

대전광역시 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델 개발 연구

• 책임연구원

류주연 _대전광역시사회서비스원 선임연구원

• 공동연구원

임정숙 _경희대학교 학술연구교수

정명희 _대전대학교 강사

심혜선 _대전광역시사회서비스원 선임연구원

정민지 _대전광역시사회서비스원 위촉연구원



대전광역시 자살예방 및 고위험군 발굴 모델 개발 연구



대전시민 및 전문가 1,340명 대상 조사

자살에 대한 태도

자살에 대한 주요 태도 [5점 만점]

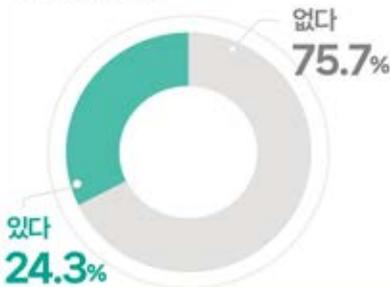
전체 응답자 1,340명

사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다	2.16점	누구든지 자살할 수 있다	3.25점
자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다	1.82점	누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다	3.02점
누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다	3.99점	자살은 아무런 경고 없이 발생한다	2.59점
자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다	3.51점	대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다	3.12점

자살예방행동 역량

자살위험자를 만난 경험

전체 응답자 1,340명



주요 자살예방행동 역량 [5점 만점]

전체 응답자 1,340명

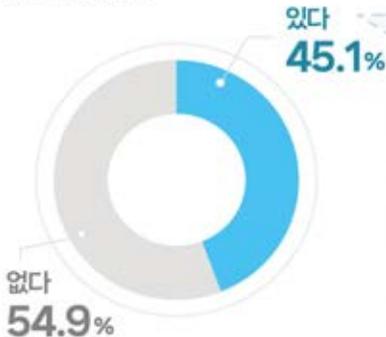
대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	3.13점
대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다	3.31점
대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	3.64점
대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	3.92점



자살예방교육

자살예방 교육 참여경험

전체 응답자 1,340명



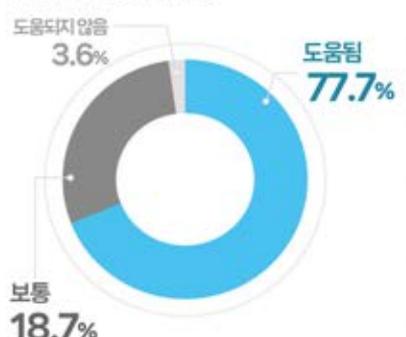
자살예방교육 참여 횟수

자살예방교육 경험자 604명

1회	27.1%
2회	29.5%
3회	17.2%
4회 이상	26.2%

자살예방교육의 도움 정도

자살예방교육 경험자 604명



자살예방 정기교육

자살예방교육 경험자 604명



가장 필요한 정기 교육 내용

정기교육이 필요하다는 응답자 508명

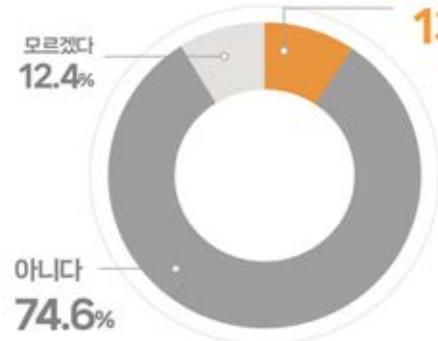
실습 중심 교육을 통해 현장 적용 능력을 높이는 것	35.8%
심화 교육을 통해 전문성을 높이는 것	35.6%
동일한 내용을 반복하여 충분히 숙지하도록 하는 것	28.6%

자살예방활동 활성화

자살예방활동 참여 여부

전체 응답자 1,340명

자살예방활동 참여자 174명



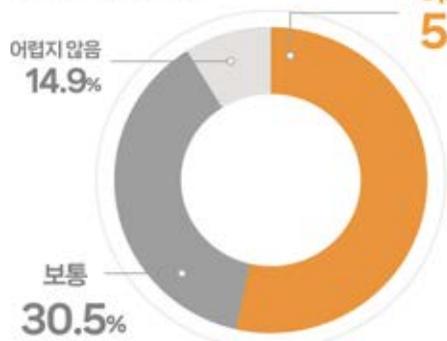
자살예방활동에 참여할 수 있었던 이유 (1+2순위)



자살예방활동 어려움

자살예방활동 참여자 174명

자살예방활동 시 어려움 경험자 95명



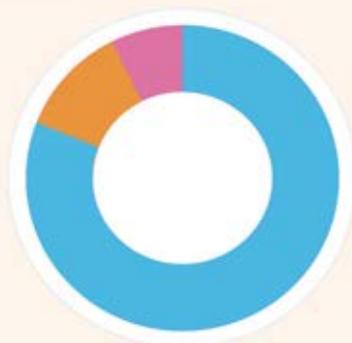
자살예방활동을 하면서 어려웠던 이유 (1+2순위)



자살예방활동 참여 의향

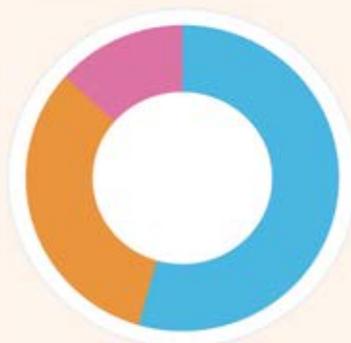
자살예방활동 참여자

자살예방활동 참여자 174명



자살예방활동 비참여자

자살예방활동 비참여자 1,166명



자살예방활동 활성화를 위한 대전시/자치구의 지원 (1+2순위)

전체 응답자 1,340명

자살예방교육 강화	34.3%	필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련	23.4%
자살 위험수준별 연락 가능한 기관 정보 제공	31.5%	활동비 지원	21.6%
발견한 자살위험군에게 제공 가능한 서비스 확대	26.0%	사회적 인정 방안 마련	21.6%
자살예방활동가를 위한 공동체/정기모임 구성 및 관리, 지원	24.9%	자살예방활동에 대한 적극적인 홍보	16.3%

차 례

요 약	i
제1장 서론	1
제1절 연구배경과 목적	3
제2절 연구내용과 방법	6
1. 연구범위: 주요 개념 정의	6
2. 연구내용과 방법	6
제2장 대전광역시 자살 실태 및 환경 분석	11
제1절 대전광역시 자살 실태 분석	13
1. 지역별 자살 현황	13
2. 성별 자살 현황	17
3. 연령별 자살 현황	25
4. 교육 수준별 자살 현황	42
5. 직업분류별 자살 현황	44
6. 혼인상태별 자살 현황	47
7. 동기별 자살 현황	49
제2절 대전광역시 환경 분석	56
1. 도시화율	56
2. 인구구조	59
3. 사회경제적 환경	68
제3절 소결	80

제3장 자살예방 및 관련 정책 분석	85
제1절 우리나라의 자살예방정책 분석	87
1. 국내 자살예방정책 방향	87
2. 자살예방사업 전달체계	97
3. 대전광역시 자살예방정책	103
제2절 자살고위험군 발굴 정책: 생명지킴이	108
1. 생명지킴이 선행연구	108
2. 생명지킴이사업	112
3. 대전광역시 생명지킴이 사업	116
제3절 자살예방서비스 연계 정책 분석	117
1. 자살예방서비스의 지역사회 연계 필요성	117
2. 자살예방 유관 정책 분석	119
제4절 소결	131
제4장 설문조사 분석	135
제1절 조사 개요	137
1. 조사 목표	137
2. 조사 대상 및 표본 추출	137
3. 분석방법	139
4. 설문지 구성	139
제2절 분석 결과	145
1. 인구사회학적 특성	145
2. 자살에 대한 태도	147
3. 자살에 대한 지식	170
4. 자살 대응 행동	187
5. 자살예방교육	221
6. 자살예방활동 활성화 방안	234
제3절 소결	250

제5장 질적연구 분석	255
제1절 조사 개요	257
1. 조사 목표 및 개요	257
2. 조사 대상 및 주요 질문	258
제2절 분석결과	260
1. 대전지역 자살문제 특성	261
2. 지역사회 환경 특성	264
3. 자살예방사업의 긍정적인 역할과 한계점	267
4. 지역사회 유관 기관과의 협업 경험	273
5. 자살예방활동가 양성교육과 활용·관리경험	276
6. 자살예방활동사업의 주안점과 개선방안	279
7. 지자체의 역할과 지원방안	282
제3절 소결	286
제6장 결론 및 제언	293
제1절 결론	295
제2절 제언	299
1. 대전광역시 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델(안)	299
2. 세부 제언	302
참고문헌	327
부 록	339
부록1. 설문조사표	341
부록2. 설문조사 분석 결과(연령기준)	355

