

자살예방! 예산은 얼마나 부족한가?



국회자살예방포럼 제3차 정책세미나

2018. 9.19(수) 14:00
국회 의원회관 제1소회의실

공동대표 원혜영, 주승용, 김용태 | 부대표 전해숙, 김상훈, 김관영 | 간사 기동민, 강석진, 최도자
회원 | 강길부, 강석진, 권은희, 권철승, 기동민, 김관영, 김두관, 김상훈, 김선동, 김성환, 김승희, 김용태, 김종석,
노웅래, 맹성규, 박 정, 박영선, 박재호, 서영교, 송석준, 어기구, 오영훈, 오제세, 원혜영, 유성엽, 유승희,
윤호중, 이상민, 인재근, 전해숙, 정병국, 정종섭, 정춘숙, 주승용, 채이배, 최도자, 추경호, 추혜선, 표창원

주최



국회자살예방포럼

National Assembly Suicide Prevention Forum

주관



안실련
(사)안전생활실천시민연합



한국자살예방협회
Korea Association for Suicide Prevention



생명보험사회공헌위원회
Life Insurance Social Contribution Committee

후원

생명존중정책 민관협의회



국회자살예방포럼 제3차 정책세미나

자살예방! 예산은 얼마나 부족한가?

중앙정부, 지방자치단체의 자살예방관련 예산을 살펴보고 효과적인 정책 수립과 집행을 위한 적절한 예산의 규모와 활용 방안을 모색

개요

- 일시 : 2018. 9. 19(수) 14:00~16:30
- 장소 : 국회 의원회관 제1소회의실
- 참석자 : 국회자살예방포럼 회원 및 의원, 자살예방 단체 회원 등 150명
- 주최 / 주관 / 후원 : 국회자살예방포럼 / 안실련 · 한국자살예방협회 · 생명보험사회공헌위원회 / 생명존중정책 민관협의회

식순

※ 사회 : 이윤호 안전정책본부장(안실련)

시간		주요내용		비고	
13:30~14:00	30	등록			
14:00~14:10	10	개회선언 / 국민의례 / 내빈소개			
14:10~14:15	5	개회사		공동대표	
14:15~14:20	5	환영사		포럼 임원진	
14:20~14:30	10	축사		국회의원	
14:30~15:00	30	주제발표 : 예산은 얼마나 부족한가?		이원영 교수(중앙대 예방의학교실)	
15:00~15:05	5	coffee break			
15:05~16:05	60	지정토론			
16:05~16:20	15	청중토론 / 폐회			

좌장/토론자

구분		소속		성명 및 지위		비고	
좌 장		한국생명의전화		하상훈 원장			
토 론 (무순)		한국자살예방협회		백종우 사무총장			
		생명존중시민회의		임삼진 공동대표			
		생명보험사회공헌재단		조경연 전무			
		한국보건복지인력개발원		오영아 교수연구실장			
		교육부 학생건강정책과		조명연 과장			
		보건복지부 자살예방정책과		장영진 과장			
		경찰청 생활질서과		김종민 과장			



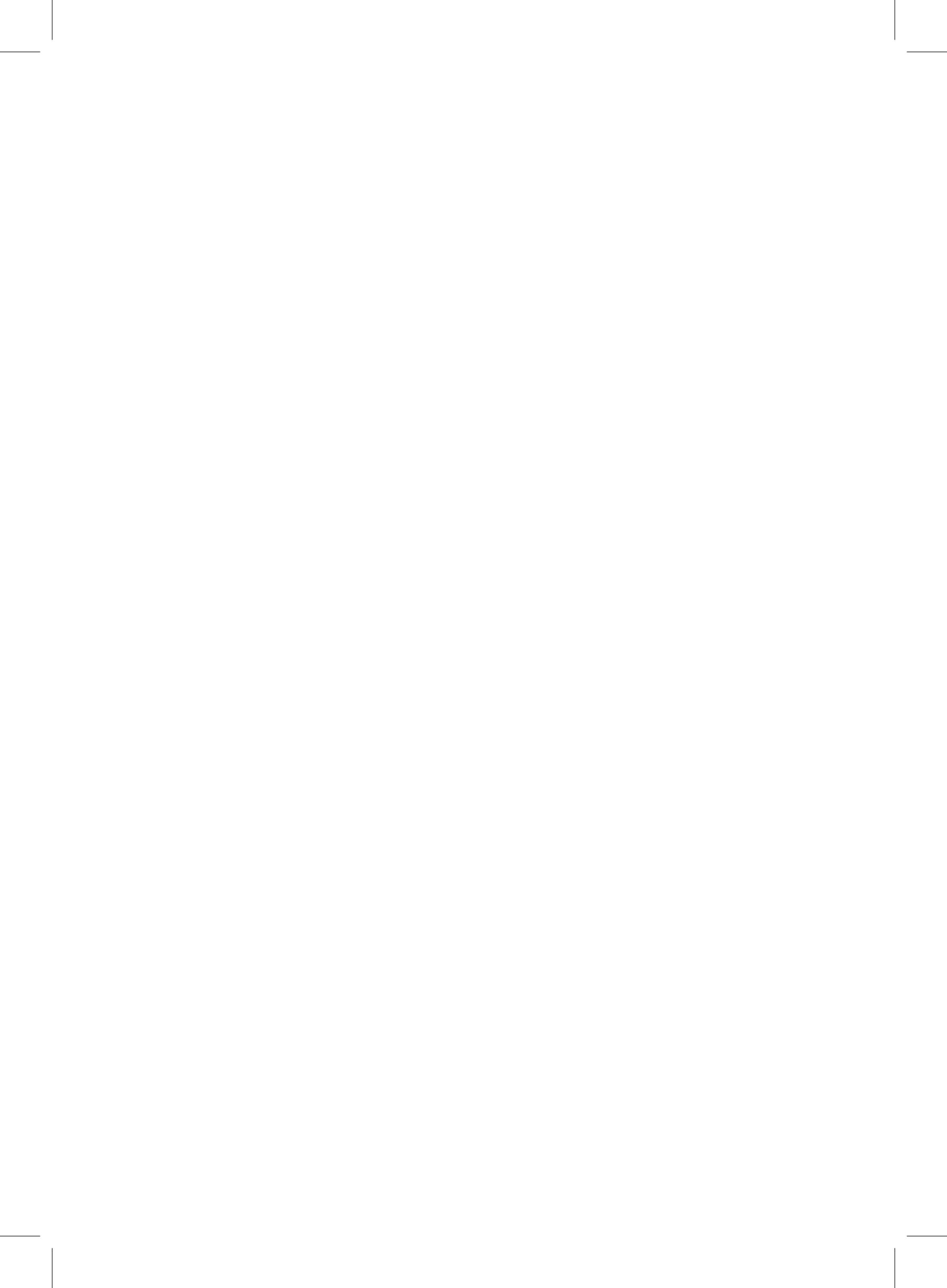
자살예방대응 무엇이 문제인가?

| 부제 | 예산의 적절성 중심으로

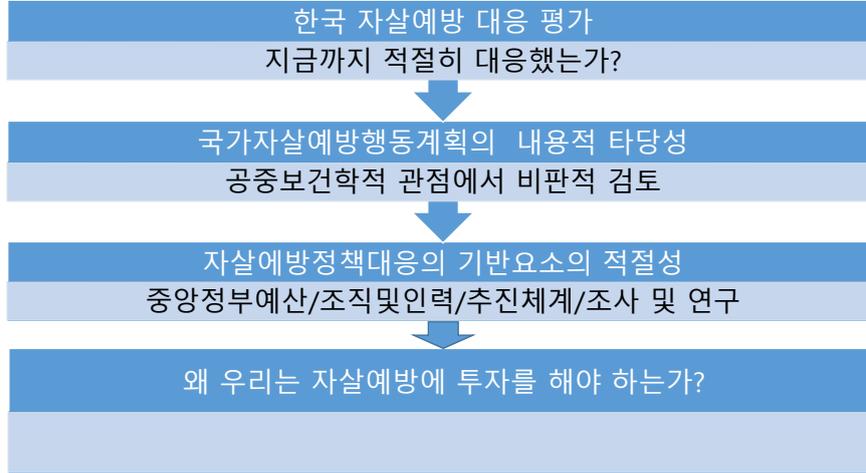
중앙의대 이원영

※ 이 원고는 저자가 2015년 8월 대한예방의학회, 보건행정학회, 한국보건교육건강증진학회, 한국역학회가 공동으로 주관한 자살토론 세미나자료를 바탕으로 현재 시점에서 다시 수정한 것임.

2018년 9월 19일 국회 토론회

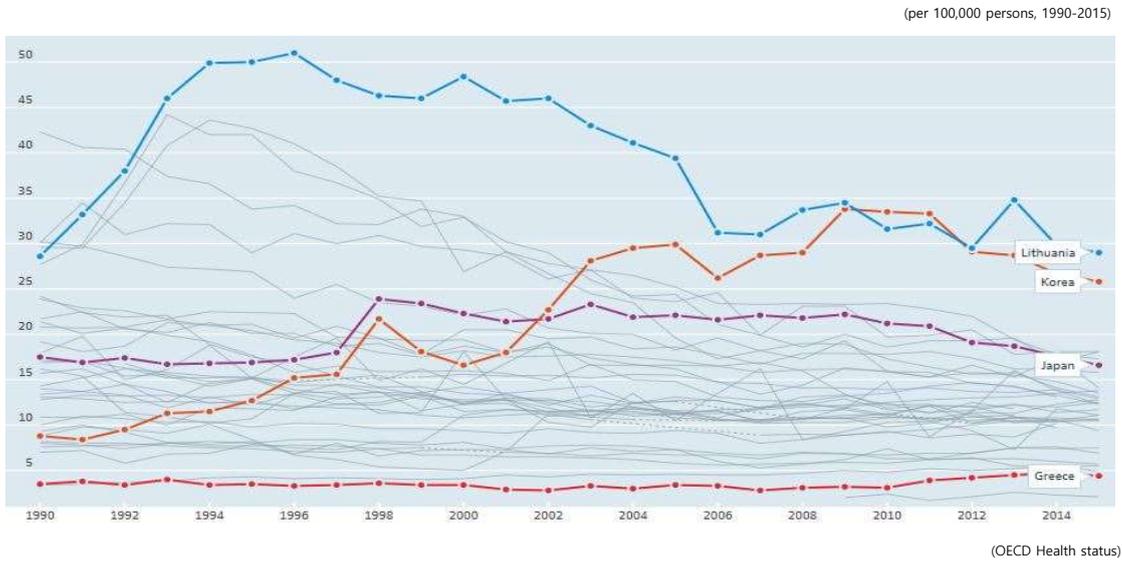


개
요

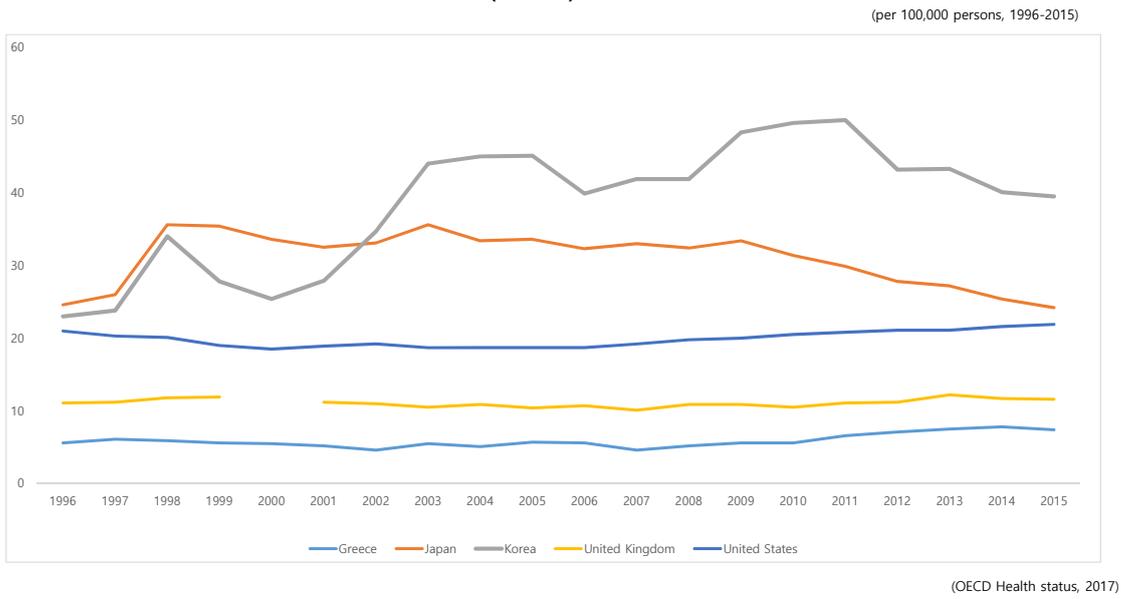


한국자살예방대응이 지금까지 적절했는가?

