	112
그림77 자치구별 중증정신질환자 등록관리율	113
그림78 정신건강증진센터 등록정신질환자 자살사망자 현황	114
그림79 정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 진단별 현황	115
그림80 정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 자살수단 현황	116
그림81 자치구별 개별서비스계획 수립률	117
그림82 자치구별 개별서비스계획 수립률 변화추이	118
그림83 자치구별 삶의 질 향상률	120
그림84 북한이탈주민 정신건강문제 유형	121
그림85 재외국민 진단분류	121
그림86 자치구별 중증정신질환자 지역사회생활 유지율	122
그림87 자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	124
그림88 정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰 건	127
그림89 정신보건심판위원회 퇴원명령률	128
그림90 서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도	130
그림91 기관별 소비자참여도	130
그림92 정신장애 등록 변화추이	131
그림93 우울증에 대한 긍정적인 인식도	132
그림94 서울시민의 정신보건서비스 인지도	133

표1. 자치구별 정신보건 자원	136
그림1-1 서울시 정신병상수	137
그림1-2 서울시 주간재활시설 정원	137
표2. 자치구별 정신보건자원	138
그림2-1 서울시 정신보건전문인력	139
그림2-2 서울시 지역사회 정신보건전문인력	139
표3. 자치구별 정신질환자 등록현황	140
그림3-1 대상군별 지역사회 등록현황	141
그림3-2 지역사회 기관별 등록현황	141
표4. 자치구별 정신보건문제	142
(ISP수립, 삶의 질, 지역사회생활유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기재원)	
그림4-1 자치구별 등록회원의 삶의 질 향상	143
그림4-2 자치구별 지역사회 생활유지율	143
표5. 자치구별 정신보건 문제	144
(추계정신질환 대비 정신질환 등록율)	
그림5-1 자치구별 정신장애 등록현황	145
그림5-2 자치구별 자살사망현황	145

- 서울시정신보건 지표는 정신보건서비스를 7개의 영역으로 구분, 14개의 세부영역의 특성에 따라 지표를 정의함.

표1_ 서울시정신보건지표 분류

영역	세부영역	지표	1차년도 (2010년)	2차년도 (2012년)	3차년도 (2014년)
효과성	소비자 결과	삶의 질 향상률	◆	◆	◆
		지역사회 등록정신장애인 자살사망률	◆	◆	◆
		서울시민의 고위험 음주율		◆	◆
		서울시민 스트레스 인지율		◆	◆
		서울시민 우울감 경험률	◆	◆	◆
	지역사회유지	지역사회 생활유지율	◆	◆	◆
		지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	◆	◆	◆
효율성	예 산	인구1인당 정신보건예산	◆	◆	◆
	입원서비스	의료급여 정신질환자에 대한 연간지출	◆	◆	◆
	사회생산성	정신장애인 취업률	◆	◆	
		취업정신장애인 1인당 월평균 소득	◆		
적절성	재원적절성	서울시립정신병원의 재원적절성	◆		
		서울시립요양시설의 재원적절성	◆		
	서비스 강도	인구10만 명당 정신보건전문인력(FTE)	◆	◆	◆
		전문요원 1인당 사례관리 부담	◆	◆	◆
		개별서비스계획 수립률	◆	◆	◆
접근성	입원서비스	인구10만 명당 이용 가능한 정신병상수	◆	◆	◆
		서울시민의 서울시 정신의료기관 이용률	◆	◆	◆
	의료서비스	주요 진단별 정신질환 치료율	◆	◆	◆
		초발정신질환자 미치료기간(DUP)	◆		
	지역서비스	중증정신질환자 지역사회 등록관리율	◆	◆	◆
		정신장애인 등록률	◆	◆	◆
		인구10만 명당 주간재활시설 정원	◆	◆	◆
		인구10만 명당 주거제공시설 정원	◆	◆	◆
연속성	심판위원회	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆	◆
		정신보건심판위원회 퇴원명령률	◆	◆	◆
반응성	취약계층	북한이탈주민/재외국민 정신보건서비스 제공건	◆	◆	◆
	인 식	우울증에 대한 긍정적 인식도	◆	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆	◆
		소비자 참여도	◆	◆	◆
안정성	자살	서울시민 정신보건서비스 인지율	◆	◆	◆
		서울시민 자살생각률	◆	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆	◆

제1장 정신보건자원에 따른 지표

제1절 | 정신보건예산

제2절 | 정신보건기관

제3절 | 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 정신보건 예산 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 44.84 달러로 소득에 따라 국가간 차이가 200배 이상 나타나고 있음.
- 보건예산 대비 정신보건예산의 비율 변화는 0.65% - 12.91%로 보이고 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(2011, 2005, 2001), Mental Health Atlas

2. 중앙정부 정신보건재정

- 2013년 보건복지부의 보건복지예산과 보건예산 모두 2011년 대비 각 23.5%, 17.2% 증가하였으나 전체 예산대비 보건예산의 증가율이 상대적으로 낮은 실정임.

제 1 장 정신보건지원에 따른 지표

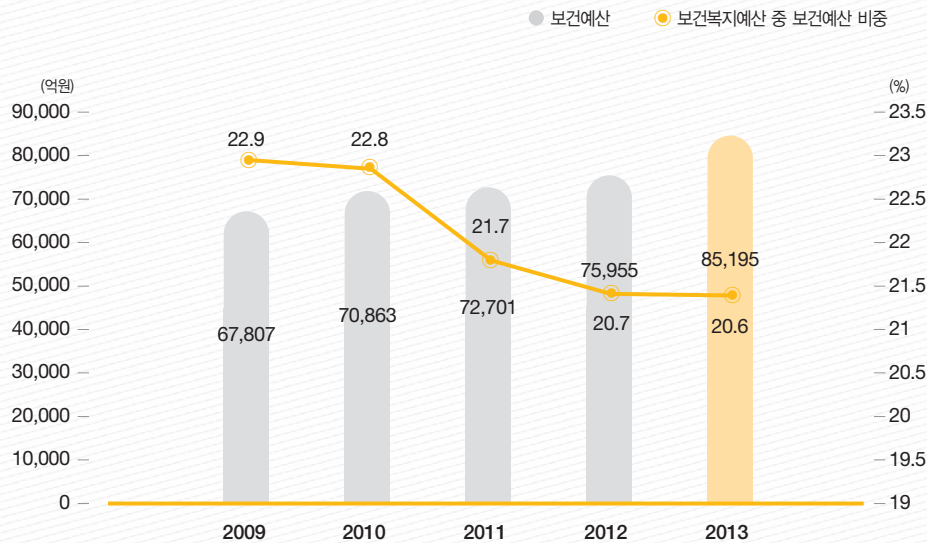
표3_ 보건복지예산 대비 보건예산 점유비

(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
2012	366,928	9.3	75,955	4.5	20.7
2013	414,503	13	85,195	12.2	20.6

출처 : 보건복지부(2013), 2013 보건복지통계연보

그림1_ 보건복지예산 대비 보건예산 점유비



- 중앙정부 정신보건예산은 '정신보건예산'과 '국민건강증진기금'으로 구성되며, 정신보건사업예산은 정신시설기능보강과 5개 국립병원 세출예산에, 국민정신건강기금은 정신건강인식개선, 정신보건시설확충 등에 사용되어지고 있음.
- 2013년 국비로 책정된 보건예산은 8조 926억원으로 이 중 정신보건사업 예산으로 책정된 금액은 1.4%에 해당하는 약 1210억원으로 2011년 대비 25.7% 증가함.
- 국민건강증진기금의 경우 2013년 기준 '정신질환관리'라는 항목으로 약 366억원이 '정신건강인식개선'과 '정신보건시설확충'을 위해 배정되었으며 2011년 180억 대비 2배가 정도 증가한 금액임.

표4_ 2011-2013 정신보건사업 세출예산

(단위 : 백만원)

사업별	2011	2012	2013	주요내역
보건	7,619,340	7,984,754	8,926,683	
정신보건	96,347	109,920	121,092	
정신질환관리	22,588	32,856	41,110	* 정신보건시설기능보강 * 정신건강인식개선 * 정신보건시설확충
국립서울병원	27,529	27,763	28,332	인건비, 기본경비 등
국립나주병원	14,613	15,247	15,982	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립부곡병원	12,641	13,633	14,043	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립춘천병원	8,951	9,468	10,412	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립공주병원	10,025	10,953	11,213	인건비, 기본경비, 정보화사업 등

출처 : 보건복지부(2013). 2013회계연도 세입·세출결산보고서

- 2013년 전체 건강보험 진료비중 정신건강의학과 진료비는 3.41%를 차지하고 있음. 2011년 대비 전체 건강보험 진료비중 정신건강의학과 진료비 비율은 비슷한 수준임. 정신건강의학과 진료비에서 68%는 입원비가 차지하고 있음.

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
2009	39,338,968	12,387,963	29,951,005	1,499,570	3.82	854,035	645,534
2011	46,237,905	15,436,474	30,801,431	1,444,139	3.13	901,658	542,480
2013	50,955,151	17,891,145	33,064,006	1,737,986	3.41	1,190,978	547,007

출처 : 국민건강보험공단(2014). 2013건강보험통계연보

- 2013년 전체 의료급여 진료비중 정신건강의학과 진료비는 20.8%를 차지하고 있음. 2011년 대비 전체 건강보험 진료비중 정신건강의학과 진료비 비율은 비슷한 수준임. 정신건강의학과 진료비에서 85%는 입원비가 차지하고 있음.

제 1 장 정신보건자원에 따른 지표

표6_ 의료급여 진료비 중 정신건강의학과 의료급여 비율

(단위 : 백만원, %)

연도	전체 건강보험진료비			정신건강의학과 진료비			
	총 진료비			계		입원	외래
	계	입원	외래	총진료비	구성비	총진료비	구성비
2009	4,754,800	2,358,846	2,395,954	828,608	17.43	705,501	123,107
2011	5,142,306	2,641,145	2,501,159	985,617	19.17	844,183	141,432
2013	5,304,689	2,853,067	2,450,621	1,102,033	20.8	944,538	157,494

출처 : 국민건강보험공단(2014). 2013의료급여통계연보

3. 서울시 정신보건재정 현황

- 사회복지시설과 정신요양시설의 재정이 지방정부로 이양된 2005년 이후 서울시는 정신 의료기관을 제외한 지역사회 정신보건예산 규모가 2004년도 약 60억원에서 2005년도에는 약 120억원으로 2배정도 증가함.
- 서울시의 정신보건예산액은 해마다 증가하고 있으며 보건예산대비 정신보건예산 점유율 또한 1~3%정도로 소폭 증가하고 있음. 2013년에는 14.5%로 전년대비 1.4% 상승함. 지출 비율에 있어 사회복지시설(50.2%), 정신건강증진센터(33.7%), 정신요양원(14.2%), 알코올상담센터(1.8%)의 비율로 나타나고 있으며, 알코올상담센터의 경우(2014년 중독관리 통합지원센터로 개칭) 2011년 이후 예산비율이 정체 또는 감소추세임.

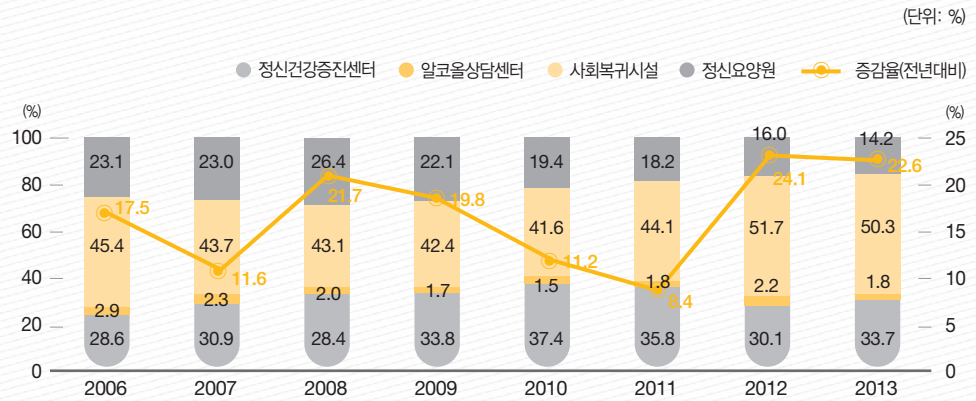
표7_ 서울시 정신보건 예산현황

(단위 : 백만원)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
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%	21,782,900 ▲5.8%	23,506,900 ▲7.9%
② 보건예산 (전년대비%)	235,078 ▲27%	293,745 ▲25%	226,934 ▽22.7%	322,332 ▲42%	301,463 ▽6.5%	276,448 ▽8.3%	271,291 ▽1.9%	296,312 ▲9.2%
③ 정신보건 (전년대비%)	14,006 ▲17.5%	15,636 ▲11.6%	19,032 ▲21.7%	22,819 ▲19.8%	25,433 ▲11.2%	26,369 ▲8.4%	32,735 ▲24.1%	40,133 ▲22.6%
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%)	9,850(30.1%)	13,536(33.7%)
알코올상담센터	406(2.9%)	361(2.3%)	381(2.0%)	398(1.7%)	392(1.5%)	509(1.8%)	722(2.2%)	711(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%)	16,915(51.7%)	20,188(50.3%)
정신요양원	3,242(23.1%)	3,596(23%)	5,032(26.4%)	5,033(22.1%)	4,940(19.4%)	5,029(18.2%)	5,248(16.0%)	5,698(14.2%)
④ 점유비 (보건예산기준)	6%	5.3%	8.4%	7.1%	8.5%	10%	12.1%	13.5%

출처 : 서울특별시(2012). 2012년 세입·세출예산서
서울특별시(2013). 2013년 세입·세출결산서

그림2_ 연도별 서울시정신보건예산 지출비율

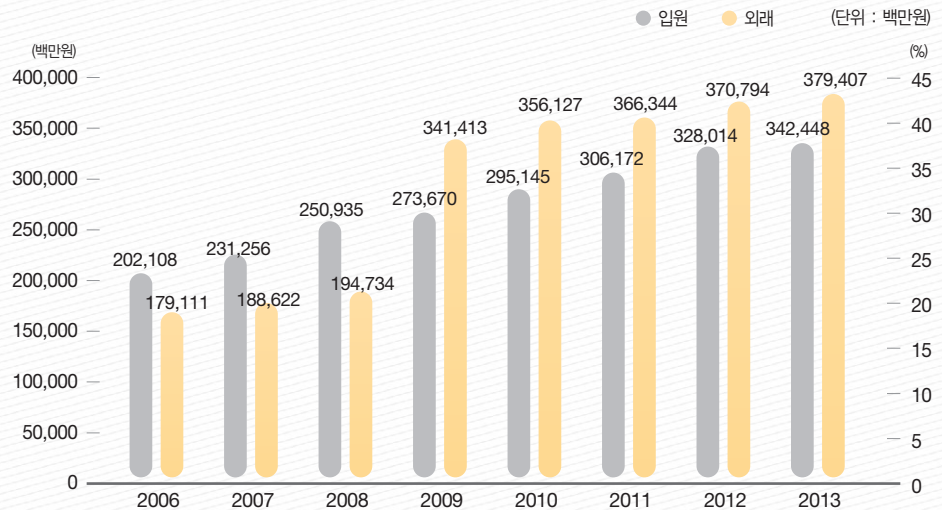


출처 : 서울특별시(2012), 2012년 세입·세출예산서
서울특별시(2013), 2013년 세입·세출결산서

4) 서울시 의료급여 지출 현황

- 서울시 의료급여 지출예산은 매년 증가하고 있으며, 2013년 의료급여 지출예산은 2012년 대비 2% 증가함.

그림3_ 연도별 서울시 의료급여 지출액



출처 : 국민건강보험공단(2013,2014), 의료급여 통계연보

- 2013년 서울시 전체 의료비용 7,709,404백만원중 의료급여 비율은 9.2% (712,856백만원) 로 2011년 9.3%와 비슷한 수준임.
- 2013년 서울시 정신질환 의료급여액은 111,522백만원으로 전년대비 9.6%로 증가하였으며, 서울시 의료급여예산의 15.4%를 차지함.

제 2 절 정신보건기관

1. 현황

- 전국현황에 있어 2005년 이후 정신의료기관 병상 수는 지속적인 증가추세였으나 2013년 처음으로 감소추세를 나타냄. 2012년 대비 2013년 정신의료기관 병상 수는 1.5% 감소한 양상임.
- 2013년 정신요양시설을 제외한 정신의료기관 병상 수에 있어, 사립병상수가 50.5%로 가장 높은 비율을 보임. 서울 또한 사립정신병원이 전체병상수의 39.7%로 가장 높은 비율을 차지하고 있으나 2011년 33.1% 대비 6.6%p 감소한 비율임.
- 2013년 정신보건기관은 총 1,956개(광역정신건강증진센터 제외)로 전년대비 5.5% 기관 수가 증가함. 이중 약 68.8%를 정신의료기관이 차지하고 있음. 지역사회정신보건기관은 광역센터제외, 전년대비 28개소 확충되었으며 이중 정신건강증진센터가 전년대비 16개소 확충된 것으로 나타남.

표8_ 정신의료기관별 정신병상 수 변화추이

(단위 : 개소, %)

구분		전국		정신의료기관 병상구성비	서울시		정신의료기관 병상구성비
		기관수	병상 수		기관수	병상 수	
2005년 합계		1,432	79,131	-	374	7,205	-
2006년 합계		1,558	82,862	-	406	8,116	-
2007년 합계		1,656	83,937	-	412	7,923	-
2008년 합계		1,705	86,703	-	426	7,738	-
2009년 합계		1,760	89,559	-	427	7,773	-
2010년 합계		1,810	93,932	-	428	7,659	-
2011년 합계		1,854	98,428	-	428	8,154	-
2012년 합계		1,967	96,965	-	474	6,166	-
2013년 합계		1,354	83,001	100	334	5,406	100
정신 의료 기관	소계	6	3,376	4.1	1	306	5.7
	국립	13	5,105	6.1	1	255	4.7
	공립	168	41,894	50.5	9	2,144	39.7
	사립	181	5,568	6.7	41	1,027	19.0
	종합병원정신과	133	21,430	25.8	7	495	9.2
	병원정신과	853	5,628	6.8	275	1,179	21.8
	정신과의원	59	13,964	-	3	760	-
정신요양시설		304	-	-	106	-	-
사회복지시설		11	-	-	1	-	-
기초 정신건강증진센터		189	-	-	25	-	-
알코올상담센터		50	-	-	5	-	-

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2013). 2013정신보건통계현황집

2. 정신의료기관

1) 우리나라 정신병상 수 변화추이

- 2011 Mental Health Atlas에 의하면, WHO 가입국의 정신병원 정신병상수 중앙값은 인구 10만 명당 0.04병상, 종합병원을 포함한 병원의 정신병상 수는 1.4병상으로 나타났다.
- 우리나라의 정신병원 병상수는 2011년 기준 2.54병상, 종합병원을 포함한 병원의 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	-	일본	2.7
오스트리아	0.6	한국	0.9
벨기에	1.8	룩셈부르크	0.9
캐나다	-	멕시코	0.0
칠레	0.1	네덜란드	-
체코	1.0	뉴질랜드	0.2
덴마크	-	노르웨이	1.2
에스토니아	0.5	폴란드	0.6
핀란드	0.7	포르투갈	0.5
프랑스	0.9	슬로바키아	0.8
독일	1.3	슬로베니아	0.7
그리스	-	스페인	0.4
헝가리	0.9	스웨덴	0.5
아이슬란드	0.5	스위스	1.0
아일랜드	0.6	터키	0.1
이스라엘	0.4	영국	0.5
이탈리아	0.1	미국	-

출처 : OECD(2014). 2014 OECD Health Data

*「OECD Health Data 2014」에 수록된 통계는 '12년 기준임

- 2013년 정신의료기관의 총 병상 수는 83,001병상으로 전년 84,220병상이었던 것에 비해 1,219병상(%)이 감소함. 전체 병상 50%는 사립정신병원이 차지하고 있으며, 그 다음으로 병원정신과, 국공립병원, 정신과의원 순으로, 이 같은 양상은 2009년 이후부터 유지되고 있음.
- 병원 특성별 비중에 있어, 공공성의 역할을 담당하고 있는 국공립 병원은 1990년대 이후부터 지속적 감소추세를 보여 현재 10% 수준인 반면, 사립정신병원과 같은 민간병원은 2011년 이후 감소하긴 했으나 감소세가 크지 않고 50%대의 수준을 유지하는 상태임.

제 1 장 정신보건자원에 따른 지표

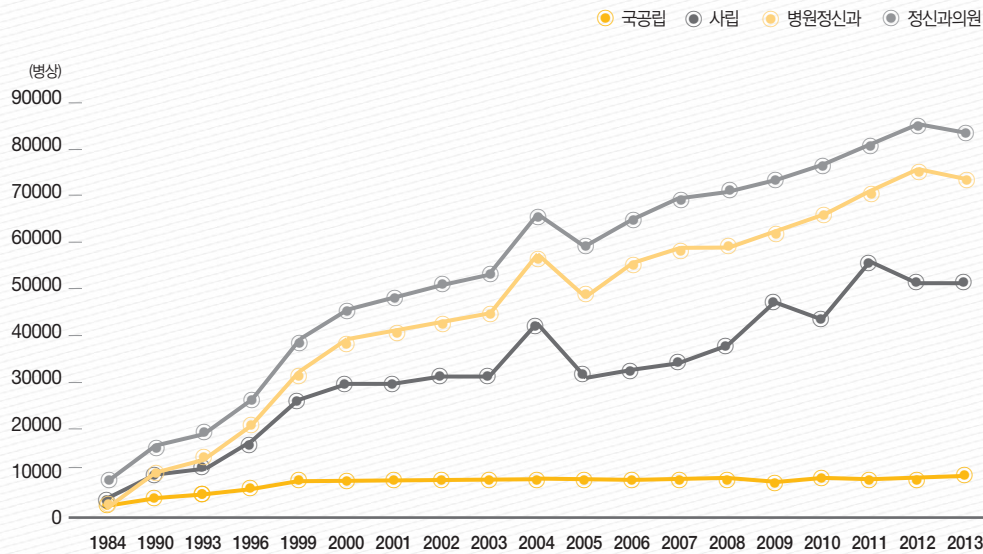
표11_ 병원 특성에 따른 우리나라의 연도별 정신병상 수

(단위 : 병상)

구분	연도																	
	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
국공립	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%)	7,975 (9%)	8,481 (10%)
사립	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%)	41,779 (50%)	41,894 (50%)
병원	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%)	29,017 (34%)	26,998 (33%)
정신과 의원	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%)	5,449 (6%)	5,628 (7%)

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014). 2013정신보건통계현황집

그림4_ 병원 특성에 따른 우리나라의 연도별 정신병상 수 변화추이



2) 서울시 정신의료기관 정신병상 수

- 2013년 서울시의 정신병상 수는 총 7,706병상(서울시비 지원의 정신요양시설 및 서울의 공립병원포함)으로 전년대비 448병상이 감소함. 서울시의 정신병상수는 전국 정신의료기관 정신병상 수의 약 8%를 차지하고 있음.
- 국립병원의 정신병상수는 2007년 이후 평균 780병상을 유지하는 수준이었으나 2013년 306병상으로 전년대비 병상수가 68% 감소됨. 반면, 사립병상수는 지속적인 증가추세를 보이고 있으며, 종합병원 및 병원 정신과의 병상수도 소폭이나 지속적인 증가추세에 있음.

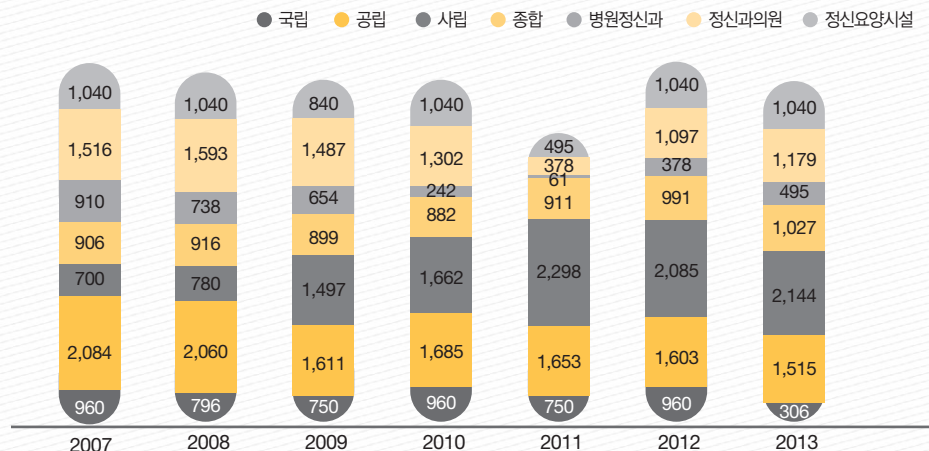
표12_ 서울시 정신병상 수 변화추이

(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
2012	8,154	960	1,603	2,085	991	378	1,097	1,040
2013	7,706	306	1,515	2,144	1,027	495	1,179	1,040

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계현황집 / 서울시, 2013 서울시 정신의료기관 현황자료

그림5_ 병원 특성에 따른 연도별 서울시 정신병상 비율



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계 현황집 / 서울시, 2013 서울시 정신의료기관 현황자료

3. 지역사회재활기관

1) 전국현황

- 1995년 정신보건법 제정 이후 국가 정신보건정책의 우선순위를 중래의 정신질환자의 장기입원 및 장기수용 위주에서 지역사회 관리로 전환하고자 하였음. (서동우, 2002)
- 그러나 한국에서의 정신건강 진료의 모형은 병원의 시설을 통한 진료 및 장기수용 중심이며 다른 OECD 국가들에서와 같이 한국도 보다 많은 지역사회내의 보호로 전환이 되어야 함.(OECD 평가 및 권고사항 인용, 2012)
- 2013년 전국의 지역사회 재활기관은 640개소로 1997년 개정이전보다 약 90배 증가하였으며, 특히 사회복귀시설은 11997년 개정이전 대비 약 160배 증가하여 가장 높은 증가폭을 보임.
- 기초정신건강증진센터의 경우 정신보건법 개정이후 꾸준히 증가되었고, 특히 1997-2000년, 2007-2008년 사이 높은 증가폭을 보임.

표13_ 우리나라의 지역사회 정신보건기관 증감추이

(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
2012	173	8.1	295	7.3	47	9.3	87	47.5	602	12.1
2013	189	9.2	322	9.2	50	6.4	79	-9.2	640	6.3

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계현황집

2) 서울시 지역사회정신보건기관 현황

- 서울시의 정신보건재활기관은 2005년 서울정신건강 2020 프로젝트 이후 설치가 가속화 되었으며, 2013년 139개소로 2011년 대비 15.8% 증가함.
- 기초 정신건강증진센터는 2010년 이후 25개구 전역에 설치되었으며 이를 통해 자치구 중심의 포괄적 서비스를 제공할 수 있는 기반이 마련됨.
- 사회복지시설은 107개소로 2011년 대비 24.4% 증가하였으며, 이용시설과 거주시설의 비율은 4:6임.
- 2013년 서울시 거주시설은 66개소로 총 649명이 서비스를 받을 수 있으며, 이는 서울정신건강 2020 프로젝트에서 조사된 거주서비스에 대한 잠재적 수요자 1,322명 대비 추정 수요의 약 1/2 수준으로 나타나고 있음.

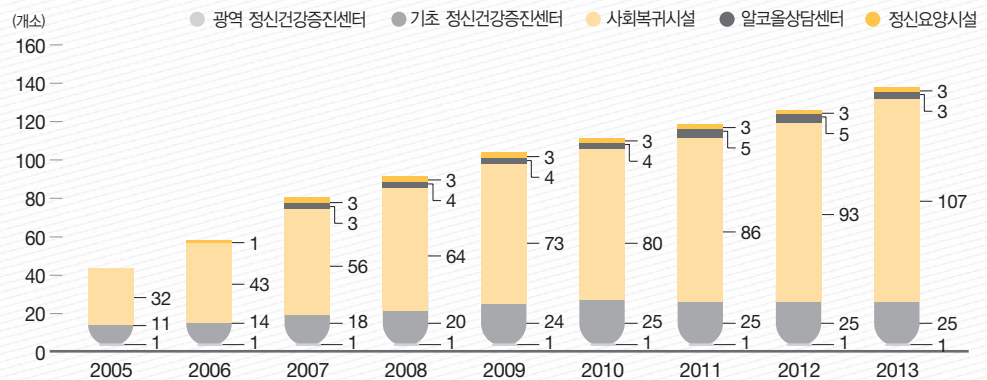
표14_ 서울시 정신보건기관 증감추이

(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
2012	1	0	25	0	93	8.1	5	0	3	0	127	5.8
2013	1	0	25	0	107	15.1	3	-40	3	0	139	9.4

출처 : 서울시정신건강증진센터(2012, 2013) 서울시정신보건기관현황조사

그림6_ 연도별 서울시 지역사회 정신보건기관 증가추이



제 3 절 정신보건인력

1. 나라별 정신보건인력 현황

- 정신보건 영역에서 전문화 된 인적 자원의 확보와 이를 통한 양질의 서비스를 제공하는 것은 정신장애인의 전인적 치료와 재활, 사회통합에 있어 중요 요인임.
- Mental Health Atlas(WHO,2011) 자료에서 23개 OECD 국가들의 인구 10만 명당 정신보건인력을 비교했을 때 우리나라는 정신과 의사 5.12명(19위), 정신보건간호사 21.61명(18위), 정신보건임상심리사 1.12명(23위), 정신보건사회복지사 6.01명(19위)으로 나타남.

표15_ OECD 국가의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황

(단위 : 명)

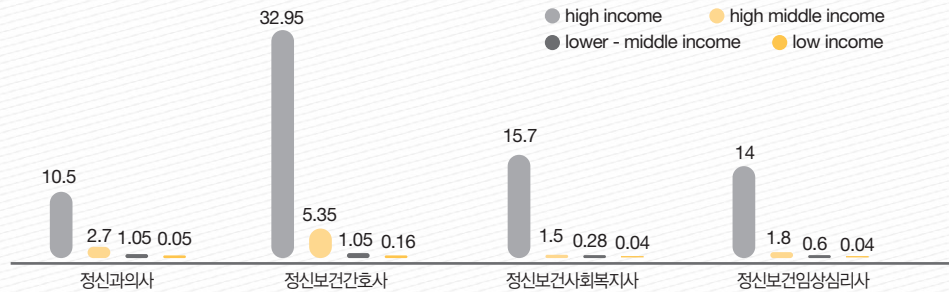
국가명	정신과 의사	정신보건간호사	정신보건임상심리사	정신보건사회복지사	작업치료사 Occupational therapists
호주	12.76	69.54	62.48	UN ¹⁾	UN
오스트리아	19.71	UN	79.88	UN	UN
캐나다	12.61	65	46.56	UN	2.89
덴마크	14.12	UN	UN	UN	UN
핀란드	28.06	UN	UN	UN	UN
프랑스	22.35	86.21	47.9	3.83	UN
독일	15.23	56.06	UN	UN	UN
그리스	12.88	UN	26.83	UN	UN
아일랜드	6.06	112.83	3.53	3.84	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 10만 명당 정신보건전문인력이 많고, 소득이 낮은 국가일수록 적은 정비례 관계가 나타나고 있음. 우리나라는 소득 상위권에 속하고 있으나(World bank,2004) 정신보건인력의 수는 다른 국가에 비하여 현저하게 부족한 실정임.

그림7_ WHO 소득에 따른 정신보건인력 구성현황



출처 : WHO(2011). Mental Health Atlas

2. 우리나라 정신보건인력 현황

- 2013년 정신보건전문인력(정신과전문의/전공의 포함)은 8,002명으로 전년대비 10.4%, 2003년 대비 90.1% 증가함.
- 정신보건 상임인력의 비중은 정신과전문의, 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 전공의, 정신보건임상심리사 순으로 나타남. 2004년 이후 정신보건사회복지사가 정신과 전공의보다 전체 인력현황의 높은 비율을 차지하기 시작했고 정신보건간호사의 경우 2011년 이후 현황비율에서 감소하는 추세임.
- 2000년 이후 전반적으로 정신보건 전문 인력의 수가 증가하고 있으며 정신보건사회복지사의 인력증가폭이 2000년 대비 6.7배 증가해 전체 정신보건상임인력 가운데 증가폭이 가장 큰 것으로 나타남.

표16_ 우리나라 정신보건인력 현황 변화추이

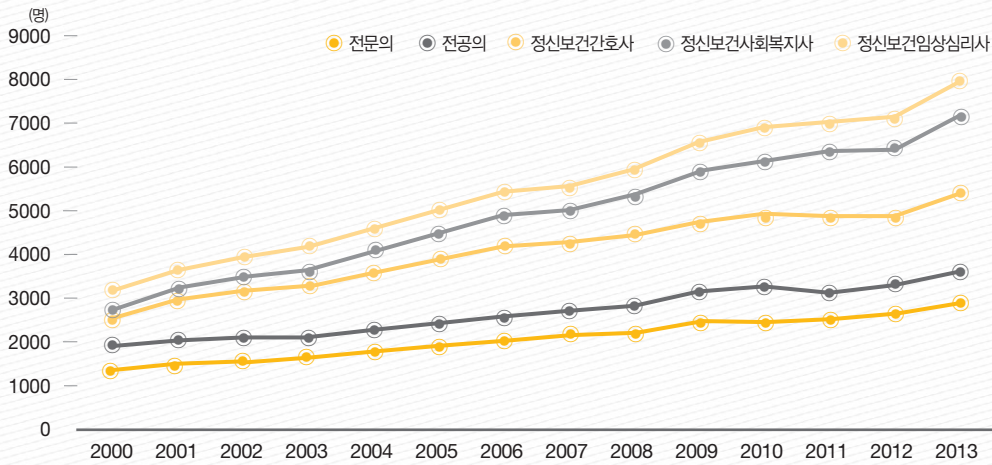
(단위 : 명, %)

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%)
2012	7,171	2,717(37.9%)	625(8.7%)	1,813(25.3%)	1,570(21.9%)	446(6.2%)
2013	8,002	2,978(37.2%)	715(8.9%)	1,968(24.6%)	1,823(22.8%)	518(6.5%)

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2013). 2013 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

제 1 장 정신보건자원에 따른 지표

그림8_ 연도별 우리나라 정신보건인력 현황



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2013), 2013 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

3. 서울시 정신보건인력 현황

- 정신의료기관을 포함한 서울시의 2013년 정신보건인력은 전년대비 4.9% 증가함. 인력 현황에 있어 2010년 전년대비 8.9%의 다소 큰 증가율을 보였으나 2011년 이후 증가폭은 감소추세임.

표17_ 서울시 정신보건인력 현황

(단위 : 명)

연도	전문의	전공의	정신보건전문요원			계	전년대비 증감율
			간호사	사회복지사	임상심리사		
2006	566	223	437	201	76	1,503	-
2007	582	220	380	212	81	1,475	-1.9
2008	557	229	354	245	96	1,481	0.4
2009	554	239	263	314	108	1,478	-0.2
2010	585	223	355	331	115	1,609	8.9
2011	573	223	391	357	118	1,662	3.3
2012	618	227	362	404	120	1,731	4.2
2013	609	240	410	433	124	1,816	4.9

출처 : 중앙정신보건사업지원단 사업보고서(2006-2008), 서울시정신보건사업지원단 자료(2009-2011), 서울시정신의료기관/ 정신보건기관 현황조사(2012-2013)

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 요구를 반영한 포괄적이고 다양한 정신보건 서비스를 제공하기 위해서는 시스템, 인프라 등의 전반적 자원구축에 필요한 적절한 예산확보가 중요하다.

지표설명

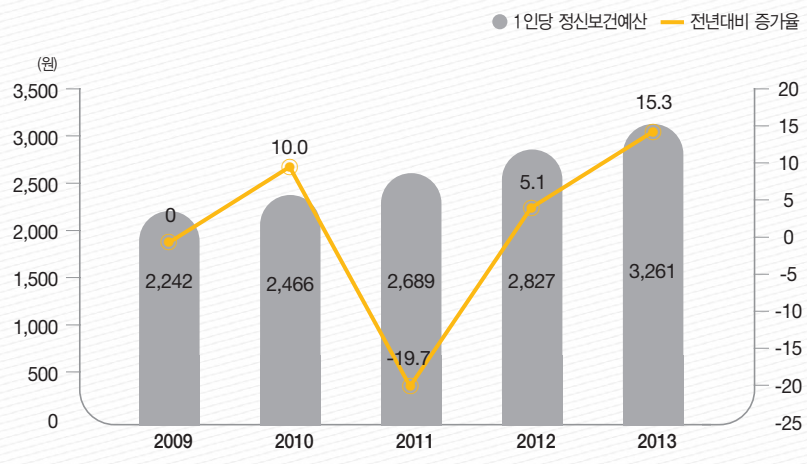
- 적정 예산 확보 정도
- 정신보건예산은 정신건강증진센터, 알코올상담센터, 사회복귀시설, 정신요양시설을 포함하고 있음.
- 정신보건예산을 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치

서울시

- 분자 : 서울시 정신보건예산 예산액
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2013.12.31)

- 2013년 서울시 정신보건예산은 40,133백만원으로 2011년 27,569백만원에서 45.6% 증가함.
- 서울시 인구1인당 정신보건예산은 2013년 3,261원으로 2011년 2,689원 대비 19.6% 증가함.

