사업평가현안분석 제49호

자살예방사업의 문제점과 개선과제

2013. 11

이채정 · 김상우

국회예산정책처
National Assembly Budget Office

자살예방사업의 문제점과 개선과제

사업평가현안분석 제49호

자살예방사업의 문제점과 개선과제

총 괄 | 조영철 사업평가국장

기획·조정 | 정문종 사회사업평가과장

작 성 | 이채정 사회사업평가과 사업평가관
김상우 사회사업평가과 사업평가관

지 원 | 이인희 사회사업평가과 행정실무원
김영신 사회사업평가과 자료분석지원요원

「사업평가현안분석」은 국회가 관심 있게 다룰 재정 현안이나 정책 이슈에 대해 객관성 있는 분석정보를 적시성 있게 제공함으로써, 국회의 예산 및 법안 심사와 의제 설정을 실효성 있게 지원하기 위한 것입니다.

문 의 : **사업평가국 사회사업평가과** | 02) 788 - 3782 | peb3@nabo.go.kr

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)를 통하여 보실 수 있습니다.

자살예방사업의 문제점과 개선과제

이 채 정·김 상 우

2013. 11

국회예산정책처
National Assembly Budget Office

이 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라
국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여 작성되었습니다.

발간사

2011년 OECD 기준 우리나라의 자살률은 10만 명당 33.3명으로 OECD 34개 회원국 중 가장 높고, OECD 평균인 12.3명의 약 2.7배 수준입니다. 2012년에는 1만 4,160명이 자살로 사망했습니다. 이는 하루 평균 38.8명이 스스로 목숨을 끊고, 37분마다 한 명씩 자살로 사망하고 있음을 의미합니다.

국회는 정진석 국회사무총장의 제안으로, '국회 생명사다리 상담센터' 운영, 생명존중강연회 실시, 생명존중 릴레이인터뷰 방영, 자살예방 미술치료 작품전시회 및 자살예방정책 토론회 개최 등의 사업을 통하여, 자살예방을 위해 적극적으로 노력하고 있습니다. 이에, 국회예산정책처는 의원님들께서 자살예방을 위한 제도 개선 방안을 마련하시는 데 도움을 드리고자, 본 보고서를 준비하였습니다.

분석 결과, 자살로 인하여 발생하는 사회적 손실에 비하여 자살예방사업의 예산 규모가 작아 사업을 수행하는 데 한계가 있는 것으로 나타났습니다. 또한, 관계부처 간, 중앙정부-지방정부 간 협조가 원활하지 못하며, 지역사회의 민간자원(심리상담, 의료서비스 등) 활용에도 소극적인 것으로 확인되었습니다. 뿐만 아니라, 지방자치단체별 자살 위험도, 정신보건 실태 등에 대한 고려 없이 정신건강증진센터가 설치되고 있는 것으로 파악되었습니다.

향후 정부는 "긴급복지", "지역사회서비스투자" 사업 등을 활용하여 효율적인 예산 확보 방안을 강구하고, 자살률이나 정신질환 유병률 등을 기준으로 정신건강증진센터의 설치 및 운영이 시급한 지방자치단체에 우선적으로 예산을 지원할 필요가 있습니다. 또한, 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조를 강화하고, 지방자치단체별로 각종 상담 관련 민간단체에 대한 정보를 공개하는 등 민간자원을 적절히 활용하는 방안을 모색할 필요가 있습니다.

본 보고서가 자살예방사업에 관심을 가지고 계시는 의원님들의 의정활동에 기여할 수 있기를 바랍니다.

2013년 11월

국회예산정책처장 국경복

요 약

❑ 2011년 OECD 기준 우리나라의 자살률은 10만 명당 33.3명으로 OECD 회원국 중 가장 높으나, 2013년 자살예방사업 예산은 약 48억 원(보건분야 예산의 0.06%)임.

❑ 자살예방사업의 문제점

- 자살예방 및 상담서비스제공 업무 수행자는 관계부처 간, 중앙정부-지방자치단체 간 협조 및 민간자원 활용이 원활하지 못한 것으로 인식
- 정신건강증진센터 설치·운영 사업은 자치단체 경상보조 형태로 수행되고 있어, 각 시군구별 자살 위험도, 정신보건 실태 등의 고려에 한계
  - 2011년 기준 정신건강증진센터 미설치 시군구(61개)의 평균 자살률은 인구 10만 명당 45.2명으로, 전국 평균인 31.7명보다 13.5명 더 많음.

❑ 자살예방사업의 개선과제

- 자살예방사업을 별도의 단위사업으로 분리하여 성과관리체계를 마련하고, 보건복지부 소관 관련 사업들(긴급복지, 지역자율형 사회서비스 투자사업 등)을 활용하여 예산을 효율적으로 집행할 필요
- 시군구별 자살예방사업 실무자와 유관 단체 간 사례관리회의를 통해, 자살 고위험군 및 그 가족에게 필요한 서비스를 연계하는 협조체계 구축 필요
- 자살률, 정신질환 유병률 등을 고려하여, 정신건강증진센터의 설치·운영이 시급한 시군구에 우선적으로 예산을 지원할 필요

1. 자살의 실태 및 원인

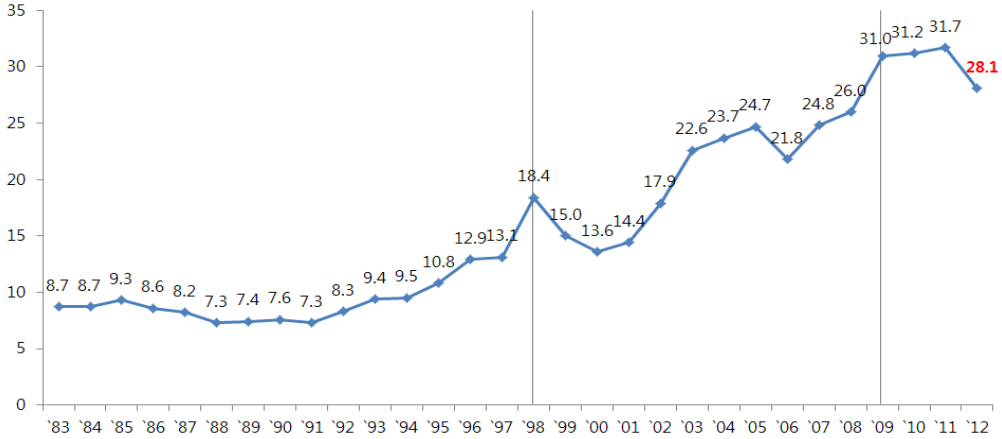
가. 전체 자살의 추이

❑ 우리나라의 자살률은 1992년부터 지속적으로 증가하여 2011년에는 인구 10만 명당 31.7명의 자살률을 기록하였으나, 2012년 자살률은 전년대비 3.6명 감소한 인구 10만 명당 28.1명임

- IMF사태와 글로벌금융위기 이듬해인 1998년과 2009년에 자살률이 급격히 상승함
- 2012년에는 2006년 이래 6년 만에 자살률이 감소하였으나, 여전히 OECD 회원국 중 최고 수준의 자살률을 기록하고 있음(2011년 기준 OECD 회원국 평균 자살률의 2.7배 수준)
- 자살률이 지속적으로 증가함에 따라, 1995년에는 전체 사망 원인 중 9위였던 자살이 2012년에는 4위를 차지함

자살률 추이: 1983~2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

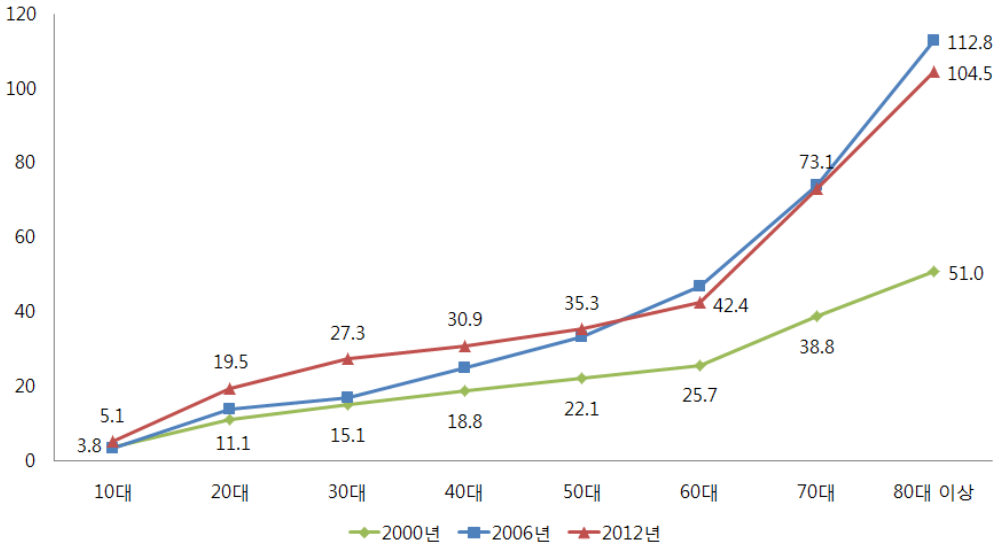
나. 연령대별 자살의 추이

❑ 자살률은 연령이 높아질수록 증가하는 경향이 나타남

- 2000년과 2012년의 자살률을 비교하면, 10대를 제외한 모든 연령대에서 2배 정도의 증가추세가 나타남
  - 80대 이상 2.0배, 70대 1.9배, 20~30대 1.8배, 40~60대 1.6배 순임
- 2006년과 2012년 사이에는 연령이 증가할수록 자살률이 증가하는 경향이 다소 약해지고, 20~30대의 자살률 증가가 빠르게 진행됨

연령대별 자살률 추이: 2000~2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

❑ 자살자 수 중 40대 자살자 수의 비중이 가장 높은 것으로 나타남

- 2012년 기준 40대와 50대 자살자 비율이 각각 19.0%, 18.8%로 전체 자살자 중 40~50대의 비중이 37.8%임

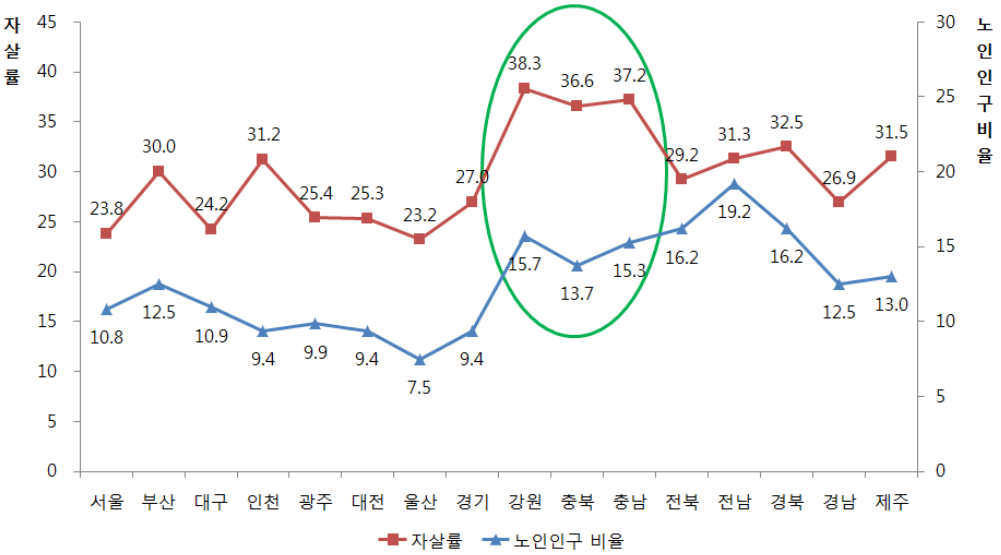
❑ 전 연령대에서의 자살률 증가와 높은 노인자살률 및 전체 자살자 수 대비 높은 40~50대 자살자 비중 문제가 상존하는 가운데, 최근 20~30대의 빠른 자살률 증가 경향이 관찰됨

다. 시도별 자살의 추이

❑ 노인 인구 비율이 높은 강원도(15.7%), 충청북도(13.7%), 충청남도(15.3%)의 자살률은 각각 인구 10만 명당 38.3명, 36.6명, 37.2명으로, 전국에서 자살률이 가장 높은 지역인 것으로 나타남

시도별 자살률 및 65세 이상 노인 인구 비율: 2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수, %)



자료: 각 연도별 「사망원인통계」 및 「주민등록인구통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

라. 자살의 원인

❑ 2006~2012년 「사회조사」 결과에 따르면, 연령대별로 자살충동을 유발하는 원인이 다른 것으로 나타남

- 10대는 성적 및 진학 문제와 가정불화, 20대는 경제적 어려움과 직장문제가 자살충동을 유발하는 주요 원인인 것으로 조사됨
- 30~50대는 공통적으로 경제적 어려움과 가정불화가 자살충동 유발의 주요 원인이며, 60대 이상의 연령대에서는 경제적 어려움과 질환에 의한 자살충동이 높은 비중을 차지함

- 국회예산정책처가 자살의 사회경제적 원인을 분석한 결과, 경제성장 둔화, 소득불평등 심화, 전통적인 가족구조의 해체, 고령화 등의 사회변동이 자살률 증가에 영향을 미칠 수 있는 것으로 나타남
  - GDP성장률, 지니계수, 조이혼률, 조출생률은 자살률과 상관관계가 있는 것으로 분석됨
    - 40대 및 50대 남성의 자살률은 실업률과 유의미한 상관관계에 있는 것으로 나타남

2. 자살예방사업의 현황

가. 국내 자살예방사업의 현황

- 현행 자살예방사업은 「제2차 자살예방종합대책(2009~2012)」에 제시된 10대 과제를 중심으로 추진되고 있음
  - 보건복지부, 여성가족부, 교육부 등 총 14개 부처가 5개년 동안 세부과제를 수행하는 것을 계획함

- 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 48억 1,000만원으로, 5개년 연평균 70.8% 증가함
  - 각종 상담 서비스를 제공하는 간접사업 예산을 포함할 경우, 총 예산액은 2009년 701억 3,400만원에서 2013년 1,103억 7,100만원으로, 5개년 연평균 12.0% 증가함

자살예방사업의 예산 현황

(단위: 백만원, %)

	소관부처	사업명	2009	2010	2011	2012	2013	연평균 증가율
직접사업	보건복지부	자살예방사업	535	735	1,435	1,800	2,800	51.3
		중앙자살예방센터 운영	—	—	—	480	480	—
		지역자살예방사업	—	—	—	—	1,500	—
	교육부	학생자살예방관리	30	105	30	30	30	0.0
소 계			565	840	1,465	2,310	4,810	70.8
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	—
		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	110,371	12.0

주: 1. 보건복지부 소관 지역정신보건 사업의 예산액은 세부사업 “자살예방 및 지역정신보건사업”에서 직접사업 예산을 제외한 금액임.

2. 교육부 소관 사업 예산은 지방교육재정교부금으로서, 예산 편성 시의 추계치이기 때문에 실제 집행 예산과는 다소 간의 차이가 있을 수 있음.

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

나. 외국 자살예방사업의 현황

❑ 일본은 2006년 「자살대책기본법」을 제정하였으며, 2013년 3,000억원 이상의 예산을 투입하는 등 적극적으로 자살대책을 추진하고 있음

- 일본은 약사, 미용사 등 대중을 접하는 직종의 인력을 활용하여 자살 고위험자의 조기 발견을 위한 게이트키퍼를 양성하고 있음
- 내각부의 총괄책임 하에 관련부처 간의 협조체계를 구축하였으며, '지역자살대책긴급강화기금'을 조성하여 지방자치단체의 자율적인 자살대책 추진을 지원하고 있음

❑ 핀란드는 1986년 세계 최초의 자살예방대책을 수립 · 추진하여, 1980년대 후반까지 OECD 회원국 중 최고 수준이었던 자살률 감소에 성공함

- 핀란드는 1986년부터 1992년까지 자살 사망자 1,366명(1987년 자살자)에 대한 심리적 부검을 실시하여, 자살의 원인을 규명하고 자살예방프로그램을 마련하였음
  - 사회보건부 산하 국립보건연구원 내 정신건강 및 약물 남용 관련 부서에 기분장애, 우울증, 자살행동을 연구하는 분과를 두고 자살자에 대한 심리적 부검 등 전반적인 연구를 실시하도록 함

3. 자살예방사업의 문제점

가. 자살예방사업에 대한 투자 미흡

❑ 자살예방사업 예산 규모의 적정성 여부를 살펴보기 위하여 자살에 의한 사회적 손실을 추정한 결과, 자살예방사업에 의한 경제적 편익은 연간 최저 1조원에서 최고 3조원 이상인 것으로 나타남

- 2009부터 2013년까지 5개년 동안 정부가 자살예방이라는 정책목표를 명시적으로 설정하고 추진한 사업의 예산은 약 100억원으로, 자살예방사업의 편익에 비하여 투입되는 예산의 규모가 작은 것으로 볼 수 있음

– 2013년 자살예방사업 예산 약 48억원은 보건분야 총 예산 8조 5,203억원의 0.06%, 자살예방사업의 주요 재원인 국민건강증진기금 1조 8,478억원의 0.26%에 해당됨

시나리오별 자살예방사업의 편익 추정 결과

(단위: 백만원)

편익 구분				시나리오 1		시나리오 2	
				모형1	모형2	모형1	모형2
내부적 편익	직접편익	직접의료 비용절감	진료비용	1,565	1,565	2,528	2,528
		직접비 의료비용 절감	응급이송 비용	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	직접의료 비용절감	외래	12,313	12,313	19,890	19,890
			입원	1,655	1,655	2,674	2,674
		직접비 의료비용 절감	교통비	3,207	3,207	5,181	5,181
			간병비	2,189	2,189	3,535	3,535
	간접편익	작업손실 비용절감	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

주: 1. 시나리오1은 2014년부터 2018년까지 자살률을 인구 10만 명당 20명 이하로 낮춘다는 가정이며, 시나리오2는 동 기간 동안 자살률을 OECD 회원국 평균 수준(2010년 기준 10만 명당 12.8명)으로 낮춘다는 가정임.

2. 모형1은 모든 연령계층에서 자살로 인한 경제적 손실이 있다고 가정하는 경우이고, 모형2는 15~64세 연령에서만 경제적 손실이 있다고 가정한 경우임.

자료: 국회예산정책처 추정

나. 관계부처 · 지방자치단체 · 일선전달체계 간 협조체계 구축 미흡

❑ 국회예산정책처의 설문조사[1] 결과, 자살예방 및 상담서비스제공 업무 수행자는 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조가 제대로 이루어지지 못하다고 인식하고 있는 반면, 일선 유관기관 간 협조는 양호한 상태로 인식하고 있는 것으로 확인됨

1) 국회예산정책처는 자살예방사업 관련 전달체계(정신건강증진센터, Wee센터, 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터)의 실무자 100명, 민간상담소 상담사 40명 등 총 140명을 대상으로 설문조사를 실시함

❑ 중앙정부 관계부처, 중앙정부-지방정부 간 지속적인 협력을 위한 조치가 부재하는 상황임에도 불구하고, 일부 지방자치단체는 지역사회 내의 행정기관과 다양한 사회복지서비스 제공기관이 협력하도록 자살예방사업 추진체계를 마련함

- 노원구청은 생명존중위원회를 설치하여 자살예방 전문가들의 자문을 구하고, 동 주민복지협의회를 자살예방사업 추진체계에 포함시켜 사업 수행에 필요한 지역사회의 자원을 발굴·연계함

다. 전달체계 마련 미비

❑ 보건복지부 산하 정신건강증진센터는 자살예방사업에 있어 개별 부처가 운영하고 있는 각종 전달체계의 구심적 역할을 수행하고 있음

- 학생·청소년·가족·근로자를 대상으로 하는 다양한 상담 서비스 제공 과정에서 정신보건 및 정신의학적 접근이 필요하다고 판단되면 정신건강증진센터의 도움을 받도록 자살예방사업의 추진체계가 구성됨

❑ 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

주: 2012년 6월말 기준 자료임.
자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

- 정신건강증진센터 설치·운영 사업은 자치단체 경상보조 형태로 수행되고 있어, 정신건강증진센터가 각 기초지방자치단체별 자살 위험도, 정신보건 실태 등에 대한 고려 없이 설치·운영되고 있음
  - 중앙정부가 국민건강증진기금으로 마련한 예산(국고보조율 50%)과 대응지방비가 확보되어야만 정신건강증진센터의 설치·운영 가능하기 때문에, 지방자치단체는 의무사항이 아닌 정신건강증진센터 설치에 소극적일 가능성이 높음

- 2011년 기준 정신건강증진센터가 설치되지 않은 61개 시군구의 평균 자살률은 인구 10만 명당 45.2명으로 전국 평균인 31.7명보다 13.5명 높은 것으로 나타남
  - 대구와 울산을 제외한 10개 시도의 미설치 시군구 평균 자살률이 2011년 전체 자살률인 인구 10만 명당 31.7명을 상회함

시도별 정신건강증진센터 미설치 시군구의 2011년 평균 자살률

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)

시도	부산	대구	인천	대전	울산	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	계
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	45.2

주: 정신건강증진센터 설치 여부는 2012년 6월말 기준 자료이며, 자살률은 2011년 기준임.
자료: 보건복지부 제출자료 및 2011년 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

  - 미설치 시군구 61개 중 75.4%에 해당되는 46개 지역이 군 지역인 것으로 나타남
    - 농어촌 지역은 정신건강증진센터를 설치·운영할 정도로 재정이 충분치 못할 가능성이 있으며, 각종 정신보건, 의료, 사회복지 서비스 등에 대한 접근성이 좋지 못할 수 있음

라. 민간자원 활용 저조

❑ 자살예방사업 예산이 충분치 못하고 정부 산하 전달체계를 통한 사업 수행에 한계가 있음에도, 일선 실무자들은 민간자원 활용에 소극적인 것으로 나타남

- 2013년도 직·간접 자살예방사업 총 예산 1,104억 중에서 민간자원 활용을 위해 설계한 '민관협력 자살예방사업'에 배정된 예산은 4억원임

❑ 국회예산정책처의 설문조사 결과, 일선 실무자의 45%가 민간자원 활용도가 낮다고 평가함

- 민간자원을 활용하지 않는 원인으로 '활용 가능한 민간자원에 대한 정보 부족', '사례관리 대상자(자살 위험군)가 지불하기에 부담이 되는 높은 비용', '정부 담당자의 낮은 신뢰도(인식 부족) 등이 지적됨

4. 자살예방사업의 개선과제

가. 안정적·효율적 예산 확보 방안 모색

❑ 단위사업 "자살예방 및 지역정신보건사업"의 세부사업으로 운영되고 있는 자살예방사업을 별도의 단위사업으로 분리하여 엄밀한 성과관리체계를 마련해야 함

- 현행 성과지표인 "자살고위험등록관리 실인원"으로는 자살률 증감 여부를 파악할 수 없으므로, 연차적으로 목표 자살률을 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 대상자로 선정되도록 할 필요가 있음

- 지역사회 맞춤형 사회서비스바우처 사업인 '지역사회서비스투자' 사업의 일환으로 심리상담바우처(가칭) 사업을 수행하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있음

나. 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조 강화

❑ 일선 담당자들에게 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조를 강화하기 위한 조치의 우선순위를 질문한 결과, 예산증액이 시급하다는 의견이 가장 높았음

- 2순위로 일선 수행 기관 간 협조체계 관련 가이드라인 마련, 3순위로는 관계부처와 지방자치단체 간 통합 데이터베이스 구축 순으로 나타남

❑ 지역사회 유관기관 간 협조를 강화하기 위한 조치의 우선순위를 질문한 결과, 수행 기관 간 협조체계 구축 및 관련 업무지침 마련이 가장 높은 순위를 차지함

- 2순위로는 시군구청 중심의 컨트롤타워 설치, 3순위로는 유관기관 실무진 중심의 사례관리회의 정례화 등이 필요하다고 조사됨

❑ 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

다. 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

❑ 농어촌의 경우, 접근성을 강화하는 동시에 예산을 효율적으로 집행하는 방안을 강구할 필요가 있음

- 인근 도시 지역의 정신건강증진센터에 전문인력을 보강하여, 정기적으로 농어촌 지역을 순회하며 자살예방사업을 수행할 수 있도록 하는 방안 등에 대한 검토가 필요함

라. 민간자원 활용의 활성화

❑ 지방자치단체별로 각종 상담 관련 민간 기관 및 단체에 대한 정보를 수집하여 정기적으로 일반에 공개하도록 할 필요가 있음

❑ 보건복지부 소관 단위사업인 "지역자율형 사회서비스 투자사업"을 활용하여 심리상담바우처(가칭) 제도 등을 도입함으로써, 민간자원의 고비용 문제를 완화할 필요가 있음

❑ 일선 상담서비스 전달체계 담당자 대상 민간자원 연계 업무지침 마련 및 학생 대상 정신보건 교육 의무화를 검토할 필요가 있음

- 일선 담당자가 적절히 민간자원을 활용함으로써 제한된 예산으로도 가능한 다수의 내담자가 심리상담 서비스를 제공받을 수 있도록 할 필요가 있음
- 학창시절부터 정신보건 교육을 통해 자신의 심리·정서적 상태를 파악하고 상담서비스를 제공받도록 함으로써, 장기적으로 일반 국민이 거부감 없이 심리상담 서비스를 이용하는 데 기여할 수 있음

마. 효율적 · 효과적 자살예방사업 추진 방안 검토

- ❑ 자살예방 분야 전문가를 대상으로 한 설문조사[2]와 「자살예방정책토론회(2013. 9. 25)」[3] 결과를 토대로, 자살예방사업의 효율성 및 효과성을 제고하기 위한 구체적인 사업 추진 방안에 대하여 검토함

- ❑ 자살예방정책 수립 시에 정신보건 및 정신의학, 사회복지, 심리상담의 측면을 적절히 조합할 필요가 있음
  - ○ 자살 고위험군을 대상으로 하는 정신보건 및 정신의학적 자살예방사업 추진뿐만 아니라, 게이트키퍼 활성화, 정리적인 심리검사 실시, 심리교육 제도화, 자살예방교육 강화 등 사회복지 및 심리상담 측면에서 국민 전반의 자살 문제에 대한 인식을 제고하는 사업들을 함께 수행할 필요가 있음

- ❑ 일반 국민들이 심리상담, 정신과 상담 등의 서비스를 이용할 수 있도록 지원할 필요가 있음
  - ○ 심리상담바우처(가칭) 지원 등을 통해 관련 서비스가 필요한 사람의 심리상담에 대한 접근성을 제고하고, 현행 "응급실기반 자살시도자 지원" 사업을 체계화하여 자살시도자의 정기적인 임상심리검사 및 체계적 관리에도 힘써야 할 필요가 있음

- ❑ 중앙정부와 지방자치단체 및 민간단체 간 긴밀한 협조체계를 구축해야 할 필요가 있음
  - ○ 일선 수행 기관 간 협조체계 관련 가이드라인 마련, 관계부처와 지방자치단체 간 통합 데이터베이스 구축, 시군구청 중심의 컨트롤타워 설치 등을 통하여, 자살예방사업이 원활하게 추진될 수 있는 기반을 마련할 필요가 있음

---

2) 국회예산정책처는 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 연구용역을 통하여, 2013년 8월 23일부터 9월 11일에 걸쳐 사회복지, 심리상담, 정신보건 및 정신의학 분야 전문가, 정부의 자살예방정책 관련 업무 담당자, 민간 및 공공 자살예방 관련 서비스 공급자 등 39명을 대상으로 계층화분석(Analytic Hierarchy Process; AHP) 방법으로 효과성 및 효율성을 고려한 자살예방정책의 우선순위 관련 설문조사를 실시하였음

3) 국회예산정책처는 적극적인 자살예방을 위한 정책과제라는 주제로, 학계(사회복지, 심리상담, 정신보건 및 정신의학 분야) 및 관계 전문가들을 초청하여 2013년 9월 25일 「자살예방정책토론회」를 개최함

차 례

Ⅰ. **서 론** / 1

1. 분석의 필요성 ····· 1
2. 분석의 방법 ····· 3

Ⅱ. **자살의 실태 및 원인** / 5

1. 자살의 실태 ····· 5
   가. 전체 자살의 추이 ····· 5
   나. 성별 · 지역별 자살의 추이 ····· 7
   다. 연령대별 자살률 추이 ····· 9
2. 자살의 원인 ····· 13
   가. 자살원인 통계자료 검토 ····· 13
   나. 자살의 원인 검토 ····· 14
   다. 정책적 시사점 ····· 19

Ⅲ. **자살예방사업의 현황** / 21

1. 국내 자살예방사업의 현황 ····· 21
   가. 자살예방사업의 개요 ····· 21
   나. 자살예방사업의 범위 ····· 24
   다. 자살예방사업의 추진 현황 ····· 26
2. 외국 자살예방사업의 현황 ····· 30
   가. 일본의 자살대책 및 시사점 ····· 30
   나. 핀란드의 자살대책 및 시사점 ····· 37

Ⅳ. **자살예방사업의 문제점** / 41

1. 자살예방사업에 대한 투자 미흡 ····· 41
가. 자살예방사업의 편익 추정 ····· 41
나. 자살예방사업에 대한 재정 투자 미흡 ····· 46
2. 관계부처 · 지방자치단체 · 일선전달체계 간 협조체계 구축 미흡 ····· 50
가. 관계부처 · 지방자치단체 · 일선전달체계 간 업무 협조 실태 ····· 50
나. 추진체계 간 지속적인 협력을 위한 조치 부재 ····· 52
다. 지방자치단체 중심의 협조체계 구축 사례 ····· 55
3. 전달체계 마련 미비 ····· 56
가. 정신건강증진센터의 기능 ····· 56
나. 정신건강증진센터의 설치 및 운영 현황 ····· 58
다. 정신건강증진센터 설치 및 운영 방식의 한계 ····· 59
4. 민간자원 활용 저조 ····· 61

Ⅴ. **자살예방사업의 개선과제** / 65

1. 안정적 · 효율적 예산 확보 방안 모색 ····· 65
2. 관계부처 · 지방자치단체 · 일선전달체계 간 협조 강화 ····· 66
3. 전달체계의 확대 방안 개편 ····· 69
4. 민간자원 활용의 활성화 ····· 69
5. 효율적 · 효과적 자살예방사업 추진 방안 검토 ····· 73

참고문헌 / 77

[부록 1] 자살의 경제적 편익 추정 방법 ····· 79
[부록 2] AHP 분석 결과 ····· 86

[부록 3] 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 설문지 1 ·· 93
[부록 4] 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 설문지 2 ·· 98
[부록 5] 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 설문지 ·· 102

표 차례

[표 1] 자살자 수 및 자살률 추이: 2000~2012년 ····· 6
[표 2] 연령대별 자살률 증감폭: 2000~2012년 ····· 11
[표 3] 연령대별 자살자 비중 추이: 2000~2012년 ····· 11
[표 4] 2012년 연령대별 사망의 주요 원인 ····· 12
[표 5] 자살의 원인: 2009~2011년 ····· 14
[표 6] 사회경제적 변수와 자살률의 상관관계 분석 결과: 1990~2012년 ····· 16
[표 7] 자살 충동 이유: 2006~2012년 ····· 18
[표 8] 2009~2013년 자살예방 10대 과제 및 소관부처 ····· 21
[표 9] 자살예방사업의 범위 ····· 24
[표 10] 자살예방사업의 예산 현황 ····· 28
[표 11] 자살예방사업의 성과관리 현황 ····· 29
[표 12] 일본의 자살대책 추진 경과 ····· 32
[표 13] 일본의「제2차 자살대책」영역별 주요 사례 ····· 32
[표 14] 일본 자살대책 관련 부처 및 예산추이 ····· 36
[표 15] 핀란드의 대상별 맞춤형 프로그램 세부 사례 ····· 39
[표 16] 시나리오별 자살예방 효과 추정 ····· 42
[표 17] 자살예방사업의 내부적 편익 ····· 43
[표 18] 자살의 외부적 편익 ····· 43
[표 19] 시나리오별 자살예방사업 편익 추정 결과 ····· 45
[표 20] 자살예방사업 세부 예산 현황 ····· 46
[표 21] 보건분야 예산 및 국민건강증진기금 대비 자살예방사업 예산의 비중 ···· 47

[표 22] 제2차 자살예방종합대책의 소요재정 추계 ····· 48
[표 23] 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 상 시행 사업 ····· 53
[표 24] 중앙자살예방센터 및 정신건강증진센터의 자살예방사업 주요 내용 ····· 58
[표 25] 정신건강증진센터의 설치 및 운영 현황: 2012년 기준 ····· 59
[표 26] 시도별 정신건강증진센터 미설치 시군구의 2011년 평균 자살률 ····· 60
[표 27] 서울시자살예방센터 상담 업무 현황 ····· 62
[표 28] 지역자율형 사회서비스 투자사업의 예결산 추이 ····· 72
[표 29] 자살예방정책의 우선순위 조사 결과 ····· 74

그림 차례

[그림 1] 우리나라와 OECD 회원국의 자살률 추이 비교: 2001~2011년 ····· 1
[그림 2] 자살예방사업(직접사업)의 예산 추이 ····· 2
[그림 3] 자살률 추이: 1983~2012년 ····· 5
[그림 4] 사망 원인 순위 변화: 1995~2010년 ····· 7
[그림 5] 성별 자살률 추이: 2000~2012년 ····· 8
[그림 6] 시도별 자살률 및 65세 이상 노인 인구 비율: 2012년 ····· 9
[그림 7] 연령대별 자살률 추이: 2000~2012년 ····· 10
[그림 8] 자살예방사업 추진체계별 주요 역할 ····· 23
[그림 9] 일본의 자살률 추이 ····· 31
[그림 10] 일본의 자살대책 추진체계 ····· 35
[그림 11] 핀란드의 자살률 추이 ····· 38
[그림 12] 핀란드의 자살대책 추진체계 ····· 39
[그림 13] 소속기관에서 수행하는 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원 상황 ····· 49
[그림 14] 자살예방 및 상담서비스제공 사업 관련 중앙-지방 정부 간 협조 상황 ·· 51
[그림 15] 자살예방 및 상담서비스제공 사업 관련 지역사회 유관기관 간 협조 상황 ·· 52
[그림 16] 노원구의 자살예방사업 추진체계 ····· 55
[그림 17] 정신건강증진센터의 조직 및 주요 기능 ····· 57
[그림 18] 자살예방사업 수행 시 민간자원 활용도 ····· 62
[그림 19] 민간자원을 활용하지 않는 원인 ····· 64
[그림 20] 중앙정부 관계부처 및 지방자치단체 간 협조 강화를 위한 조치의 우선순위 ··· 67

[그림 21] 지역사회 유관기관 간 협조 강화를 위한 조치의 우선순위 ····· 68
[그림 22] 민간자원 활용 활성화를 위한 조치의 우선순위: 정부 민간위탁기관 ··· 70
[그림 23] 민간자원 활용 활성화를 위한 조치의 우선순위: 민간 상담소 ····· 71

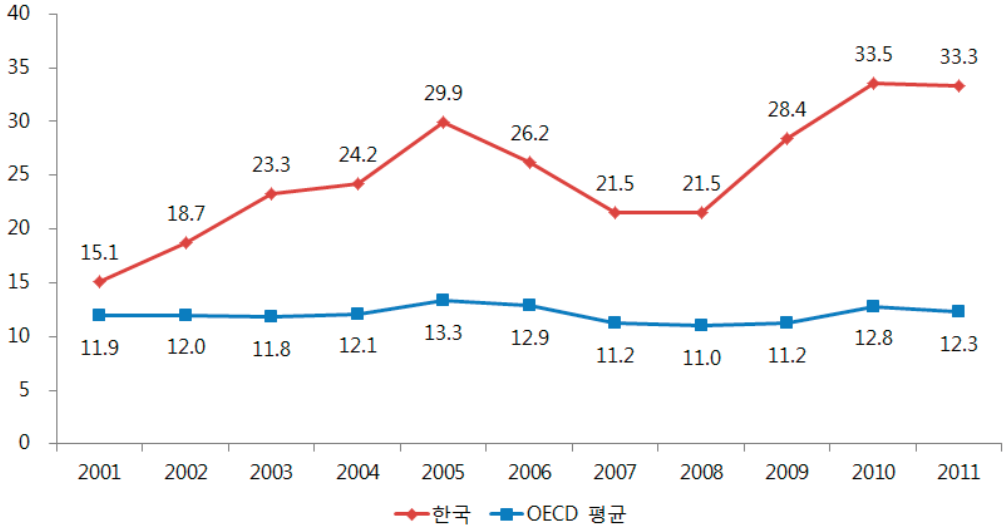
Ⅰ. 서 론

1. 분석의 필요성

자살은 자신의 죽음을 초래할 의도를 가지고 스스로 목숨을 끊는 행위[1)]를 뜻한다. 자살은 자살자의 의도에 의한 것이라는 점에서, 사고나 질병 등에 의한 죽음과 다르다. 즉, 자살자가 스스로의 목숨을 끊고자 하는 의도를 갖지 않도록 다양한 자살 유발 요인을 제거·완화한다면, 자살은 다른 죽음과는 달리 상당 부분 사회적 차원에서의 예방이 가능하다.

