발간등록번호
11-1240000-000676-10

정기통계품질진단 연구용역

『정신질환실태조사』
2013년 정기통계품질진단
연구용역 최종결과보고서

2013. 11.

통계청 STATISTICS KOREA

주 의

1. 이 보고서는 통계청에서 수행한 정기통계품질진단 연구용역사업 결과보고서입니다.

2. 이 보고서에 대한 저작재산권 일체와 2차적 저작물 또는 편집저작물의 작성권은 통계청이 소유하며, 통계청은 정책상 필요시 보고서의 내용을 보완 또는 수정할 수 있습니다.

제 출 문

제 출 문

통계청장 귀하

본 보고서를 “정신질환실태조사 2013년 정기통계품질진단” 연구용역 과제의 최종 연구결과물로 제출합니다.

2013년 11월 29일

한국통계진흥원장 제 정 본 ㊞

연구진

책임연구원	한국통계진흥원 김경태 사무국장
연 구 원	한국통계진흥원 김영진 부장
표본전문가	한국통계진흥원 김종익 고문
통계전문가	한국통계진흥원 김황대 연구위원
연구보조원	한국통계진흥원 이동훈 연구원

품질보고서

『정신질환실태조사』
품질보고서

2013. 11.

통계청
STATISTICS KOREA

품질보고서

차 례

1. 개요 ····· 1

2. 통계품질정보 ····· 2

가. 차원별 품질 상태 ····· 2

(1) 관련성 ····· 2

(2) 정확성 ····· 3

(3) 시의성/정시성 ····· 4

(4) 비교성 ····· 4

(5) 일관성 ····· 5

(6) 접근성/명확성 ····· 5

3. 결론 ····· 7

1. 개요

본 보고서는 통계청 정기통계품질진단의 일환으로, '2011년 정신질환실태조사' 통계의 품질상태에 대한 상세정보를 제공함으로써 이용자에게 자료의 유용성과 이용상의 적합성 정보를 제공하는데 목적이 있다.

보건복지부에서 주관하고 서울대학교 의과대학이 위탁 수행한 정신질환실태조사는 한국 성인에서 주요 정신질환의 유병률을 산출하고 관련 위험요인을 분석하며, 정신질환 이환자의 정신의료서비스 이용실태에 대한 전국 단위의 통계를 산출하여, 국가적인 차원에서의 정신질환 관리와 국민의 정신건강 증진 및 국가 간 정신질환 비교를 위한 기초 자료를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다.

정신질환실태조사는 정신보건법 제4조의 2, 동법 시행규칙 제1조의 2에 의해서 5년마다 실시하며, 2010년 실시된 인구주택총조사를 모집단으로 설정하여 전국의 일반가구를 대상으로 하는 표본조사로 2001년과 2006년에 이어 세 번째로 시행되었다. 2011년 조사는 2011년 3월 25일부터 2011년 12월 23일까지 9개월 동안 진행되었다.

보고서는 보건복지부 홈페이지(정책정보 - 현황/통계)에 공개하여 접근이용이하며 보고서에 수록된 통계자료는 국가통계포털(http://kosis.kr) 및 e-나라지표(http://www.index.go.kr)에서 제공되고 있다.

통계의 품질진단은 통계이용자에게는 통계의 강점과 한계점을 이해하고 통계품질에 대한 정보에 용이하게 접근할 수 있도록 도와주며, 생산자에게는 통계의 장점, 단점을 알고 개선할 사항이 무엇인지 알 수 있도록 정확한 정보를 제공하는 역할을 하기 때문에 매우 중요하다고 할 수 있다. 따라서 본 진단은 정신질환실태조사의 품질진단을 통하여 통계 이용자들을 위해 통계의 질적 품질정보를 다양한 차원에서 제공하고자 한다.

2. 통계품질정보

우리나라 통계청에서는 관련성, 정확성, 시의성 및 정시성, 비교성, 일관성, 접근성 및 명확성 이렇게 6가지로 품질차원을 정의하고 있다. 이 6가지 차원의 품질수준이 어느 정도인지를 측정하고 각 차원의 품질수준을 높이기 위하여 통계를 어떻게 개선해야 하는지 그 방향을 제시하고자 한다.

가. 차원별 품질 상태

(1) 관련성(Relevance)

관련성은 이용자 관점에 초점을 둔 측면으로 통계자료가 포괄범위와 개념, 내용 등에 있어서 이용자 요구상황을 충족하는 정도를 말한다. 즉, 통계이용자에게 얼마나 의미 있고 유용한 통계를 작성하여 제공하는지를 의미하고 있다. 통계목적을 명확하게 설정하고 있는지, 이용자를 파악하고 있는지, 전문가 자문회의나 표적집단 면접 조사 등을 통하여 지속적으로 이용자의 요구를 파악하고 통계에 반영하고 있는지 등을 중점적으로 점검하여 평가결과를 제시하고자 한다.

정신질환실태조사는 간행물 배부처, 마이크로데이터 이용자 명부 등 이용자 목록을 작성하고 있지만, 통계작성 담당자와 이용자 그룹 간 토론회 및 자문회의 등은 개최하고 있지 않는 것으로 파악됐다. 표적집단 면접을 통한 이용자의 만족도 및 요구도 조사 결과 정신질환실태조사는 일반이용자를 위한 편의사항 제공이 부족한 것으로 나타났으며 특히, 자료의 접근성, 마이크로데이터 제공 과정의 어려움, 분석 또는 이용지침 부재 등이 일반이용자의 불만사항으로 조사되었다. 추후 이용자들의 요구사항을 파악하고 반영하는 노력이 필요할 것으로 사료된다. 정신질환실태조사의 작성목적은 한국 성인에서 주요 정신질환의 유병률을 산출하고 관련 위험요인을 분석하며, 정신질환 이환자의 정신의료서비스 이용실태에 대한 전국 단위의 통계를 산출하여,

국가적인 차원에서의 정신질환 관리와 국민의 정신건강 증진 및 국가 간 정신질환 비교를 위한 기초 자료를 제공하는 것이다. 이에 알맞게 공표되고는 있으나, 전문이용자 요구사항 조사 결과 다른 정신건강 조사와의 연계성, 조사대상자의 범위 확대, 조사문항 추가, 홍보 강화 등의 필요성에 대한 개선의견이 제시되었다. 이에 따른 타 정신건강 조사와의 연계성을 위한 시스템 구축, 사회적 추세 등을 고려한 조사대상자의 범위 확대 및 새로운 조사문항, 홍보 강화 체계 마련 등의 검토가 필요할 것으로 사료되었다.

(2) 정확성(Accuracy)

정확성이란 측정하고자 하는 모집단의 특성이나 크기를 얼마나 근사하게 측정했는가를 의미하며, 참값과 추정된 값과의 근접성이 높을수록 정확성이 높은 통계라고 말할 수 있다. 조사통계의 경우 조사기획, 표본설계, 자료수집, 자료처리 등의 과정에서 표본오차와 비표본오차가 발생 할 수 있다. 따라서 표본오차 및 비표본오차의 크기 및 발생원인, 오차를 최소화하기 위한 방안 등을 점검하여 정확성 측면에서 진단하고 그 결과를 제시하고자 한다.

정신질환실태조사의 정확성을 높이기 위하여 조사가 이루어지기 전 조사원 교육 훈련을 5일간 합숙으로 시행하고 있으며, 교육 과정 마지막 날에는 모의면담을 통하여 조사의 정확성을 높이고 있다. 설문조사의 경우, 무응답과 관련하여 조사단계에서 조사원이 설문조사 시 설득과 응대를 통하여 무응답률을 낮추기 위한 노력이 이루어지고 있다. 정신질환실태조사의 자료 입력 및 분석의 경우 입력지침, 입력프로그램 구축, 입력 오류 검출 기능 구축 등을 통하여 정확성을 높이고자 하는 노력이 이루어지고 있다. 그러나 조사원의 수가 많은 것은 조사원 간 일치도의 한계점으로 사료된다.

정신질환실태조사의 표본설계는 2010년 인구주택총조사 자료로 다단계 집락추출법을 사용하였다. 하지만 표본설계 과정에서 비확률표본의 요소가 포함되어 통계의 대표성이 결여되었다. 또한 조사원으로 경험이 없는 대학생을 사용

하여 일부 표본 대체에서 문제가 발견되었는데, 유경험자의 전문조사원을 사용하면 더 효율적인 조사가 가능할 것으로 생각된다.

(3) 시의성 및 정시성(Timeliness/Punctuality)

시의성은 작성기준시점과 결과공표시점간의 차이를 나타내는 통계의 현실 반영도와 관련된 개념이고, 정시성은 예정된 공표시기를 정확히 준수하는가에 대한 개념으로, 통계자료의 작성주기, 기간, 공표예정일 준수 여부 등을 점검하여 시의성 및 정시성 측면에 대한 통계품질을 평가하고 그 결과를 제시하고자 한다.

정신질환실태조사는 매 5년마다 조사가 이루어지고 있고 본 통계의 전체 연구기간은 2011년 3월부터 12월까지 9개월이며 현장방문 조사기간은 2011년 7월부터 11월까지 4개월이다. 이렇게 조사가 진행되어 2012년 2월에 보도 자료를 통해 최종 공표되었다. 작성기준시점과 결과발표시점 간의 차이는 9개월 미만으로 적절한 것으로 나타났다.

(4) 비교성(Comparability)

비교성은 시간 또는 공간이 달라도 통계자료가 동일한 개념, 분류, 측정도구, 측정과정 및 기초자료 등을 기준으로 집계되어 서로 비교가 가능한지를 나타내는 것이며, 이는 다른 나라, 다른 도시 또는 다른 연도의 자료와 비교가 가능한 지를 보는 것으로 통계작성에 적용된 개념, 정의와 측정방법의 차이가 주는 영향 등을 점검하여 비교성 측면을 평가하고 결과를 제시하고자 한다.

정신질환실태조사의 설문조사는 WHO 국제표준기준에 따르는 구조화된 설문지를 사용하고 있으므로 WHO에 공표되는 다른 나라와의 비교가 가능한 것으로 사료된다. 정신질환실태조사 통계작성에 적용된 개념, 정의, 측정방법은 2001년 조사 시작 이후 일관성을 유지하고 있기 때문에 시계열적인 비교가 가능하며, 시계열 단절은 거의 나타나지 않는 것으로 조사되었다. 따라서 정신질

환실태조사는 다른 나라와의 비교 및 연도별 비교가 가능한 것으로 사료된다.

(5) 일관성(Coherence)

일관성은 동일한 경제, 사회현상에 관해 작성된 다른 통계자료와의 유사 또는 근접한 정도를 말하며, 서로 다른 기초자료나 작성방법에 의해 작성되었더라도 동일한 현상을 반영하는 통계자료들은 서로 유사한 결과를 보여야 한다는 개념이다. 이와 관련하여 정신질환실태조사의 일관성에 대하여 평가하고 결과를 제시하고자 한다.

정신질환실태조사와 동일한 경제, 사회적 현상에 관하여 작성된 유사통계로는 국민건강영양조사와 지역사회건강조사를 들 수 있다. 국민건강영양조사와 지역사회건강조사에서의 정신건강에 대한 문항은 매우 단순하고 정신질환실태조사와는 조사 특성이 달라 직접적인 비교는 힘들 것으로 생각된다. 하지만 추후 조사 간에 연계성 검토가 필요할 것으로 사료된다.

(6) 접근성 및 명확성(Accessibility/Clarity)

접근성은 이용자가 통계자료에 얼마나 쉽게 접근할 수 있는지에 대한 정도를 말하며, 명확성은 통계가 어떻게 만들어졌는지에 대한 정보제공 수준을 말한다. 통계자료의 DB화, 간행물 및 보도자료 홈페이지 게시 등 다양한 방법으로 통계자료를 제공하고 자료를 쉽게 찾을 수 있는 검색기능 등 통계의 접근성이 쉬운지 측면에서 정신질환실태조사의 접근성 및 명확성을 평가하고 결과를 기술하고자 한다.

정신질환실태조사의 보고서와 요약본 자료는 보건복지부 사이트(http://www.mw.go.kr/front_new/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=274852&FILE_SEQ=113724)에서 로그인 절차 없이 확인할 수 있는 체계를 구축하였으나, 표적집단 면접 조사결과 일반사용자들의 대부분은 이러한 사

실을 인지하지 못하고 있었고 자료를 검색하기까지 상당히 어려운 점이 많은 것으로 나타났다. 대형포털사이트에 연관검색어 관련하여 바로가기 링크 등 접근성이 쉽게 보고서와 요약본을 사용할 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있다고 사료되었다. 정신질환실태조사 마이크로데이터 제공의 경우 대표성과 표본오차 등의 이유로 지역 단위 자료를 제공받지 못하고 있으며, 이용자들 대부분이 마이크로데이터 제공 서비스에 대해서도 잘 모르고 있었다. 또한 국민건강영양조사의 마이크로데이터 제공과 비교하여 이용지침서, 분석지침서, 관련 자료 워크숍 등 이용자 편의를 위한 부분이 부족한 것으로 조사되었다. 추후, 이러한 접근성 및 명확성 부분에 대하여 보완이 필요할 것으로 사료된다.

3. 결론

정신질환실태조사는 주요 정신질환의 유병률을 산출하고 관련 위험요인을 분석하여 정신건강에 대한 정보를 제공함으로써 국가 정신 보건 정책 수립 및 각종 관련 연구에 기초자료로 활용될 수 있는 중요한 조사 자료이다.

정신질환실태조사는 그 목적을 명확히 설정하고 있지만, 이용자를 위한 편의사항 제공이 부족한 것으로 나타났으며, 특히 접근성의 문제가 이용자 친화적으로 해결되어야 할 것으로 보인다. 또한 타 정신건강 조사와의 연계성을 위한 시스템 구축, 사회적 추세 등을 고려한 조사대상자의 범위 확대 및 새로운 조사문항, 홍보 강화 체계 마련 등이 필요할 것으로 사료되었다.

정신질환실태조사는 조사의 기획단계에서부터 생길 수 있는 오차를 조사원 교육훈련, 입력 오류 검출 기능 구축 등을 통해 줄이기 위하여 노력하고 있으며, 무응답률을 낮추기 위한 노력 또한 이루어지고 있다. 그러나 조사원의 수가 많은 것은 조사원 간 일치도의 한계점으로 사료된다. 또한 표본설계 과정에서 비확률표본으로 편의 위주의 표본 추출을 하여 통계의 대표성이 결여되었고, 조사원으로 경험이 없는 대학생을 사용하여 일부 표본 대체에서 문제가 발생하였다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 표본전문가의 자문을 얻어 제대로 된 표본설계가 이루어질 수 있도록 하고, 유경험자의 전문조사원을 활용하면 효율적인 조사가 가능할 것이라고 생각된다.

작성주기에 대해서는 매 5년마다 조사가 이루어지고 있으며 작성대상년도 익년 2월에 결과가 공표되고 있기 때문에 적정하게 공표되고 있다고 판단된다. 정신질환 특징에 따른 조사주기의 연장에 대해서는 고려해볼 필요가 있다고 사료된다.

정신질환실태조사의 설문조사는 WHO 국제표준기준에 따르는 구조화된 설문지를 사용하고 있으므로 WHO에 공표되는 다른 나라와의 비교가 가능한 것으

로 사료된다. 정신질환실태조사 통계작성에 적용된 개념, 정의, 측정방법은 2001년 조사 시작 이후 대체로 일관성을 유지하고 있는 것으로 판단된다.

정신질환실태조사 자료에 대한 접근성은 상당히 낮은 것으로 조사되었다. 검색이 익숙하고 많은 정보에 노출이 되어 있는 전문이용자와는 달리 대부분 정신질환 관련 전공 학생인 일반인 이용자는 마이크로데이터를 포함한 보고서 등의 검색 및 수령에 어려움을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 마이크로데이터 제공시 자료 처리 및 분석지침, 자료처리에 대한 전문응답을 해줄 수 있는 담당자 부재 또한 이용자들의 불만족 사항이므로 이에 대한 보완이 필요할 것으로 사료된다.

따라서 위 내용들을 종합적으로 살펴볼 때, 정신질환실태조사는 시의성 및 정시성, 비교성, 일관성 측면에서는 대체로 양호하다고 판단되나, 관련성, 정확성, 접근성 및 명확성 측면에서는 개선이 필요한 것으로 평가된다. 위에 지적된 일부 문제점들을 개선한다면 통계 품질이 더욱 향상될 것으로 사료된다.

요 약 문

최종결과보고서 요약문

연구과제명	「정신질환실태조사」 정기통계품질진단
주 제 어	정신질환, 품질진단
연 구 기 간	2013.04. ~ 2013.11.
연 구 기 관	한국통계진흥원
연구진구성	김경태, 김영진, 김종익, 김황대, 이동훈

정신질환실태조사의 통계에 대한 전반적인 품질상태를 진단하고 보건 분야 국가통계에 대한 신뢰성을 제고할 수 있는 방안을 제시하기 위하여 본 진단을 실시하였다.

본 진단은 첫 번째로 6개의 차원별 진단과정(관련성, 정확성, 시의성/정시성, 비교성, 일관성, 접근성/명확성)을 바탕으로 품질진단을 실시하였고 두 번째로 종합보고서는 5단계의 진단과정 (1) 품질관리기반 진단, (2) 이용자 요구사항 반영실태 진단, (3) 세부작성절차 체계 진단, (4) 수집자료의 정확성 진단, (5) 통계자료 서비스 진단에 따라 정신질환실태조사의 통계 진단을 실시하였다.

품질차원별 진단결과 시의성 및 정시성, 비교성, 일관성 측면에서는 대체로 양호하다고 판단되나, 관련성, 정확성, 접근성 및 명확성 측면에서는 개선이 필요한 것으로 나타났다.

세부 작성절차별 체계 진단 결과 통계작성기획, 자료입력 및 처리, 자료분석 및 품질평가, 문서화 및 자료제공 측면에서는 양호한 것으로 나타났으나 통계설계, 자료수집, 사후관리 측면은 개선할 필요가 있는 것으로 나타났다.

이상의 진단결과에 기초하여 정신질환실태조사는 이용자를 위한 서비스 강화, 조사 수행 관리 감독 강화, 표본설계 개선, 응답자를 고려한 통계명칭으로 변경, 마이크로데이터 제공에 관한 처리지침 마련, 조사 운영에 대한 홍보체계 필요에 관하여 중점적으로 개선될 필요가 있는 것으로 검토되었다.

최종결과보고서

차 례

제 1 장 개요 ····· 1

제 1 절 품질진단 개요 ····· 1

1. 통계품질진단의 개념 및 필요성 ····· 1

2. 통계품질진단의 개요 ····· 1

제 2 절 통계 개요 ····· 5

1. 조사 현황 ····· 5

2. 조사 방법 ····· 5

3. 결과 공표 ····· 17

제 3 절 중점 진단사항 ····· 18

제 2 장 품질진단 결과 ····· 21

제 1 절 부문별 품질진단 결과 ····· 21

1. 품질기반 진단 ····· 21

2. 이용자 요구사항 반영 실태 진단 ····· 28

3. 세부 작성절차별 체계 진단 ····· 44

4. 수집자료의 정확성 진단 ····· 68

5. 통계자료 서비스의 충실성 진단 ····· 74

제 2 절 개선과제별 개선방안 ····· 76

1. 이용자를 위한 서비스 강화 ····· 76

2. 조사 수행 관리 감독 강화 ····· 78

3. 표본설계 개선 ····· 80
4. 응답자를 고려한 통계명칭으로 변경 ····· 85
5. 마이크로데이터 제공에 관한 처리지침 마련 ····· 88
6. 조사 운영에 대한 홍보 체계 필요 ····· 90

제 3 장 개선지원 ····· 93
제 1 절 이용자를 위한 서비스 강화 ····· 93
1. '이용자를 위하여' 부문 추가 ····· 93
2. 표본설계 방법 및 무응답에 대한 설명 추가 ····· 96
3. 메타자료 추가 ····· 99
제 2 절 조사 수행 관리 감독 강화 ····· 117
제 3 절 통계활용 사례 ····· 121
제 4 절 해외 사례 ····· 129

참고문헌 ····· 147

<부 록> ····· 151
1. 표본설계 점검결과 ····· 153
2. 수집자료 정확성 점검결과 ····· 159
3. 공표자료 오류 점검표 ····· 165
4. 이용자 편의사항 점검표 ····· 179
5. 2011년 정신질환실태조사 조사표(각 장 첫 페이지) ····· 185

표 차례

<표 1> 진단부문별 진단방법 및 배경 요약 ····· 3
<표 2> 2011년 정신질환실태 역학조사 내용 ····· 11
<표 3> 연도별 국내 정신질환실태조사 주요 특징 비교 ····· 14
<표 4> 연도별 국내 정신질환실태조사 주요 결과 비교 ····· 15
<표 5> 해외 조사 사례 주요 특징 비교 ····· 16
<표 6> 정신질환실태조사 보고서 및 통계DB 수록 사이트 ····· 17
<표 7> 통계작성 인력현황 ····· 22
<표 8> 통계작성 관련 예산규모 ····· 23
<표 9> 통계작성 관련 조직관리 실태 및 통계담당자의 인식 정도 ····· 24
<표 10> 정신질환실태조사와 지역사회건강조사, 국민건강영양조사 비교 ····· 37
<표 11> 지역사회건강조사 및 국민건강영양조사와의 통합가능성 검토 ····· 40
<표 12> 세부작성절차별 가중치 ····· 44
<표 13> 세부작성절차별 품질지표 ····· 45
<표 14> 정신질환실태조사 작성절차별 진단점수 ····· 46
<표 15> 정신질환실태조사 품질차원별 진단점수 ····· 47
<표 16> 통계작성 기획 품질진단 점수 ····· 49
<표 17> 조사통계 설계 품질진단 점수 ····· 51
<표 18> 자료수집 품질진단 점수 ····· 53
<표 19> 자료입력 및 처리 품질진단 점수 ····· 55
<표 20> 자료분석 및 평가 품질진단 점수 ····· 57
<표 21> 문서화 및 자료제공 품질진단 점수 ····· 60
<표 22> 사후관리 품질진단 점수 ····· 62

<표 23> 정신질환실태조사 연도별 조사지역 ····· 65
<표 24> 6개 1차 추출단위(PSU)의 추산표본크기 및 조사완료 표본수 ····· 66
<표 25> 정신질환실태조사 통계품질 개선 과제 ····· 91
<표 26> 정신질환실태조사 응답률 ····· 97
<표 27> 메타자료에 포함되어야 할 사항 ····· 100
<표 28> 위탁기관 실태에 대한 진행단계별 점검표 ····· 117

그림 차례

<그림 1> 2011년 정신질환실태조사 연구수행 조직체계 ····· 7
<그림 2> 표본 추출 방법 ····· 9
<그림 3> 연구수행 절차 ····· 13
<그림 4> 작성절차별 체계 진단점수 ····· 46
<그림 5> 품질차원별 진단점수 ····· 47

제 1 장 개요

제 1 절 품질진단 개요

1. 통계품질진단의 개념 및 필요성

통계품질진단이란 전통적으로 “정확하고 신속한 통계”를 의미하였지만 현대적으로 이용자 만족이란 차원이 도입되면서 그 개념이 점차 변화하고 있다. 한편, 통계품질관리는 통계이용자들에게 사용적합성에 관한 만족을 제공하면서 경제적인 방법으로 통계를 작성, 보급, 관리하기 위한 모든 수단을 통합한 체계를 말한다. 따라서 체계적인 통계품질관리를 위하여 ‘이용자에게 얼마나 유용하게 사용되고 있는지’를 진단하는 통계품질진단이 필요하며, 이를 위하여 객관적이고 체계적으로 현재의 통계작성실태를 살펴보고 이를 통해 통계작성 업무를 수행하고 있는지 파악하며 변화하는 통계작성환경을 반영하여 끊임없이 통계의 품질을 개선하는 것 또한 필요하다.

2. 통계품질진단의 개요

1) 품질진단의 수행범위

- 품질관리기반

세부진단계획을 수립하고, 해당통계담당자에게 품질관리기반 현황표 작성을 의뢰한 후 면담을 통해 조사된 내용을 다시 확인하고 그 결과를 분석하여 전반적인 통계작성 환경을 진단한다.

- 이용자 요구사항 반영실태

해당통계 관련 전문 또는 일반이용자로 구성된 표적집단 면접과 정책수립 평가, 학술연구 등에 직접 활용한 경험이 있는 주요이용자를 대상으로 심층 면접을 실시하여 통계이용자의 통계에 대한 만족도와 요구사항 반영정도를 측정한다.

- 세부작성절차별 체계

통계작성과정 중 통계품질에 영향을 미치는 지표들로 구성한 '세부작성절차별 점검표'를 이용하여 통계작성 과정이 통계작성의 본래 목적을 실현하기 위해 적합하게 이루어지고 있는지에 대하여 진단한다.

- 수집자료의 정확성

조사기획자, 조사관리자, 조사원 등을 대상으로 자료수집이 이루어지는 다양한 과정에서 나타날 수 있는 자료수집 오류의 가능성을 체계적으로 점검한다.

- 통계자료 서비스의 충실성

주로 발생하는 오류의 유형과 발생 원인을 파악하여 오류의 재발방지 방안을 모색하고 이용자에게 필요한 기본정보가 통계간행물에 충분히 제공되고 있는지를 점검하여 미흡한 점을 보완하기 위하여 통계간행물, 조사보고서 등을 대상으로 통계자료 서비스의 충실성을 점검한다.

<표 1> 진단부문별 진단방법 및 배경 요약

부 문	진단방법	진단배경
품질기반 진단	품질관리기반 현황표를 이용하여 해당통계의 작성 여건 및 통계담당자 인식 진단	고품질 통계 생산을 위한 품질관리기반 파악
이용자 요구사항 반영실태	통계이용실태를 파악하기 위해 이용자를 대상으로 표적집단 면접 등을 실시	이용자 적합성(Fitness for use)에 근거하여 이용자가 직접 평가
세부 작성절차별 체계	통계품질에 영향을 미치는 품질지표를 품질진단서라는 질문형식의 체크리스트로 설계하여 진단 실시	'생산과정의 품질이 제품의 품질을 결정한다.' 는 과정중심(Process-Oriented)의 품질정의에 근거
수집 자료의 정확성	현장조사원 또는 응답자/보고자를 대상으로 응답/보고내용과 응답/보고 환경 점검	자료수집(현장조사)의 품질을 개선하기 위한 현지실태 파악
통계자료 서비스	보도자료, 보고서, DB 등 공표자료에 수록한 내용의 오류와 이용자 편의사항 점검	이용자 적합성(Fitness for Use)에 근거하여 통계자료 서비스의 충실성 및 편의성 파악

2) 품질진단의 수준측정

- 관련성

이용자의 관점에 초점을 둔 측면으로 통계이용자에게 얼마나 의미 있고 유용한 통계를 작성하여 제공하고 있는가에 대해 진단한다.

- 정확성

측정하고자 하는 모집단의 특성이나 크기를 얼마나 근사하게 측정했는지 포괄범위, 표본추출, 응답 및 무응답, 작성 과정 등에 의한 오차에 대하여 진

단한다.

– 시의성 및 정시성

작성기준시점과 결과공표시점간의 차이를 나타내는 통계의 현실반영도, 예고된 공표시기를 정확하게 준수하는가에 대하여 검토하고 진단한다.

– 비교성

시공간을 초월하여 통계자료가 동일한 개념, 분류, 측정도구, 측정과정 및 기초자료 등을 기준으로 집계되어 서로 비교가 가능한지에 대하여 진단한다.

– 일관성

동일한 경제, 사회 현상에 대하여 서로 다른 기초자료나 방법에 의해 작성된 통계자료들이 얼마나 유사한가에 대한 진단을 실시한다.

– 접근성 및 명확성

통계이용자가 통계자료에 대하여 얼마나 쉽게 접근할 수 있는지에 대한 정도, 통계가 어떻게 만들어졌는지에 대한 정보제공수준을 점검한다.

제 2 절 통계 개요

1. 조사 현황

정신질환실태조사는 한국 성인에서 주요 정신질환의 유병률을 산출하고 관련 위험요인을 분석하며, 정신질환 이환자의 정신의료서비스 이용실태에 대한 전국 단위의 통계를 산출하여, 국가적인 차원에서의 정신질환 관리와 국민의 정신건강 증진 및 국가 간 정신질환 비교를 위한 기초 자료를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다.

정신질환실태조사는 정신보건법 제4조의 2, 동법 시행규칙 제1조의 2에 의해서 5년마다 실시하며, 2010년 실시된 인구주택총조사를 모집단으로 설정하여 전국의 일반가구를 대상으로 하는 표본조사로 2001년과 2006년에 이어 세 번째로 시행되었다. 2011년 조사는 2011년 3월 25일부터 2011년 12월 23일까지 9개월 동안 진행되었다.

2. 조사 방법

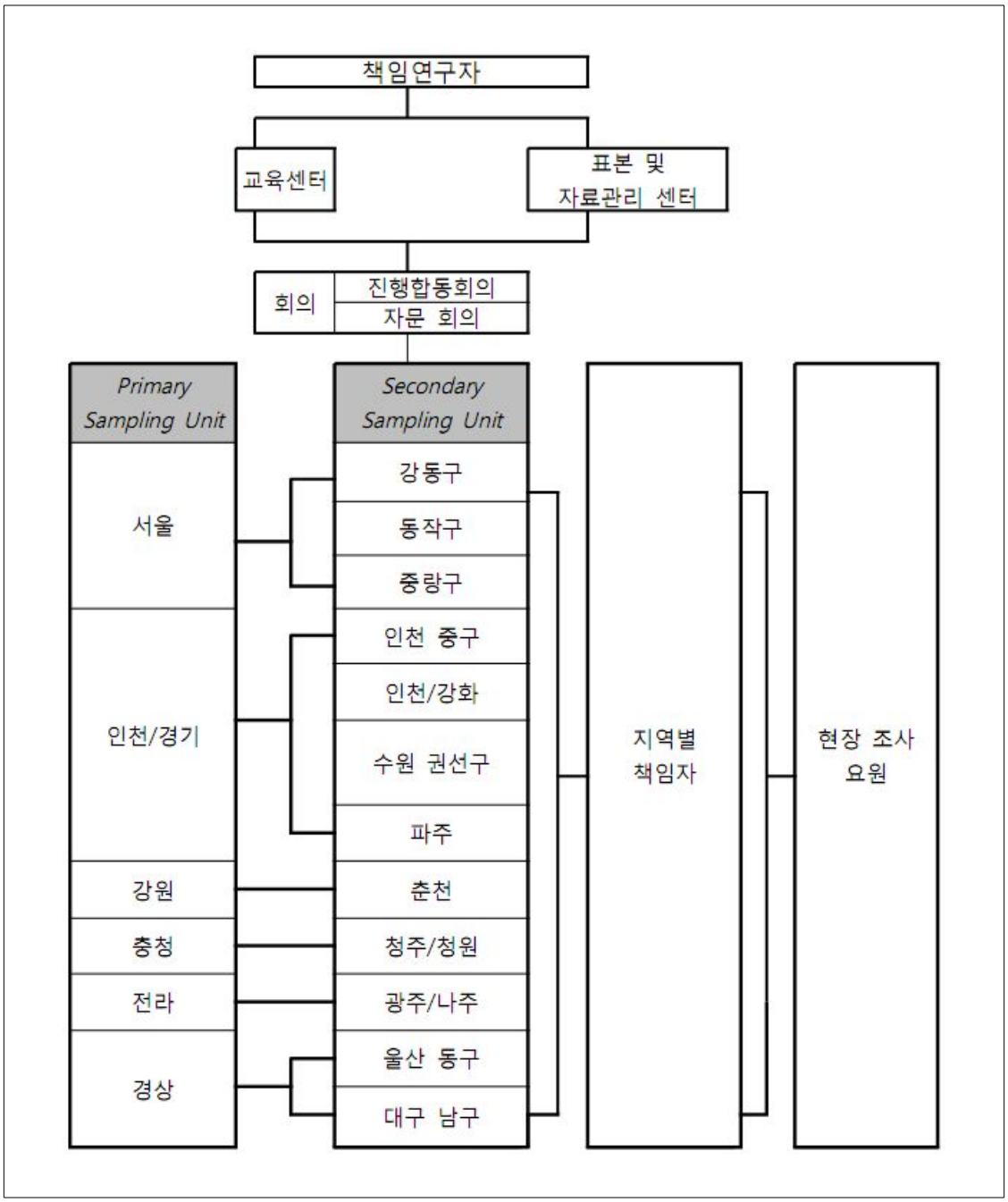
1) 조사수행 조직체계

서울대학교 의과대학에서는 총괄 연구팀을 구성하여 전체 연구의 진행과 관리를 맡았다. 전국 12개 지역에서는 조사를 진행하고 현장을 관리할 수 있도록 지역별로 책임연구기관을 선정하였다. 그리고 전국 조사 지역별 책임기관의 지역 연구책임자를 위촉 연구원으로 두었다.

총괄연구팀에서는 전체 연구의 기획 및 세부계획 수립, 연구팀 전체 합동회의 및 자문회의 주관·수행, 조사도구의 개발, 현장조사요원에 대한 훈련, 전국 조

사권역 및 조사대상 기준 설정, 현장조사 통합관리, 조사된 자료의 수집·정리, 통계분석 및 종합, 결과보고서 작성 등을 수행하였다. 각 지역에서는 책임 기관이 조사 전 각 지역 관련 기관의 협조를 구하고 지역 주민에게 조사를 홍보하며, 현장조사요원을 선발하는 업무를 맡았다. 실제 조사에서는 총괄팀의 기준에 따라 지역에서 구체적인 조사대상을 선정하고, 조사요원을 현장에서 관리하는 일을 맡았다. 지역에서 나온 조사결과들은 총괄팀에서 1차 점검하여 조사의 질을 관리하였다.

2011년도 정신질환실태조사 연구수행을 위한 조직 체계는 다음 그림과 같다.



<그림 1> 2011년 정신질환실태조사 연구수행 조직체계

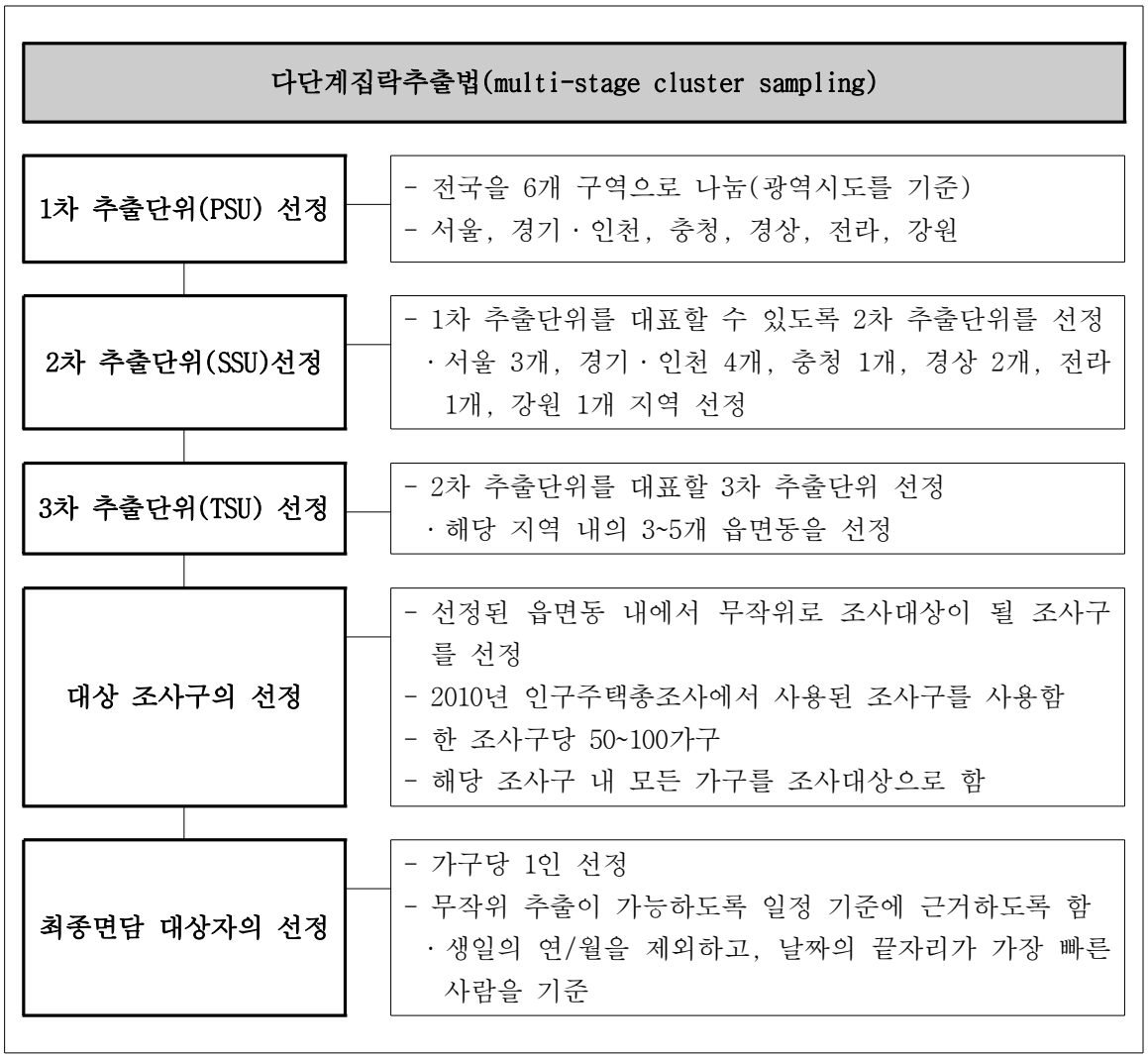
2) 조사 대상 및 선정 방법

최종 조사 대상 목표는 지역사회에 거주하고 있는 만 18세 이상 만 74세 이하의 일반 성인 인구 6,000명으로 하였다. 일반인구의 유병률을 파악하는 조사이므로 병원, 요양원 등의 시설에 입소해있는 자는 포함하지 않았다.

2006년도에는 만 64세 이하의 성인으로 조사대상이 한정되어, 65세 이상의 노인 인구에 대한 조사의 필요성이 제기되었다. 이에 2011년도 조사에서는 만 65세 이상을 조사대상에 추가하게 되었다.

전국에서 다단계집락추출법(multi-stage cluster sampling)을 사용하여 표본을 추출하였다. 광역시도 구분에 근거해 6개의 1차 추출단위(Primary Sampling Unit, PSU)를 분류하였고, 다시 6개의 PSU에서, 12개의 시군구를 2차 추출단위(Secondary Sampling Unit, SSU)로 선정하였다. 각 조사지역(SSU) 마다 인구가 다르므로, 우리나라 전체인구대비 각 조사지역 인구비율을 고려하여 조사지역별 조사대상자수를 추산하였다.

각 조사지역(SSU) 내에서 3~5개의 읍면동(Tertiary Sampling Unit, TSU)을 추출하고, 추출된 TSU 내에서 무작위로 조사구를 추출하였다. 해당 조사구내의 모든 가구를 조사대상으로 하되, 사전조사 시 실제로는 가구가 아니거나, 가구원이 존재하지 않는 등의 경우를 제외하여 본 조사대상이 될 가구를 선정하였다. 최종적으로 각 가구에서 한 명만을 조사대상으로 선정하였고, 조사대상은 연과 월을 제외한 생일의 마지막 자리가 가장 빠른 사람으로 선정하였다.



<그림 2> 표본 추출 방법

3) 조사 내용

주요 정신질환으로는 니코틴 사용 장애, 알코올 사용 장애, 신체형장애, 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애, 식이장애를 조사하였고, 유병률 항목으로는 주요 정신질환 중 하나라도 평생 동안 한 번 이상 앓은 비율(평생유병률), 최근 12개월 이내에 앓은 비율(일년유병률), 최근 1개월 이내에 앓은 비율(1개월 유병률)을 조사하였다.

인구사회학적 분포와 관련 요인은 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 취업상태, 소득수준, 거주지 등을 조사하였다. 또한 어떤 질환을 가지고 있을 때 함께 가지고 있는 다른 정신질환이 있는지, 즉 공존질환을 조사하였다. 추가적으로 자살 관련 행동(자살 사고, 자살 계획, 자살 시도) 여부와 시기, 도박중독, 인터넷 중독의 실태를 파악하였다. 마지막으로 정신의료서비스 이용 실태로 정신건강의학과 의사, 기타 정신건강전문가, 정신건강의학과 이외의 의사, 한의사, 종교인 등 전문가와 상담을 한 적이 있는 비율을 조사하였다.

<표 2> 2011년 정신질환실태 역학조사 내용

<table>
<tr><th colspan="3">항목</th><th>조사내용</th></tr>
<tr><td rowspan="10">K-CIDI</td><td>Section A</td><td>인적사항(Demographics)</td><td rowspan="11">정신질환의 유병률

사회인구학적 위험인자</td></tr>
<tr><td>Section B</td><td>니코틴 사용 장애(Nicotine use disorder)
니코틴 의존
니코틴 금단</td></tr>
<tr><td>Section C</td><td>신체형장애(Somatoform disorder)
신체화장애
전환장애
동통장애
건강염려증</td></tr>
<tr><td>Section D</td><td>불안장애(Anxiety disorder)
공황장애
광장공포증
사회공포증
범불안장애
특정공포증</td></tr>
<tr><td>Section E</td><td>우울증(Depression), 기분부전장애</td></tr>
<tr><td>Section F</td><td>양극성 장애(Bipolar disorder)</td></tr>
<tr><td>Section G</td><td>정신병적 장애(Psychotic disorder)
정신분열병
정신분열형장애
분열정동장애
망상장애
단기반응성정신증</td></tr>
<tr><td>Section H</td><td>식이장애(Eating disorder)
신경성 식욕부진증
신경성 대식증</td></tr>
<tr><td>Section J</td><td>알코올 사용 장애(Alcohol use disorder)
알코올 의존
알코올 남용</td></tr>
<tr><td>Section K</td><td>강박장애 및 외상후스트레스장애(OCD & PTSD)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">추가도구</td><td>도박 중독(Pathologic gambling)
인터넷 중독(Internet addiction)
자살(Suicide)</td></tr>
<tr><td>정신의료서비스 이용실태</td><td></td></tr>
</table>

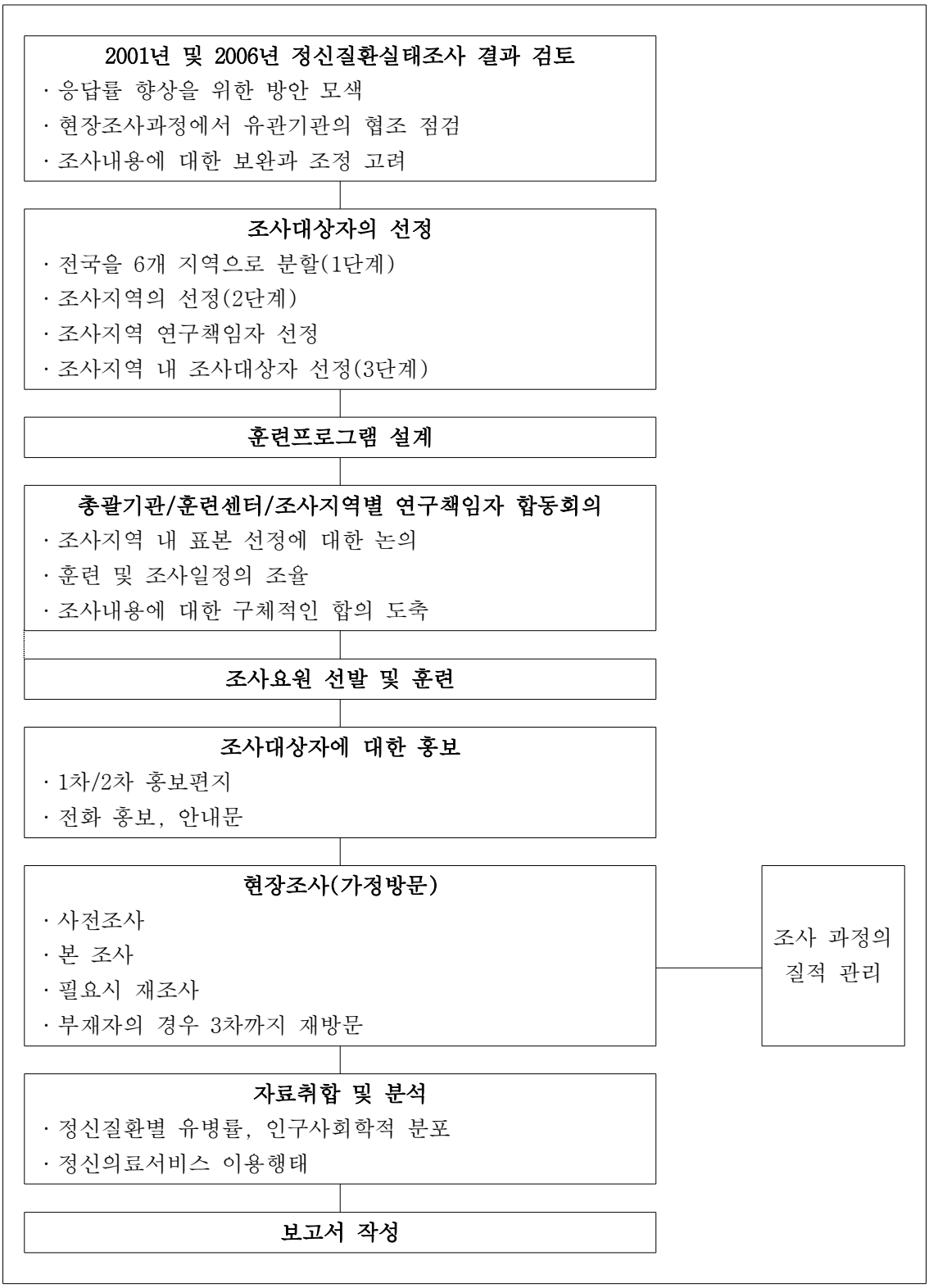
4) 조사도구

주요 정신질환의 유병률을 조사하기 위한 설문도구로 한국어판 CIDI(Korean version of the Composite International Diagnostic Interview)를 사용하였다. CIDI는 정신질환 여부를 판단하기 위한 설문도구로 서로 다른 여러 문화권 나라에서도 정신과적 증상과 증후군들을 평가하여 비교할 수 있도록 세계보건기구(WHO)와 미국의 ADAMHA(Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration)에 의해 개발되었다.

