



자살예방정책 토론회

적극적인 자살예방을 위한 정책과제

2013. 9. 25(수) 10:00~11:50

의원회관 제1소회의실



국회예산정책처
National Assembly Budget Office

자살예방정책 토론회

적극적인 자살예방을 위한 정책과제

2013. 9. 25 (수) 10:00~11:50

의원회관 제1소회의실

개 회 10:00~10:10

개 회 사 국 경 복 국회예산정책처장

격 려 사 정 진 석 국회사무총장

토 론 회 10:10~11:50

적극적인 자살예방을 위한 정책과제

사 회 안 용 민 한국자살예방협회장(서울대학교 의과대학 정신과 교수)

발 제 조 영 철 국회예산정책처 사업평가국장
현행 자살예방사업의 문제점 및 개선과제

이 상 영 한국보건사회연구원 보건정책연구본부장
외국의 자살예방정책 사례와 시사점

토 론 신 의 진 새누리당 국회의원
김 용 익 민주당 국회의원
하 규 섭 국립서울병원장(서울대학교 의과대학 정신과 교수)
송 인 한 연세대학교 사회복지학과 교수
김 선 현 차의과대학교 통합의학대학원 임상미술치료학 교수
임 종 규 보건복지부 건강정책국장

Contents

■ 개 회 사	국경복	국회예산정책처장	3
■ 격 려 사	정진석	국회사무총장	7
■ 발 제	조영철	국회예산정책처 사업평가국장	13
		현행 자살예방사업의 문제점 및 개선과제	
	이상영	한국보건사회연구원 보건정책연구본부장	39
		외국의 자살 예방정책 사례와 시사점	
■ 토 론	신의진	새누리당 국회의원	79
	김용익	민주당 국회의원	81
	하규섭	국립서울병원장	87
	송인한	연세대학교 사회복지학과 교수	93
	김선현	차의과대학교 임상미술치료학 교수	99
	임종규	보건복지부 건강정책국장	105



개 회 사

개회사

안녕하십니까?

국회예산정책처장 국경복입니다.

먼저 바쁜 일정에도 불구하고 「자살예방정책토론회」에 참석하여 이 자리를 빛내주신, 여러 의원님들과 정진석 국회사무총장님께 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

또한 귀한 시간을 할애해서 사회를 맡아주신 안용민 한국자살예방협회장님, 바쁘신 일정에도 불구하고 발제를 해주시는 조영철 국회예산정책처 사업평가국장님, 이상영 한국보건사회연구원 보건정책연구본부장님, 토론에 참여해주신 신의진 의원님, 김용익 의원님, 하규섭 국립서울병원장님, 송인한 연세대 교수님, 김선현 차의대 교수님, 임종규 보건복지부 건강정책국장님께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

아울러 적극적인 자살예방정책 추진 방안에 대하여 많은 관심을 가지고 이 자리를 찾아주신 의원 보좌진, 학계, 관계 공무원 및 국민 여러분께도 감사드립니다.

우리나라의 자살률은 2004년 이래 OECD 회원국 중 1위를 기록하고 있습니다. 2010년 OECD 기준 우리나라 인구 10만 명당 자살자 수는 33.5명으로, OECD 평균인 12.8명의 약 2.6배에 달합니다.

또한, 2011년 기준 10대부터 30대까지의 주요 사망 원인 1위가 자살인 것으로 나타나, 자살이 우리나라의 미래를 위협하는 심각한 사회문제로 대두되었습니다.

정부는 2009년부터 2013년까지 「제2차 자살예방종합대책」을 추진하고 있으며, 보건복지부 등 총 14개 부처가 재정을 투입하여 자살예방사업을 수행하고 있습니다.

국회예산정책처는 정부가 추진 중인 현행 자살예방사업의 문제점을 파악하고 개선과제를 제시하고자 심도 있는 검토를 하고 있습니다.

오늘 이 자리에서 논의되는 방안들이 적극적인 자살예방정책 추진을 통한 자살률 감소로 이어질 수 있기를 기대합니다.

다시 한 번 오늘 토론회에 참석하여 주신 존경하는 정진석 국회사무총장님과 토론자 및 참석자 여러분께 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

감사합니다.

2013. 9. 25.

국회예산정책처장 국 경 복

격려사

격려사

우리나라는 OECD 회원국 중 8년째 자살률 1위라는 오명을 유지하고 있으며, 특히 삼십 분에 한 명씩 스스로의 목숨을 끊고 있다고 하니 한국의 자살문제가 얼마나 심각한지는 더 이상 언급하지 않아도 될 것입니다. 자살률을 획기적으로 낮추기 위해서 자살이 더 이상 개인의 문제가 아닌 사회의 문제라는 인식 하에 국가가 적극적으로 나서야 할 시점입니다. '80년대 중반에 최고의 자살국가였던 핀란드가 국가의 개입으로 자살률을 절반으로 낮춘 경험은 우리가 배워야 할 좋은 사례입니다.

국회사무처는 금년 4월부터 '한국 생명의 전화' 등 자살예방 관계기관과 업무협약식을 맺고 「생명사다리 범국민 캠페인」을 시행하고 있습니다. 그동안 국회사무처는 생명사다리 상담센터를 설치하여 자살을 고민하는 국민들께 전화상담을 제공하고 있으며, 생명존중 강연을 개최하고 자살예방을 위한 미술치료 작품을 전시하는 등 다각적인 노력을 추진해 왔습니다. 이러한 노력과 함께 앞으로는 보다 제도적으로 자살을 예방할 수 있는 정책을 고민하고 수립해야 할 단계라고 생각합니다.

그런 취지에서 오늘 토론회는 「생명사다리 범국민 캠페인」이 한 단계 도약할 수 있는 좋은 계기가 될 것으로 확신합니다. 오늘 토론회에서 논의된 다양한 내용이 현재 추진 중인 정부의 자살예방정책을 보완·개선할 수 있는 촉매제가 되기를 희망합니다.

뜻 깊고 시의적절한 자리를 마련하신 국회예산정책처 여러분에게 감사드립니다. 또한 발제와 토론에 나서 주신 의원님들과 정부와 학계의 여러분께도 깊은 감사의 말씀드립니다.

「자살예방정책토론회」가 우리나라의 자살률을 낮춰 건강한 사회를 이룩하는 데 밑거름이 되기를 진심으로 기원합니다.

감사합니다.

2013. 9. 25.

국회사무총장 정 진 석

발 제

자 살 예 방 정 책 토 론 회

발 제 1

현행 자살예방사업의 문제점 및 개선과제

조영철

국회의산정책처 사업평가국장



자살예방정책토론회 주제발표1



현행 자살예방사업의 문제점 및 개선과제

조영철

국회예산정책처 사업평가국장



목 차

1. 자살의 실태 및 원인 / 3
2. 자살예방사업의 현황 / 16
3. 자살예방사업의 문제점 / 20
4. 자살예방사업의 개선과제 / 36

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

자살의 실태 및 원인

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

3

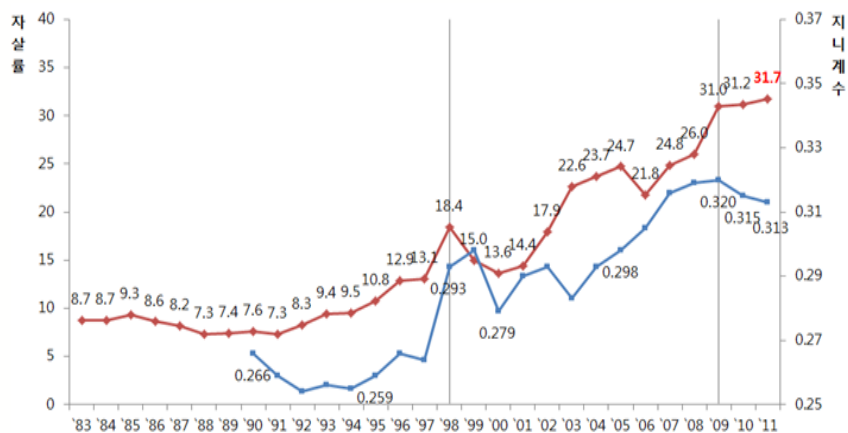
1. 자살의 실태 및 원인



전체 자살의 추이

□ 우리나라 자살률은 1992년 이후 지속적으로 증가하고 있으며, 2011년 인구 10만 명당 자살자 수는 31.7명으로 1983년 자살률의 약 3.6배임

- IMF사태와 글로벌금융위기 이듬해인 1998년과 2009년에 자살률이 급격히 상승함



자료: 각 연도별 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

4

1. 자살의 실태 및 원인



전체 자살의 추이

- 자살률이 지속적으로 증가함에 따라, 1995년에는 전체 사망 원인 중 9위였던 자살이 2005년과 2010년에는 4위를 차지함

	1995년	2000년	2005년	2010년
①	암	암	암	암
②	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환
③	운수사고	심장 질환	심장 질환	심장 질환
④	심장 질환	운수사고	자살	자살
⑤	간 질환	간 질환	당뇨병	당뇨병
⑥	고혈압성 질환	당뇨병	간 질환	폐렴
⑦	당뇨병	만성하기도 질환	운수사고	만성하기도 질환
⑧	만성하기도 질환	자살	만성하기도 질환	간 질환
⑨	자살	고혈압성 질환	고혈압성 질환	운수사고
⑩	호흡기결핵	폐렴	폐렴	고혈압성 질환

자료: 각 연도별 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

5

1. 자살의 실태 및 원인



연령대별 자살의 추이

- 각 연령대별 자살률은 연령이 높아질수록 증가하는 경향이 나타남
- 2001년과 2011년의 자살률을 비교하면, 모든 연령대에서 2배 정도 증가함
 - 20~30대의 자살률 증가속도가 다른 연령대에 비해 빨라짐
 - 20대 2.2배, 30대 2.0배, 40대와 70대 및 80대 이상 1.9배, 10대 및 50대 1.7배, 60대 1.6배 순임
- 2006년부터 2011년 사이 연령이 증가할수록 자살률이 증가하는 경향이 다소 약해지고, 20~30대 자살률 증가폭이 커짐
- 2001년 대비 2011년 및 2001년 대비 2006년의 경우, 연령대가 높아질수록 자살률 증가폭이 늘어나는 추세를 보임

6

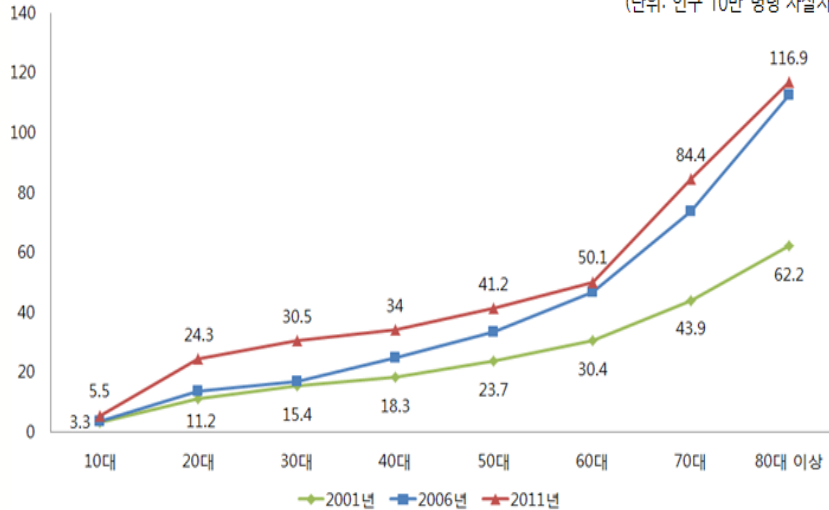
1. 자살의 실태 및 원인



연령대별 자살의 추이

연령대별 자살률 추이: 2001~2011년(5개년 단위)

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 각 연도별 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

7

1. 자살의 실태 및 원인



연령대별 자살의 추이

□ 2001년부터 2011년 동안 매년 40대 자살자 수의 비율이 가장 높은 것으로 나타남

- 2009년과 2010년에는 50대 자살자 비율이 40대 다음으로 높았고, 2011년에는 40대와 50대 자살자 비율이 각각 18.6%로 전체 자살자 중 40~50대의 비중이 37.2%임

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
10대	3.2	2.7	2.7	2.2	2.3	2.2	2.5	2.5	2.9	2.3	2.3
20대	13.4	11.8	11.2	9.5	11.3	9.8	12.8	12.8	11.7	10.8	10.3
30대	19.7	19.1	17.8	15.9	16.0	13.9	16.0	16.5	17.1	15.8	15.8
40대	19.7	20.3	20.6	21.0	19.6	19.6	18.3	19.0	18.5	19.1	18.6
50대	15.3	14.7	14.6	15.8	14.6	16.9	14.6	15.3	16.9	17.3	18.6
60대	14.3	14.0	15.8	16.3	16.7	16.3	14.8	14.3	13.5	13.8	13.1
70대	9.7	11.1	11.0	12.5	12.6	14.0	13.8	12.7	12.3	13.6	14.2
80대 이상	4.7	6.2	6.2	6.8	6.9	7.3	7.1	6.9	7.0	7.2	7.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 각 연도별 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

8

1. 자살의 실태 및 원인



연령대별 자살의 추이

- 전 연령대에서의 자살률 급증과 높은 노인자살률 및 전체 자살자 수 대비 높은 40~50대 자살자 비율 문제가 상존하는 가운데, 최근 20~30대의 빠른 자살률 증가 경향이 관찰됨

9

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

1. 자살의 실태 및 원인



시도별 자살의 추이

- 2011년 기준 9개 시도(부산, 인천, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남)의 자살률이 전국 평균인 인구 10만 명당 31.7명을 상회함
- 강원도와 충청남도가 꾸준히 높은 자살률을 기록해왔음
 - 2001년에는 인구 10만 명당 강원 24.2명, 충남 23.5명의 자살률을 보였고, 2011년에는 각각 45.2명과 44.9명의 자살률을 기록함
- 2011년 기준 자살률이 전국 평균을 상회하는 시도 중 인천을 제외한 8개 시도의 노인 인구 비율이 10%대를 상회하는 것으로 나타남
 - 높은 노인 인구 비율과 높은 자살률 사이에 일정 정도 상관관계가 있음을 추정할 수 있음

10

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

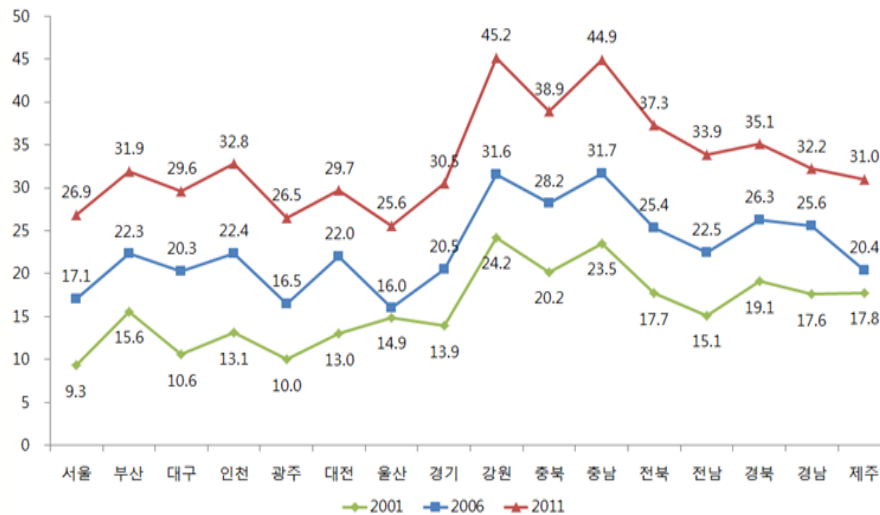
1. 자살의 실태 및 원인



시도별 자살의 추이

시도별 자살률 추이: 2001~2011년(5개년 단위)

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 해당연도 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

11

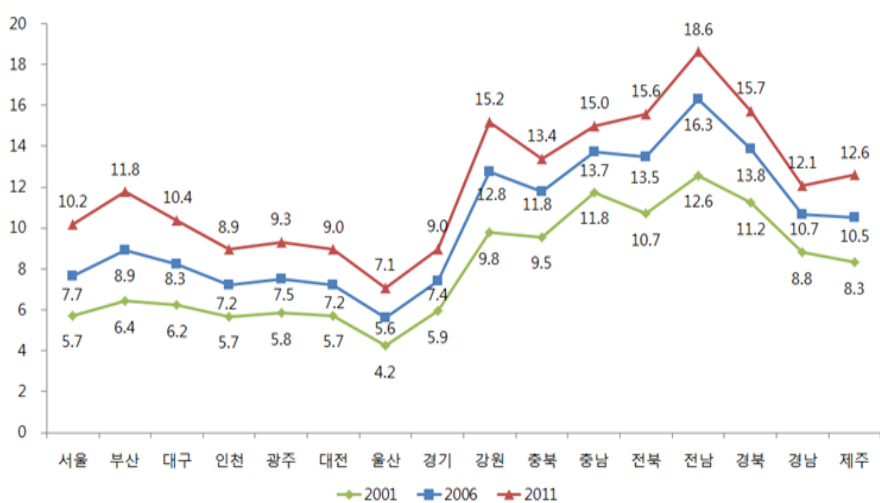
1. 자살의 실태 및 원인



시도별 자살의 추이

시도별 65세 이상 노인 인구 비율: 2001~2011년(5개년 단위)

(단위: %)



자료: 해당연도 안전행정부 「주민등록인구통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

12

1. 자살의 실태 및 원인



자살의 원인

- 통계청의 2006~2012년「사회조사」 결과에 따르면, 연령대별로 자살충동을 유발하는 원인이 다른 것으로 나타남
 - 10대는 성적 및 진학 문제, 가정불화 순임
 - 20대는 경제적 어려움, 직장문제 순임
 - 30~50대는 공통적으로 경제적 어려움, 가정불화 순임
 - 60대 이상의 연령대에서는 경제적 어려움, 질환의 순임
- 연령대별로 상이한 자살예방 프로그램이 제공될 필요가 있으며, 가정불화, 직장문제 등 사회복지뿐만 아니라 심리상담 서비스를 통해 접근해야 하는 문제가 자살 유발 요인임을 보여주는 결과임

