
자살예방 국가 행동계획

2018. 1. 23.

관계부처 합동

순서

I. 우리나라 자살문제 현황	1
II. 우리나라 자살의 특성	9
III. 추진목표	18
IV. 추진과제	19
1. 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진	20
2. 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 ..	25
3. 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거	30
4. 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방	34
5. 대상별 자살예방 추진	37
V. 추진기반 마련	43
VI. 향후계획 및 협조요청	45

1 추진 개요

□ 추진 배경

- 우리정부는 역대정부 최초로 “자살예방 및 생명존중 문화 확산”을 국정과제에 포함시키며 자살문제 해결을 위한 정부 의지 확인
- 우리나라 자살현황에 대한 분석을 기초로, 지자체·해외 사례 및 전문가·현장실무자 의견을 반영하여 관계부처가 합동으로 대책 마련
 - * 관계부처·지자체 현황 조사(9.29), 현장실무자 간담회(10.27), 지자체 정책 과제 수요 및 우수사례 조사(10.24), 국정현안점검조정회의 (12.14)

□ 추진 경과

- 방향성을 제시하는 기본계획이 아닌 **Action Plan**으로 성과가 입증된 과제 중심으로 대책수립추진 (“17.9월~)
 - 2018년 예산 정부안(105억) 외에 57억원 증액
 - * 「제3차 자살예방계획(2016~2020)」의 보완계획으로 마련 추진
- 자살예방 사업 현황 파악 및 현장의견 수렴
 - * 관계부처·지자체 현황 조사(9.29), 현장실무자 간담회(10.27, 지자체 공무원·정신건강복지센터 직원 등 26명, 총 4차에 걸쳐 회의), 지자체 정책과제 수요 및 우수사례 조사(10.24), 지자체 공무원 인력수요 조사(10.30) 등
- 관계부처 과제발굴을 위한 협조요청 및 조정회의
 - * 과제발굴협조요청(9.29), 관계부처 국장회의(10.19), 주요부처 과장회의(11.2, 11.29) 등
- 자살예방 전문가 의견 청취(“17.9.20, 11.17, 11.27)
- 국정현안점검조정회의 관계부처 논의(12.14)

2

우리나라 자살문제 현황 및 특성

□ 우리나라 자살문제 현황

- (현황) 10만명 당 자살률은 25.6명, 연간 자살사망자 13,092명(2016)
 - 교통사고사망률(10.1명)의 2.5배, 13년간 OECD 1위 (OECD 평균 12.1명)
- (사회적 비용) 1년간 자살사망자의 기대소득 손실만 6.5조원 (2012년 기준)
 - 유가족의 고통, 국가 이미지 악영향 (“자살공화국” 등)도 가볍지 않은 문제
 - * 자살유가족의 자살위험은 일반인 대비 8.3배, 41.7%가 우울증 경험 등
- (추세) 2011년 정점을 찍고 감소세로 전환했으나 획기적 변화에는 한계
 - 자살률 : '11년 31.7명 → '16년 25.6명(자살자 2,814명, 자살률 19.2% 감소)
 - * 現 추세 유지시 2022년 자살률 19.8명으로 OECD 1위 탈피 곤란

□ 우리나라 자살의 특성

- (거시경제적 측면) 부정적 경기변동, 특히 실업률의 변화에 크게 영향
- (사회적 여건) 정신질환을 치료받지 않는 분위기*, 자살의 심각성을 인지하지 못하는 국민인식, 치명적 수단(목매(51.6%))을 선택하는 경향 등
 - * 우리 국민 4명 중 한 명은 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험, 이 중 22.2%만 정신건강서비스 이용(「정신건강실태조사」, 2016)
- (개인적 요인) 직접적인 동기는 정신적 문제(36.2%), 경제적 문제(23.4%), 신체질병(21.3%) 순
 - 청년은 정신과적 문제, 중장년은 경제적 문제, 노인은 신체질병 문제로 인한 자살이 타 연령 보다 높은 편
- (지역특성) 자살규모·연령·동기 등 다양, 지역경제 침체*도 큰 영향
 - * 조선업 구조조정 관련 지역 A시 자살자수 증가 '15년 53명 → '16년 90명

3

해외 동향

1 OECD 자살률 동향

- OECD 국가의 평균 자살률은 12.1명, 우리나라는 OECD 평균의 2.4배
 - OECD 국가의 평균 자살률은 '85년 10만명당 17.1명에서 '13년 12.0명, '15년 12.1명으로 전반적으로 감소 추세
 - 같은 기간 자살률이 증가한 국가는 한국을 포함한 8개국에 불과하며, 자살률 10명 이상 증가한 국가는 우리나라가 유일
- * 한국 : '85년 11.2명 → '13년 28.7명(17.5명 ↑, OECD 표준인구 기준)

2 자살예방 정책 성공사례

- (일본) 자살예방 전담조직 구성 및 적극적인 투자로 지난 12년간 자살률 30% 감소 (자살률 '03년 27.0명 → '15년 18.9명)
 - 일본의 연간자살자 수 1만명 감소('03년 34,427명 → '15년 24,025명), OECD 자살률 2위 → 5위('15년)

* “자살대책추진본부” 구성(내각부 → 후생성으로 이관('16))

 - △ 자살문제에 대한 사회적 관심 확대 △ 지역사회 중심 접근 △ 자살고위험군 관리 강화 △ 적극적인 예산투입*이 주요 특성

* 일본 자살예방예산(억원) : '13년 2,873 → '14년 3,614 → '15년 7,837 → '16년 7,927
- (핀란드) 심리부검을 대대적으로 실시하고 이를 바탕으로 국가 자살예방 전략 수립·시행, 자살률 절반이하 감소 (자살률 '90년 30.2명 → '14년 14.1명)
 - * 심리부검(psychological autopsy) : 사망 전 자살자의 심리 행동 양상 및 변화를 주변인의 진술과 기록을 통해 검토하여 자살의 구체적 원인을 검증

** 전문가 5만명 투입 1년간('87년~'88년) 자살사망자 1,366명 전수 심리부검

4

추진 과제

< 추진 목표 >

- ◇ 2022년까지 자살률 20명 이내, 연간 자살자 수 1만명 이내 달성
 - '16년 자살률 25.6명 /자살자 13,092명 → '22년 17.0명 /8,727명
 - * 일본은 12년간(2003-2015) 30% 감소, 우리는 6년간 33.6% 감소 목표
 - * 매년 평균 7%감소 가정(최근 5년간 연평균 감소율 4.18%)
- ◇ 2022년 말까지 5년간 누적 자살자수 총 1.5만명 감소, OECD 국가 중 자살률 1위 탈피 전망

1 과학적 근거에 기반한 전략적 접근

- 5년간('12~'16년) 발생한 자살사망자 7만명 전수조사 (경찰 수사기록활용)
⇒ 단기간에 마을단위 자살특성(연령·원인·수단 등), 정확한 사망지점, 객관적 정보 다량 확보로 지역단위 전략적 대응 가능
- 「국가 자살동향 감시체계(National Surveillance System on Suicide Trend)」 구축
 - 사망신고·경찰청 통계 등을 신속하게 확보, 자살동향 분석·활용
 - ⇒ 자살집중 발생지역 즉시 대응, 단기성과 모니터링 등에 활용

2 자살고위험군 발굴을 위한 쉼사회적 네트워크 구축

- 지역사회 풀뿌리조직 중심 자살예방 게이트키퍼 100만명 양성
 - 주변인의 자살 위험을 신속하게 인지하여 대응하도록 종교기관 및 시민단체, 읍면동 지역사회보장협의체, 이·통장(94천명) 등 우선 활용
- 사회보장서비스 제공기관(각종 센터) 간 연계 강화
 - 학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관 등 상담인력 전문 교육 실시, 정신건강서비스 연계 강화(희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행)
 - * 아동보호전문기관(61개소), 성폭력상담소(167개소), 고용센터(94개소) 등

○ 우울증 검진 및 스크리닝 강화

- 국가건강검진 상 우울증 검진 확대(40세·66세 1차문답 후 필요시 검진 → (개선) 40·50·60·70세 전체), 동네의원을 활용한 자살위험 스크리닝 등
- * 충북 충주시 노인우울증 스크리닝·치료로 노인자살 '10년 35명 → '16년 23명

③ 적극적 개입을 통한 자살위험 제거

○ 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축

- 정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템(MHIS) 구축으로 대상자 누락방지, 보건-복지 등 기관 간 지원 연계*, 지역사회 인적안전망** 활용
- * 보건소-읍면동, 서민금융통합지원센터-행복e음 연계 등
- ** 지역 풀뿌리 조직, 읍면동지역사회보장협의체 58천명, 이·통장(94천명) 등

○ 지역사회 정신건강 서비스 접근성 강화

- 정신건강복지센터 인력 확충(5년간 1,455명), 자살예방 상담전화 특수번호(13xx) 부여, “마음건강버스” 운영으로 찾아가는 상담실시

○ 자살을 촉발하는 위험요인 제거

- 번개탄 일산화탄소 저감 추진, 신종 자살수단 관리강화, 동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거마련

④ 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방

○ 자살시도자 사후관리 강화

- 응급실을 방문한 자살시도자 사후관리* 확대('17년 42개소 → '18년 52개소), 자살시도자·정신질환자 등에 대응하는 정신전문응급의료센터 지정 검토
- * 서비스 非수혜자사망률 14.6% vs 수혜자사망률 5.9%('13.7월~'15년 말까지)

○ 유명인 자살사건 대응체계 구축

- 연예인 정신건강 상담 지원(문체부), 유명인 자살에 대한 복지부-경찰청 공동대응 매뉴얼(정보공유, 언론사 협조요청, SNS 모니터링 등) 마련

5 대상별 자살예방 추진

○ 노동자 및 실직자 자살예방

- 사업장 보건관리자* 등 교육, “특별고용지원업종” 지정 시 자살예방 상담 강화, 사고 및 동료자살 등 직업적 트라우마에 대한 상담지원 강화

* 50인 이상 사업장 및 800억 이상 건설현장 6,408명 선임

○ 자살위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화

- **【퇴원정신질환자】** 퇴원 후 병원 또는 지역사회 기관이 위기대처능력 등 적응훈련 등 지원

* 퇴원 후 1년 내 자살률 10만명당 700명으로 일반인 자살률의 26.4배

- **【특수직렬 공무원】** △경찰관 상담지원을 위한 “마음동행센터” 확대 (6개소→18개소), △소방공무원 자살자에 대한 심리부검 실시 및 복합 치유센터 건립, △집배원 노동개선 대책 추진 등

○ 연령별 자살예방 대책 수립

- **【노인】** 독거노인 친구만들기 사업 확대(80개 → 152개), 치매환자 가족상담·휴식지원 등

- **【청장년】** 구직자·실업자 심리지원 프로그램 개발, 군인 전 장병 자살 예방 게이트키퍼 교육 실시 및 병영생활 전문상담관 확대 등

- **【학생·청소년】** 자살위험군 선별 강화·치료비지원 확대, “위기문자 상담체계”구축, 정신건강 전문가 학교방문·지원 확대, 교원 정신 건강역량강화 및 청소년 전문 사례관리자(청소년동반자) 확대배치 등

5 향후 계획

○ 「자살예방 국가 행동계획」 추진체계 구축 및 주요 과제 즉시 추진

- * 총리실 산하 ‘국민생명지키기 3개 프로젝트’ 점검협의회, 민관 자살예방 소통기구 (가칭) 생명존중·자살예방 정책협의회 구성 추진

< 「자살예방 국가 행동계획」 수립 경과 >

- 역대정부 최초 “자살예방 및 생명존중문화 확산” 국정과제에 포함(44-4)
- 실효성 있는 자살예방 대책 마련 지시('17.9.11, 수석비서관보좌관회의)
- 「자살예방 국가 행동계획」 * 수립 추진
 - * 제3차 자살예방계획의 보완계획 (2016~2020)
 - '17.9.20 제1차 전문가 간담회
 - '17.9.29 중앙부처 및 지자체 자살예방사업 현황조사
 - '17.9.29~ 관계부처 과제 발굴 및 의견수렴(41개 기관 66개 과제 제출)
 - '17.10.19 관계부처(청, 위원회 포함) 국장회의
 - '17.10.24 지자체 정책과제(수요) 및 우수사례 조사
 - ※ 17개 시도 정책과제 88건 및 우수사례 99건 제출
 - '17.10.27 현장 실무자 간담회(총 4차)
 - * 지자체 공무원, 정신건강복지센터 전문요원, 주거복지센터 등 상담인력, 방문서비스 제공인력 등 36명 참석
 - '17.10.30 지자체자살예방 담당공무원 수요 조사
 - '17.11.2 제1차 주요부처 안전발굴 회의
 - * 고용부·교육부·여가부 참석
 - '17.11.17 제2차 전문가 간담회
 - '17.11.27 관계전문가 간담회 * 부채상담가, 직업환경보건 전문가 등
 - '17.11.29 제2차 주요부처 안전발굴 회의
 - * 고용부, 교육부 참석
 - '17.11.29 자살사망자 전수조사 관계부처 회의
 - * 행안부, 경찰청, 통계청 참석
 - '17.12.14 국정현안점검조정회의
 - '18.1.12 재계*, 언론·방송계** 관련 기관 간담회
 - * 대한상의, 경총, 중소기업중앙회
 - ** 신문협회, 방송협회, 기자협회, 편집인협회, 인터넷 신문협회
 - '17.1.17 제3차 주요부처 안전 발굴·조정 회의
 - * 과기정통부, 방통위 참석

I. 우리나라 자살문제 현황

1 현황

◇ 우리나라 자살률은 25.6명, 연간 자살사망자 13,092명 (통계청, 2016)

* 자살률 : 인구 10만명당 자살자 수

○ 하루 평균 36명, 매 40분마다 1명이 자살로 생을 마감

* 자살시도자는 자살사망자의 10~40배(청소년은 50~150배)로 약 524천명 ((WHO(2006) 등), 자살사고자는 국민의 5%로 약 2,564천명 (「자살실태조사」 (2013) 등)

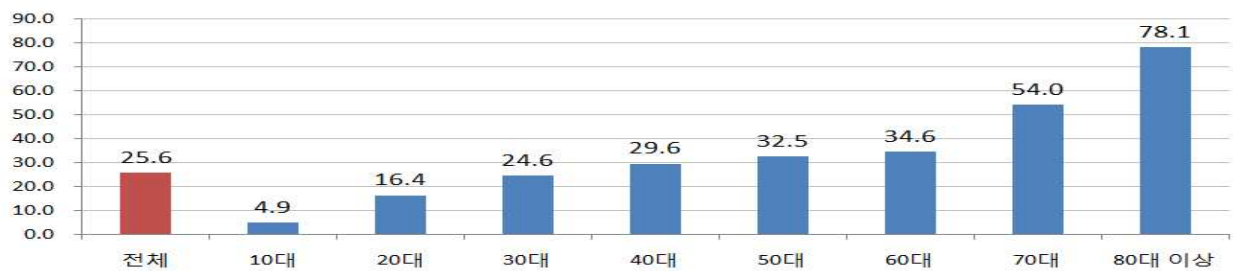
○ 자살률은 연령에 비례해서 증가*, 자살자 규모는 40~50대에서 최대

* 외국은 60대이후 자살률이 종전연령 수준 유지되거나 감소하는 것이 일반적

- 노인 자살률은 53.3명으로 전체 자살률의 2배 이상, OECD 노인 자살률(18.4명)의 3배 수준

* 노인자살률 : 프랑스 25.1명('13), 일본 25.8명('13), 미국 16.6명('14), 핀란드 17.3명('13)

연령별 자살률(명, 2016)



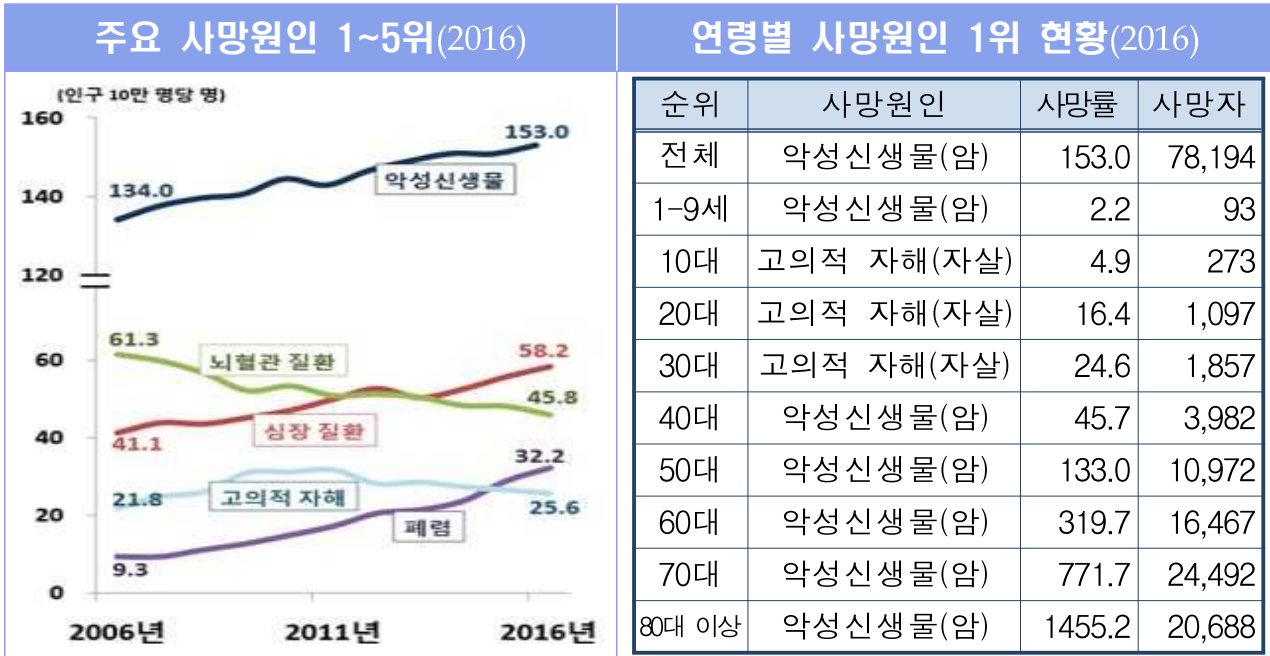
연령별 자살자 수(명, 2016)



○ 남성 자살률 36.2명으로 여성 15.0명에 비해 2.4배 높으나 다른 OECD 국가의 성비(3.5배)에 비해 여성자살률이 높은 편

◇ 자살은 “살릴 수 있는 생명” 을 앗아가는 주요 요인

○ 주요 사망원인 5위, 교통사고 사망률(10.1명)의 2.5배 수준

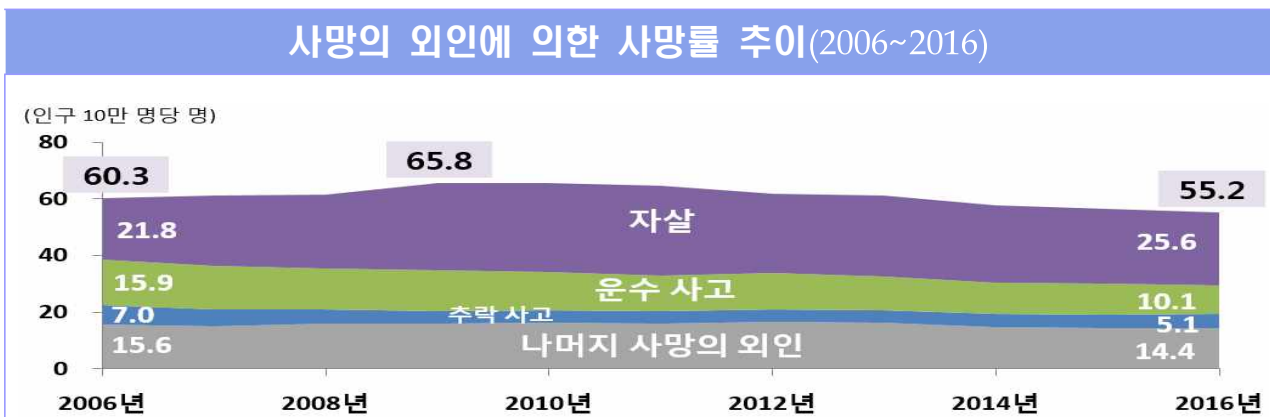


○ 10대 · 20대 · 30대 청소년 · 청년층 사망 원인의 1위

- * 사망원인 1·2위(인구 10만명 당 사망률) : 【10대】 자살(4.9)>운수사고(3.0)
【20대】 자살(16.4)>운수사고(5.7) 【30대】 자살(24.6)>악성신생물(14.0)