추가도구로는 WHO에서 자살예방사업의 일환으로 시행한 조사인 SUPRE-MISS(WHO-Suicide prevention Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors)에서 사용되었던 자살 생각, 자살 계획, 자살 시도에 대한 설문 문항을 사용하고 우리나라의 상황에 맞도록 구체적인 부분을 보완하였다. 그리고 도박 중독에 대한 조사도구로는 구조화된 진단도구인 DIS(Diagnostic Interview Schedule)에 포함된 병적 도박을 위한 진단적 인터뷰를 사용하였다. 마지막으로 인터넷 중독은 도박 중독과 달리 구조화된 진단도구가 존재하지 않아 인터넷 중독의 개념을 체계화시킨 킴벌리 영 박사의 인터넷 중독 자가진단 기준을 사용하였다.

5) 연구수행 절차

서울, 경기·인천, 충청, 경상, 전라, 강원으로 전국을 6개 광역시도로 대분류한 후, 우리나라 전체 인구 대비 각 지역별 인구수를 고려하여 총 12개의 조사지역을 선정하였다. 각 조사지역별로 인구수를 감안하여 면담완료 대상자 수를 산정하여, 총괄연구팀에서 시행한 표본추출 결과에 따라 조사대상을 결정하고, 현장조사를 시행하였다. 연구수행 절차는 다음 그림과 같다.


2001년 및 2006년 정신질환실태조사 결과 검토
· 응답률 향상을 위한 방안 모색
· 현장조사과정에서 유관기관의 협조 점검
· 조사내용에 대한 보완과 조정 고려
조사대상자의 선정
· 전국을 6개 지역으로 분할(1단계)
· 조사지역의 선정(2단계)
· 조사지역 연구책임자 선정
· 조사지역 내 조사대상자 선정(3단계)
훈련프로그램 설계
총괄기관/훈련센터/조사지역별 연구책임자 합동회의
· 조사지역 내 표본 선정에 대한 논의
· 훈련 및 조사일정의 조율
· 조사내용에 대한 구체적인 합의 도축
조사요원 선발 및 훈련
조사대상자에 대한 홍보
· 1차/2차 홍보편지
· 전화 홍보, 안내문
현장조사(가정방문)
· 사전조사
· 본 조사
· 필요시 재조사
· 부재자의 경우 3차까지 재방문
조사 과정의 질적 관리
자료취합 및 분석
· 정신질환별 유병률, 인구사회학적 분포
· 정신의료서비스 이용행태
보고서 작성

<그림 3> 연구수행 절차

6) 국내 정신질환실태조사 연도별 주요 특징 비교

2006년까지 “정신질환자실태조사”라는 통계명을 사용하다가 2011년 “정신질환실태조사”로 명칭을 변경하였다. 조사 대상의 연령 범위는 2006년까지 “만 18세 이상 64세 이하”였다가 2011년 “만 18세 이상 74세 이하”로 그 범위를 확대하였다. 조사도구는 공통적으로 한국어판 CIDI를 사용하였지만 2011년에는 추가 조사도구로 도박 중독, 인터넷 중독, 자살 항목을 포함시켰다.

주요 정신질환 평생유병률은 2001년 30.9%, 2006년 30.0%, 2011년 27.6%로 감소하는 추세이지만 알코올과 니코틴 사용 장애를 제외하면 각각 12.7%, 12.3%, 14.4%로 2011년에 오히려 증가하였다. 일년유병률도 평생유병률과 비슷한 패턴의 결과를 나타냈다.

<표 3> 연도별 국내 정신질환실태조사 주요 특징 비교

	2001년	2006년	2011년
○ 통계명	정신질환자실태조사	정신질환자실태조사	정신질환실태조사
○ 조사기간	3/29 ~ 12/28 (9개월)	2006/6/20 ~ 2007/8/20 (14개월)	3/25 ~ 12/23 (9개월)
- 현장방문 조사기간	6/1 ~ 11/30 (6개월)	2006/7/24 ~ 2007/4/30 (9개월)	7/19 ~ 11/16 (4개월)
○ 조사대상 - 지역 - 연령 - 표본수	전국 10개 권역 만 18세 이상 64세 이하 6,242명(남자 2,735명, 여자 3,507명)	전국 6개 권역 만 18세 이상 64세 이하 6,510명(남자 2,581명, 여자 3,929명)	전국 6개 권역 만 18세 이상 74세 이하 6,022명(남자 2,308명, 여자 3,714명)
○ 조사도구	K-CIDI (인적사항, 담배사용, 신체형장애, 불안장애, 우울증, 양극성 장애, 정신증, 섭식장애, 알코올사용장애, 강박장애 및 외상후스트레스장애)		
- 추가 조사도구	정신의료서비스 이용실태	정신의료서비스 이용실태	정신의료서비스 이용실태 도박 중독, 인터넷 중독, 자살
○ 표본추출방법	다단계 집락추출법(Multi-stage cluster sampling)		

<표 4> 연도별 국내 정신질환실태조사 주요 결과 비교

	2001년	2006년	2011년
○ 주요 정신질환 평생유병률	30.9% (남자 38.4%, 여자 23.1%)	30.0% (남자 38.2%, 여자 21.7%)	27.6% (남자 31.7%, 여자 23.4%)
- 알코올과 니코틴 사용 장애 제외	12.7% (남자 6.8%, 여자 18.8%)	12.3% (남자 8.2%, 여자 16.5%)	14.4% (남자 9.2%, 여자 19.5%)
○ 주요정신질환 일년유병률	19.0% (남자 22.8%, 여자 15.2%)	17.1% (남자 20.7%, 여자 13.5%)	16.0% (남자 16.2%, 여자 15.8%)
- 니코틴 사용 장애 제외	14.4% (남자 14.2%, 여자 14.5%)	12.9% (남자 13.0%, 여자 12.9%)	13.5% (남자 11.5%, 여자 15.5%)
- 알코올과 니코틴 사용 장애 제외	8.4% (남자 4.1%, 여자 12.9%)	8.3% (남자 5.5%, 여자 11.2%)	10.2% (남자 6.1%, 여자 14.3%)

7) 해외 사례 주요 특징 비교

국내 정신질환실태조사와 비교하여 해외 사례를 살펴보면, 국내는 조사기간이 평균 1년이 안 되는 반면 해외 조사는 조사기간이 평균 2년 이상이었다. 조사대상의 연령범위는 1990년에는 “15세 이상에서 54세 이하”로 그 범위가 좁았지만, 2001년부터는 “18세 이상”으로 그 범위가 확대되었다. 국내 조사와 비교했을 때 연령 범위의 상한이 없는 것이 특징이다.

<표 5> 해외 조사 사례 주요 특징 비교

	미국 ECA 연구	미국 NCS 연구	미국 NCS-R 연구	유럽 ESEMeD
○ 조사기간	1980 ~ 1985	1990/12 ~ 1992/2	2001/2 ~ 2002/12	2001/1 ~ 2003/8
○ 조사대상 - 지역 - 연령 - 표본수	뉴 헤이븐, 볼티모어, 세인트 루이스, 더럼, 로스엔젤레스 만 18세 이상 20,861명	48개 주 만 15세 ~ 54세 8,098명	48개 주 만 18세 이상 9,282명	벨기에, 프랑스, 독일, 이탈리아, 네덜란드, 스페인 만 18세 이상 21,425명
○ 조사도구	DIS-III	CIDI		
○ 표본추출방법	다단계 확률 추출법 (Multistage probability sampling)	Stratified, multistage area probability sample design	Four-stage national area probability sample design	Stratified, multistage, clustered area, probability sample design
○ 약물남용을 포함한 모든 정신질환 평생유병률	32.7%	48.0%	57.4% (남자 58.4%, 여자 56.5%)	25.0% (남자 21.6%, 여자 28.1%)
○ 일년유병률	-	29.5%	32.4% (남자 29.9%, 여자 34.7%)	9.6% (남자 7.1%, 여자 12.0%)

ECA (Epidemiological Catchment Area), NCS (National Comorbidity Survey), NCS-R (The US National Comorbidity Survey Replication), ESEMeD (The European Study Of The Epidemiology Of Mental Disorders)

3. 결과 공표

정신질환실태조사는 통계법 제17조의 규정에 의거하여 통계청장으로부터 지정통계로 승인되어 국가통계로써 언론에 발표하고, 관련책자 제작·배포 및 인터넷에 게재하는 등의 방법으로 공표하고 있다.

<표 6> 정신질환실태조사 보고서 및 통계DB 수록 사이트

구 분	내 용
보고서	보건복지부 - 정책정보 - 현황/통계
통계DB 수록 사이트	국가통계포털 (http://kosis.kr) e-나라지표 : 정신질환 유병률(http://www.index.go.kr)

제 3 절 중점 진단사항

정신질환에 의한 사회경제적 비용은 매우 크다. 세계보건기구(WHO)가 각 질병으로 야기되는 장애에 대해 연구한 결과에 의하면, 전 세계에서 우울증으로 야기되는 부담이 세 번째로 큰 것으로 나타났으며 2020년에는 10개의 주요 장애 원인 중에 정신장애 5개가 포함된다고 보고하고 있다. 2030년에는 우울증이 질병부담이 가장 큰 질환으로써 1위를 차지할 것으로 전망되고 있다. 국내 정신질환으로 인한 사회경제적 비용은 2005년에 2조 1516억 원으로 추정된 바 있다(한국보건사회연구원, 2009). 간접비용까지 계산했을 때, 우울증으로 인한 사회경제적 비용은 4조 이상으로 추산된다(Chang et al, 2008). 이렇듯 정신질환은 사망에 이르는 질환은 아니지만 사회적으로 많은 비용을 발생시키고 있다.

정신질환실태조사의 의의는 한국에 정신질환에 대한 실태조사가 거의 없기 때문에 이러한 자료가 절실히 필요하다는데 있다. 또한 한국에는 정신질환에 대한 편견이나 오해가 많기 때문에 이에 대한 국민적 교육에 자료가 필요하다. 이러한 자료를 보건소에서 활용하여 지속적인 국민 관리, 교육에 이바지할 수 있다.

따라서 이러한 정신질환과 관련하여 국가에서 정책적으로 관리할 필요성이 있다. 국가에서 정책적 관리를 하기 위해서는 국민의 정신질환에 대한 기초실태를 파악하는 것이 가장 기본적이기 때문에 정신질환실태조사는 매우 중요하며 사회적인 가치 또한 높다고 볼 수 있다. 이러한 정신질환실태조사가 적절히 시행될 수 있도록 품질진단을 진행하는 것은 의미 있는 일이며 이에 따라 본 연구는 해당 통계에 대하여 전반적인 품질상태를 진단하여, 국가통계에 대한 신뢰성을 제고할 수 있는 방안을 제시하고 해당 통계의 다차원적인 품질수준이 어느 정도인지를 측정하여 각 차원의 품질수준을 높이기 위하여 통계를 어떻게 개선해야 하는지 그 방향을 제시하는데 목적이 있다.

정신질환실태조사는 정신질환 예방과 관리 및 정신건강 증진 정책의 수립과 평가에 기초 자료로 활용되어 국가 보건정책 수립에 기여하고 정책의 효

과를 검증하기 위해 수행되는 조사통계이다. 본 통계는 보건복지부가 작성기관이기는 하나, 보건복지부는 조사의 행정, 정책적인 주체이고, 위탁 기관인 서울대학교 의과대학의 협력으로 조사가 이루어지고 있다.

본 진단연구에서 정신질환실태조사를 통해 중점적으로 파악하고자 하는 진단내용은 다음과 같다.

첫째, 품질진단 매뉴얼에 기초하여 품질관리기반, 통계활용실태, 요구사항 반영실태, 세부작성절차별 체계, 수집 자료의 정확성, 통계자료 서비스의 충실성 진단(공표자료 오류점검, 이용자 편의사항 점검)을 실시한 후 각 단계별에서 나타난 문제점과 개선방안을 도출하고자 한다.

둘째, 정신질환실태조사는 통계조사가 외부 위탁수행기관을 통하여 진행되므로 실제로 조사를 진행한 서울대학교 의과대학의 담당자 면담을 통해 조사원 교육의 진행사항 및 충실한 조사 유무를 파악하여 문제점을 도출한 후 그 개선방안을 도출하고자 한다.

마지막으로 본 진단 연구는 이와 같은 과정을 통해 도출된 진단결과 및 개선과제에 관한 기술지원 보고서를 제공하고 지속적인 컨설팅 작업을 수행하고자 한다. 또한 통계작성기관의 인력 및 예산 부족과 같이 자체적으로 개선하기 곤란한 문제점들에 대해서도 상세한 기술지원 보고서를 작성하여 연구용역 종료시 적용될 수 있도록 지속적 컨설팅을 수행하고자 하는 것이다.

제 2 장 품질진단 결과

제 1 절 부문별 품질진단 결과

1. 품질관리기반 진단

1) 진단개요

품질관리 진단기반은 통계품질에 영향을 미치는 요인으로 가장 중요한 통계작성 환경을 진단하는 것으로 그 통계작성 환경이라는 것은 통계를 생산하는데 필요한 기본 인프라를 의미한다. 기본인프라가 열악하다면 거기서 생산되는 통계의 품질도 낮을 수밖에 없기 때문이다. 따라서 본격적인 품질진단에 앞서 통계의 수집 및 작성, 그리고 공표까지 담당하는 부서의 제반 환경에 대해 알아보고자 하며, 기관장의 관심, 전략 및 방침, 인적자원 및 관리 및 예산규모, 통계작성 환경 등을 파악하여 품질진단기반을 진단하는 것이 필요하다.

따라서 정신질환실태조사의 품질관리기반 진단을 위하여 아래와 같은 방법으로 평가 및 절차 과정을 수립하였다.

- 세부진단 계획 수립: 통계담당자와 방문일정 등 협의
- 품질관리기반 현황표를 해당 통계담당자에게 작성 의뢰
- 통계담당자 면담을 통해 조사된 내용을 확인
- 결과 분석 및 품질관리기반 현황 진단

2) 진단결과

가) 인적자원 현황

정신질환실태조사는 보건복지부가 주관하며 서울대학교 의과대학 총괄 연구팀이 용역을 수행하는 형태로 조사가 진행된다. 현장 조사는 12개 전국 조사지역별 협력기관이 수행하며 자료 집계 및 처리, 결과 분석 및 보고서 작성은 서울대학교 의과대학이 수행한다. 서울대학교 의과대학 총괄 연구팀은 50%의 업무를 담당하는 책임연구원과 20~30%의 업무를 담당하는 지역책임연구자, 전담연구원들로 구성되어 있다. 통계담당 인력현황 및 관련사항은 <표 7>에 제시되어 있다. 구체적인 통계업무는 기획분석, 자료처리, 현장조사 부분으로 나누어 인력이 구성되어 있으며, 통계업무 전담정도는 평균 26%, 현 보직 근무연수는 평균 9년 8개월로 파악된다.

<표 7> 통계작성 인력현황

소속/직급		구체적인 통계업무	통계 업무 전담 정도	현 보직 근무연수	통계교육 이수 실적 (최근 3년간)
보건복지부	과장	기획분석	20 %	1 년 3 월	2 회 2 일
	보건5급	기획분석	20 %	1 년 월	3 회 2 일
	행정7급	행정지원	10 %	년 2 월	1 회 3 일
연구용역기관 (서울대 의과대학)	책임연구자	기획분석	50 %	30 년 월	회 일
	연구원	기획분석, 자료처리	30 %	5 년 월	회 일
	연구원	기획분석, 자료처리	20 %	5 년 월	회 일
	지역 책임연구자	현장조사, 자료처리	30 %	25 년 월	회 일
평균			26 %	9 년 8 월	

나) 물적자원 현황

2011년 조사 예산은 5억원이며 2006년 조사 예산과 동일하게 책정되었다. 통계작성 관련 예산 규모는 <표 8>에 제시되어 있다. 통계 분석 프로그램은 서울대학교 의과대학 총괄 연구팀이 보유한 컴퓨터와 소프트웨어를 사용한다.

<표 8> 통계작성 관련 예산규모

구분		2006년	2011년
자체실시		-	-
	인건비	-	-
외부기관 위탁		5억 원	5억 원
	인건비	3억 원	3억 원

다) 조직관리 실태 및 통계담당자 인식

통계관련 조직관리 실태 및 통계작성 담당자의 인식에 관한 설문응답 결과를 요약한 것이 <표 9>에 제시되어 있다. 5점 척도로 조사된 것으로 점수가 높을수록 해당항목에 대해서 긍정적 역할을 수행하고 있음을 의미한다.

먼저 조직관리의 실태를 보면 작성기관의 리더(기관장)가 통계품질을 높이기 위해 상당한 비전과 가치관을 가지고 있다고 평가할 수 있다. 아울러, 통계작성 부서의 부서장은 통계품질에 대한 이해도, 품질관리를 위한 자원 배분 및 사업의 추진에 매우 긍정적이었다. 또한, 통계작성 부서의 부서장은 통계품질관리 비전을 이행하기 위한 방침, 계획, 목표, 세부목표 및 프로세스를 매우 긍정적으로 수립시행하고 있었다. 한편 작성통계의 품질관리를 위한 인적자원 관리와 통계담당 직원의 품질관리 능력 개발 및 품질관리에 대한 적극적인 참여는 긍정

적인 편으로 나타났다.

다음으로 본 조사를 담당하고 있는 통계담당자의 인식 정도를 보면 평균 3.8점으로 나타났다. 본 조사의 통계업무를 보다 원활하게 수행하기 위하여 교육을 받을 필요가 있다고 생각하고 있으며, 통계작성 과정에서 품질을 고려하는 것이 필요하다고 생각하고 있는 것으로 파악되었다.

<표 9> 통계작성 관련 조직관리 실태 및 통계담당자의 인식 정도

질문내용		점수 (5점만점)
조직관리 실태	기관장의 통계품질 향상을 위한 비전과 가치관 제시 정도 및 역할	5
	부서장의 통계품질관리 필요성 인식정도 및 품질개선 추진 정도	5
	부서장의 통계품질관리 비전 달성을 위한 계획, 목표 수립 및 시행 정도	5
	작성 통계의 품질관리를 위한 인적자원 관리 정도	5
	통계담당 직원의 품질관리 능력 개발 및 품질관리 참여 정도	4
	평균	4.8
통계담당자의 인식	현재 맡고 있는 통계업무량의 적정량 정도	5
	현재 통계작성업무 수행을 위한 예산의 적정도	3
	현재 통계작성업무 수행을 위한 장비와 소프트웨어 확보 정도	3
	통계업무를 보다 원활하게 수행하기 위한 교육의 필요성 정도	3
	통계작성 과정에서 품질 고려의 필요성 인식 정도	5
	평균	3.8

라) 통계작성 담당자와의 면담 내용 진단

보건복지부 통계담당자와 용역수행기관인 서울대학교 의과대학 담당자 면담을 통해 담당자가 평소에 느끼고 있는 애로사항을 다음과 같이 파악했다.

가장 큰 애로사항으로 예산 부족에 대한 의견이 많았다. 2006년과 동일한 예산으로 2011년 조사가 진행되어 물가 상승분이 반영되지 않았고, 2011년 조사가 2006년 조사보다 연령범위가 확대됐는데도 불구하고 예산이 동결되어 조사대상자의 수를 늘리지 못하고 조사가 진행되었으며, 조사원 급여도 2006년과 동일하게 책정되었다.

또한 평균 조사 시간이 한 시간 정도 소요되는 것에 비해 예산문제로 답례품이 부실하여 응답자들 중 이에 대한 불만을 토로하는 경우가 발생하였다. 정신질환실태조사의 경우 타 조사보다 전문적인 조사 수행이 필요하여 조사원 교육 및 면접 비용이 더 많이 소요된다. 게다가 다음 조사 수행 시에는 조사 도구가 변경되어 정신질환 설문 교육을 위해 연구원 2~3명 정도의 해외 출장이 필요하다고 한다.

조사 수행 시 조사원 안전문제 의견도 제시하였다. 조사원 1명이 1가구를 방문하였는데, 알코올 중독자 등의 일부 응답자가 조사원을 위협하는 문제가 발생하였다고 한다. 방범벨 등과 같은 방범용품 지급이 필요할 것으로 생각된다.

홈페이지 공지나 공문 발송 등의 보건복지부 협조에도 불구하고 실제 조사 시 홍보 부족으로 조사 수행에 애로점이 많았다고 한다. 더군다나 조사의 응답거부율이 2001년, 2006년과 비교하여 가장 높다. 그리고 각 지역 기관의 협조체계가 필요하다. 가구 구성원의 연령에 대한 정보를 알기 위해 각 지역의 동사무소의 협조와, 지역사회의 협조를 위해 지역사회에서 사용할 수 있는 회의비 등이 필요하다. 이런 점에 미루어 볼 때, 조사에 대한 홍보와 지역사회 협조를 위한 예산 편성이 필요할 것으로 생각된다.

2011년 조사 시 표본틀로 2010년 인구주택총조사를 사용하였으나, 완전한 자료가 나오기 전 시점으로 표본설계에 애로점이 발생하였다고 한다. 참고로 2010년 인구주택총조사 마이크로데이터 제공 서비스는 2012년에 실시되었다.

그리고 실제 현장 방문조사는 7월부터 11월까지 4개월 동안 진행되었는데, 6,000명을 조사하기에는 설문 난이도와 양을 고려했을 때 너무나 부족한 시간이라고 한다.

조사결과 활용도는 보고서 중심으로 되고 있다. 일반인들이 자료를 이해하기에는 매우 어려워서 마이크로데이터를 사용하는 경우는 거의 없고 보고서를 인용하는 수준이라고 한다.

지자체에서는 지역별 정신질환 실태를 파악하여 정책의 기초 자료로 활용하고 싶어 하지만, 지역의 고유한 정신건강 문제를 발견하기에는 표본크기가 너무 작아 애로점이 있다.

마지막으로 보건복지부 담당자에게 조사 업무를 관리하기 위한 교육 지원이 필요할 것으로 생각된다. 보건복지부 담당자의 경우 순환 근무로 조사업무를 맡았을 때 체계적으로 통계조사업무를 이해할 수 있는 교육 지원이 필요하다.

마) 품질관리기반 현황 개선방안 종합요약

이상에서 살펴본 품질관리기반 현황 진단결과를 종합적으로 정리하면 다음과 같은 지원 사항 및 향후진단 사항들이 도출되었다.

첫째, 조사 단가, 교육 시간, 답례품, 인건비 조사기간 등 조사 예산 산출내역서의 적절성을 검토하여 이에 대한 예산 반영이 필요하다.

둘째, 2011년 조사 수행 시 보건학, 의학, 간호학 학생들이 조사를 수행하였는데, 학생들 교육 방식 및 효과에 대한 점검이 필요하다. 조사 수행담당자는 일반 조사원보다 학생들이 성실히 수행하며 조사에 대한 책임감이 크다고 주장하고 있으나, 한 시간이 걸리는 조사이고 정신질환에 대한 조사임을 감안했을 때 교육방법과 효과에 대해서 점검할 필요가 있다.

셋째, 청소년, 75세 이상 노인의 정신건강 조사 방안에 대한 검토가 필요하

다. 청소년의 경우 조사 도구 자체가 다르기 때문에 별도의 조사 및 예산 확대를 통한 조사 수행이 가능한지에 대한 검토가 필요할 것이다. 75세 이상인 경우 노인복지법에 의한 노인실태조사로 대체가 가능한지 확인하여야 한다.

넷째, 정신질환실태조사의 필요성에 대한 홍보 지원이 필요하다. 정신질환에 대한 거부감이 있는 우리나라 환경에서는 정신질환실태조사라는 통계명 보다는 정신건강실태조사로 통계명을 바꿀 필요가 있다. 정신질환실태조사의 필요성과 작성 내용, 보안 등 이에 대한 체계적인 홍보가 필요하다. 또한 무응답이 발생하는 특성에 대한 분석으로 대비 방안 마련을 해야 하고, 지역별 정신건강정책과의 협력 방안 등의 고려가 필요하다.

다섯째, 현재 조사주기가 5년임을 감안 했을 때, 표본틀로 최근 인구주택총조사 자료를 이용할 수 있도록 조정이 필요하다. 2015년 인구주택총조사의 마이크로데이터 제공 서비스는 2017년에 가능할 것으로 보이므로 다음 조사시점인 2016년을 2017년으로 변경하는 것에 대한 검토가 필요할 것으로 생각된다.

마지막으로 현 서비스 체계는 보건복지부에서 보고서 위주로 결과를 제공하고 있고, 마이크로데이터를 활용하여 필요한 추가 자료 생성은 조사 수행 담당자들이 요청을 받고 자료를 제공해주고 있다고 한다. 원자료 및 마이크로데이터를 보건복지부에서 확보하고 있지 않아서 자료 관리 방안이 필요하다. 또한 정신분야 전문인이 아니면 보고서 외 마이크로데이터에 대해 접근하여 활용하기는 어려움이 많을 것으로 추정된다. 조사의 정확성 검증이나 활용도의 제고를 위하여 별도의 서비스 활성화 방안 마련이 필요해 보인다.

2. 이용자 요구사항 반영 실태 진단

1) 진단개요

가) 진단 목적

이용자 친화적인 통계의 제공이라는 측면에서 통계품질 진단 시 이용자의 다양한 필요성을 충족시키고 만족도를 제고시키는 것은 무엇보다 중요하다. 통계이용자는 통계로부터 기대하는 정보를 충분히 얻기를 원한다. 품질이 우수한 통계는 이용자가 원하는 정보를 많이 가진 통계이다. 따라서 통계이용자가 통계자료에 대해 얼마나 만족하는지를 조사하여 품질진단에 활용할 필요가 있다.

나) 진단 설계

이용자 만족도 및 요구사항 반영 실태부문의 진단은 이용자의 통계에 대한 만족도 및 요구사항 반영정도를 측정하는데 이를 위하여 전문 또는 일반이용자로 구성된 조사를 실시하였다. 이를 위하여 통계관련 전문가와 일반 이용자로 구성된 표적집단 면접(Focus Group Interview)을 2회 수행하였고, 특별히 선정된 전문가를 대상으로 표적집단 면접에서 도출된 문제점 등과 같은 이슈들을 심층면접법으로 실시하였다.

(1) 표적집단 면접

소집단을 형성하여 특정주제에 대하여 계획적이며 자유롭게 토론하는 형태를 표적집단 면접(Focus Group Interview, FGI)이라고 하며, 일대일 면접과 비교하여 정보획득이 신속하고 함께 모여 토론함으로써 다른 사람의 아이디어를 힌트로 자신의 생각을 좀 더 확실히 표출하는 시너지 효과가 있기 때

문에 본 진단방법에 이용하였으며 다음과 같은 절차에 따라 실시하였다.

· 표적집단 면접(Focus Group Interview)계획 및 진단계획수립
· 초점집단면접 대상자 섭외
· FGI 내용설계
· FGI 실시
· 자료분석
· 문제점 도출 및 개선사항 정리

- FGI 조사대상

일반 이용자 그룹은 정신질환실태조사 통계를 이용하여 논문작성을 하였거나, 보고서 작성 경험이 있는 대학원생, 일반인을 대상으로 하였고, 전문이용자 그룹은 정신질환실태조사 통계를 이용하여 정책제안, 논문작성 등의 연구를 진행한 교수 또는 연구원을 대상으로 하였다.

(2) 심층면접

해당통계를 정책수립 및 평가, 학술연구 등에 직접 활용한 경험이 있는 주요 이용자를 대상으로 해당통계에 대하여 심도 있고 체계적인 논의를 위하여 1:1 심층면접을 실시하였고 절차 및 방법은 FGI와 유사하게 진행하였다.

심층면접 조사는 정신질환실태조사의 조사원, 자문 등의 경험이 있고 해당통계를 이용하여 정책제안, 논문작성 등의 경험이 있는 교수 2인을 대상으로 하였다.

2) 진단결과

가) 전문이용자 FGI 결과

통계이용자의 입장에서 통계자료에 대해 얼마나 만족하는지를 조사하고 이를 품질진단에 활용하여 우수한 품질의 통계로 발전할 수 있는 비전을 제시하기 위하여 정신질환실태조사와 관련한 전문이용자 FGI를 실시하였다. 전문이용자 FGI는 본 통계를 가장 잘 설명해 줄 수 있는 정책고객, 교수, 연구원 등의 전문가 및 주요 이용자들의 요구사항은 무엇인지, 불만사항은 무엇인지를 우선 파악하여 이어지는 진단업무에서 어떤 사항을 중점적으로 검토할지에 대한 정보를 미리 확보하기 위한 것이다. 전문가 및 주요 이용자를 선정하여 조사목적과 관련된 집중적인 대화와 토론을 통해 정보를 찾아내는 심층 면접조사로, 본 연구에서는 정책고객, 교수, 연구원 등 관련 분야의 전문가 4명(정신건강의학과 교수 및 전문의 각 1명, 한국정신보건사회복지사협회 사무국장, 서울시자살예방센터 팀장)을 선정하여 면접을 진행하였다.

(1) 지역 단위 마이크로데이터 필요

지자체에서 시도 단위의 마이크로데이터 요청을 했으나, 대표성과 표본오차 문제로 제공을 받지 못했다고 한다. 시도 같은 지역단위의 자료는 정신보건센터나 사회복지센터 규모의 확장 범위를 결정하는데 중요한 자료로, 지역 사회의 수요를 예측하거나 정책 자료로 활용하기 위해서는 현재의 표본크기를 확대하는 방안을 검토해야 한다.

(2) 자료 활용 및 홍보 부족

전문이용자들은 주로 강의자료, 교육자료, 우리나라 실태 파악 근거자료, 정책이나 기획사업 준비, 일반인 홍보 및 계몽, 논문발표, 학회발표, 보도자료 등으로 활용하고 있는 것으로 나타났다.

접근성에 있어서는 보고서 찾기가 쉽지 않아 공표시기에는 일정기간 보건복지부 홈페이지 첫 화면에 공지할 필요성이 있어 보이고, 보고서 책자를 더 인쇄하여 관련 기관에 배포하면 활용도가 높아질 것으로 판단된다. 또한 보고서에 문의처가 명시되어야 하고, 문의답변 시스템 도입 검토가 필요하다.

(3) 작성주기 및 공표시기

통계 작성주기는 현 체제가 좋으나 외국처럼 10년으로 하고 조사 규모를 늘리는 것도 하나의 방법이다.

공표시기에 대해서는 2011년 12월에 보고서가 완료되어 보건복지부에 전달하였으나, 보건복지부에서 2012년 2월에 공표하였다고 한다. 보건복지부에서의 검토시간 단축이 필요할 것으로 생각된다.

(4) 조사 영역 확장

조사 자체를 청소년, 성인, 노인 이렇게 3부문으로 나눠서 별도로 시행하고, 다문화 가정, 북한이탈주민, 노숙자, 독거노인 등의 특수인구집단에 대한 대상 추가에 대한 검토가 필요하다.

추가로 필요한 조사항목은 치료지연기간, 서비스 이용실태와 패턴, 각종 중독성 문제로 나타났다. 또한 조사 진행시 조사의 필요성 및 내용에 대한 홍보 강화가 필요할 것으로 생각된다.

(5) 타 조사와의 비교 및 연계

정신분야에서는 국민건강영양조사보다 신뢰도가 더 높은 것으로 평가되나, 두 조사 간 차이가 많이 난다. 따라서 국민건강영양조사와의 연계성 검토가 필요하고 기타 지역정신 조사 및 의료보험자료 등의 연계도 고려할 필요성이 있다.

(6) 지자체 의견 수렴

지역에 대한 정보를 알고 싶은 지자체의 경우 예산 지원 등의 협조체계를 세워 이에 대한 대안이 필요할 것으로 생각된다.

(7) 전반적인 만족도

정신질환에 대한 전문적인 조사로서 매우 의미가 있다고 생각하는 것으로 나타났다. 추가로 일반인들의 거부감 해소 및 접근성을 위해 “정신질환실태조사”라는 통계명을 “정신건강실태조사”라는 통계명으로 하면 더 부드러울 것 같다는 의견을 제시하였다.

나) 일반이용자 FGI 결과

통계이용자의 입장에서 통계자료에 대해 얼마나 만족하는지를 조사하고 이를 품질진단에 활용하여 우수한 품질의 통계로 발전할 수 있는 비전을 제시하기 위하여 정신질환실태조사와 관련한 일반이용자 FGI를 실시하였다. 일반이용자

FGI는 대학원생(석·박사), 일반인 등을 대상으로 이용자들의 요구사항은 무엇인지, 불만사항은 무엇인지를 사전 정보를 파악하여 이어지는 진단업무에서 어떤 사항을 중점적으로 검토할지에 대한 계획에 활용하기 위한 것이다. 주로 자료의 접근성과 이용의 편리성과 관련된 집중적인 대화와 토론을 통해 정보를 찾아내는 심층 면접조사로, 본 연구에서는 대학원생, 사회복지사 등 일반이용자 8명(심리학과 대학원생 4명, 사회복지사 2명, 상담대학원생 1명, 심리건강증진센터 1명)을 선정하여 면접을 진행하였다.

(1) 접근성 및 홍보 부족

보고서 및 마이크로데이터에 대한 홍보 부족 및 접근성이 매우 떨어지는 것으로 나타났다. 보고서 존재 자체도 모르고 찾기도 쉽지 않으며, 방대한 자료를 일반인이 사용하기에는 매우 어려워 간이 자료의 필요성을 제시하였다.

(2) 작성주기

모든 것이 급변하는 시대에 5년이라는 조사주기가 너무 길다는 의견과 정신질환의 패턴이 빠르게 변하는 것이 아니기 때문에 적당하다는 의견으로 나뉘었다. 해외 사례의 경우 정신질환 관련 연구의 작성주기가 보통 10년인 것을 감안하고 정신질환의 일반적인 패턴을 고려할 때 5년이 짧은 주기는 아니라고 판단된다.

(3) 조사대상 확대

청소년, 다문화 가정, 북한이탈주민 등과 평균 수명 연장으로 인한 75세 이상의 고령층의 대상도 추가 고려해야 한다. 하지만 75세 이상 고령층의 치매 유병

률이 우리나라 전체 유병률에 영향을 크게 미칠 것이고 고령층의 인지 능력 저하로 인한 조사 가능 여부도 검토해야 한다. 청소년과 노인을 각각 별도의 조사로 실시하는 방법도 고려할 필요성이 있다.

(4) 전반적인 만족도

접근성 문제가 있긴 하였지만 정신 분야의 연구에서 사용할 수 있는 거의 유일한 자료이기 때문에 대부분 만족도가 높았다.

다) 심층면접 결과

- 마이크로데이터 제공 서비스 구축

자료 보안 시스템, 웹시스템 등을 이용하여 마이크로데이터 제공 서비스를 구축할 필요성을 제시하였다. 마이크로데이터 서비스 제공에 대해서 보고서나 보건복지부 홈페이지에 어떠한 설명도 되어 있지 않고 있어 마이크로데이터가 제공되는 사실 조차 모르는 일반인들이 많으므로 이에 대해 홍보해야 한다. 또한 문의처를 보고서에 포함시켜 자료에 대한 문의와 마이크로데이터 제공 등에 대한 문의에 응대할 수 있는 체계를 마련해야 한다.

- 건강보험자료의 활용

건강보험자료를 활용할 수 있다면 건강 행태에 대한 영향 여부까지 파악이 가능하고 또한 사회 경제에 대한 비용 효과를 알 수 있어 정책입안까지 가능하다. 이를 위해 추후 조사에서는 건강보험자료를 사용할 수 있게 추가 동의서를 받는 과정이 필요하다.

- 홍보 강화

안전행정부에서 각 동사무소에 협조 공문을 발송한다면 홍보도 되고, 조사하기가 수월해 질 것이다. 또한 홍보 편지는 거의 효과가 없으므로 전화 홍보, 사전 방문, 보건복지부 홈페이지 활용 등을 통해 홍보를 더욱 강화해야 할 필요가 있다.

- 전문조사원 고용

조사원으로 경험이 없는 학생들 보다는 경험이 많은 전문조사원을 고용하면 조사가 원활하게 이루어질 수 있고 비표본오차도 줄일 수 있을 것이라고 제시하였다.

- 통계명 변경

현재 “정신질환실태조사”라는 통계명을 “정신건강 조사” 또는 “삶의 질 조사”등으로 변경하면 일반인들에게 드는 거부감을 해소할 수 있을 것이라고 제시하였다.

- 지역별 정신건강 자료 필요

지역별 정신건강에 대한 관심이 높으나, 현 조사 체계로는 이를 파악하는데 한계가 있어 표본 크기 확대나 지자체 협조 등의 체계 마련이 필요해 보인다는 의견을 제시하였다.

3) 이용자 요구사항 반영 실태 요약 및 요구사항에 대한 검토

일반인 이용자 초점집단 연구 결과 다른 항목에 대해 만족도는 높았으나 자료의 접근성부분에서 상당한 문제점이 드러났다. 이용자의 접근성을 높이

기 위하여 다양한 곳에 보고서, 공표자료 등이 게재되어 있으나, 이에 대한 홍보가 부족한 이유로 사료되므로 이에 대하여 보완이 필요할 것으로 검토되었다. 또한, 자료처리 및 분석에 대한 서비스 역시 타 통계에 비하여 부족한 부분이 많은 것으로 검토 되었다. 이용자를 위한 자료처리 지침서, 분석지침서 등에 대하여 고려해 볼 필요가 있을 것으로 사료된다.

전문가 이용자 초점집단 연구 결과 일반인 이용자와 비교하여 서비스 측면보다는 작성주기, 조사방법의 적절성 등에 대하여 중점적으로 검토되었다. 통계활용도 측면, 정신질환의 특성 등을 고려하였을 때 조사주기를 늘리는 것도 하나의 방법이라는 의견이 제시되었으며 이에 대하여 추후 조사에 있어 검토할 필요가 있을 것으로 사료되었다. 또한 조사 범위를 청소년, 성인, 노인 3부문으로 확대하여 실시하는 것과 조사문항으로 치료 지연기간, 서비스이용실태 및 패턴, 각종 중독성 문제의 추가를 검토할 필요가 있다. 타 정신건강 조사와 조사 방법이 달라 값이 차이가 많이 나는데 연계 및 협조 체계가 필요할 것으로 사료된다.

심층면접 결과 마이크로데이터 제공 서비스 구축, 건강보험자료의 활용, 공공기관의 협조 공문 발송, 전문조사원 고용, 통계명 변경 등의 의견이 제시되었는데, 이에 대하여 추후 조사에 반영될 필요성이 있다고 사료된다.

추가적으로 지역사회건강조사 또는 국민건강영양조사와의 통합, 사회소외계층 별도 표본 조사에 대한 의견이 나와 이에 대해 별도로 검토를 실시하였다.

- 정신질환실태조사와 타 조사와의 통합에 대한 검토

정신질환실태조사 표적집단 면접 결과, 현재 지자체에서는 지역에 대한 정보를 필요로 하는 것으로 나타났다. 지자체에서 시도 단위의 마이크로데이터를 신청하였지만 대표성과 표본오차 등의 이유로 제공 받지 못하였다. 지역별 정신건강에 대한 관심이 높아지고 있으나 현재 조사 체계로는 이를 파악하는데 한계가 있다. 서울대학교 의과대학 연구진은 현재 예산 5억 원과 표본수 6,000명으로는 표본오차가 커서 지역 단위의 자료를 생성할 수 없다고 밝혔다.

한편 정신질환실태조사는 현 5년 주기로 조사가 수행되고 있는데 이는 보건복지부 담당자에게 조사 관리와 운영에 부담을 줄 수 있다. 예를 들어 인사이동으로 인해 담당자가 수시로 바뀌어 인수인계 문제가 발생할 가능성이 있다.

이에 지역사회건강조사 또는 국민건강영양조사와 통합하는 방향으로 검토할 필요성이 있다고 판단된다. 아래는 정신질환실태조사와 지역사회건강조사, 국민건강영양조사와 비교한 표이다.

<표 10> 정신질환실태조사와 지역사회건강조사, 국민건강영양조사 비교

구분	정신질환실태조사	지역사회건강조사	국민건강영양조사
승인번호	11750	11775	11702
근거법률	정신보건법 제4조의2	「지역보건법」 제4조, 시행령 제5조	국민건강증진법 제16조
최초작성년도	2001년	2008년	1969년
작성기관	보건복지부	보건복지부	보건복지부
실시주체	서울대학교 의과대학	질병관리본부 (시군구 보건소 및 지역 대학에 위탁)	질병관리본부
통계종류	일반통계	일반통계	지정통계
작성형태	조사통계	조사통계	조사통계
예산	5억 원(국비)	60억 원(국비), 60억 원(지방비)	51억 원(국비)
작성목적	- 정신질환자의 현황, 주요 발생원인, 관리실태 등 정신질환자의 실태를 파악하여 정신보건 정책의 기초 자료로 활용	- 시군구 단위 주민 건강수준 및 관련 요인 현황을 파악하여 지역보건의료계획 수립 및 평가의 기초자료로 활용	- 국민의 건강수준, 건강관련의식 및 행태, 식품 및 영양섭취실태에 대한 국가 및 시도단위 통계산출 - 만성질환 및 관련

			위험요인의 시계열 추이 파악 - 국민건강증진 종합계획정책목표 수립 및 평가, 건강증진 프로그램 개발 등 보건정책근거자료 제공
작성주기	5년	1년	1년
작성사항	- 정신질환의 유병률 및 관련요인(흡연 및 금연, 건강, 두려움, 슬픔, 공허함, 우울함, 짜증, 식사습관, 몸무게 등) 및 정신의료서비스 이용실태 등	- 흡연, 음주, 안전의식, 운동 및 신체활동, 영양, 비만 및 체중조절, 구강건강, 정신건강, 건강검진 및 예방접종, 이환, 의료이용, 사고 및 중독, 활동제한 및 삶의 질, 보건기관 이용, 사회물리적 환경, 교육 및 경제활동, 건강수준	- 검진조사: 비만, 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증, 간질환, 신장질환, 빈혈, 폐질환, 구강질환, 안질환, 이비인후질환, 골다공증, 골관절염, 중금속 - 건강설문조사: 질병이환, 의료이용, 활동제한 및 삶의 질, 손상(사고중독), 예방접종 및 건강검진, 흡연, 음주, 비만 및 체중조절, 신체활동, 정신건강, 안전의식, 가구조사, 교육 및 경제활동, 여성건강, 구강건강 - 영양조사: 음식 및 식품섭취내용, 식생활행태, 영양지식, 식이보충제, 식품안정성, 수유현황, 이유보충식, 음식항목별 섭취빈도 및 섭취량

조사대상기간	조사실시기간 이전 과거	8~10월 (연중 2~3개월)	1.1. ~ 12.31. (연중 지속)
조사실시기간	7~10월	8~10월 (연중 2~3개월)	익년 연중조사 (연 48주 매주 3일간)
작성체계	조사원→서울대학교 의과대학→보건복지부	읍면동→시군구(보건소)→지역거점 대학(소권역 대표대학)→보건복지부(질병관리본부)	조사원(설문, 검진 및 계측)→보건복지부(질병관리본부)
모집단	전국 만 18세~74세 가구원	시군구 보건소별 만 19세 이상 성인	전국의 가구에 거주하는 가구원 (전 연령층 포괄)
조사규모	6,000가구 (가구당 1명)	보건소당 평균 900명 (전국 227,700명, 113,850가구, 가구당 약 2명)	매년 전국 192개 조사구, 3,840개 가구 만 1세 이상 가구원 (가구당 약 2~3명)
공표시기	익년 12월	익년 3월	익년 12월
공표범위(지역)	전국	시도 및 시군구	시도

정신질환실태조사와 지역사회건강조사 또는 국민건강영양조사, 두 조사를 통합하는 것이 가능한지에 대해 검토한 결과는 아래 표에 제시된 것과 같다.

