

SEOUL MENTAL HEALTH INDICATOR

ISSN 2233-8608

2
0
1
8
서울시 정신건강지표

2018 서울시정신건강지표 Seoul Mental Health Indicator

SEOUL MENTAL HEALTH INDICATOR

서울시 정신건강복지센터

I·SEOUL·U

SNUH
서울대학교병원

서울시
정신건강복지센터



I·SEOUL·U

SNUH
서울대학교병원

서울시
정신건강복지센터

ISSN 2233-8608

2018
서울시정신건강지표
Seoul Mental Health Indicator

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

발간사

서울시민의 정신건강은 여러 가지 요소들의 총합으로 나타내어집니다. 또 정신건강에 미치는 요소들은 매우 다양하게 여러 사람들에게 의해 영향을 받고 있습니다. 그렇기 때문에 관련 종사자들의 노력과 피땀이 녹아있는 동시에 다양한 열매들로 그 모습이 표현됩니다. 서울시 정신보건이 20년의 역사를 지나가고 있는 이 시점에서 그간 어떠한 노력들이 펼쳐졌는지, 얼마만큼의 노력이었는지, 그리고 어떤 모습으로 나타났는지를 이 서울시 정신건강지표집에 녹여내고자 하였습니다.

서울시민의 정신건강을 위해 달려온 지난 시간을 돌아보고 잘 된 점은 무엇인지, 미흡했던 점은 무엇인지를 잘 파악하고 다음의 시대를 보다 견고히 다질 수 있는 초석이 될 수 있도록 많은 응원 부탁드립니다. 마지막으로 본 지표집의 발간을 위해 노력해주신 해당 부서의 실무자, 서울시정신건강복지센터의 동료 여러분들, 정신보건의 현장에서 불철주야 노력해주시는 요원들, 서울시, 서울대학교병원, 오늘이 있기에 노력해주신 선배님들과 동료들에게 감사의 마음 전합니다.

2018년 11월
서울시정신건강복지센터장 조성준

일러두기

- 본 지표집은 총 30개 서울시 정신건강지표와 국외, 시도별 정신건강지표로 구성되어 있음.
- 정신건강지표의 각 장은 정신건강자원, 정신건강문제, 정신건강증진사업에 따라 영역과 레벨별로 구분하여 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 대표할 수는 없기에 해석상의 주의를 요함.
- 본문에 제시된 서울시 정신건강사업지표는 2017년 데이터를 기준으로 함. 국내외 데이터의 경우 2017년 데이터가 생산(개시)되지 않은 경우 이전 데이터로 대체함.
 - 정신건강지표 구성을 위해 사용된 자료원들은 국가 승인 통계자료를 중심으로 자료를 수집하여 재구성하거나 인용함.
 - 정신건강현황 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 것으로써 업무실적과는 무관하며, 현황파악을 위한 참고자료로 활용하기 바람.
 - 2017년 5월 30일 시행된 개정 ‘정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’에 따라 변경된 용어 사용을 하고자 하였으나, 이전 데이터를 포함하여 구성된 지표집이라는 점에서 일부 개정 전 용어를 사용하였음.

자치구별 관련 통계데이터	148
참고문헌.....	158

표 1	정신보건지표분류	15
표 2	OECD 국가의 1인당 정신건강지출	18
표 3	연도별 복지예산 대비 보건예산 점유비	19
표 4	연도별 정신건강증진사업 결산액	20
표 5	건강보험 진료비 중 F코드 진료비 비율	20
표 6	의료급여 진료비 중 F코드 진료비 비율	21
표 7	연도별 서울시 정신건강증진 예산현황	21
표 8	WHO 국가의 정신병상 수	23
표 9	OECD 국가의 정신병상 수	23
표10	연도별 정신건강증진시설 기관 수 및 병상현황	24
표11	의료기관 유형에 따른 연도별 정신병상수 현황	25
표12	연도별 서울시 정신병상수 현황	26
표13	연도별 지역사회 정신건강증진시설 현황	27
표14	연도별 서울시 정신건강증진시설 변화추이	28
표15	우리나라 정신건강 전문인력 현황 변화추이	30
표16	서울시 정신건강전문인력 현황	31
표17	정신장애 일년 유병률 비교	46
표18	국가별 조기정신증 사업	48
표19	WHO 고소득 국가의 비자의적입원율 현황	50
표20	정신의료기관별 연도별 재원기간(중앙값)	52
표21	연도별 입원유형별 현황	53
표22	중증정신질환자의 재입원 현황	54
표23	연도별 정신질환 초과사망비	54
표24	OECD 국가의 자살에 의한 연령표준화 사망률	56
표25	연령대별 3대 사망원인 순위	59
표26	성·연령별 자살사망자 수	60
표27	시도별 인구 10만 명 당 연령표준화 자살률의 상대적 비율	62
표28	서울시 연령별 자살사망자수 변화추이	63
표29	OECD 국가의 주류소비량	64
표30	청소년 음주관련 지표	65
표31	시도별 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율	66
표32	알코올사용장애 일년유병률 및 추정환자 수	68
표33	평생음주자의 연간음주문제 상담경험률	68
표34	연도별 교통사고 현황	69

표35	지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률	70
표36	국외 정신건강캠페인 현황	74
표37	정신건강 문제의 전문가 상담경험률	76
표38	정신건강증진시설 유형별 재활프로그램 운영현황	99
표39	중증정신질환자 대비 등록관리율	100
표40	등록자의 연령별 분포	102
표41	등록자의 진단별 분포	102
표42	성별·연령별 북한이탈주민 입국현황(2018년 6월말 입국자기준/누계)	106
표43	지역별 거주현황(2018년 6월말 거주자 기준/누계)	108
표44	정신건강문제 대상별 유형별 심각도 인식	110
표45	외국인주민 비율 현황	111
표46	연도별 장애인등록 현황	115
표47	장애인 경제활동상태 추정(15세이상 인구, 전체인구 비교)	117
표48	장애유형별 장애인 취업자 수 및 고용률(15세 이상)	119
표49	장애인 취업자의 종사상 지위	120
표50	장애인 취업자의 현재 직장유형	120
표51	취업장애인의 평균 근무시간, 월평균 수입, 평균근속기간	121
표52	2016년 기초 정신건강심사(심판)위원회 현황	125
표53	지역사회 서비스별 수요 추계	126
표54	서울시 정신건강심사(심판)위원회 퇴원명령 후 재입원 관련 현황	127
표55	정신건강복지센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자 수	132

그림 1	보건복지예산대비 보건예산 점유비 변화추이	19
그림 2	연도별 서울시 정신건강증진예산 세출예산 현황	22
그림 3	연도별 서울시 의료급여 지출액	22
그림 4	연도별 병원유형별 정신병상 수 변화추이	25
그림 5	서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상 비율	26
그림 6	연도별 서울시 정신건강증진시설 증가추이	28
그림 7	WHO 소득에 따른 정신건강전문인력 구성현황	29
그림 8	연도별 우리나라 정신건강전문인력 변화추이	30
그림 9	인구 1인당 정신건강예산	34
그림10	자치구별 인구 1인당 정신건강예산	35
그림11	서울시 의료급여지출 예산	36
그림12	인구 10만 명당 거주서비스 정원	37
그림13	인구 10만 명당 재활서비스 정원	38
그림14	자치구별 재활서비스 및 정원 현황	39
그림15	인구 10만 명당 이용가능한 정신병상수	40
그림16	정신의료기관 유형별 정신병상 수 분포	41
그림17	인구 10만 명당 정신건강전문인력	42
그림18	지역사회 정신건강증진시설 및 정신의료기관 정신건강전문인력 분포현황	43
그림19	자치구별 정신건강전문인력 현황	44
그림20	주요진단별 정신질환 치료율	46
그림21	국가별 정신질환 미치료기간(DUP)	47
그림22	정신의료기관 재원기간 중앙값	50
그림23	조현병 환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원율	51
그림24	OECD 국가의 초과사망비 비교	51
그림25	정신의료기관별 재원기간(중앙값) 변화추이	52
그림26	시도별 정신의료기관 재원기간(중앙값) 분포	54
그림27	서울시 소재 정신의료기관 재원기간 분포비율	55
그림28	서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황	55
그림29	세계 연령표준화 자살률 MAP	57
그림30	시도별 자살생각률	58
그림31	연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이	59
그림32	연도별 자살원인	61
그림33	연도별 자살방법	61
그림34	시·도별 인구 10만명 당 연령표준화 자살률	62
그림35	연도별 서울시 사망자수 및 자살사망자수 변화추이	63

그림36	연도별 주류소비량(15세이상 인구 1인당)	65
그림37	시·군·구별 전체 연간음주자의 고위험 음주율 지리적 분포 추이	66
그림38	시·도별 성별 월간음주율	67
그림39	시·도별 성별 연간음주자의 고위험 음주율	67
그림40	연도별 우울증(F32~F33) 진료인원 및 진료비	71
그림41	연도별 우울장애 유병률 변화추이	72
그림42	연령별 우울증 진료 환자 수	72
그림43	시·도별 우울감 경험률	73
그림44	정신질환에 대한 인식 현황	75
그림45	정신질환군별 정신건강서비스 이용률 변화	76
그림46	정신건강 관련 문제 대처방법	77
그림47	정신건강 문제에 대하여 도움 받은 상담기관	78
그림48	정신건강복지센터 이용의향	78
그림49	서울시민의 전국정신의료기관 이용현황(실인원)	80
그림50	연령별 정신의료기관 이용현황	81
그림51	진단별 정신의료기관 이용현황	81
그림52	정신질환 진단별 유병률과 치료율	82
그림53	연도별 조현병 초과사망비	83
그림54	연도별 양극성 정동장애 초과사망비	84
그림55	서울시민 성별·연령대별 자살생각률	86
그림56	인구 10만명 당 자살사망률 변화추이	87
그림57	서울시 성·연령별 자살사망자 수	87
그림58	2017 자치구별 고위험 음주율	88
그림59	2017 자치구별 우울감 경험률	89
그림60	서울시 자치구별 스트레스 인지율	90
그림61	서울시민의 정신적 건강상태 인식	91
그림62	서울시민의 신체적 건강상태 인식	91
그림63	서울시민 정신건강문제 대처방법	92
그림64	우울증에 대한 긍정적인 인식도	93
그림65	정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도	94
그림66	서울시민의 정신건강증진서비스 인지율	95
그림67	증진 및 예방 프로그램	98
그림68	2016년 시도별 주간재활프로그램 운영 기관현황	99
그림69	2016년 시도별 주간재활프로그램 이용현황	100
그림70	중증정신질환자 대비 등록관리를	101

그림 목록

그림71	시도별 인구 1만명당 지역사회정신건강증진시설 등록자현황	103
그림72	서울시 지역사회 정신건강증진시설 유형별 등록현황	104
그림73	서울시 지역사회 정신건강증진시설 대상군별·진단별 등록현황	104
그림74	자치구별 정신건강증진시설 등록관리 대상자 비율	105
그림75	북한이탈주민 연도별 입국자 수	106
그림76	연령별 북한이탈주민 입국현황(2018년 6월 말 입국자기준/누계)	107
그림77	지역별 거주비율(2018년 6월말 거주자 기준/누계)	108
그림78	연도별 외국인 주민 변동 추이	109
그림79	정신건강문제 대상별유형별 심각도 인식	111
그림80	시도별 외국인 주민 비율	111
그림81	OECD 국가의 장애인 출현률(2017)	112
그림82	OECD 국가의 장애인 고용률(2017)	113
그림83	OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비	114
그림84	장애인 등록 변화추이	115
그림85	장애인 및 전체인구의 성별 경제활동참가율	117
그림86	장애유형별 경제활동지표	118
그림87	장애인 의무고용 현황	118
그림88	장애유형별 고용률	119
그림89	취업장애인의 임금수준	122
그림90	소비자참여도	123
그림91	지역사회 중증정신질환자 등록관리율	130
그림92	정신건강복지센터 등록정신질환자 자살사망자 현황	131
그림93	정신건강복지센터 등록정신질환자중 자살사망자의 진단별 현황	133
그림94	정신건강복지센터 등록정신질환자중 자살사망자의 자살수단 현황	133
그림95	자치구별 개별서비스계획 수립률	134
그림96	자치구별 중증정신질환자 지역사회 생활유지율	135
그림97	자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	136
그림98	북한이탈주민 정신건강문제유형	138
그림99	재외국민 진단분류	138
그림100	정신장애 등록 변화추이	139
그림101	등록정신질환자 취업률	141
그림102	취업자의 정신장애 등록여부	141
그림103	2014-2015년 서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도	143
그림104	기관별 소비자참여도	143
그림105	기초정신건강심사위원회 계속입원 심사의뢰 건	144
그림106	정신건강심사위원회 퇴원명령률	145

부록 목록

표1.	자치구별 정신건강자원(예산, 기관)	148
• 그림1-1	서울시 정신병상수	149
• 그림1-2	서울시 재활서비스 정원	149
표2.	자치구별 정신건강자원(인력)	150
• 그림2-1	서울시 정신건강 전문인력	151
• 그림2-2	서울시 지역사회 정신건강 전문인력	151
표3.	자치구별 정신질환자 등록현황	152
• 그림3-1	대상군별 지역사회 등록현황	153
• 그림3-2	기관유형별 지역사회 등록현황	153
표4.	자치구별 정신건강서비스	154
	(ISP수립, 지역사회생활유지, 등록회원의 장기재원)	
• 그림4-1	자치구별 중증정신질환 등록회원 현황	155
• 그림4-2	자치구별 지역사회 생활유지율, 장기재원 경험률	155
표5.	자치구별 정신장애 등록현황/자살사망현황	156
• 그림5-1	자치구별 정신장애 등록현황	157
• 그림5-2	자치구별 자살사망현황	157

정신건강지표분류

제 1 장 | 정신건강자원에 따른 지표

제 2 장 | 정신건강문제에 따른 지표

제 3 장 | 정신건강증진사업에 따른 지표

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

서울시 정신건강지표는 정신건강증진서비스를 7개의 영역으로 구분, 14개의 세부영역 특성에 따라 지표를 정의함.

표1_ 정신건강지표 분류

영역	세부영역	지표	1차	2차	3차	4차	5차
효과성	소비자 결과	삶의 질 향상률	◆	◆	◆	◆	
		지역사회 등록정신질환자 자살사망률	◆	◆	◆	◆	◆
		서울시민의 고위험 음주율	◆	◆	◆	◆	◆
		서울시민 스트레스 인지율		◆	◆	◆	◆
		서울시민 우울감 경험률		◆	◆	◆	◆
		지역사회 생활유지율	◆	◆	◆	◆	◆
효율성	예 산	지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	◆	◆	◆	◆	◆
		인구1인당 정신건강예산	◆	◆	◆	◆	◆
		의료급여정신질환자에 대한 연간지출	◆	◆	◆	◆	◆
		(지역사회 등록정신질환자)정신장애인 취업률	◆	◆			◆
		취업정신장애인 1인당 월평균 소득	◆				
		정신질환 초과사망비					◆
적절성	재원적절성	서울시립정신병원의 재원적절성	◆				
		서울시립요양시설의 재원적절성	◆				
	서비스 강도	인구10만 명당 정신건강전문인력	◆	◆	◆	◆	◆
		전문요원 1인당 사례관리 부담률	◆	◆	◆	◆	◆
		개별서비스계획 수립률	◆	◆	◆	◆	◆
		인구10만 명당 이용 가능한 정신병상 수	◆	◆	◆	◆	◆
접근성	입원서비스	서울시민의 서울시 정신의료기관 이용률	◆	◆	◆	◆	◆
		주요 진단별 정신질환 치료율	◆	◆	◆	◆	◆
		초발정신질환자 미치료기간(DUP)	◆				
		중증정신질환자 지역사회 등록관리율	◆	◆	◆	◆	◆
	의료서비스	정신장애인 등록률	◆	◆	◆	◆	◆
		인구10만 명당 재활서비스 정원	◆	◆	◆	◆	◆
연속성	지역서비스	인구10만 명당 거주서비스 정원	◆	◆	◆	◆	◆
		정신건강심사위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆	◆	◆	◆
		정신건강심사위원회 퇴원명령률	◆	◆	◆	◆	◆
		북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공건	◆	◆	◆	◆	◆
		우울증에 대한 긍정적 인지도	◆	◆	◆	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆	◆	◆	◆
반응성	취약계층	소비자 참여도	◆	◆	◆	◆	◆
		서울시민 정신건강서비스 인지율	◆	◆	◆	◆	◆
		서울시민 주관적 정신건강인식도					◆
		서울시민 자살생각률	◆	◆	◆	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆	◆	◆	◆
안정성	자 살						

제1장 | 정신건강자원에 따른 지표

제 1 절 | 정신건강예산

제 2 절 | 정신건강증진시설

제 3 절 | 정신건강인력

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

제 1 장 정신건강자원에 따른 지표

제 1 절 정신건강예산

1. 국외현황

- Mental Health Atlas 2017(WHO,2018)에 따르면, 소득수준에 따른 1인당 정신건강 지출액은 중하위권 국가는 1.53달러, 중상위권 국가 1.96달러, 고소득 국가 58.74달러로 소득수준에 따라 국가간 차이가 38배 이상 나타나고 있음.
- 우리나라 1인당 정신건강지출은 1,880달러로 다른 국가에 비해 매우 낮으며, 가장 높은 미국(9,146달러)와 4.9배 낮고, 가까운 일본보다 2.1배 낮은 수준임.

표2_ OECD 국가의 1인당 정신건강지출(2013)

(단위: US\$)

국가명	추정인구 1인당 정신건강지출액	국가명	추정인구 1인당 정신건강지출액
호주	6,110	한국	1,880
오스트리아	5,427	룩셈부르크	7,980
벨기에	5,093	멕시코	664
캐나다	-	네덜란드	6,145
체코	1,367	뉴질랜드	4,063
덴마크	6,270	노르웨이	9,715
핀란드	4,449	폴란드	895
프랑스	4,864	포르투갈	2,037
독일	5,006	슬로바키아	-
그리스	2,146	스페인	2,581
헝가리	1,056	스웨덴	5,680
아이슬란드	4,126	스위스	-
아일랜드	-	터키	-
이탈리아	*3,155	영국	3,589
일본	3,966	미국	9,146

출처: WHO(2015). Mental Health Atlas 2014

2. 국내현황

- 보건복지부의 보건복지예산은 2009년 이후 매년 증가추세이나 보건예산은 2015년을 기점으로 감소하고 있으며, 보건복지 예산 중 보건예산 비중은 2009년 이후 지속적으로 감소하고 있음.

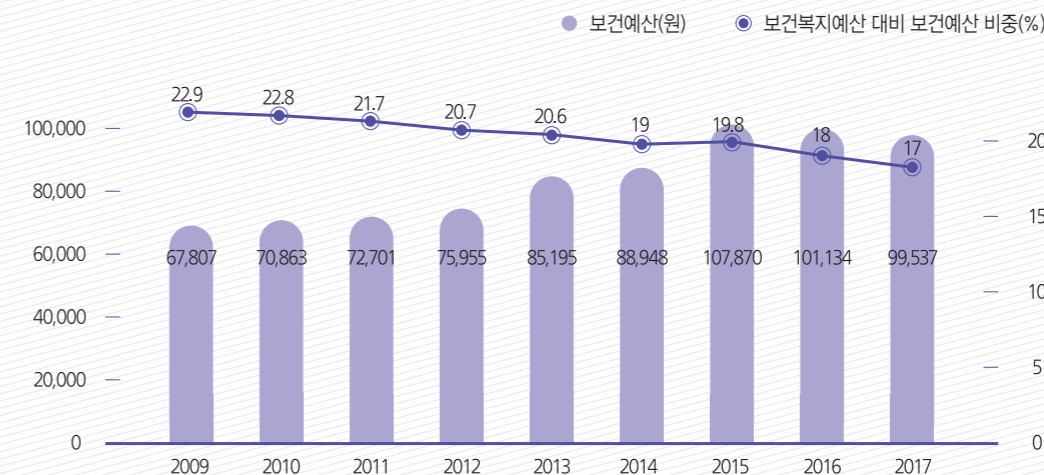
표3_ 연도별 복지예산 대비 보건예산 점유비

(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
2014	468,995	13.1	88,948	4.4	19.0
2015	545,946	16.4	107,870	21.3	19.8
2016	562,211	3.0	101,134	-6.2	18.0
2017	585,333	4.1	99,537	-1.6	17.0

출처: 보건복지부(2017). 2017 보건복지통계연보

그림1_ 보건복지예산 대비 보건예산 점유비 변화추이



- 중앙정부 정신보건예산은 '정신보건예산'과 '국민건강증진기금'으로 구성되며, 정신보건예산은 정신시설기능보강과 5개 국립병원 세출예산에, 국민건강증진기금은 정신질환관리비로, 정신질환 인식개선, 정신보건시설확충 등에 사용되고 있음.
- 2017년 국비로 책정된 보건예산은 약 10조 4,447억원으로 이 중 정신건강증진사업 예산으로 책정된 금액은 2.2%에 해당하는 약 2,334억원으로 2015년과 비율은 동일하나 예산액은 감소함.
- 국민건강증진기금의 경우 2015년 기준 '정신질환관리'라는 항목으로 약 508억원이 '정신질환 인식개선 및 정신의료기관 평가'와 '자살예방 및 지역정신보건사업'을 위해 배정되었으며 2015년 약 455억원 대비 약 11.6% 증가한 금액임.

제 1 장 정신건강자원에 따른 지표

표4_ 연도별 정신건강증진사업 결산액 (단위: 백만원)

사업별	2013	2014	2015	2016	2017	주요내역
보건예산	8,926,683	9,395,379	11,553,975	10,777,079	10,447,761	
보건예산합계	121,092	152,657	253,122	256,203	233,442	
정신질환관리	41,109	49,549	128,702	130,387	134,385	- 정신질환인식개선 - 정신보건시설확충 - 정신보건시설기능보강
정신건강센터	37,067	48,468	80,482	67,030	37,430	인건비, 기본경비, 운영비 등
국립나주병원	16,264	17,160	17,219	17,469	18,465	인건비, 기본경비, 운영비 등
국립부곡병원	13,210	13,539	14,023	15,503	16,410	인건비, 기본경비, 운영비 등
국립춘천병원	10,226	11,078	11,119	11,914	12,852	인건비, 기본경비, 운영비 등
국립공주병원	11,880	12,863	12,696	13,900	13,900	인건비, 기본경비, 운영비 등

출처 : 보건복지부(2017,2018). 2016,2017 세입세출결산보고서

- 2017년 전체 건강보험 진료비 약 69조 3,352억원 중 F코드로 진료 받은 진료비는 약 3조 5,307억원으로(실인원 2,802천명) 5.09%의 비중을 차지하고 있음. 정신 및 행동장애 진료비가 차지하는 비중은 2011년 이후 점점 높아지고 있으며, 이 중 66.4%는 입원비가 차지하고 있음.

표5_ 건강보험 진료비 중 F코드 진료비 비율 (단위: 백만원, %)

연도	전체 건강보험 진료비				F코드 진료비			
	총 진료비				계		입원	외래
	계	입원	외래	약국	총 진료비	구성비	총 진료비	총 진료비
2009	9,338,968	2,387,963	16,253,571	0,697,434	1,499,570	3.81	854,035	645,534
2011	6,237,905	5,436,474	8,704,537	2,096,895	1,444,139	3.12	901,658	542,480
2013	0,954,069	17,890,162	21,189,498	11,874,410	1,737,986	3.41	1,190,978	547,007
2015	7,954,649	0,716,960	4,153,293	3,084,396	2,146,530	3.70	1,477,533	668,976
2017	9,335,174	5,028,250	9,017,040	5,289,884	3,530,692	5.09	2,343,779	1,186,911

출처: 국민건강보험공단(2018). 2017 건강보험통계연보

- 2017년 전체 의료급여 진료비 약 7조 1,157억원 중 F코드로 진료 받은 진료비는 약 1조 2,959억원(실인원 약 413천명)으로 17.7%를 차지하고 있음. 2015년 대비 전체 의료급여 진료비 중 F코드 진료비 비중이 2.2% 감소함. F코드 진료비 중에는 입원비가 85.1% 차지하고 있음.

표6_ 의료급여 진료비 중 F코드 진료비 비율 (단위: 백만원, %)

연도	전체 의료급여 진료비				F코드 진료비			
	총 진료비				계		입원	외래
	계	입원	외래	약국	총진료비	구성비	총진료비	총진료비
2009	4,754,801	2,358,846	1,422,300	2,128,617	828,608	17.43	705,501	117,616
2011	5,142,306	2,641,146	1,495,765	1,005,396	985,617	19.17	844,183	134,006
2013	5,303,689	2,853,068	1,559,106	891,515	1,102,033	20.8	944,538	147,834
2015	5,982,270	3,223,625	1,785,439	973,207	1,193,305	19.9	1,014,365	164,891
2017	7,115,740	3,808,938	2,128,617	1,178,185	1,295,940	17.7	1,102,769	173,132

*F코드 진료비에서 계는 입원, 외래, 약국을 포함한 값임.

출처 : 국민건강보험공단(2018). 2017 의료급여통계연보

3. 서울시 현황

1) 서울시 정신건강증진 재정 현황

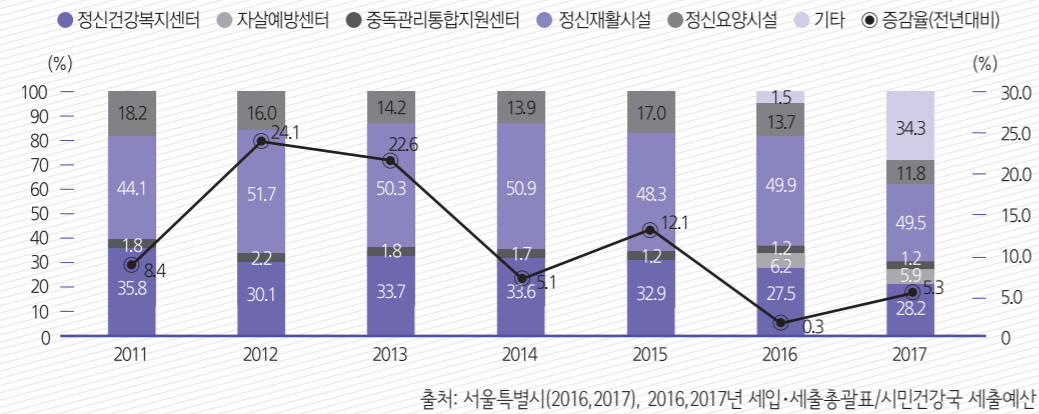
- 서울시의 정신건강증진 예산은 2017년도 기준 시민건강국 보건의료정책과의 ‘정신보건시설운영’ 단위로 편성되어있음.
- 서울시의 정신건강증진예산은 해마다 증가하고 있으며, 보건예산대비 정신건강증진예산 점유율 또한 상승하였으나 그 상승폭은 2014년을 기준으로 감소하고 있음.
- 2016년도부터는 서울자살예방센터가 서울시정신건강복지센터에서 분리되어 기관을 구분하여 명시함. 세출예산 편성 비율에 있어 정신재활시설(49.5%), 정신건강복지센터(28.2%), 정신요양시설(11.8%), 자살예방센터 (5.9%), 중독관리통합지원센터(1.2%)의 비율로 나타나고 있음.

표7_ 연도별 서울시 정신건강증진 예산현황 (단위: 백만원)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
①서울시에산 (전년대비%)	20,585,000 ▽3.2%	21,782,900 ▲5.8%	23,506,900 ▲7.9%	24,413,331 ▲3.9%	25,518,445 ▲4.5%	27,503,757 ▲7.8%	31,814,065 ▲15.7%
②보건예산 (전년대비%)	281,705 ▽8.3%	269,851 ▽4.2%	296,930 ▲10%	296,750 ▽0%	359,995 ▲21.3%	385,120 ▲7.0%	452,760 ▲17.6%
③정신건강증진 (전년대비%)	26,369 ▲8.4%	32,735 ▲24.1%	40,133 ▲22.6%	42,179 ▲5.1%	47,269 ▲12.1%	47,399 ▲0.3%	49,902 ▲5.3%
정신건강 복지센터	9,879 (35.8%)	9,850 (30.1%)	13,536 (33.7%)	14,164 (33.6%)	15,554 (32.9%)	13,038 (27.5%)	14,075 (28.2%)
자살예방센터						2,948 (6.2%)	2,922 (5.9%)
중독관리통합 지원센터	509(1.8%)	722(2.2%)	711(1.8%)	699(1.7%)	573(1.2%)	590(1.2%)	604(1.2%)
정신재활시설	12,152 (44.1%)	16,915 (51.7%)	20,188 (50.3%)	21,465 (50.9%)	22,826 (48.3%)	23,636 (49.9%)	24,684 (49.5%)
정신요양시설	5,029 (18.2%)	5,248 (16.0%)	5,698 (14.2%)	5,851 (13.9%)	8,018 (17.0%)	6,479 (13.7%)	5,905 (11.8%)
기타					298(0.6%)	708(1.5%)	1,712 (34.3%)
④ 점유비 (보건예산기준)	9.4%	12.1%	13.5%	14.2%	13.1%	12.3%	11%

출처: 서울특별시(2016,2017), 2016,2017년 세입세출총괄표/시민건강국 세출예산

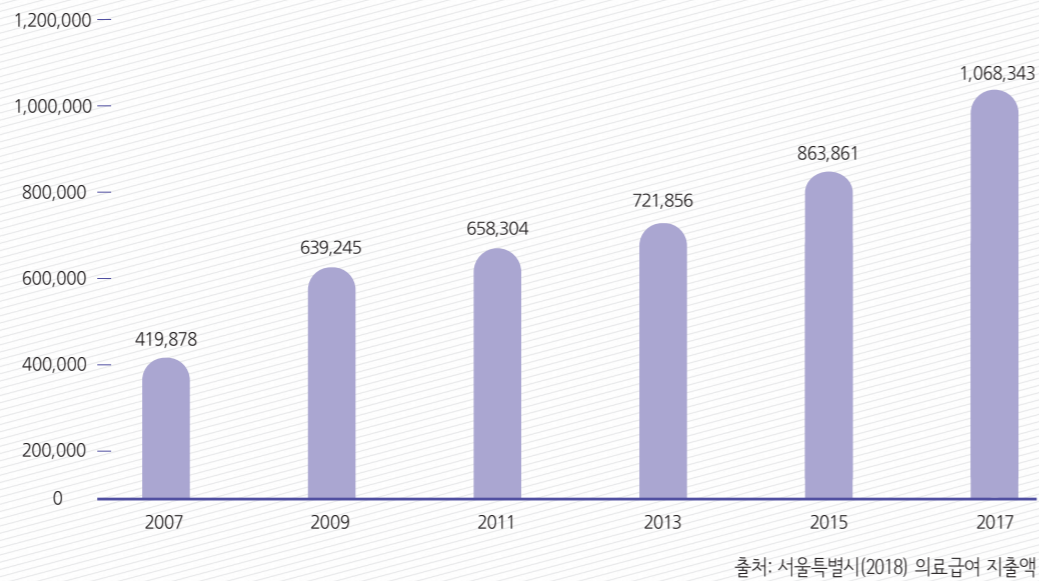
그림2_ 연도별 서울시정신건강증진예산 세출예산 현황



2) 서울시 의료급여 지출 현황

- 서울시 의료급여 지출예산은 매년 증가하고 있으며, 2017년 의료급여 지출총액은 1,068,343백만원으로 2015년 863,861백만원 대비 23.7% 증가함.
- 2017년 서울시 정신질환 의료급여지출총액은 129,970백만원으로 2015년(122,511백만원) 대비 6.1% 증가하였으며, 서울시 의료급여예산의 12.2%를 차지함.

그림3_ 연도별 서울시 의료급여 지출액



제 2 절 정신건강증진시설

1. 정신의료기관

1) 국외 현황

- Mental Health Atlas 2017에 의하면 WHO가입국의 성인 입원치료(정신병원, 일반병원의 정신과병동, 거주시설, 치료감호소 포함) 자료에 따라 인구 10만명당 16.4개의 정신병상을 보유하고 있으며, 국가간 수입이 높을수록 병상수가 많은 것으로 조사됨.
- 이 데이터에 따르면 WHO가입국의 인구 10만명 당 정신병원 병상수는 11.3병상인데, 고소득 국가의 탈원화 흐름에도 불구하고 인구 10만명 당 31.1개의 병상수를 보유하고 있음.
- 일반병원의 정신병상수는 2.0병상으로 나타났으며, 이 또한 국가별 소득수준에 따라 32배 이상 차이를 보이고 있음.
- OECD 국가 간 인구 천 명당 정신병상 수 분포를 살펴보면, 최소 0.1병상에서 최대 2.63병상으로 나타났으며, 우리나라는 1.25병상으로 36개국 중 5위를 차지하고 있음.

표8_ WHO 국가의 정신병상 수

(단위 : Median rate per 100,000 population)

WHO Regions	일반병원	정신병원
아프리카 지역	0.6	2.0
아메리카 지역	1.7	16.7
동부지중해 지역	0.4	4.0
유럽지역	12.3	34.2
동남아시아 지역	0.8	2.1
서태평양 지역	4.2	14.8

출처: WHO(2018). Mental Health Atlas 2017

표9_ OECD 국가의 정신병상 수

국가명	per 1,000 inhabitants(해당년도)	국가명	per 1,000 inhabitants(해당년도)
호주	0.41(2015)	네덜란드	0.97(2016)
오스트리아	0.61(2016)	뉴질랜드	0.3(2017)
벨기에	1.37(2017)	노르웨이	1.11(2016)
캐나다	0.34(2017)	폴란드	0.66(2016)
체코	0.98(2016)	포르투갈	0.64(2016)
덴마크	0.41(2017)	슬로바키아	0.81(2016)
핀란드	0.58(2016)	스페인	0.36(2016)
프랑스	0.86(2016)	스웨덴	0.43(2016)
독일	1.28(2016)	스위스	0.9(2016)
그리스	0.71(2016)	터키	0.05(2016)
헝가리	0.9(2016)	영국	0.4(2016)
아이슬란드	0.38(2017)	미국	0.21(2015)
아일랜드	0.35(2015)	칠레	0.1(2016)
이탈리아	0.09(2015)	에스토니아	0.54(2016)
일본	2.63(2016)	이스라엘	0.41(2017)
한국	1.25(2016)	슬로베니아	0.66(2016)
룩셈부르크	0.76(2017)	라트비아	1.28(2016)
멕시코	0.03(2016)	리투아니아	1.01(2016)

출처: OECD(2018). OECD Health Statistics database

제 1 장 정신건강자원에 따른 지표

2) 국내 현황

- 전국 정신의료기관 및 정신요양시설 병상 및 정원은 2012년까지 지속적으로 증가하였으며, 이후 2012년에 서 2013년도에 1.5% 감소하였고, 2016년에는 2015년 대비 약 0.6% 감소함. 2016년 말 기준 우리나라 인구 1,000명당 정신병상수는 약 1.61병상이며 전년 대비 0.01병상 감소함.
- 2016년 정신요양시설을 제외한 정신의료기관 병상수는 83,405병상이며, 전년도 83,696병상에 비해 0.3% 가 량 감소하였음. 이 중 사립정신병원이 50.4%로 절반이상의 비율을 차지하고 있으며, 그 다음으로 병원정신과 (29.6%), 종합병원정신과(6.8%)를 차지함.
- 정신요양시설을 제외한 정신의료기관 특성을 살펴보면, 공공성의 역할을 담당하고 있는 국공립 병원은 1990년 대 이후부터 지속적 감소추세를 보여 현재 8.2% 수준인 반면, 사립정신병원과 같은 민간병원은 2011년을 기점 으로 감소추세이긴 하나 여전히 절반 이상의 비율(50.4%)을 유지하는 상태임.
- 2016년 정신건강증진시설 수는 총 2,214개로 전년대비 약 3.3% 기관수가 증가함. 이 중 정신의료기관이 68.4%를 차지하고 있음. 전년대비 광역정신건강복지센터 1개소, 정신재활시설 3개소, 기초정신건강복지센터 가 1개소 증가한 반면, 기본형정신건강복지사업은 1개소 감소함.

표10_ 연도별 정신건강증진시설 기관수 및 병상 현황 (단위: 개소, 병상, %)

구분	전국		서울시	
	기관수	병상수(구성비)	기관수	병상수(구성비)
2010년 합계	1,760	89,559	427	7,773
2011년 합계	1,810	93,932	428	7,659
2012년 합계	1,854	98,428	428	8,154
2013년 합계	1,967	96,965	474	6,166
2014년 합계	2,031	97,415	487	6,730
2015년 합계	2,144	97,526	516	6,403
2016년 합계	2,214	96,924(100)	529	6,070(100)
정신 의료 기관	소계	1,515	83,405(86.0)	5,340(87.9)
	국립	6	3,026(3.1)	236(3.9)
	공립	12	3,821(3.9)	281(4.6)
	사립	164	42,021(43.4)	2,359(38.9)
	종합병원정신과	197	5,644(5.8)	840(13.8)
	병원정신과	140	24,683(25.5)	706(11.6)
	정신과의원	996	4,210(4.3)	918(15.1)
정신요양시설	59	13,519(13.9)	3	730(12.0)
정신재활시설	336	-	116	-
광역정신건강복지센터	16	-	1	-
기초정신건강복지센터	210	-	25	-
기본형정신건강증진사업	28	-	0	-
중독관리통합지원센터	50	-	4	-

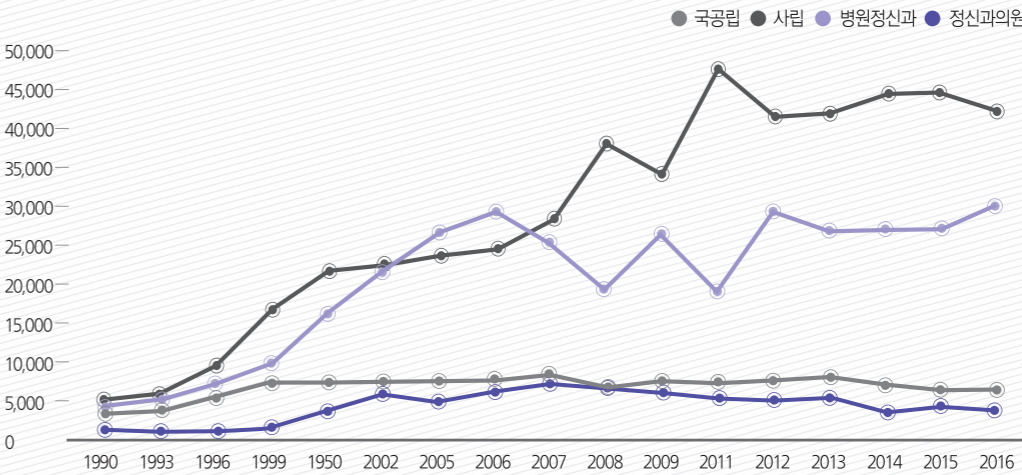
* 2013년부터 보건소의 기본형 정신건강증진사업을 기관수에 추가함.
출처 : 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

표11_ 의료기관 유형에 따른 연도별 정신병상 수 현황 (단위: 병상)

구분	연 도																
	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
국공립	3,708 (26%)	4,284 (25%)	5,570 (23%)	7,611 (21%)	7,805 (16%)	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%)	7,351 (9%)	7,067 (8%)	6,847 (8%)
사립	4,964 (35%)	5,763 (34%)	9,360 (39%)	16,908 (46%)	21,880 (44%)	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%)	44,134 (53%)	44,433 (53%)	42,021 (50%)
(종합)병원 정신과	4,219 (30%)	5,488 (33%)	7,754 (32%)	10,391 (28%)	16,188 (32%)	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%)	27,338 (33%)	27,484 (33%)	30,327 (36%)
정신과 의원	1,218 (9%)	1,384 (8%)	1,492 (6%)	1,927 (5%)	3,995 (8%)	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%)	4,239 (6%)	4,712 (6%)	4,210 (5%)

*2007년부터 정신재활시설은 정신병상(정원) 수 추계에서 제외함.
출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

그림4_ 연도별 병원유형별 정신병상 수 변화추이 (단위: 병상)



출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

3) 서울시 현황

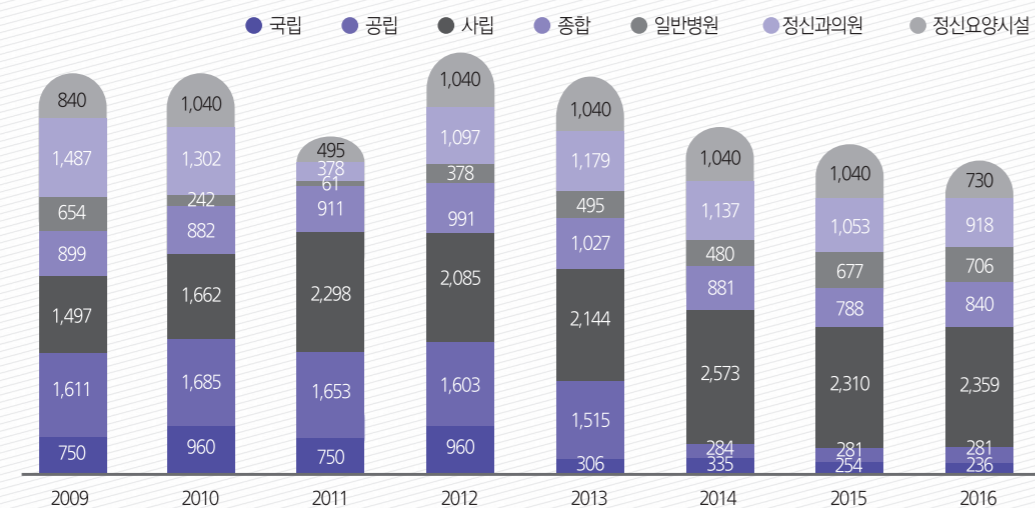
- 2016년 서울시의 정신병상 수는 총 6,070병상(서울시비 지원의 정신요양시설 포함, 서울 외 공립병원미포함)으로 전년대비 333병상이 감소함. 서울시의 정신병상수는 전국 정신의료기관 정신병상 수의 약 6.3%를 차지하고 있음.
- 국립병원의 정신병상수는 2007년 이후 지속적으로 감소하였고 2016년 236병상으로 전년대비 7.6% 감소함. 사립병원 병상수는 지속적인 증가추세를 보이다가 2014년 기점으로 소폭감소함. 병원 정신과의 병상수도 감소하다가 다시 증가추세에 있음.

표12_연도별 서울시 정신병상 수 현황 (단위: 병상)

연도	계	국립	공립	사립	종합	병원정신과	정신과의원	정신요양시설
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
2014	6,730	335	284	2,573	881	480	1,137	1,040
2015	6,403	254	281	2,310	788	677	1,053	1,040
2016	6,070	236	281	2,359	840	706	918	730

* 2014년부터 기준변경. 공립: 서울시 소재 정신병상 포함 / 정신요양시설: 서울시 소재 및 경기도 소재 서울시 관할기관 포함
출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

그림5_서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상 비율 (단위: 병상)



출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

2. 지역사회 정신건강증진시설

1) 국외 현황

- Meantal Health Atlas 2017(WHO)에 의하면, 지역기반 거주서비스 정원은 고소득 국가에서는 인구 10만명 당 23.3명, 유럽지역의 경우 42.4명으로 나타남. 2014년 기준으로 거주서비스 정원은 아이슬란드가 155.19명, 핀란드 142.08명, 네덜란드 78.7명, 호주 54.92명으로 기록되었고, 우리나라는 4.73명에 불과함.

2) 국내 현황

- 1995년 정신보건법 제정 이후 국가정신건강 정책의 흐름이 정신질환자의 지역사회 관리로 전환되기 시작하였고, 지역사회 정신건강증진시설 또한 빠른 속도로 확대되었음.
- 지역사회 기반의 정신건강증진 서비스를 위해서는 실질적으로 장기입원 환자들의 탈원화를 위한 인프라의 구축이 확대되어야 하지만, 그 종류는 제한적인 상황임.
- 2016년 기준 전국 인구 10만명 당 정신재활시설 정원이 13.6명으로, 전인구의 1%로 추계할 수 있는 중증정신질환자가 이용하기에 그 수가 턱무니없이 부족한 상황임.
- 2017년 기준 광역형 정신건강복지센터가 16개소, 기초정신건강복지센터 227개소, 중독관리통합지원센터 50개소가 설치·운영되고 있으나 수도권에 집중되어 있음.

표13_연도별 지역사회 정신건강증진시설의 현황 (단위 : 개소, %)

구분	정신건강복지센터		정신재활시설		중독관리통합지원센터		계	
	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)
1998이전	3	-	2	-	-	-	5	-
1998	7	133	12	500	-	-	19	280
1999	17	143	21	75	-	-	38	100
2000	46	171	49	133	4	-	99	160.5
2001	46	0	66	34.7	9	125	121	22.2
2002	50	8.7	89	34.8	14	55.6	153	26.4
2003	50	0	97	9	16	14.3	163	6.5
2004	52	4	115	18.6	17	6.3	184	12.9
2005	62	19.2	138	20	20	17.6	220	19.6
2006	73	17.7	151	9.4	26	30	250	13.6
2007	97	32.9	171	13.2	30	15.4	298	16.1
2008	153	57.7	211	23.4	34	13.3	398	33.6
2009	155	1.3	225	6.6	35	2.9	415	4.3
2010	157	1.3	230	2.2	41	17.1	428	3.1
2011	160	1.9	275	19.6	43	4.9	478	11.7
2012	173	8.1	295	7.3	47	9.3	515	7.7
2013	189	9.2	322	9.2	50	6.4	561	8.9
2014	200	5.8	308	-4.3	50	0	558	-0.5
2015	224	12	333	8.1	50	0	607	8.8
2016	226	0.9	336	0.9	50	0	612	0.8
2017	243	7.5	341	1.5	50	0	634	3.6

출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서 / 보건복지부(2018). 2018 정신건강사업안내

3) 서울시 현황

- 서울시의 지역사회 정신건강증진시설은 2005년 ‘서울정신건강2020프로젝트’ 이후 설치가 가속화 되었으며, 2017년 기준 142개소로 2015년 140개소 대비 1.4% 증가, 2005년 44개소 대비 2.2배 이상 증가함.
- 기초 정신건강복지센터는 2010년 이후 25개구 전역에 설치되었으며 이를 통해 자치구 중심의 포괄적 서비스를 제공할 수 있는 기반이 마련되었음. 정신재활시설은 108개소, 중독관리통합지원센터는 4개소로 2015년과 동일한 수준임.
- 서울정신건강 2020 프로젝트에서 조사한 필요 시설수와 추정수요에 따르면 주거서비스에 대한 잠재적 수요자는 1,322명으로 129개소가 필요하다고 하였음. 2017년 주거서비스 제공시설로는 서울시 공동생활가정 56개소, 지역사회전환시설이 4개소, 중독자재활시설이 3개소 운영되고 있음. 총 서울시 주거서비스 정원은 586명이며, 이는 추정수요의 약 44.3% 수준으로 나타나고 있음.

표14_ 연도별 서울시 정신건강증진시설 변화추이

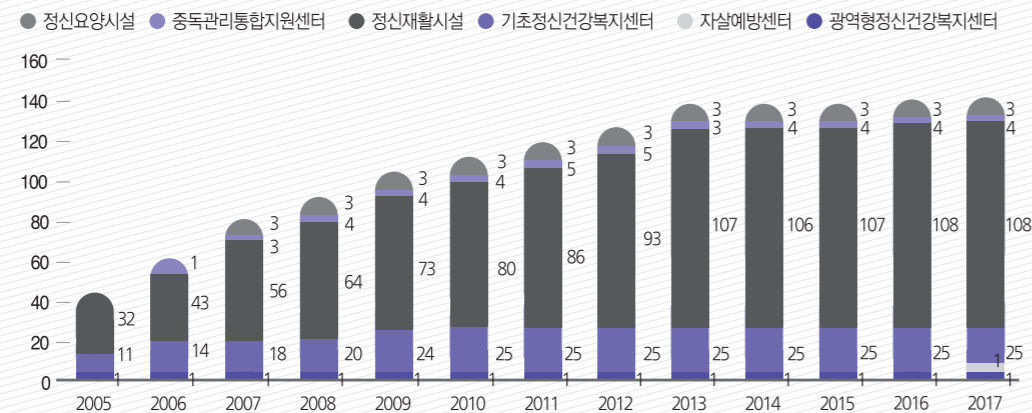
(단위 : 개소, %)

구분	광역 정신건강 복지센터		자살예방센터		기초 정신건강 복지센터		정신재활시설		중독관리 통합지원센터		정신요양시설		계	
연도	기관수	증감(%)	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
2014	1	0	-	-	25	0	106	-0.9	4	33.3	3	0	139	0
2015	1	0	-	-	25	0	107	0.9	4	0	3	0	140	0.7
2016	1	0	-	-	25	0	108	0.9	4	0	3	0	141	0.7
2017	1	0	1	-	25	0	108	0	4	0	3	0	142	0.7

출처: 서울시정신건강복지센터(2016,2017) 서울시정신건강증진시설 현황조사

그림6_ 연도별 서울시 정신건강증진시설 증가추이

(단위: 개소)



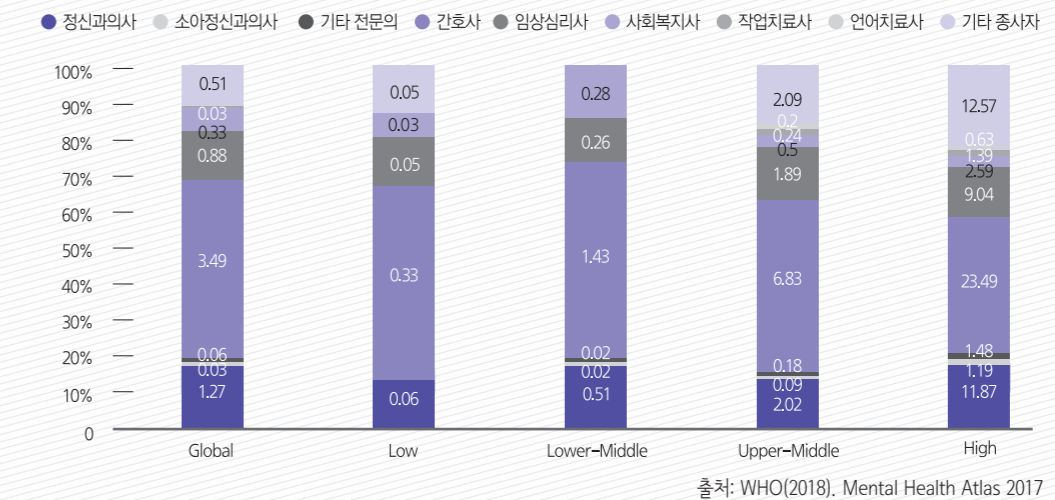
출처: 서울시정신건강복지센터(2016,2017) 서울시정신건강증진시설 현황조사

제 3 절 정신건강인력

1. 국외 현황

- 정신보건영역에서 전문화된 인적 자원의 확보가 중요한 이유는 정신장애인의 전인적인 치료와 재활, 사회통합을 이루기 위해서는 전문화된 양질의 서비스가 필요하기 때문임.
- 국가 소득과 정신건강 전문인력의 관계를 살펴보면, 인구 10만 명 당 정신건강전문인력은 소득이 높은 국가(71.7명)에서 많고, 소득이 낮은 국가(1.6명)일수록 적은 정비례 관계가 나타나고 있음. 우리나라는 소득 상위권에 속하고 있으나, 전문 인력 수는 상위권 국가에 비하여 현저하게 부족한 상황이며, WHO국가 중앙값은 이러한 편차로 인해 9명으로 나타남.
- 인력구성비를 살펴보면, 대부분 소득과 상관없이 안정적인 모습을 보이며, 미국과 아프리카 지역에서는 예외적으로 심리학자 및 정신과의사/의사의 비율이 간호사 보다 더 높음.