○ 병사나 자연사가 아닌 외인사*의 절반(46.4%)이 자살로 인한 사망

- * 사고사, 피살, 자살 등 “사망의 외인에 의한 사망”, 전체 사망의 약 10%



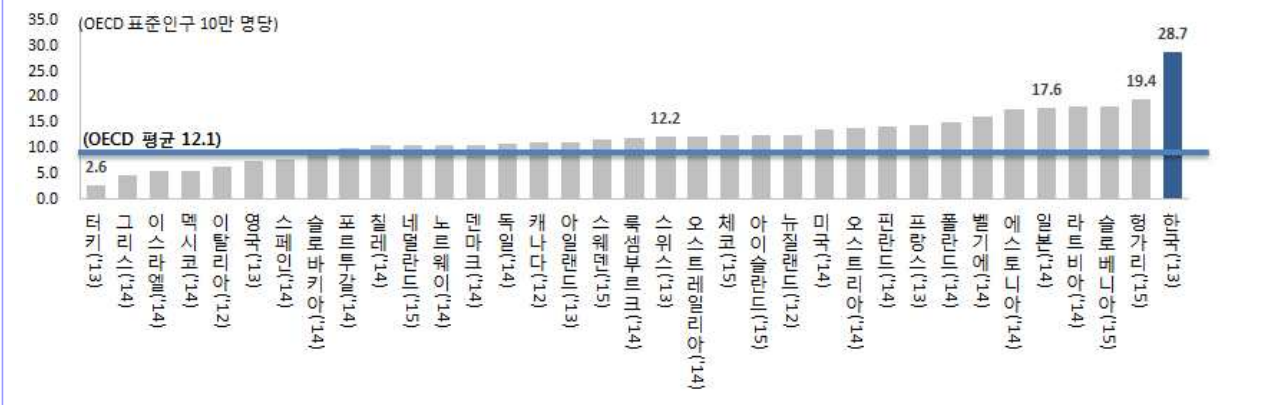
- 10세 이상 연령대의 사망 중 외인에 의한 사망은 자살이 최대

- * 10세 미만은 운수사고, 타살 등이 최대

◇ 우리나라 자살률은 13년간 OECD 최고 수준

○ OECD 국가 평균 자살률은 12.1명, 우리나라는 OECD 평균의 2.4배

OECD 국가 자살률 비교(명, 2017.9월)



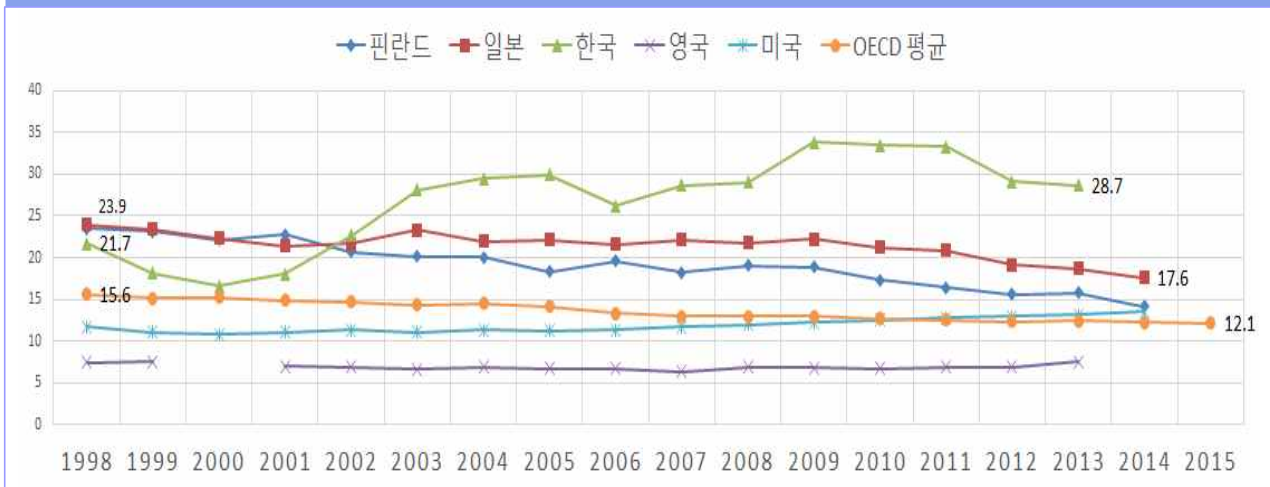
* OECD.STAT, Health Status Data(2017. 9. 추출), OECD 평균은 자료 이용이 가능한 35개 국가의 가장 최근자료를 이용하여 계산(인구구조를 반영한 연령표준화)

○ OECD 국가의 평균 자살률은 '85년 10만명당 17.1명에서 '13년 12.0명, '15년 12.1명으로 감소 추세

- 동 기간('85~'13년) 자살률이 증가한 국가는 한국을 포함한 8개국에 불과하며, 자살률 10명 이상 증가한 국가는 우리나라가 유일

* 한국 : '85년 11.2명 → '13년 28.7명(17.5명 ↑, OECD 표준인구 기준)

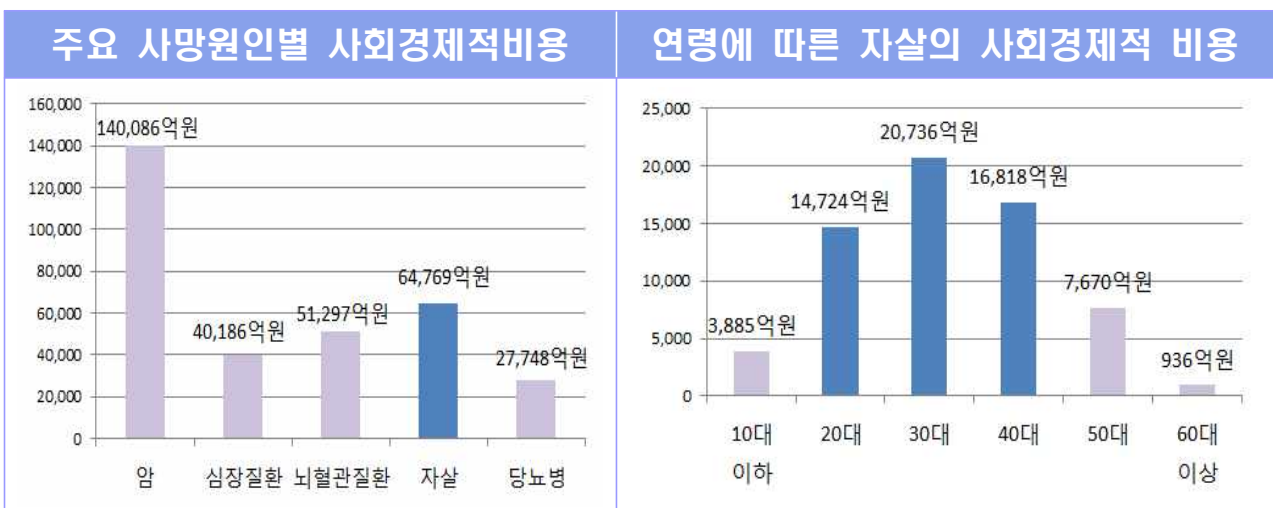
OECD 주요국가 자살률(명, 1998~2015)



2 자살로 인한 사회·경제적 문제

◇ 자살은 연간 6.5조원 규모의 사회경제적 비용 초래

- 자살한 당사자의 미래소득 감소분만 고려하면 연간 6.5조원 비용, 5가지 주요 사망원인 중 암(14조원)에 이어 가장 높은 수준(2012년 기준, 건강보험공단(2014))
- 20~40대의 손실 비용이 80%(5.2조원) 차지



- 외국에서 우울증 및 그로 인한 자살의 사회적 비용을 추계한 사례에서도 자살의 사회경제적 비용이 막대하다는 인식 반영

< 다른 나라 자살의 사회적 비용 추계 >

- ▶ 일본(2009) : 자살과 우울증으로 인한 손실 2.7조엔, 이 중 자살에 따른 생애소득 손실액이 1.9조엔
- ▶ 유럽 28개국(2004) : 우울증 총비용은 1,180억 유로, 이 중 자살에 따른 손실비용이 760억 유로
- ▶ 미국(2000) : 우울증 총비용은 831억 달러(GDP의 0.8%), 이 중 자살에 따른 손실비용이 54억 달러

※ LG경제연구원(2012)

- 사망으로 이어지지 않은 자살시도로 인한 외상·후유증 치료비, 자살유가족의 신체·정신질환 치료비 등을 고려하면 자살의 사회적 비용은 추계된 규모보다 높음

◇ 자살은 남은 사람들에게도 부정적인 영향

○ 자살유가족은 일반적인 사망과는 다른 애도과정과 심리·사회적 고통을 경험(WHO(2002))하여 자살위험이 일반인 대비 평균 8.3배*

* (Hedström et al., 2008)

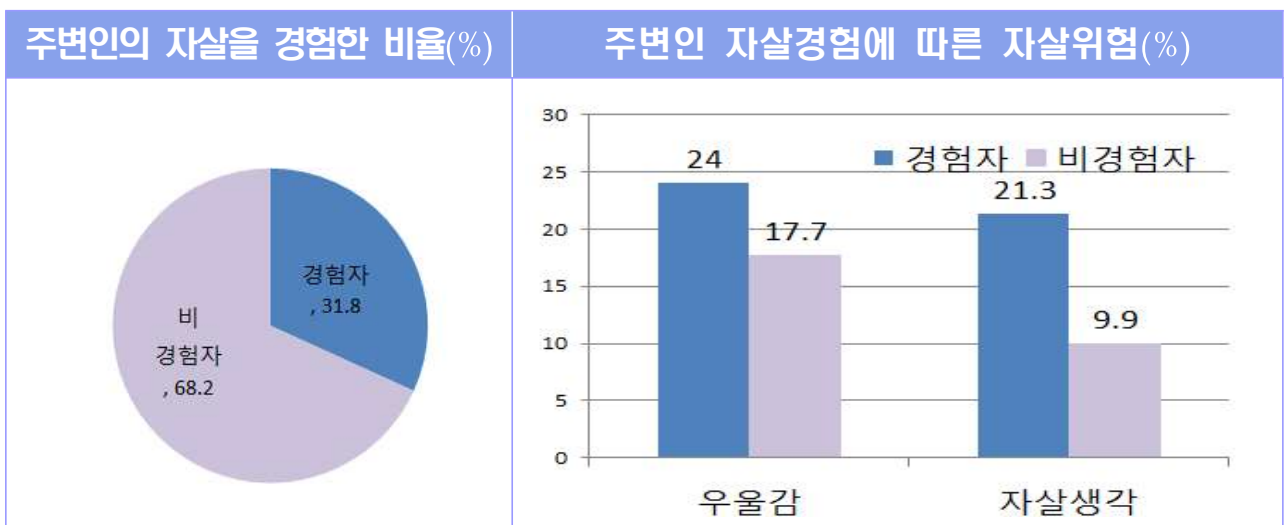
** 자살자가 남편인 경우는 16배, 아내인 경우는 46배 증가(Agerbo, 2005)

- 슬픔 및 상실감 뿐 아니라 망자의 죽음에 대한 자책, 사회적 낙인에 대한 수치·분노·원망 등 감정적 고통과 관계의 단절 경험

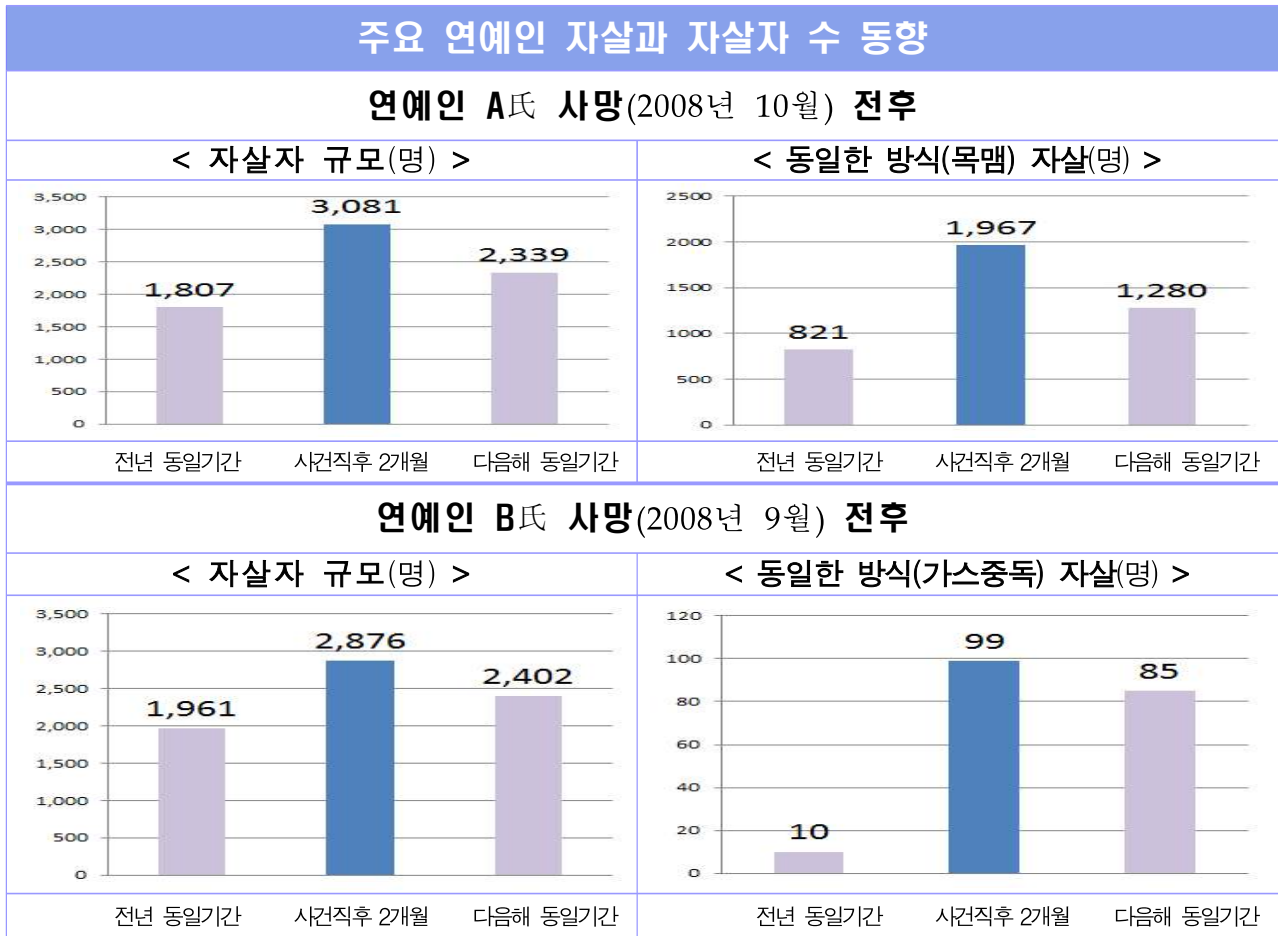
< 자살유가족 실태조사(2016) 주요 결과 >

- ▶ (사회생활) 대인관계 단절 또는 회피, 업무효율성 저하 경험(72.2%)
- ▶ (정서적 고통) 우울·의욕저하(75.0%), 불면(69.4%), 불안(65.3%), 분노(63.9%) 등 정신증상, 우울증(41.7%), 불면증(37.5%), 불안장애(31.9%), 적응장애(23.6%) 등, 입원치료 경험(11.1%)
- ▶ (신체적 고통) 호흡곤란·두근거림(59.7%), 두통(56.9%), 근육통·요통·전신피로(52.8%), 눈피로·이명(51.4%) 등 신체증상, 위염·위궤양(29.2%), 고지혈증(18.1%), 고혈압(8.3%) 등, 입원치료 경험(18.1%)
- ▶ (자살위험) 진지하게 자살하고 싶은 생각을 했던 경우가 43.1%, 이 중 자살위험이 높은 사람은 29%(전체의 12.5%)

○ 가족을 포함한 친척·친구 등 주변인의 자살을 경험한 사람은 우울감·자살생각 등 자살위험 상승 (「심리부검에 대한 대국민 인식조사」, 2015)



- 연예인 등 사회적 영향력이 큰 사람의 자살은 대규모 연쇄 자살을 초래하는 강력한 파급효과



◇ 높은 자살률은 국가 이미지와 우리사회에 대한 국민인식에도 악영향

- 우리나라의 높은 자살률은 교통사고 사망률('15년 9.1명), 산업 재해사고 사망률('16년 5.3명)과 더불어 OECD 평균을 크게 상회하는 대표적인 지표로 국격에 어울리지 않는 수준

* OECD 평균 : 교통고 사망률 5.6명, 산업재해사고 사망률 2.9명

- '자살공화국' 등 용어로 우리사회에 대한 부정적 인식을 강화

< 우리사회에 대한 국민인식 조사(희망제작소, 2016) >

- ▶ 우리사회 희망 : 절망적 47.8% vs 희망적 28.3%
- ▶ 향후 경제상황 : 나빠질 것이다 45.4% vs 발전할 것이다 16.8%
- ▶ 소득불평등 및 빈곤 : 악화될 것이다 65.4% vs 개선될 것이다 8.8%

3 최근 동향

◇ 우리나라 자살률은 2011년 정점을 찍고 감소세로 전환

○ 2011년 대비 연간 자살자 수 2,814명, 자살률 19.2% 감소

* 자살률 : '11년 31.7명 → '12년 28.1명 → '13년 28.5 → '14년 27.3명
→ '15년 26.5명 → '16년 25.6명

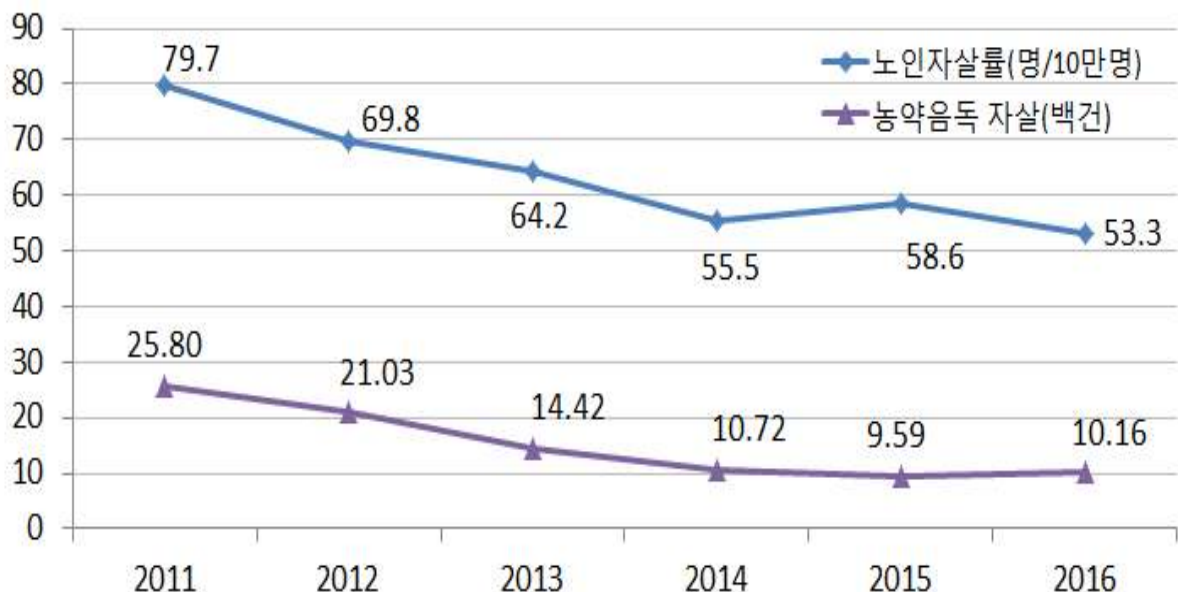
○ 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제정·시행(2012~)* 등 자살예방 정책 본격 추진, 치명적 자살수단 차단 등 정책의 성과

* 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 자살예방기본계획(제7조), 실태조사(제11조), 자살예방센터 설치(제13조), 자살예방의 날(9월10일) 등

- 지하철 스크린도어 설치('06년~), 맹독성 농약에 대한 생산('11.11월)·유통 금지('12.11월)를 통한 자살률 감소 성과
- 제 1, 2, 3차 자살예방 기본계획 수립 후 시행 중 ('04~'20년)

○ 농약음독 및 노인 자살 감소가 전체 자살률 감소에 가장 큰 영향

노인자살률과 농약음독 자살 간 관계(2011~2016)



◇ 자살률의 획기적인 감소에는 한계

- 과거 5년간 평균 감소율*을 유지할 경우 2022년에도 자살률 19.8명, 자살자 수는 10,363명으로 여전히 OECD 1위 탈피 곤란

* 5년간(2011~2016) 평균 감소율 : 자살자수 3.82%, 자살률 4.18%

- 2015년 노인자살률 증가('14년 55.5명 → '15년 58.6명), 2016년 10대 자살률 증가 ('15년 4.2명→ '16년 4.9명) 등 연령대에 따라 소폭 증감