Trends of Annual Suicide Rates

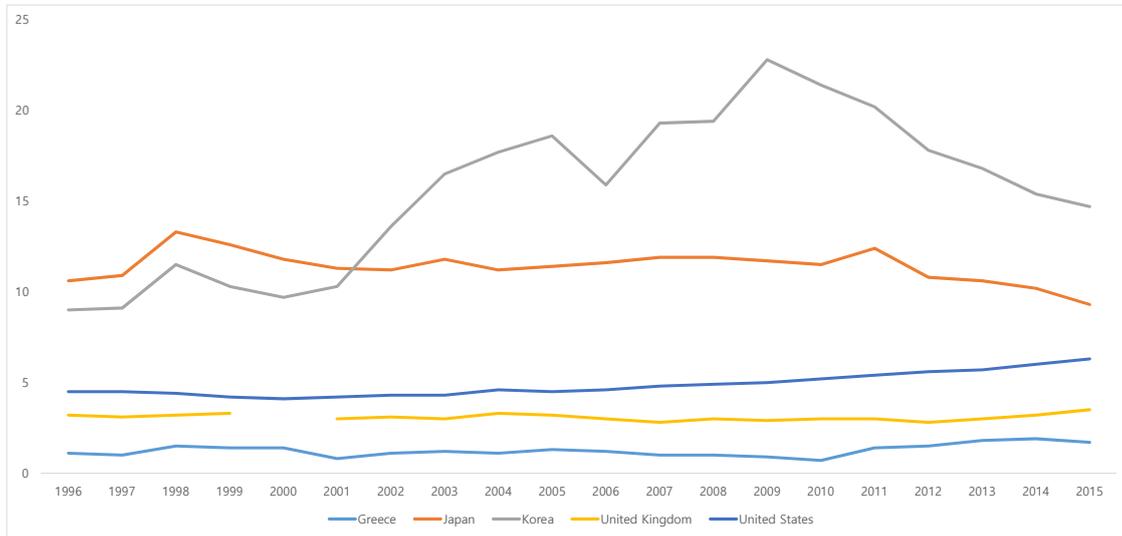


Trends of Annual Suicide Rates (Male) in OECD



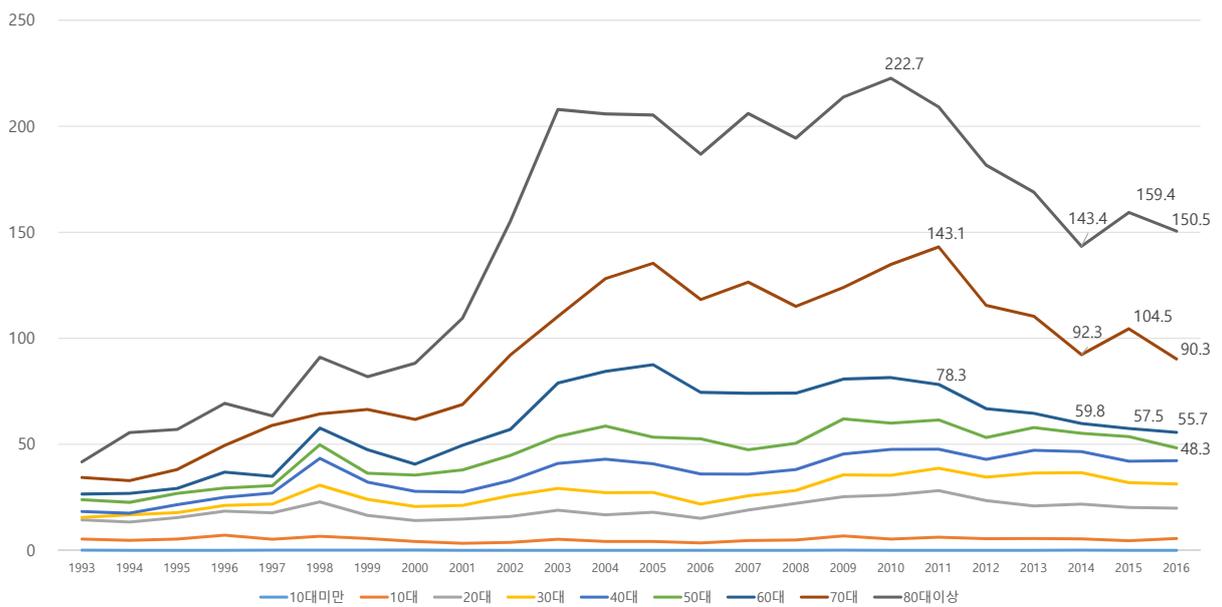
Trends of Annual Suicide Rates (Female) in OECD

(per 100,000 persons, 1996-2015)

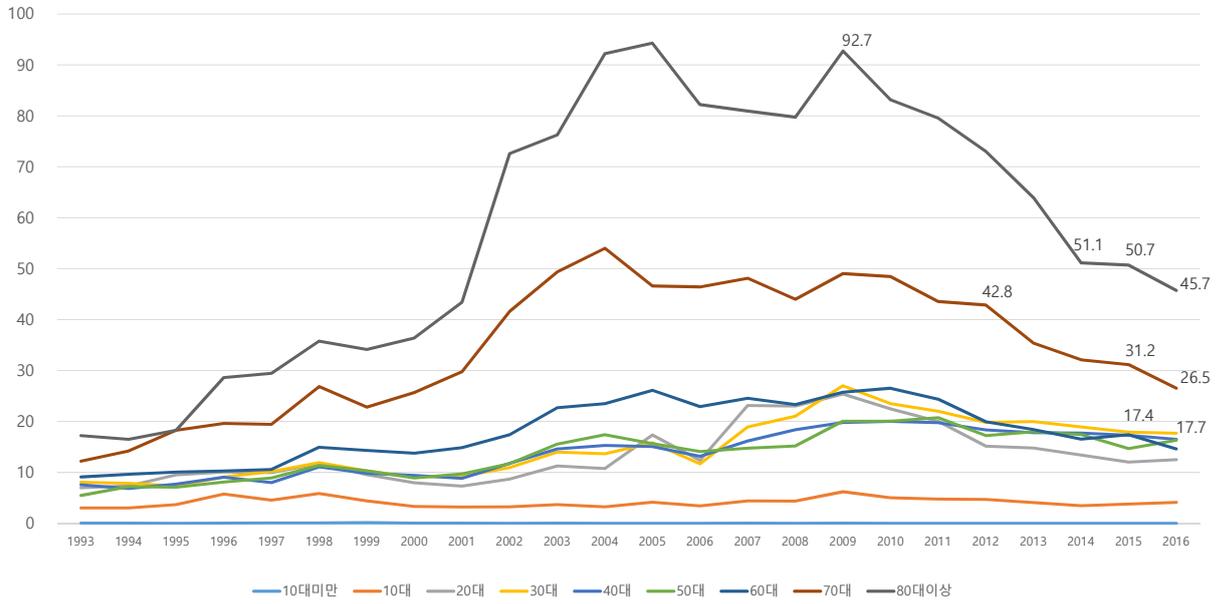


(OECD Health status, 2017)

