creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

자살예방정책 비교제도론적 고찰

: 우리나라와 핀란드 비교를 중심으로

연세대학교 보건대학원

국제보건학과 국제보건전공

김 경 은

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

자살예방정책 비교제도론적 고찰

: 우리나라와 핀란드 비교를 중심으로

지도 김 소 윤 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함.

2022년 12월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과 국제보건전공

김 경 은

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

김경은의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 김 소 윤 인

심사위원 백 상 숙 인

심사위원 정 영 철 인

연세대학교 보건대학원

2022년 12월 일

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

감사의 글

이렇게 감사의 글을 쓰기 위해 노트북 앞에 앉아 있으니 가볍고도 분명한 행복감이 밀려옵니다. 한동안은 늘 여기 노트북 앞에서 막연한 불안감과 고민에 걱정하던 시간을 꾹꾹 눌러 담았던 것 같은데, 벌써 그 시간이 다 지나간 듯 합니다.

논문을 작성하는 그 한 학기는 참 치열하게 지냈습니다. 4개월 간의 파견, 이사, 변화된 환경과 새로운 업무에의 적응을 하면서 1인분으로서 잘 해내고 싶은 마음으로 노력했었고, 사랑하는 사람과의 순간 또한 제게 너무나 중요했기 때문에 후회없이 잘 보내고 싶었습니다. 그런 욕심에도, 제가 앞으로 나아감에 있어 선택과 집중을 할 수 있도록 주변의 귀인분들께서 제 어깨를 토닥여주셨고, 손을 꽉 잡아주셨습니다. 그렇게 저 스스로가 단단해질 수 있도록 도와주시고 응원해주셨던 한 분, 한 분의 힘 덕분에 엉키지 않고 좋은 매듭을 지을 수 있었습니다.

가장 먼저 김소윤 교수님께 감사드립니다. 논문을 작성하고 싶다는 마음만 앞섰던 저에게 해결점을 찾게끔 질문해주시고, 그 답을 찾는 과정을 다독여주셨습니다. 백상숙 박사님, 부족함만 가득했던 학생에게 정성들여 보완점을 가르쳐주시고, 논문이 보다 촘촘해질 수 있도록 함께 고민해주셔서 감사드립니다. 따뜻하게 저를 격려해주시고 지도해주셨던 정영철 교수님, 정말 감사 말씀드리고 싶습니다. 그리고 이동현 박사님, 아낌없는 조언을 해주셨던 그 시간이 있어 저는 정말 포기하지 않을 수 있었습니다. 감사합니다.

논문의 처음에서부터 끝까지 함께 했던 김정건, 한병숙 선생님! 추운 겨울날 우리 신촌역 앞에서 입김 호호 불어가며 서로를 응원했던 순간을 정말 잊지 못할 거예요. 덕분에 저는 용기를 얻고 힘을 낼 수 있었습니다. 그리고 윤수지, 박규리, 윤은숙 선생님! 이 소중한 인연을 만날 수 있어 기뻤습니다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

우리 가족들 너무나도 사랑합니다. 한결같이 부지런히, 가족이라는 울타리를 최우선으로 지켜내었던 소중한 우리 엄마. 실수와 오차가 많은 저를 언제나 그 자리에서 응원해주는 언니, 형부가 있어 마음이 든든합니다. 그리고 균식 오빠. 가끔은 오빠의 눈으로 나를 보고 싶을 만큼, 다듬어지지 않은 모서리 부분까지 늘 보듬어주고 아껴주어서 고마워요. 고맙다는 표현 이상으로 애틋하고, 사랑합니다.

누군가가 어려움에 처했을 때 기꺼이 손을 내밀어줄 수 있는 사람이 있는, 그런 사회에 살아가고 있다는 믿음이 있고, 저 또한 세상의 작은 도움이 되는 사람이고 싶습니다. 국제보건을 공부하기로 다짐했던 처음의 마음가짐에서 더 풍요로워진 마음이고, 앞으로도 그럴 것 같다는 막연한 설렘이 있습니다. 이곳에서 만난 소중한 인연들, 그분들께 배웠던 가치를 품고 실현하겠습니다. 늘 더 나은 사람이 될 수 있도록 스스로 정진하며 나아가겠습니다. 감사합니다.

김경은 드림

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

차 례

국문요약

Ⅰ. 서론 ····· 01
1. 연구의 배경 및 필요성 ····· 01
2. 연구의 목적 ····· 04
3. 연구의 방법 ····· 04

Ⅱ. 자살과 자살예방 ····· 06
1. 국내 자살 현황 ····· 06
2. 한국과 핀란드의 자살예방정책 효과 비교 ····· 14
가. 한국 ····· 15
나. 핀란드 ····· 19
3. WHO 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE) ····· 22

Ⅲ. WHO 자살예방전략 실행지침에 따른 두 나라 비교 ····· 26
1. 거버넌스 영역 ····· 26
가. 상황분석 ····· 26
나. 재정 ····· 32
다. 감시 ····· 34
라. 모니터링 및 평가 ····· 37
2. 사회적 영역 ····· 42
가. 인식 제고 및 옹호 ····· 42
나. 자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용 ····· 44
다. 청소년들에게 사회-정서적인 삶의 기술 함양 ····· 45
3. 인프라 영역 ····· 50
가. 다분야 협력 ····· 50

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

나. 역량 강화 ····· 53
다. 자살 고위험군 조기 식별·평가·관리·추적 ····· 57
4. 환경적 영역 ····· 60
가. 자살수단 제한 ····· 60

Ⅳ. 자살예방정책 개선방안 ····· 63
1. 충분한 재정의 확보 ····· 63
2. 자살 고위험군에 대한 정보 접근성 강화 ····· 64
3. 모니터링 및 평가 체계 구축 ····· 66
4. 전문성 있는 인력 확보 ····· 67
5. 청소년 상담 의뢰 연계성 강화 ····· 68
6. 게이트키퍼의 질적 향상 ····· 70

Ⅴ. 고찰 및 결론 ····· 74
1. 연구방법에 대한 고찰 ····· 74
2. 연구결과에 대한 고찰 ····· 76
3. 결론 ····· 78

참고문헌 ····· 81

부록 ····· 91

ABSTRACT ····· 97

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 차 례

표 1. 정신질환자의 평균 재원 기간 비교(한국/핀란드) ····· 29
표 2. 정신질환 환자의 퇴원 후 1년 이내 자살률 ····· 30
표 3. WHO(2021) 자살예방전략 실행지침에 따른 우리나라 현황 ····· 61
표 4. 한국과 핀란드의 자살예방정책 비교 및 정책 제안 ····· 72

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그 림 차 례

그림 1. OECD 자살률 ····· 2
그림 2. 2016-2020년 연령대별 자살률 추이 ····· 9
그림 3. 2020년 시·도별 연령표준화 자살률 ····· 11
그림 4. 양국의 자살률변화(1985-2019년) ····· 14
그림 5. 본 연구의 분석틀로 이용된 WHO(2021)자살예방전략 실행지침 ····· 23
그림 6. 지역사회 기반 정신건강 서비스 이용 수 ····· 30
그림 7. 핀란드 자살률 변화 ····· 41
그림 8. 핀란드, 한국, OECD 평균의 10대 자살률 추이 ····· 45
그림 9. 2020년 한국과 핀란드의 정신건강 분야 인적자원 비교 ····· 55

부 록 차 례

부록 1. 한국과 핀란드의 WHO 자살예방전략 실행지침 비교표 ····· 90

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

국문요약

자살예방정책 비교제도론적 고찰

: 우리나라와 핀란드 비교를 중심으로

배경 및 목적: 우리나라의 자살률은 2003년 이후로 OECD 1위를 차지하고 있는 만큼 문제가 심각하다. 정부는 2004년부터 5개년 단위의 제1차 자살예방 기본계획을 시작으로, 2016년 제3차 자살예방 기본계획, 2018년 자살예방 행동계획을 시행하였으나 자살률 감소에는 획기적인 변화가 나타나지 않았다. 핀란드는 세계 최초로 국가 차원의 자살예방 프로젝트를 진행 이후 높았던 자살률을 극적으로 감소시켰다. 이 프로젝트의 높은 성과는 국가적 차원의 자살예방정책의 필요성을 일깨워주었고, WHO와 UN은 자살예방 권고지침을 생성하여 각 국에 전파하였으며, 현재까지도 추가 및 보완 중에 있다. 이에 본 연구는 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 대한 검토와 비교·분석을 통하여 우리나라 자살예방정책 개선방안을 제언하고자 한다.

연구 방법: 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 관한 체계적 문헌고찰 및 비교제도론적 연구방법을 시행하였고, WHO(2021)의 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE)을 기준으로 검토 및 분석을 진행해 자살예방정책 개선방안을 제안한다.

연구 결과: 핀란드와 대비하여 우리나라 자살예방정책은, 전반적으로 자살예방 및 정신건강 분야의 재정 확보가 미비하였고, 정책 시행 이후에 모니터링 및 평가가 세부적으로 이루어지지 않아 기존의 문제점이었던 것이 다음 정책에 수정·보완되지 않고 적용되었다. 또한 충분한 인적자원이 마련되지 않았으며, 아동 및 청소년에게도 긍정적인 정신건강을 함양할 수 있는 별도의 방안이 부재하였다. 나아가 기관 간 연계 과정에서 자살고위험군에 대한 네트워킹이 잘 이루어지지 않아 종사자 간의 갈등이 발생하는 등 아쉬운 점이 있었다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

결론: 첫째, 자살예방과 관련된 충분한 예산을 마련해야 하고, 종사자의 고용 안정성 및 운영 시스템을 보장해야 한다. 둘째, 자살 고위험군에 대한 정보 접근성을 확보할 수 있는 명확한 제도 마련을 하여 종사자 간의 통합적인 연계 과정이 이루어질 수 있도록 힘을 써야 한다. 셋째, 정책의 모니터링 및 평가 체계를 구축하여 피드백 반영이 원활히 이루어지게끔 해야 한다. 넷째, 전문성 있는 인적자원, 특히 심리상담가를 보다 확보하여 정신건강에 대한 접근성을 높여야 한다. 다섯째, 청소년 대상의 자살예방 및 정신건강 상담에 대한 의뢰 연계성을 강화하여 사회-정서적 기술을 함양할 수 있도록 도와야 한다. 마지막으로, 게이트키퍼의 질적 항상을 통해 지역사회에서 중추적 역할을 수행할 수 있도록 해야 한다.

핵심어: 자살예방정책, 정신건강, WHO, 비교제도론

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

핀란드는 자살에 대한 깊은 관심과 집중적 탐구를 기반으로 적극적인 국가 개입을 시행하여 현재까지 자살률을 크게 낮춘 대표적인 나라로 꼽히고 있다. 1960년대부터 핀란드는 산업화 및 도시화로 인한 빠른 사회적 변화가 있었고, 자살률은 1990년대에 3배까지 치솟았다(Partonen, 2018). 이에 1986년도부터 심리부검(Psychological Autopsy)을 통한 심층적 원인 분석을 시작으로, 국가적 차원의 자살예방 프로젝트를 시행했다.

심리부검은 자살자의 주변인들에 대한 심층면담을 통해 유가족들이 자살자의 상태와 자살의 이유 등을 알고, 심리적 안정감을 받을 수 있는 방법이다(Shneidman, 1971). 또한 종합된 정보를 근거로 하여 자살예방을 정책적으로 수립하는 데에 도움을 주는 효과적인 연구이기도 하다(한국생명존중희망재단, 2022). 핀란드는 자살예방 프로젝트에 이를 활용한 결과를 이용해 우울증에 대한 조기개입 등 정신건강 서비스의 접근성을 높였으며, 아동 및 청소년에 대한 자살예방 프로그램 등 적극적인 전략을 펼쳤다. 약 10년 간의 국가 정책의 결과, 1990년과 2016년의 자살률은 절반 이하로 감소하는 성과를 이루어냈다(Partonen, 2018). 이러한 과정은 UN과 WHO 자살예방 지침의 근거가 되었고(이민정, 2015), 1996년 UN은 국가전략의 자살예방 지침으로 가이드라인[1]을 발표하여 국가별 구체적인 계획 수립을 격려했다(김정수, 송인한, 2013).

자살은 단순히 개인적인 문제가 아니라 사회적, 경제적, 심리적, 정신적 등 복합적인 요인에 의해 발생한다. 우리나라 자살률은 1998년 급증하였고, 증가와 감소를 반복하면서도 OECD 국가 1위를 차지하고 있다. OECD Health data에 따르면 인구 10만 명당 OECD 회원국의 평균 자살률은 2020년 기준

1) Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and Implementation of national strategies

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

10.9명이나 우리나라는 그 평균의 2.2배인 23.5명을 기록하였다. 때문에 '자살 공화국'이라는 치명적인 오명을 갖고 있기도 하다. 더불어 국민 정신건강실태 조사에 따르면 코로나19 방책으로서 사회적 거리두기가 장기화됨에 따라 개개인이 느끼는 고립감이 심화되면서 우울감이 2018년 2.34점에서 2021년 3월 5.71점으로 높아졌고, 이러한 피로감들이 자살위기로 분출되는 것을 막기 위한 대책을 마련 중이다(국무조정실 보도자료, 2021). 따라서 보건학적 관점으로서도 국민건강에 이러한 위험신호를 넘겨짚을 순 없다.

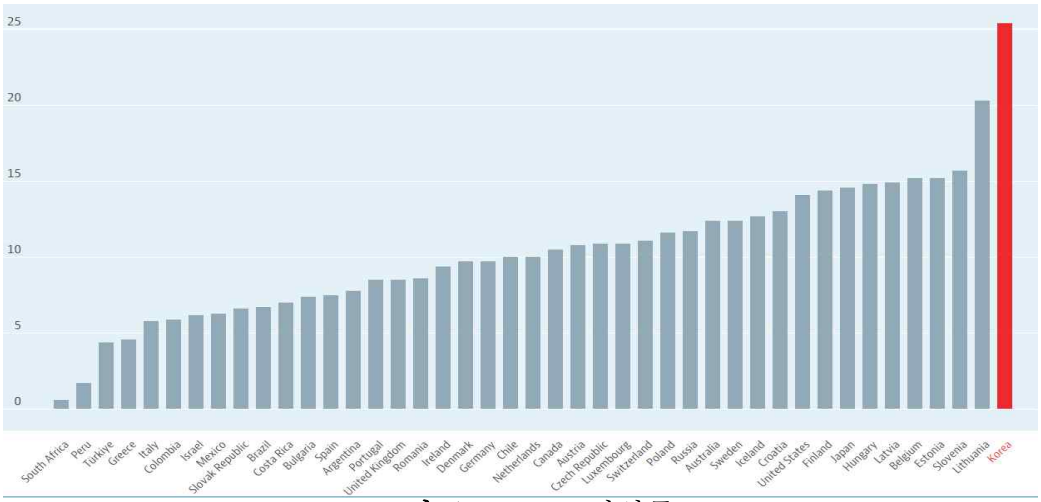


그림 1. OECD 자살률

출처: OECD(2022). Suicide rates (indicator).

정부는 자살예방정책을 5개년으로 시행하며 검토 중이며 그 과정 중 2011년 자살예방법을 처음으로 시행하였다. 우리나라는 자살예방정책에 대한 효과성을 위해 핀란드가 자살예방 프로젝트를 계획할 당시 이용하였던 심리부검 제도를 국내로 도입, 확대하기 위한 방안을 제시하였고(권호인, 고선규, 2016), 2017년에는 자살 사후대응으로 심리부검체계에 대한 법적 기틀(자살예방법 제11조 2)을 마련하였다. 또한 지역별 자살예방 사업, 자살시도자 사후관리 체계를 시행하는 등 여러 방안을 구성하고 있으며 현재까지도 다양한 사례 및 연구를 토대로 추가, 보완하고 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

비교제도론적 연구는 각국의 특정 정책 비교를 통하여 자국의 정책수정 및 보완에 필요한 정보를 제공한다. 국내외 자살예방정책에 대한 고찰 및 제언, 여러 국가와의 간략한 비교를 통한 개선방안 연구는 있어도 핀란드와의 자살예방정책을 비교·분석한 세부적인 연구는 없었다. 이전부터 낮은 자살률을 유지한 나라의 법적 근거 및 정책을 비교하기보다 높은 자살률에서 효과적으로 낮춘 핀란드의 사례는 우리나라에 좋은 시사점을 준다(원시연, 2011).

자살에 대한 원인은 다양하고, 자살률을 낮추기 위한 여러 가지 방법이 개입될 수 있다. 하지만 본 연구는 WHO의 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE)을 기준으로 삼아 세부적인 정책 비교를 하여 개선방안 탐색이 필요하다고 보았다. 핀란드의 자살예방정책, 그에 관련된 가장 근접한 법률 등에 대한 검토 및 고찰을 통해 우리나라의 자살예방정책 개선방안을 제안하고자 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2. 연구의 목적

현재까지도 높은 자살률을 유지하고 있는 우리나라의 자살률을 낮추기 위한 많은 선행연구 및 다양한 접근 전략들이 있지만, 본 연구는 WHO의 자살예방 국가전략을 기준으로 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 대해 비교제도론적 접근을 함으로써 그 시사점을 찾고, 향후 우리나라 자살예방정책 개선방안을 제안하고자 하였다. 다음은 본 연구의 구체적인 목적 3가지이다.

첫째, 국내의 자살 현황과 자살예방정책의 효과를 파악한다.

둘째, WHO가 제시하는 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE)의 기준 측면에서 우리나라와 핀란드의 자살예방정책을 비교 및 분석한다.

셋째, 향후 우리나라의 자살예방정책이 나아가야 할 방향을 논의한다.

3. 연구의 방법

본 연구는 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 대한 체계적 문헌고찰 및 비교제도론적 연구방법을 사용하였다.

먼저, 자살예방정책에 대한 이해를 위해 온/오프라인에 게재된 각종 학술지와 연구 보고서, 주제에 관련된 국내외 학술논문, 미디어 매체, 보도자료를 바탕으로 고찰한다. 국내외 학술연구는 연세대학교 의학도서관의 Pubmed, Google scholar, Riss 통합검색, 국회도서관, 정책연구관리시스템(PRISM)을 이용해 '자살' '자살예방' '자살예방 국가전략' 등과 같이 주제에 연관된 단어를 바탕으로 문헌을 검토한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다음으로는, 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 대한 자료를 위해 보건복지부, 한국생명존중희망재단, 한국보건사회연구원 등 국가 관련 기관의 정책 및 연구 보고서와 학술지, 국내외 학위논문, 관련 미디어·뉴스를 고찰하고, 핀란드 정부기관(사회보건부, 국립보건연구소 등) 홈페이지를 방문해 자살예방정책을 확인하고, 문헌 검색을 통하여 그를 바탕으로 작성된 연구지, 학술지 등 필요한 자료를 수집한다.

마지막으로, 종합된 자료를 정리 및 검토하여 WHO에서 제시하는 자살예방 전략 실행지침(LIVE LIFE) 기준을 토대로 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 대한 비교 및 분석을 통해 향후 우리나라 자살예방정책 개선방안을 제시한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Ⅱ. 자살과 자살예방

1. 국내 자살 현황

우리나라 자살률은 1998년 IMF 외환위기시 급격히 증가했고(인구 10만명당 18.4명), 2003년 카드대란 사태에 28.1명을, 2009년 글로벌 금융위기를 기점으로 지속 증가하다 2011년 정점을 기록했다(한국생명존중희망재단 자살예방백서:26, 2022). 이후 감소하는 듯하다 2018년 다시 상승세를 보였고, 2020년에는 전년 대비 4.4% 감소한 결과가 나왔다. 2020년 통계청에서 발표한 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률을 살펴보면, '고의적 자해(자살)'이 10대부터 30대의 사망원인 1위이며, 40대 및 50대에서도 2위를 차지하였다.

자살률이 2010년 인구 10만 명당 35명으로, 정점을 찍은 이후 감소했던 원인에 대한 분석으로는, 그간의 2006년 지하철 스크린도어 설치, 2011년 맹독성 농약의 생산 및 2012년 유통 금지 등 자살 수단에 대한 제한을 두었던 정책의 효과라고 보았다(보건복지부, 2018). 하지만 자살률에 극적인 변화는 없이 증가했다가 감소하는 것으로 보아 그 감소의 원인이 사회 및 경제적 변화에 따른 일시적 현상이라고 보는 시각도 있다(이상영 등, 2017).

통계청은 2020년 1월부터 자살 사망자의 통계 공표에 대한 주기를 연 1회에서 월 1회로 단축해 매월 자살 사망자의 수를 공개하고 있다. 2020년 기준 고의적 자해(자살) 사망률은 25.7%로, 전년대비 604명(-4.4%) 감소했다고 하나 총 13,195명이 스스로 목숨을 끊은 것이며, 이는 1일 평균 자살 사망자가 36.1명임을 뜻한다. 이러한 현상을 반증이라도 하듯, 2020년 기준 OECD 국가 중 자살률은 평균 10.9명인데 비해 한국은 24.1명으로 가장 높은 수준을 보인다(OECD, 2022).

2020년 기준 생애주기별 자살 사망자는 50대가 2,606명으로 가장 많았고, 40대는 2,405명으로 2위이다. 남성의 경우, 자살률 전체의 68.9%를 차지하고 있는 만

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

큼 전반적으로 자살은 50대와 남성에서 많이 나타나고, 중년남성이 자살을 선택하는 경우가 많다(울산저널, 2022). 그 원인을 분석해본다면, 중년남성은 청년기와는 다른 다양한 신체적·정서적 변화가 일어나고, 직장에서는 시니어의 역할로, 가정에서는 경제적인 부양자로 자리를 잡게 되면서 '잘 해내야 한다.'는 압박감을 갖는다(강모상, 2008). 이렇듯 사회와 가정에서 요구되는 책임감을 갖게 되어 스트레스를 많이 경험하면서 우울감, 흡연, 알코올 의존 등 건강을 저해하는 행위를 하게 되고, 극단적인 선택까지 내몰린다(이선영, 허명륜, 2015). 사회·문화적으로 부여된 역할이 그들로 하여금 적절한 치료를 받기 어렵게 할 수 있는 것이다.

연령 집단 중에서는 65세 이상 노인층이 높은 자살률을 유지하고 있다. 그 중 80대 이상 고령층의 자살률이 가장 높은 수치를 기록한다. 2013년~2020년까지의 OECD 노인 자살률 추이를 살펴보면, 2015년과 2018년 소폭의 증가 외 매년 감소 추세를 띠고 있어 OECD의 다른 회원국과의 자살률 차이가 점진적으로 감소하고 있다고 한다(한국생명존중희망재단, 2022).

설령 그럴지라도, 여전히 노인 자살률은 높기 때문에 이를 심각한 문제로 바라보아야 한다. 노인의 남녀 간 자살률 차이를 보면, 남성이 67.4%, 여성이 22.1%로 남성이 월등히 높았다(한국생명존중희망재단, 2022). 하지만 자살 생각에 대한 결과로는 여성 노인이 15.9%, 남성 노인이 9.0%로 나타나 성별 차이가 있음을 확인할 수 있는데, 이는 가족의 질병 진단, 상실 등 부정적 사건을 경험하였을 때 여성 노인이 심리적인 내성이 낮아 자살 생각을 많이 하는 것으로 보고되었다(양정은, 문설화, 2020). 2018년 노인실태조사에서는, 노인이 자살을 떠올리는 이유로 경제적인 어려움(27.7%), 건강 문제(27.65), 부부 혹은 자녀와의 갈등·단절(18.6%), 외로움(12.4%), 지인의 죽음(8.3%), 배우자 혹은 가족의 건강 문제(4.9%)를 꼽았다(KBS뉴스, 2019). 노인의 퇴직, 배우자 사별과 같은 각종 상실과 사회적 접촉 및 지역사회 참여 부족, 고립 등 사회적 지지 체계가 없어진다면, 노인은 당면한 문제의 해결방안으로 자살이라는 극단적 선택을 하게 될 수 있다(김형수, 2000).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

자살 생각을 낮추기 위해서는 그 원인을 제거하는 것이 중요하다. 노인이 자살을 선택하는 이유에 대한 관점을 구분하면, 두 가지 관점이 있다. 먼저 심리학적 관점으로는 신체적 질병으로 긴 시간 경험했던 고통, 앓고 있는 질병의 치료 가능성을 두려워하는 마음이 있으며, 특히 고령층의 경우는 배우자와의 사별을 통해 간병인이 부재하면서 경험하는 불편감, 심리적 무력감, 공허함이 증가하면서 자살을 선택한다고 보았다(이상영 등, 2017). 다음으로 사회학적인 관점에서는, 선행연구(한삼성 등, 2009)에서 퇴직 등으로 유래된 소득저하와 사회적 상호작용 부족이 생활의 만족도 및 자존감 저하를 불러일으켜 자살을 초래한다고 보았다. 따라서 자살률을 낮추기 위해서는 정부의 공식적인 지원, 사회적 관계 지지에 대한 사회자본 증대, 성별에 대한 세부적 접근이 필수적이다(김미곤, 2019).

2017년부터는 정부 차원의 노인 일자리 창출 사업, 사회보장 관련 제도 확대, 기초보장의 사각지대 완화 등 실제로 노인 빈곤을 다루기 위한 정책들이 제시되었고, 노후 소득 보장 등 노인 복지 차원의 종합적인 접근을 하고 있다. 2016년-2020년 자살예방 국가 행동계획에 따르면, 공공과 '지역 풀뿌리 조직'이라고 민간 협업의 노인자살예방사업을 시행하였고, 방문 서비스 제공인력을 전문화하여 지역사회에서 정서적 지지 및 모니터링 체계로의 활용을 강화 중이다. 그러나 2020년 통계청에 따르면, 우리나라 노인인구 수는 813만 명이며 노인 취업자 수는 그 1/4에 해당하는 289만 명뿐이다. 더군다나 노인 빈곤율은 2020년 기준 43.8%로 보고되었으며, 이는 OECD 평균의 14.8% 대비 3배가량 높다(박상훈 등, 2021). 노인 자살률의 문제점을 알고, 지속적이고 체계적인 연구를 통해 그 문제점과 사회적인 맥락을 이해하여 자살률을 낮추는 노력을 계속해야 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

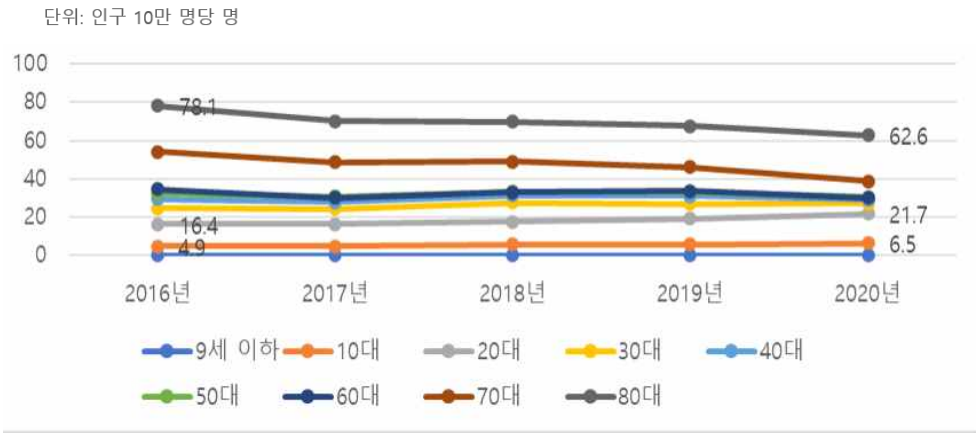


그림 2. 2016-2020년 연령대별 자살률 추이

출처: 2020년 통계청 사망원인통계 결과.