- 최근 5년간(2011~2016) 시군구 별로 자살률은 전반적으로 감소
 - 농약자살 및 노인자살이 대폭 감소한 지역에서 감소폭이 더 큰 경향
 - 5년 전(2011) 대비 자살률이 증가한 일부 시군구(16개소)는 대부분 번개탄을 이용한 자살이 증가

* 16개 지역 중 10개소에서 가스중독에 의한 자살이 2배 이상 증가

< 자살증가 지역의 자살수단 별 자살자 규모 증가율(% , 2011~2016) >

지역구분(시군구)	가스 중독	기타화확물질	농약	목매	익수	추락	전체
경기	A	100	-100	-67	14	-	28
경남	B	350	-75	8	79	100	64
	C	80	100	-64	67	-	25
	D	113	0	-56	-5	-	21
	E	0	-	43	0	0	29
경북	F	600	-80	-33	6	-	5
	G	100	-	-44	60	-	33
대전	H	250	-100	-67	4	-100	2
울산	I	300	-	-50	9	0	22
전남	J	-	-100	-15	0	-	14
	K	400	500	-83	200	-	8
	L	-	-	29	11	-100	35
	M	-33	-	-90	100	0	0
전북	N	200	100	-57	243	-	38
충북	O	300	-	25	75	-	60
	P	36	0	0	-14	-	3

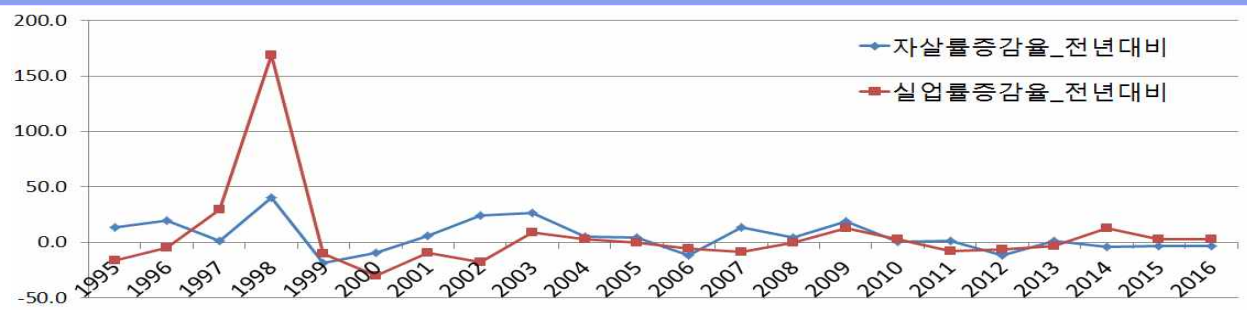
Ⅱ. 우리나라 자살의 특성

1 거시적으로 국가경제 부침에 의존

◇ 자살률은 부정적인 경기변동의 영향을 크게 받는 경향

- 실업률의 변동과 자살률 변동이 높은 상관관계를 나타내, 취업상태에서 실업상태로 변화할 때 자살위험이 증가

실업률 변화와 자살률의 변화(1998~2016)



- 1997년 외환위기, 2002년 카드대란, 2008년 미국발 금융위기 등을 겪으면서 자살률 수직 상승한 뒤 원상회복되지 않고 높은 수준을 유지

◇ 소득 불평등의 심화도 자살률 변동에 영향

- 경제적 불평등과 차별에 대한 인지는 자살률에 부정적 영향(강초록 조영태(2011) 등)

상대적 빈곤률의 변화와 자살률의 변화(1990~2016)



* 상대적빈곤율(%) : 중위소득 50% 이하(빈곤선) 계층이 전체 인구에서 차지하는 비율

2 사회구조 및 문화적 여건도 큰 영향

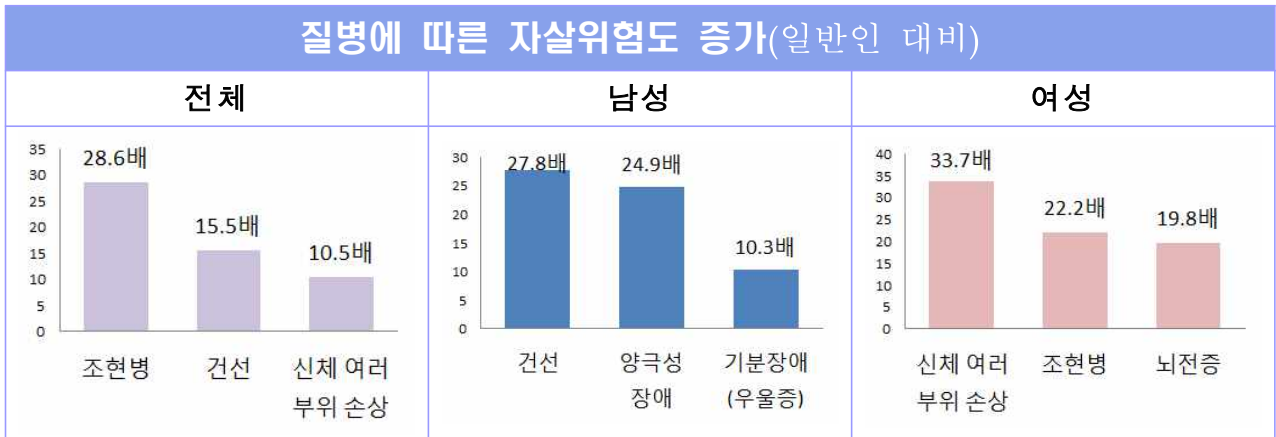
◇ 낮은 사회통합과 가족관계의 약화는 높은 자살률의 주요 원인으로 지목

- 자살의 사회적 요인에 주목하는 관점에서 볼 때 우리나라의 낮은 사회통합수준이 자살률* 상승에 영향(「OECD 회원국의 사회통합과 자살률」, 2011)
 - * 개인주의적 경향으로 발생하는 “이기적 자살(egoistic suicide)”, 사회환경 변화 부적응으로 발생하는 “아노미적 자살(anomic suicide)” 등(뒤르켐의 분류에 따름)
- 삶에 대한 긍정적 태도와 역경의 극복능력*은 사회적 지지를 통해 강화될 수 있으나** 우리사회 사회적 상호작용·지지체계는 부족
 - * 통합력(Sense of Coherence) : 개인이 처한 상황을 포괄적으로 이해하고, 자원을 적절히 활용하며 스스로 삶의 의미를 찾는 과정으로 구성(Antonovski 등)
 - ** 「통합력과 자살생각, 사회적 지지의 연관성 연구」(김지연·김창엽, 2014)
- 우리나라 학생들의 ‘사회적 상호작용 능력’은 조사대상 36개국 중 35위
 - * ICCS(International civic and citizenship education study) 분석결과(한국청소년정책연구원 등, 2011)
- 이혼의 증가, 노부모-자녀의 관계 소원化 등 가족관계의 약화는 자살문제에 부정적 영향
 - * 가족통합정도가 높은 나라의 자살률이 상대적으로 낮고(신동준, 2012), 가족유대감과 마을공동체 의식 수준이 높을수록 자살충동이 낮음(이보랑·이정화, 2015)

◇ 타인의 시선을 지나치게 의식하는 분위기도 자살문제 약화에 한몫

- 정신질환에 대한 편견이 높아 우울증 등 정신질환을 적기에 치료받지 않는 문화
 - * 우리 국민 4명 중 한명은 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험, 이 중 22.2%만 정신건강서비스 이용(「정신건강실태조사」, 2016)
 - * 1년간 정신건강서비스 이용률(%) : 미국 43.1('15) 캐나다 46.5('14) 호주 34.9('09)

- 건강보험 빅데이터 분석 결과, 조현병, 건선, 신체손상 등 사회적 편견이 심한 질환을 앓는 사람의 자살위험이 상승(중앙심리부검센터, 2017)



◇ 자살문제에 대한 심각성을 인지하지 않는 사회적 분위기

- 자살에 대한 선정적 보도는 모방자살을 초래하거나(베르테르 효과), 자살방법을 확산시킬 위험이 있어 주의가 필요함에도 자살보도 권고기준에 대한 언론의 인식 부족

- 오스트리아에서 '83년 지하철 자살시도 보도 후 모방자살이 급증 → '87년 자살예방협회 자살보도권고 및 언론의 협조로 자살 감소*

* 지하철 투신자살 : '83년 자살 0건, 자살시도 1건 → '87년 자살·자살시도 각 11건 → '92년 자살 5건 자살시도 3건('87년 대비 자살 57.5% 감소)

< 자살보도 권고기준(2013~) >

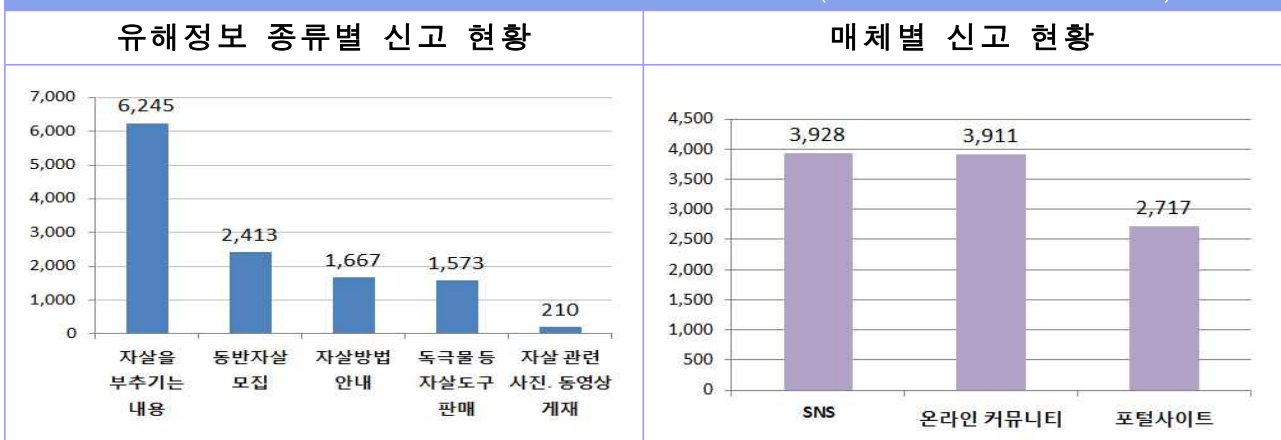
- 【1】 언론은 자살에 대한 보도를 최소화해야합니다
- 【2】 자살이라는 단어는 자제하고 선정적 표현을 피해야합니다
- 【3】 자살과 관련된 상세 내용은 최소화해야합니다
- 【4】 유가족 등 주변 사람을 배려하는 신중한 자세가 필요합니다
- 【5】 자살과 자살자에 대한 어떠한 미화나 합리화도 피해야합니다
- 【6】 사회적 문제 제기를 위한 수단으로 자살 보도를 이용해서는 안 됩니다
- 【7】 자살로 인한 부정적 결과를 알려야합니다
- 【8】 자살 예방에 관한 다양하고 정확한 정보를 제공합니다
- 【9】 인터넷에서의 자살 보도는 더욱 신중해야합니다

- 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠와 SNS 메시지 및 포털게시판 등에 동반자살자 모집 등 자살유해정보가 범람하고 있으나 실효성 있는 제재방안 부재
 - 자원봉사자로 구성된 모니터링단을 조직, 경찰청과 공동 신고대회 개최, 해당 포털社 등에 삭제요청 또는 심각한 경우 경찰 신고처리

< 자살유해정보의 종류(중앙자살예방센터) >

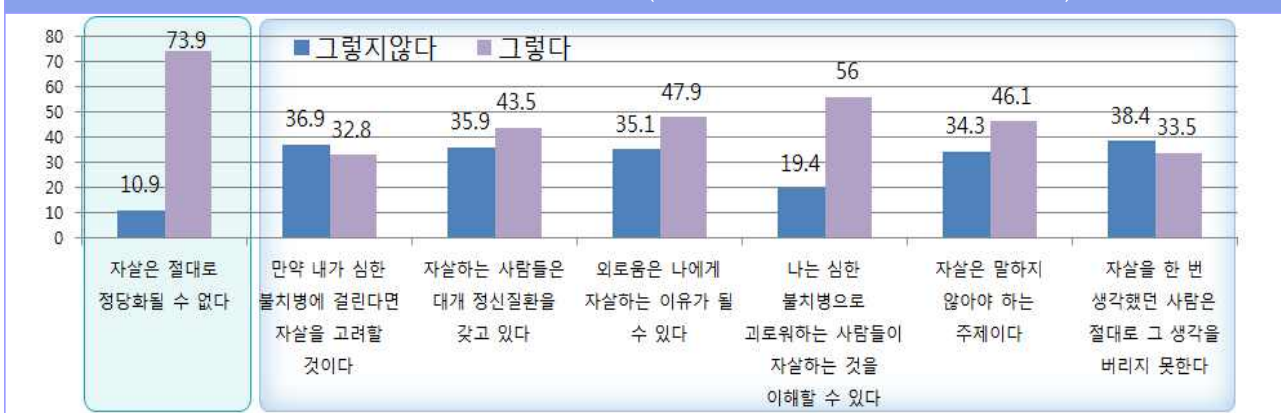
- ▶(자살모집 동반정보) 동반자살 인원모집 및 의향을 표현하는 내용의 콘텐츠
- ▶(자살방법 제시) 자살할 수 있는 수단 및 방법을 명시한 내용이 포함된 콘텐츠
- ▶(자살실행 이미지 및 동영상) 자살과 관련된 자극적 이미지 및 동영상
- ▶(독극물 등 판매정보) 자살수단 판매, 구입처를 포함한 콘텐츠
- ▶(그밖에 자살조장 정보) ‘죽고 싶다’와 같은 자살표현 등 자살관련 내용

2017년 하반기 자살유해정보 신고대회 결과(건, 중앙자살예방센터)



- 자살에 대해 부정적으로 생각하면서도 “불치병에 걸린 사람의 자살을 이해한다” 등 자살과 자살예방에 대한 잘못된 인식 팽배

자살문제에 대한 국민 인식(% , 「자살실태조사」 , 2013)



◇ 치명적 수단 활용, 언론보도·유해정보를 통해 자살방법 확산

- 우리나라는 전통적으로 목매이 많은 것이 높은 자살률의 원인 중 하나
 - 전체 자살자 13,092명 중 목매(51.6%), 추락(14.6%), 가스중독(번개탄, 14.0%), 농약(7.8%) 순('16년)
 - 연령에 따라 주로 활용하는 자살수단·방법이 상이
- 농약음독·목매이 감소한 반면 가스중독 및 신종자살수단 증가
 - 2008년 유명 연예인의 번개탄을 이용한 자살사망 보도 후 번개탄을 이용한 자살 증가 ('07년 93명 → '15년 2,207명, 24배 ↑)

자살수단별 자살자 현황(명, 경찰청, 2006~2016)

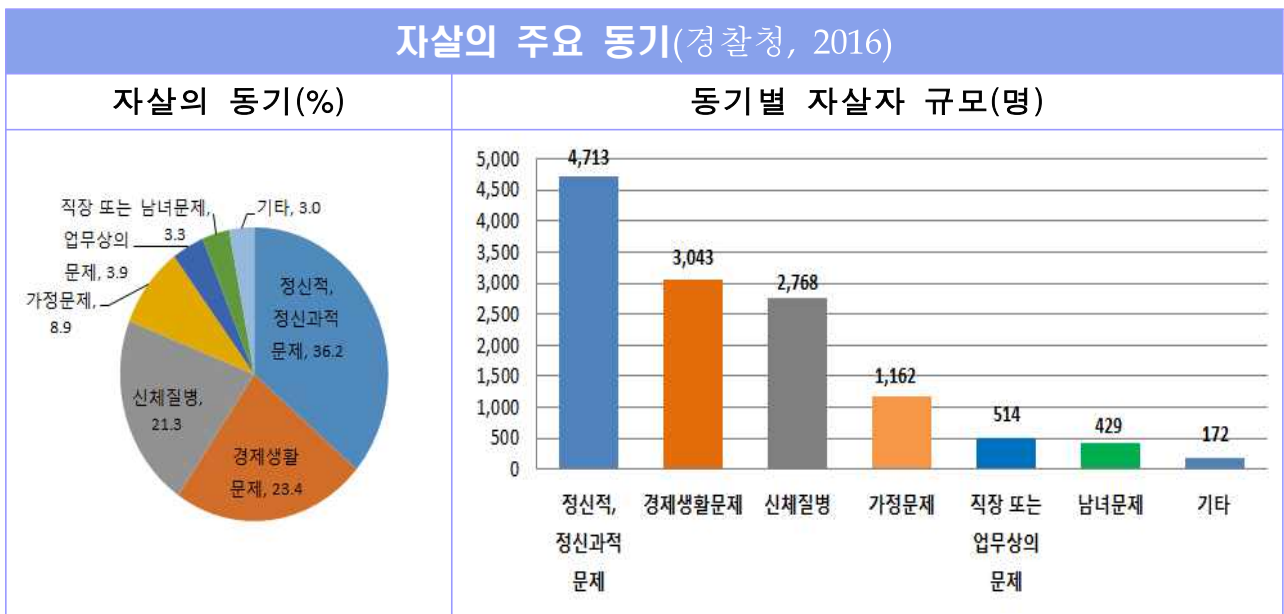


- 신종 자살 수단이 등장, 인터넷·언론을 통해 확산

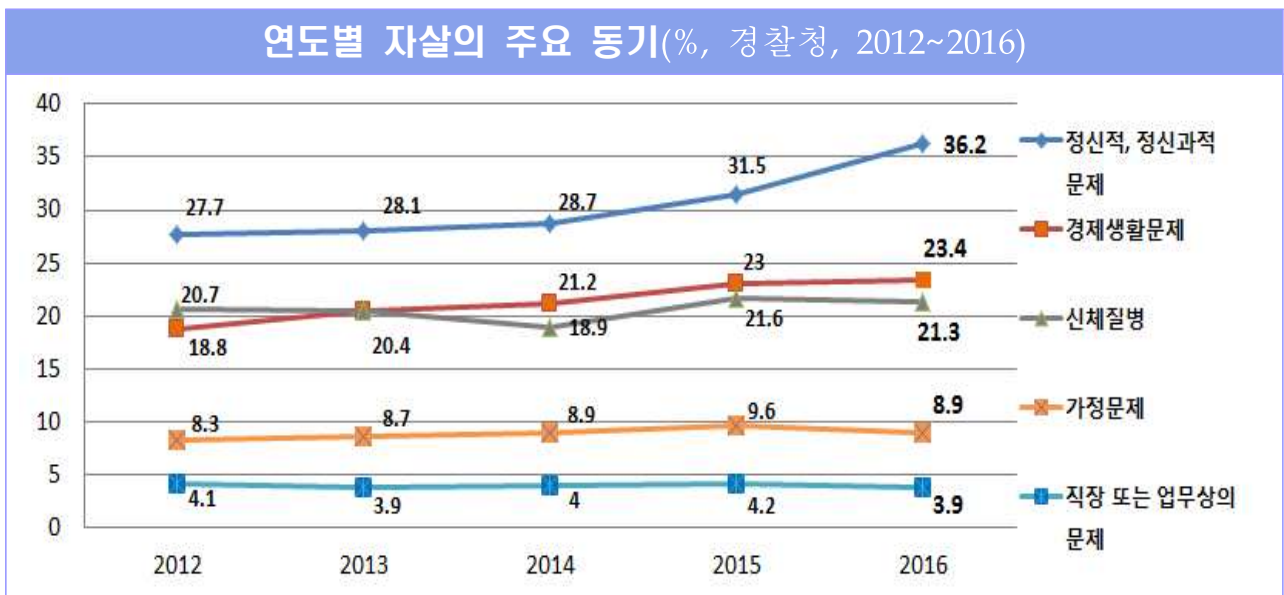
3 삶의 위기는 자살의 직접적 동기로 작동

◇ 경제적 상황이나 신체 질병, 정신건강 요인이 복합적으로 작용

- 정신적 문제(36.2%), 경제생활 문제(23.4%), 신체질병(21.3%)이 자살의 주요 동기

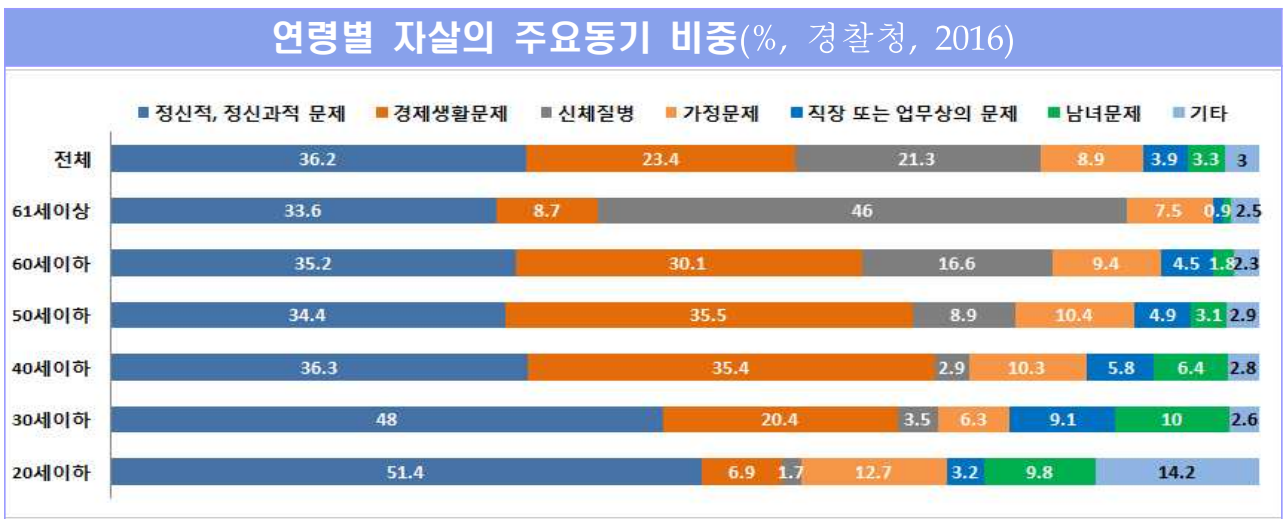


- 정신적 문제 및 경제적 어려움으로 인한 자살의 비중이 지속 상승, 정신적 문제로 인한 자살이 지난해 대비 대폭 증가



◇ **성별, 연령, 직업, 지역에 따라 자살의 동기는 다소 차이**

- **【남성】** 은 정신과적 문제(29.9%)>경제생활(28.3%)>신체질병(22.0%)
【여성】 은 정신과적 문제(51.3%)>신체질병(19.5%)>경제생활(11.5%) 순
- **【20세이하 · 30세이하】** 에서 정신과적 문제의 비중이 크고,
【40세이하 · 50세이하】 는 다른 연령층보다 경제적인 문제가 많으며
【61세이상】 에서는 신체질병 문제가 큰 비중