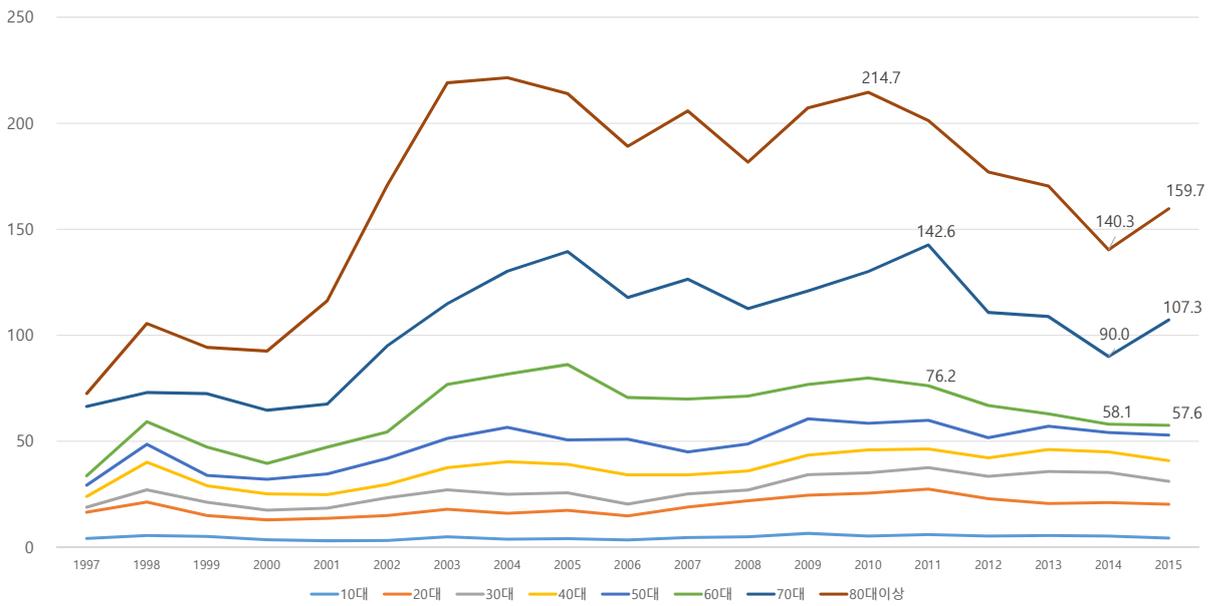
* 연도별 자살률 추이 _ 남자 연령별



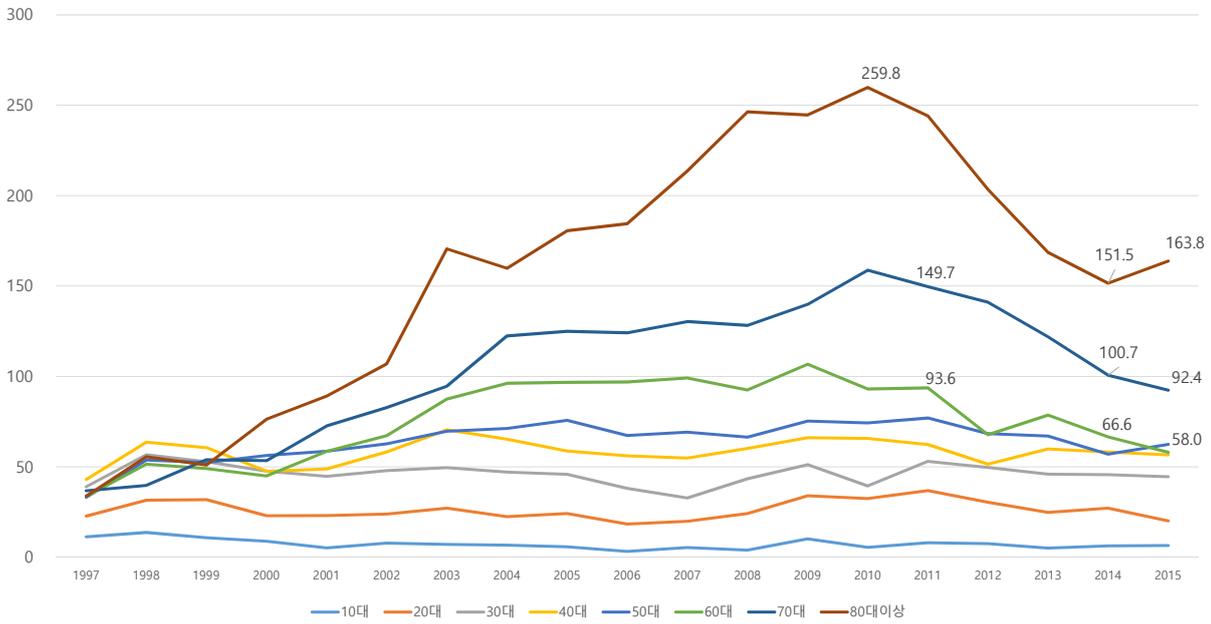
* 연도별 자살률 추이 _ 여자 연령별



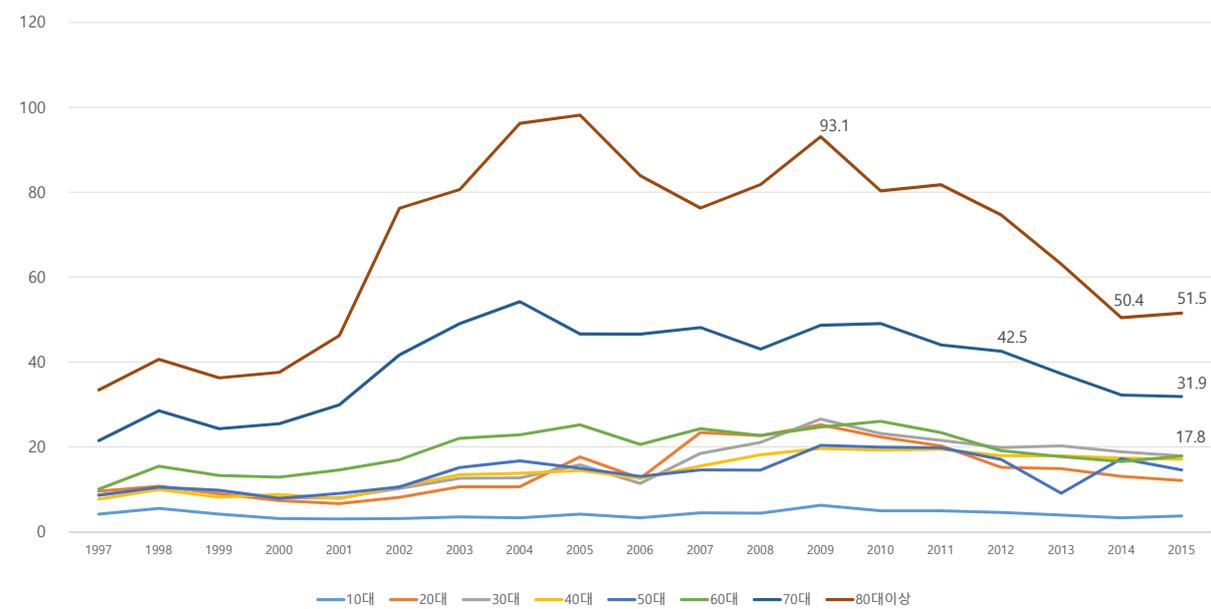
* 도시지역 연도별 자살률 추이 _ 남자 연령별



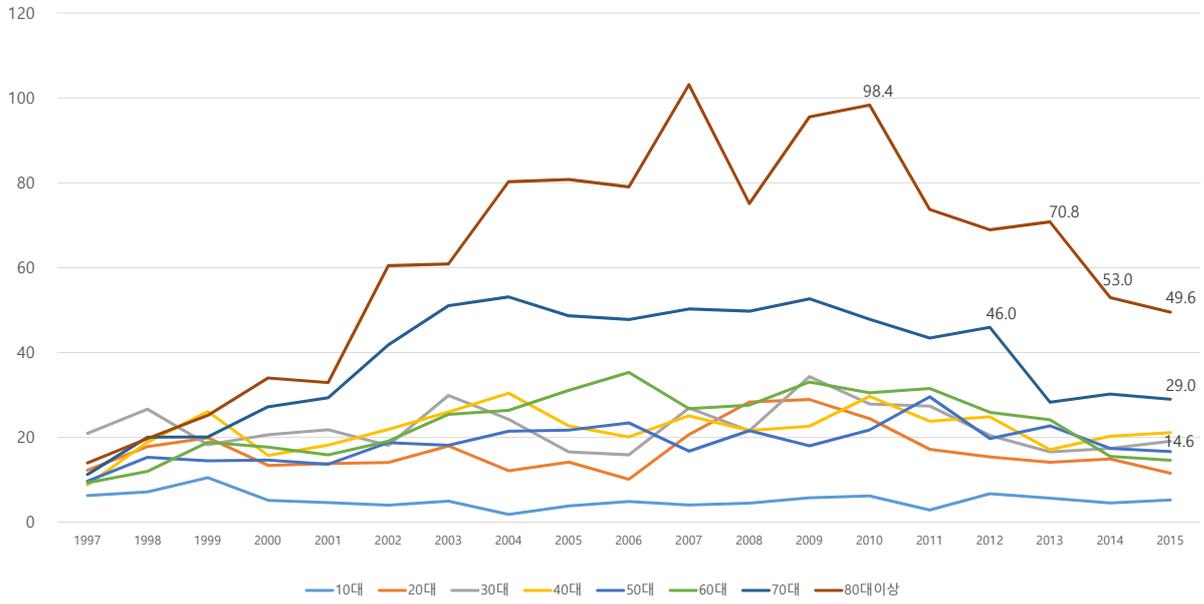
* 도시지역 년도별 자살률 추이 _ 여자 연령별



* 시골(군)지역 년도별 자살률 추이 _ 남자 연령별



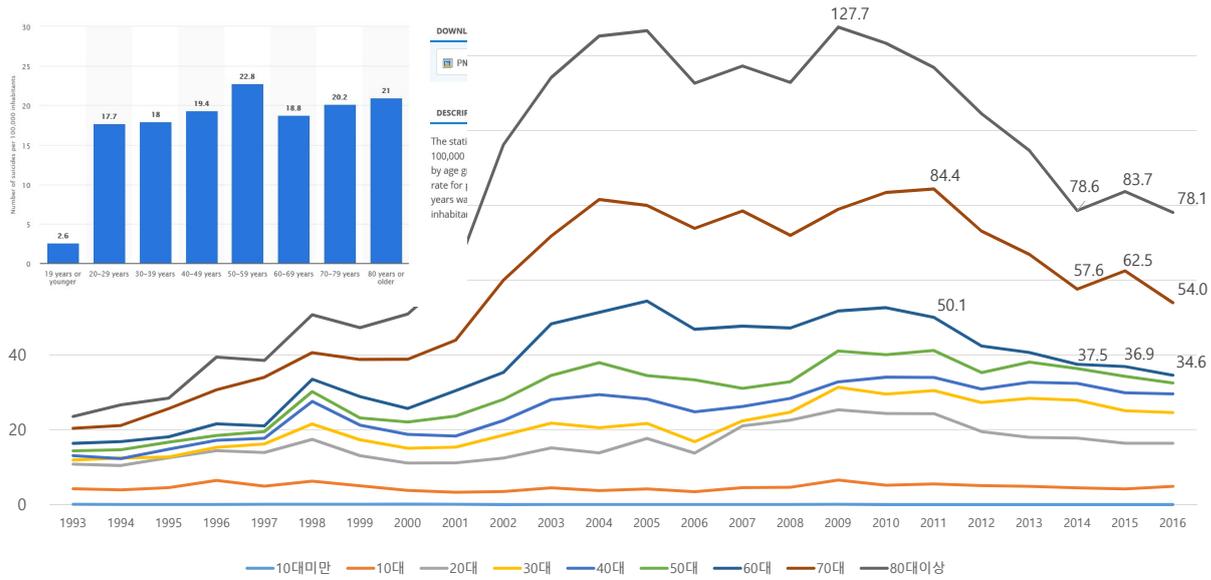
* 시골(군)지역 년도별 자살률 추이 _ 여자 연령별



* 년도별 자살률 추이 _ 연령별

Life > Personality & Behavior > Suicide rate in Japan 2017, by age group

Number of suicides per 100,000 inhabitants in Japan in 2017,



자살율 추이를 통해 본 자살예방대응적절했는가? 잘 모르겠다.

- 전세계적으로 경제 위기 이후 높은 자살율 유지하는 나라는 한국과 리투아니아임.
 - 그리스의 경우 2009년 구제금융 받았으나 별 변화 없음
 - 일본의 경제위기가 있었으나 최근 10년동안 뚜렷히 감소하고 있음.
- 2011년을 기점을 자살율이 다소 줄어드는 경향을 보이는데
 - 주로 남, 녀 모두 60세이상에 뚜렷히 감소추세이며, 남자의 나머지 연령대는 뚜렷한 변화없이 여전히 높아 보이며 여자 연령대는 다소 감소추세이나 여전히 OECD국가에 비해 높은 편임.
 - 그럼에도 불구하고 일본과 비교하면 노인들 역시 여전히 매우 높은 수준이며, 다른 연령대 역시 거의 1.5배 두 배 높은 수준임. 원래 일본이 1990년대 비교해보면 우리보다 두 배 높았음.
- 그렇다면 왜 노인들에게서 급격히 떨어지고 있는 걸까? 아직까지 과학적으로 설명한 보고서나 연구는 없음. 분명한 것은 중앙정부예산만 봤을 때는 고위험군인 노인들에게 특별히 예산을 쓴 것은 많지 않음. 지방정부 역시 지자체에서 여러 프로그램이 있었지만 대폭 떨어질 만큼 전격적인 사업은 없었음.
- 모르니까 더 불안하다. 앞으로 어떻게 될지..

자살예방정책의 내용의 타당성 - 공중보건학적 관점에서 비판적 검토

자살예방 국가 행동계획

(제3차 자살예방계획(2016-2020)의 보완, 지역 현장 및 정책관계자, 전문가 의뢰 수렴 통해 2018년 1월 완성)

자살예방 국가 행동계획

< 추진 목표 >

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

① 과학적 근거에 기반한 전략적 접근

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

② 자살고위험군 발굴을 위한 초사회적 네트워크 구축

- 지역사회 풀뿌리조직 중심 자살예방 게이트키퍼 100만명 양성
 - 주변인의 자살 위험을 신속하게 인지하여 대응하도록 종교기관 및 시민단체, 읍면동 지역사회보장협의체, 이·통장(94천명) 등 우선 활용
- 사회보장서비스 제공기관(각종 센터) 간 연계 강화
 - 확대예방 및 권익옹호 기관, 상담·사례관리 기관 등 상담인력 전문 교육 실시, 정신건강서비스 연계 강화(희망복지지원단이 컨트롤타워 가능 수행)
 - * 아동보호전문기관(61개소), 성폭력상담소(167개소), 고용센터(94개소) 등
- 우울증 검진 및 스크리닝 강화
 - 국가건강검진 상 우울증 검진 확대(40세·66세 1차문답 후 필요시 검진 → (개선) 40·50·60·70세 전체), 동네의원을 활용한 자살위험 스크리닝 등
 - * 충북 충주시 노인우울증 스크리닝·치료로 노인자살 '10년 35명 → '16년 23명

③ 적극적 개입을 통한 자살위험 제거

- 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축
 - 정신건강복지센터 정신건강사례관리시스템(MHIS) 구축으로 대상자 누락방지, 보건-복지 등 기관 간 지원 연계*, 지역사회 인적안전망** 활용
 - * 보건소-읍면동, 시민금융통합지원센터-행복e음 연계 등
 - ** 지역 풀뿌리 조직, 읍면동지역사회보장협의체 58천명, 이·통장(94천명) 등
- 지역사회 정신건강 서비스 접근성 강화
 - 정신건강복지센터 인력 확충(5년간 1,455명), 자살예방 상담전화 특수번호(13××) 부여, “마음건강버스” 운영으로 찾아가는 상담실시
- 자살을 촉발하는 위험요인 제거
 - 번개탄 일산화탄소 저감 추진, 신종 자살수단 관리강화, 동반자살 모집 등 온라인 상 자살유해정보 유통금지 및 처벌 근거마련

④ 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방

- 자살시도자 사후관리 강화
 - 응급실을 방문한 자살시도자 사후관리* 확대('17년 42개소 → '18년 52개소), 자살시도자·정신질환자 등에 대응하는 정신전문응급의료센터 지정 검토
 - * 서비스 非수혜자사망률 14.6% vs 수혜자사망률 5.9%('13.7월~'15년 말까지)
- 유명인 자살사건 대응체계 구축
 - 연예인 정신건강 상담 지원(문체부), 유명인 자살에 대한 복지부-경찰청 공동대응 매뉴얼(정보공유, 언론사 협조요청, SNS 모니터링 등) 마련

5 대상별 자살예방 추진

- 노동자 및 실직자 자살예방
 - 사업장 보건관리자* 등 교육, “특별고용지원업종” 지정 시 자살예방 상담 강화, 사고 및 동료자살 등 직업적 트라우마에 대한 상담지원 강화
 - * 50인 이상 사업장 및 800억 이상 건설현장 6,408명 선임
- 자살위험이 특히 높은 대상에 대한 고려 강화
 - 【퇴원정신질환자】 퇴원 후 병원 또는 지역사회 기관이 위기대처능력 등 적응훈련 등 지원
 - * 퇴원 후 1년 내 자살률 10만명당 700명으로 일반인 자살률의 26.4배
 - 【특수직렬 공무원】 △경찰관 상담지원을 위한 “마음동행센터” 확대 (6개소→18개소), △소방공무원 자살자에 대한 심리부검 실시 및 복합 치유센터 건립, △집배원 노동개선 대책 추진 등
- 연령별 자살예방 대책 수립
 - 【노인】 독거노인 친구만들기 사업 확대(80개 → 152개), 치매환자 가족상담·휴식지원 등
 - 【청장년】 구직자·실업자 심리지원 프로그램 개발, 군인 전 장병 자살 예방 게이트키퍼 교육 실시 및 병영생활 전문상담관 확대 등
 - 【학생·청소년】 자살위험군 선별 강화·치료비지원 확대, “위기문자 상담체계”구축, 정신건강 전문가 학교방문·지원 확대, 교원 정신 건강영양강화 및 청소년 전문 사례관리자(청소년동반자) 확대배치 등

5 향후 계획

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

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

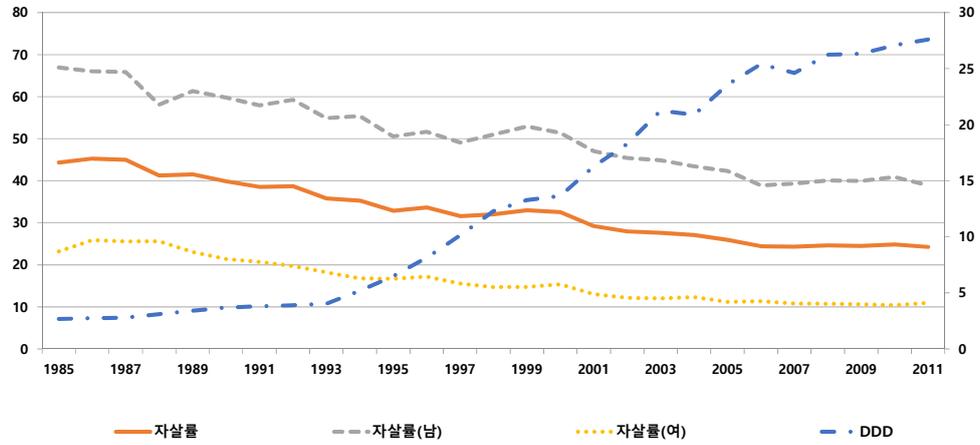
논점 1: 효과에 대한 과학적 근거에 기반하여 정책이 설계되었는가?

논점 1-1: 비정신과 일차의료기관의 환자발견 및 관리참여는 외국보고에 의하면 자살율 감소에 효과가 있다는 근거가 일관되게 나오고 있음. 계획에는 일차의료기관이 스크리닝 한다 정도의 계획만 있음.

근거수준	주요 전략
Level 1	Cooperation with general practitioners (GPs) to improve their knowledge and abilities in detecting and managing suicide risks
Level 2	Public awareness campaigns and cooperation with local media to improve public attitudes on depression and facilitate help seeking (suicidality not the main focus due to possible contrary effects)
Level 3	Training sessions for gate keepers, multiple and community facilitators on the detection of depression and suicide risks
Level 4	Services and self-help activities for high-risk groups for facilitate access to professional help
Level 5	Restriction of access to potential lethal methods for suicide:
Level 6	Improvement to access to care including psychiatric hospitalization for people at risk of suicide

Source: Feltz-Corneils, et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies: A Review of Systematic Reviews. Crisis, 2011 32(6): 319-333

헝가리 자살률과 항우울증 상용량(DDD)



Rihmer et al. (2013). Suicide in Hungary-epidemiological and clinical perspectives. Annals of General Psychiatry, 12:21

<표 3> 2013년 전체 자살자 중 사망1년 전, 1개월 전, 1주일 전 의료이용자 수와 미이용자수

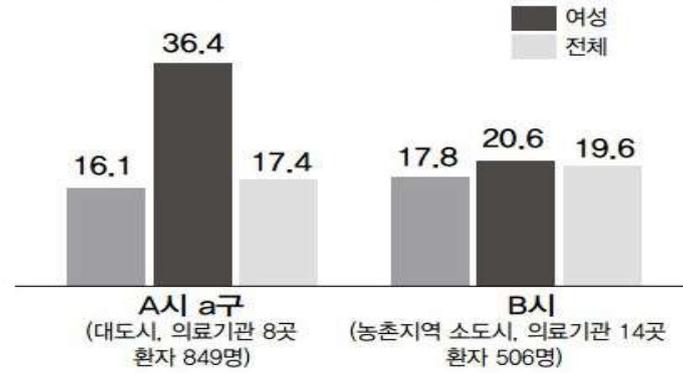
	Total		1년 전 의료이용				1달 전 의료이용				1주 전 의료이용			
			있음		없음		있음		없음		있음		없음	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	14,079	(100.0)	12,410	(88.1)	1,659	(11.8)	9,030	(64.1)	5,049	(35.9)	6,057	(43.0)	8,022	(57.0)

	1년 전				1달 전				1주 전			
	의료이용		정신과 의료이용		의료이용		정신과 의료이용		의료이용		정신과 의료이용	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Total	12,410	(100.0)	4,125	(29.5)	9,030	(100.0)	2,666	(29.5)	6,057	(100.0)	1,204	(19.9)

정신과의료이용: 1년, 1개월, 1주전에 한번이라도 정신과진료를 받은 경우

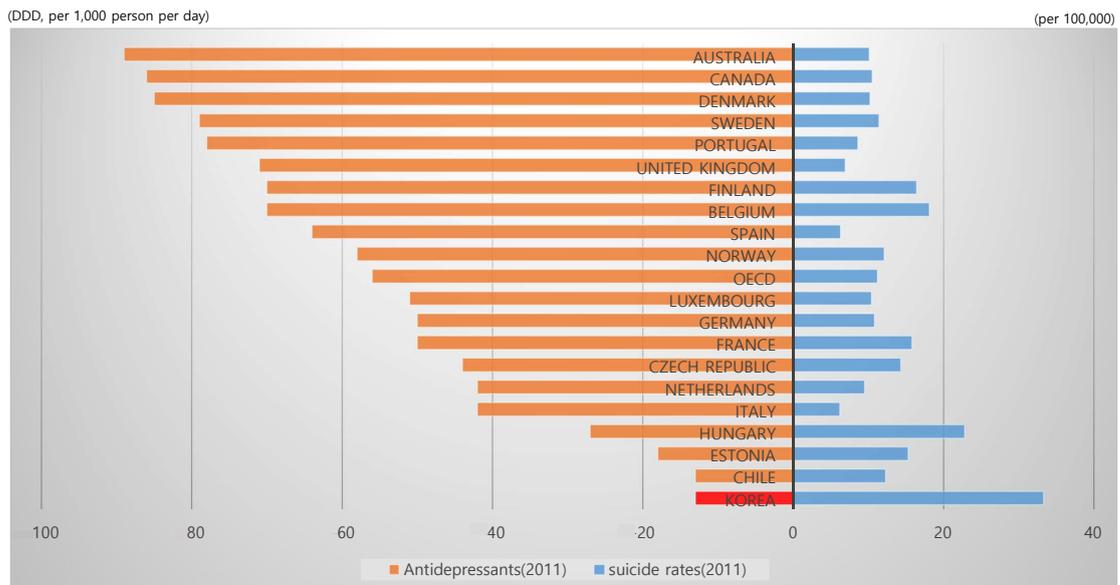
1차 의료기관 내원환자의 자살 의도 유병률

(단위: %) 자료: 중앙대 의대 이원영 교수팀



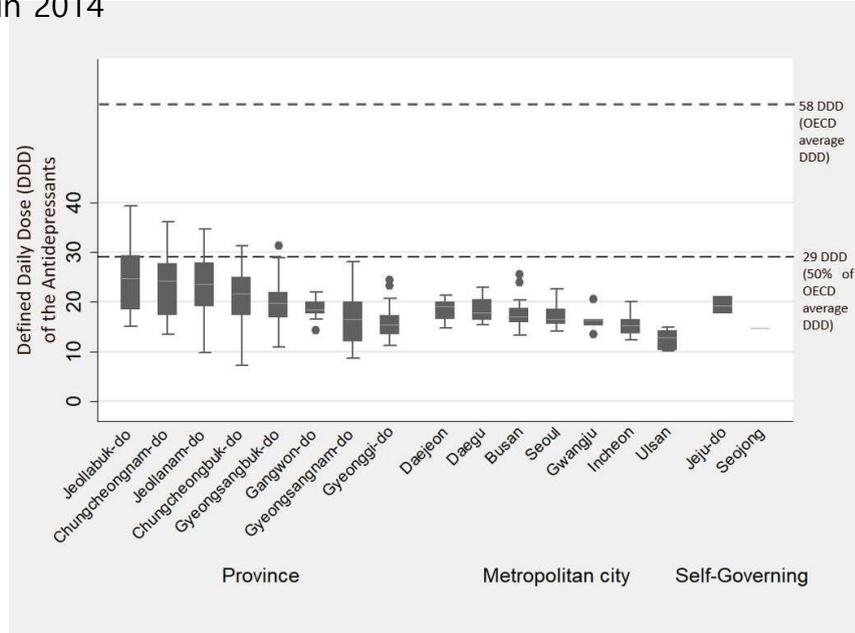
※ 지난해 10~11월 기준 조사(의료기관 방문해 직접 조사), 최근 2주 내에 자살 생각을 했는지로 유병률 파악.
 ※ 참고로 일반 인구 대상 1개월 이내 자살 의도 유병률은 2.6%(2011년 기준)