13

1. 자살의 실태 및 원인



자살의 원인

		경제적어려움	이성문제	질환	직장문제	외로움, 고독	가정불화	성적, 진학문제	불화, 따돌림	기타
10대	2006	6.2	2.2	1.4	1.0	10.1	15.5	56.1	6.0	1.6
	2008	8.8	2.0	3.5	1.7	13.6	10.1	51.0	6.6	2.9
	2010	10.5	1.9	2.2	1.6	11.2	12.6	53.4	3.8	2.8
	2012	16.7	1.4	2.0	0.4	12.5	16.9	39.2	7.1	3.7
20대	2006	32.5	7.6	3.5	18.6	18.4	11.0	4.4	1.0	3.0
	2008	23.9	6.2	6.0	22.9	19.4	11.8	4.3	1.4	4.0
	2010	30.0	7.0	5.9	15.0	16.5	12.9	5.3	1.0	6.4
	2012	28.7	5.4	8.7	21.4	17.0	7.9	4.2	1.0	5.9
30대	2006	53.0	3.6	4.4	6.6	10.6	19.2	—	0.4	2.2
	2008	39.3	3.2	5.0	9.7	17.6	20.6	0.3	1.4	2.9
	2010	37.4	3.4	4.8	9.5	17.4	20.5	—	1.0	6.0
	2012	42.6	5.6	6.1	8.9	15.0	17.6	0.3	0.5	3.3
40대	2006	62.4	1.4	4.7	4.5	9.0	17.2	—	0.1	0.6
	2008	49.7	3.3	7.8	4.8	12.9	19.2	0.1	0.2	1.8
	2010	50.4	2.6	8.4	4.7	10.7	17.5	—	0.3	5.5
	2012	51.5	4.3	8.8	5.1	11.1	16.9	0.1	0.5	1.6
50대	2006	58.6	1.2	11.0	3.8	9.4	14.5	—	0.3	1.2
	2008	49.9	0.8	16.8	2.9	8.9	17.3	0.2	0.3	2.9
	2010	52.7	3.3	14.2	4.4	9.4	14.1	—	—	2.0
	2012	52.6	3.9	12.3	5.3	11.0	13.5	—	0.2	1.3
60대 이상	2006	41.1	0.5	26.5	0.9	17.7	11.2	—	0.2	1.9
	2008	33.9	0.9	37.1	0.6	13.2	10.6	—	—	3.7
	2010	35.3	2.4	36.2	1.2	11.4	8.8	—	—	4.6
	2012	37.4	4.2	36.2	1.7	11.7	6.9	—	—	1.8

주: 자살 충동에 대한 질문의 답변임

자료: 각 연도별 통계청「사회조사」 결과를 토대로 국회예산정책처 작성

14

1. 자살의 실태 및 원인



자살의 원인

- 자살의 사회경제적 원인을 분석한 결과, GDP성장률 및 조출생률은 자살률과 음의 상관관계, 지니계수 및 조이혼율은 자살률과 양의 상관관계에 있는 것으로 나타남
- 이는 경제성장 둔화, 소득불평등 심화, 전통적인 가족구조의 해체, 고령화 등의 사회변동이 자살률 증가에 영향을 미칠 수 있음을 의미함
 - 각 사회경제적 요인이 성별 자살률에 미치는 영향에는 차이가 없는 것으로 분석됨

변수	전체 자살률	성별 자살률	
		남성	여성
GDP성장률(%)	-0.528*	-0.545**	-0.492*
실업률(%)	0.285	0.323	0.211
지니계수	0.911**	0.904**	0.912**
조이혼율(%)	0.668**	0.690**	0.615**
조출생률(%)	-0.919**	-0.918**	-0.906**

주: 1. * 95% 수준에서 유의미함, ** 99% 수준에서 유의미함

자료: 통계청 및 e-나라지표에서 제공되는 1990~2011년 각 변수의 통계치를 토대로 국회예산정책처 분석

15

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

자살예방사업의 현황

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

16

2. 자살예방사업의 현황



자살예방사업의 현황

- 현행 자살예방사업은 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」에 제시된 10대 과제를 중심으로 추진되고 있음(보건복지부, 여성가족부, 교육부 등 총 14개 부처)

10대 과제	소관부처
1. 자살에 대한 국민인식 개선	보건복지부, 안전행정부 등
2. 개인·사회적 대응역량 강화	보건복지부, 여성가족부, 교육부, 고용노동부 등
3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소	환경부, 농림축산식품부, 보건복지부, 여성가족부, 경찰청, 방송통신위원회, 국토교통부 등
4. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화	보건복지부 등
5. 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화	보건복지부, 국방부, 법무부 등
6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방인력에 대한 교육체계 강화	보건복지부, 경찰청, 소방방재청 등
7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 조성	보건복지부
8. 자살예방서비스 제공을 위한 인프라 구축	보건복지부, 경찰청, 소방방재청 등
9. 자살예방을 위한 연구·감시체계 구축	보건복지부, 통계청, 경찰청 등
10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책 개발	보건복지부 등

자료: 보건복지가족부(2008. 12)의 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」의 내용을 토대로 국회예산정책처 재구성

17

2. 자살예방사업의 현황



자살예방사업의 현황

- 자살시도자나 자살 위험군 등에 대한 지원은 보건복지부, 여성가족부, 교육부 등이 별도로 운영하는 민간위탁기관인 정신건강증진센터, 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터, Wee(We+education/We+emotion)센터 등에서 수행됨
 - 자살수단 억제, 자살 관련 언론보도 자제 등은 각 부처별로 수행하던 사업에 대한 업무협력을 강화하는 방식으로 추진되고 있음
- 직접적인 자살예방사업에 투입된 예산액은 2009년 5억 6,500만원에서 2013년 33억 1,000만원으로, 5개년 연평균 55.6% 증가함
 - 각종 상담 서비스를 제공하는 간접사업 예산을 포함할 경우, 총 예산액은 2009년 701억 3,400만원에서 2013년 1,102억 2,100만원으로, 5개년 연평균 12.0% 증가함

18

2. 자살예방사업의 현황



자살예방사업의 현황

자살예방사업의 예산 현황

(단위: 백만원, %)

	소관부처	사업명	2009	2010	2011	2012	2013	연평균증가율
직접사업	보건복지부	자살예방사업	535	735	1,435	1,800	2,800	51.3
		중앙자살예방센터 운영	—	—	—	480	480	0.0
	교육부	학생자살예방관리	30	105	30	30	30	0.0
소 계			565	840	1,465	2,310	3,310	55.6
간접사업	보건복지부	지역정신보건 사업	9,994	13,075	13,374	25,420	31,952	33.7
	교육부	학생정서·행동 특성검사	100	125	58	1,802	3,500	143.2
		정책중점연구소 운영	—	—	—	279	279	0.0
		Wee프로젝트 구축 및 운영	34,214	55,493	37,575	20,040	28,963	△4.1
	여성가족부	한국청소년상담복지개발원 운영지원	5,897	5,969	6,130	6,317	6,918	4.1
		청소년사회안전망구축	13,241	14,982	17,501	20,978	25,530	17.8
		중앙건강가정지원센터 운영	1,353	1,218	1,218	1,490	1,516	2.9
		지방건강가정지원센터 운영	4,770	7,050	7,058	7,845	7,945	13.6
	고용노동부	근로자지원프로그램(EAP) 운영	—	154	154	154	308	26.0
소 계			69,569	98,066	83,068	84,325	106,911	11.3
합 계			70,134	98,906	84,533	86,635	110,221	12.0

자료: 각 부처의 「2013년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

19

자살예방사업의 문제점

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

20

3. 자살예방사업의 문제점



자살예방사업에 대한 투자 미흡

- 2009년부터 2013년까지 5개년 동안 정부가 자살예방이라는 정책목표를 명시적으로 설정하고 추진한 사업의 예산은 약 85억원에 불과함

자살예방사업 세부사업 예산 현황

(단위: 백만원)

사업명	예산액					
	계	2009	2010	2011	2012	2013
자살예방사업	6,305	535	735	1,435	1,800	1,800
· 자살예방정책 연구개발	1,200	100	100	100	700	200
· 생명존중문화조성	2,700	300	300	700	600	800
· 자살예방 교육 및 전문인력 양성	905	35	135	135	300	300
· 사이버상담 및 자살유해정보 모니터링	600	100	200	200	—	100
· 민관협력 자살예방사업	900	—	—	300	200	400
· 응급실기반 자살시도자 지원사업	1,000	—	—	—	—	1,000
중앙자살예방센터 운영	960	—	—	—	480	480
학생자살예방관리(교육부)	225	30	105	30	30	30
합 계	8,490	565	840	1,465	2,310	3,310

자료: 각 부처의 「2013년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

21

3. 자살예방사업의 문제점



자살예방사업에 대한 투자 미흡

- 2009년부터 2013년까지 자살예방사업 예산(보건복지부 소관 예산)의 국민건강증진기금 및 보건분야 예산 대비 비율을 살펴본 결과, 그 규모가 미미함
 - 2013년 자살예방사업 예산 33억원은 보건분야 총 예산 8조 5,203억원의 0.04%임
 - 자살예방사업의 주요 재원인 국민건강증진기금 1조 8,478억원과 비교하더라도, 자살예방사업의 2013년 예산 비중은 0.18%임

보건분야 예산 및 국민건강증진기금 대비 자살예방사업 예산의 비율

(단위: 억원, %)

	2009	2010	2011	2012	2013
자살예방사업 예산(A)	5.35	7.35	14.35	22.80	32.80
국민건강증진기금(B)	15,999	16,863	17,223	18,246	18,478
보건의료분야 예산(C)	67,806	70,863	72,701	75,955	85,203
A/B*100	0.03	0.04	0.08	0.12	0.18
A/C*100	0.01	0.01	0.02	0.03	0.04

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

22

3. 자살예방사업의 문제점



자살예방사업에 대한 투자 미흡

- 자살예방사업 예산 규모의 적정성 여부를 판단하기 위하여, 자살예방사업이 가져오는 경제적 편익을 추정함
 - 시나리오1은 2014부터 2018까지 5개년 동안 인구 10만 명당 자살률을 20명 이하로 낮춘다는 가정임(「제2차 자살예방종합대책」에 제시된 2013년까지의 목표)
 - 시나리오2는 동 기간 동안 인구 10만 명당 자살률을 OECD 국가 평균 수준(2010년 기준 12.8명)으로 낮춘다는 가정임

		2014	2015	2016	2017	2018
시나리오 1	자살자수(명)	14,732	13,558	12,384	11,209	10,035
	자살률	29.4	27.0	24.7	22.3	20.0
	누적감소수(명)	1,174	3,522	7,045	11,741	17,612
시나리오 2	자살자수(명)	14,009	12,113	10,216	8,319	6,423
	자살률	27.9	24.1	20.4	16.6	12.8
	누적감소수(명)	1,897	5,690	11,380	18,967	28,450

자료: 국회예산정책처 작성

23

3. 자살예방사업의 문제점



자살예방사업에 대한 투자 미흡

- 자살예방사업의 경제적 편익을 내부적 편익과 외부적 편익으로 구분함
 - 내부적 편익: 자살사망자 및 자살시도자의 직접의료비용절감, 직접비의료비용절감, 생명연장 편익
 - 생명연장 편익은 1) 모든 연령계층에서 자살로 인한 경제적 손실이 있다고 가정하는 경우(모형1)와 2) 15~64세 연령에서만 경제적 손실이 있다고 가정하는 경우(모형2)로 나누어서 추정함
 - 외부적 편익: 자살사망자 가족과 관련된 직접의료비용절감, 직접비의료비용절감, 작업손실비용 절감 편익
- 2014년부터 2018년까지 시나리오1은 매년 1조 427억원~2조 971억원, 시나리오2는 매년 1조 6,844억원~3조 3,875억원의 편익을 얻을 수 있는 것으로 추산됨

24

3. 자살예방사업의 문제점

자살예방사업에 대한 투자 미흡

시나리오별 자살예방사업 편익 추정 결과

(단위: 백만원)

편익 구분				시나리오 1		시나리오 2	
				모형1	모형2	모형1	모형2
내부적 편익	직접편익	직접의료비용 절감	진료비용	1,565	1,565	2,528	2,528
		직접비의료비용 절감	응급이송비용	97	97	157	157
			수사비용	3,687	3,687	5,956	5,956
	간접편익	생명연장편익		10,454,653	5,182,896	16,888,286	8,372,371
	내부적 편익 소계			10,460,002	5,188,245	16,896,926	8,381,011
외부적 편익	직접편익	직접의료비용 절감	외래	12,313	12,313	19,890	19,890
			입원	1,655	1,655	2,674	2,674
		직접비의료비용 절감	교통비	3,207	3,207	5,181	5,181
			간병비	2,189	2,189	3,535	3,535
	간접편익	작업손실비용 절감	외래	3,809	3,809	6,152	6,152
			입원	2,079	2,079	3,359	3,359
	외부적 편익 소계			25,251	25,251	40,791	40,791
	편익 합계			10,485,253	5,213,496	16,937,717	8,421,802
연간 편익			2,097,051	1,042,699	3,387,543	1,684,360	

자료: 국회예산정책처 추정 및 작성

25

3. 자살예방사업의 문제점

관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조체계 구축 미흡

- 국회예산정책처는 자살예방사업 관련 전달체계(정신건강증진센터, Wee센터, 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터)의 실무자 100명을 대상, 설문조사를 실시함

관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조 실태 조사 결과

(단위: %)

질문	매우 불량	약간 불량	보통	대체로 양호	매우 양호	계
중앙부처-관계부처 간 협조	7.0	25.0	50.0	18.0	-	100.0
중앙정부-지방정부 간 협조	8.0	38.0	39.0	15.0	-	100.0
지역사회 유관기관 간 협조	7.0	12.0	42.0	36.0	3.0	100.0

주: 지역사회 유관기관 간 협조의 경우 민간상담소 상담사 40명을 포함하여, 총 140명을 대상으로 설문조사를 실시함

자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 결과

26

3. 자살예방사업의 문제점



관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조체계 구축 미흡

- 중앙정부 관계부처 간 협조가 잘 이루어지고 있는가를 묻는 질문에 대해 32%가 부정적인 입장을 보였고, 긍정적인 입장은 18%였음
- 중앙정부-지방정부 간 협조가 잘 이루어지고 있는가를 묻는 질문에 대해 46%가 부정적인 입장을 보였고, 긍정적인 입장은 15%였음
- 지역사회 유관기관(시군구청, 정신건강증진센터, Wee센터, 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터 등) 간 협조가 잘 이루어지고 있는가를 묻는 질문에 대해 39%가 긍정적인 입장을 보였고, 부정적인 입장은 19%였음

27

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

3. 자살예방사업의 문제점



관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조체계 구축 미흡

- 자살예방 및 상담서비스제공 업무 수행자는 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조가 제대로 이루어지지 못하다고 인식하고 있는 반면, 일선 유관 기관 간 협조는 양호한 상태로 인식하고 있는 것으로 확인됨
 - 정부 차원에서 체계적인 유관기관 간 협력체계를 구축·관리하기보다는 정부의 위탁을 받아 자살예방 관련 사업을 수행 중인 전달체계 간의 자구적인 협력에 의해 사업이 추진되고 있음을 시사함

28

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

3. 자살예방사업의 문제점



전달체계 마련 미비

- 각종 정신보건 사업을 수행하는 보건복지부 산하 정신건강증진센터는 자살예방 사업 관련 각종 전달체계의 구심점 역할을 수행하고 있음
 - 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조 제2항 및 제3항에 근거하여 자살예방센터를 정신건강증진센터 내에 설립·운영할 수 있도록 함
 - 학생·청소년·가족·근로자를 대상으로 하는 다양한 상담 서비스 제공 과정에서 정신보건 및 정신의학적 접근이 필요하다고 판단되면 정신건강증진센터의 도움을 받도록 자살예방사업의 추진 체계가 구성됨

29

3. 자살예방사업의 문제점



전달체계 마련 미비

- 보건복지부는 1998년부터 정신건강증진센터 설치·운영 사업을 수행하고 있으나, 2012년 6월말 기준 설치·운영률은 광역지방자치단체 50.0%, 기초지방자치단체 56.5%인 것으로 확인됨

정신건강증진센터의 설치 및 운영 현황: 2012년 기준

(단위: 개소, %)

	광역지방자치단체(광역형)	기초지방자치단체(표준형)
정신건강증진센터(A)	8	169
지방자치단체(B)	16	299
A/B*100	50.0	56.5

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

30

3. 자살예방사업의 문제점



전달체계 마련 미비

- 정신건강증진센터 설치·운영 사업은 중앙정부가 국민건강증진기금으로 마련한 예산(국고보조율 50%)과 대응지방비가 확보되어야만 사업 수행이 가능함
- 대응지방비가 확보된 지방자치단체에 우선적으로 정신건강증진센터를 설치·운영함에 따라, 전국적인 자살예방사업의 추진에 한계가 있음

31

3. 자살예방사업의 문제점



전달체계 마련 미비

- 대구와 울산을 제외한 10개 시도의 정신건강증진센터 미설치 시군구 평균 자살률이 전체 자살률인 인구 10만 명당 31.7명을 상회하는 것으로 나타남
 - 미설치 시군구가 있는 광역지방자치단체의 설치 시군구 중에서도 인천, 강원, 충북, 충남 지역의 자살률은 전체 자살률보다 높은 것으로 나타남

시도	부산	대구	인천	대전	울산	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남
미설치 시군구 자살률	38.3	31.4	36.9	34.6	25.2	53.2	40.5	42.0	48.8	40.0	45.8	54.5

주: 정신건강증진센터 설치 현황은 2012년 6월말 기준임

자료: 보건복지부 제출자료 및 2011년 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

32

3. 자살예방사업의 문제점



전달체계 마련 미비

- ❑ 정신건강증진센터는 자살예방사업 수행의 기본적인 인프라이므로, 정부 차원의 자살예방사업 수행에 한계가 있는 정신건강증진센터 미설치 시군구에 대한 대책 마련이 필요함
- ❑ 미설치 시군구 61개 중 75.4%에 해당되는 46개 지역이 군 지역인 것으로 나타남
 - 인구규모가 적은 농어촌 지역은 정신건강증진센터를 설치·운영할 정도로 재정이 충분치 못할 가능성이 있으며, 각종 정신보건, 의료, 사회복지 서비스 등에 대한 접근성이 좋지 못할 수 있음

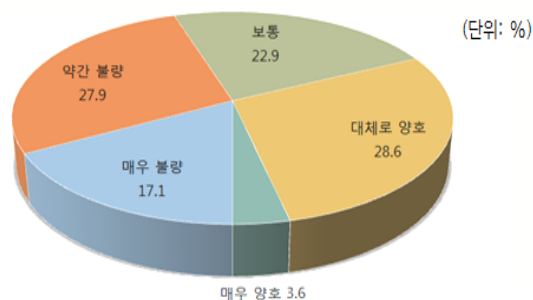
33

3. 자살예방사업의 문제점



민간자원 활용 저조

- ❑ 자살예방사업 예산이 충분치 못하고 정부 산하 전달체계를 통한 사업 수행에 한계가 있음에도, 일선 실무자들은 민간자원 활용에 소극적인 것으로 나타남
 - ‘민관협력 자살예방사업’에 배정된 2013년도 예산은 4억원임
- ❑ 정신건강증진센터, Wee센터 등 정부 산하 전달체계와 민간상담소 근무자 140명(민간상담소 40명)을 대상으로 한 설문조사 결과, 일선 실무자의 45%가 민간자원 활용도가 낮다고 평가함