최근 5년간 자살률 양상을 살펴보면, 40-80대 연령군은 19년부터 현재까지 감소하고 있고 특히, 80대 이상 고령층의 자살률은 인구 10만 명당 2016년 78.1명에서 2020년 62.6명으로 감소하였다. 하지만 같은 기간 내 10대 자살률은 4.9명에서 6.5명으로, 20대 자살률은 16.4명에서 21.7명으로 증가하였다. 세부적으로 살펴보면, 10대는 2018년 5.8명, 2019년 5.9명, 2020년에는 6.5명으로, 증가 추세를 보이며, 20대 또한 2016년 이래 16.4명으로 유지되는 듯하다가 2018년부터 증가하는 추세이다(한국생명존중희망재단, 2022).

20대의 주요 자살 동기는 정신적·정신과적 문제와 경제생활 문제로 볼 수 있다. 그중 정신적·정신과적 문제는 2019년 대비 5.7% 증가하였다(조규준, 2021). 이러한 정신건강의 문제점은 다방면에서의 원인에서 비롯되었을 것이다. 그도 그럴 것이, 청년기는 부모로부터 독립하여 새로운 사회를 준비하고 노동시장으로의 첫 진출을 하는 시기이다(선승아, 2021). 그러나 급변하는 사회와 경제에 있어 청년들은 'N포 세대' '달관 세대' 등 취업 및 결혼과 같은 과업을 포기하는 형태로 대변하고 있다(이은지, 2021). 취업의 반복적인 좌절로 인한 자기 효능감 저하, 코로나19에 대비하기 위한 사회적 거리두기 강화 방침으로 인

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

한 대면 서비스 업종 실직, 고립된 생활환경 장기화 등이 우울과 자살 경향을 높였다는 결과가 있었다(MBC 뉴스, 2021; 선승아, 2021). 특히 많은 뉴스에서 보도되었듯이(일요신문, 2021; 해럴드경제, 2021; 한겨레, 2011), 경제적 어려움으로 인한 고독사가 나날이 이슈화되고 있다. 그들은 생존 경쟁에서의 불안감에 매일 전쟁과도 같은 치열함 속에서 살아갔을 것이다. 그 외로움, 무기력감, 고통의 시간을 감히 가늠할 수 없다. 사회적 고립이 주는 부정적인 영향을 보았을 때 청년층의 자살 문제는 보다 사회 구조적인 측면에서 접근해야 함을 알 수 있다.

2021년 서울 청소년 위기 실태조사에 따르면, 8,417명 중 24.3%가 '지난 1년 동안 자살 생각을 해보았다.'라고 하였고, 7.9%가 '자살 계획을 구체적으로 세워보았다.'고 응답하였으며, 4%가 '자살 시도를 했다.'고 답변했다. 청소년기에는 본능적인 충동에 대한 관심은 증가하나 이를 조절하는 자아는 비교적 약한 상태이기 때문에 어떤 상황에서 해결의 실마리를 찾지 못하거나 대처방안이 부재하다고 느끼면, 자살 충동을 경험한다(김운삼, 구서연 2019). 노인 자살은 여러 복합적인 요인이 작용해 발생하지만, 청소년 자살은 고득점에 대한 압박감, 부모 또는 교사와의 불화, 실연 등 단일요인에 발생할 수 있는 것이다(김형수, 2000). 다분히 사소한 것이라고 치부될지라도 청소년에게는 급작스러운 스트레스원으로 다가올 가능성이 크기 때문에 청소년기의 자살 행동은 분명 감정적일 수 있다. 뿐만 아니라 어렸을 때 겪었던 학대·방치와 같은 양육 방식 혹은 부모의 자살시도 및 외부적인 스트레스 요인을 경험했다면, 미래에 대한 비관적인 사고가 형성되며, 왜곡된 시각으로 인해 자신에 대한 부정적인 태도를 가질 수 있다(김기헌, 오병돈, 이경숙, 2013).

2020년 한국청소년상담복지개발원에 따르면, 전국의 청소년상담복지센터에서 자해 상담 건수는 2017년 8,352건에서 2018년 2만 7,976건, 2019년 3만 9,406건, 2020년 3만 2,458건을 기록하였다. 자해 행동은 자신의 신체, 건강, 더 나아가 생명을 존중하지 않아도 된다는 생각으로 이어질 수 있다. 때문에 자살을 또 다른 말로 '고의적 자해'라고 하는 것이며, 전문가들은 자해를 '작은 자살' 혹은 '부분적 자살'이라고 부르는 것이다(세계일보, 2021). 우리나라의 자

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

살예방정책에는 자살예방 자체에 대한 가이드 라인은 있지만, 스트레스를 인식하고 적절히 대처할 수 있는 방안에 대한 제시는 없다. 올바른 대처방안을 탐색하는 것을 도와줄 수 있는 교육과정이 없다면, 청소년의 자살률은 증가할 가능성이 높다.

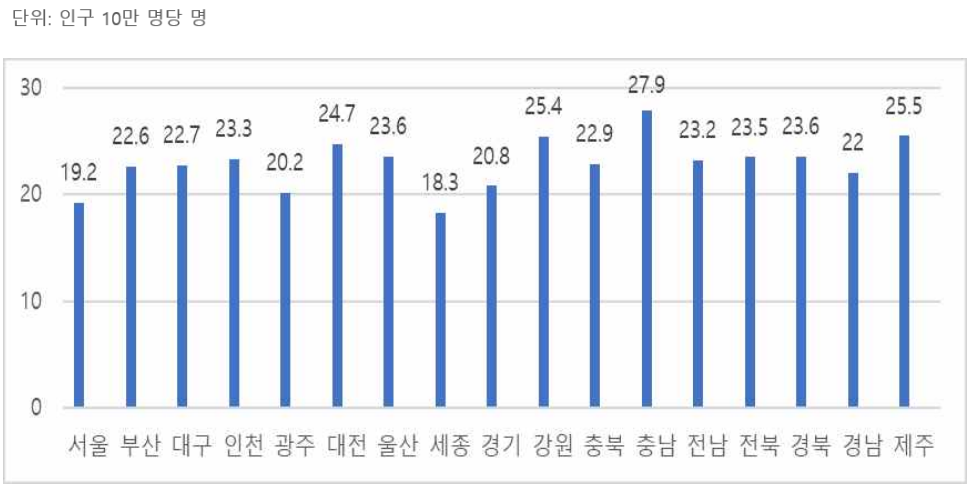


그림 3. 2020년 시·도별 연령표준화 자살률

출처: 2020년 통계청 사망원인통계 결과.

자살률은 지역별로 분명한 차이를 보인다. 2022년 자살예방백서에 따르면, 자살자 수는 2020년 전국 17개 시·도에서 경기가 3,129명으로 가장 많고, 그다음이 서울 2,161명이다. 연령표준화 사망률로 비교해보면 2020년 기준 충남은 27.9명, 제주는 25.5명, 강원은 25.4명 순이다. 충남은 2017년부터 자살률이 가장 높았고, 제주는 2018년 급상승하면서 '19년과 '20년도에 2위를 기록했다. 그다음은 강원 지역이 높은 수치를 보였다. 지역 간의 자살률 차이가 있는 원인은 다양하겠지만, 이상영 등(2017)에서는 가족, 친구, 친척, 지원 기관 및 제도 등 자살 보호 요인의 차이로 인한 것으로 본다.

자살을 선택하기 전 대상자들이 느끼는 신체적·정신적 스트레스 사건의 종

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

류는 다양하지만, 정신건강의 문제점이 발현되거나 심화되면서 자살 사망에 이르는 유사점이 있다고 한다(중앙심리부검센터, 2019). 실제로 자살 동기 중 정신적·정신과적 문제가 38.4%로 가장 많았고, 다음의 원인으로는 경제생활 문제로 25.4%, 육체적 질병 문제가 17%를 차지하고 있다(한국생명존중희망재단, 2022). 더불어 2021년 한국생명존중희망재단의 심리부검결과 보고서에 따르면, 2021년 2월 8일부터 12월 9일까지 총 113건의 심리부검 면담에서 실제로 심리부검 대상 자살 사망자 103명 중 92.2%(95명)가 사망 당시 정신건강 문제를 경험했던 것으로 나타났다. 청년기 88.1%(37명), 중년기 92.9%(26명), 장년기 96.7%(29명), 노년기는 자살 사망자 3명 모두 정신건강 문제를 호소하였고, 그 질환은 우울감(74명, 86.0%), 물질관련 및 중독장애(27명, 31.4%), 불안장애(22명, 25.6%)로 나타났다. 그러나 이러한 문제로 정신의학적 개입을 받기 위해 치료와 상담을 받은 경우는 59.2%(61명)에 그쳤다.

정신건강의학과를 방문한 세대는 중년기 사망자가 28명 중 39.3%(11명)로 나타났고, 100명 중 41%는 물질관련 및 중독장애 비율이 높았다(한국생명존중희망재단, 2022). 자살 사망자의 성별은 남성이 68.9%, 여성이 31.1%로 남성 비율이 높았으나 여성이 32명 중 84.4%(27명), 남성이 71명 중 47.9%(34명)로, 남성이 낮은 비율로 정신건강의학과에서 치료와 상담을 받았다. 이러한 결과는 단순히 21년도의 결과에만 국한된 것이 아니라 7개년(2015-2021) 간의 축적된 심리부검자료의 결과와 비슷한 점이 있었다(한국생명존중희망재단, 2022).

2016년 정신건강실태조사에 따르면 일생동안 정신건강 문제를 경험했던 적이 있다고 응답한 사람이 4명 중 1명으로 나타났다. 하지만 22.2%만이 정신건강 서비스를 이용하는 등 국민들은 정신건강의학과에 대한 접근을 어려워한다. 사회적 분위기는 여전히 자살에 대한 심각성을 느끼지 못하고, 정신질환에 대한 편견, 낙인 현상으로 인해 치료받지 않는 분위기는 지속되고 있다(김성완 등, 2010; 보건복지부, 2018).

자살이라는 '행동'은 시간이 축적된 결과이다. Partonen(2018)에 따르면 1가

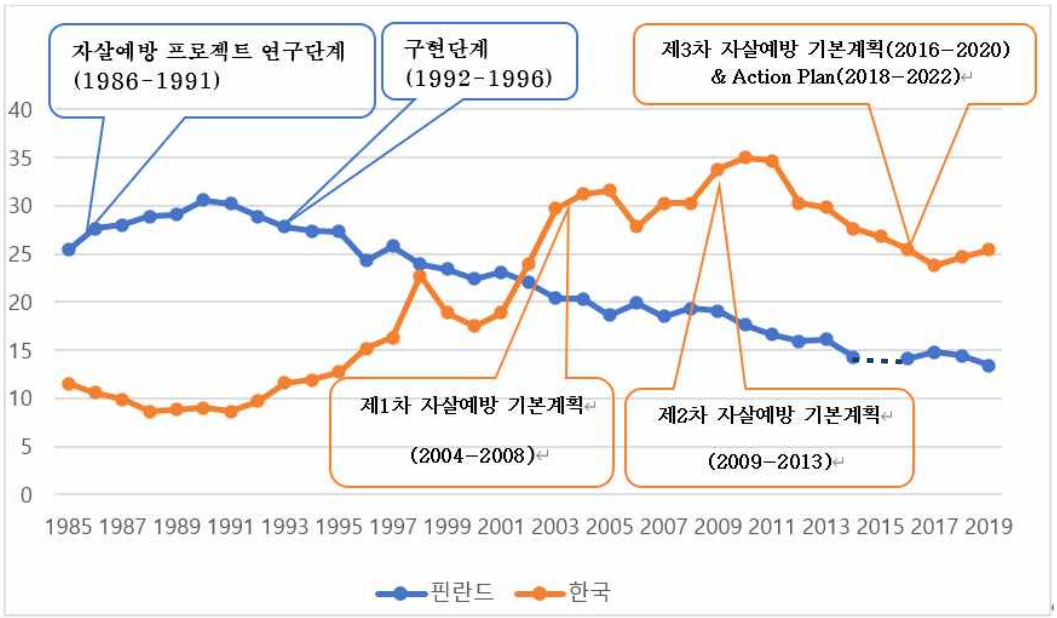
연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

지 이유로 자살 시도를 하는 건 흔하지 않으며 많은 자살 위험요인들이 과거로부터 이어져 오다가 정신적 스트레스 혹은 삶의 위기 상황이 계기가 되어 자살을 행동으로 옮긴다고 보았다. 때문에 일련의 과정 속에서 개입할 수 있는 기회를 놓쳐서는 안된다. 그 적시적기의 개입을 통해 자살을 반드시 예방해야 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2. 한국과 핀란드의 자살예방정책 효과 비교

한국과 핀란드의 자살예방정책과 이에 따른 자살률 변화 그래프는 다음과 같다.



[그림 4] 양국의 자살률 변화(1985-2019년)

출처: OECD(2022). Suicide rates (indicator). 공개 데이터를 바탕으로 연구자가 재구성함.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

가. 한국

우리나라는 제1차 국가 자살예방 5개년 기본계획(2004-2008년)에서 주요 사업을 12개[1]로 분류하며 큰 틀 안에 세부적인 활동 계획을 수립하였다(보건복지부, 2005). 2004년 12월 보건복지부를 중심으로 계획을 시행했고, 정부가 2009년 5월 세부적으로 추진계획을 발표하였음에도 당시 인구 10만 명 기준으로 자살률이 33.8명으로 높이 치솟았다. 이러한 통계 수치는 2000년 이후 자살률이 5년 만에 10명 정도 늘어난 것이기 때문에 그 속도가 매우 빨랐음을 알 수 있다(이상영, 2015).

정책이 제대로 시행되지 않은 요인으로는, 부처 및 기관 간의 유기적인 협력이 부족했으며, 평가 계획이 미흡해 정책 효과성에 대한 확인도 불가했다는 점이 있다(김정수, 송인한, 2013). 또한 당시 보건복지부에서는 기존에 있던 정신보건담당부서가 사업을 시행했고, 이 부서에 다른 인력이나 재원에 대한 보강이 없이 자살예방업무가 추가되었다고 한다(원시연, 2011). 이는 관련 종사자에게 부담감만 주는 사업이었을 것이다. 더군다나 정신보건센터를 중심으로 시행되고 있었던 대부분 과제들의 예산에 '미정'으로 확인되는 등 그 재원의 확보가 제대로 이루어지지 않은 문제점이 있었다(원시연, 2011). 이렇듯 예산의 적절한 투입 및 배분이 이루어지지 않아 사업 실행력이 부족하였고, 전문인력 확보에 현실성이 부족하였다.

- 예산 미정 사업(2010년 10월 기준) [출처: 원시연(2011)의 내용 발췌]

2007년부터 10년간 16세 대상 30%까지 정신건강검진 실시, 20-40대 대상 'Mental Fitness' 프로그램 보급 및 제공, 취약계층 및 노인 정신건강 지지 사업 추진, 자살 고위험자 사전 탐지 및 예방체계 구축, 자살시도자의 치료서비

1) '생명존중문화 조성, 언론의 자살보도 원고지침 보급 및 모니터링, 청소년 정신건강증진 및 자살예방, 노인 정신건강증진 및 자살예방,우울증 및 자살위험자 조기발견 및 상담체계 구축, 자살예방 등 정신건강 상담전화 운영, 자살예방 인터넷 상담 운영, 자살시도자 치료 및 사후관리, 자살 감시체계 구축, 교육 훈련, 자살예방에 대한 연구지원, 자살관련 통계의 품질 개선'

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

스 확대 및 지원, 취약계층 자살유가족 생계, 교육 지원체계 구축, 지역정신보건센터 확대를 통한 자살예방서비스 신설, 국립정신건강연구소 설치를 위한 연구조사 등. [이영문, “자살예방정책은 과연 실행되고 있는가?”, 원주시 연세대학교 주최, 「 자살예방정책 토론회 및 자살시도자 사후관리체계 구축 사업 보고회 」 발표문, 2010.10.12

자살률이 높아지자 정부는 범부처적 성격의 제2차 국가 자살예방 5개년 기본계획(2009-2013년)을 시행했고, 10개의 중점 추진 사업[1]을 구상했다. 그 과정 중 자살예방에 대한 법률적 근거와 계획 실행에 도움을 주는 재원을 마련하고자 2011년 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」(이하 ‘자살예방법’)을 제정, 2012년 3월 31일 자살예방법을 시행했다(원시연, 2011). 법 제정 이후 이에 대한 다수의 연구가 이루어졌다. 박현정, 박종익(2012)은 자살예방법 제정 후 지향 목적과 내용의 정당성을 분석하면서 일본, 핀란드의 자살예방정책을 검토하여 우리나라의 법적 보완점과 개정방안을 논의하였다. 최윤영, 최승원(2014)은 외국(미국, 일본, 핀란드)의 자살예방법에 대한 입법례를 비교 및 검토하여 우리나라의 법률 보완점에 대해 연구하였다. 허지은(2020)은 일본의 자살대책기본법을 면밀히 검토하면서 생애주기별 자살예방대책을 비교하였다. 이렇듯 법적 근거에 대한 연구는 지속되고 있고, 이를 반영하여 새로운 조항이 신설 및 개정되고 있다.

우리나라의 심리부검제도는 처음으로 제2차 자살예방종합대책(2009-2013)에 포함되었고, 보건복지부 산하 중앙심리부검센터(현 한국생명존중희망재단)에 의해 수행되었다. 현재 한국생명존중희망재단이 매년 축적된 심리부검 결과를 바탕으로 보고서를 작성하고, 이는 국가 자살예방정책의 수립 근거로 활용된다(한국생명존중희망재단, 2022). 그리고 2017년 1월 20일 자살예방법이 개정

1) ‘자살에 대한 국민인식 개선, 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화, 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소, 자살 관련 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 감시체계 구축, 근거에 기반을 둔 자살예방정책 개발’

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

됨에 따라 동년 8월부터 심리부검은 법률적 근거를 갖추었다(이미정, 2017). 자살예방사업 내 '자살실태조사 및 심리부검'을 명시하여 근거를 두고(제2조의2), 국가 및 지자체가 심리부검을 통한 사례를 축적해 자살의 원인을 분석하고, 근거 기반적인 자살예방정책 수립을 하고자 하였다(제11조의2).

제2차 자살예방 기본계획을 시작한 후 자살률은 2010년 인구 10만 명당 35명으로, 정점을 찍은 이후 감소하였다. 이러한 이유로는, 2011년부터 맹독성 농약 판매 제한으로 인한 음독 자살 감소 및 노인 자살 감소가 전체 자살률 변화에 가장 큰 영향을 주었다고 하였다(보건복지부, 2018). 비록 '감소하는 추세'라고 하나 2차례에 걸친 자살예방정책, 법률 제정에도 불구하고 자살은 한국에서 사망원인 상위권을 차지하고 있으며 OECD 국가 중 자살률 1위이다. 또한 연속선상으로 보았을 때 2018년 다시 반등하는 모습이 있어 그 보완점이 무엇인지 눈여겨보고, 비판적으로 바라볼 필요성이 있다. 자살률 증가의 원인으로 보는 것은, 1차 계획에서 인적자원 부족이 문제점으로 제기되었지만 기존의 인력 보강이 없이 그대로 사업이 추진되었다는 점(원시연, 2011), 그리고 저조한 범부처적 성격 및 지자체와 연계 부족으로 인한 효과의 미비함을 꼽았다(김정수, 송인한, 2013).

2018년에는 최초로 정부 국정과제에 "자살예방 및 생명존중 문화 확산"을 포함하였고, '제3차 자살예방 기본계획(2016-2020)'을 시행했다. 이렇듯 방향성을 보여주는 기본계획뿐만 아니라 성과가 입증된 과제 중심으로서, 3차 자살예방 행동계획(2018-2022)도 추진하였다. 동년 2월 보건복지부에 자살예방정책과를 신설하고, 국무총리를 위원장으로 하는 2019년 9월 자살예방정책위원회를 마련해 부처 간의 정책 조율과 실적을 점검할 수 있도록 했다. 지역맞춤형 정책 추진, 지역사회 고위험군 발굴연계 체계 강화 및 적극적 개입(상담, 치료 접근성 강화, 자살시도자 사후관리 등), 대상별 자살예방 프로그램 개발 등 보다 범사회적인 접근을 하였다(보건복지부, 2019). 또한 2020년 중앙심리부검센터와 중앙자살예방센터가 통합하여 한국생명존중희망재단이 설립되는 등 제도적 장치를 마련하는 측면에서 성과를 두었다(박상훈 등, 2021).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그러나 2018년 자살률은, 전년도 인구 10만 명 당 23.8명에서 24.7명으로 증가하였으며, 이후로도 증가 추세를 보인다. 동년에 자살예방정책을 담당하는 신설되었음에도 불구하고 나타난 현실이었다. 보건복지부는 2017년 대비 자살률이 높아진 이유에 대해 유명인이 자살하였을 때의 모방 자살도 그 원인이 될 수 있으며, 이는 자살에 대한 허용적인 태도가 높아진 요인으로도 보고 있다고 발표하였다(한국보험신문, 2019). 또한 2019년에도 자살률이 증가했던 이유에 대해서는, 코로나19로 인한 고립감 발생으로 우울감과 자살생각 증가, 청소년 및 청년층의 자살률이 증가한 것이 요인일 것으로 추정했으며, 전문가들은 코로나19의 장기화로 인해 자살률이 급등할 것을 우려하고 있다(보건복지부 보도자료, 2022). 나아가 사업 시행 중 자살이 빈발하는 지역에 대한 심층적인 원인 활용이 미흡했다는 지적이 있었고, 자살시도자에 대한 사후 관리시 대상 기관이 전체 응급의료기관의 15.7%(401개 중 63개)에 그치는 등의 문제점을 꼽았다. 2018년부터는 지역 내의 심리부검 전문요원이 시행하는 광역주도형 심리부검 사업을 시행하고 있으나 연간 자살자가 약 1만 3천 명인데 비해 정신건강복지센터에 등록된 자살자의 유족은 1천 명에 머무는 등 발굴 시스템 및 적정 서비스로의 연계 체계가 다소 미흡하다고 보고된다(보건복지부, 2019).

OECD에서는 우리나라의 높은 자살률에 대한 2가지 원인을 꼽았는데, 첫 번째로는 우울증에 대한 치료율이 전반적으로 낮다는 점이었고, 두 번째로는 매우 부족한 심리치료체계였다(시사저널, 2022). 자살은 개인적, 사회적, 제도적인 요인 등이 얽혀 나타나기 때문에 단일적 요인으로 설명하기는 어려우나 어떠한 이유로든, 자살률 증가는 막아야 한다. 따라서 원인 분석에 아낌없는 지원을 해야 하며, 관련한 대책을 충분히 보완해야 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

나. 핀란드

핀란드가 자살예방 프로젝트를 시행하던 시기는 1986년이었다. 이전부터 핀란드의 자살률은 북유럽 국가 중 높은 편이었는데, 그 이유로는 먼저 극지방과 가까워 겨울이 되면 해를 보기 어렵다는 것, 다음으로는 인구의 밀도가 낮아 상호 간에 교류가 적어 고립감을 느꼈기 때문으로 추측되었다(강은정, 이수형, 김효진, 2013). 그러나 1965년부터 시작된 산업화 및 도시화가 빠르게 확산되면서 자살률은 증가했고, 1990년까지 자살률이 3배 가까이 증가해 인구 10만 명당 30.6명을 기록했다(Partonen, 2018). 자살 예방 프로젝트는 1970년대 초반부터 보건 정책으로서 논의되었는데, 핀란드 정부는 이때 자살이 국민의 정신건강을 포함해 국가의 경쟁력을 위협하는 원인으로 인식하였다(강은정, 이수형, 김효진, 2013).

정부는 자살 예방에 대한 적극적인 개입이 필요하다고 느껴 1986년 최초로 국가 주도형 자살 예방 프로젝트를 시작했다. 약 1년에 걸쳐 사회보건부 산하 연구기관인 국립보건연구원(National Institute of Health and Welfare, THL)이 자살로 분류된 사건에 대해 전수조사를 수행했다(김상호, 2016). 자살의 다양한 원인을 명확히 구분하고 분석해야 정확한 대책 마련을 할 수 있을 거라는 판단하에 심리부검을 실시했다. 프로젝트 기간인 10년 동안 충분한 재원을 확보한 상태에서 심리상담가, 정신건강간호사, 사회복지사, 의사 등 전문가 5만 명이 동원되었으며, 자살 사건의 1,397건에 대한 심리부검을 시작하여 자살의 원인을 분석하는 체계적인 과정을 거쳤다.

1992년 핀란드는 축적된 심리부검 자료를 기반으로, ‘Suicide Can Be Prevented. A Target and Action Strategy for Suicide Prevention’라는 연구 결과를 발표했다. 김상호(2016)에 따르면, 이 연구 결과의 성과는 다음 5가지이다. 첫째, 자살자의 대부분 만성 질환을 앓고 있으며, 정신건강의 문제 및 알코올 오남용을 동시에 경험하고 있는 사례가 많았다(남녀를 비교 기준으로 정신질환은 여성이, 알코올 중독은 남성 비중이 높았다). 둘째, 양극성 정동장애를 가진 환자의 자살 시도는 우울 에피소드 시기 혹은 정신적 외상 경험을

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

겪은 후 발생했으며, 셋째, 자살자 중 정신질환자 대부분은 증상이 심화되기 전 예방적 접근을 하지 않았다. 마지막으로는 생애주기별의 자살 위험요인을 밝혀냈다는 성과가 있었다.

이러한 연구 결과를 바탕으로 맞춤형 대책을 세워 나갔고 자살률은 크게 감소하였다. 핀란드의 자살예방 프로젝트에는 심층적 원인 분석과 신뢰성 있는 자료를 토대로 한 핵심 지침들, 실행 과제의 개발과 관련된 전문가들의 열정적인 참여가 함께 있었다(Partonen, 2018). 그리고 국가, 주, 시 차원에서 이해관계자들의 광범위한 참여 및 협조가 있었기에 성과를 거두었다(Partonen, 2018). 이는 같은 해에 가장 심각하게 일어났던 경기 침체에도 불구하고 큰 성과를 거두었기에 더욱 의의가 있다(Lehtinen et al, 2001).

유럽 연합 통계국(Eurostat)에 따르면, 핀란드의 자살률은 1980년대 후반 정점을 찍었지만 지난 30년 동안 급격히 감소했고, 2019년 기준 인구 10만 명당 13.4명으로, 유럽의 평균인 11명을 웃돌고 있다(YLE news, 2018). 이렇듯 핀란드의 자살률은 적극적인 접근을 통해 감소 추세를 띠고 있다. 그럼에도 핀란드 보건복지연구소(Finnish Institute for Health and Welfare)와 사회보건부(Ministry of Social Affairs and Health)는 더 나은 치료와 새로운 수단의 필요성이 있다는 판단하 '자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030(The National Mental Health Strategy and Suicide Prevention Agenda 2020-2030)'을 시행 중이다.