표 차례

[표 2-1] 전국 지역별 자살 현황	14
[표 2-2] 대전광역시 자치구별 자살 현황 추이	16
[표 2-3] 전국 남성 자살 현황 추이	18
[표 2-4] 전국 여성 자살 현황 추이	20
[표 2-5] 대전광역시 자치구별 남성 자살 현황 추이	22
[표 2-6] 대전광역시 자치구별 여성 자살 현황 추이	24
[표 2-7] 전국 연령별 자살 현황 추이	26
[표 2-8] 대전광역시 연령별 자살 현황 추이	30
[표 2-9] 대전광역시 동구 연령별 자살 현황 추이	33
[표 2-10] 대전광역시 중구 연령별 자살 현황 추이	35
[표 2-11] 대전광역시 서구 연령별 자살 현황 추이	37
[표 2-12] 대전광역시 유성구 연령별 자살 현황 추이	39
[표 2-13] 대전광역시 대덕구 연령별 자살 현황 추이	41
[표 2-14] 전국 교육 수준별 자살 현황 추이	42
[표 2-15] 대전광역시 교육수준별 자살 현황 추이	43
[표 2-16] 전국 직업분류별 자살 현황 추이	45
[표 2-17] 대전광역시 직업분류별 자살 현황 추이	46
[표 2-18] 전국 혼인상태별 자살 현황 추이	47
[표 2-19] 대전광역시 혼인상태별 자살 현황 추이	48
[표 2-20] 전국 동기별 자살 현황 추이	50
[표 2-21] 2021년 성별 동기별 자살 현황	52
[표 2-22] 2021년 연령대별 동기별 자살 현황	54
[표 2-23] 2020~2021년 대전광역시 동기별 자살 현황 및 증감률	55
[표 2-24] 전국 광역시도 인구밀도	57
[표 2-25] 대전광역시 자치구별 인구밀도	58
[표 2-26] 전국 광역시도 1인 가구 수 및 가구 비율	60
[표 2-27] 대전광역시 자치구별 1인 가구 수 및 비율	61

[표 2-28] 전국 광역시도 청년인구(19-34세) 수 및 비율	63
[표 2-29] 대전광역시 자치구 청년인구(19-34세) 수 및 비율	64
[표 2-30] 전국 광역시도 노인인구(65세 이상) 수 및 비율	66
[표 2-31] 대전광역시 자치구 노인인구 수 및 비율	67
[표 2-32] 전국 광역시도 고용률	69
[표 2-33] 대전광역시 자치구 고용률(2023. 2/2 반기 기준)	70
[표 2-34] 전국 광역시도 이혼건수 및 조이혼율	72
[표 2-35] 대전광역시 자치구 이혼건수 및 조이혼율	73
[표 2-36] 전국 광역시도 일반회계 중 사회복지예산비중	75
[표 2-37] 대전광역시 자치구 일반회계 중 사회복지예산비중	76
[표 2-38] 전국 광역시도 국민기초생활보장수급 비율	78
[표 2-39] 대전광역시 자치구 국민기초생활보장 일반수급자 수 및 비율(2022년 기준)	79
[표 3-1] 자살예방기본계획 주요 추진과제	88
[표 3-2] 추진전략 및 핵심과제	91
[표 3-3] 보건복지부 자살예방정책과의 역할	98
[표 3-4] 한국생명존중희망재단 역할	99
[표 3-5] 광역자살예방센터 주요 사업	100
[표 3-6] 기초자살예방센터 주요사업	101
[표 3-7] 제5차 자살예방기본계획 '추진전략5. 효율적 자살예방 추진기반 강화': 광역 및 기초 전달체계 재정립	102
[표 3-8] 2023년 대전광역시 자살예방시행계획 전략 및 추진과제, 세부사업	104
[표 3-9] 자살예방위원회의 주요 역할	106
[표 3-10] 대전광역시 유관 기관 연계사업	107
[표 3-11] 생명지킴이교육 프로그램 종류	109
[표 3-12] 생명지킴이 사업의 법적 근거(「자살예방법」)	112
[표 3-13] 한국생명존중희망재단의 생명지킴이 사업 내용	113
[표 3-14] 광역자살예방센터 주요 대상별 생명지킴이 사업	114
[표 3-15] 광역자살예방센터 생명지킴이 사업 내용	114
[표 3-16] 기초자살예방센터 주요 대상별 생명지킴이 사업 내용	115

[표 3-17] 기초자살예방센터 생명지킴이 사업 내용	115
[표 3-18] 대전광역시 생명지킴이 교육	116
[표 3-19] 제5차 자살예방기본계획 중 지역사회 연계 관련 주요 전략 및 과제	118
[표 3-20] 찾아가는 복지전담팀 설치 현황	122
[표 3-21] 수행 주체별 세부 역할	123
[표 3-22] 대전광역시 지역사회보장협의체 현황	124
[표 2-23] 명예사회복지공무원 현황	125
[표 3-24] 복지만두레 현황	126
[표 3-25] 민간사례관리 자원봉사자(보라미) 현황	126
[표 4-1] 조사대상	138
[표 4-2] 조사 설계	138
[표 4-3] ATTS-20세부 요인	141
[표 4-4] 자살예방행동 척도	142
[표 4-5] 조사 내용	144
[표 4-6] 성별	145
[표 4-7] 연령대	146
[표 4-8] 최종학력	146
[표 4-9] 자살에 대한 태도_종합점수	147
[표 4-10] 자살에 대한 태도_요인별 점수	149
[표 4-11] 자살에 대한 태도_사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다	150
[표 4-12] 자살에 대한 태도_자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다	151
[표 4-13] 자살에 대한 태도_누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다..	152
[표 4-14] 자살에 대한 태도_자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다	153
[표 4-15] 자살에 대한 태도_자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다 ..	154
[표 4-16] 자살에 대한 태도_누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다..	155
[표 4-17] 자살에 대한 태도_누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다	156
[표 4-18] 자살에 대한 태도_젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다	157

[표 4-19] 자살에 대한 태도_자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다	158
[표 4-20] 자살에 대한 태도_누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다	159
[표 4-21] 자살에 대한 태도_자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다	160
[표 4-22] 자살에 대한 태도_누구든지 자살할 수 있다	161
[표 4-23] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다	162
[표 4-24] 자살에 대한 태도_누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다	163
[표 4-25] 자살에 대한 태도_자살은 경고 없이 발생한다	164
[표 4-26] 자살에 대한 태도_자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다	165
[표 4-27] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다	166
[표 4-28] 자살에 대한 태도_자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다	167
[표 4-29] 자살에 대한 태도_누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다	168
[표 4-30] 자살에 대한 태도_자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다	169
[표 4-31] 자살에 대한 지식 종합점수	170
[표 4-32] 전체 문항 정답률	171
[표 4-33] 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다는 생각에 대한 의견	172
[표 4-34] 일반적인 자살의 가장 주요한 원인	173
[표 4-35] 자살의도를 전달하는 표현을 들었을 때 하지 말아야 하는 질문	174
[표 4-36] 목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태	175
[표 4-37] 고통받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각	177
[표 4-38] 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것	178
[표 4-39] 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 넘겨야 한다	179
[표 4-40] 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다	180
[표 4-41] 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다	181
[표 4-42] 자살 관련 가장 옳다고 생각하는 것	182
[표 4-43] 자살의 경고신호가 아닌 것	183
[표 4-44] 자살한 사람에게 나타나는 특성 (중복응답)	184
[표 4-45] 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호 (중복응답)	185

[표 4-46] 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방법	186
[표 4-47] 자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할	188
[표 4-48] 자살예방행동_총점	189
[표 4-49] 자살예방행동_모음	190
[표 4-50] 자살예방행동_대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	191
[표 4-51] 자살예방행동대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다	192
[표 4-52] 자살예방행동_대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다	193
[표 4-53] 자살예방행동_대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	194
[표 4-54] 자살예방행동_대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	195
[표 4-55] 자살예방행동_대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다	196
[표 4-56] 자살예방행동_대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	197
[표 4-57] 자살예방행동_자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다	198
[표 4-58] 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 경험	199
[표 4-59] 자살위험이 있는 사람의 주 연령대	200
[표 4-60] 자살위험이 있는 사람의 성별	201
[표 4-61] 자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법	202
[표 4-62] 자살위험이 있는 사람을 처음 만나게 된 주된 경로	204
[표 4-63] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1순위	206
[표 4-64] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1+2순위	206
[표 4-65] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관_1순위	208
[표 4-66] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관_1+2순위	208
[표 4-67] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 기관_1순위	210
[표 4-68] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 기관_1+2순위	210
[표 4-69] 자살위험이 있다는 것을 알고서도 아무런 조치를 취하지 않은 이유	211
[표 4-70] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감	212
[표 4-71] 심리적으로 부담을 느낀 이유	214

[표 4-72] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1순위	216
[표 4-73] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1+2순위	216
[표 4-74] 자살위험이 있는 사람을 연결할 기관	217
[표 4-75] 자살위험이 있는 사람에게 안내할 자살 관련 기관	218
[표 4-76] 자살위험이 있는 사람을 만난다면 그때의 심리적 부담	219
[표 4-77] 심리적으로 부담을 느낀 이유	220
[표 4-78] 자살예방교육 경험	222
[표 4-79] 자살예방교육 횟수	223
[표 4-80] 자살예방 교육 방법 (중복응답)	224
[표 4-81] 자살예방 교육 장소 (중복응답)	226
[표 4-82] 자살 관련 교육 및 훈련을 받은 이유	228
[표 4-83] 자살예방교육의 도움 정도	229
[표 4-84] 자살예방교육이 도움이 되지 않은 점	230
[표 4-85] 정기적 자살예방교육의 필요성	231
[표 4-86] 정기교육 시 가장 필요한 교육	232
[표 4-87] 정기교육의 빈도	233
[표 4-88] 대전지역 내 자살예방활동 필요성	234
[표 4-89] 현재 자살예방활동(생명지킴이) 참여 여부	235
[표 4-90] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1순위	237
[표 4-91] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1+2순위	237
[표 4-92] 자살예방활동 중 어려움 경험	238
[표 4-93] 자살예방활동 중 어려웠던 이유_1순위	240
[표 4-94] 자살예방활동 중 어려웠던 이유_1+2순위	240
[표 4-95] 앞으로도 자살예방활동 참여할 의향	241
[표 4-96] 향후 자살예방활동 참여할 의향	242
[표 4-97] 대전광역시 자살위험 수준 정도	243
[표 4-98] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원_1순위	245
[표 4-99] 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원_1+2순위	245
[표 4-100] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1순위	247