Antidepressants Consumption and Suicide Rates in OECD, 2011



(OECD Health at a glance 2013)

Antidepressants Consumption of Koreans using KNIH claimed data in 2014



논점 1-2: 자살행동이나 우울증에 대한 인식제고 및 사회적 낙인 감소를 위한 홍보사업의 핵심메시지가 과학적 기반에 근거하여 개발되지 않았음. 주로 "생명존중 메시지"를 담고 있으나 이것이 자살의지나 충동을 억제할 수 있는지 근거가 없음.

"우울증은 의학적으로 치료해야 할 신체질환이다"가 우울증 낙인감소에 도움이 될까?

TABLE 4. Behavioral Intentions by Condition and Time

Subscale and Time	Contextual Program M (SD)	Biomedical Program M (SD)	Control Program M (SD)
Significant other			
Time 1	17.17 (2.67)*	13.40 (3.80)*	15.08 (3.02)
Time 2	17.16 (2.20)†	13.72 (4.44)†	15.04 (3.51)
Time 3	16.75 (3.04)	13.95 (4.87)	15.06 (3.90)
Friend			
Time 1	16.52 (3.10)†	13.72 (3.76)†	15.23 (3.04)
Time 2	16.28 (3.72)	14.27 (4.06)	15.33 (3.07)
Time 3	16.50 (3.60)	14.74 (4.21)	15.39 (2.87)
Parent			
Time 1	15.48 (3.29)†	12.04 (4.63)†	14.54 (4.76)
Time 2	15.44 (4.41)	12.32 (4.84)	14.50 (4.38)
Time 3	15.94 (3.02)†	12.32 (5.61)†	16.06 (2.90)

*Significant at 0.01 level.
†Significant at 0.05 level.

생의학적 모형(우울증은 신체질환의 하나이다)에 기초한 우울증관련 교육프로그램 이수자보다 맥락적 모형(우울증은 특정사건에 의한 스트레스 때문에 일어난다) 기초한 교육프로그램이수자들이 지인에게 더 자기질환을 알리고 도움을 구하겠다는 의지가 강함.

Rusch et al. A Comparison of Contextual and Biomedical Models of Stigma Reduction for Depression with a Nonclinical Undergraduate Sample. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2009. 197(2). 104-110

논점 1-3: 자살예방적 개입(중재)프로그램의 효과평가 연구의 활성화가 요구됨. 현재로서 응급실자살시도자 관리 및 기타 사업에 대한 과학적 효과평가 연구결과가 제시되어야 함.

- 다면적이고 복합적으로 작동하는 자살과 요인간의 인과관계에 대해 기존의 암, 심장병과 같은 신체질환 인과관계규명에 맞추어진 기존의 인과관계규명을 위한 연구디자인으로는 분석하기 쉽지 않음.
- 중재효과연구 (실험연구)가 대안으로 급부상하고 있음.
 - Natural experiments: 노인요양보험도입 or 기초연금도입이 노인자살율에 미치는 영향
 - Quasi experiments or True experiments (RCTs) –controlled design 필요: 노원구의 독거노인의 사회적지지프로그램이 자살율에 미치는 효과평가 연구, 응급실기반자살시도자 개입의 효과평가, 게이트키퍼교육의 효과평가 등

A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J (BMC Public Health20088:315)

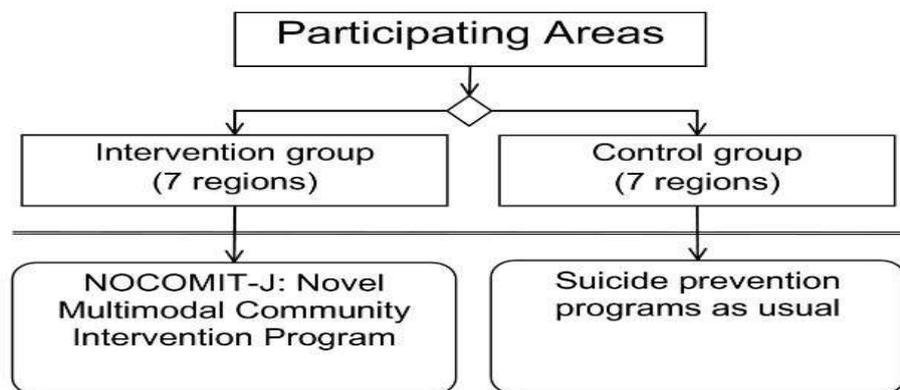


Figure 1
Flow diagram of the study.

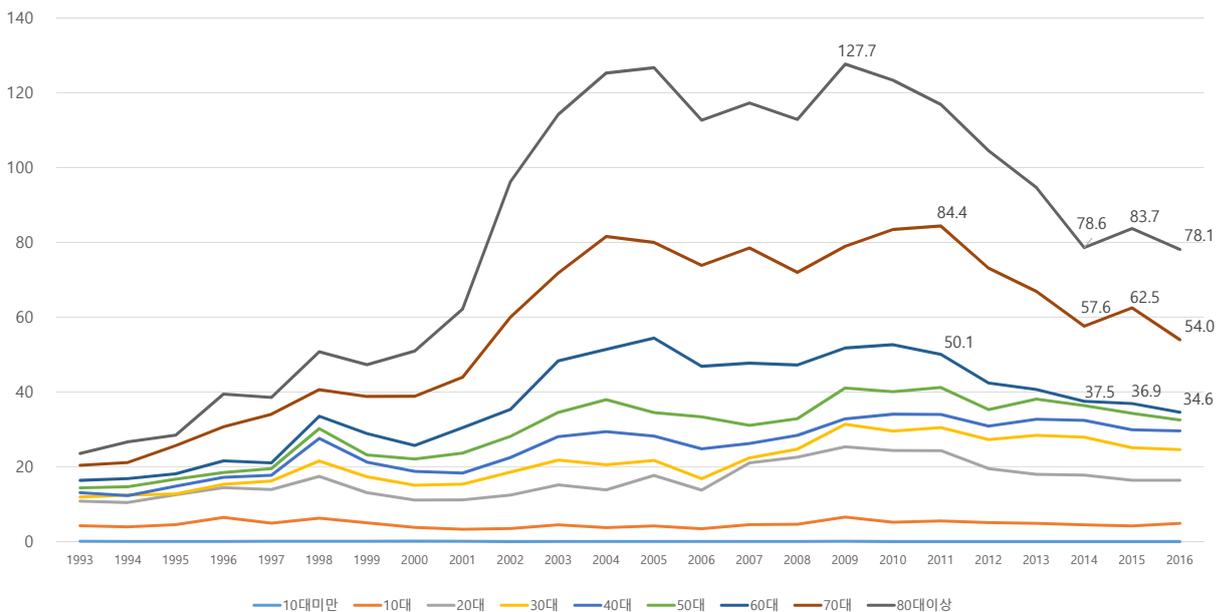
논점 2: 한국은 왜 자살율이 높아졌을까? 잘 안 떨어질까?

한국사회의 특수성 vs 한국인의 특성 vs 한국인이 정신과 치료를 꺼리는 특성인지 관련 연구가 없음.

20년동안 OECD 국가에서 일등을 차지 함에도 불구하고 국가차원의 원인관련 연구보고서가 없다.

사회학, 예방의학, 정신의학, 사회복지학 등 다학제 전문가 모여가 연구가 필요함.

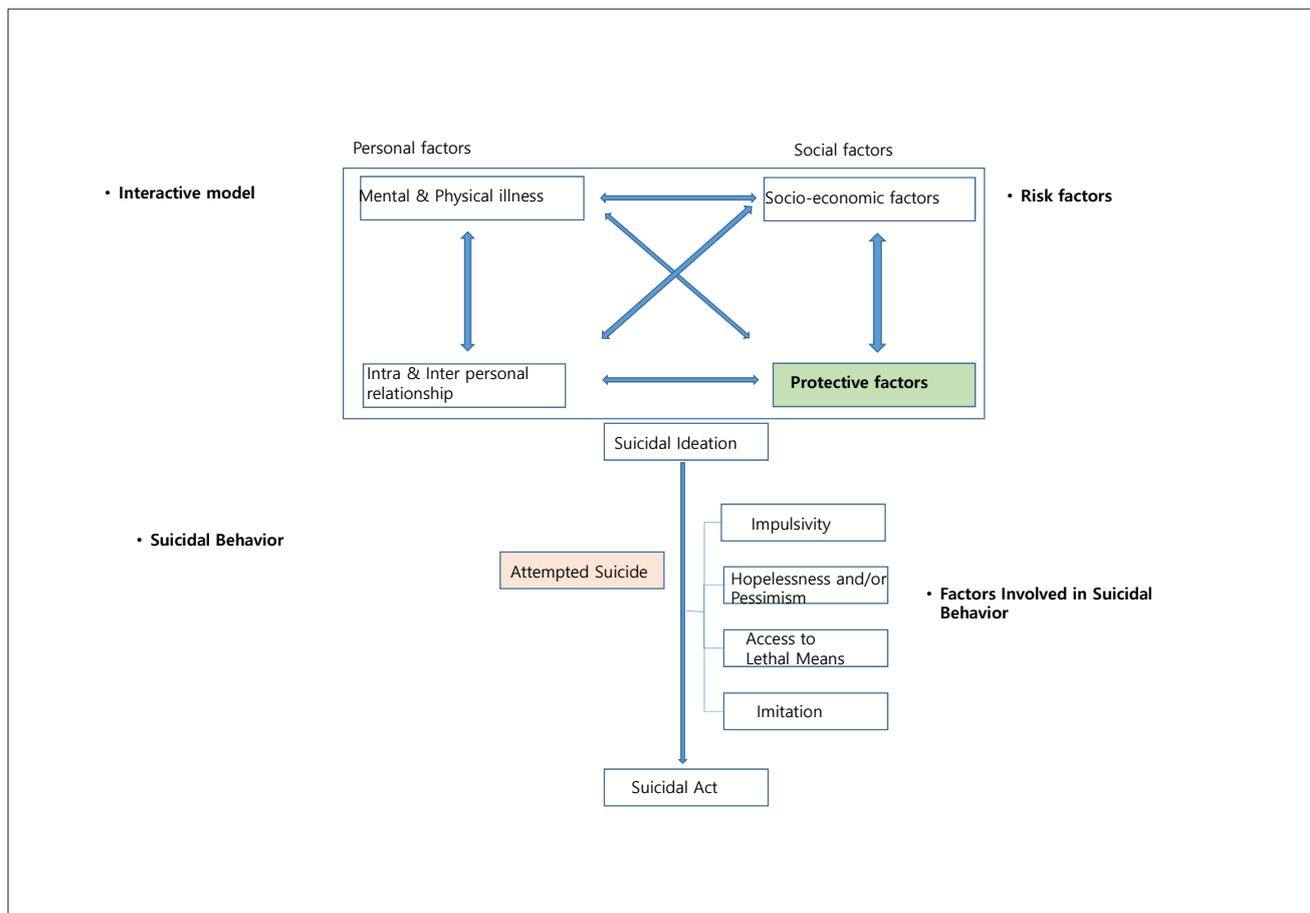
논점 2: 왜 한국의 노인자살율이 2011년 기점으로 떨어지는 걸까요? 왜 나머지 연령대는 큰 변화가 없는지? 과학적 답이 없다 보니 더 불안?



논점 -2 : 한국은 사회적 요인과 개인적 요인 중 타 국가에 비해 영향이 더 큰가?

