

【책임연구자】

채수미 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

보건 분야 기후변화 대응을 위한 근거 생산과 정책 개발
한국보건사회연구원, 2017(공저)

기후변화로 인한 건강영향평가(기후보건영향평가) 및 실태조사 방안 연구
한국보건사회연구원·질병관리본부, 2018(공저)

【공동연구진】

최지희 한국보건사회연구원 전문연구원

차미란 한국보건사회연구원 연구원

김혜윤 한국보건사회연구원 연구원

권영대 가톨릭대학교 의과대학 교수

우경숙 한양대학교 건강과 사회 연구소 박사

최재영 한림대학교 경영학과 교수

연구보고서 2019-30

자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

발행일 2019년 12월

저자 채수미

발행인 조흥식

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 (주)삼일기획

발간사 <<

올해 발표된 OECD 보고서에 따르면, 거의 모든 국가들의 자살사망률이 낮아졌다고 한다. 1990년과 2017년 사이 무려 30% 이상 감소했다. 우리나라 자살사망률이 이들 국가 중에 가장 높다는 것은 이미 알려진 사실이다. 우리나라에서 자살로 사망하는 사람은 연간 1만 3000명이 넘는다. 자살사망이 가장 많았던 2009~2010년에는 한 해 1만 5500명에 가까웠다. 자살에 이르지 못하는 못했지만 자살을 시도하는 사람들은 자살사망자의 10~20배에 이른다고 한다. 또한 가까운 사람의 자살사망으로 고통받는 주변인들이 있다. 그리고 개인적이거나 사회적인 문제로 위험한 선택을 준비하고 있는 내 옆 사람이 도움을 요청하는 암시를 해도 우리는 이를 미처 다 깨닫지 못한다.

이에 정부는 바쁘게 움직이고 있다. 현 정부의 국정과제에 자살예방을 포함시켰으며, 지난해엔 '자살예방 국가 행동계획'을 발표하고 보건복지부 내에 관련 부서도 신설했다. 정신건강 증진을 위한 지역사회의 노력이 이어지고, 연구자들의 분석도 계속되고 있다.

이 연구는 이와 같이 사회적 요구가 높은 자살예방 정책 중에서도 첫 단계에 중점을 두고 있다. 누구를 자살예방 정책의 대상으로 바라볼 것이며, 자살 고위험군을 어떻게 찾아낼 것인가에 대해 검토했다. 그간 국가에서는 자살사망자의 심리부검을 통해 사망 원인을 파악하려는 노력을 해 왔는데, 이 연구에서는 이들이 살아 있는 동안 보였던 의료 이용 행태를 살펴봄으로써 자살사망자를 또 다른 방식으로 이해하고자 시도했다. 이 연구가 향후 우리나라 자살 고위험군을 보호하는 데 의미 있는 보탬이 되기를 기대한다.

이 연구는 채수미 부연구위원의 책임하에 원내에서는 최지희 전문연구원, 차미란 연구원, 김혜윤 연구원이 참여했으며, 원외에서는 권영대 교수, 우경숙 박사, 최재영 교수가 연구진으로 참여하여 수행되었다. 이 연구가 추진되는 과정에서 아낌없는 고견과 응원을 보내 주신 광명시 보건소 이현숙 소장, 본 연구원의 정영호 선임연구위원께 진심을 다해 감사의 뜻을 표한다.

2019년 12월
한국보건사회연구원 원장
조 흥 식

목 차

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	9
제1절 연구의 배경 및 목적	11
제2절 연구의 내용 및 방법	16
제2장 국내 자살 고위험군 발굴 정책	19
제1절 조사 내용 및 방법	21
제2절 국내 자살예방 정책 방향	22
제3절 국내 자살 고위험군 발굴 현황과 한계	24
제3장 자살 고위험군의 의료 이용	41
제1절 선행연구 고찰	43
제2절 자살사망자의 의료 이용	56
제3절 정신질환자의 자살사망 및 의료 이용	87
제4장 자살예방에 대한 국민의 경험과 인식 조사	103
제1절 조사 배경	105
제2절 조사 내용 및 방법	106
제3절 조사 결과	109
제4절 소결	124

제5장 국외 자살 고위험군 발굴 및 공적 지원 체계	127
제1절 미국	129
제2절 일본	151
제6장 결 론	167
제1절 자살예방사업의 대상과 참여자 구체화	169
제2절 자살 고위험군을 이해하기 위한 보다 나은 근거 구축 전략	175
제3절 한국 사회의 자살예방에 대한 인식 개선 및 역량 강화	181
참고문헌	187
부록	201
부록1. ‘자살예방에 대한 국민의 경험과 인식 조사’의 조사표	201
부록2. 정신질환 유형별 자살사망 현황 및 자살사망률	206
부록3. 정신질환 유형별 최초 정신질환 진단 이후 자살사망까지 이르는 평균 기간	210

표 목차

〈표 1-1〉 '자살예방 국가 행동계획'의 다섯 가지 추진 과제	14
〈표 2-1〉 국내 자살 고위험군 발굴 전략 논의를 위한 간담회 운영 현황	21
〈표 2-2〉 '자살예방 국가 행동계획'의 추진 과제별 사업 대상	25
〈표 2-3〉 중앙심리부검센터 심리부검 결과에서 나타난 생애주기별 자살사망자 특성	37
〈표 3-1〉 자살사망과 정신질환과의 관련성(1)	49
〈표 3-2〉 자살사망과 정신질환과의 관련성(2)	50
〈표 3-3〉 자살사망군과 비(非)자살사망군 간 사망 전 정신과 서비스 이용 비교	51
〈표 3-4〉 국민건강보험공단 표본코호트 구축 자료의 사망자 현황	57
〈표 3-5〉 사망 1년 전 의료 이용 데이터 세트 기본 현황	59
〈표 3-6〉 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 당월 외래 이용률	66
〈표 3-7〉 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 당월 응급실을 통한 입원 이용률	68
〈표 3-8〉 2007~2015년 자살사망자 중 사망 전 정신질환 진단 여부별 인구학적 특성 ..	72
〈표 3-9〉 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 전 1년 이내 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률	73
〈표 3-10〉 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 전 1년 이내 정신질환 외래 이용률	75
〈표 3-11〉 사망 유형별 신체질환으로 인한 전체 의료 이용 다빈도 상병	79
〈표 3-12〉 사망 유형별 신체질환으로 인한 입원 이용 다빈도 상병	82
〈표 3-13〉 사망 유형별 신체질환으로 인한 응급실을 통한 입원 이용 다빈도 상병	83
〈표 3-14〉 의료서비스 유형별 정신질환 진단 여부별 신체질환으로 인한 의료 이용률 ..	84
〈표 3-15〉 정신질환 유형 구분	89
〈표 3-16〉 분석 대상의 성, 연령, 보험료 분위별 현황	90
〈표 3-17〉 분석 대상자의 사망 현황	90
〈표 3-18〉 사망자의 성, 연령, 보험료 분위별 현황	91
〈표 3-19〉 정신질환 유형별 사망 현황 및 자살사망률	94
〈표 3-20〉 최초 정신질환 진단 이후 사망에 이르는 평균 기간	96
〈표 3-21〉 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	96

〈표 3-22〉 치매(F00-F03) 환자의 최초 질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	98
〈표 4-1〉 조사 내용	107
〈표 4-2〉 조사 대상자의 일반적 특성	110
〈표 4-3〉 국가 자살예방사업에 대한 관심 정도	112
〈표 4-4〉 자살예방사업(생명지킴이 또는 게이트키퍼)에 대한 인지	114
〈표 4-5〉 자살 고위험군 지원에 필요한 인식에 대한 로지스틱 회귀분석 결과	118
〈표 4-6〉 자살 고위험군 지원 실천 역량에 대한 로지스틱 회귀분석 결과	122
〈표 5-1〉 미국의 게이트키퍼 교육 프로그램	136
〈표 5-2〉 미국 워싱턴주의 의료 전문가 대상 자살예방 교육 프로그램	141
〈표 5-3〉 일본 가나가와현의 게이트키퍼(마음 서포터) 양성 실적	160
〈표 6-1〉 우리나라의 자살예방사업 대상	170
〈표 6-2〉 국외 자살예방사업 대상	171
〈표 6-3〉 우리나라의 자살 고위험군 발굴을 위한 인프라	173
〈부표 2-1〉 치매(F00-F03) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	206
〈부표 2-2〉 기질성 정신장애(F04-F09) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	206
〈부표 2-3〉 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10-F19) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	206
〈부표 2-4〉 조현병, 망상장애(F20-F29) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	207
〈부표 2-5〉 기분장애(F30, F31, F34-F39) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	207
〈부표 2-6〉 우울(F32, F33) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	207
〈부표 2-7〉 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애(F40-F48) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	208
〈부표 2-8〉 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군(F50-F59) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	208
〈부표 2-9〉 성인 인격 및 행동의 장애(F60-F69) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	208
〈부표 2-10〉 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신장애(F90-F99) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률	209

〈부표 3-1〉 치매(F00-F03) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	210
〈부표 3-2〉 기질성 정신장애(F04-F09) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	210
〈부표 3-3〉 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10-F19) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	211
〈부표 3-4〉 조현병, 분혈형 및 망상장애(F20-F29) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	212
〈부표 3-5〉 (우울 외) 기분(정동)장애(F30-F31, F34-F39) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	212
〈부표 3-6〉 우울(F32, F33) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	213
〈부표 3-7〉 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애(F40-F48) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	214
〈부표 3-8〉 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군(F50-F59) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	214
〈부표 3-9〉 성인 인격 및 행동의 장애(F60-F69) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	215
〈부표 3-10〉 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신장애(F90-F99) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간	216

그림 목차

[그림 1-1] 우리나라 연도별 자살사망률	12
[그림 1-2] 자살 진행 및 개입 전략 단계 중 본 연구의 범위	15
[그림 1-3] 연구의 추진 체계	16
[그림 2-1] '자살예방 국가 행동계획'의 자살 진행 과정 단계별 개입 전략	23
[그림 2-2] '자살예방 국가 행동계획'의 자살 고위험군 발굴 체계	24
[그림 3-1] 자살사망 전 시점에 따른 의료 이용 경향	44
[그림 3-2] 자살사망군과 비(非)자살사망군의 의료서비스 유형별 사망 전 평균 이용 횟수 비교	46
[그림 3-3] 응급실 다빈도 방문군과 비(非)다빈도 방문군 간 자살사망 소요 기간 비교	47
[그림 3-4] 사망 전 1년 이내 월 단위 전체 의료 이용률	64
[그림 3-5] 사망 전 1년 이내 월 단위 외래 이용률	65
[그림 3-6] 사망 전 1년 이내 월 단위 입원 이용률	67
[그림 3-7] 사망 전 1년 이내 월 단위 응급실을 통한 입원 이용률	68
[그림 3-8] 사망 전 1년 이내 월 단위 일차의료기관 외래 이용률	70
[그림 3-9] 사망 전 1년 이내 사망 유형별 연령별 일차의료기관 외래 이용률	70
[그림 3-10] 사망 전 1년 이내 월 단위 일차 외 의료기관 외래 이용률	71
[그림 3-11] 사망 전 1년 이내 사망 유형별 연령별 이차 이상 의료기관 외래 이용률	71
[그림 3-12] 사망 전 1년 이내 월 단위 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률	74
[그림 3-13] 사망 전 1년 이내 월 단위 정신질환으로 인한 외래 이용률	76
[그림 3-14] 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 전체 의료 이용률	78
[그림 3-15] 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 외래 이용률	80
[그림 3-16] 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 입원 이용률	81
[그림 3-17] 자살사망 전 1년 이내 정신질환 진단 여부에 따른 신체질환으로 인한 전체 의료 이용률	86
[그림 3-18] 자살사망 전 1년 이내 정신질환 진단 여부에 따른 신체질환으로 인한 외래 이용률	86

[그림 3-19] 자살사망 전 1년 이내 정신질환 진단 여부에 따른 신체질환으로 인한 입원 이용률	87
[그림 3-20] 정신질환 유형별 최초 질환 진단 이후 자살사망까지 이르는 평균 기간(월)	97
[그림 3-21] 사망 1년 전 주차별 정신과 입원의료 이용률	100
[그림 3-22] 사망 1년 전 주차별 전체 입원의료 이용률	100
[그림 3-23] 사망 1년 전 주차별 정신과 외래의료 이용률	101
[그림 3-24] 사망 1년 전 주차별 전체 외래의료 이용률	101
[그림 3-25] 사망 1년 전 주차별 정신과 응급의료 이용률	102
[그림 3-26] 사망 1년 전 주차별 전체 응급의료 이용률	102
[그림 4-1] 자살예방사업(생명지킴이 또는 게이트키퍼)에 대한 인식, 참여 경험, 참여 의향	116
[그림 4-2] 자살 고위험군 지원에 필요한 인식	117
[그림 4-3] 자살 고위험군 지원 실천 역량	121
[그림 4-4] 자살 고위험군 목격 및 지원 경험과 향후 지원 의향	124
[그림 5-1] 일본 게이트키퍼의 자살 고위험자에 대한 지역사회 자원 연계	158
[그림 6-1] 자살 고위험군 지원에 필요한 인식과 실천 역량 비교	183

Abstract <<

Strategies for Early Identification of Groups at High Risk of Suicide

Project Head: Chae, Su-Mi

With more than 13,000 of its people killing themselves every year, Korea has a suicide rate higher than in any other OECD country. Conducted to develop strategies for early identification of high-risk groups for suicide, this study can be summarized as follows.

First, we examined how suicide high-risk groups are detected and publicly supported in Korea and in some other countries. The scope of suicide high-risk groups should be clarified in national policy, and the surviving high risk groups should be included in the policy.

Second, we analyzed the health care utilization in suicide decedents before they died and evaluated their characteristics as a suicide high-risk group. To continue with further research on suicide high-risk groups and strategies for addressing suicide risk factors requires building a system that integrates existing and new data resources.

Finally, we surveyed the public's perception and experience of suicide prevention through a telephone survey. Our findings

Co-Researchers: Choi, Ji-Hee · Cha, Mi-Ran · Kim, Hae-Yoon · Kwon, Young-Dae · Woo, Kyung-Sook · Choi, Jae-Young

2 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

suggest that the government should improve the health literacy of the public on suicide prevention. By doing so, the public can be a social safety net for suicide high-risk groups.

1. 연구의 배경 및 목적

이 연구의 목표는 우리나라 자살예방 정책의 실효성을 증대하기 위해, 자살 고위험군을 조기에 발견할 수 있는 전략을 찾는 것이다. 이를 위해 세 가지 주요 내용을 담고 있다. 첫째, 국내외 자살 고위험군의 발굴 및 공적 지원 체계를 검토하고, 둘째, 자살 고위험군의 의료 이용 행태를 분석하여 당사자의 특징을 이해하고자 했다. 마지막으로 국민의 자살예방 전략에 대한 인식과 경험을 파악함으로써, 우리나라 자살 고위험군 조기 발견을 위한 개선 방안을 제시하였다.

2. 주요 연구 결과

가. 국내 자살 고위험군 발굴 정책

자살 고위험 요인은 누구에게나 내재될 수 있지만, 자살예방 정책의 대상을 구체화하지 않으면 사업의 실행이 모호해지고 뚜렷한 효과도 얻기 어렵다. 2018년 발표된 '자살예방 국가 행동계획'에서는 자살 고위험군을 구체화하지 않은 채 추진 과제별로 사업 대상을 언급해 두고 있다. 이에 따라 정책 대상을 정신질환 진단이나 자살 시도와 같이 분명히 고위험군으로 드러난 집단뿐 아니라, 잠재 위험 집단까지 폭넓게 고려해야 한다는 요구가 높다.

국가 계획 내 자살예방 게이트키퍼 양성은 크게 두 가지로 구성돼 있다. 하나는 전 국민을 대상으로 교육하여 인적 발굴망을 구축하는 것이

4 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

고, 다른 하나는 교육 대상자별로 차별화된 교육과 활동을 추진하는 것이다. 국가는 최근 게이트키퍼 양성 사업에 주력하고 있으나, 교육 콘텐츠 보완, 지속 관리, 활용 방안에 대한 개선이 필요한 상황이다.

이 밖에도 지역사회 자살 고위험군을 발굴하기 위한 인프라의 취약성과 자살 고위험군을 포괄적으로 모니터링할 수 있는 감시 체계의 미비점 등을 살펴보았다.

나. 자살 고위험군의 의료 이용

우리나라는 자살 고위험군의 정의가 분명히 내려져 있지 않았을 뿐만 아니라 고위험군에 대한 정보가 부분적으로 축적돼 있고 일반적으로 공개되지도 않는다. 이에 따라 이미 사망한 자들의 과거 의료 이용을 분석하여, 자살로 사망하기까지 고위험군으로서 어떤 특성을 보였는가를 살펴보았다. 이를 위해 국민건강보험공단의 코호트 자료와 맞춤형 자료를 활용했다. 분석 결과 몇 가지 중요한 특징을 확인할 수 있었다.

첫째, 국외에서는 자살사망 시점에 가까워질수록 의료 이용이 감소하는 것으로 알려져 있으나, 국내 자살사망자의 경우 사망 전 1년 동안 전체 의료 이용률이 60% 이상 유지됐다. 즉 사망 직전까지 치료에 대한 요구가 줄어들지 않았다.

둘째, 자살사망자는 사망 전 상급 의료기관보다 일차의료기관을 더 많이 이용하였으며, 이러한 현상은 국외에서 알려진 것과 유사하다. 일차의료기관이 자살 고위험군의 게이트키퍼로서 중요한 역할을 담당할 수 있을 것으로 보인다.

셋째, 자살사망자는 비자살사망자에 비해 정신과 의료 이용을 많이 했으나, 국외에 비해서는 이용 수준이 낮은 편이었다.

넷째, 자살사망자의 신체질환으로 인한 의료 이용은 비자살사망자에 비해 적지만, 정신질환으로 인한 의료 이용보다는 상당히 높았다. 자살사망자에게 정신질환과 함께 신체질환도 중요한 문제였을 수 있고, 정신질환이 신체적 증상으로 표출되었을 가능성도 있다.

다섯째, 정신질환 유형별로 자살사망률에 차이가 있었다. 정신질환 유형별 자살사망률은 F20-29 조현병, 분열형 및 망상장애(정신질환자 만명당 183.0명), F10-F19 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애(정신질환자 만명 당 148.1명), F60-F69 성인 인격 및 행동의 장애(정신질환자 만명 당 110.7명)의 순으로 나타났다.

여섯째, 정신질환 진단자들은 정신질환을 진단받은 이후 평균 59.5개월이 지나면 사망하였으며, 자살사망한 경우는 이보다 짧아 진단 이후 사망까지 이어진 기간이 54.4개월이었다.

다. 자살예방에 대한 국민의 경험과 인식

자살 고위험군을 발굴하기 위한 네트워크의 범위는 매우 넓다. 예를 들면 임상 및 상담 전문가, 보건 및 사회복지 방문서비스 종사자, 민간 게이트키퍼, 그리고 고위험군과 가장 가까이 함께하는 가족과 이웃이 있다. 여기에서는 고위험군의 가족과 이웃이 될 수 있는 일반 국민을 접촉하고자 전 국민을 대표하는 표본 1500명을 선정해 전화 설문조사를 실시했다.

조사 결과, 국가 자살예방사업에 관심이 있다고 응답한 경우는 55.1%에 그쳤다. 국가가 매년 게이트키퍼 100만 명을 양성하겠다는 목표를 추진하고 있음에도 불구하고, 게이트키퍼 교육을 아는 경우는 33.9%에 불과하고 교육을 받은 경우는 전체 응답자의 5.1% 수준이었다.

또한 자살 고위험군 지원에 필요한 인식과 이들을 지원할 수 있는 실천

역량에는 차이가 있었다. 자살 고위험군의 자살 암시 신호, 이들의 자살 의도 질문의 적절성, 이들에 대한 전문가 지원의 효과성에 대해 바르게 이해하고 실천할 수 있도록 교육이 필요하다.

3. 결론 및 시사점

가. 자살예방사업의 대상과 참여자 구체화

우리나라 국가 계획은 다양한 집단을 대상으로 사업을 계획하고 있지만, 자살 고위험군에 대한 이해와 사업 목표가 제시돼 있지 않고, 일부 사업은 대상이 불명확했다. 국가 지원에 대한 요구가 무엇이고 수요자가 누구인가를 파악하고, 그에 맞는 적절한 추진 과제를 도출하는 것이 순서일 것이다. 이때 객관적으로 입증되지 않았지만 개인이 고통받을 수 있는 넓은 범위의 문제를 전략의 대상으로 두어야 하겠다.

자살예방 전략은 자살예방사업의 핵심 이해관계자를 정의하는 것에서 시작해야 한다. 그러나 우리의 국가 및 지역 정책은 자살 고위험군 당사자를 충분히 참여시키지 못하고 있다. ‘생존해 있는’ 고위험군은 문제에 대한 특별한 시각을 가지고 있고, 공공과 민간의 영역에서 가치 있는 역할을 발휘할 수 있다.

나. 자살 고위험군을 이해하기 위한 보다 나은 근거 구축 전략

자살 고위험군에 대한 지속적인 연구를 통해 자살에 대응할 수 있는 방법론적 근거를 찾아 가는 일은 중요하다. 이를 위해서는 데이터 구축과 공유가 선행돼야 한다. 자료를 연계함으로써 자살예방사업과 의료인의

임상적 결정을 지원할 수 있도록 하는 방안을 적극 고려해야 한다.

또한 일반적으로 자살 행동에 대한 정보는 아주 일부분만 드러나기 때문에, 추가적인 데이터 수집이 필요하다. 이 경우 별도의 서베이를 구축하지 않고 기존의 조사 체계 내에서 관련 문항을 추가하는 방법도 있다. 또한 자살 행동을 분석하기 위한 연구들을 적극 권장해야 한다.

다. 한국 사회의 자살예방에 대한 인식 개선 및 역량 강화

우리 사회를 구성하는 개인이 자살 고위험군에게 안전한 울타리가 될 수 있는 환경을 갖추기 위해서는 보다 적극적인 홍보와 교육을 통해 자살 예방에 대한 정보 이해 능력(health literacy)을 향상시키고 사회적 낙인을 최소화해야 한다. 그렇게 함으로써 어려움에 처한 당사자가 적절한 시기에 적절한 장소에서 적절한 도움을 받는 데 겪을 수 있는 장벽을 낮추는 사회적 환경이 구성될 수 있을 것이다. 또한 전문가가 아닌 평범한 지역사회 구성원도 자살 고위험군의 슬픈 선택을 보호해 줄 수 있는 실질적인 울타리 역할을 수행할 수 있을 것으로 기대한다.

*주요 용어: 자살, 자살예방, 자살 고위험

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구의 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

최근 몇 년간 우리나라 자살예방 정책이 능동적인 변화를 보이고 있다. 우선 ‘자살예방 및 생명존중 문화 확산’이 국정과제에 포함된 것이 주목할 만하다. 2018년 2월 보건복지부 내 자살예방정책과가 정신건강정책과와 별도로 신설된 것도 새롭다. 조직의 변화뿐 아니라 국가 계획도 마련되었는데, 지난해 1월에는 기존의 제3차 자살예방계획을 보완하여 정책의 방향성만이 아닌 행동계획을 중심으로 하는 ‘자살예방 국가 행동계획’이 발표됐다. 또한 지난해 6월에는 정신치료 수가가 개편되고, 비급여 인지행동치료가 급여화되어,¹⁾ 향후 정신과 치료에 대한 접근성이 향상될 것을 기대해 볼 수 있다.

이어 올해에는 국무총리를 위원장으로 하는 ‘자살예방정책위원회’가 구성되어, 국가 차원에서 지속적으로 자살예방 정책을 추진하겠다는 의지를 나타내고 있다. 위원회는 자살사망자가 발생하면 유족이 크게 영향을 받는다는 점을 중시하여, 사건 발생 후 유족을 지원하기 위한 촘촘한 지원 체계를 발표하기도 했다.²⁾

그러나 우리 사회가 안고 있는 슬픈 과제는 개인과 집단의 복합적인 요인으로 나타나는 결과이기 때문에, 지금의 노력이 단기간 내에 극적인 효

1) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 일부개정, 보건복지부 고시 제2018-123호 (2018. 6. 27.)

2) 보건복지부 자살예방정책과. (2019. 9. 16.). 자살 유족에게 먼저 다가가 도움의 손길 건넨다. 보건복지부 보도자료. <https://www.gov.kr/portal/ntnadmNews/1981601>에서 2019. 10. 8. 인출.

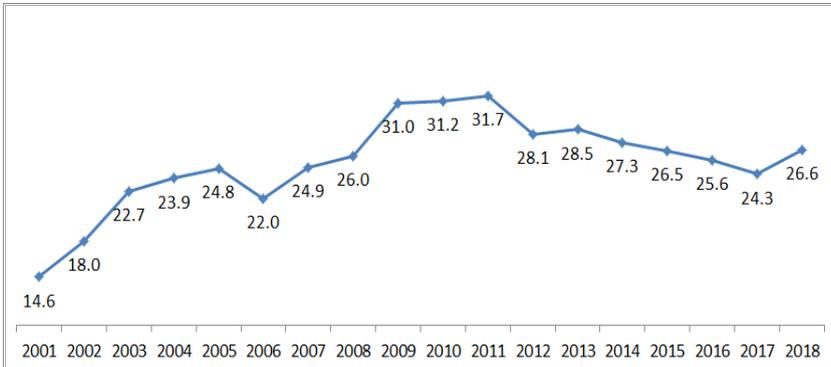
12 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

과를 나타낼 것이라고 기대하기는 어렵다. 한 걸음씩 나아가고 있는 정책과 사업이 보다 빠르게 정착될 수 있도록 지속적으로 연구하고 개선점을 찾아야 한다.

이미 우리나라 상황은 수없이 언급돼 왔지만, 이 연구를 시작하며 다시 한 번 짚어 보지 않을 수 없다. 2009~2011년 사이 인구 십만 명 당 31명(연간 1만 5000명 이상)을 넘었던 자살사망 수치가 2012년, 2013년에는 28명(연간 1만 4000명 이상)으로 감소했고, 이후에도 조금씩 낮아지는 듯했다. 그러나 2017년 24.3명(연간 1만 2463명)이었던 기록은 다시 증가하여 2018년 26.6명(1만 3670명)이 안타까운 선택을 했다.³⁾ 몇 년간 보여 왔던 긍정적인 추세가 2018년 또다시 부정적으로 돌아섬에 따라 다시금 우리나라 정책과 연구에 긴장을 늦출 수 없게 됐다.

[그림 1-1] 우리나라 연도별 자살사망률

(단위: 년, 명)



자료: 통계청 국가통계포털. (2001-2018). 사망원인통계.
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21121E&conn_path=I2에서 2019. 9. 20. 인출

3) 통계청 국가통계포털. (2001-2018). 사망원인통계.
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21121E&conn_path=I2에서 2019. 9. 20. 인출.

정책은 대상자를 분명히 정의하고 집중적으로 투입할 때 효과가 크겠으나, 안타깝게도 이 사업은 고위험군을 파악하는 것 자체가 커다란 과제이다. 자살 생각은 중요한 예측인자이긴 하지만, 실제 가장 강력한 위험요인은 시도 경험이다. 일반적으로 자살 시도가 자살사망의 10~20배에 이른다고 알려져 있는데,⁴⁾ 그렇다면 2018년 자살사망자가 1만 3670명이니, 우리나라 자살 시도자는 13만~26만 명일 것으로 추정할 수 있다.

2013년 자살실태조사 분석 결과에 따르면, 전체 자살 시도자 중 자살로 사망한 경우가 연간 10만 명당 700명가량으로, 일반 인구(2012년 10만 명당 28.1명)보다 약 25배 높게 나타났다. 이것은 2007~2011년 사이 전국 16개 병원 응급실을 방문한 자살 시도자 8848명을 대상으로 분석한 결과이다.⁵⁾

이와 같이 가장 고위험군으로 언급되는 자살 시도자의 규모는 알려진 위험도나 조사 결과를 바탕으로 추정하는 것에 불과하다. 자살예방 대책은 자살 고위험군을 발굴하기 위한 노력 없이 자살예방 서비스 제공 체계를 구축하는 것만으로는 의미 있는 효과를 거두기 어렵다. 자살예방을 포함한 정신건강 증진 서비스는 사회적 편견과 낙인으로 인해, 여타의 공중보건정책과 비교하여 정책 수요자의 요구가 분명하게 표출되거나 서비스에 대한 접근이 자연스럽게 이루어지기 어렵다. 그렇기 때문에 국가가 정책 수요자를 적극적으로 발굴하여, 국가 및 지역사회 네트워크로 연결하는 것이 중요하다.

4) PAHO, (2016). Suicide mortality.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12948:suicide-mortality&Itemid=820&lang=en에서 2019. 10. 24. 인출.

5) 보건복지부 정신건강정책과. (2014. 4. 2.). 자살 시도자의 자살률, 일반인의 약 25배. 보건복지부 보도자료.

<https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00281&ntId=295477&menuNo=200647&lang=&searchCndSj=&searchCndCr=&searchWrD=&pageIndex=4>에서 2019. 8. 30. 인출.

14 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

앞서 언급한 ‘자살예방 국가 행동계획’은 다섯 가지 추진 과제를 목표로 하고 있으며, 그중 하나가 자살 고위험군 발굴을 위한 전 사회적 네트워크를 구축하는 것이다. 자살 고위험군 발굴의 구체적인 방안은 보건의로 인력을 활용한 의료기관 우울증 검진/스크리닝 강화, 상담 전문가를 활용한 사회보장서비스기관 간 연계 강화, 지역 풀뿌리 조직, 방문서비스 종사자 등 자살예방 게이트키퍼 핵심그룹 100만 명 양성으로 정하고 있다(관계부처 합동, 2018). 그러나 이 계획은 이미 진행해 왔던 사업이기 때문에, 향후 사업 대상자를 확대하거나 서비스를 양적으로 증가시키는 것만으로는 자살 고위험군 발굴의 목적을 충분히 달성하기 어렵다.

〈표 1-1〉 ‘자살예방 국가 행동계획’의 다섯 가지 추진 과제

추진 과제	내용
과학적 근거에 기반한 전략적 접근	<ul style="list-style-type: none"> • 5년간 발생한 자살사망자 7만 명 전수조사 • ‘국가 자살 동향 감시 체계’구축
자살 고위험군 발굴을 위한 전 사회적 네트워크 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 풀뿌리 조직 중심 자살예방 게이트키퍼 100만 양성 • 사회보장서비스 제공 기관 간 연계 강화 • 우울증 검진 및 스크리닝 강화
적극적 개입을 통한 자살 위험 제거	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 고위험군에 대한 빈틈없는 지원 체계 구축 • 지역사회 정신건강 서비스 접근성 강화 • 자살을 촉발하는 위험 요인 제거
사후관리 강화를 통한 자살 확산 예방	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 시도자 사후관리 강화 • 유명인 자살 사건 대응체계 구축
대상별 자살예방 추진	<ul style="list-style-type: none"> • 노동자 및 실직자 자살예방 • 자살 위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화 • 연령별 자살예방 대책 수립

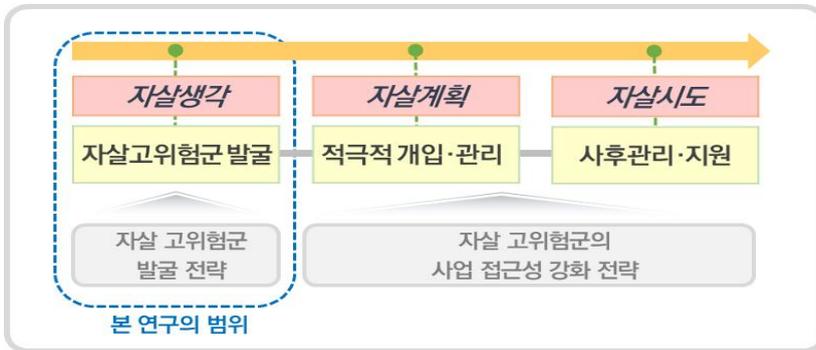
자료: 관계부처 합동(2018). 자살예방 국가 행동계획.

<https://www.police.go.kr/www/open/public/public05.jsp>에서 2019. 10. 7. 인출.

또 다른 문제는 자살 고위험군을 한정적으로 바라보고 있다는 점이다. 중앙자살예방센터의 자살예방 프로토콜은 주로 기관으로부터 의뢰받은 자살 시도 또는 임박한 위기대상자를 대상으로 하고 있다. 자살 생각이 있는지 확인이 필요한 일반적인 고위험군도 포함하고 있지만, 구체적으로 유형화하지는 않았다(중앙자살예방센터, 2012, pp. 6-31).

이러한 문제의식하에 이 연구에서는 우리나라 자살예방 정책의 실효성을 증대하기 위해, 자살 고위험군을 조기에 발견할 수 있는 전략을 찾고자 한다. 이를 위해 국내·외 자살 고위험군의 발굴 및 공적 지원 체계를 검토하고, 자살 고위험군의 의료 이용 행태를 분석하여 당사자의 특징을 이해하며, 국민의 자살예방 전략에 대한 인식을 파악함으로써 우리나라 자살 고위험군 조기 발견을 위한 개선 방안을 제시하고자 한다.

[그림 1-2] 자살 진행 및 개입 전략 단계 중 본 연구의 범위



자료: 본 연구진이 작성함.

제2절 연구의 내용 및 방법

이 연구는 세 가지 주제로 구성돼 있으며, 각 주제와 연구 방법은 다음과 같다.

[그림 1-3] 연구의 추진 체계



자료: 본 연구진이 작성함.

첫 번째 주제는 국내·외 자살 고위험군 발굴 및 공적 지원 체계를 조사하는 것이다. 자살 고위험군 발굴을 위한 국가 정책, 사업, 지역 자원에 대해 파악하며, 특히 국내의 게이트키퍼 활용 사례를 검토했다. 이를 위해 선행연구, 국가 계획, 관계 기관 홈페이지를 조사했다. 또한 국내 정책과 사업에 대해서 자료만으로 확인하는 것은 현장감이 떨어지기 때문에 자살예방 정책과 사업을 운영하는 담당자, 민간 활동가, 고위험군 당사자를 면담하여 해당 정책과 사업이 얼마나 의미 있게 작동하는가를 이해하고자 했다. 이들과의 면담은 현장을 이해하는 것뿐만 아니라, 향후 개선방안에 대한 아이디어를 얻는 데 도움이 되었다. 국내 시스템에 대한 검토 결과는 '제2장 국내 자살 고위험군 발굴 정책'에 제시했으며, 국외 리

부 결과는 ‘제5장 국외 자살 고위험군 발굴 및 공적 지원 체계’에 순서를 두었다. 제2장부터 제4장까지 우리나라 자살 고위험군 발굴 관련 현황과 문제를 살펴보고, 그 이후 국내 상황과 대비되는 국외 사례를 검토하면서 마지막에 개선 방안을 찾고자 했다.

두 번째 주제는 자살 고위험군의 의료 이용 분석이다. 여기에서 자살 고위험군은 실제 우리가 사업 대상으로 포괄하려는 넓은 의미의 대상이 아니라, 이미 자살로 사망한 사람들이다. 국내의 경우 아직 자살 고위험군의 정의가 분명히 내려지지 않았을 뿐 아니라, 고위험군에 대한 정보가 부분적으로 축적돼 있고 일반적으로 공개되는 것도 아니다. 따라서 이미 사망한 자들의 과거 의료 이용을 분석하여, 자살로 사망하기까지 고위험군으로서 어떤 특성을 보였는가를 살펴보자는 취지이다.

이를 위해 국민건강보험공단의 코호트 자료와 맞춤형 자료를 활용했다. 전체 자살사망자 목록을 구득하는 것이 현재 데이터 공유 범위 체계 내에서 쉽게 허용되지 않기 때문에, 두 가지 자료를 통해 주제에 접근했다. 코호트 자료는 우리 국민 전체를 대표하기 때문에 전체 경향을 이해하는 데 활용할 수 있으나 변수의 한계로 정신질환에 대해 세부적으로 분석하는 데에는 제한이 따른다. 따라서 맞춤형 자료로 정신질환 진단자를 분석해 의료 이용 특성을 보완적으로 이해하는 데 활용했다. 이 결과는 ‘제3장 자살 고위험군의 의료 이용’에서 다루었다.

세 번째 주제는 자살 고위험군 발굴 네트워크 조사이다. 자살 고위험군을 발굴하기 위한 네트워크의 범위는 매우 넓다. 예를 들면 임상 및 상담 전문가, 보건 및 사회복지 방문서비스 종사자, 민간 게이트키퍼, 그리고 고위험군과 가장 가까이 함께하는 가족과 이웃이 있다. 그러나 앞서 첫 번째 주제에서 중앙과 지방의 관련 종사자와 민간 활동가에 대한 면담이 이루어지기 때문에, 여기에서는 고위험군의 가족과 이웃이 될 수 있는 일

18 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

반 국민을 접촉하는 것이 필요하다고 판단했다. 이를 위해 표본 1500명을 선정해 자살예방에 대한 인식, 자살예방 지원 관련 참여 경험 및 역량에 대해 전화 설문조사를 실시했다. 이 결과는 '제4장 자살예방에 대한 국민의 경험과 인식 조사'에 제시했다.

제 2 장

국내 자살 고위험군 발굴 정책

제1절 조사 내용 및 방법

제2절 국내 자살예방 정책 방향

제3절 국내 자살 고위험군 발굴 현황과 한계

2

국내 자살 고위험군 발굴 정책 <<

제1절 조사 내용 및 방법

이 장에서는 국내 자살 고위험군 발굴을 위한 공공 정책과 사업을 살펴 보고, 자살 고위험군을 조기에 효과적으로 발굴하는 데 어떠한 한계점이 있는가를 언급하고자 한다. 이를 위해 국가 계획을 비롯해 중앙과 지방정부의 사업 관련 지침, 현황 보고 자료 등을 검토했다. 더불어 공공사업 관계자 또는 관련 민간 이해관계자, 고위험 당사자 면담을 통해 현장의 실태와 고충을 이해하고자 했으며, 개선이 필요한 측면에 대해 논의했다.

〈표 2-1〉 국내 자살 고위험군 발굴 전략 논의를 위한 간담회 운영 현황

분류	기관 및 사업	면담자	일정
중앙	중앙자살예방센터 교육팀	- 게이트키퍼 양성 교육 사업 담당자 3인	2019. 4. 24.
	중앙자살예방센터 응급실 지원팀	- 응급실 기반 자살 시도자 사후 관리사업 담당자 3인	2019. 4. 24.
	보건복지부	- 정신건강정책과 담당자 1인 - 자살예방정책과 담당자 1인	2019. 2. 28.
지역	광역시 단위 정신건강복지센터	- 자살예방사업 담당자 2인	2019. 5. 3.
	광역시 단위 정신건강복지센터	- 자살예방사업 담당자 1인	2019. 6. 20.
	기초 단위 정신건강복지센터	- 자살예방사업 담당자 2인	2019. 6. 20.
의료 기관	응급실 기반 자살 시도자 사후 관리사업 지정 병원	- 정신건강의학과 전문의 1인 - 생명사랑팀 사회복지사 2인	2019. 5. 20.
민간	정신질환자 절차보조사업	- 사업 관계자 2인	2019. 7. 9.
	게이트키퍼 활동가	- 게이트키퍼 활동 1인 - 게이트키퍼 강사 1인	2019. 7. 19.

자료: 본 연구진이 작성함.

제2절 국내 자살예방 정책 방향

2018년 1월 관계부처 합동으로 발표한 ‘자살예방 국가 행동계획’에서는 2022년까지 자살률을 20명 이내로, 연간 자살사망자 수를 1만 명 이내로 줄일 것을 목표로 하고 있다(관계부처 합동, 2018, p. 18).

최근 10년간 인구 십만 명당 자살사망률을 살펴보면 2009년에 31.0명(자살사망자 1만 5412명)이었다가 2012년 28.1명(1만 4160명)으로 감소했고, 2017년에는 24.3명으로 감소 경향이 지속되는 듯했다. 그러나 2018년에는 26.6명(1만 3670명)을 기록했다(통계청 국가통계포털, 각 연도). 10년 동안의 자살사망률 추이를 고려하면, 국가 계획의 목표를 달성하기 위해서는 보다 적극적인 정책을 시도해야 한다.

‘자살예방 국가 행동계획’의 추진 과제는 자살 원인과 진행 과정을 4단계로 구분해, 단계별 개입 전략을 구축했다. 자살의 진행 과정에 따라, 원인 분석과 고위험군 발굴 체계 구축, 고위험군에 대한 집중 관리, 자살 시도 사후관리 등의 전략으로 6개 분야 54개 과제를 담고 있다(관계부처 합동, 2018, p. 19).

이 연구에서는 자살 생각 단계의 개입 전략인 자살 고위험군 발굴 사업에 초점을 두고 있다. 계획 내 자살 고위험군 발굴 사업은 ‘자살예방 게이트키퍼 양성’, ‘사회보장서비스 제공 기관 간 연계 강화’, ‘우울증 검진 및 스크리닝 강화’의 세 가지로 구성돼 있다(관계부처 합동, 2018, pp. 25-29).

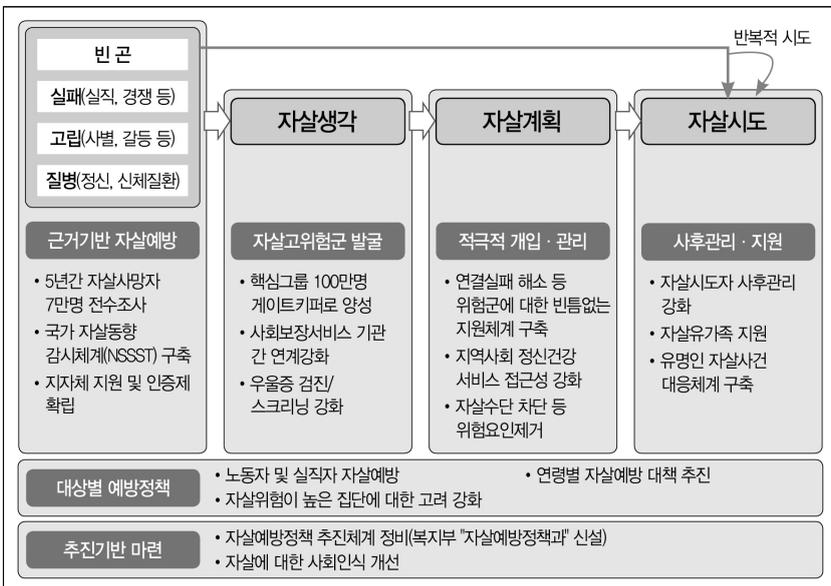
이 중 ‘사회보장서비스 제공 기관 간 연계 강화’는 고위험군을 빈틈없이 관리하기 위한 중요 과정임에도 불구하고 인력의 수, 인력의 질, 서비스에 대한 연속성, 적절한 시설에 대한 문제가 해소되지 못하고 있다.

또한 ‘우울증 검진 및 스크리닝 사업’ 자체에 대한 효과는 완전하지 않

은 것으로 보고되고 있다. 이는 일차의료기관에 내원한 환자들의 우울증 선별검사에 대한 거부율이 높을 뿐 아니라, 우울증 선별검사 도구의 양성 예측도가 낮고, 선별검사로 적극적인 개입이 필요하지 않은 경증의 우울증이 발견되는 경우가 많으며, 선별검사로 진단된 환자들이 충분한 기간 치료하지 않는 경향을 보이고 있기 때문이다. 그러나 선별검사 이후 간호사, 사례관리자 등 사후조치를 담당하는 인력이 개입될 때 우울증상이 감소된다는 보고가 있었다(임현우, 정현숙, 정영은, 왕희령, 김수영, 2011, pp. 276-277).

한편, ‘자살예방 게이트키퍼 양성’은 최근 더욱 중점을 두고 있는 사업으로, 100만 명을 양성하기 위한 목표를 두고 중앙과 지방의 관계 기관에서 적극적으로 운영하고 있다.

[그림 2-1] ‘자살예방 국가 행동계획’의 자살 진행 과정 단계별 개입 전략

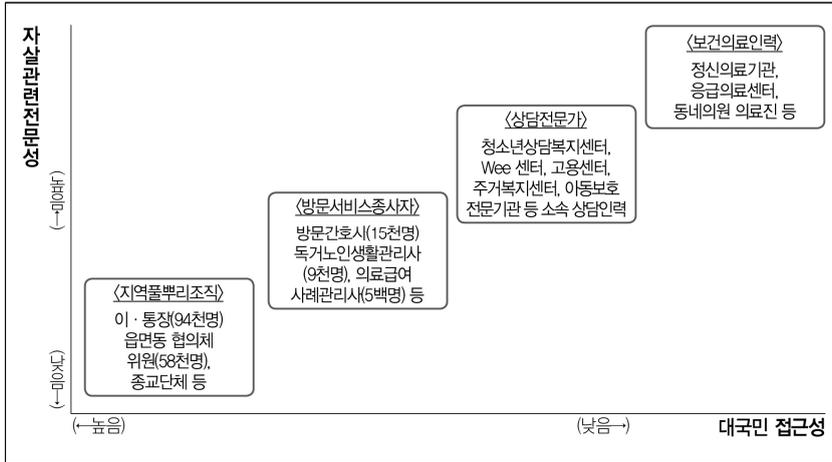


자료: 관계부처 합동(2018). 자살예방 국가 행동계획. p. 19.

<https://www.police.go.kr/www/open/public/public05.jsp>에서 2019. 10. 7. 인출.

24 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

[그림 2-2] '자살예방 국가 행동계획'의 자살 고위험군 발굴 체계



자료: 관계부처 합동(2018). 자살예방 국가 행동계획, p. 25
<https://www.police.go.kr/www/open/public/public05.jsp>에서 2019. 10. 7. 인출.

제3절 국내 자살 고위험군 발굴 현황과 한계

1. 자살 고위험군의 범위

자살 고위험 요인은 누구에게나 내재될 수 있지만, 자살예방 정책의 대상을 구체화하지 않으면 사업의 실행이 모호해지고 뚜렷한 효과도 얻기 어렵다. ‘자살예방 국가 행동계획’에서는 자살 고위험군을 별도로 정의하거나 강조하지는 않았으나, 다음과 같이 몇 가지 추진 과제에서 사업 대상을 언급해 두었다.