[표 4-101] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1+2순위	247
[표 4-102] 지역의 자살예방활동 활성화를 위한 방안	249
[표 5-1] FGI 참여자의 일반적 특성	258
[표 5-2] FGI 질문지	259
[표 5-3] 주요 결과	260
[표 6-1] 세부 제언	302
[부표 1] 자살에 대한 태도_종합점수	355
[부표 2] 자살에 대한 태도_요인별 점수	355
[부표 3] 자살에 대한 태도_사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다	356
[부표 4] 자살에 대한 태도_자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다	356
[부표 5] 자살에 대한 태도_누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다	356
[부표 6] 자살에 대한 태도_자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다	357
[부표 7] 자살에 대한 태도_자살은 경고 없이 발생한다	357
[부표 8] 자살에 대한 태도_누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다	357
[부표 9] 자살에 대한 태도_자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다	358
[부표 10] 자살에 대한 태도_젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다	358
[부표 11] 자살에 대한 태도_누구든지 자살할 수 있다	358
[부표 12] 자살에 대한 태도_자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다 ..	359
[부표 13] 자살에 대한 태도_자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다 ..	359
[부표 14] 자살에 대한 태도_자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다	359
[부표 15] 자살에 대한 태도_누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다	360
[부표 16] 자살에 대한 태도_자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다	360
[부표 17] 자살에 대한 태도_누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다 ..	360
[부표 18] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다	361
[부표 19] 자살에 대한 태도_누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다 ..	361
[부표 20] 자살에 대한 태도_누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다	361

[부표 21] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다	362
[부표 22] 자살에 대한 태도_자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다 ..	362
[부표 23] 자살에 대한 지식 종합점수	363
[부표 24] 전체 문항 정답률	363
[부표 25] 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다는 생각에 대한 의견	364
[부표 26] 일반적인 자살의 가장 주요한 원인	364
[부표 27] 자살의도를 전달하는 표현을 들었을 때 하지 말아야 하는 질문	364
[부표 28] 목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태	365
[부표 29] 고통 받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각	365
[부표 30] 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것	365
[부표 31] 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 넘겨야 한다	366
[부표 32] 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다	366
[부표 33] 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다	366
[부표 34] 자살 관련 가장 옳다고 생각하는 것	367
[부표 35] 자살의 경고신호가 아닌 것	367
[부표 36] 자살한 사람에게 나타나는 특성 (중복응답)	368
[부표 37] 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호 (중복응답)	368
[부표 38] 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방법	368
[부표 39] 자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할	369
[부표 40] 자살대응 자기평가_모음	369
[부표 41] 자살대응 자기평가_모음	370
[부표 42] 자살대응 자기평가_대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다 ..	370
[부표 43] 자살대응 자기평가_대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다	371
[부표 44] 자살대응 자기평가_대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다	371
[부표 45] 자살대응 자기평가_대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	371

[부표 46] 자살대응 자기평가_대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	372
[부표 47] 자살대응 자기평가_대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다	372
[부표 48] 자살대응 자기평가_대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	372
[부표 49] 자살대응 자기평가_자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다	373
[부표 50] 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 경험	373
[부표 51] 자살위험이 있는 사람의 주 연령대	374
[부표 52] 자살위험이 있는 사람의 성별	374
[부표 53] 자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법	375
[부표 54] 자살위험이 있는 사람을 처음 만나게 된 주된 경로	375
[부표 55] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1순위	376
[부표 56] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1+2순위	376
[부표 57] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 자살 관련 기관_1순위	377
[부표 58] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 자살 관련 기관_1+2순위	377
[부표 59] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 자살 관련 기관_1순위	378
[부표 60] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 자살 관련 기관_1+2순위	378
[부표 61] 자살위험이 있다는 것을 알고서도 아무런 조치를 취하지 않은 이유	378
[부표 62] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감	379
[부표 63] 심리적으로 부담을 느낀 이유	379
[부표 64] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1순위	380
[부표 65] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1+2순위	380
[부표 66] 자살위험이 있는 사람을 연결할 자살 관련 기관	381
[부표 67] 자살위험이 있는 사람에게 안내할 자살 관련 기관	381
[부표 68] 자살위험이 있는 사람을 만난다면 그 때의 심리적 부담	382
[부표 69] 심리적으로 부담을 느낀 이유	382
[부표 70] 자살예방 관련 교육 경험	383
[부표 71] 자살예방 관련 교육 횟수	383
[부표 72] 자살예방 교육 방법 (중복응답)	383

[부표 73] 자살예방 교육 장소 (중복응답)	384
[부표 74] 자살 관련 교육 및 훈련을 받은 이유	385
[부표 75] 자살예방교육의 도움 정도	385
[부표 76] 자살예방교육이 도움이 되지 않은 점	386
[부표 77] 자살 관련 정기적 교육의 필요성	387
[부표 78] 정기교육 시 가장 필요한 교육	387
[부표 79] 정기교육의 빈도	387
[부표 80] 대전지역 내 자살예방활동 필요성	388
[부표 81] 현재 자살예방활동(생명지킴이) 참여 여부	388
[부표 82] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1순위	389
[부표 83] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1+2순위	389
[부표 84] 자살예방활동 시 어려움 경험	390
[부표 85] 자살예방활동 하면서 어려웠던 이유_1순위	390
[부표 86] 자살예방활동 하면서 어려웠던 이유_1+2순위	391
[부표 87] 앞으로도 자살예방활동 참여할 의향	392
[부표 88] 향후 자살예방활동 참여할 의향	392
[부표 89] 대전시 자살위험 수준 정도	393
[부표 90] 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원_1순위	393
[부표 91] 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원_1+2순위	394
[부표 92] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1순위	394
[부표 93] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1+2순위	394
[부표 94] 지역의 자살예방활동 활성화를 위한 방안	395
[부표 95] 성별	396
[부표 96] 최종학력	396

그림 차례

[그림 1-1] 연구 흐름	9
[그림 2-1] 전국 및 대전광역시 자살 현황 추이	15
[그림 2-2] 대전광역시 자치구별 자살사망자 수 추이	16
[그림 2-3] 대전광역시 자치구별 자살률 추이	16
[그림 2-4] 전국 및 대전광역시 성별 자살률	21
[그림 2-5] 대전광역시 자치구별 남성 자살률	23
[그림 2-6] 대전광역시 자치구별 여성 자살률	24
[그림 2-7] 전국 연령별 자살 현황 추이	27
[그림 2-8] 전국 0-11세 자살 현황 추이	27
[그림 2-9] 전국 12-17세 자살 현황 추이	27
[그림 2-10] 전국 18-39세 자살 현황 추이	28
[그림 2-11] 전국 40-64세 자살 현황 추이	28
[그림 2-12] 전국 65세 이상 자살 현황 추이	28
[그림 2-13] 대전광역시 0-11세 자살 현황 추이	31
[그림 2-14] 대전광역시 12-17세 자살 현황 추이	31
[그림 2-15] 대전광역시 18-39세 자살 현황 추이	31
[그림 2-16] 대전광역시 40-64세 자살 현황 추이	31
[그림 2-17] 대전광역시 65세 이상 자살 현황 추이	31
[그림 3-1] 전국 자살률	87
[그림 3-2] 제5차 자살예방기본계획 비전 및 목표	90
[그림 3-3] 제5차 자살예방기본계획을 통해 달라지는 점	95
[그림 3-4] 정책 대상자별 관리체계	96
[그림 3-5] 자살예방사업 전달체계	97
[그림 3-6] 자살예방시행계획 추진체계	105
[그림 3-7] 스마트복지안전공동체 업무추진 방향	120
[그림 3-8] 찾아가는 보건복지서비스 주요 정책 추진방향	121
[그림 3-9] 명예사회복지공무원을 활용한 복지사각지대 발굴 지원 체계	125

[그림 3-10] 대전형 중장기 지역사회통합돌봄 발전계획(2023~2032)	128
[그림 3-11] 서비스 추진절차	129
[그림 3-12] 서비스 전달체계도	130
[그림 4-1] 자살에 대한 태도_요인별 점수	149
[그림 4-2] 자살에 대한 태도_사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다	150
[그림 4-3] 자살에 대한 태도_자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다	151
[그림 4-4] 자살에 대한 태도_누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다	152
[그림 4-5] 자살에 대한 태도_자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다	153
[그림 4-6] 자살에 대한 태도_자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다	154
[그림 4-7] 자살에 대한 태도_누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다	155
[그림 4-8] 자살에 대한 태도_누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다	156
[그림 4-9] 자살에 대한 태도_젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다	157
[그림 4-13] 자살에 대한 태도_자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다	158
[그림 4-11] 자살에 대한 태도_누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다	159
[그림 4-12] 자살에 대한 태도_자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다	160
[그림 4-13] 자살에 대한 태도_누구든지 자살할 수 있다	161
[그림 4-14] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다	162
[그림 4-15] 자살에 대한 태도_누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다	163
[그림 4-16] 자살에 대한 태도_자살은 경고 없이 발생한다	164
[그림 4-17] 자살에 대한 태도_자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다	165
[그림 4-18] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다	166
[그림 4-19] 자살에 대한 태도_자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다	167
[그림 4-20] 자살에 대한 태도_누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다	168
[그림 4-21] 자살에 대한 태도_자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다	169
[그림 4-22] 전체 문항 정답률	171
[그림 4-23] 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다는 생각에 대한 의견	172

