

전략연구 2013-03

충청남도 자살 실태분석 및 예방정책 연구

이수철 외

발 간 사

최근 충남은 1인당 GRDP는 급격하게 상승하여 전국 광역시도 중에 2번째로 높은 수준에 이르는 등 눈부신 경제적 성과를 이루고 있습니다. 이러한 급속한 경제적 성장은 밝은 면만 가지고 있는 것은 아니라, 예기 못한 그늘이 드리우기도 합니다. 그 중 하나이자 가장 심각한 문제는 전국 최고 수준의 자살 문제입니다. 충남의 자살률은 최근까지 강원도와 더불어 전국 광역단지단체에서 가장 높은 수준을 유지해오고 있습니다.

자살은 스스로 자기 생명을 끊는 행위로 지극히 개인적이고, 심리적인 문제로 보이지만, 실제로 자살의 유형과 빈도는 한 사회의 건강성을 가늠해 볼 수 있는 척도라 할 수 있습니다. 즉 사회적 일탈행위로서의 자살률의 증가는 사회가 정상성이 해체되고 있음을 보여주는 것이라 할 수 있습니다. 따라서 충남이 자살을 예방하기 위한 정책의 개발과 시행은 충남의 건강성을 회복하는 일이자 개인의 생명의 존엄성을 회복하는 일로 더 이상 미룰 수 없는 과제라 할 수 있습니다.

자살은 개인의 심리적 문제뿐만 아니라 급격한 사회변동에 따른 규범의 혼란이라는 사회적 것과 깊게 관련되어 있다는 것이 연구의 출발점입니다. 이와 같은 전제에서 먼저 다양한 사회적 지표를 검토하여 충남의 자살양상의 특징을 찾아보고, 충남의 높은 자살률과 관계있는 다양한 사회적 요인을 고찰하기 위해 지역 간 자살률 차이에 영향을 주는 요인을 살펴보았습니다. 이를 바탕으로 충남 자살예방정책의 방향성을 제시하기 위해 국내외의 자살예방정책과 충남의 노력을 비교하여 정책적 대안을 제시했습니다. 그러나 본 연구는 완성이 아니라, 다양한 당사자들은 협력을 통해 지속되어야 할 시작점으로 생각됩니다.

자살이라는 특수한 문제로 인한 어려운 여건 속에서도 연구 수행을 위해 노력을 기울여주신 이수철 박사, 여형범 박사, 김용현 박사 등 원내연구진과 연구 성과를 거둘 수 있게 도움을 주신 자문위원님, 충청남도 공무원들, 충남광역정신건강증진센터 관계자들께 깊은 감사의 인사를 드립니다.

2013년 12월 31일
충남발전연구원장 강 현 수

연구 요약

1. 필요성과 목적

최근 한국의 자살률은 급격히 상승하여 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 한국사회의 자살률(인구 10만명당 자살자 수)은 가파르게 상승하여, 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 가장 높은 수준까지 이르고 있다. 그런데 우리사회의 자살문제는 단순히 자살률이 높다는 데 있는 것이 아니라, 자살의 유형도 매우 다양한 형태로 나타나고 있다는 데에 그 심각성을 더하고 있다.

우리사회 자살의 증가는 사회의 정상성(normality)이 붕괴되고 있음을 보여주는 단적인 예라고 할 수 있다. 자살은 스스로 목숨을 끊는다는 점에서 지극히 개인적인 행위라고 할 수 있지만, 그 내면을 들춰보면 지극히 사회적이고 관계적인 행위라는 점을 알 수 있다. 즉 자살이라는 개인적 행위를 촉발하거나 유인하는 것은 사회구조적 요인이 개인에게 반영되어 나타난다고 할 수 있다. 이러한 의미에서 자살은 그 사회가 앓고 있는 병리적 현상을 대변한다고 할 수 있다. 한국 사회의 자살급증의 기저에는 자살해위를 추동하게 하는 한국사회의 구조적 속성이 자리 잡고 있다.

이러한 우리사회의 자살률 증가의 문제는 충남의 경우 더욱 심각하다. 충남지역은 최근 광역자치단체로는 최고의 자살률을 기록하고 있다. 2013년 발표된 통계청 자료에 따르면 최근 3년간 전국의 평균 자살률은 31.3명인데 반해 충남은 45.1명으로 전국 평균보다 월등히 높다. 그리고 이러한 높은 자살률에서도 청양, 태안, 예산, 홍성 등 농어촌 지역이 계룡, 천안, 당진 등 도시 지역에 비해 월등히 자살률이 높다는 사실이다. 충남지역 자살 양상의 또 다른 특징은 다른 연령 집단에 비해 노인의 자살률이 매우 높다는 점이다. 전체 자살자 중 60세 이상의 노인층의 자살이 47.3% 차지하여 전체 자살자의 절반에 육박하고 있다. 이는 전체적으로 자살률이 높은 충남지역에서 농어촌 지역의 노인들이 가장 자살에 취약한 계층임을 유추할 수 있다.

그렇다면 충남의 높은 자살률과 농촌지역과 노년 인구의 특히 높은 자살률의 왜 발생하는

것일까? 이에 대한 명확한 답은 현재로서는 제시할 수 없다. 다만 본 연구를 통해서 충남지역의 높은 자살률 더불어 비정상적으로 높은 노인자살률에 영향을 주는 사회적 요인을 살펴보고, 다양한 방식의 예방 정책을 살펴보는 것이 필요하다. 그 이유는 자살은 한 가지 원인으로 발생하지 않고, 즉 오랫동안 누적된 상황 속에서 결정적 위기 상황에서 표출되는 것으로 일반적으로 이해되고 있기 때문이다. 따라서 이러한 충남의 자살양상은 충남의 사회문제와 위기를 그대로 보여주는 단면이라 할 수 있다.

지역은 삶의 터전이 되는 곳이기 때문에 지역의 특수한 사회적 변동을 파악하고 이에 기초한 예방이 필요하고, 지역특성에 맞는 자살의 실태 및 현상 분석과 이에 따른 해석이 정책수행에 선행되어야 한다. 그러한 기존 연구는 이러한 접근은 거의 시도된 적이 없다. 지역적 맥락 속에서 자살의 실태를 파악하는 연구는 반드시 필요하고 이에 대한 분석을 시도하고자 본 연구를 수행하고자 한다.

2. 주요 연구내용

1) 전국과 비교한 충남지역 자살 양상의 특징

충남 자살양상의 가장 두드러진 특징은 전국 최고 수준의 자살률을 보이고 있고 도시보다는 농촌의 자살률이 매우 높다는 점이다. 최근 3년간 전국의 평균 자살률은 31.3명인데 반해 충남은 45.1명으로 전국 평균보다 월등히 높은 비율이다. 또한 청양, 태안, 예산, 홍성 등 농어촌 지역이 계룡, 천안, 당진 등 도시 지역에 비해 월등히 자살률이 높다는 사실이다.

전국과 비교한 충남자살 양상의 또 다른 특징은 매우 높은 노인 자살률을 보이고 있다는 점이다. 전체 자살자 중 60세 이상의 노인층의 자살이 47.3% 차지하여 전체 자살자의 절반에 육박하고 있고, 전체적으로 자살률이 높은 충남지역에서 농어촌 지역의 노인들이 가장 자살에 취약한 계층이라고 할 수 있다.

2) 전체 자살률과 노인자살률의 지역적 차이에 영향을 주는 요인

전체 자살률의 지역 간 차이를 분석한 결과를 살펴보면, 인구밀도가 낮으면 자살률은 높다고 할 수 있다. '인구밀도'는 노인인구비율, 인구증가율(-)과 상관관계가 매우 높기 때문에,

확대해석하면 노인인구비율, 인구증가율은 자살률과의 관계가 높은 것으로 추론이 가능하다. 결국 공동화되고 노령화 되는 농산어촌 지역의 자살률의 높을 것을 추론할 수 있다. 한편 자치단체의 재정자립도가 낮으면 자살률이 높은 것으로 드러났다. 재정자립도는 빈곤율(-), 소득세(-)와의 상관관계가 매우 높다. 결국 지역별로 빈곤율이 높아 소득세가 낮아 재정자립도가 낮으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다. 한편 지역의 흡연율이 높으면, 자살률이 높은 것으로 드러났고, 이혼율이 높으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다.

분석 결과를 보다 자세히 설명하면 인구밀도가 낮으면 자살률은 높다고 할 수 있다. ‘인구밀도’는 노인인구비율, 인구증가율(-)과 상관관계가 매우 높기 때문에, 확대해석하면 노인인구비율, 인구증가율은 자살률과의 관계가 높은 것으로 추론이 가능하다. 결국 공동화되고 노령화 되는 농산어촌 지역의 자살률의 높을 것을 추론할 수 있다. 한편 자치단체의 재정자립도가 낮으면 자살률이 높은 것으로 드러났다. 재정자립도는 빈곤율(-), 소득세(-)와의 상관관계가 매우 높다. 결국 지역별로 빈곤율이 높아 소득세가 낮아 재정자립도가 낮으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다. 한편 지역의 흡연율이 높으면, 자살률이 낮은 것으로 드러났고, 이혼율이 높으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다.

3) 국내외 자살예방정책과 충남 자살예방책의 비교가 주는 함의

우리나라 자살예방정책의 전범이 되는 핀란드의 자살예방 정책은 전국적인 자살률 상승에 국가적인 차원의 자원을 동원하는 시스템을 구축하는 것이다. 대규모 전문가 집단을 통해 전국 인구를 대상으로 심리적 부검을 실시하고, 자살의 가장 중요한 요인을 우울증이라는 병리학적인 요인으로 밝히고 이에 대한 대처로 자살률을 정책이다. 그리고 우울증에 대한 단기적 대처뿐만 아니라, 사회적 지지대의 확보라는 중장기 대책도 병행하여 진행되었다.

이와 같은 모델을 받아들인 한국의 자살예방정책은 우울증이라는 병리학적인 요인에 초점을 맞추는 예방정책을 실시하고 있다. 이에 따라 상담, 사례조사, 사례 관리에 초점 두고 예방사업을 진행하고 있지만, 자살의 사회적 요인을 외면하여 장기적 예방정책의 부족한 형편이다. 충남의 자살예방정책은 단기적인 우울증 대처와 장기적인 사회적 관계망의 회복이라는 조화를 이루려고 노력하고 있다. 구체적으로 고위험군 사례조사, 심리적 부검, 상담, 마을사업 등 가장 앞선 프로그램을 운영하지만, 인원과 예산의 한계로 어려움 직면하고 있다.

그러므로 자살예방 정책의 방향은 국가 단위에서는 자살을 개인적 차원뿐만 아니라, 사회적 차원의 문제로 인식하고 단순한 캠페인이나 선언차원이 아닌 보다 구체적인 실행 대책을 마련해야 한다. 그리고 광역과 기초 지자체 차원에서는 서로의 상황에 맞게 사업을 구상하고 이에 대한 실천방안을 수립해야 한다. 그리고 이는 개인의 심리적이고 병리적 예방차원의 단기적 대책과 함께 사회 지지망의 확보라는 중장기적 대책을 병행해야 할 것으로 보인다.

3. 결론(정책 제언)

1) 충남 자살예방기본계획 수립

정부는 제3차 자살예방기본계획 수립을 추진하면서 정책기본방향으로 '자살 없는 건강한 사회'를 비전으로 '지역사회 자살 위험군 감소 및 대응역량 강화'를 목표로 제시하고 있다. 충남은 2012년 '충청남도 생명 존중문화 조성 및 자살예방에 관한 조례'를 제정하였으며, 조례에는 자살예방기본계획 수립 및 시행, 자살예방센터 설립, 민간 자살예방활동 지원 등의 내용을 담고 있다. 따라서 행정이 주도하는 자살예방 실천이 아닌 충남도민이 함께하는 자살예방 실천이 될 수 있도록 참여적 방법으로 자살예방기본계획 수립해야 한다(자살예방정책에 대한 도민의 인식 고양, 정당성 확보).

2) 자살예방 전담인력의 대폭 확보와 예산의 대폭적 증액이 필요

충남광역정신건강증진센터를 중심으로 심리사회적 부검, 자살고위험군의 파악, 상담, 사례 관리, 행복마을 사업 등 가장 효과적인 예방사업을 시행하고 있지만, 인력과 예산부족으로 실질적 효과를 거두는 데는 한계가 존재한다. 따라서 자살을 충남의 시급한 현안 문제로 인식하고, 자살률을 낮추기 위해 보다 많은 행정 자원의 투입이 필요하다.

3) 가장 효과적인 예방정책인 '생명존중 행복마을'의 양적 확대뿐만 질적인 효과를 견인하는 정책 시행

전담인력과 예산의 부족한 상태에서 제대로 평가가 이루어지지 못한 시범사업을 242개 사업으로 양적으로 확대하면 필연적으로 줄속 운영될 가능성이 높다. 그리고 모든 마을에 대해 이러한 사업을 실시할 수 없기 때문에, 삼농혁신, 농업 6차산업화사업, 마을 만들기, 기존의 사회복지 프로그램과의 유기적 연계방안을 만드는 것이 필요하다. 이러한 유기적 연계방안을 마련하기 위해서서 도-광역정신보건증진센터-유관단체의 협조방안 마련 필요하다.

4) 중앙정부-충남-기초단계의 공조체제 구축

자살의 문제는 개인적 차원만의 문제도 아니고, 지자체안의 문제도 아니고, 중앙정부만의 문제가 아닌 모든 행위자들의 협력의 문제라 할 수 있다. 중앙정부는 연구와 예방매뉴얼을 만들고 예산을 확보하여 지자체의 사업을 지원해야 한다. 지방정부는 자체적 사업을 시행하고, 이를 바탕으로 실태를 분석하여 중앙정부의 지원을 이끌어 낼 수 있도록 해야 한다. 특히 충남과 같은 광역지자체의 경우 도차원에서는 중앙정부와 기초단체를 연결하는 정책을 개발하고 시행해야 하며, 기초단체는 삶의 영역에서 고위험군의 사례를 관리하고 사회적 지지망을 확보하는 것과 같은 실질적인 사업을 시행해야 한다.

5) 시군, 읍면 또는 마을별 자살위험평가 실시

자살은 개인이 처한 상황, 감정, 경험, 사고 등 다양한 요인에 따라 이루어지기에 자살위험을 평가할 수 있는 보편적인 틀을 만들기는 어렵지만, 각 시군, 읍면, 마을 단위로 자살 관련 현황, 기반시설, 네트워크, 관련 프로그램, 주민 의식 및 태도 등을 미리 파악함으로써 시군, 읍면, 마을에 적합한 자살예방 프로그램을 구성하는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

목 차

제1장 서 론

1. 연구의 배경 및 목적	1
2. 연구의 절차 및 주요 내용	7

제2장 선행연구 검토와 연구의 분석틀 설정

1. 우리사회의 자살 연구의 흐름	11
2. 자살을 사회적 차원으로 바라보는 연구	14
3. 자살률의 지역적 분포에 관한 연구	16
4. 본 연구의 차별성과 분석틀	20

제3장 한국사회와 충남의 자살양상

1. 우리사회와 충남의 자살 양상 분석	23
2. 우리사회와 충남의 자살 양상 GIS 분석	33
3. 전국과 비교한 충남 지역의 자살 양상의 특징	43

제4장 자살률과 노인자살률의 지역적 차이에 영향을 주는 요인 분석

1. 자료수집 및 분석 방법	46
2. 변수의 조작화	47
3. 분석결과	48

제5장 국내외 자살예방 정책 사례

1. 핀란드의 자살예방을 위한 국가프로젝트 개요	60
2. 핀란드 자살예방을 위한 프로젝트	62
3. 핀란드 자살예방프로젝트 결과 및 분석	70
4. 한국 중앙정부 차원의 자살예방 정책	72
5. 광역지자체 차원의 자살예방 대책: 서울시 사례	75
6. 기초지자체 차원의 자살예방 대책: 서울 노원구 사례	79
7. 충청남도의 자살예방 사업	114

제6장 결 론

1. 충남 자살의 특징과 자살률에 영향을 주는 요인	124
2. 충남 자살예방을 위한 정책적 제언	127
참고문헌	131

표 목 차

[표 1-1] 최근 20년간 자살자 수 및 자살률 추세	2
[표 1-2] 전국과 충남의 자살자 수와 자살률	3
[표 1-3] 충남 시군별 자살사망자 현황	4
[표 1-4] 충남 연령별 자살사망자 현황	5
[표 3-1] 충남의 인구	44
[표 3-2] 충남의 노령화 지수	44
[표 3-3] 충남의 독거노인 비율	45
[표 4-1] 변수의 조작화	47
[표 4-2] 기초통계 분석결과	48
[표 4-3] 인구학적 요인 회귀분석결과	49
[표 4-4] 재정·경제 요인 회귀분석결과	50
[표 4-5] 지역·환경 요인 회귀분석결과	51
[표 4-6] 사회·문화 요인 회귀분석결과	52
[표 4-7] 심리적 요인 회귀분석결과	53
[표 4-8] 전체 모형 회귀분석결과	54
[표 4-9] 변수 간 상관관계	56
[표 4-10] 다중 공산성을 고려한 전체 모형 회귀분석 결과	57
[표 5-1] 노원자살예방센터의 자살예방사업 인력구성	84
[표 5-2] 노원자살예방센터의 자살예방사업 인력세부사항	85
[표 5-3] 노원구 자살예방사업의 세부사업내용 개괄	86
[표 5-4] 생명지킴이 보수교육 진행 현황	88
[표 5-5] 노인 마음건강평가	92

[표 5-6] 국민기초생활수급자 마음건강평가 결과	94
[표 5-7] 실직자 마음건강평가 결과	95
[표 5-8] 기타 대상 마음건강평가 결과 I	97
[표 5-9] 기타 대상 마음건강평가 결과 II	97
[표 5-10] 기타 대상 마음건강평가 결과 III	98
[표 5-11] 마음건강상담의 날 진행현황	99
[표 5-12] 2012 주의군 초기 평가현황	101
[표 5-13] 분기별 사례관리 실적	105
[표 5-14] 보건복지 자원연계현황	108
[표 5-15] 노원구 자살예방사업 전체 추진실적	112
[표 5-16] 우울증 검사 조사 내용	114

그림 목 차

[그림 1-1] 연구 체계도	8
[그림 2-1] 1910년-2010년까지 한국의 자살률 변동 추이	13
[그림 2-2] 사회 통합과 규제를 통한 자살의 유형화	15
[그림 2-3] 사회통합과 자살	16
[그림 2-4] 연구의 범위	21
[그림 2-5] 연구 분석 모형	22
[그림 3-1] 1997년 이후 자살자 추이	23
[그림 3-2] 광역시도별 자살인구 및 자살률	24
[그림 3-3] 광역시도별 노인 자살인구 및 자살률	25
[그림 3-4] 교육수준별 자살자 추이	26
[그림 3-5] 성별 자살자 추이	27
[그림 3-6] 세대별 자살 인구	28
[그림 3-7] 직종별 자살 인구	29
[그림 3-8] 전국 및 주요 광역지자체의 1인당 GRDP 변화	30
[그림 3-9] 전국과 충남의 자살인구 및 자살률 비교	31
[그림 3-10] 전국과 충남 세대구간별 자살률	32
[그림 3-11] 전국과 충남 세대별 자살률	32
[그림 3-12] 2011년 기초단체별 자살자 수	33
[그림 3-13] 2011년 기초단체별 노인 자살자 수	34
[그림 3-14] 2011년 기초단체별 자살률	35
[그림 3-15] 2011년 기초단체별 노인자살률	36
[그림 3-16] 2011년 기초단체별 우울증 경험률	37

[그림 3-17] 2011년 충남 기초단체별 자살자 분포	38
[그림 3-18] 2011년 충남 기초단체별 노인 자살자 분포	39
[그림 3-19] 2011년 충남 기초단체별 자살률 분포	40
[그림 3-20] 2011년 충남 기초단체별 노인 자살률 분포	41
[그림 3-21] 2011년 충남 기초단체별 우울증 경험률 분포	42
[그림 4-1] 지역 자살률에 영향을 주는 요인	58
[그림 4-2] 지역 노인자살률에 영향을 주는 요인	59
[그림 5-1] 자살예방을 위한 전략 모델	65
[그림 5-2] 1986-1996년 핀란드 자살률	70
[그림 5-3] 서울시 자살예방센터 위기관리 서비스 체계도	78
[그림 5-4] 2006년-2011년 노원구 자살사망자와 자살률 추이	79
[그림 5-5] 2009년-2011년 노원구 연령별 자살사망자 추이	80
[그림 5-6] 2012년 노원구 원인별 자살사망자	81
[그림 5-7] 2007년-2011년 노원구 직업별 자살사망자 추이	82
[그림 5-8] 노원구 자살예방사업 사업목표	83
[그림 5-9] 노원구 자살예방사업 사업대상	83
[그림 5-10] 노원구 자살예방사업 추진체계	84
[그림 5-11] 노원구 자살예방사업의 대상별 사업내용 개괄	87

제1장 서론

1. 연구의 배경 및 목적

1) 연구의 배경

최근 한국의 자살률은 급격히 상승하여 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 한국사회의 자살률(인구 10만명당 자살자 수)은 가파르게 상승하여, 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 가장 높은 수준까지 이르고 있다. 그런데 우리사회의 자살문제는 단순히 자살률이 높다는 데 있는 것이 아니라, 자살의 유형도 매우 다양한 형태로 나타나고 있다는 데에 그 심각성을 더하고 있다.

해마다 대학입시가 끝나면 성적을 비관해 스스로 목숨을 끊기도 하고, 얼마 전에는 입시전쟁의 승리자이자 한국의 최고 엘리트라고 불리는 KAIST 학생들의 자살문제로 사회의 이슈로 등장하기도 했다. 이러한 사실은 한국의 입시 경쟁이 패배자는 물론 승리자에게도 가혹한 결과를 초래한다는 사실을 보여주고 있다.

최근에는 저출산·고령화로 대표되는 인구구조의 변동과 가족해체로 인해 사회적 안전망을 상실한 노인들의 자살이 유례없이 급증하고 있다. 효(孝)와 장유유서(長幼有序)로 표현되는 유교주의적 공경의 전통이 강한 우리 사회에서 노인자살이 세계 최고를 기록하고 있다는 사실은 놀라운 점이다.

또한 불과 몇 해 전에는 전직 대통령이 스스로 목숨을 끊어 우리 사회를 충격을 속으로 몰아넣기도 하였고, 생활고에 시달려 목숨을 끊어버리는 생계형자살은 'IMF 외환위기' 사태 이후 급격히 증가하였다가 최근 다시 증가하는 추세이다. 이와 같은 현상들을 종합해 보면, 우리사회의 자살은 계층, 연령, 지위와 관계없이 급속한 증가 현상을 보이고 있다.

우리의 자살의 증가는 사회의 정상성(normality)이 붕괴되고 있음을 보여주는 단적인 예라고 할 수 있다. 자살은 스스로 목숨을 끊는다는 점에서 지극히 개인적인 행위라고 할 수 있지만, 그 내면을 들춰보면 지극히 사회적이고 관계적인 행위라는 점을 알 수 있다. 즉 자살이라

는 개인적 행위를 촉발하거나 유인하는 것은 사회구조적 요인이 개인에게 반영되어 나타난다고 할 수 있다. 이러한 의미에서 자살은 그 사회가 앓고 있는 병리적 현상을 대변한다고 할 수 있다. 한국 사회의 자살급증의 기저에는 자살해위를 추동하게 하는 한국사회의 구조적 속성이 자리 잡고 있다. 이러한 사실은 <표 1-1>의 최근 20년간 자살자 수 및 자살률 변동 추이를 보면 개략적으로나마 파악이 가능하다.

<표 1-1> 최근 20년간 자살자 수 및 자살률 추세

연도	자살자수(명)	자살률 (10만명당)	연도	자살자수(명)	자살률 (10만명당)
1993	4,123	9.7	2003	10,932	24.1
1994	4,211	10.6	2004	11,523	25.2
1995	4,810	10.5	2005	12,047	26.1
1996	5,865	11.6	2006	10,653	21.8
1997	6,022	14.1	2007	12,174	24.8
1998	8,569	19.9	2008	12,858	26.0
1999	7,075	16.1	2009	15,413	31.0
2000	6,431	14.6	2010	15,566	31.2
2001	6,933	15.1	2011	15,906	31.7
2002	8,631	19.1	2012	14,160	28.1

자료: 통계청 사망원인통계(2013)

<표 1-1>에서 보는 것처럼 최근 20년간 자살률은 3번의 드라마틱한 변화를 보여주고 있다. 첫 번째 변화는 1998년이다. 이는 1997년 소위 'IMF 사태'라 불리는 외환위기가 발행한 이후 많은 사람들이 구조조정 문제 등으로 생활고를 겪게 되고, 비관하여 자살하는 '생계형 자살'이 급증하였던 시기이다.

두 번째 변화는 2003년의 변화이다. 소위 'IMF 사태'라고 불리는 국가적 위기 상황의 생계형 자살 문제가 안정화기에 접어들면서 흔히 '신용대란'으로 표현되는 사회문제로 인해 많은 사람들이 신용불량자로 전락하게 되는 시기에 발생하였다. 이때도 많은 사람들이 자살을 선택하였다.

세 번째 변화는 전세계적인 금융위기의 여파로 경제 침체가 이어졌던 2009년이다. 세 번째 변화 역시 신용대란의 위기 후 안정화기에 들어서면서 소폭이나마 자살률이 감소하거나 유지되다가, 리먼사태로 촉발된 외부적 요인이 우리사회에 충격을 주자, 그 여파가 개인에게 전가되면서 환경에 적응하지 못하는 사람들이 자살을 선택했던 것이다. 세 번의 변화 시기 모두 생활고를 견디지 못해 자살이 급증했지만, 세 번째 변화 이후에는 우리사회의 중산층으로 굳건히 중심을 잡고 있던 사람들의 자살이 급증했다는 점에서 그 문제점이 더욱 심각하다고 할 수 있다.

한편 자살에 대한 지역차원의 접근은 거의 전무한 상태다. 특히 충남지역은 <표 2>에서 보는 바와 같이 최근 광역자치단체로는 최고의 자살률을 기록하고 있다. 최근 3년간 전국의 평균 자살률은 31.3명인데 반해 충남은 45.1명으로 전국 평균보다 월등히 높다. 충남이 이렇게 자살률이 높아진 정확한 이유는 알 수 없다.

〈표 1-2〉 전국과 충남의 자살자 수와 자살률

구 분	2010		2011		2012	
	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)
전국	15,566	31.2	15,906	31.7	14,160	28.1
충남	914	44.6	931	44.9	746	37.2

자료: 통계청 사망원인통계(2013)

〈표 1-3〉 충남 시군별 자살사망자 현황

구 분	2009		2010		2011	
	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)
전국	15,413	31.0	15,566	31.2	15,906	31.7
충남	928	45.8	914	44.6	931	44.9
천안시	186	34.5	189	34.5	209	37.2
공주시	61	48.9	68	54.8	57	46.0
보령시	47	44.0	55	51.6	63	59.4
아산시	85	34.2	86	33.1	118	44.0
서산시	80	50.7	98	61.5	83	51.8
논산시	65	51.0	64	50.5	62	49.1
계룡시	12	28.5	5	11.7	8	18.7
당진시	71	51.6	54	38.2	51	34.7
금산군	18	31.9	25	44.5	38	68.1
연기군	41	51.9	33	41.1	30	36.8
부여군	37	48.6	36	48.1	28	38.0
서천군	31	51.4	26	43.5	23	38.8
청양군	31	94.4	23	70.9	22	68.3
홍성군	54	61.4	47	53.7	49	56.1
예산군	56	63.9	65	74.9	47	54.6
태안군	53	83.8	40	63.6	43	68.8

자료: 통계청 사망원인통계(2012)

이 <표 1-3>의 자료로서 확인할 수 있는 것은 청양, 태안, 예산, 홍성 등 농어촌 지역이 계룡, 천안, 당진 등 도시 지역에 비해 월등히 자살률이 높다는 사실이다. 충남은 전국에서도 GRDP가 가장 가파르게 성장하는 지역 중 하나이지만, 이러한 성장의 열매를 일부 도시 지역과 중앙에서 독점하고, 그러한 성장에서 배제된 지역은 빠르게 공동화 되면서 빈곤이 진행되고 있어 이와 같은 결과가 나올 것이라고 추정할 뿐이다.

충남지역 자살 양상의 또다른 특징은 다른 연령 집단에 비해 노인의 자살률이 매우 높다는 점이다. 전체 자살자 중 60세 이상의 노인층의 자살이 47.3% 차지하여 전체 자살자의 절반에 육박하고 있다(<표 1-4> 참조). 이는 전체적으로 자살률이 높은 충남지역에서 농어촌 지역의 노인들이 가장 자살에 취약한 계층임을 유추할 수 있다.

〈표 1-4〉 충남 연령별 자살사망자 현황

(단위 : 명)

구분	계	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80세 이상
2009	928	20	59	133	156	140	150	169	101
2010	914	10	78	114	134	139	136	199	104
2011	931	18	77	104	131	148	142	198	113
계	2,773	48	214	351	421	427	428	566	318

자료: 통계청 사망원인 통계(2012)

이것은 놀라운 결과인데, 한국의 노인의 자살은 한국사회 특유의 지역사회까지 확대된 가족주의의 해체라는 사회구조 속에서 경제적 문제와 정서적 고립 등의 상황이 겹치면서 발생하지만, 일반적으로 농촌사회는 이러한 전통적 가치가 가장 잘 보존된 지역으로 평가되는 곳으로 이렇게 자살률이 높다는 사실은 충남의 농어촌 지역의 급격한 사회변동이 일어나고 있다는 징후로 설명할 수 있을 것이다.

충청남도도 이러한 문제의 심각성을 인식하여 자살예방 사업을 2012~3년 道 복지보건국의 핵심 과제로 다음과 같이 3가지 정책방향을 제시하고 있다. 첫째 자살예방 조례 제정, 자살 통계 DB 구축 등 자살예방 인프라 구축, 둘째 자살 고위험군 조기개입 및 위기관리, 셋째 자살 예방 교육 및 홍보 강화 등이다.

현재 충남의 위와 같은 정책 방향을 설정하고 자살 예방에 총력을 기울이고 있으나, 그 결과는 아직까지는 미미하다. 이와 같은 자살예방 정책은 단기적 치유의 차원에서 의미를 가지나, 근본적인 자살예방 정책은 되지 못하고 있다. 따라서 충남에서 자살률을 낮추기 위해서는 보다 근본적인 원인 파악과 정책적 대안 마련이 절실하다고 할 수 있다.

충남의 정책적 노력에도 불구하고 근본적으로 자살률을 낮추지 못하는 것은 자살원인의 복합성과 다양성을 인지하는 정책을 펴지 못하고, 지역적 맥락 하의 정책의 미미로 그 효과를 거두지 못하는 것으로 보인다.

자살은 한 가지 사건으로 발생하지 않는다는 것일 일반적 견해이다. 즉 오랫동안 누적된 상황 속에서 결정적 위기 상황에서 표출되는 것이 자살이다. 따라서 자살률의 급속한 증가는 사회의 정상성의 해체를 보여주는 사회의 위기로 여기고, 이에 대한 대비가 절실히 요구 된다.

즉 삶의 안정성의 위협하는 요인을 파악하는 것이 급선무라 할 수 있을 것이다. 여기서 삶의 안정성의 가장 기본적인 토대가 되는 것이 지역이라고 할 수 있다.

지역은 삶의 터전이 되는 곳이기 때문에 지역의 특수한 사회적 변동을 파악하고 이에 기초한 예방이 필요하고, 지역특성에 맞는 자살의 실태 및 현상 분석과 이에 따른 해석이 정책수행에 선행되어야 한다. 그러한 기존 연구는 이러한 접근은 거의 시도된 적이 없다. 지역적 맥락 속에서 자살의 실태를 파악하는 연구는 반드시 필요하고 이에 대한 분석을 시도하고자 본 연구를 수행하고자 한다.

2) 연구의 목적

연구의 배경에서 논의 되었던 문제를 바탕으로 본 연구는 다음과 같은 3가지 연구 문제를 제기하고자 한다.

- 1) 한국 사회와 충남의 자살률의 급격한 증가를 어떻게 설명해야 하는가?
- 2) 우리사회의 자살 양상의 지역별 차이, 특히 충남의 급격한 자살률 증가의 원인은 무엇인가?
- 3) 마지막으로 이러한 충남 지역사회의 자살률의 증가를 예방할 수 있는 정책은 무엇인가?

이러한 문제에 대한 답을 제시하는 것이 본 연구의 목적이다. 그러나 이러 연구문제에 대한 해답을 쉽게 찾을 수 없는 것이 현재까지의 현실이고, 기존에 지역적 차원의 연구가 거의 전무하다는 점에서 연구의 어려움이 존재한다. 이를 해결하기 위해 시군구 차원에서 기존의 자살에 영향을 줄 수 있는 요인 데이터를 추출하여 지역차원의 자살의 양상과 영향을 살펴보고 이를 통해 충남도 지역 차원에서 자살예방 정책 수립을 위한 기초 DB를 구축하고자 한다.

2. 연구 절차 및 주요 내용

1) 연구의 절차

본 연구의 추진은 충남발전연구원의 내부연구진을 중심으로 충남 자살의 양상과 사회적 문제를 발견하고, 자살문제의 전문가로 이루어진 외부 전문가의 워크숍을 통해 연구의 진행 방향을 설정하였다.

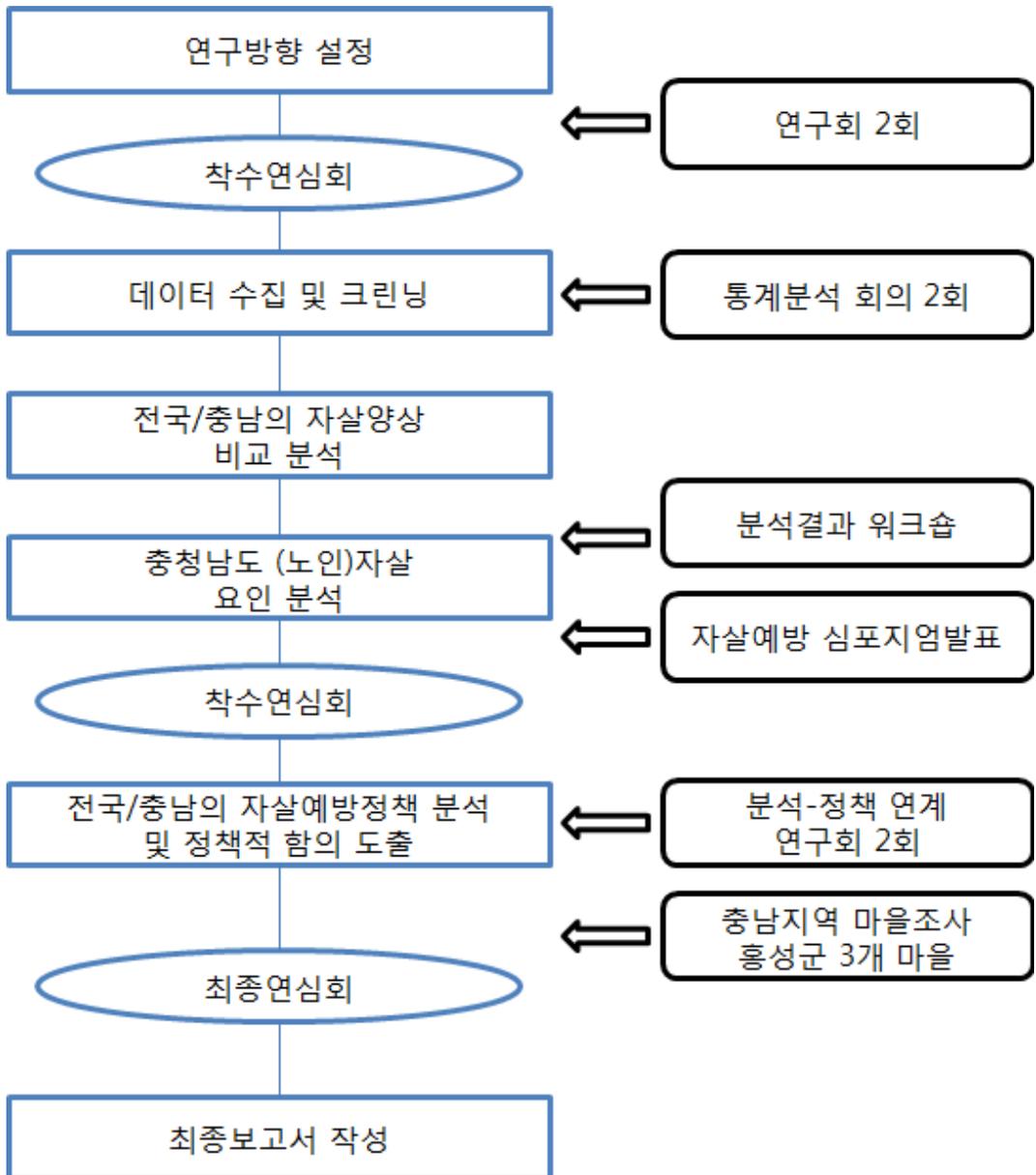
이러한 방향 설정의 내용을 착수연심회에서 보고하고, 연심위원들의 의견을 수렴하여 분석 방향을 설정하고, 기존의 논의를 바탕으로 지역차원의 자살양상 분석을 위한 변수를 구성하는 2회의 회의를 거쳐 변수를 정하였다. 이 후 변수를 가장 잘 대표하는 데이터를 구성하기 위하여 40여개의 각종 통계지표를 찾고, 이를 정렬하여 분석이 가능한 데이터 셀을 구성하였다.

이렇게 구성된 데이터 셀을 기초로 전국적 자살양상의 주요 지표를 분석하고, 같은 방식으로 충남의 자살양상을 분석하여 충남지역의 자살의 특징을 도출하였다. 또한 기초단체차원의 자살자수와 자살률의 령계 도출된 충남지역의 자살양상의 특징으로 종속변수(전체자살률과 노인자살률)를 분석을 통해 지역 차원의 자살 양상의 차이가 있는 것을 확인하였다. 이러한 결과를 바탕으로 자살률과 노인자살률로 독립변수로 놓고, 이에 영향을 주는 사회적 요인들을 독립변수로 하여 자살에 영향을 주는 요인에 대한 회귀 분석을 실시하였다.

이렇게 진행된 1차 분석결과를 가지고 통계와 자살연구자로 구성된 외부 전문가들과 1차 분석 결과에 대한 워크숍을 실시하여, 통계를 보정하였고, 도출된 결과를 충청남도과 충청남도광역정신건강센터에서 주관하는 “충남의 자살실태 현황과 대안 모색을 위한 자살예방 심포지엄”에 참석하여 분석된 결과를 발표하고, 다른 연구자와 전문가들의 조언을 받았다.

또한 통계 지표로 확인할 수 없는 충남의 자살의 양상을 확인하기 위해 충남의 자살예방정책을 시행하고 있는 충남광역정신건강증진센터의 도움을 받아 기존의 (노인) 자살이 상대적으로 많이 발생해서 생명존중 행복마을 시범사업을 실시하고 있는 3개 마을의 현지 조사를 실시하였다.

〈그림 1-1〉 연구 체계도



2) 연구의 내용

연구의 첫 번째 내용은 기존의 개인적 병리 차원의 자살 규정과는 다른, 사회적 의미의 자살에 대한 조작적 정의를 내리는 것이다. 자살은 사망자를 대상으로 하는 연구이지만, 현실적 의미를 갖는 것은 정책적 개입을 통한 자살 방지에 의미가 있으므로 자살의 개념을 보다 정교하게 규정할 필요가 있다. 또한 자살은 우발적 사건이 아니라, 자살 생각(충동)→계획→시도→사망(자살)의 일련의 과정을 통해 이루어지는 것으로 자살 이후의 문제일 뿐만 아니라, 자살 이전의 정책적 대응이 중요하다. 이러한 일련의 과정을 규정하기 위한 자살의 사회적 의미에 대한 조작적 정의를 내리는 과정은 자살분석을 위한 반드시 선행되어야 한다. 자살 조작적 개념 규정은 국내외의 자살에 관한 문헌(선행) 연구와 자살연구자들과의 연구회를 통해 진행된다.

둘째 자살에 대한 거시/광역 차원의 분석을 통해 충청남도의 자살의 특징을 밝혀내는 것이다. 자살은 개인의 병리현상(우울증)만의 문제로 귀결될 수 없는 사회적인 사건이라고 할 수 있다. 또 본 연구가 정책연구로서의 의미를 가지려면 자살 예방 차원의 문제와 맞물려서 진행되어야 한다. 따라서 본 연구는 장기적 예방정책과 단기적 차원의 예방정책에 필요한 자료를 산출하는 것을 일차적인 목표로 진행 된다.

자살 통계 데이터를 기초로 한국의 자살과 충남지역의 자살의 현황의 분포를 파악하고 이를 비교분석하는 과정을 거친다. 이를 통해 한국사회의 보편적 자살 양상과 충남의 자살양상의 비교하여 충남지역에서 나타나는 자살양상의 특징을 밝히고 이를 통해 중요 변수를 결정한다.

