

2016
서울시정신보건지표

Seoul Mental Health Indicator

SEOUL

MENTAL HEALTH

INDICATOR

일러두기

- 본 지표집은 총 28개 서울시 정신보건지표와 국외, 시도별 정신보건지표로 구성되어 있음.
- 정신보건지표의 각 장은 정신보건자원, 정신보건문제, 정신보건사업에 따라 서울시 정신보건지표를 구성하였으며 영역과 레벨별로 구분하여 제시됨.
- 관련지표에 따른 현황에서는 국내외, 서울시의 자료를 연도별로 표와 그림으로 제시하고자 하였음.
- 28개 서울시 정신보건지표 산출 시 주민등록인구에서 외국인 제외됨.
- SMHIS(Seoul Mental Health Information System)를 바탕으로 산출된 지표의 경우 서울시 전체를 대표할 수는 없기에 해석상의 주의를 요함.
- 본문에 제시된 서울시 정신보건사업지표는 서울시정신건강증진센터에서 자체 생산된 2015년 데이터를 기준으로 함. 국내외 데이터의 경우 2015년 데이터가 생산(개시)되지 않은 경우 2014년(혹은 2013년) 데이터로 대체함.
 - 정신보건지표 구성을 위해 사용된 자료원들은 국가 승인 통계자료를 중심으로 자료를 수집하여 재구성하거나 인용함.
 - 정신보건현황 및 사업에 대한 국가 및 지자체 차원의 자료가 부족해 연도별 데이터가 제시되지 못하거나 혹은 지표화 되지 못한 부분도 있음. 또한 활용된 자료의 경우 자료원에 따라 같은 항목이라도 조금씩 수치가 달라 참고만을 요하는 경우도 있음.
 - 일부 자료의 경우, 지표의 내용이나 범위의 한계가 있을 수 있으며 서울시 지표의 경우 자체적으로 조사하거나 발췌한 자료를 재구성하였으므로 해석하는데 주의가 필요함.
 - 자치구별 지표나 데이터의 경우 SMHIS 자료를 바탕으로 제시한 것으로 써 업무실적과는 무관하며, 현황파악을 위한 참고자료로 활용하기 바람.

— 목 차 —

정신보건지표분류

제1장. 정신보건자원에 따른 지표	17
--------------------------	----

제1절 정신보건예산	18
------------------	----

제2절 정신보건기관	23
------------------	----

제3절 정신보건인력	29
------------------	----

Indicator

Indicator 1. 인구 1인당 정신보건예산	34
----------------------------------	----

Indicator 2. 의료급여 정신질환자에 대한 연간지출	36
--	----

Indicator 3. 인구 10만 명당 거주서비스 정원	37
---------------------------------------	----

Indicator 4. 인구 10만 명당 주간재활시설 정원	38
--	----

Indicator 5. 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수	40
---	----

Indicator 6. 인구 10만 명당 정신보건전문인력	42
---------------------------------------	----

제2장. 정신보건문제에 따른 지표	45
--------------------------	----

제1절 정신장애	46
----------------	----

제2절 정신질환	47
----------------	----

제3절 자살	55
--------------	----

제4절 음주	62
--------------	----

제5절 정신질환에 대한 사회적 인식	67
---------------------------	----

Indicator

Indicator 7. 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률	72
--	----

Indicator 8. 주요 진단별 정신질환 치료율	74
------------------------------------	----

Indicator 9. 서울시민의 자살생각률	75
--------------------------------	----

Indicator 10. 인구 10만 명당 자살사망률	76
-------------------------------------	----

Indicator 11. 서울시민 고위험 음주율	78
----------------------------------	----

Indicator 12. 서울시민 우울감 경험률	79
----------------------------------	----

Indicator 13. 서울시 스트레스 인지율	80
----------------------------------	----

Indicator 14. 정신질환자에 대한 지역사회 수용도	81
--	----

제3장. 정신보건사업에 따른 지표	83
제1절 지역사회재활서비스	84
제2절 직업재활	90
제3절 이주민 정신건강	97
제4절 정신질환자 권익옹호	102
제5절 정신보건심판위원회	104
제6절 우울증 예방과 정신건강증진	107
Indicator	
Indicator 15. 중증정신질환자 지역사회 등록관리율	112
Indicator 16. 지역사회 등록정신질환자 자살사망률	113
Indicator 17. 개별서비스 계획수립률	116
Indicator 18. 삶의 질 향상률	117
Indicator 19. 북한이탈주민/ 재외국민 상담서비스 제공건	118
Indicator 20. 지역사회 생활유지율	119
Indicator 21. 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	120
Indicator 22. 전문요원 1인당 사례관리 부담률	121
Indicator 23. 정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	122
Indicator 24. 정신보건심판위원회 퇴원명령률	123
Indicator 25. 소비자 참여도	124
Indicator 26. 정신장애인 등록률	126
Indicator 27. 우울증에 대한 긍정적 인지도	127
Indicator 28. 서울시민의 정신보건서비스 인지도	128

부록

자치구별 관련 통계데이터	130
참고문헌	140

표 목 차

표1	정신보건지표 분류	15
표2	OECD 국가의 1인당 정신보건 지출(2013)	18
표3	보건복지예산 대비 보건예산 점유비	19
표4	2011-2015 정신보건사업 세출예산	20
표5	건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율	20
표6	의료급여 진료비 중 정신건강의학과 의료급여 비율	21
표7	서울시 정신보건 예산현황	21
표8	WHO 국가의 정신병상 수	23
표9	OECD 국가의 정신병상 수	23
표10	정신의료기관별 병상 수 변화추이	24
표11	우리나라 병원특성에 따른 연도별 정신병상 수	25
표12	서울시 정신병상수 변화추이	26
표13	우리나라의 지역사회 정신보건기관 증감추이	27
표14	서울시의 지역사회 정신보건기관 변화추이	28
표15	OECD 국가의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황	29
표16	우리나라 정신보건인력 현황 변화추이	30
표17	서울시 정신보건인력 현황	31
표18	정신장애 일년 유병률 비교	46
표19	국가별 조기정신증 사업	48
표20	국내 초발정신질환자 프로그램	48
표21	유럽의 평균입원일수	49
표22	WHO 고소득 국가(high income)의 비자의적 입원을 현황	50
표23	연도별 입원유형별 현황	52
표24	중증정신질환자의 재입원 현황	53
표25	OECD 국가의 연령별표준화 자살사망률	55
표26	연령별 자살생각률	56
표27	성·연령별 자살사망자 수	57
표28	연령대별 3대 사망원인 구성비 및 사망률	58
표29	시도별 인구 10만 명당 연령표준화의 자살률의 상대적 비율	60
표30	서울시 연령별 자살사망자수 변화추이	61
표31	연도별 청소년 음주관련 지표	63
표32	시도별 19세 이상 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율	63
표33	알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수	65
표34	평생 음주자의 연간 음주문제 상담경험율	65

표35	연도별 음주운전에 의한 교통사고 및 사망인원	66
표36	정신문제 상담경험률	68
표37	성별, 연령별 자살률 추이(전국)	77
표38	정신보건기관 유형별 주간재활 프로그램 운영현황	84
표39	중증정신질환자 대비 등록관리율	85
표40	등록자의 연령별 분포	86
표41	등록자의 진단별 분포	87
표42	연도별 장애인등록자 현황	92
표43	성별 취업 인구 및 취업률	93
표44	장애유형별 취업률	94
표45	취업장애인 직무유형	95
표46	취업 장애인의 주당 평균 근무시간, 월 평균 수입, 평균 근속기간	96
표47	성별·연령별 북한이탈주민 입국현황	97
표48	북한이탈주민 지자체별 거주현황	98
표49	정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	100
표50	인구대비 외국인주민 비율 현황	101
표51	2014년 기초정신보건심판위원회 현황	105
표52	중증정신질환자의 재입원현황	105
표53	서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황	106
표54	지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률	107
표55	연도별 우울장애 발생율 변화추이	108
표56	정신건강증진센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자수	114

그림목차

그림1	보건복지예산대비 보건예산 점유비	19
그림2	연도별 서울시 정신보건예산 지출현황	22
그림3	연도별 서울시 의료급여 지출액	22
그림4	연도별 병원특성별 정신병상 수 변화추이	25
그림5	서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상 비율	26
그림6	연도별 서울시 지역사회 정신보건기관 증가추이	28
그림7	WHO 소득에 따른 정신보건인력 구성현황	30
그림8	연도별 우리나라 정신보건인력 현황	31
그림9	인구 1인당 정신보건예산	34
그림10	자치구별 인구 1인당 정신보건예산	35
그림11	서울시 의료급여지출 예산	36
그림12	인구 10만 명당 거주서비스 정원	37
그림13	인구 10만 명당 주간재활시설 정원	38
그림14	자치구별 주간재활시설 및 정원 현황	39
그림15	인구 10만 명당 이용가능한 정신병상수	40
그림16	정신의료기관 유형별 정신병상 수 분포	41
그림17	인구 10만 명당 정신보건 전문인력	42
그림18	지역사회 정신보건기관 및 정신의료기관 정신보건전문인력 분포현황	43
그림19	자치구별 지역사회 정신보건전문인력 현황	44
그림20	주요진단별 정신질환 치료율	46
그림21	국가별 정신질환 미치료기간(DUP)	47
그림22	OECD 국가별 조현병 환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원율	50
그림23	정신의료기관별 평균재원기간(중양값) 변화추이	51
그림24	시도별 정신의료기관 재원기간(중양값) 분포	53
그림25	서울지역 정신의료기관 재원기간 분포비율	54
그림26	서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황	54
그림27	세계 자살률 MAP	56
그림28	연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이	57
그림29	연도별 자살원인	59
그림30	연도별 자살방법	59
그림31	2015년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률	60
그림32	연도별 서울시 사망자수 및 자살사망자수 변화추이	61
그림33	OECD 국가의 알코올 소비량	62
그림34	월간음주율	64

그림35	연간음주자의 고위험음주율	64
그림36	‘정신질환은 누구나 걸릴 수 있다’ 긍정 응답비율	67
그림37	‘정신질환이 있는 사람도 정상적인 삶을 살 수 있다’ 긍정 응답비율	67
그림38	정신의료서비스 이용률	68
그림39	정신건강 관련 문제로 도움/상담을 받은 대상	69
그림40	정신건강 서비스 이용 경험	69
그림41	정신건강증진센터 이용의향	70
그림42	서울시민의 전국정신의료기관 이용현황	72
그림43	연령별 정신의료기관 이용현황	73
그림44	진단별 정신의료기관 이용현황	73
그림45	정신질환 진단별 유병률과 치료율	74
그림46	서울시민의 자살생각 경험률	75
그림47	인구 10만 명당 자살사망률 변화추이	76
그림48	2014-2015 성별 자살사망현황	77
그림49	2015 서울시·자치구별 고위험 음주율	78
그림50	자치구별 우울감 경험률	79
그림51	서울시·자치구별 스트레스 인지율	80
그림52	정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도	81
그림53	2014년 시도별 주간재활 프로그램운영 기관현황	84
그림54	2014년 시도별 주간재활 프로그램 이용현황	85
그림55	중증정신질환자 대비 등록관리율	86
그림56	시도별 인구 1만 명당 지역사회정신보건기관 등록자 현황	87
그림57	서울시 지역사회 정신보건기관 대상군별·진단별 등록현황	88
그림58	서울시 지역사회 정신보건기관 유형별 등록현황	88
그림59	자치구별 정신보건기관 등록관리 대상자 비율	89
그림60	OECD 국가의 장애인 고용률	90
그림61	OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비	91
그림62	장애인 등록 변화추이	92
그림63	장애인 및 전체인구의 경제활동참가율	93
그림64	장애유형별 취업률	94
그림65	취업장애인의 임금수준	96
그림66	북한이탈주민 연도별 입국자수	97
그림67	연령별 북한이탈주민 입국현황	97
그림68	북한이탈주민 지자체별 거주현황	98

그림목차

그림69	연도별 외국인주민수 변동 추이	99
그림70	정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식	100
그림71	시도별 외국인주민 비율	101
그림72	소비자 참여도	103
그림73	연도별 우울증 진료 인원 및 진료비	108
그림74	연령별 우울증 진료 환자 수	108
그림75	시도별 우울감 경험률	109
그림76	지역사회 중증정신질환자 등록관리율	112
그림77	정신건강증진센터 등록정신질환자 자살사망자 현황	113
그림78	정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 진단별 현황	114
그림79	정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 자살수단 현황	115
그림80	2015년 자치구별 개별서비스계획 수립률	116
그림81	자치구별 삶의 질 향상률	117
그림82	북한이탈주민 정신건강문제유형	118
그림83	재외국민 진단분류	118
그림84	자치구별 중증정신질환자 지역사회생활 유지율	119
그림85	자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	120
그림86	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰 건	122
그림87	정신보건심판위원회 퇴원명령률	123
그림88	2015-2016년 서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도	125
그림89	기관별 소비자참여도	125
그림90	정신장애 등록 변화추이	126
그림91	우울증에 대한 긍정적 인식도	127
그림92	서울시민의 정신보건서비스 인지도	128

부록 목차

표1. 자치구별 정신보건자원(예산, 병상수, 사회복귀시설 정원)	130
그림1-1 서울시 정신병상수	131
그림1-2 서울시 주간재활시설 정원	131
표2. 자치구별 정신보건자원(정신보건전문인력)	132
그림2-1 서울시 정신보건전문인력	133
그림2-2 서울시 지역사회 정신보건전문인력	133
표3. 자치구별 정신질환자 등록현황(대상군별, 기관별)	134
그림3-1 대상군별 지역사회 등록현황	135
그림3-2 지역사회 기관별 등록현황	135
표4. 자치구별 정신보건문제	136
(ISP수립, 삶의 질, 지역사회생활유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기재원)	
그림4-1 자치구별 등록회원의 삶의 질 향상	137
그림4-2 자치구별 지역사회생활유지율	137
표5. 자치구별 정신보건 문제	138
(추계정신질환 대비 정신질환 등록율)	
그림5-1 자치구별 정신장애 등록현황	139
그림5-2 자치구별 자살사망현황	139

정신보건지표분류

제 1 장 | 정신보건자원에 따른 지표

제 2 장 | 정신보건문제에 따른 지표

제 3 장 | 정신보건사업에 따른 지표

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

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

표1_정신보건지표 분류

영역	세부영역	지표	1차년도	2차년도	3차년도	4차년도
효과성	소비자 결과	삶의 질 향상률	◆	◆	◆	◆
		지역사회 등록정신장애인 자살사망률	◆	◆	◆	◆
		서울시민의 고위험 음주율		◆	◆	◆
		서울시민 스트레스 인지율		◆	◆	◆
	지역사회유지	서울시민 우울감 경험률	◆	◆	◆	◆
		지역사회 생활유지율	◆	◆	◆	◆
		지역사회 등록회원의 장기재원 경험률	◆	◆	◆	◆
효율성	예산	인구1인당 정신보건예산	◆	◆	◆	◆
	입원서비스	의료급여 정신질환자에 대한 연간지출	◆	◆	◆	◆
	사회생산성	정신장애인 취업률	◆	◆		
		취업정신장애인 1인당 월평균 소득	◆			
적절성	재원적절성	서울시립정신병원의 재원적절성	◆			
		서울시립요양시설의 재원적절성	◆			
	서비스 강도	인구10만 명당 정신보건전문인력(FTE)	◆	◆	◆	◆
		전문요원 1인당 사례관리 부담	◆	◆	◆	◆
		개별서비스계획 수립률	◆	◆	◆	◆
접근성	입원서비스	인구10만 명당 이용 가능한 정신병상수	◆	◆	◆	◆
		서울시민의 서울시 정신의료기관 이용률	◆	◆	◆	◆
	의료서비스	주요 진단별 정신질환 치료율	◆	◆	◆	◆
		초발정신질환자 미치료기간(DUP)	◆			
	지역서비스	중증정신질환자 지역사회 등록관리율	◆	◆	◆	◆
		정신장애인 등록률	◆	◆	◆	◆
		인구10만 명당 주간재활시설 정원	◆	◆	◆	◆
연속성	심판위원회	정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건	◆	◆	◆	◆
		정신보건심판위원회 퇴원명령률	◆	◆	◆	◆
반응성	취약계층	북한이탈주민/재외국민 정신보건서비스 제공건	◆	◆	◆	◆
	인식	우울증에 대한 긍정적 인지도	◆	◆	◆	◆
		정신질환자에 대한 지역사회 수용도	◆	◆	◆	◆
		소비자 참여도	◆	◆	◆	◆
		서울시민 정신보건서비스 인지율	◆	◆	◆	◆
안정성	자살	서울시민 자살생각률	◆	◆	◆	◆
		인구 10만 명당 자살사망률	◆	◆	◆	◆

제1장 | 정신보건자원에 따른 지표

제1절 | 정신보건예산

제2절 | 정신보건기관

제3절 | 정신보건인력

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

제 1 절 정신보건예산

1. 국외현황

- Mental Health Atlas 2014(WHO, 2015)에 따르면, 소득수준에 따른 1인당 정신보건지출액은 중하위권 국가 1.53달러, 중상위권 국가 1.96달러, 고소득 국가 58.74달러로 국가간 최대 38 배 이상 나타나고 있음.
- 우리나라 1인당 정신보건지출은 1,880달러로, 가장 높은 미국(9,146달러)보다 4.9배 낮고, 가까운 일본(3,966달러)보다 2.1배 낮은 수준임.

표2_ OECD 국가의 1인당 정신보건 지출(2013)

(단위: US\$)

국가명	추정인구 1인당 정신보건지출액	국가명	추정인구 1인당 정신보건지출액
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 2015년 대비 2016년 3.0%증가하였으나 보건예산은 2015년 대비 2016년 6.2% 감소함. 2016년 보건복지 예산 중 보건예산비중은 18.0%로 2015년 대비 1.8%p 감소한 것으로 나타남.

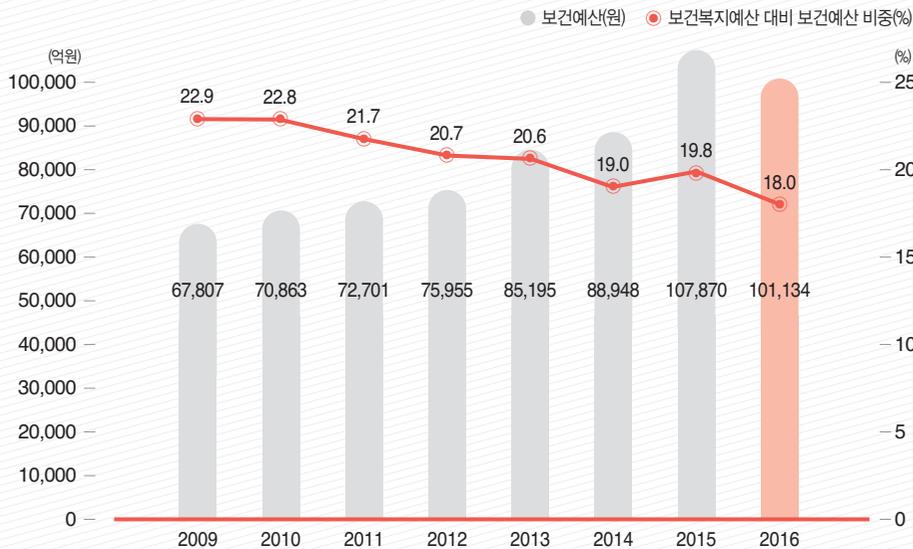
표3_ 보건복지예산 대비 보건예산 점유비

(단위: 억원, %)

구분	보건복지예산 (사회복지, 보건예산 포함)		보건예산 (보건의료, 건강보험 포함)		보건복지예산 대비 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

출처: 보건복지부(2016). 2016 보건복지통계연보

그림1_ 보건복지예산 대비 보건예산 점유비



- 중앙정부 정신보건예산은 ‘정신보건예산’ 과 ‘국민건강증진기금’ 으로 구성되며, 정신보건사업예산은 정신시설기능보강과 5개 국립병원 세출예산으로 사용되고, 국민정신건강기금은 정신건강인식개선, 정신보건시설확충 등에 사용되어지고 있음.
- 2015년 국비로 책정된 보건예산은 11조 554억원으로 이 중 정신보건사업 예산으로 책정된 금액은 2.2%에 해당하는 약 2531억원으로 2013년 대비 2.1배 증가함.
- 국민건강증진기금의 경우 2015년 기준 ‘정신질환관리’ 라는 항목으로 약 455억원이 ‘정신질환 인식개선’ 과 ‘정신보건시설확충’ 을 위해 배정되었으며 2013년 366억원 대비 24% 증가한 금액임.

표4_ 2011-2015 정신보건사업 세출예산

(단위: 백만원)

사업별	2011	2012	2013	2014	2015	주요내역
보건	7,619,340	7,984,754	8,926,683	9,395,379	11,553,975	
정신보건	96,347	109,920	121,092	152,657	253,122	
정신질환관리	22,588	32,856	41,110	49,549	128,702	* 정신보건시설기능보강 * 정신건강인식개선 * 정신보건시설확충
국립서울병원	27,529	27,763	28,332	48,468	80,482	인건비, 기본경비 등
국립나주병원	14,613	15,247	15,982	17,160	17,219	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립부곡병원	12,641	13,633	14,043	13,539	14,023	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립춘천병원	8,951	9,468	10,412	11,078	11,119	인건비, 기본경비, 정보화사업 등
국립공주병원	10,025	10,953	11,213	12,863	12,696	인건비, 기본경비, 정보화사업 등

출처: 보건복지부(2015, 2016). 2014-2015년 회계연도 세입·세출결산보고서

- 2015년 전체 건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비는 3.65%를 차지하고 있음. 2013년 대비 전체 건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율은 비슷한 수준이나 2011년 이후 조금씩 증가하고 있음. 정신건강의학과 진료비 중 68.8%는 입원비가 차지하고 있음.

표5_ 건강보험 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율

(단위: 백만원, %)

연도	전체 건강보험진료비			정신건강의학과 진료비			
	총 진료비			계		외래	
	계	입원	외래	총진료비	구성비	총진료비	구성비
2009	39,338,968	12,387,963	29,951,005	1,499,570	3.82	854,035	645,534
2011	46,237,905	15,436,474	30,801,431	1,444,139	3.13	901,658	542,480
2013	50,955,151	17,891,145	33,064,006	1,737,986	3.41	1,190,978	547,007
2015	58,786,906	21,177,589	37,609,316	2,146,530	3.65	1,477,533	668,976

출처: 국민건강보험공단(2016). 2015 건강보험통계연보

- 2015년 전체 의료급여 진료비 중 정신건강의학과 진료비는 19.9%를 차지하고 있음. 2013년 대비 전체 의료급여 진료비 중 정신의학과 진료비 비율이 0.9% 감소함. 정신건강의학과 진료비 중 85%는 입원비가 차지하고 있음.

제1장 정신보건자원에 따른 지표

표6_ 의료급여 진료비 중 정신건강의학과 진료비 비율

(단위 : 백만원, %)

연도	전체 의료급여비용			정신건강의학과 의료급여비용			
	총 진료비			계	입원	외래	
	계	입원	외래	총진료비	구성비	총진료비	총진료비
2009	4,754,800	2,358,846	2,395,954	828,608	17.43	705,501	123,107
2011	5,142,306	2,641,145	2,501,159	985,617	19.17	844,183	141,432
2013	5,304,689	2,853,067	2,450,621	1,102,033	20.8	944,538	157,494
2015	5,982,270	3,223,624	2,758,645	1,193,305	19.9	1,014,365	178,940

출처 : 국민건강보험공단(2016), 2015 건강보험통계연보

3. 서울시 현황

1) 서울시정신보건재정 현황

- 사회복지시설과 정신요양시설의 재정이 지방정부로 이양된 2005년 이후 서울시는 정신의료 기관을 제외한 지역사회 정신보건예산 규모가 2004년도 약 60억원에서 2005년도에는 약 120억원으로 2배정도 증가함.
- 서울시의 정신보건예산액은 해마다 증가하고 있으며 보건예산대비 정신보건예산 점유율또한 1~3%정도로 소폭 증가하고 있음. 2015년은 13.1%로 전년대비 1.1%p 감소함. 지출 비율에 있어 사회복지시설 46.9%, 정신건강증진센터 35%, 정신요양원 15.9%, 중독관리통합지원센터 2.2%의 비율로 나타남.

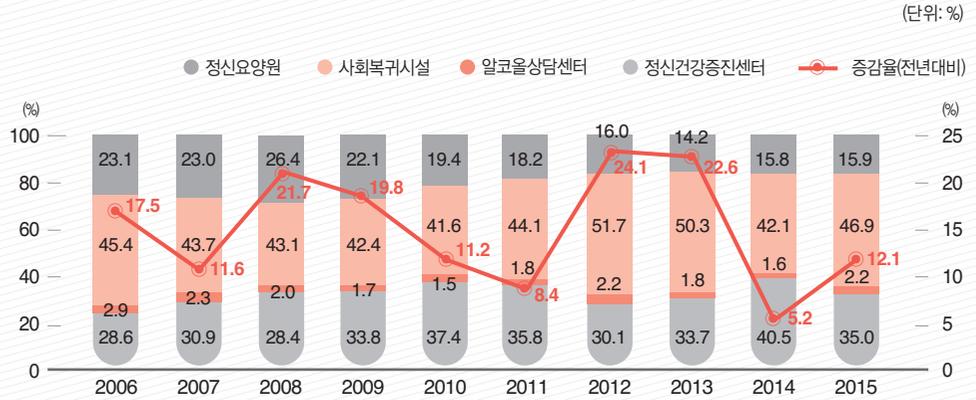
표7_ 서울시 정신보건 예산현황

(단위 : 백만원)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
① 서울시예산	20,974,402	24,153,806	21,257,300	20,585,000	21,782,900	23,506,900	24,412,331	25,518,445
(전년대비%)	▲10%	▲15.1%	▽12%	▽3.2%	▲5.8%	▲7.9%	▲3.9%	▲4.5%
② 보건예산	226,934	322,332	301,463	276,448	271,291	296,312	296,750	359,994
(전년대비%)	▽22.7%	▲42%	▽6.5%	▽8.3%	▽1.9%	▲9.2%	▲0.1%	▲21.3%
③ 정신보건	19,032	22,819	25,433	26,369	32,735	40,133	42,202	47,292
(전년대비%)	▲21.7%	▲19.8%	▲11.2%	▲8.4%	▲24.1%	▲22.6%	▲5.2%	▲12.1%
정신건강증진센터	5,413(28.4%)	7,719(33.8%)	9,520(37.4%)	9,879(35.8%)	9,850(30.1%)	13,536(33.7%)	17,533(40.5%)	15,361(35.0%)
중독관리통합지원센터	381(2.0%)	398(1.7%)	392(1.5%)	509(1.8%)	722(2.2%)	711(1.8%)	720(1.6%)	971(2.2%)
사회복지시설	8,204(43.1%)	9,667(42.4%)	10,581(41.6%)	12,152(44.1%)	16,915(51.7%)	20,188(50.3%)	18,210(42.1%)	20,606(46.9%)
정신요양원	5,032(26.4%)	5,033(22.1%)	4,940(19.4%)	5,029(18.2%)	5,248(16.0%)	5,698(14.2%)	6,824(15.8%)	7,003(15.9%)
④ 점유비 (보건예산기준)	8.4%	7.1%	8.5%	10%	12.1%	13.5%	14.2%	13.1%

출처: 서울특별시(2015, 2016), 2014~2015년 세입·세출예산서

그림2_ 연도별 서울시 정신보건예산 지출현황

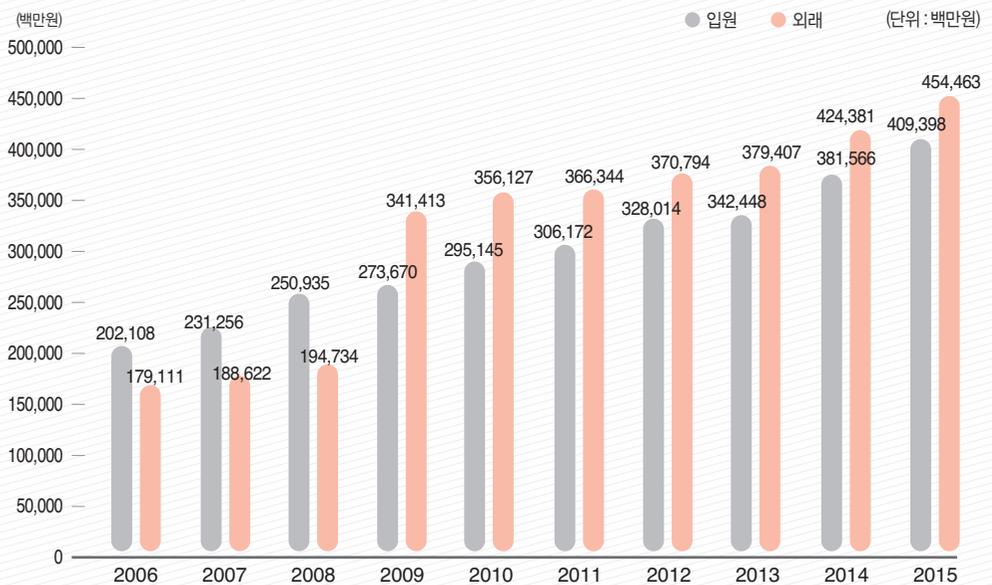


출처: 서울특별시(2015, 2016), 2014~2015년 세입·세출예산서

2) 서울시 의료급여 지출 현황

- 서울시 의료급여 지출예산은 매년 증가하고 있으며, 2015년 의료급여 지출예산은 2014년 대비 7.2% 증가함.
- 2015년 서울시 전체 의료비용 8,680,830백만원 중 의료급여 비율은 10%(863,861백만원)로 2013년 9.2% 대비 0.8% 증가함.
- 2015년 서울시 정신질환 의료급여액은 122,511백만원으로 2014년(119,187백만원) 대비 2.8% 증가하였으며, 서울시 의료급여예산의 15.4%를 차지함.

그림3_ 연도별 서울시 의료급여 지출액



출처: 서울특별시(2016), 서울시 의료급여 지출액

제 2 절 정신보건기관

1. 정신의료기관

1) 국외현황

- Mental Health Atlas 2014에 의하면, WHO 가입국의 정신병원 정신병상수는 인구 10만 명당 6.5병상, 종합병원을 포함한 병의원의 정신병상 수는 2.1병상으로 나타났음. 국가별 소득수준에 따라 최대 10배 차이를 보이고 있음.
- OECD Health Data에 의하면, 2013년 우리나라의 정신병원 병상수는 인구 10만명 당 113.1병상, 종합병원을 포함한 병의원의 정신병상 수는 54.5병상으로 확인됨.
- OECD 국가 간 인구 천 명당 정신병상 수 분포를 살펴보면, 최소 0.0병상에서 최대 2.7병상으로 나타났으며, 우리나라는 0.9병상으로 다른 국가에 비해 많은 정신병상수를 운영하고 있음.

표8_ WHO 국가의 정신병상 수

(Median per 100,000 population)

WHO Regions	일반병원	정신병원
아프리카 지역	0.7	1.9
아메리카 지역	0.8	8.7
동부지중해 지역	0.5	4.2
유럽지역	10.8	34.5
동남아시아 지역	0.6	2.1
서태평양 지역	2.2	2.3

출처: WHO(2015), Mental Health Atlas 2014

표9_ OECD 국가의 정신병상 수

국가명	Median per 1,000 population	국가명	Median per 1,000 population
호주	-	일본	2.7
오스트리아	0.5	한국	0.9
벨기에	1.7	룩셈부르크	0.9
캐나다	-	멕시코	0.0
칠레	0.1	네덜란드	-
체코	1.0	뉴질랜드	0.2
덴마크	0.5	노르웨이	1.2
에스토니아	0.5	폴란드	0.6
핀란드	0.6	포르투갈	0.6
프랑스	0.9	슬로바키아	0.8
독일	0.9	슬로베니아	0.7
그리스	-	스페인	0.4
헝가리	0.9	스웨덴	0.5
아이슬란드	0.5	스위스	0.9
아일랜드	0.5	터키	0.1
이스라엘	0.4	영국	0.5
이탈리아	-	미국	-

*「OECD Health Data 2015」에 수록된 통계는 '13년 기준임

출처: OECD(2015), 2015 OECD Health Data

2) 국내현황

- 전국현황에 있어 2005년 이후 정신의료기관 정신병상 및 정원이 지속적으로 증가하고 있으며, 2013년 대비 2014년 0.5%로 증가율이 큰 폭으로 감소됨.
- 2014년 정신요양시설을 제외한 정신의료기관 병상수의 52.7%는 사립정신병원으로 절반이상 높은 비율을 보이고 있음.
- 2014 정신보건기관 수는 총 2,019기관(광역정신건강증진센터 제외)으로 전년대비 3.2% 증가함. 이 중 정신의료기관 76.2%로 가장 높은 비율을 차지하고 있음. 전년대비 지역사회정신보건기관은 광역센터 제외, 전년대비 15개 증가하였고, 이중 기초정신건강증진센터가 전년대비 11개 확충된 것으로 나타남.

표10_ 정신의료기관별 병상 수 변화추이

(단위: 개소, %)

구분	전국		정신의료기관 병상구성비	서울시		정신의료기관 병상구성비	
	기관수	병상 수		기관수	병상 수		
2005년 합계	1,388	73,015	-	-	-	-	
2006년 합계	1,432	79,131	-	374	7,205	-	
2007년 합계	1,558	82,862	-	406	8,116	-	
2008년 합계	1,656	83,937	-	412	7,923	-	
2009년 합계	1,705	86,703	-	426	7,738	-	
2010년 합계	1,760	89,559	-	427	7,773	-	
2011년 합계	1,810	93,932	-	428	7,659	-	
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	-	
정신 의료 기관	소계	1,402	83,711	100	347	5,690	100
	국립	6	3,325	4.0	1	335	5.9
	공립	12	4,026	4.8	1	284	5.0
	사립	174	44,134	52.7	11	2,573	45.2
	종합병원정신과	186	5,836	7.0	41	881	15.5
	병원정신과	129	21,502	25.7	7	480	8.4
	정신과의원	895	4,888	5.8	286	1,137	20.0
정신요양시설	59	13,704	-	3	1,040	-	
사회복귀시설	308	-	-	106	-	-	
광역정신건강증진센터	12	-	-	1	-	-	
기초정신건강증진센터	200	-	-	25	-	-	
중독관리통합지원센터	50	-	-	4	-	-	

출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

제 1 장 정신보건자원에 따른 지표

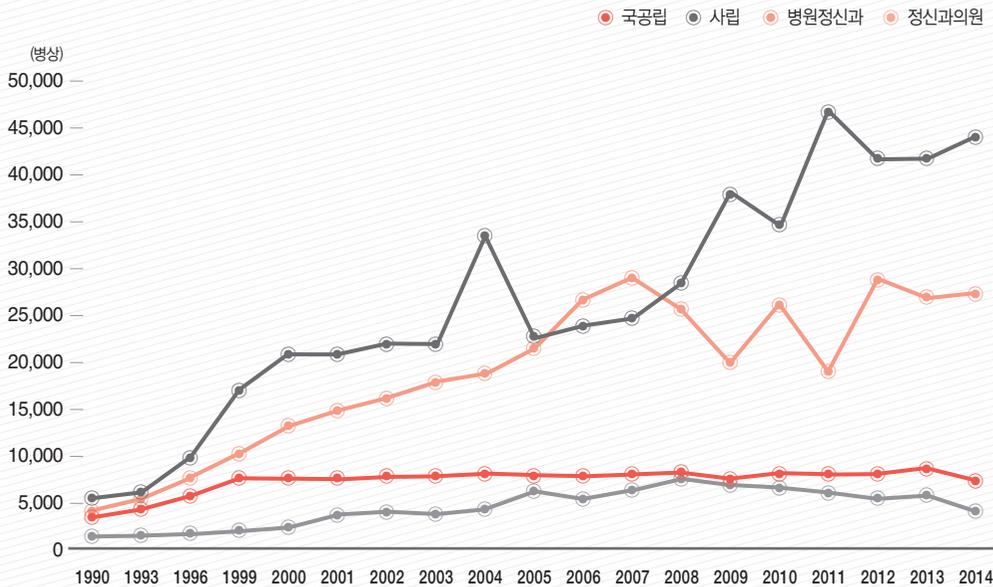
표11_ 우리나라 병원 특성에 따른 연도별 정신병상 수

(단위: 병상)

구분	연도																		
	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
국공립	3,708 (26%)	4,284 (25%)	5,570 (23%)	7,611 (21%)	7,570 (17%)	7,551 (16%)	7,805 (16%)	7,829 (15%)	7,956 (12%)	7,781 (13%)	7,833 (12%)	7,940 (12%)	8,043 (11%)	7,363 (10%)	7,978 (10%)	7,815 (10%)	7,975 (9%)	8,481 (10%)	7,351 (9%)
사립	4,964 (35%)	5,763 (34%)	9,360 (39%)	16,908 (46%)	20,667 (47%)	20,640 (44%)	21,880 (44%)	21,866 (43%)	33,395 (52%)	22,463 (39%)	23,856 (38%)	24,618 (36%)	28,384 (41%)	37,922 (52%)	34,525 (46%)	46,820 (59%)	41,779 (50%)	41,894 (50%)	44,134 (53%)
병원 정신과	4,219 (30%)	5,488 (33%)	7,754 (32%)	10,391 (28%)	13,393 (31%)	15,020 (32%)	16,188 (32%)	18,170 (35%)	18,841 (29%)	21,736 (37%)	26,773 (42%)	29,335 (43%)	25,667 (37%)	20,004 (28%)	26,342 (35%)	19,479 (24%)	29,017 (34%)	26,998 (33%)	27,338 (33%)
정신과 의원	1,218 (9%)	1,384 (8%)	1,492 (6%)	1,927 (5%)	2,245 (5%)	3,621 (8%)	3,995 (8%)	3,696 (7%)	4,310 (7%)	6,170 (11%)	5,298 (8%)	6,360 (9%)	7,608 (11%)	7,089 (10%)	6,569 (9%)	5,898 (7%)	5,449 (6%)	5,628 (7%)	4,888 (6%)

출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

그림4_ 연도별 병원특성별 정신병상 수 변화추이



출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

3) 서울시현황

- 2014년 서울시의 정신병상 수는 총 6,730병상(서울시비 지원의 정신요양시설 및 서울의 공립병원포함)으로 전년대비 976병상이 감소함. 서울시의 정신병상수는 전국 정신의료기관 정신병상 수(97,451병상)의 약 6.9%를 차지하고 있음.
- 국립병원의 정신병상수는 2007년 이후 지속적으로 감소하였고 2014년 335병상으로 전년 대비 9.5% 증가함. 사립병상수는 지속적인 증가추세를 보이고 있으며, 정신요양시설을 제외한 다른 정신병상수는 모두 감소한 추세로 특히 공립병원이 81% 큰 폭으로 감소함.

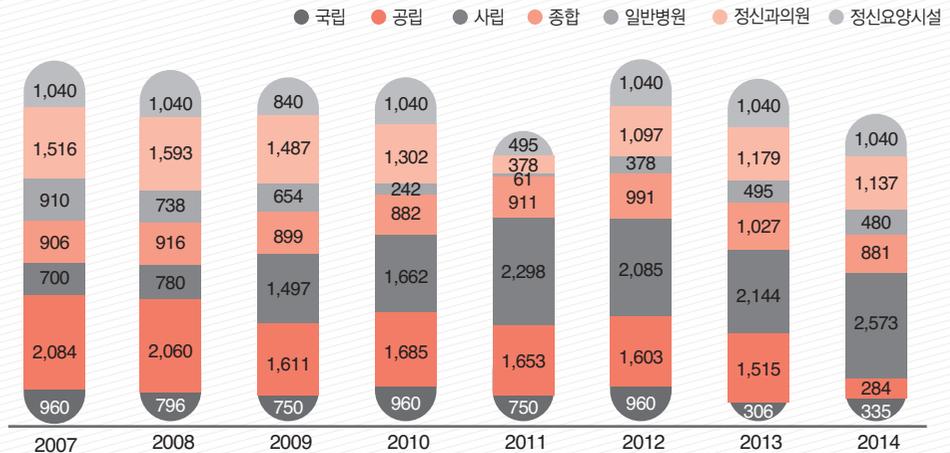
표12_ 서울시 정신병상 수 변화추이

(단위: 병상)

연도	계	국립	공립	사립	종합	병원정신과	정신과의원	정신요양시설
2007	8,116	960	2,084	700	906	910	1,516	1,040
2008	7,923	796	2,060	780	916	738	1,593	1,040
2009	7,738	750	1,611	1,497	899	654	1,487	840
2010	7,773	960	1,685	1,662	882	242	1,302	1,040
2011	7,659	750	1,653	2,298	911	61	1,267	719
2012	8,154	960	1,603	2,085	991	378	1,097	1,040
2013	7,706	306	1,515	2,144	1,027	495	1,179	1,040
2014	6,730	335	284	2,573	881	480	1,137	1,040

출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

그림5_ 서울시 병원특성에 따른 연도별 정신병상 비율



출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

2. 지역사회정신보건기관

1) 국내현황

- 1995년 정신보건법 제정 이후 국가 정신보건정책의 우선순위를 정신질환자의 장기입원 및 장기수용위주에서 지역사회 관리로 전환하고자 하였음. (서동우, 2002)
- 그러나 한국에서의 정신건강 진료 모형은 병원을 통한 진료 및 장기수용 중심이며 다른 OECD 국가들에서와 같이 한국도 보다 더 많은 지역사회내의 보호로 전환이 되어야 함.(OECD 평가 및 권고사항 인용, 2012)
- 기초정신건강증진센터는 정신보건법 개정 이후 꾸준히 증가하고 있으며, 1997-2000년, 2007-2008년 사이 높은 증가폭을 보임.
- 사회복지시설은 정신보건법 개정 이후 지속적으로 증가하고 있으며, 1997-2002년 사이 높은 증가폭을 보이다 이후 소폭 감소하였고, 2014년에는 일시적으로 감소율을 보였음.