자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 인식 조사」 결과

34

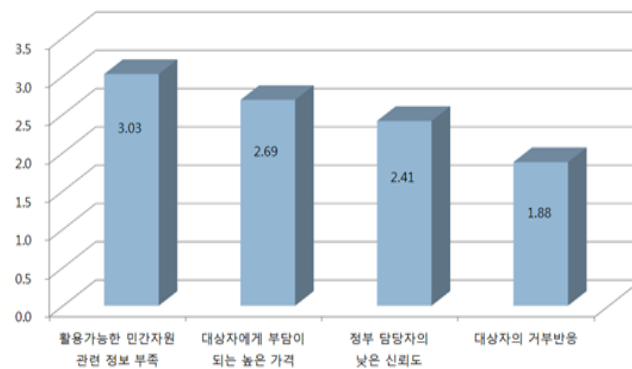
3. 자살예방사업의 문제점



민간자원 활용 저조

□ 민간자원을 활용하지 않는 원인을 묻는 질문에 대하여, 50%의 응답자가 '활용 가능한 민간자원에 대한 정보 부족'을 주원인으로 꼽았으며, 순위에 따른 가중평균도 3.03으로 가장 높은 수치를 보임

- 30%의 응답자가 '사례관리 대상자(자살 위험군)가 지불하기에 부담이 되는 높은 비용'을 원인으로 지목하였고, '정부 담당자의 낮은 신뢰도가 가장 중요한 원인이라는 응답은 11.3%로 나타남



자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 결과

35

자살예방사업의 개선과제

4. 자살예방사업의 개선과제



자살예방사업의 우선순위 설정 및 정책방향 전환

- 자살예방사업 정책대안 간 우선순위 설정을 통한 정책방향 제시를 위하여, 계층화 분석법(Analytic Hierarchy Process; AHP)을 이용하여 전문가 대상 설문조사 실시

AHP 설문조사 현황

분 야		분석포함/설문참여
학 계	사회복지	(5명/8명)
	정신보건	(5명/7명)
	정신의학	(5명/5명)
	임상심리	(7명/9명)
정책결정자	교육부, 복지부, 여성부, 경찰청	(4명/5명)
공급자	민 간	(2명/2명)
	공 공	(2명/3명)
합 계		(30명/39명)

자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 결과

37

4. 자살예방사업의 개선과제



자살예방사업의 우선순위 설정 및 정책방향 전환

- 자살률 감소라는 최종 목표 달성을 위해서는 시급성(0.315)이 가장 우선순위가 높은 것으로 나타났고, 다음으로 효과성(0.278), 적용가능성(0.277), 효율성(0.130) 순이었음
 - 이상 4개 평가기준에 의한 우선순위를 고려하여 복합우선순위를 산출한 결과, 정신보건(0.392), 심리상담(0.325), 사회복지(0.283) 순으로 분석됨
 - 시급성, 효과성, 효율성은 정신보건, 심리상담, 사회복지 순으로 우선순위가 가장 높았고, 적용가능성은 정신보건, 사회복지, 심리상담 순으로 분석됨

38

4. 자살예방사업의 개선과제



자살예방사업의 우선순위 설정 및 정책방향 전환

평가지표에 의한 자살예방 접근방법 상대적 중요도

최종목표	평가지표	상대적 중요도	접근방법	상대적 중요도
자살예방 접근방법	시급성	0.315	사회복지	0.248
			심리상담	0.338
			정신보건	0.414
	효과성	0.278	사회복지	0.273
			심리상담	0.340
			정신보건	0.388
	효율성	0.130	사회복지	0.271
			심리상담	0.312
			정신보건	0.417
	적용가능성	0.277	사회복지	0.339
			심리상담	0.301
			정신보건	0.360

주: ① 시급성: 자살률 감소를 위하여 우선적으로 실시될 필요성의 정도

② 효과성: 자살률을 감소시킬 수 있는 정도

③ 효율성: 좀 더 적은 예산과 인력을 투입하여 자살률을 감소시킬 수 있는 정도

④ 적용가능성: 현실적인 여건을 고려할 때 정책을 채택·수행할 수 있는 정도

자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 결과

39

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

4. 자살예방사업의 개선과제



자살예방사업의 우선순위 설정 및 정책방향 전환

- 접근방법별 자살예방 전략에 대한 분석 결과, 1) 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리, 2) 게이트키퍼 활성화, 3) 정기적인 심리검사 실시, 4) 심리교육 제도화의 순으로 정책의 우선순위가 도출됨

- 자살자에 대한 심리적 부검을 통한 사후적인 자살원인 규명보다는 자살시도자 및 그 가족에 대한 지원과 체계적 관리를 통한 선제적 대책의 우선순위가 높음
- 지역사회 통리반장, 노인요양사 등에게 자살예방 게이트키퍼 교육을 실시함으로써, 자살의 위험에 있는 사람을 발견하여 필요한 서비스를 지원받을 수 있도록 해야 할 필요가 있음
- 학생, 직장인 대상 정기적인 심리검사 실시를 통한 정신보건 관련 문제 진단 및 실질적인 대책 강구와 학생 대상 심리교육의 제도화가 필요함

40

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

4. 자살예방사업의 개선과제



자살예방사업의 우선순위 설정 및 정책방향 전환

접근방법별 자살예방 전략들에 대한 AHP 분석 결과

접근방법	접근방법 우선순위	세부 예방정책	상대적 중요도	최종 우선순위
사회복지	0.283	게이트키퍼 활성화	0.424	0.120(2위)
		사례관리체계 통합	0.240	0.068(7위)
		긴급복지 우선 지원	0.204	0.058(10위)
		자살시도자 의료비 지원	0.132	0.037(12위)
심리상담	0.325	정기적인 심리검사 실시	0.296	0.096(3위)
		심리교육 제도화	0.282	0.092(4위)
		심리상담바우처 지원	0.261	0.085(5위)
		민간심리상담소 관련 법적근거 마련	0.161	0.052(11위)
정신보건 및 의학	0.392	자살시도자 심리검사 및 체계적 관리	0.491	0.193(1위)
		심리적 부담 제도화	0.205	0.080(6위)
		개인정보 보호법 예외규정 마련	0.156	0.061(8위)
		정서행동특성검사 재구조화 및 연례화	0.148	0.058(9위)

자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 결과

41

4. 자살예방사업의 개선과제



안정적·효율적 예산 확보 방안 모색

- 단위사업 “자살예방 및 지역정신보건사업”의 세부사업으로 운영되고 있는 자살 예방사업을 별도의 단위사업으로 분리하여 엄밀한 성과관리체계를 마련해야함
 - 현행 성과지표인 “자살고위험등록관리 실인원”으로는 자살률 증감 여부를 파악할 수 없으므로, 연도별 자살률 감소치를 목표로 정하고 이를 성과지표로 삼을 필요가 있음
- 단기적으로 보건복지부 소관 “긴급복지”, “지역사회서비스투자” 사업 등을 활용하여, 한정된 예산의 효율적 집행을 극대화할 필요가 있음
 - 자살(시도)자 및 그 가족에게 필요한 의료 및 사회복지 서비스 제공 시에, ‘긴급복지’ 사업의 대상으로 선정되도록 할 필요가 있음
 - 지역사회 맞춤형 사회서비스바우처 사업인 ‘지역사회서비스투자’ 사업의 일환으로 심리상담바우처(가칭) 사업을 수행하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있음

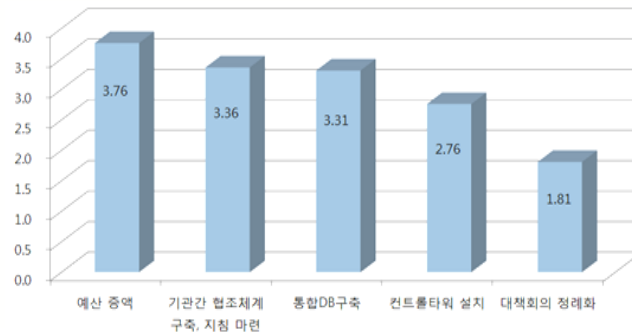
42

4. 자살예방사업의 개선과제



관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조 강화

- 일선 담당자들에게 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조를 강화하기 위한 조치의 우선순위를 질문한 결과, 자살예방사업에 투입되는 예산의 증액이 시급하다는 의견이 3.76으로 가장 높았음
 - 2순위로 일선 수행 기관 간 협조체계 관련 가이드라인 마련, 3순위로는 관계부처와 지방자치단체 간 통합 데이터베이스 구축 순으로 나타남



자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 결과

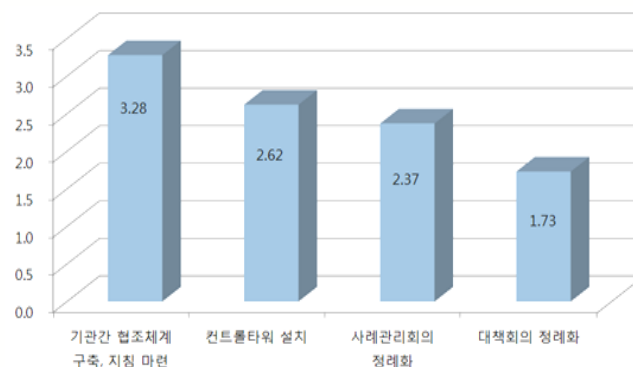
43

4. 자살예방사업의 개선과제



관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조 강화

- 지역사회 유관기관 간 협조를 강화하기 위한 조치의 우선순위를 질문한 결과, 수행 기관 간 협조체계 구축 및 관련 업무지침 마련이 3.28로 가장 높았음
 - 2순위로는 시군구청 중심의 컨트롤타워 설치, 3순위로는 유관기관 실무진 중심의 사례관리회의 정례화 등이 필요하다고 조사됨



자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 결과

44

4. 자살예방사업의 개선과제



관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조 강화

- 자살 고위험군 및 그 가족에게 지원 가능한 의료 및 사회복지 서비스에 대한 정보를 파악하고, 민간위탁기관 실무자들과의 정기적인 사례관리회의를 통해 필요한 급여 및 서비스를 연계해주는 협조체계를 구축할 필요가 있음
 - 국가가 제공하는 각종 사회복지 급여 및 서비스 관련 정보를 총괄관리하는 사회복지통합관리망에 대한 자살예방 사업 담당자의 접근을 보장해야 할 필요가 있음

45

4. 자살예방사업의 개선과제



전달체계의 확대 방안 개편

- 자살률이나 정신질환 유병률 등을 기준으로 정신건강증진센터의 설치 및 운영이 시급한 지방자치단체에 우선적으로 예산을 지원할 필요가 있음
 - 국고보조율을 차등화하여, 50%의 대응지방비가 확보되지 않더라도 정신건강증진센터를 설치·운영할 수 있는 방안을 모색해야 할 필요가 있음
- 인구밀도가 낮은 농어촌의 경우, 접근성을 강화하는 동시에 한정된 예산을 효율적으로 집행하는 방안을 강구할 필요가 있음
 - 농어촌 지역 정신건강증진센터 설립·운영에 한계가 있다면 인근 도시 지역의 정신건강증진센터에 전문인력을 보강하여, 정기적으로 농어촌 지역을 순회하며 자살예방사업을 수행할 수 있도록 하는 방안 등에 대한 검토가 필요함

46

4. 자살예방사업의 개선과제



민간자원의 활성화

- 민간자원에 대한 정보 부족과 낮은 신뢰도를 회복하기 위해서는 상담 관련 자격증을 국가공인화하고 지방자치단체별로 관련 정보를 수집하여 정기적으로 일반에 공개하도록 해야 할 필요가 있음
- 보건복지부 소관 단위사업인 “지역자율형 사회서비스 투자사업”을 활용하여, 심리상담바우처(가칭) 제도 등을 도입함으로써 민간자원의 고비용 문제를 완화할 필요가 있음

감사합니다

자 살 예 방 정 책 토 론 회

발 제 2

외국의 자살예방정책 사례와 시사점

이상영

한국보건사회연구원 보건정책연구본부장



자살예방정책토론회 주제발표2



외국의 자살 예방정책 사례와 시사점

이상영

한국보건사회연구원 보건정책연구본부장



목 차

1 일본의 자살대책 및 시사점

2 미국의 자살대책 및 시사점

3 호주의 자살대책 및 시사점

4 핀란드의 자살대책 및 시사점

5 몇 가지 제언

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

일본의 자살대책 및 시사점

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

3

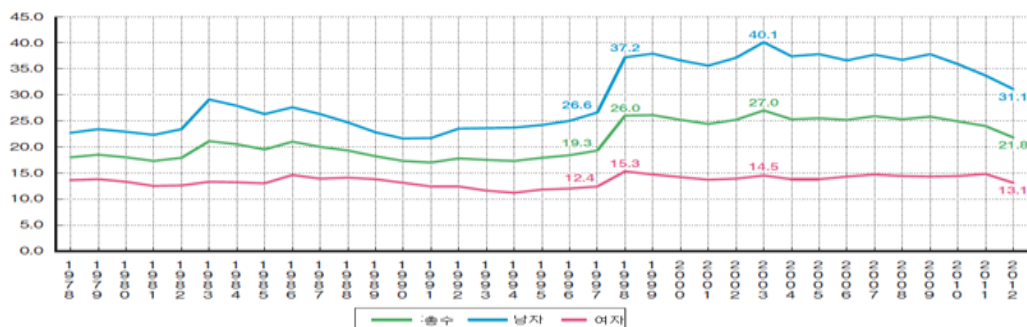
일본의 자살대책 및 시사점



자살사망률 및 자살사망자 변화

- ① 일본의 자살사망률은 1998년에 급격하게 상승하여 그 이후 높은 수준을 유지하다가 2003년에 인구 10만 명당 40.1명으로 가장 높았음
 - 이후 약간의 증감을 반복하다가 2009년부터 감소하기 시작하여, 2012년에 31.1명으로 까지 감소하였음

- ② 성별로 보면, 2012년 남자 21.8명, 여자 13.1명으로 남자가 약 1.7배 높았음



자료: 경찰청 자살통계자료로 내각부 작성

4

일본의 자살대책 및 시사점



연령층별 자살자 현황

(단위: 명, %)

구분	합계	~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70~79세	89세~	미상
2011년 (구성비)	30,651 (100.0)	622 (2.0)	3,304 (10.8)	4,456 (14.5)	5,053 (16.5)	5,375 (17.5)	5,547 (18.1)	3,685 (12.0)	2,429 (7.9)	181 (0.6)
2012년 (구성비)	27,858 (100.0)	587 (2.1)	3,000 (10.8)	3,781 (13.6)	4,616 (16.6)	4,668 (16.8)	4,976 (17.9)	3,661 (13.1)	2,411 (8.7)	158 (0.6)
증감률(%)	-9.1	-5.6	-9.2	-15.1	-8.6	-13.2	-10.3	-0.7	-0.7	-12.7

자료: 내각부·경찰청 「2012년 자살 현황」



- 2012년 자살사망자수는 2011년 대비 9.1% 감소하였음
- 70세 이상 고령층에서의 자살사망자는 거의 변화가 없는 반면, 30~39세, 50~59세, 60~69세 연령층에서 감소폭이 컸음

5

일본의 자살대책 및 시사점



직업별 자살사망을 추이

(단위: 명, %)

구분	합계	자영업· 가족종사자	피고용자· 근무자	무직		미상
				학생	무직자	
2011년 (구성비)	30,651 (100.0%)	2,689 (8.8%)	8,207 (26.8%)	1,029 (3.4%)	18,074 (59.0%)	652 (2.1%)
2012년 (구성비)	27,858 (100.0%)	2,299 (8.3%)	7,421 (26.6%)	971 (3.5%)	16,651 (59.8%)	516 (1.9%)
증감률(%)	-9.1	-14.5	-9.6	-5.6	-7.9	-20.9

자료: 내각부·경찰청 「2012년 자살 현황」

- 2012년 자살사망자들의 과반수 이상이 직업을 가지지 못한 계층인 것으로 나타났음
- 무직의 경우 직업군 보다 전년대비 자살사망률 감소폭도 적었음



6

일본의 자살대책 및 시사점



자살 원인

(단위: 명, %)

구분	합계	원인·동기 불특정자	원인·동기 특정자							
			원인·동기 특정자 ¹⁾	가족 문제	건강 문제	경제생활 문제	근무 문제	남녀 문제	학교 문제	기타
2011년 (구성비)	30,651 (100.0%)	22,581 (73.7%)	8,070 (26.3%)	4,547	14,621	6,406	2,689	1,138	429	1,621
2012년 (구성비)	27,858 (100.0%)	20,615 (74.0%)	7,243 (26.0%)	4,089	13,629	5,219	2,472	1,035	417	1,535
증감률(%)	-9.1	-8.7	-10.2	-10.1	-6.8	-18.5	-8.1	-9.1	-2.8	-5.3

주: 1) 자살 원인·동기가 중복적으로 집계되었기 때문에 원인·동기별 특정자수 총계와 일치하지 않음
 자료: 내각부, 경찰청 「2012년 자살 현황」

- 일본의 경우 자살의 원인을 파악하지 못하는 경우가 대부분이었음
- 원인·동기 특정자 중에서는 건강문제로 인한 자살이 크게 높았음
 - 전년대비 원인·동기별 증감률을 보면 경제생활문제가 18.5%로 가장 크게 감소하였으며, 다음으로 가족문제(10.1%), 남녀문제(2.8%) 순으로 감소폭이 컸음

7

일본의 자살대책 및 시사점



자살 수단

(단위: 명)

구분	2007년		2008년		2009년		2010년		2011년	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
합계	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
목매달림	707	622	664	607	666	600	679	628	721	684
가스	119	49	166	89	164	84	156	76	121	53
약물	23	59	24	57	25	61	24	50	20	49
익사	18	57	17	53	18	57	17	55	16	52
뛰어내림	68	130	64	113	62	118	67	114	60	100
뛰어넘음	19	31	19	29	20	29	18	28	20	22
그외	44	51	44	51	45	51	39	49	42	41

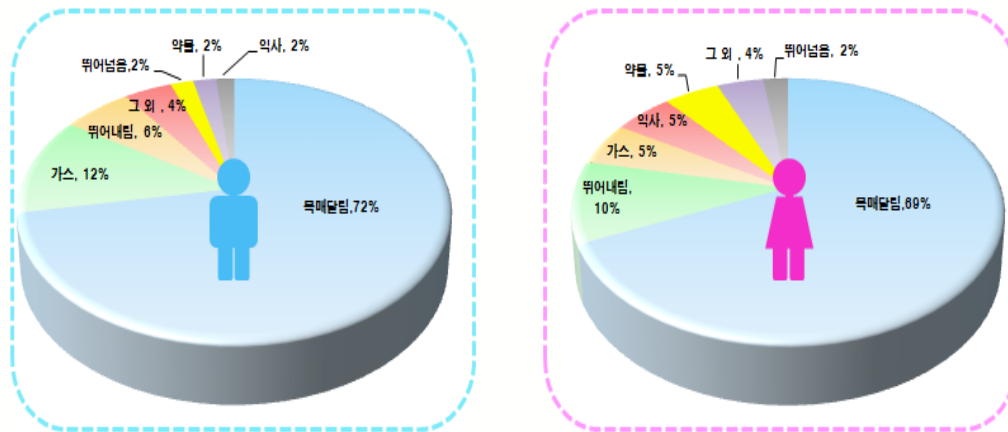
자료: 2012년도 자살예방백서

- 자살 수단으로 가장 많이 사용하는 방법은 목매달림이었고, 다음으로 가스와 뛰어내림이 많았음

8

일본의 자살대책 및 시사점

성별 자살수단 (2011년)



