

# 우리나라 자살예방 대책의 문제점과 개선방안

*Policy Options for the Improvement of Suicide Prevention Programs*



이상영 한국보건사회연구원 선임연구위원

우리나라 자살예방 대책의 효과적 추진을 위해서는 첫째, 자살예방대책 추진을 위한 컨트롤 타워를 확립하고 관련부처 간의 협조체계를 강화해야 한다. 둘째, 지역단위의 정신건강증진, 자살예방, 보건복지 서비스 제공주체들 간 업무연계 강화를 위한 네트워크를 구축할 필요가 있다. 셋째, 자살고위험자의 특성에 부응하면서도 다양한 서비스가 통합적으로 제공되는 프로그램이 마련되어야 한다. 넷째, 자살예방 대책에 대한 예산 및 지역사회 정신건강증진서비스 공급체계 확충이 이루어져야 한다.

## 1. 들어가며

우리나라의 인구 10만 명당 자살사망률은 2001년 이후 지속적인 증가추세를 보이다가 2011년 31.7명을 정점으로 하여 2012년 28.1명, 2013년 28.5명 등으로 감소하는 추세를 보였다.

그러나 최근 통계청이 발표한 2014년 사망원인 통계에 의하면<sup>1)</sup> 2014년 자살사망률은 27.3명(남자 38.4명, 여자 16.1명)으로, 2013년에 비해 1.3명이 감소하였다. 자살사망자수도 2013년 연간 14,427명에서 2014년 13,836명으로 591명이 감소하였다.

이러한 감소에도 불구하고 우리나라의 자살 사

망률은 OECD 국가들 중 가장 높은 수준을 유지하고 있다. OECD 표준인구 10만명당 우리나라의 자살사망률은 2013년 28.7명으로 OECD 평균 12.0명의 두 배 수준을 넘어선다. 2014년의 27.3명과 비교하더라도 여전히 가장 높은 수준이다.

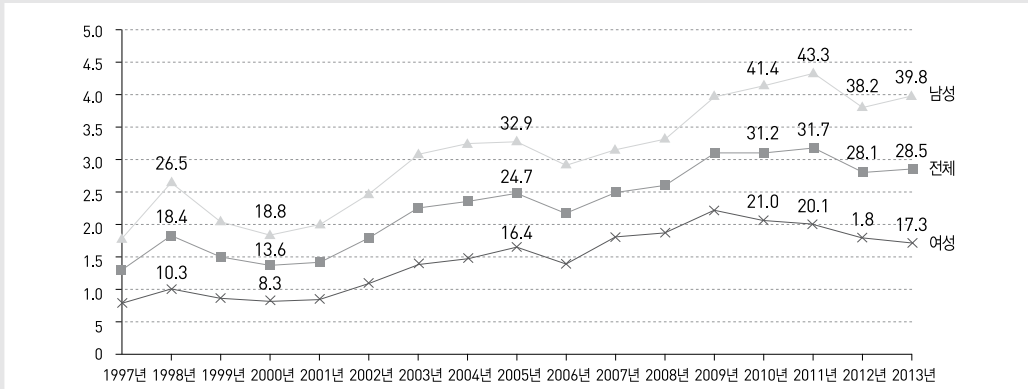
2011년 이후의 자살사망률 감소가 자살의 실질적인 감소 추세를 의미하는 것인지는 현재로서는 불투명하다. 즉, 자살사망자수는 감소하였으나 국가응급환자진료정보망(NEDIS)을 통해 수집된 자살시도자수<sup>2)</sup>는 여전히 증가하고 있기 때문이다. 2010년 19,279명이던 자살시도자수가 자살사망률이 감소했던 2012년에 21,795명으로 증가하였으며, 2013년에는 25,748명으로 증가하였다.

1) 통계청, "2014년 사망원인 통계", 보도자료(2015.9.23)

2) 이상영 외(2014), 『자살위험도 결정요인 및 지역간 격차 요인분석』, 한국보건사회연구원.

그림 1. 우리나라의 자살사망률 추이

(단위: 10만 명당)



자료: 통계청, 사망원인통계, 원자료(1997~2013년).

표 1. 성별 자살자 수 및 자살사망률(2013년 및 2014년)

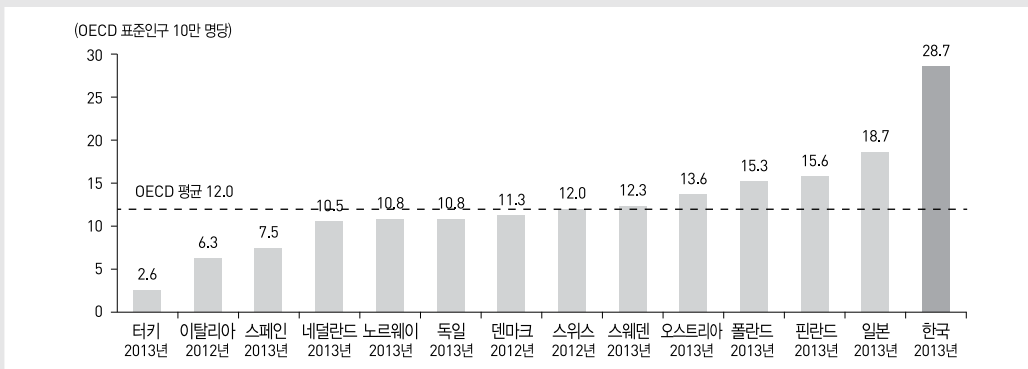
(단위: 명, 인구 10만 명당, 명, %)

연도	자살자 수			자살률			1일 평균 사망자 수	
	남녀 전체	남	여	남녀 전체	남	여		
2013년	14,427	10,060	4,367	28.5	39.8	17.3	39.5	
2014년	13,836	9,736	4,100	27.3	38.4	16.1	37.9	
증감	13년 대비	-591	-324	-267	-1.3	-1.4	-1.1	
증감률	13년 대비	-4.1	-3.2	-6.1	-4.5	-3.6	-6.5	

자료: 통계청, "2014년 사망원인 통계", 보도자료(2015.9.23.)

그림 2. OECD 국가의 자살사망률

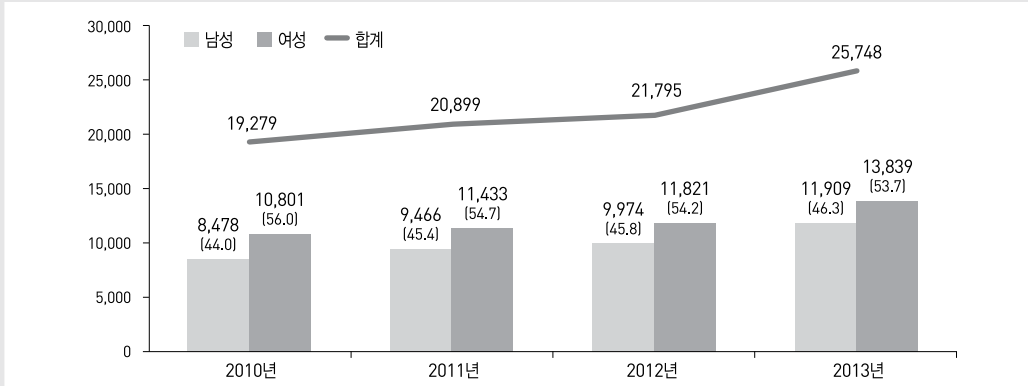
(단위: 명, 인구10만 명당)



자료: 통계청, "2014년 사망원인 통계", 보도자료(2015.9.23.)