정부는 이러한 정책이 국민들의 정신건강 권리와 정신건강 서비스 확보 및 기존 구조 통합을 목표로 했으며, 정신건강에 초점을 맞추었음을 강조했다. 핀란드의 자살예방정책 목표는 예방 서비스와 치료법의 가용성을 높이고 이를 유지하기 위한 협력 구조를 개선하는 것에 있으며 지방자치단체의 정신건강 역량 수준을 높여 자살 예방 노력을 강화하는 것에 있다(THL, 2020). 정신건강과 자살예방의 광범위한 협력 네트워크를 기반으로, 전략에 앞서 5가지 우선순위를 밝혔다. '인간 자본(human capitals)으로서의 정신건강, 일상생활 속 어린이와 청소

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

년의 긍정적인 정신건강 발전, 정신건강권, 사람들의 필요(요구)를 충족하는 광범위한 서비스, 좋은 정신건강관리'가 바로 그것이다. 이는 그 출발점에서부터 정신질환을 효과적으로 예방하고 관리하면서 그에 관련된 차별, 편견을 줄이고, 정신건강에 대한 포괄적인 접근을 하고자 함이다(THL, 2020).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

3. WHO 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE)

WHO(2021)는 서문에서 전 세계적으로 매년 70만 명 이상의 사람들이 자살로 목숨을 잃고 있으며, 세계적인 공중보건의 문제라고 명시했다. 나아가 자살예방은 개인과 그 가족뿐만 아니라 전반적인 의료 시스템, 사회의 안녕, 경제에 도움을 주기 때문에 적정한 노력이 필요함을 강조했다. UN은 지속 가능한 개발 목표[1]에서, WHO는 '종합 정신건강 계획 2013-2030'(WHO's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030)에서 실행 지표이자 정신건강에 대한 유일한 목표로 2030년까지 전 세계 자살 사망률을 1/3로 줄이는 것을 꼽았다. 국가적 차원의 자살예방 개입이 필요한 이유는 정부가 자살 문제를 우선순위로 선정하여 해결하겠다는 명확한 의지를 보여주고, 지도력을 제공하며, 근거 기반의 자살예방 개입을 제시하기 때문이다(허지은, 2020).

김정수, 송인한(2013)은 WHO 자살예방 국가전략 실행지침 5가지를 두고 6개국(뉴질랜드, 미국, 아일랜드, 잉글랜드, 스코틀랜드, 호주)과 우리나라의 전략을 비교 및 분석하였다. 또한 허지은(2020)은 우리나라와 일본의 자살예방정책을 연구하면서 2018년 WHO 자살예방 국가전략인 'LIVE LIFE'의 '리더십, 개입, 비전, 평가, 자살수단에 접근 제한, 책임 있는 보도를 위한 언론과 상호작용, 젊은이들에 삶의 기술 형성, 조기 식별 및 관리·조치'의 8가지 기준을 토대로 정책에 대한 개선방안을 제시했다. 본 연구에서는 2021년 6월 17일 개정된 'LIVE LIFE'의 의미로 그 기준을 삼고자 한다.

WHO는 각국에 자살예방 국가전략 및 행동계획 필요성과 정부가 지도자의 역할을 맡아 범부처 간의 협력을 도모할 것을 강조하였다(WHO, 2018). WHO 자살예방전략 실행지침인 'LIVE LIFE'에서 국가가 기반(core pillars)으로 삼아야 하는 것은 '상황분석, 다분야 협력, 인식 제고 및 옹호, 역량 강화, 재정, 감시, 모니터링·평가'이고, 국가가 개입전략으로 삼아야 할 것은 '자살수단 제한, 자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용, 청소년들에게 사회-정서적인 삶의 기술 함양, 자살 고위험군 조기 식별·평가·관리·추적'이다. WHO는

1) Sustainable Development Goals, SDGs

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

'LIVE LIFE'의 접근 방식을 구현해 각국 정부와 지역사회가 종합적인 국가 자살예방 전략을 시행할 것을 권장하였다. 그림 5. 에는 본 연구의 분석 틀로 이용된 핵심 요소를 제시하였다. 그리고 WHO(2021)의 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE)의 세부적인 내용을 제시하였다.

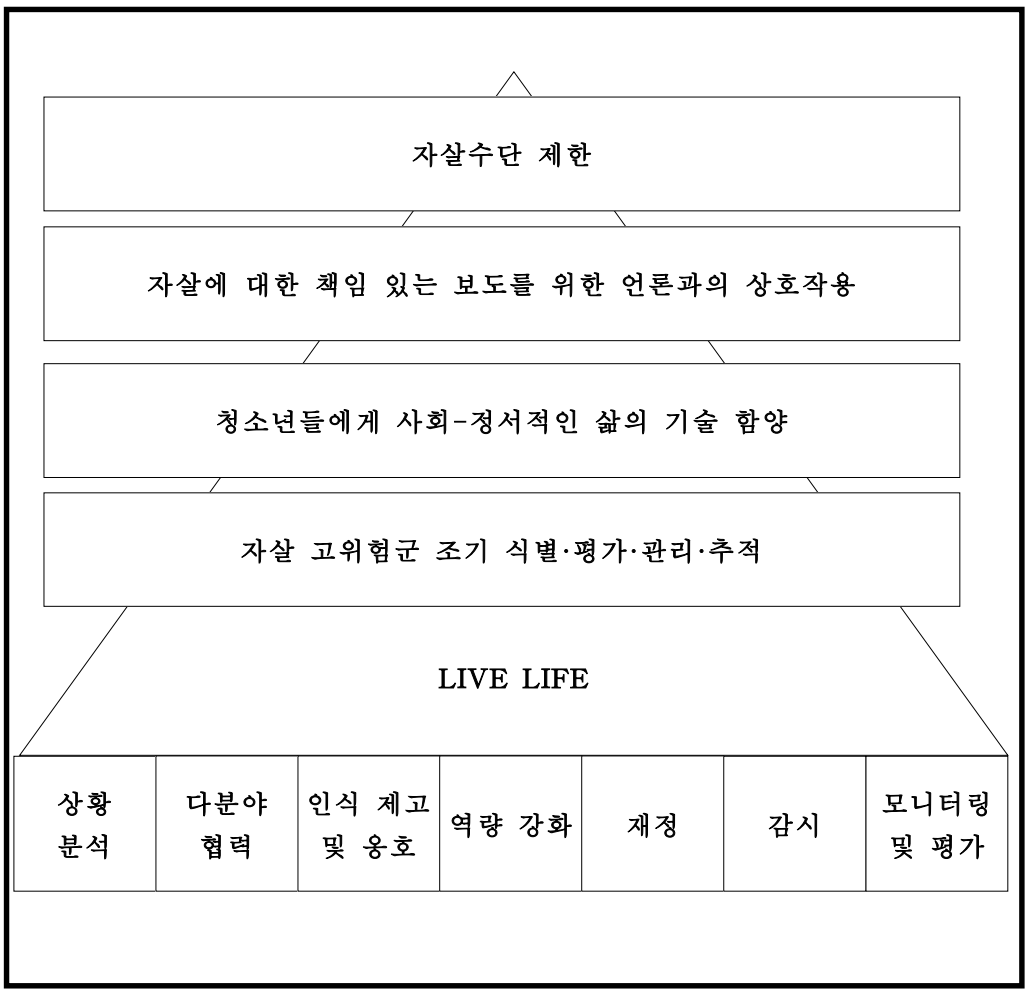


그림 5. 본 연구의 분석틀로 이용된 WHO(2021) 자살예방전략 실행지침

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

상황분석 : 자살 및 자해의 비율, 이를 촉발하는 요인 및 보호 요인, 법률 혹은 정책의 유무 등 상황을 분석하는 것으로, 관련된 분야의 전문가, 이해관계자 등 실무 그룹에서 수행되어야 한다. 또한 이를 의사 결정자, 정책 입안자에게 공유해 자원 동원, 조치 명령을 취하도록 한다.

다분야 협력 : 자살의 위험 요소는 많은 영역과 연결되어 있어 정부기관, 비정부, 지역사회 그룹 등 사회 전체적인 다분야 협력이 필요하다. 각 이해관계자에 대한 역할은 명확히 정의되어야 하며 정부 주도하 자살 관련 정보 공유, 공동연구를 촉진해야 한다.

인식 제고 및 옹호 : 자살 예방에 대한 인식 및 제고는 대중을 대상으로 하는 지속적이고 정기적인 상호작용에 있다. 인식 제고는 자살과 같은 사실에 대해 사람들의 관심을 유도하는 것이다. 전달할 메시지를 결정하고, 대상 청중에게 적용하고, 전달 수단을 선택하여 메시지의 수용 가능성과 잠재적 영향을 미리 테스트하는 것도 중요하다.

역량 강화 : 역량 강화는 교사, 청소년 등 넓은 범위에서 자살 예방 교육이 제공될 수 있다는 것이며 자살과 그 예방에 대한 수용자의 지식을 강화하는 데에 있다. 국가적 차원에서 조정되거나 지역사회에서 수행될 수 있는 것으로, 사회문화적 맥락에 맞게 조정되어야 한다.

재정 : 열악한 경제 상황으로 인해 자살에 대한 우선순위가 밀려나지 않도록 자살 예방에 대한 기금을 마련한다. 자금 조달에는 정책 개발 및 구현에 중점을 두고, 이는 지속적인 과정이어야 함을 강조한다.

감시 : 감시는 자살 및 자해에 대한 데이터를 제공해 적절한 개입을 도모한다. 정기적인 보고서를 게시하여 자살 및 자해의 비율, 추세, 그를 방지하려는 활동, 조치 등에 대한 데이터를 수집한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

모니터링 및 평가 : 모니터링 및 평가는 자살 시도에 대한 개입이 효과적이었는지, 의도한 대로 전달이 되었는지, 재정적 측면에서 효율적인지 고려하는 것이다. 자살 및 자해율을 감소시키는 데에 주요 목표를 갖는다.

자살수단 제한 : 치명적인 자살의 수단으로 쓰이는 것들(고위험 농약, 화기, 칼, 총기 등)에 대한 접근성을 제한한다.

자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용 : 자살에 대한 언론 보도, 특히 유명인에 관한 것이거나 자살 방법을 설명하는 경우 모방으로 인한 자살 증가로 이어질 수 있다. 국가 차원의 목표로는 국가 미디어 및 기관과 협력하고, 지역 차원에서는 지역 신문, 라디오 방송국 등 지역 언론매체와 협력하는 것에 있다.

청소년들에게 사회-정서적인 삶의 기술 함양 : 청소년기(10-19세)는 정신건강 문제가 발병할 위험이 있는 시기다. 긍정적인 정신건강 접근 방식을 사용할 것을 권장하며, 학교 환경을 안전하게 보장하기 위한 계획이 필요하다. 자살 위험 식별시 명확한 정책 및 프로토콜, 정신건강 및 위험에 대한 부모의 인식 제고 등 직원의 복지도 보장되어야 한다.

자살 고위험군 조기 식별·평가·관리·추적 : 자살의 위험이 있거나 자살시도자, 그 유족에게 필요한 지원 및 보살핌이 이루어지도록 한다. 이는 자살 위기의 사람들에게 조기 개입을 위한 의료 시스템에도 포함된다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Ⅲ. WHO의 자살예방전략 실행지침에 따른 두 나라 비교

본 연구는 WHO 실행지침의 11가지 기준을 4개의 영역인 '거버넌스, 인프라, 사회적, 환경적' 측면으로 구분해 제시하였다. 세부적으로 살펴보면, 거버넌스 영역에는 '상황분석, 재정, 감시, 모니터링 및 평가'를, 사회적 영역에는 '인식 제고 및 옹호, 자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용, 청소년들에게 사회-정서적인 삶의 기술 함양'을, 인프라 영역에는 '다분야 협력, 역량 강화, 자살 고위험군 조기 식별·평가·관리·추적'을, 환경적 영역에는 '자살수단 제한'으로 구분하였다.

1. 거버넌스 영역

가. 상황분석

우리나라는 1997년 인구 10만 명당 16.3명이었던 자살률이 IMF 이후인 1998년 22.7명으로, 20명을 넘어섰다. 또한 2003년 신용카드 대란 이후 29.7명으로, 2004년에는 31.2명으로 30명을 넘어섰다. 이러한 문제점을 인지하고, 정부는 제1차 자살예방 기본계획(2004-2008)을 수립하면서 자살률을 낮추고자 하였다. 그러나 범부처적 성격 및 적정 예산 사용의 미흡, 저조한 연계 체계 등에 대한 문제점이 나왔으며, 정책추진에도 불구하고 자살률은 2009년 인구 10만 명당 35.3명으로 급증하였다.

제2차 자살예방 기본계획(2009-2013)을 시행하면서 외양적으로 정신보건영역을 포함해 다양한 협회 및 지원센터 등 통합적으로 체계를 이루고자 하였고(원시연, 2011; 김정한, 송인한, 2013 재인용), 2011년 자살예방법을 제정, 치명적인 자살수단을 제한하는 대책을 통해 2013년 자살률은 인구 10만 명당 29.8명으로, 감소 추세를 보이는 듯했다. 그러나 과중한 업무 대비 적은 인력, 미흡한 기관 간의 유기적 협력이 정책에 대한 문제점으로 지적되었다. 자살예방법 제7조에 근거하면 5년마다 자살예방에 대한 국가계획을 수립해야 함에도

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

제3차 자살예방 기본계획은 2차 자살예방 기본계획이 끝난 2014년이 아닌 2016년에 수립되었다(엠코리아 뉴스, 2018). 2차 자살예방대책의 종결시점인 2014년에 시행되지 않은 이유에 대하여서는 보건복지부 정신건강정책과 관계자가 '세월호사건 등의 여파로 발표하지 못하였다.'고 답하였으며, 동시에 자살 및 4대 중독 문제를 포함한 '정신건강 마스터플랜'을 발표할 목적으로 자살예방 시행계획 발표시점을 미루었던 것으로 답변하였다(한국일보, 2015).

제3차 자살예방 기본계획(2016-2020)에서는 성과가 입증된 과제로 구성된 국가 행동계획(Action Plan, 2018-2022)을 포함하여 진행하였다. 또한 2017년 문재인 정부의 국정운영 100대 과제에 '생명존중과 자살예방' 포함, 과학적인 원인 규명을 위한 자살사망자 전수조사, 총리실 주도하의 관계부처 간 유기적 협력 강화, 자살예방 전담부서인 자살예방정책과 신설 등의 노력이 수반되었다(엠코리아뉴스, 2018). 또한 보다 근거 있는 자살예방대책을 위하여 자살예방사업에서는 지역별로 다른 자살률을 대처하기 위해 지방자치단체를 활용하거나 심리부검 제도를 이용해 자살 고위험군 관리 및 자살의 심층적 원인 분석을 시행 중이다. 그러나 여전히 높은 자살률을 대처할 예산, 인력은 부족한 현실로서(허지은, 2020), 자살예방사업에 종사하는 사람들은 과중한 업무량으로 인하여 평균 인력 3.2명은 확충되어야 한다고 대답하였다(이상영 등, 2017).

우리나라의 자살률은 2000년 인구 10만 명당 13.7명이었으나 2018년 26.6명으로 증가하였고, 중간 시점인 2009년에서 2011년에는 30명 사이 정점을 기록하였다(채수미, 2020). 2020년 기준 OECD 자료에 의하면, 우리나라 자살률은 인구 10만 명당 24.1명이다. 우리나라는 2003년 이래 15년 동안 OECD 국가 중 자살률 1위를 유지하며, 자살률이 가장 높은 국가이다. 분명 이전대비 자살률은 감소하였고, 감소했던 영향이 자살예방정책의 효과도 있겠지만 아직 증감을 반복하는 모습은, 견고한 시스템의 구축이 필요함을 시사하며 경제적, 환경적, 사회적 요인에서의 대책을 강구 해야 함을 말해주고 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

핀란드는 1749년부터 사망원인에 대한 통계를 만들었고, 1751년 최초로 자살 사망자에 대한 통계를 시작했다. 핀란드 의회는 1980년대 자살률이 꾸준한 증가 추세임을 파악하였고, 자살 사망에 대한 면밀한 논의 끝에 1980년대 초 핀란드 복지부 장관은 프로젝트의 추진을 결정하였다(Partonen, 2018). 정부는 지역별 위원회를 개최하여 초기 주 단위에서 월 단위로 자료를 수집하였고, 중앙에서 최종적으로 수집 및 분석하였다(강은정, 이수형, 김효진, 2013). 자살 예방 프로젝트 연구단계에서 시행하였던 심리부검 이후의 결과들을 확인한 후 원인을 제거하기 위해 우울증, 정신건강 관리에 대한 열악한 접근, 약물 및 알코올 남용, 치명적인 수단에 대한 접근과 같은 자살 동인에 적극적으로 초점을 맞추었다(Lehtinen et al, 2001). 또한 개인적인 치료뿐만 아니라 사회적인 방면에서도 지역별 특성을 둔 정신건강 중심의 프로그램을 마련하였고, 자살 시도자, 자살자의 유족이 사회에 적응할 수 있는 지원체계를 시행했다(최윤영, 최승원, 2014).

핀란드는 자살예방을 위한 법률을 제정하지 않았다. WHO, UN 등도 국가적 개입의 자살예방 프로젝트를 위한 여러 지침들을 안내할 뿐 독립된 법률의 필요성을 강조하지 않는다. 그럼에도 불구하고 핀란드가 성공적으로 심층적인 원인 분석을 할 수 있었던 이유 중 하나는 정신건강 서비스로의 접근성 향상을 들 수 있다.

1990년대 핀란드는 정신건강서비스 조직, 변화에 대한 새로운 도약을 하던 시기였다. 1991년 전에는 전문 정신건강 서비스가 다른 건강 서비스와 완전히 별개로 핀란드에서 관리되었고, 병원 중심적으로 운영이 되어 지역사회 및 1차 의료와도 거리가 멀었다. 선행연구(Lehtinen et al, 2001)에 따르면, 1990년대 초 새로운 보건법이 제정되었는데, 가장 중요한 법률 중 하나가 정신보건법이다. 정신보건법에 정의된 정신건강 업무는 광의적 의미로 정신건강 서비스와 건강, 사회 서비스 시스템 등 다양한 구성 요소를 통합적으로 두기로 했고, 당시에도 부문 간의 협력과 시너지 효과를 매우 강력하게 강조했다(Lehtinen et al, 2001).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이렇듯 핀란드의 자살예방사업은 정신보건 서비스의 접근성을 높이고, 편견을 낮추기 위한 초기 작업에 큰 특징을 갖는다(최명민, 2011). 정신건강 분야의 주요 국가 프로젝트로 꼽히는 것은 'The Suicide Prevention Project', 'Schizophrenia Project', 'the Depression Programme' 이다. 'Schizophrenia Project 1981-97'은 장기 입원 환자 발생률과 오래된 장기 입원 환자의 유병률을 줄인다는 주요 목표를 가진 국가 프로그램으로, 자살예방 프로젝트(The Suicide Prevention Project 1986-96)와 시기가 겹친다. 이 시기 핀란드는 다른 전문 의료 서비스와 정신건강 서비스를 통합했고, 의료 서비스 재정의 분권화 및 탈시설화를 함께 시행했다. 최명민(2011)은 지역사회 정신건강 서비스가 잘 발달 되어있으면, 입원 치료 제공을 지향하는 서비스보다 자살률이 낮다고 하였다.

표 1. 정신질환자의 평균 재원 기간 비교(한국/핀란드)

진단명/연도 (단위: 일)	국가	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19
정신 및 행동장애	한국	124.9	136.3	158.7	153.1	168.0	176.5	176.3
	핀란드	36.6	35.9	29.4	27.6	24.0	21.7	-
조현병, 분열형 및 망상장애	한국	207.2	201.2	251.9	223.3	237.8	234.3	216.1
	핀란드	59.4	57.8	52.1	57.7	50.9	40.4	-
기분장애	한국	56.4	54.2	60.9	58.4	60.1	58.5	56.8
	핀란드	23.2	22.3	20.2	19.4	18.7	17.5	-
알코올 사용장애	한국	80.4	80.9	87.7	83.5	85.2	89.3	90.3
	핀란드	7.7	6.9	6.9	5.9	5.0	5.4	-

출처: 국립정신건강센터 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 2. 정신질환 환자의 퇴원 후 1년 내 자살률

15세 이상 (단위: 100명당 명, 성·연령 표준화율)	'13	'14	'15	'16	'17	'18
한국	0.64	0.67	0.64	0.59	0.64	0.65
핀란드	0.35	0.39	0.50	0.57	0.33	0.53

출처: 국립정신건강센터 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서

강광주(2009)는 환자의 재원 기간이 길수록 기능의 퇴행, 질환의 만성화, 인권 문제 등의 문제가 있어 지역사회 정신보건의 필요성과 중요성을 강조하였다. 그도 그럴 것이, 핀란드와 비교하였을 때 정신질환 환자의 평균 재원 기간은 대부분의 경우 우리나라가 매우 길고, 정신질환 환자의 퇴원 후 1년 이내 자살률이 높은 쪽은 우리나라이다.

그림 6. 지역사회 기반 정신건강 서비스 이용 수.

출처: WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile Finland.

현재도 우리나라와 대비해 핀란드의 지역사회 기반 정신건강서비스이용자

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

수는 매우 많다. 따라서 이와 같은 결과는 핀란드에서 정신보건시스템을 더 이상 시설 치료에 의존하지 않고 외래 환자 서비스와 사회 치료 통합을 강화해 지역사회로 전환하려는 노력을 기울였으며, 지역사회에서의 치료와 재활이 보다 적극적으로 관리되고 있다는 걸 증명해주고 있다. 말하자면, 지역사회를 기반으로 둔 다양한 서비스와 전문화가 된 정신보건 서비스가 균형을 이루는 것이 중요하다는 것이다. 이와 같은 연장선에서 핀란드는 국민의 정신건강 권리와 정신건강 서비스 확보, 자살예방에 대한 일원화로서 '자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030'을 계획 및 시행하였다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

나. 재정

먼저 우리나라는 매년마다 예산계획 보고서에 명시되는 사업이 조금씩 다르지만, '생명존중문화조성, 자살예방교육 및 인력양성, 응급실 기반 자살시도자 사후관리사업, 중앙자살예방센터 운영, 심리부검 체계구축, 자살 유족 지원사업, 지역사회기반 자살예방사업, 지역 자살예방 및 정신건강증진사업, 자살예방 실무자 정신건강증진' 등 세부적으로 구분해 그 예산의 내역을 공개하고 있다. 2022년 보건복지부는 2021년 한국생명존중희망재단 출범으로 재원을 확보하면서 자살예방사업에 증액을 명시하였다. 그러나 자살예방교육 및 인력양성, 자살예방교육 및 홍보 활성화, 자살 고위험군 발굴 지원 사업은 되려 감축하였다.

우리나라의 정신건강 관련 예산은 국민건강증진기금와 일반회계뿐 아니라 특별회계 중 책임운영으로 구분된 기관 5개 국립정신병원의 예산을 포함한다(중앙정신건강복지사업지원단, 2021). 국내 정신건강복지 예산은 2021년 기준 4,065억 원으로 전년대비 27%인 874억 원 증액되었으며(메디게이트뉴스, 2021), 2022년 예산은 4,402억 원으로, 예산(2,685억 원, 65.1%)과 기금(1,537억원, 34.9%)로 구분된다(중앙정신건강복지사업지원단, 2021).

2011년 자살예방법을 제정하면서 재원 확보에 대한 근거를 마련했고, 동년부터 2022년까지 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획의 자살예방사업 관련 재정은 꾸준히 증액하고 있다. 최근 3개년을 보면, 2020년 291억 원에서 2021년에는 368억 원으로 26.3% 증가하였고, 2022년에는 451억 원으로 전년 대비 22.9% 증가했다. 이렇듯 정신건강예산 금액 자체는 증가하는 듯 보이나 보건예산 중 정신건강 예산에 대한 비중은 2021년 2.7%에서 2022년 2.6%로 감소하였다(중앙정신건강복지사업지원단, 2021). WHO에서 권고하는 수준인 5%와 비교하면, 예산이 많이 부족함을 알 수 있다(중앙정신건강복지사업지원단, 2021).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

핀란드는 2014년 기준 자살 예방에 대한 정신보건 영역에 8억 6400만 유로(약 1조 1289억 원)으로 측정되었고(중앙일보, 2017), 자살예방 관련 예산 지원이 꾸준히 증가하는 추세이다. 이는 우리나라와 금액적으로도 많은 차이가 있음을 알려준다. 핀란드는 세부적 예산을 사업별로 구분하기보다 추후 평가서로서 포괄적인 내용을 공개하고 있고, 국가 차원에서 분권화된 조직과 지방자치단체의 이중 공적 자금 조달 시스템 등 복잡한 재정 협정으로 인하여 세부적인 예산 상황을 공개하고 있지 않다.

그러므로 이와 같은 상황을 고려하였을 때 양국을 비교할 수 있는 기준은 국내 1인당 총 정신건강지출이다. WHO(2022)에 따르면 우리나라의 2020년 국내 1인당 총 정신건강지출은 6,155.2원이며, 핀란드의 경우 25만 9,919,98원(183.4€)인 것과 비교하면 턱없이 부족하다. 선진국의 평균은 9만 5,200원이며, OECD 평균[1]의 2.7%에 해당하는 점이 문제로 제시되었다(메디게이트뉴스, 2021). 재정적 측면이 기반을 다져야 하는 만큼, 우리나라 또한 충분한 예산 확보가 필요함을 시사한다.

1) 정신건강지출에 대한 OECD 평균: 약 2만 2,797원

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다. 감시

WHO(2021)에서는 자살 행동에 대한 최신 정보, 자살위험이 있는 사람에 대한 데이터 수집을 강조했다. 나아가 관련된 자료를 장기간에 걸쳐 지속적으로 수집해야 하며, 자살 건수와 자해 사례에 대한 데이터를 최소한 성별, 연령 및 방법별로 분류해야 함을 명시하였다.

먼저 우리나라는 2019년부터 범부처 통계 시스템을 구축한 후 자살 사망자의 통계 공표에 대한 주기를 연 1회에서 2020년 1월부터 월 1회로 축소하였다(한국생명존중희망재단, 2022). 관련 연구 수행에 대한 발표는 연 2회로 두었고, 통계청에서는 사망원인통계 및 국가자살동향시스템(잠정치)을, 경찰청에서는 변사자 자살통계를, 중앙응급의료센터에서는 자해 및 자살시도자 통계를 상시 수집하고 있다. 또한 근거 기반의 자살통계 보고서를 위해 경찰 수사를 기록으로 본 전수조사 데이터, 보험공단 건강보험 데이터를 연계하여 다양한 유관기관과의 연계 및 결합을 통해 자료를 수집하였다(한국생명존중희망재단, 2022). 1999년부터 신고 누락이 다수 있는 영아의 사망에는 화장장 신고자료, 사망원인보완조사 자료로 보완하고 있고, 불명확한 사인 및 사망 외인에는 국립과학수사연구원, 국방부, 경찰청, 국민건강보험공단, 국립암센터 등 관련 행정 자료를 이용하였다(한국생명존중희망재단, 2022).

2015년 이래 심리부검 사업을 도입한 뒤로 2018년 광역 주도형 심리부검 사업을 시행하여 지역별 발생하는 자살 사망 요인을 분석하고, 축적된 정보를 빅데이터화해 맞춤형 정책을 시행하고자 하였다. 또한 특수직군(경찰청, 대검찰청, 소방청 등) 심리부검 체계를 구축함으로써 보다 심층적인 원인 분석을 위해 노력하고 있다(보건복지부, 2018). 2020년부터는 자살시도자 사후 관리 시스템(SPEDIS)를 사용 중이며, 2021년부터는 한국생명존중희망재단 데이터 줌(zoom)을 운영하여 자살현황 추이, 개인 특성별 자살현황, 지역별 자살현황 등 사각지대에 있을 수 있는 자살 사망률에 대한 광범위하게 자료를 수집하고 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그러나 이렇게 수집된 데이터는 전반적인 연계 과정을 이루지 않는다. 지역사회 내 관할 경찰서에 자살시도자를 인계해도 인사이동 등 외부적 변화가 생겼을 경우 초기화 상태로 돌아가 네트워크가 제대로 이루어지지 않는다는 점이 문제점으로 지적되기도 하였다(나경세 등, 2015). 따라서 자살시도에 대한 데이터를 총체적으로 관리하고, 연계될 수 있는 시스템 구축을 필요로 한다.