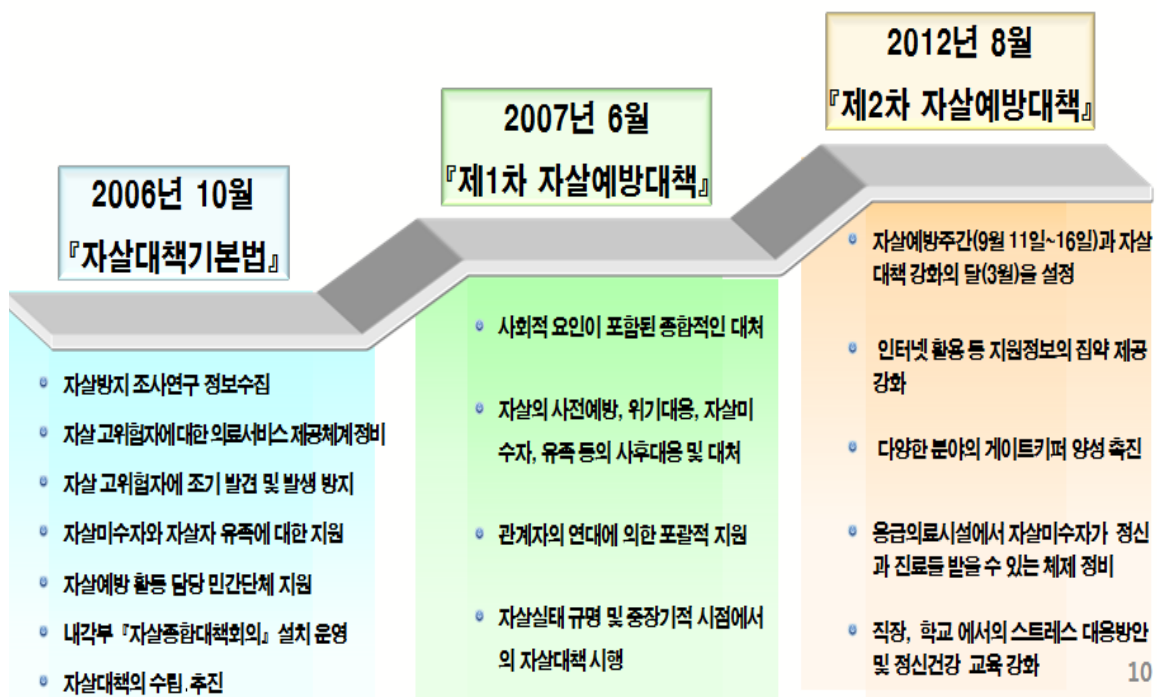
자료: 2012년도 자살예방백서

- 성별로 보면 남녀 모두 목매달림이 가장 많았음
- 다음으로 남자는 가스와 뛰어내림, 여자는 뛰어내림과 가스 순으로 나타났다

9

일본의 자살대책 및 시사점

자살대책 수립 배경 및 경과



10

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 추진방향

『제2차 자살예방대책』의 주요 시책

1	자살의 실태 명확화	6	사회적인 대처로 자살예방
2	국민 한사람 한사람의 인지와 관심 촉구	7	자살미수자의 재차 자살기도 방지
3	조기대응의 중심적 역할을 완수하는 인재양성	8	남겨진 사람에 대한 충실한 지원
4	마음의 건강 만들기 진행	9	민간단체와의 연대 강화
5	적절한 정신과 진료를 받을 수 있도록 함		

11

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 영역별 주요사례 (1)

대책 영역		주요사례
1	자살 실태 규명	「자살의 원인 분석에 근거하는 효과적인 자살 방지 대책 확립에 관한 연구」 실시 - 자살 예방 종합 대책 센터의 웹사이트 「삶」을 개설 자살 현상, 정부 지방자치단체의 자살 대책, WHO와 해외의 자살대책 소개, 책 등 간행
2	국민의 인식과 관심 증대	- 자살 예방주간(9월 10일~16일)에 관계 부처, 지방 자치단체에 계발 사업의 실시 요청 및 전국의 상담 창구를 검색할 수 있는 웹 사이트를 개설 - 자살 대책 강화 월간(월)에 관계 부처, 지방자치단체 등에 홍보 사업의 실시 요청 및 텔레비전·신문·인터넷·철도 광고 등의 여러 가지 매체로 계발 활동 실시와 게이트키퍼 연수용 DVD 전문가용(창구 직원·주민 편, 아동 위원 편, 방문 개호직원 편, 민생위원 편, 보건사 편) 추가 제작 홈페이지 상에 게재 - 생명을 존중하는 마음을 기르는 위한 도덕 교육종합지원 사업 실시 - 총무성, 문부과학성 및 통신 관계 단체 등이 제휴하여 청소년이 인터넷을 안심·안전하게 이용하도록 보호자, 교직원 및 청소년 대상 강좌 실시

12

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 영역별 주요사례 (2)

대책 영역		주요사례
3	인력 양성	- 각 교육위원회에서 학생 지도 담당자, 교장, 교감 등을 대상으로 아동 학생의 자살 예방에 관한 협의회 개최 - 행정법인 일본 학생 지원 기구에서 학장, 부학장, 학생관계 과장 교직원 등을 대상으로 자살 관련 대책에 초점을 맞추어 강연, 사례 소개 및 의견교환을 실시하고 각 대학에서 대책 마련 촉구 - 지역보건요원, 개호 지원 전문가, 사회적 요인 관계 상대원 등을 대상으로 케이트키퍼 양성 연수 등 실시
4	정신 건강 증진	- 전국 정신건강 대책 지원 센터에 의한 정신위생 대책의 종합적 지원 실시 - 근로자의 정신건강 포털 사이트를 통한 정신건강 정보 제공 및 메일 상담 실시 - 소규모 사업장의 노동자에 대해 의사 또는 보건사의 상담 및 지도 실시 - 농촌 지역의 고령자, 여성의 활동 촉진을 위한 고령자 지역 주민 활동 · 생활 지원 시설의 정비 - 도시공원의 정비

13

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 영역별 주요사례 (3)

대책 영역		주요사례
5	적절한 정신과 진료 제공	- 정신과 의료 종사자 자살예방 연수 및 심리상담사의 자살 예방 연수 실시 - 인지 요법 · 인지 행동 요법에 대한 의사, 정신과 의료 종사자 대상 연수 실시 - 개호 예방 사업 중 기본 대조표를 이용하여 고령자의 우울증 판별 검사 실시 - 의존증 대책 추진을 위한 「지역 의존증 대책 추진 모델 사업」, 「의존증 회복 시설 직원 연수 사업」 실시
6	사회적 대처 강화	「정신건강 상담 통일 다이얼」의 전국적인 운용 확대 - 지역 자살 대책 긴급 강화 기금을 활용하여 포괄 지원 상담 및 지역에 있어서의 상담 체제 강화 - 다중 채무자를 대상으로 상담 강화 캠페인 실시 및 소비자 전용 및 사업자 전용의 무료 상담회 개최(9월~12월) - 저소득 세대를 대상으로 자립을 촉진하기 위해 각종 자금의 대출과 필요한 상담지원 제공, 생활복지자금 대출 제도 실시

14

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 영역별 주요사례 (4)

대책 영역		주요사례
7	자살미수자의 반복적 자살 기도 방지	- 정신과응급정보센터와 윤번제 정신과응급의료시설 정비 「정신과응급 의료 체제 정비 사업」 실시 - 자살미수자의 케어에 관한 가이드라인에 근거 연수 실시
8	유족에 대한 지원 강화	- 유족을 위한 모임 운영 및 지원 실시 - 지역상담소와 지원단체 등이 기재 된 유족을 위한 리프렛 작성 배포
9	민간단체와의 연대 강화	관계부처, 지방자치단체, 민간단체 등 관련 기관과의 사례검토 및 자살대책 네트워크 협의회 개최

15

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 영역별 주요사례 (5)

지역 자살대책 긴급 강화 기금

- 도도부현 지역의 자살대책을 긴급하게 강화하기 위해 「지역자살대책 긴급강화기금」을 조성, 상담 체제 정비 및 인재 양성 등을 실시
 - 이 기금은 지방자치단체의 자율적 자살대책 추진이나 민간단체의 활동을 지원함으로써 지역단위의 자살대처 능력을 제고하는데 목적을 둠
- 예산 : 100억엔, 전액국고지원 (2009년 기준)
- 주요 내용

① 대면형상담지원사업	④ 보급개발사업
② 전화상담지원사업	⑤ 강화모델사업
③ 인재육성사업	⑥ 우울증 의료체계강화사업

 - 위의 사업 중에서 각 지방자치단체가 자율적으로 희망하는 사업을 선택하여 추진

16

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 추진체계



17

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 관련 부처 및 역할분담

대책 영역	관련 중앙부처
1. 자살실태 규명	내각부, 후생노동성, 문부과학성, 경찰청
2. 국민의 인식과 관심 증대	내각부, 총무성, 문부과학성, 법무성
3. 인력 양성	내각부, 후생노동성, 금융청, 소비자청, 경찰청, 총무성
4. 정신건강 증진	내각부, 후생노동성, 농림수산성, 국토교통성, 문부과학성, 경제산업성
5. 적절한 정신과 진료 제공	후생노동성
6. 사회적 대처 강화	내각부, 후생노동성, 금융청, 소비자청, 경제산업성, 법무성, 국토교통성, 경찰청, 총무성, 문부과학성
7. 자살미수자의 반복적 자살 기도 방지	후생노동성
8. 유족에 대한 지원 강화	내각부, 문부과학성, 후생노동성
9. 민간단체와의 연대 강화	내각부, 후생노동성

18

일본의 자살대책 및 시사점



주요 중앙 부처별 시책수 및 예산

(단위:시책, 천엔)

부처명	2010년		2011년	
	시책 수	예산액	시책 수	예산액
내각부	22	164,777	19	226,021
경찰청	7	0	7	0
금융청	6	278,079	6	278,517
소비자청	2	0	4	0
총무성	5	55,244	6	52,740
법무성	4	121,416	4	117,839
문부과학성	15	168,843	14	123,084
후생노동성	60	6,418,278	59	8,281,923
농림수산성	3	0	2	0
경제산업성	10	6,850,996	8	5,884,057
국토교통성	3	0	3	0
합계	137	14,057,633	132	14,964,181

자료: 자살예방대책에 관한 행정평가·감시결과보고서

19

일본의 자살대책 및 시사점



2011년 중앙정부 부처의 주요 시책 추진 내용 및 예산(1)

(단위: 천엔)

부처명	시책	예산액
내각부	■ 지방자치단체에 지역자살대책긴급강화기금을 활용 이재민 및 지원자에 대한 정신건강 관리 사업 실시 주지	3,700,000
총무성	■ 3개 재난지역에 정신건강 관리전문가16팀을 파견 재해자의 소생적 단원을 대상으로 참사스트레스 강의 및 개별 면담 실시	18,663
법무성	■ 대피소, 가설주택을 방문 피해자의 정신건강 관리 및 인권상담	4,000
문부과학성	■ 동일본 대지진 재해지역 유아, 청소년의 정신건강관리를 위한 「긴급 스쿨 카운셀러 파견 사업」 실시	3,365,836
경제산업성	■ 「재도전 지원 자금 제도」 실시.	40,000
	■ 「중소기업 재생 지원 협의회」 통한 중소기업의 사업 재생에 관한 상담 및 재생 계획의 책정 지원	7,523,270
	■ 중소기업 거래에 관한 각종 상담 실시	195,000
국토교통성	■ 도시 공원 정비 추진	12,105

20

일본의 자살대책 및 시사점



2011년 중앙정부 부처의 주요 시책 추진 내용 및 예산 (2)

(단위: 천엔)

부처명	시책	예산액
후생노동성	정신건강대책지원센터의 상담원 증원 및 정신건강대책에 관한 종합 상담, 방문 지원	18,597
	근로자의 정신건강 포털 사이트 「마음의 귀」에 메일 상담 코너 설치 및 전문가의 메일 상담 실시	6,930
	이동복지 관련 전문 직종 인력 충원을 위한 스쿨 카운슬러 등과의 제휴 도모 및 대피소의 재해 이동을 대상으로 생활과 심리상태를 되찾기 위한 지원 실시	2,719,800
	재해지역의 정신건강 관리를 위한 정신의료팀 배치 및 이재민의 정신보건 지원 실시	2,883,000
	생활에 난처한 구직자에 대한 종합 상담 실시 및 정신건강 과 다중채우 관계 기관 연계	220,736
농림수산성	고령자등 지역 주민 활동·생활 지원 촉진 및 시설 정비지원	1,100,000
	고령자 대상 특용 창출 생산 기반 정비 추진	7,147,676
	이재민의 농사일을 통한 정신건강 관리 시행 지원 실시	83,952
합계	5부성 11시책	20,981,390

21

일본의 자살대책 및 시사점



자살대책 예산 추이

(단위: 천엔)

구분	2011년	2012년	2013년(예)	구분	2011년	2012년	2013년(예)
1. 자살 실태 규명	28,409	45,677	44,922	6. 사회적 대처 강화	6,609,503	11,137,696	15,889,810
2. 국민의 인식과 관심 증대	363,450	260,292	245,772	7. 자살미수자의 반복적 자살 기도 방지	1,819,581	10,973	7,364
3. 인력 양성	447,362	371,222	352,551	8. 유족에 대한 지원 강화	19,368	12,524	-
4. 정신건강 증진	2,841,579	8,697,882	9,270,823	9. 민간단체와의 연대 강화	259,979	151,303	135,565
5. 적절한 정신과 진료 제공	2,925,778	2,941,760	2,775,085	10. 기타	17,527	11,757	10,214
				합계	13,421,344	23,628,562	28,732,106

자료: 내각부 2013년도 자살대책 관계 예산안

- 2012년에 236억엔이었으나 2013년에는 287억엔으로 51억엔이 증가되었음
- 자살대책 중 사회적 대처 강화사업의 예산이 가장 많았으며, 다음으로 정신건강증진 사업 예산이었고, 자살미수자의 반복적 자살기도 방지 대책에 가장 적은 예산이 투입되었음

22

일본의 자살대책 및 시사점



시사점 (1)

- 일본은 2006년 「자살대책기본법」을 제정하였으며 5년간 3,000억원에 달하는 예산을 투입하는 등 자살대책에 대해 적극적인 의지를 표명
 - 반면 우리나라는 2011년에야 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」을 제정하였으며, 자살과 연관된 예산이 연간 30억원에 불과하여, 자살예방에 대한 선언적 구호를 떠나 보다 실질적 정책적 노력이 필요하다고 판단됨

- 일본이 추진하고 있는 자살대책의 특징 중 하나는 고위험자의 조기발견을 위한 게이트키퍼를 적극적으로 양성 활용하고 있다는 점임
 - 우리나라도 게이트키퍼를 양성하고 있으나 교사, 의사 등 전문가에 한정되어 있는데 일본의 경우는 약사, 미용사 등 대중을 접하는 직종의 인력을 적극 활용하고 있음

23

일본의 자살대책 및 시사점



시사점 (2)

- 일본의 내각부가 총괄책임 하에 관련부처 간의 협조와 연계를 적극 추진하고 있음
 - 우리나라는 보건복지부, 교육부, 여성가족부 등 관련 부처 간의 협조 및 연계가 부족한 실정이며, Control tower 기능도 미흡함

- 일본은 근로자 계층을 주요 사업대상 집단의 하나로 설정하여 많은 정책적 노력을 기울여 왔음
 - 이에 비해 우리나라는 상대적으로 근로자의 정신 건강의 중요성에도 불구하고 이에 대한 적절한 대처가 미흡함

- 일본의 「지역자살대책긴급강화기금」과 같은 기금을 조성하여 지방자치단체의 자율적인 자살대책 추진을 지원하는 방안을 검토할 필요가 있음

24

미국의 자살대책 및 시사점

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

25

미국의 자살대책 및 시사점

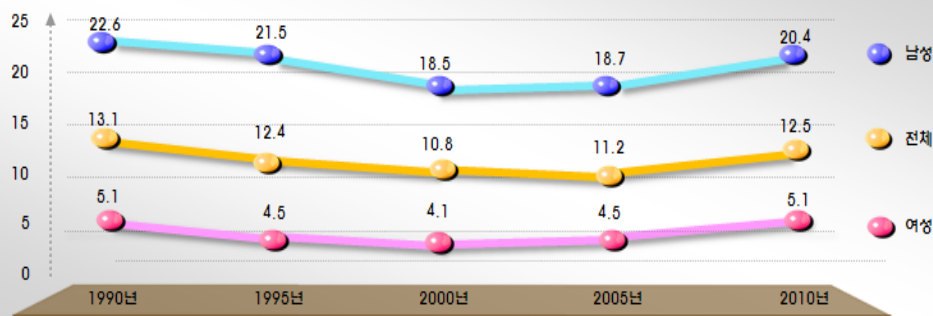


자살사망을 추이

1990년 인구 10만 명당 자살 사망률은 13.1명에서 2010년 12.5명으로 0.6명 감소한 것으로 나타남

• 2010년 남성 20.4명, 여성 5.1명으로 남성이 여성보다 4배 높음

인구 10만명당 자살사망률



자료: OECD Health Data

26

미국의 자살대책 및 시사점



자살예방대책 추진 경과

1958년

- ♦ 미국 공공건강서비스 기금으로 자살방지센터 설립
 - National Institute of Mental Health(NIMH)에 자살방지 연구센터 설립
 - 자살의학협회와 미국 자살방지협회 등이 설립

1983년

- ♦ the Center for Disease Control and Prevention(CDC), the Secretary of Health and Human Service
 - 청소년 자살에 대한 관심을 보이며 1989년 청소년 자살 위험요소 등에 대한 보고서를 발표함

1996년

- ♦ UN과 WHO에서 '자살 예방, 국가 전략을 위한 형식 및 도구의 가이드라인'발표
 - 자살방지연합은 이 지침을 중심으로 자살방지 정책의 기본을 삼음

2001년

- ♦ National Strategy for Suicide Prevention을 수립 등 법적·제도적 성과 이룬
 - 11대 과제와 68개 세부과제로 이루어짐. 이후, 자살예방기금지원법(Garrett Lee Smith Memorial Act)이 제정
 - 전국적인 자살예방상담전화(National Suicide Prevention Lifeline)가 구축

2010년

- ♦ 자살예방실천연맹(National Action Alliance for Suicide Prevention)을 발족

2012년

- ♦ 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action⁸⁾ 이 수립됨

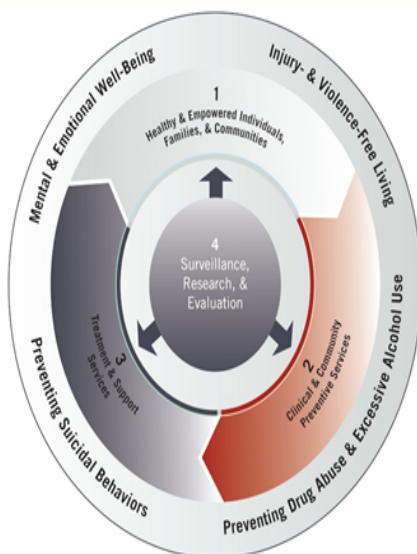
27

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

미국의 자살대책 및 시사점



National strategy for Suicide Prevention의 목표 및 전략



1 전략 1

- 건강하고 역량있는 개인, 가족, 지역사회

1 전략 2

- 임상적이고 지역사회 기반의 예방서비스

1 전략 3

- 치료와 지원 서비스

1 전략 4

- 감시, 연구 및 평가

출처: 2012 National strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention.