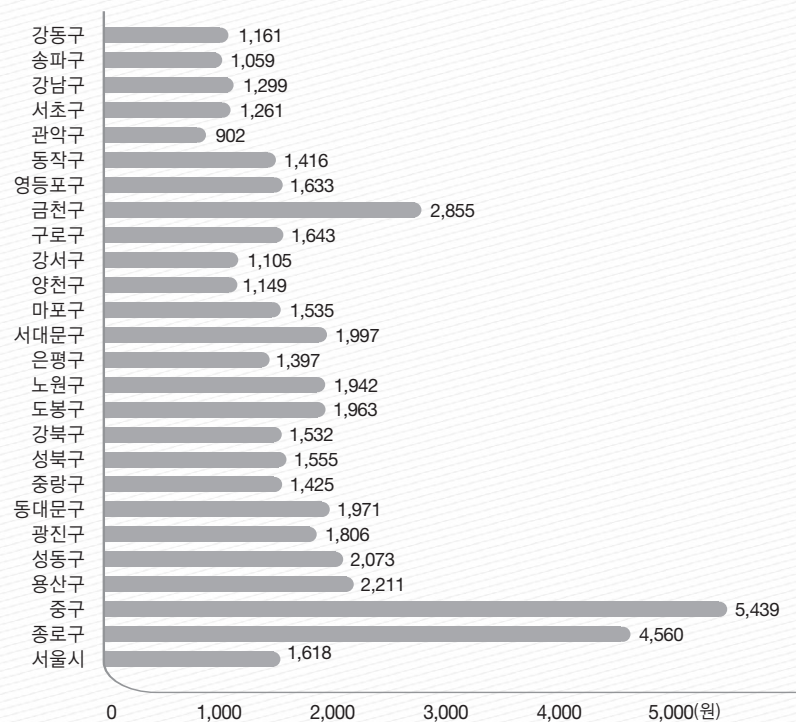
그림9_ 인구 1인당 정신보건예산



자치구

- 각 자치구 인구 1인당 정신보건예산은 25개구 정신건강증진센터의 결산액 (서울시정신건강증진센터 제외) 을 중심으로 산출됨.

그림10_ 자치구별 인구 1인당 정신보건예산



(사회복지시설, 중독관리시설의 경우 미설치구가 있어 구별예산에서는 제외)

향후전망

높은 자살률 및 우울증 유병인구 증가 등 정신건강에 대한 사회적 관심이 요구됨에 따라 정신건강에 대한 예산은 매년 증가하고 있는 추세임. 예산의 증가와 더불어 시민의 정신건강에 대한 장기적 계획 수립을 위해 안정적인 예산의 확보 및 재정지원체계의 마련이 필요함.

자료원

서울시 세입·세출 예산서, 2013년 서울시정신보건기관현황조사

Indicator 2

의료급여 정신질환자에 대한 연간지출

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

■ Input □ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

필요성

공공정신보건서비스의 주대상자가 의료급여 대상자인 만큼 서비스 구조조정과 개선을 위하여 의료급여 재정 분석 및 지출 현황 파악이 중요함.

지표설명

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

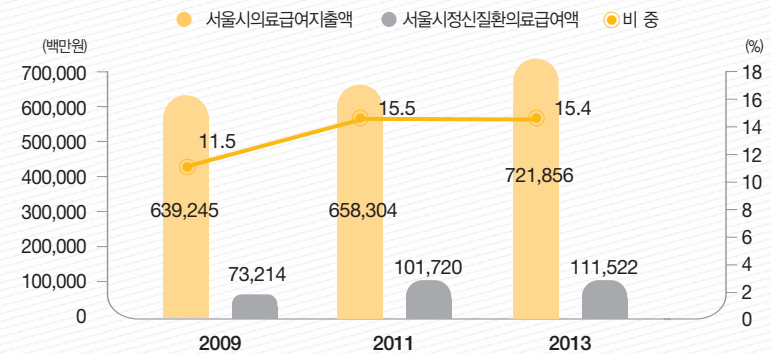
- 분자 : 서울시 거주자의 정신질환(F00~F99)으로 지출된 급여비
- 분모 : 서울시 의료급여 지출액

지표해석

- 서울시 의료급여 지출액중 정신질환(F코드)으로 지출된 급여비가 차지하는 비율은 15.5%에서 15.4%로 0.1%p 감소함.
- ☞ 서울시 의료급여 지출액은 721,856백만원으로 2011년(658,304백만원) 대비 9.7% 증가.
- ☞ 정신질환(F코드)으로 지출된 급여비는 111,522백만원으로 2011년(101,720백만원)
- 전국 의료급여 가입자의 정신질환 급여비는 1,102,033백만원이며, 이 중 서울시는 약 10.1%를 차지하고 있는 것으로 나타남.

그림11_ 서울시 의료급여지출 예산

(단위: 백만원)



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

국민건강보험공단 의료급여 통계연보, 서울시 복지정책과(서울시 의료급여 지출액)

Indicator 3

인구 10만 명당 거주서비스 정원

필요성

정신장애로 인해 가족이 겪는 보호부담 경감과 정신장애인의 지역사회 복귀를 위해 거주서비스에 대한 욕구와 필요성이 높아지고 있음. 정신장애인의 지속적이고 안정된 지역사회 정착을 위해서는 적정수의 거주시설 공급이 필요함.

지표설명

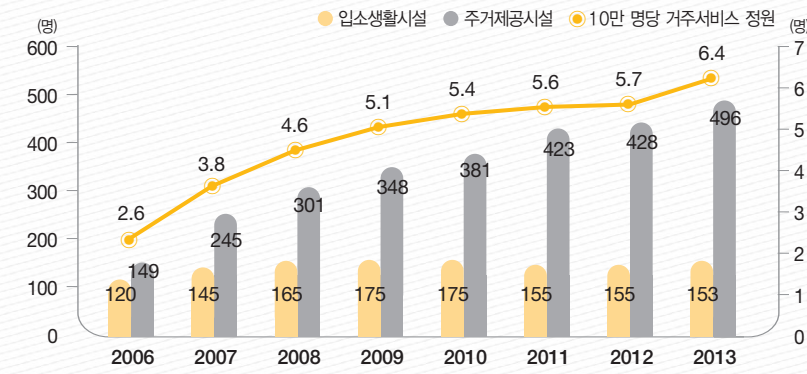
- 서울시의 거주서비스는 입소생활시설과 주거제공시설을 의미함.
- 정원의 기준은 서울시 사회복지시설 현황 데이터를 기준으로 산출함.
- 전체 거주서비스 정원을 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 거주서비스 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2013.12.31)

지표해석

- 2013년 서울시 거주서비스는 입소생활시설 7개소(의료지원형 거주시설 4개소, 중독자재활시설 3개소), 주거제공시설 59개소로 총 66개소이며, 정원은 649명으로 2012년 대비 9.8%p 증가함.
- 인구 10만 명당 거주서비스 정원은 6.4명으로 2006년 이후 시설수의 증가와 더불어 정원수도 지속적인 증가추세이나 증가율은 2009년 이후 점차 감소하고 있는 추세임.

그림12_ 인구 10만 명당 거주서비스 정원



향후전망

2005년 이후 서울시 거주시설은 급격히 증가되고 있음. 거주시설 확보를 위한 지속적인 노력과 더불어 대상자 특성, 기능, 역할 등을 고려한 다양한 형태의 거주시설 설치가 요구되어지며 양적 팽창과 더불어 서비스의 질 평가를 위한 지표개발 필요함.

자료원

서울시 사회복지시설 현황 자료, 2013 서울시 정신보건기관현황조사

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

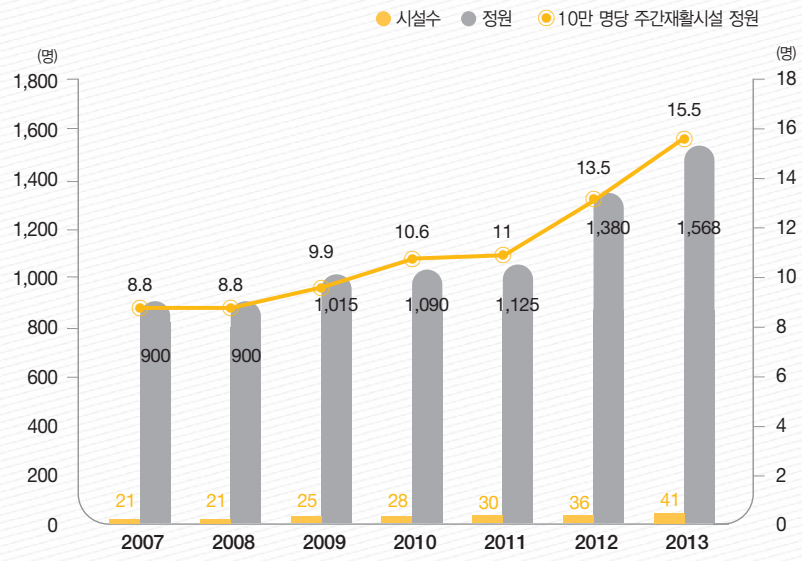
- 주간재활시설은 성인 및 소아청소년 시설을 포함함.
- 정원은 서울시 보고 데이터 근거로 산출
- 정원을 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 주간재활시설 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2013.12.31)

지표해석

- 2013년 성인 및 소아청소년 주간재활시설은 총 41개소, 정원은 1,568명으로 2011년 대비 시설수는 11개소, 정원은 443명(39%p) 증가함.
- 인구 10만 명당 주간재활시설 정원은 15.5명으로 2011년 대비 4.5명 증가함.
- 주간재활시설 41개소 중 성인주간재활 시설수는 68.2%(28개소) 소아청소년 시설은 31.8%(13개소) 비율임. 소아청소년 주간재활시설의 경우 전체 13개소 중 아이존이 11개소로 소아청소년 주간재활 시설의 대부분의 비율을 차지하고 있음.

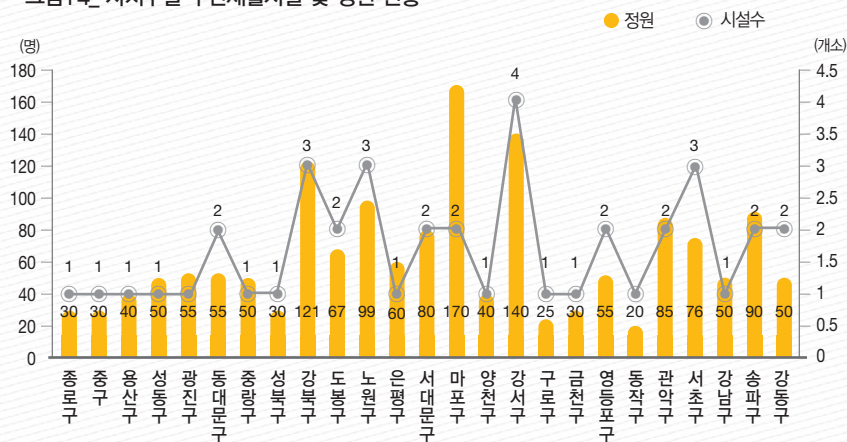
그림13_ 인구 10만 명당 주간재활시설 정원



자치구

- 구별 주간재활시설 분포를 조사한 결과 강서구가 4개소로 시설수가 가장 많았음. 2011년에는 주간재활 시설 미설치구가 4개구 있었으나 2013년에는 25개구 모두 한 개소이상의 주간재활 시설이 설치되어 있음.

그림14_ 자치구별 주간재활시설 및 정원 현황



향후전망

2013년 서울 내 주간재활시설은 총 41개소로 2005년 18개소 대비 약 2.3배 증가함. 정신건강에 대한 조기 개입의 중요성에 기반한 정책적 기조의 영향으로 아동·청소년 사회복귀시설의 수가 2013년까지 크게 증가하였으나 성인주간재활 시설의 경우 서울정신건강 2020의 목표치인 70-154개소에 비해서는 달성률이 저조하게 나타나 시설의 확대 및 정원 확충이 필요함.

자료원

서울시 사회복귀시설 현황자료, 2013년 서울시 정신보건기관 현황조사

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

정신질환에 대한 급성기 치료 및 재활치료를 위한 적절한 병상확보의 확보가 필요함.

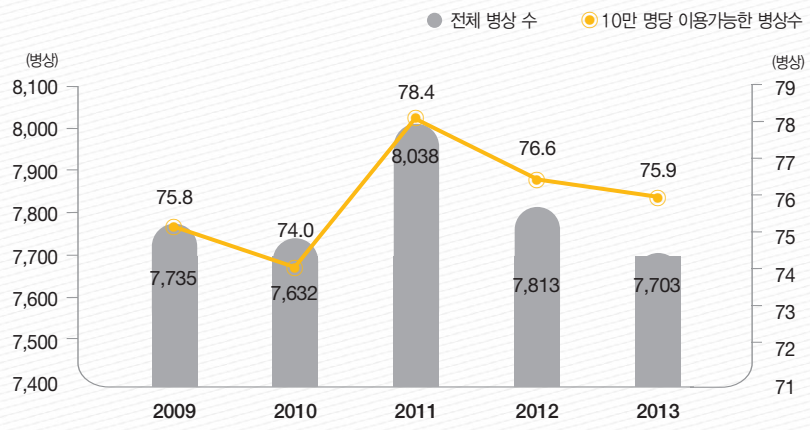
지표설명

- 정신질환자가 이용할 수 있는 정신병상수 확보 정도
- 2013년 12월 31일 기준의 서울시 정신의료기관 정신병상수
- 정신병상수를 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치
 - 분자 : 서울시 정신의료기관 병상 수 × 100,000
 - 분모 : 서울시 주민등록인구(2013.12.31)

지표해석

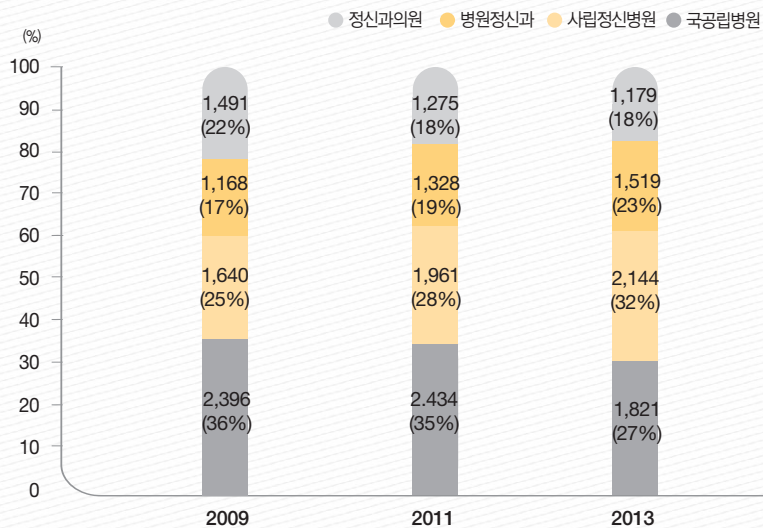
- 2013년 서울시 지원 시립정신병원 및 정신요양시설을 포함한 정신의료기관 수는 총 341개소, 정신병상수는 7,703 병상으로 2011년 323개소, 8,038 정신병상 대비 의료기관 수는 18개소가 증가했으나 병상 수는 335 병상 감소함.
- 2013년 인구 10만 명당 이용 가능한 정신병상 수는 75.9병상으로 2011년 78.4 병상 대비 2.5 병상 감소함.
- 서울시립정신요양시설 3개소를 제외한 정신병상 수는 6,663병상으로 2011년 6,998병상 대비 335병상 감소함.

그림15_ 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수



- 정신병상수의 상대적 구성비 변화추이를 보면 2011년에는 국공립정신병상이 전체병상수의 약 1/3(35%) 정도를 차지하고 있었던 반면, 2013년에는 사립정신병원이 전체병상수의 1/3(32%)을 차지하고 있음.

그림16_ 정신의료기관 유형별 정신병상 수 분포



향후전망

2011년 이후 서울시의 정신병상수는 감소추세에 있으며 특히 국공립정신병원의 병상수가 감소한 것으로 나타남. 이에 반해, 사립정신병원의 경우 병상수가 지속적인 증가추세에 있는 것으로 나타남. 향후 적절한 수준의 입원서비스 제공을 통하여 공공 정신병상의 적정 규모를 추계하고, 점차적으로 사립병원의 병상수를 감소시키려는 노력이 필요함.

자료원

2013년 서울시 정신의료기관 현황자료

Indicator 6

인구 10만 명당 정신보건전문인력

Level

■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

■ Input □ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

필요성

정신보건 실천영역에서 훈련된 전문가를 적정수준 확보하는 것은 대상자의 치료와 회복을 촉진하는 중요 요인으로 작용함.

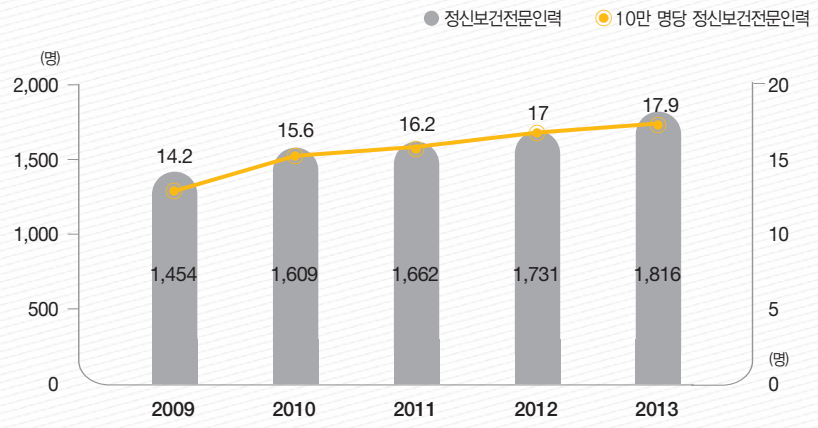
지표설명

- 정신보건전문인력의 확보 정도
- 정신보건전문인력 수를 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 정신보건기관 정신보건전문인력 수 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2013.12.31)

지표해석

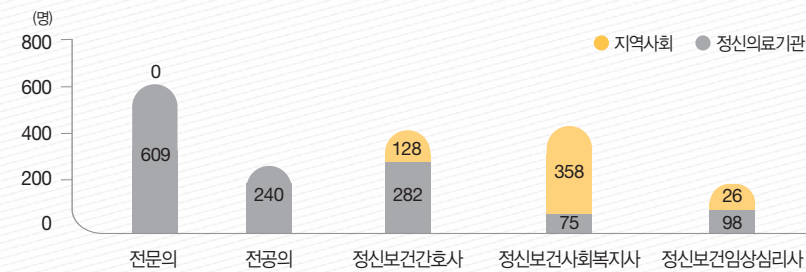
그림17_ 인구 10만 명당 정신보건전문인력



- 2013년 서울시 정신보건전문인력 수는 총 1,816명이며, 이중 지역사회 정신보건기관의 정신보건전문인력 수는 514명으로 서울시 전체 정신보건 전문요원의 28.3%를 차지함.
- 인구 10만 명당 정신보건전문인력 현황은 17.9명으로 2011년 16.2명 대비 1.7명 증가함.
 - 정신의료기관을 제외한 지역사회 정신보건전문인력수는 총 514명으로, 인구 10만 명당 5.0명으로 2011년 4.2명 대비 0.8명 증가함.

- 직종별 현황에서는(전문의, 전공의 제외) 전체 정신보건 전문요원 중 정신보건간호사는42%, 정신보건사회복지사는 45%, 정신보건임상심리사는 12%를 차지함.
- 직종별 분포현황을 지역사회와 정신의료기관(전문의, 전공의 제외)으로 구분해볼 때, 정신보건간호사와 정신보건임상심리사의 경우 정신의료기관(69%/82%)에 더 많이 분포되어 있는 반면, 정신보건사회복지사의 경우 지역사회(83%)에 더 많이 분포되어 있음.

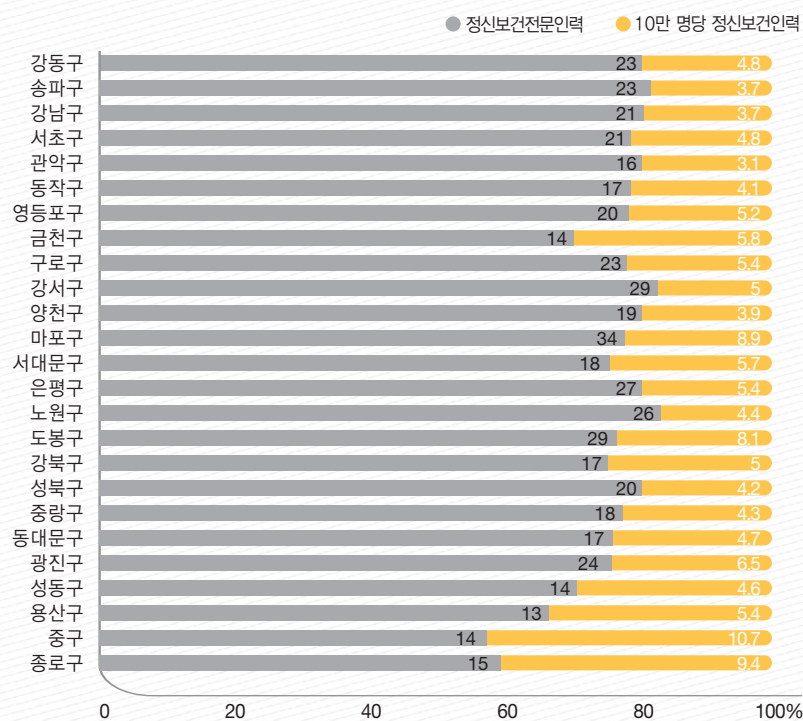
그림18_ 지역사회 정신보건기관 및 정신의료기관 정신보건전문인력 분포현황



자치구

자치구별 지역사회 정신보건전문인력 현황에 있어 인력수는 마포구가 34명, 인구10만 명당 전문인력수는 중구가 10.4명으로 가장 높았음. (서울시 정신건강증진센터 인력 제외)

그림19_ 자치구별 지역사회 정신보건전문인력 현황



향후전망

정신보건영역에서 대상자를 위한 양질의 치료 및 재활을 위한 서비스가 제공되기 위해서는 전문인력의 적정 공급 추계가 필요하며 인력 확보의 안정성을 위한 실천대안이 필요함.

자료원

서울시 정신의료기관 현황, 2013년 서울시 정신보건기관 현황조사

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, 정신병적 장애는 0.4%로 나타남.

표18_ 정신장애 일년 유병률 비교(성과 연령 보정)

유병률(증감) / 단위 : %

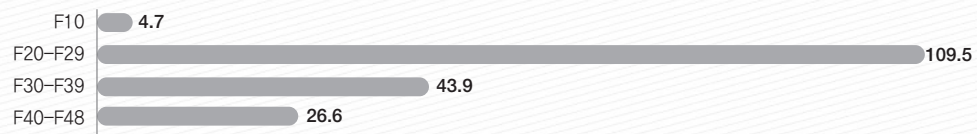
진단	2001년	2006년	2011년(64세 이하)
알코올사용장애	6.8	5.6(-1.2)	4.7(-0.9)
니코틴사용장애	6.7	6.0(-0.7)	4.1(-1.9)
정신병적장애	0.5	0.3(-0.2)	0.4(0.1)
기분장애	2.2	3.0(0.8)	3.5(0.5)
불안장애	6.1	5.0(-1.1)	6.8(1.8)
섭식장애	0.1	0.0(-0.1)	0.1(0.1)
신체형장애	0.5	1.0(0.5)	1.2(0.2)
모든정신장애	19.0	17.2(-1.8)	16.2(-1.0)
모든정신장애(니코틴제외)	14.4	13.0(-1.4)	13.7(0.7)
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 2013년 건강보험 통계연보와 의료급여 통계연보 내 F코드 진료실인원을 대상으로 주요 진단별 치료율을 분석한 결과, 정신병적 장애(F20-29)가 109.5%로 가장 높게 나타난 반면, 알코올 사용에 의한 정신장애가 4.7%로 가장 낮게 나타나 다른 진단에 비해 상대적으로 치료유입이 되지 않는 것을 알 수 있음.

그림20_ 주요 정신질환 진단별 치료율



출처: 국민건강보험공단(2014), 2013 건강보험 통계연보, 2013 의료급여통계연보
조맹제 외(2011), 2011년도 정신질환실태 역학조사

제 2 절 정신질환

1. 초발정신질환

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

- 증상이 처음 발현한 후 부터 처음 치료를 받게 되는 기간이 짧을수록 치료 반응 및 예후가 긍정적이라는 연구근거에 따라, 세계 여러 나라에서는 DUP의 기간을 줄이기 위해 많은 예산을 투입해 조기 정신병 사업을 실시하고 있음.

- ▶ Johnstone et al(1986) : 치료가 늦어지면 향후 2년간의 재발 위험이 상당히 증가
- ▶ 노스윅파크 (1986) : 1년 이상 치료가 지연된 환자들은 치료지연기간이 그보다 짧은 환자들에 비해 추후 2년간의 재발률이 3배
- ▶ Helgason(1990) : 치료지연기간이 짧은 환자들이 더 나은 예후를 보인 반면, 치료가 지연될수록 입원을 더 많이 하고 입원기간도 더 길어짐
- ▶ Loebel et al (1992) : DUP가 길면 초발 에피소드에서 회복이 더 느리고 불완전
- ▶ Moscarelli et al(1991), Lincoln and McGorry(1995) : 더 빨리 치료할수록 비용이 적게 듦

- 영국, 호주, 노르웨이, 덴마크, 캐나다 등의 국가에서는 DUP단축을 국가정신보건사업의 목표 중 하나로 채택하고 DUP에 관한 조사 및 연구를 실시하고 있음.

표19_ 초발 정신분열병(조현병) 연구에서 나타난 치료의 지연 기간

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

출처 : 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.

표20_ 국가별 초기정신증 사업

모델	국가	주요서비스
EPPIC Early Psychosis Prevention and Intervention Center	호주	15~24세를 대상으로 정신병 조기발견, 집중적 치료서비스 제공, 이동 진료, 위기중재, 외래환자 사례관리, 병원과의 연계체계 구축을 통한 입원기간 최소화, 집단프로그램 서비스 제공
TIPS Early Treatment and Identification of Psychosis	노르웨이&덴마크	18~65세를 대상으로 지역사회 교육프로그램 개발, 치료프로토콜 개발 및 적용, 약물치료를 포함한 외래 치료서비스 제공
EIS Early Intervention Service	영국	16~30세를 대상으로 24시간 응급진료, 가정치료, 일차 진료, 연락 서비스, 가정방문 보건활동, 재활 및 회복 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

- 서울시는 2006년부터 정신질환의 조기발견과 개입을 위한 EPPIP, 초기정신증 검진을 위한 전문 웹사이트 SEMIS²⁾ 운영등을 통해 초기정신증 대상자 발굴, 치료율 향상과 재발 감소를 목표로 사업을 운영중에 있음.

2. 중증정신질환

1) 외국의 재원기간 분포

- 72개국이 보고한 정신병원의 재원기간을 살펴보면, 입원환자의 77%는 재원기간의 중앙값이 1년 미만이었으며, 1년 이상은 23%(약1/4)으로 나타났다.³⁾ 소득수준에 따라 재원기간의 차이를 보이는데, 재원기간이 1년 미만인 환자의 비율을 살펴보면, 저소득국가(low income

2) Seoul Early Psychosis Management & Improvement Service

3) 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.

제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

countries)에서는 95%, 중하위소득국가(lower-middle income countries) 77%, 중상위소득 국가(upper-middle income countries) 67%, 고소득국가(high income countries) 71%로 나타났다(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).

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

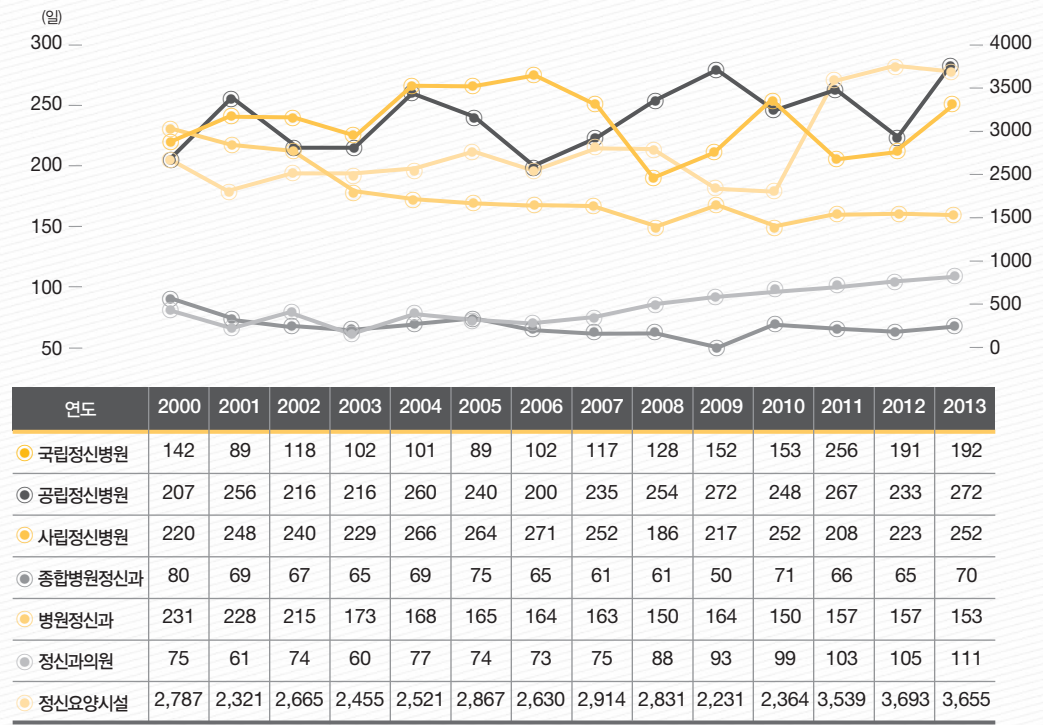
출처: HJ Salize, H Dressing(2004), Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, The British Journal of Psychiatry, 184:163-168

* 국가인권위원회(2009). 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 재인용.

2) 우리나라 재원기간

- 우리나라 평균 재원기간은 2013년 기준 262일로 2003년 이후 감소 추세였으나 2007년 이후 재원일은 다시 증가하는 양상 보이고 있음.
- 정신의료기관별 재원기간을 보면, 공립정신병원과 사립정신병원의 재원기간이 긴 반면, 종합병원 정신과와 정신과 의원은 상대적으로 재원기간이 짧게 나타남. 국립정신병원의 경우 재원기간이 2011년 이후 감소추세임.
- 정신요양시설의 재원기간은 3,539일로 장기재원에 대한 입소자의 재원적절성 평가가 필요해보임.
- 정신의료기관별 특성에 따라 재원기간의 차이가 나타나고 있으며, 재원기간을 줄이기 위해서는 영향을 주는 증상의 중증도, 진단명, 사회적 지지도 등 요인들을 분석하여 적절한 유인체계 마련이 요구됨.

그림21_ 정신의료기관별 평균재원기간(중앙값) 변화추이

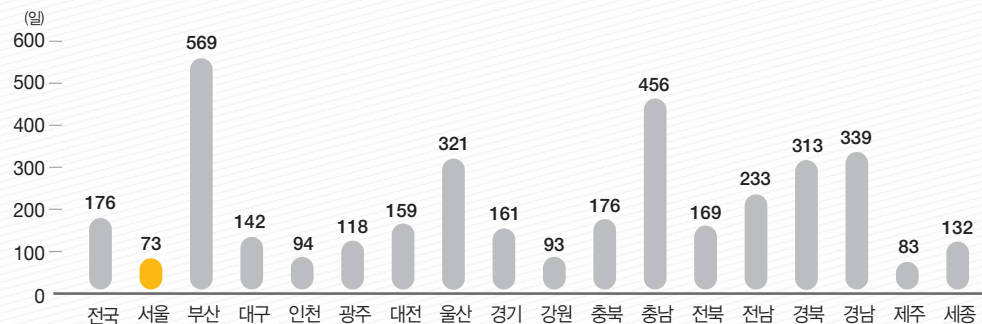


출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013정신보건통계현황

3) 서울시 정신의료기관의 재원기간 현황

- 시도별 재원기간 분포에 있어, 2013년 서울시의 정신의료기관(정신요양시설제외) 재원기간 중앙값 73일로 17개 시도중 재원기간 분포에 있어 가장 낮은 수치임.

그림22_ 시도별 정신의료기관 재원기간(중앙값) 분포⁴⁾



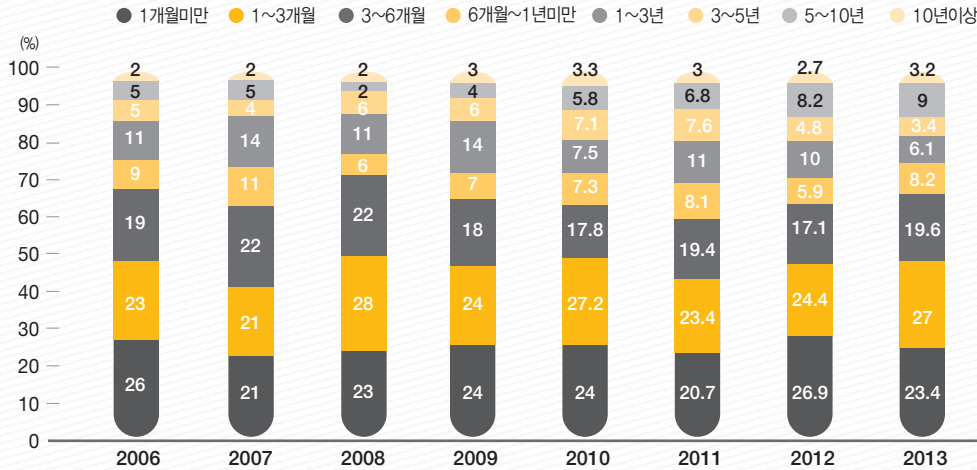
출처 : 중앙정신보건사업지원단(2013), 2013정신보건통계현황집

- 2013년 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자들의 재원기간은 6개월 미만이 70%로 법적 입원 기간을 비교적 준수하고 있는 것으로 나타남. 그러나 30%는 6개월 이상의 장기입원을 하고 있고 특히 5년 이상의 장기재원 비율은 2010년 이후 지속적인 증가를 보이고 있음.

4) 정신의료기관 : 국립정신병원, 공립정신병원, 사립정신병원, 종합병원 정신과, 병원정신과, 정신과의원 (정신요양시설의 재원기간은 미포함됨)

- 정신질환자의 지역사회중심의 재활 및 사회복귀를 위해서는 보호의무자의 부담 감소 및 지역사회 복귀 활성화를 위한 법적 제도적 장치 마련을 필요할 것으로 보임.

그림23_ 서울지역 정신의료기관 재원기간 분포비율 (단위: %)



출처: 중앙정신보건사업지원단(2012), 2012 중앙정신보건사업지원단 사업보고서,
/ 중앙정신보건사업지원단(2013), 2013정신보건통계현황집

4) 입원유형 및 재입원 현황

- 유럽의 비자의입원 비율은 3-30% 수준이며, 호주의 경우 민간정신병원에는 자의입원만 가능하게 하고 모든 강제입원은 공공병원으로 제한하는 정책을 쓰는 등 취약계층인 정신질환자의 권익보호를 위한 제도적 보완책을 마련해 놓고 있음 (보건복지부, 2007).
- 외국의 경우, 불가피하게 발생하는 비자의적 입원인 경우 사법체계에서 이를 모니터링하거나 공공후견인 제도를 활용하거나, 정신보건심판위원회(psychiatric review board)의 적극적 운영 등을 통해 강제입원의 적정성을 모니터링 하고 있음.

