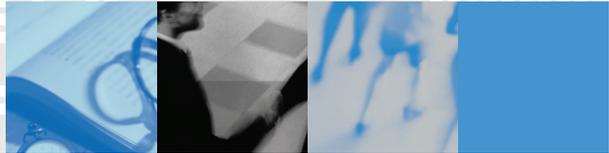




2011서울 G20
국회의장회의

National Assembly Research Service



자살예방대책의 문제점과 개선과제



국회입법조사처
NATIONAL ASSEMBLY RESEARCH SERVICE

자살예방대책의 문제점과 개선과제

원시연(보건복지여성팀 입법조사관)

2011. 3. 15.



국회입법조사처
NATIONAL ASSEMBLY RESEARCH SERVICE

요 약

우리나라의 자살사망률은 OECD 회원국 중 1위이다. 게다가 대부분의 OECD 회원국들에서 자살사망률이 감소하고 있는 반면, 우리나라는 자살사망률이 빠른 속도로 증가하고 있는 상황이다.

자살이 우리나라 사망원인 순위에서 암, 뇌혈관성질환, 심장질환에 이어 4위이며, 10대부터 30대 연령층의 경우는 사망원인에서 자살이 1위를 차지할 만큼 자살이 우리 사회에 끼치는 영향이 매우 심각한 상황에 이르렀다.

자살을 더 이상 개인의 문제가 아닌 사회 문제로 인식하고, 정부차원에서 제1차 자살예방기본계획 및 제2차 자살예방종합대책 등을 실시해 오고 있으나 자살사망률은 오히려 증가해왔다. 이에 국회에도 제17대 이후 수차례에 걸쳐 자살예방대책관련법안이 제출되었고, 제18대 국회에서도 지속적으로 논의된 끝에 2011년 3월 11일 「자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률」이 본회의를 통과하였다.

본 보고서에서는 우선, 2005년도에 수행된 선행연구¹⁾를 토대로 하여, 2010년 초를 기준시점으로 하는 자살의 경제적 비용을 추계해 보았는데, 한 해 동안 많게는 약 5조원이 자살로 인해 소요된다는 점을 파악할 수 있었다.

다음으로 정부가 추진해 왔던 제1차 자살예방 기본계획 및 제2차 자살예방종합대책의 내용을 비교하고, 이들 계획과 대책들이 왜 우리나라에서 자살사망률을 낮추지 못했는지 그 원인을 찾아보았다.

제1차 기본계획은 자살 고위험군의 정신질환 관리에만 중점을 두고 업무를 추진한 데다가 사회환경적 접근을 포함시키지 못했기 때문에 성과를 거두지 못했으며, 제2차 종합대책은 정신보건사업과 취약계층 지원사업을 우선 순

1) 국립서울병원·보건복지부, 『우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구』, 2005.

위없이 나열하는 방식으로 이루어졌기 때문에 실제적인 성과를 얻지 못했음을 확인할 수 있었다.

나아가 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서 규정한 자살 예방대책인 자살실태조사, 자살통계 분석 및 정보관리체계 구축, 자살예방센터 설치, 그리고 자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책의 내용도 살펴보았다.

첫째, 자살실태조사가 실효성을 거두기 위해서는 응급의료센터가 자살 시도자 및 자살사망자 가족에 대한 사후조사를 실시하도록 명문화하는 규정을 둘 필요가 있다.

둘째, 자살실태조사 자료를 근거로 하여 자살통계를 분석하고 정보관리체계를 제대로 구축한다면 자살예방대책의 성공을 담보할 수 있을 것으로 보이나, 이는 상당한 시간을 요하는 중장기 프로젝트이므로 자살사망률을 단시간 내에 감소시킬 수 있는 다른 방안들과 동시에 추진되어야 할 것으로 사료된다.

셋째, 자살예방센터설치 과제의 주요 내용은, 광역정신보건센터가 없는 지역에 이를 추가로 설치하여 자살예방사업의 허브 역할을 담당하도록 하고, 지역정신보건센터와 조밀한 네트워크를 구성하는 방안으로 구성되어 있다. 자살 예방 위기관리 거버넌스 체계를 구축하겠다는 취지인데, 이를 위해서는 관련 현장전문가 및 실무자들을 대상으로 하는 전문교육 프로그램 등이 개발될 필요성이 있다.

넷째, 자살 고위험군에 대한 관리와 집중적인 예방대책은 단기간 내에 자살사망률을 낮출 수 있는 방안으로 보인다. 이는 북유럽(노르웨이, 덴마크, 스웨덴 등)과 영·미 등 해외에서도 이미 효과가 입증된 프로그램인 만큼 적극적으로 추진할 필요성이 있다. 다만 자살 고위험군 뿐만 아니라 일반 시민들까지를 포괄하는 추가적인 대책도 함께 마련되어야 할 것으로 보인다.

본 보고서는 자살예방대책이 성공을 거두기 위한 제도개선사항을 제시하였다. 우선, 현재의 자살예방대책이 순수 자살예방사업의 비중은 작고 취약계

충지원사업과 기존의 정신보건사업이 종합된 형태로 구성되어 있어 자살예방사업 자체의 효과 측정도 어렵고 정책대상의 명료화가 어려운 상황이다. 따라서 종합대책이 자살예방사업으로 범주화되고 성공적으로 수행될 수 있도록 사업의 내용과 성격을 시행령에 구체적으로 담아내야 할 것으로 보인다. 이와 동시에 범부처의 역할과 기능을 명시하여 자살예방체계를 합리적으로 구축할 필요성이 있다.

둘째, 자살예방교육의 다양화와 전문화가 필요하다. 자살예방을 위한 전문화된 교육 프로그램의 개발과 이를 통한 자살예방전문가 양성이 필요하고, 법률안에서 규정된 자살예방교육 대상시설에 공공기관, 노인복지시설, 사회복지시설 등뿐만 아니라 일반 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교도 포함시켜 명시해야 할 필요가 있다.

셋째, 현재와 같은 다양한 자살예방사업의 나열방식을 지양하고, 우선순위를 정해서 단계적으로 해결해 나가는 전략을 도입할 필요성이 있다. 예컨대, 고위험군, 중위험군, 저위험군 등을 대상으로 1순위(자살시도자 포함, 약물중독 및 정신질환자 대상 프로그램), 2순위(빈곤 독거노인의 자살시도 예방을 위한 사회복지사 방문상담 프로그램), 3순위 사업(위기청소년 전문상담인력 확충 및 일반 학생 대상의 자살예방교육)을 시행하는 방안 등이 그것이다. 다만, 이들 우선순위는 고정된 것이 아니라 유연하게 조정될 수 있어야 하고, 위급성 기준에 따라 결정되어야 할 것이다.

넷째, 자살예방대책은 아동·청소년기, 청년기, 중·장년기, 노년기 연령집단이 처한 생애주기에 따라 세분화되어 실행될 필요성이 있다. 각 생애주기에 따른 사회적 위기를 극복해 나갈 수 있는 구체적인 방안들을 시행령 및 시행규칙 등에 담아내야 할 것이다.

차 례

□ 요약

I. 문제제기 / 1

II. 자살관련 현황 / 3

- 1. 자살사망률과 자살증가율 3
- 2. 사망원인 순위와 연령별 특징 5
- 3. 자살의 원인 10
- 4. 자살의 경제적 비용 12
 - 가. 비용추계 항목과 구성 12
 - 나. 추계 결과 15

III. 우리나라 자살예방대책의 현황과 문제점 / 18

- 1. 제1차 자살예방 5개년 기본계획(2004~2008) 18
 - 가. 주요 내용 18
 - 나. 문제점 19
- 2. 제2차 자살예방종합대책 21
 - 가. 주요 내용 21
 - 나. 문제점 26

IV. 해외의 자살예방대책 / 31

- 1. 해외의 자살예방전략 31
 - 가. 핀란드 31
 - 나. 주요 국가별 자살예방 전략 비교 34

2. 해외 법률	36
가. 일본	37
나. 미국	38
V. 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」의 향후 과제 /	40
1. 주요 내용	40
2. 자살예방대책의 의의와 과제	42
가. 자살실태조사	42
나. 자살통계 DB 구축	43
다. 자살예방센터 설치(응급위기관리체계 구축)	44
라. 자살 고위험군 지원 등	49
VI. 정책제언 /	52
1. 자살예방사업 체계의 합리적 구축	53
2. 자살예방 교육의 다양화와 전문화	54
3. 자살예방사업의 우선순위 설정	56
4. 생애주기별로 세분화된 정책 실행	57
<input type="checkbox"/> 참고문헌	
<input type="checkbox"/> 부록	
1. 자살의 경제적 비용 추계 방법 및 계산식	61
2. 일본의 「자살대책기본법」	67

표 차례

[표 1] 통계청 자살자수·자살사망률 변화추이('00~'09)	6
[표 2] 사망원인 순위와 사망률('00~'09)	7
[표 3] 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률(2009)	8
[표 4] 연령별 자살률 추이('00~'09)	9
[표 5] 자살의 내부적 비용	13
[표 6] 자살의 외부적 비용	14
[표 7] 자살의 경제적 비용 추계	16
[표 8] 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)	23
[표 9] 제2차 자살예방종합대책의 소요재정 추계	28
[표 10] 외국의 자살예방 전략 비교	35
[표 11] 일본의 자살사망자수와 자살사망률 추이	38
[표 12] 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」의 주요 내용	41
[표 13] 광역정신보건센터와 지역정신보건센터의 차이	47
[표 14] 응급출동 건수	48
[표 15] 연도별 위기상담 총 건수와 우울/자살 관련 상담 건수	49
[표 16] 자살의 상대적 위험도	50

그림 차례

[그림 1] OECD 국가별 자살사망률	3
[그림 2] OECD 회원국의 자살증가율 추이(1990~2006)	4
[그림 3] 자살예방 응급위기관리체계	46

I. 문제제기

- 우리나라의 자살사망률이 OECD 회원국 중 1위이며, 자살로 인한 사망률의 증가속도도 가장 빠르다는 것은 주지의 사실임
 - 자살은 더 이상 개인의 영역으로 방치할 문제가 아니며, 시급히 개선되어야 할 사회 문제로 인식되어야 함
 - 자살로 인한 사망은 해당 가족과 지인들에게 정신적·정서적·신체적 영향을 끼치는 범위를 넘어, 이미 막대한 비용이 소요되는 사회 문제가 되었기 때문임
- 이에 정부는 2004년 9월, 제1차 자살예방기본계획을 수립하여 자살예방 대책사업들을 수행해 왔으나 자살사망률을 낮추지 못했음
 - 자살의 다양한 원인에 따른 사업수행이 이루어지지 못하여, 생애주기적 접근이 이루어지지 못했기 때문임
 - 이에 2009년부터 제2차 자살예방종합대책이 발표되어 추진되고 있으나, 자살사망률은 여전히 낮아지고 있지 않음
 - 자살예방전문가들은 국가가 보다 적극적으로 국민들의 자살을 예방하고 자살시도에 개입할 수 있도록 법적 근거가 마련되어야 한다고 주장해 왔음
- 국회에서도 자살을 사회문제로 인식하고, 자살예방대책 관련 법률의 제정을 위한 노력을 기울여 왔음

- 제17대 국회에 「자살예방법안²⁾」이 제출된 바 있었으나 국회임기만으로 폐기되었고, 제18대 국회에는 총 3건의 자살예방대책관련 법률안이 제출되었음
 - 2008년 9월 30일, 임두성 의원이 대표발의한 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 특별법안」
 - 2009년 3월 25일, 강창일 의원이 대표발의한 「자살예방법안」
 - 2010년 11월 8일, 윤석용 의원이 대표발의한 「자살예방대책법안」
- 제18대 국회에 제출된 3건의 법안은 2010년 12월 2일 소관 위원회인 보건복지위원회의 법안심사를 거쳐 폐기되었고, 통과된 위원회 대안인 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」은 2011년 3월 11일에 국회 본회의를 통과하였음

□ 따라서 본 보고서는 다음과 같은 목적을 가짐

- 자살사망률, 자살사망자수, 연령별 사망원인 등 자살사망률 현황과 자살의 경제적 비용추계 등 자살관련 현황을 검토하고, 정부에 의해 추진되었던 자살예방대책과 해외 사례를 조망해 보고자 함
- 현재 정부에 의해 추진되고 있는 자살예방종합대책의 내용과 문제점을 분석하여 왜 우리나라에서 자살사망률이 감소되지 않고 있는지를 살펴 보고자 함
- 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서 제시하고 있는 자살예방대책의 내용과 한계점을 살펴보고, 개선방안을 모색해 보고자 함

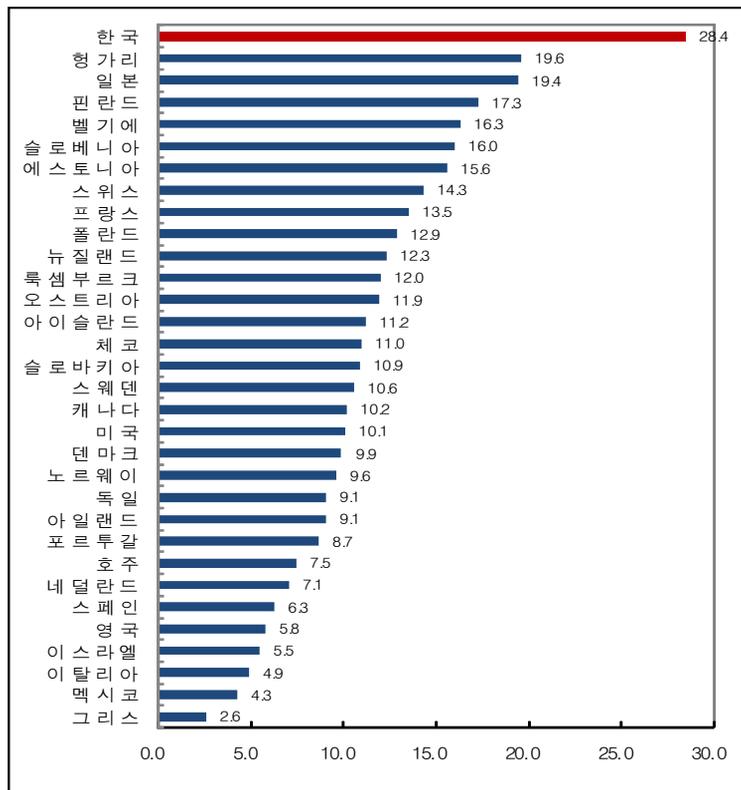
2) 안명옥 의원 대표발의안(2006. 9. 19)

II. 자살관련 현황

1. 자살사망률과 자살증가율

- 한국의 자살사망률은 OECD 국가들 중에서 가장 높고, 그 격차도 현저히 큰 것으로 나타남([그림 1] 참고)

[그림 1] OECD 국가별 자살사망률

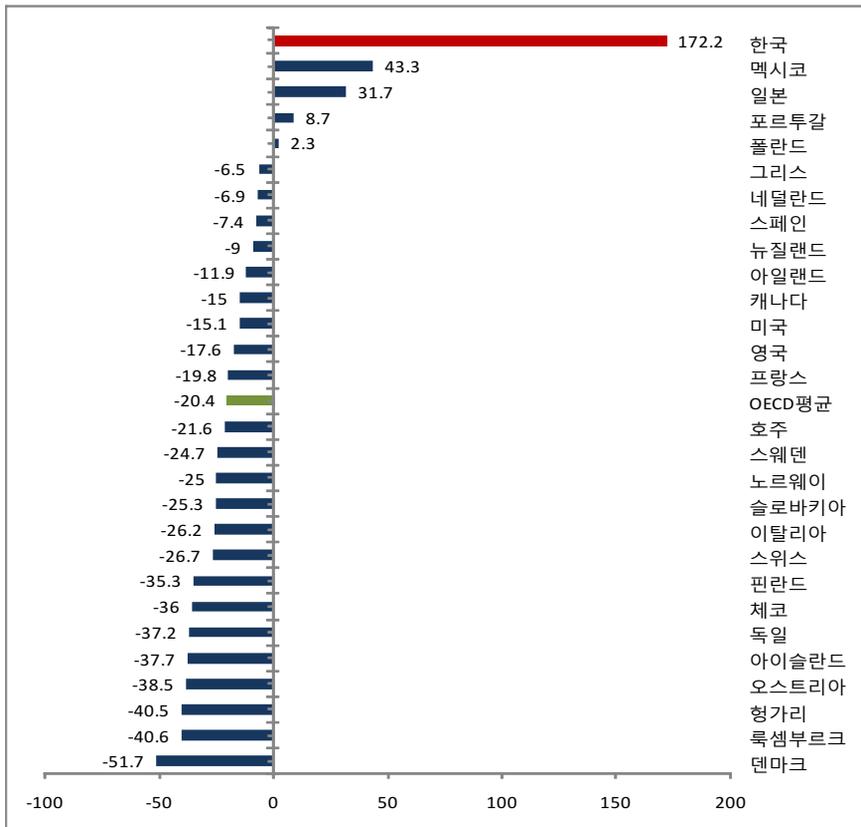


주: 국가별 기준연도가 2005~2008년으로 약간씩 차이가 있고, 연령표준화사망률로 계산된 수치임. 한국은 2009년 기준
 자료: OECD, 『OECD Health Data』, 2010.

- OECD 국가들 자료를 연령표준화사망률로 계산한 자살사망률에 의하면, 한국의 2009년도 자살사망률은 인구 10만명 당 28.4명임
- 2위인 헝가리(19.8명)나 3위인 일본(19.4명)과도 상당한 격차가 있음
- 한국은 현 시점에서 높은 자살사망률도 문제이지만, 매우 급격한 속도로 증가하고 있다는 점에서 그 심각성을 발견할 수 있음([그림 2] 참고)

[그림 2] OECD 회원국의 자살증가율 추이(1990~2006)

(단위: %)



자료: OECD, 『Health at a Glance 2009: OECD Indicators』, 2009.