28

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

미국의 자살대책 및 시사점



National Strategy for Suicide Prevention의 4대 전략 및 13개 목표(1)

전략1. 건강하고 역량있는 개인, 가족, 지역사회

목표
1

다양한 섹터와 환경에서의 자살예방 활동들을 통합하고 조정함

목표
2

지식 · 태도 · 행동을 변화시킴으로써 자살을 예방할 수 있는 연구기반의 의사소통을 함

목표
3

자살행동을 막고 안녕과 회복을 진작시킬 수 있는 요인들에 대한 지식을 향상시킴

목표
4

미디어의 책임감 있는 보도와, 엔터테인먼트사업의 자살 및 정신건강에 대한 정확한 묘사, 자살과 관련된 온라인 콘텐츠의 안전성을 개선시킴

29

미국의 자살대책 및 시사점



National Strategy for Suicide Prevention의 4대 전략 및 13개 목표(2)

전략2. 임상적이고 지역사회 기반의 예방서비스

목표
5

안녕을 증진시키고 자살 및 관련행동을 예방하는 효과적인 프로그램들을 개발 · 이행 · 모니터함

목표
6

자살고위험군의 자살수도에 대한 접근성을 감소시킴

목표
7

자살 및 관련행동의 예방에 대해 지역사회와 의료서비스 종사자들에게 교육을 제공함

30

미국의 자살대책 및 시사점



National Strategy for Suicide Prevention의 4대 전략 및 13개 목표(3)

전략3. 치료와 지원 서비스

목표
8

헬스케어서비스의 핵심적인 요소로서 자살예방활동 촉진함

목표
9

자살행동 고위험군을 평가하고 치료하는 데 효과적인 전문서비스를 촉진하고 이행함

목표
10

자살이나 자살시도로 영향받은 개인들에 대한 지원서비스를 제공하고 추가적인 자살을 예방하도록 돕는 지역사회 기반의 전략들을 이행함

31

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

미국의 자살대책 및 시사점



National Strategy for Suicide Prevention의 4대 전략 및 13개 목표(4)

전략4. 감시, 연구 및 평가

목표
11

자살예방과 관련된 국가감시시스템의 적시성과 효용성을 높이고 그것을 실천계획을 위해 수집·분석·이용 하는 능력을 향상함

목표
12

자살예방연구를 촉진함

목표
13

자살예방개입 및 시스템의 영향과 효과성을 평가하고 발견한 사실들을 시스템화함

32

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

미국의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (1)

전국 자살예방 생명전화(National Suicide Prevention Lifeline: NSPL)

- ④ 대상 : 전 국민
- ④ 주요 내용
 - 150개 지역센터와 연계하여 서비스를 제공하는 핫라인으로 24시간 전화상담을 실시함
 - 하루 평균 2,200명이 전화를 하고, 퇴역군인 및 가족을 위한 전화상담서비스가 제공됨
 - 450,000건 이상의 전화가 왔고, 16,000명 이상의 생명을 구함
 - 정서적 지원, 푸드 스탬프, 주거 및 약물남용에 관한 치료 등의 서비스 제공
 - Google, Facebook, Twitter, YouTube, MySpace와 협력하여 자살을 예방하고, 온라인 채팅 및 메시지를 통해서도 서비스를 제공함
- ④ 운영 및 예산
 - 정신건강 서비스국(SAMHSA)에서 지원,
 - 미국 퇴역 군인국(Department of Veterans Affairs)과 협력하여 운영함
 - 2005년 설립 당시 9,000,000달러의 예산을 들임

Call 24/7

1-800-273-8255



출처: <http://www.suicidepreventionlifeline.org/>

33

미국의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (2)

LEADS(Linking Education and Awareness of Depression and Suicide)

- ④ 대상 : 13세~17세 청소년
- ④ 주요 내용
 - 우울증과 자살에 대한 인식변화, 자살예방에 관한 교육 프로그램임
 - 도움을 청하는 방법, 우울증과 그 증상, 우울과 자살의 연계성, 자살 징후 등과 같은 주제를 다루고, 학교 및 지역사회에서 자살예방자원을 찾을 수 있도록 함
 - 2008년에 시작되어 855개 이상의 학교의 약 21,000명의 학생이 프로그램에 참여하고 있고,
 - 15개 주(state) 뿐만 아니라 캐나다, 스위스에서도 수행하고 있음
- ④ 운영 및 예산
 - 자살예방자원센터(Suicide Prevention Resource Center: SPRC)에서 운영
 - 2002년에 설립되었고 지원하는데 3년간 9,000,000달러의 예산을 투입하였음

34

미국의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (3)

뉴욕의 'SPEAK (Suicide Prevention Education Awareness Kit)'



출처: Office of Mental Health 홈페이지

- 대상 : 전 국민
- 주요 내용
 - 뉴욕주(state)의 자살률 감소를 위해 2004년부터 '인식개선사업' 으로 OMH(Office of Mental Health) 정신건강국에서 자살 및 자살예방, 위험요인 및 경고, 도움을 요청하는 방법 등의 내용을 교육서에 담음
 - 뉴욕시의 자살률은 미국 전체 자살률 보다 35% 정도 낮음
 - 2009년 미국의 자살률은 10.1명으로 집계되었는데, 뉴욕시의 자살률은 그보다 낮은 5~6명에 그침

35

미국의 자살대책 및 시사점



자살예방 주무부서 및 국가기관(1)

주무부서

- Department of Health and Human Services(HHS)
- 국립정신보건연구원(National Institute of Mental Health, NIMH)
- 미국 물질남용 및 정신건강서비스국
(Substance Abuse and Mental Health Service Administration, SAMHSA)
 - 정신건강서비스국(SAMHSA) 미국 보건복지부 소속 행정기관임
 - 미국 사회에서 약물남용의 영향 및 정신질환 예방에 목적이 있음
 - 미국 국립정신건강 관련 기관 중 가장 많은 3,480백만 달러(2012년)의 예산을 사용하고 있음

36

미국의 자살대책 및 시사점



자살예방 주무부서 및 국가기관 (2)

자살예방에 대한 정보를 제공하는 국가기관 및 조직

- ④ Suicide Prevention Resource Center (SPRC)
- ④ American Association of Suicidology (AAS)
- ④ American Foundation for Suicide Prevention (AFSP)
- ④ U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- ④ National Institute of Mental Health (NIMH)
- ④ National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC)
- ④ Indian Health Service (IHS)
- ④ Suicide Awareness Voices of Education (SAVE)
- ④ Children's Safety Network (CSN)
- ④ Injury Control Research Center for Suicide Prevention (ICRC-S)

37

미국의 자살대책 및 시사점



미국 약물중독 및 정신건강서비스국(SAMHSA)의 예산규모

(단위: 1,000\$)

구분	2000년	2010년	2011년	2012년 예산안
정신건강포괄보조금 (Mental Health Block Grant)	356,000	420,774	420,774	434,684
약물중독포괄보조금(Substance Abuse Block Grant)	1,600,000	1,454,713	1,454,713	1,494,314
지역사회예방사업 보조금(State, Tribal and Community Prevention Grants)	-	480,576	480,655	485,000
서비스 혁신 및 신규 (Innovation and Emerging Issues)	497,828	811,714	811,211	747,188
아동정신건강서비스 (Children's Mental Health)	82,677	121,316	121,316	121,316
노숙인 포괄라 보조금(Homeless Formula Grant)	30,883	65,047	65,047	65,047
예방 및 대국민 홍보지원(Public Awareness and Support)	24,903	69,058	69,168	68,509
성과정보체계 운영(Performance and Quality Information Systems)	-	36,761	37,583	12,996
프로그램 관리운영비(Health Surveillance and Program Support)	59,049	101,947	101,947	127,594
각종 예방기금(ACA Prevention Fund, etc.)	-	20,000	88,000	92,600
전 체	2,651,340	3,582,701	3,651,209	3,649,248

자료: <http://www.samhsa.gov/About/budget.aspx>.

박세경(2011). 미국 약물중독 및 정신보건청의 주요정책과 운영체계: 한국 사회서비스 제도에의 함의를 찾아서. 보건복지포럼 통권 제176호 재인용

38

미국의 자살대책 및 시사점



시사점 (1)

- ④ 정신보건 및 자살예방사업을 다양한 국가기관 및 조직에서 관리
 - 미국 보건부를 중심으로 정신보건 관련 다양한 국가기관 및 조직이 있음
- ④ 정신보건 및 자살예방사업에 대한 정부의 적극적인 관심
 - 정신보건 및 자살관련 법 제정 및 예산을 지원함
 - 법 보호아래 심리적 부검을 실시하여 자살자 및 유가족에 대한 조사가 이루어져 자살원인을 규명하고 대책을 수립함
- ④ 정신보건 및 자살예방 사업 활성화
 - 다양한 대상 및 명확한 목표를 세워 적극적으로 사업 및 프로그램을 운영함
- ④ Evidence-based Programmes
 - 프로그램에 대한 효과성 평가를 하여 근거중심의 프로그램을 수행함
 - 지속적인 연구 및 평가가 이루어짐

39

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

미국의 자살대책 및 시사점



시사점 (2)

- ④ 공공과 민간, 지역사회와의 협력적 관계
 - Network가 활성화 되어 각 기관별 협력적 관계를 이룸
- ④ 자살자 및 자살시도자, 유가족에 대한 관심
 - 자살자 및 자살시도자, 유가족에 대한 사후관리가 지속됨
- ④ 정신보건 및 자살에 대한 시민인식
 - 위기에 처한 사람을 발견하면 모르는 사람이라도 적극적으로 도와주려는 경향이 있음
- ④ 자살예방에 관한 적극적인 홍보 및 캠페인
 - 공익광고 등 다양한 미디어를 통해 자살예방사업 및 프로그램을 알리고 별도의 조직을 가지고 있음

40

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

호주의 자살대책 및 시사점

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

41

호주의 자살대책 및 시사점

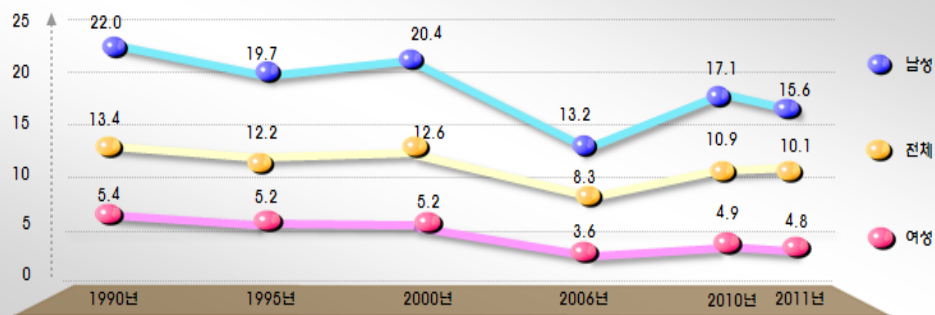


자살사망률 추이

④ 호주의 자살률은 인구 10만 명당 1990년 13.4명에서 2011년 10.1명으로 감소하였음

- 남성은 1990년 22명에서 2006년 13.2명으로 큰폭으로 감소했으며, 다시 증가 후 2011년 15.6명으로 감소하였음
- 여성은 1990년 5.4명에서 2011년 4.8명으로 약간 감소하였으며, 해마다 조금씩 증감을 반복하고 있음

인구10만명당 자살사망률



자료: OECD iLibrary (<http://stats.oecd.org>)

42

호주의 자살대책 및 시사점



자살예방대책 – LIFE: Living is for Everyone

목적

- 자살시도 및 자살로 인한 생명의 손실, 자살행동으로 인한 영향 감소

목표

- 개인, 가족 및 지역사회 자살예방 역량 강화
- 외상적 사건에 대한 개인과 집단의 자조력 향상
- 자살예방서비스에 대한 요구와 반응을 읽어낼 수 있는 지역사회 능력 향상
- 개인 및 사회의 요구에 신속하고 적절하게 반응할 수 있는 역량 형성
- 각 단계의 예방서비스 협력체계 구축

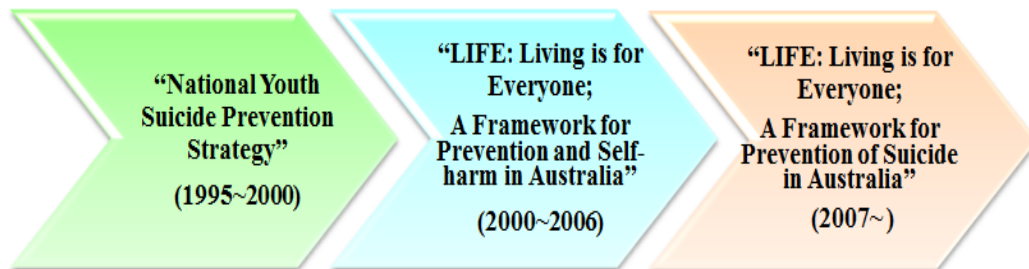
43

호주의 자살대책 및 시사점



자살예방대책 – LIFE: Living is for Everyone

추진경과



1 “National Youth Suicide Prevention Strategy(1995~2000)”

- 호주 최초의 국가차원 자살예방정책으로, 1995년부터 1999년까지 총 3천1백만달러의 예산이 투입됨
- 정책목표: 청소년들의 자살 사망 예방, 자해율 감소, 자살생각 및 자살행위 발생 감소, 청소년, 가족, 지역사회의 자조력 향상

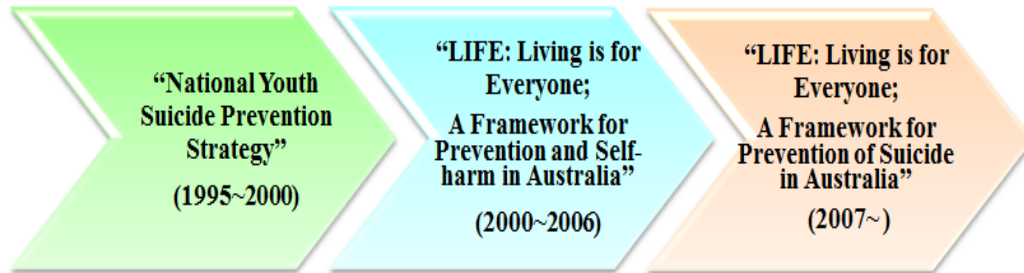
44

호주의 자살대책 및 시사점



자살예방대책 –LIFE: Living is for Everyone

추진경과



2

“LIFE: Living is for Everyone;
A Framework for Prevention and Self-harm in Australia (2000~2006)”

- 정책대상을 전국민으로 확대한 LIFE를 발표함
- 정책목표: 호주국민의 자살률 감소, 정신건강증진 및 자조력 향상

45

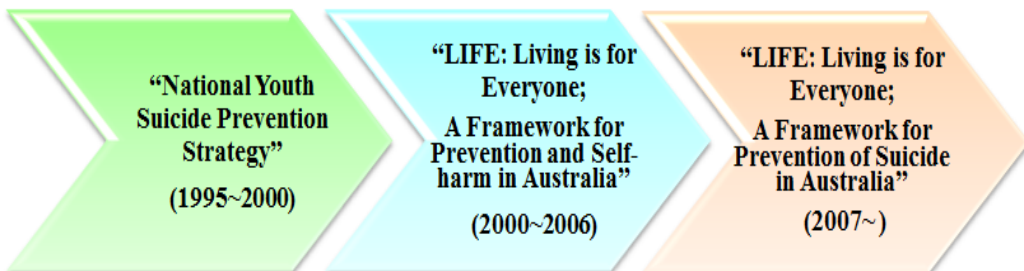
NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

호주의 자살대책 및 시사점



자살예방대책 –LIFE: Living is for Everyone

추진경과



3

“LIFE: Living is for Everyone;
A Framework for Prevention of Suicide in Australia (2007~)”

- 개정안 마련을 위하여 연방, 주정부, 연구자, 보건서비스 전문가, 공공서비스 제공자, 지역사회, 이해집단 등 다양한 이해당사자 등을 대상으로 자문회의를 개최하였음(2006년 11월~2007년 6월)
- 개정 이전에 비하여 실용성이 강화되었고, 자살예방을 위한 지역사회의 광범위한 자원을 활용하는 점이 특징적임

46

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

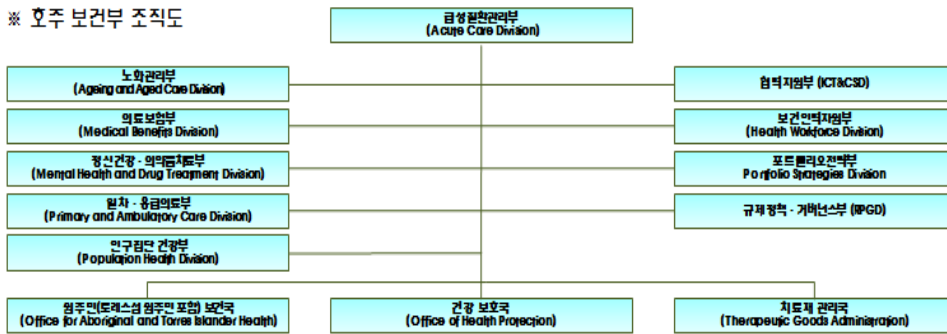
호주의 자살대책 및 시사점



자살예방대책 - LIFE: Living is for Everyone

추진조직

※ 호주 보건부 조직도



- 호주 보건부 (Department of Health and Ageing)
 - 비전: 호주 국민의 더 나은 건강과 활기찬 노년
- 호주 자살예방 자문위원회 (Australian Suicide Prevention Advisory Council)
 - 1년에 3차례의 회의를 열어 전략의 추진 과정을 검토하고, 이에 대한 결과를 발표하도록 권고하고 있음