핀란드는 빅데이터의 활용도가 굉장히 높은 편으로, 2017년 기준 4차 산업혁명의 경쟁력 순위에 2위를 차지하고 있다(법제처, 2017). 1751년부터 자살 사망률에 대한 통계를 집계하였으며, 자살예방 활동을 보다 명확히 하기 위해 자살의 연령과 지역분포 및 자살수단에 대한 최신 자료 등 자살 예방을 위해 운영되는 프로그램을 분석하기 위해 관련된 데이터를 적시에, 체계적으로 수립하도록 하였다(THL, 2020). 법의학 내 정보 시스템을 통해 인구 및 지역별 자살 사망률과 자살수단을 추적하고, 다양한 인구 그룹과 지역별 자살 시도 횟수 및 자살수단은 의료기록부에서 모니터링하며, 의료 품질 기록부는 퇴원 후 7일 이내 외래 환자 서비스를 받는 환자 수를 모니터링하는 데에 활용된다.

Sotkanet Indicator Bank는 1990년부터 핀란드의 모든 지방 자치 단체에 대한 주요 인구 복지 및 건강 데이터를 제공하는 국립 보건복지 연구소(THL) 정보 서비스로, 행정 구역을 지방 자치 단체에 기반을 두어 지역 및 연령 그룹별 구분했다. 세부적으로 살펴보면, 지표(알코올 및 약물 남용, 정신건강, 우울증, 자살률 등)에 대하여 지역을 핀란드 전지역, 지자체, 소지역, 지역 국가행정 기관의 영역, 병원지구, 대학병원 특별책임구역 등 자세히 구분하였으며, 연도별· 성별·연령별로 구분하여 데이터를 수집하였다. 또한 핀란드 통계청은 자살 사망률로 인한 PYLL[1]을 지역별·연령별로 구분하였다. 높은 지역 PYLL 지수를 보이는 곳은 해당 지역의 젊은 층에서 자살 사망률이 높다는 것을 의미하며, 문제점 파악 이후 맞춤형 대책을 마련한다.

2011년부터 시행한 「사회복지 및 의료 서비스에 관한 고객 정보의 전자적 처

1) PYLL : Years of potential life lost, 잠재적인 생명 손실

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

리에 관한 법률[1]」에 따라 국민연금공단이 환자의 정보 관리 서비스 유지 및 관리를 담당하도록 명시했다(조항 14a; 환자 정보 관리 서비스). 또한 사회보건부가 그 정보에 대한 사회 및 건강 관리 계획과 지시 및 통제 등 전체를 총괄하도록 했다(조항 20; 통제, 감독 및 모니터링). 이렇듯 핀란드는 국민건강에 대한 데이터를 공적 기관이 총체적으로 관리하도록 법적 근거를 마련하여 효과적인 접근성을 향상시켰다.

1) Act on the amendment of the act on the electronic processing of customer information in social welfare and health care services

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

라. 모니터링 및 평가

WHO(2021)는 모니터링 및 평가가 자살 예방의 효과성을 평가하는 데에 필수적이라고 하였다. 프로젝트 진행 상황을 측정 시에는 구체적이고, 달성 가능하며, 관련성이 있고, 시간제한이 있는 지표를 사용해 미리 계획해야 함을 명시하였다. 그리고 그 목표는 자살 및 자해율을 줄이는 것에 있음을 강조하였다.

우리나라 제1차 자살예방 기본계획(2004-2008)에서는 당시의 경제적·사회적 문제 해결에 중점을 두기보다 우울증, 고위험군 발견, 상담 및 진료 등 직접 개입에 초점을 두었기 때문에 업무가 한 부처에 치중이 되었다(이상준, 2019). 근본적 원인의 해결이 미흡하다 보니 이 기간동안 자살률은 2005년 인구 10만 명당 31.6명으로 증가하는 등 처음으로 30명을 넘어섰다. 결국 정부 계획의 마무리 시점인 2008년에는 30.3명으로 자살률이 측정되어 '자살률 감소'라는 목표 달성에 미흡하였다고 평가된다.

2008년 정부는 제2차 자살예방 기본계획(2009-2013)을 수립하였다. 비록 2009년 글로벌 금융위기 이후 2011년 자살률이 정점(인구 10만 명 당 34.7명)을 기록하였으나 동년 치명적인 자살수단(맹독성 농약)을 차단하는 정책을 시행함으로써 자살률이 감소하는 성과를 거두었다(보건복지부, 2018). 또한 2011년 자살예방법을 제정해 법적 기반을 마련하여 재원을 확보하는 등 정책추진의 동력을 얻었다. 그러나 이상준(2019)에 따르면, 통계청의 주요사망원인 조사에서 고의적 자해(자살)은 2000년 8위였으나 2009년 4위로 상승하였고, 연령대별 구분에서도 10-39세의 사망원인에서 1위, 40-59세의 사망원인 2위인 결과를 보였다고 하였다. 또한 제2차 자살예방 기본계획의 '5년 안에 자살 20명 이하로 줄이겠다.'는 목표는, 5년간 자살률을 19%(약 4.8명)를 낮추겠다는 의미로, 당시 자살률이 급증했던 상황을 고려했을 때 다소 비현실적일 수 있다는 관점이 있다(김정수, 송인한, 2013). 그도 그럴 것이, 2017년까지 자살예방정책은 전담부서도 아니었던 보건복지부의 정신건강정책과 2명이 담당하였고, 자살예방사

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

업의 예산은 99억 원이었다(뉴시스뉴스, 2017; 김정한, 김지은, 송인한, 2018). 당시 일본의 경우, 자살대책추진본부와 자살대책추진실이라는 전담부서, 11명의 인력, 7,633억 원의 예산을 갖고 있던 것(뉴시스뉴스, 2017)과 비교하면, 우리나라의 인력과 예산은 상당히 부족했음을 알 수 있다.

이렇듯 우리나라에서는 제1차 자살예방 기본계획 이후 문제점으로 지적되었던 점(사회·경제적 원인에 대한 지원 대책, 예산 및 인력 부족 등)이 보완되지 않고 2차 기본계획에 고스란히 적용되었다. 이상영(2015)은 이에 대하여 우리나라는 사업성과에 대한 체계적인 관리가 필요하고, 관련 부처에 책임식 공유를 하기보다 계획에 대한 실질적인 평가가 제대로 이루어져야 한다고 했다. 따라서 목표에 대한 실현 가능성을 고려하고, 충분한 시간 및 인적자원을 통해 자살예방정책을 다루어야 함을 알 수 있다.

제3차 자살예방 기본계획은 국정과제에 '자살예방'이 포함됨으로써 정부의 명확한 의지를 보였다. 또한 2018년 보완계획으로서 자살예방 국가 행동계획을 수립해 예산 정부안(105억 원) 외 57억 원을 증액해 재원을 확보하였다(관계부처, 2018). 그 목표로는 2022년에 자살률을 인구 10만 명당 20명 내로, 자살사망자 수는 연간 1만 명 이하로 줄이는 것으로 계획하였다(관계부처, 2018).

그러나 제3차 자살예방 기본계획은, 제2차 자살예방대책과 비교하였을 때, 게이트키퍼 양성을 확대한다는 내용이 추가된 것 외에 큰 차이는 없는 것으로 보이며(이상준, 2019), 2018년 자살률은 인구 10만 명당 24.7명, 2019년 25.4명으로 증가하였다. 뿐만 아니라 코로나 19로 인한 사회·경제적 영향이 청년, 여성, 노인에게 위기 신호로 언급되는 만큼(신은정, 2021), 이러한 상황을 고려해 2022년 자살률을 17명으로 감소시키겠다는 목표를 2025년 21.5명으로 수정하였다(박상훈 등, 2021). 그러므로 국민의 심리적·정신적 안녕을 위하여서는 정책의 적극적인 접근이 필요하다(채수미, 2020).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

핀란드 자살예방 프로젝트는 사회보건부가 주로 재정을 지원하였으며, 당시 300억 원 규모의 예산을 투입하였다(박상훈 등, 2021). 자살예방 프로젝트의 주된 목표는 첫째, 자살률의 증가 추세를 꺾고, 둘째, 향후 10년(1986-1996년) 동안 자살률을 20% 감소시키겠다는 구체적인 목표를 설정하였다(Lehtinen et al, 2001; Partonen, 2018 재인용). 자살예방 프로젝트 연구단계(1986-1991)에서는 계획, 인적자원 훈련, 자료의 수집, 자료의 분석, 프로세스 도출을 각각 1년의 기간을 거쳐 총 5년이라는 충분한 기간을 가졌다(최명민, 2011). 구현단계(1992-1996)에서는 국가 복지 및 건강 연구 개발 센터(STAKES)가 지역별로 적용한 데이터를 수집하였고, 여러 부문에 걸친 전문가 대상 훈련이 전국적으로 이루었다(Upanne et al, 1999). 정신건강 관련 분야의 전문적인 연구, 임상, 행정 인력이 동원되었으며 맞춤화된 작업 관행은 물론 가이드북, 모범사례를 제작해 프로젝트에 대한 피드백을 위한 뉴스레터를 적극적으로 편집하고 배포하였다(Upanne et al, 1999).

Partonen(2018)에 따르면, 당시 심리부검 조사 대상자 59%가 우울증을, 43%가 알코올 남용 및 알코올 의존을 진단받았고 정신 장애를 가진 사람은 93%, 동시에 2가지의 정신장애를 경험한 대상자는 88%였다고 하였다. 이 결과를 토대로 우울증 사전 개입, 치료, 돌봄을 프로젝트 이전보다 적기에 보다 자주 제공하는 등 우울증 및 알코올 문제의 조기 감별, 적정 시기의 치료적 개입을 강조하였다(최윤영, 최승원, 2014; Partonen, 2018). THL(2020)에서는 자살 시도에서 알코올과 성격 장애에 관련된 충동적인 행동이 더 높다고 한 것으로 보아 적시적기의 개입이 자살률을 낮추는 데에 큰 도움을 주었을 것으로 사료된다. 더불어 이 결과는 정신장애에 대한 조기 진단, 효과적 치료가 지닌 중요성을 시사한다(Partonen, 2018).

이러한 노력들이 결합되면서, 자살예방 프로젝트 종결 시점인 1996년에 핀란드의 자살 건수는 자살예방 프로젝트 시행 전인 1987년에 비해 9%, 1990년에 비해 18% 감소하는 성과를 거두었으며(Upanne et al, 1999), 초기 목표를 부합하였다. 특히 젊은 청년층, 중·장년층 자살률에서 높은 감소율을 보였다(최명민, 2011). 그 요인으로는 정신장애를 앓았던 자살 원인에 대한 세부적인

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

조사와 지역적인 접근, 실행력을 강화하였고(Taylor et al, 1997; 김정수, 김지은, 송인한, 2018 재인용), 자살 고위험군을 최대한 빠르게 파악하여 적정 치료를 받게 하였다는 것에 있다(강은정, 이수형, 김효진, 2013).

프로젝트의 종결로 그치지 않고, 그 이후 내부 및 외부의 관점으로 구분해 이론적 평가틀, 프로젝트 목표, 평가 기준 등 세부적으로 마련해 가능한 한 많은 방면에서 개입과 평가를 하였다(Upanne et al, 1999). 우선, 현장에서의 활동은 설문 조사에 의한 평가와 피드백을 종합하였고, 내부적으로는 프로젝트팀의 활동을 '국가전략 준비, 전국적 추진전략, 실제 구현 정도, 후속 조치'로 구분하여 연구 단계를 평가하였으며 자살 사망률의 추세를 분석하였다(Upanne et al, 1999).

이후로도 핀란드는 자살예방 국가사업을 펼쳤다. '우울증 프로그램 1994-1998'(National Depression Programme 1994-1998, 'Keep Your Chin Up!')은 우울증에 대한 광범위한 개념의 접근 방법으로, 대중 캠페인을 하면서 우울에 대한 민감성을 강화하면서 대중 캠페인을 통해 인식을 개선하고 다분야 협력을 특히 강조하였다(강은정, 이수형, 김효진, 2013). '삶의 의미 찾기 1998-2003'(Meaningful Life Programme 1998-2003)은 정신질환자에 초점을 맞춘 프로그램으로, 다부문(환경부, 노동부, 국방부, 교육부, 재정부, 내무부를 포함한 정부의 거의 모든 부처)에서 접근하였으며 지역사회 자원봉사자들 간의 네트워크 구축을 통해 지역 중심의 사업을 이루었다(강은정, 이수형, 김효진, 2013). 또한 실업과 우울증의 연관성을 고려해 실직자들을 대상으로 우울증 예방, 긍정적인 학습 경험 제공을 목적으로 한 '직업 프로그램'(JOBS programme)을 진행하였다(ILO, 2000). 더불어 청소년 자살 예방 프로그램, 군 복무 면제 남성 대상의 정신건강 프로그램인 '타임아웃!', 심리 지원 프로그램 등에 관심을 가졌고, 우울증 치료를 위한 의약품 사용에 개입하면서 꾸준히 활성화하였다(Partonen, 2018).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다음은 핀란드의 지속적인 노력을 통한 자살률 감소 모습을 나타낸 것이다.

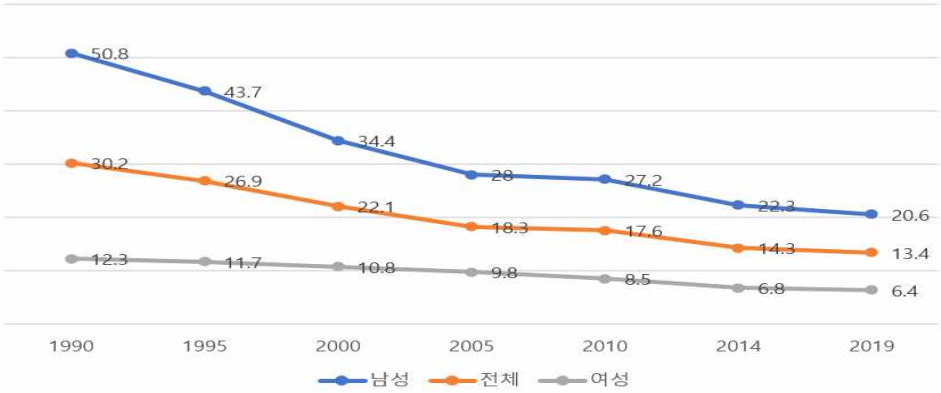


그림7. 핀란드 자살률 변화

출처: OECD(2022). Suicide rates (indicator).

그러나 좋은 교육제도에도 불구하고 15-25세 청년 사망률이 상대적으로 높고(Statistic Finland, 2018), 자살 사망이 여전히 발생하는 이유에 대해 핀란드 국민들은 사회보장정책의 모순으로 이 삶의 통제력을 잃어버렸다는 불만족을 불행의 원인으로 뽑기도 하였다(BBC뉴스, 2019). 따라서 정부 차원에서 '자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030'을 통해 긍정적인 정신건강 고양과 자살예방 전략을 다시금 실천하려는 의지를 보여준다고 할 수 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2. 사회적 영역

가. 인식 제고 및 옹호

자살 및 자살예방에 대한 사회적 관심과 참여 수준은 매우 중요하다. 양국은 모두 자살예방 및 생명존중문화를 조성하기 위한 노력을 명시하였고, 대중들에게 자살예방에 대한 인식을 도모하고자 하였다.

우리나라는 자살예방법상에도 '생명존중문화 조성(제15조), 자살예방의 날(제16조), 자살예방 상담 교육(제17조), 자살예방을 위한 홍보(제18조)'를 명시함으로써 인식의 중요성을 강조했다. 또한 자살예방 캠페인을 확산시키기 위해 자살예방 생명지킴이 교육 프로그램('보고, 듣고, 말하기 2.0')을 제작해 온라인 콘텐츠로 제작, 보급하였고, 지자체별 SNS, 카카오톡, 영상, 음악 등 다양한 매체를 활용하고, 신문사, 광고를 통해 이용하여 국민들이 자살예방을 생활 속에서 가깝게 느낄 수 있도록 환경을 조성하고자 했다.

그러나 2018년 보건복지부 자살실태 조사에 따르면, '자살을 받아들일 수밖에 없는 상황이 있다.' 등 자살에 허용적인 태도가 2.96점('13년)에서 3.02점('18년)으로 높아졌으며, '자살은 예방이 가능하다'는 인식은 3.61점('13년)에서 3.46('18년)으로 낮아졌다(뉴스핌, 2019). 선행연구(김성완 등, 2010)에서는 자살에 허용적인 태도와 자살시도를 했던 경험과의 상관관계가 있다고 하였다. 때문에 자살 예방과 정신건강에 대한 인식 제고, 옹호의 활동은 반드시 필요하다.

심리부검은 우리나라에서 1개년 동안 시행시 약 100례에 머물렀으며, 7개년(2015-2021년)을 종합해 총 821례를 누적하였지만(한국생명존중희망재단, 2022), 핀란드는 1년 사이에 1,397건의 심리부검 결과를 축적할 수 있었다(Partonen, 2018). 심리부검은 관련 종사자가 자살 유족을 발굴하더라도 당사자가 참여를 거부한다면 실시할 수 없기 때문에 자발적인 참여가 매우 중요하

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다(한국생명존중희망재단, 2022). 핀란드에서는 연구 초반에 참여 의뢰를 받은 자살 사망자 유족의 80%가 참여를 했기 때문에 심리부검이 잘 이루어질 수 있었고, 많은 사례에 대한 심도 있는 조사가 가능했다(김정윤, 2018). 뿐만 아니라 인지 행동 요법[1]과 같은 치료법을 제공하는 온라인 정신건강 허브(Mental Health Hub)를 설립하여 정신과 치료 시스템에서 자살 인식을 상당히 증진시켰다(THL, 2020).

핀란드는 자살 및 자살 충동에 대한 인식을 사회적 담론을 통해 높였을 때, 적시적기의 지원 및 서비스에 대한 접근성 향상에 도움을 줄 것이라고 하였다(THL, 2020). 이에 따라 교육 환경과 같은 일차적인 공간에서 자살, 정신건강 장애와 약물 오남용 장애를 둘러싼 편견을 다루었다(THL, 2020). 핀란드 정부의 이러한 접근 방식은, 자살과 정신건강의 문제가 단순히 개인적인 결함 때문에 생기는 것이 아님을 강조하여 추후 언제든 지원받을 수 있다는 점, 사회적인 지지체계가 있다는 점을 상기시켜주었다. 더불어 아동과 청소년에게 관련된 이슈가 자연스럽게 노출될 수 있도록 하여 '공동체 의식과 상호책임의식을 함양'할 수 있도록 했다(THL, 2020). 핀란드 자살예방사업 특징은 자살률 감소와 정책의 효과성을 위해 사회적 노력을 기울였고, 국민의 공감대와 소속감을 형성한 것이다(박상훈 등, 2021).

1) Cognitive Behavior Therapy, CBT

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

나. 자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용

양국 모두 자살에 영향을 미치는 언론과 보도의 중요성을 알고, 이에 대한 적절한 지침을 마련했다.

우리나라는 언론매체에서 자살 장면을 묘사하는 것이나 영상 콘텐츠에 관해 가이드라인이 필요함을 강조했다. 자살보도에 대한 언론 기준으로 '자살에 대한 자극적/긍정적 표현 제한, 구체적인 방법·도구·장소·동기 보도 제한, 자살 관련 사진 및 동영상 유의 사용, 자살의 부정적 영향을 알리며 자살을 예방할 수 있는 정보 제공, 자살 사망 사건 보도시 고인 인격과 유족의 사생활 존중' 5가지를 원칙으로 삼아 한국언론진흥재단과 경찰대학 등의 협조로 언론인 대상의 교육을 시행하고 있다. 또한 유명인의 자살사망사건 이후 모방·연쇄 자살을 방지하기 위해 SNS 실시간 확인, 언론사 협조 및 정보 공유 등 보건복지부와 경찰청의 공동대응 매뉴얼을 마련하였다(보건복지부, 2018). 언론 및 관련 기관이 자살예방에 주의를 기울일 수 있도록 다양한 활동 중이며 분기별로 우수 보도상을 시상하는 등의 세미나 및 홍보를 적극적으로 진행 중이다.

핀란드는 자살예방 프로젝트 시행 이후 언론의 조치, 자살의 보도 방식이 자살률에 부정적 혹은 긍정적인 영향을 미치는 것을 알고(Partonen, 2018), 미디어 전문가들과 협력해 청중에게 자살 사망 보고 방법에 대한 권장 사항을 개발하였다. 자살을 촉진하는 유해 콘텐츠, 혹은 자살 생각과 의도를 나타내는 콘텐츠를 식별하는 의무를 지웠고 자살 위험군에 대한 운영 체계 개발 등 의무적인 감독 조치를 부과하였다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다. 청소년들에게 사회-정서적인 삶의 기술 함양

'청소년'이라는 대상은 학생이라는 면에서 교육정책 중 일부일 수도 있고, 기능적 측면으로는 국민건강, 더 나아가 정신건강 및 자살예방에 관련된 정책의 일부로 볼 수 있는 만큼 복합적인 측면이 있다(김기헌, 오병돈, 이경숙, 2013). 따라서 다양한 요소들을 고려해야 한다. 다음은 핀란드, 우리나라, OECD 평균의 10대 자살률 추이를 나타낸 것이다.

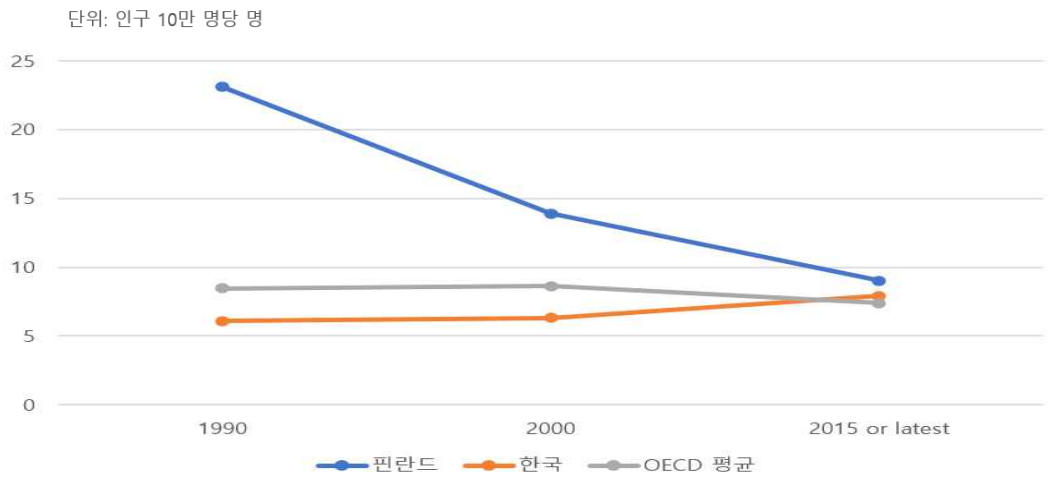


그림 8. 핀란드, 한국, OECD 평균의 10대 자살률 추이

출처: WHO. Mortality Database Adolescent mortality rate.

먼저 OECD 평균을 보면, 인구 10만 명당 1990년 8.45명에서 2010년 8.62명으로, 2015년 7.38명을 유지하는 등 소폭 증가하는 구간이 있으나 전반적인 감소 추세를 보인다. 핀란드는 1990년 23.1명, 2000년 13.9명, 2015년 9명으로, 드라마틱한 감소 곡선을 띠면서 꾸준히 낮아져 OECD 평균과 근접해졌다. 그러나 우리나라는 1990년 6.1명, 2000년 6.3명, 2015년 7.9명으로, 해를 거듭하면서 증가해 OECD 평균을 추월하였던 것을 볼 수 있다. 사실 핀란드의 청소년 자살률은 적지 않은 수치이다. 최근까지도 중기-후기 청소년에 해당하는 15-24세

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

의 모든 사망원인 중 1/3이 자살로 인한 것임을 보도되었던 만큼(BBC 뉴스, 2019), 문제점은 여전하다. 하지만 이러한 극적인 감소 효과를 보였던 만큼, 청소년 대상 자살예방정책을 눈여겨 볼 필요가 있다.

우리나라는 2006년 「학교보건법」 개정 이후 학생들의 정신건강 조기발견과 조기개입을 목적으로(김경미, 김재원, 김지훈, 2012), 보건교육의 내실화, 학교 건강검사 실시, 학생정서·행동 발달 선별 검사 및 관리 강화, 학생건강관리 강화 등을 제시하는 등 보건복지부, 여성가족부, 교육부 등 중앙 부처에서 사업을 추진하였다. 보건복지부는 2008년부터 학생 정신건강 수준의 향상을 목적으로, 크게 자살예방사업과 스트레스 인지 감소 사업을 추진하면서 중·고등학생 자살 시도율과 스트레스 인지율을 5년마다 측정하여 목표설정을 하였다(보건복지부, 2018). 또한 「국민건강증진법」에 따라 계획된 '제3차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)'에서는 청소년 대상으로 '우울 및 스트레스 관리사업', '아동·청소년 정신보건 사업 강화'를 추진했다.

2018년 제3차 자살예방기본계획에서는 아동 및 청소년 관련 분야에서 '정부부처 간 협력을 통한 정신건강관리체계 구축 지원' '지역 기반의 아동 청소년 정신보건서비스 팀 구축' 등이 제시되어있다. 또한 학생 정서·행동 특성검사를 통한 위기학생 조기발견 및 전문기관 연계, 연 4시간 이상의 학교별 자살예방교육 시행, 교직원의 전문성 및 역량 강화 등을 시행했고, 자살예방체계 및 상담 서비스 구축을 위해 1388(청소년 전화, 헬프콜) 및 지역사회 청소년 통합지원체계(CYS-Net)를 마련하였다(보건복지부, 2018). 또한 학교 밖 청소년 대상으로 자살예방 게이트키퍼 양성, 청소년 동반자 지원, 위기 청소년의 맞춤형 연계 시스템을 추진했고(허지은, 2020), 2008년부터는 Wee 프로젝트[1]를 시행해 학교 내 상담센터의 기능을 강화하고자 했다(김기헌, 오병돈, 이경숙, 2013). 또한 군인 대상으로는 군인건강증진을 중점과제로 두고, 스트레스 및 자살예방 등 정신건강관리 사업을 하여 군 장병 정신건강 실태조사, 비전캠프 등 각

1) Wee 프로젝트: 교육부에서 Wee School, Wee Center(지역 교육청에 배치한 상담실), Wee Class(학교에 배치된 상담실)로 구분지어 학교 자살예방사업의 일환 및 문제행동 있는 학생들의 상담 등 안전망 구축을 위한 사업이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

군 스트레스 관리 프로그램, 군 병원 정신과와 연계된 활동을 지원한다는 명시를 하였고(보건복지부, 2015) 병영생활상담관 증원배치 및 전 장병 대상의 보·듣·말('보고 듣고 말하기') 교육을 진행하였다(보건복지부, 2018).