표13_ 우리나라의 지역사회 정신보건기관 증감추이

(단위 : 개소, %)

구분	기초 정신건강증진센터		사회복지시설		중독관리통합지원센터		낮병원		계	
	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)
1998이전	3	-	2	-	-	-	-	-	5	-
1998	7	133	12	500	-	-	-	-	19	-
1999	17	143	21	75	-	-	-	-	38	-
2000	46	171	49	133	4	-	82	-	181	-
2001	46	0	66	34.7	9	125	84	2.4	205	13.3
2002	50	8.7	89	34.8	14	55.6	77	-8.3	230	12.2
2003	50	0	97	9	16	14.3	69	-10.4	232	0.9
2004	52	4	115	18.6	17	6.3	81	17.4	265	14.2
2005	62	19.2	138	20	20	17.6	77	-4.9	297	12.1
2006	73	17.7	151	9.4	26	30	77	0	327	10.1
2007	97	32.9	171	13.2	30	15.4	70	-9.1	368	12.5
2008	153	57.7	211	23.4	34	13.3	70	0	468	27.2
2009	155	1.3	225	6.6	35	2.9	55	-21.4	470	0.4
2010	157	1.3	230	2.2	41	17.1	60	9.1	488	3.8
2011	160	1.9	275	19.6	43	4.9	59	-1.7	537	10.0
2012	173	8.1	295	7.3	47	9.3	87	47.5	602	12.1
2013	189	9.2	322	9.2	50	6.4	79	-9.2	640	6.3
2014	200	5.8	308	-4.3	50	0	82	3.8	640	0
2015	224	12	333	8.1	50	0	-	-	-	-

※ 2015년도 낮병원 수는 조사된 자료가 없어 기입하지 않음.

출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서 / 보건복지부(2016), 2016 정신건강사업안내

2) 서울시현황

- 서울시의 정신보건재활기관은 2005년 서울정신건강2020프로젝트 이후 설치가 가속화 되었으며, 2015년 140개소로 2013년 대비 0.7% 증가함.
- 기초 정신건강증진센터는 2010년 기점으로 25개구 전역에 설치되었으며 이를 통해 자치구 중심의 포괄적 서비스를 제공할 수 있는 기반이 마련됨.
- 사회복지시설은 107개소로 2013년과 동일한 현황이며, 이용시설과 거주시설의 비율은 4:6임.
- 서울정신건강 2020 프로젝트에서 조사한 필요 시설수와 추정수요에 따르면 주거서비스에 대한 잠재적 수요자는 1,322명으로 129개소가 필요하다고 하였음. 2015년 서울시 거주시설은 64개소로 총 640명이 서비스를 받을 수 있으며, 이는 추정수요의 약 1/2 수준으로 나타나고 있음.

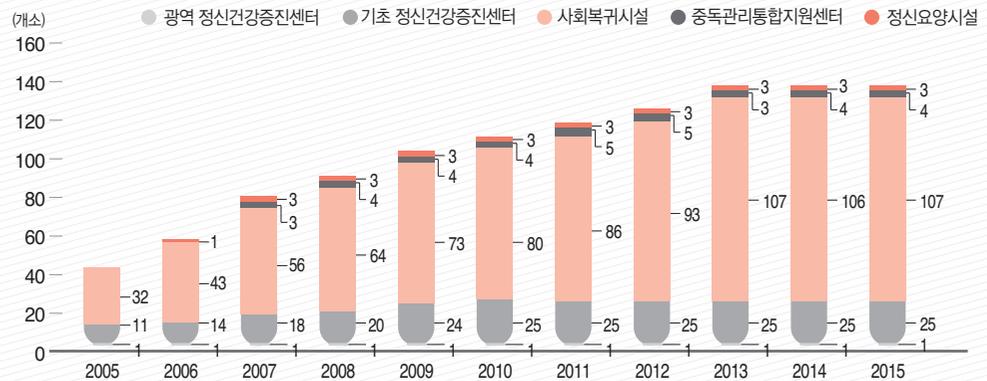
표14_ 서울시의 지역사회정신보건기관 변화추이

(단위 : 개소, %)

구분	광역 정신건강증진센터		기초 정신건강증진센터		사회복지시설		중독관리통합지원센터		정신요양시설		계	
	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)	기관수	증감(%)
2005	1	-	11	-	32	-	-	-	-	-	44	-
2006	1	0	14	27.3	43	34.4	-	-	1	-	59	34.1
2007	1	0	18	28.6	56	30.2	3	-	3	200	81	37.3
2008	1	0	20	10	64	14.3	4	33.3	3	0	92	13.6
2009	1	0	24	20	73	12.3	4	0	3	0	105	14.2
2010	1	0	25	4.2	80	9.6	4	0	3	0	113	7.7
2011	1	0	25	0	86	7.5	5	25	3	0	120	6.2
2012	1	0	25	0	93	8.1	5	0	3	0	127	5.8
2013	1	0	25	0	107	15.1	3	-40	3	0	139	9.4
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

출처 : 서울시정신건강증진센터(2015,2016) 서울시정신보건기관현황조사

그림6_ 연도별 서울시 지역사회 정신보건기관 증가추이



제 3 절 정신보건인력

1. 국외현황

- Mental Health Atlas는 주기적으로 OECD국가들의 정신보건인력을 조사하여 국가별 인구 10만 명 당 정신보건인력 수를 비교하고 있음.
- 정신보건영역에서 전문화된 인적 자원의 확보가 중요한 이유는 정신장애인의 전인적인 치료와 재활, 사회통합을 이루기 위해서는 전문화된 양질의 서비스가 필요하기 때문임.
- Mental Health Atlas 2011자료에서 우리나라 정신보건인력은 인구 10만 명당 정신건강의학과 전문의 5.12명, 정신보건간호사 21.61명, 정신보건임상심리사 1.12명, 정신보건사회복지사 6.01명으로 나타남.

표15_ OECD 국가의 인구 10만 명당 정신보건인력 현황

(단위: US\$)

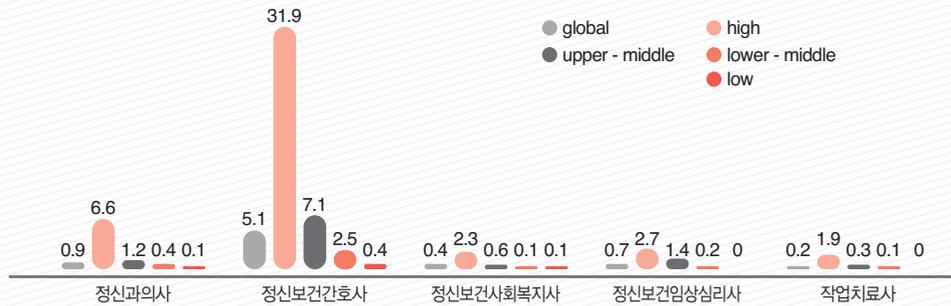
국가명	정신과의사	정신보건간호사	정신보건임상심리사	정신보건사회복지사	직업치료 Occupational therapists
덴마크	88.01	60.02	12.78	5.66	-
핀란드	18.37	-	56.95	-	23.88
프랑스	14.12	90.86	10.77	-	5.27
그리스	14.09	50.57	12.13	6.92	5.09
이탈리아	10.85	27.56	3.52	2.43	0.33
한국 *2011년	5.12	21.61	1.12	6.01	-
멕시코	0.67	2.80	2.11	0.52	0.18
네덜란드	20.10	2.87	90.76	-	-
폴란드	5.07	18.66	5.34	0.73	1.90
포르투갈	4.49	12.46	2.24	0.70	0.60
스페인	8.08	9.69	5.71	2.60	1.31
미국	12.40	4.25	29.62	59.83	-

* 2014년도 자료에 의하면 우리나라 정신보건인력조사 진행되지 않아 2011년도 자료로 작성됨.

출처: WHO(2012, 2015), Mental Health Atlas 2011, 2014

- 국가 소득과 정신보건전문인력의 관계를 살펴보면, 소득이 높은 국가에서 인구 10만 명당 정신보건전문인력이 많고, 소득이 낮은 국가일수록 적은 정비례 관계가 나타나고 있음. 우리나라는 소득 상위권에 속하고 있으나 그 수치는 상위권 국가에 비하여 현저하게 낮은 상황임.

그림7_WHO 소득에 따른 정신보건인력 구성현황



출처 : WHO(2015), Mental Health Atlas 2014

2. 국내현황

- 2014년 정신보건전문인력(정신과전문의/전공의 포함)은 8,225명으로 전년대비 2.8% 증가하였고, 상임인력 중 정신보건사회복지사의 증가비율이 10.9%로 가장 높게 나타남.
- 정신보건 상임인력의 비중은 정신과전문의, 정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 전공의, 정신보건임상심리사 순으로 나타났으며, 2014년부터 정신보건사회복지사가 정신보건간호사보다 전체 인력현황의 높은 비율을 차지하기 시작함.
- 2000년부터 2014년까지 상임인력 수의 변화추이를 보면 약 2.5배 증가하였고, 가장 많이 증가한 직종은 정신보건사회복지사로 약 7.4배 증가함.

표16_우리나라 정신보건인력 현황 변화추이

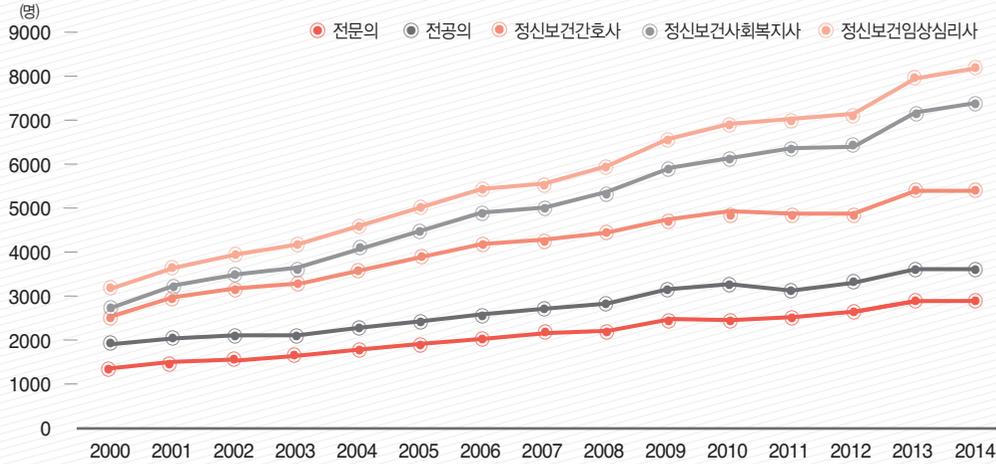
(단위 : 명, %)

연도	계	전문의	전공의	정신보건전문요원		
				간호사	사회복지사	임상심리사
2000	3,184	1,424(45%)	553(17%)	783(25%)	272(8%)	152(5%)
2001	3,737	1,553(42%)	577(15%)	1,098(29%)	338(9%)	171(5%)
2002	3,990	1,642(41%)	523(13%)	1,229(31%)	403(10%)	193(5%)
2003	4,210	1,684(40%)	476(11%)	1,353(32%)	457(11%)	240(6%)
2004	4,642	1,838(40%)	513(11%)	1,482(32%)	565(12%)	244(5%)
2005	5,070	1,964(39%)	516(10%)	1,651(33%)	672(13%)	267(5%)
2006	5,491	2,089(38%)	549(10%)	1,782(33%)	778(14%)	293(5%)
2007	5,531	2,225(40%)	556(10%)	1,729(31%)	826(15%)	195(4%)
2008	6,015	2,276(38%)	596(10%)	1,797(30%)	992(16%)	354(6%)
2009	6,601	2,527(38%)	675(10%)	1,779(27%)	1,251(19%)	369(6%)
2010	6,928	2,537(37%)	773(11%)	1,836(26%)	1,303(19%)	479(7%)
2011	7,086	2,587(37%)	601(8%)	1,943(27%)	1,527(22%)	428(6%)
2012	7,171	2,717(38%)	625(9%)	1,813(25%)	1,570(22%)	446(6%)
2013	8,002	2,978(37%)	715(9%)	1,968(25%)	1,823(23%)	518(7%)
2014	8,225	2,960(36%)	692(8%)	1,985(24%)	2,022(25%)	566(7%)

출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2016), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

제1장 정신보건자원에 따른 지표

그림8_연도별 우리나라 정신보건인력 현황



출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

3. 서울시현황

- 2015년 말 기준 서울시정신보건 상임인력(정신의료기관 포함)은 1,886명으로, 전년대비 1.4% 감소함. 인력비중은 전문의 34.7%로 가장 많은 비중을 차지하며, 다음으로 정신보건사회복지사 26.6%, 간호사 18.8%순으로 나타남.

표17_ 서울시 정신보건인력 현황

(단위: 명)

연도	전문의	전공의	정신보건전문요원			계	전년대비 증감율
			간호사	사회복지사	임상심리사		
2006	566	223	437	201	76	1,503	-
2007	582	220	380	212	81	1,475	-1.9
2008	557	229	354	245	96	1,481	0.4
2009	554	239	263	314	108	1,478	-0.2
2010	585	223	355	331	115	1,609	8.9
2011	573	223	391	357	118	1,662	3.3
2012	618	227	362	404	120	1,731	4.2
2013	609	240	410	433	124	1,816	4.9
2014	651	246	407	479	130	1,913	5.3
2015	655	240	354	502	135	1,886	-1.4

출처: 중앙정신보건사업지원단(2006-2012), 2005-2011년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 / 서울시정신건강증진센터(2013-2016), 서울시정신보건기관현황조사 / 서울특별시(2016), 서울시 정신의료기관 현황자료

Indicator

- Indicator 1.** 인구 1인당 정신보건예산
- Indicator 2.** 의료급여 정신질환자에 대한 연간지출
- Indicator 3.** 인구 10만 명당 거주서비스 정원
- Indicator 4.** 인구 10만 명당 주간재활시설 정원
- Indicator 5.** 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수
- Indicator 6.** 인구 10만 명당 정신보건전문인력

Indicator 1

인구 1인당 정신보건예산

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

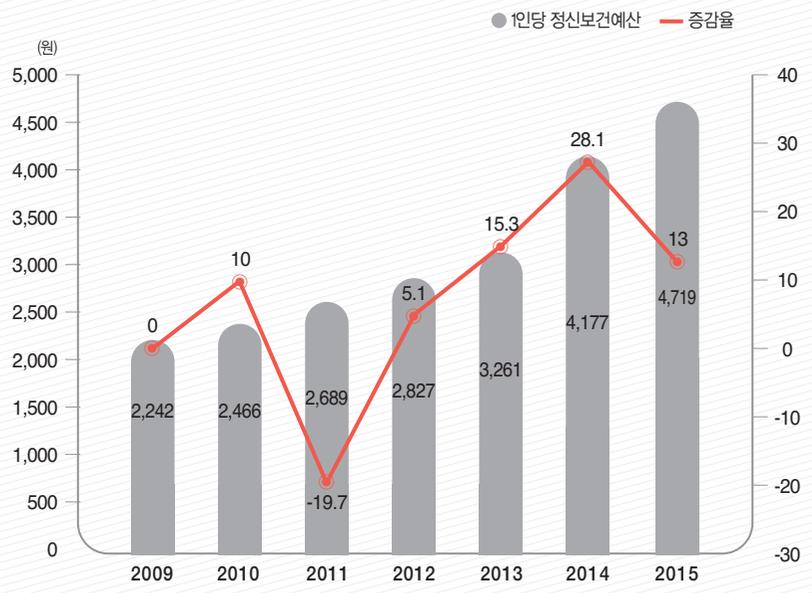
지표설명

- 적정 예산 확보 정도
- 정신보건예산은 정신건강증진센터, 중독관리통합지원센터, 사회복지시설, 정신요양시설을 포함하고 있음.
- 정신보건예산을 해당연도의 서울시 주민등록인구수로 나눈 수치
 - 분자 : 서울시 정신보건예산 예산액
 - 분모 : 서울시 주민등록인구(2015.12.31)

서울시

- 2015년 서울시 정신보건예산은 47,292백만원으로 2013년 40,133백만원에서 17.8% 증가함.
- 서울시 인구1인당 정신보건예산은 2015년 4,719원으로 2013년 3,261원 대비 44.7% 증가함.

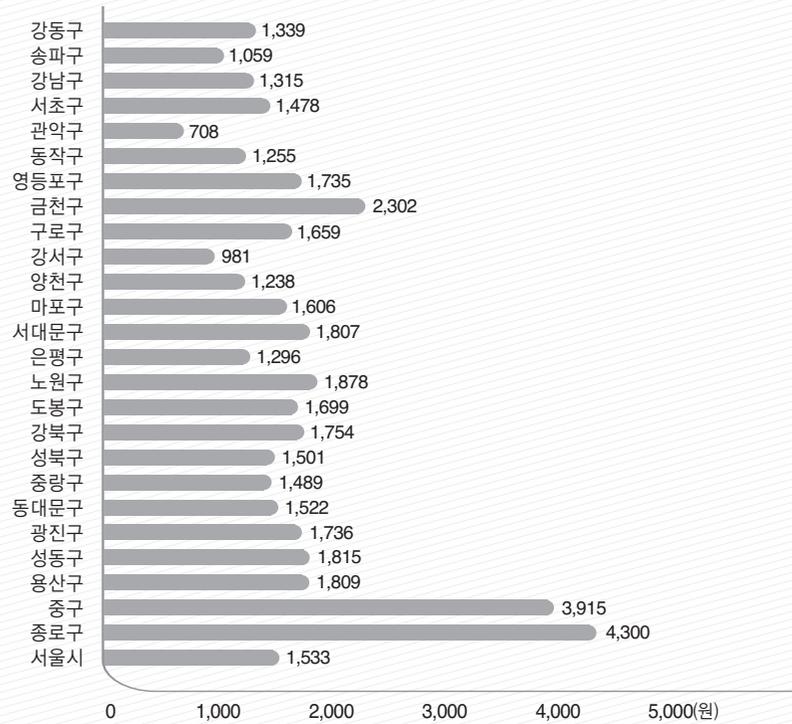
그림9_ 인구 1인당 정신보건예산



자치구

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

그림10_ 자치구별 인구 1인당 정신보건예산



※ 25개구 정신건강증진센터 예산기준 산출 (사회복지시설, 중독관리시설, 보건소 제외)

향후전망

우리나라는 국민 4명 중 1명이 전 생애 걸쳐 한 번 이상 정신건강문제를 경험하고 있는 것으로, 정신건강에 대한 관심은 높아지고 있으나 여전히 정신질환에 대한 편견은 높음. 이에 장기적으로 정신질환에 대한 편견해소와 시민들의 정신건강을 위한 예산확보가 필요하며 이를 위한 재정지원체계가 마련되어야 함.

자료원

서울특별시(2015, 2016). 2014-2015년 서울시 세입·세출 예산서
 서울시정신건강증진센터(2015, 2016). 서울시정신보건기관현황조사

Indicator 2

의료급여 정신질환자에 대한 연간지출

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

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

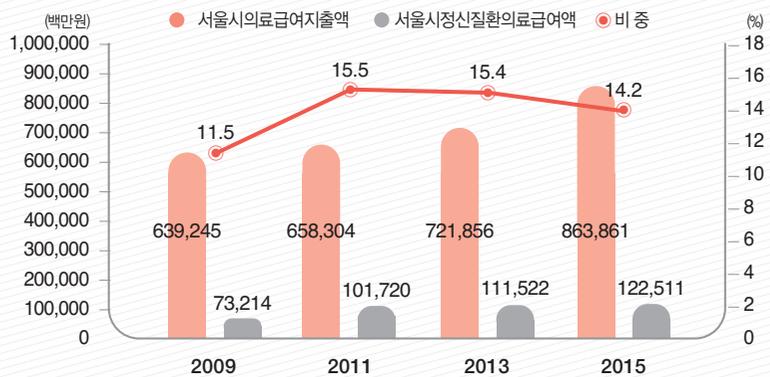
- 분자 : 서울시 거주자의 정신질환(F00~F99)으로 지출된 급여비
- 분모 : 서울시 의료급여 지출액

지표해석

- 서울시 의료급여 지출액중 정신질환(F코드)으로 지출된 급여비가 차지하는 비율은 2013년 15.4%에서 2015년 14.2%으로 1.2%p 감소함.
 - ☞ 서울시 의료급여 지출액은 863,861백만원으로 2013년(721,856백만원) 대비 19.7% 증가.
 - ☞ 정신질환(F코드)으로 지출된 급여비는 122,511백만원으로 2013년(111,522백만원) 대비 9.9% 증가.
- 전국 의료급여 가입자의 정신질환 급여비는 1,193,305백만원이며, 이중 서울시는 약 10.3%를 차지하고 있는 것으로 나타남.

그림11_ 서울시 의료급여지출 예산

(단위: 백만원)



향후전망

서울시 의료급여 지출액은 꾸준히 증가하고 있으나 정신질환으로 지출된 비중은 2011년부터 감소하고 있으며, 매년 정신질환 급여비의 80% 이상은 입원 치료로 지출되고 있음. 입원치료는 장기재원, 반복적인 재입원, 지역사회 정신보건서비스로의 단절성·분절성 등의 문제와 결부되어 있는 것으로 인권친화적인 정신보건 환경 조성 및 정신의료기관과 지역사회정신보건기관의 포괄적 정신보건전달체계 구축이 필요함.

자료원

국민건강보험공단(2016), 2015년 의료급여 통계연보
서울특별시(2016), 서울시 의료급여 지출액

Indicator 3

인구 10만 명당 거주서비스 정원

필요성

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

지표설명

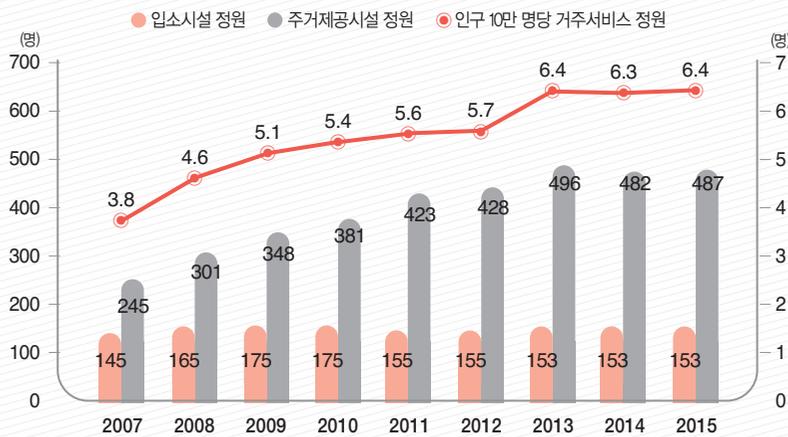
- 서울시의 주거시설은 입소생활시설과 주거제공시설을 의미함.
- 정원의 기준은 서울시 사회복지시설 현황 데이터를 기준으로 산출함.
- 전체 주거서비스 정원을 해당연도의 서울시 주민등록인구수로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 주거시설 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2015.12.31)

지표해석

- 2015년 서울시 주거시설은 입소생활시설 7개소(의료지원형 주거시설 4개소, 중독자재활시설 3개소), 주거제공시설 57개소로 총 64개소이며, 정원은 640명으로 2013년 대비 1.4%p 감소함.
- 인구 10만 명당 거주서비스 정원은 6.4명으로 2013년도까지 지속적으로 증가 추세였으나, 2014년부터 소폭으로 감소하고 있는 추세임.

그림12_ 인구 10만 명당 거주서비스 정원



향후전망

2015년 서울시 주거시설은 총 64개소로 2009년 47개소 대비 약 1.4배 증가함. 주거시설은 지속적으로 증가하다가 2013년부터 감소하고 있는 추세로 이에 따른 원인을 파악하고 주거시설을 확충할 수 있는 지원체계를 강화시켜야 하며, 더불어 사회복지시설의 질향상을 위한 평가지표 개발이 필요함.

자료원

서울시정신건강증진센터(2015, 2016). 서울시정신보건기관현황조사

Indicator 4

인구 10만 명당 주간재활시설 정원

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

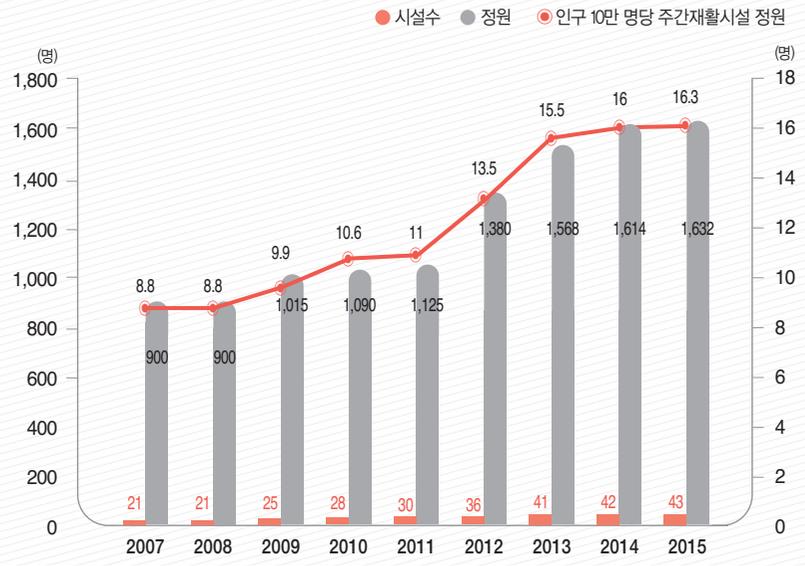
- 주간재활시설은 성인 및 소아청소년 시설을 포함함.
- 정원은 서울시 보고 데이터 근거로 산출
- 정원을 해당연도의 서울시 주민등록인구수로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 주간재활시설 정원 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2015.12.31)

지표해석

- 2015년 성인 및 소아청소년 주간재활시설은 총 43개소, 정원은 1,632명으로 2013년 대비 시설수는 2개소, 정원은 64명(4.1%p) 증가함.
- 인구 10만 명당 주간재활시설 정원은 16.3명으로 2013년 대비 0.3명 증가함.
- 주간재활시설 43개소 중 성인주간재활 시설수는 72.1%(31개소) 소아청소년 시설은 27.9%(12개소) 비율임. 소아청소년 주간재활시설의 경우 전체 12개소 중 아이존이 10개소로 소아청소년 이용시설의 대부분의 비율을 차지하고 있음.

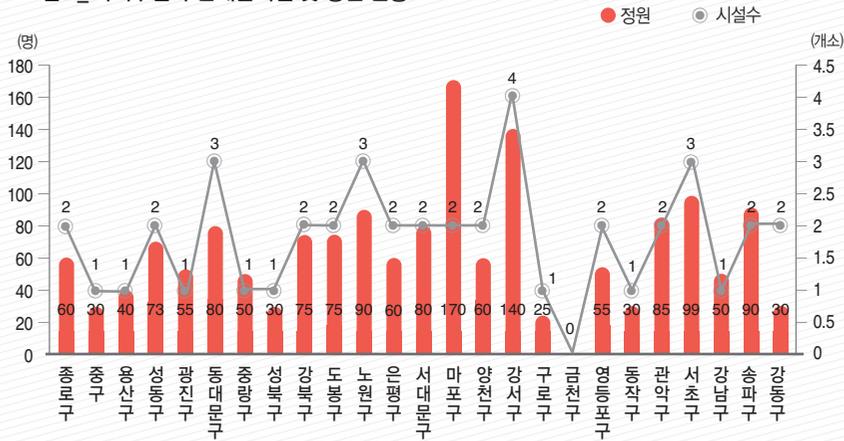
그림13_ 인구 10만 명당 주간재활시설 정원



자치구

- 구별 주간재활시설 분포를 조사한 결과 강서구가 4개소로 시설수가 가장 많았음.

그림14_자치구별 주간재활시설 및 정원 현황



향후전망

2015년 서울 내 주간재활시설은 총 43개소로 2005년 18개소 대비 약 2.4배 증가함. 주간재활시설은 지속적으로 증가하고 있는 추세이나, 서울정신건강 2020의 목표치인 70~154개소에 비해 매우 저조한 실정으로 시설의 확대 및 정원 확충이 더 활발히 이루어져야 함.

자료원

서울시정신건강증진센터(2015, 2016). 서울시정신보건기관현황조사

Indicator 5

인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

정신질환에 대한 급성기 치료 및 재활치료를 위한 적절한 병상확보가 필요함.

지표설명

- 정신질환자가 이용할 수 있는 정신병상수 확보 정도
- 2015년 12월 31일 기준의 서울시 정신의료기관 정신병상수
- 정신병상수를 해당연도의 서울시 주민등록인구수로 나눈 수치

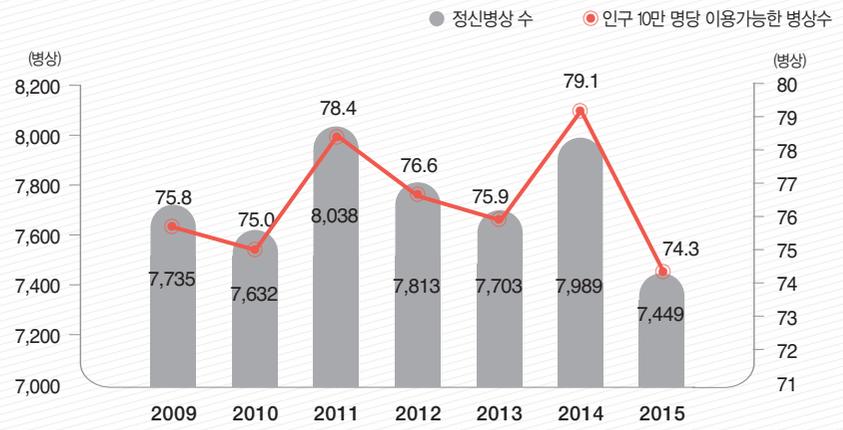
- 분자 : 서울시 정신의료기관 병상 수 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2015.12.31)

※ 서울시 국공립병원과 서울권역 외 위치한 정신의료기관 4기관 포함 (고양정신병원, 백암정신병원, 용인정신병원, 축령정신병원)

지표해석

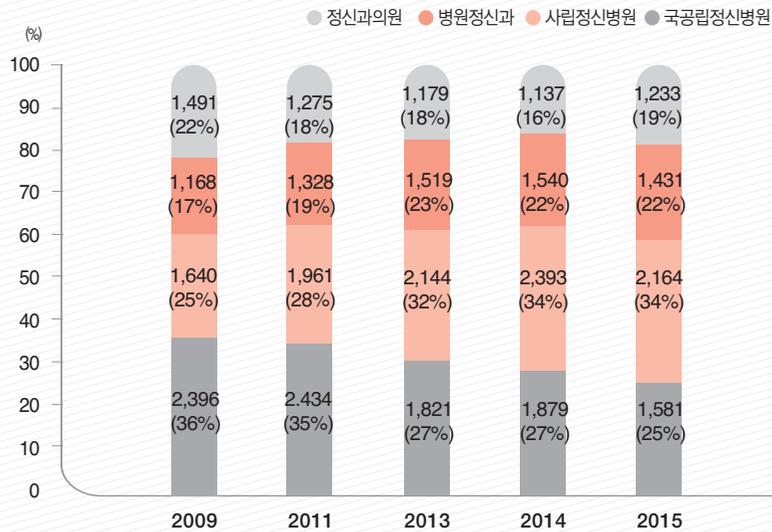
- 2015년 서울시 지원 시립정신병원 및 정신요양시설을 포함한 정신의료기관 수는 총 370개소, 정신병상수 7,449병상으로 2013년 341개소, 7,703병상 대비 의료기관 수는 29개소 증가했으나 병상 수는 254병상 감소함.
- 2015년 인구 10만 명 당 이용 가능한 정신병상 수는 74.3병상으로 2013년 75.9병상 대비 1.6병상 감소함.
- 서울시립정신요양시설 3개소를 제외한 정신병상 수는 6,409병상으로 2013년 6,663병상 대비 254병상 감소함.

그림15_ 인구 10만 명당 이용가능한 정신병상 수



- 정신병상수의 상대적 구성비 변화추이를 보면 2013년부터 사립정신병원이 전체병상수의 1/3(32%)를 차지하면서 2014년, 2015년에도 지속적으로 사립정신병원이 1/3(34%)을 차지하고 있음.

그림16_정신의료기관 유형별 정신병상 수 분포



향후전망

국가정신보건 5개년 계획(2011-2015)에 따르면, 우리나라는 OECD국가에 비해 장기입원의 경향이 높은 것으로 정신의료기관의 수용위주의 장기입원형태에 대한 문제점을 지적하고 재원적절성 평가와 제도적인 장치의 필요성을 언급함. 이에 2016년 정신건강종합대책을 통해 의료급여체계 개선을 통한 불필요한 입원을 제한하겠다고 발표함에 따라, 앞으로 적절한 수준의 입원서비스를 제공하기 위해 점차 정신병상수를 감소시킬 것으로 사료됨.

※ 정신의료기관 평균 입원일수 : 대한민국 197일, 이탈리아 13.4일, 스페인 18일, 독일 26.9일, 프랑스 35.7일('09년, 국가인권위원회)

자료원

서울특별시(2016), 서울시 정신의료기관 현황자료

Indicator 6

인구 10만 명당 정신보건전문인력

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

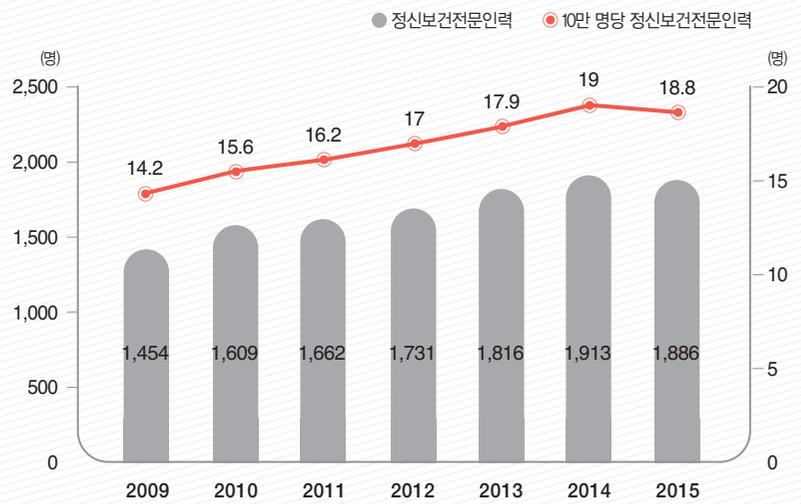
- 정신보건전문인력의 확보 정도
- 정신보건전문인력 수를 해당연도의 서울시 주민등록인구수로 나눈 수치

- 분자 : 서울시 정신보건기관 정신보건전문인력 수 × 100,000
- 분모 : 서울시 주민등록인구(2015.12.31)

지표해석

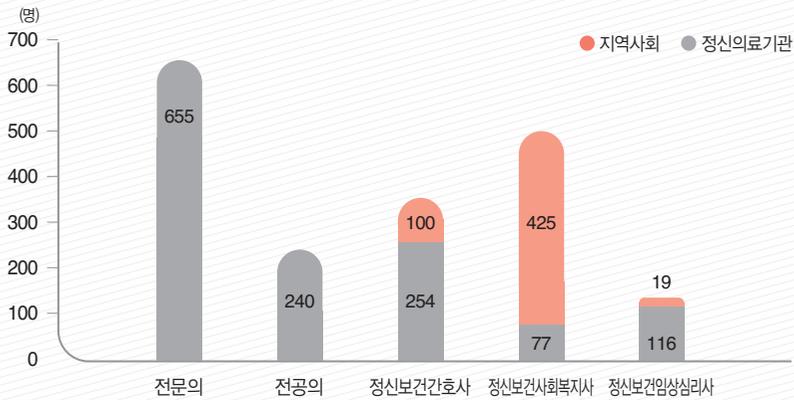
- 2015년 서울시 정신보건전문인력 수는 총 1,886명이며, 이중 지역사회 정신보건기관 정신보건전문인력 수는 544명으로 서울시 전체 정신보건전문요원의 28.8%를 차지함.
- 인구 10만 명당 정신보건전문인력 현황은 18.8명으로 2013년 17.6명 대비 1.2명 증가함.
- 정신의료기관을 제외한 지역사회 정신보건전문인력수는 544명으로 인구 10만 명당 5.3명으로 2013년 5.0명 대비 0.3명 증가함.

그림17_ 인구 10만 명당 정신보건전문인력



- 직종별 현황에서는(전문의, 전공의 제외) 전체 정신보건전문요원 중 정신보건간호사는 38%, 정신보건사회복지사 51%, 정신보건임상심리사 14%를 차지함
- 직종별 분포현황을 지역사회와 정신의료기관(전문의, 전공의 제외)으로 구분해볼 때, 정신보건간호사와 임상심리사의 경우 정신의료기관(72%, 86%)에 더 많이 분포되어 있는 반면, 정신보건사회복지사의 경우 지역사회(85%)에 더 많이 분포되어 있음.

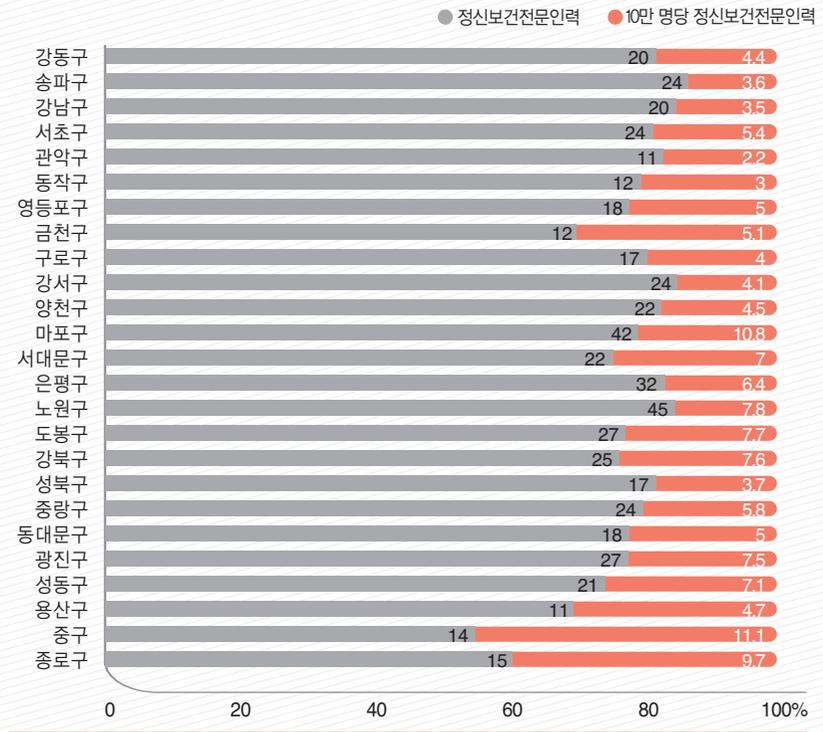
그림18_ 지역사회 정신보건기관 및 정신의료기관 정신보건전문인력 분포현황



자치구

- 자치구별 지역사회 정신보건전문인력 현황에 있어 인력수는 노원구 45명으로 가장 많았으며, 마포구 42명, 은평구 32명 순으로 나타남. 인구 10만 명당 전문인력수는 중구 11.1명으로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 마포구 10.8명, 종로구 9.7명순으로 나타남. (서울시정신건강증진센터 인력 제외)

그림19_ 자치구별 지역사회 정신보건전문인력 현황



향후전망

정신보건전문인력은 꾸준히 증가하고 있는 추세로 2009년 대비 50%증가하였고, 지역사회 전문요원 대비 의료기관의 전문요원 비중이 월등히 높은 추세임. 지역사회 정신보건의 개입범위가 치료·재활 중심에서 증진·예방 사업으로 비중이 높아지면서 정신보건 서비스의 대상이 일반시민으로 확대됨. 이에 반해 지역사회 정신보건인력의 적정 공급에 대한 추계는 이루어지지 않아 향후 이에 대한 추계를 통해 적정 전문인력 공급과 예산확보가 필요함.

자료원

서울특별시(2016), 서울시 정신의료기관 현황자료
 서울시정신건강증진센터(2015, 2016). 서울시정신보건기관현황조사

제2장 | 정신보건문제에 따른 지표

제1절 | 정신장애

제2절 | 정신질환

제3절 | 자살

제4절 | 음주

제5절 | 정신질환에 대한 사회적 인식

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

제 1 절 정신장애

1. 국내현황

1) 일년유병률

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

표18_ 정신장애 일년 유병률 비교

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

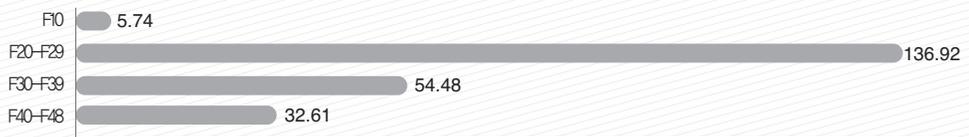
출처: 보건복지부(2012), 2011년도 정신질환실태 역학조사

2. 주요 진단별 치료현황

- 2011년 정신질환실태 역학조사에 따른 질환별 유병률 대비 주요 진단별 치료율을 분석한 결과 정신병적장애(F20-29)가 136.92%로 가장 높게 나타난 반면, 알코올 사용장애 5.74%로 가장 낮게 나타남.