〈표 2-2〉 '자살예방 국가 행동계획'의 추진 과제별 사업 대상

추진 과제	사업 대상자
우울증 검진 및 스크리닝 강화	<ul style="list-style-type: none"> - 국가건강검진: 현재 40세, 66세 1차 문답 후 특이 대상자에 한해 우울증을 검진하고 있으나, 40세, 50세, 60세, 70세 전체 검진대상에 우울증을 검진하도록 확대함. - 일차의료기관 이용 환자, 상대적으로 자살 위험이 높은 만성질환자를 대상으로 우울증 스크리닝, 정신과 치료를 강화함.
자살 고위험군에 대한 빈틈없는 지원 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자를 특별 관리함. - 중도 이하 위험군 대상으로 지역사회 풀뿌리 조직을 활용해 방문, 정서적 지지를 제공함.
자살 시도자 사후관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> - 응급실을 방문한 자살 시도자에 대해 사후관리를 강화함.
자살 유가족 지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> - 자조 모임 지원, 활성화 등
대상자별 자살예방 추진	<ul style="list-style-type: none"> - 노동자 및 실직자 자살예방을 위해 사업장 중심 자살예방 환경을 조성하고, 감정노동자, 실업자 및 구직자를 위한 사업을 추진함. - 퇴원 정신질환자, 트라우마 위험으로 자살률이 높은 특수직 공무원, 상담 및 돌봄 담당 공무원과 종사자 등 자살 위험이 특히 높은 대상에 대해 고려를 강화함. - 노인, 청·장년, 초·중등학생, 학교 밖 청소년 등 연령별 자살예방 대책 추진에 대해 언급하고 있음.

자료: 관계부처 합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획. pp. 29-42.

<https://www.police.go.kr/www/open/public/public05.jsp>에서 2019. 10. 7. 인출.

즉, 국가 계획은 40세, 50세, 60세, 70세 인구 집단과 일차의료기관 이용 환자, 만성질환자, 경제적 위기에 직면한 대상자, 중도 이하 위험군, 응급실을 방문한 자살 시도자, 자살 유가족, 노동자 및 실직자, 자살 위험이 특히 높은 직업군을 사업 대상으로 하고 있고, 노인, 청·장년, 학생 등 연령별로 차별적인 사업이 운영되어야 할 것을 제시하고 있다. 이 밖에 대상을 구체화하지는 않았지만, 게이트키퍼 양성 사업은 취약 인구 집단을 대상으로 하고, 자살 도구와 수단 관리, 자살 보도 권고 기준 확산과 같은

자살 촉발 위험 요인 제거는 전 국민을 대상으로 한다고 볼 수 있다.

다양한 집단을 대상으로 사업을 계획하고 있지만 자살 고위험군에 대한 이해와 사업 목표가 제시돼 있지 않고, 일부 사업들은 대상이 불명확하다. 그러다 보니 자살 고위험군별로 적절하게 사업이 구성돼 있는지 파악할 수 없고, 사업을 이행해야 하는 관계자들 간에 국가 계획의 미션과 방향이 충분히 전달되기 어렵다.

다음은 자살 고위험군에 대해 간담회에서 논의된 내용이다. 기존에 고위험군으로 여겨지는 대상자들에 대한 논의도 있었고, 고위험군으로 고려해야 할 대상자들도 언급됐다.

첫째, 자살 생각 및 자살 의도를 가진 자들을 고위험군으로 고려해야 한다. 자살 문제는 일반적인 정신건강과 달리 임상적 접근만으로는 충분하지 않는데, 자살 생각이나 자살 의도처럼 굳이 정신질환으로 진단받거나 자살 시도를 하지 않은 경우라도 고위험군으로 볼 수 있다.⁶⁾

둘째, 자살이나 사고와 관련된 당사자의 가족들이다. 자살사망자의 유가족, 재난 피해자의 유가족, 범죄 피해자의 가족이 이에 포함될 수 있다.⁷⁾ 이때 자살 유가족은 시간에 따라 회복되는 양상이 유형화되기도 한다. 가까운 사람의 자살사망 이후 1년까지는 무기력감과 죄책감으로 주변의 이야기가 들리지 않고 도움도 받으려 하지 않는다. 2~3년이 지나면서 개인차가 있긴 하지만 서서히 주변의 이야기를 듣기 시작하고, 자신의 이야기를 풀어 놓기 시작한다. 5~7년이 지나면서 자신의 아픔을 상당히 극복한 유가족은 오히려 타인에게 도움을 주려고도 한다.⁸⁾

셋째, 경제적 위기에 처한 경우이다. 개인 단위에서는 실업 상태에 처한 가장, 장기간 취업을 준비하는 청년들이 포함된다. 점차 정신질환에

6) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.)

7) 상동

8) 간담회 결과(게이트키퍼 활동가, 2019. 7. 19.)

대한 인식이 개선되고 있어 젊은 연령대에서는 정신과 치료를 받으려는 경향도 보이나, 취업이나 보험 가입에 제한 요소가 될 수 있어 여전히 도움을 받기 어려운 상황이다.⁹⁾ 지역의 상황에 따라 대규모 실업 및 지역경제 문제가 중요한 자살 위험 요인이 되기 때문에, 이 경우 지역 솔루션이 필요하다.¹⁰⁾

넷째, 가족 갈등에 노출된 자녀들을 고위험군에 포함시켜야 한다. 부모의 잦은 싸움, 이혼 등 불우한 가정환경에서 자란 자녀들은 사랑을 받지 못하거나 가족의 화풀이 대상으로 여겨지기도 한다.¹¹⁾

다섯째, 남성은 폭력적인 상황에 노출되는 군부대에서 정신질환이 발병하기도 하는데,¹²⁾ 실제 부대 내에서 자살 문제는 매우 심각하다. 이러한 이유로 군부대 내에서 상담심리, 노인복지, 미디어커뮤니케이션 등 관련 전공자를 활용해 게이트키퍼와 같은 역할을 하도록 한다.¹³⁾ 이 밖에 산후우울증을 겪고 있는 산모도 자살 고위험군으로 언급됐다.¹⁴⁾

2. 자살 고위험군 발굴 인력 양성

국가 계획 내 자살예방 게이트키퍼 양성은 크게 두 가지로 구성돼 있다. 하나는 전 국민을 대상으로 교육하여 빈틈없는 인적 발굴망을 구축하는 것으로, 이를 위해 다양한 연령과 직업 계층을 위한 교육 콘텐츠를 개발하고, 교육과 활동이 활성화되도록 인센티브를 제공하는 등의 방안을 담고 있다. 다른 하나는 교육 대상자별로 차별화된 교육과 활동을 추진하

9) 간담회 결과(응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업 지정 병원, 2019. 5. 20.)

10) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.)

11) 간담회 결과(정신질환자 절차보조사업, 2019. 7. 9.; 게이트키퍼 활동가, 2019. 7. 19.)

12) 간담회 결과(정신질환자 절차보조사업, 2019. 7. 9.)

13) 간담회 결과(게이트키퍼 활동가, 2019. 7. 19.)

14) 간담회 결과(응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업 지정 병원, 2019. 5. 20.)

는 것이다. 지역사회보장협의체, 종교기관, 시민단체, 이·통장 등 지역사회 풀뿌리 조직을 활용하는 것, 공무원, 교사, 공공기관 직원 등에 대한 의무교육을 추진하는 것, 마지막으로 방문서비스 제공 인력을 통해 전문화된 자살 위험 스크리닝을 수행하도록 하는 것이 포함된다(관계부처 합동, 2018, pp. 26-27).

관련 프로그램으로 ‘보고듣고말하기’가 운영되고 있는데, 이는 한국자살예방협회가 2012년 보건복지부와 생명보험사회공헌재단의 지원을 받아 개발한 한국형 자살예방 게이트키퍼 양성 프로그램으로서 중앙자살예방센터가 보급하고 있다(중앙자살예방센터, 2017, p. 3). 게이트키퍼 교육은 기관, 시민, 강사 대상으로 분류되어 있다. 기관 대상 프로그램은 청소년, 대학생, 성인, 직장인, 전 국민 대상으로 50분~3시간까지 이루어진다. 시민 대상 프로그램은 매달 2회 기회가 주어지는데, 일반인은 3시간, 직장인은 1시간 운영된다.¹⁵⁾ ‘보고듣고말하기’는 당초 180분 교육으로 개발됐으나 이수자들의 부담으로 보다 짧게 조정됐다.¹⁶⁾ 강사 대상 프로그램은 보고듣고말하기 운영규정 제21조의 강사 자격 요건에 부합하는 자를 대상으로 총 16시간의 교육 이수 과정이 진행되며,¹⁷⁾ 양성된 강사들은 전국 각 지역에서 교육을 담당한다.¹⁸⁾

교육 내용은 크게 세 가지로 구성된다. 첫째, 자살 문제의 위험성과 심각성에 대한 내용으로, 자살 문제의 중요성에 대해 알리고 자살 위험의 인식을 제고하도록 하는 것이다. 둘째, 자살 고위험군의 자살 신호를 파악하는 방법이다. 이것은 입증된 내용이지만 전문가에 따라 고위

15) 중앙자살예방센터, 자살예방 생명지킴이 교육
<http://jikimi.spckorea.or.kr/new/main/> 에서 2019. 10. 18. 인출.
 16) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.)
 17) 중앙자살예방센터, 자살예방 생명지킴이 교육
<http://jikimi.spckorea.or.kr/new/main/> 에서 2019. 10. 18. 인출.
 18) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.)

험자를 판단하는 기준에 대해서는 의견이 다른 상황이다. 셋째, 고위험자를 만났을 때 취해야 하는 대처 방안에 대한 것이다. 대처 방안으로는 자살 생각이나 자살 의도가 있는지 직접 묻고, 자살 생각이나 의도가 있는 경우에는 그 이유가 무엇인지 묻고 이야기를 들어 주는 것이 있으며, 그렇게 함으로써 자살 시도의 위험성을 낮출 수 있다. 또한 고위험자에게 필요한 기관의 전화번호를 알려 주는 등 도움을 받을 수 있는 기관에 연계한다.¹⁹⁾

교육의 목표는 게이트키퍼가 자살 위험이 높은 사람을 발견했을 때 자살 위험 정도를 평가해 도움을 줄 수 있는 기관에 연계하는 것에 방점을 두는 것이 아니라, 주변에 관심을 가지고 내 주변에도 자살을 생각하는 사람이 있을 수 있다는 자살 민감성을 높이는 것에 있다. 게이트키퍼로 하여금 자살 위험의 정도를 평가하고, 판단하게 하는 것은 부담스러운 일이기 때문이다.²⁰⁾

2013~2018년 사이 중앙자살예방센터가 양성한 게이트키퍼는 100만 명을 넘었고, 지자체와 민간에서 보건복지부의 인증을 받아 운영한 교육 프로그램을 고려하면 교육을 이수한 게이트키퍼의 수는 매우 많을 것으로 추정된다. 서울시에서는 교육 프로그램을 개발하는 것뿐 아니라 게이트키퍼 관리시스템을 구축하여, 게이트키퍼 양성 및 관리를 함께 하고 있다.²¹⁾

최근의 결과는 아니지만 2013~2014년 사이 보고된 ‘보고듣고말하기’에 대한 효과성 평가 결과에 따르면, 교육 이수자들은 교육 이수 후에 자살 고위험자의 말을 들어 주거나, 필요한 자원을 연계해 주었다. 또한 교육을 이수한 학생들은 자존감이 향상되거나 친구 관계에 긍정적인 영향

19) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.)

20) 상동

21) 상동

을 받은 것으로 나타났다(중앙자살예방센터, 2017, p. 3). 중앙자살예방센터는 교육이 자살률을 낮추는 데 큰 효과가 있다고 보고 있으며, 힘들 때 이야기할 수 있고 이야기하는 것이 창피하지 않은 일이라는 인식을 심어 주고자 노력하고 있다. 교육을 이수하고 누군가를 도와주었던 경험이 있는 게이트키퍼에 따르면, 심리적인 어려움을 겪고 있는 대상자들을 선불리 판단해서는 안 되고 단지 바라봐 주고(행동, 표정을 분석함), 들어주는 것이 효과적이라고 했다. 급하게 다가가면 마음을 문을 닫고 피하지만, 지속적으로 들어 주면 언젠가는 자신의 이야기를 털어놓고 도움을 요청한다고 했다.²²⁾

그러나 게이트키퍼 양성은 몇 가지 한계를 가지고 있다. 첫째, 게이트키퍼 교육에 대한 접근성이 높지 않다는 점이다. 교육을 받고 싶을 때 중앙자살예방센터까지 가기 어렵다면 지역정신건강복지센터가 교육 강좌를 개설할 때까지 기다려야 한다. 또한 대부분 집단교육으로 운영되기 때문에 개인이나 소수의 사람들은 참여하기 어렵다.²³⁾ 대규모 집단교육은 또 다른 문제점이 있는데, 교육에 참가한 모두가 교육에 관심을 갖고 진지하게 임하는 것은 아니라는 점이다. 대신 교육에 대한 요구가 높은 참가자들을 대상으로 한 소규모 교육·토론 방식이 더 효과적일 것이라는 의견이 있었다.²⁴⁾ 둘째, 게이트키퍼가 ‘보고듣고말하기’의 ‘말하기’를 실천하기 어려운 여건이다. 게이트키퍼 교육만으로는 누군가에게 도움을 주고 싶은 동기를 부여하는 데 어려움이 있고, 도움을 주려는 의지가 있다 하더라도 구체적으로 도움을 줄 수 있는 방법을 알려 주는 것도 쉽지 않다.²⁵⁾ 또한 지역의 인프라가 턱없이 부족하기 때문에, 자살 고위험자를

22) 간담회 결과(게이트키퍼 활동가, 2019. 7. 19.)

23) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.)

24) 간담회 결과(게이트키퍼 활동가, 2019. 7. 19.)

25) 상동

발굴한다 해도 연계해 줄 서비스가 많지 않다. 고위험자가 저소득층이 아니면 공적 지원 서비스를 받을 수 없거나, 지속적인 지원을 받지 못한다.²⁶⁾ 셋째, 지역에서 운영되는 교육 프로그램의 질을 보장할 수 없다. 현재 국가가 게이트키퍼 발굴에 대해 목표치를 두고 있기 때문에, 지역에서는 자칫 목표치 달성만을 위해 부실하게 운영할 수 있다.²⁷⁾

향후 게이트키퍼 양성에도 전략이 필요할 것이다. 하나는 고위험군을 상대적으로 많이 접하는 집단별로 맞춤형 게이트키퍼 교육 콘텐츠를 개발하는 것이다. 예를 들어, 일차의료기관이나 지역의 취약집단을 대상으로 하는 사업 담당자들이 고위험자를 접촉할 가능성이 높기 때문에, 일차의료기관 종사자나 지역 민원 대응 종사자들의 인식이 높아져야 한다. 따라서 자살 고위험자를 만나는 환경에 맞춘 교육 프로그램을 개발하고 그에 맞는 지원 체계를 갖추어야 한다. 또 다른 하나는 게이트키퍼의 지속 관리 방안을 마련하는 것이다.²⁸⁾ 현재 단시간의 교육으로 게이트키퍼 자격이 부여되는데, 이후 심화 및 보수 교육 과정을 마련하는 등 게이트키퍼가 지속적으로 활동할 수 있도록 지원하는 체계를 마련해야 한다.²⁹⁾ 마지막으로 게이트키퍼의 활용 방안을 개발하는 것이다. 게이트키퍼 교육 이수자는 늘었지만, 실제 이들이 고위험자를 발굴한 실적이 많지 않고 발굴 실적 또한 정확히 확인할 수 없다.³⁰⁾ 향후 게이트키퍼 활동에 대한 모니터링 시스템을 구축하고, 효과를 평가할 수 있는 지표를 개발하는 등 게이트키퍼의 활용 방안을 마련해야 한다.³¹⁾

26) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.)

27) 상동

28) 상동

29) 간담회 결과(광역 단위 정신건강복지센터, 2019. 5. 3.)

30) 간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019. 4. 24.; 기초단위 정신건강복지센터, 2019. 6. 20)

31) 간담회 결과(광역 단위 정신건강복지센터, 2019. 5. 3.; 기초단위 정신건강복지센터, 2019. 6. 20)

3. 자살 고위험군 발굴을 위한 인프라

지역사회 자살예방사업을 담당하는 자살예방센터는 2017년 기준 전국에 서울시를 비롯해 7개 광역센터, 25개 기초센터가 설치돼 있다. 이외 대부분 지역에서는 별도의 자살예방센터를 두지 않고, 정신건강사업을 담당하는 정신건강복지센터에서 자살예방사업을 운영하고 있다. 정신건강복지센터는 2017년 기준으로 광역에 16개소, 기초에 227개소가 설치돼 있다(보건복지부, 2019, p. 21).

광역센터에서는 지역 자살사망 통계 분석, 자살예방 계획 수립 등 연구 및 기획 업무, 자살예방 프로그램 개발, 게이트키퍼 교육을 담당한다. 24시간 핫라인 상담이나 고위험군 위기 대응 체계 조정 업무와 같은 직접서비스를 제공하기도 한다(보건복지부, 2018, p. 41). 이와 같이 광역센터의 업무는 주로 기획, 프로그램 개발 등이며, 기초센터는 광역센터의 지원을 받아 인식 개선 사업, 고위험군 조기 발견, 치료 연계 사업 등 직접적인 서비스를 제공하고 있다(보건복지부, 2018, p. 59).

지역 센터에서 자살 시도 현장에 반드시 출동하는 것은 아니지만, 여러 위기 상황의 고위험자를 보호해야 하는 문제에 직면하고 있다. 현재 국내의 정신의료기관 입원 유형은 총 다섯 가지인데, 그중 환자와 보호자의 동의 없이 긴급하게 입원이 결정되는 경우가 행정입원, 응급입원이다. 그런데 이때 본인 부담이 발생한다는 문제가 있다. 자살 시도자는 발견 당시 음주 상태여서 정상적인 대화가 어렵거나, 보호자와 연락이 되지 않거나, 본인 부담이 어려운 상태인 경우가 많다. 이런 이유로 지역 의료기관에서 자살 시도자의 입원을 기피하는 경향이 있다.³²⁾

지역 센터에서는 정신건강 증진과 자살예방과 관련된 다양한 사업을

32) 간담회 결과(광역 단위 정신건강복지센터, 2019. 5. 3.)

수행하고 있는데, 사회적 이슈에 따라 중점 사업이 바뀌기 때문에 자살예방사업을 지속적으로 균형 있게 운영할 수 없는 상황이다. 예를 들어 지진, 산불 등 재난이 일어나면 트라우마 관리에 집중해야 하고, 최근에는 중증정신질환자의 범죄가 문제가 되고 있어 사업의 중심이 그쪽으로 치우쳐 있다. 또한 중앙 단위의 조직은 세분화된 데 반해, 지역 단위에서는 센터가 모든 업무를 다루기 때문에 업무 부담과 전문성이 문제가 된다. 중앙 단위의 정책은 보건복지부 내 정신건강과 자살예방 담당과가 분리돼 있고, 중앙 단위의 사업은 국립정신건강센터, 중앙자살예방센터, 중앙심리부검센터, 국가트라우마센터가 각각 담당하고 있다.³³⁾

한편, 자살 시도자는 다시 자살을 시도할 위험이 매우 높기 때문에 중요한 자살 고위험군이다. 자살 시도자 관리를 위해 2013년부터 ‘응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업’이 운영되고 있다. 응급실에 정신건강 전문요원 등 2명의 전문 인력을 배치해, 자살 시도로 응급실을 내원한 사람 중 서비스 제공에 동의한 사람에 대해 상담 및 사례관리와 같은 사후관리를 해 주고 있다. 이 사업을 수행하고 있는 기관은 2016년 27곳, 2017년 42곳이었으며, 2018년에는 52곳이 참여하고 있다.³⁴⁾

중앙자살예방센터에서 응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업의 결과를 평가한 바 있다. 2017년 내원했던 1만 2264명 중 4주간 사후관리가 완료된 3999명을 대상으로 분석했다. 사후관리가 본인 동의하에 이루어지는 것이기 때문에, 자살 시도로 응급실을 방문한 사람들 중 70% 정도가 지원을 거부했거나 서비스를 중단한 셈이다. 그러나 충실하게 4주의 사후관리를 받은 대상자들은 해당 기간 동안 알코올 사용 문제, 미해결된

33) 간담회 결과(광역 단위 정신건강복지센터, 2019. 6. 20.)

34) 보건복지부 자살예방정책과. (2018. 7. 5.). 응급실에 온 자살시도자 사후관리로 삶의 희망 되찾아. 보건복지부 보도자료.

https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=345314&page=1에서 2019. 7. 20. 인출.

스트레스 요인, 지지체계 취약, 우울감, 불안 초조, 충동성 등의 문제가 감소되고, 전반적 자살 위험도가 낮아진 것으로 보고됐다(중앙자살예방센터, 2018, p. 1, pp. 6-8).

그러나 응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업과 관련해 다음과 같은 문제도 제기되고 있다. 첫째, 사업을 담당하는 인력의 업무 스트레스와 고용 불안정이다. 사례관리자는 자살 시도자를 직접 만나야 하고, 이들은 저항이 심한 경우가 많기 때문에 업무 스트레스가 많은 편이다. 또한 사례관리자의 고용 형태가 계약직으로 불안정하기 때문에, 신규 인력을 채용하는 일이 잦고 이로 인해 사업의 질을 담보하기 어렵다.³⁵⁾ 또한 사업을 운영하는 의료기관의 입장에서는 이 사업을 위해 매년 예산을 새로 받기 때문에, 사례관리자를 2년 이상 고용하여 정규직으로 전환하는 것에 부담을 느낄 수 있다. 이런 상황에서 사례관리자들은 병원에서 고용하는 인력임에도 병원의 구성원으로 완전하게 자리 잡지 못하고 있다. 둘째, 의료기관의 사업 참여가 의무적으로 이루어지지 않는다는 점이다. 의료기관에서 본 사업에 참여한다 해도 응급의료기관 평가에 중요한 영향을 미치지 않기 때문에, 의료기관의 사업 참여 유인으로 충분하지 않다. 사업 참여에 대한 분명한 인센티브를 제공하거나, 일정 수준 이상의 조건을 갖춘 모든 의료기관이 필수적으로 사업에 참여하도록 규정하는 방안을 고려할 필요가 있다. 더불어 참여 기관의 수만 늘리기보다는 기존 사업 참여 기관들의 사업 내용 내실화, 인력 충원 등 질적 제고를 위한 노력도 동반돼야 한다. 셋째, 사업 대상인 자살 고위험군에 대한 정의가 불분명하다. 응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업에서는 단순 자해도 반복적으로 이루어지면 자살의 위험이 높아질 수 있다고 보기 때문에, 단순 자

35) 간담회 결과(중앙자살예방센터 응급실지원팀, 2019. 4. 24.; 응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업 지정 병원, 2019. 5. 20)

해부터 자살 시도자까지 모두 사업의 대상에 포함시키고 있다. 이때 내원자가 단순 자해인지, 자살 시도인지 등을 판단하는 기준이 병원마다 다를 수 있다. 넷째, 사업 대상자들은 4주간 사후관리를 받은 이후 지속적으로 보호받을 수 있는 체계가 없다. 사후관리는 대상자를 지역 내 정신건강복지센터 등으로 연계하기 위한 준비 과정이라고 볼 수 있는데, 그 이후 본인이 동의하지 않으면 센터로 연결되지 못한다. 상황에 따라 의료기관의 사후관리는 정해진 4주 이상 더 유지되기도 하고, 사후관리가 종결되었다 하더라도 병원 진료 등에 대한 독려 등 문자 연락이 지속된다. 또는 일부가 해당 의료기관의 정신과 외래치료를 지속하고 있어, 이들은 사례관리팀의 추적이 가능할 수 있다. 그러나 지역 센터 연계를 거부한 경우와 함께, 다른 의료기관에서 진료를 받는 경우에는 더 이상 추적 관리가 가능하지 않다.³⁶⁾ 자살 시도로 응급실을 내원한 경우에는 본인 동의 없이도 지역 센터로 연계할 필요가 있다.³⁷⁾

이 밖에 간담회를 통해 인프라와 관련된 다음의 의견이 제안됐다. 국내 정신보건시스템이 의료 중심의 모형으로 되어 있으나, 향후 의료 외적인 지원 체계를 강화할 필요가 있다는 것이다. 첫째, 자살 위험이 높은 정신질환자에게 약물 치료뿐 아니라 스스로 문제를 이해하고 관리할 수 있는 역량을 높여 주는 방안을 모색해야 한다. 대표적인 사례로 핀란드의 오픈 다이얼로그가 언급됐는데, 이는 약물 치료를 중심으로 하기보다는 당사자와 주변인이 참가해 문제를 논의하는 접근 방식이다. 둘째, 기존 인프라의 접근성을 높여야 한다. 현재 여러 정신재활시설과 지역 센터가 있기는 하지만, 이를 이용하기 위한 기준을 낮추어야 한다는 것이다. 예를 들어 정신질환 진단을 받았거나, 자살 시도를 했거나, 저소득층에 해당되지

36) 간담회 결과(중앙자살예방센터 응급실지원팀, 2019. 4. 24.)

37) 간담회 결과(광역 단위 정신건강복지센터, 2019. 5. 3.)

않아도 정신적 어려움이 있으면 개인의 정보를 보호받으면서도 도움을 받을 수 있도록 하자는 의견이다. 셋째, 응급 및 위기 상황이 발생했을 때 일시적으로 머무를 수 있는 위기지원쉼터(식사 제공)를 마련하는 것이다. 이곳에 비슷한 처지의 당사자들이 모여 이야기하고 이해할 수 있는 장을 만들어 주는 것이 필요하다. 이 같은 방식은 미국에서 ‘respite care’라는 이름으로 국가 제도권 내에서 운영되고 있다. 마지막으로 동료 지원가를 제도화하는 것이다.³⁸⁾ 동료 지원가 양성은 2019년 5월 발표된 ‘중증 정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안’에서 중장기 개선과제로 제안된 바 있다.

4. 자살 고위험군 감시 체계

현재 국내에는 자살 고위험군을 실시간, 포괄적으로 모니터링할 수 있는 체계가 취약하다. 여기에는 개인정보보호라는 법적 테두리 내에서 자살 고위험군을 보호하기 위해 필수적으로 필요한 정보가 제한된다는 중요한 문제가 있다. 더불어 국가 통계자료는 단편적으로 집계된 방식으로 공개되기 때문에, 이를 근거로 자살예방사업을 계획, 평가, 운영하기는 어렵다. 여기에서는 국내에서 자살사망의 원인과 현황을 파악하기 위해 구축하고 있는 몇 가지 통계를 제시하고자 한다.

그중 하나는 중앙심리부검센터가 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제3장 자살예방대책 등 제11조의2(심리부검)³⁹⁾를 근거로 실

38) 간담회 결과(게이트키퍼 활동가, 2019. 7. 19.)

39) 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제3장 자살예방대책 등 제11조의2(심리부검) 국가와 지방자치단체는 효과적인 자살예방정책을 수립하고, 자살 시도자 및 그 가족 또는 자살자의 유족(이하 이 장에서 “자살시도자 등”이라 한다)에 대한 심리적 지원을 제공하기 위하여 자살행위 전후의 심리·행동변화 등을 바탕으로 자살 원인을 분석하는 심리부검을 실시할 수 있다. 이 경우 미리 자살 시도자 등의 동의를 받아야 한다.

시하는 심리부검 자료이다. 심리부검의 대상은 만 19세 이상의 성인 중 경찰 조사에서 자살사망으로 확정된 고인으로, 고인의 유족, 주변 친구, 동료들을 대상으로 면담을 진행한다(보건복지부, 중앙심리부검센터, 2018, pp. 12-15). 심리부검 결과를 통해 자살사망자의 생애 스트레스 사건과 그들의 추정 정신질환명에 대한 통계가 산출되며, 생애주기별 자살사망자의 위험 요인과 특성이 분석되기도 한다.

〈표 2-3〉 중앙심리부검센터 심리부검 결과에서 나타난 생애주기별 자살사망자 특성

생애주기	위험 요인	특성
청년기(19~34세) 80명	- 성인기 이전 부정적 사건 경험 - 연애 관련 문제	- 성인기 이전에 부정적 사건을 경험한 비율이 높음. - 연애와 관련하여 연인과 다투거나 불화 혹은 연인과의 이별 문제 경험률이 높음.
중년기(35~49세) 96명	- 경제적 어려움 - 직장 스트레스	- 직장 내 대인관계, 이직 및 업무량의 변화, 실직 등 직업 관련 스트레스 사건을 경험하는 비율이 높음. - 경제적 문제를 겪은 비율이 높으며, 세부적으로는 부채가 주요한 요인이었고, 주택 관련 부채 비율이 타 연령보다 높음.
장년기(50~64세) 77명	- 직업 및 경제 관련 스트레스 - 자살 관련 행동	- 직업과 관련하여 실업 문제로 인한 스트레스 비율이 높음. - 경제적 문제의 경우 부채 관련 스트레스 비율이 높고, 부채의 원인은 사업자금, 생활비인 경우가 많으며, 수입 감소로 인한 스트레스도 상대적으로 높음.
노년기(65세 이상) 36명	- 신체 질병 관련 스트레스 - 사회적 고립	- 만성질환을 비롯한 신체 건강 관련 스트레스 경험 비율이 높음. - 혼자 지내거나 친구가 적고, 의지할 만한 신뢰자가 없는 비율이 높게 나타나는 등 사회적 관계가 취약함.
공통(전 연령) 289명	- 정신건강 문제 - 가족 관련 스트레스 - 사망 전 경고신호	- 전 연령대에서 우울장애, 물질 관련 장애와 같은 정신건강 문제를 경험하는 비율이 전반적으로 높음. - 가족 관련 스트레스 양상은 연령대에 따라 다소 상이함. - 대부분의 자살사망자가 사망 전 자살과 관련된 경고 신호를 보이지만 주변 가족이나 지인들은 이를 인지하지 못하는 경우가 대부분임.

자료: 보건복지부, 중앙심리부검센터. (2018). 2017 심리부검 면담 결과 보고서, p. 44.

다음은 매년 발간되는 통계청의 사망원인통계로, 이를 통해 우리나라 자살사망자의 규모를 파악하는 것이 가능하다. 사망원인통계는 매년 전국 읍면동 및 시구에서 접수되는 사망신고서를 통해 데이터가 구축되며, 그 외 건강보험 자료나 경찰청의 변사자 자료, 교통사고 사망 자료, 응급 의료 자료 등이 참고된다. 사망 발생과 신고 간 시차가 존재하기 때문에 기준 연도 1월 1일부터 다음 해 4월 30일까지 신고된 것 중 기준 연도에 사망한 자들의 데이터가 포함된다(통계청, 2018, pp. 6-7).

사망신고서 내 주요 작성 항목은 사망자 성명, 성별, 주민등록번호, 주소, 사망 일시, 사망 장소, 사망 원인, 진단자, 사망 종류, 국적, 교육 정도, 직업, 혼인 상태 등이며, 사망신고서에 누락된 정보는 행정자료 등을 통해 파악할 수 있는 정보로 대체하고 있다. 사망 원인 분류 체계는 2016년 이후부터 7차 한국표준질병사인분류를 이용하고 있으며, 통계표 작성 시에는 세계보건기구(WHO)에서 권고한 일반사망분류표(103항목)와 이를 우리나라 실정에 맞게 고안한 한국사인요약분류표(236항목) 등을 이용해 제시하고 있다(통계청, 2018, pp. 9-10).

통계청 사망원인통계는 자살사망자의 기본 사항을 포함하고 있으나, 자살사망자의 특성을 면밀히 분석하기 위해서는 건강보험 청구자료, 국민건강영양조사 등의 데이터와 연계해야 한다. 그러나 자살사망 정보는 상당히 민감하게 취급되기 때문에, 일부만 공개되고 있는 상황이다. 개인을 식별할 수 있는 정보에 대해서는 엄격하게 보호·관리하되, 다양한 국가 데이터와의 연계를 원활히 하고, 자살사망자를 충분히 검토하여 자살 예방 정책을 위한 기초자료로 활용될 수 있도록 해야 한다.

다음은 경찰청에서 매년 제공하고 있는 경찰통계연보의 자살사망자 현황 자료이다. 자살사망자에 대한 정보는 경찰이 매년 사고에 의한 사망 사건 발생 시 사망 원인에 대해 조사하는 변사 자료를 토대로 수집되고

있으며, 사망자의 성별, 직업, 생년월일, 발견 장소 및 일시, 사망 추정 일시, 사망 구분, 사망 수단 등의 정보를 포함하고 있다(임정수 외, 2008; 기명 외, http://www.spckorea.or.kr/new/sub01/sub06_view.php?Kind=0501&Code=05&No=11444&No2=11444&Thread=A&Type=edit&page=1&Next=view&Category=에서 2019. 10. 7. 인출, pp. 8-9에서 재인용). 연보를 통해 연도별 자살사망자의 사망 원인, 자살사망자 연령대별 직업, 학력, 자살 수단에 대한 현황을 알 수 있다(경찰청, 2018, pp. 219-221).

제 3 장

자살 고위험군의 의료 이용

제1절 선행연구 고찰

제2절 자살사망자의 의료 이용

제3절 정신질환자의 자살사망 및 의료 이용

3

자살 고위험군의 의료 이용 <<

제1절 선행연구 고찰

국내 자살 고위험군의 정의를 살펴보면, 기관으로부터 의뢰받은 자살 시도자 또는 임박한 위기대상자(중앙자살예방센터, 2012)를 사업 대상으로 하거나, 24시간 이내 자살 시도 가능성, 치명적인 자살 도구 소지 및 구체적인 자살 계획 여부, 과거 자살 시도 경험, 현재의 정신과적 문제, 최근 정신과 퇴원 여부 등의 내용을 포함하는 자살 위험성 평가(서울시 자살예방센터, 2011)를 바탕으로 고위험군을 정의하고 있다. 즉, 자살과 관련된 계획과 경험, 정신과 치료 경험과 같은 명백한 사실을 근거로 하기 때문에, 판단 기준에 부합되지 않거나 판단이 불가능한 고위험군을 확인하는 것이 어렵다. 본 연구에서는 의료 이용 패턴을 통해 자살 고위험군의 특성을 확인해 보고자 한다.

1. 자살 고위험군의 의료 이용 행태

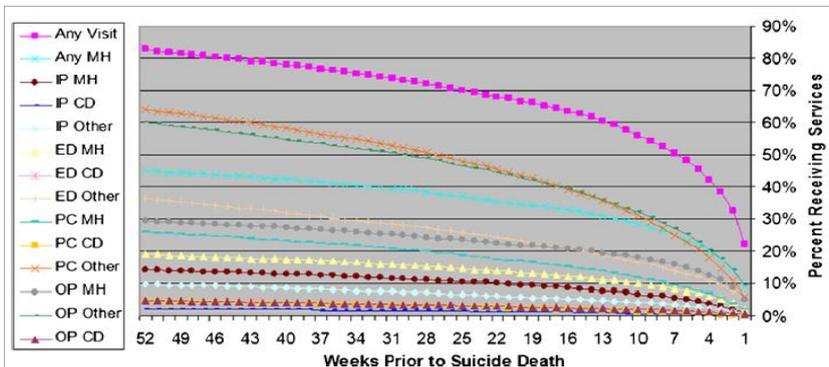
먼저 기존 연구에서 나타난 자살 고위험군의 전반적인 의료 이용 행태를 살펴보고, 이후 정신질환 및 신체질환에 대한 세부 전문과 이용 행태를 검토하였다. 선행연구에 따르면 자살사망자 또는 시도자의 사망 전 의료 이용은 일차의료서비스, 응급의료서비스, 정신질환/신체질환으로 인한 전문과 이용(Ahmedani et al., 2014; Ballard et al., 2014; Chock et al., 2015; Da Cruz et al., 2010; De Leo, Draper, Snowdon, &

44 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

Kölves, 2013; Hyden, 1996; Landy & Kripalani, 2015; Morrison et al., 2011; Stene-Larsen & Reneflot, 2019; Vassilas & Morgan, 1993) 등으로 세분화된다. 자살 고위험군이 이용한 주요 의료서비스 유형 및 이용 행태에 대한 고찰은 우리 연구에서 이루어질 자살 고위험군의 의료 이용 특성 분석 방향을 설정하고 구체화하는 데 근거로 활용할 수 있다.

기존 연구에 따르면, 자살사망 전 의료 이용 빈도(횟수)는 일반적으로 자살사망 시점이 가까워질수록 감소하는 것으로 보고된다. Chock 외(2015)의 연구에서는 자살사망 1년 전 전체 의료 이용 횟수는 평균 9.1회, 사망 6개월 전은 평균 5.0회, 사망 1주일 전은 평균 1.1회로, 자살사망 시점이 가까워질수록 의료 이용 횟수가 감소하는 것으로 나타났다(Chock et al., 2015, p. 1478). Ahmedani 외(2014)의 연구에서도 자살사망 52주 전부터 1주 전까지의 의료 이용률을 파악한 결과 자살사망 시점에 가까워질수록 서비스 유형에 관계없이 전반적으로 의료 이용이 감소하는 경향을 보였다(Ahmedani et al., 2014, p. 872).

[그림 3-1] 자살사망 전 시점에 따른 의료 이용 경향



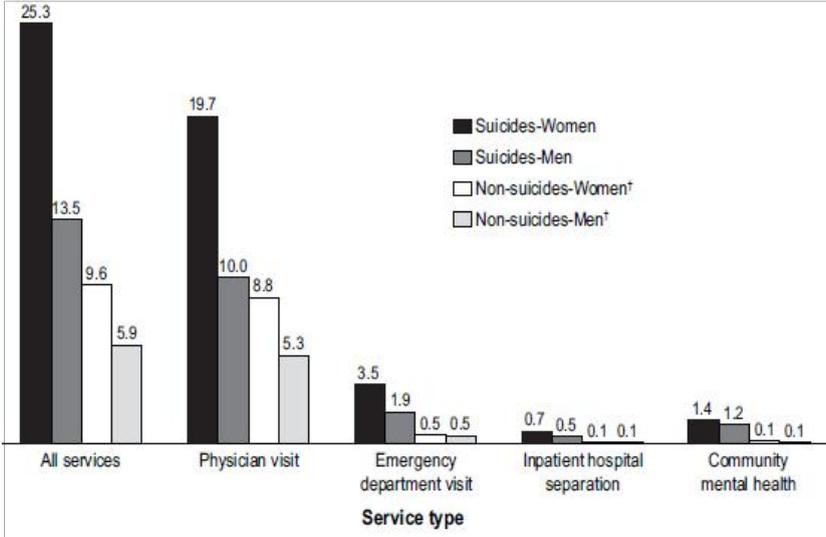
주: MH-정신과 진단, CD-약물의존 진단, PC-일차의료, IP-입원, OP-외래, ED-응급
 자료: Ahmedani et al. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. p. 872, 그림 1 발췌.

Stene-Larsen 외(2019)는 2000년부터 2017년까지 자살사망 전 의료 이용을 주제로 한 연구들을 바탕으로 체계적 문헌 고찰을 하였는데, 자살사망 12개월 전 80%가량이 일차의료서비스를 이용한 것으로 나타났으며, 6개월 전 54%, 3개월 전 41%, 1개월 전 44%, 1주일 전 16%로 사망 시점에 가까워질수록 일차의료서비스 이용이 감소하는 것으로 나타났다(Stene-Larsen et al., 2019, p. 11). 반면 국내 연구에서는 반대의 결과가 보고된 바 있다. Cho 외(2013)는 경찰청 기록 및 건강보험심사평가원 심사 자료를 기반으로 신체질환으로 인한 자살사망자에 대해 자살사망 10개월~1년 전, 7개월~9개월 전, 4개월~6개월 전, 3개월 전 의료 이용 횟수 및 의료비 지출을 연구하였는데, 자살사망이 가까워질수록 의료 이용 횟수와 의료비 지출이 증가하는 것으로 나타났다(Cho et al., 2013, p. 149). 이 연구에서는 특정 신체질환자를 대상으로 분석했기 때문에 질환의 특성이 반영되었을 수 있겠으나, 국내 자살 고위험군이 국외 연구 결과와 다른 특징을 보이는지 추가적인 연구가 필요하다.

또한 보편적으로 일반 사망에 비해 자살사망에서 사망 전 의료 이용 횟수가 더 많은 경향을 보였다. Chock 외(2015)는 동일 지역 내 자살사망과 일반 사망에 대해 성, 연령을 1:3의 비율로 매칭하여, 사망 유형에 따른 의료 이용 행태를 비교하였다. 다변량 분석 결과, 자살사망군이 비(非)자살사망군에 비해 사망 1년 전, 6개월 전, 4주 전 전체 의료 이용 횟수가 더 많은 것으로 나타났으며, 사망 1년 전 입원일수도 더 길었다. 정신과 진단을 보정한 후에도 자살사망자의 사망 1년 전 및 4주 전의 의료 이용 횟수, 사망 1년 전 입원일수가 일반 사망자에 비해 더 많거나 긴 것으로 확인되었다(Chock et al., 2015, pp. 1477-1478). 캐나다 앨버타의 사망 전 의료 이용 연구에서도 일반 사망군에 비해 자살사망군의 사망 1년 전 평균 의료서비스(전체 의료서비스, 신체질환으로 인한 의료서비스, 응급의료서비스 등)의 이용 횟수가 더 많았다(Morrison et al., 2011, p. 4).

[그림 3-2] 자살사망군과 비(非)자살사망군의 의료서비스 유형별 사망 전 평균 이용 횟수 비교

(단위: 횟수)



자료: Morrison et al. (2011). Adults' use of health services in the year before death by suicide in Alberta. p. 4, 그림 1 발췌.

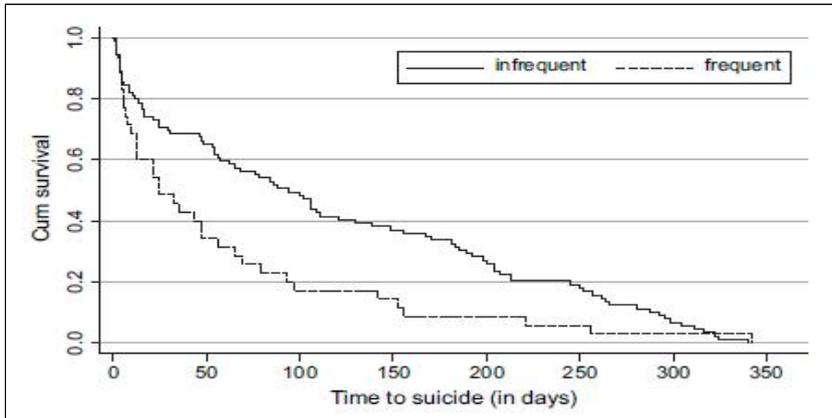
한편 De Leo 외(2013)는 자살사망군과 돌연사 사망군의 사망 3개월 전 의료 이용 행태를 비교하였는데, 두 집단 간 일차의료서비스 이용 횟수에 유의한 차이가 없는 것으로 보고되었다(De Leo et al., 2013, p. 1118). 그러나 일차의료서비스 이용 자체는 자살사망 전에 빈번하게 이루어지는 것으로 나타났다(Vassilas & Morgan, 1993; Hyden, 1996; Landy & Kripalani, 2015, p. 44에서 재인용).

응급의료서비스 이용의 경우, 응급실 이용 경험이 있고 응급실 이용 횟수가 많을수록 자살사망에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 자살사망 1년 전 정신과 방문 이력 환자의 응급의료서비스 이용에 대한 Da Cruz 외(2010)의 연구에 따르면, 전체 연구 집단의 43%가량이 자살로 사망하기 1년 전에 최소 1회 이상 응급실을 방문했으며, 12%는 3회 이상까지도 방

문한 것으로 나타났다(평균 3.3회, 최대 30회 방문). 자살사망 전 응급실을 방문한 이유로는 자해가 39%로 가장 많았고, 정신과 증상이 28%, 신체적 질환 및 부상이 24%, 알코올 중독이 7% 순으로 나타났으나, 사망 전 마지막 응급실 방문 이유와 자살사망까지의 시간 간 연관성은 없었다. 반면 응급실 방문 횟수에 따라서는 자살사망에 이른 기간에 유의한 차이를 보였는데, 응급실 다빈도 방문군이 아닌 경우 응급실 방문 후 93일(중앙값) 후에 자살사망에 이른 것으로 나타났으나, 응급실 다빈도 방문군은 이보다 훨씬 짧은 24일로 나타났다(Da Cruz et al., 2010, p. 468).

[그림 3-3] 응급실 다빈도 방문군과 비(非)다빈도 방문군 간 자살사망 소요 기간 비교

(단위: 일)



자료: Da Cruz et al., (2010). Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. p.470, 그림 3 발췌.

자살사망자는 아니지만, 주요 자살 고위험군인 자살 시도자를 대상으로 한 연구도 있었다. Ballard 외(2014)는 초등학교 1학년생이 청년기(27~31세)에 이르기까지의 자살 시도 여부와 의료 이용 내역을 조사해 자살 시도자의 의료 이용 특성을 파악했다. 인구사회학적 변수를 보정했

을 때 일차의료서비스 이용은 자살 시도와 연관성이 없었으나, 입원과 응급실 이용은 자살 시도 위험을 높이는 것으로 분석되었다(각각 OR: 1.73, 1.75). 인구사회학적 특성과 주요 우울장애(Major Depressive Disorder) 진단 여부를 모두 보정했을 때에는 응급실 이용만이 자살 시도 위험에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(OR: 1.51)(Ballard et al., 2014, p. 439). 이에 저자들은 일반 입원 환자를 대상으로 주요 우울장애를 진단하고, 응급실 방문 환자를 대상으로 자살 위험을 평가하는 것이 자살을 예방하는 데 도움이 될 수 있다고 밝혔다(Ballard et al., 2014, p. 440).

2. 자살 고위험군의 정신질환 관련 의료 이용

정신질환(정신건강)과 자살 간 관련성은 익히 알려진 것으로(Jeon et al., 2010; 안순태, 이하나, 2016, p. 532에서 재인용), 연구에 따라 편차가 있으나 높게는 90% 이상의 관련성을 갖는 것으로 발표되기도 하였다(Cavanagh et al., 2003; Landy & Kripalani, 2015, p. 45에서 재인용). 따라서 자살 고위험군의 정신질환으로 인한 의료 이용 행태를 파악해 대상에 대한 이해를 높이고 자살예방을 위한 사전 개입 지점을 파악하는 것이 필요하다.

선행연구들에서는 주로 자살사망과 정신질환 간 관련성을 분석하거나, 자살사망 전에 나타나는 의료서비스 유형별(응급의료서비스, 정신과 외래·입원서비스) 이용 행태의 특수성을 연구하였다.

Crump 외(2014)는 스웨덴 국가 코호트 자료를 기반으로 2001년부터 2008년까지의 자살사망자에 대해 자살사망과 관련이 있는 정신적 위험 요인을 분석하였다. 이 연구에서 정의한 정신적 위험 요인은 정신질환으

로서, 전체 정신질환, 알코올 사용, 기타 물질남용, 조현병, 조울증, 우울증, 불안장애, 인격장애 등의 정신질환이다(Crump et al., 2014, p. 280). 연구 결과, 모든 정신질환이 자살 위험 요인으로 나타났으며, 특히 우울증은 다른 정신질환에 비해서도 강력한 자살 위험 요인으로 확인되었다(Crump et al., 2014, p. 284). 특히 우울증이 자살에 미치는 영향은 젊은 연령대보다 고령일수록 더 커지는 것으로 나타났다(Crump et al., 2014, p. 286). 그러나 사망자 수 측면에서는 우울증보다는 유형을 특정하지 않은 전체 정신질환이나 일부 신체질환(암, 만성폐쇄성폐질환)을 진단받았던 자살자의 규모가 더 큰 것으로 나타났다. 따라서 자살 위험에 대한 포괄적인 이해를 위해서는 정신질환뿐만 아니라 신체질환을 동시에 고려해야 한다고 설명했다(Crump et al., 2014, p. 288).