그러나 결과적으로, 청소년 자살률은 증가하고 있다. 선행연구(김기헌, 오병돈, 이경숙, 2013)에서는 청소년 대상의 자살예방사업에 낮은 예산 투자, 적은 정신건강 및 자살 문제 관련한 사업 비중, 미흡한 기관 간 연계와 협력 및 전달체계, 다소 부족한 인력의 역량을 문제점으로 제기했다. 청소년은 일상생활을 잘 해나가는 듯하다가도 말다툼, 꾸중 등 급격한 스트레스 등 주변 사람들이 느끼기엔 사소한 이유로 극단적 시도를 하는 경우가 있다(세계일보, 2021). 신체적·정서적으로 많은 변화를 겪는 청소년기의 불안정한 심리상태, 충동성에 대한 미숙함(김운삼, 구서연, 2019)을 올바르고 충분하게 교육하는 대책이 필요한 것이다. 따라서 위에서 언급하였던 사업 내용들은 청소년들이 사회적 기술 습득의 근본적인 방안이라 하기에 다소 어려움이 있다.

핀란드는 아동과 청소년이 국가의 미래를 이끄는 주요 층이기 때문에 긍정적인 정신건강 개발의 중요성을 강조하였다(THL, 2020). 이러한 국가의 비전과 방향을 토대로, 핀란드의 청소년협력협회인 알리앙스협회(Allianssiry)는 청소년 업무에 대해 '청소년법의 규정을 참고하였을 때 청소년 업무의 특성은 예방적이다, 청소년의 삶의 기술 및 복지 증진 활동은 소외와 고립을 방지하는 데에 영향을 미친다.' 등으로 정의하였다(박선영 등, 2013). 핀란드는 초·중·고를 통합한 '종합학교[1]'로 운영이 된다. 학교에서는 '청소년이 공부에 대한 바른 태도를 갖게 하고, 스트레스에서 보호한다.'는 의미와 역할을 갖고, 스트레스에 대한 관리 방법 및 관련 프로그램을 교육한다(김운삼, 구서연, 2019). 이러한 프로그램은 청소년이 어떤 부정적인 상황을 맞닥뜨렸을 때 단편적 사고가 아닌 더 나은 생각과 방안을 생각하고, 사회적 기술을 습득할 수 있는 기회를 조성함에 의의가 있다.

1) 종합학교: 1972년 종합제 학교 전환을 시작으로, 공교육 개혁 이후 7-15세의 학생들을 무학년제로 구성된 하나의 캠퍼스에서 가르치면서 프로젝트에 대한 학습 주제를 받아 교육하는 곳이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

더불어 핀란드는 교내에 심리상담가가 상주하도록 하는 법이 있어 학생의 상태를 살필 의무를 갖고 있으며, 일선에서는 자살예방에 학생회, 학교상담가, 교사가 함께 할 수 있도록 분위기를 조성하였다(김현준 등, 2016). '유로지나스'[1]란, 3년간 시행 후 2014년 말 종료되었던 유럽의 자살예방 프로젝트인데, 이를 기반으로 핀란드에서는 학교장, 상담심리가, 교사 등 관계자가 자살 위기를 인지하고, 방지하며 대처하는 방안을 꾸준하게 시행하고 있다(김현준 등, 2016). 그리고 만일 청소년의 정신건강 상담을 의뢰하였을 때 대기 시간이 발생하면, 미리 상담사가 학생의 심리상태 및 치료에 대한 필요성 평가, 향후 계획 등을 함께 세울 수 있게끔 시스템을 개선했고, 이후 감정의 긍정적인 표현 방법, 사회적 상호작용 기술 및 집단치료가 정기적으로 이루어지게끔 하였다(YLE news, 2021).

또한 청소년이 정신건강 문제가 있을시 전문적인 그룹 치료에 참여하여 감정, 상호작용에 필요한 사회적인 기술을 습득할 수 있게끔 한다(YLE news, 2021). 청소년의 정신과 치료에 대해서도 가족, 교사 등 가까운 사람이 참여하게 함으로써 최대한 친숙한 환경을 조성하게 한다. 그리고 청소년 내담자, 부모와 학교, 정신과가 함께 청소년이 홀로 겪을 수 있는 고민을 같이 이해하는 과정을 통해 문제를 건강하게 헤쳐 나갈 수 있도록 도와준다(YLE news, 2021).

뿐만 아니라 Partonen(2018)에 따르면, 종합학교의 90%를 대상으로 키바스쿨(KIVA School)을 시행해 집단 따돌림(bullying)에 대응하였다. 더불어 2009년부터는 핀란드 보건복지연구소(THL)에서 국가차원으로 아동과 청소년의 사고 및 자살예방을 조정해왔고, 2011년 청소년 정신건강 협회(Yeesi)는 청소년들에게 자신의 정신건강을 돌보는 것에 대한 중요성을 알도록 하는 것을 목표로, 소셜 미디어를 개통해 청소년들이 쉽게 참여할 수 있도록 하는 등 전문가의 접근성을 높여 적절한 치료를 받게끔 했다.

또한 '어린이 및 청소년 안전 증진을 위한 국가행동계획(The National Action Plan for Promoting Safety among Children and Young People)'에는 도로 교

1) Eurogenas, European Regions Enforcing Actions Against Suicide

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

통사고, 중독, 익사 및 수상, 자살 및 자해, 징벌적 폭력 등에 대한 조치를 제시하면서 자살 예방을 위한 10가지 행동 포인트를 포함해 2025년까지 젊은이들의 자살 사망률을 크게 줄이는 것을 목표로 했다. 더불어 2001년부터 유아교육, 보육, 기타 사회 의료 서비스 등 지역 환경에서 아동 및 청소년의 연령에 적합한 지원을 도입해 빈곤 가정을 지원하기 위한 혜택을 창출하고, 2021년 2월부터 '국가아동전략(National Strategy for Children)'과의 연계를 추진해 국가적 개입을 하였다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

3. 인프라 영역

가. 다분야 협력

WHO(2021)에서는 자살이 정치적 의제에서 우선시되어야 이를 중심으로 자살예방에 대한 계획을 수립 및 시행이 이루어진다고 했다. 우리나라와 핀란드는 자살예방정책을 주도하는 담당자가 있다. 자살은 복합적인 요소가 스트레스 원으로 다가와 발생하는 것이기 때문에 다분야 협력을 통한 적시적기의 개입을 필요로 한다.

우리나라는 2004년 보건복지부를 중심으로 제1차 국가적 개입의 5개년 자살예방정책을 시행에 옮겼으나 범부처적 성격이 아니었다. 또한 기존 부서에 자살예방 업무를 추가하는 형식이었기 때문에 과중한 업무 부담만 주었을 뿐, 협력적인 부분을 찾기 힘들었다고 볼 수 있다. 제2차 자살예방정책에서는 13개의 관계부처(행정안전부, 고용노동부, 법무부 등), 민관 합동TF 구성, 자살예방대책추진위원회 회의 등을 통해 문제를 해결하는 듯했으나 실질적인 운영에 있어 타 부처와의 협조가 잘 이루어지지 않았고, 실제 상황시 자살시도자 연계 과정 중 경찰과 종사자와의 의견 충돌로 인한 갈등이 빈번한 경우가 있다고 했다(원시연, 2011).

그 원인으로는 먼저,「개인정보 보호법」제3장[1]에 개인정보를 수집할 수 있

1) 제15조(제인정보의 수집·이용): 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다
① 정보주체의 동의를 받은 경우
② 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
③ 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
④ 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
⑤ 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
⑥ 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

는 경우를 명시한 점이 있다. 이 이유로 자살시도자의 사생활 비밀 보장이 강조되면서 대상자 관리에 제한점으로 작용하였다(권도현, 박종익, 안용민, 2019). 나아가 여기서 문제점은 자살시도자에게 정신과적인 개입과 적절한 치료가 필요함에도, 개인 스스로 치료 거부를 하게 되는 상황이 벌어진다는 것이다(권도현, 박종익, 안용민, 2019).

이상영 등(2017)에 따르면, 기초 정신건강복지센터에서 자살예방 네트워크에 참여 및 협조하고 있다고 응답한 기관은 보건소(83%), 경찰(79.2%), 소방(56.6%), 학교(37.7%) 등 다양한 기관들이 있었으나 공식적인 연계 체계가 면밀하지 못함을 시사하였다. 또한 정신건강복지센터가 79.2% 참여하고 있다고 하였는데, 이는 사례관리의 첫 번째 문일 수 있는 핵심적인 기관인 정신건강복지센터가 21.8% 참여하지 않고 있다고 말한 것과 다름이 없어 조속히 개선되어야 함을 지적했다(이상영 등, 2017). 더군다나 자살예방법에는 조건부[1](제14조)만 달았을 뿐, 협력의 의무에 대한 언급은 없다. 따라서 다학제적 협의를 위해서는 언급된 사항에 대한 개선이 필수적이다.

핀란드의 중앙정부는 자살의 위험원인을 분석하고 의료 서비스에 활동의 전반적인 계획을 수립하였고, 지방정부는 구체적인 실행전략을 세웠다(최윤영, 최승원, 2014). 다음으로는 사회보건부(Ministry of Social Affairs and Health, MSAH)가 있다. 1968년 사회부와 보건업무가 통합하면서 개정된 이 부서는 핀란드 국민들의 사회, 보건문제와 관련된 정책의 계획 및 실행을 총괄하는 역할을 맡아 보건 시스템의 국가 수준 계획에 대한 주요 책임이 있다. 선행연구(최윤영, 최승원, 2014)에 따르면, 사회보건부 소속의 연구기관인 국립보건연구원(THL)은 자살에 대한 총체적 연구를 수행하고 다양한 연구기관들과 의사소통을 통한 정책 개발, 정부 및 지자체와의 피드백을 통한 입법 개선, 자살의 심리부검을 연구 및 조사하는 등 실질적 활동을 하였다.

---

1) 제14조(자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책)
① 국가 및 지방자치단체는 정신건강에 이상이 생긴 것으로 인하여 자살 위험에 노출된 자에 대하여 필요한 의료적 조치가 적절히 제공될 수 있는 환경을 조성해야 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

1986년의 핀란드의 자살 예방 프로젝트는 국립 보건원(THL)이 조정하고, 주로 지역 전문가 그룹이 수행하는 연구 단계로 시작되었다. 연구단계에서 얻은 경험을 바탕으로 국가 목표 및 실행전략이 개발되었고, 국가 복지 및 보건 연구개발 센터가 조정한 광범위한 시행단계로 착수했다. 시행단계에서 최소 30개의 다른 조직 및 관련 기관과의 다학제적 협력이 있었다. 다양한 시민사회단체(CSO), 전략적으로 중요한 담당자 약 1,100명이 긴밀한 협조를 이루었고 프로젝트형 팀을 이루어 실제 상황에서 구현되는 협동 프로세스 모델을 개발했다. 이 프로젝트에서 자체 정보 채널, 전단지를 개발하고 정신건강, 가족 위기, 자살 문제에 대해 언론인을 교육하기도 했다(Lehtinen et al, 2001).

핀란드는 지역 의사 결정권자가 지역의 상황과 인구의 필요 정도를 가장 잘 알고 있기 때문에 분권화를 했고, 지방자치단체에 대한 지침을 강화하기 위해 1999년 핀란드 정부는 '사회복지 및 의료에 대한 정부 목표 및 실행(the new governmental Goal and Action Programme for Social Welfare and Health Care) 2000-2003'을 시행했다. 이는 지방자치단체가 보다 적극적으로 국민의 필요를 잘 파악하고 분석해야 한다는 것이며, 의료 접근성을 높여 국민에게 필요한 의료가 적시적기에 도달할 수 있도록 해야 함을 시사한다. 결국, 핀란드 자살예방 시스템의 강점은 중앙정부-지자체-민간단체의 '네트워크형' 예방 시스템이다(중앙일보, 2017).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

나. 역량 강화

우리나라는 2018년 제3차 자살예방 기본계획에 따라 상담 및 사례관리 기관, 권익 옹호 및 학대예방 기관 등 상담 관련 종사자에게 역량 강화 교육을 실시했고, '생명지킴이 양성'을 위해 지역사회조직(이장, 통장 등 지역풀뿌리 조직), 위험군과 접점에 있는 직업군, 교사, 아동, 장애인에게도 자살예방교육을 시행했다. 자살 시도시 응급실 사후관리팀의 실무자의 능력을 강화하기 위한 여러 교육 자료들을 배포하였고, 지역사회 내 자살 사망자의 유족이 소외되지 않도록 만든 자살 유족 원스톱 서비스에서 전담인력의 역량을 높여 사업이 안정적일 수 있게끔 지원하고 있다(한국생명존중희망재단, 2022). 또한 지역 기반의 자살예방사업을 계획해 지방자치단체간 우수했던 사례, 추진실적을 공유해 선정하고 심사하며 표창하는 자리를 만듦으로써 관련 업무에 종사하는 공무원에게 동기를 부여하여 역량을 높이고, 지자체 상호 간 정책적인 발전을 격려하였다(한국생명존중희망재단, 2022).

'보고·듣고·말하기'는 한국자살예방협회가 2012년 보건복지부, 생명보험사회공헌재단의 지원을 받아 만들어진 한국형 자살예방 게이트키퍼 양성 프로그램이다(배인정, 2018). 그리고 2013년 3월부터 다학제간 협의를 통해 자살예방교육으로서의 인증을 받아 보급되었다(배인정, 2018). 총 3시간으로 구성된 이 프로그램은, 연령대별로 구성된 영상을 보고 워크북으로 체크 및 복습한 뒤 역할극을 통한 참여를 하면 수료증을 제공하는 형식으로 이루어지고 있다(백종우 등, 2014). 교육 대상은 전 국민이고, 강사의 경우 자살예방사업에 2년 이상 종사한 전문가로 이틀에 걸쳐 총 16시간 교육을 받아야 한다(백종우 등, 2014).

2018년 제3차 자살예방 기본계획 발표시 '게이트키퍼 100만 명 양성'을 목표로, 자살 고위험군에 대한 발굴 의지를 적극 표명하였다(배인정, 2018). 이에 따라 자살예방사업 종사자 및 일반인 등 대상별 자살예방교육, 보·듣·말 프로그램 등 다양한 콘텐츠를 활용하여 교육 중이다. 그리고 2013년 이래 2021년까지 자살예방 생명지킴이는 누적 수가 점차 증가하고 있다(한국생명존중희망재단, 2022).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

그러나 2015-2021년 7개년 동안의 자살사망자 801명의 유족들을 대상으로 진행한 심리부검 면담 결과보고서에 따르면, 대상자가 자살 사망에 이르기 전 753명(94.0%)이 언어적, 행동 및 정서적 변화 즉 자살 경고신호를 보였고 이를 인지한 비율은 자살 사망자 유족의 753명 중 22.7%(171명)에 불과했다. 또한 그 경고신호를 인지했던 171명을 대상으로 다른 조치방안을 행하였는지를 분석한 결과 46.2%(79명)가 '대상자를 염려하였으나 다른 조치를 취하진 못했다.'고 응답했다(한국생명존중희망재단, 2022). 이렇듯 실질적으로 자살시도자가 보여준 위험신호를 간과해 지나친 경우가 많았고, 자살을 예방하지 못하였다.

WHO(2021)은 일회성 교육을 받는 것보다 지속성이 있어야 한다고 강조하였으며, 교육을 받은 사람의 수만 보고하는 것만으로는 충분하지 않고, 연수생이 기술이나 지식을 얻었는지, 행동에 변화가 있었는지가 중요하다고 하였다. 맹목적으로 게이트키퍼를 양성하기보다 질적 향상을 해야 하며, 심화 및 보수교육을 진행해야 한다는 선행연구(채수미, 2020)가 있던 만큼, 적절한 치료적 개입을 하기 위해 교육의 지속성을 고려해야 한다.

핀란드는 실무자 및 서비스를 도와주는 제공자의 역량을 지원하고 있다. 특징적인 것은, 현장성(이른바 "learning by doing")을 보다 중요시 여겼다는 것이다. 더불어 게이트키퍼가 중심 역할자(key player)와 프로젝트를 함께 시행하여 이들의 역량 확대를 지원하고, 각자의 역할을 구체적으로 정해 활동하도록 했다(강은정, 이수형, 김효진, 2013). 그리고 이러한 교육을 제공함에 있어 사회보건부(정책담당자)와의 지속적인 협력을 이루어야 한다는 내용을 명시하였다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

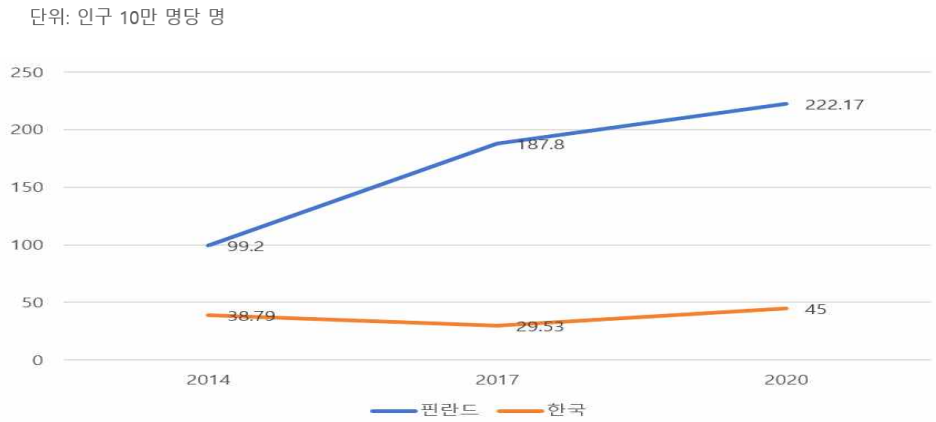


그림 9. 2020년 한국과 핀란드의 정신건강 분야 인적자원 비교

출처: WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile Finland.

양국은 인적자원에서 큰 차이를 보인다. 정신건강과 관련된 서비스는 휴먼 서비스로 이루어지는 만큼, 정신건강 분야에서 잘 훈련된 인적자원은 서비스의 질과 양에 매우 밀접하게 이어진다(이상훈, 2020). 따라서 인적자원의 확보와 전문성을 위해서는 예산의 확보가 필수적이다.

WHO Global Health Observation 및 Mental Atlas Country Profile에 따르면 사회복지사는 인구 10만 명당 우리나라 8.4명('16년), 핀란드 2.75명('17년)으로 우리나라가 높은 편에 속한다. 그러나 2020년 기준 정신건강 분야에 종사하는 의사의 수를 보면 핀란드는 20.19명, 우리나라는 7.91명, 간호사는 핀란드가 47.67명, 우리나라가 13.96명이다. 특히 심리상담가는 핀란드가 123.62명, 우리나라가 1.89명으로 매우 큰 차이를 보인다는 것을 알 수 있다(WHO, 2020). 또한 정신건강 분야에 종사하고 있는 총 인적자원이 2022년 기준 인구 10만 명당 핀란드는 222.17명이나 우리나라는 45명에 불과하다. 여기에서도, 우리나라의 경우 정신과 의사, 정신건강전문요원(정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강임상심리사)로 구성되는 전문 인력은 절반을 조금 넘는 수준이라고 하며, 기타 행정직 또는 간호조무사를 포함시 전문 인력의 비중은 더욱 낮을 수도 있다는 문제점이 있다(중앙정신건강복지사업지원단, 2019).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2013년 OECD 보건의료분과장 마크 피어슨(Mark Pearson)은 내한하여 한국 정부가 정신건강 조기 대응 인력 및 시스템 개선에 힘을 쓰고 심리 서비스 접근성을 높일 수 있도록 권고하였다(중앙일보, 2021). 그도 그럴 것이, OECD는 2014년 “Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care”의 정신건강정책 보고서에서, 우리나라의 정신건강 관련 지표와 제도가 OECD 가입국과는 반대 방향인 것을 지적하였다(최진영, 이한경, 2022). 우리나라 직무 현황의 경우 인력 부족으로 인해 정신건강 전문요원과 비전문요원의 구분 없이 업무 수행이 이루어지고 있고, 근무 환경의 경우 보건복지와 관련된 환경이 변화됨에 따라 업무 영역이 확대되어 업무 과중과 기본적인 안전 문제, 그리고 열악한 처우가 문제시되고 있다(마인드포스트, 2022).

더군다나 정신건강 전문 인력이 가장 많은 곳은 서울과 경기, 인천 지역으로 대부분 수도권에 몰려 있어 지역별 인적자원의 활성화가 미흡하다(국민일보, 2017). 지역사회의 정신질환 예방 및 정신건강 증진에 대한 서비스, 위기개입, 정신질환자의 조기 발견·치료·재활 그 범위가 넓어짐에 따라 이러한 정신건강분야에 종사하는 충분한 인적자원과 전문성이 강조되고 있다(중앙정신건강복지사업지원단, 2019). 그러므로 한 개인이 경미한 정신건강 문제가 발현하였을 때 언제든 정신건강서비스를 이용할 수 있도록 그 인력과 예산을 확보하고 전문성에 대한 교육을 지속적으로 시행할 필요가 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

다. 자살 고위험군 조기 식별·평가·관리·추적

자살시도자는 자살을 재시도하거나 미래의 자살로 인한 사망을 예측할 수 있는 가장 강력한 인자 중 하나로 꼽힌다(김성완 등, 2010). 때문에 자살시도자에 대한 모니터링은 중요하다. 더불어 자살유가족은 일반적인 애도 과정과는 다른 정서적 고통을 경험하는데, 일반인과 대비하여 자살 위험이 평균 8.3배 높다고 한다(보건복지부, 2018). 이렇듯 자살 고위험군은 자살시도자를 포함해 다양하게 정의될 수 있다.

세부적으로 살펴보면, 우리나라는 자살 고위험군을 발굴하고자 기존 40세 이후의 10년 주기 우울증 검진을 20, 30세로 확대하였고, 우울증에 대한 스크리닝 강화를 하고자 했다(보건복지부, 2018). 또한 대상별 자살예방 정책으로서 실직자 및 구직자 대상의 심리지원 서비스를 제공하거나 소방공무원 등 특수직 공무원에 특화된 심리부검 프로그램을 개발하였으며, 집배원 직장 스트레스 진단 및 상담을 계획하였다(보건복지부, 2018). 나아가 자살시도자에 대하여 '응급실 기반 자살시도자 사후 관리사업'을 시행하여 자살시도자가 응급실 내원을 하면, 지정된 응급기관에서 응급의학과, 정신건강의학과, 경찰, 소방, 기초 정신건강센터 자살예방센터 등으로 '생명사랑위기대응센터' 사례관리팀으로 묶어 지원하고 있다.

2019년부터는 '자살 유족 원스톱 서비스 지원사업'의 시범사업 시행 중이다. 이는 자살 사망 직후에 지자체, 경찰, 소방, 응급의료센터가 팀을 이루어 주변인들에 사례 관리가 가능하도록 자살예방센터 및 정신건강복지센터에 연결해 심리·정서적 지원은 물론, 법률적 및 경제적 지원을 할 수 있는 제도이다. 이 제도는 2022년 후반부터 안정적으로 추진되기 위한 발판을 준비 중이다. 또한 자살 유족들에게 자조 모임 및 동료지원 활동가 등 활발한 전개로 심리적·정서적 지원을 하고 있고, 치료비 또한 생명보험사회공헌재단과의 협업을 통해 지원하고 있다. 심리부검 면담에 참여한 유족에게는 심리부검 사후점검(Psychological Autopsy Tele-Check)으로 전담 상담원이 유선전화를 시행하여 이후의 생활, 정

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

서 등 변화가 있는지 확인하고 필요로 하는 부분을 체크한다(한국생명존중희망재단, 2022). 그리고 심리부검 보고서를 통해 해당 사례를 정리하면서 자살 위험 원인 및 보호 원인을 확인해 점검한다.

그러나 자살예방정책에는 자살 고위험군을 별도로 강조하거나 정의하지 않았으며, 자살사망자 데이터를 활용한 고위험군 발굴과 개입에 대한 노력에도 자살예방사업에 여전히 사각지대가 있음을 지적하였다(관계부처, 2018). 또한 자살시도자에 대한 사후 관리 연계 의료기관이 전체 응급의료기관의 15.7%(401개 중 63개)에 불과해 통합적인 접근이 어려웠다는 점이 있었다(보건복지부, 2018). 나아가 '우울증 검진 및 스크리닝 사업'의 효과가 미비한 것으로 보고되는 이유는 내원 환자들이 우울증에 대한 선별검사를 거부하는 경우가 많고, 검사 도구 자체의 낮은 양성 예측도, 즉 개입이 특별히 요구되지 않는 경도의 우울증 환자가 선별검사로 발견되기 때문이다(채수미, 2020). 따라서 보다 개별성을 띠고, 효과적일 수 있는 고위험군 관리 방법이 필요하다.

핀란드는 1970년대부터 전화 서비스(SOS-service)를 시행하였고, 1990년대에 자살예방 프로젝트를 진행할 때 우울증에 대한 조기 개입, 사례별로 다양하고 적절한 효과적 치료를 제공하였다(Partonen, 2018). 또한 정신보건협회(The Finnish Association for Mental Health: FAMH)은 자살을 포함한 위기 개입을 담당하고 있는데, 업무로는 상담 전화(Help Line)와 투키넷(Turkinet) 홍보, 자살 위기자에 대해 최소 5회의 개별 및 집단 상담을 시행하여 자살시도자, 그 가족을 대상으로 한 프로그램을 운영하고 있다(최명민, 2011). 더불어 자원봉사자에 전문적인 수준의 훈련을 통해 그 인력을 활용한 것이 특징적이다.(최명민, 2011)

'자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030'에서도 고위험군(원주민, 동성애자·양성애자·성전환자 및 기타 소수 집단, 빈곤층, 폭력 피해자 및 위급한 상황에 처한 사람들, 망명에 관련된 사람들, 수감자, 다양한 문화 및 언어적 차이가 있는 그룹, 만성적인 고통과 만성 질환이 있는 사람들, 약물 남용 또는 게임 및 도박 문제를 가진 사람들)을 직접 명시하였다. 또한 자살 고위험군에 대해 지속

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

성이 있는 치료가 가능하게끔 관련 기관에 협력 강화 의무를 명시하였다(THL, 2020). 이렇듯 자살 위험군에 대한 조기 개입 및 모니터링의 중요성을 강조했다.

자살 생각을 표현하거나 과거에 자살 시도를 했던 사람의 치료 필요성을 평가해 사례관리 및 동료지원(peer support)를 제공하고, 심한 경제적 어려움, 절망감 및 사회적·물질적 소외감을 느끼는 사람들에게 지원을 확대하기 위해 아웃리치 기능을 개발해 온라인상으로도 위험 그룹에 대한 접근성을 높여 도움 요청을 장려하고 있다(THL, 2020). 더불어 1차 의료 및 기타 지역 서비스에서 접근성이 낮다면 정신건강 및 약물 남용 예방 서비스를 강화하는 것에 초점을 두었다. 그리고 노인층에 대한 접근을 높여 대면 지원은 물론, 온라인 및 전화 기반 지원 기능을 향상하여 공동체 의식을 고양시켜 고립감을 방지할 수 있도록 하였다.