두 조사를 통합하는 것에 따른 장단점을 비교하여 분석한 결과를 종합해 볼 때, 지역단위 자료에 대한 수요가 증가하고 있으므로 예산 및 표본수를 증가해야 한다. 이에 따라 지역사회건강조사 또는 국민건강영양조사와 통합하여 이 문제를 해결할 수 있을 것이라 판단된다. 그리고 위 조사 모두 보건복지부에서 시행되는 조사이므로 보건복지부에서 통합으로 조사를 관리·운영하기 수월할 것으로 사료된다. 또한 통합으로 인해 두 조사간의 조사항목을 연계하여 추가 분석 등에 활용이 가능할 것이다. 하지만 만약에 두 조사를 통합한다면 조사항목의 유사중복성이 없으므로 5년 마다 정신질환실태조

사의 조사표 전부를 포함하여 조사를 수행해야 한다. 따라서 조사표 추가에 대한 면접시간 증가와 비용이 추가로 발생할 것이다. 이런 문제로 정신질환에 대한 문항의 축소 가능성도 있을 수 있다고 판단된다.

그렇기 때문에 지역사회건강조사 또는 국민건강영양조사와 통합할 때 이러한 문제들에 대하여 심도 있게 고려해야 할 것이다. 따라서 구체적인 통합 방안은 여러 가지 문제들이 예상 되므로 전문가들에 의해 추후 검토 되어야 할 부분으로 사료된다.

<표 11> 지역사회건강조사 및 국민건강영양조사와의 통합가능성 검토

구분	지역사회건강조사와 통합	국민건강영양조사와 통합
조사 대상	- 74세 이상 노인도 조사 가능	
	- 조사대상이 만 19세 이상 성인으로 청소년은 조사하기 힘듦	- 전 연령층을 조사하고 있으므로 청소년을 포함할 수 있음(청소년용 별도 조사표 추가 필요)
지역 단위	- 시도 및 시군구 단위 자료 사용 가능	- 시도 단위 자료 사용 가능
표본추출틀	- 주민등록주소자료로 변경하여 사용 가능	- 인구주택총조사 그대로 사용 가능
조사시기	- 연중 2~3개월에 조사가 진행되므로 계절적 차이가 비교적 한정되어 있음	- 연중조사로 계절적 차이가 상대적으로 크게 발생함
조사절차	- 건강설문만 면접조사 - 건강 설문조사 면접만 하는 경우 다른 설문을 추가로 하는 경우보다 비표본오차가 적을 수 있음 - 가정집에서 조사 - 임시 조사원 수행으로 비표본오차 발생 가능할 수 있음	- 검진 및 영양조사와 함께 건강설문 면접조사 - 검진 및 영양조사를 같이 하는 경우 관리가 동일하게 되지 않는 다면 조사원에 의한 오차가 생길 수 있음 - 검진을 위한 전용버스에서 조사 - 전담 조사원 수행으로 비표본오차 발생 가능 적음
조사항목	- 정신건강에 대한 조사항목 지역사회건강조사 3문항, 국민건강영양조사 6문	

유사중복성	항으로 정신질환실태조사의 조사항목과는 유사중복성이 없음	
비용	- 정신질환실태조사 조사표 추가에 대한 면접시간 증가 및 비용 추가 발생 - 행정관리 비용 추가 발생	
조사항목 연계	- 건강행태, 예방접종, 이환, 의료이용, 삶의 질, 사회물리적환경 등과 연계하여 추가 분석 가능	- 검진, 건강설문, 영양 자료와 연계하여 추가 분석 가능

- 사회 소외 계층에 대해 별도 표본으로 조사 검토

현재 정신질환실태조사에서는 다문화가정, 독거노인, 북한이탈주민 등 사회소외계층에 대한 조사를 별도로 시행하고 있지 않고 있다. 정신건강에 취약한 계층에 대해 조사함으로써 이들에 대한 사회·복지의 정책적 지원도 가능할 것으로 사료된다.

다문화가정은 정신건강의 위험에 많이 노출되어 있으나 여전히 혼자만의 문제로 생각하고 적극적인 치료를 하지 않는 경우가 많아 정신건강 인식개선이 필요하다. 게다가 낯선 문화에 대한 적응기가 필요하고, 언어가 통하지 않기 때문에 의사소통에서 오는 문제점들이 많이 발생한다. 한국인들의 시선도 문제가 된다. 정부나 언론매체에서 많은 관심을 가지고 지원을 하고 교육을 하지만 모든 국민이 단일민족과 배타적인 관습, 다문화에 대한 인지교육이 되지 않고서는 서로가 하나 되는 과정이 쉽지는 않을 것이다.

또 다른 문제는 아이들이다. 아직 한국어가 100% 습득 되지 않은 어머니에서 태어난 아이들은 언어 습득과 발달 장애가 오는 경우가 많다. 또한 성장하면서도 학교에서 외모나 언어적 발달 장애로 애로 사항을 겪는 경우가 많게 된다. 그리고 아이들에게 따돌림을 당하게 되고 또래집단과의 교류가 원만하지 못하고 학습효과가 떨어지다 보니까 학교를 중도 포기 하게 된다. 이로 인해 엄마의 마음은 자신의 죄책감으로 이어지게 되며 우울증을 갖게 된다.

최근에 노인 우울증이 급증하고 있다. 노인들은 특히 미래가 없다고 생각하는 경우가 많아, 우울증이 왔을 때 젊은 사람보다 정도가 훨씬 심한 편이다. 이런 심한 우울증은 극단적인 선택으로 이어지기도 한다. 더욱이 노화에 따른 인지기능 저하가 있어서 상황을 잘못 판단하는 경우가 많아서 젊은이들보다 더 과격한 방식의 선택을 하는 경우가 많다. 실제로 최근 자살자 네 명 중 한 명은 노인이다. 인구 고령화에 따라 노인 우울증 환자가 크게 늘어 최근엔 한 해 진료환자만 20만 명이 넘고 있다. 우리나라 노인 자살률은 OECD 국가 중 1위로 미국의 5배, 영국의 20배 수준이다. 문제는 증가 속도인데, 지난 10년 새 노인 자살자 수는 세 배 이상 급증하였고 우리나라 고령화 속도로 볼 때 노인 자살률은 더욱 늘어날 것으로 보인다.

준비가 안 된 상태로 노후를 맞으면서 생활고에 시달리고, 몸은 여기저기 아프고, 심한 외로움을 겪는 노인들이 크게 늘어났다. 이것이 노인 우울증이 급증하는 이유이다. 또한 가족은 해체되고 있는데, 연금제도 등 사회안전망이 취약한 것도 한몫을 하고 있다. 더욱이 독거노인은 고독감으로 인한 우울 정도가 높아 건강관리, 사회적 관계형성 등 모든 분야에서 취약한 것으로 나타나고 있다.

1990년대 중반 북한 주민들의 대규모 탈북이 본격화 된 이후로 남한에 거주하는 북한이탈주민도 계속해서 증가해 2007년 2월에는 입국자수가 1만 명을 넘어섰고 2010년 12월말까지 총 2만 명의 북한이탈주민이 국내에 입국했으며, 2013년 9월 기준 2만 5천명을 넘어섰다.

그간 사회 및 학계에서는 이들이 남한사회 및 향후 남북한 통합과정에서 갖는 중요성이 부각되면서 북한이탈주민에 대한 다양한 연구와 정착지원제도가 마련되어왔다. 그러나 많은 연구와 지원에도 불구하고 북한이탈주민들의 남한에서의 적응과정은 그다지 순조롭지 않은 것으로 보인다. 북한이나 탈북 과정에서 겪는 외상적 경험, 제3국에서의 장기간의 체류, 남북한의 문화적 차이, 남한 정착 후의 자립의 문제 등 다양한 여건들이 북한이탈주민의

정신건강을 위협하는 요인으로 지적되고 있다. 이들은 남한사회에서 많은 적응스트레스를 받으며, 외상 후 스트레스 장애나 우울, 불안과 같은 구체적인 심리·정신적 증상을 겪고 있는 것으로 보고되고 있다.

현재 정신질환실태조사에서는 이러한 사회 소외 계층에 대해 별도 표본으로 조사가 실시되지 않고 있는데, 상대적으로 정신건강에 취약한 다문화가정, 독거노인, 북한이탈주민 등 사회 소외 계층에 대한 조사가 필요할 것으로 사료된다. 이 취약계층의 조사 결과를 이용하여 보건 정책으로 활용이 가능할 것이다.

이에 따라 인구주택총조사 자료를 활용하여 표본설계시 다문화가정 및 독거노인에 대한 별도 표본 설정이 가능할 것으로 판단된다. 인구주택총조사 자료를 가지고 다문화가정과 독거노인의 표본을 추출할 수 있다. 다문화가정의 경우 가구 국적이 다문화 외국인 가구, 다문화 기타 가구이고 가구 형태가 일반 가구 또는 외국인 가구를 선택하면 되고, 독거노인의 경우 1인 가구 중 만 65세 이상 노령가구를 선택하여 표본 설정이 가능하다.

북한이탈주민의 경우는 인구주택총조사로 표본을 설정할 수가 없어, 북한이탈주민을 모집하여 설문조사를 실시하거나 하나원 방문 등의 통일부의 협조가 불가피할 것으로 보인다.

3. 세부 작성절차별 체계 진단

1) 진단개요

세부 작성절차별 체계진단은 통계작성 과정이 통계작성의 본래 목적을 실현하기 위해 적합하게 이루어지고 있는가를 세부 작성 절차별 점검표를 이용하여 진단하는 것으로, 진단 방식은 각 품질지표를 객관적으로 측정하기 위한 품질지표 하위에 품질지표요소로 추가 구성하는 방식으로 각 품질지표 요소별 실행 또는 준수여부를 체크한 후 각 요소마다 부여된 점수를 합산한 결과를 근거로 해당 품질지표의 수준을 5점 척도로 최종 평가하였다. 또한 품질지표에 대하여 총 7개 절차별로 품질지표에 가중치를 적용하여 평균치를 산출함으로써 작성절차의 중요도를 반영하였으며, 5점 척도가 총 100점으로 환산되도록 하였다<표 12>. 체크된 내용의 관련 근거자료 및 의견을 제시하여 응답에 대한 정확성을 높이고자 하였다. 품질관리 매뉴얼의 세부 작성절차별 점검표는 크게 7개 작성절차별 부문과 5개 품질차원별로도 구분되며 총 38개 세부항목으로 구성되어 있으나, 정신질환실태조사에 해당사항이 없는 2개 문항을 제외하고 총 36개의 세부항목을 진단함으로써 세부작성절차별 점검을 진단하였다<표 13>.

<표 12> 세부작성절차별 가중치

	통계작성 기획	통계 설계	자료 수집	자료입력 및 처리	자료 분석	문서화 제공	사후 관리	계
가중치	15.1	17.9	16.6	11.4	15.1	14.9	9.0	100

<표 13> 세부작성절차별 품질지표

(단위: 개)

작성절차 품질차원	통계 작성 기획	조사 통계 설계	자료 수집	자료 입력 및 처리	자료분석 및 품질평가	문서화 및 자료제공	사후 관리	합계
관련성	3					1	1	5
정확성	1	5	6	4	2	1	1	20
시의성/정시성						2		2
비교성	1				1			2
일관성					1	1		2
접근성/명확성						3		3
기타							2	2
합계	5	5	6	4	4	8	4	36

2) 진단결과

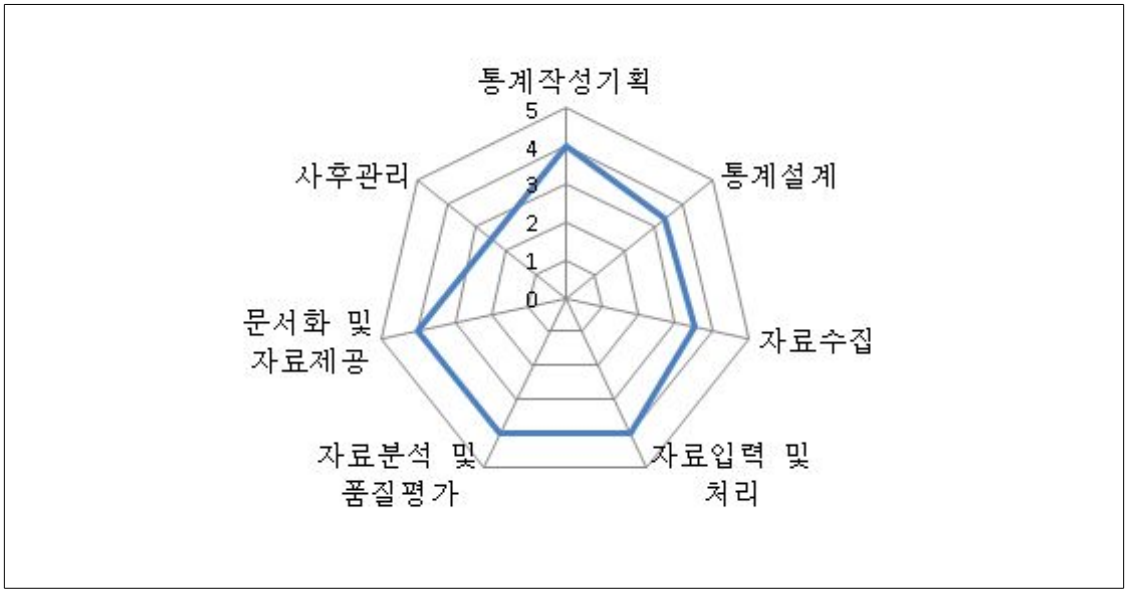
가) 작성절차별 품질지표 평가

정신질환실태조사의 세부 작성절차별 점검표와 근거자료를 토대로 작성절차별 품질을 진단하였으며, 통계작성 기획, 조사통계 설계, 자료수집, 자료입력 및 처리, 자료분석 및 품질평가, 문서화 및 자료제공, 사후관리, 각각의 세부 항목에 대해 5점 척도의 평가를 표시하고 그 근거자료를 첨부하였다. 각 항목은 '매우 그렇다', '그렇다', '보통', '아니다', '매우 아니다'의 5점 척도로 구성되었으며 작성절차별 품질진단 결과는 <표 14>와 같이 통계작성기획, 자료입력 및 처리, 자료분석 및 품질평가 항목이 4.00점으로 나타났고, 사후관리 부분이 2.50점으로 가장 낮게 나타나 종합적으로 개선노력이 필요한 '관심' 수준으로 나타났다. 이는 개선의 노력이 필요하여 양호수준으로 진입하기 위한 정밀진단이 필요할 것으로 사료된다.

<표 14> 정신질환실태조사 작성절차별 진단점수

작성절차 / 산정방식	통계 작성기획	통계 설계	자료 수집	자료입력 및 처리	자료분석 및 품질평가	문서화 및 자료제공	사후 관리	평점
5점척도	4.00	3.40	3.50	4.00	4.00	4.00	2.50	3.70
가중치 적용	12.22 (15.1)	12.02 (17.9)	11.86 (16.6)	9.34 (11.4)	11.99 (15.1)	11.99 (14.9)	4.52 (9.0)	73.93 (100.0)

* ( )안은 가중치 만점.



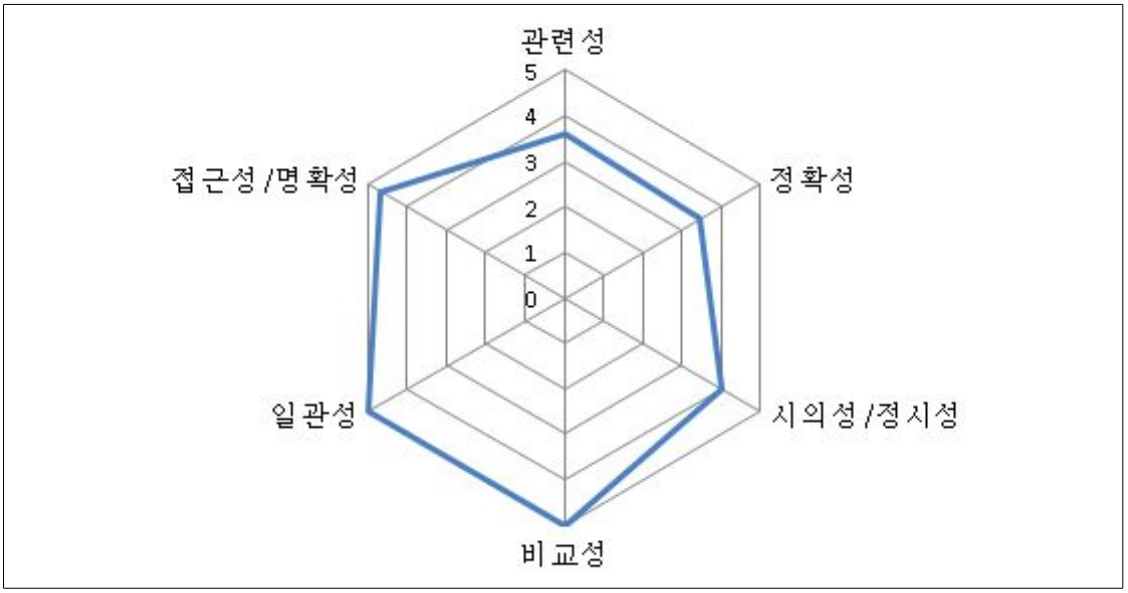
<그림 4> 작성절차별 체계 진단점수

나) 품질차원별 평가

품질진단 결과를 6개 품질차원 별 진단한 결과 <표 15>와 같이 비교성 항목과 일관성 항목에서 5.00점으로 가장 높게 나타났고, 정확성 항목에서 3.45점으로 가장 낮은 것으로 나타났다. 정확성 항목이 낮게 나타난 이유는 표본설계 과정에서 비확률표본의 요소가 포함되어 통계의 대표성이 결여됐기 때문인 것으로 판단된다.

<표 15> 정신질환실태조사 품질차원별 진단점수

작성절차 / 산정방식	관련성	정확성	시의성/정시성	비교성	일관성	접근성/명확성	평점
5점척도	3.60	3.45	4.00	5.00	5.00	4.67	3.80



<그림 5> 품질차원별 진단점수

다) 작성절차별 통계품질 체계 평가

- 통계작성기획

○ 통계작성 목적 제시 여부

정신질환실태조사의 통계작성 목적과 활용분야를 조사결과 보고서, 요약본 등에 명확하게 제시하고 있으며, 관련 통계에 대한 국내·외 연구현황도 검토한 것으로 파악된다. 국내는 2001년 이전과 2001년 정신질환실태조사 실시

이후로 나누어 연구 동향을 검토하였으며, 국외의 경우 정신질환의 대표적인 연구 사례로 ECA (Epidemiological Catchment Area) 연구, NCS (National Comorbidity Survey) 연구, 세계정신건강역학연구 (World Health Organization World Mental Health Surveys)의 사례를 검토하였다.

○ 이용자요구 및 이용실태 파악 여부

이용자의 요구 및 이용실태 파악에 관한 항목에 대해서는 전체적으로 '아니다'로 진단되었다. 보건복지부에서 간행물 배부처를 서울대학교 의과대학에서 마이크로데이터 이용자 명부와 자료 요청자 명부를 관리하고 있는 것으로 파악된다. 하지만 이용자의 의견수렴을 위한 토론회나 자문회의는 실시하지 않는 것으로 파악됐으며, 추후 조사부터는 이를 반영하려는 노력이 요구된다. 또한 마이크로데이터 접근이 제한적이므로 마이크로데이터 이용에 대한 체계 수립이 신속히 이루어져야 할 것으로 보인다.

○ 통계작성에 사용되는 개념, 용어 등의 타당성 검토 및 적용 여부

정신질환실태조사에 실제 사용되고 있는 개념, 용어, 분류체계 등의 적합성 검토가 연구팀 전체 합동회의 및 자문회의는 물론이고, 해외 자료와의 비교를 통해 이루어지고 있음을 확인하였다.

○ 국내, 국제적으로 표준화된 정의, 기준 및 분류체계 적용 여부

정신질환실태조사의 경우 한국어판 CIDI (Composite International Diagnostic Inventory)는 세계보건기구의 국제표준 기준에 따르고 있으므로 국·내외 기준에 충실히 이행되고 있는 것으로 사료된다.

○ 통계개편작업 적절성

정신질환실태조사는 개편을 위해 사전 조사 계획서를 작성하고 국내·외 자료를 수집하며 내부회의 및 자문회의를 실시하는 것으로 파악됐다. 하지만 개편작업과정 및 결과에 대해 문서화 되어 있지 않고 개편 필요성에 대해 검토하지 않는 것으로 파악된다. 추후에는 개편 작업 과정 및 결과에 대해 문서로 남기는 것이 필요할 것으로 생각된다.

<표 16> 통계작성 기획 품질진단 점수

품질진단 지표	품질차원	5점척도
1-1. 통계작성 목적이 명확하게 설정되어 있는가?	관련성	5
1-2. 이용자의 요구 및 이용실태를 파악하고 있는가?	관련성	2
1-3. 통계작성에 사용하고 있는 개념, 용어, 분류체계 등의 타당성을 검토하여 적용하고 있는가?	관련성	5
1-4. 국내·국제적으로 표준화된 정의, 기준 및 분류체계를 따르고 있는가?	비교성	5
1-5. 통계작성 개편작업이 적절하게 이루어지고 있는가?	정확성	3
평균		**4.00**

- 조사통계설계

○ 통계작성대상의 명확한 정의

정신질환실태조사에서 목표목집단과 조사모집단을 공식적으로 정의하지는 않았으나 목표모집단은 대한민국에 거주하는 18세 이상의 국민으로 판단되며, 조사모집단의 정의는 불명확한 것으로 판단된다. 또한 이들의 통계학적 정의 및 차이점도 명시하지 않고 있다. 향후 이를 보고서에 명시적으로 기술하는 것이 필요하다.

○ 응답자가 이해하기 쉽고 작성하기 편리하게 조사표 설계 여부

정신질환실태조사의 조사표는 국제 프로그램인 CIDI를 수용하였고 이를 한국 실정에 맞게 한국어판으로 개정하였으며, 명확하지 않은 내용은 정신과 전문의 8명, 국문학자 1명, 심리학자 1명을 포함하는 번역위원회에서 검토하여 수정한 것으로 확인됐다. 하지만 국립국어연구원 등을 통한 자문은 받고 있지 않는 것으로 나타났다. 조사표의 경우 면담자용 지침서를 제작하였으며, 탐색흐름도를 만들어 조사에 도움을 주었다.

○ 조사항목의 추가, 변경에 대한 사전검토 여부

정신질환실태조사는 사전 도구 개발 및 예비연구를 통하여 조사방법 및 표본추출 계획을 수립하였고, 정신질환으로 치료받고 있는 외래 및 입원환자 208명을 대상으로 조사항목의 신뢰도 및 타당도를 평가하였고 새로운 도구를 추가로 선정하였다.

○ 표본규모의 적절성 여부

2006년 조사 때의 응답률과 지역을 고려하여 표본 규모를 정하였지만, 표본 규모 설계시 모집단의 특성과 관련성이 있는지에 대한 언급이 없고 실제로도 이에 대한 고려가 이루어지지 못한 것으로 판단된다. 또한 표본 규모 설계에 대한 타당성 검토도 하지 않은 것으로 생각된다. 상대표준오차를 표시하고 있으나 상대표준오차가 큰 셀에 대한 주의 표기는 없었다. 향후에는 상대표준오차가 큰 셀에 대해 주의 표기를 하여 활용도를 제고할 필요가 있다. 표준편차가 가장 큰 경우의 값은 교육수준이 무학인 남성에서 9.1%로 나타났다.

○ 표본수준유지를 위한 표본관리 여부

표본유지와 관련된 기관 및 담당자, 자료활용 목적 및 수집시기 등 수정보완 할 수 있는 명부를 관리하기 위한 명부, 조사명부의 수정보완 등이 이루어지고 있었으나 수정에 따른 표본 재설계는 이루어지지 않는 것으로 나타났다. 또한 표본 내 변동 발생상황을 현지에서 확인하는 점검시스템, 표본변동 시 보완, 관리지침에 관한 사항은 마련되어 있지 않고, 표본교체 또는 변동으로 인해 발생하는 추정값에 대한 차이 등을 보완하기 위한 검토 및 보완도 이루어지고 있지 않는 것으로 나타났다.

<표 17> 조사통계 설계 품질진단 점수

품질진단 지표	품질차원	5점척도
2-1. 통계작성대상이 명확하게 정의되어 있는가?	정확성	2
2-2. 조사표는 응답자가 이해하기 쉽고 작성 편리하게 설계되어 있는가?	정확성	5
2-3. 조사항목을 추가, 변경하고자 할 때 사전검토를 철저히 하고 있는가?	정확성	4
2-4. 조사목적, 공표범위 등에 적당한 표본규모로 설계되어 있는가?	정확성	3
2-5. 표본수준 유지를 위해 적절한 표본 관리를 하고 있는가?	정확성	3
평균		**3.40**

- 자료수집

○ 조사직원을 위한 상세지침 제공 여부

면담자용 조사지침서를 통하여 조사원을 위한 조사개요, 조사 탐색 흐름, 조사항목별 상세설명, 오류사례 및 처리지침, 조사항목별 기입요령 등이 상

세하고 명확하게 수록되어 있는 것을 확인하였다. 또한 면담원칙 교육자료로 면담과 관련한 일반적인 원칙(면담자 규칙, 면담시 준비사항 등)을 작성하여 조사원들에게 교육하였다. 그러나 표본 교체 기준, 조사 시 자주 나타나는 오류사례에 관해서는 관리가 미흡한 것으로 나타났다.

○ 조사직원에 대한 체계적인 교육 여부

정신질환실태조사의 조사원 교육을 위한 훈련프로그램은 세계보건기구가 제시하는 지침을 준수하고 모의면담과 같은 실습도 진행한 것으로 파악된다. 5일간 오전 9시부터 저녁 5시까지 교육이 진행되었고, 모의 면담 및 실제 환자에 대한 면담을 포함한 것으로 확인했다. 또한 면담자용 지침서 작성 및 네이버 카페 운영으로 문의사항과 해결방안 등을 조사원들과 함께 공유한 것으로 확인되었다.

○ 현장조사에 대한 체계적인 관리 여부

현장조사 관리를 위한 중복, 누락방지 지침은 면담자용 지침서에 포함되어 있는 것으로 확인되었고, 조사명부, 조사원의 진척상황파악, 조사원에 대한 중간진행상황 파악 등은 적절하게 이루어지고 있는 것으로 확인되었다. 또한 조사대상자에 대해 안내문을 우편 및 전화를 이용하여 홍보한 것으로 나타났다.

○ 현장조사에 대한 단계별 업무량 파악 여부

시범조사를 통해 현장조사에 대한 단계별 업무량을 파악하고 있으며, 조사원 교육 훈련 시 조사원에 대한 파악을 하여 조사단위, 조사구 등을 반영하는 것으로 나타났다

○ 조사직원의 조사관련 전문지식 숙지 파악 여부

조사원의 조사 관련 전문지식 숙지 여부는 다소 미흡한 것으로 진단되었다. 조사원의 업무 지식에 대한 평가는 조사결과의 신뢰성에 영향을 미치는 중요한 요소이나 이에 대한 평가가 이루어지지 않고 있었다. 따라서 이에 대한 평가 시스템 및 교육 시스템의 구축이 요구된다.

○ 현장조사에서 발생한 질의사항에 대한 공유 여부

교육훈련 시 교재로 사용되는 조사지침서를 통하여 조사표에 대한 질의사항을 해결할 수 있는 방법이 어느 정도 수록되어 있었으나, 이에 대한 담당자 전화번호, 인터넷사이트는 따로 명시되지 않았고 이를 위한 콜센터도 운영되고 있지 않았다. 하지만 네이버 카페를 운영으로 문의사항 및 해결방안 등을 조사원들과 함께 공유할 수 있게 하였다.

<표 18> 자료수집 품질진단 점수

품질진단 지표	품질차원	5점척도
3-1. 조사 직원을 위하여 조사와 관련된 상세 지침을 제공하고 있는가?	정확성	3
3-2. 조사기획자는 조사직원에 대한 체계적인 교육을 실시하고 있는가?	정확성	5
3-3. 현장조사에 대한 체계적인 관리가 이루어지고 있는가?	정확성	4
3-4. 조사기획자는 현장조사에 대한 단계별 업무량을 파악하고 있는가?	정확성	5
3-5. 조사기획자는 조사직원의 조사관련 전문지식 숙지 여부를 파악하고 있는가?	정확성	1
3-6. 현장조사에서 발생한 질의사항은 시의 적절하게 처리되며, 모든 조사 직원이 함께 공유하고 있는가?	정확성	3
평균		**3.50**

- 자료입력 및 처리

○ 자료입력을 위한 표준화된 체계 마련

정신질환실태조사의 자료입력 지침서를 마련하여 조사내용의 불일치와 누락을 점검하고 컴퓨터에 입력을 하는 것으로 나타났으며, 자료 입력 프로그램은 Microsoft Office Access 2007을 이용하는 것으로 나타났다. WHO에서 개발한 입력오류 발견프로그램(data entry program)을 사용하여 오류발생시 입력이 불가능하도록 하였다. 조사원을 통해 조사표를 작성하고 작성된 조사표의 입력 및 자료 내검 후 중앙으로 송부하여 본부 전산 프로그램에 의해 한번 더 내검하여 자료가 완성되는 것으로 확인됐다. 중앙연구팀에는 5명의 감수요원을 따로 두어 오류의 발견 및 유형별 처리 지침을 개선한 것으로 나타났다.

○ 체계적인 자료검토 실시 여부

데이터의 내용검토 규칙을 마련하여 오류의 발견 및 처리를 한 것으로 나타났고, 네이버 카페 운영을 통해 문의사항 및 해결방안 등을 현지에서 바로 공유한 것으로 확인됐다. 1차 및 2차 자료 점검과 이상치 점검을 통해 오류를 발견하고 수정하였고 중앙에서도 한번 더 내검한 것으로 확인됐다.

○ 무응답실태 파악

무응답에 대하여 유형별 집계 분석을 이루어지지 않고 있었으나, 무응답 집단에 대한 특성 파악 분석이 이루어져 차기 조사에 반영할 것으로 나타났다. 하지만 무응답에 대한 적절한 처리 지침 매뉴얼이 필요할 것으로 보인다.

○ 현장조사부터 집계, 분석단계까지 적절한 검토절차 마련 여부

현장조사 시 조사표에 대하여 검토하는 절차와 자료집계시 내용 검토하는 절차, 자료 분석 시 내용을 검토하는 절차는 모두 존재하는 것으로 나타났지만, 발생하는 오류유형을 분석하고 개선에 활용하지는 않는 것으로 파악됐다.

조사표의 경우 보관지침, 보존기간 및 폐기에 대한 지침, 입력 및 수정자료 전산파일 보관 지침, 전산파일자료에 대한 보안유지 지침을 마련하여 절차에 따라 시행하고 있는 것으로 나타났지만, 매뉴얼화 되어 있지는 않으므로 이에 대한 개선이 요구된다.

<표 19> 자료입력 및 처리 품질진단 점수

품질진단 지표	품질차원	5점척도
4-1. 자료 입력을 위한 표준화된 체계가 마련되어 있는가?	정확성	5
4-2. 자료 내용검토(에디팅)작업을 체계적으로 실시하고 있는가?	정확성	5
4-3. 무응답 실태를 파악하여 분석하고 있는가?	정확성	2
4-4. 현장조사부터 집계, 분석단계까지 적절한 내용검토 절차가 마련되어 있는가?	정확성	4
평균		**4.00**

- 자료분석 및 품질평가

○ 관련 통계의 비교분석을 통한 자료 검증

정신질환실태조사와 해외의 ECA 연구, NCS 연구, WHO의 세계정신건강역학조사는 물론이고, 국내의 2001년 이전 정신건강 관련 조사와 2001년, 2006년 정신질환실태조사와의 비교도 하여 분석한 것으로 확인됐다. 중앙 총괄

연구팀에서 모든 결과에 대한 결과 파일을 확인하여 분석 결과를 검증하고 있는 것으로 나타났다.

○ 시계열자료의 연속성 확인 및 단절 여부

통계의 개념, 작성방법, 조사기준, 조사시기는 변동사항이 없는 것으로 확인됐다. 이에 대해 본 조사가 시작되기 전에 연구팀 전체 합동회의 및 자문회의를 시행하는 것으로 나타났다. 이러한 사항이 통계결과에 영향을 미치지 않았기 때문에 시계열이 단절된 경우는 없는 것으로 판단, 시계열 단절에 관한 항목은 진단하지 않았다.

○ 경제, 사회현상, 통계작성방법 변경 등이 통계자료에 미치는 영향 분석

해당사항 없음

○ 모수추정 절차 적정성

정신질환실태조사의 모수 추정식, 추정과정 등에 대해 검토하지 않은 것으로 판단되었고, 가중치 작성방법에 대해서도 적합성에 대한 검토를 하지 않은 것으로 판단되었다.

○ 최종통계자료에 대한 체계적인 검증여부

최종 통계 결과들은 총괄연구팀에서 점검하여 조사의 질을 관리하는 것으로 나타났으며, 우리나라의 현실을 감안하여 지난 해 정신병적 장애에 이환된 사람 등을 수집하여 참고한 것으로 확인됐다. 또한 표준오차와 상관없이 모든 통계자료를 공표하는 것으로 나타났다.

<표 20> 자료분석 및 평가 품질진단 점수

품질진단 지표	품질차원	5점척도
5-1. 관련통계 등과의 비교분석을 통해 자료 결과를 검증하고 있는가?	일관성	5
5-2. 시계열자료는 연속성이 있으며, 단절이 생길 경우 그 내용을 설명하고 있는가?	비교성	5
5-3. 경제·사회현상이나 통계작성방법 변경 등이 통계자료에 미치는 영향을 분석하고 있는가?	비교성	해당없음
5-4. 모수를 추정하는 경우, 추정절차는 적정하게 이루어지고 있는가?	정확성	1
5-5. 최종 통계자료에 대한 검증은 체계적으로 실시하고 있는가?	정확성	5
평균		**4.00**

- 문서화 및 자료제공

○ 통계작성관련 자료의 문서화

정신질환실태조사의 통계작성 관련하여 전반적으로 문서화 작업은 다소 부족한 것으로 조사되었다. 예비조사 계획서, 본 조사 계획서 등의 기본계획 수립에 대한 문서는 존재하지만, 통계작성 변동사항에 대한 기록여부는 존재하지 않는 것으로 나타났다. 통계작성 절차별 업무 매뉴얼에 대해서는 조사지침서, 자료입력지침서, 업무지침서 등은 모두 존재하였으나 내용검토 지침서는 존재하지 않는 것으로 파악됐고 이에 대하여 보완이 따로 이루어지지 않는 것으로 나타났다. 또한 여러 질의사항에 대한 해결방안 역시 문서화되어 있지 않는 것으로 조사되었다.

○ 통계관련 설명자료를 간행물에 수록했는지 여부

정신질환실태조사 간행물에는 '이용자를 위하여'는 따로 수록되지 않았으나 조사과정 보고서를 통한 조사개요 등 조사 관련 사항, 용어해설집은 자세히 수록되어 있는 것으로 나타났다. 또한 자료처리 및 분석방법에 대해서도 비교적 자세하게 수록되어 있는 것으로 나타났다. 모집단 및 표본설계에 대해서는 정보가 있긴 하지만 미흡한 것으로 판단된다.

○ 개편작업 후 개편내용 공개여부

해당사항 없음

○ 조사항목 공표

정신질환실태조사를 통해 조사한 항목에 대해서 모두 공표하고 있는 것으로 나타났으며 미 공표 항목은 따로 존재하지 않는 것으로 나타났다.

○ 결과자료 공표의 적절성

정신질환실태조사는 5년 주기 조사로 조사기준시점과 통계 결과의 최초 공표일 간의 시차는 9개월 미만인 것으로 진단되었다. 전체 연구는 2011년 3월부터 2011년 12월까지 9개월 동안 진행되었으며, 2012년 2월 보도자료를 통해 공표되었다.

○ 결과자료의 공표절차 준수 여부

결과자료는 조사 시기 익년 2월에 공표되고 있으며, 예고된 통계 공표 일정을 준수하고 있는 것으로 나타났다.

○ 다양한 매체를 통한 결과자료 제공여부

통계이용자들을 위하여 데이터베이스, 보도자료, 간행물, 홈페이지를 통하여 결과자료를 제공하고 있다. 그러나 이러한 다양한 매체를 통해 자료를 이용할 수 있음을 간행물에는 수록되지 않았으며, 홈페이지에 공지되어 있기는 하나, 많은 사람들에게 노출되고 있지는 않았다. 그리고 보고서 자료의 획득 방법, 마이크로데이터 이용에 관해 간행물에 수록되지 않았다. KOSIS와 e-나라지표와 링크되어 있고 관련기관 사이트 바로가기 또는 배너링크도 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

○ 자료 제공시 개인의 비밀보호 장치 마련

마이크로데이터 제공시에는 개인을 식별할 수 있는 주민등록번호, 이름 등을 지우고 일련번호 형태로만 제공하고 있는 것으로 확인됐다. 하지만 마이크로데이터 제공 관련 내부 규정이나 심의위원회는 따로 존재하지 않는 것으로 판단된다. 따라서 마이크로데이터 제공 관련 내규 마련을 위한 노력이 필요한 것으로 진단되었다.

○ 동일주제의 다른 통계자료와의 비교

해당 통계와 동일한 주제의 국외 연구(ECA 연구, NCS 연구, 세계정신건강 역학조사)와 2006년 정신질환실태조사와도 비교 검토하였지만, 다른 통계자료인 국민건강영양조사와 지역사회건강조사와는 조사 방법에 차이가 많아 비교하기가 쉽지 않은 것으로 판단되었다. 표본설계에 대해서는 따로 비교하지는 않는 것으로 나타났다.

<표 21> 문서화 및 자료제공 품질진단 점수

품질진단 지표	품질차원	5점척도
6-1. 통계작성과 관련된 각종 자료가 문서화되어 있는가?	정확성	3
6-2. 간행물에 통계와 관련된 설명 자료를 수록하여 이용자들의 편의를 돕고 있는가?	접근성/명확성	5
6-3. 개편 작업 후 개편내용을 이용자에게 공개하고 있는가?	접근성/명확성	해당없음
6-4. 조사한 항목을 모두 공표하고 있는가?	접근성/명확성	5
6-5. 결과 자료를 적절한 시점에 공표하고 있는가?	시의성/정시성	5
6-6. 결과 자료의 공표절차를 준수하고 있는가?	시의성/정시성	3
6-7. 다양한 매체를 이용하여 결과자료를 제공하고 있는가?	접근성/명확성	4
6-8. 자료제공 시 개인 비밀보호를 위한 장치가 마련되어 있는가?	관련성	2
6-9. 동일 주제의 다른 통계자료와 비교하고 있으며, 차이가 있을 경우 그 요인을 설명하고 있는가?	일관성	5
평균		**4.00**

- 사후관리

○ 새로운 정보요구에 대한 신속대응 체계 및 관리 여부

통계작성 품질 개선을 위해 담당자들은 의지를 갖고 노력하고 있는 것으로 진단되었고 조사 예산 확보를 위해 노력했지만 동결되었다는 것을 알 수 있었다. 그리고 전국의 협력 의과대학의 연구원 확보로 적정 전문 인력을 유지하고 있는 것으로 파악됐다. 하지만 업무의 연속성을 유지하기 위한 인수인계나 교육 지원 체계는 존재하지 않는 것으로 나타났다. 향후 통계 품질 개선을 위해 인사 후 인수인계와 교육 지원 체계 등이 이루어지도록 노력해야 한다.

○ 고품질통계생산을 위한 전문성 유지 및 개선노력 여부

해당통계의 작성기관 담당직원은 통계와 관련된 학과의 학력은 있었으나, 관련 자격증은 보유하지 않았으며, 관련 분야 교육에 대해서는 1년 주기로 통계 교육을 이수하는 것으로 나타났다. 국제기구파견과 관련된 협력유지체계는 없지만 전국의 의과대학과 의학 관련 협회와 긴밀한 협력을 유지하고 있는 것으로 나타났다.

○ 통계작성방법의 타당성에 대한 지속적 검토 및 개선 여부

정신질환실태조사 과정의 타당성 검토를 위한 내부회의, 외부회의는 따로 개최되고 있지 않는 것으로 나타났고, 과정별 작성방법 개선방안에 대해서도 자세히 검토되고 있지 않는 것으로 나타났다. 하지만 유사 통계 작성과정에 대해 자료수집은 하고 있는 것으로 판단된다.

○ 통계조사가 완료된 후 수탁기관으로부터 조사와 관련된 자료일체 제출 받는지 여부

정신질환실태조사는 서울대학교 의과대학에 위탁 조사되고 있으며, 조사 전 사업기획서를 작성기관에 제출하고 있으며, 조사원 교육 관련 지침서와 최종보고서를 제출하는 것으로 확인했다. 하지만 표본설계에 대한 명부, 조사표 원본, 마이크로데이터 파일 및 파일설계서, 에디팅 요령서, 현장조사 평가보고서, 자료처리 보고서 등은 작성기관에 제출하지 않는 것으로 나타났다. 통계 조사 결과의 신뢰성 제고를 위해 이에 대한 체계를 수립하는 것이 요구된다.

<표 22> 사후관리 품질진단 점수

품질진단 지표	품질차원	5점척도
7-1. 새로운 정보요구에 신속히 대응할 수 있도록 통계작성 체계를 관리하고 있는가?	관련성	4
7-2. 고품질 통계 생산을 위한 전문성 유지 및 개선 노력을 하고 있는가?	정확성	3
7-3. 통계 작성방법의 타당성에 대한 지속적 검토 및 개선을 하고 있는가?	기타	1
7-4. (위탁하여 작성하는 경우) 통계조사가 완료된 후 수탁기관으로부터 조사와 관련된 자료 일체를 제출받고 있는가?	기타	2
평균		**2.50**

라) 표본진단 평가

- 표본설계 개요

○ 모집단

목표모집단은 만 18세 이상 만 74세 이하의 일반 성인 인구로 하였다. 다만 고시촌, 원룸촌, 요양병원 등의 특수시설에 사는 사람과 섬은 제외하였다.

○ 표본추출틀

표본설계를 위한 추출틀은 통계청 2010년 인구주택총조사에서 연구용으로 사용되는 10%를 제외한 90% 자료를 명부로 구성하였다.