표22_ 우리나라와 유럽의 비자의 입원율 현황

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

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

- 전국 정신의료기관 입원환자는 2013년 기준으로 80,462명으로, 2000년 대비 36.3%p 높은 수치이며 매년 입원 환자 수는 지속적으로 증가하고 있음.
- 2000년 이후 자의입원 비율은 증가하고 있으며 2013년에는 전체 입원유형의 26.5%를 차지함.

표23_ 연도별 입원유형 현황

(단위 : 명, %)

연도	계	자의입원	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)
2012	80,569	19,441(24.1)	53,105(65.9)	6,737(8.4)	1,013(1.3)	230(0.3)	43(0.1)
2013	80,462	21,294(26.5)	51,132(63.5)	6,320(7.9)	1,401(1.7)	262(0.3)	53(0.1)

주1) 기타입소는 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등

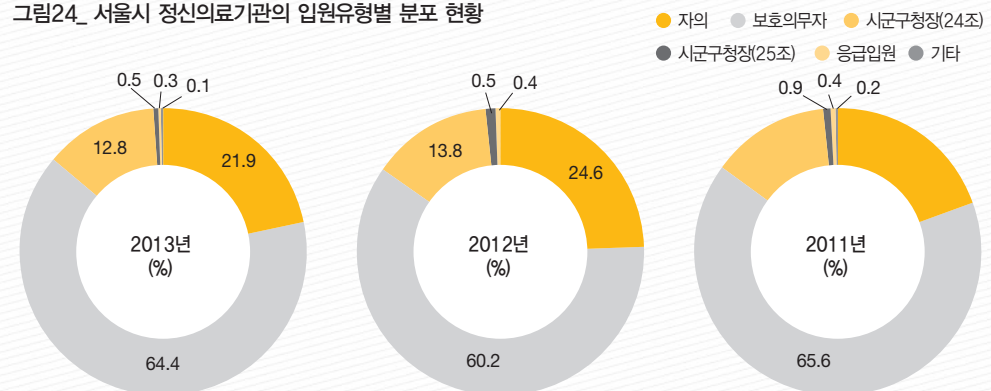
주2) 부랑인 시설 입소자 제외

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

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012), 2012 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, / 중앙정신보건사업지원단(2013), 2013정신보건통계현황집

- 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자의 2013년 자의입원의 비율은 전년 대비 약 2.7%p 감소함.
- 전국 정신의료기관의 자의입원 비율이 약 26.5% 인 것과 비교해 서울시는 21.9%로 나타나 전국대비 서울시의 자의입원 비율이 약 4.6%p 낮게 나타남.

그림24_ 서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황

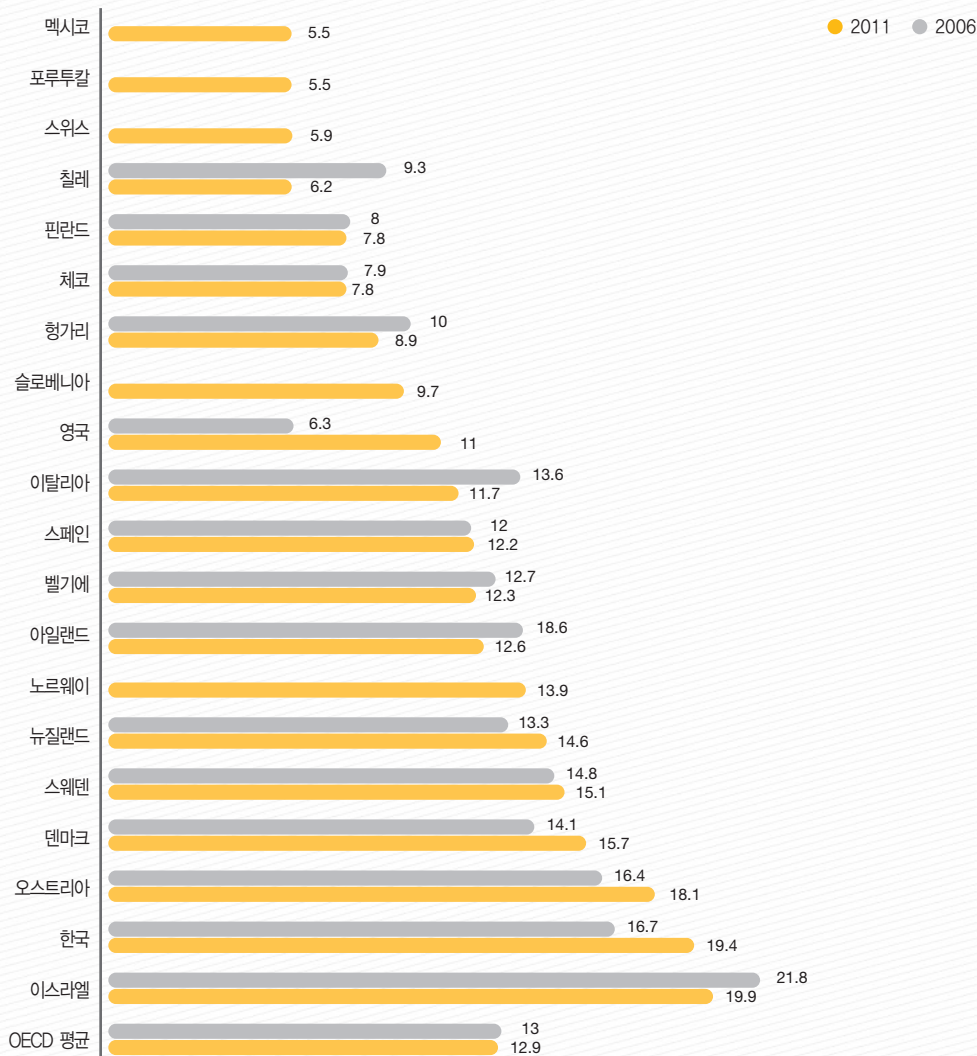


출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012), 2012 중앙정신보건사업지원단 사업보고서, / 중앙정신보건사업지원단(2013), 2013정신보건통계현황집

제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

- 정신과적 입원에 있어 퇴원 후 30일 이내의 계획되지 않은 재입원율은 환자가 퇴원한 이후 정신과적 문제에 대해 적절한 관리(치료적 조율)가 이루어졌는지를 확인할 수 있는 지표라고 볼 수 있다. (health glance 2013: OECD indicator)
- 2013년 OECD health glance 자료에 따르면 2011년 기준 OECD 주요국의 조현병 환자의 정신과 퇴원 후 30일 이내 재입원율이 가장 높은 국가는 이스라엘(19.9%)이며, 가장 낮은 국가는 멕시코와 포르투갈(5.5%)로 나타남.
- 한국의 경우 조현병의 재입원율은 19.4%로 OECD 평균인 12.9%보다 높아 정신보건 체계 개선이 필요한 것으로 나타남. 정신질환으로 인한 입원 시 양질의 치료적 서비스를 제공하고, 퇴원 후 적절한 관리가 이루어지면 계획되지 않은 재입원을 예방할 수 있을 것으로 보임.

그림25_ OECD 국가별 조현병 환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원율 (단위: % / 환자 100명당 연령-성별 표준화율)



출처 : OECD Health at a glance 2013: OECD indicator

제3절 자살

1. 자살생각률

- 2012년 '최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 사람'의 비율은 19세 이상(표준화)에서 13.3%로 전년 대비 0.2%p 감소함.
- 2001년 이후 감소 추세를 보이던 자살생각률이 2008년 다시 상승하였다가 2010년부터 감소하는 경향을 보이고 있음.
- 남성은 70대 자살생각률이 15.6%로 가장 높고, 70대를 제외한 전 연령대에서 전년대비 소폭씩 자살생각률이 감소함.
- 여성은 70대의 자살생각률이 24.8% 가장높지만 19-29세의 자살생각률도 22.1%로 높은 수준임. 전연령대에서 남성에 비하여 자살생각률이 높게 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
	2012	13.3	13.1	10.3	12.9	12.5	15.0	21.3
남성	2001	14.6	13.0	12.0	13.8	15.9	16.7	24.4
	2005	14.2	7.8	11.2	15.4	17.5	21.0	23.6
	2007	9.4	7.0	7.6	7.5	13.8	13.8	14.1
	2008	11.8	8.7	8.7	11.3	14.8	14.8	22.4
	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
	2012	9.4	4.7	7.3	10.2	12.3	11.5	15.6
여성	2001	22.7	23.5	19.3	19.0	24.3	27.5	32.3
	2005	22.6	17.5	17.5	21.1	29.1	30.8	35.4
	2007	19.4	15.7	13.7	15.3	19.5	34.0	41.9
	2008	22.2	21.0	17.6	19.1	20.3	31.7	40.2
	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
	2012	17.2	22.1	13.4	15.6	12.7	18.0	24.8

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2013), 2012 국민건강통계

2. 자살현황 및 추이

- 2014년 OECD health data 자료에 따르면 2012년 기준 OECD 회원국 평균 자살에 의한 사망률은 인구 10만 명당 12.1명으로 2011년 12.6명 대비 0.5명 감소함.
- 터키가 자살 사망률 1.7명으로 회원국 중 자살률이 가장 낮고 우리나라는 29.1명으로 회원국 중 자살률 가장 높음. 헝가리가 22.0명으로 우리나라 다음으로 가장 높은 자살 사망률을 보임.
- 2012년 OECD 회원국 평균 자살률은 남성 19.6명, 여성 5.5명으로 나타났으며 모든 회원국에서 남성의 자살률은 여성에 비해 높은 것으로 나타남.

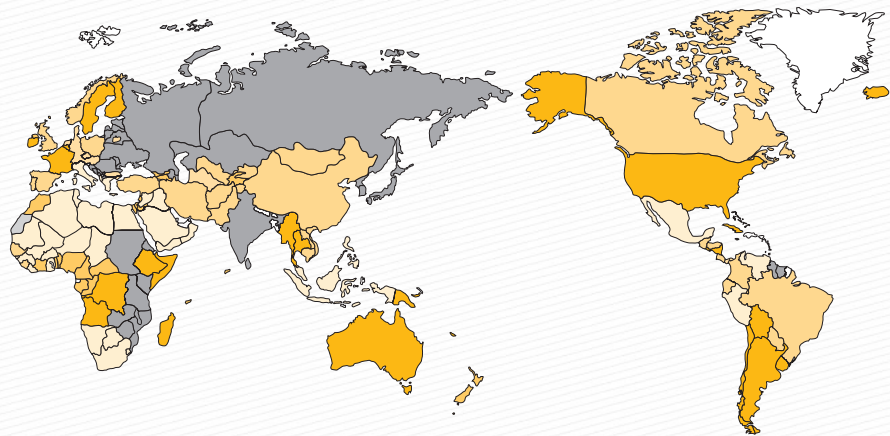
표25_ OECD 국가의 연령별표준화 자살사망률(인구 100,000명당)

(단위 : 명)

국가명	2007		2012		국가명	2007		2012
호주	10.6		10.1	2011	한국	28.7	29.1	
오스트리아	14.6		13.7		룩셈부르크	16.2	9.4	
벨기에	16.7		17.8	2010	멕시코	4.5	5.0	
캐나다	10.6		10.5	2011	네덜란드	8.0	10.0	
칠레	11.8		12.3	2011	뉴질랜드	11.9	12.4	2010
체코	12.7		14.7		노르웨이	10.5	10.2	
덴마크	10.3		11.3		폴란드	13.4	15.7	
에스토니아	18.3		16.6		포르투갈	8.9	9.0	
핀란드	18.2		15.6		슬로바키아	10.7	(2008) 11.3	2010
프랑스	15.8		15.8	2011	슬로베니아	19.9	18.6	2010
독일	10.2		10.5		스페인	6.7	6.9	
그리스	2.8		3.9	2011	스웨덴	11.9	11.6	
헝가리	23.3		22.0		스위스	16.9	11.9	2010
아이슬란드	12.0		11.8	2009	터키	-	1.7	2011
아일랜드	10.4		11.0	2010	영국	6.3	6.7	2010
이스라엘	5.3		6.2	2011	미국	11.7	12.5	2010
이탈리아	5.7		5.8	2010	일본	22.1	20.9	2011

출처 : 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2014). OECD Health Data 2014 (요약집)

그림26_ 세계 자살률 MAP (연령표준화 / 인구 100,000명당, 2012)

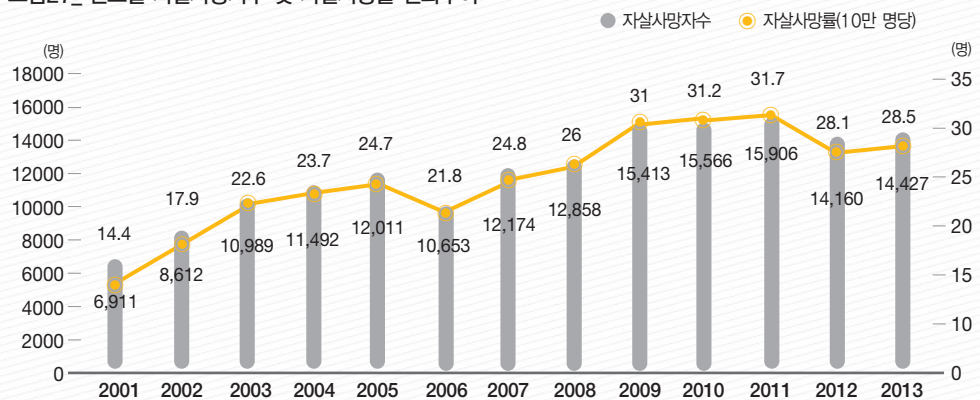


● ≥ 15.0 ● 10.0~14.9 ● 5.0~9.9 ● < 5.0
○ Data not available ● Not applicable

출처 : WHO <http://www.who.int>

- 2013년 우리나라 사망자는 266,257명이며, 이중 자살로 사망한 사람은 전체 사망자의 5.4%인 14,427명으로 전년 대비 267명(1.9%p) 증가한 수치임.
- 사망원인에 있어 자살로 인한 사망은 2013년 사인순위 4위임. 성별로 구분해보면 남성의 경우 자살은 사인순위 4위, 여성은 6위로 남성의 자살로 인한 사망률이 여성보다 높은 것으로 나타남. 연령대별로 보면 10대, 20대, 30대의 사망원인 1위가 자살로 나타남.
- 자살사망자수와 자살률의 추이를 살펴보면, 1990년대 중반까지는 10만 명당 10.8명이었으나 1998년 IMF 당시 18.4명으로 급격히 증가해 2000년 이후 꾸준히 증가하는 양상임.

그림27_ 연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이



출처 : 통계청(2013), 사망원인 통계

3. 변인별 사망률

- 2013년 성·연령별 자살사망자 수를 연령별로 살펴보면, 70대 이상, 50대의 자살사망자 수가 높고, 상대적으로 10대와 20대의 자살 사망자수가 낮게 나타남. 2012년 대비 50대가 11.4%, 40대가 6.6% 자살사망자 수가 증가함.
- 남성 자살률은 전년대비 4.6%p 증가한 반면, 여성 자살률은 3.8%p 감소함.
- 전연령대에서 남성의 자살사망자 수가 높고 특히 남성의 50대, 40대 자살사망률이 가장 높게 나타남. 여성의 경우 70대, 30대, 40대 순으로 자살사망률이 높게 나타남.

표26_ 성·연령 별 자살사망자 수

(단위 : 명)

		연령								
		전연령	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
남녀 전체	1998	8,615	7	460	1,516	1,903	1,723	1,287	948	778
	2008	12,857	1	317	1,643	2,119	2,444	1,970	1,845	2,519
	2009	15,398	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
	2012	14,160	1	336	1,295	2,224	2,690	2,659	1,790	3,165
	2013	14,427	0	308	1,184	2,275	2,867	2,963	1,768	3,061
남성	1998	6,226	4	252	1,019	1,391	1,384	1,040	709	431
	2008	8,259	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
	2012	9,622	1	190	813	1,433	1,906	2,011	1,353	1,915
	2013	10,060	0	186	720	1,489	2,101	2,266	1,354	1,943
여성	1998	2,389	3	208	497	512	339	247	239	347
	2008	4,598	0	140	811	884	776	454	483	1,050
	2009	5,474	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
	2012	4,538	0	146	482	791	784	648	437	1,250
	2013	4,367	0	122	464	786	766	697	414	1,118

주) 연령 미상은 제외(2013년 1명)
출처 : 통계청(2013), 사망원인 통계

표27_ 연령대별 사망순위

(단위 : 명, %)

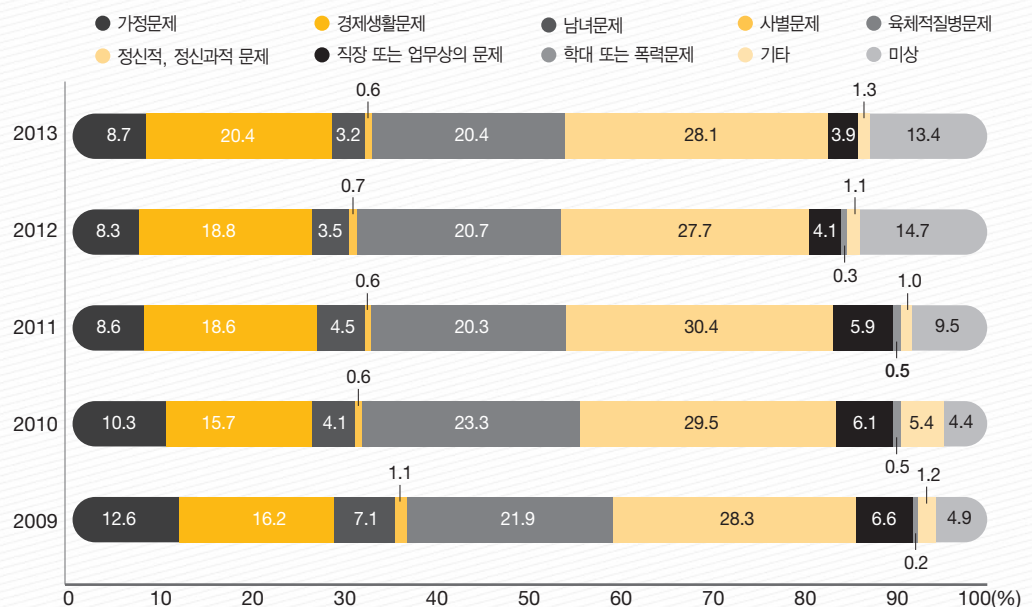
연령	1위			2위			3위		
	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률	사 망 원 인	구성비	사망률
1-9세	악성신생물	17.0	2.4	운수 사고	14.8	2.1	선천 기형	9.1	1.3
10-19세	고의적자해(자살)	28.4	4.9	운수 사고	19.1	3.3	악성신생물	15.7	2.7
20-29세	고의적자해(자살)	42.6	18.0	운수 사고	16.9	7.2	악성신생물	11.2	4.7
30-39세	고의적자해(자살)	36.3	28.4	악성신생물	19.7	15.4	운수사고	8.2	6.4
40-49세	악성신생물	28.8	50.3	고의적자해(자살)	18.8	32.7	간 질환	8.3	14.6
50-59세	악성신생물	38.3	146.3	고의적자해(자살)	10.0	38.1	심장 질환'	7.5	28.7
60-69세	악성신생물	44.0	361.5	심장 질환'	8.1	66.2	뇌혈관질환	7.7	63.1
70-79세	악성신생물	34.4	852.2	뇌혈관 질환	11.2	277.4	심장 질환'	9.7	239.9
80세이상	악성신생물	16.6	1477.6	심장 질환	11.5	1026.8	뇌혈관 질환	11.4	1018.5

1) 심장 질환에는 허혈성 심장 질환 및 기타 심장 질환이 포함
출처 : 통계청(2014), 2013 사망원인 통계

4. 자살 원인 및 자살 방법

- 2013년 자살사망자들의 자살원인은 정신적·정신과적 문제 28.1%, 육체적 질병문제 20.4%, 경제생활문제 20.4% 순으로 나타났으며, 2012년과 비교하여 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 경제적 생활문제를 원인으로 한 자살자 비율이 2009년 이후 해마다 증가하고 있으며, 정신적·정신과적 문제를 원인으로 한 자살자 비율이 또한 전체 자살원인 중 가장 높은 비율을 차지하고 있어 자살률 감소를 위해 자살과 관련한 정신과적 문제에 대한 적극적인 치료 유입 방안 모색이 필요해보임.

그림28_ 연도별 자살원인



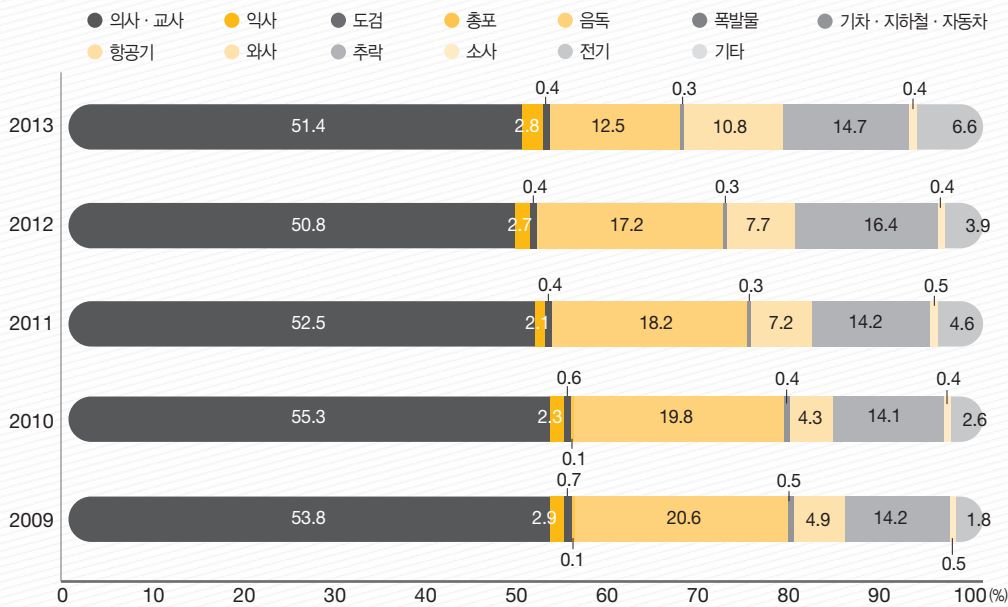
출처 : 경찰청(2012, 2013), 경찰통계연보

* 참고 : 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음

제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

- 2013년 자살사망자의 자살방법으로 의사 및 교사에 의한 질식사(51.4%)가 가장 높은 비중을 차지함.

그림29_연도별 자살방법



출처: 경찰청(2012,2013), 경찰통계연보

* 참고: 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음

5. 서울시 자살사망률

- 2013년 연령표준화 자살률은 강원지역이 32.0명으로 가장 높고, 서울시가 22.6명으로 세종(14.7명), 광주(21.6명)에 이어 3번째로 낮음
- 시도별 2000년 대비 자살률을 보면, 모든 지역에서 상승을 보였으나 2011년 이후 소폭씩 감소추세를 보이고 있으며 서울시 또한 2011년 대비 2013년 2%p 감소를 보임.

표28_ 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율

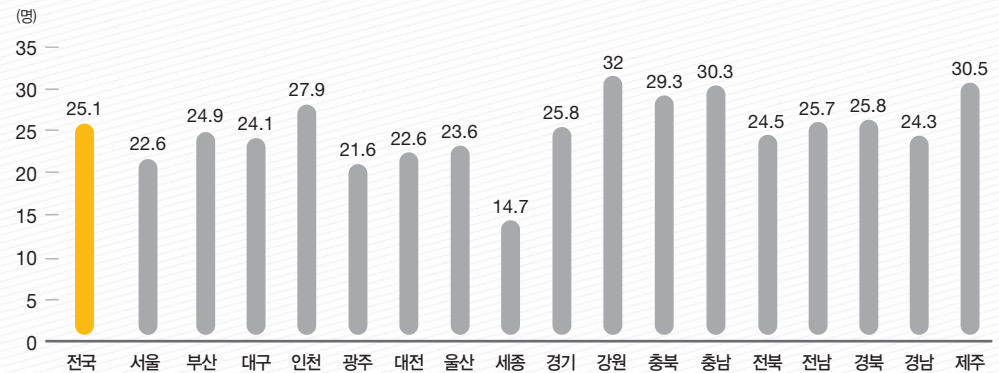
(단위 : 명)

시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
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	25.1	25.1
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	21.2	22.6
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	26.5	24.9
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	22.4	24.1
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	29.4	27.9
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	24.6	21.6
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	24.1	22.6

시도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
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	22.8	23.6
세종	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33.6	14.7
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	25.5	25.8
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	31.4	32.0
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	30.6	29.3
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	30.0	30.3
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	25.1	24.5
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	25.8	25.7
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	27.1	25.8
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	24.0	24.3
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	29.4	30.5

출처 : 통계청(2014)

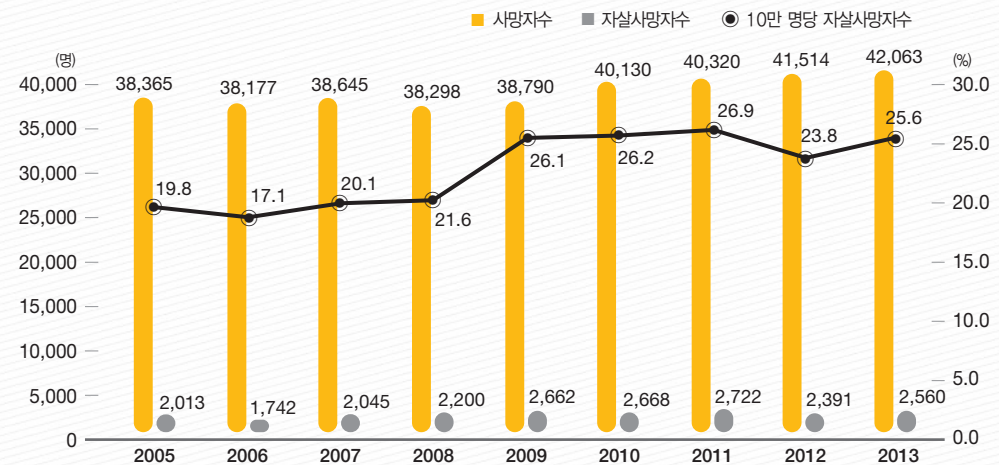
그림30_ 2013년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살 사망률



출처 : 통계청(2014)

- 2013년 서울시 사망자 42,063명 중 자살사망자는 2,560명(인구 10만 명 당 25.6명)으로 전체사망자의 약 6.1%를 차지하고 있으며 자살사망자수는 작년대비 7%p 증가한 것으로 나타남.

그림31_ 연도별 서울시 사망자수 대비 자살사망자수 변화추이



출처 : 통계청(2014)

제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

- 서울시의 연령별 자살사망자수는 2012년 대비 10대를 제외한 전 연령대에서 증가추세이며 특히, 20대와 40대의 자살사망자수 증가폭이 가장 큰 것으로 나타남.
- 전국데이터의 경우 40대~50대 중년층의 자살사망률이 두드러지는 반면, 서울시의 경우 20대의 자살률이 점차 높아지고 있는 것으로 나타남.

표29_ 서울시 연령별 자살사망자수 변화추이

(단위 : 명, %)

구 분	연령								
	전연령	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
2000	919	1	36	168	170	175	164	104	101
2008	2,200	1	66	347	406	399	344	299	338
2009	2,662	0	77	382	517	467	457	360	402
2010	2,668	0	63	343	495	492	481	341	451
2011	2,722	0	60	344	493	511	499	341	474
2012	2,391	0	58	238	428	438	496	305	428
2013	2,560	0	53	285	434	484	536	310	457

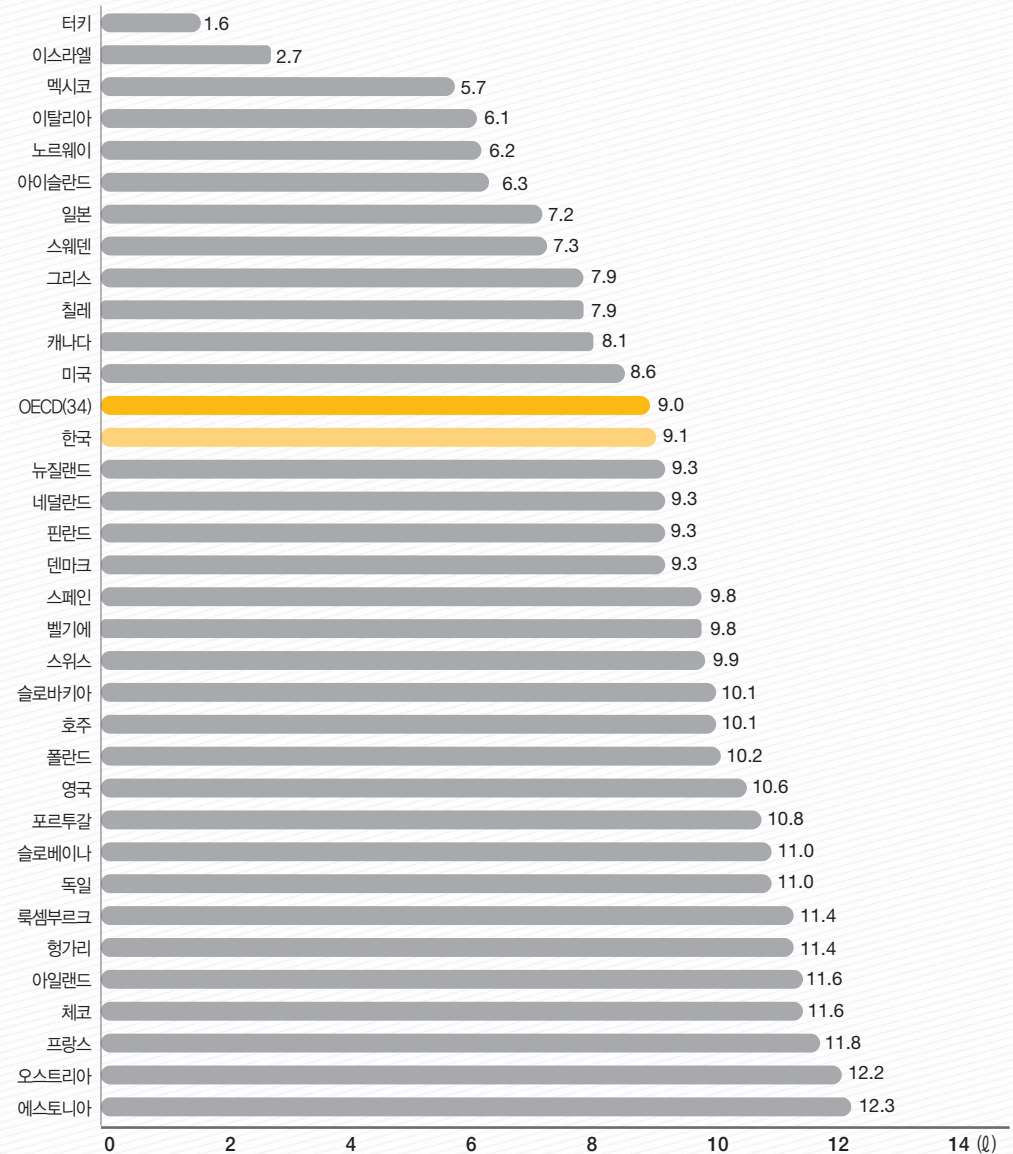
*2013년 연령미상 1인은 제외
출처 : 통계청(2014)

제 4 절 음주

1. 알코올 소비 및 음주율 현황

- 2012년 우리나라의 알코올 소비량은 15세 이상 성인 인구 1인당 9.1리터로 2007년 9.3리터대비 0.2리터 감소했고 OECD 회원국 평균 소비량 9.0리터와 비슷한 수준인 것으로 나타남.
- 지역사회건강조사 자료에 의하면, 2013년 우리나라 성인의 월간 음주율은 남성 73.8%, 여성 41.1%로 2011년 대비 남성은 3.3%p, 여성은 3.1%p 감소함.
- 청소년 백서 수록 자료에 의하면 청소년의 음주시작연령은 2013년 12.9세로 2011년 13.0세 대비 0.1세 낮아진 것으로 나타남. 현재 음주자의 위험 음주율 또한 2011년 이후 지속적인 감소 추세로 나타났음.

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



출처 : 보건복지부(2014), 2014 OECD health data

표30_ 연도별 청소년 음주관련 지표

(단위 : %)

영역	2011			2012			2013		
	전체	남학생	여학생	전체	남학생	여학생	전체	남학생	여학생
처음 음주 경험 연령(세)*	13.0	12.9	13.1	12.8	12.7	12.9	12.9	12.8	13.0
현재 음주자의 위험 음주율**	48.8	46.3	52.5	47.6	45.6	50.8	46.8	44.9	49.9

출처 : 여성가족부(2013), 2013 청소년백서

* 평생 음주 경험자 중에서 처음으로 1잔 이상 술을 마신 연령의 평균

** 현재 음주자중, 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 중등도 이상(남자 : 소주5잔이상, 여자 : 소주3잔 이상)인 사람의 비율

2. 음주로 인한 사회적 피해

- 음주로 인한 사회경제적 비용은 GDP의 2% 인 약 23조 9천억원으로 추산되며 이는 해마다 증가되고 있는 추세임.
- 2012년 한국보건사회연구원의 「음주로인한 사회경제적 비용 및 음주폐해 예방사업비용 효과성추계」 연구자료에 따르면, 20세 이상 음주로 인한 질병과 사고로 발생한 사회 경제적 비용은 총 7조 3,698억원으로 이중 질병으로 인한 사회적 비용이 83%, 사고로 인한 사회경제적 비용은 17.0%였음. 음주로 인한 범죄사고까지 포함할 경우 사회적 경제적 비용은 더욱 높아질 것으로 추정함.
- 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 살펴보면 2005년 3조2,127억 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).
- 경찰통계연보에 따르면, 2013년 음주로 인한 교통사고는 215,354명으로 이로인한 사망자수는 5,092명이었으며, 2012년 대비 교통사고 사망자수는 5.6% 감소함.

표31_ 연도별 음주운전에 의한 교통사고 및 사망인원

(단위 : 건/명)

연도	2009	2010	2011	2012	2013
교통사고 (건)	231,990	226,878	22,711	223,656	215,354
사망자 (명)	5,838	5,505	5,229	5,392	5,092

출처 : 경찰통계연보(2009~2013)

3. 알코올 사용장애

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

표32_ 알코올사용장애 일년 유병률 및 추정 환자 수

(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

- 19세 이상의 평생음주자 중 최근 1년 동안 음주문제로 상담을 받은 경험율은 평생음주자 1.4% 매우 낮은 비율임을 알 수 있음.
- 남성 평생음주자의 경우, 소득수준이 높을수록 상담경험율이 낮아지는 반면, 여성 평생음주자의 경우 소득수준이 높아짐에 따라 상담경험율도 높아지는 양상을 보이고 있음.

표33_평생 음주자의 연간 음주문제 상담경험율

(단위 : %)

구 분		평생음주자		
		전체	남성	여성
연령	19세 이상	1.4	1.4	1.3
	65세 이상	1.4	2.5	0.3
거주지역	동	1.3	1.2	1.4
	읍면	1.6	2.2	0.8
소득수준	하	1.1	1.8	0.3
	중하	1.5	1.6	1.4
	중상	1.1	1.1	1.2
	상	1.7	1.0	2.5

출처: 보건복지부·질병관리본부(2013), 2012 국민건강통계

4. 시도별 음주 현황

- 2013년 전국 평균 월간 음주율은 57.4%로 17개 시도에서 최대 60.7%(서울)~ 최소 50.4%(전남)의 값으로 나타남. 연간 음주자의 고위험 음주율에 있어 전국 평균은 18.7%로 17개 시도에서 최대 22.2%(강원)~ 최소 15.5%(대구)의 값을 나타냄.
- 서울시의 연간음주자의 고위험음주율⁵⁾은 17.5%로 전국 평균보다 1.2%p 낮은 수준이며 17개 시도중 9번째 순위이나 월간음주율은 60.7%로 전국평균 57.4%보다 3.3%p 높고 17개 시도중 가장 높은 순위임. 음주습관이 위험 수준에 도달하지는 않았으나 음주를 빈번하게 즐기는 인구수가 많다고 추정해 볼 수 있음.