〈표 3-1〉 자살사망과 정신질환과의 관련성(1)

구분	보정된 위험비(aHR)			
	여성		남성	
	aHR	(95% CI)	aHR	(95% CI)
전체 정신질환	20.91	(18.75~23.33)	12.19	(11.31~13.13)
알코올 사용	4.21	(3.60~4.93)	4.15	(3.79~4.55)
기타 물질남용	7.63	(6.53~8.91)	4.42	(3.95~4.95)
조현병	5.16	(4.04~6.58)	3.99	(3.39~4.70)
조울증	5.01	(4.21~5.97)	3.87	(3.30~4.54)
우울증	19.28	(17.32~21.47)	15.54	(14.37~16.80)
불안장애	3.99	(3.49~4.56)	2.83	(2.53~3.16)
인격장애	4.01	(3.37~4.75)	3.41	(2.95~3.94)

주: 연령, 결혼 상태, 출생 국가, 교육 수준, 고용 상태, 소득수준, 거주지역(시골/도시), 신체적 증상을 보정한 모형임.

자료: Crump et al. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. p. 284, 표 3을 수정하였음.

자살사망과 정신질환 간 유의한 관련성은 De Leo 외(2013)의 연구에서도 발견되었다. 35세 이상 자살사망군의 74.9%가 자살사망 당시 정신

질환을 가지고 있는 것으로 나타났으며, 이는 돌연사 사망군의 35.9%보다 훨씬 높은 수치였다. 또한 자살사망군에서 빈번하게 발견되는 정신질환으로는 우울증을 포함한 기분장애가 54.8%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 물질사용장애(29.3%), 불안장애(22.4%) 순으로 나타났다(De Leo et al., 2013, p. 1119).

〈표 3-2〉 자살사망과 정신질환과의 관련성(2)

구분	자살사망군(%)	돌연사 사망군(%)	OR(95% CI)
전체 정신질환	74.9	35.9	4.99(3.28~7.58)
기분장애	54.8	16.0	6.08(3.80~9.72)
물질사용장애	29.3	16.0	1.97(1.21~3.23)
불안장애	22.4	9.9	2.39(1.34~4.26)

주: 성과 연령을 보정한 OR값임.

자료: De Leo et al. (2013). Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention?. p. 1119, 표 2를 수정하였음.

Da Cruz 외(2010)는 자살사망자의 특성을 파악하고자 응급실 방문 후 한 달 이내의 자살사망을 종속변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 하였는데, 1) 알코올 및 약물남용, 2) 다빈도 응급실 방문(자살사망 전 1년 이내에 3회 이상 방문), 3) 자해를 포함한 정신과적 증상으로 인한 응급실 방문(자살사망 전 마지막 응급실 방문)의 OR값이 각각 2.89, 2.57, 2.24 등으로 높았다(Da Cruz et al., 2015, pp. 469-470). 즉, 1년 이내에 응급실 방문이 잦고, 약물남용이나 자해를 포함한 정신과적 증상으로 인해 응급실을 방문한 환자는 자살 발생 위험이 높으므로 각별한 관심과 추적 관리가 요구되는 것으로 나타났다.

Chock 외(2015)는 2000년부터 2009년까지 미국 미네소타주에서 발생한 자살사망 86건에 대해 성, 연령을 매칭한 일반 사망 258건을 활용하여 자살사망군과 비(非)자살사망군의 정신과 의료 이용 행태를 비교하였

다. 분석 결과, 자살사망군이 비(非)자살사망군에 비해 사망 1년 전 정신과 진단율과 정신과 의료서비스 이용률이 더 높은 것으로 나타났다. 구체적으로는 자살사망군이 비(非)자살사망군에 비해 사망 1년 전 정신과 진단을 받을 위험이 8.08배, 정신과 외래서비스 이용 횟수는 1.55배, 정신과 입원서비스 이용 횟수는 15.70배 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-3〉 자살사망군과 비(非)자살사망군 간 사망 전 정신과 서비스 이용 비교

구분	자살사망군	비(非)자살사망군	OR(95% CI)
	평균±표준편차 (횟수)	평균±표준편차 (횟수)	
정신과 외래서비스 이용 횟수	3.1±8.3	0.2±1.1	1.55(1.27~1.89)
정신과 입원서비스 이용 횟수	0.3±0.9	0.0±0.1	15.70(3.59~68.59)
정신과 입원서비스 재원 일수	3.2±10.3	0.1±0.9	1.30(1.05~1.61)

자료: Chock et al.(2015). Patterns of Health Care Usage in the Year Before Suicide: A Population-Based Case-Control Study. p. 1478, 표 2를 수정하였음.

De Leo 외(2013)의 연구에서는 자살사망군이 돌연사 사망군에 비해 정신과 의사, 심리학자, 상담사 등 정신건강 관련 서비스를 더 많이 이용한 것으로 나타났으며, 이 중 정신과 의사 방문은 성과 연령을 보정한 후에도 자살사망군에서 더 높게 나타났다(De Leo et al., 2013, p. 1121). 청소년 시설(Youth center)에 거주했던 자살사망자와 동 시설에 거주 중인 청소년 간 의료 이용 행태를 비교한 Renaud 외(2006)의 연구에서도 자살사망군은 대조군에 비해 평생 및 1년 전(자살사망자는 사망 1년 전, 대조군은 조사 1년 전) 정신과 입원서비스 이용이 더 많았던 것으로 나타났다(Renaud et al., 2006, p. 3).

한편 Stene-Larsen & Reneflot(2019)이 발표한 자살사망 전 정신과 의료 이용에 대한 체계적 문헌 고찰 결과에 따르면, 자살사망 전 평생 정신과 이용률은 57%(최소 43%~최대 64%)였으며, 자살사망 1년 전 정신

과 이용률은 31%(최소 21%~최대 42%), 3개월 전 35%(최소 26%~최대 44%), 1개월 전 21%(최소 7%~최대 32%), 1주일 전 10%(최소 3%~최대 22%)로 확인되었다(Stene-Larsen et al., 2019, pp. 11-12). 자살사망 1년 전부터 자살사망 시점에 가까워질수록 정신과 이용률이 감소하는 경향은 자살사망 전 전반적인 의료 이용 행태와 관련한 선행연구 결과와도 동일하다.

3. 자살 고위험군의 동반상병(신체질환) 관련 의료 이용

정신질환은 자살과의 관련성이 높으나 사회적 낙인으로 인해 과소진단 될 위험이 높다(안순태, 이하나, 2016, p. 553). 또한 2015년 경찰통계 연보에 따르면 신체질환으로 인한 자살이 전체 자살 원인의 22%가량을 차지하는 것으로 나타나(이상영, 채수미, 정진욱, 윤시몬, 차미란, 2017, p. 26), 자살 고위험군 정의 시 신체질환과 자살 간 관계도 중요하게 고려할 필요가 있다. 다만, 기존 연구 중에는 자료 가용성, 연구자의 관심 및 필요 등에 따라 특정 신체질환에 중점을 두어 자살과의 관련성을 검토하기도 하므로, 해당 신체질환과 자살 간 관련성, 또는 위험도를 전체 자살 고위험군에게 나타나는 보편적인 특성으로 해석하는 것은 신중해야 한다.

Crump 외(2014)는 자살사망의 위험 요인을 파악하기 위해 앞서 살펴본 정신질환뿐만 아니라 신체질환에 대해서도 연구를 진행하였다. 이때 암, 당뇨병, 허혈성 심질환, 뇌졸중, 만성폐쇄성폐질환, 천식, 척추장애 등이 주요 신체질환으로서 분석 대상에 포함되었으나(Crump et al., 2014, p. 280), 포함된 근거는 구체적으로 제시하지 않았다. 분석 결과, 자살사망과 유의한 연관성을 갖는 것으로 나타난 질환은 암, 만성폐쇄성 폐질환, 척추장애, 천식, 뇌졸중이었으며, 당뇨병과 허혈성 심질환은 유

의하지 않은 것으로 확인되었다(Crump et al., 2014, p. 285). 한편 자살사망에 미치는 영향력은 우울증이 가장 컸으나, 사망자 수 측면에서는 아님, 만성폐쇄성폐질환자의 규모가 더 크게 나타나(Crump et al., 2014, p. 288), 정신질환에만 국한된 자살예방 정책으로는 자살사망자 수를 감소시키는 데 한계가 있을 수 있음을 시사하였다.

Chock 외(2015)도 자살사망군과 비(非)자살사망군의 의료 이용 행태를 비교하고자 정신질환과 신체질환으로 인한 의료 이용을 모두 연구하였다. 질환 유형별 외래, 입원, 응급의료서비스 이용 행태를 분석한 결과, 자살사망군에게서 이용 빈도가 높게 나타난 것은 정신질환과 관련한 의료서비스였다. 그러나 신체질환으로 인한 의료 이용 중에서도 응급의료서비스는 자살사망군이 비(非)자살사망군에 비해 이용 빈도가 유의하게 높은 것으로 나타났다(Chock et al., 2015, p. 1478).

한편 Renaud 외(2006)의 연구에서는 청소년 자살사망군이 대조군에 비해 자살사망 1주일 전 신체질환으로 인한 의료 이용이 많은 것으로 나타났다. 사망 시점으로부터 다소 떨어진 30일, 90일, 1년 전 의료 이용에는 차이가 없다고 보고하였다(Renaud et al., 2006, p. 3).

4. 자살 고위험군 의료 이용 특성에 따른 정책 방안

자살사망과 정신질환은 높은 관련성을 갖는다. 한 심리부검 결과에 따르면 자살사망자의 90% 이상이 정신건강 문제를 겪었던 것으로 나타났으며(Cavanagh et al., 2003; Landy & Kripalani, 2015, p. 45에서 재인용), Crump 외(2014), De Leo(2013), Da Cruz 외(2010) 등 다수의 선행연구에서도 자살사망과 정신질환 간 관련성이 확인되었다. 또한 신체질환은 그 자체로 자살에 독립적인 영향을 미쳤을 수 있지만 우울증,

물질사용장애 등 정신질환과의 복합 이환을 통해 자살사망에 영향을 미치는 것으로 나타나(Webb et al., 2012; Landy & Kripalani, 2015, p. 45에서 재인용), 자살예방 측면에서 정신질환의 발견 및 관리의 중요성이 매우 높다는 점이 확인되었다.

그러나 자살사망자의 의료 이용 현황을 보면 정신질환보다는 신체질환으로 인한 의료 이용을 더 많이 하는 것으로 나타난다. 자살사망군과 다른 집단 간 비교 연구들에서 정신질환이 자살사망에 미치는 영향력을 일관되게 보고하고 있으나, 사망자 규모 측면에서는 신체질환으로 인한 자살사망자 수가 더 많다는 발표가 있다(Crump et al., 2014, p. 288). Dougall 외(2014)의 연구에서도 자살사망자가 사망 1년 전 정신과 의료 서비스보다는 정신과 외 서비스를 더 많이 이용한 것으로 나타났으며, 정신과 퇴원 환자보다 정신과 외 퇴원 환자의 자살사망자 수가 3.1배 더 많은 것으로 확인되었다(Dougall et al., 2014; Landy & Kripalani, 2015, p. 45에서 재인용). 즉, 정신질환에만 국한된 자살예방 정책으로는 자살사망자 규모를 감소시키는 데 한계가 있으며, 일차의료서비스, 정신과 외의 진료과에서도 환자의 정신건강에 대한 감수성을 높일 필요가 있다.

이와 관련해 Landy & Kripalani(2015)는 자살사망자의 의료 이용 특수성을 반영한 자살예방 대책을 몇 가지 소개하고 있다. 첫째, 정신건강 검진을 확대하는 것이다. 정신건강 검진은 다양한 보건의료 환경에서 자살 위험을 포착하는 데 효과적인 방법으로 인정받고 있다(Wintersteen et al., 2007; Landy & Kripalani, 2015, p. 45에서 재인용). 기존에 개발된 도구 중 Columbia-Suicide Severity Rating Scale, PHQ-9, MSPS 등은 사용이 간편하고 효과적인 것으로 알려져 있으며, 자살 경험에 대해 의료진과 환자가 대화를 나누는 것만으로도 긍정적인 검진이 될 수 있다고 보고된 바 있다(Landy & Kripalani, 2015, pp. 45-46). 정

신건강 검진은 자살 생각을 가지고 있거나 자해 경험이 있는 환자들이 더 심각한 자살 관련 행위로 나아가는 것을 예방할 수 있다. 따라서 보건의료 환경 전반에서 정신건강에 대한 검진을 제공하거나 상담 역량을 갖추는 것은 자살예방을 위한 가장 기본적이고도 효과적인 방법이 될 수 있다.

둘째, 의료진을 대상으로 한 자살예방 교육이 강화되어야 한다. 자살예방과 관련한 교육이나 훈련을 제공받은 의료진은 그렇지 않은 경우에 비해 자살 위험을 가진 대상자를 파악하고 치료하는 데 더 나은 역량을 보인다는 근거가 있다(Graham et al., 2011; Landy & Kripalani, 2015, p. 46에서 재인용). 응급실뿐만 아니라 일반과에서도 환자 진료 과정에서 자살 위험성이 높은 대상, 자살 위험 신호 등에 대한 파악과 적절한 대처가 이루어질 수 있도록 교육과정 및 훈련이 개발되어야 한다.

셋째, 필요시 퇴원 후 추적 관리를 적극적으로 실시해야 한다. Geddes 외(1997)의 연구에 따르면 정신과 병동 퇴원 후 28일 내에 자살사망이 가장 많은 것으로 나타났으며, 미국 일차의료 환자를 대상으로 한 분석 결과에서는 퇴원 직후 자살한 환자가 일반 인구 집단의 3배에 이르는 것으로 확인되었다(Dhossche et al., 2001; Landy & Kripalani, 2015, p. 47에서 재인용).

제2절 자살사망자의 의료 이용

1. 연구 내용 및 방법

가. 자료원

자살사망자의 의료 이용 현황을 파악하기 위해 국민건강보험공단 표본 코호트 2.0 DB와 통계청 사망원인통계 자료를 활용했다.⁴⁰⁾ 사망자 수가 안정적으로 집계된 2007년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지의 사망자를 연구 대상으로 하였으며, 사망자의 사망 1년 전 의료 이용 패턴을 분석하였다.

나. 연구 방법

□ 데이터 세트 구축 과정

표본코호트 2.0 DB 파일은 여러 가지 테이블로 구성돼 있는데, 그중 연구 대상자의 사회경제적 변수를 파악하기 위해 자격 및 보험료 테이블(NSC2_BNC)을, 연령 및 사망 여부를 파악하기 위해 출생 및 사망 테이블(NSC2_BND)을, 의료 이용 내역을 파악하기 위해 의과 및 보건기관 진료 테이블(NSC2_M20)을, 의료서비스를 이용했던 요양기관을 확인하기 위해 요양기관 테이블(NSC2_INST)을 분석에 활용하였다.

자료 분석을 위한 데이터 세트를 구축하기 위해 다음과 같은 과정을 거쳐 각각의 테이블을 연계했다. 요양기관 고유번호 변수를 기준으로 하여

40) 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB를 활용한 연구 계획에 대해 한국보건사회연구원 의 연구윤리심의를 거쳤으며, 심사 결과 본 연구 계획에서 과학적·윤리적 문제가 발견되지 않아 연구 승인 통지를 받음(제 2019-10호).

의과 및 보건기관 진료 테이블과 요양기관 테이블을 먼저 연계하고(이상치 제거 후 명세서 기준 1억 5561만 3667건 유지), 이 데이터에 개인 고유번호 변수를 활용해 자격 및 보험료 테이블을 연계하였다(이상치 제거 후 명세서 기준 1억 5561만 3667건 유지). 다음으로 대상자 연령 및 사망 여부를 파악하기 위해 개인 고유번호 변수를 활용해 출생 및 사망 테이블을 연계하였고(이상치 제거 후 명세서 기준 1억 5561만 3667건 유지), 성별, 생년, 상병 정보가 결측되지 않고 의료 이용 시 연령이 19세 이상이었던 명세서에 한해 데이터 세트에 유지하였다. 또한 부상병 정보가 완전하지 않더라도 주상병 정보가 완전한 경우(ICD-10코드 셋째 자리까지 확인 가능)에는 본 분석에 포함했으며(이상치 제거 후 명세서 기준 1억 1429만 5640건 유지), 사망 일자, 사망 원인 등 사망 관련 정보가 결측치인 것은 삭제했다(생존자 삭제 및 자살 관련 정보 이상치 제거 후 명세서 기준 797만 1105건 유지).

데이터클리닝 과정을 거쳐 자료가 완전하지 않은 경우를 삭제하고 최종적으로 구축된 데이터의 기초 통계를 아래 표에 제시했다. 연도별 19세 이상 전체 대상자 수(사망자와 생존자 모두 포함), 사망자 수, 자살사망자 수 현황을 살펴보았으며, 인구 십만 명당 자살사망률은 연도별로 33.9~43.7명으로 나타났다.

〈표 3-4〉 국민건강보험공단 표본코호트 구축 자료의 사망자 현황

(단위: 명, %, 인구 십만 명당 명)

연도	분석 기준에 따른 데이터클리닝 이후 표본코호트 자료				
	전체 대상자 수	사망자 수	자살사망자 수	사망자 중 자살사망자 비율	자살사망률
2007년	663,475	4,701	252	5.4	38.0
2008년	676,592	4,949	276	5.6	40.8
2009년	695,395	4,856	280	5.8	40.3

연도	분석 기준에 따른 데이터클리닝 이후 표본코호트 자료				
	전체 대상자 수	사망자 수	자살사망자 수	사망자 중 자살사망자 비율	자살사망률
2010년	707,624	5,171	304	5.9	43.0
2011년	718,990	5,209	287	5.5	39.9
2012년	733,046	5,370	320	6.0	43.7
2013년	741,146	5,426	292	5.4	39.4
2014년	754,169	5,382	256	4.8	33.9
2015년	761,304	5,642	280	5.0	36.8

주: 자살사망자는 한국표준질병 사인분류를 기준으로 사망 원인이 'X60-X84'인 사람으로 정의함.
자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

다음으로 사망자에 한해 사망 시점으로부터 1년 전까지의 의료 이용 내역으로만 구성된 데이터 세트를 구축하였다(명세서 기준 135만 2414건, 사람 기준 4만 5350명). 이때 사망연월 변수와 요양개시일자 변수를 활용하였으며, 사망 정보는 '월'까지, 요양개시일 정보는 '일'까지 공개되어 일괄 '월' 단위로 조정해 사망 당월부터 사망 12개월 전 의료 이용 내역으로 분류했다. 사망자는 한국표준질병 사인분류를 기준으로 사망 원인이 'X60-X84'인 경우 자살사망자, 그 외에는 비(非)자살사망자로 구분했다. 이 같은 과정을 거쳐 구축된 사망 1년 전 의료 이용 데이터 세트의 기본 현황은 다음과 같다.

전체 사망자 중 남성의 비율이 여성보다 더 높았으며, 이는 비자살사망보다 자살사망에서 더 뚜렷하였다. 사망자로 구성된 데이터 세트 특성상 70대 이상의 비율이 가장 높았으나, 자살사망자는 비자살사망자에 비해 연령군 간 구성 비율 차이가 크지 않았다.

보험료 분위별로는 자살사망자와 비자살사망자 모두 10분위 비율이 가장 높았다. 건강보장 형태는 건강보험의 비율이 의료급여보다 더 높았고, 비자살사망자보다는 자살사망자에게서 그 경향이 더 뚜렷하였다.

〈표 3-5〉 사망 1년 전 의료 이용 데이터 세트 기본 현황

(단위: 명, %)

구분		전체 사망자		자살사망자		비자살사망자	
		수	비율	수	비율	수	비율
성별	남성	24,742	54.6	1,515	64.7	23,227	54.0
	여성	20,608	45.4	826	35.3	19,782	46.0
연령	20대	578	1.3	243	10.4	335	0.8
	30대	1,080	2.4	327	14.0	753	1.8
	40대	2,816	6.2	434	18.5	2,382	5.5
	50대	4,875	10.7	444	19.0	4,431	10.3
	60대	7,231	15.9	363	15.5	6,868	16.0
	70대 이상	28,770	63.4	530	22.6	28,240	65.7
남성	20대	343	1.4	126	8.3	217	0.9
	30대	655	2.6	183	12.1	472	2.0
	40대	1,990	8.0	301	19.9	1,689	7.3
	50대	3,580	14.5	330	21.8	3,250	14.0
	60대	4,970	20.1	251	16.6	4,719	20.3
	70대 이상	13,204	53.4	324	21.4	12,880	55.5
여성	20대	235	1.1	117	14.2	118	0.6
	30대	425	2.1	144	17.4	281	1.4
	40대	826	4.0	133	16.1	693	3.5
	50대	1,295	6.3	114	13.8	1,181	6.0
	60대	2,261	11.0	112	13.6	2,149	10.9
	70대 이상	15,566	75.5	206	24.9	15,360	77.6
건강보장 형태	건강보험	38,748	85.4	2,131	91.0	36,617	85.1
	의료급여	6,602	14.6	210	9.0	6,392	14.9
보험료 분위	1분위	3,781	8.3	182	7.8	3,599	8.4
	2분위	2,358	5.2	195	8.3	2,163	5.0
	3분위	2,358	5.2	152	6.5	2,206	5.1
	4분위	2,813	6.2	211	9.0	2,602	6.0
	5분위	2,956	6.5	188	8.0	2,768	6.4
	6분위	3,114	6.9	210	9.0	2,904	6.8
	7분위	3,720	8.2	230	9.8	3,490	8.1
	8분위	4,481	9.9	221	9.4	4,260	9.9
	9분위	5,830	12.9	251	10.7	5,579	13.0
	10분위	6,964	15.4	274	11.7	6,690	15.6
	결측	6,975	15.4	227	9.7	6,748	15.7

자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB 분석 결과.

□ 분석 방법

의료서비스는 전 유형을 포괄하는 전체 의료서비스와 서식코드가 의과 외래, 보건기관 외래, 정신과 외래로 분류된 외래서비스, 서식코드가 의과 입원, 보건기관 입원, 정신과 입원으로 분류된 입원서비스로 구분했다. 또한 응급서비스에 대한 대리 변수로서 응급실을 통한 입원서비스(입원 경로가 응급실인 경우)를 추가하였다.

정신질환으로 인한 의료 이용은 정신과 전문의의 자문 의견에 따라 주상병과 부상병이 모두 F 코드로 청구된 경우(부상병이 결측인 경우 주상병만 F 코드로 청구된 건 포함) 정신질환으로 인해 의료 이용을 한 것으로 정의했다. 정신질환 진단 여부는 사망 1년 전보다 더 이전에 F 코드로 청구된 적이 있으면 정신질환으로 진단받은 경험이 있는 것으로, 그렇지 않으면 경험이 없는 것으로 정의하였다. 신체질환으로 인한 의료 이용은 주상병과 부상병에 F 코드가 청구되지 않은 경우를 신체질환으로 인해 의료 이용을 한 것으로 정의했다.

의료 이용 여부는 기준 기간 내에 한 번이라도 위의 정의에 부합하는 청구 건이 있는 경우 의료 이용을 한 것으로 보고, 그렇지 않으면 의료 이용을 하지 않은 것으로 보았다. 이에 따라 의료 이용률은 해당 청구 건이 있는 사망자 수와 전체 사망자 수를 이용해 산출했다.

- 자살사망자의 의료 이용률
= 해당 청구 건이 발생한 자살사망자 수/전체 자살사망자 수(2341명)
- 비자살사망자의 의료 이용률
= 해당 청구 건이 발생한 비자살사망자 수/전체 비자살사망자 수(4만 3009명)

기간별 의료 이용률은 자살사망 1년 전 의료 이용률이 높은 이후 사망 시점에 가까워질수록 이용률이 감소한다는 기존 선행연구 결과에 따라 (Ahmedani 외, 2014; Chock 외, 2015; Stene-Larsen 외, 2019), 사망 시점을 기준으로 사망 당월, 사망 1개월 전, 사망 2개월 전부터 사망 12개월 전까지의 의료 이용률을 산출하였다. 또한 연령별(사망 1년 전) 이용률은 의료서비스를 이용한 해가 바뀌게 되면서 이용자의 연령이 증가하는 경우가 발생할 수 있는데, 사망 1년 전 연령으로 일괄 고정해 혼란이 없도록 하였다. 한편 의료 이용률은 의료 이용 여부뿐만 아니라 평균 의료 이용 횟수로도 산출해 볼 수 있는데, 전체 평균 횟수 및 기간별 평균 횟수 모두가 의료 이용 여부를 기준으로 산출한 의료 이용률과 동일한 경향을 보여 본 분석에는 포함하지 않았다.

다. 연구 질문

기존 선행연구 내용과 본 연구에서 활용한 데이터 세트의 특성 및 변수 구성 등을 고려해 1) 사망 전 의료 이용 변화, 2) 사망 전 일차의료기관 이용, 3) 사망 전 정신질환 관련 의료 이용, 4) 사망 전 신체질환 관련 의료 이용을 파악하기 위해 필요한 주요 연구 질문과 분석 내용을 정리했다.

1) 사망 전 의료 이용의 변화

- 가설: 자살사망자는 사망 시점에 가까워질수록 의료 이용이 감소한다.
- 지표:
 - ① 자살사망자와 비자살사망자의 사망 전 1년 이내 월 단위 의료 이용률(외래/입원/응급실을 통한 입원)

2) 사망 전 일차의료기관 이용

- 가설: 자살사망자는 사망 전 일차의료기관보다 상급 의료기관을 더 이용한다.
- 지표:
 - ① 자살사망자의 사망 전 1년 이내 월 단위 일차/일차 외 의료기관 외래 이용률

3) 사망 전 정신질환 관련 의료 이용

- 가설:
 - ① 자살사망자 중에는 정신질환 진단자가 많다.
 - ② 자살사망자 중에는 정신질환으로 인한 의료 이용자가 많다.
- 지표:
 - ① 자살사망자와 비자살사망자의 정신질환 진단율
 - ② 자살사망자와 비자살사망자의 사망 전 1년 이내 월 단위 정신질환 상병으로 인한 의료 이용률(외래)

4) 사망 전 신체질환 관련 의료 이용

- 가설:
 - ① 자살사망자는 정신질환뿐만 아니라 신체질환으로 인한 의료 이용도 많다.
 - ② 자살사망 전 정신질환 진단 유경험자와 무경험자의 신체질환으로 인한 의료 이용에 차이가 있다.

● 지표:

- ① 자살사망자와 비자살사망자의 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한(비정신질환 상병으로 인한) 의료 이용률
- ② 자살사망 전 정신질환 진단 유경험자(사망으로부터 1년 이전에 진단받은 것 기준)의 월 단위 신체질환으로 인한 의료 이용률(외래/입원/응급실을 통한 입원)
- ③ 자살사망 전 정신질환 진단 무경험자(사망으로부터 1년 이전에 진단받은 것 기준)의 월 단위 신체질환으로 인한 의료 이용률(외래/입원/응급실을 통한 입원)

2. 분석 결과

가. 사망 전 의료 이용의 변화

국외에서 진행된 다수의 연구들에서 자살사망 전 의료 이용 횟수, 의료 이용 여부 등은 사망 시점에 가까워질수록 감소하는 것으로 보고되었으며(Ahmedani 외, 2014; Chock 외, 2015; Stene-Larsen 외, 2019), 자살사망 시점에 가까워질수록 의료 이용률이 증가하는 것은 국내 Cho 외(2013)의 연구가 거의 유일하였다. 이에 본 연구에서는 자살사망 전 의료 이용률이 감소할 것으로 보고, 전체·외래·입원서비스에 대해 자살사망자와 비자살사망자의 사망 전 1년 이내 월별 의료 이용률을 살펴보았다.

전체 의료서비스에 대한 사망 전 1년 이내 의료 이용률은 자살사망자에 비해 비자살사망자가 더 높게 나타났다. 또한 사망 유형에 관계없이 사망 1년 전에서 사망 11개월 전에 이용률이 상승한 후 사망 1개월 전까지 비슷한 수준을 유지하다가 사망 당월에 이용률이 감소하는 경향을 보

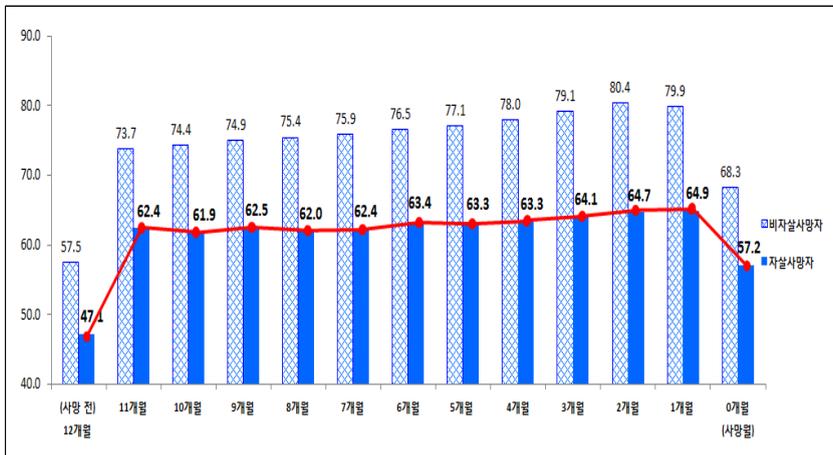
64 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

였다. 사망 당월 의료 이용률이 이전 달에 비해 감소하는 경향은 자료원의 한계로 월별 의료 이용률을 사망월로부터 해당 의료 이용을 한 월을 빼는 방식으로 계산해 과소 집계되었을 가능성이 있으므로 해석에 주의를 요한다.

외래 이용은 전체 의료 이용에 비해 자살사망자와 비자살사망자 간 이용률 차이가 적었다. 또한 두 집단 간 이용률 차이가 점차 감소하다가, 사망 1개월 전부터 사망 당월까지는 자살사망자가 비자살사망자보다 더 높은 외래 이용률을 기록하였다. 자살사망자의 외래 이용률은 사망 11개월 전부터 사망에 가까워질 때까지 60% 수준을 유지했다. 사망 당월에도 과반수가 외래서비스를 이용한 것으로 나타났으며, 사망 당월 자살사망자의 외래 이용률은 비자살사망자보다 14.6%포인트 더 높았다.

[그림 3-4] 사망 전 1년 이내 월 단위 전체 의료 이용률

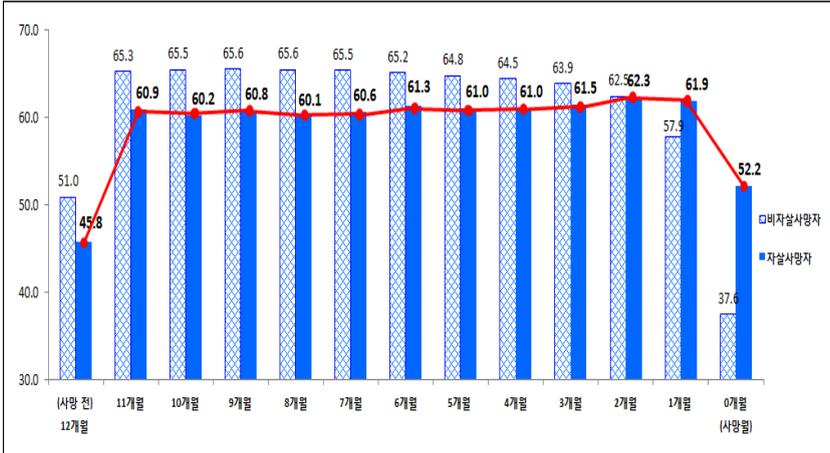
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

[그림 3-5] 사망 전 1년 이내 월 단위 외래 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

사망 당월의 인구학적 특성별 외래 이용률을 살펴보면, 비자살사망자에서는 남녀 간 외래 이용률 차이가 크지 않았지만, 남성의 이용률이 여성보다 조금 더 높았다. 반면, 자살사망자는 여성의 외래 이용률이 남성에게 비해 더 높았으며, 30대는 성별 이용률 차이가 20%를 넘었다. 사망 전 고령자의 외래 이용률이 다른 연령에 비해 높았으며, 사망 당월 기준 비자살사망자 중 외래 이용률이 가장 높았던 연령은 남성 60대(39.8%), 여성 60대(39.9%)였으며, 자살사망자는 남성 70대 이상(70.1%), 여성 70대 이상(70.4%)으로 분석되었다.

66 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

〈표 3-6〉 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 당월 외래 이용률

(단위: 명, %)

구분	비자살사망자		자살사망자	
	이용자 수	이용률	이용자 수	이용률
성별				
남	8,994	38.7	750	49.5
여	7,161	36.2	472	57.1
연령				
남				
20대	76	35.0	51	40.5
30대	178	37.7	45	24.6
40대	655	38.8	125	41.5
50대	1,248	38.4	155	47.0
60대	1,880	39.8	147	58.6
70대 이상	4,957	38.5	227	70.1
여				
20대	34	28.8	47	40.2
30대	109	38.8	65	45.1
40대	209	30.2	66	49.6
50대	435	36.8	73	64.0
60대	857	39.9	76	67.9
70대 이상	5,517	35.9	145	70.4

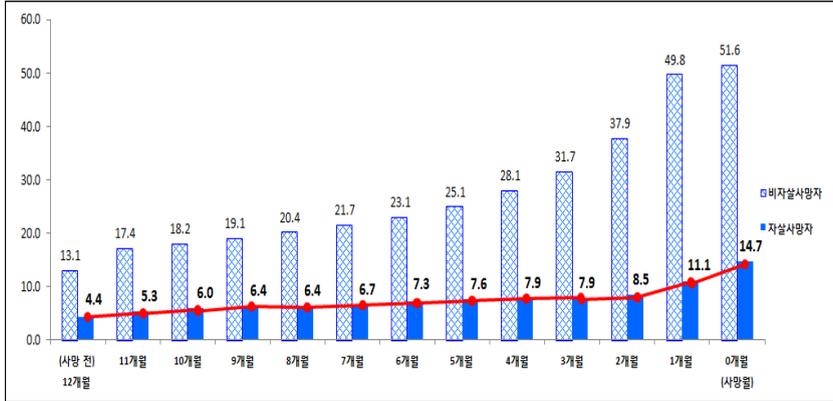
자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

만성질환자의 생애말기 입원 이용, 병원 내 임종이 사회적 쟁점⁴¹⁾임을 반영하듯 비자살사망자의 입원 이용률은 자살사망자에 비해 매우 높고 사망 시점에 가까워질수록 그 격차 또한 증가하는 경향을 보였다. 비자살 사망자만큼은 아니나 자살사망자에서도 사망 시점에 가까워질수록 입원 이용률이 증가하는 경향은 확인할 수 있었으며, 자살사망자의 입원 이용률은 사망 당월 14.7%로 다른 기간에 비해 가장 높은 이용률을 보였다.

41) 임재희. (2019. 6. 24.). 사망 직전 의료비 평소 2.5배↑...국민 76% 병원서 생애 마감. 뉴시스, http://www.newsis.com/view/?id=NISX20190624_0000689744&cID=10899&pID=10800에서 2019. 9. 4. 인출.

[그림 3-6] 사망 전 1년 이내 월 단위 입원 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

한편, 응급의료서비스에 대한 이용을 파악하고자 응급실을 통해 입원 서비스를 이용한 건에 대해서 살펴보았다. 비자살사망자와 자살사망자 모두 사망 시점에 가까워질수록 응급실을 통한 입원 이용률이 증가했는데, 사망 1년 전에 비해 사망 당월의 이용률이 비자살사망자는 8.9배, 자살사망자는 11.4배 증가한 것으로 나타나, 자살사망자의 사망 1년 전 대비 사망 당월 응급실을 통한 입원 이용률 증가가 더 큰 것으로 확인되었다.

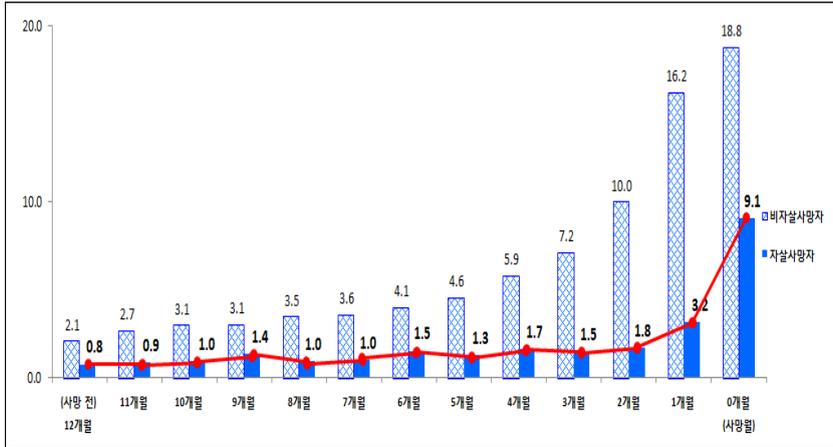
또한 사망 당월을 기준으로, 비자살사망자는 전체 입원 이용 중 36%가 응급실을 통한 것이었던 반면 자살사망자는 전체 입원 이용 중 62%가 응급실을 통한 것으로 나타나 자살사망자의 사망 직전 입원 이용 중 다수가 위급성이 높았을 것으로 추론해 볼 수 있다.

같은 기간 응급실을 통한 입원서비스 이용자의 인구학적 특성을 살펴보면, 비자살사망자는 남성의 이용률이 여성보다 더 높고, 연령대별로는 이용률에 큰 차이가 없었다. 반면, 자살사망자는 여성의 이용률이 남성보다 더 높고, 고령자의 응급실을 통한 입원 이용률이 가장 높은 것으로 나타났다.

68 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

[그림 3-7] 사망 전 1년 이내 월 단위 응급실을 통한 입원 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

<표 3-7> 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 당월 응급실을 통한 입원 이용률

(단위: 명, %)

구분	비자살사망자		자살사망자			
	이용자 수	이용률	이용자 수	이용률		
성별	남	4,754	20.5	128	8.4	
	여	3,337	16.9	84	10.2	
연령	남	20대	36	16.6	3	2.4
		30대	95	20.1	7	3.8
		40대	406	24.0	22	7.3
		50대	732	22.5	31	9.4
		60대	1,082	22.9	28	11.2
		70대 이상	2,403	18.7	37	11.4
	여	20대	17	14.4	4	3.4
		30대	55	19.6	9	6.3
		40대	138	19.9	10	7.5
		50대	268	22.7	9	7.9
		60대	490	22.8	21	18.8
		70대 이상	2,369	15.4	31	15.0

자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

나. 사망 전 일차의료기관 이용

체계적 문헌 고찰 연구에 따르면 자살사망자의 약 80%가 사망 1년 전에 일차의료서비스를 이용한 것으로 나타났으며(Stene-Larsen & Reneflot, 2019, p. 11), 자살사망 전 일차의료서비스 이용이 빈번하게 이뤄지는 것으로 보고한 연구도 다수 있었다(Vassilas & Morgan, 1993; Hyden, 1996; Landy & Kripalani, 2015, p. 44에서 재인용). 그러나 우리나라는 외국에 비해 상급종합병원 이용 문턱이 낮고 상급 의료기관에서 제공하는 서비스에 대한 선호도가 높은 만큼, 사망 전 일차 의료기관보다 상급 의료기관을 더 이용할 것이라는 연구 가설을 설정하였다.

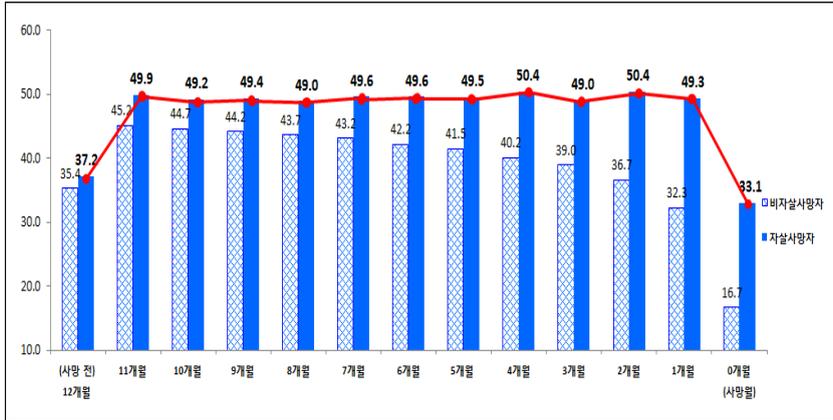
분석 결과 가설과는 달리 자살사망자의 사망 1년 전부터 사망 1개월 전까지 일차의료기관 외래 이용률이 이차 이상 의료기관 외래 이용률보다 더 높게 나타났다. 단, 사망 당월에는 이차 이상 의료기관 외래 이용률이 일차의료기관 외래 이용률보다 더 높았으나 그 차이는 0.4%포인트로 크지 않았다.

일차의료기관 외래 이용률을 보면 사망 1년 전부터 매 기간 자살사망자의 이용률이 비자살사망자보다 높았고, 특히 사망 1개월 전과 사망 당월(각각 17.0%포인트, 16.4%포인트)에는 두 집단 간 이용률 차이가 크게 나타났다. 연령별 일차의료기관 외래 이용률의 경우 비자살사망자는 20대부터 연령 증가에 따른 경향성이 두드러지지 않았으나, 자살사망자는 전반적으로 연령 증가에 따라 일차의료기관 외래 이용률도 다소 증가했다.

70 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

[그림 3-8] 사망 전 1년 이내 월 단위 일차의료기관 외래 이용률

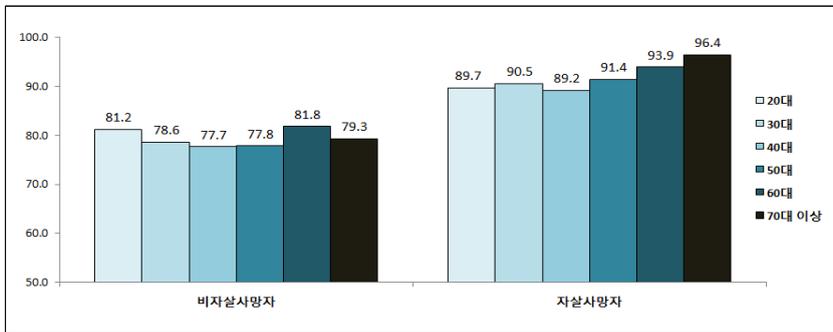
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

[그림 3-9] 사망 전 1년 이내 사망 유형별 연령별 일차의료기관 외래 이용률

(단위: %)



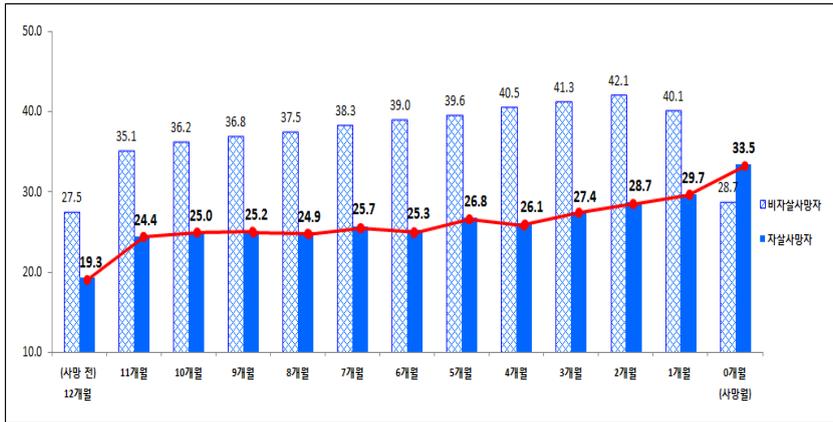
자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

이차 이상 의료기관 외래 이용률은 사망 1년 전부터 사망 1개월 전까지는 비자살사망자가 자살사망자보다 더 높았다가 사망 당월엔 자살사망자가 비자살사망자를 추월하였다. 연령별 이차 이상 의료기관 외래 이용률의 경우 비자살사망자는 20대부터 60대까지 연령 증가에 따라 높아지

다가 70대 이상에서 감소했으나, 자살사망자는 연령 증가에 따라 증가하는 경향이 뚜렷하였다.

[그림 3-10] 사망 전 1년 이내 월 단위 일차 외 의료기관 외래 이용률

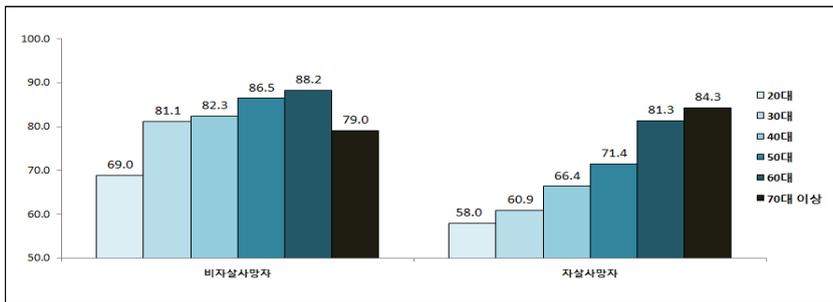
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

[그림 3-11] 사망 전 1년 이내 사망 유형별 연령별 이차 이상 의료기관 외래 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

다. 사망 전 정신질환 관련 의료 이용

자살사망과 정신질환 간 높은 관련성은 과거부터 지속적으로 연구된 주제로서, 실제 의료 이용 데이터에서도 동일한 경향이 나타나는지를 살펴볼 필요가 있었다. 이에 본 연구에서는 자살사망자 중 정신질환 진단자(F-code)가 많은지, 자살사망자가 비자살사망자에 비해 정신질환으로 인한 의료 이용을 더 많이 하는지를 확인했다.

먼저 정신질환 진단 유무에 대한 인구학적 특성별 분포를 살펴보면 다음과 같다. 분석 결과 2007년부터 2015년까지의 자살사망자(2547명) 중 정신질환 진단 유경험자 비율은 56.6%로, 자살사망자에서 정신질환으로 진단받은 사람이 그렇지 않은 사람보다 더 많은 것으로 확인되었다. 특히 자살사망자 중 정신질환 진단을 받지 않은 사람들의 성별 분포가 주목할 만하다. 진단을 받지 않은 사람들 중 남자의 비율이 75.4%에 달했다.