또한 2019년 핀란드는「사회 및 건강 데이터 2차 이용에 관한 법률[1)]」을 제정하였다. 이는 비밀 유지 의무에 구애받지 않고, 공중 보건, 국민의 건강 보호를 위한 데이터가 필요하다면 기관으로부터 그 데이터를 획득하고 활용할 수 있다(법 제4장 36조, 37조). 이와 같이 법적 근거를 마련하여 의료데이터가 연구, 개발, 통계, 교육 등 다양하게 2차적 활용이 가능하도록 만들었고, 정부 차원의 정보 관리를 통해 개인 단위의 종합적인 접근을 가능하게 하였다. 더불어 정부 주도하 중앙집중형 기관으로서 데이터 허가기관(Findata)을 운영 중이다(김영진, 김주현, 2021). 데이터가 필요시에 신청자는 자신의 정보, 사용 목적, 필요한 데이터, 통계 내용 등을 작성해 신청해야 하고, 핀데이터 담당자는 이를 평가하는데, 적합하다 판단되면 법조항에 의거해 관계된 데이터를 모두 연계하여 제공하는 시스템을 갖추고 있다(김영진, 김주현, 2021). 이렇듯 국민건강에 관련된 정보 접근이 효과적일 수 있도록 기반을 마련하였다.

1) Act on Secondary Use of Health and Social Data

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

4. 환경적 영역

가. 자살수단 제한

우리나라는 2016년-2019년 통계청 사망원인통계에서 '한국표준질병·사인분류(KCD7)'를 적용해 사망원인을 구분하고 있는데 수단별 자살 현황 파악 및 재분류를 위해 2021년 1월 1일 '한국표준질병·사인분류(KCD8)'로 개정하였다(한국생명존중희망재단, 2022). 2006년부터 지하철 스크린 도어 설치, 맹독성 농약 생산(2011년 11월~) 및 유통 금지(2012년 11월~) 등의 자살수단 제한을 시행했다. 2018년 자살예방정책에서는 위험 장소에 대한 순찰 강화로 교량, 철도, 숙박업소의 7,582개소를 선정해 거점근무를 지정하고, 경찰 순찰을 강화하도록 했다. 동년 7월부터는 번개탄 판매 개선 캠페인을 진행해 자살예방 안내 문구를 포함하였고, 일산화탄소 저감형 성형목탄 개발 R&D를 추진 중이다. 최근 부쩍 늘어난 온라인상의 자살 목적 모임에 대하여서는, 자살 예방법 19조 및 25조에 '구체적인 자살 방법 제시, 동반자 모집, 자살 유도 혹은 실행 내용의 사진/문서/영상, 자살에 위해되는 물건 판매/활용'을 할 경우 법적 처벌 대상자임을 명시해 처벌 근거를 마련하였다. 자살 유발정보 모니터링을 위해 한국생명존중희망재단에서는 자살유발정보 담당자, 혹은 지켜줌인(모니터링에 참여하는 일반시민)이 자살유발정보를 공유하지 않도록 사회적 분위기를 조성하려는 노력을 하고 있다.

핀란드는 자살예방 프로젝트 이후 얻은 교훈으로, 처방 관행의 모범적인 프로토콜, 약물 남용 등 자살에 대한 수단을 사전에 차단할 수 있는 방안을 개발해야 한다고 했다(Partonen, 2018). THL에서 2020년 발표한 자살예방전략에서도 자살수단에 대한 접근에 제한을 두어 자살 위험을 낮추고자 했다. 병원, 아동보호기관, 접수센터 및 교도소 인테리어 디자인에서 자살 위험성 고려하고 교통안전 규정을 제안하였다. 특히, 약물 오남용을 예시로 들어 지역사회 약국을 통해 제한할 수 있도록 명시한 것과 한국에서는 통용이 되지 않는 총기류 보관에 대한 규정 개발을 해야 한다는 방안도 마련한 것이 특징적이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 3. WHO(2021) 자살예방전략 실행지침에 따른 우리나라 현황

영역별	WHO(2021) 자살예방전략 실행지침	한국
거버넌스	상황분석	미흡
	재정	미흡
	감시	미흡
	모니터링 및 평가	미흡
사회적	인식 제고 및 옹호	미흡
	자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용	있음
	청소년들에게 사회-정서적인 삶의 기술 함양	없음
인프라	다분야 협력	미흡
	역량 강화	미흡
	자살 고위험군 조기 식별·평가·관리·추적	미흡
환경적	자살수단 제한	있음

* 출처: 이상영 등, 2017; 중앙정신건강복지사업지원단, 2021; 나경세 등, 2015; 김정수, 송인한, 2013; 김성완 등 2010; 김기헌, 오병돈, 이경숙, 2013; 원시연, 2011; 채수미. 2020; 관계부처 2018의 내용을 바탕으로 연구자 재구성

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 3. 에서는, 본론의 내용을 토대로 WHO(2021) 자살예방전략 실행지침의 기준에 따른 우리나라의 자살예방정책 현황 및 근거를 나타내었다. 핀란드는 그 기준을 충족하는 반면, 우리나라는 '자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용, 자살수단 제한'을 제외하고 정책적인 부분이 미흡하거나 부재하였다.

먼저, 거버넌스 영역은 전반적으로 미흡하였다. 자살예방정책 시행 이후 문제점으로 꾸준하게 제기되었던 재정적인 측면은 여전히 턱없이 부족한 상황이다. 또한 자살 시도에 대한 데이터가 종합되지 않아 어려움을 겪고 있고, 정책 시행 이후 보완점에 대한 지속적인 모니터링이나 평가가 적절히 이루어지지 않아 피드백 반영이 원활하지 않다. 그러므로 급변하는 사회 속 증가하는 자살요인을 막을 만한 명확한 정책을 마련하지 못하고 있는 실정이다.

다음으로, 사회적 영역인 '인식 제고 및 옹호, 청소년들에게 사회-정서적인 기술 함양' 측면이다. 우리나라에서 청소년 대상의 자살예방정책은 여러 부서에서 구성하고 있었지만, 청소년이 사회-정서적인 삶의 기술을 함양할 수 있고 건강하게 문제를 해결할 수 있도록 조력하는 방안을 별도로 마련하고 있지 않았다. 이렇듯 전반적으로 긍정적인 정신건강, 즉 예방적 차원에서의 접근성이 부족하였다.

마지막으로는 인프라 영역이다. 사례관리가 중요한 자살예방사업에서 관련 기관 간의 네트워킹이 원활하지 않아 자살시도자에 대한 연계 과정 중에 종사자 간 갈등이 발생하기도 하였다. 또한 인적자원의 역량이나 수가 충분하지 않아 문제 해결에 어려움을 겪고 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Ⅳ. 자살예방정책 개선방안

본 연구는 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 대하여 WHO(2021) 자살예방전략 실행지침을 바탕으로 비교 및 분석한 연구이다. 이에 따라 우리나라 자살예방정책에 대한 개선방안을 제언해보고자 한다.

1. 충분한 재정의 확보

사실, 예산의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않는다. 다만 우려되는 점은, 상당히 많은 선행연구와 뉴스에서 이와 관련된 문제점에 대해 목소리를 내고 있음에도 매번 우리나라 자살예방정책에서 추가 및 보완해야 할 점으로 꼽힌다는 것이다. 예산 자체의 금액이 점차 증가하는 추세라고는 하나 다른 나라와 비교하면 턱없이 부족하고, 정신건강에 관련된 예산의 비중은 WHO의 권고기준에 대비하여 매우 적다. 앞서 언급하였듯 보건영역에서의 자살예방 예산 그 자체의 비중을 줄여서는 아니 될 것이며, 충분한 재정을 확보해 기반(core pillars)을 단단하게 다져야 한다.

예산이 필요한 이유는, 바로 자살예방 및 정신건강에 종사하는 실무자들에 대한 안정적인 근무를 보장하기 위함도 있다. 광역정신건강복지센터 내의 평균적인 근속연수는 2년 7개월이며, 이는 5-6년간 동결된 예산, 과도한 업무 강도, 불만족스러운 고용구조로 인한 것으로 보고되었다(메디게이트뉴스, 2019). 이에 따라 직원들의 불안감이 커져 인력이 빠져나갔고, 그 인력에 대한 충원도 어렵다고 하였다(메디게이트뉴스, 2019). 2016년 서울시의회의 토론회 발표 자료에서는 정신건강 분야 종사자의 83.1%가 고용 불안을 경험하고, 임금 또한 최소 82.8% 정도 낮게 받았다고 한다(이상훈, 2020). 또한 서울지역의 정신건강증진센터에서 각각 구성원들이 인지하고 있는 문제점은, 75%가 임금 및 근로 조건, 63.5%는 안전, 59.1%가 전문성을 인정하지 않는 사회 등이었다(김종진, 2016).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

더군다나, 2020년 보건복지부가 자살예방 상담전화에 단기 임시 파견을 요청하였을 때, 10주의 상담 교육을 받은 상담원이 아니라 간단한 업무 내용을 안내받은 직원들이 그 자리에 앉아 있던 일이 있었다(박상훈 등, 2021). 이는 단면적으로 우리가 진정 필요로 하는 인적자원의 부재로 인해 주먹구구식 대비를 했다는 것을 의미하기도 한다. 나아가 이러한 문제점들은, 장기적으로 보았을 때 우리의 자살예방정책이 실질적으로 잘 이루어지고 있는가에 대한 의문점을 제공한다.

자살예방센터의 대부분은 주간으로 운영이 된다. 그리고 예산의 지원 규모에 따라 자살예방 사업의 구성, 센터의 운영, 야간위기 대응팀의 운영 가능성이 달라진다(메디게이트뉴스, 2019). 규모가 커지고 인력이 안정된다면, 질 높은 서비스를 국민들에게 제공할 수 있을 것이다. 자살예방의 업무는 봉사와 헌신, 희생이 아니라 분명 공적인 업무로서 명확히 이행되어야 한다. 따라서 이를 위해서라도 예산을 더욱 확보하여 투입할 필요가 있다.

2. 자살 고위험군에 대한 정보 접근성 강화

먼저 핀란드는 '자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030'에서 치료 옵션 개발(Developing care options)의 제21항에, 자살 고위험군에게 의료 제공자가 변경되더라도 지속적인 치료가 가능할 수 있도록 협력을 강화할 것을 명시하였다(THL, 2020). 또한 이러한 정책에는 법적 근거가 뒷받침되었다. 우선, 2011년 1월 1일에 시행한「사회복지 및 의료 서비스에 관한 고객 정보의 전자적 처리에 관한 법률」에 의거해 사회보건부가 환자의 정보에 대한 사회·건강 관리 계획, 지시, 통제 등 전체를 총괄하고 있다(조항 20; 통제, 감독 및 모니터링). 이렇게 공적 기관이 데이터를 전체적으로 관리함으로써 안전하고, 효과적인 접근을 가능하게 한다.

더불어 데이터의 관리뿐만 아니라 활용에 대한 법률을 제정하였다. 관련 법률은 2019년부터 4월 26일부터 시행된「사회 및 건강 데이터의 2차 이용에 관한 법률」이다. 세부적으로 살펴보면, 제4장 36조에 비밀 유지 의무 및 기타

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

제한 사항에도 불구하고 이 법에 규정된 임무, 즉 37조에 해당하는 '공중 보건 및 사회보장 증진 혹은 개인의 건강 보호를 수행'하기 위해 데이터가 필요하다면 관리자, 사회 및 의료 서비스의 공급자 및 핀란드 사회 보험 기관으로부터 데이터를 획득 및 이용할 수 있음을 명시하였다. 핀란드는 국민건강 데이터를 하나로 모니터링할 수 있게끔 권한을 부여하고, 유의미하게 활용할 수 있도록 법과 제도를 마련하였다.

핀란드 자살예방 프로젝트의 핵심은, 자살 가능성에 대한 선제적인 파악에 있다(강은정, 이수형, 김효진, 2013). 핀란드는 이에 대하여 적극적인 접근을 위해 개인 건강 및 사회 데이터에 관한 법적 근거 마련하였고, 그 결과 필요한 한 정보를 추출할 수 있다. 이러한 과정을 통해 그 연계성이 촘촘해질 수 있었다.

한편, 우리나라는 자살위험자에 조건부를 달아 필요한 환경을 조성해야 한다고 명시했을 뿐(자살예방법 제14조), 협력의 의무에 대한 점은 언급하지 않았다. 또한 「개인정보 보호법」 제3장에 개인정보를 활용할 수 있는 경우가 명시되어 엄격한 법률적 기준으로 작용하였으며, 이는 응급실 기반의 자살시도자 사후대응체계 시행시 개인정보 저장 및 처리 과정에서 제한 사항을 만든다(보건복지부, 2013). 때문에 자살시도자의 연계 과정에서 자살예방센터의 인력과 경찰 간의 이견이 발생해 사례관리를 어렵게 만든다. 또한 공무원의 순환보직으로 인한 데이터 초기화와 같은 상황이 있어 자살시도자 관리의 지속성의 파편화가 있었다는 지적도 있었다.

자살 시도는 자살 사망보다 10배에서 40배 정도 더 빈번히 발생할 뿐만 아니라 추후 자살 행동에 대한 강력한 예측 요인이다(Haukka et al, 2008). 자살시도자가 선제적인 지원 혹은 상담을 받을 수 있는 상황을 만들 수 있도록 각 병원에서 수집된 자살시도자에 대한 자료를 통합 및 활용하기 위한 법률적 근거가 필요함을 강조했다(보건복지부, 2013). 또한 법·제도적인 근거가 마련되기까지 공공기관에서 관리할 필요성을 제기하기도 하였다(보건복지부, 2013). 선행연구(권도현, 박종익, 안용민, 2019)에서는 자살시도자에 있어 국가적 차

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

원에서의 정보 관리가 필요하다고 하였으며, 이는 자살예방 정책의 우선순위 중 「개인정보 보호법」에 예외 규정을 마련해달라고 하는 요구가 높은 순위에 있는 현실(강은정, 이수형, 김효진, 2013)과 궤도를 함께 한다.

지난날 경제적 위기를 맞이하면서 우리나라의 자살률이 급등하는 시기가 있었던 것은 명백한 사실이다. 사각지대에 놓인 국민은 극단적인 선택을 해왔고, 우리는 뉴스에서 그 소식을 적지 않게 확인할 수 있었다(프레시안뉴스, 2018; 한겨레뉴스, 2014; 한겨레뉴스, 2021). 취약계층에 대한 연계 체계가 필요시 되는 이유는, 경제적으로 취약한 계층이 자살 시도를 함에 따라 자살 고위험에 대한 이중 요소를 갖고 있는 군일 가능성이 높아 그 자살위험도를 평가하고, 지역사회의 정신보건으로 연계를 도모하기 위함이다(보건복지부, 2013). 따라서 사회복지 차원과 응급의료 간의 연계는 필수 불가결로 필요하다.

한 국민의 생명을 보호하는 것보다 개인정보가 더 중요하게 보호되는 것은 주객이 전도된 것과 다를 바가 없다. 따라서 본인의 동의가 없이도 관련 종사자가 자살 시도 과거력을 알게 되어 적시적기의 대책을 세울 수 있게끔 해야 한다. 더불어 개인정보라는 중요한 데이터가 체계적으로 관리되고, 잘못 사용되는 것을 막기 위해 국가적 차원에서 개인정보를 수집하고, 관리하는 것이 필요하다.

3. 모니터링 및 평가 체계 구축

자살예방정책에 대한 모니터링과 평가가 적정 시기에 이루어지고, 반영될 수 있는 체계적인 시스템을 구성해야 한다. 우리나라 자살예방정책은 사실, 외양적으로 잘 마련되어 있는 편이다. 그러나 법, 제도가 모두 있음에도 재정, 인적자원, 시스템 어느 하나가 뒷받침되어주지 않는다면 효과는 기대 이하로 나타난다(박상훈 등, 2021). 특히, 우리나라의 자살률은 여전히 심각한 문제이고 WHO(2018)는 정부가 나서서 취약계층을 포함한 인구 전체에 대해 포괄적 전략을 개발해야 한다며 명시하고 있는 만큼, 그 정책에 대해 보완하고 검토해야 할 점이라고 지적되었던 부분에 대해서는 반드시 짚고 넘어가야 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

성공적인 사례라고 손꼽히는 핀란드 자살예방 프로젝트도, 국내외 전문가들의 면밀한 평가를 받았다. 그리고 핀란드 보건복지연구원(THL)은 자체적으로 대상별 맞춤형 자살예방사업 및 다양한 정신건강 프로그램을 시행하였다. 이러한 노력을 통해 점진적으로 더욱 자살률을 낮추었던 것처럼, 정책에 대한 지속적인 모니터링과 평가는 중요하다. 취약계층에 대한 적극적인 개입과 접근, 이에 대한 검토가 정부 부처·관련 기관·실무자 간에 체계적이고 실질적으로 이루어질 수 있는 시스템을 구축한다면, 더욱이 강력한 효과를 발휘할 것이다.

4. 전문성 있는 인력의 확보

전문성 있는 인력의 필요적인 예로서 심리상담사를 들 수 있겠다. 심리사는 전문적인 상담 관계를 기초로 하여 전 연령대의 개인 혹은 관련된 사람에게 심리교육·예방·검사·평가·치료 등을 해주는 역할을 한다(김수임, 최나연, 정문주, 2021). 세부적으로 살펴보면 정신장애를 예방하고, 정신건강 문제에서 증상이 경미할 경우와 심할 경우의 적절한 개입, 근거 기반의 서비스를 개발하고 제공한다(최진영, 이한경, 2022).

그러나 우리나라는 심리상담사의 서비스 대상을 중증도의 정신질환자에게만 국한하여 전 국민적인 정신건강 서비스 제공에 제도상 무리가 있고(최진영, 이한경, 2022), 이는 OECD(2014)의 '경증에서 중등도의 정신질환에 대해 근거 기반의 치료를 제공해야 한다.'는 접근성에 반하는 내용이다. OECD 통계에서는 심리사 수와 자살률이 반비례하는 관계를 보인다(중앙일보, 2021). 세계적으로도 심리사를 근거 기반 서비스를 제공하는 핵심적인 정신건강 인력 역할로 보고 있으며(노은빈, 김현진, 최기홍, 2022), OECD 가입국인 미국, 일본 등 대부분의 국가가 심리사 자격 관련 법률과 심리 서비스 전문 인력을 육성하고 관리하고 있다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

앞서 언급하였듯 핀란드는 국가 심리사(Licensed psychologist)를 집중적으로 양성하여 인구 10만 명당 심리상담가가 123.62명이 있다. 이들은 석사와 3000시간 이상의 수련 기준을 갖고 있고, 정신건강에 대한 관리가 체계적이고 면밀히 이루어졌다. 정신건강 조기 대응 인력 및 시스템 개선, 풍부한 인적자원을 토대로 핀란드는 자살예방 및 정신건강에 대한 관심과 그 접근성을 높일 수 있었다.

이렇게 정신건강의학과에 접근성을 높이는 것은, 전문가로부터 우리가 평소 스트레스 상황에서 잘못 사용할 수 있는 대처방안(약물 오남용, 과도한 음주 등)을 바르게 수정하는 기술을 교육받고, 대인 관계 및 사회적 상호작용의 어려움을 건강하게 헤쳐 나가는 방법을 배울 수 있다는 점에 큰 의의가 있다. 따라서 전문 인력의 인적자원과 제도적 정비를 통한 질 높은 서비스 제공을 통해 국민의 심리적인 안녕감이 증진할 수 있도록 더욱 노력해야 한다.

5. 청소년 상담 의뢰 연계성 강화

청소년기는 신체적·정신적으로 많은 변화를 겪는 시기이다. 하지만 우리나라의 다소 획일화된 교육, 입시 위주의 교육은 청소년에게 개개인의 특성을 개발하고 발전시키는 것을 어렵게 만든다(김운삼, 구서연, 2019). 또한 이 시기에는 성취감이라는 발달과업을 수행해야 하기 때문에 심리·사회적 압박감이 크게 다가오는데, 청소년은 신체적 변화는 물론이거니와 정서 상태와 인지적인 측면이 아직 불안정하고 충동성에 대한 조절력 또한 미숙하다(김운삼, 구서연, 2019).

외양적으로 '연 4시간 이상의 자살예방교육'을 하라고 명시하고 있지만, 우리나라 학생이 거의 매일, 하루 대부분의 시간을 학교에서 보내고 있다는 사실을 고려하면 너무나도 짧은 시간이 배정되어 있음을 체감할 수 있다. 성인에 비해 청소년 정신건강은 우울감과 스트레스에 취약하기 때문에(박진우, 허민숙, 2021), 단순히 시간을 명명하는 정책이 아니라 예방적 차원으로 접근해

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

야 한다. 더군다나 전문적인 상담교사의 자리에 생물학 전공 교사가 대신 있어 학교가 1차 안전망의 기능을 완전히 상실하는 문제(세계일보, 2021)가 있었던 만큼, 동일한 문제가 재발하지 않도록 적극적으로 나서야 한다. 그리고 무엇보다 중요한 것은 청소년 본인 스스로가 해결할 수 없다고 판단하는 부분에 있어 합리적이고 사실적인 판단, 올바른 방향의 대처 능력 향상을 키워주는 것이다(지승희 등, 2008).

우리나라와 핀란드를 비교한 결과, 확연한 차이를 보이는 것은 바로 아동과 청소년들에 대한 접근 방식이었다. 핀란드는 종합학교 내 스트레스 관리 교육 시간을 편성하여 상황에 대한 유연성과 적응력, 그리고 사회적인 기술을 배울 수 있도록 해 긍정적인 정신건강을 높였다(THL, 2020). 또한 교내에 상담심리사가 상주해있게끔 하는 법적 근거가 마련되어 있고, 교사와 학생회가 적극적으로 자살예방 대처에 참여한다(김현준 등, 2016).

핀란드 보건복지연구원(THL)에서는 자체 자금 지원 혹은 외부의 자금을 받아 다양한 연구 및 프로젝트를 운영 중인데, 2004년에는 2년간 학교와 협력해 카렐리야(Karelia) 지역의 사회적으로 소외된 아동, 청소년, 그리고 그 가족까지 약물, 술, 담배 남용을 방지할 수 있도록 건강한 생활방식을 가르치기도 하며 심리·사회적인 지원 조치를 개발하기도 했다. 그리고 만약 학교의 학생이 정신건강 문제를 호소하면, 부모와 의료기관이 네트워크를 이룰 수 있는 연계 체계를 통해 최대한 학생에게 친숙한 환경을 조성한다. 또한 청소년 정신건강에 대한 상담 대기 시간에 미리 상담사가 학생의 심리상태 및 치료에 대한 필요성 평가, 향후 계획 등을 고려하도록 시스템을 개선했고, 이후 감정의 긍정적인 표현 방법, 사회적 상호작용 기술 및 집단치료가 정기적으로 이루어지게끔 하였다(YLE news, 2021).

따라서 우리나라도 위 센터와의 연계를 강화해 전문성 있는 대처를 높여야 한다. 출장 상담교사와의 연계 강화, 가족과의 빠른 연결 등 학생에게 최대한 안정감을 줄 수 있는 환경을 조성해 면밀한 사례관리 및 교육을 시행해야 한다. 그

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

리고 어려움에 놓인 학생이 있다면, 위클래스를 통해 진단과 상담, 치료가 바로 이어질 수 있도록 네트워킹을 증진해야 한다. 이러한 과정을 통하여 청소년이 사회-정서적인 기술을 함양할 수 있게끔 지도해야 한다.

6. 게이트키퍼의 질적 향상

선행연구(Partonen, 2016)에서는 일차 의료 환경에서 정신건강 및 자살 위험과 관련된 문제에 대한 더 심오한 평가가 필요하며, 자살의 경고 신호 및 관련 치료 프로토콜에 대한 인식을 높이기 위해 종사자의 지식, 역량에 대한 정기적인 평가 및 교육이 필요함을 주장했다. 이전부터 자살예방정책 중에서도 게이트키퍼 양성은 대부분 국가에서 지역사회의 자살 조기 발견 및 개입에 핵심 정책으로 수행되었다(백종우 등, 2014). 자살 생각이 있는 사람은 시간에 걸쳐 특정 징후를 보이는데, 이때 게이트키퍼가 큰 역할을 할 수 있다. 무심코 지나칠 수 있는 징후를 파악하고, 대상자에게 더욱 관심을 기울이고 치료를 권유하거나 근처 의료기관으로 연계하는 등의 행동을 통해 자살을 막을 수 있는 것이다. 때문에 이러한 지역사회 중심적 역할은 큰 의미를 지닌다.

핀란드는 현장성을 매우 중요시 여긴다. 서비스를 제공하는 사람, 실무자 지원에 중점을 두고(강은정, 이수형, 김효진, 2013), 자살 상담 서비스 활동에 있는 사람들에 역량 강화를 위한 지속적인 정보 업데이트 즉, 보수교육 및 지침에 초점을 맞추고 있다(Partonen, 2020). 더불어 학교에서는 유럽에서 자살예방 전략 및 수단에 대한 공익건강 프로젝트였던 유로지나스의 예비교사, 교사, 상담교사를 대상 게이트키퍼 연수 프로그램을 적극적으로 참여하였다(김현준 등, 2016).

게이트키퍼 교육이 가장 일반적인 자살예방 개입임에도 불구하고(Yonemoto et al, 2019), 우리나라 자살예방사업에 종사하는 실무자는 자살시도자 조기 발견에 게이트키퍼와 지역주민에 대한 필요성을 낮게 인지하고 있었다(이상영 등, 2017). 또한 앞서 언급하였듯 자살사망자의 자살 경고신호를 인지한 유족들은 22.7%였다. 다시 말하자면, 77.3%가 자살 시도 전의 언어적, 행동 및 정

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

서적 변화를 알아차리지 못하였다. 더군다나 경고신호를 인지하였어도, 실제 의료기관으로 연계를 하거나 치료를 권하는 적극적인 개입은 하지 않았다고 진술하였다.

다시 말해, 우리나라의 게이트키퍼 교육이 다소 이론적인 부분, 양적인 부분에 중점을 두고 있었다는 의문점을 제기할 수 있다. 실제로 게이트키퍼 교육이 전반적으로 집단 교육이다 보니 개개인이 느끼기에 심리적 혹은 거리적인 접근성이 다소 낮다(채수미, 2020). 또한 일시성 교육으로 그치기 쉽기 때문에 자살 고위험군을 인지할 수 있는 역량을 키우기가 어렵다.

따라서 게이트키퍼가 만나는 자살 고위험군에 따라 적용 가능한 위기중재방법 및 상담 기법을 안내해야 하고, 구체적인 사례를 교육 내용에 포함하는 등의 노력이 필요하겠다. 또한 게이트키퍼로 임명받은 인원들이 지속성을 갖고 활동할 수 있도록 역량을 키울 수 있는 보수교육을 진행해야 한다. 이로써 단순히 수료증을 받고 끝내는 양적인 확대가 아니라 지속성과 실효성을 가질 수 있는 지역사회 중추적 역할로서의 양성 프로그램으로 성장할 수 있도록 고민해야 한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표4. 한국과 핀란드의 자살예방정책 비교 및 정책 제안

			한국	핀란드	정책 제안
거버넌스	재정		OECD 평균 미달	OECD 평균 충족	정책추진 지속성 확보를 위해 자살예방 사업 펀드 조상
	개인정보	보호 법률	「개인정보 보호법」	「사회복지 및 의료 서비스에 관한 고객 정보의 전자적 처리에 관한 법률」	서비스 이용자(자살시도자 등)의 안전 및 건강 보호를 위해 필요한 경우 행정기관이 수집한 정보를 정보주체자의 동의 없이 활용할 수 있는 법적 근거 마련
		통합 관리	연계성 미흡	사회보건부	
		데이터 활용	「개인정보 보호법」 제2조에 의거하여 다소 제한적	「사회 및 건강 데이터의 2차 이용에 관한 법률」 제4장 36조에 의거하여 활용 가능	
사회적	청소년 대상 자살예방 상담		연계성 미흡	연계성 높음	학교 청소년 상담사의 서비스 연계 책무 강화
인프라	심리상담가		인구 10만 명당 1.89명 (2020년 기준)	인구 10만 명당 123.62명 (2020년 기준)	정신건강전문요원, 청소년 상담사, 온라인 심리상담 서비스 등을 활용하여 상담서비스 접점 확대
	게이트키퍼 양성		양적 확대 재교육, 보수 교육 체계 미흡	현장성 현장 실무, 사례에 관한 재교육	
	자살 고위험군에 대한 협력 의무		부재	자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030	소방, 경찰, 행정기관, 자살예방센터, 의료기관 간 자살예방 협력 의무 규정 마련

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

표 4. 에는 앞서 고찰한 결과를 토대로 하여 양국 자살예방정책의 비교에 관한 구체적인 내용을 정리한 것으로, 관련된 정책 제안을 작성하였다. 영역별로의 적극적이고 전략적인 접근이 필요함을 시사한다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Ⅴ. 고찰 및 결론

1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 기존의 선행연구에 대한 체계적 문헌고찰을 진행하였고, WHO의 자살예방전략 실행지침에 따라 우리나라와 핀란드의 자살예방정책에 대하여 비교제도론적 연구로 접근했다. 향후 우리나라 자살예방정책에 대한 개선방안을 제안하는 연구이나, 해당 연구 방법을 완전히 적용하기에는 다음과 같은 제한 사항이 있다.