그림 3. 우리나라의 자살시도자 수 추이

(단위: 명, %)



자료: 이상영 외(2014), 『자살위험도 결정요인 및 지역간 격차 요인분석』, 한국보건사회연구원.

이와 같은 높은 자살사망률에 대처하여 정부는 두 차례에 걸친 자살예방 종합대책을 수립·시행 하였지만 그 성과가 미흡하다. 그간의 자살예방 대책에 대한 체계적인 평가가 이루어지지 않았지만 유의미한 수준의 자살사망률 감소가 가시화되지 않고 있다는 점에서 정책성과가 미흡한 것으로 판단된다.

자살예방 대책의 성과가 부진한 원인으로는 여러 가지를 지적할 수 있다. 근본적으로는 자살문제의 심각성에 대한 사회적 관심이 정책적 노력으로 이어지지 못하고 있다. 자살예방 사업에 대한 예산 투입과 지역사회 내 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라가 여전히 미흡하며, 고위험자의 조기발견과 개입 등 지역특성에 맞는 효과적인 자살예방 프로그램 개발도 이루어지지 못하고 있다.

따라서 본고에서는 우리나라 자살예방 사업의 현황과 문제점을 분석하고 향후 자살예방 대책이 보다 효과적으로 추진되도록 하기 위한 개선방안을 모색해보고자 한다.

## 2. 우리나라의 자살예방 대책의 현황과 문제점

### 1) 제1차 국가자살예방 5개년 기본계획(2004~2008년)

1997년말 경제위기의 여파로 1998년 인구 10만명당 18.4명으로 증가하였던 자살사망률이 2000년 13.6명으로 감소하였으나 그 이후 다시 증가하자 보건복지부는 2004년 12월 “제1차 국가자살예방 5개년 기본계획(2004~2008년)”을 수립하였으며, 2005년 9월에 세부추진계획을 발표하였다. 2005년의 인구 10만 명당 자살사망률이 24.7명으로서 절대적인 수준으로도 매우 높았을 뿐 아니라 2000년 이후 5년만에 약 10.0명이 증가할 정도로 증가속도가 매우 빨랐음을 감안할 때 당시에 보다 체계적이고 강력한 자살예방대책을 시행하였다면 현재와 같은 상황을 방지할 수도 있었을 것이다.

표 2. 제1차 국가자살예방 5개년 기본계획의 주요 내용

주요 사업	사업 내용
생명존중문화 조성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2004년 3월 결성된 범국민생명존중운동본부 운영 활성화, 종교단체와의 협력 강화 등을 통한 민간기관과의 협력 강화</li> <li>• 생명존중 및 자살예방 공익광고 제작 및 방영</li> <li>• “세계자살예방의 날(9월10일)” 행사 개최</li> <li>• 생명존중 국민수칙 및 홍보책자 제작 배포</li> <li>• 생명존중 마라톤 대회 개최</li> </ul>
언론의 자살보도 원고지침 보급 및 모니터링	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2004년 개발된(보건복지부·한국자살예방협회·한국기자협회 공동 개발) “자살예방 전문가가 권고하는 자살보도 기준” 준수 권고</li> <li>• 자살 사건 기사 모니터링 및 권고기준에 부합하는 기사 작성 권고</li> <li>• 인기드라마 생명 경시 내용 모니터링 및 시정 권고</li> </ul>
청소년 정신건강증진 및 자살 예방	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 청소년 정신보건사업 수행기관 확충</li> <li>• 청소년 자살예방 매뉴얼 개발 및 보급</li> </ul>
노인 정신건강증진 및 자살예방	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 노인 자살예방에 대한 조사연구</li> <li>• 노인 자살예방 전문가 양성 및 교육 훈련, 정신건강서비스 전달체계 구축, 자살 예방 프로그램 홍보 등 인프라 구축</li> <li>• 노인 정신건강 증진 가이드북 제작 배포</li> </ul>
우울증 및 자살위험자 조기발견 및 상담체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신보건센터/보건소/국립정신병원 우울증 조기발견 프로그램 운영</li> <li>• ‘가족과 친구에게 전화 걸기’행사 홍보지원</li> <li>• 정신의료기관 우울증 조기발견 및 무료상담 행사 개최</li> <li>• 정신보건센터/보건소와 지역사회 네트워크를 활용한 자살 위험자 및 우울증 환자 조기발견체계 구축</li> </ul>
자살예방 등 정신건강 상담전화 운영	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방 등 정신건강 상담 전화 홍보 강화</li> <li>• 자살예방 등 정신건강 상담요원 워크숍</li> <li>• 자살예방 등 정신건강 상담 전문과정 교육</li> <li>• WHO 권고 자살예방 지침서 번역 배포</li> <li>• 관련부처(경찰청, 소방방재청, 복지부 등) 협조 강화</li> </ul>
자살예방 인터넷 상담 운영	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 인터넷 상담체계 구축 운영</li> <li>• 상담전문가 풀 구성 운영</li> <li>• 상담전문가 워크숍</li> <li>• 사이버 상담체계 운영</li> </ul>
자살시도자 치료 및 사후관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살시도자에 대한 의뢰협조, 응급 후송, 정신과 진료 등</li> </ul>
자살 감시체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국민건강영양조사 자살관련 조사 기획</li> <li>• 경찰청 자살관련 정보 공유 체계 구축</li> <li>• 응급실 중심 자살 감시체계 구축</li> <li>• 사망원인통계 심층 분석</li> </ul>
교육 훈련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신과 전문의 교육과정에 자살예방 커리큘럼 포함</li> <li>• 중·고등학교 상담교사 대상 고위험자 조기발견교육</li> <li>• 각종 교육과정에 자살예방 사업 포함</li> <li>• 자살전문가 양성교육</li> </ul>
자살예방에 대한 연구지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방정책 및 프로그램 개발, 자살원인 모델 규명 연구 등 지원</li> </ul>
자살관련 통계의 품질 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살관련 통계생산의 기본원칙, 수집방법, 분류기준, 지침 마련</li> </ul>

자료: 보건복지부, “제1차 자살예방 5개년 종합대책-세부추진계획”, 2005.9

이런 측면에서 “제1차 국가자살예방 5개년 기본 계획”수립은 중요한 의미를 가지는 계획이었으나 다음과 같은 몇 가지 문제점을 가지고 있었다.