그림7_ WHO 소득에 따른 정신건강 전문인력 구성현황



출처: WHO(2018). Mental Health Atlas 2017

2. 국내현황

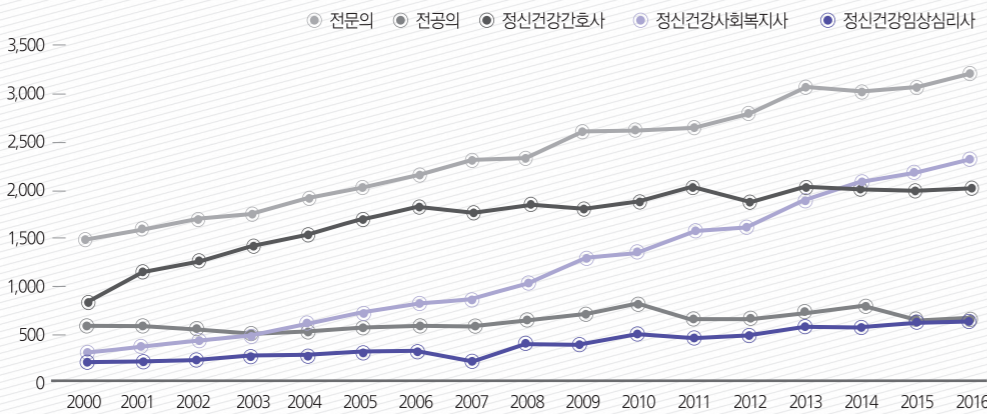
- 2016년 정신건강 전문인력은 8,550명으로 전년대비 약 3.0% 증가하였고, 그 중 정신건강사회복지사의 증가폭이 6.7%로 가장 높음. 인구10만 명당 정신건강전문인력이 17.3명으로 나타남.
- 인력의 비중은 정신과전문의(36.6%), 정신건강사회복지사(26.5%), 정신건강간호사(23.2%), 정신건강임상심리사(6.9%), 전공의(6.8%) 순으로 나타남.
- 2000년부터 2016년까지 정신건강 전문인력 수의 변화추이를 보면 약 2.7배 증가하였고, 가장 많이 증가한 직종은 정신건강사회복지사로 약 8.3배 증가함.

표15_ 우리나라 정신건강 전문인력 현황 변화추이 (단위: 명, %)

구분	계	전문의	전공의	정신건강전문요원		
				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%)
2014	8,225	2,960(36%)	692(8.4%)	1,985(24.1%)	2,022(24.6%)	566(6.9%)
2015	8,298	3,005(36.2%)	607(7.3%)	1,967(23.7%)	2,123(25.6%)	596(7.2%)
2016	8,550	3,127(36.6%)	584(6.8%)	1,982(23.2%)	2,266(26.5%)	591(6.9%)

출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

그림8_ 연도별 우리나라 정신건강 전문인력 변화추이 (단위: 명)



출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

3. 서울시 현황

- 정신의료기관을 포함한 서울시의 2017년 정신건강 전문인력은 전년대비 9.9%p 증가함. 전공의를 제외하고 전 영역에서 증가함.

표16_ 서울시 정신건강 전문인력 현황 (단위: 명, %)

구분	전문의	전공의	정신건강전문요원			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
2014	651	246	407	479	130	1,913	5.3
2015	655	240	354	502	135	1,886	-1.4
2016	696	233	346	468	129	1,872	-0.7
2017	732	216	438	508	163	2,057	9.9

출처: 서울시정신건강복지센터(2018). 서울시정신건강증진시설 현황조사, 서울시정신의료기관 현황조사

Indicator

Indicator 1. 인구 1인당 정신건강예산

Indicator 2. 의료급여 정신질환자에 대한 연간지출

Indicator 3. 인구 10만 명당 거주서비스 정원

Indicator 4. 인구 10만 명당 재활서비스 정원

Indicator 5. 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수

Indicator 6. 인구 10만 명당 정신건강전문인력

Indicator 1

인구 1인당 정신건강예산

Level
■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과
■ Input □ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

정신건강증진에 대한 사회적 요구를 반영한 포괄적이고 다양한 정신건강증진 서비스를 제공하기 위해서는 시스템, 인프라 등의 전반적 자원구축에 필요한 적정한 예산확보가 중요함.

지표설명

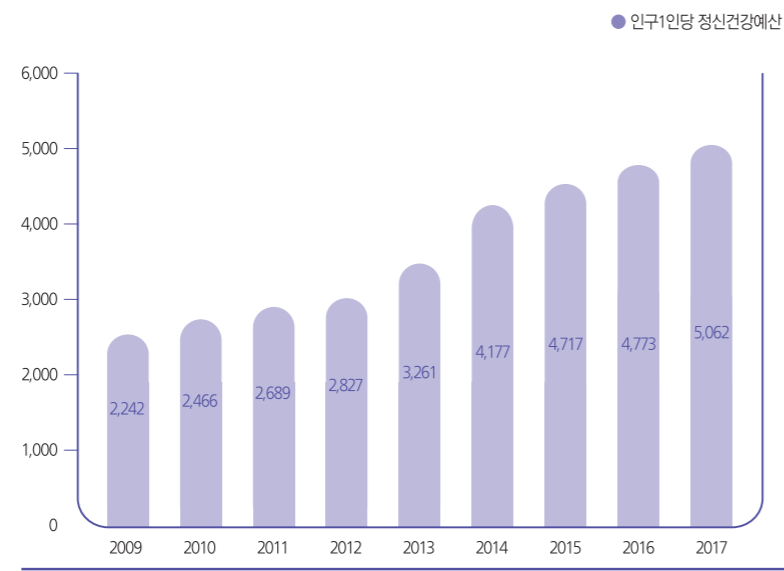
- 적정 예산 확보 정도
- 서울시 정신건강예산은 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 정신재활시설, 정신요양시설을 포함하고 있음.
- 정신건강예산을 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 정신건강 예산액
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2017. 12. 31)

서울시

- 2017년 서울시 정신건강예산은 서울시 시민건강국 세입세출예산서 기준 49,902백만원으로, 2015년 47,269백만원에서 5.8% 증가함.
- 서울시 인구1인당 정신건강예산은 2017년 5,062원으로 2015년 4,717원 대비 7.3% 증가함.

그림9_ 인구1인당 정신건강예산

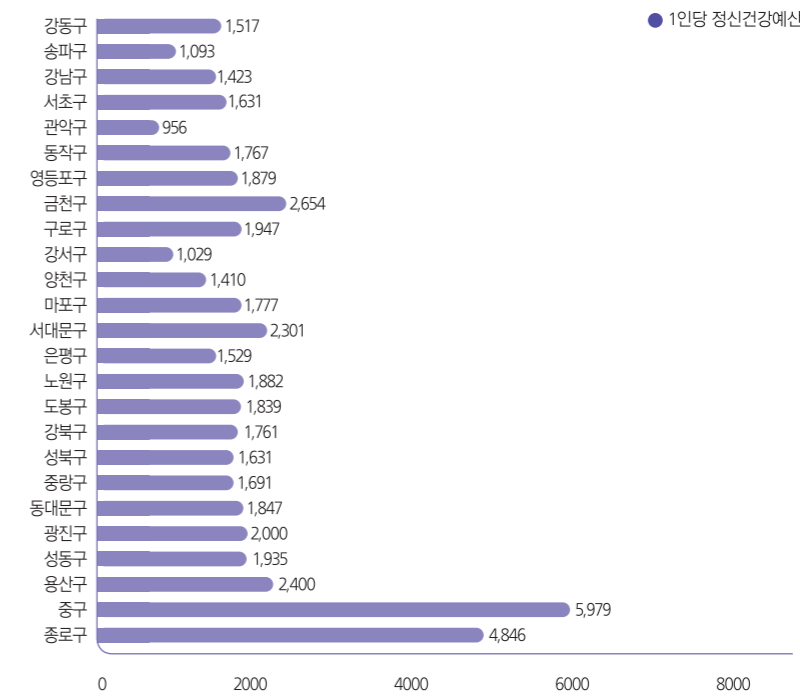


자치구

- 자치구 1인당 정신건강예산은 각 25개 해당 자치구민 대상으로 서비스를 제공하고 있는 정신건강복지센터의 세입예산을 중심으로 산출됨. (서울시정신건강복지센터, 정신재활시설, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, 보건소 제외)

그림10_ 자치구별 인구 1인당 정신건강예산

(단위 :천원)



향후전망

국민 4명 중 1명이 전생애에 걸쳐 한번이상 정신건강문제를 경험하고 있으며 정신건강에 대한 관심 또한 높아지고 있음. 정신질환에 대한 긍정적인 인식도 증가와 더불어 서울시 1인당 정신건강예산도 증가하고 있으나 장기적으로 정신질환에 대한 편견해소와 시민들의 정신건강을 위한 예산확보가 지속적으로 필요하며 이를 위한 재정지원체계가 마련되어야 함.

자료원

2017 서울시 세입·세출 예산서(서울특별시), 2017 서울시정신건강증진시설 현황조사(서울시 정신건강복지센터)

Indicator 2

의료급여 정신질환자에 대한 연간지출

Level
■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과
■ Input □ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

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

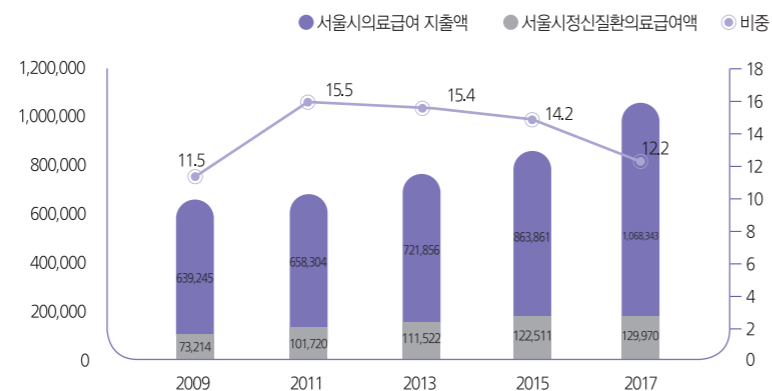
지표설명

- 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 2015년 14.2%에서 2017년 12.2%로 2.0%p 감소함.
 - ☞ 서울시 의료급여 지출총액은 1,068,343백만원으로 2015년 863,861백만원 대비 23.7%p 증가.
 - ☞ 정신질환(F코드)으로 지출된 급여비는 129,970백만원으로 2015년 122,511백만원 대비 6.1%p 증가
- 전국 의료급여 가입자의 정신질환 급여비는 1,295,940백만원이며, 이중 서울시는 약 10%를 차지하고 있는 것으로 나타남.

그림11_ 서울시 의료급여지출 예산 (단위: 백만원)



향후전망

서울시의 의료급여 지출액은 증가하는 반면, 정신질환으로 지출된 비중은 2011년부터 감소추세임. 의료급여 지출 중 정신질환에 대한 지출은 대부분 장기재원의 문제와 결부되어 있음. 따라서 재정효율성 증대와 더불어 인권 친화적 환경 조성을 위하여 정신의료기관과 지역사회를 아우르는 포괄적인 서비스 전달체계를 구축할 필요가 있음.

자료원

2017년 의료급여 통계연보(국민건강보험공단), 서울시 의료급여 지출액(서울특별시)

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 거주서비스 시설 공급이 필요함.

지표설명

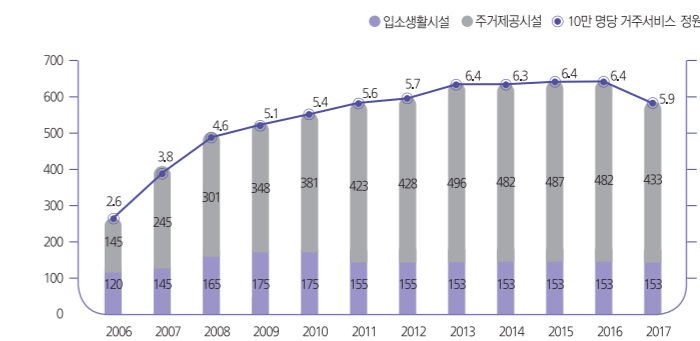
- 서울시의 거주서비스는 지역사회전환시설, 중독자재활시설과 공동생활가정을 의미함.
- 정원의 기준은 서울시 정신건강증진시설 현황조사 데이터를 근거로 산출함.
- 전체 거주서비스 정원을 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 거주서비스 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2017. 12. 31)

지표해석

- 2017년 서울시 거주서비스 제공시설은 지역사회 전환시설 4개소, 중독자재활시설 3개소, 공동생활가정 56개소로 총 63개소이며, 정원은 586명으로 2015년의 640명 대비 54명(8.4%p) 감소함.
- 인구 10만 명당 거주서비스 정원은 5.9명으로 2013년, 2015년, 2016년 6.4명으로 최대치를 보이다가 감소추세임.

그림12_ 인구 10만 명당 거주서비스 정원 (단위: 명)



향후전망

2005년 이후 서울시 거주서비스 정원은 꾸준히 증가하였으나 최근에는 증감을 반복하며 정체를 보이고 있음. 2017년 연말 기준 서울시 거주서비스 제공시설의 실제 입소 현황을 보면, 지역사회 전환시설은 정원의 106%, 중독자재활시설은 75.5%, 공동생활가정은 90.1%가 입소 해 있음. 입소 대상의 특성, 기능, 욕구를 고려한 적합하고 다양한 형태의 시설 확보가 필요하며, 또 다른 시설화가 되지 않기 위해 퇴소 이후 자립을 위한 기반 마련 및 서비스 질 향상을 위한 평가지표 개발이 필요함.

자료원

2017 서울시정신건강증진시설 현황조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 4

인구 10만 명당 재활서비스 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 필요함.

지표설명

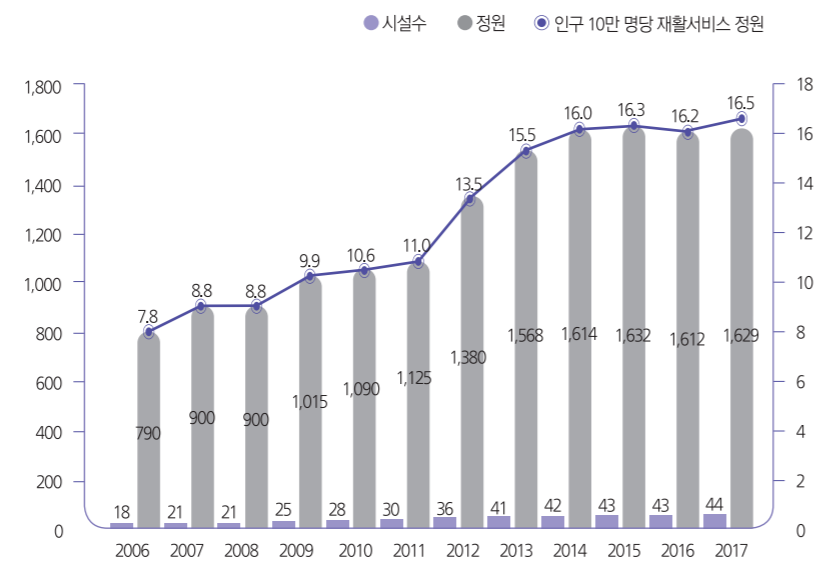
- 이 지표에서의 재활서비스는 재활훈련시설의 주간재활시설, 직업재활시설, 아동청소년 정신건강지원시설, 종합시설을 포함함.
- 정원의 기준은 서울시정신건강증진시설 현황조사 데이터를 근거로 산출함.
- 정원을 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 재활서비스 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2017. 12. 31)

지표해석

- 재활서비스 제공기관은 총 44개소, 정원은 1,629명으로 2015년 대비 시설수는 1개소 증가, 정원은 3명 감소함.
- 인구 10만 명당 재활서비스 정원은 16.5명으로 2015년의 16.3명 대비 0.2명 증가함.
- 재활서비스 제공기관 44개소 중 주간재활시설은 26개소(59.1%), 직업재활시설은 7개소(15.6%), 아동청소년정신건강지원시설은 10개소(22.2%), 종합시설 1개소(2.2%)임.

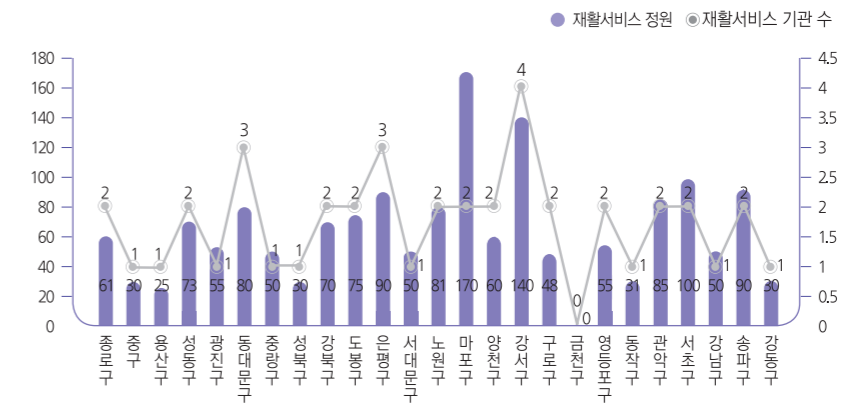
그림13_ 인구 10만 명당 재활서비스 정원 (단위: 명, 개)



자치구

- 구별 재활서비스 제공기관 분포를 조사한 결과 강서구가 4개소로 시설수가 가장 많고, 금천구에는 2016년도 금천구아이존 폐쇄 이후 시설이 미설치됨. 구로구는 2015년 대비 1개소 증가하였음.

그림14_ 자치구별 재활서비스 및 정원 현황 (단위: 명, 개)



향후전망

2017년 서울 내 재활서비스 제공기관은 총 44개소로 2006년 18개소에 비하면 2.4배 이상 증가하였으며 점차 시설 증가폭이 감소하고 있음.

서울시 중증정신질환자를 인구의 1%로 추산하였을 때(98,574명) 약 1.65%정도만 서비스 이용이 가능한 상황이며 시설 확충과 더불어 서비스의 효율적 제공과 소비자 선택권 강화를 위한 다양한 형태의 정신재활시설이 필요함.

자료원

2017 서울시정신건강증진시설 현황조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 5

인구 10만 명당 이용가능한 정신병상수

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 병상확보가 필요함.

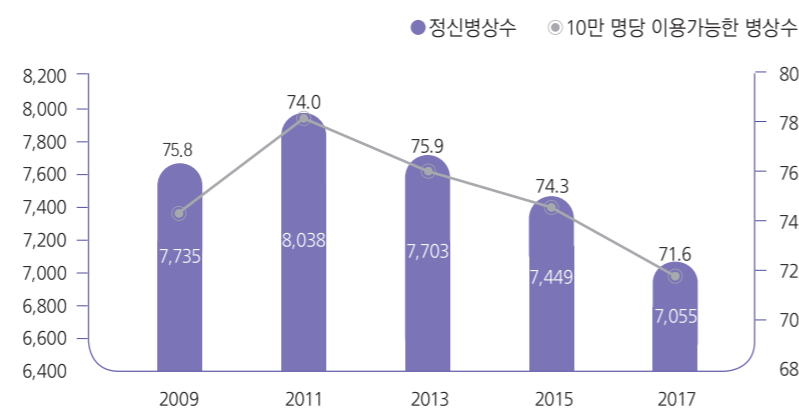
지표설명

- 정신질환자가 이용할 수 있는 정신병상수 확보 정도
- 2017년 12월 31일 기준의 서울시 정신의료기관 정신병상수
- 정신병상수를 해당연도의 서울시 주민등록인구수로 나눈 수치

지표해석

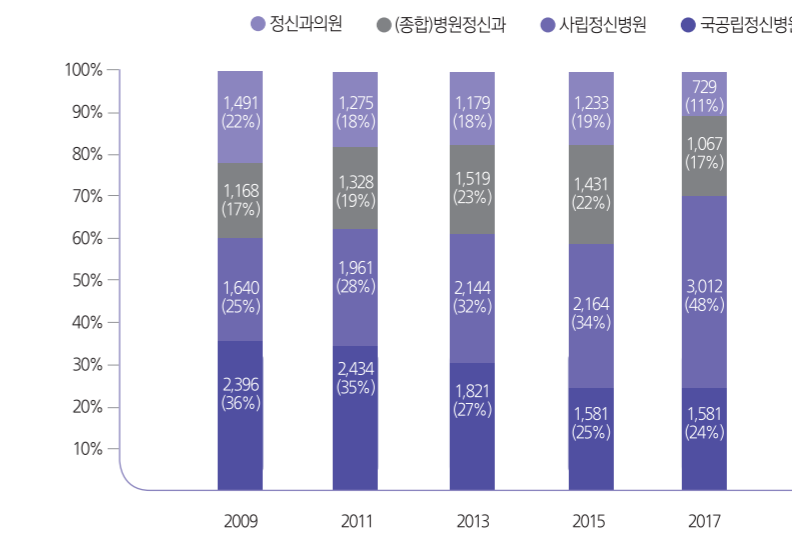
- 분자 : 서울시 정신의료기관 병상 수 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2017. 12. 31)
- 2017년 서울시 지원 시립정신병원 및 정신요양시설을 포함한 정신의료기관 수는 총 389개소, 정신병상 수 7,055병상으로 2015년도 370개소, 7,449병상 대비 의료기관 수는 19개소 증가하였으나, 병상 수는 394병상 감소함.
- 2017년도 인구 10만명 당 이용 가능한 정신병상 수는 71.6병상으로 2015년 74.3병상 대비 2.7병상 감소함.
- 서울시립정신요양시설 3개소를 제외한 정신병상 수는 6,325병상으로 2015년 6,409병상 대비 84병상 감소함.
- 서울시 소재 정신의료기관(정신요양시설 포함) 정신병상 수는 5,479병상으로 인구 10만 명당 이용 가능한 정신병상 수는 55.6병상임.

그림15_ 인구10만 명당 이용가능한 정신병상수 (단위: 병상)



- 정신병상수의 상대적 구성비 변화추이를 보면 2013년 이후로 사립정신병원의 병상 수 비율이 가장 높으며, 사립정신병원과 (종합)병원 정신과의 병상 수는 상대적으로 증가추세인 반면, 국공립정신병원과 정신과의원의 경우 지속적으로 감소하고 있음.

그림16_ 정신의료기관 유형별 정신병상수 분포 (단위: 병상, %)



향후전망

WHO 가입국의 인구 10만명 당 정신병원 병상 수는 11.3병상인데, 탈원화 흐름에도 불구하고 고소득국가에서는 인구 10만명 당 평균 31.1개의 병상수를 보유하고 있음. 재원기간은 82% 이상이 1년 이내 퇴원하는 것으로 조사됨.

우리나라는 정신건강종합대책을 통해 의료급여 체계 개선을 통한 불필요한 입원을 제한하겠다고 발표함. 정신병상 수는 증감을 반복하고 있으며, 적절 수준의 입원서비스를 제공하기 위해 공공 정신병상의 적정규모를 추계하고, 점차적으로 사립병원 병상수를 감소시키려는 노력이 필요함.

자료원

2017 서울시 정신의료기관 현황조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 6

인구 10만 명당 정신건강전문인력

Level
■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과
■ Input □ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

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

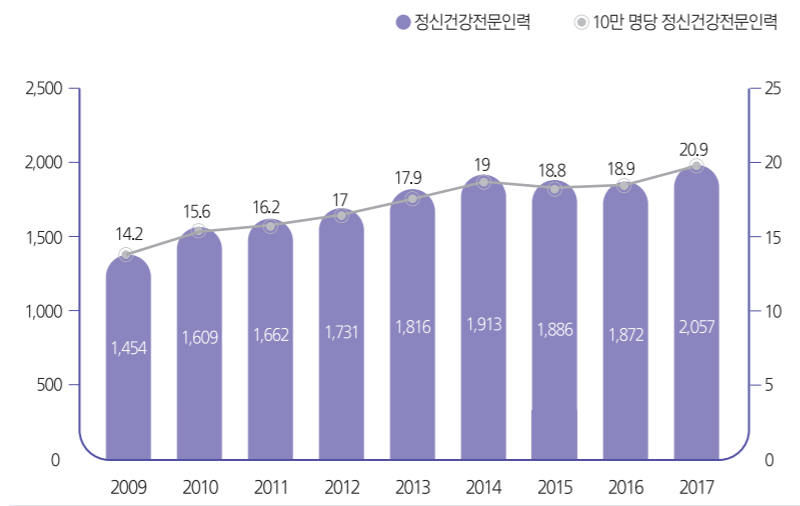
지표설명

- 정신건강전문인력의 확보 정도
- 정신건강전문인력 수를 해당연도의 서울시 주민등록인구수(외국인제외)로 나눈 수치
 - 분자 : 서울시 정신건강증진시설 정신건강전문인력 수 × 100,000
 - 분모 : 서울시 주민등록인구(2017. 12. 31)

지표해석

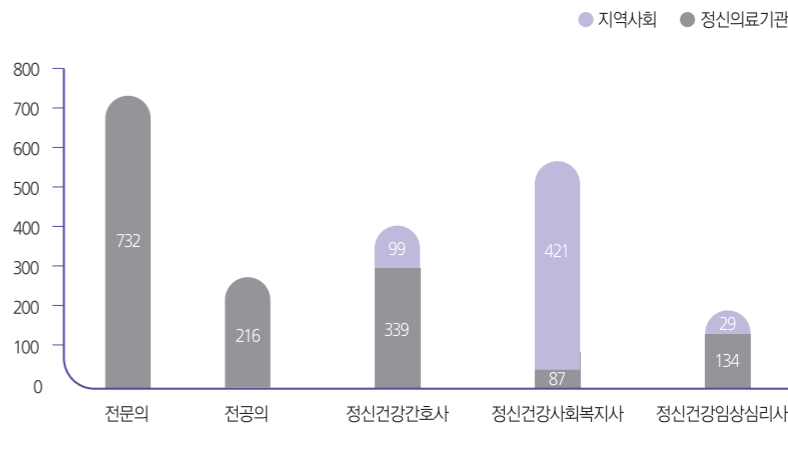
- 2017년 서울시 정신건강전문인력 수는 총 2,057명이며, 이중 지역사회 정신건강증진시설 정신건강전문요원 수는 549명으로 서울시 전체 정신건강전문요원의 26.7%를 차지함.(서울시정신건강복지센터, 서울시자살예방센터 정신건강전문인력 50명 제외)
- 인구 10만 명당 정신건강전문인력 현황은 20.9명으로 2015년 18.8명 대비 2.1명 증가함. 정신의료기관을 제외한 지역사회 정신건강전문인력은 인구 10만 명당 5.6명으로 2015년 5.3명 대비 0.3명 증가함.

그림17_ 인구 10만 명당 정신건강전문인력 (단위: 명)



- 직종별 현황에서는(전문의, 전공의 제외) 전체 정신건강전문요원이 1,109명으로 이 중 정신건강간호사는 39.5%, 정신건강사회복지사 45.8%, 정신건강임상심리사 14.7%를 차지함
- 지역사회와 정신의료기관(전문의, 전공의 제외)의 직종별 정신건강전문요원 비중을 비교하면, 정신건강간호사와 임상심리사의 경우 정신의료기관(77.4%, 82.2%)에 더 많이 분포되어 있는 반면, 정신건강사회복지사의 경우 지역사회(82.9%)에 더 많이 분포되어 있음.

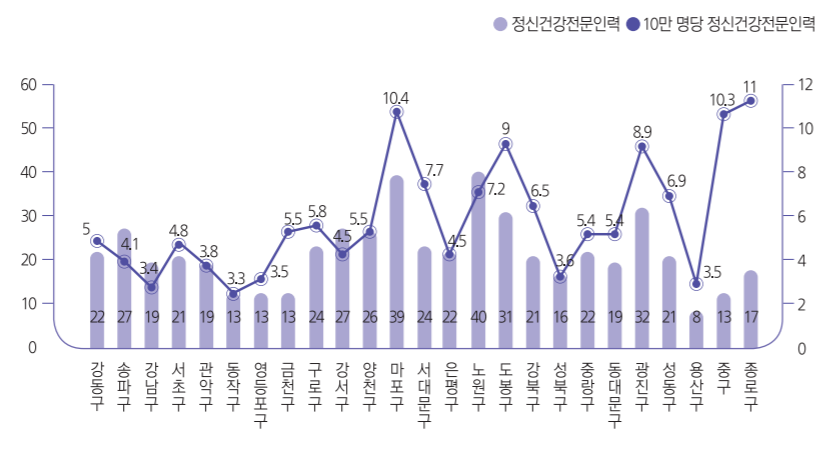
그림18_ 지역사회 정신건강증진시설 및 정신의료기관 정신건강전문인력 분포현황



자 치 구

- 자치구별 지역사회 정신건강전문인력 현황에 있어 인력수는 노원구가 40명으로 가장 많았으며, 마포구 39명, 광진구 32명 순으로 나타남. 인구 10만 명당 정신건강전문인력 수는 종로구 11.0명으로 가장 많았고, 다음으로 마포구 10.4명, 중구 10.3명 순으로 높게 나타남. (서울시정신건강복지센터, 서울시자살예방센터 인력 제외)

그림19_ 자치구별 정신건강전문 인력 현황



향후전망

정신건강전문인력은 꾸준히 증가하고 있는 추세로 2009년 대비 약 1.4배 증가함. 정신의료기관 전문인력은 의사(전문의, 전공의)를 포함하기 때문에 의료기관의 전문인력 비중이 지역사회 전문인력 대비 높은 추세임. 지역사회 정신건강증진서비스의 개입범위가 중증정신질환자의 치료·재활 중심에서 일반시민의 정신건강에 대한 증진·예방으로 확대되면서 서비스 대상이 일반시민으로 확대됨. 이에 반해 지역사회 정신건강 전문인력의 수는 인구 10만명 당 5.6명 수준으로 적정공급에 대한 추계 및 적정 인력확보가 필요함.

자 료 원

- 2017 서울시 정신의료기관 현황조사(서울시정신건강복지센터)
- 2017 서울시 정신건강증진시설 현황조사(서울시정신건강복지센터)

제2장 | 정신건강문제에 따른 지표

- 제 1 절 | 정신장애
- 제 2 절 | 정신질환
- 제 3 절 | 자살
- 제 4 절 | 음주
- 제 5 절 | 우울
- 제 6 절 | 사회적 인식

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

제 1 절 정신장애

1. 국내현황

1) 유병률

- 2016년 정신질환 실태조사에 따르면 정신질환 평생유병율은 25.4%로 국민 4명 중 1명은 평생동안 한번 이상 정신질환을 경험하고 있는 것으로 나타남.
- 2016년 모든 정신장애의 일년 유병률은 11.9%(전체)로 남성이 12.2%, 여성이 11.5%로 나타남. 이는 2011년 조사의 16.0%(전체)와 비교하여 4.1%p 감소한 수치임.
- 가장 높은 유병률을 보인 질환은 불안장애 5.7%이며, 조현병 스펙트럼장애는 0.2%로 나타남.

표17_ 정신장애 일년 유병률 비교

(단위: %)

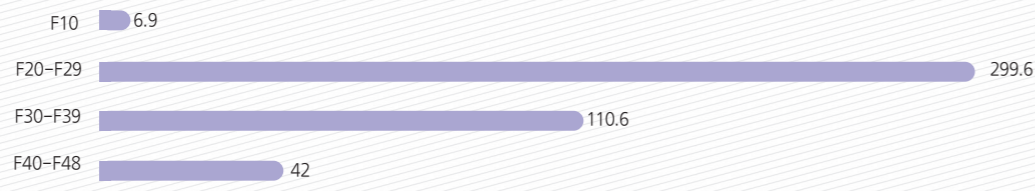
진단	2001년(S.E) (64세 이하)	2006년(S.E) (64세 이하)	2011년(S.E) (64세 이하)	2016년(S.E) (64세 이하)	2016년(S.E) (전체)
알코올사용장애	6.8(0.3)	5.6(0.6)	4.7(0.6)	4.1(0.4)	3.5(0.4)
니코틴사용장애	6.7(0.3)	6.0(0.6)	4.1(0.5)	2.9(0.3)	2.5(0.3)
조현병스펙트럼장애	0.5(0.1)	0.3(0.1)	0.4(0.2)	0.2(0.1)	0.2(0.1)
기분장애	2.2(0.2)	3.0(0.3)	3.5(0.5)	2.0(0.3)	1.9(0.2)
불안장애	6.1(0.3)	5.0(0.4)	6.8(0.7)	5.9(0.4)	5.7(0.4)
섭식장애	0.1(0.0)	0.0(0.0)	0.1(0.1)	-	-
신체형장애	0.5(0.1)	1.0(0.2)	1.2(0.3)	-	-
모든 정신장애	19.0(0.5)	15.2(1.3)	15.4(1.0)	12.8(0.7)	11.9(0.6)
모든 정신장애(니코틴제외)	14.4(0.5)	11.8(1.1)	12.8(1.0)	10.9(0.6)	10.2(0.5)
모든 정신장애(니코틴, 알코올제외)	8.4(0.4)	7.9(0.7)	9.3(0.8)	7.5(0.5)	7.2(0.4)

출처: 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환 실태조사

2) 주요 진단별 치료현황

- 2016년도 정신질환실태 역학조사의 진단별 유병률과 건강보험 통계연보와 의료급여 통계연보 내 F코드 진료실 인원을 대상으로 주요 진단별 치료율을 분석한 결과, 정신병적장애(F20-29)가 299.6%로 가장 높게 나타난 반면, 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형장애(F40-48)가 4.2%로 가장 낮은 것으로 나타남.

그림20_ 주요진단별 정신질환 치료율



* 정신질환실태 역학조사에 따라 18세 미만 인구는 제외

출처 : 국민건강보험공단(2018). 2017 건강보험 통계연보, 2017 의료급여 통계연보 /보건복지부(2017). 2016년도 정신질환실태조사 /행정안전부(www.moi.go.kr). 2017년 주민등록인구

제 2 절 정신질환

1. 조기정신증

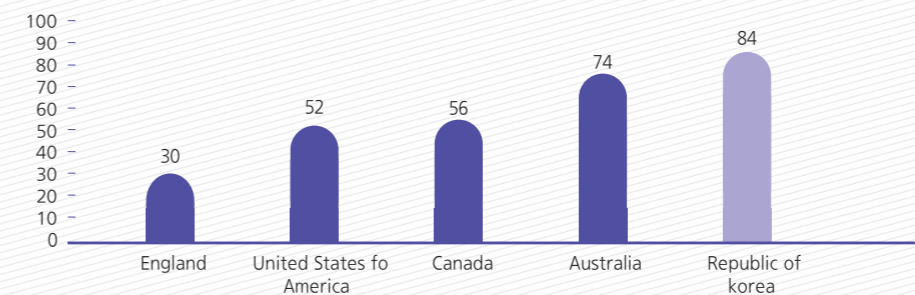
1) 국외현황

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

- 증상이 처음 발현한 후 부터 처음 치료를 받게 되는 기간이 짧을수록 치료 반응 및 예후가 좋다는 연구근거에 따라, 세계 여러 나라에서는 DUP의 기간을 줄이기 위해 많은 예산을 들여 조기 정신병 사업을 실시하고 있으며, 영국, 호주, 노르웨이, 덴마크, 캐나다 등의 국가에서는 DUP단축을 국가정신보건사업의 목표 중 하나로 채택하고 DUP에 관한 조사 및 연구를 실시하고 있음.
- Penttilä M 등(2014)은 정신병에 대한 초기개입이 장기간의 질병 경과에 긍정적인 영향을 미친다고 하였는데, DUP가 길면 더 심한 양성증상 및 음성증상을 보였고, 사회적 기능이 낮음. Hongyun QIN 등(2014)은 DUP가 긴 사람들은 사회장애가 더 두드러지고, 재발가능성은 더 높게 나타났다고 보고함.
- 미국과 유럽, 호주와 같이 초기발견에 관련된 건강관리체계가 잘 갖추어진 나라에서 조차 정신병적 양성증상을 처음 보인 환자는 이후 평균적으로 1년이 지나고 나서야 적절한 치료를 받는 것으로 알려짐(박재섭 외, 2017)

그림21_ 국가별 정신질환 미치료기간(DUP)

(단위: 주)



출처: Edwards&Patrick D McGorry(2002). Duration of untreated psychosis(DUP) and outcome in schizophrenia

(2) 초발정신질환 관리

- 정신증의 초기를 아우르는 조기정신증이라는 용어는 1990년대 초반 대두되기 시작하여 호주를 필두로 독일, 영국, 미국에서 관심을 가지고 초기개입사업을 시작하여 인지치료를 활성화하고 병의 진행단계에 따른 프로그램을 개발하여 운영되고 있음.
- 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.
- 초발정신질환의 약 80%는 치료 시작 6개월 이내 양성증상이 완전히 호전되나(Liebermann,1993; 서울시정신건강복지센터, 2018 재인용), 조현병 대상자의 48%가 1년 안에, 74%가 2년 안에 치료를 중단함(Kulkarni and Power, 1999; 서울시정신건강복지센터, 2018 재인용). 첫 정신증 삽화 경험 이후 치료중단 시 3년 이내 재발율이 54%, 5년 이내 재발을 80%을 보이며(Alvarez-Jimenez, M et al. 2012; 서울시정신건강복지센터, 2018에서 재인용), 치료 지연 시 향후 2년간 재발위험이 증가하는 것으로 연구됨(Johnstone, 1986; 서울시정신건강복지센터,2018 재인용).

- 정신병 첫 삽화 경험자 중 23% 이상 자살사고 경험, 약 15%정도는 과거 시도력이 있으며(American Psychiatric Association, 1997; 서울시정신건강복지센터, 2018 재인용), 조현병으로 자살하는 이들의 2/3는 발병 5년 이내에 발생한다고 함(Department of Health, 2001; 서울시정신건강복지센터, 2018 재인용).
- 호주, 캐나다, 노르웨이, 덴마크, 홍콩 등에서의 장기추적 관찰 연구 결과 전문화된 초발정신증 개입프로그램이 일반적인 정신건강서비스에 비해 유의미한 임상적, 기능적 호전을 보이는 것으로 보고됨(박재섭 외, 2017). Golay 등(2016)은 조기정신증 치료에서 약물치료와 전문프로그램이 각각 효과가 있긴 하지만 두 가지를 병행 하는 것이 효과적이라고 보고함.
- 홍재은(2017)은 조기정신증 개입 서비스를 실시하고 있는 8개국의 조기 정신증 개입 서비스 유형화를 살펴본 결과, 국가 정신보건지표에서 우수한 결과를 보인 국가들은 대부분 조기 정신증 개입 서비스의 접근성과 질 측면에서도 높은 수준을 나타낸다고 보고하였음.

표18_ 국가별 조기정신증 사업

모델	국가	주요서비스
EPPIC Early Psychosis Prevention and Intervention Center	호주	15~24세를 대상으로 정신병 조기발견, 집중적 치료서비스 제공, 이동진료, 위기중재, 외래환자 사례관리, 병원과의 연계체계 구축을 통한 입원기간 최소화, 집단프로그램 서비스 제공
GEIP Grffith Early Intervention Project		아동과 10대의 우울증 및 불안을 예방하기 위한 조기개입프로그램으로, 친구(Freinds)프로그램과 풍요로운 가족 프로젝트(소아청소년 부모프로그램/소아청소년 프로그램)으로 구성되어 제공
Auseinet Early Intervention for the Mental Health of Young People		정신보건분야를 초월하여 교육, 보건의료전반, 사법, 약물과 알코올, 아동청소년 건강과 같은 다양한 분야에 정신건강증진, 예방과 조기개입, 자살예방의 개념을 적용시켜 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, 연락서비스, 가정방문 보건활동, 재활 및 회복 서비스를 제공
NEIP National Early Intervention program		국가 조기개입 프로그램은 정신질환을 앓고 있는 청소년, 가족, 보호자가 지원받는 방식에 있어 서의 지속적인 차이를 만들어내기 위한 목표로 조기정신병 선연의 적용과 수행 지원, 조기개입에 대한 정책 기초 유지, 조기개입의 국가적 우선순위지지, 조사연구평가, 훈련과 개발, 의사소통접근(communication approach)
IRIS Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia		정신병 조기개입에 대한 정보, 임상지침의 원칙, tool kit, 교육훈련 자문, 관련 사이트와 연계하여 자료제공 * tool kit : The IRIS Audit Tools, GP Guidelines, Assertive Outreach Protocol, Comprehensive Needs Assessment, Family Intervention Protocol, Relapse Prevention, Getting Young People into Work, Commissioning Guidelines
EPTS Early Psychosis Treatment Service	캐나다 (캘거리)	16~54세를 대상으로 외래치료를 포함하는 3년간의 포괄적인 서비스제공, 인지행동프로그램, 집단 프로그램, 병원연계체계구축, 지역 내 병원 중에 입원중인 환자들에 대한 지속적 평가, 사례관리 및 가족지원서비스 제공
PEPP Prevention and Early Intervention Program for Psychosis	캐나다 (온타리오)	16~50세를 대상으로 초발정신병의 진단 및 치료전략, 외래서비스, 특화된 입원시설 구축, 지역사회 사례발견운동, 집단개입프로그램, 가족개입
EASY Early Assessment Service for Young People with Psychosis	홍콩	정신증에 대한 공공인식개선, 정신증을 가진 대상자에 대한 빠른사정, 정신증이 확인된 대상자를 위한 특별한 개입
I1 Bosco 이탈리아어로 '숲'이라는 뜻으로 오모리 병원의 숲이라는 의미를 담고 있음.	일본	조기발견과 개입, 반복적 사정과 심리적 교육을 포함하는 모델로 약물에 대한 낙관적인 태도, 인지기능훈련, 인지행동치료와 직업코칭등의 서비스를 제공
EPiP Early Psychosis Intervention Programme	싱가포르	정신병과 관련된 낙인감소와 인식의 개선, 일차 건강보호 제공자들과의협력(의뢰, 발견, 관리), 환자의 결과개선과 가족들의 보호 부담을 경감하는 것을 목표로 함.
OASIS Outreach and support Intervention Service	미국	집중적인 사례관리, 개인 또는 그룹 심리치료, 지원교육 및 교육서비스, 가족교육 및 지원, 항정신병 약물복용이 포함되며 대상은 정신과적 질병으로 치료받은 지 5년 이내의 사람들로 제한

출처: 서울시정신보건센터(2009). 서울시정신보건센터 4개년 사업보고서 / 국립정신건강센터(2006). 정신질환 조기개입 정책개발을 위한 기초연구 / 홍재은(2017). 조기정신증 개입 서비스 공급 특성에 따른 8개국 비교연구

2) 국내현황

- 국내에서는 2000년 이후 조기정신증에 대한 관심이 시작되었으며, 이후 병원의 정신건강의학과를 중심으로 대상자에 대한 검진 및 치료서비스를 제공하고 관련 데이터를 통해 근거를 마련하고자 연구를 진행함.
- 우리나라 DUP는 84주가 소요되며, 이 기간이 길어질수록 질환의 만성화 및 치료비용 증가를 초래함(이명수 외, 2007). 정신건강 종합대책(2016년)에 따라 우리나라도 국민의 정신건강 증진을 목표로 정신건강 문제 발견 후 치료까지의 기간을 2020년까지 50주로 단축시키고자 함.
- 국내 정신병적 장애인자의 정신의료서비스 이용률은 25%(조맹제, 2011; 이명수 외, 2013에서 재인용)에 불과한 것으로 나타나고 있으며, 초발 입원 정신질환자의 외래이용 현황분석 결과, 3년 동안의 정기적인 외래 이용률은 42.8%(박종익 외, 2008; 이명수 외, 2013에서 재인용) 수준으로 보고되고 있어 초발정신병 환자의 치료 유지현황이 매우 저조함을 알 수 있다. 따라서 초발정신병의 경우 약물치료와 같은 표준적 치료와 더불어 치료의 동기를 강화하고 사회통합을 촉진시킬 수 있는 정신사회적 개입이 요구된다고 볼 수 있음(이명수 외, 2013).
- 우리나라 초발정신질환 현황을 살펴보면, 20~30대에서 가장 많이 발생하며 이들의 60%가 조현병(F20코드)로 내원함. 또한 입원환자의 경우 상급이나 종합병원의 입원환자가 많은 것이아니라 일반병원에 입원하는 환자들이 많았음(박재섭 외, 2017). 2012년 처음 정신병 진단을 받은 초발정신질환자는 13,950명에 달했으며(건강보험심사평가원, 2015), 2014~2015년 초발 조현병 4,567명 중 28%(1,265명)가 재발에 의해 입원함(이상욱, 2017).
- 국내에서는 의과대학을 중심으로 운영되는 상급종합병원을 중심으로 초발정신증 또는 정신증 고위험군 대상을 위한 프로그램이 개별적으로 운영되고 있는 실정임. 국외의 선행연구 결과에서 조기발견, 조기치료와 같은 집중적인 개입 프로그램을 운영함에 있어 종합적이고 포괄적인 체계가 좋은 결과를 보임. 즉 초반에는 진단과 치료를 하는 직접비용이 많이 들지 몰라도 재발방지와 기능의 회복 측면에서 장기적인 간접비용 즉 사회적인 비용을 줄이는 결과를 보였던 점을 고려했을 때, 국내에서도 이에 대한 보완이 시급하다고 할 수 있으며, 의료기관과 지역사회의 유기적인 공조체계와 이에 따른 지원이 필요함(박재섭 외, 2017).

3) 서울시현황

- 서울시 초발정신질환 추정인구는 서울시민 15~29세 인구 1,883,563명(2017년 12월 기준) 중 약1,834명(WHO 기준 정신병적 장애발생을 15~29세 인구 1만 명당 10명)으로 볼 수 있음.
- 서울시는 2006년부터 청(소)년을 주요 대상으로 정신건강서비스의 접근성을 완하시키기 위한 사업을 진행하면서 청(소)년 정신건강을 증진시키고자 함. 이에 따라, 서울시정신건강복지센터는 초발정신질환의 만성화에 방을 위한 ‘STEP(Social Treatment for Early Psychosis) 프로그램’을 지역에 보급하였고, 조기정신증 조기발견을 위한 ‘조기정신증 지킴이 교육’을 개발하여 자치구 확대·보급에 주력하고 있으며, 2018년에는 ‘정신증 고위험군 평가 및 관리 시범사업’을 실시하고 있음.
- 특히, STEP프로그램 효과성 평가 연구(이명수 외, 2013)에 참여한 사람들은 양성증상, 음성증상, 일반정신병리 항목에서 호전되었고, 병식 또한 향상된 것을 알 수 있음. 외국의 사례에서도 알 수 있듯이, 초발정신병 환자를 대상으로 약물치료의 유지와 포괄적 사회기능향상을 도모하기 위해서는 임상적 관점의 사회통합적 사례관리서비스를 제공하는 것이 분명한 효과가 있음.