○ 표본추출 방법

전국에서 다단계집락추출법(multi-stage cluster sampling)을 사용하여 표본을 추출하였다. 광역시도 구분에 근거해 6개(서울, 경기·인천, 경상, 전라, 충청, 강원)의 1차 추출단위(Primary Sampling Unit; PSU)를 분류하고, 다시 6개의 추출단위에서 12개의 시군구를 2차 추출단위(Secondary Sampling Unit; SSU)로 선정하였다. 각 조사지역(SSU) 마다 인구가 다르므로, 우리나라 전체 인구대비 각 조사지역 인구비율을 고려하여 조사지역별 조사대상자수를 추산하였다. 각 조사지역(SSU) 내에서 3~5개의 읍면동(Tertiary Sampling Unit; TSU)을 추출하고 추출된 읍면동 내에서 무작위로 조사구를 추출하였다. 해당 조사구 내의 모든 가구를 조사대상으로 하되, 사전 조사 시 실제로는 가구가 아니거나 가구원이 존재하지 않는 등의 경우를 제외하여 본 조사대상이 될 가구를 선정하였다. 각 가구에서 한 명만을 조사대상으로 선정하였고 조사대상은 연과 월을 제외한 생일의 마지막 자리가 가장 빠른 사람으로 선정하였다.

○ 표본크기

표본설계명세서에 의하면 표본크기는 198개의 조사구, 12,044가구로 하였으나, 2011년 정신질환실태조사 보고서에 의하면 13,895가구이고 사전 조사를 통해 기준에 맞는 대상자가 없거나, 재개발지역, 공장, 상가, 섬지역 등 실제로는 가구가 아니거나, 거주자가 없는 경우 등 조사대상을 확인할 수 없는 경우를 제외하여 만 18세 이상 74세 이하의 거주자가 있는 가구만을 골라 9,102가구로 최종 조사 대상을 선정하였다.

○ 가중치

2010년 인구주택총조사 자료에 의한 인구분포를 기준으로 지역, 성별, 연령에 따라 가중치를 계산하였다.

○ 추정산식

공식이 보고서에 따로 나타나 있지 않아 서울대학교 의과대학에 요청했지만 엑셀을 이용해 분산을 계산했다고만 밝혀 본 보고서에 추정산식을 기술하지 못하였다. 다만, 사후층화 방법을 사용한 것으로 추정된다.

- 점검결과

시군구를 주관적으로 추출, 지역별 인위적 표본 배분 등 확률표본이 아닌 비확률표본의 요소가 포함된 표본설계를 하였다. 보고서는 광역시도에 근거해 6개의 1차 추출단위(Primary Sampling Unit; PSU)로 분류한다고 했으나 광역시도는 추출단위가 아니고, 2차 추출단위인 시군구가 실제 1차 추출단위이다. 하지만 표본 시군구를 연구 수행 편의를 위해 주관적으로 추출하였다. 그리고 전국에 12개의 책임조사기관(8개 의과대학, 2개 병원, 2개 정신보건센터)을 택하여, 이 기관이 소재한 12개의 시군구를 표본으로 확률표본이 아닌 주관적인 비확률표본 추출을 하였다.

다음 표는 2001년, 2006년, 2011년 정신질환실태조사 보고서에 있는 조사지역을 비교한 표이다. 표에서 볼 수 있듯이 연도별로 대부분 비슷한 지역이 조사지역으로 선정되었음을 확인할 수 있다. 특히, 2006년과 2011년은 서울에 송파구 대신 강동구 지역이 선정되고 인천 중구 지역이 추가된 것을 제외하면 동일한 지역에서 조사가 진행되었다.

<표 23> 정신질환실태조사 연도별 조사지역

2001년		2006년		2011년	
서울	강동구, 송파구, 광진구, 은평구, 노원구	서울	송파구, 동작구, 중랑구	서울	강동구, 동작구, 중랑구
인천	중구, 강화군	경기 인천	수원, 파주, 강화군	경기 인천	수원, 파주, 중구, 강화군
충북	청원군	충북	청주, 청원군	충북	청주, 청원군
경북	대구(달성군)	경북	울산, 대구	경북	울산, 대구
전남	나주	전남	광주, 나주	전남	광주, 나주
강원	원주	강원	춘천	강원	춘천

또한 지역의 인구수에 비례하도록 조사대상자수를 설정한다고 했지만 인위적으로 배정된 표본수를 조정한 것으로 나타났다. 강원도의 추산표본크기는 180명임에도 불구하고 조사완료한 표본수는 400명이다. 경기·인천의 추산표본크기는 1,734명이었지만 면담완료된 표본크기는 2,000명이었다. 가장 차이가 크게 나는 지역은 부산·경남지역인데, 이 지역의 추산표본크기는 948명이지만 면담완료된 표본크기는 600명에 불과했다. 이는 각 책임조사기관에 할당을 위한 조치인 것으로 추정된다. 다음 표는 6개 1차 추출단위(PSU)의 추산표본크기와 조사완료 표본수를 나타낸 것이다.

확률표본으로 해야 이 조사를 통하여 얻은 결과를 전국에 적용할 수 있고 통계적 추론이 가능하다. 추출확률의 역수인 초기 가중치를 이용하여 사후층화를 통해 가중치를 계산한 것으로 판단되나 비확률표본의 요소가 포함된 표본설계로는 그렇게 할 수 없다.

<표 24> 6개 1차 추출단위(PSU)의 추산표본크기 및 조사완료 표본수

	추산표본크기	조사완료 표본수
서울	1,206명	1,205명
경기/인천	1,734명	2,001명
경상	1,578명	1,210명
경남	948명	
전라	612명	600명
충청	624명	605명
강원	180명	403명
합계	5,934명	6,024명

미국의 ECA(Epidemiologic Catchment Area, 1980~1985) 연구는 뉴 헤이븐(New Haven), 볼티모어(Baltimore), 세인트 루이스(St. Louis), 더럼(Durham), 로스엔젤레스(Los Angeles)의 5개 지역을 선정한 후 다단계 확률추출법(Multistage probability sampling)으로 각 지역당 최소 3,000명 이상의 표본을 추출하여 전체 20,861명에 대해 조사하였다. 이에 대해 미국의 정신건강 국가기관인 NIMH(National Institue of Mental Health)는 ECA 연구의 한계점으로 자료의 대표성 문제를 들었고, 이 한계점을 보완하여 미국의 대표성 있는 NCS(National Comorbidity Survey, 1990~1992) 연구를 만들었다고 밝히고 있다[1]. NCS 연구는 미국 48개 주에서 15세에서 54세의 보호시설에 있지 않은(noninstitutionalized) 인구에 대해 다단계 층화적 확률추출법(Stratified, multistage area probability sampling)을 사용하여 총 8,098명을 조사하였다. 그동안 정신질환실태조사는 미국의 ECA 연구방법을 따라 표본설계를 한 것

1) http://www.nimh.nih.gov/health/topics/statistics/ncsr-study/questions-and-answers-about-the-national-comorbidity-survey-replication-ncsr-study.shtml

으로 보이나, 정신질환실태조사의 목적으로 볼 때, ECA 연구방법보다 NCS 연구방법을 따르는 것이 우리나라 정신질환실태조사 결과의 대표성을 확보하는데 더 바람직할 것으로 판단된다.

한편, 무응답률 계산에서도 조사거부만을 무응답으로 포함하여 가중치 없이 계산을 하였는데, 대상 확인 불가능과 면담 불가능도 무응답으로 포함시켜서 무응답률을 계산하여야 한다. 또한 가중치 없이 계산하면 안 되고 초기 가중치 즉, 추출확률의 역수를 이용하여 가중치를 계산하면 더 좋을 것으로 판단된다. 그리고 조사구 내에서 50가구를 표본으로 포함시켰는데 이는 클러스터 간 상관관계(intra-cluster correlation)가 너무 크게 된다.

4. 수집자료의 정확성 진단

1) 진단개요

조사통계의 경우 자료의 수집은 현장조사를 통해서 이루어지기 때문에 수집자료의 정확성 진단은 현장조사 정확성 점검으로 고쳐 부를 수 있다. 본 진단의 목적은 현장조사의 오류유형의 발생 원인을 분석하여 조사품질을 개선에 활용하기 위함이다. 조사통계의 경우 자료 수집과정은 현장에 조사원이 투입되어 여러 가지 방법을 통해 응답자로부터 조사표를 받은 내용을 검토하고 입력하기까지의 일련의 과정을 거치는 것을 의미한다. 정신질환실태조사의 경우, 현장에서 조사원의 통일성이 중요하며, 이를 위하여 어떠한 노력이 이루어지고 있는지와 함께 실제 조사에 참여한 조사원을 면담하여 지침에 따라 정확하게 조사가 이루어지고 있는지 검토하였다.

2) 진단결과

가) 자료수집방법의 적절성

정신질환실태조사의 자료수집방법의 적절성을 검토하기 위하여 2011년 정신질환실태조사 보고서의 조사과정을 검토하였고 2011년 정신질환실태조사의 지역책임연구자와 조사원들을 만나 면담을 진행하였다. 정신질환실태조사의 경우 홍보 부족으로 방문시간에 부재중인 경우가 많았다. 특히 조사원 면담결과, 대상자가 남자인 경우는 거의 대부분 부재중인 것으로 나타났다. 3회 이상 재방문, 방문시간대 저녁이나 주말로 조절, 직장 방문으로도 조사가 불가능한 가구는 대체하였다. 조사원에 대한 신뢰·불안 문제로 응답을 거부하는 사례도 있었다. 조사환경이 계속 악화됨에 따라 이에 대한 홍보 방안 마련이 필요할 것으로 사료된다. 인사장과 방문 예정 안내장을 사전에 배부

하여 조사 가능한 시간에 방문조사가 이루어질 수 있도록 해야 한다.

조사원들에게 이동경비가 따로 지급되지 않고 있는데, 외곽지역을 조사할 때는 추가 이동 비용을 지급하여 조사원이 원활하게 조사할 수 있도록 지원이 필요할 것으로 생각된다. 또한 조사원들에게 요도가 제공되지 않아 주소만 보고 가구를 찾아갔는데, 각 조사원들에게 요도를 제공하여 보다 정확하고 편리하게 조사가 이루어질 수 있도록 해야 한다.

표본 대체 시 본부로부터 명단을 다시 받는데 많은 시간이 소요되는 것으로 나타났는데 대체 표본을 미리 설정하여 명단 받는 시간을 단축해야 할 것으로 생각된다. 또한 면접 소요시간이 90분 이상으로 매우 오래 걸리고 설문지 끝으로 갈수록 응답자들이 지쳐서 응답률이 저하되고 응답불순이 생기는 것으로 나타났다.

조사 여건이 계속 악화됨에 따라 응답 거부자에 대한 조사 지침을 구체화하고 조사협조를 높이기 위한 조사 여건 개선 방안을 마련할 필요가 있다.

나) 현장점검 및 관리체계

현장점검 및 관리체계를 확인하기 위하여 지역책임연구자, 조사원과의 면담을 통하여 자료수집관련 모든 과정에서의 조사원의 역할 및 책임분담, 수집절차정보, 현장조사 단계에서의 부실조사 예방을 위한 사전체계, 조사내용의 정확성 확인체계 등을 점검하였고 추가로 정신질환실태조사에 대한 인식도 및 만족도, 불편사항 등에 대하여 조사하였다. 면담결과 정신질환실태조사의 책임연구자와 조사원의 역할 및 책임은 명확하게 분담되어 있었으나 현장조사 시 갑작스럽게 생기는 문제점에 대한 대처 방안 마련과 부실조사를 사전에 예방하기 위한 체계는 부족한 것으로 사료되었으며 이에 대한 보완이 필요할 것으로 사료된다.

조사내용의 정확성을 높이기 위해 면담자용 지침서를 제공하고 있으며 관리체계에 따라 조사가 진행된 것으로 판단됐다. 다만 지역을 관리하기 위해 관리 체계를 마련하고 있으나 보다 효율적인 체계를 마련하기 위해서는 중

앙의 지시사항이 즉각적으로 반영될 수 있는 시스템이 필요한 것으로 나타났다.

지역마다 관리자의 성향에 따라 조사방법에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이런 경우 비표본오차가 발생할 가능성이 높을 것으로 판단된다. 이 문제를 해결하기 위해 전문조사업체에 의뢰하여 지역마다 편차가 없이 조사가 진행되어야 할 것으로 보인다.

다) 조사원관리

조사원 교육을 위한 훈련프로그램은 세계보건기구가 제시하는 지침을 준수하여 5일간 오전 9시부터 오후 5시까지 교육이 진행되었고, 모의 면담 및 실제 환자에 대한 면담을 포함하였다. 하지만 조사원 선발 기준은 따로 없었고 조사원들은 심리학과, 의학과, 간호학과 학생으로 구성되어 있었다.

라) 응답자 관리

표본으로 추출된 각 지역 홍보를 위하여 안내문, 공문발송 등을 통한 설득 지원이 있었으나 홍보가 제대로 이루어지지 않은 것으로 나타났다. 이에 대한 해결을 위하여 행정적 보완이 필요할 것으로 사료된다. 답례품의 적정성의 경우, 응답자와의 유대관계를 위하여 적절한 답례품(문화상품권)이 제공되고 있었다.

하지만 표본 관리에 있어 표본대체 지침 및 관리에 대해서는 구축이 되어 있지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과로 일부 지역에서는 최초 명단에 없는 대상자도 조사한 경우도 있었다. 해당 가구 부재 시 옆 가구를 조사한다거나 남편이 대상자인데 아내를 조사한 경우가 존재하였다. 조사원 교육 과정에서 조사 대상을 임의로 변경하는 일이 없도록 철저한 교육이 필요할 것으로 사료된다.

마) 수탁기관에 대한 관리 및 개선사항

(1) 통계작성 기획

통계작성 목적이 명확하게 설정되어 통계작성을 위해 얻고자하는 정보를 정확하게 수집하고 있으며, 이용자들의 의견 반영을 위해 이용자 목록을 작성하고 있다.

(2) 조사기관 선정

2011년 조사기관은 서울대학교 의과대학에 위탁하여 조사계획, 홍보, 표본관리, 내용검토 등을 수행하였다. 공개경쟁입찰 방법으로 조사기관을 선정하며 통계조사의 전 과정을 차질 없이 수행할 수 있는 조직체계 보유 및 유사분야의 사업실적을 평가하여 선정하고 있다.

(3) 조사표 설계

구조화된 국제표준 설문지의 한국어판을 사용하여 세계보건기구(WHO)가 제시하는 지침에 따랐다.

(4) 현장 조사

현장조사는 조사지침서를 제공하고 있지만 조사원의 조사지침 숙지 정도에 대한 평가는 하지 않는 것으로 나타났다.

(5) 자료처리 및 분석

현장조사, 자료집계, 자료분석, 모수추정 등 단계별로 검토하고 있으나 항

목 무응답 및 단위 무응답에 대한 적절한 처리지침이 마련되어 있지 않았다.

(6) 조사결과 관리

통계조사가 완료된 후 조사기획서, 표본설계서, 조사원 교육지침서, 최종보고서를 보건복지부에 제출하고 있다. 하지만 조사결과 마이크로데이터 파일 및 설계서, 에디팅 요령서, 예비표본을 포함한 명부, 조사표, 현장조사 평가보고서, 자료처리 보고서 등은 제출하지 않고 있으므로 보다 체계적인 위탁기관 관리체계가 필요하다.

3) 문제점 및 개선방안

수집 자료의 정확성에 관한 점검결과를 통해 현장조사의 문제점과 개선방안을 요약하면 다음과 같다.

정신질환실태조사의 현장조사에서의 갑작스럽게 생기는 문제 상황에 대한 대처능력, 부실조사를 사전에 예방하기 위한 구체적인 체계는 부족한 것으로 드러났다. 이를 해결하기 위해 과거 조사경험을 통한 수집절차 정보 축적, 도출된 문제점 및 착오내용에 대한 교육 및 재발 방지대책에 대한 지침, 시스템 등을 구축할 필요가 있을 것으로 사료된다.

그리고 홍보 부족으로 방문시간에 부재중인 경우가 많은데 조사 환경이 악화됨에 따라 이에 대한 홍보 방안 마련이 필요하고 인사장과 방문예정 안내장 등을 사전에 배부하여 조사 가능한 시간, 저녁이나 주말에 방문조사를 실시토록 해야 한다. 또한 지방 지역의 조사에 중앙의 지시사항이 즉각적으로 반영될 수 있는 시스템 구축이 필요할 것으로 생각된다.

또한 조사 경험이 거의 없는 심리학과, 의학과, 간호학과 학생으로 조사원이 구성되어 있었는데, 조사원으로 경험이 없는 학생들이 조사를 하는 것보다 조사원 경험이 많은 전문 조사원을 고용하면 더 효율적으로 조사가 진행될 것으로 생각된다.

일부 지역에서는 최초 명단에 없는 대상자도 조사한 것으로 나타났는데, 조사원 교육 과정에서 조사 대상을 임의로 변경하는 일이 없도록 철저한 교육이 필요할 것으로 사료된다.

위탁자료 관리체계의 경우 정확한 자료 수집을 위해 조사원 교육 지침서, 사례집, 현장조사 수행지침 등을 관리하여 조사원 교육이 철저히 이루어질 수 있도록 하고, 현장조사 진행상황, 응답률 현황, 표본교체 현황, 조사과정상 문제점, 특이사항, 대응방안 등을 보고 받아 조사가 정확하게 진행될 수 있도록 해야 할 것이다.

5. 통계자료 서비스의 충실성 진단

1) 진단개요

작성과정에서는 오류가 없는 통계일지라도 공표되는 과정에서 오류가 발생하여 통계의 품질과 관계없이 잘못된 통계가 된다. 이번 진단은 사후검정의 차원에서 진행되는 진단으로 통계자료서비스의 충실성을 진단하는 것이다. 국내 매년 많은 통계자료들의 간행물, 보고서, 각종 백서 및 통계DB 등의 형태로 제공되고 있으나 그에 대한 사전, 사후 점검이 취약한 실정이기 때문이다. 진단은 '공표자료 오류 점검표', 와 '이용자 편의사항 점검표'를 이용하여 통계간행물, 통계DB 등에 대한 오류 및 이용자 편의성 점검을 실시하였다.

2) 진단결과

가) 공표자료 오류점검

공표자료 오류 점검표는 수치자료, 통계표 형식 및 내용, 용어해설부분, 기타 오류에 관한 총 4가지 항목으로 구성되어 있으며, 하위 항목으로 수치자료는 보고서와 DB자료가 일치하는지, 시계열 자료는 일관성이 있는지, 통계작성방법 변경이 공표자료에 정확히 반영되었는지, 통계수치가 정확한지에 대해 조사하고 있다. 통계표 형식 및 내용 영역은 8개의 문항으로 구성되어 있고 하위항목으로는 통계표의 통일성과 일치성, 적절성, 일관성, 합리성, 명확성, 정확성 등에 대한 항목으로 구성되어있으며, 각 항목에 대해서는 모두 '적절'하다고 검토되었다. 용어해설 부분 영역은 3개의 문항으로 구성되어 있으며, 하위항목으로 용어정의의 적절성, 인용한 통계의 경우 자료제공기관에서 사용하는 용어와의 일치성, 용어의 통일성 등에 대한 항목으로 구성되어있다. 각 항목 모두 '적절'하다고 검토되었다. 기타 오류 부분은 총 3개의 문항으로 구성되어 있으며 목차, 색인, 한글 및 영문 표기, 통계표 제목

등이 제대로 작성되었는지에 대한 세부항목으로 나뉘어져있다. 여기에서는 목차에 페이지 누락과 페이지 불일치가 확인되었고 맞춤법, 오타 등이 발견되었다. 목차에서 참고문헌, 부록, 조사 안내문, 협조문, 용어해설집 등의 페이지가 불일치했고 탐색흐름도라는 항목은 누락되었다. 보고서 본문에서도 표본 조사구의 통·행정리와 조사구 번호 뒤바뀜, 연령군 '60~69세'인데 '60~64세'로 표기 등 맞춤법과 오타가 확인되었다.

나) 이용자 편의사항 점검

이용자 편의사항 점검표는 이용자를 위하여, 조사정보, 모집단 및 표본설계, 자료집계 및 추정 총 4가지 항목으로 구성되어있으며 정신질환실태조사는 각 진단항목에 대해서 몇몇 해당사항 없는 문항을 제외하고 대부분의 항목에 대하여 다소 부족한 것으로 검토되었다. 특히 '이용자를 위하여' 항목에 대한 하위항목에 대하여 부록(참고자료), 기호, 자료 출처 항목을 제외하고는 모두 존재하지 않는 것으로 나타나 이에 대한 보완이 필요할 것으로 사료된다. '조사정보'에 대한 진단항목에 대해서는 공표 방법에 대한 항목을 제외하고 대부분 존재하는 것으로 나타났다.

모집단 및 표본설계 항목에 대하여 모집단의 근접성 항목을 제외하고 모두 존재하는 것으로 나타났으나, 목표 모집단과 조사 모집단에 대한 설명보완이 필요한 것으로 사료된다. 자료집계 및 분석에 관한 항목에 대해서는 모수추정 방법, 표본오차 추정치 제공, 품질수준 정보, 무응답 현황, 응답자 분석, 자료집계 항목에 대해서 다소 부족한 것으로 검토되었다. 이 중 모수추정 방법, 응답자 분석, 자료집계에 대한 설명은 존재하지 않는 것으로 나타났고, 표본오차 추정치, 품질수준 정보, 무응답 현황은 간략하게 언급하고 있으므로 각각의 의미와 해석방법을 보다 상세히 설명해야할 필요가 있다.

제 2 절 개선과제별 개선방안

정신질환실태조사에 대한 통계품질진단 검토한 결과 개선과제별 개선방안은 크게 이용자를 위한 서비스 강화, 조사 수행 관리 감독 강화, 표본설계 개선, 응답자를 고려한 통계명칭으로 변경, 마이크로데이터 제공에 관한 처리지침 마련, 조사 운영에 대한 홍보 체계 필요의 6개 부문의 개선과제를 선정하였으며 이에 대한 현황 및 문제점, 개선방안을 정리하면 다음과 같다.

1. 이용자를 위한 서비스 강화

1) 현황 및 문제점

정신질환실태조사는 보건복지부 홈페이지, 국가통계포털, e-나라지표에서 로그인 절차 없이 결과보고서와 결과보고서 내 통계표를 확인할 수 있는 체계를 구축하고 있으나 이에 대해 홍보가 잘 이루어지지 않는 것으로 판단된다. 표적집단 면접 결과 일반사용자들의 대부분은 자료가 게시된 인터넷 정보에 대해서 인지하지 못하고 있었고 자료를 검색하기까지 상당히 어려운 점이 많은 것으로 나타났다. 특히 문의사항 또는 문제점 발생 시 이용자가 따로 연락을 취할 문의처가 없다보니 일반인 이용자의 경우 학술용도 등으로 활용하는데 있어 상당한 어려움이 있는 것으로 나타났다.

국민건강영양조사의 경우 담당부처 및 홈페이지 등을 통해 문의점에 대해 해결 할 수 있는 반면, 정신질환실태조사는 이러한 점이 전무하다. 이로 인하여 정신질환실태조사 관련 문의사항에 대한 즉각적인 피드백은 기대하기 어려운 실정이며 통계활용 측면에서도 어려운 점이 있는 것으로 사료되었다. 또한 국민건강영양조사의 경우 매년 자료처리에 관한 워크숍, 세미나를 개최함으로써 이용자들의 통계자료 활용을 독려하는 반면 정신질환실태조사의 경우 자료처리 관련 워크숍, 세미나는 개최되고 있지 않는 것으로 조사되었다. 마지막으로 보고서에 이용자 편의성 제고를 위해 추가되어야 할 부문들

이 다수 존재하는 것으로 판단되었다.

2) 개선방안

이용자 편의성 제고를 위해서 보고서에 유의사항 및 문의처를 포함한 ‘이용자를 위하여’ 부문을 추가하여야 하고, 이에 따라 문의 답변할 수 있는 체계를 마련해야 한다. 또한 본 조사통계에 대한 이해를 돕기 위해 표본설계 방법 및 무응답에 대한 설명 등이 추가되어야 할 것으로 판단된다.

그리고 정신질환실태조사에 대한 메타자료를 보건복지부 홈페이지나 국가통계포털(KOSIS)에 등록하면 이용자들이 자료에 대한 정보를 쉽게 이해할 수 있을 것이고 자료 활용도 또한 높아질 것이다.

자료에 대한 접근성 강화를 위해 통계자료가 게시된 홈페이지를 잠재적 이용자들에게 홍보하는 방안을 시행하여야 할 필요가 있고, 포털 사이트에서 검색과 링크가 가능할 수 있도록 하여야 할 것으로 사료된다. 그리고 관련 워크샵 및 세미나를 개최함으로써 이용자들의 통계 활용도를 높일 수 있도록 해야 한다.

2. 조사 수행 관리 감독 강화

1) 현황 및 문제점

정신질환실태조사는 보건복지부가 위탁수행기관인 서울대학교 의과대학에 용역수행을 의뢰하고 있다. 그러나 통계조사과정에 대한 직접적인 관리가 이루어지지 못하고 위탁기관으로부터 사후결과만을 보고 받고 있어 자료수집의 신뢰성 및 정확성이 낮아지는 결과를 초래하는 것으로 판단된다. 또한 위탁기관 자체적으로 운영하다 보니, 앞서 설명한 편의 위주의 표본설계와 현장조사 수행 시 문제점이 발견되었다. 그리고 위탁기관에서 보고서 외 자료는 작성기관에 제출하지 않는 것으로 확인됐다.

정신질환실태조사의 현장조사는 12개의 지역책임자에 의해 조사가 분산되어 수행되고 있다. 조사수행이 12개 지역에 분산되어 있어 중앙에서 관리가 안 되고 있고 각 지역책임자의 주관으로 조사가 수행됨에 따라 지역별로 관리와 감독의 편차가 심한 것으로 판단되었다. 또한 이런 경우 지역별로 비표본오차가 발생할 가능성이 있다.

그리고 조사원으로 의학, 간호학, 심리학 등의 전문 학생으로 구성되어 있다고 연구진이 밝혔지만 실제 조사원 면담 확인 결과, 사회 계열 조사원도 존재하는 것으로 나타났다. 또한 조사원 면담에서 조사 면접 소요 시간이 길어 조사원들이 조사하는데 피로를 많이 느끼고 힘든 것으로 나타났으며 이로 인해 일부 지역에서는 조사원 교체가 많이 발생한 것으로 확인되었다.

2) 개선방안

이와 같은 상황을 개선하기 위해서는 조사 과정에 대한 직접적인 관리·감독이 이루어지도록 해야 한다. 이와 같은 직접적인 관리·감독은 조사원의 면접조사 뿐 아니라 내검 및 코딩 작업과 조사결과 검토 관리 및 재조사 의뢰 등의 과정에서도 위탁기관과 함께 수행하도록 해야 한다. 통계조사 전 과

정에 대한 이와 같은 직접관리는 조사과정 중 발생하는 여러 돌발 요인들을 보건복지부와 위탁기관이 신속하게 처리할 수 있도록 하여 부실조사의 여지를 감소시킬 것이다. 또한 단계별 조사과정에서 빈번히 나타나는 오류들을 발견하여 이에 대한 대처방법 등을 매뉴얼로 작성하여 향후 조사과정에 적극적으로 활용해야 할 것이다. 또한 보건복지부는 조사기획, 조사원 교육, 자료처리 및 결과 분석 등과 관련된 사항들을 위탁기관과 수시로 협의하고 있으나, 이에 대한 문서화 작업이 이루어지고 있지 못하므로 이를 문서화시켜서 향후 통계조사에 활용될 수 있도록 하여야 한다.

위탁기관 자체적으로 운영을 하다 보니, 편의 위주의 표본설계를 하게 되고, 현장조사 수행 시 조사원 표본 임의 대체라는 문제점이 발견되었다. 이와 같은 상황을 개선하기 위해서는 조사 과정에 대한 직접적인 관리·감독이 이루어지도록 해야 한다. 특히 확률표본을 유지하기 위해서는 조사원 관리가 매우 중요하므로 조사원 관리 체계를 구축해야 하며, 응답거부가 발생할 경우 유사표본 대체 원칙이 잘 지켜질 수 있도록 가이드라인을 제시해야 한다. 유사표본으로 대체가 발생했을 경우 원표본과 대체표본의 유사성을 비교 판단할 수 있는 기준을 제시하여 대체표본의 관리를 강화하는 방안도 함께 마련해야 한다. 또한 앞서 설명한 것처럼 표본전문가를 참여시켜 제대로 된 표본설계가 이루어질 수 있도록 해야 한다.

지금 현재는 위탁기관으로부터 보고서만을 받고 있는데, 원자료 및 마이크로데이터 파일, 조사표 원본, 내용검토 요령서, 예비표본을 포함한 명부, 현장조사 평가보고서, 자료처리 보고서 등도 위탁기관으로부터 확인하여 수령해야 한다.

정신질환실태조사의 현장조사 문제를 해결하기 위해 외부 전문조사기관에 조사과정의 용역수행을 의뢰하면 지역별로 발생할 수 있는 편차를 줄일 수 있을 것이고, 또한 조사 경험이 많은 전문 조사원을 고용함으로써 비용과 시간을 절감할 수 있을 것으로 생각된다.

3. 표본설계 개선

1) 현황 및 문제점

2010년 정신질환실태조사의 표본설계는 통계청의 2010년 인구주택총조사를 표본틀로 하고, 다단계 집락 추출법을 사용하여 표본을 추출하였다. 정신질환실태조사의 표본설계는 앞서 표본설계 점검에서도 설명한 바와 같이 많은 문제점을 갖고 있다.

정신질환실태조사는 표본조사로서 조사의 정확성 및 대표성은 표본설계에 따라 좌우될 수 있다. 하지만 정신질환실태조사의 표본설계는 표본설계 점검에서도 밝혀졌듯이 많은 문제점을 갖고 있다. 위탁수행기관인 서울대학교 의과대학 연구진도 보고서 머리말에 완벽한 무작위 표본이 아니라고 스스로 인정하였다.

보고서에는 6개의 광역시도에 근거하여 1차 추출단위(Primary Sampling Unit; PSU)로 분류한다고 했으나 광역시도는 추출단위가 아니고 6개의 광역시도내의 시군구가 1차 추출단위(PSU)이다. 1차 추출단위인 시군구를 연구수행 편의를 위해 주관적으로 추출한 것으로 나타났다. 서울대 의과대학의 협력기관 병원이 있는 시군구를 추출한 것으로 판단된다. 또한 지역의 인구수에 비례하도록 조사대상자수를 설정한다고 하였지만 지역별로 배정된 표본수를 인위적으로 조정한 것으로 밝혀졌다. 강원지역은 180명, 경기는 1,734명, 경남은 948명의 표본이 배정되었지만 실제로는 강원 400명, 경기 2,000명, 경남 600명으로 조사를 완료하였다. 이는 각 조사기관으로 하여금 400명 또는 600명의 조사를 하도록 하기 위한 것으로 파악된다.

이렇듯 비전문가인 의과대학 교수의 표본설계 등 자체적으로 편의를 위한 조사를 수행한 것으로 판단된다. 이와 같은 문제를 개선하기 위하여 표본전문가에 의해 정확하고 신뢰성 있는 표본설계가 이루어질 수 있도록 해야 한

다.

그리고 무응답률을 계산할 때 조사 거부만을 무응답으로 간주하였고 가중치 없이 계산하여 무응답률을 낮게 표기하였다. 또한 조사원 면담 과정에서 일부 지역의 조사구내 표본가구의 임의 대체를 확인하였다. 이와 같은 대체 표본이 모집단의 성격과 유사하지 않은 경우도 발생할 수 있을 것으로 판단되었다.

2) 개선방안

어떤 통계라도 통계자료를 이용하여 통계를 추정하려면 그 자료가 확률표본에서 얻어진 것이어야 한다. 다단계 집락 추출 표본일 경우, 모든 단계에서 확률표본이 이루어져야 총체적으로 확률표본이 된다. 이 조사에서는 1단계 표본을 비확률표본으로 했는데, 이를 확률표본으로 전환해야 한다. 가중치 계산에서도 비확률표본추출을 하고 나서 마치 확률표본추출인 것처럼 했다.

미국의 경우, 먼저 표본추출 제 1단계에서 먼저 비슷한 시군구를 모아 층(strata)으로 만들고, 각 층(stratum)에서 1~2개의 시군구를 추출하는데 이때 보통 PPS (probability proportional to size) 방법을 사용한다. 예를 들어 한 층에서 하나의 시군구를 추출한다고 하고 m_{ij}를 i번째 층의 j번째 시나 군이나 구의 인구크기라 하자. $m_{i.}$를 i번째 층의 총 인구수라 하면, j번째 시나 군이나 구의 추출확률은 $\frac{m_{ij}}{m_{i.}}$이 된다. 이 표본의 경우, 제 2단계로 제 1단계에서 뽑힌 시군구에서 읍면동을 추출했다. 이때에도 PPS로 표본 추출하는 것이 보통이다. 따라서 이 때 j번째 시나 군이나 구내에서 k번째 읍면동이 추출될 확률은 $\frac{m_{ijk}}{m_{ij.}}$이 된다. 앞의 m_{ijk}는 k번째 읍면동의 인구크기이다. 제 3단계에서는 제 2단계에서 뽑힌 읍면동에서 조사구를 뽑았다. 이때에도 1, 2

단계에서와 마찬가지로 PPS 방법을 사용하는 것이 보통이다. l이 조사구를 지칭하는 첨자라 하면, 이때의 추출확률은 $\frac{m_{ijkl}}{m_{ijk.}}$이 된다. 표본 추출 때에 보통은 모든 가구로 하여금 같은 추출 확률을 갖도록 한다. 그렇게 하려면, 제 1단계에서 표본에 뽑힐 확률을 고려하여 제 2, 제 3단계의 추출확률을 결정해야 한다. 따라서 한 가구의 추출확률은 대략 $\frac{m_{ij}}{m_{i..}}\frac{m_{ijk}}{m_{ij.}}\frac{m_{ijkl}}{m_{ijk.}}$이 된다. 초기 가중치(initial weight)는 위 추출확률의 역수이다. 여기에 무응답조정을 하고 사후층화조정을 하면 가중치가 완성된다. 다시 강조하자면, 위 가중치를 계산하기 위해서는 제 1, 제 2, 제 3단계에서 모두 확률표본이 이루어져야만 한다.

인구표본인 경우, 인구크기가 척도가 된다. 만약에 인구크기를 알 수 없다면 인구비율을 활용해도 무방한데, 그 이유는 궁극적으로 구하는 것은 비율이기 때문이다. 예를 들어 어떤 한 시도에 5개의 군이 있는데 그 크기의 비율이 10, 8, 6, 4, 2라 하면, 그 크기의 비율이 10인 군이 표본에 뽑힐 확률은 $\frac{10}{10+8+6+6+2} \fallingdotseq \frac{1}{3}$이 된다. 이와 비슷하게 크기의 비율이 2인 군이 표본에 뽑힐 확률은 $\frac{2}{10+8+6+6+2} \fallingdotseq \frac{1}{15}$이 된다.

정신질환실태조사 보고서에서는 시군구 추출을 제 2단계 표본추출이라 했지만 이것은 제 1단계에 표본추출이다. 확률표본으로 하기 위해서는 제 1단계에서 각 광역시도 내에서 시군구를 추출하는 것이 좋다. 모든 가구로 하여금 동일한 추출 확률을 갖게 하려면, 제 1단계에서 표본에 뽑힐 확률을 고려하여 제 2단계의 추출 확률을 결정해야 한다. 가령 모든 가구가 표본에 뽑힐 확률을 $\frac{1}{1000}$로 하려면, 위의 예의 크기 비율이 10인 군에서 한 가구가 뽑

힐 확률은 $\frac{1}{333.3}$이 된다. 그 이유는 $\frac{1}{3}\times\frac{1}{333.3}=\frac{1}{1000}$ 이기 때문이다.

인구비율로 6개의 광역시도에서 표본을 추출했다고 했지만 실제로는 그렇게 하지 않은 것으로 나타났다. 오히려 조사 완료된 표본 수를 목표로 삼은 것인데 이 또한 확률표본의 원리를 위반한 것이다. 예를 들어 인구비율로 한다면 강원도에서 180가구가 추출되어야 한다. 그러나 조사 완료된 표본수는 403가구이다. 위의 예에서 말했듯이 조사할 가구 수를 결정하여 조사해야 한다. 최종 조사완료 수는 무응답 등의 사유로 자연스럽게 결정되도록 하여야 한다. 만약 강원도에서 상대적으로 더 많이 추출해야할 이유가 있다면 처음부터 그 지역을 오버샘플링(oversampling)해야 한다. 대신 추후에 그 지역의 표본 단위의 가중치는 오버샘플링한 만큼 줄어야 한다. 추출확률의 역수인 초기 가중치가 1000이면 여기에 무응답조정률과 사후층화조정률을 곱해주면 된다. 마찬가지로 무응답률을 계산할 때에도 추출확률의 역수인 초기가중치를 각 응답 표본단위에 적용한 후 계산해야 한다. 즉 무응답률을 계산하는 공식은 다음과 같다.

$$\text{무응답조정률(noninterview adjustment factor)} = \frac{\sum_{i\in R}^{n_1} + \sum_{i\in NR}^{n_1}}{\sum_{i\in R}^{n_1} w_i}$$

위에서 n_1은 무응답조정률 계산을 위한 행렬의 첫 번째 셀(cell)에 속한 총수(응답자와 무응답자 포함)이고, R은 응답자의 집합이며, NR은 무응답자의 집합, w_i은 i번째 사람의 초기 가중치이다.

또한 무응답률을 계산할 때 조사거부 뿐만이 아니라 확인불가와 면담불가도 포함시켜 계산하여야 한다. 그리고 제대로 된 표본 유지를 위해서는 조사과정에서 발생하는 표본대체방식에 대한 조사원 감독 및 관리가 매우 중요하므로 조사원 감독·관리 체계를 구축해야 하며, 응답거부가 발생할 경우 유사표본 대체 원칙이 지켜지도록 가이드라인을 제시해야 한다.

4. 응답자를 고려한 통계명칭으로 변경

1) 현황 및 문제점

우리나라에서는 대부분의 정신질환자들은 미친 사람, 정신 나간 사람 등으로 더 많이 불린다. 게다가 급격한 현대화로 인해 정신질환자들은 더 외면당하고 고립되어지고 있다.

정신질환에 대한 편견과 오해로 인한 잘못된 인식의 몇 가지 예가 있다. 정신질환이 유전된다거나, 치료할 수 없는 불치병, 정신질환자들은 위험하다 등이다. 하지만 정신질환을 치료할 수 있는 정신건강의학과가 있으며, 정신적인 장애가 유전적으로 발생한다는 것은 인정받지 못한 학설이다. 정신질환자들은 정신적이나 심리적으로 불안하거나 다른 사고를 가지고 있어 범죄확률이 높을 거라 생각하지만 정신장애인의 범죄율은 일반인의 10분의 1도 못 미치는 것으로 나타났다. 전문가들은 대중매체의 과장된 보도와 왜곡된 설정이 정신질환자들에 대한 편견을 불러왔다고 지적하고 있다.

정신질환실태조사 보고서에서도 나타났듯이 우리나라 일반인구의 27.6%는 평생 중 한번 정신질환을 경험한 것으로 나타났다. 사회가 변화해감에 따라 정신질환은 더 증가할 가능성이 크지만 정신질환을 가진 사람은 이를 부정하거나 사회적 시선 때문에 정신병원에 가서 상담을 한다거나 치료하기 꺼려하는 사람들이 대부분이다.

현재 '정신질환실태조사'라는 통계명으로 조사가 이루어지고 있는데, 이 통계명은 응답자들에게 거부감을 줄 수 있다. 이를 부분적으로 해결하기 위해서 2011년 조사 당시 협조문에 '정신건강실태조사'로 표기한 것으로 판단된다.

2) 개선방안

이러한 사회적 편견과 오해를 해결하기 위해 최근 많은 캠페인이 시행되고 있고 TV광고도 자주 볼 수 있다. 또한 대부분의 병원에서도 정신건강의학과라는 명칭으로 변경된 것을 알 수 있다. 정신질환실태조사 통계에서도 이미 2011년 정신질환실태조사 당시 협조문에 정신건강이라는 용어를 사용하여 응답자들에게 거부감을 해소하기 위해 노력한 것으로 판단된다. 또한 본 보고서의 표적집단 면접 결과에서도 '정신질환실태조사'보다 '정신건강실태조사'가 더 부드럽고 친근하다고 나타났다.

'정신질환'이라는 통계명칭은 응답자에게 거부감을 일으킬 수 있으며 조사의 목적 및 조사대상자와 부합되지 않는다. 따라서 응답자 친화적인 용어로 변경할 필요가 있다. 한 예를 살펴보면, 종전의 부패방지위원회라는 국가기관 명칭은 국가청렴위원회로 바뀌게 되었다. '부패방지'라는 단어는 부정적 이미지와 후진국 냄새를 풍기는 말투로 타율/통제/수동적인 느낌이 들고, 또한 방어적이고 소극적이며 어두운 면도 내포하고 있다. 반면 '청렴'이라는 단어의 어감은 '부패방지'에 비해 긍정적이고 미래지향적이며 적극적이다. 또한 자율/개방/능동적인 어감도 지니고 있다. 국가기관의 부정적 이미지를 바꾸기 위해 긍정적인 단어를 선택한 것으로 보인다.

따라서 위의 예처럼 '정신질환'이라는 통계명칭을 '정신건강' 등의 긍정적 어감의 단어로 변경하는 것을 검토해야 하며, 결과적으로 추후조사에서는 응답자들로부터 거부감을 해소하고 응답률 향상도 기대할 수 있을 것이라고 생각된다.

참고로 정신건강에 대한 WHO와 미국 정신위생위원회의 정의는 다음과 같다.

- WHO : 일상생활에서 언제나 독립적, 자주적으로 처리해 나갈 수 있고

질병에 대해 저항력이 있으며 원만한 가정생활과 사회생활을 할 수 있는 상태이자 정신적 성숙상태

- 미국 정신위생위원회 : 다만 정신적 질병에 걸려 있지 않은 상태만이 아니고 만족스러운 인간관계와 그것을 유지해 나갈 수 있는 능력

· 소극적 의미 : 증상이 없는 상태 또는 심리적 장애가 없는 상태

· 적극적 의미 : 주어진 사회 환경에 잘 적응하며 성숙한 인간으로 살아가는 것

5. 마이크로데이터 제공에 관한 처리지침 마련

1) 현황 및 문제점

본 진단 연구에서 수행한 표적집단 면접에서 전문가 및 일반인 모두 공통적으로 지적한 부분은 현재 정신질환실태조사의 자료제공 방식이 너무 제한적이고 평면적이라는 점이다. 2001년 최초의 본 조사가 수행된 이후, 정신질환실태조사의 자료제공은 보고서만을 통해 이루어지고 있다. 또한 홈페이지도 구축되어있지 않아 구체적으로 본 조사통계와 관련된 정보를 제공하지 못하고 있다.

특히 마이크로데이터 제공 서비스가 따로 공개 되어 있지 않고, 연구책임자에게 연락하여 자료를 제공받고 있어 대부분의 이용자들이 마이크로데이터가 제공되는지 모르고 있는 것으로 나타났다. 또한 정신질환실태조사의 마이크로데이터에 대한 표준화된 자료처리 및 분석지침서는 물론이고 개인정보 보호 및 유출방지를 위한 지침 또한 존재하지 않고 있다.

2) 개선방안

정신질환실태조사의 마이크로데이터 제공의 경우 대부분의 이용자들이 모르고 있는 것으로 나타났다. 또한 이에 대한 자료 제공 지침은 물론이고 표준화된 자료처리 및 분석지침서가 존재하지 않고 있다. 국민건강영양조사의 경우 홈페이지에 마이크로데이터 구성 및 자료 요청 절차에 대해 설명되어 있고 누구나 쉽게 접근할 수 있도록 되어 있다. 홈페이지에서 마이크로데이터 요청서 작성 및 승인을 통해 마이크로데이터를 제공하고 있으며, 요청서 작성과 동시에 국민건강영양조사 마이크로데이터 이용자 DB에 등록되어 관리되므로 마이크로데이터 이용자를 명확히 파악할 수 있다. 또한 홈페이지 공지사항에 국민건강영양조사 마이크로데이터 분석지침서를 공개하여 마이크로데이터 이용자가 활용할 수 있게 하였고, 개인정보 보호법에 근거하여 조사대상자 개인을 추정할 수 있는 자료를 제외하여 공개하고 있으며, 개인정보 보호법을 준수하는 범위 내에서 보건의료분야 연구 활성화를 위해 비공개자료를 분석할 수 있는 학술연구용 자료처리실을 운영하고 있다.