Population attributable risk for mental disorders (ICD/DSM) and socio-economic status (SES) measures.			
	Pooled RR (95%CI)	prevalence	Median PAR% (95%CI)
Males			
Affective disorder	11.00 (7.71–15.68)	3.6	26.3 (19.3–34.4)
Schizophrenia	11.85 (10.94–12.84)	0.7	6.6 (6.1–7.1)
Substance abuse	6.88 (4.51–10.05)	4	19.0 (12.3–27.5)
Anxiety disorder	2.95 (1.51–5.76)	2.5	4.6 (1.2–10.4)
Personality disorder	4.14 (2.95–5.80)	5.7	15.2 (10.0–21.5)
Income	2.18 (1.47–3.22)	9.7	10.2 (4.3–17.7)
Education	2.42 (1.03–5.70)	48.8	40.9 (1.4–69.6)
Occupation	2.67 (1.53–4.68)	29.6	33.1 (13.6–52.1)
Unemployment	1.68 (1.11–2.54)	6.1	4.0 (0.7–8.5)
Females			
Affective disorder	14.41 (13.46–15.43)	3.5	31.6 (30.1–33.2)
Schizophrenia	12.64 (11.47–13.94)	0.8	8.3 (7.6–9.2)
Substance abuse	14.59 (12.79–16.65)	2.5	25.4 (22.8–28.1)
Anxiety disorder	2.33 (0.72–7.55)	10	11.7 (–2.9–39.6)
Personality disorder	1.84 (0.65–5.22)	7	5.5 (–2.5–22.6)
Income	1.45 (0.95–2.21)	9.3	4.0 (–0.5–10.1)
Education	1.48 (0.94–2.34)	53	20.3 (–3.3–41.5)
Occupation	1.27 (0.54–2.94)	27	6.8 (–14.2–34.4)
Unemployment	1.68 (1.09–2.59)	3.2	2.2 (0.3–4.9)

Source: Li, et al. **Attributal risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual level , population-based studies: A systematic review. Social Science & Medicine. 2011. 608-616**

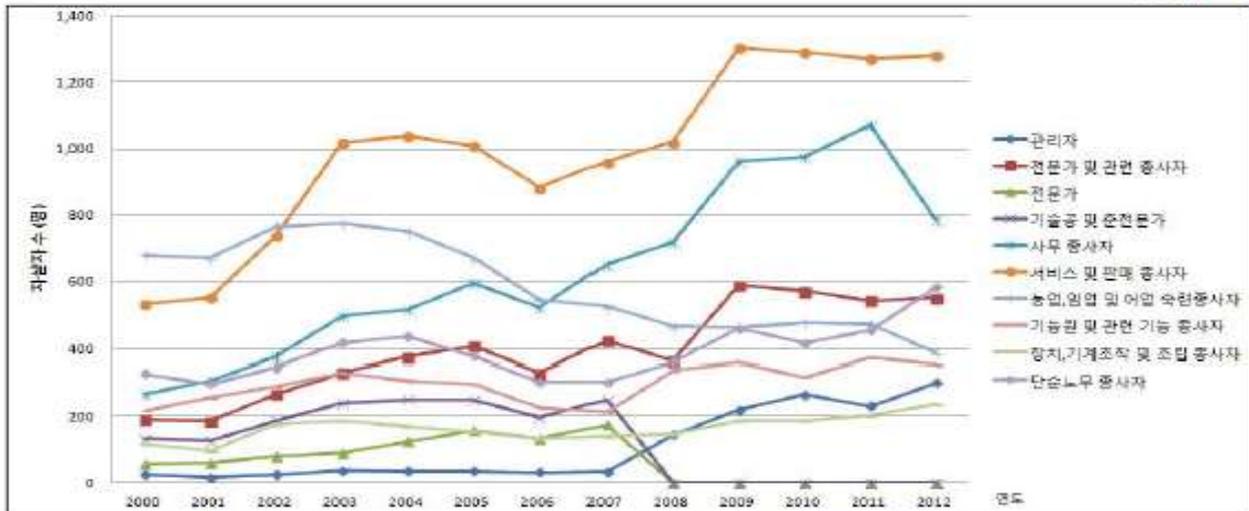


No.	사망년	사망월	성별	나이	사망원인	사망 당시 고용여부
1	2009	4월	남성	30대	자살	비정규직
2	2009	5월	남성	42	뇌출혈	재직자
3	2009	6월	남성	47	심근경색	재직자
4	2009	6월	남성	-	자살	하청업체노동자
5	2009	7월	남성	34	자살	희망퇴직자
6	2009	7월	여성	30	자살	가족
7	2010	2월	남성	36	자살	재직자
8	2010	4월	여성	30대	자살	가족
9	2010	5월	남성	50	심근경색	재직자
10	2010	11월	남성	45	심근경색	희망퇴직자
11	2010	12월	남성	40	자살	희망퇴직자(중증장애인)
12	2011	1월	남성	38	자살	희망퇴직자
13	2011	2월	남성	44	심근경색	무급휴직자

14	2011	2월	남성	36	자살	희망퇴직자
15	2011	5월	남성	46	심근경색	희망퇴직자
16	2011	10월	남성	40	자살	재직자
17	2011	10월	남성	36	자살	희망퇴직자
18	2011	11월	남성	46	자살	재직자
19	2011	11월	여성	41	기도폐색	가족
20	2012	1월	남성	53	심근경색	희망퇴직자
21	2012	2월	남성	50	당뇨합병증	희망퇴직자
22	2012	3월	남성	36	자살	해고자
23	2012	10월	남성	55	당뇨합병증	희망퇴직자
24	2013	1월	남성	50	자살시도 후 뇌사	재직자
25	2014	4월	남성	50	심장마비	해고자
26	2014	12월	남성	47	간암	해고자
27	2015	1월	남성	-	뇌출혈	희망퇴직자
28	2015	4월	남성	49	당뇨합병증	희망퇴직자

<그림 5> 근로자 자살자의 직업군 분류

(단위: 명)



자료 : 통계청 사망원인통계

논점 3: 다수준, 다차원 접근이 동시에 이루어지고 있으며 범정부차원에서 추진되고 있는가?

논점 3: 건강행동계획에 다수준, 다차원적 접근 전략이 일부 있으나 실효성이 있을지는 의문임. 시너지 효과가 있으려면 동시에 추진되어야 하나 이러한 접근에 대한 논의는 없음. 일본은 실질적으로 추진함.

다수준	다차원적		
전체인구집단	치명적 자살수단 접근 제한 우울증 및 자살충동에 대한 대중교육	미디어 자살보도 가이드라인 준수 미디어 자살보도 금지 캠페인	
취약집단	게이트키퍼 양성 및 교육	학교, 군대 등서 상담 서비스 강화	자살유가족 지원
개별환자	정신건강서비스 접근 향상 (일차의료서비스) 정신건강서비스 질 향상	자살시도자 관리	
추진체계	범정부차원에서 추진	다학제간 접근	중앙-지방정부간 협력 강화

WHO. Public Health Action for the Prevention of Suicide, 2012.

자살예방 행동계획 자료로만 보서는 거의 보건복지부 사업으로만 인지됨, 범정부사업으로 이해되지 않음.

노동자 및 실직자 자살예방 -고용노동부

특수직렬 공무원 - 행정자치부

청장년 - 국방부, 고용노동부, 기획재정부

학생청소년 -교육부

Original Article

Suicide prevention strategies in Japan: A 15-year review (1998–2013)

Abstract Suicide is a global public health problem and solutions to it can be found only through a global dialog. The suicide rate in Japan has been alarming, but Japan has made substantial efforts to reduce this rate, making prevention a high priority. This report reviews the developmental stages of a comprehensive policy of suicide prevention in Japan from 1998 to 2013. Our review suggests that suicide prevention activities were facilitated by the 2006 Basic Act for Suicide Prevention and the 2007 General Principles of Suicide Prevention Policy. Along with the establishment of a Special Fund program for local governments, the Basic Act and General Principles led to the development of a comprehensive and multi-sector approach to suicide prevention. Suicide rates in Japan, especially among middle-aged men, decreased consistently after 2009, suggesting that the initiatives were effective. Continuous monitoring is needed to evaluate Japan's suicide prevention policy. *Journal of Public Health Policy* (2015) 36, 52–66. doi:10.1057/jphp.2014.42; published online 30 October 2014

Keywords: suicide; suicide prevention; policy development; Basic Act for Suicide Prevention; Japan



The first phase (1998-2005)

- 2000 Numerical target set as part of "Healthy Japan 21"
- 2001 Budget for suicide prevention set by MHLW
- 2002 Report by Suicide Prevention Council
- 2004 Introduction of Policy for Depression

The second phase (2005-2006)

- 2005 Upper House resolution to wrap up a comprehensive strategy against suicide
- 2005 Suicide Prevention Liaison Committee (SPLC) established
- 2005 A report on national suicide prevention strategy by SPLC

The third phase (2006-)

- 2006 Basic Act for Suicide Prevention (Basic Act) passed
- 2006 Foundation of the Center for Suicide Prevention (CSP) in NIMH, N₂CNP
- 2006 Basic Act enforced
- 2007 General Principles of Suicide Prevention Policy (GPSP) established
- 2008 Partial Revision of the GPSP
- 2009 Preparation of special fund for local governments
- 2012 Complete revision of the GPSP

Figure 3: Developmental stages and chronological chart of suicide prevention policy in Japan.

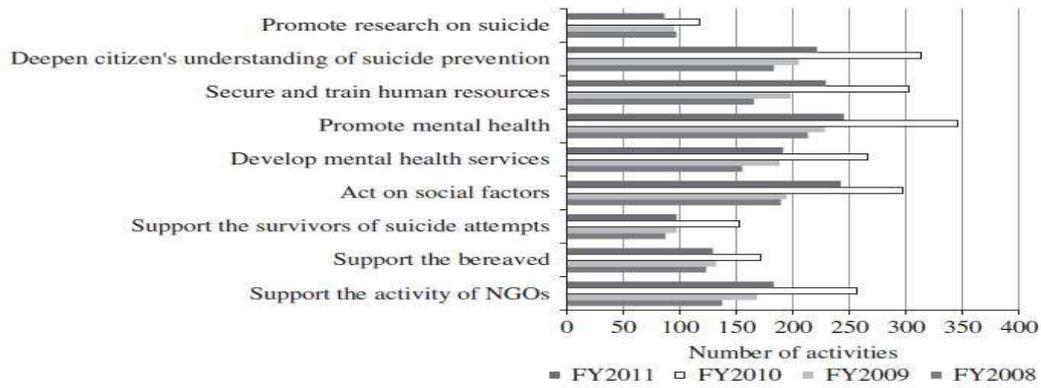


Figure 4: Number of suicide prevention activities by local governments, fiscal years 2008-2011.

논점 4: 자살예방대응 하 부구조가 적절한가?

예산 / 인력 및 조직 / 추진체계 / 조사 및 연구

논점 4-1: 중앙정부 예산은 적절한가?

연도별 자살예방사업 직접예산 추이

자료: 보건복지부 자료를 토대로 재구성

단위: 억 원

사업명	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 정부안
생명존중문화조 성	3	3	7	6	2	16	16	12.8	12.8	12.8	28.3
심리적부검체계 구축	-	-	-	-	-	9.6	9.6	9.6	9.6	38.4	38.8
자살예방 교육 및 전문인력 양 성	0.3	1.3	1.3	3	3	3	3	3	3	14.7	20.9
민관협력 자살 예방사업	-	-	3	2	4	4	7	7	7	7	7
자살유해정보 모니터링 및 차 단	1	2	2	-	1	1	1	1	1	1	1
응급실기반 자 살시도자 지원 사업	-	-	-	-	10 (21개 병 원)	20 (25개 병 원)	20 (25개 병 원)	20 (27개병원)	33 (42개 병원)	47 (52개병원)	60 (63개병원)
자살예방정책 연구개발	1	1	1	7	2	2	2	2	2	2	2
지역 자살예방 사업 지원	-	-	-	-	15 (100개소)	15 (100개 소)	26 (130개소)	-	-	26 (130개소)	26 (130개소)
지역사회기반자 살예방	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (2개소)	1 (2개소)	1 (2개소)
자살예방상담진 화운영	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5 (1개소)	13 (1개소)
자살예방실무자 등 정신건강증 진	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.1 (16개소)	5.1 (16개소)
자살실태조사	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (1개소)	-
중앙자살예방센터 운영	-	-	-	4.8	4.8	4.8	4.8	3.8	3.9	4.0	4.1
합계	5.3	7.3	14.3	22.8	31.8	55.4	69.4	59.2	73.3	167.6	207.8

보건분야 예산 및 국민건강증진기금 대비 자살예방사업 예산의 비중

단위: 억 원

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
보건의료분야 예산	50,193	51,978	53,768	75,955	84,454	88,948	100,234	101,134	99,164	103,807
국민건강증진기금	16,387	17,630	17,960	18,718	19,007	20,030	27,357	31,834	33,001	33,926
자살예방사업 예산	5	7	14	25	46	55.6	58.6	59.2	73.3	167.6
보건의료 예산 비중	0.009	0.01	0.02	0.03	0.05	0.06	0.05	0.059	0.074	0.161
기금 비중	0.03	0.03	0.07	0.13	0.24	0.27	0.21	0.186	0.222	0.494
암지원 사업 예산	1274	1291	1253	1322	1137	1083	1048	1097	1184	1217
보건의료 예산 비중	2.53	2.48	2.33	1.74	1.34	1.21	1.04	1.08	1.19	1.17
기금 비중	7.77	7.32	6.979	7.06	5.98	5.40	3.83	3.45	3.59	3.59
심뇌혈관 사업 예산	267	326.7	184	254	266	157	미확인	미확인	201	215
보건의료 예산 비중	0.53	0.62	0.34	0.33	0.31	0.17	미확인	미확인	0.20	0.21
기금 비중	1.62	1.85	1.02	1.35	1.39	0.78	미확인	미확인	0.61	0.63
결핵지원 예산	107	149	446	391	392	365	369	393	412	343
보건의료 예산 비중	0.21	0.28	0.82	0.51	0.46	0.41	0.36	0.39	0.42	0.33
기금 비중	0.65	0.84	2.48	2.08	2.06	1.82	1.34	1.23	1.25	1.01

자료: 보건복지부 자료를 토대로 재구성

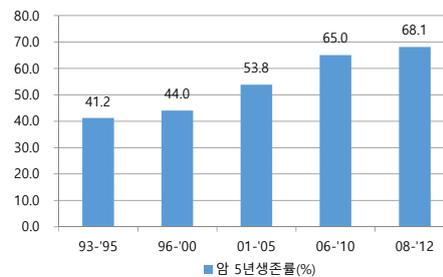
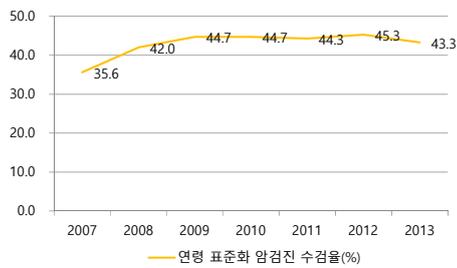
암 관련 사업 예산 추이

단위: 억 원

예산 589	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
국립암센터 지원	489	445	255	255	348	378	421	434	480	528	561	581	580	618	664	646
암관련 사업	109	207		640	480	602	853	857	773	794	576	502	468	479	520	571
합계	598	652		895	828	980	1274	1291	1253	1322	1137	1083	1048	1097	1184	1217