※ 주요 진단별 치료율 : 건강보험통계연보 및 의료급여 통계연보 내 F코드 진료실 인원을 대상으로 치료율 파악함.

그림20_ 주요진단별 정신질환 치료율



※ 정신질환실태 역학조사에 따라 18세 미만 인구는 제외

출처: 국민건강보험공단(2016), 2015년 건강보험 통계연보, 2015 의료급여 통계연보 / 보건복지부(2012), 2011년도 정신질환실태 역학조사/행정자치부(www.moi.go.kr), 2015년 주민등록인구

제 2 절 정신질환

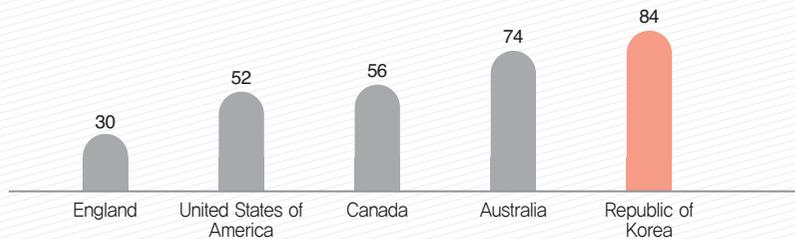
1. 초발정신질환

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 있음.
- Perkins 등(2005)는 DUP기간이 짧을수록 치료반응 및 장기 결과가 양호하다고 하였고, McGorry 등(2002)은 전구증상으로 보이는 임상적 고위험군을 조기개입하면 정신병을 예방할 수 있다고 보고되고 있음.
- 영국, 호주, 노르웨이, 덴마크, 캐나다 등의 국가에서는 DUP단축을 국가정신보건사업의 목표 중 하나로 채택하고 DUP에 관한 조사 및 연구를 실시하고 있음.

그림2_ 국가별 정신질환 미치료기간(DUP)



※ DUP (Duration of Untreated Psychosis: 정신질환 미치료기간)

2) 초발정신질환 관리

- 정신증의 초기를 아우르는 조기정신증이라는 용어는 1990년대 초반 대두되기 시작하여 호주를 필두로 독일, 영국, 미국에서 관심을 가지고 조기개입사업을 시작하여 인지치료를 활성화시키고 병의 진행단계에 따른 프로그램을 개발하여 운영하고 있음.
- 초발정신질환관리시스템 전반의 모델이 되고 있는 호주 EPPIC(Early-Psychosis Prevention and intervention Center)를 통해 초발환자의 조기치료 및 개입을 실시한 결과 입원횟수 감소, 약물용량 감소, 재원기간 감소, 삶의 질 개선 등의 효과가 있음을 검증함.
- 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.

표19_ 국가별 조기정신증 사업

모델	국가	주요서비스
EPPIC Early Psychosis Prevention and Intervention Center	호주	16~24세를 대상으로 정신병 조기발견, 집중적 치료서비스 제공, 이동진료, 위기중재, 외래환자 사례 관리, 병원과의 연계체계 구축을 통한 입원기간 최소화, 집단프로그램 서비스 제공
GEIP Griffith Early Intervention Project		아동과 10대의 우울증 및 불안을 예방하기 위한 조기개입프로그램으로, 친구(Friends)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 지어받는 방식에 있어서의 지속적인 차이를 만들어내기 위한 목표로 조기정신병 선인의 적용과 수행 지원, 조기개입에 대한 정책 기조 유지, 조기개입의 국가적 우선순위지지, 조사·연구·평가, 훈련과 개발, 의사소통접근 (communication approach)을 제공
IRIS Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia		정신병 조기개입에 대한 정보, 임상지침의 원칙, tool kit, 교육훈련 자원, 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 지속적인 평가, 사례관리 및 가족지원서비스 제공
PEPP Prevention and Early Intervention Program for Psychosis	캐나다 (온타리오)	16~50세를 대상으로 초발정신병의 진단 및 치료전략, 외래서비스, 특화된 입원시설 구축, 지역사회 사례발견운동, 집단개입프로그램, 가족개입

출처 : 서울시정신건강증진센터(2009), 서울시정신건강증진센터 4개년 사업보고서 / 국립정신건강센터(2006), 정신질환 조기개입 정책개발을 위한 기초연구

2) 국내현황

- 조기정신증은 정신병적 증상을 보이지만 증상이 고정적이지 않고, 정서와 인지기능 또한 정신병으로 확정된 상태와는 다름. 그러나 정신병적 증상을 치료하지 않고 방치한다면 정신병으로 발전되며 치료도 힘들어짐.(안석균, 2007)
- 국내에서는 2000년 이후 조기정신증에 대한 관심이 시작되었으며, 이후 병원의 정신건강 의학과를 중심으로 대상자에 대한 검진 및 치료서비스를 제공하고 관련 데이터를 통해 관련 근거를 마련하고자하는 연구를 진행함.
- 정신건강 종합대책(2016년)에 따르면 우리나라도 국민의 정신건강 증진을 목표로 정신건강 문제 발견 후 치료까지의 기간을 2020년까지 50주까지 단축시키고자 함.

※ 2011년 우리나라 DUP 기간 84주

표20_ 국내 초발정신질환자 프로그램

사업내용	기관	주요서비스
Seoul Youth Clinic 운영	서울대병원	2004년 설립되었으며, 청소년기 혹은 초기 성년기에 나타날 수 있는 정신증 증상들을 조기 발견하고 치료하기 위한 교육, 검사, 치료의 통합 서비스를 통한 개인별 맞춤형 관리 프로그램을 제공하고 있음.
청년클리닉 For you 운영	세브란스병원	'조기 정신증' 이 있거나 혹은 '임상적 고위험군'에 속한 청년에게 실질적인 치료 및 예방 서비스를 제공하고 있음.
조기정신증 그룹인지치료	광주북구정신건강증진센터	광주북구정신건강증진센터에서 중증정신질환자 만성화예방을 위해 개발한 프로그램으로 인지훈련, 인지왜곡 교정, 자존감 및 대인관계향상 총 3가지 주제로 구성되어 서비스를 제공하고 있음.
조기정신증 집중 평가 및 사례관리	서울시 정신건강 증진센터	K-SIPS(Structured interview for Prodrome Syndrome)등을 이용한 집중 평가시스템을 통해 조기정신증 대상을 조기발견하고 정신증 이환 대상을 중심으로 지역기반 사례관리 서비스를 제공하고 있음.
STEP Program		초발정신질환자 사례관리 프로그램(STP)을 활성화시키기 위한 양질의 교육을 운영하고, 관련 콘텐츠 개발하여 보급하고 있음. 더불어 사례관리 프로그램, 개인상담, 정신건강교육, 집단프로그램, 가족교육 및 가족상담을 제공하고 있음.

3) 서울시현황

- 서울시는 2006년부터 청(소)년을 주요 대상으로 정신건강서비스의 접근성을 완화시키기 위한 다양한 프로그램을 운영함으로써 청(소)년정신건강을 증진시키는데 목표를 두고 있음. 이에 따라, 서울시정신건강증진센터는 조기정신증 조기발견을 위한 청년마음검진프로그램 운영, 만성화예방을 위한 STEP프로그램²⁾ 운영 등을 지원하고 있음.

2. 중증정신질환

1) 국외현황

(1) 외국의 재원기간 분포

- 72개국이 보고한 정신병원의 재원기간을 살펴보면, 입원환자의 77%는 재원기간의 중앙값이 1년 미만이었으며, 1년 이상은 23%(약1/4)으로 나타났음.³⁾ 소득수준에 따라 재원기간의 차이를 보이는데, 재원기간이 1년 미만인 환자의 비율을 살펴보면, 저소득국가(low income countries)에서는 95%, 중하위소득국가(lower-middle income countries) 77%, 중상위소득국가(upper-middle income countries) 67%, 고소득국가(high income countries) 71%로 나타났음 (Mental Health Atlas 2011).
- 유럽국가 중 이탈리아는 평균 입원일수가 13.4일로 가장 짧은 반면, 아일랜드는 130일로 가장 길게 나타나고 있으며 OECD 국가의 평균 재원기간은 10-35일 수준으로 나타남.(국가인권위원회, 2008)

표21_ 유럽의 평균입원일수

(단위: 일)

국가	년도	평균입원일수
오스트리아	1999	17.6
덴마크	2000	36.0
핀란드	1999	46.0
프랑스	1998	35.7
독일	1997	26.9
아일랜드	1999	130.0
이탈리아	1998	13.4
스페인	1999	18.0
스웨덴	1998	28.0
영국	1999	52.0

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

2) 서울지역 초발정신질환 사례관리 프로그램

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

(2) 입원유형 및 재입원 현황

■ 입원유형 현황

- 미국의 플로리다 주의 비자의입원 유형은 단일체제로 절차상 진료입원과 치료입원으로 나뉘어졌으며, 입원 후 72시간이 지나면 법원에서 정신과전문의 2인의 진단과 치료에 대한 외부 환경적 요소, 입원 이외 다른 치료방법 등 환자중심으로 고려하여 입원을 결정함.
- 영국의 경우 비자의입원의 유형으로 진단을 위한 입원(admission for assessment), 치료를 위한 입원(admission for treatment)으로 나뉘어져 환자의 상태에 따른 적절한 입원을 신청할 수 있으며, 입원절차 상 가까운 친족, 승인된 사회사업가의 입원신청 후 정신과전문의 2인의 소견에 따라 입원이 가능함.
- Mental Health Atlas 2014에 따르면, 우리나라 비자의입원율은 74%로 고소득 국가 대비 매우 높은 비자의입원을 보이고 있으며, 동남아시아와 서태평양 지역의 비자의입원비율(60%이상)보다 더 높은 수준으로 나타남.

표22_ WHO 고소득 국가(high income)의 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 indicator)
- 2015년 OECD health Statistics 자료에 따르면, 2012년을 기준으로 OECD 주요국의 조현병 환자가 정신과 퇴원 후 30일 이내 재입원율이 가장 높은 국가는 이스라엘(16.57%)이며, 가장 낮은 국가는 헝가리(8.5%)로 나타남.

그림22_ OECD 국가별 조현병 환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원율⁴⁾

(단위: % / 환자 100명당 연령·성별 표준화율)



출처 : 보건복지부·한국보건사회연구원(2016), OECD Health Statistics 2016

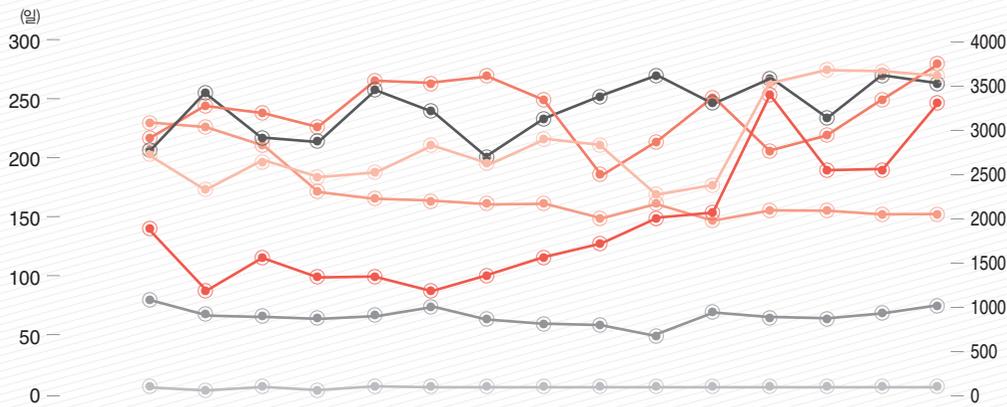
4) OECD Health Statistics 2015, 통계는 2012년 기준임.

2) 국내현황

(1) 국내 재원기간 분포

- 우리나라 평균 재원기간은 2014년 기준 281일로 전년대비 약 19일 정도 증가하였으며, 2007년 이후 꾸준히 증가하고 있음.
- 정신의료기관별 재원기간을 살펴보면, 종합병원 정신과의 재원기간이 가장 짧게 나타났으며 다음으로 국립정신병원, 정신과의원, 병원정신과, 공립정신병원, 사립정신과병원순으로 나타났음.
- 정신의료기관별 평균 재원기간의 변화추이를 살펴보면, 대체로 재원기간이 감소하다 2009년 이후 증가하고 있으며, 반면 종합병원 정신과와 병원 정신과의 경우 재원기간이 2000년에 비해 감소하고 있음. 특히 병원 정신과의 경우 231일에서 154일로 재원기간이 단축됨.
- 정신의료기관별 특성에 따라 재원기간의 차이가 나타나고 있으며, 재원기간을 줄이기 위해서는 영향을 주는 증상의 중증도, 진단명, 사회적 지지도 등 요인들을 분석하여 적절한 유인체계 마련이 요구됨.

그림23_정신의료기관별 평균재원기간(중앙값) 변화추이



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
● 국립정신병원	142	89	118	102	101	89	102	117	128	152	153	256	191	192	248
● 공립정신병원	207	256	216	216	260	240	200	235	254	272	248	267	233	272	265
● 사립정신병원	220	248	240	229	266	264	271	252	186	217	252	208	223	252	281
● 종합병원정신과	80	69	67	65	69	75	65	61	61	50	71	66	65	70	75
● 병원정신과	231	228	215	173	168	165	164	163	150	164	150	157	157	153	154
● 정신과의원	75	61	74	60	77	74	73	75	88	93	99	103	105	111	114
● 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

출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

(2) 입원유형 및 재입원 현황

■ 입원유형 현황

- 전국 정신의료기관 입원환자는 2014년 기준으로 81,625명으로, 2000년 대비 38.3%p 증가하였고, 매년 입원환자 수는 증가하고 있음.
- 2000년 이후 자의입원 비율은 증가하고 있으며 2014년에는 전체 입원유형의 29.7%를 차지함.

표23_연도별 입원유형별 현황

(단위: 명, %)

연도	계	자의입원	보호의무자 입원			시장·군수·구청장에 의한 입원	응급입원 ³⁾
			가족	시장·군수·구청장	기타입소 ¹⁾		
2000	59,032	3,393(5.8)	36,945(62.6)	18,694(31.7)	-	-	-
2001	60,079	4,041(6.7)	39,167(65.2)	16,868(28.1)	-	-	-
2002	61,066	3,946(6.5)	40,263(65.9)	16,857(27.6)	-	-	-
2003	64,083	4,182(6.6)	41,853(65.9)	17,293(26.3)	755(1.2)	-	-
2004	65,349	5,024(7.7)	44,024(67.4)	15,618(23.9)	683(1.0)	-	-
2005	67,895	6,036(8.9)	45,958(67.7)	15,316(22.6)	585(0.9)	-	-
2006	70,967	6,534(9.2)	49,935(70.4)	13,917(19.6)	579(0.8)	-	-
2007	70,516	6,841(9.7)	51,028(72.4)	11,961(17.0)	686(0.9)	-	-
2008	72,325	9,387(13.0)	50,425(69.7)	11,580(16.0)	785(1.1)	112(0.2)	37(0.1)
2009	74,919	12,087(16.1)	50,575(67.5)	11,154(14.9)	851(1.1)	176(0.2)	76(0.1)
2010 ²⁾	75,282	15,271(20.3)	51,714(68.7)	7,027(9.3)	910(1.2)	251(0.3)	109(0.1)
2011 ²⁾	78,637	16,833(21.4)	53,533(68.1)	6,853(8.7)	1,045(1.3)	323(0.4)	50(0.1)
2012	80,569	19,441(24.1)	53,105(65.9)	6,737(8.4)	1,013(1.3)	230(0.3)	43(0.1)
2013	80,462	21,294(26.5)	51,132(63.5)	6,320(7.9)	1,401(1.7)	262(0.3)	53(0.1)
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)

주1) 기타입소는 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등

주2) 부랑인 시설 입소자 제외

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

출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

■ 재입원 현황

- 건강보험심사평가원의 조사에 의하면, 2014년도 중증정신질환자 진단코드⁵⁾에 한하여 정신의료기관에서 퇴원한 환자 중 약 10%는 재입원하였고, 한 달 이내(30일) 재입원하는 경우는 동일병원 24.2%, 타병원 13.6%로 나타남.

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

표24_ 중증정신질환자의 재입원 현황

구분		재입원율(%)
7일 이내	동일병원 재입원	13.3%
	타 병원 재입원	11.1%
30일 이내	동일병원 재입원	24.2%
	타 병원 재입원	13.3%

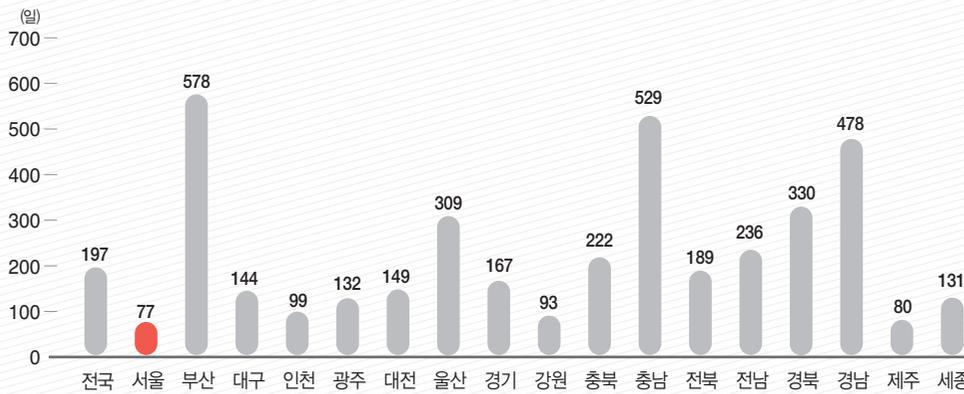
출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

3) 서울시현황

(1) 서울시 재원기간 분포

- 시도별 재원기간 분포에 있어, 2014년 서울시의 정신의료기관(정신요양시설제외) 재원기간 중앙값은 77일로 17개 시도 중 재원기간 분포에 있어 가장 낮은 수치임.

그림24_ 시도별 정신의료기관 재원기간(중앙값) 분포⁶⁾

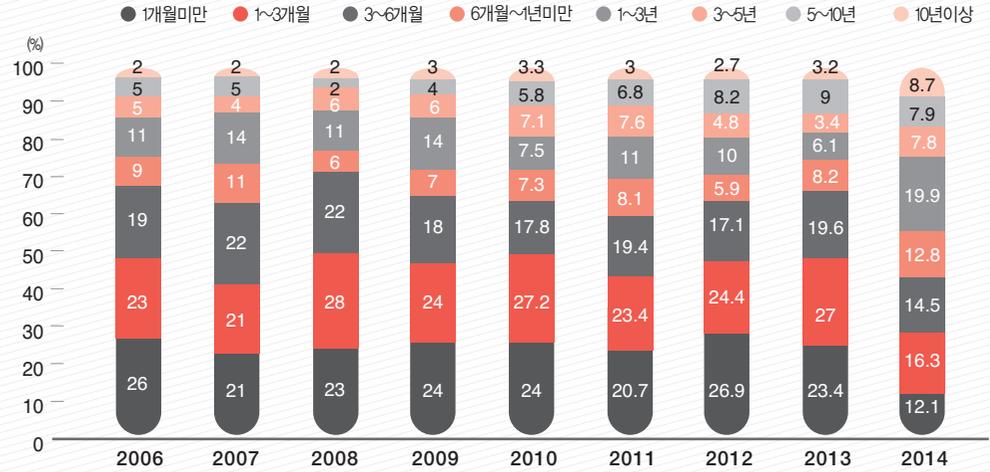


출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

- 2014년 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자들의 재원기간은 6개월 미만 42.9%로 작년 대비 27.1% 감소하였고, 6개월 이상 입원한 대상자의 비율이 57.1%로 절반이상을 차지하고 있음. 특히 3개월 미만이 급감한 반면, 1년~3년 사이가 13.8% 증가함.
- 정신질환자의 장기입원이 작년 대비 급증한 것으로 정신질환자의 단기입원과 지역사회 중심의 재활 및 사회복귀 활성화를 위한 제도적 장치가 필요함.

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

그림25_서울지역 정신의료기관 재원기간 분포비율 (단위: %)



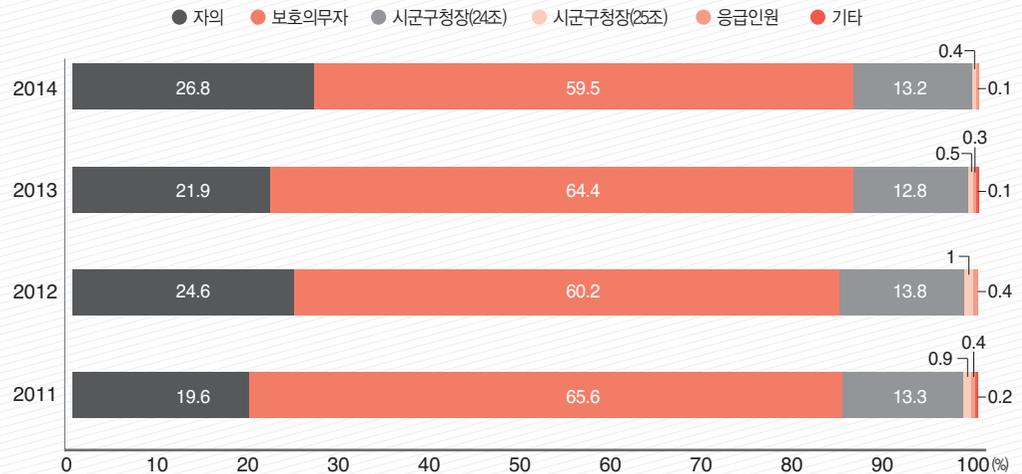
출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

(2) 입원유형 및 재입원 현황

■ 입원유형 현황

- 2014년 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 대상자의 자의입원 비율은 전년대비 약 4.9%p 증가함.
- 전국 정신의료기관의 자의입원 비율이 약 29.7%인것과 비교해 서울시는 26.8%로 나타나 전국대비 약 2.9%p 낮게 나타남.

그림26_서울시 정신의료기관의 입원유형별 분포 현황⁷⁾



출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

⁷⁾ 많은 국가가 계획한 입원과 계획하지 않은 입원을 구분하는데 한계가 있어 30일 이내 재입원을 계획에 없던 재입원의 대리지표로 사용하고 있음. 분모는 해당 연도에 조현병이나 조울증을 주진단 혹은 부진단으로 병원에 입원한 환자의 수임. 해당연도에 퇴원 후 30일 이내에 같은 병원에 정신 질환으로 재입원한 환자수임. 당일입원환자(24시간 이내)는 분자에 포함되지 않음.

제 3 절 자살

1. 국외현황

1) 자살현황 및 추이

- 2016년 OECD health data 자료에 따르면 2014년 기준 OECD 회원국 평균 자살에 의한 사망률은 인구 10만 명당 11.8명으로 2012년 12.1명 대비 0.3명 감소함.
- OECD 회원국 중 자살사망률이 가장 낮은 국가는 터키(1.3명)로 OECD 평균 자살률보다 9.1배 낮고, 자살사망률이 가장 높은 국가는 우리나라(28.7명)로 OECD 평균 자살률보다 2.4배 높게 나타남.
- OECD 회원국의 성별 평균 자살율을 살펴보면 남성 18.9명, 여성 5.5명으로 모든 회원국에서 남성이 여성에 비해 높은 자살률을 보이고 있음.
- 우리나라 성별 평균 자살율은 2013년 남성 43.3%, 여성 16.8%로 2009년 대비 남성 5%, 여성 6% 감소되었음.

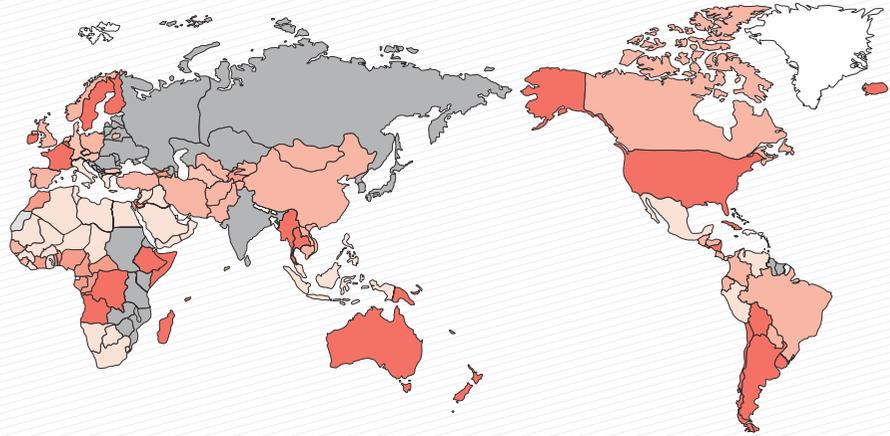
표 25_ OECD 국가의 연령별표준화 자살사망률

(단위: 명/인구10만명당)

국가명	2009			2014			국가명	2009			2014		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자		전체	남자	여자	전체	남자	여자
호주	10.7	16.6	5.0	12.2	18.7	6.0	한국	33.8	48.3	22.8	28.7 (2013)	43.3 (2013)	16.8 (2013)
오스트리아	14.1	23.7	6.2	13.9	22.7	6.4	룩셈부르크	9.3	14.2	4.5	12.3	19.2	5.5
벨기에	17.9	27.0	9.6	16.7 (2013)	24.9 (2013)	9.0 (2013)	멕시코	5.0	8.8	1.6	5.2 (2013)	9.1 (2013)	1.7 (2013)
캐나다	11.1	17.4	5.1	10.5 (2013)	15.9 (2011)	5.3 (2011)	네덜란드	8.9	12.8	5.3	10.5 (2013)	15.2 (2013)	6.1 (2013)
칠레	13.3	22.4	5.0	10.3 (2013)	17.6 (2013)	3.6 (2013)	뉴질랜드	12.0	19.2	5.4	12.4 (2012)	18.8 (2012)	6.4 (2012)
체코	13.2	23.8	4.0	13.3	22.7	5.0	노르웨이	11.9	17.4	6.6	10.9	16.0	5.8
덴마크	10.8	17.3	4.7	11.3 (2012)	17.5 (2012)	5.4 (2012)	폴란드	16.3	29.5	4.5	14.7	26.7	3.8
에스토니아	19.3	35.9	5.9	17.3	32.1	5.9	포르투갈	8.9	15.6	3.5	10.0	16.5	4.6
핀란드	18.9	28.6	9.8	14.2	22.1	6.8	슬로바키아	10.8	21.1	2.0	9.6	18.1	2.7
프랑스	16.2	25.8	8.0	14.4 (2013)	23.1 (2013)	6.7 (2013)	슬로베니아	20.0	33.3	8.0	-	-	-
독일	10.3	16.7	4.8	10.7	17.0	5.1	스페인	6.9	11.4	3.0	7.5	11.8	3.7
그리스	3.2	5.6	0.9	4.2 (2012)	7.1 (2012)	1.5 (2012)	스웨덴	12.9	18.8	7.3	11.4	15.8	7.2
헝가리	23.3	40.4	9.5	18.0	31.0	7.5	스위스	13.4	21.1	6.5	12.2 (2013)	18.9 (2013)	6.3 (2013)
아이슬란드	11.8	18.7	4.6	-	-	-	터키	2.0	3.5	0.9	2.6 (2013)	4.1 (2013)	1.3 (2013)
아일랜드	11.7	18.8	4.7	10.8 (2013)	17.3 (2013)	4.2 (2013)	영국	6.8	10.9	2.9	7.5 (2013)	12.2 (2013)	3.0 (2013)
이스라엘	6.2	9.9	2.8	5.5 (2013)	9.0 (2013)	2.3 (2013)	미국	12.2	20.0	5.0	13.1 (2013)	21.1 (2013)	5.7 (2013)
이탈리아	5.9	9.8	2.5	6.3 (2012)	10.5 (2012)	2.6 (2012)	일본	22.2	33.4	11.7	18.7 (2013)	27.2 (2013)	10.6 (2013)

출처 : 보건복지부·한국보건사회연구원(2016). OECD Health Statistics 2016

그림27_ 세계 자살률 MAP(연령표준화 / 인구 100,000명당), 2012



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

출처 : Preventing suicide A global imperative. WHO report, 2014

2. 국내현황

1) 자살 생각률⁸⁾

- 2013년 '최근 1년 동안 진지하게 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 사람⁹⁾'의 비율은 19세 이상(표준화)에서 4.6%로 나타남.
- 자살생각률(만19세이상)은 남자 3.5%로, 여자 5.7%보다 낮았으며, 연령별에서 남녀 모두 70세 이상이 가장 높았고, 소득수준은 낮을수록 높게 나타남.

표26_ 연령별 자살생각률

(단위: %)

구분	연령									
	19세이상	19-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	19-64	65+	
2013년	4.6	4.2	2.0	4.3	5.6	5.2	8.5	4.1	7.6	
남녀 전체	4.6	4.2	2.0	4.3	5.6	5.2	8.5	4.1	7.6	
남자	3.5	2.5	1.4	4.0	4.9	3.5	7.4	3.2	5.6	
여자	5.7	6.3	2.7	4.7	6.4	6.8	9.2	5.0	9.0	

출처 : 보건복지부·질병관리본부(2014). 2013 국민건강통계

2) 자살현황 및 추이

- 2015년 우리나라 사망자는 275,895명이며, 이중 자살로 사망한 사람은 전체 사망자의 4.9%인 13,513명으로 전년 대비 323명(2.3%p) 감소한 수치임.

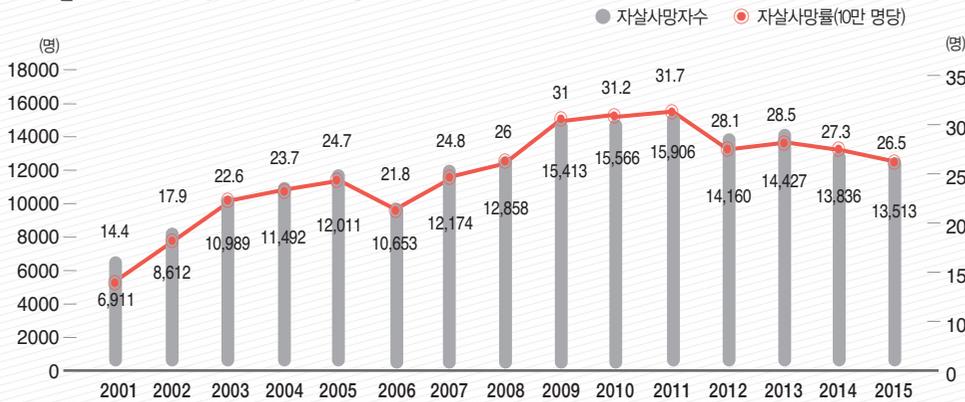
8) 2014년부터 우울증선별도구 조사와 중복을 피하기 위해 순환조사항목으로 설정됨. 이에 2014년도 미 실시.

9) 2013년부터 자살생각에 대한 국제비교를 위해 문항 수정되어 이전 자료와 비교 불가능.
(죽고 싶다는 생각을 해본 적이 있습니까? → 진지하게 자살을 생각한 적이 있습니까?)

제2장 정신보건문제에 따른 지표

- 사망원인 순위에서 자살로 인한 사망은 2007년부터 4위를 기록해온 이후 2015년 5위로 하락함. 성별에 따른 자살로 인한 사망순위를 구분해보면 남성 4위, 여성 6위로 남성이 여성보다 자살로 인한 사망율이 높은 것으로 나타남.
- 연령대별 사망원인 순위를 살펴보면 10대, 20대, 30대에서 자살로 인한 사망원인 1위로 나타났고, 40대, 50대에서 자살로 인한 사망원인 2위로 나타남.
- 월별 자살사망률은 5월(10.1%)과 4월(9.9%)에서 가장 많았고, 12월(7.2%)이 가장 적게 발생함.

그림28_ 연도별 자살사망자수 및 자살사망률 변화추이



출처 : 통계청(2016), 2015년 사망원인 통계

3) 변인별 사망률

- 2015년 성·연령별 자살사망자 수를 연령별로 살펴보면, 40대, 50대, 70대 이상의 자살사망자 수가 높고, 10대와 20대의 자살 사망자 수가 낮게 나타남.
- 성별 자살률은 남성이 여성에 비해 2.4배 높았고, 모든 성별에서 자살률이 감소(남성 1.8% ▼, 여성 3.6% ▼)하였으며, 여성이 남성에 비해 감소율이 2배 더 높게 나타남.

표27_ 성·연령별 자살사망자수

(단위 : 명)

	전연령	연령								
		0-9세	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	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	1,295	2,224	2,690	2,659	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

표27_성·연령별 자살사망자 수

(단위: 명)

	전연령	연령								
		0-9세	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70세이상	
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	1,433	1,906	2,011	1,353	1,915
	2013	10,060	0	186	720	1,489	2,101	2,266	1,354	1,943
	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
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

출처: 통계청(2016), 2015년 사망원인 통계

표28_연령대별 3대 사망원인 구성비 및 사망률

(단위: %인구 10만 명당)

연령	1위			2위			3위		
	사망 원인	구성비	사망률	사망 원인	구성비	사망률	사망 원인	구성비	사망률
0	출생전후기에 기원한 특정병태	52.4	147.6	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	21.8	61.6	영아 급사 증후군	5.5	15.6
1-9세	악성신생물(암)	17.6	2.1	운수 사고	14.2	1.7	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	9.1	1.1
10-19세	고의적 자해(자살)	27.1	4.2	운수 사고	21.4	3.3	악성신생물(암)	15.2	2.4
20-29세	고의적 자해(자살)	41.3	16.4	운수 사고	16.2	6.4	악성신생물(암)	12.4	4.9
30-39세	고의적 자해(자살)	35.5	25.1	악성신생물(암)	21.4	15.1	운수 사고	7.6	5.4
40-49세	악성신생물(암)	29.1	47.0	고의적 자해(자살)	18.5	29.9	간 질환	8.5	13.7
50-59세	악성신생물(암)	38.8	137.0	고의적 자해(자살)	9.7	34.3	심장 질환	7.8	27.5
60-69세	악성신생물(암)	43.6	330.6	심장 질환	9.0	68.1	뇌혈관 질환	7.0	53.3
70-79세	악성신생물(암)	34.2	799.1	심장 질환	10.1	236.6	뇌혈관 질환	10.0	234.5
80세이상	악성신생물(암)	16.8	1438.6	심장 질환	12.3	1051.7	뇌혈관 질환	10.3	884.3

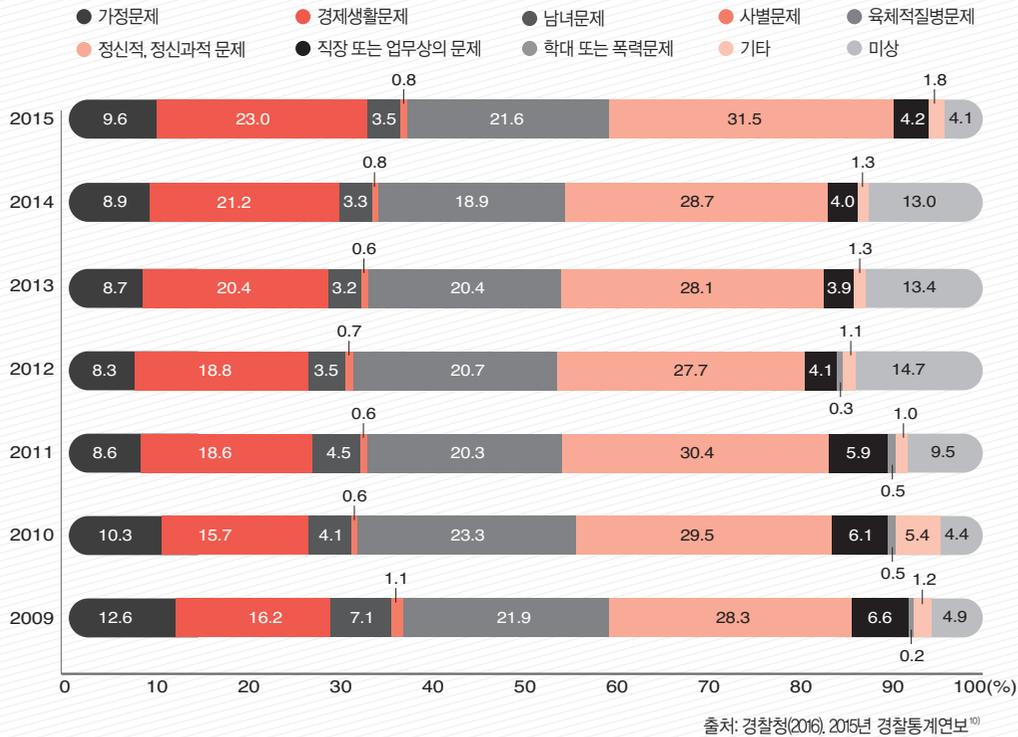
출처: 통계청(2016), 2015년 사망원인 통계

4) 자살 원인 및 자살 방법

- 2015년 자살사망자들의 자살원인은 정신적·정신과적 문제 31.5%, 경제생활문제 23.0%, 육체적 질병문제 21.6%순으로 나타났으며, 2014년과 비교하여 비슷한 양상을 보이고 있음.
- 경제적 생활문제를 원인으로 한 자살자 비율이 2009년 이후 해마다 증가하고 있으며, 정신적·정신과적 문제를 원인으로 한 자살자 비율 또한 전체 자살원인 중 가장 높은 비율을 차지하고 있음. 이에 자살률 감소를 위해 자살과 관련된 정신과적 문제에 대한 적극적인 치료 유입 방안 모색이 필요해보임.

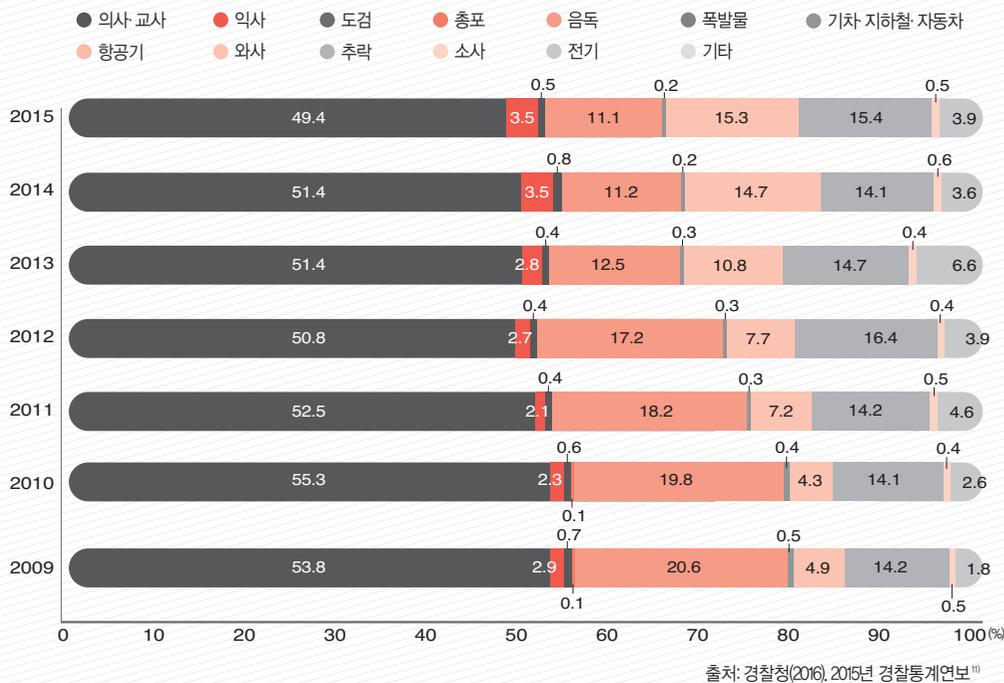
제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

그림29_연도별 자살원인 (단위%)



• 2015년 자살사망자의 자살방법으로 의사 및 교사에 의한 질식사(49.4%)가 가장 많은 비중을 차지함.

그림30_연도별 자살방법



10) 11) 경찰청 데이터로 통계청 데이터와 차이가 있을 수 있음

3. 서울시현황

- 2015년 연령표준화 자살률은 강원도(28.7명)가 가장 높고, 서울시(19.9명)는 세종특별자치시(19.7명), 광주광역시(19.8명)에 이어 3번째로 낮음.
- 2000년 대비 시도별 자살률을 살펴보면, 대부분의 지역에서 상승을 보였으나 2011년 이후 소폭씩 감소추세를 보이고 있으며 서울시 또한 2013년 대비 2.7% 감소를 보임.