표34_ 시도별 19세 이상 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율

(단위 : %)

구 분	월간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
전국	57.4	73.8	41.1	18.7	27.9	6.7
서울	60.7	77.1	45.1	17.5	27.0	6.0
부산	60.5	77.4	44.3	20.0	30.6	7.0
대구	60.1	76.8	44.0	15.5	23.6	5.3
인천	58.4	72.9	43.9	19.3	27.9	8.6
광주	58.2	75.1	42.0	17.3	26.5	6.1
대전	58.7	74.2	43.4	18.2	26.9	7.2
울산	60.4	77.3	42.8	16.8	25.3	5.4
경기	60.2	76.1	44.5	18.8	27.7	7.4

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

제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

구 분	월간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
강원	57.8	73.6	42.1	22.2	32.9	8.1
충북	58.6	74.3	42.8	19.6	29.4	6.9
충남	53.0	70.2	35.5	18.5	26.9	6.3
전북	51.2	68.5	34.4	17.7	26.1	6.2
전남	50.4	67.9	33.3	17.7	25.5	6.2
경북	53.6	70.5	37.0	18.9	28.6	6.2
경남	60.5	77.6	43.5	20.6	31.3	6.6
제주	58.2	75.3	41.6	21.1	30.5	8.7
세종시	55.6	72.5	38.0	18.0	26.9	5.4

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2014), 2013 지역사회건강조사

그림33_ 월간음주율

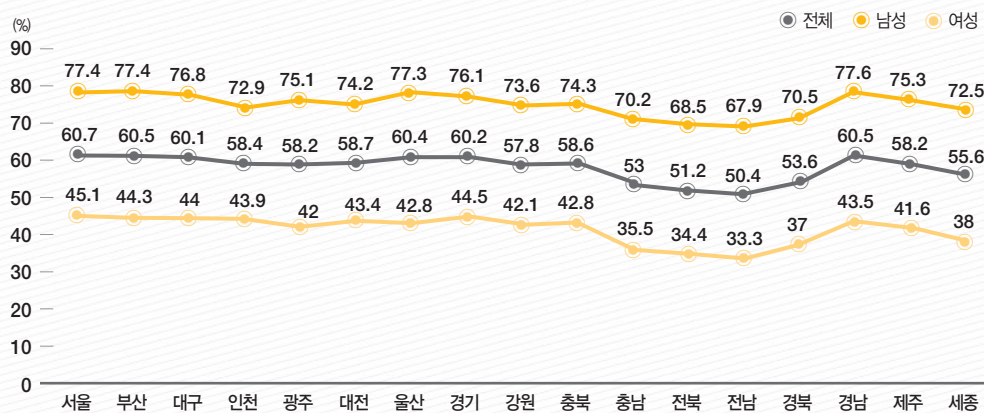
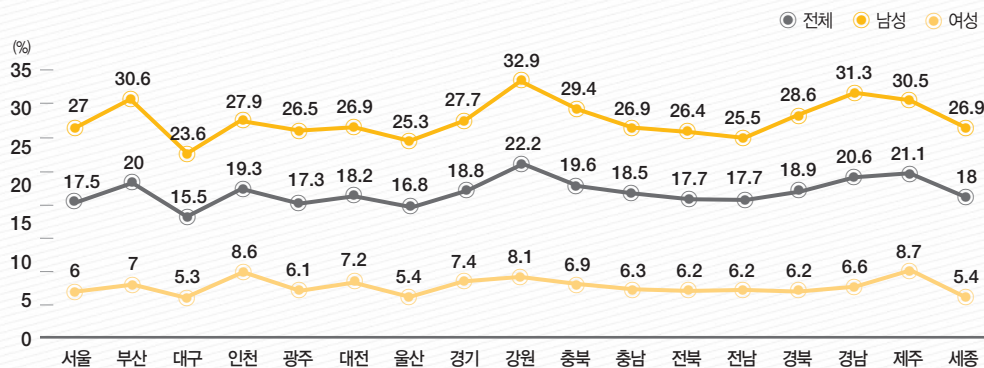


그림34_연간음주자의 고위험음주율

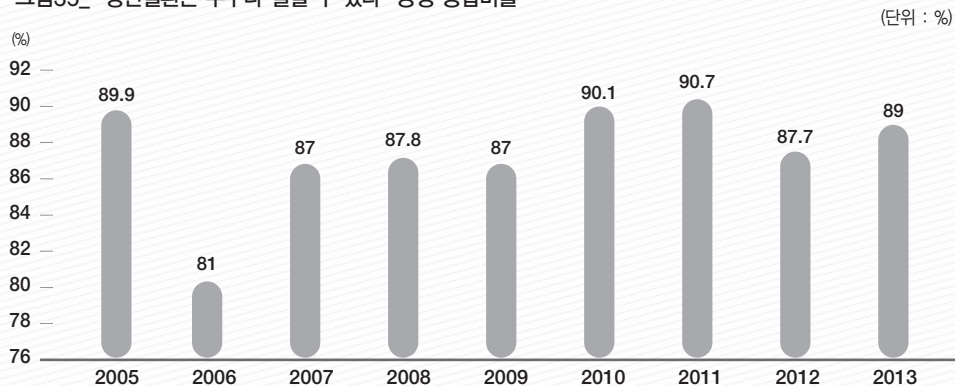


제 5 절 정신질환에 대한 사회적 인식

1. 정신질환에 대한 지식 & 태도

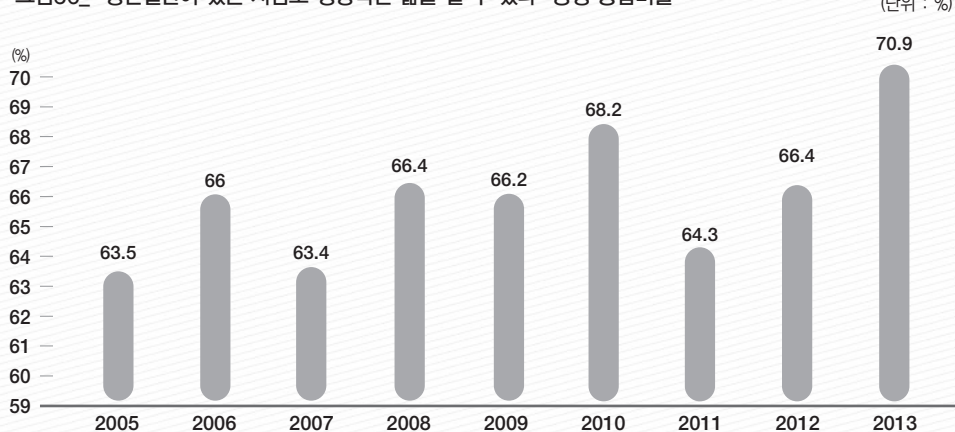
- 2013년 중앙정신보건사업 지원단의 <대국민 정신질환 태도조사>에 따르면 '정신질환은 누구나 걸릴 수 있다'라고 응답한 비율은 89%로 전년대비 1.3%p 증가하였으며 전반적으로 정신질환을 질환으로 수용하는 비율이 높은 것으로 나타남.
- '정신질환자의 정상적인 삶이 가능하냐'는 질문에 70.9%가 가능하다고 응답하여 전년대비 4.5%p 감소했으나, 과반수가 넘는 응답자가 정신질환자를 사회의 구성원으로 인정하고 수용하는 태도를 가지고 있음을 알 수 있음.
- 종합해보면 정신질환을 질환으로 받아들이는 비율이 높고 정신질환을 가진 사람이 정상적인 삶을 살 수 있다고 생각하는 비율 또한 높아지고 있다고 볼 수 있음.

그림35_ '정신질환은 누구나 걸릴 수 있다' 긍정 응답비율



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2013), 2013 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그림36_ '정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다' 긍정 응답비율



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2013), 2013 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

2. 정신보건서비스 이용률

- 최근 1년 동안 정신적인 문제로 인해 방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 받은 경험은 전체의 2.5%로 2011년 2.4%보다 소폭 상승하였으나 여전히 낮은 수준을 보임.
- 정신문제 상담경험은 전 연령층에서 여성이 남성보다 높은 수준을 보였으며 특히 19-29세에서 여성과 남성의 상담서비스 이용률 차이가 가장 크게 나타남.
- 2013년 70대 이상을 제외한 전 연령층에서 상담경험률이 감소한 것으로 나타남. 2011년 대비 남성의 경우 전 연령층에서 상담경험률이 감소, 여성의 경우 50-59, 60-69세를 제외한 연령층에서 상담경험률이 증가함.
- 2011년 정신질환실태 역학조사에 의하면 우리나라 정신의료서비스 이용률은 15.3%로 2005년 11.4%에서 3.9% 상승하였으나, 미국과 비교하여 현저하게 낮은 수치로 정신보건에 대한 홍보와 마케팅을 통한 접근성을 높이는 것이 필요함.

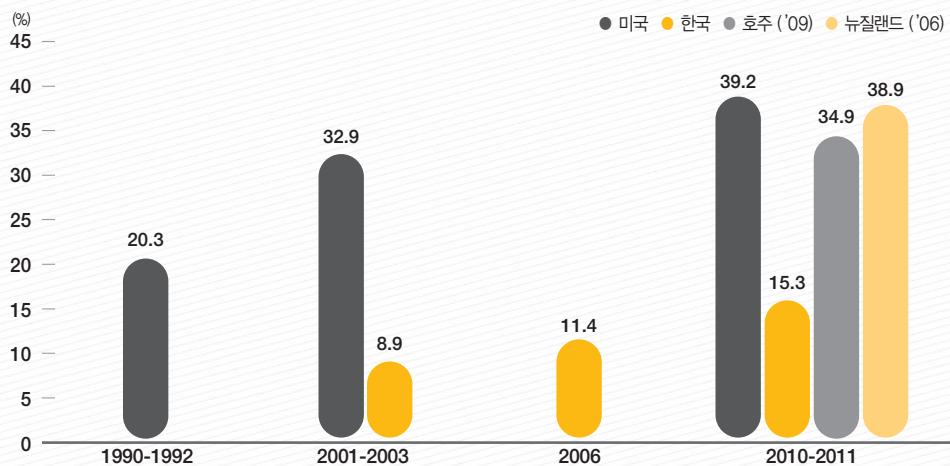
표35_ 정신건강문제 상담경험률

(단위 : %)

구 분		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
	2013	2.5	2.3	2.9	3.1	1.7	2.1	2.5
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
	2013	1.3	0.4	1.0	2.2	1.3	1.3	0.9
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
	2013	3.6	4.4	4.8	3.9	2.2	2.4	3.5

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2013), 2012국민건강통계

그림37_ 정신의료서비스 이용률

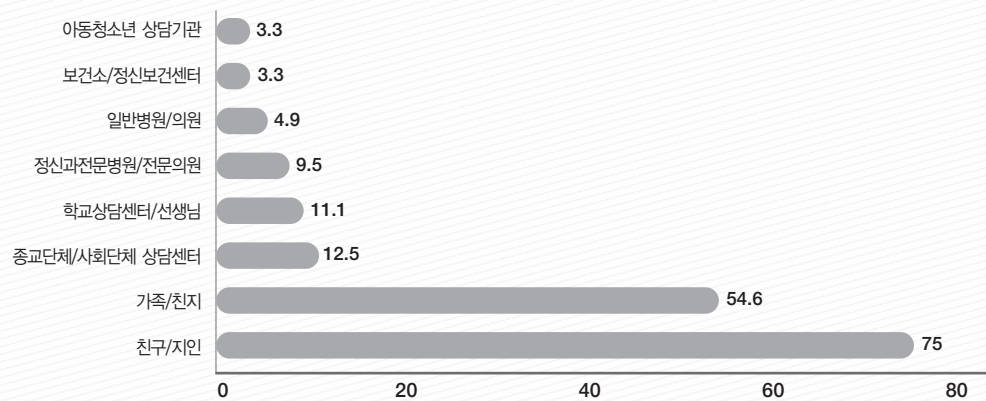


출처 : 조맹제 외(2011), 2011년도 정신질환실태 역학조사

- 2013년 정신건강에 관한 서울시민 인식도 조사 결과 스트레스, 음주, 우울증 등 정신 건강과 관련한 문제를 질병으로 인식하는 비율은 40%대 초반 수준으로 2011년 50%대 초반 대비 감소한 것으로 나타남.⁶⁾
- 또한, 정신건강 관련 문제로 타인의 도움/상담을 받았다고 응답한 비율은 전체의 36.8%임. 도움을 받은 경우, 대부분 친구/친지의 도움을 주로 받고 있음. 구체적으로 정신건강 문제 경험에 따른 도움 요청 정도는 스트레스 28.4%, 우울감 22.9%, 음주 2.3%, 자살문제 3.7%로 나타남.

그림38_ 정신건강 관련 문제로 도움/상담을 받은 대상 비율

(단위 : %)

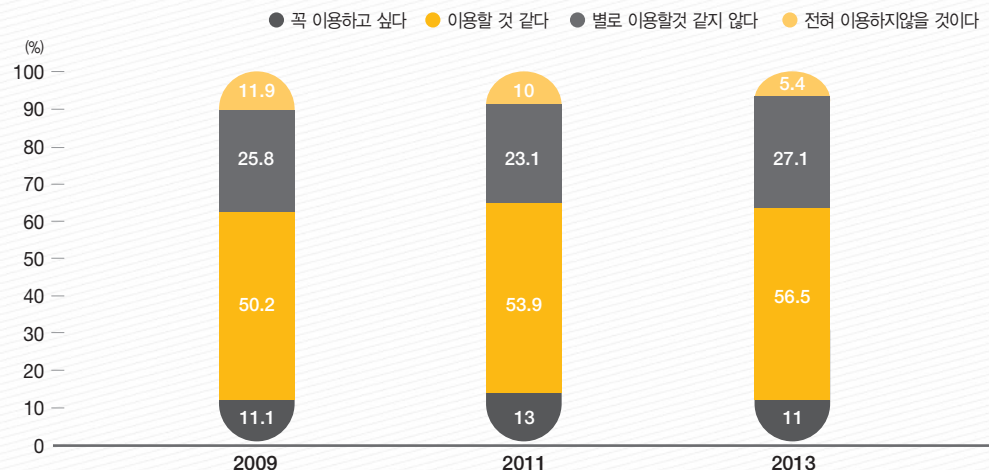


출처 : 서울시정신건강증진센터(2013), 2013 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사

- 정신건강 서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 응답한 사람은 67.5%로 2011년에 대비 0.6%p 증가함.

그림39_ 정신건강증진센터 이용의향

(단위 : %)



출처 : 서울시정신건강증진센터(2013), 2013 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 구축의 중요한 요인이라 할 수 있음.

지표설명

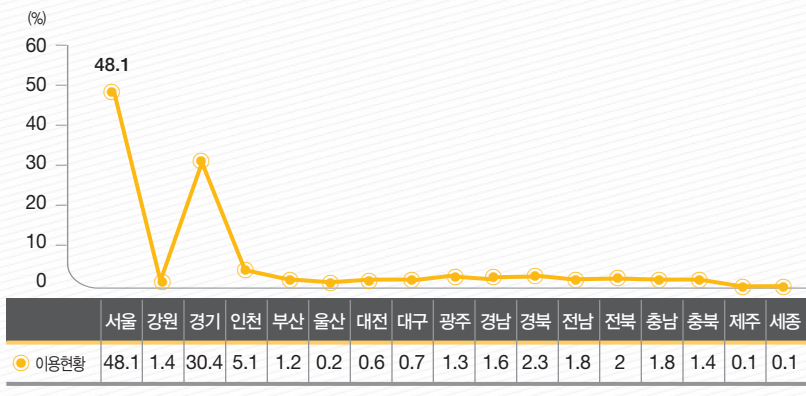
- 국민건강보험공단의 2014년 6월까지의 지급분에 대한 통계자료를 근거
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 진료 현황
- 입원 진료실인원
- 1차 진단명을 부여하고 청구한 내역 중 주 진단명 기준으로 발체

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

지표해석

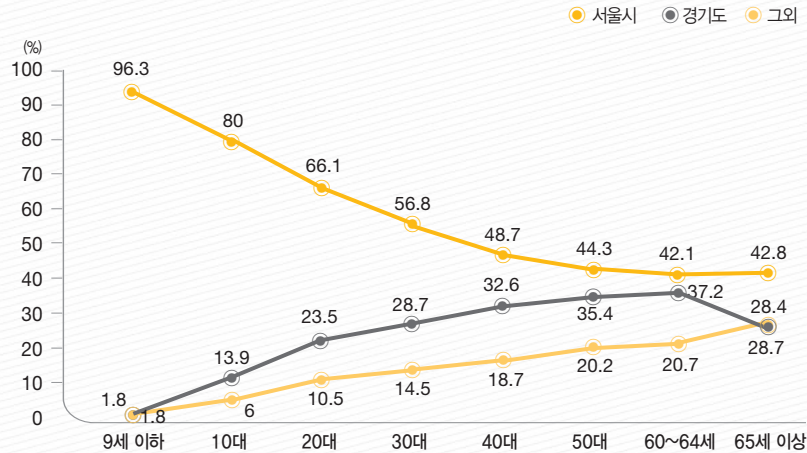
- 2013년 서울시 거주자 중 입원 및 외래를 포함하여 F코드로 진료를 받은 실 인원은 300,334명이며, 이중 입원 진료실인원은 44,310명으로 나타남.
- 44,310명 중 서울시 소재 의료기관에서 입원진료를 받은 사람은 48.1%(21,292명)로 이용비율이 가장 높았으며, 그 다음으로 경기 30.4%, 인천 5.1% 순으로 나타났음.
- 2011년 대비 서울소재의료기관 입원진료 비율은 23% 감소한 반면, 경기 지역 이용비율은 14% 증가함.

그림40_ 서울시민의 전국 정신의료기관 이용현황 (실인원)



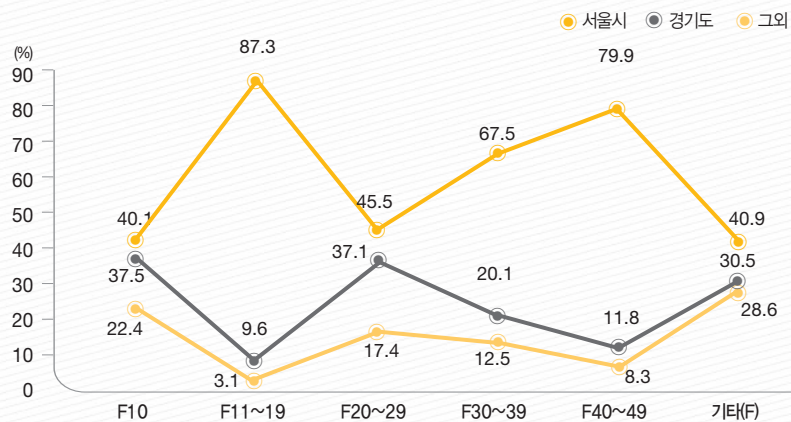
- 연령별 요양기관 소재지별 이용현황을 살펴보면, 10대 미만까지는 서울 소재지 이용분포가 90%이상으로 나타났고 연령대가 높아짐에 따라 점차 적으로 다른 시도로 분산되고 있음을 볼 수 있음.
- 2011년과 대비 9세 이하를 제외한 전 연령대에서 경기도 소재 정신의료기관을 이용한 비율이 높아짐.

그림41_ 연령별 정신의료기관 이용현황



- 진단별 요양기관 소재지별 이용현황의 경우, F10(알코올사용장애) 37.5%, F20~F29(정신병적장애) 37.1%로 다른 질환에 비해 서울 외 소재지를 이용하는 비율이 상대적으로 높게 나타남.

그림42_ 진단별 정신의료기관 이용현황



향후전망

서울시민의 약 48%가 서울시소재 정신의료기관을 이용하고 있고, 2011년 이후 이용률은 감소하고 있으며 경기도 지역으로의 이용률이 증가하고 있는 추세임. 향후 서울 외 지역 정신의료기관 이용 경향의 증가 요인에 대한 분석 및 정신의료기관 입원치료의 질적 향상을 위한 적절한 병상공급 추계가 필요할 것으로 보임.

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

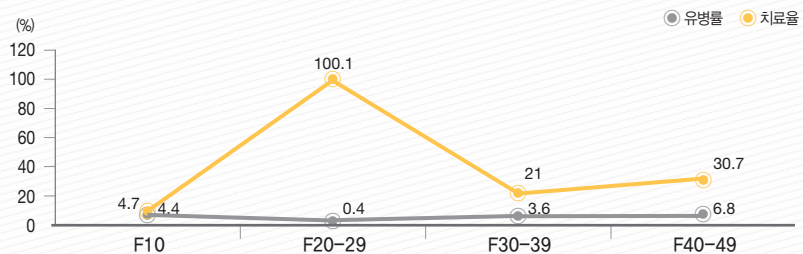
- 서울시 거주자의 정신질환치료실태 파악
- 국민건강보험공단의 2014년 6월까지의 지급분에 대한 통계자료를 바탕으로 함.
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 약국을 제외한 입원 및 외래 진료 현황을 기준으로 의료급여와 건강보험의 합계

- 분자 : F코드 진료실인원
- 분모 : 서울시 인구×정신질환 유병율

지표해석

- 2013년 진단별 치료율을 살펴보면, 정신병적 장애(F20코드)가 100.1%로 가장 높게 나타났으며, 불안장애(F40코드) 30.7%, 기분장애(F30코드) 21%, 알코올 사용장애(F10) 4.7%로 나타났음.
- 2011년과 비교해보면, 알코올 사용장애(F10코드)와 기분장애(F30코드), 정신병적장애(F20코드)는 소폭 치료율이 향상되었으나 불안장애(F40코드)의 치료율은 2011년 8.4%에서 2013년 30.7%로 22.3%p 치료율이 큰 폭으로 향상된 것으로 나타남.

그림43_정신질환 진단별 유병률과 치료율



향후전망

심각한 경제난과 구직난 등 사회적 스트레스가 높아 질 수록 공황장애, 외상후 스트레스등의 불안장애로 인한 치료율은 높아 질 것으로 보임. 알코올 사용장애는 유병률에 비해 상대적으로 낮은 치료율을 보이고 있어 관련 치료체계에 대한 구축 및 정책적 대안이 필요해보임.

자료원

국민건강보험공단 통계자료, 2011년 정신질환실태 역학조사

Indicator 9

서울시민의 자살생각률

필요성

자살률의 추이를 모니터링하고 주요 원인을 파악하는 것은 서울시의 효과적인 자살예방 정책의 근거자료가 될 수 있음.

지표설명

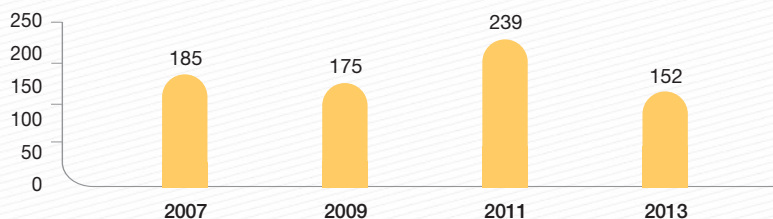
- 자살사고 수준 정도
- 서울시에 거주하는 만 15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다는 질문에 긍정 응답을 한 사람의 비율

- 분자 : 지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다고 응답한 사람 × 100
- 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울시 거주자 1,000명(2013년 10월 기준)

지표해석

- 지난 1년 동안 자살을 생각한 적이 있다고 응답한 사람은 152명으로 전체 응답자의 15.2%를 차지하고 있었으며, 2011년 239명에 비해 36.4%p 감소함.
 - 지난 1년동안 자살을 생각한적이 있다고 응답한 152명중 62명은 자살에 대해 진지하게 생각해봤다고 응답했고 이는 전체 응답자의 1000명중 6.2%에 해당하며 비율임.
 - 또한 자살을 진지하게 생각해본적이 있다고 응답한 60명중 실제 자살을 시도했다고 응답한 인원은 5명으로 전체응답자 1000명중 0.5%에 해당하는 비율임.
 - 전체 응답자 1000명중 자살하고 싶은 생각으로 인해 도움 혹은 상담을 받은 경험이 있는 대상은 37명으로 전체응답자의 3.7% 비율임.
- *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

그림44_ 서울시민의 자살생각 경험 비율



자살사고 수준에 따른 고위험군의 현황 및 특성에 대한 분석을 통해 자살의 위험요인을 조기에 발견, 개입할 수 있는 정책적 서울시 특성을 반영한 자살 예방 사업이 필요함.

향후전망

자료원

2013년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사, 2011년도 정신질환실태 역학조사

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

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 대책마련에 있어 중요 요인으로 작용함.

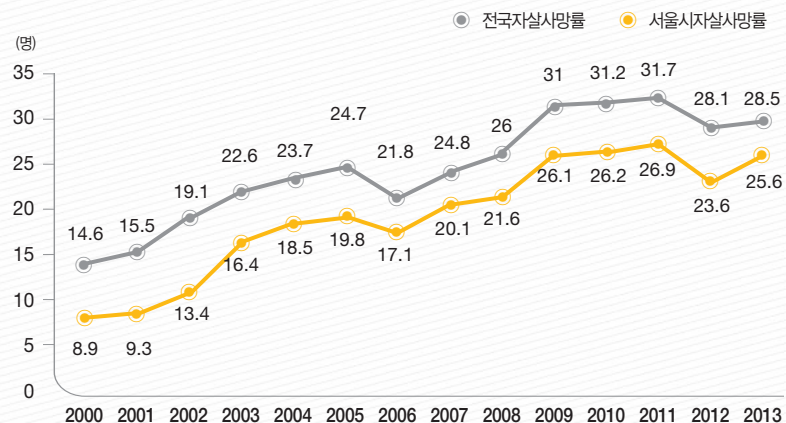
지표설명

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

지표해석

- 2013년 우리나라의 사망자수는 266,257명이며 이중 자살사망자수는 14,427명으로 전체 사망자의 5.4% 정도를 차지하고 있는 것으로 나타남.
- 서울시 자살사망자수는 2,560명으로 전체 자살사망자수의 17.7%를 차지하고 있으며, 서울시 인구 10만 명당 자살사망률은 25.6명으로 나타남.
- 2012년 대비 2013년 전국과 서울시의 자살사망자수의 증가율을 비교해보면, 전국은 1.9배, 서울시는 7.0배로 서울시의 증가폭이 더 크게 나타나고 있음.

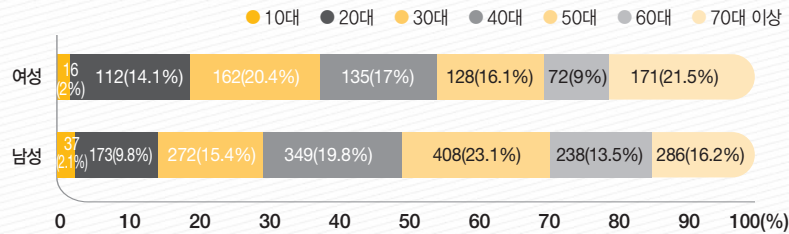
그림45_인구 10만 명당 자살사망률 변화추이



변인별

- 성별 자살사망 현황을 살펴보면, 남성은 1,764명(68.9%), 여성은 796명(31.1%)으로 남성이 여성에 비해 2.2배 높은 것으로 나타났음.
- 연령별 현황에 있어, 자살사망자수는 모든 연령대에서 남성이 높은 빈도를 차지하고 있으며, 50대의 경우 남성이 여성자살사망자수 대비 3.2배 높은 빈도를 보임.
- 여성의 경우 30대와 70대 이상에서, 남성의 경우 40대와 50대에서 높은 비율을 보이고 있음.

그림46_ 성별 연령별 자살사망자수



- 혼인상태별 자살사망에서는 배우자가 있는 경우 42.1%(1,077명), 미혼 33.6%(861명) 순으로 높은 비중을 차지하고 있음. 사별의 경우, 여성전체 사망자 비율가운데 남성의 사별상태 사망자 보다 4배 높은 비중을 차지하는 것으로 나타남.
- 교육수준별 자살사망은 고등학교와 대학교가 높은 비중을 차지하고 있으며, 전년 대비 대학원 이상에서 비율이 소폭 증가하고, 그 외 교육 수준별 자살사망은 감소함.

그림47_ 성별 혼인별 자살사망자수

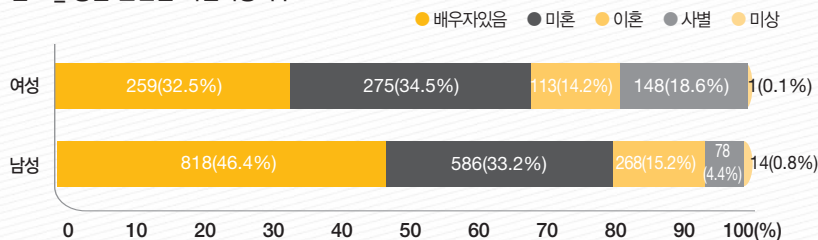
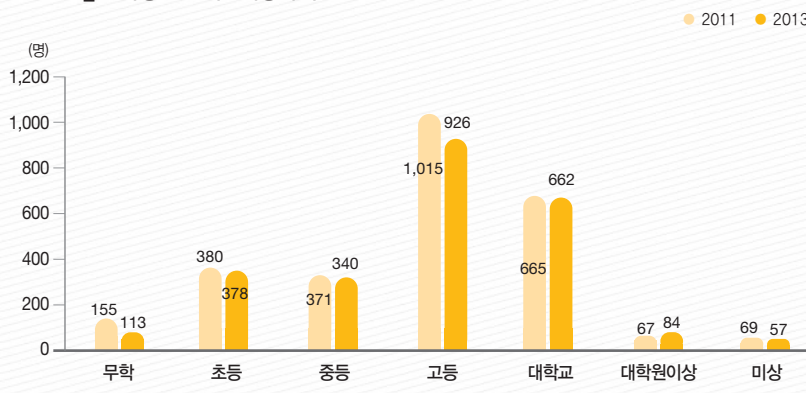


그림48_ 교육정도별 자살사망자 수



Indicator II

서울시민 고위험 음주율

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

음주로 인한 사회적, 경제적 손실에도 불구하고 고위험 음주군 감소를 위한 정책적 대안이 부족한 실정임. 고위험 음주군에 대한 현황을 파악 및 이에 따른 정책적 대안이 필요함.

지표설명

- 서울시 음주 실태의 위험 수준 정도
- 고위험 음주군의 비율

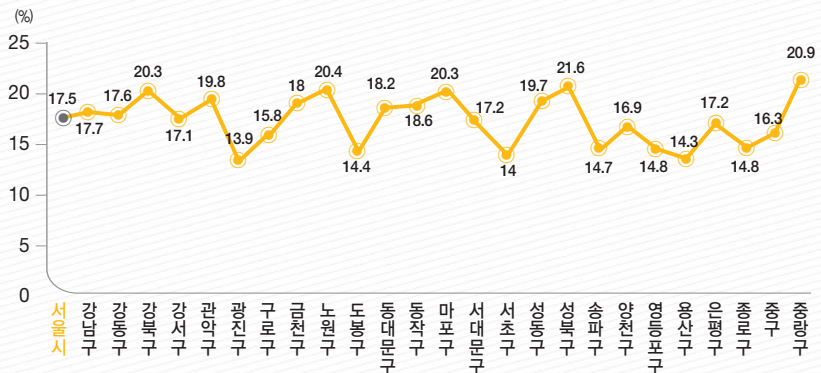
(※ 고위험 음주군 정의 : 최근 1년 동안 음주한 사람 중 1회 술자리에서 남자는 7잔(또는 맥주5캔 정도), 여자는 5잔이상(또는 맥주3캔정도)을 주2회 이상 마시는 사람)

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

지표해석

- 2013년 서울시 고위험 음주율은 전체 17.5%로 2011년 18.2% 대비 0.7%p 감소함. 전국 평균 고위험 음주율은 18.6%로 서울시는 1.1%p 낮은 수준임.
- 성별 현황에 있어 남성 27.1%, 여성 6.0%로 남성의 고위험 음주율이 여성에 비해 상대적으로 매우 높은편임.
- 구별 고위험 음주율을 보면, 성북구가 21.6%로 가장 높은 반면, 광진구가 13.9%로 가장 낮게 나타남. 25개구 중 서울시 평균보다 고위험 음주율이 높은 자치구는 12로 나타남.

그림49_ 서울시·자치구별 고위험 음주율



향후전망

서울시의 고위험 음주율은 2011년 이후 감소추세임. 지속적인 고위험 음주율 감소를 위해 상습 건강음주 문화확산을 위한 예방정책이 및 상습주자, 여성 고위험 음주자등 특정 계층에 대한 개별화된 정책적 대안이 필요 할 것으로 보임.

자료원

2013 지역사회건강조사

Indicator 12

서울시민 우울감 경험률

필요성

WHO는 '04년 전 세계 질병부담의 13%를 정신질환이 차지하고 있으며 이중 우울증은 2030년 고소득 국가 질병부담 1위 질환이 될 것으로 전망했으며 우울증을 방치 할 경우 자살등의 심각한 사회문제로 이어질 수 있어 일반인구와 위험인구를 대상으로 한 예방사업이 필요.

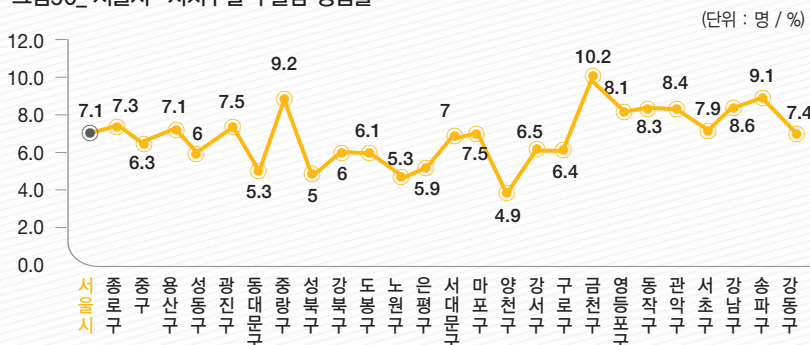
지표설명

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

지표해석

- 2013년 시도별 우울감 경험률은 최소 0.4%에서 최대 12.9%까지 분포되어 있음. 지난 3년간 시도별 중앙값은 2010년 5.0%, 2011년 4.7%, 2012년 4.7%로 감소추세였으나, 2013년 5.1%로 전년대비 0.4% 증가함.
- 2013년 서울시의 우울감 경험률은 7.1%로 17개 시도 중 인천(7.7%)에 이어 2번째로 높은 우울감 경험률을 보임.
- 서울시 자치구별 현황에서는 서울시 우울감 경험률 7.1% 보다 높은 우울감을 보이는 자치구는 12개구로 이중 금천구가 10.2%로 가장 높은 우울감 경험률을 보임.

그림50_ 서울시·자치구별 우울감 경험률



향후전망

우울감의 경험은 향후 우울증으로의 이환, 자살과 같은 극단적 선택의 예후 인자로서 조기발견과 개입이 필요한 정신건강 문제임. 서울시의 경우 17개 시도중 두 번째로 우울감의 경험률이 높을뿐 아니라 25개 자치구별 현황에 있어서도 과반수 이상의 구가 17개 시도 평균보다 높은 수준의 우울감 경험률을 나타내고 있는바 지속적인 모니터링과 더불어 우울감 감소를 위한 일반시민 및 고위험군에 대한 예방적 차원의 정책 대안이 필요해보임.

자료원

2013 지역사회 건강조사

Indicator 13

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.

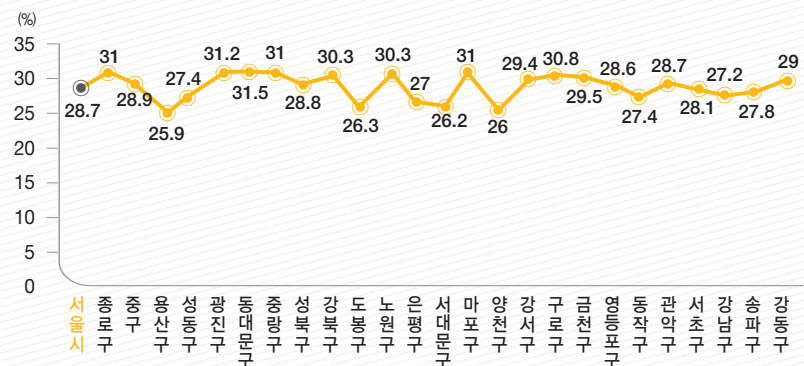
지표설명

- 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

- 2013년 시도별 스트레스 인지율은 최소 11.5%에서 최대 40.6%까지 분포되어 있었으며, 세종시가 33.6%로 가장 높은 스트레스 인지율을 보임.
- 서울시의 경우 28.7%로 2011년 30.6% 대비 1.9%p 감소했고 17개 시도중 광주, 대전과 함께 6번째로 높은 스트레스 인지율을 보임.
- 성별 현황을 살펴보면, 남성 28.4%, 여성 29%로 비슷한 수준이나 연령대에 있어서는 30대가 34.4%로 가장 높고 60대가 21.2%로 가장 낮은 등 연령별로 다소 큰 차이를 보였음.
- 자치구별 스트레스 인지율에서는 용산구가 25.9%로 가장 낮게 나타났으며, 동대문구가 31.5%로 가장 높게 나타났음.