[그림 4-24] 일반적인 자살의 가장 주요한 원인	173
[그림 4-25] 자살의도를 전달하는 표현을 들었을 때 하지 말아야 하는 질문	174
[그림 4-26] 목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태	175
[그림 4-27] 고통받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각	176
[그림 4-28] 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것	178
[그림 4-29] 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 넘겨야 한다	179
[그림 4-30] 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다	180
[그림 4-31] 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다 ..	181
[그림 4-32] 자살 관련 가장 옳다고 생각하는 것	182
[그림 4-33] 자살의 경고신호가 아닌 것	183
[그림 4-34] 자살한 사람에게 나타나는 특성 (중복응답)	184
[그림 4-35] 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호 (중복응답)	185
[그림 4-36] 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방법	186
[그림 4-37] 자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할	188
[그림 4-38] 자살예방행동_모음	190
[그림 4-39] 자살예방행동_대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	191
[그림 4-40] 자살예방행동_대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다	192
[그림 4-41] 자살예방행동_대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다 ..	193
[그림 4-42] 자살예방행동_대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	194
[그림 4-43] 자살예방행동_대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	195
[그림 4-44] 자살예방행동_대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다	196
[그림 4-45] 자살예방행동_대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	197
[그림 4-46] 자살예방행동_자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다 ..	198
[그림 4-47] 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 경험	199
[그림 4-48] 자살위험이 있는 사람의 주 연령대	200

[그림 4-49] 자살위험이 있는 사람의 성별	201
[그림 4-50] 자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법	202
[그림 4-51] 자살위험이 있는 사람을 처음 만나게 된 주된 경로	203
[그림 4-52] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처	205
[그림 4-53] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관	207
[그림 4-54] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 기관	209
[그림 4-55] 자살위험이 있다는 것을 알고서도 아무런 조치를 취하지 않은 이유	211
[그림 4-56] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감	212
[그림 4-57] 심리적으로 부담을 느낀 이유	213
[그림 4-58] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법	215
[그림 4-59] 자살위험이 있는 사람을 연결할 자살 관련 기관	217
[그림 4-60] 자살위험이 있는 사람에게 안내할 자살 관련 기관	218
[그림 4-61] 자살위험이 있는 사람을 만난다면 그때의 심리적 부담	219
[그림 4-62] 심리적으로 부담을 느낀 이유	220
[그림 4-63] 자살예방교육 경험	222
[그림 4-64] 자살예방교육 횟수	223
[그림 4-65] 자살예방교육 방법 (중복응답)	224
[그림 4-66] 자살예방 교육 장소 (중복응답)	225
[그림 4-67] 자살 관련 교육 및 훈련을 받은 이유	227
[그림 4-68] 자살예방교육의 도움 정도	229
[그림 4-69] 자살예방교육이 도움이 되지 않은 점	230
[그림 4-70] 정기적 자살예방교육의 필요성	231
[그림 4-71] 정기교육 시 가장 필요한 교육	232
[그림 4-72] 정기교육의 빈도	233
[그림 4-73] 대전지역 내 자살예방활동 필요성	234
[그림 4-74] 현재 자살예방활동(생명지킴이) 참여 여부	235
[그림 4-75] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유	236
[그림 4-76] 자살예방활동 중 어려움 경험	238
[그림 4-77] 자살예방활동 중 어려웠던 이유	239

[그림 4-78] 앞으로도 자살예방활동 참여할 의향	241
[그림 4-79] 향후 자살예방활동 참여할 의향	242
[그림 4-80] 대전광역시 자살위험 수준 정도	243
[그림 4-81] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원	244
[그림 4-82] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상	246
[그림 4-83] 지역의 자살예방활동 활성화를 위한 방안	248
[그림 5-1] FGI 분석결과를 통해서 도출된 대전지역과 자살예방사업 생태체계적 구조	292
[그림 6-1] 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델(안)	301
[그림 6-2] 자살예방전문기관과 지역사회의 협력	307
[그림 6-3] 광역자살예방센터와 기초정신건강복지센터의 역할 제안	317

요 약

I. 서론

□ 연구 배경과 목적

- 본 연구의 목적은 대전광역시의 특성에 적합한 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델을 개발하는 것임
- 자살의 대응에서 중요한 것은 예방이며 예방을 위해서는 지역사회 수준에 적합한 안 전망의 구축이 중요함
- 대전시의 자살예방을 위하여 어떻게 자살 고위험군을 발굴할지에 대한 깊이 있는 고민이 필요함. 따라서 본 연구는 대전광역시의 자살예방을 위하여 대전광역시의 자살 실태를 이해하여 특성을 반영한 자살 고위험군을 발굴할 수 있는 모델을 제시하고자 함

□ 연구내용과 방법

- 자살을 생각이나 계획을 갖고 스스로 자신의 목숨을 끊는 행위로 정의함
- 자살고위험군은 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단된 자임

II. 대전광역시 자살 실태 및 환경 분석

□ 대전광역시 자살 실태 분석

- 대전광역시의 자살률은 대체로 전국보다 높은 경향을 보임
- 2022년 대전광역시 전체 자살사망자 수는 371명으로 서구 112명, 유성구 77명, 동구 67명, 중구 58명, 대덕구 57명 순이었음
- 2018~2022년 대전시 남성 자살률 추이를 살펴보면 37.9명(2020년)에서 41.9명(2019년) 수준이다가 2022년 33.1명으로 감소하는 경향을 보임
- 2018~2022년 여성 자살률 추이를 살펴보면 15.6명(2019년)에서 2021년 18.8년으로 증가하다가 2022년 18.4명으로 감소함

- 2022년 대전광역시 자살사망자 수는 371명 중 40-64세가 153명, 18-39세 112명, 65세 이상 102명, 12-17세 4명 순으로 나타남
- 2022년 대전광역시 자살사망자 중 고등학교 졸업이 116명(31.3%), 대학(교) 졸업 101명(27.2%), 초등학교 졸업 49명(13.2%), 중학교 졸업 43명(11.6%), 무학 20명(5.4%), 대학원 졸업 이상 11명(3.0%) 순이었음
- 2022년 대전광역시 직업분류별 자살사망자는 232명(62.5%), 서비스종사자 및 판매 종사자 38명(10.2%), 사무직 37명(10.0%), 단순노무 종사자 27명(7.3%), 전문가 및 관련 종사자 19명(5.1%), 장치기계 조작 및 조립종사자 6명(1.6%), 기능원 및 관련 기능 종사자 3명(0.8%), 농림어업숙련 종사자와 관리자가 각 1명(0.3%) 순이었음
- 2022년 대전광역시 혼인상태별 자살사망자 수는 배우자 있음이 141명(38.0%), 미혼 128명(34.5%), 이혼 63명(17.0%), 사별 39명(10.5%) 순이었음
- 2020~2021년 대전광역시 동기별 자살 현황을 살펴보면, 2020년에 비해 2021년에 증가한 자살 동기는 사별문제, 경제생활 문제, 직장 또는 업무상의 문제였음. 감소한 동기로는 가정문제, 육체적 질병 문제, 남녀문제로 나타남

□ 대전광역시 환경 분석

- 전국 인구밀도는 2022년 기준 514.6명/㎢로 대전시는 전국 수준에 비해서 약 5배 이상 인구밀도가 높았음
- 대전광역시는 전국에서 1인 가구 비율이 높은 지역이며 청년인구 비율이 타 시도에 비해서는 상대적으로 높음. 노인인구는 전국 수준보다는 낮지만 2018년 12.7%에서 2022년 16.1%로 3% 이상 높아짐
- 대전시의 고용률은 전국에 비해서는 2020년과 2021년을 제외하고는 전국 수준보다 낮은 수치였음
- 대전시의 이혼율은 낮아지고 있으며, 사회복지예산비중과 국민기초생활수급비율은 전국보다 높은 비율을 보임

Ⅲ. 자살예방 및 관련 정책 분석

□ 우리나라의 자살예방정책 분석

- 제5차 자살예방기본계획은 ‘자살로부터 안전한 사회구현’을 비전으로 자살사망자 수 감소, 지역 맞춤형 자살예방정책 강화, 고위험군 집중관리를 목표로 제시함
- 자살예방사업 전달체계는 중앙부처(보건복지부), 광역지자체, 기초지자체로 연계되는 수직적 전달체계와 일선 행정기관, 서비스 제공기관 중심의 수평적 전달체제로 구성됨
- 대전시의 자살예방사업은 ‘자살위험 없는 안전한 도시, 생명존중도시 대전’을 비전으로 매년 지역 내 다양한 기관 및 전문가의 의견과 자문 등 의견수렴 과정을 통해 자살예방시행계획을 수립함
- 대전시에는 대전시청과 1개의 광역자살예방센터, 5개 자치구별 보건소와 기초정신건강복지센터가 자살예방사업의 핵심 전달체제로 기능하고 있음
- 자살예방위원회가 구축되어 있으며 다양한 지역 내 유관 민관 조직과는 다양한 연계 사업을 추진 중임

□ 자살고위험군 발굴 정책: 생명지킴이

- 생명지킴이 사업의 원칙은 ‘자살예방생명지킴이 활성화’로 전 국민 대상 생명지킴이 교육으로 촘촘한 인적 발굴망을 구축하고 있음
- 대전광역시에서는 생명지킴이 상시/상설 교육 개설 및 운영, 생명지킴이 사후관리, 생명지킴이 강사 지원을 실시하고 있음
- 대전광역시의 생명지킴이는 2019년 15,085명, 2020년 7,131명, 2021년 11,672명, 2022년 13,554명이 양성됨

□ 자살예방서비스 연계 정책 분석

- 읍면동 찾아가는 보건복지서비스와 대전시 지역사회통합돌봄 정책 등을 살펴봄으로써 이 안에서의 연계 전략을 고민하였음
- 대전광역시 82개동에 찾아가는 복지전담팀이 운영되어 발굴대상이 기존의 복지대상자 뿐만 아니라 새로운 사회적 위험에 노출되어 있는 모든 주민으로 확대되었음
- 사각지대 등의 발굴과 지원은 공공 전달체계 만으로 대응하기에는 한계가 있는 영역으로 다양한 지역사회의 자원과 함께하며 지역의 인적 안전망을 구축이 필요함