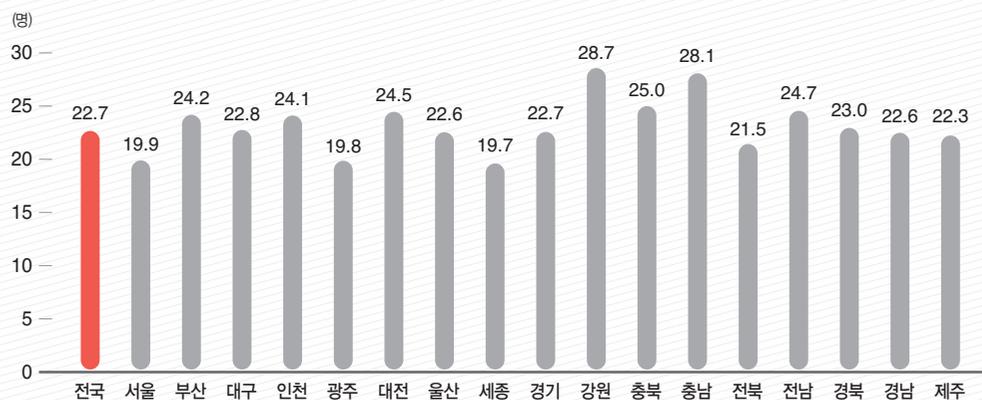
표29_ 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률의 상대적 비율

(단위: 명)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전국	14.6	15.5	18.9	23.4	24.2	24.7	21.3	23.9	24.7	29.1	28.7	28.8	25.1	25.1	23.9	22.7
서울	9.7	10.0	14.5	17.5	19.5	20.1	17.1	19.6	20.7	24.6	24.3	24.6	21.2	22.6	21.7	19.9
부산	13.7	16.8	16.7	22.4	26.9	26.1	21.2	24.1	25.9	29.3	29.3	28.6	26.5	24.9	25.1	24.2
대구	13.6	11.7	15.6	21.2	23.0	22.9	20.4	22.6	24.5	28.0	27.9	27.5	22.4	24.1	22.2	22.8
인천	16.9	15.8	19.7	28.0	22.6	26.7	23.5	24.1	27.2	30.7	31.0	31.2	29.4	27.9	26.2	24.1
광주	12.5	10.9	15.1	19.1	21.6	20.6	17.5	23.6	22.1	28.8	30.7	26.1	24.6	21.6	22.7	19.8
대전	15.6	15.1	18.5	23.5	25.0	27.7	23.7	25.3	22.9	31.1	29.0	29.0	24.1	22.6	24.5	24.5
울산	15.0	18.8	16.6	27.7	23.5	23.5	18.3	21.3	23.4	25.9	24.6	25.5	22.8	23.6	23.8	22.6
세종	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33.6	14.7	15.2	19.7
경기	15.0	16.6	21.1	24.7	24.9	26.2	22.1	23.2	24.6	28.8	28.9	29.2	25.5	25.8	23.5	22.7
강원	19.4	24.3	27.7	35.9	32.8	31.7	27.4	33.0	33.0	38.1	36.8	37.7	31.4	32.0	29.9	28.7
충북	18.4	21.2	23.6	27.4	28.9	31.3	26.0	28.4	30.6	37.5	31.9	33.6	30.6	29.3	26.6	25.0
충남	23.2	23.9	23.1	29.9	31.4	32.0	27.9	31.7	30.3	38.8	36.9	36.5	30.0	30.3	30.9	28.1
전북	16.4	18.1	22.1	26.7	25.4	23.8	22.7	28.0	26.8	31.0	28.3	31.6	25.1	24.5	25.4	21.5
전남	16.0	15.8	21.5	25.0	23.5	21.8	20.0	21.8	23.8	28.0	29.0	27.8	25.8	25.7	24.4	24.7
경북	20.5	19.1	22.8	25.6	26.8	25.1	22.8	26.2	25.1	29.2	29.7	30.0	27.1	25.8	24.0	23.0
경남	16.7	18.4	22.7	26.4	27.6	26.8	24.1	27.4	27.0	29.2	29.3	29.2	24.0	24.3	23.5	22.6
제주	17.7	18.9	18.6	27.6	24.0	27.3	20.5	24.5	28.1	31.7	30.2	28.5	29.4	30.5	25.9	22.3

출처: 통계청(2016), 2015년 사망원통계

그림31_ 2015년 시도별 인구 10만 명당 연령표준화 자살률

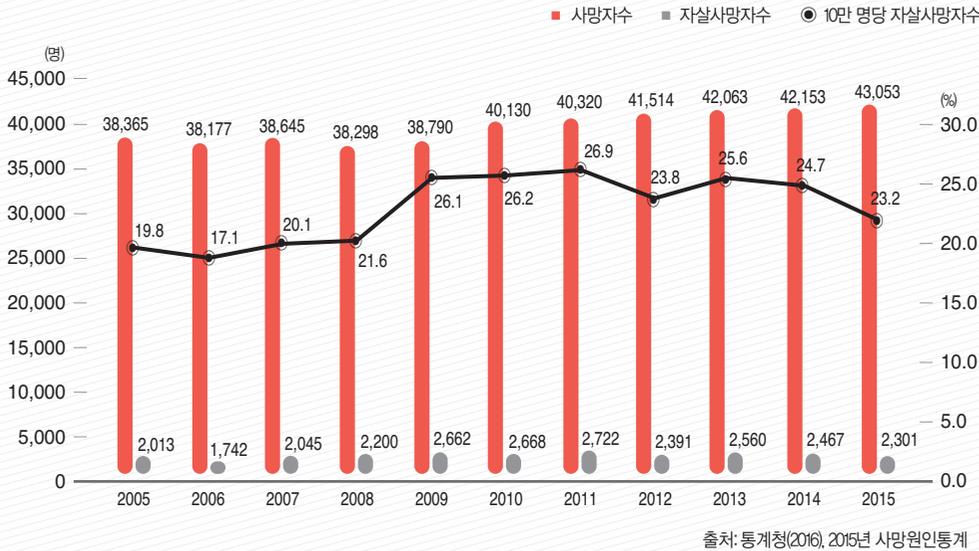


출처: 통계청(2016), 2015년 사망원통계

제 2 장 정신보건문제에 따른 지표

- 2015년 서울시 사망자 43,053명 중 자살사망자는 2,301명(인구 10만명 당 23.2명)으로 전체 사망자의 5.3%를 차지하고 있으며 자살사망자수는 작년대비 6.7% 감소한 것으로 나타남.

그림32_ 연도별 서울시 사망자수 및 자살사망자수 변화추이



- 서울시 연령별 자살자수는 2013년 대비 2015년 70세 이상을 제외한 모든 연령대에서 감소하였고, 30대와 50대에서 대폭 감소한 것으로 나타남.
- 전국의 경우 70대 이상의 자살사망률이 가장 두드러지며, 서울시도 마찬가지로 70대 이상 자살사망률이 가장 높게 나타남. 서울시 자살사망 증감율을 살펴보면 작년과 비교하여 30대와 50대의 자살률이 가장 많이 감소하였고, 70대 이상 자살률이 가장 많이 증가하였음.

표30_ 서울시 연령별 자살사망자수 변화추이

(단위 : 명, %)

구분	연령								
	전연령	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
2000	919	1	36	168	170	175	164	104	101
2008	2,200	1	66	347	406	399	344	299	338
2009	2,662	0	77	382	517	467	457	360	402
2010	2,668	0	63	343	495	492	481	341	451
2011	2,722	0	60	344	493	511	499	341	474
2012	2,391	0	58	238	428	438	496	305	428
2013	2,560	0	53	285	434	484	536	310	457
2014	2,467	0	49	246	424	488	514	305	440
2015	2,301	0	41	208	352	462	439	298	501

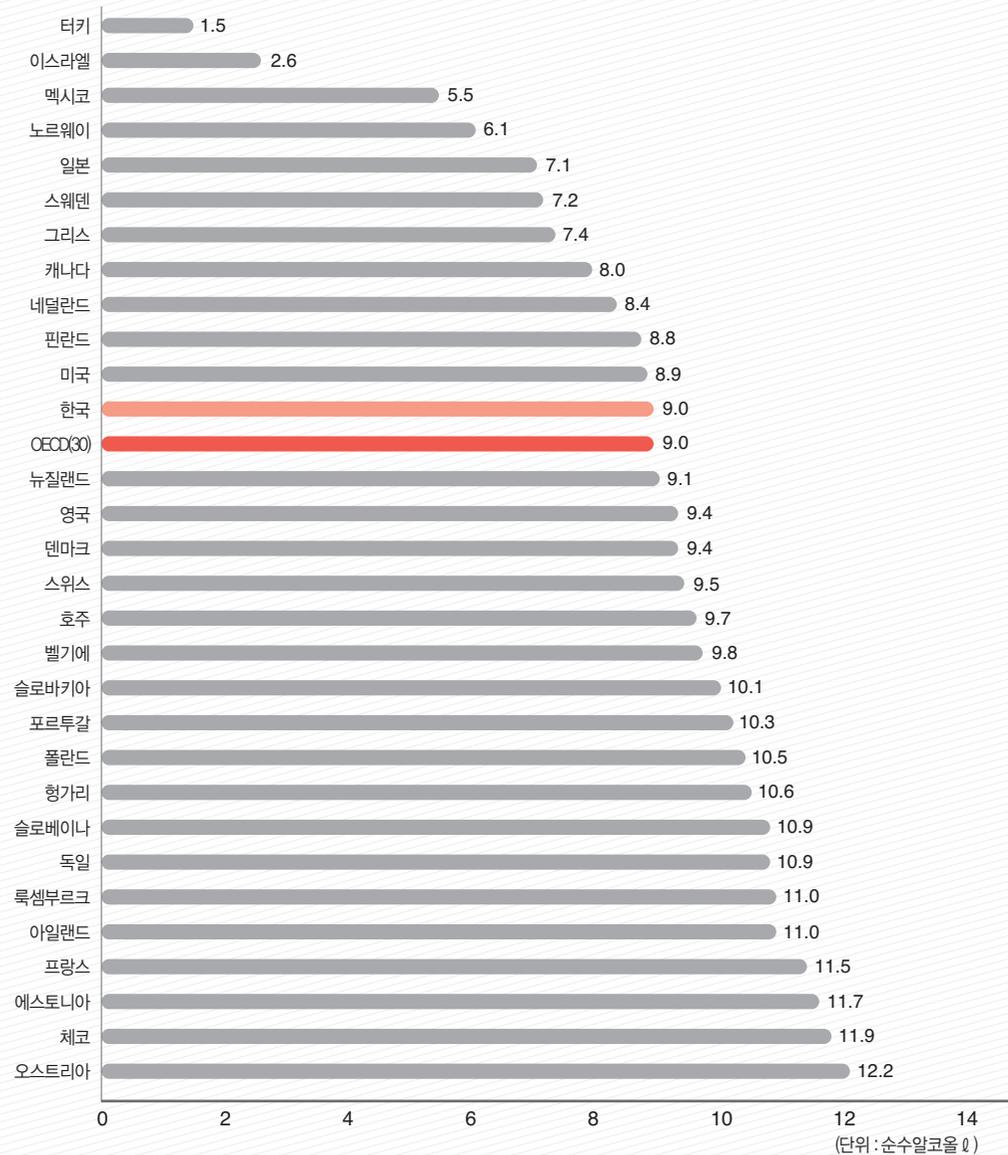
출처: 통계청(2016), 2015년 사망원인통계

제 4 절 음주

1. 국외현황

- 2014년 OECD회원국 평균 알코올 소비량은 15세 이상 성인 인구 1인당 9.0리터로 나타났으며, 우리나라는 평균과 동일한 수준임.

그림33_ OECD 국가의 알코올 소비량¹²⁾ (15세 이상 인구 1인당)



출처: 보건복지부·한국보건사회연구원(2016), OECD health Statistics 2016

12) 2014년(혹은 인접년도) 통계가 있는 회원국의 평균임.

* 호주(2013), 오스트리아(2011), 벨기에(2012), 덴마크(2013), 독일(2013), 그리스(2011), 헝가리(2013), 이스라엘(2011), 룩셈부르크(2013), 포르투갈(2011), 미국(2013)

2. 국내현황

1) 청소년 음주현황

- 2015년 청소년 백서 수록 자료에 의하면 청소년의 음주시작연령은 2015년 13.1세로 2013년(12.9세) 대비 2015년 0.2세 높아졌으며, 현재 음주자의 위험 음주율 또한 2013년(7.6세) 대비 2015년(8.4세) 0.8세 높아짐. 2013년까지 지속적으로 감소하다 2014년부터 증가하고 있는 추세임.
- 중고등학생을 대상으로 조사한 청소년건강행태온라인조사에 따르면 청소년의 현재 음주율은 남학생 20.0%, 여학생 13.1%로 남학생이 여학생보다 6.9% 높았으며, 고등학생(남학생 30.0%, 여학생 19.4%)이 중학생(남학생 8.8%, 여학생 5.9)에 비해 높게 나타남.

표31_ 연도별 청소년 음주관련 지표

(단위 : %)

영역	2013			2014			2015		
	전체	남학생	여학생	전체	남학생	여학생	전체	남학생	여학생
처음 음주 경험 연령(세) ¹³⁾	12.9	12.8	13.0	12.9	12.8	13.1	13.1	12.9	13.3
현재 음주자의 위험 음주율 ¹⁴⁾	7.6	8.7	6.4	7.9	9.5	6.3	8.4	9.6	7.0

출처: 여성가족부(2015), 2015 청소년백서

2) 월간음주율, 고위험음주율 (시도별)

- 2015년 전국 평균 월간 음주율은 61.2%로 17개 시군구에서 최대 63.6%(울산), 최소 51.7%(전북)의 값으로 나타남. 연간 음주자의 고위험 음주율에 있어 전국평균 18.8%로 17개 시군구에서 최대 22.8%(강원), 최소 15.3%(세종)의 값을 나타냄.

표32_ 시도별 19세 이상 월간음주율, 연간음주자의 고위험음주율

(단위 : %)

구분	월간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
전국	61.2	73.3	44.4	18.8	27.9	7.5
서울	61.6	76.9	46.9	17.7	26.9	6.9
부산	60.9	77.0	45.5	19.2	29.2	7.0
대구	58.7	75.0	43.0	16.8	25.1	6.7
인천	60.8	74.6	47.0	19.0	27.3	8.7
광주	60.2	76.7	44.4	16.7	24.7	6.9
대전	59.2	74.5	44.0	18.4	26.7	7.9
울산	63.6	79.3	47.1	19.1	27.9	7.4
경기	61.6	76.5	46.7	18.8	27.6	7.9

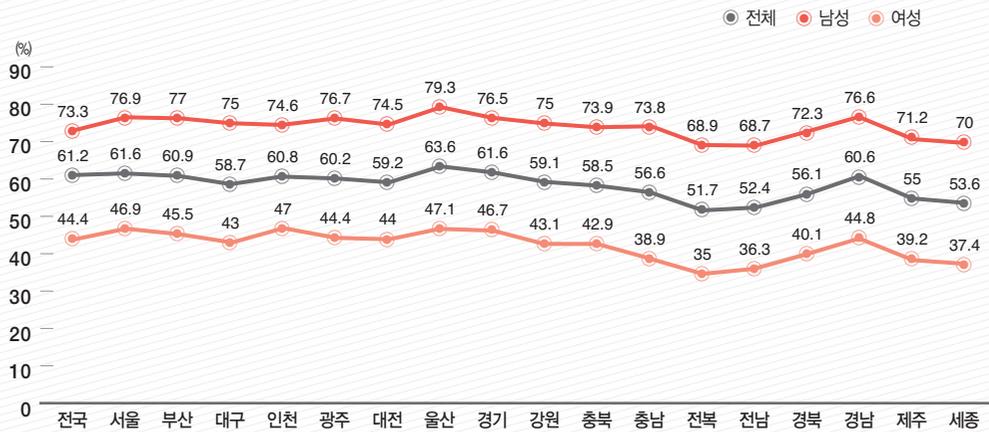
13) 평생 음주 경험자 중에서 처음으로 1잔 이상 술을 마신 연령의 평균

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

구분	월간음주율			연간음주자의 고위험음주율		
	전체	남성	여성	전체	남성	여성
강원	59.1	75.0	43.1	22.8	32.8	9.7
충북	58.5	73.9	42.9	20.2	30.0	7.6
충남	56.6	73.8	38.9	20.3	29.0	7.7
전북	51.7	68.9	35.0	19.3	27.3	8.3
전남	52.4	68.7	36.3	18.5	26.7	7.2
경북	56.1	72.3	40.1	19.5	29.4	6.7
경남	60.6	76.6	44.8	21.0	31.2	7.9
제주	55.0	71.2	39.2	20.0	29.6	7.3
세종시	53.6	70.0	37.4	15.3	22.3	6.5

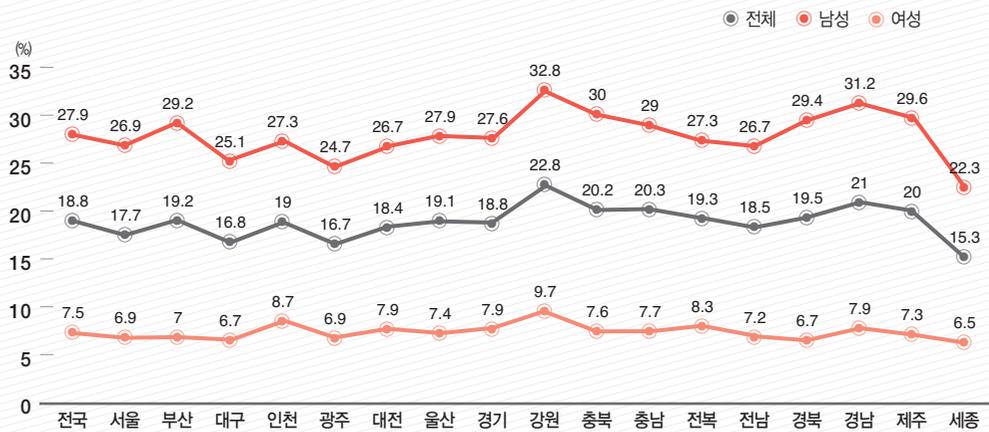
출처: 보건복지부·질병관리본부(2016), 2015년 지역사회건강조사

그림34_월간음주율



출처: 보건복지부·질병관리본부(2016), 2015년 지역사회건강조사

그림35_연간음주자의 고위험음주율



출처: 보건복지부·질병관리본부(2016), 2015년 지역사회건강조사

3) 알코올 사용장애

- 18세 이상 64세 이하의 인구 중 알코올 사용장애는 전체 인구의 4.4%인 158만명으로 2005년 도부터 꾸준히 감소하고 있는 추세로, 2014년 대비 1.32%, 2005년 대비 11.7% 감소하였음.
- 남성과 여성의 일년 유병률을 살펴보면, 남성이 6.6%, 여성이 2.1%로 남성이 여성보다 약 3.1배 높음.

표33_알코올 사용장애 일년유병률 및 추정환자수

(단위 : % 명)

구분	전체		남성		여성	
	유병률(%)	추정환자수	유병률(%)	추정환자수	유병률(%)	추정환자수
알코올남용	2.1	748,030	3.4	1,211,096	0.9	156,923
알코올의존	2.2	783,650	3.2	581,908	1.2	209,230
전체	4.4	1,567,301	6.6	1,200,185	2.1	366,153

출처: 보건복지부(2012), 2011년도 정신질환실태 역학조사 / 행정자치부 홈페이지(www.moi.go.kr), 2015년 서울시 주민등록인구

- 19세 이상의 평생음주자 중 최근 1년 동안 음주문제로 상담을 받은 경험율은 평생음주자 0.4%로 2012년 대비 1% 감소하였으며, 매우 낮은 비율임을 알 수 있음.
- 남성의 경우 등에 거주하며 소득수준이 상위권 미만일 때, 여성의 경우 읍면에 거주하며 소득수준이 하위권일 때 음주문제에 대한 상담경험율이 높은 것으로 나타남.

표34_평생 음주자의 연간 음주문제 상담경험율

(단위 : %)

구분		평생음주자		
		전체	남성	여성
연령	19세 이상	0.4	0.3	0.5
	65세 이상	0.3	0.2	0.3
거주지역	동	0.4	0.4	0.4
	읍면	0.4	0.2	0.6
소득수준	하	0.8	0.4	1.1
	중하	0.3	0.4	0.2
	중상	0.2	0.4	0
	상	0.3	0.1	0.5

출처: 보건복지부·질병관리본부(2015), 2014 국민건강통계

4) 음주로 인한 사회적 피해

- 음주로 인한 사회경제적 비용은 GDP의 2%인 약 23조 9천억원으로 추산되며 이는 해마다 증가되고 있는 추세임.
- 2012년 한국보건사회연구원의 「음주로 인한 사회경제적 비용 및 음주폐해 예방사업비용 효과성추계」 연구자료에 따르면, 20세 이상 음주로 인한 질병과 사고로 발생한 사회 경제적 비용은 총 7조 3,698억원으로 이중 질병으로 인한 사회적 비용이 83%, 사고로 인한 사회경제적 비용은 17.0%로 나타남. 음주로 인한 범죄사고까지 포함할 경우 사회경제적 비용은 더욱 높아질 것으로 추정함.
- 음주는 자살과도 밀접하게 연관되어 있어 많은 연구에서 자살자의 상당수는 자살 전 음주한 상태로 보고됨. (알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011)
- 경찰청(2015) 범죄통계에 의하면 주취상태에서 범죄피해를 받은 인원은 137,191명으로 교통범죄가 70.3%(96,388명)로 가장 높았으며, 다음으로 폭력범죄 19.3%(26,464명), 특별경제범죄 2.1%(2,894명), 강력범죄 1.5%(2,114명), 지능범죄 1.4%(1,946명)순으로 나타났음.
- WHO에서 음주와 관련이 있다고 보고된 30개 질환에 대한 건강보험 지출현황을 살펴보면 2005년 3조2,127억 원에서 2009년에는 6조 1,226억원으로 1.91배 증가하였고, 세부질환별로는 고혈압(37.6%), 허혈성 뇌졸중(16.2%), 허혈성 심장질환(12.9%), 출혈성 뇌졸중(5.9%), 간암(5.3%) 순으로 총진료비 발생이 높은 것으로 나타남. (알코올사업지원단·가톨릭대학교 산학협력단, 2011)
- 경찰통계연보에 따르면, 2015년 음주로 인한 교통사고는 232,035명으로 이로 인한 사망자수는 4,621명으로 나타남. 2014년 대비 교통사고건수는 3.8% 증가하였고, 사망자수는 3% 감소한 수치임.

표35_ 연도별 음주운전에 의한 교통사고 및 사망인원

(단위: 건/명)

연도	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
교통사고(건)	231,990	226,878	22,711	223,656	215,354	223,552	232,035
사망자(명)	5,838	5,505	5,229	5,392	5,092	4,762	4,621

출처: 경찰청(2016). 2015년도 경찰통계연보

3. 서울시현황

- 서울시의 연간음주자의 고위험음주율¹⁵⁾은 17.7%로 전국평균(1.1%)보다 낮은 수준이며 17개 시군구 중 14번째 순위이나 월간음주율(61.6%)은 전국평균(61.2%)보다 0.4% 높으며, 17개 시군구중 3번째로 높은 순위임. 음주습관이 위험 수준에 도달하지는 않았으나 음주를 빈번하게 즐기는 인구수가 많다고 추정해 볼 수 있음. (표34 참조)

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

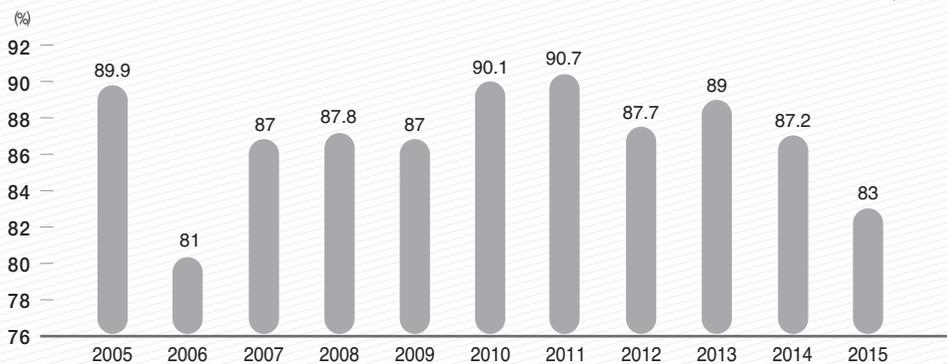
제 5 절 정신질환에 대한 사회적 인식

1. 국내현황

1) 정신질환에 대한 지식 & 태도

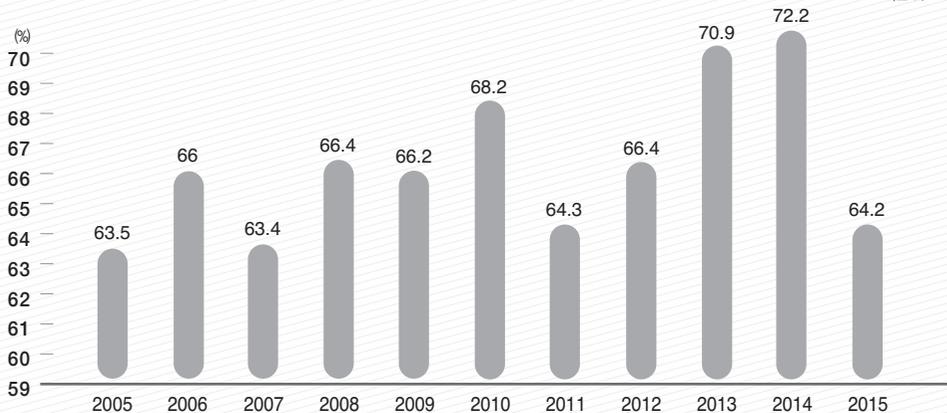
- 2015년 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터의 <대국민 정신건강에 관한 지식 및 태도조사>에 따르면 '정신질환은 누구나 걸릴 수 있다'의 문항에 가능하다고 응답한 비율이 83%로 2014년 대비 4.2% 감소함.
- '정신질환이 있는 사람들도 정상적인 삶을 살 수 있다'에 가능하다고 응답한 비율은 64.2%로 2013년 대비 6.7% 감소하였고, 절반 이상의 응답자가 정신질환자를 사회의 구성원으로 인정하고 수용하는 태도가 점점 줄어들고 있는 것을 알 수 있음.
- 2015년 정신질환에 대한 지식과 태도는 2013년 대비 전반적으로 줄어들고 있는 것으로, 정신질환에 대한 거부감과 사회적 편견이 높아지고 있음.

그림36_ '정신질환은 누구나 걸릴 수 있다' 긍정 응답비율



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2014 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 / 중앙정신보건사업지원단(2015), 2015 정신건강 지식 및 태도조사

그림37_ '정신질환이 있는 사람들도 정상적인 삶을 살 수 있다' 긍정 응답비율



출처 : 중앙정신보건사업지원단(2014), 2014 중앙정신보건사업지원단 사업보고서 / 중앙정신보건사업지원단(2015), 2015 정신건강 지식 및 태도조사

2. 정신보건서비스 이용률

- 최근 1년 동안 정신적인 문제로 인해 방문, 전화, 인터넷을 통해 상담 받은 경험은 전체의 1.2%로 2013년 2.5%보다 큰 폭으로 감소하였고, 남성 19-29세와 여성 50-59세를 제외한 전 연령층에서 상담 경험률이 감소함.
- 정신문제 상담경험은 여성이 남성보다 2배 더 높은 수준을 보였으며, 모든 연령층에서 여성이 남성보다 높게 나타났고 특히 70대에서 여성과 남성의 상담서비스 이용률이 약 7.3배로 가장 큰 차이를 보임.
- 2011년 정신질환실태 역학조사에 의하면, 우리나라 정신의료서비스 이용률은 15.3%로 2005년(11.4%)보다 3.9% 상승하였으나, 미국과 비교하여 현저하게 낮은 수치로 정신보건에 대한 홍보와 마케팅을 통한 접근성을 높이는 것이 필요함.

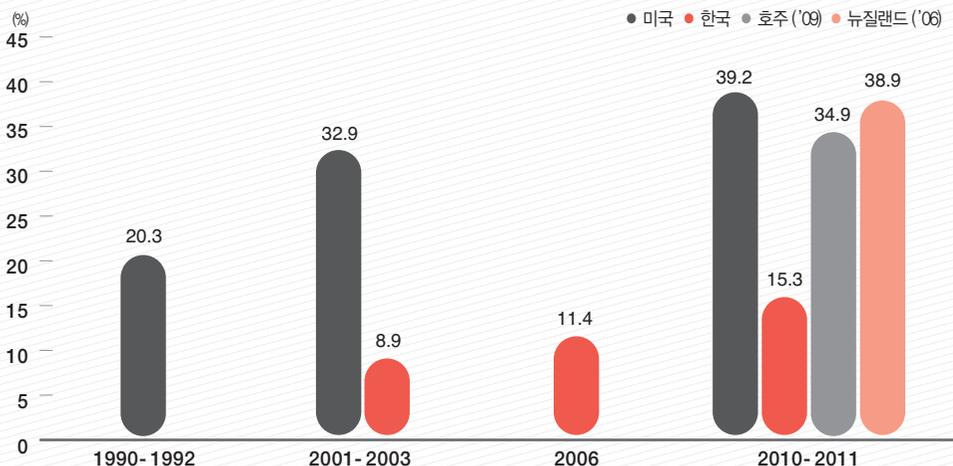
표36_ 정신문제 상담경험률¹⁶⁾

(단위: %)

구분	계	연령						
		19-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
전체	2008	2.1	1.7	3.0	1.8	1.5	2.0	2.5
	2011	2.4	3.1	1.7	2.0	2.8	2.7	2.0
	2013	2.5	2.3	2.9	3.1	1.7	2.1	2.5
남성	2008	1.4	2.0	1.9	0.9	1.1	0.6	1.5
	2011	1.9	2.8	1.2	2.0	1.9	1.8	1.1
	2013	1.3	0.4	1.0	2.2	1.3	1.3	0.9
여성	2008	2.7	1.4	4.1	2.7	1.9	3.2	3.2
	2011	2.8	3.5	2.2	2.0	3.6	3.6	2.5
	2013	3.6	4.4	4.8	3.9	2.2	2.4	3.5

출처: 보건복지부·질병관리본부(2014). 2013국민건강통계

그림38_ 정신의료서비스 이용률



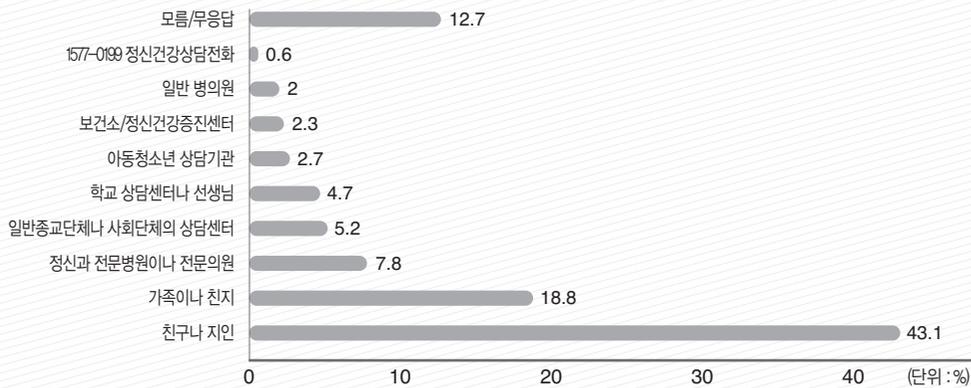
출처: 보건복지부(2012). 2011년도 정신질환실태 역학조사

16) 2014년부터 정신문제 상담경험률 산출방식이 변경되었고, 2014 국민건강통계집 내 개시되지 않음. 격년마다 조사되는 항목으로 4년 후 비교 가능함.

3. 서울시현황

- 2015 정신건강에 관한 서울시민 인식조사에 따르면, 정신건강 관련 문제로 상담/도움을 받은 대상은 친구나 지인 43.1%로 가장 높았으며, 2013년 대비 9.3% 감소함. 1577-0199 정신건강상담전화는 0.6%로 가장 낮았으며 지속적으로 적극적인 홍보가 필요함.

그림39_ 정신건강 관련 문제로 도움/상담을 받은 대상

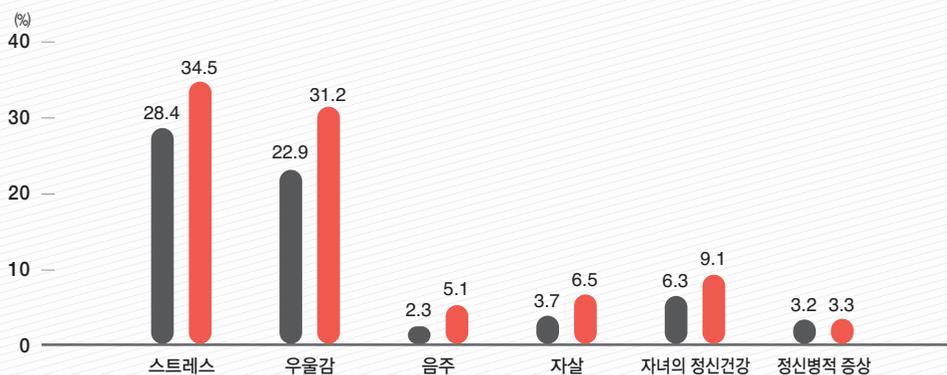


출처: 서울시정신건강증진센터(2015), 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사

- 구체적으로 정신건강 문제 경험에 따른 도움 요청 정도는 스트레스 34.5%로 가장 높았으며, 2013년 대비 6.1% 증가함. 2013년 대비 2015년 증가율을 살펴보면 우울감 8.3%로 가장 높은 증가율을 보임.

그림40_ 정신건강 서비스 이용 경험

(단위: %)

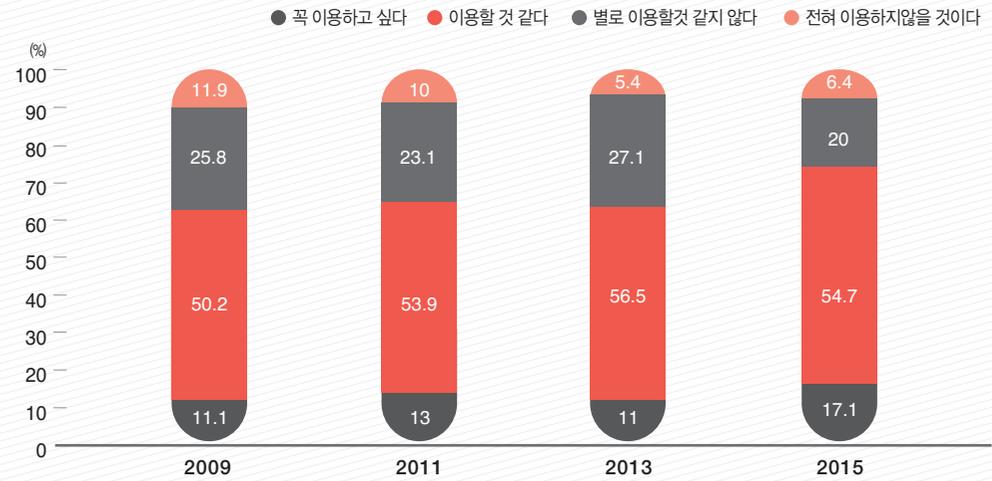


출처: 서울시정신건강증진센터(2015), 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사

- 정신건강 서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 응답한 사람은 71.8%로 2013년 대비 4.3%p 증가함.

그림41_ 정신건강증진센터 이용의향

(단위: %)



출처: 서울시정신건강증진센터(2015), 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사

Indicator

Indicator 7. 서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률

Indicator 8. 주요 진단별 정신질환 치료율

Indicator 9. 서울시민의 자살생각률

Indicator 10. 인구 10만 명당 자살사망률

Indicator 11. 서울시민 고위험 음주율

Indicator 12. 서울시민 우울감 경험률

Indicator 13. 서울시민 스트레스 인지율

Indicator 14. 정신질환자에 대한 지역사회 수용도

Indicator 7

서울시민의 서울시 소재 정신의료기관 이용률

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

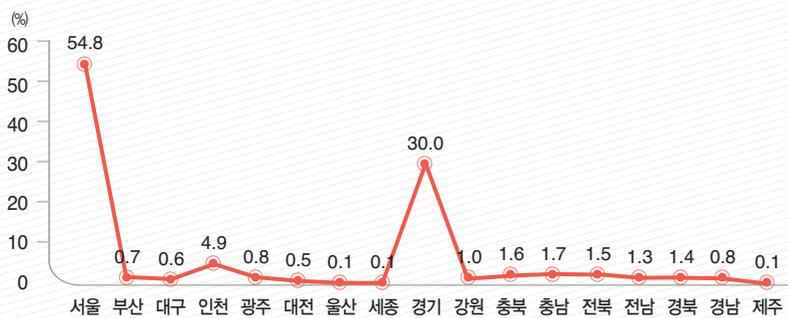
- 국민건강보험공단의 2016년 6월까지의 지급분에 대한 통계자료를 근거
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 진료 현황
- 입원 진료실인원
- 1차 진단명을 부여하고 청구한 내역 중 주진단명 기준으로 발체

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

지표해석

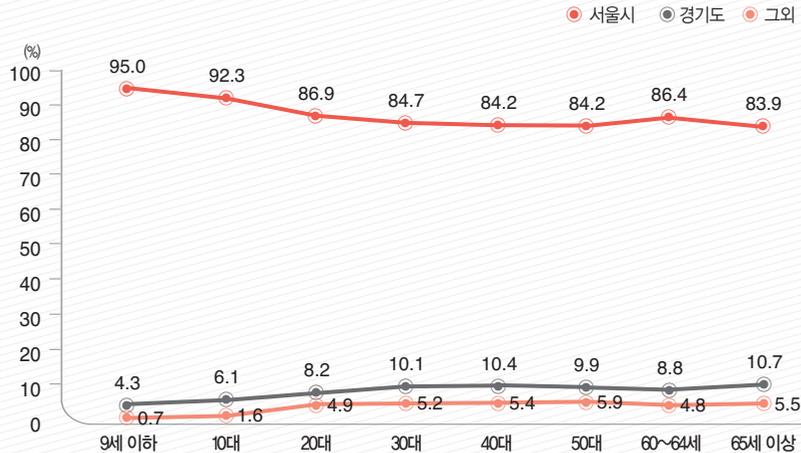
- 2015년 서울시 거주자 중 입원 및 외래를 포함하여 F코드로 진료를 받은 실인원은 623,624명이며, 이중 입원 진료실인원은 45,085명으로 나타남.
- 45,085명 중 서울시 소재 의료기관에서 입원진료를 받은 사람은 24,695명, 즉 54.8% 로 이용비율이 가장 높았으며, 그 다음으로 경기 30.0%, 인천 4.9% 순으로 나타났음.
- 2013년 대비 서울소재의료기관 입원진료 비율은 15.6% 증가함.

그림 42_ 서울시민의 전국정신의료기관 이용현황 (실인원)



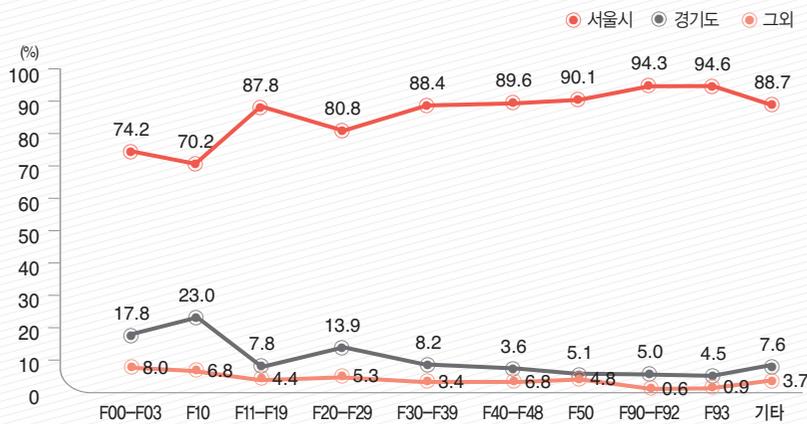
- 연령별 요양기관 소재지별 이용현황을 살펴보면, 전 연령층에서 서울소재 지 이용분포가 80%이상으로 나타남.
- 2013년 대비 9세 이후를 제외한 전 연령대에서 서울 소재 정신의료기관을 이용하는 비율이 높아짐.

그림43_연령별 정신의료기관 이용현황



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

그림44_진단별 정신의료기관 이용현황



향후전망

서울시민의 80% 이상 서울소재 정신의료기관을 이용하고 있으며, 이는 진단별, 연령별 구분 없이 서울소재 정신의료기관 이용율이 다른 해와 비교했을 때 월등히 높게 나타남. 이는 2015년 7월부터 기초생활보장제도 맞춤형 급여가 실시되어 진료실 이용인원 증가, 즉각적인 치료개입 등으로 서울소재 정신의료기관 이용이 증가한 것으로 사료됨.

자료원

국민건강보험공단(2016). 2015 건강보험통계연보

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.

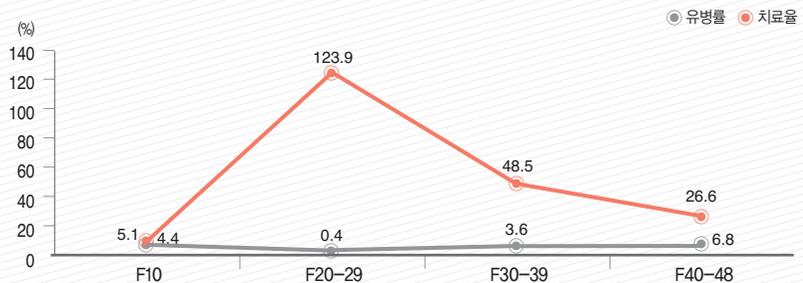
지표설명

- 서울시 거주자의 정신질환치료실태 파악
- 국민건강보험공단의 2016년 6월까지의 지급분에 대한 통계자료를 바탕으로 함.
- 서울시 주소지를 가지고 있는 사람의 요양기관 소재지별 약국을 제외한 입원 및 외래 진료 현황을 기준으로 의료급여와 건강보험의 합계
 - 분자 : F코드 진료실인원
 - 분모 : 서울시 인구 × 정신질환 유병율

지표해석

- 2015년 진단별 치료율을 살펴보면, 정신병적 장애(F20코드)가 123.9%로 가장 높게 나타났으며, 기분장애(F30코드) 48.5%, 불안장애(F40코드) 26.6%, 알코올 사용장애(F10) 5.1%로 나타남.
- 2013년과 비교해보면, 정신병적장애(F20코드)의 증가폭이 매우 높았으며, 기분장애(F30코드), 알코올사용장애(F10코드) 소폭 향상되었음. 그러나, 불안장애(F40코드)는 2013년 22%p 크게 향상되다가 2015년 소폭 감소되었음.