47

호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례

자살대책활동 (Taking Action to Tackle Suicide package: TATS)

1 위험군 대상 일차 서비스 · 지역사회 기반 심리 서비스 (More community-based psychology service)	2 자살예방 및 위험중재 서비스 · 위기대응전화의 역량 강화 (Boosting capacity of crisis lines) · 정신건강 응급처치 (Mental Health First Aid) · 자살 위험지역 관리를 위한 인프라 (Infrastructure for suicide hot-spots) · 자살 고위험군 대상 지역사회 기반 예방활동 (Community prevention activities for high risk groups) · 학교대상 활동 : Head School Support Program
3 남성 대상 서비스 · 국가 차원 근로현장 자살예방 프로그램의 확대 (Expansion of National Workplace Program) · 상담전화의 역량 강화 : Helpline · 우울증 및 낙인 줄임 캠페인 (Targeted campaigns on depression and reducing stigma)	4 아동·청소년의 정신건강 및 자조력 증진 서비스 · 아동문제 서비스에 대한 접근성 확대 (KidsMatter expansion) · 문제 상황 아동에 대한 추가적 서비스 (Additional services for children with problem) · 온라인 정신건강 상담 서비스 (Online mental health and counselling services)

2011~2012, 2015~2016년 배정 예산: 292.4백만 달러

48

호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (1)

위험군 대상 일차 서비스

- 사업명 : 지역사회 기반 심리 서비스 (More community-based psychology services)
- 예산 : 5년간 40.5백만 달러
- 내용
 - 자살 위험자(자살시도자 및 자해 경험자 등)에게 심리연계서비스(Access to Allied Psychological Service; ATAPS)를 기반으로 한 서비스를 제공함

자살예방 및 위험종재 서비스 (1)

- 사업명 : 위기대응전화의 역량 강화 (Boosting capacity of crisis lines)
- 예산 : 2015-2016까지 5년간 30.3백만 달러 (ongoing funding)
- 내용
 - 휴대폰으로 걸려온 전화에 무료로 상담서비스를 제공하며, 자살과 관련한 주요 장소에서 걸려온 전화에 대해 집중적으로 서비스를 제공함

49

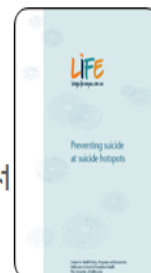
호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (2)

자살예방 및 위험종재 서비스 (2)

- 사업명 : 자살 위험지역 관리인프라 (Infrastructure for suicide hotspots)
- 예산 : 2015-2016까지 5년간 15백만 달러
- 내용
 - 휴대폰으로 걸려온 전화에 무료로 상담서비스를 제공하며, 자살과 관련한 주요 장소에서 걸려온 전화에 대해 집중적으로 서비스를 제공함



출처: <http://livingisforeveryone.com.au>

- 사업명 : 정신건강 응급대응 (Mental Health First Aid)
- 예산 : 2015-16까지 5년간 10.9백만 달러
- 내용
 - 자살시도자 혹은 자살위험자의 요구를 파악하고 대응할 수 있도록 지역사회 일차 정신보건인력 (게이트키퍼), 상담사, 보건 의료인력에게 훈련을 제공함. 호주 내 40개 지역에 해당 훈련센터가 위치하고 있음

50

호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (3)

자살예방 및 위험중재 서비스 (3)

- 사업명 : 자살 고위험군 대상 지역사회 기반 예방활동
(Community prevention activities for high risk groups)
- 예산 : 2015-2016까지 5년간 38.1백만 달러
- 대상 : 자살 고위험군인 지역 원주민, 남성, 성 소수자, 자살자 가족
- 내용
 - 예산 가운데 약 17백만 달러는 자살 고위험군인 특정 집단을 위한 서비스에 배정되었으며, 6백만 달러는 토착민 및 토레스 해협 원주민들의 자살예방을 위한 서비스에 배정되었음



51

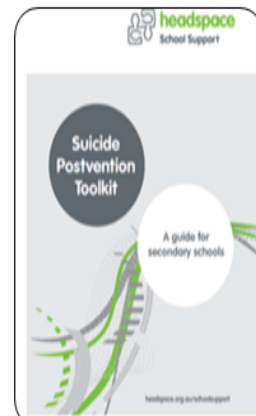
호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (4)

자살예방 및 위험중재 서비스 (4)

- 사업명 : 학교 대상 활동: Head School Support Program
- 예산 : 2013-2014년까지 3년간 18.7백만 달러
- 대상 : 자살 위험에 노출된 중등학교
(학교 전체 및 학교 소속 개인, 지역사회로까지 확장될 수 있음)
- 내용
 - 전용 전화 및 이메일을 통하여 서비스를 지원 받을 수 있음
 - 인터넷 등록을 통하여 자살예방 도구와 자료 표 등 근거 기반 자료를 활용할 수 있도록 지원하고 있음



출처: <http://www.headspace.org.au/>

52

호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (5)

남성대상 서비스 (1)

- 사업명 : 국가차원 근로현장 자살예방 프로그램의 확대
(Expansion of National Workplace Program)

- 예산 : 2015-2016까지 5년간 16.5백만 달러

내용

- 우울증 및 분노장애를 가지고 있으나 치료받지 못하는 근로자를 파악하고 지원하는 프로그램임
- 2012년 1월에는 근로장에서의 자살예방 훈련 접근성을 높이기 위하여 e-learning 프로그램을 런칭하였음



출처: <http://www.beyondblue.org.au/>

남성대상 서비스 (2)

- 사업제목 : 우울증 및 낙인을 감소시키기 위한 특화 캠페인
(Targeted campaigns on depression and reducing stigma)

- 예산 : 2015-2016까지 5년간 12.5백만 달러

내용

- 자살고위험군인 젊은연령(18-25세) 및 고령(60세 이상) 남성, 가정(father), 지방 거주 남성, 다문화 출신 남성, 원주민 및 토레스 해협 출신 남성, 성 소수 남성, 노숙인 남성, 무직 남성 등을 대상으로 우울증과 낙인을 감소시키기 위한 캠페인을 제공함

53

호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (6)

남성대상 서비스 (3)

- 사업명 : helpline(상담전화)의 역량 강화 (Increased helpline capacity)

- 예산 : 2015-2016까지 5년간 4.7백만 달러

내용

- beyondblue helpline은 우울, 분노, 기타 정신장애와 관련한 정보, 조언을 구하는 사람들에게 서비스를 제공함
- 중앙차원: 24시간 전화(13 11 14), 온라인 지원 채팅, 서비스 검색(무료 지역사회서비스 검색), 정신건강 자원 센터, DVden(가정폭력 대처 훈련) 등을 제공함
- 지역차원: 자살예방 및 사별 대응 서비스, 면대면 상담, 재정 상담, 도박 상담, 장애 서비스, 복지 프로그램, 이주 지원 서비스, 가정 중재 서비스, 야생 상담 서비스, 교육 프로그램, 노화 관리 등을 제공함
- 2012년 5월, beyondblue에서는 남성을 대상으로 한 디지털 캠페인을 페이스북, 구글 및 기타 주요 웹사이트에 게시하였음
- (beyondblue의 남성전화 웹사이트 주소: www.beyondblue-men.org.au)



출처: <http://www.lifeline.org.au/>

54

호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (7)

아동·청소년 정신건강 및 자조력 증진 서비스 (1)

- 사업명 : 아동문제 서비스(KidsMatter)에 대한 접근성 확대 (KidsMatter expansion)
- 예산 : 2015-2016까지 5년간 27.9백만 달러
- 내용
 - 2014년 6월까지 추가적으로 1,700개 초등학교에 KidsMatter Primary initiative가 확대될 예정임 (총 2,000개 초등학교에서 시행될 예정임)



아동·청소년 정신건강 및 자조력 증진 서비스 (2)

- 사업명 : 온라인 정신건강상담 서비스(Online mental health and counselling services)
- 예산 : 2015-2016까지 5년간 29백만 달러
- 내용
 - Access Macquarie(매쿼리 대학 산하)는 온라인 클리닉(MindSpot)을 개설하였으며, 경증 ~ 중증도 분노장애 및 우울증 환자에게 온라인(mindspot.org.au)과 전화를 통한 인지행동 치료를 제공함



55

호주의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례 (8)

아동·청소년 정신건강 및 자조력 증진 서비스 (3)

- 사업명 : 문제 상황 아동에 대한 추가적 서비스 (Additional services for children with problem)
- 예산 : 2015-2016까지 5년간 34백만 달러
- 내용
 - 정신, 정서적 발달 장애 및 행동장애의 위험이 있는 26,000명의 아동과 그들의 부모를 대상으로 심리연계 프로그램을 통하여 심리서비스를 제공함
 - 호주 보건부는 국가차원의 온라인 훈련과 ATAPS CMHS(Child Mental Health Service)의 정신건강 전문가의 임상적 지원을 위하여 Australian Psychological Society(APS)와 계약을 체결함



출처: <http://www.seeml.org.au/>, <http://www.psychology.org.au/>

56

호주의 자살대책 및 시사점



호주 보건부 예산

(단위: 1,000\$)					
구분	2011-2012 예산	2012-2013 예산	구분	2011-2012 예산	2012-2013 예산
공중보건서비스	350,664	364,516	개인 건강	3,913	2,591
의약품서비스 접근성	653,293	660,061	보건의료시스템 역량·질	530,728	146,375
의료서비스 접근성	107,874	115,171	정신보건	276,618	385,737
고령인구대상 의료서비스	664,273	2,027,190	보건관련 인력 역량	1,109,953	1,320,381
1차 의료	881,245	866,574	급성질환 관리 서비스	134,006	130,123
농촌지역 의료서비스	101,623	87,230	생물보안 및 비상대응	25,679	21,398
정각의료 서비스	386,476	404,179	CAC Act Bodies에 대한 지불	36,544	34,748
원주민 건강	709,345	705,659	총계	5,972,234	7,271,933

출처: 호주 Department of Health and Ageing 홈페이지(<http://www.health.gov.au/>)

57

호주의 자살대책 및 시사점



시사점 (1)

대상	중재 구분	서비스 대상자
일반 국민 자살수단에 대한 접근성, 알코올 남용, 미디어 보도 등과 관련하여 정책적 개입이 이루어짐	일반 중재	◆ 인구집단 전체
취약집단 게이트키퍼에 대한 훈련 실시, 자살위험이 높은 집단, 특히 유가족에 대한 정책적 개입이 이루어짐	선택적 중재	◆ 위험성이 잠재된 지역사회 및 그룹
고위험군 정신질환, 자살시도자 관리를 주제로 한 정책적 개입이 이루어짐	특수한 중재	◆ 고위험군
	진단	◆ 고위험에 노출된 경우
	조기 중재	◆ 조기 치료 및 지원에 대한 발견과 접근이 이루어지는 경우
	표준화된 치료	◆ 특별한 치료가 요구되는 경우
	장기 치료와 지원	◆ 균정적인 미래를 준비하는 경우
	지속 치료와 지원	◆ 삶에 복귀하는 경우

출처: Australian Government, Department of Health and Ageing(2007)
LIFE: A Framework for Prevention of Suicide in Australia 2007

58



시사점 (2)

- 지역사회 자원 및 네트워크를 활용하여 자살예방 전략을 계획하는 분위기가 두드러짐

- 자살생각에서 자살행위까지 각 단계의 영향요인을 이해하고, 각 단계에서 적절하게 개입할 수 있는 전략들을 계획함

- 외상적 사건이나 지역사회 내 심각한 변화(공장 폐업 등)에 효과적으로 대처할 수 있는 지역사회에 기반 네트워크와 협력 파트너십을 구성함
- 문화센터, 음식점, 술집과 같은 지역사회 내 자원을 활용하여 위험 상황에 대한 대처를 신속히 함
- 학교, 일터 등에서 자살 위험 요인을 파악할 수 있는 역량을 강화함
- 자살과 관련한 위험요인, 경고 사인, 티핑 포인트에 대한 이해를 높이기 위하여 미디어 등의 매체를 활용함
- 가족, 친구, 동료가 가지는 자살예방의 중요한 역할과 영향력을 강화할 수 있는 자원을 개발·확산함

59

핀란드의 자살대책 및 시사점

60

핀란드의 자살대책 및 시사점

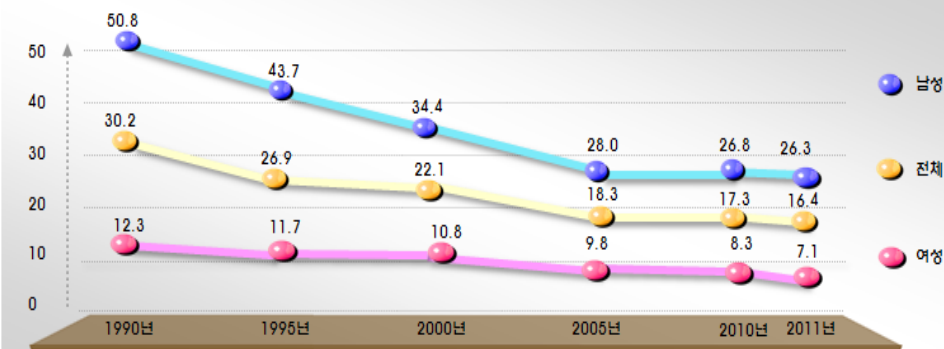


자살사망을 추이

- 핀란드의 자살률은 인구 10만 명당 1990년 30.2명에서 2011년 16.4명으로 약 1/2 감소하였음

- 남성은 1990년 50.8명에서 2005년 28명으로 큰 폭으로 감소했으며, 2011년 26.3명까지 감소하였음
- 여성은 1990년 12.3명에서 2005년 9.8명으로 감소하였으며, 2011년 7.1명까지 감소하였음

인구 10만명당 자살사망률



자료: OECD iLibrary (<http://stats.oecd.org>)

61

핀란드의 자살대책 및 시사점



자살대책 추진 경과

- 1980년 후반까지 세계에서 가장 높은 사망률을 보임에 따라 1986년 세계 최초의 자살예방 대책(Suicide Can Be Prevented. A target and Action Strategy for Suicide Prevention)을 수립하여 1996년까지 시행

- 자살예방 대책의 일환으로 1986 ~ 1992년까지 6년간 심리적 부검을 실시하여 1992년 자살의 원인을 규명하여 자살예방프로그램을 마련하였으며, 이를 토대로 1996년까지 4년간 전국적으로 프로그램을 실시함
- 심리적 부검에는 1,366명의 자살사망자(1987년 한해 동안 발생한 자살사망자)를 대상으로 학교 · 병원 · 사회복지기관 · 군대 · 교회 등 전문가 5만명 참여

- ① 자살사망
- ② 경찰현장조사
- ③ 심리적부검에 대한 유가족동의
- ④ 정신과 전문의 유가족 심층면접

심리적
부검

- ⑤ 자살자 주변환경조사
- ⑥ 수집자료 분석 및 분류
- ⑦ 수집정보 DB화
- ⑧ 고위험군에 대한 프로그램마련

62

핀란드의 자살대책 및 시사점



자살 예방 대책

- ④ 자살 고위험자에 대한 조기발견과 치료기관 간의 연계
- ④ 언론의 자살 관련 보도자제
- ④ 대상에 따른 맞춤형 프로그램 운영



청년층

- 자살을 시도한 젊은 층들의 배경 및 심리문제를 자세히 조사하여 지지와 치료 제공
- 가족 위기나 만성 문제에 대한 특수한 지지
- 직장 생활에 적절히 적응하고 통합되는 것에 대한 지지



노년층

- 노인 우울증 조기 진단
- 노인의 인생 설계와 대처 능력의 향상을 위한 교육 및 활동 제공
- 퇴직과 경제 문제에 대한 노년층의 준비를 지지하고 교육
- 가족, 친척들이 노인들을 간호할 수 있도록 지지

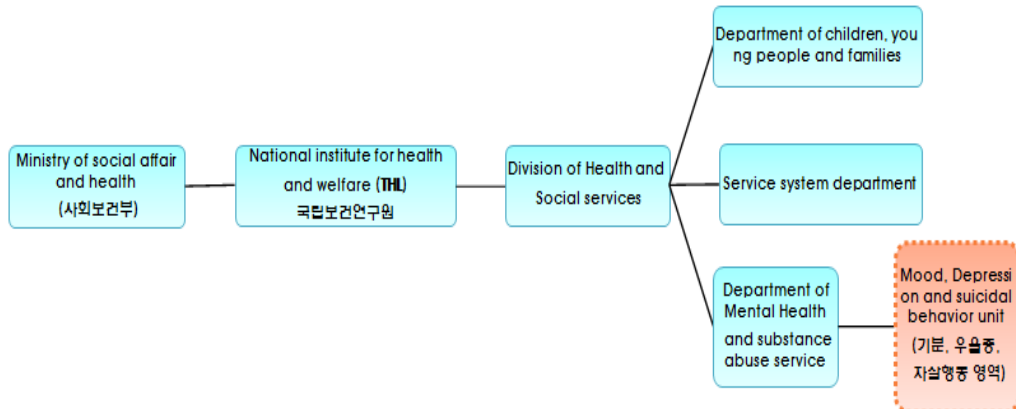
63

핀란드의 자살대책 및 시사점



추진조직

- ④ 핀란드 사회보건부(Ministry of social affair and health)
 - 사회보건부 산하의 정부출연 연구기관인 국립보건연구원(THL)내 정신건강및 약물 남용관련 부문의 기분, 우울증, 자살행동을 연구하는 부서에서 전반적인 연구를 담당, 자살의 심리적 부검을 연구·조사함



출처: 핀란드 국립보건연구원 홈페이지(http://www.thl.fi/fi_F/web/fi)

64

핀란드의 자살대책 및 시사점



주요 사업 및 프로그램 사례

The Finnish Association for Mental Health: FAMH (핀란드 정신보건 협회)

● 내용

- 세계에서 가장 오래된 정신보건 협회(1971년 설립)
- SOS 위기 센터 운영(매년 60,000건의 상담건수)
- 외국인 자살 상담 서비스 제공(무료, 영어, 모국어 등 언어지원)
- 교육 센터 운영
- 투키넷(Turkinet) 홍보와 운영: 인터넷 기반의 위기 대응 서비스로써, 그룹토론 지원, 자살정보검색 및 자살 생존자 이야기 공유



Puhelu voi pelastaa Sinut : 전화가 당신을 살릴 수 있습니다

운영시간 월~금 0900~0600, 토 1500~0600, 일 1500~2200

65

핀란드의 자살대책 및 시사점



시사점

- 핀란드는 심리적 부검을 통해 효과적인 자살예방대책을 성공적으로 수립·추진한 대표적 국가로 지목되고 있음

- 우리나라의 경우 자살에 대한 stigma로 인해 심리적 부검이 실시되기 어려운 상황이나 이를 대체할 수 있는 방법론 개발 필요

- 핀란드의 자살대책의 또 하나의 특징은 중앙정부, 지방자치단체, 학교, 산업장, 민간단체, 지역사회조직 등이 적극적으로 자살대책에 참여하였다는 점임