- OECD가 1990년부터 2006년까지 회원국들을 대상으로 자살증가율을 조사한 결과³⁾에 의하면, 일부 국가(한국, 멕시코, 일본, 포르투갈, 폴란드)를 제외하고 대부분의 국가에서 자살사망률은 감소하고 있는 추세임
- 동일 기간 동안 OECD 회원국가의 자살사망률은 평균 20.4% 감소한 반면, 한국에서는 172.2%나 증가함
- OECD 회원국들 중에서 자살사망률이 증가한 나라도 극히 소수인데다가, 그 나라들 중에서도 우리나라는 자살증가율(172.2%)이 급격히 높아지고 있어 자살이 사회병리적 현상이 되고 있음을 보여줌

2. 사망원인 순위와 연령별 특징

- 통계청 『2009년 사망원인통계』에 의하면, 우리나라에서 2009년 한 해 동안 자살한 사망자수는 총 15,413명임
- 이는 하루 평균 42.2명, 그리고 34분마다 1명꼴로 자살 사망자가 발생했음을 보여줌
- 2000년부터 10년간 자살사망률이 2.38배로 급증하였으며, 특히 2009년도는 31.0명으로 전년대비(26.0명) 19.3%나 증가하였음([표 1] 참고).

3) OECD, 『Health at a Glance 2009: OECD Indicators』, 2009.

[표 1] 통계청 자살자수·자살사망률 변화추이('00~'09)

(단위: 명)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
자살자 총수	6,460	6,933	8,631	10,932	11,523	12,047	10,688	12,174	12,858	15,413
자살 사망률	14.6	15.5	19.1	24.0	25.2	26.1	23.0	24.8	26.0	31.0
1일 평균	17.7	19.0	23.6	30.0	31.6	33.0	29.3	33.4	35.1	42.2
빈도	81분	76분	61분	48분	46분	44분	50분	43분	41분	34분

주: 1) 자살사망률은 인구 10만명 당

2) 1일평균 자살자수와 빈도는 필자계산

자료: 통계청, 『2009년 사망원인통계』, 2010.

- 동일기간 사망원인의 순위를 살펴보면, 자살은 2000년도에 8위에서 2003년에는 5위로 상승한 뒤, 지속적으로 사망원인 상위 5위안에 들고 있음 ([표 2] 참고)
- 악성신생물(암), 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 자살이 최근 3년 연속 사망원인 4위를 기록하고 있음
- 정기적인 건강검진 등을 통해 암 및 혈관질환 등 주요 사망질환들을 조기발견하고 예방하도록 보건의료정책을 설계하고, 교통사고 사망률을 낮추기 위해 “교통사고 사망자 절반 줄이기” 사업 등을 추진하고 있는 것과 마찬가지로, 자살도 지속적인 예방대책의 마련이 필요함을 보여주고 있음

[표 2] 사망원인 순위와 사망률('00~'09)

(단위: 인구 10만명당)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	암	암	암	암	암	암	암	암	암	암
	121.4	122.9	130.1	131.1	132.6	133.8	134.0	137.5	139.5	140.5
2	뇌혈관성									
	73.1	73.7	77.0	75.3	70.1	64.1	61.3	59.6	56.5	52.0
3	심장질환									
	38.2	33.9	36.9	35.3	36.7	39.3	41.1	43.7	43.4	45.0
4	운수사고	당뇨병	당뇨병	당뇨병	당뇨병	자살	당뇨병	자살	자살	자살
	25.3	23.8	25.1	25.0	24.2	24.7	23.7	24.8	26.0	31.0
5	간질환	간질환	만성 하기도	자살	자살	당뇨병	자살	당뇨병	당뇨병	당뇨병
	22.8	22.2	22.6	22.6	23.7	24.2	21.8	22.9	20.7	19.6
6	당뇨병	운수사고	간질환	간질환	간질환	간질환	운수사고	운수사고	만성 하기도	운수사고
	22.6	20.9	21.9	20.5	19.0	17.2	15.9	15.5	14.9	14.4
7	만성 하기도	만성 하기도	운수사고	만성 하기도	만성 하기도	운수사고	간질환	만성 하기도	운수사고	만성 하기도
	16.7	19.0	19.1	19.1	17.3	16.3	15.5	15.3	14.7	13.9
8	자살	자살	자살	운수사고	운수사고	만성 하기도	만성 하기도	간질환	간질환	간질환
	13.6	14.4	17.9	19.0	17.1	15.5	14.4	14.9	14.5	13.8
9	고혈압	폐렴	폐렴							
	8.9	10.2	10.6	10.6	10.4	9.3	9.4	11.0	11.1	12.7
10	폐렴	호흡기 결핵	호흡기 결핵	추락사고	폐렴	폐렴	폐렴	폐렴	고혈압	고혈압
	8.1	6.3	6.6	7.3	7.1	8.5	9.3	9.3	9.6	9.6

자료: 통계청, 『사망원인통계』, 각 연도.

- 연령별로 구분하여 사망원인을 살펴보면 자살문제의 심각성이 더 잘 드러나며, 적극적 대책의 마련이 시급하다는 것을 알 수 있음
- 10대~30대 연령집단의 사망원인으로는 자살이 1위로 가장 높고, 40대~50대는 자살이 암에 이어 2위를 차지하고 있음([표 3] 참고)
- 생산가능연령 인구의 사망원인 1~2위가 자살이고, 자살사망자의 경우 자살행동에 앞서 이미 수차례의 자살시도가 선행된다는 경험적 연구결과를 감안해 본다면 상당수의 청소년, 청년, 중장년층 국민들이 자살 시도 및 자살행동으로부터 자유롭지 못하다는 것을 예측할 수 있음

[표 3] 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률(2009)

(단위 : %, 인구 10만명당)

연령	1위			2위			3위		
	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률
1-9세	운수사고	17.5	3.0	암	16.1	2.8	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	7.1	1.2
10-19세	자살	29.5	6.5	운수사고	19.7	4.4	암	13.5	3.0
20-29세	자살	44.6	25.4	운수사고	17.3	9.8	암	9.3	5.3
30-39세	자살	34.1	31.4	암	19.2	17.6	운수사고	8.8	8.1
40-49세	암	28.8	59.5	자살	15.9	32.8	간 질환	8.9	18.4
50-59세	암	38.6	167.0	자살	9.5	41.1	심장질환	7.4	32.2
60-69세	암	42.5	425.5	뇌혈관질환	9.7	97.1	심장질환	8.1	81.1
70-79세	암	33.5	927.4	뇌혈관질환	13.2	365.0	심장질환	9.6	265.1
80세 이상	암	15.7	1,478.1	뇌혈관질환	12.5	1,176.2	심장질환	11.2	1,048.0

자료: 통계청, 『2009년 사망원인통계』.

- 연령별 자살률 추이를 살펴보면, 지난 10년 동안 166%~329%의 급격한 증가율을 보이고 있음([표 4] 참고)
 - 증가율은 10~14세 연령집단이 가장 높았고(329%), 25~29세(262%)와 80세 이상(250%) 연령집단이 그 다음 순서를 차지함
 - 문제는 이들 상이한 연령집단에 동일한 자살예방대책을 적용하는 것은 효과를 거두기 어렵다는 것임
 - 왜냐하면 이들 연령집단들이 현재의 생애주기를 통해 경험하고 있는 위기는 상이하기 때문임

[표 4] 연령별 자살률 추이('00~'09)

(단위: 인구 10만명당, %)

연령	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	10년간 증가율
10-14세	0.7	0.9	0.9	0.9	1.2	1.1	1.0	1.5	1.4	2.3	329
15-19세	6.3	5.3	6.0	8.2	6.5	7.6	6.2	7.9	8.0	10.7	170
20-24세	11.0	9.8	10.5	13.5	12.4	16.0	11.9	18.3	19.3	20.3	185
25-29세	11.2	12.4	14.2	16.9	15.3	19.3	15.5	23.3	25.2	29.3	262
30-34세	13.4	14.1	16.8	19.7	17.9	21.1	15.0	23.4	22.5	31.2	233
35-39세	16.8	16.7	20.5	24.0	23.3	22.3	18.6	21.5	26.6	31.5	188
40-44세	18.7	17.0	20.9	27.0	27.7	25.9	22.3	24.6	26.4	31.0	166
45-49세	18.9	20.2	24.6	29.4	31.4	30.7	27.4	27.8	30.4	34.7	184
50-54세	19.8	23.0	27.3	32.5	36.2	33.7	32.0	29.8	31.4	41.3	209
55-59세	24.6	24.5	29.1	37.1	40.1	35.6	35.1	32.8	35.0	40.7	165
60-64세	25.5	28.9	34.9	42.0	46.0	47.6	41.0	41.4	40.2	47.0	184
65-69세	25.9	32.4	36.0	56.7	58.2	62.5	53.5	54.5	54.5	57.0	220
70-74세	34.4	39.2	52.5	58.8	74.7	74.5	68.0	70.9	66.8	71.0	206
75-79세	45.5	51.3	71.9	92.7	92.6	88.8	83.4	90.9	80.3	91.6	201
80세이상	51.0	62.2	96.2	114.2	125.3	126.7	112.7	117.3	112.9	127.7	250

자료: 통계청, 『사망원인통계』, 각 연도.

- 이러한 현황들은 우리나라에서 자살예방대책이 연령별, 생애주기별로 세분화될 필요가 있으며, 다양한 위기상황을 포괄적으로 고려해야 함을 보여주고 있음

3. 자살의 원인

- 우리나라에서 왜 자살이 최근에 급증하고 있는지에 대한 원인은 체계적으로 규명되지 못하고 있고, 이미 사망한 자를 대상으로 원인을 조사할 수 없다는 한계가 있으나, 자살을 생각해 보았거나 자살을 시도해 본 사례들을 통해 생애주기별로 원인을 유추해보면 다음과 같음
 - 보건복지부와 한국보건사회연구원의 실태조사⁴⁾에서 19~29세 연령층의 24.27%는 취업문제로 인해, 그리고 27.21%는 경제문제로 인해 자살을 고려해 본 경험이 있다고 답변함
 - 45세~64세 연령층의 53.40%가 경제문제로 인해 자살을 생각한 적이 있다고 답변함
 - 노동시장에의 잔류를 원하고 있음에도 임금노동자가 생애 주된 일자리로부터 퇴직당하는 평균연령이 53.8세이고⁵⁾, 55세 이상 은퇴자 중에서 약 77%가 공적연금을 받지 못하고 있는 현실⁶⁾이 반영된 것임

4) 보건복지부·한국보건사회연구원, 『국민건강영양조사: 성인보건의식형태 2005 (제3기)』, 2006.
5) 방하남 외, 『한국의 정년현황실태와 정년연장을 위한 여건조성 방안 연구』, 한국노동연구원, 2008, p. 4.
6) 석상훈, 「우리나라 중고령자의 은퇴경로 유형과 소득수준」, 『KReIS Research Brief』 No.2, 국민연금연구원, 2010, p. 5.

- 70세 이상 노인의 36.71%가 건강문제로 인해, 21.39%가 경제문제로 인해 자살을 생각해 보았다고 답변함
 - 65세 이상 노인의 자살사망률이 전체 연령층에서 가장 높게 나타나고, 그 증가속도도 매우 빠르다는 점은 한국 노인의 빈곤수준(OECD 1위)과 건강수준을 포함한 삶의 질이 매우 낮다는 사실을 명백히 보여줌
- 결국 최근의 생애주기별 자살생각의 주된 원인은 상당부분 다음과 같은 사회적 위기로부터 기인한다고 요약해 볼 수 있음
 - 고학력화 현상과 청년실업률의 증가
 - 노후준비가 부족한 중·장년층의 비자발적 조기퇴직
 - 노인의 건강상실과 빈곤
- 한편, 생애주기별 사회적 위기는 다음과 같은 사회현상과도 긴밀히 연계되어 있음
 - 높은 이혼율과 가족해체의 증가
 - 취약한 사회안전망과 소득불평등의 심화
 - 사교육비 등 높은 자녀양육비로 인한 노후소득준비의 부족
 - 도시화와 핵가족화 및 개인주의의 심화로 인한 가족의 지지역할 약화
- 이러한 사회 현상에 개인의 유전적 소질, 성격상 특징과 같은 정신 보건의 원인, 그리고 자살가족력이나 자살수단에 대한 접근의 용이성 등이 함께 결합되어 자살사망률이 급격히 증가하는 것으로 보임
 - 특히 우리나라의 경우는 지난 수십 년에 걸쳐 사회가 급격히 변화되었기 때문에 사회적 위기가 생애주기에 따라 단일하지 않고 상호 복합적으로 연계되어 나타나고 있는 상황임

4. 자살의 경제적 비용

가. 비용추계 항목과 구성

- 자살이 한국사회에 끼치는 경제적 비용을 측정하고 분석한다는 것은 어려운 작업이지만, 한국인의 사망원인 중 4위를 차지하는 만큼 이를 수량화해 볼 필요성이 있음
 - 자살의 경제적 비용을 추계한 선행연구에 따르면⁷⁾, 2004년 기준으로 집계는 1조 1,649억원부터 많게는 3조 855억원이 소요된 것으로 추계됨
- 이 글에서는 가장 최신 통계인 2009년도 한 해 동안 자살한 사망자 총수를 근거로 하여, 2010년 초를 기준시점으로 경제적 비용을 추계해 봄
 - 선행연구에서 추계한 자살의 경제적 비용은 자살사망자와 그 가족들로만 한정하였으나, 이 글에서는 자살자의 10배~20배로 추정되는 자살시도자⁸⁾로 인한 비용 등도 고려하여 합산함
 - 단, 건강보험공단에서 확보한 자살사망자 및 자살시도자 DB자료를 근거로 의료기관 이용비율을 환산하였기 때문에, 건강보험의 적용을 받지 못한 상당수의 자살사망자와 자살시도자의 응급처치 비용과 진료비 등은 포함되어 있지 않음
- 선행연구의 틀에 따라 이 글에서도 자살의 경제적 비용을 내부적 비용과 외부적 비용으로 구분하였음

7) 국립서울병원·보건복지부, 『우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구』, 2005.

- 내부적 비용이란 자살사망자 및 자살시도자의 직접의료비용, 직접비의료비용, 그리고 간접비용을 각각 합산한 개념임([표 5] 참고)
- 선행연구에서는 포함시켰으나, 본 연구는 자살사망자의 장례비용은 직접비의료비용에서 제외시켰는데, 사망자가 자살하지 않았다 하더라도 시점의 차이만 있을 뿐 생애주기에 따라 장례비용은 필연적으로 소요되는 것이기 때문임
- 그 대신에 직접의료비용에 자살자와 자살시도자들 중 우울증치료를 받아 온 경우를 조사하여 소요된 진료비를 포함시킴

[표 5] 자살의 내부적 비용

비용의 종류		개념적 정의	
직접 비용	직접 의료비용	진료비	자살사망자 또는 자살시도자에 대한 응급처치 등으로 인해 요양기관에서 발생한 진료비
		우울증치료비	자살사망자 또는 자살시도자의 우울증 치료로 인해 발생한 진료비
	직접 비의료비용	응급 이송비용	자살로 인하여 요양기관까지 응급 후송시 발생한 후송비
		수사비용	자살로 인하여 발생한 수사비
간접비용		조기사망비용	자살로 인한 조기사망의 경제적 비용

주: 국립서울병원·보건복지부, 『우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구』, 2005의 틀을 기초로 하되, 비용의 종류 중 일부는 필자가 수정함

- 조기사망비용 계산에 있어서는 선행연구와 마찬가지로 세 가지 모형을 가정하였음

- 모형 1은 모든 연령계층이 생산에 참여한다는 가정 하에, 연령과 상관 없이 모든 자살사망자가 경제적 손실을 가져온 것으로 추계함
 - 모형 2는 15-64세 연령계층만이 생산에 참여하고, 15세 미만 및 65세 이상 연령계층의 경우는 경제적 생산에 참여하지 않는 것으로 가정하여 경제적 손실을 추계함
 - 모형 3은 15-64세 연령계층만이 생산에 참여하고, 15세 미만 및 65세 이상 연령계층은 생산에 참여하지 않고, 생산참여계층의 일일 근로소득 금액의 1/3을 소비만 하는 것으로 가정함
- 자살의 외부적 비용이란 자살사망자 가족과 관련된 직접의료비용, 직접 비의료비용, 그리고 간접비용 등을 합산한 개념임([표 6] 참고)

[표 6] 자살의 외부적 비용

비용의 종류		개념적 정의	
직접 비용	직접 의료 비용	자살자 가족의 외래진료비	가족의 자살 전에 비하여 자살 후 추가로 소요된 외래진료비
		자살자 가족의 입원진료비	가족의 자살 전에 비하여 자살 후 추가로 소요된 입원진료비
	직접 비의료 비용	자살자 가족의 외래진료교통비	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 내원 시 소요된 교통비
		자살자 가족의 보호자 비용	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 입원 시 소요된 보호자의 경제적 비용
간접비용	자살자 가족의 작업손실비용	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 내원 시 작업손실에 따른 비용	
	자살자 가족의 작업손실비용	자살자 가족의 질환의 치료를 위해 입원 시 작업손실에 따른 비용	

자료: 국립서울병원 · 보건복지부, 『우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구』, 2005.