- 지역사회통합돌봄 정책인 ‘대전형 중장기 지역사회통합돌봄 발전계획(2023~2032)’은 모든 시민이 살던 곳에서 돌봄을 통해 안전하고 행복하게 보낼 수 있는 일류복지 도시를 실현하고자 수립된 정책임
 - 지역사회통합돌봄 정책에는 5대 돌봄서비스(일시재가, 주거편의, 이동지원, 영양급식, 단기시설 서비스)와 통합돌봄서비스(스마트돌봄, 퇴원환자지원, 건강의료, 공적돌봄 연계, 민간기관 등의 연계)가 있음

IV. 설문조사 분석

□ 개요

- 목적: 자살예방과 자살고위험군의 발굴 모델 구축을 위한 기초자료로 활용하고자 이와 관련한 지역사회의 역량 및 관련 수요 등을 체계적으로 이해하고자 하였음
- 분석대상: 총 1,340명
 - 아동·청소년~노인에 이르기까지 지역주민을 직접 만나 사각지대 발굴, 지원 등의 활동을 하는 대전시민 및 전문가
 - 대전시민(650명): 지역주민참여조직에 활동하는 회원
 - 전문가(690명): 사회복지사(사회복지이용시설), 생활지원사(노인맞춤돌봄서비스), 교육부문(교육복지사, 워센터/워클래스 상담사, 청소년 상담복지센터 상담사), 공공부문(행정복지센터 공무원, 보건소 방문간호사, 통합사례관리사)

□ 주요 분석 결과

- 자살에 대한 태도
 - 5점 만점에 평균 2.79점이었음. 소속유형별로는 교육부문이 2.93점으로 가장 높았으며 그 뒤로 공공부문 2.86점, 사회복지사 2.79점, 주민참여조직 2.77점, 생활지원사 2.71점의 순이었음
- 자살에 대한 지식
 - 평균 54.40점(100점 만점)으로 나타나 중간을 약간 넘는 수준이었음. 소속유형별로는 공공부문 평균 58.02점, 생활지원사 57.23점, 사회복지사 56.37점, 주민참여조직 52.98점, 교육부문 49.41점이었음

○ 자살 대응 행동

- 자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할로는 ‘그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할’(35.6%), ‘그 사람이 전문가를 찾아갈 수 있도록 기관을 소개·안내하는 역할’(25.9%), ‘괜찮아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해주는 역할’(22.9%) 등의 순으로 나타남
- 자살예방행동 역량은 5점 만점에 평균 3.46점의 수준이었음. 교육부문 평균 3.67점, 생활지원사 3.57점, 사회복지사 3.53점, 공공부문 3.46점, 주민참여조직 3.36점의 순이었음

○ 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 ‘경험이 있는’ 응답자는 24.3%, ‘경험이 없는’ 응답자는 75.7%였음

○ 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감은 ‘부담스럽지 않음’ 15.3%, ‘부담스러움’ 68.7%로 부담스럽다고 느끼는 경우가 많았음

- 심리적으로 부담을 느낀 주된 이유로는 ‘그 사람이 자살할까봐 걱정되어서’(40.6%), ‘내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서’(20.5%), ‘힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에’(16.1%), ‘어떻게 대응해야 할지 몰라서’(11.2%), ‘그 사람이 서비스를 거부하여서’(5.4%), ‘진짜 자살위험이 있는지 없는지 구분할 자신이 없어서’(4.9%) 등의 순이었음

○ 자살예방교육 경험을 조사한 결과, ‘있다’ 45.1%, ‘없다’ 54.9%로 교육을 받지 않은 경우가 많았음

- 자살예방교육을 참여한 응답자에게 교육받은 이유를 조사한 결과, ‘내가 속한 소속의 필수교육이라서’(34.8%), ‘업무(활동)하는데 도움이 될 것 같아서’(27.8%), ‘내가 속한 소속에서 교육을 받으라고 권해서’(25.5%) 등의 순이었음
- 정기적 자살예방교육은 ‘필요하지 않음’ 2.6%, ‘필요함’ 84.1%로 필요하다는 응답이 높았음. 정기교육으로는 ‘실습 중심 교육을 통해 현장 적용 능력을 높이는 것’(35.8%), ‘심화 교육을 통해 전문성을 높이는 것’(35.6%), ‘동일한 교육 내용을 반복하여 충분히 숙지하도록 하는 것’(28.6%) 순이었음
- 정기교육 빈도로는 ‘연 1회’가 37.8%로 가장 높았으며, 그다음으로 ‘6개월에 1회’(35.2%), ‘3개월에 1회’(16.2%) 등의 순으로 나타남

○ 자살예방활동 중 어려움을 경험했는지의 질문은 ‘어렵지 않음’ 14.9%, ‘어려움’ 54.6%로 나타남

- 자살예방활동이 어려웠다고 응답한 자에게 그 이유를 물어본 결과, '자살예방 지식과 기술이 부족해서'(42.1%), '전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서'(14.8%), '자살목격 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에'(11.6%), '생업으로 인한 활동 부담으로'(10.5%), '전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서'(10.5%), '잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서'(10.5%)의 순이었음
- 대전지역 내 자살예방활동 필요성에 대해서는 '필요하지 않음'이 1.6%, '필요함'은 85.4%로 필요하다고 생각하는 경우가 다수였음
- 자살예방활동 활성화를 위해 대전시나 자치구에서 필요한 지원(1+2순위)으로는 '자살예방활동교육 강화'(34.3%), '자살위험수준별 연락가능한 기관 정보 제공'(31.5%), '발견한 자살위험군에게 제공가능한 서비스 확대'(26.0%), '자살예방활동가를 위한 공동체/정기모임 구성 및 관리·지원'(24.9%), '필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련'(23.4%), '사회적 인정 방안 마련'(21.6%), '활동비 지원'(21.6%) 등의 순으로 나타남
- 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상(1+2순위)으로는 '교육적 인정과 보상'(48.3%), '경제적 인정과 보상'(37.7%), '문화적 인정과 보상'(31.0%), '정서적 인정과 보상'(29.1%), '상징적 인정과 보상'(27.2%) 등의 순으로 나타남

V. 초점집단면접(FGI) 분석

□ 개요

- 목적: 현장전문가의 대전지역 자살예방과 고위험발굴·지원사업 수행경험 등을 분석하여 자살예방 및 고위험 발굴모델을 개발하기 위한 기초자료로 활용하는 것이 목적임
- 대상 및 방법
 - 자살예방 사업 수행 기관에서 1년 이상 종사한 현장 전문가 5명
 - 2023년 12월 5일 총 1차례 2시간가량 실시함

□ 주요 분석 결과

영역	주제	하위주제
대전지역 자살문제 특성	1) 다양한 연령층, 복합적인 어려움을 가진 자살고위험군	연령층의 다양화 복합적인 자살위험 요인이 내재함
	2) 다양한 방법으로 자살고위험군의 발견	자발적인 의뢰가 증가함 다양한 지역자원 경로로 발굴됨
지역사회 환경 특성	1) 지역사회 환경의 강점	인프라 구축이 잘 되어 있음 지역마다 응급대응의 물리적 접근성이 좋음
	2) 지역사회 환경의 약점	협조가 어려운 공공기관 Top-Down 방식 자살이슈에 대해 쉬쉬하는 지역문화
자살예방사업의 공정적인 역할과 한계점	1) 지역사회에서 자살예방사업의 긍정적인 역할과 기능	다양한 곳에 자문과 정보제공 역할 즉각적인 자살위기대응의 중요한 역할 수행 지역주민의 자살인식에 대한 변화에 기여
	2) 자살예방사업 수행의 어려움과 한계	사업 달성실적과 경쟁구도를 강조함 인력한계로 자체 사례발굴노력과 사례관리 업무에 집중하지 못함 예산 한계로 안정적인 인력배치의 어려움 업무특성에서 오는 소진과 잦은 이직 복합적이고 다변화되어 가는 자살요인 개입의 어려움
지역사회 유관기관과의 협업경험	1) 협력·협업의 한계점과 어려운 점	적극적이고 지속적인 협력관계의 어려움 실적 중심의 형식적인 연계와 미루기 대응 '자살'이라는 단어에서 밀려오는 협업부담과 반응 사례포화 속에 '보건+복지' 공동 대응체계를 구축해나감
자살예방 활동가 양성교육과 활용·관리경험	1) 자살예방활동가 양성교육경험	다양한 대상의 자살예방활동가 양성교육 주력 반복적인 교육과 충분한 피드백 제공을 통한 높은 교육만족 교육제공 실적 중심 자살예방활동가 양성교육 운영
	2) 자살예방활동가 활용·관리경험	자살예방활동가 사업수행 위한 예산과 인력투입의 한계 자살예방활동가에 대한 적절한 보상 한계로 지속적인 참여 독려와 활동이 어려움
자살예방사업 주안점과 개선방안	1) 다각적이고 적극적인 지역사회 접근	지역사회 여건과 시대를 반영한 다각적인 홍보방법 구상 적극적으로 심리적·물리적 차원의 지역사회로 들어가기
	2) 지역사회에 기반한 사업방향수립과 수행 여건 조성	내실과 질적인 변화를 지향하는 사업 분위기와 여건의 균형 지역사회 기반 자살예방사업 방향 수립 필요
지자체의 역할과 지원방안	1) 지역현안에 서 있는 지자체의 역할 제언	자살관련 지역현안의 민감성과 이해가 필요 실무현장의 목소리에 귀 기울이는 Bottom-Up 역할
	2) 지역과 현장여건을 고려한 지자체의 지원방안 제언	근무환경과 안정적인 인력 마련에 대한 관심과 지원 기초지역단위 자살예방중점화·전문화 방안 검토 필요