그림51_ 서울시 자치구별 스트레스 인지율



향후전망

스트레스는 강도와 지속기간등에 따라 우울감 증가등 정신건강에 있어 부정적인 영향을 줄 수 있으며 극심할 경우 학업, 직업능력 저하등의 사회적 문제를 초래할 수 있으므로 스트레스 관리에 대한 중요성 인식 및 스트레스 관리법에 대한 일반시민 홍보를 통해 스트레스 인지율 감소를 위한 실천을 지속할 필요가 있음.

자료원

2013 지역사회 건강조사

Indicator 14

정신질환자에 대한 지역사회 수용도

필요성

정신질환자를 사회의 일원으로 인정하고 받아들이는지의 여부는 정신질환자가 지역사회로 복귀 시 적응정도에 영향을 줌. 낙인현상이 두드러지는 서울시와 같은 대도시에서 사회로의 편입을 인정하고 통합을 지지하는 정도는 타 시도에 중요한 모델링 역할을 할 것으로 보임.

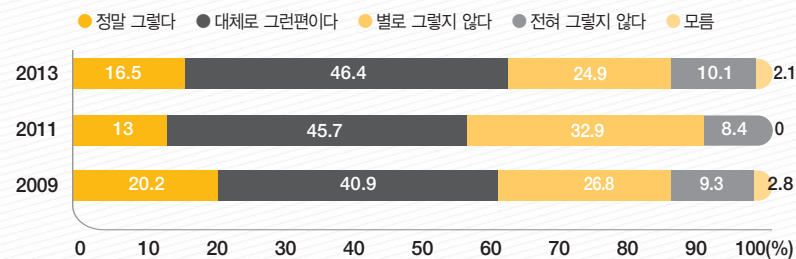
지표설명

- 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 62.9%가 긍정의 응답(정말 그렇다 16.5%, 대체로 그렇다 46.4%)을 하였으며, 2011년 58.7%와 비교해 4.2%p 증가함.
- 사회적으로 바람직한 응답에 대한 동조현상을 고려해 강한 응답 비율이 실제 수용도를 반영한다고 볼 때, 2009년 20.2%, 2011년 13%, 2013년 16.5%로 2011년 대비 3.5%p 증가하여 지역사회에서 정신질환자 수용에 대한 부정적 인식이 다소 감소한 것으로 나타남.

그림52_ 정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도



향후전망

정신질환자에 대한 지역사회의 인식은 대체로 긍정적인 방향으로 전환되고 있는 추세이나 해당 연구를 통해 지속적인 모니터링이 필요해보임. 정신질환자에 대한 인식의 수용도가 태도나 행동의 변화로 이어지는지에 대한 지표도 모색해볼 필요가 있음.

자료원

2013년 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 1 절 지역사회재활서비스

1. 정신재활 서비스

- 우리나라는 1995년 정신보건법 제정을 통해 점차 지역사회정신보건서비스 전달체계가 확립되었고 이에 따라, 정신사회재활모형에 근거한 서비스들이 제공되기 시작함. (김이영 외, 2008)
- 정신사회재활의 일차적 목적은 정신장애인의 기능을 향상시켜 그들이 스스로 선택한 환경 내에서 최소한의 지원만 받으며 성공적으로 살 수 있도록 하는 것임. (Anthony et al., 2002)
- 지역사회 재활서비스 중 주간재활 프로그램을 운영하는 정신보건기관은 정신건강증진센터, 알코올상담센터, 사회복지시설, 낮 병원으로 2013년 기준 전국적으로 640여개 기관에서 주간재활 프로그램을 운영하고 있는 것으로 나타남. (중앙정신보건사업지원단, 2013).

표36_ 정신보건기관 유형별 주간재활 프로그램 운영현황

(단위 : 개소)

구분	총 기관수	국립 정신병원	공립 정신병원	사립 정신병원	종합병원 정신과	정신과의원	사회복지시설	정신건강증진센터	알코올상담센터
2000	156	2	5	15	29	23	29	45	
2001	264	3	6	13	30	21	47	133	
2002	271	3	6	16	27	19	56	138	
2003	289	3	5	12	26	14	62	158	
2004	313	3	5	11	35	16	75	155	2
2005	326	3	5	12	31	16	81	159	8
2006	356	3	5	14	26	13	90	169	20
2007	348	3	4	13	20	16	88	164	26
2008	432	3	2	10	21	23	89	238	25
2009	376	3	2	12	15	16	97	195	32
2010	397	2	4	13	20	19	105	194	38
2011	405	2	4	15	18	17	115	189	42
2012	447	2	4	19	21	23	120	203	46
2013	470	2	4	19	22	23	125	216	50

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계현황집

그림53_ 시도별 주간재활 프로그램 운영 기관현황

(단위 : 개소)

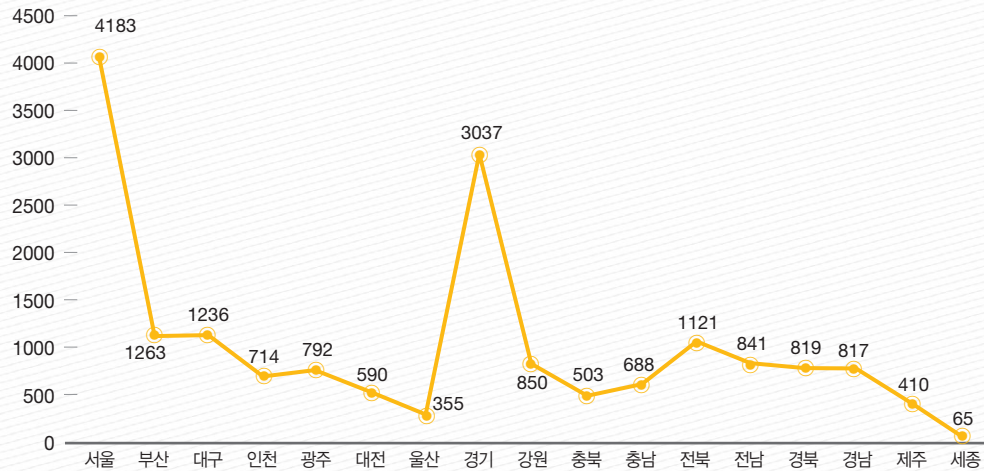


출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계현황집

제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

그림54_ 시도별 주간재활 프로그램 이용현황

(단위 : 명)



출처: 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계현황집

2. 지역사회 등록관리율

- 2013년 지역사회 중증정신질환자 추정 수는 427,078명으로 이중 약 18.58%(79,379명)이 지역사회에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타남.
- 지역사회 등록관리율은 2000년 2.38% 대비 2013년 18.58%로 7.8배 증가했고 전년 대비 1.6%p 증가함.

표37_ 추계 중증정신질환자 대비 등록관리율

(단위 : 명, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ³⁾	2010	2011	2012	2013
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	426,018	427,078
기관종류별 등록관리자 수	표준형 정신보건센터 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	58,064
	기본형 정신보건센터	-	19,559	18,950	20,869	21,292	22,305	22,649	22,430	13,114	10,977	12,957	6,727	8,300
	낮병원	557	695	848	728	806	879	954	1,045	1,114	1,717	1,547	1,317	1,395
	사회복지시설	1,124	1,866	2,378	2,268	3,347	3,916	4,500	4,914	5,324	5,437	6,146	5,974	6,237
	알코올상담센터					1,504	2,035	2,635	4,088	4,272	4,810	5,103	5,476	7,526
	노숙인 정신보건사업 ⁴⁾				152	118			-	-	-	-	-	-
총 등록관리자(명)	11,183	32,860	34,889	39,968	44,313	49,371	56,839	65,375	80,055	69,206	76,874	65,506	72,315	79,379
등록관리율(%) ⁵⁾	2.38	6.94	7.32	8.34	9.25	10.22	11.72	15.48	19.23	16.41	18.07	15.53	16.97	18.58

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

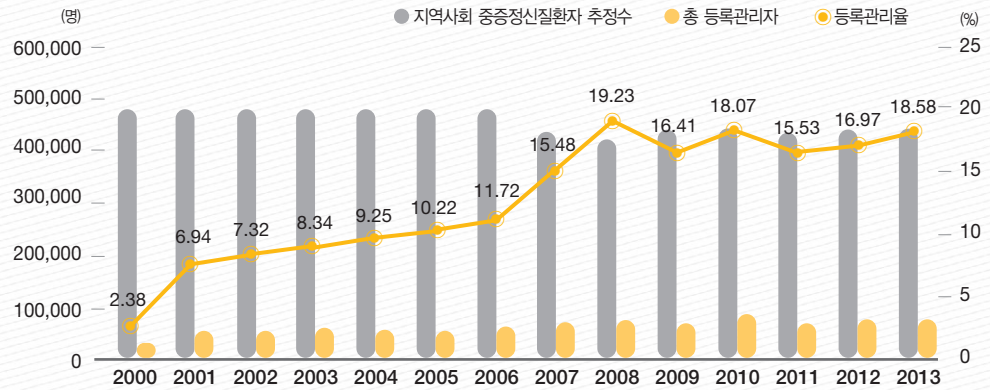
3) 노숙인 정신보건사업 등록자는 2005년부터 표준형 정신보건센터에 포함

4) 등록관리율 = 총 등록관리자/지역사회 중증 정신질환자 추정 수

5) 2009년부터 정신건강증진센터 등록자 중 아동청소년(19세 이하)은 별도로 추가하여 작성

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계 현황집

그림55_ 중증정신질환자 대비 등록관리율



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계 현황집

3. 유형별 등록현황

- 2013년 등록자의 연령별 분포를 보면, 대체로 30-50대가 65.4%를 차지하고 특히, 사회복귀시설의 경우 30-50대가 전체 이용자의 75%로 높은 비중을 차지하고 있음.
- 전년대비 상승폭이 가장 큰 연령대는 65세 이상의 노년층으로 23.1%(2740명) 이용자가 상승됨.
- 등록자의 진단별 분포는 조현병 대상자가 45.9%로 가장 많고 우울증 25.0%, 알코올중독 13.5% 순으로 나타났고 2011년 대비 우울증 대상이 7.7%p 증가해 우울증 대상의 증가폭이 가장 큰 것으로 나타남.

표38_ 등록자의 연령별 분포

(단위 : 명)

	전체	10세 미만	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상	미상
2000	10,626	370	432	1,845	2,976	2,331	956	485	1,231	-
2001	32,165	314	1,052	4,413	8,073	7,411	3,262	1,473	6,118	49
2002	33,244	258	1,132	4,382	8,333	7,993	3,332	1,577	6,213	24
2003	37,047	321	1,480	4,496	9,201	8,573	3,919	1,724	7,333	-
2004	41,160	556	1,069	4,684	10,174	10,327	4,817	1,904	7,623	6
2005	48,492	1,460	2,729	4,567	10,884	11,538	5,642	2,129	9,543	-
2006	55,885	758	1,860	5,180	11,944	12,985	6,730	2,477	13,951	-
2007	64,330	993	6,378	5,347	12,578	14,445	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
2012	70,887	161	264	5,737	12,239	19,883	16,129	4,322	11,907	245
2013	76,162	143	362	5,649	11,446	20,345	18,019	5,258	14,647	293
표준형센터	58,064	-	-	4,634	8,704	15,122	13,221	3,976	12,309	100
기본형센터	5,895	-	-	234	631	1,529	1,371	436	1,503	191
사회복귀시설	4,677	142	277	596	1,298	1,488	719	122	35	0
알코올상담센터	7,526	1	85	185	813	2,206	2,708	724	802	2

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계 현황집

제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

표39_ 등록자의 진단별 분포

(단위 : 명)

	계	조현증	조울증	알코올 중독	우울증	정신지체	치매	신경증	간질	아동 청소년 정신질환	기타
2000	10,626	5,833	526	494	692	404	980	144	439	-	1,114
2001	32,165	14,950	1,170	2,094	1,022	2,766	5,586	473	2,173	-	1,933
2002	33,244	15,877	1,408	2,216	1,119	2,385	5,832	349	2,186	-	1,872
2003	37,047	17,890	1,594	2,234	1,331	2,224	6,659	437	2,399	-	2,279
2004	41,160	19,079	1,747	4,102	1,619	2,147	6,887	434	2,258	-	2,834
2005	48,492	22,024	1,957	4,493	2,023	1,970	8,151	432	2,098	-	2,829
2006	55,985	23,856	2,491	5,238	2,699	2,393	12,541	645	2,151	2,515	677
2007	64,330	25,384	2,779	6,762	3,296	2,422	12,533	651	2,037	3,294	4,243
2008	78,941	33,141	3,215	7,217	6,143	2,857	12,963	644	1,815	4,223	5,467
2009	67,489	34,264	3,566	8,317	7,114	2,535	6,746	693	1,228	5,479	3,026
2010	75,327	35,555	3,671	9,110	9,428	1,482	10,685	666	1,105	0	3,625
2011	64,189	32,823	3,563	8,901	11,088	169	1	821	55	0	6,768
2012	70,044	33,695	4,271	9,997	13,990	176	49	806	35	0	7,025
2013	76,162	34,990	4,227	10,255	19,067	139	19	580	42	0	6,573
표준형센터	58,064	28,969	3,637	302	17,593	0	0	792	0	0	4,071
기본형센터	5,895	2,783	238	388	1,316	0	0	40	0	0	1,130
사회복귀시설	4,677	3,238	352	172	158	139	19	18	42	0	539
알코올상담센터	7,526	-	-	6,693	-	-	-	-	-	-	833

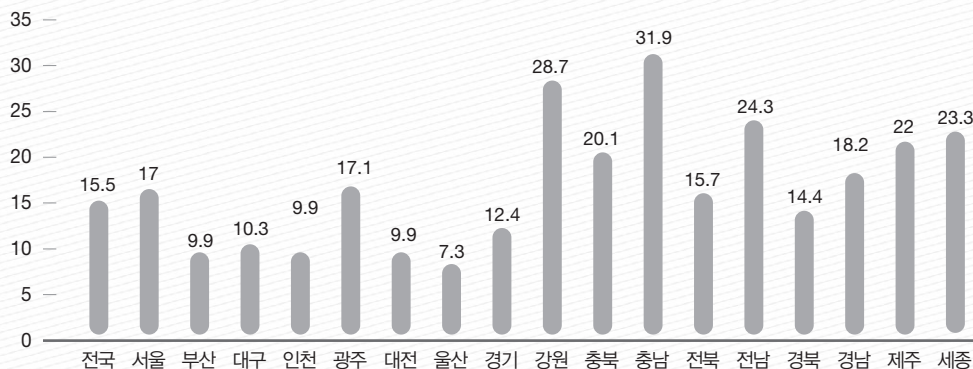
출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계 현황집

4. 서울시 지역사회 정신보건서비스 등록현황

- 2013년 우리나라 인구 1만 명당 지역사회 정신보건기관에 등록된 대상자는 15.5명으로 나타남.
- 서울시는 17.0명으로 17개 시도 중 9번째를 차지하고 있으며, 총 등록자 중 약 80%가 정신건강증진센터에 등록된 대상자였음.
- 인구 1만 명당 등록자수가 가장 많은 곳은 충남, 가장 적은 곳은 울산으로 나타남.

그림56_시도별 인구 1만 명당 지역사회 정신보건기관 등록자 현황

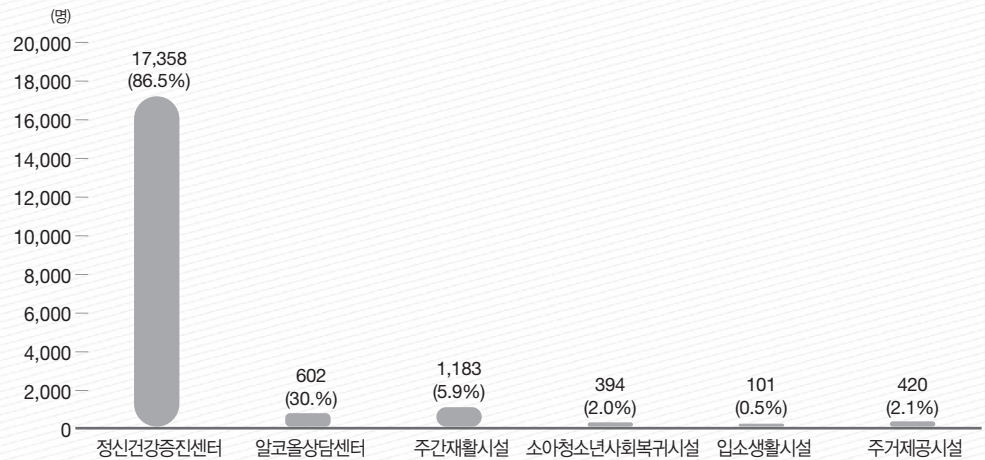
(단위 : 명)



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2013 정신보건통계 현황집

- 2013년 12월 말 기준, 서울시 지역사회정신보건기관에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 대상자는 총 20,0582명임. 기관별로는 정신건강증진센터 17,358명, 알코올상담센터 602명, 이용시설 1,183명, 아동청소년사회복지시설 394명, 입소시설 101명, 주거시설 420명으로 등록되어 있음.
- 2013년 서울시 추계 중증정신질환자¹⁾ 101,436명 중 11,936명(11.7%)²⁾이 정신건강증진센터에 등록되어 서비스를 받고 있는 것으로 나타남.
- 지역구 주민을 대상으로 포괄적인 서비스를 제공하는 정신건강증진센터의 등록률이 가장 높은 반면 입소생활시설, 주거제공시설에서 상대적으로 등록률이 낮게 나타남. 아동청소년사회복지시설의 경우 등록관리율이 증가하고 있는 추세임.

그림57_ 서울시 지역사회 정신보건기관 유형별 등록현황



출처 : 서울시정신보건통계

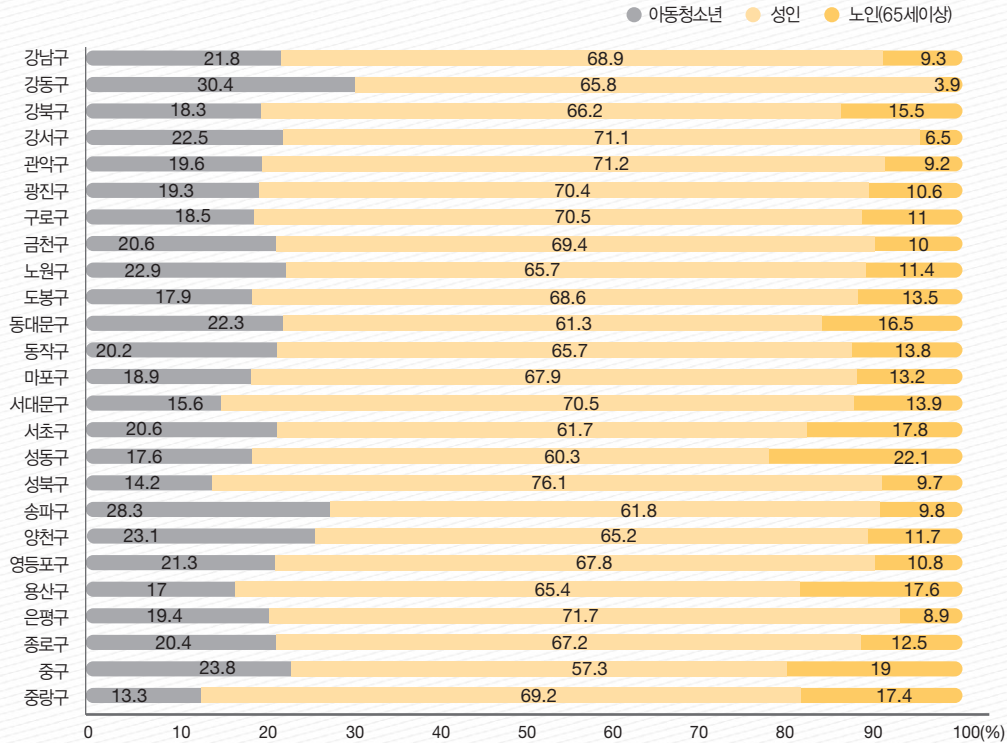
1) 서울시 인구의 1% : 2013년 서울시 주민등록인구 10,143,645명

2) 정신건강증진센터 등록대상 중 중증정신질환자(정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애) 수를 나타냄.

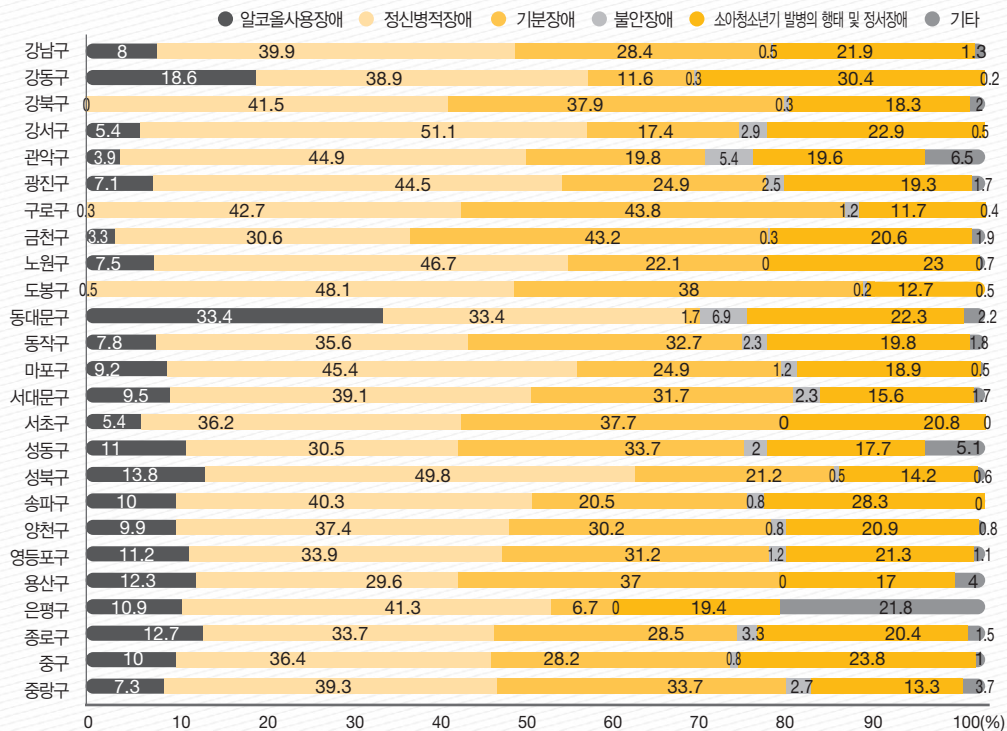
제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

그림58_ 자치구별 정신건강증진센터의 등록관리 대상자 비율

대상군별 등록률(%)



진단별 등록률(%)



출처 : 서울시정신건강증진센터(2014), 2013년 서울시정신보건기관현황조사

제 2 절 직업재활

1. 장애등록 현황

- 2013년 우리나라 장애인등록자 수는 2,501,112명이며, 이중 정신장애인은 95,675명 (3.8%)으로 추계된 중증정신질환자³ 511,415명의 18.7% 수준임.
- 2000년 대비 장애인 등록자 수는 261%, 정신장애인⁴⁾ 등록자 수는 406% 증가함.

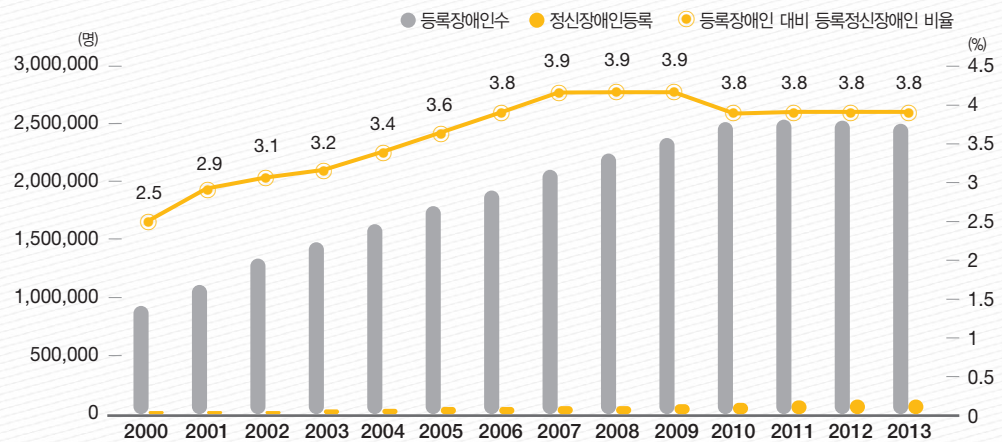
표40_ 연도별 장애인등록자 현황

(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
2012	2,511,159	94,638	3.8
2013	2,501,112	95,675	3.8

출처 : 보건복지부(2012). 2012 보건복지통계연보

그림59_ 장애인 등록 변화추이



출처 : 보건복지부(2014). 2014 보건복지통계연보

3) 우리나라 인구의 1% : 2013년 주민등록인구 51,141,463명

4) 정신장애인이란 조현병, 분열정동장애, 양극성정동장애(조울증), 반복성 우울장애 등의 4가지 중 한 가지 진단을 받은 정신질환자가 1년 이상 병을 지속적으로 치료를 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

- 사회참여의 기회가 현저하게 낮은 장애인에게 있어 직업은 매우 중요한 사회참여의 기회이며 더불어 직업에 대한 만족은 장애인의 삶의 만족에도 영향을 미침. (김광자, 2011)
- 직업은 정신장애인에게 질환을 스스로 관리하고 극복하겠다는 동기를 유발시키고 사회에 통합되어 사회인으로 살아가게 되면서 자존감을 고양시켜 삶의 질이 향상됨. (박윤정, 2012)
- 정신장애인에게 직업은 지역사회와 통합을 이루는 과정인 동시에 지역사회에 성공적으로 적응하기 위한 기반이 된다고 볼 수 있음.

2) 경제활동 상태

- 15세 이상 장애인의 경제활동참가율⁵⁾은 38.5%로 2008년의 41.1%에 비해 2.6%p 감소하였으며, 인구대비 취업자의 비율은 2011년 35.5%로서 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.

표41_ 성별 취업 인구 및 취업률

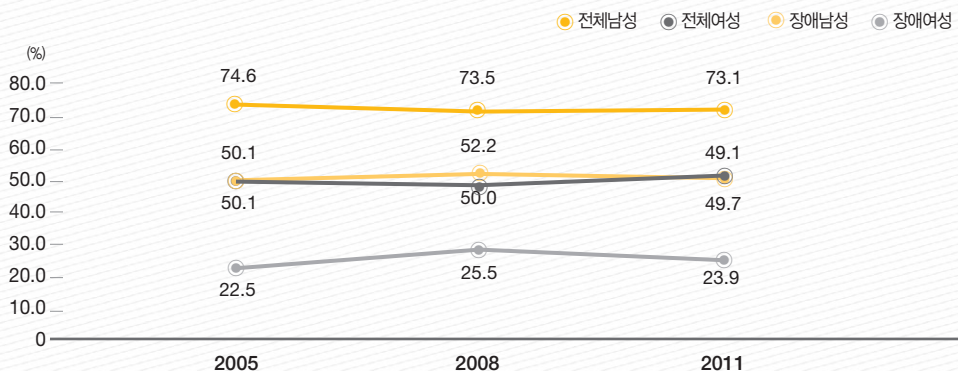
(단위 : 명, %)

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제활동 인구	경제활동 참가율	취업률	실업률	인구대비 취업자 비율
		계	취업	실업					
남자	1,467,812	721,267	657,852	63,415	746,545	49.14	91.21	8.79	44.82
여자	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(2011). 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 감소하였으나 장애 여성의 경우 23.9%로 여전히 장애 남성의 절반 수준임.

그림60_ 장애인 및 전체인구의 경제활동 참가율



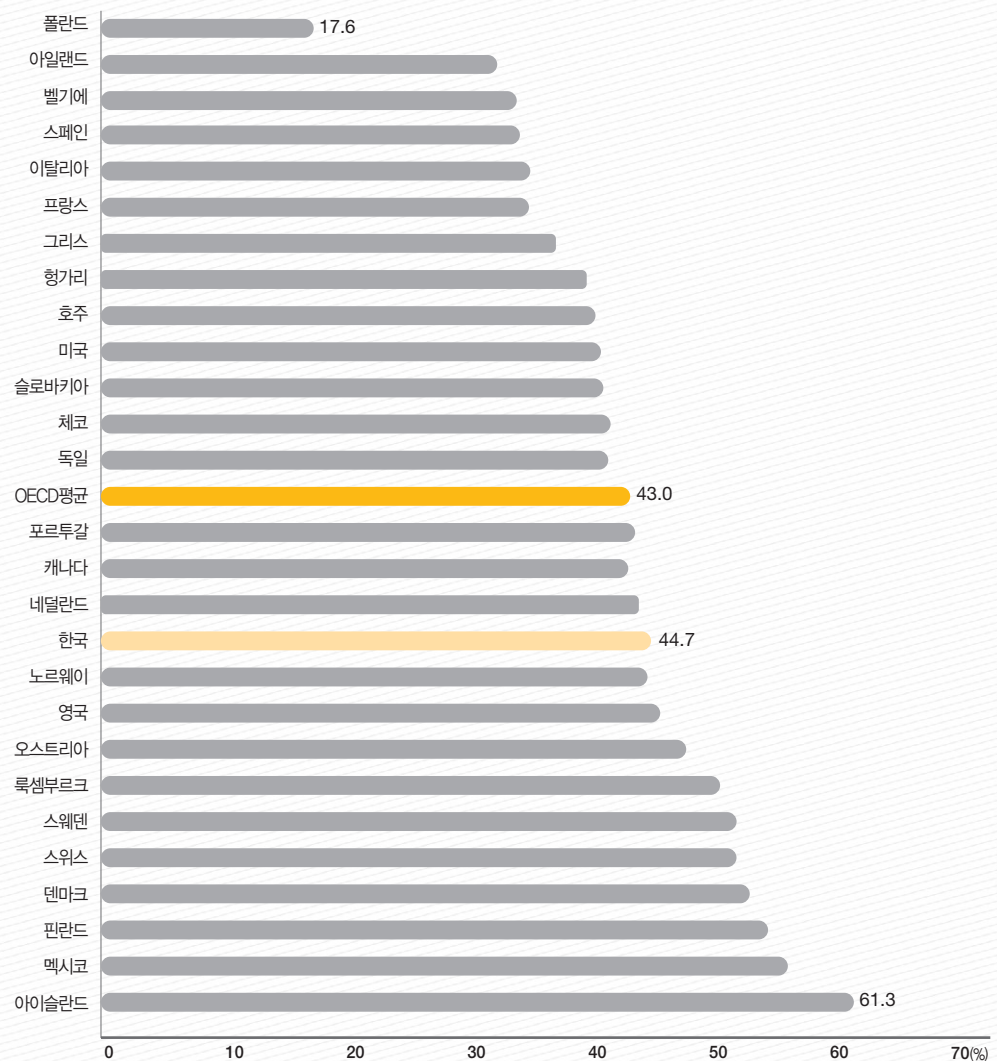
출처 : 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2011). 2011 장애인실태조사, 통계청

5) 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 10개국이 며, 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.

그림61_ OECD 주요국의 장애인 고용률(2005)



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

제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

- 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 나타났다. (한국보건사회연구원, 2011)
- 우리나라의 2007년 기준 전체 장애인 복지예산 중 고용 및 직업재활서비스 지출 비중은 4%를 약간 상회하여 OECD 국가 중 12번째로 비중이 높았으나, GDP 대비 고용 및 직업재활서비스 지출 비중은 0.1%에 못 미치는 최하위 수준으로 나타났다. (한국보건사회연구원, 2011)

4) 정신장애인 취업률

- 전체장애인의 인구대비 취업률은 2011년 35.49%로 2008년 대비 2.18%p 감소함.
- 정신장애인의 취업률은 2000년 10%, 2005년 15.94%로 상승하였으나 2008년 9.9%로 소폭 하향하였음. 2011년 11.12%로 전년대비 1.2%p 상승함.
- 심장장애, 지체장애, 시각장애의 취업률은 40% 이상으로 높은 반면, 자폐성 장애와 호흡기장애는 2.19%, 6.26%로 상대적으로 낮게 나타나고 있음.

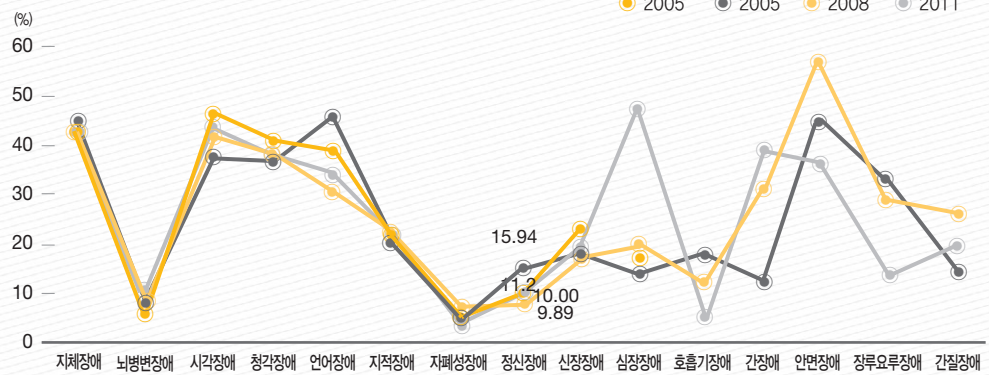
표42_ 장애유형별 취업률

(단위 : 명, %)

구분	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
지적장애	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 : 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2011), 2011 장애인실태조사

그림62_ 장애유형별 취업률



출처 : 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2011), 2011 장애인실태조사

5) 정신장애인 고용현황

- 2011년 장애인실태조사에 의하면, 취업장애인의 사업체에서 주된 활동영역은 제조업 17.4%, 농업·임업·어업 12.9%, 도매·소매업 11.2%, 건설업 8.6%임. 정신장애인의 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%, 임시근로 23.8%로 안정적인 고용환경을 갖고 있지 못함.

표43_ 취업장애인 직무유형

(단위 : %, 명)

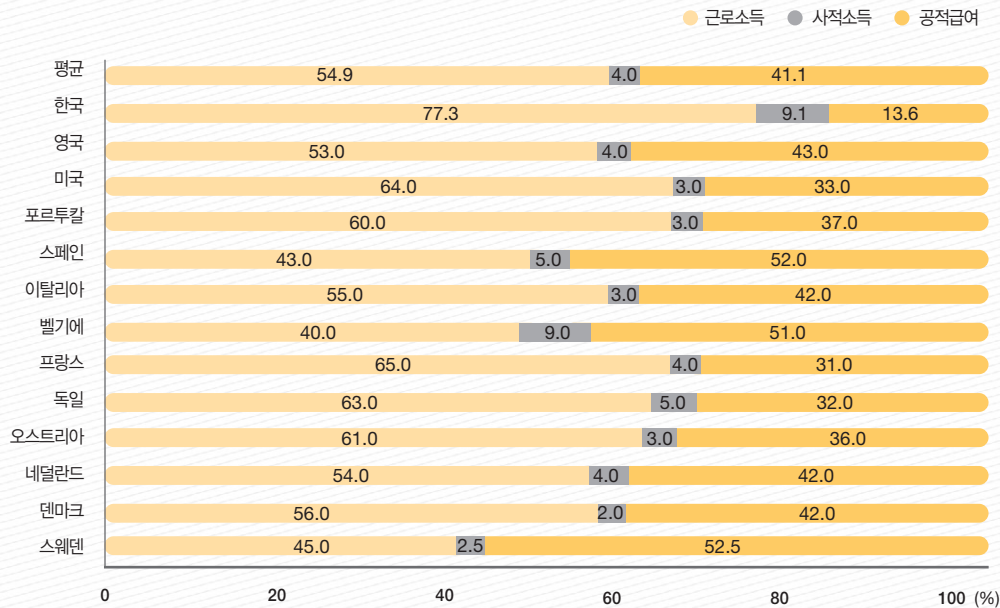
구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애	지적장애	자폐성장애	정신장애	신장장애	심장장애	호흡기장애	간장애	안면장애	장루요루장애	간질장애	전체
관리자	4.5	7.9	3.9	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	2.3	0.0	0.0	7.7	0.0	4.1	0.0	4.1
전문기종사자	5.7	13.0	13.7	4.7	0.0	3.1	0.0	2.0	27.9	22.0	14.4	9.9	0.0	0.0	17.5	7.1
사무종사자	7.0	13.3	5.5	2.5	0.0	0.0	0.0	0.9	16.7	18.6	0.0	11.5	0.0	19.6	18.9	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 시사 함.