- 노인계층이 많은 농임수산업 종사자는 신체질병, 자영업자는 경제생활문제, 무직자는 정신과적 질병문제가 많은 특성

<직업별 자살동기 비중(% , 경찰청, 2016) >

구분	가정문제	경제생활 문제	남녀문제	신체질병	정신과적 질병문제	직장 내 문제	기타
농임수산업	18.0	11.4	2.1	36.3	29.1	0.7	2.4
자영업	9.7	48.7	3.0	6.3	22.1	8.3	1.8
전문직	8.1	27.0	8.5	8.1	35.1	10.5	2.8
공무원	9.1	20.5	5.7	10.2	29.5	25.0	0.0
일반봉급자	14.8	32.9	9.9	5.1	23.4	10.1	3.7
유형업종사자	10.5	36.8	21.1	0.0	31.6	0.0	0.0
일용노동자	10.9	43.6	2.8	11.8	25.1	1.4	4.3
기타피고용자	11.6	33.1	4.6	8.5	33.0	6.3	2.9
무직자	6.2	15.7	1.9	31.8	40.1	2.3	2.0
전체	8.9	23.4	3.3	21.3	36.2	3.9	3.0

◇ 사회적 관계 단절과 사회서비스의 연결실패로 자살시도 촉발

- 삶의 위기, 정신적 어려움에 처해있을 때 지원을 요청할 공식적·비공식적 네트워크가 없을 때 자살 시도
 - * 사회적 지지의 부재 또는 고립감이 자살 촉발(WHO, 2014), 어려움이 있을 때 의논하거나 도움받을 사람이 많으면 자살시도 경험 0.68배로 감소(Kleiman&Liu, 2013) 등
- “등록금 모녀”, “송파 세모녀” 등 어려운 환경에 처해있으면서도 공적 지원을 신청조차 하지 않고 자살하는 경우 지속 발생
 - 단전·단수 가구 등 잠재적 위기가구를 복지담당 공무원이 먼저 찾아가 지원*하는 등의 조치에도 복지사각지대 여전히 존재
 - * “복지사각지대 발굴시스템”(’15.12월~) : 단전·단수 등 14개 기관 27종의 위기징후 정보를 바탕으로 잠재적 위기가구 방문조사(총 9차례) 12만명 지원

4 지역의 특수성을 고려할 필요

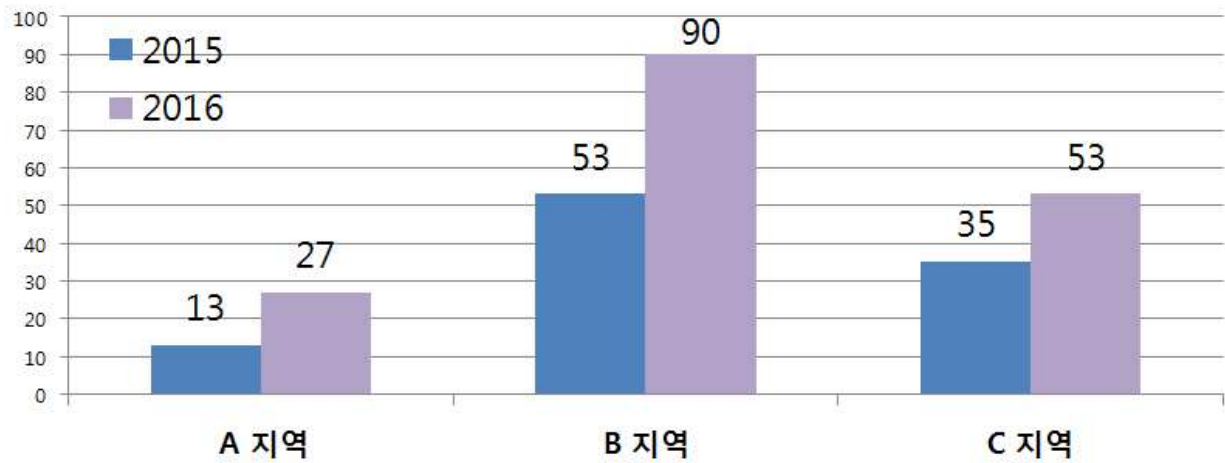
◇ 지역에 따라 자살규모, 자살원인 및 수단 등 다양

- 충북(27.5명), 충남(26.0명), 강원(25.2명)이 높고 서울(19.8명), 대구(20.3명), 경기(20.4명)가 낮음 (’16년, 연령표준화)
 - * 자살자 수는 경기(2,879명), 서울(2,261명), 부산(943명) 순
 - 최저 5.2명(경북 울진군), 최고 51.9명(인천 옹진군)임 (’16년, 연령표준화)
- 지역에 따라 자살이 주로 발생하는 연령·직업 및 자살 수단도 상이
 - 노인이 많은 농촌은 질병을 원인으로 하는 자살, 자영업자가 많은 공단은 경제적 문제로 인한 중장년 자살이 상대적으로 빈번
 - 정신보건 관련 인프라·자원의 지역 간 불균형도 상당
 - * 기초정신건강복지센터가 없는 시군구 16개소, 정신의료기관이 없는 시군구 39개소(’16년말 기준)

◇ 지역의 핵심산업 침체 등 지역사회 변화도 고려할 필요

○ 조선업 구조조정 영향으로 2016년 관련 지역 자살 대폭 증가

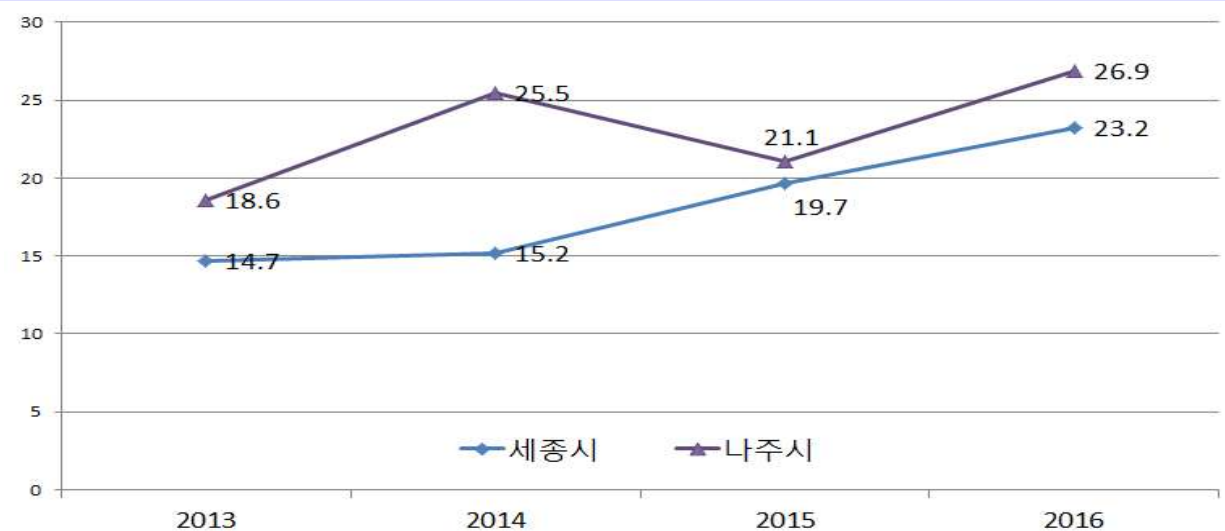
조선업(구조조정) 관련 지역의 자살자 규모 변화(명)



○ 세종시, 나주시 등 신도시 개발 및 외부 인구유입이 많은 지역에서 자살률이 상승하는 경향

- 세종은 2015년까지 자살률이 가장 낮은 지자체였으나 가파르게 증가(전년 대비 17.8% ↑)하여 17개 시도 중 7위로 상승

신규인구 유입이 많은 지역의 자살자 규모 변화(명)



Ⅲ. 추진 목표

◆ **매년 1000명 씩 (5년간 15,000명) 자살 사망자 감소**

○ 자살사망률 2β 수준으로 감소 (OECD 평균의 2.4배 → 1.4배)

1. 2022년까지 자살률 20명 이내, 연간 자살자 수 1만명 이내로 축소

○ '16년 자살률 25.6명, 자살자 13,092명 → '22년 17.0명, 8,727명

* '11년~'16년까지 5년간 연평균 자살률 감소율인 4.18%의 170% 수준인 7%씩 감소 가정('17년은 5년간 평균 감소율 수준으로 감소한다고 가정)

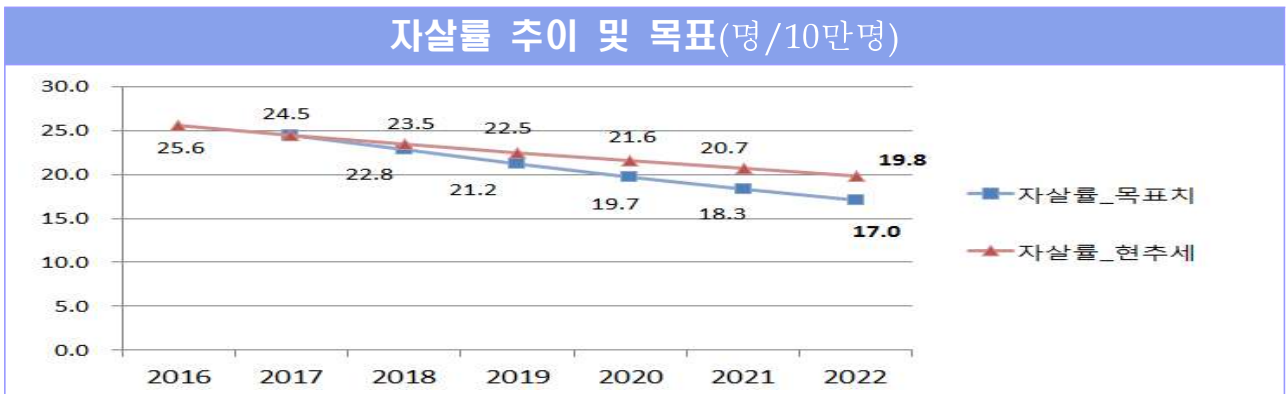
○ 자살률 17.0명 달성 시 OECD 국가 중 자살률 1위 탈피 기대

* 헝가리('15년) 19.4명, 슬로베니아('15년) 18.1명 수준이며 자살률 등락 반복 중

2. 2022년 말까지 총 1만5천명의 자살 예방,

자살률 최고점이었던 10년 전('11년) 대비 절반수준(46%) 감소

○ 일본은 12년간 자살률 30% 감소 ('03년 27.0명 → '15년 18.9명)

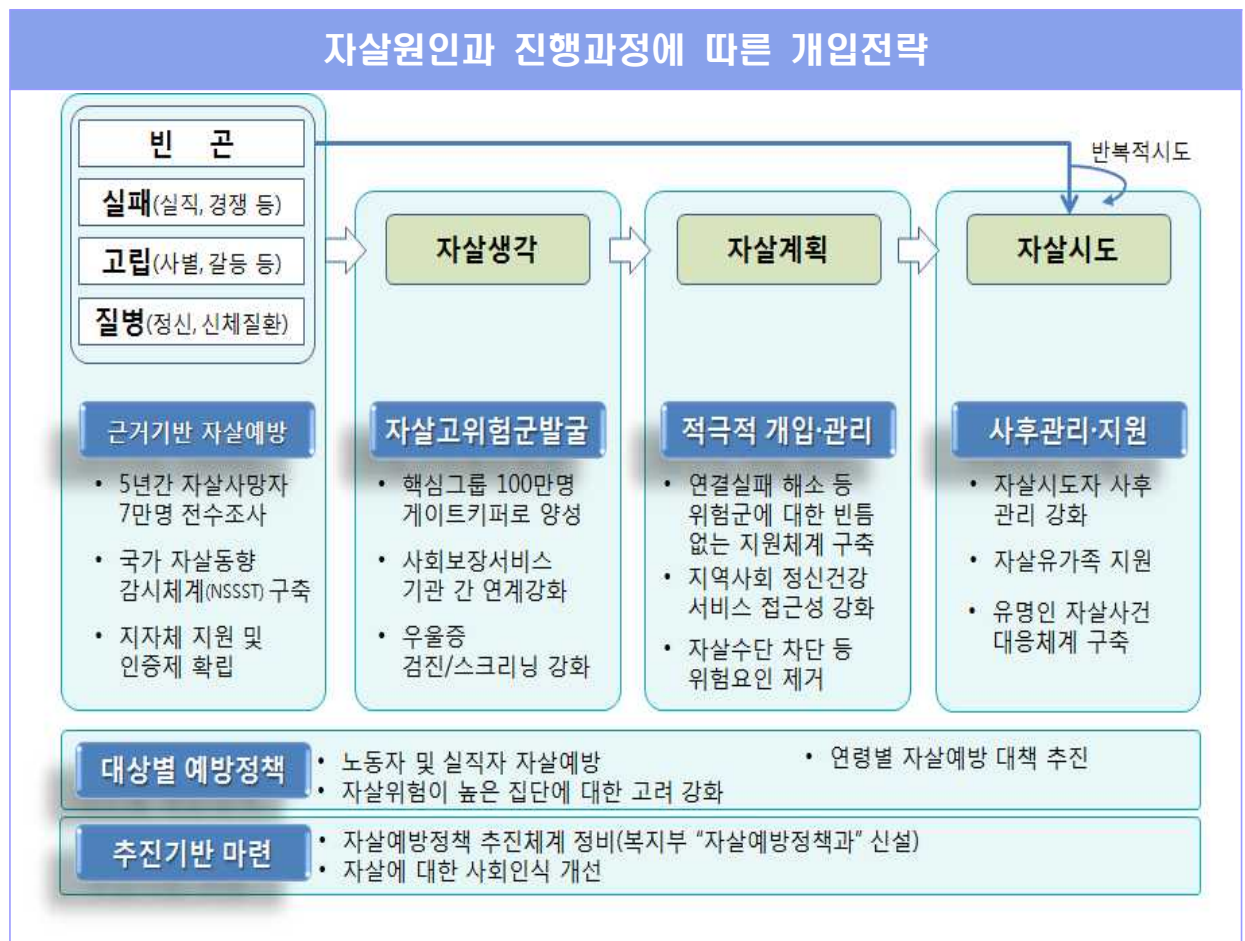


< 연간 자살자 수 및 목표치 >

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
15,906	14,160	14,427	13,836	13,513	13,092	12,545	11,667	10,850	10,090	9,384	8,727
자살 예방 효과(누적) ▶ 5년간 총 15,289명						-547	-547	-547	-547	-547	-547
							-878	-878	-878	-878	-878
								-817	-817	-817	-817
									-759	-759	-759
										-706	-706
											-657
※ 자살자 수도 자살률의 감소규모 (연간 7%)만큼 감소한다고 가정						-547	-1,425	-2,242	-3,002	-3,708	-4,365

IV. 추진 과제

- ◆ 자살률 OECD 2.4배로 독보적인 1위인 상황에서 벗어나기 위해 단기적으로 이행가능하고 성과가 입증된 과제 우선추진
 - 자살의 진행과정에 따라, 원인분석과 고위험군 발굴체계 구축 → 고위험군에 대한 집중관리 → 자살시도 사후관리 등의 전략으로 6개 분야 54개 과제 발굴



- ◆ 자살을 조장하는 경제·사회구조적 문제 등 소국가적 변화가 필요한 부분은 자살자 전수조사, 민관 정책소통기구* 논의, 자살관련 인문학적 연구 결과를 토대로 장기과제로 발굴·추진

* ‘(가칭)생명존중·자살예방정책협의회’
: 학계, 종교계 등 범정부·민관합동으로 구성·운영

1 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진

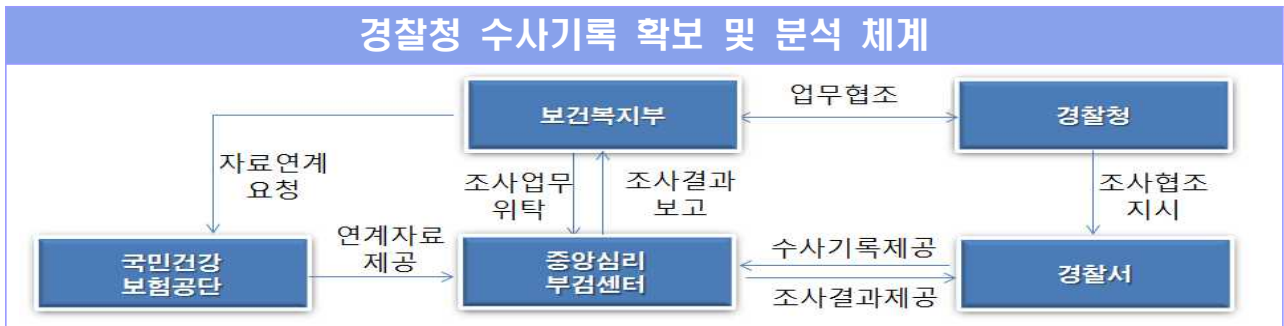
1 5년간(2012~2016) 발생한 자살사망자 7만명 전수조사 (지역별, 사회계층별, 보건의료 특성별 자살원인 분석)

< 국내사례 : A시 지역자살실태 분석(2017)의 시사점 >

- ▶ (배경) A시에 해당 광역자치단체 자살 26% 집중(14) → 자살예방 전략 마련 위해 조사
 - ▶ (방법) 경찰청통계 분석, 유가족 심리부검, 자살 빈발지역 현장조사 등
 - ▶ (결과) ①무직 30~40대 사회관계 단절 남성 자살 多 ②자살 촉발요인의 저변에 장기간의 취약상황(빈곤, 폭력 등)이 존재 ③일부 취약지역(슬럼화 된 구도심/소형 임대아파트단지/유흥가가 집중된 신축 원룸 지역)에 집중
- ⇒ A시 자살예방정책은 노인에 집중, 전체지역에 고르게 실시하고 있어 지역자살 현황 분석과 차이

○ 경찰청 수사기록을 활용하여 자살원인 및 발생동향 심층 분석

- 중앙심리부검센터 전문가가 경찰청을 방문하여 변사사건 수사기록 중 5년간 발생한 자살사례 약 7만 건을 수집·분석(2년간 추진)



< 경찰청 수사기록을 통해 확보 가능한 정보 현황 >

구분	조사 항목
사망자 기본 정보	생년월일, 성별, 사망당시 주소, 사망자 실거주지, 학력, 고용상태, 직업, 결혼상태, 동거자 유무, 경제문제, 정신과 증상 유무(증상, 치료여부), 알코올문제, 질병스트레스 등
자살 내용 관련 정보	사망추정일, 사망추정시간, 발견일, 발견시간, 발견 장소 유형 및 주소, 발견경위, 사망당시 음주상태, 동반자살 여부, 동반자살자관계, 자살방법/도구, 자살원인, 이전 자살시도 경력, 신고자, 최초발견자, 유서유무, 유품목록
유가족 진술	진술자와 자살자와의 관계, 사망자 당일행적, 사망자의 사망 전 모습, 진술자가 생각하는 자살원인