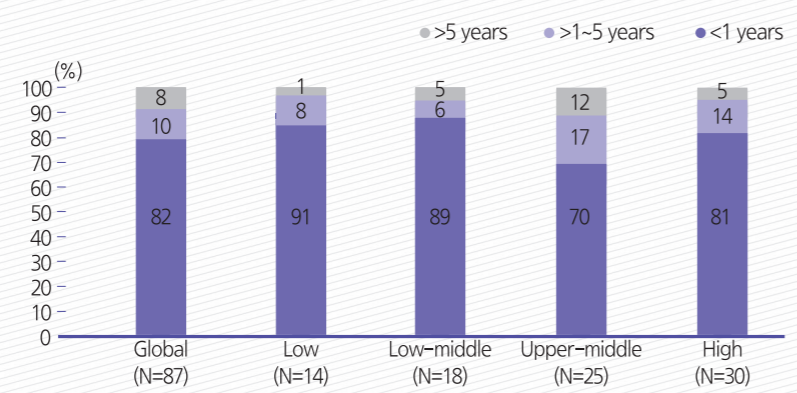
2. 중증정신질환

1) 국외현황

(1) 외국의 재원기간 분포

- 87개국이 보고한 정신의료기관의 재원기간을 살펴보면, 입원환자의 82%는 재원기간의 중앙값이 1년 미만이었으며, 1년 이상은 약 18%로 나타났다. 소득수준에 따라 재원기간의 차이를 보이는데, 재원기간이 1년 미만인 환자의 비율을 살펴보면, 저소득국가에서는 91%, 중하위소득국가 89%, 중상위소득국가 70%, 고소득국가 81%로 나타났다(WHO, 2018).

그림22_ 정신의료기관 재원기간 중앙값



출처: WHO(2018), Mental Health Atlas 2017

- 조사국 130여개의 퇴원 후 1개월 이내 외래 방문률을 살펴보면, 50% 이상 1개월 이내 외래를 방문하는 국가는 60% 이상에 달했음. 하지만 지역과 경제적 수준에 따라 다른 양상을 보임. 서태평양지역의 경우 75% 이상이 1개월 이내 외래에 방문하였으나, 동부 지중해지역에서는 25%정도만 방문하였음(WHO, 2018).

(2) 입원유형 및 재입원 현황

▶ 입원유형 현황

- Mental Health Atlas(2017)에 따르면, 일부 미보고 국가를 제외하고 전세계적으로 비자의적 입원의 중앙값은 정신의료기관에서 39.2%, 일반병원의 정신과병동에서는 16%로 나타남.

표19_ WHO 고소득 국가의 비자의적 입원율 현황 (단위: %)

국가	비자의입원율(%)	국가	비자의입원율(%)
대한민국	74%	그리스	58%
벨기에	16%	핀란드	27%
폴란드	14%	오스트리아	0%

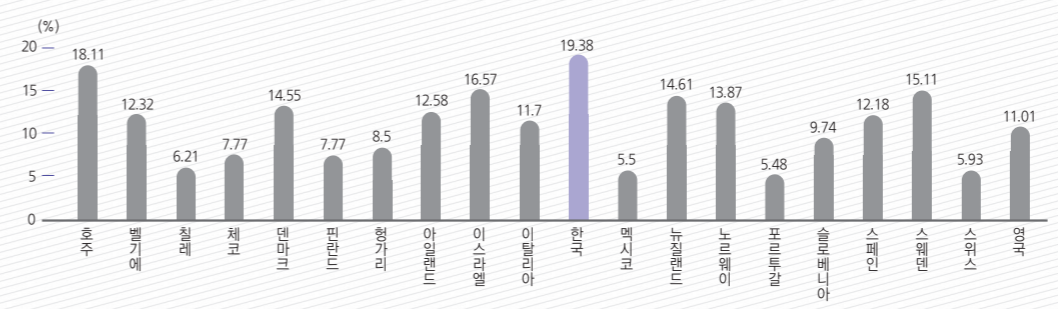
출처: WHO(2015), Mental Health Atlas 2014

▶ 재입원 현황

- 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 있음(health at a glance 2013, OECD).
- 2015 OECD health Statistics 자료에 따르면 OECD 주요국의 조현병 환자의 정신과 퇴원 후 30일 이내 재입원율이 가장 높은 국가는 한국(19.38%, 2011)이며, 가장 낮은 국가는 포르투갈(5.48%, 2011)로 나타남.
- 2011년 한국의 경우 조현병의 재입원율은 19.38%로 OECD 평균인 12.9%보다 높아 정신보건 체계 개선이 필요한 것으로 나타남. 정신질환으로 입원 시 양질의 서비스를 제공하고, 퇴원 후 적절한 관리가 이루어지면 계획되지 않은 재입원을 예방할 수 있음을 시사함.

그림23_ 조현병 환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원률

(단위: % / 환자 100명당 연령-성별 표준화율)



*2010년~2012기준의 OECD Health Statistics 최신데이터를 근거로 함.

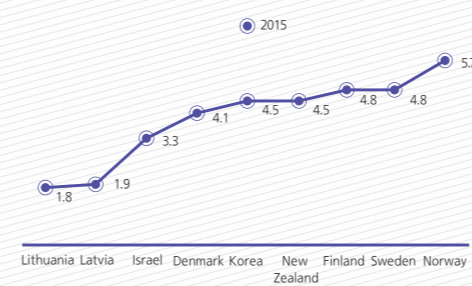
출처: 국립정신건강센터(2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

(3) 정신질환 초과사망비

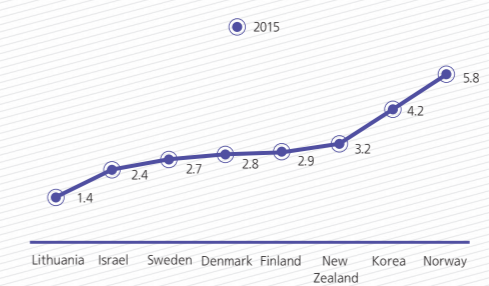
- 초과사망비는 정신건강서비스 결과에 대한 지표로서 중요한 의미를 갖고 있음.
- OECD 국가의 조현병 진단환자 초과사망비(2015년 기준, 15~74세 인구)는 노르웨이가 5.7로 가장 높으며, 한국은 4.5로 조사국 중 3위로 조사되었으며, 양극성정동장애 진단환자의 초과사망비 또한 노르웨이가 5.3으로 가장 높으며, 한국은 4.2로 조사국 중 2위를 차지함.

그림24_ OECD 국가의 초과사망비 비교

<조현병 진단환자 초과사망비>



<양극성정동장애 진단환자 초과사망비>



출처: OECD(2018), Health Statistics 2018

2) 국내현황

(1) 국내 재원기간 분포

- 2016년 우리나라 평균 재원기간(중앙값)은 303일로 전년보다 15일 증가함. 정신의료기관별 재원기간을 살펴보면, 종합병원 정신과의 재원기간이 가장 짧게 나타났으며 다음으로 정신과의원, 병원 정신과, 국립정신병원, 공립정신병원, 사립정신병원, 정신요양시설 순으로 나타남.
- 정신의료기관 특성에 따라 재원기간의 차이가 나타나고 있으며, 병원 정신과에서만 재원기간 중앙값이 단축됨. 재원기간을 줄이기 위해서는 증상의 중증도, 진단명, 사회적 지지도 등 요인들을 분석하여 적절한 유인제계를 마련해야 함.

표20_ 정신의료기관별 연도별 재원기간(중앙값)

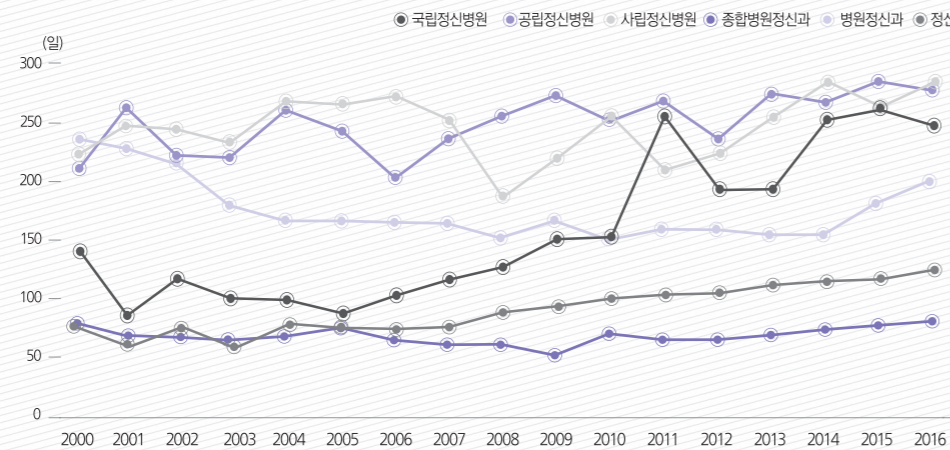
(단위: 일)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
계	277	288	287	261	267	267	257	236	233	246	248	251	247	262	281	288	303
국립정신병원	142	89	118	102	101	89	102	117	128	152	153	256	191	192	248	260	245
공립정신병원	207	256	216	216	260	240	200	235	254	272	248	267	233	272	265	283	277
사립정신병원	220	248	240	229	266	264	271	252	186	217	252	208	223	252	281	260	282
종합병원정신과	80	69	67	65	69	75	65	61	61	50	71	66	65	70	75	79	83
병원정신과	231	228	215	173	168	165	164	163	150	164	150	157	157	153	154	178	198
정신과의원	75	61	74	60	77	74	73	75	88	93	99	103	105	111	114	117	125
정신요양시설	2,787	2,321	2,665	2,455	2,521	2,867	2,630	2,914	2,831	2,231	2,364	3,539	3,693	3,655	3,617	3,655	3,931

출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차예비조사 결과보고서

그림25_ 정신의료기관별 재원기간(중앙값) 변화추이

(단위: 일)



출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차예비조사 결과보고서

(2) 입원유형 및 재입원 현황

▶ 입원유형 현황

- 2016년 말 전국 정신의료기관은 1,513개소이며, 총 정신병상수는 83,405병상(폐쇄병상 67,425병상, 개방병상 15,980병상)임. 입원환자수는 69,220명으로 전년대비 소폭 감소하였고, 비자의 입원 환자 수도 42,525명으로

전년대비 감소함. 전체 입원환자 중 비자의 입원환자 비중은 약 61.4%임(국립정신건강센터, 2017).

- 2016년도에 총 퇴원한 중증정신질환자 수는 54,152명이며, 1개월 내 정신과 외래진료를 방문한 환자 수는 34,304명으로 퇴원한 중증정신질환자의 63.3%는 1개월 내 외래방문을 하고 있음.

표21_ 연도별 입원유형별¹⁾ 현황

(단위 : 명(%))

구분	계	자의입원	보호의무자 입원			시장·군수 구청장 에 의한 입원	응급입원
			가족	시장·군수 구청장	기타입소*		
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	75,282	15,271(20.3)	51,714(68.7)	7,027(9.3)	910(1.2)	251(0.3)	109(0.1)
2011**	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)
2014	81,625	24,266(29.7)	49,792(61.0)	6,235(7.6)	1,159(1.4)	147(0.2)	26(0.0)
2015	81,105	26,064(32.1)	47,235(58.2)	6,432(7.9)	1,200(1.5)	131(0.2)	43(0.1)
2016	79,401	28,285(35.6)	43,643(55.0)	6,021(7.6)	1,300(1.6)	94(0.1)	58(0.1)

* 국립법무병원에 입원한 감호치료 대상자 등

**2011년부터 노숙인 시설 입소자 제외

출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

▶ 재입원 현황

- 퇴원 후 1주일 또는 30일 이내의 내원여부 및 횟수 등은 중장기적인 예후와도 밀접한 관련성이 있으며, 결과적으로 재입원 혹은 재발 등의 안좋은 예후로 이어질 가능성이 높음. 건강보험심사평가원 자료에 의하면 조현병에서 보험종별, 의료기관종별 퇴원 후 첫 내원시기에 차이가 있는데 의원급에서 의료급여 1종 환자들의 첫 번째 외래 추적시기가 가장 길었음(건강보험심사평가원, 2017).
- 건강보험심사평가원 자료에 의하면, 2016년 1월~12월까지 정신의료기관에서 퇴원한 중증정신질환자²⁾ 54,152명이 퇴원 후 1개월 이내 동일병원에 재입원한 수는 11,705명(21.6%), 7일 이내 동일병원에 재입원 하는 경우는 12.1%로 나타남(국립정신건강센터, 2017).

1) 2016년도 말 기준자료이므로 개정법 이전 입원유형 분류 구분에 따름

2) 중증정신질환자 진단코드 : F20.x~F29.x, F30.x, F31.x, F32.3, F33.x

표22_ 중증정신질환자의 재입원 현황

구분		실인원(명)	재입원율(%)
7일 이내	동일병원 재입원	6,559	12.1
	타 병원 재입원	5,899	10.9
30일 이내	동일병원 재입원	11,705	21.6
	타 병원 재입원	7,254	13.4

출처: 국립정신건강센터(2017). 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

(3) 정신질환 초과사망비

- 초과사망비는 일반 인구집단 사망률 대비 정신질환자 사망률로 산출됨. 초과사망비가 1보다 크다는 의미는 정신질환자가 일반 인구집단에 비해 사망 위험이 높다는 것을 의미함.
- 2015년과 2016년에 조현병으로 진단받은 환자의 초과사망비는 각각 4.45, 4.42임. 2008년 이후 초과사망비가 증가하는 추세이나 큰 변화는 없음. 2015년 양극성정동장애로 진단받은 환자의 초과사망비는 4.20이었고, 2016년에는 4.19로 큰 차이는 없음. 조현병 진단환자의 초과사망비와 비교하여 양극성정동장애 진단환자의 초과사망비는 증가하는 추세임.

표23 _ 연도별 정신질환 초과사망비

(단위: 비, ratio)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
조현병	3.91	4.13	4.35	4.34	4.44	4.45	4.52	4.45	4.42
양극성정동장애	3.23	3.46	3.58	3.65	3.80	4.04	4.07	4.20	4.19

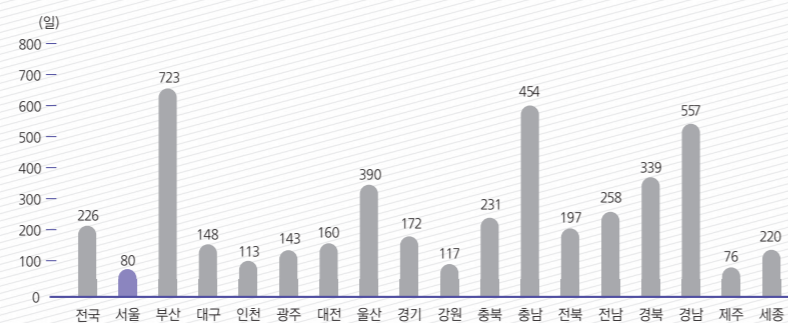
출처: 보건복지부-건강보험심사평가원(2017). 2015-16년 기준 보건의료 질 통계 생산

3) 서울시 현황

(1) 서울시 재원기간 분포

- 시도별 재원기간 분포에 있어, 2016년 서울시의 정신의료기관(정신요양시설제외) 재원기간 중앙값은 80일로 17개 시군구중 재원기간 분포에 있어 제주(76일)에 이어 두 번째로 낮은 수치임.

그림26_ 시도별 정신의료기관³⁾ 재원기간(중앙값) 분포



출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

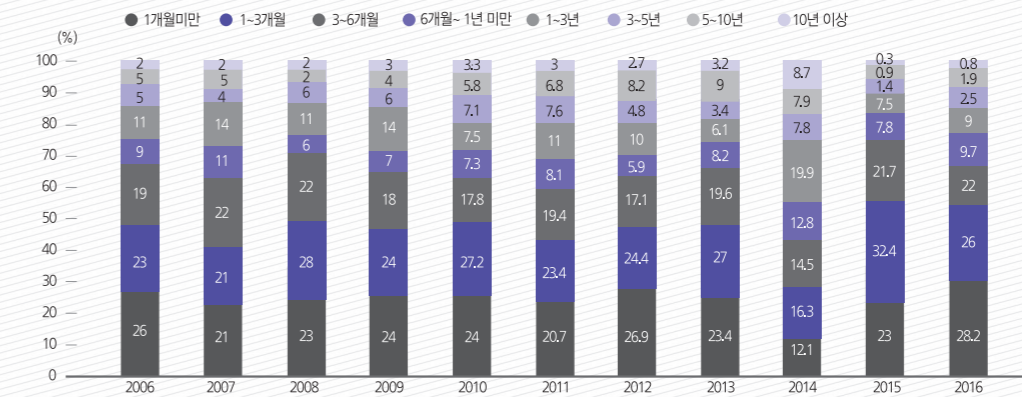
- 2016년 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자들의 재원기간은 1개월 미만이 28.2%, 1~3개월 미만이 26.0%, 3~6개월 미만이 22.0%로 재원기간 6개월 미만이 76.2%를 차지하고 있음.
- 2014년 이후 정신질환자의 6개월 이상 입원비율은 급감한 반면 6개월 미만 입원 비율은 크게 증가함. 특히 1개월 미만의 단기입원이 2016년까지 2.3배 이상 증가함. 대상에 적합한 치료 및 입원을 위해서 지역사회 중심의

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

재활 및 사회복귀를 위한 제도가 지속적으로 운영되어야 함.

그림27_ 서울시 소재 정신의료기관 재원기간 분포비율

(단위: %)



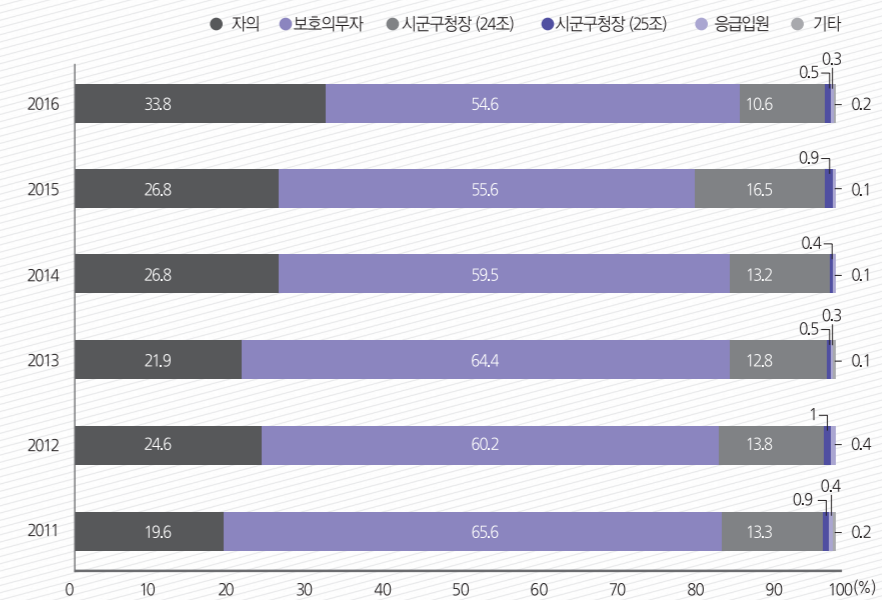
출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

(2) 입원유형 현황

▶ 입원유형⁴⁾ 현황

- 2016년도 기준 서울시 소재 정신의료기관 입원환자의 자의입원 비율은 33.8%로 전년대비 7%p 증가하였으며, 비 자의입원 중 보호의무자에 의한 입원이 가장 높은 비율(54.6%)을 차지하고 있음.
- 전국 정신의료기관의 자의입원 비율이 약 38.3%인데 비해 서울시는 전국대비 약 4.5%p 낮게 나타남.

그림28_ 서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황



출처: 국립정신건강센터(2017). 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

4) 2016년도 말 기준자료이므로 개정법 이전 입원유형 분류 구분에 따름

제 3 절 자살

1. 국외현황

(1) 자살현황 및 추이

- 2017 Mental Health Atlas에 따르면, 2016년 기준 사망자가 793,000명으로 추정되는 자살을 예방하는 것은 정신건강 영역 중에서도 중요한 사안임. Mental Health Action Plan 2013-2020에서는 자살률을 2020년까지 10% 감소시키고자 하며, UN Sustainable Development Goal(SDGs)에서는 2030년까지 자살률을 1/3 감소하는 것을 목표로 함(2018, WHO).
- 2016년 인구 10만명 당 연령표준화 자살사망률은 10.5로 추정되며, 이는 유럽, 동남아시아, 아프리카 지역에서 높게 나타남. 현재 저소득 국가의 약 10%가 자살예방 전략을 세우고 있고, 중간 및 고소득 국가의 약 1/3이 자살예방 전략을 보유하고 있으며 이는 2014년에 비해 소폭 증가한 수치임(2018, WHO).
- 2018년 OECD health data 자료에 따르면 우리나라 자살에 의한 사망률은 인구 10만명 당 25.8명(2015년)으로 OECD 평균(11.6명)에 비해 14.2명 높음. 2009년까지 지속적으로 증가하다가 최근에는 감소하는 추세이나 여전히 OECD 회원국 중에는 가장 높은 수준임.
- OECD 회원국의 평균 자살률은 남성 18.5명, 여성 5.4명으로 모든 회원국에서 남성이 여성에 비해 높게 나타남.
- OECD 회원국 중 자살사망률이 가장 낮은 국가는 터키(2.1명, 2015년)와 그리스(4.4명, 2015년)이며, 라트비아와 슬로베니아(18.1명, 2015년)는 우리나라 다음으로 높은 자살률을 기록함.

표24_ OECD 국가의 자살에 의한 연령별표준화 사망률 (단위: 명/인구 100,000명당)

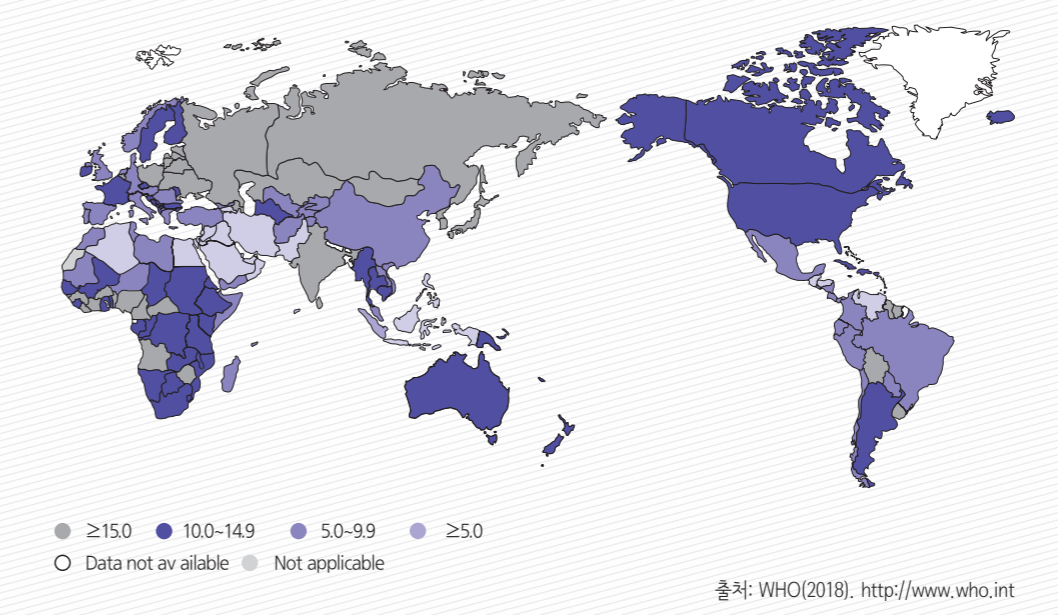
국가명	2011				2016			
	전체	남자	여자		전체	남자	여자	
호주	10.7	16.6	5.1		12.8	19.7	6.2	(2015)
오스트리아	14.1	23.3	6.5		12.2	19.9	5.8	
벨기에	18.1	27.0	10.2		15.8	23.0	9.0	(2015)
캐나다	10.5	15.9	5.3		11.1	16.9	5.6	(2013)
칠레	12.3	21.1	4.2		10.7	17.8	4.2	(2015)
체코	14.3	25.3	4.4		11.7	19.9	4.5	
덴마크	10.2	15.6	5.0		9.4	13.4	5.6	(2015)
에스토니아	15.3	28.5	5.0		14.1	26.2	4.5	(2015)
핀란드	16.4	26.3	7.1		13.1	20.5	6.0	(2015)
프랑스	15.8	25.4	7.5		13.1	21.1	6.2	(2014)
독일	10.8	17.4	5.0		10.6	16.5	5.4	(2015)
그리스	3.9	6.6	1.4		4.4	7.4	1.7	(2015)
헝가리	22.8	38.8	9.6		16.2	27.5	7.3	
아이슬란드	8.7	14.1	3.2		12.1	21.5	2.4	
아일랜드	12.2	20.5	4.1		10.6	17.4	3.8	(2014)
이스라엘	6.2	10.5	2.5		4.9	7.9	2.0	(2015)
이탈리아	6.2	10.5	2.4		5.7	9.4	2.4	(2015)
일본	20.9	29.9	12.4		16.6	24.2	9.3	(2015)

한국	33.3	50.0	20.2		25.8	39.5	14.7	(2015)
라트비아	19.9	38.7	5.7		18.1	33.0	6.3	(2015)
룩셈부르크	10.4	14.2	6.6		11.1	15.9	6.6	(2015)
멕시코	5.2	9.1	1.7		5.5	9.3	1.9	(2015)
네덜란드	9.5	13.5	5.8		10.5	14.6	6.6	
뉴질랜드	11.3	17.7	5.2		11.8	17.6	6.5	(2013)
노르웨이	12.1	17.7	6.7		11.1	15.2	7.2	(2015)
폴란드	15.3	28.1	3.6		13.5	24.5	3.5	(2015)
포르투갈	8.6	14.9	3.5		10.2	17.1	4.6	(2014)
슬로바키아	11.3	20.7	3.2	(2010)	9.7	18.1	2.7	(2014)
슬로베니아	19.3	33.9	7.3		18.1	30.9	7.3	(2015)
스페인	6.3	10.2	2.8		6.9	10.9	3.5	(2015)
스웨덴	11.4	16.4	6.6		11.2	15.6	6.9	
스위스	12.1	18.8	6.3		12.5	19.4	6.3	(2015)
터키	1.7	2.7	0.8		2.1	3.3	1.0	(2015)
영국	6.9	11.1	3.0		7.5	11.6	3.5	(2015)
미국	12.8	20.8	5.4		13.8	21.9	6.3	(2015)
평균*	12.5	20.3	5.6		11.6	18.5	5.4	

* 2011년과 2016년(혹은 인접년도) 통계가 모두 있는 회원국의 평균임

출처: 보건복지부·한국보건사회연구원(2018), OECD Health Statistics 2018

그림29_ 세계 연령표준화 자살률 MAP (단위: 인구 100,000명당, 2015)

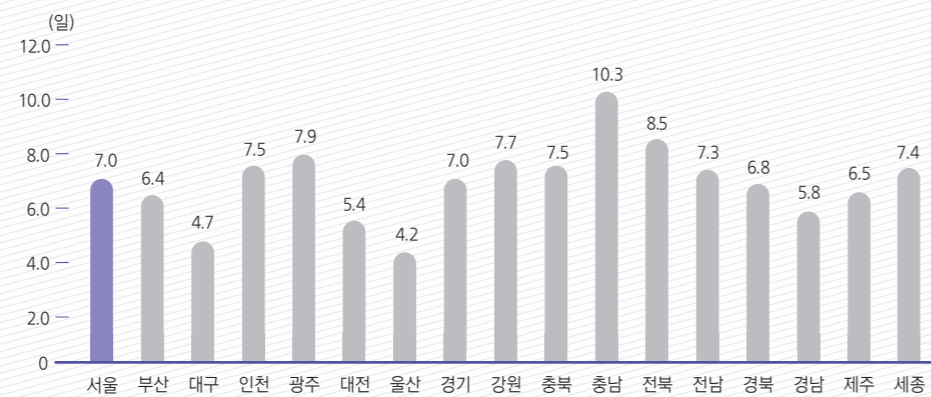


2. 국내현황

1) 자살 생각률

- 2017년 지역사회건강조사 자료에 의하면 각 시도별 자살생각률(조율)은 4.2%부터 10.3%까지 분포하는 것으로 조사되었고, 서울시는 7.0%로 나타남.

그림30_ 시도별 자살생각률

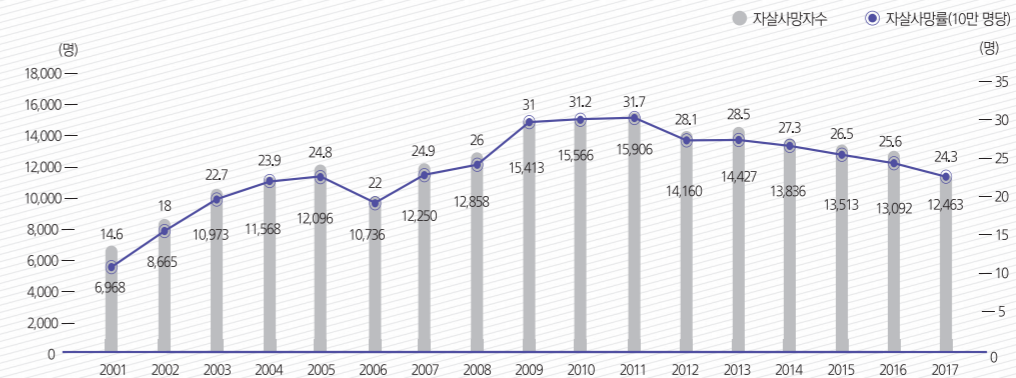


출처: 질병관리본부(2018). 2017년 지역사회건강조사 관련 내부자료

2) 자살현황 및 추이

- 2017년 우리나라 사망자는 285,534명이며, 자살 사망률(인구 10만 명당)은 24.3명으로 전년 대비 1.3명(-5.0%) 감소하였고, 10년 전 대비 0.6명(-2.4%)감소함. 자살에 의한 사망자 수는 총 12,463명으로 전년 대비 629명 감소함. 1일 평균 자살사망자 수는 34.1명임. 자살률은 전 연령에서 감소하였으며, 특히 60세 이상이 가장 많이 감소함.
- 남자의 자살률은 34.9명으로 여자 13.8명 보다 2.5배 높음. 자살은 10대부터 30대까지 사망원인 순위 1위이고, 40대, 50대에서는 사망원인 순위 2위를 차지함.
- OECD 국가 간 연령표준화자살률 비교 시 OECD 평균 11.9명에 비해, 한국은 23.0명(2017년 기준)으로 두 배 째로 높은 수준임.
- 2017년 자살 사망은 5월(1,158명, 9.3%)과 10월(1,105명, 8.9%)에서 가장 많았고, 1월(923명, 7.4%), 2월(935명, 7.5%)이 가장 적게 발생함.

그림31_ 연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이



출처: 통계청(2018). 2017년 사망원인 통계

표25_ 연령대별 3대 사망원인 순위 (2017년)

(단위: 인구 10만 명당 명, 명)

연령	1위			2위			3위		
	사망원인	사망률	사망자	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률
1~9세	악성신생물	1.9	80	운수 사고	1.4	56	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	1.1	45
10대	고의적 자해(자살)	4.7	254	운수 사고	2.7	146	악성신생물	2.3	126
20대	고의적 자해(자살)	16.4	1,106	운수 사고	5.1	347	악성신생물	4.0	273
30대	고의적 자해(자살)	24.5	1,812	악성신생물	13.8	1,018	운수 사고	4.5	334
40대	악성신생물	42.5	3,672	고의적 자해(자살)	27.9	2,408	간 질환	12.2	1,058
50대	악성신생물	126.7	10,550	고의적 자해(자살)	30.8	2,568	심장 질환	28.1	2,344
60대	악성신생물	305.5	16,613	심장 질환	61.3	3,332	뇌혈관 질환	45.1	2,454
70대	악성신생물	744.9	24,374	심장 질환	227.4	7,440	뇌혈관 질환	186.1	6,089
80세이상	악성신생물	1445.7	22,146	심장 질환	1063.4	16,290	폐렴	856.7	13,123

출처: 통계청(2018). 2017년 사망원인 통계

3) 변인별 사망률

- 2017년 연령별 자살사망자 수를 살펴보면, 70세 이상, 50대, 40대의 자살사망자 수가 많고, 10대와 20대의 자살 사망자 수가 적게 나타남.
- 성별 자살사망자 수는 남성이 여성에 비해 약 2.5배 높았고, 인구 10만명 당 자살사망률은 남자가 2016년도 36.2명에서 2017년도 34.9명, 여자가 2016년 15.0명에서 2017년 13.8명으로 감소함.

표26 _ 성연령별 자살사망자 수

(단위 : 명)

구분		전연령	연령							
			1-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세	70세이상
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	1295	2224	2690	2659	1,790	3,165
	2013	14,427	0	308	1,295	2,224	2,690	2,659	1,790	3,165
	2014	13,836	2	274	1,174	2,193	2,854	2,914	1,699	2,726
	2015	13,513	0	245	1,087	1,926	2,624	2,795	1,778	3,058
	2016	13,092	0	273	1,097	1,857	2,579	2,677	1,783	2,826
	2017	12,463	1	254	1,106	1,812	2,408	2,568	1,641	2,671
남자	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	1433	1,906	2,011	1,353	1,915
	2013	10,060	0	186	720	1,489	2,101	2,266	1,354	1,943
	2014	9,736	2	174	754	1,465	2,086	2,220	1,313	1,722
	2015	9,559	0	139	709	1,253	1,876	2,200	1,346	2,036
	2016	9,243	0	162	702	1,206	1,871	2,008	1,395	1,899
	2017	8,922	1	163	741	1,226	1,692	2,002	1,262	1,834
여자	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
	2014	4,100	0	100	420	728	768	694	386	1,004
	2015	3,954	0	106	378	673	748	595	432	1,022
	2016	3,849	0	111	395	651	708	669	388	927
	2017	3,541	0	91	365	586	716	566	379	837

* 각 연령대별 미상 제외

출처: 통계청(2018). 2017년 사망원인 통계

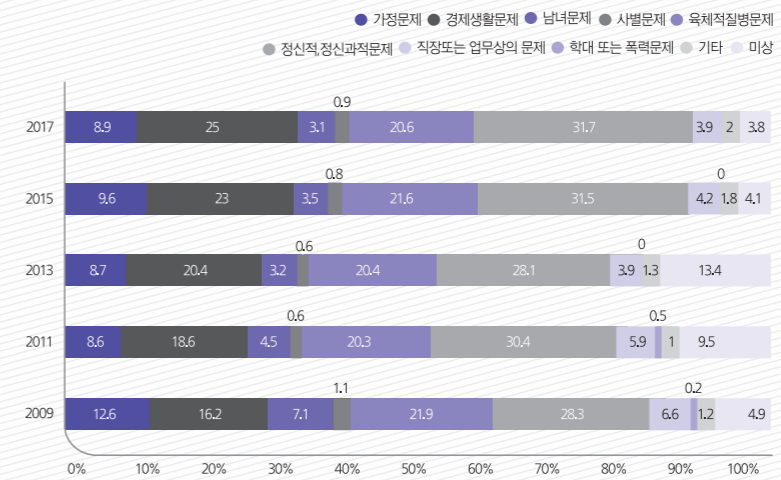
- 자살사망자 중 15세 이상 인구에서 혼인상태별 사망자현황을 보면, 배우자가 있는 경우 44.2%, 미혼인 경우 29.0%, 이혼 16.4%, 사별 10.2%를 차지함.
- 15~64세의 교육정도별 자살 사망자 현황은 고등학교졸업 44.5%, 대학졸업 이상이 29.7%로 높은 비율을 보임.

4) 자살 원인 및 자살 방법⁵⁾

- 2017년 자살사망자의 자살원인은 정신적·정신과적 문제 31.7%, 경제생활문제 25%, 육체적 질병문제 20.6% 순으로 나타났으며, 2015년과 비교하여 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 경제생활문제의 비율이 2009년 이후로 증가추세이며, 정신적·정신과적 문제를 원인으로 한 자살자 비율이 매년 가장 높게 나타나고 있어, 자살률 감소를 위해 자살과 관련된 정신과적 문제에 대한 적극적인 대책이 필요함.

그림32_ 연도별 자살원인

(단위: %)

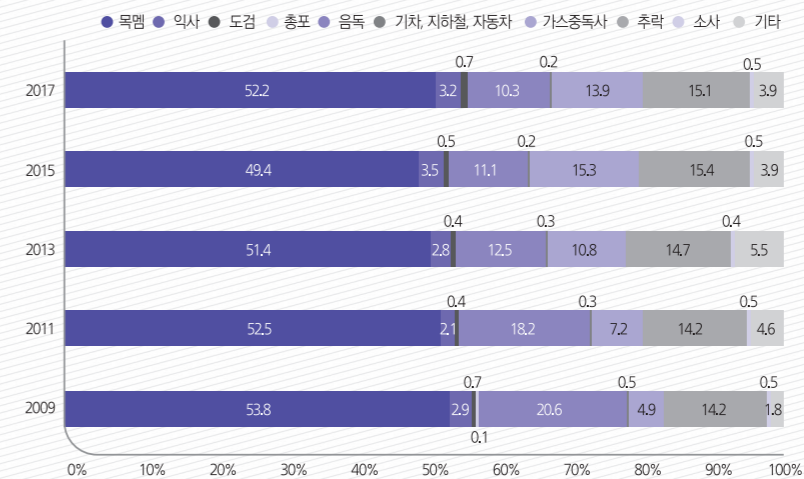


출처: 경찰청(2018). 2017년 경찰통계연보

- 2017년 자살사망자의 자살방법으로 목매이 52.2%로 가장 많은 비중을 차지하였고, 추락(15.1%), 가스중독사(13.9%)가 그 뒤를 차지함.

그림33_ 연도별 자살방법

(단위: %)



출처: 경찰청(2018). 2017년 경찰통계연보

5) 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음

3. 서울시 현황

- 2017년 서울시 지역사회건강통계에 의하면 서울시민의 자살생각률은 7.0%로 나타남.
- 2017년 연령표준화 자살률은 전국 20.7명으로, 17개 시·도 중 충남이 26.2명으로 가장 높고, 서울시는 18.1명으로 세종시 16.6명에 비해 두 번째로 낮은 수치임.
- 2001년 대비 연령표준화 자살률은 전국 시·도에서 대체로 상승하였으나 강원 지역에서는 1.6명 하락함. 자살률은 지속적으로 증가하다가 2011년을 기점으로 하락추세를 보임.

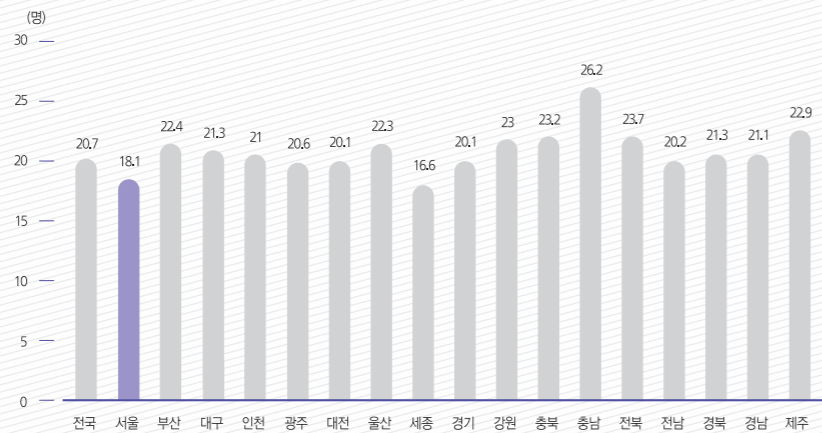
표27_ 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율

(단위: 명)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전국	15.6	19.0	23.6	24.4	24.8	21.5	24.1	24.7	29.1	28.7	28.8	25.1	25.1	23.9	22.7	21.9	20.7
서울	10.1	14.7	17.6	19.7	20.3	17.3	19.8	20.7	24.6	24.3	24.6	21.2	22.6	21.7	19.9	19.8	18.1
부산	16.9	16.7	22.5	27.2	26.3	21.4	24.3	25.9	29.3	29.3	28.6	26.5	24.9	25.1	24.2	23.1	22.4
대구	11.8	15.8	21.3	23.1	23.2	20.6	22.8	24.5	28.0	27.9	27.5	22.4	24.1	22.2	22.8	20.3	21.3
인천	15.9	19.9	28.2	22.6	26.8	23.6	24.2	27.2	30.7	31.0	31.2	29.4	27.9	26.2	24.1	23.2	21.0
광주	11.0	15.3	19.3	21.7	20.6	17.6	23.9	22.1	28.8	30.7	26.1	24.6	21.6	22.7	19.8	21.6	20.6
대전	15.3	18.8	23.7	25.3	28.1	23.8	25.3	22.9	31.1	29.0	29.0	24.1	22.6	24.5	24.5	22.6	20.1
울산	18.8	16.6	27.7	23.6	23.5	18.6	21.3	23.4	25.9	24.6	25.5	22.8	23.6	23.8	22.6	21.9	22.3
세종	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33.6	14.7	15.2	19.7	23.2	16.6
경기	16.7	21.2	24.9	25.0	26.4	22.2	23.3	24.6	28.8	28.9	29.2	25.5	25.8	23.5	22.7	20.4	20.1
강원	24.6	27.7	36.2	33.0	32.0	27.4	33.2	33.0	38.1	36.8	37.7	31.4	32.0	29.9	28.7	25.2	23.0
충북	21.2	23.7	27.6	29.2	31.4	26.3	28.5	30.6	37.5	31.9	33.6	30.6	29.3	26.6	25.0	27.5	23.2
충남	24.1	23.3	30.1	31.6	32.1	28.1	32.1	30.3	38.8	36.9	36.5	30.0	30.3	30.9	28.1	26.0	26.2
전북	18.2	22.2	26.9	25.5	24.0	22.8	28.3	26.8	31.0	28.3	31.6	25.1	24.5	25.4	21.5	22.5	23.7
전남	15.9	21.7	25.2	23.9	21.8	20.4	21.9	23.8	28.0	29.0	27.8	25.8	25.7	24.4	24.7	23.9	20.2
경북	19.4	22.8	25.7	26.9	25.3	23.0	26.3	25.1	29.2	29.7	30.0	27.1	25.8	24.0	23.0	23.7	21.3
경남	18.7	22.7	26.6	27.6	26.9	24.4	27.5	27.0	29.2	29.3	29.2	24.0	24.3	23.5	22.6	23.7	21.1
제주	19.5	19.1	28.6	24.4	28.4	20.6	24.8	28.1	31.7	30.2	28.5	29.4	30.5	25.9	22.3	21.0	22.9

출처: 통계청(2018). 2017년 사망원인통계

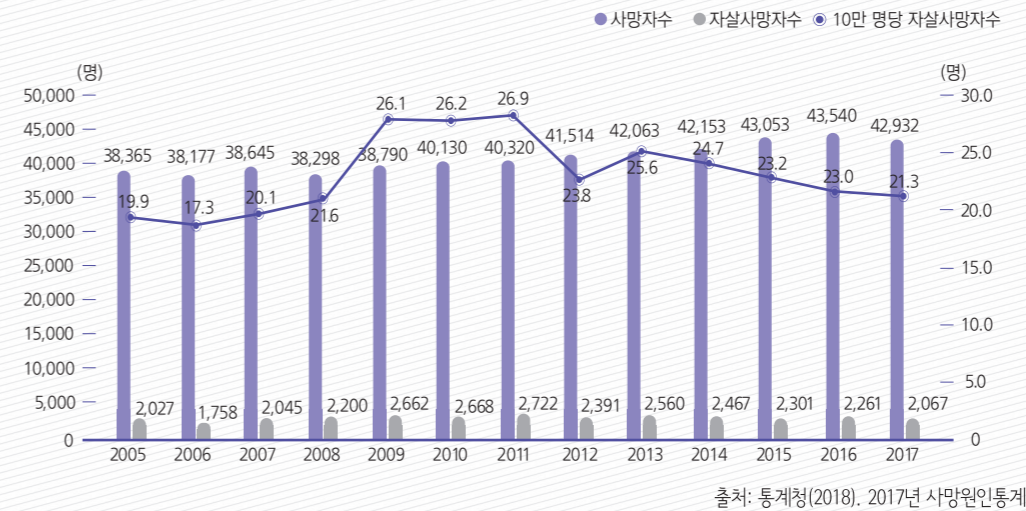
그림34_ 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률



출처: 통계청(2018). 2017년 사망원인통계

- 2017년 서울시 사망자 42,932명 중 자살사망자는 2,067명(인구 10만명 당 21.3명)으로 전체 사망자의 4.8%를 차지하고 있으며 자살사망자수는 작년대비 1.4% 감소한 것으로 나타남.

그림35_ 연도별 서울시 사망자수 및 자살사망자수 변화추이



출처: 통계청(2018). 2017년 사망원인통계

- 서울시의 연령별 자살자수는 전 연령대에서 감소하였고, 특히 20대, 30대, 70세 이상에서 크게 감소함.
- 전국의 경우 70대 이상과 50대, 40대의 자살사망수가 가장 많으며, 서울수도 이와 비슷하게 50대, 70세 이상, 40대에서 사망자 수가 많은 것을 알 수 있음.

표28_ 서울시 연령별 자살사망자수 변화추이

(단위: 명)

구분	전연령	연령							
		0-9세	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70세이상
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
2014	2,467	0	49	246	424	488	514	305	440
2015	2,301	0	41	208	352	462	439	298	501
2016	2,261	0	53	241	363	429	435	287	433
2017	2,067	0	50	203	326	397	424	269	398

* 2013년, 2014년 미상 1인 제외

출처: 통계청(2018). 2017 사망원인통계

제 2 장 정신건강문제에 따른 지표

제 4 절 음주

1. 국외현황

- 전 세계적으로 음주 문제는 특히 젊은 층의 죽음이나 장애의 원인이 되고 있으며, 2015년도에는 알코올 사용으로 인한 암, 심장질환, 간 질환 등으로 2300만 명이 사망하였음(OECD, 2017). OECD 평균 알코올 소비량 기록은 2000년 이후로 9.5리터에서 8.8리터까지 감소해왔음.
- 우리나라 15세 이상 인구 1인당 연간 주류 소비량은 순수 알코올 8.7리터로 OECD 평균(8.8리터)과 비슷한 수준임. 2011년 주류 소비량은 8.9리터로 5년간 0.2리터 감소하였고, OECD 회원국도 평균 주류 소비량이 2011년 9.1리터에서 2016년 8.8리터로 0.3리터 감소함.
- OECD 회원국 중 체코, 프랑스(11.7리터)는 15세 이상 인구 1인당 연간 주류 소비량이 가장 높게 나타났으며, 터키(1.3리터), 이스라엘(2.6리터)은 가장 낮게 나타남.

표29_ OECD 국가의 주류 소비량(15세 이상 인구 1인당)

(단위: ℓ)

국가명	2011	2016		국가명	2011	2016	
	전체	전체			전체	전체	
호주	10.0	9.7	(2015)	한국	8.9	8.7	
오스트리아	11.9	11.4	(2015)	라트비아	10.1	11.2	
벨기에	10.1	10.4	(2015)	룩셈부르크	12.1	11.3	
캐나다	8.2	8.2		멕시코	4.0	4.4	
칠레	7.1	7.9		네덜란드	9.0	8.3	
체코	11.5	11.7		뉴질랜드	9.5	8.9	
덴마크	10.5	9.4		노르웨이	6.4	6.0	
에스토니아	12.0	9.9		폴란드	10.3	10.4	
핀란드	9.8	8.4		포르투갈	11.9	10.7	
프랑스	12.4	11.7		슬로바키아	10.2	9.9	
독일	11.9	10.9		슬로베니아	10.6	10.5	
그리스	8.0	6.5		스페인	9.0	8.6	
헝가리	11.4	10.8	(2015)	스웨덴	7.4	7.2	
아이슬란드	6.8	7.5		스위스	10.0	9.3	
아일랜드	11.7	11.2		터키	1.5	1.3	
이스라엘	2.7	2.6		영국	9.9	9.5	
이탈리아	7.0	7.1		미국	8.7	8.8	(2015)
일본	7.3	7.2		평균*	9.1	8.8	

*2011년과 2016년(혹은 인접년도) 통계가 모두 있는 회원국의 평균임

출처: 보건복지부·한국보건사회연구원(2018), OECD Health Statistics 2018

그림36_ 연도별 주류소비량(15세 이상 인구 1인당)



* OECD:35개국 기준, 각 해당년도 혹은 인접년도 통계가 있는 회원국의 평균임

출처: 보건복지부·한국보건사회연구원(2018), OECD Health Statistics 2018

2. 국내현황

1) 청소년 음주현황

- 2016년도 청소년의 음주율은 남학생 17.2%, 여학생 12.5%로 남학생이 여학생보다 높았으며, 고학년일수록 음주율은 증가하는 경향이 있음. 음주시작연령은 남학생 13.0세, 여학생 13.5세로 남녀학생간 차이는 거의 없었으며, 연도별 추이 또한 큰 변화가 없음. 위험음주율은 남학생 8.5%로 여학생 6.5%보다 높았으며, 두 성별 모두 전년대비 위험음주율은 감소함(여성가족부, 2017).