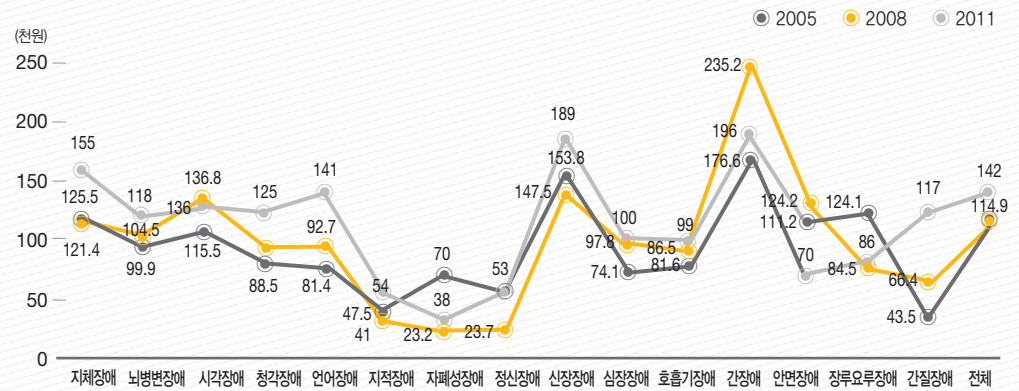
그림63_ OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비



주 1) 20~64세 장애인 기준 / 2) OECD 국가는 90년대 말 수치, 한국은 2005년 수치
출처 : 김언애(2008). OECD 2007 장애정책 리뷰

- 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)

그림64_ 취업장애인의 임금수준



출처 : 김성희 외(2011a), 2011 장애인실태조사

표44_ 취업 장애인의 주당 평균 근무시간, 월 평균 수입, 평균 근속기간

(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

- 20011년 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.
- 취업 장애인의 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

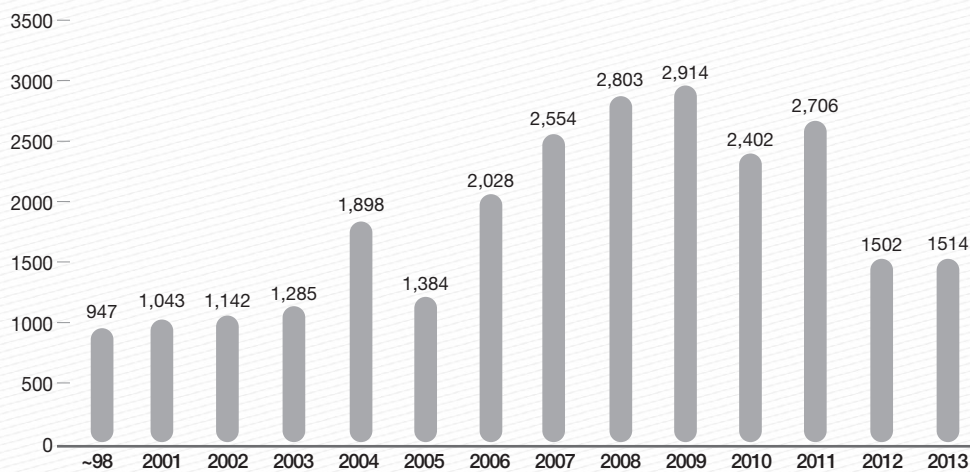
1. 북한이탈주민

1) 현황

- 1994년 김일성 사망 이후 북한이탈주민이 입국자수는 큰 폭으로 증가하는 추세였으나, 2011년 이후 감소추세 보이고 있음. 2013년 12월 기준 북한이탈주민은 1,514명으로 전년대비 소폭 감소함.

그림65_ 북한이탈주민 연도별 입국자수

(단위 : 명)



출처 : 통일부

- 연령별 입국 현황을 살펴보면, 20대~30대가 약 58%를 차지하고 있으며, 10대가 약 12%로 적지 않은 비중을 차지하고 있음.
- 북한이탈주민의 29%가 서울, 26%가 경기지역에 거주하고 있어 서울·경기 지역에서 북한 이탈주민의 원만한 한국사회 적응을 위한 프로그램과 서비스가 필요하다는 것을 알 수 있음.

표45_ 성별·연령별 북한이탈주민 입국현황 (2014년 5월말 입국자 기준 / 누계인원)

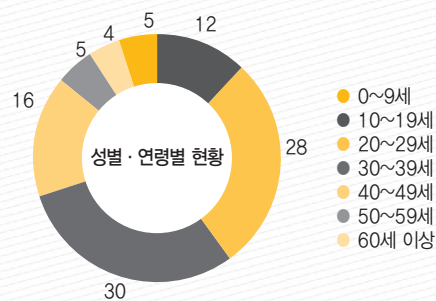
(단위 : 명)

구분	0-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상	계
남자	582	1,484	2,190	1,906	1,144	426	307	8,039
여자	588	1,752	5,276	6,055	3,176	962	863	18,672
합계	1,170	3,236	7,466	7,961	4,320	1,388	1,170	26,711

출처 : 통일부

그림66_ 북한이탈주민 거주 현황

■ 성별·연령별 현황 (2014년 5월 기준)



■ 지자체별 거주현황 (2014년 10월 기준)

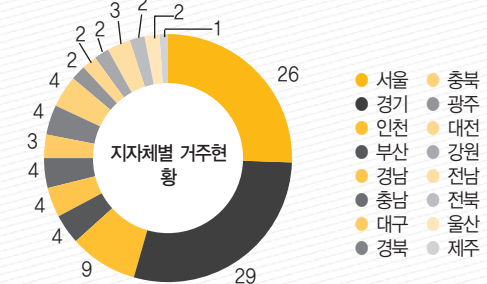


표46_ 시도별 북한이탈주민 거주현황(100인 이상 거주지/ 2014년 10월말 입국자 기준 /누계인원)

(단위 : 명)

지역	서울	경기	인천	부산	경남	충남/세종	대구	경북	충북
인원	6697	7216	2343	938	942	1064	688	980	938
지역	광주	대전	강원	전남	전북	울산	제주	계	
인원	579	503	621	656	498	465	190	25,227	

출처 : 통일부

2) 북한이탈주민들의 정신건강문제

- 탈북이라는 삶의 경험은 북한이탈주민의 삶에 커다란 변화를 가져온 중대한 삶의 사건이며 남한이라는 이질적 환경에서 경험하는 무력감, 좌절감 뿐 아니라 북에 있는 가족에 대한 죄책 감등으로 인해 인간관계, 사회적 관계에 있어 정서적 공황을 느낄 수 있다(김병창,2010).
- 7년 이상 남한에 거주한 북한이탈주민의 경제적 적응에 외상후 스트레스, 우울, 미래에 대한 부정적 인식이 소득수준과 고용율 감소에 영향을 미쳤고 남한의 빈곤계층으로 전락하는데 영향을 미치는 것으로 보고됨(유시은,2010).

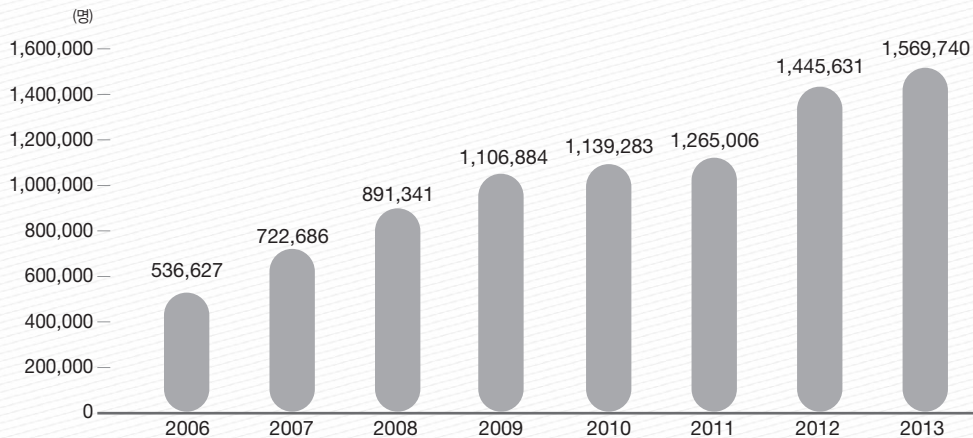
- 국경없는 의사회 연간 보고서에 의하면, 남한 내에 정착하고 있는 북한이탈주민 476명을 상담한 결과 129명(37.6%)가 심리적 어려움을 겪고 있고 129명중 외상후스트레스장애는 18.2%, 불안장애는 18.8%, 우울증은 22.2%라고 보고하였다(김병창, 2010).

2. 외국인주민

1) 현황

- 안전행정부에 따르면 2014년 1월 1일 기준 우리나라에 거주하고 있는 외국인은 1,569,470명으로 2011년 대비 24.1%로 증가함. 이는 2013년 주민등록인구 51,141,463명의 3.1%에 해당되며, 이중 한국 국적을 취득한 사람은 146,078명으로 전체 외국인주민의 9.3%로 나타남.

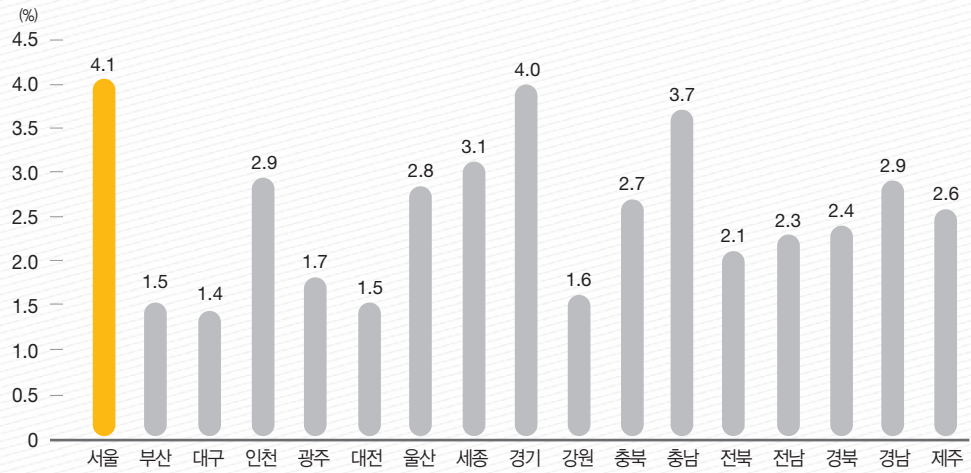
그림67_ 연도별 외국인주민수 변동 추이



출처 : 안전행정부(2013, 2014). 안정행정통계연보

- 한국국적을 갖지 않은 사람 중 외국인근로자는 538,587명으로 전체 외국인주민의 34.3%를 차지하였으며, 결혼이민자는 149,764명(9.5%), 유학생은 80,570명(5.1%), 외국국적동포는 233,265명(14.9%), 기업 투자자 등 기타는 217,002명(13.8%)으로 나타남.
- 시도별 외국인주민의 비율은 서울시가 4.1%로 가장 높고, 경기 4.0%, 충남 3.7%, 세종 3.1% 순으로 나타남.
- 외국인주민의 비율이 5% 이상인 시군구는 24곳이며 이중 33.3%가 서울시 소재 자치구에 거주하고 있음.

그림68_ 시도별 외국인주민 비율



출처 : 안전행정부(2013, 2014), 안정행정통계연보

표47_ 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	24	15	38	79	71	3
서울	25	8	4	1	6	6	-
부산	16	1		1	2	10	2
대구	8				1	6	1
인천	10	1		2	4	3	
광주	5				1	4	
대전	5				1	4	
울산	5		2		2	1	
세종	1			1			
경기	31	7	5	6	7	6	
강원	18				7	11	
충북	12	2		1	6	3	
충남	15	1	1	5	7	1	
전북	14			6	7	1	
전남	22	1		5	11	5	
경북	23	1	1	5	8	8	
경남	18	2	2	4	8	2	
제주	2			1	1		

출처 : 안전행정부(2013, 2014), 안정행정통계연보

2) 외국인주민 정신건강⁶⁾

- 외국인주민의 약 50% 이상이 만성적 정신장애, 트라우마, 기타 정신건강문제를 보인다고 추산함.
- 의료공제회 활동 의료비 지원 질환별 분석 결과 정신과적 문제가 전체 의료비 중 2%를 차지하고 있으며(한국이주노동자건강협회, 2007), 한국 적응과정에서 불면증, 우울증을 나타내는 사례가 많고 정신과질환 비율이 5%에 달한다고 함.
- 결혼이주여성들의 경우 정착 후 문화적 적응문제, 고립, 사회적 지지의 부족, 배우자 및 가족들과의 갈등, 자녀양육의 어려움등과 연계되어 정신건강문제 발생 빈도가 높고 (김혜련, 2013) 결혼 이주민 자녀들의 경우 14.3%가 우울이나 무력감을 느끼고 있으며, 특히 가정 형편이 좋지 않은 경우 우울감과 무력감을 더 많이 경험한다고 함(이선훈, 2011 재인용).
- 외국인주민 유형에 따른 정신건강문제의 심각도 조사결과 결혼이민자의 경우 가족관계 문제(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(3.3%), 직장따돌림(3.3%), 우울(3.27%)순으로 심각성이 나타나고 있음. 외국인주민 아동청소년은 학교 괴롭힘(4.05%), 지역사회 괴롭힘(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.

표48_ 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식

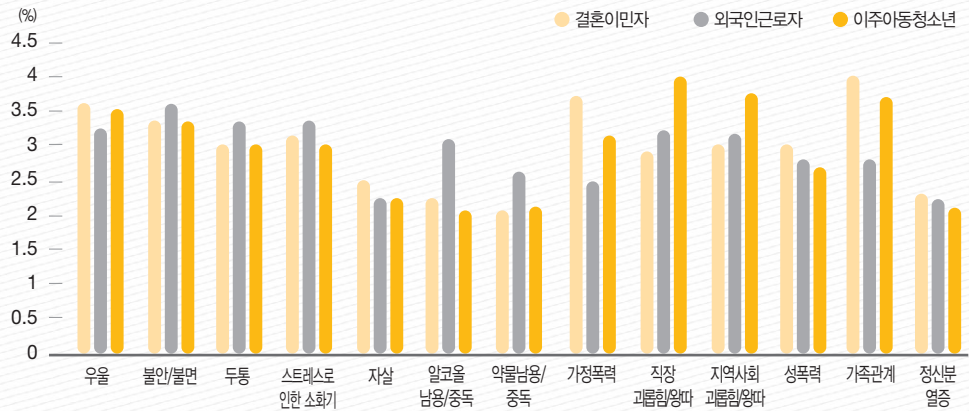
(단위 : %)

	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 : 백은지 외(2008), 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

6) 백은지 외(2008), 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구. p.2~26

그림69_ 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식



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

제 4 절 정신질환자 권익옹호

1. 권익옹호의 개념⁷⁾

- 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 외국사례⁸⁾

1) 브라질

- 권익 옹호 기관은 합법적인 기관으로 쌍파울루 대학교와 공중보건부(district) 간의 상호 협력적인 프로그램의 일부분으로서 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 일부분으로서, 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.

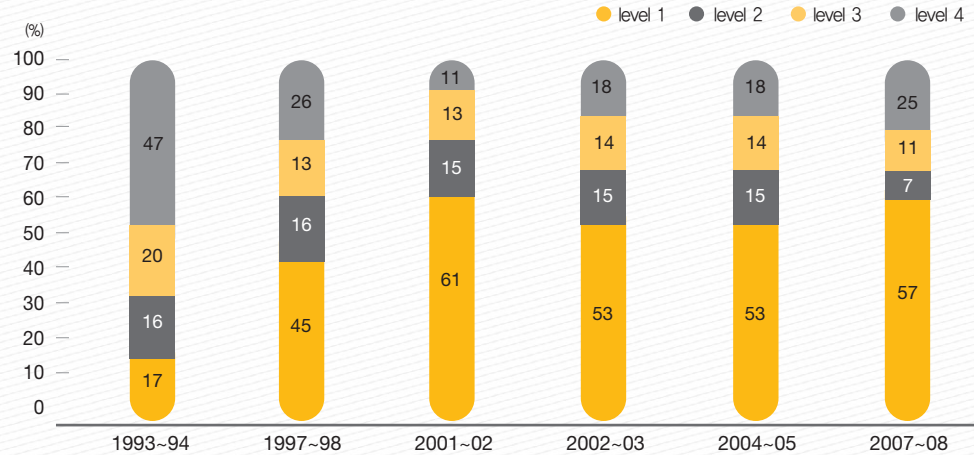
3) 호주

- 국가정신건강 5개년 계획(National Mental Health Strategy)에 대한 평가는 소비자와 정신 보건 관계자간의 권익 향상의 변화를 볼 수 있음.
 - 소비자의 이해(interests)를 대변하기 위한 공식적인 단체의 설립
 - 정신질환자의 권익을 보호하기 위한 정신건강 법률 제정 및 개정
 - 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.
- 소비자 참여정도를 조사한 호주의 정신보건보고서를 살펴보면, 1993년~1994년에 비하여 2007~2008년에 소비자의 참여도가 높은 레벨1이 약 3.4배 증가하였고, 소비자의 참여도가 저조한 레벨 4는 약 1.9배 감소하여 점차 소비자의 참여가 증가하고 있음을 알 수 있음.
- 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 파트너십의 4가지 영역으로 5레벨을 구성했고 2014년에는 2012년에 개발된 도구를 적용하여 조사 수행 및 결과를 분석함. (지표25 수록 참조)

그림70_ 소비자 참여도



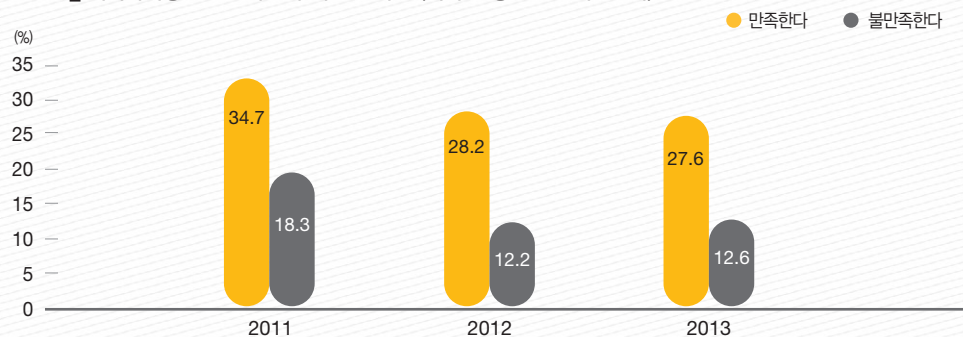
Level 1 : 소비자와 가족이 정책형성과정 및 서비스 전달체계 구축 등에 적극적으로 참여함
 Level 2 : 소비자와 가족이 서비스 전달체계 구축 등에 부분적으로 참여함
 Level 3 : 소비자 또는 가족이 비특이적인 위원회 등에 형식적으로 참여하고 있음
 Level 4 : 소비자 참여가 없거나 미비함

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

4. 소비자 만족도

- 강상경·권태연(2006)은 지역사회재활서비스의 지속적 참여와 중단에 영향을 주는 중요한 요인을 소비자 만족도로 보았음.
- 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)
- 2013년 중앙정신보건사업지원단에서 실시한 대국민 정신질환 태도조사 결과 살고 있는 지역의 정신보건사업에 대한 만족도는 27.6%로 2011년 대비 34.7% 대비 7.1%p 감소함.

그림71 _ 지역사회정신보건 사업에 대한 만족도 (대국민 정신질환 태도조사)



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2012, 2013), 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

제 5 절 정신보건심판위원회

1. 정신보건심판위원회 역할

- 국가인권위원회의 조사 자료들(2006;2003)에 의하면, 인권위원회에 접수된 전체 인권침해의 사건이 한국에서 일어나는 인권 침해 문제의 상당부분을 차지함. 이러한 정신장애인 관련 진정 사건은 주로 입퇴원과 관련이 있음. (강상경·권태연,2008).
- 국가인권위원회에 접수된 정신보건시설 내 인권침해 추이를 살펴보면, 2011년 1337건에서 2012년 1805건, 2013년 2144건으로 전년대비 각각 35%, 19%의 접수 증가건이 있고 특히 입퇴원과 관련한 진정사건은 전체의 절반을 넘는 55%(1178건)으로 비자의적 입원에 대한 심각성을 보여줌. (2013 국가인권위원회)
- 영국의 경우 정신보건심판위원회를 정부 부처의 독립적인 사법기관으로, 법률전문가와 의료 전문가 그리고 지역사회를 대변하는 국민건강보험이나 복지기관에서 근무한 경력을 지닌 일반시민들로 구성하여 정신장애인의 입원과 퇴원에 관한 결정을 내림(강상경·권태연,2008).
- 우리나라 1995년 정신보건법 제정을 통해 중앙 및 지방정신보건심의위원회 산하에 정신보건심판위원회를 설치하여 장기입원 및 입소되어 있는 정신질환자에 대하여 인권보호 및 사회 복귀의 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 높이고자 하였음.

2. 정신보건심판위원회 퇴원심사 및 퇴원현황

- 2010년 1월부터 6월까지 의뢰된 퇴원 청구건수는 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.

표49_ 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 다르므로 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.
- 또한, 2008 정신장애인 인권 실태조사 자료에 따르면, 정신보건심판위원회의 계속입원 심사를 통해 퇴원명령을 받은 환자는 33.2%에 불과했고 퇴원하더라도 즉시 재입원 하는 경우가 29%에 이른다고 함.
- 국내정신질환자 장기입원의 구조적 원인과 지속요인 연구(2009, 장홍석)에 따르면, 계속입원심사 환자의 퇴원시 거주할 장소분포에 있어 부모님 37.5%, 지낼 곳이 없음이 22.1%로 나타나는 등 퇴원이후 환자의 지역사회 거주를 위한 대안이 미흡한 실정임.

제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

표50_ 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)
사회복지시설	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.

표51_ 서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황

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

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

제 6 절 우울증 예방과 정신건강증진

1. 현황

- 세계보건기구의 추산에 따르면 2020년 사회 부담을 초래하는 세계 10대 질병 가운데 우울증, 알코올사용장애, 조현병 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 지역사회 역학조사 결과 평생유병률이 6.7%로 나타나 2006년 대비 1.1%가 증가한 것을 알 수 있음.

표52_ 주요우울장애 유병률(지역사회 역학조사)

(단위 : %)

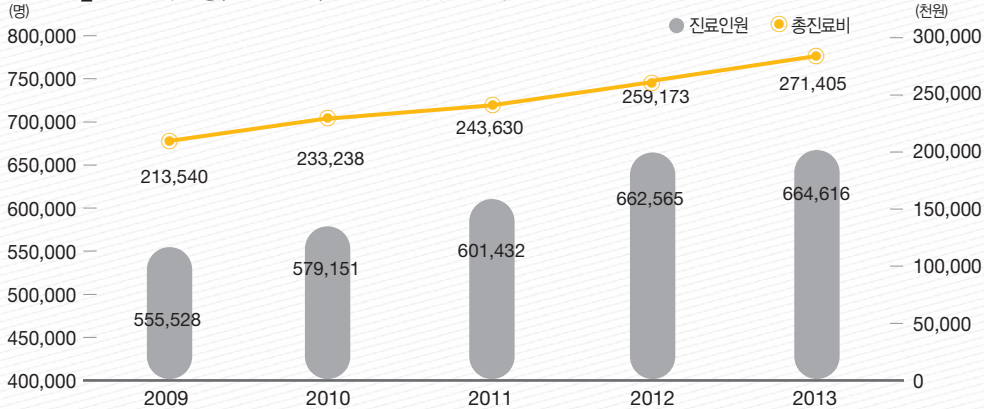
	유병률			
	1개월	1년	평생	진단기준
한국전국(1986)	2.27		3.37	DSM-III
한국전국(2001)	1.3	1.8	4.0	DSM-IV
한국전국(2006)	1.8	2.5	5.6	DSM-IV
한국전국(2011)	2.4	3.1	6.7	DSM-IV
일본(2002)		2.9		DSM-IV
중국(2002)			3.5	DSM-IV
미국-ECA(1991)		2.7	4.9	DSM-III
미국-NCS(1994)		10.3	17.1	DSM-III-R
미국-NCS-R(2002)		6.7	16.6	DSM-IV
유럽ESEMED		3.9	12.8	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

- 건강보험심사평가원이 최근 5년간(2009~2013년)의 건강보험 및 의료급여 심사결정 자료를 이용하여 우울증(F32~F33) 진료데이터를 분석한 결과, 진료인원은 2009년 약 55만 6천명에서 2013년 약 66만 5천명으로 5년간 약 10만 9천명(19.6%)가 증가했고 연평균 증가율은 4.6%로 나타남.

제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

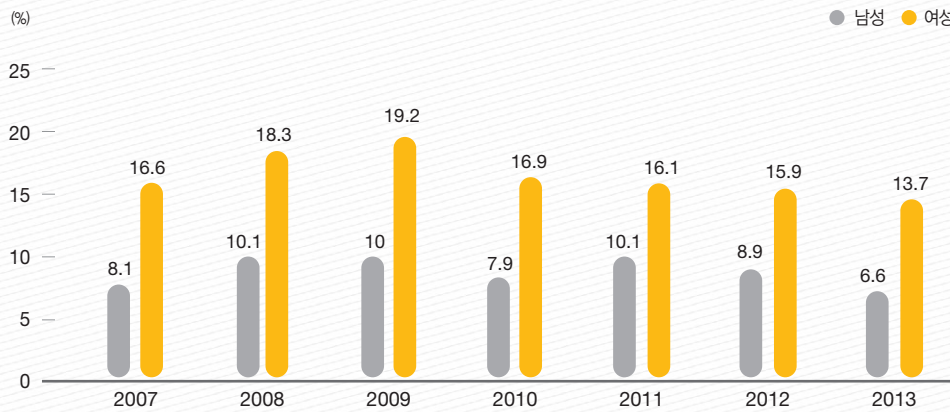
그림72_ 연도별 우울증(F32~F33) 진료 인원 및 진료비



출처 : 건강보험심사평가원 보도자료 (2014.10.27.)

- 2013년 국민건강통계의 성별에 따른 우울증 경험률을 살펴보면 여성이 남성에 비해 7.1%p 높게 나타나고 있으며, 남성은 전년대비 2.3%p 우울감 경험률이 감소함.

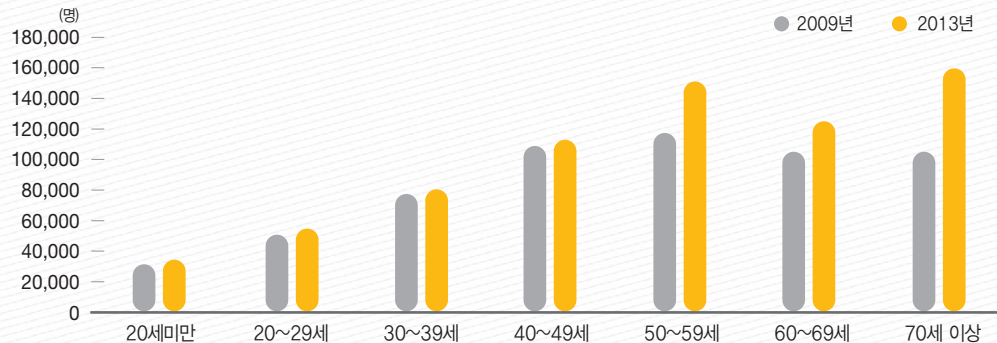
그림73_ 연도별 우울증상 경험률 변화추이



출처 : 보건복지부·질병관리본부(2014), 2013 국민건강통계

- 건강보험심사평가원의 최근 5년간 우울증 진료인원을 성별로 비교해보면, 여성 진료인원이 남성 진료인원에 비해 매년 약 2.2배정도 더 많았던 반면, 연평균 증가율은 남성 진료인원이 5.4%, 여성 진료인원이 4.2%로 남성 진료인원이 약 1.2%p 더 높게 나타남.
- 최근 5년간 연령별 우울증 진료환자수를 살펴보면, 70대 이상이 22.2%, 50대가 21%, 60대 17.4%, 순으로 50대 이상 장 노년층에서 60.7%를 차지했고 20세 미만과 20대는 각각 4.6%, 7.7%로 낮게 나타남.

그림74_ 연령별 우울증 진료환자 수

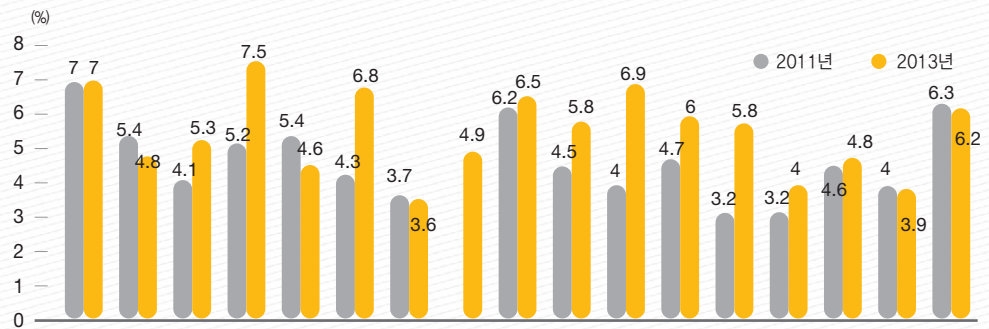


출처 : 건강보험심사평가원 보도자료 (2014.10.27.)

2. 시도별 우울증 현황

- 2013년 국민건강통계에 의하면 우리나라 19세 이상 국민 중 10.3%가 우울증상을 경험했으며, 남자(6.6%)에 비해 여자(13.7%)가 약 7.1%p 정도 높게 나타남.
- 2013년 지역건강통계의 시도별 우울감 경험률 분석 결과 서울시는 7%로 17개시도 중 인천(7.5%)에 이어 두 번째로 우울감 경험률이 높게 나타났고, 다음으로 충북(6.9%), 대전(6.8%) 순으로 높게 나타남.

그림75_ 시도별 우울감 경험률



출처 : 보건복지부·질병관리본부(2014). 2008~2013 지역건강통계 한눈에 보기

- 서울시정신건강증진센터에서 운영 중인 blutouch 홈페이지(blutouch.net)를 통해 2012년 9월부터 2013년 8월까지 1년간 우울증 자가 테스트(척도: CES-D)에 참여한 51,645명 중 서울시 거주자 18,745명을 대상으로 분석한 데이터에서, 서울시 거주자의 평균 검진점수는 33.07점으로 나타남. 이 점수는 조맹제 등(1993)이 발표한 연구결과와 비교할 때, 지역사회군 14.91점과 주요우울증군 38.46점 사이에 위치하는 점수임.
- 성별에서는 남성(30.59점)보다는 여성(34.16점)이, 결혼유무에서는 기혼(30.7점) 보다는 미혼(33.6점)이 연령대에서는 20대(34.13점)가 가장 우울정도가 높은 것으로 나타남. (서울시정신보건센터, 2013).

Indicator

Indicator 15	중증정신질환자 지역사회 등록 관리율
Indicator 16	지역사회 등록정신질환자 자살사망률
Indicator 17	개별서비스계획 수립률
Indicator 18	삶의 질 향상률
Indicator 19	북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공 건
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	소비자 참여도
Indicator 26	정신장애인 등록률
Indicator 27	우울증에 대한 긍정적 인지도
Indicator 28	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

중증정신질환자의 인권보호와 관리의 역할이 지역사회로 옮겨감에 따라, 가족의 보호부담감소와 원만한 사회복귀를 지원하기 위한 지역사회 책임성 확보가 필요함.

지표설명

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

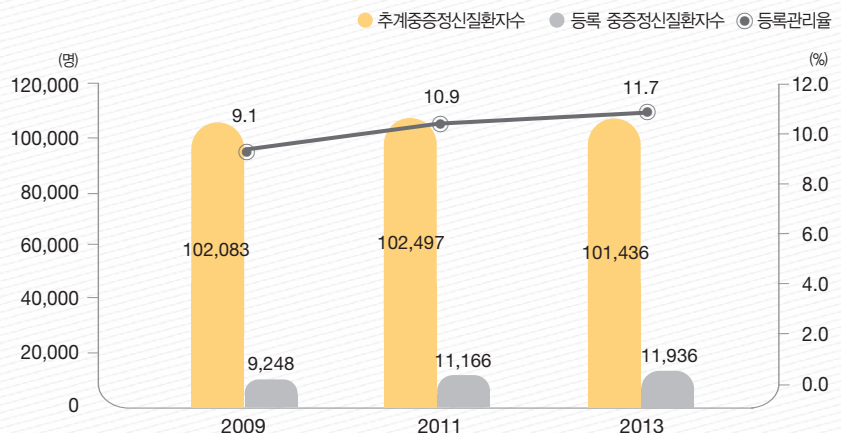
■ 분자 : 2013년 12.31 기준 정신건강증진센터에 등록된 중증정신질환자 수 X 100

■ 분모 : 서울시 추계 중증정신질환자 수

지표해석

- 2013년 서울시 추계 중증정신질환자는 101,436명(서울시인구의 1%)으로 이중, 지난 2013년 동안 정신건강증진센터에서 서비스를 제공받은 중증정신질환자는 11,936명으로 약 11.7%의 등록 관리율을 보이고 있음.
- 2011년 10.9%에서 2013년 11.7%로 약 0.8%p 증가한 것으로 나타남.
- 2013년 12월 31일 기준 정신건강증진센터에 등록된 대상자는 총 22,949명(중복대상자 제외)이며, 이중 중증정신질환자는 11,936명으로 전체 등록 대상자의 52.0%의 비중을 차지하고 있음.

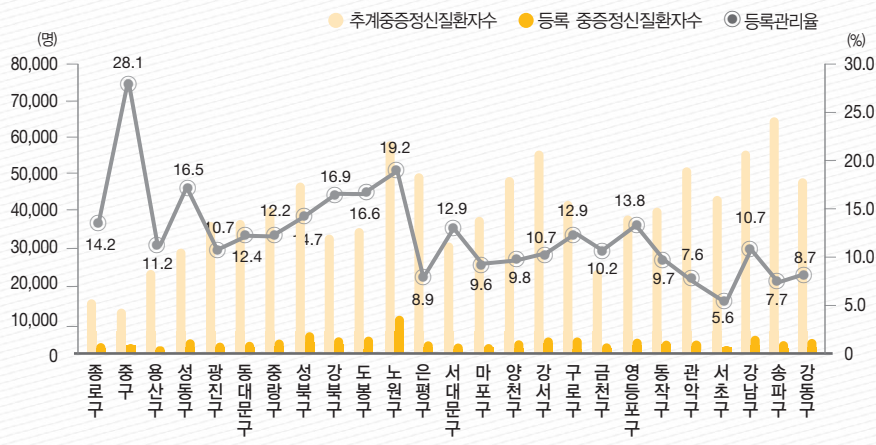
그림76 _ 지역사회 중증정신질환자 등록관리율



자치구별

- 자치구별 분포에서는 중구가 추계 중증정신질환자수 대비 등록관리율이 28.1%로 가장 높게 나타남.

그림77_ 자치구별 중증정신질환자 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

정신질환은 자살에 있어 중요 위험인자로 정신질환자에 대한 사례관리가 이루어지고 있는 지역사회 정신보건 서비스 내에서 등록 정신질환자에 자살사망에 대한 변화추이를 분석하고 관련된 평가 및 개입계획을 수립하는 것이 필요함.

지표설명

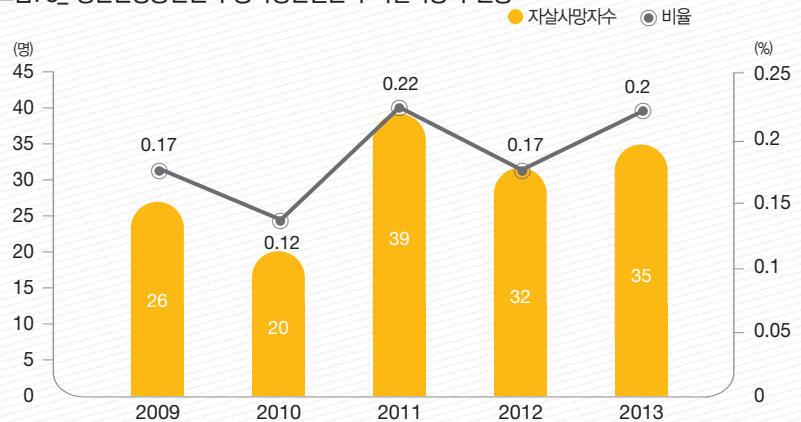
- 정신건강증진센터 등록정신질환자의 자살사망에 대한 변화추이 분석
- 자살사망자수를 해당 연도의 정신건강증진센터 등록회원으로 나눈 수치

- 분자 : 등록정신질환자 중 자살사망자 수 × 100
- 분모 : 2013년 12월 31일 기준 정신건강증진센터 등록회원 수

지표해석

- 2013년 지역정신보건 기관 등록 정신질환자중 자살로 인한 사망자수는 36명임. 이중, 정신보건센터 등록 정신질환자는 35명으로 2013년 12월 31일 기준 25개 정신건강증진센터에 등록되어 있는 등록정신질환자 17,431명 대비 0.20%의 비율임.
- 연도별 추이를 보면, 2011년 이후 정신건강증진센터 전체 등록대상자 대비 매년 약 0.2% 비율의 등록 대상자가 자살로 사망하고 있음.
- 정신건강증진센터 외 기관별 현황을 2013년 1명, 2011년 5명의 사회복지시설 이용 대상자가 자살로 사망함.