〈표 3-8〉 2007~2015년 자살사망자 중 사망 전 정신질환 진단 여부별 인구학적 특성
(단위: 명, %)

구분	정신질환 진단 유경험자		정신질환 진단 무경험자	
	인원수	비율	인원수	비율
전체	1,442	56.6	1,105	43.4
성별				
남	856	59.4	833	75.4
여	586	40.6	272	24.6
계	1,442	100.0	1,105	100.0
연령				
20대	261	18.1	322	29.1
30대	218	15.1	233	21.1
40대	279	19.3	213	19.3
50대	231	16.0	138	12.5
60대	291	20.2	121	11.0
70대 이상	162	11.2	78	7.1
계	1,442	100.0	1,105	100.0

주: 2007~2015년 사망자 청구 건 중 진단 시기에 관계없이 주상병 또는 부상병이 정신질환 상병(ICD-10 F code)으로 청구된 건에 대해 정신과 상병 진단으로 정의함.
자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

다음으로 사망 전 1년 이내 주상병과 부상병 모두 정신질환으로 의료 이용한 경험을 파악했다.

사망 전 1년 이내 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률은 자살사망자가 32.0%, 비자살사망자가 14.3%로 자살사망자의 정신질환으로 인한 의료 이용률이 비자살사망자보다 17.7%포인트 더 높았다. 성별, 연령별 이용률 또한 자살사망자가 비자살사망자보다 더 높았으며, 자살사망자 중에서는 30대 여성의 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률이 다른 자살사망자에 비해 높은 것으로 확인되었다.

〈표 3-9〉 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 전 1년 이내 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률

(단위: 명, %)

구분	비자살사망자		자살사망자	
	이용자 수	이용률	이용자 수	이용률
전체	6,159	14.3	749	32.0
성별				
남	3,044	13.1	429	28.3
여	3,115	15.7	320	38.7
연령				
전체				
20대	33	9.9	78	32.1
30대	99	13.1	108	33.0
40대	306	12.8	151	34.8
50대	517	11.7	139	31.3
60대	732	10.7	124	34.2
70대 이상	4,472	15.8	149	28.1
남				
20대	17	7.8	39	31.0
30대	64	13.6	43	23.5
40대	215	12.7	92	30.6
50대	368	11.3	90	27.3
60대	479	10.2	74	29.5
70대 이상	1,901	14.8	91	28.1
여				
20대	16	13.6	39	33.3
30대	35	12.5	65	45.1

74 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

구분	비자살사망자		자살사망자	
	이용자 수	이용률	이용자 수	이용률
40대	91	13.1	59	44.4
50대	149	12.6	49	43.0
60대	253	11.8	50	44.6
70대 이상	2,571	16.7	58	28.2

주: 주상병과 부상병 모두 정신과 상병(ICD-10 F code)으로 청구된 건에 대해 정신질환으로 인한 의료 이용으로 정의함.

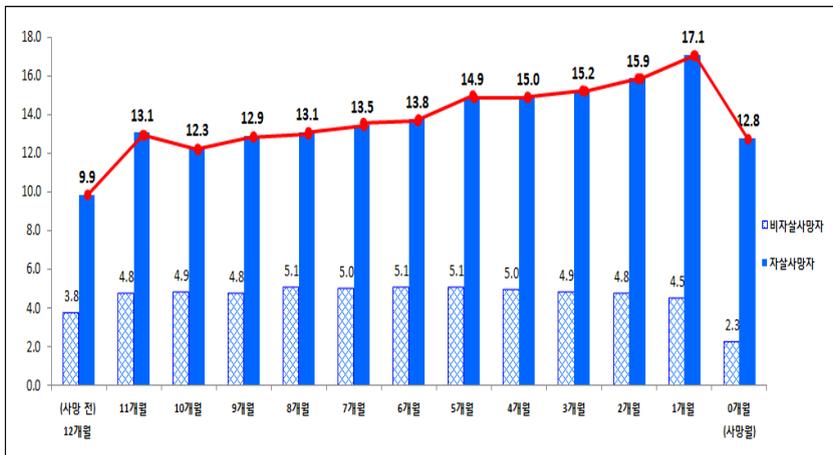
자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

사망 전 1년 이내 기간별 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률은 자살 사망자가 비자살사망자에 비해 높았다. 자살사망자와 비자살사망자 간 의료 이용률 차이는 사망 시점에 가까워질수록 커지는 경향을 보였으며, 사망 1개월 전 12.6%포인트로 그 격차가 가장 크게 나타났다.

자살사망자의 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률은 사망 시점에 가까워질수록 증가해 사망 1개월 전 17.1%로 가장 높았다.

[그림 3-12] 사망 전 1년 이내 월 단위 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

정신질환 외래 이용률도 앞선 결과와 유사한 경향을 보였다. 사망 전 1년 이내 정신질환으로 인한 외래 이용률은 자살사망자가 30.6%, 비자살사망자가 12.7%로 자살사망자의 정신질환 의료 이용률이 비자살사망자보다 17.9%포인트 더 높았다. 성별, 연령별 이용률도 자살사망자가 비자살사망자보다 더 높았으며, 자살사망자 중에서는 특히 여성의 정신질환 외래 이용률이 높게 나타났다.

〈표 3-10〉 사망 유형 및 인구학적 특성별 사망 전 1년 이내 정신질환 외래 이용률
(단위: 명, %)

구분	비자살사망자		자살사망자	
	이용자 수	이용률	이용자 수	이용률
전체	5,441	12.7	716	30.6
성별				
남	2,639	11.4	402	26.5
여	2,802	14.2	314	38.0
연령				
전체				
20대	26	7.8	76	31.3
30대	82	10.9	105	32.1
40대	243	10.2	140	32.3
50대	416	9.4	130	29.3
60대	648	9.4	117	32.2
70대 이상	4,026	14.3	148	27.9
남				
20대	12	5.5	37	29.4
30대	47	10.0	42	23.0
40대	156	9.2	83	27.6
50대	283	8.7	81	24.5
60대	416	8.8	68	27.1
70대 이상	1,725	13.4	91	28.1
여				
20대	14	11.9	39	33.3
30대	35	12.5	63	43.8
40대	87	12.6	57	42.9
50대	133	11.3	49	43.0
60대	232	10.8	49	43.8
70대 이상	2,301	15.0	57	27.7

주: 주상병과 부상병 모두 정신과 상병(ICD-10 F code)으로 청구된 건에 대해 정신질환으로 인한 의료 이용으로 정의함.

자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

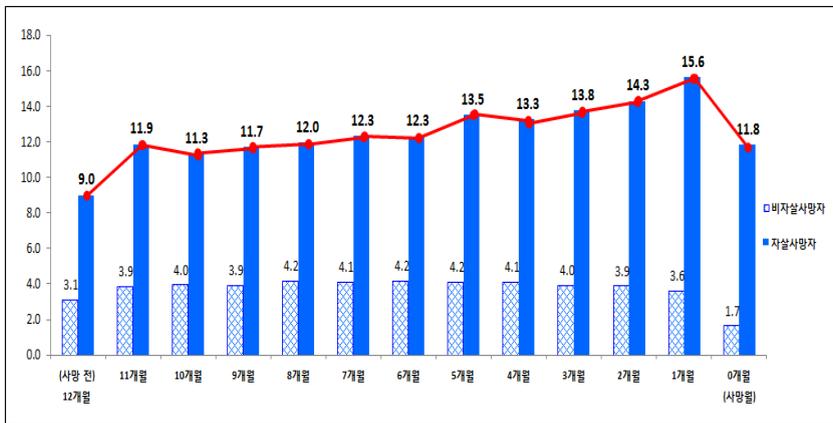
76 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

사망 전 1년 이내 정신질환 외래 이용률 또한 자살사망자가 비자살사망자보다 높았다. 자살사망자와 비자살사망자 간 외래 이용률 차이는 사망 시점에 가까워질수록 커져, 사망 1개월 전 12.0%포인트로 그 격차가 가장 크게 나타났다.

자살사망자의 정신질환으로 인한 외래 이용률은 사망 시점에 가까워질수록 증가해 사망 1개월 전 15.6%로 가장 높았다.

[그림 3-13] 사망 전 1년 이내 월 단위 정신질환으로 인한 외래 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

사망 전 1년 이내 정신질환 입원 이용률은 전체 사망자가 약 3% 이내로 매우 낮은 수치를 보였다. 그러나 다른 의료서비스 유형과 마찬가지로 자살사망자의 입원 이용률이 비자살사망자보다 높아(각각 6.5%, 2.6%), 정신질환으로 인한 의료서비스 전반에서 자살사망자의 이용률이 비자살사망자보다 높은 것을 확인할 수 있었다.

라. 사망 전 신체질환 관련 의료 이용

2015년 경찰통계연보에 따르면 국내에서 발생하는 자살 원인 중 약 22%가 신체질환에 의한 것으로 발표되었다. 흔히 자살사망자의 의료 이용을 논할 때 정신질환에만 초점이 맞춰지기 쉬우나, 신체질환으로 인한 의료 이용도 간과해서는 안 된다. 이에 자살사망자도 신체질환으로 인한 의료 이용이 많은지, 정신질환 진단 유경험자와 무경험자 간 신체질환으로 인한 의료 이용에 차이가 있는지 확인하고자 했다.

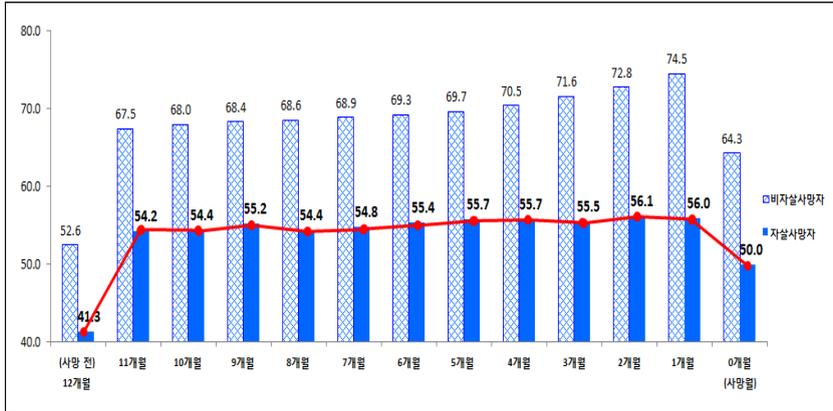
사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 전체 의료 이용률은 비자살사망자와 자살사망자 모두 90% 이상이였으며, 자살사망자 중 70대 이상 고령자는 대상자 전원이 신체질환으로 인한 의료서비스를 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다.

기간별 신체질환으로 인한 전체 의료 이용률은 사망 11개월 전부터 사망 1개월 전까지 일정한 수준을 유지하는 것으로 나타났으며, 매 기간 비자살사망자의 신체질환 의료 이용률이 자살사망자보다 높게 나타났다. 그러나 자살사망자도 사망 1년 전을 제외하고는 사망 11개월 전부터 매 기간 과반수가 신체질환으로 인해 의료 이용한 경험이 있는 것으로 확인되었다.

78 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

[그림 3-14] 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 전체 의료 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

한편 자살사망 1년 전부터 사망자 중 다수가 신체질환으로 인해 의료 서비스를 이용하는 것으로 확인되었으므로, 주로 어떠한 상병으로 내원하는지를 파악하는 것이 필요하다. 청구된 명세서를 기준으로 한 자살사망자와 비자살사망자의 다빈도 주상병, 부상병 현황은 다음과 같다.

자살사망자는 주상병으로 등병증, 고혈압성 질환, 관절병증, 비자살사망자는 주상병으로 고혈압성질환, 신장질환, 등병증 순으로 청구 비율이 높았으며, 상병별 순위 차이는 있었으나 사망 유형에 따른 차이점이 두드러지지는 않았다.

〈표 3-11〉 사망 유형별 신체질환으로 인한 전체 의료 이용 다빈도 상병 (단위: 건, %)

구분		상병명		건수	분율
자살사망자	주상병	M5	등병증	4,984	9.3
		I1	고혈압성질환	3,665	6.9
		M1	관절병증	2,861	5.3
		K2	식도, 위 및 십이지장의 질환	2,855	5.3
		E1	당뇨병	2,534	4.7
		M4	등병증	2,528	4.7
	부상병	K2	식도, 위 및 십이지장의 질환	5,498	14.1
		M5	등병증	1,946	5.0
		J3	상기도의 기타 질환	1,940	5.0
		I1	고혈압성질환	1,663	4.3
		M1	관절병증	1,582	4.1
		J0	급성 상기도감염	1,496	3.8
비자살사망자	주상병	I1	고혈압성질환	85,420	7.2
		N1	신세뇨관-간질질환/신부전	70,032	5.9
		M5	등병증	64,055	5.4
		C2	악성 신생물	62,936	5.3
		E1	당뇨병	53,084	4.5
		C1	악성 신생물	50,980	4.3
	부상병	K2	식도, 위 및 십이지장의 질환	86,626	9.5
		I1	고혈압성질환	62,984	6.9
		E1	당뇨병	54,843	6.0
		C7	악성 신생물	36,275	4.0
		J4	만성 하부호흡기질환	34,429	3.8
		M1	관절병증	32,471	3.6

자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

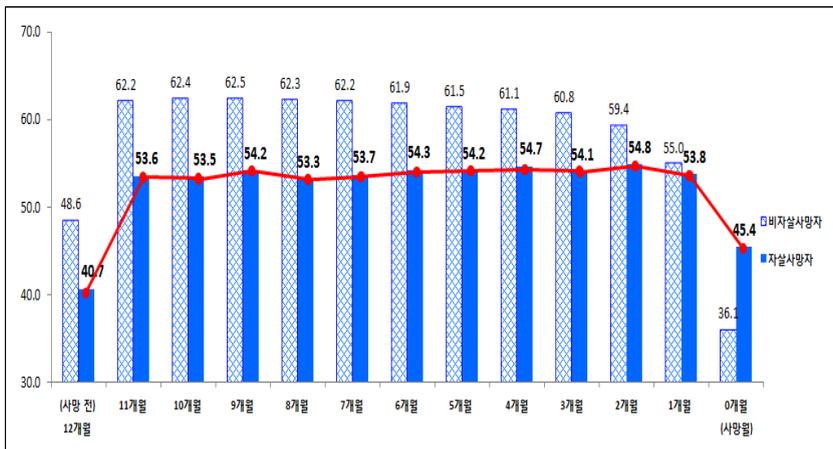
사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 외래 이용률도 비자살사망자와 자살사망자 모두 90% 이상이였으며, 자살사망자 중 70대 이상 남성은 대상자 전원이 신체질환으로 인한 외래서비스를 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다.

기간별 신체질환으로 인한 외래 이용률은 사망 11개월 전부터 사망 1개월 전까지 일정한 수준을 유지하며, 비자살사망자가 자살사망자에 비해 대체적으로 높은 외래 이용률을 기록하였다. 그러나 사망 당월에는 자살사망자의 외래 이용률이 비자살사망자의 외래 이용률보다 9.3%포인트 더 높은 것이 특징적이다.

신체질환으로 인한 외래 이용의 다빈도 청구 상병은 앞선 전체 의료 이용과 유사한 결과를 보였다. 자살사망자의 다빈도 청구 주상병은 등병증, 고혈압성질환, 관절병증 순이었고, 비자살사망자는 고혈압성질환, 등병증, 신장질환 순으로 청구 건이 많았다.

[그림 3-15] 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 외래 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

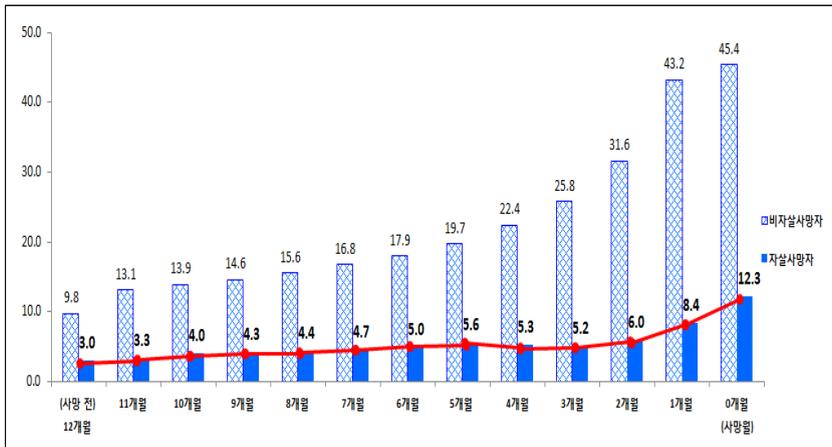
사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 입원 이용률은 비자살사망자가 76.8%, 자살사망자가 34.8%로, 비자살사망자의 신체질환 입원 이용률이 자살사망자보다 훨씬 높았다. 비자살사망자와 자살사망자 모두 연령이 증가할수록 입원 이용률이 높아지는 경향을 보였으며, 비자살사망자

는 60대(82.1%), 자살사망자는 70대 이상(82.8%)에서 가장 높은 입원 이용률을 보였다.

기간별 신체질환으로 인한 입원 이용률은 사망 1년 전부터 사망 당월에 이르기까지 매 기간 비자살사망자의 입원 이용률이 자살사망자에 비해 높았으며, 사망 시점에 가까워질수록 두 집단 간 격차가 커지는 경향을 보였다.

[그림 3-16] 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 입원 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

한편 신체질환으로 인한 입원 이용의 경우 인구학적 특성이나 기간별 이용률 측면에서 비자살사망자와 비교했을 때 자살사망자만의 특이점을 찾기 어려웠는데, 다빈도 상병에서는 매우 특징적인 청구 경향을 보였다. 비자살사망자는 악성 신생물, 뇌혈관질환 등 만성질환으로 인한 청구 비율이 높았던 반면 자살사망자는 출처가 주로 비의약품인 물질의 독성효과, 외인의 기타 및 상세 불명의 영향으로 인한 청구 비율이 가장 높게 나타났다.

응급실을 통한 입원으로 한정해 살펴보면 이러한 특징은 더욱 두드러져, 자살사망자의 응급실을 통한 입원 청구 건 중 30%가량이 출처가 주로 비의약품인 물질의 독성효과나 외인의 기타 및 상세 불명의 영향인 것으로 확인되었다. 즉, 명확히 구분되지는 않지만, 신체질환이 아닌 자살 시도의 결과로 추측되는 지점이다.

〈표 3-12〉 사망 유형별 신체질환으로 인한 입원 이용 다빈도 상병

(단위: 건, %)

구분	상병명	건수	분율		
자살사망자	주상병	T6 출처가 주로 비의약품인 물질의 독성효과/ 외인의 기타 및 상세 불명의 영향	165	8.0	
		I6 뇌혈관질환	117	5.7	
		C2 악성 신생물	115	5.6	
		C1 악성 신생물	90	4.4	
		E1 당뇨병	87	4.2	
		K7 간의질환	79	3.8	
		부상병	K2 식도, 위 및 십이지장의 질환	115	6.2
	E1 당뇨병		115	6.2	
	I1 고혈압성질환		109	5.8	
	C7 악성 신생물		96	5.2	
	I6 뇌혈관질환		64	3.4	
	K7 간의질환		59	3.2	
	비자살사망자		주상병	C2 악성 신생물	20,263
		I6 뇌혈관질환		19,424	11.5
C1 악성 신생물		18,394		10.9	
C3 악성 신생물		14,883		8.8	
N1 신세뇨관-간질질환/신부전		6,308		3.7	
E1 당뇨병		4,397		2.6	
부상병		C7 악성 신생물	19,017	11.8	
		I1 고혈압성질환	11,706	7.2	
		E1 당뇨병	9,910	6.1	
		I6 뇌혈관질환	9,828	6.1	
		G8 뇌성마비 및 기타 마비증후군	6,452	4.0	
		J1 인플루엔자 및 폐렴	6,428	4.0	

자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

〈표 3-13〉 사망 유형별 신체질환으로 인한 응급실을 통한 입원 이용 다빈도 상병

(단위: 건, %)

구분	상병명		건수	분율		
자살사망자	주상병	T6	출처가 주로 비의약품인 물질의 독성효과/ 외인의 기타 및 상세 불명의 영향	133	21.8	
		T5	출처가 주로 비의약품인 물질의 독성효과	44	7.2	
		I6	뇌혈관질환	33	5.4	
		K7	간의질환	24	3.9	
		C2	약성 신생물	23	3.8	
		T4	약물, 약제 및 생물학적 물질에 의한 중독	20	3.3	
	부상병	E1	당뇨병	41	7.3	
		K2	식도, 위 및 십이지장의 질환	39	7.0	
		N1	신세뇨관-간질질환/ 신부전	31	5.6	
		I1	고혈압성질환	24	4.3	
		J4	만성 하부호흡기질환	22	3.9	
		J1	인플루엔자 및 폐렴	20	3.6	
	비자살사망자	주상병	C2	약성 신생물	5531	12.9
			I6	뇌혈관질환	3788	8.8
C1			약성 신생물	3665	8.6	
C3			약성 신생물	3474	8.1	
J1			인플루엔자 및 폐렴	3024	7.1	
N1			신세뇨관-간질질환/ 신부전	1998	4.7	
부상병		C7	약성 신생물	4597	11.0	
		J1	인플루엔자 및 폐렴	2420	5.8	
		I1	고혈압성질환	2104	5.1	
		E1	당뇨병	1973	4.7	
		I6	뇌혈관질환	1792	4.3	
		K7	간의 질환	1647	4.0	

자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

또한 정신질환과 자살 간 관련성이 높은 점을 고려해, 자살사망자 안에 서도 정신질환 진단 여부에 따라 신체질환으로 인한 의료 이용에 차이가

있는지를 살펴보았다.

분석 결과 정신질환 진단 유경험자가 무경험자에 비해 자살사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 의료 이용률이 높았으며, 두 집단 간 이용률 차이는 전체 및 외래서비스에서 19.4%포인트, 입원서비스에서 13.0%포인트로 나타났다. 그리고 의료서비스 전반에서 남성보다는 여성에게서 그 차이가 크게 나타났는데, 이는 여성의 경우 정신질환 진단 여부가 신체질환으로 인한 의료 이용에 더 큰 영향을 미쳤을 수 있음을 의미한다.

〈표 3-14〉 의료서비스 유형별 정신질환 진단 여부별 신체질환으로 인한 의료 이용률
(단위: 수, %)

구분		정신질환 진단 무경험자		정신질환 진단 유경험자		
		이용자 수	이용률	이용자 수	이용률	
전체 의료 서비스	전체	918	39.2	1,372	58.6	
	성별	남	676	44.6	805	53.1
		여	242	29.3	567	68.6
	연령	20대	124	51.0	106	43.6
		30대	158	48.3	155	47.4
		40대	188	43.3	232	53.5
		50대	174	39.2	263	59.2
		60대	136	37.5	224	61.7
		70대 이상	138	26.0	392	74.0
외래 서비스	전체	907	38.7	1,362	58.2	
	성별	남	668	44.1	798	52.7
		여	239	28.9	564	68.3
	연령	20대	123	50.6	104	42.8
		30대	156	47.7	153	46.8
		40대	186	42.9	229	52.8
		50대	169	38.1	261	58.8
		60대	136	37.5	224	61.7
		70대 이상	137	25.8	391	73.8

구분		정신질환 진단 무경험자		정신질환 진단 유경험자	
		이용자 수	이용률	이용자 수	이용률
입원 서비스	전체	255	10.9	559	23.9
	성별				
	남	182	12.0	334	22.0
	여	73	8.8	225	27.2
	연령				
	20대	16	6.6	21	8.6
	30대	35	10.7	32	9.8
	40대	40	9.2	71	16.4
	50대	48	10.8	99	22.3
60대	55	15.2	117	32.2	
70대 이상	61	11.5	219	41.3	

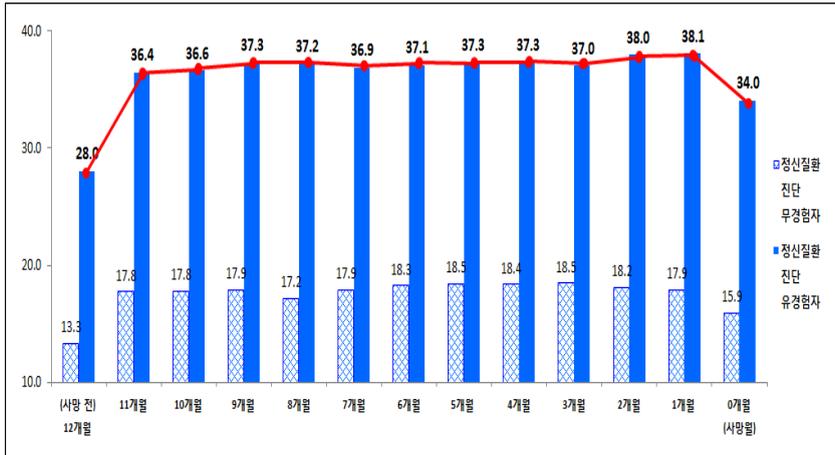
자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

기간별 정신질환 진단 여부에 따른 신체질환 의료 이용률은 정신질환 진단 유경험자가 무경험자에 비해 매 기간 더 높은 이용률을 나타냈으나, 전체 및 외래서비스에서 사망 11개월 전부터 1개월 전까지 이용률이 일정한 수준을 유지했다는 공통점이 있다. 입원서비스에서는 사망 1년 전에 비해 사망 시점에 가까워질수록 신체질환으로 인한 입원 이용률이 증가하는 경향을 보였다.

86 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

[그림 3-17] 자살사망 전 1년 이내 정신질환 진단 여부에 따른 신체질환으로 인한 전체 의료 이용률

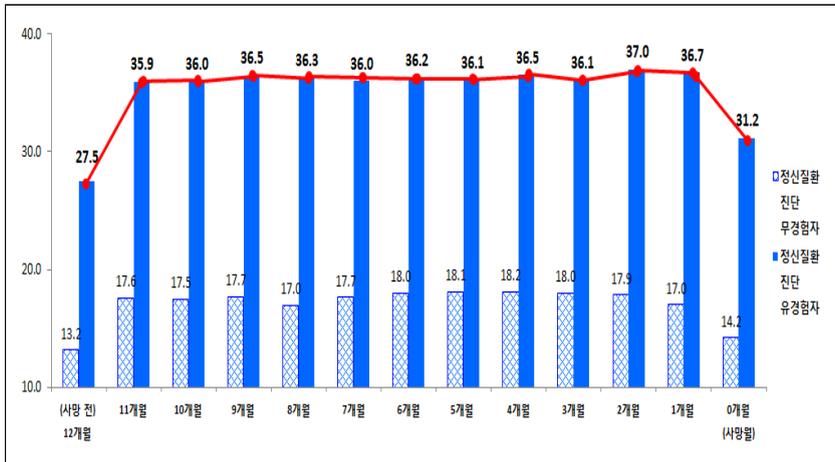
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

[그림 3-18] 자살사망 전 1년 이내 정신질환 진단 여부에 따른 신체질환으로 인한 외래 이용률

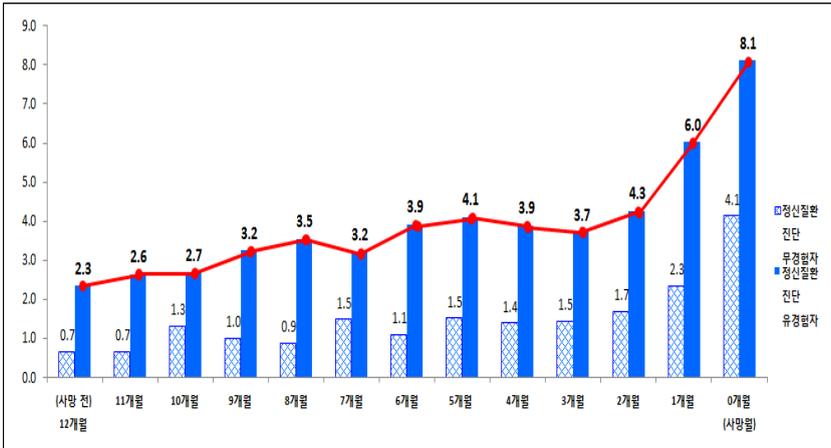
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

[그림 3-19] 자살사망 전 1년 이내 정신질환 진단 여부에 따른 신체질환으로 인한 입원 이용률

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133) 분석 결과.

제3절 정신질환자의 자살사망 및 의료 이용

1. 연구 내용 및 방법

가. 자료원 및 분석 대상

제2절에서 활용한 건강보험 코호트 자료는 정신질환 진단 여부를 확인하는 것은 가능하지만 상세 분류는 확인할 수 없고, 부상병은 1개만 제시돼 있어 실제 정신질환 진단자가 누락될 수 있다. 이러한 한계를 보완하고자 국민건강보험공단 맞춤형 데이터를 이용해, 세부 정신질환군별 자살사망 현황과 자살사망에 이르는 기간, 자살사망 전 의료 이용 현황을 파악하였다.

대상자는 2008년 정신질환(주상병 또는 부상병 중 F코드를 포함하는 경우) 진단명으로 의료 이용을 한 경우이며, 신환자로 제한하기 위해 2008년 이전 3년간(2005~2007년) 동일한 과거력을 지닌 환자는 대상자에서 제외했다. 10년간(2008~2017년)의 의료 이용 자료를 이용했으며, 대상자의 자살사망 1년 전 의료 이용을 분석하기 때문에 2008년에 자살사망한 경우는 제외했다.

분석 대상 중 성, 출생 연도, 보험료 분위 등 주요 변수가 결측치인 대상자는 제외하고, 최종 분석 대상자로 157만 2331명을 포함했다. 대상자의 특성은 성, 연령, 보험료 분위별로 제시하였으며, 보험료 분위는 4개 그룹으로 나누었다.

나. 분석 방법

정신질환자의 자살사망 현황, 자살사망에 이르는 기간을 유사한 정신질환군별로 구분해 살펴보고자 했다. 질병코드 4번째 자리 이후는 의료 현장에서 의미 있게 구분해 사용되지 않는다는 임상전문가의 의견을 반영해, 3자리(F00) 단위로 정신질환 유형을 구분했다. 치매(F00-F03)는 일반적으로 노인 집단에서 유병률이 높기 때문에 다른 정신질환과는 차이가 있을 것으로 보고 별도로 구분했다. 우울(F32, F33)은 자살과의 연관성이 높다고 알려진 대표적인 질환이므로 상세 분류하는 것이 필요했다.

〈표 3-15〉 정신질환 유형 구분

구분	해당 질병코드	내용
1	F00-F03	치매
2	F04-F09	증상성을 포함하는 기질성 정신장애
3	F10-F19	정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애
4	F20-F29	조현병, 분열형 및 망상장애
5	F30, F31, F34-F39	(우울 외) 기분(정동)장애
6	F32, F33	우울, 재발성 우울
7	F40-F48	신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애
8	F50-F59	생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군
9	F60-F69	성인 인격 및 행동의 장애
10	F70-F79	정신지체
11	F80-F89	정신발달장애
12	F90-F99	소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신장애

자료: 본 연구진이 작성함.

이때 대상자가 10년 동안 진단받은 정신질환이 변경되는 경우가 있기 때문에, 2008년 첫 의료 이용 시 진단받았던 주상병 또는 부상병으로 질환 유형을 구분했다. 또한 한 환자가 여러 개의 정신질환을 진단받기 때문에 주상병 또는 부상병에 2개 이상의 정신질환을 진단받은 경우, 한 대상자를 각각의 질환 유형으로 중복하여 포함했다.

분석 대상 정신질환 진단자의 성, 연령, 보험료 분위별 분포는 다음과 같다. 분석 대상자 중 남자의 비율(39.9%)보다 여자의 비율(60.1%)이 높았으며, 2008년 대상자의 연령 분포를 보면, 40~49세에 해당된 대상자의 수가 35만 94명(22.3%)으로 가장 많았고, 70세 이상에 해당된 대상자의 수가 19만 59명(12.1%)으로 가장 적었다. 또한 대상자의 사회경제적 수준을 간접적으로 알 수 있는 보험료 분위기를 살펴보았을 때 보험료 분위 '상'에 해당되는 대상자의 수가 가장 많았고, 보험료 분위가 '하'인 대상자의 수가 가장 적었다.

90 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

〈표 3-16〉 분석 대상의 성, 연령, 보험료 분위별 현황

구분		대상자 수(명)	비율(%)
전체		1,572,331	100.0
성	남자	627,946	39.9
	여자	944,385	60.1
연령	19~29세	215,558	13.7
	30~39세	276,541	17.6
	40~49세	350,094	22.3
	50~59세	309,931	19.7
	60~69세	230,148	14.6
	70세 이상	190,059	12.1
보험료 분위	하(1~5)	300,757	19.1
	중하(6~10)	337,103	21.4
	중상(11~15)	409,642	26.1
	상(16~20)	524,829	33.4

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

분석 대상 기간(2017년 12월 31일까지) 생존자와 사망자의 수를 살펴 보면 아래 표와 같다. 전체 정신질환자 중 사망자는 8.2%(12만 9178명) 였고, 이 중 자살로 인한 사망자는 0.4%(6656명)를 차지했다. 정신질환자가 자살 고위험군이라고 알려져 있기는 하지만, 자살로 사망하는 경우는 극히 일부이다.

〈표 3-17〉 분석 대상자의 사망 현황

구분	대상자 수(명)	비율(%)
전체	1,572,331	100.0
생존자	1,443,153	91.8
자살사망자	6,656	0.4
비자살사망자	122,522	7.8

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

분석 대상자 중 사망자의 일반적인 특성을 비자살사망자와 자살사망자로 나누어서 살펴보았다. 비자살사망자의 경우 남녀의 비율 차이가 크지 않았으나, 자살사망자의 경우 남자가 여자보다 거의 2배가량 많았다. 사망 당시 연령의 경우, 비자살사망자는 70세 이상(72.5%)이 가장 많아 자연스러운 현상을 반영했으나, 자살사망자는 70세 이상이 많기는 했지만(26.9%) 다른 연령대의 사망률이 비자살사망자에 비해 높았다. 보험료 분위별로 보면 비자살사망자는 고소득자의 비율이 높았던 반면, 자살사망자는 소득분위별 분포가 두드러지게 차이 나지 않았다. 다시 말하면 정신질환 진단자의 자살사망 확률은 저소득 집단(30만 757명 중 1534명, 51.0%)이 고소득 집단(52만 4829명 중 1888명, 36.0%)보다 높았다.

〈표 3-18〉 사망자의 성, 연령, 보험료 분위별 현황

구분		비자살사망자		자살사망자	
		대상자 수(명)	비율(%)	대상자 수(명)	비율(%)
전체		122,522	100.0	6,656	100.0
성	남자	65,120	53.2	4,210	63.3
	여자	57,402	46.9	2,446	36.8
사망 연령	19~29세	351	0.3	415	6.2
	30~39세	1,473	1.2	938	14.1
	40~49세	4,857	4.0	1,212	18.2
	50~59세	10,521	8.6	1,321	19.9
	60~69세	16,537	13.5	979	14.7
	70세 이상	88,783	72.5	1,791	26.9
보험료 분위	하(1~5)	23,356	19.1	1,534	23.1
	중하(6~10)	22,473	18.3	1,553	23.3
	중상(11~15)	29,749	24.3	1,681	25.3
	상(16~20)	46,944	38.3	1,888	28.4

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

다. 연구 질문

기존 선행연구 내용과 본 연구에서 활용한 데이터 세트의 특성 및 변수 구성 등을 고려해 1) 정신질환 유형별 자살사망 현황, 2) 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 기간, 3) 자살사망 전 정신건강 관리 현황을 파악하기 위해, 다음의 가설과 지표를 선정했다.

1) 정신질환 유형별 자살사망 현황

- 연구 가설: 정신질환 유형별로 자살사망 현황에 차이가 있을 것이다.
- 지표: 정신질환 유형별 자살사망률

2) 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 기간

- 연구 가설:
 - ① 최초 정신질환 진단 이후 사망에 이르는 평균 기간은 전체 사망자에 비해 자살사망자가 짧을 것이다.
 - ② 정신질환 유형별로 자살사망에 이르는 평균 기간에 차이가 있을 것이다.
- 지표:
 - ① 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

3) 자살사망 전 정신건강 관리 현황

- 연구 가설:
 - ① 정신질환 진단자 중 자살사망자는 비자살사망자에 비해 정신과 관련 의료 이용이 적을 것이다.

- ② 정신질환 진단자 중 자살사망자는 입원 및 외래 방문을 통한 정신질환 관리가 감소할 것이다.

● 지표:

- ① 자살사망자의 사망 전 1년간 주 단위 정신과 관련 입원/외래/응급의료 이용률
- ② 비자살사망자의 사망 전 1년간 주 단위 정신과 관련 입원/외래/응급의료 이용률

2. 분석 결과

가. 정신질환 유형별 자살사망 현황

정신질환군별 환자수를 살펴보면, 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애를 보유한 환자(114만 2866명)가 가장 많았고, 우울(22만 6921명), 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군(16만 8354명)이 다음으로 많았다.

질환군별 전체 사망자와 자살사망자 수는 각 유형별 환자 수와 비례하는 양상을 보였다. 전체 사망자 및 자살사망자 수는 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애가 각각 7만 6242명과 3888명으로 가장 많았으며, 다음으로 우울, 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군이 많았다.

반면, 질환군별 자살사망률은 조현병 및 망상장애(183.0명/정신질환 진단자 만 명)가 가장 높았는데, 이는 환자 및 사망자 수가 가장 많았던 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애의 자살사망률(34.0명/정신질환 진단자 만 명)보다 약 5.3배 높은 수준이다. 조현병, 정신활성물질의 사용

94 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

에 의한 정신 및 행동장애, 인격장애 등의 질환은 타 질환군에 비하여 환자 수가 적은 편이나, 해당 질환을 가지는 경우 자살로 인해 사망할 확률이 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-19〉 정신질환 유형별 사망 현황 및 자살사망률

(단위: %)

질환 유형	전체 환자 수 (A)	전체 사망자 수	자살사망자 수(B)	자살사망률 (환자 만 명당) ((B/A)×10,000)
F00-F03	18,666	10,813	53	28.4
F04-F09	10,550	2,851	57	54.0
F10-F19	34,713	6,465	514	148.1
F20-F29	11,861	2,015	217	183.0
F30, F31, F34-F39	22,628	2,348	213	94.1
F32, F33	226,921	20,672	1,326	58.4
F40-F48	1,142,866	76,242	3,883	34.0
F50-F59	168,354	16,755	1,006	59.8
F60-F69	4,606	261	51	110.7
F70-F79	889	67	-	-
F80-F89	294	39	-	-
F90-F99	3,013	313	15	49.8

주: F00-F03 치매, F04-F09 증상성을 포함하는 기질성 정신장애, F10-F19 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애, F20-F29 조현병, 분열형 및 망상장애, F30, F31, F34-F39(우울 외) 기분(정동)장애, F32, F33 우울, 재발성 우울, F40-F48 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애, F50-F59 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군, F60-F69 성인 인격 및 행동의 장애, F70-F79 정신지체, F80-F89 정신발달장애, F90-F99 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신장애
 자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

자살사망자가 없는 정신지체(F70-F79), 정신발달장애(F80-F89) 질환군을 제외한 10개의 정신질환군 환자들의 각 질환 유형별 자살사망 현황 및 자살사망률은 아래와 같다. 치매(F00-F03)의 경우, 남성(40.6명/만 명)이 여성(20.3명/만 명)에 비해 두 배 정도 자살사망률이 높았다. 보험

료 분위가 '하'인 대상자의 경우 자살사망률이 인구 만 명당 37.2명으로 자살사망의 위험에 가장 취약한 것으로 나타났다. 다른 분위에 속한 대상 집단의 경우 큰 차이를 보이지는 않았다.

각 정신질환 유형을 살펴보면, 대체로 남성의 자살사망률이 여성에 비하여 2배 정도 높은 수준이었고, 특히 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신장애 질환군(F90-F99)에서 남녀 간 차이(5.2배)가 가장 크게 나타났다. 또한, 보험료 분위는 대체로 '하'인 대상자에서 자살사망률이 높았다. 다만, 기질성 정신장애(F04-F09) 등 특정 질환군에서는 보험료 분위가 높은 집단이 높은 자살사망률을 보였다. 각 정신질환 유형의 성별 및 보험료 분위별 사망 현황 및 자살사망률은 <부록 2>에 제시했다.

나. 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 기간

정신질환 진단자가 최초 정신질환 진단을 받은 후에 사망에 이르는 기간을 분석했으며, 정신질환 유형별로 그 기간에 차이가 있는지 살펴보았다. 이를 위해 자살사망자의 최초 정신질환 진단을 받은 요양 개시일자로부터 사망까지의 기간을 계산하였으며, 각 대상자의 평균 기간 일수와 개월 수를 다음 표에 제시했다. 평균 기간은 성별, 보험료 분위별로 분석했다. 사망 시 연령은 19세 이상~65세 미만 성인과 65세 이상 노인으로 나누어서 살펴보았다.

앞서 이 연구에서 추적한 정신질환자의 10년간 사망을 분석한 결과, 정신질환 진단자 중 8.2%가 사망했고, 자살사망은 0.4%였음을 확인했다. 8.2%의 사망자들은 최초 정신질환 진단 이후 평균 59.5개월 만에 사망한 것으로 나타났다. 자살사망자로 한정하면 그보다 조금 빨라서 54.4

개월 만에 사망했다. 최초 진단 이후 자살로 사망한 사람들의 인구·사회학적 특성의 차이는 특별한 의미를 보이지 않았다.

〈표 3-20〉 최초 정신질환 진단 이후 사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)					
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	최소	중앙	최대	
전체	129,178	1810.7	979.2	59.5	32.2	1	60	119	
성	남자	69,330	1766.9	981.4	58.0	32.2	1	57	119
	여자	59,848	1861.4	974.1	61.1	32.0	1	62	119
사망 당시 연령	19~64세	28,576	1617.5	978.0	53.1	32.1	1	50	119
	65세 이상	100,602	1865.6	972.5	61.3	32.0	1	62	119
보험료 분위	하(1~5)	24,890	1799.8	976.2	59.1	32.1	1	59	119
	중하(6~10)	24,026	1800.4	981.3	59.1	32.2	1	59	119
	중상(11~15)	31,430	1815.7	985.1	59.6	32.4	1	60	119
	상(16~20)	48,832	1818.1	975.7	59.7	32.1	1	60	119

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

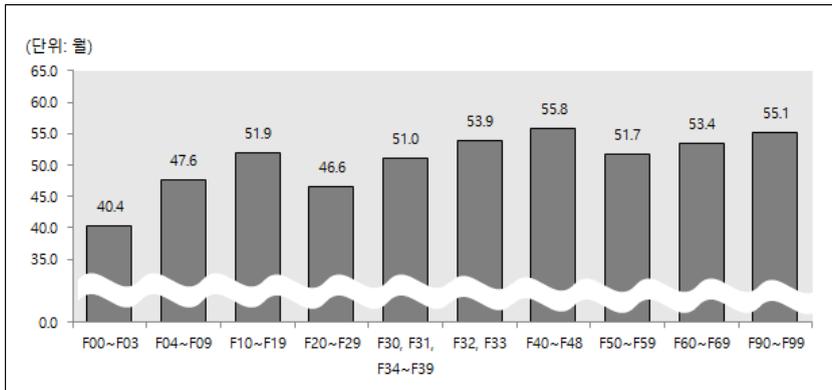
〈표 3-21〉 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)					
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	최소	중앙	최대	
전체	6,656	1654.7	959.1	54.4	31.5	1	52	119	
성	남자	4,210	1680.9	953.2	55.2	31.3	1	53	119
	여자	2,446	1609.7	967.7	52.9	31.8	1	50	117
사망 당시 연령	19~64세	4,415	1621.8	957.2	53.3	31.4	1	51	119
	65세 이상	2,241	1719.5	959.7	56.5	31.5	1	54	119
보험료 분위	하(1~5)	1534	1616.5	958.7	53.1	31.5	1	49	117
	중하(6~10)	1,553	1661.7	939.3	54.6	30.9	1	53	119
	중상(11~15)	1,681	1680.7	972.3	55.2	31.9	1	53	119
	상(16~20)	1,888	1656.9	963.4	54.4	31.7	1	53	119

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

최초 정신질환 진단 이후 자살사망까지 이르는 평균 기간을 각 질환 유형별(자살사망자가 없는 F70-F79, F80-F89 질환군을 제외)로 살펴보았다. 질환 유형별로 자살사망까지 이르는 평균 기간을 비교해 보면, 치매(F00-F03)가 40.4개월, 증상을 포함하는 기질성 정신장애(F40-F09)가 47.6개월, 조현병, 분열형 및 망상장애(F20-29)가 46.6개월로 짧은 편이었다. 각 질환 유형별 상세 결과는 <부록 3>에 제시하였다.

[그림 3-20] 정신질환 유형별 최초 질환 진단 이후 자살사망까지 이르는 평균 기간(월)



주: F00-F03 치매, F04-F09 증상을 포함하는 기질성 정신장애, F10-F19 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애, F20-F29 조현병, 분열형 및 망상장애, F30, F31, F34-F39(우울 외) 기분(정동)장애, F32, F33 우울, 재발성 우울, F40-F48 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애, F50-F59 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군, F60-F69 성인 인격 및 행동의 장애, F70-F79 정신지체, F80-F89 정신발달장애, F90-F99 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신장애

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

치매의 경우 사망 시 연령이 65세 미만인 대상자는 최초 진단 이후 29.0개월(889.3일) 만에 사망했는데, 이는 65세 이상인 대상자가 42.8개월(1302.0일) 만에 사망한 것에 비해 상당히 짧은 기간이다. 또한 보험료 분위가 '상'인 대상자의 경우 32.4개월(988.7일) 만에 사망하여 보험료 분위 '중하'인 대상자가 61.2개월(1862.2일) 만에 사망한 것에 비해

기간이 짧았다. 즉, 치매 진단자들은 연령과 소득수준에 따라 자살사망까지의 평균 기간이 큰 차이를 보였다. 치매 외 다른 질환군에서는 성, 사망 당시 연령, 보험료 분위별로 의미 있는 차이를 보이지 않았다.

〈표 3-22〉 치매(F00-F03) 환자의 최초 질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분		대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)	
			평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차
전체		53	1231.9	882.2	40.4	29.0
성	남자	29	1201.7	839.6	39.4	27.6
	여자	24	1268.5	948.0	41.6	31.1
사망 연령	19~64세	9	889.3	428.4	29.0	14.1
	65세 이상	44	1302.0	936.7	42.8	30.8
보험료 분위	하(1~5)	12	1416.5	979.3	46.4	32.3
	중하(6~10)	6	1862.2	922.6	61.2	30.4
	중상(11~15)	12	1198.6	1077.0	39.3	35.3
	상(16~20)	23	988.7	630.3	32.4	20.6

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

다. 자살사망 전 정신건강 관리 현황

정신질환 진단자들의 자살사망 전 정신건강 관리 현황을 파악하기 위하여, 자살사망자와 비자살사망자의 사망 전 1년간 주 단위 정신과 관련 입원/외래/응급의료 이용률을 비교하였다. 또한 전반적인 의료 이용 수준 대비 정신과 의료 이용 수준을 파악하고자 정신과를 포함한 모든 질환으로 인한 전체 입원/외래/응급의료 이용률을 파악하였다.