그림45_정신질환 진단별 유병률과 치료율



향후전망

정신병적 장애와 기분장애는 치료율이 지속적으로 증가하고 있으나, 알코올 사용장애는 높은 유병율 대비 치료율이 가장 낮음. 이는 우리나라가 음주문화에 여전히 관대하며 치료율을 높일 수 있는 정책적인 대안이 필요한 것으로 사료됨. 더불어 기분장애와 불안장애의 치료율이 지속향상 될 수 있도록 전 국민을 대상으로 국가차원 인식개선활동이 이뤄져야 함.

자료원

국민건강보험공단(2016). 2015 건강보험통계연보
보건복지부(2012). 2011년 정신질환실태 역학조사

Indicator 9

서울시민의 자살생각률

필요성

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

지표설명

- 자살사고 수준 정도
- 서울시에 거주하는 만 15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다는 질문에 긍정 응답을 한 사람의 비율
 - 분자: 지난 1년 동안 죽고 싶은 생각을 한 적이 있다고 응답한 사람 × 100
 - 분모: 만 15세 이상-65세 미만 서울시 거주자 1,000명(2015년 10월 기준)

지표해석

- 지난 1년 동안 진지하게 자살을 생각한 적이 있다고 응답한 사람은 128명으로 전체 응답자의 12.8%를 차지함.

※ 2013년 자살 조사 문항조사 설문지의 자살문항에서 가벼운 자살생각에 대한 문항에 “예”에 체크한 사람에 한하여 진지하게 자살을 생각 문항에 답할 수 있도록 함. 2015년 가벼운 자살생각에 대한 문항을 삭제하고 진지하게 자살생각 문항(계획적인 자살생각)만으로 자살생각에 대한 조사가 이루어짐. 이에 자살생각율이 급감함.

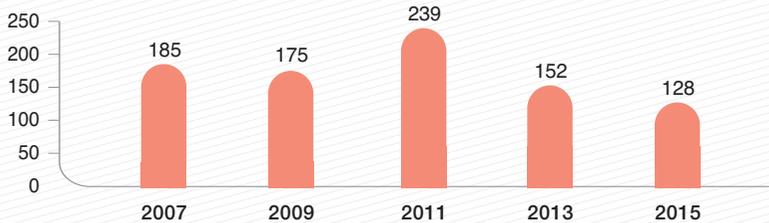
- 자살을 진지하게 생각해본적이 있다고 응답한 128명 중 실제 자살을 시도한 적이 있다고 응답한 인원은 9명으로 전체 응답자 1000명 중 0.9%에 해당하는 비율임.
- 전체 응답자 1000명 중 자살하고 싶은 생각으로 인해 도움 혹은 상담을 받은 경험이 있는 대상은 65명으로 전체응답자의 6.5% 비율임.
- 자살을 생각할 만큼 힘든 상황이 발생할 경우 자살예방 상담전화(1577-0199)를 이용할 의향이 있는 대상은 664명으로 전체응답자의 66.4% 비율임.

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

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

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

그림46_ 서울시민의 자살생각 경험률



향후전망

우리나라는 지난 12년간 OECD 국가 중 자살률 1위로 자살율을 낮추고자 국가 및 자치단체에서 많은 관심과 지원을 보이고 있음. 자살율을 줄이기 위해서는 생애주기별·연령별 특성에 따른 조사연구 및 분석이 일차적으로 이루어져야 하며, 이를 바탕으로 전문적이고 체계적인 예방교육시스템이 보편화되어야 함. 또한 자살 고위험군에 대한 조기발견, 개입체계를 넓힐 수 있도록 정신보건의 타영역과 공식적인 협조가 이루어질 수 있는 정책적인 대안이 필요함.

자료원

서울시정신건강증진센터(2015). 정신건강에 관한 서울시민 인식조사
보건복지부(2012). 2011년도 정신질환실태 역학조사

Indicator 10

인구 10만 명당 자살사망률

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

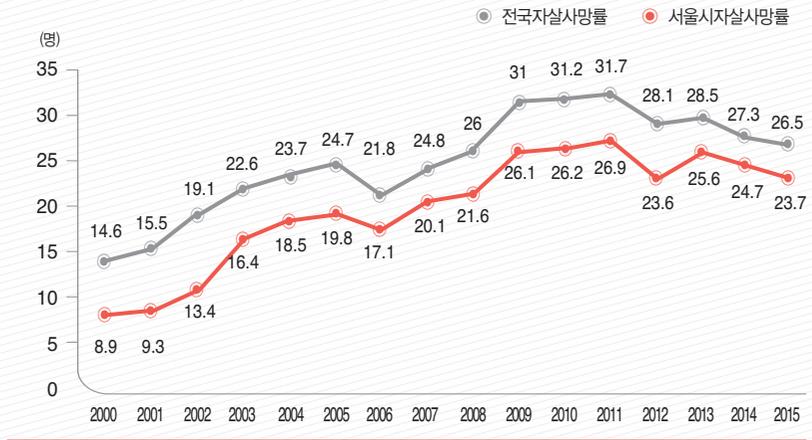
지표설명

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

지표해석

- 2015년 우리나라의 사망자수는 275,895명이며 이중 자살사망자수는 13,513명으로 전체 사망자의 4.9% 정도를 차지하고 있는 것으로 나타남.
- 서울시 자살사망자수는 2,301명으로 전체 자살사망자수의 17%를 차지하고 있으며, 서울시 인구 10만 명당 자살사망률은 23.2명으로 나타남.
- 2014년 대비 2015년 전국과 서울시의 자살사망자수는 전국 2.3%, 서울시 6.7% 감소하였고, 2013년부터 지속적으로 소폭 감소하고 있는 추세임.

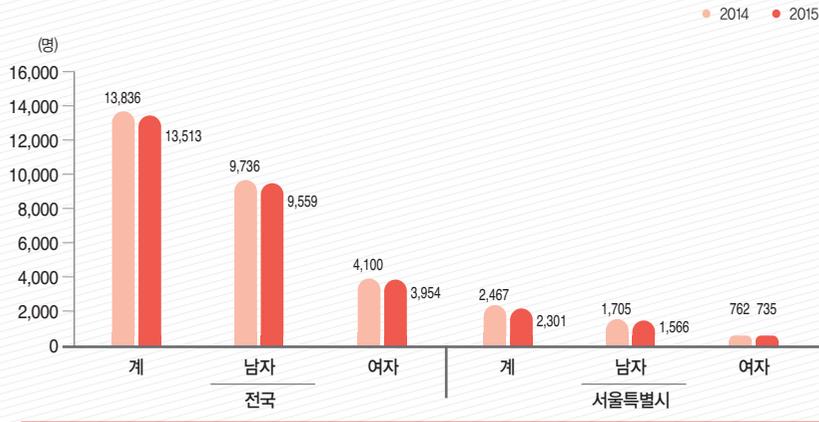
그림47_ 인구 10만 명당 자살사망률 변화추이



변인별

- 2015년 전국 성별 자살사망 현황을 살펴보면, 남성 9,736명(70.7%), 여성 3,954명(29.3%)으로 남성이 여성에 비해 2.4배 높은 것으로 나타났음.
- 2015년 서울시 성별 자살사망 현황을 살펴보면, 남성 1,705명(69.1%), 여성 762명(30.9%)으로 남성이 여성에 비해 2.2배 높은 것으로 나타났음.

그림48_ 2014-2015 성별 자살사망현황(전국, 서울)



- 2014년 대비 2015년 남녀 전체 자살률은 2.7% 감소하였고, 남성 2.1%, 여성 4%로 여성이 남성에 비해 약 2배정도 높은 감소율을 보이고 있음.
- 연령별 자살률추이를 살펴보면, 70대 미만 모든 연령층에서 자살률이 감소하고 있으며, 특히 30대에서 10.2% 큰 폭으로 감소하고 있음. 더불어, 남성은 70대 이하 모든 연령층에서 자살률이 감소하고 있으며, 여성은 10대와 60대를 제외한 연령층에서 자살률이 감소하고 있음.

표37_ 성별, 연령별 자살률 추이(전국)

연령 (세)	남녀전체			남			여		
	2014년	2015년	14년대비 증감률	2014년	2015년	14년대비 증감률	2014년	2015년	14년대비 증감률
계	27.3	26.5	-2.7	38.4	37.5	-2.1	16.1	15.5	-4.0
1-9	0.0	-	-	0.0	-	-	-	-	-
10-19	4.5	4.2	-6.7	5.5	4.6	-16.4	3.4	3.8	10.3
20-29	17.8	16.4	-8.2	21.8	20.3	-7.0	13.4	12.0	-10.5
30-39	27.9	25.1	-10.2	36.6	32.0	-12.6	18.9	17.9	-5.5
40-49	32.4	29.9	-7.8	46.6	42.1	-9.8	17.7	17.3	-2.3
50-59	36.4	34.3	-5.8	55.2	53.7	-2.7	17.4	14.7	-15.8
60-69	37.5	26.9	-1.7	59.8	57.5	-4.0	16.5	17.4	5.3
70-79	57.6	62.5	8.5	92.3	104.5	13.2	32.1	31.2	-2.9
80 이상	78.6	83.7	6.4	143.4	159.4	11.1	51.1	50.7	-0.9

자료원

통계청(2016), 2015년 사망원인통계

Indicator 11

서울시민 고위험 음주율

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

- 서울시 음주 실태의 위험 수준 정도
- 고위험 음주군의 비율

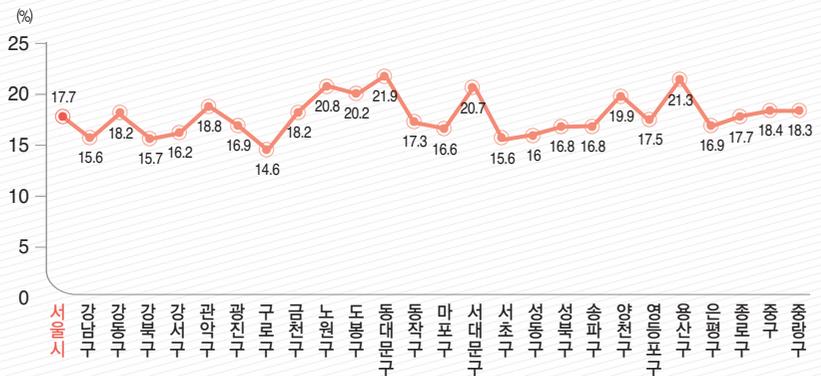
* 고위험 음주군 정의 : 최근 1년 동안 음주한 사람 중 1회 술자리에서 남자는 7잔(또는 맥주5잔 정도), 여자는 5잔이상(또는 맥주3잔정도)을 주2회 이상 마시는 사람

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

지표해석

- 2015년 서울시 고위험 음주율은 전체 17.7%로 2013년 17.5% 대비 0.2%p 증가함. 전국 평균 고위험 음주율은 18.8%로 서울시는 1.1%p 낮은 수준임.
- 성별 현황에 있어 남성 26.9%, 여성 6.9%로 남성의 고위험 음주율이 여성에 비해 상대적으로 매우 높은 편임.
- 구별 고위험 음주율을 보면, 동대문구가 21.9%로 가장 높은 반면 구로구가 14.6%로 가장 낮게 나타남. 25개구 중 서울시 평균보다 고위험 음주율이 높은 자치구는 11개구로 나타남.

그림49_ 2015 서울시·자치구별 고위험 음주율



향후전망

서울시의 고위험 음주율은 전국 평균 고위험 음주율 대비 낮은 수준을 보이고 있으나 2013년 대비 고위험 음주율이 증가한 것으로 건강음주문화를 확산시키기 위한 서울시 정책적인 대안이 필요함. 특히 남성에 비해 여성 음주율이 지속적으로 증가하고 있어 성별 및 연령별 특성을 고려한 예방대책이 필요로 함.

자료원

보건복지부·질병관리본부(2016), 2015년 지역사회건강조사

Indicator 12

서울시민 우울감 경험률

필요성

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

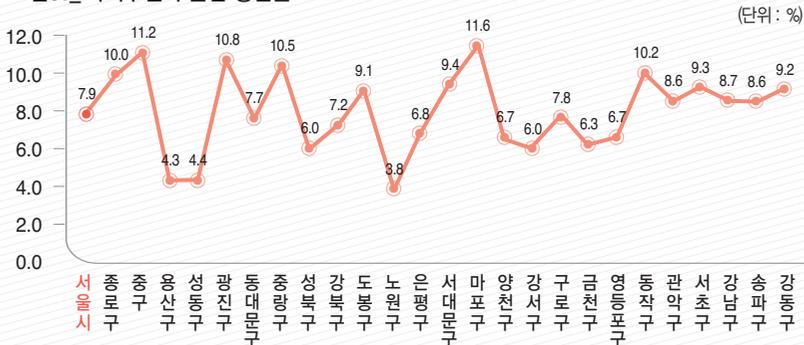
지표설명

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

지표해석

- 2015년 시도별 우울감 경험률은 최소 0.5%에서 최대 17.7%까지 분포되어 있음. 시도별 중앙값은 2010년 5.0%, 2011년 4.7%, 2012년 4.7%, 2013년 5.1%, 2014년 6.5%, 2015년 6.0%로 2012년까지 지속 감소하였다가, 다시 증가하는 추세임.
- 2015년 서울시의 우울감 경험률은 7.9%로 17개 시도 중 인천(8.1%)에 이어 2번째로 높은 우울감 경험률을 차지하고 있음.
- 서울시 자치구별 현황에서는 서울시 우울감 경험률 7.9% 보다 높은 우울감을 보이는 자치구는 14개구로 이중 마포구가 11.6%로 가장 높은 우울감 경험률을 보임.

그림50_자치구별 우울감 경험률



향후전망

우울감은 정신과의 감기로 누구나 겪을 수 있는 흔한 질환이지만, 우울감을 적절히 관리하지 못하면 우울증으로 이환되어 자살로 이어질 수 있는 전조 증상임. 따라서, 조기발견 및 집중개입이 매우 중요함. 서울시는 타 시군구에 비해 매우 높은 우울감을 보이고 있으며 조기발견 및 집중 개입체계 강화를 위한 정책적 대안이 필요하고, 일반시민들의 우울감 해소 및 빠른 치료유입을 위한 공적차원의 예방홍보가 필요한 것으로 사료됨.

자료원

보건복지부·질병관리본부(2016), 2015년 지역사회건강조사

Indicator 13

서울시민 스트레스 인지율

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

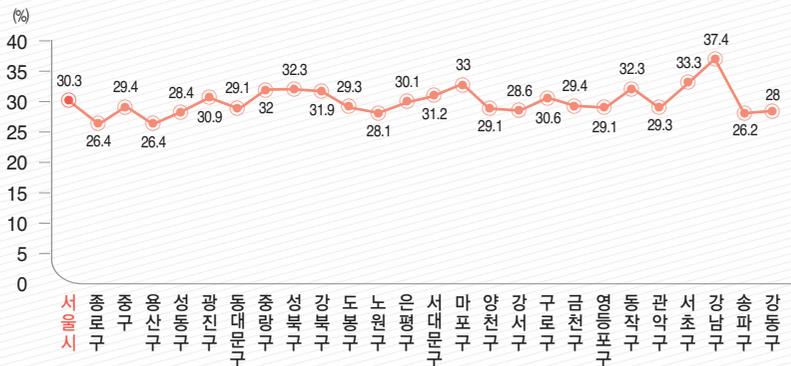
지표설명

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

지표해석

- 2015년 시군구별 스트레스 인지율은 최소 10.2%에서 최대 38.5%까지 분포되어 있으며, 17개 시도중 세종시가 31.9%로 가장 높은 스트레스 인지율을 보임.
- 서울시의 경우 30.3%로 2013년 28.7% 대비 1.6%p 증가했고 17개 시도중 세종, 인천, 경기도에 이어 4번째로 높은 스트레스 인지율을 보임.
- 성별 현황을 살펴보면, 남성 30.3%, 여성 30.4%로 비슷한 수준으로 나타났고, 연령대에 있어서는 30대 37.7%로 가장 높고 70대 이상 18.3%로 가장 낮은 것으로 연령대에 따른 차이가 다소 높게 나타남.
- 자치구별 스트레스 인지율은 종로구 26.4%로 가장 낮게 나타났고, 강남구 37.4%로 가장 높게 나타남.

그림5_ 서울시 자치구별 스트레스 인지율



향후전망

스트레스는 일상생활에서 누구나 경험할 수 있는 것으로, 스트레스의 강도와 지속기간에 따라 사회적 부적응, 직업이나 학업능력 저하, 인지기능 저하 등 부정적인 영향이 발생됨. 더불어 우울증으로 이어져 자살문제나 정신질환발병 등 심각한 문제를 초래하게 되므로 이를 예방하기 위하여 스트레스 관리 중요성에 대한 국가적 예방홍보가 이루어져야 함.

자료원

보건복지부·질병관리본부(2016), 2015년 지역사회건강조사

Indicator 14

정신질환자에 대한 지역사회 수용도

필요성

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

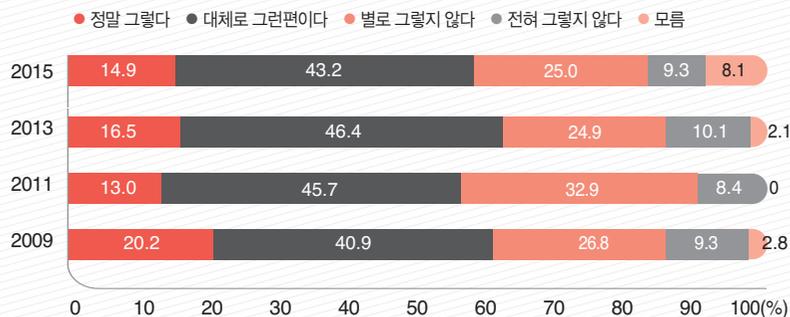
지표설명

- 정신질환자에 대한 지역사회의 수용 여부
- 서울시에 거주하는 만 15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전 화면접을 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 14.3%, 대체로 그런 편이다 43.2%)' 는 응답이 57.5%로, 2013년도 62.9%와 비교해 5.4% 감소함.
- 사회적으로 바람직한 응답에 대한 동조현상을 고려하여 강한 응답비율이 실제 수용도를 반영한다고 볼 때, 2009년 20.2%, 2011년 13%, 2013년 16.5%, 2015년 14.3%로 부정적인 인식이 높아지고 있다는 것을 알 수 있음.

그림52_정신질환자 관련 시설 수용에 대한 태도



향후전망

가까운 이웃에 정신질환자 관련 시설이 들어오는 것에 대한 긍정의 응답비율이 감소하고 있는 것은 정신질환자의 지역사회 복귀 및 적응생활에 부정적 영향을 줄 수 있는 위험요인으로 정신질환에 대한 인식을 개선시키기 위한 지속적이고 적극적인 홍보를 유지해야 함. 더불어, 정신질환 편견을 부추이는 요인(ex.과장된 신문보도)들을 줄일 수 있는 적극적인 시민연대활동 및 정책적인 제지도 필요함.

자료원

서울시정신건강증진센터(2015). 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

제3장 | 정신보건사업에 따른 지표

제1절 | 지역사회재활서비스

제2절 | 직업재활

제3절 | 이주민 정신건강

제4절 | 정신질환자 권익옹호

제5절 | 정신보건심판위원회

제6절 | 우울증 예방과 정신건강증진

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

제 1 절 지역사회재활서비스

1. 국내현황

- 우리나라는 1995년 정신보건법 제정을 통해 점차 지역사회정신보건서비스 전달체계가 확립되었고 이에 따라, 정신사회재활모형에 근거한 서비스들이 제공되기 시작함. (김이영외,2008)
- 정신사회재활의 일차적 목적은 정신장애인의 기능을 향상시켜 그들이 스스로 선택한 환경 내에서 최소한의 지원만 받으며 성공적으로 살 수 있도록 하는 것임. (Anthony et al.,2002)
- 지역사회 재활서비스 중 주간재활 프로그램을 운영하는 정신보건기관은 정신건강증진센터, 중독관리통합지원센터, 사회복지시설, 낮 병원으로 2014년 말 기준 469개소 기관에서 주간재활 프로그램을 운영하고 있는 것으로 나타남.

표38_정신보건기관 유형별 주간재활 프로그램 운영현황

(단위 : 개소)

구분	총 기관수	낮병원						사회복귀 시설	정신건강 증진센터	중독관리 통합지원센터
		국립 정신병원	공립 정신병원	시립 정신병원	종합병원 정신과	병원정신과	정신과의원			
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

출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

- 시도별 주간재활프로그램 운영기관 수는 서울 88개소로 가장 밀집되어 있으며, 다음으로 경기 66개소, 부산 38개소, 전북 35개소 순으로 나타남.

그림53_2014년 시도별 주간재활 프로그램 운영 기관현황 (단위: 개)

(단위 : 개소)



출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

그림54_ 2014년 시도별 주간재활 프로그램 이용현황 (단위: 명)



2) 지역사회 등록관리율

- 2014년 지역사회 중증정신질환자 추정 수는 427,824명으로 이중 약 19%(81,396명)만이 지역사회 정신보건서비스를 제공받고 있는 것으로 나타남.
- 지역사회 등록관리율은 2000년 2.38% 대비 2014년 19%로 8배 증가했고, 전년대비 0.42%p 증가함.

표39_ 중증정신질환자 대비 등록관리율

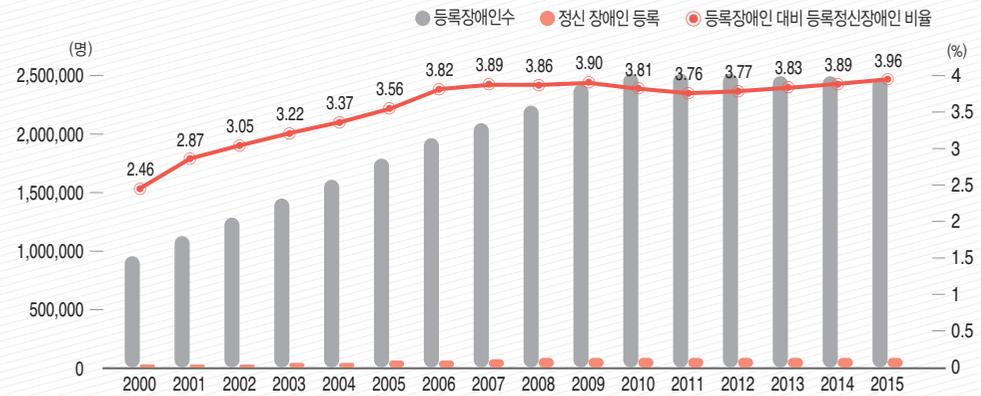
(단위: 명, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010	2011	2012	2013	2014	
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	
기관종류별 등록관리자 수	기초정신건강 증진센터 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
	기본형정신건강 증진센터 ³⁾	-	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
	낮병원	557	695	848	728	806	879	954	1,045	1,114	1,717	1,547	1,317	1,427	1,395	1,564
	사회복지시설	1,124	1,866	2,378	2,268	3,347	3,916	4,500	4,914	5,324	5,437	6,146	5,974	6,237	6,499	6,748
	중독관리 통합지원센터	-	-	-	-	1,504	2,035	2,635	4,088	4,272	4,810	5,103	5,476	6,721	7,526	8,177
	노숙인 정신보건사업 ⁴⁾	-	-	-	152	118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	총등록관리율(%)	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
등록관리자명 ⁵⁾	2.38	6.94	7.32	8.34	9.25	10.22	11.72	15.48	19.23	16.41	18.07	15.53	16.97	18.58	19.0	

주: 1) 지역사회 중증정신질환자 추정 수 = 전인구의 1% - 입원시설(정신의료기관, 정신요양시설, 부랑인시설, 미인가 시설) 입원/입소 정신질환자 수
 2) 2005년부터 2008년까지 기초정신보건센터에 아동청소년 정신보건사업 등록자 포함
 3) 2009년부터 정신건강증진센터 등록자 중 아동청소년(19세 이하)은 별도로 추계하여 작성
 4) 기본형정신건강증진센터: 기초정신건강증진센터가 미설치된 지역 내 보건소에서 정신보건예산으로 등록관리를 진행하고 있는 중증정신질환자 수
 5) 노숙인 정신보건사업 등록자는 2005년부터 기초정신보건센터에 포함
 6) 등록관리율 = 총 등록관리자/지역사회 중증 정신질환자 추정 수

출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

그림55_ 중증정신질환자 대비 등록관리율



출처: 보건복지부(2016), 2015 보건복지통계연보

3) 유형별 등록현황

- 2014년 등록자의 연령별 분포를 보면, 대체로 30~50대가 52.5%로 절반이상 차지하고 있으며, 특히 사회복지시설의 경우 75.9%, 중독관리통합지원센터 72.3%의 높은 비중을 차지하고 있음.
- 전년대비 상승폭이 가장 큰 연령대는 60세 이상의 노년층으로 28.1%(2,506명) 이용자가 상승됨.
- 등록자의 진단별 분포는 조현병 대상자가 37.4%로 가장 많고 우울증 22.2%, 아동청소년 정신질환 17.57%, 알코올중독 10.7%, 조울증 4.6% 순으로 나타남. 이중 증가폭이 가장 높은 것은 우울증으로 2013년 대비 11.7%p 증가함.

표40_ 등록자의 연령별 분포¹⁾

(단위: 명)

	전체	10세 미만	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상	미상
2000	10,626	370	432	1,845	2,976	2,331	956	485	1,231	-
2001	32,165	314	1,052	4,413	8,073	7,411	3,262	1,473	6,118	49
2002	33,244	258	1,132	4,382	8,333	7,993	3,332	1,577	6,213	24
2003	37,047	321	1,480	4,496	9,201	8,573	3,919	1,724	7,333	-
2004	41,160	556	1,069	4,684	10,174	10,327	4,817	1,904	7,623	6
2005	48,492	1,460	2,729	4,567	10,884	11,538	5,642	2,129	9,543	-
2006	55,885	758	1,860	5,180	11,944	12,985	6,730	2,477	13,951	-
2007	64,330	993	6,378	5,347	12,578	14,445	7,831	2,662	14,086	-
2008	78,941	851	8,366	5,849	13,963	18,893	11,418	3,310	16,165	126
2009	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
기초정신건강증진센터	77,050	2,655	13,416	4,734	8,172	14,913	13,831	4,769	14,225	335
기본형정신건강증진센터*	4,449	33	178	185	484	1,113	1,050	333	1,068	5
사회복지시설	6,748	231	251	808	1,594	2,178	1,348	254	83	1
중독관리통합지원센터	8,177	0	172	306	842	2,185	2,885	903	884	-

출처: 중앙정신보건사업지원단, 국립정신건강센터(2016), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

¹⁾ 2014년 정신보건지표집에 따르면 2009년부터 아동청소년 등록자를 미포함 됨. 본 지표집은 아동청소년 등록자를 추가하여 2014년 정신보건지표집과 다소 차이가 있음 / 2009년부터 아동청소년 등록자 중 학업중단 대상은 미상에 포함되어 해석에 주의를 요함.

²⁾ 기본형정신건강증진센터: 기초정신건강증진센터가 미설치된 지역 내 보건소에서 정신보건예산으로 정신보건서비스를 제공하고 있는 기관을 지칭함.

제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

표41_ 등록자의 진단별 분포¹⁹⁾

(단위:명)

	계	조현병	조울증	우울증	알코올 중독	정신지체	치매	신경증	간질	아동청소년 정신질환 ²⁰⁾	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
기초정신건강증진센터	77,050	29,061	3,850	20,072	2,404	-	-	664	-	16,380	4,619
기본형정신건강증진센터 ²⁰⁾	4,449	2,149	187	1,021	236	-	-	40	-	212	604
사회복귀시설	6,748	4,870	436	271	250	132	-	32	39	348	370
중독관리통합지원센터	8,177	-	-	-	7,410	-	-	-	-	-	767

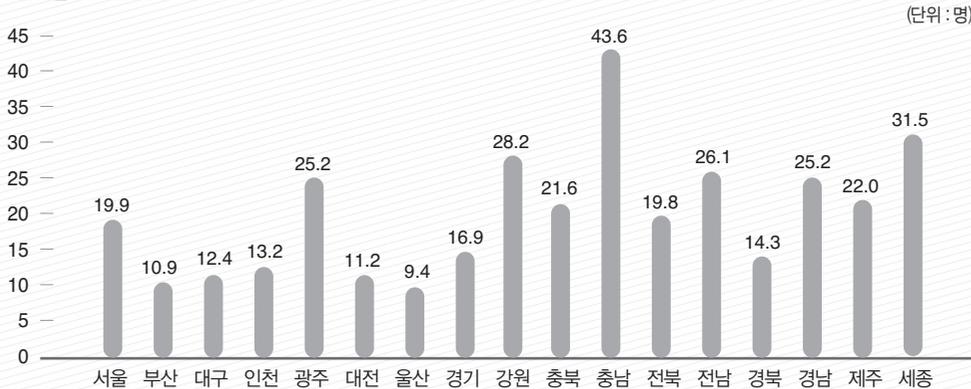
주: 1) 아동청소년질환: 진단을 받거나 혹은 아동청소년정신건강문제 유형을 의미함.

출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

2. 서울시현황

- 2014년 우리나라 인구 1만 명당 지역사회정신보건기관에 등록된 대상자는 19.1명으로 나타남.
- 서울시는 19.9명으로 17개시도 중 9번째를 차지하고 있으며, 총 등록자 중 약 83.4%가 정신건강증진센터에 등록된 대상자였음.
- 인구 1만 명당 등록자수가 가장 많은 곳은 충남(43.6명), 가장 적은 곳은 울산(9.4명)으로 나타남.

그림56_ 시도별 인구 1만 명당 지역사회정신보건기관 등록자 현황



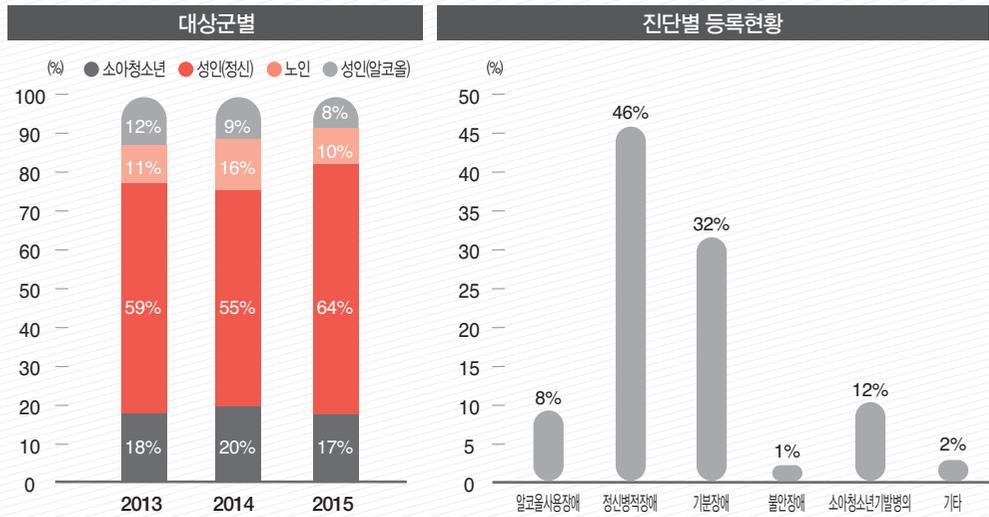
출처: 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

19) 2014년 정신보건지표집에 따르면 2009년부터 아동청소년 등록자를 미포함 됨. 본 지표집은 아동청소년 등록자를 추가하여 2014년 정신보건지표집과 다소 차이가 있음. / 2009년부터 아동청소년 등록자 중 학업중단 대상은 미상에 포함되어 해석에 주의를 요함.

20) 기본형정신건강증진센터: 기초정신건강증진센터가 미설치된 지역 내 보건소에서 정신보건예산으로 정신보건서비스를 제공하고 있는 기관을 지칭함.

- 2015년 12월 말 기준, 서울시 지역사회정신보건기관에 등록되어 서비스를 제공받고 있는 대상자는 총 19,431명임. 기관별로는 정신건강증진센터 16,494명, 중독관리통합지원센터 660명, 주간재활시설 1,324명, 소아청소년 사회복귀시설 449명, 입소생활시설 115명, 주거제공시설 389명으로 등록되어 있음.
- 대상군별 등록추이를 살펴보면, 노인과 아동의 등록율은 2013년 대비 2015년 1%p 감소하였고, 성인(정신)은 2013년 대비 2015년 5%p 증가함. 성인(알코올)은 2013년 대비 4%p 감소함.

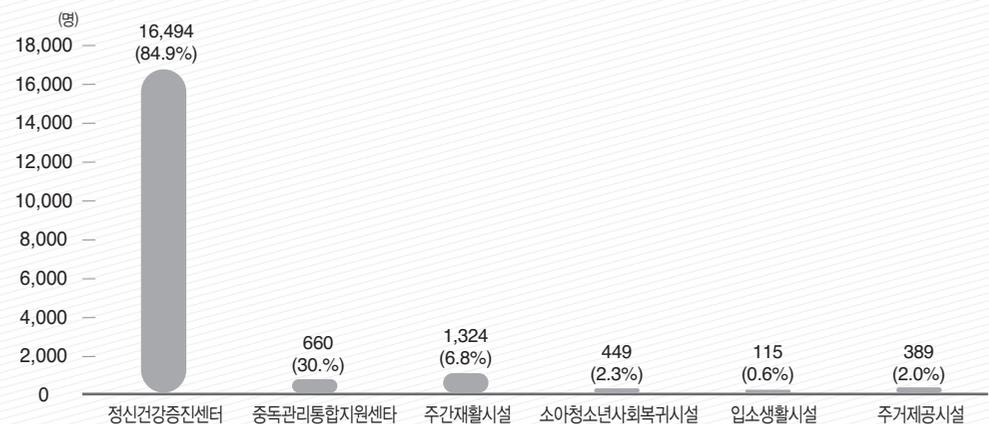
그림57_ 서울시 지역사회 정신보건기관 대상군별·진단별 등록현황



출처 : 서울시정신건강증진센터(2016), 서울시정신보건기관 현황조사

- 2015년 서울시 추계 중증정신질환자²¹⁾ 100,221명 중 12,427명(12.4%)²²⁾이 정신건강증진센터에 등록되어 서비스를 받고 있는 것으로 나타남.

그림58_ 서울시 지역사회 정신보건기관 유형별 등록현황



출처 : 서울시정신건강증진센터(2016), 서울시정신보건기관 현황조사

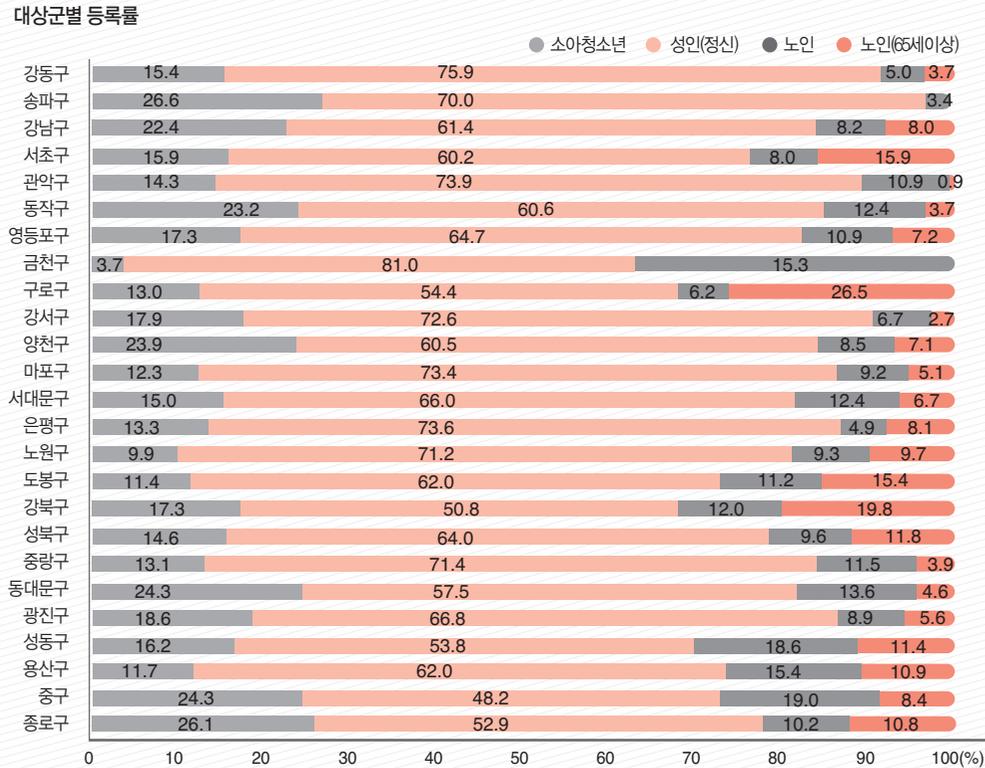
21) 서울시 인구의 1% : 2015년 서울시 주민등록인구 10,022,181명

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

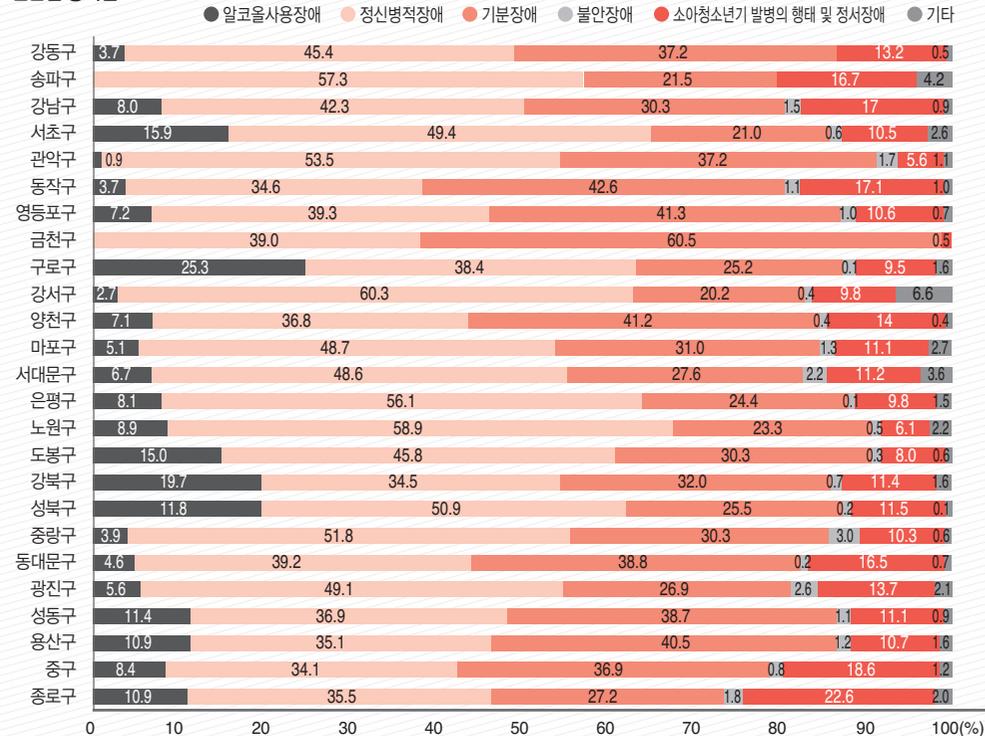
제 3 장 정신보건사업에 따른 지표

그림59_ 자치구별 정신보건기관 등록관리 대상자 비율

(단위 : %)



진단별 등록률



출처 : 서울시정신건강증진센터(2016), 서울시정신보건기관 현황조사

제 2 절 직업재활

1. 국외현황

1) 장애인 고용률

- 우리나라 장애인 고용률은 37%로 OECD 평균인 47.8%보다 낮으며, OECD 국가 33개국(체코 제외) 중 27위로 하위권으로 나타남.
- 우리나라는 1995년 43.9%였던 고용률이 2005년 44.7%로 0.8%p 상승하다가 2011년 35.5%로 9.2% 대폭 감소함. 이후 2014년 36.6%로 1.1%p 소폭 상승함.