- 가족의 자살로 인한 충격으로, 자살사망자 가족들에게 추가로 소요된 진료비(외래 및 입원), 외래진료교통비, 보호자비용, 작업손실비용, 조기 사망비용 등이 이에 해당됨

나. 추계 결과⁸⁾

- 2009년 한 해 동안, 자살 또는 자살시도로 인해 소요된 경제적 비용은 적게는 2조 4,149억원에서 많게는 4조 9,663억원(약 5조원)이 소요된 것으로 추계됨([표 7] 참고)
- 자살의 경제적 비용을 다른 복지사업예산과 비교해 보면, 그 규모의 크기와 심각성을 더 쉽게 인식할 수 있음
- 예컨대, 2011년도 보건복지부 소관 세입세출예산서 자료에 의하면,
 - 기초생활보장제도의 생계급여(약 160만 5천명 대상) 예산이 약 2조 4,460억원임
 - 보육·가족 및 여성 예산이 약 2조 5,109억원임
 - 노인복지(기초노령연금 등 생활안정사업과 노인장기요양보험 등 의료보장 사업)예산이 약 3조 6,472억원임
 - 취약계층지원(요보호 아동지원, 장애인 지원 등) 예산이 약 1조 220억원임

8) 추계 방법과 계산식은 [부록 1] 참고

[표 7] 자살의 경제적 비용 추계

(단위: 백만원)

내역			모형 1		모형 2		모형 3	
			저추계	고추계	저추계	고추계	저추계	고추계
내부적 비용								
직접 비용	직접 의료 비용	진료비용	1,297	1,297	좌동	좌동	좌동	좌동
		우울증 치료비용	6,067	6,067	"	"	"	"
	직접 비의료 비용	응급 이송비용	85	85	"	"	"	"
		수사비용	3,237	6,473	3,237	6,473	3,237	6,473
		간접 비용	조기 사망비용	4,930,891	4,930,891	2,716,634	2,716,634	2,382,754
내부적 비용 소계			4,941,577	4,944,813	2,727,320	2,730,556	2,393,440	2,396,676
외부적 비용								
직접 비용	직접 의료 비용	외래 진료비	10,203	좌동	좌동	좌동	좌동	좌동
		입원 진료비	1,372	"	"	"	"	"
	직접 비의료 비용	교통비	2,657	"	"	"	"	"
		보호자 비용	1,511	"	"	"	"	"
간접 비용		작업손실 비용 (외래)	3,757	"	"	"	"	"
		작업손실 비용 (입원)	2,051	"	"	"	"	"
외부적 비용 소계			21,551	"	"	"	"	"
비용 합계			4,963,128	4,966,364	2,748,871	2,752,107	2,414,991	2,418,227

주: 1) 2010년 1월 1일 기준

2) 2004년도 추계비용을 이용한 경우는 소비자물가상승률(20.1%)을 적용함

- 자살의 경제적 비용은 다음과 같은 규모의 액수에 해당됨
 - 많게는 기초생활보장제도의 생계급여사업과 보육·가족 및 여성예산을 합산한 규모임
 - 평균(약 3조 6,906억원)으로 보면 노인복지예산의 규모임
 - 가장 적게 추계하더라도 160만 5천명의 기초생활수급자들에게 1년간 제공되는 생계급여의 규모임
- 법안비용추계서에 따르면, 자살예방대책관련법안으로 인한 소요비용은 자살의 경제적 비용과 비교할 때 소액에 불과한 실정임
 - 임두성 의원안이 5년간 944억원, 강창일 의원안이 5년간 766억원, 그리고 윤석용 의원안이 5년간 12억 5천만원임
- 따라서 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」이 자살사망률을 감소시키는 데 성공한다면, 매우 적은 비용으로 자살로 인한 막대한 경제적 비용을 낮추는 데 기여할 수 있다는 것을 의미함

Ⅲ. 우리나라 자살예방대책의 현황과 문제점

1. 제1차 자살예방 5개년 기본계획(2004~2008)

가. 주요 내용

- 제1차 자살예방 5개년 기본계획이 등장한 배경은 1998년 IMF 경제위기와 2003년 신용카드 대란 등을 겪으면서 우리나라의 자살사망률이 급격히 높아졌기 때문임([표 2] 참고)
 - 이에 2004년 9월, 보건복지부가 주축이 되어 제1차 자살예방대책기본계획(2004~2008)을 발표함
- 제1차 기본계획의 과제와 수행기관, 역할 및 사업내용, 세부추진계획, 예산편성 상황 등을 요약해 보면 다음과 같음
 - 10대 과제는 생명존중문화조성, 매스컴의 자살보도권고지침개발, 아동·청소년 정신건강증진 및 자살예방, 정신건강증진 및 우울증예방, 전화 및 인터넷을 통한 자살예방체계구축, 자살 위험자 조기발견 및 치료, 자살시도자 치료 및 사후관리, 자살감시체계구축, 교육훈련, 자살예방에 대한 연구지원 사업임
 - 사업내용과 수행주체를 살펴보면 기존의 보건복지부 정신보건사업의 틀을 그대로 유지하고 있음
 - 10대 과제 중에서 중앙 및 시·도 정신보건사업지원단과 지역 정신보건센터에서 추진해 왔던 정신보건사업이 중심을 차지하고 있고, 신설된 자살예방협회의 활동(자살예방사업 홍보 등) 이 새롭게 추가되었음

나. 문제점

- 그런데 제1차 기본계획이 시행되었던 5년간 자살사망률은 감소하지 않았고, 오히려 계속 증가하였음. 제1차 기본계획에 대하여 다음과 같은 문제점을 발견할 수 있음
 - 정책범위를 정신질환을 가진 개인 중심으로 한정하여 사회·환경변화와 지원책 마련에 미흡한 측면이 있었음
 - 정신질환과 우울증 예방 등 개인의 변화를 촉구하는 정책 위주로 이루어졌기 때문에, 유전적 소질(우울증/충동성 유전자)에 우선적인 초점을 맞추게 되었고 그로 인해 자살률 감소에는 근본적인 한계가 있었음
 - 자살의 원인으로는 사회경제적 맥락도 함께 고려되어야 하는데, 이에 대한 지원체계 마련이 적절히 제공되지 못했음
 - 자살예방사업은 자살의 원인이 다양하기 때문에 범 부처에 걸친 종합적 계획이 필요한데도, 보건복지부의 정신보건업무담당부서에서 총괄하도록 함으로써 제한된 자원으로 인해 정책 수행에 한계가 있었음
 - 자살의 유발요인들을 제거하여 정책적 접근이 성공을 거두려면 범 부처가 공동으로 참여하여 각기 관련 소관 업무를 추진하는 전면적인 노력을 기울였어야 함에도 불구하고, 실제로는 보건복지부 정신보건업무담당부서가 한국의 자살예방사업 전체를 책임져야 하는 운영체계였음
 - 게다가 자살예방을 위한 법률과 제도가 마련되어 있지 못한 상황이었기 때문에, 자살예방을 위한 중앙과 지역 및 공동체 간의 협력적 거버넌스가 구축되지 못했음
 - 상근직원이 3명에 불과한 비영리법인인 자살예방협회를 설립하고, 자살예방사업 홍보 및 행사개최, 매스미디어 감시 및 모니터링 업무, 자

살예방 인터넷 상담뿐만 아니라 자살예방추진전략 및 자살예방책자 개발 등 연구지원 기능까지 너무 많은 업무를 부담하도록 한 것도 지적해 볼 수 있음

- 결론적으로 보면, 지속 가능하고 체계적인 정책수행의 기반 마련이 이루어지지 못했던 것임
- 게다가 정책의 중요성에 비해 국민적 합의 및 사업수행의 동인이 부재하여 사회적 공론화에 한계가 있었음
 - 자살을 터부시하고 은폐하려는 의식구조와 문화적 배경 속에서 자살예방사업이 성공을 거두기는 매우 어려웠음
 - 언론이 유명인의 자살을 선정적으로 보도하고, 일반인들이 이를 모방하는 사태 등으로 인해 자살이 심각한 사회문제가 되고 있다는 국민적 공감대는 어느 정도 형성되었으나 자살예방사업추진의 동인으로까지 확대되지 못함
 - 자살 사망자의 가족 및 자살시도 생존자 등 주요 정책대상자들이 국가에 적극적인 정책적 개입을 요구하지 않는 상황에서, 국가와 지자체도 주도적으로 사업을 이끌어 가지 못했음
- 정책집행이 제대로 이루어지려면 안정적인 재원이 확보되어야 하고, 그 재원을 바탕으로 중장기적인 사업이 지속가능할 수 있으나, 기본계획 수립 이후에도 예산마련의 문제가 남아있는 실정이었음
 - 제1차 기본계획이 발표된 이후임에도, 관련 예산의 확보가 원활히 이루어지지 못한 경우도 발견되었음
 - 기존의 정신보건사업 예산 외에 추가예산이 없는 사업도 많았고, 연간 순수 자살예방예산은 약 5억원에 불과하였음

- 기존의 정신보건사업 인프라에 예산과 인력의 보강 없이 자살예방업무만을 추가한 형태였기 때문에, 정신보건사업 관계자들에게 또 다른 업무 부담만 안겨준 것임
 - 자살과 관련한 실태조사와 이를 근거로 한 전문DB 구축 및 모니터링을 위한 연구예산도 제대로 확보되지 못함
- 제1차 자살예방기본계획은 지속적인 자살예방대책 마련을 담보하지 못하고, 자살의 원인에 따른 연령별·생애주기별 접근방식을 취하지 못했음
- 자살예방에 효과적으로 작용할 수 없는 계획이었기 때문에, 자살 사망률을 낮출 수가 없었고, 자살 사망률이 계속 늘어남에 따라 경제적 비용도 점차 증가할 수밖에 없었음

2. 제2차 자살예방종합대책

가. 주요 내용

- 제1차 기본계획이 자살률 감소에 실패한 이후, 2008년에는 범부처가 참여하는 제2차 자살예방종합대책(2009~2013, 이하 종합대책)이 다시 수립되었음
- 종합대책의 궁극적인 목표는 인구 10만명당 자살사망률을 20명 미만으로 낮추는 것으로 정함
 - 그러나 2008년에는 자살사망률이 10만명당 26명이었으나, 2009년에는 자살사망률이 31명으로 급증함

- 2008년 2월부터 9월까지 자살예방관련 전문가 및 단체를 중심으로 민·관 합동TF를 구성 및 운영하여 종합대책안을 마련하기에 이룸
- 3차에 걸쳐 13개 관계부처 회의를 실시하고, 자살예방과제 선정 및 내용 검토를 거침
- 민간주도의 자살예방대책을 수립·추진하라는 대통령의 지시(2008. 10. 13)에 따라 2차에 걸쳐 자살예방대책추진위원회 회의를 개최함
- 제2차 종합대책은 제1차 기본계획의 문제점을 최대한 개선하기 위해, 개인의 정신보건분야와 사회환경적 접근을 통합적으로 적용하여 능동적이고 사전 예방적인 자살예방대책을 수립한다는 목표를 지향함
- 보건복지부 뿐만 아니라 행정안전부, 고용노동부, 환경부, 법무부, 농림수산식품부, 국토해양부, 국방부, 소방방재청, 경찰청, 통계청 등 범 부처와 지하철 공사 등 공공기관 등이 합동 추진하는 형태를 취함
- 제1차 기본계획에서 주도적인 역할을 했던 광역 및 지역정신보건센터와 한국자살예방협회 뿐만 아니라 건강가정지원센터, 청소년상담지원센터, 한국대학교육협의회, 기자협회, 노인전문보호기관 등도 협력하는 체계를 갖추
- 종합대책의 10대 과제, 세부과제, 과제의 분류와 유형, 수행기관, 중점 추진목표를 살펴보면 [표 8]과 같음
- 10대 과제는 자살에 대한 국민인식 개선, 자살위험에 대한 개인·사회적 대응역량강화, 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소, 자살관련 대중매체의 책임강화, 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스강화, 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계 강화, 자살

예방을 위한 법·제도적 기반 조성, 자살예방 서비스 제공 인프라구축 적정화, 자살예방 연구·감시체계구축, 근거에 기반을 둔 자살예방정책 개발임

[표 8] 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)

10대 과제	세부과제(분류/유형)	수행기관	중점 추진목표	예산 (5년)
자살에 대한 국민인식 개선	국민정신건강 네트(net) 개발 및 활용(직접/신규)	예방협회 복지부	<ul style="list-style-type: none"> 우울증이 치료 가능한 질환임을 인식하는 국민의 비율을 2007년도 대비 30%이상 향상시킴 자살이 사회적 노력을 통해 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율을 2007년도 대비 30%이상 향상시킴 	70억원
	생명존중 사회마케팅 활성화(직접/기존)	예방협회 복지부 행안부		
	생명사랑 문화 프로그램 확산(직접/기존)	복지부		
자살위험에 대한 개인·사회적 대응역량강화	이혼 가정 상담서비스 지원 강화(간접/기존)	건강가정 지원센터 복지부	<ul style="list-style-type: none"> 국민 스트레스 지수 중 스트레스를 대단히 많이 느끼는 비율을 2007년도 대비 10%이상 감소시킴 	3,943 억원
	위기청소년 사회안전망 구축(간접/기존)	청소년상담 지원센터 복지부		
	아동청소년 정신건강 관리체계 강화(간접/기존)	복지부 교과부		
	대학교 자살예방 및 정신건강 사업 체계 구축(직접/신규)	한국대학 교육협의회 복지부		
	직장인 정신건강 증진 지원체계 구축(직접/신규)	복지부 노동부		
	노인 학대 예방 및 독거노인 지원 강화(간접/기존)	노인전문 보호기관 복지부		

10대 과제	세부과제(분류/유형)	수행기관	중점 추진목표	예산 (5년)
자살에 치명적인 방법과 수단 에 대한 접근성 감소	유독성 물질 불법 유통 관리 감독 강화(간접/기존)	환경부	<ul style="list-style-type: none"> • 농약으로 인한 자살사망자 수를 2007년도 대비 20%이상 감소시킴 	185 억원
	농약 관리체계 강화(간접/기존)	농식품부		
	인터넷 자살유해사이트 관리 체계 강화(직접/기존)	예방협회 복지부 경찰청 방통위		
	지하철, 교량 등에 대한 안전시설 강화(간접/기존)	메트로, 지하철공사 국토부		
자살관련 대중매체의 책임강화	미디어 관리 체계 구축(직접/기존)	기자협회 복지부	<ul style="list-style-type: none"> • 자살에 대한 언론보도 기준 준수 비율을 60% 이상으로 향상시킴 	2억원
자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화	지역사회 고위험군 자살예방 프로그램 개발보급(직접/신규)	정신보건사업지원단 복지부	<ul style="list-style-type: none"> • 중증정신질환자 및 알코올 중독자의 지역사회 등록관리율을 20% 이상으로 향상시킴 • 우울증의 수진율을 40%로 향상시킴 • 자살시도자 및 유가족 관리 프로그램을 확산시킴 	284 억원
	특수영역(군,교정기관) 자살예방 활동 강화(직접/기존)	국방부 법무부		
	정신질환자 사례관리 시스템 강화(간접/기존)	정신보건센터 복지부		
	알코올 중독자 관리 체계 구축 및 강화(간접/기존)	알코올상담센터 복지부		
	우울증 조기검진 및 치료관리체계 구축(간접/신규)	복지부		
	자살시도자·유가족 지원방안 마련(직접/신규)	광역정신보건센터 복지부		

III. 우리나라 자살예방대책의 현황과 문제점

10대 과제	세부과제(분류/유형)	수행기관	중점 추진목표	예산 (5년)
지역사회 기반의 다양한 자살 예방 인력 교육체제 강화	정신보건전문요원 자살예방 교육체제 구축(직접/신규)	복지부	<ul style="list-style-type: none"> 정신보건전문요원의 자살예방교육 이수율을 100%로 함 경찰과 소방대원의 자살예방교육 이수율을 높임 	5억원
	경찰 및 긴급구조요원 자살예방 교육 강화(직접/신규)	경찰청 소방 방재청		
자살예방을 위한 법·제도적 기반 조성	자살예방법 제정(직접/신규)	복지부	· ‘자살예방법’ 제정	0원
자살예방 서비스 제공 인프라 구축 적정화	지역사회 상담지원 및 정신건강서비스 체계 확대(직접/기존)	상담기관 복지부	<ul style="list-style-type: none"> 24시간 자살예방 및 위기개입 체계를 12개 이상의 시·도에 구축함 지역정신보건센터 설치율을 85%로 향상시킴 알코올상담센터 설치율을 20%로 향상시킴 	1,101억원
	제3자 통화체계 및 응급출동체계 구축(직접/신규)	복지부 경찰청 방재청		
	자살예방 민간단체 지원 및 육성(직접/기존)	복지부		
자살예방 연구·감시체계 구축	자살예방사업 모니터링 체계 구축(직접/신규)	복지부	<ul style="list-style-type: none"> 국가정신건강연구원에 자살예방정보센터 설치 국가통합 자살 DB 구축 완료 	21억원
	자살관련 통계 및 연구체계 개선(직접/기존)	통계청 경찰청 복지부		
근거에 기반을 둔 자살예방정책 개발	지역사회 기반의 통합적 자살예방 시범사업(직접/신규)	예방협회 광역정신 보건센터 복지부	· 통합적 자살예방 시범사업을 시행하고 평가한다.	21억원

자료: 보건복지부, 『제2차 자살예방종합대책(2009~2013)』, 2008.