표30_ 청소년 음주관련지표

(단위: 세, %)

영역	2014			2015			2016		
	전체	남학생	여학생	전체	남학생	여학생	전체	남학생	여학생
처음 음주 경험 연령(세)*	12.9	12.8	13.1	13.1	12.9	13.3	13.2	13.0	13.5
현재 음주자의 위험 음주율**	7.9	9.5	6.3	8.4	9.6	7.0	7.5	8.5	6.5

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

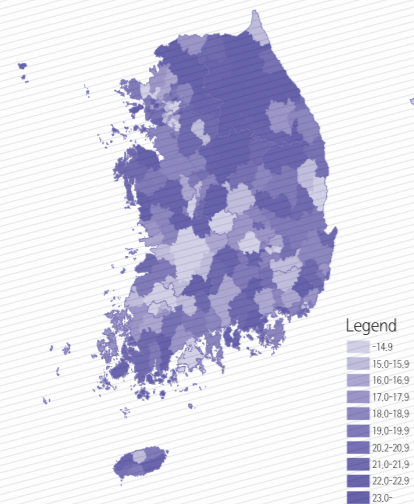
** 현재 음주자중, 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 중등도 이상(남자: 소주5잔이상, 여자:소주3잔 이상)인 사람의 비율

출처: 여성가족부(2017). 2017 청소년백서

제 2 장 정신건강문제에 따른 지표

2) 월간음주율, 고위험음주율

그림37_시·군·구별 전체 연간음주자의
고위험 음주율 지리적 분포 추이



- 2017년 월간음주율⁶⁾의 시도별 중앙값은 62.6%로, 17개 시도에서 최대 64.0%(인천), 최소 56.2%(전북)로 나타났으며 시 지역이 도 지역보다 높은 경향이 지속되고 있음. 시군구 중앙값은 61.5%로 전년대비 0.5%p 증가, 9년 전 대비 7.3%p 증가하였으며, 수도권 지역이 비수도권 지역보다 높은 경향이 지속됨.
- 연간음주자의 고위험음주율⁷⁾ 시도별 중앙값은 18.5%로 17개 시도에서 최대 22.5%(강원), 최소 15.4%(전북)로 나타남. 시군구 중앙값은 19.2%로 전년대비 0.6%p 증가, 9년 전 대비 0.7%p 증가함. 시 지역이 도 지역보다 높으며, 시·구 지역이 군 지역보다 낮은 경향을 보임.

출처: 보건복지부·질병관리본부(2018). 2017 지역사회건강조사

표31_ 시도별 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율(19세 이상)

(단위: %)

구분	월간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체(표준화)	남	여	전체(표준화)	남	여
서울	63.8	74.8	47.9	17.2	25.6	7.3
부산	63.7	73.6	45.9	18.4	27.6	7.7
대구	60.9	72.5	43.2	15.6	24.4	5.7
인천	64.0	74.8	48.3	20.4	29.8	9.6
광주	61.6	73.3	45.8	15.6	22.6	7.6
대전	61.9	72.8	46.8	15.9	22.9	7.4
울산	63.2	75.8	47.9	19.9	30.2	8.3
경기	63.0	74.6	47.8	18.5	27.6	8.6
강원	63.7	73.9	43.1	22.5	32.8	9.3
충북	63.4	73.3	44.4	21.2	30.2	9.5
충남	62.2	72.2	42.6	20.3	29.5	9.0
전북	56.2	67.9	34.1	15.4	23.2	6.2
전남	59.2	66.7	37.8	19.3	26.8	8.6
경북	60.1	69.3	39.1	19.8	29.4	7.3
경남	63.7	74.7	45.4	19.5	30.2	7.4
제주	62.6	72.8	45.3	17.7	26.4	8.7
세종	62.5	72.7	51.9	16.1	23.1	8.5

출처: 보건복지부·질병관리본부(2018). 2017 지역사회건강조사

6) 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 분을

7) 최근 1년 동안 음주한 사람 중에서 남자는 한 번의 술자리에서 7잔 이상(또는 맥주 5캔 정도), 여자는 5잔 이상(또는 맥주 3캔 정도)을 주 2회 이상 마시는 사람의 분을

그림38_ 시도별 성별 월간음주율

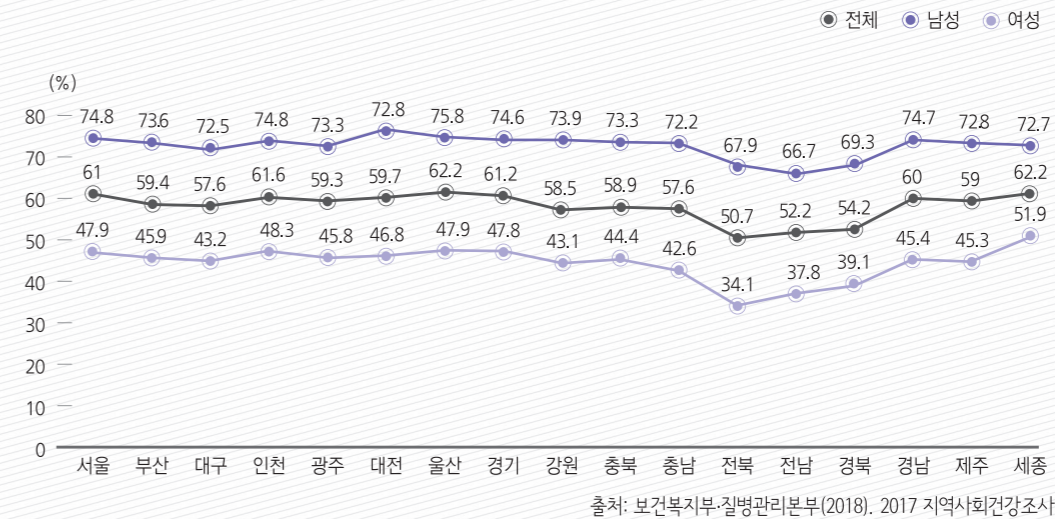
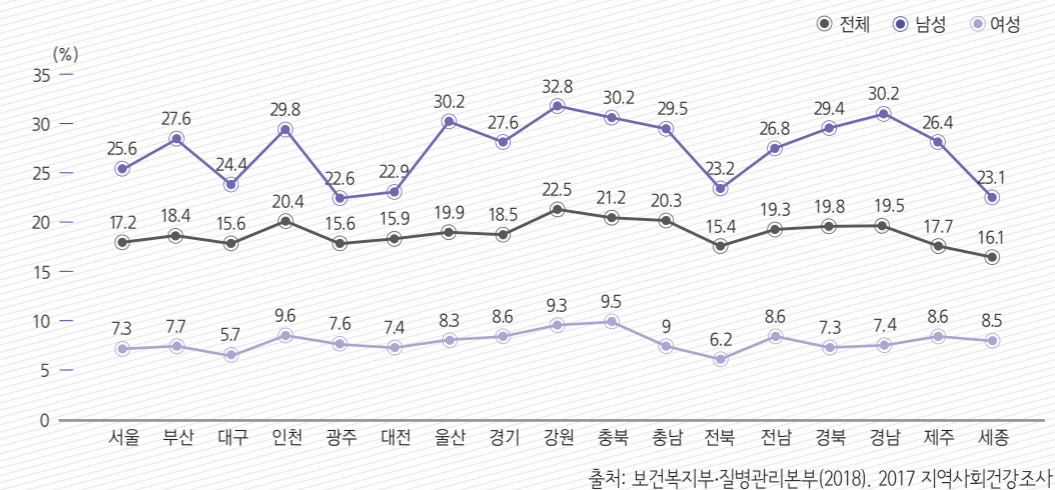


그림39_ 시도별 성별 연간음주자의 고위험 음주율



3) 알코올 사용장애

- 알코올 사용장애는 알코올의존과 알코올 남용을 포함하고 있음. 알코올 사용장애 평생유병률은 12.2%로, 남자가 18.1%, 여자가 6.4%로 나타남. 알코올 남용의 평생유병률은 7.7%, 알코올의존의 평생유병률은 4.5%로 알코올 남용 유병률이 알코올의존 유병률에 비해 약간 높게 나타남.
- 알코올 사용장애 일년유병률은 3.5%이며, 64세 이하에서 알코올 사용장애 일년유병률은 2006년 5.6%, 2011년 4.7%, 2016년 4.1%로 지속적으로 감소하는 추세임.
- 월간음주율과 알코올 소비량은 상승하였으나 알코올 사용장애 유병률은 감소하고 있는 것으로 나타남(보건복지부, 2017).

표32_알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자 수

구분	전체		남성		여성	
	유병률(%)	추정환자수(명)	유병률(%)	추정환자수(명)	유병률(%)	추정환자수(명)
알코올남용	2.0	197,149	2.8	276,008	1.2	118,289
알코올의존	1.5	147,861	2.2	216,863	0.9	88,717
전체	3.5	345,010	5.0	492,871	2.1	207,006

출처: 보건복지부(2017). 2016년 정신질환실태조사/행정안전부 홈페이지(www.mois.go.kr). 2017년 주민등록인구통계

- 2016년 기준 19세 이상의 평생음주자 중 최근 1년 동안 음주문제로 상담을 받아본 적이 있는 비율은 평생음주자의 0.4%로 2014년과 동일한 수준임.
- 남성의 경우 30대이고, ‘동’에 거주하며 소득수준이 ‘하’일 때, 여성의 경우 40대 이고, ‘읍면’에 거주하며 소득수준이 ‘하’일 때 음주문제에 대한 상담률이 높은 것으로 나타남.

표33_평생음주자의 연간음주문제 상담경험률

(단위 : %)

구분		평생음주자의 연간음주문제 상담경험률		
		전체	남성	여성
연령	19세 이상	0.4	0.6	0.1
	19 ~ 64세	0.4	0.7	0.1
	65세 이상	0.3	0.6	0.1
거주지역	동	0.3	0.7	0.0
	읍면	0.6	0.5	0.6
소득수준	하	0.8	1.3	0.3
	중하	0.1	0.1	0.0
	중상	0.4	0.6	0.2
	상	0.3	0.5	0.0

출처: 보건복지부·질병관리본부(2017). 2016 국민건강통계

4) 음주로 인한 사회적 피해

- 음주는 자살과도 밀접하게 연관되어 있어 전체 자살률은 음주율과 비례하며 많은 연구에서 자살자의 상당수는 자살 전 음주한 상태로 보고됨(알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011).
- WHO에서는 폭음 등 유해한 음주는 200가지 이상의 질병과 손상의 주요 원인이며, 조기사망 및 장애와 관련이 있다고 보고 있으며, 매년 330만명이 음주로 사망하는 것으로 추산함(김동겸, 2018).
- 2013년 기준 음주 관련 직접의료비 규모는 2조 2,672억원으로 추계되었는데 이준 남자 음주자에 대한 직접의료비는 62.8%(1조 4,233억원), 여자 음주자에 대한 직접의료비는 37.2%(8,439억원)을 차지하며 남자가 여자에 비해 1.7배 손실이 큰 것으로 나타남. 간접비는 음주 관련 질병으로 인해 조기사망 하는 경우 발생하는 미래 소득 손실액과 질병치료를 위해 의료기관 방문 시 직장에 결근함으로써 발생하는 생산성 손실액을 포함하는데, 2013년 기준 조기사망에 따른 미래소득 손실액은 3조 9,977억원으로 추계됨. 이 중 남자에 의한 조기사망 손실 규모는 89.9%(3조 5,935억원), 여자 조기사망 손실규모는 10.1%(4,042억원)를 차지함으로써 남자에 의한 손

실규모가 여자의 8.9배에 이르는 것으로 추계됨(이선미 외, 2015).

- 2017년 범죄통계에 의하면 전체 범죄자(1,685,461명)중 남자(1,357,873명, 80.6%)의 경우 19.9%(332,985명)가 주취상태에서 범행을 저지르는 것으로 나타났으며, 여자(327,588명, 19.4%)의 경우 38,654명(2.3%)가 주취상태에서 범행을 저지르는 것으로 조사됨.
- 2017년 지역사회건강조사에 따르면 연간 음주운전 경험률은 254개 시·군·구 중앙값 8.8%로 전년대비 1.3%p 감소함. 전년 대비 17개 시·도 중 14개 시·도에서 감소, 3개 시·도에서 증가하였으며, 수도권 지역이 비수도권 지역보다 낮은 경향이 지속됨.
- 2017년 경찰백서에 따르면, 음주운전 중 교통사고는 19,517건이 발생하여, 사망자439명, 부상자 33,364명으로 전년 대비 1.3%, 8.7%, 3.1% 각각 감소하였으나 3회 이상 음주운전을 한 사람이 39,472명으로 전체 음주운전 단속 적발자 중에 19.2%를 차지하는 것으로 조사됨.

표34_연도별 교통사고 현황

(단위: 건/명)

연도	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
교통사고 (건)	221,711	223,656	215,354	223,552	232,035	220,917	216,335
사망자 (명)	5,229	5,392	5,092	4,762	4,621	4,292	4,185
음주 교통사고 (건)	28,461	29,093	26,589	24,043	24,399	19,769	19,517
음주 교통사고 사망자 (명)	733	815	727	592	583	481	439

출처 : 경찰청(2018). 2017 경찰백서

3. 서울시 현황

- 2017년 서울시의 연간음주자의 고위험음주율은 17.2%로 전국 중앙값보다 1.3%p 낮은 수준이며 17개 시·도 중 12번째 순위이나 전국에서 3번째로 전년대비 크게 증가함. 월간음주율은 63.8%로 전국평균 62.6%보다 1.2%p 높으며, 17개 시·도중 2번째로 높은 순위임. 음주습관이 고위험 수준에 도달하지는 않았으나 음주를 빈번하게 즐기는 인구수가 많다고 추정해볼 수 있음(표 31 참고).

제 5 절 우울

1. 국외현황

- 세계보건기구의 추산에 따르면 2020년 사회 부담을 초래하는 세계 10대 질병 가운데 우울증, 알코올사용장애, 조현병 등 3가지 정신질환이 포함되어 있음.
- 2016년 정신질환실태조사 결과 국외 연구에서 보고된 주요우울장애 일년유병률은 1.5%에서 8.2% 사이로 국가간 차이가 큰 것으로 나타남.

표35_ 지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률 (단위: %)

구분	유병률(%)		
	1개월	1년	평생
한국전국(2001)*	1.3	1.8	4.0
한국전국(2006)*	1.8	2.5	5.6
한국전국(2011)*	2.4	3.1	6.7
한국전국(2016)*	0.9	1.5	5.0
일본(2002)*	2.9	-	-
중국(2013)*	-	2.3	2.3
미국-NCS-R(2002)*	-	6.7	16.6
유럽ESEMeD*	-	3.9	12.8
이탈리아(2001)	-	3.0	10.1
프랑스(2001)	-	6.0	21.4
벨기에(2001)	-	4.6	13.6
뉴질랜드(2002)*	-	-	16.0
호주(2007)*	-	4.1	-
영국(2014)	-	3.8	-
레바논(2002)*	-	4.9	-
멕시코(2001)*	-	3.7	-
터키(2017)	-	8.2	-

*정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV)의 진단기준을 사용

출처: 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환실태조사

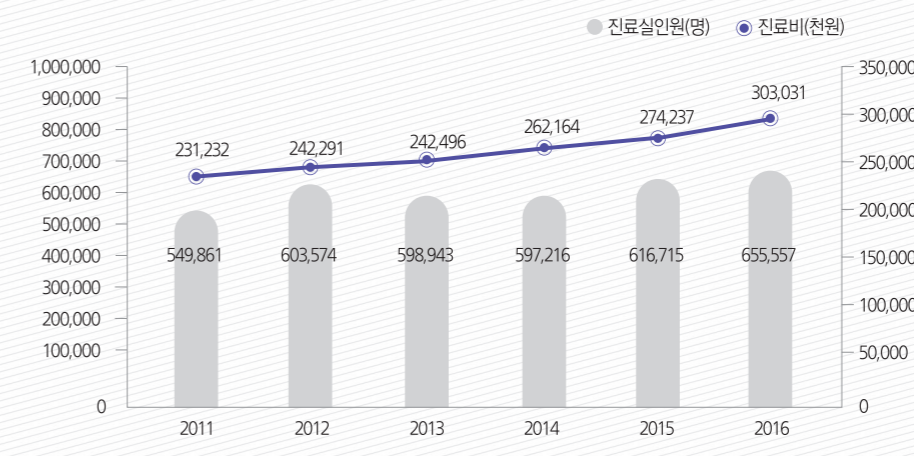
2. 국내현황

- 우리나라의 경우 2016년 정신질환실태조사 결과 주요우울장애 평생유병률이 5.0%로 나타나 2011년 6.7% 대비 1.7%가 감소하였음. 우리나라 주요우울장애 일년유병률은 1.5%로 조사되어 대부분 국가에 비해 낮았으며, 2006년 이후 감소하는 추세를 보이고 있음.
- 국내 주요우울장애 유병률은 미국이나 유럽에 비해서는 많이 낮고, 다른 아시아국가에 비해서는 높은수준이며 2006년 이후 점진적으로 증가되는 양상을 보이다가 2011년 조사보다는 감소하는 결과를 보임.
- 우울이 감소된 원인에 대한 가설로는 인구 10만 명당 자살률이 2011년 31.7명에서 2015년 25.8명으로 19%가

감소한 것처럼 국민들이 좌절이나 실패감에 대한 내인성이 강해진 점을 생각할 수 있음. 또한 사회적으로 불안 을 유발하는 사건이 많아지면서 우울 대신 불안에 대한 감수성이 높아지는 점, 자신의 좌절을 내향화하기보다는 사회나 국가를 원망하는 외부귀인화 경향이 심해지는 점, 운동습관이 확산되면서 신체적 건강이 향상된 점과 함께 우울증을 인지하고 조기치료를 권유하는 우울증관리정책도 심한 우울증인 주요 우울장애가 감소하게 된 원인으로 추측해 볼 수 있음. 우울증은 체질적 소인과 함께 사회적으로 인이 발병에 중요한 영향을 미치므로 젊은 세대를 위한 각종 노동복지정책과 함께 우울증을 조기에 인지하고 치료받을 수 있는 서비스의 강화, 정신과 치료에 대한 사회적 제도적 장벽을 제거하는 정책수립과 함께 젊은 세대를 위한 IT기술을 활용한 우울증 자기관리법을 개발할 필요가 있음(보건복지부, 2017).

- 2017년 지역사회 건강조사에 의하면 우리나라 19세 이상 국민 중 우울장애 유병률은 시도 중앙값으로 2.9%이며, 수도권 지역이 비수도권 지역보다 높게 나타남. 가장 낮은 지역은 울산(1.6%), 경남(2.1%), 대구(2.4%)이며, 가장 높은 지역은 충남(5.2%), 광주(4.1%), 인천(3.8%) 순으로 나타남.
- 우울증으로 인한 사회경제적 비용측면에서 살펴보면, 우울증으로 인한 직접의료비의 경우 2007년 2,423억원에서 2011년에 3,377억원으로 39.4%의 비용이 증가함. 우울증으로 인한 조기사망 비용은 2007년 11억원, 2011년에 31억원으로 3배 가까이 증가하였음(중앙정신건강사업지원단, 2018).
- 우울증에서는 외래에 처음 내원한 후 얼마나 적절한 시기에 외래에서 추적을 잘 했는지가 중장기적인 예후에 영향을 끼칠 수 있는 중요한 지표임. 2016년도 우울증상병(F32,33,34) 초진환자는 938,774명으로 대부분의 의료기관에서 90% 이상에서 14일 이내에 두 번째 진료를 받으러 내원하였으나, 의원급에서는 14일 이내 재방문율이 90% 미만이었음(건강보험심사평가원, 2017).
- 2016년 건강보험통계에 따르면, 2016년 건강보험통계에 따르면 우울증 진료실인원은 655,557명으로 전년대비 감소하였으나, 진료비는 303,031천원으로 전년대비 증가한 것을 알 수 있음.

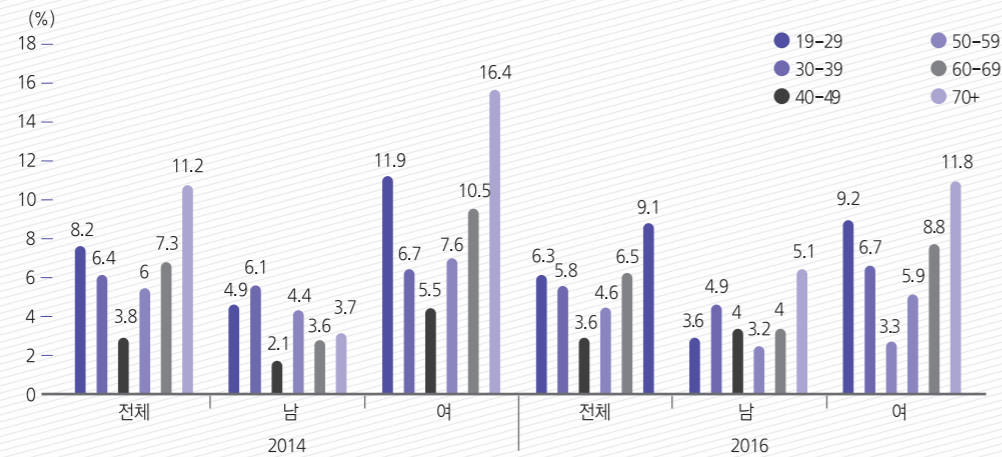
그림40_ 연도별 우울증(F32~F33) 진료인원 및 진료비



출처: 통계청(2018), 298질병분류별 연령별급여현황

- 2016년 국민건강통계에 따르면 우울장애유병률은 2016년 남자 4.1%로 여자 7.0%보다 낮았으며, 2014년에 비해 남자는 비슷하였으나 여자는 1.8%p 감소함. 연령별로는 남녀 모두 70세 이상(남자 5.1%, 여자 11.8%)에서 가장 높았고, 소득수준이 낮을수록 높게 나타남.

그림41_연도별 우울장애 유병률 변화추이



출처: 보건복지부·질병관리본부(2017). 2016 국민건강통계

- 건강보험심사평가원이 5년간(2011~2015년)의 건강보험 및 의료급여 심사결정 자료를 이용하여 우울증(F32~F33) 진료데이터를 분석한 결과, 진료인원은 2011년 597,818명에서 2015년 674,554명으로 5년간 약 76,736명(12.8%) 증가함. 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. 2015년 연령별 우울증 진료환자수를 살펴보면, 70대 이상이 24.1%, 50대 20.4%, 60대 18.1%로 50대 이상 장 노년층에서 62.6%를 차지했고, 20세 미만과 20대는 각각 3.8%, 8.0%로 낮게 나타남.

그림42_연령별 우울증 진료 환자 수

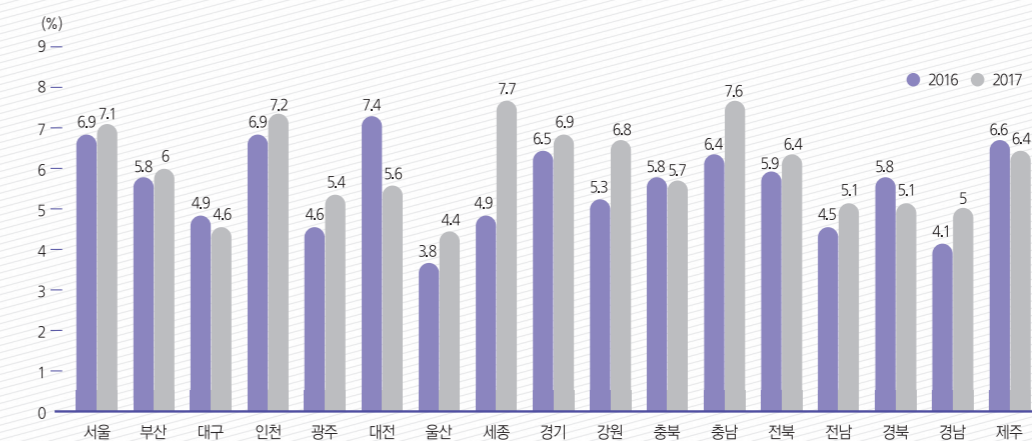


출처: 건강보험심사평가원 보도자료 (2016.09.13.)

3. 서울시 현황

- 2017년 지역사회 건강조사의 시도별 우울감 경험률 분석결과 서울시는 7.1%로 17개 시도 중 세종(7.7%), 충남(7.6%), 인천(7.2%) 다음 4번째로 우울감 경험률이 높게 나타남.

그림43_시도별 우울감 경험률



출처: 보건복지부·질병관리본부(2018). 2017 지역사회 건강조사

- 서울시정신건강복지센터에서 운영 중인 blutouch 홈페이지(www.blutouch.net)를 통해 2017년 1월부터 12월까지 1년간 우울증 자가 테스트(척도 : CES-D)에 참여한 24,982명 중 서울시 거주자 9,591명을 대상으로 결과를 분석한 결과, 서울시 거주자의 평균 검진점수는 28.97점으로 나타남. 이 점수는 조맹제 등(1993)이 발표한 연구 결과와 비교할 때, 지역사회군 14.91점과 주요우울증군 38.46점 사이에 위치하는 점수임.
- 남성이 2,277명 여성이 7,314명으로 여성이 많고, 성별에서는 남성(25.4점) 보다는 여성(30.1점)이, 결혼유무에서는 기혼(22.7점) 보다는 미혼(29.7점), 연령대에서는 10대(32.7점)가 높은 점수를 보임.

제 6 절 사회적 인식

1. 국외현황

- 정신질환에 대한 가장 흔한 편견은 정신질환자들이 공격적이며 위험하다는 것인데, 독일의 경우 정신질환자들이 예측 불가능하다고 응답한 비율은 49.6%였으며, 공격적이고 난폭한 행동을 한다고 응답한 비율은 약 25%로 조사됨(Angermeyer MC. et al., 2005; 박종익 외, 2016 재인용).
- 미국에서는 정신질환의 종류에 따른 위험률 인식 정도를 조사한 결과, 대중들이 인식하고 있는 위험률이 정신질환마다 차이가 있으나 전반적으로 위험률을 높게 인식하고 있는 것으로 나타남(Link BG, et al., 1999; 박종익 외, 2016 재인용).
- 영국의 Scottish Association for Mental Health(SAMH)에서 정신건강서비스를 이용하는 사람들의 사회 관계를 조사한 결과 일반인들 보다 사회적 지지가 낮고, 주변사람과의 관계도 불만족할 가능성이 더 높은 것으로 나타남(SAMH, 2006).
- 스코틀랜드의 연구에 따르면 정신질환을 겪었던 사람들의 57%가 일자리를 지원할 때 자신의 질환을 숨기는 것으로 나타났으며, 43%는 자신들의 정신질환이 부정적으로 인식될 것을 우려하여 일자리 지원 자체를 포기하기도 함(See Me, 2006. 박종익 외, 2016 재인용).
- 정신질환에 대한 사회적 편견을 줄이기 위해 여러 나라에서 교육프로그램 개발 및 대중매체 활용, 정신질환자들과의 만남 등 다양한 anti-stigma 프로그램들을 개발하여 추진하고 있음(Corrigan PW et al., 2012; 박종익 외, 2016 재인용).
- 또한, 정신건강의 문제를 경험한 사람들이 직면하게 되는 차별이나 편견을 해소하고, 효과적으로 대처할 수 있도록 돕는 인식개선에 대한 캠페인을 다양한 국가에서 진행하고 있음.

표36_ 국외 정신건강캠페인 현황

구분	영국	호주	뉴질랜드	스코틀랜드	아일랜드
캠페인명	Anti-Stigma Movement	beyond blue	Like Minds, Like Mine	See Me	Your Mental Health
목적	정신건강 문제를 경험한 사람들이 직면하게 되는 차별, 편견해소	우울증, 불안, 자살을 예방하고 효과적으로 대처할 수 있는 능력 증진	정신질환에 대한 차별(낙인) 인식개선	정신질환에 대한 편견과 낙인 감소	정신건강 문제에 대한 인식개선 및 사회적, 전문적 도움제공 및 격려

출처: 중앙정신건강복지사업지원단(2018). 중앙정신건강복지사업지원단 사업보고

- 정신질환에 대한 편견은 치료기피나 약물 순응도 저하로 이어지고 결국 만성화와 장기입원이라는 악순환의 고리에 들게 되므로 대중의 정신질환에 대한 인식을 개선하려는 노력은 매우 중요함(Corrigan P. 2004, 박종익 외, 2016 재인용).

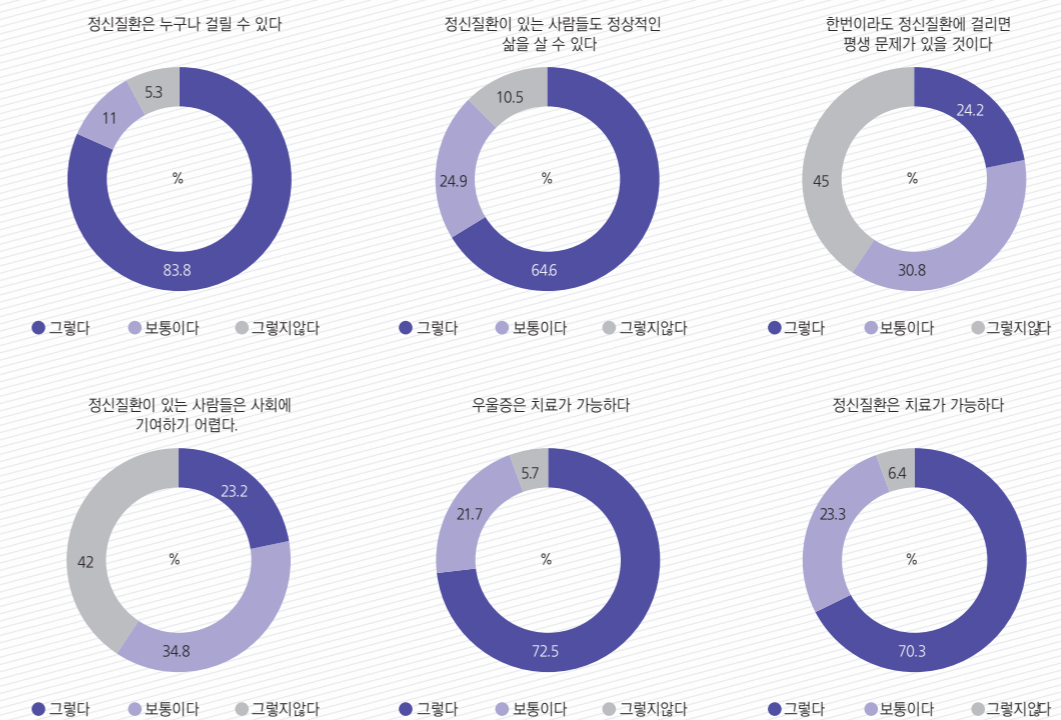
2. 국내현황

1) 정신질환에 대한 지식 & 태도

- 2017년 국립정신건강센터의 <대국민 정신건강에 관한 지식 및 태도조사>에 따르면 정신질환에 대한 긍정적 인식도는 58.9%로 전년 대비 0.8%p 증가한 것으로 나타남. ‘누구나 정신질환에 걸릴 수 있다’에 긍정적 동의율은 83.8%로 전년 대비 2.5%p 증가하였고, ‘정신질환이 있는 사람들도 정상적인 삶을 살 수 있다’에 긍정적 동의율은 64.6%로 전년 대비 4.3%p 증가함. ‘한 번이라도 정신질환에 걸리면 평생 문제가 있을 것이다’의 질문에 부정의 응답률은 45.0%, ‘정신질환이 있는 사람들은 사회에 기여하기 어렵다’의 질문에 부정의 응답률은 42.0%로 나타남.
- 우울증과 정신질환의 치료 가능여부에 대한 질문 결과, ‘우울증은 치료가 가능하다’에 72.5%, ‘정신질환은 치료가 가능하다’에 70.3% 긍정적 응답을 보임. 전년대비 우울증 치료가능 인식은 감소, 정신질환 치료가능성 인식은 증가함(국립정신건강센터, 2017).

그림44_ 정신질환에 대한 인식 현황

(단위: %)



출처 : 국립정신건강센터(2017). 2017 국가 정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

2) 정신건강증진서비스 이용률

- 2016년도 정신질환 실태조사에 의하면 지역사회 일반 성인 가운데 정신건강 문제로 전문가와 상의한 적이 있는 경우가 전체의 9.6%에 불과함. 이는 2011년도 7.0%에 비해 증가된 수치이며 우리사회에서 정신건강 서비스 이용에 대한 수요, 인식이 확대되었기 때문으로 보임.
- CIDI 진단에 의한 정신장애에 이환된 적이 있는 대상자 중에서는 22.2%가 정신건강서비스를 이용한 적이 있다고 답해 2011년의 15.3%에 비해 45.1% 증가한 것으로 조사됨. 그러나 다른나라 조사에 비하면 여전히 정신건강서비스 이용률이 낮은 수준임을 알 수 있음.
- 정신장애군 별로 서비스 이용률을 살펴보면, 조현병 스펙트럼 장애 진단자의 39.3%, 기분장애 진단자의 52.5%, 불안장애 진단자의 27.3%가 정신건강서비스를 이용한 반면 알코올사용장애 진단자의 서비스 이용률은 12.1%에 불과함.
- 정신장애로 진단된 사람 중에 전문가와 상담을 하지 않은 사람들에게 그 이유를 물었을 때 ‘나는 정신질환이 없다고 생각했다’가 81%로 가장 많았음.
- 정신질환의 전반적인 유병률 감소에는 국가 정신건강 서비스 확대로 인한 긍정적 결과로 생각됨. 정신건강서비스의 인식개선은 예방적·적극적 치료를 유도하고 서비스의 문턱을 낮출 수 있으며, 서비스이용률이 증가될 경우 정신질환 발병을 예방하고, 조기치료를 통한 조기회복 및 증상악화 예방을 통해 국민 건강수준이 향상될 수 있으며 이로 인한 사회적비용을 최소화 할 수 있을 것임(보건복지부, 2017).

표37_ 정신건강 문제의 전문가 상담경험률

(단위: 명, %)

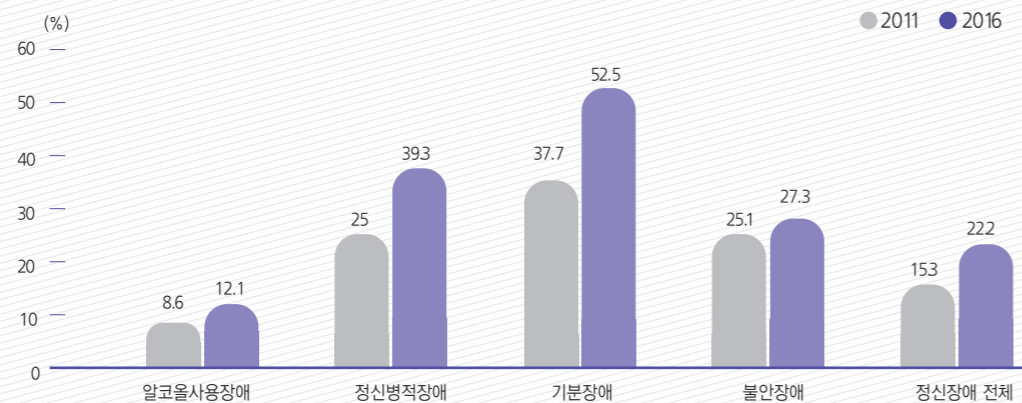
직종	대상자수(명)	전체 응답자에서의 비율(%)
정신건강의학과 전문의	356	7.0
기타 정신건강전문가*	54	1.1
정신건강의학과 전문의 외 의사	51	1.0
한의사, 침술사	10	0.2
종교인**	3	0.1
기타	5	0.2

*기타 정신건강전문가는 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사, 정신건강간호사 포함

**종교인은 목사, 신부, 스님을 포함

출처: 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환 실태조사

그림45_ 정신질환군별 정신건강서비스 이용률 변화



출처: 보건복지부(2017). 2016년도 정신질환 실태조사

3. 서울시 현황

1) 정신질환에 대한 지식 & 태도

- 2017년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사에 따르면 ‘정신질환은 보통 질병과 마찬가지로 의학적으로 치료해야 할 하나의 질병이다’에 91.3%가 ‘그렇다’고 하였으며 특히 ‘정말 그렇다’는 52.1%로 나타남.
- 또한, ‘정신질환자의 관리와 치료에 더 많은 국가 예산이 쓰여져야 한다’에 88.5%가 ‘그렇다’고 응답하였고, 특히 ‘정말 그렇다’는 응답비율은 46.1%로 나타남.

2) 정신건강증진서비스 이용률

- 2017년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사에 따르면 응답자의 48.3%가 지난 1년간 정신적인 문제를 겪었으며, 이 중 심각한 스트레스를 경험한 응답자가 24.6%(중복응답)로 가장 높았음.
- 정신건강 문제가 있다고 생각했을 때 가족, 친구, 지인에게 이야기 하는 비율이 47.9%로 가장 높았으며, 2015년 대비 4.8%p 증가함. 도움 받지 않고 스스로 해결하는 비율도 27.3%이며, 정신과 등 의료기관의 도움을 받은 경우가 19.2%, 정신의료기관 외 상담기관의 도움을 받은 경우가 12.3%, 종교나 사회단체의 도움을 받은 경우가 10.3%, 술을 마신다는 경우가 2.7%로 나타남.
- 이 중 상담기관의 도움을 받은 사람들의 기관유형을 살펴보면, 심리지원센터 등 서울시운영 공공상담기관과 개인 사설상담기관이 30.9%로 동일하고, 보건소나 정신건강복지센터가 20.3%, 1577-0199상담전화가 17.1% 순으로 나타남.
- 정신건강 문제를 스스로 해결하는 이유로는 일시적인 증세이므로 나아질 것이라고 생각하는 비율이 54.2%로 가장 높음.

그림46_ 정신건강 관련 문제 대처방법

(단위: %)

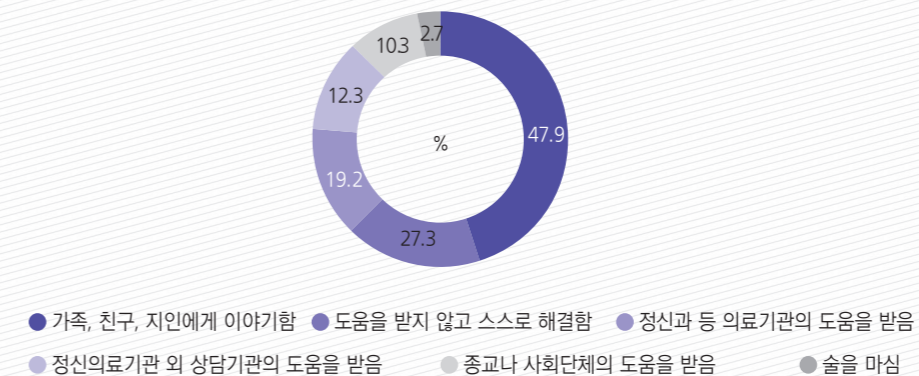
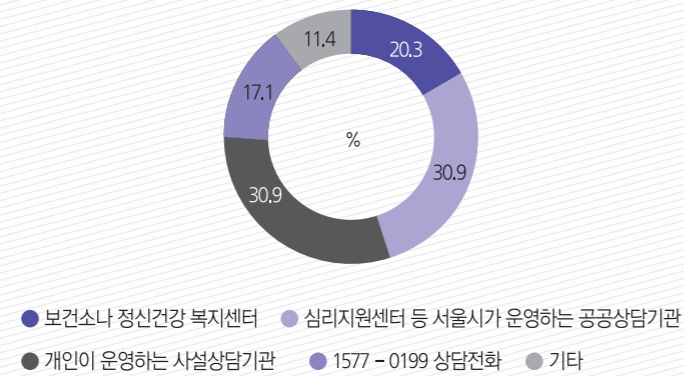


그림47_ 정신건강 문제에 대하여 도움 받은 상담기관

(단위: %)

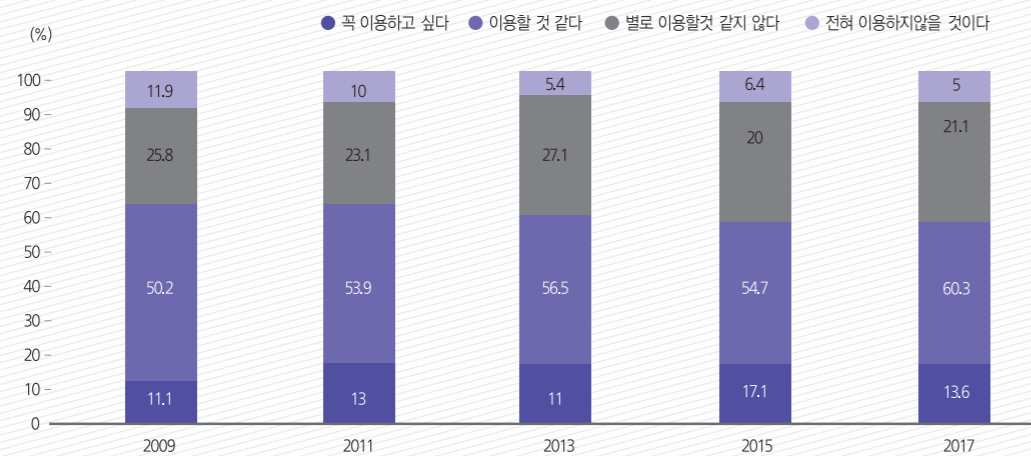


출처: 서울시정신건강복지센터(2017), 2017 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

- 정신건강 서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 응답한 사람은 73.9%로 2015년 71.8%에 대비 2.1%p 증가함.

그림48_ 정신건강복지센터 이용의향

(단위: %)



출처: 서울시정신건강복지센터(2017), 2017 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

Indicator

Indicator 7. 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률

Indicator 8. 주요 진단별 정신질환 치료율

Indicator 9. 정신질환 초과사망비

Indicator 10. 서울시민의 자살생각률

Indicator 11. 인구 10만 명당 자살사망률

Indicator 12. 서울시민 고위험 음주율

Indicator 13. 서울시민 우울감 경험률

Indicator 14. 서울시민 스트레스 인지율

Indicator 15. 서울시민 주관적 정신건강인식도

Indicator 16. 우울증에 대한 긍정적 인지도

Indicator 17. 정신질환자에 대한 지역사회 수용도

Indicator 18. 서울시민 정신건강서비스 인지율

Indicator 7

서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

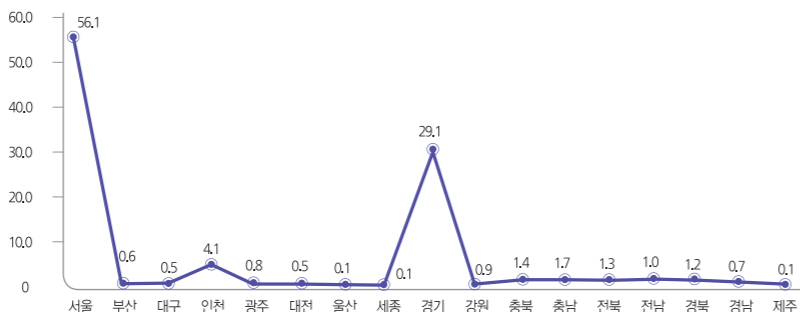
- 국민건강보험공단의 2018년 6월까지 지급분에 대한 통계자료를 근거
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 진료 현황
- 1차 진단명을 부여하고 청구한 내역 중 주진단명 기준으로 발체

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

지표해석

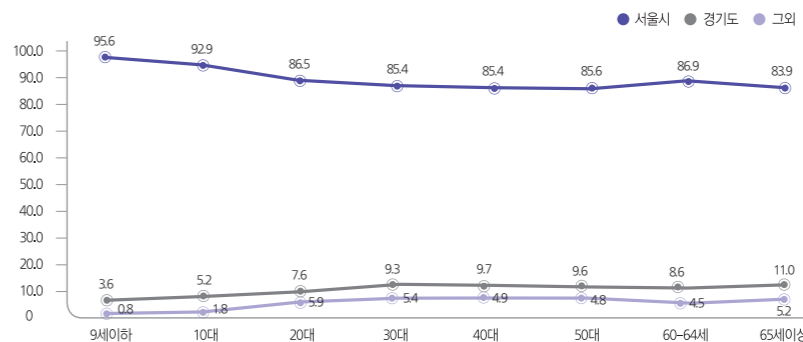
- 2017년 서울시 거주자 중 F코드로 진료를 받은 실인원(전체)은 752,778명이며, 이중 서울시에서 진료를 받은 실인원(전체)은 645,487명으로 85.7%임.
- 입원 진료실인원은 49,171명이며, 이 중 서울시 소재 의료기관에서 입원진료를 받은 사람은 27,609명, 즉 56.1%로 이용비율이 가장 높았고, 그 다음으로 경기 29.1%, 인천 4.1% 순으로 나타났음.
- 2015년 서울소재 의료기관에서의 입원진료 비율은 54.8%로, 2015년 대비 1.3%p 증가함.

그림 49_ 서울시민의 전국정신의료기관 입원현황 (실인원) (단위: %)



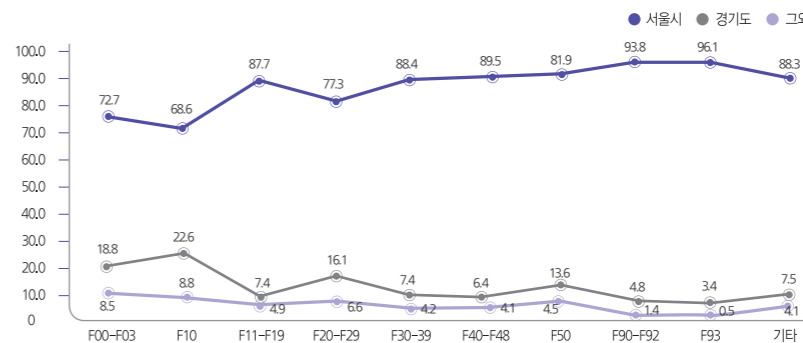
- 연령별 요양기관 소재지별 이용현황을 살펴보면, 전 연령층에서 서울소재지 의료기관 이용분포가 83%이상으로 나타남.
- 2015년 대비 20대를 제외한 전 연령대에서 서울 소재 정신의료기관을 이용하는 비율이 동일하거나 높아짐.

그림_50 연령별 정신의료기관 이용현황 (단위: %)



- 진단별 요양기관 소재지별 이용현황의 경우 F10(알코올사용장애)과 F00-F03(노인성치매)가 다른 질환에 비해 서울 외 지역의 의료기관을 이용하는 비율이 상대적으로 높게 나타남.

그림51_ 진단별 정신의료기관 이용현황 (단위: %)



서울시민의 85% 이상이 서울소재 정신의료기관을 이용하고 있으며, 진단별, 연령별 구분 없이 서울소재 정신의료기관 이용률이 가장 높게 나타남. 서울소재 의료기관 입원비율이 2013년도 48.1%에서 2015년도 54.8%, 2017년도 56.1%로 증가하고 있는데 2015년 7월부터 기초생활보장제도 맞춤형 급여가 실시되어 진료실 이용인원 증가, 즉각적인 치료개입 등으로 서울소재 정신의료기관 이용이 증가한 것으로 사료됨.

2017년 국민건강보험공단 통계자료

향후전망

자 료 원

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

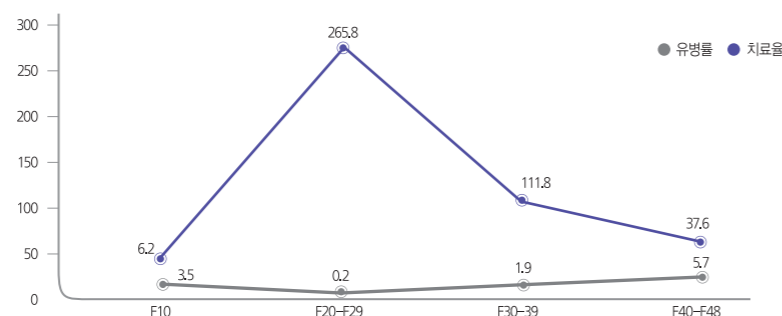
- 서울시 거주자의 정신질환치료실태 파악
- 국민건강보험공단의 2018년 6월까지의 지급분에 대한 통계자료를 바탕으로 함.
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 약국을 제외한 입원 및 외래 진료 현황을 기준으로 의료급여와 건강보험의 합계

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

지표해석

- 2017년 진단별 치료율을 살펴보면, 정신병적 장애(F20코드)가 265.8%로 가장 높게 나타났으며, 기분장애(F30코드) 111.8%, 불안장애(F40코드) 37.6%, 알코올 사용장애(F10) 6.2%로 나타났음.
- 정신질환실태조사의 2011년과 2016년도 유병률 변화로 인해 단순 비교는 어려우며, 해석상 주의를 요함.

그림52_정신질환 진단별 유병률과 치료율



향후전망

유병률 기준 변화로 인해 2015년도에 비해 전체적인 수치가 증가하였음. 정신병적 장애와 기분장애는 유병률 대비 치료율이 높으나, 알코올 사용장애는 유병률 대비 치료율이 가장 낮음. 음주에 관한 사회적 분위기를 반영하고 있는 것으로 보이며, 타 질환의 치료율 또한 향상될 수 있도록 인식개선활동이 이루어져야 함.

자료원

2017년 국민건강보험공단 통계자료, 2016년 정신질환실태조사(보건복지부)

Indicator 9

정신질환 초과사망비

필요성

OECD는 국가별 초과사망비를 수집하는데 이는 정신질환자의 지속적, 전반적인 관리수준을 반영함.

지표설명

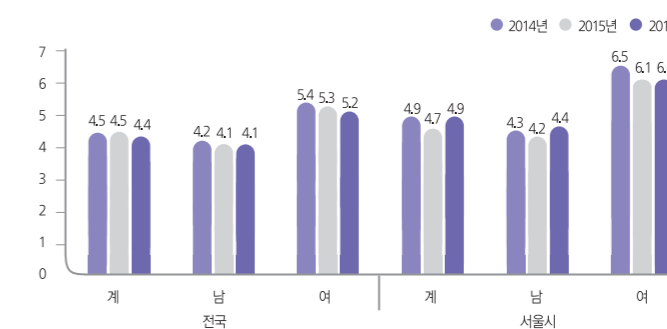
- 정신질환 초과사망비는 일반 인구집단 사망률 대비 정신질환자 사망률로 산출
- 진단기준은 조현병 F20.x, F21.x, F23.1, F23.2, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, 양극성 정동장애 F31.x로 정의
- OECD는 초과사망비의 국가 간 비교가능성을 높이기 위하여 2010년 OECD 표준인구집단을 기준으로 성별·연령 표준화 초과사망비를 산출

- 분자 : 조현병/양극성 정동장애로 진단받은 환자(15-74세)의 사망률(모든원인으로 인한 사망)
- 분모 : 일반 인구집단(15-74세) 사망률(모든원인으로 인한 사망)

지표해석

- 초과 사망비가 1보다 크다는 의미는 정신질환자가 일반 인구집단에 비해 사망위험이 높다는 것을 의미함.
- 2015년과 2016년에 조현병으로 진단받은 전국 환자의 초과사망비는 각각 4.45, 4.42였음. 2008년 이후 증가하는 추세이나 큰 변화는 없었음. 전국 대비 서울시의 조현병 진단환자 초과사망비는 2015년 4.7, 2016년 4.9로 전국대비 높은 수치임.