그림78_ 정신건강증진센터 등록정신질환자 자살사망자 현황



변인별

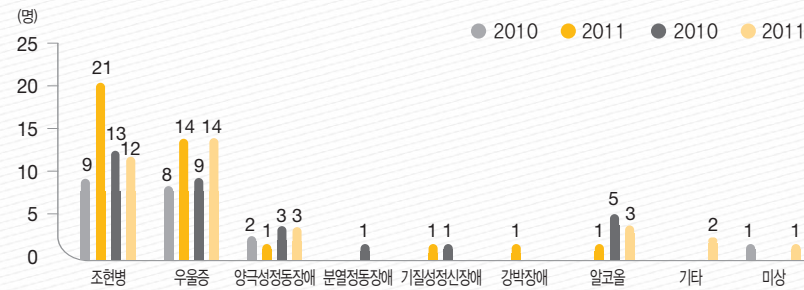
- 성별현황에 있어, 2013년에는 남성 54%, 여성 46%로 남성의 비율이 다소 높은편임. 연도별 추이에 있어서도 매년 남성의 비율이 높은 양상임.
- 연령별 현황에 있어, 남성의 경우 30-40대, 여성의 경우 40-50대에 주로 사망자가 분포되어 있음.

표53_ 정신건강증진센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자수

(단위 : 명)

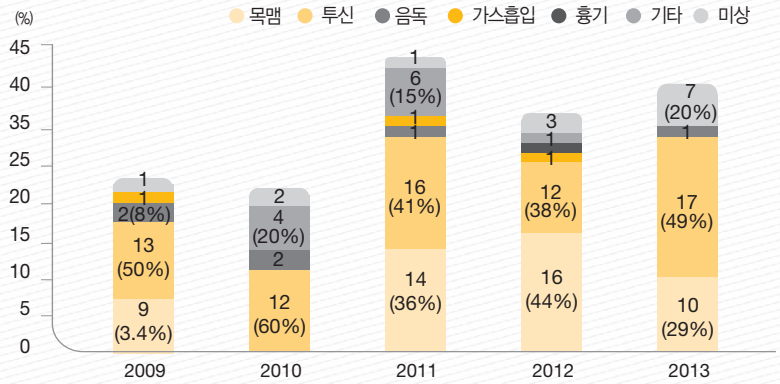
		연령								
		전연령	0-9세	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
남녀전체	2009	26		1	5	5	7	6		2
	2010	20			4	6	2	4	1	3
	2011	39			3	10	8	11	5	2
	2012	32			3	6	7	9	5	2
	2013	35		1	4	5	9	6	5	5
남성	2009	14			4	3	3	4		
	2010	11			3	4	2	2		
	2011	18			2	5	5	5	1	
	2012	17			1	3	3	7	2	1
	2013	19		1	3	4	4	1	4	2
여성	2009	12		1	1	2	4	2		2
	2010	9			1	2		2	1	3
	2011	21			1	5	3	6	4	2
	2012	15			2	3	4	2	3	1
	2013	16			1	1	5	5	1	3

그림 79_ 정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 진단별 현황



- 2013년 자살사망자의 진단별 현황을 살펴보면 조현병 34.2%, 우울증(반복성 우울장애, 우울성 에피소드 포함) 40%, 양극성정동장애와 알코올사용장애 각 8.6%, 기타 및 미상 8.6%로 우울증관련 질환이 가장 높은 비중을 차지하고 있음.
- 연도별 추이에 있어 우울증 관련 질환과 조현병이 매년 사망자의 대다수를 차지하고 있음.

그림80_ 정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 자살수단 현황



자살방법의 연도별 추이에 있어, 투신과 목맴이 매년 가장 높은 비율을 차지하고 있으며 2013년에는 투신이 49%로 매우 높은 비중을 차지함.

향후전망

자치구 정신건강증진센터 등록정신질환자의 자살로 인한 사망자 수 및 등록 대상자 대비 사망자의 비율은 2011이후 꾸준히 증가하고 있음. 자살사망자의 진단, 자살수단, 연령별 특징등 연도별 추이에 대한 보다 구체화된 분석을 통해 사례관리에 있어 자살관련 개입 위기개입에 대한 특화된 서비스 제공의 방안이 모색되어야 할 것으로 보임.

자료원

2013 서울시 정신보건기관 현황조사

Indicator 17

개별서비스계획 수립률

필요성

소비자의 욕구에 기반을 두어 목표를 설정하고, 서비스를 제시하며 활용 가능한 네트워크를 발굴하여 연계하는 것은 서비스의 연속성과 질적 향상을 위해 중요함.

지표설명

- 개별서비스계획(Individual Service Plan: 이하 ISP) 수립 정도
- 개별서비스계획(ISP)은 등록 후 1개월 이내에 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 : 2013년 정신건강증진센터 등록회원 수

지표해석

- 2013년 정신건강증진센터 등록회원 전체의 ISP 수립률은 평균 84.4%로 2011년 60%로 비해 24.4%p 상승된 것으로 나타남.
- 25개 기관 중 10개 기관에서 90% 이상의 ISP 수립률을 보이고 있으며, 기관에 따라 63.2%~99.5%로 분포의 범위차가 나타나고 있으나 기관별 등록회원 수에 차이가 있어 비율을 통해 수립률을 비교하기엔 한계가 있음.
- 중증정신질환자 사례관리 프로토콜에 따르면 ISP수립은 최소 6개월마다 시행하도록 제안하고 있으며 2011년 대비 실시건수가 크게 증가했고 자치구별 ISP 수립률의 격차폭도 감소함. ISP 수립율의 증가는 ISP 수립률이 평가지표에 반영되는 등의 영향이 변수가 된 것으로 추측해볼 수 있음.

Level

□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

그림81_ 자치구별 개별서비스계획 수립률

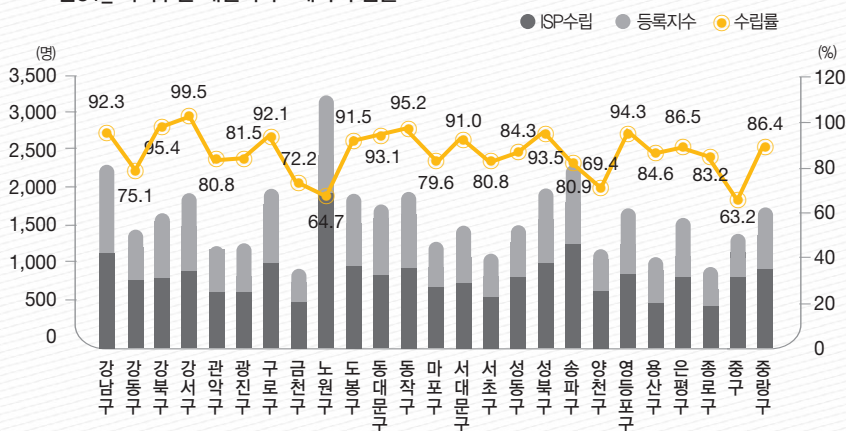
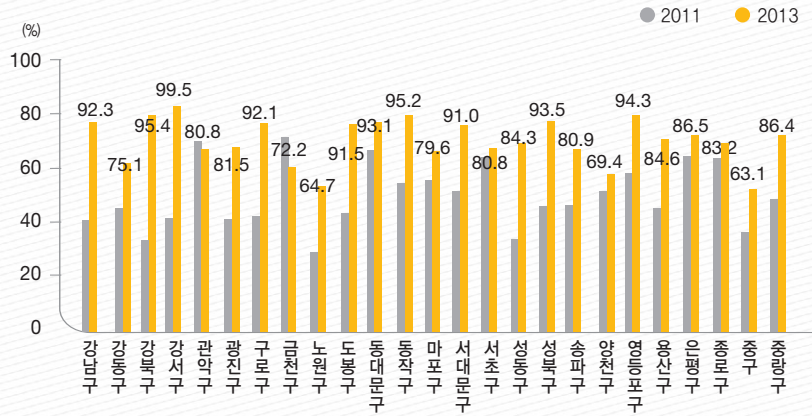


그림82_ 자치구별 개별서비스계획 수립률 변화추이



- 2011년과 비교하여 두 개구를 제외한 23개 자치구에서 ISP 수립률이 상승되었으며, 상승폭이 가장 큰 구는 강북구로 55.1% 수립률이 상승함. 강서구, 구로구, 성동구의 경우도 2011년과 비교해 40% 이상의 ISP 수립률 상승을 보임.

향후전망

선진국의 지역정신보건서비스는 ISP에 근거해서 서비스 계획과 실천이 수행되고 있음. 서울시 또한 각 자치구별 ISP 수립률이 점차 높아지고 있는 추세이며 추후 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

필요성

정신장애인 스스로 느끼는 삶의 질(quality of life) 정도는 지역사회에 거주하는 정신장애인의 정상화된 삶의 여건이나 환경이 조성되었는지를 판단할 수 있는 중요 요인임.

지표설명

- 삶의 질(Quality Of Life : 이하QOL) 향상 정도
- 해당연도와 전년도에 실시한 삶의 질 점수를 비교하여 1점 이상 향상된 비율
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성 우울장애
- 본 지표는 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강증진센터의 중증정신질환 진단의 등록자에 국한하여, 지표결과를 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.

- 분자 : 삶의 질(QOL) 점수가 1점 이상 향상된 중증정신질환자 수
× 100
- 분모 : 등록기간이 24개월 이상, 19세이상인 중증정신질환자 수

서울시

- 2013년까지 등록기간이 24개월 이상, 19세 이상인 중증정신질환자는 8,782명임. 이중 전년도부터 해당연도 이내에 삶의 질을 평가한 대상은 4,626명으로 전체 대상의 52.7%임.
- 평가대상 중 삶의 질 평가점수가 1점 이상 향상된 비율은 19.7%로 나타남.
- 자치구별 삶의 질 향상률은 최소 8.5%~최대33.3%까지 분포되어 있으며 삶의 질 상승률이 높은 구는 금천구로 나타남.

Level

□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

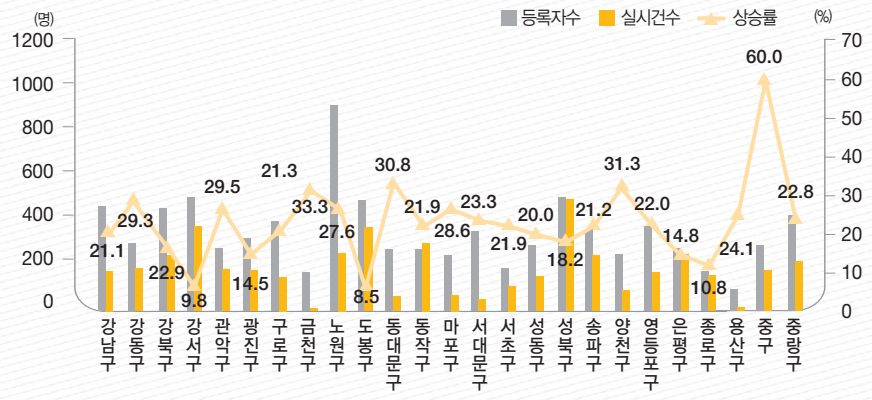
□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

자치구

그림83_ 자치구별 삶의 질 향상률



향후전망

정신장애인의 삶의 질 향상은 정신보건서비스의 중요 목적으로 서비스제공체계 구축에 있어 관련 요인들에 대한 연구를 기반으로 한 정책적 대안이 필요해보임.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 19

북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공 건

필요성

북한이탈주민 및 재외국민의 국내거주가 증가하고 있는 추세이며 관련한 정신건강문제에 대한 대책이 요구되고 있어, 현황파악을 통해 정책의 대안 제시가 필요함.

지표설명

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

지표해석

- 2013년 11월 기준 서울시 거주 북한이탈주민은 6,418명으로 이중 129명이 정신건강증진센터의 상담서비스를 이용한 것으로 나타남.
- 서비스를 이용하는 북한이탈주민의 연령대는 10대 미만 6.7%, 10대가 15.5%, 20대가 16.3%, 30대 15.5%, 50대 16.3%로 나타남. 정신건강문제 유형은 우울증 36.5%, 아동청소년정신질환 21.7%, 조현병 14.7% 순으로 나타남.
- 재외국민의 경우 2011년 88명에서 2013년 96명(서울시 재외국민 244,410명)으로 약 9.1% 증가함. 등록회원의 55%를 20-30대가 차지하고 있으며, 주로 우울증(39.6%)과 조현병(39.6%)의 진단을 가지고 있는 것으로 나타남.

Level

□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

그림84_ 북한이탈주민 정신건강 문제유형

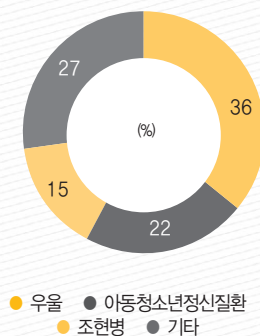
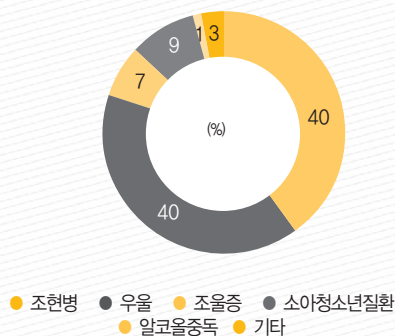


그림85_ 재외국민 진단분류



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 생활유지율은 재입원을 감소 및 그로 인한 사회적 비용부담 감소를 나타내는 척도이며 동시에 정신질환자의 사회복귀 및 생산성 향상을 반영하는 요인임.

지표설명

- 중증정신질환자가 재입원을 하지 않고 지역사회에서 생활을 유지하는 정도를 파악
- 2013년 정신건강증진센터 등록자 중 해당연도에 입원하지 않은 대상자 비율
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성 우울장애
- 본 지표는 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 산출 결과가 정신건강증진센터의 등록자에 국한되어 있어 서울시 정신질환자 전체로 결과를 해석하기에는 한계가 있음.

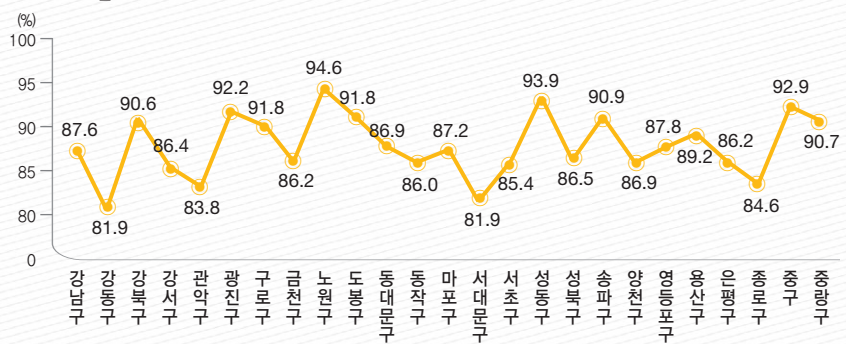
■ 분자 : 해당연도 입원을 경험하지 않은 중증정신질환자 수 × 100

■ 분모 : 2013년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 수

지표해석

- 2013년 서울시 25개 정신건강증진센터의 전체 등록자는 22,949명이며 이들 중 중증정신질환자는 11,936명임. 중증정신질환자중 2013년 한 해 동안 11.2%(1,341명)이 해당연도에 입원을 경험했고 88.8%(10,595명)는 입원 없이 지역사회에서 생활을 유지하고 있는 것으로 나타남.
- 정신건강증진센터에 등록된 중증정신질환자의 지역사회 유지율을 살펴보면 2011년 90.1%, 2013년 88.8%로 2011년 대비 지역사회 유지율은 1.3%p 감소함.
- 진단구분 없이 전체 등록자를 비교해보면, 2013년 지역사회 유지율은 92.2%, 2011년 94.1% 2009년 93.8%로 지역사회 유지율은 감소추세를 보이고 있음.

그림86_ 자치구별 중증정신질환자 지역사회생활 유지율



향후전망

2009년 이후 지역사회 유지율이 감소하고 있으나 감소폭이 크지 않고 2013년 지역사회 생활유지율이 평균이 약 89%수준인 부분은 사례관리 서비스, 외래치료, 위기개입과 같은 정신건강증진센터에서 제공하는 서비스가 긍정적 영향을 미쳤을 가능성을 시사 함. 지역사회 유지율을 높이기 위해 병원이나 시설 중심의 치료에서 지역사회 정신보건서비스 중심의 재활서비스 구축을 위한 노력이 필요하다고 할 수 있음.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 21

지역사회 등록회원의 장기재원 경험률

Level

□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

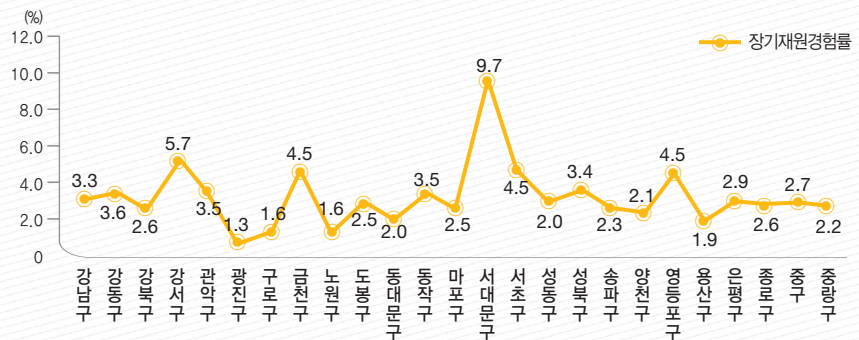
- 장기재원 현황 분석
- 장기재원은 한번 입원했을 시 입원기간이 6개월 이상인 경우로 정의
- 최근 2년 동안 6개월 이상 입원한 적이 있는 대상
- 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강증진센터의 등록자의 국한하여 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성 우울장애

- 분자 : 최근 2년 이내 6개월 이상 입원한 대상자 × 100
- 분모 : 2013년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 수

지표해석

- 2013년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 11,936명 중 364명, 즉 3.0%가 최근 2년 이내 장기입원을 경험한 것으로 나타남.
- 자치구별 최소 1.3%에서 최고 5.7%로 편차를 보이고 있음.

그림87_ 자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률



향후전망

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

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Indicator 22

전문요원 1인당 사례관리 부담률

필요성

정신건강증진센터를 주축으로 지역사회 거주 정신질환자를 위한 전문적 사례관리서비스를 강조하고 있으나 선진국에 비하여 전문인력 대비 사례관리부담은 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 슈퍼비전 등의 시간은 포함되어 있지 않으므로 해석에 주의가 필요함.

- 분자 : 2013년 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 2.2명으로 2011년 2.5명에 비해 소폭 감소함.
- 1 FTE당 평균 461명의 사례부담률을 보이고 있으며, 2011년 479명 대비 3.8% 감소하였음.

향후전망

- 정신건강증진센터는 중증정신질환 뿐만 아니라 자살예방, 소아청소년 사업 등 정신건강 전반에 대한 서비스를 제공하고 있어 등록관리 대상의 폭이 넓고 정신건강 인식개선, 교육 등 광범위한 영역의 사업이 진행되고 있음.
- 2013년 FTE 2.2명은 사례관리 서비스에 투입되는 인원과 시간이 낮은 수준이라는 것을 의미하며 직접 서비스 이외의 사업에 투입되는 시간이 높다는 것을 반증하는 것으로 정신건강증진센터의 역할 재정립 및 서비스 우선순위에 대한 정책적 재고가 필요할 것으로 사료됨.
- 또한, 자치구별 정신건강증진센터 등록자 규모를 기준으로 적정인력투입 계획이 수립될 필요가 있음.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS) 데이터

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

표54_ 정신건강증진센터별 1FTE당 사례관리 부담

센터명	전문요원(명)	등록회원	특정기간(1주간)에 실시된 직접서비스		
			직접서비스(시간)	직접서비스 FTE(명)	1FTE당 사례관리 부담
강남구	15	1209	105	2.6	460
강동구	11	865	76	1.9	455
강북구	9	883	52	1.3	678
강서구	11	997	50	1.3	798
관악구	4	720	81	2.0	356
광진구	13	724	71	1.8	408
구로구	14	1045	107	2.7	391
금천구	10	593	79	2.0	300
노원구	18	1945	196	4.9	397
도봉구	11	1028	128	3.2	321
동대문구	10	950	55	1.4	691
동작구	13	1009	120	3.0	336
마포구	11	759	54	1.4	562
서대문구	9	814	75	1.9	434
서초구	12	656	33	0.8	795
성동구	9	860	78	2.0	441
성북구	15	1051	113	2.8	372
송파구	14	1294	153	3.8	338
양천구	12	736	110	2.8	268
영등포구	13	916	108	2.7	339
용산구	9	602	48	1.2	502
은평구	11	896	90	2.3	398
종로구	11	554	68	1.7	326
중구	11	883	62	1.6	570
종랑구	11	962	66	1.7	583
				2.2명	461명

Indicator 23

정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건

필요성

6개월 이상 장기재원자에 대한 계속입원 심사 의뢰건수는 장기재원환자의 현황을 반영하는 중요 요소임.

지표설명

- 6개월 이상 장기재원자에 대한 현황 파악
- 지난 1년 동안 서울시 기초정신보건심판위원회를 통해 의뢰된 심사 현황
- 계속입원심사가 개최된 11개구에 대한 결과

지표해석

- 2013년 기초정신보건심판위원회는 11개구에서 진행되었음.
- 2013년 계속입원 심사건수는 1,040건으로 2011년(1,127건) 대비 7.7% 감소하였는데, 이는 6개월 이상 장기재원자의 감소에 따른 것임을 추론해 볼 수 있음.
- 전체 심사의뢰건 중 79%(822건)이 동대문구 심사의뢰 건으로 동대문구의 경우 매년 심사의뢰 건이 증가하고 있음.

Level

■ 서울시 □ 자치구

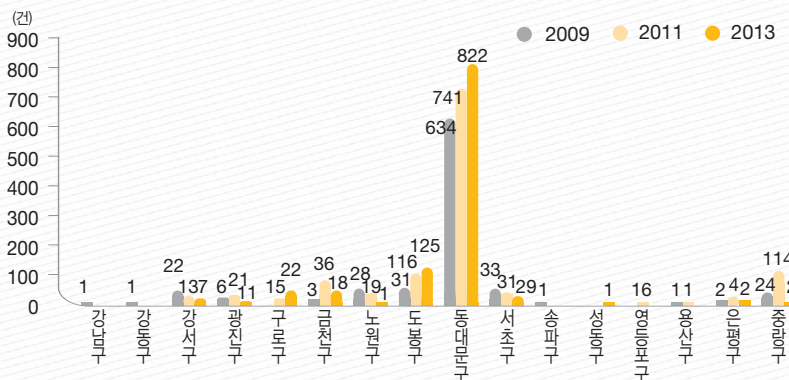
과정산출결과

□ Input ■ Process □ Output/Outcome

Domain

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

그림88_ 정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰 건



향후전망

2008년 정신보건법 개정이후 정신보건심판위원회 운영주체가 시도에서 시군구 레벨로 이양되는 등 역할이 강화됨에도 불구하고 심판위원회를 통한 퇴원명령률은 감소하고 있는 실정임. 기초정신보건심판위원회의 계속입원 치료심사제도가 장기입원을 통제하는 기제로서 역할을 할 수 있도록 하기위해서는 관련 제도의 운영현황 및 문제점 파악과 더불어 퇴원명령 환자에 대한 모니터링 체계 확립, 사회적 인프라 강화등의 제도적 보완이 필요할 것으로 보임.

자료원

서울시 내부자료

Indicator 24

정신보건심판위원회 퇴원명령률

Level

□ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

필요성

비자의적 입원율이 높은 우리나라의 경우, 기초 정신보건심판위원회의 계속 입원심사제도는 퇴원을 위한 중요한 제도적 장치

지표설명

• 12개구의 심사결과를 통한 퇴원명령 정도

■ 분자 : 퇴원명령자수 × 100

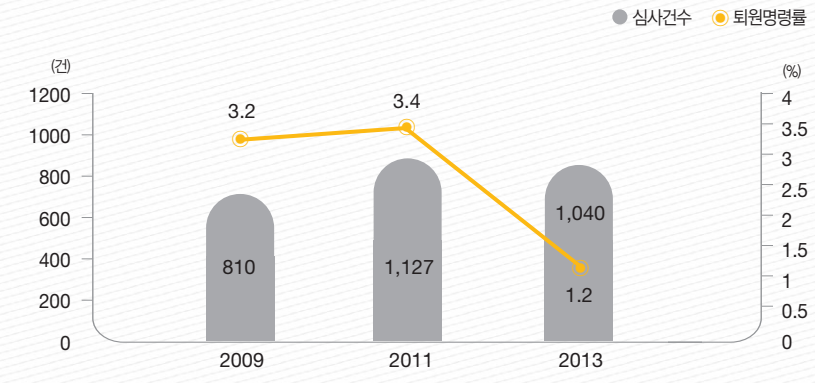
■ 분모 : 2013년 기초정신보건심판위원회 심사건수

지표해석

• 2013년 기초정신보건심판위원회를 통한 퇴원자수는 12명으로 1.2%의 퇴원명령률을 보이고 있음.

• 2011년 3.4% 대비 소폭 상승 2.2% 감소했고 2013년 전국평균 4.2%와 비교했을 때도 낮은 수준임.

그림89_ 정신보건심판위원회 퇴원명령률



향후전망

낮은 퇴원명령률은 정신보건심판위원회의 운영효과성의 문제와 더불어, 사회적 지지체계의 부족과 퇴원 후 사후관리 체계의 미흡함이라는 한계에 따른 문제도 중요요인으로 작용함. 이러한 한계를 극복하기 위해 지역사회 인프라확충, 퇴원 후 재입원에 대한 통제, 퇴원명령 대상자에 대한 지역사회 정신보건서비스 연계 를 위한 통합정보관리 시스템 도입 등의 정책적 대안이 필요함.

자료원

서울시 내부자료

Indicator 25

소비자 참여도

필요성

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

지표설명

- 정신보건영역에서의 소비자참여 정도 파악
- 2013년 서울시 자치구 보건소, 정신건강증진센터 및 사회복지시설(알코올 주거, 알코올 거주, 알코올 이용시설 제외)의 소비자참여도 조사
- 소비자 참여의 기틀을 마련하기 위한 지표 구성을 위해 국내외 문헌조사 및 현장 방문조사를 바탕으로 2010년 소비자 참여도 사전지표를 구성함.
- 2012에는 본 도구를 재구성하여 각 문항별 요인분석을 통해 레벨에 따른 수행활동이 타당한지를 평가한 뒤 결과를 분석함.
- 2014년에는 2012년에 개발된 도구를 적용하여 조사 수행 및 결과를 분석함.
- 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 이루어지나 결정권은 제공자에게 있음.
3 Level 참조	소비자의 욕구에 기반한 사업 및 서비스를 기획하고 전달하기 위해 수행하는 활동에 참여함.
2 Level 정보제공 및 수렴	적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하고 있음.
1 Level 정보제공	소극적 수준에서 소비자에게 정보를 제공하고 있음.

지표해석

- 서울시 지역사회 정신보건기관의 소비자 참여도를 조사한 결과 2012년 실시한 조사와 유사하게 소극적 수준에서 소비자에게 정보제공만 이루어지는 레벨 1이 39.3%로 가장 높게 나타남.
- 반면 소비자참여의 필요성을 인식하여 조직이나 구조를 구성하여 참여를 독려하며 활발한 소통이 이루어지나 결정권은 제공자에게 있는 레벨 2가 2012년 조사 결과 대비 1.5% 증가하여 18.6%로 참여가 활성화 되고 있는 것을 볼 수 있음.

Level

☐ 서울시 ☒ 자치구

과정산출결과

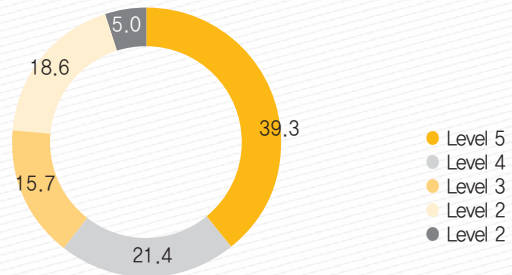
☐ Input ☒ Process
☐ Output/Outcome

Domain

☐ 효과성 ☐ 효율성
☐ 적절성 ☐ 접근성
☐ 연속성 ☒ 반응성
☐ 안정성

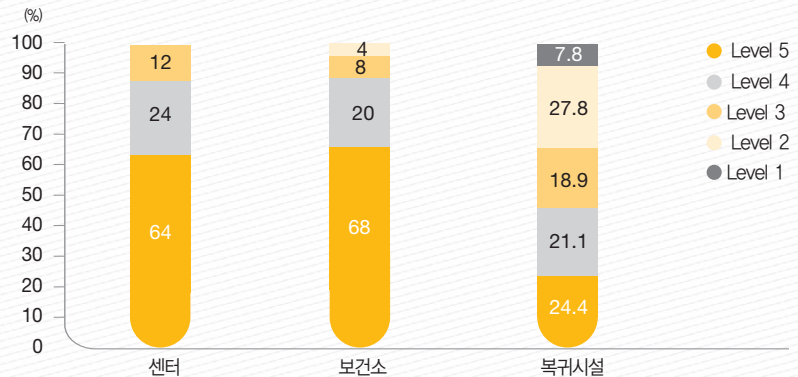
그림90_ 서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도

(단위 : %)



- 기관 유형별로 살펴보면, 2012년도 결과와 유사하게 보건소와 정신건강증진센터는 참여도 결과에 있어 큰 차이가 없는 것을 볼 수 있으며, 레벨 5와 레벨 4가 약 90%에의 비율을 차지하고 있어 참여 수준은 여전히 낮은 편임.
- 사회복지시설의 경우 레벨 1과 레벨 2의 비중이 약 30% 이상을 차지하고 있어 보건소 및 정신건강증진센터에 비해 높게 나타났음. 더욱이 레벨 2는 2012년 조사 결과에 비해 1.5배 이상 증가하였는데, 이는 사회복지시설의 소비자 참여가 더욱 활발히 이루어지고 있다고 볼 수 있음.

그림91_ 기관별 소비자참여도



향후전망

2012년에 이어 소비자 참여도는 소비자에게 정보를 제공하고 소비자의 의견을 수렴하는 수준이 가장 높은 비율을 차지하고 있어 아직은 그 수준이 미비한 실정임. 그러나 시설에 따라 소비자 참여도가 증가하는 경향을 보이고 있음. 하여, 지역사회 정신보건기관 소비자 참여도의 고른 증가를 위해서는 공공서비스를 형성하고 제공함에 있어 소비자들의 의견과 욕구를 반영하기 위한 구조 및 수용성 높은 의사 결정을 위한 구체적인 체계화된 소비자 참여 활동의 적극적인 마련이 필요함.

자료원

2013 소비자 참여도 조사

Indicator 26

정신장애인 등록률

필요성

장애인 등록은 체계적인 관리와 다양한 복지혜택을 제공하기 위한 제도적 장치로 서울시 특성에 맞는 정신장애인 복지정책과 서비스를 구축하기 위해 장애인 등록률 파악이 필요함.

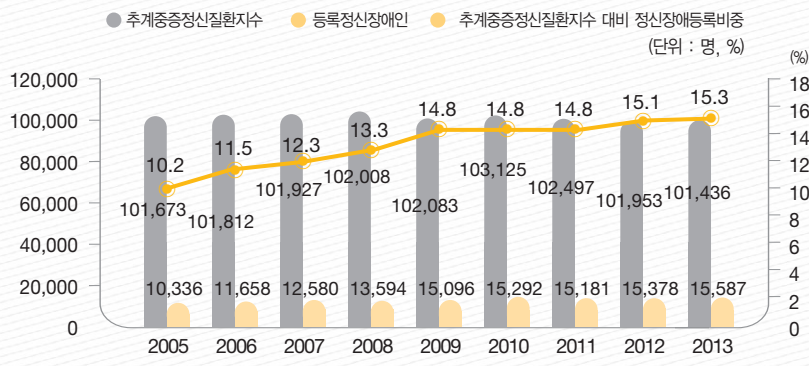
지표설명

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

지표해석

- 2013년 서울시 등록정신장애인은 15,537명이며, 추계정신질환자수(서울시인구의 1%) 대비 15.3%가 장애 등록을 한 것으로 추정할 수 있음.
- 2013년 12월 31일 기준 정신건강증진센터에 등록된 대상자는 총 22,950명(퇴록자 포함) 으로 이중 24.4%(5,595명)가 정신장애 등록을 했음.
- 이는, 서울시 정신장애인의 36%에 해당하는 수치로 서울시 등록 장애인의 36%가 정신건강증진센터를 이용하고 있다고 추정해 볼 수 있음.

그림92_ 정신장애 등록 변화추이



향후전망

정신장애의 경우 기타 다른 장애와 비교해 장애에 대한 사회적 편견이 높고 장애등록 후 국가 및 사회적 지원에 대한 만족도가 낮아 장애등록률 또한 낮은 것으로 보임. 정신장애에 대한 인식제고 및 다양한 복지제도 혜택을 위한 제도적 보완이 필요함.

자료원

2013 장애인 통계, 2011 정신질환실태 역학조사

Indicator 27

우울증에 대한 긍정적 인식도

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process
■ Output/Outcome

Domain

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

필요성

우울증을 질환으로 인정하고 나아가 치료가 가능한 질환으로 인식하는 태도는 우울증의 조기 발견 및 치료에 있어 중요한 요인으로 작용함.

지표설명

- 우울증을 치료가 가능한 질병으로 인식하는 정도
- 서울시에 거주하는 만15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 관련 질문에 긍정의 응답을 한 사람의 비율

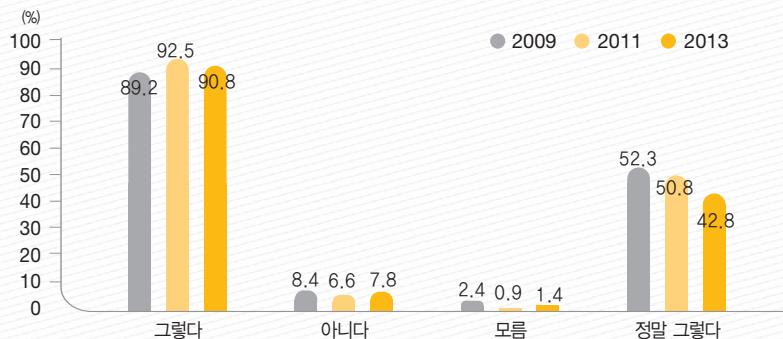
■ 분자 : 우울증을 치료가 가능한 질병이다 질문에 '정말 그렇다' 또는 '대체로 그런편이다'에 응답한 사람의 수 × 100

■ 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- 우울증을 질병으로 인식하는 비율은 2011년 92.5%에서 2013년 90.8%로 1.7%p 감소되었음.
- 사회적 동조로 인한 긍정적 편향을 배제하기 위하여 정말 그렇다고 응답한 사람의 비율만 볼 경우 42.8%로 2011년 50.8%에 비해 8%p 감소됐고 2009년 52.3% 이후 지속적 감소추세임.

그림93_ 우울증에 대한 긍정적 인식도



향후전망

WHO에서는 2020년 우울증이 전 연령에서 나타나는 질환 중 1위를 차지할 것이라고 전망하고 있음. 우울증을 치료 가능한 질환으로 인식하는 태도는 질환의 발견 및 예후에 있어 중요한 요인으로 작용 할 것으로 보이며 이는 질환으로 인한 사회적 비용감소의 주요 영향요인으로 작용 할 것임. 우울증에 대한 올바른 지식 전달 및 치료에 대한 정보제공을 위해 1차 예방적 차원에서의 증진사업이 필요 할 것임.