셋째 한국사회의 자살 통계 현황을 기초로 충남지역의 자살의 현황과 자살에 미치는 사회인구학적 변수들 간의 상관관계를 기초지자체 수준에서 분석한다. 자살의 가장 핵심 요인으로 꼽히는 사회경제적 요인과 자살률과의 관계를 먼저 분석하는 것이 필요하다. 충남 지역은 가장 드라마틱한 GRDP상승 지역인데, 자살자가 늘다는 이야기는 급격한 발전이 야기하는 많은 사회적 변화에 적응하지 못하는 인구가 존재한다는 의미이므로, 이러한 발전 이면에 존재하는 요인(양극화 지표 등)을 추출하여 자살과의 상관관계 분석한다.

또한 충남은 세종시, 내포신도시 등 급격한 공간 구조의 변동을 겪고 있는데, 이러한 공간구조의 변동, 특히 인구의 변동이 어떻게 삶의 안정성의 전제하고 자살에 이르게 하는지에 대한 관계 분석한다. 그리고 자살은 삶의 안정성을 저해하는 장기 지속적 위협요인(사회안전망 부

재, 마을 및 가족 공동체 해체)이 잠복되어 있다가 결정적 위기에 표출되는 현상이므로, 이러한 위험요인을 파악하여 자살과의 관계 규명한다.

그리고 이러한 분석의 단위는 기초지자체인데, 이것은 지역을 기반으로 정책의 개입(intervention)이 가능한 최소의 단위이기 때문이다.

넷째 앞선 데이터에서도 간단하게 드러나듯이 충남의 노인 자살률은 전체 자살의 50%에 육박하고 있다. 이는 사회경제적 요인 등이 인구 집단에 따라 다른 영향을 준다는 것을 의미한다. 따라서 자살자를 청소년, 청년, 청장년, 노년 등의 인구코호트로 구분하여 분석 시행한다. 이러한 인구 코호트별 분석은 누가 자살하는가?라는 자살의 주체를 파악하는데 필수적이고, 이러한 주체의 파악은 정책을 실행하는데 필수적 요소이다.

여기에 더해 자살의 미시적 차원의 원인 분석을 시도할 것이다. 이것은 충남광역정신건강증진센터에서 중점적으로 시행하고 있는 생명사랑 행복마을 시범사업의 결과를 분석하고, 이러한 정책의 결과를 바탕으로 3개 마을에 대한 현지 조사를 실시하였다.

최종적으로 이러한 결과를 바탕으로 자살예방 정책 분석 및 충남에서 시행할 수 있는 예방 정책의 정책적 함의를 도출하고자한다. 이는 기존의 국가차원의 “자살예방기본계획(1차, 2차, (3차))”의 분석을 바탕으로 주요 외국의 자살예방 사업 및 성과 분석(핀란드, 일본)하고, 충남도 차원의 자살예방 정책의 이들과 비교 분석하는 과정으로 진행될 것이다. 이렇듯 외국/국내 타시도/충남도의 시행 중인 자살예방 정책 중 정책의 목표와 미스 매치되어 있는 정책방향을 수정할 수 있는 정책적 함의를 도출하고자 한다.

제2장 선행연구 검토와 연구의 분석틀 설정

1. 우리사회의 자살 연구의 흐름

1) 자살=개인병리(우울증)로 바라보는 자살 연구와 예방정책

이와 같은 방식의 연구는 한국 사회의 주류 자살연구 방법으로 전체 자살 연구의 95% 이상 차지하고 있다. 이는 핀란드의 자살 예방정책 결과의 한국적 적용에서 파생되는 연구이다. 핀란드는 1991년 급증했던 자살을 예방하기 위해 전체 자살자의 심리부검 실시하였고, 심리부검의 결과 자살자 중 상당수가 우울증에 시달리고 있는 것을 발견하여, 이를 자살 고위험군으로 구분하고 우울증 치료제를 처방함으로써 자살률을 극적으로 감소시켰다.

이러한 결과를 바탕으로 현재 우리사회의 대부분의 자살 연구는 자살시도자와 우울증 검사를 통해 자살 고위험군을 추출하여 이를 관리하는 방법에 대한 연구이다. 이러한 자살 연구 방향은 한계와 비판이 존재한다. 그것은 일시적으로 감소했던 핀란드의 자살률이 최근 급증하는 것으로 드러나고 있다.

최근의 연구는 1991년 핀란드의 자살률 급증의 원인을 우울증을 유발했던 사회구조적인 면에서 찾으려는 시도가 증가하고 있다. 1991년의 자살 급증은 동구권에 의존했던 핀란드 경제가 동구의 몰락으로 어려움을 겪으면서 실업 등의 사회문제가 발생하였고, 이는 우울증을 매개로 개인의 자살을 급증했던 것으로 설명하는 시도가 등장하고 있는 것이다. 이러한 주장에 의하면 개인이 자살에 이르는 것은 우울증이라는 징후를 통과하여 나타나는 경우가 많지만, 우울증 자체가 자살의 직접적인 원인이라는 결론은 일종의 동어 반복이다. 따라서 개인의 자살은 사회구조적인 원인-우울증(매개변수)-자살이라는 순환고리 속에서 파악해야 장단기적인 자살 예방정책의 수립이 가능하다.

2) 한국사회 자살의 사회적 의미를 밝히려는 시도

통계청의 자살 요인 분석에 맞추어 우리사회의 사회과학연구에서 주로 시도되는 연구로 크게 세 가지 방향으로 진행되고 있다.

첫째 자살과 경제적 조건과의 관계를 밝히려는 시도이다. 주로 'IMF 사태'로 불리는 경제위기 이후, 그리고 저성장과 양극화가 본격적으로 거론되는 2000년대 중반 경에 자살이 급증하고 있다는 현상에 주목하여 실업, 빈곤, 소득감소, 저성장 등의 경제적 요인이 자살에 미치는 영향 분석하는 것이다.

둘째 사회심리적 요인이나 인구사회학적 요인 등으로 자살을 접근하는 연구가 진행되고 있다. 즉 결혼과 이혼 등 인구학적 특성이 자살률에 주는 영향을 분석하고, 이를 통해 우울증 등 자살위험에 노출되어 있는 사람들을 선별하여 치료적 행위로서 자살예방의 필요성을 역설하는 경우이다.

셋째 청소년, 노인자살 등 인구코호트 별로 접근하여 자살을 연구하고, 인구집단에 맞는 자살예방 대책을 수립하고자 하는 연구이다. 주로 생애주기별 다른 자살원인이 있고, 이에 대한 정책도 주기별로 다르게 세워야 한다는 주장을 담고 있다.

이밖에도 자살 수단에 관한 연구도 진행되고 있고, 자살자의 유서를 분석하는 등 자살의 사회적 의미 분석을 위한 질적 연구도 간헐적으로 진행되고 있다. 그러나 이렇나 연구의 대부분은 자살률의 추이나 인구사회학적 변수와의 상관관계를 규명하는 연구로 그 자체의 의미를 지니지만, 사회구조적 측면의 원인 규명을 하지 못하는 한계를 지니고 있는 것도 사실이다.

3) 시계열 데이터로 살펴본 자살의 한국적 의미

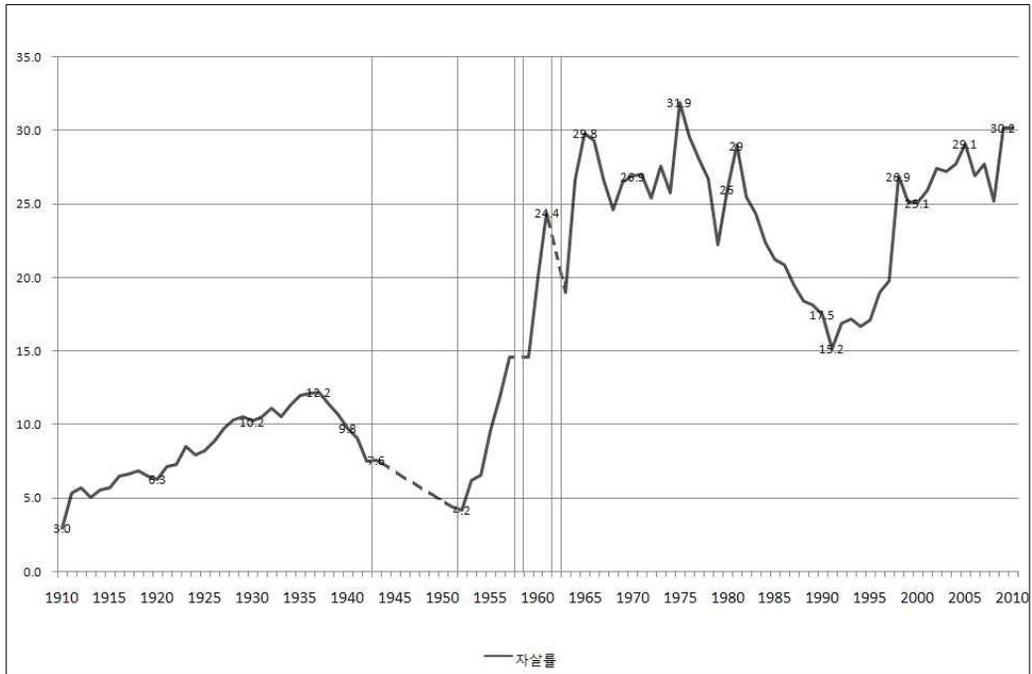
우리사회의 자살 문제의 심각성은 최근만의 일인가? 라는 문제가 제기에서 진행된 연구이다. 어느 사회나 어느 시점에나 자살은 존재해 왔다. 그렇지만 요즘처럼 사회 이슈가 되는 경우는 드물었음. 그렇다면 최근의 문제의 심각성이 두드러지게 조명되는 이유는 무엇인가?

그 이유에 대해서 이 자리에서 밝히는 것은 불가능하나, 한국사회의 자살에 대한 통시적 고찰은 이러한 질문에 대한 답의 실마리를 제공해 줄 수 있을 것이다. 최근 한 신진 연구자에 의해 1910년대 자살에 관한 기록이 시작될 때부터 현재까지 100년의 자료를 종합하여 통시

적인 자살연구가 수행되었는데, 그 연구에서는 식민지 시기의 조선총독부 자료, 경찰청의 사망원인 자료, 통계청의 자료를 종합하여 한국사회의 자살에 대해 전체적인 조망하고 있다.

그 연구에 따르면 한국사회에서 가장 자살률이 높았던 시기는 우리의 일반적 예상과는 다르게, 1970년대 산업화 시기였던 것으로 드러났다. 그리고 거시적으로는 3번의 급격한 자살률 증가 추이를 보이는 시기가 존재(<그림 2-1>)한다.

<그림 2-1> 1910년 ~ 2010년까지 한국의 자살률 변동 추이



자료: 정승화, 2011

주) 1944년~1952년, 1958년, 1963년 자살 통계 없음

첫 번째 시기는 1920-30년대 식민지 시기였다. 일본의 식민지를 거치면서 자본주의적 산업화를 겪고, 식민주의적 억압이 심해지면 생활이 어려워지기 시작했고, 이때 급격한 자살률의 증가를 보이게 되는데 이때의 자살은 일제의 부당한 억압과 착취에 항거하는 의미를 지님. 그래서 사회는 자살자의 생명경시를 비난을 하기보다는 개인을 자살로 내몰고 갔던 식민지 환경과 빈곤, 불평등의 문제에 대한 사회적 비판과 성찰을 강조하는 분위기였다.

두 번째 시기는 1960-70년대 급속한 산업화 진행시기. 압축적 산업화로 인해 눈부신 성장을 이루어냈던 이시기는 한국근대사에서 자살률이 가장 높았던 ‘절망의 시대’이기도 함. 그래서 이시기의 자살은 ‘사회적 타살’의 의미를 가지게 된다. 노동자의 희생으로 이룬 산업화는 한국 자본주의의 구조적 모순을 심화시키면서 수많은 자살자를 양산. 특히 1970년대 중반 오일쇼크 이후에 급증한 자살률은 20세기 이후의 한국 역사에서 가장 높은 기록하고 있다.

마지막 시기는 이미 앞서서도 언급했던 1990년대부터 현재까지 다양한 이유로 자살률이 급격하게 증가했던 시기이다. 특히 1997년 이후 자살자들이 증가하자 이에 대한 해결책으로 우울증을 비롯한 정신 건강의 문제가 주요한 정책으로 전면에 부상한 시기. 즉 이시기에는 자살을 개인이 아닌 위험요소들에 초점을 맞추고, 이질적 요인들의 통계적 상관관계의 규명에 집중하여 자살을 예방할 수 있는 병리현상으로 규정하고 있다. 그리고 이시기에는 신자유주의 식 경쟁이 사회의 우월한 가치로 천명되면서, 지역과 연령 등의 불평등이 심화되고 이러한 불평등은 자살의 양상에도 그대로 드러나는 시기라고 할 수 있다.

이러한 시계열 데이터를 이용한 통시적인 한국사회의 자살연구에서 보이는 특징은 자살은 개인적 차원의 병리현상만을 의미하는 것이 아니라는 것이다. 각 시기의 사회적 위기가 개인의 자살이라는 현상에 투영되어 나타나고 있다는 사실을 명시적으로 보여주는 연구라 할 수 있다.

2. 자살을 사회적 차원으로 바라보는 연구

자살학의 창시자인 뒤크켄(E. Durkheim)과 그 후계자들의 연구이다. 뒤르켄에 의하면 자살은 가장 반사회적이고 무질서한 사회현상이다. 자살을 사회병리 현상으로 바라보고 그 원인을 밝힘으로서, 그가 추구하고자 했던 규범적 지향점인 도덕 질서의 확립을 시도하였다. 사회통합의 정도와 도덕적 규제를 기준으로 자살을 다음의 도식과 같이 4가지로 구분했고, 동시대의 특성을 반영하는 이기적 자살, 이타적 자살, 아노미적 자살이라는 3가지 유형의 자살을 분석하였다.

〈그림 2-2〉 사회 통합과 규제를 통한 자살의 유형화

-		+
이 기 적 자살	-----	이타적 자살
아노미적 자살	-----	숙명적 자살

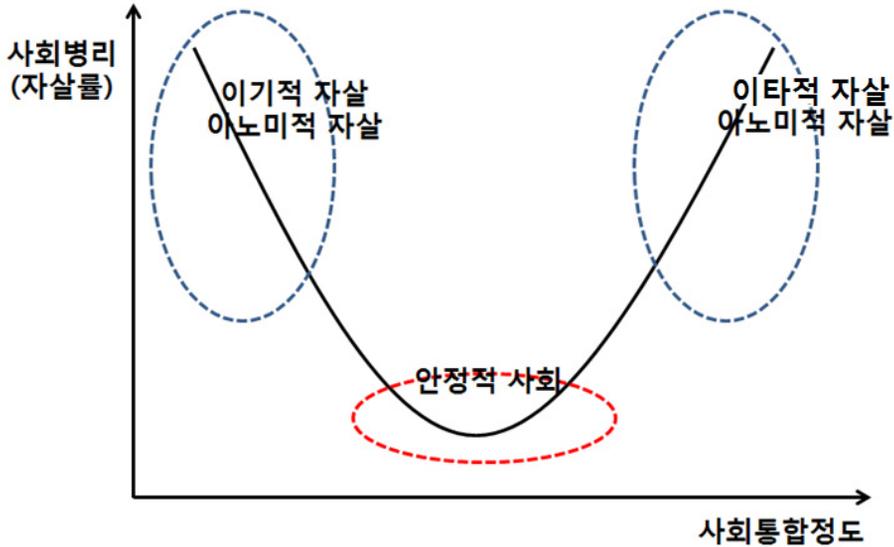
위의 구분에서 나타나듯이 사회의 통합이 지나치게 높아 개인의 자율성이 상실될 때 발생하는 자살을 이타적 자살, 반대로 통합의 정도가 너무 낮아 개인이 의지할 곳이 없을 때 생기는 자살을 이기적 자살, 그리고 무규범의 사회 혼돈 상태에서 생기는 자살을 아노미형 자살로 분류하였다. 사회적 변동과 자살과의 관계 다음과 같은 그래프로 표현 가능하다.

사회가 지나치게 파편화되어 규범적 혼란이 초래된다면 이기적 자살과 아노미적 자살이 증가하게 되고 결국 사회의 전체적인 자살률도 증가한다. 반면 한 사회가 과잉으로 통합되어 개인의 자율성이 사라지면 이타적 유형의 자살이 증가하게 되어 결국 한 사회의 자살률 또한 증가한다.

뒤르케임이 추구했던 사회질서는 자살률이 가장 낮아지는 지점이고, 이는 곧 산업사회에 가장 적합한 도덕적 규범이 형성되는 유기적 연대가 이루어져 개인의 자유와 공동의 규범이 조화를 이루는 안정된 사회이다. 자살률이 낮은 이러한 사회는 정상성을 지닌 사회이고, 한국의 경우처럼 자살률의 변동이 급격한 사회는 정상성이 해체되는 구조적 변동을 겪고 있는 상태로 해석 가능하다.

이와 같은 그의 분석은 자살이 단순히 개인의 자율적 선택의 문제가 아니 사회구조적 속성과 밀접하게 연관되어 있다는 사실을 보여주고 있다. 이러한 그의 분석은 본 연구의 많은 시사점을 제공해 주고 있다. 즉 충남지역에서 자살률이 급격하게 증가하는 이유는 공동체의 해체 혹은 과잉 집단화의 양상이 나타나고 있다는 증거이다. 즉 충남지역의 사회의 정상성이 해체되어 변동하는 과정에 있다는 사실을 보여주고 있다.

〈그림 2-3〉 사회통합과 자살



3. 자살률의 지역적 분포에 관한 연구

우리 사회에서 자살률의 지역적 차이에 규명하는 연구는 많지 않다. 이러한 이유는 자살을 사회의 비정상성이라는 문제로 접근하지 않고, 개인적 차원의 심리적 병리의 문제로 접근하였기 때문이다. 그러나 최근에는 자살이 개인의 문제일 뿐만 아니라, 한 사회의 비정상성의 문제이고 사회적 비용을 수반하는 문제라는 인식 하에 지역 간 차이에 문제에 주목하는 연구가 진행되고 있다. 이러한 지역 간 차이의 연구의 배경에는 자살문제에 정책적 접근을 통한 자살 예방정책을 도출하고자 하는 것이다. 이는 우리 사회가 자살의 문제를 사회적 차원으로 접근하기 시작했다는 의미를 포함하고 있는 것이라 할 수 있다. 이러한 지역 간 자살률의 차이에 관한 연구를 정리하면 다음과 같다.

□ 노인자살률의 지역적 편차: 가족불안정의 영향을 중심으로(유정균, 2008)

1) 분석변수

- 종속변수: 1995, 2000, 2005년 노인자살자(60세 이상)
- 독립변수: 거주지역(대도시, 중소도시, 농촌지역 구분)

사회경제적 수준(1인당 지방세, 만명당 의료기관수)

가족 불안정성(조이혼율)

2) 분석결과: 가족 불안정성이 노인자살에 가장 큰 영향을 미침

- 조이혼율은 젊은 연령층(20-50대)의 자살률 보다는 노인자살률 더 큰 영향을 미치며, 이혼율이 높은 지역일수록 노인자살률 역시 높아짐. 이혼율은 남자노인의 경우 이혼율의 효과가 더 강하게 나타남
- 거주지역은 일관된 방향성이 없으며 통계적으로 유의미하지 않음
- 지방세 및 의료기관이 자살률에 미치는 영향은 1995년에는 통계적 유의성이 없었지만, 2000년과 2005년에는 통계적으로 유의하게 나타남. 지방세가 높을수록, 의료기관이 적을수록 자살률이 증가하는 것으로 나타남

□ 사회적 지원과 이탈: 지역단위의 사회적 지원이 자살률에 미치는 영향(김상원, 2010)

1) 분석변수

- 종속변수: 2007년 자살률
- 독립변수: 사회적 지원(보건 및 생활환경개선비, 사회보장비)
빈곤변수(절대적 빈곤측정을 위한 기초생활비 수급 대상자 비율)
- 통제변수(자살에 영향을 주는 것으로 알려진 변수들): 조이혼율, 대학재학생수, 투표 참여율, 인구밀도, 성비

2) 분석결과: 지방정부의 사회적 지원이 낮을수록 자살률이 높아짐

- 사회적 지원을 포함하지 않을 경우 통계변수들 중 교육수준 변수만이 자살률에 영향을 미치는 것으로 나타남. 교육수준이 높을수록 자살률이 낮음
- 사회적 지원이 높을수록 자살률이 낮음
- 사회적 지원과 빈곤의 상호작용 효과는 없음: 즉 사회적 지원의 정도가 빈곤이 자살에 미치는 영향력을 완화시켜주는 조건변수의 역할을 수행하지 못함

□ 노인자살에 미치는 지역적 위험요인 연구(한국보건의료연구원, 2013)

- 1) 분석변수: 선행연구 검색을 통해 자살에 미치는 위험요인 중 가능한 통계자료 구축
- 심리학적 요인: 우울, 수면시간, 스트레스, 자살생각, 자살 시도

- 생의학적 요인: 만성질환, 암진단여부, 신체활동
 - 사회환경적 요인: 사회활동, 고용직업, 보건의료서비스 이용, 삶의 질, 1인가구(센서스), 도시화율(통계청), 노인복지시설수(보건복지부), 재정자주도(안행부), 정신보건센터수, 인구밀도, 인구이동, 복지예산비중,
 - 생애경험 및 인구학적 특성: 성별, 종교, 흡연율, 음주율, 학력
 - 2006~2010년 65세 이상 노인 자살자
- 2) 분석방법: 06-10년간 시군구의 표준화 자살률 산출, 표준화자살률 상하위 25개 시군구를 대상으로 위험요인의 차이 파악
- 3) 분석결과
- 상하위 지역에서 직업, 혼인상태, 교육정도에서 유의한 차이를 보임
 - 자살률 상위 25개 지역에서는 수면시간이 높고, 복지예산 비율과 인구밀도는 평균보다 낮고, 교육정도와 요양기관수, 수급자수, 도시화율은 평균보다 낮게 나타남
 - 조건부 자기회귀모형 분석 결과 신체활동, 교육정도, 독거노인 비율은 자살률과 음의 관계로 나타난 반면, 흡연율, 자살 시도 비율, 삶의 질은 양의 관계를 보임

□ 전국 광역시도별 노인자살 차이에 대한 연구(김기원, 2010)

○ 광역시도별 노인자살률의 차이를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인 규명

1) 분석변수

- 복지예산비율, 노인여가시설수, 노인주거 및 의료복지시설수, 체육시설 수, 이혼율, 1인당 GRDP

2) 분석 결과

- 전남지역 노인자살률이 가장 낮고, 강원도가 가장 높으며, 도시에 비해 농촌의 자살률이 높음
- 복지예산비율과 노인여가시설이 많을수록 노인자살률이 감소, 조이혼율이 높을수록 노인자살률이 증가
- 다중회귀 결과 체육시설, 복지예산비율, 여가시설 순으로 노인자살률은 부적 관계, 노인주거 및 의료복지시설, 조이혼율은 정적 관계

□ 노인자살에 대한 사회학적 접근(김동현 외, 2007)

○ 지역별 사회학적 특성이 지역의 노인자살률과 어떠한 관계를 보이는지

1) 분석변수: 2005년 센서스 자료 활용

- 직업, 학력, 경제활동여부, 구직여부, 산업, 생계수단, 성별, 연령, 가구유형, 주택소유형태, 가구원수, 세대구성, 복지시설 수, 독거노인수

2) 분석방법: 군집분석으로 지역을 묶고, 군집을 가변수로 하여 회귀분석

* 전라도 지역의 낮은 자살률은 연구에서 활용한 자료로는 설명이 어려워 전라도를 제외하고 분석

3) 분석 결과

- 노인자살을 설명하는 주요한 변인은 직업, 경제활동여부, 구직여부, 산업, 성별, 가구형태, 독거노인비율, 주택소유형태, 복지시설수 등임

- 가족들로부터 소외된 노인의 자살률이 높게 나타나지만 집을 소유하는 경우 노인의 자살률이 낮게 나타남

- 남성일수록, 독거노인일수록, 지역의 복지시설이 부족할수록 노인자살률이 높음

□ Geography of suicide in Taiwan: spatial patterning and socioeconomic correlates(Chang et. al, 2011)

1) 분석변수

- 사회경제적 요인 변수: 1인가구비율, 유동인구 비율, 미혼율, 이혼율, 편부모 가정 비율, 무주택자 비율, 실업률, 학교교육을 받지 않는 15-17세 비율, 고등교육 졸업자 비율, 가구소득, 유병율, 토착민비율, 농업종사자 비율, 인구밀도

2) 분석 결과

- 시골 및 토착민 거주 산악지역에서 자살률 높게, 주요도시가 위치한 서쪽지역에서 상대적으로 자살률이 낮게 나타남

- 자살률은 편부모비율이 높을수록, 소득이 낮을수록, 인구밀도가 낮을수록 높음

- 실업, 인구의 이동성, 1인가구 비율, 미혼율은 자살률과의 관련이 없는 것으로 나타남

4. 본연구의 차별성과 분석틀

본 연구가 기존의 자살연구와의 차별점은 거시적(macro), 중범위적(meso), 미시적(micro) 차원을 연결하여 자살 현상 분석을 시도하고, 이를 바탕으로 자살예방 정책을 수립하는 기초 자료를 마련하고자 한다는 것이다. 즉 충남도 지역 차원에서 자살에 대한 치유적 정책(단기)과 예방적 정책(장기)을 동시에 마련을 위한 정책적 자료 마련하기 위한 시도이다.

자살은 한 가지 사건으로 발생하지 않는다는 것일 일반적 견해. 즉 오랫동안 누적된 상황 속에서 결정적 위기 상황에서 표출되는 것이다. 자살률의 급속한 증가는 사회의 정상성의 해체를 보여주는 사회의 위기로 여기고, 이에 대한 대비가 절실히 요구 된다. 즉 삶의 안정성의 위협하는 요인을 파악하는 것이 급선무이다.

자살은 스스로 자기 목숨을 끊는 행위로서 가장 미시적이고, 심리적 차원의 문제로 접근할 수 있다. 이와 같은 접근 방식은 예방정책은 우울증을 중심으로 고위험군을 파악 상담을 통한 자살을 예방하는 정책적 함의를 지니고, 이는 치유적 차원의 정책적 의미가 있다. 그러나 뒤르켐의 논의를 빌자면 자살은 이러한 개인적 차원의 문제일 뿐만 아니라, 거시적 사회구조와 관련된 문제이다. 따라서 거시적 사회변동이 개인에게 주는 영향을 밝히고, 이를 정책적인 행위를 통해 자살을 예방하는 의미를 지닌다.

미시적이고, 거시적 정책이 자살의 문제를 모두 해결할 수 있는 것은 아님. 지역은 삶의 터전이 되는 곳이기 때문에 지역의 특수한 사회적 변동을 파악하고 이에 기초한 예방이 필요. 따라서 지역특성에 맞는 자살의 실태 분석과 이에 따른 해석이 정책수행에 선행되어야 한다.

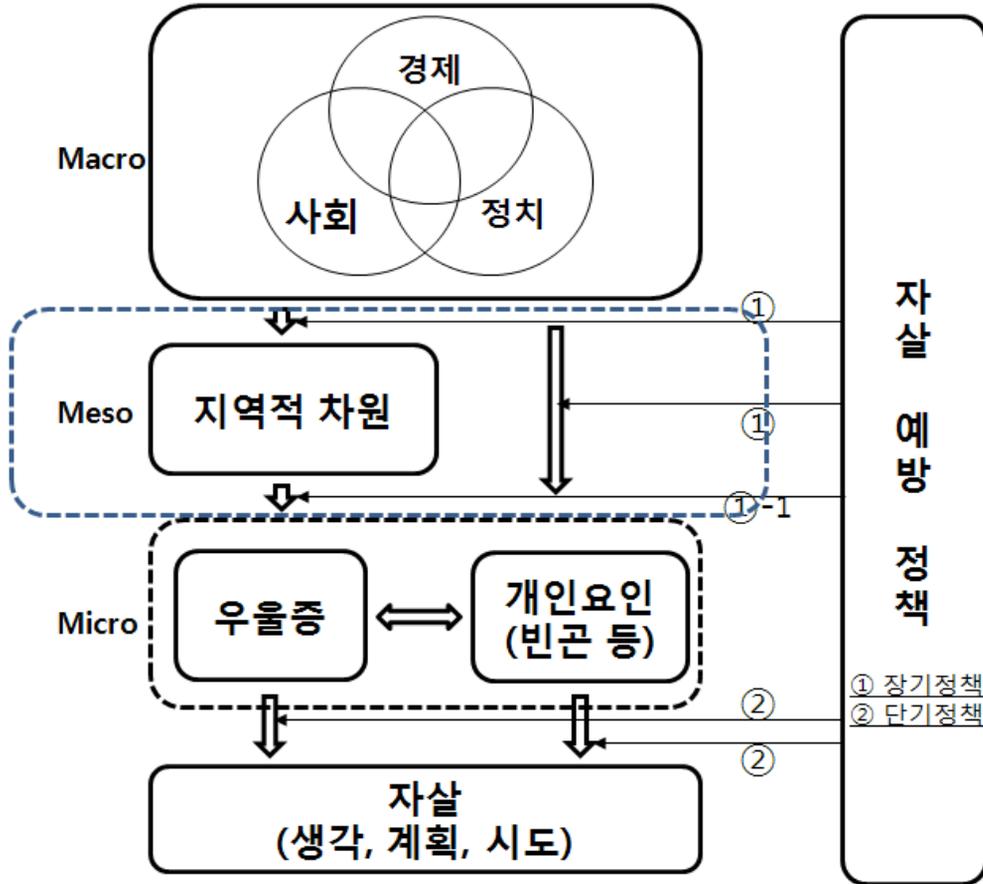
그러나 기존 연구는 이러한 접근은 거의 시도된 적이 없음. 정책의 전달체계가 완전하지 못하고, 정서적 지원의 문제는 가족해체의 시대의 여전히 난제이다. 이를 보완하기 위해 지역의 특수성에 기초한 자살 연구와 이를 바탕으로 지역사회(공동체, 마을) 단위의 사회적 자본의 증가로 해결해야 하는 경우도 발생한다.

따라서 자살률 증가의 문제를 해결하기 위해서는 거시, 미시, 중범위 단위의 상황을 모두 고려해야 하고, 특히 지역사회 차원의 자살 문제의 접근은 이 연구의 차별적 성격을 보여준다.

<그림2-3>에서 효과적인 자살예방 정책을 수립하기 위한 연구의 범위는 거시, 중범위, 미시적 차원의 자살요인을 모두 분석하여 장기적인 예방정책과 단기적인 예방정책을 모두 수립하여 시행하는 것이다. 그러나 본 연구에서는 기존에 많이 수행되었던 거시적, 미시적 차원의

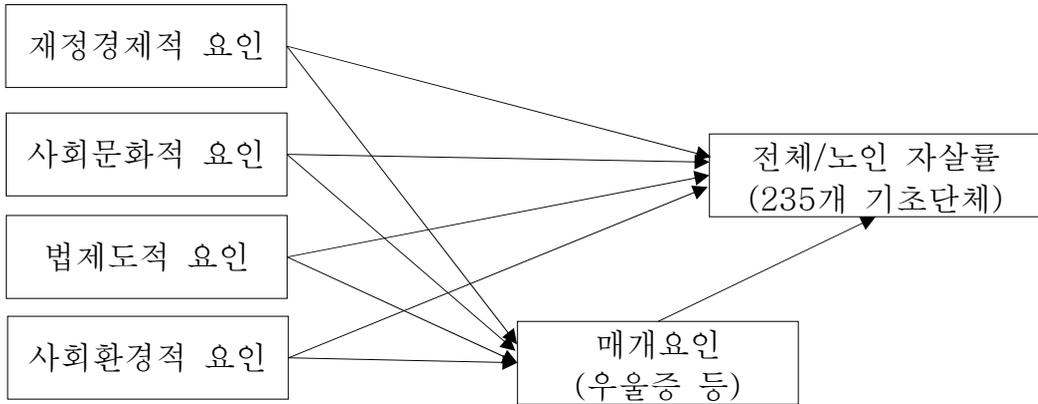
분석을 참고사항으로만 살펴보고, 중범위 차원(시군구의 지자체)의 분석을 우선적으로 시행할 것이다.

〈그림 2-4〉 연구의 범위



그 이유는 지역은 삶의 터전이 되는 곳이기 때문에 지역의 특수한 사회적 변동을 파악하고 이에 기초한 예방이 필요하고, 지역특성에 맞는 자살의 실태 및 현상 분석과 이에 따른 해석이 정책수행에 선행되어야 한다. 이러한 분석은 통계청 사망원인 통계를 기초로 자살에 미치는 요인을 포함하고 있는 데이터를 정렬해서 기초분석을 하는 것이다. 이와 같은 분석은 다음의 <그림 2-5>와 같이 진행될 것이다.

〈그림 2-5〉 연구 분석 모형



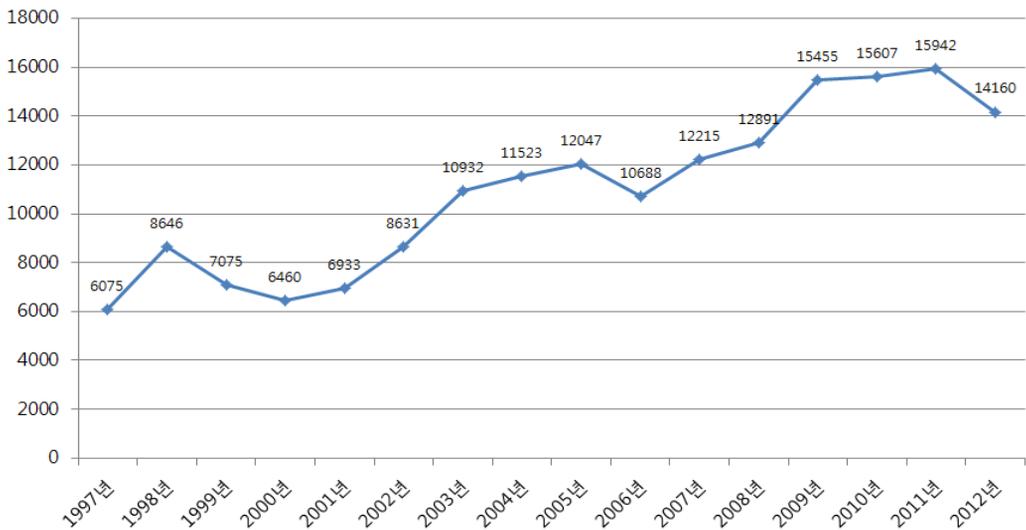
제3장 한국사회와 충남의 자살 양상

1. 우리사회와 충남의 자살 양상 분석

1997년 이후 국내자살자 추이는 <그림 3-1>과 같다. 이러한 국내 자살 양상은 크게 3번의 변곡점을 거치고 있다.

<그림 3-1> 1997년 이후 자살자 추이

국내 연간 자살 추이(1997~2012)



자료: 통계청 사망원인 통계

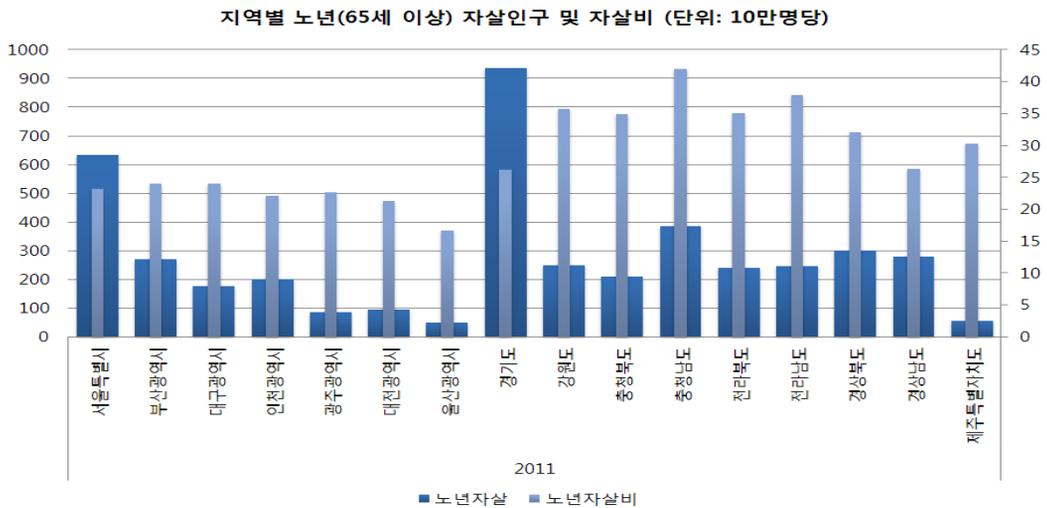
첫 번째 변화는 1998년이다. 이는 1997년 소위 ‘IMF 사태’라 불리는 외환위기 이후 생활고를 비판하여 자살하는 ‘생계형 자살’이 급증하였던 시기이다. 두 번째 변화는 2003년으로 생계형 자살 문제가 안정화되는 시기에 나타난다. 이때는 흔히 ‘신용대란’으로 표현되는 사회문제로 인해 많은 사람들이 신용불량자로 전락하고, 이를 비판하여 많은 사람들이 자살을 선택

했다. 세 번째 변화는 전세계적인 금융위기의 여파로 경제 침체가 이어졌던 2009년이다. 세 번의 변화 시기 모두 생활고를 견디지 못해 자살이 급증했지만, 세 번째 변화이후에는 우리 사회의 중산층으로 굳건히 중심을 잡고 있던 사람들의 자살이 급증했다는 것이다. 이러한 변화 중에 다행인 것은 2012년도의 자살자 수가 소폭으로나마 감소했다는 점이다.

이러한 자살의 변화는 사회적 변화나 충격의 우리사회의 자살자 수의 변동 양상과 유사한 양상을 띠고 있다. 이는 자살이 개인 차원뿐만 아니라, 사회적 차원에서 검토되어야 하는 당위성을 간접적으로 보여주는 대목이라 할 수 있다.

우리사회의 자살의 실태를 살펴보기 위해 광역 시도별 자살인구 및 자살률¹⁾ 비교해보면 <그림 3-2>와 같다.

<그림 3-2> 광역 시도별 자살인구 및 자살률



자료: 통계청 사망원인 통계

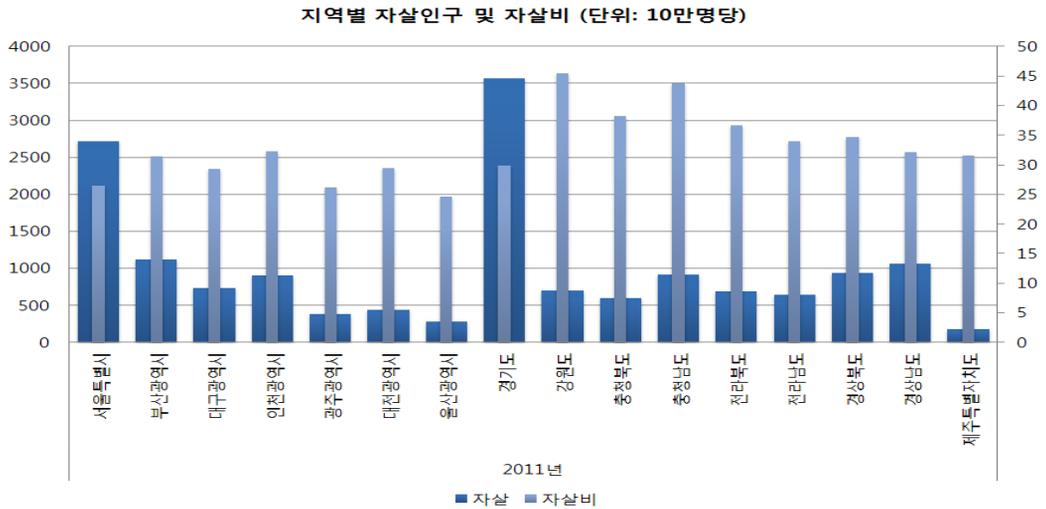
광역단체별 자살자 수의 비교에서 보면, 전체 자살자 수는 경기도가 가장 높고, 서울이 2번째로 높고, 부산광역시와 경상남도 순으로 대체로 인구가 많은 광역시도가 자살자 수가 많다. 반면 인구 10만명당 자살자 수를 나타내는 자살비(률)은 2011년 기준 강원도가 가장 높고,

1) 흔히 자살률(비)은 인구 10만명당 자살자 수를 나타낸다.

충청남도와 충청북도가 그 뒤를 다르고 있다. 한편 자살률이 가장 낮은 지역은 제주특별자치 시이고, 이어 울산광역시, 광주광역시 순으로 낮은 자살률을 보이고 있다.