그림53_연도별 조현병 초과사망비



- 2015년 양극성 정동장애로 진단받은 전국 환자의 초과사망비는 4.20이었고, 2016년에는 4.19로 큰 차이 없었음. 조현병 진단환자의 초과사망비와 비교하여 양극성 정동장애 진단 환자의 초과사망비는 증가하는 추세이며, 2008년 3.23에 비해 2016년 4.19로, 29.7% 증가함. 전국 대비 서울시의 양극성 정동장애 진단환자 초과사망비는 2015년 4.7, 2016년에는 4.9로 전체적으로 전국 대비 높은 초과사망비를 보임.

Indicator 10

서울시민의 자살생각률

필요성

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

지표설명

- 서울시민의 자살사고 수준 정도
- 조사시점에 표본가구에 거주하는 만 19세 이상 서울시 가구원을 대상으로 조사원이 표본가구를 방문하여 1:1 면접조사를 실시(총 조사가구 11,611가구, 조사완료자 (22,956명))
- 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본적이 있는지에 대한 질문에 '예'로 응답한 사람의 비율

- 분자 : 최근 1년 동안 자살에 대한 생각을 해본 적이 있다고 응답한 사람 × 100
- 분모 : 조사대상 응답자 수 (22,950명)

※ 2016년도 지표까지는 정신건강에 관한 서울시민 인식조사(서울시정신건강복지센터) 데이터를 근거로 하였으나 조사문항 삭제로 인해 2018년도 지표부터는 지역사회건강조사를 기반으로 산출하여, 비교 및 동일한 해석을 하기에 한계가 있음.

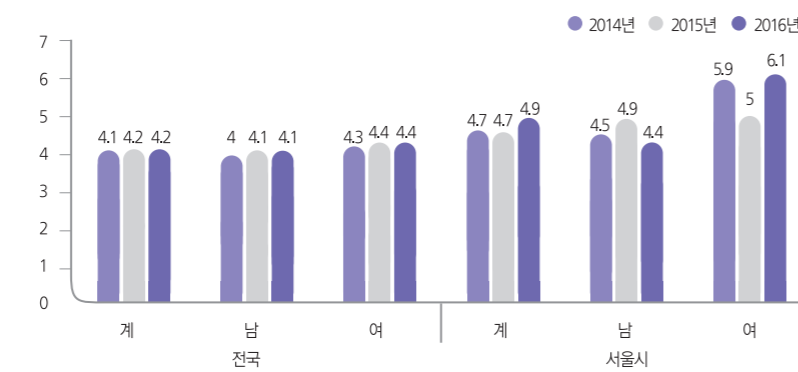
지표해석

- 2017년 지역사회건강조사에 의하면 '최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 해 본적이 있습니까'의 질문에 긍정응답을 한 비율은 7.0%이며, 남자 5.4%, 여자 8.5%로 여자가 높게 나타남. 연령대별로는 70대 이상이 11.5%로 가장 높았고, 50대 7.3%, 19~29세 6.9%, 60대 6.8%, 40대 6.1%, 30대 5.4% 순으로 나타남.
- '최근 1년 동안 실제로 자살시도를 해 본적이 있습니까'의 질문에 긍정응답을 한 비율은 0.3%로 조사되었으며, 남자·여자 모두 동일한 0.3%의 수치를 보임. 또한 자살생각으로 인한 정신상담률은 15.8%로 나타남.

< 비교 데이터 >

- 2017년도 서울시자살예방센터 인식도조사 결과 '지난 1년간 자살에 대한 생각을 해본 적이 있는가'라는 질문에 대해 '그렇다'고 응답한 비율은 7.6%였으며, 남성은 7.9%, 여성은 7.4%로 나타남. 연령별로는 50대가 9.7%로 가장 높았고, 60세 이상 9.0%, 20대 이하 7.2%, 40대 6.7%, 30대 5.2% 순으로 나타남. 또한, '평생 자살을 시도한 적이 있는지'에 대해 18.4%가 '그렇다'고 응답하였음.
- 2015년도 정신건강에 관한 서울시민 인식조사 결과에서는 '지난 1년 동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있다'고 응답한 사람은 128명으로 전체 응답자의 12.8%를 차지함. '자살을 진지하게 생각해보 적이 있다'고 응답한 128명 중 실제 자살을 시도한 적이 있다고 응답한 인원은 9명으로 전체 응답자 1,000명 중 0.9%에 해당함.

그림54_ 연도별 양극성 정동장애 초과사망비



- 조현병과 양극성 정동장애 진단환자 초과사망비 모두 전국 17개 시도에서 9번째로 높은 수치이며, 특히 여성이 상대적으로 높음.
- 단, 시도별 초과사망비는 정신질환사망률(분자)의 경우 의료기관 소재지 기준, 일반인구 사망률(분모)의 경우 거주지 기준으로 산출된 것이므로 해석에 유의해야함.

향후전망

정신질환자는 낮은 건강수준과 의료접근성 등의 이유로 일반 인구집단에 비해 사망률이 높아 급성기 치료 이후에도 지속적인 관리가 요구됨.

초과사망비는 연도별로 증가하는 추세임. 정신보건지표를 OECD 일부 국가만이 제출하여 비교에는 제한이 있으나, 2015년 기준, 한국은 제출한 국가 중 높은 수준이며, 특히 여성이 높았음.

정신질환자가 일반 인구집단보다 사망률이 높은 것은 건강행태에 대한 인식수준이 낮고, 내과적 질환관리 수준이 미흡하기 때문이라고 보고되므로 정신질환자의 사망원인과 의료이용 등의 분석을 통해 대안을 제시할 필요가 있음.

자 료 원

2015-16년 기준 보건의료 질 통계 생산(보건복지부·건강보험심사평가원)

Indicator 11

인구 10만 명당 자살사망률

필요성

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

지표설명

- 서울시 자살사망자에 대한 변화추이 분석
- 자살에 의한 연간 사망자수를 해당 연도의 연앙인구로 나눈 수치

지표해석

- 분자 : 서울시 자살사망자수 × 100,000
- 분모 : 서울시 연앙인구
- 2017년 우리나라의 사망자수는 285,534명이며 이중 자살사망자수는 12,463명으로 전체 사망자의 4.4% 정도를 차지하고 있는 것으로 나타남.
- 서울시 자살사망자수는 2,067명으로 전체 자살사망자수의 16.6%를 차지하고 있음.
- 2017년 인구 10만 명 당 자살사망률은 전국 24.3명, 서울시 21.3명으로 나타났으며, 자살사망자 수 및 자살사망률은 2013년도 이후 꾸준히 소폭 감소추세임.

Level

■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과

□ Input □ Process

■ Output/Outcome

Domain

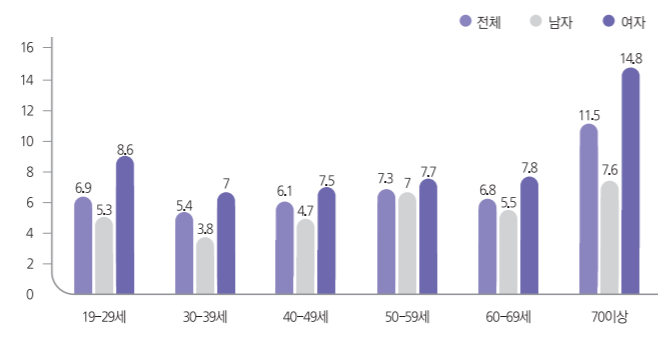
□ 효과성 □ 효율성
□ 적절성 □ 접근성
□ 연속성 □ 반응성
■ 안정성

- 2016년 정신질환실태조사에 의하면 지난 1년간의 자살생각률은 2.9%, 자살계획률은 0.4%, 자살시도율은 0.1%로 조사됨.
- 각 조사는 조사대상, 설문문항, 조사방법의 차이가 반영된 결과로 해석상의 주의가 필요함.

참고) - 지역사회건강조사 : 만 19세 이상을 대상으로 표본가구 방문 1:1 면접조사를 통해 '최근 1년 동안 죽고싶다는 생각을 해 본적이 있는지'에 대한 응답 결과

- 자살예방센터 인식조사 : 만 19세 이상 남녀 1,500명을 대상으로 전화면접조사를 통해 '최근 1년 동안 자살에 대한 생각을 해본 적이 있는지'에 대한 응답 결과
- 정신건강에 관한 서울시민 인식조사 : 만 15세 이상 만 65세 미만 1,000명을 대상으로 전화면접조사를 통해 '지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다'란 질문에 응답 결과
- 정신질환실태조사 : 만 19세 이상을 대상으로 대면면접조사를 통해 '자살하는 것에 대해 진지하게 생각한 적이 한번이라도 있습니까'란 질문에 응답 결과(WHO World Mental Health CID)의 설문문항 사용)

그림55_서울시민 성별·연령대별 자살생각률 (단위: %)



향후전망

우리나라는 2017년 기준 인구 10만명당 24.3명이 자살로 사망함. 2011년 정점을 찍다가 점차 감소하는 추세지만 여전히 OECD 국가 중 자살률이 높은 수준임. 자살문제는 개인의 문제 뿐만 아니라 사회적으로 극복해야 할 과제이며, 고위험군 특성에 따른 조사연구 및 분석과 이를 바탕으로 한 전문적이고 체계적인 예방체계가 보편화되어야 함. 또한 자살 고위험군에 대한 조기발견과 서비스를 확대하기 위해 정신보건 외 타 영역과도 공식적인 협조가 이루어질 수 있어야 함.

자료원

2017년 지역사회건강조사(보건복지부·질병관리본부), 2017년 서울시자살예방센터 인식도조사(서울시자살예방센터), 2016년 정신질환실태조사(보건복지부), 2015년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사(서울시정신건강복지센터)

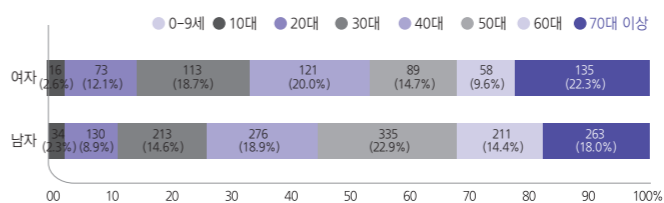
변인별

그림56_인구 10만 명당 자살사망률 변화추이



- 성별 자살사망 현황을 살펴보면, 남자 1,462명(70.7%), 여자 605명(29.3%)으로 남자가 여자에 비해 약 2.4배 높은 것으로 나타났음.
- 2017년 인구 10만명당 자살률은 남자 30.7명, 여자 12.2명으로 2016년 남자 32.5명, 여자 13.9명 대비 각각 1.8명, 1.7명 감소함.
- 연령별 자살사망 추이를 살펴보면, 모든 연령층에서 자살사망자가 감소하고 있으며, 특히 20대, 30대, 70대 이상에서 큰 폭으로 감소함.

그림57_서울시 성·연령별 자살사망자 수



2017년 사망원인통계(통계청)

자료원

Indicator 12

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 현황 파악 및 이에 따른 정책적 대안이 필요함.

지표설명

- 서울시 음주 실태의 위험 수준 정도
- 고위험 음주군의 비율

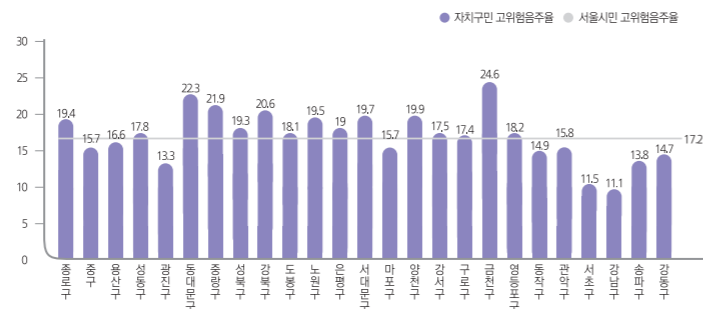
※ 고위험 음주율 정의 : 최근 1년 동안 음주한 사람 중 남자는 한 번의 술자리에서 7잔 이상(또는 맥주 5캔 정도), 여자는 5잔 이상(또는 맥주 3캔 정도)을 주 2회 이상 마시는 사람의 비율

- 분자 : 고위험 음주자 × 100
- 분모 : 19세 이상 연간 음주자

지표해석

- 2017년 서울시 연간음주자의 고위험음주율은 17.2%로, 2015년 17.7%에서 2016년도 16.1%로 감소하였다가 2017년도 17.2%로 증감을 반복하고 있음.
- 전국 연간음주자의 고위험음주율은 사·군·구 중앙값이 19.2%로 서울시가 2.0%p 낮은 수치임.
- 성별 현황에 있어 남성 25.6%, 여성 7.3%로 남성의 고위험음주율이 여성에 비해 3.5배 이상 높은 편임.
- 구별 고위험음주율을 보면, 금천구가 24.6%로 가장 높은 반면 강남구가 11.1%로 가장 낮게 나타남. 25개구 중 서울시 고위험음주율 평균보다 높은 자치구는 15개구로 나타남.

그림58_ 2017 자치구별 고위험음주율 (단위 : %)



향후전망

서울시의 고위험음주율은 전국 평균 고위험음주율 대비 낮은 수준을 보이고 있으나, 조사 이래로 증감을 반복하고 있음. 특히 남성의 고위험음주율은 감소하였으나 여성 고위험음주율이 증가추세를 보이므로 성별 및 연령별 특성을 고려한 고위험음주자에 대한 서울시의 예방 대책이 필요함.

자 료 원

2017 지역사회건강조사(보건복지부·질병관리본부)

Indicator 13

서울시민 우울감 경험률

필요성

WHO는 2015년 기준 전 세계 약 4%에 해당하는 3억 2200만명이 우울증을 앓고 있으며, 2005년에 비해 18.4%p 증가한 수치라고 밝힘(2017, WHO). 또한 우울증과 불안장애가 전 세계 경제에 매년 1조 달러(약 1천145조여 원)의 경제적 부담을 주는 것으로 나타남. 경제부담 뿐 아니라 우울감이 우울증으로 악화되어 방치할 경우 자살 등의 심각한 사회문제로 이어질 수 있어 일반인구와 위험인구를 대상으로 한 예방사업이 필요.

지표설명

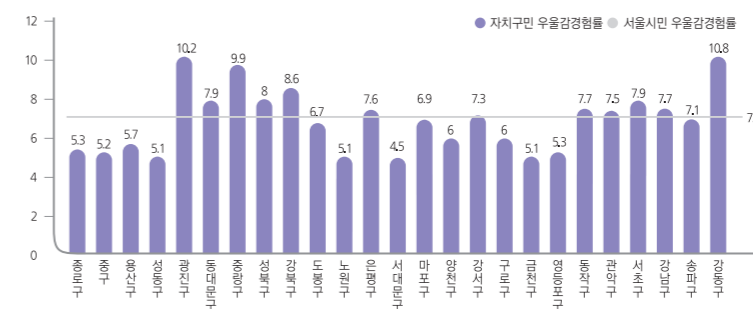
- 우울감 경험 수준 파악
- 관련 질문에 긍정 응답을 한 사람의 비율

- 분자 : 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감)을 경험한 사람의 수 × 100
- 분모 : 19세 이상 서울시민

지표해석

- 2017년 서울시민 우울감 경험률은 7.2%로 2015년도 7.9% 대비 0.7%p 감소함. 2014년도에 8.1%로 가장 높은 수치를 보이고 2016년까지 감소하다가 2017년도에 다시 0.2%p 증가함.
- 전국 시도별 우울감 경험률은 최소 4.4%에서 최대 7.7%까지 분포되어 있으며, 중앙값은 6.0%로 서울시(표준화 값 7.1%)가 전국대비 1.1%p 높은 수준으로, 이는 전국에서 3번째로 높은 수치임.
- 서울시 자치구별 우울감 경험률을 살펴보면 강동구가 10.8%로 가장 높으며, 서대문구가 4.5%로 가장 낮은 수치임. 서울시 평균 7.2%보다 높은 자치구는 12개를 차지함.

그림59_ 2017 자치구별 우울감 경험률 (단위: %)



향후전망

우울감은 모든 사람이 일상생활에서 누구나 겪을 수 있지만, 우울감을 적절히 관리하지 못하면 우울증으로 이환되어 자살까지도 이어질 수 있어 사회·경제적 부담이 발생할 수 있음. WHO에서도 우울증을 숨기기보다 드러내고 대화하는 것이 우울증 치료에 도움이 된다고 이를 사람들에게 알리는 적극적인 캠페인을 벌여줬다고 한 바 있음. 서울시가 17개 시도 중 3번째로 높은 우울감경험률을 보이고 있는 만큼 현재 서울시에서 운영하는 온라인 자가관리 프로그램인 '마음터치_블루'의 적극적인 홍보를 비롯하여 우울수준을 감소시킬 수 있는 예방, 조기발견 측면에 대한 적극적인 대책이 필요함.

자 료 원

2017 지역사회건강조사(보건복지부·질병관리본부)

Indicator 14

서울시민 스트레스 인지율

Level
■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과
□ Input □ Process
■ Output/Outcome

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

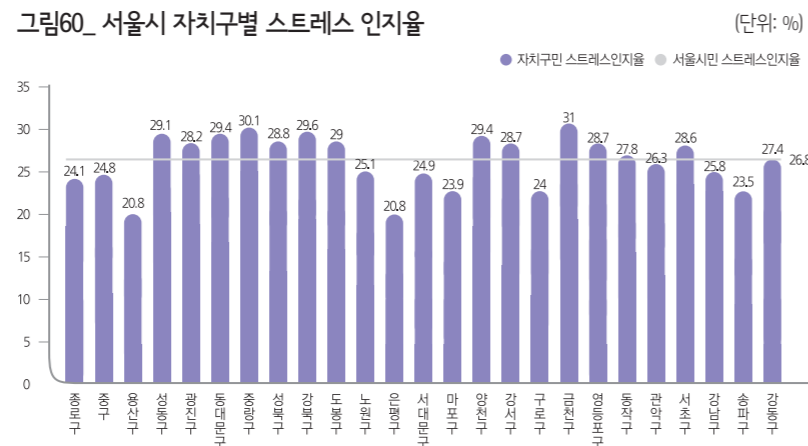
필요성

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

지표설명

- 서울시민의 스트레스 수준 정도
- 관련 질문에 ‘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
- 2017년도 서울시민 스트레스 인지율은 26.8%로 2015년 30.3% 대비 3.5%p 감소하였고, 이를 전국 표준화하였을 때 28.1%로 전국 17개 시도 중앙값 25.8%에 비해 2.3%p 높은 수준임. 충남지역이 전국에서 가장 높은 30.8%이며, 가장 낮은 지역은 경남으로 22.3% 수준임. 서울시는 전국에서 8째로 높은 순위임.
- 성별 현황을 살펴보면, 남성 25.8%, 여성 27.7%로 여성이 2.1%p 높은 것으로 나타났고, 연령대에 있어서는 40대가 20.7%로 가장 높고, 70대 이상이 7.7%로 가장 낮게 나타남.
- 자치구별 스트레스 인지율은 용산,성동구 20.8%로 가장 낮게 나타났으며, 금천구 31%로 가장 높게 나타났음.

지표해석



향후전망

스트레스는 일상생활에서 누구나 경험하지만 스트레스의 강도와 지속기간에 따라 사회적인 부적응, 직업이나 학업능력 저하, 인지기능 저하 등 부정적인 결과를 초래하기도 함. 이러한 스트레스에 취약성이 있을 경우 우울증이나 자살문제, 정신질환 발병 등의 문제를 발생시킬 수 있으므로 이를 예방하기 위해 스트레스 관리의 중요성에 대한인식개선과 적극적인 노력이 필요함.

자료원

2017 지역사회건강조사(보건복지부·질병관리본부)

Indicator 15

서울시민 주관적 정신건강인식도

필요성

개인의 정신건강 상태에 대한 주관적 해석과 인식에 의해 정신건강 관리 측면의 행동변화(정신건강서비스 및 의료서비스 이용 등)를 예측할 수 있는 척도가 됨.

지표설명

- 본인의 정신적 건강상태에 대해 긍정적으로 응답한 비율
- 서울시에 거주하는 만15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
 - 분자 : 선생님의 정신적 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?의 질문에 ‘매우 좋다’ 또는 ‘대체로 좋은편이다.’에 응답한 사람의 수 × 100
 - 분모 : 만 15세 이상 ~ 65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- 본인의 정신적 건강상태에 ‘좋다’(매우 좋다+대체로 좋은 편이다)는 응답비율은 60.7%인 반면, ‘나쁘다’(매우 나쁘다+대체로 나쁜 편이다)는 응답비율은 5.6%임. 정신적 건강상태는 2011년에는 60.4%, 2013년에는 66.5%로 소폭 증가하였으나, 2015년 이후로는 그 비율이 점차 감소하여 2017년에는 2015년 대비 4.2%p 감소한 것으로 나타남.
- 신체적 건강상태에 대해서 ‘좋다’(매우 좋다+대체로 좋은 편이다)는 응답비율은 45.4%인 반면, ‘나쁘다’(매우 나쁘다+대체로 나쁜 편이다)는 응답비율은 14.2%임. 신체적 건강상태는 2011년 49.1%, 2013년 56.7%, 2015년 57.7%로 소폭 증가하였으나, 2017년에는 그 비율이 소폭 감소하여 2015년 대비 12.3%p 감소한 것으로 나타남.

그림61_서울시민 정신적 건강상태 인식

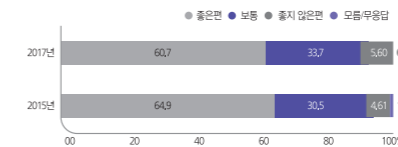
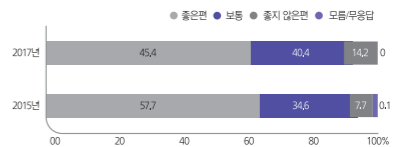


그림62_서울시민 신체적 건강상태 인식



Indicator 16

우울증에 대한 긍정적 인지도

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

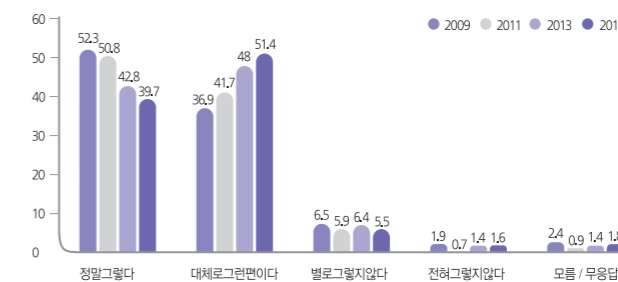
- 분자 : 우울증은 치료가 가능한 질병이다 질문에 ‘정말 그렇다’ 또는 ‘대체로 그런편이다.’에 응답한 사람의 수 × 100
- 분모 : 만 15세 이상 ~ 65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- 우울증을 질병으로 인식하는 비율은 2013년 90.8%에서 2015년 91.1%로 0.3% 증가되었음.
- 사회적 동조로 인한 긍정적 편향을 배제하기 위하여 정말 그렇다고 응답한 사람의 비율만 볼 경우 39.7%로 2013년 42.8%에 비해 3.1%p 감소됐고 2009년 52.3% 이후 지속적 감소 추세임.

그림64_ 우울증에 대한 긍정적인 인식도

(단위: %)



향후전망

우울증의 평생 유병율은 여자 10~25%, 남자 5~12%로 일생에 적어도 한번쯤 우울증에 걸릴 수 있으며 세계보건기구(WHO)는 2020년에 우울증의 질병부담율이 2위로 상승할 것이라고 예측하고 있음. 그러나 우울증은 치료가 가능한 질환으로 조기개입이 빠를수록 회복율이 높아지고, 우울증으로 발생하는 사회경제적인 비용도 감소하게 됨. 따라서 국가차원에서 우울증에 대한 정확한 정보제공과 인식개선사업이 필요함.

※ 2017년도에 해당지표에 대한 조사 미실시로 2015년도 결과(2016 서울시정신정보건강지표)를 그림만 변경하여 그대로 수록하였으며 추후 조사결과를 지표에 반영예정.

자료원

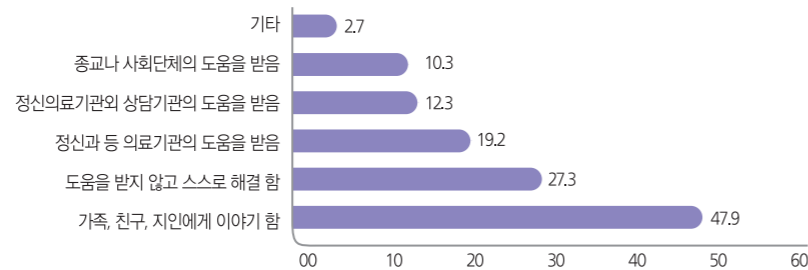
2015년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사(서울시정신건강복지센터)

- 지난 1년간 경험한 정신건강문제로는 ‘심각한 스트레스’라는 응답비율이 24.6%로 가장 높으며, 그다음으로 ‘수일간 지속되는 우울감’(15.4%), ‘수일간 지속되는 불면’(14.7%), ‘생활에 불편을 줄 정도의 기분변화’(12.8%) 등의 순으로 높게 나타남. ‘지난 1년간 정신적인 문제를 겪지 않았다’는 응답비율은 51.7%임. ‘심각한 스트레스’를 겪은 사람은 경제수준이 낮을수록, 신체적 및 정신적 건강상태가 안 좋을수록 높게 나타남.

- 이에 대한 대처방법으로는 ‘가족, 친구, 지인에게 이야기함’의 비율이 47.9%로 가장 높음. ‘도움 받지 않고 스스로 해결함’(27.3%), ‘정신과 등 의료기관의 도움을 받음’(19.2%), ‘정신의료기관 외 상담기관의 도움을 받음’(12.3%) 순으로 높게 나타남. 도움을 받지 않고 스스로 해결했다고 응답한 사람들의 이유를 물어본 결과, ‘일시적인 증세이므로 그냥 두면 나아질 것이라고 생각해서’라는 응답비율이 54.2%로 가장 높게 나타났으며, ‘상담을 받더라도 별 효과가 없을 것 같아서’(17.2%), ‘상담을 받는 것이 부담스러워서’(14.3%), ‘상담을 받는 것이 번거롭기 때문에’(11.4%) 등의 순으로 나타남.

그림63_ 서울시민 정신건강 문제 대처방법

(단위: %)



향후전망

본인의 주관적인 정신건강 인식과 더불어 정신건강에 대한 지식수준에 따라 대처방법 및 행동 변화에도 영향을 주므로 정신건강 문제종류를 스스로 구분하여 인식하고 이에 따른 적절한 대처방법을 습득할 수 있도록 정확한 정보제공을 통한 인식개선이 이루어져야 함.

자료원

2017년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 17

정신질환자에 대한 지역사회 수용도

Level
■ 서울시 □ 자치구과정산출결과
□ Input ■ Process
□ Output/OutcomeDomain
□ 효과성 □ 효율성
□ 적절성 □ 접근성
□ 연속성 ■ 반응성
□ 안정성

필요성

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

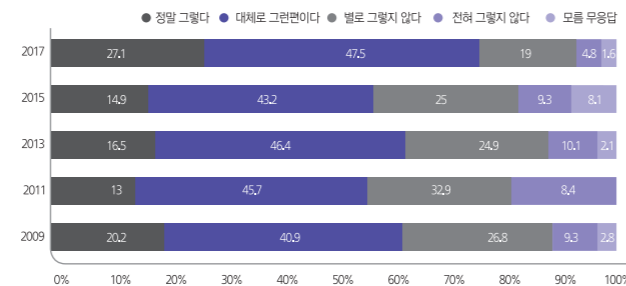
지표설명

- 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 서울 시민 1,000명

지표해석

- 가까운 이웃에 정신질환자 관련 시설이 들어오는 것에 대해 ‘동의한다(정말 그렇다 27.1%, 대체로 그런 편이다 47.5%)’는 응답이 74.6%로, 2015년도 57.5%와 비교해 17.1%p 증가함.
- 사회적으로 바람직한 응답에 대한 동조현상을 고려하여 강한 응답비율이 실제 수용도를 반영한다고 볼 때, 2013년 16.5%, 2015년 14.3%로 부정적인 인식이 증가하다가 2017년에는 27.1%로 긍정적인 인식이 증가하였음.
- ‘정신질환은 보통 질병과 마찬가지로 의학적으로 치료해야 할 하나의 질병이다’에 대해 91.3%가 ‘그렇다(정말 그렇다 52.1%, 대체로 그런 편이다 39.2%)’고 응답한 것에 비해 적극적인 수용도 및 사회통합에 있어서는 편견이 부정적인 영향을 주고 있다는 것을 알 수 있음.

그림65_정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도



향후전망

이미 정신질환에 대한 시민들의 지식수준은 높아졌으나 가까운 이웃에 정신질환자 관련 시설이 들어오는 것에 동의한다는 긍정의 응답비율은 이에 비해 높지 않음. 적극적인 수용을 위한 정신질환 편견해소 캠페인 등의 홍보를 유지해야 하며, 편견을 부추기는 요인(예. 정신질환과 범죄의 연관성 등 부정적인 언론보도)에 대한 적절한 대응이 필요함.

자료원

2017년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 18

서울시민의 정신건강서비스 인지도

필요성

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

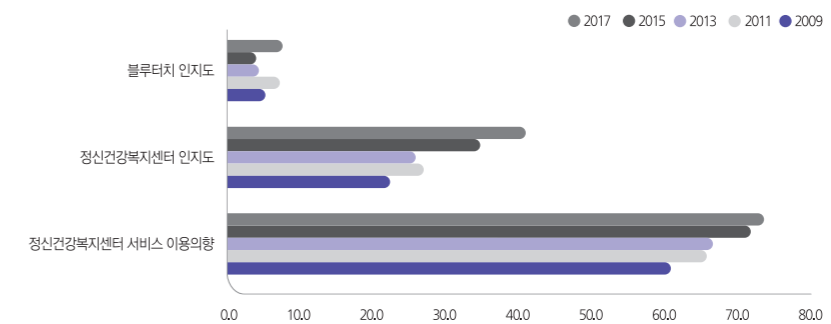
지표설명

- 정신건강 문제와 관련된 정부 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 : ‘정신건강복지센터(증진센터)를 알고 있다’ / ‘서비스를 이용할 의향이 있다’에 긍정 응답 한 사람 수 × 100
 - 분모 : 만 15세 이상 ~ 65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- ‘정신건강복지센터(증진센터)를 알고 있다’고 답한 응답자는 2017년 42.7%로 2015년 36% 대비 6.7%p 증가함. 이 중 정신건강복지센터(증진센터)를 ‘아주 잘 알고 있다’고 응답한 비율은 2015년도 4.2%에 비해 0.5%p 상승한 4.7%로 조사됨.
- 정신건강에 관한 상담이나 진단 등의 서비스를 이용할 의향이 있다고 답한 응답자는 2017년 73.9%로, 2015년 71.8%에 비해 2.1%p 향상됨.
- 서울시 정신건강브랜드 ‘블루터치’에 대한 인지도는 2015년 3.3%에서 2017년 7.7%로 인지도가 4.4%p 증가한 것으로 나타남.

그림66_서울시민의 정신건강증진서비스 인지도



향후전망

정신건강문제는 누구나 경험할 수 있는 문제로 정신건강에 대한 관심이 높아짐에 따라 정신건강복지센터(증진센터)와 서비스 이용의향, 블루터치 인지도 또한 높아지고 있음. 그러나, 정신건강 서비스를 제공하는 기관의 도움 보다는 주변인에게 이야기하거나 스스로 해결하는 경우가 아직도 높은 상태임. 정신건강 향상을 위해 정신건강 문제 발생 시 쉽게 이용할 수 있는 상담기관 설치 및 정신질환자 회복을 위한 정신질환 조기발견과 치료 지원에 대한 정부 정책이 가장 필요하다고 생각하는 시민들이 비중에 높으므로 이에 대한 적극적인 대안이 필요함.

자료원

2017년 정신건강에 관한 서울시민 인식조사(서울시정신건강복지센터)

제3장

정신건강증진사업에 따른 지표

제 1 절 | 지역사회재활서비스

제 2 절 | 이주민 정신건강

제 3 절 | 직업재활

제 4 절 | 정신질환자 권익옹호

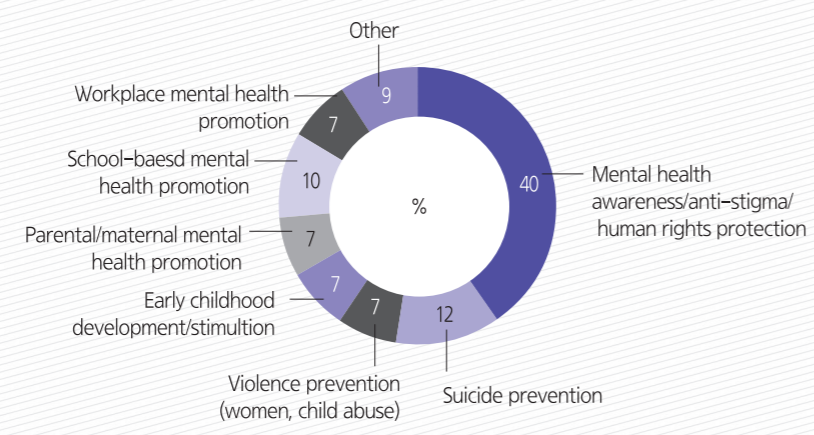
제 5 절 | 정신건강심사위원회

제 1 절 지역사회재활서비스

1. 국외현황

- Mental Health Atlas 2017에 따르면 Outpatient Facilities를 인구 10만명 당 1,601명(중앙값)이 이용하고 있으며 고소득 국가일수록 이용률이 높음. Community Residential Facilities는 인구10만 명당 3.8명(중앙값)이 이용가능하며 유럽지역과 고소득국가에서 높게 나타남.
- 예방과 증진영역프로그램에서는 정신건강인식 및 anti-stigma, 인권보호 프로그램(40%), 자살예방프로그램(12%), 학교기반증진 개입(10%)이 높은 비율을 차지하고 있는 것을 알 수 있음.

그림67_ 증진 및 예방프로그램



출처: WHO(2018). Mental Health Atlas 2017

2. 국내현황

1) 재활프로그램 운영현황

- 우리나라는 1995년 정신보건법 제정을 통해 점차 지역사회정신보건서비스 전달체계가 확립되었고 이에 따라, 정신사회재활모형에 근거한 서비스들이 제공되기 시작함(김문근외, 2008).
- 지역사회 재활서비스 중 주간재활 프로그램을 운영하는 정신건강증진시설은 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 정신재활시설, 낮 병원으로 2016년 기준 전국적으로 재활프로그램을 운영하고 있는 시설 수는 2016년 12월 31일 기준 546개소이며, 재활프로그램 운영기관 1개소 당 담당인구는 94,682명으로 나타남(국립정신건강센터, 2017).

표38_정신건강증진시설 유형별 재활 프로그램 운영현황

(단위: 개소)

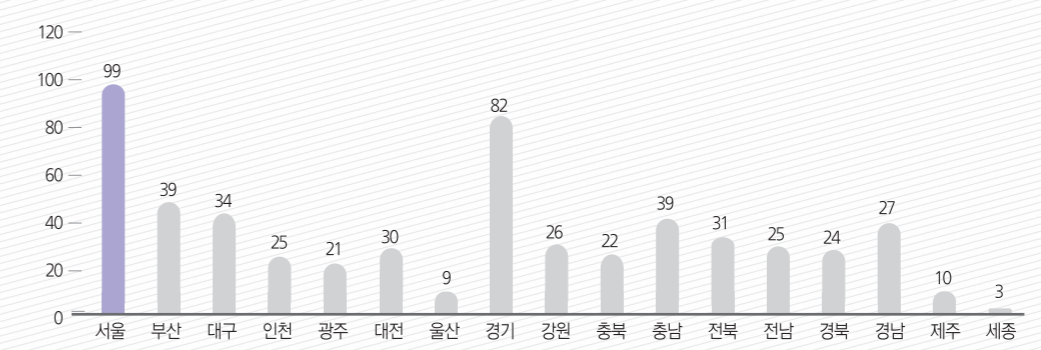
구분	총 기관수	국립 정신병원	공립 정신병원	사립 정신병원	종합병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원	정신재활 시설	정신건강 복지센터	중독관리 통합지원센터
2000	156	2	5	15	29	8	23	29	45	-
2001	264	3	6	13	30	11	21	47	133	-
2002	271	3	6	16	27	6	19	56	138	-
2003	289	3	5	12	26	9	14	62	158	-
2004	313	3	5	11	35	11	16	75	155	2
2005	326	3	5	12	31	11	16	81	159	8
2006	356	3	5	14	26	16	13	90	169	20
2007	348	3	4	13	20	14	16	88	164	26
2008	432	3	2	10	21	11	23	99	238	25
2009	376	3	2	12	15	4	16	97	195	32
2010	397	2	4	13	20	2	19	105	194	38
2011	405	2	4	15	18	3	17	115	189	42
2012	447	2	4	19	21	9	23	120	203	46
2013	465	2	4	19	22	9	23	125	211	50
2014	469	2	4	21	23	9	23	123	214	50
2015	466	3	4	19	18	8	24	127	213	50
2016	546	2	5	21	21	12	25	201	209	50

출처 : 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

- 시도별 재활프로그램 운영기관 수는 서울이 99개소로 가장 밀집되어 있으며, 다음으로 경기 82개소, 부산과 충남이 39개소, 대구 34개소 순으로 나타남. 전체 이용자수는 2015년 17,763명에서 13,415명으로 약 24.5% 감소함.

그림68_ 2016년 시도별 주간재활프로그램 운영 기관현황

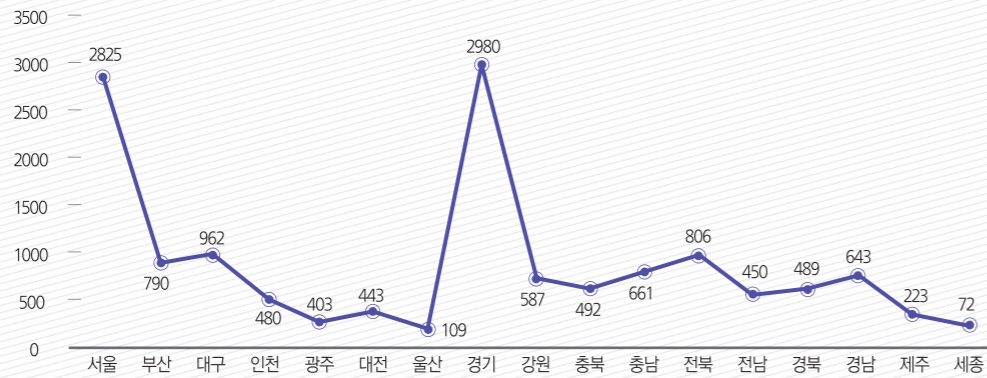
(단위: 개소)



출처: 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

그림69_2016년 시도별 주간재활프로그램 이용현황

(단위: 명)



출처: 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

2) 지역사회 등록관리율

- 2016년 추정 정신질환자수는 2016년 정신질환 실태조사의 니코틴 사용장애를 제외한 일년유병률(10.2%)를 적용했을 때 5,273,014명이며, 이 중 등록 정신질환자는 125,667명(약 2.4%)으로 전년대비 증가함. 이 중 중증 정신질환자는 62,938명으로 전체 등록자의 약 50%를 차지하고 있으며, 알코올사용장애는 13,487명으로 전체의 약 10.7%를 차지함.
- 중증정신질환자의 지역사회 등록관리율은 2000년 2.38% 대비 2016년 19.07%로 약 8배 증가했고 전년대비 0.7%p 증가함.

표39_ 중증정신질환자 대비 등록관리율

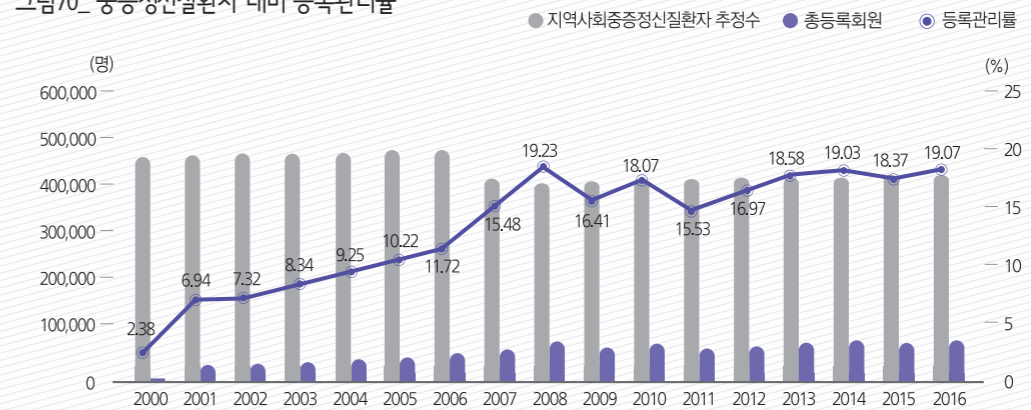
(단위: 명, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹⁾	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
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	427,824	430,780	434,015
기관 유형별 등록관리자 수	기초정신건강 복지센터 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	49,629	58,064	60,670	58,369
	기본형정신건강 복지센터	-	19,559	18,950	20,869	21,292	22,305	22,649	22,430	13,114	10,977	12,957	6,727	8,300	5,895	4,237	3,203
	낮병원	557	695	848	728	806	879	954	1,045	1,114	1,717	1,547	1,317	1,427	1,395	1,564	1,707
	정신재활시설	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	6,499	6,748	6,915
	중독관리 통합지원센터	-	-	-	-	1,504	2,035	2,635	4,088	4,272	4,810	5,103	5,476	6,721	7,526	8,177	8,933
	노숙인 정신보건사업 ³⁾	-	-	-	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	81,396	79,127	82,776
등록관리율(% ⁴⁾)	2.38	6.94	7.32	8.34	9.25	10.22	11.72	15.48	19.23	16.41	18.07	15.53	16.97	18.58	19.0	18.37	19.07

- 1) 지역사회 중증정신질환자 추정 수=전인구의 1%-입원시설(정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설, 미인가 시설) 입원/입소정신질환자 수
- 2) 2005년부터 2008년까지 기초정신건강복지센터에 아동청소년 정신보건사업 등록자 포함
- 3) 2009년부터 정신건강복지센터 등록자 중 아동청소년(19세 이하)은 별도로 추계하여 작성
- 4) 노숙인정신보건사업 등록자는 2005년부터 기초정신건강복지센터에 포함
- 5) 등록관리율 = 총 등록관리자/지역사회 중증 정신질환자 추정 수

출처 : 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

그림70_ 중증정신질환자 대비 등록관리율



출처: 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

3) 유형별 등록현황

- 2016년 등록자의 연령별 분포를 보면, 40~50대가 전체 등록자의 약 40%를 차지하고 있으며, 19세 이하의 아동청소년 14.4%, 65세 이상 노년층 20.3%의 비중을 차지하고 있음. 특히 정신건강복지센터에서의 노년층이 가장 많이 등록되어 있음.
- 전년대비 상승폭이 가장 큰 연령대는 65세 이상의 노년층으로 전년대비 4.0%p 상승됨.
- 2016년 등록자의 진단별 분포는 조현병이 35.0%로 가장 많고, 우울증 18.9%, 아동청소년 정신질환 14.5%, 알코올중독 12%, 조울증 5% 순으로 나타남.

제 3 장 정신건강증진사업에 따른 지표

표40_ 등록자의 연령별 분포

(단위: 명)

구분	전체	10세미만	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세이상	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	76,209	1,686	6,895	5,787	13,663	19,543	12,888	3,765	11,458	524*
2010	86,605	2,550	8,684	5,706	13,567	20,202	14,516	4,098	16,879	403
2011	78,655	3,417	10,909	5,325	12,009	18,340	14,223	3,618	10,275	539
2012	88,482	3,297	14,364	5,737	12,239	19,883	16,129	4,322	11,907	604
2013	93,591	2,808	12,993	5,815	11,815	20,972	18,558	5,335	14,678	617
2014	96,424	2,919	14,017	6,033	11,092	20,389	19,114	6,259	16,260	341
2015	91,650	714	13,914	6,118	10,484	19,526	18,969	6,672	14,914	339
2016	94,538	3,685	9,941	6,330	9,979	18,571	19,353	7,253	19,144	282
정신재활시설	6,674	199	249	771	1,412	2,081	1,532	321	108	1
기초정신건강 복지센터	75,375	3,462	9,567	5,105	7,325	13,513	13,702	5,318	17,111	272
기본형정신 건강증진사업**	3,331	23	54	131	288	788	834	288	921	4
중독관리 통합지원센터	9,158	1	71	323	954	2,189	3,285	1,326	1,004	5

* 2009년부터 아동청소년 등록자 중 학업중단 대상은 미상에 포함되어 있어 해석에 주의를 요함.

** 일부 지역의 데이터 미제출로 총계와 차이 발생

출처 : 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

표41_ 등록자의 진단별 분포

(단위: 명)

구분	계	조현병	조울증	우울증	알코올/ 약물중독	정신 지체	치매	신경증	뇌전증	아동청소년 정신건강 문제(질환) ¹	기타
2000	10,626	5,833	526	692	494	404	980	144	439	-	1,114
2001	32,165	14,950	1,170	1,022	2,094	2,766	5,586	473	2,173	-	1,933
2002	33,244	15,877	1,408	1,119	2,216	2,385	5,832	349	2,186	-	1,872
2003	37,047	17,890	1,594	1,331	2,234	2,224	6,659	437	2,399	-	2,279
2004	41,160	19,079	1,747	1,619	4,102	2,147	6,887	434	2,258	-	2,834
2005	48,492	22,024	1,957	2,023	4,493	1,970	8,151	432	2,098	-	2,829
2006	55,985	23,856	2,491	2,699	5,238	2,393	12,541	645	2,151	2,515	677
2007	64,330	25,384	2,779	3,296	6,762	2,422	12,533	651	2,037	3,294	4,243
2008	78,941	33,141	3,215	6,143	7,217	2,857	12,963	644	1,815	4,223	5,467
2009	76,209	34,264	3,566	7,114	8,317	2,535	6,746	693	1,228	8,720	3,026
2010	86,605	35,555	3,671	9,428	9,110	1,482	10,685	666	1,105	11,278	3,625
2011	78,655	32,823	3,563	11,088	8,901	169	1	821	55	14,466	6,768
2012	88,482	33,695	4,271	13,990	10,642	176	49	806	35	17,595	7,223

2013	93,591	36,401	4,333	19,118	10,365	180	20	855	59	15,922	6,338
2014	96,424	36,080	4,473	21,364	10,300	132	-	736	39	16,940	6,360
2015	91,650	34,652	4,631	21,440	11,344	159	4	631	25	14,553	4,211
2016	94,537	33,095	4,758	17,823	11,313	416	2,634	615	405	13,684	9,794
정신재활시설	6,674	4,841	451	246	258	146	-	19	29	329	355
기초정신건강 복지센터	75,375	26,800	4,203	16,804	2,017	113	2,515	576	337	13,277	8,733
기본형정신 건강증진사업*	3,330	1,454	104	773	245	157	119	20	39	78	341
중독관리통합 지원센터	9,158	-	-	-	8,793	-	-	-	-	-	365

* 일부 지역의 데이터 미제출로 총계와 차이발생

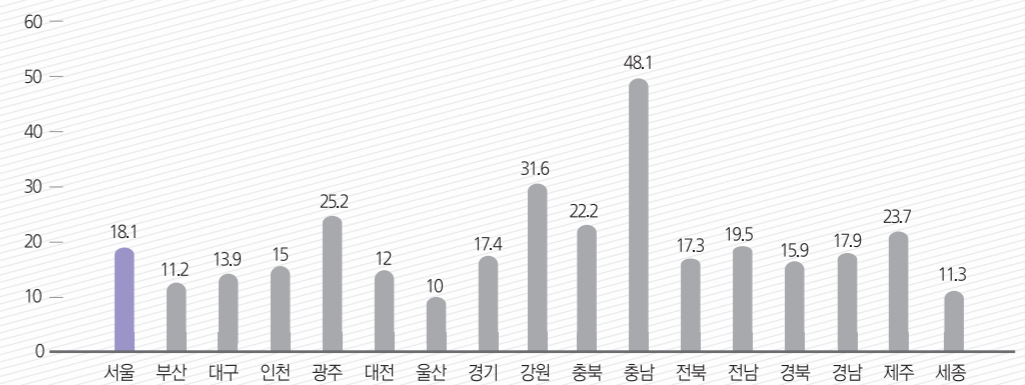
출처 : 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

2. 서울시 현황

- 2016년 우리나라 인구 1만 명당 지역사회 정신건강증진사업 기관에 등록된 대상자는 18.6명임. 인구 1만 명당 등록자수가 가장 많은 곳은 충남, 가장 적은 곳은 울산으로 나타남.
- 서울시는 18.1명으로 17개시·도 중 7번째를 차지하고 있으며, 총 등록자 17,927명 중 약 82.6%가 정신건강 복지센터에 등록된 대상자였음.