[그림 1] 우리나라와 OECD 회원국의 자살률 추이 비교: 2001~2011년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



주: OECD 통계치는 연령표준화처리기법, 국가별 자살자 수 제출시기 차이 등에 의하여, 국내 자살률 통계치와 다소 상이할 수 있음.

자료: 각 연도별 OECD Health Data를 토대로 국회예산정책처 작성

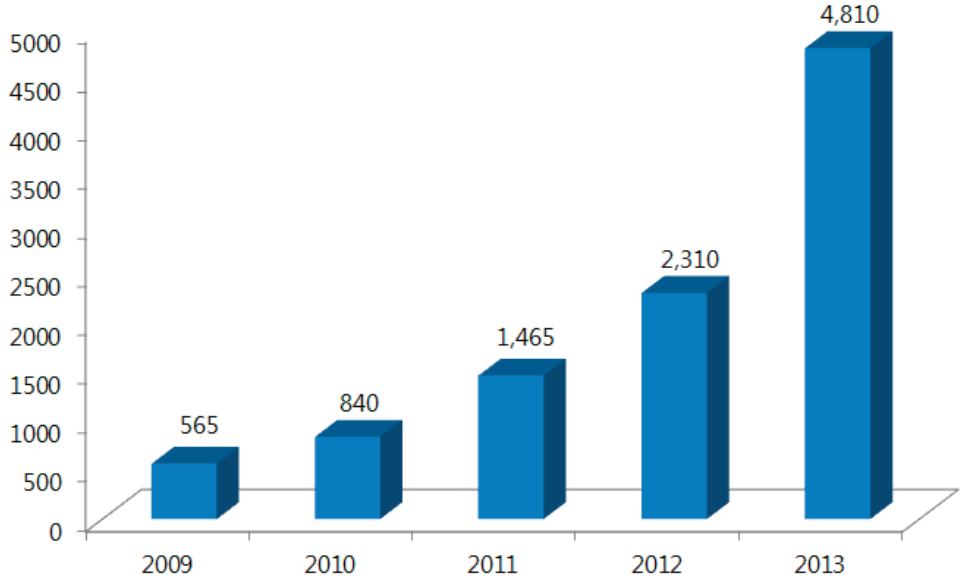
1) 이에 따라, 부모가 어린 자녀를 살해한 후 자살한 경우 자녀는 자살이 아닌 타살에 해당됨.

우리나라의 자살에 의한 사망률은 2004년 이래 OECD 회원국 중 최고 수준을 기록하고 있다. 2001년 우리나라의 인구 10만 명당 자살자 수는 15.1명으로, OECD 평균인 11.9명보다 3.20명 높았다. 이후 우리나라의 자살률은 지속적으로 증가하였고, 2004년부터는 OECD 회원국 중 1위를 차지하고 있다. 2011년 우리나라의 인구 10만 명당 자살자 수는 33.3명으로, OECD 평균인 12.3명의 약 2.7배 수준인 것으로 나타났다.

정부는 이처럼 급격하게 증가하는 자살을 방지하기 위하여, 「자살예방대책기본계획(2004. 9)」및 「제2차 자살예방종합대책(2008. 12)」을 수립하여 10개년에 걸쳐 자살예방사업을 수행하고 있다. 직접적인 자살예방사업에 투입된 예산은 2009년 5억 6,500만원에서 2013년 48억 1,000만원으로, 5개년 동안 약 8.5배 증가하였다.

[그림 2] 자살예방사업(직접사업)의 예산 추이

(단위: 백만원)



자료: 각 부처 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

이처럼 자살예방사업은 적은 규모로나마 꾸준히 확대·실시되고 있으나, 우리나라 자살률은 여전히 OECD 회원국 중 최고 수준을 기록하고 있다. 이에, 자살예방사업의 문제점을 파악하고, 개선방안을 논의하고자 한다.

2. 분석의 방법

본 보고서는 정부 제출자료 및 국가공식통계 등의 통계분석, 자살예방사업 수행기관 실지조사, 자살예방 관련 업무 수행자에 대한 설문조사, 자살예방 분야 전문가에 대한 정책우선순위 조사, 자살예방정책토론회 개최 등을 토대로, 자살예방사업의 주요 문제점을 파악하고 개선과제를 제시하였다.

본 보고서에서 활용한 주요 자료는 각 부처가 제출한 예·결산 및 사업 설명자료, 관련 법령, 성과계획, 관련 국책연구기관의 연구보고서, 사망원인통계, 주민등록인구통계, 경찰청통계, 사회조사 결과, OECD Health Data 등이다.

주요 분석방법은 다음과 같다.

먼저, 자살의 사회경제적 원인을 파악하기 위하여 국가통계포털에 등재된 자살률, GDP성장률, 실업률, 지니계수, 조이혼율, 조출생률 등 6개 요인에 대한 상관관계 분석을 실시하였다.

또한, 자살예방사업의 문제점을 파악하기 위하여 자살예방사업을 수행하고 있는 정신건강증진센터, 청소년상담복지센터, 건강가정증진센터 실무자 100명과 민간상담소 상담사 40명을 대상으로 설문조사를 실시하였다.

다음으로, 두 가지 시나리오를 기초로 자살예방사업을 통한 자살률 감소가 우리 사회에 미치는 경제적 편익을 추정하였다. 첫번째 시나리오는 2014~2018년의 5개년 동안 인구 10만 명당 자살률을 20명 이하로 낮추는 것이고, 두 번째 시나리오는 동 기간 동안 인구 10만 명당 자살률을 OECD국가 평균 수준(2010년 기준 12.8명)으로 낮추는 것이다. 각각의 시나리오별로 연령별 자살자 수, 기대여명 등에 대한 통계 자료, 한국물가정보의 임금 자료, 선행연구의 추정치와 소비자물가상승률 등을 이용하여 생명연장 편익, 의료비용 절감 편익 등을 추정하였다.

뿐만 아니라, 자살예방사업의 세부 정책대안 간의 우선순위와 추진 방향에 대한 정책적 함의를 도출하기 위하여, 학계, 정책결정자, 공급자 등 관련 전문가 30명을 대상으로 AHP기법을 활용한 설문조사를 실시하였다.

본 보고서의 Ⅱ장에서는 자살의 실태 및 원인을 분석하였다. Ⅲ장에서는 자살예방사업의 현황을 살펴보았고, Ⅳ장에서는 자살예방사업의 문제점에 대하여 논의하였다. Ⅴ장에서는 정책적 개선과제를 제시하였다.

Ⅱ. 자살의 실태 및 원인

1. 자살의 실태

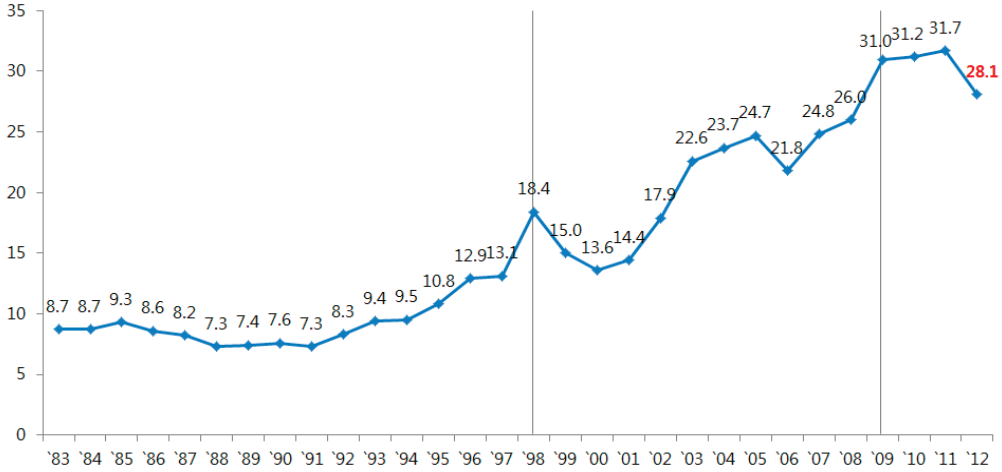
가. 전체 자살의 추이

다음의 [그림 3]은 통계가 제공되고 있는 1983년부터 2012년까지의 인구 10만 명당 자살자 수 추이를 정리한 자료이다. 1993년부터 자살률이 지속적으로 증가하는 가운데, 1997년 경제위기와 2008년 글로벌금융위기 직후인 1998년과 2009년에 자살률의 급증이 관찰된다. 이는 경제위기로 인한 실업, 그에 따른 경제적 어려움과 심리적 압박감 등이 자살로 표출되었을 가능성을 시사한다.

1983년 우리나라의 자살률은 인구 10만 명당 8.7명이었다. 이후 1986년부터 1992년까지 소폭 하락추세를 보이던 자살률은 1993년부터 증가하여, 1995년에는 인구 10만 명당 10.8명을 기록하였다. 이후에도 자살률은 지속적으로 증가하였으며, IMF 사태 직후인 1998년의 자살률은 인구 10만 명당 18.4명을 기록하여 1983년 자살률의 약 2배에 달하였다.

[그림 3] 자살률 추이: 1983~2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

1999년부터 2001년까지 하강국면을 보였던 자살률은 2002년부터 꾸준히 상승하기 시작하여, 2005년에는 인구 10만 명당 24.7명을 기록하였다. 이후에도 자살률의 증가추세는 지속되어 2008년 글로벌금융위기 이듬해인 2009년에는 인구 10만 명당 31.0명을 기록하였고, 2011년에는 31.7명에 도달하였다. 한편, 2012년 자살률은 인구 10만 명당 28.1명으로, 전년대비 3.6명 감소하였다.

[표 1]은 2000년부터 2012년까지의 자살자 수 및 자살률을 정리한 자료이다. 2000년에는 6,444명이 자살로 사망한 것으로 집계되었으나, 2012년에는 이보다 약 2.2배 많은 1만 4,160명이 자살로 사망하였다. 이는 하루 평균 38.8명이 스스로 목숨을 끊고, 37분마다 한 명씩 자살로 사망하고 있음을 의미한다.

[표 1] 자살자 수 및 자살률 추이: 2000~2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
자살자 수(명)	6,444	6,911	8,612	10,898	11,492	12,011	10,653	12,174	12,858	15,412	15,566	15,906	14,160
자살률	13.6	14.4	17.9	22.6	23.7	24.7	21.8	24.8	26.0	31.0	31.2	31.7	28.1
1일 평균(명)	17.7	18.9	23.6	29.9	31.5	32.9	29.2	33.4	35.2	42.2	42.6	43.6	38.8
빈도(분)	81	76	61	48	46	44	49	43	41	34	34	33	37

자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

자살률이 급속하게 증가함에 따라, 주요 사망 원인의 순위 또한 변화하였다. 1995년에는 전체 사망 원인 중 9위를 차지하였던 자살이 2005년과 2010년에는 4위로 상승하였다. 자살률이 최근 4개년 간 최저치를 기록한 것으로 나타난 2012년에도 자살이 전체 사망 원인 중 4위를 차지한 것으로 집계되었다.

[그림 4] 사망 원인 순위 변화: 1995~2010년

	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 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

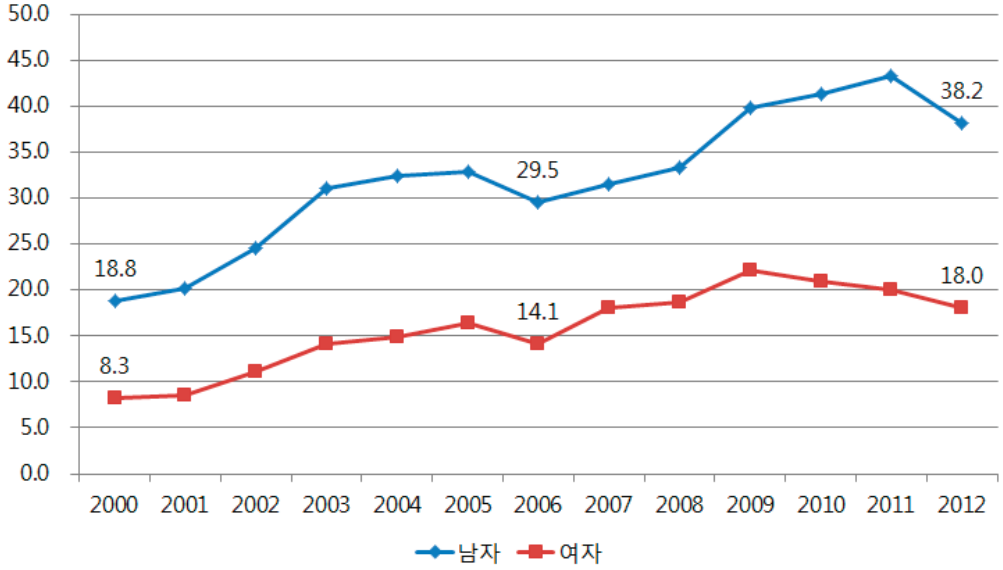
나. 성별 · 지역별 자살의 추이

2000년부터 2012년까지의 성별 자살률 추이를 살펴보면, 남성과 여성 자살률 모두 증가 추세를 보이고 있다. 2000년 인구 10만 명당 18.8명이던 남성 자살률은 2006년 29.5명으로 증가하였고, 2012년에는 38.2명을 기록하였다. 여성 자살률은 2000년 인구 10만 명당 8.3명에서 2006년 14.1명으로 증가하였고, 2012년에는 18.0명을 기록하였다.

또한, 2000년부터 2012년까지 매년 남성 자살률이 여성 자살률보다 높음을 알 수 있다. 2000년 여성 자살률은 인구 10만 명당 8.3명이었으나 남성 자살률은 18.8명으로, 여성의 약 2.3배였다. 2012년 인구 10만 명당 여성 자살률은 18.0명, 남성 자살률은 38.2명으로, 남성 자살률이 여성 자살률보다 약 2.1배 높은 것으로 나타났다.

[그림 5] 성별 자살률 추이: 2000~2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



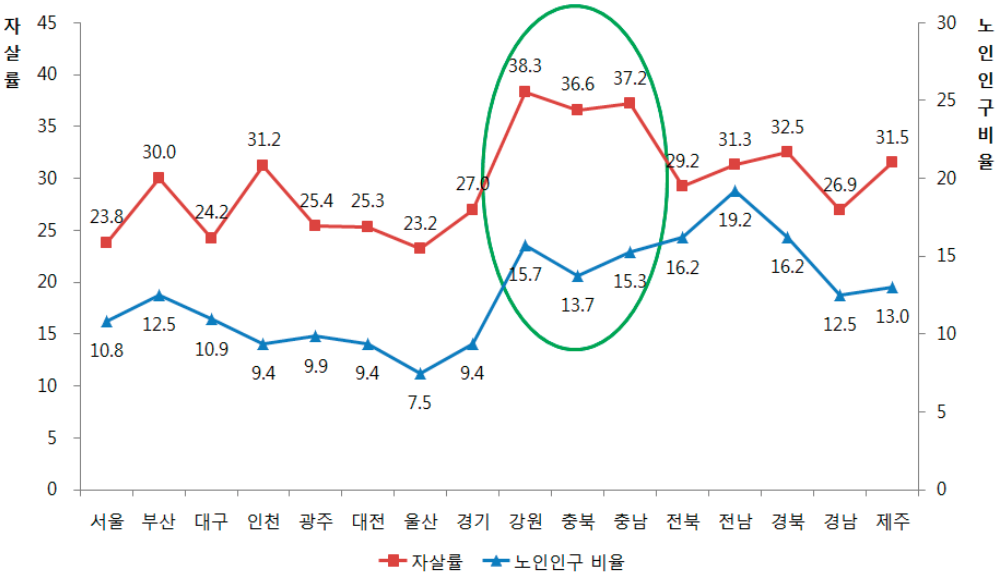
자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

[그림 6]의 시도별 자살률 및 노인 인구 비율을 살펴보면, 2012년 기준 전국 16개 시도 중 부산, 인천, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 제주 등 9개 시도의 자살률이 전국 평균인 인구 10만 명당 28.1명을 상회하는 것으로 나타났다. 특히, 강원도와 충청남도의 자살률이 높은 것으로 나타났다.[2] 또한, 각 시도별 65세 이상 노인 인구의 비율과 자살률 간에는 일정 정도 상관관계가 있는 것으로 보인다. 2012년 기준 자살률이 전국 평균을 상회하는 시도 중 인천을 제외한 8개 시도의 노인 인구 비율이 12.5~19.2%로, 다른 시도에 비하여 높은 것으로 나타났다. 강원(15.7%) 및 충남(15.3%) 지역은 노인 인구 비율이 전국 시도 중 5위 안에 드는 지역인 것으로 파악되었다.

2) 강원도와 충청남도는 꾸준히 높은 자살률을 기록하고 있음. 2000년에는 인구 10만 명당 강원 19.2명, 충남 22.5명의 자살률을 보였고, 2012년에는 각각 38.3명과 37.2명의 자살률을 나타냄. 강원도는 2000년과 2012년 사이 가장 높은 자살률 증가(인구 10만 명당 19.1명)를 보임.

[그림 6] 시도별 자살률 및 65세 이상 노인 인구 비율: 2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수, %)



자료: 각 연도별 「사망원인통계」 및 「주민등록인구통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

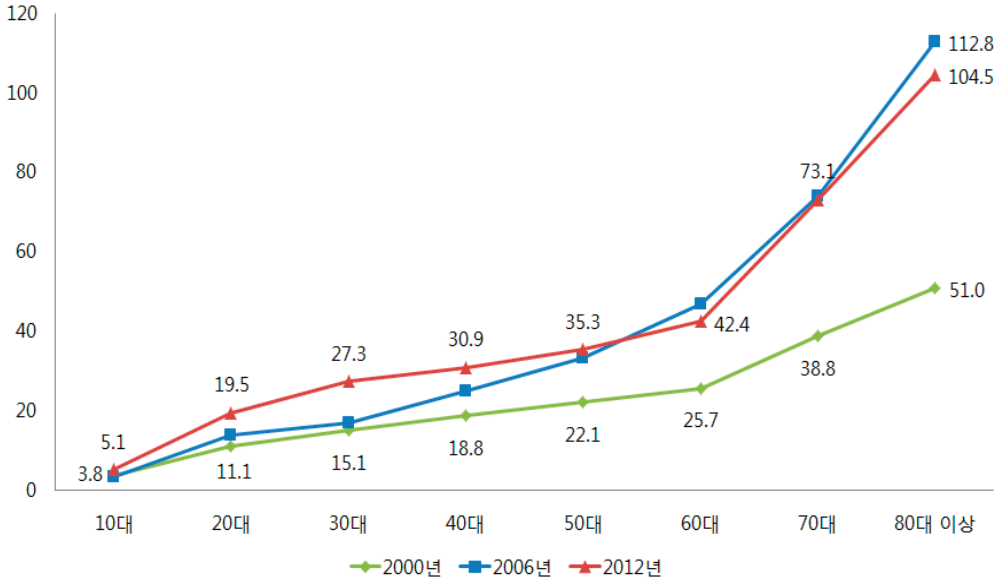
다. 연령대별 자살률 추이

각 연령대별 자살률은 연령이 높아질수록 증가하는 경향을 보였다. 2012년 각 연령대별 인구 10만 명당 자살자 수는 10대 5.1명, 20대 19.5명, 30대 27.3명, 40대 30.9명, 50대 35.3명, 60대 42.4명, 70대 73.1명, 80대 이상 104.5명으로 나타났다. 이러한 경향은 모든 연도에서 동일하게 관찰되었다.

2000년부터 2012년까지의 연령대별 자살률 추이를 살펴보면, 10대를 제외한 모든 연령대에서 2배 정도의 증가추세가 나타난다. 80대 이상의 자살률은 2.0배(51.0명 → 104.5명), 70대의 자살률은 1.9배(38.8명 → 73.1명), 20대와 30대의 자살률은 1.8배(20대: 11.1명 → 19.5명, 30대: 15.1명 → 27.3명), 40~60대의 자살률은 1.6배(40대: 18.8명 → 30.9명, 50대: 22.1명 → 35.3명, 60대: 25.7명 → 42.4명) 각각 증가하였다.

[그림 7] 연령대별 자살률 추이: 2000~2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

[표 2]의 2000년 대비 2012년 연령대별 자살률 증감폭(C)을 살펴보면, 80대 이상이 인구 10만 명당 53.5명으로 가장 높았고, 70대(34.3명), 60대(16.7명), 50대(13.2명) 순으로 연령대가 높아질수록 자살률 증가폭이 늘어나는 추세가 나타났다. 2000년 대비 2006년 연령대별 자살률 증감폭(A)도 이와 같은 추세를 보였다.

그러나 2006년 대비 2012년 연령대별 자살률 증감폭(B)을 살펴보면, 30대 자살률의 증가폭이 인구 10만 명당 10.5명으로 가장 많이 늘어났고, 이어서 40대가 6.0명, 20대가 2.7명인 것으로 나타났다. 반면, 60대 이상의 자살률은 80대 이상 8.3명, 60대 4.7명, 70대 0.9명씩 감소한 것으로 나타났다. [표 2]의 A와 B를 비교하면, 50대 이상의 자살률 증감폭은 감소하였고 40대의 자살률 증감폭은 변동이 없는데 반하여, 20~30대의 자살률 증감폭이 늘어났음을 알 수 있다. 즉, 2006년부터 2012년 사이에는 연령이 증가할수록 자살률이 증가하는 경향이 약화되고, 20~30대의 자살률 증가가 빠르게 진행되었음을 알 수 있다.

[표 2] 연령대별 자살률 증감폭: 2000~2012년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)

	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
2000년(a)	3.8	11.1	15.1	18.8	22.1	25.7	38.8	51.0
2006년(b)	3.5	13.8	16.8	24.9	33.6	47.1	74.0	112.8
2012년(c)	5.1	19.5	27.3	30.9	35.3	42.4	73.1	104.5
A(b-a)	△0.3	2.7	1.7	6.1	11.5	21.4	35.2	61.8
B(c-b)	1.6	5.7	10.5	6.0	1.7	△4.7	△0.9	△8.3
C(c-a)	1.3	8.4	12.2	12.1	13.2	16.7	34.3	53.5

자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

전체 자살자 수에서 연령대별 자살자 수가 차지하는 비중의 추이를 살펴본 결과, 2000년부터 2012년 동안 매년 40대 자살자 수의 비중이 가장 높은 것으로 나타났다. 2008년까지는 30대, 50대, 60대 자살자 수의 비중이 40대의 뒤를 이었으나, 2009년부터 2012년 사이에는 50대 자살자 수의 비중이 40대 다음으로 높은 것으로 나타났다. 2012년에는 40대와 50대의 자살자 수 비중이 각각 19.0%, 18.8%로, 전체 자살자 중 40~50대 자살자가 차지하는 비중이 37.8%에 달하였다.

[표 3] 연령대별 자살자 비중 추이: 2000~2012년

(단위: %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
10대	4.2	3.3	2.7	2.7	2.2	2.3	2.2	2.5	2.5	2.9	2.3	2.3	2.4
20대	14.5	13.4	11.8	11.2	9.5	11.3	9.8	12.8	12.8	11.7	10.8	10.3	9.1
30대	20.8	19.7	19.1	17.8	15.9	16.0	13.9	16.0	16.5	17.1	15.8	15.8	15.7
40대	20.3	19.7	20.3	20.6	21.0	19.6	19.6	18.3	19.0	18.5	19.1	18.6	19.0
50대	15.1	15.3	14.7	14.6	15.8	14.6	16.9	14.6	15.3	16.9	17.3	18.6	18.8
60대	12.4	14.3	14.0	15.8	16.3	16.7	16.3	14.8	14.3	13.5	13.8	13.1	12.6
70대	8.9	9.7	11.1	11.0	12.5	12.6	14.0	13.8	12.7	12.3	13.6	14.2	14.7
80대 이상	3.9	4.7	6.2	6.2	6.8	6.9	7.3	7.1	6.9	7.0	7.2	7.1	7.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 각 연도별 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

2012년 기준 연령대별 사망 원인을 살펴보면, 10~30대의 경우에는 자살에 의한 사망이 사망 원인 중 1위에 해당하는 것으로 분석되었다. 특히, 20대는 2012년 전체 사망자 중 43.3%가 스스로 목숨을 끊은 것으로 나타났다. 40대와 50대는 자살에 의한 사망이 사망 원인 중 2위를 차지하였다. 한편, 60대 이상의 연령대에서는 자살률은 높으나, 자살에 의한 사망이 전체 사망의 원인에서 차지하는 비중은 다른 연령대에 비하여 높지 않은 것으로 나타났다.

[표 4] 2012년 연령대별 사망의 주요 원인

(단위: %)

	1위		2위		3위	
	사망원인	구성비	사망원인	구성비	사망원인	구성비
1-9세	악성신생물(암)	15.8	운수 사고	12.9	선천 기형	7.8
10-19세	고의적자해(자살)	27.3	운수 사고	20.4	악성신생물(암)	16.8
20-29세	고의적자해(자살)	43.3	운수 사고	17.1	악성신생물(암)	10.3
30-39세	고의적자해(자살)	34.4	악성신생물(암)	19.3	운수 사고	8.9
40-49세	악성신생물(암)	28.6	고의적자해(자살)	17.1	간 질환	8.2
50-59세	악성신생물(암)	38.2	고의적자해(자살)	9.0	심장 질환	7.5
60-69세	악성신생물(암)	42.8	심장 질환	8.5	뇌혈관 질환	8.0
70-79세	악성신생물(암)	33.2	뇌혈관 질환	11.4	심장 질환	10.1
80세이상	악성신생물(암)	16.0	심장 질환	12.1	뇌혈관 질환	11.4

자료: 2012년 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

이상에서 검토한 내용을 종합하면, 1) 전 연령대에서의 자살률 급증과 2) 높은 노인자살률 및 3) 전체 자살자 대비 높은 40~50대 자살자 비중 문제가 상존하는 가운데, 4) 최근 20~30대의 빠른 자살률 증가가 새로운 문제로 부상하고 있음을 알 수 있다.

2000년부터 2012년까지의 10대를 제외한 모든 연령대의 자살률이 2배 정도 증가한 것으로 나타났다. 연령이 높을수록 자살률이 높아지는 경향은 2000년부터 2012년까지 모든 연도에서 관찰되었으며, 2012년 80대 이상 연령대의 자살률은 인

구 10만 명당 104.5명으로 10대 자살률인 5.1명의 약 20.5배에 달하였다. 또한, 2000년부터 2012년까지 매해 전체 자살자 수 대비 40대 자살자 수 비율이 가장 높았다. 특히, 2012년에는 40대와 50대의 자살자 수 비율이 각각 19.0%, 18.8%로, 전체 자살자 중 37.8%가 40~50대인 것으로 확인되었다. 이는 60~80대 이상 노인 인구 수 대비 해당 연령대의 자살자 수 비율이 높으며, 전체 자살자 중에서는 40~50대 자살자 수가 가장 많은 것을 의미한다.

그러나 2000년과 2006년 및 2012년의 연령대별 자살률 증감폭을 살펴본 결과, 20~30대의 자살률 증가가 다른 연령대에 비하여 빠르게 진행되고 있는 것으로 나타났다. 2000년 대비 2006년, 2000년 대비 2012년 자살률 증감폭은 연령대가 높아질수록 늘어나는 경향을 보였다. 반면, 2006년 대비 2012년의 경우에는 30대 자살률 증감폭이 인구 10만 명당 10.5명으로 가장 많이 늘어났고, 20대가 5.7명을 기록하였다.

2012년 기준 연령대별 사망 원인을 살펴보면, 10~30대는 자살에 의한 사망의 비율이 가장 높았고, 40~50대로 자살에 의한 사망의 비율이 2위를 차지하였다. 이는 20~30대의 자살률 증가속도 상승과 전체 자살자 대비 40~50대 자살자의 높은 비율 등과 일정 정도 상관관계가 있는 결과인 것으로 보인다.

2. 자살의 원인

가. 자살원인 통계자료 검토

자살에 이르게 되는 궁극적인 원인은 정신적 문제, 질병 등인 것으로 나타났다. 2009~2011년 동안의 경찰청 통계에 따르면, 정신적 문제(28.3~30.4%)에 의한 자살이 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 또한, 질병(20.3~23.3%)에 의한 자살과 경제적 어려움(15.7~18.6%)에 의한 자살의 비중도 3개년 연속 각각 2위와 3위를 차지하였다. 정신적 문제, 질병, 경제적 어려움에 이어 높은 비중을 차지하는 자살의 원인은 가정문제인 것으로 나타났다.

[표 5] 자살의 원인: 2009~2011년

(단위: 명, %)

	계	정신적 문제	질병	경제적 어려움	가정 문제	이성 문제	사별	직장 업무	학대 폭력	미상	기타
2009	14,579	4,123	3,190	2,357	1,832	1,040	165	960	28	712	172
	100	28.3	21.9	16.2	12.6	7.1	1.1	6.6	0.2	4.9	1.2
2010	14,779	4,357	3,442	2,327	1,519	607	92	899	81	656	799
	100	29.5	23.3	15.7	10.3	4.1	0.6	6.1	0.5	4.4	5.4
2011	15,613	4,751	3,163	2,903	1,349	701	93	923	83	1,484	163
	100	30.4	20.3	18.6	8.6	4.5	0.6	5.9	0.5	9.5	1.0

자료: 각 연도별 「경찰통계연보」를 토대로 국회예산정책처 작성

이상에서 살펴 본 경찰청 통계는 자살이 발생한 후 유가족이나 지인들을 대상으로 조사하여 정리한 자료이기 때문에 신뢰도가 높지 못하다. 또한, 성별·연령별로 자살에 영향을 미치는 원인을 파악할 수 없기 때문에 자살을 예방하기 위해서는 어떠한 정책이 설계·수행될 필요가 있는가에 대한 시사점을 도출하는 데 한계가 있다.

나. 자살의 원인 검토

(1) 자살의 사회경제적 원인

자살은 다양한 요인에 의해 유발되며, 동일한 환경에 놓여있더라도 개인의 특성에 따라 자살 선택 여부가 다르기 때문에 명확한 자살의 원인을 밝혀내는 데에는 한계가 있다. 그럼에도 불구하고, 사회경제적 변화는 개인의 자살에 영향을 미치는 대표적인 외부 요인이기 때문에 이에 대한 검토가 필요하다.