첫째, 본 연구에서는 다소 상이할 수 있는 두 나라의 문화적 차이를 고려하지 않은 한계점이 있다. 북유럽과 아시아의 특성은 문화적, 사회적인 부분에서 차이점이 있고, 특히 아시아권에서는 '자살'에 부끄러움을 느끼고 죄책감을 표현하며 회피하려는 경향이 있다(서종한, 최선희, 김경일, 2018). 그러므로 선행연구에서는 문화적 특성이 비슷한 일본의 자살예방법률 혹은 정책을 비교 및 분석하였는데, 이민정(2015)은 일본의 자살예방법률과의 비교를, 허지은(2020)은 일본의 자살예방정책을 비교를, 이상영 등(2017)은 일본의 지역사회 자살예방 사업을 비교하여 향후 우리나라 자살예방정책의 개선방안을 제시하였다.

심리부검 결과 다소 낮은 빈도의 정신질환이 나오는 이유 또한, 서구권에서는 대체로 심리부검에 적극 협조하는 태도(강준혁, 2015)와는 상반되는 아시아권의 태도, 즉 사회적 낙인을 염려해 생전에 정신건강의학과를 가는 것을 두려워했을 것이라는 선행연구(권호인, 고선규, 2016)가 있었다. 2021년 심리부검 면담 결과 보고서에 따르면, 심리부검 면담에 참여한 유족 112명 중 자살 사망 사실을 알리지 못하였다고 응답한 수는 64.3%인 72명이었고, '창피하고 자존심이 상해서' '고인을 나쁘게 말할까봐' '지인이 충격 받을까봐' 등을 원인으로 꼽았다(한국생명존중희망재단, 2022).

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

이렇듯 유족들이 자발적으로 정신건강센터에 등록하지 않는 이유에 대해 동서양의 다른 문화적 관점의 차이에서 비롯될 수 있었음을 염두에 두어야 한다. 그러므로 향후 연구에서는 자살예방정책이 보다 실제적인 효과를 불러올 수 있게끔, 연구 전에 발생할 수 있는 문화적 차이점을 염두에 두고 사전에 통제하여 진행할 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 2021년 개정된 WHO의 국가 자살예방지침(LIVE LIFE) 11가지 기준으로 양국의 자살예방정책을 비교 및 분석하였다. 그러나 그 외 중년층 혹은 노년층에 해당하는 연령층이나 성별 등에 대한 기준을 따로 두고 있지 않기 때문에 이에 대한 기준을 토대로 연구를 진행할 필요성이 있다. 후속연구에서는 본 연구에서 제시한 기준 외에도 성별, 연령별, 지역별 등에 대한 다양하면서도 적절한 기준을 적용한 구체적인 비교연구를 하여 자살률 감소에 도움을 줄 수 있는 개선방안에 일조할 수 있어야 할 것이다.

셋째, 본 연구는 기존의 선행연구를 토대로 한 체계적 문헌고찰을 중심으로 해 두 나라를 비교하는 방법으로 이루어졌다. 그러나 제시한 자살예방정책을 적극 활용한, 실제 상황에 적용한 사례들을 토대로 심층적인 연구를 진행한다면, 정책적 제언에 보다 도움이 될 것으로 사료된다. 관련 연구를 진행하면서 경험하게 되는 제한점과 보완점을 인지하고, 절차 개선을 위한 연구를 지속한다면 한국적인 상황과 맥락에 맞는 자살예방정책의 올바른 수행을 도울 수 있을 것이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 두 나라의 자살예방정책에 관해 WHO의 자살예방전략 실행지침을 두고 비교제도론적 연구를 이용하였고, 그 내용을 바탕으로 우리나라 자살예방정책 개선방안을 도출하였다. 그 결과를 토대로 추가적인 수정과 검토를 해야 할 부분을 작성하였다.

첫째, 자살예방정책은 답이 하나로 결정된 것이 아니라 언제든지 외부적인 요인들이 변화함에 따라 지속적으로 추가되고 보완될 수 있는, 다른 결의 대책이 세워질 수 있다는 점을 염두에 두어야 한다. 자살에는 다양한 원인이 발생하고 있기 때문에, 이에 대한 맞춤형 전략들이 필요하다. 성공적이라고 평가된 핀란드의 자살예방 프로젝트 또한 자살의 정확한 원인이 무엇인지를 설명하지는 않았고, 당시 활용했던 심리부검에 대해서도 완벽하게 과학적인 근거라고 말할 수도 없다고 하였다(Partonen, 2018). 다만 본 연구에서 강조하고 싶은 것은, 근거 기반의 자료를 적용하며 자살 위험 인자에 대한 연속성을 놓치지 말고 유기적인 연계가 가능하도록 그 체계를 구축해야 한다는 것이다. 향후 연구에서는 타 요인으로 발생한 자살 사망에 대한 예방대책을 심도 있게 고안하여야 할 것이다.

둘째, 앞서 언급하였듯 아동기 및 청소년은 국가의 사회·경제를 이끌어 나갈 미래의 주요 층이다. 분명 이들의 연령층에 맞는 자살예방 및 정신건강 교육은 이루어져야 한다. 본 연구에서 언급하였던 개선방안에 더불어 추가적인 후속 연구에서는 교육 방법이 어떤 방향으로 나아가야 할지, 그리고 교육을 한 뒤의 효과성은 어느 정도인지를 책정하는 프로그램에 대한 구체적인 방안을 고민해야 할 것이다.

셋째, 현재까지도 심리사 자격제도에 대한 논의는 계속되고 있다. 2017년 5월 30일 정부는 「정신건강복지법」을 전면 개정하였다. 내용으로는 보호입원시의 환자 인권 보호 강화, 환자의 조기 퇴원과 조기 사회 복귀 촉진, 지역사회 치

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

료와 재활을 보다 강조하는 것과 정신건강전문요원 보수 교육 법제화 및 인력 계획을 마련한 것이다(이상훈, 2020). 그러한 와중에 2022년 3월 말 정신건강 분야 인력 중 '심리상담사법안', '국민 마음건강 증진 및 심리상담 지원에 관한 법률안', '심리사법안' 등 심리상담사법 제정안 3건이 발의되는 등의 모습이 있었다(의협신문, 2022). 그러나 발의된 법의 심리상담사는 자격증 기준의 학사 또는 석사 1년의 교육이나 5년 이상의 실무경험만을 명시했다(경향일보, 2022). 이는 OECD 심리사 기준(석사 및 석사 후 2년 이상, 실무 수련 3000시간 이수)에 전혀 만족하지 못하기 때문에 심리상담가의 전문성을 제대로 담보하기 위한 자격제도의 법제화에 대한 논의가 지속되고 있다(마인드포스트, 2022; 노은빈, 김현진, 최기홍, 2022).

하지만 핀란드와 우리나라는 학비 지원, 교육자와 학생의 비율 등 교육과정이 상당히 다르다. 이러한 측면에서 어쩌면 위에서 언급하였던 내용이 각 나라별 고등교육 체계를 충분히 고려하지 않은 요구라고 생각이 들 수도 있고, 우리나라도 OECD 수준의 국제기준에 부합하는 심리상담 인력양성이 가능한지에 대한 비판적인 시각도 있을 수 있다. 그러나 심리 서비스의 질이 낮다면 오히려 심리치료로 인해 국민의 정신건강에 부정적 영향을 준다는 것은 자명한 사실이기 때문에(노은빈, 김현진, 최기홍, 2022), 전문성이 충분한 정신건강 전문 인력의 필요성은 중요하다. 그러므로 우리나라의 상황을 만족하면서 임상심리사의 전문성을 확보할 수 있는 추가적인 후속연구도 지속되어야 할 것이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

3. 결론

본 연구는 기존의 선행연구들을 토대로 우리나라 자살 현황을 파악하고 자살예방정책을 검토하였으며, WHO(2021)의 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE)을 기반으로 삼아 핀란드와의 비교 분석을 통해 우리나라 자살예방정책 개선방안을 제안하고, 연구방법과 연구결과를 고찰하였다.

우리나라의 자살률은 2003년 이래로 OECD 1위를 차지하고 있다. 이에 대한 대책으로 2004년부터 자살예방정책 시행, 2011년 자살예방법 제정 등 정부의 노력이 있었음에도 자살률의 극적인 변화는 이루어지지 않는 실정이다. 자살은 단순히 개인의 문제가 아닐 뿐만 아니라 개인만의 결론으로 끝나는 것이 아니다. 사회·경제적으로 파급력이 상당하며, 주변인들에게 미치는 심리 문화적인 영향이 매우 크다. 매년 상당한 숫자의 자살 사망자가 있음에도 불구하고, 여전히 국내에는 자살에 대한 편견과 낙인이 잔존하며, 자살에 대한 허용적 태도가 높아지는 등 문제점이 지속되고 있다.

자살예방정책에 있어 무엇보다 중요한 것은 자살률 감소에 있다. WHO(2021) 자살예방전략 실행지침(LIVE LIFE)에서는 7가지 기반과 4가지의 개입전략인 11가지의 기준을 제시하였다. 이를 통해 우리나라와 핀란드의 자살예방정책을 검토한 결과 핀란드의 자살예방정책 특징은 다음과 같다. 첫째, 정신건강서비스의 접근성이 매우 가까웠다는 점이다. 핀란드가 국가 차원의 자살예방 프로젝트를 시행했을 시기와 정신건강서비스를 외래 및 1차 의료 중심으로 전환하는 시점은 거의 동일하였다. 꾸준한 노력이 기반이 되었기 때문에 우울증에 대한 조기식별 및 개입이 필요로 했을 때, 이에 대한 적시적기의 치료가 가능했다. 둘째, 풍부한 인적자원 및 재정의 뒷받침이 있었다. 충분한 재정을 토대로 자살예방 및 정신건강 관련 사업이 이루어졌으며, 탄탄한 전문성을 가진 임상심리사가 많이 있었기에 상담은 언제든지 이용가능했다. 셋째, 청소년의 정신건강 보호이다. 현재 핀란드의 청소년 자살률은 한국보다 높으나 연도를 보면 꾸준한 감소 곡선을 보였으며, 되려 한국은 도돌이표에 머무르고 있다. 이는 핀란

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

드가 공교육 내 스트레스 관리 방법에 대한 교육을 통하여 정신건강 증진을 도왔고, 정신건강 문제 발생에도 전문 의료기관과의 체계적인 연계성이 있었기 때문이다. 덕분에 청소년은 자살이라는 극단적인 선택보다 더 나은 생각과 대처가 가능하였던 것이다.

이러한 정책에 대한 비교 및 분석을 통해 우리나라 자살예방정책의 개선방안에 대한 제언은 다음과 같다. 우선, 거버넌스 영역에서는 먼저 재정을 확보해야 한다는 점이다. 예산을 충분히 투입하여 자살예방 및 정신건강에 종사하는 실무자들에게도 적절한 급여와 보상체계를 확립해야 한다. 나아가 자살 고위험군에 대한 정보의 접근성을 법적 근거 및 제도적으로 강화해 종사자 간의 긴밀한 연계를 구축하고, 이를 통해 다학제적 협의가 잘 이루어질 수 있도록 국가적 차원에서 적극적으로 나서야 한다. 또한 모니터링 및 평가에 대한 체계적인 시스템을 마련해 정책에 대한 피드백 반영을 해야 한다. 이러한 움직임을 통해 기존의 문제점이 되풀이되지 않게끔 해야 한다.

다음으로는 사회적 영역으로, 청소년의 상담 의뢰 네트워킹을 견고히 해야 한다는 점이다. 아동 및 청소년이 도움을 요청하는 수단으로 자살을 선택하는 것이 아니라 또 다른 적응적인 대처방안이 있다는 것을 인식할 수 있도록 도와야 한다. 인프라 영역에서는, 첫째로 인적자원, 특히 임상심리사의 전문성과 인원을 확보하여 질 높은 서비스를 제공하여야 한다. 이러한 전문성이 확보되었을 때 자살예방 및 정신건강에 대한 문턱이 낮아질 수 있다. 다음으로는, 게이트키퍼가 지역사회에서 중추적인 역할을 담당할 수 있도록 질적인 확대를 위해 노력해야 한다는 점이다.

사실, 핀란드 또한 자살예방 프로젝트를 시작했던 1980년대 당시에는 '자살'이라는 단어가 터부시되는 문화였다고 했다. 그러나 국가의 자살 예방에 대한 명확한 의지, 기관 및 지역 전문가들의 활발한 참여, 연구에 대한 높은 신뢰성, 관계자들의 모범적인 태도 등이 자살과 자살 충동에 대한 국민의 인식을 개선할 수 있게끔 했고, 결국 그 성과를 낼 수 있었다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

본 연구가 우리나라 자살예방정책에 제언한 여러 접근 방식들은 결국, 모든 국민이 함께 자살예방과 정신건강에 관심을 갖고 참여를 격려하기 위함에 있다. 정부는 자살예방과 정신건강, 이 둘의 파편화가 일어나지 않도록 하는 것에 기반을 두고 자살예방정책을 우리나라의 정서와 문화에 맞게끔 통합, 수정, 보완하여 나아가야 한다. 무엇보다도 여전히 사각지대에 놓여있을 한 국민의 생명을 보호하기 위한 적극적이고 전략적인 접근에 대한 후속 연구는 필히 지속해야 할 것이다.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

참고문헌

1. 국내 자료

김정기, 박상만, 김강훈. 자살예방 정책수단 평가 및 해결방안 연구_일본과 핀란드 사례 중심으로. 한국산업경제학회지. 2017.8.

노용환, 이상영. 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제. 한국보건사회연구원. 보건복지포럼 통권 2013.6;제200호:7-18.

한국생명존중희망재단. 2022 자살예방백서. 2022.6.

지승희, 김명식, 오승근, 김은영, 이상석. 청소년 자살 예방 프로그램 및 개입방안 개발. 한국청소년상담원. 2008.

송나경, 박향경, 노재성. 1인 가구의 연령계층별 자살 생각 비교연구. 한국사회복지조사연구. 2019;Vol.61:p.133-64.

배인정. 자살예방 게이트키퍼 교육과 자살률의 상관관계에 대한 실증분석: 지역별 비교를 중심으로. 서울대학교 행정대학원 석사학위 논문. 2018.8.

백종우, 조선진, 이수정, 옹진영, 박종익. 한국형 표준자살예방교육프로그램 [보고듣고말하기]가 게이트키퍼의 개입에 미치는 영향. 대한신경정신의학회 2014;53(3):p.358-63.

김형수. 노인자살의 이해와 일차적 예방. 한국인구학 2000;23(2):167-87.

보건복지부. 2022년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운영계획 개요. 2022.

김나리, 유영재, 최은하. 위기청소년 보호시설의 문제점과 개선방안_서울소재 청소년 일시쉼터를 중심으로. 한국공안행정학회보 2015;Vol.24, No.4, 통권61호:p.99-135.

장일식, 윤경희. 자살시도자 관련 유관기관 협업실태 분석. 한국경찰연구학회 2020;Vol.19 No.1;p.213-50.

김경미, 김재원, 김지훈. 청소년 우울증 및 자살예방사업의 국내외 연구동향. J Korean Med Assoc 2012.4;55(4):356-361.

이민정. 한국 자살예방법률의 문제점과 개정방향에 관한 연구_일본 자살대책기본법과 비교를 중심으로. 부산대학교 사회복지학과 석사학위논문. 2015.8.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

조규준. 통계 프리즘_증가 추세의 20대 자살률. 한국노동연구원. 2021.12.

Timo Partonen. 핀란드 자살예방프로젝트에 대한 평가와 함의. 국제사회보장리뷰. 2018;Vol.4:p.5-15.

이상준. 한국 자살예방정책의 개선방안 연구, 전북대학교 행정대학원 석사학위논문. 2019.

이선영, 허명륜. 중년 남성의 자살생각 영향요인. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society 2015;Vol. 16. No. 7:pp 4777-85.

서종한, 최선희, 김경일, 심리부검 기반 자살유형 연구, 보건사회연구 2018;38(2):p.350-93.

권호인, 고선규. 심리부검에 대한 고찰과 제언, 한국심리학회지 2016;Vol. 22, No.4:623-41.

김종진. 서울지역 정신건강증진센터 노동실태와 개선방향_지자체 민간위탁 고용구조, 작업안전, 감정노동을 중심으로. 서울시의회토론회. 2016

김운삼, 구서연. 한국 청소년 자살문제와 예방대책 연구. Industry Promotion Research 2019.7.;4(2):39-52.

여성가족부(청소년정책과). 청소년 기본법. 2020.11.20.

나경세, 백종우, 윤미경, 윤미경, 김현수. 심리부검_우리나라에서 향후 방향에 대한 검토 및 고찰. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015:54(1);p40-48.

송민영. WHO의 자살예방 프로젝트와 핀란드의 자살자 심리부검 활용 사례. 한국보건사회연구원. 2016.3.27.

이상영. 우리나라 자살예방 대책의 문제점과 개선방안. 한국보건사회연구원 보건복지포럼. 2015.11.1.

허지은. 한국과 일본 자살예방정책 비교연구. 서울시립대학교 도시보건대학원 석사학위논문. 2020.

정경희, 오영희, 강은나, 김경래, 이윤경, 오미애, 황남희, 김세진, 이선희, 이석구, 홍송이. 2017년도 노인실태조사. 한국보건사회연구원. 2017.11.

이은지. 청년층의 사회적 고립과 자살생각의 관련성. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문. 2021.6.

정부 관계부처 합동. 자살예방 국가 행동계획. 2018.1.23.

정부 관계부처 합동. 자살예방 국가 행동계획 추진상황 및 향후 계획. 2019.9.9.

보건복지부. 제2차 자살예방종합대책(2009-2013). 2009.9.18.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

서울시청소년상담복지센터. 2021 서울특별시 청소년 위기 실태조사. 2021.12.
김정수, 송인한. 자살예방 국가전략 비교_WHO 전략실행지침으로 분석한 뉴질랜드, 미국, 아일랜드, 잉글랜드, 스코틀랜드, 호주 및 대학민국의 국가전략. 한국보건사회연구원 보건사회연구 2013;제33권 제1호:p.513-546
박종익. “자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률”에 대한 연구. 강원대학교 법무전문대학원 법학과 석사학위논문. 2012.
최명민. 선진국의 자살예방 사례분석_미국 뉴욕과 핀란드 헬싱키를 중심으로. 한국정신건강사회복지학회 2011년 추계학술대회발표논문집 2011.11.: p.137-56.
이미정. 심리부검의 쟁점 및 개선방안: 현행 심리부검 절차 및 방법론을 중심으로, 국회입법조사처 2017;입법과 정책 제 9권 제3호.
원시연. 자살예방대책의 문제점과 개선방안, 국회입법조사처. 2011.
최윤영, 최승원. 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」의 법적 쟁점과 과제. 사단법인 행정법이론실무학회 행정법연구 2014.11; 제40호:o.151-82
보건복지부. 제1차 자살예방 5개년 종합대책-세부추진계획. 2005.9.
황태윤, 류문호, 안성호. 심리적 부검에 의한 공무상 질병의 판단_대상판결_서울고법 2013.12.19.선고 2012 누 27505 판결. 법과정책. 2014.
선승아. 청년의 사회적 배제가 자살생각에 미치는 영향_우울의 매개효과를 중심으로, 이화여자대학교 석사학위논문. 2021.
김성완, 배경열, 김재민, 김선영, 유준안, 양수진, 신일선, 박지현, 김세현, 윤지상. 자살시도 위험요인 및 자살에 대한 태도 연구. J Korean Neuropsychitr Assoc. 2010.3.31.
양정은, 문설화. 후기노인에서의 성별에 따른 자살생각 관련요인. Korean Journal of Adult Nursing 2020.6.;Vol 32 No 3:248-60.
이상훈. 정신건강인력의 현황과 과제. 한국보건사회연구원 보건복지포럼 2020.4.11;통권 제282호:p43-54.
박선영, 민전순, 최연혁, 최현주. 영국·핀란드·스웨덴·일본의 청소년활동정책 현황과 과제. 한국청소년정책연구원. 2013.10.11.
이상영, 채수미, 정진욱, 윤시몬, 차미란. 자살시도자에 대한 지역사회 정신건강 증진 서비스 공급체계 개선방안. 한국보건사회연구원 연구보고서. 2017.12.
강준혁. 심리적 부검 연구에 관한 논고_한국 심리적 부검 연구방법에 대한 비판적 검토. 보건사회연구 2015.6.30.;Vol.35, No.2:p.535-60.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

노은빈, 김현진, 최기홍. 국제 수준의 심리사 자격 기준, 핵심역량 그리고 대한민국에서의 법제화 필요성. 한국심리학회지 2022;Vol. 41, No.3:243-55.

강모성. 기혼 중년남성의 직무 및 가족 스트레스와 자살 구상. 한국가족관계학회지. 2008.

최진영, 이한경. OECD 회원국 심리사 제도를 활용한 대한민국 정신건강 체계 효과성 제고방안. 한국심리학회지 2022;Vol. 41:p221-42.

법제처 행정법제국. 북유럽 국가의 빅데이터 활용 및 개인정보 보호 관련 법제 현황 조사 및 연구를 위한 국외출장 결과 보고서. 2017.12.

김수임, 최나연, 정문주. 국내 심리상담 자격제도 법제화를 위한 제언_미국과 일본의 사례 검토, 상담학연구 2021;Vol.22, No.5:p.11-21.

박진우, 허민숙. 아동·청소년의 정신건강 현황, 지원제도 및 개선방안. 국회입법조사처. 2021.5.11.

채수미. 한국 사회의 자살 실태와 자살 고위험군 발굴전략. 한국보건사회연구원. 보건복지포럼 2020.4.1;통권 제282호:pp.55-66.

보건복지부 국립정신건강센터. 국가 정신건강현황보고서 2020. 2021.10.15.

국립정신건강센터. 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 2018.

보건복지부, 한국보건사회연구원. 제3차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020, 2011-2015), 2011.

김영진, 김주현. 핀란드 보건의료 데이터 활용 제도 현황 및 시사점: 핀란드의 핀데이터와 국내 결합전문기관 비교를 중심으로. 한국보건산업진흥원. 2021.3.25.

김정수, 김지은, 송인한. 2017년 광역자치단체 자살예방정책_제3차 국가자살예방기본계획 및 지자체 자살예방시행계획 수립매뉴얼을 기준으로 한 구성요소 및 세부과제 분석, 보건사회연구 2018.9.30.;제38권 제3호.

권도현, 박종익, 안용민. 「자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률」의 실효성 확보를 위한 정책적 개선방안_「개인정보보호법」과의 충돌문제 해결을 중심으로. 2019.;vol.20, no.2, 통권 40호;p.261-285.

이구상, 최민정, 김수정, 박재영, 이명수, 서지혜, 이소영. 자살 사망자의 축약 심리적 부검에 관한 연구. 서울시정신보건센터 정신건강연구집. 2012.