우리 사회와 충청남도의 자살 양상의 특징 중 하나는 노인 자살률이 높다는 점이다. 이를 확인하기 위해서 광역시도별 노인 자살인구 및 자살률 비교해 보면

〈그림 3-3〉 광역시도별 노인 자살인구 및 자살률

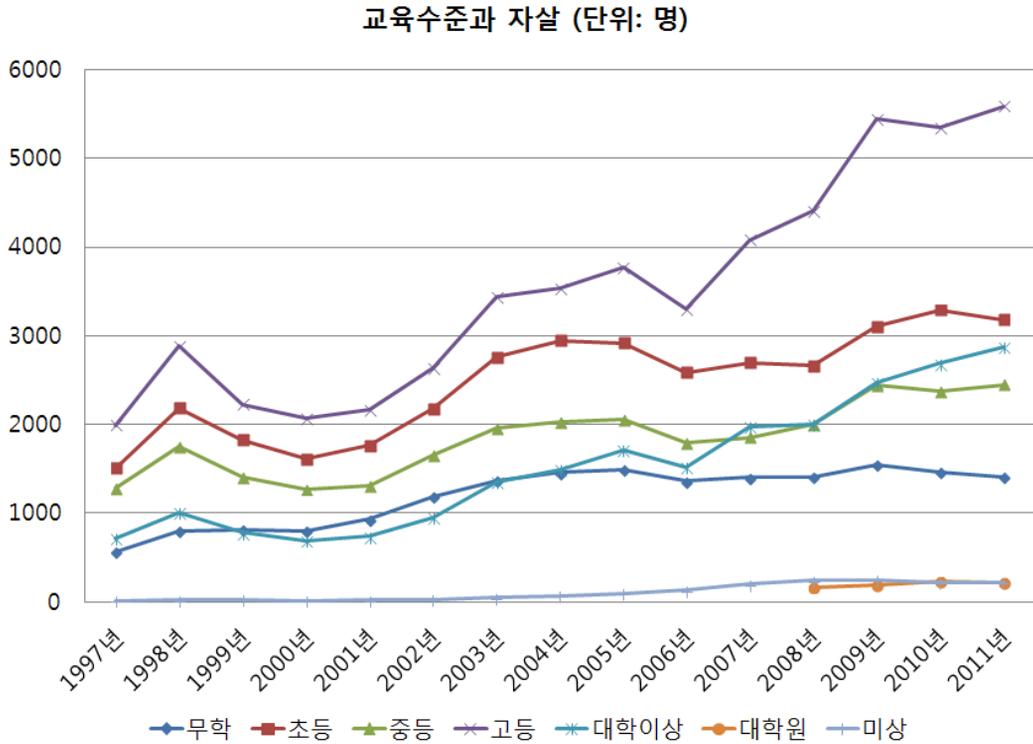


자료: 통계청 사망원인 통계

광역자치단체별 노인자살 양상의 비교를 살펴보면 노인 자살인구가 가장 많은 지역은 경기도이고, 서울, 충청남도 순으로 65세 이상 노인 자살인구가 높다. 이는 인구수와 대체 비례하는데, 충남의 경우는 인구수와 비교할 경우 유독 노인인구의 자살률이 매우 높게 나타났다. 이를 인구 10만명 당 자살인구를 나타내는 노인자살률로 비교해서 살펴보면, 충청남도의 노인자살률이 가장 높고 전라남도, 강원도 순으로 노인자살률이 높게 나타났다. 여기서 특이한 점은 충청남도의 경우 노인 자살인구도 다른 시도에 비해 상대적으로 높고, 노인 자살률은 다른 광역시도에 비해 압도적으로 높게 나타난다는 점이다.

한편 보다 다양한 차원에서 우리 사회의 자살양상을 분석하기 위해, 1997년 이후 교육수준별 자살자 추이를 비교해 보았다(<그림 3-4> 참조).

〈그림 3-4〉 교육수준별 자살자 추이



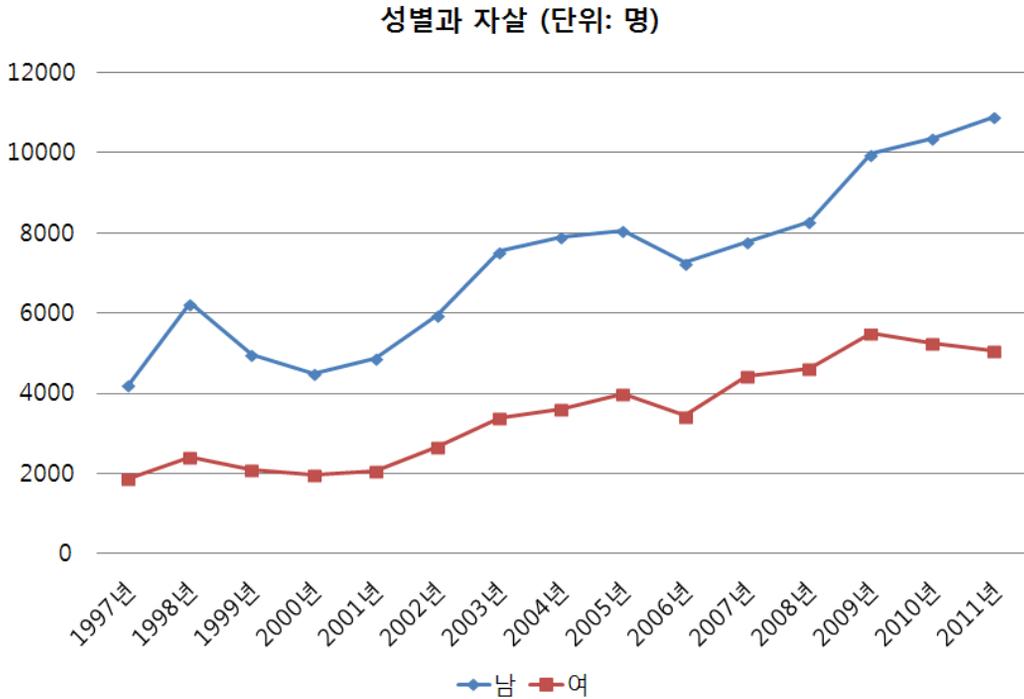
자료: 통계청 사망원인 통계자료: 통계청 사망원인 통계

교육수준별로 1997년 이후 자살자 추이를 살펴보면 고등학교 졸업 정도의 학력을 가진 사람들의 자살이 가장 높게 나타나고, 그 증가 추이도 높다. 초등학교 졸업 정도의 학력 수준을 가진 집단의 자살은 꾸준히 상위권을 유지하고 있다.

여기서 주목할 점은 대학이상의 학력을 가진 집단의 자살자 수의 변화 추이인데, 특히 2007년 이후 자살자 증가 추이가 가파르게 상승하고 있음을 알 수 있다. 이는 사회변화와 자살률의 연동을 그대로 반영하고 있는데, 앞서 설명한 2007년 세계금융위기 이후 우리사회의 굳건하게 자리 잡던 중산층의 하강이동과 그 맥을 같이 하고 있는 것으로 추론할 수 있을 것이다.

일반적으로 자살률에는 성차가 있는 것으로 알려져 있다. 이를 확인하기 위해 1997년 이후 성별 자살자 추이를 살펴보았고, 그 결과는 <그림 3-5>와 같다.

〈그림 3-5〉 성별 자살자 추이

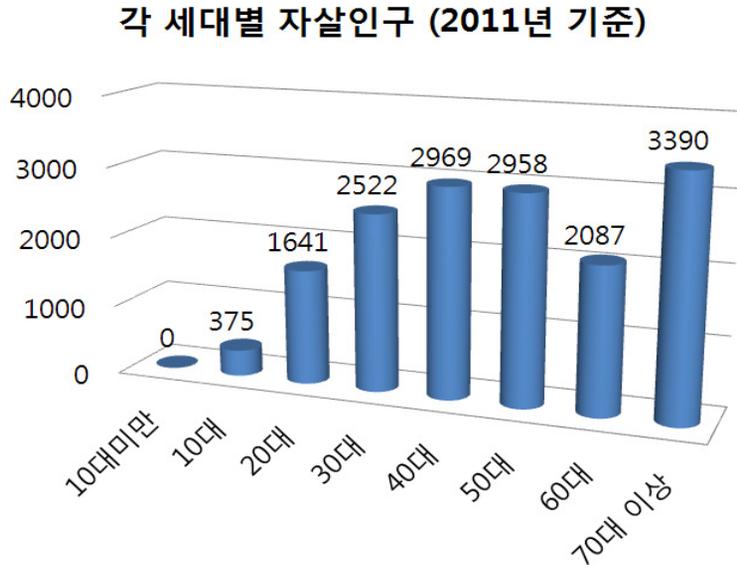


자료: 통계청 사망원인 통계

1997년 이후 성별 자살자 추이를 살펴보면 남, 여 모두 꾸준히 증가하고 있고, 남성의 자살이 여성의 자살보다 2배 이상 높은 것으로 나타났다. 여기서 특이한 점은 앞서 살펴본 한국 전체의 자살자의 변동과 남성 자살자의 추이가 거의 일치하고 있다는 점이다. 1998년, 2003년, 2009년 등 급격한 사회 변동이 수반될 시기마다 남성의 자살자 수가 급격히 변화하고 있다. 이에 반해 여성의 자살자수는 일정하게 증가 추세에 있지만, 상대적으로 남성에 비해 사회적 변화에 덜 민감하게 반응하는 것으로 드러났다.

자살률이 사회변동과 관련된 것이라면, 인구 집단별 다른 자살 양상을 보일 것이다. 그 이유는 각 세대별로 사회변화에 다른 충격의 정도가 다르게 나타날 가능성이 높기 때문이다. 이러한 양상을 살펴보기 위해 2011년 자료를 기준으로 세대별 자살 인구의 차이를 살펴보았다. 그 결과는 <그림 3-6>과 같다.

〈그림 3-6〉 세대별 자살 인구



자료: 통계청 사망원인 통계

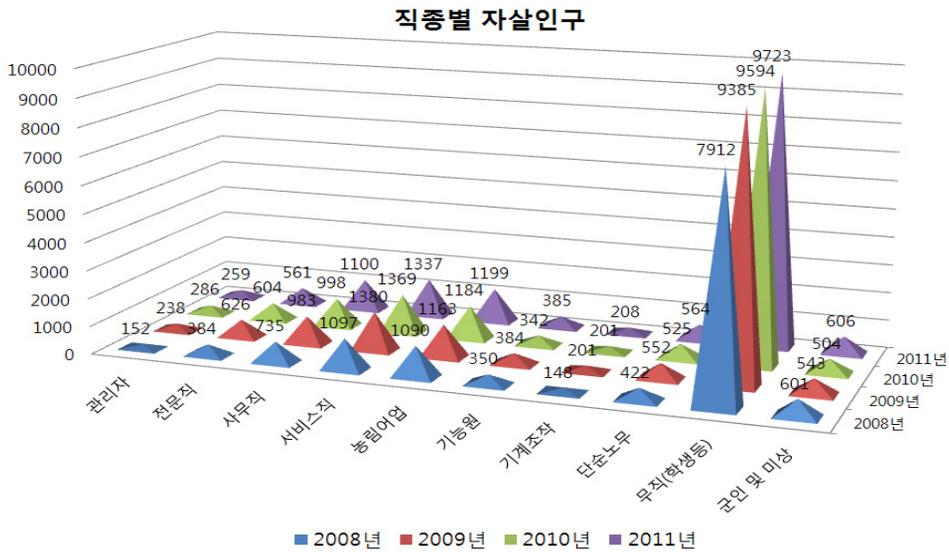
2011년을 기준으로 세대별 자살인구를 살펴보면, 70대 이상의 자살인구는 3390명으로 세대 중 가장 높고, 40대 2,959명, 50대 2958명으로 노년층의 자살과 중장년층의 자살자가 세대집단 중에서 자살자가 많은 집단으로 드러났다.

일반적으로 가족주의와 연고주의, 효와 경로사상으로 노인우대의 전통이 강한 것으로 알려져 있는 한국사회에서 노인 자살이 급증하고 있다는 사실은 한국사회가 이러한 전통과 규범으로부터 빠르게 변화하고 있다는 것을 시사하고 있다. 급격한 사회변동 과정 속에서 노인들은 사회적 장애물로 인식되고 사회에서 주변화 되기 시작했고, 그래서 급증하는 노인들의 자살은 한국사회가 안고 있는 병리적 증후라 할 수 있다. 즉 한국사회가 얼마나 빠르게 해체를 경험하고 있는가를 잘 반영하고 있다.

그리고 자살이 사회적 변화를 반영한다고 한다면, 직업집단별로 자살 양상을 비교해 보는

것도 사회적으로 의미 있는 작업일 것이다. 왜냐하면 직업은 개개인의 사회로 통하는 매우 중요한 통로 중 하나이기 때문이다. 이러한 작업을 수행하기 위해 2008년 ~ 2011년까지 직종별 자살 인구 자살자 수의 변동을 살펴보고, 그 결과는 <그림 3-7>과 같다.

<그림 3-7> 직종별 자살 인구



자료: 통계청 사망원인 통계

직종별 자살인구를 살펴보면 무직(학생 등)의 자살자가 압도적으로 높고, 서비스 직종, 농림어업 직종 종사자들의 자살률이 다음으로 높은 직종 집단으로 드러났다. 이는 현대사회에서 직업의 중요성을 보여준 것이라고 할 수 있다. 직업은 생계의 수단으로서 의미뿐만 아니라, 사회적 관계의 자원으로서 기능하고 있다. 따라서 직업을 갖지 못한다는 것은 생계의 어려움 등의 경제적 자원의 부족뿐만 아니라, 사회사본의 부족을 의미하는 중요한 지표이다. 따라서 이들의 자살률이 높은 것은 어쩌면 너무나 당연한 일이다.

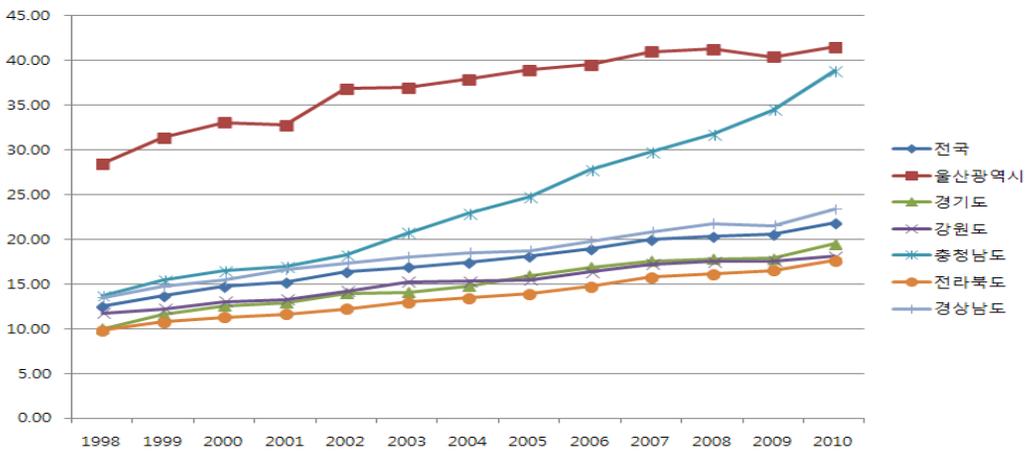
직종별 자살인구 변화 양상 자료에서 나타나는 특징 중의 하나는 사무직이나 서비스직의 자살률이 증가하고 있다는 점이다. 2008년의 자료에서는 농림어업에 종사하는 사람들의 자살

자 수가 사무직이나 서비스직의 자살자수보다 많았으나, 2011년의 자료에는 서비스직 자살자 수가 농림어업 종사자의 자살자수를 넘어섰고, 사무직의 종사하는 자살자 수도 이에 못지않게 증가하였다. 이와 같은 현상에 대한 해석을 위해서는 보다 정교한 분석이 필요하지만, 인턴 등 비정규직의 증가나 감정노동의 문제 등이 반영되어 있는 것으로 추론하는 것이 무리한 상황은 아닐 것이라고 생각한다.

지금까지 우리사회의 일반적인 자살 양상에 대해 살펴보았다. 그렇다는 사회일반에 비교하여 지역의 가지는 자살의 특징은 무엇일까? 이와 같은 질문에 답을 하기 위해 최근 자살률이 급격하게 상승하고 전국 최고 수준으로 높아진 충남지역의 자살의 실태를 살펴보는 것이 필요하다. 이를 통해 자살 문제의 원인을 정밀하게 추정하는 기초 자료로 활용할 수 있을 것이다.

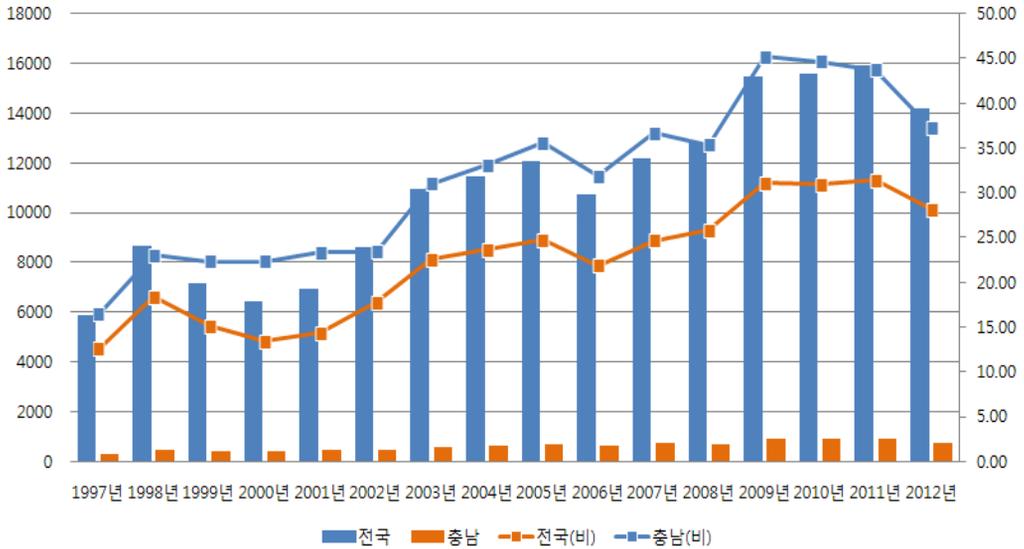
충남은 가파르게 1인당 GRDP가 상승하는 지역이다. 이에 반해 자살률도 가장 높은 광역자치단체이다. 이러한 경제적 발전과 자살률의 불일치 현상은 기존의 경제적 이유가 자살률을 높인다는 논의에 부합되지 않는 사실이다. 따라서 이에 대한 보다 면밀한 검토가 필요하다.

〈그림 3-8〉 전국 및 주요 광역지자체의 1인당 GRDP 변화(백만원)



자료: 통계청 각 년도 자료

<그림 3-9> 전국과 충남의 자살인구 및 자살률 비교

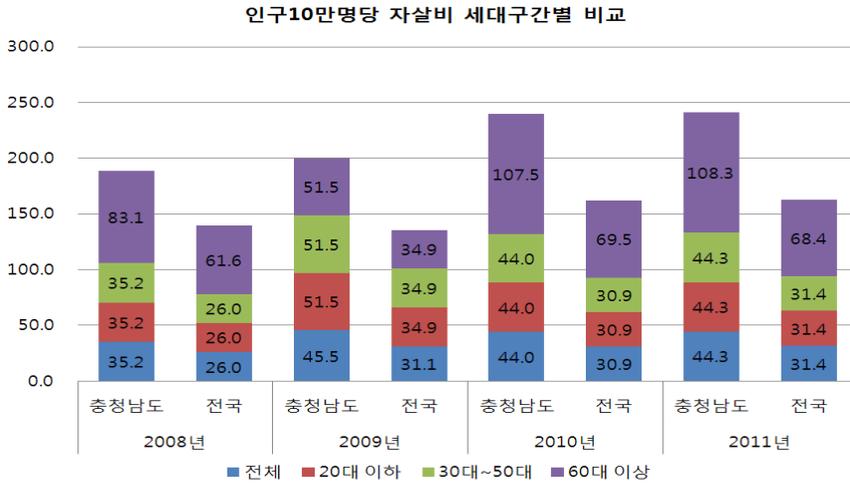


자료: 통계청 사망원인 통계

<그림 3-9>에서 살펴보면 충남의 자살률은 최근까지 전국 평균에 비해 월등히 높은 자살률을 보이고 있다. 이와 같은 충남의 높은 자살률의 원인을 살펴보기 위해 다양한 비교를 통해 자살률의 변동을 살펴보았다. 그 중에서 가장 두드러진 특징은 노인 자살률의 비율이 전국 평균 보다 월등히 높다는 점이다.

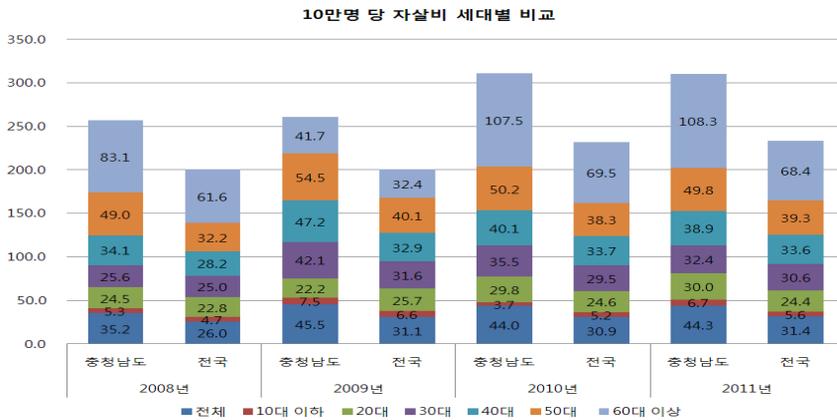
먼저 전국과 충남의 세대구간별 자살인구 변화 양상을 비교해 보면 그림 <그림 3-10>과 같다. 전국 세대 구간별 자살인구 추이를 살펴보면 30-50대의 청장년층의 자살 인구가 가장 높은 것으로 드러났다. 충남의 세대 구간별 자살인구 추이를 전국의 데이터와 비교해 보면 2004년까지는 전국 추이와 비슷한 경향성을 보이가 2005년 이후 급격하게 노인 자살인구가 증가하여 2011년 현재 가장 자살에 취약한 연령집단이 되었다.

〈그림 3-10〉 전국과 충남 세대구간별 자살률



자료: 통계청 사망원인 통계

〈그림 3-11〉 전국과 충남 세대별 자살률



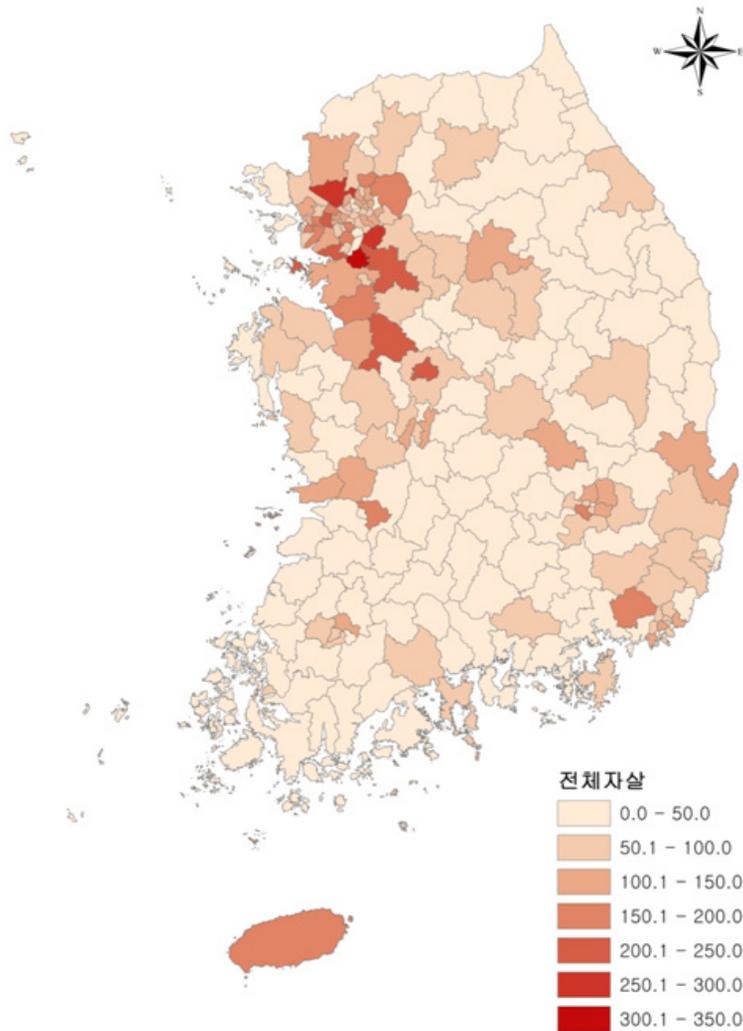
자료: 통계청 사망원인 통계

한편 이를 세분해서 살펴본 전국과 충남 세대별 자살 인구 비교 결과는 <그림 3-11>과 같다. 연령대별 자살자 추이를 전국과 비교해보면 충남은 2011년 기준 전 연령대에서 전국과 비교하여 자살률이 높은 것으로 드러났고, 특히 60대 이상의 자살률은 전국에 비해 비정상적으로 높은 수치를 보였다. 이와 같은 사실을 앞에서 기술한 사실과 관련지어 생각해 보면 충남

의 급격한 경제성장은 급격한 충남의 노인들에게 어떠한 사회적 충격으로 작동하여 자살이 높은 것으로 추론할 수도 있다. 그러나 이러한 사실은 다른 자료들을 보다 면밀하게 검토해서 확인해야 할 것으로 보인다.

2. 우리사회와 충남의 자살양상 GIS 분석

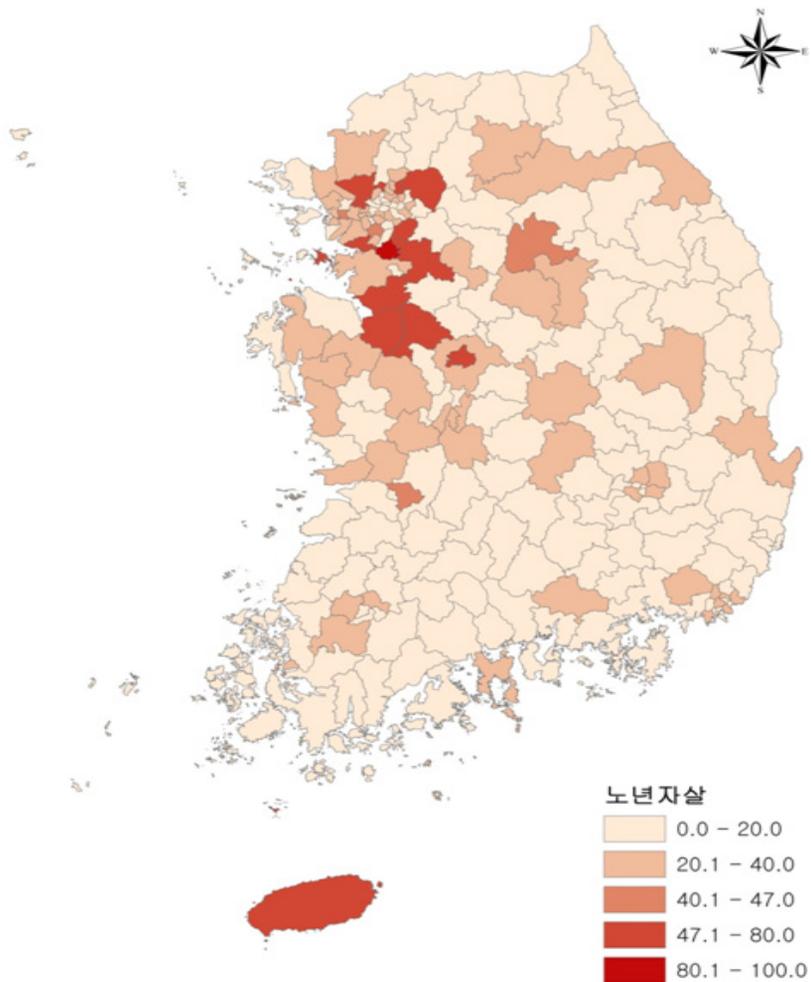
〈그림 3-12〉 2011년 기초단체별 자살자 수 분석



GIS 데이터로 살펴본 전국의 기초 지자체별 자살자 수는 대체로 인구에 비례하여 수도권과 부산, 울산권의 자살자가 많고, 이에 비해 충남은 천안, 아산 등 도시지역을 중심으로 자살자가 많은 것을 보여주고 있다.

□ 2011 기초단체별 노인자살 인구

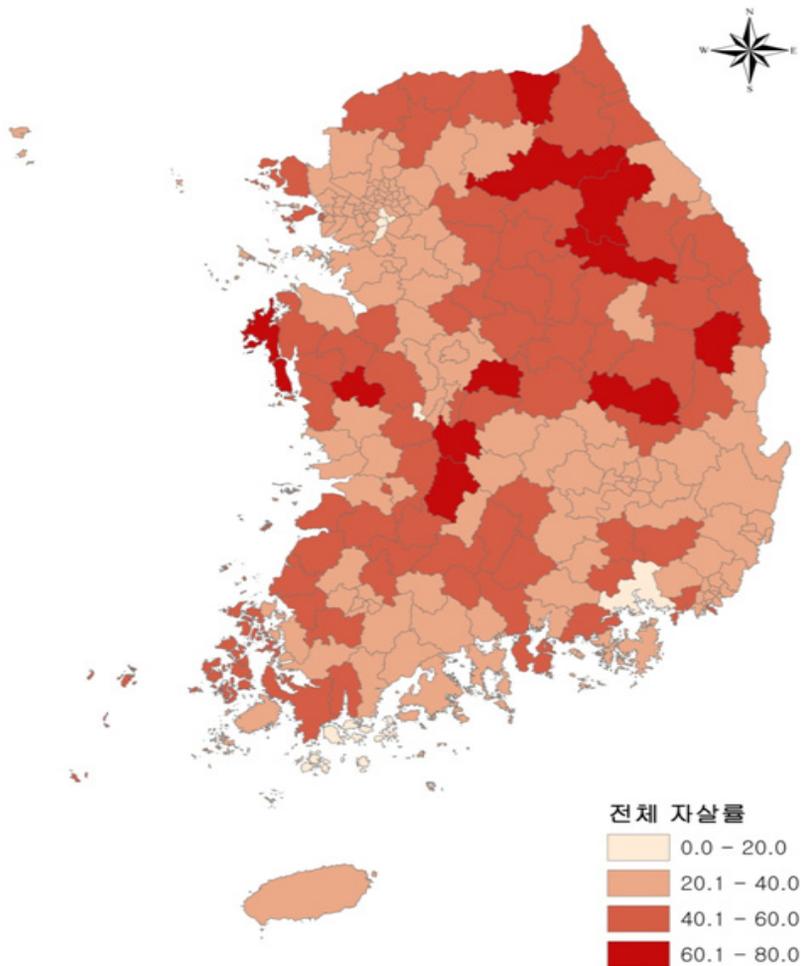
〈그림 3-13〉 2011년 기초단체별 노인 자살자 수



기초단체별 노인자살자 수는 대체로 인구, 노령화율과 비례하여 나타난다. 수도권과 충청, 강원도의 노인 자살자 수가 많고, 특히 충남은 인구 대비 노인 자살자 수가 상당히 높은 것으로 나타난다.

□ 2011 기초단체별 자살률

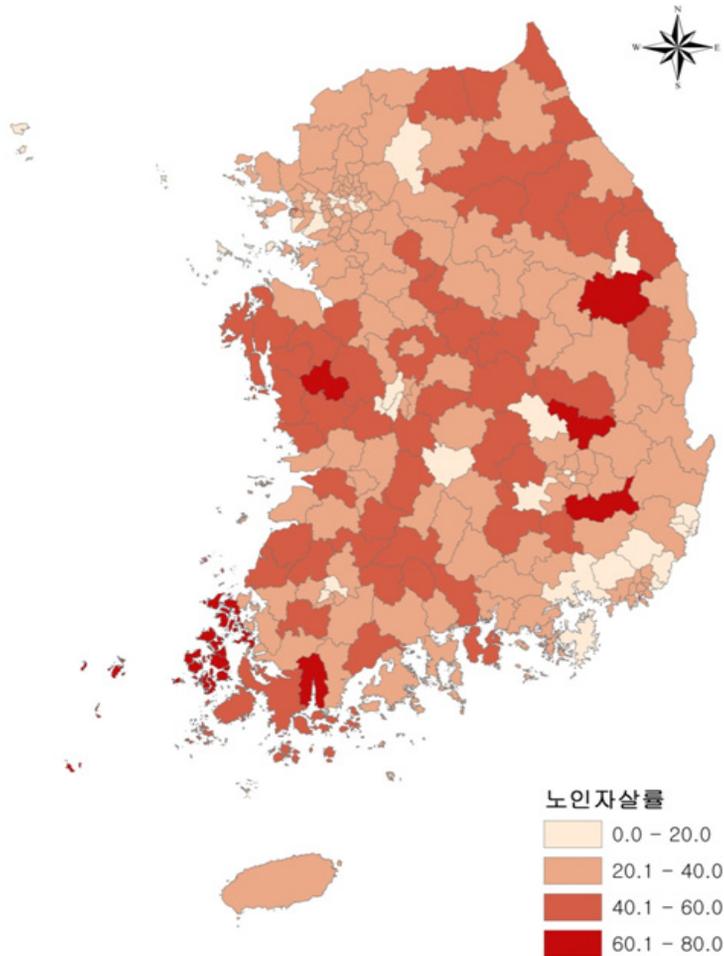
〈그림 3-14〉 2011년 기초단체별 자살률



기초단체별 자살률은 충청, 강원, 경북 지역의 비율이 높은 곳으로 나타난다. 특히 충남은 태안, 청양, 금산이 높고, 경북 강원의 산악 지역으로 이어지는 지역에서 자살률 높다. 참고로 2011년 기준 자살률이 높은 기초단체는 영월(77.1), 진안(73.8), 영양(71.3), 홍천(70.1), 태안(68.5), 의성(67.5), 양구(67.3), 금산(66.0), 청양(65.0), 보은(63.4) 순이다.

□ 2011 기초단체별 노인자살률

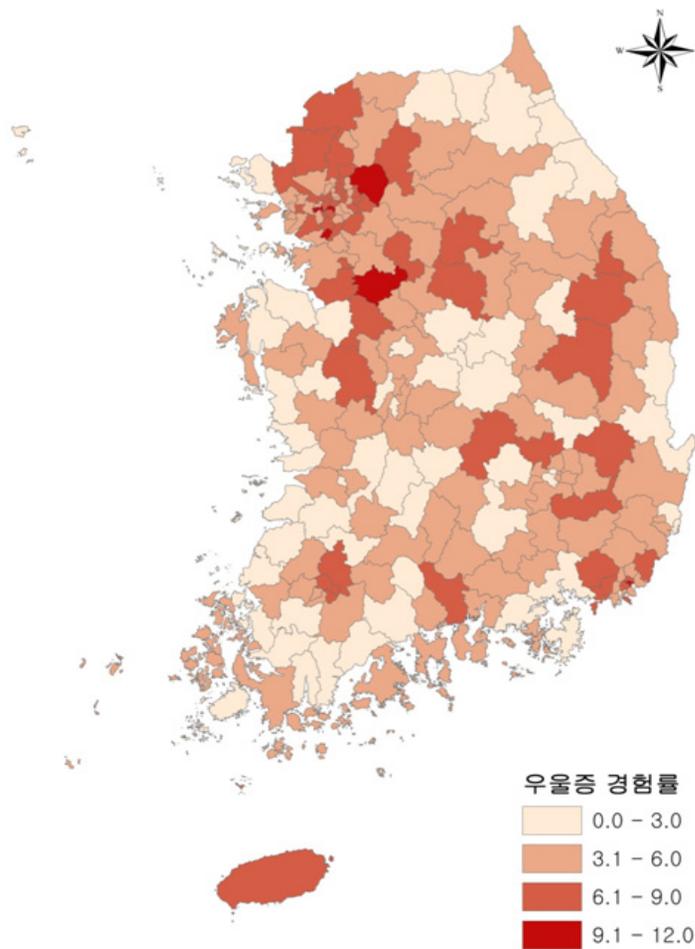
〈그림 3-15〉 기초단체별 노인자살률



기초자치단체별 인구 10만명당 노인 자살자 수를 나타내는 노인자살률은 충남, 경북, 강원 지역이 매우 높게 나타났다. 그 중에서도 충남지역은 계룡을 제외한 전지역에서 매우 높은 노인자살률을 보이고 있으며, 청양의 노인자살률은 매우 높다.

□ 2011 기초단체별 우울증 경험률

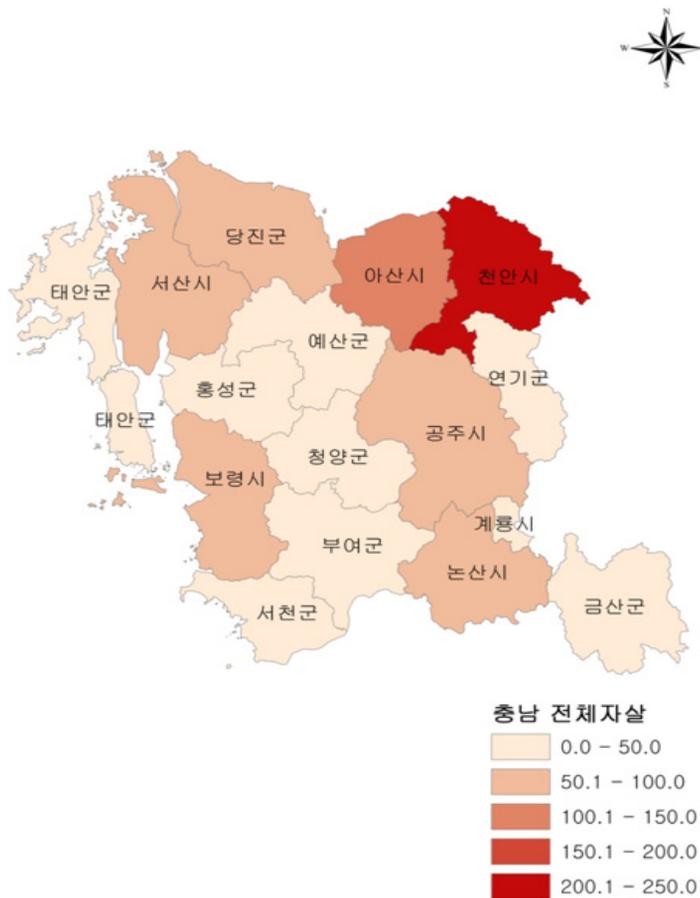
〈그림 3-16〉 2011년 기초단체별 우울증 경험률



한국의 자살연구에서 자살의 가장 중요한 요인으로 평가 받는 우울증 경험률은 자살률과 지역 분포가 일치하지 않는 것으로 드러났다.

□ 2011 충남 기초단체별 자살자 수

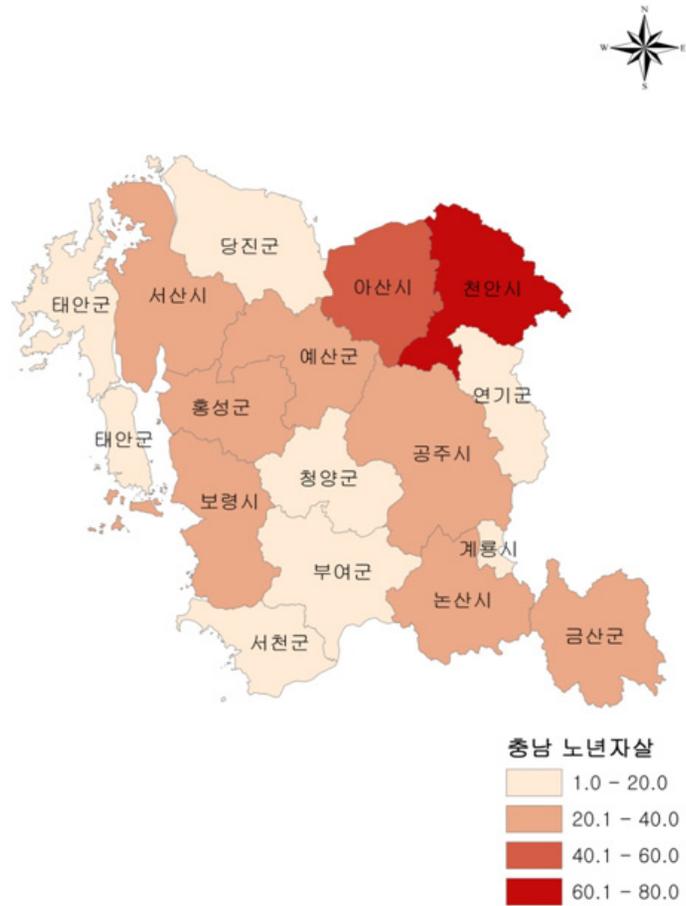
〈그림 3-17〉 2011년 충남 기초단체별 자살자 분포



2011년 기준 자살률이 가장 높은 지역인 충남의 기초자치 단체별 자살자 수는 천안이 가장 높고, 아산이 그 다음으로 높았다. 충남 전체적으로 시 지역이 군 지역보다 자살자 수가 많은데, 이는 대체로 인구와 비례해서 나타난다.