[표 6]은 대표적인 사회경제적 변수와 자살률의 상관관계 분석 결과를 정리한 자료이다. 실업률, 이혼률 등의 국가통계가 생산되기 시작한 1990년을 기점으로, GDP성장률, 실업률, 지니계수, 조이혼율, 조출생률 등 5개 변수와 성별·연령별 자살률의 상관관계를 분석하였다.[3)]

3) 국회예산정책처는 강은정·이수형(2010) 「자살의 원인과 대책 연구: 정신의학적 접근을 넘어서」에 제시된 OECD 회원국 대상 자살의 사회경제적 요인에 대한 고정효과모형 회귀분석을 토대로 독립변수를 선정하여, 1990년부터 2012년까지 우리나라의 자살률과 각종 사회경제적 변수 간의 상관관계를 분석함. 사례 수가 23개(1990년~2012년)이기 때문에 회귀분석의 결과를 일반화하기에는 한계가 있어, 변수 간 상관관계 분석을 실시함. 강은정·이수형(2010)은 자살률, 인구 1인당 GDP, 인구 1인당 GDP 성장률, 실업률, 출생률, 출산율, 이혼율, 지니계수, 여성 경제참여율, 알

GDP성장률, 실업률, 지니계수 등은 경제상황을 반영하는 변수이고, 조이혼율, 조출생률 등은 가족형태의 변화, 고령화 등의 사회변화를 반영하는 변수이다. 이들 변수는 앞서 살펴보았던 자살의 요인인 경제적 어려움, 가정문제 등과 밀접한 관련이 있는 사회경제적 요인에 해당된다.

분석결과를 살펴보면, 실업률과 전체 자살률은 통계적으로 유의미한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. GDP성장률과 조출생률은 자살률과 음의 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 반면, 지니계수, 조이혼율은 자살률과 양의 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 이는 사회적 불평등 심화, 전통적인 가족구조의 변화 등이 자살률의 증가에 통계적으로 유의미한 영향을 미칠 수 있음을 시사하는 결과로 볼 수 있다.

남성과 여성 사이에 사회경제적 변수와 자살률 간 상관관계의 차이점은 발견되지 않았다. 하지만 남성과 여성을 연령대별로 비교하면, 사회경제적 변수와 자살률 간 상관관계에 있어 다소 간의 차이점이 있는 것으로 나타났다.

10대 남성의 자살률은 사회경제적 변수와 어떠한 상관관계도 없는 것으로 나타났다. 20대 남성의 자살률은 GDP성장률(−), 지니계수(+), 조출생률(−)과 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 40대 및 50대 남성의 자살률은 GDP성장률(−), 지니계수(+), 조이혼률(+), 조출생률(−)에 더하여 실업률(+)과도 통계적으로 유의미한 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 10대 여성의 자살률은 GDP성장률(−), 지니계수(+)와 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 20대 여성의 자살률은 GDP성장률(−), 지니계수(+), 조출생률(−)과 상관관계가 있는 것으로 분석되었다.

코올섭취량을 자살에 영향을 주는 변수로 설정하였음. 그러나 인구 1인당 GDP는 GDP성장률과 출산율은 출생률과 각각 강한 상관관계를 갖는 변수이기 때문에, 인구 1인당 GDP와 출산율을 본 보고서의 독립변수에서 제외함. 또한, 강은정·이수형(2010)의 연구에서 우리나라는 여성 경제참여율 증가가 자살사망률을 높이고, 알코올섭취량 증가가 자살사망률을 낮추는 것으로 분석되었으나 이를 뒷받침하는 경험적 연구가 충분치 못하여 일반화에 한계가 있어, 여성 경제참여율과 알코올섭취량 변수를 제외하고 상관관계 분석을 실시함.

[표 6] 사회경제적 변수와 자살률의 상관관계 분석 결과: 1990~2012년

(N=23)

변수	자살률	남성									여성								
		전체	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상	전체	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
GDP 성장률(%)	-0.552**	-0.568**	-0.312	-0.618**	-0.624**	-0.644**	-0.618**	-0.552**	-0.460*	-0.451*	-0.515*	-0.593**	-0.457*	-0.524*	-0.529**	-0.515*	-0.485*	-0.480*	-0.441*
실업률(%)	0.264	0.299	0.094	0.274	0.410	0.498*	0.417*	0.354	0.245	0.148	0.195	0.370	0.112	0.177	0.225	0.274	0.288	0.249	0.132
지니계수	0.915**	0.909**	0.005	0.740**	0.844**	0.878**	0.878**	0.878**	0.891**	0.846**	0.916**	0.548**	0.840**	0.875**	0.907**	0.886**	0.897**	0.857**	0.891**
조이혼율(%)	0.654**	0.674**	-0.242	0.389	0.667**	0.778**	0.801**	0.800**	0.744**	0.742**	0.606**	0.325	0.380	0.491*	0.625**	0.686**	0.752**	0.823**	0.745**
조출생률(%)	-0.921**	-0.920**	0.185	-0.630**	-0.817**	-0.890**	-0.936**	-0.959**	-0.967**	-0.951**	-0.910**	-0.393	-0.741**	-0.813**	-0.904**	-0.920**	-0.962**	-0.967**	-0.947**

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

2. 자살률 산정 시의 분모가 되는 연앙인구 통계치는 1993년부터 제공되고 있는 바, 1990~1992년 자살률은 장래인구추계를 토대로 각 자살률을 산출함.

자료: 국가통계포털에서 제공되는 1990~2012년 각 변수의 통계치를 토대로 국회예산정책처 분석

요컨대, GDP성장률과 지니계수는 10대 남성을 제외한 모든 성별·연령별 집단에서 자살률과 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 다만, GDP성장률은 자살률과 음의 상관관계, 지니계수는 자살률과 양의 상관관계를 나타냈다. 이는 경제성장이나 소득불평등이 자살에 영향을 미치고 있음을 의미하는 것이다. 실업률은 40~50대 남성의 자살률과 양의 상관관계를 갖는 것으로 나타났다. 40~50대 남성 중 다수가 가계를 책임지는 가장이라는 점을 감안하면, 실업에 따른 경제적 타격이 이들 연령대 남성에게 자살의 위험을 유발할 수 있음을 의미한다고 볼 수 있다.

한편, 조이혼율은 10~20대를 제외한 모든 성별·연령별 집단의 자살률과 양의 상관관계를 나타냈다. 조출생률은 10대를 제외한 모든 성별·연령별 집단의 자살률과 음의 상관관계를 보였다. 이는 청소년층을 제외하고는 이혼 증가, 고령화 등의 사회변화가 자살에 영향을 미치고 있음을 의미한다.

(2) 자살충동의 원인

자살충동을 유발하는 요인을 파악하기 위하여, 2006~2012년 「사회조사」를 통해 수집된 자살 충동 이유를 연령대별로 [표 7]과 같이 정리하였다.

[표 7] 자살 충동 이유: 2006~2012년

(단위: %)

		경제적 어려움	이성 문제	질환	직장 문제	외로움, 고독	가정 불화	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: 1. 각 연령대별로 짙은 음영은 1순위, 옅은 음영은 2순위임.
2. 사회조사는 2년 단위로 실시됨.

자료: 각 연도별 「사회조사」 결과를 토대로 국회예산정책처 작성

10대의 경우에는 성적 및 진학 문제에 의한 자살 충동이 가장 높은 비중을 차지하였다. 다음으로 자살충동을 느끼는 이유는 가정불화 때문인 것으로 나타났다. 20대의 경우에는 경제적 어려움에 의한 자살 충동의 비율이 가장 높았고, 직장문제도 자살 충동에 높은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 30~50대는 공통적으로 경제적 어려움에 의한 자살 충동의 비율이 가장 높았고, 가정불화에 의한 자살 충동이 다음으로 높게 나타났다. 끝으로, 60대 이상의 연령대에서는 경제적 어려움이나 질환에 의해 자살 충동을 느끼는 것으로 나타났다.

다. 정책적 시사점

자살의 원인을 검토한 결과, 연령대별로 차별화된 자살예방사업을 수행할 필요가 있는 것으로 나타났다.

먼저, 10대의 경우에는 성적 및 진학 문제, 가정불화 등에 의해 자살충동을 느끼는 것으로 나타났다. 또한, 10대 남성의 자살률에는 어떠한 사회경제적 변수도 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 10대의 자살에 영향을 미치는 요인에 대한 심도 있는 분석을 토대로 자살예방 프로그램을 마련할 필요가 있다.

20대의 경우에는 경제적 어려움과 직장문제, 고독 등이 자살충동의 이유인 것으로 나타났다. GDP성장률, 지니계수, 조출생률 등이 20대의 자살률에 영향을 미치는 것으로 미루어 보아, 청년실업, 직장적응 문제 등이 20대의 자살 유발 요인일 가능성이 높다. 따라서, 20대에 대해서는 심리상담과 취업지원 서비스를 통합하여 제공하는 방식으로 자살예방 프로그램을 설계하는 방안을 고려할 필요가 있다.

30~50대는 경제적 어려움과 가정불화가 주요한 자살충동의 이유인 것으로 나타났다. 30~50대의 자살률에는 GDP성장률, 지니계수, 조이혼율, 조출생률 등이 영향을 미치는 것으로 나타나, 사회경제적 변화에 민감하게 반응하는 것으로 볼 수 있다. 특히, 40~50대 남성의 자살률은 실업률과 양의 상관관계를 보였다. 이는 가구주일 가능성이 높은 이 연령대 남성의 실직이 자살 유발 가능성을 높일 수 있음을 시사한다. 60대 이상의 연령대에서는 경제적 어려움과 질환에 의한 자살충동 비율이 가장 높은 것으로 나타났다.

30대 이상의 연령대를 대상으로 하는 자살예방사업은 장기적으로 사회안전망 강화와 병행될 필요가 있을 것으로 보인다. 30대 이상의 전 연령대에서 경제적 어

려움이 자살 충동을 유발하는 가장 큰 이유인 것으로 파악되었고, 60대 이상의 연령대에서는 질환 또한 주요한 자살 충동 원인인 것으로 나타났다. 경제적 어려움이나 질환 등의 문제는 정신보건이나 임상심리적 접근 방식으로 해결하는 데 한계가 있다. 그러므로 사회복지 급여 및 서비스 제공과 심리상담을 병행하는 방식으로 자살예방사업을 추진할 필요가 있다.

Ⅲ. 자살예방사업의 현황

1. 국내 자살예방사업의 현황

가. 자살예방사업의 개요

2013년 현재 수행되고 있는 자살예방사업은 정부의 「제2차 자살예방종합대책(2009 ~ 2013)」에 기반하고 있다. 정부는 동 대책에서 자살예방을 위한 10대 과제를 선정하였고, 보건복지부, 여성가족부, 교육부 등 총 14개 부처가 5개년 동안 과제별 세부과제를 수행하는 것을 계획하였다.

[표 8] 2009~2013년 자살예방 10대 과제 및 소관부처

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. 자역사회 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

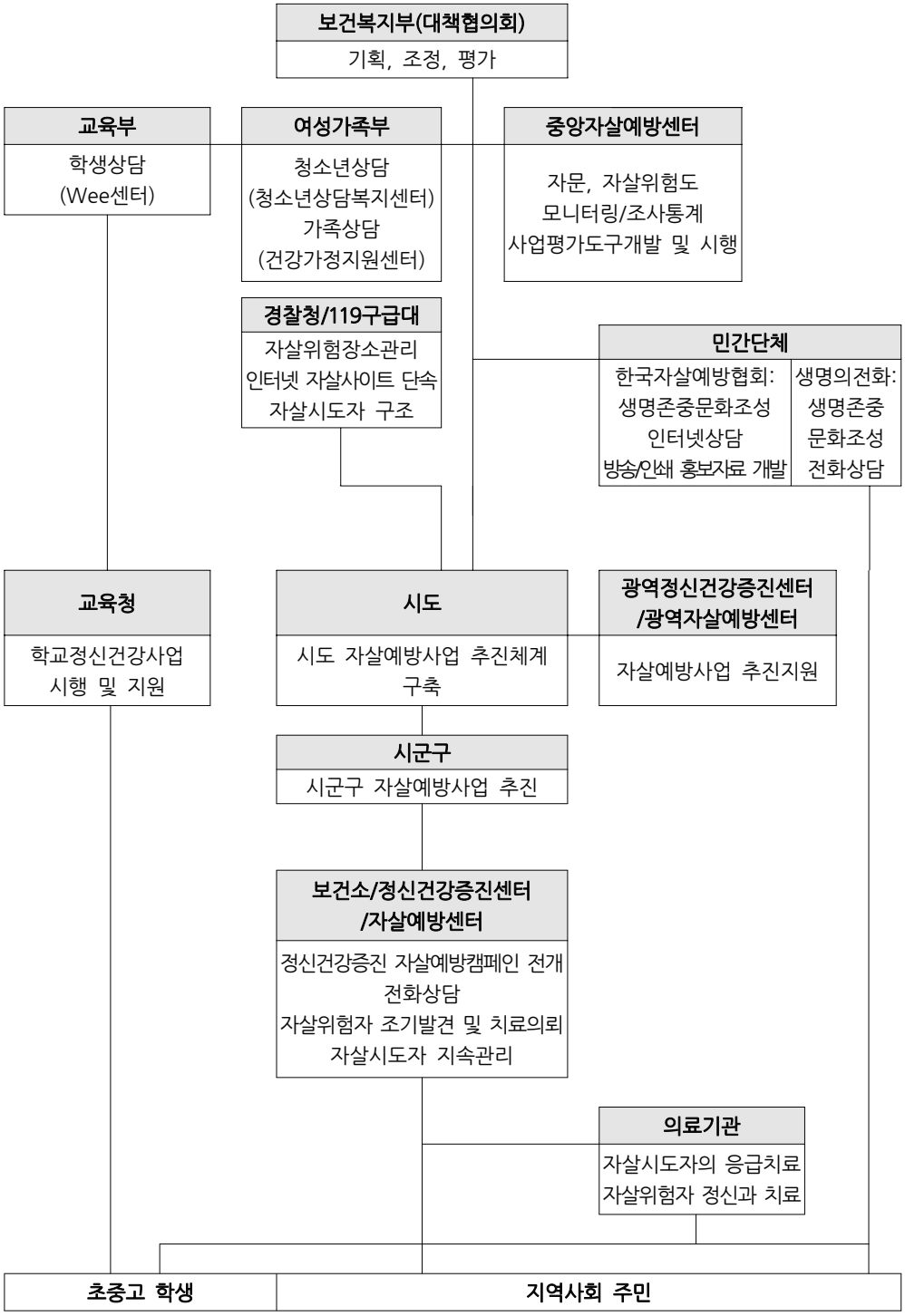
주: 소관부처는 2013년 정부조직 개편에 따라 변경된 명칭임.
자료: 보건복지가족부(2008. 12)의 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」의 내용을 토대로 국회예산정책처 재구성

자살예방 10대 과제 수행의 주무부처는 보건복지부이며, 보건복지부를 포함한 총 14개 부처가 “자살예방대책추진위원회”를 구성하고 있다. 자살시도자나 자살 위험군 등에 대한 직접적인 지원은 보건복지부, 여성가족부, 교육부, 고용노동부 등이 별도로 운영하는 각종 전달체계를 통하여 추진되고 있다. 한편, 자살에 대한 자살수단 억제, 자살 관련 언론보도 자제 등과 관련된 업무는 기존에 각 부처별로 수행하던 사업에 대한 부처 간 업무협조를 강화하는 방식으로 추진되고 있다.

정부는 정신보건 관련 사업을 수행하는 보건복지부가 중심이 되어 각 부처와 지방자치단체, 정부가 수행하는 자살예방 및 정신보건, 사회복지 서비스 등을 제공하는 다양한 민간위탁기관이 유기적으로 자살예방 관련 업무를 수행하도록 하는 [그림 8]과 같은 자살예방사업 추진체계를 구성하였다.

보건복지부는 자살예방대책에 대한 기획 · 조정 · 평가의 업무를 담당하며, 이를 위하여 중앙자살예방센터, 시도 및 시군구 지방자치단체, 민간위탁기관인 정신건강증진센터 및 자살예방센터를 활용한다. 뿐만 아니라, 경찰청 및 소방방재청, 교육부, 여성가족부 등의 관계부처와 기초지방자치단체 단위로 설치되는 민간위탁기관인 Wee(We+education/We+emotion)센터, 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터 등과 같은 관계부처의 상담서비스 전달체계를 통하여 자살시도자 구조, 자살사이트 단속, 자살충동을 느끼는 사람에 대한 상담 서비스 제공 및 지역사회의 각종 사회복지 서비스를 연계하는 업무가 수행되고 있다.

[그림 8] 자살예방사업 추진체계별 주요 역할



자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 재구성

나. 자살예방사업의 범위

본 보고서는 자살예방사업의 범위를 다음의 [표 9]와 같이 국민 전체, 학생, 청소년, 근로자 등에게 제공되는 상담서비스 관련 사업을 중심으로 정하였다.

[표 9] 자살예방사업의 범위

소관 부처	단위사업	세부사업	세세부사업
보건 복지부	정신보건시설확충 (국민건강증진기금)	자살예방 및 지역정신보건사업	자살예방사업
			지역자살예방사업
			중앙자살예방센터운영
			정신보건센터운영
			아동청소년정신보건
			알코올상담센터운영
			노숙자등알코올중독자 사례관리
			중앙정신보건사업지원단 운영
			복지부 직접수행
교육부	학생자살예방관리, 학생정서·행동특성검사, Wee프로젝트 등 (지방교육재정교부금)		
여성 가족부	청소년관련 산하기관 지원 (일반회계)	한국청소년상담복지개발원 운영지원	—
	청소년사회안전망구축 (청소년육성기금)	청소년사회안전망구축	지역사회통합지원체계구축
			청소년동반자 프로그램 운영
			청소년전화1388 및 모바일 문자 상담운영
			청소년특별지원
			북한이탈 및 다문화 청소년 지원
			청소년사이버상담센터 운영
			학업중단 청소년 자립 및 학습지원
	건강가정지원센터 운영 (일반회계)	중앙건강가정지원센터운영지원	—
		지방건강가정지원센터운영지원	—
고용 노동부	근로자복지지원 (근로복지진흥기금)	선진기업복지지원제도 도입지원	—

주: 1. 음영으로 표시된 부분은 자살예방만을 목적으로 도입된 직접적인 자살예방사업에 해당됨.
2. ( )안은 각 사업에 투입되는 예산의 재원임.
3. 교육부 소관 사업은 각 지방 교육청에서 지방교육재정교부금으로 수행하는 사업임.

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

각 부처별로 제공하는 상담서비스 이외의 사업은 안전사고 예방, 구조체계 강화 등 다양한 목적을 지닌 기존 사업을 지속적으로 수행하거나, 각종 법규를 정비하는 방식으로 추진되고 있다. 따라서, 정부의 대책에 포함된 사업 중에서 자살의 위험이 있는 국민을 특정하고, 이들에게 필요한 서비스를 제공하는 방식으로 직접적인 서비스를 제공하는 사업을 자살예방사업으로 규정할 필요가 있다.

[표 9]를 살펴보면, 자살예방을 직접적인 사업의 목표로 내세운 것은 음영으로 표시된 보건복지부 소관 세세부사업인 "자살예방사업", "중앙자살예방센터 운영" 및 "지역자살예방사업"과 교육부 소관 "학생자살예방관리" 뿐이다. 그러나 보건복지부의 정신건강증진센터, 교육부의 Wee센터, 여성가족부의 청소년상담복지센터 및 건강가정지원센터, 고용노동부의 근로자지원프로그램(Employee Assistance Program; EAP)을 통하여, 자살의 위험이 있는 국민에 대한 상담 및 치료가 수행되고 있다.

사업의 내용을 살펴보면, 보건복지부 소관 자살예방사업은 자살예방정책 연구개발, 생명존중문화조성, 자살예방 교육 및 전문인력 양성, 사이버상담 및 자살유해정보 모니터링, 민관협력 자살예방사업, 응급실기반 자살시도자 지원사업으로 구성된다. 자살예방 교육 및 전문인력 양성은 지역사회 수준에서 통반리장, 노인요양사 등에게 교육을 실시하여 자살의 위험이 있는 지역주민을 심리상담 서비스를 제공하는 정신건강증진센터 등으로 연계해주는 역할을 하도록 하는 사업이다. 민관협력 자살예방사업은 정신건강증진센터를 중심으로 지역사회의 병원, 상담소, 각종 사회복지서비스 등을 연계하는 것을 목적으로 한다. 응급실기반 자살시도자 지원사업은 응급실에 내원한 자살시도자와 그 가족에게 정신건강증진센터 등을 통하여 심리상담 및 각종 사회복지, 의료 서비스 등을 제공한다. 지역자살예방사업은 지방자치단체의 정신보건센터에 자살예방 업무 담당자를 배치하고 인건비를 지원하는 사업이다. 중앙자살예방센터 운영, 정신보건센터운영, 아동청소년정신보건, 알코올상담센터 운영, 중앙정신보건사업지원단 운영 등은 각 민간위탁기관에 필요한 재원을 지원하는 사업이다. 노숙자등알코올중독자사례관리는 알코올상담센터에서 사례관리[4]를 실시할 수 있도록 필요한 예산을 지원하는 사업이다.

교육부 소관 학생정서·행동특성검사는 초·중·고등학생을 대상으로 기분장애, 과잉행동장애, 자살충동 등을 측정할 수 있는 심리검사 도구를 개발하여 정기적

4) 사례관리란 개인에게 어떤 지원이 필요한가를 확인하고, 이를 충족시켜주기 위하여 다양한 급여 및 서비스를 연결해 주는 것을 의미함.

으로 심리검사를 실시하는 사업이다. Wee프로젝트는 학교상담체계로, 학교 단위의 Wee클래스, 지방교육지원청 단위의 Wee센터와 지방교육청 단위의 Wee스쿨에 배치된 상담교사가 학교폭력, 학업스트레스 등 학생들이 겪는 다양한 문제에 대해 상담서비스를 제공하고, 필요할 경우 지역사회의 사회복지 서비스 등을 연계해주는 사업이다. 학생자살예방관리는 Wee프로젝트를 통하여 자살의 위험이 있는 학생에 대한 각종 지원 프로그램을 제공하는 것이다.

여성가족부 소관 자살예방사업은 한국청소년상담복지개발원 운영지원과 청소년사회안전망구축 사업을 통해 수행되는 청소년상담과 건강가정지원센터를 통해 수행되는 가족상담으로 나누어볼 수 있다. 한국청소년상담복지개발원은 청소년을 대상으로 하는 다양한 상담 프로그램을 개발하며, 인터넷 및 모바일을 통한 상담 서비스를 제공한다. 청소년사회안전망구축에 포함되는 각종 사업들은 한국청소년상담복지개발원을 중심으로 각 기초지방자치단체 단위에서 청소년에게 필요한 상담서비스를 제공한다. 특히, 세부사업인 청소년동반자 프로그램의 경우에는 상담이 필요한 청소년에게 상담사가 직접 찾아가서 서비스를 제공하는 사업이다. 건강가정지원센터는 지역사회 내 가족을 대상으로 아버지교육, 가족돌봄나눔 등과 같은 프로그램을 운영한다.

고용노동부 소관 선진기업복지지원제도 도입지원 사업의 일환인 근로자지원프로그램(EAP)은 건강문제, 부부·가족생활문제, 법 · 재정문제, 알코올 · 약물문제, 정서문제, 스트레스 등 업무 성과 전반에 영향을 미칠 수 있는 근로자의 문제를 해결하기 위해 개발된 사업장 기반의 프로그램이다. 현재 근로자지원프로그램(EAP)은 온라인상담과 각 광역지방자치단체 단위별로 배치된 상담사가 제공하는 오프라인상담으로 운영되고 있다.

다. 자살예방사업의 추진 현황

(1) 자살예방사업의 예산 현황

직접적인 자살예방사업에 투입된 예산액은 2009년 5억 6,500만원에서 2013년 48억 1,000만원으로, 5개년 연평균 70.8% 증가하였다. 보건복지부, 교육부, 여성가족부, 고용노동부에서 각종 상담 서비스를 제공하는 간접사업 예산을 포함할 경우, 총 자살예방사업 예산액은 2009년 701억 3,400만원에서 2013년 1,103억 7,100만원으로,

5개년 연평균 12.0% 증가한 것으로 나타났다.[5)]

구체적으로 살펴보면, 직접사업 중에서는 주무부처인 보건복지부가 수행하는 자살예방사업의 예산액이 2009년 5억 3,500만원에서 2013년 28억원으로, 5개년 동안 가장 높은 증가추세(연평균 증가율 51.3%)를 보였다. 간접사업 예산액은 대부분 보건복지부 소관 정신건강증진센터, 교육부 소관 Wee센터, 여성가족부 소관 청소년상담복지센터 및 건강가정지원센터, 고용노동부 소관 근로자지원프로그램을 운영하는 데 투입된다. 간접사업 예산액은 2009년 695억 6,900만원에서 2013년 1,069억 1,100만원으로, 5개년 연평균 11.3% 증가한 것으로 나타났다.

5) 직접사업과 간접사업의 구분은 「제2차 자살예방종합대책」에 제시된 정부의 분류를 따른 것임. 다만, 직접사업은 정부안과 일치하지만, 간접사업에 포함되는 예산은 본 보고서에서 제시한 자살예방사업 범위에 따라 조정한 것임.

[표 10] 자살예방사업의 예산 현황

(단위: 백만원, %)

	소관부처	사업명	2009	2010	2011	2012	2013	연평균 증가율
직접사업	보건복지부	자살예방사업	535	735	1,435	1,800	2,800	51.3
		중앙자살예방센터 운영	—	—	—	480	480	—
		지역자살예방사업	—	—	—	—	1,500	—
	교육부	학생자살예방관리	30	105	30	30	30	0.0
소 계			565	840	1,465	2,310	4,810	70.8
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	—
		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	110,371	12.0

주: 1. 보건복지부 소관 지역정신보건 사업의 예산액은 세부사업 “자살예방 및 지역정신보건사업”에서 직접사업 예산을 제외한 금액임.

2. 교육부 소관 사업 예산은 지방교육재정교부금으로서, 예산 편성 시의 추계치이기 때문에 실제 집행 예산과는 다소 간의 차이가 있을 수 있음.

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

(2) 자살예방사업의 성과관리 현황

정부는 2012년부터 자살예방사업의 성과지표를 설정하여, 성과를 관리하고 있다. 자살예방사업 관련 성과지표는 보건복지부 소관 단위사업인 “정신보건시설확충”의 성과관리체계에 포함되어 있다.

당초 보건복지부는 2012년 “자살상담등록관리증가율”을 성과지표로 설정하였다. 2012년 자살상담등록관리 수는 1만 4,666건으로, 2011년 자살상담등록관리 수 추계치인 1만 65건보다 46% 가량 증가한 것으로 집계되었다.

[표 11] 자살예방사업의 성과관리 현황

성과지표	측정방법	목표대비 달성률	2009	2010	2011	2012	2013
자살상담등록 관리증가율(%)	{(전년도 실적 -당해연도 11월까지의 실적)/전년도 실적}×100	목 표	—	—	—	10	—
		실 적	—	—	—	45.7	—
		달성도	—	—	—	457	—
자살고위험 등록관리 실인원(명)	—	목 표	—	—	—	—	16,132
		실 적	—	—	—	—	—
		달성도	—	—	—	—	—

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

그러나 2013년부터는 자살예방사업의 성과지표를 “자살고위험등록관리실인원”으로 변경하였다. 2013년 성과목표는 2012년도 자살상담등록관리 수인 1만 4,666명보다 10% 높은 1만 6,132명이다.

정부의 성과지표 변경 및 성과목표 설정은 증가율로 측정하던 2012년 성과지표를 실인원 수를 측정하는 것으로 변경하였을 뿐, 이전과 달라진 것이 없는 것으로 볼 수 있다. 또한, 전년대비 10% 증가한 실인원 수를 성과목표로 삼았기 때문에 2012년 성과 목표치인 전년대비 10% 증가와 동일한 성과목표를 설정한 것과 같다.

뿐만 아니라, 현행 성과지표는 자살예방사업의 목표를 제대로 반영하고 있지 못하다. 정부는「제2차 자살예방종합대책」수립 시에 인구 10만 명당 자살률을 20명 미만으로 낮추는 것을 목표로 삼았다. 그러나 현행 성과관리체계로는 이러한 정책 목표의 달성 여부를 파악할 수 없다. 따라서, 연차적으로 목표 자살률을 수립하고 이를 성과지표로 삼아, 정부의 자살예방사업이 자살률 감소에 기여하고 있는지 여부를 파악할 수 있도록 성과관리체계를 재정립할 필요가 있다.

2. 외국 자살예방사업의 현황

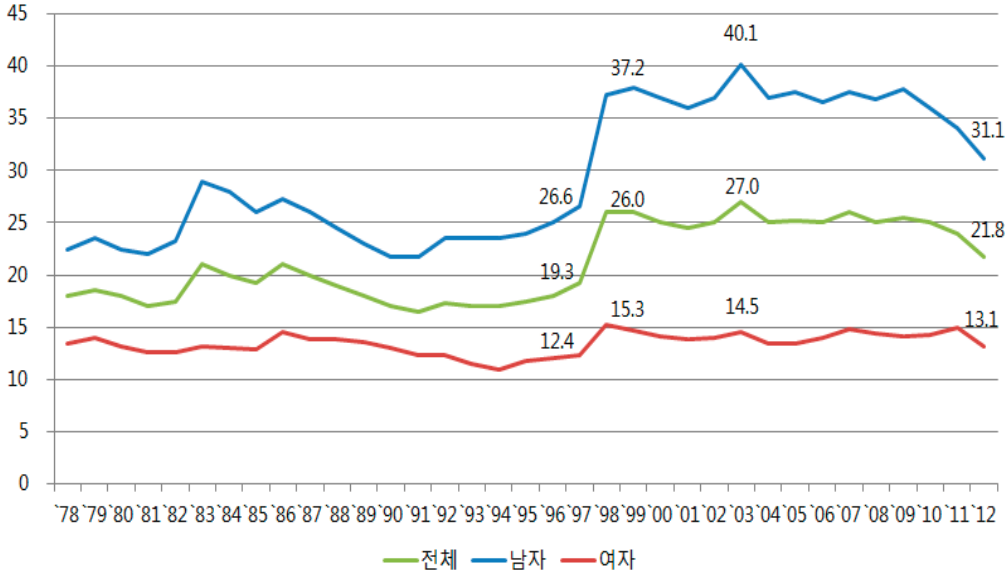
가. 일본의 자살대책 및 시사점

(1) 일본의 자살률 추이

일본의 자살률은 1998년에 급격하게 상승한 후 높은 수준을 유지하다가 2003년에 인구 10만 명당 27.0명으로 가장 높은 수치를 보였다. 이후 약간의 증감을 반복하다가 2009년부터 감소하기 시작하였다. 2012년의 인구 10만 명당 자살자 수는 21.8명으로 2011년 대비 9.1% 감소하였으며, 남성 31.1명, 여성 13.1명으로 남성의 자살률이 약 2.4배 높다.

[그림 9] 일본의 자살률 추이

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 이상영, "외국의 자살예방정책 사례와 시사점", 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

(2) 일본의 자살대책 추진 경과

일본 정부는 2006년 10월 자살방지 조사연구 정보수집, 자살 고위험자에 대한 의료서비스 제공체계 정비, 자살대책의 수립·추진 등을 내용으로 하는 「자살대책기본법」을 제정하였다. 동법에 근거하여 2007년 6월 「제1차 자살예방대책」을 수립하여 사회적 요인이 포함된 종합적인 대처, 자살의 사전예방, 위기대응, 자살미수자 및 유족 등의 사후대응 및 대처, 관계자의 연대에 의한 포괄적 지원, 자살실태 규명 및 중장기적 시점에서의 자살대책 시행 등의 정책을 추진하였다.

2012년 8월에는 「제2차 자살예방대책」을 수립하였다. 「제2차 자살예방대책」의 주요 시책 및 사례는 아래에서 상술한다.

[표 12] 일본의 자살대책 추진 경과

2006년 10월 「자살대책기본법」	2007년 6월 「제1차 자살예방대책」	2012년 8월 「제2차 자살예방대책」
- 자살방지 조사연구 정보 수집 - 자살 고위험자에 대한 의료서비스 제공체계 정비 - 자살 고위험자에 조기 발견 및 발생 방지 - 자살미수자와 자살자 유족에 대한 지원 - 자살예방 활동 담당 민간단체 지원 - 내각부 "자살종합대책회의" 설치 · 운영 - 자살대책의 수립 · 추진	- 사회적 요인이 포함된 종합적인 대처 - 자살의 사전예방, 위기대응, 자살미수자, 유족 등의 사후대응 및 대처 - 관계자의 연대에 의한 포괄적 지원 - 자살실태 규명 및 중장기적 시점에서의 자살대책 시행	- 자살예방주간(9월 11일~16일)과 자살대책 강화의 달(3월)을 설정 - 인터넷 활용 등 지원정보의 집약 제공 강화 - 다양한 분야의 게이트키퍼 양성 촉진 - 응급의료시설에서 자살미수자가 정신과 진료를 받을 수 있는 체제 정비 - 직장, 학교에서의 스트레스 대응방안 및 정신건강 교육 강화

자료: 이상영, "외국의 자살예방정책 사례와 시사점", 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

(3) 일본 「제2차 자살예방대책」의 주요 시책

일본의 「제2차 자살예방대책」은 ① 자살의 실태 명확화, ② 국민 한 사람 한 사람의 인지와 관심 촉구, ③ 조기대응의 중심적 역할을 완수하는 인재양성, ④ 마음의 건강 증진, ⑤ 적절한 정신과 진료 제공, ⑥ 사회적인 대처로 자살예방, ⑦ 자살미수자의 재차 자살기도 방지, ⑧ 남겨진 사람에 대한 충실한 지원, ⑨ 민간단체와의 연대 강화 등을 주요 시책으로 한다.

각 대책 영역별 주요 세부 사업은 다음 [표 13]과 같다.