첫째로는 <표 2>에 제시된 바와 같이 자살예방을 위한 12대 과제를 포함하고 있는데, 자살의 직접적인 원인으로 사회·경제적 요인의 중요성에 대한 고려가 미흡하였다. 생물심리학적 요인과 사회경제적 요인 중 80%가 우울증을 거쳐서 자살에 이른다는 인식<sup>3)</sup> 하에 계획이 수립되면서 사회·경제적 요인을 감안한 다양한 사회적 지지 프로그램 개발이 미흡하였다. 즉, 정신건강 상담, 자살 시도자에 대한 응급진료, 우울증 조기발견 등 정신의학적 측면의 대책에 중점을 두었으며, 자살 고위험자의 사회경제적 위기 극복을 위한 지원 대책이 미흡하였다는 것이다<sup>4)</sup>.

둘째로는, 효과적인 자살예방대책 추진을 위한 법적 근거가 미비하여 재원확보 등 정책추진을 위한 동력을 충분히 확보하지 못했다는 점이다. 이후 계획 수립을 위한 법적 근거 마련의 필요성이 제기되면서 “제2차 자살예방종합대책(2009~2013년)”에서는 관련 법령 제정이 주요 정책과제 중 하나로 포함되었으며, 그 결과 제2차 자살예방종합대책 시행기간 중이던 2011년 『자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률』(법률 제10516호, 2012년 3월 31일 시행, 이하 “자살예방법”)이 제정되었다. 이 법률 제7조는 보건복지부 장관으로 하여금 관

계 중앙행정기관의 장과 협의하여 5년마다 ‘자살 예방 기본계획’을 수립·시행하도록 하고 있다.

셋째, 자살예방 대책이 효과적으로 추진되기 위해서는 여러 관련 부처의 협조와 업무연계가 필수적이지만 제1차 국가자살예방 5개년 기본계획은 보건복지부 중심으로 계획이 수립·추진되었다. 이에 따라 기본계획에 포함된 시책들도 주로 보건복지부 소관의 시책들로 구성되었다. 아울러, 자살 예방대책 추진체계와 관련하여, 보건복지부 내 “자살대책협의회”가 컨트롤 타워의 역할을 담당하는 것으로 되어 있었는데, 위원장은 보건복지부 건강증진국장으로 되어 있었으며, 위원(15인 이내)로는 한국자살예방협회, 생명존중운동본부, 한국기자협회, 한국종교사회복지협의회, 법조계, 의료계, 언론계, 응급의료기관 등의 관계자와 보건복지부 정신보건과장 및 담당사무관 등으로 구성되어 있었다<sup>5)</sup>.

## 2) 제2차 자살예방 종합대책(2009~2013년)

제1차 국가자살예방 5개년 기본계획이 법적 기반이 미비한 상태에서 보건복지부 주관으로 수립·추진되었다는 반성에 따라 제2차 자살예방종합대책은 2007년 범부처적으로 수립되었으며, 이 계획 추진 기간 중 법적 기반으로 『자살예방법』이 제정되었다.

이 계획에서는 자살의 원인으로 가계파탄, 신

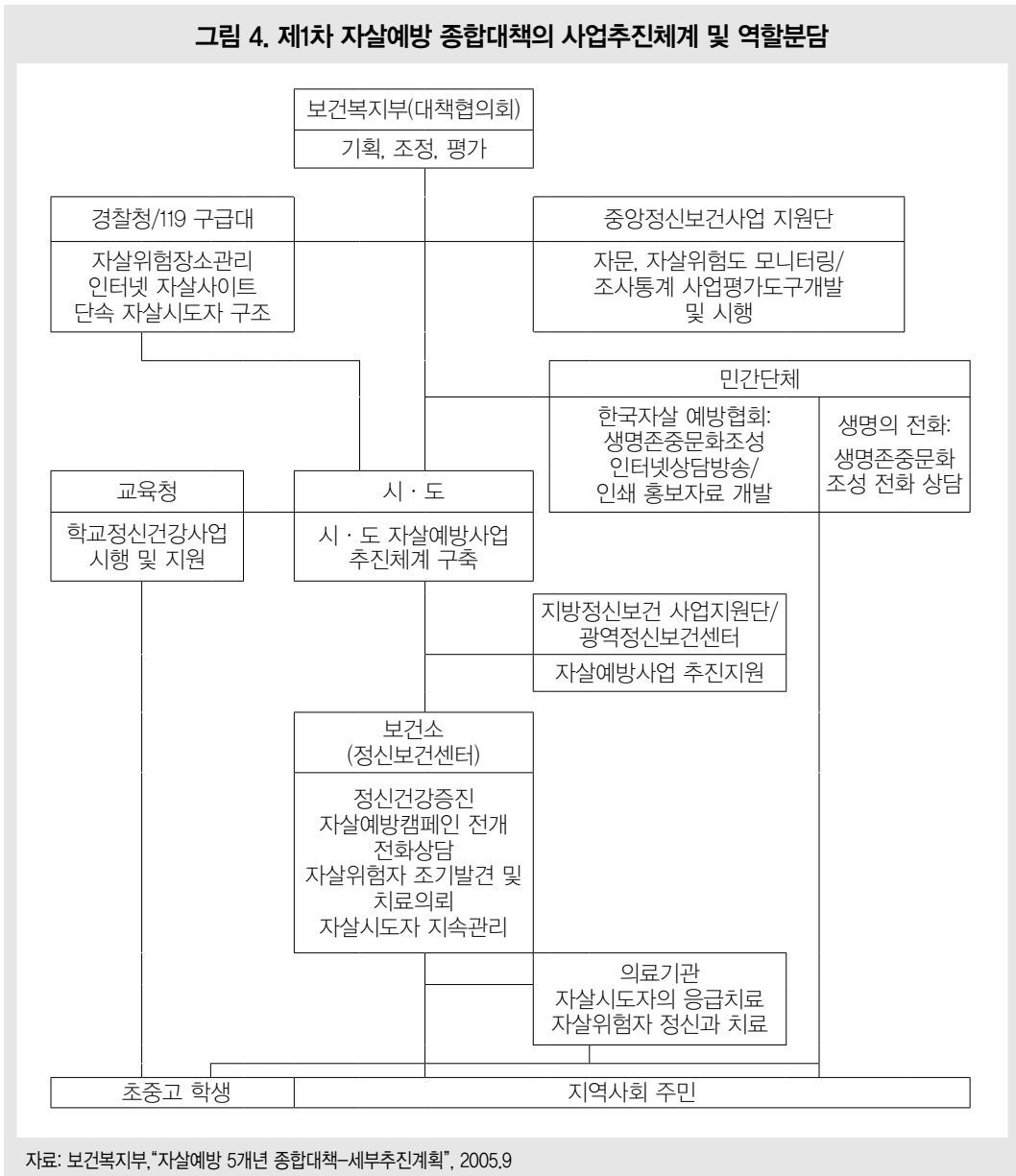
3) 보건복지부, “제1차 자살예방 5개년 종합대책-세부추진계획”, 2005.9

4) 이상영 외, “우리나라 자살예방대응전략 현황 및 개선방안”, 대한예방의학회·한국보건교육건강증진학회·한국보건행정학회·한국역학회 공동학술대회 발표자료, 2015.9.2

5) 이상영 외, 위의 책

6) 보건복지부, 「제2차 자살예방종합대책(2009~2013)」, 2008. 12에서, 자살 및 자살 충동원인(사회경제 등)을 분석하면서 이러한 요인들과 자살간의 관계를 제시하고 있음.