현재 보고서 형태로만 제공되고 있는 자료제공 방식의 제한성을 극복하기 위해서는 마이크로데이터가 인터넷을 통해 제공될 수 있도록 자료의 데이터베이스화와 함께 자료제공 지침 및 단계적 공개방식에 대한 계획 등을 마련해야 한다. 이와 관련하여 마이크로데이터 공개에 앞서 개인정보 보호 및 유출 방지를 위한 내부지침의 마련이 필요하다. 또한 마이크로데이터를 완전 공개하기 전까지 제한적으로 마이크로데이터 제공범위 및 자료 공개 대상자 기준 등에 대한 내부 지침 등을 마련하여 자료제공의 제한성 문제를 해소해야 한다.

정신질환실태조사는 5년 마다 실시되는 조사통계로 매년 실시되는 타 조사통계보다 주기가 길어 마이크로데이터를 관리하기가 힘든 것이 사실이다. 이에 따라 보건복지부에서 보건사회연구원, 질병관리본부, 서울대학교 의과대학 등을 위탁기관으로 지정하여 마이크로데이터를 관리할 것을 제안한다. 지역사회건강조사나 국민건강영양조사 홈페이지처럼 정신질환실태조사 홈페이지를 구축하면 통계를 소개하고 자연스럽게 홍보도 할 수 있다. 게다가 이 홈페이지를 통해 마이크로데이터 제공 서비스를 체계적으로 관리하고 운영할 수 있을 것이다.

6. 조사 운영에 대한 홍보 체계 필요

1) 현황 및 문제점

정신질환실태조사는 정신 보건 분야의 특성상 민감한 질문이 많아 응답 거부가 많은 것으로 나타났다. 또한 “정신질환”이라는 제목만으로도 일반인에게 거부감을 주는 경향이 있다. 실제로 정신질환 관련 임상 실험도 조사에 다른 의학 분야 보다 참여도가 낮고 이탈률이 높아 실험의 진행이 느리고 관리가 어렵다. 보건복지부 홈페이지에 공지를 띄우고 공문을 발송해주는 등 보건복지부의 협조에도 불구하고 실제 조사 수행 시 홍보 부족으로 애로사항이 많은 것으로 나타났으며 응답거부율도 2001년, 2006년과 비교하여 가장 높은 것으로 확인됐다. 이러한 특성을 고려하여 지역 보건 관련 기관이나 공무원들과 조사 시작 전에 접촉하여 협조를 구하고 홍보물을 제작하는 등 여러 가지 방안을 모색해야 한다.

2) 개선방안

조사 거부 방지 및 응답률 제고를 위해 사전 홍보 강화 및 체계가 필요할 것으로 사료된다. 이를 위해 먼저 구축된 통계를 작성기관 홈페이지에 게재하고 보도자료를 통해 적극적으로 일반이용자들에게 홍보하는 노력이 필요해 보이며 언론매체(TV, 라디오, 신문), 입간판, 팸플릿, 현수막 등 다양한 방식의 홍보를 활용해야 한다.

그리고 보건복지부의 협조 공문 발송이라는 지원이 꼭 필요하다. 이를 위해 보건복지부에서 시도 및 시군구 담당자에게 협조 공문을 발송하여 지역의 협조가 잘 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

<표 25> 정신질환실태조사 통계품질 개선 과제

개선과제	실행방법	기대효과	예상되는 문제
이용자를 위한 서비스 강화	- 유의사항 및 문의처 포함된 '이용자를 위하여' 추가 - 문의답변 체계 마련 - 표본설계방법에 대한 설명 추가 - 메타 자료 추가 - 잠재고객 대상 홍보 강화 - 대형 포털사이트에서 검색과 링크가 가능하게 조치 - 정기적인 자료처리 및 자료분석 관련 워크숍, 세미나 개최	- 서비스강화로 인한 이용자 편의성, 만족도 증가 - 통계 활용도 증가 - 자료수집의 정확성 확보 - 기타 행정적 문제점 해결 가능	- 예산 및 인력 확보 문제
조사 수행 관리 감독 강화	- 표본대체방식에 대한 감독 및 조사원 교육에 위탁기관과 함께 참여 - 자료 검증과 같은 내검작업 참여 - 문제점 및 개선사항 문서화 - 보고서뿐만이 아니라 기타 자료 및 문서도 위탁기관으로부터 수령 - 외부 전문조사기관에 용역수행 의뢰 - 전문조사원 고용	- 자료수집의 신뢰성 및 정확성 향상 - 지역별로 발생할 수 있는 편차 감소 - 현장 관리 용이 및 자료수집의 정확성 확보 - 전문 조사원 고용으로 비용과 시간 절감	- 인력 확보 문제 - 전문성 - 비용 및 운영방안 검토 필요

표본설계 개선	- 표본 전문가를 통한 표본설계로 제대로 된 조사 수행	- 통계활용도 증가 - 통계품질 관리 및 개선에 기여	- 외부 전문가 확보
응답자를 고려한 통계명칭으로 변경	- ‘정신질환’이라는 현재 통계 명칭을 ‘정신건강’으로 변경	- 응답자들로부터 거부감 해소 및 응답률 향상 가능	- 법적 문제
마이크로데이터 제공에 관한 처리지침 마련	- 자료의 데이터베이스화 - 개인정보 보호 및 유출 방지책 마련 - 단계적 공개방안 및 이에 따른 자료제공 범위 및 자료제공 대상에 대한 기준마련 - 마이크로데이터 제공시 자료처리 및 분석지침서 제작하여 제공	- 서비스강화로 인한 이용자 편의성, 만족도 증가 - 통계 활용도 증가	- 조사결과의 신뢰성 및 유사통계와의 일치성 확보 - 자료 보안
조사 운영에 대한 홍보 체계 필요	- 보건복지부→시도 및 보건소로 협조 공문 발송 - 시도 및 시군구 보건소 협조	- 사전 홍보 강화로 인한 응답률 향상 - 지역 협조 용이	- 지자체 및 보건소의 적극적 협조 필요

제 3 장 개선지원

제 1 절 이용자를 위한 서비스 강화

1. '이용자를 위하여' 부문 추가

보고서는 이용자들에게 통계 이용에 대한 편의성 제공을 목적으로 앞부분에 '이용자를 위하여' 부문을 명시하고 있다. 따라서 '이용자를 위하여'에는 이용자들이 통계활용에 있어 활용성, 접근성 및 정확성을 기할 수 있도록 통계목적, 유의사항, 자료출처 및 문의처 등을 간략히 제공하고 있다. 그러나 2011년 정신질환실태조사 보고서에는 '이용자를 위하여' 부문이 수록되어 있지 않으므로 이 부문을 추가하여 이용자의 편의성을 개선해야 할 것으로 판단된다.

일반적으로 통계 보고서에서 '이용자를 위하여' 부문에 포함하고 있는 주요 내용들은 다음과 같다.

(1) 조사기준, 산출기준 및 사업기간
(2) 통계의 정의, 목적, 조사대상
(3) 조사 제외 대상 및 그 이유
(4) 통계수치의 유의사항
(5) 조사단위와 개념, 자료수집 및 조사방법
(6) 참고사항 및 주요 표기기호
(7) 문의처 안내
(8) 보고서 열람 안내 및 제공 매체 소개

특히 통계청에서 작성하고 있는 보고서에는 ‘이용자를 위하여’를 국문과 영문으로 모두 포함하고 있다. 따라서 본 조사통계에서도 이들 통계의 ‘이용자를 위하여’ 부문을 참고하여 다음 보고서에서는 이 부분이 포함되도록 해야 할 것이다. 다음은 추후 정신질환실태조사 보고서에 포함해야 하는 ‘이용자를 위하여’부문을 나타낸 것이다.

이용자를 위하여

1. 이 보고서는 2016년 정신질환실태조사의 결과를 수록한 것입니다.

2. 각 통계표에 관한 특기사항은 통계표 하단에 표시하였으며 자료출처도 명시하였습니다.

3. 통계표에 수록된 숫자는 소수점 두 번째 자리에서 반올림되었으므로 총계가 일치하지 않는 경우가 있습니다.

4. 통계표에 사용된 부호의 뜻은 다음과 같습니다.
   — : 해당숫자 없음
   0.0 : 단위미만
   … : 해당숫자 미상
   * : 해당항목의 CV(상대표준오차)값이 클 수 있으므로 이용시 유의바람

5. 지표의 용어해설은 부록에 수록하였습니다.

6. 이 보고서에 관한 문의사항은 보건복지부 정신건강정책과로 연락하시기 바랍니다.
   - 전화번호 : 02-2023-7573
   - 팩스번호 : 02-2023-7577

7. 정신질환실태조사 보고서 및 자료는 인터넷에도 있으니 많은 이용 바랍니다.
   - 보건복지부 : http://www.mw.go.kr
   - 국가통계포털(KOSIS) : http://kosis.kr
   - e-나라지표 : http://www.index.go.kr

2. 표본설계 방법 및 무응답에 대한 설명 추가

정신질환실태조사는 보고서와 국가통계포털에서 모집단과 표본추출방법에 관해 설명하고 있으나, 목표모집단 및 조사모집단 정의에 대한 설명과 목표모집단과 조사모집단의 차이점에 대한 언급이 없으므로 이에 대한 추가 설명이 요구된다.

목표모집단은 조사목적에 따라 개념적으로 규정하는 모집단을 말하고, 조사모집단은 실제 표본설계를 위해 규정하는 모집단을 말한다. 목표모집단과 조사모집단은 가능한 한 일치하는 것이 바람직하지만, 실제로는 그렇지 못한 경우가 더 많다. 일반적으로 조사모집단은 목표모집단보다 제한되어있기 때문이다. 정신질환실태조사의 목표모집단과 조사모집단은 다음과 같다.

- 목표모집단 : 만 18세 이상 만 74세 이하의 대한민국 국민
- 조사모집단 : 통계청 2010년 인구주택총조사 자료에서
  만 18세 이상 만 74세 이하 내국인

또한 표본틀과 모집단의 특성과 관련된 기술도 없어 이에 대한 추가 설명과 더 자세한 정보의 수록이 필요하다. 표본틀은 통계청의 2010년 인구주택총조사 자료로, 통계청에서 연구용으로 사용되는 10%를 제외한 90% 자료를 사용하였다.

마지막으로 본 조사통계는 무응답이 발생하지 않도록 조사가 이루어졌으나 무응답과 관련된 사항에 대한 설명이 보고서에 거의 언급되지 않으므로 이에 대한 설명도 추가해야 한다. 무응답률과 무응답에 대한 특성을 파악하기 위해서는 다음과 같은 표가 작성되어야 한다.

<표 26> 정신질환실태조사 응답률

구분		조사 대상	부재	응답 거부	조사 불능	부적 임자	기 타	최종 완료	응답률
전체									
성별	남 여								
연령군 (세)	18~29 30~39 40~49 50~59 60~69 70~74								
결혼상태	기혼 이혼/별거/사별 미혼								
교육수준	무학 1~6년 7~9년 10~12년 13년 이상								
취업상태	전일제 부분제 미취업								
거주지역	도시 농촌								
소득수준 (만원/월)	200 미만 200~300 미만 300 이상								

여기서 응답률은 최종 완료된 수를 조사대상 수로 나누어 100을 곱한 것으로 계산한다. 최종적으로 무응답률은 100에서 응답률을 뺀 숫자로 계산된다.

$$\text{무응답률} = 100 - \frac{\text{최종완료 수}}{\text{조사대상 수}} \times 100$$

부재는 주소변경, 이사, 사망 등이 포함되며, 조사불능은 인지기능 저하, 의사소통 불가능, 청각장애 등으로 면담이 불가능한 경우이다. 부적임자는 실제 대상자가 정신질환실태조사의 대상자에 적합하지 않을 때 나타난다. 기타에는 설문지 분실이나 파손, 응답중단 등이 포함된다.

3. 메타자료 추가

이용자들의 자료 접근성을 높이고 이용자들이 자료를 다루기 쉽도록 하기 위해 이용자들에게 메타자료(metadata)를 제공하도록 해야 한다. 메타자료란 자료를 위한 자료로 자료 뒤에 함께 따라가는 정보를 말한다. 다음은 메타자료에 포함되어야 할 사항을 나타낸 표이다.

<표 26> 메타자료에 포함되어야 할 사항

분류	항목	항목내용	전수	표본
조사개요	통계명		○	○
	통계종류		○	○
	법적근거		○	○
	조사목적		○	○
	조사주기		○	○
	조사대상	· 대상 객체, 조사범위, 단위, 지역	○	○
	조사방법		○	○
	조사체계		○	○
	조사기간	· 대상기간/시점, 조사실시기간	○	○
	조사연혁		○	○
	계속여부		○	○
조사방법	조사표 설계	· 조사표 형태, 질문의 형태	○	○
	표본설계			○
	자료처리방법	· 입력, 집계방법, 오류정정 등	○	○
	표본교체	· 사용한 방법, 내용		○
	추정	· 추정기법, 조정기법, 분산 추정기법		○
	계절조정	· 달력효과 조정, 계절조정 방법	○	○
	지수편제	· 지수분류, 산식, 가중치 등	○	○
	조사구설정		○	○
자료제공	공표방법	· 공표방법 및 시기	○	○
	공표범위	· 지역, 내용	○	○
	공표주기		○	○
	간행물명		○	○
	자료검색(추가자료)	· 보도자료, KOSIS, 그래프	○	○
조사표		· 조사표 항목, 조사표 이미지	○	○
품질	무응답률		○	○
	MSE(평균제곱오차)			○
용어해설			○	○
기타	이용시 유의사항		○	○
	연락처		○	○

출처 : 통계청(2009), 『조사·보고통계 - 품질관리 안내서』

이를 기반으로 하여 다음과 같이 정신질환실태조사에 대한 메타자료를 작성하였다.

- 조사개요

□ 통계명
· 정신질환실태조사

□ 통계종류
· 일반・조사통계

□ 법적근거
· 정신보건법 제4조 2에 의한 일반통계(제11750호)

□ 조사목적
· 정신질환자의 현황, 주요 발생원인, 관리실태 등 정신질환자의 실태를 파악하여 정신보건 정책의 기초자료로 활용

□ 조사주기
· 연간조사로 매 5년 조사 실시

□ 최초작성년도
· 2001년

□ 조사대상

◎ 조사대상
· 만 18세 이상 만 74세 이하 개인 6,000명

◎ 조사단위
· 대한민국 영토내 거주하는 모든 국민(개인)을 조사단위로 함

◎ 조사범위

· 모든 가구 또는 가구원을 대상으로 하되 다음의 가구 또는 가구원은 제외한다.

* 상가, 공장, 재개발지역, 비거주지 등

* 병원, 요양원 등의 시설에 입소해있는 자

◎ 조사지역

· 전국

□ 조사방법

◎ 조사방법

· 조사원이 응답자 중 직접 면접하여 조사표를 작성하는 면접조사

◎ 면접방법

· 임시조사원에 의한 면접조사

□ 조사체계

· 조사대상가구 → 조사원 → 서울대학교 의과대학 → 보건복지부

□ 조사기간

◎ 조사대상기간/조사기준시점

· 2015. 1. 1. ~ 2015. 12.31.

◎ 조사실시기간

· 2016. 7. 19. ~ 2016. 11. 16.

◎ 준비조사실시기간

· 준비조사 없음

□ 주요연혁

· 2001년 : 2000년 인구주택총조사 결과를 모집단으로 연간 표본조사로 개발하여 제1회 조사 실시

· 2006년 : 2005년 인구주택총조사 결과를 모집단으로 하여 조사 (제2회 조사)

· 2010.07 : 정신질환자실태조사가 정신질환실태조사로 조사명칭 변경승인

· 2011년 : 2010년 인구주택총조사 결과를 모집단으로 하여 조사 (제3회 조사)

· 2011.06 : 간행물에 전문용어정리, 지표해설, 유의사항 등 수록 간행물에 승인번호를 포함하여 국가승인통계마크도 표시

□ 계속여부

· 계속

– 조사방법

□ 표본설계

◎ 모집단

· 2015년 기준 인구주택총조사의 가구 및 가구원을 조사모집단으로 설정

◎ 추출틀

· 조사구를 표본틀로 사용

◎ 추출단위

· 조사구

◎ 층화

· 층간 독립적 추정이 가능한 7대도시(특·광역시)와 9개 도의 동부 및 읍면부로 전국을 25개로 층화

◎ 표본추출방법

· 25개 층으로 작성된 추출단위 조사구명부에서 각 지역별 표본조사구수에 따라 크기의 측도에 비례하는 확률로 표본조사구를 추출(확률비례추출)

◎ 표본규모

· 6,000가구(적격가구 기준)

◎ 표본규모

· 수록된 통계치는 표본조사에 의하여 얻어진 추정치이므로 전수조사했을 때의 수치와는 어느 정도 차이가 나게 마련이며 이 차이는 표본오차에 의한 것이다. 이러한 표본오차의 크기를 정확하게 안다는 것은 현실적으로 불가능하며 다만 확률적인 것으로 추정할 수 있을 뿐이다.

· 표본오차의 크기는 1차적으로 표준오차로 나타내는데, 표준오차가 갖는 뜻은 표본으로부터 얻은 추정치와 전수조사 했다고 가정할 때의 수치와의 차이가 이 표준오차의 2배보다 작을 확률이 약 95%가 된다는 것이다. 그러므로 표본에서 얻은 통계치를 이용할 때에는 이 점을 특히 유의하여야 한다.

◎ 표본관리

◇ 표본 관리방법

· 가구 변동 시에 변동내역을 확인한 후 에러코드 수정, 가구관리 현황, 적격 가구수 파악

◇ 비표본오차 관리

· 조사원 선정 시 유경험자 우대 및 우수 조사원 DB관리하여 활용
· 사전 조사교육 시 정예화된 교관단을 편성하여 직접 순회교육 실시
· 조사완료 후 전산입력 전 철저한 내검 실시
· 전산 프로그램에 의한 내실 있는 내검 실시 등

□ 자료처리방법

◎ 자료처리 단계별 소요인력
· 조사 및 입력, 내검 인력 : 78명
· 내검 및 집계, 공표 인력 : 5명

◎ 작업처리 순서
· 조사표 입력
· 입력된 자료에 대한 전산내검 실시 및 보완
· 중앙에서 종합내검 실시
· 중앙에서 수준분석

◎ 소요장비
· 지방 : 조사 담당자 PC
· 중앙 : 업무 담당자 PC

◎ 자료입력 방법
· 조사 담당자 PC에 직접입력(온라인)

◎ 집계방법
·성별, 연령군, 결혼상태, 교육수준, 취업상태, 거주지역, 소득수준별 집계

◎ 내검 및 오류정정
· 지방 : 조사 담당자간 교차내검 실시
· 지방 : 조사표 전산입력 후 전산내검 실시
· 중앙 : 종합내검 실시 및 지방 질의조회 실시 및 보완
· 중앙 : 수준분석 및 자료보완

□ Imputation

◎ 사용한 방법
· 가중치조정법(Weight Adjustment)

◎ Imputation 내용
· 가중치조정법의 내용
· 보조변수를 이용하여 대체군(층)을 구분
· 대체군(층)내의 무응답조정승수를 적용

□ 비밀보호방법

◎ 마이크로 데이터 처리
· 이름, 주소, 전화번호 등 개인을 식별할 수 있는 항목 제외

◎ 관련근거
· 통계법 제33조(비밀의 보호 등)

- 자료제공

□ 공표방법
· 보도자료·인터넷게재
·『정신질환실태조사 보고서』 발간 : 조사대상년도 익년 2월경

□ 공표범위

◎ 지역적 범위
· 지역 : 전국
· 내용 : 유병률 등

□ 공표주기

· 매 5년

□ 간행물명

· 정신질환실태조사 보고서

□ 자료검색

◎ KOSIS

· 정신질환실태조사

◎ 보고서

· 정신질환실태조사 보고서

- 조사표

□ 조사항목

(1) 인적사항 (2) 니코틴 사용장애 (3) 신체형장애
(4) 불안장애 (5) 우울증 (6) 양극성 장애
(7) 정신병적 장애
(8) 식이장애 (9) 알코올 사용장애
(10) 강박장애 및 외상후스트레스장애
(11) 도박 중독 (12) 인터넷 중독 (13) 자살
(14) 정신의료서비스 이용실태

□ 조사표 이미지

· 부록 참조

– 용어해설[2)]

□ 관련요인

· 각 정신장애의 유병률과 유의한 연관성을 가지는 변수들로 특정성별, 연령대, 결혼상태, 교육연한, 취업 상태 등을 포함함.

□ 무작위 선정

· 표본 추출에 있어 조사자의 주관에 입각하여 자의적으로 표본을 선정하지 않고, 무작위로 표본을 추출하는 방법; 조사자의 주관이 들어갈 수 없기 때문에 선택 오류의 가능성이 적음.

□ 다단계집락추출법

· 전체 집단의 구성단위를 자연적 또는 인위적으로 몇 개의 집단으로 구분하여 무작위로 추출한 후, 선정된 집단 내에서 다시 자연적 또는 인위적인 기준을 근거로 몇 개의 집단을 무작위로 추출하여 최종적으로 추출된 하위 집단들 전부를 대상으로 조사를 진행하는 것을 말하며, 집단 구분 기준은 주로 행정구역 단위를 많이 이용함.

□ 일년유병률

· 지난 1년 동안 해당 질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율을 말함.

□ 평생유병률

· 평생 동안 해당 질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율을 말함.

□ 표본

· 전체 집단에서 선택된 부분 집합을 말함.

□ 동반이환 질환

· 특정 정신질환을 앓을 때 같이 발병할 가능성이 높은 것으로 나타나는 정신질환을 말함.

---

2) 출처 : 2011년 정신질환실태조사 보고서

□ 알코올 사용장애

· 알코올 남용과 알코올 의존을 포함하는 알코올사용과 관련된 정신질환을 말함.

□ 알코올 남용

· 사회적 또는 직업상의 기능장애를 초래하는 알코올의 병적인 사용으로 사회적 음주와는 상관없이 알코올을 지속적으로 빈번히 마시는 것을 말함. 즉, 알코올 남용은 알코올로 인해 생활상에 큰 문제가 드러나지만 내성과 금단 증상이라는 생리적 의존 현상은 아직 나타나지 않은 상태임.

□ 알코올 의존

· 알코올 사용에 있어서 자기통제가 불가능하여 뜻하지 않은 결과를 가져옴에도 불구하고 알코올 섭취를 계속하는 경우로, 신체적으로 형성된 알코올의 금단증상을 피하기 위해 알코올을 계속 사용하는 신체적 의존과 알코올을 통해 긴장과 감정적 불편을 해소하려는 심리적 의존을 보임.

□ 니코틴 사용장애

· 니코틴 금단과 니코틴 의존을 포함하는 니코틴사용과 관련된 정신질환을 말함.

□ 니코틴 의존

· 니코틴 사용에 있어서 자기통제가 어렵고 부정적인 결과를 가져옴에도 불구하고 니코틴 섭취를 계속하는 정신질환을 말함.

□ 니코틴 금단

· 니코틴 사용을 오랜 기간 매일 사용한 후 중단하거나 사용량을 줄이면 기분이 불쾌해지거나 불안해지는 등의 금단 증상들을 보이는 정신질환을 말함.

□ 정신병적 장애

· 망상이나 환각이 있고 자신의 병적 상태에 대한 자각이 없으며 현실에 대한 객관적인 판단력의 저하를 보임에 따라 사회적, 직업적 또는 학업적 영역에서의 적응에 상당한 문제를 겪는 상태를 말함. 정신분열병, 정신분열형 장애, 망상장애, 단기 정신병적 장애 등이 있음.

□ 망상

· 사회 문화적 배경에 비추어 볼 때 사고가 비합리적이고 비현실적이며 그 사고에 대한 주관적인 확신과 고집을 어떠한 합리적인 설명과 주장으로도 변화시키기 어려운 경우를 말함.

□ 환각

· 실제로 존재하지 않는 대상에 대한 감각으로 주변에 말하는 사람이 없는데도 사람의 말소리가 들리는 환청이나 주변에 아무도 없는데 무언가가 눈에 보이는 환시 등이 해당됨.

□ 와해된 언어

· 특정 이야기에 대해 말하다가 주제와 전혀 상관없는 이야기를 하거나 많은 말을 하지만 그에 대한 명확한 주제나 목적이 없는 경우를 말함.

□ 와해된 행동

· 계절이나 상황에 맞지 않는 옷차림을 하는 등 옷차림이나 외모에 신경을 쓰지 못하거나 갑작스럽게 공격적이고 적대적인 행동을 보이는 경우를 말함.

□ 긴장증적 행동

· 이상하거나 타율적으로 취해진 자세를 오랜 시간 동안 유지하거나 똑같은 행동을 반복적으로 보이는 경우를 말함.

□ 음성증상

· 일반적으로 사람들이 갖고 있는 정서 반응이나 사회적 교류와 같은 기능들이 제대로 발휘되지 못하면서 감정 표현이나 반응이 줄어들고 사회적으로 고립되어 집에서만 지내려고 하는 등의 증상들을 말함.

□ 감정의 둔화

· 얼굴의 표정 변화가 없어서 아무 감정도 없는 멍한 상태로 보이고 자신의 감정을 남에게 잘 표현하지도 않으며 상대방의 말에 감정이나 생각을 표현하지도 않는 등 정서적인 표현 및 반응성이 현저하게 줄어든 상태를 말함.

□ 정신분열병

· 망상, 환청, 와해된 언어 또는 행동, 정서적 둔감 그리고 사회적으로 고립되는 모습 등의 증상들을 최소 6개월간 지속적으로 보이는 정신질환임.

□ 정신분열형 장애

· 정신분열병과 같은 증상들을 1개월 이상 6개월 미만의 기간동안 보이는 경우에 해당함.

□ 단기정신병적 장애

· 정신분열병에서 보이는 증상들을 1일 이상 1개월 이내의 기간 동안 보인 후 완전히 회복되는 경우를 말함.

□ 기분장애

· 기분이 지나치게 침울하거나 들떠 있어 기분의 조절이 어렵고, 이와 같은 비정상적인 기분이 장시간 지속되어서 일상생활과 대인관계 및 직업적인 수행에 곤란을 겪는 경우를 말함.

□ 주요우울장애

· 2주 이상 거의 매일 우울한 기분 또는 흥미나 즐거움의 상실과 함께, 체중이나 식욕의 변화, 피로, 무가치감, 반복되는 죽음에 대한 생각 등의 증상들로 인해 일상생활이나 직업에서 곤란을 겪는 경우를 말함.

□ 기분부전장애

· 적어도 2년 동안 우울한 기분이 없는 날 보다 있는 날이 더 많고 하루 대부분 우울한 기분을 보이면서 식욕 부진, 과식, 불면, 과다수면, 피로, 자존심 저하, 절망감 등의 증상들을 보이는 정신질환임.

□ 양극성 장애

· 비정상적으로 기분이 고양되거나 과민한 기분이 적어도 1주일간 지속되는 기간과 우울한 기분을 보이는 기간이 번갈아 나타나거나 동일한 시기에 함께 있으면서 불쾌감, 짜증 등을 보이는 정신질환임.

□ 불안장애

· 불안장애는 다양한 형태의 비정상적이고 병적인 불안과 공포로 인하여 일상생활에 장애를 일으키는 정신 질환으로, 불안과 공포는 정상적인 정서 반응이지만 정상적 범위를 넘어서면 정신적 고통과 신체적 증상을 초래함.

□ 강박장애

· 불안장애의 하나로서, 반복적이고 원하지 않는 강박적인 사고 또는 잦은 손 씻기, 숫자 세기, 확인하기 등과 같은 강박적 행동을 반복적으로 함으로써 불안감을 감소시키려하는 정신질환을 말함.

□ 외상후스트레스장애

· 생명에 대한 위협을 느낄 정도의 사건을 경험 또는 목격한 후에 그 일과 관련된 반복적인 회상이나 꿈, 과민함, 분노 폭발, 지나친 경계 등의 증상들을 보이는 정신질환임.

□ 공황장애

· 특별한 이유 없이 예상치 못하게 극단적인 불안 증상을 겪으면서 극도의 공포심과 심장이 빨리 뛰거나 가슴이 답답하고 숨이 차며 땀이 나는 등의 신체 증상이 동반되는 정신질환임.

□ 광장공포증

· 광장과 같은 넓은 장소나 급히 빠져나갈 수 없는 장소에 혼자 가는 것이 두려워 피하는 모습을 보이며 즉시 피하기 어려운 장소나 상황에 놓이면 극단적인 불안 및 공포 그리고 공황 장애에서 보이는 신체 증상과 유사한 형태의 증상들을 보이는 정신질환임.

□ 사회공포증

· 특정 사회적 상황에 대한 불안과 공포가 뚜렷하여 피하려하고 피할 수 없을 때에는 불안해지고 더 나아가서는 공황 장애에서 보이는 여러 심리적, 신체적 증상들을 보이는 정신질환임.

□ 특정공포증

· 특정한 사물, 환경 또는 상황에 대하여 지나치게 두려워하면서 피하려고 하며 피할 수 없는 상황에 놓이게 되면 불안감이 상승하고 공황장애에서 보이는 여러 심리적, 신체적 증상들도 보일 수 있는 정신질환임.

□ 범불안장애

· 특별한 원인이 없이 막연하게 불안을 느끼거나 매사에 걱정이 지나쳐서 생활에 지장을 받거나 고통스러워하는 증상이 6개월 이상 지속되는 정신질환을 말함.

□ 신체형장애

· 심리적 요인이나 갈등이 신체적인 형태로 나타나는 질환으로, 피로·식욕감퇴·위장관 또는 비뇨기계의 이상 등을 호소하고 원인을 찾아도 증상이 예상보다 심하며 일반적인 의학적 상태로는 충분히 설명할 수 없는 경우를 말함.

□ 신체화장애

· 신체형 장애들 중 하나로, 아무런 신체적 이상이 없이 다양한 신체증상을 반복적으로 호소하는 질환을 말함. 신체화 증후군은 수년에 걸쳐서 다양한 신체 증상을 반복적으로 호소하지만 실제 내과적으로는 아무런 이상이 없으며 신체질환이 아닌 심리적 요인이나 갈등에 의하여 나타난 것으로 판단되는 증후군임.

□ 전환장애

· 일반적으로 신체마비, 근육장애, 감각마비 등의 신경계통과 관련된 증상이나 다른 신체적 증상을 보이지만 호소하는 증상들이 일반적인 의학적 상태로는 충분히 설명되지 않아서 심리적인 요인과 관련되는 것으로 판단되는 경우에 해당됨.

□ 동통장애

· 호소하는 통증을 신체적인 이상만으로 설명하기 어려우며 정신적, 심리적인 요소가 중요한 요인으로 작용하는 것으로 판단되는 경우에 해당됨.

□ 건강염려증

· 하나 또는 그 이상의 신체 증상을 근거로, 자신이 심각한 질병을 갖고 있다는 두려움이나 그러한 생각에 집착하여 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 영역에서 심각한 고통이나 장애를 겪는 정신질환임.

□ 병적 도박

· 일 년 동안 도박에 심취한 적이 2번 이상 있고 이 기간 동안에 개인적인 이득이 없이 일상생활에 문제가 생긴 경우와 자신의 의지로는 도박을 전혀 억제할 수 없는 경우에 해당됨.

□ 도박 중독

· 도박을 하기 위해 돈을 모으는 방법에 대해 많은 시간 동안 생각하고 도박에 대한 계획을 세우거나 도박을 배우는 데 많은 시간을 보내는 등 병적 도박과 관련된 13개의 증상들 중 5개 이상의 증상을 보이는 경우를 말함.

□ 병적 도박 고위험군

· 도박을 하기 위해 돈을 모으는 방법에 대해 많은 시간동안 생각하고 도박에 대한 계획을 세우거나 도박을 배우는 데 많은 시간을 보내는 등 병적 도박과 관련된 13개의 증상들 중 1~4개의 증상을 보이는 경우를 말함.

□ 자살사고

· 자살사고 : 자살에 대한 생각을 하고 있는 상태로 자살계획 및 자살시도로 이어질 가능성이 높음.

□ 자살계획

· 자살에 대한 생각을 넘어서 자살을 실행하기 위한 구체적인 계획을 세우는 단계로 충동적으로 자살을 시도할 수 있기에 상당히 위험한 단계라고 할 수 있음.

□ 자살시도

· 자살에 대한 생각을 바탕으로 구체적인 실행 계획을 세우고 그에 따른 시도를 했던 경우로 자살과 관련된 문제가 해결되지 않은 상태에서는 차후에 또 다시 자살을 시도할 가능성이 높기에 지속적인 관찰이 필요함.

□ 인터넷 중독

· 인터넷을 통한 정보이용자가 지나치게 많은 시간 동안 컴퓨터에 접속하여 사회적, 정신적, 육체적 및 금전적인 면에서 심각한 지장을 받고 있는 상태를 말함.

– 예산

□ 관련예산 (단위 : 천원)

· 500,000

□ 이용시 유의점

· 본 조사는 매 5년마다 한국 일반 성인에서 주요 정신질환실태를 조사하는 것으로, 주요 정신질환의 유병률을 조사하고 성별 연령 결혼상태 소득수준 거주지역 교육수준에 따른 질환의 분포를 파악하는 것으로, 최종조사 대상은 만 18세 이상 만 74세 이하의 일반 성인인구 6,000명을 표본으로 조사하는 것으로 병원 요양원 등 시설에 입소해 있는 자는 포함되지 않음
· 저출산고령화사회에 만 75세 이상을 조사대상에서 제외한 이유는 인구구조상 수가 적어 유의한 샘플을 만들기 어렵고 과거 증상에 대한 기억의 회상정도가 떨어져 조사의 정확성이 떨어지며, 인지기능의 저하로 면담을 통한 조사 정확성이 떨어질 우려가 있기 때문임
· 통계표에 수록된 자료는 공표 하위 단위에서 반올림한 값으로, 전체 수치와 하위분류내의 합이 일치하지 않을 수 있음

□ 연락처

· 보건복지부 정신건강정책과 (☎ 02-2023-7573)

제 2 절 조사 수행 관리 감독 강화

통계작성기관은 통계법에 따라 협의 또는 승인 받은 조사통계 업무의 전부 또는 일부를 위탁하는 경우 진행과정(위탁 전·중, 완료 후)별로 점검해야 할 기본사항 등을 규정한 『통계조사 민간위탁 지침』을 참고하여, 위탁기관에 대한 관리·감독을 실시해야 한다. 이에 따라 아래와 같이 위탁기관 실태 점검표를 작성하여 진행단계별로 점검해야 한다.

<표 28> 위탁기관 실태에 대한 진행단계별 점검표

진행단계	항목
기획	· 조사목적의 구체성 및 명확성
	· 조사대상 결정(개인, 가구, 사업체 등)
	· 다른 통계로부터 필요한 자료를 수집할 수 있는지 점검
	· 목표모집단과 조사모집단을 명확하게 정의
	· 목표정도(전국단위, 시도단위 등)에 적정한 표본크기인지 검토
	· 조사시기 결정(조사 진행에 차질이 발생할 수 있는 요인 확인)
	· 조사에 필요한 시간·비용 조사과정별(조사준비, 조사실시, 자료처리 및 결과공표 등)로 충분히 확보
조사기관 선정	· 회사규모 보유 및 유사분야 사업실적 · 조직체계, 전문성, 실무경력을 갖춘 인력 보유여부 · 조사 목적·대상·항목 등 기본사항을 정확히 파악하고 있는지 여부
	· 조사시행계획 및 일정, 조사체계 및 업무분장, 홍보계획, 조사방법의 적절성 확인 · 표본추출 방법 등 표본관리 계획이 조사목적에 부합한지 확인 · 조사원 채용·교육·지도관리·업무량·내용검토 등에 대한 계획의 적정성 · 현장조사에 따른 예상 문제점과 대응요령, 무응답 유형별 대응지침, 표본대체에 대한 기준 및 방법, 현장조사 지도 및 점검계획 마련 여부

	· 개인정보 보호 계획 포함 여부 - 조사표류 반출입 및 보관 방법 등의 절차에 관한 사항 - 조사표 등의 복사, 대여 및 제공 금지에 관한 사항 - 개인정보 파일의 복제 및 판매 금지에 관한 사항 - 불필요해진 자료의 삭제 및 입출력 매체의 폐기에 관한 사항 - 인터넷 조사의 경우 보안시스템 구축에 관한 사항 - 조사 관련자의 비밀보호 유지의무에 대한 사항
조사표 설계	· 조사표 표지에 통계조사명, 조사목적, 국가통계승인마크, 비밀보호 규정, 작성 및 회신방법, 연락처, 작성문의 및 협조에 대한 감사 표현 등의 표시여부 확인
	· 조사항목 및 조사표에 대한 결정시 관련 기관 및 관련 분야 전문가의 충분한 자문을 구하였는지 여부
	· 조사항목은 조사목적에 맞는 결과물 생산에 필요한 내용과 응답자 관련 사항 등을 포함하고 있는지 여부
	· 조사표는 조사방법(면접조사)에 맞도록 설계되었는지
	· 일관성과 시계열 유지 가능토록 이전 조사항목과 연계가 가능한지
	· 통계용어 · 분류기준 등은 통계청의 표준분류 체계를 따랐는지 확인
	· 조사표(안)가 작성되면 조사 테스트를 하거나 시험조사를 거쳐 항목누락이나 소요시간의 적정성 여부를 측정
조사지침서 작성	· 조사 목적 · 대상 · 흐름도, 조사원의 수행업무 및 기본자세, 조사방법별 조사요령, 조사표 작성요령, 조사불응 시 대처요령, 조사표 내용검토 요령과 조사표 정리 제출방법, 조사용어 해설 등 조사관련 설명자료의 수록여부
조사	· 조사지침서 · 현장조사 요령서 등을 구비하고 이에 대한 교육이 충실하고 통일되게 이루어졌는지 여부
	· 조사원이 조사 목적 · 내용, 무응답 유형별 대응 및 표본대체 요령을 정확히 숙지하고 있는지 여부
	· 응답내용이 타당하지 않을 경우 재조사하는 절차 및 요령 등이 적절하게 수립되어 있는지 여부

	· 업무상 알게 된 정보에 대한 비밀보호 의무를 교육하고 서약서 등을 받았는지 여부
	· 조사 진척 상황 확인
	· 조사현장에서 발생한 주요 문제점 및 조치결과 확인
	· 조사명부의 변동여부, 표본 대체 현황 및 사유 확인
	· 주요 착오사례, 특이 사례에 대한 재교육 및 전파 여부
	· 조사항목 누락, 항목 간 연계 불일치, 조사원별 상이한 응답패턴 등에 대한 조사점검 결과 확인
	· 조사마감일에 임박하여서는 탁상조사 등의 불법행위를 방지하기 위해 어떤 조치를 취하고 있는지 확인
자료처리 및 분석	· 자료처리 계획 및 일정의 적절성
	· 조사과정에서 발생한 오류 검증을 위해 내용검토 요령서가 충실하게 갖추어져 있는지 확인
	· 조사자료 입력방법 및 입력오류 최소화 방안 수립의 적절성
	· 단위무응답 및 항목무응답에 대한 처리방법의 적절성
	· 통계자료 분석 시 관련 분야 전문가가 참여하는지 확인
	· 모수추정 및 자료분석 등에 있어서 가중치, 계절요인 등을 적절하게 반영했는지 확인
	· 시계열 분석 시 전월비, 전년동월비 등을 적합하게 사용했는지 확인
	· 그래프 등의 그림도표는 정보전달의 정확성이 적절한 지 확인
	· 당초 조사목적에 맞는 통계표들이 작성되었는지 확인
조사결과 관리	· 조사설계서(또는 사업계획서) 제출
	· 표본설계서 및 대체표본을 포함한 명부 일체 제출

	· 조사원 교육 관련 사항(지침서, 사례집, 현장조사 요령서 등) 제출
	· 조사표 원본(또는 폐기 등에 관한 계획) 제출
	· 조사결과 원자료(raw data) 및 마이크로데이터 파일 및 파일설계서 제출
	· 내용검토 요령서 제출
	· 현장조사 평가보고서(현장조사 진행상황, 응답률 현황, 표본대체 현황, 조사과정상 문제점, 특이사항, 대응내용 등) 제출
	· 자료처리 보고서(자료집계 및 분석시 사용한 통계기법 및 명령문, 변수에 대한 설명, 오류 유형별 원인과 처리결과, 무응답에 대한 대체방법, 가중치, 주요 항목의 정확성 지표) 제출
	· 최종보고서(통계표 및 분석결과) 제출
통계공표 및 이용	· 공표방법 선택(보도자료, TV · 라디오 인터뷰, 간행물, e-Book 등)
	· 통계 결과표의 수치, 통계표, 용어, 단위 등을 철저히 확인
	· 공표 시 정확한 통계이용을 위해 필요한 사항 함께 공표 - 통계 명칭, 작성 목적 · 대상 · 시기 · 기간 등 통계개요 - 표본추출방법, 자료의 수집 · 처리 · 수정 · 보완 및 분석방법 등 통계의 작성방법 - 오차, 무응답의 대체방법, 무응답률 등 통계의 품질 관련 사항 - 주요 용어나 부호에 대한 설명, 공표 일정, 담당자의 연락처 등 이용자 편의를 위한 사항
	· 신속 편리한 통계이용을 위해 DB 구축 등 필요한 조치
	· 이용자에게 마이크로데이터를 제공하고자 하는 경우 이용방법 등에 관한 사항을 강구

제 3 절 통계활용 사례

1. 개요

정신질환자의 현황, 주요 발생원인, 관리실태 등 정신질환자의 실태를 파악하여 정신보건 정책의 기초자료로 활용함에 목적이 있는 정신질환실태조사를 활용한 결과자료에 대해 개략적으로 살펴보고자 한다.

2. 정책연구 활용사례

정신질환실태조사를 통해 주요 정신질환의 유병률을 파악하고, 사회인구학적 분포와 위험요인을 발견함으로써 질병 고위험군, 기능장애가 큰 군 등을 파악하여 정신보건정책을 집중하는 대상으로 설정할 수 있으며, 특히 정신질환의 관리와 예방, 정신건강증진사업을 위한 기초 자료로 활용하는 등 향후 국가정신보건정책의 우선순위, 방향 등을 결정하는 데 근거 자료로 활용된다. 기존의 정신질환실태조사 결과와 비교함으로써 정신질환 실태의 변화 추이를 파악하고 사회문화적 변화의 영향을 가늠할 수 있다.

- 2013년 정신건강사업 안내

보건복지부에서는 2013년 정신건강사업 안내에서 다양한 정신건강사업에 대해 발표하였다. 여기에서 2011년 정신질환실태조사의 결과를 활용하여 정신건강사업의 비전과 추진방향을 설정하였다.

보건복지부에서 정한 정신건강사업의 비전과 추진방향은 다음과 같다. 정신질환에 대한 편견을 해소하고 우호적인 환경을 조성하며 다양한 대상군에 대한 정신질환의 예방과 증진을 할 것이다. 또한 중증 정신질환의 치료수준

을 향상시키고 재활체계와 자살예방을 위한 조기개입 체계를 구축할 것이다. 최종 비전은 국민의 정신건강문제 해결을 통한 개인의 삶의 가치 향상과 사회적 비용 절감 및 국가 경쟁력 확보이다.

3. 학술연구 활용사례

2001년, 2006년 정신질환실태조사 자료를 활용한 학술연구의 경우 활발하게 이루어졌으나, 2011년 자료를 활용한 학술연구는 거의 없는 것으로 나타났다. 2001년, 2006년 조사결과를 활용한 학술연구는 다양한 주제로 연구되었으며 특히 유병률과 관련된 학술연구가 가장 많은 것으로 나타났다.