[표 13] 일본의 「제2차 자살대책」 영역별 주요 사례

대책 영역	주요 사례(세부 사업)
자살실태 규명	- "자살의 원인 분석에 근거하는 효과적인 자살 방지 대책 확립에 관한 연구" 실시 - 자살예방종합대책센터의 웹사이트 "삶"을 개설 자살 현상, 정부 지방자치단체의 자살 대책, WHO와 해외의 자살대책 소개, 책 등 간행
국민의 인식과 관심 증대	- 자살 예방주간(9월 10일~16일)에 관계 부처, 지방자치단체에 자살예방사업의 실시 요청 및 전국의 상담 창구를 검색할 수 있는 웹사이트를 개설 - 자살대책강화월에 관계 부처, 지방자치단체 등에 홍보사업 실시 요청 및 각종 언론 매체를 통한 자살예방 활동 실시, 게이트키퍼 연수용 및 전문가용(창구 직원 · 주민 편, 아동 위원 편, 방문 개호직원 편, 민생위원 편, 보건사 편) DVD 추가 제작 · 홈페이지 게재 - 생명을 존중하는 마음을 기르는 도덕교육 종합지원 사업 실시 - 총무성, 문부과학성 및 통신 관계 단체 등이 제휴하여 청소년이 인터넷을 안전하게 이용하도록 보호자, 교직원 및 청소년 대상 강좌 실시
인력 양성	- 각 교육위원회에서 학생 지도 담당자 · 교장 · 교감 등을 대상으로 아동 및 학생의 자살 예방에 관한 협의회 개최 - 행정법인 "일본 학생지원기구"에서 학장, 부학장, 교직원 등을 대상으로 자살 관련 대책에 초점을 맞추어 강연, 사례 소개 및 의견교환을 실시하고 각 대학에 대책 마련 촉구 - 지역보건요원, 개호 지원 전문가 등을 대상으로 게이트키퍼 양성 연수 등을 실시
정신건강 증진	- 전국 정신건강대책 지원 센터에서 정신위생대책의 종합적 지원 실시 - 근로자 대상 정신건강 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 지원 시설의 정비 - 도시공원의 정비
적절한 정신과 진료 제공	- 정신과 의료인 자살예방 연수 및 심리상담사의 자살 예방 연수 실시 - 인지 요법·인지 행동 요법에 대한 의사, 정신과 의료인 대상 연수 실시 - 고령자의 우울증 판별 검사 실시 - 의존증 대책 추진을 위한 「지역 의존증 대책 추진 모델 사업」, 「의존증 회복 시설 직원 연수 사업」 실시

대책 영역	주요 사례(세부 사업)
사회적 대처 강화	- 「정신건강 상담 통일 다이얼」의 전국적인 운용 확대 - "지역자살대책긴급강화기금"을 활용하여 포괄 지원 상담 및 지역에 있어서의 상담 체제 강화 - 다중 채무자를 대상으로 상담 강화 캠페인 실시 및 소비자 및 사업자 대상 무료 상담회 개최(9~12월) - 저소득층을 대상으로 자립을 촉진하기 위해 각종 자금의 대출과 필요한 상담지원 제공, 생활복지자금 대출 제도 실시
자살미수자의 반복적 자살 기도 방지	- 정신과 구급 의료체제 정비 사업 실시 - 자살미수자 관리에 대한 가이드라인 연수 실시
유족에 대한 지원 강화	- 유족을 위한 모임 운영 및 지원 실시 - 지역상담소와 지원단체 등이 기재 된 유족을 위한 리프렛 작성 배포
민간단체와의 연대 강화	- 관계부처, 지방자치단체, 민간단체 등 관련 기관과의 사례검토 및 자살대책 네트워크 협의회 개최

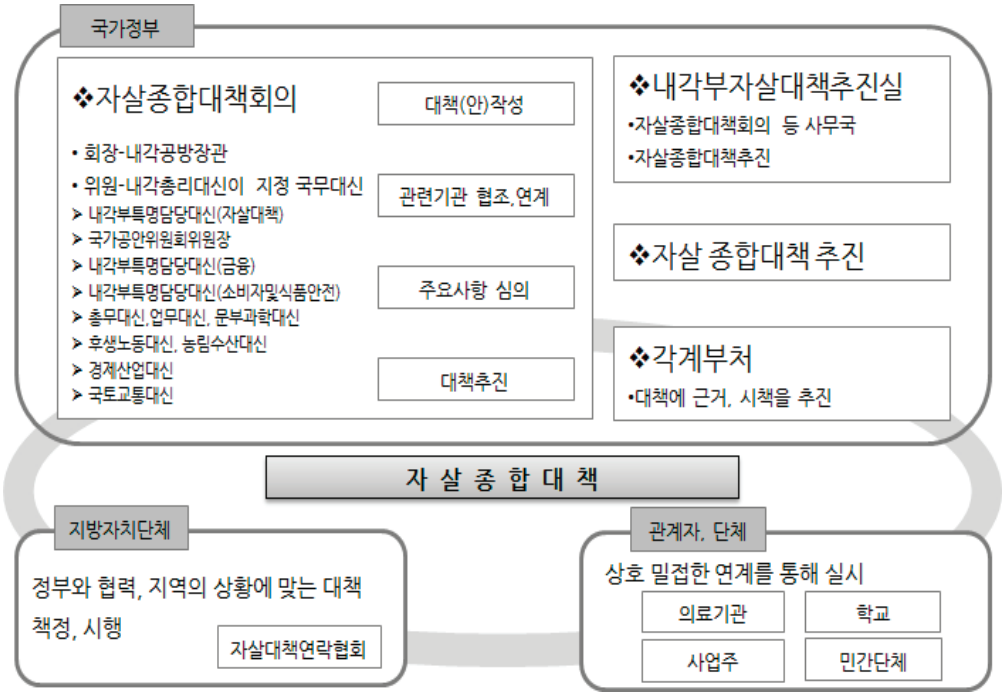
자료: 이상영, "외국의 자살예방정책 사례와 시사점", 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

(4) 일본의 자살대책 추진체계 및 예산 현황

일본의 자살대책 추진체계는 다음 [그림 10]과 같다. 자살종합대책을 중심으로 중앙정부에 구성된 자살종합대책회의에서 대책(안) 작성, 관련기관 협조·연계, 주요 사항 심의, 대책 추진 등의 업무를 수행하고, 자살종합대책회의의 사무국으로서 내각부 자살대책추진실이 있으며, 각 부처는 동 대책에 근거하여 시책을 추진한다.

지방자치단체는 중앙정부와 협력하여 지역의 상황에 맞는 대책을 마련·시행하고, 의료기관, 학교, 사업주, 민간단체 등과 상호 밀접한 연계를 통해 자살종합대책을 시행하고 있다.

[그림 10] 일본의 자살대책 추진체계



자료: 이상영, “외국의 자살예방정책 사례와 시사점”, 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

각 대책 영역별로 관련 중앙 부처와 예산 추이를 살펴보면 다음 [표 14]와 같다. 내각부, 후생노동성, 금융청, 경제산업성, 법무성, 총무성, 문부과학성, 소비자청, 경찰청, 국토교통성, 농림수산성 등 11개 부처가 대책을 추진하고 있다. 자살대책 관련 예산은 2011년의 134억엔(약 1,483억원)에서 2012년에는 236억엔(약 2,610억원)으로 76% 인상되었으며, 2013년에는 287억엔(약 3,174억원)으로 다시 21.6% 증가하였다.

[표 14] 일본 자살대책 관련 부처 및 예산추이

(단위: 천엔)

대책 영역	관련 중앙 부처	2011	2012	2013(안)
자살실태규명	내각부, 후생노동성, 문부과학성, 경찰청	28,409	45,677	44,922
국민의 인식과 관심증대	내각부, 총무성, 문부과학성, 법무성	363,450	260,292	245,772
인력 양성	내각부, 후생노동성, 금융청, 소비자청, 경찰청, 총무성	447,362	371,222	352,551
정신건강증진	내각부, 후생노동성, 농림수산성, 국토교통성, 문부과학성, 경제산업성	2,841,579	8,697,882	9,270,823
적절한 정신과 진료 제공	후생노동성	2,925,778	2,941,760	2,775,085
사회적 대처 강화	내각부, 후생노동성, 금융청, 소비자청, 경제산업성, 법무성, 국토교통성, 경찰청, 총무성, 문부과학성	6,609,503	11,137,696	15,889,810
자살미수자의 반복적 자살 기도 방지	후생노동성	1,819,581	10,973	7,364
유족에 대한 지원 강화	내각부, 문부과학성, 후생노동성	19,368	12,524	—
민간단체와의 연대 강화	내각부, 후생노동성	259,979	151,303	135,565
기 타		17,527	11,757	10,214
합 계		13,421,344	23,628,562	28,732,106

자료: 이상영, “외국의 자살예방정책 사례와 시사점”, 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

(5) 일본 자살대책의 시사점

일본은 2006년 「자살대책기본법」을 제정하였으며 2013년에 3,000억원 이상의 예산을 투입하는 등 적극적으로 자살대책을 추진하고 있다. 반면 우리나라는 2011년에야 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」을 제정하였으며, 자살과 연관된 예산이 연간 30여억 원에 불과한 실정이다.

일본이 추진하고 있는 자살대책의 특징 중 하나는 고위험자의 조기발견을 위해 게이트키퍼를 적극적으로 양성하여 활용하고 있다는 점이다. 우리나라도 게이트키퍼를 양성하고 있으나 교사, 의사 등 전문가에 한정되어 있는데 일본의 경우는 약사, 미용사 등 대중을 접하는 직종의 인력을 적극 활용하고 있다.

일본은 내각부의 총괄책임 하에 관련부처 간의 협조와 연계를 적극 추진하고 있다. 우리나라는 보건복지부, 교육부, 여성가족부 등 관련 부처 간의 협조 및 연계가 부족한 실정이며, 컨트롤 타워 기능도 미흡한 상황이다. 뿐만 아니라, 일본은 "지역자살대책긴급강화기금"을 조성하여 지방자체단체의 자율적인 자살대책 추진을 지원하고 있다.

또한, 일본은 근로자를 주요 사업대상 집단의 하나로 설정하여 많은 정책적 노력을 기울여 왔다. 이에 비해, 우리나라는 상대적으로 근로자 정신건강에 대한 적절한 대처가 이루어지지 않고 있다.

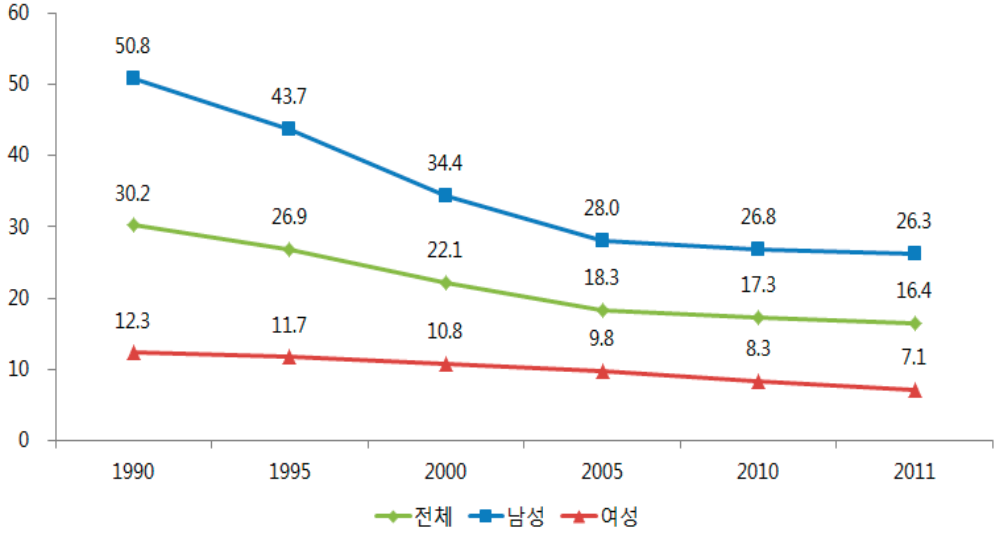
나. 핀란드의 자살대책 및 시사점

(1) 핀란드의 자살률 추이

핀란드의 자살률은 1990년 인구 10만 명당 30.2명에서 2011년 16.4명으로 절반 가까이 감소하였다. 남성은 1990년 50.8명에서 2005년 28.0명으로 절반 가량 감소했으며, 2011년 26.3명까지 감소하였다. 여성은 1990년 12.3명에서 2005년에는 9.8명으로, 2011년에는 7.1명까지 감소하였다.

[그림 11] 핀란드의 자살률 추이

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 이상영, "외국의 자살예방정책 사례와 시사점", 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

(2) 핀란드의 자살대책 추진 경과

핀란드는 1980년 후반까지 OECD 회원국 중 가장 높은 자살률을 보였다. 이에 따라, 핀란드 정부는 1986년 세계 최초의 자살예방대책(Suicide Can Be Prevented. A target and Action Strategy for Suicide Prevention)을 수립하여 1996년까지 시행하였다.

자살예방대책의 일환으로 1986년부터 1992년까지 6년 간 심리적 부검을 실시하였고, 1992년 자살의 원인을 규명하여 자살예방프로그램을 마련하였으며, 이를 토대로 1996년까지 4년 간 전국적으로 동 프로그램을 시행하였다. 심리적 부검은 1,366명의 자살사망자(1987년 한 해 동안 발생한 자살사망자)를 대상으로 학교·병원·사회복지기관·군대·교회 등을 통하여 전문가 5만 명이 참여하여 이루어졌다.

심리적 부검은 ① 자살사망, ② 경찰현장조사, ③ 심리적 부검에 대한 유가족 동의, ④ 정신과 전문의 유가족 심층면접, ⑤ 자살자 주변 환경 조사, ⑥ 수집자료 분석 및 분류, ⑦ 수집정보 데이터베이스화, ⑧ 고위험군에 대한 프로그램 마련의 과정으로 이루어진다.

핀란드의 자살예방대책은 자살 고위험자에 대한 조기발견과 치료기관 간의 연계, 언론의 자살 관련 보도자제, 대상에 따른 맞춤형 프로그램 운영 등이 있다. 대상별 맞춤형 프로그램의 세부 사례는 다음과 같다.

[표 15] 핀란드의 대상별 맞춤형 프로그램 세부 사례

대상	세부 사례
청년층	- 자살을 시도한 젊은층들의 배경 및 심리 문제를 자세히 조사하여 지지와 치료 제공 - 가족 위기나 만성 문제에 대한 특수한 지지 - 직장 생활에 적절히 적응하고 통합되도록 지지
노년층	- 노인 우울증 조기 진단 - 노인의 인생 설계와 대처 능력의 향상을 위한 교육 및 활동 제공 - 퇴직과 경제 문제에 대한 노년층의 준비 교육 및 지지 - 가족, 친척들이 노인들을 간호할 수 있도록 지지

자료: 이상영, "외국의 자살예방정책 사례와 시사점", 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

(3) 핀란드의 자살대책 추진체계

핀란드는 사회보건부(Ministry of social affair and health)를 주축으로 하여 자살예방사업을 추진하였다. 사회보건부 산하의 정부출연 연구기관인 국립보건연구원 내 정신건강 및 약물 남용 관련 부서에 기분장애, 우울증, 자살행동을 연구하는 분과를 두고 자살자에 대한 심리적 부검 등 전반적인 연구를 담당하였다.

[그림 12] 핀란드의 자살대책 추진체계

자료: 이상영, "외국의 자살예방정책 사례와 시사점", 국회예산정책처 주최 「자살예방정책토론회 자료집」, 국회예산정책처, 2013.

(4) 핀란드 자살대책의 시사점

핀란드는 심리적 부검을 통해 효과적인 자살예방대책을 성공적으로 수립·추진한 대표적 국가라고 할 수 있다. 그러나 우리나라의 경우 자살에 대한 사회적 낙인, 유가족의 거부반응으로 인해 심리적 부검이 실시되기 어려운 상황이다. 자살 유가족에게 심리적 치료·상담 서비스 등이 필요함에도 불구하고 유가족 스스로 외부에 노출되는 것에 대한 거부감을 가진 경우가 대부분이다.

따라서, 심리적 부검을 대체하는 방안으로서 자살시도자들을 대상으로 생애주기별 자살 위험요소, 자살욕구의 축적 및 완화 과정 등에 대한 심도 있는 조사를 실시할 필요가 있다. 이를 통해 자살 원인을 규명하고, 실효성 있는 자살예방 프로그램을 개발하여, 궁극적으로 자살률 감소를 유도할 수 있을 것으로 판단된다.

핀란드 자살대책의 또 다른 특징은 중앙정부, 지방자치단체, 학교, 사업장, 민간단체, 교회 등 지역사회조직이 적극적으로 자살대책에 참여하였다는 점이다. 우리나라도 다양한 조직의 적극적인 참여를 유도하고 이러한 조직 간의 네트워크를 효율적으로 관리할 수 있는 체계 마련이 요구된다.

이를 위해서는 지역사회의 정신보건 인프라를 확충하고 주민과의 친밀도를 제고하는 것이 필요하다. 정신보건센터나 자살예방센터 등에 대한 주민들의 거부감을 해소하기 위한 주민 친화적 프로그램을 개발하여 시행하도록 하고, 센터의 명칭도 긍정적인 이미지가 떠오르는 것으로 바꾸는 방안을 검토할 필요가 있다. 센터 운영에 있어서 물리적 자원 확충 또한 뒷받침 되어야 한다.

현재 시군구 단위의 복지지원단 사례관리, 보건소 맞춤형 방문보건사업 운영, 지역사회복지협의체 사례관리, 사회복지관·노인복지관·장애인복지관 운영, 의료급여 사례관리사업, 정신보건센터·자살예방센터 운영 등이 개별적으로 추진되고 있다. 각 기관별 사업의 일관성을 강화하고 관리 대상자의 혼란을 방지하기 위하여 지역사회 내 각종 사례관리사업 간 정보 및 업무 연계가 필요하다. 뿐만 아니라, 기관 간 네트워크를 통하여 사례관리 대상자의 욕구에 따라 서비스 및 업무를 연계하고 정보를 교류하여, 효율적으로 사업을 수행할 수 있도록 해야 한다.

Ⅳ. 자살예방사업의 문제점

1. 자살예방사업에 대한 투자 미흡

가. 자살예방사업의 편익 추정

제1차 기본계획을 통한 자살률 감소에 실패한 이후, 2008년 범부처가 참여하는 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」이 수립되었다. 대책의 궁극적인 목표는 인구 10만 명당 자살률을 20명 미만으로 낮추는 것으로 정해졌다. 그러나 2008년에 10만 명당 26.0명이었던 자살률은 2011년 31.7명으로 오히려 증가하였다.

자살률 증가는 국가적으로 큰 경제적 비용을 유발하는 사회문제라고 할 수 있다.[6] 자살예방사업으로 자살률을 감소시키는 것은 이러한 경제적 비용을 절감한다는 점에서 사회적 편익을 발생시킨다고 할 수 있다.

국회예산정책처는 두 가지 시나리오를 기초로 자살예방사업이 가져오는 경제적 편익을 추정하였다. 첫번째 시나리오는 2014~2018년의 5개년 동안 인구 10만 명당 자살률을 20명 이하로 낮추는 것이다. 당초 「제2차 자살예방종합대책」에서 2013년까지 달성하는 것으로 계획하였던 목표를 기준으로 한 것이다. 두 번째 시나리오는 동 기간 동안 인구 10만 명당 자살률을 OECD 회원국 평균 수준(2010년 기준 12.8명)으로 낮추는 것이다.

6) 국립서울병원 · 보건복지부(2005)의 「우리나라 자살의 사회 · 경제적 비용부담에 관한 연구」에 의하면, 2004년 기준으로 자살에 의하여 적게는 1조 1,649억원부터 많게는 3조 855억원의 경제적 비용이 소요된 것으로 추계됨.

[표 16] 시나리오별 자살예방 효과 추정

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)

		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

시나리오 1은 2018년에 인구 10만 명당 자살률을 20명으로 낮추기 위해 2014~2018년 동안 매년 균등하게 자살률을 감소시켜간다고 가정한 것으로서, 이 경우 연간 자살자 수는 동 기간 동안 14,732 → 13,558 → 12,384 → 11,209 → 10,035명으로 감소하고 누적 자살자 감소 수는 17,612명이 된다.

시나리오 2는 2018년에 인구 10만 명당 자살률을 12.8명으로 낮추기 위해 마찬가지로 2014~2018년 동안 매년 균등하게 자살률을 감소시켜간다고 가정한 것으로서, 이 경우 연간 자살자 수는 동 기간 동안 14,009 → 12,113 → 10,216 → 8,319 → 6,423명으로 감소하고 누적 자살자 감소 수는 28,450명이 된다.

선행연구[7]의 틀을 이용하여 자살예방사업의 경제적 편익을 내부적 편익과 외부적 편익으로 구분하였다.

내부적 편익이란 자살을 예방함으로써 잠재적 자살자가 갖게 되는 이익을 의미하는데, 자살사망자 및 자살시도자의 직접의료비용절감, 직접비의료비용절감, 생명연장 편익을 포함하는 개념이다. 직접의료비용절감은 자살사망자 또는 자살시도자에 대한 응급처치 등으로 인해 요양기관에서 발생하는 진료비를 절감함에 따른 편익을 의미한다. 직접비의료비용절감은 자살로 인하여 요양기관까지 응급 후송 시 발생하는 응급이송비용과 자살로 인하여 발생하는 수사비용을 절감함에 따른 편익을 포함한다. 생명연장 편익은 자살을 예방함으로써 생명이 연장됨에 따른 경제적 편익을 의미한다.

7) 국립서울병원·보건복지부(2005)의 「우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구」와 이를 인용하여 자살의 경제적 비용을 추계한 국회입법조사처(2011)의 「자살예방대책의 문제점과 개선과제」의 분석틀을 참고함.

[표 17] 자살예방사업의 내부적 편익

편익의 종류		개념적 정의
직접 의료비용 절감		자살사망자 또는 자살시도자에 대한 응급처치 등으로 인해 요양기관에서 발생하는 진료비 절감
직접 비의료비용 절감	응급 이송비용	자살로 인하여 요양기관까지 응급 후송시 발생하는 후송비 절감
	수사비용	자살로 인하여 발생하는 수사비용 절감
생명 연장 편익		자살을 예방함으로써 생명이 연장됨에 따른 편익

주: 국립서울병원·보건복지부(2005)의 「우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구」를 기초로 국회예산정책처 재구성

자살의 외부적 편익은 자살을 예방함으로써 잠재적 자살자 이외의 사람들에게 미치는 이익을 의미하는데, 자살사망자 가족과 관련된 직접의료비용절감, 직접비의료비용절감, 작업손실비용절감 편익 등을 포함하는 개념이다([표 18] 참고). 가족의 자살로 인한 충격으로 자살사망자 가족들에게 추가로 소요되는 진료비(외래 및 입원), 외래진료교통비, 보호자비용(간병비), 작업손실비용 등을 절감함에 따른 편익을 의미한다.

[표 18] 자살의 외부적 편익

비용의 종류		개념적 정의
직접의료비용 절감	자살자 가족의 외래진료비	자살자 가족의 충격으로 인해 추가로 소요되는 외래진료비 절감
	자살자 가족의 입원진료비	자살자 가족의 충격으로 인해 추가로 소요되는 입원진료비 절감
직접비의료 비용 절감	자살자 가족의 외래진료교통비	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 내원시 소요된 교통비 절감
	자살자 가족의 보호자 비용	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 입원시 소요된 보호자의 경제적 비용 절감
작업손실비용 절감	외래 내원시	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 내원시 작업손실에 따른 비용 절감
	입원 진료시	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 입원시 작업손실에 따른 비용 절감

주: 국립서울병원·보건복지부(2005)의 「우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구」를 기초로 국회예산정책처 재구성

이와 같은 편익 이외에도 무형의 편익이 있을 수 있다. 자살자 가족들이 갖게 되는 정신적 충격과 그로 인한 상처를 예방하는 것, 유명인의 자살로 인한 사회적 파장 등이 이에 포함된다고 할 수 있다. 앞서 언급한 자살자 가족의 추가적인 진료비 절감이 전자와 관련이 있다고 할 수 있으나, 그것은 일부분만을 반영하는 것이다. 그러나 이러한 무형의 편익을 계량화하는 것은 쉽지 않기 때문에 제외하였다.

앞서 설정한 시나리오 1, 2를 기초로 2014~2018년 동안 자살예방사업을 수행함에 따라 얻을 수 있는 편익을 추정하였다.

생명연장편익은 인적자본접근법에 근거하여 두 가지 모형으로 나누어 산정하였다. 모형1은 모든 연령계층에서 자살로 인한 경제적 손실이 있다고 가정하는 경우이고, 모형2는 15세 이상 65세 미만의 연령에서만 경제적 손실이 있다고 가정하는 경우이다. 모형2는 우리나라의 경우 일반적으로 65세를 전후로 정년퇴임하므로 65세 이후의 기대임금은 0으로 간주할 수 있다는 것을 근거로 한다. 그러나 65세 이후의 노령층의 남은 여생에 대한 경제적 가치를 0으로 가정하는 것은 논란의 여지가 있다. 65세 이후에도 전문적 영역에서 경제적 생산과정에 참여할 수 있으며, 봉사활동 등을 통해 사회적 기여를 할 수 있고, 무엇보다 경제적 생산과정에 참여하지 못하기 때문에 노령층의 삶에는 어떤 가치도 존재하지 않는다고 해석하는 것은 불합리하기 때문이다. 다만, 여기서는 생명연장편익의 최저치를 가늠해본다는 의미에서 모형2에 의한 추정도 수행하였다.

연령별 자살자수(2011년)와 출생코호트[8]별 기대여명 자료(2011년)를 이용하여 자살자의 평균 여명(일수)을 산정한 후, 제조부문의 보통인부 1일 8시간 소득 금액인 60,236원[9]을 임금 자료로 사용하여 평균 여명 동안의 기대소득을 구하였다.[10] 고용노동부에서 제공하는 연령별 평균 연 임금 등의 자료를 사용할 수 있으나, 편익의 크기를 보수적으로 추정하기 위하여 제조분야 단순노무 종사자의 임금 자료를 이용하였다. 이렇게 산출한 총 기대소득의 합계를 2011년도의 총 자살자수로 나누어 자살자 1인당 평균 생명연장편익을 산정하였다.

나머지 편익 항목들에 대해서는 선행연구[11]의 항목별 비용 수치를 이용하였으며, 2004~2012년 동안의 소비자물가지수 상승률을 적용하여 조정하였다(자세한 추

8) 특정 연도 또는 기간에 출생한 집단을 의미함.
9) 한국물가정보 노임단가, 2013년 상반기 자료를 이용함.
10) 한 달에 25일 일하는 것으로 가정하여 5/6을 곱하여 기대소득을 산정함.
11) 국립서울병원·보건복지부, 「우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구」, 보건복지부, 2005.

정 방법은 부록 참조). 엄밀하게 편익을 추정하기 위해서는 2014~2018년 동안 발생하는 편익을 물가상승률(임금인상률)을 고려하여 산정한 후 다시 할인율을 이용하여 2012년 말 현재가치로 환산하여야 하지만, 분석의 편의상 할인율과 물가상승률이 상쇄된다고 가정하였다.

추정 결과, 2018년까지 인구 10만 명당 자살률을 20명으로 낮추는 시나리오 1에 의하면, 자살예방사업을 통해 2014~2018년 동안 얻을 수 있는 총 편익은 5조 2,135억원 ~ 10조 4,853억원이며 동 기간 동안 매년 1조 427억원 ~ 2조 971억원의 편익을 얻을 수 있는 것으로 나타났다. 2018년까지 인구 10만 명당 자살자 수를 12.8명으로 낮추는 시나리오 2에 의하면, 자살예방사업을 통해 2014~2018년 동안 얻을 수 있는 총 편익은 8조 4,218억원 ~ 16조 9,399억원이며 동 기간 동안 매년 1조 6,844억원 ~ 3조 3,875억원의 편익을 얻을 수 있는 것으로 나타났다.

[표 19] 시나리오별 자살예방사업 편익 추정 결과

(단위: 백만원)

편익 구분				시나리오 1		시나리오 2	
				모형1	모형2	모형1	모형2
내부적 편익	직접편익	직접의료 비용절감	진료비용	1,565	1,565	2,528	2,528
		직접비 의료비용 절감	응급이송 비용	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	직접의료 비용절감	외래	12,313	12,313	19,890	19,890
			입원	1,655	1,655	2,674	2,674
		직접비 의료비용 절감	교통비	3,207	3,207	5,181	5,181
			간병비	2,189	2,189	3,535	3,535
	간접편익	작업손실 비용절감	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

이와 같이 자살예방사업을 통하여 국가적으로 얻을 수 있는 연간 편익이 최저 1조원 이상 3조원까지 이르는 것으로 추정됨에도 불구하고, 자살예방사업에 대한 정부의 추진 의지와 투자는 미흡한 것으로 보인다.

나. 자살예방사업에 대한 재정 투자 미흡

2009~2013년 동안 정부가 실질적으로 자살예방이라는 정책 목표를 명시적으로 설정하고 추진한 사업의 예산은 약 100억원에 불과하다고 할 수 있다([표 20] 참조). 그나마 2012~2013년 동안의 '자살예방 교육 및 전문인력 양성'에 투입한 예산 약 9억원에는 정신보건전문요원 교육비용이 포함되어 있어서 모두 자살예방 사업과 관련되었다고 보기 어렵다.

[표 20] 자살예방사업 세부 예산 현황

(단위: 백만원)

사업명	예산액					
	계	2009	2010	2011	2012	2013
□ 자살예방사업	7,305	535	735	1,435	1,800	2,800
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
□ 지역자살예방사업	1,500	—	—	—	—	1,500
□ 중앙자살예방센터 운영	960	—	—	—	480	480
□ 학생자살예방관리(교육부)	225	30	105	30	30	30
합 계	9,990	565	840	1,465	2,310	4,810

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

2009년부터 2013년까지 자살예방사업에 투입된 예산의 국민건강증진기금 및 보건분야 예산 대비 비율을 살펴본 결과, 자살예방사업 예산이 차지하는 비중은 지속적으로 증가하기는 하였으나 그 비중이 적은 것으로 나타났다. 2013년 기준 보건복지부 소관 자살예방사업 예산 약 48억원은 보건분야 총 예산 8조 5,203억원의 0.06%에 불과하다. 또한, 자살예방사업 예산의 주요 재원인 국민건강증진기금의 규모 1조 8,478억원과 비교하더라도 보건복지부 소관 자살예방사업의 2013년 예산이 차지하는 비중은 0.26%에 지나지 않는 것으로 나타났다.

[표 21] 보건분야 예산 및 국민건강증진기금 대비 자살예방사업 예산의 비중

(단위: 억원, %)

	2009	2010	2011	2012	2013
자살예방사업 예산(A)	5.35	7.35	14.35	22.80	47.80
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	0.26
A/C*100	0.01	0.01	0.02	0.03	0.06

주: 1. 보건분야 예산의 재원은 일반회계, 책임운영기관특별회계, 농어촌구조개선특별회계, 국민건강증진기금, 응급의료기금 등으로 구성됨.
2. 2009년과 2013년은 추경 포함 금액이며, 2013년은 식품의약품안전처 이체(8억원) 전을 기준으로 함.

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

국민건강증진기금은 「국민건강증진법」 제25조[12] 및 동법 시행령 제30조[13]의

12) 「국민건강증진법」 제25조(기금의 사용등) ①기금은 다음 각호의 사업에 사용한다.
1. 금연교육 및 광고 등 흡연자를 위한 건강관리사업
2. 건강생활의 지원사업
3. 보건교육 및 그 자료의 개발
4. 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업
5. 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업
6. 국민영양관리사업
7. 구강건강관리사업
8. 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업
9. 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충
10. 기금의 관리·운용에 필요한 경비
11. 그 밖에 국민건강증진사업에 소요되는 경비로서 대통령령이 정하는 사업

규정에 따라 사용된다. 동법 제25조제1항 4호 및 9호 등에 의거하여, 자살예방정책 연구개발, 자살예방 교육 및 전문인력 양성, 민관협력 자살예방사업, 응급실기반 자살시도자 지원사업 등에 필요한 재원을 국민건강증진기금에서 조달하고 있다. 그러나 자살예방 및 정신보건 분야에 국민건강증진기금을 사용하도록 하는 별도의 규정이 없어, 현행 법 상으로는 국민건강증진기금에서 자살예방사업의 재원을 확보하고는 있지만 자살예방사업에 대한 지속적인 예산 투입 및 예산 규모 확대 등이 보장되지 못한 실정이다.

앞서 추정한 바와 같이 자살예방사업의 연간 편익이 1~3조원에 이르는 것을 고려할 때 정부의 자살예방사업에 대한 투자는 그 금액이나 관련 분야 예산에서 차지하는 비중 모두 미흡함을 알 수 있다.

당초 정부가 제2차 종합대책에서 추계하였던 연차별 투자계획과 비교해 보더라도 정부의 자살예방사업에 대한 재정 투자가 부진함을 알 수 있다. 2009~2013년 동안 자살예방을 위한 직접사업에 투자한 예산 약 100억원은 당초 종합대책 상의 직접예산 소요재정 추계액 374억원의 26.7%이다.

[표 22] 제2차 자살예방종합대책의 소요재정 추계

(단위: 억원)

구 분	계	2009	2010	2011	2012	2013
계	5,632	594	1,141	1,241	1,308	1,348
직접예산	374	13	87	91	77	106
간접예산	5,258	581	1,054	1,150	1,231	1,242

자료: 보건복지부, 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」, 2008.

②보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 아동·청소년·여성·노인·장애인 등에 대하여 특별히 배려·지원할 수 있다.
③보건복지부장관은 기금을 제1항 각호의 사업에 사용함에 있어서 필요한 경우에는 보조금으로 교부할 수 있다.