그림 4. 제1차 자살예방 종합대책의 사업추진체계 및 역할분담



자료: 보건복지부, "자살예방 5개년 종합대책-세부추진계획", 2005.9

용불량, 이혼, 실업, 이성문제, 질환·장애, 스트레스 및 고독, 진학문제, 따돌림 등 다양한 요인을 지목하였으나<sup>6)</sup> 이러한 사회경제적 요인에 대처하기 위한 지원 대책은 여전히 미흡하였다. 즉, 10대 과

제로서 자살에 대한 국민의 인식 개선, 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화, 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소, 자살에 대한 대중매체의 책임 강화, 자살 고위험군에 대한 정신

표 3. 제2차 자살예방 종합대책(2009~2013년)의 주요 내용

10대 과제	세부과제(29개)	소관부처
자살에 대한 국민의 인식개선	1) 국민정신건강 네트 개발 및 활용 2) 생명존중 사회마케팅 전략 체계 강화 3) 생명사랑 문화 프로그램 확산	보건복지부, 행정안전부 등
자살위험에 대한 개인사회적 대응 역량 강화	1) 이혼 가정 상담서비스 지원 강화 2) 위기청소년 사회안전망 구축 3) 아동청소년 정신건강 관리체계 강화 4) 대학교 자살예방 및 정신건강 사업 체계 구축 5) 직장인 정신건강 증진 지원체계 구축 6) 노인 학대 예방 및 독거노인 지원 강화	보건복지부, 여성가족부, 교육부, 고용노동부 등
자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소	1) 유독성 물질 불법 유통 관리 감독 강화 2) 농약 관리체계 강화 3) 인터넷 자살유해사이트 관리 체계 강화 4) 지하철, 교량 등에 대한 안전시설 강화	환경부, 농림축산식품부, 보건복지부, 여성가족부, 경찰청, 방송통신위원회, 국토교통부 등
자살에 대한 대중매체의 책임 강화	1) 미디어 관리 체계 구축	보건복지부 등
자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화	1) 지역사회 고위험군 자살예방 프로그램 개발 보급 2) 특수영역(군, 교정기관) 자살예방 활동 강화 3) 정신질환자 사례관리 시스템 강화 4) 알코올 중독자 관리 체계 구축 및 강화 5) 우울증 조기검진 및 치료관리체계 구축 6) 자살시도자·유가족 지원방안 마련	보건복지부, 국방부, 법무부 등
자살예방 인력에 대한 교육체계 강화	1) 정신보건전문요원 교육체계 구축 2) 경찰 및 긴급 구조요원 교육 강화	보건복지부, 경찰청, 소방방재청 등
자살예방을 위한 법과 제도적 기반 조성	1) 자살예방법 제정	보건복지부
자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축	1) 지역사회 상담지원 및 정신건강서비스 체계 확대 2) 제3자 통화 및 응급출동체계 구축 3) 자살예방 민간단체 지원 및 육성	보건복지부, 경찰청, 소방방재청 등
자살예방을 위한 연구·감시체계 구축	1) 자살예방사업 모니터링체계 구축 2) 자살예방사업 통계·연구체계 개선	보건복지부, 통계청, 경찰청 등
근거기반 자살예방정책 개발	1) 지역사회 기반의 통합적 자살예방 시범사업	보건복지부 등

주: 계획 수립당시 정부 부처 명칭 기준

자료: 보건복지부, 『제2차 자살예방종합대책(2009~2013)』, 2008. 12의 내용과 김상우·이채정, 『자살예방사업의 문제점 및 개선과제』, 국회예산정책처, 2013년 내용을 토대로 재구성

보건서비스 강화 등 다양한 대책이 포함되어 있으나 사회안전망으로서의 취약노인 위기대응, 위기 가족 및 청소년 등에 대한 경제적·심리사회적 긴급지원 등의 사회적 지지에 대한 내용이 미흡하다는 것이다.

제2차 자살예방종합대책이 설정했던 목표(2013년까지 인구 10만명당 자살사망률을 20명 미만으로 감소)는 달성되지 못한 상태이며, 이후의 제3차 계획도 아직까지 담당부처에서 준비 중인 것으로 알려지고 있다. 제2차 계획에 대한 체계적인 평가와 이를 토대로 한 이후의 계획 수립이 조속히 이루어져야 할 것이다.

### 3) 현행 자살예방 대책의 주요 내용

지금까지는 자살예방을 위한 종합계획을 중심으로 살펴보았으나 여기서는 현재 추진되는 자살예방사업 중에서 보건복지부가 수행하는 직접 사업을 중심으로 살펴보고자 한다. 보건복지부의 직접사업<sup>7)</sup>으로는 자살예방관련 연구개발 사업, 생명존중 문화조성사업, 자살예방 교육 및 전문인력 양성, 사이버 상담 및 자살유해정보 모니터링, 민관협력 자살예방사업, 응급실기반 자살시도자 지원사업, 중앙자살예방센터 운영 등이 있다<sup>8)</sup>.

이 사업들은 전체적으로 보면, 교육자료 개발, 전문인력 양성, 홍보 및 캠페인, 유해정보 모니터링 등이 주된 내용으로, 자살을 효과적으로 예방하기 위해 필요한 다양한 사업 중 매우 일부분에 지

나지 않는다. 이는 정신건강담당 부서에서 수행하는 사업을 중심으로 자료를 제시하였기 때문에 발생한 문제이기도 하지만, 자살예방이라는 정책목표를 표방하는 사회·경제적 위기 개입 및 지지 프로그램이 미흡했던 것도 문제였다. 물론 이러한 지원 사업들은 정신건강담당 부서가 아닌 타 정책부서 사업에 포함되어야 할 수도 있지만 현실적으로 타 정책부서 사업에도 이러한 사업들이 충분히 반영되어 있지 못하다.

자살예방사업에 투입되는 예산은 국민건강증진기금을 재원으로 하고 있는데, 이와 같이 자살예방대책의 예산이 국민건강증진기금에서 조달된다는 것은 자살문제는 건강문제라는 인식을 바탕으로 하기 때문인 것으로 판단된다. 자살예방대책의 범주를 다양한 사회·경제적 지지 프로그램으로 확대하고 이를 위한 예산은 일반회계 등에서 조달하는 방안을 강구하여야 할 것이다.