자료: 보건복지부

암 검진 수검률 및 암 5년 생존률 추이

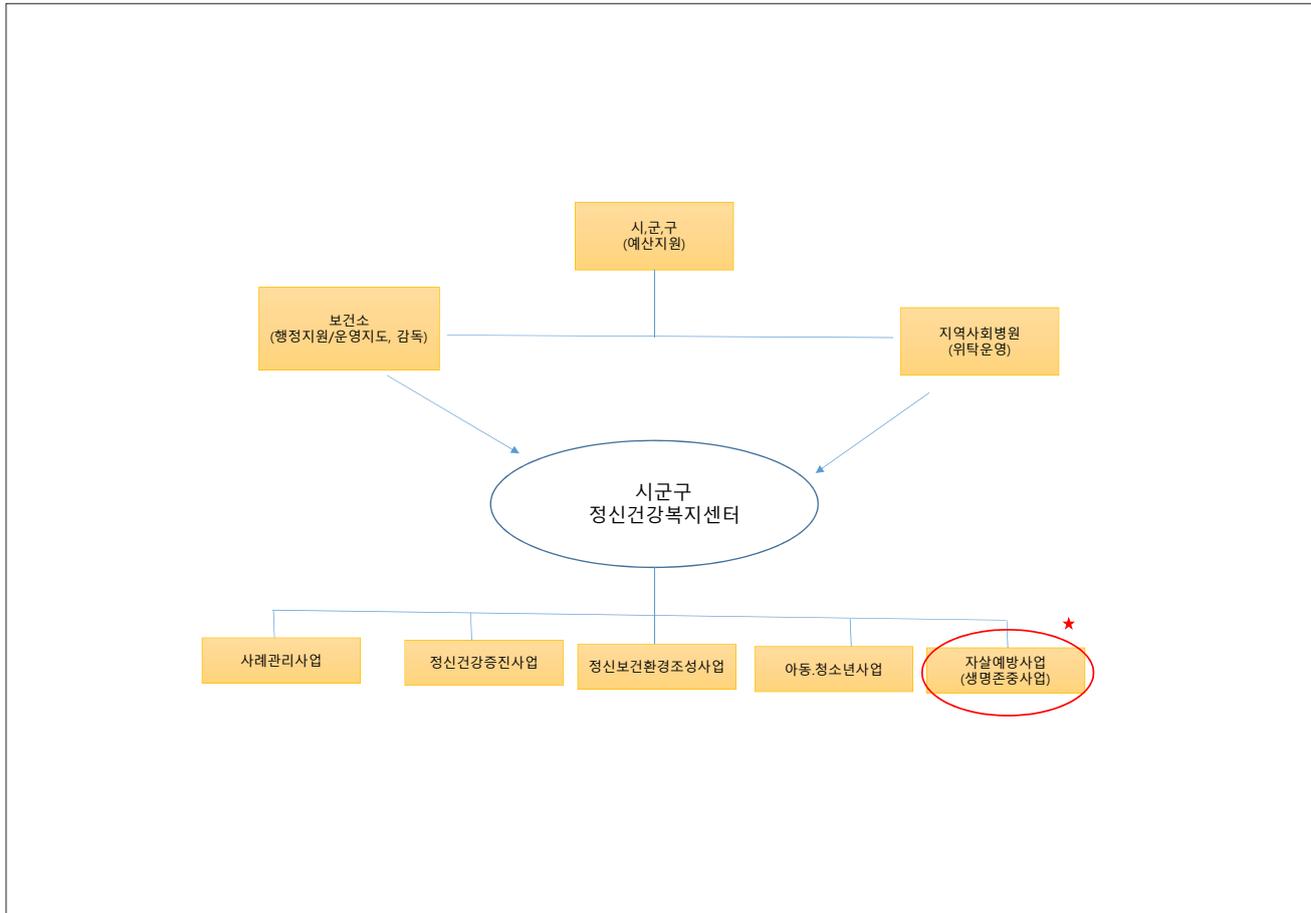


중앙정부 자살예방예산의 추이와 문제점

- 2004년부터 자살문제가 심각했음에도 본격적으로 예산이 증가한 것은 2012년부터임. 아마도 2011년 관련법률 제정이 영향을 미친 것으로 보임. 최근 문제인 정부 들어 2018년 예산은 두 배 증가하였음
- 예산투자가 집중되고 있는 응급실기반자살시도자 관리사업, 경찰청 변사조사자료 전수조사, 자살예방 교육 및 전문인력 양성임. 현재 사업내용으로는 자살을 줄이는 것을 기대하기 어려움. 가장 높은 수준의 근거를 갖고 있는 일차의료에서 우울증 및 자살충동자 관리나 우울증 및 자살충동관리에 대한 대중홍보 및 교육, 게이트 키퍼 예산은 턱없이 부족함.
- 자살이 암의 사회경제적 질병부담의 50% 수준임에도 불구하고 전체 암예방및관리 예산의 20%도 되지 않음. 암 역시 간접예산은 많을 것임. 결핵 역시 한국이 가장 사망률이 높은 질환이어서 최근 매년 300억까지 예산이 증가하였음.
- 일본은 자살예방 예산이 중앙정부 예산만 약 2000-3000억원임.

논점 4-2: 인력 및 조직체계는 적절한가?

- 자살예방사업 추진에서 정부부처간 (교육부, 노동부, 경찰청 등) 정책을 조율하고 이끌어갈 정부 내 상시적인 협의체 혹은 리딩조직이 없음. 각 부처가 필요할 때마다 협의하는 수동적인 방식으로 진행되고 있음.
- 보건복지부 정신보건과 - 중앙자살예방센터 - 광역자살예방센터-기초자치단체자살예방센터의 수직적 구조를 갖고 있는데 이 조직들은 대체로 중앙정신보건사업지원단-광역정신건강증진센터-지역정신건강증진센터의 병행하는 구조를 가지고 있음. 이는 중앙-광역-지역단위에서 자살예방정책이나 프로그램이 정신보건영역에 국한될 가능성을 가지고 있음. 또한 중앙 뿐만 아니라 광역 및 기초자치단체 수준에서 타 영역(교육, 복지, 노동)과의 연계가 어려울 것으로 보임.
- 기초자치단체(시,군,구)의 경우 담당자가 1-3명이며 대체로 지역정신건강증진센터 내 자살예방담당팀 정도의 위상을 갖고 있음. 이 정도의 인원으로서는 지역내 게이트키퍼교육, 자살시도자 관리 등의 업무를 하기에는 매우 부족한 인력임.



시도별 자살예방담당인력 및 인력당 사업대상자 추정 수

	전체	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	세종
정신건강복지센터 수 (기초만)	227	25	16	8	10	5	5	5	36	18	14	16	11	20	15	20	2	1
센터 직원 수(명)																		
지역인구수 (천명)	51,269	9,805	3,440	2,461	2,913	1,501	1,535	1,166	12,671	1,521	1,603	2,132	1,833	1,796	2,682	3,339	623	242
직원일인당 담당인구 수 (명)																		
자살예방업무 직원 수 (명) - 추정값*	681	75	48	24	30	15	15	15	108	54	42	48	33	60	45	60	6	3
자살 및 자살 시도자 수 (명) - 추정값**	64,361	12,066	4,383	3,057	3,682	1,840	1,909	1,440	15,550	2,016	2,120	2,797	2,361	2,358	3,455	4,251	774	296
자살예방업무 담당자 1인당 자살자 및 자살 시도자 수 (명) - 추정값	95	161	91	127	123	123	127	96	144	37	50	58	72	39	77	71	129	99
자살예방사업 직원 1인당 담당 인구 수	75,285	130,733	71,667	102,542	97,100	100,067	102,333	77,733	117,324	28,167	38,167	44,417	55,545	29,933	59,600	5,5650	103,833	8,0667

*) 자살예방업무 담당자 평균 인원은 3명임
 **) 전체 인구대비 1년간 자살 시도 유행률은 0.1%임

출처 : 정신건강사업안내(2018), 보건복지부

논점 4-3. 심리부검 뿐만 아니라 코호트연구, 정책실험연구로 확대되어야 함.

1. 중앙심리부검센터의 심리부검연구만으로 한국 자살 영향요인 뿐만 아니라 정책 수립에 필요한 연구결과를 얻을 수 있음.
2. 다른 선진국 처럼, 다양한 방식의 연구 (환자-대조군, 코호트 연구, 정책실험연구), 데이터 링크지 연구 등이 활성화 되어야 함)

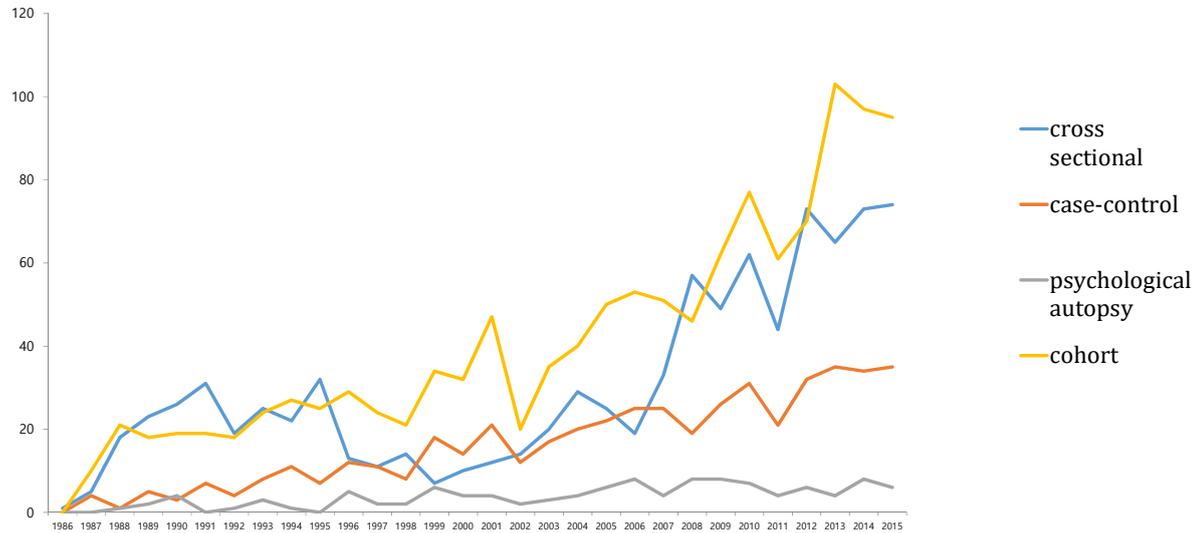
심리부검의 방법론의 문제점

- 대부분 정신질환과 자살간의 관계에 초점을 둔 의학적 모델에 기초. 이 모델은 자살의 psychopathology를 충분히 설명할 수 없으며, 정신질환은 단지 기여요인들 중의 하나임.
- 부검과정에서 자살자에 대한 정신질환 진단명의 타당성의 결여, 많은 부검연구가 비구조화된 설문지를 사용하거나 표준화된 설문지를 사용하였다 하더라도 당사자가 아닌 타인(informant)으로부터 응답함.
- 부검사례마다 informant와 자살자와 관계, informant의 수, 대조군에 informant가 포함되는 경우가 있음.
- Informant의 자살에 대한 인식과 태도가 응답에 영향을 줄 수 있음.
- 심리부검조사자의 심리상태, 훈련정도, 감수성이 응답에 영향을 주 있음.
- 대조군 설정의 어려움

❖ 심리부검 연구에서 밝히 영향요인에 대한 타당도와 정밀도에 많은 문제가 있음.

- ✓ Jelmeland H.H. et al Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed. Death Studies. 36:605-626. 2012
- ✓ Pouliot L. et al Critical issues in psychological autopsy studies. Suicide and Life-threatening behavior 36(5) 491-510. 2006.
- ✓ Hawton K et al The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issue. Journal of affective disorder. 50. 269-276

Annual trends of the number of cross-sectional, case-control, psychological autopsy and cohort studie on the risk factor of suicidal behaviors



국내연구동향

- 단면연구가 대부분임. 단면연구는 회상편견, 시간적 전후 불확실 등으로 인과관계 규명하기 위한 적절한 연구디자인은 아님
- 심리부검 연구는 사례가 적고 대조군이 없으며 있더라도 크기가 작고 적절치 못한 경우가 많았음.
- 사회경제적요인과 자살행동과 관련성에 대한 연구는 있지만 주로 청소년대상 연구. 성인대상 연구는 많지 않음.
- 우리나라 자살(행동)의 원인에 대한 포괄적이고 종합적으로 다룬 연구가 매우 부족
- 국내저널 보다 외국저널에 훨씬 더 많이 실음

국외연구동향

- 환자-대조군을 활용한 심리부검연구의 활성화
- 일반인구, 특정 및 고위험군 집단, 정신질 환자들을 대상으로 전향적 코호트
- Data linkage를 활용한 코호트연구
- 개입프로그램이나 정책효과를 검증한 RCT연구
- 사회경제적 요인을 포함한 포괄적인 요인 종합적이고 체계적인 연구가 대부분임.

보론(참고). 우리나라에서 자살영향 요인 및 정책 수립에 도움되는 연구를 위한 연구 강화 방향

1. 인과관계 연구 활성화
2. 정책개입효과평가 연구 활성화
3. 한국이 높은 연구
4. 제언: 가칭 중앙자살예방연구센터

1. 인과관계 연구 활성화

- 심리부검: 환자-대조군 연구 (적절한 표본크기), 자살예방정책의 도움이 되는 정보 산출
- 코호트연구:
 - 병원기반의 자살시도자 및 우울증의 종단적 연구
 - Data linkage를 통해 환자-대조군연구, 전향적, 후향적 연구의 활성화
 - 인구집단기반 자살고위험군 및 일반인구집단의 전향적 코호트 연구
 - (부록참조)

한국인유전체조사 의 역학조사의 7개 세부코호트	노동패널, 의료패널, 고령자패널, 청소년 패널 등 17개의 공 공패널	건강보험자료	사망원인자료	병원응급자료, 119 자료, 경찰자료 등
---------------------------------	---	--------	--------	---------------------------

국내 패널 데이터 및 기존 코호트를 이용한 데이터 링크지 연구 가능성

- 현재 국내에서 수집/운영되고 있는 패널 데이터는 2008년 조사에 의하면 17개에 지속적으로 증가하고 있으며 분야 역시 교육, 노동, 복지, 가족, 의료 등 다양함
- 패널데이터의 장점으로는
 - 첫째, 경제, 사회, 가구, 노동시장 요인 등의 분석이 가능함
 - 둘째, 자료의 반복측정을 통해 시간의 경과나 환경의 변화에 따른 효과의 동태적 변화를 추적
 - 셋째, 어떤 연구의 관심사건(ex.자살)이 사회적 현상과의 연관이 깊고, 대책에서도 사회적 접근이 필요한 경우 풍부한 자료를 제공
- 다음은 국내 패널조사의 자살 관련 변수 포함 여부를 조사한 것임