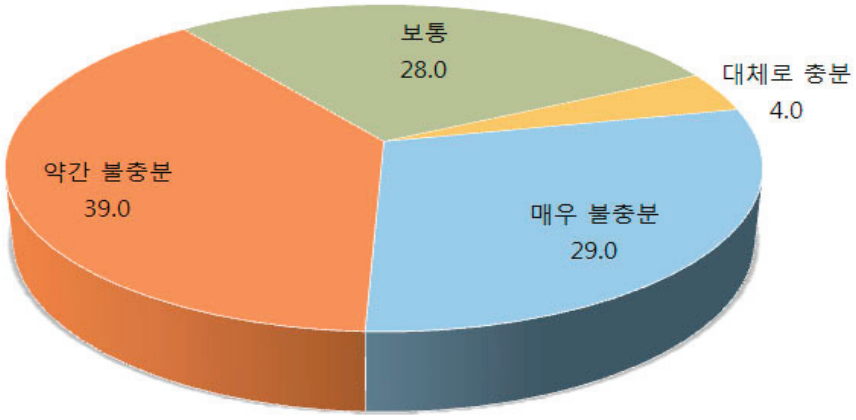
13) 「국민건강증진법 시행령」 제30조(기금의 사용) 법 제25조제1항제11호에서 "대통령령이 정하는 사업"이란 다음 각 호의 사업을 말한다.
1. 만성퇴행성질환의 관리사업
2. 법 제27조의 규정에 의한 지도·훈련사업
3. 건강증진을 위한 체육활동 지원사업

국회예산정책처가 일선 자살예방사업 관련 전달체계에서 근무하는 상담 서비스 제공자들을 대상으로 실시한 설문조사[14]에서도 자살예방 관련 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원이 불충분한 것으로 나타났다.

소속기관에서 수행하고 있는 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원이 충분한 수준이라고 생각하는지 질문한 결과, '매우 불충분한 상태'라는 응답이 29.0%, '약간 불충분한 상태'라는 응답이 39.0%로 나타나 전반적으로 정부 예산 지원이 부족한 실정이라는 입장이 68.0%에 달했다. 반면, 대체로 충분한 편이라는 답변은 4.0%에 그쳤다.[15]

[그림 13] 소속기관에서 수행하는 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원 상황

(단위: %)



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

우리나라의 급속한 자살률 증가추세는 국가가 해결해야 할 사회문제로 인식되고 있음에도 불구하고, 관련 사업 추진에 필요한 재원이 충분치 못하고 재원을 안정적으로 확보할 수 있는 제도적 장치가 미흡한 상황인 것이다.

14) 국회예산정책처는 자살예방사업의 문제점을 파악하기 위하여 자살예방사업을 수행하고 있는 정신건강증진센터, 청소년상담복지센터, 건강가정증진센터 실무자 100명과 민간 상담소 상담사 40명을 대상으로 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」를 실시하였음.

15) 설문 결과를 양호(매우 충분, 대체로 충분), 보통, 불량(매우 불충분, 약간 불충분)의 3개로 재분류하여 카이제곱검정을 실시한 결과, p-value가 매우 작아서 통계적으로 유의미하게 양호가 적고 불량이 많은 것으로 나타남.

2. 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조체계 구축 미흡

가. 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 업무 협조 실태

국회예산정책처는 전국의 정신건강증진센터, Wee센터, 청소년상담복지센터, 건강가정지원센터에서 직접 상담 서비스를 제공하고 각종 의료 및 사회복지 서비스를 연계하는 업무를 담당하고 있는 정신보건간호사, 정신보건사회복지사, 청소년복지상담사, 건강가정사, 사회복지사 등 100명을 대상으로 자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 견해를 묻는 설문조사를 실시하였다.

자살예방 및 상담서비스제공 사업에 관한 중앙정부 관계부처(보건복지부, 교육부, 여성가족부, 경찰청 등) 간 협조가 잘 이루어지고 있는가를 묻는 질문에 대해, 긍정적인 입장보다는 부정적인 입장을 보인 응답자의 비중이 높은 것으로 나타났다.[16] 자살예방 및 상담서비스제공 사업에 관한 중앙정부-지방정부 간 협조는 잘 이루어지고 있는지를 묻는 질문에 대해 46.0%가 부정적인 의견을 보였는데, 38.0%가 약간 불량하다고 답했으며 8.0%가 매우 불량하다고 답하였다. 대체로 양호한 수준이라는 의견은 15.0%로 나타났다.[17]

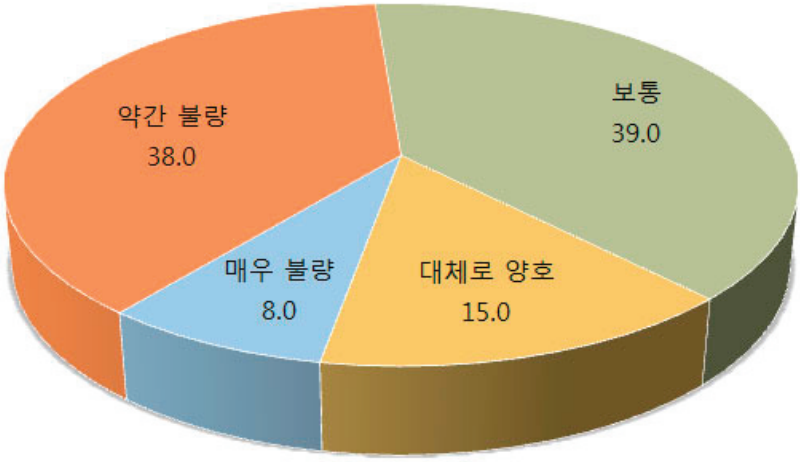
---

16) 설문조사 결과, 대체로 양호 18.0%, 보통 50%, 약간 불량 25.0%, 매우 불량 7.0%로, 부정적인 입장을 보인 응답자가 32.0%로 긍정적인 입장을 보인 응답자보다 많았음. 보통이 50%에 달하여, 설문조사 결과를 양호(대체로 양호, 매우 양호), 보통, 불량(약간 불량, 매우 불량)의 3개로 재분류하여 카이제곱검정을 실시한 결과, p-value가 0.00044인 것으로 확인됨. 이에 따라, 통계적으로 유의미하게 긍정적인 입장이 적고 부정적입 입장이 많다고 말할 수 있음.

17) 설문 결과를 양호(대체로 양호, 매우 양호), 보통, 불량(약간 불량, 매우 불량)의 3개로 재분류하여 카이제곱검정을 실시한 결과, p-value가 0.00036로 통계적으로 유의미하게 양호가 적고 불량이 많은 것으로 나타남.

[그림 14] 자살예방 및 상담서비스제공 사업 관련 중앙-지방 정부 간 협조 상황

(단위: %)



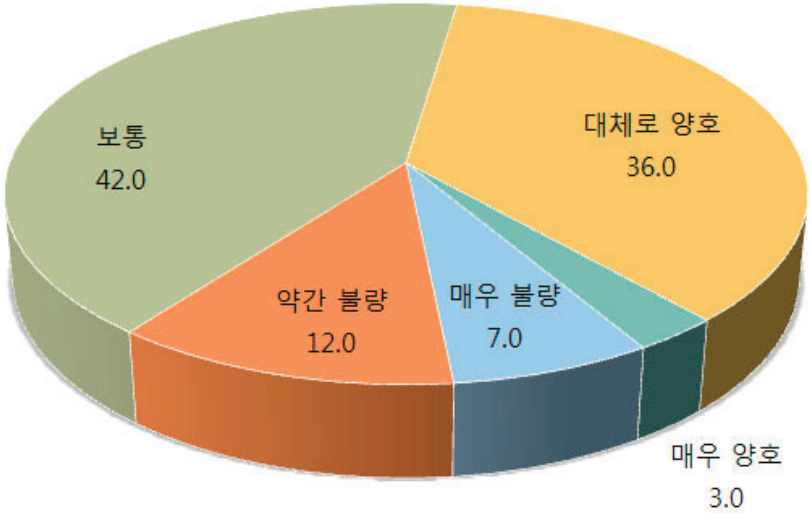
자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 결과

자살예방 및 상담서비스제공 사업에 관한 지역사회 유관기관 간(시군구청, 정신건강증진센터, Wee센터, 청소년복지상담센터, 건강가정지원센터 등) 협조가 잘 이루어지고 있는지를 물었다. 그 결과 대체로 양호하다는 의견이 36.0%로 가장 많았고 매우 양호하다는 의견은 3.0%로 나타나, 39.0%가 협조 상황에 대하여 긍정적인 의견을 보인 것으로 집계되었다. 반면, 12.0%는 약간 불량한 수준이라고 답했고, 7.0%는 매우 불량한 수준이라고 답변했다.[18]

18) 설문 결과를 양호(대체로 양호, 매우 양호), 보통, 불량(약간 불량, 매우 불량)의 3개로 재분류하여 카이제곱검정을 실시한 결과, p-value가 0.00919로 통계적으로 유의미하게 양호가 적고 불량이 많은 것으로 나타남.

[그림 15] 자살예방 및 상담서비스제공 사업 관련 지역사회 유관기관 간 협조 상황

(단위: %)



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

요컨대, 일선 자살예방 및 상담서비스제공 업무 수행자는 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조가 제대로 이루어지지 못하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 반면, 일선 유관기관 간 협조는 양호한 상태로 인식하고 있는 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 중앙정부 관계부처 및 지방자치단체와 같은 정부 조직 차원에서 체계적인 유관기관 간 협력체계를 구축·관리하기보다는 정부의 위탁을 받아 자살예방 및 상담서비스제공 사업을 수행 중인 전달체계 간의 자구적인 협력에 의해 사업이 추진되고 있음을 시사한다고 볼 수 있다.

나. 추진체계 간 지속적인 협력을 위한 조치 부재

2011년 3월, 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정하기 위한 목적으로 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」이 제정되었다. 동법에 따라 시행되는 자살예방사업은 자살예방기본계획의 작성, 자살실태조사, 중앙자살예방센터 설치·운영, 자살예방긴급전화 운영, 공익광고 송출, 자살예방 상담·교육 등 총 11가지이다.

「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 제시된 자살예방사업을 수행하기 위해서는 주무부처인 보건복지부뿐만 아니라 관계부처 및 지방자치단체와의

협력이 근간이 되어야 함에도 불구하고, 동법 어디에도 추진체계 간 지속적인 협력을 위한 조치가 제시되어 있지 않다.

[표 23] 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 상 시행 사업

법 조항	시행사업
제7조(자살예방기본계획의 수립)	□ 제2차 자살예방기본계획(2009~2013)
제11조(자살실태조사) 제12조(자살통계분석 및 정보관리체계 구축)	□ 2012년 자살실태조사 예비조사 □ 2013년 자살실태조사 본조사 예정
제13조(자살예방센터의 설치) ① 보건복지부장관은 중앙자살예방센터를, 시도지사 및 시장·군수·구청장은 지방자살예방센터를 설치·운영 할 수 있다. ② 국가 및 지방자치단체는 제 1항에 따른 자살예방센터를 정신보건법 제 13조의2에 따른 정신보건센터에 둘 수 있다.	□ 2012년부터 중앙자살예방센터설치·운영 □ 광역정신건강증진센터 9개소(2013년 6월 대전, 충북 개설 예정) □ 기초 정신건강증진센터(2012년 179개 소, 2013년 10개소 추가 개설 예정)내 자살예방 전담팀이 설치되어 있는 곳 16개소 ※ 2013년 기초 정신건강증진센터에 자살예방사업 추진을 위해 1명 이상의 정신보건 전문요원 배치 지원
제13조(자살예방센터의 설치) ④ 국가 및 지방자치단체는 수시로 신고를 받을 수 있는 자살예방용 긴급전화를 설치·운영하여야 한다	□ 보건복지부 콜센터 내에 24시간 자살예방 상담이 가능한 자살예방긴급전화(129)를 설치하여 자살위기 상담자 상시 지원 □ 정신건강증진센터에서 정신건강위기 상담전화 (1577-0199) 운영
제15조(생명존중문화 조성) 제18조(자살예방을 위한 홍보)	□ 공익광고 제작 및 송출 ※ 2012년 TV광고 364회송출, 라디오 794회 송출 2013년 공중파 TV를 통해 공익광고 송출 계획
제16조(자살예방의날) 제17조(자살예방 상담·교육)	□ 자살예방의날 기념식 및 주간행사 개최(9월) □ 전문강사 양성 매뉴얼 제작, 양성 □ 노인돌보미, 직장인, 교사, 군인 등 대상 자살예방교육
제19조(자살유해정보예방체계의 구축)	□ 인터넷 자살 유해사이트 모니터링 □ 매스미디어모니터링

법 조항	시행사업
제20조(자살시도자 등에 대한 지원)	□ 위기대응 프로토콜 개발, 교육 □ 2012년 5개 병원과 협력하여 응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업 시범 실시 ※ 서울성모병원, 의정부성모병원, 수원 성빈센트병원, 원주기독교병원, 경희대학교병원 □ 2013년 응급실 기반 자살시도자에 대한 사후관리 ※ 응급실-사례관리팀-정신과-지역사회(정신보건센터)를 유기적으로 연계하여 자살시도자에 대한 심리치료 및 사회복지 서비스 제공
제22조(전문인력의 양성)	□ 정신보건전문위원 양성
제23조(민간단체등의 지원)	□ 자살예방 관련 단체 지원 ※ 한국생명의전화, 자살예방협회 운영비·사업비등 지원

자료: 보건복지부 제출자료

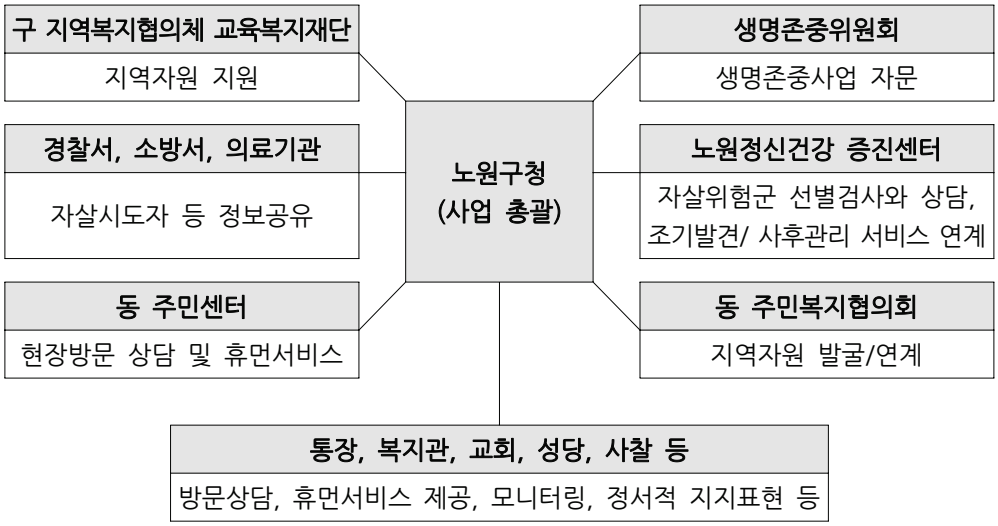
또한, 2012년 6월 제121차 국가정책조정회의에서 자살예방사업을 포괄하는 「정신건강증진 종합대책(안)」이 논의되었다. 그러나 학교·직장 기반 정신건강증진 체계 구축, 학생·청소년 자살예방체계 구축, 자살 관련 유해정보 차단 및 언론 보도 방식 개선 등의 과제에 대한 논의가 진행되었음에도 불구하고, 관계부처들과 어떠한 방식으로 해당 과제를 추진하고 성과를 평가할 것인가에 대한 방안은 다루어지지 않았다.

이처럼 중앙정부 관계부처 차원의 협조체계가 작동하지 못하고 있기 때문에 각 부처가 추진하는 다양한 사업을 수행하는 지방자치단체 수준에서도 자살예방 관련 사업을 집행하는 조직들 간 원활한 협력이 어렵다. 이에 따라, 지방자치단체가 중심이 되어 정신건강증진센터, Wee센터, 청소년상담복지센터 등의 조직과 지역사회의 사회복지 자원, 의료기관 등과의 연계를 추진해야 함에도 불구하고, 자살예방 및 상담서비스제공 사업을 수행하는 민간위탁기관별로 지역사회의 가용한 사회복지 및 의료 관련 자원에 대한 정보를 수집하고 내담자에게 필요한 서비스를 연계해주는 작업을 수행하는 업무의 중복 및 비효율이 발생할 수 있다.

다. 지방자치단체 중심의 협조체계 구축 사례

노원구는 관내 자살률 감소를 위하여 2010년 전국 최초로 '생명존중 문화조성 및 자살예방에 관한 조례'를 제정하였다. 또한, 관내 경찰서, 소방서, 의료기관 등과 양해각서를 체결하여 민관협력체계를 갖추었다. 노원구청은 다음의 [그림 16]과 같이 정신건강증진센터 뿐만 아니라, 지역복지협의체, 경찰서, 소방서, 의료기관, 동 주민센터, 동 주민복지협의회, 복지관, 종교단체 등과 협조체계를 구축하였다.

[그림 16] 노원구의 자살예방사업 추진체계



자료: 노원구청 제출자료를 토대로 국회예산정책처 재구성

노원구는 자살예방사업을 정신건강증진센터만의 업무로 규정하지 않고, 지역사회 내의 행정기관과 다양한 사회복지 서비스 제공기관이 협력하여 자살예방에 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 통합적인 자살예방사업 추진체계를 마련하였다. 생명존중위원회를 설치하여 자살예방사업 전문가들의 자문을 구하고, 동 주민복지협의회를 자살예방사업 추진체계에 포함시켜 사업 수행에 필요한 지역사회의 자원을 발굴·연계하는 등 제한된 예산으로도 자살예방사업을 효율적으로 수행하기 위한 조치를 취하였다. 정신건강증진센터에 배정된 예산만으로 단순한 상담 서비스를 제공하기 보다는 지역사회의 다양한 자원을 활용함으로써 보다 능동적으로 자살예방사업을 추진할 수 있는 협조체계를 갖춘 것이다.

이에 따라, 자살예방사업을 본격적으로 추진하기 시작한 2009년 노원구의 자살률은 인구 10만 명당 29.3명이었으나, 2010년에는 25.5명으로 3.8명 감소하였다. 2012년에는 2011년(인구 10만 명당 24.1명)보다 1.1명 증가한 25.2명의 자살률을 기록하였으나, 자살예방사업이 시작된 2010년보다는 4.1명 낮은 수치를 유지하고 있는 것으로 나타났다.[19]

3. 전달체계 마련 미비

가. 정신건강증진센터의 기능

자살예방사업의 전달체계는 보건복지부, 교육부, 여성가족부, 고용노동부 등에서 수행하고 있는 각종 상담 서비스 제공 기관으로 구성된다. 이 중, 기초지방자치단체의 정신보건 관련 업무를 전담하는 보건복지부 산하 정신건강증진센터는 자살예방사업 추진을 위해 개별 부처가 운영하고 있는 각종 전달체계의 구심점 역할을 수행하고 있다.

보건복지부는 지역주민의 정신건강 증진과 정신질환의 예방, 치료, 재활을 돕는 것을 목적으로 광역지방자치단체 및 기초지방자치단체에 정신건강증진센터[20]를 설치·운영하고 있다. 정신건강증진센터 설치 및 운영의 법적 근거는 「정신보건법」 제13조 및 제13조의2[21]이다.

대부분의 정신건강증진센터는 해당 지방자치단체 관내에 있는 종합병원 등에 위탁되어 운영되고 있다. [그림 17]과 같이, 정신건강증진센터는 국가 및 지방자치단체로부터 예산을 지원받고, 해당 시군구의 보건소가 정신건강증진센터의 운영 지도 및 감독을 담당한다. 정신건강증진센터장은 주로 위탁운영을 맡고 있는 병원의 정신과 전문의가 선임된다. 또한, 정신건강증진센터의 근무자는 정신보건간호사와 정신보건사회복지사와 같이 정신보건 관련 수련을 거친 전문 인력으로 구성된다.

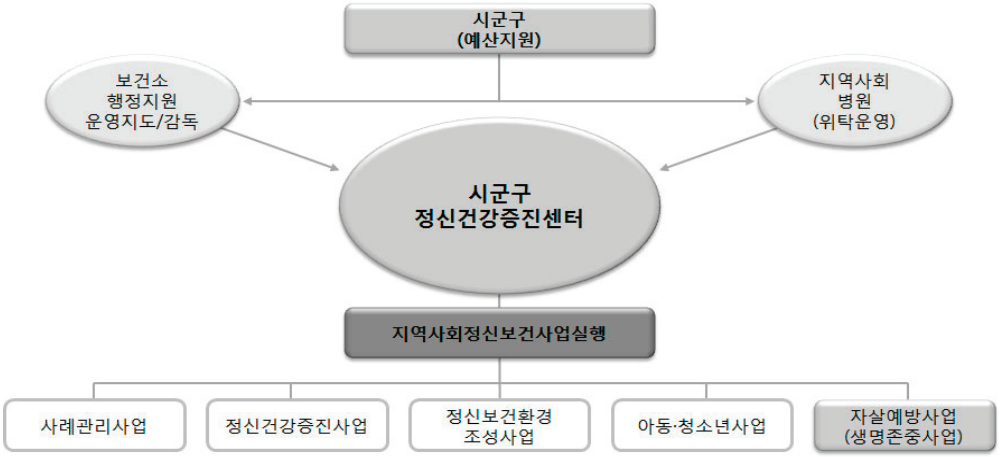
---

19) 2009~2012년 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처가 분석함.

20) 정신건강증진센터는 「정신보건법」상 정신보건센터로 규정되어 있음.

21) 「정신보건법」 제13조(지역사회정신보건사업 등) ③국가 및 지방자치단체는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 지역사회정신보건사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 보건소 또는 국·공립 정신의료기관에 정신보건센터를 설치하거나 그 사업을 대통령령이 정하는 기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
제13조의2(정신보건센터의 설치) ① 국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.
② 제1항의 정신보건센터의 설치를 위한 재원은 국가와 지방자치단체가 부담한다.

[그림 17] 정신건강증진센터의 조직 및 주요 기능



자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

정신건강증진센터의 주요 업무는 사례관리사업, 정신건강증진사업, 정신보건환경조성사업, 아동·청소년사업, 자살예방사업 등으로 구분된다. 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조 제2항 및 제3항[22]에 근거하여 자살예방사업의 수행을 위한 자살예방센터를 정신건강증진센터 내에 설립·운영할 수 있도록 규정하고 있기 때문에, 주로 정신건강증진센터에서 시군구 단위 자살예방사업 수행의 총괄 업무를 담당하게 된다.

이에 따라, 자살예방사업의 핵심 전달체계는 '중앙자살예방센터-광역정신건강증진센터-지역정신건강증진센터'로 구성된다. 다음의 [표 24]는 중앙자살예방센터 및 광역·지역 정신건강증진센터에서 수행 중인 자살예방사업의 주요 내용을 정리한 것이다.

22) 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조(자살예방센터의 설치) ② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터에 둘 수 있다.
③ 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 대통령령으로 정하는 바에 따라 민간에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 위탁업무의 수행에 드는 비용을 보조할 수 있다.

[표 24] 중앙자살예방센터 및 정신건강증진센터의 자살예방사업 주요 내용

추진체계	자살예방사업의 내용
중앙자살예방센터	- 중앙정부 및 지방자치단체의 자살예방사업 지원 - 민관협력 네트워크 구축
광역정신건강증진센터	- 지역의 민관협력 네트워크 구축 - 자살예방 홍보 및 인식개선 - 지역주민 대상 자살예방 교육 - 1577-0199 정신건강상담전화 운영 - 자살고위험군 등록관리
지역정신건강증진센터	- 자살예방 홍보 및 인식개선 - 지역주민 대상 자살예방 교육 - 1577-0199 정신건강상담전화 운영 - 자살고위험군 등록관리

자료: 보건복지부 제출자료

이처럼 시군구별 정신건강증진센터를 중심으로 자살예방사업 전달체계를 구축한 이유는 정신건강증진센터가 지역사회 구성원의 정신보건 관련 업무를 담당하고 있기 때문이다. 즉, 학생 · 청소년 · 가족 · 근로자를 대상으로 하는 다양한 상담 서비스 제공 과정에서 심리상담 이상의 정신보건 및 정신의학적 접근이 필요하다고 판단될 경우에는 정신건강증진센터의 도움을 받도록 자살예방사업의 추진체계가 구성되어 있다.

나. 정신건강증진센터의 설치 및 운영 현황

보건복지부는 1998년부터 정신건강증진센터 설치·운영 사업을 수행하고 있다. 2012년 6월말 기준 전국 16개 광역지방자치단체 중 8개 시도에 광역정신건강증진센터가 설치되었고, 전국 229개 기초지방자치단체 중 169개 시군구에 지역정신건강증진센터가 설치되었다.

[표 25] 정신건강증진센터의 설치 및 운영 현황: 2012년 기준

(단위: 개소, %)

	광역지방자치단체(광역형)	기초지방자치단체(표준형)
정신건강증진센터(A)	8	169
지방자치단체(B)	16	229
A/B*100	50.0	56.5

주: 2012년 6월말 기준 자료임.
자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

정부가 15년 넘게 정신건강증진센터 설치 및 운영을 추진하고 있음에도 불구하고, 정신건강증진센터의 설치·운영률은 광역지방자치단체 50.0%, 기초지방자치단체 56.5%인 것으로 나타났다. 이는 정신건강증진센터의 설치·운영이 각 지방자치단체의 선택사항으로 규정되어 있고, 국고보조사업의 형태로 수행되기 때문이다.

현행「정신보건법」제13조제3항은 지역사회정신보건사업을 전문적으로 수행하기 위하여 보건소 또는 국·공립정신의료기관에 정신건강증진센터를 설치할 수 있도록 규정하고 있으며, 정신건강증진센터 설치·운영 사업은 자치단체 경상보조의 형태로 수행된다. 즉, 중앙정부가 국민건강증진기금으로 마련한 예산(국고보조율 50%) 뿐만 아니라, 이에 대한 지방자치단체의 대응지방비가 확보되어야만 설치·운영이 가능한 것이다. 따라서, 지방자치단체는 의무사항이 아닌 정신건강증진센터를 설치·운영하기 위하여 별도의 재원을 마련하는 데에 소극적일 가능성이 높다.

다. 정신건강증진센터 설치 및 운영 방식의 한계

보건복지부는 정신건강증진센터 설치 및 운영에 필요한 재원이 마련된 지방자치단체를 중심으로 지역정신보건사업을 추진하고 있다. 즉, 정신건강증진센터를 설치·운영하겠다고 신청한 지방자치단체에 국고보조금을 지원해주는 방식으로 사업이 운영되고 있는 것이다.

정신건강증진센터의 설치·운영이 각 지방자치단체의 선택사항으로 규정되어 있고 안정적인 재원 확보가 선행되어야 한다는 점에서, 지방자치단체의 신청을 기반으로 지역정신보건사업을 수행하는 현행 방식은 일견 타당하다. 그러나 자살자의 30% 가량이 정신적 문제로 자살을 선택했다는 통계를 고려[23]하면, 지방자치단체별

자살률, 정신질환 유병률 등을 기준으로 정신건강증진센터의 우선 설치가 필요한 지역을 선정할 필요가 있다.

시도별 정신건강증진센터 미설치 시군구의 2011년 자살률을 살펴본 결과, 대구와 울산을 제외한 10개 시도의 미설치 시군구 평균 자살률이 2011년 전체 자살률인 인구 10만 명당 31.7명을 상회하는 것으로 나타났다. 또한, 정신건강증진센터가 설치되지 않은 61개 시군구 중 52개 시군구(약 85.2%)의 자살률이 전국 평균 자살률보다 높은 것으로 확인되었다. 정신건강증진센터 미설치 시군구 61개의 평균 자살률은 인구 10만 명당 45.2명으로 전국 평균보다 13.5명 높았다.

[표 26] 시도별 정신건강증진센터 미설치 시군구의 2011년 평균 자살률

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)

시도	부산	대구	인천	대전	울산	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	계
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	45.2

주: 정신건강증진센터 설치 여부는 2012년 6월말 기준 자료이며, 자살률은 2011년 기준임.
자료: 보건복지부 제출자료 및 2011년 통계청 「사망원인통계」를 토대로 국회예산정책처 작성

정신건강증진센터의 설치가 해당 지역의 자살률 감소에 기여하는지 여부는 확인된 바가 없다. 그러나 정신건강증진센터가 자살예방사업의 가장 중심이 되는 전달체계라는 점에서 지역별 자살률 현황을 고려하여 설치 및 운영되어야 할 필요가 있다. 정부가 지방자치단체의 관련 예산 준비 여부 등 행정적인 요건만을 고려하여 지역정신보건사업을 수행함에 따라, 정신건강증진센터 등 전문적 서비스 제공기관의 지원을 통한 자살예방이 절실한 지역이 지역정신보건사업의 대상에서 누락된 것이다.

또한, 정신건강증진센터 미설치 시군구 61개 중 46개(75.4%)가 군 지역인 것으로 나타났다. 군 지역은 인구가 5만 명 미만이며, 농업 등 1차 산업을 중심으로 지역경제가 운영된다. 군 지역은 정신건강증진센터를 설치·운영할 정도로 지방자치단체의 재정이 충분치 못할 가능성이 있으며, 정신건강증진센터 등 각종 정신보건, 의료, 사회복지 서비스 등에 대한 접근성이 좋지 못할 수 있다. 이러한 지역적 특성 또한 정신건강증진센터 설치 및 운영 원칙에 반영될 필요가 있다.

23) 본 보고서의 [표 5]에 제시된 2009~2011년 경찰청 통계치를 참고하기 바람.

4. 민간자원 활용 저조

자살률의 증가 현상은 자살하는 당사자 개인의 문제이기도 하지만, 우리 사회의 문제를 반영하는 척도이기도 하다. 다양한 사회경제적, 개인적 요인들이 복합적으로 작용하여 자살이 발생하기 때문에 특정 취약계층을 대상으로 한 자살예방정책에는 한계가 있다. 따라서, 모두가 자살위험군에 포함될 수 있다는 가정 하에 일반인들을 대상으로 하는 자살예방사업을 확대할 필요가 있다.

이를 위해서는 정부와 지방자치단체가 지원하는 각종 센터 이외에 민간 상담소, 시민사회단체와 관련 연구기관 및 지역 커뮤니티의 참여가 반드시 요청된다. 그럼에도 정부의 자살예방사업은 이러한 민간자원의 활용에 매우 소극적인 것으로 나타났다.

현재 자살예방사업에 투입되고 있는 정부 재정은 대부분 중앙자살예방센터, 정신건강증진센터, Wee센터, 청소년상담복지센터 및 건강가정지원센터 등을 운영하는데 투입되고 있다. 2013년도 직·간접 자살예방사업 예산 약 1,104억원 중에서 약 70.8%인 781억원이 이러한 정부와 지방자치단체 지원 센터의 운영과 관련된 예산이다. 자살예방사업 예산 중에서 지역사회의 민간자원을 활용하기 위해 설계한 사업인 “민관협력 자살예방사업”에 투입된 예산은 4억원에 불과하다.

문제는 대부분의 정부 지원 센터들이 민간위탁의 형식으로 운영되고 있는데, 인력과 시설 등이 미흡한 실정이라는 점이다. 2012년 서울시자살예방센터가 처리한 연간 상담건수는 전화상담 1만 9,438건, 인터넷상담 1,616건, 내소상담 144건, 방문상담 434건 등 총 2만 1,658건에 이르고, 2013년 8월말까지 접수된 상담건수도 1만 8,026건인데, 이를 처리하는 센터 직원은 14명에 불과하다. 정신건강증진센터의 경우 대부분 보건소, 구청 등에 설치되어 있어서 상담실 등의 시설도 부족한 실정이다.

[표 27] 서울시자살예방센터 상담 업무 현황

(단위: 건)

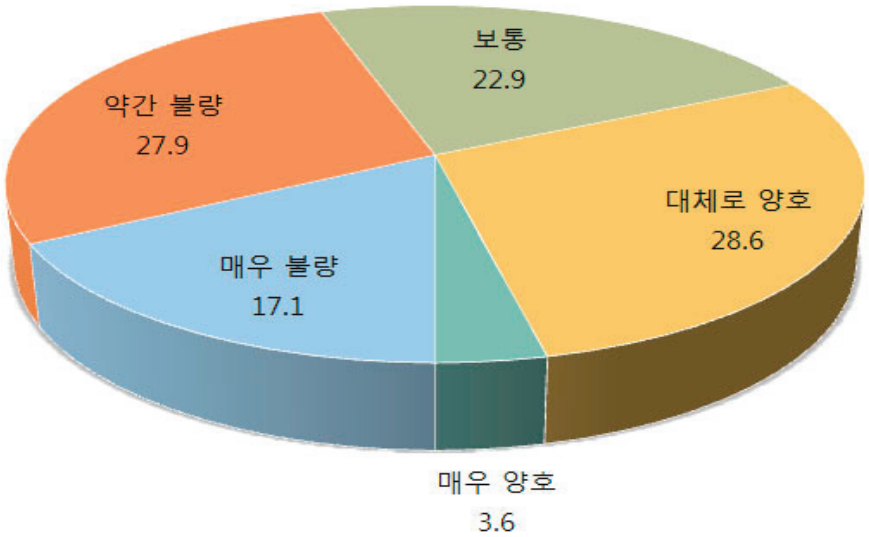
	계	상담유형				
		전화상담	인터넷상담	내소상담	방문상담	기타
2011	21,354	17,974	2,908	77	377	18
2012	21,658	19,438	1,616	144	434	26
2013	18,026	17,142	341	105	417	21
합 계	61,038	54,554	4,865	326	1,228	65

자료: 서울시자살예방센터 제출자료

이렇게 처리 업무에 비하여 부처 소관 센터들의 인력과 시설이 부족함에도 불구하고 민간자원에 대한 활용은 제대로 이루어지고 있지 않다. 정신건강증진센터와 Wee센터 등에서 사례관리 대상자의 자살위험도에 따라 정신과 또는 전문 민간상담소로 의뢰할 수 있도록 하고 있으나, 실제 이러한 의뢰 실적은 미미한 것으로 나타나고 있으며 그 현황조차 파악되지 않고 있다.