< 사례 : 경찰청 수사자료를 활용한 자살원인 분석(중앙심리부검센터) >

▶ 개요 : 3개 지역(甲, 乙, 丙)의 2014~2015년 경찰자료 총 565건을 분석

▶ 지역별 주요특성

- (甲지역) 자살사망자의 36.5%가 5개 지역(A동, B동, C동, D읍, E동)에 집중, D읍은 46.2%가 야산 및 교외지역에서 사망, 타 지역 거주자 비율(53.9%) 높음
- (乙지역) F동은 자살자 27명으로 乙지역 동 평균 9.81명 대비 3배 수준, 20대(25.9%) 비율이 두 배 이상, 동거인이 없는 상태에서 사망한 경우가 62.9%, 번개탄 사용 29.6%
- (丙지역) 2년 간 丙지역 자살사망자 152명 중 40.1%가 3개 지역(G읍, H면, I동)에 집중, I동은 53.3%가 40-50대 사망자, 자살방법 중 투신 53.3% (丙 지역 평균의 4배), 투신장소 대부분이 아파트(75%)며 동일 아파트 내 연속 투신

- (장점) ① 읍·면·동 단위 ② 자살사망자 전수조사 ③ 정확한 사망 지점 조사 ④ 관내·외 자살사망자 분석 ⑤ 자살사망자에 대한 (다수 관계자의) 객관적 정보 확보 ⑥ 상대적으로 적은 예산으로 ⑦ 단기간에 많은 정보 확보
- 경찰청 자료와 건강보험기록을 연계하여 자살자의 질병 상태 및 의료 서비스 이용 특성 등 파악

⇒ 자살자 특성을 활용한 고위험군 발굴체계 보강, 집중 발생지역 감시체계 마련, 자살유형 및 자살경로 파악 및 차단방안 마련 등

○ 심리·사회적 자살원인 분석(심리부검)* 활성화 및 고도화 추진

* 심리부검(psychological autopsy) : 주변인의 진술과 기록을 통해 사망 전 자살자의 심리·행동 양상 및 변화를 검토하여 자살의 구체적 원인을 검증

- 광역 정신건강복지센터 별 심리부검전문요원* 양성으로 확대기반 마련, 읍면동·경찰서에서 유가족에게 심리부검 안내 (행안부·경찰청 협조)

* 현재 중앙심리부검센터에서 심리부검전문요원 11명이 전국 심리부검 담당 중

- 자살자 특성별 표적화 된(targeted) 심리부검 기획·추진 (경찰청 협조)

* 학교폭력 피해아동, 중·장년 남성 파산자, 산후우울증 산모 등

② 국가 자살동향 감시체계(National Surveillance System on Suicide Trend) 구축

< 국내사례 : 실시간 통계로 전략적 자살예방 사업 추진한 인천광역시 >

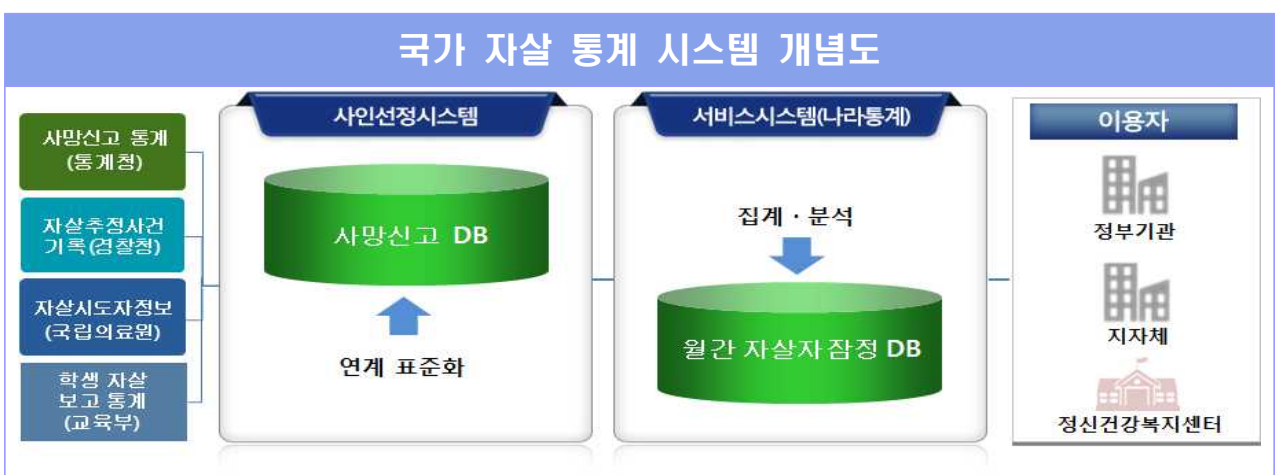
- ▶ 관내 응급의료기관·국립의료원 협력으로 국가응급환자 진료정보망(NEDIS) 자살시도자 정보 확보(분기별) → 자살동향 분석 및 사업 추진에 반영
 - * 시기별·기관별 자살시도자 규모, 자살시도방법, 진료결과, 출동·위기개입 현황
- ▶ 신속한 통계에 기반 한 전략적 자살예방 사업 추진 → 자살률 지속 감소 ('12년 31.2 → '13년 30.6 → '14년 29.1 → '15년 27.4 → '16년 26.5)

○ 자살률 동향을 예측할 수 있는 관련통계를 신속하게 확보·활용 (통계청, 경찰청·교육부·복지부 협조)

* 현재 자살률 통계는 통계청이 사망신고·경찰청 자료 토대로 생산, 다음 해 9월에 발표, 자살률 동향파악이나 정책의 효과 등 분석에 활용 곤란

- 사망신고자료(통계청), 자살추정사건 현황(경찰청, 해양경찰청), 응급의료시스템(NEDIS) 상 자살시도자 정보(국립의료원), 학생자살 보고자료(교육부) 등을 비교·분석하여 자살동향 심층분석 (통계청)

⇒ 연령·계층 및 직업별 자살 집중 발생지점 파악 및 대응, 지역 단위 자살예방사업 단기성과 모니터링 등



○ 자살동향 확인에 필요한 新유형의 자살자 마이크로데이터 확보, 자살사건 정보의 범위확대 추진 (경찰청 협조)

3] 근거기반 자살예방 정책 추진을 위한 지자체 지원

< 해외사례 : 지역특성 반영으로 자살률 획기적 감소에 성공한 일본 >

▶ “지역자살대책 긴급강화기금”(2009년~2014, 한시적 운영)

- 국가가 제시한 사업 중 각 도도부현이 지역 실정을 고려한 사업을 선택하여 보조금 지원 신청·지원→ 사업실적을 바탕으로 분석하여 효과 검증
- 6년간 18,348백만엔 지원(전액국고), 전체 도도부현, 1,386개 시정촌(80.7%)지원('14년)

▶ 사업추진 이후 자살감소에 성과

- 자살률 12년간 30% 감소 ('03년 27.0명 → '15년 18.9명)
- 연간자살자 수 1만명 감소 ('03년 34,427명 → '15년 24,025명)

※ 2015년부터는 “지역자살대책강화교부금”만으로 운영 중('15년 1,630백만엔)

○ 지자체가 근거에 기반한 자살예방 정책을 추진하도록 지원

- 지역통계 분석 및 제공, 컨설팅·교육으로 지자체 자살규모 및 특성을 기반으로 한 “자살예방시행계획” 수립·추진 지원

* 지자체 공무원 대상 자살예방시행계획 수립 매뉴얼 마련·교육 실시('16년), 지자체 자살예방시행계획 기 마련·추진 중(2017~)

- 시·도 자살예방계획 시행결과 평가·공표('18년~, 개별평가), 자살예방 사업 우수사례 선정·포상 및 확산 (행안부 협조)

* 평가 지표 개발 및 시달 완료('17.10월)

○ 지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원

- 자살동기, 빈발장소 등 지자체가 지역의 자살특성과 지역상황을 반영한 자살예방 사업을 스스로 선택·추진할 수 있도록 지원

* 2017년 시범추진 중인 “지역맞춤형 자살예방사업”(‘17년~, 개소당 1억원, 4개소 지원 중) 형태를 모델화 하여 단계적 확대 추진

4] 효과성 높은 자살예방 프로그램 확산

- 과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립
 - 과학적 근거에 기반 한 자살예방 프로그램 개발·확산을 위해 “자살예방 프로그램 인증제” 개편 및 확대

< 미국 자살예방 프로그램 인증 제도 >

- ▶ NREPP(National Registry of Evidence-Based Programs and Practices)
: 정부(SAMHSA)가 수행하는 정신건강증진, 정신건강 및 물질중독 예방 치료중재 인증
- ▶ BPR(Best Practices Registry)
: SPRC(Suicide Prevention Resource Center)가 SAMHSA의 지원을 받아 수행하는 자살예방 프로그램에 대한 인증 시스템

- “인증제도” 브랜드화 및 우수 프로그램 적극 홍보, 인증프로그램 공유 DB 구축·운영으로 우수 프로그램 확산 추진

< 자살예방 프로그램 인증 추진 현황 >

- ▶ (분야) 섹션 I (연구기반 중재), 섹션 II (전문가가 합의한 지침/권고), 섹션 III(특정 요건 하에서의 중재/권고)으로 구분하여 추진
- ▶ (평가) 인증위원회는 정신건강의학, 예방의학, 간호학, 심리학, 정신보건 사회복지학 등 전문가 12명으로 구성, 프로그램 효과성을 평가한 연구 수준, 근거의 적절성, 개발과정의 적절성, 프로그램 구조의 적절성 등을 기준으로 평가 (※ 미국 정신건강 프로그램 인증기준을 참고로 개발)
- ▶ (인증현황) '17년 상반기까지 총 42개 프로그램 인증

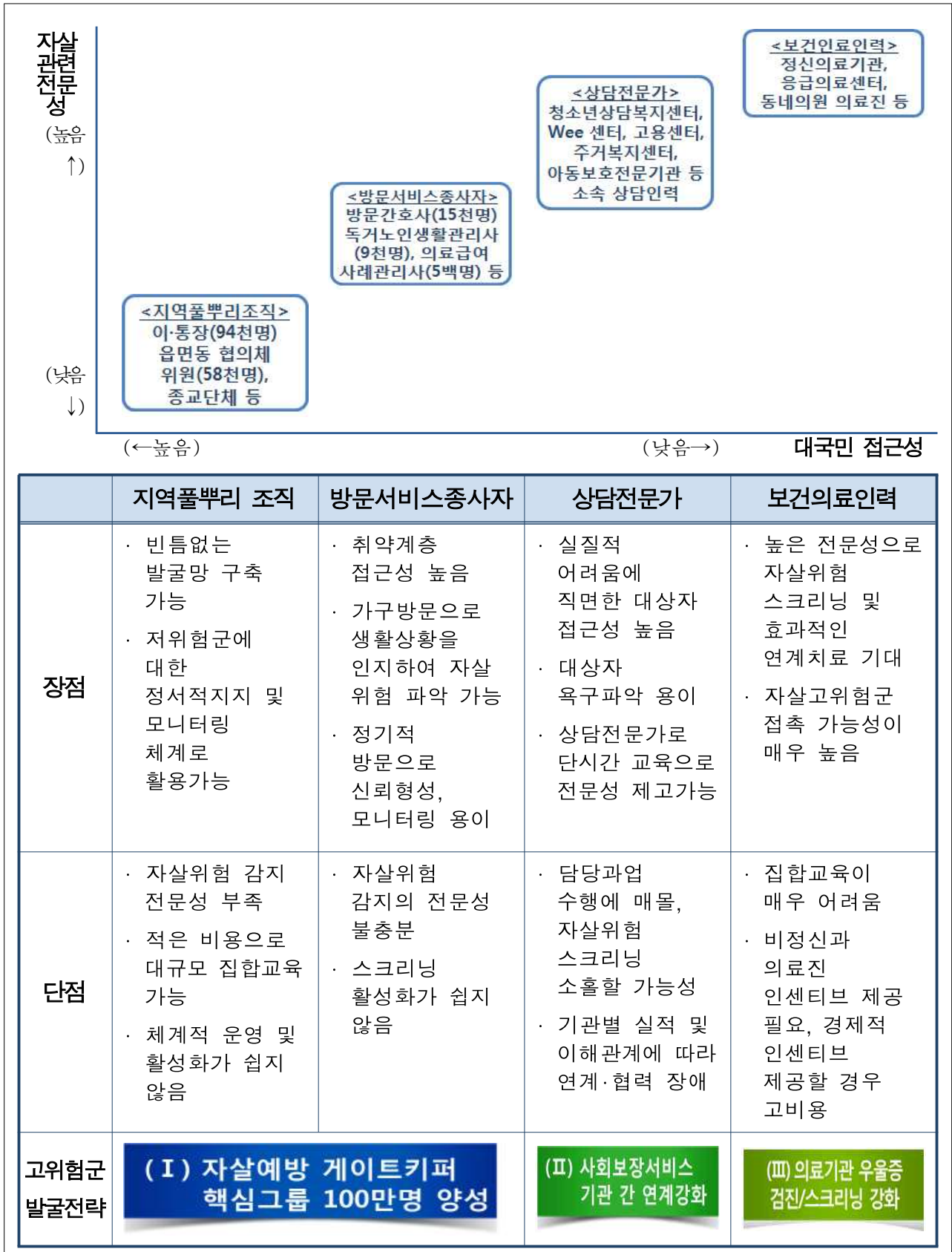
* 섹션 II(5) 섹션 III(37), 자살예방 프로토콜 및 가이드라인(13), 교육 및 훈련 프로그램(29)

- 자살예방 관련 연구 및 R&D 확대를 통해 우수프로그램 개발 및 성과 평가 추진
 - 정신건강 R&D 신규사업 기획 시 자살예방 분야 비중 확대 등

2

자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축

<지역사회 자살고위험군 발굴체계(안) >



1 자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고

< 자살예방 “게이트키퍼” 양성의 효과 >

- ▶ (서울시 노원구) 자살고위험 노인 발굴·지원을 위한 중층의 게이트키퍼 활용
 - “이웃사랑봉사단” : 종교인, 통장 등 게이트키퍼 교육이수자(1,133명)가 자살위험이 크게 높지 않은 어르신(3,340명) 정서적 지지 및 모니터링
 - “심리상담요원” : 게이트키퍼 교육이수자 중 일부에게 심리상담 교육 후 동 주민센터에 2~3명 배치 → 자살위험이 조금 높은 어르신(2,418명) 상담 및 주 1회 모니터링(산재보험 가입 및 월 200천원 지급)
- ▶ (우리나라) “보고-듣고-말하기” 교육수료자 800명에게 교육 후 1년에 조사(2014) △교육수료자의 19.9%가 자살고위험군 접촉 △이 중 95.0%가 ‘자살하려는 이유’를 질문하고(교육생의 18.9%) △이중 71.5%가 자살위험자를 전문가에게 연계(교육생의 13.5%)
- ▶ (해외사례) WHO는 게이트키퍼 양성을 자살예방을 위한 효과적인 개입 전략 중 하나로 제시(2014), 미국 질병통제센터(CDC)는 자살예방의 효과적인 8가지 전략 중 하나로 게이트키퍼 양성 제시(1995)

※ 자살예방 게이트키퍼 : 가족, 친구, 이웃 등 주변 사람의 자살위험 신호를 재빨리 인지하여 전문가에게 연계하도록 훈련받은 사람

○ 전국민 대상 게이트키퍼 교육으로 빈틈없는 인적발굴망 구축
(지역사회 인적네트워크 핵심그룹 100만명 게이트키퍼로 양성)

- 교육 전담강사 채용, 다양한 연령·직업 계층을 위한 교육 콘텐츠 개발

< 자살예방 게이트키퍼 교육과정 예시 : 보고-듣고-말하기(2013~) >

보고	듣고	말하기
•(말/행동/상황)을 통해 자살위험 신호 파악	•자살하고 싶은지 질문 (이유, 구체적인 계획 등)	•자살위험도에 따라 전문가에게 연계
▶ 일반인용(3시간) 직장인용(2시간) 청소년용(1시간)		
▶ 총 412,277명 교육(2017년 151,586명 교육), 강사 1,305명(2017.10월 현재)		

- 게이트키퍼 교육 및 활동 활성화를 위한 인센티브 제공
- 우수사례 공모·포상, 블로그 및 동아리 운영, 게이트키퍼 활동 시간 자원봉사 시간 인정 등 활성화 추진

* 1365자원봉사포털을 통해 실제 활동내역이 증명 가능한 시간에 대해 인정

○ 게이트키퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용 추진

① 지역사회 풀뿌리 조직 우선 교육·활용

- 읍면동 지역사회보장협의체*, 종교기관 및 시민단체, 이·통장(94천명), 대민접촉이 많은 택시기사 등 활용

* 이·통장, 자영업자, 공무원 등 읍면동 별 평균 17명 내외가 참여하여 사각지대 발굴·연계, 민간자원 발굴 등 수행 중(3,467개 읍면동, 총 58천명 참여 중)

② 사회적 책임성이 높은 공무원 등 의무교육 추진

- 중앙·지방공무원(100만명)* 및 중·고교 교사(246천명), 공공기관 임직원 등 의무교육으로 지정·추진

* “공무원 인재개발지침” 및 “지방공무원 교육훈련 운영방향”에 주요시책 교육으로 지정(18년~)

③ 방문서비스제공인력*은 보다 전문화된 자살위험스크리닝 수행

- 독거노인생활관리사 등이 대상자의 자살위험을 효과적으로 인지하도록 서비스 특성을 고려한 자살위험 스크리닝 방안 개발·교육

* 독거노인생활관리사 9,168명, 의료급여관리사 530명, 방문간호사 1,533명 등

** 교육과정 개발 전까지는 일반인 대상 교육자료 활용·교육

② 사회보장서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴

< 사회보장 서비스 전달 관련 주요센터(기관) 유형 및 현황 >

구분	주요기능	해당 기관 예	자살고위험군 접촉 빈도
학대예방 및 권익옹호기관	학대·폭력 피해자 등 구제 및 지원	아동보호전문기관, 노인보호전문기관, 장애인권익옹호기관 등	매우 높음
상담·사례관리기관	복합적인 문제가 있는 대상자를 등록·관리하며 지속 상담·지원	Wee센터, 청소년상담복지센터, 학교밖청소년 지원센터, 치매안심센터 등	높음
직접 서비스·급여 제공기관	돌봄, 치료 등 직접 서비스 제공	지역아동센터, 기부식품 등 지원센터 등	중간
정보제공 및 신청·연계기관	욕구별 이용 가능한 지원에 대한 정보제공, 신청·접수	고용센터, 서민금융통합지원센터, 마이홈센터 등	기관별 상이

- ① 학대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관의 상담인력
 - 기초적인 자살예방 상담이 가능하도록 교육·훈련
 - 정신건강 영역의 문제가 있는 사례관리 대상자*, 심각한 수준의 학대피해자 등은 최대한 정신건강복지센터로 연계·관리
- * 읍면동 맞춤형 복지팀 또는 시군구 희망복지지원단 담당 사례관리대상자 중 ‘육구조사’에서 정신건강 부문 지원요구가 있는 경우 등
- ② 직접 서비스·급여 제공기관 또는 정보제공 및 신청·연계기관 서비스 담당 인력
 - 주의 깊게 자살위험을 살필 수 있도록 하고 필요시 정신건강복지센터로 적극 연계하도록 교육
 - 파산 등 삶의 위기에 직면한 대상자들이 많이 찾는 서민금융통합지원센터(금융위), 주거복지센터(국토부), 기부식품등제공사업자(복지부) 등 서비스직접 제공인력은 보다 적극적으로 정신건강복지센터로 연계
- ③ 시군구 희망복지지원단이 컨트롤타워 기능 수행
 - 시군구 희망복지지원단 통합사례회의 시 관내 상담제공 기관 참여 활성화, 지역사회 상담 제공기관 간 서비스 연계 및 의뢰 활성화

3 우울증 검진 및 스크리닝 강화

< 국내사례 : 1차 의료기관을 활용한 우울증 검진 >

▶ (서울특별시) 생명이음청진기사업 (2015년~)

- 보건소 내원자 중 신체질환 및 정신질환으로 고통을 호소하는 65세 이상 노인을 대상으로 6개월에 1회이상 우울증 검진, 검진후 고위험군은 자살예방 전문가 연계 및 등록관리

* 28,167명 검진 → 우울증위험자수 9,500명 → 자살고위험군 850명
 → 전담인력 의뢰자수 776명 → 정신건강복지센터 등록자수 279명

⇒ 65세이상 노인 자살율 2015년 대비 2016년에 14.9% 감소

- ▶ (충북 충주시) ① 보건소 등 방문자 대상 노인우울증을 적극적으로 스크리닝
- ② 고위험군은 방문간호사, 정신건강복지센터, 지역병원(충주 건대병원)을 통해 지속적인 치료 및 사례관리(기초생활수급자 / 보건소 내소자 / 복지관방문자 등)