자살예방대책에 투입되는 예산은 약 28억원(2013년)에 불과하다. 이 중 자살예방 관련 연구개발 2억원, 생명존중문화 조성 8억원, 자살예방교육 및 전문인력 양성 3억원, 사이버상담 및 자살유해정보 모니터링 1억원, 민관자살예방사업 4억원, 응급실 기반 자살시도자 지원사업 10억원 등이다<sup>9)</sup>. 자살문제의 심각성을 고려할 때 사업예산이 대폭 확충되어야 할 것이며, 사업예산 확충과 병행하여 사업성과에 대한 체계적인 관리도 이루어져야 한다.

7) 자살예방과 관련하여 보건복지부 수행 사업중 정신건강증진센터 운영, 아동·청소년 정신건강증진 사업, 정신건강증진 사업 등을 자살과 관련한 간접 사업으로 분류할 수 있음.

8) 정진욱 외(2014), 『4대중독 및 정신건강 지원 사업군 심층평가』, 한국보건사회연구원.

9) 정진욱 외(2014), 위의 책



표 4. 지역사회 자살예방 사업 내용

사업 내용	사업 방법
자살예방 정책 연구개발	① 한국형 표준 자살예방 교육 프로그램 개발 - 표준자살예방교육 프로그램 개발      - 자살위기개입 모델개발 ② 생애주기별, 고위험군 대상 자살예방교육 프로그램 개발 - 연령대별 자살예방교육 프로그램 개발 - 만성신체질환자 등 고위험군 대상 자살예방교육 프로그램 개발 ③ 자살 관련 매뉴얼 및 자료 개발 - 자살예방 매뉴얼 제작                      - 위기대응 전문가 교육 및 지침개발 ④ 생애주기별, 고위험군 대상 자살예방교육 프로그램 개발 - 생애주기별 자살예방교육 프로그램 PPT/CD 및 동영상(노인, 청소년) 제작, 보급 - 고위험(만성신체질환)대상 자살예방교육 프로그램 개발 - 고위험(자살유가족)대상 자살예방교육 프로그램 개발
생명존중문화 조성	① 자살예방의 날 및 자살예방 주간 운영 - 자살예방의 날 기념식                      - 자살예방 종합학술대회 - 서울포럼(WHO) 개최                      - 국내/국제 미디어 포럼 - 생명사랑 전시회 ② 생명존중 캠페인 - '셀라비 1004' 캠페인 ③ 자살예방 홍보자료 제작 및 보급 - 다문화인, 119·경찰, 일반인 대상 홍보자료 제작 ④ 공익광고 제작 및 송출 - TV 및 라디오 송출 - 인쇄매체를 통한 홍보(지방지하철 PDP, 지하철 내부 액자광고 및 스크린도어 인쇄광고 등)
자살예방 교육 및 전문인력 양성	① 자살예방 전문인력 양성 - LivingWorks 의 safeTALK 및 ASIST 강사양성교육 - 자살예방교육 프로그램 홍보물 제작 및 배포 ② 전문강사를 통한 ASIST & safeTALK 교육 실시 - ASIST교육과 safeTALK교육 - 전문인력 양성 및 게이트키퍼 발굴, 양성 ③ 인프라가 부족한 지역 및 일반인 대상 자살예방교육 및 강사 지원 - 한국자살예방협회 및 광역과 지역의 정신보건센터, 자살예방센터 전문인력 연계 ④ 위기대응 전문가 양성 및 교육시스템 구축 - 자살예방 매뉴얼 제작 보급 : 광역형 자살예방센터와 협력체계 구축 - 위기대응 전문가 교육 - 자살예방사업 실무자 워크숍
사이버상담 및 자살유해정보 모니터링	① 유해정보 모니터링 - 매스미디어 모니터링 - 자살예방 우수보도상 시상, 미디어위원회 운영, 기자세미나 개최 ② 유해정보 신고
민관협력 자살 예방사업	① 사업 자문단 구성      ② 운영위원회 진행      ③ 민관협력 간담회 운영

자료: 정진욱 외(2014). 『4대중독 및 정신건강 지원 사업군 심층평가』, 한국보건사회연구원·보건복지부 내부자료 재인용.

#### 4) 우리나라 자살예방 대책에 대한 전반적 평가

2004년 이후 두 차례에 걸친 자살예방 종합대책 수립 추진, 『자살예방법』제정 등에도 불구하고 아직까지 뚜렷한 정책적 성과를 올리지 못하고 있다. 그 원인으로는 여러 가지가 지적될 수 있는데, 첫째, 2차에 걸친 종합계획이 추진되었지만 계획상의 대책들이 실효성을 갖지 못했다. 그것은 예산의 뒷받침이 부족했기 때문이기도 하였으며, 각 대책들 간의 연계를 고려한 입체적 추진전략이 마련되지 못했기 때문이기도 하지만, 가장 중요한 요인은 컨트롤 타워 기능의 미흡과 관련 부처의 책임의식 공유, 체계적 성과관리의 미흡 등이다. 5개년 계획의 수립, 각 부처별 1년 단위의 실행계획 수립·시행, 성과평가 등이 체계적으로 추진되지 않고서는 실질적인 효과를 기대하기 어렵다.

둘째, 지역단위에서 고위험자를 조기에 발견하고 위기개입과 사회적 지원을 효과적으로 제공하기 위한 네트워크 구축과 이러한 네트워크가 자율적으로 작동되도록 하기 위한 메커니즘의 개발이 미흡하다. 지역사회 내의 다양한 보건복지 서비스 제공 주체들이 고위험자 발굴 및 사회적 지원 활동에 참여할 수 있도록 하는 네트워크를 구축하고, 이 네트워크가 원활하게 작동할 수 있도록 하는 기전이 미흡하다는 것이다.

셋째, 자살예방 관련 예산이 국민건강증진기금에서 조달되면서 예산의 확대에 한계가 있었다. 자살고위험자나 유가족 지원 등 다양 대책의 재원이 국민건강증진기금으로 국한될 필요는 없으며, 다른 한편으로는 최근의 국민건강증진기금 확대와 함께 자살예방 관련 예산도 대폭 확충되어야 한다.

넷째, 지역단위의 자살예방 및 정신건강증진 서비스 제공을 위한 인프라가 취약하고 지역특성에 맞는 자살예방 대책을 개발·추진할 수 있는 지방자치단체들의 역량이 부족하다.

앞으로 자살예방을 위한 또 다른 종합계획이 수립된다고 하더라도 최소한 이러한 문제점들에 대한 근본적인 해결책이 마련되지 않는 한 실질적인 정책효과를 기대하기 어려울 것이다.

### 3. 일본의 자살예방 대책

본 절에서는 자살예방 대책의 추진과 관련한 정부의 정책적 의지나 추진체계, 사업예산 등의 측면에서 우리나라의 자살예방대책 추진과 관련한 시사점이 크다고 판단되는 일본의 사례에 대해 살펴보기로 한다.