1) Maeng Je Cho et al.(2004), Korean Epidemiologic Catchment Area(KECA) Study for Psychiatric Disorderscc: Prevalence of Specific Psychiatric Disorders, J Korean Neuropsyciatr Assoc.

만 18세에서 64세 성인 6,275명을 대상으로 한 2001년 정신질환자 실태조사의 결과를 토대로 하여 논문을 출판하였다. 응답자의 33.5%는 평생 동안, 20.6%는 일년 동안, 16.7%는 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있다고 응답하였다. 가장 흔한 평생 장애는 알코올 사용장애(17.24%)였으며, 그 다음으로 니코틴 사용장애(11.19%), 특정 공포증(5.16%), 주요 우울장애(4.25%) 순으로 나타났다. 약물 남용 및 의존(0.25%)과 정신분열증(0.16%)의 평생 유병률은 매우 낮았다. 니코틴과 알코올 사용 장애는 성비가 매우 많이 차이났고, 기분 장애와 불안 장애는 남자 보다 여자에서 더 유병률이 높았다.

2) Maeng Je Cho et al.(2007), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults, J Nerv Ment Dis.

2001년 정신질환자 실태조사 결과로 2007년 논문을 발표하였는데 성별, 연령, 교육수준을 보정한 후에도 혼인상태, 소득수준, 거주지역이 주요 우울장애와 알코올 사용 장애의 위험 요인으로 나타났다. 한국의 정신질환 유병률은 동아시아와 대부분의 유럽국가의 유병률보다 더 높게 나타났지만 미국보다는 낮았다. 특히 알코올 사용 장애가 한국에서 높게 나타났다.

3) Sung Man Chang et al.(2008), Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold, J Affect Disord.

이 논문에서는 2001년 정신질환자 실태조사 자료와 미국의 NCS 자료를 사용하여 주요 우울 장애의 유병률 차이의 원인을 밝혀냈다. 발표된 논문들에 따르면, 동아시아 국가의 주요 우울 장애 유병률은 서양 보다 낮다. 하지만 그 이유에 대해서는 충분한 연구가 이루어지지 않았다. 연구 결과 한국의 주요 우울 장애에 대한 진단 기준 수치가 미국의 수치보다 높은 것으로 나타났다. 하지만 한국에서 우울 증상의 형태와 패턴이 미국과 동일하지는 않으므로 해석에 주의를 해야 한다.

4) Seong Jin Cho et al.(2009), Mental health service use in a nationwide sample of Korean adults, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.

이 논문에서는 정신의료서비스의 이용실태에 대해 평가하였다. 2001년 정신질환자 실태조사 참여자 6,725명 중 1.9%가 지난 1년간 정신의료서비스를

경험한 적 있다고 응답하였다. 일년 동안 한번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자 916명 중에 6.1%가 정신의료서비스를 받았다. 정신장애를 앓고 있지만 상담을 받지 않은 836명 중 23.4%가 그들 스스로 문제를 해결하기를 희망했고 23%는 정신장애를 앓고 있지 않다고 생각하고 있었다. 이런 상황을 비추어볼 때, 앞으로 더 발전되고 효율적인 정신의료서비스를 위해 추가적인 노력이 필요할 것으로 생각된다.

5) Maeng Je Cho et al.(2010), Prevalence of DSM-IV major mental disorders among Korean adults: A 2006 National Epidemiologic Survey (KECA-R), Asian J Psychiatr.

만 18세에서 64세 성인 6,510명을 대상으로 한 2006년 정신질환자 실태조사 결과를 토대로 논문이 발표되었다. 주요 정신 장애의 평생유병률과 일년 유병률은 각각 29.0%와 16.9%로 나타났고, 알코올 사용장애는 16.2%와 5.6%, 니코틴 사용장애는 9.0%와 6.0%, 특정공포증은 3.8%와 3.4%, 주요 우울 장애는 5.6%와 2.5%, 불안장애는 1.6%와 0.8%로 나타났다. 니코틴과 알코올 사용장애는 성비가 매우 큰 것으로 밝혀졌고, 기분과 불안 장애는 남자보다 여자에서 더 유병률이 높은 것으로 나타났다.

6) Subin Park et al.(2010), Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.

이 논문에서는 2006년 정신질환자 실태조사의 6,510명 중 병적도박 설문이 완벽한 5,333명을 대상으로 하였다. 병적도박과 문제성도박의 평생유병률은

각각 0.8%와 3.0%로 나타났다. 일반적으로 28.1%가 한 개 이상의 정신병을 갖고 있는 것에 비교해서 병적도박자 중에서는 79.1%, 문제성도박자 중에서는 62.0%가 한 개 이상의 정신병을 갖고 있었다. 그리고 병적/문제성도박은 연령, 성별을 보정한 후에도 알코올 사용장애, 니코틴 의존, 기분 장애, 불안장애, 자살경향과 매우 유의한 양의 상관관계가 나타났다. 남자의 경우, 혼인상태와 거주지역이 병적/문제성도박의 위험 요인으로 나타났다.

7) Subin Park et al.(2011), Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study, Psychiatry Res.

2006년 정신질환자 실태조사 자료 중 만 18세에서 59세의 6,081명을 대상으로 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD)의 유병률, 상관성, 공존질환을 조사하였다. ADHD의 6개월 유병률은 1.1%로 나타났고, 성별과 연령을 보정한 후에도 ADHD는 알코올 남용/의존, 니코틴 의존, 기분 장애, 주요 우울 장애, 조울증, 불안장애, 강박장애, 외상후 스트레스장애, 사회공포증, 특정공포증, 신체형장애, 수면장애, 자살경향과 매우 강한 양의 상관관계를 보였다.

8) Jong-Ik Park et al.(2012), The relationship between religion and mental disorders in a Korean population, Psychiatry Investig.

2001년 정신질환자 실태조사의 6,275명을 대상으로 연령과 성별을 보정하고 종교/심적 가치와 정신질환 사이의 관계를 로지스틱회귀방법으로 분석하였다. 심적가치는 우울 장애 증가, 알코올 사용장애 감소와 매우 큰 상관관계가 나타났다. 무신론자를 기준으로 천주교신자는 우울 장애에서 위험이 높았다. 기독교신자는 불안 장애에서는 위험이 높았지만 알코올 사용장애에서

는 위험이 낮았다.

9) Jin Pyo Hong et al.(2012), Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.

이 논문에서는 만 18세 이상 64세 이하의 여성 2,499명을 대상으로 월경전 불쾌기분장애(PMDD)의 유병률, 상관성, 공존질환, 자살경향을 연구하였다. PMDD의 일년유병률은 2.4%로 나타났고 PMDD 중 59.3%가 한 개 이상의 정신질환을 갖고 있었다(일반인은 21.8%). 연령을 보정한 후에도 PMDD와 알코올 남용/의존, 주요 우울 장애, 외상후 스트레스장애, 사회공포증, 특정공포증, 신체형장애, 불면증, 자살경향 사이에 강력한 양의 상관관계가 나타났다. 신체 질병과 저체중도 PMDD의 위험 증가와 관계가 있었다.

10) Subin Park et al.(2012), Comparison of treated and untreated major depressive disorder in a nationwide sample of Korean adults, Community Ment Health J.

2006년 정신질환자 실태조사 6,510명 대상자 중 주요 우울 장애 진단은 362명(5.6%)로 나타났고, 이 362명 중 117명(32.3%)은 정신 문제를 치료한 적이 있었다. 주요 우울 장애에 대해 치료를 받은 사람들은 만성으로 갈 경향이 있고, 우울, 불면증, 자살사고의 증상이 더 나타나기 쉬우며 죄책감을 덜 느낀다. 게다가 공존 불안 장래, 강박장애, 외상후 스트레스장애, 불안 장애를 앓기 쉽다. 결과적으로 주요 우울 장애를 앓고 있는 사람들의 치료 노력은 정신질환에 대한 오해, 오명, 우울과 공존질환의 심각성 같은 사회 문화적 요소에 영향을 받는다.

11) Maeng Je Cho et al.(2012), Lifetime risk and age of onset distributions of psychiatric disorders: analysis of national sample survey in South Korea, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.

모든 정신질환의 평생유병률은 24.6%로, 알코올 남용 9.2%, 알코올 의존 7.0%, 주요 우울 장애 5.6%, 특정 공포증 3.8%, 불안장애 1.6%로 나타났다. 가장 일찍 발병하는 것으로 나타난 불안 장애의 발병연령(중앙값)은 만 29세, 가장 늦게 발병하는 것으로 나타난 기분 장애는 47세, 그리고 중간으로 알코올 사용 장애 31세로 나타났다. 결과적으로 한국인의 35%가 정신질환을 평생 한번 이상 경험할 것이다. 그리고 정신질환을 앓고 있는 사람들의 반은 만 32세 이전에 앓기 시작한 것이다.

12) Subin Park et al.(2013), Prevalence, correlates, and comorbidities of four DSM-IV specific phobia subtypes: Results from the Korean Epidemiological Catchment Area study, Psychiatry Res.

2006년 정신질환자 실태조사의 결과를 이용하여 가장 최근에 발표된 논문이다. 특정공포증에 대한 논문으로 특정공포증의 평생유병률은 3.8%로 나타났고 동물 공포증이 가장 흔한 형태로 나타났다. 혈액-주사-상처 공포증은 교육수준과 음의 상관관계가 나타났지만, 반면에 상황형특정공포증은 양의 상관관계가 나타났다.

추후 2011년 정신질환실태조사의 학술적 활용을 위하여 자료생산 부처와 전문가들 사이의 다각적인 노력이 필요할 것으로 사료된다. 작성기관에서는 보다 양질의 자료를 생산하기 위한 노력이 필요하며, 자료 제공처에서는 간

소화된 자료제공 절차를 구축하고, 자료의 분석 및 이용지침에 대하여 마련해야할 것이다. 또한 자료에 대한 홍보에 대해서도 힘써야 할 것으로 사료된다.

제 4 절 해외사례

본 보고서에서 주요 외국의 정신보건 지표를 해외사례로 소개하는 이유는 정신질환실태조사가 정신건강 정책수립에 도움이 되기 위해서는 실제로 선진국에서 정신건강 정책수립에 이용되고 있는 지표의 구성 및 특징을 살펴봄으로서 향후 정신질환실태조사 조사항목의 체계 설정에 참고자료를 제시하기 위함이다.

특히 정신건강은 빈곤, 취업, 문화 등 다양한 사회적·환경적 요인의 다양한 영역을 포함하는 포괄적이면서 영역 간의 상호관계를 고려한 접근이 필요하며 이를 위해서는 다양한 영역의 정신건강 관련 요인들을 요약해서 나타낼 수 있는 통계 자료, 지표 등의 정보가 필수적이라고 할 수 있다.

1. 세계보건기구(WHO)

WHO 회원국을 비롯하여 관련 지역 202개 중 24% 이상이 정신보건 정보를 수집하고 보고하는 체계가 없으며, 체계가 있다 하더라도 포괄성과 적절성이 없는 실정이다. 또한 선진국에서 사용하는 정신보건평가와 모니터링 수단에 대한 목적, 범위, 구조, 내용이 중·저소득국에서 적절하지 않아 후진국을 위한 평가도구의 필요성이 대두되었다.

WHO-AIMS는 정신보건정책과 서비스 전달에 대한 필수적인 정보를 제공하는데, 이를 이용하여 각 국가들은 분명한 가이드라인 정보와 목적을 가지고 정보기반 정신보건정책과 계획을 개발할 수 있으며, 정신건강증진, 예방, 보호와 재활에서 개혁정책을 수행하고 지역사회서비스를 제공하고 소비자, 가족과 다른 이해관계자들을 포함하는 과정을 모니터 할 수 있다.

WHO-AIMS의 지표개발 과정에서는 World Health Report 2001의 1차 보호

기관에서 치료를 제공하는 것, 이용 가능한 향정신성 약물을 만드는 것, 지역사회에서 보호를 제공하는 것, 대중을 교육하는 것, 지역사회 가족과 소비자를 포함시키는 것, 국가 정책 프로그램 입법을 수립하는 것, 인적 자원 개발, 다른 섹터와 연계, 지역사회 정신보건 모니터링, 더 많은 조사연구를 지원하는 것의 10가지 권고가 이용되었으며, 위의 권고를 구현하기 위해 대분류 항목들과 몇 개의 하위영역들이 만들어졌다. 예를 들어, 국가 정책 프로그램 입법 수립에 대한 대분류 항목은 정책과 입법 틀이며, 하위영역은 정신보건정책, 계획, 입법, 인권 모니터링, 정신보건서비스 재정이 된다.

WHO-AIMS는 12개의 중·저소득국에서 검증되었으며, 갱신된 버전 WHO-AIMS 2.2가 2005년 발표되었다.

□ 지표 구성

- 26개 영역(정책과 입법 프레임, 정신보건서비스, 1차 의료에서 정신보건, 인적 자원, 공적 정보와 다른 섹터와의 연계, 모니터링과 조사연구), 28개 하위영역, 156개 항목

2. 경제협력개발기구(OECD)

OECD 보건데이터와 같은 국제적인 보건데이터 세트가 국가보건체계의 기술적인 질에 대한 비교 측정이 부족하고, 이에 대한 국제적 벤치마킹 가능성이 거의 없어 이를 보완하기 위해 OECD는 질적 지표 개발 프로젝트를 수행하였는데, 프로젝트의 5대 우선순위 영역의 한 분야로 정신보건을 규정하였다.

전문가 집단의 패널을 통해 6개의 우선순위 영역에 대한 잠재적 지표를 구성하고, 새로운 지표의 개발보다는 회원국에 있는 지표를 검토하는 것에

한정하였으며, 최종적으로 치료, 보호의 연속성, 보호의 조정, 환자 결과의 4개 영역, 12개 지표를 구성하였다. 그러나 소수인종 민족 혹은 평등과 관련된 문제들에서 보호의 불평등에 대한 한정된 통찰만을 제공하였으며, 중증정신 장애인에 대한 정신보건의료와 보호의 접근성, 안전문제, 사회통합 문제가 제외되어 한계점을 보인다.

□지표 구성

- 4개 영역(보호의 연속성, 보호의 조정, 치료, 환자 결과), 12개 지표

3. Lancet Global Mental Health Group

정신 장애인을 위한 서비스 측정이 세계정신보건에 있어 가장 중요한 우선순위를 가지고 있으며 매년 세계 인구의 30%가 정신장애가 있으나, 선진국조차도 2/3정도가 치료를 받지 않고 있다. 특히 중·저소득국에서는 이용가능한 보호가 욕구의 크기에 비례할 수 있도록 정신 장애인 치료에 제공되는 전체 서비스의 범위가 국가 차원에서 증가될 필요가 있다.

정신보건에 대한 Lancet 시리즈는 정신건강이 필수적이며 건강과 분리할 수 없는 요소라는 근거를 제시하고 있는데, 정신장애의 부담은 정신건강 뿐만 아니라 다른 건강문제의 위험요인이자 결과이며, 빈곤, 주변화, 사회적 불이익과 연관되어 있다.

그러나 정신장애의 중요성을 입증한 근거에도 불구하고 세계 보건체계는 정신보건의료의 전달과 중증정신질환자의 인권 보호에서 거대한 도전에 직면하고 있으며, 이러한 도전은 재정적 인적 자원 부족, 국가 간 혹은 국가 내의 불공정한 분배, 그리고 비효율적 할당을 포함한다. 또한 정신보건서비스가 국가 지역 수준에서 측정되었지만 핵심 정신보건지표의 성취는 국가 간 혹은 국가 내에서 다양하며 대부분 그 과정을 모니터하는 메커니즘이 없

다. 결과적으로 환자보호를 향상시키기 위한 개입과 같은 일반보건서비스의 강화가 정신장애 관련 어려움을 예방하고 감소시키는 것을 도울 수 있다는 사실과 함께, 정신장애로부터 고통을 겪는 사람들을 위한 서비스를 측정하는 행동이 가장 긴급하게 필요하다는 결론에 도달하였다.

정신장애서비스에 대한 기초적이고 근거기반의 서비스를 측정하는 것과 관련된 대표적인 성취를 모니터링하기 위해 설계된 핵심 정신보건세트를 확인하기로 하였으며, 처음에 16개의 잠재적 지표를 확인하였고, 6개의 기준(△보건 분야의 계획자(planner)에게 의미가 있는가 △이해당사자의 접근성 △타당성(유효성) △지표 정보원의 신뢰성 △기간별 비교가능성 △변화에의 민감도)으로 이러한 지표들을 각각 평가하는 델파이 연구를 하였으며 최종적으로 11개의 지표를 선정하였다.

□지표구성

- 핵심 지표 5개, 2차 지표 6개(총 11개) 핵심지표는 국가정신보건체계가 정신 장애인에 대한 서비스를 얼마나 잘 제공하는지를 평가하기 위한 것이고, 2차 지표는 보건체계를 평가하기 위한 것이다. 이들 11개 지표는 정신보건의료에 대한 충분한 계획과 투자, 정신보건서비스를 제공하기 위한 충분한 인력, 최선의 실천과 인권보호를 동반하는 정신보건의료 투입과 과정의 일관성, 정신장애인의 향상된 결과의 4가지 목적을 가지고 있음을 강조하였다.

4. 미국

미국 의학연구소(IOM; Institute of Medcine)의 보고에 의하면 정신보건과 물질남용분야의 의료의 질이 현격히 떨어지는 것으로 보이며 과학적인 근거가 뒷받침되는 지속적인 관리가 부족한 것으로 나타났다. 또한 최근 발표된 연구결과에 의하면 2009년 미국에서의 정신보건과 물질남용 분야에서의 의료의 질 지표에 대한 36개의 계획이 있다고 보고되었다. 이러한 계획에 의거하여 많은 수의 지표들이 개발되었으나 데이터 수집 측면에서는 실제로 실행되지 않은 경우가 많았다.

미국은 지표개발에 있어서 많은 활동들을 하고 있으나 각 프로그램간의 조정이 부족한데 감독기관의 부재가 주요 원인이며, 결과적으로 지표의 개발과 이의 활용에 있어서는 격차가 존재하게 된다. 따라서 미국 의학연구소는 전담 조직의 설립을 제안하면서, 기관의 주요 임무는 지표개발 감독, 개발과 활용의 격차 감소 노력, 개발지표 개선이 되어야 한다고 말하고 있다.

1) MHSIP 소비자 중심 정신건강 보고카드(Consumer-Oriented Mental Health Report Card)

미국은 비용의 통제와 보호의 질 향상을 목적으로 주와 지역 수준에서 보건의료개혁을 추진하였으며, 보건의료 소비자들은 효과성을 측정하기 위한 방법을 요구하였다. 이에 대한 대응으로 보건의료 조직과 정부 기관들이 조합 소비자, 주 기관, 소비자에게 보건계획 수행을 비교할 수 있는 데이터를 수집하고 발표하였는데, 이러한 보고서들이 흔하게 보고 카드로 불린다.

정신보건통계 개선프로그램(Mental Health Statistics Improvement Program; MHSIP)은 1976년 연방, 주, 지방정부, 그리고 다른 조직을 포함하여 시작된 자발적이고 협력적인 사업인데, 연방 보건복지부의 정신보건서비스 센터

(Centre for Mental Health Services of the Federal Department of Health and Human Services)의 기금으로 사업이 진행되었으며, 프로그램의 초점은 '…정신보건데이터 : 어떤 것이 수집될 필요가 있는가, 어떻게 그것을 수집하는가, 다른 사람이 수집했던 것을 어디서 찾는가, 밝혀진 것을 어떻게 이해하는가, 다른 사람들이 그것을 이해할 수 있도록 어떻게 보고하는가, 결정하는데 그것을 어떻게 사용 하는가…'에 있다. MHSIP는 미국 정신보건지표 개발에 중요한 역할을 하고 있는데, 정신보건의료에 대한 수행지표에 대한 보고서의 발표와 함께 1993년에 소비자 중심 정신건강 보고카드의 개발을 시작하였다. 1996년 발표된 보고 카드는 서비스 질에 대해 소비자 관점에 중심을 두고 소비자 욕구에 대응한 정신보건서비스 수행의 평가를 강조하였다.

MHSIP 소비자중심 정신건강 보고카드는 정신보건과 물질남용서비스에 대한 질과 비용을 평가하기 위해 개발된 카드이다. 과정의 모든 단계에 소비자가 포함되며, △소비자 중심 △조사연구와 명시된 값에 기초 △중증정신질환에 초점을 두지만 한정적이지는 않음 △정신건강치료 결과를 강조하도록 계획됨 △관련 비용과 스태프 부담에 대한 인식을 특징으로 한다.

MHSIP 보고카드의 자료원은 제공자의 행정 DB에 포함된 등록 재정 정보, 의료인의 평가와 의료 정보시스템에서 얻을 수 있는 개별 환자에 대한 정보, 소비자 자기보고 도구를 포함한다. 수집된 데이터는 정신보건제공자 혹은 서비스 체계가 4개의 영역(접근성, 적절성, 결과, 예방)과 관련한 수행을 얼마나 잘 하고 있는지를 결정하는데 사용되며 수행은 개인적 관심과 지표의 수준에서 평가될 수 있다.

□지표구성

- 4개 영역(접근성, 적절성, 결과, 예방), 44개 지표

2) National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD)

정신보건체계에서 성과측정의 수행을 위한 프레임과 가이드라인을 제공하기 위해, 국가와 개별 주들이 사용되어져야 하는 측정 세트를 정의화 하는 작업을 진행하고 있지만, 표준화가 부족하고 어떤 경우에는 제안된 측정이 정신보건체계의 우선순위와 목적을 적절하게 반영하지 않는다는 문제점이 있다.

이러한 문제를 해결하기 위해 National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD)는 정신보건수행 측정과 관련한 다양한 국가 활동을 구축하고, 다양한 정신보건세팅에서 사용될 수 있는 표준화된 프레임과 각 지표가 각각의 측정과 연관된 분자와 분모를 규정하는 기술적 설명서를 가지고 측정하도록 정신보건수행 측정에 대한 개발에 있어 순서와 전문성을 제공하고자 하였다.

이 프레임은 공공정신보건체계를 통해 제공되는 서비스의 영향을 평가하기 위해 표준화된 방법의 필요성을 강조하기 위한 것이다. 이러한 수행측정을 통해 수집된 정보는 정신보건체계에 대한 책임을 증가시킬 것이고 공공정신보건 프로그램과 그들의 성취에 대한 이해를 증진할 것이며 성취된 소비자 결과를 향상시키기 위한 기초를 제공할 것이다.

NASMHPD는 President's Task Force on Performance Indicators and Outcome Measures를 구성하였고, TF는 기술적 실무자 집단과 함께 지표 세트와 공공정신보건 체계를 관리하기 위하여 해당하는 성과 측정 방법들을 제안하고자 하였다. 최초 세트는 실행가능하고 정의와 측정의 조작화가 가능하며 주의 대부분에서 역량과 데이터 하부구조가 갖춰져 있다고 여겨지는 32개의 수행지표로 구성되었다. 개발 세트는 중요하지만 현재 주의 보고와

기술적 역량 때문에 혹은 지표에 대한 개념화 혹은 조작적 정의 때문에 수행하기가 어려운 지표 14개로 구성되었다.

□지표구성

- 최초세트 32개, 개발세트 14개(총 46개 지표)

5. 호주

호주는 정신보건 성과 모니터링 시스템을 개발하기 위하여 1993년부터 국가정신보건보고서를 발간하기 시작하여 2007년 10번째 보고서가 발간되었다. 각 보고서의 데이터는 관할구역 수준에서 보고되기 때문에 성과 모니터링 및 벤치마킹에 대한 한정된 정보만을 제공하지만 그럼에도 불구하고 국가정신보고서는 정신보건서비스에 대해 국가적으로 합의된 기준개발을 향한 첫 단계이다.

제1차 국가정신보건계획까지는 주와 지방정부에 의해 정신보건서비스 전달을 설명할 수 있는 국가적으로 비교 가능한 데이터의 수집과 분석이 수행되었고, 2차 국가정신보건계획의 수행기간 동안 입원과 정신보건서비스 뿐만 아니라 주거서비스 대한 국가 최소 데이터세트(National Minimum Data Set)의 구축에 대한 투자가 이루어졌다. 제3차 국가정신보건계획(2003~2008)에서 서비스 대응성 증가, 질적 강화, 조사연구 분야의 개혁과 지속성 촉진에 전략적 방향의 우선순위를 두었고, 이를 달성하기 위해 공공정신보건서비스의 성과를 모니터링하기 위한 국가 프레임워크를 개발하여 주요 성과지표를 통합하고자 하였다.

호주의 국가 보건성과 위원회(National Health Performance Committee; NHPC)는 보건체계에 대한 국가적 성과측정 프레임워크를 개발하고 유지하기

위해 1999년 8월에 설립되었는데, 보건상태와 결과, 건강의 결정요인, 보건체계수행의 3개 층으로 구성되어 있는 국가보건 성과프레임워크를 2001년 발표하였다. 이 프레임워크는 캐나다 보건정보원(Canadian Institute of Health Information)에 의해 개발된 모델을 기초로 개발된 것으로 인구집단의 건강과 건강욕구를 충족시키는데 보건체계가 어떻게 적용되고 있는지에 대한 포괄적인 그림을 제공하기 위해 지표가 필요함을 강조하였다.

호주는 국가보건성과 프레임워크에 기반을 두고 국가 정신보건계획의 전략적 방향과 연계하여 호주 공공섹터의 정신보건서비스에서 사용하기 위하여 2단계에 걸친 주요 수행지표 세트를 제안하였는데, 1단계는 모든 주와 지방에 의해 수집된 가용 데이터에 기반을 둔 것으로 9개 하위 영역에서 13개의 지표가 제안되었으며, 2단계에는 가용 데이터의 부족으로 제안되지 않았던 지표들을 개발하고자 하였다.

호주는 특징적으로 안전에 대한 지표들을 포함하고 있는데 정신보건의료에서 안전의 개념은 소비자, 보건서비스 제공자, 보호자와 지역사회를 포함하여 많은 다른 측면들을 망라하며, 4개의 하위영역은 다음과 같다.

- 소비자 안전 : 보건의료 환경, 제공된 서비스, 정신보건서비스의 소비자에 대해 제공된 서비스가 안전한 정도와 관련됨. 소비자는 “정신보건서비스를 현재 이용하고 있거나 이전에 이용했던 사람”을 의미
- 제공자 안전 : 정신보건서비스 제공자를 위해 만들어지거나 지속되는 작업환경이 안전한 정도. 제공자는 유급 혹은 무급 직원, 정신보건서비스 조직의 계약자 혹은 자원봉사자
- 보호자 안전 : 안전한 환경이 보호자를 지원하는 정도. 보호자는 “생활이 가족 혹은 가까운 친척에 의해 그리고 소비자 보호 역할에 의해 영향 받는 사람”으로 정의

- 지역사회 안전 : 안전한 환경이 지역사회를 지원하는 정도. 현재 이용 가능한 기준 혹은 정의가 없음

□ 지표구성

- 9개 영역(효과성, 적절성, 효율성, 접근성, 연속성, 대응성, 역량, 안전, 지속성), 24개 하위영역, 15개 지표

6. 영국

1) 정신보건트러스트 수행 평가 지표

2001년부터 영국 정신보건트러스트는 정신보건지표를 근거로 수행 평가를 받고 있는데, 평가는 보고카드의 형태로 건강개선위원회(Commission for Health Improvement; CHI)와 국민건강보험제도인 국가건강서비스(National Health Service; NHS)의 독립적인 감시기구에 의해 산출되고 발표된다. 몇몇 지표는 정부의 정책에 근거하여 선택되었고, 어떤 지표들은 CHI와 영국 보건부에 의해 설계되었으며, 다양한 분야의 관계자의 자문을 따랐다. 지표에 대한 등급화는 스태프와 소비자에게 지역 보건서비스의 수행을 쉽게 이해하고 정보를 쉽고 편리하게 제공하는 것을 목적으로 하고, 이러한 성과 평가의 결과는 대중이 광범위하게 이용할 수 있다. 해마다 NHS의 목표 설정과정에서 시의 적절하게 변화를 반영하면서 성과평가에 사용될 지표가 개발되고 있다.

□ 2008~2009 정신보건트러스트 평가 지표

영국의 보호 질 위원회(Care Quality Commission; CQC)가 매년 수행하는 보건 분야에 대한 점검의 일부로서, Operating Framework for the NHS in England 2008/2009에서 기술한 국가 우선순위 중의 하나인 정신보건 트러스트의 성과평가에 다음의 11개 지표를 사용할 것임을 언급하였으며, 각 지표는 왜 포함되는지(합리성), 데이터 소스, 지표 평가 기간(데이터 기간)에 대한 세부사항을 제시하고 있다.

- 민족 집단에 대한 데이터 질
- 정신보건 최소데이터 세트의 보호 유형
- 정신보건 최소데이터 세트의 완전성(completeness)
- 위기해결 가정 접근에 대한 접근성
- 아동청소년 정신보건서비스
- 보호접근 프로그램 7일 사후점검
- 보호의 이송 지연
- 학습장애인에 대한 정신보건서비스의 최선의 실천
- 환자의 경험
- 효과적인 치료를 받는 약물남용자 수
- NHS 스태프 만족

2) Indications of Public Health in the English Regions – Mental Health

'Indications of Public Health in the English Regions'의 7번째 시리즈로 정신건강 평가협회(Association of Public Health Observatories)가 발간한 보고서에 의하면, 과거에는 정신보건지표들을 찾기 어려웠으며 정신건강증진을

위한 목표가 주로 자살률에 집중되어 있었고 이는 중요하기 하지만 지역사회 정신건강의 제한된 모습을 보여줬다고 언급하면서 빈약한 정신건강을 초래하는 요인들, 인구집단의 정신건강 상태, 정신질환 사례의 개입의 제공, 서비스 사용자 경험, 자살과 같은 전통적 결과에 대한 광범위한 일련의 데이터를 제시하였다.

지표 시리즈의 목적은 주요 정신보건정책 영역을 파악하고, 영국 각 지역의 상대적 상황에 대한 정보를 제공하며 국가와 지역의 우선순위 수행에 정보를 제공하기 위한 것이다. 보고서의 초점은 성인 정신건강에 한정되어 있다. 보고서에는 각각의 하위요인에 대해 지역적 도식(regional graph), 각 지표에 대한 간단한 설명, 지표를 포함하는 합리성과 배경정보(국가 목표와의 관련성, 모니터링 필요사항과 권고), 주요 결과와 지역적 해설(regional commentary)을 요약하고 있다.

지표는 National Service Framework와 Choosing Health를 포함한 일련의 정책에서 확인된 주요 문제, 권고, 목표 등을 지침으로 하였으며, 결과적으로 지난 몇 년 동안 다른 프로젝트에 의해 수집되었던 지표(Mental Health Outcomes, Better Metrics[20], Local Basket of Inequalities Indicators)들을 모으고, 최근 이용가능하게 된 새로운 자료원(Mental Health Minimum Data Set and new data from Primary Care) 혹은 이 영역에서 충분히 활용되지 않았던(Health Survey for England and employment information) 자료원을 이용하여 지표를 개발하게 되었다.

□지표구성

- 6개 영역(△위험, 보호, 결정요인 △인구집단 건강 상태 △개입 △파트너십의 효과성 △서비스 사용자 경험 △인력 역량), 74개 지표

7. 스코틀랜드

스코틀랜드는 정신건강증진을 공공보건 뿐만 아니라 국가적 우선순위로 두고 국민의 정신건강증진과 생활의 질, 복지 증진, 정신질환 혹은 정신건강 문제가 있는 사람들에 대한 사회적 통합을 국가적 비전으로 하고 있다[22]. 'National Programme and mental health improvement in Scotland from 2007 to 2011' 보고서에 의하면, 정신건강을 건강증진의 주요 요소로 간주하고 있으며 정신적 안녕의 증진, 정신건강문제와 정신질환(특히, 우울과 자살) 예방, 생활의 질 향상, 사회적 통합, 정신건강문제와 질환을 지닌 사람들을 위한 권리와 평등, 정신건강에 있어서의 불평등 해소를 강조하고 있다.

스코틀랜드는 정신건강의 두 가지 측면, 즉 우울과 불안 같은 정신건강문제와 자기 생활에 대한 만족, 타인과의 긍정적 관계와 같은 긍정적 정신건강을 정신건강의 개념으로 확립하고, 긍정적 정신건강이 정신질환의 부재를 의미하는 것이 아니라 그 이상임을 강조하면서 긍정적 정신건강의 측정 지표 개발에 초점을 두고 있다. 따라서 스코틀랜드의 건강프로그램은 정신건강문제와 긍정적 정신건강 모두를 포함하는 정신건강지표를 개발하게 되었다.

또한 특징적으로, 지표개발에 있어서 정책영역 및 아젠다와 지표의 관련을 모색하고 여러 정신건강 요소들의 교차하는 특성과 지표와 정책의 관련성, 지표의 정책에 대한 기여 등을 강조하였다.

□지표 구성

- 55개 지표

8. 유럽

1) Minimum data set of European mental health indicators

1999년 초 유럽에서 정신보건 지표를 구축하기 위해 EC(European Commission) 보건모니터링 프로그램(Health Monitoring Programme)하에 STAKES(Finnish National Research and Development Centre for Welfare and Health)의 조정을 통한 2년간의 행동프로젝트(action project)가 시작되었다. 현재의 목록은 유럽에서 사용하기 위한 정신보건지표 세트의 제안이며, △정신건강과 관련되는 여러 가지 측면을 포함함 △정신보건 분야의 다양한 활동들을 추적할 수 있어야 함 △되도록 이용 가능한 정보에 의존함 △회원국간의 차이를 측정할 수 있음 △신뢰성을 확보하고 근거가 있어야 함 △변동성이 강한(robust, strong) 지표를 포함 △미래의 HIEMS (Health Indicators Exchange and Monitoring System)에 따라 분류의 7가지 조건을 충족한다.

이 프로젝트에서는 정신건강의 두 차원, 즉 긍정적 정신건강과 부정적 정신건강에 대한 개념을 도입하고 있는데 긍정적인 정신건강을 지닌 개인은 보통 긍정적 관심과 긍정적 기질을 보이고 높은 수준의 자아존중, 지배력, 의미 있고 관리 가능한 삶에 대한 경험, 자기 효율성이 있으며, 불행을 극복할 수 있는 능력, 불행한 경험에 직면했을 때 다양한 건강문제 혹은 쇠약을 피할 수 있는 능력을 지님을 의미한다. 부정적 정신건강은 정신질환, 증상 및 문제와 관련이 있다.

프로젝트 보고서에는 각 지표의 데이터 유형과 정의와 지표의 가용성, 비교 가능성, 자료원 등이 제시되어 있으며 공공정신보건 관점에 중요한 정신적 불건강과 결정요인에 중점을 두었으며, 정신건강은 일반건강과 나눌 수 없고 개인과 환경사이 균형을 반영하며, △개인적, 심리적, 생물학적 요인 △사회적 상호작용 △사회적 구조와 자원 △문화적 가치에 의해 영향을 받는

다고 말한다.

□지표구성

- 4개 영역(△인구학적, 사회경제적 요인 △건강상태 △건강의 결정요인 △보건체계), 32개 지표

2) MINDFUL – Mental Health Information and Determinants for the European Level

MINDFUL 프로젝트는 유럽연합 내에서 정신보건정보 개선을 위하여 시작되었고, 이전에 실시된 사업들을 기초로 부정적 정신건강 뿐만 아니라 긍정적 정신건강과 정신건강증진예방까지 포함하는 정신보건 모니터링체계의 범위를 확대하는 것을 목적으로 하고 있다. 또한 프로젝트를 통해 회원국들의 기존 정신보건지표들을 통합하고 정책과 프로그램의 영향을 모니터링하기 위한 체계를 개발하며 정신보건 분야의 지표 세트와 DB 제공을 목적으로 하고 있다.

MINDFUL 정신보건지표 DB는 25개 회원국을 위한 35개의 정신보건지표 세트로 구성되어 있고 수량화된 데이터뿐만 아니라 메타데이터(metadata)까지 포함하며 1990년부터 현재까지의 데이터를 이용할 수 있다. 보건통계 데이터의 경우 자료원은 주로'Eurostat Dissemination Database(유럽연합 통계사무소의 보급 DB)'와 'WHO European Health for All Database'와 같은 데이터베이스이고 조사지표 데이터는 각종 조사보고서와 논문으로부터 얻는다.

□ 지표구성

- 9개 영역(△건강상태 : 특정 사망원인, △건강상태 : 이환율, 특정질병 △건강상태 : 이환율, 일반적 △건강의 결정요인 : 개인적 상황 △건강의

결정요인 : 사회적 문화적 환경 △보건체계 : 예방, 건강보호와 증진 △보건체계 : 보건자원 △보건체계 : 보건의료이용 : 정신과적 보호와 사회서비스 △보건체계 : 지출), 35개 지표

9. 요약 및 시사점

□ 국가마다 지표 개발의 목적이 다양하고 이러한 목적에 따라 개발된 지표의 내용에서도 차이가 있다. 그러나 대체로 정신보건지표 개발 목적은 국가의 정신보건전략의 목적을 반영하고 있으며, 정신보건의 향상을 위해 현재의 국가정신보건정책의 목표와 관련된 성과를 측정하고 모니터링 하는 것이고, 국제기구의 경우에는 국가 간 비교가 가능한 정신보건의 질을 중심으로 지표개발을 하고 있었다.

□ 대부분의 국가에서 정신보건서비스 수행을 측정하기 위해서 정신보건정책수행과 서비스 제공, 인구집단의 정신건강 현황 등 포괄적인 프레임을 만들기 위해 노력하고 있다.

□ 정신보건지표에서 정신건강의 개념은 정신질환뿐만 아니라 정신건강의 개인적 보호요인이라 할 수 있는 탄력성, 자아존중감, 자기효율성 등 긍정적 정신건강의 개념을 도입하는 것으로 확대되고 있다.

□ 지표의 내용에 정신질환 등 정신건강실태와 서비스 내용뿐만 아니라 제공된 정신보건서비스에 대한 소비자 경험을 강조하는 소비자 관점을 도입하고 있다. 이러한 지표의 도입은 정신보건서비스가 소비자 중심으로 변화할 수 있도록 기여할 것이다.

□ 지역 관점에서의 정신보건 측정이다. 영국의 경우 지역적 비교를 목적으로 지표체계를 개발 하였으며, 미국의 경우 정신보건수행에 있어 사업 측정의 표준화를 위해 프레임웍을 개발하였다.

□ 정신보건지표의 개발은 단기간에 이루어진 것이 아니라 장시간에 걸쳐 계속해서 정교화 되고 수정된다는 것이다.

□ 경제 위기, 실업, 빈곤 등 우리 사회가 경험하는 여러 가지 경제적 사회적 변화들은 만성 정신질환 외에도 우울, 자살, 스트레스, 중독 등의 정신건강의 위험요인이 되고 있다. 이를 해결하기 위한 정신보건서비스는 만성정신질환자의 지역사회 복귀와 치료서비스의 효과성 제고, 인권 증진과 삶의 질 향상이라는 전통적인 과제 외에도 다양한 도전에 직면해 있다. 이에 반해 현재 우리나라의 정신보건체계는 1995년 정신보건법 제정 이후 정신의료기관과 지역사회 정신보건센터 수의 증가 등 계속해서 양적으로 팽창해 왔지만 이러한 다양한 정신건강문제에 대응하기에는 역부족인 것으로 평가 된다.

□ 향후 우리나라 정신보건 현실을 반영할 수 있고, 우리나라 정신보건 분야의 국가적 정책목표에 부합하여 정책의 실효성을 점검할 수 있으며, 정신보건 정책수립의 방향을 제시할 수 있는 지표 및 우리나라의 정신보건 현황 파악과 모니터링, 정신보건서비스의 질을 평가할 수 있는 지표를 개발하도록 노력하여야 할 것이다.

참고문헌

1. 2011년 정신질환실태조사 면담자용 지침서
2. 2011년 정신질환실태조사 표본설계 명세서
3. 보건복지부(2001), 2001년도 정신질환실태조사. 보고서
4. 보건복지부(2006), 2006년도 정신질환실태조사. 보고서
5. 보건복지부(2011), 2011년도 정신질환실태조사. 보고서
6. 보건복지부(2013), 2013년 정신건강사업 안내
7. 보건복지부 홈페이지(http://www.mw.go.kr)
8. 이동우 외(2004), DSM-IV 알코올 사용장애의 유병률과 관련요인들, 대한사회정신의학회 9(2):65-71
9. 조맹제 외(2004), 한국 정신장애의 역학조사 연구 I : 각 정신장애의 유병률, 대한신경정신의학회 43:470-480
10. 조맹제 외(2004), 한국어판 Composite International Diagnostic Interview (K-CIDI)의 개발, 대한신경정신의학회 41(1):123-137
11. 조맹제 외(2006), 전국 정신질환자 실태조사 도구 개발 및 예비조사연구, 중앙정신보건사업지원단 사업보고서
12. 조맹제 외(2009), 한국 주요정신장애의 유병률 및 관련요인 : 2006 전국정신질환역학조사, 대한신경정신의학회 48(3):143-152
13. 질병관리본부(2011), 2011 국민건강통계 국민건강영양조사 제5기 2차년도(2011)
14. 질병관리본부(2013), 국민건강영양조사 원시자료 분석지침서(SPSS)
15. 통계청(2008), 2008년 정신질환자실태조사 정기통계품질진단 결과보고서
16. 통계청(2009), 조사·보고통계 품질관리 안내서
17. 통계청(2013), 2013년 국가통계품질관리매뉴얼 ver. 2.1
18. 통계청 국가통계포털 홈페이지(http://kosis.kr)
19. 통계청 e-나라지표 홈페이지(http://www.index.go.kr)

20. 한국보건사회연구원(2009), 질병의 사회경제적 비용과 건강친화적 재정정책, 보건복지포럼, 2009.10.
21. Association of Public Health Observatories(2007). Indications of Public Health in the English Regions – 7 – Mental Health.
22. Benjamin J. et al.(2009), Measuring mental healthcare quality in the United States: a review of initiatives. Current Opinion in Psychiatry. 22:623–630
23. Department of Health and Ageing, Canberra(2003). National Mental Health Plan 2003–2008.
24. Department of Health and Ageing, Canberra(2008). Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services Technical Specification Summary.
25. Department of Health(1999). National Service Framework for Mental Health – Modern standards and service models. The Stationery Office.
26. Department of Health(2004). Choosing Health – Making Healthier Choices Easier. The Stationery Office.
27. Jin Pyo Hong et al.(2012), Prevalence, correlates, comorbidities, and suicidal tendencies of premenstrual dysphoric disorder in a nationwide sample of Korean women, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 47(12):1937–1945
28. Jones J et al.(1995). Consensus methods for medical and health services research. BMJ. 311:376–380
29. Jong-Ik Park et al.(2012), The relationship between religion and mental disorders in a Korean population, Psychiatry Investig. 9(1):29–35
30. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D et al.(2007), Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet

6;370(9594):1241-1252
31. Maeng Je Cho et al.(2004), Korean Epidemiologic Catchment Area(KECA) Study for Psychiatric Disorderscc: Prevalence of Specific Psychiatric Disorders, J Korean Neuropsyciatr Assoc. 3(1):26-30
32. Maeng Je Cho et al.(2007), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults, J Nerv Ment Dis. 195(3):203-210
33. Maeng Je Cho et al.(2010), Prevalence of DSM-IV major mental disorders among Korean adults: A 2006 National Epidemiologic Survey (KECA-R), Asian J Psychiatr. 3(1):26-30
34. Maeng Je Cho et al.(2012), Lifetime risk and age of onset distributions of psychiatric disorders: analysis of national sample survey in South Korea, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 47(5):671-681
35. OECD(2004), Richard Hermann. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. OECD HEALTH TECHNICAL PAPERS NO. 17. OECD.
36. Parkinson(2007). Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for adults in Scotland: Final report. NHS Health Scotland.
37. Saxena S et al.(2007), Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet. 8;370(9590):878-89
38. Seong Jin Cho et al.(2009), Mental health service use in a nationwide sample of Korean adults, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 44(11):943-951
39. STAKES Minimum data set of European mental health indicators(2001). Proposed set of mental health indicators;

definitions, description and sources. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES)
40. Subin Park et al.(2010), Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 45(6):621-629
41. Subin Park et al.(2011), Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study, Psychiatry Res. 186(2-3):378-383
42. Subin Park et al.(2012), Comparison of treated and untreated major depressive disorder in a nationwide sample of Korean adults, Community Ment Health J. 48(3):363-371
43. Subin Park et al.(2013), Prevalence, correlates, and comorbidities of four DSM-IV specific phobia subtypes: Results from the Korean Epidemiological Catchment Area study, Psychiatry Res. Epub ahead of print
44. Sung Man Chang et al.(2008), Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold, J Affect Disord. 106(1-2):159-167
45. The Scottish Office(1999). Towards a Healthier Scotland.
46. World Health Organization(2001). World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva.