- 우리나라도 다양한 조직의 적극적인 참여를 유도하고 이러한 조직 간의 Network를 효율적으로 관리할 수 있는 체계 마련이 요구됨

66

몇 가지 제언

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

67

몇 가지 제언



몇 가지 제언 (1)

④ 자살 고위험자에 대한 위기개입 이후 지역사회의 지지체계 확립

- 자살원인은 단일요인보다 복합적 요인이 대부분(예; 치료가 부족한 저소득층 노인의 건강문제로 인한 자살)
- 고위험자가 가진 정신건강상의 문제, 사회경제적 문제를 하나씩 풀어나가도록 지원하는 지역의 (자원봉사)팀 (법률가, 금융관계자, 의료인 등 각 분야의 분야의 전문가로 구성)
 - 정신보건센터, 지역자살예방센터, 보건소가 주축이 되어 support team을 구성하고 사례의 특성에 따라 밀착형 지지서비스 제공

④ 지역사회 정신보건 인프라 확충 및 주민과의 친밀도 제고

- 정신보건센터, 자살예방센터 등 물리적 자원 확충은 필수적
 - 다만, 현재 보건소에서 센터운동을 위탁하는 것에 대한 재검토 필요
- 정신보건센터나 자살예방센터 등에 대한 주민들의 거부감을 해소하기 위한 주민친화적 프로그램 개발 시행 (일반 주민도 자연스럽게 참여하는 프로그램)
- 센터의 명칭도 positive image를 주는 명칭으로 변경

68

NATIONAL ASSEMBLY
BUDGET OFFICE

몇 가지 제언



몇 가지 제언 (2)

④ 지역사회 내 각종 사례관리사업간 정보 및 업무 연계

- 현재 시·군·구 단위에 희망복지지원단 사례관리, 보건소 맞춤형 방문보건사업, 지역사회복지협의체 사례관리, 사회복지관·노인복지관·장애인복지관, 의료급여 사례관리사업, 정신보건센터·자살예방센터 등이 개별적으로 추진
- 사례관리 대상자의 욕구에 따라 서비스 및 업무 연계, 정보교류

④ 고위험자에 대한 효과적 접근 전략 개발

- 고위험자가 자살예방센터 요원 등 외부로부터의 접근이나 개입을 거부할 경우에 대비하여 대상자와 친밀도가 높은 멘토를 선발하여 오랜 기간에 걸쳐 자연스럽게 대상자에게 다가가기 위한 프로그램 마련 및 소요 실비용 지원
 - 현실적으로는 지역사회 자원봉사자를 중심으로 운영

69

몇 가지 제언



몇 가지 제언 (3)

④ peer group approach 적극 활용

- 자살 고위험 학생을 조기에 발견 신고하도록 동료집단을 조직화하여 운용하는 방안 강구 필요
 - 개별 학생의 건전한 학교생활 생태계(친구관계 등)를 회복시켜 주기 위한 동료집단 접근 전략 개발

④ gate keeper 양성 및 제도운영의 효과성 제고

- gate keeper 실효성 있게 운영되도록 하기 위해서는 학교교사, 의사 등 전문가 중심보다는 다중을 접촉하는 일반인을 적극 활용(일본: 이·미용사)

70



몇 가지 제언 (4)

④ 자살의 대물림 예방을 위한 유가족 지원

- 유가족에 대한 심리적 치료 상담 서비스 등이 필요하나 유가족 스스로 외부에 노출되는 것에 대한 거부감을 가진 경우가 대부분
- 대외적으로 노출이 되지 않는 방법을 통한 심리적 치료 등 프로그램 개발

④ 자살시도자를 대상으로 한 survey

- 우리나라의 경우 현실적으로 심리적 부검이 실정으로 이를 대체하기 위해 가능한 범위 내에서 자살시도자에 대한 조사(retrospective) 실시
 - 생애주기별 자살 위험요소, 자살욕구의 축적 및 완화 과정 등에 대한 qualitative survey

71

감사합니다

72

토론

자 살 예 방 정 책 토 론 회

토론 1

신의진

새누리당 국회의원



자 살 예 방 정 책 토 론 회

토론 2

김용익

민주당 국회의원



자살예방을 위한 정책 제언

1. 한국의 자살

□ 예방 가능한 사회적 질환

- 한국의 높은 자살률은 가장 시급한 사회 문제 중 하나
- 특히, 노인계층에서의 높은 자살률은 준비되지 않은 고령사회로의 급속한 진입, 전통적 가족관계의 해체와 심각한 수준의 노인빈곤 등의 문제와 노인층에 대한 집단적 무관심 등의 다양한 문제로 인한 것이며 노인 자살은 사회적 재앙 수준임
- 따라서, 최근 한국사회의 자살급증을 설명할 수 있는 전염병 등 질병학적, 생물학적 근거가 없는 점을 볼 때 전적으로 예방 가능한 사회적 질환임

□ 자살 예방을 위한 체계적 대책 마련

- 중앙정부 차원에서는 근본적으로 자살이 발생하는 사회경제-문화적 원인에 대한 대응전략을 마련
- 자살은 중앙정부보다 지방정부의 적극적인 개입과 노력이 더 중요. 지방정부의 체계적이고 구체적인 대책 수립 필요
 - **보편적 예방사업** : 지역사회 내에서 자살예방에 대한 경각심을 일깨우고, 지역사회 전 가용자원을 활용하여 상시적 자살예방교육 실시, 공공보건기관, 종교기관, 노인회, 학교, 청소년단체 등과 연대
 - **선택적 예방사업** : 독거노인, 청소년, 실직자 등 자살 고위험군을 대상으로 선별검사 수행, 대상군별 특화된 예방서비스 제공 방안 마련과 이를 위한 지역내 사회적 지지 연결망 구축
 - **집중적 예방사업** : 자살 시도자 및 자살 유가족에 대한 강도 높은 예방 관리사업, 관내 정신보건 의료기관 연계

2. 자살예방 관련 법제의 제·개정을 통한 실효성 증대

□ 지역사회 자살예방사업 수행을 위한 예산지원 법적 근거 마련

- 효과적인 자살예방을 위해서는 지역사회를 기반으로 우울증 환자 등 자살 위험군에 대한 조기 지원이 매우 중요함
 - 서울시 노원구와 동대문구 정신보건센터의 경우, 지자체 추가 예산을 통해 자살예방 사업을 수행하였고, 그 결과 자살률 감소의 효과를 입증한 바 있음
 - 그러나 현행 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」(이하 「자살예방법」) 제13조에서는 ‘자살예방센터의 설치’에 대한 규정을 하고 정신보건센터에 설치 근거를 제시하고는 있지만 자살예방센터에 대한 국가 예산지원에 대한 근거는 마련하고 있지 않아, 실효성이 낮음
 - ※ 지자체 자체 예산으로 사업을 수행하다보니 전국 229개 시군구 중 불과 19개 시군구에만 자살예방센터가 설치되어 있는 실정임
- 자살예방센터에 대한 국가 예산지원 근거 마련으로 지역사회 내 자살 위험군에 대한 적극적인 지원을 통한 예방 대책을 마련해야 함

□ 자살시도자 및 자살자 유가족에 대한 사후관리 의무화를 위한 법적 근거 마련

- 자살시도 응급실 이용자는 연간 4만 명이고, 이 중 20% 내외인 약 8,000명이 자살 재시도자로 추정되는 만큼 응급실 내원 자살 시도자에 대한 적절한 사후관리가 시급함
- 또한, 자살 사망자 가족은 가족의 자살을 경험한 후 외상 후 스트레스 장애나 우울증 등 정신질환에 걸리기 쉽고 후속 자살로 이어지는 경우가 많기 때문에 사후관리 대책마련이 필요함
- 그러나 현행 「자살예방법」 제20조에서는 ‘국가 및 지방자치단체는 자살시도자 또는 자살자의 가족 등에 미치는 심각한 심리적 영향이 완화되도록 자살시도자 등에게 심리상담, 상담치료를 지원할 수 있다’라고만 제시되어 있으며 의무사항은 아님
 - 복지부가 법에 근거하여 올해부터 21개 응급의료센터를 선정하여 「응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업」을 시작하였지만, 이는 전체 응급의료센터 435개소의 4.8%에 불과한 수준임

- 응급실에 내원한 자살시도자에 대해 치료 및 상담연계를 의무화하는 법적 근거를 마련하여 적극적인 사업추진이 필요함

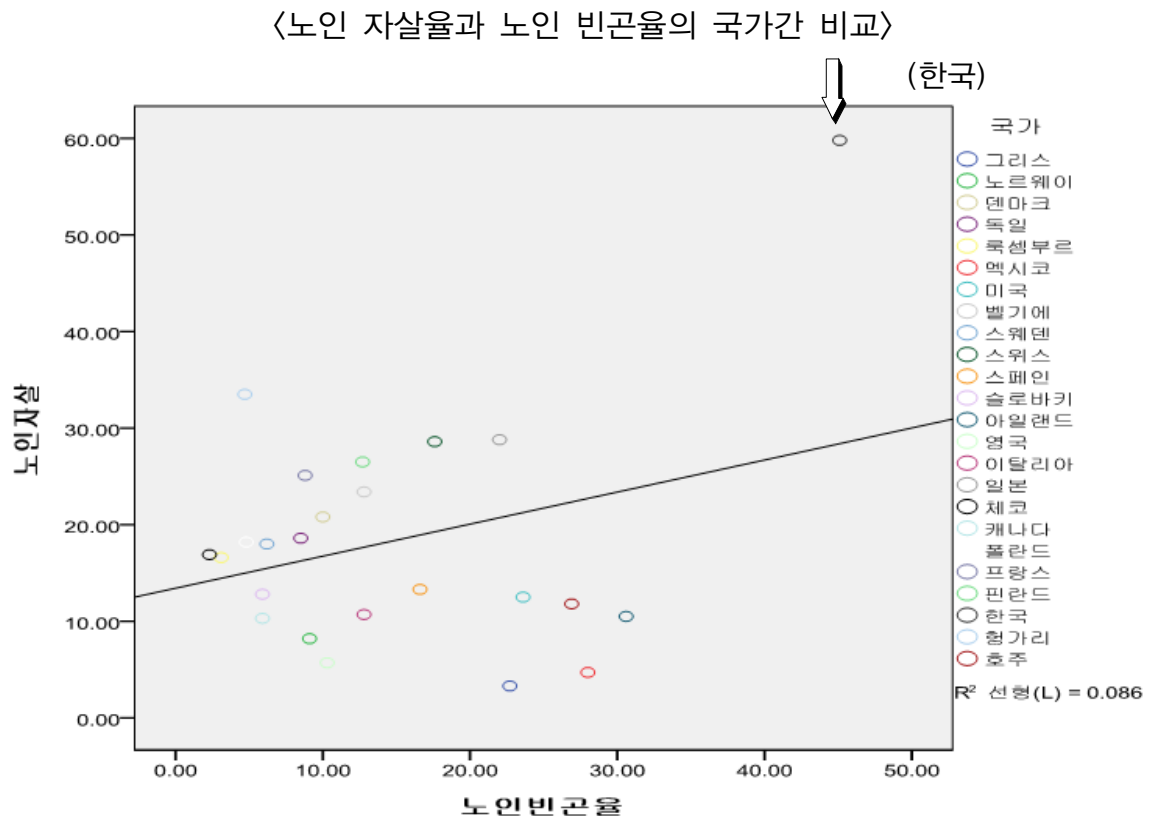
□ 자살예방 전문 인력 양성기준 필요

- 자살예방 분야가 법으로 규정되면서 자살예방교육을 위한 강사의 수요가 늘어나고 있지만 인력양성에 대한 별도의 기준이 없어 부작용이 우려됨
- 「자살예방법」 제22조에서 ‘국가 및 지방자치단체는 자살예방 등에 관한 전문 인력의 양성 확보 및 자질의 향상에 필요한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다’고 근거를 마련하고 있음
- 그러나 자살예방 전문 인력에 대한 정확한 자격요건 등이 제시되어 있지 않아, 실제 현장에서 유사자격증이 남발되고 있음
- 구체적인 인력 기준 및 인력 양성과 관련된 제반 사항이 구체적으로 제시되어야 할 것임

3. 자살예방을 도모하기 위한 기타 정책 전략 제언

□ 독거노인 등 사회적 취약계층에 대한 선택적 자살예방사업 추진

- 우리나라 노인의 자살률은 OECD 국가 중 1위이며, 2011년 인구 10만 명당 65세 이상 노인 자살률은 79.7명으로 전국 평균 31.7명과 비교해 2.5배나 높은 심각한 수준으로 적극적인 대책 마련이 필요함
- 서울 노원구의 경우 자살예방을 위해 독거노인, 취약계층에 대한 우울증 검사 및 마음건강평가를 실시하고, 이 중 위험군을 발견하여 심층적인 상담관리를 실시한 결과 ‘09년 180명에 달했던 자살자가 ‘11년 145명으로 줄어들었으며, 25개 자치구 중 자살률 순위도 ‘09년 7위에서 ‘11년 21위로 하락함
- 노원구의 성공적인 사례를 바탕으로 독거노인 등 사회적 취약계층에 대한 국가 차원의 심층적인 관리 시스템 도입이 필요함



□ 자살보도 지침 강화

- 우리나라의 유명인 자살 모방(베르테르 효과)은 심각한 수준으로, 자살예방협회에 따르면 유명 연예인이 자살한 뒤 각 2개월 동안 자살자수가 평균 600여명 정도 늘어난 것으로 집계됨. 자살모방을 방지하기 위한 언론의 자살보도 지침을 강화할 필요가 있음
- 2005년 보건복지부 차원에서 자살보도 지침을 마련하여 언론사에 제시한 바 있고, 최근 ‘자살보도 권고기준 2.0’을 제시한 바 있음. 그러나 실제 현장에서는 활용되지 않고 있음
 - － 복지부에서 제시한 ‘자살보도 가이드라인’의 내용은 이를 위반하여도 법적으로 아무런 조치를 받지 않기 때문에 언론사의 선정적 보도가 지속되고 있고, 자살 모방(베르테르 효과)이 이어지고 있음
- 자살보도 지침에 대한 수정·보완과 더불어 자살보도 지침을 어기는 언론에 대한 강력한 규제대책을 마련할 필요가 있음

자 살 예 방 정 책 토 론 회

토론 3

하규섭

국립서울병원장



보다 적극적인 자살예방을 위한 정책 제안

1. 어떤 자살 예방 정책을 우선적으로 시행할 것인가?

- 효율성: 제한된 자원으로 보다 큰, 그리고 빠른 효과를 볼 수 있는 정책
 - 고위험군 > 위험군 (취약집단, 우울증, 신체질환) > 일반 대중
 - 치명적 수단 > 게이트키퍼 양성 > 생명존중 교육
- 시급성: 아직 자살률이 올라가는 분야, 다른 분야에 파급 효과가 큰 분야
 - 노인 자살
 - 농약 관리 성공: 맹독성 농약 및 고독성 농약 제한 시작 (2011, 2012년)
 - 자살률 통계 발표: 시군구별, 월 1회, 2-3개월 전 자살률 잠정치라도
 - 언론의 협조와 참여

2. 이제는 대상별로 다른 접근을 해야 할 때

- 고위험군
 - 자살시도자
 - 지난 3년간 자살 시도자 약 50만명으로 추정. 이중 응급실 내원자 약 15만명
 - 응급실을 내원한 자살 시도자에 관한 사후 관리 체계 시작
 - 궁극적으로는 응급실을 내원할 정도의 심각한 자살 시도를 한 대상에 대해서는 사후 관리를 받도록 하는 체계가 필요: 개인정보 보호?
 - 시도자에 대한 심리적 분석 “심리적 생검” > “심리적 부검”
 - 자살유가족
 - 2000년 이후 약 100만명으로 추정
 - 고통과 ‘고위험’은 단기간에 끝나지 않음
 - 체계적인 서비스 제공 방안 마련 필요

□ 위험군

- 독거 노인 자살시도자
 - 질병이나 가난, 외로움과 관련
 - 시도에 비하여 사망률이 대단히 높음
 - 사회복지와 연계된 자살예방대책
 - 의료기관과의 협조 체계
- 10대
 - 충동적. 외부의 영향을 많이 받은 계층.
 - 생각과 시도는 많이 하지만, 상대적으로 사망자는 적음
 - 교육의 주대상자
- 사회경제적 어려움을 겪고 있는 대상 (실업자 등)
 - 사회복지 서비스와 정신건강 지원 서비스 연계
- 정신장애
 - 보험 가입 조절: 우울증이 있어도 보험에 가입할 수 있도록
 - 우울증을 치료 받고 있는 한 보험 가입이 연장될 수 있도록
- 전 연령층에 걸쳐 대인관계에서의 갈등이 가장 주요한 스트레스 요인
 - 대인관계에서의 갈등을 어떻게 해결해 나가는지에 관한 교육이 절실

□ 일반 대중

- 언론사의 자발적 참여(연중 기획 등)나 공익광고협의회 등을 통한 인식개선

3. 역할 분담

□ 고위험군

- 의료의 대상
- 치명적인 방법과 수단에 대한 관리
- 국가 예산으로라도 ---

□ 위험군

- 정신장애: 의료, 심리 및 사회복지의 대상
- 노인, 10대, 취약계층: 심리, 상담, 사회복지의 대상
- 게이트키퍼 양성, 활성화, 교육
- 위험도가 높을수록 국가 혹은 지방자치단체 예산, 위험도가 낮으면 본인 부담으로---

□ 일반 대중

- 언론계, 교육계, 사회문화계의 대상
- 종교계의 역할 강화
- 기업체 및 사업장 연계를 위한 방안 강구
- 가급적 “국가나 지방자치단체의 예산”으로 하지 않았으면 ...