일본은 1990년대 후반 매우 높은 자살사망률을 보였다. 특히 1997년 인구 10만명당 19.3명(남자 26.6명, 여자 12.4명)이던 자살사망률이 1998년에 26.0명(남자 37.2명, 여자 15.3명)으로 폭등하는 현상을 보였다. 남자와 여자 모두 자살사망률이 크게 증가하였으나 특히 남자의 자살사망률이 급격하게 증가하였다. 이후 약간의 감소세를 보이던 자살사망률은 2003년에 27.0명(남자 40.1명, 여자 14.5명)으로 다시 증가하였다.

이와 같은 자살사망률의 급증에 따라 자살에 대한 사회적 관심이 크게 고조 되었으며, 이러한 사회적 관심은 2006년 10월 『자살대책기본법』제정으로 이어졌다. 자살사망률이 단기간에 걸쳐 급등하면서 그로 인한 사회적 충격이 컸던 만큼 법률

표 5. 일본의 자살사망률

(단위: 명, 인구 10만 명당)

구분	1997년	1998년	2003년	2012년	2013년	2014년
자살사망률(전체)	19.3	26.0	27.0	21.8	21.4	20.0
남자	26.6	37.2	40.1	31.1	30.3	28.1
여자	12.4	15.3	14.5	13.1	13.0	12.3

자료: 1) 일본 내각부 내부자료, 이상영, "외국의 자살대책 사례와 시사점", 국회예산정책처 자살예방정책토론회: 적극적인 자살예방을 위한 정책과제(2013.9.25.) 발표자료에서 재인용  
 2) 2013년 자료는 일본 내각부, 『2014년 자살대책백서』 ([http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/en/w-2014/pdf/chap1\\_1\\_1.pdf](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/en/w-2014/pdf/chap1_1_1.pdf)) 참조  
 3) 2014년 자료는 내각부, 『2015년 자살대책백서』 (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2015/dt/gaiyou/pdf/1-1.pdf>) 참조

제정과 함께 2007년 6월에는 2007~2011년까지 5개년 간 추진할 “제1차 자살예방 종합대책”을 수립·발표하였다.

『자살대책기본법』은 크게 ① 자살예방에 대한 조사·연구 및 정보 수집, ② 자살 고위험자에 대한 의료서비스 제공체계 정비, ③ 자살고위험자의 조기발견 및 발생방지, ④ 자살시도자 및 자살자 유가족에 대한 지원, ⑤ 자살예방 활동 담당 민간단체 지원, ⑥ 내각부에 “자살 종합 대책 회의” 설치·운영, ⑦ 자살예방 종합 대책의 수립·추진 등의 내용을 담고 있다<sup>10)</sup>.

자살예방에 대한 조사·연구, 고위험자에 대한 의료서비스 공급체계 강화, 고위험자 조기발견, 유가족 지원 등은 우리나라의 자살예방 종합계획 등에도 포함되어 있는 내용이지만 내각부 소속의 “자살 종합 대책 회의”는 보건복지부 중심으로 자살예방대책을 추진하고 있는 우리나라의 자살예방대책 추진체계 상에서는 찾아 볼 수 없는 내용이다.

자살 종합 대책 회의의 의장은 내각관방장관이

담당하며, 위원은 내각총리대신이 지명하는 대신으로 구성된다. 이 자살 종합 대책 회의는 자살예방 대책의 컨트롤 타워로서 자살예방 종합 대책 수립, 관련 부처·기관 협조·연계, 자살예방 대책 관련 주요 사항 심의, 자살예방 대책 추진 등의 역할을 담당한다. 또한 내각부에는 자살대책 추진실이 설치되어 있어 자살 종합 대책 회의의 사무국 역할과 함께 자살 종합 대책 추진을 위한 행정 기능을 담당하고 있다.

우리나라의 경우도 관련 부처에서 각자 나름의 자살예방 대책을 마련하여 추진하고 있으며, 자살예방 종합계획 상에도 관련 부처에 대해 역할이 분담되어 있으나 이를 전체적으로 통합 조정하는 기능을 보건복지부가 담당하는 데 한계가 있다.

2012~2016년 기간 동안의 자살예방 대책을 담은 일본의 “제2차 자살예방 대책”은 2012년 8월에 발표되었다. 이 대책은 ① 자살실태 규명, ② 자살에 대한 사회적 관심 제고, ③ 자살관련 전문 인력 양성, ④ 정신건강증진사업(“마음의 건강 만들

10) 일본 내각부 내부자료, 이상영, “외국의 자살대책 사례와 시사점”, 국회예산정책처 자살예방정책 토론회: 적극적인 자살예방을 위한 정책과제(2013.9.25.) 발표자료에서 재인용 함.

기)사업) 확충, ⑤ 정신과 진료서비스 확대, ⑥ 자살예방을 위한 사회적 지원 강화, ⑦ 자살시도자의 재시도 방지, ⑧ 유족에 대한 지원, ⑨ 민간단체와의 연대 강화 등 9대 주요 시책을 담고 있다<sup>11)</sup>.

이러한 “제2차 자살예방 대책”의 내용은 우리나라의 제2차 자살예방 종합대책의 내용과 큰 틀에서 대동소이하다. 그러나 일본의 경우 자살예방 종합 대책 수립의 법적 근거를 먼저 마련한 이후 이

를 기초로 종합대책을 수립하였지만 우리나라는 2008년 12월 제2차 자살예방 종합 대책 발표 이후 2011년에 가서야 계획 수립의 법적 근거로서 『자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률』을 제정하게 되었다.

이러한 차이는 우리나라의 자살예방 대책 수립·집행과 관련하여 중요한 의미를 가지는 것으로 판단된다. 우리나라의 경우 2004년 12월에 발

표 6. 일본의 자살예방 대책 추진 체계

관련조직	구성 및 역할
자살종합 대책 회의	구성
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의장: 내각관방 장관</li> <li>- 위원: 내각총리대신이 지정하는 국무대신                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 내각부 특명담당대신(자살대책)</li> <li>· 국가공안위원회 위원장</li> <li>· 내각부 특명담당대신(금융)</li> <li>· 내각부 특명담당대신(소비자 및 식품안전)</li> <li>· 총무대신, 업무대신, 문부과학대신, 후생노동대신, 농림수산대신, 경제산업대신, 국토교통대신</li> </ul> </li> </ul>
자살종합 대책 회의	역할
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 자살예방 대책의 컨트롤 타워 기능</li> <li>- 자살예방 종합대책 수립</li> <li>- 관련 부처·기관 협조·연계</li> <li>- 자살예방 대책 관련 주요 사항 심의</li> <li>- 자살예방 대책 추진</li> </ul>
내각부 자살대책 추진실	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 자살종합 대책 회의 사무국</li> <li>- 자살종합 대책 추진</li> </ul>
각 부처	- 각 부처 소관의 자살예방 대책 추진
지방자치단체	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 중앙정부와의 협력</li> <li>- 지역특성에 맞는 대책 마련·시행</li> <li>- “자살대책 연락협의회” 운영</li> </ul>
관련 단체	- 의료기관, 학교, 사업장, 민간단체 등의 업무 연계