한삼성, 강성욱, 유왕근, 피영규. 노인의 자살생각 결정요인에 관한 연구. 보건사회연구 2009;29(1):192-212.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

김기헌, 오병돈, 이경숙. 청소년 자살예방 정책 연구. 한국청소년정책연구원. 2013.
김정윤. 자살에 대한 심리적 부검. 국제사회보장리뷰 2018;Vol 4.:p.128-32.
강은정, 이수형, 김효진. 자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사. 국회예산정책처 2013년 연구용역보고서. 2013.10
박상훈, 이상직, 김용희, 문지혜, 황희정. 높은 자살률, 무엇이 문제이고 무엇이 문제가 아닌가?_국민통합의 관점에서 본 한국의 자살률. 국가미래연구원. 2021.7.8.
김현준, 박중규, 강호원, 정수정, 최지선, 류선정, 김지영, 이수진. 해외교육동향 : 기획기사(하권) : 미국, 캐나다, 영국, 독일, 프랑스, 핀란드, 일본, 중국. 한국교육개발원. 2016
보건복지부. 응급실 내원 자살시도자 사후관리를 위한 정보연계 방안 연구. 2016.
보건복지부. 자살예방을 위한 자살 감시 체계 구축 방안 연구. 2013.
박현정, 박종익. 자살예방을 위한 법적 제도적 연구_“자살예방 및 생명문화조성을 위한 법률”을 중심으로. 동아대학교 법학연구소. 2012.11.
중앙정신건강복지사업지원단. 2021년 정신건강복지관련예산. 정신건강동향 Vol.23 2021.3.
중앙정신건강복지사업지원단. 2019년 정신건강분야 인력 현황. 정신건강동향 Vol.13 2019.10.
강광주. 지역사회 정신보건사업의 개선방안에 관한 연구. 동국대학교불교대학원 사회복지학과 석사학위 논문. 2009.
통계청. 2020년 통계청 사망원인통계 결과. 2021.9.28.
메디게이트뉴스(2019.8.15.). ‘자살예방센터 역할은 커지는데 불분명한 정체성·질 낮은 고용·전문성 저하 심각’. https://m.medigatenews.com/news/420149899
국무조정실, 보건복지부 보도 자료(2021.6.9.). ‘제4차 자살예방정책위원회 보도자료_포스트코로나 시대 대비, 국민 마음건강 지킨다’. https://www.opm.go.kr/flexer/view.do?ftype=hwp&attachNo=107726
시사저널(2022. 5. 18) ‘10년 새 자살률 100% 증가한 한국에 무슨 일이 있었나?’. https://www.sisajournal.com/news/articleView.html?idxno=238338
의협신문(2022. 5. 30). ‘심리상담사법 발의... 비의료인 의료행위 조장 우려’, https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=144641
마인드포스트(2022.2.28.). ‘정신건강 전문인력 처우 열악한 수준...동료지원가 양성 확대해야’. http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=6681
국민일보(2017.9.3.). ‘[이제는 정신건강이다]전문인력 확보여부가 정신건강서비스 성패 가른다’.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

https://www.google.com/amp/s/m.kmib.co.kr/view_amp.asp%3Farcid%3D0923808092

MBC 뉴스(2021.9.28). '[알려줘! 경제]10대, 20대가 위험하다. 청년 자살률 왜 크게 늘었을까?'.

https://imnews.imbc.com/news/2021/econo/article/6303525_34887.html

보건복지부(2019.9.22.). '위험경로 분석 등 근거에 기반하여 자살예방 추진한다.'. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350950

한겨레뉴스(2011.2.8.). '남는 밥 좀 주오, 글 남기고 무명 영화작가 쓸쓸한 죽음'. http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/462228.html

해럴드경제(2021.4.26.). '물어보살, 배우 지망생 조하나 사망 비보, 보이스피싱으로 괴로워하다'. http://news.heraldcorp.com/view.php?ud=20210426000180

엠코리아뉴스(2018.2.14.). '자살예방 국가행동계획…중요한 건 행동이다.'. https://m.korea.kr/news/policyNewsView.do?newsId=148847988#policyNews

뉴스핌뉴스(2020.8.25.). '자살예방 내년예산 300억 돌파 예고…어디에 쓰이나'. https://m.newspim.com/news/view/20200825000157

KBS뉴스(2019.9.29.). '한국 노인 OECD 최고 자살률… 노인들이 가장 힘들어하는 것은?', https://news.kbs.co.kr/mobile/news/view.do?ncd=4292513

일요신문(2021.5.7.). '시사적격, 2021 청년 고독사 보고서, 조촐한 물건들과 밥해먹은 흔적 없는 그들의 공간'. https://www.ilyo.co.kr/?ac=article_view&entry_id=400670

중앙뉴스(2017.7.7.). '핀란드 정부, 6년 간 자살사례 분석…유형별 예방책 펴니 절반으로 줄어'. https://www.google.com/amp/s/www.joongang.co.kr/amparticle/21736066

한국일보(2015.1.17). '자살률 10년 넘게 세계 1위 관련 공무원 달랑 2명'. https://www.hankookilbo.com/News/Read/201501171517368525

중앙일보(2021.6.17.). '[시론] 한국인 정신건강 위기, 핀란드 네덜란드 경험배우자'. https://www.google.com/amp/s/www.joongang.co.kr/amparticle/24084372

세계일보(2021.12.20.). '몸에 낸 상처…살고 싶단 절규였다. [그 아이가 보낸 마지막 신호]'. https://www.segye.com/newsView/20211219508003

쿠키뉴스(2021.9.10.). '경고신호 보내는 사람들...생명 지킬 수 있었다.'.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

https://www.kukinews.com/newsView/kuk202109080262
메디게이트뉴스(2021.11.25.). '1인당 공공 정신의료 예산 5389원, OECD 평균 2.7% 그쳐… 예산 증액 필요'. https://m.medigatenews.com/news/1531536751
뉴스핌(2019.9.22.). '지난해 자살 허용적 태도 증가…예방 인식은 낮아져'. https://www.newspim.com/news/view/20190922000072
뉴시스뉴스(2017.10.31.). '자살률은 OECD 1위, 예방예산은 일본의 고작 1.3%', https://mobile.newsis.com/view.html?ar_id=NISX20171031_0000133367
울산저널(2022.7.11.). '[복지 울산] 자살률 1위 국가 대한민국, 대책은?'. http://m.usjournal.kr/news/newsview.php?ncode=1065610881096121
보건복지부 보도자료(2021.8.19). '자살시도자, 사례관리 받을수록 자살위험 낮아져'. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=366914&SEARCHKEY=DEPT_NM&SEARCHVALUE=%EC%9E%90%EC%82%B4%EC%98%88%EB%B0%A9%EC%A0%95%EC%B1%85%EA%B3%BC
프레시안뉴스(2018.4.17.). '증평 모녀 사망 사건, 막을 수 있었다.'. https://www.pressian.com/pages/articles/193162
한겨레뉴스(2014.2.28.). '마지막 월세만 남긴 채…벼랑 끝 세 모녀의 비극'. https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/626227.html
마인드포스트(2022.4.8.). '전문성 없는 심리상담사 걸러내야 국민 정신건강 지켜낼 수 있어… 한국심리학회 회원들 릴레이집회'. http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=6887
머니투데이뉴스(2015.10.12.). '세계가 주목하는 핀란드의 자살예방법, 인생은 살만해요'. https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2015100713477643841

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

2. 국외 자료

OECD. Finland's falling mental health spending and high suicide rates. 2013.

OECD. Focus on Health: Making Mental Health Count. 2014.7

Cavanagh, J. T., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systemic review, Psychol Med, 2003

Naohiro Yonemoto, Yoshitaka Kawashima, Kaori Endo, Yamada Mitsuhiko. GateKeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. 1 March 2019;Volume 246,1:p.506-514

Ilmo Keskimäki, Liina-kaisa Tunkkynen, Eeva Resissell, Meri Koivusalo, Vesa Syrjä, Lauri Vuorenkoski, Bernd Rechel, Marina Karanikolos, Finland:health system review, Health Systems in Transition, Vol.10 No.4 2008

Pia Solin, Nina Tamminen, Timo Partonen. Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. Scand J Prim Health Care. 2021; 39(3): 332 - 338.

Jari Haukka, Kirsi Suominen, Timo Partonen, Jouko Lönnqvist. Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996 - 2003. American Journal of Epidemiology. 2008.5.15 ;Volume 167, Issue 10: p.1155 - 1163

Finlex. Act on Secondary Use of Social and Health Data. 2019.4.26

Finlex. Act on the amendment of the act on the electronic processing of customer information in social welfare and health care services. 2011.1.1.

Ville Lehtinen, Vappu Taipale. Integrating mental health services_the Finnish experience, International Journal of Integrated Care 2001.6.1.;Vol.1.

Allan Seppänen, Markku Eronen. Mental health law in Finland. International Psychiatry Cambridge Core. 2012.

Tuohimaki.C., Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuori, T., Lehtinen, V.,

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

Joukamaa, M. The use of harmful to others-criterion for involuntary treatment in Finland, European Journal of Health Law 2003;10:183-99.

Timo Partonen. A new national suicide prevention programme in Finland. Psychiatria Fennica 2020;51:10-15.

OECD. Suicide rates, 2020 or latest available(2022.9.7)

WHO. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. 2018.

Maila Upanne, Jari Hakanen, Marie Rautava. Can Suicide Be Prevented?_ The Suicide Project in Finland 1992-1996_ Goals, Implementation and Evaluation. STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Heatlh. 1999.

WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile_Finland. 2022.4.15.

ILO. Mental health Finland. 2000.

The Ministry of Social Affairs And Health. National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020-2030. 2020.5.14.

Jean-Baptiste Hazo. National funding for mental health research in Finland, France, Spain and the United Kingdom. European Neuropsychopharmacology 2017.9.;Vol.27 Issue 9.

Mikko Myllykangas. The History of Suicide Prevention in Finland, 1860s-2010s. Preventing Mental Illness Past, Present and Future. Finalnd: Palgrave Macmillan, 2022.

Welfare Compass(2022.10.10.). THL. terveytemme.fi.

WHO Global Health Observation(2022.10.28.), who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO.

WHO(2017.7.10.). Mortality Database_Adolescent mortality rate(per 100,000 population). https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/adolescent-mortality-rate-(per-100-000-population)

Finnish Government, Fair, equal and inclusive Finland(2022.9.17.). https://valtioneuvosto.fi/en/search?q=legislation

Sotkanet Indicaotr Bank(2022.11.8.). Finnish institute for health and welfare. https://sotkanet.fi/sotkanet/en/tiedotteet

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

BBC News(2019.9.26.). Being depressed in the 'world's happiest country'. https://www.bbc.com/worklife/article/20190924-being-depressed-in-the-worlds-happiest-country

OECD/EU(2018). Health at a Glance_Europe 2018_State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels. http://dx.doi.org/https://doi.org/ 10.1787/health_glance_eur-2018-ko..

Taylor S. J., Kingdom D., Jenkins R.(1997). How are nations trying to prevent suicide; An analysis of national suicide prevention strategies. Acta Psychiatrica Scandinavica, 95, 457-463, Article Id (doi). http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10132.x.

YLE News(2018.7.26.). 'Eurostat_falling suicdie fate in Finland nears European average'. https://yle.fi/news/3-10324113

YLE News(2019.2.10.). 'More than 400,000 people in Finland take anti-depressants'. https://yle.fi/a/3-10639847

Statistics Finland(2018.12.17.). 'Increase in the number of suicdies from previous years'. https://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_kat_006_en.html

YLE News(2021.8.17.). 'Kokkolassa keksittiin keino tarttua nopeasti nuorten mielenterveysongelmiin - palkittua toimintaa on kyselty jo muuallekin'. https://yle.fi/a/3-11797326

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

부 록

부록 1. 한국과 핀란드의 WHO 자살예방전략 실행지침 비교표

	한국	핀란드
상황 분석 (Situation analysis)	· 제 1차 자살예방전략(2004-2008) · 제 2차 자살예방전략 (2009-2013) · 제 3차 자살예방전략 (2016-2020): 국가 행동계획(Action Plan, 2018-2022) 시행 · 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 (이하 '자살예방법'): 2011년~	· 자살예방 프로젝트 연구단계(1986-1991) & 구현단계(1992-1996) · 정신건강 분야 주요 국가 프로젝트 'Schizophrenia Project', 'The Suicide Prevention Project', 'the Deperssion Programme' : 자살예방 프로젝트 시기와 겹침 · 자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030 · 자살예방에 관한 법률은 존재하지 않음.
다분야 협력 (Multisectoral collaboration)	· 정책담당자: 보건복지부 · 주관부서: 보건복지부 자살예방정책과(2018년 신설) · 자살예방정책위원회: 국무총리 소속(자살예방법 제10조2) · 한국생명존중희망재단: 보건복지부장관 권한을 위탁 받음(2021년 신설, 자살예방법 제13조) · 광역 정신건강복지센터 · 기초 정신건강복지센터 · 자살예방센터 · 지자체 자살예방계획(2020년~), 지역맞춤형 자살예방사업(2021년~)	· 정책담당자: 사회보건부(MSAH) · '네트워크형' 예방 시스템: 중앙정부-지자체-민간단체 · 국가적 차원에서 부문과 부처 간 협력을 중요시(1990년~) · 국립보건원(THL): 자살예방 관련한 연구/데이터 자료 제공(2009년 1월~) · 지방의회 및 지방정부: 자살예방에 관한 실행전략 모색, 방안 시(주로 지방자치단체/지방정부에 권한을 부여하는 등 분권화)
인식 제고 및 옹호 (Awareness-raising and advocacy)	· 생명존중 문화조성 캠페인: 정부와 민간기관의 지속적 협업 추진, 전국민 및 대상자별 자살예방 인식개선 콘텐츠 제작. · 자살예방 생명지킴이 교육 프로그램'보고, 듣고 말하기 2.0' 온라인 콘텐츠로 제작, 보급	· 정신건강증진 및 자살예방대책체계를 일반대중에게 제공 · 근거 기반 치료에 대한 시기적절한 접근성 보장: '온라인 정신건강 허브'(Mental health Hub)설립으로 자살 인식 증진, 일차적 공간(교육 공간 등)에서 정신건강 장애, 약물 오남용 장애에 대한 편견을 다룸. · 사회적 담론: 자살과 자살 충동에 대한 인식 증대하여 적절하고 공평

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

		한 지원과 서비스에 대한 접근 증대 · '주요 전문가: 청소년 문제 카운슬러(youth workers), 코치/과외교사(coaches), 학교 심리학자, 사회복지사, 접수 센터 및 교구 직원, 경비원, 경찰관, 부채 상담가, 집행 기관, 구급대원, 응급 구조대, 교도관, 언론인, 감독관 등'을 '자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030'에 명시함
역량강화 (Capacity-building)	· 자살예방생명지킴이 양성: 한국형 표준자살예방교육 프로그램(2013년~, 7개년간 누적 1,763,128명), 생명지킴이(게이트키퍼) 정규 강사 양성(2021년~) -온라인/실시간zoom/대면 교육을 통한 자살예방사업 종사자 대상 역량강화, 자체 워크숍 개최 & 자살예방센터 및 정신건강복지센터 종사자 대상의 교육 강사양성 · 사례관리자 역량 강화: 응급실사후관리사업 실무자, 사업 매뉴얼/리플릿/동영상 자료 교육 제공(교육은 주제별로 본인이 선택), 자살 유족 원스톱 서비스의 지역사회 내 전담인력 · 지자체 자살예방시행계획 추진실적 평가(2020년~) · 정신건강 분야 총 종사자 수: 36.79명('14년)->29.53명('17년)->45명('20년) -정신건강전문요원: 전문의: 7.91명, 간호사: 13.96명, 심리상담가: 1.89명 -인력 부족, 열악한 처우, 업무 과중, 기본적인 안전 문제 -지역별 인적자원 활성화 미흡: 수도권 집중	· 최전선(front-line)에 있는 전문가를 위한 자살 예방 교육 제공에 내무부와 내부안보 전략이 지속적으로 협력(1990년대~): 현장성(learning by help) 중시 · 언어지원이 포함되도록 전화 헬프 라인(Help Line) 확대(직원의 역량 개발 지원)(2020년~) · 사회보건부(MSAH)와의 지속적인 협력으로사회보건전문인력자살예방교육실시 · 의료 전문가를 위한 고품질의 역량 개발(자살 위험자를 식별하는 데에 중요한 역할을 하는 일반의사 및 응급, 일선의 전문가 등 의료 전문가들이 충분한 수준의 자문과 감독을 통해 지원을 받도록 함.) · 정신건강 분야 총 종사자 수: 99.2명('14년)->187.8명('17년)->222.17명('20년) -정신건강전문요원: 전문의: 20.19명, 간호사: 47.67명, 심리상담가: 123.62명
재정 (Financing)	· 정신건강관련 예산은 매년 증액 추세(291억원->368억원->451억원)이나 보건예산 중 하나의 비중을 본다면 전년	· 2014년 기준 자살예방에 대한 정신보건 영역 8억 6400만 €(약 1조 1289억 원) 측정, 예산 지원은 꾸준히 증가 중임.

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

	대비 감소하였음(2.7%->2.6%) · 2022년 기준 '자살예방교육 및 인력 양성, 자살예방교육 및 홍보 활성화, 자살 고위험군 발굴 지원' 사업 예산 감축 · 1인당 총 정신건강지출: 6,155.2원 (2020년)	· 정확한 예산의 세부 내역은 공개하지 않음. · 1인당 총 정신건강지출:25만 9,919,98원 (183.4€) (2020년)
감시 (Surveillance)	· 자살예방 통계시스템 구축(2019년~) · 연구 소개 리서치 브리프 연2회 발간, 자살사망자의 통계 공표에 대한 주기를 연1회(19.9 월)→ 월 1회로 축소(2020년 1월~) · 자살통계 DB 구축 및 정보제공: 통계청 사망원인통계 국가자살동향시스템(잠정치), 경찰청 변사자료, 중앙응급의료 센터 국가응급진료정보망(자해/자살시도자 통계) ·신고 누락 예방 -영아 사망: 화장장 신고자료, 사망원인보완 자료 -불명확한 사인 및 사망 외인: 국립과학수사연구원, 국방부, 경찰청 등 행정 자료 이용 · 질병관리 청소년건강행태조사(2005년~), 질병관리 국민건강영양조사 (2007년~, 매년), 사회조사 등 국가승인통계조사: 청소년 및 성인의 자살 실태 파악 · 광역 주도형 심리부검 사업(2018년~): 특수직군별 심층적 원인 분석 · 한국생명존중희망재단 데이터포털 (2021년~) · 자살시도자 사후관리 시스템(SPEDIS) (2020년~)	· 통계청: 자살 사망률 통계 체계 구축(1751년~) -법의학 내 정보 시스템: 인구 및 지역별 자살 사망률 및 자살수단 추적 -의료기록부: 다양한 인구 그룹과 지역별 자살 시도 횟수 및 자살수단 모니터링 -의료품질기록부: 퇴원 후 7일 내 외래 환자 서비스를 받는 환자 수 모니터링 · 「사회복지 및 의료 서비스에 관한 고객 정보의 전자적 처리에 관한 법률」 제정(2011년~) · Sokanet Indicator Bank : 지역 및 인구 그룹별 통계 및 모니터링, 지표에 따라 지방 자치 단체, 카운티, 병원 등으로 결과 도출 가능(1990년~) · 심리부검 면담(1987년~): 자살 통계의 불완전성 보완
모니터링, 평가 (monitoring, evaluation)	· 제1차 자살예방계획: 한 부처에 치중, 사회·경제적 문제보다는 개인 단위에 치중, 자살률 증가 · 제2차 자살예방계획 -치명적 자살수단 차단으로 자살률 감소, 자살예방법 제정해 재원 확보	· 자살예방 프로젝트 -사회보건부가 주로 재정 지원(당시 300억 원 가량) -연구단계: 5년 간 자료 수집 및 분석, 인력 훈련, 프로세스 도출 -구현단계: 국가 복지 및 건강 연구 개발

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

	-자살이 주요사망원인 4위(2000년 8위), 연령대 구분에서도 자살이 1-2위, 다소 비현실적인 목표수치('5년 내 자살률 19%감소), 인력 및 예산 부족, 사회·경제적 지원대책 미흡 · 제3차 자살예방계획 -최초로 자살예방이 국정 과제에 포함, 국가 행동계획 수립을 통한 재원 확보 -'게이트키퍼 양성' 외 이전 내용과 큰 차이가 없음, 자살률 증가.	센터(STAKES)에서 지역별로 적용 -충분한 전문인력과 국민의 적극적인 참여 -심리부검을 통한 결과로 우울증 및 알코올 남용, 정신장애에 대한 조기 감별, 치료적 개입 제공 -프로젝트 종결시 자살률 18%감소 · 우울증, 정신질환자, 실직자, 청소년, 군복무 면제 대상 남자 등 자살예방 국가사업 꾸준히 실행하여 전반적인 자살률 감소 보임 · 15-24세 청년 사망률은 상대적으로 높은 축에 속하여 자살예방 및 정신건강 전략 2020-2030 시행 중임.
자살수단 제한 (Limit access to the means of suicide)	· 위험장소 순찰 강화, 지하철 스크린 도어 설치(2006년~), 맹독성 농약 생산(2011년 11월~) 및 유통 금지(2012년 11월~) · 자살에 영향을 주는 수단 접근 개선(2018년~) -번개탄 캠페인; 자살예방 안내문구 포함, 신종 자살수단 관리강화, 동반자살 모집 등 온라인상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거 마련	· 교통안전 규정: 도시 내 자살 위험 및 교량·건물을 포함한 환경 계획, 철도 선로 및 건널목과 같은 교통 인프라 설계(2020년~) · 병원, 아동보호기관, 접수센터 및 교도소 인테리어 디자인에서 자살위험성 고려 · 독성물질 및 총기 가용성, 보관에 대한 규제 개발 · 의약품의 가용성, 처방 및 가정용 보관에 대한 규정 개발, 약물 오용의 위험에 주의를 기울이도록 함
자살에 대한 책임 있는 보도를 위한 언론과의 상호작용 (Interact with the media for responsible reporting of suicide)	· 미디어환경 자살예방 인식개선 활동 및 언론 및 유관 기관 협력사업 · 자살 유발정보 모니터링: 자살수단/장소/방법에 대한 구체적 언급 제한(2018년 6월~) ·'자살보도 권고기준 3.0' 확립 및 확산 도모(2004년~) ·유명인 등이 자살 발생시 상담전화 이용 추진	· 미디어 산업 전문가들과 함께 자살에 대한 뉴스 및 제공된 정보의 내용을 보고하는 훈련을 계획하고 조직함(1990년대~). · 자살을 촉진하는 유해 콘텐츠, 자살 생각이나 의도를 나타내는 콘텐츠 식별 의무, 자살 위험자에 대한 운영 체계 개발 등 소셜 미디어 플랫폼에 대한 의무적인 감독 조치 부과
청소년들의 사회·정서적 삶의 기술 함양	· 학생의 정신건강 조기개입 및 조기발견 -학교보건법 개정(2006년~): 보건교육 내실화, 학교 건강검사 실시, 학생 정서·행동 발달 선별 검사 및 관리 강화, 학	· 종합학교 운영(1972년~): 프로젝트에 대한 학습 주제를 받아 교육하는 곳으로, 스트레스 관리 방법 및 관련 프로그램 진행 · 키바스쿨(KIVA school): 종합학교 90%

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

(Foster socio-emotional life skill in adolescent)	생건강관리 강화 -보건복지부(2008년~): 자살예방사업 및 스트레스 인지 감소 사업 추진 -제3차 국민건강증진종합계획: 우울 및 스트레스 관리사업, 아동·청소년 정신보건 사업 강화 -제3차 자살예방 기본계획(2018년~) : 지역 기반 아동 청소년 정신보건서비스팀 구축, 정부 부처 간 협력을 통한 정신건강관리체계 구축 및 지원, 청소년 상담전화(1388 헬프콜), 지역사회 청소년 통합지원체계(CYS-Net), 연 4시간 이상 학교별 자살예방교육 시행, 교직원 전문성 및 역량 강화 · 학교 밖 청소년: 자살예방 게이트키퍼 양성, 청소년동반자 지원, 위기 청소년에 맞춤형 연계 시스템 · Wee 프로젝트(클래스, 스쿨, 센터): 학교 내 상담센터 기능 강화(2008년~) · 군인: 군 장병 정신건강실태조사, 비전캠프, 군 병원 정신과 연계, 병영생활상담관 증원배치, 전 장병 대상의 보·듣·말 교육 진행	대상으로 집단 따돌림(bullying) 대응 · Time Out! 프로그램(2004년~): 사회적으로 소외된, 군복무 면제된 청년 남성들의 사례관리 · 핀란드 보건복지연구소(THL): 국가 차원에서 어린이와 청소년의 사고 및 자살예방(2009년~) · 청소년 정신건강 협회(Yeesi)(2011년~): 소셜 미디어 개통으로 전문가 접근성 높임. · 어린이 및 청소년 안전 증진을 위한 국가행동계획(2018년~): 도로 교통 사고, 중독, 익사 및 수상 교통 사고, 운동 부상 포함한 넘어짐, 자살 및 자해, 징벌적 폭력(교육목적으로 아동을 대상으로 하는 신체적 또는 정신적 폭력) 등에 대한 조치 제시. · 유아 교육, 보육, 기타 사회 의료 서비스 등 지역 환경에서 아동 및 청소년의 연령에 적합한 지원 도입(2001년~) · 국가아동전략(2021년~): 무료 유아교육/조기학습 지원, 취약계층에 대한 특별 지원
자살 고위험군 조기 식별·평가·관리·추적 (Early identify, assess, manage and follow up anyone who is affected by suicidal behaviours)	· 자살 고위험군 발굴 -우울증 검진 및 스크리닝 강화: 우울증 국가검진을 20, 30세로 확대(2018년~) -대상별 자살예방: 전국 57개 고용센터에서 실질자, 구직자 대상 심리지원 서비스 제공, 특수직 공무원(소방공무원) 특화 심리부검 프로그램 개발, 집배원 직장 스트레스 진단 및 상담 · 자살시도자 대응 -응급실기반 자살시도자 관리 사업 확대(2013년 7월~): 사례관리팀, 관련기관 2020년 69개소로 확대	· 전화서비스(SOS-service) (1970년~) · 정신보건협회(FAMH): 자살을 포함한 위기개입 · 파산/정리해고 등 경제적 위험에 노출된 직장인들에 대한 정신건강 증진 강화(2000년대~) · 국가정신건강 및 자살예방전략 2020-2030 -고위험군 관리: 유족 지원 확대, 대상별 자살예방 프로그램 개발(원주민, 동성애자·양성애자·성전환자 및 기타 소수 집단, 빈곤층, 폭력 피해자 및 위급한 상황에 처한 사람들, 망명과 관련된 사람들, 수감자, 다양한 문화 및 언어적 차이가 있는 그룹. 만성적인 고통과 만

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

	· 자살유족 지원 서비스: 자살 유족 원스톱 서비스 지원 사업(2019년 9월~), 유족 자조모임 체계 구축 및 지원(2018년 3월~), 동료지원 활동가 양성 · 자살 고위험군 관리: 정신건강 사례관리(MHIS) 및 사회보장정보시스템 연계 강화(2018년 6월~), 파산 등 경제적 위기에 있는 대상자를 위한 지원 및 특별 관리-서민금융통합지원센터 행복e음 연계(2017년 11월~) · 광역 주도형 심리부검 면담(2018년~)	성 질환이 있는 사람들, 약물 남용 또는 게임 및 도박 문제가 가진 사람들) -자살 고위험군에 대한 행정기관 협력 의무 명시 -동료지원(peer support): 자살 생각을 표현하거나 이전에 자살 시도한 사람의 사례관리 -온라인 아웃리치 기능 개발: 소셜미디어 플랫폼으로 24시간 온라인 채팅 지원 서비스 구축, 위험 그룹에 접근성 높여 도움 요청 장려 -학교와 군 내 지역 여론 지도자 훈련 -고령자를 위한 접근 서비스 마련: 대면 지원 개발, 온라인 및 전화 기반 지원 개선으로 공동체 의식 발전 · 「의료 및 사회보장 데이터 2차 활용에 관한 법률」: 제36조·제37조-국민건강에 관련한 데이터 필요시 비밀유지의무와 관계없이 활용 가능

출처: 한국생명존중희망재단(2022), 허지은(2020), 보건복지부(2018), 보건복지부(2019), MSAH(2020), THL(2020), Myllykangas(2022), Lehtinen et al(2001)

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

= ABSTRACT =

A Comparative Systematic Study on Suicide Prevention Policy
– Focusing on the comparison between Korea and Finland –

Gyeong Eun, Kim
Graduate School of Public Health
Yonsei University
(Directed by Professor SoYoon Kim, M. D., Ph.D.)

Objectives: The problem is serious as Korea's suicide rate has topped the OECD since 2003. Starting with the first basic plan for suicide prevention in five years from 2004, the government implemented the third basic plan for suicide prevention in 2016 and the suicide prevention action plan in 2018, but there was no significant change in the reduction of suicide rates. Finland's suicide rate, which had been high since the world's first national suicide prevention project, has decreased dramatically. The high achievements of this project have reminded us of the need for suicide prevention policies at the national level, and the WHO and the UN have created and disseminated suicide prevention recommendations to each country, and are still being added and supplemented. Therefore, this study intends to suggest ways to improve suicide prevention policies in Korea through review, comparison, and analysis of suicide prevention policies in Korea and Finland.

Subjects and Methods: A systematic literature review and comparative institutional research method on suicide prevention policies in Korea and Finland was conducted, and a review and analysis was conducted based on the WHO (2021) Enforcement Rules of Suicide Prevention Strategy (LIVE LIFE) to suggest ways to improve suicide prevention policies.

Results: Compared to Finland, Korea's suicide prevention policy was not

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

sufficient to secure finances in the areas of suicide prevention and mental health, and the existing problem was not revised or supplemented in detail after the policy was implemented. In addition, sufficient human resources were not prepared, and there was no separate way to cultivate positive mental health for children and adolescents. Furthermore, in the process of linking between institutions, networking for high-risk suicide groups was not well achieved, resulting in conflicts between workers.

Conclusion: First, a sufficient budget should be prepared for suicide prevention, and the employment stability and operating system of workers should be guaranteed. Second, efforts should be made to ensure an integrated connection process between workers by establishing a clear system to secure access to information on high-risk suicide groups. Third, it is necessary to establish a policy monitoring and evaluation system so that feedback can be smoothly reflected. Fourth, it is necessary to increase access to mental health by securing more professional human resources, especially psychological counselors. Fifth, it is necessary to help foster social-emotional skills by strengthening the link between requests for suicide prevention and mental health counseling for adolescents. Finally, it should be possible to play a pivotal role in the community through qualitative enhancement of gatekeepers.

Key words: suicide prevention policy, mental health, WHO, comparative institutional theory