그림60_ OECD 국가의 장애인 고용률²³⁾



출처 : 한국장애인고용공단 고용개발원(2016). 한 눈에 보는 2016 장애인통계

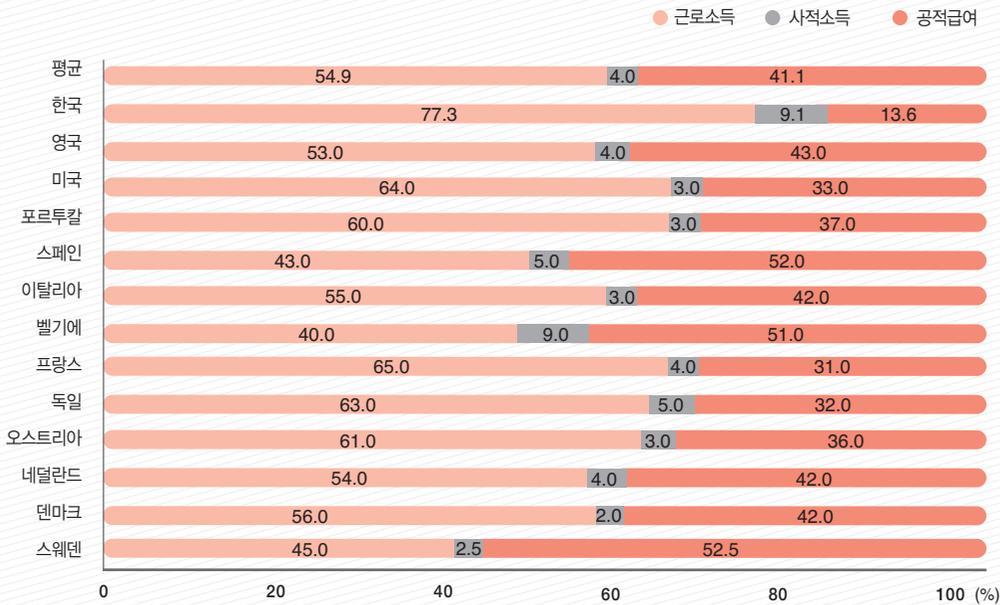
제 3장 정신보건사업에 따른 지표

- 장애인 고용율 OECD 평균은 47.8%로 2005년(43%)보다 4.8%p 상승하였고, 총 33개국 중 취업률이 가장 높은 국가는 스위스(69%)로 우리나라보다 1.9배 높으며, 취업률이 가장 낮은 국가인 헝가리(23.7%)는 우리나라보다 0.6배 낮게 나타남.

2) 정신장애인 소득

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

그림6_ OECD 주요국의 장애인 소득원천별 구성비²⁴⁾



출처 : 고용개발원(2008), OECD 2007 장애정책 리뷰

23) OECD국가 34개국 중 칠레자료는 자료부족으로 생략함. / 평균은 33개국에 대한 가중치를 부여하지 않은 수치임/ 각국별 2010년~2015년동안 조사 및 발표된 자료
원자료 : 유럽국가 2011 EU labor force survey, 2015, 12

이스라엘 People with disabilities in isreal facts & figures, 2014.

호주 Australian Bureau of Statistics, 「Disability, Aging and Carers, Australia: Summary of Finding 2012」, 2013.

캐나다 Statics Canada, Canadian survey on disability 2012, 2013.

뉴질랜드 Statistics New Zealand, 2013 Disability Survey, 2014.

미국 U.S. Census Bureau, 「2014 American Community Survey」, 2015.

일본 내각부, 「2013 장애인백서」, 2013 후생노동성, 「장애인 고용현황 보고」, 2016. 5.

멕시코 OECD, 「Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers」, 2010.

한국 보건복지부, 「2014 장애인 실태조사」, 2016. 6 한국장애인고용공단, 「2014 장애인 경제활동 실태조사」, 2014. 12.

24) 20-64세 장애인 기준 / OECD 국가는 90년대 말 수치, 한국은 2005년 수치

2. 국내현황

1) 장애등록 현황

- 2015년 우리나라 장애인등록자 수는 2,490,406명이며, 이중 정신장애인은 98,643명(3.96%)으로 추계된 중증정신질환자²⁵⁾ 511,415명의 19.3% 수준임.
- 2000년 대비 2015년 전체장애인 등록자수는 2.6배, 정신장애인²⁶⁾ 등록자 수는 4.2배 증가함.

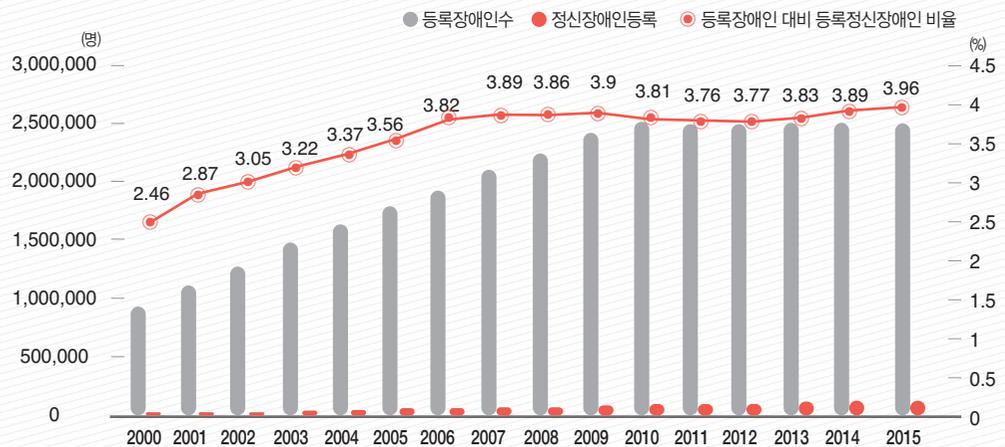
표42_ 연도별 장애인등록자 현황

(단위: 명, %)

연도	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

출처 : 보건복지부(2014, 2015), 2014-2015 장애인 등록현황

그림62_ 장애인 등록 변화추이



출처 : 보건복지부(2014, 2015), 2014-2015 장애인 등록현황

25) 우리나라 인구의 1% : 2013년 주민등록인구 51,414,463명

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

2) 정신장애인의 취업

■ 직업의 의미

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

■ 경제활동 상태

- 15세 이상 장애인의 경제활동참가율²⁷⁾은 39.01%로 2011년의 38.48%에 비해 0.53%p 증가하였으며, 인구대비 취업자의 비율은 2013년 36.57%로서 2011년 35.49%보다 1.08%p 증가함.
- 장애인 실업률은 6.25%로 2014년 통계청 기준 전체 실업률 3.5%에 비해 1.8배 높으며, 통계청의 ILO 기준으로 보면 장애인 실업자 수는 63,000여명으로 추정함.

표43_ 성별 취업 인구 및 취업률

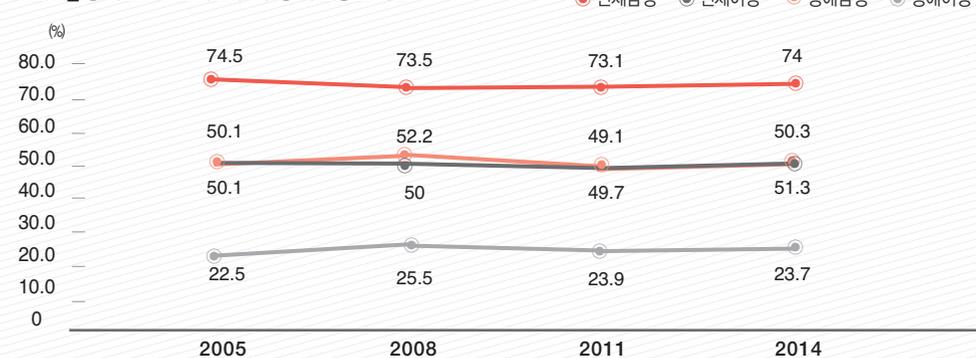
(단위 : 명, %)

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제활동 인구	경제활동 참가율	취업률	실업률	인구대비 취업자 비율
		계	취업	실업					
남자	1,497,448	752,642	702,720	49,922	744,806	50.26	93.37	6.63	46.93
여자	1,102,442	261,561	248,052	13,509	840,881	23.73	94.84	5.16	22.50
계	2,599,890	1,014,203	950,772	63,431	1,585,687	39.01	93.75	6.25	36.57

출처 : 보건복지부(2015), 2014 장애인실태조사

- 2014년 우리나라의 경제활동참가율은 남성 74%, 여성 50.3%로 2011년 대비 남녀 모두 소폭 증가하였으며, 마찬가지로 장애가 있는 남성도 2011년 대비 소폭 증가하였으나, 장애가 있는 여성은 소폭 감소함. 경제활동참가의 남녀비율을 살펴보면, 모두 남성이 여성보다 높게 나타났고 특히 장애 여성의 경우 장애 남성 보다 2.2배 낮은 수준을 보임.

그림63_ 장애인 및 전체인구의 경제활동참가율



출처 : 보건복지부(2015), 2014 장애인실태조사 / 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>), 성별 경제활동인구 총괄(2014)

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

3) 정신장애인의 취업률

- 전체장애인의 인구대비 취업률은 2014년 46.02%로 2011년 대비 10.53%p 감소함.
- 정신장애인의 취업률은 2005년(15.94%) 대비 2008년(9.89%) 6.05%p 대폭 감소하였고, 2011년 1.23% 상승하여 11.12%로 나타남. 그러나 2014년 9.70%로 전년대비 1.42% 감소함.
- 지체장애(46.02%), 간장애(42.12%), 안면장애(42.40%)의 취업률은 40% 이상으로 높은 반면, 자폐성장애(7.93%)와 정신장애(9.70%)는 10% 수준에 못 미치는 것으로 상대적으로 낮게 나타남.

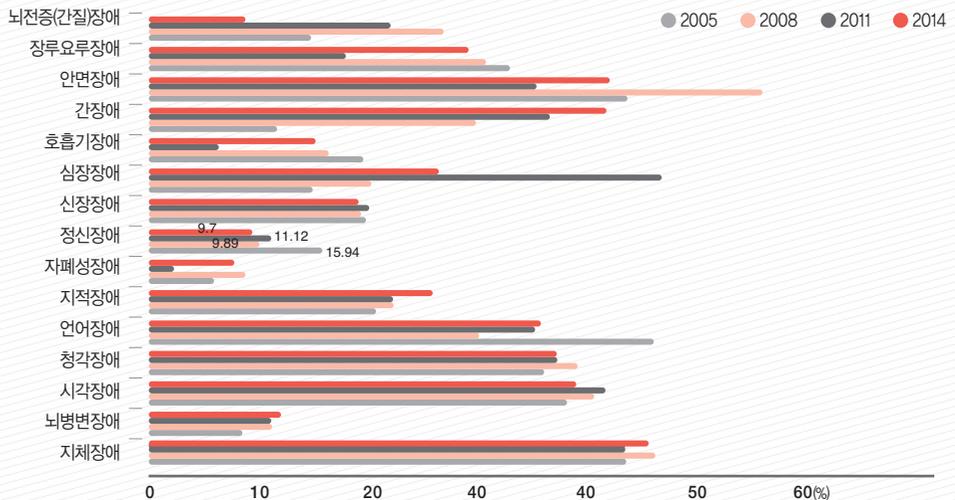
표44_ 장애유형별 취업률

(단위: 명, %)

구분	2005			2008			2011			2014		
	15세이상 인구	취업자수	인구대비 취업률									
지체장애	991,111	437,419	44.13	1,124,524	525,629	46.74	1,319,279	579,872	43.95	1,337,482	615,549	46.02
뇌병변장애	255,928	22,257	8.70	211,976	23,745	11.20	305,310	34,372	11.26	280,245	33,560	11.98
시각장애	216,809	83,770	38.64	217,306	89,384	41.13	252,075	106,300	42.17	272,125	107,570	39.53
청각장애	224,079	81,452	36.35	203,067	80,778	39.78	275,728	104,049	37.74	273,963	103,531	37.79
언어장애	17,097	7,959	46.55	14,024	4,266	30.42	18,259	6,511	35.66	19,871	7,168	36.07
지적장애	90,615	18,973	20.94	107,359	24,122	22.47	122,862	27,807	22.63	161,663	42,590	26.34
자폐성장애	7,303	421	5.76	4,044	354	8.75	6,655	146	2.19	12,625	1,001	7.93
정신장애	77,180	12,302	15.94	84,552	8,358	9.89	103,893	11,549	11.12	105,002	10,183	9.70
신장장애	40,286	8,037	19.95	48,283	9,331	19.33	58,284	11,703	20.08	71,876	13,861	19.28
심장장애	39,754	5,954	14.98	13,771	2,808	20.39	16,041	7,575	47.22	8,121	2,155	26.54
호흡기장애	29,953	5,912	19.74	14,393	2,387	16.58	19,043	1,193	6.26	15,984	2,431	15.21
간장애	13,069	1,525	11.67	6,249	1,871	29.94	9,223	3,396	36.82	11,839	4,987	42.12
안면장애	3,987	1,757	44.07	2,071	1,171	56.54	2,355	842	35.75	3,012	1,277	42.40
장루요루장애	15,466	5,146	33.27	11,280	3,490	30.94	16,705	3,005	17.99	16,705	4,909	29.39
간질장애	14,151	2,071	14.64	8,698	2,361	27.14	14,572	3,184	21.85	9,377	0	0.00
계	2,036,788	694,955	34.12	2,071,597	780,055	37.65	2,540,284	901,504	35.49	2,599,890	950,772	36.57

출처: 보건복지부(2015), 2014 장애인실태조사

그림64_ 장애유형별 취업률



출처: 보건복지부(2015), 2014 장애인실태조사

제3장 정신보건사업에 따른 지표

- 고용노동부의 2015년도 장애인 의무고용 현황에 따르면 국가·자치단체의 경우 공무원 2.8%, 근로자 4.05%로 나타났으며, 공공기관 2.93%, 민간기업 2.51%로 매년 꾸준히 증가하고 있으나 장애인 의무고용률 2.7%(공공기관 및 지방공기업 3%)에는 미치지 못한 것으로 나타남.

4) 정신장애인 취업현황

- 2014년 장애인실태조사에 의하면, 취업 장애인이 현재 일하고 있는 직장은 일반사업체 45.5%, 자영업 39.3%, 정부 및 관련 기관 7.8%등의 순서로 나타남. 장애인 보호작업장 종사 비율은 전체 대비 1.1%로 미비하지만 장애유형별로는 특정 장애유형, 즉 자폐성장애와 지적 장애인의 비율은 각 40.3%, 19.6%로 높게 나타남.
- 취업 장애인이 다니고 있는 직장(일)에서의 지위는 자영자1(노점제외) 29.2%, 사용근로자 23.8%, 일용근로자 18.8%, 임시근로자 17.2%, 무급가족종사자 5.4%등의 순서로 나타남. 정신장애의 경우 일용직근로자(30.8%)와 자영자1(노점제외) 25.4%로 비중이 높으며 장애특성에 따라 종사지위도 다른 것으로 나타남.

표45_ 취업장애인 직무유형

(단위 : % 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	자폐성 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루요루 장애	뇌전증(간질)장애	전체
자영업	41.5	34.4	33.5	44.6	20.4	20.3	0.0	45.7	28.6	21.6	44.5	42.5	24.7	28.9	-	39.3
일반사업체	46.0	34.6	49.8	42.3	54.6	37.0	0.0	36.7	57.4	78.4	55.5	42.0	75.3	53.7	-	45.5
정부 및 정부관련 기관	7.8	13.0	9.0	5.3	16.0	5.6	43.3	3.1	11.5	0.0	0.0	12.0	0.0	4.8	-	7.8
장애인 보호작업장	0.1	2.7	0.0	0.0	0.0	19.6	40.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	1.1
장애인 근로사업장	0.1	0	2.7	1.3	0.0	9.8	16.4	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	1.1
장애인 관련 기관	0.5	4.2	2.4	1.1	9.0	7.3	0.0	3.9	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	1.3
기타	3.9	11.1	2.6	5.3	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0	12.6	-	3.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	100.0
전국추정수	615,550	33,559	107,570	103,531	7,168	42,589	1,002	10,183	13,862	2,155	2,431	4,986	1,277	4,908	-	950,771

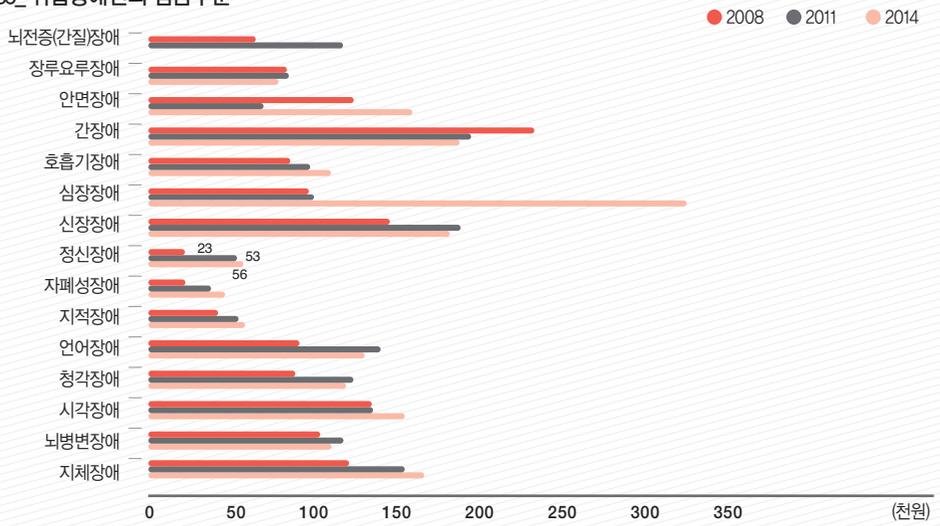
출처 : 보건복지부(2015). 2014 장애인실태조사

5) 정신장애인 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 월 평균소득은 전체 국민 평균 소득보다 20% 정도 낮았으며, 이는 OECD 국가 평균(15%)보다 더 낮은 수준임.(김성희 외, 2011b)
- 2005년 기준 우리나라의 GDP 대비 장애급여 지출 비중은 0.1%로서 이는 2005년 기준 OECD 국가 평균인 1.3%에 비해 매우 낮은 수준임.(김성희 외, 2011b)

- 장애급여 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, 2011b)

그림65_ 취업장애인의 임금수준



출처: 보건복지부(2015), 2014 장애인실태조사

표46_ 취업 장애인의 주당 평균 근무시간, 월 평균 수입, 평균 근속기간

(단위: 시간, 만원, 개월)

구분	주당평균 근무시간*	월 평균 수입 (임금근로자 기준)	평균 근속기간		
			전체	임금근로	비임금근로
지체장애	44	167	156	91	244
뇌병변장애	38	112	126	33	298
시각장애	44	156	143	93	241
청각장애	42	120	203	82	342
언어장애	42	130	108	65	274
지적장애	37	57	81	47	212
자폐성장애	28	45	20	20	-
정신장애	35	56	60	43	82
신장장애	41	183	102	74	160
심장장애	48	327	171	119	357
호흡기장애	49	110	217	13	471
간장애	43	190	156	102	216
안면장애	51	160	109	83	185
장루·요루장애	32	78	182	57	488
뇌전증(간질)장애	-	-	-	-	-
계	43	153	153	84	256

* 임금근로자 기준

출처: 보건복지부(2015), 2014 장애인실태조사

- 취업 장애인의 주당 평균 근무시간은 43시간이며 안면장애 51시간이 가장 높게 나타났고, 정신장애인은 35시간으로 평균근무시간보다 낮은 것으로 나타남.
- 2014년 취업장애인의 임금수준은 월 평균 153만원으로 2011년 142만원에 비해 소폭 상승하였고, 정신장애인의 월 평균임금도 56만원으로 2008년 23만원 대비 2.4배 상승함.
- 평균근속기간은 장루·요루장애가 488개월로 가장 긴 반면, 정신장애는 82개월로 근속기간이 가장 짧고 평균근속기간(256개월)과 비교하면 3배 이상 차이를 보임.

제 3절 이주민 정신건강

1. 북한이탈주민

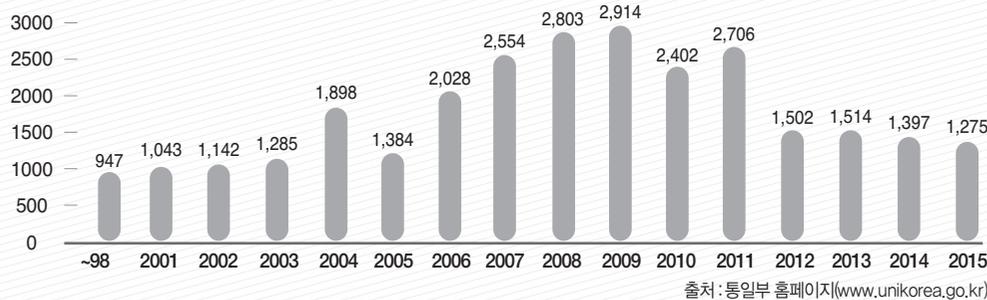
1) 국내현황

■ 현황

- 1994년 김일성 사망 이후 북한이탈주민 입국자수는 큰 폭으로 증가추세였으나 2011년 이후 2천명대에서 1천명대로 급감하면서 현재까지 지속적으로 감소를 보이고 있음. 2015년 12월 기준 북한이탈주민은 1,275명으로 전년대비 소폭 감소함.

그림66_ 북한이탈주민 연도별 입국자수(2015.12.31. 기준)

(단위: 명)



- 2016년 6월말 기준 연령별 입국 현황을 살펴보면, 30대(29.3%)가 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 다음으로 20대(28.3%), 10대(11.8%)순으로 20~30대에서 절반 이상을 차지하고 있음. 이는 입국 유형이 개인별 입국에서 가족이나 젊은층들을 중심으로 한 입국으로 바뀌어가고 있기 때문으로 보여짐. (박은숙, 2012)

표47_ 성별·연령별 북한이탈주민 입국현황

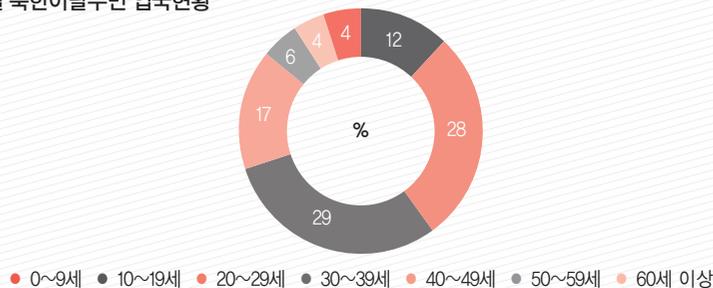
(단위: 명)

구분	0~9세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60세 이상	계
남자	618	1,550	2,357	2,001	1,260	470	322	8,578
여자	616	1,886	5,879	6,534	3,618	1,102	908	20,543
합계	1,234	3,436	8,236	8,535	4,878	1,572	1,230	29,121

※ 2016년 6월말 입국자 기준(누계인원)

출처: 통일부 홈페이지(www.unikorea.go.kr)

그림67_ 연령별 북한이탈주민 입국현황



※ 2016년 6월말 입국자 기준(누계인원)
출처: 통일부 홈페이지(www.unikorea.go.kr)

■ 북한이탈주민들의 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 외상후 스트레스, 우울, 미래에 대한 부정적 인식이 소득수준과 고용율 감소에 영향을 미쳤고 남한의 빈곤계층으로 전락하는데 영향을 미치는 것으로 보고됨. (유시은, 2010)
- 국경없는 의사회 연간 보고서에 의하면, 남한 내에 정착하고 있는 북한이탈주민 476명을 상담한 결과 129명(37.6%)이 심리적 어려움을 겪고 있고 이들중 외상후 스트레스 장애 18.2%, 불안장애 18.8%, 우울증 22.2%의 비율을 보인다고 보고. (김병창, 2000)

2) 서울시현황

- 2016년 6월말 기준 북한이탈주민의 29%가 경기지역에 거주하고 있으며, 서울지역은 25.4%로 절반 이상 서울·경기 지역에서 생활하고 있음.

표48_ 북한이탈주민 지자체별 거주현황

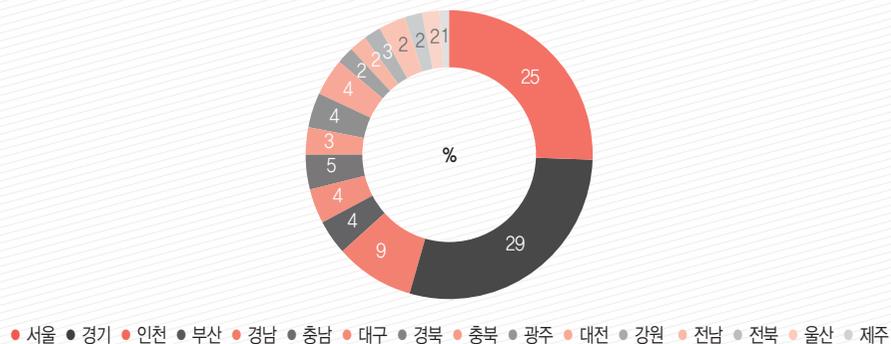
(단위 : 명)

지역	서울	경기	인천	부산	경남	충남/세종	대구	경북	충북
인원	6,919	7,998	2,542	999	1,021	1,236	691	1,037	1,044
지역	광주	대전	강원	전남	전북	울산	제주	계	
인원	583	553	684	602	523	552	241	27,225	

※ 100인 이상 거주지/2016년 6월말 입국자 기준/누계인원

출처 : 통일부 홈페이지(www.unikorea.go.kr)

그림68_ 북한이탈주민 지자체별 거주현황



※ 2016년 6월말 입국자 기준(누계인원)
출처 : 통일부 홈페이지(www.unikorea.go.kr)

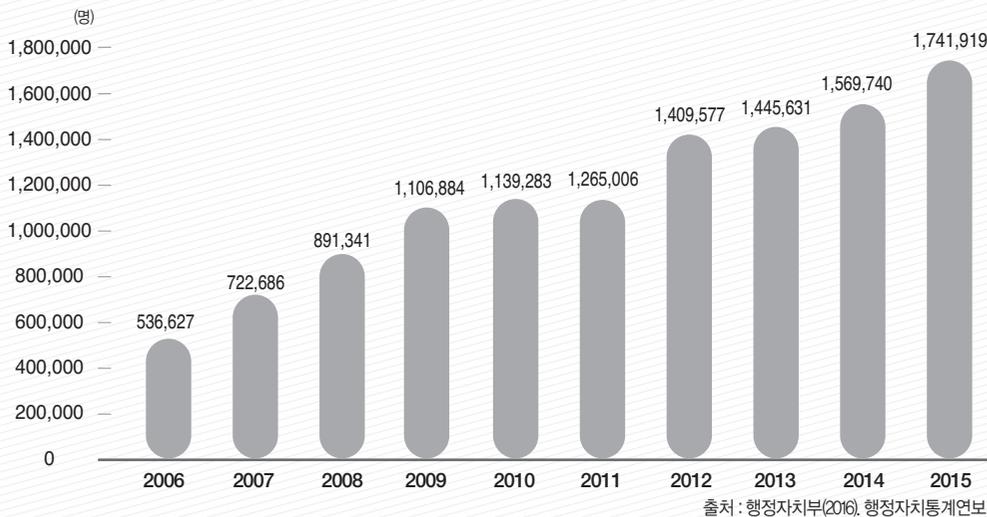
2. 외국인주민

1) 국내현황

■ 현황

- 안전행정부에 따르면 2015년 1월 1일 기준 우리나라에 거주하고 있는 외국인인 1,741,919명으로 2013년 1,569,740명 대비 11%로 증가함. 이는 2015년 51,529,338명의 3.4%에 해당되며, 이중 한국 국적을 취득한 사람은 158,064명으로 전체 외국인인의 9.1%로 나타남.

그림69_ 연도별 외국인주민수 변동 추이



- 한국국적을 갖지 않은 사람 중 외국인근로자는 608,116명으로 전체 외국인주민의 34.9%를 차지하였으며, 결혼이민자는 147,382명(8.5%), 유학생은 84,329명(4.8%), 외국국적 동포는 286,414명(16.4%), 기업 투자자 등 기타는 249,921명(14.3%)으로 나타남.

■ 외국인주민 정신건강²⁸⁾

- 외국인주민의 약 50% 이상이 만성적 정신장애, 트라우마, 기타 정신건강문제를 보인다고 추산함.
- 의료공제회 활동 의료비 지원 질환별 분석 결과 정신과적 문제가 전체 의료비 중 2%를 차지하고 있으며(한국이주노동자건강협회, 2007), 한국 적응과정에서 불면증, 우울증을 나타내는 사례가 많고 정신과질환 비율이 5%에 달한다고 함.
- 결혼이주여성들의 경우 정착 후 문화적 적응문제, 고립, 사회적 지지의 부족, 배우자 및 가족들과의 갈등, 자녀양육의 어려움 등과 연계되어 정신건강문제의 발생 빈도가 높고 (김혜련, 2013) 결혼 이주민 자녀들의 경우 14.3%가 우울이나 무력감을 느끼고 있으며, 특히 가정형편이 좋지 않은 경우 우울감과 무력감을 더 많이 경험한다고 함. (이선혜, 2011재인용)

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

- 외국인주민 유형에 따른 정신건강문제의 심각도 조사결과 결혼이민자의 경우 가족관계 문제(4.05%), 가정 폭력(3.78%), 우울(3.61%), 불안(3.33%)이, 외국인 근로자는 불안(3.54%), 스트레스로 인한 소화기 장애(3.41%), 두통(3.3%), 직장따돌림(3.3%), 우울(3.27%)순으로 심각성이 나타나고 있음. 외국인주민 아동청소년은 학교 괴롭힘(4.05%), 지역사회 괴롭힘(3.75%), 가족관계(3.61%) 순으로 나타남.
- 외국인주민 지원단체 실무자 정신건강서비스 요구도에서는 정신건강관련 정보제공(교육 훈련) 93%, 정신건강상담 90.9% 정신질환관련 치료 및 관리 83.8%, 정신질환 조기발견 및 연계서비스, 81.2%, 현장접근서비스 77.9%, 정신과응급서비스 64.3% 순으로 필요한 것으로 인식하고 있었음.

표49_ 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식

(단위 : %)

	결혼이민자	외국인근로자	외국인주민 아동청소년
우울	3.61	3.27	3.47
불안/불면	3.33	3.54	3.38
두통	3.10	3.30	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	3.30	4.05
지역사회괴롭힘/왕따	3.03	3.20	3.75
성폭력	3.05	2.76	2.61
가족관계	4.05	2.88	3.61
정신분열증	2.46	2.43	2.26

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

그림70_ 정신보건문제 대상별 유형별 심각도 인식

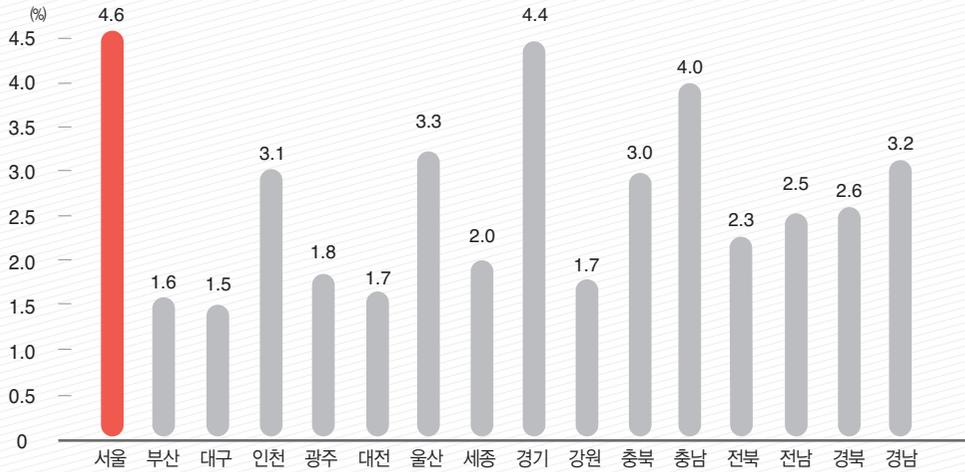


출처 : 백은지 외(2008). 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구

2) 서울시현황

- 시도별 외국인주민의 비율은 경기도 31.8%로 가장 높았으며, 다음으로 서울 26.3%, 경남 6.2%, 인천 5.3%순으로 나타남.

그림기_ 시도별 외국인주민 비율



출처 : 행정자치부(2016), 행정자치통계연보

표50_ 인구대비 외국인주민 비율 현황

(단위 : %)

구분	시군구(개)	5%이상	5%미만~4%이상	4%미만~3%이상	3%미만~2%이상	2%미만~0.7%이상	0.7% 미만
합계	264	35	29	53	86	60	1
서울	25	8	4	1	6	6	-
부산	16	1	1	-	4	10	-
대구	8	-	-	1	1	5	1
인천	10	-	1	3	4	2	-
광주	5	-	-	1	-	4	-
대전	5	-	-	-	3	2	-
울산	5	1	1	-	2	1	-
세종	1	-	-	-	1	-	-
경기	51	15	5	10	13	8	-
강원	18	-	-	-	11	7	-
충북	15	2	-	4	6	3	-
충남	17	1	6	7	2	1	-
전북	16	-	1	8	4	3	-
전남	22	1	3	7	10	1	-
경북	25	3	3	4	11	4	-
경남	23	3	4	5	8	3	-
제주	2	-	-	2	-	-	-

출처 : 행정자치부(2016), 행정자치통계연보

제 4절 정신질환자 권익옹호

1. 국외현황

■ 브라질

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

■ 이탈리아

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

■ 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 단체 설립
 - 정신질환자의 권익을 보호하기 위한 정신건강 법률 제정 및 개정
 - 정신건강 서비스들에서 소비자의 권리를 보호하기 위한 국가적 지침 발표
 - 정신건강의 이해를 증진하고 낙인을 줄이기 위한 대중매체를 활용한 국가 캠페인 창출
- 소비자 참여정도를 조사한 호주의 정신보건보고서를 살펴보면, 1993년~1994년에 비하여 2007~2008년에 소비자의 참여도가 높은 레벨1이 약 3.4배 증가하였고, 소비자의 참여도가 저조한 레벨 4는 약 1.9배 감소하여 점차 소비자의 참여가 증가하고 있음을 알 수 있음.

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 확장되어짐.
- 옹호는 정신보건정책의 11가지 행동(방법들)중 하나이며, 몇몇 나라에서는 옹호활동(운동)이 정신보건정책이나 법률에 실질적인 영향을 주고, 서비스 개선에서 중요한 힘으로 여겨짐.²⁹⁾
- 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.

29) 37) WHO(2003). Advocacy for mental health

3. 서울시현황

- 2010년부터 서울시에서는 정신보건법시행규칙 제1조의3(지역정신보건사업계획의 수립 절차 등)에 근거하여 정책레벨에서의 소비자 참여의 기틀을 마련하기 위해 기준이 되는 지표를 설정하고 모니터링하고 있으며 소비자들의 합리적 정책참여의 활성화를 위해 자치구에서 수행되고 있는 소비자 참여 현황을 파악하는 등 기초자료 수집을 진행하고 있음.
- 2010년 소비자 참여지표는 의사소통 채널의 확보, 정책수립 및 평가단계에서의 소비자 참여, 소비자 참여지원방식, 소비자 요구도 조사 및 정책반영 등 4개의 영역, 16개의 문항으로 구성되어 4레벨로 참여수준을 평가함.
- 2012년에는 2010년 소비자 참여지표를 재구성하여 서울시 자치구 보건소, 정신건강증진센터 및 사회복지시설의 소비자참여도를 조사함.
- 2012년 소비자 참여지표는 정보제공 및 수렴도, 소비자 요구도 조사 및 반영도, 소비자 및 제공자의 연대정도, 소비자와 제공자의 파트너십의 4가지 영역으로 5레벨을 구성하여 2014년부터 2012년에 개발된 도구를 적용하여 조사 수행 및 결과를 분석함. (지표25 수록)

그림72_ 소비자 참여도



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

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

제 5 절 정신보건심판위원회

1. 국외현황

- 영국은 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)
- 한 눈에 보는 OECD 보건의료 2013(보건복지부)에 따르면, 2011년 조현병 환자 중 퇴원 후 30일 이내 동일입원에 재입원하는 경우는 19.4%, 조울병의 경우 퇴원 후 30일 이내 동일병원 재입원율은 10.4%로 나타남. 2006년과 2011년간 재입원율의 변화를 살펴보면, 조현병은 재입원이 증가하고 조울병은 감소한 것으로 나타남.

1. 국내현황

■ 정신보건심판위원회의 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 1,337건에서 2012년 1,805건, 2013년 2,144건으로 전년대비 각각 35%, 19%의 접수 증가건이 있고 특히 입퇴원과 관련한 진정사건은 전체의 절반을 넘는 55%(1,178건)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 계속입원치료의 적절성을 심사하고 있음.
- 2008년 3월 개정된 정신보건법 제 27조에 의하여 시장·군수·구청장 소속으로 기초정신보건심의위원회를 설치·운영하게 되었고, 심의위원회 안에서 심판위원회를 구성하도록 하여 업무의 효율성을 높이고자 하였음.

■ 정신보건심판위원회 퇴원심사 및 퇴원현황

- 2014년 말 기준 정신의료기관 정신병상 수는 83,711병상으로 전국 17개 시도의 145개 시군구에서 기초정신보건심판위원회를 운영하고 있음. 이 가운데, 제 24조에 의한 계속입원 심사청구 건은 71,762건이며, 계속입원자 수는 69,062명, 제 29조에 의한 퇴원 및 처우개선 심사청구 건은 1,591건, 계속입원자 수는 1,445명임.

제3장 정신보건사업에 따른 지표

- 2014년 퇴원환자 비율은 약 4%로 2013년과 비슷한 수준으로 유지하고 있으며, 17개 시도 중 강원도가 작년에 이어 2014년도 11.5%로 가장 높은 퇴원율을 보였고, 다음으로 인천 10.7%, 경북 8.3%로 3개 시도가 상대적으로 다른 시도에 비해 퇴원 명령률이 높게 나타남.

표51_ 2014년 기초정신보건심판위원회 현황

(단위: 회, 건, 명, %)

	시군구	기초정신보건심판위원회 심사현황							퇴원율(%)	
		개최횟수	심사건수			계속입원자 수			2014	2013
			소계	제24조	제29조	소계	제24조	제29조		
전국	145	1,612	73,353	71,762	1,591	70,507	69,062	1,445	3.9	3.9
서울	14	94	1,485	1,333	152	1,437	1,307	130	3.2	2.2
부산	9	132	6,846	6,634	212	6,820	6,612	208	0.4	0.5
대구	6	72	2,649	2,515	134	2,440	2,317	123	7.9	6.9
인천	7	74	1,331	1,213	118	1,212	1,104	108	8.9	10.7
광주	5	59	1,358	1,346	12	1,279	1,270	9	5.8	5.6
대전	5	60	2,627	2,590	37	2,561	2,525	36	2.5	2.0
울산	1	12	222	211	11	206	195	11	7.2	1.0
세종	1	12	406	406	-	406	406	-	0.0	0.0
경기	25	290	14,795	14,532	263	14,016	13,786	230	5.3	6.5
강원	5	45	634	620	14	557	544	13	12.1	11.5
충북	7	67	2,787	2,733	54	2,645	2,598	47	5.1	4.7
충남	10	109	6,774	6,695	79	6,644	6,580	64	1.9	1.4
전북	6	63	3,415	3,404	11	3,309	3,298	11	3.1	2.3
전남	12	142	5,422	5,377	45	5,337	5,299	38	1.6	1.0
경북	16	188	9,640	9,464	176	8,835	8,671	164	8.4	8.0
경남	15	180	12,491	12,219	272	12,332	12,080	252	1.3	1.3
제주	1	13	471	470	1	471	470	1	0.0	1.1

출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

■ 퇴원 후 관리체계 미흡

- 건강보험심사평가원에 의하면 2014년 1월부터 12월간 중증정신질환 코드로 정신의료기관에서 퇴원한 환자 수는 54,018명이며, 이중 재입원한 환자는 33,026명으로 재입원율 61.1%로 나타남.
- 전체 퇴원한 환자 중 약 7일 이내 재입원한 비율은 동일병원 12.3%, 타 병원 11.1%로 큰 차이를 보이지 않았고, 한 달 이내(30일) 재입원하는 경우는 동일병원 24.2%, 타 병원 13.6%로 약 2배 차이를 보이고 있음.

표52_ 중증정신질환자의 재입원현황

(단위: 명, %)

구분		실인원(명)	재입원율(%)
7일내	동일병원 재입원	6,619	12.3
	타병원 재입원	6,001	11.1
30일내	동일병원 재입원	13,081	24.2
	타병원 재입원	7,325	13.6

출처 : 중앙정신보건사업지원단·국립정신건강센터(2015). 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서

3. 서울시현황

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

표53_ 서울시 정신보건심판위원회 퇴원 명령 후 재입원관련 현황

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

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

제 6 절 우울증 예방과 정신건강증진

1. 국외현황

- 세계보건기구의 추산에 따르면 2020년 사회 부담을 초래하는 세계 10대 질병 가운데 우울증, 알코올사용장애, 조현병 등 3가지 정신질환이 포함되어 있음.
- 지역사회 역학조사 결과, 프랑스의 주요우울장애의 평생유병률은 21.4%로 가장 높게 나타났으며, 나이지리아에서는 3.3%로 보고되어 나라간 차이가 큼.