* '10년~'14년, 11,498명 검사, 2,131명 우울증 양성소견, 903명 내원

⇒ 노인자살 : '10년 35명 → '12년 33명 → '14년 29명 → '16년 23명

○ 국가건강검진을 통한 우울증 검진 확대

- (현재) 40세 · 66세 1차 문답 후 특이 대상자에 한해 우울증 검진 실시 → (개선) 40 · 50 · 60 · 70세 전체 검진대상에 우울증 검진

* 우울증 자가검진 도구 PHQ9 활용

○ 동네의원 등 1차 의료기관 이용환자, 상대적으로 자살위험 높은 만성질환자 대상 우울증 스크리닝 및 정신과 치료 강화

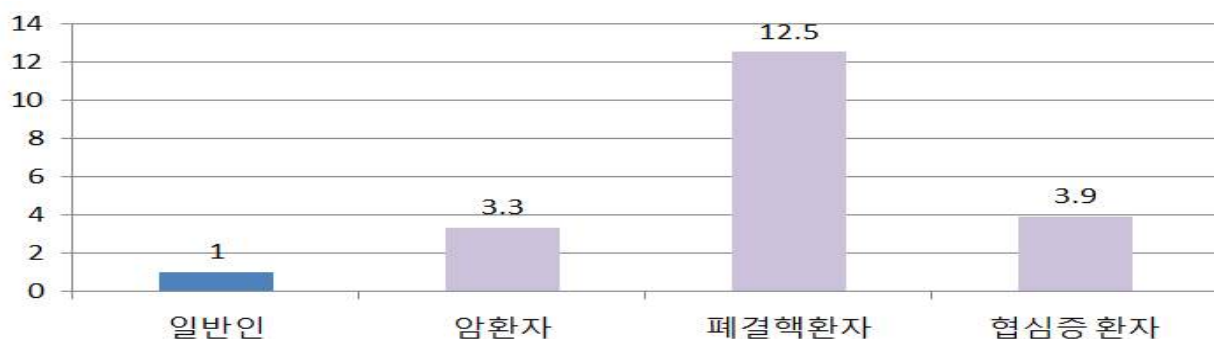
- 우울증 및 자살위험 평가도구 건강보험 급여 확대

* 현재 우울척도는 3항목(BECK우울평가, 해밀턴검사, 노인 우울척도) 건강보험 등재

- 관련학회와 연계하여 내과 등 비정신과 전문의 교육 · 홍보 등으로 자살위험이 높은 질환자 대상 우울증 스크리닝 및 치료 강화

* 암 환자, 폐결핵 환자 등 중증질환자와 사회적으로 편견이 높은 신체 손상, 조현병, 건선 등 환자의 자살률이 높은 것으로 나타남(건강보험빅데이터 분석 등)

일반인 대비 자살시도 경험(배, 국립암센터, 2017)



3 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거

1 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축

- 정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템(MHIS) 구축·운영('18.6월~)
 - 대상자별 상담·지원 관리 및 정보망을 통한 센터 간 이관으로 한 번 발굴된 대상자는 누락 없이 지속 서비스·지원
 - 정신건강사례관리시스템(MHIS) - 사회보장정보시스템(행복e음) 간 연계로 정신보건 및 복지서비스 지원의뢰 활성화, 자살고위험군에 대한 정신보건 및 사회보장서비스 연결실패 해소
- 보건-복지서비스 연계 활성화로 사회보장서비스 연결실패 해소
 - 시군구 지역사회보장협의체에 “자살예방” 분과 설치 또는 담당분과 지정, 보건·복지 담당 및 민간 서비스 제공기관 참여로 자살예방을 위한 지역사회의 빈틈없는 지원체계 구축 협력
 - 보건소 및 정신건강복지센터 등 자살예방 상담·실무인력에 복지서비스 교육, 서비스 의뢰 활성화(보건소 ↔ 읍면동, 시스템 운영 중)
- 부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리
 - 서민금융통합지원센터 상담인력 대상 자살위험 평가 방법, 전문기관 연계 방안 등 자살예방 상담 전문교육 실시
 - 서민금융통합지원센터를 방문한 이용자의 정보를 사회보장정보시스템(행복e음)으로 연계하여 적절한 복지서비스 지원('17.11월~)
 - * 이용자 동의하에 정보 연계
 - 각종 공과금 체납고지서·차압고지서에 복지지원 상담안내 게재

- **지역사회 풀뿌리 조직 등을 활용한 사회적 관계 회복 및 지원 연계** (복지부, 행안부 협조)
 - 종교기관 관계인, 읍면동 지역사회보장협의체* 위원, 복지이장·통장 및 부녀회장, 자원봉사자 등을 활용하여 중도 이하 위험군 대상 방문·정서적 지지 제공
 - 공적지원이 어렵거나 충분치 못한 경우 “찾아가는 읍면동” 복지 서비스 사례관리를 통해 지역사회 민간자원 연계

2 지역사회 정신건강 서비스에 대한 접근성 강화

< 국내사례 : 찾아가는 상담 등 정신건강서비스 접근성 강화 >

- ▶ (제주특별자치도) 최근 3년간(2014~2016년) 급격한 인구 유입(연평균 증가율 3%), 낮은 환경 적응 스트레스 등으로 인한 정신과적 문제·자살위험 증가
→ 광역센터 24시간 상담체계 운영 및 경찰과 함께 응급 출동서비스 제공
⇒ 2016년 자살상담 건수 전년대비 57%증가,
자살률 : '13년 32.9 → '14년 27.2 → '15년 24.5 → '16년 24.0
- ▶ (광주광역시) 지역사회 정신과전문의와 협력하여 정신건강복지센터에서 정신과전문의 상담 실시('17.6월~) → 정신과 연계 및 치료 활성화
- ▶ (부산 금정구) 쪽방촌 밀집지역을 찾아가는 경로당 이동상담실 운영(2016년)
⇒ 자살률 감소: '12년 23.8 → '13년 29.8 → '14년 28.1 → '15년 25.3 → '16년 21.0

- **지역사회 단위 자살예방 서비스 제공기반 마련**
 - 정신건강복지센터 상담인력 확충(5년간 1,455명), 센터당 자살예방 인력 최소 3명 이상 확보로 자살예방 상담·사례관리 활성화
 - * 현재 기초정신건강복지센터(또는 자살예방센터) 자살예방 인력 평균 1.8명
 - 지자체 일선 자살예방 전담공무원 확충으로 지자체 단위 자살예방 전략 및 자살예방시행계획 수립, 지역사회 네트워크 구축 활성화 (행안부 협조)

○ 자살예방 상담서비스 이용 활성화

- 자살예방 상담전화(1577-0199) 인지도 강화를 위해 특수번호 부여 추진, 통신장비 보강 등으로 무응답률 제고

* IP phone 등 장비·콜센터 시스템 보강, 상담인력은 추가 총원 필요

- 정신보건 전문 인력이 재난지역 등 전문상담이 필요한 지역을 찾아가 지원하는 “마음건강 버스” 운영

○ 우울증 치료접근성 및 지속치료 강화

- 정신과전문의를 정신건강복지센터에 배치하여 전문상담을 제공하는 “마음건강주치의” 확대 추진

* 광역단위 추진, 전담 또는 시간제 근무(광주 시범운영 중, '17.6월~)

- 정신과 상담수가 현실화 및 본인부담 경감 등으로 초기단계 적극 치료 유도

- 우울증 치료유지율을 평가하여 우수기관 공표 및 재정적 인센티브 제공 등 검토

3 자살축발 위험요인 제거

< 국내·외 사례 : 자살수단 차단(관리)의 성과 >

▶ (유해성 완화) 자살도구의 유해성을 완화하는 것은 자살예방에 도움

- (영국) '60년대 자살에 빈번하게 사용되던 가정용 석탄가스의 품질개선으로 일산화 탄소 저감 → 전반적 자살감소 효과

▶ (접근성 차단) 다른 자살수단을 찾지 않고 자살시도를 포기

- (우리나라) 맹독성농약 생산('11)·유통금지('12)로 노인자살 자체가 감소
⇒ **【노인자살】** '11년 79.7명→'16년 53.3명 **【농약자살】** '11년 2,580건→'16년 1,016건

- (부산강서구) 농약자살이 많은 지역특성을 고려하여 ① 전체주민 자살예방 교육 및 스크리닝 ② 우울·고위험군 집단프로그램(8회기) ③ 농약안전합 및 폐농약수거함 모니터링 ④ 고위험군 방문상담 및 사례관리

⇒ 자살률 : '12년 29.5 → '13년 23.9 → '14년 24.4 → '15년 25.5 → '16년 19.8

○ 자살도구·수단 관리 및 접근성 제한

- 자살도구 또는 수단으로 빈번하게 활용되는 방법의 위험성 또는 접근성 저감

○ 자살보도권고기준 확산, 웹툰·드라마 등 문화콘텐츠 자율규제 추진

- 방송·신문·인터넷신문사 등 관계자 자살예방 세미나 개최, 전 부처 출입기자단 대상 언론보도 권고기준 교육 등 실시
- 자살촉발 위험 제거를 위한 자살사건 비공개원칙 준수 및 교육 (경찰청)
 - * 정확한 사인 규명 전 자살단정 언급 자제, 자살수단·장소 비공개 등
- 웹툰·드라마 자율규제 가이드라인 마련 (문체부, 복지부)
- 「미디어음주장면 가이드라인」으로 자살을 부추기는 과도한 음주 문화 해소 (복지부)

○ 동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거마련

- 「정보통신망의 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 또는 「자살 예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 근거 마련
- 자살유해정보 모니터단 확대로 유해정보 발견, 신고·처리 활성화

< 「정보통신망법」에 따른 불법정보 제한 현황 >

- ▶ (불법정보 종류) 음란정보, 공포심·불안감 유발정보의 반복 전달, 법령에 의해 금지된 사행행위, 국가기밀 등(제44조의7 제1항 각호)
- ▶ 방송통신위원회가 불법정보 처리를 거부·정지·제한하도록 명령
 - (임의) 심의위원회의 심의를 거쳐 명령(음란정보, 사행행위 등 7개 항목)
 - (의무) 중앙행정기관 요청 + 심의에 따른 시정명령 + 시정요구에 대한 불복
- ▶ (처벌) 음란정보 및 공포심·불안감 유발정보의 반복전달(1년이하 징역 1천만원 이하 벌금, 제73조), 방송통신위원회 명령 불이행(2년이하 징역/ 2천만원이하 벌금, 제74조)

4

사후관리 강화를 통한 자살확산 예방

1 자살시도자 사후관리 강화

< 국내사례 : 자살시도자 사후관리 · 지원의 성과 >

▶ (전국) 전국 27개 응급실에 전문인력 각 2명씩 배치, 자살시도자에게 상담 · 사례관리 제공*(2013년 8월~, 1개월간)

→ 서비스 **非수혜자사망률 14.6% vs 수혜자사망률 5.9%**(2015년 말까지)

* 응급실 내원한 13,643명의 자살시도자중 서비스에 동의한 6,159명(47%) 지원

※ 2017년 현재 전국 42개 응급실로 확대 시행 중

▶ (충북 진천군) 자살시도자 및 유가족 지원을 위한 “쉽바우처”카드 발급(2015~)

→ 자살상담 및 사후관리 동의율 향상('14년 23%→ '15년 46%)

* 정신과병의원, 예술공연, 영화, 미용실 등 25개 기관 사용, 가구당 40만원씩(100% 준비)

○ 응급실을 방문한 자살시도자 사후관리 강화

- 응급실기반 자살시도자 사후관리사업 수행기관 확대(수가적용 검토), 사업수행기관 응급의료센터 평가가점 부여(1점), 민간 연계를 통한 치료비 지원(1인당 최대 300만원) 등을 통해 서비스 동의율 제고

* '17년 현재 42개소(상담인력 각 2명, 8천만원지원) → '18년 52개소, 점진확대

- 응급실 환자에 대한 자살시도 여부 스크리닝 및 자살위험도평가, 의료인 및 응급구조사 등에게 자살시도자 대응 교육 실시

○ 응급실-지역사회 간 자살시도자 연계 활성화

- 응급의료시스템 (NEDIS) - 행복e음 - 정신건강사례관리시스템 (MHIS, '18.6월) 간 자살시도자 정보연계 및 상호의뢰 체계 구축

- 응급의료센터에서 정신건강복지센터로 연계 시 인센티브 제공

- 자살시도 등에 대응 가능한 정신전문응급의료센터 지정 검토
 - 자살시도자, 자살고위험군, 급성기 정신질환자 등 정신과적 응급환자에 대응할 수 있는 인력(정신보건전문요원) 및 격리시설 마련
 - * 응급실에 정신보건전문요원 상주를 위한 운영비 지원 검토
 - * 현재 응급의료에 관한 법률 제29조에 따라 화상(1개), 소아(2개)전문응급의료센터 운영 중

< 정신응급의료센터 사례 >

▶ (미국) 정신질환응급센터(Psychiatric ED)

- 응급실 내에 정신과적 응급상황, 자살시도자를 위한 전문적인 응급의료 서비스를 24시간, 연중무휴로 제공하는 치료 센터
- 정신과적 응급 상황에 대한 진료 및, 초기평가, 의뢰서비스 제공
- 응급의학전문의, 정신건강의학과전문의, 간호사, 임상사회사업가로 구성

▶ (일본) 정신과구급병원

- 지역별 담당 병원이 지정되어 정신과 응급의료사업을 실시하고, 응급처치를 할 수 있는 정신과 치료 병원
- 정신병상수가 원칙적으로 50병상 이상이 지정되지만, 신체 합병증의 치료 가능한 병원 (구급 소생 장비, 제세 동기, 심전도, 호흡순환 감시장치 등의 의료기기 구비)에 한해 20병상 이상도 지정 가능
- 정신과 전문의 10~30명 이내로 구성, 정신과를 기본으로 신경과, 내과, 외과, 소아과 등 선택적으로 10개 이내의 진료과 운영

- 자살시도자 등에 대한 응급의료기관의 대응역량을 강화하고 퇴원시 지역사회 정신건강복지센터 등과 연계 강화

○ 소방청 자살 위기 대응능력 제고 (소방청 협조)

- 119에 자살신고 이력이 있는 자살시도자 별도 등록·관리, 응급실 이송 자살시도자 정보 정신건강복지센터에 통보
- 119 신고접수자 및 현장출동대원 연 1회 이상 자살사고 대응교육 실시, 소방공무원 교육과정에 자살예방 내용 포함, 매뉴얼 구성 등

2 자살유가족 지원 강화

- 광역 정신건강복지센터 별 자살유가족 담당 지정, 자살유가족 자조모임 지원 확대, 대상특성별 자조모임 활성화
- 자살유가족 심리상담·치료지원 강화, “자살유가족 실태조사 (16.11월)” 결과를 바탕으로 사후처리 지원 등 서비스 개발·지원

< 서울시 자살유가족 모임 “자작나무” 운영 사례 >

- ▶ (목적) 자살자의 유족에 대한 심리적·정서적 지원으로 일상으로의 빠른 회복 지원
 - ▶ (대상) 자살로 인해 가족이나 친구를 잃은 성인(배우자·자녀·부모·친구·이웃·동료)
 - ▶ (내용) ① 개별서비스 : 애도상담, 치료지원, 1:1 멘토링서비스
② 자조모임 : 유족의 애도과정 지원, 월1회 모임
- * 현재 전국 21개 정신건강복지센터에서 유가족 모임 지원 중

3 유명한 자살사건 대응체계 구축

- 연예인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원(문체부)
 - 연예기획사 소속 청소년 연예인(연습생 포함) 심리상담 지원(1:1 상담, 한국콘텐츠진흥원 대중문화예술지원센터)
- 유명한 자살사건에 대한 부처합동 대응체계 구축(복지부, 경찰청, 방심위)
 - 복지부, 경찰청, 방심위 등 공동대응 매뉴얼 마련·대응

< 대응매뉴얼 구성 (안) >

- ▶ (경찰청) 사건발생 즉시 관계부처 담당에 통보, 사건 브리핑시 확정되지 않은 내용·자살수단 등 언급 자제, 보도 자료에 자살보도권고기준 준수 당부 및 상담전화번호 게재 요청 포함 등
- ▶ (복지부) 사건발생 즉시 언론기관 및 기자단에 협조요청, 보도모니터링 및 대응, SNS 및 포털 게시글 모니터링 및 대응 등
- ▶ (방심위) 중앙자살예방센터 업무 협력 및 포털 등 자살 게시글 심의, 자살묘사 관련 심의규정 미준수 방송에 대한 심의 및 준수당부 등

5 대상별 자살예방 추진

① 노동자 및 실직자 자살예방 (고용부)

○ 사업장 중심 자살예방 환경 조성

- “생명존중 기업문화 만들기” 프로그램 제공*, 기업배포용 매뉴얼 개발, 근로복지넷(www.workdream.net)을 통한 기업단위 우울증·자살위험 진단체계 구축 * 설문, 워크숍, 캠페인 제공
- 사업장 관리자, 보건관리자* 대상 자살예방 교육 확대 실시

* 50인 이상 사업장 및 800억원이상 건설현장 6,408명 선임, 간호사·산업위생 기사 등 자격보유자로 노동자 건강관리 및 작업환경관리 등 담당

○ 감정노동자 보호

- 사업주·소비자 인식개선을 위한 전국적인 캠페인 추진(연간 50회)
- 서비스업 사업장을 중심으로 노동자 감정노동 수준평가, 조직 차원의 관리체계구축 등을 지원하는 전문가 컨설팅 제공(연간 1,000개소)
- 콜센터 등 감정노동 다수 고용사업장 및 우울증·적응장애 발생 사업장 직무스트레스 예방실태 점검(연간 300개소)

○ 실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진

- 고용센터 지원 실업자·구직자 대상 심리지원시 자살예방 관련 내용 포함, 실업자 가족에 대한 심리지원 확대 검토
- 고용복지센터 상담인력 대상 자살위험 평가 방법, 전문기관 연계 방안 등 자살예방 상담 전문교육 실시 (복지부 협조)
- 「고용정책기본법」 제32조·제32조의2에 따른 특별고용지원업종 또는 고용재난지역 지정시 자살예방 상담 지원 강화*

* 해당업종·지역 노동자 등에게 심리안정프로그램 지원, 자살예방 상담 지원

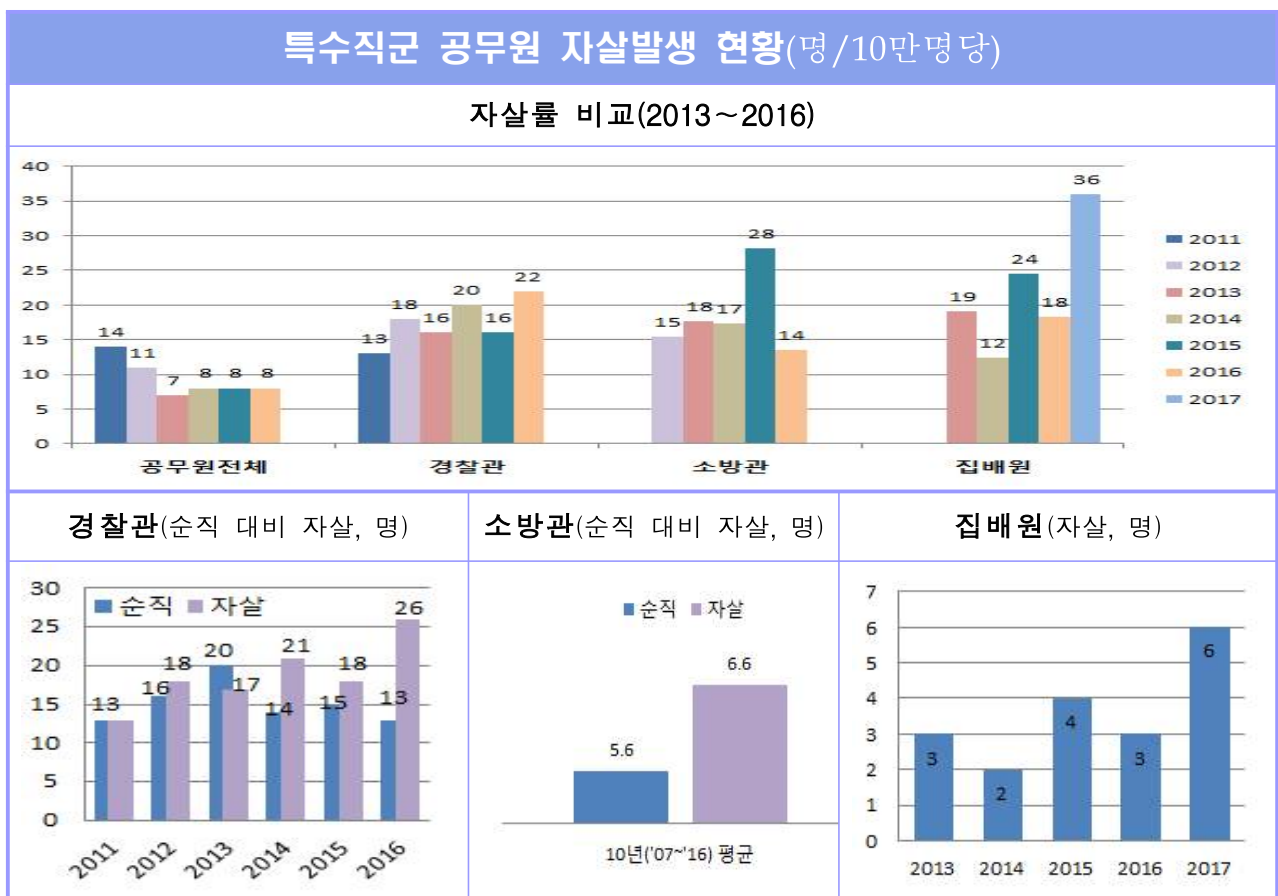
- 직업적 트라우마 대응을 위한 전문상담체계 구축 (2018~)
 - 고객의 폭언·폭행, 산업재해, 동료자살, 성폭력·성희롱 등에 의한 트라우마 대응을 위한 전문상담 지원 추진
 - 지방고용노동관서 의뢰 또는 피해 노동자의 요청이 있을 경우 전문상담프로그램(심리교육·상담·사후관리) 제공
- 사업장 자살사고 발생 후 사후관리 (2018~)
 - 장시간 노동 등 취약한 근로조건으로 사업장 자살사고 발생 시 근로감독관 조사, 필요시 전문적인 트라우마 관리프로그램* 제공
 - * 지방고용노동관서와 전문상담센터의 협업을 통해 근로환경개선과 노동자 심리상담을 통한 일상복귀 지원을 병행