<부 록>

1. 표본설계 점검결과
2. 수집자료 정확성 점검결과
3. 공표자료 오류 점검표
4. 이용자 편의사항 점검표
5. 2011년 정신질환실태조사 조사표(각 장 첫 페이지)

표본설계 점검 결과보고

부 문		보건
통 계 명		정신질환실태조사
승 인 번 호		11750
작 성 기 관		보건복지부
품질진단팀	연 구 원	김영진
	연구보조	이동훈

□ 점검 개요

○ 표본설계 점검 시 검토한 자료(표본보고서 등), 면담자, 면담일시 등 기술

1. 검토자료 :
   가. 2011년 정신질환실태조사 표본설계 내역서
   나. 2011년 정신질환실태조사 보고서 요약본
   다. 2011년 정신질환실태조사 보고서

2. 검토내용
   가. 2011년 정신질환실태조사 보고서에서 모집단 정의 및 표본추출틀 작성, 층화 및 분류지표, 표본규모 및 배분, 표본추출, 가중치 작성 및 추정, 표본관리 등 표본설계 전반에 걸쳐 점검함
   나. 표본설계 전문가 김종익 박사가 진단을 수행하고 연구진이 자체 점검 수행함

□ 조사 개요

조 사 명	정신질환실태조사	
작성기관명	보건복지부(위탁기관: 서울대학교 의과대학)	
전수/표본조사	전수( )	표본(v)
표본설계 주체	자체설계( )	외부용역(v) 【용역사업자: 서울대 의대】
조사목적	한국 일반 성인에서 주요 정신질환의 실태 파악	
조사대상	만 18세에서 만 74세까지의 국민 중 병원, 요양원 등의 시설에 거주하지 않는 자	
조사방법	표본조사	

□ 표본설계 개요

구분	내용
모집단	만 18세에서 만 74세까지의 전 국민
표본추출틀	통계청 2010년 인구주택총조사 자료
표본추출방법	다단계 집락 추출법
표본크기	표본설계명세서에 의하면, 표본크기는 12,044가구임. 그러나 보고서 (64 페이지)에 의하면 13,895 가구이고 사전조사를 통해 상가, 공장, 재개발지역, 비거주지 (vacant housing unit)등은 제외시켰고 만18~74세의 거주자가 있는 가구만을 골라 9,102가구로 함
가중치	2010년 census 자료에 의한 인구분포를 기준으로 지역, 성별, 나이에 따라 가중치를 계산함
추정산식	공식이 보고서에 주어지지 않았으나 사후층화 방법을 사용한 것 같음

□ 점검결과 요약

○ 점검결과 주요 문제점 및 개선의견 정리

부문	문제점	개선의견
표본추출	보고서는 광역시·도에 근거해 6개의 1차 추출단위 (Primary Sampling Unit; PSU)로 분류한다고 함. 그러나 광역시·도는 추출단위가 아님	6개의 광역시·도 내의 시·군·구가 1차 추출단위 (Primary Sampling Unit; PSU)임
	표본 시·군·구를 주관적으로 추출	표본 시·군·구를 확률적으로 추출해야 함
	“지역의 인구수에 비례하도록 조사대상자수를 설정한다“고 하며, 강원지역은 180명, 경기는 1,734명, 경남은 948명을 추출키로 함. 그러나 실제 강원 400명, 경기 2,000명, 경남 600명 조사완료. 이는 각 조사기관으로 하여금 400 내지 600명 조사하도록 하기 위함. 인위적임	확률 표본으로 하려면, 추산한 표본수를 조사했어야 함
	조사구 내의 전 가구를 표본에 포함시켰는데, intra cluster correlation이 너무 크게 됨	조사구 내에서 표본에 포함될 가구수가 많으면 7,8개로 줄일 것
무 응답률	조사거부만을 무응답으로 간주	Cochran에 의하면, 대상 확인불가능과 면담불가능도 포함시켜야 함
무응답률 계산	가중치 없이 계산함	미국의 Census Bureau나 NCHS (National Center for Health Statistics)와 같이 초기가중치를 사용하여 계산해야 함
조사원	의과대학생 같은 표본조사의 조사에 무경험자 사용	조사 유경험자를 사용하면 더 효율적일 것임
책임조사기관	전국에 12개의 책임조사기관과 기관장을 두고 조사함. 비용 낭비	12개의 책임조사기관 없이 서울 의대에서 모두 관장했어야 함

□ 점검결과 종합

○ 점검결과를 종합적으로 분석하여 현재 표본설계 상 보완이 필요한 사항, 개선방안, 발전전략 등 제시

1. 확률표본으로 한다면서 비 확률표본의 요소가 있는 표본설계를 했음. 확률표본으로 해야 이 조사를 통하여 얻은 통계를 전국적으로 적용할 수 있음. 즉 통계적 추론이 가능함
   추출확률의 역수인 초기가중치를 이용하여 사후층화를 해서 가중치를 계산했을 것임. 그러나 현재의 비확률표본으로는 그렇게 할 수 없음. 그러므로 전적인 확률표본으로 해야 함

2. 조사거부만을 무응답으로 간주하지 말고 대상 확인불가능과 면담불가능도 포함시켜서 무응답률을 계산해야 함. 가중치 없이 계산하지 말고, 초기가중치, 즉 추출확률의 역수를 이용하여 계산하면 더 나음

3. 표본조사의 조사에 경험이 없는 의과대학생 같은 조사원을 사용한 것은 잘못인 것 같고, 설문을 보면 비의료인이 해도 될 것 같음. 따라서 조사 유경험자를 사용하면 더 효율적일 것임

4. 전국적으로 12개의 책임조사기관과 기관장을 두고 조사했다. 이 연구를 맡은 기관이 표본조사회사를 고용하여 전적으로 맡아서 처리했으면 비용이 많이 절감되었을 것임

수집자료 정확성 점검 결과보고
(조사통계)

부 문		통계3
통 계 명		정신질환실태조사
승 인 번 호		11750
작 성 기 관		보건복지부
품질진단팀	연 구 원	김영진
	연구보조	이동훈

제1부 점검계획

○ 점검을 위해 채택된 점검방법, 대상, 내용, 일정 등에 대하여 기술

1. 점검 방법

○ 점검목적

- 현장조사 단계에서 발생할 수 있는 오류 요인들을 파악하기 위해 조사기획자, 조사관리자, 조사원을 대상으로 현장조사 실태를 점검 후 문제점을 파악하고 개선방법을 지도하는데 목적이 있음

○ 점검방법

- 수집자료의 정확성 점검을 위해 2011년 정신질환실태조사 당시 참여 조사원을 면담함

○ 점검내용

- 조사기획자 : 실사관리, 조사관리체계, 부실조사 방지체계, 조사내용 확인체계, 조사표 회수율, 무응답률, 조사원 선발 및 교육, 조사원 업무수행능력 점검 및 향상체계, 조사표 및 원자료 관리 등
- 조사원 : 방문시간대, 면접시간, 재접촉시도 횟수, 이동경비, 표본대체 방법, 불을 가구 관리방법 등

2. 면담(현장방문) 일정

일시	면담대상자/참석자	장소	주요 점검사항
8/1	조사원	가천의대 길병원	자료수집방법 및 현장 점검
8/1	조사원	가천의대 길병원	자료수집방법 및 현장 점검
8/9	조사원	중앙대학교	자료수집방법 및 현장 점검
8/14	조사원	인하대학교	자료수집방법 및 현장 점검
8/23	조사기획자	서울대병원	현장조사 및 조사원 관리체계
8/30	조사기획자	서울대병원	현장조사 및 조사원 관리체계

제2부 점검결과 요약

○ 점검결과 주요 문제점 및 개선의견 정리

구 분	문제점	개선의견
자료수집방법	- 홍보 부족으로 방문시간에 부재중인 경우가 많았음. 특히 대상자가 남자인 경우는 거의 대부분 부재였음 - 재방문 3회 이상, 방문시간대(저녁, 주말)를 조절, 직장 방문으로도 조사가 불가능한 가구는 대체하였음 - 조사원에 대한 신뢰·불안 문제로 응답을 거부하는 사례도 있었음 - 이동경비 미지급	- 조사환경이 계속 악화됨에 따라 이에 대한 홍보 방안 마련이 필요 - 인사장과 방문예정 안내장을 사전에 배부하여 조사 가능한 시간에 방문조사를 실시토록 함 - 각 동사무소에 협조 공문 발송 필요 - 외곽지역을 조사할 때는 추가 이동 비용을 지급하여 조사원이 원활하게 조사할 수 있도록 지원이 필요함
응답자의 개인정보 요구	- 답례품 제공 후 영수증을 위해 주민등록번호와 연락처를 요구하였는데, 개인정보 노출 우려로 답례품 받기를 거부하는 응답자도 있었음	- 주민등록번호 같은 개인정보 요구 금지. 생년월일로 대체 필요
조사원 선발 기준	- 조사원 선발 기준(자격)이 없음 - 조사원 업무 중도 포기로 교체가 잦았음	- 조사원 선발에 있어 가구조사 유경험자를 우선으로 선발
요도 미제공	- 조사원들에게 요도가 제공되지 않아 주소만 보고 가구를 찾아가기 어려웠음	- 각 조사원들에게 요도를 제공하여 보다 정확한 조사가 이루어질 수 있도록 함

구 분	문제점	개선의견
표본 대체 시간	- 표본 대체시 본부로부터 명단 다시 받는데 많은 시간이 소요됨	- 대체 표본을 미리 설정하여 명단 받는 시간을 단축해야 함
조사 대상 교체	- 충북지역에서는 최초 명단에 없는 대상자도 조사하였음(최초 명단과 80% 정도만 일치) - 해당 가구 부재시 옆 가구를 조사한다거나, 남편이 대상자인데 아내를 조사한 경우가 있었음	- 조사원 교육 과정에서 조사 대상을 임의로 변경하는 일이 없도록 철저한 교육이 필요함
면접소요시간	- 면접 소요시간이 90분 이상으로 매우 오래 걸림 - 설문지 끝으로 갈수록 응답자들이 지쳐서 응답률이 저하되고 응답불순이 생김	- 전문조사원 고용 등으로 면접 소요시간 단축
지역 편차	- 지역 관리자의 성향에 따라 조사방법에 차이가 있음 - 비표본오차 발생할 가능성이 있음	- 전문조사업체에 의뢰하여 지역마다 편차가 없이 조사가 진행되어야 함
보고서 내용과 상이한 점	- 보고서에는 강화 지역 399명 완료, 조사원 수 7명으로 표기돼있는데, 면담 결과 400명, 6명으로 확인됨 - 보고서에는 강화지역 응답거부가 121명으로 표기돼있는데, 면담 결과 조사거부는 거의 없었고 응답자 부재가 대부분이라고 확인됨	- 조사원 면담 결과와 보고서 내용에 차이가 있음 - 보고서에 사실 그대로를 표기해야 함
기타	- 응답자들 중에 피드백을 원하는 응답자도 있었음	- 피드백을 원하는 대상자들에게는 우편, 전화, 이메일 등으로 통보하면 좋을 것 같음

제3부 점검결과 종합

○ 점검결과를 통해 현장조사의 오류 유형과 발생 원인을 종합적으로 분석하고, 정확성 제고를 위한 방안 기술

○ 자료 수집 방법

- 홍보 부족으로 방문시간에 부재중인 경우가 많았음. 특히 대상자가 남자인 경우는 거의 대부분이 부재였음
- 대상자 부재시 재방문 3회 이상, 방문시간대(저녁, 주말) 조절, 직장 방문으로도 조사가 불가능한 가구는 대체하였음
- 조사원에 대한 신뢰·불안 문제로 응답을 거부하는 사례도 발생하였음
- 조사 환경이 계속 악화됨에 따라 이에 대한 홍보 방안 마련이 필요하고, 인사장과 방문예정 안내장을 사전에 배부하여 조사 가능한 시간에 방문조사를 실시토록 해야 함
- 이동경비는 따로 지급하지 않았는데, 외곽지역 등을 조사할 때는 추가 이동 비용을 지급하여 조사원이 원활하게 조사할 수 있도록 지원이 필요함

○ 응답자의 개인정보 요구

- 답례품 제공 후 영수증을 위해 주민등록번호와 연락처를 요구하였는데, 개인정보 노출 우려로 답례품 받기를 거부하는 응답자도 있었음.
- 주민등록번호 같은 개인정보 요구하지 말고 생년월일로 대체 필요함

○ 조사원 선발 기준

- 조사원 선발 기준(자격)이 따로 없는데, 조사원 선발에 있어서 가구조사 유경험자를 우선으로 선발하면 응답률을 제고할 수 있음

○ 요도 미제공

- 조사원들에게 요도가 제공되지 않아 주소만 보고 대상 가구를 찾아가기 어려웠음
- 각 조사원들에게 해당 가구의 요도를 제공하여 보다 정확한 조사가 이루어질 수 있도록 해야 함

○ 표본 대체 시간

- 표본 대체시 본부로부터 명단 다시 받는데 많은 시간이 소요됐는데, 대체 표본을 미리 설정하여 명단 받는 시간을 단축해야 함

○ 조사 대상 교체

- 충북지역에서는 최초 명단에 없는 대상자도 조사하였음(최초 명단과 80% 정도 일치)
- 해당 가구 부재시 옆가구를 조사한다거나, 남편이 대상자인데 아내 밖에 없어서 아내를 조사한 경우가 있었음
- 조사원 교육 과정에서 조사 대상을 임의로 변경하는 일이 없도록 철저한 교육이 필요함

○ 면접 소요시간

- 면접 소요시간이 90분 이상으로 매우 오래 걸리는데, 전문조사원 고용 등으로 면접에 소요되는 시간을 단축할 수 있도록 해야 함

○ 지역 편차

- 각 지역관리자의 성향에 따라 조사방법에 차이가 있어 비표본오차 발생할 가능성이 있는 것으로 판단됨
- 전문조사업체에 의뢰하여 지역의 편차가 없이 조사가 진행되어야 할 것으로 보임

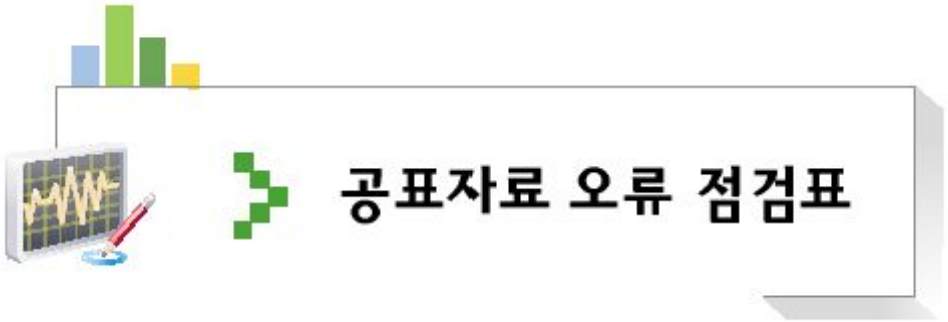
○ 보고서 내용과 상이한 점

- 보고서에는 강화지역 399명 완료했다고 표기돼있는데, 면담 결과 400명 완료로 확인됨
- 보고서에는 강화지역 조사원 수 7명으로 표기돼있는데, 면담 결과 6명으로 확인됨
- 보고서에는 강화지역 응답거부가 121명으로 표기돼있는데, 면담 결과 조사거부는 거의 없었고 응답자 부재가 대부분이라고 확인됨
- 조사원 면담 결과와 보고서 내용에 차이가 있는데, 보고서에 사실 그대로를 표기해야 함

○ 기타

- 응답자들 중에 피드백을 원하는 응답자도 있었음
- 자신이 정신질환에 해당하는지 알고 싶어함
- 피드백을 원하는 대상자들에게는 우편, 전화, 이메일 등으로 통보하면 좋을 것 같음

3. 공표자료 오류 점검표



공 표 자 료 명	2011년도 정신질환실태 역학조사				
공 표 시 기	2012년 2월				
공 표 주 기	①월	②분기	③반기	❹(5)년	⑤부정기

부 문		통계3
통 계 명		정신질환실태조사
승 인 번 호		11750
작 성 기 관		보건복지부
진 단 일 자		2013년 8월
품질진단팀	연 구 원	김영진
	연구보조	이동훈

1.수치자료

진 단 항 목	적절	부적절	오류 내용 (구체적으로 기입)
1-1. 통계작성기관의 통계간행물과 통계 DB의 수치 일치 여부 - 최근 발행된 간행물과 자료생산기관의 DB를 비교하여 점검	√	□	
1-2. 시계열 자료의 일관성 - 시계열 자료에 단절이 없는지 확인 - 단절이 있는 경우 그 사실 및 원인이 명시되어 있는지 확인 - 이용자가 변경내용을 알 수 있도록 충분한 설명을 제시하고 있는지 확인	√ √ √	□ □ □	
1-3. 통계개편 등으로 인한 통계작성방법 변경이 공표자료에 정확히 반영되었는지 여부 - 통계작성방법이 메타자료에서 기술한 통계작성방법과 일치하는지 확인	√	□	
1-4. 통계수치의 정확성 - 통계표의 가로합/세로합 불일치 확인 - 통계표에 비상식적인 수치 확인 - 시계열 상의 이상치(과대, 과소 수치) 확인	√ √ √	□ □ □	

2. 통계표 형식 및 내용

진 단 항 목	적절	부적절	오류 내용
2-1. 통계표 형식의 통일성 - 통계표상 한글, 영문의 표기 위치, 방법 등의 통일 여부 확인	√	□	
2-2. 통계표에 수록된 항목과 내용의 일치성 - 항목과 내용의 일치여부 확인 - 다른 통계를 인용한 경우 출처에 있는 통계표와 일치여부 확인	√ √	□ □	
2-3. 통계표에 사용된 기호의 적절성 - 통계표의 내용 이해에 꼭 필요한 기호들이 알맞게 표기되고 있는지 또는 누락되었는지 확인	√	□	

2. 통계표 형식 및 내용 (계속)

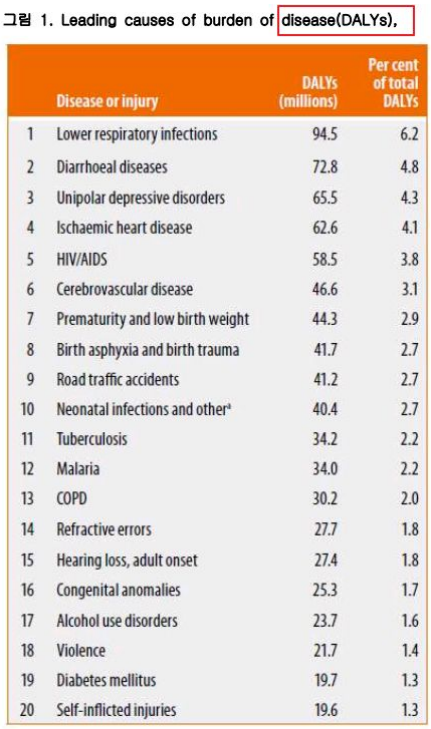
진 단 항 목	적절	부적절	오류 내용
2-4. 통계수치 표기의 일관성 - 통계표 내 항목별 소수 자리 및 반올림 일치 여부 확인	☑	☐	
2-5. 단위 표기의 적절성 - 명, 개, % 등 통계표의 내용이해에 꼭 필요한 통계단위가 표기되어 있는지 확인	☑	☐	
- 적절한 단위를 사용하고 있는지, 인용된 통계의 경우 출처의 단위와 일치하는지, 단위 환산이 정확한지 등 확인	☑	☐	
- 단위 표기가 통계표의 일관된 위치에 있는지 확인	☑	☐	
2-6. 주석 표시의 합리성 - 통계표 이해에 꼭 필요한 주석이 누락되지 않았는지 확인	☑	☐	
- 주석과 통계표의 내용이 일치하는지 확인	☑	☐	
- 주석과 통계표의 번호가 일치하는지 확인	☑	☐	
2-7. 자료 출처의 명확성 - 인용한 통계표의 출처가 명기되었는지 확인	☑	☐	
- 출처기관과 출처간행물이 올바르게 기재되었는지 여부 확인	☑	☐	
2-8. 도표, 그림 등의 정확성 - 도표나 그림이 정확한 수치로 작성되었는지 확인	☑	☐	
- 도표나 그림 등이 오해를 유발하지 않도록 수치에 알맞은 크기나 영역으로 표시되었는지 확인	☑	☐	

3. 용어해설 부분

진 단 항 목	적절	부적절	오류 내용
3-1. 용어정의의 적절성 - 주요 용어에 대한 정의가 적절하게 작성되어 있는지 확인	☑	☐	
3-2. 인용한 통계의 경우, 자료를 제공한 기관에서 사용하는 용어와의 일치성 - 자료를 제공한 기관의 간행물과 비교해서 동일내용에 대한 용어사용이 서로 일치하는지 확인 (영문 표기 포함)	☑	☐	
3-3. 용어의 통일성 - 간행물 전체적으로 동일 내용에 대해서는 동일한 용어를 사용하고 있는지 확인	☑	☐	

4. 기타 오류

진 단 항 목	적절	부적절	오류 내용
4-1. 목차, 색인 등과 본문의 일치성 - 통계표의 목차와 본문의 제목 및 페이지가 일치하는지 확인	☑	☐	
- 색인에 표기된 페이지에 해당 내용이 수록되어 있는지 확인	☐	☑	별도 표기
4-2. 한글 및 영문 표기의 적절성 - 맞춤법, 오타, 누락, 영어단어 표기 등을 확인 - 의미에 맞는 영문 표기 여부, 영문 설명 시 문장이나 단어의 누락 등으로 의미가 왜곡되는지 확인	☐	☑	별도 표기
4-3. 통계표 제목의 적절성 - 제목이 통계표 내용을 대표하며 내용에 적합한지 확인	☑	☐	

진단항목	오류 내용
4-1. 목차, 색인 등과 본문의 일치성	- 누락(목차) : 1.1 탐색흐름도(probe flow chart) -------362 누락됨 - 오타(목차) : 참고문헌 **351** → **353** - 오타(목차) : 부록 **359** → **361** - 오타(목차) : 1. 한국어판 CIDI(K-CIDI) 내용 개요 **360** → **362** - 오타(목차) : 1.2 K-CIDI 각 장의 내용 및 B1, J1 카드 **361** → **363** - 오타(목차) : 2. 지역권 책임연구자 **374** → **376** - 오타(목차) : 3. 조사 안내문 **375** → 참고문헌 **377** - 오타(목차) : 4. 협조문 **376** → **378** - 오타(목차) : 5. 용어 해설집 **377** → 참고문헌 **379** _ 참 고 문 헌 ..... 351 부 록 ..... 359 1. 한국어판 CIDI(K-CIDI) 내용 개요 ..... 360 1.2. K-CIDI 각 장의 내용 및 B1, J1 카드 ..... 361 2. 지역권 책임연구자 ..... 374 3. 조사 안내문 ..... 375 4. 협조문 ..... 376 5. 용어 해설집 377
4-2. 한글 및 영문 표기의 적절성	- 오타(p. 2, 그림 1) : 그림 1. Leading causes of burden of disease(DALYs), → 그림 1. Leading causes of burden of disease(DALYs)  그림 1. Leading causes of burden of disease(DALYs), Disease or injury / DALYs (millions) / Per cent of total DALYs 1 Lower respiratory infections 94.5 6.2 2 Diarrhoeal diseases 72.8 4.8 3 Unipolar depressive disorders 65.5 4.3 4 Ischaemic heart disease 62.6 4.1 5 HIV/AIDS 58.5 3.8 6 Cerebrovascular disease 46.6 3.1 7 Prematurity and low birth weight 44.3 2.9 8 Birth asphyxia and birth trauma 41.7 2.7 9 Road traffic accidents 41.2 2.7 10 Neonatal infections and other[a] 40.4 2.7 11 Tuberculosis 34.2 2.2 12 Malaria 34.0 2.2 13 COPD 30.2 2.0 14 Refractive errors 27.7 1.8 15 Hearing loss, adult onset 27.4 1.8 16 Congenital anomalies 25.3 1.7 17 Alcohol use disorders 23.7 1.6 18 Violence 21.7 1.4 19 Diabetes mellitus 19.7 1.3 20 Self-inflicted injuries 19.6 1.3 - 누락(p. 3, 요약본) : 성인 인구 **6000명** → 성인 인구 **6,000명** - 맞춤법(p. 4, 요약본) : 각 가구에서 **한명**만을 조사대상으로 선정하였다. → 각 가구에서 **한 명**만을 조사대상으로 선정하였다. - 누락(p. 11, 요약본) : 조사 거부를 한 사람이 **1628명**, 조사 완료를 한 사람이 **6022명** → 조사 거부를 한 사람이 **1,628명**, 조사 완료를 한 사람이 **6,022명** - 맞춤법(p. 12, 요약본) : 일반인 열 명 중 **한명**은 → 일반인 열 명 중 **한명**은 - 맞춤법(p. 17, 요약본) : 남자 다섯 명 중 **한명**은 → 남자 다섯 명 중 **한**

4-2.
한글 및
영문 표기의
적절성

명은

- 맞춤법(p. 4, 본문) : **두가지** 진단체계를 모두 포함하여 → **두 가지** 진단체계를 모두 포함하여

- 오타(p. 8, 본문) : 정신보건사업이 시행되었다. **(2011 정신보건사업 안내, 보건복지부)** → 정신보건사업이 시행되었다**(2011 정신보건사업 안내, 보건복지부).**

- 오타(p. 12, 본문) : 밝혀졌다. **<그림 8, 표2, 3>** → 밝혀졌다**<그림 8, 표 2, 3>.**

- 맞춤법(p. 14, 본문) : 분석한 것이 **있다** (Bromet 등, 2011). → 분석한 것이 **있다**(Bromet 등, 2011).

- 오타(p. 15, 본문) : 보인다. (Seedat 등, 2010) → 보인다(Seedat 등, 2010).

- 오타(p. 15, 본문) : 받았다. (Kessler 등, 2011) → 받았다(Kessler 등, 2011).

- 맞춤법(p. 23, 본문) : **7,867명 이었고** → **7,867명이었고**

- 오타(p. 24, 본문) : 중국(평생유병률 5.7%)12)이나 일본(일 년 유병률 1.7%)13)에 비하여 높은 수준이었다. → 중국(평생유병률 5.7%)이나 일본(일 년 유병률 1.7%)에 비하여 높은 수준이었다.

- 오타(p. 24, 표 7.) : **.의료서비스** → **의료서비스**

표 7. 2011년 전국 정신질환 실태조사를 위한 도구 개발

전국 정신질환 실태조사 도구 개발	
2006년 연구	**2011 연구**
대상은 만 18세에서 64세의 성인 ⟹	노인을 포함하기 위해 만 18세에서 74세까지를 조사대상으로 함 노인이 조사를 진행하기에 어려움은 없을지 표현을 점검함
자살에 대한 사회적 관심 증가 ⟹	자살관련행동을 조사하고, 자살관련행동의 동기 등 구체적인 부분을 보완
인터넷 중독 및 도박 중독에 대한 실태조사 ⟹	인터넷 중독이나 도박 중동에 대한 도구의 적용. 인터넷 중독의 경우 구체적인 내용을 보완
의료서비스 이용률이 아직 낮음이 보고됨 ⟹	.의료서비스 이용에 대한 도구 사용, 2006년도와 비교할 수 있도록 함

- 누락(p. 31 본문) : 성인 인구 **6000명**으로 한다. 2006년 조사 시 **13000여명**의 조사대상자 중 **6500여명**을 조사완료하였던 것을 고려하여 → 성인 인구 **6,000명**으로 한다. 2006년 조사 시 **13,000여명**의 조사대상자 중 **6,500여명**을 조사완료하였던 것을 고려하여

- 오타(p. 35, 표 13) : 통,행정리와 조사구번호가 뒤바뀜

4-2.
한글 및
영문 표기의
적절성

표 13. 표본조사구

서울 강동구			
동	통,행정리	조사구번호	가구수
성내2동	27	8	39
성내2동	60	6	70
천호2동	236	2	64
성내2동	149	15	53
천호2동	56	11	47
성내2동	160	19	67
천호2동	215	2	63
성내2동	190	1,2	75
암사3동	30	20	57
천호2동	44	21,23	55
성내2동	36	33	39
성내2동	77	22	56
성내2동	50	31	50
성내2동	177	17	40
천호2동	134	8	74
성내2동	57	7	39
천호2동	219	30	62
성내2동	51	31	52

- 오타(p. 40, 표 13) : 통,행정리와 조사구번호가 뒤바뀜

수원 권선구			
동	통,행정리	조사구번호	가구수
구운동	49	8	56
권선1동	130	6	69
권선2동	36	12	64
권선1동	102	21	103
서둔동	59	56	68
권선2동	86	5,25	48
권선1동	160	17	32
구운동	60	6	49
구운동	78	30	59
권선1동	35	25	53
구운동	21	2,3	67
곡선동	22	37	72
서둔동	73	15	69
서둔동	231	19	50
서둔동	7	16	41
금호동	110	22	61
곡선동	72	24,30	65
권선1동	163	13	52
금호동	21	16	79
금호동	132	25	50
금호동	134	25	63
금호동	141	3,4,6	73
금호동	4	20	78
권선1동	40	23	58
권선1동	96	12	57

- 오타(p. 42, 표 13) : 통,행정리와 조사구번호가 뒤바뀜

4-2.
한글 및
영문 표기의

적절성

충북 청주시			
동	통,행정리	조사구번호	가구수
율량,사천동	228	36	64
율량,사천동	93	27	60
율량,사천동	244	23	46
내덕2동	64	7	58
율량,사천동	161	3	45
율량,사천동	46	16	78
율량,사천동	194	54	56
율량,사천동	148	42	61
율량,사천동	237	23	64
내덕2동	32	3,4	48
율량,사천동	5	10,12	54
율량,사천동	119	21	51
율량,사천동	91	4	66
충북 청원군			
동	통,행정리	조사구번호	가구수
남이면	4	비룡1,2리	72
문의면	12	미천2,3,5리	47
남이면	1	산막리	54
남이면	30	척북3리	32
현도면	21	죽전1, 중삼리	67
가덕면	17	노동1,2리	67
문의면	15	미천2,3리	45
남일면	31	효촌7리	45
현도면	37	양촌1, 가좌리	66
현도면	14	시목1,2	52
가덕면	2	국전1, 삼항2	56
남일면	1	화당1,2	65

- 오타(p. 43, 표 13) : 통,행정리와 조사구번호가 뒤바뀜

전라도 광주 서구			
동	통,행정리	조사구번호	가구수
유덕동	4	4	72
금호1동	39	2	54
양동	10	6	65
유덕동	62	16	51
풍암동	87	9	58
금호1동	5	1	54
풍암동	62	10	74
풍암동	1	23	30
금호1동	59	2	49
금호1동	83	20	64
금호1동	70	10	75
풍암동	214	5	71
풍암동	39	13	52
전라도 나주			
동	통,행정리	조사구번호	가구수
남평읍	25	동사리1, 교촌리	41
왕곡면	3	행전1,2리	58
왕곡면	23	본양1,2리	67
남평읍	17	교원3리	69
성북동	17	성북3,7통	31
송월동	28	15통	63
남평읍	6	오계2, 우산4리	61
송월동	45	9통	54
남평읍	40	대교1리	43
송월동	20	13통	69
성북동	21	성북19통	58
성북동	63	성북11통	49
남평읍	7	오계1리	57

4-2. 한글 및 영문 표기의

- 오타(p. 45, 표 13) : 통,행정리와 조사구번호가 뒤바뀜

적절성

경상도 울산 동구			
동	통, 행정리	조사구번호	가구수
전하2동	67	1,2	56
남목2동	15	22	57
화정동	29	28	64
화정동	95	3	59
남목2동	30	21	52
남목2동	160	11	58
화정동	88	3,5	73
전하2동	27	10,11,12	79
남목2동	107	2	60
화정동	27	15	51
전하2동	11	16	50
남목2동	63	18,19	53
남목2동	28	22	57
남목2동	158	11	57
전하2동	49	11,16	39
화정동	75	6	70
남목2동	57	32	48
전하2동	57	3	57
화정동	37	14	45
화정동	15	11	52
화정동	108	2	55
전하2동	64	2	63
화정동	77	6	69
화정동	24	13	45
화정동	97	26,28	61
전하2동	48	11	72

- 오타(p. 48, 본문) : 개발되었다. (Robins et al., 1988) → 개발되었다 (Robins et al., 1988).

- 오타(p. 48, 본문) : 밝혀졌다. (wittchen HU, 1994; Kessler RC, Ustun TB, 2004) → 밝혀졌다(wittchen HU, 1994; Kessler RC, Ustun TB, 2004).

- 오타(p. 56, 본문) : **반응율** → **반응률**

- 오타(p. 73, 본문) : 가장 높았다. **<표 25, 표 26>** → 가장 높았다**<표 25, 표 26>.**
- 오타(p. 73, 본문) : 가장 높았다 **<표 27, 표 28>.** → 가장 높았다**<표 27, 표 28>.**
- 오타(p. 73, 본문) : 2배 이상 높았다. **<표 27, 표 28>** → 2배 이상 높았다**<표 27, 표 28>.**

- 오타(p. 102, 본문) : 유병률을 보였다. **<그림 43, 표 50>.** → 유병률을 보였다**<그림 43, 표 50>.**

- 오타(p. 102, 본문) : 유병률을 보였다. **<그림 41, 표 50>.** → 유병률을 보였다**<그림 41, 표 50>.**

4-2.
한글 및
영문 표기의
적절성

- 오타(p.103, 그림 36. 그림 37.) : 연령군 **60~64세** → **60~69세**로 수정

그림 36. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 연령에 따른 분포

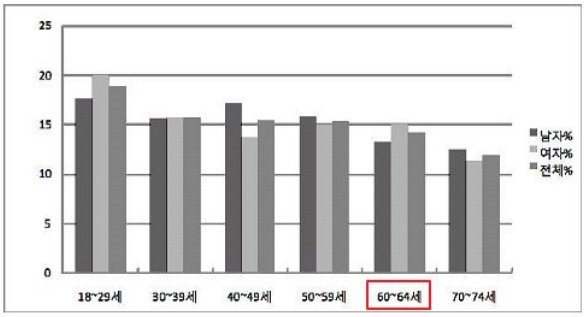
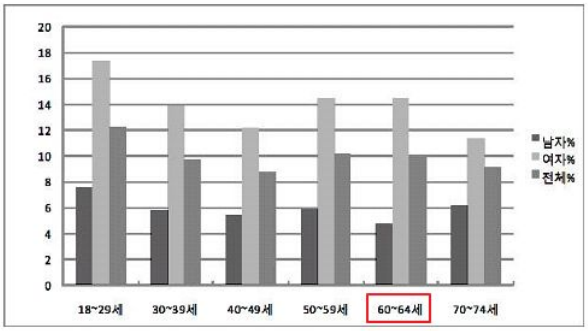


그림 37. 지난 일 년 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 연령에 따른 분포 (알코올/니코틴 사용장애 제외)



4-2.
한글 및
영문 표기의
적절성

- 오타(p.108~116, 표 43. ~ 표 51.) : 연령군 60~64세 → 60~69세

표 43 . 평생 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	30.0	1.9	29.4	1.5	29.7	1.2
30~39세	34.1	1.9	24.0	1.4	29.1	1.1
40~49세	34.5	1.9	21.6	1.3	28.1	1.1
50~59세	31.9	1.9	22.7	1.3	27.2	1.1
60~64세	26.8	1.8	20.0	1.3	23.2	1.1
70~74세	24.1	1.7	15.4	1.2	19.2	1.0
결혼상태						
기혼	31.0	1.9	20.3	1.3	25.4	1.1
이혼/별거/사별	41.9	2.0	29.7	1.5	33.9	1.2
미혼	30.6	1.9	28.6	1.5	29.9	1.2
교육(년)						
무학	38.1	2.0	25.8	1.4	28.2	1.1
1~6년	30.8	1.9	24.8	1.4	26.8	1.1
7~9년	31.2	1.9	23.2	1.4	26.9	1.1
10~12년	34.0	1.9	20.4	1.3	27.3	1.1
13년 이상	30.1	1.9	25.6	1.4	28.1	1.1
취업상태						
전일제	31.4	1.9	21.6	1.3	28.0	1.1
부분제	39.5	2.0	27.9	1.4	33.5	1.2
미취업	30.6	1.9	23.9	1.4	26.3	1.1
거주지역						
도시	38.8	2.6	21.9	1.8	30.3	2.1
농촌	35.6	3.2	20.5	1.4	28.6	2.0
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	32.2	1.9	26.4	1.4	29.1	1.1
중: 200만~300만	33.7	1.9	22.3	1.3	28.4	1.1
상: 300만 이상	32.8	1.9	22.0	1.3	27.6	1.1
전체	31.7	1.9	23.5	1.4	27.6	1.1

· SE(Standard Error): 표준 오차

- 오타 (p. 113, 표 48.) : 연령군 70·~74세 → 70~74세

표 48. 지난 한달 동안 한 번 이상 정신장애를 앓은 적이 있는 대상자의 사회인구학적 분포 (니코틴 사용장애 제외)

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	12.2	1.3	16.3	1.2	14.2	0.9
30~39세	9.1	1.2	14.2	1.1	11.7	0.8
40~49세	9.2	1.2	11.7	1.0	10.4	0.8
50~59세	8.7	1.1	13.7	1.1	11.3	0.8
60~64세	8.2	1.1	13.7	1.1	11.1	0.8
70~74세	8.0	1.1	11.3	1.0	9.9	0.8
결혼상태						
기혼	7.9	1.1	12.5	1.1	10.3	0.8
이혼/별거/사별	12.1	1.3	16.9	1.2	15.4	0.9
미혼	12.2	1.3	15.6	1.2	13.4	0.9
교육(년)						
무학	14.3	1.4	19.6	1.3	18.6	1.0
1~6년	10.1	1.2	17.8	1.2	14.9	0.9
7~9년	10.8	1.3	15.5	1.2	13.5	0.9
10~12년	11.0	1.3	11.5	1.0	11.3	0.8
13년 이상	8.1	1.1	13.8	1.1	10.7	0.8
취업상태						
전일제	8.3	1.1	12.5	1.1	9.7	0.7
부분제	9.2	1.2	17.3	1.2	13.0	0.8
미취업	12.2	1.3	14.1	1.1	13.4	0.9
거주지역						
도시	10.0	1.0	10.7	1.0	10.4	0.9
농촌	10.1	2.4	11.1	1.1	10.6	1.6
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	12.1	1.3	15.9	1.2	14.1	0.9
중: 200만~300만	9.8	1.2	12.8	1.1	11.2	0.8
상: 300만 이상	8.1	1.1	11.8	1.0	9.9	0.8
전체	9.6	1.2	13.8	1.1	11.7	0.8

· SE(Standard Error): 표준 오차

4-2. 한글 및 영문 표기의 적절성

- 오타(p. 118, 본문) : 비슷하였다. **<표 53, 그림 50>** → 비슷하였다**<표 53, 그림 50>.**

- 오타(p. 125, 본문) : 가장 높았다. **<표 56, 그림 54>.** → 가장 높았다**<표 56, 그림 54>.**

- 오타(p. 125, 본문) : 비슷하였다. **<표 56, 그림 56>.** → 비슷하였다**<표 56, 그림 56>.**

- 오타(p. 135, 본문) : 비슷하였다. **<표 61, 그림 63>.** → 비슷하였다**<표 61, 그림 63>.**

- 오타(p. 135, 본문) : 나타났다. **<표 63>.** → 나타났다**<표 63>.**

- 누락(p. 143, 표 64) : **[a]zero-order odds ratio 누락**

- 오타(p. 169, 본문) : 조사되었다<표 79>.**(중앙정신보건사업지원단, 2011)** → 조사되었다<표 79>**(중앙정시보건사업지원단, 2011).**
- 오타(p. 175, 본문) : 일년유병률은 0.3%이다. **<표 81>.** → 일년유병률은 0.3%이다**<표 81>.**

- 오타(p. 196, 본문) : 경향을 보였다. **<표 93, 그림 118>.** → 경향을 보였다**<표 93, 그림 118>.**

- 오타(p. 227, 표 107) : 연령군 **60~64세 → 60~69세**

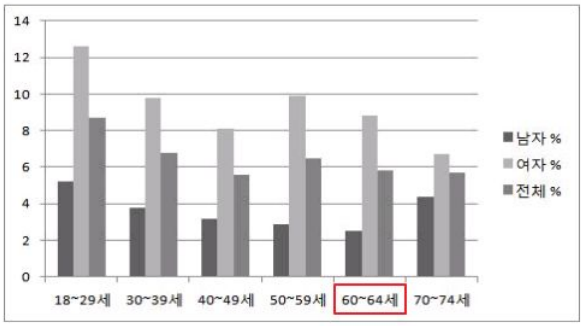
표 107. 불안장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	5.2	1.7	12.6	2.6	8.7	1.5
30~39세	3.8	1.5	9.8	2.3	6.8	1.4
40~49세	3.2	1.3	8.1	2.0	5.6	1.2
50~59세	2.9	1.4	9.9	2.5	6.5	1.5
60~64세	2.5	1.7	8.8	3.0	5.8	1.8
70~74세	4.4	3.8	6.7	4.0	5.7	2.8
결혼상태						
기혼	2.4	0.7	8.9	1.3	5.8	0.8
이혼/별거/사별	5.2	2.8	11.0	2.8	9.1	2.1
미혼	5.6	1.4	11.6	2.5	7.9	1.3
교육(년)						
무학	4.8	9.1	11.3	6.3	10.2	5.5
1~6년	4.3	2.8	12.4	3.4	9.4	2.4
7~9년	4.7	2.5	11.0	3.4	8.1	2.2
10~12년	4.5	1.2	7.3	1.6	5.9	1.0
13년 이상	2.8	0.9	10.8	1.8	6.4	0.9
취업상태						
전일제	3.1	0.8	8.8	1.8	5.1	0.8
부분제	3.1	2.4	9.6	1.9	6.1	2.4
미취업	5.0	1.3	10.3	1.4	8.4	1.0
거주지역						
도시	3.9	0.8	10.0	1.2	7.0	0.7
농촌	2.9	1.3	9.0	2.3	5.9	1.3
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	6.8	1.7	11.8	2.0	9.5	1.3
중: 200만~300만	2.4	1.1	9.6	2.4	5.7	1.3
상: 300만 이상	2.9	1.1	8.3	1.9	5.5	1.1
전체	3.7	0.7	9.8	1.1	6.8	0.6

·SE: 표준오차

- 오타(p. 228, 그림 133) : 연령군 60~64세 → 60~69세

그림 133. 불안장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포



- 오타(p. 235, 표 110) : 연령군 60~64세 → 60~69세

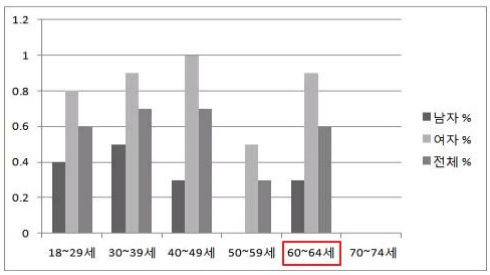
표 110. 공박장애 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.4	0.5	0.8	0.7	0.6	0.4
30~39세	0.5	0.5	0.9	0.7	0.7	0.5
40~49세	0.3	0.4	1.0	0.7	0.7	0.4
50~59세	0.0	0.0	0.5	0.6	0.3	0.3
60~64세	0.3	0.6	0.9	1.0	0.6	0.6
70~74세	0.0	0.0	0.7	1.3	0.4	0.8
결혼상태						
기혼	0.1	0.1	0.8	0.4	0.4	0.2
이혼/별거/사별	0.4	0.8	0.8	0.8	0.7	0.6
미혼	0.8	0.6	1.0	0.8	0.8	0.4
교육(년)						
무학	0.0	0.0	2.1	2.9	1.7	2.3
1~6년	0.5	1.0	0.5	0.7	0.5	0.6
7~9년	0.7	1.0	0.6	0.9	0.7	0.7
10~12년	0.3	0.3	0.7	0.5	0.5	0.3
13년 이상	0.3	0.3	1.0	0.6	0.6	0.3
취업상태						
전일제	0.2	0.2	0.7	0.5	0.4	0.2
부분제	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
미취업	0.6	0.5	1.0	0.5	0.8	0.3
거주지역						
도시	0.3	0.2	0.8	0.4	0.6	0.2
농촌	0.3	0.4	0.8	0.7	0.6	0.4
소득수준(만/월)						
하: 200만 미만	0.3	0.4	0.7	0.5	0.5	0.3
중: 200만~300만	0.3	0.4	0.5	0.6	0.4	0.3
상: 300만 이상	0.2	0.3	0.7	0.6	0.5	0.3
전체	0.3	0.2	0.8	0.3	0.6	0.2

· SE(Standard Error): 표준 오차

- 오타(p. 236, 그림 139) : 연령군 60~64세 → 60~69세

그림 139. 강박장애 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포



- 오타(p. 262, 본문) : 낮은 수준을 보이고 있다. <표 124>. → 낮은 수준을 보이고 있다<표 124>.