[그림 18] 자살예방사업 수행 시 민간자원 활용도

(단위: %)



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

정신건강증진센터와 Wee센터 등 정부 지원 센터와 민간상담소에 근무하는 상담 관련 업무 담당자 140명(민간상담소 근무자 40명)을 대상으로 한 설문조사 결과, 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 시에 민간자원(민간상담소, 정신과의원 등)을 적절히 활용하고 있다고 생각하는지 묻는 질문에 45.0%가 부정적 의견을 보였다. 민간자원 활용이 약간 불량하다는 의견이 27.9%(39명)로 가장 많았고, 매우 불량하다는 의견이 17.1%(24명)로 민간자원 활용도가 낮다고 평가하였다. 반면 28.6%(40명)은 대체로 양호한 편이라 답했고, 3.6%(5명)은 매우 양호한 편이라고 답하여 긍정적인 의견은 32.2%로 나타났다.[24]

정신건강증진센터와 Wee센터 등 정부 지원 센터에 근무하는 상담 관련 업무 담당자들의 경우 민간자원의 활용 정도에 대하여 '대체로 양호'(40.0%), '매우 양호'(5.0%) 등 양호하다는 응답이 45.0%로 불량하다는 응답 29.0%보다 높게 나타난 반면, 민간 상담소에 근무하는 상담 업무 담당자들의 경우 '약간 불량'이 45.0%(18명), '매우 불량'이 40.0%(16명) 등 85.0%가 민간자원의 활용이 저조하다고 응답하였고, 양호하다는 응답은 없었다. 정부 지원 센터의 경우 민간상담소 및 정신과의원 등과의 협조 자체를 업무의 일환으로 파악하고 있기 때문에 긍정적으로 평가하는 경향이 나타난 것으로 보인다.[25]

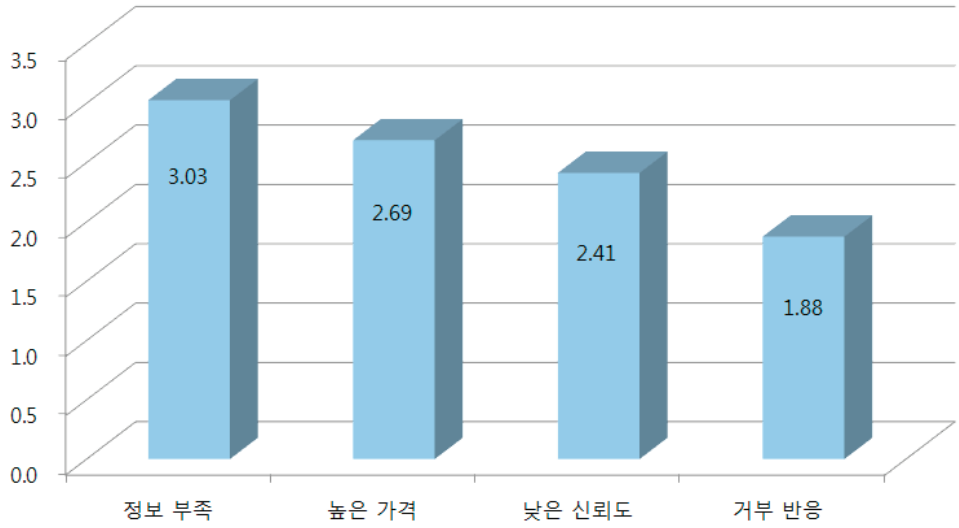
민간자원을 적절히 활용하지 않는 원인을 묻는 질문에 대하여, 50.0%의 응답자가 '활용 가능한 민간자원에 대한 정보 부족'을 1순위 원인으로 꼽았으며 순위에 따른 가중평균도 3.03으로 가장 높은 수치를 보였다. 다음으로는 30.0%의 응답자가 '사례관리 대상자(자살 위험군)가 지불하기에 부담이 되는 높은 민간자원 비용'을 1순위 원인으로 지목하였고, '정부 담당자의 민간자원에 대한 낮은 신뢰도(인식 부족)'가 가장 중요한 원인이라는 응답은 11.3%로 나타났다. '사례관리 대상자(자살 위험군)의 거부반응' 때문이라는 응답이 가장 낮은 순위로 나타났다.

---

24) 설문 결과를 양호(대체로 양호, 매우 양호), 보통, 불량(약간 불량, 매우 불량)의 3개로 재분류하여 카이제곱검정을 실시한 결과, p-value가 0.00556으로 통계적으로 유의미하게 양호가 적고 불량이 많은 것으로 나타남.

25) 정신건강증진센터 담당자에 대한 면담에서 민간상담소에의 의뢰 필요성에 대하여 부정적인 의견을 가지고 있음이 나타났음.

[그림 19] 민간자원을 활용하지 않는 원인



주: 각각 1순위(4점), 2순위(3점), 3순위(2점), 4순위(1점)의 가중치를 주어 가중평균을 구한 것임.
자료: 국회예산정책처가 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 결과

일본 「자살대책기본법」은 기본이념 중의 하나로 "자살대책은 국가, 지방공공단체, 의료기관, 사업주, 학교, 자살의 방지 등에 관한 활동을 실시하는 민간단체 기타 관계하는 자의 상호 밀접한 제휴 하에 실시되어야 한다."[26]고 규정하고 있다. 또한 "국가 및 지방공공단체는 민간단체가 하는 자살의 방지 등에 관한 활동을 지원하는데 필요한 시책을 강구한다."[27]고 민간단체의 활동에 대한 지원을 명시하고 있다.

우리나라의 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」은 제23조에서 "국가 및 지방자치단체는 자살예방사업을 수행하는 단체에 대하여 업무수행에 필요한 지원을 할 수 있다."고 규정하고 있으나, 선언적 조항에 그치고 있는 실정이다. 자살예방사업을 추진하고 있는 민간단체, 지자체 센터, 중앙정부와의 협조적 거버넌스 구축이 현실에서는 제대로 이루어지지 못하고 있다.

26) 일본 「자살대책기본법」 제2조제4항
27) 일본 「자살대책기본법」 제19조

Ⅴ. 자살예방사업의 개선과제

1. 안정적·효율적 예산 확보 방안 모색

앞서 언급한 바와 같이 자살률의 증가는 국가적으로 큰 사회적 비용을 유발하고 있다. 자살예방사업을 통해 자살률을 줄이는 것은 연간 최저 1조원에서 3조원 이상까지 편익을 발생시키는 것으로 추정되었다. 그럼에도 불구하고, 2013년 기준 보건복지부 소관 자살예방사업 예산 약 48억원은 보건분야 총 예산 8조 5,203억원의 0.06%에 불과하다. 또한, 2009~2013년 동안 자살예방을 위한 직접사업에 투자한 예산 약 100억원 85억원은 당초 정부가 제2차 종합대책에서 계획한 연차별 재정투자 소요액 374억원의 26.7%이다.

자살예방사업이 실질적인 효과를 달성하기 위해서는 무엇보다 정부가 자살률 증가 문제를 시급히 해결해야 할 국가 현안으로 인식하고 자살률을 감소시키기 위한 사업에 대한 재정 투자를 증가시켜야 한다. 이를 위해서는 정부 부처들이 이미 추진해오던 취약계층 지원사업 및 사회안전망 구축 사업들을 조합하는 수준이 아니라 '자살예방'이라는 명시적인 목표를 설정한 후 이를 달성하기 위한 부처 간 협력 방안을 모색하는 체계적인 대책이 수립되어야 한다.

우선 현재 단위사업 "자살예방 및 지역정신보건사업"의 세부사업으로 운영되고 있는 자살예방사업을 별도의 단위사업으로 분리할 필요가 있다. 이를 통해 동 사업의 성과를 반영하는 성과지표를 명확히 설정하고 성과관리 및 평가를 강화함으로써 실질적인 자살예방 성과를 달성하고 있는지에 대한 사후 평가가 가능할 것으로 사료된다.

기본적으로 사업의 실효성을 기대할 수 있을 만큼 예산을 확보한다는 전제 하에[28] 세부적인 정책 대안들 간의 우선순위를 고려한 효율적 재원 배분방안이 검토될 필요가 있다. 국회예산정책처가 자살예방 분야 전문가들을 대상으로 실시한 설문조사 결과는 이러한 정책 대안들 간의 우선순위 설정에 시사점을 주고 있다. 전문

28) 현재와 같이 절대적으로 부족한 예산 규모를 사업별로 배분하는 것은 사실 상 의미가 없기 때문임.

가 대상 설문조사 결과, 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리, 게이트키퍼 활성화, 정기적인 심리검사 실시, 심리적 부검 제도화, 심리교육 제도화, 심리상담바우처 지원 등이 우선적으로 추진되어야 하는 것으로 나타났다.

더불어 단기적으로는 보건복지부 소관 사업 "긴급복지", "지역사회서비스투자" 사업 등을 활용하여, 한정된 예산의 효율적 집행을 극대화할 필요가 있다. 현재 자살예방사업의 세세부사업으로 추진 중인 "응급실기반 자살시도자 지원사업"과 자살예방 분야 전문가 대상 조사 결과 우선순위를 차지한 "자살시도자와 가족에 대한 심리검사 및 체계적 관리", "심리상담바우처 지원" 등은 기존 사업과의 유기적 운영이 가능하다[29].

"응급실기반 자살시도자 지원사업"과 "자살시도자와 가족에 대한 심리검사 및 체계적 관리"는 각종 심리상담 서비스 지원 등을 위해서는 별도의 재원 배정이 필요하지만, 자살시도자 및 가족에게 필요한 지역사회의 의료 및 사회복지 서비스를 제공하는 데에는 "긴급복지[30]" 사업의 대상자로 선정되도록 하여 지원할 수 있을 것으로 보인다. 즉, 긴급복지사업의 업무지침을 자살(시도)자 및 그 가족에 대한 의료비 지원이 가능하도록 정하여, 일선 지방자치단체에 하달할 필요가 있다.

2. 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조 강화

국회예산정책처의 조사 결과, 일선 자살예방 및 상담서비스 제공 업무 담당자들은 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방자치단체 간 협조가 제대로 이루어지지 못하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 일선 담당자들에게 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조를 강화하기 위하여 조치를 취한다고 가정할 때, 필요한 정책의 우선순위에 대하여 질문하였다.

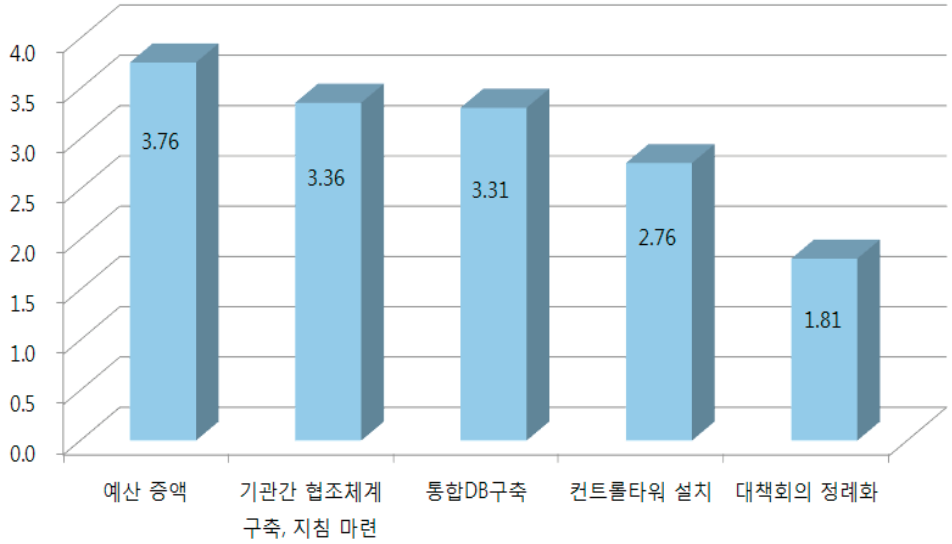
그 결과, 중앙정부의 예산 증액이 가장 시급하다는 의견이 3.76으로 가장 높았

29) "심리상담바우처 지원"의 기존 사업과의 유기적 운영 방안에 대해서는 '5. 민간자원 활용의 활성화'에서 다루었음.

30) 긴급복지사업은 저소득층에게 한시적으로 생계, 의료, 주거, 교육 등을 지원함으로써 조기에 위기상황에서 벗어나도록 돕는 사업으로서, 기초생활보장사업의 일환으로 추진되고 있음. 2009년부터 2012년까지의 결산내역을 살펴보면, 2009년과 2012년의 집행률이 각각 73.1%, 66.0%이고 2011년에는 예산액의 일부가 생계급여로 전용되는 등 경제상황의 변화 등에 의해 예산의 집행률이 다소 저조한 것으로 확인됨.

다. 2순위로 일선 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 기관 간 협조체계 관련 가이드라인을 마련해야 한다는 의견이 3.36으로 뒤를 이었다. 3순위로는 관계부처와 지방자치단체 간 자살예방 및 상담서비스제공 사업 통합 데이터베이스를 구축해야 한다는 의견이 올랐고, 4순위는 총리실이나 보건복지부 중심의 컨트롤타워를 설치해야 한다는 의견인 것으로 나타났다. 관계부처 대책회의 정례화 방안은 1.81로 5순위에 머물렀다.

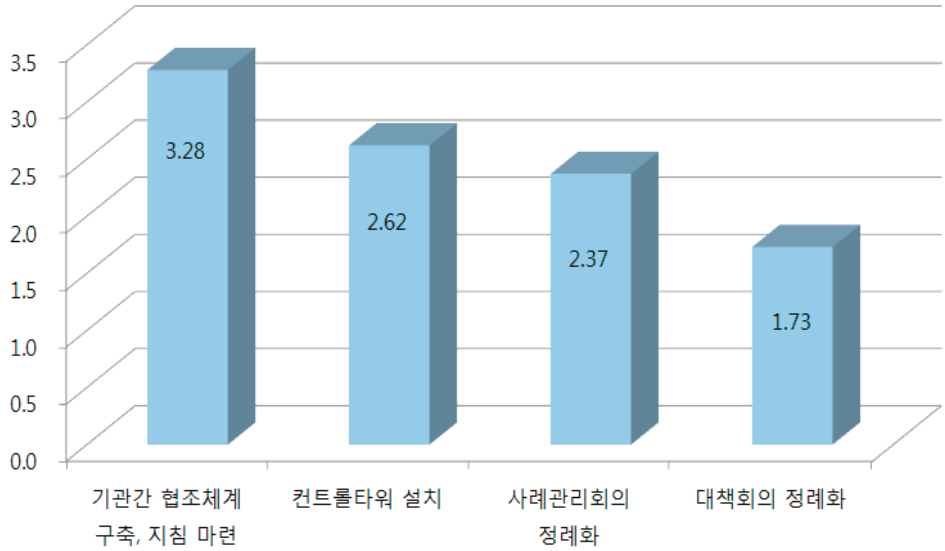
[그림 20] 중앙정부 관계부처 및 지방자치단체 간 협조 강화를 위한 조치의 우선순위



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

자살예방 및 상담서비스제공 사업을 수행하는 지역사회 유관기관 간 협조를 강화하기 위하여 조치를 취한다고 가정할 때, 필요한 정책의 우선순위에 대하여 질문하였다. 그 결과, 일선 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 기관 간 협조체계를 구축하고 관련 업무지침을 마련하는 것이 중요하다는 의견이 3.28로 가장 높았다. 2순위로는 시군구청 중심의 컨트롤타워 설치 방안(2.62)이 꼽혔다. 3순위로는 유관기관 실무진 중심의 사례관리회의 정례화 방안이 뒤를 이었다. 유관기관 대책회의 정례화는 4순위에 머물렀다.

[그림 21] 지역사회 유관기관 간 협조 강화를 위한 조치의 우선순위



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

설문조사 결과를 토대로, 관계부처·지방자치단체·일선전달체계 간 협조체계 강화를 위해서는 지역사회 유관기관 간의 협조체계를 구축하고 관련 업무지침을 마련하는 동시에, 관련 기관 간의 통합 데이터베이스 구축이 우선되어야 함을 알 수 있다. 또한, 형식적인 민-관 대책회의보다는 자살예방 및 상담서비스제공 업무를 담당하는 일선 공무원과 사업 수행자 간의 사례관리회의가 효율적인 업무 협조 방안임을 알 수 있다.

이상의 조치들을 실현하기 위해서는 먼저 국가가 제공하는 각종 사회복지 급여 및 서비스 관련 정보를 총괄·관리하는 사회복지통합관리망(행복e음)에 대한 자살예방 및 상담서비스제공 사업 담당자의 접근을 보장해야 할 필요가 있다. 자살의 위험에 놓여있는 대상자 및 그 가족에게 국가의 지원이 가능한 의료 및 사회복지 서비스 등에 대한 정보를 파악하고, 이를 토대로 각 민간위탁 센터 실무자들과의 정기적인 사례관리회의를 통하여 대상자에게 필요한 급여 및 서비스를 연계해주는 협조체계를 구축할 수 있을 것으로 보인다.

3. 전달체계의 확대 방안 개편

지역사회 내 자살예방사업의 구심점이 되는 정신건강증진센터 설치 및 운영 사업이 추진되고 있음에도 불구하고, 2012년 기준 정신건강증진센터의 설치·운영률은 광역지방자치단체 50.0%, 기초지방자치단체 56.5%에 불과한 것으로 나타났다. 이는 보건복지부가 정신건강증진센터 설치 및 운영에 필요한 재원이 마련된 지방자치단체를 중심으로 지역정신보건사업을 추진하고 있기 때문인 것으로 보인다.

시도별 정신건강증진센터 미설치 시군구의 2011년 자살률을 살펴본 결과, 미설치 시군구가 있는 12개 시도 중 10개 시도의 미설치 시군구 평균 자살률이 전국 자살률보다 높은 것으로 나타났다. 또한, 미설치 시군구의 75.4%인 46개가 인구 규모가 적은 농어촌 지역인 군에 해당되는 것으로 나타났다.

정부는 자살률이나 정신질환 유병률 등을 기준으로 정신건강증진센터의 설치 및 운영이 시급한 지방자치단체에 우선적으로 예산을 지원할 필요가 있다. 또한, 해당 지방자치단체의 재정자립도 등을 고려하여 중앙정부가 국민건강증진기금으로 마련한 예산의 국고보조율을 차등화 함으로써, 50%의 대응지방비가 확보되지 않더라도 정신건강증진센터를 설치 · 운영할 수 있는 방안을 모색해야 할 필요가 있다.

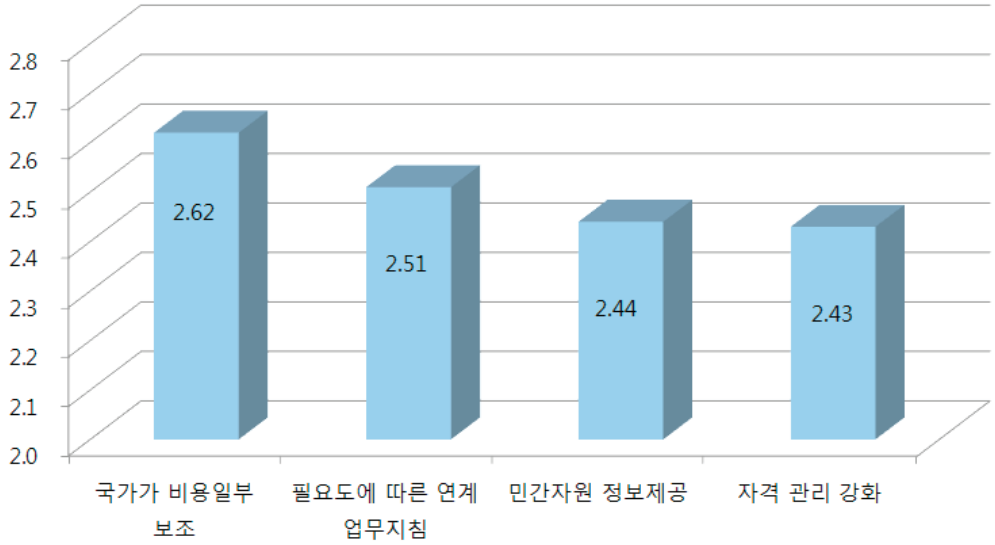
뿐만 아니라, 인구밀도가 낮은 농어촌의 경우에는 접근성을 강화하는 동시에 예산을 효율적으로 집행하는 정신건강증진센터 설치 · 운영 방안을 강구할 필요가 있다. 예를 들어, 인근 도시 지역의 정신건강증진센터에 전문인력을 보강하여, 이들이 정기적으로 해당 농어촌 지역을 순회하며 지역주민을 대상으로 자살예방사업을 수행할 수 있도록 하는 방안 등을 검토해 볼 수 있을 것이다.

4. 민간자원 활용의 활성화

한정된 재원으로 자살예방사업의 대상을 확대하기 위해서는 정부 및 지방자치단체가 지원하는 각종 민간위탁 전달체계 외에도 민간상담소, 시민단체와 관련 연구기관 등의 참여가 요청된다. 그러나 국가의 위탁을 받은 각종 센터의 인력과 가용자원이 부족함에도 불구하고, 민간자원은 적극적으로 활용되고 있지 못한 것으로 나타났다.

정부 민간위탁기관에서 근무하는 일선 담당자들에게 민간자원 활용을 활성화하기 위하여 조치를 취한다고 가정할 때, 필요한 정책의 우선순위에 대하여 질문하였다. 그 결과, 국가가 비용 일부를 보조할 필요가 있다는 의견이 2.62로 가장 높았다. 2순위로 민간자원 연계가 필요할 경우에 일선 담당자들이 취해야 할 조치에 대한 업무지침을 마련해야 한다는 의견이 2.51로 뒤를 이었다. 3순위는 민간자원에 대한 정보를 제공해야 한다는 의견이었고, 4순위는 민간 상담소에 근무하는 상담사들의 자격 관리를 강화해야 한다는 의견으로 나타났다.

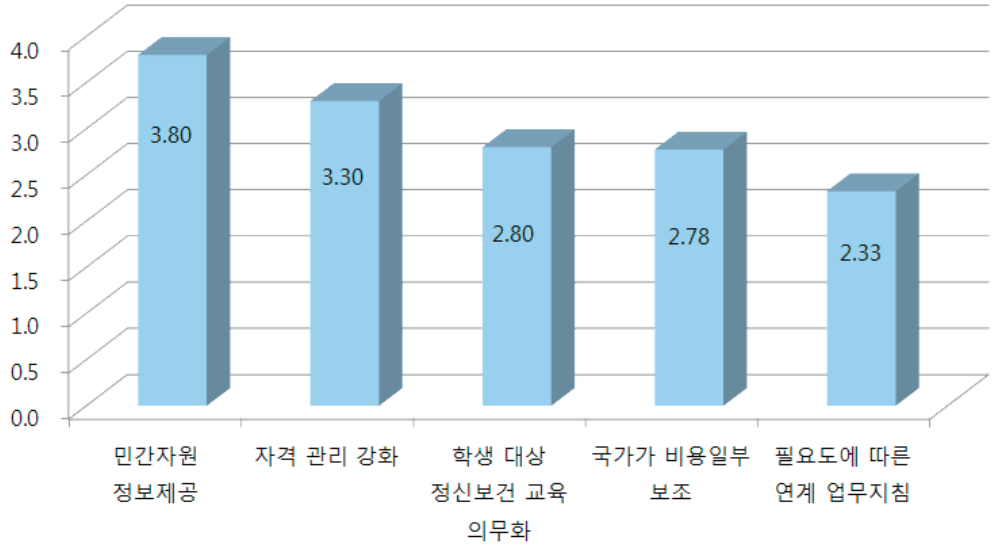
[그림 22] 민간자원 활용 활성화를 위한 조치의 우선순위: 정부 민간위탁기관



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

민간 상담소의 상담사들에게 민간자원 활용의 활성화를 위해 취해야 하는 조치에 대해 질문한 결과, 민간자원에 대한 정보제공이 필요하다는 의견이 3.80으로 가장 높았다. 2순위로는 민간 상담사들의 자격 관리를 강화해야 한다는 방안(3.30)이 꼽혔고, 3순위는 학생을 대상으로 하는 정신보건 교육을 의무화하여 필요할 경우에 민간자원을 활용할 수 있도록 해야 한다는 의견(2.80)이 선정되었다. 4순위로는 국가가 민간자원 활용 시에 발생하는 비용의 일부를 보조해야 한다는 의견(2.78)이 뒤를 이었다. 정부의 민간위탁기관 일선 담당자가 민간자원 연계가 필요할 경우에 취해야 할 조치에 대한 업무지침을 마련해야 한다는 의견은 5순위에 머물렀다.

[그림 23] 민간자원 활용 활성화를 위한 조치의 우선순위: 민간 상담소



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

민간자원에 대한 정보제공과 자격관리 강화는 관련 제도 정비를 통해 상당 부분 개선을 기대할 수 있을 것으로 보인다. 민간자원 활용 시에 발생하는 비용을 국가가 일부 보조하는 사안은 기존의 보건복지부 사회서비스바우처 사업을 활용하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

먼저, 지방자치단체별로 해당지역의 민간심리상담소 등과 같은 민간 기관 및 단체에 대한 정보를 수집하여 정기적으로 일반에 공개하도록 할 필요가 있다. 심리상담서비스 제공과 관련된 미술심리치료사, 음악심리치료사, 학교폭력예방상담사 등은 일반 민간자격증[31]에 속한다. 다양한 기관에서 관련 자격증을 발급하기 때문에, 서비스의 질적 관리 및 정보 제공이 제대로 이루어지기 어려운 실정이다.

또한, 보건복지부 소관 단위사업인 "지역자율형 사회서비스 투자사업"을 활용하여, 민간자원의 고비용 문제[32]를 완화할 필요가 있다. "지역자율형 사회서비스 투자사업"의 세부사업 "지역사회서비스투자" 사업은 보건복지부가 국고보조금의 포괄적 용도 및 가이드라인을 제시하고, 지방자치단체별로 필요한 사회서비스를 발굴하

31) 우리나라의 자격증은 크게 국가자격증과 민간자격증으로 구분됨. 국가자격증은 국가기술자격과 국가전문자격으로, 민간자격증은 국가공인민간자격과 일반 민간자격으로 나뉨.

32) 본 보고서 작성을 위한 실지조사 과정에서 정신건강증진센터, 청소년상담복지센터, Wee센터 등의 관계자를 면담한 결과, 민간심리상담소는 1회 상담에 7~10만원, 정신과의원은 1회 상담에 1~1.5만원, 정신과병원은 1회 상담에 3~4만원이 소요되는 것으로 확인됨.

여 해당 서비스가 필요한 지역주민에게 바우처를 지급하면, 대상자가 지역사회 내 민간 서비스를 이용하도록 하는 방식으로 운영된다.

2011년부터 2013년까지 세부사업 “지역사회서비스투자” 사업의 예결산 추이를 살펴보면, 집행률이 2011년 99.8%, 2012년 88.1%인 것으로 나타났다. 2013년도 예산현액은 전년대비 약 34.2% 증가한 1,581억 4,300만원이다.

[표 28] 지역자율형 사회서비스 투자사업의 예결산 추이

(단위: 백만원, %)

세부사업	2011			2012			2013
	예산현액	집행액	집행률	예산현액	집행액	집행률	예산현액
합 계	175,259	175,026	99.9	176,263	157,534	89.4	205,401
지역사회서비스투자	133,021	132,788	99.8	133,700	117,833	88.1	158,143
산모신생아도우미	28,017	28,017	100.0	28,312	26,818	94.7	29,074
가사간병도우미	14,221	14,221	100.0	14,251	12,883	90.4	18,184

주: 2012년도 예산현액에는 추경분이 포함됨.
자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

보건복지부는 자살예방 및 정신건강증진을 위한 서비스 제공이 필요한 지방자치단체가 실정에 맞게 상담바우처(가칭) 사업을 추진할 수 있도록 지원해야 할 필요가 있다. 이를 통하여, 민간자원 활용 시에 발생하는 대상자의 경제적 부담을 상당 부분 해소할 수 있을 것으로 예상된다.

끝으로, 일선 담당자 대상 민간자원 연계 관련 업무지침 마련 및 학생 대상 정신보건 교육 의무화를 적극적으로 검토해 볼 필요가 있다. 일선 담당자에게 활용이 가능한 민간자원에 대한 정보를 제공하는 동시에 내담자의 심리·정서적, 경제적 상황에 따라 민간자원을 연계하는 방안을 제시함으로써 충분치 못한 예산으로도 가능한 다수의 내담자가 심리상담 서비스를 제공받을 수 있도록 할 수 있다. 또한, 학창시절부터 정신보건 교육을 통해 자신의 심리·정서적 상태를 파악하고 필요할 경우 상담소를 방문하도록 정보를 제공받음으로써, 장기적으로 일반 국민이 거부감 없이 상담서비스를 이용하는 데 기여할 수 있을 것으로 보인다.

5. 효율적 · 효과적 자살예방사업 추진 방안 검토

국회예산정책처는 자살예방 분야 전문가를 대상으로 한 설문조사[33] 및 「자살예방정책 토론회」 결과를 토대로 자살예방사업의 효율성 및 효과성을 제고하기 위한 구체적인 사업 추진 방안에 대하여 검토하였다. 향후 본 보고서에서 논의되는 관련 분야 전문가들의 의견을 반영하여 자살예방사업을 설계·추진함으로써, 정책의 효율성 및 효과성을 높일 수 있을 것으로 보인다.

국회예산정책처는 사회복지, 심리상담, 정신보건 및 정신의학의 세 가지 범주로 세부 자살예방정책을 구분한 뒤, 자살예방 분야 전문가를 대상 설문조사를 실시하여 효과성과 효율성을 고려한 각 세부정책의 우선순위를 도출하였다. 또한, 자살예방정책토론회에는 사회복지, 심리상담, 정신보건 및 정신의학 분야의 전문가, 정부 및 국회 공무원 등이 참석하여 자살예방에 대한 다각적이고 구체적인 견해를 제시하였다.

사회복지적 접근은 각종 사회복지서비스를 제공하는 전달체계를 활용하여 자살예방사업을 수행하는 경우에 해당한다. 지역사회의 주민을 활용하여 자살의 위험이 있는 사람을 발견해내는 게이트키퍼의 활성화, 자살을 예방하기 위한 각종 서비스를 제공하기 위한 사례관리체계의 통합적 운영, 긴급복지사업을 활용한 자살시도자 및 자살자 유가족에 대한 지원, 자살시도자의 정신과 진료비 등과 같은 의료비 지원 등이 사회복지적 접근에 포함된다.

심리상담적 접근은 전문적인 심리상담 인력을 통하여 제공되는 각종 서비스를 이용하여 자살예방사업을 수행하는 경우에 해당한다. 일반국민에게 심리검사를 실시하여 자살의 위험이 있는 사람을 특정 하는 정기적인 심리검사 실시, 초·중·고등학생을 대상으로 심리교육을 실시함으로써 자신의 정서 상태를 파악하고 필요할 경우 도움을 요청하도록 하는 심리교육 제도화, 심리상담을 통한 자살충동 억제 등이 필요한 사람에 대한 심리상담바우처(가칭)를 제공, 민간심리상담소의 신뢰도를 높이기 위한 관련 법규 정비 등이 심리상담적 접근에 포함된다.

---

33) 국회예산정책처는 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 연구용역을 통하여, 2013년 8월 23일부터 9월 11일에 걸쳐 사회복지, 심리상담, 정신보건 및 정신의학 분야 전문가, 정부의 자살예방정책 관련 업무 담당자, 민간 및 공공 자살예방 관련 서비스 공급자 등 39명을 대상으로 계층화분석(Analytic Hierarchy Process; AHP) 방법으로 효과성 및 효율성을 고려한 자살예방정책의 우선순위 관련 설문조사를 실시하였음.

정신보건 및 정신의학적 접근은 정신 보건 및 의학 분야 전문가를 통하여 각종 서비스를 제공하는 방식으로 자살예방사업을 수행하는 경우에 해당한다. 자살시도자를 대상으로 임상심리 검사를 실시하고 체계적인 정신과적 의료서비스를 제공하는 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리, 자살자에 대한 심리적 부검 제도화, 개인정보 보호 관련 법률의 예외규정 마련을 통한 자살 고위험군에 대한 정신보건 및 정신의학적 개입의 정당성 확보, 학생을 대상으로 실시되는 정서행동특성검사를 임상심리검사 방식으로 재구조화하여 연례적으로 실시하는 방안 등이 정신보건 및 정신의학적 접근에 해당한다.

[표 29] 자살예방정책의 우선순위 조사 결과

접근 방법	세부 예방정책	중요도
사회복지	게이트키퍼 활성화	0.120
	사례관리체계 통합	0.068
	긴급복지 우선 지원	0.058
	자살시도자 의료비 지원	0.037
심리상담	정기적인 심리검사 실시	0.096
	심리교육 제도화	0.092
	심리상담바우처 지원	0.085
	민간심리상담소 관련 법적근거 마련	0.052
정신보건 및 의학	자살시도자 심리검사 및 체계적 관리	0.193
	심리적 부검 제도화	0.080
	개인정보 보호법 예외규정 마련	0.061
	정서행동특성검사 재구조화 및 연례화	0.058

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

12개의 세부 자살예방정책별 우선순위를 산정한 결과, 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리, 게이트키퍼 활성화, 정기적인 심리검사 실시, 심리교육 제도화, 심리상담바우처(가칭) 지원, 심리적 부검 제도화 등이 우선적으로 추진되어야 하는 자살예방정책인 것으로 나타났다. 이러한 정책들은 국회예산정책처에서 주최한 자살예방정책토론회에서도 제안되었다.[34]

34) 국회예산정책처, 자살예방정책토론회 자료집 「적극적인 자살예방을 위한 정책과제」, 국회예산정책처, 2013.

자살자에 대한 심리적 부검이 어려운 여건을 고려하여, 자살시도자를 대상으로 한 심리적 생검 실시를 통해 자살 원인을 규명해야 한다는 의견이 있었고, 개별 학생의 건전한 학교생활을 회복시켜 주기 위한 동료집단 접근 전략을 적극 활용하고 전문가 중심보다는 이·미용사 등 다중을 접촉하는 일반인을 게이트키퍼로 활용할 필요가 있다는 제안이 있었다. 전자는 전문가 대상 설문조사에서 제시된 세부 정책 중에서 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리, 후자는 게이트키퍼 활성화의 내용과 일치한다고 할 수 있다.