그림71_ 시도별 인구 1만명당 지역사회정신건강증진시설 등록자현황

(단위: 명)



출처: 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

- 2017년 12월 말 기준, 서울시 지역사회정신건강증진시설에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 대상자는 총 17,329명으로, 2016년 대비 2,777명 증가함. 기관별로는 정신건강복지센터 13,687명(79%), 중독관리통합지원 센터 771명(4.4%), 주간재활시설(주간재활시설, 직업재활시설, 종합시설) 1,436명(8.3%), 아동청소년정신건강지원시설 606명(3.5%), 입소생활시설(지역사회전환시설, 중독자재활시설) 335명(1.9%), 주거제공시설(공동 생활가정) 494명(2.9%)이 등록되어 있음(SMHIS 기준).
- 2017년 서울시 추계 중증정신질환자⁸⁾ 98,574명 대비 10.2%(10,068명)⁹⁾이 정신건강복지센터에 등록되어 서비스를 받고 있는 것으로 나타남.

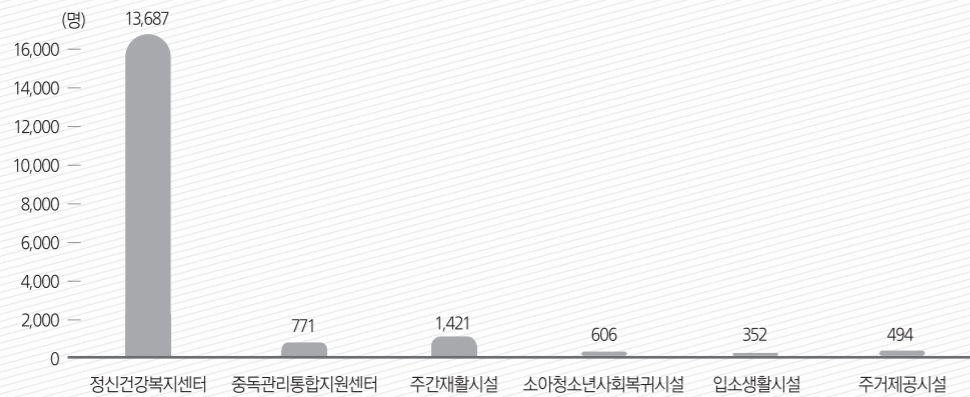
8) 서울시 인구의 1% : 2017년 서울시 주민등록인구 9,857,426명

9) 정신건강복지센터 등록대상 중 중증정신질환자(정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애) 수를 나타냄.

제 3 장 정신건강증진사업에 따른 지표

그림72_ 서울시 지역사회 정신건강증진시설 유형별 등록현황

(단위: 명)

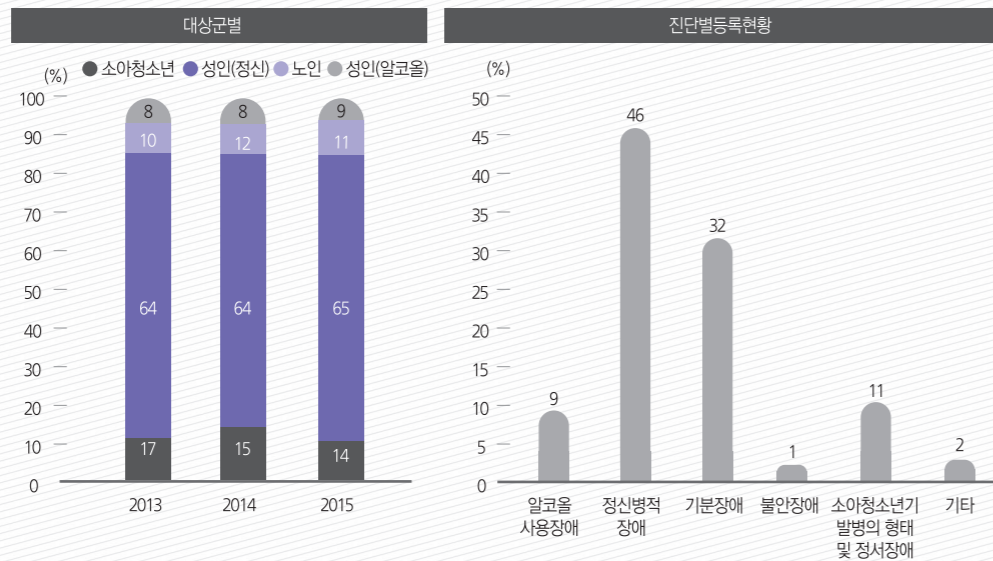


출처: 서울시정신건강복지센터(2018). 서울시정신보건정보관리시스템

- 대상군별 등록추이를 살펴보면, 2016년도에는 소아청소년 15.2%, 성인(정신) 64.3%, 노인 12.4%, 성인(알코올) 8.2% 였으나, 2017년도에는 소아청소년 14.2%, 성인(정신) 65.4%, 노인11.1%, 성인(알코올) 9.3%로 성인(정신, 알코올)의 등록비율이 증가함.
- 진단별로 살펴보면, 정신병적장애가 46%로 가장 높고, 기분장애 32%, 소아청소년정신건강문제 11%, 알코올 사용장애 9% 순으로 나타남.

그림73_ 서울시 지역사회 정신건강증진시설 대상군별 · 진단별 등록현황

(단위: %)

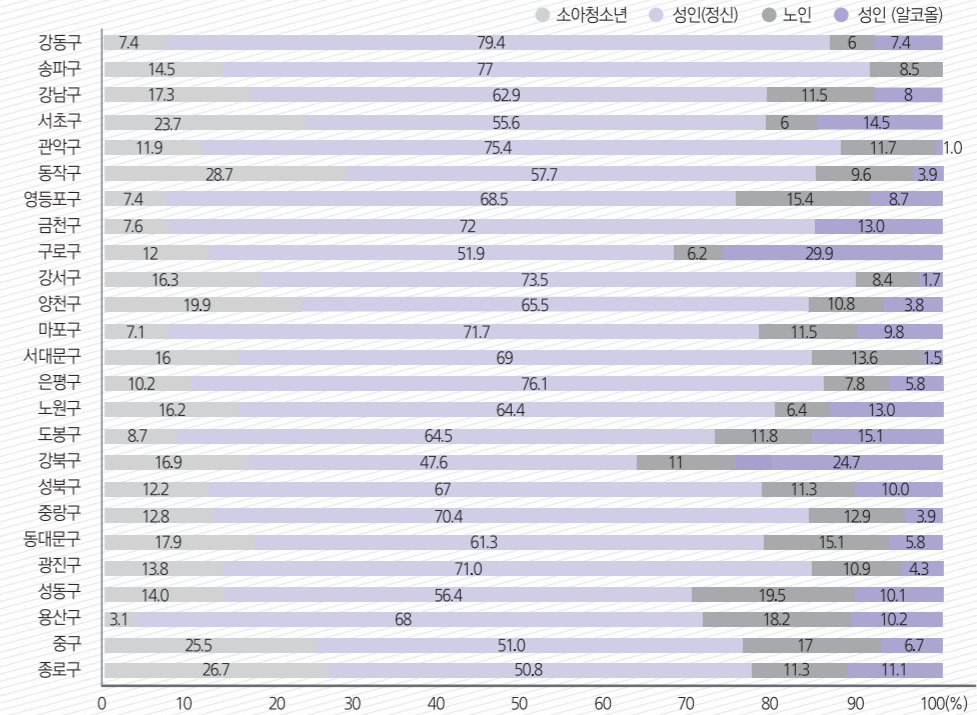


출처: 서울시정신건강복지센터(2018). 서울시정신보건정보관리시스템

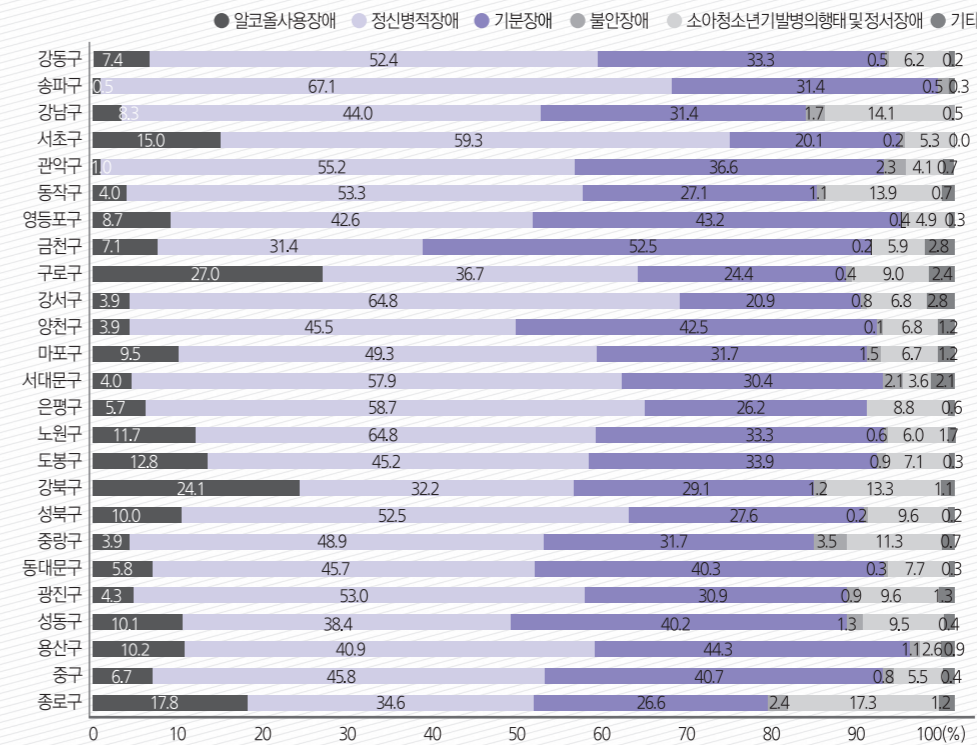
그림74_ 자치구별 정신건강증진시설 등록관리 대상자 비율

(단위: %)

■ 대상군별 등록률



■ 진단별 등록률



출처: 서울시정신건강복지센터(2018). 서울시정신보건정보관리시스템

제 2 절 이주민 정신건강

1. 북한이탈주민

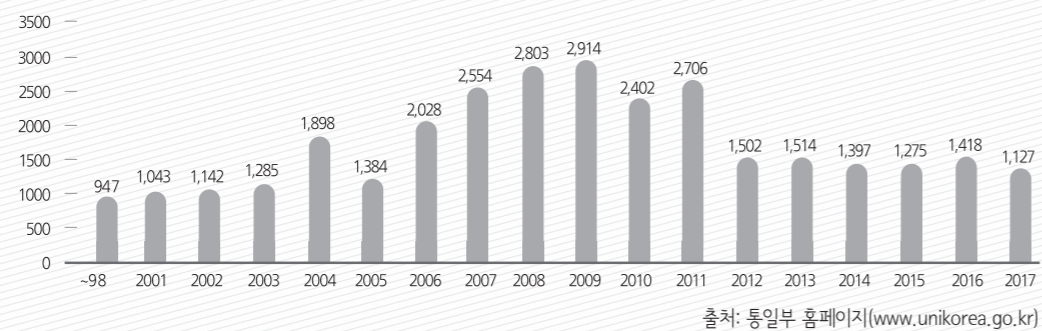
1) 국내현황

(1) 입국현황

- 1994년 김일성 사망 이후 식량난과 경제난을 겪게 되면서 북한이탈주민 입국자수는 큰 폭으로 증가추세였으나 2011년 이후 2천명대에서 1천명대로 급감하였고 현재까지 감소추세를 보이고 있음. 2017년 12월 기준 북한이탈주민은 1,127명으로 전년대비 소폭 감소함.

그림75_ 북한이탈주민 연도별 입국자수

(단위: 명)



- 2018년 6월말 기준 누적 입국자는 31,827명이며, 여성이 72%로 높은 비율을 차지함. 연령대별 입국 현황을 살펴보면, 30대 28.9%로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 다음으로 20대 28.6%로 20~30대가 절반 이상을 차지하고 있는 것을 알 수 있음.
- 또한 2017년도 기준으로 생계급여 수급률이 24.4%이며, 경제활동 참가율이 61.2%로 나타남.

표42_ 성별 · 연령별 북한이탈주민 입국현황(2018년 6월말 입국자 기준/누계)

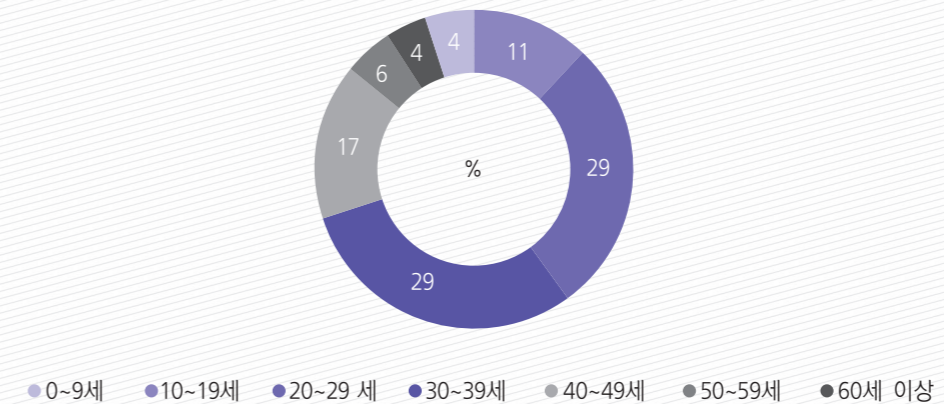
(단위: 명)

구분	0~9세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60세 이상	계
남자	636	1,621	2,496	2,081	1,330	522	329	9,015
여자	627	1,993	6,527	7,044	4,144	1,255	945	22,535
합계	1,263	3,614	9,023	9,125	5,474	1,777	1,274	31,550

출처 : 통일부 홈페이지(www.unikorea.go.kr)

그림76_ 연령별 북한이탈주민 입국현황 (2018년 6월말 입국자 기준/누계)

(단위: 명)



(2) 북한이탈주민의 정신건강문제

- 북한이탈 주민들은 탈북과 도피 과정에서 많은 어려움을 가지고 우리사회에 들어오는데, 그 과정에서 심리적 불안과 정체성 문제, 언어문제, 직장문제, 자녀 양육 및 교육문제, 인간관계문제, 북한에 의미있는 가족에 대한 그리움과 죄책감 등 심신의 건강과 삶을 위협하는 수많은 문제를 안고 있음(박은숙외, 2009).
- 7년 이상 남한에 거주한 북한이탈주민의 경제적 적응에 외상 후 스트레스, 우울, 미래에 대한 부정적 인식이 소득수준과 고용률 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%)이 심리적 어려움을 겪고 있고 이들 중 외상후 스트레스 장애 18.2%, 불안장애 18.8%, 우울증 22.2%의 비율을 보인다고 보고함(김병창, 2010).
- 북한이탈주민의 초기 정신건강문제는 남한 적응에 중요한 관건이 된다는 점에서 중요함. 북한이탈주민들이 남한에 입국하는 과정은 대체로 목숨을 건 위험한 과정이기 때문에 입국 초기의 심리상태를 파악하고 적절한 개입 방안을 세우는 것은 예방과 치료의 관점에서 중요한 의미를 지님. 2007년도에 입국한 북한이탈주민 전수 중 연구에 참여한 의사를 밝힌 모든 북한이탈주민 500명을 대상으로 정신건강수준을 파악한 연구에서, 남한에 정착한 지 평균 17개월이 지난 북한이탈주민의 외상 후 스트레스 장애 유병률은 5.2%로 나타남. 또한 우울 및 불안 고위험군은 48.4%에 해당됨. 북한이탈주민의 정신건강문제에 적절한 개입을 위해서는 조기 진단과 적극적인 치료를 비롯하여, 지역사회에서 지속적인 개입과 모니터링을 할 수 있는 체계가 마련되어야 함(김연희, 2010).
- 정부에서는 북한이탈주민 지원을 위한 구체적인 정책들을 내놓고 있음에도 그들의 사회적응은 여전히 어려운 상황임. 국내 입국 시, 기초생활수급 및 영구임대아파트나 공공임대아파트의 진입으로 사회계층에서 하위를 차지할 수밖에 없으며, 각종 범죄와 사기에 노출되어 그 상황이 악화될 가능성이 높음. 또한 이 사회적응의 어려움은 경제활동을 활발하게 하지 못하는 데서 비롯됨. 정치체제 차이에서 오는 어려움, 다른 경제제도 차이에서 오는 어려움, 서로 상충되는 문화에서 오는 어려움을 겪으며, 북한이탈주민 중 북한과 중국등지에 가족의 일부를 두고 온 이산가족의 경우 가족의 신변불안 때문에 정서적 불안을 느끼는 경우가 많음(채경희, 2017).

2) 서울시 현황

- 2018년 6월 말 기준 북한이탈주민의 31.2%가 경기지역에 거주하고 있으며, 서울지역은 23.8%로 절반 이상 서울·경기 지역에서 생활하고 있음.

표43_지역별 거주현황(2018년 6월말 거주자 기준/누계) (단위: 명)

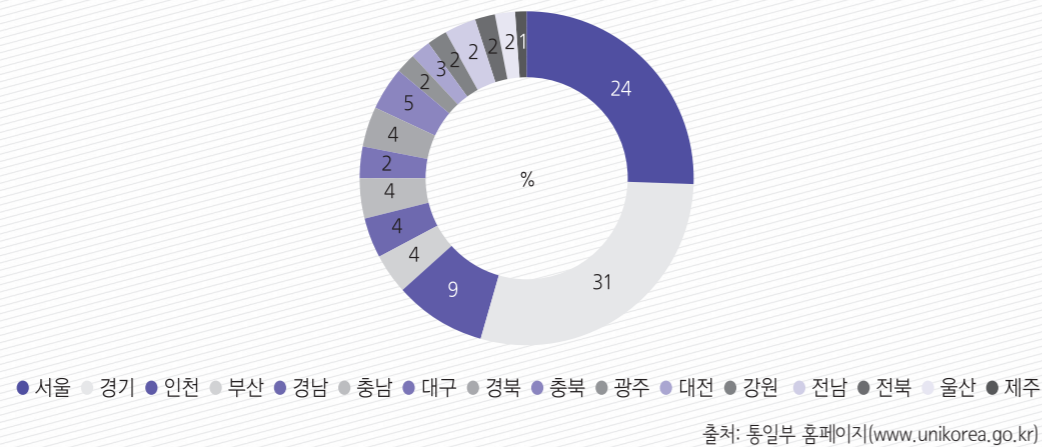
지역	서울	경기	인천	부산	경남	충남·세종	대구	경북	충북
인원	7,003	9,170	2,770	1,031	1,081	1,048	677	1,230	1,453

지역	광주	대전	강원	전남	전북	울산	제주	계
인원	613	738	616	613	531	544	313	29,431

* 사망, 말소, 이민, 거주불명, 보호시설 수용자 제외

출처: 통일부 홈페이지(www.unikorea.go.kr)

그림77_지역별 거주비율(2018년 6월말 거주자 기준/누계)



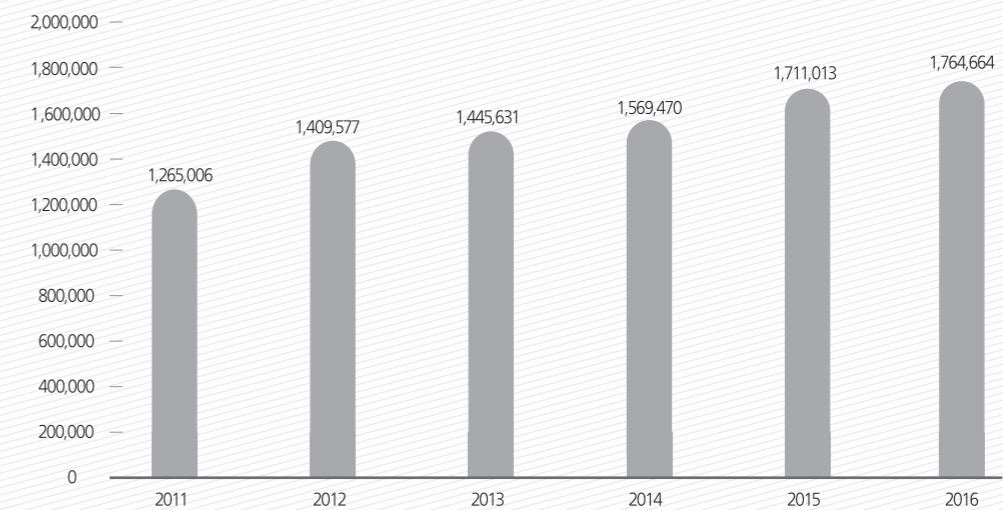
2. 외국인주민

1) 국내현황

(1) 입국현황

- 행정안전부에 따르면 2016년 11월 1일 기준 우리나라에 거주하고 있는 외국인인 1,764,664명으로 2015년 1,711,013명 대비 3.1%p 증가함. 이중 한국 국적을 취득한 사람은 159,447명으로 전체 외국인인 9.0%로 나타남.

그림78_연도별 외국인 주민 변동 추이 (단위: 명)



* 2015년 통계부터 기준시점 변경(매년도 1.1 기준 → 매년도 11.1.)

출처: 행정안전부(2018). 2018 행정안전통계연보

- 한국국적을 갖지 않은 사람 중 외국인근로자는 541,673명으로 전체 외국인주민의 30.7%를 차지하였으며, 결혼이민자는 159,501명(9.0%), 유학생은 95,963명(5.4%), 외국국적동포 235,926명(13.4%), 기타 외국인은 380,695명(21.6%)으로 나타남. 또한 외국인주민 자녀는 191,459명으로 10.8%를 차지함.

(2) 외국인주민 정신건강¹⁰⁾

- 이주는 언어를 비롯하여 의·식·주 기본적인 생활습관과 사회적 관계에서의 변화와 동시에 이주 전의 생활에서의 상실을 경험하게 됨. 이주민의 정착국에서의 생활은 언어와 생활습관, 문화적 차이뿐만 아니라 인종에 대한 편견과 차별, 취업문제, 빈곤, 합법적 지위와 관련된 어려움 등으로 스트레스에 취약하게 됨. 또한 문화적 상황의 변화가 개인의 대처능력과 자원을 초과할 때 임상적 우울증이나 불안증 같은 심각한 정신건강상의 문제가 유발됨.
- 의료 실천부면에서도 외국인 주민이 타국 생활로 인한 문화적 차이, 언어문제, 사회적 차별에서 받는 스트레스와 불안정한 신분 상태에서 오는 심리적 압박감을 이기지 못해 정신질환으로 발전하여 입원하는 사례가 늘어나고 있음. 의료공제회 활동 의료비 지원 질환별 분석결과 정신과적 문제가 전체 의료비 중 2%를 차지하고 있으며[36], 한국 적응 과정에서 불면증, 우울증을 나타내는 사례가 많고 정신과 질환 비율이 5%에 달하지만, 무료 진료소 환경에서는 한계를 드러내고 있음.
- 호주의 경우 다문화를 모든 공공정책의 일부로 받아들이고 있으며, 유럽의 여러 나라, 미국 등에서는 국가 정신보건계획의 큰 틀 안에서 다민족·다문화를 위한 정신질환 예방과 정신건강증진부터 치료, 재활, 회복과 재발 예방까지 정신건강보호의 스펙트럼을 포함하는 문화적으로 적절한 서비스 개발에 의해 정신건강을 증진시키고 질환을 감소시키기 위한 국가정책을 가지고 정신질환 관리체계를 구축하고 있음.
- 국내에서도 한시적 체류자로 간주되었던 미등록 외국인의 수가 증가하고, 외국인 근로자나 결혼이민자 수의 증가와 이들의 국내체류에서 발생하는 인권문제, 문화적응문제, 이주 아동청소년의 정서적 문제, 학교적응문제 등이 심각해짐에 따라 중앙정부 차원에서 지원을 시작하였고 장기적이고 통합적 접근의 필요성에서 다양한 정책과 관계법령들이 제정되었고 이를 근거로 외국인 지원센터, 결혼이민자 지원센터 등 다양한 기관들의 설립과 이에 따른 서비스들이 확대되어 옴. 그러나 외국인 주민 지원에 대한 관심은 사회적 지원에만 집중되었고,

10) 백지은 외(2008). 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

외국인 주민을 대상으로 하는 건강 또는 생활 실태조사에서 우울, 불안, 스트레스, 편견, 차별 등 정신건강문 제와 관련되는 많은 문제점들을 지적하고 있음에도 불구하고 이에 대한 적절한 대안은 각 기관별 역량에 맡겨 지고 있어 여전히 사각지대로 남아있는 상황이며, 일부 지역 정신건강복지센터에서 정신건강상담 등 서비스가 제공되고 있음.

- 결혼이주여성들의 경우 정착 후 문화적 적응문제, 고립, 사회적 지지의 부족, 배우자 및 가족들과의 갈등, 자녀 양육의 어려움등과 연계되어 정신건강문제 발생 빈도가 높고, 국제결혼가정 자녀들의 경우 14.3%가 우울이나 무력감을 느끼고 있으며, 특히 가정 형편이 좋지 않은 경우 우울감과 무력감을 더 많이 경험한다고 함.
- 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 아동청소년 은 학교 괴롭힘(4.05%), 지역사회 괴롭힘(3.75%), 가족관계(3.61%) 순으로 나타남.
- 외국인주민 지원단체 실무자 정신건강서비스 요구도에서는 정신건강관련 정보제공(교육훈련) 93%, 정신건강 상담 90.9% 정신질환관련 치료 및 관리 83.8%, 정신질환 조기발견 및 연계서비스, 81.2%, 현장접근서비스 77.9%, 정신과응급서비스 64.3% 순으로 필요한 것으로 인식하고 있었음.

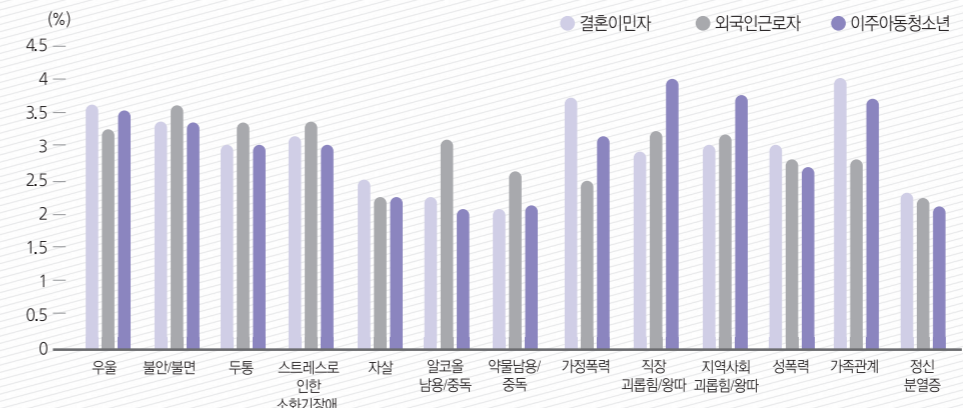
표44_ 정신건강문제 대상별 유형별 심각도 인식

(단위: %)

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

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

그림79_ 정신건강문제 대상별유형별 심각도 인식

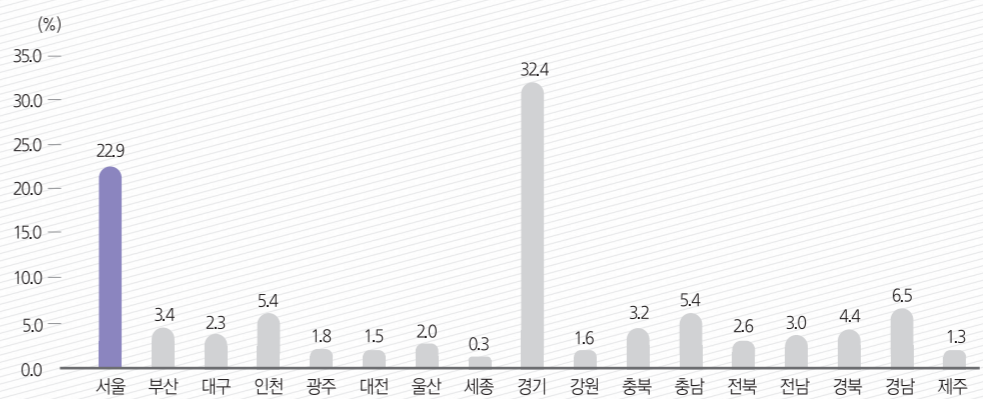


출처: 백지은 외(2008). 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

2) 서울시 현황

- 2016년 11월 1일 기준 시·도별 외국인주민의 비율은 경기도 32.4%로 가장 높았으며, 다음으로 서울 22.9%, 경남 6.5%순으로 나타남.

그림80_ 시도별 외국인주민 비율



출처: 행정안전부(2018). 2018 행정안전통계연보

표45_ 외국인주민 비율 현황

(단위: 명)

구분	총 계			한국국적을 가지지 않은 자								
				외국인근로자			결혼이민자			유학생		
	계	남	여	소계	남	여	소계	남	여	소계	남	여
계	1,764,664	946,561	818,103	541,673	416,357	125,316	159,501	28,728	130,773	95,963	41,861	54,102
서울	404,037	189,361	214,676	85,878	51,724	34,154	33,139	9,524	23,615	37,178	13,049	24,129

구분	한국국적을 가지지 않은 자						한국국적을 취득한 자			외국인 주민 자녀		
	외국국적동포			기타외국인								
	소계	남	여	소계	남	여	소계	남	여	소계	남	여
계	235,926	119,263	116,663	380,695	209,258	171,437	159,447	32,816	126,631	191,459	98,278	93,181
서울	80,712	36,109	44,603	98,260	52,335	45,925	40,775	12,411	28,364	28,095	14,209	13,886

출처 : 행정안전부(2018). 2018 행정안전통계연보

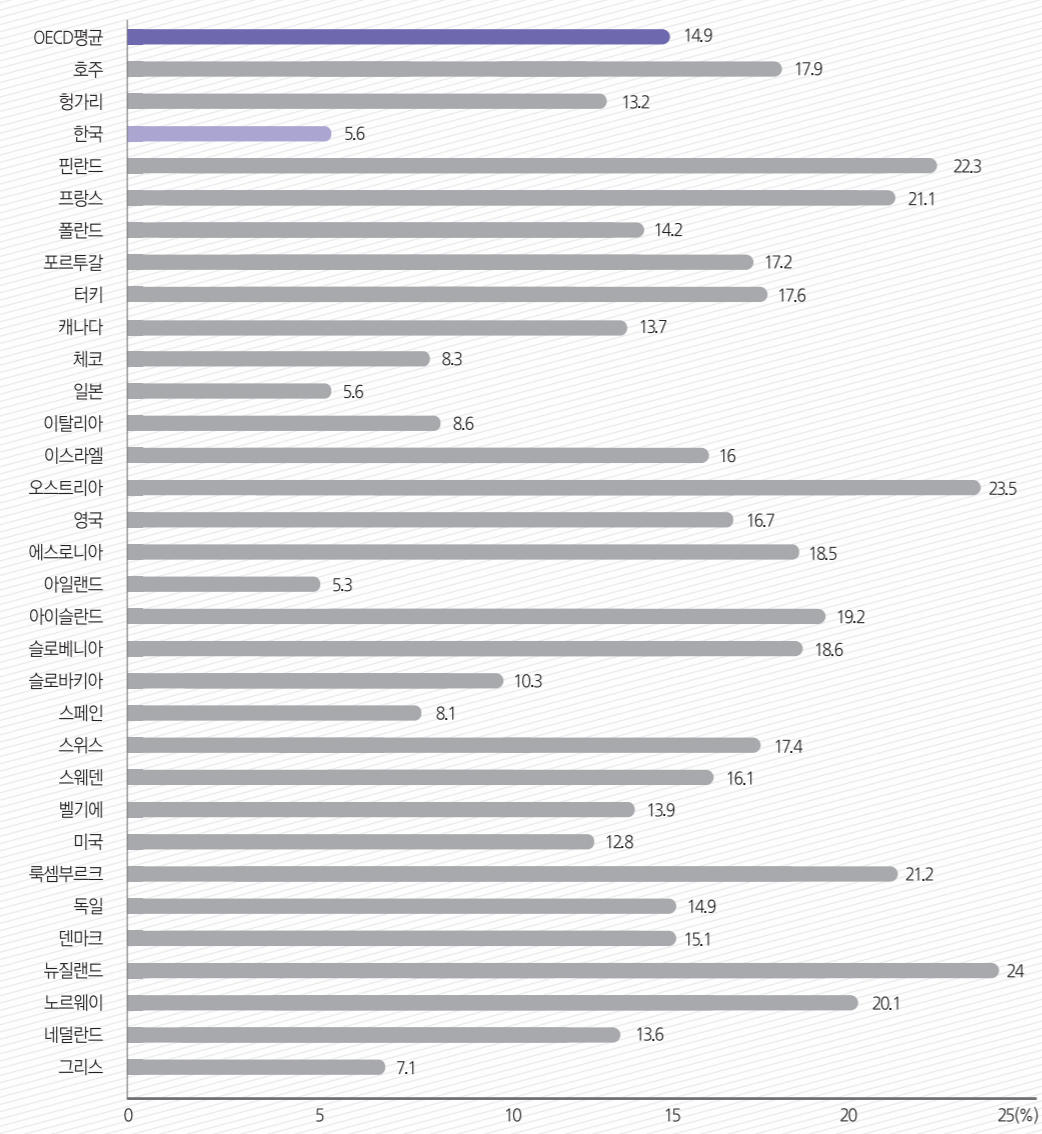
제 3 절 직업재활

1. 국외현황

1) 장애인구 및 고용률

- 2013년~2017년 장애인 출현율은 OECD 평균 14.9%이며, 한국은 5.6%로 낮은 수준을 보임. 반면 OECD 32개국 평균 장애인 고용률은 47.6%로 나타났으며, 한국은 50.2%로 OECD 평균보다 높은 것으로 나타남.
- 장애인고용률이 가장 높은 나라는 스위스(69.0%)이며, 고용률이 가장 낮은 국가는 헝가리(23.7%)로 나타남.

그림81_ OECD 국가의 장애인 출현률(2017) (단위: %)



출처: 한국장애인고용공단(2017). 2017 장애인통계집

그림82_ OECD 국가의 장애인 고용률(2017) (단위: %)



- 1) 2013~2017년 각 나라에서 발표한 자료임.
- 2) OECD-32은 32개국에 대한 산술평균이며, 별도의 가중치를 부여하지 않음(칠레, 멕시코 제외)
- 3) 각 국가별 인구조사에서 장애에 대한 정의 및 측정, 출현율과 고용률에 대한 정의 및 측정 기준이 동일하지 않음.
- 4) 기본적으로 대부분의 나라의 장애관련 조사는 비슷하나, 국가별 비교가능성은 조사와 결과의 번역 및 문화적 차이와 장애판정의 주관적인 요소로 인하여 일괄적으로 비교하는 것은 주의

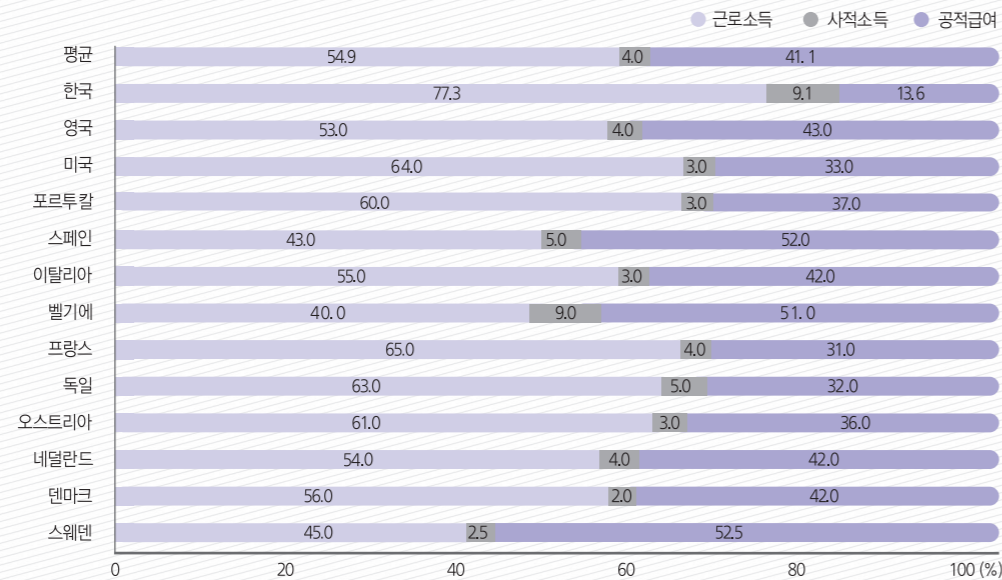
출처: 한국장애인고용공단(2017). 2017 장애인통계집

- 한국장애인개발원(2014)에 의하면, EU 국가는 2020년까지 장애인 고용률 75%를 목표로 제시할 만큼 장애인의 고용에 특별한 관심을 보이고 있으며, 특히 스웨덴, 독일, 덴마크, 핀란드 등의 장애인 고용률(2011년 기준)은 각각 58.7%, 56.9%, 51.7%로 우리나라의 44.7%(2000년대 중반 기준)에 비해 상당히 높은 수준이며, 비장애인과의 격차 역시 매우 낮은 수준임.

2) 정신장애인 소득

- OECD 주요국가의 장애인 소득구성비를 살펴보면, 근로소득은 54.9%, 사적소득은 4.0%, 공적급여는 41.1%이며, 우리나라의 경우 근로소득의 비중은 높고, 공적급여의 비중은 낮아 장애인 취업활동과 급여가 중요함을 시사함.

그림83_ OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비



* 20-64세 장애인 기준 / OECD 국가는 90년대 말 수치, 한국은 2005년 수치

출처: 고용개발원(2008). OECD 2007 장애정책 리뷰

- 2000년대 중반 기준으로 OECD 국가의 장애인 월평균 소득은 전체 국민 평균 소득보다 15% 낮았으며, 일부 국가에서는 20~30%이상 낮음. 취업장애인의 경우 전체 국민 평균 소득보다 훨씬 높은 반면, 비경제활동상태 혹은 실업상태에 있는 장애인은 전체 국민 평균소득 보다 낮았는데, 특히 비취업 장애인의 월평균소득은 전체 국민소득의 50% 수준에 불과함. 2000년대 중반 우리나라 장애인의 월평균 소득은 전체 국민 평균 소득보다 20% 정도 낮으며, 이는 OECD 국가 평균보다 더 낮은 수준임(김성희 외, 2011).
- 장애인 소득보장 영역의 경우, 모든 지표에서 OECD 국가와 비교할 때 우리나라의 수준은 매우 낮았음. 가장 애인 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. 장애인 빈곤율의 경우, 2000년대 중반 기준으로 OECD 국가의 장애인가구 상대빈곤율은 22%로서, 우리나라의 장애인가구 상대빈곤율 35%에 비해 13% 포인트 낮았음. GDP 대비 장애급여 지출 비중의 경우, 2005년 기준 우리나라의 GDP 대비 장애급여 지출 비중은 0.1%로서 이는 2005년 기준OECD 국가 평균인 1.3%에 비해 매우 낮은 수준임. 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, 2011).

2. 국내현황

1) 장애등록 현황

- 2017년 우리나라 장애인등록자수는 2,545,637명이며, 이중 정신장애인은 101,175명(3.97%)으로 추계된 중증 정신질환자¹¹⁾ 517,785명의 19.5%에 불과함.
- 2000년 대비 장애인 등록자 수는 약 2.7배, 정신장애인¹²⁾ 등록자 수는 약 4.3배 증가함.

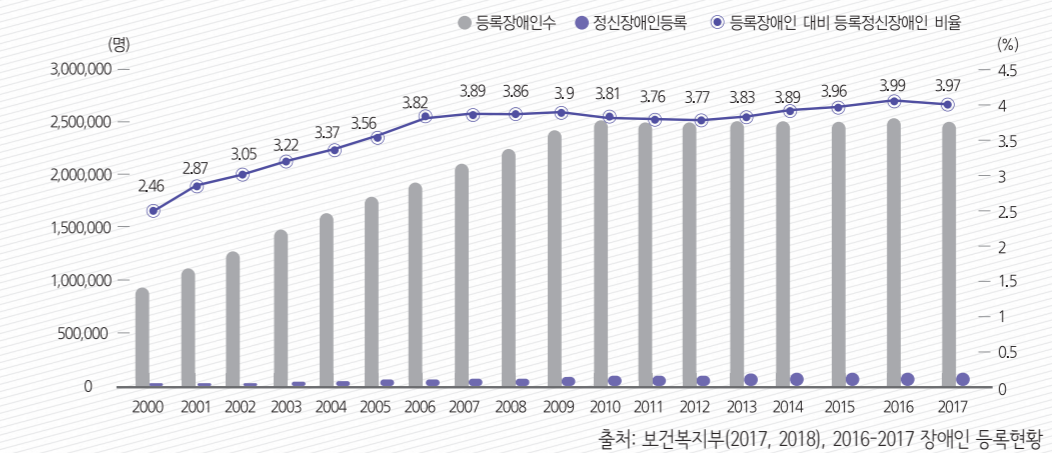
표46_ 연도별 장애인등록 현황

(단위: 명, %)

구분	등록장애인수	정신장애인등록	등록장애인 대비 등록정신장애인 비율
2000	958,196	23,559	2.46
2001	1,134,177	32,581	2.87
2002	1,294,254	39,494	3.05
2003	1,454,215	46,883	3.22
2004	1,610,994	54,333	3.37
2005	1,789,443	63,642	3.56
2006	1,967,326	75,058	3.82
2007	2,104,889	81,961	3.89
2008	2,246,965	86,624	3.86
2009	2,429,547	94,776	3.90
2010	2,517,312	95,821	3.81
2011	2,519,241	94,739	3.76
2012	2,511,159	94,638	3.77
2013	2,501,112	95,675	3.83
2014	2,494,460	96,963	3.89
2015	2,490,406	98,643	3.96
2016	2,511,051	100,069	3.99
2017	2,545,637	101,175	3.97

출처 : 보건복지부(2017, 2018), 2016-2017 장애인 등록현황

그림84_ 장애인 등록 변화추이



출처: 보건복지부(2017, 2018), 2016-2017 장애인 등록현황

11) 우리나라 인구의 1% : 2017년 주민등록인구 51,778,544명

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

2) 장애인의 경제활동

▶ 직업의 의미

- 사회참여의 기회가 현저하게 낮은 장애인에게 있어 직업은 매우 중요한 사회참여의 기회이며 더불어 직업에 대한 만족은 장애인의 삶의 만족에도 영향을 미침(김광자, 2011). 또한 정신장애인에게 질환을 스스로 관리하고 극복하겠다는 동기를 유발시키고 사회에 통합되어 사회인으로 살아가게 함으로써 자존감을 고양시키며 삶의 질을 향상시킴(박윤정, 2012). 이처럼 정신장애인에게 직업은 지역사회와 통합을 이루는 과정인 동시에 지역사회에 성공적으로 적응하기 위한 기반이 된다고 볼 수 있음.
- 직업을 갖는다는 것은 사회의 구성원으로 역할을 함과 동시에 생활을 위한 수입을 얻을 수 있는 기회라는 측면에서 삶에서 가장 중요한 요소 중 하나임. 하지만 정신질환자들은 고용 측면에서도 편견과 차별의 대상이 되고 있음. 아무리 일할 능력을 가지고 있어도 정신질환을 앓았거나 앓고 있는 사람을 고용하겠다는 비율은 25.1%로 굉장히 낮게 나타났으며 실제로 정신질환자들이 취업에 있어서 겪는 차별은 71.5%로 조사되어 상당히 많은 정신질환자들이 직업적 기능과 무관하게 불이익을 경험하고 있는 것으로 나타남(박종익 외, 2016).

▶ 경제활동 상태

- 2017 장애인경제활동 실태조사(한국장애인고용공단)에 따르면 2017년 5월 15일이 포함된 1주간 만 15세 이상 등록장애인 2,460,080명 중 취업, 실업의 형태로 경제활동에 참여하고 있는 경제활동인구는 953,008명(경제활동참가율 38.7%)으로 나타남. 취업자는 898,475명으로 15세 이상 인구 대비 취업자 비중인 고용률은 36.5%이며, 실업자는 54,533명으로 실업률은 5.7%로 나타남.
- 2016년 대비 장애인의 경제활동참가율은 0.2%p, 고용률은 0.4%p 상승하였고, 실업률은 0.8%p 하락하였으며, 같은 기간 전체 인구의 경제활동참가율과 고용률은 0.3%p 상승한 반면, 실업률은 0.1%p 하락함.
- 장애인 실업률이 5.7%로 전체인구 실업률 3.6%에 비해 약 1.6배 높은 수준임.

표47_ 장애인 경제활동상태 추정(15세 이상 인구, 전체 인구 비교)

(단위: 명, %)

구분		15세 이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경제활동 참가율	실업률	고용률
			계	취업자	실업자				
장애 인구	2013년	2,457,626	940,379	885,025	55,354	1,517,246	38.3	5.9	36.0
	2014년	2,449,437	970,600	906,267	64,333	1,478,837	39.6	6.6	37.0
	2015년	2,444,194	921,980	849,517	72,463	1,522,214	37.7	7.9	34.8
	2016년	2,441,166	941,051	880,090	60,961	1,500,115	38.5	6.5	36.1
	2017년	2,460,080	953,008	898,475	54,533	1,507,072	38.7	5.7	36.5
	증감	18,914	11,957	18,385	-6,428	6,957	0.2	-0.8	0.4
전체 인구	2013년	42,047,000	26,195,000	25,398,000	797,000	15,853,000	62.3	3.0	60.4
	2014년	42,453,000	26,762,000	25,811,000	951,000	15,691,000	63.0	3.6	60.8
	2015년	42,975,000	27,211,000	26,189,000	1,022,000	15,764,000	63.3	3.8	60.9
	2016년	43,387,000	27,455,000	26,450,000	1,005,000	15,932,000	63.3	3.7	61.0
	2017년	43,735,000	27,828,000	26,824,000	1,003,000	15,907,000	63.6	3.6	61.3
	증감	348,000	373,000	374,000	-2,000	-25,000	0.3	-0.1	0.3

1) 전체인구는 통계청 경제활동인구조사(각년도 5월) 참조

2) 경제활동참가율=(경제활동인구/15세이상 생산가능인구)*100

3) 실업률=(실업자수/경제활동인구)*100

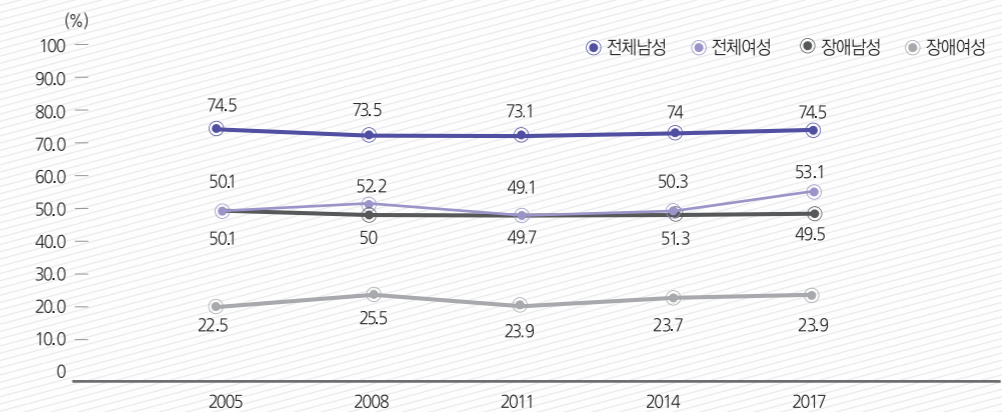
4) 고용률=(취업자수/15세이상 생산가능인구)*100

출처 : 한국장애인고용공단(2017). 2017 장애인경제활동실태조사

- 우리나라 경제활동참가율은 남성 74.5%, 여성 53.1%로 2014년 대비 남녀 모두 소폭 증가하였고, 장애인의 경제활동상태를 성별로 살펴보면, 남성의 경제활동참가율은 49.5%, 고용률은 46.8%인데 반해 여성의 경제활동참가율은 23.9%, 고용률은 22.4%로 남성의 절반 이하 수준임.

그림85_ 장애인 및 전체인구의 성별 경제활동참가율

(단위: %)

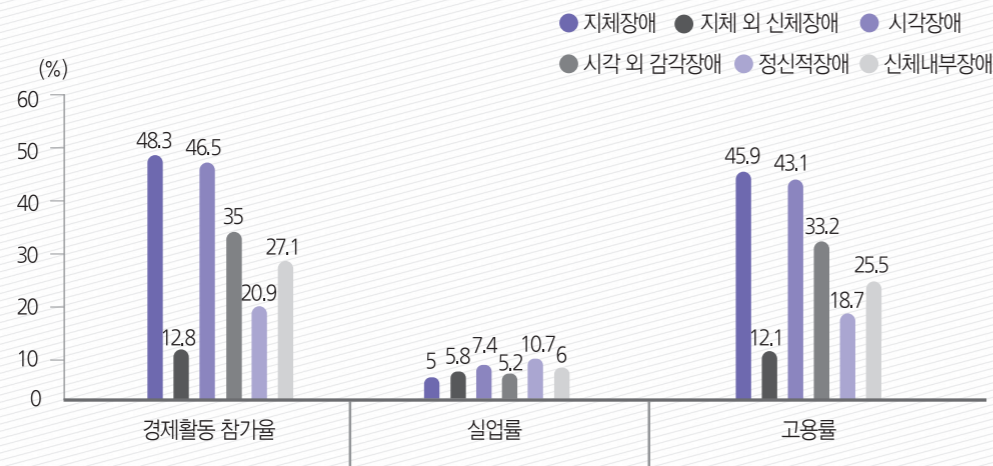


출처: 한국장애인고용공단(2017). 2017 장애인경제활동실태조사

- 장애유형별 경제활동상태를 보면 신체외부장애 중 지체장애 외의 경제활동참가율이 12.8%로 가장 낮으며, 그다음으로 정신장애가 20.9%로 나타남. 실업률에서는 정신장애가 10.7%로 가장 높게 나타나 정신장애인은 경제활동 참여 이후에도 일자리를 얻는데 어려움을 겪고 있는 것으로 나타남.