□ 2011 충남 기초단체별 노인 자살자

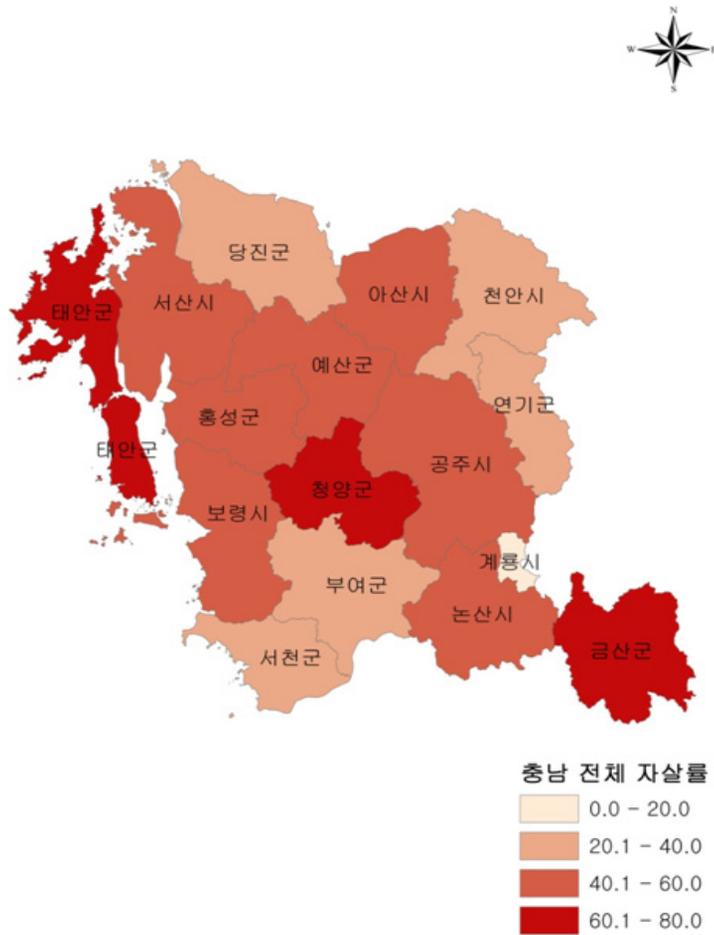
〈그림 3-18〉 2011년 충남 기초단체별 노인 자살자 분포



충남의 노인 자살자는 인구와 비례해서 천안과 아산이 분포가 높다. 전체 자살자 수가 높지 않았던 홍성, 예산, 금산의 노인 자살자 수가 높게 나타나고 있다.

□ 2011년 충남 기초단체별 자살률

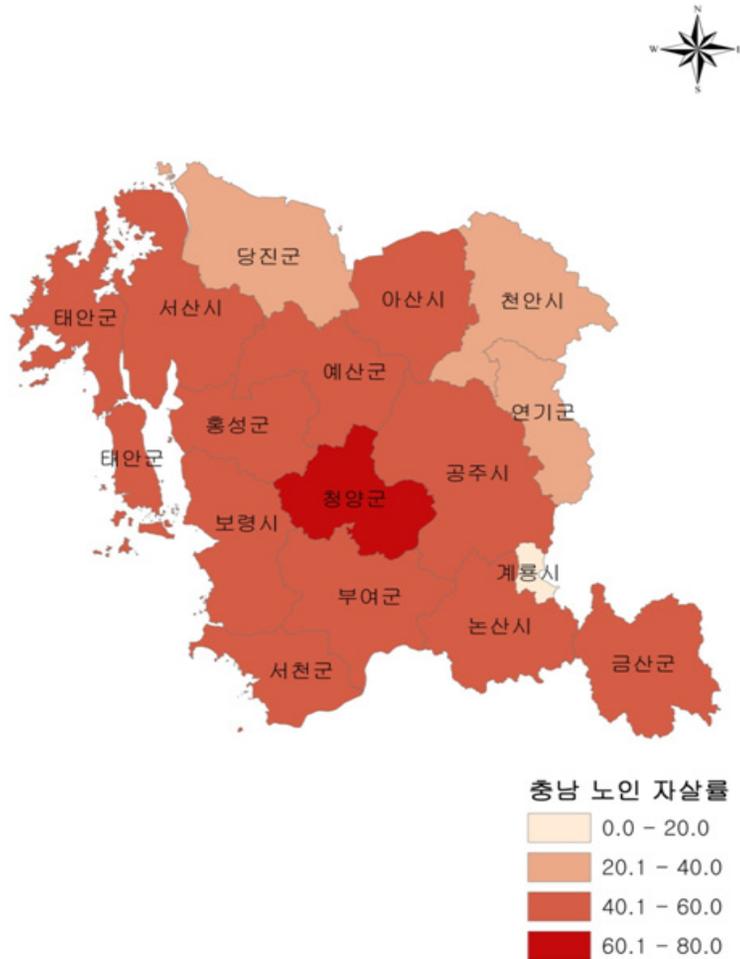
〈그림 3-19〉 2011년 충남 기초단체별 자살률 분포



2011년 기준 충남의 기초단체별 자살률은 태안, 청양, 금산에서 매우 높게 나타나고 있다. 충남지역 전체적으로는 천안, 아산, 당진, 부여, 서천 지역을 제외한 모든 지역에서 높은 자살률을 보이고 있다.

□ 2011 충남 기초단체별 노인 자살률

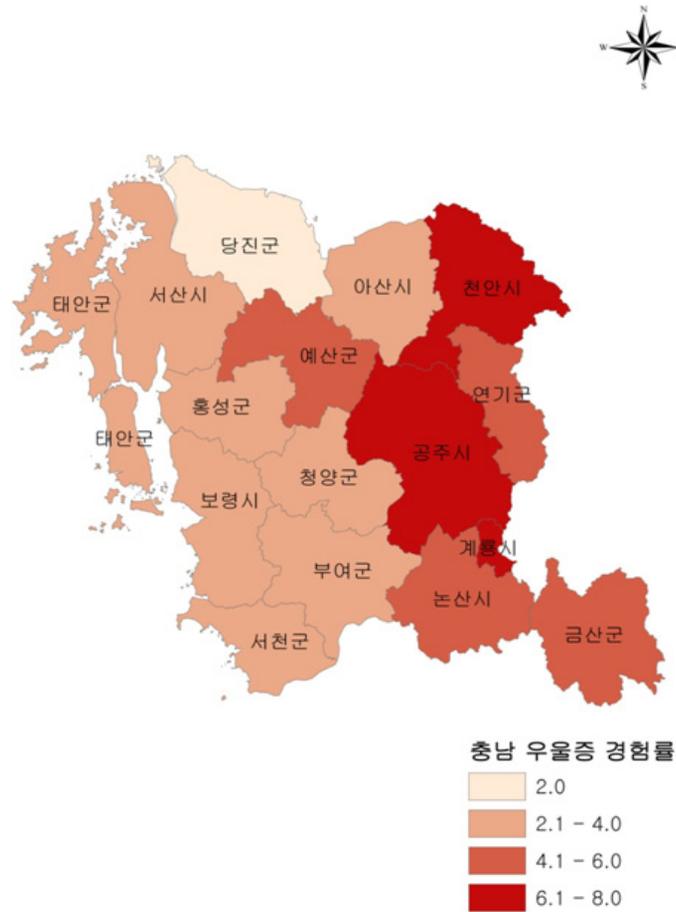
〈그림 3-20〉 2011년 충남 기초단체별 노인 자살률 분포



충남의 노인 자살률은 청양 지역이 가장 높게 나타난다. 천안과 당진 지역을 제외한 모든 지역에서 노인 자살률은 상당히 높은 편이다.

□ 2011 충남 기초단체별 우울증 경험률

〈그림 3-21〉 충남 기초단체별 우울증 경험률 분포



충남의 경우도 전국 분포와 마찬가지로 자살의 가장 중요한 요인으로 평가 받는 우울증 경험률과 자살의 지역분포와는 일치하지 않고 있다.

3. 전국과 비교한 충남 지역의 자살 양상의 특징

(1) 전국 최고 수준의 자살률

최근 3년간 전국의 평균 자살률은 31.3명인데 반해 충남은 45.1명으로 전국 평균보다 월등히 높은 비율이다. 충남 지역이 이렇게 자살률이 높아진 정확한 이유는 알 수 없다. 다만 확인할 수 있는 것은 청양, 태안, 예산, 홍성 등 농어촌 지역이 계룡, 천안, 당진 등 도시 지역에 비해 월등히 자살률이 높다는 사실이다.

충남은 전국에서도 가장 가파르게 성장하는 지역 중 하나이지만, 이러한 성장의 열매를 일부 도시 지역과 중앙에서 독점하고, 성장에서 배제된 지역은 빠르게 공동화 되면서 빈곤이 진행되고 있어 이와 같은 결과가 나올 것이라고 추정할 수 있다.

(2) 매우 높은 노인 자살률

전체 자살자 중 60세 이상의 노인층의 자살이 47.3% 차지하여 전체 자살자의 절반에 육박하고 있고, 전체적으로 자살률이 높은 충남지역에서 농어촌 지역의 노인들이 가장 자살에 취약한 계층이라고 유추할 수 있다.

이것은 놀라운 결과인데, 한국의 노인의 자살은 한국사회 특유의 지역사회까지 확대된 가족주의의 해체라는 사회구조 속에서 경제적 문제와 정서적 고립 등의 상황이 겹치면서 발생하고 있다. 즉 충남의 농산어촌지역은 급격한 사회변동을 겪고 있고, 이러한 사회변동에 적응하지 못하는 집단은 노인 계층이라고 할 수 있다.

이러한 사실은 충남의 사회 조사에서 도 확인되고 있다. <표 3-1,2,3>과 같은 데이터를 보면 대체로 노령화 지수와 독거노인 비율에 따라 노인 자살률의 비율이 일치하지만, 서천과 청양에 비교에서처럼 일치하지 않은 경우도 발생 이와 같은 지역을 보다 상세하게 비교 연구할 필요성이 제기된다고 할 수 있다.

〈표 3-1〉 충남의 인구

구분		총인구	국적별		세대수
			한국인	외국인	
충남 (연도별)	2011	2,149,375	2,101,284	48,091	868,768
충남 시군별 (2011)	천안시	585,588	571,377	14,211	227,976
	공주시	127,025	124,748	2,277	51,317
	보령시	108,260	106,421	1,839	45,275
	아산시	285,411	274,523	10,888	112,456
	서산시	164,345	161,489	2,856	64,361
	논산시	130,710	127,533	3,177	54,709
	계룡시	43,115	42,942	173	14,381
	금산군	57,036	56,030	1,006	24,435
	연기군	84,710	82,890	1,820	34,944
	부여군	74,863	74,004	859	32,035
	서천군	60,424	59,541	883	26,638
	청양군	32,751	32,291	460	14,253
	홍성군	89,739	88,108	1,631	36,967
	예산군	87,861	86,421	1,440	36,548
태안군	63,542	62,747	795	28,140	
당진군	153,995	150,219	3,776	64,333	

〈표 3-2〉 충남의 노령화 지수

구분		총 부양비	총 부양비		노인1인당 생산가능인구	노령화 지수
			유소년부양비	노년부양비		
충청남도	2011년	44.7	23.0	21.7	4.6	94.4
충남 시군별 (2011)	천안시	36.1	25.1	11.0	9.1	43.6
	공주시	45.7	19.1	26.6	3.8	139.3
	보령시	47.7	20.2	27.4	3.6	135.4
	아산시	42.3	27.3	15.0	6.7	54.8
	서산시	46.6	25.3	21.3	4.7	83.9
	논산시	49.0	19.7	29.3	3.4	148.5
	계룡시	40.7	30.4	10.3	9.7	34.0
	금산군	55.2	19.1	36.1	2.8	189.0
	연기군	45.6	21.6	23.9	4.2	110.5
	부여군	58.1	17.6	40.5	2.5	229.5
	서천군	60.2	17.1	43.1	2.3	251.3
	청양군	64.5	16.8	47.6	2.1	283.0
	홍성군	52.0	20.4	31.6	3.2	154.8
	예산군	51.8	17.8	34.0	2.9	191.5
태안군	51.2	17.5	33.7	3.0	192.7	
당진군	46.2	23.5	22.7	4.4	96.7	

〈표 3-3〉 충남의 독거노인 비율

(단위: %, 명)						
구분	독거노인 비율	독거노인 수			65세 이상	
		계	기초생활보장 수급노인	일반 노인		
충청남도	2007	22.2	60,649	11,634	49,015	272,872
	2008	24.1	67,574	11,581	55,993	280,904
	2009	24.1	69,453	11,338	58,115	288,278
	2010	24.5	72,237	12,176	60,061	295,178
	2011	25.0	75,434	11,596	63,838	301,459
충남 시군별 (2011)	천안시	27.4	12,636	1,940	10,696	46,056
	공주시	20.1	4,571	702	3,869	22,774
	보령시	24.3	4,800	827	3,973	19,756
	아산시	23.7	6,846	1,269	5,577	28,890
	서산시	25.7	6,027	1,026	5,001	23,413
	논산시	24.4	6,122	973	5,149	25,060
	계룡시	15.3	482	128	354	3,151
	금산군	25.0	3,266	553	2,713	13,039
	부여군	23.9	4,519	639	3,880	18,938
	서천군	31.9	5,111	710	4,401	16,008
	청양군	35.2	3,295	304	2,991	9,354
	홍성군	22.9	4,194	606	3,588	18,315
	예산군	21.9	4,235	710	3,525	19,376
	태안군	26.7	3,743	435	3,308	13,996
당진군	23.9	5,587	774	4,813	23,333	

제4장 자살률과 노인자살률의 지역적 차이에 영향을 주는 요인 분석

1. 자료수집 및 분석방법

1) 자료수집

본 논문의 분석에 포함된 지방자치단체는 기초자치단체를 대상으로 하였으며, 선행연구를 바탕으로 하여 각각의 변수를 선정하였다. 종속변수는 연구에 포함된 2008년부터 2011년을 기준으로 기초자치단체의 전체자살률과 노인자살률로 선정하였다. 독립변수로는 인구, 경제, 환경, 사회, 심리적 요인으로 각각의 하위지표를 선정하여 연구를 진행하였다.

종속변수인 자살률에 대한 데이터를 확보하기 위하여 국가통계포털의 자료를 활용하였으며 독립변수로 제시한 각각의 변수에 대하여도 국가통계포털, 지방재정고, 보건복지부에서 발표한 자료를 가지고 활용하였다.

2) 분석방법

본 연구의 분석단위는 전국지방자치단체이며 지방자치단체를 대상으로 자살률에 인구, 경제, 환경, 사회, 심리적 요인이 어떠한 영향을 미치는지 알아보았다. 이를 위하여 본 연구는 2008년부터 2011년까지의 패널데이터를 활용하여 회귀분석을 실시하였다.

패널회귀 선형 모형에 있어서 오차항 μ_i 을 고정효과로 볼 것인지, 아니면 확률효과로 볼 것인지에 따라서 추정방법이 달라질 수 있으며 고정효과 모형은 패널개체별로 고정되어 있는 모수로, 확률효과모형에서는 확률분포에 따라 다르게 된다. 따라서 고정효과 모형인지 확률효과 모형인지 판단할 때 일차적으로 중요한 기준은 데이터에서 패널개체의 특성을 의미하는 오차항 μ_i 에 대한 추론, 이에 고정효과모형(fixed effect model: FE)과 확률효과모형(random

effect model: RE)에 있어서 추정 모형의 선택은 하우스만 검정(Hausman test(χ^2))을 통하여 검정하였다. 하우스만 검정결과 $H_0 : cov(x, u_i) = \emptyset$ 귀무가설에 대하여 p값이 0.01보다 크기 때문에 1%의 유의수준에서 귀무가설을 기각할 수 없어 확률효과 모형을 선택하는 것이 더 적절하게 나타났으므로 확률효과 모형(random effect model: RE)을 통하여 추정하였다.

2. 변수의 조작화

〈표 4-1〉변수의 조작화

측정항목		변수의 조작화	출처
인구	인구밀도	$\log(\text{지역면적}/\text{지역인구})$	통계포털
	여성인구비율	여성인구/지역인구	통계포털
	노인인구비율	노인인구/지역인구	통계포털
	인구증가율		통계포털
재정	1인당소득세	지방세/지역 인구 수*100	지방재정고
	빈곤율	기초수급자비율 /전체인구*100	보건복지부
	재정자립도	자체예산/전체예산*100	지방재정고
환경	산업화	인구 천명 당 사업체 수	통계포털
	도시화	도시 면적 km^2 /전체 면적 km^2 X 100	통계포털
	사회복지시설	인구 만명 당 사회복지시설 수	통계포털
	의료복지시설	인구 만명 당 의료시설 수	통계포털
사회	흡연율	노인인구 수/전체 인구 수 X 100	통계포털
	음주율		통계포털
	이혼율		통계포털
	결혼율		통계포털
심리	스트레스		통계포털
	우울증		통계포털
	건강만족도		통계포털
종속변수		자살자수/전체인구	통계포털
		노인자살자수/전체인구	통계포털

〈표 4-1〉에서 보여 지는 것과 같이 독립변수는 인구요인, 재정 경제요인, 환경요인, 사회요인, 심리요인으로 구분하여 통계포털 등에서 기초지자체 단위로 구할 수 있는 요인들도 18개의 변수로 구성하였다.

3. 분석결과

1) 2008년-2011년 기초통계

다음 <표 4-2>는 본 연구의 분석변수에 대한 기초통계분석을 제시한 것이다.

<표 4-2> 기초통계 분석결과

변수명	obs	평균	표준편차	최소값	최대값
자살률	907	36.100	12.736	9.8	92
노인자살률	907	32.326	13.734	0	133.3
ln(인구밀도)	908	7.340	2.161	3.555	10.850
여성인구비율	908	50.138	6.651	20	138
노인인구비율	908	15.584	7.364	4.75	32.65
인구증가율	908	.511	2.297	-10.33	20.08
ln(1인당 소득세)	906	9.405	1.079	7.225	13.159
빈곤율	908	3.988	1.978	.588	11.121
재정자립도	908	28.175	16.592	6	86
도시화	880	42.221	41.268	34	100
산업화	908	72.610	36.435	38.44	469.31
만명 당 사회복지시설	681	12.227	8.907	.29	63.65
만명 당 의료복지시설	680	10.946	6.646	.06	39.72
흡연율	906	24.956	3.034	13	34
음주율	906	53.331	6.959	31	66
이혼율	908	2.257	.410	1.1	3.8
결혼율	908	5.827	1.205	3.4	10.5
스트레스	908	27.210	5.119	6.5	43.3
우울증	908	6.134	2.744	.2	16.4
건강만족도	906	49.080	7.062	32	76

2) 회귀분석결과

(1) 인구학적 요인

다음 <표 4-3>에서 제시한 바와 같이 인구학적 요인을 중심으로 자살의 영향요인에 대한 회귀분석을 실시하였으며 분석결과 다수 유의미한 결과가 나타난다. 먼저 전체 자살률에 있어서 인구밀도가 낮을수록, 전체 자살률에 정(+)으로 유의미한 영향을 미치고 있다($p < 0.01$). 즉, 본 연구는 인구밀도가 높을수록 숫자가 작아지는 점을 감안하여 인구밀도가 높은 지역이 오히려 자살률이 낮아지는 것을 의미한다.

그리고 노인인구 비율이 높을수록(+), 전체 자살률에 유의미한 영향을 미치고 있다 ($p < 0.01$). 또한 인구증가율이 높을수록, 전체자살률에 부로 유의미한 영향을 미치고 있다 ($p < 0.05$). 다음으로 노인자살률에 있어서는 인구증가율을 제외하고 전체자살률과 분석결과가 같게 나타난다.

<표 4-3> 인구학적 요인 회귀분석결과

변수		전체자살률	노인자살률.
		RE	RE
인구학적요인	ln(인구밀도)	1.993** (.249)	1.662** (.262)
	여성인구비율	.068 (.048)	.053 (.051)
	노인인구비율	.580** (.077)	.824** (.081)
	인구증가율	-.204* (.157)	-.022 (.166)
	상수항(const_)	9.103 (2.691)	4.583 (2.830)
N		907	907
R^2	within	.429	.448
	between	.623	.003
	overall	.418	.447
wald chi ² (4)		649.44**	729.37**

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

(2) 재정·경제요인

다음 <표 4-4>에서 제시한 바와 같이 재정·경제적 요인을 중심으로 자살의 영향요인에 대한 회귀분석을 실시하였으며 분석결과 다수 유의미한 결과가 나타난다. 먼저 전체 자살률에 있어서 빈곤율이 높은 지역일수록, 전체자살률에 정(+)으로 유의미한 영향을 미치고 있다 ($p < 0.01$). 그리고 재정자립도가 높을수록(+), 전체자살률에 부(-)로 유의미한 영향을 미침 ($p < 0.01$). 즉 재정자립도가 높은 지역일수록 전체자살률이 낮은 것을 의미한다. 다음으로 노인자살률에 있어서는 1인당 소득세제외하고 전체자살률과 분석결과가 같게 나타남, 노인자살률에 있어서 1인당 소득세가 낮은 지역은 자살률이 더욱 높게 나타났음을 의미한다($p < 0.01$).

<표 4-4> 재정·경제요인의 회귀분석결과

변수		전체자살률	노인자살률.
		RE	RE
재정·경제요인	ln(1인당 소득세)	-0.361 (.386)	-1.830** (.410)
	빈곤율	1.271** (.282)	2.401** (.300)
	재정자립도	-0.241** (.034)	-0.097** (.037)
	상수항(const.)	41.271 (3.960)	42.717 (4.213)
N		905	905
R^2	within	.264	.279
	between	.610	.466
	overall	.247	.269
wald $\chi^2(3)$		295.14**	332.95**

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

(3) 지역·환경적요인

다음 <표 4-5>에서 제시한 바와 같이 지역·환경적요인을 중심으로 자살의 영향요인에 대한 회귀분석을 실시하였으며 분석결과 다수 유의미한 결과가 나타난다. 먼저 전체 자살률에 있어서 도시화율 수준이 높은 지역일수록, 전체자살률에 부(-)으로 유의미한 영향을 미침 ($p < 0.01$). 즉 도시화 수준이 높은 지역의 자살률이 더 낮음을 의미하고 있다.

그러나 산업화정도가 높은 지역은 오히려 전체자살률에 정(+)로 유의미한 영향을 미침 ($p < 0.01$), 특이할 만한 사항은 인구대비 사회복지시설이 많은 지역일수록 전체자살률이 높게 나타났다는 것이다($p < 0.01$). 다음으로 노인자살률에 있어서는 전체자살률의 결과와 마찬가지로 도시화수준이 높은 지역이 오히려 자살률이 떨어지는 것으로 나타남($p < 0.01$), 그리고 역시 사회복지시설이 많은 지역일수록 노인자살률이 높다²⁾. 이러한 사실은 기존 논의에 반하는 결과로 사회복지시설과 복지비용은 증가는 삶의 적절성을 높였다기 보다는, 기존의 삶의 조건의 피폐함의 요구로 이러한 시설과 비용의 증가를 초래했다는 해석이 가능하다. 다만 이에 대해서는 보다 신중한 검토가 요구된다.

〈표 4-5〉 지역·환경요인 회귀분석결과

변수		전체자살률	노인자살률
		RE	RE
지역·환경적요인	도시화	-.142** (.012)	-.161** (.013)
	산업화	.035** (.011)	-.006 (.012)
	만명 당 사회복지시설	.348** (.053)	.305** (.060)
	만명 당 의료복지시설	-.043 (.062)	-.080 (.069)
	상수항(const.)	35.441 (1.409)	37.173 (1.572)
	N	651	651
R^2	within	.396	.366
	between	.514	.222
	overall	.392	.365
wald $\chi^2(4)$		416.84**	372.15**

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

2) 사회복지시설에 대해서는 시설수도 중요하지만, 시설에 있어서 인구수용도, 즉 시설의 크기 및 질적인 부분도 중요할 수 있다.

(4) 사회·문화적 요인

<표 4-6>에서 제시한 바와 같이 사회·문화적 요인을 중심으로 자살의 영향요인에 대한 회귀분석을 실시하였으며 분석결과 다수 유의미한 결과가 나타난다.

〈표 4-6〉 사회·문화요인 회귀분석결과

변수		전체자살률	노인자살률
		RE	RE
사회·문화적요인	흡연율	.844** (.152)	.505** (.163)
	음주율	-.865** (.064)	-.727** (.075)
	이혼율	2.859** (1.086)	-2.093 (1.265)
	결혼율	-1.722** (.347)	-1.301** (.398)
	상수항(constant)	64.779 (3.496)	85.917 (3.632)
N		651	651
R^2	within	.302	.319
	between	.156	.034
	overall	.253	.307
wald chi ² (4)		305.83**	399.03**

**p.<0.01, *p.<0.05

먼저 전체 자살률에 있어서 흡연율이 높은 지역일수록, 전체자살률에 정(+)으로 유의미한 영향을 미침(p<0.01). 그러나 특이할만한 사항은 음주율이 높은 지역은 오히려 전체자살률에 부(-)로 유의미한 영향을 미치고(p<0.01), 이혼율이 높은 지역일수록 전체자살률에 정(+)으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나고(p<0.01), 역시 결혼율은 전체자살률에 부(-)로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 이는 가족제도의 확립이 전체의 자살률을 낮춰주는 역할을 한다는 것으로 해석이 가능하다. 다음으로 노인자살률에 있어서는 전체자살률의 결과와 마찬가지로 흡연율, 음주율 그리고 결혼율이 같은 방향으로 유의미한 결과를 드러내고 있다.

(5) 심리적 요인

다음 <표 4-7>에서 제시한 바와 같이 심리적 요인을 중심으로 자살의 영향요인에 대한 회귀분석을 실시하였으며 분석결과 다수 유의미한 결과가 나타난다. 먼저 전체 자살률에 있어서 스트레스가 높은 지역일수록, 전체자살률에 부(+)으로 유의미한 영향을 미침($p < 0.01$). 이는 가설과는 다른 방향을 보인다. 즉 스트레스가 높은 지역이 자살률이 낮다는 결과를 보여주고, 우울증 역시 전체자살률에 있어서도 스트레스와 같은 결과를 보여주고 있다.

다음으로 노인자살률에 있어서 역시 스트레스가 전체자살률의 결과와 마찬가지로 같은 결과를 가져오고 있는 것으로 드러났는데, 이에 대해서는 보다 깊은 연구가 필요할 것으로 판단된다.

<표 4-7> 심리적 요인 회귀분석결과

변수		전체자살률	노인자살률.
		RE	RE
심리요인	스트레스	-.416** (.089)	-.603** (.095)
	우울증	-.511** (.168)	-.109 (.179)
	건강만족도	-.047 (.064)	.127 (.068)
	상수항(cons_)	52.878 (4.608)	43.165 (4.915)
N		905	905
R^2	within	.036	.069
	between	.743	.194
	overall	.050	.069
wald $\chi^2(3)$		46.98**	67.73**

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

(6) 전체 회귀 모형 분석

〈표 4-8〉 전체 모형 회귀분석결과

변수		전체자살률	노인자살률
		RE	RE
인구학적요인	ln(인구밀도)	1.532** (.470)	1.391** (.529)
	여성인구비율	.011 (.054)	.049** (.061)
	노인인구비율	.861** (.130)	.854 (.146)
	인구증가율	-.207 (.182)	-.145 (.205)
재정·경제요인	ln(1인당 소득세)	.751 (.408)	-.393 (.459)
	빈곤율	-1.206** (.359)	-.378 (.404)
	재정자립도	-.137** (.038)	-.001 (.043)
지역·환경적요인	도시화	-.005 (.023)	-.009 (.026)
	산업화	.019 (.012)	-.009 (.014)
	만명 당 사회복지시설	.157** (.056)	.151* (.063)
	만명 당 의료복지시설	-.077 (.061)	-.083 (.069)
사회·문화적요인	흡연율	.447** (.169)	-.044 (.190)
	음주율	-.031 (.106)	-.087 (.120)
	이혼율	4.673** (.120)	-.157 (1.356)
	결혼율	-.031 (.405)	.443 (.456)
심리요인	스트레스	.161 (.084)	.177 (.094)
	우울증	-.010 (.155)	.037 (.175)
	건강만족도	-.012 (.063)	-.064 (.071)

**p.<0.01, *p.<0.05

<표 4-8>에서 제시한 바와 같이 전체모형을 중심으로 자살의 영향요인에 대한 회귀분석을 실시하였으며 분석결과 다수 유의미한 결과가 나타났다. 그러나 앞선 결과와는 달리 몇 가지 변수에서 다른 방향의 회귀계수 값을 보이고 있다.

먼저 전체 자살률에 있어서 인구학적 요인은 인구밀도 낮을수록 자살률이 높게 나타났으며 (+) 이는 앞서 분석한 인구요인의 결과와 같다($p < 0.01$). 그리고 재정 경제적 요인 부분의 회귀분석결과에 있어서 빈곤율이 낮은 지역이 오히려 자살률이 높게 나타났으며, 이는 다공선성의 문제로 생각된다. 1인당 소득수준이 높은 경우 자살률이 낮게 나타났으며 앞선 분석결과와 같다.

그러나 환경적 요인에 있어서 사회복지시설이 많은 지역의 경우 오히려 자살률이 높게 나타나는 점 역시 보다 심층적 논의가 요구된다. 그리고 사회 문화적 요인에 있어서 흡연율과 이혼율이 높을수록 자살률이 유의미하게 높게 나타나고($p < 0.01$), 마지막으로 심리적 요인은 유의미한 결과를 보이지 않고 있다.

다음으로 노인자살률에 있어서는 인구학적 변수인 인구밀도와 여성인구비율이 높을수록 노인자살률이 높게 나타난다($p < 0.01$). 경제적 요인은 유의미하게 나타나지 않았으며 환경적요인에서 사회복지시설이 많을수록 오히려 자살률이 높아진다는 결과를 보임, 이는 역시 더 심층적 논의가 요구된다고 할 수 있다. 마지막으로 심리적 요인은 유의미한 결과를 보이고 있지 않는다.

(7) 다중 공산성을 고려한 회귀모형

앞의 전체 회귀모형의 결과를 살펴보면 앞서 분석의 대상이 되었던 회귀모형과의 차이를 드러내고 있다. 이와 같은 결과는 변수들 간의 다중 공산성의 문제가 있는 것으로 생각할 수 있다. 따라서 이와 같은 결과를 보정하기 위해 각 변수간의 상관관계 살펴볼 필요가 있다.

〈표 4-9〉 변수 간 상관관계

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
전체자살률(1)	1.00						
노인자살률(2)	.544	1.00					
여성인구비율(3)	.046	.036	1.00				
인구밀도(4)	.603	.606	.015	1.00			
노인인구비율(5)	.612	.647	.013	.777	1.00		
1인당소득(6)	-.255	-.334	-.012	-.422	-.448	1.00	
빈곤율(7)	.447	.490	-.006	.611	.774	-.391	1.00
재정자립도(8)	-.478	-.444	-.028	-.583	-.690	.467	-.750
도시화(9)	-.592	-.577	-.001	-.910	-.755	.422	-.625
산업화(10)	.060	-.049	-.012	-.096	.029	.316	.071
복지시설(11)	.505	.469	.008	.611	.562	-.247	.390
노인시설(12)	.524	.595	.022	.836	.811	-.412	.642
의료시설(13)	.053	-.011	.008	.015	.103	.076	.264
흡연율(14)	.005	-.174	.020	-.135	-.324	.136	-.222
음주율(15)	-.427	-.535	.024	-.698	-.778	.417	-.652
이혼율(16)	-.005	-.208	-.011	-.211	-.358	.176	-.239
스트레스(17)	-.197	-.254	.027	-.392	-.429	.190	-.393
우울증(18)	-.163	-.130	-.037	-.202	-.276	.009	-.196
	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
재정자립도(8)	1.00						
도시화(9)	.611	1.00					
산업화(10)	.164	.078	1.00				
복지시설(11)	-.393	-.570	-.015	1.00			
노인시설(12)	-.568	-.781	-.138	.548	1.00		
의료시설(13)	-.162	-.062	.246	.088	0.035	1.00	
흡연율(14)	.147	.082	.131	-0.061	-.284	.027	1.00
음주율(15)	.546	.685	.112	-0.432	-.757	-.069	.446
이혼율(16)	.252	.148	.201	-0.037	-.288	.071	.537
스트레스(17)	.348	.366	-.016	-0.183	-.394	-.007	.259
우울증(18)	.233	.186	-.032	-0.184	-.266	-.017	.195
	(15)	(16)	(17)	(18)			
음주율(15)	1.00						
이혼율(16)	.334	1.00					
스트레스(17)	.445	.230	1.00				
우울증(18)	.240	.134	.373	1.00			

상관관계의 분석 결과 다중 공산성의 의심되는 변수를 삭제하고 다음과 같은 변수로 회귀분석을 다시 실시하였다(<표 4-10>).

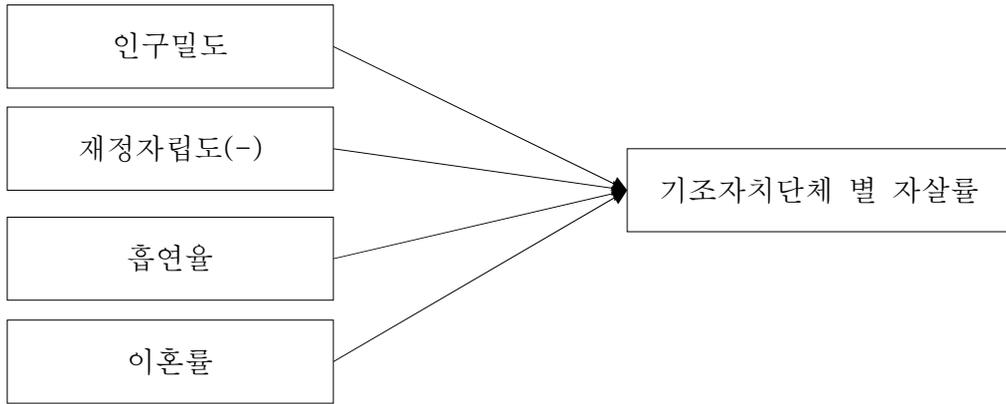
〈표 4-10〉 다중 공산성을 고려한 전체 모형 회귀분석결과

	전체자살률	노인자살률
	RE	RE
여성인구비율	.052 (.049)	.050 (.056)
인구밀도	2.148** (.355)	2.530** (.385)
재정자립도	-.150** (.036)	-.075 † (.038)
만명 당 사회복지시설	.288 (.062)	.231** (.068)
만명 당 의료복지시설	-.013 (.072)	-.098 (.078)
흡연율	.359* (.164)	-.143 (.185)
음주율	-.118 (.094)	-.262* (.106)
이혼율	3.173** (1.233)	-1.243 (1.365)
스트레스	.076 (.082)	.080 (.093)
우울증	-.196 (.140)	.037 (.159)
상수항(const_)	7.256 (6.731)	13.829 (12.289)
N	677	646
R^2	within	.064
	between	.562
	overall	.434
wald $\chi^2(10)$	327.74**	325.11**

**p.<0.01, *p.<0.05, <0.1

다중공산성의 문제를 해결한 회귀 분석의 결과 전체 자살률에 영향을 주는 요인은 인구밀도, 재정자립도, 흡연율, 음주율의 요인이다. 반면 노인자살률에 영향을 주는 요인은 인구밀도, 재정자립도, 만명당 사회복지시설, 음주율이 유의미한 영향을 주는 것으로 드러났다. 이와 같은 결과를 결과를 요약하면 다음의 <그림 4-1>과 <그림 4-2>로 표시될 수 있다.

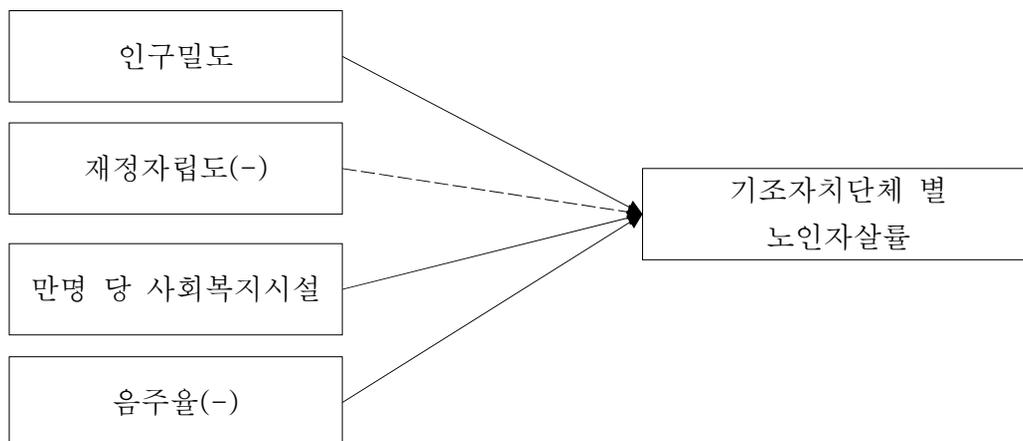
<그림 4-1> 지역 자살률에 영향을 주는 요인



분석 결과를 보다 자세히 설명하면 인구밀도가 낮으면 자살률은 높다고 할 수 있다. ‘인구밀도’는 노인인구비율, 인구증가율(-)과 상관관계가 매우 높기 때문에, 확대해석하면 노인인구비율, 인구증가율은 자살률과의 관계가 높은 것으로 추론이 가능하다. 결국 공동화되고 노령화 되는 농산어촌 지역의 자살률의 높을 것을 추론할 수 있다.

한편 자치단체의 재정자립도가 낮으면 자살률이 높은 것으로 드러났다. 재정자립도는 빈곤율(-), 소득세(-)와의 상관관계가 매우 높다. 결국 지역별로 빈곤율이 높아 소득세가 낮아 재정자립도가 낮으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다. 한편 지역의 흡연율이 높으면, 자살률이 높은 것으로 드러났고, 이혼율이 높으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다. 이는 전통적으로 사회적 연대가 약화되면 자살률이 높다는 기존 이론과 일치한다.

〈그림 4-2〉 지역 노인자살률에 영향을 주는 요인



인구밀도가 낮으면 노인자살률은 높다고 나타난다. ‘인구밀도’는 노인인구비율, 인구증가율(-)과 상관관계가 매우 높기 때문에, 확대해석하면 노인인구비율, 인구증가율은 자살률과 관계가 높은 것으로 추론 가능하다. 결국 공동화되고 노령화 되는 농산어촌 지역의 노인자살률의 높을 것을 추론할 수 있다. 자치단체의 재정자립도가 낮으면 노인자살률이 높다. 재정자립도는 빈곤율(-), 소득세(-)와의 상관관계가 매우 높고, 결국 지역별로 빈곤율이 높아 소득세가 낮아 재정자립도가 낮으면 노인자살률이 높은 것으로 추론 가능하다.

만명 당 사회복지시설이 높으면 노인자살률이 높은 것으로 추론 가능하다. 사회복지비용 지출과도 상관관계가 매우 높은데, 이는 자살률은 낮추기 위해 사회복지비용의 지출을 낮추어야 하는 것이 아니라, 복지비용 지출이 높은 지역이 빈곤율이 높은 지역이고 현재 복지비용 지출이 충분하지 못하다는 것을 반증하는 것이라고 추론하는 것이 타당할 것으로 보인다.

한편 음주율이 높은 곳이 자살률이 낮은 것으로 드러났다. 이는 자살률을 낮추기 위해서는 음주가 필요하다고 해석하는 것은 무리가 있다. 음주율 조사가 성인이 지난 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 비율이기 때문에, 음주가 사교의 가장 중요한 수단인 우리사회의 특성에 비추어 보면 사회적 관계가 활발할수록 자살률이 낮은 것으로 확대해석 하는 것이 이러한 현상을 설명하는데 필요한 것으로 보인다.