제2절의 코호트 자료 분석에서는 주상병과 부상병이 모두 F코드인 경우만 정신과 의료 이용을 한 것으로 간주했다. 그러나 맞춤형 자료에는 부상병 코드의 수에 제한이 없다. 대부분의 정신질환 진단자가 신체질환

으로 의료 이용을 했기 때문에, 다른 진단 코드 없이 F코드만 나타난 경우를 정신질환으로 인한 의료 이용으로 보기 어렵다. 따라서 맞춤형 데이터 분석에서는 주상병에 F코드로 기재돼 있는 경우를 정신과 의료 이용으로 간주했다. 전체 의료 이용은 사망 1년 전의 전체 진료 건을 대상으로 파악했다.

사망 1년 전 의료 이용 분석 결과, 정신질환자 중 자살사망자는 비자살 사망자에 비해 외래 이용률은 높았으나, 입원이나 응급 이용률은 낮았다. 이것은 정신과 이용이나 정신과를 포함한 모든 의료 이용에서 동일했다.

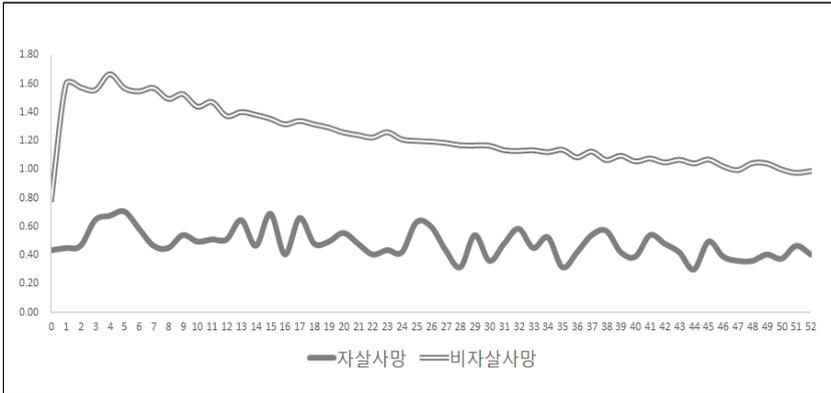
먼저 입원 이용률을 살펴보면, 비자살사망자는 사망 전 1년 이내 점차 입원 이용이 감소했는데, 자살사망자들의 정신과 입원 이용은 분명하게 감소했다고 보기는 어려웠다. 중요한 점은 이들의 입원 이용 자체가 매우 낮은 수준이라는 점이다. 정신과 입원 의료 이용률은 자살사망자가 1% 미만, 비자살사망자도 2%를 넘지 않았다.

국외 연구에서는 정신과 입원 이용의 증가를 자살사망의 중요한 신호로 볼 수 있다고 했다. 그것은 자살사망에 가까워질수록 정신과적 문제가 증가했기 때문으로 자연스럽게 이해할 수 있다. 그러나 국내에서는 자살 사망자의 입원 이용이 시간 흐름에 따른 특이점을 나타내지 않았다. 이는 자살 고위험군에게 중요한 요소인 입원 이용의 접근성이 낮은 것으로 해석되며, 여기에서 접근성은 비용과 심리적인 문제 모두를 의미한다.

비자살사망자의 입원 이용이 자살사망자에 비해 높기는 하지만, 두 집단 모두 이용률이 극히 낮은 수준이기 때문에 적절한 의료 이용으로 자살을 예방했다고 설명하긴 어렵다.

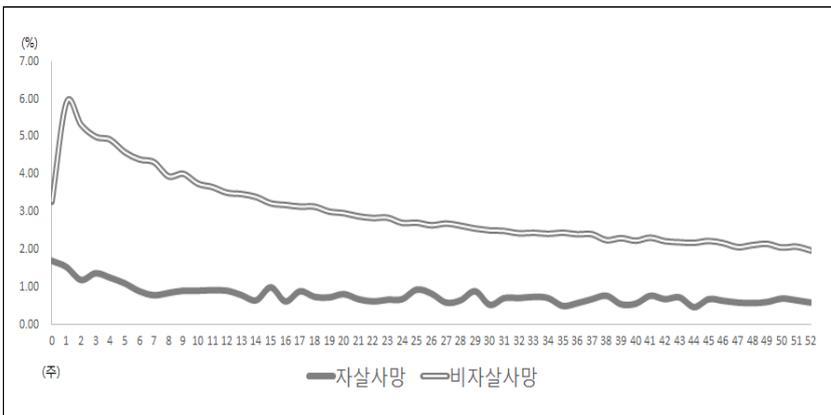
100 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

[그림 3-21] 사망 1년 전 주차별 정신과 입원의료 이용률



자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

[그림 3-22] 사망 1년 전 주차별 전체 입원의료 이용률

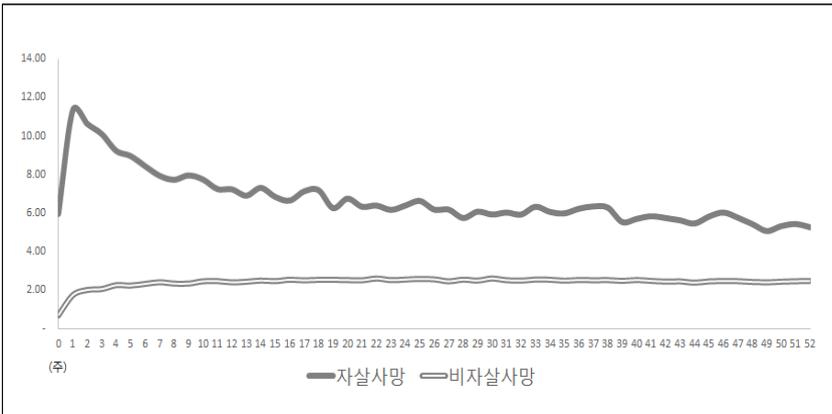


자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

다음으로 외래 이용률을 살펴보면, 자살사망자의 이용률이 높기는 하지만 이들의 의료 이용률은 사망일에 가까워질수록 감소했다. 반면, 비자살사망자들은 큰 변동 없이 일정 수준을 유지하고 있었다. 정신과 외래의료 이용률은 자살사망자 5~11%, 비자살사망자 3% 이내로 차이를 보였다.

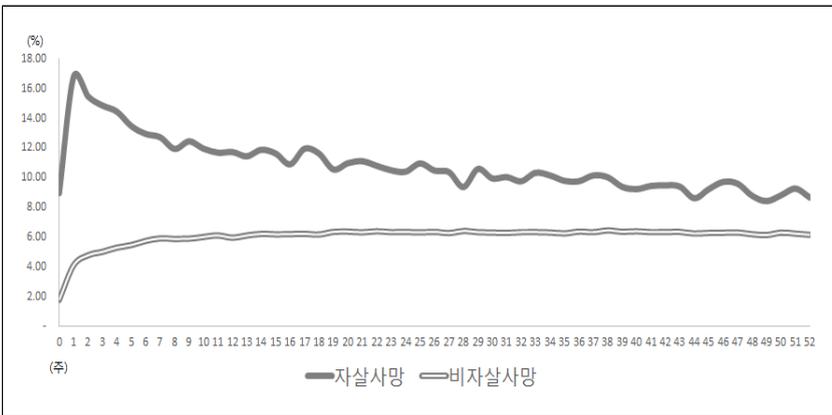
자살사망자들은 비자살사망자에 비해 외래 이용에 대한 수요가 높았으나, 자살을 결심하는 시점에 가까워질수록 치료 요구가 감소한 것으로 볼 수 있다.

[그림 3-23] 사망 1년 전 주차별 정신과 외래의료 이용률



자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

[그림 3-24] 사망 1년 전 주차별 전체 외래의료 이용률

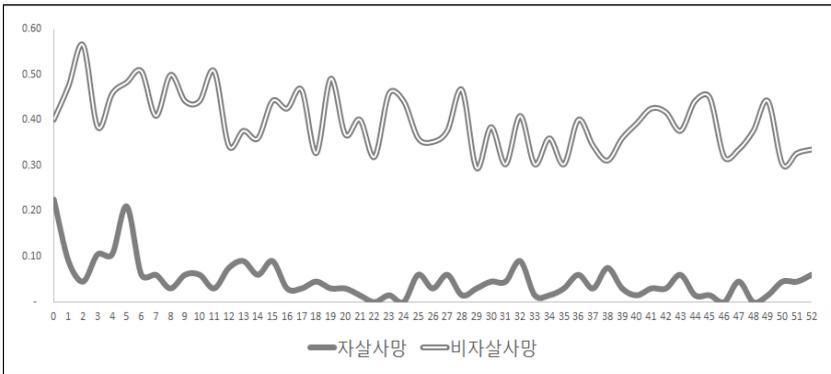


자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

102 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

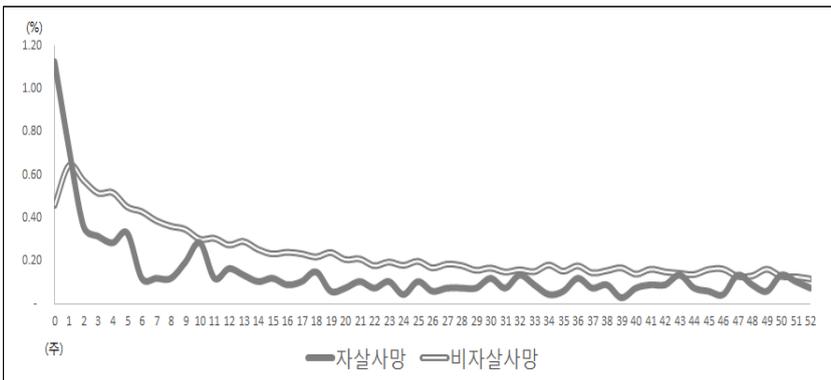
마지막으로 응급의료 이용률을 살펴보면, 전체 응급의료 이용률은 사망 시점에 가까워질수록 낮아지는 경향을 보였다. 그러나 정신과 응급의료 이용률은 분명히 낮아졌다고 판단하기는 어렵다. 정신과 응급의료 역시 입원 이용과 함께 자살 예측의 중요한 변수로 활용될 수 있다고 알려져 있으나, 국내 정신질환자 사이에서 그런 양상은 확인하기 어려웠다.

[그림 3-25] 사망 1년 전 주차별 정신과 응급의료 이용률



자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

[그림 3-26] 사망 1년 전 주차별 전체 응급의료 이용률



자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

제 4 장

자살예방에 대한
국민의 경험과 인식 조사

제1절 조사 배경

제2절 조사 내용 및 방법

제3절 조사 결과

제4절 소결

4

자살예방에 대한 << 국민의 경험과 인식 조사

제1절 조사 배경

공공의 영역에서 자살예방사업이 활성화되지 않은 만큼 국민의 사업 참여는 한계가 있을 수밖에 없다. 자살에 대한 사회적 문제가 크고, 국민의 인식 개선과 국가 정책에 대한 지지 없이 자살예방사업이 효과를 거두기는 어려울 것이다. 따라서 국민의 자살예방에 대한 인식과 태도, 자살 예방 실행 역량을 평가하여, 향후 국민의 참여를 독려할 수 있는 효과적인 전략을 고민해 볼 필요가 있다.

현재까지 국내에서 진행된 자살 관련 지식, 인식 및 태도에 대한 연구는 자살예방사업을 주도하고 있는 의사, 보건인력 등 정신보건사업 종사자를 대상으로 자살에 대한 인식과 태도에 영향을 미치는 인구사회학적 변인을 탐색해 자살 고위험군을 효과적으로 관리하는 데 목적을 두었다(김혜진 외, 2015; 권중일 외, 2013). 일반 국민을 대상으로 한 자살 관련 인식 및 태도에 관한 연구들의 주요 목적은 자살 고위험군의 위험 요인을 식별하기 위함이었다고 할 수 있다(보건복지부 정신건강정책과, 보건복지부 보도자료. <https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00281&nttId=295477&menuNo=200647&lang=&searchCndSj=&searchCndCt=&searchWrd=&pageIndex=4>, 2019. 8. 30. 인출). 한편 백종우 외(2014)는 한국형 표준 자살예방 교육 프로그램인 ‘보고듣고말하기’ 프로그램 교육을 받은 게이트키퍼 800명을 대상으로 프로그램의 효과성을 평가하기도 했다.

본 조사에서는 최근 국가가 추진하고 있는 자살 고위험군 조기 발견을 위한 사업의 일환인 게이트키퍼 양성 사업에 중점을 두고, 이러한 국가의 자살예방 정책에 대한 국민의 인식과 참여 정도를 파악하고자 한다. 아울러 국가의 자살예방 교육 프로그램의 효과성을 점검하며 국민의 자살 고위험군 조기 발견을 위한 역량과 자기효능감의 수준을 평가하여 사업의 개선 방안을 모색하는 데 목적이 있다.

제2절 조사 내용 및 방법

1. 조사 내용

조사 내용은 국가 자살예방사업에 대한 인지 및 참여 경험, 자살 고위험군을 지원하기 위한 지식과 역량, 자살 고위험군 지원 경험 및 의지의 3 가지 영역으로 구성하였고, 응답자의 일반적 특성과 정신건강 수준을 평가하기 위한 문항을 포함했다.

국가 자살예방사업에 대한 인지 및 참여 경험을 파악하기 위해, 자살예방사업에 대한 관심 정도, '생명지킴이' 또는 '게이트키퍼'에 대한 인지 여부에 대해 질문했다. 자살 고위험군을 지원하기 위한 역량을 파악하는 문항으로는 자살 암시 신호의 인식과 도움 제공 역량, 자살에 대한 자살 고위험군과의 직접적 논의 등으로 구성했다. 마지막으로 자살 고위험군 지원 경험 및 의지에 대해서는 실제 자살 고위험군을 파악해 도움을 주었으며, 앞으로도 도움 의지가 있는지 파악하기 위한 문항을 포함했다.

〈표 4-1〉 조사 내용

영역	문항
국가 자살예방사업에 대한 인지 및 참여 경험	<ul style="list-style-type: none"> - 국가 자살예방사업에 대한 관심 정도 - 자살예방사업(게이트키퍼)에 대한 인지 - 자살예방사업(게이트키퍼 교육) 참여 경험
자살 고위험군을 지원하기 위한 역량	<ul style="list-style-type: none"> ○ 자살 고위험군 지원에 필요한 인식 - 자살 고위험군의 자살 암시 신호에 대한 이해 - 자살 고위험군에 대한 자살 의도 질문의 적절성 인식 - 자살 고위험군에 대한 전문가 지원의 효과성에 대한 인식 ○ 자살 고위험군 지원 실천 역량 - 자살 고위험군의 자살 암시 신호에 대한 인지 역량 - 자살 고위험군에게 자살 의도 질문을 할 수 있는 역량 - 자살예방 전문가에 대한 정보 수준
자살 고위험군 지원 경험 및 의지	<ul style="list-style-type: none"> - 자살 고위험군 지원 경험 - 자살 고위험군 지원 의향
정신건강 수준	<ul style="list-style-type: none"> - 정신건강 진단 및 처방약 복용 - 자살 생각 - 자살 계획
응답자의 일반적 특성	<ul style="list-style-type: none"> - 거주 지역 - 성, 연령 - 혼인 상태, 동거가족 수 - 교육 수준, 소득

자료: 본 연구진이 작성함.

2. 조사 방법

조사 대상은 만 19세 이상 성인이며, 표본은 2019년 8월 주민등록인구수 기준으로 성별, 연령별, 지역별 비례할당 후 무작위 추출하였다. 표본오차는 95% 신뢰 수준에서 $\pm 2.5\%$ 포인트이다. 전화번호는 유무선 전화 Random Digit Dialing(RDD) 방식으로 생성하였다. 구조화된 설문

지를 이용해 전문 조사원이 전화 면접조사를 시행하였고, 조사는 2019년 8월 27일부터 9월 4일 사이 시행되었다. 최종적으로 조사에 참여한 응답자는 1500명이었다. 조사는 한국보건사회연구원의 연구윤리위원회의 승인을 받고 진행하였다.

3. 분석 방법

조사 대상자의 일반적 특성과 정신건강 수준을 분석한 후, 자살예방사업 관심도, 자살예방사업 인지도, 자살예방사업 비인지 집단 중 자살예방사업 참여 의향, 자살 고위험군이 보내는 자살 암시 메시지의 인식과 도움 제공 역량 및 의지, 자살에 대한 자살 고위험군과의 직접적 논의와 도움 제공 역량 및 의지, 자살예방 전문가(기관)의 효과성에 대한 인식과 도움 제공 역량 및 의지, 자살 고위험군에게 도움을 제공할 의향이 있는지에 대한 응답의 빈도와 백분율을 표시하고, chi-square 분석을 시행하였다. 다음으로 자살예방 관련 지식과 인지된 자살예방 역량의 결정 요인을 탐색하기 위해 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression)을 실시하였다. 본 연구에서 실시한 ‘국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식 조사’ 자료의 분석은 STATA software package, version 13(STATA, College Station, Texas)을 이용하였다.

제3절 조사 결과

1. 조사 대상자의 일반적 특성

조사에 응답한 1500명 중 남성은 743명, 여성은 757명으로 여성 응답자가 50.5%를 차지하였다. 응답자의 연령 구성은 19~29세 17.3%, 30~39세 16.6%, 40~49세 19.3%, 50~59세 20.1%, 60세 이상 26.7%로 상대적으로 고령층이 많았다. 혼인 상태는 기혼이 65.3%로 가장 많았고, 다음으로 미혼(28.5%), 이혼이나 별거(3.4%), 사별(2.9%)의 순이었다. 응답자의 거주지는 대도시가 44.3%, 중소도시가 45.6%이었으며, 읍면지역 거주자가 10.1% 포함되었다.

응답자의 교육 수준은 중졸 이하 6.8%, 고졸 이하 30.3%, 대졸 이하 52.8%, 대학원졸 이상 10.1%로 분포했다. 다음으로 응답자의 가구소득은 100만 원 미만 6.7%, 100만~300만 원 미만 22.8%, 300만~500만 원 미만 32.1%, 500만~700만 원 미만 20.1%, 700만 원 이상 18.3%의 분포를 보였다.

조사 대상자의 정신건강 수준을 평가하기 위한 몇 가지 문항에 대해서는 다음과 같은 결과를 보였다. 정신건강 관련 진단을 받았거나 처방약을 복용한 경우는 약 10%로 나타났다. 응답자의 31%는 자살 생각을 한 적이 있다고 보고했으며, 자살 생각은 최근 1년 이내(6.2%)보다는 그 오래전의 일(24.8%)이라고 응답한 경우가 더 많았다. 실제 자살을 계획한 적이 있다고 응답한 사람은 전체 조사 대상자의 7.9%였으며 1년보다 더 오래전의 경험이라고 응답한 경우(6.5%)가 최근 1년 이내의 경험이라고 응답한 비율(1.5%)보다 많았다.

110 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

〈표 4-2〉 조사 대상자의 일반적 특성

	구분	대상 인원(명)	비율(%)
	전체	1,500	100
성별	남성	743	49.5
	여성	757	50.5
연령	19~29세	259	17.3
	30~39세	249	16.6
	40~49세	289	19.3
	50~59세	302	20.1
	60세 이상	401	26.7
거주지	대도시	664	44.3
	중소도시(동)	684	45.6
	읍면(군)	152	10.1
혼인 상태	미혼	425	28.5
	기혼(현재)	975	65.3
	이혼, 별거	51	3.4
	사별	43	2.9
가구원 수	1인	182	12.2
	2인	365	24.5
	3인	320	21.5
	4인	468	31.4
	5인 이상	154	10.3
교육 수준	중졸 이하	101	6.8
	고졸	449	30.3
	대졸	782	52.8
	대학원졸	149	10.1
가구 소득(월)	100만 원 미만	94	6.7
	100만~300만 원 미만	320	22.8
	300만~500만 원 미만	449	32.1
	500만~700만 원 미만	282	20.1
	700만 원 이상	256	18.3

구분	대상 인원(명)	비율(%)
정신건강 진단 및 처방약 복용		
없음	1,352	90.1
최근 1년 이내	49	3.3
1년보다 오래전	99	6.6
자살 생각		
없음	1,035	69.0
최근 1년 이내	93	6.2
1년보다 오래전	372	24.8
자살 계획		
없음	1,381	92.1
최근 1년 이내	22	1.5
1년보다 오래전	97	6.5

자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

2. 국가 자살예방사업에 대한 인지 및 참여 경험

국가 자살예방사업에 대한 조사 대상자들의 평소 관심 정도를 알아보았다. 관심이 있다('매우 관심이 있다'와 '관심이 있다')고 응답한 비율은 55.1%로, 관심이 없는 편보다는 높았지만 두드러진 차이가 있는 것은 아니었다.

국가 자살예방사업에 대한 관심 정도는 조사 대상자의 인구학적 특성에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 국가 자살예방사업에 대해 평소 관심이 있다고 응답한 비율은 여성(62.5%)보다 남성(47.4%)이, 기혼(62.0%)이나 결혼 해체 경험 집단(이혼, 별거, 사별)(64.9%)에 비해 미혼(36.9%)이 낮은 것으로 나타났다. 특히 60세 이상의 고령자 중 자살예방사업에 관심이 있는 비율은 70.5%로 20대의 35.2%에 비해 2배 가까이 높은 것으로 나타났다. 교육 수준별로는 교육 수준이 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단의 관심 정도가 높았다.

최근 1년 이내에 자살을 생각한 적이 있다고 보고한 집단(66.7%)은 자살 생각을 한 적이 없다고 보고한 집단(54.0%)에 비해 자살예방사업에 더 관심이 높았다.

〈표 4-3〉 국가 자살예방사업에 대한 관심 정도

(단위: %, 명)

구분	매우 관심이 있다	관심이 있다	관심이 없다	매우 관심이 없다	명
전체	10.3	44.8	33.4	11.5	1,500
성별($\chi^2=39.2^{***}$)					
남성	9.6	38.0	37.4	15.1	743
여성	11.0	51.5	29.5	8.1	757
연령($\chi^2=167.5^{***}$)					
19~29세	0.8	34.4	46.0	19.0	259
30~39세	5.6	33.3	39.8	21.3	249
40~49세	7.3	49.1	36.3	7.3	289
50~59세	12.9	51.0	29.1	7.0	302
60세 이상	19.5	51.0	22.4	7.2	401
거주지($\chi^2=15.4^*$)					
대도시	7.7	46.1	36.3	10.0	664
중소도시(동)	12.7	43.0	31.1	13.2	684
읍면(군)	10.5	47.4	30.9	11.2	152
혼인 상태($\chi^2=91.3^{***}$)					
미혼	4.0	32.9	44.2	18.8	425
기혼(현재)	12.6	49.4	29.1	8.8	975
이혼, 별거, 사별	13.8	51.1	29.8	5.3	94
가구원 수($\chi^2=24.9^*$)					
1인	8.8	40.1	37.4	13.7	182
2인	15.6	46.6	28.2	9.6	365
3인	8.1	44.4	33.8	13.8	320
4인	8.1	44.4	35.9	11.5	468
5인 이상	11.0	48.1	32.5	8.4	154

구분	매우 관심이 있다	관심이 있다	관심이 없다	매우 관심이 없다	명
교육 수준($\chi^2=30.1^{***}$)					
중졸 이하	13.9	52.5	23.8	10.0	101
고졸	9.6	43.4	36.3	10.7	449
대졸	8.6	43.5	34.8	13.2	782
대학원졸	18.8	49.0	26.9	5.4	149
가구 소득(월) ($\chi^2=9.8$)					
100만 원 미만	8.5	48.9	29.8	12.8	94
100만~300만 원 미만	14.1	45.6	31.3	9.1	320
300만~500만 원 미만	11.4	44.3	32.7	11.6	449
500만~700만 원 미만	8.5	45.4	33.7	12.4	282
700만 원 이상	8.6	44.5	35.6	11.3	256
정신건강 진단 및 처방약 복용 ($\chi^2=10.4$)					
없음	10.2	44.4	33.7	11.7	1,260
최근 1년 이내	15.6	55.6	22.2	6.7	45
1년보다 오래전	15.6	50.0	27.1	7.3	96
자살 생각($\chi^2=14.4^*$)					
없음	10.0	44.0	33.8	12.2	963
최근 1년 이내	20.7	46.0	26.4	6.9	87
1년보다 오래전	10.3	48.2	32.2	9.4	351
자살 계획($\chi^2=5.4$)					
없음	10.3	44.9	33.5	11.3	1,287
최근 1년 이내	18.2	50.0	22.7	9.1	22
1년보다 오래전	15.2	47.8	27.2	9.8	92

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

다음으로 자살예방을 위한 '생명지킴이' 또는 '게이트키퍼' 사업에 대해서 들어본 적이 있는지에 대해서는 응답자의 66.1%가 인지하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

한편 사업 인지 여부는 성별, 연령, 혼인 상태, 교육 수준에 따라 통계적으로 의미 있는 차이를 보였다. 연령이 증가할수록(50대 43.4%, 60세 이상 43.9%), 고학력일수록(대학원졸 44.3%), 결혼 해체를 경험한 응답자일수록(이혼/별거/사별 40.4%) 자살예방을 위한 ‘게이트키퍼’와 ‘생명지킴이’에 대해 들어본 적이 있다고 응답한 비율이 높았다. 20대와 30대 저연령자(20대 20.5%, 30대 21.3%)와 저학력자(중졸 이하 25.7%)의 사업 인지도가 낮은 것으로 나타났다. 앞서 저학력자들은 국가 자살예방사업에 대해 관심이 높다고 응답한 집단이었는데, 이들은 대표적 자살예방사업인 게이트키퍼에 대한 인지도는 낮았다.

〈표 4-4〉 자살예방사업(생명지킴이 또는 게이트키퍼)에 대한 인지

(단위: %, 명)

구분	알고 있다	모르고 있다	명
전체	33.9	66.1	1,500
성별($\chi^2=3.9^*$)			
남성	31.5	68.5	743
여성	36.3	63.7	757
연령($\chi^2=68.5^{***}$)			
19~29세	20.5	79.5	259
30~39세	21.3	78.7	249
40~49세	33.2	66.8	289
50~59세	43.4	56.6	302
60세 이상	43.9	56.1	401
거주지($\chi^2=0.06$)			
대도시	33.6	66.4	664
중소도시(동)	34.2	65.8	684
읍면(군)	34.2	65.8	152
혼인 상태($\chi^2=28.2^{***}$)			
미혼	24.7	75.3	425
기혼(현재)	37.4	62.6	975
이혼, 별거, 사별	40.4	59.6	94

구분	알고 있다	모르고 있다	명
가구원 수($\chi^2=4.2$)			
1인	31.3	68.7	182
2인	32.9	67.1	365
3인	34.4	65.6	320
4인	33.3	66.7	468
5인 이상	40.9	59.1	154
교육 수준($\chi^2=10.5^*$)			
중졸 이하	25.7	74.3	101
고졸	34.3	65.7	449
대졸	33.0	67.0	782
대학원졸	44.3	55.7	149
가구 소득(월) ($\chi^2=5.3$)			
100만 원 미만	24.5	75.5	94
100만~300만 원 미만	34.7	65.3	320
300만~500만 원 미만	33.9	66.1	449
500만~700만 원 미만	36.5	63.5	282
700만 원 이상	36.7	63.3	256
정신건강 진단 및 처방약 복용($\chi^2=3.2$)			
없음	34.8	65.2	1,260
최근 1년 이내	22.2	77.8	45
1년보다 오래전	36.5	63.5	96
자살 생각($\chi^2=0.6$)			
없음	34.2	65.8	963
최근 1년 이내	32.2	67.8	87
1년보다 오래전	35.9	64.1	351
자살 계획($\chi^2=1.0$)			
없음	34.3	65.7	1,287
최근 1년 이내	27.3	72.7	22
1년보다 오래전	38.0	62.0	92

주: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

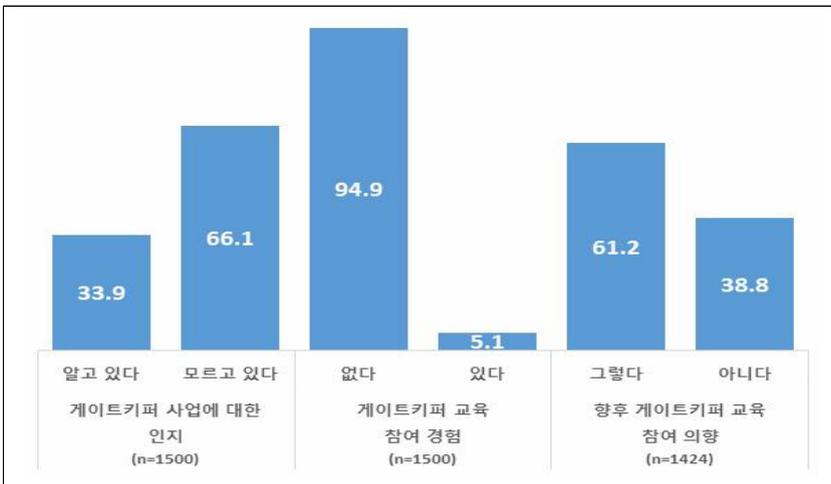
자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

자살예방을 위한 ‘생명지킴이’ 또는 ‘게이트키퍼’ 사업을 알고 있는 응답자들(509명, 33.9%) 중 해당 양성 교육을 받은 경우는 14.9%(76명)로, 전체 응답자 대비 5.1%(1500명 중 76명)만이 교육을 받은 것으로 확인되었다. 교육을 받지 않은 사람들 중 향후 교육을 받을 의향을 가진 응답자는 61.2%에 그쳤다.

게이트키퍼 교육을 받은 76명에 대해서는 교육을 받았던 기관(사람)에 대해서도 질문했다. 중앙정부 또는 중앙 단위 공공기관에서 교육을 받은 경우가 19.7%(76명 중 15명), 지방정부 또는 지방 단위 공공기관이 39.5%(76명 중 30명), 민간 기관 또는 민간 전문가가 46.1%(76명 중 35명)로 나타났다. 대체로 지역과 민간 교육이 주를 이루고 있는 만큼 표준화된 교육 기법과 질 높은 강사 양성이 중요할 것으로 보인다.

[그림 4-1] 자살예방사업(생명지킴이 또는 게이트키퍼)에 대한 인식, 참여 경험, 참여 의향

(단위: %)



자료: 본 연구에서 실시한 ‘국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사’ 분석 결과.

3. 자살 고위험군을 지원하기 위한 역량

가. 자살 고위험군 지원에 필요한 인식

자살 고위험군 지원에 필요한 인식과 관련된 세 가지 문항에 대한 응답 결과는 다음과 같다. 즉, ‘귀하는 자살을 생각하거나 시도하려는 사람이 자살에 대해 암시하는 신호(말, 태도 등)를 보낸다고 생각하십니까’라는 질문에 대해 81.6%, ‘귀하는 자살을 시도하려는 사람들에게 실제로 자살을 생각하고 있는지 직접 물어보는 것이 자살을 막는 데 어느 정도 도움이 된다고 생각하십니까’라는 질문에 대해 68.6%, ‘귀하는 전문 기관이나 전문가가 자살을 계획하거나 시도하려는 사람들을 도와주는 것이 자살예방에 도움이 된다고 생각하십니까’라는 질문에 대해 92.3%가 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’고 응답했다.

[그림 4-2] 자살 고위험군 지원에 필요한 인식

(단위: %)



자료: 본 연구에서 실시한 ‘국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사’ 분석 결과.

다시 말하면, 응답자의 대부분은 자살을 생각하는 사람들이 신호를 보낼 것이라는 점을 알고 있으나, 그 문제에 대해 직접적으로 얘기를 나누는 것이 도움이 될 것이라고 생각하는 경우는 적은 편이었고, 전문가가 도와주어야 한다고 생각하는 경우는 많았다고 볼 수 있다.

이와 같은 자살 고위험군 지원에 필요한 인식에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자, 각 문항에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시했다. 각 문항에 대한 응답을 종속변수(0='전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다'; 1='매우 그렇다', '그렇다')로 하고, 인구사회학적 특성과 정신건강 관련 변수를 독립변수로 포함했다.

분석 결과, 남성에 비해 여성이 세 가지 문항 모두에서 오즈비 1.38~2.34로 자살 고위험군 지원에 필요한 인식이 높았다. 이 외에 인구사회학적 특성에 따른 특이한 경향은 보이지 않았다.

한편 생명지킴이 또는 게이트키퍼 교육을 이수한 대상자들의 인식이 유의하게 높지 않았다는 점이 특징적이다. 전체 문항 중 자살 의도 질문에 대한 적절성 인식에 대해서만 교육 이수자가 비이수자에 비해 약 2배 높게 나타났다.

또한 개인이 정신건강 문제로 어려움을 겪거나 자살 생각을 했었던 경우에도 이러한 인식에 차이를 보이지 않았다.

〈표 4-5〉 자살 고위험군 지원에 필요한 인식에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

구분	자살 고위험군 지원 인식 1 ORs [95% CI] ¹⁾	자살 고위험군 지원 인식 2 ORs [95% CI] ²⁾	자살 고위험군 지원 인식 3 ORs [95% CI] ³⁾
성별(ref. 남성)			
여성	2.34 [1.71-3.19] ***	1.38 [1.09-1.76] **	1.74 [1.12-2.68] *
연령(ref. 19~29세)			
30~39세	0.69 [0.38-1.25]	1.75 [1.12-2.74] *	0.85 [0.43-1.70]
40~49세	0.62 [0.32-1.21]	1.72 [1.05-2.84] *	0.90 [0.40-2.01]

구분	자살 고위험군 지원 인식 1 ORs [95% CI] ¹⁾	자살 고위험군 지원 인식 2 ORs [95% CI] ²⁾	자살 고위험군 지원 인식 3 ORs [95% CI] ³⁾
50~59세	0.51 [0.26-1.01]	2.40 [1.42-4.07] **	0.80 [0.34-1.89]
60세 이상	0.34 [0.17-0.68] **	1.84 [1.07-3.15] *	0.54 [0.22-1.32]
거주지(ref.대도시)			
중소도시(동)	1.30 [0.95-1.77]	1.10 [0.86-1.41]	1.31 [0.84-2.05]
읍면(군)	1.01 [0.62-1.62]	1.10 [0.73-1.67]	0.80 [0.42-1.54]
혼인 상태(ref.미혼)			
기혼(현재)	1.89 [1.13-3.15] *	1.29 [0.86-1.91]	3.42 [1.77-6.60] ***
이혼, 별거, 사별	2.04 [0.98-4.29]	1.09 [0.59-2.02]	2.18 [0.84-5.69]
교육 수준(ref.중졸 이하)			
고졸	1.50 [0.87-2.60]	0.65 [0.37-1.15]	0.52 [0.19-1.42]
대졸	2.52 [1.40-4.51] **	0.75 [0.42-1.35]	0.63 [0.22-1.81]
대학원졸	4.99 [2.17-11.5] ***	1.24 [0.61-2.53]	1.08 [0.27-4.23]
가구 소득(월)(ref.100만 원 미만)			
100만~300만 원 미만	3.85 [2.24-6.62] ***	0.67 [0.38-1.17]	2.37 [1.06-5.31] *
300만~500만 원 미만	4.02 [2.27-7.18] ***	0.71 [0.40-1.27]	1.46 [0.66-3.26]
500만~700만 원 미만	2.98 [1.60-5.56] **	0.74 [0.40-1.36]	2.06 [0.84-5.09]
700만 원 이상	3.70 [1.92-7.16] ***	0.68 [0.36-1.27]	1.64 [0.66-4.08]
자살예방 교육(ref.비이수)			
이수	1.25 [0.59-2.67]	1.98 [1.05-3.73] *	1.67 [0.50-5.58]
정신건강 진단 및 처방약 복용 (ref.없음)			
최근 1년 이내	0.73 [0.32-1.72]	1.65 [0.76-3.58]	0.57 [0.22-1.48]
1년보다 오래전	1.33 [0.70-2.51]	1.04 [0.64-1.69]	0.50 [0.31-0.80]
자살 생각(ref.없음)			
최근 1년 이내	1.62 [0.81-3.25]	1.18 [0.69-2.02]	0.59 [0.27-1.29]
1년보다 오래전	1.56 [1.08-2.28] *	1.03 [0.78-1.36]	0.50 [0.31-0.80] **
N	1,397	1,397	1,397
χ^2	154.8 ***	70.7 ***	58.5 ***
df	21	21	21

주: 1) 자살 고위험군의 자살 암시 신호에 대한 이해

2) 자살 고위험군에 대한 자살 의도 질문에 대한 적절성 인식

3) 자살 고위험군에 대한 전문가 지원의 효과성에 대한 인식

4) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

나. 자살 고위험군 지원 실천 역량

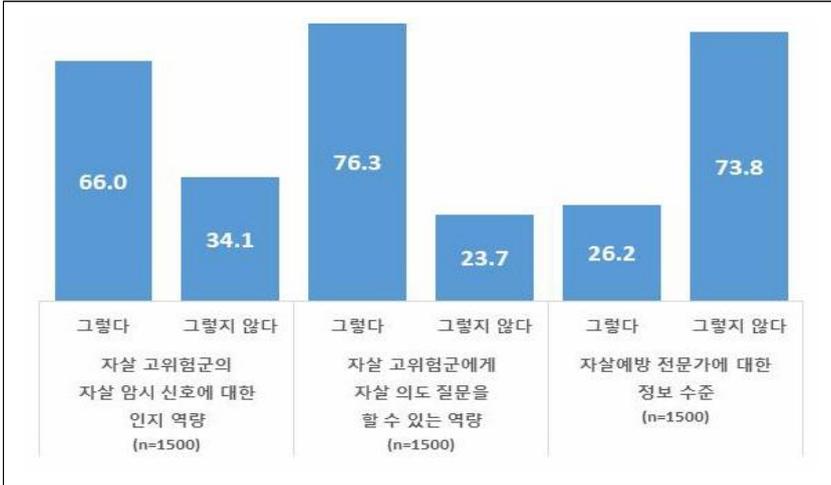
다음은 인식을 넘어서 자살 고위험군 지원에 필요한 실천 역량과 관련된 세 가지 문항에 대한 응답 결과이다. 그러나 이 문항들은 응답자가 자신의 역량을 스스로 판단한 결과로, 실천 가능 여부는 이와 다를 수 있다. 먼저 ‘귀하는 가족, 친구, 동료, 이웃 등 주변의 누군가가 자살을 생각하거나 시도하려고 할 때 신호(말, 태도 등)를 보낸다면, 그 신호를 알아차릴 수 있으십니까’라는 질문에 대해서 66.0%가 그렇다고 했다. 앞서 자살을 시도하려는 사람들이 암시를 보낼 것이라는 점에 대해서는 81.6%가 인식하고 있었는데, 자신이 누군가의 신호를 실제 알아차릴 수 있다고 생각하는 경우는 이보다 적게 나타난 것이다.

다음 ‘귀하는 자살을 시도하려는 사람들에게 자살을 생각하고 있는지 직접 물어보고 삶의 이유에 대해 효과적으로 대화를 나눌 수 있으십니까’라는 질문을 했을 때, 76.3%가 그렇다고 했다. 앞서 자살을 시도하려는 사람들에게 직접 물어보는 것이 도움이 될 것이라고 인식하는 경우는 68.6%였는데, 도움 여부와 관계없이 이를 행동에 옮길 수 있다고 생각하는 경우가 더 높게 나타난 것이다.

마지막으로 ‘귀하는 자살을 계획하거나 시도하려는 사람들을 도울 수 있는 전문기관이나 전문가에 대해 잘 알고 계십니까’에 대해서는 응답자들의 26.2%만이 그렇다고 응답했다. 90% 이상의 응답자들이 자살 고위험군에게 전문기관과 전문가의 도움이 필요하다고 생각했는데, 그 정보가 매우 취약한 것으로 드러났다.

[그림 4-3] 자살 고위험군 지원 실천 역량

(단위: %)



자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

이와 같은 자살 고위험군 지원 실천 역량에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자, 각 문항에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시했다. 각 문항에 대한 응답을 종속변수(0='전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다'; 1='매우 그렇다', '그렇다')로 하고, 인구·사회학적 특성과 정신건강 관련 변수를 독립 변수로 포함했다.

분석 결과, 앞서 여성은 남성에 비해 자살 고위험군 지원에 필요한 인식이 높았던 반면, 실제 역량과 관련한 문항에서는 한 개를 제외하고는 유의한 성별 차이를 보이지 않아 여성이 남성에 비해 분명한 실천 역량을 가지고 있다고 보기는 어려웠다.

한편 생명지킴이 또는 게이트키퍼 교육을 이수한 대상자들의 인식이 비이수자에 비해 유의하게 높지 않았던 것과 달리, 이들의 실천 역량은 매우 긍정적인 결과를 보였다. 실천 역량과 관련된 세 개 문항에 대한 오즈비가 2.11~6.52를 나타냈다. 이는 생명지킴이 또는 게이트키퍼 교육

을 이수함으로써 자살 고위험군을 도울 수 있다는 의지를 갖추게 된 것으로 볼 수 있는바, 이들이 자살 고위험군을 적절히 지원할 수 있게끔 지식과 인식도 갖추어 줄 수 있도록 해야 하겠다.

또한 정신건강 문제로 어려움을 겪거나 자살 생각을 했었던 응답자들은 인식 문항에서 보였던 것처럼 실천 역량도 의미 있는 차이를 보이지 않았다.

〈표 4-6〉 자살 고위험군 지원 실천 역량에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

구분	자살 고위험군 지원 실천 역량 1 ORs [95% CI] ¹⁾	자살 고위험군 지원 실천 역량 2 ORs [95% CI] ²⁾	자살 고위험군 지원 실천 역량 3 ORs [95% CI] ³⁾
성별(ref.남성)			
여성	1.25 [0.99-1.58]	1.28 [0.98-1.67]	1.46 [1.14-1.89] **
연령(ref.19~29세)			
30~39세	0.51 [0.32-0.80] **	0.74 [0.46-1.19]	0.67 [0.40-1.18]
40~49세	0.54 [0.33-0.89] *	1.14 [0.66-1.95]	0.86 [0.48-1.56]
50~59세	0.67 [0.40-1.14]	1.58 [0.89-2.81]	1.13 [0.62-2.07]
60세 이상	1.09 [0.63-1.89]	1.70 [0.94-3.07]	1.36 [0.73-2.52]
거주지(ref.대도시)			
중소도시(동)	0.91 [0.71-1.15]	1.18 [0.90-1.55]	1.05 [0.81-1.37]
읍면(군)	1.12 [0.74-1.68]	1.41 [0.87-2.27]	1.02 [0.65-1.59]
혼인 상태(ref.미혼)			
기혼(현재)	1.36 [0.92-2.00]	1.12 [0.74-1.71]	1.10 [0.69-1.76]
이혼, 별거, 사별	1.90 [1.08-3.78] *	1.48 [0.73-3.00]	1.09 [0.56-2.14]
교육 수준(ref.중졸 이하)			
고졸	1.19 [0.70-2.03]	0.71 [0.37-1.38]	0.93 [0.52-1.64]
대졸	1.29 [0.74-2.23]	0.63 [0.32-1.24]	1.23 [0.68-2.22]
대학원졸	1.98 [0.98-3.65] *	1.04 [0.47-2.33]	2.43 [1.24-4.77] *
가구 소득(월)(ref.100만 원 미만)			
100만~300만 원 미만	2.44 [1.44-4.14] **	1.92 [1.08-3.40] *	1.30 [0.72-2.35]
300만~500만 원 미만	1.74 [1.02-2.99] *	2.05 [1.14-3.68] *	1.25 [0.67-2.32]
500만~700만 원 미만	1.59 [0.90-2.81]	2.02 [1.09-3.77] *	1.18 [0.61-2.28]
700만 원 이상	2.28 [1.27-4.11] **	2.77 [1.44-5.30] **	1.61 [0.83-3.11]
자살예방 교육(ref.비이수)			
이수	2.11 [1.12-3.95] *	4.00 [1.57-10.2] **	6.52 [3.81-11.2]****

구분	자살 고위험군 지원 실천 역량 1 ORs [95% CI] ¹⁾	자살 고위험군 지원 실천 역량 2 ORs [95% CI] ²⁾	자살 고위험군 지원 실천 역량 3 ORs [95% CI] ³⁾
정신건강 진단 및 처방약 복용 (ref.없음)			
최근 1년 이내	1.54 [0.69-3.41]	0.78 [0.38-1.60]	1.91 [0.96-3.80]
1년보다 오래전	0.85 [0.53-1.36]	1.26 [0.91-1.74]	1.14 [0.71-1.85]
자살생각(ref.없음)			
최근 1년 이내	2.46 [1.36-4.42] **	0.80 [0.46-1.37]	1.38 [0.80-2.37]
1년보다 오래전	1.53 [1.16-2.02] **	1.26 [0.91-1.74]	1.42 [1.06-1.90] *
N	1,397	1,397	1,397
χ^2	65.53 ***	73.4 ***	117.1 ***
Df	21	21	21

- 주: 1) 자살 고위험군의 자살 암시 신호에 대한 인지 역량
 2) 자살 고위험군에게 자살 의도 질문을 할 수 있는 역량
 3) 자살예방 전문가에 대한 정보 수준
 4) *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

4. 자살 고위험군 지원 경험 및 의지

응답자 1500명 중 21.1%(317명)는 주변의 누군가가 자살을 계획하거나 시도하려는 것을 본 적이 있다고 했다. 이들에게 '그 사람과 대화를 나누거나 전문가(기관)에게 연결해 주는 등 도움을 준 적이 있는지'를 물었을 때, 절반(50.2%, 159명)이 도움을 준 적이 있다고 보고했다. 즉, 전체 응답자 대비 10.6%(1500명 중 159명)만이 자살 고위험자를 발견해 도움을 준 경험이 있었다.

또한 응답자의 대부분(96.7%)이 향후 자살을 계획하거나 시도하려는 사람을 알게 된다면, 그 사람과 대화를 나누거나 전문가(기관)에게 연결해 주는 등 도움을 줄 의향이 있다고 했다.

앞서 전체 응답자 대비 5.1%만이 게이트키퍼 교육을 이수했던 것을 상기하면, 게이트키퍼 교육을 보다 확대해 지역사회에서 일반 국민이 주

변의 자살 고위험자를 인지하고 도울 수 있도록 역량을 강화할 필요가 있다.

[그림 4-4] 자살 고위험군 목격 및 지원 경험과 향후 지원 의향

(단위: %)



자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

제4절 소결

이 장에서는 국가 자살예방사업에 대한 국민들의 인지 수준과 참여 경험, 자살 고위험군을 돕는 데 필요한 기초 역량과 의지에 대하여 알아보았다. 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 조사 대상자들이 가지고 있는 자살예방사업의 관심도와 인지도는 전반적으로 높지 않은 수준이었다. 특히 남성일수록, 미혼자일수록, 저연령층일수록, 저학력자일수록 자살예방사업의 관심도와 인지도가 낮은 경향을 보였다. 이들 집단에서 자살예방사업에 대한 관심도와 인지도

가 낮은 이유를 더욱 체계적으로 분석하여 자살예방 프로그램의 전략적 홍보 및 운영에 효율화를 기하고자 하는 노력이 필요하다.