제1장

서론

제1절 연구배경과 목적

제2절 연구내용과 방법



제1장 서론

제1절 연구배경과 목적

본 연구의 목적은 대전광역시의 특성에 적합한 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델을 개발하는 것이다. 자살이란 스스로 자기의 목숨을 끊는다는 의미로(표준국어대사전, 2023.12.1.인출) 의도를 갖고 스스로의 생명을 중단시키는 일체의 행위를 말한다(김진혁, 2022). 법적으로는 사망자가 자신의 생명을 끊는다는 것을 의식하고 그것을 목적으로 자신의 생명을 의도적으로 절단하여 사망의 결과를 발생하게 한 행위를 의미한다(판례: 대법원 2011. 4. 28. 선고 2009다97772, 전미선, 한승혜, 2020 재인용). 이러한 정의는 공통적으로 자살이 의도 즉, 생각이나 계획을 갖고 자기 스스로 목숨을 끊는 행위임을 설명한다. 주목할 점은 자살이 자살에 대한 고민을 시작으로 자살의 방법 등을 계획한 후 실제 행동으로 이어진다는 것으로(기선완 외, 2022) 행동으로 이어지기 전 이들을 미리 발견하고 자살하지 않도록 대응한다면 자살의 예방이 가능하다는 것을 보여주는 부분이다.

자살의 대응에서 무엇보다 중요한 것은 예방일 것이다. 자살로 사망하게 된다면 죽음을 달리 돌이킬 수 있는 방법은 없기 때문이다. 특히, 자살이 심각한 사회문제가 분명한 상황에서 예방의 책무는 정부의 중요한 과업임이 자명하다. 실제 중앙정부와 지방정부에서는 법적 기반을 토대로 자살예방을 정책적으로 실현하며 국가적 차원에서의 자살 예방계획과 이를 반영하여 지방정부마다 지역사회에 걸맞은 자살시행계획을 수립·운영하고 있다.

특히, 지방정부 차원에서는 자살예방을 위해서 각자의 지역사회 수준에 적합한 안전망 구축이 중요하다. 자살위험군은 지역사회 안에서 살아가고 있으며, 그러한 삶 안에서 의도를 가지고 스스로 삶을 마감하고자 계획하고 실행할 때, 이를 적극적으로 막을 수 있는 것은 개인이 삶을 살아가고 있는 지역의 노력이기 때문이다. 아무리 중앙정부가

좋은 전략을 개발하였더라도 자살위험이 있는 사람들에게 직접 도움을 주고 자살시도자와 직접적으로 만나고 관계하는 활동 등은 지역사회 안에서 이루어질 수밖에 없다(김정수, 김지은, 송인한, 2018). 이에 자살예방 노력이 지역사회 안에서 효과를 거두기 위해서는 지방정부를 중심으로 공공과 민간 영역 등 지역사회 내 여러 조직과 유기적인 협력이 필수적이다(WHO, 2014, p.58; 김정수 외, 2017, p.262; 김정수 외, 2018 재인용).

이러한 사회의 중요성은 선행연구를 통해 보고되고 있다. 대표적으로 김정수 외(2018)는 지방자치단체의 주도적인 역할이 중심이 되어 사회의 안전망을 구축해 내야 함을 주장하였다. 지방정부는 중앙정부가 제시한 자살예방의 목표와 과제에 대해 각 지역의 특성을 고려하여 구체적인 실현을 가능하게 하는 주도적인 역할을 수행하기 때문이다(강혜규, 2003; 김정수 외, 2018). 이에 지방정부는 중앙정부의 정책 방향을 반영하여 지역 내 기초자치단체 및 보건·복지 분야를 포함한 다양한 지역사회 기관 등과 협력하며 자살예방을 위해 노력해야 한다. 즉, 대전광역시의 자살예방을 위해서는 대전시의 적극적이고 주도적인 노력이 필요하며, 그 노력은 대전시라는 사회와 함께함으로써 자살예방을 위한 사회안전망을 구축하며 함께 움직일 때 성공적으로 이루어질 수 있음을 의미한다.

한편, 자살예방은 자살 고위험군을 발굴하는 노력 없이 의미 있는 효과가 있기 어렵다(전미선, 한승혜, 2020; 채수미, 2020). 자살예방을 비롯한 정신건강 관련 서비스는 사회적 편견과 낙인으로 인해 서비스 수요자 즉, 자살위험군의 요구가 분명히 표출되거나 필요 서비스에 대한 접근이 자연스럽게 이루어지는 것이 어렵기 때문이다(채수미, 2020). 또한 이러한 자살 고위험군의 발굴은 지방자치단체 차원에서 사회의 특성을 반영하여 탄력적으로 이루어지는 것이 필요한 대표적인 영역이기도 하다(윤명숙, 최영민, 2012). 따라서 자살을 예방하기 위해서는 사회의 특성을 반영하여 숨어 있는 고위험군 등을 발견해 적절한 서비스와 연결하여 대응하는 것이 필요하다.

이러한 중요성에 입각하여 현재 대전시에서도 자살 고위험군의 발굴을 목적으로 생명지킴이를 매년 1만 명 이상 양성하고 있다. 생명지킴이는 자살할 위험성이 높은 사람을 발견하여 자살예방센터 등 전문기관에 의뢰·연계하는 역할과 자살예방을 위해 노력하

면서 자살을 막는 문지기(gatekeeper)의 역할을 수행한다. 그럼에도 불구하고 대전시는 2018년부터 2021년까지 특광역시 중 상위권에 속하는 수준의 자살률(연령표준화)을 기록해왔다. 다행히도 2022년에는 6위까지 순위가 내려가 자살률이 높다는 불명예는 벗어났지만, 장기간 높은 자살률을 기록했던 만큼 자살예방을 위한 지속적인 관심과 노력을 멈춰서는 안 될 것이다.

이러한 맥락에서 대전시의 자살예방을 위하여 어떻게 자살 고위험군을 발굴할지에 대한 깊이 있는 고민이 필요하다. 따라서 본 연구는 대전광역시의 자살예방을 위하여 대전광역시의 자살실태를 이해하여 특성을 반영한 자살 고위험군을 발굴할 수 있는 모델을 제시하고자 한다.

제2절 연구내용과 방법

1. 연구범위: 주요 개념 정의

본 연구에서는 자살을 생각이나 계획을 갖고 스스로 자신의 목숨을 끊는 행위로 정의하고자 한다. 자살고위험군은 자살위험자에 대한 법적 정의를 그대로 따라(「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제2조의 2, 이하 「자살예방법」) 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단된 자로 정의한다. 공간적 범위는 대전광역시로 한정한다. 이를 토대로 본 연구는 대전광역시에서 자살의 예방과 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단된 자에 대한 발굴 방안을 모색하는 것을 연구의 범위로 제시하고자 한다.

2. 연구내용과 방법

본 연구의 내용과 방법은 다음과 같다.

첫째, 대전광역시의 자살실태와 주요 환경을 분석하였다. 이를 위하여 2023년 9월에 통계청에서 발표한 ‘2022 사망원인통계’ 자료를 기초로 2018~2022년까지의 5개년 자살사망자 현황을 분석하였다. 단, 사망원인통계 자료가 갖는 한계로 알 수 없는 일부 영역에 대해서는 ‘2023년 자살예방백서’를 기초로 관련 내용을 추가하였다. 자살사망자에 대한 분석은 대전시의 자살사망자가 가지고 있는 특성을 객관적으로 보여줌으로써 자살 고위험군 발굴에 있어 고려해야 할 특성에 대해 보다 분명한 방향을 제시하는 것이 가능하다. 하지만 사망자 현황은 자살행동을 하여 사망한 사람에 대한 통계만을 보여주기 때문에 자살 시도 후 생존한 사람까지 아우를 수 없다. 생존자에 관한 자료는 연구진의 접근이 불가하여 포함할 수 없었다는 한계가 있음을 밝힌다.

둘째, 자살사망자 현황과 동시에 자살의 주요 원인과 관계되는 사회적 맥락을 이해하고자 대전시의 환경을 분석하였다. 선행연구를 참고하여 자살과 관련된 것으로 알려진

주요 지표를 선정하였고 이를 중심으로 대전시가 가지고 있는 환경적 특성을 이해하고자 한 것이다. 그동안 대전시의 자살률이 특광역시 중에서도 높았다는 사실을 고려했을 때 대전시가 갖는 사회적 환경을 분석해 보는 것은 의미가 있다고 판단하였다.

셋째, 중앙정부와 대전광역시의 자살예방 및 발굴 정책을 검토하였다. 기본적으로 자살에 관한 직접적인 정책을 분석하여 중앙정부와 대전광역시의 자살예방정책을 분석하였다. 이는 중앙정부가 추진하고 있는 방향을 확인하여 자살에 대한 국가적 흐름을 파악하고 대전시에서는 이러한 중앙의 계획이 어떻게 실효성 있게 운영되고 있는지를 살펴보고자 하였다.