제5장 국내외 자살예방 정책 사례

1. 핀란드의 자살예방을 위한 국가프로젝트

1) 배경

과거 자살공화국이라는 오명을 가지고 있던 핀란드는 산업화와 도시화가 가속화되면서 90년까지 25년 동안 자살률이 세 배나 늘어나서 인구 10만 명당 자살률이 한때 50명에 육박하기도 했다. 핀란드는 치솟는 자살률로 국가적 위기의식을 느끼고 86년에 세계 최초로 보건청(The Finnish National Board of Health)에서 국가가 주도하는 자살예방 프로젝트를 단행했다. 이 프로젝트는 국립공중보건원(National Public Health Institute)에서 주관하고 여러 단계의 조사 과정으로 이루어져 있으며, 국립보건복지센터(National Centre for welfare and Health)에서 이 프로젝트를 통해 86년부터 96년까지 자살은 예방할 수 있다는 범국가적 자살예방프로그램이 시행했다.³⁾

먼저, 핀란드는 자살예방 정책을 위해 여러 해 동안 모든 자살사건을 연구 조사 했다. 그리고 조사원들이 한 해 동안 발생한 천 4백 여 건의 자살사건에 대해 심리부검을 실시했다. 5만 여 명의 전문가가 동원되어서 개인의 의료보험 기록에서부터 경찰기록, 일기 등을 바탕으로 심리부검의 보고서를 작성했고, 자살자의 주치의, 간호자, 친구, 가족, 고용주 등을 면담해 자살사건을 둘러싼 정황을 파악했다. 핀란드는 이를 바탕으로 유형별로 자살 원인을 분류해 예방대책을 세워서 적극 나선 결과 유의미한 성과를 거두었는데, 1990년에 10만명 당 자살률이 50명에서 96년에 30명, 2004년에 20명, 급기야 2008년에는 17명으로 감소하면서 자살률이 13위로 낮아지는 성과를 거두었다.⁴⁾

3) 정재석, 자살공화국 오명 손 놓은 정부 - 이투데이 2013.08.14 via <http://www.etoday.co.kr/news/section/newsview.php?idxno=771066>

4) 조현주, 핀란드 심리적 부검 후 자살률 절반으로 '뚝' - 시사저널 2013.01.30 via <http://www.sisapress.com/news/articleView.html?idxno=59770> ; ibid 정재석.

2) 자살의 원인

연구 조사결과에 따르면, 핀란드의 성인 남성의 자살률이 높은 것으로 나타났는데 국립공중보건권의 Jouko Lonqvist 교수에 따르면 성인 남성의 높은 자살률은 그들의 문제해결 방법에서 그 원인을 찾을 수 있다고 주장하고 있다. 일반적으로 핀란드는 살인률이 높았으며, 내전 이후로 자살률도 높아졌으며 다른 스칸디나비아 국가 보다 핀란드의 남성들은 아시아의 영향을 많이 받았고, 좀 더 공격적이고 근심이 더 많은 경향을 보이고 있다고 말하며, 연구에 따르면 이와 같은 성향은 유전적인 부분도 있다고 주장하고 있다⁵⁾

그리고 또 다른 연구자들에 따르면 다른 유럽 국가들과 다르게 핀란드의 높은 자살률에 있어서 환경적인 부분 역시 간과할 수 없는 중요한 요인이라고 지적하고 있다. Finnish Institute of Public Health의 Timo Partonen 박사에 따르면 핀란드 내에서도 북부와 동부에서는 남성의 자살률이 높고, 남쪽지역에서는 여성의 자살률이 상대적으로 높게 나타나고 있다고 지적한다. 그는 이러한 현상은 1970년대 있었던 핀란드의 외곽지역인 북동지역에서 많은 수의 여성들이 남쪽으로 이주 한 것에서 원인을 찾을 수 있다고 말하며, 자살에는 분명한 원인이 있다고 주장했다. 이와 같은 주장을 뒷받침하기 위해서 그는 가을과 초여름 시기에 증가하는 자살률을 언급했으며, 이는 계절의 변화와 함께 인간의 몸에서 발생하는 체내 리듬의 변화가 특정 시기에 높게 나타나는 자살률의 원인으로 지적했다. 이 뿐이 아니라, Finnish Psychological Association의 대표 Tuomo Tikkanen에 따르면 사회적, 문화적 요인 역시 자살률에 큰 영향을 미친다고 주장하고 있다. 그는 특히나 전후 세대에서 두드러지게 보이는 핀란드사람들의 내성적이고, 감정을 겉으로 표현하지 않는 특성과 외로움을 주원인으로 지적하였다.⁶⁾

이러한 가운데, 핀란드는 최초로 전국가적인 자살예방전략을 실행한 국가이다. 이들은 조사 연구한 정보와 함께 전문가들로부터 받은 조언을 바탕으로 프로젝트의 전략을 체계적으로 계획 및 발전시켰으며, 그 실행의 결과 또한 객관적으로 평가 분석하였다. 이와 같은 핀란드 정부의 범국가적 자살예방 프로젝트는 다양한 분야들 간의 협력에 의해서 이루어졌고, 그 결과

5) How is Finland Successfully Fighting its Suicide Problem?, 65Degrees North News and Views From Oulu, Finland, November 24th2010via <http://www.65degreesnorth.com/health/how-is-finland-successfully-fighting-its-suicide-problem>

6) Ibid

에 대한 책임 역시 참여하는 분야들 사이에서 공평하게 분담되었는데 이러한 점이 이 프로그램의 성공에 중요한 요인으로 작용한 것으로 분석되기도 한다. 자살은 전세계가 직면한 함께 해결해 나아가야 할 문제이며, 각 국가의 문화적 특성 및 목적에 맞게 전략과 대상 방법 등을 구성해야 할 것이다.

2 핀란드 자살예방을 위한 프로젝트

1) 소개 및 연혁

핀란드는 전세계에서 자살 예방을 위한 국가 전략을 기획 및 시행한 첫 나라이며, 국가 차원에서의 노력은 1970년대부터 시작되었다. 핀란드 정신건강 협회(The Finnish Association for Mental Health)는 1970년에 SOS 자살예방 서비스 센터(SOS Service Suicide Prevention Centre)를 설립했고, 자살예방 위원회는 1974년에 제안서를 발표했다. 더불어 학계에서는 70년도 부터 정신건강 측면에서 자살 원인을 분석했고 예방 방법을 제시했다. 이러한 연구결과는 정신의학 개발 프로그램(The Development Programme on Psychiatric Health Care)과 보건청의 교육 프로그램 등과 같은 정신건강 관련 문서 및 노력에 포함되는 등 정부의 자살예방 노력의 초석이 되었다.

자살예방 프로젝트가 시작될 당시에는 이미 자살 예방 모델과 개념 등에 관한 연구가 어느 정도 진행된 상태였다. 그러나 1985년에 핀란드 보건당국은 더 체계적이고 전국적인 자살예방 프로젝트의 필요성을 느끼고는 자살예방을 위한 국가 프로그램을 시작하기로 하였다. 프로그램의 최종 목표는 10년 동안 자살률을 20% 줄이는 것이었고, 다양한 세부 프로그램을 통해서 자살로 이어지는 요인들의 사슬을 끊거나, 이러한 요인들로부터 국민을 보호하려고 노력했다.

자살예방을 위한 국가전략은 총 4단계(Four Phases)로 구성되었다. 1번째 단계(1986-1991)에서는 자살 원인 및 패턴 분석이 이뤄졌다. 자살 1,397 건 분석을 통한 타겟 그룹과 이슈를 선정하였다. 2번째 단계(1992)에서는 프로그램이 개발되었고, 3번째 단계(1992-1996)에서는 프로그램이 시행되었다. 프로젝트 기간(10년)이 끝난 후인 4번째 단계(1997-1998)에서는 평가가 이뤄졌다.⁷⁾

사회복지청과 보건청의 노력을 통해 핀란드의 자살 문제를 해결하려고 노력했으며, 1) 문제의 심각성 및 복잡성에 대한 국민의 인식을 높이는 프로그램, 2) 전국적으로 시행 될 프로그램, 3) 프로젝트를 공공 서비스 시스템(Public service system)에 포함시키는 방법, 4) 보건 서비스와 관련된 활동 시행⁸⁾등을 프로그램에 포함하였다. 핀란드 보건청은 1986년에 프로젝트를 위한 전문가 팀을 형성과 함께 공식적으로 프로젝트를 시작했다.

프로젝트의 세부 목표는 연구 단계에서부터 세워졌다. 우선 전국적인 프로젝트를 실시하는 것을 주목표 중 하나로 삼았고, 이를 위해 지방 정부와 사회보건행정 기관이 긴밀히 협동하여 지방에 자살 예방 프로그램을 실시할 기관을 세우기로 결정했다. 또한, 해당 지역의 전문가들(자살 예방)의 참여가 독려되었고, 각 지방마다 현황 파악 및 자살 예방을 위한 제안 보고서가 작성되었다. 더불어 자살 예방에 관한 공청회가 실시되었으며, 다양한 홍보 및 교육 활동이 이뤄졌다.

1987년에 자살예방 프로젝트는 여섯 가지 과제를 선정했다. 1) 핀란드의 자살 현황에 대한 종합적이고도 상세한 분석, 2) 보건과 사회 서비스 담당 기관과 경찰의 자살과 관련된 개인적(individual) 그리고 환경적 요소에 관한 이해 증진, 3) 사회 각 부문에서의 전국적 및 지역적 분석을 통한 자살예방에 관한 결론 도출, 4) 업무환경, 보건복지사업 등의 질 향상 방안 제시, 5) 전국적으로 그리고 각 지방마다 신뢰할 수 있고 영구적으로 운영될 자살 모니터링 시스템 구축의 기회 제공, 6) 자살 수사 수행 및 지원⁹⁾ 등이다.

2) 타겟과 정책 전략 (Target and Action Strategy)

프로젝트의 주 목표인 전국적으로 시행될 자살예방 정책을 시행하는 것을 가능케 하기 위해 서 핀란드 정부는 타겟과 정책 전략을 세웠다. 전략 준비 단계에서는 실증적 연구결과 이용, 자살예방 제안 내용분석, 이론 모델(theoretical model) 개발, 전략 수립 및 시행 준비 등이

7) Australian Institute for Suicide Research Prevention. 2003. *International Suicide Rates: Recent Trends and Implications for Australia*. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra. p. 79.

8) Uppane, Maila., Hakanen, Jari., and Rautava, Marie. 1999. Can Suicide Be Prevented? STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health: Helsinki, Finland. p. 170, P. 23

9) Ibid. p. 24.

이뤄졌다. 또한, 자살, 자살예방, 그리고 국가적 차원에서의 예방 전략에 대한 개념을 확립했다. 이러한 개념과 세부 전략을 모색하는데 있어 7가지 요소가 큰 틀을 이루게 되었는데, 이는 다음과 같다.

- 타겟/목표(target/theme): 무엇을 다루어야 하는가?
- 목표(aim): 문제를 어떻게 개선해야 하는가?
- 담당기관(responsible party): 어떤 부처/기관이 담당하여 맡아야 하는가?
- 목표집단(target group): 어떤 집단이 관련되어 있는가?
- 전략(strategy): 어떻게 정책을 펼쳐야 하는가?
- 이유(reasons): 왜 중요한가?¹⁰⁾

‘자살은 예방될 수 있다’라는 제목으로 실용가능성을 강조한 자살예방 전략은 자살로 이어지는 복잡한 여러 요소(다양하고 누적적인 요인들)를 이론적으로 정리했을 뿐만 아니라 이를 바탕으로 자살예방 전략 모델을 세웠다. 전략 모델에는 정부가 정책을 통해서 간섭할 수 있는 부분(예컨대 경찰과 교육을 통해서)을 제시했고, 자살예방의 종류(특정 예방, 불특정/일반적 예방, 개인의 역량 및 생활조건 개선)등을 명시했다. 또한, 이 전략을 사용하게 될 자살예방 전문가들에게 다음과 같은 요구사항을 제시했다.

- 전략에 포함된 제안을 평가해보시오.
- (전략에 나와 있는 목표 중에서) 중요하다고 생각되는 목표들의 우선순위를 정하십시오.
- 전략에 포함된 제안사항을 바탕으로 계획 및 운영방침을 수정해보시오.
- 새로운 사안을 개발해보시오.¹¹⁾

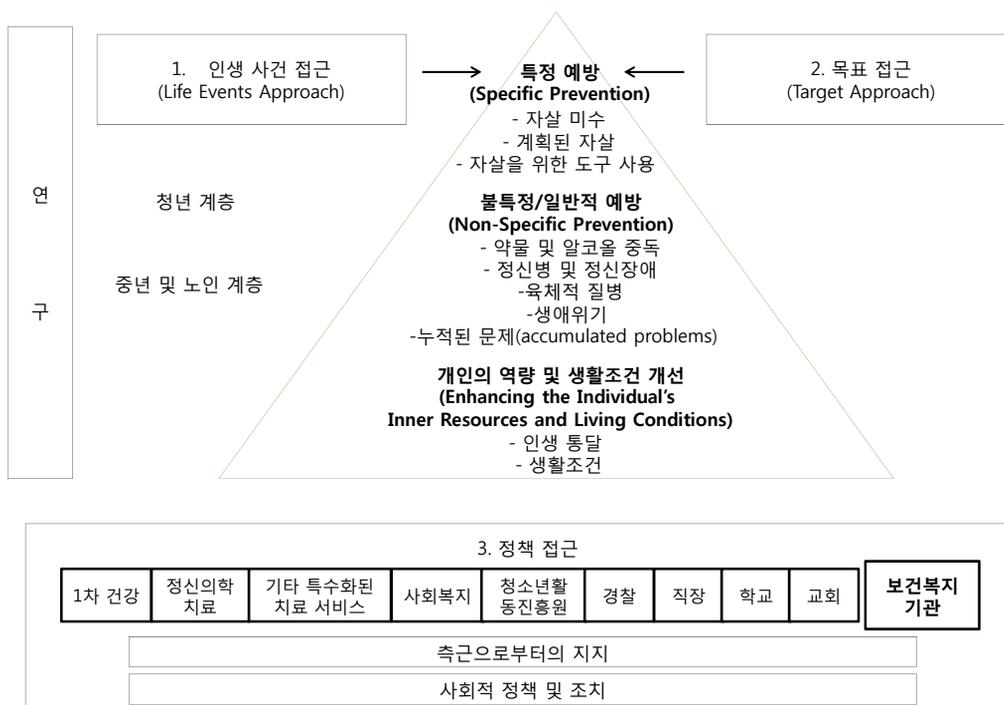
전략은 자살을 개인의 삶 속에서 여러 가지의 복잡한 요인들이 악화되면서 발생하는 결과라고 정의하고, 자살예방을 이러한 요인들을 직접 다루거나 이들이 엮인 사슬을 끊는 정책들을 개발하고 실행하는 것으로 정의했다. 정부 간섭의 목표는 크게 세가지 레벨로 나뉘어졌다.

10) Ibid. p. 25.

11) Ibid.

1) 자살과 직결되는 요인들을 제거 또는 완화(특정 예방/specific prevention), 2) 역경 속에서 처했을 경우 자살로 이어지는 인생 문제 또는 위기를 제거 또는 완화(불특정 예방/non-specific prevention), 3) 개인이 역경을 견뎌내는 역량(정신적/심리적) 증진 등이다. 자살 예방을 위한 전략 모델은 그림1과 같이 요약된다.

〈그림 5-1〉 자살 예방을 위한 전략 모델¹²⁾



전국적으로 실행될 이 전략과 관련하여 두 가지 보고서를 출간하였다. 전략의 준비단계, 이론과 배경을 설명한 보고서(Upanne, Arinpera & Lonqvist 1991)와 Suicide Can be Prevented 가이드북이 출판되었고, 가이드북은 1992년 봄에 6,000권이 전략과 관련된 기관 및 전문가 등에게 보내졌다.¹³⁾

12) Ibid. p. 26

13) Ibid.

3) 프로젝트 운영 목표(Operational Objectives of the Project)

프로젝트의 가장 중요한 부분인 실행 및 운영 단계는 8가지 원칙을 고수하였다.

- 1) 프로젝트 목표와 운영의 일관성(Orientation towards the goal): 프로젝트는 자살예방을 위한 전략에 명시된 목표를 달성하기 위한 정책 등을 시행하는 것을 목적으로 삼았고, 운영적 측면에서도 중요하게 여겨졌다. 즉, 프로젝트를 운영하는 여러 단계에서 주 목표가 거듭 강조되었으며, 목표와 일관성을 갖추도록 했다.¹⁴⁾
- 2) 전국적인 운영 범위(Nationwide coverage): 전국에 걸쳐 실시될 프로젝트는 연구단계에서부터 이를 고려했으며, 각 지방과 지역에서 실행 가능한 정책들이 개발되었다. 덕분에 전국적인 프로젝트 실행이 가능했다. 각 지방에서는 그 지역에 맞는 노력들이 이뤄졌고, 핀란드 전국에 실시되는 프로젝트의 행정적 총괄은 보건청(National Board of Health)의 책임하에 이뤄졌다.¹⁵⁾
- 3) 관련 기관 및 전문가의 참여(Reaching the key parties): 프로젝트는 운영단계에서 자살 예방과 관련된 여러 기관 및 전문가(이 중에서 특히 공공 서비스 부문)를 참여시키려고 노력했다.¹⁶⁾
- 4) 다부문, 다전문가적 접근(Multisectoral and multiprofessional approach): 자살이 많은 요소가 복잡하게 작용하는 문제인 만큼 사회의 여러 부문과 여러 분야의 전문가들이 프로젝트의 준비단계에서부터 운영에까지 참여토록 했다. 이에 따라, 1986년부터 약 2,000명의 전문가들이 투입되었다.¹⁷⁾
- 5) 운영에 집중(Focus on the operations): 프로젝트는 운영 및 실행을 통해서 실질적인 변화를 초래하는 것에 집중했다. 핀란드는 결과와 경험을 바탕으로 한 운영 가이드북을 만들었으며, 이 가이드북은 관련 전문가들에게 배부되었다.¹⁸⁾

14) Ibid. p. 29.

15) Ibid. p. 29.

16) Ibid. p. 30.

17) Ibid. p. 30-31.

18) Ibid. p. 32

- 6) 환경과 지역 특성에 맞는 운영방침(Dependence on the setting): 효과적인 운영을 하기 위해서는 지역의 특성을 고려한 운영 방침이 중요하다고 생각되어 노하우와 실례를 기반으로 운영 방침을 세웠다.¹⁹⁾
- 7) 협력의 원칙(Principle of co-operation): 자살 예방이 여러 부문과 여러 분야의 기관 및 전문가들이 관여해야 하는 것이 중요한 만큼 이들 간의 협력체계를 구축하는 것이 강조되었다.²⁰⁾
- 8) 단계적 과정의 원칙(Principle of working as a process): 자살 예방은 장기적이고 단계적 과정이므로, 각 단계의 경과에 따라 다음 단계의 목표와 정책들이 더 구체적으로 선정되었다.²¹⁾

4) 프로젝트의 실행 (The Implementation in Practice)

(1) 자살예방 프로젝트의 실행 원칙

1992년부터 1996지 실행되었던 핀란드의 자살예방 프로젝트의 행동계획은 실행과정을 거치면서 그 틀이 구체적으로 잡혔다. 먼저 이 프로젝트는 3단계로 나뉘어져 전문적인 도움과 함께 시민들의 일상에서 받을 수 있는 도움의 방법과 문화적인 측면에서 도움을 줄 수 있는 방법으로 진행되었으며 구체적으로 나뉘어진 활동을 통해 다음과 같은 결과를 기대하였다.

- 분기별 실행할 프로젝트
- 적용 가능한 모델의 개발
- 건강 정보 및 교육 자료
- 교육적 틀의 구성과 자료집
- 대중매체를 통한 활발한 활동

19) Ibid. p. 33.

20) Ibid. p. 33-35.

21) Ibid. p. 35.

이와 같은 단계로 프로젝트가 진행됨에 따라, 프로젝트는 점차적으로 더 세분화 된 하위 프로젝트로 진행되기 시작되었다. 따라서 각각의 하위 프로젝트는 프로젝트를 책임지는 담당자와 함께 관련된 전문분야의 대표들로 구성 되어진 준비위원회를 구성하게 되었고, 준비위원회를 통하여 각각의 하위 프로젝트 행동계획은 그들의 목표, 실행 방법, 그리고 예측되는 결과에 따라 고안되었다.²²⁾

(2) 실행방안

프로젝트의 실행방법으로 협력적 방법(Co-operative process model)을 채택했다. 세부사항은 아래와 같다.

- 현재의 실행 방법과 개발의 필요성이 명확해야 한다.
- 작업환경이 철저히 조사되어야 한다
- 개발의 목표가 명확히 정의되어야 한다
- 계획된 목표에 맞는 실행 방법이 명확해야 한다.
- 참여 기관과 그룹들 간의 노하우와 협력적 노력이 있어야 한다.
- 그러한 노력은 목표로 한 결과를 효과적으로 불러일으켜야 한다.

프로젝트의 시작을 위해 협력기관들간의 행정적인 합의와 공동의 책임감으로 프로젝트를 진행하는 것이 중요하다고 간주하였다. 이와 같은 사전 준비 및 협의 과정을 통해 결정된 방안은 전국적으로 사용되었다. 이렇게 고안된 실행 방안의 장점 첫째, 목표와 실행원칙들이 프로젝트가 계획한 바를 확실히 이룰 수 있게 되었다는 점이다. 둘째, 사전의 충분한 준비 및 협의 과정을 통해 결정되어 실행방안의 현실 적용성이 높아졌다. 셋째, 강한 동기와 책임감이 가능해졌다. 마지막으로, 단기적인 변화가 아닌 장기적이며 영구적인 변화를 이룰 수 있는 가능성이 증가하였다.²³⁾

22) Ibid, p 43

23) Ville Lehtinen and Vappu Taipale, 2001, Integrating mental health services : The Finnish experience, International Journal of Integrated Care, Vol1 p1-7 ; Ibid 44.

핀란드 자살예방 프로젝트 주요 계획

1. 프로젝트의 전반적 실행의 방안과 관련된 전제 조건

- 범국가적 프로젝트 시행 준비
- 1993년 모니터링
- 1996년 프로젝트의 평가
- 1997년 프로젝트의 결과 보고
- 1998년 프로젝트의 외부 평가

2. 범국가적 주요 책임자 연락망 구축

- 뉴스레터의 발행
- 프로젝트 관련 정보 제공
- 대중매체를 통한 자살예방 캠페인
- 교육을 통한 자살예방 프로그램 실행
- 자살예방을 위한 지역별 계획

3. 지방정부와의 협력 방안

- 지방정부 담당자들과의 연락망 형성
- 히빈카(Hyvinkaa)시에 자살예방 Taskforce 구축
- 다른 도시와의 협력 증진
- 죄수 행동 교정 센터 (Prison Personnel Training Centre) 와의 협업

4. 주변국가들과의 국제적인 협력

- 상담서비스
- 프로젝트 행정 및 회계 계획
- 출판

5. 테마가 명확한 프로그램

- 자살행위 시도자들에 대한 적극적인 후속 조치와 지원
- 우울함 극복을 위한 프로젝트 ‘Keep your Chin UP, 자신감을 가져라’ 란 주제의 캠페인 진행

6. 위험한 환경에 노출된 아동들에 관한 지역적 수준의 관리와 관심

- 학교와의 지속적인 협력
- 교회(종교단체)와의 지속적인 협력
- 핀란드 국방부 (Defensive Forces)와의 협력
- 젊은이들의 사회적응 및 생활에 관련된 지원 및 관리
- 경찰과의 협력
- 노동청(Ministry of Labor)과의 협력
- 불경기위기에서의 지원서비스: 실업자들을 위한 보건관리프로그램 (occupational health services)의 개발

7. 자살예방프로그램에서의 약물 남용 문제 관리

- A-Clinics에서의 우울증 치료
- 우울증과 알코올중독에 관한 교육 자료
- 보건관리프로그램을 통한 조기 치료
- 우시마(Uusimaa)지역의 약물 중독자들을 위한 프로젝트 진행²⁴⁾

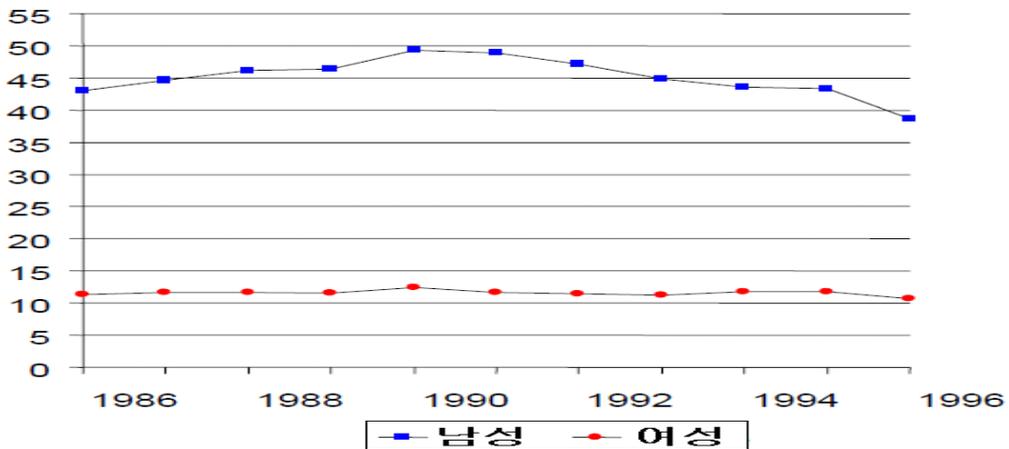
24) Uppane, Maila., Hakanen, Jari., and Rautava, Marie. 1999. Can Suicide Be Prevented? STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health: Helsinki, Finland. p. 48-50.

3. 핀란드 자살예방 프로젝트 결과 및 분석

핀란드의 자살률은 1980년대에는 전체적으로 증가하는 추세를 보였으나 1990년대에 들어서는 감소하기 시작했다. 1996년도에는 자살 건수가 총 1,247건이었으며(10,000명 중 남녀 합, 총 24.3 명) 1987년의 1363건(10,000명 중 남녀 합, 총 27.6 명)에 비해서는 감소했다. 프로젝트가 시작된 1987년에 비해서 자살률이 크게 감소했는지 의구심이 들 수도 있겠지만, 최고조에 이르렀던 1990년에 비해서는 감소했다고 볼 수 있고, 1996년 이후에도 계속해서 감소추세를 보인 것을 고려했을 때 성공을 거뒀다고 볼 수 있다.

프로젝트가 종료된 1997년부터 일년간 평가가 이뤄졌다(4번째 단계). 전국에 걸쳐 실시된 설문조사, 모니터링 과정에서 수집된 자료, 전문가들의 분석 등을 바탕으로 평가되었다. Maila Uppane과 같은 자살예방 전문가들은 핀란드 자살예방 프로젝트의 장점으로 다음 세가지를 지목했다. 1) 다부문적 다전문가적 접근, 2) 설문조사 회답자들의 만족도 및 긍정적 인식, 3) 생애위기관련 프로그램 등 이다.

〈그림 5-2〉 1986-1996년 핀란드 자살률²⁵⁾



25) Official Statistics of Finland (OSF): Causes of death [e-publication].ISSN=1799-5078. 2010, 5. Suicide mortality in 1921 to 2010 . Helsinki: Statistics Finland [referred:31.8.2013]. Access method: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_006_en.html.

1) 다부문적 다전문가적 접근

프로젝트의 세부 목표였던 다부문적, 다전문가적 접근이 달성되었다. 분석에 따르면, 세부 프로그램의 49-80 퍼센트가 사회 여러 부문과 여러 전문가들의 협동으로 진행되었다.²⁶⁾ 또한, 220개의 개발프로젝트 중에서 66%는 두 기관 이상이 협동하는 방식으로 진행되었다.²⁷⁾ 자살예방 프로젝트에 참여한 12개의 사회부문 중에서 특히 보건과 사회 서비스관련 기관과 교회가 가장 활발한 활동을 보였다. 전문가들 중에서는 심리학자와 교회목사, 정신과의사, 의료 및 사회 서비스 인사 등의 참여가 높았다.

2) 만족도 및 인식

설문조사에 따르면, 대부분의 회답자들은 프로젝트의 주 활동을 비교적 성공적 이었다고 평가했다. 특히 협동 네트워크와 실질적이고 실현 가능했던 자살예방 프로그램 등이 호평을 받았다. 또, 회답자의 70%는 프로젝트의 세부 프로그램 및 정책 등이 안정적으로 자리를 잡았다고 평가했다.²⁸⁾ 자살예방 전문가 및 관련 기관의 90%는 관련 기관 또는 집단이 자살예방에 기여할 수 있었다고 응답했다.²⁹⁾

3) 생애위기관련 프로그램

생애위기관련 프로그램들은 두 가지 이유로 긍정적으로 평가된다. 먼저, 자살예방에 있어서 생애위기가 매우 중요한 이슈였고, 대다수의 사람들이 경험하는 일임으로 많은 사람들이 이러한 프로그램의 혜택을 받을 수 있었다.³⁰⁾ 또한, 생애위기와 관련하여 프로젝트 하에 진행된

26) Uppane, Maila., Hakanen, Jari., and Rautava, Marie. 1999. Can Suicide Be Prevented? STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health: Helsinki, Finland. p. 170.

27) Upanne, Maila. 1998. '23. Implementation of the Suicide Prevention Strategy in Finland: First Follow-up'. *Suicide Prevention*. Kluwer Academic Publishers: Netherlands. p. 221.

28) Uppane, Maila., Hakanen, Jari., and Rautava, Marie. 1999. Can Suicide Be Prevented? STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health: Helsinki, Finland. p. 170.

29) Ibid.

많은 프로그램들이 개발되었고, 자살의 원인과 해결책을 규명하는데 많은 도움이 되었다.³¹⁾ 생애위기 관련 세부 프로그램들은 핀란드의 학교와 자살예방 관련 기관 등 전국에 걸쳐 실시되었다.

최초로 자살예방 프로젝트를 정부 차원에서 전국적으로 실시한 첫 나라다. 1970년도부터 자살예방에 관한 정책적 학문적 연구를 바탕으로 자살예방 프로젝트를 개발했다. 연구단계에서 자살의 원인 및 경향을 분석하여, 자살예방 프로젝트에 적합한 목표 및 과제를 선정하여 전국적으로 실행 가능하고 실질적인 결과를 가져올 프로젝트를 계획했다. 또한, 프로젝트의 가장 중요한 운영 및 실행 단계 초에는 프로젝트 모델과 가이드북을 각 지역에 배부했으며, 그 지역 전문가들의 참여를 독려하여 지역의 특성에 맞는 자살예방 프로젝트가 실시되도록 하였다. 많은 사회 여러 부문의 전문가들과 기관이 관여한 이 프로젝트가 시행될 당시 철저한 모니터링 과정이 이뤄졌으며, 종료 후에는 분석 및 평가 단계를 거쳤다. 1990년도부터 자살률이 하강 추세를 보이고, 프로젝트가 긍정적으로 검토된 데에는 세 가지 이유가 있다고 Maila Upaane과 같은 전문가들은 평가한다. 프로젝트는 다부문적 다전문적 접근을 통해 문제를 해결하려 했고, 만족스러운 서비스를 제공하여 긍정적으로 인식되었으며, 생애위기관련 프로그램 등의 기여가 컸다고 평가할 수 있다.

현재 우리나라는 경제협력개발기구(OECD)국가 중 8년째 자살률 1위를 차지하며, 평균적으로 하루에 42명이 사망하는 것으로 나타났다. 이와 관련하여 지난 7월 26일 열린 13회 국가정책조정회의에서는 관계 부처의 예방정책 추진에 노력이 강조 되었는데, 핀란드가 실시한 자살예방 국가 프로젝트를 바탕으로 자살의 원인부터 여러 부처간 협력체계 구축에 있어서도 우리나라의 상황에 맞는 프로그램을 개발하여 자살 예방 및 교육에 힘써야 할 것이다.

4. 한국 중앙정부 차원의 자살예방 정책

대한민국 중앙정부 차원의 자살예방대책으로는 크게 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’과 보건복지부 차원에서 수립되는 ‘자살예방 5개년 종합대책’을 들 수 있다.

30) Ibid. p. 171.

31) Ibid. p. 172.

1) 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률³²⁾

자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률은 2011년 3월에 제정되어 2012년부터 시행되고 있다. 이 법률은 국민이 자살위험에 처했을 경우 국가 및 지방자치단체에게 도움을 요청할 권리를 규정하고 있고, 자살예방과 자살확산 방지를 위하여 자살과 관련된 각 단계별 정책을 수립 시행해야하는 책임을 국가 및 지방자치단체에게 부여하고 있다.

자살예방기본계획은 5년 마다 국민건강증진정책심의위원회 내 자살예방전문위원회의 심의를 거쳐 수립하도록 하고 있다. 국가 및 지방자치단체는 5년마다 자살에 대한 실태조사를 실시하여 자살통계를 체계적으로 관리하는 한편, 보건복지부 장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 자살예방센터를 설치·운영하여 자살관련 상담, 자살위기 상시현장출동 및 대응, 자살예방 홍보교육 등의 업무를 수행하도록 한다.

2) 자살예방 5개년 종합대책

지금까지 총 2번의 종합대책이 수립됨. 제1차 종합대책의 기간은 2004년부터 2008년이고, 제 2차 종합대책의 기간은 2009년부터 2013년이다. 그리고 현재 2014년부터 2018년을 대상으로 하는 제 3차 기본계획이 수립 중에 있고, 그 내용은 다음과 같다.

(1) 제 1차 종합대책의 핵심내용

- 생명존중 문화조성
- 언론의 자살보도 권고지침 보급 및 모니터링
- 청소년 정신건강증진 및 자살예방
- 노인 정신건강증진 및 자살예방
- 우울증 및 자살 위험자 조기발견 상담체계 구축
- 자살예방 등 정신건강상담 전화 운영
- 자살예방 인터넷 상담 운영
- 자살 시도자 치료 및 사후관리

32) 이 절의 내용은 박형민, 2011: 3-4의 핵심내용을 정리·요약한 것임.

- 자살 감시체계 구축
- 교육 훈련
- 자살예방에 대한 연구 지원
- 자살관련통계의 품질개선방안

(2) 제 2차 종합대책의 핵심내용

- 자살에 대한 국민의 인식 개선
- 자살위험에 대한 개인·사회적 역량을 강화
- 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소
- 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화
- 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화
- 자살예방 인력에 대한 교육체계 강화
- 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성
- 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라구축 적정화
- 자살예방을 위한 연구감시체계를 구축
- 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발

3) 중앙정부 자살예방사업 총평

‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’은 구체적인 자살예방 사업을 규정한 것이 아니라 선언적인 측면이 강함. 앞으로 이 법률이 보다 구체적인 효력과 실효성을 갖추기 위해서는 보다 세부적인 내용을 갖춘 시행령과 시행규칙의 제정이 필요하다(박형민, 2011: 4).

제1차 자살예방 종합대책은 기본적인 정책범위를 개인중심의 정신보건사업으로 한정하여 사회경제적, 범정부적 지원책 마련이 미흡했다는 평가를 받고 있다(박형민, 2011: 2). 한편 제 2차 자살예방 종합대책에서는 정책범위를 개인중심의 정신보건사업으로 한정하지 않고, 사회경제적 지원 방안이나 사회환경 개선 등의 방안이 새롭게 대책에 포함되어 있다. 하지만 정신보건사업과 취약계층 지원 사업을 우선 순위 없이 나열하는 방식으로 이루어 졌고, 제시된 사업의 진행상황을 평가하고 각 실행단위의 활동을 조정하는 역할에 대해서도 명확히 제시

하지 못한 한계가 있는 것으로 평가되고 있다(박형민, 2011: 3).

자살예방 기본계획 비용추계(한국자살예방협회, 2011: 134-136)를 보더라도 두 번의 자살종합대책을 통해 실질적으로 이루어진 것은 ‘생명존중 사회마케팅 활성화’, ‘자살시도자 통합관리체계 구축’, ‘생명지킴이(Gate-Keeper) 양성 교육 지원체계 구축’ 등으로 매우 한정적임. 즉 계획안에 비해 현실에서 실현된 경우는 매우 적은 형평이다.

5. 광역지자체 차원 자살예방대책: 서울시 사례

1) 서울시 보건의료정책과

(1) 자살예방사업의 목표

서울시는 2012년부터 자살예방사업을 본격적으로 시작하였다. 서울시 보건의료정책과가 제시하는 자살예방사업의 목표는 다음과 같다.

- 서울시 자살예방사업의 목표
- 기초자치구 밀착형 예방
- 생애주기별 예방
- 취약계층대상 예방
- 유족관리(마음이음 프로그램)

(2) 주요 자살예방사업

① 생명지킴이(Gate-keeper) 양성 및 활동지원

- 25개 자치구의 통·반장 및 동주민센터의 대민공무원을 대상으로 자살예방관련 교육 실시.
- 생명지킴이의 의식적 활동을 통해 자살시(의)도자를 찾아내도록 함.
- 자살욕구를 지닌 사람을 발견하면 자살예방센터나 정신보건센터에 의뢰함.

② SIB(Social Impact Bond) 프로그램

노인자살예방사업을 위해 공모를 통해 NGO를 선발하고, 일정정도 재정지원과 함께 그 NGO를 자살예방사업에 활용하는 프로그램이다. 동대문구의 경우 사람나눔의사회가 선발되

었고, 이 의사회는 직원을 채용하여 노인자살예방사업에 참여하고 있다. 노원구는 의료생협인 생명의료재단이 참여하고 있고, 성북구는 ‘라인프 인 자살예방’이라는 조직이 이 프로그램에 참여하고 있고, 현재 시범사업으로 시작하였고, 총 예산은 2억원 규모이다.

③ 치유헬동가 양성

서울시를 힐링도시로 만든다는 목표 아래 치유헬동가를 양성하기 시작했고, 이 사람들이 자살예방사업에도 기여할 것으로 기대하고 있다. 총 330명을 양성하고자 하고, 한 분기 교육과정의 기간은 5주이다. 심리상담사, 가정주부 등이 자원봉사자의 자격으로 이 프로그램에 참여하고 있고, 양성된 24명이 다시 240명을 양성하는 프로그램이다.

④ 자살시도자에 대한 재정지원 프로그램

한국생명보호재단(생명의 전화 운영)과 서울시가 MOU를 맺었고, 서울시에서 일어난 교량 자살(시도)자에 한해 이송 및 치료비용을 한국생명보호재단이 지불하고 있다.

⑤ 유족관리 프로그램 - 마음이음

자살자 유족을 위한 힐링캠프를 지금까지 두 번 개최함. 캠프이름은 마음이음1080캠프라는 프로그램이고, 자살 후 일어난 가족 내 역동의 변화와 역할 재분배의 어려움에 대해 논의하고, 공통된 경험에 기반하여 그 해결책에 대해 함께 논의하는 것을 핵심으로 하고 있다(뉴스와 이어, 2013).

2) 서울시 자살예방센터

(1) 자살예방사업의 목표

서울시 자살예방센터가 제시하는 미션은 다음과 같다.

- 생명존중 문화조성과 정신건강을 위한 인식 개선
- 생애주기별 정신건강증진과 스트레스 대응 역량강화
- 자살예방을 위한 시민사회 참여촉진

- 민간-공공 협력 서울시 자살예방안전망 구축
- 자살예방정책 및 사업에 대한 근거기반 마련

(2) 주요 자살예방사업

① 24시간 위기상담전화 블루터치핫라인 운영 및 응급출동

- 블루터치핫라인은 자살관련 24시간 위기상담전화임.
- 블루터치핫라인으로 상담이 들어오고, 상담 후 고위험군으로 판단되면 응급출동하여 대면상담을 함

② 자살고위험군 위기관리

- 고위험군으로 판정된 사람들은 대부분 25개구의 정신보건센터나 자살예방센터에 이관
: 모든 구에 어떤 명칭이던 자살관련 위기관리팀(2-4명으로 구성됨)이 있음.
(경우에 따라 서울시 자살예방센터에서 자살시(의)도자를 직접 관리하는 경우도 있음)
: 위기관리 서비스는 8주간 지속되고, 주 1회 만나거나 주 5회 전화통화를 함.
: 스텝은 총 14명이 있고, 이들이 현재 120-130명의 고위험군을 관리하고 있음.

③ 주말 및 휴일 모니터링 지원

개별구에 대한 서울시의 지원정책 중 하나로, 위기관리 대상자에 대한 관리를 주말 및 야간에 개별 구청에서 못할 때, 서울시 자살예방센터에서 이 사람들을 모니터링 해주고 있다.