둘째, 조사 대상자가 자살 고위험군에게 도움을 주는 데 필요한 인식을 갖춘 것에 비해, 실제 자살 고위험군을 도울 수 있는 구체적 실행 역량을 갖췄다고 인지하고 있는 경우는 적었다. 예를 들어, 조사 대상자 대부분이 자살 고위험군에게 전문가의 도움이 필요하다고 인식한 반면, 전문기관과 전문가에 대한 정보를 알고 있는 경우가 현저히 낮았기 때문에 고위험군에게 자원을 연계하기 어려운 상황이다.

셋째, 자살예방에 필요한 올바른 인식 보유 여부에 대한 일련의 로지스틱 회귀분석에서 일관되게 유의미한 결과를 보인 설명변수는 성별이 유일하다. 여성이 남성보다 자살 고위험군 지원을 위해 필요한 인식이 높은 것으로 나타났다. 흥미로운 결과는 자살예방 교육 참여 경험이 자살예방 인식에서 유의미한 설명변수가 아니라는 것이었다. 구체적으로 ‘자살 고위험자가 자살을 암시하는 신호를 보내는지’에 대한 인식, ‘자살예방 전문가나 전문기관이 자살예방에 도움이 되는지’에 대한 인식 수준을 예측하는 데 자살예방 교육 참여가 통계적으로 유의미한 요인이라는 근거를 찾지 못하였다.

넷째, 자살 고위험군을 지원하는 데 필요한 실행 역량과 의지가 있는지에 대한 일련의 로지스틱 회귀분석에서 자살예방 교육 경험만이 유의미한 설명변수인 것으로 나타났다. 즉 자살예방 교육 참여 경험이 있을수록 자살 고위험자가 보내는 자살 암시 신호를 잘 인식할 수 있고, 그들과 효과적으로 대화를 나눌 수 있다고 생각하며, 그들을 도울 수 있는 전문가나 전문기관에 대해 잘 알고 있다고 믿는 경향을 보이는 것으로 나타났다. 자살예방 교육 참여가 자살예방에 필요한 올바른 인식에 대한 유의미한 예측 요인이라는 근거는 찾을 수 없었으나 자살예방 교육 참여 경험이

자살 고위험군을 지원하는 데 필요한 실행 역량과 의지를 설명하는 변수라는 것은 흥미로운 결과였다. 다양한 중재문헌을 근거로 효과적인 자살 예방 실행 역량을 강화할 수 있도록 프로그램의 보완 및 개발에 대한 고민이 필요하다. 이와 더불어 일반 국민을 대상으로 한 국가 자살예방 프로그램의 효과적인 구성에 대한 체계적인 점검 역시 요구된다.

제 5 장

국외 자살 고위험군 발굴 및
공적 지원 체계

제1절 미국

제2절 일본

5

국외 자살 고위험군 발굴 및 << 공적 지원 체계

제1절 미국

1. 자살 고위험군 발굴을 위한 법, 체계

가. 연방정부의 전략 및 사업

1) 법률 제정

미국 정부는 2004년에 어린이와 청소년에 대한 자살 조기 개입과 예방을 위해 「개릿 리 스미스 법(Garrett Lee Smith Memorial Act)」을 제정하였고(SAMHSA, 2018, p. 1), 2007년에는 참전군인의 자살예방을 위해 「재향군인 자살예방법(Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act)」을 제정하였다(SPRC, 2016, p. 1). 이후 2016년에는 자살예방 프로그램과 운영 보조금을 승인 또는 재승인 하는 내용이 포함된 「21세기치유법(21st Century Cures Act)」을 제정함으로써 자살예방을 위한 법률적·재정적 기반을 확보했다(NASADAD, 2016, pp. 2-14).

2) 자살예방 전략

미국은 2001년 ‘자살 방지를 위한 국가자살예방전략(National Strategy for Suicide Prevention, NSSP)’을 발표했고, 이후 2012년에는 2차 ‘국가전략(2012 National Strategy for Suicide Prevention:

Goals and Objectives for Action)’을 발표했다.⁴²⁾ 2001년과 2012년 국가자살예방전략은 자살예방이 삶의 모든 측면에서 통합되어야 한다는 것을 전제로 하고 있다. 따라서 법률에는 기업, 교육자, 의료기관, 정부, 지역사회 및 모든 국민이 자살을 예방하기 위해 역할을 해야 한다고 명시되어 있다. 국가전략에는 1) 건강하고 권한이 있는 개인, 가족, 지역사회를 위한 지지적 환경 조성, 2) 임상 서비스와 지역사회 예방 서비스 강화, 3) 시기적절한 치료와 지원 서비스 이용 촉진, 4) 자살예방 감시, 연구, 평가의 개선이라는 4개의 거시적 전략 방향이 제시돼 있다(HHS, 2012, pp. 1-3).

3) 연방정부의 자살예방지원 사업

자살예방자원센터(SPRC: Suicide Prevention Resource Center)는 자살예방을 위한 국가전략(NSSP)을 성공적으로 달성하기 위해 연방정부가 지원하는 사업으로, 자살 전문가 및 관련 종사자를 위한 기술 지원, 교육, 관련 자료 등을 제공하고 있다(Education Development Center, Suicide Prevention Resource Center, <https://www.edc.org/suicide-prevention-resource-center-sprc>, 2019. 5. 17. 인출). 주요 자원(Resources)은 SPRC와 자살예방 단체, 관련 전문가⁴³⁾들이 개발한 자료(문헌, 도구, 보고서)이며, 프로그램은 근거 기반 프로그램 목록(BPR listings)⁴⁴⁾을 중심으로 교육, 스크리닝, 치료에 대한 기술 지원으로 구성된다(SPRC, Resources and Programs, <https://www.sprc.org/re->

42) 2012년 미국 약물남용 및 정신보건서비스 관리국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)에서 국가전략 발표함.

43) 사회복지사, 학교보건인력, 행동건강전문가 등이 포함됨.

44) BPR(Best Practices Registry)는 SPRC의 한 섹션으로 2007년부터 2016년까지 유지되었으며, 이는 증거 기반 프로그램에 대한 정보로 사용됨.

sources-programs, 2019. 5. 15. 인출). 또한 SPRC는 자살 위험 평가 및 관리를 위한 온라인 교육과 워크숍 등을 통해 자살예방 교육을 제공하고 있다(SPRC, Training, <https://www.sprc.org/training>, 2019. 5. 15. 인출.).

나. 주정부의 자살예방 전략 및 사업

연방정부의 자살예방전략(NSSP) 권고에 근거하여 미국의 54개 주정부와 준주정부는 각 정부의 상황과 환경에 적합한 자살예방 전략을 개발하고, 이를 달성하기 위해 다양한 사업과 프로그램을 운영하고 있다(SPRC, States, <https://www.sprc.org/states>, 2019. 5. 18. 인출).

주 단위 자살예방사업 사례

- Alaska: State of Alaska Suicide Prevention Plan 2018-2020 ; Promoting wellness to prevent suicide in Alaska
- Colorado: Suicide Prevention in Colorado Annual Report FY 2016-2017
- Massachusetts: Massachusetts Strategic plan for suicide prevention
- New York: New York State's Suicide Prevention Plan 2016-17
- North Carolina: Suicide Prevention and Intervention Plan
- Oregon: Youth Suicide Intervention and Prevention Plan 2016-2020

자료: SPRC, 2019c.

이 중 콜로라도주에서는 자살예방위원회(Suicide Prevention Commission of Colorado)의 권고에 따라 자살 제로(Zero Suicide) 프로젝트라는 포괄적인 프로그램을 추진하고 있다(Colorado CDPHE, 2018, pp. 1-44).

① 통합적 의료 지원

- 의료기관 내에서 발생하는 환자의 자살을 예방하기 위해 미국 자살 예방국(Office of Suicide Prevention)은 2017년 4월까지 콜로라도의 11개 보건기관과 17개 지역 정신건강센터를 대상으로 교육 서비스를 제공했다(Colorado CDPHE, 2018, pp. 1-44).
- 추적 관리 프로젝트: 응급 및 입원 서비스에서 자살 충동과 행위를 포함해 정신건강 위험이 확인된 환자들에 대해 퇴원하기 전 주(州) 전역에서 운영하고 있는 ‘위기관리 서비스 핫라인’에 연결해 최소 30일 또는 환자가 지역사회 정신건강 서비스를 이용할 때까지 지속적으로 추적·관리하는 표준화된 프로토콜이다. 이 프로젝트는 응급 실이나 입원 시설을 방문한 자살 고위험 대상자와 ‘위기관리 서비스 핫라인’ 간 연계 건수, 참여율, 환자 만족도 등의 지표로 평가된다(Colorado CDPHE, 2018, pp. 1-44).

② 지역사회 연계

- 학교 및 기타 청소년 조직 지원: 자살예방위원회는 2017년 청소년 자살예방 워킹그룹(youth suicide prevention workgroup)을 창설했다. 현재 이 단체에는 교육부, 학교안전지원센터, 청소년개발부, 폭력 및 상해 예방국(정신건강 증진과), 콜로라도 청소년 자문위원회, 지역사회 정신건강센터 등 다양한 공동체들이 포함되어 있다. 이 단체는 사안별로 이해관계자들을 소집하고, 청소년을 위한 정신건강 자원 및 도움 요청 행동 촉진을 위한 도구 개발에 중점을 두고 있다(Colorado CDPHE, 2018, pp. 1-44).
- 자살 고위험 종사자를 위한 협력 구축: 자살예방위원회는 통계자료를 통해 자살 최초 발견자(first responders), 석유·가스 산업, 법률

커뮤니티, 건설·광업 분야 종사자들의 자살 위험이 높다는 것을 확인했고, 이에 따라 해당 분야 종사자의 자살예방을 위한 포괄적인 접근법을 개발하고 있다. 예를 들어, 자살예방국은 ‘맨 세러피(Man Therapy)’라는 근로 연령의 남성(25~54세)을 대상으로 하는 정신 건강 공익사업과 협력하고 있다(Colorado CDPHE, 2018, pp. 1-44).

2. 자살 고위험군의 정의 및 범위

미국 국립정신건강연구소(NIMH: National Institute of Mental Health)에서는 모든 성, 연령, 민족이 자살 위험에 처할 수 있으나, 다음과 같은 위험 요인을 가지고 있는 사람들의 자살 위험이 특히 높다고 제시하였다(National Institute of Mental Health, SUICIDE IN AMERICA: Frequently Asked Questions, <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq/index.shtml>, 2019. 4. 27. 인출).

- 이전의 자살 시도
- 우울증 및 기타 정신건강 장애
- 약물 남용 장애
- 약물 남용 가족력
- 자살 가족력
- 신체적 또는 성적 학대를 포함한 가정 폭력
- 집에 총기류가 있는 경우
- 최근 감옥 또는 교도소에서 출소한 경우
- 가족, 동료, 미디어를 통해 타인의 자살 행위에 노출된 경우

- 신체적 질환으로 인한 만성적 통증
- 15~24세 또는 60세 이상

다음으로 미국 질병관리본부(CDC)에서는 다음과 같은 위험 요인이 있는 대상자들을 자살 고위험자로 정의하고 있다(CDC, Risk and Protective Factors: Risk Factors for Suicide, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>, 2019. 4. 25. 인출).

- 자살 가족력
- 아동 학대 가족력
- 이전 자살 시도 경험
- 정신장애자(임상적 우울증)
- 알코올 및 약물 남용 경험자
- 문화적·종교적 신념(자살은 개인의 고귀한 결단이라는 믿음)
- 격리(다른 사람들과의 단절)
- 정신건강 치료에 대한 접근성 문제
- 관계, 사회, 직장 또는 재정적 손실
- 신체적 질병

또한 미국 약물남용 및 정신건강관리국(SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Administration)에서도 자살 위험 요인을 개인적 요인과 사회·환경적 요인으로 구분해 제시하였다.

□ 개인적 자살 위험 요인

- 과거의 자살 시도(특히 지난 1년 이내)
- 주요 신체질환(특히 만성적 통증)
- 외상성 뇌손상을 포함한 중추신경 장애

- 정신질환(기분장애, 정신분열증, 불안장애, 알코올 및 기타 약물 사용 장애, 성격장애, ADHD 및 행동장애 등)
- 정신병적 증상(심한 불안, 공황, 불면증, 환각, 자기 증오 등)
- 충동적 또는 공격적인 행동
- 학대 경험
- 수치심 또는 절망을 유발할 수 있는 특정 사건(관계 손실, 건강 또는 경제적 손실)

□ 사회·환경적 자살 위험 요인

- 복잡한 가족력(이혼 또는 별거, 보호자 변경, 거주지 변경)
- 사회적 지지 부족과 고립감
- 치명적 자살 수단(총, 불법 약물)에 용이한 접근
- 법률적인 어려움, 법 집행 중, 감금
- 보건의료서비스에 대한 접근성 문제(특히 정신건강 및 약물 남용 치료)
- 특정 문화, 종교적 신념
- 언론 등을 통해 타인의 자살사망에 노출된 경우

한편, SAMHSA는 자살 고위험군을 중년 남성, 참전 용사, 유색 및 소수 민족, 농촌 인구, 어린이와 청소년으로 정의하고, 각 대상군의 자살 위험에 대한 정보와 자료, 최신 연구 결과, 의료서비스 제공자를 위한 효과적인 개입 방법, 고위험군의 자살을 예방하기 위한 교육 프로그램, 지원 집단과 기관에 대한 정보를 제공하고 있다(SAMHSA, National Survey on Drug Use and Health, <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>, 2019. 5. 31. 인출).

3. 자살 고위험군 발굴을 위한 인력 양성

가. 지역사회 의 게이트키퍼 교육 프로그램

1) 게이트키퍼 교육 프로그램 레지스트리(Best Practices Registry)

게이트키퍼 교육은 일반적으로 위험에 처한 사람을 확인하고, 위험 수준을 결정해 필요한 경우 적절한 서비스를 의뢰할 수 있도록 지식, 태도, 기술을 향상시키는 프로그램이다. 따라서 게이트키퍼 교육은 포괄적인 자살예방 프로그램의 일부로 수행되며, 이를 위해 SPRC/AFSP⁴⁵⁾의 게이트키퍼 교육 프로그램 레지스트리(Best Practices Registry, BPR)는 자살 방지를 위한 국가전략의 구체적인 목표를 다루는 모범 사례에 대한 정보를 확인·검토해 그 내용을 보급하고 있다(SPRC, 2013, p. 1).

〈표 5-1〉 미국의 게이트키퍼 교육 프로그램

프로그램	대상	주요 내용
Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)	돌봄자, 성직자, 카운슬러, 지역사회 자원봉사자, 법집행 기관	사회적 인식 제고, 커뮤니케이션 방법, 자살 위험자 식별 및 중재 기술 향상
Army ACE (Ask, Care, and Escort)	군인 및 주니어 지도자	개인 및 집단의 책임 향상, 자살 위험 군인 식별, 자살 시도 군인에 대한 개입, 지역사회 연계 기관에 대한 지식 및 정보
At-Risk for Middle School Educators	중학교 교사 및 직원	심리적 고통을 경험하는 학생 식별, 학생들의 관심사에 대한 대화, 위험에 처한 학생을 위한 지역사회 의뢰 기관에 대한 지식 증대
At-Risk for High School Educators	고등학교 교사	심리적 고통을 경험하는 학생 식별, 학생 관심사에 대한 접근 방법, 학교 지원 서비스 연계

45) SPRC/AFSP: Suicide Prevention Resource Center; American Foundation for Suicide Prevention

프로그램	대상	주요 내용
At-Risk for University and College Faculty	대학 교수 및 직원	학생의 심리적 고통 징후에 대한 지식, 위험에 처한 학생과의 의사소통 및 지역 자원 및 추천 방법
At-Risk for University and College Students	대학생	학생의 심리적 고통의 징후에 대한 지식, 위험에 처한 학생과 의사소통, 도움 요청에 대한 동기 부여, 위험에 처한 학생들을 위한 캠퍼스 상담센터 및 지역 자원 의뢰
Lifelines Intervention	중고등학교 자원 서비스 담당 직원	학생을 인터뷰하는 과정 안내, 자살 위험을 평가하는 방법, 자살 위험에 처한 학생의 부모와 함께 해결하는 방법, 자살 위험 학생을 돕는 방법
At-Risk in the ED	응급실 직원	자살 및 약물 남용 환자에 대한 증후, 위험 증후 환자 대상 선별 검사, 양성 결과 판정 환자에 대한 반응
Be A Link!	성인 단체 회원 (학교 교직원, 사회복지사, 종교 지도자, 최초 접촉자)	자살 위험 요인 및 신호에 대한 정보, 지역사회 자원 의뢰 정보
Connect Suicide Prevention Intervention Training	지역사회 회원, 서비스 제공자(학교, 병원, 경찰, 정신건강 서비스, 종교 지도자, 군대)	자살 사건에 대한 종합적인 대응, 자살 사건 처리 역량 강화, 지역사회자원 및 이해관계자 간 조정, 커뮤니케이션 및 연계 교육
Late Life Suicide Prevention Toolkit	의료 및 정신건강 임상 의, 수련의	노인 정신건강 가이드라인에 근거한 자살 위험 평가, 고령자 자살 방지 지식
Let's Talk Gatekeeper Training	자녀를 둔 부모 및 성인	자살 위험, 우울증 및 자살 경고에 대한 정보, 자살 위기의 청소년에 대한 대응 방법
Suicide and Aging: A Gatekeeper's Workshop	돌봄자(간호사, 사회복지사, 개인 돌봄자, 자원봉사자 등)	모든 유형의 돌봄자를 위해 고안된 고령자 게이트키퍼 교육으로, 고령화와 정신건강 문제, 고령자의 자살 위험 및 보호 요인 제시
Working Minds: Suicide Prevention in the Workplace	직장 관리자 및 직원	자살 방지를 위한 비즈니스 사례 구축, 대화와 비판적 사고를 위한 포럼, 직장에서 도움을 요청하고 돕는 방법 구축

주: SPRC/AFSP의 게이트키퍼 교육 프로그램 레지스트리의 일부분을 정리한 것임.
 자료: SPRC. (2013). Comparison Table of Suicide Prevention Gatekeeper Training Programs. p. 1.

2) 게이트키퍼 교육 프로그램 모형: QPR

미국의 자살예방을 위한 게이트키퍼 교육 프로그램은 대부분 'QPR 모형(Question, Persuade, and Refer model)'을 중심으로 제공하고 있다. QPR 게이트키퍼 교육은 1996년에 도입되었으며, 이후 2500개 이상의 조직과 지역사회(민간 기업, 대학, 정신건강 관련 기관, 군대 등)에서 진행되고 있다. 2015년 기준 8500명 이상의 공인 강사가 있다(Mchenry County Mental Health Board, 2015, p. 4).

QPR 모형은 3단계로 구성되는데, 1단계는 자살에 대한 개인의 욕구와 의도에 대한 의문 제기 과정, 2단계는 도움을 구하고, 그 도움을 수락하도록 설득하는 과정, 3단계는 자살 고위험자들에게 적합한 자원에 대한 정보를 제공하는 내용이다. QPR 교육은 공인된 QPR 게이트키퍼 강사 또는 QPR 인증기관을 통해 제공되어야 한다. 또한 기본적인 교육 내용은 모든 교육생에게 공통으로 제공되지만, 특정 대상자를 위한 맞춤 교육 내용도 설정되어 있다. 특히, 일선 현장에 있는 전문가 집단(법 집행 기관, 응급구조사, 의료 전문가, 퇴역 군인을 상대하는 개인 등)을 위한 특별 교육이 별도로 마련되어 있다. 교육은 강의실을 통한 직접 교육과 온라인 또는 혼합 교육 형식으로 진행되며, 3~8시간의 내용으로 구성되어 있다(SPRC, QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention, <https://www.sprc.org/resources-programs/qpr-gatekeeper-training-suicide-prevention>, 2019. 4. 26. 인출).

3) 주정부의 게이트키퍼 교육 프로그램 사례

① 일리노이주의 시민 게이트키퍼

일리노이주 맥헨리 카운티(McHenry County)의 정신보건부(Mental

Health Board)는 행동 건강, 학교, 법 집행 기관, 인적 자원 및 신앙 공동체를 대표하는 시스템을 통해 '공인된 게이트키퍼 강사'를 제공받고 있다. 게이트키퍼 강사들의 교육을 통해 맥헨리 카운티의 시민 게이트키퍼가 배출된다. 이들은 자원봉사 중심의 QPR 게이트키퍼로, 부모, 친구, 이웃, 교사, 목사, 의사, 간호사 등이 포함될 수 있다. 시민 게이트키퍼는 자살예방 교육을 받고 3년간 인증을 받게 된다(SPRC, 2012, pp. 5-6).

② 알래스카주의 GLS 게이트키퍼 프로그램

알래스카주는 개릿 리 스미스 청소년 자살예방 프로그램(Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention and Early Intervention Program, GLS)을 시행하고 있다. 이 프로그램에는 학교와 지역사회를 기반으로 하는 청소년 및 성인 게이트키퍼 교육이 포함되어 있으며, 전체 예산의 약 17%에 해당하는 비용이 게이트키퍼 교육 개발과 수행에 소요되고 있다. 알래스카주의 자살예방 보고서에 따르면, 게이트키퍼 교육의 62%는 18세 미만 청소년의 자살 위험 대응 방법에 대한 내용이며, 교육 대상자는 정신건강 기관(26.1%), 교육 기관(22%), 지역사회 주민(20%)으로 구성되어 있다.

교육 프로그램을 이수한 게이트키퍼들은 자살 위험에 있는 청소년과 성인을 발견하고, 비공식적인 대화를 통해 관련 중재와 자원 연계 활동을 수행하고 있다. 특히 게이트키퍼는 대부분의 자살 위험자를 지역사회 내에 있는 정신건강 관리기관(mental health agency)에 의뢰하고 있다. 구체적으로 살펴보면, GLS 게이트키퍼 교육 프로그램을 통해 발견된 224명의 자살 위험 청소년 가운데 77.3%는 국립 정신건강기관에 의뢰되었고, 9.3%는 민간 정신건강기관, 10.3%는 학교 상담자, 8.2%는 병원 응급실, 4.1%는 약물남용치료센터에 의뢰되었다.

알래스카주에서는 일반적으로 자살 위험자들을 지역보건협회와 교육부에 소속된 이동 진료 상담사와 지역사회 내 행동건강지원(Behavioral Health Aide, BHA) 프로그램으로 의뢰한다. 이동 진료 상담사는 평균 한 달에 한 번 지역사회를 순회하며 1~2일 동안 머물며 서비스를 제공하면서 BHA서비스를 보완하거나 지원한다. 한편 BHA 프로그램은 지역사회에서 면허가 있는 임상주의 감독하에 사례관리, 의뢰, 지역사회 교육, 자살 관련 치료 계획 및 서비스를 제공하며, 이들은 최고 수준의 교육을 받은 BHA 전문가(BHA Practitioner)로서 지역사회 위기 발생 상황에서 상담사, 보건교육자, 지지자의 역할을 담당한다. 현재 알래스카주 280개 지역사회의 50% 정도가 BHA 프로그램을 운영하고 있다. 이 외에 자살 고위험자에게 보다 높은 수준의 정신건강 치료가 필요할 경우, 지역사회 보건협회나 정신건강 의사에게 의뢰될 수 있으며, 최종적으로 임상의를 통해 서비스를 제공받을 수 있다(SAMHSA, 2016. pp. 36-40).

나. 전문가 대상 자살예방 교육 프로그램

1) 워싱턴주의 의료 전문가 대상 자살예방 교육

워싱턴주 보건부가 자살예방 교육 목록(2017 Model List)⁴⁶⁾을 검토해 해당 교육 과정을 승인함에 따라, 워싱턴주 보건의료 전문가들은 2017년 7월부터 의료 전문가 자살예방 교육(Suicide Prevention Training for Health Professions)을 선택해 이수해야 한다. 자살예방 교육 과정은 법률(RCW 43.70.442)에서 명시하고 있는 교육 내용 및 시간을 준수해야 하며, 대상자는 간호사, 가족 치료사, 자연 요법 치료사

46) RCW 43.70.442(특정 의료 전문가를 위한 요구 사항): 자살 위험 평가, 치료 및 관리 교육을 위한 규정을 의미함.

(naturopaths), 의사(특히 정형외과 의사와 외과 의사), 의사 보조사, 심리학자, 면허를 소지한 퇴직 의료 전문가 등이 포함된다. 의료 전문가 교육 표준은 전문 교육자 표준위원회에서 제공하며, 주요 교육 내용은 자살 위험 평가, 치료, 관리, 자살 위험 선별, 진료 의뢰 등이 포함된다 (Washington State Department Health, Suicide Prevention Training for Health Professionals: 2017 Model List, <https://www.doh.wa.gov/ForPublicHealthandHealthcareProviders/HealthcareProfessionalsandFacilities/SuicidePrevention/TrainingPrograms/2017ModelList>, 2019. 4. 25. 인출).

〈표 5-2〉 미국 워싱턴주의 의료 전문가 대상 자살예방 교육 프로그램

대상 의료 전문가	핵심 교육 내용	교육 시간 및 횟수
사회복지사	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 수단 및 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	최소 6년 1회 6시간
공인된 심리 상담사	자살 위험 선별 및 진료 의뢰	6년마다 1회 3시간
약물 의존 전문가 (Chemical dependence professionals)	자살 위험 선별 및 진료 의뢰	6년마다 1회 3시간
척추 지압 요법사	자살 위험 선별 및 진료 의뢰	1회 3시간
치과 의사 * 2020년 8월 시행 예정	- 자살 위험 선별 및 진료 의뢰 - 치명적 수단으로 인한 위험 문제 평가	1회 3시간
치과 위생사 * 2020년 8월 시행 예정	자살 위험 선별 및 진료 의뢰	1회 3시간
면허를 취득한 정신건강 전문가	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 관한 내용	최소 6년 1회 6시간
면허 취득 간호사(LPN) 등록 간호사(RN) 전문 간호사(APRN)	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	1회 6시간
결혼 및 가족 치료사	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	최소 6년에 1회 6시간

142 자살 고위험군 조기 발견을 위한 전략 개발

대상 의료 전문가	핵심 교육 내용	교육 시간 및 횟수
자연 치료 요법사 (Naturopaths)	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	1회 6시간
작업 치료사	자살 위험 선별 및 진료 의뢰	최소 6년 1회 3시간
정형외과 의사 및 외과의사	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	1회 6시간
정형외과 의사 보조 간호사 (PA)	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	1회 6시간
약사	- 자살 위험 선별 및 진료 의뢰 - 치명적 수단으로 인한 위험 문제 평가	1회 6시간
의사	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	1회 6시간
의사 보조 간호사(PA)	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	1회 6시간
물리 치료사 및 보조사 (Physical therapists and assistants)	자살 위험 선별 및 진료 의뢰	1회 3시간
심리학자	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	최소 6년에 1회 6시간
퇴직된 면허 소지자 -자연 치료 요법사 간호사(LPN, RN, ARNP) 정형외과 의사 및 외과의사 -정형외과 의사 보조사 의사 및 의사 보조사	- 자살 위험 평가, 치료 및 관리 - 치명적 자해 행동을 통한 위험 - 참전 용사에 대한 내용	1회 6시간
퇴직된 치과 의사 * 2020년 시행 예정	- 치명적 수단으로 인한 위험 문제 평가	1회 3시간

자료: Washington State Department Health. Suicide Prevention Training for Health Professionals: 2017 Model List.
<https://www.doh.wa.gov/ForPublicHealthandHealthcareProviders/HealthcareProfessionalsandFacilities/SuicidePrevention/TrainingPrograms/2017ModelList>에서
 2019. 4. 25. 인출.

2) 인디애나주 교육부의 자살예방 훈련

인디애나주 교육부는 2013년 7월 1일부터 신규 교직원에 대한 청소년 자살예방 교육을 강화하는 규정을 신설하였다. 즉, 교육 서비스 및 학교 행정 서비스를 담당하는 교직원들이 최초 교육 자격증을 신청하는 경우, 청소년자살예방협회(Society for the Prevention of Teen Suicide), 자살예방을 위한 미국 재단(American Foundation for Suicide Prevention), 코그니토 인터랙티브(Kognito Interactive) 등의 공인 기관을 통해 자살예방 교육 및 훈련 과정을 성공적으로 이수했다는 증거를 제시해야만 관련 면허증을 발급받을 수 있다(Indiana department education, Suicide Prevention Training, <https://www.doe.in.gov/licensing/suicide-prevention-training>, 2019. 5. 10. 인출).

한편, 인디애나주 의회는 2017년 모든 학교 법인의 아동 자살 인식 개선과 예방을 위한 정책 채택을 요구할 수 있는 법안(IC 20-26-5-34.4, IC 20-28-3-6)을 통과시켰다. 따라서 각 학교 법인들은 법령에서 제시하는 자살 관련 정책을 학교 법인정책으로 다뤄야 한다.

또한 이 법안의 일환(IC 20-28-3-6)으로 2018년 6월 30일부터 학교 법인, 공립 및 사립학교의 모든 교사(5~12학년)들⁴⁷⁾은 3년마다 연구 중심의 청소년 자살 인식 및 예방 교육 프로그램에 참여해야 한다. 이와 관련해 학교 또는 학교 법인은 훈련비용을 충당하기 위해 주정부 기관, 주 전체, 지역 조직이 제공하는 교육을 무료 또는 할인된 비용으로 제공받거나 정부(주정부 또는 연방정부) 기금을 활용할 수 있다(Indiana department education. 2018, pp. 1-2).

47) 면허받은 교육감, 교사, 사서, 학교 상담사, 학교 심리학자, 학교 간호사, 학교 사회 복지사, 기타 학교 직원 포함.

다. 동료 지원 프로그램(Peer Support Program): 워싱턴주

1) 메디케이드의 동료 지원 서비스

2005년부터 워싱턴주는 행동건강 문제(behavioral health)에서 회복된 사람들의 경험을 공유하는 동료상담 프로그램을 메디케이드 급여 항목에 포함할 것을 승인하였다. 이에 따라 워싱턴주의 보건의료관리국(Health Care Authority)은 정신건강 서비스 이용자들을 인증된 동료상담사로서 훈련시키고 자격을 부여하는 동료 지원 프로그램을 운영하고 있다.

동료 지원 서비스는 워싱턴 메디케이드 급여 대상이므로 지역사회 행동건강 기관이 관련 서비스를 제공하기 위해서는 인증(WAC388-877A-0340)이 필요하다(Washington state Health Care Authority, 2018, p. 1). 메디케이드에 프로그램 비용을 청구하기 위해서 계약 기관들은 주 정부의 요구사항을 충족해야 하고, 승인받은 강의를 준비해야 할 뿐만 아니라 주정부에서 주관하는 시험을 통과한 동료 상담자들을 갖추고 있어야 한다(Washington state Health Care Authority, Peer support, <https://www.hca.wa.gov/billers-providers-partners/behavioral-health-recovery/peer-support>, 2019. 8. 24. 인출).

2) 동료 지원 인증 및 교육 프로그램

워싱턴주 보건의료관리국(Health Care Authority)의 행동건강 및 회복 부서(Division of Behavioral Health and Recovery, DBHR)는 동료 상담사 인증과 교육 프로그램을 관리하고 있다. 따라서 모든 동료 지원 교육 훈련은 주 전역에 있는 DBHR과 계약을 맺은 교육 기관과 지역

행동건강 기관을 통해 제공되며, 인증 시험에 합격한 사람은 워싱턴 보건국의 소속 상담사로 등록될 수 있다. 동료 상담사에 지원하기 위해서는 다음의 요건을 갖추고 있어야 한다.

- 정신건강 서비스 이용자
- 18세 이상
- 고등학교 졸업장 소지자
- 정신건강 회복 기간이 1년 이상인 자
- 리더십 자질이 있는 자
- 독해, 작문 능력이 입증된 자
- 개인적인 회복 과정을 공유할 수 있는 자

DBHR의 동료 상담사 인증 절차는 4단계로 구성된다. 1단계는 승인을 위한 온라인 교육 신청, 2단계는 훈련 허가, 3단계는 40시간의 교육 이수, 4단계는 시험 합격이다.

한편 보건의료관리국은 동료 상담사를 위한 초급 교육 프로그램을 제공하지만 고용 상태까지는 보장하지 않기 때문에 동료 상담사로 활동하고자 하는 대상자는 특정 분야와 관련해 고용주가 필요로 하는 지식, 기술, 능력을 갖추고 있어야 한다. 특히 참전 용사, 노숙자, 가족, 약물 문제 경험 등이 필요할 수 있다. 공인받은 동료 상담사들은 지역사회 클리닉, 병원 및 위기관리팀과 같은 환경에서 정신건강 또는 물질 사용 장애 전문가의 감독하에 건강관리팀의 일원으로 업무를 수행할 수 있다.

보건의료관리국의 동료 지원 프로그램은 실무에서 활동하고 있는 동료 상담사들에 대해서도 외상 관리(trauma informed care), 건강 회복 행동 계획(Wellness Recovery Action Plans), 윤리, 문화, 자살예방과 같은 중요한 회복 주제에 대해 지속적으로 교육과 기술 지원을 하고 있다.

현재 주 전역의 지역 행동건강 기관 등 275개 기관들이 동료 서비스를 제공하도록 인증받은 상태이며, 이를 통해 2018년을 기준으로 454명이 인증된 동료 상담 교육을 받았다(Washington state Health Care Authority, 2018, p. 2).

4. 자살 고위험군 관리를 위한 정보시스템

가. CDC의 자살 정보 관리 시스템

1) 국가 병원외래의료이용 조사(NAMCS: National Hospital Ambulatory Medical Care Survey)

질병관리본부(CDC)의 국립보건통계센터(National Center for Health Statistics)는 국가 병원외래의료이용 조사를 통해 병원 응급실 및 외래 진료 정보를 제공하고 있다(CDC, Suicide Resources: CDC Data Sources, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/resources.html>, 2019. 5. 27. 인출). 이 데이터는 직접 환자를 진료한 민간 의사들의 표본을 기반으로 수집한 것이며, 2006년부터는 지역보건센터 표본을 별도로 수집하고 있다(CDC, Ambulatory Health Care Data, <https://www.cdc.gov/nchs/ahcd>, 2019. 5. 27. 인출).

2) 국가 입원 환자 표본(NIS: National Inpatient Sample)

CDC의 국가 입원 환자 표본 데이터는 입원 환자의 입원 데이터베이스를 의미하는데, 주로 추세 파악, 예측, 분석에 사용되며, 자살 시도로 인한 부상, 의료 이용, 비용, 결과에 대한 자료가 포함되어 있다(CDC,

Suicide Resources: CDC Data Sources, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/resources.html>, 2019. 5. 27.). NIS는 미국에서 가장 큰 국가 단위의 입원 환자 건강관리 데이터베이스로서 중앙정부와 주정부, 지역사회 단위의 의사 결정을 위한 정보를 제공하고 있으며, 이 데이터베이스의 정보는 공식적으로 구입할 수 있다(HCUP, Overview of the National (Nationwide) Inpatient Sample (NIS), <https://www.hcup-us.ahrq.gov/nisoverview.jsp#structure>, 2019. 5. 27. 인출).

3) 국가 폭력사망보고시스템(NVDRS: National Violent Death Reporting System)

CDC는 폭력으로 인한 사망 데이터를 주 단위로 수집하고 있으며, 이를 공유, 연계하기 위해 국가 폭력사망보고시스템에 예산을 지원하고 있다(CDC, Suicide Resources: CDC Data Sources, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/resources.html>, 2019. 5. 27. 인출). 이 데이터는 법 집행 기관, 검사관, 의학 실험관(medical examiner)들을 통해 수집되는데, 주로 사망진단서, 검사관 보고서, 법 집행 보고서, 독물 보고서를 통해 익명으로 수집된다. 데이터에는 관계 문제로 인한 폭력적인 죽음, 정신건강 상태와 치료, 중독 문제, 최근의 금전이나 노동 관련 문제, 신체건강 문제를 포함한 삶의 스트레스 요인 등의 정보가 포함되어 있다. 데이터의 기술통계 정보는 무료로 접근이 가능하고, 접근 제한 데이터베이스는 특정 기준을 충족하는 연구원들에게 제공되고 있다(CDC, National Violent Death Reporting System (NVDRS), <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs>, 2019. 5. 30. 인출).

4) 국가 생명통계시스템(NCHS: National Vital Statistics System)

국가 생명통계시스템은 정부기관 간 데이터 공유 시스템 중에서 가장 오래되고 성공적으로 운영되고 있는 데이터베이스이다. 이 데이터에는 자살을 포함한 모든 원인의 사망 정보뿐만 아니라(CDC, Suicide Resources: CDC Data Sources, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/resources.html>, 2019. 5. 27. 인출), 출생, 결혼, 이혼, 태내 사망과 같은 치명적인 사건에 대한 정보가 포함되어 있다. 해당 데이터는 각 사건에 대한 법적 책임이 있는 관할 구역에서 운영하는 생명등록시스템과 NCHS 간의 계약을 통해 제공된다(CDC, National Vital Statistics System, <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/index.htm>, 2019. 5. 29. 인출).

5) 청소년 위험행동 감시시스템(YRBSS: Youth Risk Behavior Surveillance System)

CDC의 청소년 위험행동 감시시스템은 9학년부터 12학년 학생들의 자살 시도와 유사 행위를 포함한 사망, 장애, 사회 문제의 주요 원인에 기여하는 건강 위험 행동을 감시하고 있다(CDC, Suicide Resources: CDC Data Sources, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/resources.html>, 2019. 5. 27. 인출). 여기에는 CDC에서 실시한 전국 학교 기반 설문조사와 함께 주·지방 정부, 보건 기관 등에서 실시한 설문조사 결과를 포함하고 있다. 또한 아래와 같이 청소년의 주요 사망·장애 원인에 기여하는 건강 관련 행동을 6가지로 범주화해 중점적으로 모니터링하고 있다(CDC, Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS), <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>, 2019. 5. 30. 인출).

- 의도하지 않은 상해, 폭력에 기여하는 행동
- HIV 감염을 포함한 의도하지 않은 임신, 성병 관련 성행위
- 알코올, 기타 약물 사용
- 흡연
- 건강하지 못한 식습관
- 부적절한 신체활동

6) 웹 기반 손상통계쿼리 및 보고시스템(WISQARS: Web-based Injury Statistics Query And Reporting System)

CDC의 WISQARS는 자살 매핑 유형의 시스템으로서, 치명적/비치명적인 상해나 폭력으로 인한 자살, 사망 등에 대한 온라인 데이터베이스이다. 이 시스템은 주 또는 지역 단위별, 하위 인구 집단 특성별, 상해 유형별, 원인별(자살 수단)로 데이터 생산이 가능하도록 구현되어 있다. WISQARS 데이터를 통해 연구자, 언론, 보건의료 전문가, 일반 대중들은 폭력 관련 부상과 사망에 대한 공중 보건의료적, 경제적 부담 등을 자세하게 파악할 수 있다(CDC, WISQARS™: Your source for U.S. Injury Statistics, <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, 2019. 4. 28. 인출).

나. 기타 연방 데이터

약물 사용과 건강에 대한 전국 조사(National Survey on Drug Use and Health, NSDUH)는 다음과 같은 물질 사용, 정신건강, 자살 관련 행위와 관련된 정보를 제공한다(CDC, Suicide Resources: CDC Data Sources, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/re->

sources.html, 2019. 5. 27. 인출).

- 불법 마약, 처방약
- 주류, 담배
- 정신장애 치료
- 병용 물질 사용

이 데이터는 중앙과 주정부 수준의 물질 사용, 정신질환에 대한 추정치를 제공하며, 여러 하위 집단의 물질 남용, 정신질환 발생 수준을 알려 준다. 또한 시간 경과에 따른 추세를 평가하며 치료 서비스의 필요성을 결정하는 데 필요한 정보를 제공한다(SAMHSA, National Survey on Drug Use and Health, <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>, 2019. 5. 31. 인출).

다. 주정부 데이터

뉴욕주에서는 PSYCKES(Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System)라는 데이터베이스를 이용하여 자살사망자 정보가 공유될 수 있도록 하고 있다. 메디케이드 이용자의 의료 기관 이용 정보(응급실, 입원, 외래, 의약품 처방, 법원강제치료 유무, 사례관리, 거주 프로그램 이용 내용 등)에 5년까지 접근할 수 있으며, 현재 800만 명의 메디케이드 이용자 정보가 축적돼 있다. 이 데이터베이스는 데이터 기반의 자살예방사업과 자살제로사업의 핵심 사업 중 하나이다 (New York State Office of Mental Health, About PSYCKES, https://www.omh.ny.gov/omhweb/psyckes_medicaid/about/, 2019. 4. 26. 인출).

제2절 일본

1. 자살 고위험군 발굴을 위한 체계

가. 법 및 대책

일본 정부는 자살사망자가 지속적으로 증가함에 따라 2006년 6월 21일 「자살대책기본법(じきつたいさくきほんほう, 平成18年6月21日法律第85号)」을 제정했다. 이 법률에 따르면, 매년 정부는 일본의 자살 현황과 정부가 추진해야 할 기본적인 종합적인 자살대책(自殺総合対策大綱)을 국회에 제출해야 한다. 2016년 자살대책기본법이 개정되면서 모든 도도부현과 시정촌은 자살종합대책과 함께 지역의 실정이 반영된 자살대책 계획을 수립해야 한다. 특히 기본 시책으로서 조사 연구 등의 추진, 자살 방지 관련 인력 확보, 교육, 홍보, 의료 제공 체제 정비 등의 내용이 명시되어 있다(厚生労働省, 2006, pp. 1-6).

자살종합대책(自殺総合対策)은 자살대책기본법에 따라 정부가 추진해야 할 자살 대책에 대한 지침이다. 2007년 첫 대책이 수립되었고 5년마다 검토하도록 되어 있다. 종합대책은 ‘아무도 자살에 몰릴 수 없는 사회 실현’을 목표로 하고 있다(厚生労働省, 自殺総合対策大綱~誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して~, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172203.html>, 2019. 6. 20. 인출).

나. 자살 대책과 생활 곤궁자 자립지원제도의 연계

2017년 기준으로 일본의 자살사망자 2만 1321명 중 3464명이 경제적인 이유로 인해 사망한 것으로 나타났다. 이에 일본 정부는 자살대책기본법에 근거해 보건, 의료, 복지, 교육, 노동 관련 정책이 유기적으로 연계되어야 한다는 취지를 살려 기존의 ‘생활 곤궁자 자립지원제도(生活困窮者自立支援制度)’ 주관 부서인 자립상담기관과 자살대책주관부서 간 연계를 추진하고 있으며, 구체적인 방식은 다음과 같다.

첫째, 자립상담 지원기관과 자살예방 상담기관의 연계이다. 각 지방자치단체의 상황에 따라 보건소, 정신보건복지센터, 자살대책주관부 등에 자살예방 상담소를 설치하고, 자립상담 지원기관에서 파악된 생활 곤궁자 중 자살 위험이 높은 사람은 자살예방 상담소에서 조기에 적절한 상담 지원을 받을 수 있도록 한다.

둘째, 자립상담 지원기관과 지역 자살대책추진센터와의 연계이다. 이는 지정된 도도부현의 자살대책추진센터에서 보건, 복지, 의료, 노동, 교육, 경찰 등 유관 기관과 제휴를 맺어 네트워크를 강화하고, 시정촌에서 실시하는 자살대책사업에 대해 전문적인 상담 지원, 기술 자문, 관련 종사자에 대한 연수 프로그램 등을 제공하는 방식이다.

셋째 연계 방식은 자립상담 지원기관과 지방자치단체의 자살대책주관 부국과의 제휴이다. 이는 지역 자살대책추진센터가 설치되지 않은 지방자치단체의 자살대책주관부서에서 인력 양성과 자살예방을 위한 협력 체계를 구축할 수 있도록 한 것이다(厚生労働省, 2018a. pp. 1-8).

다. 자살종합대책추진센터(自殺総合対策推進センター)

자살종합대책추진센터는 2018년 4월 자살기본법 개정에 근거한 곳으로, 도도부현과 시정촌에서 지역의 상황을 고려해 지역 자살 대책을 수립할 수 있도록 지원하는 기관이다. 구체적인 역할은 다음과 같다(自殺総合対策推進センター, 地域レベルの実践的な取組への支援, <https://jssc.ncnp.go.jp/>, 2019. 9. 26. 인출).

- 지역 자살 실태 프로파일: 전체 도도부현과 시정촌의 자살 실태를 분석한 자살 실태 프로파일을 작성하고, 이를 도도부현 지역 자살대책추진센터를 통해 시정촌에 배포
- 지역 자살 대책 정책 패키지: 지역 특성을 고려한 지역 자살 대책의 정책 패키지를 제공함으로써, 지방자치단체의 지역 자살 대책 계획을 지원
- 지역 자살 대책 계획 수립 지원
- 지역 자살 대책 가이드라인 개발
- 지역 자살대책추진센터 지원: 도도부현과 지정 도시에 설치된 지역 자살대책추진센터에 대한 진행 관리·검증을 통한 지원

2. 자살 고위험군의 정의 및 범위

가. 자살 위험 요인

후생노동성에서 발행하는 게이트키퍼 교육 자료에는 다음의 상황들이 자살 위험 요인으로 제시되어 있다(厚生労働省, 誰でもゲートキーパー手

帳 (第二版 : 平成24年3月作成, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisa-kunitsuite/bunya/0000129097.html>, 2019. 6. 27. 인출).

- 과거의 자살 시도와 자해 경험
- 상실 경험: 가까운 사람과의 사별 등
- 왕따, 가정 문제와 같은 괴로운 경험
- 직업 문제, 경제 문제, 생활 문제
- 실업, 구조 조정, 다중 채무로 인한 생활고, 불안정한 생활, 스트레스 등
- 우울증 등 정신질환이나 신체질환으로 인한 고통
- 사회적 지원 부족
- 자살 수단에 대한 접근성
- 자살에 이르기 쉬운 심리 상태: 자살 생각, 절망감, 충동성, 고립감, 슬픔, 포기, 불신 등
- 바람직하지 않은 대처 행동: 음주, 약물 남용과 같은 위험 행동, 도로에 뛰어드는 등의 자포자기 행동
- 자살 가족력, 본인·가족·주변인의 위험 노출 등

일본 우울증 센터(日本うつ病センター)는 자살 고위험자를 다음의 요인들로 정의하고, 각 대상별 특성과 다양한 지원 사업을 제시하고 있다(一般社団法人日本うつ病センター, 2018, pp. 30-54).