학교, 직장, 지역사회의 정신보건체계를 강화하여 자살을 예방할 필요가 있다는 의견도 제기되었는데, 이것은 학교 및 직장에서의 심리·정신보건 교육을 제도화하는 것을 내용으로 하는 심리교육 제도화와 일맥상통하는 방안이라고 할 수 있다. 또한, 「위치 정보의 보호 및 이용 등에 관한 법률」을 개정하여 자살 시도 시에 응급구조기관이 즉시 출동하여 자살을 방지할 필요가 있으며, 신문, 방송, 인터넷 등에 대한 자살 관련 보도지침을 강화할 필요가 있다는 제안이 있었다.

뿐만 아니라, 자살률 감소를 국가전략으로 수립하고, 대통령 직속 기구 등을 통한 초국가적 민·관 협력체계를 마련해야 하며, 지방자치단체 평가 시에 자살률 증감을 확인하도록 함으로써 지방자치단체의 자살예방에 대한 책임성을 강화해야 한다는 의견도 제기되었다.

전문가 대상 설문조사 결과와 자살예방정책토론회 결과는 자살예방사업의 우선순위와 정책 방향에 대하여 다음과 같은 점을 시사한다.

첫째, 자살예방정책이 정신보건 및 정신의학, 사회복지, 심리상담 접근의 적절한 조합을 고려하여 수립될 필요가 있다. 정부는 게이트키퍼 활성화, 정기적인 심리검사 실시, 심리교육 제도화 등 자살 고위험군에 국한되지 않고 전반적인 국민들의 자살 문제에 대한 인식을 제고하는 사업들에 보다 관심을 가질 필요가 있다. 정신건강증진센터 등 정부 지원 센터와 민간상담소의 상담서비스 제공자들에게 자유롭게 자살예방을 위해 가장 시급하고 중요하다고 생각하는 정책을 제안토록 한 설문조사에서도 가장 많이 나온 제안[35]이 학생, 부모 및 기업 · 공공기관 근무자 등을 대상으로 한 자살예방교육 강화(의무화) 방안이었다.

---

35) 동 문항에 대하여 응답한 정부 지원 센터에 근무하는 상담서비스 제공자 78명 중에 27명, 민간상담소 상담사 33명 중에 25명 등 총 52명이 자살예방교육을 확대하고 제도화해야 한다는 의견을 제시하였음. 3개까지 복수로 정책을 제안토록 한 것인데, 다음으로 많이 나온 것은 자살예방사업의 예산 지원 확대와 인력 증원(확충)으로 각각 15명이 제안하였음.

둘째, 일반 국민들이 심리상담, 정신과 상담 등의 서비스를 이용할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 심리상담바우처(가칭) 지원 등 국민의 심리상담에 대한 접근성을 향상시키는 정책이 필요하다. 또한, 2013년부터 “응급실기반 자살시도자 지원” 사업을 실시하고는 있으나, 자살시도자의 심리검사 및 체계적 관리에도 보다 많은 투자가 필요하다.

셋째, 적극적인 자살예방정책의 추진을 위해서는 중앙정부와 지방자치단체 및 민간단체 간의 긴밀한 협조가 필요하다. 게이트키퍼를 양성하고 이를 활용하기 위해서는 학교, 종교단체, 시민단체 등 민간단체와의 협력이 필수적이고, 심리상담바우처제도(가칭) 역시 민간상담소에 대한 자격 관리를 통해 효과적인 협조관계가 이루어질 때 성공할 수 있기 때문이다. 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리 사업도 응급실, 정신의학과, 상담 전문가 등 여러 분야의 협조를 토대로 원활하게 수행될 수 있다.

참고문헌

강은정·이수형, 「자살의 원인과 대책 연구: 정신의학적 접근을 넘어서」 연구보고서 2010-24, 한국보건사회연구원, 2010.

경찰청, 「경찰통계연보」, 경찰청, 2009~2011.

국립서울병원 · 보건복지부, 「우리나라 자살의 사회 · 경제적 비용부담에 관한 연구」, 보건복지부, 2005.

국회예산정책처, 자살예방정책토론회 자료집 「적극적인 자살예방을 위한 정책과제」, 국회예산정책처, 2013.

김아진, "응급의료센터에서의 자살", 국회입법조사처 보건복지여성팀 주최 세미나 「지역사회 자살예방 협력체계 구축」 발표문, 국회입법조사처, 2010.

노용환, "자살의 경제학적 분석: 우리나라 시도별 패널자료를 이용한 접근", 「경제연구」, 22권제2호, 한국경제학회, 2006.

노용환, "자살위험의 미시적 결정요인 분석", 「보건경제와 정책연구」, 제13권제1호, 한국보건경제정책학회, 2007.

박형민, 「한국의 자살실태와 대책」 연구총서 07-17, 한국형사정책연구원, 2007.

배영, "자살예방에 대한 정책결정 리뷰", 「KISO Journal」, vol. 8, 2012.

보건복지부, 「제1차 자살예방 기본계획」, 보건복지부, 2004.

보건복지부, 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」, 보건복지부, 2013.

보건복지부, 「2013년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」, 보건복지부, 2012.

보건복지부, 「2012회계연도 성과보고서」, 보건복지부, 2013.

보건복지부, 「2012년도 성과계획서」, 보건복지부, 2011.

서동우 · 정상혁, "자살의 실태와 문제점", 「자살의 이해와 예방」, 한국자살예방협회, 2007.

원시연, 「자살예방대책의 문제점과 개선과제」 현안보고서 117호, 국회입법조사처, 2011.

유경원 · 노용환, "국가별 패널자료를 이용한 자살률 결정요인 분석", 「한국경제연구」, 제18권, 한국경제연구학회, 2007.

이상영 · 노용환 · 이기주, 「우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제」 연구보고서 2012-64, 한국보건사회연구원, 2012.

한국자살예방협회 · 보건복지가족부, 「자살사망자 심리적 부건 및 자살시도자 사례관리서비스 구축방안」, 보건복지가족부, 2009.

국가통계포털 <http://kosis.kr/>

OECD Health Data <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>

[부록 1] 자살의 경제적 편익 추정 방법[1)]

1. 내부적 편익

❑ 자살사망자 및 자살시도자의 직접 의료비용 절감 편익

- 2009년 전체 자살사망자 15,412명 중 의료기관에서 확인된 자살사망자는 1,175명으로 전체 자살사망자의 7.6%임.
- 2009년 자살시도자는 자살사망자의 10배인 154,120명에 이를 것으로 추정되는데, 의료기관에서 확인된 자살시도자는 3,087명으로 전체 자살시도자의 2.0%임.
  - 자살시도자의 규모를 확인해보기 위해서 인제대학교 일산백병원 응급의료센터에서 2년간 조사한 임상자료[2)](2008. 1 ~2009. 12)에 의하면, 자살시도자가 자살사망자의 약 11.25배였음.
  - 일산백병원 응급의학과 관계자에 따르면, 진단명이나 자해/자살 여부가 불분명한 사례, 그리고 진단명에 따른 표본추출로 인해 자살시도인데도 질병으로 분류되어 누락된 사례들이 많으므로 실제 자살시도자 비율은 훨씬 높을 수도 있다고 지적함.
- 2004년도 조사[3)]에 의한 자살자당 평균의료비(253,864원)에 대하여 소비자물가상승률(2012년 12월말 기준: 1.26804%)을 적용하면 321,910원이 됨.
- 이상의 가정을 전제로 직접 의료비용 절감 편익을 추정한 결과, 시나리오1의 경우 15억 6,500만원, 시나리오2의 경우 25억 2,800만원으로 나타남.
  - 시나리오 1 : 17,612명×7.6%×321,910원)+(176,120명×2.0%×321,910원)
    = 1,564,776,742원
  - 시나리오 2 : 28,450명×7.6%×321,910원)+(284,500명×2.0%×321,910원)
    = 2,527,716,276원

---

1) 국회입법조사처(2011)의 「자살예방대책의 문제점과 개선과제」에 제시된 추계방법을 원용함.
2) 김아진, "응급의료센터에서의 자살", 국회입법조사처 보건복지여성팀 주최 세미나 「지역사회 자살예방 협력체계 구축」 발표문, 국회입법조사처, 2010.
3) 국립서울병원 · 보건복지부, 「우리나라 자살의 사회 · 경제적 비용부담에 관한 연구」, 보건복지부, 2005.

❑ 응급이송비용 절감 편익

○ 응급차량 이용 기본비용 2만원을 기준으로, 시나리오1의 경우 9,700만원, 시나리오2의 경우 1억 5,700만원으로 추정됨.

- 시나리오 1 : 17,612명×7.6%×20,000원)+(176,120명×2.0%×20,000원)
  = 97,218,275원
- 시나리오 2 : 28,450명×7.6%×20,000원)+(284,500명×2.0%×20,000원)
  = 157,044,905원

❑ 변사사망 수사비용 절감 편익

○ 선행연구[4]에 따르면 변사자 신고접수가 이루어질 경우, 관할 경찰서 및 형사 당직반 및 감식반이 출동하여 자·타살 확인, 유류품 확인, 영안실 안치, 사체 검안서 작성, 가족에 연락, 가족에 사체인도, 자살사고 사건 종료와 같은 절차를 거침.

○ 경사 1호봉(1,046,700원) 기준으로, 1인당 인건비는 근무 1일당(8시간 근무) 34,890원임.

- 최소 투입인력 4인 기준, 수사기간이 1.5일~3일 소요될 경우 인건비는 자살 한 건당 최소 약 21만원(209,340원)에서 약 42만원(418,680원)으로 추계됨.

○ 자살 한 건당 최소 수사비용(209,340원)을 기준으로 수사비용 절감 편익을 추정한 결과, 시나리오1의 경우 36억 8,700만원, 시나리오2의 경우 59억 5,600만원으로 나타남.

- 시나리오 1 : 17,612명×209,340원 = 3,686,897,401원
- 시나리오 2 : 28,450명×209,340원 = 5,955,757,340원

❑ 생명연장편익

○ 생명연장편익은 인적자본접근법에 근거하여 산출함.

○ 두 가지 모형에 의해 생명연장편익을 산정함.

- 모형1은 모든 연령계층에서 자살로 인한 경제적 손실이 있다고 가정하

4) 국립서울병원·보건복지부, 「우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구」, 보건복지부, 2005.

는 경우이고, 모형2는 15세 이상 65세 미만의 연령에서만 경제적 손실이 있다고 가정하는 경우임.

- 모형1의 경우, 연령별 자살자수(2011년)와 출생코호트별 기대여명 자료(2011년)를 이용하여 자살자의 평균 여명(일수)을 산정한 후,[5] 제조부문의 보통인부 1일 8시간 소득 금액인 60,236원[6]을 임금 자료로 사용하여 평균 여명 동안의 기대소득을 구함.
  - 이렇게 산출한 총 기대소득의 합계를 2011년도의 총 자살자수로 나누어 자살자 1인당 평균 생명연장편익을 산정한 결과, 약 5억 9,400만원으로 추정됨(9,441,952백만원 ÷ 15,906명 = 593.609백만원).

5) 한 달에 25일 일하는 것으로 가정하여 5/6을 곱하여 일수를 산정함.
6) 한국물가정보 노임단가, 2013년 상반기 자료를 이용함.

[표 1] 자살로 인한 생명연장편익 추정(모형1)

연령별		기대여명 (년)	2011년 자살자수 (명)	생명연장기간 (일)	경제적 편익 (백만원)
구간	대표값				
계			15,906	188,099,177	9,441,952
0세	0	81.2	0	—	—
1 - 4세	3	78.5	0	—	—
5 - 9세	7	74.5	0	—	—
10 - 14세	12	69.6	56	1,421,806	71,370
15 - 19세	17	64.6	317	7,476,857	375,313
20 - 24세	22	59.7	558	12,165,209	610,653
25 - 29세	27	54.9	1,082	21,669,809	1,087,752
30 - 34세	32	50.0	1,203	21,972,314	1,102,937
35 - 39세	37	45.2	1,308	21,593,707	1,083,932
40 - 44세	42	40.5	1,471	21,723,581	1,090,451
45 - 49세	47	35.8	1,490	19,469,830	977,321
50 - 54세	52	31.3	1,680	19,162,500	961,894
55 - 59세	57	26.8	1,273	12,457,132	625,307
60 - 64세	62	22.5	1,062	8,725,551	437,994
65 - 69세	67	18.4	1,019	6,825,007	342,593
70 - 74세	72	14.5	1,217	6,436,530	323,092
75 - 79세	77	11.0	1,038	4,178,936	209,769
80 - 84세	82	8.1	652	1,925,258	96,642
85 - 89세	87	5.8	343	726,131	36,449
90세 이상	95	3.4	137	169,017	8,484

자료: 국회예산정책처 추정

- 모형2의 경우, 경제적 생산과정에 참여하는 65세까지의 평균 여명을 기준으로 모형1과 동일한 과정을 통해 평균 여명 동안의 기대소득을 구함.
  - 이렇게 산출한 총 기대소득의 합계를 2011년도의 총 자살자수로 나누어 자살자 1인당 평균 생명연장편익을 산정한 결과, 약 2억 9,400만원으로 추정됨(4,680,849백만원 ÷ 15,906명 = 294.282백만원).

[표 2] 자살로 인한 생명연장편익 추정(모형2)

연령별		기대여명 (년)	2011년 자살자수 (명)	생명연장기간 (일)	경제적 편익 (백만원)
구간	대표값				
계			15,906	93,250,200	4,680,849
0세	0	65	0	—	—
1 - 4세	3	62	0	—	—
5 - 9세	7	58	0	—	—
10 - 14세	12	53	56	1,083,320	54,379
15 - 19세	17	48	317	5,553,840	278,784
20 - 24세	22	43	558	8,757,810	439,613
25 - 29세	27	38	1,082	15,007,340	753,318
30 - 34세	32	33	1,203	14,490,135	727,356
35 - 39세	37	28	1,308	13,367,760	671,017
40 - 44세	42	23	1,471	12,349,045	619,881
45 - 49세	47	18	1,490	9,789,300	491,390
50 - 54세	52	13	1,680	7,971,600	400,148
55 - 59세	57	8	1,273	3,717,160	186,589
60 - 64세	62	3	1,062	1,162,890	58,373
65 - 69세	67	—	1,019	—	—
70 - 74세	72	—	1,217	—	—
75 - 79세	77	—	1,038	—	—
80 - 84세	82	—	652	—	—
85 - 89세	87	—	343	—	—
90세 이상	95	—	137	—	—

자료: 국회예산정책처 추정

- 이와 같이 산정한 1인당 생명연장편익을 기초로 자살예방 정책에 따른 생명연장편익을 추정한 결과, 시나리오1의 경우 5조 2,149억원 ~ 10조 4,866억원, 시나리오2의 경우 8조 4,240억원 ~ 16조 9,399억원으로 나타남.
  - 시나리오 1 : 17,612명×(294.282~593.609백만원) = 5,182,896~10,454,653백만원
  - 시나리오 2 : 28,450명×(294.282~593.609백만원) = 8,372,371~16,888,286백만원

2. 외부적 비용

❑ 자살사망자 가족의 추가 외래진료비 절감 편익

- 2004년의 가족 1인당 추가 외래진료비 137,832원에 소비자물가상승률을 반영한 174,777원과 건강보험공단의 건강보험료 납부자료를 통해 파악된 자살사망자의 평균 가족구성원수 4명을 적용함.
- 자살사망자 가족의 추가 외래진료비 절감 편익은 시나리오1의 경우 123억 1,300만원, 시나리오2의 경우 198억 9,000만원으로 추정됨.
  - 시나리오 1 : 17,612명×4명×174,777원 = 12,312,682,481원
  - 시나리오 2 : 28,450명×4명×174,777원 = 19,889,717,854원

❑ 자살사망자 가족의 추가 입원진료비 절감 편익

- 2004년의 가족 1인당 추가 입원진료비 18,529원에 소비자물가상승률을 반영한 23,496원과 건강보험공단의 건강보험료 납부자료를 통해 파악된 자살사망자의 평균 가족 구성원 수 4명을 적용함.
- 자살사망자 가족의 추가 입원진료비 절감 편익은 시나리오1의 경우 16억 5,500만원, 시나리오2의 경우 26억 7,400만원으로 추정됨.
  - 시나리오 1 : 17,612명×4명×174,777원 = 1,655,215,724원
  - 시나리오 2 : 28,450명×4명×174,777원 = 2,673,810,016원

❑ 자살사망자 가족의 외래 진료로 인해 소요되는 교통비 절감 편익

- 2004년도의 교통비 평균 5,000원에 소비자물가상승률을 반영한 6,340원과 추가 외래 방문일수 7.18일을 기준으로 추정한 결과, 시나리오1의 경우 32억 700만원, 시나리오2의 경우 51억 8,000만원으로 추정됨.
  - 시나리오 1 : 17,612명×4명×6,340원×7.18일 = 3,206,986,049원
  - 시나리오 2 : 28,450명×4명×6,340원×7.18일 = 5,180,515,925원

❑ 자살사망자 가족의 보호자비용 절감 편익

- 2004년도의 일당 간병비 50,000원에 소비자물가상승률을 반영한 63,400원과 평균 입원일수 0.49일을 기준으로 산정한 결과, 시나리오1의 경우 21억

8,900만원, 시나리오2의 경우 35억 3,500만원으로 추정됨.

- 시나리오 1 : 17,612명×4명×63,400원×0.49일 = 2,188,538,352원
- 시나리오 2 : 28,450명×4명×63,400원×0.49일 = 3,535,331,184원

❑ 자살사망자 가족의 추가 외래진료로 인한 작업손실비용 절감 편익

- 한국물가정보 노임단가 중 제조부문 보통 인부 1일 8시간 임금 소득 금액인 60,236원(2013년 상반기)을 기준으로, 1회 추가 외래 진료시 평균 1시간이 소요된다고 가정하여 하루 8시간 근무 기준 1/8일의 작업손실비용이 절감되는 것으로 전제함.[7]
- 자살사망자 가족의 추가 외래진료로 인한 작업손실비용 절감 편익을 산정한 결과, 시나리오1의 경우 38억 800만원, 시나리오2의 경우 61억 5,200만원으로 추정됨.
  - 시나리오 1 : 17,612명×4명×7.18일×60,236원×1/8일 = 3,808,547,755원
  - 시나리오 2 : 28,450명×4명×7.18일×60,236원×1/8일 = 6,152,269,451원

❑ 자살사망자 가족의 입원 진료로 인한 작업손실비용 절감 편익

- 자살사망자 가족의 입원 진료로 인한 작업손실비용 절감 편익을 산정한 결과, 시나리오1의 경우 20억 7,900만원, 시나리오2의 경우 33억 5,900만원으로 추정됨.
  - 시나리오 1 : 17,612명×4명×60,236원×0.49일 = 2,079,318,552원
  - 시나리오 2 : 28,450명×4명×60,236원×0.49일 = 3,358,899,199원

7) 앞서 언급한 바와 같이 선행연구의 가정에 따라 평균 추가 외래 방문 회수는 7.18일, 평균 가족 수는 4명으로 가정함.

[부록 2] AHP 분석 결과

1. 분석 방법

❑ 자살예방사업의 정책대안 간의 우선순위 및 정책 방향을 제시하기 위하여 계층화 분석(Analytic Hierarchy Process; AHP)[8]기법을 이용하여 전문가들의 의견을 묻는 설문조사를 실시함.

- AHP기법을 적용하기 위한 설문조사는 2013년 8월 23부터 9월 11일에 걸쳐서 학계의 사회복지, 정신보건, 정신의학, 임상심리 분야 전문가, 정부 자살예방정책 관련 업무 담당자, 민간 및 공공 자살예방 관련 서비스 공급자[9] 등을 대상으로 수행함.

[표 1] 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 발주한 연구용역 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 결과

8) 계층화 분석법(AHP)은 다기준분석기법의 하나로, 다수의 대안을 비교할 때 비교기준 내지 속성 간의 중요도를 계층적으로 파악함으로써 각 대안의 중요도를 산정하는 기법임. 복잡한 문제를 계층화하여 주요 원인과 세부 요인들로 분해하고, 이러한 요인들에 대한 쌍대비교(comparative comparison)를 통해 중요도를 도출함.

9) 민간상담소 및 정부 지원 센터의 상담사를 포함함.

- 설문조사를 위한 워크숍을 8월 23일, 26일 2차에 걸쳐 개최하고, 참석자들에게 설문지에 관하여 설명한 후 응답토록 함.
  - 워크숍에 참석치 못한 경우에는 설문지를 이메일로 발송한 후 1차로 이메일로 답변을 받고, 설문응답자의 AHP 문항에 대한 답변을 분석하여 비일관성비율(inconsistency ratio: I.R.)[10]을 구함.
  - 비일관성비율이 높게 나온 응답자에 대해서는 2차로 전화통화 또는 이메일을 통해 질문을 반복하는 수정작업을 함.
  - 총 39명의 전문가들이 AHP 설문에 참여하였으나, 전체적인 응답의 일관성이 낮은[11] 응답자 9명을 제외한 30명만 분석에 포함됨.

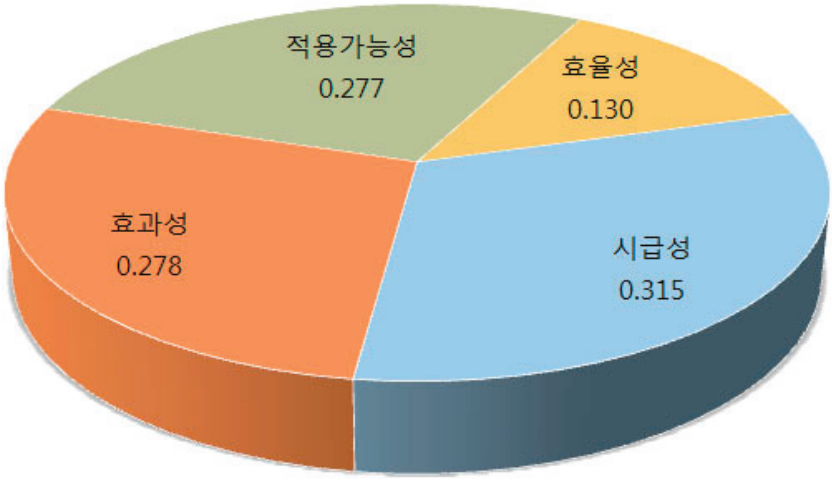
- 전문가들의 의견을 종합하여 가중치를 구하는 방법으로는 개인별로 얻어지는 모든 쌍대비교행렬의 결과를 기하평균(geometric mean)하여 그룹전체의 쌍대비교행렬을 구함으로써 가중치를 구하는 방식을 이용함.

2. 분석 결과

- 먼저 AHP기법을 이용하여 평가지표들 간의 가중치를 구함.
  - '자살률 감소'라는 최종 목표를 달성하는 것을 평가하는 기준으로 시급성, 효과성, 효율성, 적용가능성 등 네 가지 평가지표의 상대적 중요도를 조사함.
  - 설문조사 결과, 시급성(0.315)이 가장 우선순위가 높은 것으로 나타났고, 다음으로 효과성(0.278), 적용가능성(0.277), 효율성(0.130) 순이었음.

10) 응답자들의 전이적 일관성이 얼마나 있는지를 나타내는 지표로서, 대체로 10% 이내이면 전이적 일관성이 비교적 높은 것으로 판정함.
11) IR값이 0.2이상인 경우임.

[그림 1] 평가기준별 우선순위



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

❑ 자살예방을 위한 접근방법을 사회복지적 접근방법, 심리상담적 접근방법, 정신보건 및 의학적 접근방법으로 나누어서 앞서 선정한 네 가지 평가지표에 의해 상대적 중요성을 분석함.

- 시급성을 기준으로 했을 경우의 우선순위는 정신보건(0.414), 심리상담(0.338),사회복지(0.248) 순으로 정신보건적 접근방법의 우선순위가 가장 높고 사회복지적 접근방법의 우선순위가 가장 떨어지는 것으로 조사됨.
- 효과성을 기준으로 했을 경우의 우선순위는 정신보건(0.388), 심리상담(0.340),사회복지(0.273) 순으로, 정신보건적 접근방법의 우선순위가 가장 높고 사회복지적 접근방법의 우선순위가 가장 떨어지는 것으로 나타남.
- 효율성의 측면에서는 정신보건(0.417), 심리상담(0.312), 사회복지(0.271) 순으로, 역시 정신보건적 접근방법의 우선순위가 가장 높고, 다음이 사회복지적 접근방법, 사회복지적 접근방법의 중요도가 가장 낮은 것으로 나타남.
- 적용가능성의 측면에서는 정신보건(0.360), 사회복지(0.339), 심리상담(0.301) 순으로, 정신보건적 접근방법의 우선순위가 가장 높고 심리상담적 접근방법의 우선순위가 가장 낮은 것으로 나타남.

[표 2] 평가지표에 의한 자살예방 접근방법 상대적 중요도

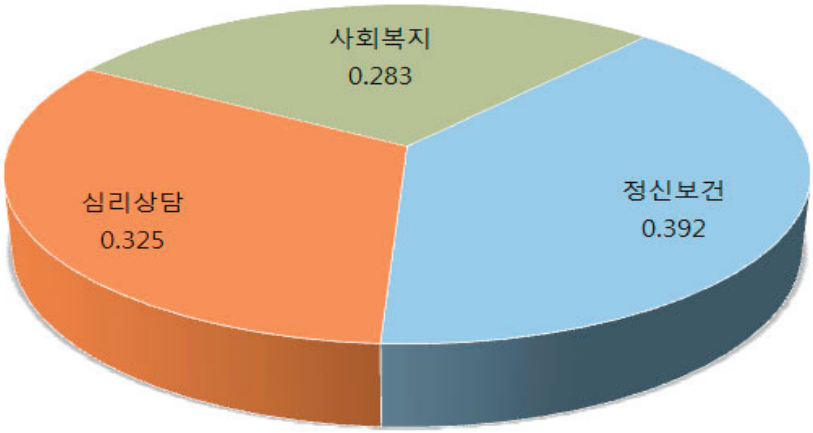
최종 목표	평가 지표	상대적 중요도	접근 방법	상대적 중요도
자살 예방 접근 방법	시급성	0.315	사회복지	0.248
			심리상담	0.338
			정신보건	0.414
	효과성	0.278	사회복지	0.273
			심리상담	0.340
			정신보건	0.388
	효율성	0.130	사회복지	0.271
			심리상담	0.312
			정신보건	0.417
	적용 가능성	0.277	사회복지	0.339
			심리상담	0.301
			정신보건	0.360

주: 1. 시급성은 자살률 감소를 위하여 우선적으로 실시될 필요성의 정도임.
2. 효과성은 자살률을 감소시킬 수 있는 정도임.
3. 효율성은 좀 더 적은 예산과 인력을 투입하여 자살률을 감소시킬 수 있는 정도임.
4. 적용가능성은 현실적인 여건을 고려할 때 정책을 채택·수행할 수 있는 정도임.
자료: 국회예산정책처가 발주한 연구용역「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」결과

❑ 이와 같은 네 가지 평가 기준에 의한 우선순위를 모두 고려하여 복합 우선순위를 산출함.

- 정신보건적 접근방법이 0.392로 가장 우선순위가 높은 것으로 나타났고, 다음으로 심리상담적 접근방법이 0.325, 사회복지적 접근방법이 0.283로 가장 낮은 것으로 조사됨.

[그림 2] 접근방법별 상대적 중요도

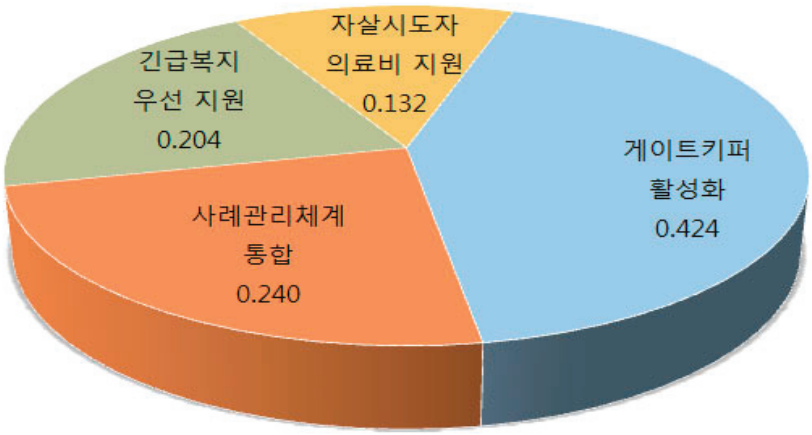


자료: 국회예산정책처가 발주한 연구용역 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 결과

❑ 다음으로는 각 접근방법별로 4개의 세부 정책을 선정하여 각각의 상대적 중요도를 조사함.

- 사회복지 접근방법 내에서의 우선순위는 게이트키퍼 활성화(0.424), 사례관리체계 통합(0.240), 긴급복지 우선 지원(0.204), 자살시도자 의료비 지원(0.132) 순임.

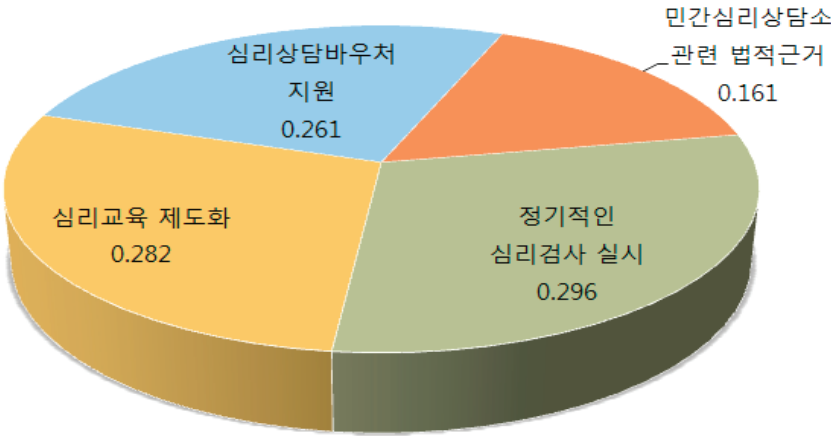
[그림 3] 사회복지적 접근방법의 세부 정책 중요도



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

○ 심리상담 접근방법 내에서의 우선순위는 정기적인 심리검사 실시(0.296), 심리교육 제도화(0.282), 심리상담바우처 지원(0.261), 민간심리상담소 관련 법적근거 마련(0.161) 순으로 나타남.

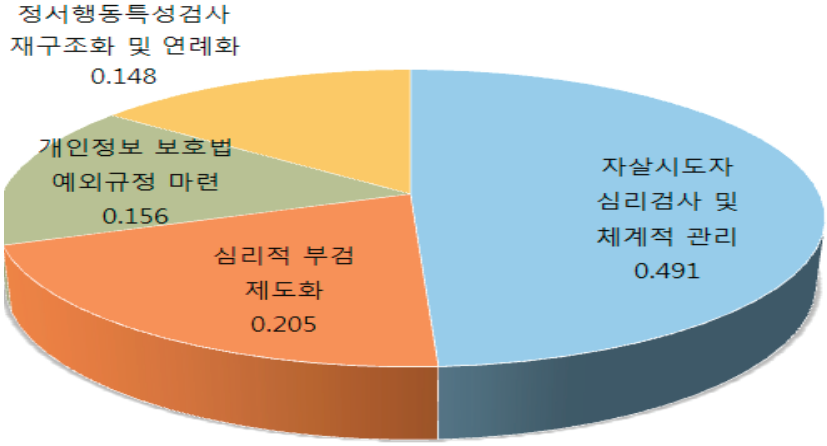
[그림 4] 심리상담적 접근방법의 세부 정책 중요도



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

○ 정신보건 및 의학적 접근방법 내에서의 우선순위는 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리(0.491), 심리적 부검 제도화(0.205), 개인정보 보호법 예외규정 마련(0.156), 정서행동특성검사 재구조화 및 연례화(0.148) 순임.

[그림 5] 정신보건적 접근방법의 세부 정책 중요도



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

❑ 12개 세부 자살예방정책별 우선순위를 산정한 결과,

- 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리(0.193), 게이트키퍼 활성화(0.120), 정기적인 심리검사 실시(0.096), 심리교육 제도화(0.092), 심리상담바우처 지원(0.085), 심리적 부검 제도화(0.080) 순으로 가장 우선적으로 추진되어야 하는 것으로 나타남.

[표 3] 접근방법별 자살예방 전략들에 대한 AHP 분석 결과

접근 방법	접근방법 우선순위	세부 예방정책	상대적 중요도	최종 우선순위
사회 복지	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)
심리 상담	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 부검 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 발주한 연구용역 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 결과

[부록 3] 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 설문지 1

자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사

안녕하십니까?

우리나라는 2004년 '경제협력개발기구(OECD)' 회원국 가운데 자살률 1위를 기록한 이후, 10년 가까이 수위를 지키고 있습니다. 2000년 인구 10만 명당 13.6명에 불과하던 자살률은 2010년 33.5명으로 급증했습니다. 이는 2010년 OECD 평균 12.8명의 2.6배이고, 매일 평균적으로 42.6명이 자살하는 것과 마찬가지인 수치입니다.

이에 따라, 정부는 '국가자살예방 5개년 기본계획(2004. 12)'과 '제2차 국가자살예방 5개년 계획(2008. 10)'을 수립하였으나, 자살률의 상승추세는 꺾이지 않고 있습니다. 뿐만 아니라, 체계적인 자살예방정책 수립 및 시행이 미흡하고, 정책 수행에 필요한 예산이 충분히 투입되지 않는 등 자살예방정책의 체계 및 추진방식에 대한 문제점이 제기되고 있습니다.