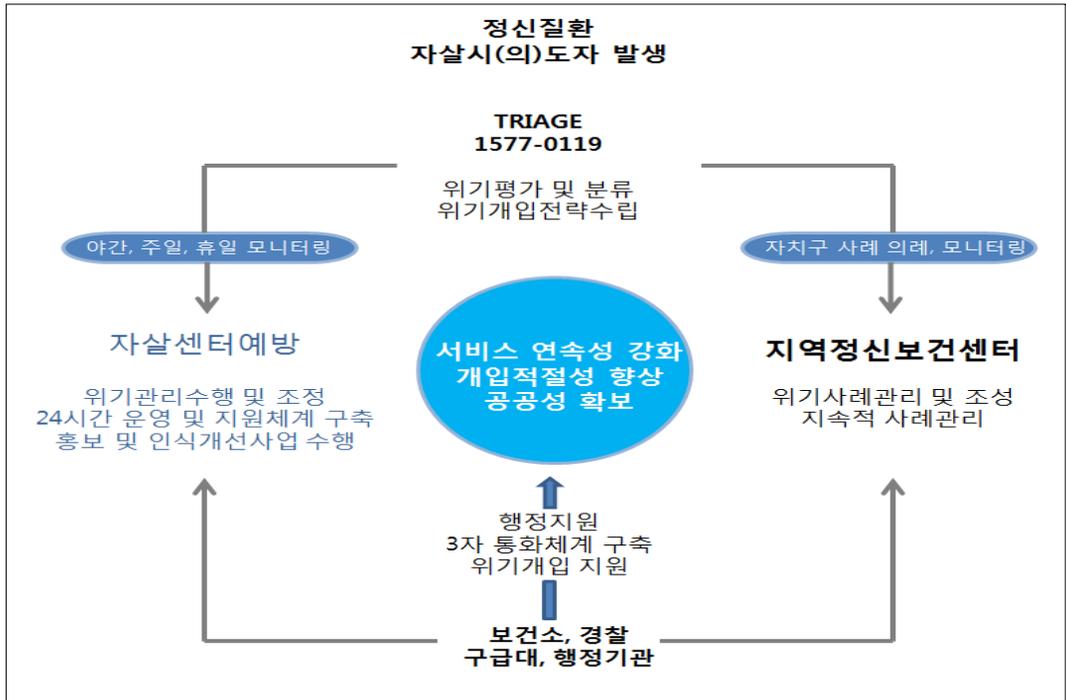
④ 유족지원 프로그램

자살자 유족에 대한 기본적인 관리 기간은 4주이고, 서울시 자살예방센터에서 직접 자살자 유족 자조모임 등을 운영하고 있다.

⑤ 자살예방교육과정은 다음과 같이 운영되고 있다.

- 자살예방홍보 및 캠페인
- 서울시 자살예방포럼 개최
- 홍보 콘텐츠 제작 보급 - 연구집 발간
- 온라인자살예방센터(<http://suicide.blutouch.net>) 운영

〈그림 5-3〉 서울시 자살예방센터 위기관리 서비스 체계도



출처: 서울시 자살예방센터 홈페이지

3) 서울시 자살예방사업 총평

서울시의 자살예방사업은 주로 서울시 자살예방센터와 서울시 보건의료정책과에서 이루어지고 있다. 서울시 자살예방센터에서는 상담전화 불루터치 핫라인 운영하고, 이를 통해 발견된 고위험군을 개별구 해당 위기관리팀에 이관하는 역할을 담당한다.

한편 서울시 자살예방센터는 개별구가 관리하는 사람들에 대해 야간·주말·휴일모니터링을 해 줌으로써 개별구를 지원하는 역할을 수행하고 있다. 또한 서울시 자살예방센터는 또한 자살유족자를 대상으로 자조모임을 운영하는 등 유족관리 서비스를 제공한다. 반면 서울시 자체의 가장 중요한 역할은 생명지킴이(Gate-keeper) 양성이라 볼 수 있고, 또 다른 서울시 자체의 대표적인 프로그램은 자살유족자 힐링캠프인 마음이음 프로그램이다.

6. 기초지자체 차원 자살예방 대책-서울 노원구 사례

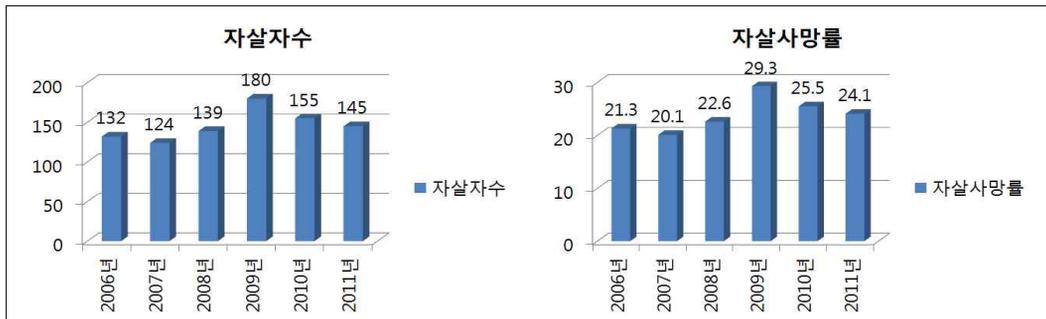
1) 노원구의 현황

노원구는 서울특별시에서 송파구에 이어 두 번째로 큰 인구규모를 가진 자치구임. 총 603,521명. 남자 295,107명, 여자 308,414명이다. 노원구에 거주하는 65세 이상 고령자는 2012년 60,672명으로 2001년에 비교하여 1.6배 증가함(2001년 37,166명). 이는 서울특별시 자치구 중에 노인이 가장 많이 살고 있음을 보여준다. 가장 낮은 노인의 수치를 보이는 중구와 비교하면 약 3배 이상 많고, 국민기초생활보장 수급자 수는 2011년 기준 21,814명으로 서울특별시 25개 자치구 중 가장 높은 수치를 보여주고(노원구민의 3.5%) 있다.

2) 노원구의 자살 현황³³⁾

노원구 2006년 자살사망자 수는 132명, 자살사망률은 21.3명이었으며, 2009년에는 자살사망자 수가 180명, 자살사망률은 29.3명으로 나타나 2006년 대비 2009년에 36% 증가한 수치를 보이고 있다. 2010년도와 2011년에는 자살자 수가 감소하고 있는데, 이는 2010년부터 시행한 노원구 자살예방사업에 대한 긍정적 효과로 보여진다.

〈그림 5-4〉 2006년~2011년 노원구 자살사망자와 자살률 추이



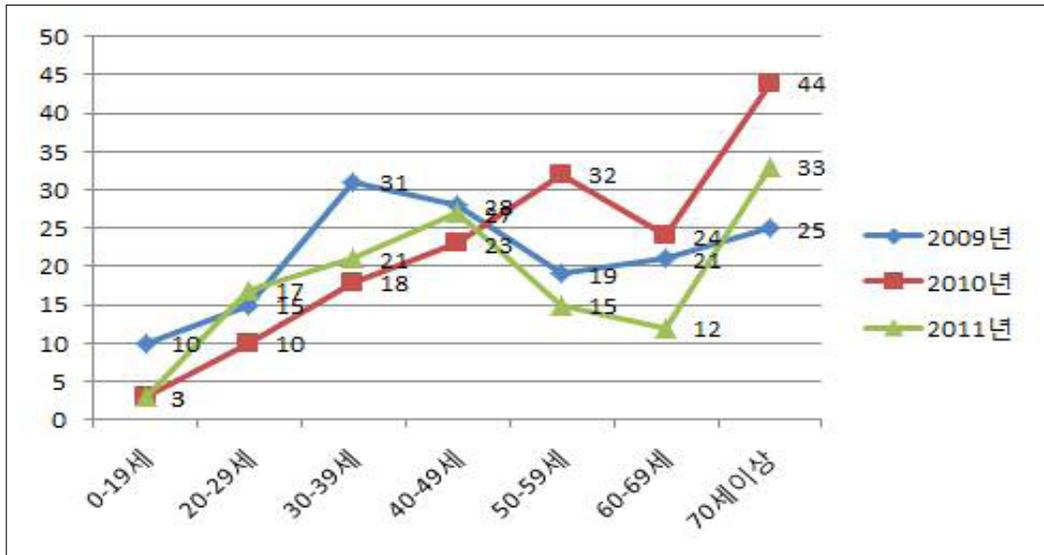
출처: 통계청 2012년 자료 『사회통계국 인구동향과 사망원인통계』 DB 재구성; 노원자살 예방센터, 2012: 33에서 재인용

33) 이 절의 내용은 노원정신보건센터, 2012: 33-39의 내용 중 핵심내용을 정리·요약한 것임.

연령별 현황을 보면 20대~40대 자살사망자 수가 상대적으로 큰 비중을 차지하고 있고, 또한 70세 이상의 자살사망자 수도 높은 비중을 차지하고 있다.

〈그림 5-5〉 2009년~2011년 노원구 연령별 자살사망자 추이

(단위: 명)

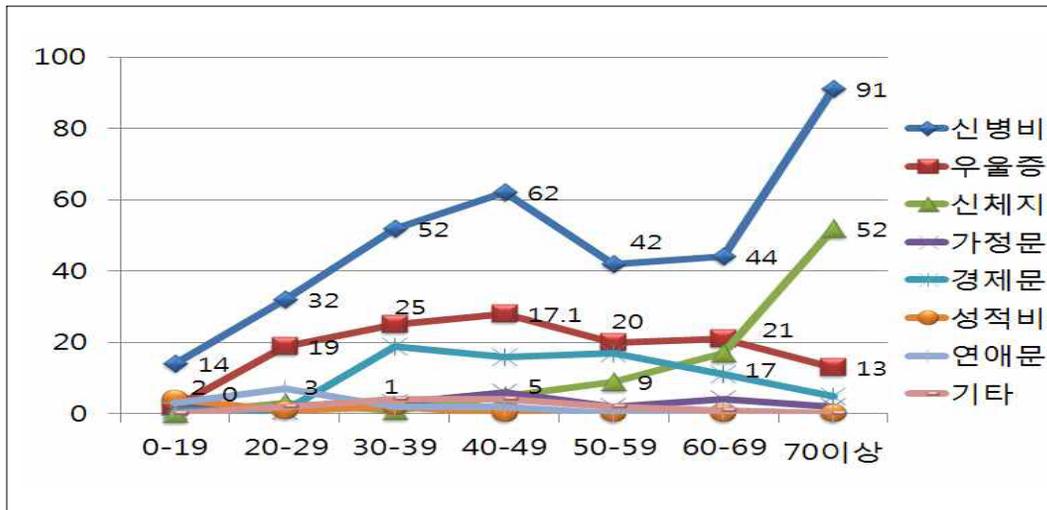


출처: 통계청 2012년 자료 『사회통계국 인구동향과 사망원인통계』 DB 재구성; 노원자살 예방센터, 2012: 34에서 재인용

원인별 자살자 현황을 살펴보면 자살사망자 중 신병비관으로 인해 자살한 사망자 수가 전연령대에서 가장 높게 나타나고 있다. 70세 이상에서는 신체지병이 자살의 또 다른 주요한 원인으로 보여진다.

〈그림 5-6〉 2012년 노원구 원인별 자살사망자

(단위: 명)

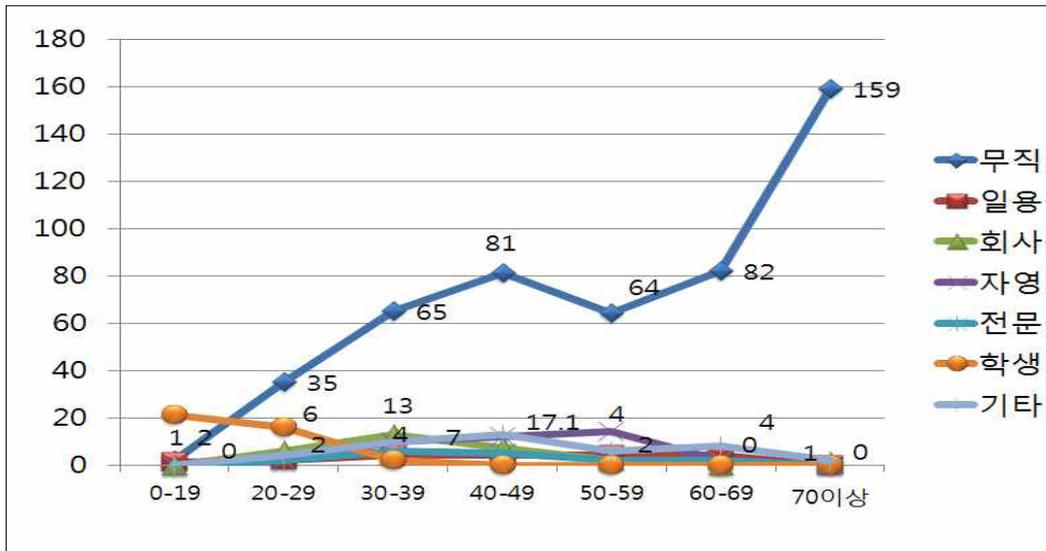


출처: 2012년 노원경찰서; 노원자살예방센터, 2012: 36에서 재인용

직업별 자살자 현황을 살펴보면, 무직인 경우가 전 연령대에서 가장 높게 나타났음. 40~50대에서는 자영업자들의 자살률도 상대적으로 높게 나타났다. 이는 불안정한 경기로 장년층의 직업이 자영업으로 편향되면서 경제적인 원인으로 인한 척박한 현실로 나타난 현상으로 보인다.

〈그림 5-7〉 2007년~2011년 노원구 직업별 자살사망자 추이

(단위: 명)



출처: 2012년 노원경찰서; 노원자살예방센터, 2012: 37에서 재인용

3) 노원구의 자살예방사업의 개요³⁴⁾

(1) 비전: 노원구 자살문제에 효과적으로 대응하고 자살예방의 중요성을 알림으로써 지역 주민의 정신건강 증진과 생명존중 문화를 구현하고자 함.

(2) 목적

체계적인 자살위기대응시스템 구축을 통해 발견된 자살시도자와 자살유가족의 정신건강문제를 해결하고 자살위험도를 낮춤으로써 자살사망률을 감소시키고자 한다. 또한 우울 및 자살마음건강평가를 실시하여 자살위험군을 조기발견하고, 우울증 치료 및 대상별 맞춤형 서비스를 제공하여 노원구민의 정신건강증진 및 자살사망률을 감소시키는 것이 목적이다. 그리고 지역주민과 생명지킴이(Gate-keeper)를 대상으로 자살예방교육 및 생명존중홍보를 실시하여 구민의 자살에 대한 인식을 개선시키고, 생명을 존중하는 사회·문화 환경을 조성하고자 한다.

34) 이 절의 내용은 노원정신보건센터, 2012: 33-39의 내용 중 핵심내용을 정리·요약한 것임.

(3) 목표: 내실 있는 인프라 구축 및 효과성있는 자살예방사업 수행을 통해 자살률을 50% 낮추고자함.

〈그림 5-8〉 노원구 자살예방사업 사업목표

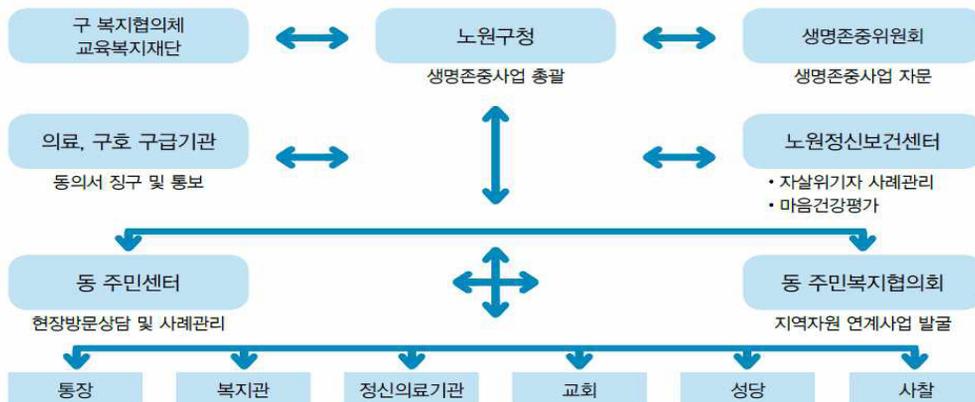


출처: 노원자살예방센터, 2012: 41

(4) 사업대상

자살예방사업의 1차 표적대상은 자살시도자와 자살자유가족이고(노원구민의 0.2%), 2차 위험대상은 취약계층(노원구민의 21.7%), 3차 기본대상으로 노원구민 전체를 설정하고 있다.

〈그림 5-9〉 노원구 자살예방사업 사업대상

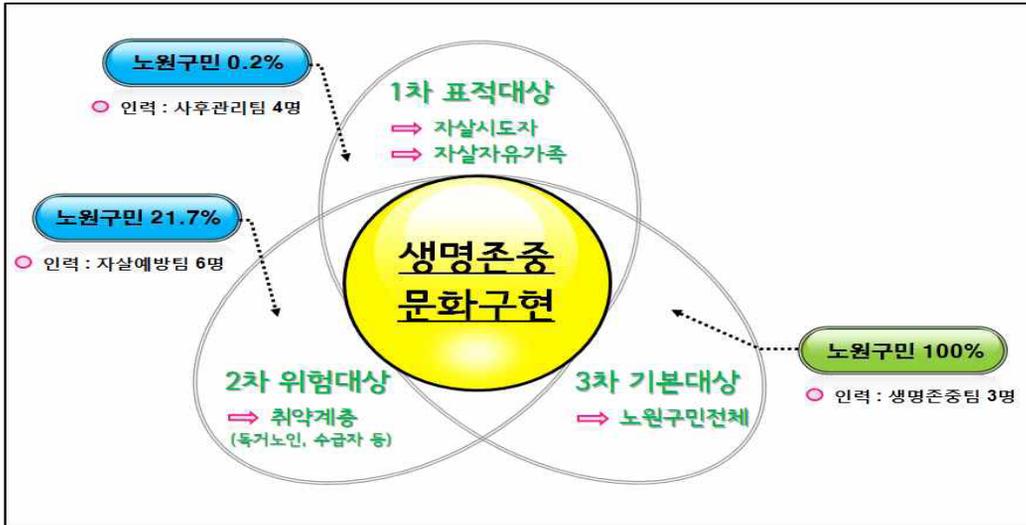


출처: 노원자살예방센터, 2012: 41

(5) 사업추진체계 및 인력

노원구의 자살예방사업은 노원구청과 노원정신보건센터간의 민관협력체계(사무위탁)를 통해 운영된다.

〈그림 5-10〉 노원구 자살예방사업 추진체계



출처: 노원자살예방센터, 2012: 42

노원구 자살예방사업의 핵심기구인 노원자살예방센터 인력에 대한 사항은 다음과 같다.

〈표 5-1〉 노원자살예방센터의 자살예방사업 인력구성

계	관리자			정신보건전문요원		기타요원	
	센터장	부센터장	팀장	간호사	사회복지사	간호사	사회복지사
14	1	1	3	1	4	3	1

출처: 노원자살예방센터, 2012: 43

〈표 5-2〉 노원자살예방센터의 자살예방사업 인력세부사항

성명	직위	주당근무일	담당역할	비고 (자격증)
전성일	센터장	0.5일	사업자문 및 감독 강의	정신과전문의 소아청소년정신과전문의
이은진	부센터장	2.5일	사업수퍼비전 및 교육	정신보건사회복지사 1급 사회복지사 1급
전현구	자살예방 사후관리팀장	5.0일	자살고위험군사후관리 자살시도자 위기관리	정신보건사회복지사 2급 사회복지사 1급
김지혜	자살예방 조기발견팀장	5.0일	구직자, 기타대상 마음건강평가	정신보건사회복지사 1급 사회복지사 1급
김원기	자살예방 초기관리팀장	5.0일	우울 및 자살 초기관리 마음건강상담의 날 마음건강평가 추적조사	정신보건사회복지사 2급 사회복지사 1급
정소연	자살예방 초기관리팀원	5.0일	우울 및 자살 초기관리 심리검사지원	정신보건사회복지사 2급 사회복지사 1급
김희수	자살예방 조기발견팀원	5.0일	독거노인, 수급자 마음건강평가	정신보건사회복지사 2급 사회복지사 1급
이덕성	자살예방 사후관리팀원	5.0일	자살고위험군사후관리 자살위기 대응기관 실무자 간담회	간호사 면허증
임현아	자살예방 초기관리팀원	5.0일	우울 및 자살 초기관리 의료기관협조체계구축	정신보건사회복지사 2급 사회복지사 1급
김성아	자살예방 사후관리팀원	5.0일	자살고위험군사후관리 지역정신보건센터 실무자 간담회	정신보건간호사 2급 간호사 면허증
이성주	자살예방 초기관리팀원	5.0일	우울 및 자살 초기관리 생명지킴이 보수교육	정신보건사회복지사 2급 사회복지사 1급
이희경	자살예방 사후관리팀원	5.0일	자살고위험군사후관리 5개구 자살유족지원사업	간호사 면허증
임혜정	자살예방 사후관리팀원	5.0일	자살고위험군사후관리 5개구 생명지킴이 교육	간호사 면허증
문보슬	자살예방 조기발견팀원	5.0일	구직자 마음건강평가 마음건강평가지 코딩	사회복지사 1급

출처: 노원자살예방센터, 2012: 44

(6) 노원구 자살예방사업 예산

노원구 자살예방사업의 예산은 2012년기준 3억8천3백만원이고, 이러한 구비 이외에 서울시 5개 자치구 자살예방 시범사업 예산으로 6천5백만원이 서울시로부터 노원구에 지급되었다(총 예산 4억4천8백만원).

노원구 전체 예산은 4천2백억이고, 사회복지예산은 2천2백억원임(예산대비 52.2%). 자살 예방사업예산의 비중은 노원구 전체 예산 대비 0.1%, 사회복지예산 대비 0.2% 수준이다.

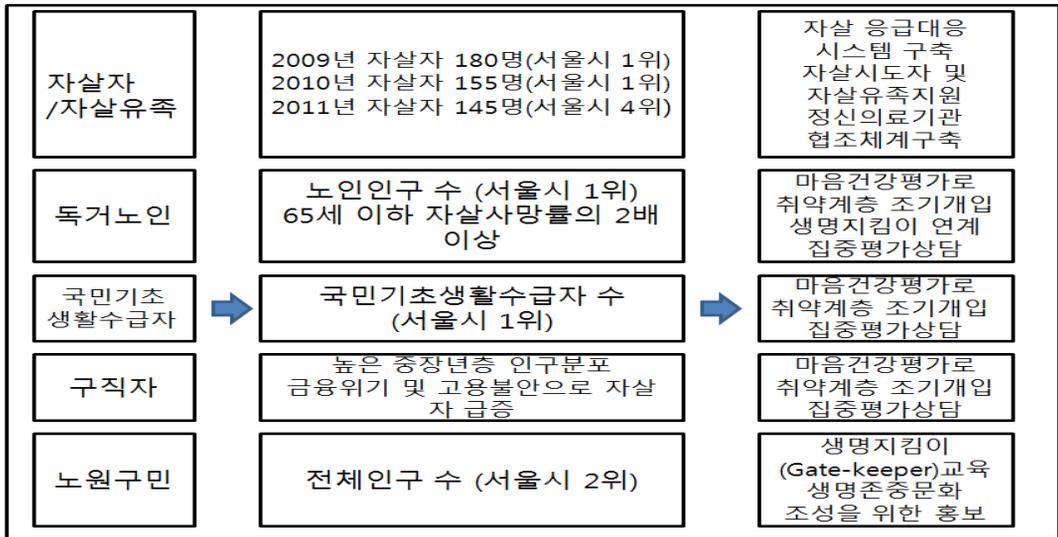
4) 노원구의 자살예방사업의 내용

〈표 5-3〉 노원구 자살예방사업의 세부사업내용 개괄

구분	1차 보편적(universal) 예방사업	2차 선택적(selective) 예방사업	3차 집중적(indicated) 예방사업	서울시 5개 자치구 자살예방 지원사업
대상	일반인구	자살위험군	자살고위험군 자살시도자, 자살유족	자살고위험군 자살시도자, 자살유족
세부 사업	1생명지킴이보수교육 2인식개선 및 홍보사업	1.노인마음건강평가 2.국민기초생활수급 자 마음건강평가 3.구직자 마음건강평가 4. 기타대상 마음건강평가 5.마음건강상담의 날 6.자살고위험군 초기 관리	1. 자살위기대응 네트워킹 2. 자살시도자 응급 대응사업 3. 자살위기자 맞춤형 사례관리 4. 우울대상자 맞춤형 사례관리 5. 자살위기자 지원 사업	1. 자살시도자 위기 관리사업 2. 자살고위험군 조기 발견 및 지원사업 3. 자살유족 정서관리 프로그램 제공
실행 부서	자살예방초기 관리팀 홍보운영팀	자살예방초기발견팀 자살예방초기관리팀 자살예방사후관리팀	자살예방사후관리팀 자살예방초기관리팀	자살예방사후관리팀 홍보운영팀
주요 협조 기관	종교단체 동주민센터 생활복지과	서울북부고용센터 동주민센터, 생활복지과	경찰서, 소방서 응급의료센터 정신의료기관 노원구의사회 한의사회	종합사회복지관 경찰서 응급의료센터 정신의료기관

출처: 노원자살예방센터, 2012: 48

〈그림 5-11〉 노원구 자살예방사업의 대상별 사업내용 개괄



출처: 노원자살예방센터, 2012: 46

노원구는 자치구 중 전국 최초 자살예방사업을 시작하였다. 2010년 10월부터 본격적으로 추진됨. 먼저 생명존중 및 자살예방사업을 추진하기 위한 제도와 조직을 만드는 일에서부터 시작하였다. 보건소에 생명존중팀을 그리고 노원정신보건센터에 자살예방팀을 신설하였다(노원구, 2012: 353).

관련 법률조차 없는 현실 속에서 전국 자치구 최초로 ‘생명존중문화조성 및 자살예방에 관한 조례’를 제정하여 법적 근거를 만들었다. 이 조례를 근거로, 생명존중 사업에 대한 자문을 받고 관련 기관과의 협력체계 구축을 위해 의사·교수·종교간체 지도자 등 민간 전문가로 구성된 생명존중위원회를 구성하였다(노원구, 2012: 353). 2010년 10월에는 자살위기에 대응할 수 있는 시스템을 구축하기 위해 경찰서·소방서·의료 기관과 MOU를 체결하였고, 2011년 2월에는 자살시도자와 자살자 유가족에 대한 정보공유로 실질적 자살위험 예방을 위해 의사·한 의사회 등과 MOU를 체결하였다.(노원구, 2012:353)

한편 상담을 기다리는 것이 아니라 ‘마음건강평가’를 실시하여 자살에 취약한 주민들에게 먼저 다가감. 무직자·일용근로자, 독거노인, 아동·청소년 등 사회적 취약계층을 대상으로 우울 선별검사를 실시하였다. 노원정신보건센터에서 대상별 맞춤형 설문검사지를 개발하고, 직접

대상자에게 방문하여 설문조사하는 방법을 통해 59,000여명의 우울증 선별검사인 마음 건강 평가를 실시하였다(노원구, 2012: 353-354). 이러한 노력을 통해 2010년 58건에 불과했던 노원정신보건센터 상담건수가 2011년에는 2,287건으로 40배 증가함. 그리고 2009년 152명 이던 자살자 수가 2011년에는 128명으로 감소하는 효과를 거두었다(노원구, 2012: 355).

현재 노원구 자살예방센터에서는 위기관리가 필요한 600여명의 주민을 관리하고 있고, 그 중에서 위험군에 속한 200명 정도를 정신보건센터 전문인력이 관리하고 있고, 나머지 정도가 덜한 사람은 생명지킴이와 같은 자원봉사들이 관리한다. 이러한 노원구의 자살예방사업은 국무총리 현장 간담회에서 소개되고 우수사례로 발표되는 등 중앙정부에서도 정책 반영을 통해 전국적으로 모델 확산을 적극 검토하고 있고, 12개 광역 및 기초지방자치단체에서 벤치마킹을 하였다(노원구, 2012: 355).

(1) 1차 보편적 예방사업³⁵⁾

노원구에서 실시하는 자살예방 사업을 보다 세분하여 살펴보면 다음과 같다.

① 생명지킴이 보수교육

㉠ 사업내용

- 생명지킴이 양성교육을 받은 생명지킴이의 역량강화를 위한 보수.
- 연간 생명지킴이 보수교육 3회, 격려행사 1회를 실시함으로써 총 4회의 보수교육을 실시

〈표 5-4〉 생명지킴이 보수교육 진행 현황

회기	일시	내용	참여인원
1	2012. 3. 29	노인우울증에 대한 이해	145명
2	2012. 6. 22	노인자살에 대한 이해	123명
3	2012. 9. 25	노년기 질환에 대한 이해	87명
4	2012. 12. 10	생명지킴이 사랑나눔 격려의 장 행사	200명
계		4회	555명

출처: 노원자살예방센터, 2012: 49

35) 이 절의 내용은 노원정신보건센터, 2012: 48-55의 내용 중 핵심내용을 정리·요약한 것임.

⑥ 평가

보수교육 시 노인우울증이나 자살뿐만 아니라 노년기에 겪을 수 있는 신체적 질환에 대한 교육이 이루어짐으로써 생명지킴이 활동 시 대상자를 이해 할 수 있는 폭을 넓히고, 정기적인 슈퍼비전 및 활동에 대한 피드백을 통해 생명지킴이와 슈퍼바이저의 의사소통이 유기적으로 이루어 졌다.

② 인식개선 및 홍보사업

① 사업내용

노원구 자살예방사업을 홍보하고 인식개선 사업을 실시함으로써, 지역주민의 생명존중인식을 높이고 자살문제의 심각성에 대해 알려 위기상황 발생 시 정신보건서비스 체계로 유입될 수 있도록 진행되었다. 구체적 언론홍보의 세부내용은 다음과 같다.

- 구청 디지털홍보과와 협조하여 NBS와 지역신문사 등에 홍보를 위한 보도 자료를 월별로 제공
- 노원구보건소 정신건강사업 담당자를 통해 구정소식지에 주요일정 및 정신건강정보를 게재

한편 인터넷홍보의 세부내용은 다음과 같다.

- 노원정신보건센터 홈페이지, 정신보건네트 등에 지속적인 정신건강 정보 및 센터사업을 홍보
- 노원구청, 노원구보건소 홈페이지를 통한 자살예방사업을 홍보함.
- 연구결과보고서, 노원정신보건센터의 사업내용을 다룬 기사 등을 홈페이지에 게재하여 홍보
- 홍보물 배포의 세부내용
 - : 교육, 외부행사 등 참여자들에게 홍보물을 배포하고 실적을 관리함.
 - : 노원정신보건센터 입구 테이블 및 상담실 앞 테이블에 자살예방사업 홍보물을 게시함.
- 인식개선 교육의 세부내용

- : 생명지킴이교육 홍보를 위한 포스터 제작
- : 생명지킴이교육과 관련하여 관내 소방서, 경찰서, 주민센터, 학교, 종합사회복지관, 노인복지시설, 아파트 관리사무소, 정신과병원, 사회복지시설, 주거시설, 요양보호사단체에 홍보
- : 홍보를 통해 교육 요청하는 기관을 중심으로 교육 실시

㉞ 평가

홍보물 2,755건, 행사 4회, 언론홍보 41회를 실시하였고, 교육을 총 24회 실시하여 8,775명이 참석하는 성과를 이루었다. 홍보물 배포, 행사참여, 교육 등 다양한 전략을 갖고 자살예방사업을 홍보함으로써 지역주민들의 자살에 대한 인식 변화 및 서비스접근성 향상을 도모하고 있다.

㉟ 1차 보편적 예방사업에 대한 총평

양성교육을 받은 생명지킴이가 보수교육을 통해 실질적인 사례개입 뿐 아니라, 역량강화를 통해 대상자에게 양질의 서비스를 제공하며, 보람을 느끼는 계기를 제공하고 있다. 노원구 1차 자살예방사업은 지역사회 홍보 및 인식개선 활동을 통해 노원구 자살예방사업의 체계를 구축하는데 효과가 있었다고 평가되고 있다.

홍보사업을 통해 지역사회 인식 변화 및 서비스 접근성을 향상시키고자 하였으나, 홍보 효과를 확인하기 위한 구체적인 계획이 부재하여 아쉬움이 남으며 2013년 홍보사업에서는 구체적인 평가 기준을 마련할 계획이다. 1년 단위 홍보 주제의 계획이 미흡하여 홍보 활동이 전략적이지 못하였고, 연속적인 주제의 홍보 활동에 제약이 발생함. 2013년 홍보 계획 시 1년 단위 홍보 주제 선정이 필요하다고 평가된다.

(2) 2차 선택적 예방사업³⁶⁾

㉠ 노인 마음건강평가

㉡ 사업내용

36) 이 절의 내용은 노원정신보건센터, 2012: 56-76의 내용 중 핵심내용을 정리·요약한 것임.

관내 65세 이상의 독거노인과 관내 경로당을 이용하는 일반노인, 관내의 자활센터를 이용하는 노인에게 마음건강평가를 실시하여 자살고위험군을 조기발견하고, 욕구와 위험요인별 맞춤형 서비스를 제공하여 정신건강 증진 및 자살을 예방하고자 사업을 실시하고 있다. 노인을 대상으로 한 마음건강평가는 다시 독거노인 마음건강평가와 일반노인 마음건강평가로 나눌 수 있다. 독거노인 마음건강평가 세부내용은 다음과 같다.

- 노원구 19개동 독거노인 마음건강평가를 실시하기 위해 3회에 걸쳐 통장 대상 자살예방교육 및 마음건강평가 조사자교육을 실시
- 생명지킴이(Gate-keeper)인 통장은 담당 동의 독거노인 가정을 방문하여 마음건강평가를 실시
- 센터 직원은 19개 동주민센터를 동별 회수 지정 일에 상주하여 마음건강평가지 회수 및 조사과정 시 발생할 수 있는 문제점을 파악
- 회수 된 마음건강 평가지를 결과처리 하여 위험도에 따라 관심군, 주의군, 건강군으로 분류하고 위험군별 관리계획을 수립
- 분류된 관심군은 생명지킴이 양성교육을 이수한 생명지킴이가 관리할 수 있도록 동주민센터 휴먼서비스 담당자에게 명단과 마음건강평가 내용을 전달하였으며, 동주민센터 휴먼서비스 담당자는 생명지킴이를 독거노인 관심군에 연결하고 생명지킴이 활동을 관리하는 역할을 담당함. 생명지킴이는 독거노인 가정을 주1회 방문하여 휴먼서비스를 제공
- 분류된 주의군을 4개의 권역별로 재분류하였고, 권역별 담당 사례관리자는 독거노인 가정을 방문하여 대면평가를 실시하였으며, 자살위험성 및 휴먼서비스 욕구를 사정하여 추후 관리를 실시

한편 일반노인 마음건강평가의 세부내용은 다음과 같다.

- 대한노인회 노원구지회와 MOU를 체결하고 일반노인 마음건강평가의 방법과 일정에 대해 논의하였으며 노원구 관내의 경로당 명단과 경로당에 등록 된 노인수를 파악
- 경로당 회장들이 경로당 이용 노인들에게 마음건강평가를 실시하는 특성을 고려하여

노인 자살현황 및 마음건강평가와 관련하여 경로당회장간 교육을 1회 실시함(참여인원 200명).

- 교육을 받은 회장들은 관내 239개 경로당에서 일반노인 마음건강평가를 실시하고, 작성된 마음건강평가지를 노원정신보건센터로 우편을 통해 제출
- 센터직원은 회수된 마음건강평가를 결과처리하여 위험도에 따라 관심군, 주의군, 건강군으로 분류
- 분류된 위험군 중 휴대폰이 있는 위험군에게 문자를 통하여 결과를 통보하고 상담을 안내하였으며 휴대폰이 없는 위험군은 가정으로 전화하여 결과를 통보하고 상담 안내
- 관내 자활센터(노원자활센터, 북부자활센터, 남부자활센터)를 이용하는 노인과 직원들에게 자살예방교육을 실시하고 노인마음건강평가를 실시하여 우울 및 자살위험성을 평가하고 자활센터에 결과를 통보하여 추후 사례관리가 이루어 질 수 있도록

〈표 5-5〉노인 마음건강평가 결과

(단위 : 명(%))

항목	노인	
	독거 노인	일반 노인
과거 자살시도자	559(10.6)	74(3.5)
최근 1개월 내 자살 충동자	244(4.6)	74(3.5)
최근 1개월 내 자살계획자	156(3.0)	6(0.1)
자살 유가족	195(3.7)	3(0.1)
위험군 분류	주의군	459(8.7)
	관심군	1,087(20.7)
	정상군	3,714(70.6)
미분석	1, 254	215
총계	6,514(100)	2,338(100)

출처: 노원자살예방센터, 2012: 59

㉞ 평가

독거노인 마음건강평가의 내용은 다음과 같다.

- 2011년 마음건강평가 결과 발견된 위험군에 대해 2012년 마음건강평가를 재실시하여 2011년 발견된 위험군에게 1년간 제공된 휴먼서비스에 따른 우울 및 자살문제에 대한 변화 파악
- 신체가 불편하여 거동이 어려운 독거노인을 대상으로 마음건강평가를 진행하기 위해 직접 가정방문하여 조사하는 방식으로 사업이 진행되었고, 그 결과 우울 및 자살문제를 가진 고위험군을 다수 발견할 수 있어 이들에 대한 추후관리가 가능하게 됨.
- 동 주민센터 담당자의 역량과 사업 협조도에 따라 마음건강평가지 회수의 동별 편차가 컸으며 마음건강평가를 거부하는 통장들을 대신하여 마음건강평가를 실시할 수 있는 대체인력 없음.

일반노인 마음건강평가의 구체적 내용은 다음과 같다.

- 대상자인 일반노인들과 함께 경로당을 이용하는 경로당 회장들이 경로당에서 직접 마음 건강평가를 실시하여 대상자에 대한 접근성이 용이하였으며 실시한 마음건강평가지를 우편을 통해 회수하여 많은 대상자에게 빠른 시간 내에 마음건강평가를 실시할 수 있었음.
- 1회 조사자 교육으로 회장들이 마음건강평가 방법에 대해 정확히 이해하지 못하여 담당하는 경로당의 마음건강평가지의 작성이 잘못되는 경우가 있었으며 우편 발송비를 제공하지 않아 우편을 통한 회수에 부담감을 가지는 회장들이 있었음.

㉟ 국민기초생활수급자 마음건강평가

㉠ 사업내용

2012년 노원구 기초생활수급자의 자살률은 비수급자에 비해 2배 높음. 이러한 국민기초생활수급자를 대상으로 마음건강평가를 실시하여 자살고위험군을 조기발견하고, 대상별 맞춤형 서비스를 제공하여 국민기초생활수급자의 정신건강 증진 및 자살을 예방하고자 하였다. 2011년 생명지킴이(Gate-keeper)로 선정되어 조사자교육을 실시한 동주민센터 사회직 95명 중

각동 국민기초생활수급자 담당자를 지정하고, 국민기초생활수급자들에게 마음건강평가를 실시하도록 하였다. 2012년 총 4,500부를 배포하여 이중 55.6%인 2,504 부가 회수되었고, 1,432명의 위험군을 발견하였다. 분류된 위험군의 자살위험성 평가 및 휴먼서비스 욕구 사정을 위하여 초기관리팀에 인계하였다.

〈표 5-6〉 국민기초생활수급자 마음건강평가 결과

(단위 : 명(%))

항목		국민기초생활수급자
과거 자살시도자		694(28.4)
최근 1개월 내 자살 충동자		580(23.8)
최근 1개월 내 자살계획자		233(9.5)
자살 유가족		325(13.3)
위험군 분류	주의군	918(37.6)
	관심군	514(21.1)
	정상군	1,008(41.3)
미분석		64
총계		2,504(100)

출처: 노원자살예방센터, 2012: 62

⑥ 평가

국민기초생활수급자에 대해 사회복지전담공무원을 활용하여 조사된 마음건강평가를 통해 다수의 자살고위험군을 발견하였고, 자살예방초기관리팀에 인계하여 자살예방초기관리 및 사후관리서비스를 제공하는 토대가 마련되었다.

동주민센터 사회복지전담공무원의 업무 변경으로 인한 사업인수인계 부족, 업무과다 등의 이유와 담당자의 비협조적인 태도로 인해 여러 차례 마음건강평가를 독려함에도 불구하고 동별 마음건강평가 회수률에 큰 차이가 있었다.

③ 실직자 마음건강평가

㉠ 사업내용

노원구 자살사망자 현황을 분석한 결과, 연령별로는 30~50대가 50.8%로 가장 많았고 직업별로는 69.5%가 무직으로 나타나는 등 자살사망자 중 무직인 경우가 10대를 제외한 전 연령대에서 가장 높게 나타났음. 또한 노원구의 2012년 마음건강평가 결과 약 14.9%의 실직자(무직 또는 일용직 종사자)가 우울 및 자살문제를 겪고 있는 것으로 나타났다.

이러한 특성을 지닌 실직자(무직 및 일용직 종사자)를 대상으로 마음건강평가를 실시하였고, 자살 고위험군에 대한 조기개입을 통해 노원구의 자살률을 낮추는데 기여하고자 하는 것이다. 구체적으로는 노원구 관내 북부고용센터에 방문하는 실직자, 일용근로자들에게 마음건강평가를 실시하기 위해, 북부고용센터에서 실시하는 실직자 대집단 교육 시 정신보건센터 계약직 직원이 방문하여 마음건강평가지를 직접 배포하고 주 1회 회수하였다.

주 1회 회수된 마음건강평가지는 월별로 코딩을 실시하여, 노원구와 타구의 발견된 위험군(관심 및 주의군)을 분류하였다. 분류된 위험군 중 결과통보에 동의한 노원구 거주자의 경우 자살예방초기관리팀으로 월별 인계하여 위험군에 대한 결과통보 및 개입이 이루어지고 있으며, 결과통보에 동의한 타구 거주자의 경우 SMS를 통해 결과통보 및 상담에 대한 정보제공을 실시하였다.