그림86_ 장애유형별 경제활동지표

(단위: %)



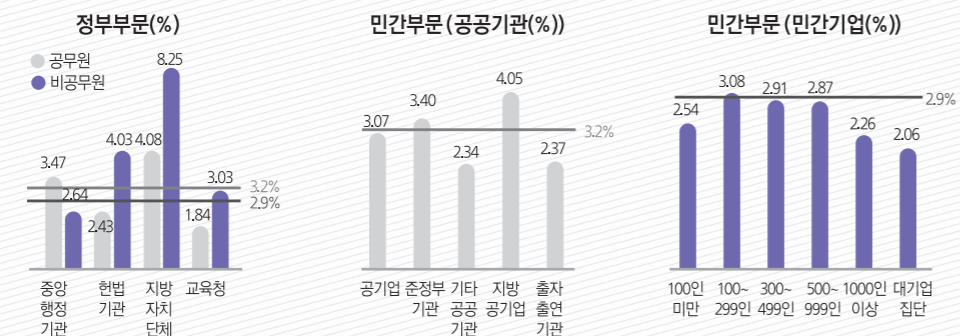
출처: 한국장애인고용공단(2017). 2017 장애인경제활동실태조사

▶ 고용률

- OECD 주요국에서 고용주를 대상으로 의무화된 작업장환경, 재활서비스, 상병급여 관련 법 규정을 개괄해 주고 있는데 한국의 경우 고용주의 재활서비스 지원을 독려하는 의무규정과 상병급여 제도가 아직 도입되지 않음(심진예 외, 2017).
- 장애인 고용문제를 해결하기 위해 장애인 의무고용이 공적의무임을 강조하고, 일자리를 확충하도록 하였으나, 2010년 기준 정부부문 장애인고용비율 2.40%, 민간 고용비율 2.19%로 여전히 법적 기준인 3.0%와 2.3%에 미치지 못하고 있는 형편임.

그림87_ 장애인 의무고용 현황

(단위: %)



* 2017년 기준 의무고용률은 정부부문 공무원, 공공기관 3.2%, 정부부문 비공무원, 민간기업 2.9%임

출처: 한국장애인고용공단(2018). 한눈에 보는 2018 장애인통계

- 전체장애인의 인구대비 고용률은 2017년 36.5%로 2014년 대비 0.05%p 감소함.
- 정신장애인의 고용률은 2008년에서 2011년 증가하다가 2014년도에 다시 감소하였고, 2017년도에 10.82%로 소폭 증가함.
- 15개 장애유형별 고용률을 보면 안면장애 52.8%, 간장애 47.2%, 지체장애 45.9%로 높게 나타나고, 정신장애 10.8%, 뇌병변장애 11.6%, 뇌전증장애 17.9%순으로 낮게 나타남.

표48_ 장애유형별 장애인 취업자 수 및 고용률(15세 이상)

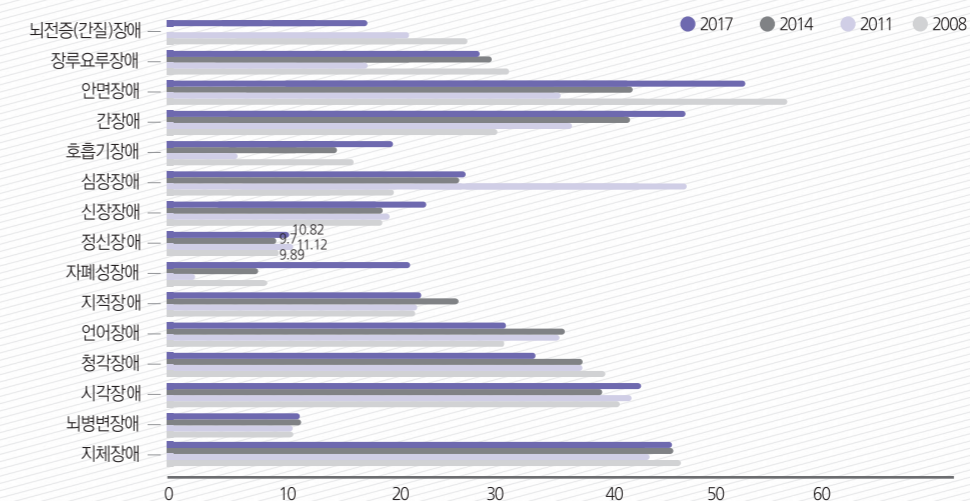
(단위: 명, %)

구분	2008			2011			2014			2017		
	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률
지체장애	1,124,524	525,629	46.74	1,319,279	579,872	43.95	1,337,482	615,549	46.02	1,264,650	579,975	45.86
뇌병변장애	211,976	23,745	11.20	305,310	34,372	11.26	280,245	33,560	11.98	241,323	28,011	11.64
시각장애	217,306	89,384	41.13	252,075	106,300	42.17	272,125	107,570	39.53	250,986	108,055	43.05
청각장애	203,067	80,778	39.78	275,728	104,049	37.74	273,963	103,531	37.79	268,591	89,608	33.36
언어장애	14,024	4,266	30.42	18,259	6,511	35.66	19,871	7,168	36.07	17,375	5,342	30.75
지적장애	107,359	24,122	22.47	122,862	27,807	22.63	161,663	42,590	26.34	172,872	39,625	22.92
자폐성장애	4,044	354	8.75	6,655	146	2.19	12,625	1,001	7.93	14,121	3,106	22.00
정신장애	84,552	8,358	9.89	103,893	11,549	11.12	105,002	10,183	9.70	100,038	10,825	10.82
신장장애	48,283	9,331	19.33	58,284	11,703	20.08	71,876	13,861	19.28	78,528	18,373	23.40
심장장애	13,771	2,808	20.39	16,041	7,575	47.22	8,121	2,155	26.54	5,290	1,430	27.03
호흡기장애	14,393	2,387	16.58	19,043	1,193	6.26	15,984	2,431	15.21	11,790	2,399	20.35
간장애	6,249	1,871	29.94	9,223	3,396	36.82	11,839	4,987	42.12	10,699	5,045	47.15
안면장애	2,071	1,171	56.54	2,355	842	35.75	3,012	1,277	42.40	2,643	1,396	52.82
장루요루장애	11,280	3,490	30.94	16,705	3,005	17.99	16,705	4,909	29.39	14,334	4,062	28.34
뇌전증(간질)장애	8,698	2,361	27.14	14,572	3,184	21.85	9,377	0	0.00	6,840	1,223	17.88
계	2,071,597	780,055	37.65	2,540,284	901,504	35.49	2,599,890	950,772	36.57	2,460,080	898,475	36.52

출처: 한국장애인고용공단(2018). 2017년 장애인경제활동실태조사

그림88_ 장애유형별 고용률

(단위: %)



출처: 한국장애인고용공단(2018). 2017년 장애인경제활동실태조사

▶ 취업자 특성

- 2017년 장애인경제활동실태조사에 의하면, 취업자의 종사상 지위는 임금근로자 65.6%, 비임금근로자 34.4%로 임금근로자가 많았으며, 정신장애인의 경우에도 임금근로자가 84.6%로 비임금근로자 15.4%에 비해 높은 비율을 보였음. 타 장애유형에 비해 임금근로자의 비율이 가장 높게 나타남.

표49_ 장애인 취업자의 종사상 지위 (단위: 명, %)

구분		추정 수	비율	장애유형					
				지체	뇌병변 · 안면	시각	청각·언어	정신적	신체내부
임금 근로자	상용근로자	322,279	35.9	36.3	38.5	36.9	30.4	35.8	37.4
	임시근로자	158,336	17.6	15.2	23.1	17.5	21.3	34.7	17.7
	일용근로자	108,453	12.1	12.1	10.5	14.6	10.1	14.1	6.8
	소계	589,067	65.6	63.6	72.0	69.0	61.9	84.6	62.0
비임금 근로자	고용원이 있는 자영업자	65,192	7.3	9.4	8.4	3.3	1.8	0.3	8.6
	고용원이 없는 자영업자	211,568	23.5	24.9	18.5	21.3	29.2	6.5	24.0
	무급가족종사자	32,648	3.6	2.1	1.1	6.5	7.2	8.6	5.4
	소계	309,408	34.4	36.4	28.0	31.0	38.1	15.4	38.0
전체 (추정 수)		898,475	100.0	100.0 (579,974)	100.0 (29,407)	100.0 (108,055)	100.0 (94,950)	100.0 (53,556)	100.0 (32,532)

출처 : 한국장애인고용공단(2018). 2017년 장애인경제활동실태조사

- 장애인 취업자의 직장유형으로는 전체장애인의 경우 일반사업체(84.5%), 정부재정지원일자리(7.2%), 공무원, 교사 등 정부 및 공공기관일자리(5.3%), 장애인 직업재활시설(3.0%) 일자리 순으로 높게 나타났으며, 정신장애인의 경우는 일반사업체(60.0%), 장애인직업재활시설일자리(27.2%), 정부재정지원일자리(11.8%), 공무원 교사 등 정부 및 공공기관 일자리(0.9%)의 순으로 나타남. 전체장애인에 비해 정신장애인에서 직업재활시설 일자리의 비중이 상당히 높았음.

표50_ 장애인 취업자의 현재 직장유형 (단위: 명, %)

구분	추정 수	비율	장애유형					
			지체	뇌병변·안면	시각	청각·언어	정신적	신체내부
장애인 직업재활시설 일자리	27,125	3.0	1.3	4.3	1.3	2.0	27.2	1.1
정부재정지원일자리	64,265	7.2	6.9	9.8	4.7	8.5	11.8	5.9
공무원, 교사 등 정부 및 공공기관일자리	47,810	5.3	5.8	11.6	3.3	4.3	0.9	7.8
그 외 일반사업체	759,275	84.5	86.0	74.3	90.7	85.2	60.0	85.2
전체 (추정 수)	898,475	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
			(579,974)	(29,407)	(108,055)	(94,950)	(53,556)	(32,532)

* 장애인직업재활시설일자리에는 보호작업장, 근로사업장, 자립작업장 등이, 정부재정지원 일자리에에는 공공근로, 희망근로, 복지일자리, 지역공동체일자리사업 등 정부에서 창출한 일자리가 포함됨.

출처 : 한국장애인고용공단(2018). 2017년 장애인경제활동실태조사

- 장애인 임금근로자의 주당 평균 근무시간은 40시간이며, 정신장애인은 32시간으로 심장장애에 이어 가장 적은 시간 근무하고 있으며, 평균근속기간도 전체장애인의 경우 147개월이나 정신장애인의 경우 60개월로 자폐성장애와 뇌전증장애, 지적장애에 이어 짧은 기간 동안 취업을 유지하고 있음. 월평균 임금은 전체장애인은 171만원이나, 정신장애인의 경우 87만원으로 장애유형 중 4번째로 낮은 임금 수준을 보이고 있음.

표51_ 취업장애인의 평균 근무시간, 월평균 수입, 평균근속기간 (단위: 시간, 일, 만원, 개월)

구분	평균 근무시간			월 평균 수입	평균 근속기간*		
	주평균 근무시간	주평균 근무일수	일평균 근무시간		전체	임금근로	비임금근로
지체장애	41	5.1	8.1	189	156	108	252
뇌병변장애	37	5.1	7.2	124	130	101	193
시각장애	42	5.2	8.2	196	147	91	262
청각장애	38	4.9	7.5	125	182	86	342
언어장애	33	4.9	6.8	155	150	147	157
지적장애	32	5.0	6.4	70	50	45	130
자폐성장애	33	5.0	6.6	35	24	24	-
정신장애	32	4.9	6.9	87	60	51	205
신장장애	34	4.4	7.3	176	118	78	229
심장장애	27	5.1	5.1	65	60	35	120
호흡기장애	33	5.1	6.0	101	156	34	235
간장애	36	5.0	7.1	278	141	120	271
안면장애	32	4.7	6.7	120	77	77	-
장루·요루장애	45	5.0	9.4	188	204	128	321
뇌전증장애	37	4.6	7.5	90	45	56	29
전체	40	5.1	7.8	171	147	96	258

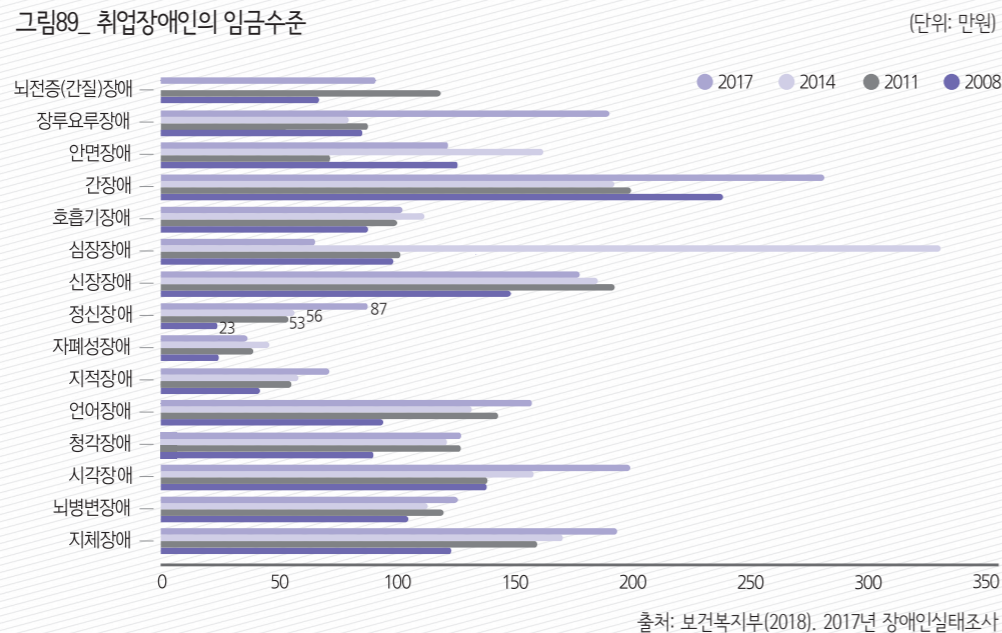
* 무응답 제외

출처 : 보건복지부(2018). 2017년 장애인실태조사

▶ 소득

- 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. 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. 장애급여 지급률의 경우, 2007년 기준 우리나라의 근로가능연령대(20~64세) 인구 중 장애급여를 지급하고 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, 2011).
- 2017년 장애인실태조사에 의하면, 장애인가구의 소득원별 평균 금액에서 근로소득이 138.1만원으로 가장 많았으며, 이어서 공적이전소득이 47.3만원으로 두 번째, 사업소득이 44.6만원으로 세 번째로 많았음. 장애인가구의 소득에서 공적이전소득이 차지하는 비중이 상당히 커졌다는 것을 알 수 있으며 사적이전소득은 13.2만원으로 공적이전소득의 1/4 정도에 불과함. 장애유형 별로 비교해 보면, 공적이전소득이 가장 많은 장애유형은 호흡기장애(72.1만원)이었으며, 이어서 정신장애(70.1만원), 장루·요루장애(65.3만원), 신장장애(64.0만원), 심장장애(60.2만원), 안면장애(56.5만원)의 순으로 많았음.

그림89_ 취업장애인의 임금수준



제 4 절 정신질환자 권익옹호¹³⁾

1. 국외현황

1) 브라질

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

2) 이탈리아

- 1978년 정신의학 개혁의 일부로서, 베로나의 사회복지사는 소비자 중심의 사업을 진행함.
- 자조집단과 정신건강부는 연계하여 낙인(stigma)에 대한 프로그램을 시행하였고, 자주성을 증진하고, 주거·직업·사회 활동들과 여가 등에 대한 욕구가 실현될 수 있도록 지지함.

3) 호주

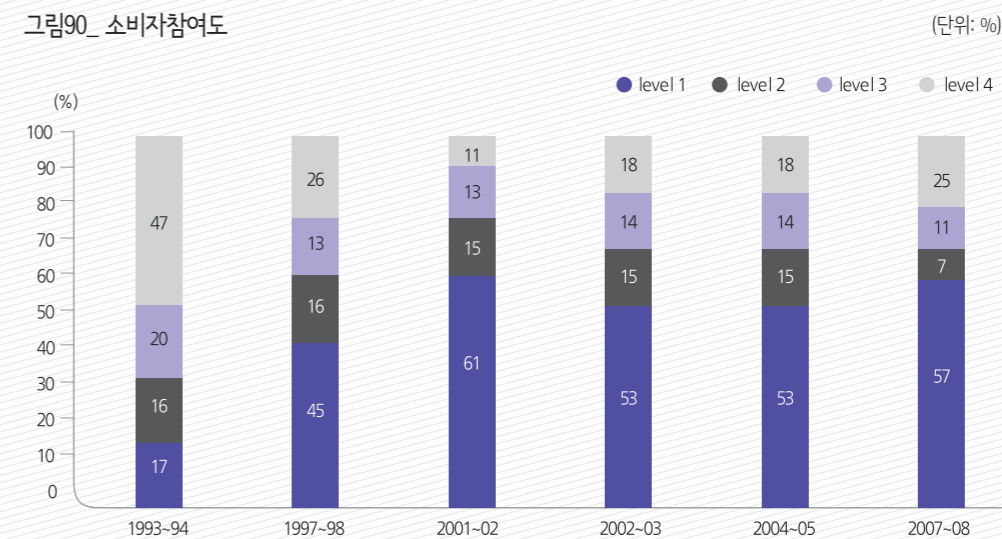
- 국가정신건강 5개년 계획(National Mental Health Strategy)에 대한 평가는 소비자와 정신보건 관계자간의 권익 향상의 변화를 볼 수 있음.
 - 소비자의 이해(interests)를 대변하기 위한 공식적인 단체의 설립
 - 정신질환자의 권익을 보호하기 위한 정신건강 법률 제정 및 개정

13) WHO(2003) Advocacy for mental health

- 정신건강 서비스들에서 소비자의 권리를 보호하기 위한 국가적 지침 발표
- 정신건강의 이해를 증진하고 낙인을 줄이기 위한 대중매체를 활용한 국가 캠페인 창출

- 소비자 참여정도를 조사한 호주의 정신보건보고서를 살펴보면, 1993년~1994년에 비하여 2007년~2008년에 소비자의 참여도가 높은 레벨1이 약3.4배 증가하였고, 소비자의 참여도가 저조한 레벨4는 약 1.9배 감소하여 점차 소비자의 참여가 증가하고 있음을 알 수 있음.

그림90_ 소비자참여도



Level 1: 소비자와 가족이 정책형성과정 및 서비스 전달체계 구축 등에 적극적으로 참여함

Level 2: 소비자와 가족이 서비스 전달체계 구축 등에 부분적으로 참여함

Level 3: 소비자 또는 가족이 비특이적인 위원회 등에 형식적으로 참여하고 있음

Level 4: 소비자 참여가 없거나 미비함

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

2. 국내현황

- 정신장애인 권익옹호는 경미한 수준의 정신장애인의 욕구와 권리를 포함하는 것은 물론 더 나아가 모든 사람들의 정신보건 관련 욕구, 권리를 보장하는 것으로까지 그 개념의 범위가 확장됨.
- 옹호는 정신보건정책의 11가지 행동(방법들)중 하나이며, 몇몇 나라에서는 옹호활동(운동)이 정신보건정책이나 법률에 실질적인 영향을 주고, 서비스 개선에서 중요한 힘으로 여겨짐(WHO, 2003).
- 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.

3. 서울시 현황

- 2010년부터 서울시에서는 정신보건법시행규칙 제1조의3(지역정신보건사업계획의 수립 절차 등)에 근거하여 정책레벨에서의 소비자 참여의 기틀을 마련하기 위해 기준이 되는 지표를 설정하여 모니터링하고, 소비자들의 합리적 정책참여의 활성화를 위해 자치구에서 수행되고 있는 소비자 참여 현황을 파악하는 등 기초 자료 수집을 진행함.
- 2010년 소비자 참여지표는 의사소통 채널의 확보, 정책수립 및 평가단계에서의 소비자 참여, 소비자 참여 지원방식, 소비자 요구도 조사 및 정책반영 등 4개의 영역, 16개의 문항으로 구성되어 4레벨로 참여수준을 평가함.
- 2012년에는 2010년 소비자 참여지표를 재구성하여 서울시 자치구 보건소, 정신건강복지센터 및 정신재활 시설의 소비자참여도를 조사함.
- 2012년 소비자 참여지표는 정보제공 및 수렴도, 소비자 요구도 조사 및 반영도, 소비자와 제공자의 연대 정도, 소비자와 제공자의 파트너십의 4가지 영역으로 5레벨을 구성했고 2014년에는 2012년에 개발된 도구를 적용하여 조사 수행 및 결과를 분석함(지표25 수록).
- 이후 해당 연구를 추가로 수행하지 않아, 본 지표집에는 2016년 4차년도 지표집의 지표를 그대로 수록하였으며, 추후 연구를 지속하고 분석할 계획임.

제 5 절 정신건강심사위원회

1. 국외현황

- 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).

2. 국내현황

1) 정신건강심사위원회 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).
- 우리나라 1995년 정신보건법 제정을 통해 중앙 및 지방정신보건심의위원회 산하에 정신보건심판위원회를 설치하여 장기입원 및 입소되어 있는 정신질환자에 대하여 인권보호 및 사회복귀의 동기부여를 위하여 계속

입원치료의 적절성을 심사하기 시작하였으며, 이후 2016년 5월 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률이 통과되어 2017년 5월 30일부터 시행되었고, 이에 정신보건심판위원회가 정신건강심사위원회로 명칭 변경됨.

- 퇴원 및 지역사회로의 이행과 관련하여 정신보건심의위원회 운영은 서면심사를 주로 하는 계속입원 심사를 위해 운영되며, 월1회 개최되는 회의에서 계속입원심사 사례는 과다하여 제대로 된 심사가 이루어지기 어려운 상황이며, 관련 홍보 및 교육의 강화가 필요함(국가인권위원회, 2016).

2) 정신건강심사위원회 퇴원심사 및 퇴원현황

- 2017 국가정신건강 3차 예비조사 결과보고서에 의하면 2016년 12월 말 기준 정신의료기관은 1,513개소이며, 총 정신병상수는 83,405병상(폐쇄병상 67,425병상, 개방병상 15,980병상)임. 입원환자 수는 69,220명으로 전년대비 소폭 감소하였고, 비자의 입원환자 수 역시 42,525명으로 저년 대비 소폭 감소하였음. 전체 입원환자 중 비자의입원환자 비중은 약 61.4%로서 전년 65.2%보다 비자의 입원이 감소하였음.
- 2016년 말 기초정신건강심판(심사)위원회 퇴원명령률은 약3.4%로 전년 3.5%보다 소폭 감소하였으며, 2014년도에 비해 0.5%p 감소함. 시도별로 보면, 대구가 9.5%로 가장 높은 퇴원율을 보였고, 서울은 8번째로 퇴원율이 높았음.
- 전국 17개 시도에서 개최한 회의 건수는 1,632건이고, 이 중 개정 전 정신보건법 제24조에 의한 계속입원심사청구 건은 72,517건이며, 계속입원자 수는 70,202명, 제29조에 의한 퇴원 및 처우개선 심사청구건은 1,990건, 계속입원자 수는 1,749명임.

표52_ 2016년 기초정신건강심사(심판)위원회 현황

(단위: 회, 건, 명, %)

구분	개최횟수	심사건수			계속입원자 수			퇴원율(%)	
		소계	제24조	제29조	소계	제24조	제29조	2014	2016
전국	1,632	74,507	72,517	1,990	71,781	70,202	1,749	3.9	3.4
서울	116	1,650	1,393	257	1,404	1,342	231	3.2	4.5
부산	136	6,578	6,359	219	6,560	6,344	216	0.4	0.3
대구	64	1,330	1,233	97	1,204	1,123	81	7.9	9.5
인천	73	3,235	3,135	100	3,085	2,991	94	8.9	4.6
광주	67	2,303	2,277	26	2,234	2,213	21	5.8	3.0
대전	42	1,368	1,360	8	1,287	1,281	6	2.5	5.9
울산	24	1,518	1,468	50	1,491	1,443	48	7.2	0.6
세종	12	381	381	0	381	381	0	0.0	0.0
경기	285	13,932	13,487	445	13,237	12,841	396	5.3	5.0
강원	49	620	603	17	583	567	16	12.1	6.0
충북	95	4,617	4,461	156	4,381	4,295	86	5.1	5.1
충남	115	6,782	6,675	107	6,700	6,597	103	1.9	1.2
전북	40	2,787	2,780	7	2,737	2,730	7	3.1	1.8
전남	139	5,418	5,328	90	5,300	5,228	72	1.6	2.2
경북	198	9,522	9,399	123	8,843	8,730	114	8.4	7.1
경남	162	12,046	11,761	285	11,934	11,679	255	1.3	0.9
제주	15	420	417	3	420	417	3	0.0	0.0

출처 : 국립정신건강센터(2017). 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서

3) 퇴원 후 관리체계 미흡

- 2008년 국가인권위원회 조사에 따르면, 한 기관에서 퇴원한 후 보호의무자에 의해 바로 타 시설로 강제 입원되는 비율이 25.2%로 나타나 퇴원환자 4명 중 1명은 퇴원 이후 사회로 복귀할 기회도 얻지 못한 채 다시 재입원되고 있는 것으로 나타남. 그 이유에 대해 입소자들은 ‘자신의 증상 때문’이라고 생각하는 경우가 44.7%로 가장 많았으나, ‘지낼 곳이 마땅치 않아서(12.4%)’, ‘보호자의 편의 때문(23.2%)’이라는 응답도 35.6%에 달해 횡수용화된 환자의 절반 정도는 임상상태와는 무관하게 사회적 지지체계의 부족이나 보호 의무자의 이해관계에 따라 재입원 하고 있음을 알 수 있음.
- 건강보험심사평가원에 의하면 2016년 1월부터 12월까지 정신의료기관에서 퇴원한 중증정신질환자 54,152명 중 퇴원 후 1개월 이내 동일병원에 재입원한 수는 11,705명으로, 동일병원 재입원율은1.6%로 나타남. 7일 이내 동일병원에 재입원하는 경우도 12.1%로 나타남(국립정신건강센터, 2017).
- 정신의료기관의 비의료적 입원환자 퇴원을 위해서는 지역사회의 적절한 서비스 제공이 필요함. 정신의료기관 입원불필요비용 중심으로 새로 유입될 환자를 추계해보면 10,932명~13,549명으로 볼 수 있으며, 집중사례관리서비스, 주거서비스, 주간재활서비스, 직업재활서비스로 구분하여 서비스 수요 추계 결과 아래의 표와 같음(중앙정신건강복지사업지원단 사업보고, 2018).

표53 _ 지역사회 서비스별 수요 추계

구분		새로유입될 환자(의료기관)	
추계방식		Top-down*	Bottom-up**
수요기준인원		13,549	10,932
서비스별 수요추계	집중사례관리서비스	5,311	5,958
	주거서비스	6,084	7,871
	주간재활서비스	4,376	4,329
	직업재활서비스	3,496	2,438

* Top-down 방식: 입원치료 중인 중증정신질환자 중 불필요입원율에 해당되는 32.1%가 지역으로 유입될 경우 지역사회 정신보건서비스가 필요한 중증정신질환자 인원으로 추정(42,210명 × 32.1% = 13,549명)

** Bottom-up 방식: 정신의료기관 의건조사 결과 입원치료 중인 중증정신질환자 중 비의료적 입원에 해당되는 대상자는 입원환자 중 25.9%로 나타남(42,210명 × 25.9% = 10,923명)

출처 : 중앙정신건강복지사업지원단(2018). 2017 중앙정신건강복지사업지원단 사업보고

3. 서울시 현황

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

표54_ 서울시 정신건강심사(심판)위원회 퇴원명령 후 재입원 관련 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

Indicator

- Indicator 19. 중증정신질환자 지역사회 등록관리율
- Indicator 20. 지역사회 등록정신질환자 자살사망률
- Indicator 21. 개별서비스 계획수립률
- Indicator 22. 지역사회 생활유지율
- Indicator 23. 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률
- Indicator 24. 전문요원 1인당 사례관리 부담률
- Indicator 25. 북한이탈주민/ 재외국민 상담서비스 제공건
- Indicator 26. 정신장애인 등록률
- Indicator 27. 지역사회 등록 정신질환자 취업률
- Indicator 28. 소비자 참여도
- Indicator 29. 정신건강심사위원회 심사의뢰건
- Indicator 30. 정신건강심사위원회 퇴원명령률

Indicator 19

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 보호부담 감소와 원만한 사회복귀를 지원하기 위한 지역사회 책임성 확보가 필요함.

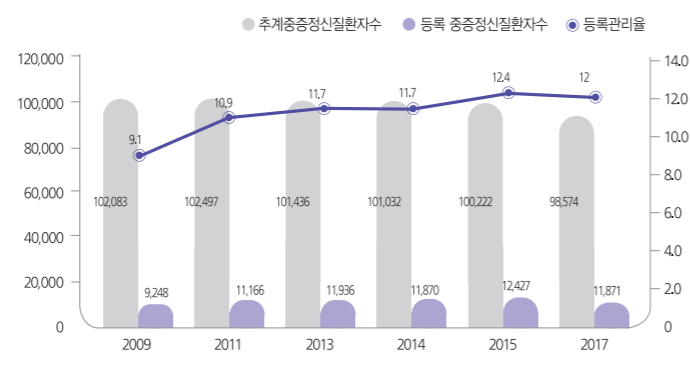
지표설명

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

지표해석

- 분자 : 2017년 정신건강복지센터 등록 중증정신질환자(퇴록자 포함) 수 X 100
- 분모 : 서울시 추계 중증정신질환자 수
- 2017년 한해 동안 정신건강복지센터에 등록되어 서비스를 제공받은 사람은 총 16,807명(퇴록자 포함, 중복자 제외)이며, 이중 중증정신질환자는 11,871명으로 전체 등록대상자의 70.1%의 비중을 차지하고 있음.
- 정신건강복지센터에서 서비스를 제공받은 중증정신질환자는 11,871명, 2017년 서울시 추계 중증정신질환자는 98,574명(서울시인구의 1%)으로 약 12.0%의 등록관리율을 보이고 있음.
- 등록관리율은 2015년 12.4%에서 2017년 12.0%로 약 0.4%p 감소한 것으로 나타남.

그림91_ 지역사회 중증정신질환자 등록관리율



향후전망

정신질환자 중 중증대상자는 초발대상자와 비교하였을 때 오랜기간 정신질환을 앓으면서 신체적·정신적 기능이 저하되어 있고 재발위험성이 높으며 사회적으로 고립되는 경우가 많아 지속적인 사례관리가 필요함. 2009년부터 중증정신질환자에 대한 등록관리가 꾸준히 증가하고 있으나 추계 중증정신질환자 대비 낮은 수준으로, 등록관리율을 높이기 위한 연계체계를 강화시키고, 서비스제공자인 전문요원 인력 확충과 더불어 정신건강증진서비스에 대한 인식 개선이 필요할 것으로 사료됨.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)

Indicator 20

지역사회 등록정신질환자 자살사망률

필요성

정신질환은 자살에 있어 중요 위험인자로 정신질환자에 대한 사례관리가 이루어지고 있는 정신건강증진시설 내에서 등록 정신질환자에 자살사망에 대한 변화추이를 분석하고 관련 된 평가 및 개입계획을 수립하는 것이 필요함.

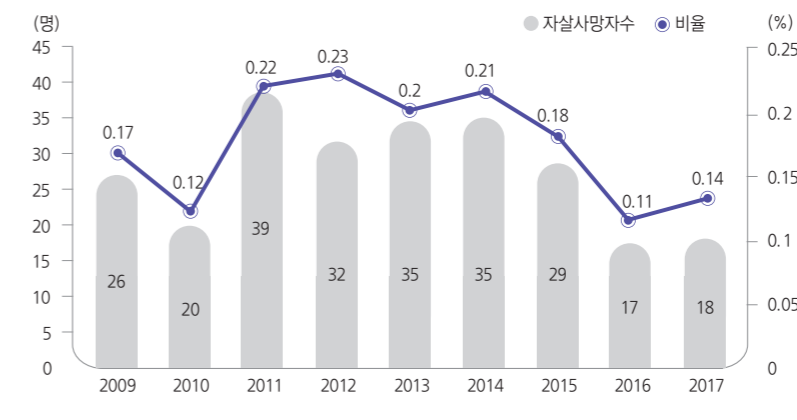
지표설명

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

지표해석

- 분자 : 등록정신질환자 중 자살사망자 수 × 100
- 분모 : 2017년 12월 31일 기준 정신건강복지센터 등록회원 수
- 2017년 서울시 정신건강증진시설 등록 정신질환자 중 자살로 인한 사망자 수는 2017년 19명임. 이중 정신건강복지센터 등록자는 2017년 18명으로 2017년 12월 31일 기준 서울시 25개 자치구정신건강복지센터에 등록되어 있는 등록정신질환자 13,687명 대비 0.13%의 비율임.
- 연도별 추이를 보면, 정신건강복지센터 등록정신질환자의 자살률이 가장 높은 해는 2012년으로 0.23%였으며, 2016년도에 0.11로 가장 낮은 비율을 보이며 증감을 반복함.
- 정신재활시설의 경우, 등록정신질환자의 자살자 현황을 보면 2017년 1명, 2016년 1명, 2015년 2명, 2014년 1명, 2013년 1명, 2012년 12명, 2011년 5명으로 나타남.

그림92_ 정신건강복지센터 등록정신질환자 자살사망자 현황



변인별

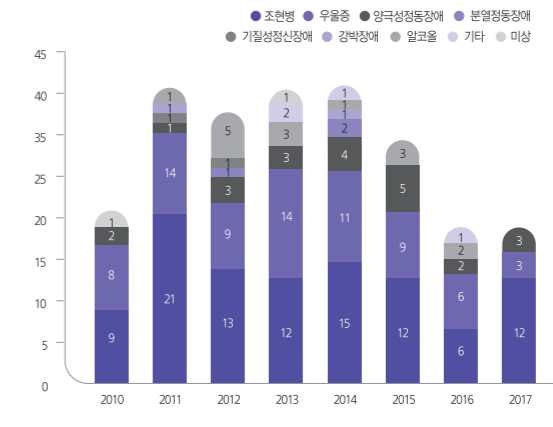
- 성별현황을 살펴보면, 2017년에는 남성 72.2%, 여성 27.8%로 남성의 비율이 다소 높은 편이며, 연도별 추이에 있어서도 2011년을 제외하고 매년 남성의 비율이 같거나 높은 양상임.
- 연령의 경우 남성의 경우 30대, 여성의 경우 40대~50대에 주로 사망자가 분포되어 있음.

표55_ 정신건강복지센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자수 (단위: 명)

구분		연령								
		전연령	0~9세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70+
남녀 전체	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
	2014	36	-	-	3	6	13	5	4	4
	2015	31	-	-	4	2	8	8	3	4
	2016	17	-	-	1	5	1	6	4	-
	2017	18	-	-	1	5	5	5	1	1
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
	2014	18	-	-	3	4	6	2	2	1
	2015	18	-	-	4	-	4	5	2	1
	2016	13	-	-	1	3	1	5	3	-
	2017	13	-	-	1	5	3	3	-	1
여성	2009	12	-	1	1	2	4	2	-	2
	2010	9	-	-	1	2	-	2	1	3
	2011	21	-	-	1	5	3	6	4	2
	2012	15	-	-	2	3	4	2	3	1
	2013	16	-	-	1	1	5	5	1	3
	2014	18	-	-	-	2	7	3	2	3
	2015	13	-	-	-	2	4	3	1	3
	2016	4	-	-	-	2	-	1	1	-
	2017	5	-	-	-	-	2	2	1	-

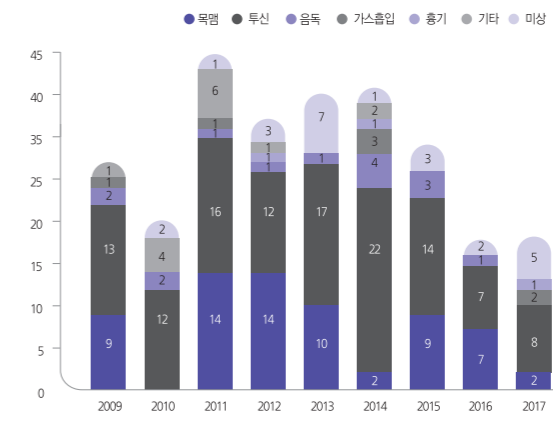
- 2017년 자살사망자의 진단별 현황을 살펴보면, 조현병 66.7%, 우울증과 양극성정동장애가 각각 16.7%로 조현병이 가장 높은 비중을 차지하고 있음. 연도별로 살펴보면 조현병과 우울증을 가진 등록 정신질환자의 자살사망자가 가장 높은 비율을 차지함.

그림93_ 정신건강복지센터 등록정신질환자중 자살사망자의 진단별 현황



- 자살방법의 연도별 추이에 있어 투신과 목매이 매년 자살수단으로 많이 사용되고 있으며, 2017년에도 투신이 61.5%로 매우 높은 비중을 차지함.

그림94_ 정신건강복지센터 등록정신질환자중 자살사망자의 자살수단 현황



향후전망

자치구 정신건강복지센터 등록대상자 자살 사망자 수는 2009년 이후 꾸준히 증감을 반복하고 있음. 인구10만 명당 서울시자살사망률을 21.3명으로 보았을 때 정신건강복지센터 등록 정신질환자 인구 10만명당 자살률은 약 131.5명으로 일반인구보다 약 6.2배 더 높게 나타남. 조사한 자살사망자의 진단, 자살수단, 연령별 특징 등의 구체적인 데이터 분석을 통해 사례 관리에 있어 집중개입 및 특화서비스 제공에 대한 방안모색이 필요함.

자 료 원

2017 서울시 정신건강증진시설 현황조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 21

개별서비스 계획수립률

Level
■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과
□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

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

지표설명

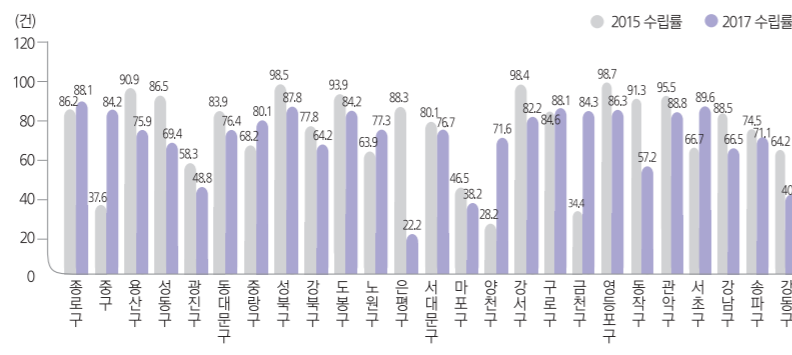
- 개별서비스계획(Individual Service Plan: 이하 ISP) 수립 정도
- 개별서비스계획(ISP)은 등록 후 1개월 이내에 모든 등록자에게 수립하도록 권장
- 기관별 등록회원 수에 차이가 있어 비율을 통해 수립률을 비교하기엔 한계가 있음.

- 분자 : 해당연도에 1회 이상 개별서비스계획 수립을 한 수 × 100
- 분모 : 2017년 정신건강복지센터 등록회원 수(퇴록자 포함)

지표해석

- 2017년 정신건강복지센터 등록회원(퇴록자포함) 전체의 ISP 수립률은 평균 71.4%로 2015년 70.9%에 비해 0.5%p 증가된 것으로 나타남.
- 25개 기관 중 17개 기관에서 70% 이상의 ISP 수립률을 보이고 있으며, 기관에 따라 22.1%~89.6%로 분포의 편차가 나타나고 있으나 기관별 등록회원 수에 차이가 있어 비율을 통해 수립률을 비교하기엔 한계가 있음.
- 중증정신질환자 사례관리 프로토콜에 따르면 ISP 수립은 최소 6개월마다 시행하도록 제안하고 있으며, 2015년 대비 실시건수가 증가하였으나 자치구별 ISP 수립률의 격차가 증가함.

그림95_ 자치구별 개별서비스계획 수립률



향후전망

개별서비스계획(ISP)은 개인목구와 전반적인 기능수준에 따라 4단계로 분류하여 사례개입을 할 수 있는 근거이며 더불어 욕구기반서비스가 이루어질 수 있는 이상적인 방법 중 하나임. 선진국의 지역정신건강서비스도 ISP를 근거로 수행되고 있으며, ISP에 기반한 소비자 욕구 중심의 서비스 제공을 강화하기 위해서는 적정인력공급 등 투입에 대한 대안이 마련되어야 함.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)

Indicator 22

지역사회 생활유지율

필요성

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

지표설명

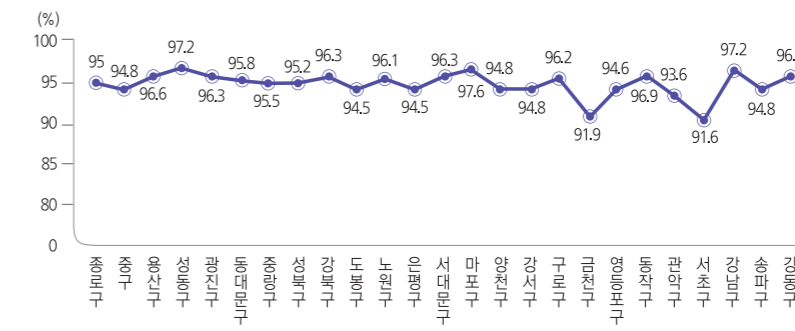
- 중증정신질환자가 재입원을 하지 않고 지역사회에서 생활을 유지하는 정도를 파악
- 2017년 정신건강복지센터 등록자 중 해당연도에 입원하지 않은 대상자 비율
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애
- 본 지표는 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 산출결과가 정신건강복지센터의 등록자에 국한되어 있어 서울시 정신질환자 전체로 결과를 해석하기에는 한계가 있음.

- 분자 : 해당연도 입원을 경험하지 않은 중증정신질환자 수 × 100
- 분모 : 2017년 정신건강복지센터 등록 중증정신질환자 수(퇴록자 포함)

지표해석

- 2017년 서울시 25개 정신건강복지센터의 전체 등록자는 16,807명이며, 이들 중 중증정신질환자는 11,871명임.
- 중증정신질환자 중 2017년 한 해 동안 95.5%(11,332명)가 입원 없이 지역사회 생활을 유지하고 있는 것으로 나타났으며, 지역사회생활유지율은 2015년 90.7% 대비 4.8%p 증가한 수치임.
- 진단 구분 없이 전체 등록자를 비교해보면, 2017년 지역사회생활유지율은 96.0%로, 2015년 93.6%, 2013년 92.2%에 비해 증가하였음.

그림96_자치구별 중증정신질환자 지역사회 유지율



향후전망

자치구 정신건강복지센터 등록 중증정신질환자의 95.5%가 지역사회생활을 유지하고 있다는 것은 위기관리, 증상관리 및 치료유지 등의 사례관리 서비스가 적재적소에서 이루어지고 있다고 볼 수 있음.

정신질환자의 지역사회 유지율을 높이기 위해서는 지역사회정신건강증진시설의 적절한 사례관리가 지속되어야 하고, 무엇보다 지역사회를 기반으로 하는 정신의료기관-지역사회정신건강증진시설의 연계 및 재활서비스가 구축되기 위한 노력이 선행되어야 함.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)

Indicator 23

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

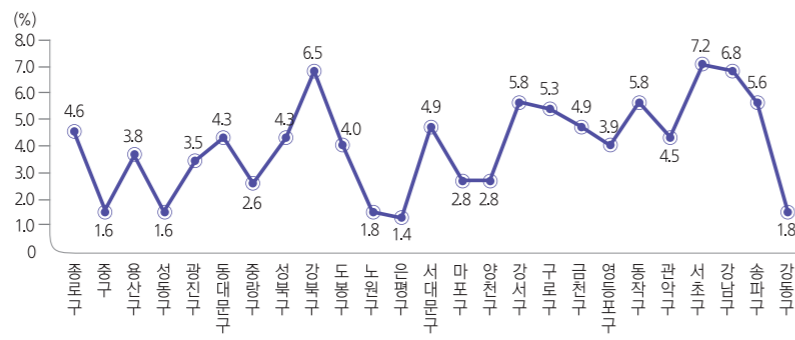
- 장기재원 현황 분석
- 장기재원은 한번 입원했을 때 입원기간이 6개월 이상인 경우로 정의
- 최근 2년 동안 6개월 이상 입원한 경험이 있는 대상
- 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강복지센터의 등록자에 국한하여 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애

- 분자 : 최근 2년 이내 6개월 이상 입원한 대상자 × 100
- 분모 : 2017년 정신건강복지센터 등록 중증정신질환자 수(퇴록자 포함)

지표해석

- 2017년 서울시 25개 정신건강복지센터 등록 중증정신질환자 11,871명 중 4.0%(480명)가 최근 2년 이내 6개월 이상 장기입원을 경험한 것으로 나타남. 이 수치에는 2017년도에는 비입원 하였으나, 2016년도에 입원력이 있는 회원도 상당수 존재함.
- 자치구별 최소 1.4%에서 최고 7.2%로 편차를 보이고 있으며, 2015년 3.2% 대비 0.8%p 증가한 것을 알 수 있음.

그림97_ 자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률



향후전망

WHO자료에 의하면 정신의료기관 재원기간 중앙값은 1년 미만이 가장 높았으며, 5년 이상인 경우도 8%로 나타남. 2016년 기준 우리나라 정신의료기관 평균재원기간(중앙값)은 303일로, 입원기간은 단축되지 않고 있으며 정신질환자에 대한 개입이 여전히 입원치료 중심으로 진행되고 있다는 것을 알 수 있음. 장기재원을 줄이기 위해서는 그 요인을 분석하고, 지역사회 복귀 촉진 및 유지를 위한 방안을 마련해야 함.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)

Indicator 24

전문요원 1인당 사례관리 부담률

필요성

정신건강복지센터를 주축으로 지역사회 거주 정신질환자를 위한 전문적 사례관리서비스를 강조하고 있으나 선진국에 비하여 전문인력 대비 사례관리부담은 높게 나타나 모니터링 필요함.

지표설명

- 사례관리서비스에 투입되는 인력 대비 사례관리 대상자 수
- 정신건강전문인력 중 상근인력만을 기준으로 함.
- 임의로 1주간의 특정시기를 선정하고 투입된 직접서비스 시간을 산정. (직접서비스 = 개별 상담과 자원조정의 상담시간과 왕복 이동시간의 합)
- 임의설정 기간이므로 기관내부 상황을 고려하지 않았고, 집단프로그램, 사례회의 및 수퍼 비전 등 간접서비스 시간은 포함되어 있지 않으므로 해석에 주의가 필요함.

- 분자 : 2017년 정신건강복지센터 등록자수(2017. 12. 31 기준)
- 분모 : 직접서비스 수행인력(Full Time Equivalent)
(직접서비스에 실제 투입된 시간/ FTE(40시간))

지표해석

- 서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)의 데이터를 근거로 25개 자치구 정신건강복지센터의 사례관리서비스에 투입되는 인력(Full Time Equivalent)은 평균 1.2명으로 2015년 2명에 비해 감소함.
- 1 FTE당 평균 515명의 사례부담률을 보이고 있으며, 2015년 390명에 비해 32.1% 증가하였음.

향후전망

- 정신건강복지센터는 중증정신질환 뿐만 아니라 자살예방, 아동청소년 사업 등 정신건강 전반에 대한 서비스를 제공하고 있어 등록관리 대상의 폭이 넓으며 정신건강 인식개선, 교육 뿐 아니라 광범위한 영역에서 사업을 진행하고 있음.
- 2017년 FTE 1.2명은 사례관리 서비스에 투입되는 인원과 시간이 상당히 낮은 수준이라는 것을 의미하는데, 지속적으로 감소하는 추세임. 이는 직접서비스 외의 사업에 투입되는 시간이 많다는 것을 반증하는 것이며 더불어 중증정신질환자관리사업 외 증진·예방사업의 비중이 점점 높아지고 있는 것을 의미함.
- 정신건강복지센터의 역할 재정립 및 서비스 우선순위에 대한 정책적 재고가 필요할 것으로 사료되며, 자치구별 정신건강복지센터 등록자 규모를 기준으로 적정인력 투입계획 수립이 필요함.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)

Indicator 25

북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공건

Level
■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과
□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

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

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 산출

지표해석

- 2017년 12월 31일 기준 서울시 거주 북한이탈주민은 6,971명(2015년 6,812명 대비 2.3% 증가)으로 이중 27명이 정신건강복지센터의 상담서비스를 이용한 것으로 2015년 91명 대비 70.3% 감소함.
- 서비스를 이용하는 북한이탈주민의 연령대 현황을 살펴보면, 10대 3.7%, 20대 3.7%, 30대 14.8%, 40대 70.4%, 50대 3.7%, 65세 이상 3.7%로 나타남.
- 북한이탈주민의 정신건강문제 유형으로 아동청소년정신질환 48.2%, 우울증 40.7%, 조현병 11.1%순으로 나타남.
- 2016년 11월에 탈북민 심리안정 및 정신건강지원을 위한 '북한이탈주민 심리안정지원센터'가 개소하였고, 하나원-남북하나재단(심리안정지원센터)-하나센터 간 사례관리를 체계화 하고 있으나 이와 같은 흐름과 서울지역 북한이탈주민 상담건수 감소에 상관관계는 찾기 어려움.
- 2017년 12월 31일 기준 서울시 등록외국인은 267,153명(2015년 274,957명 대비 2.8% 감소)으로 이중 53 명이 정신건강복지센터에 회원으로 등록하여 상담서비스를 이용함. 2015년 98명 대비 45.9% 감소함.
- 서비스를 이용하는 재외국민의 연령대 현황을 살펴보면, 10대 이하 17%, 20대 13.2%, 30대 26.4%, 40대 13.2%, 50대 17%, 60대 이상 13.2%로 나타남.
- 재외국민의 정신건강문제 유형으로 조현병 39.6%, 우울증 18.9%, 양극성정동장애 17%, 아동청소년정신질환 13.2%, 기타 7.5%, 알코올중독 3.8% 순으로 나타남.