2 자살위험에 특히 높은 대상에 대한 고려 강화

- 퇴원 정신질환자*에 대해 병원 기반 사후관리 모델개발 및 지원
 - 퇴원 환자에게 병원 또는 지역사회 정신건강전문요원이 방문하여 위기대처능력 등 지원, 가족교육 실시
 - * 퇴원 후 1년 내 자살률 100명당 0.7명으로 일반인 자살률(10만명당 25.6명) 26.4배, 30일 이내 자살률 100명당 0.2명 일반인 자살률의 7.5배('15년, OECD는 각각 0.4명, 0.1명)



- 트라우마 위험 등으로 자살률이 높은 특수직공무원 특별 관리
 - (경찰관) “마음동행센터” 확대 (6개소 → 18개소) 및 상담인력 확대 배치 (1명 → 3명), 경찰용 자살예방 교육 프로그램 개발·보급
 - (소방관) 소방공무원 자살자에 대한 심리부검 실시, 소방복합치유센터 및 심신건강수련원 건립 (소방청)
 - (집배원) 집배 노동 개선대책 수립, 전 직원 스트레스 진단·상담 프로그램 운영, 집배문화 개선 캠페인 추진 등 (우정사업본부)

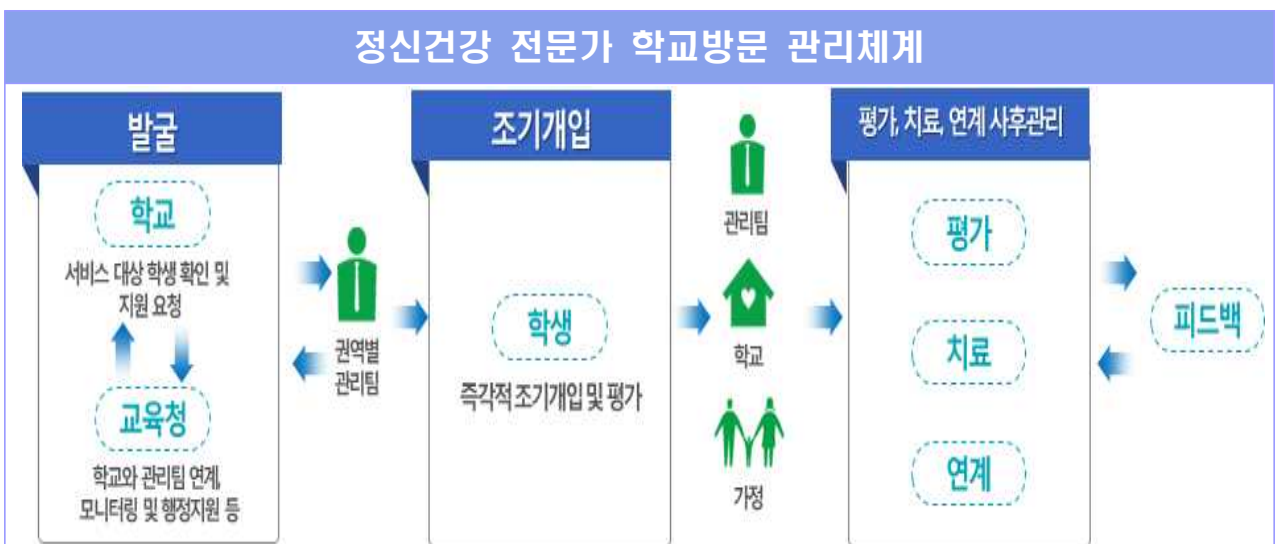


- 상담 및 돌봄 담당 공무원·종사자 지원
 - 사회복지전담공무원 및 자살예방 현장 정신건강전문요원 등에 대한 정신건강 증진 및 상담지원 추진
 - * “최근 1년 내 심각하게 자살을 생각해 본 적이 있다”
자살예방실무자 21.9% vs 일반인 5.2%((중앙자살예방센터(2016), 자살실태조사(2013))

3 연령별 자살예방 대책 추진

- (노인) 독거노인 친구만들기 사업 확대('17년 80개소 5천명 → 152개 전국으로 확대), 치매환자 가족을 위한 휴식지원 등
 - 치매안심센터(전국 252개소)를 설치·운영하여 치매환자 가족 상담, 가족교실 운영, 치매가족 자조모임 지원, 치매가족 카페 운영 등
- (청·장년) 대학생, 군인, 직장인, 구직자·실업자 특성에 맞게 심리지원 프로그램 개발·지원
 - (대학생) 대학 상담센터 기능 강화하도록 안내, 대학생 자살예방 게이트키퍼 교육 및 교양강의 활성화 등 안내
 - * (예) 서울대 공과대학은 자살예방게이트키퍼 교육을 졸업요건으로 지정
 - (군인) 자살고위험군 “식별-관리-치유”의 단계적 접근 강화
 - 자살고위험군 발굴을 위한 **인성검사 강화**(간부 연 1회→반년 1회), **쏠지휘관을 포함한 전 장병 자살예방 게이트키퍼 교육 강화**
 - * 군별 맞춤형 교육 프로그램 개발(공군 완료), 전문교관 양성체계 개선 등
 - **“병영생활 전문상담관” 확대 운영**(‘19~’23년간 대대급 부대 1명 배치, 383명 → 650여명), **“국방헬프콜센터” 상담관 증원 및 특수직무 종사자 소속기관 간 연결망 구축**
 - * 육군 GOP 부대 등 근무여건이 열악한 부대 우선 증원
 - **군 자살사망자 심리부검 확대**(「부대관리훈령(자살예방분야)」 반영) 추진(現 연간 8~10명 가능)

- (초·중등학생) 현재 운영 중인 초·중등학교 학생자살예방 체계를 내실화 하고, 상담·위기관리 및 교원전문성 강화를 역점 추진
 - (자살예방체계 내실화) 학생정서·행동특성검사 및 상담을 통한 자살위험군 학생 선별 강화*, 치료비 지원**을 통한 관리 활성화 등
 - * (대상) 초1·4 학부모, 중·고1학년 학생/ (방법) 온라인 또는 서면 검사
(검사결과) '16년 관심군 3.2%, 자살위험군 0.5% → '17년 관심군 4.6%, 자살위험군 1.0%
 - ** 자살고위험군 등에게 1인당 300만원 치료비 지원(생명보험사회공헌재단 연계)
 - (위기문자 상담체계 구축) 학생의 미디어 활용 특성을 고려하여 시간적·공간적 제약이 없이 활용 가능한 모바일 기반 문자 상담
 - * ('18) 시스템 개발, 인력양성 및 운영 매뉴얼 개발 등 기반조성 및 시범운영
→ ('19) 운영체계 보완 및 확산
 - (정신건강 전문가 학교방문 사업 전국확대) 자살시도 및 자살 위험이 발견되었으나 사회적 편견과 가정사정(인식부족, 경제사정 등)으로 치료받지 못하는 학생 관리를 위한 권역별 관리팀* 설치
 - * 정신과전문의, 임상심리사, 정신보건간호사, 사회복지사, 상담사, 행정요원
 - 정신건강 전문가가 학교를 방문하여 학생상담, 학부모·교사 코칭



- (자살원인 심층분석) 청소년(19세미만) 심리부검 전문요원* 양성 및 안정적 추진기반 조성 (교육부, 복지부·경찰청 협조)

* 현재 교육부 청소년심리부검전문요원을 중심으로 추진 중

- (교원 전문성 강화) 현직 교원 정신건강 역량강화 연수*를 2018년까지 완료하고, 예비교원 양성과정에 아동·청소년기의 정서·행동발달 이해와 지도 관련 교과목 개설·운영 ('18.3~)

* 최근 3년 교사 연수현황 : ('14) 136,901명 → ('15) 147,000명 → ('16) 153,677명

※ ('18.7) 교원양성과정 업무편람 개정·시행, 교원양성대학 운영현황 점검

- (학교밖청소년) 청소년 지도자 게이트키퍼 양성, 청소년동반자* 배치 확대, 1388 청소년 상담채널 및 학교폭력 신고전화(117) 등 활용 조기발견, 청소년 통합지원체계를 통한 맞춤형 통합 연계서비스 제공, 학교밖 청소년 자살현황 파악 및 정보연계 강화 등

* 청소년 전문 사례관리자 확대 : '17년 1,146명 → '22년 1,522명

- (상담인력의 전문성 강화) 청소년 지도자를 자살예방 게이트키퍼로 양성

* 청소년지도사 45,973명(2년마다 15시간 보수교육), 청소년상담사 5,574명(연 8시간 보수교육)('17년 현재)

- (연계 지원 강화) 1388 청소년 상담채널(전화, 문자, 사이버) 를 통한 조기발굴 및 자살위기 대응 전담인 청소년동반자 확대, 지역사회 청소년 통합지원체계(CYS-Net) 를 통해 학교밖청소년을 포함한 위기청소년에 대한 맞춤형 연계 서비스 제공

* CYS-Net 구축 : ('17년) 224개소 → ('18년) 226개소 → ('22년) 248개소

* 청소년동반자 : ('17년) 1,146명 → ('18년) 1,261명 → ('22년) 1,522명

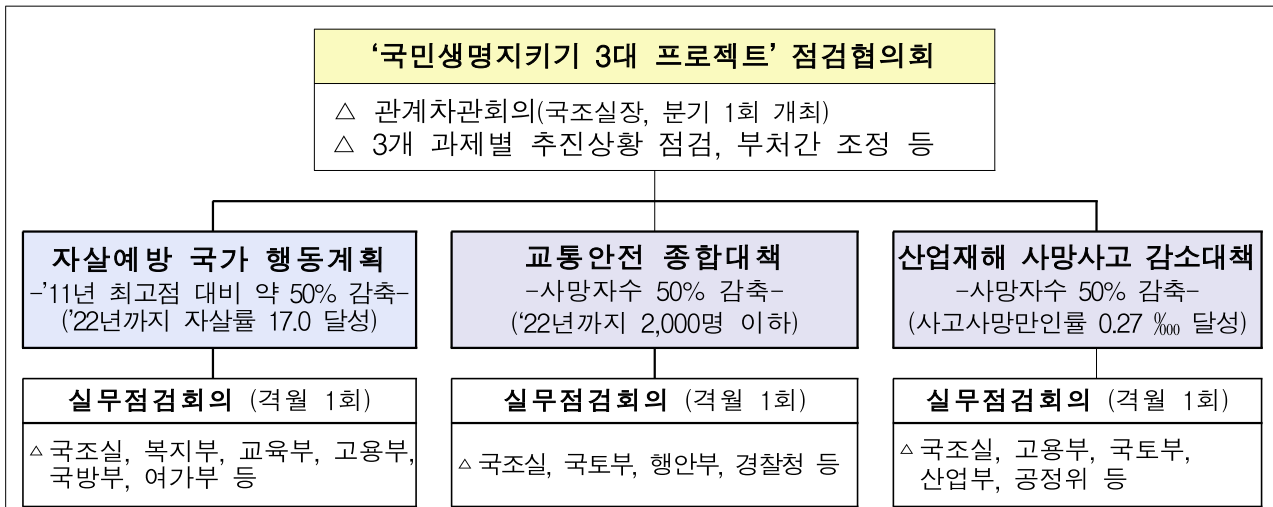
V. 추진 기반 마련

1] 중앙차원의 자살예방정책 체계 정비

○ 총리실 주도의 '범정부 추진체계' 구축 (국조실)

“2022년까지 자살예방, 교통안전, 산업안전 등 3대 분야 사망 절반 줄이기를 목표로 국민생명 지키기 3대 프로젝트를 집중 추진하겠습니다.” (대통령 신년사, '18.1.10)

- '국민생명 지키기 3대 프로젝트 점검협의회(국무조정실장 주재)'를 통해 각 부처 자살예방대책의 이행실태 지속 점검 및 관리
→ 보완필요시 '국정현안점검조정회의(국무총리 주재)'에 상정·대책 마련



○ 보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화

- 보건복지부에 자살예방 전담부서 설치
- 자살예방전문위원회의 운영을 활성화하여 관계부처 합동, 자살 예방 정책 컨트롤 타워로 활용
- 중앙자살예방센터·심리부검센터를 통합·공공기관으로 설치하는 방안을 검토하여 공공성, 전문성, 고용안정성 강화

* 자살원인 심층분석 및 정책 연구, 사업개발 및 교육지원 등 강화 추진

- 민관 정책소통기구 ‘(가칭)생명존중·자살예방정책협의회’ 구성
 - 학계, 종교계, 재계, 언론계 등 포괄하여 범정부·민관합동으로 구성, '18년 신설 예정인 복지부 자살예방정책과가 사무국 기능 담당
 - * '08년 민관합동 “자살예방대책추진위원회” 설치, 「자살예방법」 제정 계기
 - ‘(가칭)자살예방정책협의회’는 생명존중문화 조성, 사회통합과 사회적 지지체계 구축 등 자살예방 과제 발굴 및 협조 체계로 활용

2 자살은 “개인적 문제”이며 “막을 수 없다” 는 사회인식 개선

- 사회적 관점에서의 자살문제를 검토하는 인문학포럼을 운영하고 인문학 연구*를 확대하여 그 결과를 정책에 반영
 - * 사회통합과 자살률, 자살률 감소를 위한 사회적 지지체계 구축 방안 등
- 국민 참여형 자살예방 “괜찮니 캠페인” 확대추진 (복지부)
 - 유명인의 자발적인 참여로 진행 중인 “에어키스(AirKiss)” 캠페인, 온·오프라인 괜찮니 엽서보내기, 자살예방 퍼포먼스 “플래시몹” 등
 - 중·고등학교, 대학교 중심 “우체통” 캠페인 및 괜찮니 “플래시 몹” 확산 (교육부 협조), 종교계 협조를 통한 확산 (문체부 협조)
- 자살예방 공익광고 송출 및 신문·방송 자살 보도 시 상담전화 게재 추진(「자살예방법」 제18조 개정) (복지부)
 - * 「아동복지법」 제24조 아동학대 예방을 위한 홍보영상 송출 의무화
- 정부 기관 간 협업을 통한 자살예방 인식개선 홍보 활성화
 - 국가소유 매체를 활용한 자살예방 캠페인 홍보 (문체부 협조), 철도공사 등 민간기관 협조 활용 등

VI. 향후계획 및 협조요청

□ 향후계획

○ 「자살예방 국가 행동계획」 본격 추진

- 법령 및 제도 개선이 필요한 사항을 제외한 행정적 조치*는 즉시 착수 및 추진

* 지자체 “2017 자살예방대책 시행결과” 평가 및 결과공표(2월), 경찰청 자료를 활용한 자살자 전수조사 등

- 2019년 예산안 반영, 입법조치 필요사항 등 추진

○ 「자살예방 국가 행동계획」 분기별 점검·평가 (국무조정실)

- 점검결과 미흡사항 보완 및 필요시 추가대책 마련

○ ‘(가칭)생명존중·자살예방정책협의회’ 구성·발대식 통해 대책 지속 보완

□ 협조요청 사항

○ 각 부처 소관과제 적극 수행

○ 「자살예방 국가 행동계획」의 원활한 추진을 위한 협조체계 유지

- 사업별 예산확보(기재부) 지자체 책임성 제고(행안부), 민관 협업체계 구축 및 운영(문체부 등), 자살예방 캠페인(문체부) 등

참고1 자살예방 정책 해외사례

- * 「자살예방 문화, 생명사랑 시스템 구축을 위한 사업모델 개발 연구」(안실련, 한국자살예방협회, 2017)의 내용을 바탕으로 구성하였음

□ 핀란드

- (주요내용) 심리부검을 대대적으로 실시하고 이를 바탕으로 국가 자살예방 전략 수립·시행, 자살률 절반이하 감소 (자살률 '90년 30.2명 → '14년 14.1명)
 - * 심리부검(psychological autopsy) : 사망 전 자살자의 심리 행동 양상 및 변화를 주변인의 진술과 기록을 통해 검토하여 자살의 구체적 원인을 검증
 - ** 전문가 5만명 투입 1년간('87년~'88년) 자살사망자 1,366명 전수 심리부검
- 국가자살예방전략은 △자살 고위험군의 조기발견 △치료기관 간의 연계 △언론의 자살관련 보도자제 △대상에 따른 맞춤형 프로그램 운영이 주요 특성
- (시사점) 국가 차원의 대대적인 심리적 부검을 통해 효과적인 자살예방대책 수립. 다양한 조직 및 기관의 긴밀한 네트워크 및 협력체계 형성(중앙정부,지방정부, 학교, 민간단체, 지역조직등)

□ 영국

- (주요내용) 자살예방을 위한 별도의 국가전략을 수립하는 등 자살 예방을 사회문제로 여기고 적극적 전략 수립 (자살률 '13년 7.5명, OECD 평균 12.2명)
 - 국가자살예방전략은 △고위험군의 위험 감소 △특정집단의 맞춤형 접근 △자살수단에 대한 접근성 감소 △유가족 지원 강화 △대중매체 보도개선 △연구 및 데이터수집이 주요 특성
 - * 철도 시설관리 공공기관과 파트너십을 맺고 포스터와 리플릿 배포, 'Man on the Ropes' 자살예방 캠페인 진행
- (시사점) 국가 차원의 핵심적 목표 선정하고 장기 계획 하에 수정·보완하며 사회적 변화에 따라 자살예방 정책 추진

□ 일본

- (주요내용) 자살예방 전담조직 구성 및 적극적인 투자로 과거 12년간 자살률 30% 감소 (자살률 '03년 27.0명 → '15년 18.9명)
- 일본의 연간자살자 수 1만명 감소('03년 34,427명 → '15년 24,025명), OECD 자살률 2위→5위('15년)
 - * “자살대책추진본부” 구성(내각부→후생성으로 이전('16))
- 자살예방정책은 △자살문제에 대한 사회적 관심 확대 △자살고위험군 관리 강화 △지역사회 중심 접근 강화 △자살예방에 적극적인 예산 투입이 주요 특성
 - * 일본 자살예방 예산(억원) : '13년 2,873 → '14년 3,614 → '15년 7,837 → '16년 7,927
- (시사점) 자살대책기본법을 근거로 적극적으로 예산을 투입하여 지속적이고 실질적인 자살예방사업 전개

□ 호주

- (주요내용) 전 국민을 대상으로 실용성, 접근성 강화, 지역사회 자원 활용을 강조한 자살예방 대책 수립(Living is for Everyone(LIFE))
 - * 호주의 연간자살자수 ('90년 13.4명 → '12년 11.4명 → '13년 11.2명)
- 국가자살예방전략은 △1차적 보건 네트워크에 기반한 지역적 접근 △전 국민 위기지원서비스 △원주민과 Torres Strait Islander 주민의 자살예방 전략 포함 △자살 및 자해시도자의 사후관리가 주요 특성
 - * 대도시 외의 지역주민들 대상으로 지역위성 및 라디오 방송연합회의 주관하에 진행하는 자살예방 캠페인 실시. 매달 20회, 2분 내외
 - * 자살예방 지원 프로그램 예산 AUD 3,700,000, 자살예방사업을 담당하는 National Menter Health Commission 예산 AUD 6,478,000
- (시사점) 자살예방에서부터 사후관리까지 각 단계별 개입전략을 수립하여 잠재적 위험군부터 고위험군까지 통합적 서비스 제공