〈표 5-7〉 실직자 마음건강평가 결과

(단위 : 명(%))

항 목	실직자	
	전체	노원구
과거 자살시도자	518(2.2)	86(2.2)
최근 1개월 내 자살충동자	579(2.5)	111(2.8)
최근 1개월 내 자살계획자	13(0.0)	13(0.3)
자살 유가족	1,019(4.4)	176(4.5)
위험군 분류	주의군	991(4.4)
	관심군	2,533(11.0)
	정상군	19,415(84.6)
미분석	2,290	0
총 계	25,229(100)	3,918(100)

출처: 노원자살예방센터, 2012: 65

⑥ 평가

북부고용센터를 통해 실직자의 자살위험성을 조기에 평가하는 시스템을 구축하여 청장년층의 우울 및 자살위험군을 발견하고 조기개입을 할 수 있는 기반을 마련할 수 있었다. 노원구 소재 북부고용센터를 인근 5개구 거주자가 함께 이용하여 이용자 중 노원구민에게만 선택적으로 마음건강평가를 실시하는데 어려움이 있었다.

한편 조기 평가시스템이 노원구민만 실시하게 될 경우 북부고용센터 직원의 업무 부담과 전체 시스템 변경이 필요한 상황이 발생하여 노원구민만 실시할 수 없었다. 또한 타구 위험군에 대해서는 대상자 개인정보보호로 인해 타구 정신보건센터로 정보를 공개하거나 적극 연계하는데 한계가 발생하였다.

④ 기타대상 마음건강평가

① 사업내용

정신질환자와 여성, 중장년층 남성, 장애인 등 정신건강 및 자살위험성의 평가가 필요한 구민에게 마음건강평가를 실시하여 자살고위험군을 조기발견하고, 치료 및 맞춤형서비스를 제공하여 자살을 예방하며 정신건강 증진을 도모하고자 하고자 평가를 실시하였다.

정신보건센터를 이용하는 정신질환자나 일반 민원인을 대상으로 년 1회 마음건강평가를 실시하여 사례관리 시 기초자료로 활용하고, 정신보건센터를 1회라도 이용한 민원인에 대한 자살위험성 평가와 평가결과에 대한 정보제공 및 개입을 실시하였다.

노원구보건소를 이용하는 산모나 복지관 이용자, 노원구 관내 직장인, 장애인시설 이용 장애인, 중장년층 남성 등 마음건강평가를 필요로 하는 지역주민을 대상으로 마음건강평가를 실시하였다. 평가 결과 우울 및 자살위험성으로 평가되는 위험군 중 개별통보 동의자에게는 결과에 대해 통보 후 정신보건전문요원의 전문상담 및 상담 결과에 따른 정보제공과 자원연계 등을 실시하며, 지속적인 서비스 제공이 필요한 대상자의 경우 정신보건센터 사례관리 서비스를 이용할 수 있도록 등록 후 집중적인 개입이 진행되었다. 이와 같은 내용은 <표 5-8, 9, 10>으로 정리될 수 있다.

〈표 5-8〉 기타 대상 마음건강평가 결과 I

(단위 : 명(%))

항 목	센터이용자			민방위 전,의경	학부모	
	노인	성인	아동청소년			
과거 자살시도자	5(10.4)	60(15.6)	-	100(1.4)	7(2.4)	
최근 1개월 내 자살 충동자	10(20.8)	103(26.8)	-	101(1.4)	3(1.0)	
최근 1개월 내 자살계획자	3(6.2)	21(5.5)	-	56(0.8)	0(0.0)	
자살 유가족	4(8.3)	80(20.8)	-	377(5.2)	24(8.3)	
위험군 분류	주의군	18(37.5)	85(22.1)	103(44.6)	539(7.4)	10(3.4)
	관심군	-	66(17.1)	41(17.7)	427(5.8)	18(6.2)
	정상군	30(62.5)	220(57.3)	87(37.7)	6,338(86.8)	262(90.3)
미분석	1	18	11	643	84	
총 계	49(100)	402(100)	242(100)	7,947(100)	374(100)	

출처: 노원자살예방센터, 2012: 68

〈표 5-9〉기타대상 마음건강평가 결과 II

(단위 : 명(%))

항 목	산모	여성	복지관이용자	기타 (직장인)	공익근무요원	
과거 자살시도자	-	16(5.2)	1(10.0)	2(1.9)	31(9.5)	
최근 1개월 내 자살 충동자	-	12(3.9)	0(0.0)	1(1.0)	26(8.0)	
최근 1개월 내 자살계획자	-	6(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(0.9)	
자살 유가족	-	14(4.6)	3(30.0)	9(8.7)	19(5.8)	
위험군 분류	주의군	96(18.5)	50(16.4)	0(0.0)	3(2.9)	48(14.7)
	관심군	112(21.6)	23(7.5)	2(20.0)	7(6.8)	24(7.4)
	정상군	310(59.8)	232(76.1)	8(80.0)	93(90.3)	254(77.9)
미분석	0	0	0	0	0	
총 계	518(100)	305(100)	10(100)	103(100)	326(100)	

출처: 노원자살예방센터, 2012: 69

〈표 5-10〉 기타대상 마음건강평가 결과 III

(단위 : 명(%))

항 목	장애인				
	아동	청소년	성인	노인	
과거 자살시도자	-	0(0.0)	22(16.8)	3(23.1)	
최근 1개월 내 자살 충동자	-	1(20.0)	10(7.6)	2(15.4)	
최근 1개월 내 자살계획자	-	0(0.0)	3(2.3)	0(0.0)	
자살 유가족	-	0(0.0)	10(7.6)	1(7.7)	
위험군 분류	주의군	3(27.3)	1(20.0)	27(20.6)	5(38.5)
	관심군	3(27.3)	1(20.0)	40(30.5)	0(0.0)
	정상군	5(45.4)	3(60.0)	4(3.0)	8(61.5)
미분석	0	0	0	0	
총 계	11(100)	5(100)	131(100)	13(100)	

출처: 노원자살예방센터, 2012: 69

⑥ 평가

여러 기타대상에 대한 노원구민의 자살예방 사업추진을 위해 관내 지역사회 유관기관과의 협력과 네트워킹이 공식적으로 이루어질 수 있었고 이로 인해 자살고위험군 조기발견 및 개입을 시도할 수 있는 체계를 지속하여 사업을 더욱 공고히 할 수 있었다.

위험군 중 결과통보 및 상담에 거부하는 비율이 대상에 따라 차이가 있지만 100% 상담 동의율을 얻어 내기는 어려운 실정이었다. 이에 추후 지속적인 자살예방사업 진행 시 우울증 및 자살에 대한 인식개선 활동이 필요하다고 평가할 수 있다.

⑤ 마음건강 상담의 날 (평가결과 위험군 대상 서비스)

① 사업내용

마음건강평가 결과 위험군으로 분류된 우울 및 자살 고위험을 대상으로 초기평가 및 욕구과약 실시하여 평가 결과에 따라 서비스 제공을 하고자 사업을 실시하였다. 이를 위해 노원구보

건소 생명존중팀 협조 통해 마음건강상담의 날 사업 시작 및 일정 알림 공문을 동 주민센터로 발송하였고, 동별 담당 정신보건전문요원 1인을 배치하고, 동별 담당 정신보건전문요원에게 위험군 명단을 제공하여 마음건강상담을 예약하였다. 이는 매월 총 2회 ‘마음 건강상담의날’의 형태로 진행되었다.

〈표 5-11〉마음건강상담의 날 진행현황

(단위: 명)

회기	일시	내용	참여인원
1	2012년 2월 1일	마음건강상담의 날 상담 (우울 및 자살 위험성 평가, 생명지킴이 연계, 정신과 치료연계, 복지 자원연계)	11
2	2012년 2월 15일		38
3	2012년 2월 29일		17
4	2012년 3월 14일		24
5	2012년 3월 28일		16
6	2012년 4월 25일		8
7	2012년 5월 9일		17
8	2012년 5월 23일		18
9	2012년 6월 13일		14
10	2012년 6월 27일		17
11	2012년 7월 11일		15
12	2012년 7월 25일		12
13	2012년 8월 8일		46
14	2012년 8월 22일		9
15	2012년 9월 5일		26
16	2012년 9월 19일		26
17	2012년 10월 10일		11
18	2012년 10월 24일		9
19	2012년 11월 7일		3
20	2012년 11월 21일		3
21	2012년 12월 5일		6
누계			346

출처: 노원자살예방센터, 2012: 71-72

⑤ 평가

접근성이 용이한 곳에서 상담을 제공하고, 총 19명의 정신보건전문요원이 상담 예약을 실시함으로써, 대규모의 위험군 집단에 대한 접촉이 가능하였다. 상담을 통해 우울 및 자살고위험군을 발견하는 계기가 되었으나 지속적인 접촉 시도에도 불구하고 서비스를 거부하거나 전화상으로 부재한 집단의 규모가 컸고, 이에 대한 대책이 필요한 것으로 평가되었다.

⑥ 자살고위험군 초기관리 (평가결과 고위험군(주의군) 대상 서비스)

① 사업내용

마음건강평가 또는 지역 내 의뢰체계를 통해 발견된 우울 및 자살고위험군의 집중적인 평가를 통해 우울 및 자살요인을 감소시키고 욕구에 따른 센터 등록 및 자원연계, 정보제공 등의 서비스를 제공하고자 하고자 사업을 실시하였다.

사업 내용을 살펴보면 먼저 노원구 자살예방센터 내의 자살예방초기관리팀 4명에게 노원구의 지역을 배분, 지정하였고(월계동, 공릉동 1명, 중계동 1명, 상계동 1명, 하계동 1명), 2011년 마음건강평가 결과 주의군으로 분류된 집단의 명단을 지역별 담당자 담당자에게 제공하였다. 또한 지역에서 의뢰되는 우울 및 자살고위험군 대상 발생 시에도 그 명단을 지역별 담당자에게 인계하였다.

마음건강평가 결과 상 주의군 및 지역 의뢰 대상자의 대면평가를 위해 전화 접촉 실시하였다. 이를 바탕으로 상담 서비스에 응하는 대상자와 대면상담 실시하였다. 이러한 상담 초기관리 과정에서 센터 등록 원할 시 등록사례관리 서비스로 전환하며, 등록을 원치 않는 대상자는 정보제공 및 자원연계 후 종결하였고, 그렇지 않은 경우 2011년 마음건강평가 결과 주의군으로 분류된 총 3,542명에 대한 초기평가를 실시하였으며, 실인원 100%에 대해 접촉 실시하였다.

마음건강평가 결과 주의군으로 나타난 집단을 대상으로 초기관리팀에서 재평가 실시하였으며 총 94명의 인원이 실제 주의군으로 분류되었다. 그리고 재평가 결과 실제 주의군으로 나타난 집단의 68%에 해당하는 64명이 정신보건센터에 등록되어 지속적인 사례관리 서비스 체계로 편입되었다. 그 내용은 <표 5-12>와 같다.

〈표 5-12〉 2012년 주의군 초기 평가현황

(단위: 명)

집 단	총인원	평가 실인원	평가결과 (주의군인원)	센터 등록 인원
아동, 청소년	2,015	2,015	9	5
수급자	1,143	1,143	39	25
독거노인	261	261	46	34
실직자	123	123	-	-
누계	3,542	3,542	94	64

출처: 노원자살예방센터, 2012: 74

⑥ 평가

2012년 위험군 초기평가를 실시하는 자살예방초기관리팀 신설을 통해 우울 및 자살고위험군의 평가 및 모니터링이 가능하였으며, 상담 건수의 양적 증가를 보였다. 2011년 마음건강평가 결과 위험군으로 분류된 대규모 집단을 대상으로 전화 접촉을 실시하는데 업무 로딩이 컸으며, 대부분의 대상자가 상담 서비스를 거부하거나 전화를 받지 않는 상황이 지속되어 대면 평가에 어려움이 있었다. 이에 따라 2013년 사업 계획 시 서비스 거부 및 전화 접촉에 실패한 집단을 파악군으로 분류하여 서비스 연계의 끈을 놓지 않는 체계가 필요한 것으로 평가될 수 있다.

⑦ 2차 선택적 예방사업에 대한 총평

2차 예방사업은 노원구 취약계층을 대상으로 우울 및 자살을 예방하기 위하여 조기에 평가하고, 결과에 따른 개입 및 지역사회 서비스를 연계하여 자살문제가 심각해지지 않도록 예방하는 것이 중요한 목적이다.

우울 및 자살예방을 위해 취약계층 대상자에게 지역사회 자원을 활용하여 조기발견을 하기 위한 마음건강평가를 실시하였고, 관내 지역사회 자원들과의 MOU체결과 유기적인 네트워크 협력을 통하여 체계적인 노원구만의 시스템을 구축함으로써 우울 및 자살 위험군에 대한 적극적이고 효과적인 조기발견을 실시하였다.

마음건강평가를 통해 발견된 우울 및 자살고위험군과 지역사회 안에서 의뢰된 위험군에게

접근성이 용이한 동주민센터를 상담 장소로 지정하여 마음건강 상담을 진행하였으며 전화접촉, 가정방문 등을 통한 등록사례관리로 지역사회 안에서 지속적인 상담 서비스 제공이 이루어 질 수 있었다.

(3) 3차 집중적 예방사업³⁷⁾

① 자살예방 위기대응 네트워크

㉠ 사업내용

자살예방 위기대응 네트워크는 ‘자살예방 위기대응기관 간담회’와 ‘정신의료기관 협조체계 구축사업’으로 구성되었다. 자살예방 위기대응기관 간담회의 세부내용은 다음과 같다.

- 자살사망자의 몇 배에 달하는 자살시도자를 발견하여 사후관리하기 위해선 응급의료센터, 경찰서, 소방서 등과의 공식적이며 유기적인 네트워크 구축이 필요
- 2010년 10월에 노원구청은 지역사회 자살예방 위기대응기관인 관내 응급의료센터(상계백병원, 을지병원, 원자력병원), 노원경찰서, 노원소방서와 응급대응을 위한 MOU를 체결
- 2010년 12월에는 『서울특별시 노원구 생명존중문화 조성 및 자살예방에 관한 조례』를 제정하여, 자살예방 위기대응기관과의 협력체계 구성 및 관련정보 공유를 위한 법적근거를 마련
- 2012년 2월에 자살예방 위기대응기관 실무자 간담회를 실시하여, 현재까지 실시되고 있는 자살예방사업에 대한 경과 및 각 기관을 통해 의뢰된 대상자 현황 및 결과를 공유하고, 지속적인 협력관계 유지를 약속
- 2012년 3월부터 분기별로 1회, 총 4회에 걸쳐 노원구 인근지역 정신보건센터와의 간담회를 개최하여, 응급의료센터를 통한 발견한 타구 자살시도자의 원활한 연계 시스템을 구축함.

37) 이 절의 내용은 노원정신보건센터, 2012: 77-100의 내용 중 핵심내용을 정리·요약한 것임.

한편 정신의료기관 협조체계구축사업의 세부내용은 다음과 같다.

- 정신의료기관과의 협조체계를 구축하여 우울 및 자살위기자의 원활한 치료 및 치료비 감면 혜택을 받도록 지원하여 이를 통해 자살위기자의 치료비 부담 감소 및 효과적인 치료로 자살위험성과 재시도율을 감소시키고자 함
- 인근지역 17개 외래정신의료기관 및 9개 입원정신의료기관에 공문발송 후 방문하여 노원구 자살예방사업을 안내하고, 이용 가능한 서비스를 조사한 후 정보를 각 사례관리자들과 공유
- 병원에는 우울 및 자살위기자 외래, 입원 치료 및 치료비 감면을 요청

㉞ 평가

자살예방 위기대응기관 간담회를 통해 구축된 네트워크가 활성화 될 수 있도록 노력하였고, 정신의료기관 협조체계구축사업의 경우 정신과 치료가 필요하나 정신과에 대한 편견 및 의료비 부담으로 인해 정신과적 치료를 받지 못한 우울 및 자살위기자들에게 적절한 정신의료기관을 연계함으로써 정신과 치료 유지 및 치료에 대한 효과를 기대할 수 있었다. 또한 치료비 감면 혜택을 받고, 정신과 외래 및 입원치료를 통해서 자살위험성이 감소되거나 안정되는 효과가 있었다.

② 자살시도자 응급대응사업

㉠ 사업내용

자살시도자 응급대응사업은 다시 '자살상담'과 '관내 응급의료센터 라운딩'으로 구분하여 진행하였다. 그 중 자살상담 세부내용은 다음과 같다.

- 정신과적 진단과는 상관없이 자살문제와 관련하여 상담을 진행함. 상담방법은 전화, 방문, 내소, 인터넷 등
- 2012년 자살상담의 총 건수는 5,884건이며, 이중 가장 많은 비중을 차지하는 것은 전화상담으로 4,977건(84.6%)를 차지
- 자살상담 대상자 총 2,594명 중 남자는 945명으로 36.4%를 차지하며, 여자는 1,649명으로 63.6%를 차지함. 실제 자살사망자는 남자가 여자보다 많지만, 자살시도 및 상담자는 여자가 더 많음을 알 수 있음.

- 자살상담 대상자 중 연령이 증가할수록 자살상담의 비율도 증가하는 추세를 보이고 있으며, 70세 이상의 연령대가 가장 많고, 60대 이상의 연령의 자살상담이 전체상담 인원의 42.8%를 차지하고 있어, 다른 연령에 비해서 노인(자살고위험군)을 대상으로 한 상담이 많음

한편 관내 응급의료센터 라운딩 세부내용은 다음과 같다.

- 관내 자살시도자가 가장 먼저 도착하게 되는 응급의료센터가 3곳(상계백병원, 을지병원, 원자력병원)이 있으며, 응급의료센터마다 내원통보서 수거함을 설치함. 이를 통하여, 익일 저녁부터 당일 새벽까지 내원하는 자살시도자를 초기상담 실시하며, 정신보건센터 상담의 동의 여부를 파악
- 정신보건센터 직원이 매일 오전 8시에 2개 응급의료센터를 라운딩하여 전날 자살시도자 내원여부 및 초기정보를 확인하고, 사례관리서비스에 동의한 자살시도자 또는 보호자와 대면상담을 실시

㉞ 평가

자살상담을 통해 어떤 대상이 자살의 위험이 높은지 보다 명확히 파악할 수 있었다. 응급의료센터, 지역사회기관 등으로부터 자살위기에 대한 의뢰를 접수하였으며, 이에 각 기관별로 자살예방사업에 대한 협조도가 높아, 자살시도자 발생 시 각 응급의료센터에 비치되어 있는 『자살시도자 내원통보서』를 협조적으로 작성해 주었다.

㉟ 자살위기자 맞춤형 사례관리

㉠ 사업내용

자살위기자 맞춤형 사례관리는 ‘자살위기자 등록관리’와 ‘자살위기자 집중사례관리’로 구분되었다. 그 중 자살위기자 등록관리 관련 세부내용은 다음과 같다.

- 자살위험성으로 정신보건센터 등록 사례관리 서비스를 제공받은 인원은 총 104명이며, 이중 31명이 퇴록되어, 현재 73명이 집중사례관리 서비스를 받음

- 퇴록한 31명의 사유로는 본인거부가 9명으로 가장 많았고, 다음으로는 증상완화 순
- 등록대상자의 성별은 남자가 33.7%, 여자가 66.3%이었음. 연령별로는 50대가 23.0%으로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 그 다음으로는 40대가 차지함. 또한 종교별로는 센터 등록 대상자의 종교는 기독교가 44.3%로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 그 다음으로는 무교, 천주교, 불교 순

한편 자살위기자 집중사례관리 세부내용은 다음과 같다.

- 응급의료센터, 정신의료기관, 지역 공공기관, 사회복지시설, 마음건강평가를 발견된 자살 시도자, 자살자 유가족 등 자살위험성이 높은 자살위기자를 대상으로 사례관리를 계획하여 집중사례관리를 실시
- 사례관리 과정 중 정신과치료 및 심리검사와 같이 비용이 드는 경우 대상자가 부담하는 것을 원칙으로 하나, 대상자가 경제적 어려움으로 인한 비용부담이 어려운 경우 정신보건센터 예산에서 지원
- 자살위험성이 높은 대상자의 단기적 문제 해결하는 위기개입 중심의 서비스가 이루어졌으며 개입 이후 전문가의 소견으로, 자살위험성이 감소되었다고 판단될 경우에 팀 내·외 사례토의를 통하여 종결.
- 사례관리 전·후 자살위험성의 감소 정도는 초기평가 한 상담을 중심으로 대상자의 자살 위험요인이 줄어들었는가, 해결되었는가를 재평가하여 종결 또는 사례관리기간을 연장
- 종결하게 될 경우 대상자에게 자살문제 재 발생 시 언제든지 다시 정신보건센터를 이용할 수 있음을 고지하였으며, 희망편지 발송을 안내

〈표 5-13〉 분기별 사례관리 실적

(단위 : 건, 명)

구분	1/4분기	2/4분기	3/4분기	44분기
사례관리건수	566	718	704	547
실인원	66	90	104	112

출처: 노원자살예방센터, 2012: 90

⑥ 평가

응급의료센터와 지역사회를 통해 자살시도자 및 자살고위험군을 발견하기 위한 체계를 잘 구축하였으며, 응급의료센터에 내원하는 자살시도자의 사례관리 동의률이 2011년과 비교하여 약 2배 증가하였다. 2011년도 대비 사례관리건수가 37% 증가하였으며, 이는 사례관리자의 수와 등록회원수가 늘어났기 때문인 것으로 파악되었다.

④ 우울대상자 맞춤형 사례관리

① 사업내용

노원경찰서 통계에 따르면 우울증으로 인한 자살원인이 신변비관에 이어 두 번째로 가장 높은 수치를 보였으며, 이는 자살예방을 위해 우울증을 앓고 있는 대상에 대한 개입이 필요함을 보여준다. 마음건강상담의 날, 우울증집중평가 등 2차 예방사업을 통해 발견된 우울 및 자살위험군을대상으로 동의한 자에 한하여 등록관리 하였다. 등록관리는 ISP를 통해 집중, 유지, 일시로 나누어 각 관리기준 대로 전화, 대면상담 실시하였고, 사례관리 기간은 평가기간을 포함하여 최소 6개월에서 최대 1년 간 진행함. 모니터링이 필요한 대상자는 파악군으로 분류하여 추후 필요시 재 개입하도록 하였다.

⑥ 평가

2012년 신설된 우울증 사례관리의 체계 구축을 위하여 대상자별 사례관리 욕구정도, 자살 위험성 및 우울 수준 평가하여 집중, 유지, 일시 관리 등의 단계별 서비스 제공하였고, 사례관리 시 정신과적 문제에 국한되지 않고 대상자의 다양한 욕구 충족을 위하여 복지자원 및 여가 생활 지원 등의 서비스 정보 제공 및 연계 실시하였다.

⑤ 자살위기자 지원사업

① 사업내용

자살위기자 지원사업은 ‘정신과전문의상담’, ‘심리평가’, ‘자살위기자 자원연계사업’, ‘자살 예방 수퍼비전’으로 구성된다. 정신과전문의상담 세부내용은 다음과 같다.

- 지역사회에서 발견된 자살위기자가 정신과적인 평가가 필요한 경우, 정신과전문의

상담을 제공하여 정신과치료를 향상

- 정신과전문의상담은 내소와 방문으로 분류하여 실시하였으며, 내소가 가능한 대상자는 내소를 권유하였고, 내소가 어려운 경우 방문하여 평가상담을 진행하고, 정신과전문의 상담 실시 후 상담내용 및 후속관리에 대해서 담당 사례관리자에게 전달
- 2012년 정신과전문의상담을 받은 총 38명 중 정신과 외래치료 및 입원치료에 대해서 권유받은 대상자는 총 30명이었으며, 이중 9명이 정신과치료를 시작

한편 심리평가 세부내용은 다음과 같다.

- 자살위기자 또는 마음건강평가에서 발견되는 주의군, 관심군을 대상으로 심리검사 실시하여 자살위험성과 정신과적 어려움에 대하여 평가하고 치료 연계
- 자살예방사후관리팀에서 등록 관리되고 있는 자살위기자와 자살예방초기관리팀에서 등록 관리되고 있는 우울 및 자살위험군을 대상으로 실시
- 정신과 치료력이 없는 경우 심리검사를 활용하여 자살위험성에 대한 평가 및 치료계획 수립
- 경제적 어려움이 예상되는 대상자의 경우 사례관리자의 추천으로 심리검사 예산범위 내에서 심리검사 전액 지원
- 2012년에는 총 7건의 심리검사 실시

그리고 자살위기자 자원연계사업 세부내용은 다음과 같다.

- 등록대상자 및 마음건강평가를 통해 발굴 된 대상자 중 정신과 치료 및 지역사회자원의 연계가 필요한 대상에게 적절한 자원을 연계함으로써 대상자의 자살충동 및 우울감, 심리사회적 스트레스를 감소시켜 자살예방
- 센터 등록대상자 및 초기평가대상자 중 정신과 치료 필요시 협조체계가 이루어진 정신의료기관으로 연계(2012년에 총 54건이 있었고, 입원치료연계 8건, 외래치료 연계 46건)
- 정신과 치료 외에 지역사회 자원을 발굴 하여 경제적·정서적·사회적 자원연계를 실시

〈표 5-14〉 보건복지 자원연계현황

(단위 : 건)

기관	건수	지원내용
구청	7	취업지원, 휴먼서비스, 법률상담
보건소	4	생명지킴이, 방문간호
동 주민센터	27	수급자신청, 의료비지원, 의료급여전환, 장애등록, 운동 지원, 물품 후원, 이웃돕기성금등
복지관	5	한글교실 이용, 바우처 서비스, 멘토링 서비스, 노인학교, 언어치료
치매지원센터	1	치매조기검진, 치매상담
중랑한울지역정신건강센터	1	재활프로그램
타과병원	4	태능마이크로병원, 상계백병원, 강북삼성병원
기타	22	심리검사, 의사상담, 정신보건센터, 한법률구조공단, 세무서, 서울북부지방법원, 법률사무소
총계		71

출처: 노원자살예방센터, 2012: 97

마지막으로 자살예방 수퍼비전 세부내용의 세부 내용은 다음과 같다.

- 사례관리자의 전문성 함양을 위하여 사례관리자를 대상으로 정기적으로 수퍼비전을 실시하여 자살위기자에게 전문적 서비스를 제공
- 사후관리를 담당하는 사례관리자를 대상으로 진행하여 담당 개입사례에 대해 공유하고 개입계획을 수립
- 서울시 자살예방센터에서 주관하는 사례토의에 참석하여 광역 및 지역단위 자살위기자 개입사례에 대한 경험과 노하우를 공유

⑥ 평가

정신과전문의상담과 관련해서 살펴보면 정신과 치료가 필요하나, 치료를 거부하는 자살 고

위험군에게 전문의상담을 제공한 결과 치료에 대한 거부감을 감소시키고, 치료를 개시하는 효과가 있었다. 심리평가와 관련해서 살펴보면 정신과 치료에 거부적인 대상자, 자살위험성 및 정신과적 문제에 대한 면밀한 평가가 요구되는 대상자의 경우 심리평가 활용하여 치료 안내하였다.

자살 위기자 자원연계사업을 통해 등록대상자 및 초기평가대상자, 자살고위험군에게 정신과적 치료 기회를 제공하고 manage함으로써 자살위험성을 낮추고, 정신건강을 증진시키는 계기가 되었다. 또한 자살 위험요인을 줄이는데 필요한 자원연계를 통해 대상자에게 안정적이며 개선된 환경을 제공할 수 있었다.

자살예방 수퍼비전을 통해 정기적인 내·외부 수퍼비전 실시로 사례관리 담당자의 상담 기술 및 사례에 대한 분석 기술이 향상되어, 자살 위기자에게 전문적 서비스 제공이 가능해질 뿐만 아니라 사례관리자들의 역량강화 및 소진 예방에도 좋은 기회가 된 것으로 평가할 수 있다.

⑥ 3차 집중적 예방사업에 대한 총평

3차 예방사업은 자살시도자와 자살유족을 대상으로 하는 사업들로 자살고위험군을 발견하고, 후속조치를 취하면서 추가적인 자살문제가 발생하지 않도록 하는 것이 3차 예방사업의 가장 중요한 목적이며, 그러한 목적을 달성하기 위하여 노력하였다.

3차 예방사업은 특별히 응급대응기관과의 네트워크가 중요하며, 그러한 네트워크 강화를 위하여 응급대응기관(응급의료센터, 경찰서, 소방서 등)과 노원구 인근지역 정신보건센터와의 정기적·비정기적 간담회를 실시하여, 관계 기관과의 협력체계가 더욱더 강화되었다.

자살시도자에 대해서는 응급의료센터를 통하여 발견하는 체계에 중점을 두었으며, 관내 응급의료센터 실무자에게 자살예방사업에 대한 이해를 높이고 정신보건센터 상담 동의율을 높이기 위한 방안들로 내원통보서 서식변경 및 상담료를 지급함. 이를 통하여 자살시도자 상담 서비스 동의율이 2011년 대비 200%이상 향상되었다.

자살유족의 경우에는 경찰서를 통하여 의뢰를 받았으며, 작년대비 상담 동의율은 향상되었으나, 아직은 많이 부족한 상황이다. 자살유족에 대한 개입 및 사업의 원활한 진행을 위하여 2013년도에도 형사들과 지속적인 간담회를 실시할 계획이다.

자살시도자와 자살유족에게 서비스를 제공하는 과정에서 필요한 지원사업도 원활히 진행되

어, 2012년에는 정신과전문의의 사례, 슈퍼비전, 직원교육 등을 통해 자살예방사업 수행 인력의 질적인 성장이 가능하였고, 그를 통해 대상자에게 양질의서비스를 제공할 수 있었다.

종합적으로 자살시도자와 자살유족의 발견은 지속적인 네트워크로 많이 향상되고 있으나, 자살위기상황 및 대상자의 특성상 급성기의 자살위험성이 감소되면 서비스를 거부하거나 연락을 끊는 경우가 많아 지속적이고 안정적인 집중사례관리서비스가 제공되지 못하는 경우가 많이 발생하고 있다. 이에 지속적인 서비스를 제공할 수 있는 법적인 근거가 마련된다면 철저한 자살예방사업이 진행될 수 있을 것으로 기대된다.

(4) 서울시 5개 자치구 자살예방 지원사업³⁸⁾

서울시 자살예방지원사업으로 강서구, 관악구, 노원구, 성북구, 은평구 등 5개구가 선정되어 2012년 3월부터 서울시의 지원사업이 실시하였다. 주요 내용은 다음과 같다.

① 자살시도자 위기관리사업 (평생사후관리 서비스)

㉠ 사업내용

호주의 Carter의 연구에 의하면 자살시도자가 우편엽서를 받고 난 후 재시도율이 약 50% 감소했다는 연구결과가 있고, 또한 미국의 Motto의 연구에서 자살시도자들에게 친필편지를 보낸 결과 자살률이 50% 감소했다는 연구결과가 있었다. 이에 자살 위험성이 감소되어 집중 사례관리를 종결 한 대상자에게 분기별로 희망편지발송을 통해 자살위험성 관리를 하여 장기적인 자살 위험성을 감소시키고자 하였다. 희망편지를 발송하기 전 사례관리자는 대상자에게 사전 동의과정을 거친 후, 분기별 1회 발송할 것을 계획하였다. 2012년에 4회 총 20건이 발송되었다.

㉡ 평가

자살위기자의 자살위험성을 경감시키기 위한 사례관리 기간이 6개월 이상 소요됨에 따라 실제 희망편지를 발송할 수 있는 대상자가 적었다. 추후 종결이 필요한 대상자가 점차 늘어날 것으로 예상되어 희망편지 발송 건수도 증가할 것으로 예상된다.

38) 이 절의 내용은 노원정신보건센터, 2012: 101-108의 내용 중 핵심내용을 정리·요약한 것임.

② 자살고위험군 조기발견 및 지원사업

㉠ 사업내용

노원구민의 자살예방을 위한 생명지킴이교육 매뉴얼을 개발하여 표준화된 생명지킴이 교육을 제공하여 자살고위험군을 적극적으로 발견하고자 하는 사업이다. 또한 자살예방사업 실행 보고서를 제작 및 보급하여 노원구 자살예방사업의 성과를 홍보하고 자치구 단위 자살예방사업 확산을 도모하고자 하는 목적이 있다.

생명지킴이교육 홍보 포스터를 제작하여 관내 소방서, 경찰서, 주민센터, 종합사회복지관, 노인복지시설, 아파트 관리사무소, 정신과병원, 사회복지시설, 주거시설, 요양보호사단체에 홍보하였다. 교육을 이수한 모든 사람에게는 수료증을 제공하고, 수료번호를 부여하였다. 그리고 교육을 이수한 사람에게 회원관리에 대한 동의서를 받은 후 관리하는 프로그램이다.

㉡ 평가

지역사회 내 생명존중의 공감대가 형성되었으며, 우울 및 자살위기에 대한 인식개선이 가능하였음. 이러한 생명존중 공감대 및 인식개선의 향상으로 노원구 자살예방사업의 체계구축이 마련되었으며, 이를 통한 우울 및 자살위기에 대한 조기발견 및 개입이 효율적으로 실시되었다.

③ 자살유족 정서관리 프로그램 제공

㉠ 사업내용

자살유족에 대한 서비스 강화로 유족의 자살 위험성 감소 및 자살위기대처능력을 향상해 정신건강 증진에 이바지하고자 실시되는 프로그램이다. 2012년 노원경찰서를 통해 매월 파악되는 자살자 발생 통보서를 통해 자살유족 상황을 접수하며 2주안에 전화연락을 취하여, 상담의 욕구가 있는 대상자에게 자살유족 애도상담을 진행하며 후속 조치를 취하였다. 2011년도에 실시한 마음건강 평가 시 자살유족으로 발견된 412명에게 1차로 전화연락, 2차 대면상담을 통하여 서비스 제공을 실시하여 2012년에 전화 196건, 대면 111건의 상담 실시하였다.

㉡ 평가

유족과 고인과의 미해결된 일을 완결하게 하고, 상담기간 동안 발견되는 병리를 확인하여 자살고위험군 사례관리로의 유입을 시도하는데 의의가 있었다.

④ 서울시 5개 자치구 자살예방 지원사업 총평

서울시가 지원하는 5개 자치구 중 노원구는 2010년 10월부터 자치구 자체에서 자살예방사업을 시행하고 있었으며 응급의료센터, 소방서, 경찰서등과의 MOU를 맺는 등 강력한 네트워크를 기반으로 원활한 사업이 진행 될 수 있었다.

추진실적 면에서 1인당 높은 서비스 빈도를 보였고, 게이트 키퍼 교육을 통한 자살 고위험군 조기발견 사업을 실시하여 의뢰 강화를 모색하였다. 또한 2011년도 시행한 마음건강평가를 통한 자살유족정서관리 프로그램으로의 유입 실적도 상당히 높았다.

〈표 5-15〉 노원구 자살예방사업 전체 추진실적

영역	사업명	산출지표	목표	성과
1차 보편적 예방 사업	생명지킴이보수교육	교육횟수/참여인원	4회/200명	4회/555명
	인식개선 및 홍보사업	홍보물	-	2,755건
		홍보행사	-	4회/1,469명
		언론홍보	-	41회
		자살예방교육	-	24회/8,775건
2차 선택적 예방 사업	노인 마음건강평가	독거노인 마음건강평가건수	7,082건	6,514건
		교육횟수/참여인원		3회/677명
		일반노인 마음건강평가건수	4,000건	2,338건
		교육횟수/참여인원		1회/200명
	기초생활수급자 마음건강평가	마음건강평가 건수	4,500건	2,504건
	구직자 마음건강평가	마음건강평가 건수	20,000건	25,229건
	기타대상 마음건강평가	마음건강평가 건수	12,500건	10,436건
	마음건강상담의 날	상담횟수/상담건수	22회/4510건	21회/4,256건
	자살고위험군 초기관리	상담건수	4,320건	6,702건
3차 집중적 예방	자살위기대응 네트워크	간담회횟수/참여인원	1회/15명	5회/40명
		외래정신의료기관 협조체계 구축건수	17건	17건

사업		입원정신의료기관 협조체계 구축건수	10건	9건
	자살시도자 응급대응사업	자살상담실인원	-	2,594명
		자살상담 건수	1,440건	5,884건
		관내 응급의료센터 라운딩	-	504건
	자살위기자 맞춤형 사례관리	등록 건수	100명	104명
		집중사례관리 건수	2,520건	2,535건
	우울대상자 맞춤형 사례관리	사례관리 건수	-	2,056건
	자살위기자 지원사업	정신과전문의 상담횟수/참여인원	17회/53명	17회/48명
		심리평가 건수	30건	7건
		보건·복지자원연계 건수	120건	125건
자살예방슈퍼비전 횟수/참여인원		23회/112명	20회/141명	
서울 시 5개 자치 구 자살 예방 지원 사업	자살시도자 위기관리사업	평생사후관리서비스 희망편지발송건수	3회/60건	4회/20건
	자살고위험군 조기발견 및 지원사업	생명지킴이 자살예방교 육 횟수/참여인원	22회/1,740명	24회/8,775명
	자살유족 정서관리 프로그램 제공	자살유족 애도상담 건수	90건	307건
		경찰서간담회 횟수	2회	2회

출처: 노원자살예방센터, 2012: 109

7. 충청남도의 자살예방 사업³⁹⁾

1) 충청남도 자살예방사업의 개요

(1) 자살 고위험군 사례 관리: 우울증 검사 및 상담

우울증의 자살의 대표적인 예후로 판단하여 대규모 선별검사 실시하였고, 1차조사의 내용은 다음과 같다.

- 75세 이상의 고연령층을 잠재적 위험군으로 판단 11,631명을 대상으로 전수조사 실시
- 75세 이상 고령층을 포함 할당편의표집 방법으로 110,305명 할당

1차조사를 바탕으로 2차 조사를 실시하였는데 그 내용은 다음과 같다.

- 1차 조사에서 10점이상 우울증 조위험자 8,183명을 선별하여 정밀분석한 후 최종적으로 6,678명을 선정하여 조사 실시
- 2012년 6월~12월까지 15개 시군에 교육된 조사원 1명을 파견, 대면 면접 조사 실시

〈표 5-16〉 우울증 검사 조사 내용

1차 조사	2차 조사	
성별	지역특성	가족관계망
연령	시군	사회관계망
시군명	수급권	질병유무
동거여부	의료급여	질병명
의료급여	가구형태	사회활동참여 횟수
직업유무	성별	고독감
우울	연령	자기노출
	교육정도	부담감
	종교	일상생활 스트레스
	결혼상태	삶의 무의미성

39) 이 부분은 충남광역정신건강증진센터의 김도윤 부센터장과의 인터뷰, 충남의 마을단위 자살예방 사업인 '생명존중 행복마을' 시범마을 3곳의 현장 방문, 연구자의 전략과제 중간연심회 자료를 요약해서 발표했던 충남광역정신건강증진센터 주체의 '자살예방 심포지엄'(2013. 6. 13) 자료를 중심으로 작성되었음

	사별기간	존재의 무가치성
	동별거 자녀	자살시도
	동거 가족 수	
	동거 가족형태	
	별거자녀 거주지역	

이와 같은 조사내용을 통해서 자살시도자 318명(4.9%), 자살생각 1,730명(41.7%)의 고 위험군의 일반 특성을 파악하여 DB를 구축하였고, 이렇게 구축된 자료를 토대로 방문, 전화 상담을 통해 사례관리 실시하였다.

(2) 자살 상담 실시

충남만의 특색 있는 프로그램은 아니지만, 전국적으로 통일된 정신건강 위험 상담전화 1577-0199를 통해 상담자를 통해 전화상담을 실시하고 있다.

(3) 자살시도자 치료비 지원 사업

치료비 지원사업은 2012년부터 실시하고 있다. 자살 시도자 1인당 100만원 정도의 치료비를 지원하는 사업으로 총 2,000만원의 예산으로 20여명을 대상으로 진행되고 있다.

(4) 유가족 지원사업: 심리사회적 부검 후 전화 면담

심리사회적 부검은 자살사망자에 대해 개인과 병리 위주의 심리학적 측면과 관계, 환경체계 등 사회학적 측면을 모두 고려한 자살의 이유, 자살의 과정 등을 명확히 밝히는 과정으로 자살예방의 기초 자료로 활용될 수 있다. 충남의 심리사회적 부검은 다음과 같은 절차로 진행되었다.

- 2012년 6월 충남경찰청과 MOU체결, 지원 및 조사 사업단 구성
- 2012년 8월 자살 사망자 명단 확보(경찰청)
- 2013년 1월 심리사회적 부검 시작
- 2013년 6월 12사례 심리사회적 부검 완료
- 연구진 3명, 실무진 2명 총 5명의 인원으로 30개 사례를 목표로 계속 진행 중

심리사회적 부검의 결과를 바탕으로 충남의 자살자의 가장 전형적 사례를 추출하였다. 이에 대한 내용은 다음과 같다.