자살예방정책을 살펴본 후에는 어떻게 발굴할 것인지에 초점을 두고 발굴과 관련된 다양한 정책을 살펴보았다. 중앙정부의 차원에서는 자살예방을 위한 발굴 정책의 핵심이라고 할 수 있는 생명지킴이 사업을 구체적으로 분석하고 대전시의 생명지킴이 사업 운영을 함께 다루었다. 다음으로는 대전시를 중심으로 유관 정책을 분석하였다. 무엇보다 중요한 것은 대전시의 지역사회에 어떻게 자살위험자를 찾고 지원할 수 있는지의 안전망 수립이라는 측면에서 현재 대전시의 복지정책이 갖는 중요한 기초를 다루면서 그 안에서 자살예방과 발굴이 어떤 형태로 운영되어야 할지를 고민하고자 하였다. 무엇보다 대전시의 맞춤형으로 자살 고위험군을 발굴하고 실효성 있는 정책과 프로그램을 집행하려면 다양한 영역에서 진행 중인 정책 간의 조정과 연결은 필수적인 부분이기 때문이다(전미선, 한승혜, 2020). 이러한 맥락에서 본 연구는 읍면동 찾아가는 보건복지서비스와 대전시의 정책 중 지역사회에 거주하는 시민들이 자신이 살고 있는 지역 안에서 건강하게 살아갈 수 있는 지원방안을 구축하는 지역사회통합돌봄 정책 등을 분석하였다.

넷째, 자살고위험군을 발굴하는 데에 있어 실제 발굴활동을 수행할 가능성이 높은 전문가와 대전시민의 자살역량 등에 대해 이해하고자 하였다. 이를 위하여 전문가(사회복지사, 생활지원사, 청소년 관련 기관 상담사 및 교육복지사 등 교육부문, 공무원 등 공공부문)와 지역의 다양한 주민참여조직에서 활동하는 시민 총 1,340명을 대상으로 설문조사를 실시하고 결과를 분석하였다. 이를 통해 실제 자살고위험군 발굴 활동에 참여하는 지역의 인적 안전망을 형성할 때 반영해야 하는 주요 특성을 심층적으로 분석

함으로써 고도화된 발굴 모델을 구축하고 세부 전략을 모색하는 데에 기초자료로 활용하고자 하였다.

다섯째, 자살고위험군 발굴에 관한 주요 이슈에 대하여 전문가의 경험과 의견을 이해하고자 하였다. 구체적으로 자살예방기관에 종사하는 전문가를 대상으로 초점집단인터뷰(Focus group interview, FGI)를 실시하여 발굴과 관련된 경험 및 발굴 후 실질적인 지원에 있어 고려해야 할 사항 등을 중심으로 전문가의 경험을 살펴보았다. 이를 통해 문헌자료나 설문조사 분석 결과만으로는 이해할 수 없는 질적인 측면을 이해하고 나아가 현장 전문가가 경험을 통해 쌓아온 전문적 이해와 의견을 심도있게 다룸으로써 효과적인 발굴 모델을 구축하는 데에 고려해야 할 사항을 다룰 수 있을 것이다.

마지막으로 대전광역시의 자살예방과 고위험군 발굴 모델을 제안하고 이와 관련된 실천적·정책적 제언을 도출하였다. 이를 통해 정책 수립만이 아니라 현장에서도 활용할 수 있는 효과적인 제언을 도출하고자 하였다.

구체적인 연구 흐름은 아래의 그림과 같다.

단계	구분	추진 일정	주요 내용
(1단계) 연구 설계	연구 방향 수립	3~4월	<ul style="list-style-type: none"> 자살사망자의 개념, 특성 등 분석 전문가 자문
(2단계) 조사 연구	문헌연구	3~6월	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강, 자살 관련 선행연구 검토
	대전시 환경분석	4~8월	<ul style="list-style-type: none"> 행정자료 수집 및 분석
	대전시 현황분석	5~8월	<ul style="list-style-type: none"> 자살사망자 통계·행정자료 수집과 분석
	정책 분석	4~10월	<ul style="list-style-type: none"> 행정자료, 정책, 법령 등 분석
	양·질적 조사	7~10월	<ul style="list-style-type: none"> 설문조사 및 면접조사
(3단계) 제언 도출	정책 제언 도출	11월	<ul style="list-style-type: none"> 조사연구 결과를 바탕으로 제언 도출 - 전문가 자문
(4단계) 최종 보고	결과보고	11월	<ul style="list-style-type: none"> 연구 결과 설명: 의견수렴 등
	보고서 수정 및 발간	12월	<ul style="list-style-type: none"> 보고서 수정·보완 연구 보고서 발간 및 배부

[그림 1-1] 연구 흐름

제2장

대전광역시 자살 실태 및 환경 분석

제1절 대전광역시 자살 실태 분석

제2절 대전광역시 환경 분석

제3절 소결



제2장 대전광역시 자살 실태 및 환경 분석

제1절 대전광역시 자살 실태 분석

1. 지역별 자살 현황

1) 전국 지역별 자살 현황

2022년을 기준으로 살펴보면 전국 자살사망자 수는 12,906명으로 전년 대비 446명(3.3%), 자살률(인구 10만 명당 명)은 25.2명으로 전년 대비 0.8명(3.1%), 연령표준화자살률(이하 ASR)은 21.2명으로 전년 대비 0.9명(4.1%) 감소한 것으로 나타났다. 대전광역시의 자살사망자는 371명으로 2021년 425명에 비하여 54명(12.7%), 자살률은 2021년 29.3명에서 25.7명으로 3.6명(12.3%), ASR은 전년 26.5명에서 2022년 21.7명으로 전년 대비 4.8명(18.1%) 감소하였다.

2018~2022년까지 전국 자살률 추이를 살펴보면, 먼저 2018년과 2019년 26명대에 서 2020년은 25.7명으로 다소 감소하였다가, 2021년 26.0명으로 소폭 증가 후 2022년 25.2명으로 0.8명 감소하여 큰 변화는 보이지 않았다. 대전광역시의 자살률은 대체로 전국보다 높은 경향을 보이는데, 2018년과 2019년 28명대에서 2021년 29.3명으로 늘었으나 2022년에는 전년보다 3.6명 감소한 25.7명이었다. 2020년 코로나19가 시작된 이후 자살률이 다소 감소하였지만(전국 25.7명, 대전 27.2명), 코로나19가 장기화되면서 2021년 자살률이 코로나19 이전보다도 증가한 것을 볼 수 있다(전국 26.0명, 대전 29.3명). 2022년 코로나19가 종식된 이후부터는 이전 시기보다 감소하는 경향(전국 25.2명, 대전 25.7명)으로 나타났다.

ASR을 기준으로 지자체 간의 사망 수준을 비교해 보면, 2022년 전국 ASR은 21.2명이고 대전광역시의 경우 21.7명이었다. ASR이 가장 높은 곳은 충남으로 27.4명이었고

그다음으로 강원 24.8명, 충북 23.8명, 제주 23.5명, 울산 23.3명 순이었다. ASR이 상대적으로 낮은 곳은 서울 17.9명, 경기 19.8명, 그리고 대전 21.7명이었다. 대전광역시의 경우 2021년 강원(27.3명), 충북(27.1명), 충남(27.0명)에 이어 ASR이 26.5명으로 높게 나타났는데, 2022년에는 ASR이 감소하여 전국에서 세 번째로 낮은 수준이었다.

[표 2-1] 전국 지역별 자살 현황

단위: 명, 인구 10만 명당 명

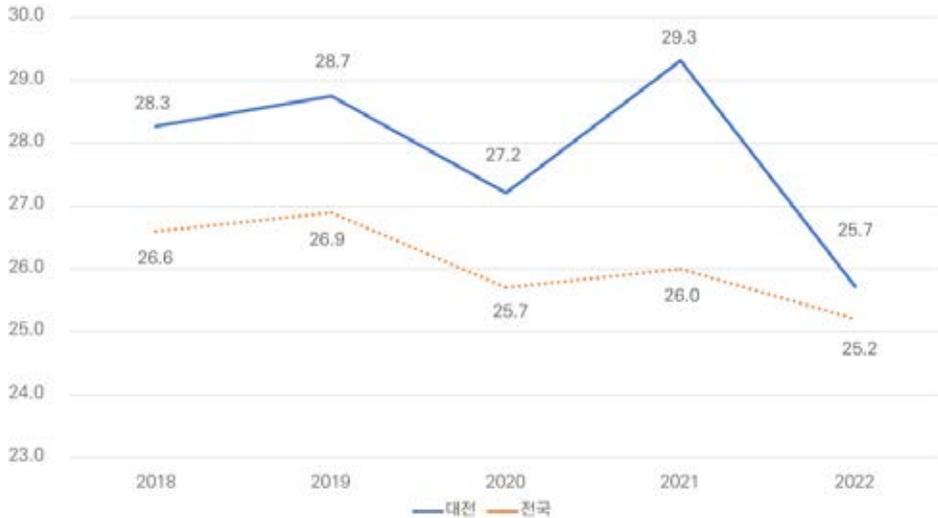
	2018			2019			2020			2021			2022		
	자살 사망자 수 ¹⁾	자살률 ²⁾	ASR	자살 사망자 수	자살률	ASR									
전국	13,670	26.6	22.6	13,799	26.9	22.6	13,195	25.7	21.9	13,352	26.0	22.1	12,906	25.2	21.2
대전	420	28.3	24.5	423	28.7	24.8	397	27.2	24.7	425	29.3	26.5	371	25.7	21.7
서울	2,172	22.5	18.9	2,151	22.5	18.7	2,161	22.7	19.2	2,133	22.6	18.8	2,009	21.4	17.9
부산	952	27.9	23.0	1,020	30.1	24.5	921	27.4	22.6	926	27.7	23.4	906	27.3	22.9
대구	656	26.8	23.1	698	28.7	24.9	629	26.1	22.7	628	26.3	21.8	638	27.0	22.4
인천	816	27.9	24.3	758	25.9	22.5	773	26.5	23.3	757	25.9	22.5	758	25.8	22.7
광주	373	25.7	23.1	346	23.9	21.9	326	22.6	20.2	380	26.4	23.3	358	25.0	22.6
울산	313	27.1	24.2	323	28.2	24.8	300	26.4	23.6	320	28.5	25.0	293	26.3	23.3
세종	77	26.0	24.5	73	22.4	21.3	64	18.4	18.3	69	19.0	17.8	88	23.3	23.2
경기	3,111	24.2	21.0	3,310	25.4	21.9	3,129	23.7	20.8	3,158	23.6	20.7	3,117	23.1	19.8
강원	507	33.1	26.1	509	33.3	26.4	508	33.2	25.4	501	32.7	27.3	507	33.1	24.8
충북	493	31.1	26.7	495	31.1	24.6	431	27.1	22.9	506	31.8	27.1	461	29.0	23.8
충남	749	35.5	29.8	743	35.2	29.1	732	34.7	27.9	679	32.2	27.0	701	33.2	27.4
전북	544	29.7	25.8	548	30.2	24.0	500	27.8	23.5	509	28.5	24.0	462	26.1	21.9
전남	525	28.0	23.5	473	25.4	20.1	526	28.5	23.2	554	30.2	25.8	485	26.6	22.0
경북	790	29.6	24.3	781	29.4	24.2	754	28.6	23.6	760	29.0	25.2	699	26.8	22.1
경남	971	28.9	24.8	938	28.0	24.2	844	25.3	22.0	872	26.3	22.4	878	26.7	23.1
제주	201	30.6	27.3	210	31.7	28.1	200	30.0	25.5	175	26.1	21.7	175	26.0	23.5