자료: 일본 내각부 내부자료. 이상영, “외국의 자살대책 사례와 시사점”, 국회예산정책처 자살예방정책 토론회: 적극적인 자살예방을 위한 정책과제(2013.9.25.) 발표자료에서 재인용

11) 일본 내각부 내부자료. 이상영, “외국의 자살대책 사례와 시사점”, 국회예산정책처 자살예방정책 토론회: 적극적인 자살예방을 위한 정책과제(2013.9.25.) 발표자료에서 재인용

표 7. 일본의 “제2차 자살예방 대책”의 주요 내용

9대 시책	주요 시책의 사례
자살실태 규명	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살 원인분석과 자살예방대책 마련 연구</li> <li>• 자살통계, 정부의 자살예방대책, WHO 등 외국의 대책 등 정보 제공(자살예방종합센터의 웹사이트“삶”)</li> </ul>
자살에 대한 사회적 관심 제고	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방 주간 및 ‘자살대책강화의 달’의 홍보사업 실시</li> <li>• 전국의 상담창구 검색을 위한 웹사이트 개설</li> <li>• 대중매체를 통한 홍보</li> <li>• 게이트키퍼 연수용 DVD 제작 및 배포</li> <li>• 청소년의 보호자, 교원, 청소년 대상 강좌 실시</li> </ul>
자살 관련 전문인력양성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역보건요원, 개호지원 전문가, 상담원 등 대상의 게이트키퍼 양성 교육</li> <li>• 학생지도 담당자, 교장, 교감 등을 대상으로 한 협의회 개최</li> </ul>
정신건강증진 사업 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강대책 지원센터를 통한 정신건강증진 사업 실시</li> <li>• 근로자에 대한 정신건강정보 제공 및 상담</li> <li>• 소규모 사업장 근로자에 대한 상담 및 지도</li> </ul>
정신과 진료서비스 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신과 의료종사자 및 심리상담사 연수 실시</li> <li>• 개호예방 사업 중 고령자의 우울증 판별검사 실시</li> <li>• “지역 의존증 대책 추진 모델사업” 및 의존증 회복시설 직원연수 사업 실시</li> </ul>
사회적 지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 포괄 지원 상담 및 지역 상담체계 강화</li> <li>• 다중 채무자를 대상으로 한 상담 실시</li> <li>• 저소득층 대상 자립자금 대출 및 상담 지원</li> <li>• 생활복지 자금 대출 제도 실시</li> </ul>
자살시도자의 재시도 방지	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신과 응급의료 체계 강화</li> <li>• 자살시도자 지원을 위한 가이드라인 마련 및 연수</li> </ul>
유족에 대한 지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 유족 모임 운영 및 지원</li> <li>• 유족을 대상으로 한 홍보물 제작 배포</li> </ul>
민간단체와의 연대 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 관계부처, 지자체, 민간단체 등 관련기관 간의 사례 검토</li> <li>• 자살대책 네트워크 협의회 개최</li> </ul>

자료: 일본 내각부 내부자료. 이상영, “외국의 자살대책 사례와 시사점”, 국회예산정책처 자살예방정책 토론회: 적극적인 자살예방 위한 정책과제(2013.9.25.) 발표자료에서 재인용

표된 “제1차 국가자살예방 5개년 기본계획”(2004~2008)은 법적 근거가 미비한 상태에서 보건복지부를 중심으로 수립됨에 따라 정책추진의 동력도 부족하였으며, 계획을 구성하는 주요 세부시책들도 보건복지부 소관의 시책 중심으로 구성되게 되었다. 이후 범부처적으로 수립된 “제2차 자살에

방 종합대책” (2009~2013년)에는 제1차 계획에 포함되지 않았던 다양한 대책이 포함되었다. 따라서 현재 시점에서는 일본의 제2차 자살예방대책과 우리나라의 제2차 자살예방 종합대책이 유사한 내용을 담고 있다고 하더라도 1~2차 계획에 이르기까지의 정책추진 경험과 시책의 지속성 등의 측면

에서 차이가 날 수밖에 없다.

한편, 일본은 자살예방 대책 추진에 막대한 예산을 투입하고 있다. 2013년 예산안을 기준으로 자살예방대책의 예산은 약 287억엔이다. 가장 많은 예산이 투입이 되는 사업은 사회적 지원 사업으로 약 159억엔의 예산이 배정되었다. 사회적 지원 사업에는 저소득층을 대상으로 하는 자립자금 대출이나 생활복지자금 대출 등이 포함되어 있는데, 이러한 사업들은 자살예방이라는 목표 하에 자살 예방대책의 일환으로 추진된다는 점에서 일반적인 복지 지원과는 구별된다고 보아야 할 것이다.

일본은 도도부현의 자살예방사업 추진을 지원하기 위하여 내각부 책임 하에 “지역 자살대책 긴급 강화기금”을 조성·운영하기도 하였다. 이 기금은 자살예방대책 추진을 위한 지방자치단체의

역량 강화를 목적으로 한시적으로 활용되었는데, 2009년 기준 100억엔의 예산이 투입되었다. 전문 인력 양성사업, 교육자료 개발 보급 사업, 대면형 상담지원사업, 전화상담지원 사업, 자살예방대책 강화 모델 개발 사업, 우울증 의료체계 강화 사업 등 6개 사업 중에서 개별 지방자치단체들이 자신들에게 가장 필요하다고 판단되는 사업을 선택하면 여기에 자금을 지원하였다.

지금까지의 일본 사례에서 얻을 수 있는 시사점을 정리하면 첫째, 자살예방 대책의 효과적인 추진을 위해서는 부처 간 업무 조정·연계 등을 담당하는 컨트론타워가 구축되어야 한다는 것이다. 자살의 원인이 다양한 만큼 자살예방대책에는 여러 정부부처가 관련될 수밖에 없기 때문에 개별 부처를 넘어서는 수준에서의 협의·조정기구가 필요하다

표 8. 일본의 자살예방 대책 예산

(단위: 천엔)

구분	2011년	2012년	2013년(안)	구분	2011년	2012년	2013년(안)
1. 자살실태 규명	28,409	45,677	44,922	6. 사회적 지원강화	6,609,503	11,137,696	15,889,810
2. 사회적 관심 제고	363,450	260,292	245,772	7. 자살시도 자의 재시도 방지	1,819,581	10,973	7,364
3. 인력 양성	447,362	371,222	352,551	8. 유가족 지원	19,368	12,524	-
4. 정신건강 증진	2,841,579	8,697,882	9,270,823	9. 민간단체와의 연대 강화	259,979	151,303	135,565
5. 정신과 진료서비스 확충	2,925,778	2,941,760	2,775,085	10. 기타	17,527	11,757	10,214
				합 계	13,421,344	23,628,562	28,732,106

자료: 일본 내각부 내부자료. 이상영, “외국의 자살대책 사례와 시사점”, 국회예산정책처 자살예방정책 토론회: 적극적인 자살예방을 위한 정책과제(2013.9.25.) 발표자료에서 재인용

는 것이다.