- 70세 이상 남자 노인으로 만성질환을 가지고 있음
- 평소 자기표현을 안 하는 성격으로 지역주민이나 외부와 단절된지 오래됨
- 자식들은 타지에 있고 부인과 둘이 거주하거나 혼자 거주
- 남(가족)에게 부담을 주고 있고, 장차 더 할 거라는 부담감, 자책
- 젊었을 때부터 고된 농사일 했으나, 경제적으로 여유롭지 못함
- 과음 습관이 있고, 자살 전 암시(평소와 다른 행동)가 있었으나, 뚜렷하지 않아 거의 알아차리기 어려움

(5) 생명존중 행복마을 시범 사업

충남 농촌 지역의 높은 자살률을 낮추기 위한 마을 단위의 자살예방 사업으로 충남 자살예방사업의 핵심이다. 2011년부터 홍성군의 3개 마을에서 시범 사업을 실시하여 2013년 첫 시범 사업의 종료를 앞두고 있다. 이와 같은 프로그램의 목적은 다음과 같다.

- 자살에 대한 인식 개선과 마을단위의 사회적 관계 회복에 목적
- 소통과 대화를 통한 마을 공동체의 회복
- 개인에 대한 지지망 확보를 목적으로 하는 마을 단위의 공동체 사업

이러한 목적으로 진행된 생명존중 행복마을 시범사업은 다음과 같은 운영방식으로 진행된다.

- 전담 인력을 배치하고, 전담인력의 자원봉사자와 결합하여 마을 단위의 프로그램 제공하고 정신건강을 증진시키는 활동 병행
- 보건소, 자원봉사센터, 농업기술센터(장수마을 프로그램), 여성단체협의회 등 충남도의 조직관의 연계 프로그램 시도

이러한 프로그램의 구체적 내용은 다음과 같다.

- 농한기/농번기를 구분하여 1년 단위의 프로그램 제공
- 수지침, 맞사지, 노래강습 등 주민의 욕구에 따라 프로그램 진행
- 마을 단위의 상호작용을 높여 공동체성 회복 프로그램
- 이러한 프로그램과 함께 고위험군에 대한 상담 및 사례관리 실시

이러한 생명존중 행복마을 시범 사업 프로그램은 상당한 정도의 자살예방 효과를 발휘하는 것으로 평가 받고 있다. 따라서 이러한 성과를 확산하기 위해 충남 차원에서 시범마을에서 일 반적인 프로그램으로 확산되어 진행되고 있다. 구체적으로는 15개 시군의 보건지소를 활용 1지소 1개 프로그램으로 총 232개 마을로 확대 실시 중이다. 이러한 프로그램의 진행과 확산 에는 성과만 있는 것이 아니라 한계도 존재한다. 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 자살의 부정적 이미지로 보건소의 반대 심함
- 시범사업 평가가 제대로 이루어지지 않은 상태로 무리한 사업 확대(232개 마을).
- 보건소-자원봉사센터-도내 다른 단체 등과의 연계가 중요하지만 실질적으로는 서로 엇 박자를 내는 활동
- 2013년 3년의 시범사업의 종료를 앞두고 있는데도, 출구전략이 제대로 마련되지 못함. 주민들은 사업의 지속을 원하고 있는데도, 주민 스스로 혹은 다른 사업과 연계해서 지속 할 능력을 배양하지 못함.

2) 충청남도 '생명존중 행복마을' 현지 조사

(1) 조사 개요

충청남도 생명존중 행복마을 현지 조사는 다음과 같은 목적으로 진행되었다. 첫째 충청남도의 자살률이 높은 마을에 현지 조사를 통한 현황 파악하는 것이다. 둘째 충청남도에서 실시하고 있는 자살예방 정책 중 대표적 사례인 생명사랑 행복마을 운영사례를 조사하여 충남형 자살예방정책 마련을 위한 기초자료 수집하고자 하는 것이다. 마지막으로 양적인 분석을 통해 충남의 자살원인을 분석하였지만, 제한된 데이터 등으로 분석의 한계가 존재하는데, 이러한

한계를 보완하여 충남의 자살 원인을 보다 면밀히 분석하기 위한 것이다.

이러한 목적으로 2013년 9월 12일 ~ 9월 13일(1박2일)까지 충청남도 홍성군 생명사랑 행복마을 3곳(천태1구, 행정 2구, 화산마을: 최초의 시범사업의 진행된 곳)에 현지조사를 실시하였다. 조사는 이 프로그램은 진행하는 충남광역정신건강증진센터의 자살예방팀의 도움으로 진행되었고, 각 마을마다 마을이장 등 현지주민 7~10명 등과 간담회 및 개별 면접을 실시하고, 자살 고위험군으로 파악된 사례를 방문하는 것으로 진행되었다. 이러한 조사의 개요는 다음과 같다.

- 충남 광역정신건강증진센터의 담당자에게 참여 마을의 자살상황 청취
- 생명사랑 행복마을 정책 내용 정리
- 마을 주민들과의 면담을 통해서 최근 마을의 상황과 사회적 관계망의 변동에 대해 청취
- 생명사랑 행복마을 운영자들과의 간담회를 통해, 이 정책의 실제 운영상황, 효과와 한계 청취

2) 조사내용

① 충남 홍성군 천태1구 마을

천태 1구의 마을 규모는 50호 정도 100여명 거주하고 있다. 최근 마을주민의 밖으로 이주 없었고, 다만 자녀만 외지로 나가 공부하거나 취업하였다. 그리고 외지로부터 8집이 귀농하여 같은 마을에 살고 있으나, 한 가구를 제외하고는 마을 사람들과의 교류는 전무한 형편이다. 주민 중 최고령 94세이고, 최연소 54세이다. 마을은 주로 벼농사를 짓고 있고, 주민들의 말에 의하면 가난한 마을은 아니라고 한다. 마을 간담회는 이장 등 총 6명 참여 간담회와 이어서 여성 주민들의 간단회로 진행되었다. 남성 주민들로 이루어진 간담회의 내용을 정리하면 다음과 같다.

- 행복마을 프로그램이 너무 좋다. 이 프로그램이 열리면 마을주민이 다모임. 활력을 줌. 이 시범사업이 끝나면 허탈해질 것 같음
- 자살의 원인이 무엇인지에 대해 처음 던진 질문에 대한 답변에 주로 남자가 죽고, 부부 싸움 이후(자존심 때문?)에 자살 함. 술이 자살의 주요한 문제

- 혼자사는 가구가 반이 넘음. 늙어서 일을 못하기 때문에 농토의 임대료와 자식용돈으로 생계를 유지함.
- 홍성복지관에 복지프로그램이 있으나, 버스로 30분 걸림
- 노래교실 같은 것들은 10명 이상의 신청자가 있으면 복지관에서 나와서 직접 프로그램을 해줌(현재 건강체조교실은 매주 금요일에 옴)
- 게이트볼이나 환궁 같은 것들도 했으나 게이트볼 같은 경우 전용운동장이 있는 면소재지에 가려면 8km나 가야됨.
- 현재 화투나 담배 같은 것들은 많이 없어짐
- 천대 1구가 홍성에서 가장 오지.
- 부락수준이 낮으면(학력이 낮고, 못하는 지역은) 자살이 높음
- 자살의 원인이 무엇인지에 대해 두번째 던진 질문에 대한 답변에 우울증, 가난(가난이 큰죄. IMF 이후 자식들이 어려워짐 -> 더 가난해짐)
- 자식들이 부모를 더 막대하는 것은 아님. 단지 노인이 더 많아진 것 뿐

마을 주민들은 한결같이 올해로 시범사업이 끝나는 ‘생명존중 행복마을’ 프로그램의 애착을 가지고 있었다. 그들이 이 프로그램의 애착을 갖는 이유는 다음과 같다.

- 소통을 하게 해줌
- 어울려 놀 수 있음
- 동네사람이 모일 수 있는 유일한 통로

이들은 모두 3년의 시범사업의 2013년에 종료되는데, 이후의 프로그램 진행을 원하고 있었다. 그래서 조사팀들은 ‘생명존중 사업을 자체 마을 돈으로 할 수 없나?’라는 질문을 하였는데, 이에 대해 마을 주민들은 다음과 같은 답변을 하였다.

- 마을에 그 정도 공금은 없어 개별적으로 진행하기는 어려움
- 몇 년간 더 해주면 자기 돈으로 할 수도 있을 것 같다는 답변

한편 원래 예정되지는 않았지만, 간담회가 진행되는 동안 10여명의 여성주민과 마을의 어려움 등에 대한 이야기를 나누었다. 그 대화의 핵심 내용은 다음과 같다.

- 겨울철 연료비가 너무 많이 나감. 겨울에 기름보일러 못돌리고, 전기장판으로 견뎌. 1드림에 30만원함(한 여성분은 겨울동안 8드림 때워 총 240만원을 연료비로 지출)
- 난방을 전기나 연탄으로 다시 바꾸고 싶지만 설치 비용이 많이 들어 어려움
(전기보일러 설치비는 700만원 정도)
- 자식이 속 썩인다. 그러면 죽고 싶다
- 기초연금이 너무 적다.

② 행정 2구

행정 2구는 총 41가구, 80여명이 거주 하고 있는 마을이다. 주민 중 최고령 87세, 최연소 40대이며, 65세 이상 노령인구가 30명, 그래서 전체 중 10가구를 차지하고 있어 비교적 젊은 농촌 마을이다. 마을의 가축(소) 중심 생산활동을 하고 있으며, 얼마 전에 마을에 저수지 생겼다. 저수지 지역이 된 땅은 보상받고 주변의 지가가 상승하였으나 주민들은 이를 달갑게 여기지 않고 있다. 이곳은 자살예방 사업으로 지상과 TV 프로그램에 소개된 마을로 행복마을 프로그램에 대한 이해도가 높았다.

이들은 행정2구 마을 상황에 대해 다음과 같이 이야기 하였다.

- 원래 잘 모이지 않는 마을, 하지만 마을회관 지으면서 모이기 시작
- 마을회관은 주로 노인정으로 사용함.
- 이런 상황에서 생명사랑 프로그램 들어옴
- 노인복지관은 홍성군에 있고, 이 복지관에서 댄스프로그램 보내줌
- 하지만 마을과 복지관과의 거리가 너무 멀 - 16km, 버스타고 40분. 마을주민이 복지관을 이용하기에는 너무 멀다고 말함

이렇게 마을 주민들은 자신들의 마을 상황에 대해 인식하고 있었으며, 조사원들이 이전의 자살이 많이 일어난 원인이 무엇인지에 대한 질문에 다음과 같이 응답

- 생활고
- 지병

- 외로움은 직접적 자살원인으로 보기는 어려움. 하지만 어느 정도 영향은 있을 것임
(이제는 자식과 같이 못산다. 바뀐 문화탓, 외로움은 생명존중 프로그램이 기여함. 대화를 하고 자신의 이야기를 할 수 있는 분위기 조성)
- 자신들의 속내를 잘 이야기 하지 않는 충청도의 양반 문화
- 마을의 많은 사람들이 대규모 축사 건설에 연대 보증을 썼고, 그것이 잘못되어 마을 사람들이 어려움을 겪었고, 이때 몇 사람이 줄지어 자살

이 마을 주민들 역시 ‘생명존중 행복마을’ 프로그램에 대한 만족도는 매우 높았다. 그래서 2013년 시범사업이 끝난 이후 ‘마을에서 자비로 생명존중과 같은 프로그램을 돌릴 수 있느냐?’는 질문을 하였는데, 마을 주민들은 이에 대해 마을 자비로도 ‘운영이 가능하다’라고 이야기 했다(자살예방팀에서도 이 마을이 생명존중 프로그램에 가장 적극적이라고 말함).

이밖에 생활의 어려움을 묻는 질문에 겨울의 난방용 ‘기름값이 너무 비싸다’고 응답하였다(1드럼에 27만원. 하지만 이걸로 방 한 칸을 한 달 정도 뻘 수 있음. 따라서 가정집은 못 때고 보일러와 배관 터질까봐 외출로 해놓은 정도, 전기 담료에 의지하여 겨울을 견뎌야 하는 상황). 그래서 겨울에는 마을회관에 모여 주로 생활안다고 하였다(나라에서 회관운영비로 200여만원 나눔).

③ 화산마을

충남 홍성군 화산마을은 총 48가구, 114명이 거주하는 마을로, 65세 이상 비율이 70% 정도이고 그 중 20호가 독거노인이 거주하는 마을이다. 최근 마을로 6가구가 귀농하였으나, 이 마을과 연고가 없는 사람들로서 부동산 통해 땅 사서 온 사람들이다. 이들은 원주민들과 잘 어울리려고 하지 않는다고 마을 주민들은 이야기 하고 있다.

마을에서 13농가가 축산업에 종사하지만 소값이 떨어져 소득이 많이 줄어들었고, 나머지 가구는 벼농사, 고추농사 짓고 있다. 그러나 요즘은 벼만 가지고 농가가 살 수 없기 때문에, 가축과 같은 부업을 해야 자식들 교육이 가능하다고 이야기 한다.

이 마을은 특이하게 젊은 이장(57세)이 인터넷을 통해 생명사랑 행복마을 사업을 직접 신청하였고, 다양한 마을 지원 사업에 응모하고 지원을 받고 있다. 그러나 자살문제와 관련해서 노인복지 프로그램이 많지 않았고, ‘생명사랑 행복마을’ 프로그램이 시작되기 전에 4-5가구에서 자살이 발생했다고 이야기 한다. 마을 사람들과의 간담회에서 마을 주민들은 자살의 원인에 대해 다음과 같이 이야기 하였다.

- 지병
- 돌볼사람 없음(외로움)
- 경제적 빈곤도 있는 것 같으나 말하기 꺼리는 분위기, 즉 시골의 자존심 때문에 말하기 꺼리는 것 같음(“경제적 어려움으로 죽지는 않는다”라고 굳이 이장이 강조함)
- 이외에도 외지에 살던 며느리의 자살로 손자, 손녀를 키우고 있는 마을주민(여) 이 심각한 우울증 앓고 있음(광역센터 담당 직원의 집중관리)

‘생명사랑 행복마을’ 프로그램과 관련해서 조사원들과 마을 주민들은 형식에 구애 없이 다양한 이야기를 나누었는데 그 주요 내용은 다음과 같다.

- 노인복지관까지 버스로 20분 (잘 이용안함)
- 만일 마을에서 자비로 생명존중과 같은 프로그램을 돌릴 수 있냐는 질문에 대한 답변: 십시일반 할 수 없음 (돈 들어가는 것을 시작하는 것은 힘들)
- 대신 이장이 다양한 경로로 다른 사업을 알아보고 있음(이장 이외에 조직적으로 마을 사업을 구상할 조직자원은 취약해 보임)

이 밖에 마을에서 어려움을 겪고 있는 ‘노인에게 필요한 것이 무엇이나?’라는 질문에 마을 주민들은 다음과 같이 이야기 하고 있다.

- 돈: 시골은 소득이 보장 안 됨(농업 자체가 소비자가 주는 대로 받는 것)
- 보살핌: 예를 들어 전구 갈고, 상수도 같은 것 고쳐줄 사람이 없음

(3) 마을 현지조사로 추론할 수 있는 농촌지역의 노인자살의 원인

① 경제적 빈곤

개인적 차원의 단순한 빈곤은 농촌지역의 정서 상(상부상조하여 농사를 지어주고, 상황이 어려운 독거노인은 이장, 청년회, 부녀회 등에서 간간히 돌봐 줄 수 있음) 견딜 수 있다. 그러나 이러한 빈곤이 개인이 감당할 수 없는 외부 경제적 충격과 결합하는 경우 자살을 하는 경우가 많다(IMF 이후 자식들의 경제적 어려움 직면, 연대보증으로 감당하기 어려운 부채 상황에

처했을 때, 며느리의 죽음으로 아들의 손자를 돌봐야 하는 상황에 빠진 경우).

② 사회적 관계의 단절: 노령화, 외로움과 고립

세 마을 모두 시범 사업 이전의 마을 단위의 교류가 드물었다고 응답하고 있다. 이는 세 마을 모두 최근에는 없지만 이농에 따른 빈가구가 많고, 자식들이 외지에 살게 되고 노령화됨에 따라 자연스럽게 이웃 간의 교류가 줄어들게 되었다. 따라서 마을이 노령화되고, 교류가 줄어들게 됨에 따라 노년층을 중심으로 외로움과 고립 상태에 놓이고, 사회적 지지망을 갖지 못할 경우가 많다. 따라서 세 마을 모두 시범 사업에 대한 호응도가 높고, 시범사업으로 마을의 활력을 찾았다고 이야기 하며, 계속 사업을 진행할 수 있기를 바라고 있다.

③ 지병

마을 자체가 노령화됨에 따라 어쩔 수 없이 많은 노인들이 지병에 시달리는 경우가 대부분이다. 그리고 그 중 상당수는 경제적 여력이 없고, 마을 가까운 곳에 기초의료시설이 부족 때문에 제대로 된 치료를 받지 못하고, 진통제 등의 약물에 의존하여 병을 키우는 악순환 상태에 빠져 있다.

⇒ 노인자살의 원인의 복잡성

위에서 열거한 3가지 개별 원인들은 단일하게 작용하지 않고, 취약 노인들에게 복합적으로 작용하는 것으로 보인다. 노인층을 중심으로 사회적으로 취약한 상황에 처해 있을 때, 본인 자신만의 문제가 아닌 외지의 자식이나, 전통적 관계에 의한 감당할 수 없는 사회적 충격이 올 경우 우울증이나 지나친 음주상태 상태를 거쳐 자살에 이르는 것으로 추론 가능하다.

결국 농촌 지역의 노인의 자살은 도시화, 고령화 등의 사회적 변동이라는 기저의 변화에 경제적 문제, 건강상의 문제, 사회관계의 단절이라는 복합적 요인이 결합되고, 전통적 연대로 매개된 충격을 개인이 감당할 수 없을 때 음주나 우울의 형태로 나타나는 것으로 추론된다.

제6장 결 론

1. 충남 자살의 특징과 자살률에 영향을 주는 요인

1) 충남지역 자살의 특징

충남지역의 자살 현상의 특징은 다른 지역에 비해 상대적으로 자살자 수가 많고, 자살률이 높다고 할 수 있다. 그 중에서도 노인자살률이 다른 지역에 비해 압도적으로 높은 것으로 드러났다. 특히 청양지역에서 노인 자살률이 매우 높았고, 당진과 천안을 제외한 모든 지역에서의 노인 자살률이 매우 높게 나타났다.

결국 충남지역의 높은 자살률은 노인자살률이 추동하고 있고, 이러한 노인 자살은 태안 지역을 제외한 내륙지역에서 높게 나타난다.

2) 지역 자살률의 차별적 분포에 영향을 주는 위협요인

인구밀도가 낮으면 자살률은 높음. ‘인구밀도’는 노인인구비율, 인구증가율(-)과 상관관계가 매우 높기 때문에, 확대해석하면 노인인구비율, 인구증가율은 자살률과의 관계가 높은 것으로 추론 가능. 결국 공동화되고 노령화 되는 농산어촌 지역의 자살률의 높을 것을 추론할 수 있다.

자치단체의 재정자립도가 낮으면 자살률이 높음. 재정자립도는 빈곤율(-), 소득세(-)와의 상관관계가 매우 높음. 결국 지역별로 빈곤율이 높아 소득세가 낮아 재정자립도가 낮으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다.

이밖에도 지역의 흡연율이 높으면, 자살률이 높은 것으로, 이혼율이 높으면 자살률이 높은 것으로 추론 가능하다. 특히 이혼율과의 관계는 전통적으로 사회적 연대가 약화되면 자살률이 높다는 기존 이론과 동일한 현상이다.

3) 노인 자살률이 지역에 따른 차별적 분포에 영향을 주는 위협요인

인구밀도가 낮으면 노인자살률은 높음. ‘인구밀도’는 노인인구비율, 인구증가율(-)과 상관관계가 매우 높기 때문에, 확대해석하면 노인인구비율, 인구증가율은 자살률과 관계가 높은 것으로 추론 가능. 결국 공동화되고 노령화 되는 농산어촌 지역의 노인자살률의 높을 것을 추론할 수 있다.

자치단체의 재정자립도가 낮으면 노인자살률이 높은 것으로 나타났다. 재정자립도는 빈곤율(-), 소득세(-)와의 상관관계가 매우 높음. 결국 지역별로 빈곤율이 높아 소득세가 낮아 재정자립도가 낮으면 노인자살률이 높은 것으로 추론 가능하다.

한편 만명 당 사회복지시설이 높으면 노인자살률이 높은 것으로 추론 가능하다. 이는 사회복지비용 지출과도 상관관계가 매우 높은데, 이는 자살률은 낮추기 위해 사회복지비용의 지출을 낮추어야 하는 것이 아니라, 복지비용 지출이 높은 지역이 빈곤율이 높은 지역이고 현재 복지비용 지출이 충분하지 못하다는 것을 반증하는 것이라고 추론하는 것이 타당할 것이다.

음주율이 높은 곳이 자살률이 낮은 것으로 나타났다. 이는 자살률을 낮추기 위해서는 음주가 필요한 것이 아니라, 음주율 조사가 성인이 지난 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 비율이기 때문에, 음주가 사고의 가장 중요한 수단인 우리사회의 특성에 비추어 보면 사회적 관계가 활발할수록 자살률이 낮은 것으로 추론 가능하다.

4) 충남지역 ‘생명존중 행복마을’ 현장조사 추론된 노인 자살요인

노인자살은 경제적 빈곤, 사회관계의 단절로 나타나는 외로움, 지병 등의 요인이 복합적으로 사회환경과 개인의 위기와 결합되어 나타난다. 노인들이 복합적 위기 상황에 처해 있을 때, 본인 자신만의 문제가 아닌 외지의 자식이나, 전통적 관계에 의한 감당할 수 없는 사회적 충격이 올 경우 우울증이나 지나친 음주상태 상태를 거쳐 자살에 이르는 것으로 생각된다.

결국 농촌 지역의 노인의 자살은 도시화, 고령화 등의 사회적 변동이라는 기저의 변화에 경제적 문제, 건강상의 문제, 사회관계의 단절이라는 복합적 요인이 결합되고, 전통적 연대로 매개된 충격을 개인이 감당할 수 없을 때 음주나 우울의 형태로 나타나는 것으로 추론할 수 있다.

5) 국내외 자살예방정책과 충남의 자살예방정책의 비교가 주는 함의

우리나라 자살예방정책의 전범이 되는 핀란드의 자살예방 정책은 전국적인 자살률 상승에 국가적인 차원의 자원을 동원하는 시스템을 구축하는 것이다. 전문가 집단 5만명을 동원하여 5백여 만명의 전국 인구를 대상으로 심리적 부검을 실시하고, 자살의 가장 중요한 요인을 우울증이라는 병리학적 요인으로 밝히고 이에 대한 대처로 자살률을 극적으로 낮추는 것이다. 그리고 우울증에 대한 단기적 대처뿐만 아니라, 사회적 지지대의 확보라는 중장기 대책도 병행하여 진행되었다.

핀란드 모델을 받아들인 한국의 경우 제한된 자원(극소수의 전문가, 작은 예산)으로 우울증이라는 병리적 요인에만 집하고 있다. 소수의 우울증 선별 검사로 사례관리에 집중하거나, 사회적 지지라는 사회적 요인을 외면하는 경우가 대부분이다.

한편 중앙정부의 자살예방사업은 자살예방 정책의 구체적 시행이 아니라, 선언적이고 캠페인 성격이 강하다. 실제 현실에서 자살을 예방할 수 있는 정책의 부재한 것이 현실이다. 광역 차원(서울시)에서는 보다 구체적인 자살예방 사업을 실시하고 있다. 자살예방 상담전화를 운영하고, 이를 통해 발견된 고위험군을 개별구에 이관하는 작업을 하며, 개별 자치단체를 지원하는 역할을 한다. 이 외에도 자살 유가족을 대상으로 하는 유족관리시스템 운영하는 등 개별적 차원의 사업을 벌인다.

기초지자체(서울 노원구)의 경우도 우울증이라는 병리학적 요인에 초점을 맞추는 예방정책을 실시하고 있다. 이에 따라 상담, 사례조사, 사례 관리에 초점 두고 예방사업을 진행하고 있지만, 자살의 사회적 요인을 외면하여 장기적 예방정책의 부족한 형편이다.

충남의 자살예방정책은 단기적인 우울증 대처와 장기적인 사회적 관계망의 회복이라는 조화를 이루려고 노력하고 있다. 즉 서울시와 노원구의 경우로 포두 포괄하는 역할을 수행한다. 구체적으로 고위험군 사례조사, 심리적 부검, 상담, 마을사업 등 가장 앞선 프로그램을 운영하지만, 인원과 예산의 한계로 어려움 직면하고 있다.

이와 같이 살펴본 자살예방 정책의 방향은 국가 차원에서는 자살을 개인적 차원뿐만 아니라, 사회적 차원의 문제로 인식하고 단순한 캠페인이나 선언차원이 아닌 보다 구체적인 실행 대책을 마련해야 한다. 그리고 광역과 기초 지자체 차원에서는 서로의 상황에 맞게 사업을 구상하고 이에 대한 실천방안을 수립해야 한다. 그리고 이는 개인의 심리적이고 병리적 예방차원의 단기적 대책과 함께 사회 지지망의 확보라는 중장기적 대책을 병행해야 할 것으로 보인다.

2. 충남 자살예방을 위한 정책적 제언

1) 충남 자살예방기본계획 수립

정부는 제3차 자살예방기본계획 수립을 추진하면서 정책기본방향으로 '자살없는 건강한 사회'를 비전으로 '지역사회 자살위험군 감소 및 대응역량 강화'를 목표로 제시하고 있다. 충남은 2012년 '충청남도 생명 존중문화 조성 및 자살예방에 관한 조례'를 제정하였으며, 조례에는 자살예방기본계획 수립 및 시행, 자살예방센터 설립, 민간 자살예방활동 지원 등의 내용을 담고 있다. 따라서 행정이 주도하는 자살예방 실천이 아닌 충남도민이 함께하는 자살예방 실천이 될 수 있도록 참여적 방법으로 자살예방기본계획 수립해야 한다(자살예방정책에 대한 도민의 인식 고양, 정당성 확보).

2) 자살예방 전담인력의 대폭 확보와 예산의 대폭적 증액이 필요

충남광역정신건강증진센터를 중심으로 심리사회적 부검, 자살고위험군의 파악, 상담, 사례관리, 행복마을 사업 등 가장 효과적인 예방사업을 시행하고 있지만, 인력과 예산부족으로 실질적 효과를 거두는 데는 한계가 존재한다. 따라서 자살을 현안 문제로 인식하고, 자살률을 낮추기 위해 보다 많은 행정 자원의 투입이 필요하다.

3) 가장 효과적인 예방정책인 '생명존중 행복마을'의 양적 확대뿐만 질적인 효과를 견인하는 정책 시행

전담인력과 예산의 부족한 상태에서 제대로 평가가 이루어지지 못한 시범사업을 242개 사업으로 양적으로 확대하면 필연적으로 줄속 운영될 가능성이 높다. 그리고 모든 마을에 대해 이러한 사업이 실시할 수 없기 때문에, 삼농혁신, 농업 6차산업화사업, 마을 만들기, 기존의 사회복지 프로그램과의 유기적 연계방안을 만드는 것이 필요하다. 이러한 유기적 연계방안을 마련하기 위해서서 도-광역정신보건증진센터-유관단체의 협조방안 마련 필요하다.

4) 중앙정부-충남-기초단계의 공조체제 구축

자살의 문제는 개인적 차원만의 문제도 아니고, 지자체안의 문제도 아니고, 중앙정부만의 문제가 아닌 모든 행위자들의 협력의 문제라 할 수 있다. 중앙정부는 연구와 예방매뉴얼을 만들고 예산을 확보하여 지자체의 사업을 지원해야 한다. 지방정부는 자체적 사업을 시행하고, 이를 바탕으로 실태를 분석하여 중앙정부의 지원을 이끌어 낼 수 있도록 해야 한다. 특히 충남과 같은 광역지자체의 경우 도차원에서는 중앙정부와 기초단체를 연결하는 정책을 개발하고 시행해야 하며, 기초단체는 삶의 영역에서 고위험군의 사례를 관리하고 사회적 지지망을 확보하는 것과 같은 실질적인 사업을 시행해야 한다.

5) 시군, 읍면 또는 마을별 자살위험평가 실시

자살은 개인이 처한 상황, 감정, 경험, 사고 등 다양한 요인에 따라 이루어지기에 자살위험을 평가할 수 있는 보편적인 틀을 만들기는 어렵지만, 각 시군, 읍면, 마을 단위로 자살 관련 현황, 기반시설, 네트워크, 관련 프로그램, 주민 의식 및 태도 등을 미리 파악함으로써 시군, 읍면, 마을에 적합한 자살예방 프로그램을 구성하는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 이러한 자살 위험평가 내용을 예시적으로 살펴보면 다음과 같다.

- 시군, 읍면, 마을별 현황 (지리, 인구, 사회, 경제, 문화, 건강적 요인 등)
- 자살예방을 위한 기반시설(infrastructure)
- 자살예방을 위한 네트워크
- 자살예방 관련 활용 가능한 프로그램
- 자살에 대한 주민 의식 및 태도

현재 ‘생명존중 행복마을’ 프로그램은 개인의 심리적 안정 및 주민들의 접촉 기회를 제공하는 소극적 활동에 그쳐 프로그램이 종료된 이후 자생적으로 운영할 역량을 구축하지 못하고 있다. 마을의 자살예방 역량을 증진하기 위해서는 문제 이해 공유, 책임감 공유, 다양한 접근 방법 모색, 문화적 경쟁력 개발, 자살에 대한 부정적 영향 없는 사업 추진 등이 필요하다.

(참고) 지역사회 의 자살예방 역량 강화를 위한 지침

- 지역 커뮤니티의 필요, 구조, 역사에 대한 정보 획득
 - 통계자료에서 보지 못하는 지역의 지식과 정보를 획득하고 이용하는 것이 중요함. 지역 정보는 커뮤니티 포럼, 포커스 그룹, 설문조사, 지역 언론의 대중 토론 등을 통해 획득 가능함
- 자살에 영향을 미칠 수 있는 지역 이슈들에 대한 이해
 - 가뭄 또는 경제적 고난 등 특정 사건
 - 특정 그룹이나 필요로 좁혀지는 이슈. 가령, 지역사회 내 특정 그룹의 자살 증가는 지역사회의 인식 증진, 교육프로그램의 부재를 뜻할 수 있음
- 자살 예방에 대한 인식 증진
 - 지역사회에서 자살 예방에 대한 인식이 높아져야 지방에 기초하고 지방에서 주도하는 해결책들을 제공하는데 책임을 공유하는 문화가 만들어질 수 있음. 인식 증진은 자살 및 자살예방과 연관된 광범위한 이슈들에 초점을 맞출 수 있음
- 자살예방을 위한 네트워크 개발·유지
 - 네트워크는 지역사회 역량을 형성하고 유지하는데 중요한 역할을 함. 이들은 정보 공유, 계획, 옹호, 자원 유인 등을 위한 플랫폼을 제공하고 프로그램 중복 등을 방지하는 역할을 담당할 수 있음
 - 커뮤니티 기반의 네트워크는 자살 예방 프로젝트를 시작하는 장소가 될 수 있음. 네트워크 회원들의 집합적 지식, 노력, 협력적 의사결정은 홀로 역할을 수행할 때보다 나은 결과를 가져올 수 있음. 가장 효과적인 네트워크는 부문을 가로지르면서 커뮤니티 기관, 학교, 건강서비스, 지역기업, 일반개업의, 관련 서비스 제공자를 포함하고 있음. 어떤 커뮤니티는 대상이 되는 자살 예방에 특화된 공식적인 네트워크를 가질 수도 있음
- 지역사회 내 자원 동원
 - 자살 예방 사업을 위한 가장 훌륭하고 효과적인 자원은 지역 내에 위치한 자원인 경우가 많음. 기존 커뮤니티 자원과 자산에서 출발하는 것이 지방 커뮤니티를 밖에 있는 다른 자원들을 동원하기 위한 핵심 전략임
 - 지역 커뮤니티 내에서 이루어지는 자살 예방 실천들의 다양한 범위를 생각할 때, 요구되는 전형적인 자원 유형은 다음과 같음
 - 이론을 잘 이해하고 있는 기술이나 지식을 갖춘 사람
 - 자살 예방과 관련된 증거와 해를 끼치지 않는 접근
 - 현재 정보 및 자살 예방 관련 연구에 대한 접근
 - 펀딩 자원
 - 기반시설 자원(정보기술, 회의 장소 등)
- 꾸준한 추진
 - 어떤 자살예방 실천들은 규정되고 측정할 수 있는 산출물로 이루어진 단일의, 단기간의 프로젝트로 끝남. 장기적 효과를 원한다면 지속가능성을 유지하기 위한 세심하고 계획된 전략이 필요함
 - 제한된 재정 및 자원을 고려할 때 커뮤니티 기반 그룹단 사이에 협력적인 자원 배치는 제한된 자원을 확장할 수 있음. 정부와 기업 내에서 부문을 넘는 지원 또한 자살 예방 프로그램의 지속가능성을 증진할 것임

(출처: 호주 Department of Health and Ageing, 2007, Fact sheet 15)

6) 자살경보체계 구축: 장기적 과제

장기적으로는 자살 데이터의 체계적 수집 및 마을단위 자살위험평가 자료를 통해 자살위험 요인 분석하고 장기적으로 데이터가 축적되면 이에 기초한 자살경보체계 구축하는 것이 필요할 것이다. 즉 자살위험요인 발생 또는 증가 시 자살유관기관을 중심으로 자살경보 발령(단계별 대책 점검 및 실시)하는 체제의 구축이다. 이에 따라 자살경보 대응 매뉴얼을 수립해야 하는데, 그 예시는 다음과 같다.

- 1단계: 대중매체를 통한 자살예방 및 생명존중 홍보 확대. 자살대응체계 점검.
- 2단계: 자살예방 기구 중심으로 자살대응
- 3단계: 자살 관련 전 행정부서 및 네트워크 차원의 자살대응

참고 문헌

<정부간행물 자료>

- 가천의과학대학교, 2008, 국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방체계 구축에 관한 연구. 건강증진사업지원단
- 보건복지부, 2005, 자살예방 5개년 종합대책: 세부추진계획. 보건복지부
- 보건복지가족부, 2008, 제 2차 자살예방종합대책. 보건복지가족부
- 노원구. 2012. 구정백서. 노원구
- 노원정신보건센터. 2012. 노원구 생명존중 문화조성 및 자살예방사업 성과보고서. 노원구
- 한국자살예방협회. 2011. 자살예방기본계획. 보건복지부.

<논문, 단행본, 인터넷 자료>

- 김왕배, 2010, 자살과 해체사회, 정신문화연구, 33(2), 195-225
- 김종은, 1963, 한국인의 자살에 관한 사회정신의학적 연구: 정신위생학적 견지에서. 중앙의학, 5(4), 367-420
- 노용환, 2004, 자살의 경제학적 분석: 우리나라 시·도별 패널자료를 이용한 접근, 경제학연구, 54(3), 177-200
- 뒤르켐, 에밀, 1994, 자살론/사회분업론, 임희섭 역, 서울: 삼성 출판사
- 박형민, 2010, 자살, 차악의 선택: 자살의 성찰성과 소통 지향성, 서울: 이학사
- 박형민. 2011. “우리나라 자살예방대책의 현황”. 형사정책연구 소식. 2011 여름. pp. 2-4.
- 서미경, 1981, 한국인 자살 양상에 관한 고찰. 석사학위논문, 서울대학교
- 석재호 외, 1980, 자살기도자에 관한 연구, 신경정신의학, 19(1)
- 송재룡, 2008, 한국사회의 자살과 뒤르케임의 자살론, 사회이론, 2008 가을/겨울 123-162
- 심영희, 1986, 한국사회의 자살: 사회학적 관점에서 본 이론과 실태. 정신건강연구, 4, 49-71
- 오진경·조영태·김창엽, 2005, 2000년 우리나라 성인 자살자의 인구사회적 특성. 보건과 사회과학, 18. 191-210
- 은기수, 2005, 경제적 양극화와 자살의 상관성: 1997년 외환위기를 전후하여, 한국인구학, 28(2), 97-129

장지연 • 신동균, 2010, 소득양극화와 자살, *사회보장연구*, 26(2), 1-21
천선영, 2008, 자살의 이유를 알아야 하는 이유: 근대적 자살 이해에 대한 사회이론적 논의,
사회와 이론, 12, 293-325
노원구 정신보건센터 홈페이지 - http://www.nowonmind.or.kr/sub_2.php?id=4
노원구청 홈페이지 - <http://www.nowon.kr/index.jsp>
서울시 자살예방센터 홈페이지 - <https://suicide.blutouch.net:6004/>

<해외 문헌>

Douglas, Jack. (1967). *The social meaning of suicide*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Geoschel, Christian. (2009). *Suicide in Nazi Germany*. New York: Oxford University Press.

Gibbs, Jack P. & K. R. Jamison. (1990). *Suicide, in manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press, 227-244.

Kitanaka, Junko. (2009). *Suicide, gender, and the rear of modernity*. Buffalo and London: University of Toronto, 19-52.

Lieberman, Lisa J. (2003). *Leaving you: the cultural meanings of suicide*. Chicago: Ivan R. Dee.

Macdonald, Micael & Terence Murphy. (1990). *Sleepless souls: suicide in early modern England*. New York: Oxford University Press.

Marsh, Ian. (2010). *Suicide: Foucault, history and truth*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.

Minois, Geoges. (1990). *History of suicide: voluntary death in western culture*. The Johns Hopkins University Press.

Shneidman, Edwin S. & Norman L. Farberow. (1965). *Statistical comparisons between attempted and committed suicides*. The MacGraw-Hill Book Company.

Taylor, Steve. (1978). *Suicide and the renewal of life*. *Sociological Review*, 26, 373-390

Tierney, Thomas F. (2010) *The governmentality of suicide: Peuchet, Marx, Durkheim, and Foucault*. *Journal of Classical Sociology*, 10(4), 357-389.

- Cand. mag. Kari H. Holten, The National Plan for Suicide Prevention 1994-1998, Norwegian Board of Health
- Ingeborg Rossow,1993, Trends and Variations in Suicide in Norway; A description and short bibliography, National Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo.
- Liv Iren Hognestad, Media coverage of suicide and suicide attempts-are we doing the right things?
- Mehlum, Lars and Reinholdt, Nils Petter,2001, The Norwegian Plan for Suicide Prevention Follow-up project 2000-2002; Building on positive experiences, The Suicide Research and Prevention Unit, University of Oslo.
- Norwegian Board of Health,1996, [The National Plan for Suicide Prevention 1994-1998](#). Oslo, Statens Helsetilsyn (Norwegian Board of Health), Skriftserie 1996:2 IK-2539.
- Nordic Consortium on Suicide Prevention, National Programmes on Suicide prevention in the Nordic Counties, history, via <http://nordicsuicideprevention.org/history.html>
- Norwegian Institute of Public Health, 2011, Suicide and Suicide attempts in Norway - Fact Sheet, updated 04.01.2013 via http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=240&trg=List_6673&Main_6664=6894:0:25,7583:1:0:0:::0:0&MainContent_6894=6671:0:25,7588:1:0:0:::0:0&List_6673=6674:0:25,7596:1:0:0:::0:0
- Sørås, Irene, 2000, The Norwegian Plan for Suicide Prevention 1994-1999 Evaluation findings, Norwegian journal Suicidologi, No. 3.
- Taipale,V, Ruokola,M, Eskola,J, Lönnqvist,J, Upanne,M, & Arinperä,H., 1993, Suicide can be prevented. Fundamentals of target and action strategy, Helsinki: National Research and development centre for welfare and health, ISBN 951-47-5755-6.

■ 집 필 자 ■

연구 책임 · 이수철 충남발전연구원 책임연구원

공동 연구 · 여형범 충남발전연구원 책임연구원
김용현 충남발전연구원 책임연구원

비상임연구원 · 백인립 연세대학교 사회과학부 교수
김홍주 연세대학교 빈곤문제국제개발연구원 전문연구원
문경연 고려대학교 국제대학원 연구교수
김종우 연세대학교 사회발전연구소 연구원

전략연구 2013-03 · 충청남도 자살 실태분석 및 예방정책 연구

글쓴이 · 이수철, 여형범, 김용현, 백인립, 김홍주, 문경연

발행자 · 강현수 / 발행처 · 충남발전연구원

인쇄 · 2013년 12월 31일 / 발행 · 2013년 12월 31일

주소 · 충청남도 공주시 연수원길 73-26 (314-140)

전화 · 041-840-1235(행정복지연구부) 041-840-1114(대표) / 팩스 · 041-840-1129

ISBN · 978-89-6124-219-6 03350

<http://www.cdi.re.kr>

© 2013. 충남발전연구원

- 이 책에 실린 내용은 출처를 명기하면 자유로이 인용할 수 있습니다.
무단전재하거나 복사, 유통시키면 법에 저촉됩니다.
- 연구보고서의 내용은 본 연구원의 공식 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.