- 생활고: 경제적으로 어렵고 최저 생계 수준을 유지할 수 없는 상황
- 알코올, 약물 남용 의존증: 알코올 중독, 미성년자 음주, 임신부 음주 등 잘못된 음주로 인한 심신 건강 장애
- 다중 채무, 경제 문제

- 배우자 폭력: 신체에 해를 입히는 폭력 또는 이에 준하는 언어 폭력
- 어린 시절의 불우한 경험: 신체적·성적·심리적 학대, 방치 등
- 자살 시도자
- 범죄자, 수감자
- 기타: 정신질환, 정신장애, 독거 고령자, 성적 소수자, 소수 인종

나. 청소년 대상 자살 방지 SNS 상담사업

일본의 전체 자살자망자 수는 점차 감소하는 추세인 반면, 초·중·고교생의 자살자망자 수는 감소하지 않고 있다(朝日新聞, 減らない子どもの自殺昨年、小中高生320人, <https://www.asahi.com/articles/ASK4P04M6K4NUUPI007.html>, 2019. 6. 27. 인출). 이에 후생노동성은 청소년을 자살 고위험군으로 정의하고, 젊은 연령층의 소통 수단인 SNS를 활용해 2018년 3월부터 자살 방지 SNS 상담사업을 시작했다(厚生労働省, 2018b, pp. 1-4). SNS 상담사업으로는 비영리활동법인 BOND 프로젝트를 통한 10~20대 여성 대상 LINE 상담, 특정 비영리활동법인 차일드라인 지원센터의 18세 이하 어린이 채팅 상담, 다양한 사단법인과 비영리 단체를 통해 성, 연령 구분 없이 이용할 수 있는 LINE 채팅 상담 등이 있다(厚生労働省, SNS相談 (LINE・チャットで相談ができます。悩みを相談してみませんか。), <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199724.html>, 2019. 6. 30. 인출).

후생노동성은 SNS 상담사업을 위해 상담사의 자세, 상담 절차 등에 대한 가이드라인과 상담 연수에 포함되어야 할 주요 항목들을 제시하고 있다(厚生労働省, 自殺対策におけるSNS相談事業 ガイドライン, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/sho

ugaishahukushi/jisatsu/snssoudan.html, 2019. 6. 30. 인출). 이와 같은 SNS 상담사업은 2018년 10월부터 2019년 3월까지 6개월 동안 여러 단체를 통해 총 1만 3177건의 상담이 수행되었고, LINE 친구 등록 수는 3만 8197명으로 집계되었다(厚生労働省, 2019e, pp. 1-5).

3. 자살 고위험군 발굴을 위한 인력 양성

가. 게이트키퍼 양성 프로그램

자살종합대책(平成19年6月8日閣議決定)의 중점 시책에는 게이트키퍼 양성이 포함되어 있다(厚生労働省, 「ゲートキーパー」とは?, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128768.html>, 2019. 6. 30. 인출). 게이트키퍼는 심리사회적으로나 생활상 문제가 있는 자살 고위험군을 관리하기 때문에 특별한 자격이 없는 일반인뿐만 아니라(内閣府大臣官房政府広報室, あなたもゲートキーパーに!, <https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201402/2.html>, 2019. 7. 25. 인출), 단골 의사를 비롯한 교직원, 보건사, 간호사, 케어매니저, 각종 상담 창구 담당자 등 전 분야의 인력을 대상으로 교육을 실시할 것을 규정하고 있다. 이에 따라 후생노동성에서 제시하고 있는 게이트키퍼 교육 가이드라인에는 일반, 가족, 근로자 등을 대상으로 하는 일반인 편과 상담 창구, 학생 상담자, 법률 상담자, 보건사, 약사, 의료기관을 대상으로 하는 전문가 편이 구분되어 있다.

게이트키퍼 양성 프로그램은 도도부현 등 자살 대책을 수행하고 있는 지방정부에서 자살 대책 긴급 강화 기금을 활용해 각 지역의 실정에 맞춰 실시하고 있으며, 일부 지역에서는 게이트키퍼 양성 인원수 달성을 정책

목표로 설정하고 있다(厚生労働省. 「ゲートキーパー」とは?, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128768.html>, 2019. 6. 30. 인출).

나. 게이트키퍼의 역할: 지역사회자원 활용을 통한 자살 위기 대응

게이트키퍼 양성 프로그램에서는 자살 위기에 대응하기 위한 게이트키퍼의 역할을 주의, 경청, 연계, 지속적 관찰로 규정하고 있다(内閣府大臣官房政府広報室, あなたもゲートキーパーに!, <https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201402/2.html>, 2019. 7. 25. 인출). 이에 근거해 지역사회 자원과 연계한 자살 위기 개입의 1단계는 대상 인식, 2단계는 초기 대응, 3단계는 위험도 평가, 4단계는 구체적 지원으로 구성된다. 4단계의 구체적 지원에서는 자살 고위험자가 가진 문제를 공유하고, 이와 관련된 사회·심리적, 사회복지 차원의 지원이 가능한지를 검토한 후, 지역 내 사회 자원과 연계함으로써 종합적이고 복합적인 지원이 이루어지도록 한다.

특히 개입 가능한 문제에 대해 게이트키퍼가 고위험자를 해당 분야 실무자에게 연계할 때에는 직접 연락을 취해 연계가 정확히 이루어지도록 규정하고 있다. 또한 게이트키퍼가 연계 기관까지 동행할 수 있고, 만약 동행이 어려운 경우에는 안내서를 제공하거나, 연계 기관 접근 방법(교통 수단, 비용), 상담 후 후속 조치에 대한 정보를 제공하는 등 간접적인 연계 지원이 이뤄지도록 하고 있다(厚生労働省, 2019g, pp. 139-152)([그림 5-1] 참조).

[그림 5-1] 일본 게이트키퍼의 자살 고위험자에 대한 지역사회 자원 연계



자료: 厚生労働省, 2019g. ゲートキーパー養成研修用テキスト第3版 (応用編: 社会資源を活用するための対応方法 ~危機対応のための4step~), pp. 139-152.

다. 지역사회 자원 활용을 위한 인프라 구축

일본 정부는 게이트키퍼가 건강, 생활, 경제, 가정, 노동, 학교 등 유관 기관과 연계해 지원할 수 있도록 지역 단위로 다양한 상담 창구(생활 보호 담당, 기업 대출 담당, 보건 센터, 헬로워크)를 운영하고 있으며, 지역 주민들이 이러한 상담 창구를 쉽게 이용할 수 있도록 각 지방자치기관(神奈川県, 相談窓口一覧, <http://www.pref.kanagawa.jp/docs/nx3/cont/suisinn/soudan-madoguti.html>, 2019. 7. 30. 인출)과 자살종합 대책추진센터(自殺総合対策推進センター, いのち支える相談窓口一覧 (都道府県・政令指定都市別の相談窓口一覧), <https://jssc.ncnp.go.jp/soudan.php>, 2019. 7. 31. 인출)에 관련 정보를 제공하고 있다.

일본 전체 자살사망자 수는 2003년 3만 4427명을 정점으로 점차 감소하는 추세를 보였고, 2016년에는 2만 1897명을 기록하였다. 일본 정부

는 이러한 감소 추세가 2006년 시행된 자살대책기본법에 따른 각 자치단체의 자살예방 상담 창구 정비에 의한 것으로 보고 있다(朝日新聞, 減らない子どもの自殺 昨年、小中高生320人, <https://www.asahi.com/articles/ASK4P04M6K4NUUPI007.html>, 2019. 7. 31. 인출).

한편 일본은 자살 고위험자의 복잡하고 다양한 상황에 개입하기 위해 주민 조직, 행정 기관, 의료기관 등 관계 기관 간에 유기적인 네트워크를 구축하고 있다. 가나가와현에서는 지역 내 보건복지국, 업 노동국, 교육부, 경찰 본부 등에서 자살 대책 정보를 공유하거나 협력 운영하고 있다. 또한 정신보건복지센터에서는 지역자살대책긴급강화기금을 활용해 정신보건복지 관련 전문 단체, 사법 단체, 유족지원 단체와 협력해 인재를 양성하고 상담 사업을 개발, 보급하는 등 자살 대책 사업을 확대, 강화하고 있다(神奈川県, 市町村等の取組み, <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f70211/p325358.html>, 2019. 7. 26. 인출).

라. 게이트키퍼 양성 프로그램 운영 사례

1) 도쿄 아다치구(足立区)의 단계별·분야별 양성 교육

도쿄 아다치구에서는 단계별·분야별로 게이트키퍼 양성 교육을 수행하고 있다. 초급 수준 교육에서는 구민과 직장인 등 일반인을 대상으로 자살 현황과 자살 원인을 소개하는 내용으로 구성하고, 중급 수준의 교육에서는 주로 상담 창구 직원을 대상으로 자살 고위험자 확인 이후의 상황에 대한 역할극을 도입하고 있다. 상급 수준인 다분야 합동 교육에서는 다양한 상담 창구의 책임자와 그들과 네트워크를 구축하고 있는 유관 기관 직원들을 대상으로 교육을 제공하고 있다. 이와 같은 교육은 여러 유형의 문제를 가지고 있는 자살 고위험자들을 적합한 상담 창구에 안내하

고, 기관 간 연계가 원활하게 이루어 질 수 있도록 분야별로 운영된다 (足立区, ゲートキーパー研修の紹介., <https://www.city.adachi.tokyo.jp/kokoro/fukushi-kenko/kenko/kokoro-g-kenshu.html>, 2019. 7. 29. 인출).

2) 가나가와현(神奈川県)의 ‘모두가 모두의 게이트키퍼’ 교육

가나가와현에서는 게이트키퍼를 ‘마음 서포터’라고 이름 지었다. 2011년 ‘가나가와 자살종합대책지침’의 중점 정책으로 수행된 게이트키퍼 양성 프로그램은 ‘가나가와 종합계획’을 통해 연간 5000명 양성을 목표로 하였으며, 이와 같은 목표는 5년(2012~2016년) 연속으로 달성됐다. 특히 2016년에는 행정 직원(간부·창구·일반·신규 직원 등), 일반 주민, 교직원, 개호서비스 담당자, 소방 공무원, 기타(지역 보건복지지원 관계자, 미용 관계자, 자원봉사 단체, 지역 단체, 기업, 학생 등) 다양한 분야의 사람들이 참여했고, 전년 대비 행정 직원, 소방 직원, 경찰관, 일반 주민, 지역 보건복지지원 관계자, 학생에서 양성 규모가 증가한 것으로 나타났다 (<표 5-3> 참조).

또한 가나가와현의 게이트키퍼 사업은 특정 분야의 전문가뿐만 아니라 일상생활, 사회적 활동과 업무를 통해 역할을 수행할 수 있도록 기획된 점이 특징적이다(神奈川県, ゲートキーパーの養成. <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f70211/p552613.html>, 2019. 7. 30. 인출).

<표 5-3> 일본 가나가와현의 게이트키퍼(마음 서포터) 양성 실적

양성 대상자	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
일반 주민	1,805	2,338	1,438	1,596	2,174
주치의	334	330	308	310	248
교직원	1,389	1,635	1,536	869	1,118

양성 대상자	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
지역사회 보건 및 산업 보건 관련 직원	542	805	526	346	209
개호 지원 전문원 등	525	542	741	576	546
민생 위원 · 아동 위원, 건강 보급원	2,060	1,817	1,478	494	879
사회적 요인 관련 상담원 (변호사, 법무사 등)	198	235	679	4	10
경찰관	1	1	10	138	165
소방 직원	170	468	90	93	393
행정 직원	2,788	3,759	3,375	2,483	3,856
기타	5,770	3,815	4,062	4,133	3,991
합계	15,582	15,745	14,243	11,042	13,589

자료: かながわ自殺対策推進センター. (2017). ゲートキーパーの養成.

3) 이와테현(岩手県) 약사회의 게이트키퍼 인정 제도

자살예방대책에 따르면, 약사는 복약 지도와 약학 관리를 통해 약물 과다 복용 등을 사전에 방지하고, 자살 행위를 예방하는 게이트키퍼로서 역할을 기대할 수 있다. 이와 관련해 이와테현 약사회에서는 게이트키퍼 약사를 양성하는 '이와테현 약사회 인정 게이트키퍼인정 제도'를 도입했다.

2014년부터 매년 게이트키퍼 양성 연수회를 실시하고 있으며, 이 연수를 2회 이상 수강한 약사회 회원에 대해 약사회 인정 게이트키퍼로 인증하고 있다. 2019년 4월 기준 256명이 인증받았다(一般社団法人 岩手県薬剤師, 岩手県薬剤師会認定ゲートキーパー, <http://www.iwayaku.or.jp/gatekeeper/>, 2019. 7. 29. 인출).

4. 자살 고위험군 관리를 위한 정보시스템

가. 자살 통계 데이터 생산

일본의 대표적인 자살 데이터로 인구동태통계(厚生省人口動態統計)와 경찰청 자살 통계(自殺統計)를 꼽을 수 있다. 인구동태통계는 인구동태와 현황을 파악하고, 인구·보건 행정 기초 자료를 생산할 목적으로 후생노동성에서 매년 실시하는 통계 조사로서(厚生労働省, 人口動態調査, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1b.html>, 2019. 7. 29. 인출), 이 자료에서 자살사망을 확인할 수 있다. 경찰청에서 발표하는 자살 통계는 생활 안전 확보의 일환으로 경찰청 생활 안전국과 각 도도부현 경찰 본부의 자살 사례 보고에 근거해 작성된다(自殺総合対策推進センター, 自殺の統計, https://jssc.ncnp.go.jp/archive/old_csp/toukei/index.html, 2019. 7. 29. 인출).

이 두 가지 데이터는 대상자, 시점, 거주지에 따라 자살사망자 수에 차이를 보인다. 자살 통계는 외국인 자살사망자를 포함하고 있는 반면, 인구동태통계는 일본에 거주하고 있는 일본인 자살사망자만 포함한다. 또한 자살 통계는 수사를 통해 자살이라고 판명된 시점에서 자살 통계표에 계상되는 반면, 인구동태통계는 자살, 타살 또는 사고사 중 원인이 명확하지 않은 경우에 원인 불명의 사망으로 처리하고, 이후에 원인이 판명돼 사망 진단서가 정정되면 이를 소급해 자살로 계상하고 있다. 마지막으로 자살 통계는 발견 지역을 기준으로 하는 반면, 인구동태통계는 주소지를 기준으로 한다(厚生労働省, 自殺統計と人口動態統計の違い, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/sei-katsuhogo/jisatsu/toukeinosyurui.html, 2019. 7. 29. 인출). 자살

예방종합대책센터는 경찰청에서 자살 데이터를 제공받아 각 도도부현의 자살 현황을 집계·분석하고, 그 결과(도도부현의 자살 개요)를 공표하고 있다.

이 외에 총무성(소방청)이 자기 손해 행위에 의한 구급차 이송 사례에 근거해 자살과 자해 사례 통계를 생산하고 있다(自殺総合対策推進センター, 2016).

나. 자살 통계 데이터베이스

1) 정부통계 종합창구(e-Stat)

정부통계 종합창구(e-Stat)는 일본 정부 부처에서 생산하고 있는 통계 정보를 윈스톱 서비스로 제공하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 각 부처의 참여하에 총무성 통계국이 주관하고 독립 행정법인 통계센터(独立行政法人統計センター)가 운영, 관리한다(政府統計の総合窓口, 政府統計の総合窓口 このサイトについて, <https://www.e-stat.go.jp/about>, 2019. 7. 30. 인출). 이 데이터베이스는 각 부처에서 발표하는 통계자료, 최신 정보, 조사표 항목 등 여러 유형의 통계 데이터를 수집·가공하고, 이를 체계적으로 편성해 제공하고 있다. 여기에서 인구동태조사, 사회·인구 통계체계, 검찰통계, 국가공무원 사인 조사에 기초해 생산된 ‘고의적인 자해 및 자살(X60-X84)’ 관련 정보를 인구·사회학적 특성, 지역, 자살 수단, 사망 원인(ICD-10)에 따라 시계열 형태의 자료로 제공받을 수 있다(政府統計の総合窓口, データセット一覧, <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&query=%E8%87%AA%E6%AE%BA&layout=dataset>, 2019. 7. 30. 인출).

2) 의료비 청구서 정보, 특정 건강진단 정보 데이터베이스

의료비 청구서 정보·특정 건강진단 정보 데이터베이스(レセプト情報・特定健診等情報データベース, NDB)는 의료비 적정화와 서비스 질 향상을 위한 조사·분석뿐만 아니라, 근거 기반 정책을 추진하는 데 활용할 수 있도록 구축된 데이터베이스이다. 후생노동성은 의료비 청구서 정보, 특정 건강진단 정보의 제공에 대한 가이드라인을 구축해, 2013년부터 의료비 청구서 정보를 제공하고 있다. 따라서 NDB를 활용해 연구를 수행하고자 하는 연구자, 민간단체들은 제3자 제공 심사 절차를 준수해 데이터를 신청해야 한다(厚生労働省保, レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するホームページ, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/reseputo/index.html, 2019. 7. 28. 인출). 이 데이터베이스는 의료비 청구서 정보를 이용해 진료에 대한 다양한 사항을 집계하고 있는데, 특히 진료 행위, 투여 의약품, 진료 보수 등에 대한 지역(도도부현)별, 성별, 연령별 실적과 환자·보험자 종별 정보 등 특정 사례에 어떠한 조치가 행해졌는지를 다각적, 시계열적으로 추적해 분석할 수 있다(厚生労働省保, 2016, pp. 3-4).

3) 자살대책 선진사례 데이터베이스(自殺対策先進事例データベース)

자살대책 선진사례 데이터베이스는 자살종합대책추진센터의 혁신적 자살 연구 추진 프로그램에서 운영하는 것으로, 전국 지자체에서 실시되고 있는 자살종합대책 정책 패키지와 자살 대책 선진사례를 제공하고 있다. 이 데이터베이스 이용자들은 정책 패키지와 구체적인 대응, 대상자, 예산, 자치단체 부담률 등의 정보를 검색할 수 있다(自殺総合対策推進センター, 自殺対策先進事例データベース, <https://irpsc-jssc.jp/jireidb/>, 2019. 7. 31. 인출).

다. 자살 고위험군 조사 자료

내각부·경찰청의 통계에 따르면, 초·중·고등학생 자살사망자 수는 매년 300명 내외에 달하고 있다. 이에 문부과학성은 2011년 6월 1일부터 자살 고위험 대상자인 청소년의 자살을 예방하기 위한 방안을 마련하기 위해 ‘청소년 자살 등에 대한 실태 조사(子供の自殺等の実態分析)’를 지속적으로 실시하고 있다. 이 조사는 자살 사건이 발생한 학교를 대상으로 하며, 자살 학생에 관련된 정보를 수집함으로써 자살의 전반적인 경향과 자살 발생 가능 요인들을 파악하고 있다(文部科学省, 2014, pp. 1-3).

제 6 장

결론

제1절 자살예방사업의 대상과 참여자 구체화

제2절 자살 고위험군을 이해하기 위한 보다 나은 근거
구축 전략

제3절 한국 사회의 자살예방에 대한 인식 개선 및 역량 강화

제1절 자살예방사업의 대상과 참여자 구체화

회복력이란 어렵고 힘든 경험을 극복할 수 있는 능력을 말하는데, 즉 부정적이거나, 대단히 충격적이고 스트레스가 되는 사건에 대해 구조적으로 적응할 수 있는 역량을 뜻한다. 회복력은 사람마다 다르기도 하지만, 한 개인 안에서도 인생을 살면서 여러 상황을 겪게 되기 때문에 끊임 없이 변한다. 자살을 예방하기 위해서 우리는 회복력을 증대시켜야 한다. 이를 위해 개인은 정신적, 신체적 건강을 잘 관리하고 삶의 여유를 가져야 하며, 특히 타인과 관계를 잘 맺고 필요할 때 도움을 요청할 수 있어야 한다. 개인의 노력과 함께 지역사회에서는 사회 응집력을 강화하고, 지원 체계에 대한 접근성을 보장해야 한다(Mental Health Commission of NWS, 2018, p. 21). 이 연구에서는 회복력이 낮은 개인을 위한 국가와 지역의 접근 전략을 고민하고 있다. 첫 번째 연구 목적은 자살 고위험군 발굴 및 공적 지원 체계 조사였다. 이에 대한 결과는 제2장과 제5장에서 각각 국내, 국외 상황을 제시했다. 이 절에서는 주로 정책 대상의 범위와 참여자 측면에서 개선 방안을 논의하려고 한다.

1. 자살 고위험군의 범위

우리나라 자살예방 정책은 2018년 발표된 ‘자살예방 국가 행동계획’을 토대로 한다. 국가 정책은 지역 현장의 사업 실무자에게 명확히 전달되어야 하지만, 이 계획을 통해 자살 고위험군의 범위를 정확히 이해하기는 어려

왔다. 계획 내에서 다루는 추진 과제를 하나씩 살펴보고 비로소 사업 대상이 언급돼 있는 것을 확인하거나 사업 대상에 대한 추측을 해 볼 수 있는 상황이다.

〈표 6-1〉 우리나라의 자살예방사업 대상

대책 및 사업	사업 대상
자살예방 국가 행동계획	<ul style="list-style-type: none"> - 40세, 50세, 60세, 70세의 연령 - 일차의료기관 이용 환자, 만성질환자 - 경제적 위기에 직면한 대상자 - 중도 이하 위험군 - 응급실을 방문한 자살 시도자 - 자살 유가족 - 노동자 및 실직자 - 자살 위험이 특히 높은 직업군 - 노인, 청·장년, 학생 등 연령별 대상자
공공사업 관계자 및 민간 이해관계자 대상 면담에서 제안된 사업 대상	<ul style="list-style-type: none"> - 자살 생각, 자살 의도를 가진 자 · 자살 시도, 정신질환 진단자와 같이 분명하게 입증된 고위험군 외에도 포괄적으로 접근이 필요함. - 자살을 포함한 사고 관련 당사자의 가족 · 자살사망자 유가족, 재난 피해자 유가족, 범죄 피해자 가족 - 가족 갈등에 노출된 자녀 - 군부대

자료: 관계부처 합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획을 참고해 본 연구진이 작성함.

국가 계획에서는 다양한 집단을 대상으로 사업을 계획하고 있지만, 자살 고위험군에 대한 이해와 사업 목표가 제시돼 있지 않고, 일부 사업들은 대상이 명확하지 않았다. 국가 지원에 대한 요구가 무엇이고 수요자가 누구인가를 파악하고, 그에 맞는 적절한 추진 과제를 도출하는 것이 순서일 것이다.

한편, 미국과 일본에서 정의하는 자살 고위험군은 아래 표와 같다. 국가의 상황에 따라 특수한 대상이 포함된 경우도 있다. 예를 들면, 집에 총기류가 있는 경우가 그렇다. 그러나 1) 알코올 및 약물 남용, 가정폭력과 같이 보편적으로 다루어지는 대상자, 2) 명확한 정신질환자는 아니지만

정신병적 증상(심한 불안, 공황, 불면증, 환각, 자기 증오 등)을 가진 경우, 3) 사회적 지지 부족과 고립감, 충동적이거나 공격적인 행동, 수치심 또는 절망을 유발할 수 있는 특정 사건(관계 손실, 건강 및 경제적 손실) 등 객관적으로 입증되지 않았지만 개인이 고통받을 수 있는 넓은 범위의 문제를 전략의 대상으로 두고 있는 점이 다르다.

〈표 6-2〉 국외 자살예방사업 대상

대책 및 사업	사업 대상	
미국 국립정신건강 연구소 (National Institute of Mental Health, NIMH) ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 이전의 자살 시도 - 우울증 및 기타 정신건강 장애 - <u>약물 남용 장애, 가족력</u> - 자살 가족력 - <u>신체적 또는 성적 학대를 포함한 가정 폭력</u> - <u>집에 총기류가 있는 경우</u> - 최근 감옥 또는 교도소에서 출소한 경우 - 가족, 동료, 미디어를 통해 다른 사람들의 자살 행위에 노출된 경우 - 신체적 질환으로 인한 만성적 통증 - 15~24세 또는 60세 이상 	
미국 질병관리본부 (CDC) ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 자살 가족력 - <u>아동 학대 가족력</u> - 이전 자살 시도 경험 - 정신장애자(임상적 우울증) - 알코올 및 약물 남용 경험자 - <u>문화적·종교적 신념(자살은 개인의 고귀한 결단이라는 믿음)</u> - <u>격리(다른 사람들과의 단절)</u> - 정신건강 치료에 대한 접근성 문제 - <u>관계 및 사회, 직장 또는 재정적 손실</u> - 신체적 질병 	
미국 약물남용 및 정신건강관리국 (Substance Abuse and Mental Health Administration, SAMHSA)	[개인적 자살 위험 요인] <ul style="list-style-type: none"> - 과거의 자살 시도(특히 지난 1년 이내) - <u>주요 신체 질환(특히 만성적 통증)</u> - <u>외상적 뇌손상을 포함한 중추신경 장애</u> - 정신질환(기분장애, 정신분열증, 불안장애, 알코올 및 기타 약물 사용장애, 성격 장애, ADHD 및 행동장애 등) 	[사회·환경적 자살 위험 요인] <ul style="list-style-type: none"> - <u>복잡한 가족력(이혼 또는 별거, 보호자 변경, 거주지 변경)</u> - <u>사회적 지지 부족과 고립감</u> - <u>치명적 자살 수단(총, 불법 약물)에 용이한 접근</u> - <u>법률적인 어려움, 법 집행 중, 감금</u> - 보건 의료 서비스에 대한 접근성 문제(특히, 정신건강 및 약물 남용 치료)

172 자살 고위험군 조기발견을 위한 전략 개발

대책 및 사업	사업 대상
	<ul style="list-style-type: none"> - 정신병적 증상(심한 불안, 공황, 불면증, 환각, 자기 증오 등) - 충동적이거나 공격적인 행동 - 학대 경험 - 수치심 또는 절망을 유발할 수 있는 특정 사건(관계 손실, 건강 및 경제적 손실) <ul style="list-style-type: none"> - 특정 문화 및 종교적 신념 - 언론이나 타인의 자살사망으로 영향
<p style="text-align: center;">일본 후생노동성</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 과거의 자살 시도 및 자해 경험 - 상실 경험: 가까운 사람과의 사별 등의 경험 - 왕따, 가정문제 등의 괴로운 경험 - 직업 문제, 경제 문제, 생활 문제 - 실업, 구조 조정, 다중 채무, 생활고, 불안정한 생활, 스트레스 등 - 우울증 등 정신질환이나 신체 질환을 통한 고통 - 사회적 지원의 부족: 지원자가 없는 사회 제도를 활용할 수 없는 경우 - 자살 시도 방법에 대한 접근이 용이한 환경 - 자살에 이르기 쉬운 심리 상태: 자살 생각, 절망감, 충동성, 고립감, 슬픔, 포기, 불신 등 - 바람직하지 않은 대처 행동: 음주, 약물 남용 등 위험 행동, 도로에 뛰어 드는 등 자포자기 행동 - 자살의 가족력, 본인·가족·주위에서 확인되는 위험 등
<p style="text-align: center;">일본 우울증센터</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 생활고: 경제적으로 어렵고 최저 생계 수준을 유지할 수 없는 상황 - 알코올/약물 남용 의존증: 알코올 중독, 기타 다량의 음주, 미성년자 음주, 임신부 음주 등 잘못된 음주에 의한 심신 건강 장애 - 다중 채무, 경제 문제 - 배우자로부터의 폭력: 신체에 해를 입히는 폭력 또는 이에 준하는 언어 폭력(배우자는 혼인 신고를 하지 않은 사실혼 관계를 포함하며, 남녀를 구별하지 않음) - 어린 시절의 불우한 경험: 신체적·성적·심리적 학대, 방치 등 - 자살 시도자 - 범죄자, 수감자 - 기타: 정신질환, 정신장애, 독거 고령자, 성적 소수자, 소수 인종

자료: 1) National Institute of Mental Health, SUICIDE IN AMERICA: Frequently Asked Questions, <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq/index.shtml>에서 2019. 4. 27. 인출.

2) CDC, Risk and Protective Factors: Risk Factors for Suicide, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>에서 2019. 4. 25. 인출.

3) SAMHSA, National Survey on Drug Use and Health, <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>에서 2019. 5. 31. 인출.

4) 厚生労働省, 誰でもゲートキーパー手帳, 第二版: 平成24年3月作成, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129097.html>에서 2019. 6. 27. 인출.

5) 一般社団法人日本うつ病センター, 2018, pp. 30-54.

2. 자살예방사업의 참여자

이 연구는 전체 자살예방사업 중에서도 자살 고위험군의 발굴에 중점을 두고 있다. 현재 국내 상황에서는 자살 고위험군으로 정의할 수 있는 두드러진 판단 기준이 있어야 자살예방사업 관리 대상에 포함되거나, 정신과 진료를 위한 경제적 지원 등이 가능하다. 또한 정보 부족, 심리적 장벽 등의 문제로 국가 인프라에 대한 접근성도 높지 않다. 이에 대한 보완책으로 최근 국가에서는 자살 고위험군을 발굴하기 위한 게이트키퍼 양성에 주력하고 있다. 국내 게이트키퍼를 포함한 인프라 개선 방안에 대해 수렴된 의견은 아래 표와 같다.

〈표 6-3〉 우리나라의 자살 고위험군 발굴을 위한 인프라

대책 및 사업	인프라
자살예방 국가 행동계획/ 중앙자살예방센터	- 게이트키퍼 양성
지역 공공기관 및 의료기관	- 지자체 정신건강복지센터 사업 담당자 - 응급실 기반 자살 시도자 사후관리사업 관계자
공공사업 관계자 및 민간 이해관계자 대상 면담에서 제안된 사항	<p>[게이트키퍼 양성 및 활용 측면]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 게이트키퍼 맞춤형 교육 콘텐츠 개발 - 심화, 보수 교육 등 지속 관리 - 게이트키퍼 활용 방식 구체화 <ul style="list-style-type: none"> · 활동 모니터링, 평가 지표 개발 등 <p>[인프라 측면]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 자살 위험이 높은 정신질환자에 대한 접근 방식 수정 <ul style="list-style-type: none"> · 약물 치료뿐 아니라 스스로 문제를 이해하고 관리할 수 있는 역량을 높여 주는 방안 · 핀란드의 오픈 다이얼로그와 같이 당사자가 문제 해결 방안 마련에 참여 - 인프라에 대한 접근성 강화 <ul style="list-style-type: none"> · 정신질환 진단자, 자살 시도자, 저소득층 등처럼 가시적으로 문제가 드러나야만 인프라를 이용하거나 지원 받을 수 있는 문제 개선 - 응급 및 위기 상황이 발생했을 때 일시적으로 머무를 수 있는 위기지원쉼터(식사 제공) 마련 <ul style="list-style-type: none"> · 미국의 respite care 등 - 동료 지원가 제도화

자료: 본 연구진이 작성함.

미국과 일본의 사례를 살펴보면 사업 대상을 누구로 하는가에 따라 다양한 유형의 사람들이 게이트키퍼를 담당하고 있다. 친숙함으로 행동할 수 있는 위치에 있는 사람들로 부모, 친구, 이웃, 교사, 목사 등이 될 수 있고, 청소년을 대상으로 할 경우 교직원에게 의무적으로 자살예방 교육을 받도록 하기도 한다. 또는 의사, 간호사, 심리학자, 면허를 소지한 퇴직 의료 전문가 등에게 법률에 근거해 자살예방 교육을 필수로 받게 하는 경우도 있다. 전문가뿐 아니라 지역사회 구성원 누구나가 게이트키퍼가 될 수 있다. 게이트키퍼 훈련을 통해 자살에 대한 인식과 예방 능력을 향상시켜 고위험군을 지원할 수 있도록 해야 한다.

세계보건기구에서 제안하는 자살예방 전략의 단계적 접근 방식은 자살 예방사업의 핵심 이해관계자를 정의하는 것에서 시작한다. 1) 보건부를 비롯한 여러 중앙부처, 2) 공중보건전문가, 의사, 간호사, 응급의료 관계자 등 공중보건 분야 관계자, 3) 정신건강서비스 제공자, 4) 경찰, 소방관, 5) 노인, 소수인종 등 취약 인구 집단, 그리고 6) 생존자와 가족 등을 이해관계자로 제시했다(WHO, 2012, pp. 8-9). 또한 캐나다와 호주 정부에서도 유가족, 자살 시도 경험자, 정신질환자 등 ‘생존해 있는’ 사람들과 협력할 것을 주요 대책 중의 하나로 두고 있다(Mental Health Commission of NSW, 2018, p. 13; Government of Canada, 2019, p. 6). 그러나 우리의 국가 및 지역 정책에는 자살 고위험군 당사자가 충분히 참여하기 어렵다. ‘생존해 있는’ 고위험군은 문제에 대한 특별한 시각을 가지고 있고, 공공과 민간의 영역에서 가치 있는 역량을 발휘할 수 있다.

제2절 자살 고위험군을 이해하기 위한 보다 나은 근거 구축 전략

우울, 중독, 트라우마를 포함한 정신건강 문제는 자살과 자살 행동의 중요한 위험 요인으로 알려져 있다(WHO, 2012, p. 14; Mental Health Commission of NWS, 2018, p. 6). 그럼에도 자살예방 차원에서 우리가 자살사망자에 대한 심리부검에 관심을 갖는 것에 반해, 정신건강 문제를 가지고 있는 자들에 대한 분석과 이해를 매우 중요시했던 것은 아니다. 앞서 세계보건기구의 자살예방 전략은 자살예방사업의 핵심 이해관계자를 정의하는 것에서 시작한다고 했다. 다음 단계로 제안되는 것은 상황을 분석하는 것이다. 이것은 특정 지역의 문제, 자살과 자살 시도 발생률, 자살 방법, 그리고 자살 고위험군의 의료 이용 가능성, 의료 이용과 질 등 의료 이용에 대한 평가를 뜻한다(WHO, 2012, p. 9). 본 연구의 두 번째 주제는 자살 고위험군의 의료 이용에 대한 분석이다. 자살사망자와 정신질환자를 분석 대상으로 했다. 자살사망자에 대한 분석은 사망 이후 사망의 원인과 문제를 사후적으로 평가하는 것이 아니라, 사망 전 사망에 가까운 시점에 나타난 의료 이용 특성을 살펴보는 것에 중점을 두었다는 것이 기존 연구와 중요한 차별성을 갖는다. 또한 정신질환은 자살사망과 관련성이 높다고 알려진 위험 요인이므로, 정신질환 진단자에 대해서도 생전 의료 이용의 특성을 평가했다. 이에 대한 결과는 제3장 자살 고위험군의 의료 이용에 나타나 있으며, 여기에서는 주요 결과를 짚어보고자 한다.

① 사망 전 의료 이용의 변화

- 가설: 자살사망자는 사망 시점에 가까워질수록 의료 이용이 감소한다.

기존 연구에 따르면, 자살사망 전 의료 이용은 서비스 유형에 관계없이 일반적으로 자살사망 시점에 가까워질수록 감소하는 것으로 보고됐다. Ahmedani et al.(2014)의 연구에서는 사망 1년 전 80%였던 전체 의료 이용률이 사망 직전 20%까지 낮아졌다.

그러나 분석 결과 국내 자살사망자는 사망 전 1년 동안 전체 의료 이용에 중요한 변화가 나타나지 않았다. 자살사망자의 월별 전체 의료 이용률은 60% 이상을 유지했고, 비자살사망자는 70~80% 수준이었다. 외래 이용은 전체 이용과 비슷한 경향인 반면 입원과 응급 이용의 경우 매우 낮기는 했으나 조금씩 증가하다 사망 당월 최고 수준을 보였다.

전체, 외래 이용률이 지속적으로 유지되는 것을 볼 때 사망 직전까지 치료에 대한 요구가 결코 줄어들지 않았다는 것을 알 수 있다. 사망 시점에 임박했을 때 비자살사망자보다 자살사망자의 이용률 감소가 크지 않았던 것은 자살 고위험군의 치료 요구가 반영된 결과라고 볼 수 있다. 입원과 응급 이용은 본인의 동의와 관계없이 이루어질 가능성이 있다는 점을 고려할 때, 본인의 의료 이용에 대한 욕구라고 판단하기는 어려우나 위기의 상황에 가까워진다는 암시로 짐작해 볼 수 있다.

한편 국외 연구에서는 일반 사망보다 자살사망자가 사망 전 의료 이용을 더 많이 한다고 알려져 있으나, 국내 자살사망자의 의료 이용률은 비자살사망자보다 큰 차이로 낮았다. 이는 우리나라 자살 고위험군의 의료 접근성 문제에 대해 근본적인 검토가 필요함을 시사한다.

② 사망 전 일차의료기관 이용

- 가설: 자살사망자는 사망 전 일차의료기관보다 상급 의료기관을 더 이용한다.

일차의료기관은 자살 고위험군의 게이트키퍼로서 중요하게 언급된다.

그러나 우리나라는 주치의 개념이 없고, 상급 의료기관 이용에 제한이 없다는 점에서 위와 같은 가설을 두었다. 그러나 분석 결과 자살사망자는 일차 외 의료기관(사망 전 월별 25% 내외)보다 일차의료기관(사망 전 월별 50% 내외)을 더 많이 이용했다. 즉, 가설과 달리 국외에서 논의된 것처럼 우리나라도 일차의료기관은 자살 고위험군에게 접근하는 데 중요한 역할을 담당할 수 있을 것으로 보인다.

한편 일차의료기관 이용률은 사망 전 1년간 지속적으로 유지되기는 하나 40% 내외로 낮은 편이었다. 이는 일차의료기관을 통한 임상적 관리가 충분하게 이뤄지지 않았다고 해석할 수 있다. 국외에서 보고된 바에 따르면, 사망 1년 전 일차의료서비스 이용은 80%였다가 사망 1개월 전에 이르러서야 40%로 낮아진다(Stene-Larsen & Reneflot, 2019, p. 11). 그렇다면 우리나라 자살사망자는 국외 자살사망자들이 사망 직전 의료 이용에 대한 요구가 줄어들었을 때의 수준에 불과한 정도의 의료서비스를 이용했다고 이해할 수 있다.

③ 사망 전 정신질환 관련 의료 이용

- 가설: ㉓ 자살사망자 중에는 정신질환 진단자가 많다.

㉔ 자살사망자 중에는 정신질환으로 인한 의료 이용자가 많다.

국외에서 보고된 바에 따르면, 정신질환과 자살 간 관련성은 높게는 90% 이상으로 나타난다(Cavanagh et al., 2003; Landy & Kripalani, 2015, p. 45에서 재인용). 그러나 국내에서 자살사망자의 과거 정신질환 진단율은 56.6%로 낮았다. 자살사망자의 정신과 의료 이용은 더 낮아서 사망 전 1년 이내 월별 15% 내외였는데, 비자살사망자의 정신과 의료 이용(월별 5% 내외)에 비해서는 높았다. 즉, 자살사망 전 정신과 의료 이용이 충분하지는 않지만 주요 위험인자로 고려할 수 있다.

④ 사망 전 신체질환 관련 의료 이용

- 가설: ㉔ 자살사망자는 정신질환뿐만 아니라 신체질환으로 인한 의료 이용도 많다.

㉕ 자살사망 전 정신질환 진단 유경험자와 무경험자의 신체질환으로 인한 의료 이용에 차이가 있다.

만성적 통증을 동반하는 주요 신체적 문제 또는 만성질환은 이미 알려진 자살의 위험인자이다(WHO, 2012, p. 14; Mental Health Commission of NWS, 2018, p. 6). 국내에서도 20%는 신체질환으로 자살사망한 것으로 보고되고 있다(이상영 외, 2017, p. 26). 분석 결과, 국내 자살사망자들의 사망 전 1년 이내 신체질환으로 인한 전체 의료 이용률이 월별 55% 수준으로, 비자살사망자(월별 70% 내외)에 비해 낮았다. 그러나 자살사망자의 신체질환 의료 이용률은 앞서 정신질환으로 인한 전체 의료 이용률(월별 15% 내외)보다 상당히 높다. 이와 같은 결과를 근거로 자살사망자에게 신체질환도 중요한 문제였거나, 정신질환이 신체질환으로 표출되었을 가능성도 고려해 볼 수 있다. 실제로 자살 충동을 느끼는 많은 사람들이 정신과를 처음 찾기보다는 여러 가지 신체적 증상을 호소하는 것으로 알려져 있다(WHO, 2012, p. 17).

다빈도 상병을 살펴보면, 비자살사망자는 악성 신생물, 고혈압성질환, 당뇨병 등 만성질환이 주를 이룬 반면, 자살사망자에서는 악성 신생물 대신 식도, 위 및 십이지장 질환이 포함됐다. 입원과 응급의료 이용에 대한 다빈도 상병은 뚜렷한 차이가 확인됐는데, 비자살사망자는 악성 신생물이 다빈도였던 반면, 자살사망자는 ‘출처가 주로 비의약품인 물질의 독성 효과/외인의 기타 및 상세 불명의 영향’ 즉 자살 시도로 추정되는 문제가 1위로 나타났다.

⑤ 정신질환 유형별 자살사망 현황

- 가설: 정신질환 유형별로 자살사망 현황에 차이가 있을 것이다.

2008년 신규 정신질환자 157만 2331명 중 분석 대상 기간(2009~2017년) 내에 생존해 있는 경우는 91.8%였다. 즉 임상적 진단을 받아 명확히 고위험군에 포함되어 관리가 필요한 생존자 규모이다. 자살사망자는 6656명으로 정신질환자 중 0.4%이며, 비자살사망자는 12만 2522명으로 7.8%이다. 자살사망자는 남자(63.3%)가 많고, 전체 자살사망자 중 노인의 비율이 가장 높았다. 소득수준별로 보면, 정신질환 진단자는 고소득자의 비율이 더 높은 데 반해, 자살사망은 상대적으로 저소득 계층의 비율이 높았다.

정신질환 유형별 자살사망률은 F20-29 조현병, 분열형 및 망상장애(정신질환자 만 명당 183.0명), F10-F19 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애(148.1명), F60-F69 성인 인격 및 행동의 장애(110.7명)의 순으로 나타났다.

위의 세 가지 정신질환 유형은 진단 대비 자살률이 높은 것인데, 한편 진단 대비 자살률은 낮지만 자살사망자 수 규모가 큰 정신질환 유형도 중요하다. F40-F48 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애(3883명), F32, F33 우울, 재발성 우울(1326명), F50-F59 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군(1006명)의 순으로 환자 규모가 크다는 점에 주목해야 한다.

⑥ 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 기간

- 가설: ① 최초 정신질환 진단 이후 사망에 이르는 평균 기간은 전체 사망자에 비해 자살사망자가 짧을 것이다.

② 정신질환 유형별로 자살사망에 이르는 평균 기간에 차이가 있을 것이다.

정신질환 진단자들은 진단 이후 평균 59.5개월이 지나면 사망하는데, 자살사망은 이보다 빠른 54.4개월 만에 이루어진다. 이는 2008년 신규 진단자들의 사망 여부를 2017년까지 확인한 결과이다.

유형별로 살펴보면 노인이 다수를 차지하는 치매(F00-F03)가 40.4개월로 가장 짧았고, 증상을 포함하는 기질성 정신장애(F40-F09)가 47.6개월, 조현병, 분열형 및 망상장애(F20-29)가 46.6개월로 짧은 편이었다.

자살 고위험군의 의료 이용을 분석한 결과, 국외 자살사망자와 같은 특성을 보여서 알려진 방식의 증재를 필요로 하는 부분, 다른 특성을 보여서 추가 분석과 차별화된 전략을 고민해야 하는 부분, 또한 그간 분석되지 않아 알려지지 않았던 현황을 파악할 수 있었다. 자살 고위험군에 대한 지속적인 연구를 통해 자살에 대응할 수 있는 방법론적 근거를 찾아가는 일은 중요하다. 이를 위해서는 데이터 구축과 공유가 선행되어야 한다. 국외 연구를 보면 자살사망자 전수를 기반으로 의료 이용을 분석한 경우를 어렵지 않게 찾아볼 수 있다. 그러나 국내에서는 자살사망 정보를 관리하는 국가기관이 정보 공유에 대해 매우 보수적이다. 그렇기 때문에 본 연구에서는 국민건강보험공단의 코호트 자료와 맞춤형 자료로 자살사망자의 생전 의료 이용을 간접적으로 평가할 수밖에 없었다. 코호트 자료는 전 국민을 대표하는 자료이긴 하지만, 사망 시점이 ‘월’ 단위까지만 제공되며 정신과 진단 코드도 상세하게 제공되지 않는다.

뉴욕에서는 Zero Suicide 사업의 핵심 사업 중 하나로 Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES)

을 운영하고 있다. 이 데이터베이스는 메디케이드 이용자의 의료기관 이용 정보와 기타 주정부의 보건 데이터를 연계한 웹 기반 플랫폼이다. 자살 시도, 자해, 중독, 자살 생각 등의 정보를 확인할 수 있으며, 자살예방 사업을 지원할 수 있도록 업데이트되고 있다(Sullivan, 2016, p. 10).

뉴욕의 사례와 같이 자료를 연계함으로써 자살예방사업과 의료인의 임상적 결정을 지원할 수 있도록 하는 방안을 적극 고려해야 한다. 또한 자살 행동에 대한 정보는 아주 일부분만 드러날 것이기 때문에, 추가적인 데이터 수집이 필요하다. 반드시 별도의 서베이를 구축하지 않고 기존의 조사 체계 내에서 관련 문항을 추가하는 방법도 있다. 또한 자살 행동을 분석하기 위한 연구들을 적극 권장해야 한다(WHO, 2012, p. 18).

제3절 한국 사회의 자살예방에 대한 인식 개선 및 역량 강화

우리 사회를 구성하는 개인과 집단은 안전하고 안심할 수 있는 환경을 만들고, 친구, 가족, 이웃과 긍정적이고 상호 지원할 수 있는 관계를 형성할 의무가 있다. 그렇기 때문에 지역사회를 구성하는 개인들은 자살과 자살 행동에 대해 안전하게 대화를 나눌 수 있고, 누가 어디에서, 어떻게 도움을 요청하는지 알아챌 수 있는 역량을 갖추어야 한다(Mental Health Commission of NWS, 2018, p. 8, p. 15). 본 연구의 세 번째 주제는 국민의 자살예방에 대한 인식과 경험을 파악함으로써 현재 우리 지역사회 지지 체계의 정도와 개선 방안을 알아보는 것으로, 이 결과는 제4장 자살예방에 대한 국민의 경험과 인식 조사에서 다루었다. 조사는 전국 만 19세 이상 성인 1500명을 대상으로, 2019년 8월 말부터 일주일 동안 전화 설문으로 진행되었다.

주요 결과를 살펴보기에 앞서 조사 대상자들의 정신건강 수준에 주목할 필요가 있다. 정신건강 관련 진단을 받았거나 처방약을 복용한 경우는 약 10%였는데, 이보다 많은 31%가 자살 생각을 한 적이 있다고 보고했다. 물론 정신질환 진단에 대해 소극적으로 보고했을 가능성을 고려한다 해도, 적절한 치료를 받지 못한 고위험군이 상당히 존재할 것으로 짐작할 수 있다. 또한 자살 생각과 계획에 대한 경험을 보고하면서도 그것은 1년 이내보다는 그 오래전의 일로 설명하는 경우가 더 많았다.