나. 문제점

- 정책대상자가 생애주기별로 구성되어 아동·청소년, 대학생, 군인, 직장인, 노인 등을 명시하고, 프로그램을 세분화하려는 시도는 제1차 기본계획보다 진일보한 측면으로서, 바람직한 변화라고 할 수 있음
- 또한 지역사회에 기반을 둔 통합적 자살예방 시범사업을 실시하고, 고위험군 자살예방 프로그램을 개발 보급한다는 신규 계획은 자살예방사업의 실효성 확보를 위해 매우 필요한 부분임
- 이와 더불어 지역사회 응급출동체계를 구축하며, 정신보건요원과 경찰 및 긴급구조요원 등 현장 실무자를 대상으로 자살예방 교육을 실시함으로써 자살예방 거버넌스를 구축한다는 계획도 긍정적인 변화로 볼 수 있음
- 그러나 현실에 있어서는 계획과 상이한 결과가 발견되고 있음⁹⁾. 자살예방업무매뉴얼이 존재하지만 자살예방위기관리 업무를 담당하는 센터, 경찰, 긴급구조요원 간의 협조체계가 신속하고 유기적으로 이루어지지 못하고 있음
- 예컨대, 관계자들이 응급현장에 함께 출동한 경우 자살시도자를 의료기관을 통해 보호조치해야 한다는 입장과 법적인 책임소재로 인해 가족 등 보호자에게 최대한 신속히 인계해야 한다는 입장 등으로 나뉘는 등 실제 상황에서 부딪히는 문제들이 많은 것으로 지적됨
- 자살예방프로그램 교육이 전문가부터 일반 시민에 이르기까지 수준별로 이루어지고, 관련 업무 매뉴얼이 숙지되어야 3단계 예방시스템(사전예방

9) 2010년 3월 31일, 서울시자살예방센터 관계자 면담

- 고위험군 조기발견 및 치료-유지)이 제대로 운영될 수 있으나 되지 못하고 있음
- 자살예방사업을 추진하고 있는 민간단체, 지자체 센터, 중앙정부와의 협조적 거버넌스 구축이 현실에서는 제대로 이루어지지 못하고 있다는 것임
- 보건복지부가 주축이 되어 범 부처와 협력하는 운영체계가 효율적으로 작동하고 있지 않은 것으로 드러남
 - 각 부처에서 추진하던 기존 사업 중 자살예방과 연계를 맺을 수 있는 사업들을 함께 종합해 놓긴 하였으나, 부처 및 부서 간 칸막이로 인해 개별사업 집행에 대해 보건복지부(정신건강정책과)가 관여하기 힘들기 때문임
- 29개 세부과제의 내용을 검토해 보면, 자살예방사업에 초점을 맞춘 직접과제보다는 간접과제가 더 큰 비중을 차지한다는 것도 문제점으로 지적될 만함
 - 우선, 예산을 살펴보면 자살예방을 위한 직접과제예산은 5년간 총 374억원, 간접과제예산은 총 5,258억원이 책정되어 있음([표 9] 참고)
 - 그나마 직접과제예산으로 분류된 경우에도 기존의 정신보건사업 예산(약 300억원)을 자살예방사업 예산에 중복적으로 계상한 것으로 나타남
 - 또한 기존의 정신보건센터에 인력의 충원이 이루어지지 않은 채 자살예방사업을 추가로 배정했던 제1차 기본계획과 별다른 차이가 없음

[표 9] 제2차 자살예방종합대책의 소요재정 추계

(단위: 억원)

구분	계	'09년	'10년	'11년	'12년	'13년
계	5,632	594	1,141	1,241	1,308	1,348
직접예산	374	13	87	91	77	106
간접예산	5,258	581	1,054	1,150	1,231	1,242

주: 1) 직접예산: 자살예방프로그램 개발, 자살예방교육 실시 등

2) 간접예산: 독거노인 지원, 위기청소년사회안전망 구축 등. 매년 예산편성에 따라 변동

자료: 보건복지부, 『제2차 자살예방종합대책(2009~2013)』, 2008.

- 2010년 10월 기준, 종합대책의 세부 프로그램 관련 예산을 구체적으로 살펴보면 문제의 심각성이 잘 드러나고 있음¹⁰⁾. 예산이 미정인 사업들은 대부분 정신보건센터를 중심으로 수행되고 있는 직접과제임
- 2007년부터 10년간 16세 대상 30%까지 정신건강검진 실시: 예산 미정
- 20~40대 대상 'Mental Fitness' 프로그램 보급 및 제공: 예산 미정
- 취약계층 및 노인 정신건강 지지 사업 추진: 예산 미정
- 자살 고위험자 사전 탐지 및 예방체계 구축: 예산 미정
- 자살시도자의 치료서비스 확대 및 지원: 예산 미정
- 취약계층 자살유가족 생계, 교육 지원체계 구축: 예산 미정
- 지역정신보건센터 확대를 통한 자살예방서비스 신설: 예산 미정
- 국립정신건강연구소 설치를 위한 연구조사 등: 예산 미정

10) 이영문, “자살예방정책은 과연 실행되고 있는가?”, 원주시·연세대학교 주최, 『자살예방정책 토론회 및 자살시도자 사후관리체계 구축사업 보고회』 발표문 (2010. 10. 12), p. 83.

- 예산의 대부분을 차지하는 간접과제는 신규과제가 아니고, 기존과제로서 자살예방사업을 추진하기 위하여 새롭게 예산을 배정하고 기획한 사업이 아님
- 기존에 보건복지부 등에서 추진되어 왔던 상당수의 사회 취약계층 지원사업과 사회안전망 구축사업을 자살예방사업에 포함시켜 나열하고 중복한 것임
 - 사회환경적 관점에서 볼 때, 취약계층에 대한 지원정책이 빈곤층의 자살예방을 위해 필요한 사업임
 - 그러나 기존사업을 자살예방사업에 그대로 산입하면서도, 취약계층지원사업과 자살예방사업을 개별적으로 수행하고 있는 것처럼 예산을 중복하여 발표하는 것은 그 타당성에 대한 검토가 필요함
- 이는 기존에 추진되어 왔던 간접과제 외에 “자살예방”을 목적으로 포함시킨 직접과제는 예산의 확보가 제대로 이루어지지 못하고 있는 것임
- 이 경우 자살예방사업의 효과를 측정하기도 어렵고, 자살예방대책을 기존 추진사업들의 종합으로 바라보게 됨으로써 사업에서 선택과 집중을 하기 어려운 문제점을 드러냄
- 신규과제 12개 사업 중 6개 사업이 2009년부터 추진되거나 완료되는 것으로 제시되어 있지만, 2011년 3월 현재 계획대로 추진되고 있거나 완료된 과제는 찾기 어려움
- 자살예방과 관련된 지자체 사업은 법적 근거가 없이 보건복지부 사업지침에만 의존해왔기 때문에 업무의 안정성이 떨어지고 사업의 확대와 예산 확보 등도 용이하지 않았기 때문임

- 자살에 대한 국민인식개선 사업, 생명존중문화 조성사업, 대중매체의 자살보도의 책임성 확보문제 등은 제1차 기본계획에서도 제시되었던 사항이지만, 사업의 실효성을 확보하기 어려운 과제임
- 국민인식개선을 위한 홍보사업의 효과성을 측정하기 어렵고, 5년간 예산 2억원을 통해 대중매체의 자살보도를 규제할 구체적인 전략도 없어 구색 맞추기 식으로 늘 포함되는 과제로 전략할 위험성이 큼
- 따라서 자살예방사업에의 두 가지 접근(정신보건적 접근과 사회환경적 접근)이 제대로 균형을 맞추어야 할 것으로 보임
- 사업예산의 배분, 직접 및 간접과제 수행, 기존 및 신규과제 간의 균형, 전담인력의 확충 등이 필요할 것으로 보임
- 이러한 문제점들로 인해 자살예방전문가들은 사업의 법적 근거를 확보하여 예산과 인력을 확보하고, 이를 통해 지속가능성을 높이기 위해 자살예방대책을 담은 법률의 제정을 지속적으로 요구하게 된 것임

IV. 해외의 자살예방대책

1. 해외의 자살예방전략

가. 핀란드¹¹⁾

- 핀란드는 자살예방 프로젝트와 관련해서 가장 선도적인 역할을 담당한 국가임
- 핀란드는 자살사망률이 매우 높은 수준에서 적극적인 국가의 개입으로 이를 현저히 낮춘 대표적인 사례이기 때문에, 한국에 유용한 시사점을 줄 수 있음
- 자살사망률이 지속적으로 낮은 수준에 머물러 있는 국가들의 경우는 현재의 우리나라에 적절한 시사점을 제공하기 어려움
- 핀란드는 20세기 내내 세계에서 자살사망률이 가장 높은 국가들 중 하나였음
- 산업화와 도시화가 가속화되었던 1965년부터 1990년까지 25년간 핀란드의 자살사망률은 3배나 증가함
 - 핀란드 역사상 자살사망률이 가장 높았던 1990년에는 인구 10만명 당 50명이 자살로 사망할 정도였으며, 이는 당시 자살사망률 세계 평균이

11) Jennifer Fisher Wilson, "Finland Pioneers International Suicide Prevention", *Annals of Internal Medicine*, Vol.140, May 18, 2004, pp.853-854. (<http://proquest.umi.com>) (검색일: 2011년 3월 4일); 이보영, "'자살공화국' 오명 씻은 핀란드의 자살예방 프로젝트", 『주간조선(제2101호)』 (2010. 4. 19)의 내용을 참고로 정리함

20명에 약간 못미치는 상황이었음을 감안한다면 2.5배가 넘는 정도로 현저히 높은 수치였음

○ 핀란드는 1987년에 세계 최초로 국가가 주도하는 거국적인 자살예방프로젝트를 출범시켰고, 1997년에 공식적으로 프로젝트를 종료할 때까지 10년간 본격적으로 자살예방사업을 수행함

- 1987년 1년간 자살로 사망한 1,397명 사례분석을 통해 그 원인을 규명하기 위하여 5만명의 자살예방전문가들이 사망자의 의무기록, 사회서비스 이용기록, 경찰수사기록을 수집하고 사망자 가족 및 지인을 면담하는 등 심리적 부검(psychological autopsy)을 실시함
- 심리적 부검의 결과 우울증, 인격장애, 알코올 중독, 다양한 정신질환 등이 자살의 위험요인임이 밝혀졌으며, 이전의 자살시도 경험이 자살을 재시도하게 하는 매우 위험한 요인임을 발견함
- 홀로 남겨지게 된 노인들이 만성질환을 앓게 되고, 자기존중감이 상실될 때 자살을 시도하게 됨을 발견함
- 자살을 시도하기 6개월 내에 신변의 큰 변화(실직, 이혼, 부모의 사망, 파산 등)가 있었던 경우, 자살을 시도할 가능성이 높아짐을 발견함
- 대부분의 사람들은 자살을 시도하기 전에 이를 암시하는 언행을 하며, 자살시도 즈음해서 정신과가 아닌 내과나 가정의학과 등을 방문하는 경우가 많으므로 일반 의사들에게도 자살예방교육을 실시해야 할 필요성이 있음을 발견함
- 우울증 환자에게 항우울제를 처방함으로써 자살사망률을 낮추는 효과가 있음도 발견함

- 이러한 성과에도 불구하고 핀란드의 자살예방전문가들은 아직까지도 구체적이고 과학적인 자살예방전략을 밝혀내기 어렵다고 자평하고 있음
 - 예컨대, 항우울제의 처방이 우울증 치료에는 효과를 거두었지만, 그 효과의 규모가 어느 정도인지에 대해서는 명확히 파악하지 못했기 때문임
 - 자살사망률이 현저히 낮아졌다는 사실에 입각해 볼 때 자살예방 프로그램들이 효과가 있었던 것으로 추정이 되지만, 효과의 규모와 정도에 대한 과학적인 지식과 근거를 확보한 것은 아니었기 때문임
 - 자살예방 프로젝트는 자살을 예방하는 방법이 무엇인지에 대해 정확히 설명해 내지 못했다는 것임
- 그럼에도 핀란드의 자살예방 프로젝트는 세계적 차원에서 자살예방에 대한 공중보건적 접근에 관심을 갖게 하고 인식을 제고하도록 만드는 계기가 됨
 - 영국, 미국, 아일랜드, 호주, 스칸디나비아 지역 국가 등 10여개 국가들이 핀란드의 자살예방 프로젝트의 영향을 받았고, WHO와 UN의 자살예방 지침들이 핀란드 사례를 근거로 작성되었음
- 현재 대부분의 국가들에서 시행되고 있는 자살예방 정책이 대체로 UN과 WHO에서 정책지침으로 제시하고 있는 지침 등에 의거하여 수립된 것인 만큼 핀란드의 자살예방대책이 직·간접적으로 전 세계에 영향을 끼치고 있는 것임

나. 주요 국가별 자살예방 전략 비교

- 주요 국가별 자살예방 전략들을 12대 분야로 구분하여 한국과 비교해보면, [표 10]과 같음
 - 자살사망률 감소비율이 가장 큰 핀란드의 경우는 12개 분야를 모두 포괄하고 있지만, 그 외의 국가들은 일부 프로그램을 실시하고 있지 않은 것으로 나타남
 - 핀란드의 자살예방 프로그램을 벤치마킹한 노르웨이, 호주, 영국, 미국, 뉴질랜드, 그리고 우리나라는 신체적 질병대책을 자살예방사업에 공식적으로 포함시키지 않았음
 - 만성질환 등으로 인한 건강의 상실이 자살생각 또는 자살시도의 원인이 된다는 점을 고려해 볼 때, 자살예방프로그램에 공식적으로 포함시킬 필요성이 있다고 사료됨
 - 또한 직업 및 실업대책과 관련해서 호주와 미국, 그리고 우리나라는 자살예방 프로그램에 포함시키지 않고 있음
 - 청년 고용 및 중·장년층의 실업대책이 자살예방프로그램의 틀에도 포함되어야 할 필요성이 있어 보임

[표 10] 외국의 자살예방 전략 비교

구성요소	핀란드	노르웨이	호주	영국	미국	뉴질랜드	한국
자살사망률 증감비율	-35.5%	-25%	-21.6%	-17.6%	-15.1%	-9%	172.2%
정신질환의 탐지와 치료대책	○	○	○	○	○	○	○
치명적수단에 접근성 감소대책	○	○	○	○	○	○	○
미디어와 대중교육	○	○	○	○	○	○	○
학교자살예방 교육프로그램	○	○	○	○	○	○	○
알코올과 약물남용대책	○	○	○	○	○	○	○
정신건강서비스로 접근성 향상	○	○	○	○	○	○	○
훈련대책	○	○	○	○	○	○	○
자살시도후 예방프로그램	○	○	○	○	○	○	○
신체적 질병대책	○	×	×	×	×	×	×
자살시도자의 평가 및 관리	○	×	○	○	○	○	○
위기개입체계	○	○	○	○	×	×	○
직업과 실업대책	○	○	×	○	×	○	×

주: 하상훈, 2006, “한국의 자살예방 대책에 대한 제안”, 안명옥 의원실 정책자료집 (2006. 10. 16) 『효과적 자살예방을 위한 정책과제』와 [그림 2], [표 8]을 바탕으로 필자가 재구성함

- 우리나라는 특히 자살사망률의 증가가 현저한 상황이기 때문에, 핀란드 사례를 통해 가능한 전략과 대안들을 종합적으로 활용할 필요성이 큼
- 그 밖에 정신질환 치료, 알코올 및 약물남용 대책, 정신건강서비스 제공, 자살시도자의 재시도 예방 프로그램, 학교 자살예방 교육프로그램, 미디어 및 대중교육, 치명적 수단에의 접근성을 제약하는 방법 등은 우리나라를 포함한 다른 국가들의 프로그램에서 명시되어 있음

- 미국에서는 1990년대에 자살사망률이 낮아진 원인으로 실태자료의 수집, 자살의 위험요인에 대한 조사, 위기개입, 자살예방서비스 강화, 지역 주민을 위한 교육 등이 지적되었음
- 영국에서는 1990년대에 자살사망률이 낮아진 원인으로 고위험 집단에 대한 안전망의 확충, 정신건강의 증진, 자살방법에로의 접근성을 차단하고 제거, 대중매체의 보도 개선, 자살과 자살예방에 대한 연구 강화 등이 지적되었음¹²⁾

2. 해외 법률

- 자살예방을 위하여 제정된 법률은 그 사례가 많지는 않음. 대부분의 국가에서 자살예방대책을 수립하여 시행하고 있으나, 독립법률이 아닌 국가 및 지자체 규모의 프로젝트 형태임
- 우리나라의 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 과 같이 국가와 지자체의 자살예방 의무, 자살예방을 위한 운영체계 등을 포함한 종합적인 전략들을 담고 있는 법률로는 일본의 「자살대책기본법」 이 거의 유일함
- 핀란드의 경우도 자살예방과 관련한 법률을 제정했던 것은 아니며, UN이나 WHO 등도 자살예방 프로그램으로서의 지침을 제시할 뿐 입법화의 필요성을 강조하고 있지는 않음

12) 영국과 미국사례의 경우는 국회입법조사처 보건복지여성팀 주최 전문가간담회, 「자살예방법의 필요성과 과제」 (2010. 11. 9) 발표자료 참고

- 미국의 경우는 청소년들의 자살을 예방하기 위한 학교의 교육을 강조하는 법률과 (참전)군인을 대상으로 제공되는 자살예방서비스를 규정한 법률 등이 제정되어 있음