4. 자살 예방 - 전략적 접근

□ ‘자살 예방’이 단시간 내에 가능하다는 것을 보여줄 수 있는 접근

- 선택과 집중
- 노원구의 예
- 적극적인 홍보
- 2009년부터 2011년까지는 자살률이 거의 증가하고 있지 않음
- 2009년부터 2011년 사이에는 여성 자살률은 감소 추세에 있음

□ 지자체 평가에 ‘자살률’이 포함되어야

□ ‘자살률 감소’ 자체를 지표로 삼아야

□ Head Quarter가 필요함

- 중앙자살예방센터
- (가칭)국립정신건강증진연구원 = NIMH + SAMHSA

□ 자살예방 네트워크가 필요함

- 자살하는 모든 사람이 우울증 등 정신장애 때문에 자살하는 것은 아니지만 자살하기 전에는 모두가 우울, 충동 등 정신적인 문제가 있음도 인정해야

자 살 예 방 정 책 토 론 회

토론 4

송인한

연세대학교 사회복지학과 교수



자살예방을 위한 사회안전망으로서의 국가차원 통합적 접근

1. 자살예방 국가전략

□ 배경과 맥락

- 자살예방을 위한 국가전략은, 단순히 국가주도의 정책적 접근을 넘어 정부에 의해 다면적이고 통합적으로 조정되는 조직적이고 연계된 자살예방 관련 활동 들임
- 정부 주도의 자살예방 활동을 넘어선 다양한 자살예방 활동들을 국가차원에서 조정하고 통합해 추진하는 체계가 국가전략이라고 할 수 있음
- 우리나라의 경우, 통합적 국가전략으로서 2004년 자살예방 5개년 계획이 수립·시행되어, 제2차 자살예방종합대책(2009-2013)을 거쳐 오고 있음
- 그러나, 국가차원의 예방대책을 수립한지 10년이 되었음에도 자살률의 감소를 가져오지 않았다는 점에서 면밀한 재검토가 요구되는 시점임

□ WHO 자살예방 국가전략 프레임워크 (2012)

- 이해관계자 파악: 다양한 부문과 분야 포괄
- 현황분석, 자원파악, 정치권의 적극적 참여, 낙인 문제 개선, 자살예방인식 향상
- 성공적 자살예방 국가전략의 핵심요소로 다음의 내용을 제시함
 1. 명확한 목표
 2. 위험요인 및 방해요인
 3. 대상별 효과적인 개입방법
 4. 집계 시스템 개선 및 관련 연구
 5. 모니터링 및 평가

2. 국가 간 전략 비교에 근거한 논의점

□ 목표의 명확성

- 대부분의 국가에서 자살률 감소 목표 수치를 명시하며 강조하고 있음 (ex. 스코틀랜드, 10년간 20%)
- 우리나라의 제2차 종합대책의 경우 5년간 약 20% 감소의 목표를 언급했으나, 급격히 상승하고 있는 추세에서의 비현실성 문제가 제기될 수 있음
- 현실을 반영한 달성 가능한 구체적 목표의 수립이 필요함

□ 책임 주체

- 대부분 국가는 책임 주체에 관해 공통적으로, 자살예방의 책임이 사회 구성원 모두에게 있음을 강조 (뉴질랜드, “자살예방에 있어 누구나에게 역할이 있음”; 아일랜드, “책임 공유”)
- 우리나라의 경우 “시민사회와 정부가 협력”해야 한다고 명시하고 있으나, 이에 대한 구체적 설명이나 책임 주체에 관한 언급이 없음
- 우리나라 상황의 시급성을 직시할 때, 초국가적 민관연대 조직이 필요함

□ 근거 중심의 접근

- 자살과 관련된 현황 분석 및 위험요인과 방해요인에 대한 연구를 통한 실증적 접근의 중요성
- 기존의 축적된 연구를 종합적으로 분석한 근거의 필요성
- 우리나라의 경우 위험요인으로 “물질주의의 팽배, 생명경시 풍조 심화” 등의 추상적 표현으로 언급되고 있는 점에서, 보다 더 구체적으로 만들어질 필요 있음
- 위험요인의 분석을 바탕으로 자살관련 중점 대상군에 대한 개별화 된 접근의 필요성
- 사회적 소외자에 대한 특별한 접근이 보다 더 구체화 될 필요가 있음

□ 자료집계, 모니터링 및 평가

- 자살행동에 관한 정확한 데이터 집계를 위한 집계 체계 구축과 연구조사에 관한 내용이 국가전략에 포함되어 있어야 함
- 자살예방사업에 대한 평가는 물론, 국가전략 자체에 대한 모니터링과 평가가 수반되어야 함

3. 제언

□ 초국가적 접근의 필요성

- 자살문제가 모두의 일(Everybody's Business)임을 인식할 필요성
- 대통령 직속 기구를 통한 초부처간 협력 혹은 초국가적 민·관 협력체가 실질적으로 작동해야 함 (ex. 미국 National Action Alliance for Suicide Prevention)
- 이는, 국가 혹은 사회 전체가 자살문제에 대해 심각한 인식을 하고 있으며, 국가적 및 사회적 접근이 적극적으로 진행되고 있다는 사실을 공표하는 것이며,
- 초국가적 연대를 통해 자살예방의 다양한 측면이 조직적이고 유기적으로 결합할 수 있게 되어, 다차원적 협력방안이 가능할 수 있음
- 자살예방과 관련된 사회문화적 환경 및 법체계, 예방서비스, 데이터 집계 등을 체계적으로 통합하며, 지속적이고 장기적인 계획을 가능케 함
- 자살예방 관계자들의 책임성을 고취시키며, 자살에 관한 연구와 실체가 연계될 수 있는 환경을 제공하고, 대중의 인식개선을 위한 홍보와 연계 (ex. 호주의 RUOK? Day 재단 등)

□ 사회복지 및 사회안전망 확충

- 노년층 등 사회적 취약계층에 대한 사회복지적 안전망의 강화
- 취약계층과 접촉하는 일선 사회복지사 및 방문간호사 인력의 현실적 확충
- 게이트키퍼 및 사례관리체계 통합을 위한 사회복지 시스템 활용
- 자살에 대한 병리적 접근을 넘어선 통합적 접근의 확대
- 자살행동 및 자살예방에 대한 구체적/미시적 접근과, 사회 전체를 “살 만한 곳”으로 만드는 궁극적 목적의 거시적 접근이 함께 진행되어야 함

자 살 예 방 정 책 토 론 회

토론 5

김선현

차의과대학교 임상미술치료학 교수



적극적인 자살예방 정책을 위한 민간자원 활용

1. 자살예방정책의 문제점

□ 우리나라 자살률의 실태

- 「현행 자살예방사업의 문제점 및 개선과제(국회예산정책처, 2013)」 자료에 따르면 우리나라 자살률은 1992년부터 지속적으로 증가하여, 2011년 인구 10만 명당 자살자 수는 31.7명으로 1983년 자살률의 약 3.6배였으며, 2005년과 2010년에는 전체 사망원인 중 4위를 차지함
- 전 연령대에서 자살률이 급증하고 있으며 노인 자살률과 청소년 자살률의 증가가 두드러지는데, 특히 이는 고령화 사회와 출산감소 문제와 결부되어 국가 인적자원의 활용 및 경제력 손실에도 막대한 영향을 미침

□ 청소년 자살률 현황

- 청소년(15-24세)의 경우, 2008년 이후부터 자살이 청소년 사망원인의 1위를 차지하였으며(통계청, 2010), 주된 원인으로 성적·진학문제, 경제적 어려움, 가정불화가 대표적이며, 사회경제적 원인으로는 가족구조의 해체, 소득불평등 심화 등을 들 수 있음
- 청소년 자살률의 증가는 건강한 미래사회를 구현하는 데 있어 심각한 방해요인으로 작용함

[청소년(15-24세)의 사망원인]

(단위 : 명/청소년 인구 10만 명당)

연도	1위	2위	3위	4위	5위
1999	운수사고 19.8	자살 10.1	암 5.1	익사사고 3.2	심장질환 2.3
2000	운수사고 19.3	자살 8.7	암 4.9	익사사고 3.5	심장질환 1.8
2008	자살 13.5	운수사고 9.2	암 3.7	익사사고 1.3	심장질환 0.9
2009	자살 15.3	운수사고 8.4	암 3.8	심장질환 1	익사사고 0.8
2010	자살 13	운수사고 8.3	암 3.6	심장질환 1.2	익사사고 1.0

(통계청, 2010)

□ 정부 자살예방사업의 실태

- 정부에서는 2004년 9월 제1차 자살예방 5개년 기본계획(2004~2008)에 이어 2009년부터 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)을 마련함
- 정부에서는 자살예방 정책을 지속적으로 추진해 오고 있으며, 민간단체나 청소년 관련기관 및 학교에서도 청소년 자살을 줄이기 위한 자살예방 사업들을 시행
- 그러나 이러한 노력들에도 불구하고, 자살예방사업에 대한 투자 미흡, 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조체계 구축 미흡, 지역별 특성에 기반을 둔 전달체계 마련 미비, 민간자원 활용 저조와 같은 문제로 인해 그 실효성은 여전히 제한적이며 청소년 자살률 또한 증가하고 있는 실정임(국회예산정책처, 2013)
- 이에 기존의 자살예방 정책 및 사업의 문제점을 분석하여, 보다 적극적인 청소년 자살예방의 대책 마련 방안이 요구됨

2. 현 자살예방사업을 위한 보완대책

□ 자살예방사업의 개선과제 및 민간지원 사업의 필요성

- 현재 시행되는 자살예방사업의 개선과제로는 자살예방사업의 우선순위의 설정 및 정책방향 전환, 안정적·효율적 예산 확보 방안 모색, 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조 강화, 민간자원의 활성화 등을 들 수 있음
- 특히 전문화된 민간자원의 활용은 자살 위험군에게 밀착형 지지서비스를 제공하여 가장 빨리 대응한다는 점에서 보다 실질적인 자살예방에 효과적임
- 그러나 2013년도 현재, 작·간접 자살예방사업의 총 예산 1,102억 중에서 민간자원 활용에는 약 4억원이 배정되어 있어 민간자원 활용에 소극적인 태도를 보임(국회예산정책처, 2013)
- 국외 자살예방 정책에서는 민간단체와의 연대를 강조하고 있음(외국의 자살예방정책 사례와 시사점, 이상영, 2013)
 - － 일본의 경우, 자살예방 대책으로 민간단체와의 연대를 강화하여 관련기관 간 사례검토 및 자살대책 네트워크 협의회 개최

- 미국은 공공과 민간, 지역사회와의 네트워크가 활성화되어 각 기관별 협력적 관계를 이룸
- 호주는 지역사회 자원 및 네트워크를 활용하여 자살예방 전략을 계획하는 분위기가 두드러짐

3. 자살예방을 위한 민간자원의 활성화 방안

□ 자살예방을 위한 민간자원 활용 사례

○ 임상미술치료의 활용

- 임상미술치료는 미술과 의술이 접목된 치료법으로, 미술활동을 통하여 환자의 심신상태를 평가(진단)하고 질병의 치료나 증상의 호전을 도모함(임상미술치료학, 김선현, 2009)
- 청소년 자살예방을 위한 임상미술치료 프로그램의 목적은 청소년들이 자신의 우울, 자살생각, 스트레스를 감소시킬 수 있도록 도와 자살을 예방하는 삶을 살도록 돕는 데 있음
- 2012년 (사)생명보험사회공헌재단과 차의과학대학교 임상미술치료학과는 자살예방지원사업의 일환으로, 임상미술치료전문가, 정신과 전문의, 심리학자에 의해 구성된 미술치료 프로그램을 개발, 서울시 소재 5개 중학교에서 자살고위험군 중학생을 대상으로 임상미술치료를 진행
- 연구 결과, 임상미술치료 실시 이후 우울, 정서, 행동발달 및 자살생각 감소에 유의미한 차이를 보이며, 스트레스 호르몬인 코티졸 농도의 감소, 뇌기능 지수의 긍정적인 변화를 보임(청소년 자살 예방을 위한 임상미술치료의 역할, 김선현, 2012, 2013)
- 2013년에는 임상미술치료가 청소년 자살예방에 미치는 효과를 인정받아 치료대상이 확대되었으며, 미술치료 전시회를 통해 청소년 자살예방지원에 대한 사회적 인식확산에 기여함

□ 자살예방을 위한 민간자원 활용 방안

- 청소년 자살예방을 위해서는 민간자원을 활용한 보다 적극적이고 실질적인 지

원방안이 필요함

- 특히 자살위험자에게 밀착형 중재를 통해 직접적인 영향을 미치는 임상미술치료와 같이, 심리재활에 특성화되고 전문화된 인력에 대한 예산 및 정책 지원이 강화되어야 함
- 또한 정부의 민간자원에 대한 정보 부족과 낮은 신뢰도를 회복하기 위해서, 전문성을 갖춘 민간기관과의 협력을 적극 활용할 필요가 있음

자 살 예 방 정 책 토 론 회

토론 6

임종규

보건복지부 건강정책국장



보건복지부 자살예방 정책 방향

I. 추진배경

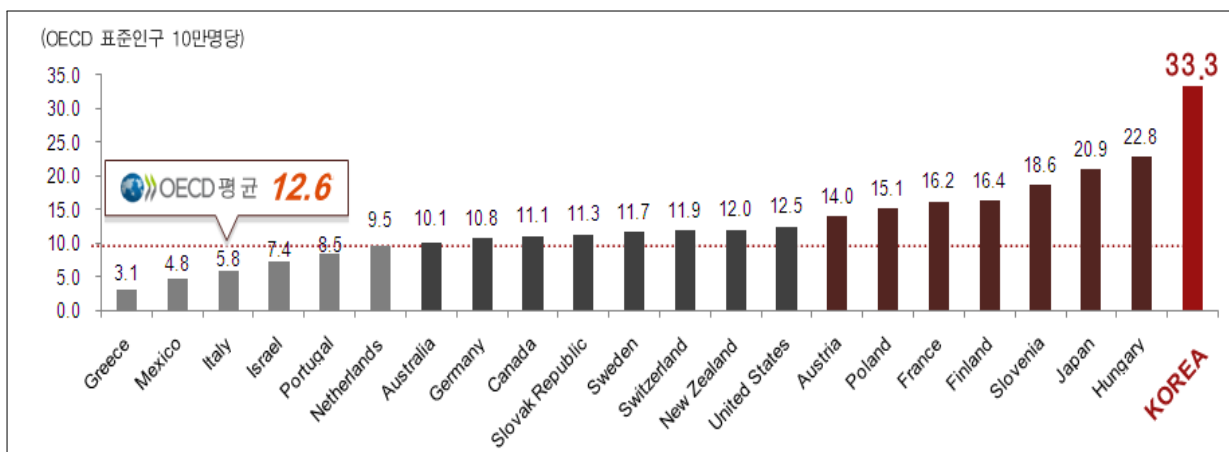
□ '11년 한국의 자살사망률은 OECD 국가 중 가장 높은 수준

- '90~'11년 동안 **OECD** 국가의 자살사망률은 **평균 21.9% 감소**한 반면 **한국에서는 234.7%**('90년 8.8명→'11년 33.3명*) **증가**

* OECD 표준인구로 OECD에서 자체 계산한 결과 (OECD Health Data, '12)

* 자살사망률 추이(인구10만명당): 14.4('01)→21.8('06)→31.0('09)→31.2('10)→31.7('11)

〈 OECD 표준인구 기준 국가별 비교 〉



- **청소년**은 OECD 평균 청소년 자살사망률 보다 **낮은** 반면, **노인**의 경우 OECD 주요 국가 노인 자살사망률의 **2~7배**에 이르고 있어 전체 자살사망률을 높이는 주된 요인으로 작용

* 10~19세 자살사망률('07) : 한국 6.2명, OECD 평균 6.8명

* 65~74세 자살사망률('10) : 한국 63.1명, 일본 29.1명, 미국 12.5명, 호주 8.9명

□ 자살 또는 자살시도로 인해 최대 **4조9천억원**의 사회·경제적 비용 소요 추정 ('09년 기준, 국회 입법조사처, '11년)

* 비용 내역 : 의료비용 185억원, 보호자 비용 73억원, 조기사망 비용 4.9조원 등

- 높은 자살률은 국민의 행복 수준을 낮추고 국가 경쟁력 및 브랜드 가치를 하락시키는 원인으로 작용
- 높은 자살사망률과 이로 인한 사회·경제적 비용 고려시 모든 부처와 사회 각 영역을 포함한 범사회적 대책이 필요한 시점

II. 자살예방 주요 추진과제

1. 범국민 생명존중문화 조성

① 종교계, 시민단체 등 포함 범사회적 자살예방체계 구축

- 종교계, 시민단체, 언론계 등을 포함한 범사회적 자살예방 협의체를 구성하여 전사회적 생명존중 메시지 전파
- 자살예방 전문가로 구성된 자살예방행동포럼 운영을 통해 자살예방 오피니언 리더로서 활동 강화

② 자살사건 관련 언론·방송 보도 개선

- 유명인의 자살 관련 언론보도 이후 일반인의 자살사망률이 증가하는 ‘베르테르 효과’가 발생하고 있어 이에 대한 대처 필요
 - * 유명인의 자살 이후 2개월간 평균 약 600명의 추가 자살사망 발생
- 자살사건 보도시 자살용어 사용, 자살동기 및 방법 보도 금지 유도

③ 자살 유해정보 차단, 홍보, 전문 상담 등 자살예방환경 조성

- 동반자살자 모집, 자살방법 게시 등 유해정보를 규제하고, 우울증 등 자살을 유발할 수 있는 정신질환의 조기 발견, 치료 체계 구축

2. 자살수단 접근성 제한

□ 자살에 빈번히 이용되는 독극물 등에 대한 규제

- 맹독성 농약, 번개탄, 자살 사고가 많은 교량, 건물 옥상 등에 대한 적절한 규제를 통하여 자살수단으로의 이용을 억제

* 맹독성 농약(그라목손)의 제품 등록 취소('11.11월) 이후, 농촌 지역 음독 자살이 줄어들고 있는 것으로 나타나 자살수단 규제의 자살예방 효과성이 높은 것으로 보고

〈 주요 자살 방법 현황 (경찰청, '11) 〉

자살 수단	목 맴	음 독	추 락	가스중독	익 사
비 율	52.6%	18.1%	14.3%	7.2%	2.1%

3. 자살 고위험군 관리 강화

① 응급실 내원 자살시도자 사후관리 강화

- 연간 약 4만명에 이르는 응급실 내원 자살시도자에 대한 심리 지원체계 구축을 통해 자살재시도를 예방하고, 재활 촉진

② 노인 및 자살자 유가족 등 자살 취약계층 대상 심리 지원

- 자살 위험성이 높은 독거노인, 자살 유가족 등을 대상으로 건강-복지서비스가 연계된 자살예방체계 구축

③ 자살 위기자 조기발견을 위한 「생명지킴이」 양성

- 가족, 친구 등 주변인의 자살징후를 조기에 발견하여 자살 시도를 사전에 막고, 전문가에게 의뢰할 수 있는 자살예방게이트키퍼 교육 확대

* 학생, 노인 등과 접촉이 많은 교사, 독거노인돌보미 등을 집중적으로 교육

4. 근거 기반의 자살예방대책 수립

① 심층적 자살예방정책 수립을 위한 「심리적 부검」 실시

- 자살자 주변인 심층인터뷰 등을 통해 개인의 구체적 자살 동기와 자살에 이르는 사회·심리적 경로를 명확히 규명
 - * 핀란드는 '87년 5년에 걸쳐 약 1,400여명의 자살사망자에 대한 ‘심리적 부검 (psychological autopsy)’를 실시하고, 이를 바탕으로 자살예방대책을 추진하여 ‘90~‘96년간 자살사망률 약 20% 감소
- 심리적 부검 자료를 바탕으로 근거에 기반한 자살예방정책 추진

② 자살 모니터링 및 정책 정보체계 구축

- 시기별, 지역별 자살 사망 추세와 자살예방 관련 국민의 인식 등을 주기적으로 파악하여 자살예방정책 효과 제고에 활용

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]