• 국내 패널조사의 자살 관련 변수 포함여부

번호	조사명	조사기관	조사내용	정신 관련	연도	표본 대상	방법	사망 원인	자살 관련 변수		
									유무	내용	비고
1	한국노동패널조사	한국노동연구원	경제활동, 노동시장이동, 소득활동, 소비, 교육 및 직업활동, 사회생활 등	-	1998~2008	5,000 가구(도시)	면접조사	X	X		
					2009~2014	6,721(전국 통합)					
2	사업제패널조사		대표 사업체(30인 이상), 인적자원 관리 체계 평가, 인사 및 노무담당자, 근로자 대표 설문	-	2005~2011(2년 주기)	2,623개(4차년도 기준)	초기 면접 후 우편 조사	X	X		
3	고령화연구패널조사	한국고용정보원	45세 이상, 인구특성, 건강, 가족, 경제활동, 소득과 자산, 주관적 기대감 등	우울 정도 있음/전단 여부 있음	2006~2012(2년 주기)	약 1만 명	면접조사	O	X		
4	고용자취업진로조사		비정규 고용자 5,700여명(일반 7백, 전문계고 5천), 개발, 진로, 구직, 가구 배경	-	2010부터(2년 주기)	확단면 조사	면접조사	X	X		
5	대졸자취업이동경로조사		전년도 고등교육과정 졸업자 4백(연 1만 8천명 이상), 노동시장진입과 경력 과정 조사	-	2005~2011	총단면 조사	면접조사	X	X		
6	청년패널조사		15~29세, 학교생활, 직업관, 직업교육훈련, 구직활동, 가계배경 등	스트레스 및 절망감 경험	2001~2006	4,514명(2006년 기준)	면접조사	X	O	자살생각/ 시도	2007년부터
					2007~2013	7,092명(2013년 기준)					
7	한국아동청소년패널		한국청소년정책연구원	청소년의 진로, 여가, 일탈, 생활, 스트레스, 가구 구성, 부모학력, 직업, 소득, 주거 등	-	2003~2008	중요	면접조사	X	O	'자살' 생각
		2010~2016				6,172명(2014년 기준)					
8	한국교육고용패널	한국직업능력개발원	중3/고3 학생, 가구와 학교조사, 교육 및 진로, 고용간의 연계성 조사	-	2004~2013	5,734명(2013년 기준)	면접조사	X	X		
9	인적자원기업패널		450개 기업(및 소속 근로자), 인적자원관리, 현황, 개발, 노사관계, 교육훈련 참여	-	2005~2013(2년 주기)	482개 기업(2013년 기준)	면접조사	X	X		
10	여성가족패널	한국여성정책연구원	(만)19세~64세 여성, 원가족 및 현 가구 속 관계, 환경, 일자리 등	우울 정도 있음, 진단 여부 있음	2007~2011(2년 주기)	9,168가구(2009년 기준)	면접조사	사망 유무	O	생각/계획/도움	2011년부터
11	여성관리자패널조사		기업 내 여성 관리자의 근로실태, 경력개발, 여건, 진출 경로, 일가정 양립 실태 파악	-	2007~2013(2년 주기)	290개 기업, 3,279명(2013년 기준)	면접조사	X	X		
12	장애인고용패널조사	한국장애인고용공단	(만)15~75세 장애인, 고용/경제활동, 생활, 소득, 가구 정보	자아 존중감(5, 7차 조사)	2008~2014	4,082명(2014년 기준)	면접조사	X	X		
13	한국복지패널	한국보건사회연구원	인구동태적 변화, 생활수준의 변화, 복지욕구의 변화를 실증적으로 조사(일반, 저소득)	우울 정도 있음/주요 병명 있음	2006~2014	7,053가구(2014년 기준)	면접조사	O	O	생각/계획/시도	2011년부터
14	의료패널		보건의료이용실태, 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강상태	우울 정도 있음/상병 코드 있음	2008~2014	7,339가구(2014년 기준)	면접조사	사망 유무	O	자살충동	2009~2013년
15	국민노후보장패널	국민연금연구원	50세 이상 일반 가구, 노후준비와 노후보장 실태, 소득과 소비 및 근로와 퇴직 등 파악	-	2005~2013(2년 주기)	4,885가구(2013년 기준)	면접조사	O	O	'죽고 싶은' 생각	2009년부터
16	한국교육총단연구	한국교육개발원	교육성취(학업), 학생배경(학생 및 학부모의 생활 및 만족도, 기타 환경), 학교교육	-	2005~2010	6,504명(2010년 기준)		X	X		

- 이 중 지역사회 기반 코호트(안성·안산)의 현재까지 진행상황을 살펴보면 다음과 같음

<지역사회 기반 코호트 - 안산>



※ '15~. 7차 추적조사(8기) 진행

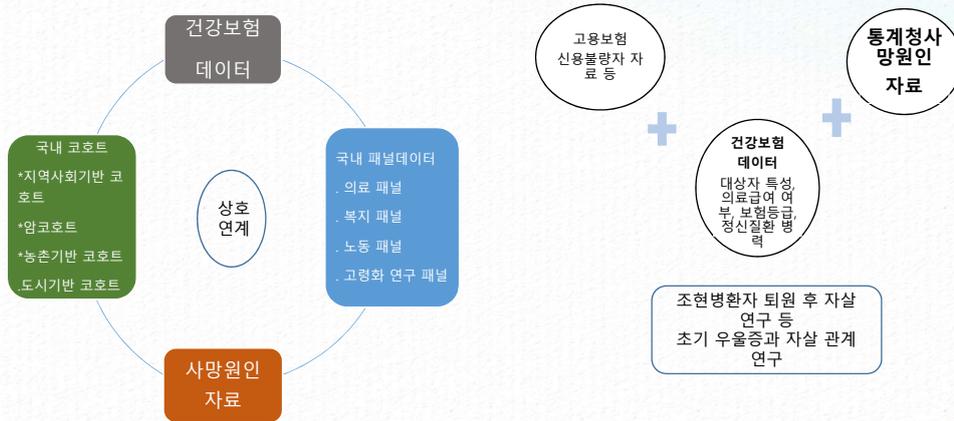
<지역사회 기반 코호트 - 안성>



※ '15~. 7차 추적조사(8기) 진행

출처) 질병관리본부 홈페이지

500백만 건강보험코호트-자살 사망원인 통계 연구 제안



연계방안

- 장애요인: 연계에 있어서 개인정보보호법에 따른 주민등록번호 수집 및 보관, 개인동의 (이용 등), 노출위험 등 이슈가 존재
- 촉진요인:
 - 개인정보보호법: 공익적 연구일 경우 예외를 둠
 - 생명윤리법 시행령 개정 등을 통해 공익적 의학연구에서 주민등록번호 수집 및 활용 가능 추진
 - 통계청의 개인정보 비식별화 기술 개발 발달 및 통계법 개정을 통해 연계에 매우 적극적임.
 - 실제 연계사례가 존재 (개인정보보호가능상태에서 다양한 방법이 있을 수 있음)
- 보건복지부 정책의지 중요 (보건복지부 공문 하나면 해결될 수도 있음)

통계연구(2016), 특별호, 35-51

통계적 목적의 개인정보보호와 비식별화

김혜련¹⁾

요약

빅데이터 시대에 개인정보의 활용가치는 증대하고 있지만, 개인정보보호법 등 법률에서 개인정보에 대한 활용을 엄격히 규제하고 있어, 개인정보가 포함된 자료를 민간에서의 활용은 어려운 현실이다. 하지만 개인정보보호법에서는 통계작성의 목적으로 비식별화된 개인정보를 제3자 제공 및 활용이 가능하고, 통계법에 따라 수집된 개인정보는 격용예외의 규정을 두고 있어 통계청은 개인정보의 활용이 가능하여 빅데이터간 연계를 통한 다양한 통계적 정보 제공이 가능하다. 따라서, 통계청은 통계청 고유의 비식별화 방법과 개인정보보호 방법의 적용을 통해 현행법 체계 하에서 개인정보를 보호하고 빅데이터를 연계·융합하여 다양한 수요자 맞춤형 통계적 정보를 제공하고 데이터의 잠재 가치를 최대한 활용할 수 있도록 공공데이터 및 민간데이터 거버넌스 구축을 위해 노력하여야 한다.

주요용어 : 빅데이터, 자료연계, 개인정보보호, 비식별화

<표 3> 2013년 전체 자살자 중 사망1년 전, 1개월 전, 1주일 전 의료이용자 수와 미이용자수

	Total		1년 전 의료이용		1달 전 의료이용		1주 전 의료이용						
			있음	없음	있음	없음	있음	없음					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)					
Total	14,079	(100.0)	12,410 (88.1)	1,659	(11.8)	9,030	(64.1)	5,049	(35.9)	6,057	(43.0)	8,022	(57.0)

	1년 전		1달 전		1주 전							
	의료이용	정신과 의료이용	의료이용	정신과 의료이용	의료이용	정신과 의료이용						
	n	(%)	n	(%)	n	(%)						
Total	12,410	(100.0)	4,125	(29.5)	9,030	(100.0)	2,666	(29.5)	6,057	(100.0)	1,204	(19.9)

정신과의료이용: 1년, 1개월, 1주전에 한번이라도 정신과진료를 받은 경우

2. 자살예방적 개입(중재)프로그램의 효과평가 연구의 활성화

- 다면적이고 복합적으로 작동하는 자살과 요인간의 인과관계에 대해 신체 질환 인과관계규명에 맞추어진 기존의 인과관계규명을 위한 연구디자인으로는 분석하기 쉽지 않음.
- 그동안 수많은 인과관계연구와 중재개입을 해왔지만 극적으로 자살율을 줄여준 경우가 없음.
- 중재효과연구
 - Natural experiments: 노인요양보험도입 or 기초연금도입이 노인자살율에 미치는 영향
 - Quasi experiments or True experiments (RCTs): 노원구의 독거노인의 사회적지지프로그램이 자살율에 미치는 효과평가 연구, 응급실기반자살시도자 개입의 효과평가, 게이트키퍼교육의 효과평가 등

- [Public Health Policy](#). 2015 Feb;36(1):52-66. doi: 10.1057/jphp.2014.42. Epub 2014 Oct 30.
- **Suicide prevention strategies in Japan: a 15-year review (1998-2013).**
- Suicide is a global public health problem and solutions to it can be found only through a global dialog. The suicide rate in Japan has been alarming, but Japan has made substantial efforts to reduce this rate, making prevention a high priority. This report reviews the developmental stages of a comprehensive policy of suicide prevention in Japan from 1998 to 2013. Our review suggests that suicide prevention activities were facilitated by the 2006 Basic Act for Suicide Prevention and the 2007 General Principles of Suicide Prevention Policy. Along with the establishment of a Special Fund program for local governments, the Basic Act and General Principles led to the development of a comprehensive and multi-sector approach to suicide prevention. Suicide rates in Japan, especially among middle-aged men, decreased consistently after 2009, suggesting that the initiatives were effective. Continuous monitoring is needed to evaluate Japan's suicide prevention policy.

A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J (BMC Public Health20088:315)

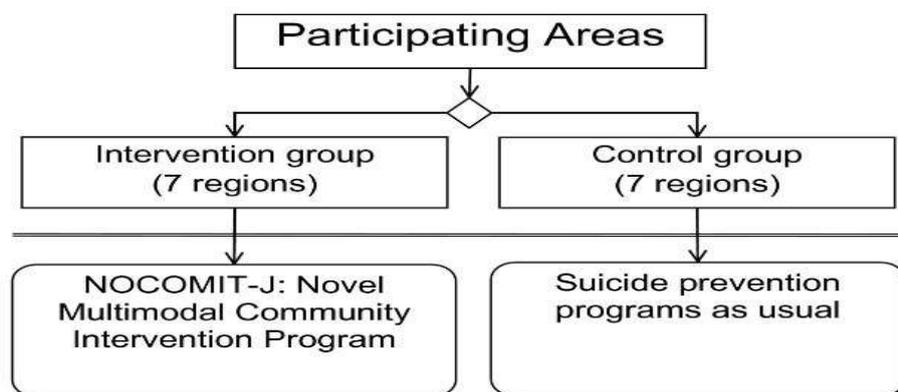


Figure 1
Flow diagram of the study.

3. 한국이 높은 이유에 대한 연구

- 사회학적 연구의 강화
 - 헬조선(한국사회)와 자살, 뒤르켐의 관점에서 자살을 이해
 - 이론 및 질적 연구의 활성화
 - 과학철학으로서 비판적 실재론에 근거한 한국자살의 분석

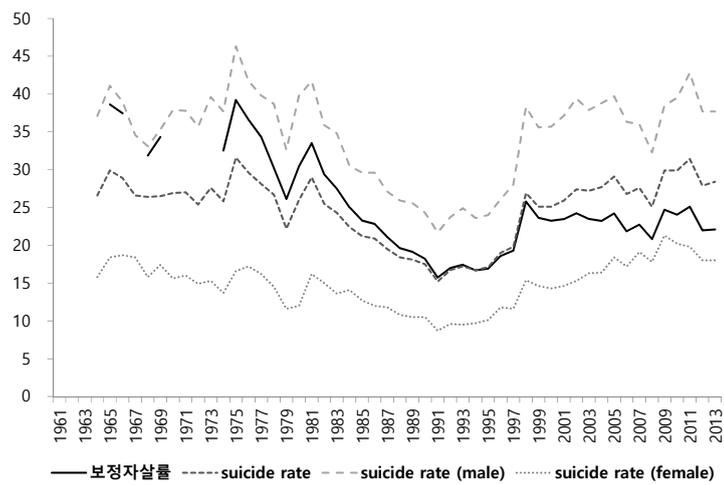
구성요소	실증주의	비판적 실재론
존재론	현실은 실재하며 파악가능하다.	현실은 실재하나 불안전하게 개연적으로만 파악가능
인식론	객관주의적: 연구결과는 진실하다.	수정된 객관주의:연구결과는 진실일 수 있다.
일반적 방법론	가설검증, 실험및조사, 양적연구	사례연구/수렴적 면접:다면적종합, 질적인, 일부양적인 방법에 의해 연구쟁점의 해석

- 역사적 맥락/장기시계열적/국제비교 연구:
 - 일제시대, 해방기, 1960년대, 경제성장기 등의 자살연구 등
 - 국제비교: 자살역학적인 측면, 위험요인 구성 및 강도 차이 분석 등, 경제위기 전후 비교분석 등
 - WHO SUPRE-MISS community survey자료 비교 등

No.	사망날짜	성별	나이	사망원인	사망 당시 고용여부
1	2009 4월	남성	30대	자살	비정규직
2	2009 5월	남성	42	뇌출혈	재직자
3	2009 6월	남성	47	심근경색	재직자
4	2009 6월	남성	-	자살	하청업체노동자
5	2009 7월	남성	34	자살	희망퇴직자
6	2009 7월	여성	30	자살	가족
7	2010 2월	남성	36	자살	재직자
8	2010 4월	여성	30대	자살	가족
9	2010 5월	남성	50	심근경색	재직자
10	2010 11월	남성	45	심근경색	희망퇴직자
11	2010 12월	남성	40	자살	희망퇴직자(중증장애인)
12	2011 1월	남성	38	자살	희망퇴직자
13	2011 2월	남성	44	심근경색	무급휴직자

14	2011	2월	남성	36	자살	희망퇴직자
15	2011	5월	남성	46	심근경색	희망퇴직자
16	2011	10월	남성	40	자살	재직자
17	2011	10월	남성	36	자살	희망퇴직자
18	2011	11월	남성	46	자살	재직자
19	2011	11월	여성	41	기도폐색	가족
20	2012	1월	남성	53	심근경색	희망퇴직자
21	2012	2월	남성	50	당뇨합병증	희망퇴직자
22	2012	3월	남성	36	자살	해고자
23	2012	10월	남성	55	당뇨합병증	희망퇴직자
24	2013	1월	남성	50	자살시도 후 뇌사	재직자
25	2014	4월	남성	50	심장마비	해고자
26	2014	12월	남성	47	간암	해고자
27	2015	1월	남성	-	뇌출혈	희망퇴직자
28	2015	4월	남성	49	당뇨합병증	희망퇴직자

전체 자살률(1961~2013)



출처 : 자살사망자 수(경찰통계연보)/추계인구(통계청)

4. 향후 연구활동에 대한 제언

미국CDC와 자살예방관련 정부 및 민간기구, 학계는 그동안의 자살예방연구 및 정책활동을 평가하면서 자살위험요인 및 자살예방에 관한 지식을 발전시키기 위해 세가지의 자살연구전략을 제시함.