둘째, 자살예방대책 추진을 위한 예산이 대폭 확대되어야 한다. 자살예방을 위한 사회적 지원 프로그램 운영 등을 포함하여 지역사회 내 대면형 서비스 제공체계 구축에 필요한 전문인력 양성 등 정신건강관련 인프라 확충에 보다 많은 예산을 투입하여야 한다.

셋째, 지방자치단체의 역량 강화를 위한 중앙정부의 지원이 확대되어야 한다. 지역사회 자살 관련 전문인력 양성·배치, 지역 상담인프라 확충 등을 위한 예산 및 기술 지원이 확대되어야 한다.

## 4. 나가며

자살예방 대책 담당부처인 보건복지부는 현재 제3차 자살예방 종합대책을 마련 중에 있는데, 효과적인 계획의 수립·집행을 위해 다음과 같은 사항을 우선적으로 고려해야 한다. 첫째, 자살예방대책 추진을 위한 컨트롤 타워를 확립하고 관련 부처와의 협조체계를 강화해야 한다. 자살을 효과적으로 예방하기 위해서는 범부처적인 노력이 중요하다는 점에서 국무총리실에 가칭 “자살예방대책 추진위원회”를 설치·운영하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 제2차 자살예방 종합 대책의 경우 계획수립은 범부처적으로 이루어졌으나 계획의 집행은 실질적으로 보건복지부가 전담해 왔다. 이 과정에서 관련 부처 간의 협조가 미흡하였으며, 계획의 목표달성과 추진성과 제고를 위한 관련 부처들의 참여의식과 역할분담이 미흡하였다. 이러한 문

제에 대응하여 “자살예방대책 추진위원회”가 자살 예방대책과 관련한 책임과 권한을 관련 부처 간에 합리적으로 분담하도록 하고, 업무추진을 위한 협조를 강화하도록 하는 관리기전을 마련해야 한다.

둘째, 지역사회 자원을 최대한 활용하기 위한 전략을 마련하여야 한다. 대표적인 예로서 현재 지역사회에는 취약계층을 대상으로 하는 다양한 보건복지 전문 요원들이 활동하고 있으며, 이들을 자살예방 활동에 적극 활용할 필요가 있다는 것이다. 지역사회에서의 자살예방 활동은 그 특성상 고위험자 발굴 및 맞춤형 서비스 제공 등에 많은 인적 자원을 필요로 하며, 현재의 정신건강증진센터 및 자살예방 센터의 인력만으로는 이러한 자살예방 활동을 효과적으로 수행하는 데 한계가 있다. 특히 빈곤계층에서 자살사망률이 높게 나타나고 있다는 점을 고려해볼 때 자살고위험자 관리 및 사회적 지지 프로그램 시행 등에 있어 시·군·구 희망복지지원단 통합사례관리 사업이나 보건소의 맞춤형 방문보건사업을 수행하는 일선 요원들을 활용할 경우 자살예방 사업의 성과를 크게 제고할 수 있을 것으로 판단된다. 이를 위해 정신건강증진센터, 자살예방 센터를 중심으로 한 지역사회 보건복지 관련 인력들 간의 업무협조 네트워크로서 가칭 “자살예방 실무협의회”를 구성·운영하는 방안을 고려할 수 있을 것이다.

셋째, 대상자의 특성에 부응하면서도 다양한 서비스가 통합적으로 제공되는 자살예방 프로그램이 개발되어야 한다. 근로복지공단의 근로자 지원 프로그램(EAP) 지원 사업<sup>12)</sup>에서의 예와 같이 스트레스, 조직 내 관계갈등, 업무과다, 건강관리, 정

12) 근로복지공단 홈페이지([http://www.kcomwel.or.kr/empl/eaps/eaps\\_idx.jsp](http://www.kcomwel.or.kr/empl/eaps/eaps_idx.jsp)) 2015.10.5. 15:00 인출

서·성격, 자녀양육, 부부관계, 신용관리(빚·세금 등), 법률관계(이혼, 교통, 범죄), 학업 정보(교육, 입시), 취업, 성폭력 등 다양한 분야의 프로그램을 개발할 필요가 있다. 직장에서의 EAP를 참고로 하여 지역사회에서 적용 가능한 모형을 개발하되, 서비스를 제공할 수 있는 법조인, 금융전문가, 의료인 등의 전문인력을 지역사회에서 확보하고, 이를 조직화하여 비용·효과적으로 운영하기 위한 전략도 마련되어야 한다. 특히 발견된 고위험자별로 서비스 욕구에 맞게 사례관리팀을 구성·운영하되, 사례관리팀 구성을 위한 지역사회 자원봉사자 확보 등의 노력이 필요하다.

넷째, 자살예방 대책에 대한 예산 및 지역사회 정신건강증진서비스 공급체계 확충이 이루어져야 한다. 현실적으로 지역 정신건강증진센터나 자살예방센터에 지원되는 사업비의 규모가 매우 열악하며, 사업비 중에서도 인건비를 제외하고 나면 서비스 제공에 투입되는 예산의 비중이 매우 낮다. 따라서 담배값 인상을 통해 확충된 건강증진기금 중에서 정신건강증진 및 자살예방에 투입되는 예산을 대폭 확대하여야 한다. 아울러, 정신건강증

진 및 자살예방사업 예산의 국고 및 지방비 분담비율을 조정하여 국고의 비율을 높이는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 또한 일본의 “지역 자살대책 긴급 강화기금”의 사례와 같이 일정액의 예산을 지방자치단체에 배정하여 지방자치단체 자율적인 특화사업 개발 및 시행을 촉진하도록 할 필요가 있다.

다섯째, 자살 관련 통합정보체계의 구축이 필요하다. 통계청 사망원인 자료, 국가 응급환자 진료정보망(NEDIS) 자살 관련 의료정보, 경찰청 관련 자료, 정신건강증진센터 및 자살예방센터 모니터링 자료 등을 연계할 수 있는 정보체계를 구축·운영할 필요가 있다.

마지막으로, 자살예방 대책이 성과를 거두는 데 있어서 일차적으로 정부의 정책적 관심이 가장 중요하겠지만 언론, 시민단체 등 모든 사회구성원의 적극적인 참여의식도 그 못지않게 중요하다. 자살예방을 위해 민간부문이 담당해야 할 역할을 합리적으로 설정하는 한편, 민간의 참여의지를 효과적으로 조직화하고 자살예방활동을 활성화하기 위한 전략이 강구되어야 한다. ■