- 오타(p. 269, 표 126) : 10.0 → 100.0

표 126. 광장공포증 발병연령의 분포

연령(세)		14세 이하	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-70	70-74	전체
남자	환자수	6	3	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	12
	백분율	50.0	25.0	0.0	0.0	16.7	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
여자	환자수	4	1	3	1	4	1	1	1	0	1	0	0	0	17
	백분율	23.5	5.9	17.6	5.9	23.5	5.9	5.9	5.9	0.0	5.9	0.0	0.0	0.0	10.0
전체	환자수	10	4	3	1	6	1	2	1	0	1	0	0	0	29
	백분율	34.5	13.8	10.3	3.4	20.7	3.4	6.9	3.4	0.0	3.4	0.0	0.0	0.0	100.0

- 오타(p. 281, 본문) : , 이혼/별거/사별 (OR=1.7, p=0.036), 소득수준 낮음(200만원 미만)이 통계적으로 유의한 위험요인이었다<표>. → 삭제

- 누락(p. 301, 표 142) : 18084 → 18,084

표 142. 신체형장애 일년유병률과 추정환자 수

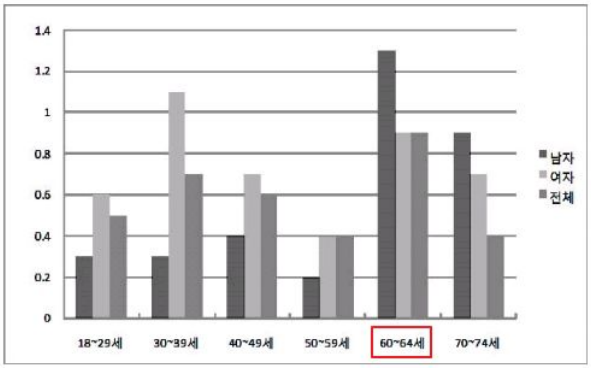
진단	남자		여자		전체	
	유병률(%)	추정환자수 (명)	유병률(%)	추정환자수 (명)	유병률(%)	추정환자수 (명)
신체화장애[a]	0.0	0	0.1(n=3)	18084	0.0(n=3)	18084
전환장애[b]	0.2	36,028	0.8	144,669	0.5	180,487
동통장애	0.1	18,014	0.6	108,502	0.4	144,390
건강염려증	0.4	72,056	0.7	126,585	0.6	216,585
전체	0.7	126,097	1.9	343,588	1.3	469,267

[a]여자 일년유병률 0.0%는 0.099%에서 반올림, 전체의 0.0%는 0.049%에서 반올림.

- 오타(p. 325, 본문) : 보이고 있다.<표 157, 그림 205>. → 보이고 있다 <표 157, 그림 205>.

- 오타(p. 327, 그림 204) : 연령군 60~64세 → 60~69세

그림 204. 건강염려증 일년유병률의 성별 및 연령에 따른 분포



- 오타(p. 329, 표 157) : 연령군 60~64세 → 60~69세

표 157. 건강염려증 일년유병률의 사회인구학적 분포

	남자		여자		전체	
	%	SE	%	SE	%	SE
연령군						
18~29세	0.3	0.4	0.6	0.6	0.5	0.4
30~39세	0.3	0.4	1.1	0.8	0.7	0.5
40~49세	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.4
50~59세	0.2	0.4	0.4	0.5	0.4	0.4
60~64세	1.3	1.2	0.9	1.0	0.9	0.7
70~74세	0.9	1.7	0.7	1.3	0.4	0.8
결혼상태						
기혼	0.6	0.4	0.7	0.4	0.7	0.3
이혼/별거/사별	0.0	0.0	1.1	0.9	0.7	0.6
미혼	0.2	0.3	0.5	0.6	0.3	0.3
교육(년)						
무학	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1~6년	0.5	1.0	0.3	0.6	0.3	0.4
7~9년	0.7	1.0	1.3	1.2	1.0	0.8
10~12년	0.3	0.3	0.6	0.5	0.4	0.3
13년 이상	0.4	0.3	0.8	0.4	0.6	0.3
취업상태						
전일제	0.2	0.2	0.8	0.6	0.4	0.2
부분제	0.0	0.0	2.0	2.0	1.0	1.0
미취업	0.8	0.5	0.5	0.3	0.6	0.3
거주지역						
도시	0.4	0.3	0.7	0.3	0.5	0.2
농촌	0.5	0.6	0.8	0.7	0.6	0.4
소득수준(원/월)						
하: 200만 미만	0.2	0.3	0.7	0.5	0.5	0.3
중: 200만~300만	0.7	0.6	1.0	0.8	0.9	0.5
상: 300만 이상	0.2	0.3	0.6	0.5	0.4	0.3
전체	0.4	0.2	0.7	0.3	0.6	0.2

· SE(Standard Error): 표준 오차

- 오타(p. 339, 본문) : 사망하는 것이다. (2010, 통계청) → 사망하는 것이다(2010, 통계청).

- 오타(p. 339, 본문) : 조사하였다.<표 164> → 조사하였다<표 164>.

- 오타(p. 339, 본문) : 0.3%였다.<표 165>. → 03%였다<표 165>.

- 오타(p. 340, 본문) : 유병률이 높았다. <표 166>. → 유병률이 높았다 <표 166>.

- 오타(p. 340, 본문) : 가장 많았다. <그림 210~212> → 가장 많았다<그림 210~212>.

- 오타(p. 340, 본문) : 경우도 있었다. <그림 213> → 경우도 있었다<그림 213>.

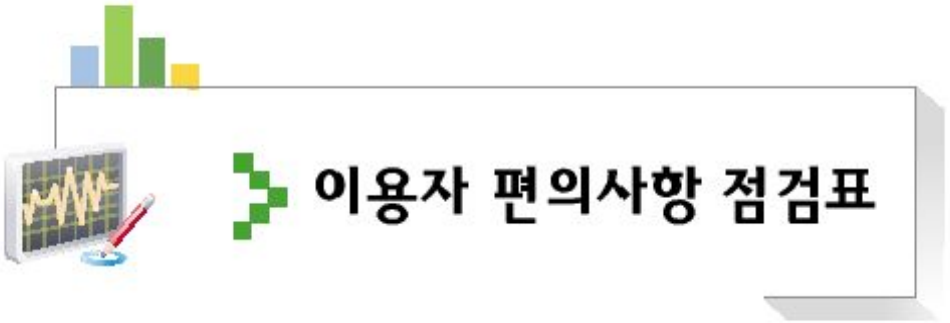
- 오타(p. 340, 본문) : 가능성이 있다. <그림 214> → 가능성이 있다<그림 214>.

- 오타(p. 340, 본문) : 26.3%로 나타났다. <표 167> → 26.3%로 나타났다<표 167>.

- 오타(p. 340, 본문) : 흔한 것으로 나타났다. <표 168>. → 흔한 것으로 나타났다<표 168>.

- 오타(p. 349, 본문) : 흔한 답이었다.<표 172, 그림 220>. → 흔한 답이었다<표 172, 그림 220>.

4. 이용자 편의사항 점검표



발 간 물 명	2011년도 정신질환실태 역학조사				
발 간 시 기	2012년 2월				
발 간 주 기	①월	②분기	③반기	❹ (5)년	⑤부정기

부 문		통계3
통 계 명		정신질환실태조사
승 인 번 호		11750
작 성 기 관		보건복지부
진 단 일 자		2013년 8월
품질진단팀	연 구 원	김영진
	연구보조원	이동훈

1. 이용자를 위하여

진 단 항 목	근거자료	의견
1-1. 소개 「이용자를 위하여」,「자료이용시 유의사항」 등 이용자를 위한 소개부분이 있다.		없음 (추후 보고서에는 필히 포함되어야 함)
1-2. 부록(참고자료) 통계자료 활용에 참고 되는 내용을 부록으로 싣고 있다. · 통계작성기준, 산업 또는 직업분류기준, 용어해설 등의 참고자료 수록	보고서 부록 p. 379~383 용어해설집	용어해설집 외에 조사표, 지역책임자 명단, 조사안내문, 협조문 등이 포함돼 있음
1-3. 기호 통계표 등에 사용되는 각각의 기호들의 의미를 명시하고 있다.	보고서 p. 66~352 각 표	대부분 표시되어 있으나, Odds ratio, 대응위험도(zero-order odds ratio) 등의 설명이 부족함
1-4. 잠정치, 확정치 통계간행물에 잠정치를 수록할 경우 잠정치의 표시 및 설명과 확정치의 공표 예정 일자를 명시하고 있다. · 잠정치로부터 의사결정을 최소화하기 위하여 잠정치 산출이유와 확정치 공표 시점이 반드시 제공되어야 하며, 눈에 잘 띄는 부분에 이러한 내용을 명시하여야 한다.	해당없음	해당없음
1-5. 자료 출처 통계간행물에 수록된 통계분석과 관련된 정보를 포함하고 있는 자료출처를 이용자들의 눈에 잘 띄게 간행물에 수록하고 있다.	보고서 p. 66~352 각 표 p. 353~360 참고문헌	자료출처를 주석 및 참고문헌을 통해 밝히고 있음
1-6. 제공 매체 통계간행물 이외의 다른 매체를 통해 자료가 제공되는 경로를 표시하고 있다. · 통계DB이용방법, 인터넷 사이트 주소, 마이크로데이터 구매절차		없음 (마이크로데이터 제공 서비스 및 이용방법, 제공경로 등 체계적인 절차 수립 필요)
1-7. 문의처 통계작성방법과 자료 수집방법에 대한 추가 정보를 문의할 수 있도록 연락처를 제공하고 있다. · 통계작성 또는 조사체계에 대한 충분한 식견이 있는 개별 직원에게 직접 연락되어야 한다.		없음 (담당부서의 대표전화번호, 이메일 등 기재 필요)

2. 조사정보

진 단 항 목	근거 자료	의견
2-1. 통계작성 목적 통계작성의 목적을 명확하게 제시하고 있다. · 유사통계와 차이점 포함	보고서 p. 1~8, p. 10~25	연구목적 명시되어 있고, 국내외 연구와 비교함
2-2. 통계 연혁 통계의 주요 연혁을 설명하고 있다.	보고서 p. 21~25 국내 연구현황	국내 연구 설명
2-3. 통계작성 범위(대상) 자료수집 범위와 구체적인 대상을 명확하게 제시하고 있다.	보고서 p. 31~32, p. 48~51	조사대상 및 표본선정과 조사도구 및 내용 설명
2-4. 적용 기준 국내·외 통계자료를 비교할 수 있도록 조사에 적용된 국내 또는 국제적 기준과 그 내역을 설명하고 있다.	보고서 p. 10~25 국내외 역학연구	국내외 연구와 비교
2-5. 작성 항목 작성항목을 나열하고 주요 항목에 대한 설명을 제공하고 있다.	보고서 p. 48~51 조사도구 및 내용	
2-6. 작성 주기 대상기간, 기준시점, 작성주기, 실제 조사(보고)기간 등을 명확히 명시하고 있다.	보고서 p. 9 법적 근거	정신질환 실태 역학조사의 법적 근거 설명
2-7. 자료수집 방법 조사방법 등을 명시하고 있다.	보고서 p. 55 ~ 59 조사요원 선발 및 교육	
2-8. 자료수집 체계 현지에서 자료수집 하는 체계를 설명하고 있다. · 조사체계, 보고체계 등	보고서 p. 60~63 현장조사	
2-9. 자료수집 양식 견본 자료수집 양식(조사표, 보고양식 등)을 수록하고 있다.	보고서 부록 p. 363~375 조사도구	조사표 설명
2-10. 자료수집 양식 변경 내역 자료수집 양식(조사표, 보고양식 등)의 변경 내역이 설명되어 있다. · 조사(보고)항목 변경사항, 연도별 추가·신설 항목 등 변경 내역의 설명 수록 여부	해당없음	해당없음
2-11. 용어 설명 보고서에 수록된 주요 용어들에 대한 상세한 설명이 수록되어 있다.(별도의 용어 설명 란의 할당 여부 등)	보고서 부록 p. 379~383 용어해설집	용어해설집 설명
2-12. 공표 방법 결과의 공표 방법, 향후 공표일정의 예고 등이 있다.		없음 (추후 보고서에는 필히 포함되어야 함)

3.모집단 및 표본설계

진 단 항 목	근거 자료	의견
3-1. 목표 모집단 통계작성이나 표본추출을 위한 목표 모집단을 명시하고 있다. · 목표 모집단이란 통계분석 단위에 대한 개념적인 모집단을 의미	보고서 p. 31	목표모집단과 조사모집단을 명시하고 있으나, 이들에 대한 설명보완이 필요
3-2. 조사 모집단 조사나 통계작성의 실제 조사모집단을 명시하고 있다. · 조사모집단이란 실제로 정보자료를 수집하는 조사단위의 모집단을 의미	보고서 p. 31	실제 조사모집단을 명시하고 있으나, 이들에 대한 설명보완이 필요
3-3. 모집단의 근접성 목표 모집단과 조사모집단이 근접정도를 설명하고 있다. · 모집단의 커버리지(Coverage) 등		없음 (추후 보고서에는 필히 포함되어야 함)
3-4. 표본틀(표본조사) 표본추출에 사용되는 표본틀을 설명하고 있다. · 표본틀 이란 표본이 추출되는 단위들의 목록을 의미	보고서 p. 32 표본 추출 방법	2010년 인구주택총조사 사용
3-5. 표본크기(표본조사) 표본설계 당시 목표로 하는 표본크기와 실제 조사된 표본을 명시하고 있다. · 목표 표본의 크기는 표본설계시에 제시했던 표본크기임	보고서 p.33 조사지역별 표본수	
3-6. 표본틀의 변경(표본조사) 표본틀의 변경여부 및 내역을 설명하고 있다. · 조사대상의 발생, 소멸 변동사항(예: 산업분류의 변동)등을 고려하여 표본틀을 갱신	해당없음	해당없음
3-7. 표본틀 요약 정보(표본조사) 보고서에 표본틀의 주요 변수에 대한 요약 정보가 수록되어 있다.	보고서 p. 35~46 표본조사구	
3-8. 표본설계 방법(표본조사) 층화표본추출 등과 같은 표본설계 방법을 설명하고 있다.	보고서 p. 32~33 표본 추출 방법	

4.자료집계 및 추정

진 단 항 목	근거 자료	의견
4-1. 가중치 통계자료를 작성할 때 사용하는 가중치의 부여방법을 설명하고 있다. · 모수를 추정할 때 또는 통계자료를 결합할 때 등	보고서 p. 63~64 자료 분석	2010년 인구주택총조사의 인구분포를 기준으로 가중치 계산
4-2. 모수추정 방법(표본조사) 표본조사 자료로부터 모수를 추정하는 절차와 방법을 설명하고 있다.		없음 (추후 보고서에는 필히 포함되어야 함)
4-3. 표본오차 추정치 제공(표본조사) 표본조사의 경우에 표본오차의 추정치(표준오차, 변동계수 등)를 제공하고 있다. · 모수추정치에 대한 신뢰구간을 산출하는데 표본오차 추정치가 어떻게 사용되며, 신뢰구간을 어떻게 해석하는지를 명확하게 설명하고 있다	보고서 p. 66~352 각 표	간략히 언급하고 있으므로, 각각의 의미와 해석방법을 보다 상세히 설명해야 함
4-4. 계절조정 기법 시계열에서 계절요인, 불규칙요인 등을 조정하는 절차와 방법을 설명하고 있다.	해당없음	해당없음
4-5. 품질수준 정보 표본오차, 비표본 오차, 대표도 등 통계자료에 대한 구체적인 품질수준을 제시하고 있다.	보고서 p. 66~352 각 표	표본오차만 있음 (비표본오차 등에 대한 설명 필요함)
4-6. 무응답 현황 무응답 현황(항목무응답, 단위무응답)을 보여주는 통계표를 제시하고 있다. · 최소한의 무응답 유형(부재, 응답거부 등)을 제시	보고서 p. 65 조사대상자 중 최종 면담완료율	무응답 유형은 있지만 항목무응답, 단위 무응답은 없음
4-7. 응답자 분석 응답자와 무응답자 그룹간의 차이점을 설명하고 있다. · 수집자료의 편향(bias)정도를 설명		없음 (추후 보고서에는 필히 포함되어야 함)
4-8. 자료집계 무응답 항목을 보완하는 대체(Imputation) 방법을 설명하고 있다.		없음 (추후 보고서에는 필히 포함되어야 함)

5. 2011년 정신질환실태조사 조사표(각 장 첫 페이지)

K-CIDI

Area:	No.

한국어판
COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW (K-CIDI)

CORE VERSION 2.1

면담완료	
검토완료	
입력완료	

1

A 장

DEMOG	A1	외모로 본 성별을 기록하시오	남자.....1 여자.....2
DEMOG	A2	**만으로 몇 살입니까?**	나이___/___
DEMOG	A3	**실제 생년월일이 언제입니까?**	___/___ 일___/___ 월___/___ 년
DEMOG	DM6	**키와 체중에 대해서 질문하겠습니다.**	
		A. **키는 몇 센티미터입니까?**	_____ 센티미터
		B. **체중은 몇 킬로그램입니까?**	_____ 킬로그램
DEMOG	A4	**현재 결혼 상태에 대해 이야기 해 주십시오. (결혼을 한 상태 입니까? 혹시 사별, 별거, 이혼 상태는 아닙니까? 아니면 결혼을 한 적이 없습니까?)**	
			결혼 상태 ..... (A 를 질문하시오.) .....1 사별 상태 ..... (B 를 질문하시오.).....2 별거 상태 ..... (B 를 질문하시오.).....3 이혼 상태 ..... (B 를 질문하시오.).....4 결혼한 적 없음..... (B 를 질문하시오.).....5
		A. 현재 결혼 상태라면 (A4=1), **현재 (남편/부인)과 같이 살고 있습니까?**	아니오.....1 예..... (A5 로 가시오.) 5
		B. **그러면 혹시 다른 사람과 결혼하지 않은 채 동거하고 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
DEMOG	A5	**친 자녀는 몇 명이나 두었습니까? 양자, 양녀 또는 낳을 때 죽은 아이는 계산하지 마십시오.**	자녀 수___/___
DEMOG	DE2	**형제 자매는 몇 명이며, 이 중에서 몇 째 입니까?** (남자 형제 수, 여자 형제 수를 기록하시오)	남자 ___명, 여자 ____명 중 ____째 모름.....88 거부.....99

B 장

TW4A

B1 **이제 담배에 대해 몇 가지 질문하겠습니다. 지금까지 사는 동안, 한 달 이상 매일 (보기를 읽고)를 (피운/한) 적이 있습니까?** A 열에 코딩하시오.

		A 열		B 열
		아니오	예	하루 당 개수
a)	**담배**	1	5	___/___
b)	**시가**	1	5	___/___
c)	**파이프**	1	5	___/___
d)	**씹는 담배 또는 코담배**	1	5	___/___

A 열에 5 가 하나도 없으면, 다음 장으로 가시오.

A 열에 5 로 코딩 된 항목 각각에 대해 다음을 질문하고, B 열에 코딩하시오.
(담배/시가/파이프/씹는 담배 또는 코담배)를 가장 많이 (피웠던/했던) 기간을 생각해 보십시오. 그때 하루에 얼마나 (피웠습니까/했습니까)?

B1e **담배를 한 달 이상 매일 피운 적이 있다고 하셨습니다. 담배를 한달 이상 매일 처음으로 피기 시작한 것은 언제입니까. 마지막으로 담배를 피운 것은 언제입니까?**

처음: 1 2 3 4 5 6
처음 나이: ___/___
마지막: 1 2 3 4 5 6
마지막 나이 : ___/___

TD41
TD10A4

B2 **잠시 동안 담배를 피운 뒤에, 만족을 느끼기 위해서 그 담배를 더 자주 피우거나 더 독한 담배를 피워야만 했던 적이 있습니까?**

아니오.....1
예.(B1 카드, B2 에 동그라미).....5

TD45

B3 **줄담배를 피운 적이 있습니까? 즉, 한 개피를 마치자마자 다시 연이어 피우기 시작한 적이 있습니까?**

아니오.....1
예.(B1 카드, B3 에 동그라미).....5

TD43
TD10A2

B4 **며칠 동안, 마음먹었던 것보다 훨씬 더 많이 피웠던 적이 종종 있습니까?**

아니오.....1
예.(B1 카드, B4 에 동그라미).....5

TD10A2
TD44

B5 **담배를 끊거나 줄이고 싶었던 적이 두 번 이상 있습니까?**

아니오.....1
예.(B1 카드, B5 에 동그라미).....5

TD44
TD10A2

B6 **담배를 끊거나 줄이려고 했지만 실패한 적이 있습니까?**

아니오.....1
예.(B1 카드, B6 에 동그라미).....5

C 장

SOM10D1 PP10A SOM4B1 PAIN4A		C1 카드를 제시하시오. **이제 건강에 대해 몇 가지 질문하겠습니다.** **의사가 진단한 몸의 병 때문이거나, 다친 것 때문이거나, 약이나, 술 때문에 생긴 경우를 제외하고 말씀해 주십시오. 예를 들어, 디스크 때문에 허리가 아프거나 심장병 때문에 가슴이 아픈 것 같이 진단된 몸의 병이 있는 경우는 제외합니다.**	
SOM10D1 PP10A SOM4B1 PAIN4A	C1	**(생리 중에 아픈 것 말고) 배가 아파서, 고생을 많이 한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
PP10A SOM4B1 PAIN4A	C2	**허리가 아파서, 고생을 많이 한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
SOM10D13 PP10A SOM4B1 PAIN4A	C3	**관절이 아팠던 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
SOM10D13 PP10A SOM4B1 PAIN4A	C4	**관절 이외의 팔이나 다리가 아팠던 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
PP10A SOM10D8 SOM4B1 PAIN4A	C5	**가슴이 아팠던 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
PP10A SOM4B1 PAIN4A	C6	**두통 때문에, 일주일에 세 번 이상 약을 먹거나, 고생을 많이 한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
PP10A SOM4B1 PAIN4A	C7	여성에 한함: **생리통이 너무 심해서, 한 번의 생리 기간 중에, 세 번 이상 약을 먹은 적이 있거나, 고생을 많이 한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
PP10A SOM10D9 SOM4B1 PAIN4A	C8	**소변을 볼 때 통증이 있었습니까?**	아니오.....1 예.....5
SOM10D9 SOM4B4 CON4A	C9	**수술 (또는 분만) 후를 제외하고, 24 시간 이상 소변을 전혀 볼 수 없거나 매우 힘들게 보았던 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
SOM10D10 PP10A SOM4B1 PAIN4A	C10	**(소변을 볼 때 아픈 것 말고,) 국부에 화끈거리는 통증을 느낀 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
PP10A PAIN4A SOM4B1	C11	**지금까지 말한 곳 이외의 다른 곳에 통증을 느낀 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5

D 장

SPEC10A1 SPEC4A	D1	D1 카드를 제시하시오. **이 카드에는 실제로는 위험하지 않은데도 어떤 사람들은 두려워서 피하는 것들이 나열되어 있습니다. 카드의 윗 부분을 자세히 보시면, 동물, 높은 곳, 폭풍우, 갇힌 장소에 있는 것, 피를 보는 것 등이 있습니다. 이것들 중 어떤 것이라도 심하게 두려워 하거나 피한 적이 있습니까?**	아니오(D33 로 가시오) 1 예.....5
ANIM10A ANIM4A		A. **이제 첫번째 그룹을 보십시오. 곤충, 뱀, 새, 그 외 다른 동물 등, 살아 있는 것을 심하게 두려워 한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.... (D1 카드, 1 그룹에 동그라미).....5
ANIM10A ANIM4D	D2	**실제로 위험하지 않은데도, 곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물에게 가까이 가는 것을 피한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.... (D1 카드, 1 그룹에 동그라미).....5
		D1A와 D2 모두 1 이면, D9 로 가시오.	
ANIM4E	D3	**곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 (두려워 하거나/피하는) 것 때문에, 생활이나 활동에 지장을 많이 받은 적이 있습니까?**	아니오, 많지 않음.....1 예, 많음.....5
ANIM10C ANIM4C	D4	**곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 지나치게 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까? 즉, 남들보다 훨씬 더 심하게 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
ANIM10C ANIM4C		A. **곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 터무니없이 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까? 즉, 실제 상황에 비해 훨씬 더 심하게 (두려워 하거나/피한) 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
ANIM10C ANIM4E		B. **곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물을 (두려워 하거나/피하는) 것 때문에, 기분이 많이 상한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
		D4, D4A, D4B 에 5 가 하나도 없으면, D9 로 가시오.	
ANIM4D	D5	**곤충, 뱀, 새, 또는 다른 동물과 가까이 있었거나, 그래야 된다고 생각했을 때, 매우 당황하곤 했습니까?**	아니오.....1 예.....5

E 장

			I 열 평생 중에	
		E1-E24 에 대하여 I 열을 코딩하시오.		
DEP10B1 DP4A1	E1	**이제 <u>슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지냈던</u> 때에 대해 질문하겠습니다. 지금까지 사는 동안, 2 주 이상 거의 매일 하루 종일 슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지낸 적이 있습니까?** 의사:_____ 기타 :_____	PRB: 1 3 4 5	
DEP10B2 DP4A2 DEP10S1	E2	**지금까지 사는 동안, 2 주 이상 일, 취미, 또는 평소 좋아하던 것들 <u>대부분에 흥미를 잃은</u> 적이 있습니까?** 의사:_____ 기타:_____	PRB: 1 3 4 5	
		E1 과 E2 모두가 1 이면, E34 로 가시오.		

1. 무기력			I 열 평생 중에		II 열 가장 힘들었을 때	
			아니오	예	아니오	예
DEP10B3 DP4A6	E3	**2 주 이상 (슬프거나, 공허하거나, 우울하게 지냈던/ 또는 흥미를 잃고 지냈던) 때를 생각해 보십시오. 그 2 주 이상 동안에, [아주 힘들게 일한 것도 아닌데, 거의 매일, 항상 <u>기운이 없거나 피곤</u>했습니까?**	1	5	1	5

F 장

MAN10A MA4A HP4A HP10A	F1	**4 일 이상, 너무 기분이 좋거나 흥분이 되어서, 문제가 생기거나, 친구나 가족들이 걱정을 하거나, 또는 의사가 조증이라고 말한 적이 있습니까?** 의사:_____ 기타:_____ PRB 5 이면, F3 로 가시오.	PRB:	1 3 4 5
MAN10A MA4A HP10A HP4A	F2	**4 일 이상, 평소와는 달리 짜증이 나서, 불평을 하거나, 말다툼을 하거나, 사람에게 소리를 지르거나 사람을 때린 적이 있습니까?** 의사:_____ 기타:_____	PRB:	1 3 4 5

F1 또는 F2 에 PRB 5 가 없으면, 다음 장으로 가시오

			I 평생 중에		II 가장 심할 때	
		F3-13A 를 I 열에 코딩하시오.				
			아니오	예	아니오	예
MAN10B1 HP10B1 MA4B6 HP4B6	F3	**4 일 이상 (기분이 좋거나 흥분이 되거나/짜증이 났던) 기간에, [평소보다 훨씬 더 활동량이 많아져서, 자신이나 가족 또는 친구들이 걱정을 했습니까?**	1	5	1	5
HP10B1 MAN10B1 MA4B6 HP4B6	F4	**4 일 이상 (기분이 좋거나 흥분이 되거나/짜증이 났던) 기간에, [가만히 앉아 있지 못하고 왔다갔다했습니까?**	1	5	1	5
MAN10B8 HP10B6 MA4B7 HP4B7	F5	**4 일 이상 (기분이 좋거나 흥분이 되거나/짜증이 났던) 기간에, [돈을 마구 써버려서 자신이나 가족들에게 경제적으로 어려움을 주거나 돈과 관련된 어리석은 결정을 내렸습니까?**	1	5	1	5

G 장

SA10G24
SZ10G12A
SZ4A1
SF4A
DEL10A
DEL4A
BPD4A1

G1 **이제 다른 사람에 대해 가지고 있을 수도 있는 생각에 대해 질문하겠습니다. <u>다른 사람이 자신을 감시하고 있다고 생각</u>한 적이 있습니까?**

아니오 (G2 로 가시오).....1
예 5

A. **어떻게 그렇다는 것을 알았습니까?** 아래에 기록하시오.

예:_____

예가 비현실적입니까?

아니오.....1
예 5*

SZ10G12A
SA10G24
SZ4A1
SF4A
DEL10A
DEL4A
BPD4A1

G2 **<u>다른 사람이 자신을 미행하고 있다고 생각</u>한 적이 있습니까?**

아니오. (B 로 가시오).....1
예 5

A. **다른 사람이 미행하고 있다는 것을 어떻게 알았습니까?** 아래에 기록하시오.

예:_____

예가 비현실적입니까?

아니오.....1
예 5*

B. **이야기를 하고 있는 사람들을 보았을 때, 그 <u>사람들이 나에 대해 수군거리거나 비웃고 있다고 생각</u>한 적이 있습니까?**

아니오 (G3 로 가시오).....1
예 5

SZ4A1
SF4A
SZ10G12A
DEL10A
DEL4A
BPD4A1

C. **그 사람들이 수군거리거나 비웃고 있는 것이 나라는 것을 어떻게 알았습니까?** 아래에 기록하시오.

예:_____

예가 비현실적입니까?

아니오.....1
예 5*

SA10G22
SZ10G12A
SZ4A1
SF4A
DEL4A
DEL10A
BPD4A1

G3 **<u>자신이 비밀리에 시험당하거나 실험대상이 되고 있다고 생각</u>한 적이 있습니까?**

아니오 (G4 로 가시오).....1
예 5

A. **시험당하고 있다는 것을 어떻게 알았습니까?** 아래에 기록하시오.

예:_____

예가 비현실적입니까?

아니오.....1
예 5*

H 장

	H0	**허리둘레** (계측법 참고)	_____cm
ANO4B	H1	**이제 식사습관이나 몸무게에 대해 질문하겠습니다. 몸무게, 식사, 또는 너무 살찌는 것에 대해 걱정을 한 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
ANO4A	H2	**<u>몸무게가 많이 빠진</u> 적이 있습니까? 즉, (출산 또는) 수술 때문에 빠진 것 말고, 다이어트를 했건 안 했건 6.5 Kg 이상 빠진 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
ANO4A	H3	**친척이나 친구들이 너무 말랐다거나 뼈만 남았다고 이야기한 적이 있습니까?** 증상 = **<u>몸이 너무 마름</u>**	아니오.....1 예.....5
ANO4A ANO10A	H4	H2와 H3 모두 1 이면, PRB 1 으로 코딩하고, H10 으로 가시오. 그 외에는 H2/H3 에 있는 구절을 이용하여 탐색을 하시오. 몸무게 감소가 다이어트 약, 이뇨제, 설사제, 관장, 다이어트, 또는 일부러 토한 것 때문이거나, 식욕부진증(거식증)이라고 진단을 받았으면, PRB 5 로 코딩하시오. 의사: _____ 기타: _____	PRB: 1 4 5
ANO4A ANO10A	H5	**14 세 이후, 몸무게가 가장 적게 나갔을 때 몇 Kg 이었습니까?** 여성: 57 Kg 이상이면, H10 로 가시오. 남성: 64 Kg 이상이면, H10 로 가시오. 그때 몸무게를 모른다면, 98 Kg으로 기록하고 H6 로 가시오.	# KG ___/___
ANO10A ANO4A		A. **그 때 키는 얼마였습니까?**	CM ___/___/___
ANO4C		B. **몸무게가 가장 적게 나갔을 때, 너무 말랐다는 말을 들었습니까?**	아니오.....1 예.....5

J 장

J1 **이제 술에 대해 몇 가지 질문하겠습니다. 평생 마신 술을 다 합하면, 12 잔 (즉, 소주 1병 반 또는 맥주 5 병 정도) 이 넘습니까?** 술의 종류가 다를 경우 J1 카드를 참조하여 술의 양을 계산하시오.

아니오 1
예 ..... (J2 로 가시오.).....5

A. 그러면, 회식, 경조사 등 특별한 경우나 명절에 마신 것을 계산해도, 평생 마신 술의 양이 12 잔 (소주 1 병 반 또는 맥주 5 병 정도) 이 안됩니까?

12 잔 이상을 마시지 않았음
.....(다음 장으로 가시오.) 1
12 잔 이상을 마셨음 5

J2 **지난 1 년 동안, 마신 술을 다 합하면 12 잔이 넘습니까?**

아니오 1
예 ..... (J3 로 가시오.).....5

A. **그 전에는 어땠습니까? 지금까지 사는 동안, 1 년에 12 잔 이상을 마신 적이 있었습니까?**

아니오 (다음 장으로 가시오.) ..1
예 .....(J5A 로 가시오.).....5

J3 **지난 1년 동안, 적어도 1 잔 (즉, 소주 1 잔, 맥주 1 컵, 막걸리 1 사발 정도) 이상 마신 날이 얼마나 자주 있었습니까?** (보기를 순서대로 불러주면서 첫번째 '예'라고 한 대답을 코딩하시오.)

거의 매일? 1
일 주일에 3, 4 일? 2
일 주일에 1, 2 일? 3
한 달에 1-3 일? 4
한 달에 한 번 미만? 5

J4 **지난 1 년 동안을 생각해 보십시오. 술을 마시는 날, 보통 하루에 몇 잔을 마셨습니까?** 대답을 그대로 기록하고, J1 카드를 이용하여 잔의 수를 코딩하시오._____
_____

___/___
1 일 평균 음주 잔 수

J5 **평생을 생각해 보십시오. 지난 1 년 동안 마셨던 것보다 더 많이 마셨던 해가 있었습니까?**

아니오...(C 로 가시오.) 1
예 5

A. **그러면 가장 많이 마셨던 때를 생각해 보십시오. 그 때 얼마나 자주 마셨습니까?** (보기를 순서대로 불러주면서 첫번째 '예'라고 한 대답을 코딩하시오.)

거의 매일? 1
일 주일에 3, 4 일? 2
일 주일에 1, 2 일? 3
한 달에 1-3 일? 4
한 달에 한 번 미만? 5

K 장

OCO10A OCO10B OBS4A4 OBS4A1 OBS4A2	K1	**다음에는 원하지 않는 생각이 계속 떠올라서 괴로웠던 적이 있는지 알아보겠습니다. 예를 들어, 손이 더럽다거나 병균이 묻어 있다는 생각이 계속되는 것을 말합니다. 그와 같은 불쾌한 생각이 떠오른 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
OCO10A OCO10B OBS4A1 OBS4A2 OBS4A4		A. **또 다른 예로는, 나는 정말 바라지 않지만 내가 누군가를 해칠 것 같다는 생각이 계속되는 것입니다. 또는 창피한 내용이지만 떨쳐버릴 수 없는 생각을 했을 수도 있습니다. 그와 같은 불쾌한 생각이 계속된 적이 있습니까?**	아니오.....1 예.....5
		B. K1 또는 K1A 에 5 로 코딩 된 것이 있습니까?	아니오...(K9 로 가시오).....1 예.....5
OCO10A	K2	**그런 생각이 짧은 시간 동안만 들었습니까? 아니면 그런 생각이 2 주 이상 반복되어서, 괴로웠던 적이 있습니까?**	2 주 미만..... .....(K9 로 가시오).....1 2 주 이상.....5
OBS4D	K3	**괴롭게 했던 그 생각이 어떤 것인지 예를 들어 주십시오. 다른 것은?** 예:_____ 응답자가 이야기한 모든 예가 오로지 다음에만 해당됩니까?:	아니오 / 예
		1) 죄책감?	1 / 5
		2) 몸매, 몸무게, 또는 식사와 관련된 생각?	1 / 5
		3) 약물 또는 다른 물질의 입수, 사용, 또는 그것으로부터 회복과 관련된 생각?	1 / 5
		4) 머리카락을 뽑는 것에 대한 생각?	1 / 5
		5) 심한 병에 대한 생각?	1 / 5
		6) 1-5 의 조합?	1 / 5
		만약 5 로 코딩 된 것이 있으면, K9 로 가시오.	

Q 장

아래 질문에 대한 답변은 개인별로 사용되지 않는다는 것을 다시 한번 말씀 드립니다. 여러 사람의 답변을 평균을 내어서 도박으로 고통 받는 분들을 돕기 위한 자료로만 사용될 것입니다.
(가족들이 면담에 같이 참여하지 못하도록 유도 하십시오.)

Q1. **이제 도박에 대해서 질문하겠습니다.** (Q1 카드를 제시하시오.)

카드에 있는 도박 종류를 보십시오. 이것들 중 어떤 것을 이용하여 도박 또는 내기를 해본 적이 있습니까?

아니오(다음 장으로 가시오.)1
예 5

A. **있다면, 어떤 것입니까?** (A열에 5를 코딩하시오,)

B. **이 중에서 한 해에 5번 이상 해 본 것이 있습니까?**
(Q1카드에 동그라미를 하고, B열에 5를 코딩하시오)

아니오(다음 장으로 가시오.)1
예 5

	A열		B열	
	아니오	예	아니오	예
1. 화투, 고스톱	1	5	1	5
2. 카드 게임	1	5	1	5
3. 경마	1	5	1	5
4. 경륜	1	5	1	5
5. 경정	1	5	1	5
6. 성인전자오락	1	5	1	5
7. 카지노	1	5	1	5
8. 로또, 복권	1	5	1	5
9. 인터넷 도박	1	5	1	5
10. 기타	1	5	1	5

S장

S1 **자살하는 것에 대해 <u>진지하게 생각</u>한 적이 한번이라도 있습니까?**	아니오(S3로 가시오) .1 예…… .5
S2. **자살하는 것에 대해 처음/마지막으로 생각한 때는 언제입니까?**	처음: 1 2 3 4 5 6 처음 나이: ____/____ 마지막: 1 2 3 4 5 6 마지막 나이: ____/____
A.<u>현재</u> 진지하게 자살에 대해서 생각하고 있습니까?	아니오(S3로 가시오) .1 예…… .5
S3 **자살하려고 <u>구체적으로 계획</u>을 세운 적이 있습니까?**	아니오(S5로 가시오).... .1 예…… .5
S4 **자살하는 것에 대해 처음/마지막으로 계획을 세운 때는 언제입니까?**	처음: 1 2 3 4 5 6 처음 나이: ____/____ 마지막: 1 2 3 4 5 6 마지막 나이: ____/____
A.<u>현재</u> 구체적으로 자살하려고 계획을 가지고 있습니까?	아니오(S5로 가시오) .1 예…… .5
S5 **자살을 <u>시도</u>한 적이 있습니까?**	
A. 자살을 시도한 횟수는 몇 회입니까?	아니오 (다음 장으로 가시오) .1 예…… .5 ____회
B. 그 중 술을 마시고 자살을 시도한 횟수는 몇 회입니까?	____회
S6 **자살을 처음/마지막으로 시도한 때는 언제입니까?** (1회만 시도한 경우 처음 시기만 기록)	처음: 1 2 3 4 5 6 처음 나이: ____/____ 마지막: 1 2 3 4 5 6 마지막 나이: ____/____
A.마지막 자살시도를 한 지 <u>한 달</u> 이내입니까?	아니오(S7로 가시오) .1 예…… .5
S7 **자살을 시도한 때 중에서 (가장 심각했던 때/ 1회만 시도한 경우 그 때)를 기억하십시오. 자살 시도 중 (가장 심각했던 때/ 1회만 시도한 경우 그 때)에 당시 몇 살 이었습니까?**	만 _____세
A. 아래 중 어떤 것이 내 상황을 가장 잘 나타냅니까? **1. 나는 진짜 죽으려고 했으며, 내가 죽지 않은 것은 단지 행운이다.** **2. 나는 죽으려고 시도했지만, 확실한 방법이 아니라는 것을 알고 있었다.** **3. 나는 단지 도움이 필요해서 그랬지, 죽으려고 한 것은 아니다.**	1 2 3

SR 장

***SR1**. 지금까지 살아오면서 **정신건강상의 문제로 전문가와 상의한 적이 있습니까?**

예	5	*SR1a 로 넘어가시오
아니오	1	*SR119 로 넘어가시오
모름	8	
거부	9	

*SR1a. **<u>처음으로</u> 정신건강상의 문제를 상의한 전문가는 누구이었습니까?**

1.	정신과 의사	☐
2.	임상심리사, 정신보건 사회복지사, 정신보건 간호사 등 다른 정신건강 전문가	☐
3.	비 정신과 의사 (정신과 의사 아닌 의사, 한의사 제외)	☐
4.	한의사, 침술사, 한약방 (한약사) 등	☐
5.	일반 간호사 (정신과 간호사 이외의 간호사)	☐
6.	종교인 혹은 성직자 (예, 목사, 신부, 스님 등)	☐
7.	무당	☐
8.	약사	☐
9.	기타(기술하시오:_____)	☐
98.	비해당	☐
99.	무응답	☐

*SR1b. **<u>처음으로</u> 정신건강상의 문제를 <u>전문가와 상의한 때의</u> 나이는 몇 살이었습니까?**

_____ 세

비해당	997
모름	998
거부	999

*SR1c. 그러면 **<u>처음으로</u> 정신건강상의 <u>문제가 있다고 생각한 때의</u> 나이는 몇 살이었습니까?**

_____ 세

비해당	997
모름	998
거부	999

T 장

다음의 몇 개의 질문들은 지금으로부터 지난 12개월 동안 당신에게 있었을지 모르는 건강 문제에 관한 것들입니다. 지난 12개월 동안 다음 중 어느 하나라도 있었습니까?				
건강 문제들	아니오	예	모름	거부
당뇨 또는 고혈당	1	5	8	9
고혈압	1	5	8	9
고지혈증	1	5	8	9
뇌졸중 또는 중풍	1	5	8	9
심장병	1	5	8	9
암	1	5	8	9

Young의 인터넷 중독 자가 진단 기준

	질 문	1	5
1	항상 인터넷에 대하여 생각한다.	아니오	예
2	처음 생각했던 것 보다 더 많은 시간을 접속해야 한다.	아니오	예
3	인터넷/통신 사용을 조절하거나 끊거나 줄이기 위해 반복적으로 노력하지만 항상 실패한다. .	아니오	예
4	인터넷/통신사용을 중지하거나 중단하려면 불안하고 울적하고 우울하고 짜증나는 느낌을 받습니까? .	아니오	예
5	인터넷/통신을 하는 시간을 더 늘려야 만족스럽고 계획했던 일을 완수할 수 있습니까?	아니오	예
6	중요한 인간관계나 직업, 교육, 경력상의 기회가 인터넷/통신때문에 위협받거나 위험에 처한 적 있습니까?	아니오	예
7	내가 인터넷/통신에 빠져있다는 것을 주변사람에게 감추거나 거짓말을 한 적 있습니까?	아니오	예
8	문제로부터 도피하거나 불쾌한 기분으로부터 벗어나기 위해 인터넷/통신을 사용한 적 있습니까?.	아니오	예