□ 미국

- (주요내용) 자살예방을 국가의 우선과제로 선정, 자살예방기금 지원법 제정하여 자살률 감소 ('90년 13.1명 → '02년 11.3명 → '13년 13.1명)
 - * 자살예방 프로그램 투입 예산 ('16년 \$60,032,000 → '17년 \$88,032,000)
- 국가자살예방전략은 △건강하고 임파워된 개인, 가족, 지역사회
△임상 및 지역사회 예방서비스 △전문적 치료 및 지지서비스
△국가감시체계, 조사연구, 평가가 주요 특징
 - * 전 국민을 대상으로 지역센터와 연계되어 서비스를 제공하는 자살예방 상담전화 구축·운영(24시간 핫라인)
- (시사점) 연구개발의 중요성 강조 및 확산, 프로그램 효과성 평가 등을 통해 근거기반 실행을 강조

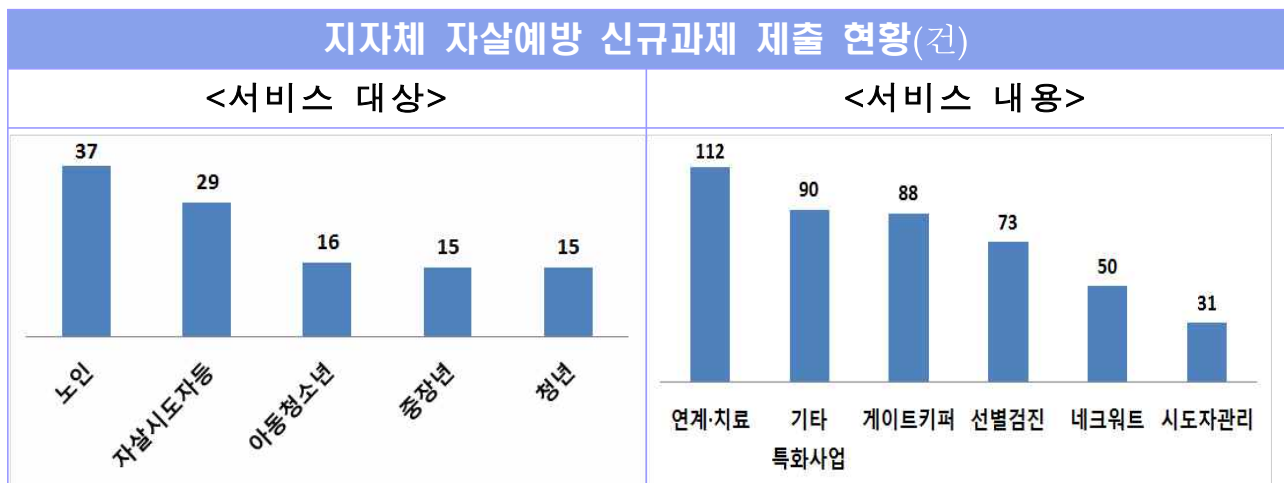
참고2 자살예방 정책 수요

□ 조사개요

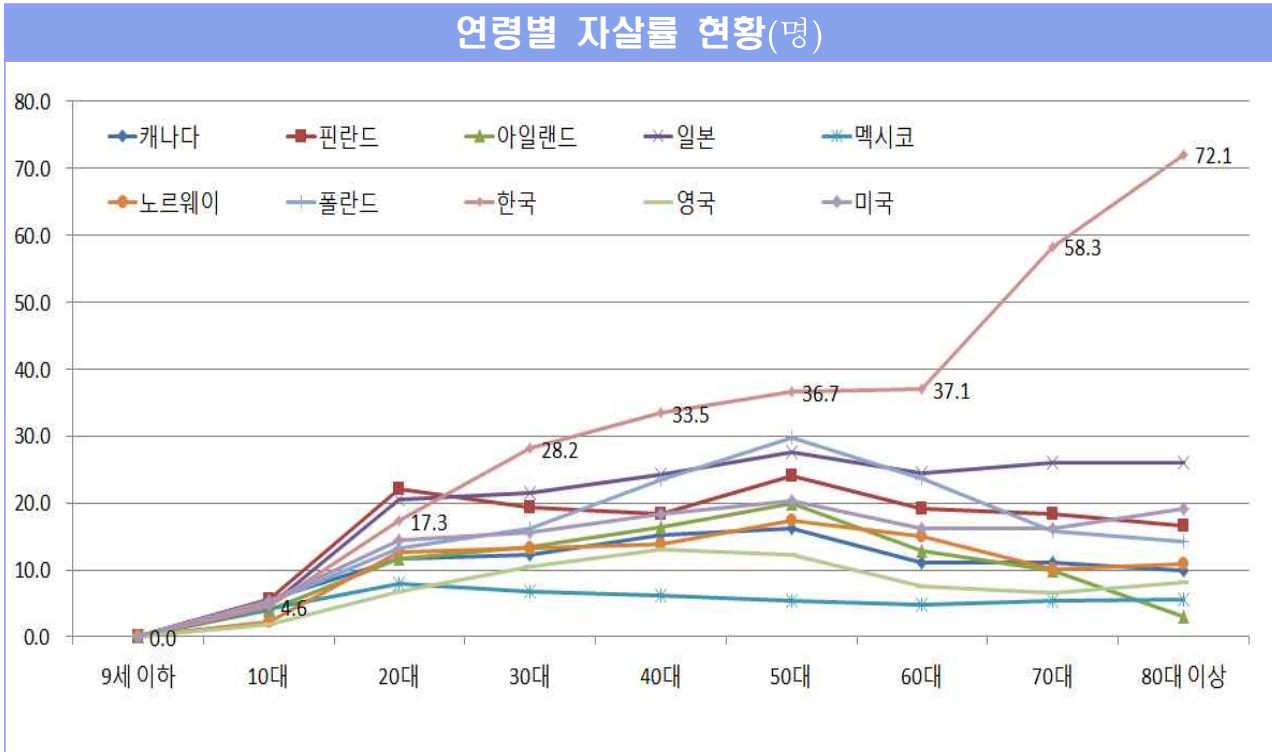
- (조사기간) '17.10.24(화) ~ 10.31(화)
- (조사결과) 전국 총 16개 시도, 88개 시군구 신규과제 제출

□ 조사결과(중복체크 가능)

- (대상) 노인(37)* > 자살시도자등(29) > 아동청소년(16) > 중장년(15) 순
 - * 경로당 어르신 대상 게이트키퍼 교육, 노인우울 검사 및 상담, 노인 생명지킴이 멘토링 지원, 독거노인 정신건강프로그램 실시 등
- (과제 내용) 기관 연계 및 치료 요구*(112) > 기타특화사업(90) > 게이트키퍼 양성(88) 순으로 높음
 - 게이트키퍼 양성 대상은 교사·공무원(18개, 34%) > 실무자(12개, 22.6%) > 직장인(9개, 17.0%) > 이·통장(6개, 11.3%) 순
 - * 경찰청과 협력체계 구축, 의료기관 연계, 복지·공공기관 연계, 이동상담, 집단상담, 치료비지원, 사이버상담 등
- (특성) 노인을 대상으로 하는 사업이 많고, 자살검진, 상담, 치료비지원 등 의료적 접근에 치중



참고3 연령에 따른 자살률 변화



국가	9세 이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상	기준 연도
캐나다	0.1	5.5	11.6	12.3	15.3	16.3	11.0	11.1	10.0	2011
핀란드	0.0	5.6	22.2	19.3	18.5	24.0	19.1	18.4	16.7	2013
아일랜드	0.0	3.9	11.7	13.4	16.3	20.0	12.8	9.8	3.0	2013
일본	0.0	4.6	20.5	21.5	24.2	27.5	24.4	26.1	26.1	2013
멕시코	0.0	4.1	7.9	6.8	6.1	5.3	4.9	5.4	5.5	2013
노르웨이	0.0	2.2	12.6	13.2	13.8	17.3	14.9	10.1	10.9	2014
폴란드	0.0	5.2	13.2	16.3	23.4	29.8	23.7	15.8	14.3	2012
한국	0.0	4.6	17.3	28.2	33.5	36.7	37.1	58.3	72.1	2014
영국	0.0	1.9	6.8	10.4	13.1	12.3	7.6	6.5	8.2	2013
미국	0.0	5.4	14.5	15.6	18.4	20.3	16.3	16.3	19.2	2014
OECD 평균	0.0	3.8	10.8	12.6	16.5	19.2	16.6	18.4	21.7	

* 출처: 자살사망자수(WHO), 표준인구(OECD)를 사용하여 산출. 한국의 경우 자살사망자수(통계청) 사용하여 산출.

참고4

자살예방 게이트키퍼 우선 양성 대상(1,475,755명)

지역주민		방문서비스종사자	
구분	인원수	구분	인원수
이장통장	95,819 (* 지역사회보장협의체 위원으로 참여중인 이장·통장 10,302명)	방문 간호사	1,533
공무원	1,029,538 (* 읍면동 지역사회보장협의체 위원 참여자 7,476명)	독거노인 생활관리사	8,402 (2017.12월 현재 9,168명)
읍면동지역사회 보장협의체위원	57,577	의료급여관리사	530
중고교교사	중 109,525 고 135,427 (* 읍면동 지역사회보장협의체 위원 참여자 1,011명)		
자영업자	8,459		
상담전문가		의료인력	
구분	인원수	구분	인원수
청소년상담센터	720	정신의료기관 종사자	16,737
Wee 센터	1,012		
고용센터	3,999		
치매센터	5,286		
아동보호전문기관	1,033		
마이홈센터 (주거복지)	158		

① 상담 및 사례관리 제공기관(센터)

- (기능) 위기 및 상담 희망대상자에게 진단·상담·치유 서비스 및 심층심리검사 제공, 개인별 지원계획 수립 등 맞춤형 사례관리 서비스 제공
- (현황) Wee센터(교육부) 등* 전국 993개소, 종사자수 9,627명
* 치매안심센터, 발달장애인지원센터, 청소년상담복지센터, 중독관리통합지원센터 등

② 학대예방 및 권익옹호 기관

- (기능) 취약계층 대상으로 학대 및 폭력으로부터 보호·돌봄 서비스 제공, 노인 및 아동 대상 예방서비스 제공
- (현황) 아동보호전문기관(복지부) 등* 전국 296개소, 종사자수 3,077명
* 아동보호전문기관, 노인보호전문기관, 성폭력상담소, 해바라기센터

③ 직접서비스·급여 제공 기관

- (기능) 특정 취약계층(북한 이탈주민, 영유아, 노인 등)에게 직접서비스 및 급여 제공 등의 기능 수행
- (현황) 지역아동센터(복지부) 등* 전국 1,116개소, 종사자수 6,807명
* 지역아동센터, 북한이탈주민 지역적응센터, 가정위탁지원센터, 기부식품등지원센터, 육아종합지원센터, 자활센터, 학교밖청소년지원센터

④ 정보제공 및 신청·연계 기관

- (기능) 서민금융기관 및 취업신청·알선, 자원연계 및 고용 복지서비스 등 관련정보를 제공하는 것이 주요 기능인 기관
- (현황) 지역아동센터지원단(복지부) 등* 전국 589개소, 종사자수 31,301명
* 지역아동센터지원단, 마이홈센터, 고용센터, 건강보험공단, 국민연금공단, 장애인고용공단, 근로복지공단

< 참고 : 정부 운영 공공센터 현황 >

구분	소관 부처	센터명	설치추제	시설수	증사자수	평균 증사자수	연간 이용자수*
상담 및 사례 관리 기관	교육부	Wee센터	시군구 설치	177	1,012	6	256,522
	복지부	자살예방센터	국가, 시도지사, 시군구청장	29	208	7	-
	복지부	치매안심센터	국가, 시군구 보건소	256	5,286	19	-
	복지부	발달장애인지원센터	국가, 시도지사	18	160	9	5,201
	복지부	정신건강복지센터	국가, 시도지사, 시군구청장	225	2,016	9	390,283
	복지부	중독관리통합지원센터	지자체	50	225	5	9,408
	여가부	청소년상담복지센터	지방자치단체	224	720	3	186,000
학대 예방 및 권익 옹호 기관	복지부	아동보호전문기관	국가, 시도지사, 시군구청장	61	1,033	17	29,674
	복지부	노인보호전문기관	국가, 시도지사	31	248	8	12,009
	여가부	성폭력상담소	국가, 시도지사, 시군구청장	167	1,379	9	158,029
	여가부	해바라기센터	여가부 권익정책과	37	417	11	26,878
직접 서비스·지 원 제공 기관	통일부	북한이탈주민 지역적응센터	통일부, 16개 광역시도	23	94	4	15,217
	복지부	공립형 지역아동센터	시군구청장	57	167	3	106,668
	복지부	가정위탁지원센터	국가, 시도지사	18	181	10	아동12,907 부모10,183
	복지부	경로당 광역지원센터	시·도지사	16	81	5	-
	복지부	기부식품등 지원센터	보건복지부	441	720	1.6	개인740 시설15,282
	복지부	육아종합지원센터	국가, 시도지사, 시군구청장	96	2,899	30	7,724,875 (중복포함)
	복지부	자활센터	국가, 시도지사, 시군구청장	263	2,104	8	32,860
	여가부	학교밖청소년지원센터	국가, 지방자치단체	202	561	3	5,400
정보 제공 및 신청· 연계 기관	복지부	지역아동센터지원단	국가, 시도지사	17	77	5	-
	금융위 원회	서민금융통합지원센터	서민금융진흥원 신용회복위원회 한국자산관리공사	39	333	8.3	751,021
	국토부	마이홈센터	한국토지주택공사(LH)	42	158	4	152,811
	고용부	고용센터	국가, 시도지사, 시군구청장	94	3,999	42	2,779,188
	건강보 험공단	건강보험공단	건강보험공단	178	14,009	78	-
	국민연 금공단	국민연금공단	국민연금공단	109	5,654	51	-
	장애인 고용공단	장애인고용공단	장애인고용공단	31	734	24	구인수 70,530 구직자수 44,192 취업자 수20,415
	근로복 지공단	근로복지공단	고용부	79	6,337	80	-

* 연간이용자수 : 2016. 1.~12. 연간이용실적

연번	자살예방 추진과제	주관 부처 (협조부처)	추진 기간
1. [자살원인] 과학적 근거에 기반한 전략적 접근			
1-1	㉠ 5년간(2012~2016) 발생한 자살사망자 7만 명 전수조사		
	① 경찰청 수사기록 활용한 자살원인 심층분석	복지부 (경찰청, 해양경찰청)	'18년2월~
	② 심리부검 활성화 및 고도화	복지부 (행안부, 경찰청, 교육부)	'18년3월 ~
1-2	㉡ 국가 자살동향 감시체계 구축		
	① '국가자살동향감시체계' 구축	통계청 (경찰청, 해양경찰청, 교육부, 복지부)	'19년
	② 신유형의 자살자 마이크로데이터 확보 및 활용	통계청, 경찰청	'19년
1-3	㉢ 근거기반 자살예방 정책 추진을 위한 지자체 지원		
	① 지자체의 근거기반 자살예방정책 추진 지원	복지부	'18년1월 ~
	② 지역특성을 반영한 지자체 주도적 사업추진 지원	복지부	'18년1월 ~
1-4	㉣ 효과성 높은 자살예방 프로그램 확산		
	① 과학적 근거에 기반한 자살예방 프로그램 인증제 확립	복지부	'18년8월 ~
	② 자살예방 관련연구 및 R&D 확대	복지부	'19년~
2. [자살고위험군 발굴] 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축			
2-1	㉠ 자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고		
	① 전국민 대상 게이트키퍼 교육	복지부 (행안부)	'18년1월 ~

연번	자살예방 추진과제	주관 부처 (협조부처)	추진 기간
	② 게이트키퍼 교육 대상자별 차별화된 교육 및 활용추진	복지부, 교육부	'18년6월 ~
2-2	② 사회보장서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴		
	① 학대예방 및 권익옹호기관/상담·사례관리기관	교육부, 복지부	'18년3월 ~
	② 직접 서비스·급여제공기관/정보제공 및 신청·연계기관	복지부, 금융위, 국토부	'18년3월 ~
	③ 시군구 희망복지지원단 통합사례회의 강화	복지부	'18년1월 ~
2-3	③ 우울증 검진 및 스크리닝 강화		
	① 국가건강검진을 통한 우울증 검진	복지부	'18년1월 ~
	② 동네의원 등을 통한 우울증 스크리닝 확대	복지부	'18년1월 ~
3. [적극적 개입·관리] 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거			
3-1	① 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축		
	① 정신건강사례관리시스템 구축 운영	복지부	'18년6월
	② 보건·복지서비스 간 연계 활성화	복지부	'18년6월 ~
	③ 부채부담 및 파산 등 경제적 위기에 직면한 대상자 특별관리	금융위 (복지부)	'17년11월 ~
	④ 지역사회 인적안전망을 활용한 사회적 관계회복 및 지원연계	복지부 (행안부)	'18년6월 ~
3-2	② 지역사회 정신건강서비스에 대한 접근성 강화		
	① 지역사회 단위 서비스 제공기반 마련	복지부, 행안부	'18년3월 ~
	② 자살예방 상담서비스 이용 활성화	복지부	'18년6월 ~
	③ 우울증 치료접근성 및 지속치료 강화	복지부	'18년1월 ~

연번	자살예방 추진과제	주관 부처 (협조부처)	추진 기간
3-3	③ 자살축발 위험요인 제거		
	① 자살도구·수단 관리 및 접근성 제한	농림부, 산림청, 산자부, 환경부, 국토부	'18년2월 ~
	② 자살보도 권고기준 확산 및 문화콘텐츠 자율규제	경찰청	'18년6월 ~
	③ 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거마련	복지부	'18년6월 ~
4. [사후관리 · 지원] 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방			
4-1	① 자살시도자 사후관리 강화		
	① 응급실 기반 자살시도자 사후관리 강화	복지부	'18년3월 ~
	② 응급실 - 지역사회 연계 활성화	복지부	'18년3월 ~
	③ 정신전문응급의료센터 지정 검토	복지부	'19년~
	④ 소방청 대응능력 제고	소방청 (복지부)	'18년3월 ~
4-2	② 자살이 되풀이되지 않도록 자살유가족 지원 강화		
	① 자살유가족 자조모임 활성화	복지부	'18년~
	② 자살유가족 지원 서비스 개발	복지부	'18년3월 ~
4-3	③ 유명인 자살사건 대응체계 구축		
	① 연계인 및 연습생 등 정신건강증진 및 상담지원	문체부	'18년1월 ~
	② 유명인 자살사건에 대한 부처합동 대응체계 구축	복지부 경찰청	'18년3월 ~

연번	자살예방 추진과제	주관 부처 (협조부처)	추진 기간
5. [대상별 예방정책] 대상별 자살예방 추진			
5-1	① 근로자 및 실직자 자살예방		
	① 사업장 중심 자살예방 환경 조성	고용부	'18년3월 ~
	② 감정노동자 보호	고용부	'18년3월 ~
	③ 실업자·구직자 대상 자살예방 사업 추진	고용부	'18년3월 ~
	④ 직업적 트라우마 대응을 위한 전문상담 지원	고용부	'18년6월 ~
	⑤ 자살사고 발생 사업장 사후관리	고용부	'18년6월 ~
5-2	② 자살위험이 특히 높은 집단에 대한 고려 강화		
	① 퇴원 정신질환자에 대한 사후관리 모델개발 및 지원	복지부	'18년6월 ~
	② 특수직공무원 지원 강화	경찰청, 소방청, 과기부 복지부	'18년1월 ~
	③ 상담 및 돌봄 종사 공무원·종사자 지원	복지부	'18년6월 ~
5-3	③ 연령별 자살예방 대책 추진		
	① (노인) 독거노인 및 치매환자가족 지원	복지부	'18년3월 ~
	② (청·장년) 특성에 맞는 심리지원 프로그램 개발	복지부	'18년3월 ~
	③ (대학생) 상담센터 및 게이트키퍼 교육 등 활성화	교육부	'18년3월 ~
	④ (군인) 자살고위험군에 대한 단계적 접근 강화	국방부	'18년1월 ~
	⑤ (초중등학생) 학교자살예방 체계 내실화 등	교육부	'18년3월 ~

연번	자살예방 추진과제	주관 부처 (협조부처)	추진 기간
	⑥ (학교밖청소년) 청소년 통합지원체계를 통한 맞춤형 통합연계서비스 제공	여가부	'18년3월 ~
6. 추진기반 마련			
	Ⅰ 중앙차원의 자살예방정책 체계 정비		
6-1	① 총리실 주도의 '범정부 추진체계' 구축	국조실 (복지부)	'18년1월 ~
	② 보건복지부 자살예방정책 추진체계 강화	복지부	'18년1월 ~
	③ 생명존중·자살예방정책협의회 구성	복지부	'18년1월 ~
	Ⅱ 자살예방 홍보 및 캠페인		
6-2	① 자살문제에 대한 인문학적 연구 확대	복지부	'18년3월 ~
	② 펜샴니 캠페인 확대 추진	복지부 (문체부)	'18년1월 ~
	③ 자살예방 공익광고 송출 및 신문방송 보도시 상담전화 게재 추진	복지부	'18년6월 ~
	④ 정부 기관 간 협업을 통한 홍보	복지부 (문체부)	'18년3월 ~