가. 일본

- 일본의 「자살대책기본법」은 2006년에 법률 제85호로 제정됨
 - 일본도 OECD 국가들 중 자살사망률이 3위에 해당할 만큼 높을 뿐만 아니라, 자살사망률이 계속 증가하고 있는 소수의 국가들 중의 하나이기 때문에 그 심각성을 고려하여 2006년에 법제화되었음(구체적인 내용은 [부록 2] 참고)
- 일본의 자살사망자수와 자살사망률추이는 [표 11]과 같음
 - 일본은 1998년을 기점으로 자살사망자수와 자살사망률이 급격히 증가하였음
 - 그 이후 10년 동안 자살사망자수와 자살사망률은 큰 변화없이 지속되고 있음
- 사실 「자살대책기본법」이 제정된 이후에도 자살사망자수와 자살사망률 등에 큰 변화는 없는 것으로 나타나고 있음([표 11] 참고)
 - 그러나 법률제정 이후 아직 5년도 경과되지 않은 상태이므로, 법률제정의 효과에 대해 판단하기에는 다소 이른 감이 있음

[표 11] 일본의 자살사망자수와 자살사망률 추이

(단위: 명, %)

구분	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08
자살 사망 자수	22,445	23,104	24,391	32,863	33,048	31,957	31,042	32,143	34,427	32,325	32,552	32,155	33,093	32,249
자살 사망 률	17.9	18.4	19.3	26	26.1	25.2	24.4	25.2	27	25.3	25.5	25.2	25.9	25.3

자료: 내각부(Cabinet Office), 『자살대책백서』, 2010. (<http://www.cao.go.jp>)

- 일본의 「자살대책기본법」은 기본법이기 때문에 추상적이고 선언적인 내용을 담고 있어 법률의 제정이 자살사망률을 낮추는 데 직접적인 효과를 거두기에는 근본적인 한계가 있다고 평가됨¹³⁾
- 따라서 법률의 제정 그 자체가 목적이 아니라, 법적 근거를 통해 제대로 자살예방대책이 추진되어 자살사망률을 낮출 수 있도록 포괄적이고 세부적인 전략들이 시도되어야 하는 것임

나. 미국

- 미국은 일본처럼 연방정부 차원에서 자살예방법을 제정한 것은 아님
- 기존의 「공중보건서비스법」(Public Health Service Act: 42U.S.C. 290aa et seq) 을 개정하여 Title V의 520E(42 U.S.C. 290bb-36) 에 청소년의 자살예방대책과 전략을 담는 방식을 취함
- 새롭게 도입된 조항들은 Gordon Smith 상원의원의 대학생 아들인 Garrett Lee Smith가 자살한 사건을 통해 청소년들의 자살을 예방하기 위한 대

13) 2010년 5월 13일, 국립서울병원 관계자 면담

책을 담고 있으며, “Garrett Lee Smith Memorial Act”로 명명됨

- 자살의 조기개입과 예방전략 마련
 - 연방정부, 주정부, 공공기관, 시민단체 등의 협력방안 등을 담고 있음
- 참전군인의 자살을 예방하기 위한 「Joshua Omvig 참전군인 자살예방법」 (Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act)에서 규정된 서비스의 내용은 다음과 같음
- 참전군인과 가족을 대상으로 실시하는 정신건강관리 및 재적응 교육
 - 참전군인이 보훈서비스를 신청할 경우에는 자살위험 선별검사를 의무적으로 받도록 함
 - 자살위기의 참전군인에게 24시간 정신보건 서비스를 제공함
- 주 단위에서는 대체로 청소년을 대상으로 하는 자살예방법을 제정하거나, 기존의 학교법에 자살예방관련 조항을 두는 방식으로 자살대책을 다루고 있음
- 미시간 주의 경우, 「학교법」 (Act 451 of 1976) 제1171조(일명 Chase Edward Law로 알려짐)는 자살을 시도하거나 자살시도위험이 있는 청소년들을 위해 학교 차원에서 의식개선, 동료 학생들의 위험인식 수준 고양, 자살예방전문 프로그램 도입, 위험 청소년은 해당 부모에게 고지의무 등을 담고 있음
 - 위스콘신 주의 경우, 「위스콘신 주법과 학교-기반 자살예방 관련 행정규칙」 (Wisconsin Statutes and Administrative Rules Related to School-Based Suicide Prevention)을 마련한 바 있음
- 미국의 자살예방법률은 일반 학생 및 자살시도 고위험군 학생들을 대상으로 실시하는 “교육” 프로그램에 초점을 맞추고 있음

V. 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」의 향후 과제

1. 주요 내용

- 정부의 자살예방종합대책이 자살사망률을 낮추지 못하는 가운데, 국회에서 지난 3월 11일, 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」이 본회의를 통과하였음
- 정부의 자살예방기본계획과 종합대책이 자살사망률을 낮추는데 성과를 내지 못하면서, 자살예방대책을 담은 입법화의 필요성이 주장되고 이와 관련된 입법화 움직임이 등장하게 되었던 것임
- 이제는 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서 제시한 자살예방대책이 갖는 의의와 향후 과제 등을 검토해 볼 시점이라고 할 수 있음
- 우선, 이 법률의 주요 내용을 살펴보면 [표 12]와 같음
 - 이 법률은 자살예방의 책임이 국민, 국가와 지자체, 사업주 모두에게 있음을 명시하고 있음
 - 국가와 지자체는 자살예방기본계획 및 시행계획을 수립하고, 그 운영체계를 갖추어야 함
 - 국가와 지자체는 자살예방대책을 실시함
 - 생명존중문화를 조성하도록 홍보 및 행사를 실시함

〔표 12〕 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」의 주요 내용

구분	주요 내용
제1조 목적	자살에 대한 국가의 책무와 예방정책에 필요한 사항을 정하여 소중한 국민의 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성하기 위함
제2조 기본정책	사전예방대책과 사회문화적 인식개선에 중점을 두고 수립해야 함
제3조 국민의 권리와 의무	국민이 자살위험에 처했을 경우 국가 및 지자체에게 도움을 요청할 권리가 있고, 정부의 자살예방정책 수립 및 시행에 협조해야 할 의무를 규정함
제4조 국가 및 지자체의 책무	국가 및 지자체가 자살예방과 자살확산방지를 위하여 자살과 관련된 각 단계별 정책을 수립·시행해야 하는 책임을 규정함
제5조 사업주의 책무	사업주는 국가 및 지자체가 실시하는 자살예방정책에 적극 협력하고 근로자의 정신적인 건강유지를 위하여 필요한 조치를 강구해야 함
제7조 자살예방기본계획의 수립	자살예방기본계획은 5년마다 국민건강증진정책심의위원회내 자살예방전문위원회의 심의를 거쳐 수립함
제8조 연도별 시행계획의 수립·시행 등	국가 및 지자체는 매년 자살예방시행계획을 수립·시행·평가함
제9조 시·도별 시행계획의 조정 등	보건복지부장관은 자살예방에 관한 시·도별 시행계획을 조정하고 그 이행사항을 점검함
제11조 자살실태조사	국가 및 지자체는 5년마다 자살에 대한 실태조사를 실시함
제12조 자살통계분석 및 정보관리체계 구축	전문조사·연구기관을 통해 자살통계를 체계적으로 관리함
제13조 자살예방센터의 설치	국가와 지자체는 자살관련 상담을 위하여 자살예방센터를 설치·운영하도록 함
제14조 자살위험자 조기발견 및 정신건강 증진대책	국가 및 지자체는 자살할 위험성이 높은 자의 조기발견, 상담 및 치료를 위하여 필요한 조치를 취함
제15조 생명존중문화 조성	국가와 지자체는 생명존중 문화사업을 실시함
제16조 자살예방의 날	매년 9월 10일을 자살예방의 날로 정하고 교육·홍보사업을 실시함
제19조 자살유해정보예방체계의 구축	국가 및 지자체는 자살유해정보가 유통되는 것을 차단하고 이를 조기 발견하여 신속히 대응하기 위한 자살유해정보예방체계를 구축·운영하도록 함
제20조 자살시도자 등에 대한 지원	국가 및 지자체는 자살시도자 등에 대한 심리상담, 상담치료를 지원할 수 있음

자료: 국회보건복지위원회

- 이 법률에 의하면 자살예방대책은 자살실태조사(제11조), 자살통계 분석 및 정보관리체계 구축(제12조), 자살예방센터의 설치(제13조), 그리고 자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책(제14조)으로 구분해 볼 수 있음
- 이하에서는 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서 제시한 자살예방대책의 의의와 과제 등을 구체적으로 살펴보고자 함

2. 자살예방대책의 의의와 과제

가. 자살실태조사

- 법 제11조(자살실태조사)에 의하면, 국가 및 지방자치단체는 5년마다 자살실태조사를 실시하여 그 결과를 발표하도록 함
- 이 조사는 자살실태를 파악하고, 자살예방을 위한 서비스의 욕구와 수요를 파악하기 위한 것임
- 실태조사를 위하여 필요한 사항은 시행령에 위임하고 있음
- 자살의 경제적 비용을 낮출 수 있는 자살예방 프로그램을 선별하고, 그 효과를 계량화하기 위해서는 검증 가능한 경험적 자료의 축적이 선행되어야 하고, 이를 통해 자살사망률을 낮추기 위한 정교한 정책적 개입이 이루어져야 할 것임
- 아직까지 경험적 자료의 축적이 미흡하여 자살의 주요 원인규명이 제대로 이루어지지 않고 있기 때문에, 자살예방 프로그램 중 가장 효과적인 프로그램을 찾아내고, 주요 대상자를 선정하기 위한 객관적 자료를 구

축할 필요성이 큼

- 다만, 자살사망자 또는 자살시도자 실태조사가 어려운 이유로는 다음이 지적되고 있음
 - 자살시도로 인한 응급처치비용 등은 건강보험적용을 받지 못하기 때문에 가족들에 의해 자살시도 사실이 은폐되는 경우가 상당수에 이룸
 - 자살시도자 본인 및 자살사망자의 유가족들이 조사과정에서 사회적인 편견 등을 우려하여 조사를 거부하는 경향이 매우 높음
 - 자살시도자와 그 가족이 정신보건센터의 사후관리 프로그램 참여에 동의한 경우는 8%에 불과하고, 2회 이상의 사후관리 서비스를 받은 경우는 거의 0%에 불과하다는 조사결과가 있음¹⁴⁾
- 자살실태조사를 법률로 규정하고 있더라도 자살실태 조사에 응답자가 적극적으로 응하지 않을 경우에는 별다른 효과를 거두지 못할 수 있음
 - 모든 응급의료센터에게 자살시도자 및 자살사망자 가족에 대한 사후조사를 실시하도록 명문화할 필요성이 있음
 - 응급현장에서 이루어지는 실태조사는 자살 및 자살시도의 원인 규명에 핵심적인 단초를 제공할 수 있기 때문에, 조사결과의 축적은 자살관련 전문통계 DB구축의 전제조건이 될 것임

나. 자살통계 DB 구축

- 법률 제12조(자살통계 분석 및 정보관리체계 구축)에 의하면, 국가 및

14) 서울시광역정신보건센터 외, 『자살시도자 사후관리 프로토콜』, 2010, p. 2.

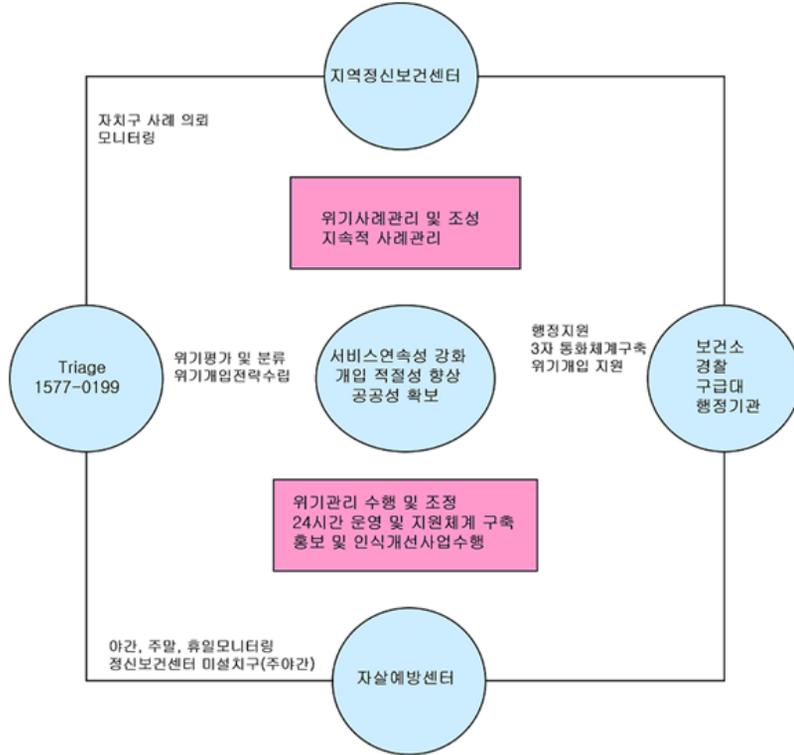
- 지방자치단체는 자살통계를 수집·분석 및 관리하기 위하여 전문 조사·연구기관을 지정하여 운영하도록 함
- 이는 국가정신건강연구원에 자살예방정보센터를 설치하고, 국가통합 자살 DB를 구축한다는 자살예방사업의 일환으로 볼 수 있음
- 실제로 자살과 관련한 경험적 자료의 축적과 통계 DB구축은 자살예방대책의 성공을 위한 길라잡이 역할을 할 것임
- 자살예방 프로그램의 대상자 선정에서 우선순위를 결정할 수 있는 단초를 제공해 주기 때문임
- 기존의 자살예방종합대책은 범부처 차원에서 시행되고 있거나 예정인 다양한 프로그램의 단순 나열이었지만, 통계 DB구축은 경험적 근거에 기초하기 때문에 제한된 자원을 활용하여 효과적인 프로그램을 선택하고 집중할 수 있도록 함
- 전문통계 DB의 구축은 유사한 사회현상에 대해서 과학적 검증과 원인 규명을 통한 차이점 발견에도 핵심적인 역할을 담당함
- 다만, 전문DB의 구축은 상당한 시간을 요하는 중장기적인 프로젝트이지 자살사망률을 바로 감소시키는 효과를 거두게 하는 대책은 아님

다. 자살예방센터 설치(응급위기관리체계 구축)

- 법률 제13조(자살예방센터의 설치)에 의하면,
 - 보건복지부장관은 중앙자살예방센터를, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 지방자살예방센터를 설치·운영할 수 있음

- 자살예방센터는 자살 관련 상담, 자살위기 상시현장출동 및 대응, 자살시도자 사후관리, 자살예방 홍보 및 교육, 자살예방 전문 인력 양성 업무를 수행함
- 국가 및 지방자치단체는 자살예방센터를 「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터에 둘 수 있음
- 국가 및 지방자치단체는 자살예방센터를 대통령령이 정하는 바에 의하여 민간에 위탁할 수 있고, 위탁업무 수행에 드는 비용을 보조할 수 있음
- 국가 및 지방자치단체는 수시로 신고를 받을 수 있는 자살예방용 긴급전화를 설치·운영하여야 함
- 이 때 지방자살예방센터 중에서도 광역자살예방센터 설치 계획은 개인, 사회단체 등의 역량에 기초한 지역사회 네트워크가 작동하도록 구심점을 마련하겠다는 취지임
- [그림 3]은 보건소, 경찰, 구급대, 행정기관, 지역정신보건센터, 광역 및 지역자살예방센터, 응급전화(1577-0199)간의 협력체계를 도식화 한 것임
- 응급위기관리체계의 대표적인 사례로는 서울시가 있는데, 서울시자살예방센터는 서울시광역정신보건센터 산하에 위치하면서, 정신보건센터의 인프라를 활용하여 긴급전화(1577-0199) 운영과 상시현장출동 업무를 수행하고 있음

[그림 3] 자살예방 응급위기관리체계



자료: 서울시정신보건센터, 『서울시정신보건센터사업보고서』, 2009.

- 광역정신보건센터(자살예방센터 포함)와 지역정신보건센터의 차이를 살펴 보면, [표 13]과 같음
- 광역형은 지역정신보건센터들의 네트워크를 연계시켜주는 허브가 되고, 24시간 운영된다는 점에서 기존의 지역정신보건센터를 지원하는 체계가 이루어질 수 있도록 함

[표 13] 광역정신보건센터와 지역정신보건센터의 차이

구분	광역정신보건센터	지역정신보건센터
개소	· 서울 (자체사업) · 경기, 인천, 강원, 부산 (국고보조사업 50:50)	· 전국 시·군·구 156개소 (국고보조 130개소, 비보조 서울 24/ 지방2개소)
기능	· 24시간 자살 상담(112, 119) · 긴급 현장 출동 및 상담 · 자살시도자 사례관리 · 고위험군 조기 평가 · 응급입원 연계 등 · 지역정신보건센터 지원 등	· 정신질환자 방문관리 · 중증정신질환자 재활훈련 등 사회복귀 지원 · 정신건강검진사업 (청소년, 직장 등) · 각종 정신건강 상담·교육
문제점	· 비용부담이 상대적으로 높음 · 3 교대 인력 운영	· 야간 자살상담 및 긴급대응 곤란 · 기존 인력만으로 자살예방 기능 추가 부여 불가
인력	· 팀당 15~20명(3교대) * 서울시는 31명 근무	· 표준형(151개) 4~5명
예산	· 1개소 당 7억6천만원 (지방비 부담 50%) * 서울시 예산(17억5천만원)	· 표준형 1억5천만원 (지방비 50%)
사업수행 방식	· 광역단위 운영 (’10년 5개소 운영)	· 시군구(보건소) 직영 또는 위탁

자료: 보건복지위원회 전문위원실, 『윤석용의원 대표발의 「자살예방대책법안」 검토 보고서』(2010. 12).