표54_ 지역사회 역학조사에서 주요우울장애 유병률

(단위 : %)

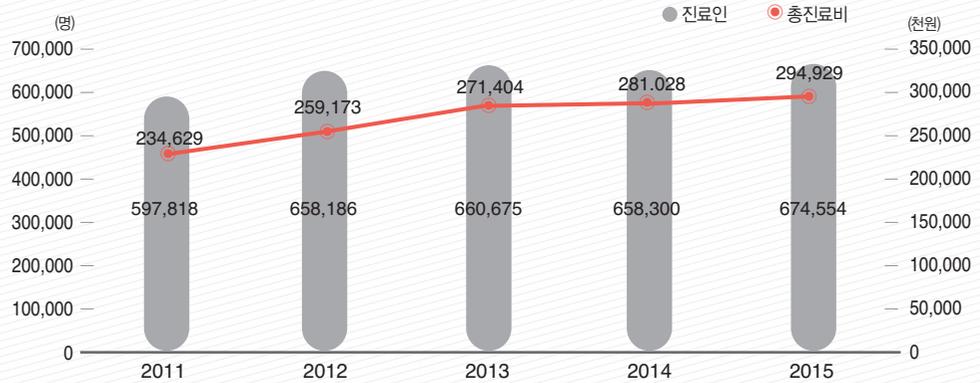
	유병률			
	1개월	1년	평생	진단기준
한국전국(1996)	2.27		3.37	DSM-III
한국전국(2001)	1.3	1.8	4.0	DSM-IV
한국전국(2006)	1.8	2.5	5.6	DSM-IV
한국전국(2011)	2.4	3.1	6.7	DSM-IV
일본(2002)		2.9		DSM-IV
중국(2002)			3.5	DSM-IV
미국-ECA(1991)		2.7	4.9	DSM-III
미국-NCS(1994)		10.3	17.1	DSM-III-R
미국-NCS-R(2002)		6.7	16.6	DSM-IV
유럽ESEMeD		3.9	12.8	DSM-IV
이탈리아(2001)		3.0	10.1	
프랑스(2001)		6.0	21.4	
벨기에(2001)		4.6	13.6	
네덜란드(1998)	2.7	5.8	15.4	DSM-III-R
호주(2001)	3.2	6.3		DSM-IV
뉴질랜드(2002)			16.0	DSM-IV
나이지리아(2002)		1.0	3.3	DSM-IV
레바논(2002)		4.9		DSM-IV
멕시코(2001)		3.7		DSM-IV

출처 : 보건복지부(2012), 2011년도 정신질환실태 역학조사

2. 국내현황

- 우리나라의 경우 2011년 지역사회 역학조사 결과 평생유병률이 6.7%로 나타나 2006년 대비 1.1%가 증가한 것을 알 수 있음.
- 건강보험심사평가원이 최근 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.

그림73_연도별 우울증(F32~F33) 진료 인원 및 진료비



출처 : 건강보험심사평가원 보도자료 (2016.09.19)

- 2014년 국민건강통계에 따라 우울장애발생율을 살펴보면, 여성 9.1%, 남성 4.2%로 여성이 남성보다 2.2배 더 높게 나타났고, 소득수준이 낮을수록 우울장애발생율이 증가하는 것으로 나타남.

표55_연도별 우울장애 발생률 변화추이

(단위 : %)

구분	전체	남	여
19세 이상	6.7	4.2	9.1
소득 수준	하	8.2	12.8
	중하	2.1	8.8
	중상	6.2	3.5
	하	4.6	3.4

출처 : 보건복지부 질병관리본부(2015), 2014 국민건강통계

- 건강보험심사평가원의 최근 5년간 우울증 진료인원을 성별로 비교해보면, 여성 진료인원이 남성 진료인원에 비해 매년 약 2.2배정도 더 많았던 반면, 연평균 증가율은 남성 진료인원 5.4%, 여성 진료인원 4.2%로 남성 진료인원이 약 1.2%p 더 높게 나타남.
- 2015년 연령별 우울증 진료환자수를 살펴보면, 70대 이상 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.

그림74_연령별 우울증 진료환자 수



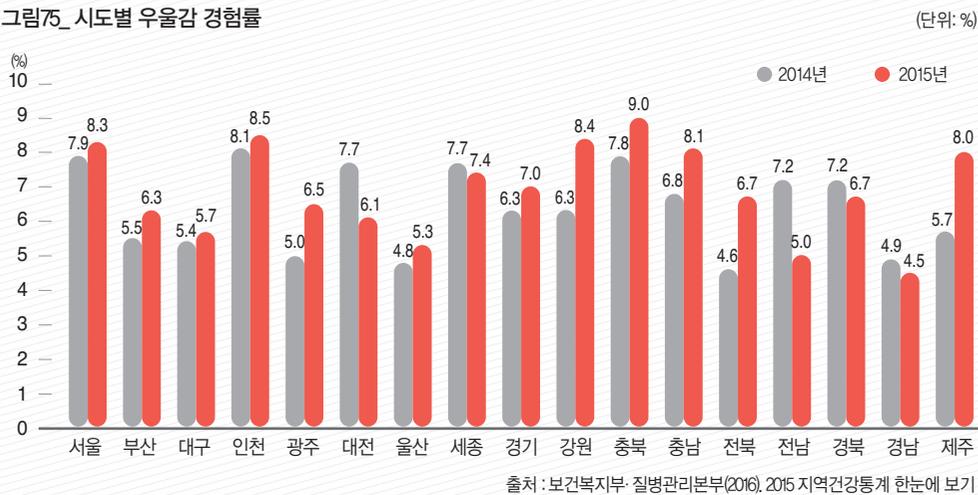
출처 : 건강보험심사평가원 보도자료 (2016.09.19)

- 2014년 국민건강통계에 의하면 우리나라 19세 이상 국민 중 우울장애유병율은 전체 6.7%이며, 남자 4.2%로 여자 9.1%보다 낮게 나타났으며, 연령별로는 70대이상(11.2%), 20대(8.2%) 순으로 높게 나타남.

3. 서울시현황

- 2015년 지역건강통계의 시도별 우울감 경험률 분석 결과 서울시는 8.3%로 17개시도 중 충북(9%), 인천(8.5%), 강원(8.4%) 다음으로 4번째로 우울감 경험률이 높게 나타남.

그림75_ 시도별 우울감 경험률



- 서울시정신건강증진센터에서 운영 중인 blutouch 홈페이지(www.boutouch.net)를 통해 2015년 1월부터 12월까지 1년간 우울증 자가 테스트(척도 : CES-D)에 참여한 39,689명 중 서울시 거주자 16,198명을 대상으로 분석한 결과 서울시 거주자의 평균 검진점수는 30.42점으로 나타남. 이 점수는 조맹제 등(1993)이 발표한 연구결과와 비교할 때, 지역사회군 14.91점과 주요우울군 38.46점 사이에 위치하는 점수임.
- 성별에서는 남성(29.7점)보다는 여성(30.84점)이, 결혼유무에서는 기혼(27.04점) 보다는 미혼(31.13점)이, 연령대에서는 20대(31.88점)가 가장 우울정도가 높은 것으로 나타남.(서울시 정신건강증진센터)

Indicator

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

Indicator 15

중증정신질환자 지역사회 등록관리율

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

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

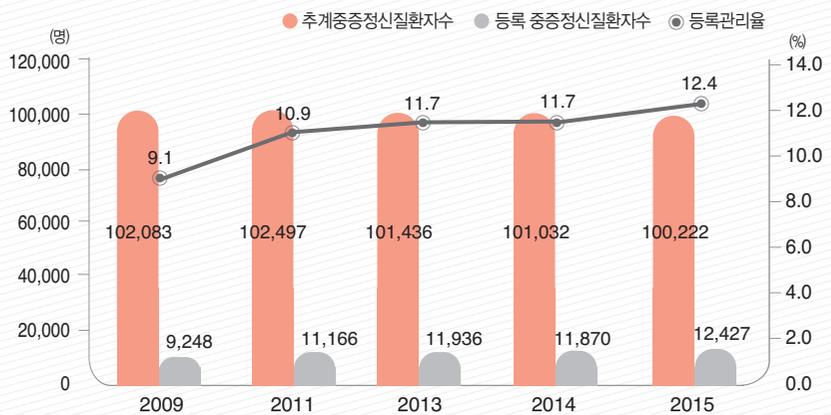
■ 분자 : 2015년 12.31 기준 정신건강증진센터에 등록된 중증정신질환자 수 × 100

■ 분모 : 서울시 추계 중증정신질환자 수

지표해석

- 2015년 서울시 추계 중증정신질환자는 100,222명(서울시인구의 1%)으로 지난 2015년 동안 정신건강증진센터에서 서비스를 제공받는 중증정신질환자는 12,427명으로 약 12.4%의 등록관리율을 보이고 있음.
- 2013년 11.7%에서 2015년 12.4%로 약 0.7%p 증가한 것으로 나타남.
- 2015년 12월 31일 기준 정신건강증진센터에 등록된 대상자는 총 21,141명(중복대상자 제외)이며, 이중 중증정신질환자는 12,427명으로 전체 등록대상자의 58.8%의 비중을 차지하고 있음.

그림76 _ 지역사회 중증정신질환자 등록관리율



자료원

행정자치부 홈페이지(www.moi.go.kr), 2015년 서울시 주민등록인구 보건복지부(2012), 2011년 정신질환실태 역학조사
서울시정신건강증진센터(2015, 2016), 서울시정신보건기관현황조사

Indicator 16

지역사회 등록정신질환자 자살사망률

필요성

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

지표설명

- 정신건강증진센터 등록정신질환자의 자살사망에 대한 변화추이 분석
- 자살사망자수를 해당 연도의 정신건강증진센터 등록회원으로 나눈 수치
 - 분자 : 등록정신질환자 중 자살사망자 수 × 100
 - 분모 : 2015년 12월 31일 기준 정신건강증진센터 등록회원 수

지표해석

- 2015년 지역정신보건 기관 등록 정신질환자 중 자살로 인한 사망자 수는 31명임. 이중, 정신보건센터 등록정신질환자는 29명으로, 2015년 정신건강증진센터에 등록되어 있는 등록정신질환자 16,494명 대비 0.18%의 비율임.
- 연도별 추이를 살펴보면, 2013년부터 2014년까지 정신건강증진센터 전체 등록대상자 대비 자살로 인해 사망한 대상자의 비율이 매년 약 0.2%대로 유지하다 2015년 0.18%로 낮아짐.
- 정신건강증진센터 외 사회복지시설 이용대상자 자살자 현황을 살펴보면 2011년 5명, 2012년 12명, 2013년 1명, 2014년 1명, 2015년 2명으로 나타남.

변인별

그림7_ 정신건강증진센터 등록정신질환자 자살사망자 현황

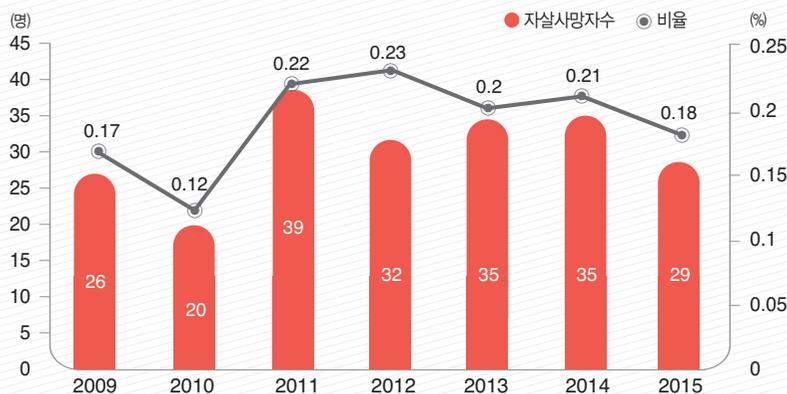


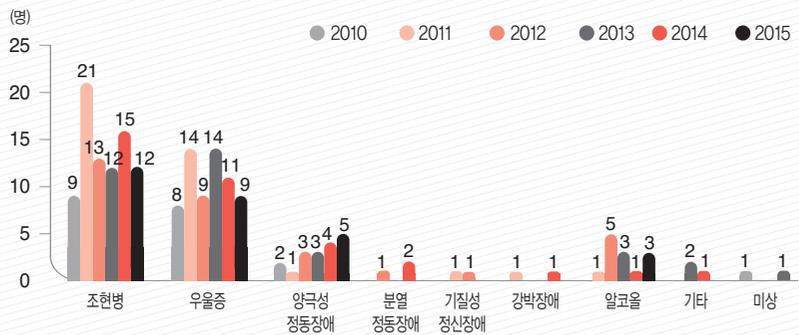
표56_ 정신건강증진센터 등록정신질환자의 성별 연령별 자살사망자수

(단위:명)

	연령	연령								
		전연령	0-9세	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
남녀전체	2009	26		1	5	5	7	6		2
	2010	20			4	6	2	4	1	3
	2011	39			3	10	8	11	5	2
	2012	32			3	6	7	9	5	2
	2013	35			3	10	8	11	5	2
	2014	35			3	6	13	5	4	4
	2015	29			4	2	8	8	4	3
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	36			3	4	6	2	2	1
	2015	16			4	-	4	5	2	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	17				2	7	3	2	3
	2015	13				2	4	3	2	2

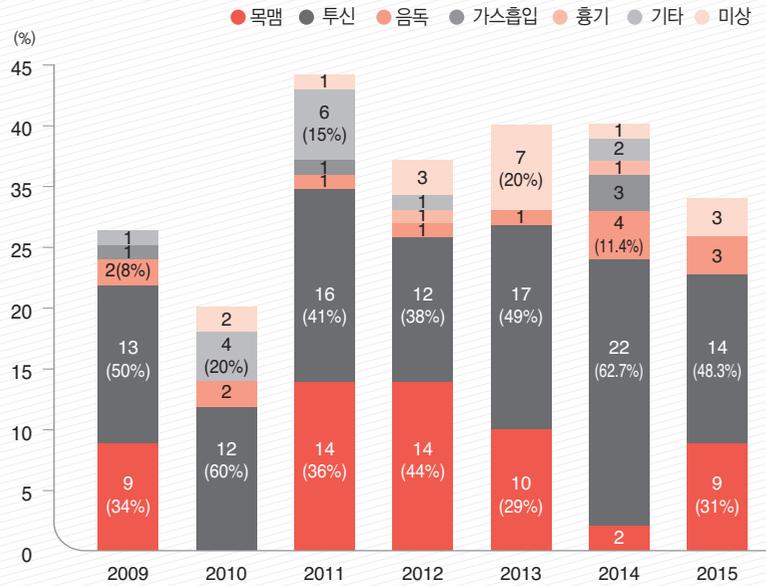
- 성별현황에 있어, 2015년에는 남성 55.2%, 여성 44.8%로 남성의 비율이 다소 높은편임. 연도별 추이에 있어서도 매년 남성의 비율이 같거나 높은 양상임.
- 연령별 현황에 있어, 남성의 경우 30대~40대, 여성의 경우 40대~50대에 주로 사망자가 분포되어 있음.

그림78_ 정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 진단별 현황



- 2015년 자살사망자의 진단별 현황을 살펴보면, 조현병 41.4%, 우울증(반복성 우울장애, 우울성 에피소드 포함) 31%, 양극성정동장애 17.2%, 알코올 사용장애 10.3%으로 조현병이 가장 높은 비중을 차지하고 있음.
- 연도별 추이에 있어 우울증과 조현병이 매년 사망자의 대다수를 차지하고 있음.

그림 79_ 정신건강증진센터 등록정신질환자중 자살사망자의 자살수단 현황



- 자살방법의 연도별 추이에 있어, 투신과 목매이 매년 가장 높은 비율을 차지하고 있으며 2015년에는 투신 48.3%로 매우 높은 비중을 차지함.

향후전망

자치구 정신건강증진센터 등록대상자 자살 사망자 수는 2011년 이후 꾸준히 증감을 반복하고 있음. 연도별 조사한 자살사망자의 진단, 자살수단, 연령별 특징 등의 구체적인 데이터 분석을 통해 사례관리에 있어 집중개입 및 특정 대상층에 대한 특화서비스 제공에 대한 방안모색이 필요한 것으로 사료됨.

자료원

서울시정신건강증진센터(2015, 2016), 서울시정신보건기관현황조사

Indicator 17

개별서비스계획 수립률

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

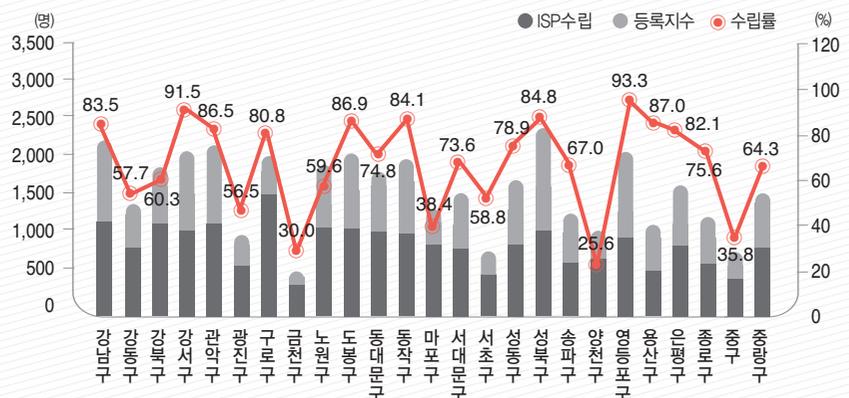
- 개별서비스계획(Individual Service Plan: 이하 ISP) 수립 정도
- 개별서비스계획(ISP)은 등록 후 1개월 이내에 모든 등록자에게 수립하도록 권장
- 기관별 등록회원 수에 차이가 있어 비율을 통해 수립률을 비교하기엔 한계가 있음.

- 분자 : 해당연도에 1회 이상 개별서비스계획 수립을 한 수 × 100
- 분모 : 2015년 정신건강증진센터 등록회원 수

지표해석

- 2015년 정신건강증진센터 등록회원 전체의 ISP 수립률은 평균 70.9%로 2013년 84.4%로 비해 13.5% 감소된 것으로 나타남.
- 25개 기관 중 10개 기관에서 80% 이상의 ISP 수립률을 보이고 있으며, 기관에 따라 25.6%~93.3%로 분포의 범위차가 나타나고 있으나 기관별 등록회원 수에 차이가 있어 비율을 통해 수립률을 비교하기엔 차이가 있음.
- 중증정신질환자 사례관리 프로토콜에 따르면 ISP수립은 최소 6개월마다 시행하도록 제안하고 있으며 2013년 대비 실시건수가 감소했고 자치구별 ISP 수립률의 격차폭도 증가함.

그림80_2015년 자치구별 개별서비스계획 수립률



자료원

서울시정신보건관리시스템(<http://mhis.seoul.or.kr>)

Indicator 18

삶의 질 향상률

필요성

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

지표설명

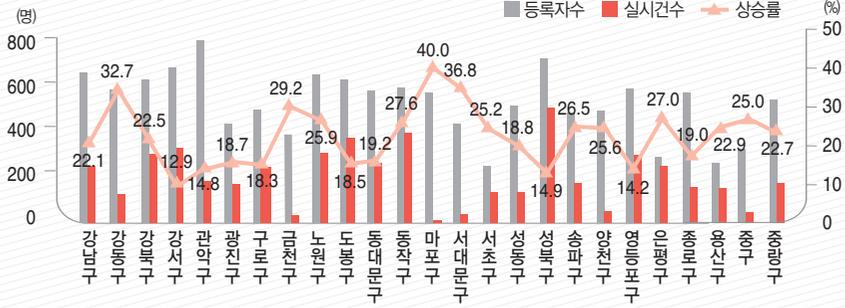
- 삶의 질(Quality Of Life : 이하QOL) 향상 정도
- 해당연도와 전년도에 실시한 삶의 질 점수를 비교하여 1점 이상 향상된 비율
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애
- 본 지표는 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강증진센터의 중증정신질환 진단의 등록자에 국한하여, 지표결과를 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.
- 분자 : 삶의 질(QOL) 점수가 1점 이상 향상된 중증정신질환자 수 × 100
- 분모 : 등록기간이 24개월 이상, 19세 이상 중증정신질환자 수

| 서울시 |

- 2015년까지 등록기간이 24개월 이상, 19세 이상인 중증정신질환자 9,116명으로 이중 전년도부터 해당연도 이내에 삶의 질을 평가한 대상은 4,470명으로 전체 대상의 49%임.
- 평가대상 중 삶의 질 평가점수가 1점 이상 향상된 비율은 20.6%로 나타남.
- 자치구별 삶의 질 향상률은 최소 12.9%~ 최대 40%까지 분포되어 있으며 삶의 질 상승률이 높은 구는 마포구로 나타남.

| 자치구 |

그림8_ 자치구별 삶의 질 향상률



향후전망

중증정신질환자 삶의 질 향상은 중증정신질환자 지역사회 통합이라는 정책적 목표 달성을 위한 전략으로 정신건강서비스를 평가하는 중요한 지표임. 중증정신질환자가 스스로 느끼는 삶의 질의 정도는 2013년 대비 2015년 1% 향상된 것으로 긍정적으로 평가됨. 그러나 자치구별 편차가 매우 심해 이를 줄일 수 있는 장기적인 방안이 필요함.

자료원

서울시정신보건관리시스템 (<http://mhis.seoul.or.kr>)

Indicator 19

북한이탈주민/재외국민 상담서비스 제공 건

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 정신건강 문제에 대한 대책이 요구되고 있어, 현황파악을 통해 정책의 대안 제시가 필요함.

지표설명

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

지표해석

- 2015년 12월 31일 기준 서울시 거주 북한이탈주민은 6,812명(2013년대비 4.6% 증가)으로 이중 91명이 정신건강증진센터의 상담서비스를 이용한 것으로 2013년 129명 대비 25.9% 감소함. (* 2013년 12월 31일 기준 북한이탈주민 6512명)
- 서비스를 이용하는 북한이탈주민의 연령대 현황을 살펴보면, 10대 미만 2.2%, 10대 24.2%, 20대 7.7%, 30대 8.8%, 40대 19.8%, 50대 14.3%, 60-64세 11%, 65세 이상 12.1%로 나타남.
- 북한이탈주민의 정신건강문제 유형으로 우울증 45.1%, 아동청소년정신질환 26.4%, 기타 16.5%, 알코올중독 8.8%, 조현병 3.3%순으로 나타남.
- 2015년 12월 31일 기준 서울시 재외국민은 274,957명(2013년대비 12.5% 증가)으로 이중 98명이 정신건강증진센터의 상담서비스를 이용한 것으로 2013년 96명 대비 2.1% 증가함.
- 서비스를 이용하는 재외국민의 연령대 현황을 살펴보면, 10대 8.2%, 20대 27.6%, 30대 35.7%, 40대 12.2%, 50대 7.1%, 60-64세 5.1%, 65세이상 4.1%로 나타남. 20-30대가 63.3%로 절반이상 차지하고 있음.
- 재외국민의 정신건강문제 유형으로 조현병 50%, 우울증 30.6%, 조울증 9.2%, 아동청소년정신질환 6.1%, 알코올중독 및 기타 각 2%순으로 나타남.

그림82_북한이탈주민 정신건강문제유형

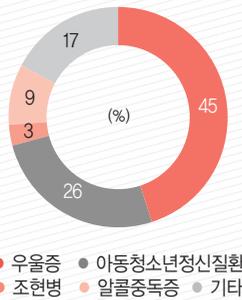
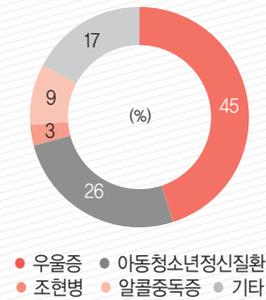


그림83_재외국민 진단분류



향후전망

북한이탈주민 및 이주민들은 낮은 환경에서 정착하고 적응하는 과정에서 문화적 차이, 자립의 문제, 사회적 편견 등으로 정신건강을 위협하는 다양한 요인들에 노출되어 있음. 이에 대상자의 특성에 맞는 전문적인 상담과 욕구기반 서비스가 제공되어야 하며, 장기적으로 다양한 서비스 연계를 위해 네트워크 구축마련이 필요함.

자료원

서울시정신보건관리시스템(<http://mhis.seoul.or.kr>)
통일부 홈페이지(www.unikorea.go.kr)

Indicator 20

지역사회 생활유지율

필요성

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

지표설명

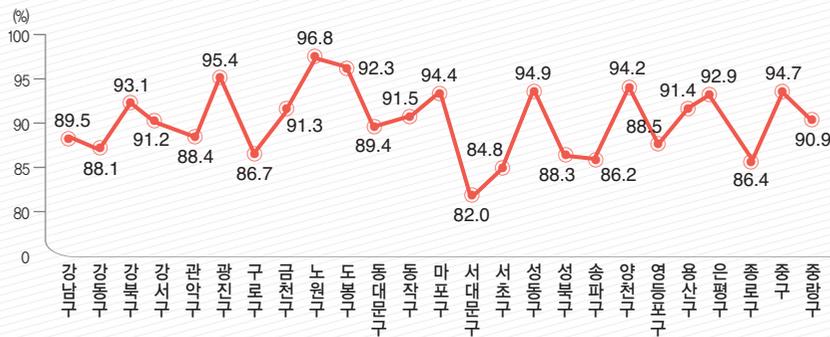
- 중증정신질환자가 재입원을 하지 않고 지역사회에서 생활을 유지하는 정도를 파악
- 2015년 정신건강증진센터 등록자 중 해당연도에 입원하지 않은 대상자 비율
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애
- 본 지표는 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 산출결과가 정신건강증진센터의 등록자에 국한되어 있어 서울시 정신질환자 전체로 결과를 해석하기에는 한계가 있음.

- 분자 : 해당연도 입원을 경험하지 않은 중증정신질환자 수 × 100
- 분모 : 2015년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 수

지표해석

- 2015년 서울시 25개 정신건강증진센터의 전체 등록자는 19,480명이며 이들 중 중증정신질환자는 12,427명임. 중증정신질환자중 2015년 한 해 동안 9.3%(1,156명)이 해당연도에 입원을 경험했고 90.7%(11,271명)는 입원 없이 지역사회 생활을 유지하고 있는 것으로 나타남.
- 정신건강증진센터에 등록된 중증정신질환자의 지역사회 유지율을 살펴보면 2013년 88.8%, 2015년 90.7%로 1.9% 증가함.
- 진단구분 없이 전체 등록자를 비교해보면, 지역사회 유지율은 2015년 지역사회 유지율은 93.6%, 2013년 지역사회 유지율은 92.2%, 2011년 94.1% 2009년 93.8%로 지역사회 유지율은 증감을 반복하고 있음.

그림84_자치구별 중증정신질환자 지역사회생활 유지율



향후전망

정신질환자의 지역사회 유지율을 높이기 위해서는 병원-지역사회기관의 연계가 필수적으로 진행되어야 하며, 재발 및 재입원을 줄이기 위해 외래치료 명령제를 강화하고, 정신건강증진센터 내 중증·만성정신질환자들에 대한 사례관리팀 강화시켜 지역사회 정신보건서비스 중심의 재활서비스가 구축되기 위한 노력이 필요함.

자료원

서울시정신보건관리시스템 (<http://mhis.seoul.or.kr>)

Indicator 21

지역사회 등록회원의 장기재원 경험률

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

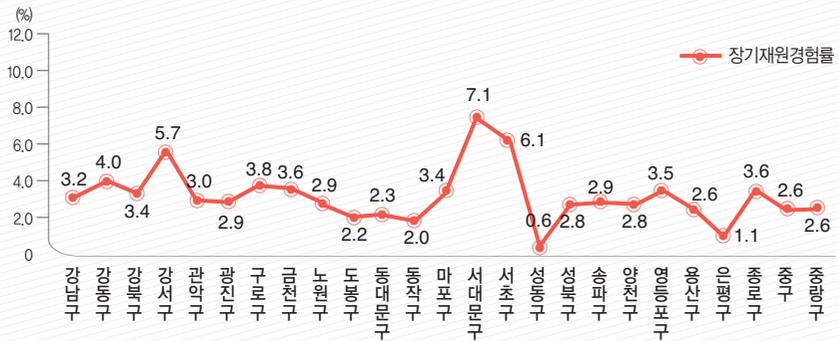
- 장기재원 현황 분석
- 장기재원은 한번 입원했을 시 입원기간이 6개월 이상인 경우로 정의
- 최근 2년 동안 6개월 이상 입원한 적이 있는 대상
- 서울시정신보건정보관리시스템을 근거로 산출한 데이터로 정신건강증진센터의 등록자의 국한하여 서울시 정신질환자 전체로 해석하기에는 한계가 있음.
- 중증정신질환자 : 정신병적장애, 분열정동장애, 양극성정동장애, 반복성 우울장애

- 분자 : 최근 2년 이내 6개월 이상 입원한 대상자 × 100
- 분모 : 2015년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 수

지표해석

- 2015년 정신건강증진센터 등록 중증정신질환자 12,427명 중 392명, 즉 3.2%가 최근 2년 이내 장기입원을 경험한 것으로 나타남.
- 자치구별 최소 0.6%에서 최고 7.2%로 편차를 보이고 있음.

그림85_ 자치구별 지역사회 등록회원의 장기재원 경험률



향후전망

우리나라 정신의료기관의 평균입원일수는 197일('09년, 국가인권위원회)로 OECD국가에 비해 장기입원일이 매우 높은 것으로 정신질환자에 대한 개입이 여전히 입원치료중심으로 진행되고 있음. 지역사회 복귀를 촉진시키기 위해 불필요한 입원을 억제하고, 지역사회연계를 강화하여 사회복귀가 활발해질 수 있도록 제도적 보완이 필요한 것으로 사료됨.

자료원

서울시정신보건관리시스템(<http://mhis.seoul.or.kr>)

Indicator 22

전문요원 1인당 사례관리 부담률

필요성

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

지표설명

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

- 분자 : 2015년 정신건강증진센터 등록자수
- 분모 : 직접서비스 수행인력(Full Time Equivalent)
(직접서비스에 실제 투입된 시간/ FTE (40시간))

지표해석

- 서울시정신보건정보관리시스템(SMHIS)의 데이터를 근거로 25개 자치구 정신건강증진센터의 사례관리서비스에 투입되는 인력(Full Time Equivalent)은 평균 2명으로 2013년 2.2명에 비해 소폭 감소함.
- 1 FTE당 평균 390명의 사례부담률을 보이고 있으며, 2013년 461명에 비해 15.4% 감소하였음.

향후전망

- 정신건강증진센터는 중증정신질환 뿐만 아니라 자살예방, 소아청소년 사업 등 정신건강 전반에 대한 서비스를 제공하고 있어 등록관리 대상의 폭이 넓으며 정신건강 인식개선, 교육 등 광범위한 영역의 사업이 진행되고 있음.
- 2015년 FTE 2.0명은 사례관리 서비스에 투입되는 인원과 시간이 낮은 수준이라는 것을 의미하며 지속적으로 감소되고 있음. 이는 직접서비스외 사업에 투입되는 시간이 늘어난 것을 반증하는 것이며 더불어 중증정신질환자관리사업 외 증진·예방사업의 비중이 점점 높아지고 있는 것을 의미함.
- 정신건강증진센터의 역할 재정립 및 서비스 우선순위에 대한 정책적 재고가 필요할 것으로 사료되며, 자치구별 정신건강증진센터 등록자 규모를 기준으로 적정인력투입계획이 수립될 필요가 있음.

자료원

서울시정신보건관리시스템(<http://mhis.seoul.or.kr>)

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input □ Process
- Output/Outcome

Domain

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

Indicator 23

정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰건

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

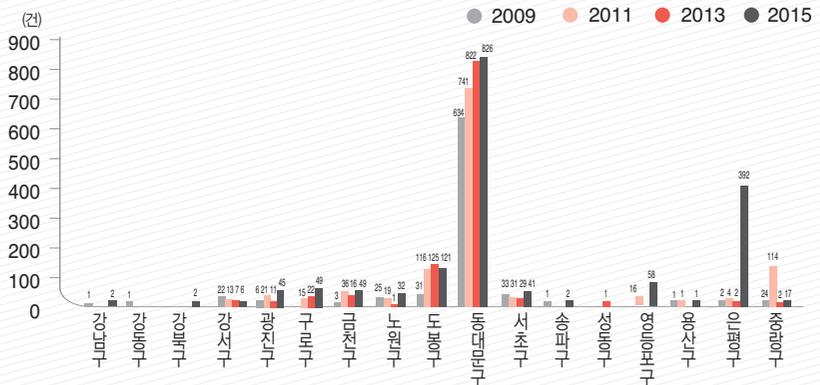
- 6개월 이상 장기재원자에 대한 현황 파악
- 지난 1년 동안 서울시 기초정신보건심판위원회를 통해 의뢰된 심사 현황
- 계속입원심사가 개최된 11개구에 대한 결과

지표해석

- 2015년 기초정신보건심판위원회는 15개구에서 진행되었음.
- 2015년 계속입원 심사건수는 1,653건으로 2013년(1,040건) 대비 58.9%(613건) 증가하였음.
- 전체 심사의뢰건 중 50%(826건)는 동대문구 심사의뢰 건으로 매년 타 자치구에 대비하여 높은 심사의뢰건을 보이고 있음.

그림86_정신보건심판위원회 계속입원 심사의뢰 건

(단위:명,%)



향후전망

정신보건심판위원회는 정신장애인의 인권보호를 위해 정신보건심판위원회가 만들어졌고, 2008년 정신보건법 개정을 통해 운영주체가 시도에서 시군구로 이양되어 역할이 강화되었으나 심판위원회를 통한 퇴원명령률은 낮은 추세임. 이에 정신보건심판위원회의 운영을 파악하여 효과적인 운영방안을 모색하고, 장기입원의 통제기제로 역할하기 위하여 ① 사회적 지지체계 및 인프라 강화 ② 퇴원명령 후 환자에 대한 모니터링 체계 확립 ③ 퇴원 후 지역사회 정신보건서비스 연계의무화를 수행되어야 함.

자료원

서울특별시(2016), 서울시 정신의료기관 현황자료

Indicator 24

정신보건심판위원회 퇴원명령률

필요성

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

지표설명

- 13개구의 심사결과를 통한 퇴원명령 정도
 - 분자 : 퇴원명령자수 × 100
 - 분모 : 2015년 기초정신보건심판위원회 심사건수

지표해석

- 2015년 기초정신보건심판위원회는 총 13개구에서 개최함.
- 2015년도 계속입원 심사건수는 총 1,482건으로 2013년도 대비 1,040대비 42.5% 증가함.
- 2015년 기초정신보건심판위원회를 통한 퇴원자수는 43명으로 2.9%의 퇴원명령률을 보이고 있으며, 2013년(1.2%) 대비 1.7% 증가한 것으로 나타남.

Level

- 서울시 ■ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

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

그림87_정신보건심판위원회 퇴원명령률



향후전망

정신보건심판위원회의 심사건수는 지속적으로 증가하고 있는 반면 퇴원명령률이 감소하고 있으며 이는 사회지지체계의 부재, 지역사회 인프라 부족, 소비자의 도덕적 해이, 병원과 지역사회의 분절화, 심사위원회의 활동역량 부족 등 다양한 원인들이 있음. 이를 해결하기 위해서는 정확한 원인파악을 위한 운영실태조사가 필요하며 이에 따른 정책적인 대안이 필요함.

자료원

서울특별시(2016), 서울시 정신의료기관 현황자료

Indicator 25

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

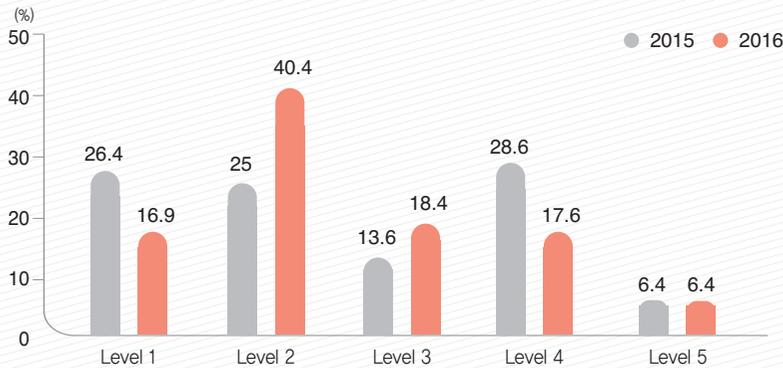
- 정신보건영역에서의 소비자참여 정도 파악
- 2016년 서울시 자치구 보건소, 정신건강증진센터 및 사회복지시설(알코올 주거, 알코올 거주, 알코올 이용시설 제외)의 소비자참여도 조사
- 소비자 참여의 기틀을 마련하기 위한 지표 구성을 위해 국내외 문헌조사 및 현장 방문조사를 바탕으로 2010년 소비자 참여도 사전지표를 구성함.
- 2016에는 본 도구를 재구성하여 각 문항별 요인분석을 통해 레벨에 따른 수행활동이 타당한지를 평가한 뒤 결과를 분석함.
- 2016년에는 2015년에 개발된 도구를 적용하여 조사 수행 및 결과를 분석함.
- 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))	소비자 참여의 필요성을 인식하여 조직이나 구조를 구성하여 참여를 독려하며 활발한 소통이 이루어지나 결정권은 제공자에게 있음.
3 Level : 참조	소비자의 욕구에 기반한 사업 및 서비스를 기획하고 전달하기 위해 수행하는 활동에 참여함.
2 Level : 정보제공 및 수렴	적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하고 있음.
1 Level : 정보제공	소극적 수준에서 소비자에게 정보를 제공하고 있음.

지표해석

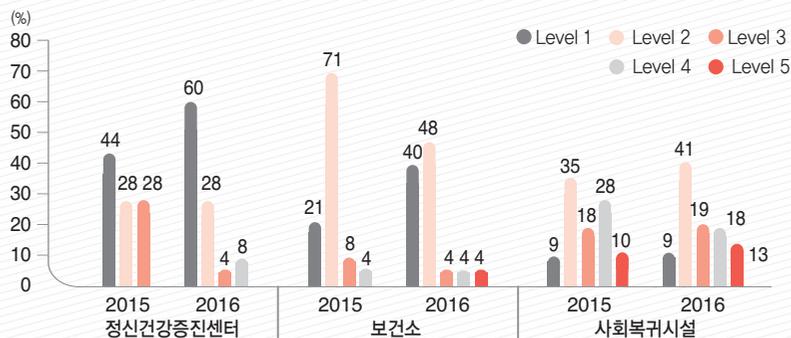
- 서울시 지역사회 정신보건기관의 소비자 참여도를 조사한 결과 적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하는 레벨 2가 39.7%로 가장 높게 나타남.
- 2015년은 소극적 수준에서의 소비자에게 정보제공만 이루어지던 레벨 1이 39.4%를 차지한 반면, 2016년도는 레벨 1이 17.6%로 21.7% 감소하였고, 활발한 소통이 이루어지는 결정권이 있는 레벨 2의 경우 21.4%에서 18.3% 증가하여 2015년 39.7%로 가장 높게 나타나 참여가 활성화되고 있는 것을 볼 수 있음.

그림88_ 2015-2016년 서울시 지역사회 정신보건기관 소비자참여도 (단위:명,%)



- 기관 유형별로 살펴보면, 정신건강증진센터는 2015년도에 비해 1레벨은 증가한 반면, 4레벨 수준이 상승한 것을 볼 수 있으며, 보건소의 경우 2레벨의 수준이 감소하고 5레벨의 수준이 크게 증가한 것을 볼 수 있음.
- 사회복지시설의 경우 보건소나 정신건강증진센터에 비해 참여수준이 크게 분포되어 있으며, 2015년도와 비교하여 레벨 1이 감소하고 레벨 2와 레벨5가 증가한 것으로 사회복지시설의 소비자 참여가 지속적으로 활발히 이루어지고 있다고 볼 수 있음.

그림89_ 기관별 소비자참여도 (단위:명,%)



향후전망

2015년도 소비자 참여도는 소비자에게 정보를 제공하고 소비자의 의견을 수렴하는 수준이었으나, 2016년 적극적으로 소비자에게 정보를 제공하거나 소비자로부터 정보를 수집하여 결과를 수렴하고 전달하는 수준으로 향상되었음. 센터와 보건소 모두 소비자 참여도가 증가하였으나 여전히 참여수준이 미비할 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.

자료원

서울시정신건강증진센터(2016). 제공자관점 소비자 참여조사

Indicator 26

정신장애인 등록률

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

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

- 분자 : 정신장애인 등록자 수 × 100
- 분모 : 추계 중증정신질환자 수 (서울시 인구의 1%)

지표해석

- 2015년 서울시 등록정신장애인은 15,943명이며, 추계정신질환자수(서울시 인구의 1%) 대비 15.9%가 장애 등록을 한 것으로 추정할 수 있음.
- 2015년 12월 31일 기준 정신건강증진센터에 등록된 대상자는 총 19,480명 (퇴록자 포함)으로 이중 24.1%(4,697명)가 정신장애 등록을 했음.
- 이는, 서울시 정신장애인의 29.5%에 해당하는 수치로 서울시 등록장애인의 29.5%가 정신건강증진센터를 이용하고 있다고 추정해볼 수 있음.

그림90_ 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. 또한, 본인이 직접 신청해야하는 행정적 절차 때문에 스스로 도움을 필요하다는 사실을 자각하기 어려워 장애등록을 못하는 경우도 있음. 이에 정신장애등록의 행정적인 절차에 대한 추가보완이 필요하며 사회적 편견해소를 위한 정부차원에서의 홍보가 필요한 것으로 사료됨.