- 기존의 역학, 임상, 국가행정데이터를 최대한 활용
 - 자살예측모형의 향상-대규모역학연구를 통해
 - Propensity score-matching analysis를 활용하여 특정개입의 효과평가를 활성화, RCT보다 bias높지만 손쉽게 할 수 있음
 - Data linkage를 활용한 대규모의 코호트연구 체계의 구축.
- Needs for Networks and Consortia
 - 자살사건이 적다는 점, 생물학적, 심리학, 사회학적 요인 등 다양한 요인이 작동한다는 점에서 연구자 및 연구소간 협업과 협력은 매우 중요. 이러한 협업과 협력은 자살에 대한 지식을 더욱 빨리 향상시키며 자살예방에 있어서 창의적 아이디어가 나올 수 있음
- 자살예방연구자와 정책관계자가 공동으로 자살예방프로그램을 평가
 - 개입전 평가기획- 기존행정자료를 활용, 준실험 및 진실험으로 효과평가를 기획
 - 자살정책과 연구가 서로 선순환할 수 있을 것임.

제언

중앙심리부검센터를 '중앙자살예방연구센터'로 확대, 개편

⇒ 심리부검단, 정신건강사회역학단, 근거기반정책개발단

⇒ 한국의 자살원인을 심리부검, 지역사회코호트조사, 레코딩키지를 통한 종단 연구, 정책 실험 연구 등을 통해 원인에 대한 포괄적으로 종합적으로 다룸.

왜 우리는 자살예방에 투자를
해야하는가?

이유 1: 자살자/자살시도자/유가족들의 고통이 암 환자 수준이다.

- 암이나 심뇌혈관질환과 다르게 이들의 정신적 고통(죽고싶은 고통, 사회적 낙인의 고통)은 보이지 않고 인식되지 않는다.
- 모두가 숨기려고만 한다. 그 누구도 얘기하지 않는다.
- 타인을 관심있게 지켜볼 여유가 없다. 특히 한국사회는가장 긴 노동시간과 무한 경쟁사회이다.
- 우리사회는 이들의 고통을 잘 모르거나 가볍게 보고 있지 않는가?

- 자살예방대응(정책)은 이들의 고통을 이해하고 공감하며, 나아가 정신건강권을 보장해주는데서 출발해야 한다.

		한국의 부모	서양의 부모
이론적 측면	애도반응	충격, 죄책감, 정신적스트레스, 사회적 고립화	
	문화적 차이로 인한 고통 더 가중	부모책임이 더 크다 "자식 잡아 먹은 어미"	본인책임이 더 크다
		부모에 대한 불효, 집안체면 손상	질병으로 이해하는 경향이 강함
		분노, 슬픔, 고통을 표현하지 않고 내면화, 삭임. 본인책임이 더 크다 "자식죽은 부모가 무슨 할말이 있겠느냐 "	분노, 슬픔, 고통을 표현
실천적 측면		가족과 개인의 책임의 인식 "마음편히 말할 데가 없다 "	사회적 책임의 인식
		11가족 중 두 아버지가 1년이내 동일한 방법으로 자살, "언제 따라갈지 모른다 "	
		남겨진 자녀의 제2의 자살의 위험성	

자료: 김가득. 자살로 자녀를 잃은 부모의 경험. 전북대학교 사회복지학과 박사학위논문, 2012

이유 2: 자살의 사회경제적 비용부담은 거의 심뇌혈관 수준이다.

	암	자살	추계
직접비용	치료비용/교통비/간병비	없는 것으로 가정	현재추계되고 있는 비용
간접비용	조기사망과 의료이용에 따른 생산력 손실비용	생산력 손실비용	
		자살시도자*, 자살생각**으로 인한 신체적, 정신적 고통비용 산정	새로 추가되어야 할 비용
		암환자보다 자살유가족***의 신체적, 정신적 고통비용이 더 큼. 이 부분을 산정	

*지난1년간 유병률 0.3%, 약 10만8천명, 네델란드 연구: 0.46 disability weight (중등도 내지 중증의 심부전의 장애정도)

**지난1년간 유병률 3.7%, 약 133만명, 약 네델란드 연구: 0.37 DW (중등도의 류마치스관절염의 장애정도)

*** 자살유가족: 매년 7만 5천명 (사망자 1.5만명 * 5(유가족 및친구))

네델란드: 자살사회적 부담 (43,500 DALYs, 21위의 질병부담크기), 자살시도자까지 포함(90,700 DALYs, 11위의 질병부담크기, 치매가 10위), 자살생각까지 포함 (257,000 DALYs) : DALYs (disability adjusted life years)

Source: Kerkhof. Calculating the burden of disease of suicide, attempt suicide

Suicide ideation by estimating disability weights. Crisis, 33(2) 63-65,

자살유가족지원과 시도자에 대해서는 건강권 차원에서 사회가 도와야 한다. 그 이유는 너무 고통스럽게 살기 때문이다. 이들에 관해 돕지 않은 것은 마치 암환자를 방치하는 것과 같다.

2) 응급실 기반 자살시도자 사후관리사업 현황 및 개선방향

- (현황) 전국 52개 응급의료센터* 참여, '17년 동 사업수행기관 내원자 12,264명 중 서비스수혜자(초기평가수행) 8,815명(71.9%)
 - * 중앙센터 1/1, 권역센터 24/36, 지역센터 27/117
 - '16년 27개소(20억원) → '17년 42개소(33억원) → '18년 52개소(47억원) → '19년 63개소 예정(60억원, 정부안)
- (사업효과성) 자살시도자 중 동 사업의 서비스 수혜자는 비수혜자에 비해 사망률이 절반이하로 감소(비수혜자 14.6% vs. 수혜자 5.9%)
 - * 출처 : 「응급실기반 자살시도자 사후관리사업 성과지표 개발 및 적용」 서울대학교병원 응급의학과 송경준 교수 (2015년)
- (문제점) △자살시도자 수 증가에 따른 적정 사례관리 수* 초과
 - * 사례관리자 2인의 연간 적정 사례관리 수는 320사례 수준(8개)
- (개선방향) △적정 사례관리 수 초과 기관 사례관리자 증원(2인→3인)*
 - * '18년 2개소 시범운영, 19년 6개소 추가 검토 예정

3) 자살 유가족 지원 사업의 현황 및 개선방향

- (현황) 자살 유가족에 대하여 전문 상담 및 사례관리, 자조그룹지원*, 치료비 지원**, 심리부검 면담*** 등을 지원 중
 - * 광역정신건강복지센터 중심으로 서울시 '자작나무' 등 총 31개 자조모임 운영 중
 - ** '생명보험사회공헌재단' 연계 1인당 140만원(최대 300만원) 지원('17.8월~)
 - *** '15년부터 '17년까지 자살사망자 289명, 자살유가족 352명을 대상으로 심리부검 면담 시행
- (문제점) 자살 유가족에게 가장 필요한 정신건강문제에 대한 지원은 비교적 잘 이루어지고 있으나, 갑작스런 사별로 준비 없이 겪게 되는 법률·상속·장례·행정적 문제*에 대한 지원 서비스 부족
 - * 사별직후부터 3개월 이내 필요한 서비스 1순위로 자살유가족 및 자살유가족 담당 실무자 모두 정신건강문제와 장례·이사·법·보험·행정처리 문제를 꼽았음(자살유가족 지원체계 확립을 위한 기초연구, 2016)
 - ※ (서울시) 법률상담 등 비용 지원, 사별 후 심리적·경제적 어려움으로 인해 주거지원이 필요한 자살유가족에 대해 임시쉼터 제공, (경찰청) 범죄피해자에 대해 치료비, 생계비, 학자금, 장례비 지원
- (개선방향) 국내외 자살 유가족 지원정책 조사, 자살유가족의 서비스 욕구 등에 대한 조사·분석을 통한 다양한 지원 프로그램 개발, 예산 확보를 통해 사업추진

이유 3: 자살예방은 가능하다.

정책결정자들이 자살 및 자살예방에 대한 인식수준이 많이 떨어진다. 교육이 필요하다.

세 집단간 자살에 대한 허용성 인식 점수 비교 (성,연령 보정)

집단별 허용성 인식 점수	평균	표준편차	표본수
일반국민	3.3	0.7	501
국회의원	3.6	0.6	155
자살예방업무 담당자	1.9	0.6	120
평균	3.1	0.9	776

대응별 비교						
종속 변수: 허용성 인식점수						
(I) 집단		평균차(I-J)	표준오차	유의확률 ^b	95% 신뢰구간 ^b	
			차	통계	하한값	상한값
1(국민)	2	-.407 [*]	.069	.000	-.543	-.271
	3	1.394 [*]	.072	.000	1.254	1.535
2(의원)	1	.407 [*]	.069	.000	.271	.543
	3	1.801 [*]	.099	.000	1.608	1.995
3(전문가)	1	-1.394 [*]	.072	.000	-1.535	-1.254
	2	-1.801 [*]	.099	.000	-1.995	-1.608

^a. 평균차는 .05 수준에서 유의합니다.
^b. 다중비교에 대한 조정: 최소유의차 (조정하지 않은 상태와 동일합니다.)

자료: 이원영 등. 일반국민, 정책결정자, 자살예방업무 담당자간 자살인식도 비교. 한국건강증진개발원. 중앙대학교산학협력단. 2014.

세 집단간 자살에 대한 예방가능성 인식 점수 비교 (성,연령 보정)

집단별 예방가능성 인식 점수	평균	표준편차	표본수
일반국민	2.18	.857	501
국회의원	1.85	.730	154
자살예방업무 담당자	4.48	.594	120
평균	2.47	1.181	775

대응별 비교						
종속 변수: 예방가능성						
(I) 집단		평균차(I-J)	표준오차	유의확률 ^b	차이에 대한	
			차	통계	하한값	상한값
1(국민)	2	.366 [*]	.083	.000	.202	.530
	3	-2.336 [*]	.086	.000	-2.505	-2.167
2(의원)	1	-.366 [*]	.083	.000	-.530	-.202
	3	-2.702 [*]	.119	.000	-2.935	-2.469
3(전문가)	1	2.336 [*]	.086	.000	2.167	2.505
	2	2.702 [*]	.119	.000	2.469	2.935

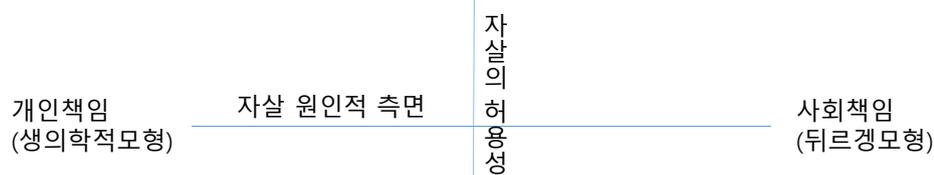
^a. 평균차는 .05
^b. 다중비교에 대한 조정: 최소유의차

자료: 이원영 등. 일반국민, 정책결정자, 자살예방업무 담당자간 자살인식도 비교. 한국건강증진개발원. 중앙대학교산학협력단. 2014.

이유 4: 우리는 더 이상 가까운 가족, 이웃, 국민배우, 좋은 정치인, 훌륭한 기업가를 잃어버릴 수 없다. - 자살의 담론 지형은 사회적 책임과 연대, 그리고 허용하지 않은 분위기로 바꾸어야 한다.

자살담론 지형

자살을 삶의 유일한 탈출구가 될 수 있다.
(suicide acceptance culture, prone suicide society)



자살은 삶의 탈출구가 되서는 안된다.

자살 담론지형 (자살원인적 측면)

자살의 태도와 인식에 관하여 2007, 2008, 2009년 10개의 신문의 4,500건의 기사를 분석한 결과임
 (자료: 이현정. 한국문화인류학 43-1: 307-324 (2010.1) 한국문화인류학회)

개인책임	?	사회책임
자살=의지의 나약함. 무책임의 발로	자살=국가적 불명예	자살=소외된 계층의 유일한 탈출구
자살=우울증이 만들어낸 병적인 현상 (생의학적 모형)	언론 및 인터넷에 의해 조장된 사회악	자살=부당한 대우/불합리한 정치체제에 대한 항의

매스미디어에서 생의학적 모형에 기초한 자살담론이 확대재생산, 정리해고 등 관련된 자살 관련 보도는 잘 다루지 않음. 대중들로 하여금 자살을 개인책임으로 인식하게 할 가능성이 있음. 자살에 대한 과학적이고 균형있는 인식제고 필요

우울증주부 친구딸 2명 자살동반
순발 뒤편 아파트 15층서 떨어져 숨지게 굳어져 자기말 데리고 뛰어내려...말은 중태

【쌍용차가 남긴 그늘】정리해고... '쌍용차 출신' 딱지... 결국 '사회적 타살'
· 쌍용차 13명, 그들은 왜 스러졌나

2일 평안시 금곡노조 쌍용자동차 지부장이 경기도 평택시 쌍용자동차 공장 앞에서 피켓을 고쳐 채우고

'OECD 자살 1위' 노인 우울증 심각...대책은?
입력 2013.06.03 (08:50) | 수정 2013.06.03 (08:57) | 마은뉴스팀

주요 키워드: [고위험](#) [키워드](#)

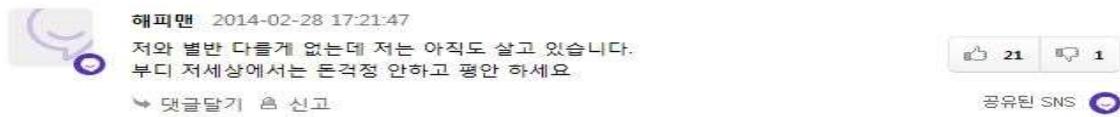
KT 직원 죽음의 행렬... 한 달도 안돼 또 자살
 올해만 전현직 직원 8명 스스로 목숨 끊어... "KT, 한계에 다다랐다" "사회적 평균에 미달"
 입력 : 2013-07-08 16:00:31 | 노출 : 2013.07.09 16:00:40 | 박장준 기자 | weshe@mediatoday.co.kr

자살담론 지형 (자살허용성 측면)

- 자살을 허용할 수 있다. (다수의 반응)



- 자살은 극히 예외적으로 허용될 수 있다. (소수의 반응)



앞으로 이를 위한 복지정책 개선을 위한 지속적인 연구와 제도 개선이 이루어져야 한다고 하면서 "송파 세 모녀에 대해 송구스러움과 미안함 그리고 죄책감마저 느낀다. 부디 편안한 곳에서 안식하시기를 기원드린다."면서 깊은 조의를 표했다.