이미 경기, 인천, 강원, 부산 등에도 최근 2~3년 사이에 광역정신보건센터가 순차적으로 설치되었으며, 자살예방업무를 함께 수행하고 있음

- 광역형 정신보건센터가 새로 신설될 경우는 기존의 사례들을 바탕으로 하여 설계될 것으로 보임
- 자살예방사업의 허브 역할을 담당하면서, 시·군·구의 지역정신보건센터와의 네트워크를 조밀하게 구성해 나가는 구심적 역할을 담당해야 함
- 그런데 자살예방홍보 및 교육과 자살예방전문인력 양성 프로그램 등은 자살예방협회 등을 통해 수행이 가능할 것으로 보이나, 자살위기상시현장출동 등의 업무는 경찰 및 119 구급대와의 업무연계가 필요한 사항이므로 민간위탁방식이 효과를 거둘 수 있을 지는 면밀한 검토가 필요함
- 지역정신보건센터와 경찰, 구급대, 보건소 및 지방행정기관 등과 협력적인 위기관리체계를 구축해야 자살예방대책이 효과를 낼 수 있음
- 광역형 센터는 24시간 응급연락망을 구축한다는 장점은 있으나, 지역에 기초한 정신보건센터 및 응급구조인프라가 함께 운영되지 못하면 응급관리에서 효과를 발휘하기 어려운 구조임
- [표 14]와 [표 15]를 통해 광역형 센터의 업무가 증가되고 있음을 파악할 수 있으나, 응급출동건수 및 상담건수의 증가가 2005년 이후 자살사망률을 낮추지는 못해왔다는 점을 염두에 둘 필요가 있음

[표 14] 응급출동 건수

(단위: 건)

2005	2006	2007	2008	2009
23	88	139	133	160

자료: 서울시정신보건센터, 『서울시정신보건센터사업보고서』, 2009.

[표 15] 연도별 위기상담 총 건수와 우울/자살 관련 상담 건수

(단위: 건)

구분	상담 총건수	우울/자살 관련
2005	5,330	2,136
2006	7,154	2,663
2007	11,060	4,718
2008	11,303	4,095
2009	15,062	5,052

자료: 서울시정신보건센터, 『서울시정신보건센터사업보고서』, 2009.

라. 자살 고위험군 지원 등

- 법률 제14조(자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책)에 의하면,
 - 국가 및 지방자치단체는 정신건강에 이상이 생겨 자살 위험에 노출된 자에게 필요한 의료적 조치가 적절히 제공될 수 있도록 환경을 조성해야 함
 - 국가 및 지방자치단체는 자살위험자를 대상으로 정신건강선별검사 도구를 개발하고 보급해야 함
 - 국가 및 지방자치단체는 자살위험자의 조기 발견, 상담 및 치료를 위하여 필요한 조치를 해야 함
- 자살 고위험군에 대한 집중적인 예방대책은 실태조사나 DB구축 등과는 달리 자살사망률 감소에 있어서 단시일 내에 효과를 볼 수 있는 프로그램으로 범주화해 볼 수 있음¹⁵⁾

15) 원주시·연세대학교 주최, 『자살예방정책 토론회 및 자살시도자 사후관리체계 구축사업 보고회』 발표문(2010. 10. 12)

- 자살의 상대적 위험도에 대한 분석에 의하면, 이전의 자살시도경력이 가장 높게 나타났으며, 약물 및 알코올 중독, 우울증, 정신질환이 있는 경우가 그 다음 순서를 차지하고 있기 때문임([표 16] 참고)
 - 자살시도자가 자살로 사망할 위험은 일반인 대비 10배가 높음
 - 자살시도자들이 5~10년 내에 자살을 재시도할 확률은 28~37%임

[표 16] 자살의 상대적 위험도

구분	자살 SMR	구분	자살 SMR
이전의 자살시도	38.4	AIDS	6.58
식이장애	23.1	알코올 중독	5.86
주요 우울장애	20.4	간질	5.11
진정제 중독	20.3	소아정신질환	4.73
복합적 약물중독	19.2	대마초 중독	3.85
양극성장애	15.0	척수마비	3.82
마약류 중독	14.0	신경증	3.72
강박장애	11.5	뇌손상	3.50
공황장애	10.0	헌팅턴 무도병	2.90
정신분열병	8.45	암	1.80
인격장애	7.08	정신지체	0.88

주: SMR(Standardized Mortality Ratio) = 표준화 사망률

자료: Harris and Barraclough(1997); 서울시자살예방센터, 『노인 Gate-Keeper 양성교육자료집』 (2010.4.13)에서 재인용

- 자살 고위험군에 대한 전문적인 관리가 필요하다는 점은 대다수 자살예방전문가들의 공통적인 의견임¹⁶⁾

16) 국회인권포럼·국회입법조사처·자살예방대책추진위원회 공동주최, 『자살예방대책관련법의 의의와 효과분석』 자료집(2010. 12. 8) 참고.

- 그러나 아직까지 우리나라에서 자살시도자 사례관리 프로그램이 어느 정도의 효과를 거두었는지는 계량적으로 입증하지 못한 상황임
- 다만, 북유럽(노르웨이, 덴마크, 스웨덴)과 영·미 등 해외에서는 자살시도자 사례관리 프로그램이 성공을 거두었다고 보고되고 있음
 - 자살시도자에 대한 안부전화서비스, 우편엽서 보내기 서비스 등 지속적인 관심을 표현하는 모니터링 서비스 등이 효과를 나타낸 바 있음
- 현재도 정신보건센터와 일부 3차 의료기관의 응급의료센터에서 자살 고위험군인 자살시도자를 대상으로 사후관리 프로토콜¹⁷⁾은 이미 마련되어 있음
 - 다만 응급의료센터 중 사후관리체계를 마련한 곳이 13.3%에 불과하며, 이들 의료기관에서 수행되고 있는 사례관리 DB도 통합적으로 운영·관리되고 있는 상황은 아니라는 것이 문제임¹⁸⁾
- 또 다른 문제는 자살시도가 정신질환 등을 가진 고위험군 뿐만 아니라, 정신질환을 앓지 않았던 일반시민들 사이에서도 이루어지고 있으나 이들에 대한 구체적인 대책방안은 마련되어 있지 않다는 것임
 - 최근 공중보건적 접근, 지역공동체에 기초한 자살예방대책, 스트레스에 대한 이해와 접근을 통한 방식 등 광범위하고 포괄적인 접근이 시작되었지만, 아직까지는 미흡한 상황임

17) 서울시자살예방센터 외, 『자살시도자 사후관리 프로토콜』, 2010.

18) 프로토콜을 만든 서울시자살예방센터, 가톨릭대학교 여의도성모병원, 건국대학교병원, 이화여자대학교 의과대학부속목동병원, 서울의료원 등에서 응급의료센터에 내원한 자살시도자 사례관리를 수행 중이고, 원주시정신보건센터와 연세대학교 원주의과대학병원에서 응급의료센터에 내원한 자살시도자 사후관리체계 구축시범사업을 실시한 바 있음

VI. 정책제언

- 우리나라는 자살로 인해 1년 동안 많게는 약 5조원의 경제적 비용이 소요되고 있는 상황임
 - 자살은 개인의 정신질환 관리뿐만 아니라 사회문제라는 차원에서 국가가 개입하여 해결해야 될 분야임
- 현재의 자살예방종합대책이 자살사망률 감소에서 효과를 나타내지 못하면서, 자살예방사업을 위한 보다 근본적인 대책과 이를 뒷받침할 법적 근거를 마련할 필요성이 부각되었고, 자살예방사업 관련 전문가들은 자살예방대책 관련 법률의 제정을 지속적으로 요구하고 있음
 - 그러나 자살예방전문가들도 법률의 제정이 단시일 내에 자살사망률을 효과적으로 낮추게 될 것으로 예측하고 있는 것은 아님
 - 그 보다는 자살사망률을 낮추기 위해 반드시 시행되어야 하는 사업의 법적 근거와 관련 예산의 지속적인 확보를 위해 법률이 필요하다는 입장이었던 것임
- 법의 제정 여부에 따라 자살사망률을 낮추는 효과가 달려있는 것이 아니라 대책의 효과성과 최적 대안의 도입 등 법률, 시행령, 시행규칙에 담길 내용인 정책개발이 더욱 시급한 문제임
 - 이는 법률의 제정에도 불구하고 자살사망률에 별다른 변화가 없었음을 일본의 「자살대책기본법」 사례를 통해서도 확인된 바 있음
- 따라서 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」을 마련한 근본 취지는 예방사업의 법적 근거를 확보하기 위한 것이 아니라, 효과적으로 자살을 예방하는 것에 있음을 명심해야 함

- 이를 위해서는 자살예방사업들이 효과적으로 이루어질 수 있도록 법률, 시행령, 그리고 시행규칙에 세부 내용을 촘촘히 담아내려는 노력이 요구됨

1. 자살예방사업 체계의 합리적 구축

- 현재의 자살예방사업은 기존의 정신보건사업과 취약계층 지원사업을 중복적으로 종합한 것임
 - 다양한 원인에 의거한 자살을 예방하기 위해서는 범부처가 참여하는 다양한 프로그램을 동시에 실시할 필요성이 크며, 그러한 맥락에서 취약계층 지원사업과 기존의 정신보건사업을 종합하려는 시도는 바람직함
 - 다만, 순수 자살예방사업이 전체 사업계획 중 차지하는 비중이 작다보니 기존의 사업에 추가된 주변부 사업에 머물러 있다는 문제점이 있음
 - 자살예방사업이 주축이 되지 못하고, 취약계층에 대한 지원사업과 우울증 치료 등 정신보건사업 등의 하부 사업처럼 위치 지워져 있는 상황에서는 자살예방사업의 명확한 효과측정도 어렵고 정책대상을 명료화하기도 불가능함
 - 예컨대, 종합대책이 자살예방사업으로 범주화되고 성공적으로 수행되기 위해서는 사업의 내용과 성격이 구체적으로 명시되어 포함되어야 할 것임
 - 위기청소년의 자살예방을 위한 사회안전망 구축사업: 가출 및 노숙청소년 쉼터 추가 설치 및 건강검진 프로그램 운영, 학업중단 위기청소년을 대상으로 한 대안교육 프로그램 제공 등

- 대학교 자살예방 및 정신건강 사업체계 구축: 자살예방대책을 담은 교과목을 필수과목으로 지정하여 이수하도록 함 등
 - 자살 고위험군에 속하는 독거노인 지원: 2011년 1월 31일부터 실시된 ‘독거노인 사랑잇기’ 사업이나 기존의 노인돌보미기본서비스사업 등이 자살예방대책의 일환임을 명시하는 방법 등도 고려해 볼 수 있음
- 보건복지부가 자살예방사업의 주축이 되면서, 범부처의 협력을 통해 자살예방사업추진체계가 합리적으로 작동할 수 있도록 해당 부처의 역할과 기능을 명시할 필요성도 있음

2. 자살예방 교육의 다양화와 전문화

- 현재의 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」은 자살예방사업의 법적 근거를 마련했다는 점에서 의의가 있으나, 자살예방교육과 관련하여는 다음과 같은 문제점이 있음
- 우선, 이 법률에서는 자살예방 상담·교육, 자살유해정보예방체계의 구축, 전문인력 양성 등을 제3장 자살예방대책 등에 포함시키지 않고, 제4장 생명존중문화 조성 등과 제5장 보칙에 포함시키고 있음
 - 그러나 앞서 해외의 자살예방대책에서도 알 수 있듯이, 일반대중을 대상으로 실시하는 교육, 아동·청소년 등을 대상으로 학교에서 제공되는 자살예방 교육 프로그램은 아무리 강조해도 지나치지 않음
 - 제17조에 의하면 자살예방상담교육의 대상을 국가기관, 공공기관, 노인복지시설, 사회복지시설, 그 밖의 기관이나 단체로 규정하고, 학교 등은 명시하지 않고 있음

- 2011년 3월 9일 법제사법위원회 법안심사제2소위에서는 학교가 공공기관의 범주에 속하므로, 명시적으로 규정하지 않아도 입법목적은 달성할 수 있다고 의결함
 - 그러나 청소년들의 자살사망률이 급증하고 있고, 청소년기에 받은 상담과 교육이 중·장년기의 자살충동의 억제에 미칠 영향 등을 함께 고려해 볼 때, 법률 제17조에 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교를 교육대상기관에 명시하는 방안이 필요할 것으로 사료됨
 - 미국의 경우는 청소년의 자살을 예방하기 위하여 “교육” 프로그램의 역할을 강조하는 조항을 법률에 직접 명시하고 있음
- 이와 더불어 자살예방을 위한 전문화된 교육 프로그램이 개발되고, 이를 통해 자살예방전문가를 적극적으로 양성해야 함
- 일반인을 대상으로 하는 의식제고 교육뿐만 아니라 다층적인 범주와 방식의 전문적인 교육 프로그램이 도입되어야 자살예방사업의 성공 가능성이 높아질 것임
- 이를 위해서는 교육자, 성직자 및 정신보건 전문가뿐만 아니라 경찰, 구급대 등 자살예방관련 현장 실무자들을 위한 전문훈련 프로그램의 개발이 시급히 이루어져야 하며 실효성 있는 교육의 실시가 전제되어야 할 것임
 - 예컨대, 시행령이나 시행규칙 등에 교육자, 성직자 및 정신보건 전문가, 경찰, 구급대원 등은 광역 및 지역의 정신보건센터나 관련 교육기관 등에서 실시하는 자살예방실무자 교육의 이수를 강제하는 규정을 두는 방안 등이 있음

3. 자살예방사업의 우선순위 설정

- 다양한 자살예방종합대책 중에서 시급성, 중요성, 직접성 등을 기준으로 우선순위를 설정하는 작업이 이루어져야 할 것임
- 현재의 자살예방종합대책은 사회환경적 접근으로, 이혼 가정 상담서비스, 위기청소년 사회안전망 구축, 아동·청소년 정신건강관리, 직장인 정신건강 증진 지원체계, 노인 학대예방 및 독거노인 지원사업을 나열하고 있음
- 그리고 정신보건적 접근으로 자살고위험자에 속하는 정신질환자 등의 사례관리 시스템 구축, 알코올 및 약물중독자 관리체계 강화, 우울증 조기검진 및 치료관리체계 구축 등을 예시하고 있음
- 다양한 원인과 문제들을 해결하기 위한 종합적 프로그램이 필요하지만, 이와 동시에 선택과 집중에 따른 효과적인 사업수행 전략도 필요함
- 면밀한 실태조사를 서둘러 수행하여, 나열식 대책이 아니라 우선순위에 따른 대책을 마련하고, 단계적으로 하나씩 매듭을 지어나가는 해결책이 요구되고 있음
- 예컨대, 법률 또는 시행령에 예방대책의 중점대상을 고위험군, 중위험군, 저위험군 등의 순서로 규정하고, 이에 맞추어 사업의 우선 순위를 지정하도록 하는 방식도 고려해 볼 수 있음
- 1순위 사업: 자살시도자를 포함하여 약물중독 및 정신질환자 치료 프로그램 제공
 - 이전의 자살시도자, 약물중독, 정신질환자의 경우 자살을 시도할 확률

이 매우 높기 때문에, 이들을 대상으로 한 시급한 대책이 요구되기 때문임

- 2순위 사업: 빈곤 독거노인의 자살시도를 예방하기 위한 사회복지사 방문상담 프로그램 제공
 - 노인의 자살사망률이 다른 연령층에 비해 현저히 높고, 지속적으로 증가하고 있는 상황에서 자살시도의 위험이 가장 높은 노인집단으로 지적되는 빈곤 독거노인을 방문하여 상담하는 프로그램은 효과적인 자살 예방사업 프로그램이 될 수 있음
- 3순위 사업: 위기청소년의 일탈행동과 자살시도를 방지하기 위하여 청소년상담센터 등에 전문상담인력을 확충하고, 이 인력들은 「초·중등교육법」에 의거한 학교에서 일반 학생들을 대상으로 학기별로 자살예방 교육을 실시하도록 함
 - 충동과 감정의 조절에 서툰 청소년기에 학교에서 제공되는 정기적인 자살예방교육은 다른 연령집단에 비해 효과를 거둘 수 있을 것으로 사료됨
- 다만, 이들 우선순위는 고정된 것이 아니라 유연하게 조정될 수 있어야 하고, 위급성의 정도에 따라 결정되어야 할 것임

4. 생애주기별로 세분화된 정책 실행

- 아동·청소년기, 청년기, 중·장년기, 노년기에 따라 생애주기적 자살예방대책이 세분화되어 적용될 필요성이 있음
- 아동·청소년기 및 청년기에 속하는 연령집단은 자살이 사망원인의 1위

를 차지하고 있음에도 불구하고, 이들이 직면한 정신적·정서적·사회적 위기에 대한 대응이 자살예방대책에 포함되지 않는다면 성공을 거둘 수 없음

- 현재는 명시되어 있지 않거나 누락된 프로그램들을 찾아내는 노력이 요구됨. 예컨대 법률이나 시행령 등에 청소년기의 스트레스 관리 교육 및 상담 프로그램 제공, 청년층의 취업난 해소를 위한 노력 등이 명시될 수 있음
- 중·장년층의 실업 및 노후준비 미흡으로 인한 자살시도를 예방하기 위하여 준고령층의 재취업 프로그램 확대 방안 등도 자살예방사업의 사례로 명문화할 수 있음
- 또한 자살사망률이 급격히 증가하고 있는 노인들에게 가장 큰 문제인 신체적 질병과 빈곤에 대한 대책도 적극적으로 마련되어야 할 것임
- 노인 만성질환 예방 프로그램, 다양한 노인 일자리 마련 방안, 저소득층 공적연금 국고지원사업 등도 함께 고려해 볼 수 있는 과제임