우리나라 자살률은 OECD 국가 중에서도 예외적으로 높고, 유명인의 자살사망 소식도 드물지 않게 접하고 있는 상황임에도 국가 자살예방사업에 관심이 있다고 응답한 경우는 55.1%에 그쳤다. 생명지킴이라고 불리는 게이트키퍼 교육을 아는 경우는 33.9%로, 국가가 100만 명을 양성하겠다는 목표를 추진하고 있음에도 불구하고 여전히 모르는 사람이 더 많고, 교육을 받은 경우는 전체 응답자 중 5.1%에 불과했다.

자살 고위험군 지원에 필요한 인식과 이들을 지원할 수 있는 실천 역량에 대해 각각 세 가지 문항으로 살펴보았다. 우선 응답자의 대부분(81.6%)이 자살을 생각하는 사람들이 신호를 보낼 것이라는 점을 알고 있었다. 하지만 반대로 해석하면 약 20%의 사람들은 고위험군의 자살 신호에 대해서 인지할 수 있도록 하는 교육이 필요한 상황이었다. 또한 인식률은 높은 반면, 실제 그 신호를 알아차릴 수 있다고 한 경우는 66.0%로 낮았다.

다음으로 당사자와 문제에 대해 직접적으로 얘기를 나누는 것이 도움이 될 것이라고 생각하는 경우는 68.6%로 이에 대한 인식 개선이 필요한 상황인 데 반해, 당사자와 직접적으로 얘기할 수 있다고 응답한 사람은 전체 응답자 중 76.3%로 높았다는 점이 독특했다. 중재의 효과를 분명히 이해하지 못한 채 실현하면 잘못된 결과를 야기하거나 비효과적일 수 있

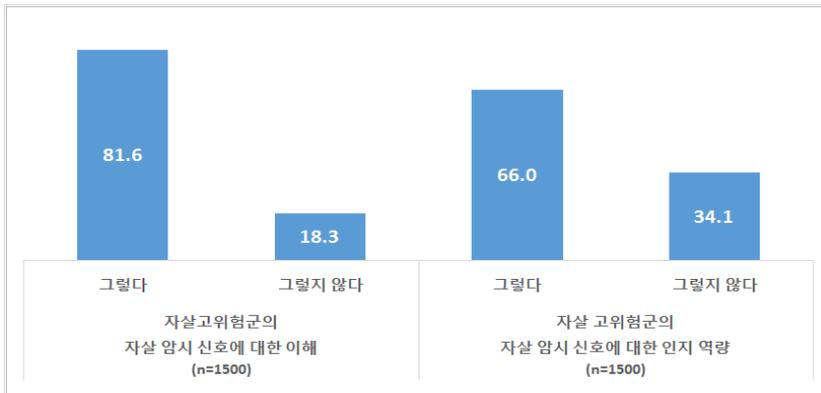
기 때문에 이 부분에 대한 교육도 필요한 것으로 확인됐다.

마지막으로 거의 모든 사람들(92.3%)이 고위험군을 전문가가 돕는 것이 효과적이라고 생각했으나, 전문기관이나 전문가에 대한 정보가 부족해(26.2%) 고위험군을 만나면 필요한 자원을 적절하게 연계해 주기 어려운 상황이다.

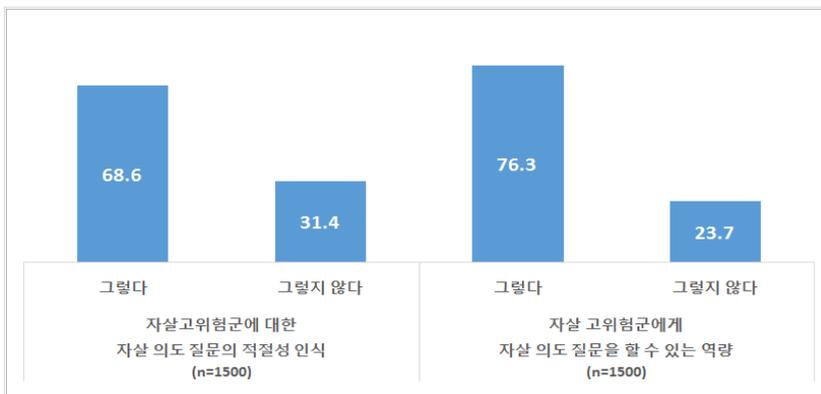
[그림 6-1] 자살 고위험군 지원에 필요한 인식과 실천 역량 비교

(단위: %)

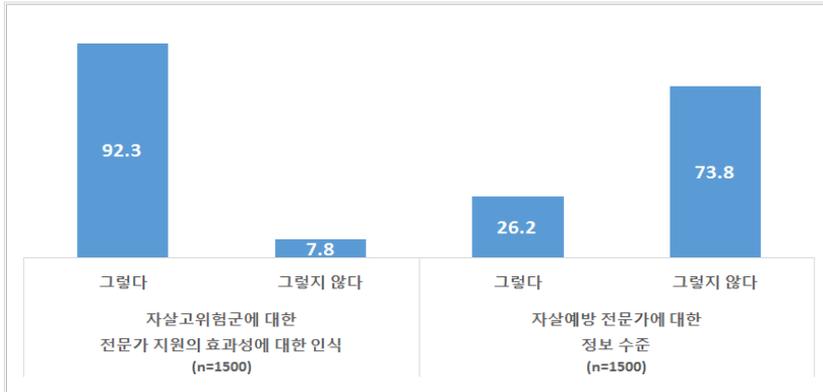
[자살 고위험군의 자살 암시 신호]



[자살 고위험군에 대한 자살 의도 질문의 적절성]



[자살 고위험군에 대한 전문가 지원의 효과성]



자료: 본 연구에서 실시한 '국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식조사' 분석 결과.

자살 고위험군 지원에 필요한 인식, 지원 실천 역량에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과 또 다른 특이점이 있었다. 게이트키퍼 교육을 이수했거나 정신질환 진단, 과거의 자살 생각 등 정신건강 문제에 대한 경험이 자살 고위험군 지원에 필요한 인식을 분명히 증가시켰다고 보기는 어려웠다. 그럼에도 게이트키퍼 교육을 받은 사람들에게서 자살 고위험군을 지원할 수 있다는 의지 또는 역량이 높아진 것을 확인할 수 있었다.

또 다른 중요한 시사점은 과거 자살 생각을 했던 경험이 있을 때 누군가의 자살 암시 신호를 인지할 수는 있는 역량은 있었지만, 자살 고위험군에게 직접 대화를 건네거나 자원을 연계할 수 있는 것은 아니라는 것이다. 앞서 '제1절 자살예방사업의 대상과 참여자 구체화'에서 당사자가 자살예방사업에서 중요한 이해관계자로서 가치 있는 역량을 발휘하도록 해야 한다고 언급한 바 있다. 그러나 당사자가 다른 고위험군을 대상으로 직접적인 역할을 수행할 때, 단지 과거의 경험이 있다고 해서 충분히 준비가 되었다고 하기보다는 필요한 인식과 역량을 갖추 수 있도록 국가의 도움이 필요하겠다.

국민 인식 조사 결과에서 나타난 것처럼, 우리 사회를 구성하는 개인이 자살 고위험군에게 안전한 울타리가 될 수 있는 환경을 갖추기 위해서는 보다 적극적인 홍보와 교육을 통해 자살예방에 대한 정보 이해 능력(health literacy)을 향상시키고 사회적 낙인을 최소화해야 한다. 그렇게 함으로써 어려움에 처한 당사자가 적절한 시기에 적절한 장소에서 적절한 도움을 받는 데 겪을 수 있는 장벽을 낮추는 사회적 환경이 구성될 수 있을 것이다. 또한 전문가가 아닌 지역사회 구성원도 자살 고위험군의 슬픈 선택을 보호해 줄 수 있는 실질적인 울타리 역할을 수행할 수 있을 것으로 기대한다.

<국내 문헌>

경찰청. (2018). 『2018 경찰통계연보』

<https://www.police.go.kr/www/open/publice/publice05.jsp>에서
2019.10.7.인출.

관계부처합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획.

http://www.spckorea.or.kr/new/sub01/sub06_view.php?Kind=501&Code=05&No=11444&No2=11444&Thread=A&Type=edit&page=1&Next=view&Category=에서
2019.10.7.인출.

권중일, 이유진, 권수진, 백종우, 전준희, ... 조성진. (2013). 의사와 보건인력을 대상으로 한 자살에 대한 인식과 태도, 개인적 경험에 관한 연구. 신경정신의학, 52(4), 231-242.

기명, 송인한, 최영철, 김재영, 김우림, 당지연. (2018). 자살예방 통계체계 구축 방안 연구. 고려대학교, 국무조정실.

http://www.prism.go.kr/homepage/researchCommon/downloadResearchAttachFile.do;jsessionid=57D7E152ECCA86B0374632BDF3B78FEE.node02?work_key=001&file_type=CPR&seq_no=001&pdf_conv_yn=N&research_id=1092000-201800012에서
2019.10.7.인출.

김혜진, 황준원, 주진형, 김학선, 황세미, 이강욱. (2015). 정신보건사업 종사자의 자살관련 지식, 태도, 및 경험에 관한 예비 연구. 신경정신의학, 54(3) 338-349.

백종우, 조선진, 이수정, 응진영, 박종익. (2014). 한국형 표준자살예방교육프로그램 [보고듣고말하기]가 게이트키퍼의 개입에 미치는 영향. 신경정신의학, 53(6), 358-363.

보건복지부. (2018). 2018년 정신건강사업 안내.

보건복지부. (2019). 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안.

- 보건복지부, 중앙심리부검센터. (2018). 2017 심리부검 면담 결과 보고서.
- 보건복지부 정신건강정책과. (2014. 4. 2.). 자살 시도자의 자살률, 일반인의 약 25배. 보건복지부 보도자료.
<https://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardArticle.do?bbsId=U00281&nttId=295477&menuNo=200647&lang=&searchCndSj=&searchCndCt=&searchWrd=&pageIndex=4>에서 2019.8.30. 인출
- 보건복지부 자살예방정책과. (2018.7.5.) 응급실에 온 자살시도자 사후관리로 삶의 희망 되찾아. 보건복지부 보도자료.
https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=345314&page=1에서 2019.7.20. 인출
- 보건복지부 자살예방정책과. (2019. 9. 16.). 자살 유족에게 먼저 다가가 도움의 손길 건넨다. 보건복지부 보도자료.
<https://www.gov.kr/portal/ntnadmNews/1981601>에서 2019.10.8. 인출.
- 서울시 자살예방센터. (2011). 자살위기개입핸드북.
- 안순태, 이하나. (2016). 자살예방을 위한 미디어 보도 방향: 건강신념모델을 통한 우울증 보도 내용분석. 보건사회연구, 36(1), p.529-564.
- 이상영, 채수미, 정진욱, 윤시몬, 차미란. (2017). 자살시도자에 대한 지역사회 정신건강증진 서비스 공급체계 개선 방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 임재희. (2019.6.24.). 사망 직전 의료비 평소 2.5배 ↑ ...국민 76% 병원서 생애 마감. 뉴시스.
http://www.newsis.com/view/?id=NISX20190624_0000689744&cID=10899&pID=10800에서 2019.9.4. 인출.
- 임정수, (2008). 국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구. 가천의과대학교 건강증진사업지원단·보건복지부.
- 임현우, 정현숙, 정영은, 왕희령, 김수영. (2011). 우울증 및 자살 고위험군 관리의 과학적 근거. 대한의사협회지, 54(3), p.275-283
- 중앙자살예방센터. (2012). 자살예방서비스 기관을 위한 위기대응프로토콜.

- 중앙자살예방센터. (2017). 자살예방 게이트키퍼(Gatekeeper) 양성 프로그램 현황분석: 보건복지부 자살예방 인증 프로그램을 중심으로. KSPC Research Brief 2017년 2호.
- 중앙자살예방센터. (2018). 응급실 내원 자살시도자 인구학적 특성 및 사후관리 서비스 결과 분석: 2017년 응급실 기반 자살시도자 사후관리사업 수행기관을 중심으로. KSPC Research Brief 2018년 2호.
- 통계청. (2001-2018). 『사망원인통계』 통계정보 보고서.

〈국의 문헌〉

- Ahmedani B.K., Simon, G.E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B.E., ... Solberg L.I. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *JGIM*, 870-877. doi: 10.1007/s11606-014-2767-3.
- Ballard, E.D., Cwik, M., Storr, C.L., Goldstein, M., Eaton, W.W., Wilcox, H.C. (2014). Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *General Hospital Psychiatry*, 36, 437-441. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.03.004.
- Cho J., Lee WJ., Moon KT., Suh M., Sohn J., ... Jung SH. (2013). Medical Care Utilization During 1 Year Prior to Death in Suicides Motivated by Physical Illnesses, *J Prev Med Public Health*, 46, 147-154. doi: 10.3961/jpmph.2013.46.3.147
- Chock, M.M., Bommersbach, T.J., Geske, J.L., Michael Bostwick, J. (2015). Patterns of Health Care Usage in the Year Before Suicide: A Population-Based Case-Control Study. *Mayo Clin Proc*, 90(11), 1475-1481. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.7.23.
- Colorado CDPHE. (2018). Office of Suicide Prevention Annual Report - Suicide Prevention in Colorado, 2018. Colorado Department of Public Health & Environment.

- Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J. Winkleby, M.A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44, 279-289. doi: 10.1017/S0033291713000810
- Da Cruz, D., Pearson, A., Saini, P., Miles, C., While, D., ... Kapur, N. (2010). Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. *Emerg Med J*, 28, 467-471. doi: 10.1136/emj.2009.081869.
- De Leo, D., Draper, B.M., Snowden, J., Kölves, K. (2013). Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention?. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1117-1123. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.007.
- Dhossche, DM., Ulusarac, A., Syed, W. (2001). A retrospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after being discharged from the hospital. *Archives of Internal Medicine*. 161(7), 991-994.
- Dougall, N., Lambert P., Maxwell, M., Dawson, A., Sinnott, R., ... Springbett, A. (2014). Deaths by suicide and their relationship with general and psychiatric hospital discharge: 30-year record linkage study. *British Journal of Psychiatry*. 204, 267-273.
- Geddes, J.R., Juszczak, E., Brien, F.O., Kendrick, S. (1997). Suicide in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care, Scotland 1968-92. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 430-434.
- Government of Canada. (2019). Working together to prevent suicide in CANADA: The Federal Framework for suicide prevention.
- Graham, RD., Rudd, MD., Bryan, CJ. (2011). Primary care providers' views regarding assessing and treating suicidal patients. *Suicide*

- and Life-Threatening Behavior. 41(6), 614-623.
- Hyden, L.C. (1996). Care utilization and the incidence of suicide: suicide victims' contacts with primary health care and psychiatry in six psychiatric districts in the Country of Stockholm from 1979 to 1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(6), 442-446.
- Indiana department education. (2018). Suicide Awareness and Prevention (IC 20-26-5-34.4; IC 20-28-3-6) and SEA 230 (2018): MEMORANDUM.
- Landy, G., Kripalani, M. (2015). Opportunities for suicide prevention in the general medical setting. *Nursing Standard*, 30(10), 44-48.
- Mchenry County Mental Health Board. (2015). QPR Gatekeeper Training for suicide prevention.
- Mental Health Commission of NWS. (2018). Strategic Framework for Suicide Prevention in NSW 2018-2023.
<https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/Pages/suicide-prevention-strategic-framework.aspx>에서 2019.5.30. 인출
- Morrison, K.B., Laing, L. (2011). Adults' use of health services in the year before death by suicide in Alberta. *Health Reports*, 22(3), 1-8.
- 21st Century Cures Act. Public Law 114-255. 2-14. (2016).
- Renaud, J., Chagnon, F., Balan, B., Turecki, G., McGirr, A., Marquette, C. (2006). Psychiatric services utilization in completed suicides of a youth centres population. *BMC Psychiatry*, 6(36), 1-5.
- SAMHSA. (2016). Suicide Prevention in Alaska report. 36-40.
- SAMHSA. (2018). Garrett Lee Smith youth suicide early intervention and prevention startegies national outcomes evaluation. Report to Congress,

- SPRC. (2013). Comparison Table of Suicide Prevention Gatekeeper Training Programs.
- SPRC. (2016). Suicide prevention policy and legislation.
- Stene-Larsen, K., Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian journal of Public Health*, 47, 9-17. doi: 10.1177/1403494817746274.
- Sullivan, A. (2016). Suicide Prevention in New York State: Zero Suicide Initiative. NASMHPD Annual Commissioners Meeting. New York Office of Mental Health.
- U.S. Department of Health and Human Services(HHS). (2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington, DC: HHS.
- Vassilas, C., Morgan, H. (1993). General practitioners' contact with victims of suicide. *British Medical Journal*, 307, 300-301.
- Washington state Health Care Authority. (2018). Peer Support program fact sheet.
- Webb, R., Kontopantelis, E., Doran, T., Qin, P., Creed, F., Kapur, N. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Archives of General Psychiatry*. 69, 3, 256-264.
- WHO. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework.
- Wintersteen, M., Diamond, G., Fein, J. (2007). Screening for suicide risk in the pediatric emergency and acute care setting. *Current Opinion in Paediatrics*. 19(4), 398-404.
- 文部科学省. (2014). 子供の自殺等の実態分析.
- 厚生労働省. (2006). 自殺対策基本法 (平成十八年法律第八十五号). 1-6

一般社団法人日本うつ病センター. (2018).

ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり. 30-54.

厚生労働省保. (2016). レセプト情報・特定健診等 報データベースの第三者提供.

厚生労働省. (2018a).

生活困窮者自立支援制度と自殺対策施策との連携について (平成30年10月
1日連名通知. p.1-8

<https://www.mhlw.go.jp/content/000510721.pdf>

厚生労働省. (2018b). 自殺対策における SNS 相談 事業. p.1-4

<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000494484.pdf>

厚生労働省. (2019e). 平成30年10月~平成31年3月の実施結果

SNS相談事業の実施結果. 1-5.

厚生労働省. (2019g).

ゲートキーパー養成研修用テキスト第3版 (応用編: 社会資源を活用す
るための対応方法 ~危機対応のための4step~). 139-152.

かながわ自殺対策推進センター. (2017). ゲートキーパーの養成.

〈웹페이지〉

보건복지부. (2014). 2013 자살 실태조사.

http://www.prism.go.kr/homepage/researchCommon/retrieveResearchDetailPopup.do?jsessionid=7F24C53B7F9230A50B29527545372F2A.node02?research_id=1351000-201300187에서
2019.10.7.인출.

중앙자살예방센터. (2019). 자살예방 생명지킴이 교육.

<http://jikimi.spckorea.or.kr/new/main/>에서 2019.10.18. 인출.

CDC. (2017). WISQARS™: Your source for U.S. Injury Statistics.

<https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>에서 2019.4.28.
인출

CDC. (2019a). Suicide Resources: CDC Data Sources

- <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/resources.htm>
에서 2019.5.27. 인출
- CDC. (2019b). Ambulatory Health Care Data.
<https://www.cdc.gov/nchs/ahcd>에서 2019.5.27. 인출
- CDC. (2019c). National Violent Death Reporting System (NVDRS).
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nvdrs>에서
2019.5.30. 인출
- CDC. (2019d). National Vital Statistics System.
<https://www.cdc.gov/nchs/nvss/index.htm>에서 2019.5.29. 인출
- CDC. (2019e). Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)
<https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>에서
2019.5.30. 인출
- CDC. (2018). Risk and Protective Factors: Risk Factors for Suicide.
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>에서 2019.4.25. 인출
- Education Development Center. (2002). Suicide Prevention Resource Center.
<https://www.edc.org/suicide-prevention-resource-center-sprc>
에서 2019.5.17. 인출
- HCUP. (2019). Overview of the National (Nationwide) Inpatient Sample (NIS).
<https://www.hcup-us.ahrq.gov/nisoverview.jsp#structure>에서
2019.5.27. 인출 .
- Indiana department education. (2019). Suicide Prevention Training.
<https://www.doe.in.gov/licensing/suicide-prevention-training>에서 2019.5.10. 인출
- National Institute of Mental Health. (2019). SUICIDE IN AMERICA: Frequently Asked Questions.

- <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq/index.shtml>에서 2019.4.27. 인출
- New York State Office of Mental Health. (2019). About PSYCKES.
https://www.omh.ny.gov/omhweb/psyckes_medicaid/about/에서 2019.4.26. 인출
- SAMHSA. (2019a). Suicide Prevention: At-Risk Populations.
https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/suicide-prevention-update#Resources_for_Providers에서 2019.4.25. 인출
- SAMHSA. (2019b). National Survey on Drug Use and Health
<https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>에서 2019.5.31. 인출
- SPRC. (2012). QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention.
<https://www.sprc.org/resources-programs/qpr-gatekeeper-training-suicide-prevention>에서 2019.4.26. 인출
- SPRC. (2019a). Resources and Programs.
<https://www.sprc.org/resources-programs> update 2019에서 2019.5.15. 인출
- SPRC. (2019b). Training. <https://www.sprc.org/training>에서 2019.5.15. 인출
- SPRC. (2019c). States. <https://www.sprc.org/states>에서 2019.5.18. 인출
- PAHO, WHO. (2018). Suicide mortality.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12948:suicide-mortality&Itemid=820&lang=en에서 2019.10.24. 인출
- Washington state Health Care Authority. (2019). Peer support.
<https://www.hca.wa.gov/billers-providers-partners/behavioral-health-recovery/peer-support>에서 2019.8.24. 인출
- Washington State Department Health. (2019). Suicide Prevention

Training for Health Professionals: 2017 Model List.

<https://www.doh.wa.gov/ForPublicHealthandHealthcareProviders/HealthcareProfessionsandFacilities/SuicidePrevention/TrainingPrograms/2017ModelList>에서 2019.4.25. 인출

厚生労働省. (2019a).

自殺総合対策大綱~誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して~.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172203.html>에서 2019.6.20. 인출

自殺総合対策推進センター. (2019). 地域レベルの実践的な取組への支援.

<https://jssc.ncnp.go.jp/>에서 2019.9.26. 인출

厚生労働省. (2012). 誰でもゲートキーパー手帳 (第二版:平成24年3月作成).

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129097.html>에서 2019.6.27. 인출

朝日新聞. (2017a). 減らない子どもの自殺 昨年、小中高生320人.

<https://www.asahi.com/articles/ASK4P04M6K4NUUPI007.html>에서 2019.6.27. 인출

厚生労働省. (2019c).

SNS相談 (LINE・チャットで相談ができます。悩みを相談してみませんか。).

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199724.html>에서 2019.6.30. 인출

厚生労働省. (2019d).

自殺対策におけるSNS相談事業 (チャット・スマホアプリ等を活用した文字による相談事業) ガイドライン

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kai/go/shougaishahukushi/jisatsu/snssoudan.html에서 2019.6.30.

인출

厚生労働省. (2019f). 「ゲートキーパー」とは?.

- <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128768.html>에서 2019.6.30. 인출
- 내閣府大臣官房政府広報室. (2014). *あなたもゲートキーパーに!*
<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201402/2.html>에서 2019.7.25. 인출
- 神奈川県. (2018a). *相談窓口一覧*.
<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/nx3/cnt/suisinn/soudan-madoguti.html>에서 2019.7.30. 인출
- 自殺総合対策推進センター. (2018).
 いのち支える相談窓口一覧 (都道府県・政令指定都市別の相談窓口一覧).
<https://jssc.ncnp.go.jp/soudan.php>에서 2019.7.31. 인출
- 朝日新聞. (2017b). *減らない子どもの自殺 昨年、小中高生320人*.
<https://www.asahi.com/articles/ASK4P04M6K4NUUPI007.html>에서 2019.7.31. 인출
- 神奈川県. (2018b). *市町村等の取組み*.
<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f70211/p325358.html>에서 2019.7.26. 인출
- 足立区. (2014). *ゲートキーパー研修の紹介*.
<https://www.city.adachi.tokyo.jp/kokoro/fukushi-kenko/kenko/kokoro-g-kenshu.html>에서 2019.7.29. 인출
- 神奈川県. (2017). *ゲートキーパーの養成*.
<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f70211/p552613.html>에서 2019.7.30. 인출
- 一般社団法人 岩手県薬剤師会. (2019). *岩手県薬剤師会認定ゲートキーパー*.
<http://www.iwayaku.or.jp/gatekeeper/>에서 2019.7.29. 인출
- 厚生労働省. (2019h). *人口動態調査*.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1b.html>에서 2019.7.29. 인출

198 자살 고위험군 조기발견을 위한 전략 개발

自殺総合対策推進センター. (2016). 自殺の統計.

https://jssc.ncnp.go.jp/archive/old_csp/toukei/index.html에서
2019.7.29. 인출

厚生労働省. (2019i).

自殺統計と人口動態統計の違い https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/toukeinosyurui.html에서 2019.7.29. 인출

政府統計の総合窓口. (2019a). 政府統計の総合窓口 このサイトについて.

<https://www.e-stat.go.jp/about>에서 2019.7.30. 인출

政府統計の総合窓口. (2019b). データセット一覧.

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&query=%E8%87%AA%E6%AE%BA&layout=dataset>에서 2019.7.30. 인출

厚生労働省保. (2019j).

レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するホームページ.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/reseputo/index.html에서 2019.7.28. 인출

自殺総合対策推進センター. (2018). 自殺対策先進事例データベース.

<https://irpsc-jssc.jp/jireidb/>에서 2019.7.31. 인출

<법률>

보건복지부 고시 제2018-123호. (2018).

자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률, 법률 제3장 자살예방대책 등 제11조의2. (2019).

<기타자료>

간담회 결과(중앙자살예방센터 교육팀, 2019.4.24.)

간담회 결과(광역단위 정신건강복지센터, 2019.5.3.)

간담회 결과(응급실기반 자살시도자 사후관리사업 지정 병원, 2019.5.20.)

간담회 결과(기초단위 정신건강복지센터, 2019.6.20.)

간담회 결과(정신질환자 절차보조사업, 2019.7.9.)

간담회 결과(게이트키퍼 활동가, 2019.7.19.)

〈자료원〉

국민건강보험공단 표본코호트 2.0 DB(NHIS-2019-2-133)

국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280)

부록1. '자살예방에 대한 국민의 경험과 인식 조사'의 조사표

국민의 자살예방사업에 대한 경험과 인식 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원은 국무총리실 소속 보건복지정책 전문 연구기관입니다. 우리 연구원에서는 현재 자살예방사업 및 자살에 대한 인식을 파악하여 자살예방 및 생명존중문화 확산을 위한 정책을 개선하고자 연구를 수행하고 있습니다.

본 조사는 만 19세 이상 성인을 대상으로 하며, 유무선 전화번호를 무작위로 선정해 조사를 실시하고 있습니다. 조사는 약 15분 소요될 예정이며, 조사 참여 시 5천원 상당의 모바일 상품권을 문자로 발송해 드릴 예정입니다. 응답해 주시는 모든 내용은 연구 목적으로만 사용되고, 귀하의 성함과 연락처는 상품권 지급을 위해서만 활용될 것을 약속드립니다.

귀하의 응답은 연구의 귀중한 기초 자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 시간을 허락해 주시면 감사하겠습니다.

- 연구기관: 한국보건사회연구원
- 조사문의: 채수미 부연구위원(044-287-8120)
차미란 연구원(044-287-8193)
- 조사기간: 2019년 8월 00일 ~ 9월 00일

거주지역	_____ 시·도
	① 읍·면 지역 ② 동 지역
성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
연령	만 _____ 세 (19세 이상을 대상으로 함)

3. 귀하는 자살을 시도하려는 사람들에게 실제로 자살을 생각하고 있는지 직접 물어보는 것이 자살을 막는데 어느 정도 도움이 된다고 생각하십니까?
 ① 매우 도움이 된다 ② 도움이 된다 ③ 도움이 되지 않는다 ④ 전혀 도움이 안 된다
4. 귀하는 자살을 시도하려는 사람들에게 자살을 생각하고 있는지 직접 물어보고 삶의 이유에 대해 효과적으로 대화를 나눌 수 있으십니까?
 ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다
5. 귀하는 전문 기관이나 전문가가 자살을 계획하거나 시도하려는 사람들을 도와주는 것이 자살 예방에 도움이 된다고 생각하십니까?
 ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다
6. 귀하는 자살을 계획하거나 시도하려는 사람들을 도울 수 있는 전문기관이나 전문가에 대해 잘 알고 계십니까?
 ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다
7. 귀하는 가족, 친구, 동료, 이웃 등 주변의 누군가가 자살을 계획하거나 시도하려는 것을 본 적이 있으십니까?
 ① 예 ② 아니오
- 7-1. (7번 문항에서 '예'라고 응답한 경우) 귀하는 그 사람과 대화를 나누거나 전문가(기관)에게 연결해주는 등 도움을 준 적이 있으십니까?
 ① 예 ② 아니오
8. 귀하는 향후(에도) 자살을 계획하거나 시도하려는 사람을 알게 된다면, 그 사람과 대화를 나누거나 전문가(기관)에게 연결해주는 등 도움을 줄 의향이 있으십니까?
 ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다

Ⅲ. 자살 고위험자에 대한 인식

※ 다음은 자살에 대한 선생님의 의견을 묻는 질문입니다. 선생님의 의견과 가장 일치하는 항목에 표시해 주세요. 옳고 그른 답은 없습니다.

	① 매우 동의함	② 동의함	③ 동의하지 않음	④ 전혀 동의하지 않음	⑤ 잘 모름
1. 사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다.					
2. 자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다.					

204 자살 고위험군 조기발견을 위한 전략 개발

	자살 고위험자에 대한 인식 문항	① 매우 동의함	② 동의함	③ 동의하지 않음	④ 전혀 동의하지 않음	⑤ 잘 모름
3	누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다.					
4	자살은 돌치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다.					
5	자살은 아무런 경고 없이 발생한다.					
6	누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다.					
7	누구든지 자살할 수 있다.					
8	누군가가 자살하겠다고 결심한다면 어느 누구도 그 사람을 막을 수 없다.					
9	자살은 말하지 않아야 하는 주제이다.					
10	자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다.					
11	자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다.					
12	누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다.					
13	대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다.					
14	누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 있다.					
15	누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다.					
16	자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다.					
17	자살하는 사람은 대개 정신질환을 갖고 있다.					
18	젊은이들은 아직 삶의 가능성이 무한하므로 자살하는 것을 특히 이해할 수 없다.					
19	자살생각을 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다.					
20	대부분의 자살시도는 충동적이다.					

IV. 정신건강 수준

- 귀하는 정신건강 문제로 의사의 진단을 받거나 처방약을 복용한 적이 있으십니까?
 ① 없음 ② 최근 1년 이내 ③ 1년 보다 오래 전
- 귀하는 자살하고 싶다는 생각을 해 본 적이 있으십니까?
 ① 없음 ② 최근 1년 이내 ③ 1년 보다 오래 전

3. 귀하는 실제 자살을 계획해 본 적이 있으십니까?
① 없음 ② 최근 1년 이내 ③ 1년 보다 오래 전

V. 응답자의 일반적 특성

1. 귀하의 혼인상태는 다음 중 어디에 해당하십니까?
① 미혼 ② 기혼(유배우, 동거) ③ 별거, 이혼 ④ 사별
2. 귀하의 최종학력은 다음 중 어디에 해당하십니까?
① 중학교 졸업 이하 ② 고등학교 졸업
③ 대학 졸업 ④ 대학원 졸업 이상
3. 현재 본인을 포함해 함께 살고 있는 가족 구성원이 총 몇 명입니까?
① 1명(독거) ② 2명 ③ 3명 ④ 4명 ⑤ 5명 이상
4. 현재 함께 살고 계시는 가족 모두의 한 달 평균 총수입은 얼마 정도입니까? 저축, 임대소득, 이자 등을 모두 포함한 가구 월평균 총수입을 말씀해 주십시오.
① 월 99만원 이하 ② 월 100만원 ~ 300만원 미만
③ 월 300만원 ~ 500만원 미만 ④ 월 500만원 ~ 700만원 미만
⑤ 월 700만원 이상

※ 긴 시간 설문에 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

설문 응답자께 소정의 사례로 5,000원 상당의 모바일 상품권을 문자로 발송할 예정이오니 다음의 내용을 응답해 주시기 바랍니다.

이름 :
휴대폰 번호: () - -

부록2. 정신질환 유형별 자살사망 현황 및 자살사망률

〈부표 2-1〉 치매(F00-F03) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분	전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)	
	대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)		
전체	18,666	100.0	10,813	53	28.4	
성	남자	7,151	38.3	4,217	29	40.6
	여자	11,515	61.7	6,596	24	20.8
보험료 분위	하(1~5)	3,226	17.3	1,871	12	37.2
	중하(6~10)	2,744	14.7	1,528	6	21.9
	중상(11~15)	4,224	22.6	2,379	12	28.4
	상(16~20)	8,472	45.4	5,035	23	27.1

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-2〉 기질성 정신장애(F04-F09) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분	전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)	
	대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)		
전체	10,550	100.0	2,851	57	54.0	
성	남자	5,246	49.7	1,588	37	70.5
	여자	5,304	50.3	1,263	20	37.7
보험료 분위	하(1~5)	1,931	18.3	508	9	46.6
	중하(6~10)	1,919	18.2	468	7	36.5
	중상(11~15)	2,600	24.6	655	16	61.5
	상(16~20)	4,100	38.9	1,220	25	61.0

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-3〉 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10-F19) 환자의 자살사망
현황 및 자살사망률

구분	전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)	
	대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)		
전체	34,713	100.0	6,465	514	148.1	
성	남자	27,407	79.0	5,900	455	166.0
	여자	7,306	21.1	565	59	80.8
보험료 분위	하(1~5)	8,446	24.3	1,797	144	170.5
	중하(6~10)	9,127	26.3	1,757	164	179.7
	중상(11~15)	8,480	24.4	1,527	115	135.6
	상(16~20)	8,660	25.0	1,384	91	105.1

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-4〉 조현병, 망상장애(F20-F29) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분		전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)
		대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)	
전체		11,861	100.0	2,015	217	183.0
성	남자	6,099	51.4	1,107	123	201.7
	여자	5,762	48.6	908	94	163.1
보험료 분위	하(1~5)	2,854	24.1	454	61	213.7
	중하(6~10)	2,667	22.5	375	46	172.5
	중상(11~15)	2,821	23.8	465	53	187.9
	상(16~20)	3,519	29.7	721	57	162.0

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-5〉 기분장애(F30, F31, F34-F39) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분		전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)
		대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)	
전체		22,628	100.0	2,348	213	94.1
성	남자	8,823	39.0	1,192	109	123.5
	여자	13,805	61.0	1,156	104	75.3
보험료 분위	하(1~5)	4,341	19.2	425	37	85.2
	중하(6~10)	4,734	20.9	425	53	112.0
	중상(11~15)	5,667	25.0	552	48	84.7
	상(16~20)	7,886	34.9	946	75	95.1

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-6〉 우울(F32, F33) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분		전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)
		대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)	
전체		226,921	100.0	20,672	1,326	58.4
성	남자	87,292	38.5	10,932	751	86.0
	여자	139,629	61.5	9,740	575	41.2
보험료 분위	하(1~5)	42,085	18.6	3,787	287	68.2
	중하(6~10)	47,471	20.9	3,710	309	65.1
	중상(11~15)	58,883	26.0	5,082	335	56.9
	상(16~20)	78,482	34.6	8,093	395	50.3

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

208 자살 고위험군 조기발견을 위한 전략 개발

〈부표 2-7〉 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애(F40-F48) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분	전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)	
	대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)		
전체	1,142,866	100.0	76,242	3,883	34.0	
성	남자	445,151	39.0	39,735	2,460	55.3
	여자	697,715	61.1	36,507	1,423	20.4
보험료 분위	하(1~5)	217,798	19.1	14,652	885	40.6
	중하(6~10)	246,805	21.6	14,407	903	36.6
	중상(11~15)	300,385	26.3	18,823	984	32.8
	상(16~20)	377,878	33.1	28,360	1,111	29.4

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-8〉 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군(F50-F59) 환자의 자살 사망 현황 및 자살사망률

구분	전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)	
	대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)		
전체	168,354	100.0	16,755	1,006	59.8	
성	남자	67,639	40.2	9,383	618	91.4
	여자	100,715	59.8	7,372	388	38.5
보험료 분위	하(1~5)	32,795	19.5	3,133	238	72.6
	중하(6~10)	35,182	20.9	2,971	218	62.0
	중상(11~15)	42,809	25.4	4,050	259	60.5
	상(16~20)	57,568	34.2	6,601	291	50.5

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-9〉 성인 인격 및 행동의 장애(F60-F69) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분	전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)	
	대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자 (명)	자살사망자 (명)		
전체	4,606	100.0	261	51	110.7	
성	남자	3,092	67.1	192	37	119.7
	여자	1,514	32.9	69	14	92.5
보험료 분위	하(1~5)	947	20.6	54	14	147.8
	중하(6~10)	1,066	23.1	66	11	103.2
	중상(11~15)	1,173	25.5	49	12	102.3
	상(16~20)	1,420	30.8	92	14	98.6

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 2-10〉 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신 장애(F90-F99) 환자의 자살사망 현황 및 자살사망률

구분	전체 질환자		사망자 수		자살사망률 (인구 만 명당)	
	대상자 수 (명)	비율 (%)	전체 사망자(명)	자살사망자 (명)		
전체	3,013	100.0	313	15	49.8	
성	남자	1,674	55.6	170	13	77.7
	여자	1,339	44.4	143	2	14.9
보험료 분위	하(1~5)	591	19.6	64	4	67.7
	중하(6~10)	609	20.2	41	2	32.8
	중상(11~15)	712	23.6	71	5	70.2
	상(16~20)	1,101	36.5	137	4	36.3

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

부록3. 정신질환 유형별 최초 정신질환 진단 이후 자살사망까지 이르는 평균 기간

(부표 3-1) 치매(F00-F03) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)		최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)	
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차				
전체	53	1231.9	882.2	40.4	29.0	2	33	110	
성	남자	29	1201.7	839.6	39.4	27.6	4	29	97
	여자	24	1268.5	948.0	41.6	31.1	2	35.5	110
사망 연령	19~64세	9	889.3	428.4	29.0	14.1	4	31	55
	65세 이상	44	1302.0	936.7	42.8	30.8	2	34.5	110
보험료 분류	하(1~5)	12	1416.5	979.3	46.4	32.3	2	41	110
	중하(6~10)	6	1862.2	922.6	61.2	30.4	25	61	97
	중상(11~15)	12	1198.6	1077.0	39.3	35.3	4	26	103
	상(16~20)	23	988.7	630.3	32.4	20.6	7	29	80

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

(부표 3-2) 기질성 정신장애(F04-F09) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)		최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)	
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차				
전체	57	1447.9	944.9	47.6	31.0	5	43	107	
성	남자	37	1245.3	897.7	40.9	29.3	5	40	101
	여자	20	1822.7	936.6	60.0	30.8	10	65	107
사망	19~64세	35	1416.7	1005.8	46.5	33.0	5	43	107

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)		최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차			
연령	65세 이상	1497.6	859.7	49.3	28.1	8	43.5	92
	하(1~5)	1897.3	929.4	62.2	30.4	16	56	107
	중하(6~10)	1224.4	896.8	40.3	29.3	12	34	84
보험료 분위	중상(11~15)	1265.4	986.3	41.6	32.4	6	33.5	98
	상(16~20)	1465.5	934.7	48.1	30.7	5	44	99

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 3-3〉 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10-F19) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)		최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차			
성	전체	1579.2	955.9	51.9	31.4	1	48	115
	남자	1597.9	950.5	52.5	31.2	1	49	115
	여자	1434.8	992.7	47.1	32.7	5	39	115
사망 연령	19~64세	1578.4	952.4	51.8	31.3	1	49	115
	65세 이상	1583.9	981.8	52.1	32.2	6	40	113
	하(1~5)	1562.7	1003.0	51.3	32.9	1	47.5	115
보험료 분위	중하(6~10)	1669.7	948.1	54.9	31.2	5	53.5	113
	중상(11~15)	1463.8	896.6	48.1	29.5	2	40	115
	상(16~20)	1588.3	964.9	52.2	31.7	3	48	110

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 3-4〉 조현병, 분열형 및 망상장애(F20-F29) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)			평균 기간(월)			최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)
		평균 일수	표준편차	표준편차	평균 개월 수	표준편차	표준편차			
성	전체	1418.9	913.4	46.6	30.1	2	43	112		
	남자	1404.9	917.2	46.2	30.2	2	40	110		
사망 연령	여자	1437.2	913.0	47.2	30.0	2	45	112		
	19~64세	1411.8	916.0	46.4	30.1	2	43	112		
보험료 분류	65세 이상	1508.6	904.2	49.6	29.9	3	45.5	107		
	하(1~5)	1411.1	910.6	46.4	30.0	7	37	110		
	중하(6~10)	1584.5	869.6	52.1	28.5	4	51.5	109		
	중상(11~15)	1522.8	955.2	50.0	31.5	2	50	112		
	상(16~20)	1197.0	889.7	39.2	29.3	2	28	108		

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 3-5〉 (우울 외) 기분(정동)장애(F30-F31, F34-F39) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)			평균 기간(월)			최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)
		평균 일수	표준편차	표준편차	평균 개월 수	표준편차	표준편차			
성	전체	1553.5	977.3	51.0	32.1	3	46	116		
	남자	1587.3	980.6	52.1	32.2	3	50	116		
사망 연령	여자	1518.1	977.2	49.9	32.2	6	43	116		
	19~64세	1544.2	984.7	50.7	32.4	3	47.5	116		
	65세 이상	1592.7	956.4	52.3	31.4	7	44	112		

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)		최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)	
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차				
보형료 분위	하(1~5)	37	1664.6	878.3	54.8	28.8	3	52	107
	중하(6~10)	53	1495.3	946.9	49.1	31.1	6	49	115
	중상(11~15)	48	1630.4	1074.6	53.5	35.4	6	46.5	114
	상(16~20)	75	1490.7	990.5	48.9	32.6	3	42	116

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 3-6〉 우울(F32, F33) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살시도에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)		최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)	
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차				
성	전체	1,326	1641.7	969.8	53.9	31.9	1	52	117
	남자	751	1682.8	957.7	55.3	31.5	1	54	115
사망 연령	여자	575	1588.0	983.7	52.2	32.4	1	49	117
	19~64세	940	1595.2	965.0	52.4	31.7	1	50	114
	65세 이상	386	1754.8	973.6	57.7	32.0	1	55	117
보형료 분위	하(1~5)	287	1647.9	1005.9	54.2	33.1	1	50	117
	중하(6~10)	309	1638.3	956.3	53.8	31.4	2	53	114
	중상(11~15)	335	1667.6	1000.2	54.8	32.9	1	55	115
	상(16~20)	395	1617.8	929.7	53.1	30.6	1	50	115

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 3-7〉 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애(F40-F48) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살시도에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)			최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차	표준편차			
성	전체	1697.2	955.7	55.8	31.4	1	54	119	
	남자	1736.5	947.2	57.1	31.1	1	56	119	
사망 연령	여자	1629.1	966.7	53.5	31.8	1	51	117	
	19~64세	1674.0	958.7	55.0	31.5	1	53	119	
보험료 분위	65세 이상	1737.6	949.4	57.1	31.2	1	55	119	
	하(1~5)	1651.6	954.8	54.3	31.4	1	51	117	
	중하(6~10)	1689.1	945.2	55.5	31.1	1	53	119	
	중상(11~15)	1746.2	950.9	57.4	31.2	2	56	118	
	상(16~20)	1696.6	968.2	55.7	31.8	1	54	119	

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 3-8〉 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동중후군(F50-F59) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살시도에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(월)			최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차	표준편차			
성	전체	1574.5	947.7	51.7	31.1	1	48	119	
	남자	1539.0	950.9	50.5	31.2	1	47	119	
사망 연령	여자	1631.2	940.9	53.6	30.9	1	52	116	
	19~64세	1519.8	928.5	49.9	30.5	1	48	119	
	65세 이상	1667.4	973.6	54.7	32.0	1	51	116	

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(일)		최소값(일)	중앙값(일)	최대값(일)	
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차				
보혈료 분위	하(1~5)	238	1434.2	907.0	47.1	29.8	1	41	115
	중하(6~10)	218	1608.7	906.6	52.8	29.8	1	51.5	116
	중상(11~15)	259	1609.9	986.4	52.9	32.4	2	48	119
	상(16~20)	291	1632.3	968.4	53.6	31.8	1	53	117

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

<부표 3-9> 성인 인격 및 행동의 장애(F60-F69) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(일)		최소값(일)	중앙값(일)	최대값(일)	
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차				
전체	51	1626.5	917.8	53.4	30.0	3	48	113	
	남자	37	1604.6	917.2	52.7	30.0	3	48	113
성	여자	14	1684.6	951.6	55.4	31.1	12	57	101
	19~64세	47	1652.3	925.6	54.3	30.3	3	58	113
사망 연령	65세 이상	4	1324.0	878.8	43.8	29.1	17	36.5	85
	하(1~5)	14	1694.1	1003.0	55.8	32.9	15	45	113
보혈료 분위	중하(6~10)	11	1632.7	927.7	53.6	30.3	12	64	110
	중상(11~15)	12	1759.9	814.0	57.8	26.7	8	62.5	107
상(16~20)	14	1439.7	975.8	47.1	31.9	3	45	104	

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

〈부표 3-10〉 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애, 상세 불명의 정신장애(F90-F99) 환자의 최초 정신질환 진단 이후 자살사망에 이르는 평균 기간

구분	대상자 수(명)	평균 기간(일)		평균 기간(일)		최소값(월)	중앙값(월)	최대값(월)	
		평균 일수	표준편차	평균 개월 수	표준편차				
성	전체	15	1680.2	902.1	55.1	29.6	11	48	115
	남자	13	1770.5	926.1	58.2	30.3	11	61	115
사망 연령	여자	2	1093.0	551.5	35.5	17.7	23	35.5	48
	19~64세	12	1534.4	699.7	50.4	23.1	11	46.5	95
보혐료 분위	65세 이상	3	2263.3	1538.1	74.0	50.2	18	89	115
	하(1~5)	4	1493.3	864.6	49.3	28.7	11	54.5	77
	중하(6~10)	2	1317.5	869.0	43.0	28.3	23	43	63
	중상(11~15)	5	2053.4	1077.9	67.2	35.5	36	48	115
	상(16~20)	4	1582.0	932.7	52.0	30.3	18	50.5	89

자료: 국민건강보험공단 맞춤형 DB(NHIS-2019-1-280) 분석 결과.

간행물 회원제 안내

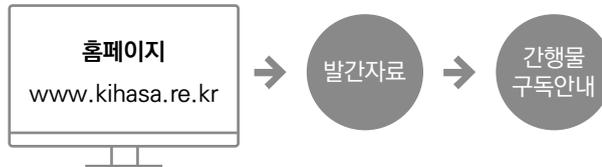
회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원 120,000원	보건 분야 간행물 회원 75,000원
사회 분야 간행물 회원 75,000원	정기 간행물 회원 35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>