이에 따라, 국회예산정책처는 자살예방사업을 평가하기 위하여 일선에서 자살예방 및 상담서비스제공 사업을 수행하고 계신 분들의 고견을 듣고자 합니다. 설문결과는 향후 자살예방정책의 개선을 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

본 설문결과는 「통계법」 제8조와 제9조에 의거하여 익명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에 어떠한 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 공사다망하시더라도 꼼꼼하게 설문에 응답하여 주시길 부탁드립니다. 감사합니다.

국회예산정책처 이채정 김영신

작성하신 설문지는 kys08@assembly.go.kr로 이메일을 송부하여 주시거나, 02)788-4699로 팩스를 보내주시기 바랍니다. 설문지 회신 시에는 시·도 지역 및 소속 기관명을 명기하여 주시기 바랍니다(예: "경기, 성남시정신건강증진센터").

설문 관련 문의사항은 02)788-4684으로 전화 주시기 바랍니다.

문1. 다음의 세 문항은 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 시에 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조에 관한 것입니다.

문1-1. 귀하가 소속되어 있는 기관 및 지역사회의 유관기관에서 수행하는 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 중앙정부 관계부처(보건복지부, 교육부, 여성가족부, 경찰청 등) 간 협조는 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

매우 양호	대체로 양호	보통	약간 불량	매우 불량
⑤	④	③	②	①

문1-2. 귀하가 소속되어 있는 기관 및 지역사회의 유관기관에서 수행하는 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 중앙정부의 예산 지원은 충분한 수준이라고 생각하십니까?

매우 충분	대체로 충분	보통	약간 불충분	매우 불충분
⑤	④	③	②	①

문1-3. 귀하가 소속되어 있는 기관 및 지역사회의 유관기관에서 수행하는 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 중앙정부-지방정부 간 협조는 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

매우 양호	대체로 양호	보통	약간 불량	매우 불량
⑤	④	③	②	①

문2. 정부-부처 간 협조를 강화하기 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 순서대로 나열해 주시기 바랍니다.

1) 총리실이나 보건복지부 중심의 컨트롤타워 설치
2) 관계부처 대책회의 정례화
3) 관계부처 자살예방 및 상담서비스제공 사업 통합 데이터베이스 구축
4) 일선 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 기관 간 협조체계 관련 가이드라인 마련
5) 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 대한 중앙정부의 예산 증액

1순위	2순위	3순위	4순위	5순위

문3. 귀하가 소속되어 있는 기관 및 지역사회의 유관기관에서 수행하는 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 지역사회 유관기관 간(시군구청, 정신건강증센터, 청소년복지상담센터, Wee센터, 건강가정지원센터 등) 협조는 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

매우 양호 대체로 양호 보통 약간 불량 매우 불량
⑤---------④----------③---------②----------①

문4. 지역사회 유관기관 간 협조를 강화하기 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 순서대로 나열해 주시기 바랍니다.

1) 시군구청 중심의 컨트롤타워 설치
2) 유관기관 대책회의 정례화
3) 유관기관 실무진 중심의 사례관리회의 정례화
4) 일선 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 기관 간 협조체계 구축 관련 업무지침 마련

1순위	2순위	3순위	4순위

문5. 귀하가 소속되어 있는 기관 및 지역사회의 유관기관에서 수행하는 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 시에 민간자원(사설민간상담소, 정신과의원 등)을 적절히 활용하고 있다고 생각하십니까?

매우 양호 대체로 양호 보통 약간 불량 매우 불량
⑤---------④----------③---------②----------①

①이나 ②로 응답하셨을 경우, 문5-1도 응답해 주시기 바랍니다. ③, ④, ⑤ 응답자는 곧바로 문6에 응답해 주시기 바랍니다.

문5-1. 민간자원을 적절히 활용하고 있지 않다면, 그 원인은 무엇이라고 생각하시는지 순서대로 나열해 주시기 바랍니다.

1) 활용 가능한 민간자원에 대한 정보 부족
2) 일선 상담서비스 제공 인력의 민간자원에 대한 낮은 신뢰도
3) 사례관리 대상자가 지불하기에 부담이 되는 높은 가격
4) 사례관리 대상자의 거부반응 우려

1순위	2순위	3순위	4순위

문6. 지역사회 민간자원의 적절한 활용을 강화하기 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 순서대로 나열해 주시기 바랍니다.

1) 활용 가능한 민간자원에 대한 정보 제공
2) 일선 상담서비스 제공 인력의 자격 관리 강화
3) 사례관리 대상자가 민간자원을 이용할 경우 국가가 소요비용의 일부 보조
4) 사례관리 대상자별 필요도에 따른 민간자원 연계 관련 업무지침 제시

1순위	2순위	3순위	4순위

문7. 귀하가 소속되어 있는 기관은 적절하게 운영·관리되고 있다고 생각하십니까?

매우 양호 ⑤---------④---------- 대체로 양호 ----------③---------- 보통 ---------②---------- 약간 부적절 ----------① 매우 부적절

문8. 귀하가 소속되어 있는 기관의 적절한 운영 및 관리를 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 순서대로 나열해 주시기 바랍니다.

1) 근무 인력 증원
2) 근무 인력의 자격 제한 및 보수교육 엄격화
3) 사업예산 증액
4) 자살예방 및 상담서비스 제공 관련 사업 설계

1순위	2순위	3순위	4순위

문9. 자살예방사업을 확대하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

1) 시의적절하고 타당하다.
2) 불가피하나 효율적인 대책은 아니다.
3) 현행과 같은 수준을 유지하는 방안이 더 적절하다.
4) 지역적 여건을 고려하여 선별적으로 도입해야 한다.
5) 매우 부적절한 대책이므로 다른 대안을 찾아야 한다.

문10. 자살률을 낮추기 위해서 구체적으로 어떤 대책이 필요하다고 생각하십니까? 떠오르는 대로 적어주십시오.

1)_____

2)_____

3)_____

다음은 통계처리를 위한 질문입니다.

배문1. 귀하께서는 상담 관련 업무를 수행한지 얼마나 되셨습니까?

1) 5년 이상 2) 3년 이상 5년 미만
3) 1년 이상 3년 미만 4) 1년 미만

배문2. 귀하께서는 현재 소속된 기관에서 근무한지 얼마나 되셨습니까?

1) 3년 이상 2) 1년 이상 3년 미만
3) 6개월 이상 1년 미만 4) 6개월 미만

배문3. 귀하께서는 다음 중 어떤 자격증을 소지하고 계십니까?

1) 정신보건간호사 2) 정신보건사회복지사
3) 사회복지사 4) 상담사(청소년상담사 포함)
5) 상담교사 6) 기타 ( )

- 응답해 주셔서 감사합니다. -

[부록 4] 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」 설문지 2

자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사(민간상담소 대상)

안녕하십니까?

우리나라는 2004년 ‘경제협력개발기구(OECD)’ 회원국 가운데 자살률 1위를 기록한 이후, 10년 가까이 수위를 지키고 있습니다. 2000년 인구 10만명당 13.6명에 불과하던 자살률은 2010년 33.5명으로 급증했습니다. 이는 2010년 OECD 평균 12.8명의 2.6배이고, 매일 평균적으로 42.6명이 자살하는 것과 마찬가지인 수치입니다.

이에 따라, 정부는 ‘국가자살예방 5개년 기본계획(2004. 12)’과 ‘제2차 국가자살예방 5개년 계획(2008. 10)’을 수립하였으나, 자살률의 상승 추세는 꺾이지 않고 있습니다. 뿐만 아니라, 체계적인 자살예방정책 수립 및 시행이 미흡하고, 정책 수행에 필요한 예산이 충분히 투입되지 않는 등 자살예방정책의 체계 및 추진방식에 대한 문제점이 제기되고 있습니다.

이에 따라, 국회예산정책처는 자살예방사업을 평가하기 위하여 일선에서 자살예방 및 상담서비스제공 업무를 수행하고 계신 분들의 고견을 듣고자 합니다. 설문결과는 향후 자살예방정책의 개선을 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

본 설문결과는 「통계법」 제8조와 제9조에 의거하여 익명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에 어떠한 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 공사다망하시더라도 꼼꼼하게 설문에 응답하여 주시길 부탁드립니다. 감사합니다.

국회예산정책처 김상우(swkim99@nabo.go.kr , 전화: 02-788-4685)
김영신(kys08@nabo.go.kr , 전화: 02-788-4681)
팩스: 02-788-4699

문1. 다음의 세 문항은 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 시에 중앙정부 관계부처 간, 중앙정부와 지방정부 간 협조에 관한 것입니다.

문1-1. 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 중앙정부 관계부처(보건복지부, 교육부, 여성가족부, 경찰청 등) 간 협조는 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

매우 양호	대체로 양호	보통	약간 불량	매우 불량
⑤	④	③	②	①

문1-2. 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 중앙정부의 예산 지원은 충분한 수준이라고 생각하십니까?

매우 충분	대체로 충분	보통	약간 불충분	매우 불충분
⑤	④	③	②	①

문1-3. 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 중앙정부-지방정부 간 협조는 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

매우 양호	대체로 양호	보통	약간 불량	매우 불량
⑤	④	③	②	①

문2. 자살예방사업 및 상담서비스제공사업에 관한 지역사회 유관기관 간(시군구청, 정신건강증센터, 청소년복지상담센터, Wee센터, 건강가정지원센터 등) 협조는 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

매우 양호	대체로 양호	보통	약간 불량	매우 불량
⑤	④	③	②	①

문3. 정부가 자살예방사업 및 상담서비스제공사업 수행 시에 민간자원(사설민간상담소, 정신과의원 등)을 적절히 활용하고 있다고 생각하십니까?

매우 양호	대체로 양호	보통	약간 불량	매우 불량
⑤	④	③	②	①

①, ②, ③으로 응답하셨을 경우, 문3-1도 응답해 주시기 바랍니다. ④, ⑤ 응답자는 곧바로 문4에 응답해 주시기 바랍니다.

문3-1. 민간자원을 적절히 활용하고 있지 않다면, 그 원인은 무엇이라고 생각하시는지 순서대로 나열해 주시기 바랍니다.

1) 활용 가능한 민간자원에 대한 정보 부족
2) 정부 담당자의 민간자원에 대한 낮은 신뢰도(인식 부족)
3) 사례관리 대상자(자살 위험군)가 지불하기에 부담이 되는 높은 민간자원 비용
4) 사례관리 대상자(자살 위험군)의 거부반응

1순위	2순위	3순위	4순위

문4. 지역사회 민간자원의 적절한 활용을 강화하기 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 순서대로 나열해 주시기 바랍니다.

1) 활용 가능한 민간자원에 대한 정보 제공(학교장 및 고위 공무원 대상 상담교육 포함)
2) 민간상담소 및 상담서비스 제공 인력의 자격 관리 강화(법제화 포함)
3) 사례관리 대상자(자살 위험군)가 민간자원을 이용할 경우 국가가 소요비용의 일부 보조
4) 사례관리 대상자(자살 위험군)별 필요도에 따른 민간자원 연계 관련 업무지침 마련
5) 중고교 학생들에 대한 정신보건(상담) 교육 프로그램 의무화

1순위	2순위	3순위	4순위

문5. 정부가 자살예방사업을 확대하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

1) 시의적절하고 타당하다.
2) 불가피하나 효율적인 대책은 아니다.
3) 현행과 같은 수준을 유지하는 방안이 더 적절하다.
4) 지역적 여건을 고려하여 선별적으로 도입해야 한다.
5) 매우 부적절한 대책이므로 다른 대안을 찾아야 한다.

문6. 자살률을 낮추기 위해서 구체적으로 어떤 대책이 필요하다고 생각하십니까? 떠오르는 대로 적어주십시오.

1)_____

2)_____

3)_____

다음은 통계처리를 위한 질문입니다.

배문1. 귀하께서는 상담 관련 업무를 수행한지 얼마나 되셨습니까?

1) 5년 이상
2) 3년 이상 5년 미만
3) 1년 이상 3년 미만
4) 1년 미만

배문2. 귀하께서는 현재 소속된 기관에서 근무한지 얼마나 되셨습니까?

1) 3년 이상
2) 1년 이상 3년 미만
3) 6개월 이상 1년 미만
4) 6개월 미만

배문3. 귀하께서는 다음 중 어떤 자격증을 소지하고 계십니까?

1) 정신보건간호사
2) 정신보건사회복지사
3) 사회복지사
4) 상담사(청소년상담사 포함)
5) 상담교사
6) 기타 ( )

- 응답해 주셔서 감사합니다. -

[부록 5] 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 설문지

자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사

안녕하십니까?

우리나라는 2004년 ‘경제협력개발기구(OECD)’ 회원국 가운데 자살률 1위를 기록한 이후, 10년 가까이 수위를 지키고 있습니다. 2000년 인구 10만명당 13.6명에 불과하던 자살률은 2010년 33.5명으로 급증했습니다. 이는 2010년 OECD 평균 12.8명의 2.6배이고, 매일 평균적으로 42.6명이 자살하는 것과 마찬가지인 수치입니다.

이에 따라, 정부는 ‘국가자살예방 5개년 기본계획(2004. 12)’과 ‘제2차 국가자살예방 5개년 계획(2008. 10)’을 수립하였으나, 자살률의 상승추세는 꺾이지 않고 있습니다. 뿐만 아니라, 체계적인 자살예방정책 수립 및 시행이 미흡하고, 정책 수행에 필요한 예산이 충분히 투입되지 않는 등 자살예방정책의 체계 및 추진방식에 대한 문제점이 제기되고 있습니다.

순천향대학교산학협력단은 국회예산정책처의 의뢰를 받아, 정부의 자살예방정책 및 사업에 대한 전문가들의 의견을 묻는 설문조사를 실시하게 되었습니다. 향후 자살예방정책을 수행함에 있어 우선적으로 고려되어야 하는 사항과 한정된 예산과 인력으로 자살예방정책을 효율적으로 수행할 수 있는 방안에 대한 전문가들의 고견을 듣고자 합니다. 설문결과는 향후 자살예방정책의 개선을 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

본 설문결과는 「통계법」 제8조와 제9조에 의거하여 익명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에 어떠한 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 공사다망하시더라도 꼼꼼하게 설문에 응답하여 주시길 부탁드립니다. 감사합니다.

순천향대학교 강은정(marchej72@gmail.com, 전화: 010-7464-1146)
김효진(kimhj5928@naver.com, 전화: 010-8793-0827)

<< 읽어 보기 >>

다음은 AHP 평가에 대한 이해를 돕기 위하여, 기재요령과 척도설명을 제시한 것입니다. 설문문항표의 각 행에는 오른쪽과 왼쪽에 평가항목들이 나열되어 있습니다. 오른쪽(R)과 왼쪽(L)에 제시된 2개의 항목을 비교하여, 각 항목의 중요성을 평가합니다.

※ 기재요령(체크 표시)

☞ 첫째 행에서 'A' 와 'B' 를 비교합니다.

- "같다 ①"를 기준으로 할 때, 'A' 가 'B' 보다 상대적으로 "매우 중요"하다고 판단되면 아래와 같이 왼쪽의 7번에 표시하십시오.

☞ 둘째 행에서 오른쪽의 'C' 가 왼쪽의 'A' 에 비해 "중요"하다고 판단되면 오른쪽의 5번에 표시하십시오.

☞ 셋째 행에서 왼쪽의 'B' 가 오른쪽의 'C' 에 비해 "약간 중요"하다고 판단되면 왼쪽의 3번에 표시하십시오.

평가항목 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가항목 (R)
A	⑨	⑧	√ ⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B
A	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	√ ⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C
B	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	√ ③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C

※ 척도설명

중요도	정의	설명
1	같다	어떤 기준에 대하여 두 평가항목이 비슷한 공헌도를 가진다고 판단됨
3	약간 중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 약간 선호됨
5	중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 확실하게 선호됨
7	매우 중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 강하게 선호됨
9	절대 중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 절대적으로 선호됨
2,4,6,8	위 값들의 중간값	경험과 판단에 의한 비교값이 위 값들의 중간에 해당한다고 판단될 경우에 사용함

1. 자살률 감소라는 최종적인 정책목표를 달성을 고려하여 각종 자살예방정책을 평가한다고 할 때, 다음에 제시되는 평가지표들의 중요성을 비교해 주십시오.

평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 시급성	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 효과성
A. 시급성	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 효율성
A. 시급성	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 적용가능성
B. 효과성	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 효율성
B. 효과성	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 적용가능성
C. 효율성	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 적용가능성

A. 시급성: 자살률 감소를 위하여 우선적으로 실시될 필요성의 정도
B. 효과성: 자살률을 감소시킬 수 있는 정도
C. 효율성: 좀 더 적은 예산과 인력을 투입하여 자살률을 감소시킬 수 있는 정도
D. 적용가능성: 현실적인 여건을 고려할 때 정책을 채택 · 수행할 수 있는 정도

2. 정책대상에 따른 세 가지 자살예방 접근방법(보편적, 선택적, 집중적)의 중요성을 시급성, 효과성, 효율성, 적용가능성의 측면에서 비교해 주십시오.

2-1. 보편적, 선택적, 집중적 자살예방 접근방법 중 **시급성(자살률 감소를 위하여 우선적으로 실시될 필요성의 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

시급성 측면																		
평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 선택적
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적
B. 선택적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적

A. 보편적(Universal): 일반 대중 혹은 국민을 대상으로 생명존중 인식 강화, 자살수단에 대한 접근성 제한, 생애주기별 인구집단에 대한 정신건강관리 및 조기검진, 대중매체 관리, 법제도 강화, 통계 및 연구, 민간단체 지원 등을 포함하는 정책

B. 선택적(Selective): 위험군(risk group)-취약집단, 정신질환자, 알코올 및 마약 중독자, 수감자, 심각한 신체질환자 등-을 대상으로 하는 자살징후의 조기발견과 조기개입 정책

C. 집중적(Indicated): 고위험군(high-risk group)-자살시도자, 유가족-을 대상으로 하는 위기개입 및 사후관리 정책

2-2. 보편적, 선택적, 집중적 자살예방 접근방법 중 **효과성(자살률을 감소시킬 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

효과성 측면

평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 선택적
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적
B. 선택적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적

A. 보편적(Universal): 일반 대중 혹은 국민을 대상으로 생명존중 인식 강화, 자살수단에 대한 접근성 제한, 생애주기별 인구집단에 대한 정신건강관리 및 조기검진, 대중매체 관리, 법제도 강화, 통계 및 연구, 민간단체 지원 등을 포함하는 정책

B. 선택적(Selective): 위험군(risk group)-취약집단, 정신질환자, 알코올 및 마약 중독자, 수감자, 심각한 신체질환자 등-을 대상으로 하는 자살징후의 조기발견과 조기개입 정책

C. 집중적(Indicated): 고위험군(high-risk group)-자살시도자, 유가족-을 대상으로 하는 위기개입 및 사후관리 정책

2-3. 보편적, 선택적, 집중적 자살예방 접근방법 중 **효율성(좀 더 적은 예산과 인력을 투입하여 자살률을 감소시킬 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

효율성 측면

평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 선택적
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적
B. 선택적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적

A. 보편적(Universal): 일반 대중 혹은 국민을 대상으로 생명존중 인식 강화, 자살수단에 대한 접근성 제한, 생애주기별 인구집단에 대한 정신건강관리 및 조기검진, 대중매체 관리, 법제도 강화, 통계 및 연구, 민간단체 지원 등을 포함하는 정책

B. 선택적(Selective): 위험군(risk group)-취약집단, 정신질환자, 알코올 및 마약 중독자, 수감자, 심각한 신체질환자 등-을 대상으로 하는 자살징후의 조기발견과 조기개입 정책

C. 집중적(Indicated): 고위험군(high-risk group)-자살시도자, 유가족-을 대상으로 하는 위기개입 및 사후관리 정책

2-4. 보편적, 선택적, 집중적 자살예방 접근방법 중 **적용가능성(현실적인 여건을 고려할 때 정책을 채택·수행할 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

적용가능성 측면																		
평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 선택적
A. 보편적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적
B. 선택적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 집중적

A. 보편적(Universal): 일반 대중 혹은 국민을 대상으로 생명존중 인식 강화, 자살수단에 대한 접근성 제한, 생애주기별 인구집단에 대한 정신건강관리 및 조기검진, 대중매체 관리, 법제도 강화, 통계 및 연구, 민간단체 지원 등을 포함하는 정책

B. 선택적(Selective): 위험군(risk group)-취약집단, 정신질환자, 알코올 및 마약 중독자, 수감자, 심각한 신체질환자 등-을 대상으로 하는 자살징후의 조기발견과 조기개입 정책

C. 집중적(Indicated): 고위험군(high-risk group)-자살시도자, 유가족-을 대상으로 하는 위기개입 및 사후관리 정책

3. 세 가지 자살예방 접근방법(보편적, 선택적, 집중적)에 포함되는 **세부적인 자살예방정책들의 중요성을 비교**해 주십시오.

보편적 접근방법																		
평가지표 (L)	절대 중요		매우 중요		중요		약간 중요		같다		약간 중요		중요		매우 중요		절대 중요	평가지표 (R)
A. 생명존중에 대한 국민의 인식 개선	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 생애주기별 정신건강관리 및 조기검진
A. 생명존중에 대한 국민의 인식 개선	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근 감소
A. 생명존중에 대한 국민의 인식 개선	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화
A. 생명존중에 대한 국민의 인식 개선	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	E. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 강화
A. 생명존중에 대한 국민의 인식 개선	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	F. 자살예방 민간단체 지원 및 육성
A. 생명존중에 대한 국민의 인식 개선	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	G. 자살관련 통계 및 연구
B. 생애주기별 정신건강관리 및 조기검진	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근 감소
B. 생애주기별 정신건강관리 및 조기검진	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화
B. 생애주기별 정신건강관리 및 조기검진	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	E. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 강화
B. 생애주기별 정신건강관리 및 조기검진	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	F. 자살예방 민간단체 지원 및 육성
B. 생애주기별 정신건강관리 및 조기검진	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	G. 자살관련 통계 및 연구
C. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근 감소	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화
C. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근 감소	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	E. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 강화
C. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근 감소	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	F. 자살예방 민간단체 지원 및 육성
C. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근 감소	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	G. 자살관련 통계 및 연구
D. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	E. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 강화
D. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	F. 자살예방 민간단체 지원 및 육성
D. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	G. 자살관련 통계 및 연구
E. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	F. 자살예방 민간단체 지원 및 육성
E. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	G. 자살관련 통계 및 연구
F. 자살예방 민간단체 지원 및 육성	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	G. 자살관련 통계 및 연구

A. 생명존중에 대한 국민의 인식 개선: 생명존중 문화 프로그램 확산, 생명존중 사회마케팅 활성화

B. 생애주기별 정신건강관리 및 조기검진 체계 강화: 아동청소년, 대학생, 노인 등 생애주기별 집단뿐만 아니라 직장인, 군인, 교정시설 등 특수집단에 대한 정신건강관리 및 조기검진 체계 구축 및 강화

C. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근 감소: 유독성 물질 불법 유통 관리, 농약 관리체계 강화, 인터넷 자살유해사이트 관리체계 강화, 지하철 및 교량 등에 대한 안전시설 강화

D. 자살에 대한 대중매체의 책임 강화: 미디어의 책임을 강화하기 위한 관리체계 구축

E. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 강화: 자살예방법, 개인정보보호법을 비롯한 자살예방을 위한 관련 법률의 재정비 및 보완

F. 자살예방 민간단체 지원 및 육성: 자살예방 상담 및 교육을 위한 민간상담소에 대한 법적, 재정적 지원 강화

G. 자살관련 통계 및 연구: 통계청 및 경찰청 등 국가 자살 관련 통계 표준화, 심리학적 부검, 자살예방사업의 모니터링 및 평가

선택적 접근방법

평가지표 (L)	절대 중요		매우 중요		중요		약간 중요		같다		약간 중요		중요		매우 중요		절대 중요	평가지표 (R)
A. 취약계층을 위한 포괄적 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 위험집단의 위기관리
A. 취약계층을 위한 포괄적 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 지역사회 기반의 다양한 자살 예방 인력 교육
A. 취약계층을 위한 포괄적 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 공공 자살예방서비스 인프라 구축
B. 위험집단의 위기관리	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 지역사회 기반의 다양한 자살 예방 인력 교육
B. 위험집단의 위기관리	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 공공 자살예방서비스 인프라 구축
C. 지역사회 기반의 다양한 자살 예방 인력 교육	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 공공 자살예방서비스 인프라 구축

A. 취약계층을 위한 포괄적 지원: 위기청소년, 위기노인(독거, 학대, 방임 등), 위기가정(이혼, 가정폭력, 저소득 등)에 대한 복지, 보건, 상담 등 포괄적 서비스 지원

B. 위험집단의 위기관리: 정신질환자, 알코올 중독자 대상의 위기 상황에 대한 관리서비스 제공

C. 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력 교육: 정신보건전문요원, 경찰, 사회복지사, 긴급구조요원 등에 대한 자살징후 및 연계방법 교육

D. 공공 자살예방서비스 인프라 구축: 핫라인, 응급출동, 상담을 위한 공공 부문의 인프라 구축 및 강화

집중적 접근방법

평가지표 (L)	절대 중요		매우 중요		중요		약간 중요		같다		약간 중요		중요		매우 중요		절대 중요	평가지표 (R)
A. 자살시도자 관리	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 유가족 지원사업 강화
A. 자살시도자 관리	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 공공 자살예방서비스 인프라 구축
B. 유가족 지원사업 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 공공 자살예방서비스 인프라 구축

A. 자살시도자 관리: 자살시도자의 위기 상황 개입 및 사후관리서비스 제공

B. 유가족 지원사업 강화: 유가족 상담, 지지

C. 공공 자살예방서비스 인프라 구축: 핫라인, 응급출동, 상담, 자살시도자 사후관리를 위한 공공 부문의 인프라 구축 및 강화

4. 정책내용에 따른 세 가지 자살예방 접근방법(사회복지적, 심리상담적, 정신보건 및 정신의학적)의 중요성을 시급성, 효과성, 효율성, 적용 가능성의 측면에서 비교해 주십시오.

4-1. 사회복지적, 심리상담적, 정신보건 및 정신의학적 자살예방 접근방법 중 **시급성(자살률 감소를 위하여 우선적으로 실시될 필요성의 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

시급성 측면																		
평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 심리상담적
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적
B. 심리상담적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적

A. 사회복지적: 정책대상의 삶의 질 향상을 위하여 각종 급여 및 서비스를 제공하는 정책
B. 심리상담적: 정책대상의 의식 및 행동의 향상을 위하여 관련 분야 전문가가 상담 서비스를 제공하는 정책
C. 정신보건 및 정신의학적: 정책대상의 정신장애를 발견 · 치료하는 정책

4-2. 사회복지적, 심리상담적, 정신보건 및 정신의학적 자살예방 접근방법 중 **효과성(자살률을 감소시킬 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

효과성 측면																		
평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 심리상담적
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적
B. 심리상담적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적

A. 사회복지적: 정책대상의 삶의 질 향상을 위하여 각종 급여 및 서비스를 제공하는 정책
B. 심리상담적: 정책대상의 의식 및 행동의 향상을 위하여 관련 분야 전문가가 상담 서비스를 제공하는 정책
C. 정신보건 및 정신의학적: 정책대상의 정신장애를 발견 · 치료하는 정책

4-3. 사회복지적, 심리상담적, 정신보건 및 정신의학적 자살예방 접근 방법 중 **효율성(좀 더 적은 예산과 인력을 투입하여 자살률을 감소시킬 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

효율성 측면																		
평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 심리상담적
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적
B. 심리상담적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적

A. 사회복지적: 정책대상의 삶의 질 향상을 위하여 각종 급여 및 서비스를 제공하는 정책
B. 심리상담적: 정책대상의 의식 및 행동의 향상을 위하여 관련 분야 전문가가 상담 서비스를 제공하는 정책
C. 정신보건 및 정신의학적: 정책대상의 정신장애를 발견 · 치료하는 정책

4-4. 사회복지적, 심리상담적, 정신보건 및 정신의학적 자살예방 접근 방법 중 **적용가능성(현실적인 여건을 고려할 때 정책을 채택 · 수행할 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

적용가능성 측면																		
평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 심리상담적
A. 사회복지적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적
B. 심리상담적	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 정신보건 및 정신의학적

A. 사회복지적: 정책대상의 삶의 질 향상을 위하여 각종 급여 및 서비스를 제공하는 정책
B. 심리상담적: 정책대상의 의식 및 행동의 향상을 위하여 관련 분야 전문가가 상담 서비스를 제공하는 정책
C. 정신보건 및 정신의학적: 정책대상의 정신장애를 발견 · 치료하는 정책

5. 정책내용에 따른 세 가지 자살예방 접근방법(사회복지적, 심리상담적, 정신보건 및 정신의학적)을 수행함에 있어서, 다음에 제시되는 **세부적인 자살예방정책들의 중요성을 비교**해 주십시오.

5-1 **사회복지적 접근방법**에 포함되는 세부적인 자살예방정책들의 중요성을 비교해 주십시오.

사회복지적 접근방법

평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 자살시도자 의료비 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 게이트키퍼 활성화
A. 자살시도자 의료비 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 긴급복지 우선 지원
A. 자살시도자 의료비 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 사례관리체계 통합·효율화
B. 게이트키퍼 활성화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 긴급복지 우선 지원
B. 게이트키퍼 활성화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 사례관리체계 통합·효율화
C. 긴급복지 우선 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 사례관리체계 통합·효율화

A. 자살시도자 의료비 지원: 자살시도자, 자살자 유가족 등이 정신과 진료를 받게 될 경우 국가가 의료비 지원

B. 게이트키퍼(gate keeper) 활성화: 노인요양사, 사회복지사, 지역주민 등에 대한 자살징후 및 공조체계 교육을 통한 게이트키퍼 활성화

C. 긴급복지 우선 지원: 자살시도자, 자살자 유가족 등에 대한 보건복지부 소관 긴급복지사업(생계, 주거, 교육 등 지원) 우선 적용 법문화

D. 사례관리체계 통합 · 효율화: 각종 사회복지 급여 및 서비스 정보를 관리하는 사회복지통합관리망을 중심으로 각 부처별로 운영 중인 사례관리 프로그램을 통합하여 운영 · 관리의 효율화

5-2 **심리상담적 접근방법**에 포함되는 세부적인 자살예방정책들의 중요성을 비교해 주십시오.

심리상담적 접근방법																		
평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 심리상담 바우처 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 민간 심리 상담소 관련 법적근거 마련
A. 심리상담 바우처 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 사업장에서의 정기적인 심리검사 실시
A. 심리상담 바우처 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 심리교육 제도화
B. 민간 심리 상담소 관련 법적근거 마련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 사업장에서의 정기적인 심리검사 실시
B. 민간 심리 상담소 관련 법적근거 마련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 심리교육 제도화
C.사업장에서의 정기적인 심리검사 실시	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 심리교육 제도화

A. 심리상담바우처 지원: 심리상담이 필요하다고 판단되는 사람에게 민간심리상담소를 이용할 수 있는 바우처 등을 제공

B. 민간심리상담소 관련 법적근거 마련: 민간심리상담소 설립 및 심리상담사 자격에 대한 국가공인 등 법적근거 마련

C. 정기적인 심리검사 실시: 「고용보험법」의 적용을 받는 사업장은 민간심리상담소에 위탁하여 모든 근로자를 대상으로 정기적인 심리검사 및 심리상담을 실시하도록 하는 규정 마련

D. 심리교육 제도화: 중고생에 교육과정에 정신심리 과목 포함 및 학교장, 교사, 고위공무원 등에 대한 심리교육 실시

5-3 **정신보건 및 정신의학적 접근방법**에 포함되는 세부적인 자살예방정책들의 중요성을 비교해 주십시오.

정신보건 및 정신의학적 접근방법

평가지표 (L)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요	평가지표 (R)
A. 「개인정보 보호법」 예외규정 마련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	Ⓘ	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 심리적 부검 제도화
A. 「개인정보 보호법」 예외규정 마련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	Ⓘ	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리
A. 「개인정보 보호법」 예외규정 마련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	Ⓘ	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 정서행동 특성검사 재구조화 및 연례화
B. 심리적 부검 제도화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	Ⓘ	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리
B. 심리적 부검 제도화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	Ⓘ	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 정서행동 특성검사 재구조화 및 연례화
C. 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	Ⓘ	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 정서행동 특성검사 재구조화 및 연례화

A. 「개인정보 보호법」 예외규정 마련: 자살의 위험이 높은 것으로 판단되는 사람에 대해서는 「개인정보 보호법」에 예외규정을 두어, 지역사회의 자살예방 관련 전문가들이 문제 해결을 도울 수 있도록 제도 개선

B. 심리적 부검 제도화: 자살이 발생하였을 경우 심리적 부검 실시를 제도화하여 자살의 원인 규명 및 대책 마련을 위한 데이터 확보

C. 자살시도자 심리검사 및 체계적 관리: 자살시도자 및 자살시도자의 가족에 대한 심리검사를 실시하고, 체계적인 정신보건서비스를 제공하여 자살의 가능성을 낮추도록 제도화

D. 정서행동특성검사 재구조화 및 연례화: 중고교생 및 학부모를 대상으로 실시한 '정서행동특성검사'의 신뢰도를 높이고, 이를 매년 전국에서 실시하도록 제도화

사업평가 현안분석 제49호

자살예방사업의 문제점과 개선과제

발간일	2013년 11월 27일
발행인	국경복 국회예산정책처장
편 집	사업평가국 사회사업평가과
발행처	**국회예산정책처** 서울특별시 영등포구 의사당대로 1 (tel 02·2070·3114)
인쇄처	맥향커뮤니케이션 (tel 02·2272·7890)

1. 이 책의 무단 복제 및 전재는 삼가주시기 바랍니다.
2. 내용에 관한 문의는 국회예산정책처 사회사업평가과로 연락해주시기 바랍니다. (tel 02·788·3782)

ISBN 978-89-6073-705-1 93350

© 국회예산정책처, 2013

나라살림 지킴이
나라정책 길잡이

대한민국국회

National Assembly Budget Office
서울특별시 영등포구 의사당대로 1
tel 02-2070-3114 www.nabo.go.kr

발 간 등 록 번 호
31-9700383-001199-01