참고문헌

- 국립서울병원·보건복지부, 『우리나라 자살의 사회·경제적 비용부담에 관한 연구』, 2005.
- 김아진, “응급의료센터에서의 자살.” 국회입법조사처 보건복지여성팀 주최 세미나 『지역사회 자살예방 협력체계 구축』 발표문, 2010.
- 남윤영, “‘자살예방대책관련법’의 의의와 문제점 분석.” 국회인권포럼·국회입법조사처·자살예방대책추진위원회 공동주최 세미나 『‘자살예방대책관련법’의 의의와 효과 분석』 발표문, (2010. 12. 8).
- 방하남 외, 『한국의 정년현황실태와 정년연장을 위한 여건조성 방안 연구』, 한국노동연구원, 2008.
- 보건복지부, 『제1차 자살예방 기본계획』, 2004.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 『국민건강영양조사: 성인보건의식행태 2005 (제3기)』, 2006.
- 보건복지위원회 전문위원실, 『윤석용 의원 대표발의 「자살예방대책법안」 검토 보고서』 (2010. 12).
- 서울시자살예방센터, 『노인 Gate-Keeper 양성교육자료집』, 2010.
- 서울시자살예방센터 외, 『자살시도자 사후관리 프로토콜』, 2010.
- 서울시광역정신보건센터 위기관리팀·가톨릭예방의학교실, 『일부 응급의료센터 내원 자살시도자 실태조사』, 2007.
- 서울시정신보건센터, 『서울시정신보건센터사업보고서』, 2009.
- 석상훈, 「우리나라 중고령자의 은퇴경로 유형과 소득수준」, 『KReIS Research Brief』 No.2, 국민연금연구원, 2010.
- 이보영, “‘자살공화국’ 오명 씻은 핀란드의 자살예방 프로젝트”, 『주간조선(제 2101호)』 (2010. 4. 19)

- 이영문, “자살예방정책은 과연 실행되고 있는가?”, 원주시·연세대학교 주최,
『자살예방정책 토론회 및 자살시도자 사후관리체계 구축사업 보고회』
발표문, (2010. 10. 12).
- 자살예방대책추진위원회, 『제2차 자살예방종합대책(2009~2013)』, 2008.
- 통계청, 『사망원인통계』, 각 연도
- 하상훈, “한국의 자살예방 대책에 대한 제안”, 안명옥 의원실 정책자료집 『효
과적 자살예방을 위한 정책과제』, 2006.
- 한국자살예방협회·보건복지가족부, 『자살사망자 심리적 부검 및 자살시도자
사례관리서비스 구축방안』, 2009.
- Harris, E. Clare and Barraclough, Brian, 1997, Suicide as an outcome for
mental disorder, *The British Journal of Psychiatry*, 170: 205-228.
- OECD, 2009, 『*Health at a Glance 2009: OECD Indicators*』
- OECD, 2010, 『*OECD Health Data*』
- Wilson, Jennifer F., “Finland Pioneers International Suicide Prevention”, *Annals
of Internal Medicine*, Vol.140, May 18, 2004, pp.853-854.
(<http://proquest.umi.com>) (검색일: 2011. 3. 4)
- 일본 내각부 홈페이지(<http://www.cao.go.jp>)
- 미국 법령자료 홈페이지(<http://www.justia.com>)

[부록 1] 자살의 경제적 비용 추계 방법 및 계산식

1. 내부적 비용

- 자살의 경제적 비용은 다음과 같은 방법으로 추계해 보았음
 - 통계청의 2009년도 사망원인통계에 따르면, 2009년도 한 해 동안 자살로 사망한 자의 총수는 15,413명임
 - 자살예방전문가 면담과 일산백병원 사례 등을 근거로 하여, 이 글에서는 견고한 비용추계를 위하여 자살시도자를 자살사망자의 10배로 최소 추계함
 - 자살예방분야 전문가들에 의하면, 자살시도자가 자살사망자보다 적게는 약 10배에서 많게는 20배 수준인 것으로 추정하고 있음
 - 자살시도자의 규모를 확인해보기 위해서 인제대학교 일산백병원 응급의료센터에서 2년간 조사한 임상자료¹⁹⁾(2008. 1 ~2009. 12)를 참고로 함
 - ◆ 일산백병원의 조사결과 자살시도자가 자살사망자의 약 11.25배였음. 단일 병원 사례를 전국의 자살시도자 비율추계에 그대로 대입하기에는 무리가 있으나, 전문가들의 추정치 범위에 포함되어 있음을 확인함
 - ◆ 일산백병원 응급의학과 관계자에 따르면, 진단명이나 자해/자살 여부가 불분명한 사례, 그리고 진단명에 따른 표본추출로 인해 자살시도인데도 질병으로 분류되어 누락된 사례들이 많으므로 실제 자살

19) 김아진, “응급의료센터에서의 자살.” 국회입법조사처 보건복지여성팀 주최 세미나 『지역사회 자살예방 협력체계 구축』(2010. 4. 23)

시도자 비율은 훨씬 높을 수도 있다고 지적함

○ 비용 추계 과정에서 사용한 자살시도자와 자살사망자 관련 비율은 건강보험공단의 DB자료를 기초로 의료기관을 통해 최종 확인된 경우로만 한정함

- 사망신고 등 행정적 절차로 인해 소요된 기간 등을 고려하여, 자격상실일과 진료개시일 차이가 2개월 이내인 경우를 자살사망자로 간주함
- 2009년 기준, 자살로 인한 사망이 의료기관에서 확인된 경우는 총 1,175건으로, 2009년 총 자살사망자(15,413명)의 7.6%였고, 자살시도여부가 의료기관에서 확인된 경우는 3,087명으로 총 자살시도자(154,130명)의 2.0%였음

□ 이상의 수치들을 근거로 자살사망자 및 자살시도자의 직접 의료비용을 추계해 보면 다음과 같음

○ 자살자와 자살시도자의 직접 의료비용은 12억 9,700만원인 것으로 나타남

- 2009년 전체 자살사망자 15,413명, 자살시도자 154,130명(자살자의 10배)
- 의료기관에서 확인된 자살사망자는 1,175명(전체 자살사망자의 7.6%), 의료기관에서 확인된 자살시도자는 3,087명(전체 자살시도자의 2.0%)
- 2004년도 조사에 의한 자살자당 평균의료비(253,864원)의 소비자물가 상승률(2010년 1월 기준: 1.20069%)을 고려하면 304,812원
- 식: $(15,413\text{명} \times 7.6\% \times 304,812\text{원}) + (154,130\text{명} \times 2.0\% \times 304,812\text{원}) = 12\text{억 } 9,700\text{만원}$

○ 건강보험공단 자료에 의하면, 자살사망자를 포함한 자살시도자의 우울

증치료비용(본인부담금과 공단부담금 합산)은 총 60억 6,700만원인 것으로 나타남

- 남성은 총 1,438명에게 28억3,000만원이, 여성은 총 2,271명에게 32억 3,700만원이 우울증치료비로 소요됨
- 응급이송비용은 총 8,500만원이 소요되는 것으로 나타남
 - 응급이송 전문업체에 확인해 본 결과 응급차량 이용 기본비용은 2만원 이고, 응급구조사가 탑승한 경우는 5만원이며, 이 글에서는 기본비용 으로만 추계함
 - 식: $(15,413\text{명} \times 7.6\% \times 2\text{만원}) + (154,130\text{명} \times 2.0\% \times 2\text{만원}) = 8\text{천}5\text{백만원}$
- 변사사망 수사비용의 계산방법은 선행연구를 원용하였으며, 계산 결과는 32억2,700만원~64억5,300만원이 소요되는 것으로 나옴
 - 선행연구에 따르면 변사자 신고접수가 이루어질 경우, 관할 경찰서 및 형사 당직반 및 감식반이 출동하여 자·타살 확인, 유류품 확인, 영안 실 안치, 사체 검안서 작성, 가족에 연락, 가족에 사체인도, 자살사고 사건 종료와 같은 절차를 거침
 - 경사 1호봉(1,046,700원) 기준으로, 1인당 인건비는 근무 1일당(8시간 근무) 34,890원임
 - 최소 투입인력 4인 기준, 수사기간이 1.5일~3일 소요될 경우 인건비는 자살 한 건 당 최소 약 21만원(209,340원)에서 약 42만원(418,680원)으로 추계됨
 - 식: $15,413\text{명} \times 21\text{만원} \sim 42\text{만원} = 32\text{억}2,700\text{만원} \sim 64\text{억}5,300\text{만원}$
- 조기사망비용은 2004년도 연구를 기초로, 2009년 말(2010년 초) 기준 6년간의 소비자 물가상승률과 2009년도 자살사망자수를 이용하여 계산함

- 선행연구에서 추계한 모형 1의 조기사망비용을 2004년도 자살사망자 총수(11,523명)로 나누어 2004년도 자살사망자 1인당 조기사망비용을 계산한 후, 2009년 말 기준으로 소비자 물가상승률과 2009년도 자살사망자수(15,413명)를 곱하여 2009년 말(2010년 초) 기준 모형 1의 조기사망비용을 추계함
- 선행연구에서 추계한 모형 2의 조기사망비용을 해당 연도의 15~64세 연령집단 자살사망자수(8,410명)로 나누어 생산가능연령 자살사망자 1인당 조기사망비용을 계산한 후, 2009년 말 기준으로 소비자 물가상승률과 2009년도 생산가능연령 자살사망자수(11,261명)를 곱하여 모형 2의 조기사망비용을 추계함
- 모형 3의 비용은 선행연구에서 추계한 모형 2의 1인당 조기사망비용의 1/3에 해당되는 금액에 2009년 말 기준으로 소비자 물가상승률과 2009년도 15세 미만 및 65세 이상 연령집단의 자살사망자수(4,152명)를 곱하여 소비비용을 추계한 후, 이를 모형 2의 조기사망비용에서 차감함

2. 외부적 비용

- 앞서 [표 6]에서 제시한 바와 같이, 선행연구의 틀을 근거로 하여 사망자의 자살로 인한 충격으로 가족들이 추가로 지불한 외부적 비용을 2009년 말 기준으로 추계함
- 자살사망자 가족의 추가외래진료비는 102억 300만원인 것으로 나타남
 - 자살사망자 가족의 추가외래진료비는 2004년의 가족 1인당 추가 외래

진료비 137,832원의 소비자물가상승률 반영액인 165,494원에 가족수(4명)와 2009년도 자살사망자수(15,413명)를 곱하여 계산함

- 건강보험공단의 건강보험료 납부자료를 통해 파악된 자살사망자의 가족구성원은 평균 약 4명으로 나타남
- 식: $15,413\text{명} \times 4\text{명} \times 165,494\text{원} = 102\text{억 } 3\text{백만원}$
- 자살사망자 가족의 추가 입원진료비는 2004년도 18,529원의 소비자물가상승률 반영액인 22,248원을 이용하여, 추가 외래진료비와 동일한 방식에 의해 계산한 결과 13억 7,200만원으로 추계됨
- 식: $15,413\text{명} \times 4\text{명} \times 22,248\text{원} = 13\text{억 } 7,200\text{만원}$
- 외래 진료로 인해 소요된 교통비 총액은 26억 5,700만원으로 계산됨
- 2004년도의 교통비 평균 5,000원에 물가상승률을 반영하여 6,000원으로 계산
- 식: $15,413\text{명} \times 4\text{명} \times 6,000\text{원} \times 7.18\text{일} = 26\text{억}5,700\text{만원}$
- 자살사망자 가족의 보호자비용은 15억 1천만원으로 계산됨
- 일당 간병비는 50,000원, 입원일수는 선행연구와 동일하게 0.49일로 계산함
- 식: $15,413\text{명} \times 4\text{명} \times 50,000\text{원} \times 0.49\text{일} = 15\text{억 } 1\text{천만원}$
- 자살사망자 가족의 추가 외래진료로 인한 작업손실비용을 계산한 결과는 37억 5,700만원임
- 한국물가정보 노임단가 중 제조부문 보통 인부 1일 8시간 소득 금액인 67,909원(2009년 하반기)을 기준으로 함
- 추가 외래 방문일수는 선행연구와 마찬가지로 7.18일로 계산함

- 1회 추가 외래 방문시 평균 1시간 소요, 하루 8시간 근무 기준 1/8일
 - 건강보험공단 자료에 의한 가족수는 4명
 - 식: $15,413\text{명} \times 4\text{명} \times 7.18\text{일} \times 67,909\text{원} \times 1/8\text{일} = 37\text{억 } 5,700\text{만원}$
- 자살사망자 가족의 입원 진료로 인한 작업손실비용을 계산한 결과는 20억 5,100만원임
- 식: $15,413\text{명} \times 4\text{명} \times 0.49\text{일} \times 67,909\text{원} = 20\text{억 } 5,100\text{만원}$

자살대책기본법

제1장 총 칙

제1조 (목적) 이 법률은 최근 일본에서 자살에 의한 사망자수가 높은 수준으로 추이하고 있음을 감안하여 자살대책에 관하여 기본이념을 정하고 국가, 지방공공단체 등의 책무를 분명히 하는 동시에 자살대책의 기본이 되는 사항을 정함으로써, 자살대책을 종합적으로 추진하여 자살의 방지를 도모하고 아울러 자살자의 친족 등에 대한 지원의 충실을 도모함으로써 국민이 건강하게 사는 보람을 느끼며 살 수 있는 사회의 실현에 기여함을 목적으로 한다.

제2조 (기본이념) ① 자살대책은 자살을 개인적인 문제로만 다룰 것이 아니라 그 배경에 여러 가지 사회적인 요인이 있음을 감안하여 사회적인 대응으로 실시하여야 한다.

② 자살대책은 자살이 다양하고 복합적인 원인 및 배경을 가지는 것임을 감안하여 단지 정신 보건적 관점에서 뿐만 아니라 자살의 실태에 입각해서 실시되도록 하여야 한다.

③ 자살대책은 자살의 사전예방, 자살발생 위기에 대한 대응 및 자살이 발생한 후 또는 자살이 미수에 그친 후 사후대응의 각 단계에 따른 효과적인 시책으로 실시되어야 한다.

20) 이 법률은 2006년 6월 21일 법률 제85호로 제정되었음

④ 자살대책은 국가, 지방공공단체, 의료기관, 사업주, 학교, 자살의 방지 등에 관한 활동을 실시하는 민간단체 기타 관계하는 자의 상호 밀접한 제휴 하에 실시되어야 한다.

제3조 (국가의 책무) 국가는 전조의 기본이념(다음 조에서 “기본이념”이라 한다)에 따라 자살대책을 종합적으로 책정하고 실시할 책무를 진다.

제4조 (지방공공단체의 책무) 지방공공단체는 기본이념에 따라 자살대책에 대하여 국가와 협력하면서 해당 지역의 상황에 따른 시책을 책정하고 실시할 책무를 진다.

제5조 (사업주의 책무) 사업주는 국가 및 지방공공단체가 실시하는 자살대책에 협력하는 동시에 그 고용하는 노동자의 마음의 건강유지를 도모하는데 필요한 조치를 강구하도록 노력한다.

제6조 (국민의 책무) 국민은 자살대책의 중요성에 대한 관심과 이해가 깊어지도록 노력한다.

제7조 (명예 및 생활의 평온에 대한 배려) 자살대책의 실시에 있어서는 자살자·자살미수자 및 이들의 친족 등의 명예 및 생활의 평온을 충분히 배려하여 적어도 이것들을 부당하게 침해하는 일이 없도록 하여야 한다.

제8조 (시책의 대강) 정부는 정부가 추진해야 할 자살대책의 지침으로서 기본적이고 종합적인 자살대책의 대강을 정하여야 한다.

제9조 (법제상의 조치 등) 정부는 이 법률의 목적을 달성하는데 필요한 법제상 또는 재정상의 조치 기타 조치를 강구하여야 한다.

제10조 (연차보고) 정부는 매년 국회에 일본에 있어서의 자살의 개요 및 정부가 강구한 자살대책의 실시상황에 관한 보고서를 제출하여야 한다.

제2장 기본적 시책

제11조 (조사연구의 추진 등) ① 국가 및 지방공공단체는 자살의 방지 등에 관하여 조사연구를 추진하고 정보의 수집, 정리, 분석 및 제공을 실시한다.

② 국가는 전항의 시책의 효과적이고 효율적인 실시에 이바지하기 위한 체제의 정비를 실시한다.

제12조 (국민의 이해증진) 국가 및 지방공공단체는 교육활동, 홍보활동 등을 통하여 자살의 방지 등에 관한 국민의 이해가 깊어지도록 필요한 시책을 강구한다.

제13조 (인재의 확보 등) 국가 및 지방공공단체는 자살의 방지 등에 관한 인재의 확보, 양성 및 자질의 향상에 필요한 시책을 강구한다.

제14조 (마음의 건강유지와 관련된 체제의 정비) 국가 및 지방공공단체는 직역(職域), 학교, 지역 등에서의 국민의 마음의 건강유지와 관련된 체제의 정비에 필요한 시책을 강구한다.

제15조 (의료제공체제의 정비) 국가 및 지방공공단체는 마음의 건강유지에 지장이 생긴 것으로 인해 자살의 우려가 있는 자에 대하여 필요한 의료조기에 또한 적절히 제공되도록 정신질환을 가진 자가 정신보건에 관하여 학식경험이 있는 의사(이하 이 조에서 “정신과 의사”라 한다)의 진료를 받기 쉬운 환경의 정비, 신체의 상해 또는 질병에 대한 진료의 초기단계에서 해당 진료를 실시하는 의사와 정신과의사와의 적절한 제휴의 확보, 구급 의료를 실시하는 의사와 정신과의사와의 적절한 제휴의 확보등 필요한 시책을 강구한다.