그림98_북한이탈주민 정신건강문제유형

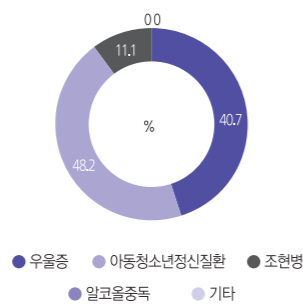
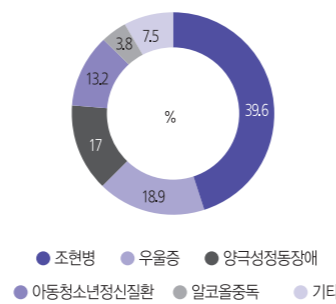


그림99_재외국민 진단분류



향후전망

북한이탈주민 및 재외국민은 낯선 환경에서 정착하고 적응하는 과정에서 문화적 차이, 경제적 어려움, 사회적 편견 등으로 정신건강을 위협하는 다양한 요인들에 노출되어 있으며, 실제 외상후스트레스장애(PTSD) 등 정신건강 문제를 겪고 있는 경우가 많음. 이에 대상자의 특성에 맞는 전문적인 상담과 욕구기반 서비스가 제공되어야 하며, 장기적으로 다양한 서비스 연계를 위해 네트워크 구축마련이 필요함.

자료원

통일부 홈페이지, 서울열린 데이터광장, 서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)

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

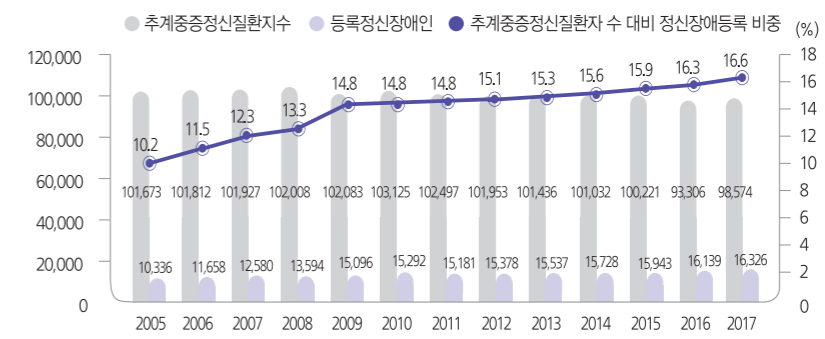
- 정신장애인 등록 현황
- 대한민국 상주 내국인 중 정신장애 등록인 수

지표해석

- 분자 : 정신장애인 등록자 수 × 100
- 분모 : 서울시 추계 중증정신질환자 수 (서울시 인구의 1% / 외국인 제외)
- 2017년 전국의 정신장애인 등록인구는 101,175명이며 이중 서울시 정신장애인 등록인구는 16,326명임. 서울시 추계정신질환자수(서울시인구의 1%) 98,574명 대비 16.6%가 정신장애 등록을 한 것으로 볼 수 있으며, 연도별 등록률은 유지 또는 상승 중임.
- 2017년 12월 31일 기준 정신건강복지센터에 등록된 대상자는 총 13,687명으로 이중 약 28.4%(3,890명)가 정신장애 등록을 하였음.
- 이는, 서울시 정신장애인 등록인구의 23.8%에 해당하는 수치로, 서울시 정신장애인의 23.8%가 정신건강복지센터를 이용하고 있다고 추정해볼 수 있음.

그림100_정신장애 등록 변화추이

(단위: 명, %)



향후전망

정신장애는 다른 기타 장애등록과 비교했을 때 지속적으로 증가하고 있으나, 지체장애나 지적장애에 비해 낮은 수치로 사회적인 편견으로 인해 정신장애 등록을 기피하는 경향이 있음. 장애등록은 본인이 직접 신청해야 하는 행정적 절차가 있으나 스스로 도움이 필요하다는 사실을 직각하지 못하여 장애등록을 하지 못하는 경우도 있음. 장애등록으로 인한 사회적 차별과 편견을 해소하기 위한 정부차원의 대책마련이 필요함.

자료원

2017 장애인현황(보건복지부), 2016 정신질환 실태조사(보건복지부)

Indicator 27

지역사회 등록정신질환자 취업률

Level
☒ 서울시 ☐ 자치구

과정산출결과
☐ Input ☐ Process
☒ Output/Outcome

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

필요성

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

지표설명

- 정신건강복지센터 등록정신질환자 중 5월 15일을 포함한 1주간(일~토요일)동안 수입을 목적으로 1시간 이상 취업한 사람의 분율.(주당 수입이 0원인 경우 제외)
- 취업자에 대한 정의는 통계청 및 장애인고용공단과 동일하게 적용함.
- 취업자는 해당기간 동안 소득, 이익, 봉급, 임금 등의 수입을 목적으로 1시간 이상 일한 자, 18시간 이상 무급가족종사자(자기에게 직접적으로는 이득이나 수입이 오지 않더라도 가구단위에서 경영하는 농장이나 사업체의 수입을 높이는 데 도와준 가족종사자로서 주당 18시간 이상 일한 자), 일시휴직자가 포함됨.

- 분자 : 5월 15일이 포함된 1주간(일~토요일) 동안 취업한 정신건강복지센터 등록정신질환자 수 × 100
- 분모 : 2017년 정신건강복지센터 등록자 수(퇴록자 포함)

지표해석

- 정신건강복지센터 등록자 중 960명이 해당기간동안 취업해있는 상태이며, 이중 856명이 주당수입을 받고 근로하였음. 가구 내 고용활동 및 달리 분류되지 않은 자가소비활동을 하는 경우가 41명임.
- 성별 현황을 보면 남성이 379명(44.3%), 여성이 477명(55.7%)으로 여성이 더 높으며, 진단별로는 395명(46.1%)이 정신병적장애, 384명(44.9%)이 기분장애, 62명(7.2%)이 알코올중독, 9명(1.1%)이 불안장애, 6명(0.7%)이 기타임. 이중 596명(69.6%)이 건강보험 가입자이며, 의료급여 1종 131명(15.3%), 2종 78명(9.1%), 차상위 49명(5.7%), 미가입이 2명(0.2%)임. 정신장애등록자가 246명(28.7%), 미등록자가 605명(70.7%), 기타, 미상이 5명(0.6%)을 차지함.
- 업종별로는 숙박 및 음식점업 118명(13.8%), 협회 및 단체,수리 및 기타 개인서비스업 112명(13.1%), 제조업 97명(11.3%), 보건업 및 사회복지서비스 70명(8.2%), 사업시설관리 및 사업지원서비스업 66명(7.7%) 순으로 높게 나타남.
- 2017년 장애인실태조사에 따르면, 우리나라 전체 장애인의 인구대비 고용률은 2017년 기준 36.5%이며, 2014년 대비 0.05%p 감소함. 정신장애인의 고용률은 2017년도에 10.82%로 나타남. 국립정신건강센터의 등록정신질환자 취업률에 대한 조사 결과는 8.3%로 나타남.

그림101_ 등록정신질환자 취업률

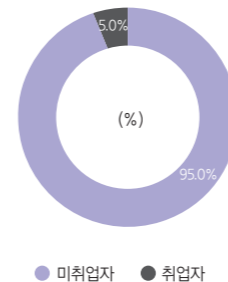
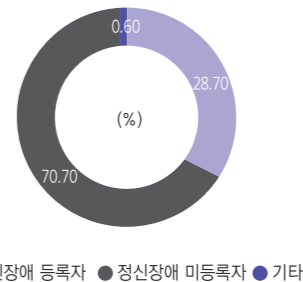


그림102_ 취업자의 정신장애 등록여부



향후전망

서울시 등록 정신질환자의 취업률은 전국 등록 정신질환자 취업률보다 다소 낮은 수치이나, 서울시는 정신건강복지센터 등록회원만을 대상으로 하였기에 단순 비교에는 한계가 있음. 서울시 정신장애인의 취업률을 향상시키기 위해 당사자의 역량강화를 비롯하여 특화된 직업 재활 프로그램 개발 및 고용진입을 위한 사업체 개발, 인식개선 사업의 활성화가 필요함.

자료원

서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS), 2017 장애인실태조사(보건복지부), 2017 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서(국립정신건강센터)

Indicator 28

소비자 참여도

Level
■ 서울시 □ 자치구

과정산출결과
□ Input ■ Process
□ Output/Outcome

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

필요성

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

지표설명

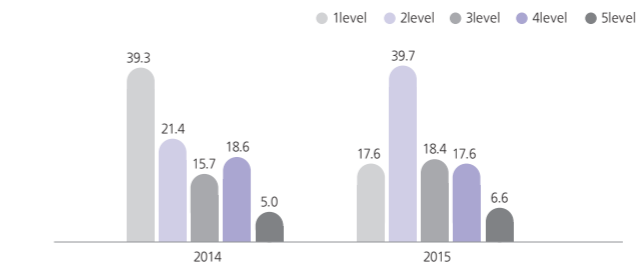
- 정신보건영역에서의 소비자참여 정도 파악
- 2015년 서울시 자치구 보건소, 정신건강증진센터 및 사회복지시설(알코올 주거, 알코올 거주, 알코올 이용시설 제외)의 소비자참여도 조사
- 소비자 참여의 기틀을 마련하기 위한 지표 구성을 위해 국내외 문헌조사 및 현장 방문조사를 바탕으로 2010년 소비자 참여도 사전지표를 구성함.
- 2015에는 본 도구를 재구성하여 각 문항별 요인분석을 통해 레벨에 따른 수행활동이 타당한지를 평가한 뒤 결과를 분석함.
- 2016년에는 2015년에 개발된 도구를 적용하여 조사 수행 및 결과를 분석함.
- 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 이루어지거나 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

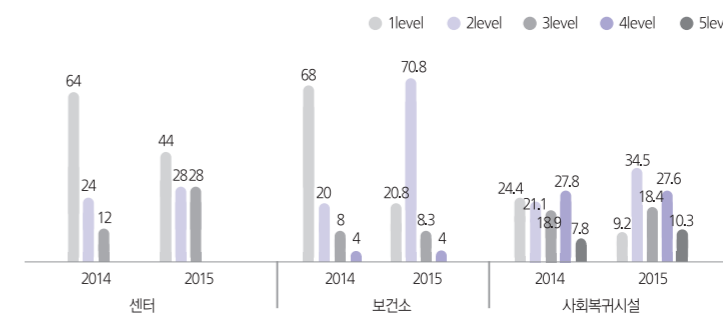
- 서울시 지역사회 정신보건기관의 소비자 참여도를 조사한 결과 적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하는 레벨 2가 39.7%로 가장 높게 나타남.
- 2014년는 소극적 수준에서의 소비자에게 정보제공만 이루어지던 레벨 1이 39.4%를 차지한 반면, 2015년도는 레벨 1이 17.6%로 21.7% 감소하였고, 활발한 소통이 이루어지는 결정권이 있는 레벨 2의 경우 21.4%에서 18.3% 증가하여 2015년 39.7%로 가장 높게 나타나 참여가 활성화되고 있는 것을 볼 수 있음.

그림103_ 2014-2015년 서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도 (단위: %)



- 기관 유형별로 살펴보면, 정신건강증진센터는 2014년도에 비해 1레벨은 감소한 반면, 3레벨 수준이 상승한 것을 볼 수 있으며, 보건소의 경우 1레벨의 수준이 감소하고 2레벨의 수준이 크게 증가한 것을 볼 수 있음.
- 사회복지시설의 경우 보건소나 정신건강증진센터에 비해 참여수준이 고르게 분포되어 있으며, 2014년도와 비교하여 레벨 1이 15.2% 감소하고 레벨 5가 2.5% 증가한 것으로 사회복지시설의 소비자 참여가 지속적으로 활발히 이루어지고 있다고 볼 수 있음.

그림104_ 기관별 소비자참여도 (단위: %)



향후전망

2014년도 소비자 참여도는 소비자에게 정보를 제공하고 소비자의 의견을 수렴하는 수준이었으나, 2015년 적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하는 수준으로 향상되었음. 센터와 보건소 모두 소비자 참여도가 증가하였으나 여전히 참여수준이 미비한 실정인 반면 사회복지시설은 소비자 참여도가 가장 골고루 분포되었고 작년대비 증가하는 경향을 보이고 있음. 따라서 센터와 보건소는 소비자 참여도를 높이기 위해 소비자 욕구를 반영한 구조개선과 체계화된 소비자 참여활동이 적극적으로 마련되어야 함.

※ 2017년도에 해당지표에 대한 조사 미실시로 2015년도 결과(2016 서울시정신보건지표)를 그대로 수록하였으며 추후 용어변경 및 조사결과를 지표에 반영예정.

자료원

2015년 소비자 참여도 조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 29

정신건강심사위원회 심사의뢰건

Level
 ■ 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

<input type="checkbox"/> 효과성	<input type="checkbox"/> 효율성
<input type="checkbox"/> 적절성	<input type="checkbox"/> 접근성
<input checked="" type="checkbox"/> 연속성	<input type="checkbox"/> 반응성
<input type="checkbox"/> 안정성	

필요성

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

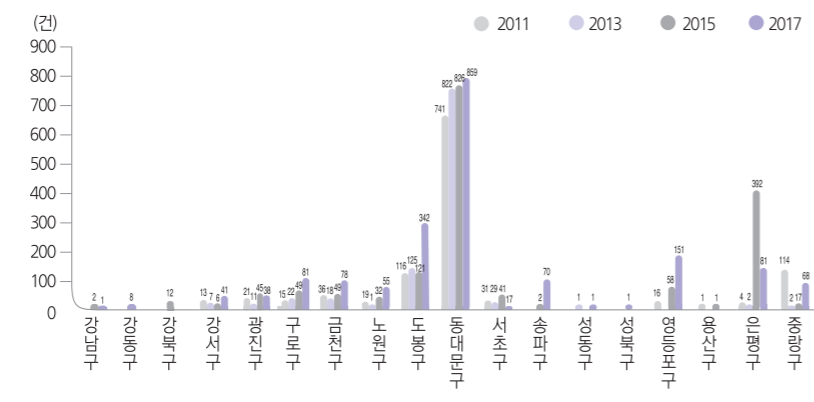
지표설명

- 6개월 이상 장기재원자에 대한 현황 파악
- 지난 1년 동안 서울시 기초정신건강심사위원회를 통해 의뢰된 심사 현황
- 계속입원심사가 개최된 16개구에 대한 결과

지표해석

- 2017년 기초정신건강심사위원회는 16개구에서 진행되었음.
- 2017년 계속입원 심사건수는 1,892건으로 2015년(1,653건) 대비 14.5%(239건) 증가하였음.
- 전체 심사의뢰건 중 45.4%(859건)는 동대문구 심사의뢰 건으로 매년 타 자치구에 대비하여 높은 심사의뢰건을 보이고 있음.

그림105 기초정신건강심사위원회 계속입원 심사의료 건 (단위: 명)



향후전망

정신의료기관에 입원중인 정신질환자의 인권보호를 위해 정신건강심사위원회가 만들어졌고, 2008년 정신보건법 개정을 통해 운영주체가 시도에서 시군구로 이양되어 역할이 강화되었으나 심사위원회를 통한 퇴원명령률은 여전히 낮은 추세임. 이에 정신건강심사위원회의 효과적 인 운영방안을 모색하고, 장기입원의 통제기제 역할을 하기 위하여 사회적 지지체계 및 인프라 강화, 퇴원명령 후 환자에 대한 모니터링 체계 확립, 퇴원 후 지역사회 정신건강증진서비스 연계 등이 필요함.

자 료 원

2017년 서울시 정신의료기관 현황조사(서울시정신건강복지센터)

Indicator 30

정신건강심사위원회 퇴원명령률

필요성

비자의적 입원율이 높은 우리나라의 경우, 기초심사위원회의 계속입원심사제도는 퇴원을 위한 중요한 제도적 장치임.

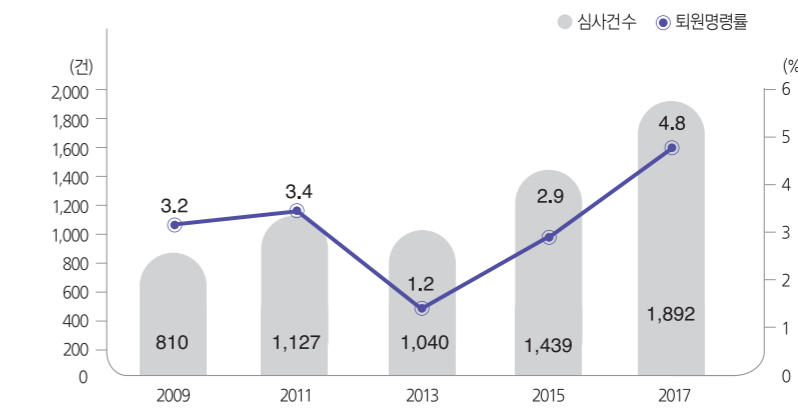
지표설명

- 16개구의 서울시 기초정신건강심사위원회 심사결과를 통한 퇴원명령 정도
 - 분자 : 퇴원명령자수 × 100
 - 분모 : 2017년 기초정신건강심사위원회 심사건수

지표해석

- 2017년 기초정신건강심사위원회는 총 16개구에서 진행되었음.
- 2017년도 계속입원 심사건수는 총 1,892건으로 2015년(1,653건) 대비 14.5%(239건) 증가함.
- 2017년 기초정신건강심사위원회를 통한 퇴원자수는 91명으로 4.8%의 퇴원명령률을 보이고 있으며, 2015년(2.9%) 대비 39.6% 증가한 것으로 나타남.

그림106 정신건강심사위원회 퇴원명령률



향후전망

정신건강심사위원회의 심사건수는 지속적으로 증가하고 있으며, 퇴원명령을 또한 2013년 이래로 증가추세를 보임. 하지만 사회지지체계의 부재, 지역사회 인프라 부족으로 인한 재입원의 문제가 지속되고 있으며, 다양한 원인들로 인해 퇴원명령률은 여전히 낮은 수준임. 이를 해결하기 위해서는 지역사회 시설 확충, 사회적입원에 대한 통제, 정신의료기관과 지역사회 서비스 연계에 위한 통합적 접근 등 대안이 필요함.

자료원

2017년 서울시정신의료기관 현황조사(서울시정신건강복지센터)

부 록

자치구별 관련 통계데이터
참고문헌

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

표1_자치구별 정신건강자원 (예산, 기관)

(단위: 명, 원, 개)

자치구	인 구	자치구 예산 (정신건강 복지센터)	인구1인당 정신건강 예산	정신의료 기관수	정신병상수	인구10만 명당 정신병상수	정신재활 시설수	정신재활시설 정원		인구10만 명당 정원수	
								재활서비스	거주서비스	재활서비스	거주서비스
서울시	9,857,426	17,277,151,000	1,753	383	5,479	55.6	107	1,629	586	16.5	5.9
종로구	154,770	749,974,000	4,846	21	85	54.9	3	61	7	39.4	4.5
중구	125,709	751,556,000	5,979	14	20	15.9	1	30	0	23.9	0
용산구	229,161	550,000,000	2,400	3	21	9.2	2	25	7	10.9	3.1
성동구	304,808	589,792,000	1,935	7	32	10.5	2	73	0	23.9	0
광진구	357,703	715,440,000	2,000	16	438	122.4	7	55	60	15.4	16.8
동대문구	350,647	647,536,000	1,847	21	1,428	407.2	5	80	16	22.8	4.6
중랑구	408,226	690,144,000	1,691	10	368	90.1	4	50	23	12.2	5.6
성북구	444,055	724,240,000	1,631	8	34	7.7	2	30	7	6.8	1.6
강북구	324,479	571,411,000	1,761	8	0	0	4	70	14	21.6	4.3
도봉구	344,166	632,998,000	1,839	4	778	226.1	7	75	75	21.8	21.8
노원구	554,403	1,043,192,000	1,882	19	100	18	6	90	26	16.2	4.7
은평구	486,794	744,288,000	1,529	11	450	92.4	7	50	62	10.3	12.7
서대문구	312,800	719,686,000	2,301	7	97	31	7	81	38	25.9	12.1
마포구	374,915	666,392,000	1,777	20	0	0	4	170	38	45.3	10.1
양천구	471,154	664,308,000	1,410	2	21	4.5	8	60	42	12.7	8.9
강서구	601,691	619,416,000	1,029	14	214	35.6	10	140	59	23.3	9.8
구로구	410,742	799,826,000	1,947	10	229	55.8	6	48	31	11.7	7.5
금천구	235,154	623,984,000	2,654	5	234	99.5	2	0	14	0	6
영등포구	368,550	692,686,000	1,879	14	230	62.4	2	55	0	14.9	0
동작구	396,217	700,116,000	1,767	11	58	14.6	1	31	0	7.8	0
관악구	503,297	481,327,000	956	15	48	9.5	6	85	20	16.9	4
서초구	441,102	719,592,000	1,631	34	105	23.8	3	100	0	22.7	0
강남구	556,164	791,644,000	1,423	59	79	14.2	1	50	0	9	0
송파구	664,496	726,052,000	1,093	27	271	40.8	3	90	7	13.5	1.1
강동구	436,223	661,551,000	1,517	23	139	31.9	4	30	40	6.9	9.2

* 서울시 외 소재 시립정신병원(4기관 1,046 병상), 정신요양시설(2개소 정원 481명) 제외(상기 표에는 은평구소재 정신요양시설의 정원만 포함되어 있음)

* 재활서비스시설은 아이존, 주간재활시설, 직업재활시설, 종합시설 포함, 서울 외 직업재활시설 1곳 제외 / 거주서비스시설은 지역사회전환시설, 공동생활가정, 중독자재활시설 포함

* 인구 1인당정신건강예산은 자치구정신건강복지센터 예산만으로 산출

그림1-1_서울시 정신병상수

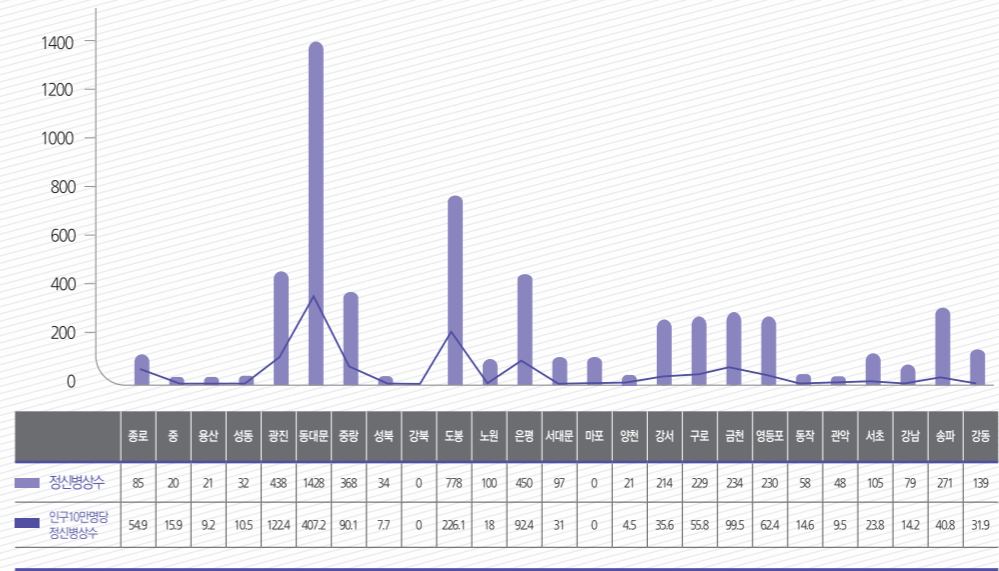


그림1-2_서울시 재활서비스 정원

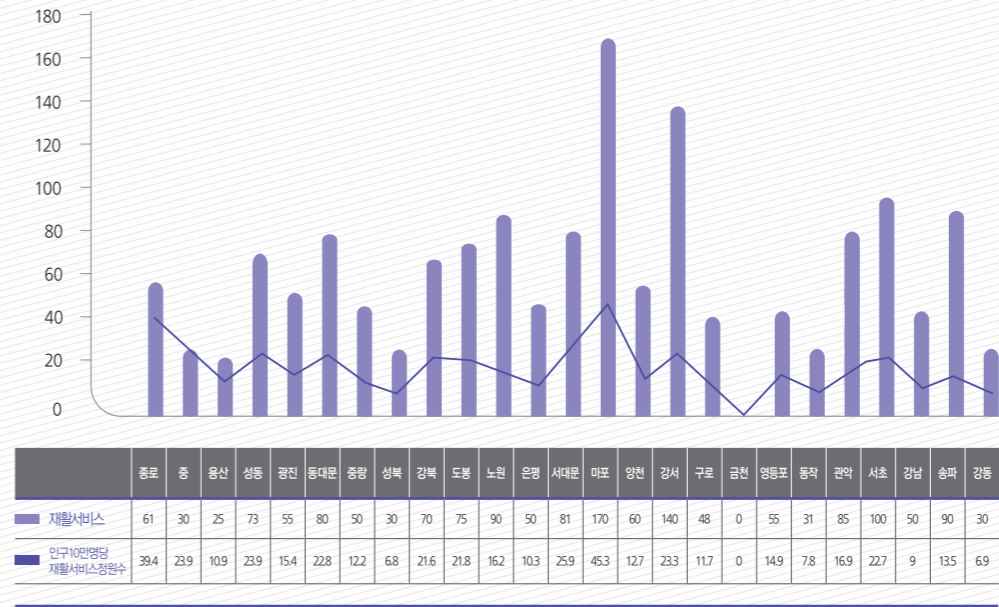


표2 자치구별 정신건강자원(인력)

(단위: 명)

자치구	기관별 정신건강전문인력					정신의료기관 정신건강전문인력						지역사회 정신건강전문인력					인구 10만명당 지역사회 정신건강 인력
	계	병원	지역 센터	중독 센터	정신 재활 시설	계	전문의	전공의	간호	사회 복지	임상 심리	계	전문의	간호	사회 복지	임상 심리	
서울시	2,057	1,508	252	18	279	1,508	732	216	339	87	134	549	0	99	421	29	5.6
종로구	175	158	11		6	158	75	28	37	4	14	17	0	1	16	17	11.0
중구	51	38	10		3	38	18	9	5	1	5	13	0	0	10	3	10.3
용산구	29	21	4		4	21	6	4	4	3	4	8	0	3	3	2	3.5
성동구	51	30	11		10	30	11	8	6	0	5	21	0	2	19	0	6.9
광진구	242	210	12		20	210	60	23	115	5	7	32	0	14	18	0	8.9
동대문구	124	105	10		9	105	50	10	25	13	7	19	0	5	14	0	5.4
종량구	56	34	12		10	34	20	4	4	2	4	22	0	2	19	1	5.4
성북구	52	36	10		6	36	14	9	11	1	1	16	0	5	9	2	3.6
강북구	29	8	8	4	9	8	8	0	0	0	0	21	0	5	11	5	6.5
도봉구	64	33	10	2	19	33	14	0	7	11	1	31	0	7	24	0	9.0
노원구	100	60	18	8	14	60	27	12	7	4	10	40	0	5	32	3	7.2
은평구	90	68	3		19	68	21	6	33	4	4	22	0	8	14	0	4.5
서대문구	101	77	9		15	77	33	21	9	5	9	24	0	5	18	1	7.7
마포구	65	26	11		28	26	23	0	0	0	3	39	0	4	35	0	10.4
양천구	41	15	13		13	15	6	4	3	0	2	26	0	3	22	1	5.5
강서구	51	24	11		16	24	18	0	0	4	2	27	0	4	23	0	4.5
구로구	65	41	11	4	9	41	25	6	6	3	1	24	0	6	17	1	5.8
금천구	27	14	11		2	14	9	0	2	3	0	13	0	1	12	0	5.5
영등포구	60	47	7		6	47	23	9	10	3	2	13	0	6	7	0	3.5
동작구	60	47	10		3	47	23	11	1	7	5	13	0	1	9	3	3.3
관악구	40	21	4		15	21	18	0	0	0	3	19	0	3	16	0	3.8
서초구	115	94	9		12	94	54	12	17	3	8	21	0	4	15	2	4.8
강남구	184	165	11		8	165	94	20	24	6	21	19	0	1	18	0	3.4
송파구	105	78	13		14	78	48	12	9	4	5	27	0	3	22	2	4.1
강동구	80	58	13		9	58	34	8	4	1	11	22	0	1	18	3	5.0

* 2017년 12월 31일 상근인력을 기준으로 함. / 광역단위인력 제외

그림2-1_서울시 정신건강 전문인력

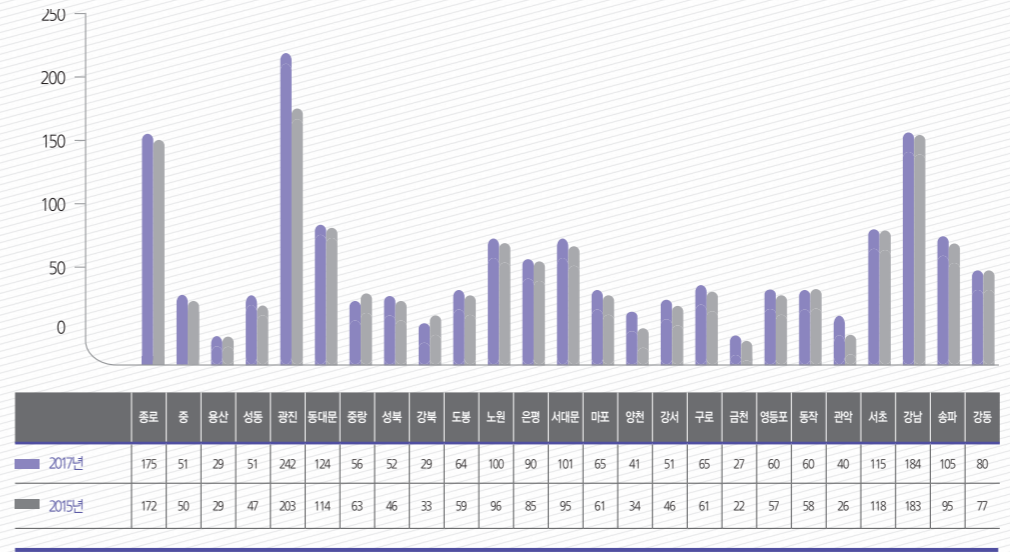


그림2-2_서울시 지역사회 정신건강 전문인력



표3_자치구별 정신질환자 등록현황

(단위: 명)

자치구	인 구	대상군별 지역사회 등록현황				기관유형별 지역사회 등록현황				계
		아동 청소년	성인	노인	성인 (알코올)	정신건강 복지센터	중독관리 통합지원 센터	재활 서비스	거주 서비스	
서울시	9,857,426	2,458	11,330	1,924	1,619	13,687	771	2,027	846	17,331
종로구	154,770	158	301	67	66	502		83	7	592
중구	125,709	65	130	43	17	215		40	0	255
용산구	229,161	11	241	64	36	317		29	6	352
성동구	304,808	94	379	131	68	603		69	0	672
광진구	357,703	105	540	83	33	584		42	135	761
동대문구	350,647	133	456	112	43	623		93	28	744
중랑구	408,226	96	528	97	29	687		50	13	750
성북구	444,055	79	431	73	65	602		38	8	648
강북구	324,479	160	450	102	233	596	220	109	20	945
도봉구	344,166	97	718	131	168	766	153	86	109	1,114
노원구	554,403	157	625	62	126	660	126	152	32	970
은평구	486,794	72	535	55	41	527		46	130	703
서대문구	312,800	93	406	80	9	428		122	38	588
마포구	374,915	63	632	101	86	623		199	60	882
양천구	471,154	138	454	75	26	553		101	39	693
강서구	601,691	141	636	73	15	658		150	57	865
구로구	410,742	110	472	56	272	576	272	28	34	910
금천구	235,154	32	306	55	30	404		0	19	423
영등포구	368,550	55	506	114	64	677		62	0	739
동작구	396,217	131	263	44	18	400		56	0	456
관악구	503,297	112	709	110	9	804		114	22	940
서초구	441,102	98	230	26	60	269		145	0	414
강남구	556,164	129	469	86	62	694		52	0	746
송파구	664,496	87	463	51	1	466		126	10	602
강동구	436,223	42	450	33	42	453		35	79	567

* 재활서비스시설은 아이존, 주간재활시설, 직업재활시설, 종합시설 포함, 서울 외 직업재활시설 1곳 제외 / 거주서비스시설은 지역사회전환시설, 공동생활가정, 중독자재활시설 포함

* 2017년 12월 31일 기준

그림3-1_ 대상군별 지역사회 등록현황



그림3-2_ 기관유형별 지역사회 등록현황



표4_자치구별 정신건강 서비스

(단위: 명, %)

자치구	등록회원 (퇴록자포함)	개별서비스계획수립(ISP)		중증 정신질환 등록회원 (퇴록자포함)	지역사회 생활유지		등록회원의 장기재원	
		ISP수립건수	수립률(%)		해당년도 비입원자	유지율(%)	장기재원 건수	경험률(%)
서울시	16,807	12,005	71.4	11,871	11,332	95.5	480	4.0
종로구	578	509	88.1	260	247	95.0	12	4.6
중구	272	229	84.2	193	183	94.8	3	1.6
용산구	432	328	75.9	237	229	96.6	9	3.8
성동구	731	507	69.4	434	422	97.2	7	1.6
광진구	605	295	48.8	433	417	96.3	15	3.5
동대문구	788	602	76.4	530	508	95.8	23	4.3
중랑구	745	597	80.1	470	449	95.5	12	2.6
성북구	820	720	87.8	558	531	95.2	24	4.3
강북구	634	407	64.2	465	448	96.3	30	6.5
도봉구	846	712	84.2	495	468	94.5	20	4.0
노원구	727	562	77.3	617	593	96.1	11	1.8
은평구	695	154	22.2	566	535	94.5	8	1.4
서대문구	553	424	76.7	350	337	96.3	17	4.9
마포구	791	302	38.2	573	559	97.6	16	2.8
양천구	708	507	71.6	580	550	94.8	16	2.8
강서구	830	682	82.2	650	616	94.8	38	5.8
구로구	637	561	88.1	476	458	96.2	25	5.3
금천구	497	419	84.3	385	354	91.9	19	4.9
영등포구	841	726	86.3	538	509	94.6	21	3.9
동작구	754	431	57.2	451	437	96.9	26	5.8
관악구	927	823	88.8	753	705	93.6	34	4.5
서초구	307	275	89.6	251	230	91.6	18	7.2
강남구	851	566	66.5	545	530	97.2	37	6.8
송파구	536	381	71.1	519	492	94.8	29	5.6
강동구	702	286	40.7	542	525	96.9	10	1.8

그림4-1_자치구별 중증정신질환 등록회원 현황



그림4-2_자치구별 지역사회 생활유지율, 장기재원 경험률



표5_ 자치구별 정신장애 등록현황/자살사망현황

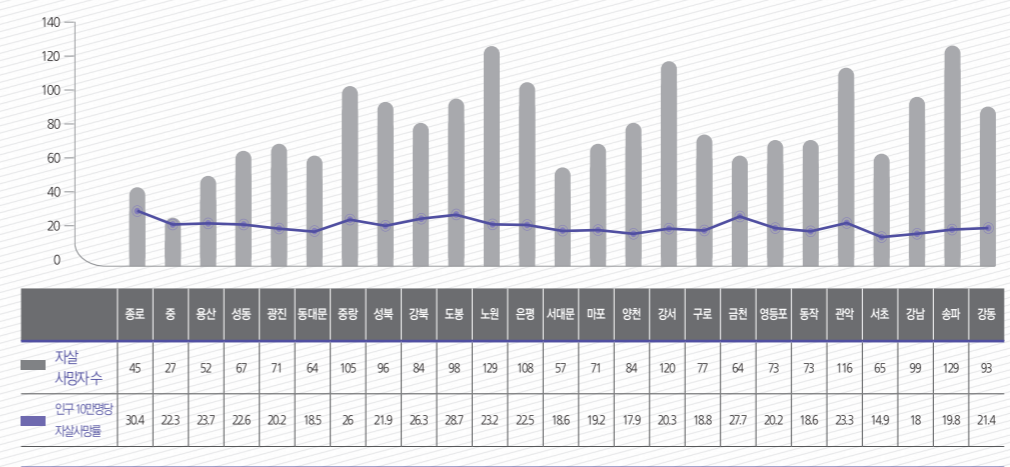
(단위: 명, %)

자치구	인구	추계중증 정신 질환자 (인구의 1%)	정신장애 등록자 수				추계중증 정신질환자 대비 정신장애 등록률(%)	센터 등록 회원	센터회원의 정신장애 등록자 수				자살 사망자 수	인구 10만명당 자살률 (%)
			계	1급	2급	3급			계	1급	2급	3급		
서울시	9,857,426	98,574	16,326	307	3,954	12,065	16.6	13,687	3,890	146	1,013	2,731	2,067	21.3
종로구	154,770	1,548	263	2	68	193	17.0	502	110	2	24	84	45	30.4
중구	125,709	1,257	234	4	49	181	18.6	215	55	0	15	40	27	22.3
용산구	229,161	2,292	297	6	56	235	13.0	317	58	1	6	51	52	23.7
성동구	304,808	3,048	456	10	110	336	15.0	603	115	6	33	76	67	22.6
광진구	357,703	3,577	521	9	113	399	14.6	584	164	7	48	109	71	20.2
동대문구	350,647	3,506	646	11	137	498	18.4	623	131	2	30	99	64	18.5
종량구	408,226	4,082	856	17	202	637	21.0	687	181	11	44	126	105	26.0
성북구	444,055	4,441	640	17	123	500	14.4	602	167	8	35	124	96	21.9
강북구	324,479	3,245	715	10	166	539	22.0	596	156	7	48	101	84	26.3
도봉구	344,166	3,442	613	8	132	473	17.8	766	253	6	58	189	98	28.7
노원구	554,403	5,544	1,481	33	403	1,045	26.7	660	365	12	113	240	129	23.2
은평구	486,794	4,868	1,128	30	373	725	23.2	527	158	4	24	130	108	22.5
서대문구	312,800	3,128	530	9	109	412	16.9	428	132	6	36	90	57	18.6
마포구	374,915	3,749	493	5	125	363	13.2	623	174	6	54	114	71	19.2
양천구	471,154	4,712	606	7	135	464	12.9	553	89	5	24	60	84	17.9
강서구	601,691	6,017	1,627	38	409	1,180	27.0	658	328	14	110	204	120	20.3
구로구	410,742	4,107	568	14	124	430	13.8	576	161	6	42	113	77	18.8
금천구	235,154	2,352	412	6	113	293	17.5	404	74	3	13	58	64	27.7
영등포구	368,550	3,686	445	8	117	320	12.1	677	115	10	38	67	73	20.2
동작구	396,217	3,962	522	7	112	403	13.2	400	118	3	24	91	73	18.6
관악구	503,297	5,033	856	15	170	671	17.0	804	261	4	54	203	116	23.3
서초구	441,102	4,411	337	7	71	259	7.6	269	74	7	18	49	65	14.9
강남구	556,164	5,562	877	18	271	588	15.8	694	205	8	66	131	99	18.0
송파구	664,496	6,645	635	11	144	480	9.6	466	165	3	37	125	129	19.8
강동구	436,223	4,362	568	5	122	441	13.0	453	81	5	19	57	93	21.4

그림5-1_자치구별 정신장애 등록현황



그림5-2_자치구별 자살사망현황



참고문헌

■ 국내문헌

- 강상경 · 권태연(2008), 정신보건심판위원회의 운영실태 및 개선방안, 『정신보건과 사회사업』, 28:297-315.
- 경찰청(2018), 2017년 경찰백서.
- 경찰청(2018), 2017년 경찰통계연보.
- 경찰청(2018), 2017년 범죄통계.
- 고용개발원(2008), OECD 2007 장애정책리뷰.
- 국가인권위원회(2009), 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서.
- 국가인권위원회(2016), 정신장애인 지역사회 통합을 위한 해외사례 비교연구 실태조사.
- 국립정신건강센터(2006), 정신질환 초기개입 정책개발을 위한 기초연구.
- 국립정신건강센터(2017), 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서.
- 국민건강보험공단(2018), 2017 건강보험통계연보.
- 국민건강보험공단(2018), 2017 의료급여통계연보.
- 국민건강보험 일산병원 연구소(2017), 초발 정신질환 치료 현황 및 보장확대 필요성.
- 건강보험심사평가원(2015), 국내외 초발정신질환자의 치료체계 고찰.
- 건강보험심사평가원·대한신경정신의학과·대한정신건강재단(2017), 정신건강영역 의료질 관리방안 및 평가기준 개발 연구용역.
- 건강보험심사평가원 보도자료(2016.09.13.) 감정기복 심한 기분장애 ‘조울증’, 40%가 40~50대 중장년층.
- 김동겸(2018), 알코올소비량과 음주행태, kiri 고령화리뷰 Monthly 제17호.
- 김문근 · 김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구, 국가인권위원회.
- 김병창(2010), 북한이탈주민의 정신건강, 정신건강정책포럼 2010 vol.4.
- 김성희 · 윤상용 · 김대철 · 서동명 · 박수지 · 이현민(2011), 장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구, 한국보건사회연구원.
- 김연희 · 전우택 · 조영아(2010), 북한이탈주민 정신건강 문제 유형율과 영향요인, 『통일정책연구』, 19(2):141.
- 박윤정(2012), 정신장애인의 취업에 영향을 미치는 요인에 관한 연구.
- 박은숙 · 정길호 · 강일규 · 양정민(2009), 북한이탈주민의 지역사회 정착을 위한연계협력체계 구축방안, 서울·한국행정학회 북한사회 ·행정연구회.
- 박재섭 · 최원정 · 김동욱 · 송정은 · 이슬비 · 이산 · 이준협(2017), 초발 정신질환 치료 현황 및 보장 확대 필요성. 국민건강보험 일산병원 연구소.
- 박종익 · 전미나(2016), 정신질환에 대한 사회적 편견, 강원대학교 의과대학 정신건강의학교실, 국립춘천병원, 국립정신건강센터 정신건강연구소. 신경정신의학 2016;55(4):299-309.
- 백지은 · 송진희 · 홍현숙 · 한혜리 · 이태정 · 노성원(2008), 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구, 국립서울병원.
- 보건복지부(2011,2017) 정신질환 실태조사.
- 보건복지부(2017), 2017 보건복지통계연보.
- 보건복지부(2017,2018), 2016,2017 세입 · 세출결산보고서.
- 보건복지부(2017,2018), 2016-2017 장애인등록현황.
- 보건복지부(2018), 2017년 장애인실태조사.
- 보건복지부(2018), 2018년 정신건강사업안내.
- 보건복지부 · 건강보험심사평가원(2017), 2015-16년 기준 보건의료 질 통계 생산.
- 보건복지부 · 질병관리본부(2017), 2016 국민건강통계.
- 보건복지부 · 질병관리본부(2018), 2017 지역사회건강조사.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2018), OECD Health Statistics 2018.
- 서울시정신건강복지센터(2018), 서울시정신건강증진시설 현황조사
- 서울시정신건강복지센터(2018), 서울시정신의료기관 현황조사
- 서울시정신건강복지센터(2018), 알아차림.. 빠른수록 더 좋은 조기정신증 치킴이 교육.
- 서울시정신건강복지센터(2017), 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사.
- 서울시정신건강증진센터(2016), 제공사 관점 소비자 참여조사.
- 서울시정신보건센터(2007), 정신과 내원 초발정신증 환자의 정신증 미치료기간과 치료경로 조사.
- 서울시정신보건센터(2009), 서울시정신보건센터 47개년 사업보고서.
- 서울특별시(2017,2018), 2016,2017년 세입 · 세출총괄표.
- 서울특별시(2018), 서울특별시 지역사회 건강통계.
- 서울특별시(2018), 의료급여 지출액 내부자료.
- 서울특별시 · 서울시정신보건사업지원단(2004), 서울정신건강 2020사업.
- 심진예 · 광정란 · 남용현 · 조임영(2017), OECD 주요국가의 장애인 고용 정책 및 현황 비교연구, 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 알코올사업지원단 · 가톨릭대학교 산학협력단(2011), 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020.
- 여성가족부(2017), 2017 청소년백서.

- 이명수(2007), 정신과 내원 초발정신증 환자의 정신증 미치료 기간(DUP)과 치료 경로(pathway) 조사, 서울시정신보건사업지원단.
- 이명수 · 홍진표 · 고정아 · 오정하(2009), 정신보건심판위원회 퇴원명령 대상자 추적조사, 『대한신경정신의학회』, 48(1): 42-47.
- 이명수 · 안소라 · 손나윤 · 김진형 · 박희연 · 조연정(2013), 지역기반의 초발정신병 환자 사례관리 프로그램 효과성 평가에 대한 연구. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:223-230.
- 이상욱(2017), 초발 조현병 환자의 재발 위험과 신체질환 발생 위험에 관한 연구. 경의대학교 대학원 의학과.
- 이선미 · 윤영덕 · 백종환 · 현경래 · 강하림(2015), 주요 건강위험요인의 사회경제적 영향과 규제정책의 효과 평가, 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 중앙정신건강복지사업지원단(2018), 중앙정신건강복지사업지원단 사업보고서.
- 채경희(2017), 북한이탈주민의 적응실태 및 방안, 총신대학교 기독교교육학과, 『Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society』, 18(10):524-530
- 통계청(2018), 2017 사망원인통계
- 한국장애인개발원(2014), EU 및 OECD 국가 장애인복지지표 연구.
- 한국장애인고용공단(2017), 2017 장애인경제활동실태조사.
- 한국장애인고용공단(2017), 2017 장애인 통계집.
- 한국장애인고용공단(2018), 한눈에 보는 2018 장애인통계.
- 행정안전부(2018), 2018 행정안전통계연보
- 홍선미 · 박숙경 · 신영전 · 염형국 · 윤탁 · 이영문 · 이용표 · 홍진표(2009), 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축, 국가인권위원회.
- 홍재은(2017), 조기정신증 개입 서비스 공급 특성에 따른 8개국 비교연구.

■ 국외문헌

- Australian Government(2002, 2005, 2007, 2010), National mental health report.
- Australian Government(2004), Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services.
- Golay P, Alameda L, Baumann P, Elowe J, Progin P, Polari A, Conus P(2016). Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. J Psychiatr Res. 2016 Jun;77:15-21. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.017. Epub 2016 Feb 26.
- Hongyun QIN, Jie ZHANG, Zhenping WANG, Haiying MIN, Caiying YAN, Fuzhen CHEN, Weizhong FU, and Ming ZHANG(2014), Duration of untreated psychosis and clinical outcomes of first-episode schizophrenia: a 4-year follow-up study. Shanghai Arch Psychiatry. 2014 Feb; 26(1): 42-48.
- 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(2013), Health Data.
- OECD(2014,2018), Health at a Glance
- OECD(2015,2018), Health Statistics
- OECD(2018), Health Statistics database
- Penttilä M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J(2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2014 Aug;205(2):88-94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753. Epub 2014 Aug 1.
- Scottish Association for Mental Health (SAMH). A world to belong to social networks of people with mental health problems. Scotland: Scottish Association for Mental Health [cited 2016 Jan 15]. Available from: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/5707- A%20world%20to%20belong%20to.pdf.
- WHO(2003), Advocacy for mental health.
- WHO(2003), Investing in Mental Health.
- WHO(2015, 2018), Mental health Atlas.

■ 인터넷 웹사이트

- 경제개발협력기구(OECD) www.oecd.org
- 블루터치 www.blutouch.net
- 서울시열린데이터광장 data.seoul.go.kr
- 서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS), www.smhis.or.kr
- 서울시정신건강통계 www.seoulmentalhealth.kr
- 세계보건기구(WHO), www.who.int
- 통일부(2018), 북한이탈주민 현황, www.unikorea.go.kr
- 행정안전부(2018), 주민등록인구, www.mospa.go.kr

2018 서울시정신건강지표

Seoul Mental Health Indicator

발 행 일 | 2018년 11월

발 행 인 | 조성준

편 집 인 | 손기화, 조연정, 김지은

발 행 처 | 서울시정신건강복지센터

전 화 | 02-3444-9934

팩 스 | 02-3444-9961

홈페이지 | seoulmentalhealth.kr

blutouch.net

제작업체 | 호박앤컴퍼니(주) 02-512-4556

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