자료원

2013년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

Indicator 28

서울시민의 정신보건서비스 인지도

필요성

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

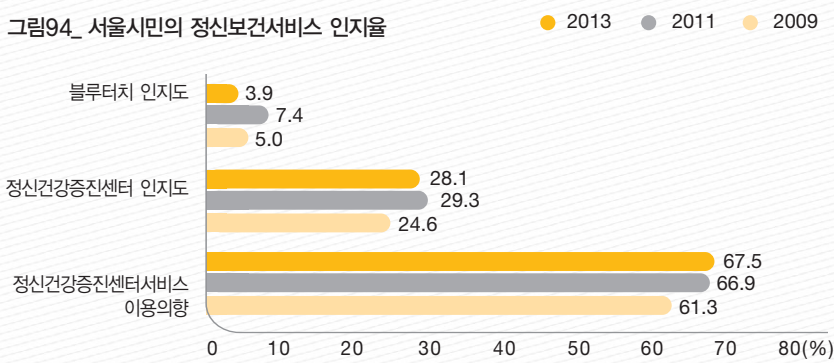
지표설명

- 정신건강 문제 시 관련된 서비스 인지 및 이용여부 파악
- 서울시에 거주하는 만15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 관련 질문에 긍정의 응답을 한 사람의 비율
 - 분자 : (정신건강증진센터를 알고 있다 / 서비스 제공기관 이용 의향에 있다)에 응답 한 사람 수 × 100
 - 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- 정신건강증진센터를 알고 있다고 답한 응답자는 28.1%로 2011년 29.3% 대비 1.2%p 감소함. 정신건강증진센터 인지도에 있어 정신건강증진센터를 아주 잘 알고 있다고 응답한 비율은 28.1% 중 4.2%로 2011년 3.7% 대비 0.5% 향상됨.
- 정신건강에 관한 상담이나 진단 등 서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 답한 응답자는 67.5%로 2011년 66.9%로 0.6%p 향상됨.
- 서울시 정신건강브랜드 '블루터치'에 대한 인지도는 2011년 7.4%에서 2013년 3.9%로 인지도가 감소한 것으로 나타남.

그림94_ 서울시민의 정신보건서비스 인지도



향후전망

정신건강에 대한 사회적 관심 및 개인의 정신건강에 대한 관심이 높아지고 있는 추세에 따라 정신건강증진센터에 대한 인지도 및 이용의향 또한 증가하는 추세로 보임. 서울시의 경우 공공영역에서의 사회적 마케팅 전략을 활용해 블루터치라는 정신건강 브랜드를 런칭한 바 있으며 브랜드 가치와 활용성을 높일 수 있는 인식개선사업의 추진 전략 방안 모색이 필요해 보임.

자료원

2013년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

자치구별 관련 통계데이터

표1_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	10,143,645	16,416,054,010	1,618	335	5,603	55.2	107	1568	649	15.6
종로구	160,070	729,906,000	4,560	17	85	53.1	3	30	18	18.7
중구	130,465	709,588,000	5,439	12	72	55.2	1	30	0	23
용산구	239,740	530,069,590	2,211	2	16	6.7	2	40	7	16.7
성동구	299,337	620,566,000	2,073	3	32	10.7	1	50	0	16.7
광진구	368,927	666,372,000	1,806	18	677	183.5	8	55	69	14.9
동대문구	364,273	718,014,000	1,971	17	1,369	375.8	4	55	17	15
종랑구	416,798	593,804,000	1,425	8	382	91.7	4	50	23	12
성북구	476,589	741,160,000	1,555	10	34	7.1	2	30	7	6.3
강북구	338,707	518,848,000	1,532	9	147	43.4	4	121	9	35.7
도봉구	358,582	703,769,220	1,963	7	515	143.6	6	67	58	18.7
노원구	590,479	1,146,670,130	1,942	18	105	17.8	7	99	34	16.8
은평구	503,660	703,458,000	1,397	8	304	100.1	8	60	78	11.9
서대문구	314,110	627,370,000	1,997	6	68	21.6	7	50	51	15.9
마포구	381,856	586,152,000	1,535	17	0	0	4	170	38	44.5
양천구	492,528	565,862,000	1,149	11	21	4.3	6	40	36	8.1
강서구	569,070	628,950,000	1,105	8	214	37.6	9	140	47	24.6
구로구	424,964	698,428,000	1,643	5	79	18.6	4	25	26	5.9
금천구	241,020	688,020,000	2,855	4	234	83.4	3	30	18	12.4
영등포구	386,471	630,982,000	1,633	12	303	78.4	2	55	0	14.2
동작구	410,815	581,818,000	1,416	9	66	16.1	2	20	8	4.9
관악구	518,028	467,271,000	902	12	48	9.3	6	85	38	16.4
서초구	441,763	557,242,000	1,261	32	151	34.2	4	76	10	17.2
강남구	563,599	732,294,000	1,299	46	143	25.4	1	50	0	8.9
송파구	668,415	708,121,680	1,059	23	209	31.3	3	90	7	13.5
강동구	483,379	561,318,390	1,161	19	129	26.7	6	50	50	10.3

※ 시립정신병원 : 4기관 1,260 병상/ 정신요양시설 : 3개소 정원 1,040명 (상기 표에는 은평구소재 정신요양시설의 병상수만 포함되어 있음)

자치구별 관련 통계데이터

그림1-1_ 서울시 정신병상수

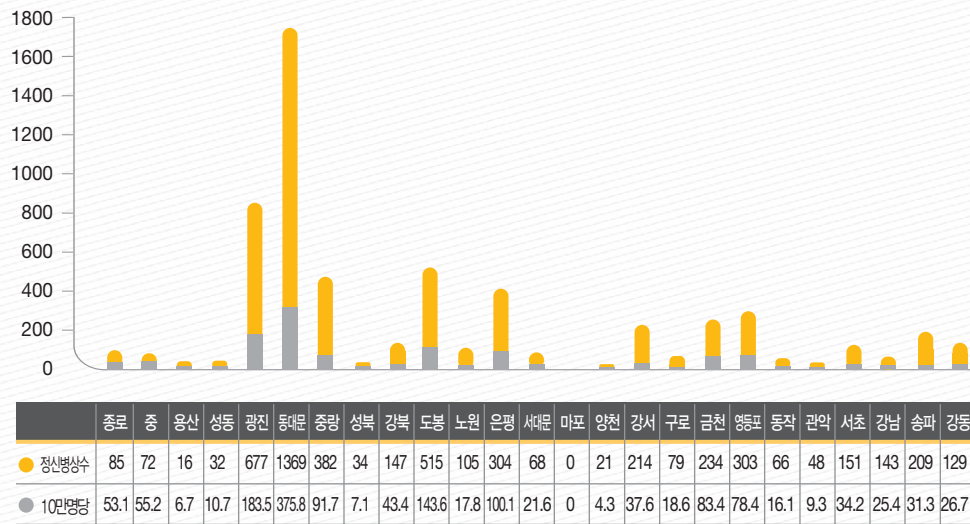


그림1-2_ 서울시 주간재활시설 정원

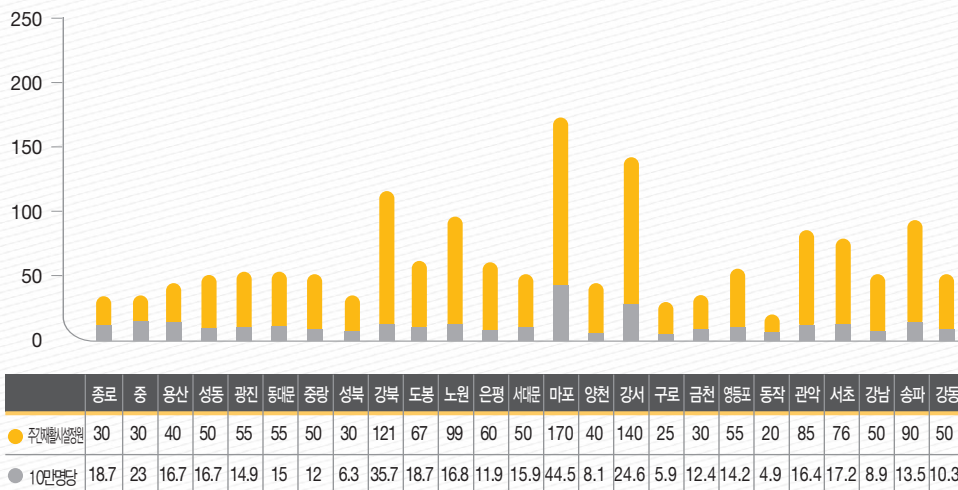


표2_ 자치구별 정신보건자원 (정신보건전문인력)

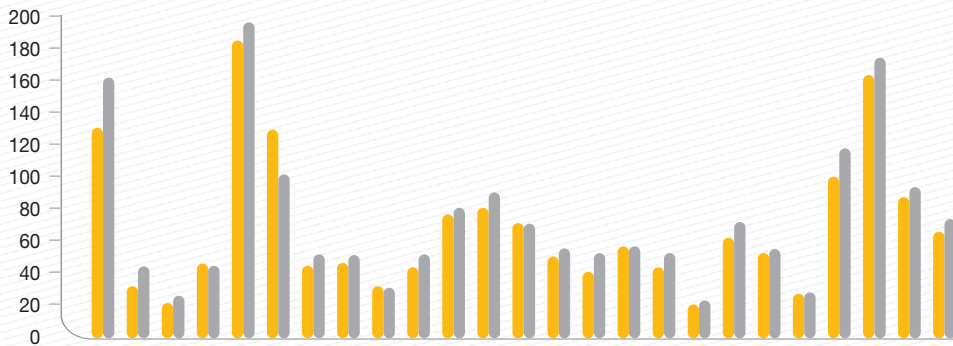
(단위 : 명)

자치구	정신의료기관 정신보건전문요원						지역사회 정신보건전문요원					기관별 정신보건전문요원						계	인구 10만명당 정신보건 인력
	계	전문의	전공의	간호	사회복지	임상심리	계	전문의	간호	사회복지	임상심리	병원	센터	알·상	주간	입소	주거		
서울시	1,302	609	240	282	73	98	555	1	137	391	26	1,302	328	9	138	32	48	1,857	6.8
종로구	145	65	45	22	4	9	15		4	10	1	145	11		2		2	160	10.6
중구	29	17	8	1	0	3	14		1	10	3	29	11		3			43	13.0
용산구	12	4	4	2	1	1	13		3	10	0	12	9		3		1	25	6.7
성동구	28	8	8	11	0	1	14		3	11	0	28	9		5			42	6.3
광진구	172	45	25	95	4	3	24		15	8	1	172	13		3	5	3	196	7.3
동대문구	91	42	10	18	14	7	17		5	11	1	91	10		5		2	108	6.0
종량구	33	17	4	5	4	3	18		2	15	1	33	11		5		2	51	5.5
성북구	36	16	8	6	4	2	20		6	11	3	36	15		4		1	56	5.0
강북구	14	11	0	3	0	0	17		5	11	1	14	9	3	5			31	6.5
도봉구	23	13	0	5	5	0	29		9	19	1	23	11	2	6	8	2	52	9.8
노원구	53	27	12	9	1	4	26		9	17	0	53	18		5		3	79	5.2
은평구	62	18	8	30	3	3	27		6	21	0	62	11		5	7	4	89	6.4
서대문구	52	15	12	5	4	16	18		6	12	0	52	9		4		5	70	7.0
마포구	21	18	0	1	2	0	34		5	29	0	21	11		16	7		55	13.1
양천구	32	16	4	6	0	6	19		4	13	2	32	12		4		3	51	4.7
강서구	24	13	0	3	5	3	29		8	21	0	24	11		12		6	53	7.2
구로구	30	13	8	7	1	1	23		7	16	0	30	14	4	3		2	53	6.1
금천구	11	8	0	0	3	0	14		4	8	2	11	10		2		2	25	6.6
영등포구	51	22	15	6	5	3	20		10	10	0	51	13		7			71	7.0
동작구	38	17	9	5	1	6	17		4	10	3	38	13		3		1	55	4.9
관악구	13	13	0	0	0	0	16		3	13	0	13	4		7		5	29	4.4
서초구	98	48	12	21	6	11	21		1	18	2	98	12		9			119	6.8
강남구	112	74	23	5	5	5	62	1	11	50	0	112	56		6			174	12.1
송파구	69	38	14	13	1	3	25		3	19	3	69	14		10		1	94	5.2
강동구	53	31	11	3	0	8	23		3	18	2	53	11		4	5	3	76	5.6

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

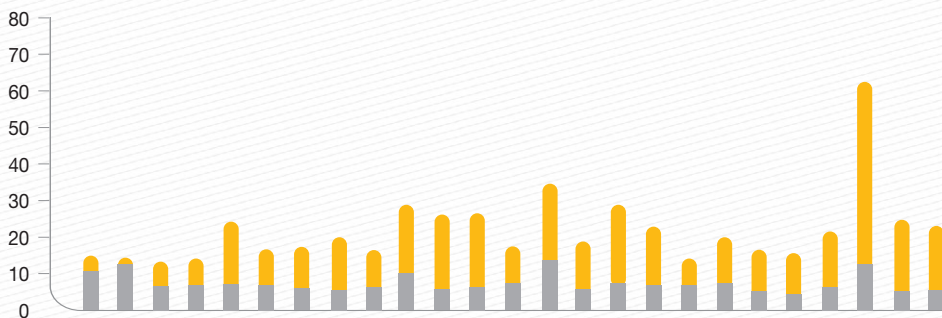
자치구별 관련 통계데이터

그림2-1_ 서울시 정신보건전문인력



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	종각	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
2011	134	34	20	43	184	126	42	45	32	41	77	79	71	49	40	54	44	22	61	53	28	103	164	85	66
2013	160	43	25	42	196	108	51	56	31	52	79	89	70	55	51	53	53	25	71	55	29	119	174	94	76

그림2-2_ 서울시 지역사회 정신보건전문인력



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	종각	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
정신보건 전문인력 수	15	14	13	14	24	17	18	20	17	29	26	27	18	34	19	29	23	14	20	17	16	21	62	25	23
10만명당	10.6	13	6.7	6.3	7.3	6	5.5	5	6.5	9.8	5.2	6.4	7	13.1	4.7	7.2	6.1	6.6	7	4.9	4.4	6.8	12.1	5.2	5.6

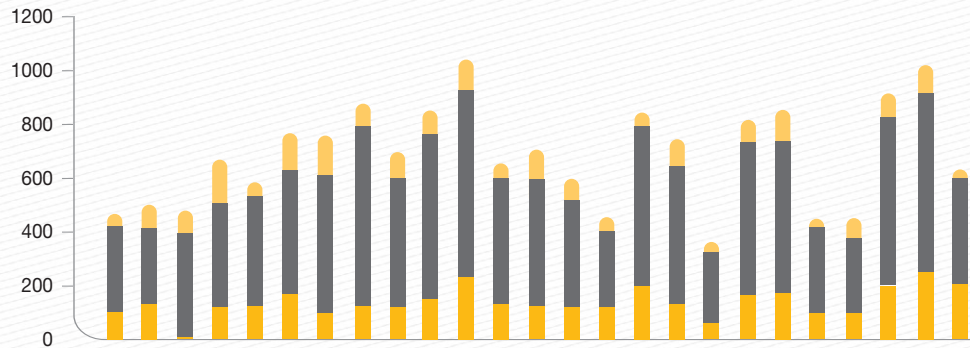
표3_ 자치구별 정신질환자 등록현황 (대상군별, 기관별)

(단위 : 명)

자치구	인 구	대상군별 지역사회 등록현황			지역사회 기관별 등록현황				계
		아동청소년	성인	노인	정신건강 증진센터	알코올 상담센터	주간재활시설 (아이존 포함)	거주시설 (입소/주거)	
서울시	10,143,645	3,543	11,628	2,160	22,949	602	1577	521	25,649
종로구	160,070	98	323	60	554		30	14	598
중구	130,465	124	299	99	883		40	0	923
용산구	239,740	84	323	98	602		33	7	642
성동구	299,337	117	401	147	860		49	0	909
광진구	368,927	115	417	63	724		55	63	842
동대문구	364,273	170	468	126	950		63	15	1,028
종량구	416,798	100	520	131	962		50	21	1,033
성북구	476,589	125	668	85	1,051		30	7	1,088
강북구	338,707	128	464	109	882	229	129	6	1,246
도봉구	358,582	155	593	117	1,028	166	64	38	1,296
노원구	590,479	240	689	120	1,945		93	30	2,068
은평구	503,660	130	481	60	896		60	59	1,015
서대문구	314,110	110	496	98	814		50	51	915
마포구	381,856	113	407	79	759		170	25	954
양천구	492,528	107	302	54	736		40	29	805
강서구	569,070	199	594	54	997		105	40	1,142
구로구	424,964	135	514	80	1,045	207	20	23	1,295
금천구	241,020	74	249	36	593		43	16	652
영등포구	386,471	175	557	89	916		55	0	971
동작구	410,815	176	564	118	1,009		25	5	1,039
관악구	518,028	91	331	43	720		86	29	835
서초구	441,763	96	288	83	656		86	0	742
강남구	563,599	202	638	86	1,208		46	0	1,254
송파구	668,415	291	635	101	1,294		103	7	1,404
강동구	483,379	188	407	24	865		52	36	953

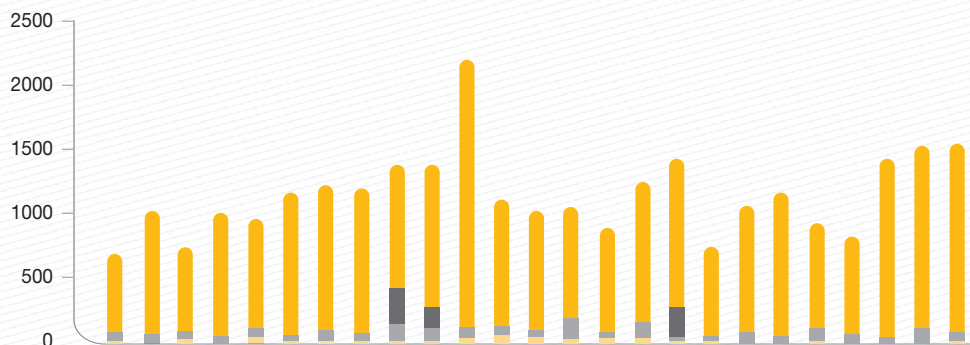
자치구별 관련 통계데이터

그림3-1_ 대상군별 지역사회 등록현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 노인	60	99	98	147	63	126	131	85	109	117	120	60	98	79	54	54	80	36	89	118	43	83	86	101	24
● 성인	323	299	323	401	417	468	520	668	464	593	689	481	496	407	302	594	514	249	557	564	331	288	638	635	407
● 아동청소년	98	124	84	117	115	170	100	125	128	155	240	130	110	113	107	199	135	74	175	176	91	96	202	291	188

그림3-2_지역사회 기관별 등록현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 정신건강 증진센터	554	883	602	860	724	950	962	1051	882	1028	1945	896	814	759	736	997	1045	593	916	1009	720	656	1208	1294	865
● 알코올 상담센터									229	166							207								
● 주간 재활시설	30	40	33	49	55	63	50	30	129	64	93	60	50	170	40	105	20	43	55	25	86	86	46	103	52
● 거주시설	14	0	7	0	63	15	21	7	6	38	30	59	51	25	29	40	23	16	0	5	29	0	0	7	36

표4_자치구별 정신보건문제(SP수립, 삶의 질, 지역사회 생활유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기재원)

(단위 : 명)

자치구	등록회원	개별서비스 계획수립(SP)	삶의질 향상			지역사회 생활유지	전문요원 1인당 사례관리부담	등록회원의 장기재원
			등록회원수	QOL 실시	삶의질 향상			
서울시	22,949	19343	8782	4626	912	10595	461	364
종로구	554	461	174	157	17	192	326	6
중구	883	558	310	170	41	341	570	10
용산구	602	509	97	5	3	239	502	5
성동구	860	725	282	140	28	464	441	10
광진구	724	590	323	172	25	365	408	5
동대문구	950	884	270	52	16	393	691	9
중랑구	962	831	424	219	50	461	583	11
성북구	1051	983	543	495	90	607	372	24
강북구	882	841	453	249	57	519	678	15
도봉구	1028	941	483	375	32	547	321	15
노원구	1945	1258	996	257	71	1075	397	18
은평구	896	775	277	257	38	386	398	13
서대문구	814	741	347	43	10	331	434	39
마포구	759	604	245	63	18	320	562	9
양천구	736	511	252	83	26	418	268	10
강서구	997	992	500	396	39	526	798	35
구로구	1045	962	398	141	30	504	391	9
금천구	593	428	169	6	2	212	300	11
영등포구	916	864	383	168	37	468	339	24
동작구	1009	961	281	297	65	344	336	14
관악구	720	582	281	176	52	332	356	14
서초구	656	530	176	105	23	210	795	11
강남구	1208	1115	468	175	37	529	460	20
송파구	1294	1047	357	241	51	467	338	12
강동구	865	650	293	184	54	345	455	15

※ 삶의질 향상률의 등록회원수는 19세 이상의 등록 24개월이상, 주진단이 중증정신질환자 코드인 회원을 의미함.

자치구별 관련 통계데이터

그림4-1_ 자치구별 등록회원의 삶의 질 향상

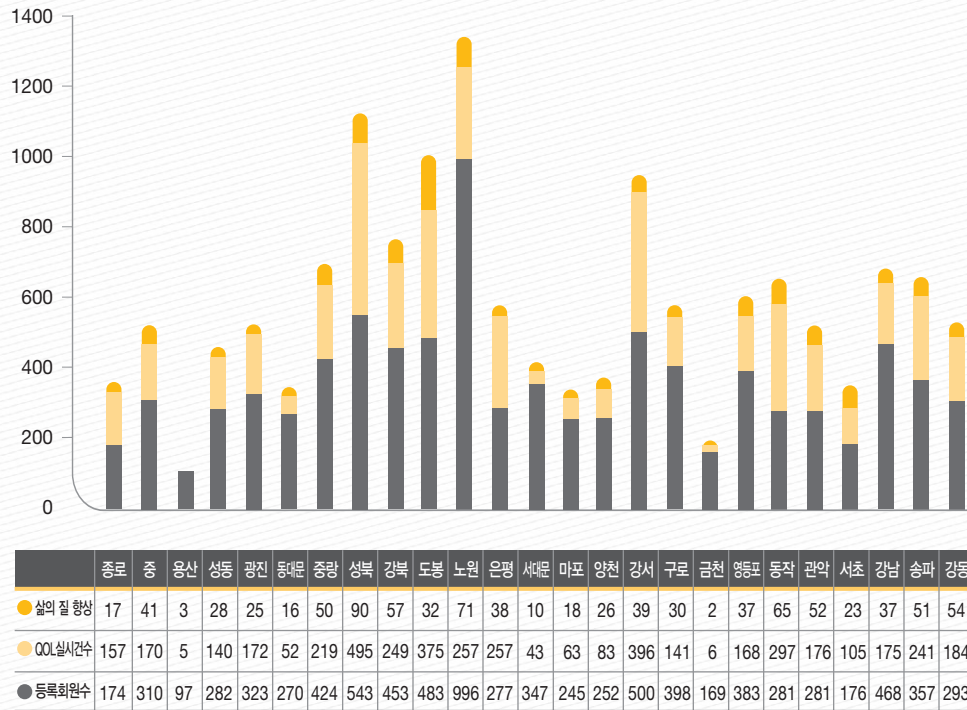


그림4-2_ 자치구별 지역사회생활 유지율

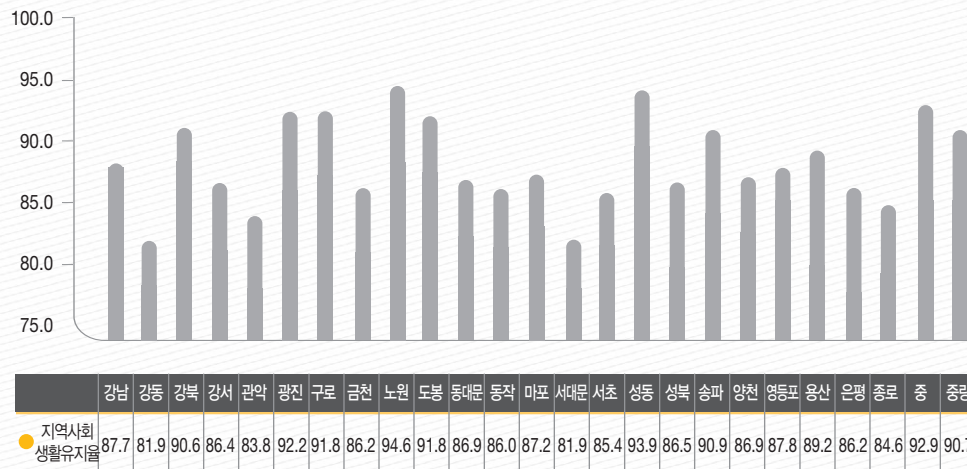


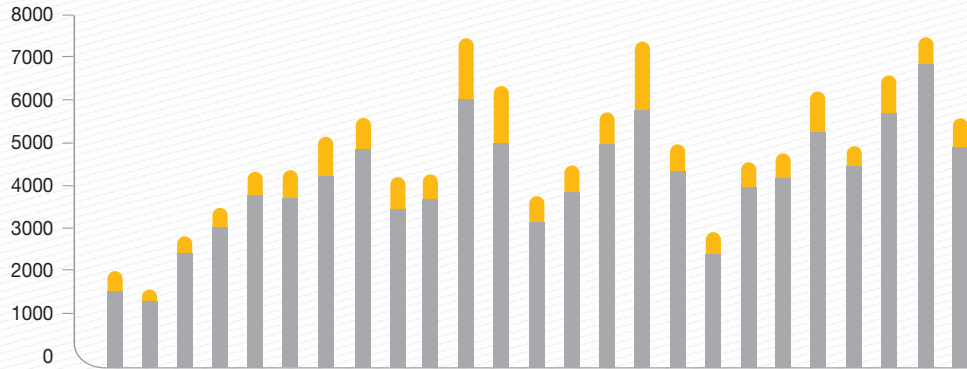
표5_자치구별 정신보건문제(추계정신질환 대비 정신질환 등록율)

(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	10,143,645	101,436	15,537	534	4673	10,330	17,431	15.3	0.15
종로구	160,070	1601	254	4	77	173	481	15.9	0.16
중구	130,465	1305	218	9	61	148	522	16.7	0.17
용산구	239,740	2397	302	10	81	211	494	12.6	0.13
성동구	299,337	2993	412	15	121	276	665	13.8	0.14
광진구	368,927	3689	493	17	131	345	595	13.4	0.13
동대문구	364,273	3643	613	14	184	415	763	16.8	0.17
종랑구	416,798	4168	823	36	242	546	751	19.7	0.20
성북구	476,589	4766	673	37	183	453	878	14.1	0.14
강북구	338,707	3387	674	14	191	469	701	19.9	0.20
도봉구	358,582	3586	540	11	171	358	873	15.1	0.15
노원구	590,479	5905	1351	45	440	866	1049	22.9	0.23
은평구	503,660	5037	1134	48	428	658	671	22.5	0.23
서대문구	314,110	3141	515	12	143	360	703	16.4	0.16
마포구	381,856	3819	520	14	167	339	599	13.6	0.14
양천구	492,528	4925	594	11	166	417	513	12.1	0.12
강서구	569,070	5691	1490	66	517	907	840	26.2	0.26
구로구	424,964	4250	567	24	158	385	794	13.3	0.13
금천구	241,020	2410	390	7	118	265	359	16.2	0.16
영등포구	386,471	3865	476	27	119	330	821	12.3	0.12
동작구	410,815	4108	499	9	119	371	857	12.1	0.12
관악구	518,028	5180	817	22	216	579	465	15.8	0.16
서초구	441,763	4418	345	15	97	233	467	7.8	0.08
강남구	563,599	5636	733	37	257	439	924	13.0	0.13
송파구	668,415	6684	570	20	159	391	1027	8.5	0.09
강동구	483,379	4834	534	11	127	396	619	11.0	0.11

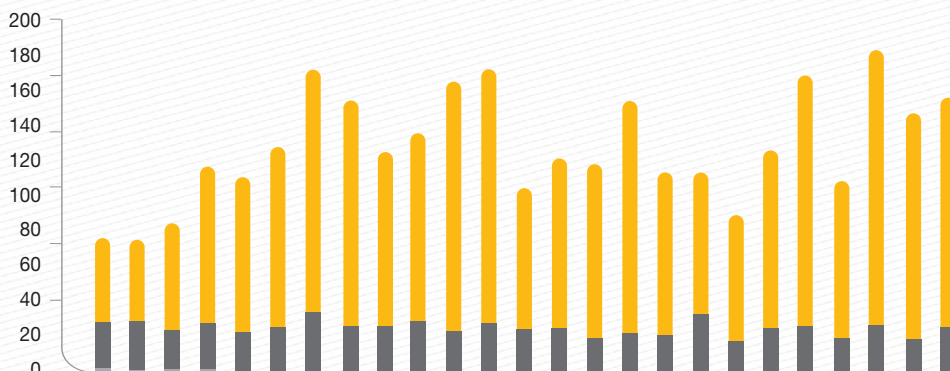
자치구별 관련 통계데이터

그림5-1_ 자치구별 정신장애 등록현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	종각	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 정신장애등록	254	218	302	412	493	613	823	673	674	540	1351	1134	515	520	594	1490	567	390	476	499	817	345	733	570	534
● 추계증정신질환자	1601	1305	2397	2993	3689	3643	4168	4766	3387	3586	5905	5037	3141	3819	4925	5691	4250	2410	3865	4108	5180	4418	5636	6684	4834

그림5-2_ 자치구별 자살사망현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	종각	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 자살사망자수	47	33	60	88	88	100	139	127	96	106	141	142	80	97	99	130	92	81	71	101	140	89	155	128	130
● 인구 10만명당	29.9	25.9	25.8	29.9	24.1	28	33.7	26.9	28.7	29.8	24	28.7	25.9	25.7	20.2	23.2	21.8	34	18.6	25.1	27.3	20.6	28	19.3	27.1

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 • 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	• 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 병상수 (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	• 청소년 음주관련지표	매년
통일부			
정책지원과	북한이탈주민 현황	• 북한이탈주민 현황(연령, 자치체별 거주, 입국현황 등)	연중(수시)
행정안전부			
자치행정과	외국인주민 현황조사	• 외국인 현황(시도별, 인구대비 외국인주민 비율)	매년
통계청			
국가통계포털	주민등록인구 통계	• 서울시/자치구별 총 인구수(성별,연령)	매년
인구동향과	사망원인통계	<ul style="list-style-type: none"> • 사망자수, 자살사망자수, 자살사망률 • 변인별 자살사망자수(성, 연령, 취업, 학력 등) 	매년(9월)
경찰청			
수사과	경찰통계연보	• 연도별 자살원인 및 자살방법	매년
한국장애인고용공단			
장애인고용패널팀	장애인통계	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 고용현황 • 장애인 및 전체 인구의 경제활동참가율 	매년

자료원

국민건강보험공단 건강보험심사평가원			
재정통계센터	건강보험통계연보	<ul style="list-style-type: none">건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율의료급여 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	<ul style="list-style-type: none">서울시 정신보건예산서울시/자치구 정신보건예산서울시 정신보건 지출현황(정신의료기관 제외)	매년
보건의료정책과	서울시 정신보건시설현황	사회복귀시설 설치현황, 입소자 정원 및 현원	매년
	서울시 정신보건예산 지출현황	정신보건예산 총 지출현황	매년
	정신보건심판위원회 심사의뢰율	<ul style="list-style-type: none">각 자치구별 개최회수, 퇴원명령건수퇴원명령률	매년
	서울시 정신의료기관 현황	입원형태 별 현황	매년
서울시 정신건강증진센터	SMHIS	<ul style="list-style-type: none">대상자별 등록률(연령별, 성별, 진단별)사례관리율삶의 질 향상률재외국민, 북한이탈주민 상담서비스 제공률지역사회 생활유지율등록회원의 장기재원율	매년
	서울시정신보건시설 인력현황	정신보건시설별 정신보건전문인력 현황	매년
	등록정신질환자 자살률	<ul style="list-style-type: none">정신건강증진센터 등록정신질환자 중 자살사망자수자살방법	매년
	소비자참여도	정책레벨별 소비자 참여도 조사	2년
	blutouch.net	서울시민 우울증 자가검진율	매년
	서울시민 인식조사	<ul style="list-style-type: none">서울시민의 우울증, 스트레스 등 정신건강인식도정신건강브랜드 인지도서울시민 자살생각률정신질환에 대한 지역사회 수용도	2년
WHO			
Mental Health Atlas	<ul style="list-style-type: none">OECD 국가의 보건예산 대비 정신보건예산 비율WHO 국가의 정신병상수OECD 국가의 인구 10만명 당 정신보건인력 현황소득수준별 정신보건인력 현황		-
Australian Government			
National mental health report	소비자 참여도		-
OECD			
OECD health data	<ul style="list-style-type: none">OECD 국가별 정신병상 수OECD 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 2012-2013.
- 국가인권위원회(2009), 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서.
- 국민건강보험공단(2013), 건강보험통계연보2012-2013.
- 국민건강보험공단(2013), 의료급여통계연보2006-2013.
- 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 · 이송희 · 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.
- 김연아(2008), OECD 2007 장애인정책리뷰, 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)렉스쿨.
- 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 · 곽호순(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(2007), 국가정신건강정책10년.
- 보건복지부(2013), 2013년 정신보건사업안내.

- 보건복지부(2014), 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2014.
- 보건복지부(2013), 2013 보건복지통계연보.
- 보건복지부(2012), 2013 회계연도 세입·세출결산보고서.
- 보건복지부·질병관리본부(2013), 2013 국민건강통계 한 눈에 보기.
- 보건복지부·질병관리본부(2013), 2013 지역사회건강조사.
- 보건복지부·한국보건사회연구원(2014), OECD Health Data 2014(요약집).
- 서동우(2002), 지역사회정신보건의 현황과 전망, 『한국사회복지학회 학술대회 자료집』, 2002(4):155-179.
- 서울시정신보건사업지원단(2007, 2009, 2011, 2013), 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사.
- 서울시정신보건사업지원단·서울시정신보건센터(2009), 서울정신건강 2020 : 제 2차 4개년 계획 수립에 대한 보고서 2009-2012.
- 서울시정신보건사업지원단(2010), 서울시정신보건사업지원단 5개년 보고서.
- 서울시정신건강증진센터(2014), 서울시 정신보건시설 현황집.
- 서울시정신보건센터(2009), 서울시정신보건센터 4개년 사업보고서.
- 서울시정신보건센터(2013), 2013 서울시정신보건센터 사업보고서.
- 서울특별시·서울시정신보건사업지원단(2004), 서울정신건강 2020 사업.
- 서울특별시(2013), 2013년 세입·세출예산서.
- 서울특별시(2013), 2013년 세입·세출결산서.
- 알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단(2011), 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020.
- 여성가족부(2013), 2013 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.
- 유정재(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·배재남·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, 2012,2013), 2006, 2009, 2011,2012,2013 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 통계청(2013), 2013 사망원인통계연보.
- 안전행정부(2013,2014). 2014 안정행정통계연보
- 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.
- 질병관리본부 (2012) , 음주폐해 상시 모니터링 체계 구축방안 개발
- 배성우, 김이영, 손지아(2011) 정신보건프로그램이 정신장애인의 사회적 기능에 미치는 효과 : 5년간의 종단연구
- 박윤정(2012) 정신장애인의 취업에 영향을 미치는 요인에 관한 연구
- 김병창(2010) 북한이탈주민의 정신건강 , 정신건강정책포럼 2010 vol.4
- 장홍석(2009) 국내정신질환자 장기 입원의 구조적 원인과 지속요인

■ 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(2013), 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(2013), 서울시인구, www.kostat.go.kr
- 통일부(2014), 북한이탈주민 현황, www.unikorea.go.kr
- 안전행정부(2013), 외국인주민 현황조사, www.mospa.go.kr
- 서울시통계 www.stat.seoul.go.kr

2014 서울시정신보건지표

Seoul Mental Health Indicator

발행일 | 2014년 12월

발행인 | 이명수

편집인 | 성혜연, 이상은, 장진영

발행처 | 서울시정신건강증진센터

전화 | 02-3444-9934

팩스 | 02-3444-9961

홈페이지 | seoulmentalhealth.kr
blutouch.net

제작업체 | 호박앤컴퍼니(주) 02-512-4556

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