제16조 (자살발생 회피를 위한 체제의 정비 등) 국가 및 지방공공단체는 자살을 할 위험성이 높은 자를 조기에 발견하여 상담 기타 자살의 발생을 회피하는데 적절한 대처를 할 체제의 정비 및 충실하게 필요한 시책을 강구한다.

제17조 (자살미수자에 대한 지원) 국가 및 지방공공단체는 자살미수자가 다시 자살을 도모하는 일이 없도록 자살미수자에 대한 적절한 지원을 실시하는데 필요한 시책을 강구한다.

제18조 (자살자의 친족 등에 대한 지원) 국가 및 지방공공단체는 자살 또는 자살미수가 자살자 또는 자살미수자의 친족 등에 미치는 심각한 심리적 영향이 완화되도록 해당 친족 등에 대한 적절한 지원을 실시하는데 필요한 시책을 강구한다.

제19조 (민간단체의 활동에 대한 지원) 국가 및 지방공공단체는 민간단체가 하는 자살의 방지 등에 관한 활동을 지원하는데 필요한 시책을 강구한다.

제3장 자살종합대책회의

제20조 (설치 및 소장 사무) ① 내각부에 특별기구로 자살종합대책회의(이하 “회의”라 한다)를 둔다.

② 회의는 다음에 열거하는 사무를 주관한다.

1. 제8조의 대강의 안을 작성하는 것
2. 자살대책에 관하여 필요한 관계 행정기관 상호의 조정을 하는 것
3. 전 2호에 열거하는 것 외에 자살대책에 관한 중요사항을 심의하고 자살대책의 실시를 추진하는 것

제21조 (조직 등) ① 회의는 회장 및 위원으로 조직한다.

② 회장은 내각관방장관으로 충당한다.

③ 위원은 내각관방장관 이외의 국무위원 중에서 내각총리대신이 지정하는 자로 충당한다.

④ 회의에 간사를 둔다.

⑤ 간사는 관계 행정기관의 직원 중에서 내각총리대신이 임명한다.

⑥ 간사는 회의의 소관 사무에 대하여 회장 및 위원을 돕는다.

⑦ 전 각 항에 정하는 것 외에 회의의 조직 및 운영에 관하여 필요한 사항은 정령으로 정한다.

부칙

제1조 (시행기일) 이 법률은 공포일부터 기산하여 6월을 넘지 않는 범위 내에서 정령으로 정하는 날부터 시행한다.

제2조 (내각부설치법의 일부 개정) 내각부설치법(1999년 법률제89호)의 일부를 다음과 같이 개정한다.

제4조제2항 중

“보호” 다음에 “자살대책의 추진”을 추가하고
동조 제3항, 제46호의2 다음에 다음의 1호를 추가한다.

제46의3. 자살대책의 대강{자살대책기본법(2006년 법률제85호) 제8조에 규정하는 것을 말한다}의 작성 및 추진에 관한 것

제40조제3항의 표 중

범죄피해자등 시책추진회의	범죄피해자등 기본법
---------------	------------

”을

범죄피해자등 시책추진회의	범죄피해자등 기본법
자살종합 대책회의	자살대책 기본법

”으로 고친다.

현안보고서 발간 일람

호 수	제 목	발간일	집필진
제1호	태안기름누출사건에 따른 국가 위기대응태세점검 및 향후대책	2007.12.18.	김종연 최준영
제2호	국제지명표준화 관점에서 바라본 독도표기문제 및 대응방안	2008. 7.31.	김종연 최준영
제3호	인터넷 실명제 쟁점	2008. 8.28.	김여라
제4호	한·미 방위비 분담의 현황과 쟁점	2008. 8.28.	김영일 신종호
제5호	국민연금과 직영연금 간 가입기간 연계제도	2008.10. 6.	원시연
제6호	2008 미국 대선의 주요 이슈와 우리나라에 대한 시사점	2008.10. 8.	김준 외 7인
제7호	미국의 대북제재현황과 테러지원국 지정 해제의 영향	2008.10.15.	이승현
제8호	지방행정체제 개편의 쟁점과 입법부의 과제	2008.10.31.	하혜영 외 6인
제9호	오바마시대 개막의 의의와 시사점	2008.11. 6.	김준 외 7인
제10호	자전거 이용 활성화를 위한 관련 법률 검토 및 쟁점 분석	2008.12. 8.	박준환
제11호	군경력 가산점제 재도입 논의의 쟁점	2008.12.10.	조규범
제12호	쇠고기 수입위생조건 국회심의규정의 검토 및 개정방향	2008.12.11.	정민정 김남영
제13호	사이버공간에서의 이용자 보호와 인터넷서비스제공자의 역할	2008.12.11.	이유주
제14호	인터넷 전화와 번호이동제도의 현황과 발전방향	2008.12.11.	박 철
제15호	선진국형 식품안전관리체계 마련 방안	2008.12.12.	김 준 배민식
제16호	공무원연금제도 개혁논의와 주요 쟁점	2008.12.22.	원시연
제17호	주식 공모도 현황 및 개선방안	2008.12.29.	박충렬

호 수	제 목	발간일	집필진
제18호	기초보장 급여체계의 개선 : 개별급여 방식을 중심으로	2008.12.30.	유해미
제19호	국가대표선수 은퇴 후 진로 강화를 위한 지원체계의 현황 및 발전방향	2009. 1. 7.	김신애
제20호	국회 및 주요국 의회의 질서유지제도	2009. 2. 6.	전진영
제21호	선상투표제도 도입관련 쟁점 및 시사점	2009. 2.20.	김종갑 외 3인
제22호	강제철거에서의 주거권 보호를 위한 입법적 개선방향	2009. 2.23.	조규범
제23호	신·재생에너지 의무할당제 도입관련 쟁점분석	2009. 4. 1.	유재국
제24호	「교통사고처리특례법」일부 위헌 판결에 따른 영향분석 및 후속조치 검토	2009. 4. 1.	박준환
제25호	정치자금 소액기부의 현황과 활성화 방안	2009. 4.14.	조만수
제26호	헌법재판소 변형결정의 기속력에 관한 입법개선방향	2009. 4.16.	김선화
제27호	대량살상무기확산방지구상(PSI)의 현황과 쟁점	2009. 5.11.	정민정
제28호	영리병원 도입 논의 및 정책과제	2009. 5.15.	이만우
제29호	일자리 나누기 정책의 개선과제	2009. 6. 2.	정종선
제30호	LED 조명산업의 현황과 지원정책의 개선방향	2009. 6.30.	유재국 이상은
제31호	금융채무불이행자 현황 및 지원정책의 개선방향	2009. 7. 9.	임동춘 주규준
제32호	존엄사 입법화의 쟁점과 과제	2009. 8.13.	이만우 조규범
제33호	온라인상 불법저작물 대책 및 개선방향	2009. 8.21.	나채식
제34호	전화금융사기(보이스피싱) 대응책의 현황 및 개선방안	2009. 8.21.	이유주
제35호	일본의 정권교체 그 의미와 시사점	2009. 9. 3.	이현출

호 수	제 목	발간일	집필진
제36호	북한 황강댐 방류에 대한 국제법적 고찰	2009. 9.22.	정민정 김상욱
제37호	미국하원의 발언관련 규범	2009. 9.28.	전진영
제38호	법률명 약칭 법제화 방안	2009. 9.28.	김남영
제39호	저출산 대응 주요정책의 현황 및 과제	2009.10.15.	유해미
제40호	신종플루의 대유행(Pandemic) 및 정책대응	2009.10.16.	이만우 허종호
제41호	대규모 소매점에 대한 규제: 쟁점과 대안	2009.10.20.	박충렬 정민정
제42호	석면 관련 법제의 개선방안: 현황, 문제점, 해외 사례를 중심으로	2009.10.21.	김 준 최준영
제43호	희유(稀有)금속자원 재활용의 문제점과 개선방안	2009.10.27.	김경민 신가은
제44호	입학사정관제의 바람직한 운영을 위한 제언 - 미국입학사정관제의 시사점 -	2009.11.10.	정환규
제45호	국회 인사청문제도의 현황과 개선방안	2009.11.12.	전진영 김선화 이현출
제46호	고령사회 대비 노인요양시설확충사업의 방향성 검토	2009.11.20.	원시연
제47호	방송광고판매 경쟁체제 도입과 쟁점	2009.11.27.	김여라
제48호	‘7.7 DDoS 사고’ 대응의 문제점과 재발방지 방안	2009.12. 1.	배성훈
제49호	한-인도 CEPA의 인력유입효과 제고방안	2009.12. 3.	정민정
제50호	퇴직공직자 취업제한제도의 현황과 개선방안	2009.12. 9.	박영원
제51호	일·가정 양립정책의 문제점과 개선방안	2009.12.10.	조주은
제52호	와이브로(WiBro)사업의 현황과 발전 방향	2009.12.15.	김유향
제53호	수입수산물 안전관리의 문제점과 개선방향	2009.12.16.	장영주

호 수	제 목	발간일	집필진
제54호	경찰의 주취자 보호·관리제도 개선방안	2009.12.17.	하혜영 유규영
제55호	버스준공영제 시행에 따른 지방자치단체의 재정 부담과 과제	2009.12.18.	박준환
제56호	미국의회의 입법과정과 우리 국회에 대한 시사점	2009.12.22.	전진영
제57호	조선산업의 현황과 정책 과제	2009.12.23.	전은경 이상은 김봉주
제58호	오바마 정부의 비핵화 정책과 북핵문제	2009.12.24.	김영일 유웅조
제59호	교통단속시스템 무력화 장비의 사용실태와 입법적 과제	2009.12.28.	유규영 하혜영
제60호	육우산업의 현황과 정책과제	2009.12.30.	배민식
제61호	고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토	2009.12.30.	이만우
제62호	프랑스 소재 외규장각 도서의 국내반환 방안	2010. 1.20.	정민정 유의정
제63호	다태아 지원정책의 문제점과 개선방안	2010. 1.28.	김주경 조주은
제64호	저출산·고령사회 극복을 위한 이민정책의 개선 과제	2010. 2. 1.	유의정
제65호	고령자 일자리 정책의 현황과 개선 방향	2010. 2. 3.	김 준
제66호	칠레 우파 대통령 탄생의 배경과 의미	2010. 2. 5.	김영일 이현출
제67호	콘텐츠정책의 평가와 주요국 사례비교	2010. 2.10.	김유향 최준영
제68호	애니메이션 산업의 현황 및 발전방향	2010. 2.11.	나채식
제69호	게임콘텐츠의 현황 및 육성 방안	2010. 2.17.	김신애
제70호	방송콘텐츠 현황 및 육성방안	2010. 2.22.	김여라
제71호	모바일 오픈마켓을 활용한 모바일 콘텐츠시장 활성화 방안	2010. 3. 2.	이유주

호 수	제 목	발간일	집필진
제72호	WTO/DDA 수산보조금 협상 대응방안 - 어업용 면세유를 중심으로 -	2010. 3. 3.	정민정 장영주 김경민
제73호	콘텐츠 산업 경쟁력 강화를 위한 과제	2010. 3. 9.	전은경 유재국 김봉주
제74호	미국하원의 선물 및 여행관련 윤리규정과 우리나라 회에 대한 시사점	2010. 4.14.	전진영
제75호	지방자치단체의 행정인력 현황과 개선방안	2010. 5. 3.	하혜영 박영원
제76호	지방자치단체 민간이전경비의 문제점과 개선방안	2010. 5. 3.	유의정
제77호	지방자치단체 사회복지재정 현황 및 개선방안	2010. 5. 3.	이유주
제78호	지방의회의 재정 감독권 강화방안	2010. 5. 3.	이정진
제79호	지방재정 건전성 강화를 위한 감사체계의 개선방향	2010. 5. 3.	조규범
제80호	지방재정위기관리제도의 문제점 및 개선방안	2010. 5. 3.	권아영 임언선
제81호	G20 정상회의의 발전과 주요 과제	2010. 5.17.	김영일 유용초
제82호	목표인구 과다설정에 기초한 지역개발사업 추진 의 문제점과 대응과제	2010. 5.18.	장경석 유재국
제83호	아동수당제도 도입 시 쟁점 및 정책과제	2010. 5.24.	유해미
제84호	2010 영국총선의 분석과 향후 전망	2010. 6. 7.	김영일 이정진 김 지
제85호	고령사회를 대비한 고령운전자의 교통안전대책	2010. 6.11.	박준환
제86호	주요국의 무상급식 현황 및 시사점	2010. 6.15.	이덕남 한지호
제87호	글로벌 금융위기 이후 국제금융질서 개편 과제	2010. 6.28.	원종현
제88호	고령사회에 대응한 식품산업의 과제	2010. 7.29.	장영주 김홍주

호 수	제 목	발간일	집필진
제89호	양육 미혼모 관련 정책 현황과 개선방안	2010. 7.29.	조주은
제90호	발암성물질 관리체계 개선방안	2010. 8. 6.	김경민 이종영
제91호	청소년 건강증진정책의 문제점과 개선방안 - 학교보건 서비스, 행정체계 및 자원 검토 -	2010. 8.25.	이만우 허종호
제92호	하도급거래 공정화제도에 대한 검토	2010.10. 4.	이건호
제93호	국가 정보보호 정책현황과 개선방안	2010.10.20.	배성훈
제94호	2010년 세법개정의 주요 쟁점	2010.10.21.	전완희 허원
제95호	장기미처리법률안의 해결방안	2010.10.22.	정대영 김미숙 박영원 전완희 이정은
제96호	건강보험 보장성의 쟁점과 과제 - ‘건강보험하나로’ 논의 등을 중심으로 -	2010.10.25.	김주경
제97호	오픈 프라이스제의 현황과 보완방안	2010.10.26.	김민지 김봉주
제98호	주요국 공직자비리수사기구의 현황과 시사점	2010.11.16.	전태희
제99호	사전투표제의 국가별 운영현황과 국내도입방향	2010.11.26.	김종갑 이현출
제100호	대·중소기업 양극화 해소 정책의 현황과 개선방안	2010.11.29.	박총렬
제101호	도시하천의 건천화 방지를 위한 물순환 건천화 대책	2010.11.30.	김상욱
제102호	공공기관 경영실적 평가제도의 현황과 과제	2010.12.2.	박미정
제103호	국회 인사청문제도 개선방안	2010.12.21.	이현출 전진영 김선화 유재민
제104호	「국회에서의 증언·감정 등에 관한 법률」의 개정방안	2010.12.22.	최석림 조규범 이주연 김민지

호 수	제 목	발간일	집필진
제105호	한반도 통일비용의 쟁점과 과제	2010.12.23.	이승현 김갑식
제106호	독일의 의무교육 무상지원 동향 및 시사점	2010.12.23.	이덕난 한지호
제107호	천일염 산업의 현황과 발전방안	2010.12.24.	배민식
제108호	국정감사 및 조사제도의 현황과 개선방안	2010.12.24.	최정인 김지
제109호	학교폭력 피해학생 보호를 위한 입법 및 정책 방안	2010.12.27.	이덕난 유지연
제110호	전기자전거 활성화를 위한 법령정비 방안	2010.12.28.	김경민 박준환
제111호	원자력 발전 설비의수출 경쟁력 강화 방안	2010.12.28.	유재국
제112호	디지털시대 방송소외계층의 방송접근권 제고 방안	2010.12.30.	김여라
제113호	기초생활보장 부양의무자 기준의 문제점과 개선방안	2010.12.30.	이만우
제114호	공공문서에 대한 개방된 형식 도입의 필요성과 정책 방향	2010.12.31.	배성훈 이승현
제115호	한·중·일 교역구조와 산업정책의 비교분석: 부품·소재 산업을 중심으로	2011. 2.22.	전은경
제116호	교통안전·방범활동에서 주민과 경찰간 협력강화 방안	2011. 3. 2.	하혜영 권아영

현안보고서 제117호

발 간 일 2011년 3월 15일
발 행 심지연
편 집 사회문화조사실 보건복지여성팀
기획관리관 기획협력팀
발 행 처 **국회입법조사처**
서울특별시 영등포구 의사당로 1
TEL 02·788·4524
인 쇄 경성문화사 (TEL 02·786·2999)

1. 본 책자의 무단 복제 및 전재는 삼가주시기 바랍니다.
 2. 내용에 관한 자세한 사항은 집필자에게 문의하여 주시기 바랍니다.
 3. 전문(全文)은 국회입법조사처 홈페이지(<http://www.nars.go.kr>) 'NARS 발간물'에 게시되어 있습니다.
-

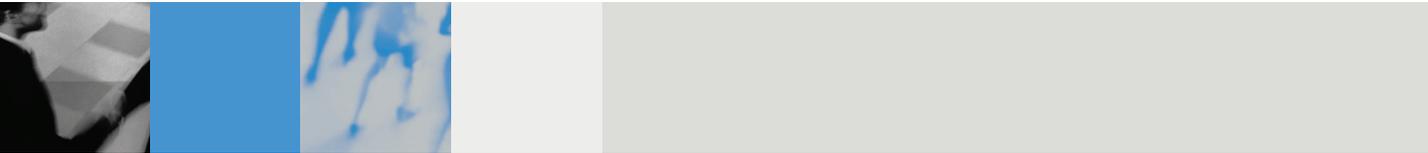
ISSN 2005-3215

발간등록번호 31-9735029-000641-14

© 국회입법조사처, 2011

현안보고서 제117호

자살예방대책의 문제점과 개선과제



NARS

National Assembly Research Service

(우)150-703 서울시 영등포구 의사당로 1 (국회입법조사처) tel.02)788-4510(대)

www.nars.go.kr

ISSN 2005-3215