자료원

한국장애인고용공단 고용개발원(2016). 한 눈에 보는 2016 장애인통계 보건복지부(2012). 2011년 정신질환실태 역학조사

Indicator 27

우울증에 대한 긍정적 인지도

필요성

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

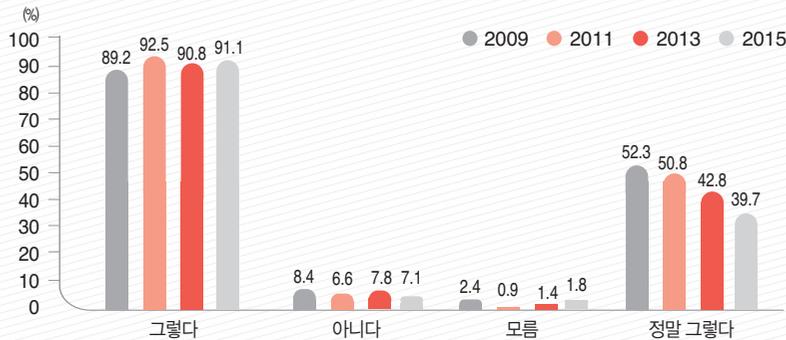
지표설명

- 우울증을 치료가 가능한 질병으로 인식하는 정도
- 서울시에 거주하는 만15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 관련 질문에 긍정적 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 2015년 39.7%로 2013년 42.8%에 비해 3.1%p 감소됐고 2009년 52.3% 이후 지속적 감소추세임.

그림9_ 우울증에 대한 긍정적 인식도



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.

자료원

서울시정신건강증진센터(2015). 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

Indicator 28

서울시민의 정신보건서비스 인지도

Level

- 서울시 □ 자치구

과정산출결과

- Input ■ Process
- Output/Outcome

Domain

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

필요성

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

지표설명

- 정신건강 문제 시 관련된 서비스 인지 및 이용여부 파악
- 서울시에 거주하는 만15세 이상 65세 미만의 남녀 1,000명을 대상으로 전화면접을 통한 정신건강에 관한 인식조사 결과
- 관련 질문에 긍정의 응답을 한 사람의 비율

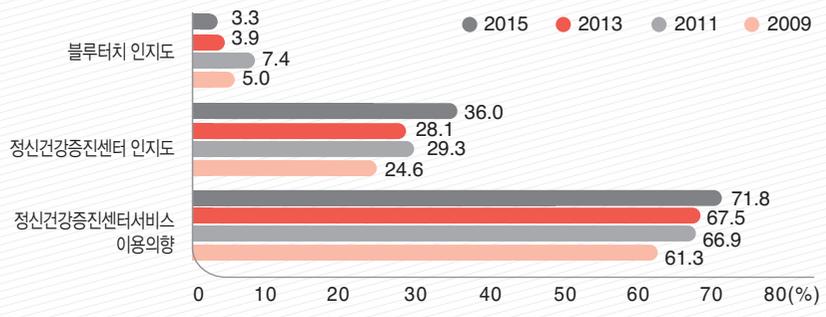
- 분자 : [정신건강증진센터를 알고 있다 / 서비스 제공기관 이용 의향에 있다]에 응답 한 사람 수 × 100
- 분모 : 만 15세 이상-65세 미만 서울 시민 1,000명

지표해석

- 정신건강증진센터를 알고 있다고 답한 응답자는 2015년 36%로 2013년 28.1% 대비 7.9%p 증가함. 정신건강증진센터 인지도에 있어 정신건강증진센터를 아주 잘 알고 있다고 응답한 비율은 2015년 36% 중 4.2%로 2013년과 동일함.
- 정신건강에 관한 상담이나 진단 등 서비스 제공기관을 이용할 의향이 있다고 답한 응답자는 2015년 71.8%로 2013년 67.5%로 4.3% 향상됨.
- 서울시 정신건강브랜드 ‘블루터치’에 대한 인지도는 2013년 3.9%에서 2015년 3.3%로 인지도가 0.6% 감소한 것으로 나타남.

그림92 서울시민의 정신보건서비스 인지도

(단위: %)



자료원

서울시정신건강증진센터(2015). 정신건강에 관한 서울시민 인식조사

부 록

자치구별 관련 통계데이터
참고문헌

SEOUL
MENTAL HEALTH
INDICATOR

자치구별 관련 통계데이터

표1_자치구별 정신보건자원 (예산, 병상수, 사회복지시설 정원)

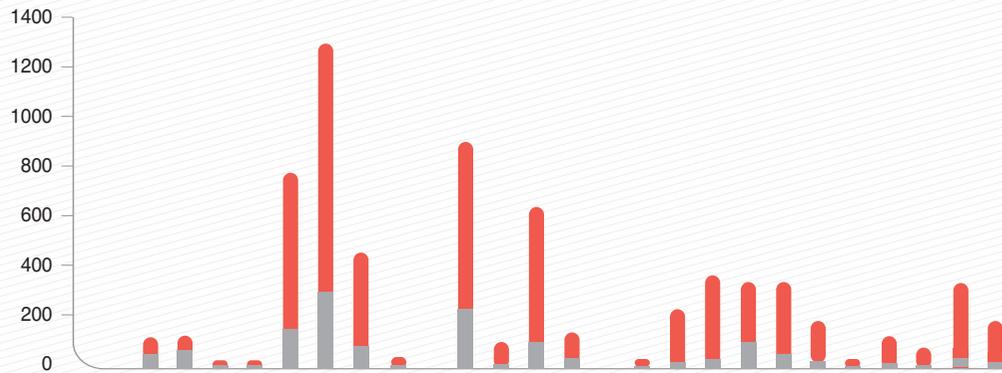
(단위 : 명, 원)

자치구	인구	자치구예산 (정신건강 증진센터)	인구1인당 정신보건 예산	정신 의료기관수	정신병상수	인구10만 명당 정신병상수	사회복지 시설수	사회복지시설 정원		인구10만명당 주간재활시설 정원수
								주간재활시설	거주시설	
서울시	10,022,181	15,361,897,339	3,686	1,342	5,563	55.5	107	1,632	640	16.3
종로구	154,986	666,435,200	9,346	157	77	49.7	4	60	18	38.7
중구	125,733	492,267,740	6,169	36	82	65.2	1	30	0	23.9
용산구	233,342	422,020,530	3,308	18	16	6.9	2	40	7	17.1
성동구	297,003	539,071,140	3,517	26	16	5.4	2	73	0	24.6
광진구	360,369	625,424,218	6,255	176	625	173.4	9	55	87	15.3
동대문구	360,153	548,014,154	3,797	96	1,015	281.8	5	80	17	22.2
종랑구	413,909	616,502,654	3,023	39	368	88.9	4	50	26	12.1
성북구	459,275	689,313,460	2,236	29	34	7.4	2	30	7	6.5
강북구	330,873	580,498,000	4,468	8	0	0	3	75	8	22.7
도봉구	351,242	596,856,000	6,760	32	736	209.5	7	75	78	21.4
노원구	574,583	1,079,034,070	4,486	51	100	17.4	7	90	34	15.7
은평구	497,920	645,130,740	4,075	53	530	106.4	8	60	72	12.1
서대문구	312,141	563,992,500	5,262	73	147	47.1	7	80	43	25.6
마포구	387,643	622,682,920	6,420	19	0	0	4	170	38	43.9
양천구	484,532	599,787,830	3,011	12	21	4.3	6	60	36	12.4
강서구	589,074	578,120,310	3,787	22	214	36.3	9	140	47	23.8
구로구	422,092	700,456,000	3,374	44	300	71.1	4	25	26	5.9
금천구	236,284	543,991,103	3,135	10	234	99	3	0	18	0
영등포구	378,504	656,650,670	2,886	39	266	70.3	2	55	0	14.5
동작구	400,641	502,912,669	1,905	46	76	19	1	30	0	7.5
관악구	509,663	360,896,820	2,799	15	48	9.4	6	85	31	16.7
서초구	446,764	660,188,722	3,436	94	105	23.5	3	99	0	22.2
강남구	576,495	758,160,998	1,967	119	79	13.7	1	50	0	8.7
송파구	660,302	699,402,900	1,788	71	318	48.2	3	90	8	13.6
강동구	458,658	614,085,991	3,100	57	156	34	4	30	39	6.5

※ 시립정신병원 : 47관 1,046 병상/ 정신요양시설 : 3개소 정원 840명 (상기 표에는 은평구소재 정신요양시설의 병상수만 포함되어 있음)

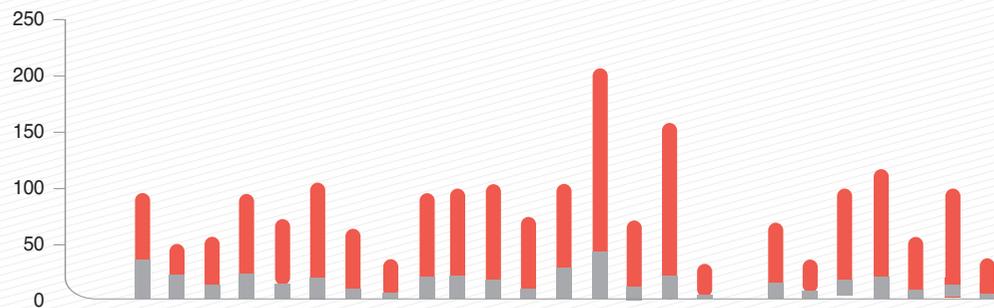
자치구별 관련 통계데이터

그림1-1_서울시 정신병상수



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 정신병상수	77	82	16	16	625	1,015	368	34	0	736	100	530	147	0	21	214	300	234	266	76	48	105	79	318	156
● 인구1만명당정신병상수	49.7	65.2	6.9	5.4	173.4	281.8	88.9	7.4	0	209.5	17.4	106.4	47.1	0	4.3	36.3	71.1	99	70.3	19	9.4	23.5	13.7	48.2	34

그림1-2_서울시 주간재활시설 정원



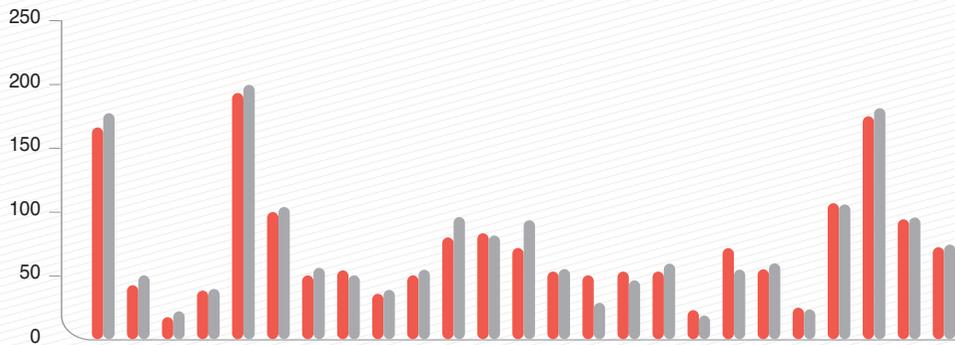
	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 주간재활시설	60	30	40	73	55	80	50	30	75	75	90	60	80	170	60	140	25	0	55	30	85	99	50	90	30
● 인구1만명당주간재활시설정원	38.7	23.9	17.1	24.6	15.3	22.2	12.1	6.5	22.7	21.4	15.7	12.1	25.6	43.9	12.4	23.8	5.9	0	14.5	7.5	16.7	22.2	87	13.6	6.5

표2_자치구별 정신보건자원 (정신보건전문인력)

(단위: 명)

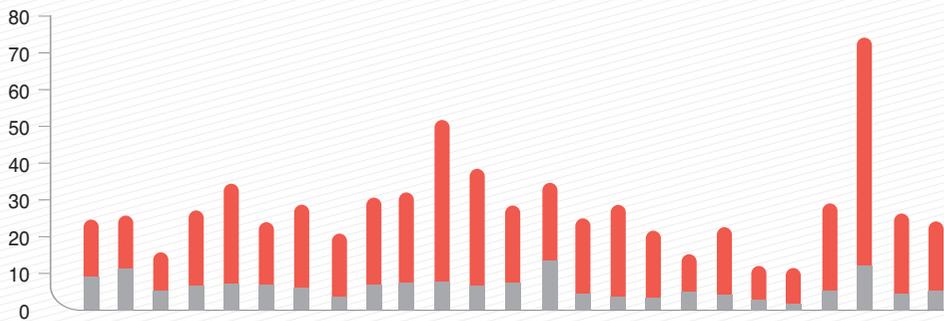
자치구	정신의료기관 정신보건전문요원						지역사회 정신보건전문요원					기관별 정신보건전문요원						계	인구 10만명당 정신보건 인력
	계	전문의	전공의	간호	사회복지	임상심리	계	전문의	간호	사회복지	임상심리	병원	센터	중독	주간	입소	주거		
서울시	1,342	655	240	254	77	116	588	0	108	461	19	1,342	311	24	175	33	45	1,930	5.9
종로구	157	67	45	25	4	16	15	0	1	14	0	157	11	0	3	0	1	172	9.7
중구	36	17	8	5	1	5	14	0	1	11	2	36	10	0	4	0	0	50	11.1
용산구	18	5	4	4	2	3	11	0	1	10	0	18	7	0	3	0	1	29	4.7
성동구	26	10	8	4	0	4	21	0	3	18	0	26	10	0	11	0	0	47	7.1
광진구	176	48	25	91	3	9	27	0	15	12	0	176	12	0	4	6	5	203	7.5
동대문구	96	43	11	24	12	6	18	0	7	10	1	96	9	0	8	0	1	114	5.0
종랑구	39	21	4	4	5	5	24	0	1	22	1	39	10	0	12	0	2	63	5.8
성북구	29	14	8	5	1	1	17	0	5	10	2	29	12	0	4	0	1	46	3.7
강북구	8	8	0	0	0	0	25	0	4	19	2	8	9	10	6	0	0	33	7.6
도봉구	32	17	0	8	6	1	27	0	5	22	0	32	11	2	8	2	4	59	7.7
노원구	51	28	12	5	2	4	45	0	9	36	0	51	22	8	12	0	3	96	7.8
은평구	53	10	8	29	3	3	32	0	6	26	0	53	13	0	7	8	4	85	6.4
서대문구	73	26	17	8	4	18	22	0	5	17	0	73	10	0	7	0	5	95	7.0
마포구	19	17	1	1	0	0	42	0	5	37	0	19	12	0	19	11	0	61	10.8
양천구	12	12	0	0	0	0	22	0	3	17	2	12	10	0	7	0	5	34	4.5
강서구	22	16	0	1	4	1	24	0	5	19	0	22	8	0	12	0	4	46	4.1
구로구	44	23	8	7	5	1	17	0	4	13	0	44	7	4	4	0	2	61	4.0
금천구	10	7	0	0	3	0	12	0	2	10	0	10	10	0	0	0	2	22	5.1
영등포구	39	22	10	1	3	3	18	0	8	10	0	39	13	0	5	0	0	57	4.8
동작구	46	22	11	3	3	7	12	0	1	9	2	46	10	0	2	0	0	58	3.0
관악구	15	15	0	0	0	0	11	0	4	7	0	15	4	0	3	0	4	26	2.2
서초구	94	52	15	12	6	9	24	0	1	21	2	94	11	0	13	0	0	118	5.4
강남구	119	82	21	5	5	6	64	0	9	55	0	119	56	0	8	0	0	183	11.1
송파구	71	42	12	8	4	5	24	0	1	21	2	71	13	0	11	0	0	95	3.6
강동구	57	31	12	4	1	9	20	0	2	15	3	57	11	0	2	6	1	77	4.4

그림2-1_ 서울시 정신보건전문인력



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 2013	160	43	25	42	196	108	51	56	31	52	79	89	70	55	51	53	53	25	71	55	29	119	174	94	76
● 2015	172	50	29	47	203	114	63	46	33	59	96	85	95	61	34	46	61	22	57	58	26	118	183	95	77

그림2-2_ 서울시 지역사회 정신보건전문인력



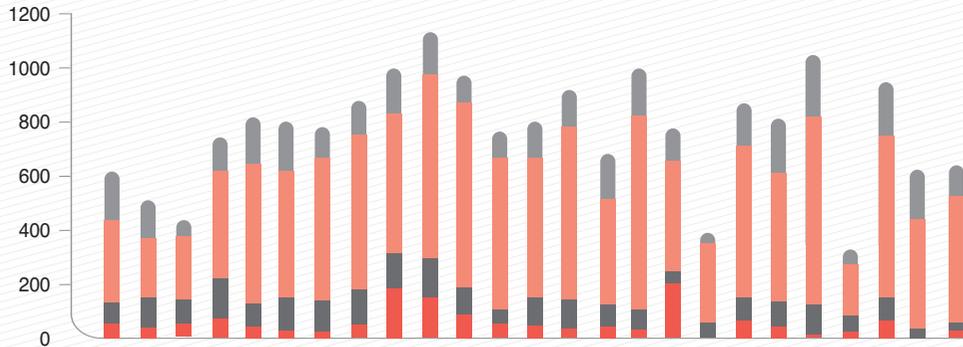
	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 정신보건 전문인력수	15	14	11	21	27	18	24	17	25	27	45	32	22	42	22	24	17	12	18	12	11	24	64	24	20
● 10만명당	9.7	11.1	4.7	7.1	7.5	5.0	5.8	3.7	7.6	7.7	7.8	6.4	7.0	10.8	4.5	4.1	4.0	5.1	4.8	3.0	2.2	5.4	11.1	3.6	4.4

표3_ 자치구별 정신질환자 등록현황 (대상군별, 기관별)

(단위: 명)

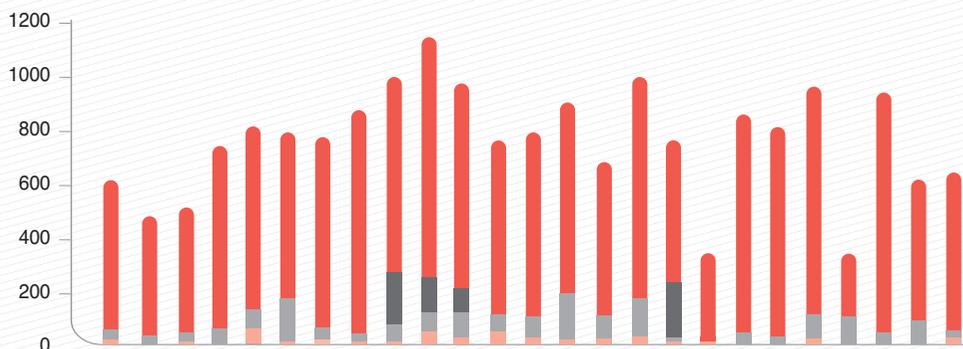
자치구	인구	대상군별 지역사회 등록현황				지역사회 기관별 등록현황				계
		아동청소년	성인	노인	성인 (알코올)	정신건강 증진센터	알코올 상담센터	주간재활시설 (아이존 포함)	거주시설 (입소/주거)	
서울시	10,022,181	3,266	12,526	1,996	1,643	16,494	660	1,773	504	19,431
종로구	154,986	162	328	63	67	549	0	58	7	614
중구	125,733	124	246	97	43	447	0	33	0	480
용산구	233,342	60	318	79	56	471	0	37	5	513
성동구	297,003	123	407	141	86	685	0	72	0	757
광진구	360,369	152	545	73	46	680	0	64	78	822
동대문구	360,153	196	464	110	37	705	0	88	14	807
중랑구	413,909	103	563	91	31	703	0	62	23	788
성북구	459,275	130	570	85	105	854	0	30	6	890
강북구	330,873	174	511	121	199	715	199	85	6	1,005
도봉구	351,242	128	698	126	173	843	161	72	67	1,143
노원구	574,583	97	698	91	95	754	94	105	28	981
은평구	497,920	105	580	39	64	663	0	62	63	788
서대문구	312,141	121	533	100	54	688	0	86	29	803
마포구	387,643	113	674	84	47	711	0	181	26	918
양천구	484,532	165	418	59	49	573	0	89	29	691
강서구	589,074	181	733	68	27	826	0	146	37	1,009
구로구	422,092	101	423	48	206	524	206	26	15	771
금천구	236,284	14	306	58	0	366	0	0	6	372
영등포구	378,504	152	569	96	63	820	0	60	0	880
동작구	400,641	189	493	101	30	779	0	34	0	813
관악구	509,663	141	727	107	9	868	0	90	26	984
서초구	446,764	56	212	28	56	244	0	108	0	352
강남구	576,495	214	586	78	76	903	0	51	0	954
송파구	660,302	166	436	21	0	513	0	103	7	623
강동구	458,658	99	488	32	24	580	0	31	32	643

그림3-1_대상군별 지역사회 등록현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 아동청소년	162	124	60	123	152	196	103	130	174	128	97	105	121	113	165	181	101	14	152	189	141	56	214	166	99
● 성인	328	246	318	407	545	464	563	570	511	698	698	580	533	674	418	733	423	306	569	493	727	212	586	436	488
● 노인	63	97	79	141	73	110	91	85	121	126	91	39	100	84	59	68	48	58	96	101	107	28	78	21	32
● 성인(일로함)	67	43	56	86	46	37	31	105	199	173	95	64	54	47	49	27	206	0	63	30	9	56	76	0	24

그림3-2_지역사회 기관별 등록현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 정신건강 증진센터	549	447	471	685	680	705	703	854	715	843	754	663	688	711	573	826	524	366	820	779	868	244	903	513	580
● 중독관리 통합지원센터	0	0	0	0	0	0	0	0	199	161	94	0	0	0	0	0	206	0	0	0	0	0	0	0	0
● 주간재활시설 (이이존포함)	58	33	37	72	64	88	62	30	85	72	105	62	86	181	89	146	26	0	60	34	90	108	51	103	31
● 거주시설 (입소/주거)	7	0	5	0	78	14	23	6	6	67	28	63	29	26	29	37	15	6	0	0	26	0	0	7	32

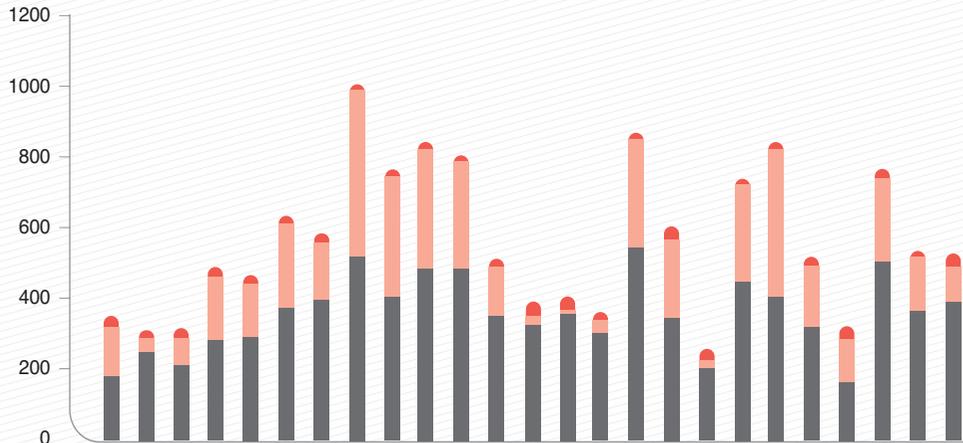
표4_자치구별 정신보건문제(SP수립, 삶의 질, 지역사회 생활유지, 사례관리부담, 등록회원의 장기재원)

(단위 : 명)

자치구	전체 등록회원	개별서비스 계획수립 (ISP)	삶의질 향상			지역사회 생활유지	전문요원 1인당 사례관리부담	등록회원의 장기재원
			등록회원	QOL 실시	삶의질 향상			
서울시	10,022,181	14,990	9,116	4,470	20.6	11,271	461	392
종로구	154,986	498	181	132	25	216	93	9
중구	125,733	198	255	35	22.9	288	291	8
용산구	233,342	467	206	89	27	243	345	7
성동구	297,003	701	352	112	18.8	468	378	3
광진구	360,369	421	296	150	18.7	396	394	12
동대문구	360,153	716	369	245	19.2	496	519	13
중랑구	413,909	552	393	154	22.7	462	1,504	13
성북구	459,275	988	514	475	14.9	602	399	19
강북구	330,873	640	466	284	22.5	552	645	20
도봉구	351,242	871	493	325	18.5	541	347	13
노원구	574,583	650	494	286	25.9	596	436	18
은평구	497,920	680	363	126	19	497	553	6
서대문구	312,141	581	332	19	36.8	329	751	29
마포구	387,643	338	360	5	40	506	811	18
양천구	484,532	203	299	39	25.6	435	270	13
강서구	589,074	916	539	311	12.9	588	613	37
구로구	422,092	615	355	224	18.3	411	262	18
금천구	236,284	123	209	24	29.2	327	252	13
영등포구	378,504	921	438	282	14.2	501	462	20
동작구	400,641	821	435	381	27.6	516	440	11
관악구	509,663	933	321	169	14.8	670	342	23
서초구	446,764	284	176	119	25.2	195	349	14
강남구	576,495	921	520	226	22.1	562	394	20
송파구	660,302	478	359	151	26.5	393	415	13
강동구	458,658	474	391	107	32.7	481	814	22

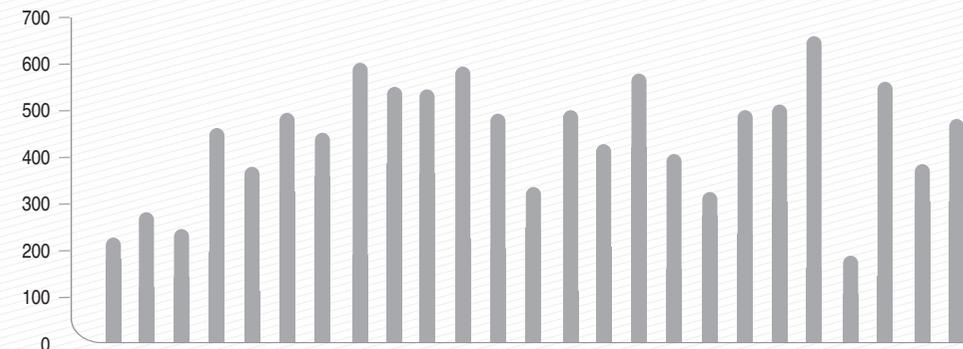
※ 삶의질 향상률의 등록회원수는 19세 이상의 등록 24개월이상, 주진단이 중증정신질환자 코드인 회원을 의미함.

그림4-1_자치구별 등록회원의 삶의 질 향상



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 삶의 질 향상	25	22.9	27	18.8	18.7	19.2	22.7	14.9	22.5	18.5	25.9	19	36.8	40	25.6	12.9	18.3	29.2	14.2	27.6	14.8	25.2	22.1	26.5	32.7
○ OO시건	132	35	89	112	150	245	154	475	284	325	286	126	19	5	39	311	224	24	282	381	169	119	226	151	107
● 등록회원	181	255	206	352	296	369	393	514	466	493	494	363	332	360	299	539	355	209	438	435	321	176	520	359	391

그림4-2_자치구별 지역사회생활유지율



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 지역사회 생활유지율	216	288	243	468	396	496	462	602	552	541	596	497	329	506	435	588	411	327	501	516	670	195	562	393	481

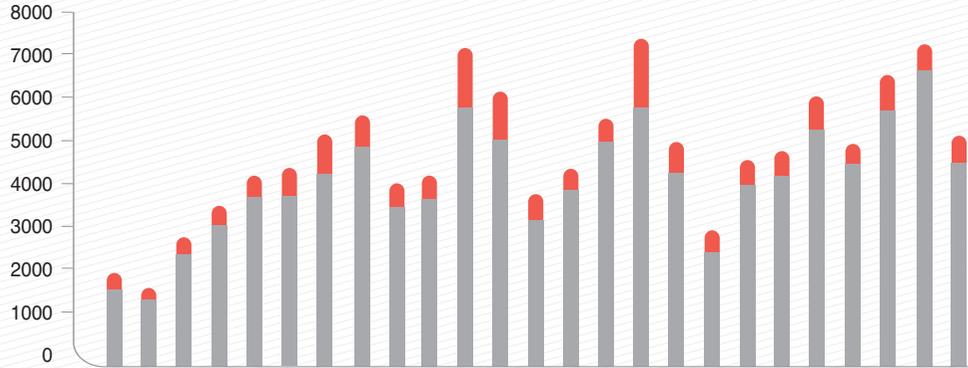
표5_자치구별 정신보건문제(추계정신질환 대비 정신질환 등록율)

(단위:명,%)

자치구	인구	추계정신 질환자 (인구의 1%)	정신장애 등록자 수				센터등록 회원	추계중증정신질환대비 장애등록율(%)
			계	1급	2급	3급		
서울시	10,022,181	100,222	15,943	376	4,177	11,390	16,494	15.9
종로구	154,986	1,550	260	5	66	189	549	16.8
중구	125,733	1,257	235	6	57	172	477	18.7
용산구	233,342	2,333	301	3	62	236	471	12.9
성동구	297,003	2,970	427	11	115	301	685	14.4
광진구	360,369	3,604	514	11	114	389	680	14.3
동대문구	360,153	3,602	633	12	162	459	705	17.6
중랑구	413,909	4,139	812	21	213	578	703	19.6
성북구	459,275	4,593	639	24	136	479	854	13.9
강북구	330,873	3,309	690	11	171	508	715	20.9
도봉구	351,242	3,512	605	8	158	439	843	17.2
노원구	574,583	5,746	1,434	37	409	988	754	25.0
은평구	497,920	4,979	1,104	36	400	668	663	22.2
서대문구	312,141	3,121	539	10	124	405	688	17.3
마포구	387,643	3,876	516	8	141	367	711	13.3
양천구	484,532	4,845	593	10	143	440	573	12.2
강서구	589,074	5,891	1,572	54	456	1,062	826	26.7
구로구	422,092	4,221	561	13	137	411	524	13.3
금천구	236,284	2,363	396	9	104	283	366	16.8
영등포구	378,504	3,785	447	12	110	325	820	11.8
동작구	400,641	4,006	519	9	119	391	779	13.0
관악구	509,663	5,097	828	19	177	632	868	16.2
서초구	446,764	4,468	338	9	70	259	244	7.6
강남구	576,495	5,765	808	21	267	520	903	14.0
송파구	660,302	6,603	598	10	137	451	513	9.1
강동구	458,658	4,587	574	7	129	438	580	12.5

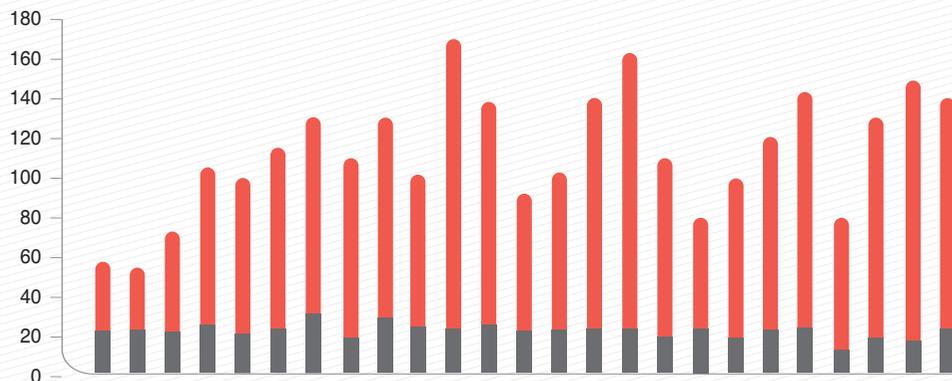
자치구별 관련 통계데이터

그림5-1_자치구별 정신장애 등록현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 정신장애인등록	260	235	301	427	514	633	812	639	690	605	1,434	1,104	539	516	593	1,572	561	396	447	519	828	338	808	598	574
● 추계증증정신질환자	1,550	1,257	2,333	2,970	3,604	3,602	4,139	4,593	3,309	3,512	5,746	4,979	3,121	3,876	4,845	5,891	4,221	2,363	3,785	4,006	5,097	4,468	5,765	6,603	4,587

그림5-2_자치구별 자살사망현황



	종로	중	용산	성동	광진	동대문	중랑	성북	강북	도봉	노원	은평	서대문	마포	양천	강서	구로	금천	영등포	동작	관악	서초	강남	송파	강동
● 자살사망자수	35	31	53	77	72	101	97	94	100	91	146	115	69	91	119	143	89	57	85	92	119	67	116	128	114
● 인구 10만명	23.2	25.2	23.5	26.4	20.2	28.4	23.6	20.6	30.6	26.1	25.5	23.4	22.6	23.9	24.8	24.6	21.2	24.4	22.8	23.1	23.6	15.2	20.5	19.6	24.7

참고문헌

■ 국내문헌

- 강상경 · 권태연(2006), 미국의 지역사회에 기반을 둔 정신 재활서비스의 소비자만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 『정신보건과 사회사업』, 245-35.
- 강상경 · 권태연(2008), 정신보건심판위원회의 운영실태 및 개선방안, 『정신보건과 사회사업』, 28:297-315.
- 경기도가족여성연구원(2012), 경기도 북한이탈주민 성별 현황.
- 경찰청(2015), 경찰통계연보 2015.
- 국가인권위원회(2009), 정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 국가보고서.
- 건강보험심사평가원 보도자료(2016.09.13), 감정 기복 심한 기분장애 ‘조울증’, 40%가 40~50대 중장년층.
- 국립정신건강센터(2006), 정신질환 조기개입 정책개발을 위한 기초연구.
- 국민건강보험공단(2016), 건강보험통계연보2014-2015.
- 국민건강보험공단(2016), 의료급여통계연보2014-2015.
- 김광기(2001), 알코올 소비 및 음주관련 폐해 통계지표의 정보화, 보건복지부.
- 김문근 · 김이영(2008), 재가 정신장애인 및 가족의 생활실태 조사연구, 국가인권위원회.
- 김병창(2010) 북한이탈주민의 정신건강, 정신건강정책포럼 2010 vol.4.
- 김연아(2008), OECD 2007 장애정책리뷰, 고용개발원.
- 김연희 · 전우택 · 조영아(2010), 북한이탈주민 정신건강 문제 유형율과 영향요인, 『통일정책연구』, 19(2):141.
- 김윤 · 이해국 · 김광기 · 윤명숙 · 이선영 · 조근호 · 강미영 · 장원모(2009), 음주폐해 예방 및 관리에 대한 국가 5개년 계획 연구, 알코올사업기술지원단.
- 김종남 · 최윤경 · 채정민(2008), CES-D와 로샤검사를 통해 본 북한이탈주민의 우울감, 『한국심리학회지』, 14(2):14-61.
- 박윤정(2012) 정신장애인의 취업에 영향을 미치는 요인에 관한 연구.
- 박은숙 · 정길호 · 강일규 · 임정빈(2009), 북한이탈주민의 지역사회 정착을 위한 연계협력체계 구축방안, 서울:한국행정학회 북한사회 · 행정연구회.
- 박은숙 · 강경미 · 강란혜 · 김태수 · 전광현 · 김유정 · 이영환(2009), 북한이탈주민의 이해, 서울: 나눔의 집, 91-126,3.
- 박은숙(2013), 북한이탈주민의 직장생활부적응에 영향을 미치는 요인 연구 -이직의도를 중심으로, 송실대학교대학원 박사학위 논문.
- 박종익 · 장홍석 · 이진석 · 이명수(2008), 장기입원의 구조적원인과 지속요인, 국가인권위원회.
- 배정규 · 이용표 · 신성만 · 이종구 · 곽호순(2006), 지방자치단체의 정신보건 업무수행 실태조사, 대구대학교 응용심리연구소 · 국가인권위원회.
- 백지은 · 송진희 · 홍현숙 · 한혜리 · 이태경 · 노성원(2008), 외국인주민 정신건강서비스 개발을 위한 예비연구, 국립서울병원.
- 배성우, 김이영, 손지아(2011) 정신보건프로그램이 정신장애인의 사회적 기능에 미치는 효과 : 5년간의 종단연구.
- 보건복지부(2007), 국가정신건강정책10년.
- 보건복지부(2011), 국가정신보건 5개년 계획(2011-2015).
- 보건복지부(2015), 2014 장애인실태조사.

- 보건복지부(2016), 2016년 정신보건사업안내.
- 보건복지부(2014), 한 눈에 보는 OECD 보건의료 2013.
- 보건복지부(2016), 2016 보건복지통계연보.
- 보건복지부(2016), 2015 회계연도 세입 · 세출결산보고서.
- 보건복지부 · 질병관리본부(2015, 2014), 2013-2014 국민건강통계.
- 보건복지부(2016), 정신건강 종합대책.
- 보건복지부 · 질병관리본부(2016), 2015 지역사회건강조사.
- 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2016), OECD Health Data 2016(요약집).
- 보건복지부(2016), OECD Health Statistics 2016.
- 서동우(2002), 지역사회정신보건의 현황과 전망, 『한국사회복지학회 학술대회 자료집』, 2002(4):155-179.
- 서울시정신보건사업지원단(2007, 2009, 2011, 2013, 2015), 정신건강에 관한 서울시민 인식 조사.
- 서울시정신보건사업지원단 · 서울시정신보건센터(2009), 서울정신건강 2020 : 제 2차 4개년 계획 수립에 대한 보고서 2009-2012.
- 서울시정신보건사업지원단(2010), 서울시정신보건사업지원단 5개년 보고서.
- 서울시정신보건센터(2009), 서울시정신보건센터 4개년 사업보고서.
- 서울시정신건강증진센터(2016), 2015 서울시정신건강증진센터 사업보고서.
- 서울시정신건강증진센터(2015,2016), 서울시정신보건기관 현황조사.
- 서울시정신건강증진센터(2015,2016), 제공자 관점 소비자 참여조사.
- 서울특별시 · 서울시정신보건사업지원단(2004), 서울정신건강 2020 사업.
- 서울특별시(2016), 2015년 세입 · 세출예산서.
- 서울특별시(2016), 2015년 세입 · 세출결산서.
- 서울특별시(2016), 서울시 의료급여 지출액.
- 서울특별시(2016), 서울시 정신의료기관 현황조사
- 알코올사업지원단 · 가톨릭대학교 산학협력단(2011), 음주폐해 감소를 위한 국가전략 2020.
- 여성가족부(2015), 2015 청소년백서.
- 오정하 · 고정아 · 임희영 · 박정숙 · 이명수(2011), 지역사회 정신보건서비스에 대한 소비자 참여도 지표 개발 연구, 『정신보건 The Mental Health』, 2011(2): 17-22.
- 유정자(2006), 재중 북한이탈주민의 정신건강에 대한 연구, 연세대학교대학원 석사학위논문.
- 윤정원(2007), 의료보장유형과 총 진료비 및 재원일수의 연관성 분석-정신질환을 중심으로, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 이금진(2003), 정신장애인직업유지기간에영향을미치는요인, 『장애인고용』, 13(4)21-51.
- 정영호(2012), 음주로인한 사회경제적 비용 및 음주폐해 예방사업비용 효과성추계, 한국보건사회연구원.
- 정인원 · 현명호 · 김진영 · 배재남 · 장홍석 · 나동석 · 배안 · 조웅 · 사공정규 · 장성만 · 박종익(2008), 정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사, 국가인권위원회.
- 조맹제 · 박종익 · 배안 · 배재남 · 손정우 · 안준호 · 이동우 · 이영문 · 이준영 · 장성만 · 정인원 · 조성진 · 홍진표, (2011), 2011 정신질환실태 역학조사, 보건복지부 · 서울대학교 의과대학교.
- 중앙정신보건사업지원단 · 국립정신건강센터(2015), 2015국가정신건강현황 예비조사 결과보고서.

- 중앙정신보건사업지원단(2007, 2010, 2012,2013), 2006, 2009, 2011,2012,2013 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 중앙정신보건사업지원단(2015), 2015 정신건강 지식 및 태도조사.
- 통계청(2015,2016), 2014-2015 사망원인통계연보.
- 행정자치부(2015,2016), 행정자치통계연보.
- 한국장애인고용공단(2014), 2014 장애인 경제활동 실태조사.
- 한국장애인고용공단 고용개발원(2016), 한 눈에 보는 2016 장애인통계.
- 홍선미 · 박숙경 · 신영전 · 염형국 · 윤탁 · 이영문 · 이용표 · 홍진표(2009), 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축, 국가인권위원회.

■ 국외문헌

- Australian Government(2002, 2005, 2007, 2010), National mental health report.
- Australian Government(2004), Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services.
- Edwards & Patrick D McGorry(2002), Duration of untreated psychosis (DUP) and outcome in schizophrenia.
- HJ Salize, H Dressing(2004), Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union, The British Journal of Psychiatry, 184:163-168.
- OECD(2003), Transforming Disability into Ability.
- OECD(2013), Health at a glance 2013.
- OECD(2016), Health data.
- OECD(2016), Health Statistics.
- WHO(2003), Advocacy for mental health.
- WHO(2003), Investing in Mental Health.
- WHO(2001, 2005, 2011, 2014), Mental health Atlas.

■ 인터넷 웹사이트

- 블루터치 www.blutouch.net
- 서울시정신보건관리시스템(SMHIS), www.smhis.or.kr
- 서울시정신보건통계 www.seoulmentalhealth.kr
- 세계보건기구(WHO), www.who.int
- 통일부(2016), 2015 북한이탈주민 현황, www.unikorea.go.kr
- 행정자치부(2016), 주민등록인구 현황, 외국인주민 현황조사, www.mospa.go.kr
- 서울시통계 www.stat.seoul.go.kr
- WHO <http://www.who.int>

2016 서울시정신보건지표

Seoul Mental Health Indicator

발행일 | 2016년 12월

발행인 | 손지훈

편집인 | 최지애, 성혜연, 김신희, 김서운, 허세미

발행처 | 서울시정신건강증진센터

전화 | 02-3444-9934

팩스 | 02-3444-9961

홈페이지 | seoulmentalhealth.kr

blutouch.net

제작업체 | 호박앤컴퍼니(주)

본 저작물은 서울시정신보건사업지원의 소유이므로 사전
승인 없이 본내용의 전부 또는 일부에 대한 무단 전재와
복제를 금합니다.