출처: 통계청(2022). 사망원인통계: 시군구/사망원인(50항목)/성/ 사망자수, 사망률, 연령표준화 사망률(1998~). (2023.09.18.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E13&conn_path=12

참고: 1) 자살률(조사사망률): 자살로 사망한 연간 사망자 수를 해당 연도의 주민등록 연영인구로 나눈 수치를 100,000분위로 표시

2) ASR(Aged Standardized Rate): 인구구조가 다른 집단 간의 사망 수준을 비교하기 위해 연령구조가 사망률에 미치는 영향을 제거한 사망률



[그림 2-1] 전국 및 대전광역시 자살 현황 추이

2) 대전광역시 자치구별 자살 현황

2022년 대전광역시 전체 자살사망자 수는 371명으로 서구 자살사망자가 112명으로 가장 많았고, 다음으로 유성구 77명, 동구 67명, 중구 58명, 그리고 대덕구 57명 순이었다. 자살률을 살펴보면, 대덕구가 32.9명으로 가장 높았고 동구 30.5명, 중구 25.5명, 서구 23.8명, 유성구 21.8명 순으로 나타났다.

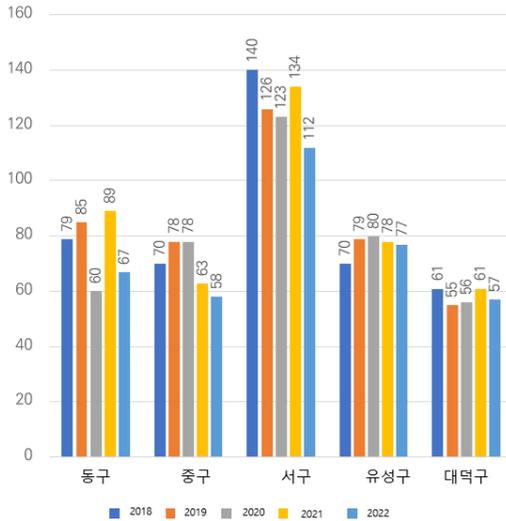
2018~2022년까지 자치구별 자살률 추이를 살펴보면, 먼저 대덕구 자살률의 경우 2019년을 제외하고 2018~2021년 31~34명대로 두 번째로 높은 자살률을 보이다가 2022년 32.9명으로 대전광역시 5개 자치구 중 가장 높은 자살률을 보였다. 자살률이 두 번째로 높은 동구는 2018년 34.8명, 2019년 37.7명에서 2020년 27.0명까지 감소하였다가 2021년 40.3명으로 급격히 증가하고 2022년 30.5%로 감소하는 경향을 보인다. 중구는 코로나19가 시작되던 2020년 33.1명으로 가장 자살률이 높다가 장기화되면서 2021년 다른 자치구와는 다르게 자살률이 27.3명으로 감소하는 경향을 보였다.

[표 2-2] 대전광역시 자치구별 자살 현황 추이

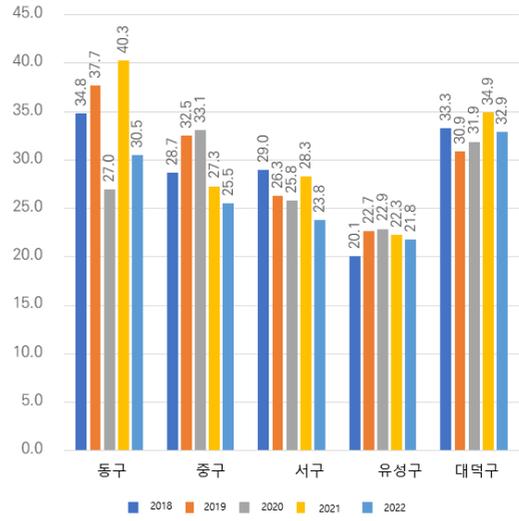
단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
대전시	420	28.3	423	28.7	397	27.2	425	29.3	371	25.7
동구	79	34.8	85	37.7	60	27.0	89	40.3	67	30.5
중구	70	28.7	78	32.5	78	33.1	63	27.3	58	25.5
서구	140	29.0	126	26.3	123	25.8	134	28.3	112	23.8
유성구	70	20.1	79	22.7	80	22.9	78	22.3	77	21.8
대덕구	61	33.3	55	30.9	56	31.9	61	34.9	57	32.9

출처: 통계청(2022). 사망원인통계: 시군구/사망원인(50항목)/성/ 사망자수, 사망률, 연령표준화 사망률(1998-). (2023.09.18.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E13&conn_path=12



[그림 2-2] 대전광역시 자치구별 자살사망자 수 추이



[그림 2-3] 대전광역시 자치구별 자살률 추이

2. 성별 자살 현황

1) 전국 성별 자살 현황

(1) 남성

2022년 전국 남성 자살사망자 수는 9,019명이고 이중 대전광역시 남성 자살사망자 수는 238명이었다. 시도별로 살펴보면, 경기도가 2,135명으로 가장 많았고, 그다음으로 서울 1,313명, 경남 656명, 부산 634명, 충남 522명 등의 순이었다. 2022년 남성 자살률은 35.3명이며, 대전광역시의 경우 33.1명으로 나타났다. ASR을 제시한 것은 아니기에 지역 간 비교를 하는 것은 아니지만, 다른 지역의 자살률을 살펴보면 자살률이 높은 곳은 충남(48.3명)이었으며, 제주(41.8명), 경남(39.7명), 부산, 대구(각 39.1명) 등이었다.

2018~2022년 남성 자살률 추이를 살펴보면([그림 2-4] 참고), 먼저 전국 현황에서는 2018~2021년에 35.5명~38.5명을 유지하다가 2022년 35.3명으로 감소하였다. 대전의 경우도 마찬가지로 37.9~41.9명(2019~2020년) 수준이었다가 2022년 33.1명으로 감소하는 경향을 보였다.

[표 2-3] 전국 남성 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
전국	9,862	38.5	9,730	38.0	9,093	35.5	9,193	35.9	9,019	35.3
대전	296	39.9	308	41.9	276	37.9	288	39.8	238	33.1
서울	1,475	31.3	1,438	30.8	1,409	30.3	1,402	30.5	1,313	28.9
부산	689	41.0	717	43.1	640	38.8	620	37.9	634	39.1
대구	447	36.8	495	41.2	426	35.8	450	38.2	455	39.1
인천	580	39.6	552	37.7	541	37.0	504	34.5	514	35.0
광주	267	37.1	243	33.9	222	31.1	270	38.0	264	37.3
울산	245	41.3	244	41.5	214	36.7	235	40.7	206	36.1
세종	56	37.9	43	26.4	32	18.5	44	24.3	64	34.0
경기	2,258	34.9	2,246	34.2	2,148	32.3	2,111	31.3	2,135	31.4
강원	366	47.4	381	49.5	351	45.6	350	45.4	366	47.5
충북	372	46.4	370	46.0	310	38.5	359	44.5	309	38.3
충남	546	50.9	544	50.6	515	47.9	485	45.0	522	48.3
전북	399	43.7	396	43.9	373	41.7	378	42.5	339	38.5
전남	400	42.6	368	39.4	383	41.3	394	42.7	354	38.7
경북	579	43.2	556	41.6	502	37.8	538	40.8	509	38.8
경남	729	43.2	670	39.8	608	36.3	627	37.6	656	39.7
제주	158	47.8	159	47.6	143	42.6	138	41.0	141	41.8

출처: 통계청(2022). 사망원인통계: 시군구/사망원인(50항목)/성/ 사망자수, 사망률, 연령표준화 사망률(1998-). (2023.09.18. 인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E13&conn_path=2

(2) 여성

2022년 전국 여성 자살사망자 수는 3,887명이고 이중 대전광역시 여성 자살사망자 수는 133명이었다. 시도별로 살펴보면, 경기도가 982명이었으며, 다음으로 서울이 696명, 부산 272명, 인천 244명, 그리고 경남 222명 등의 순으로 나타났다. 여성 자살률은 전국이 15.1명이었으며, 대전광역시는 18.4명으로 나타났다. 다른 지역 중에서는 충북(19.4명), 강원(18.5명)의 자살률이 상대적으로 높은 편이었다.

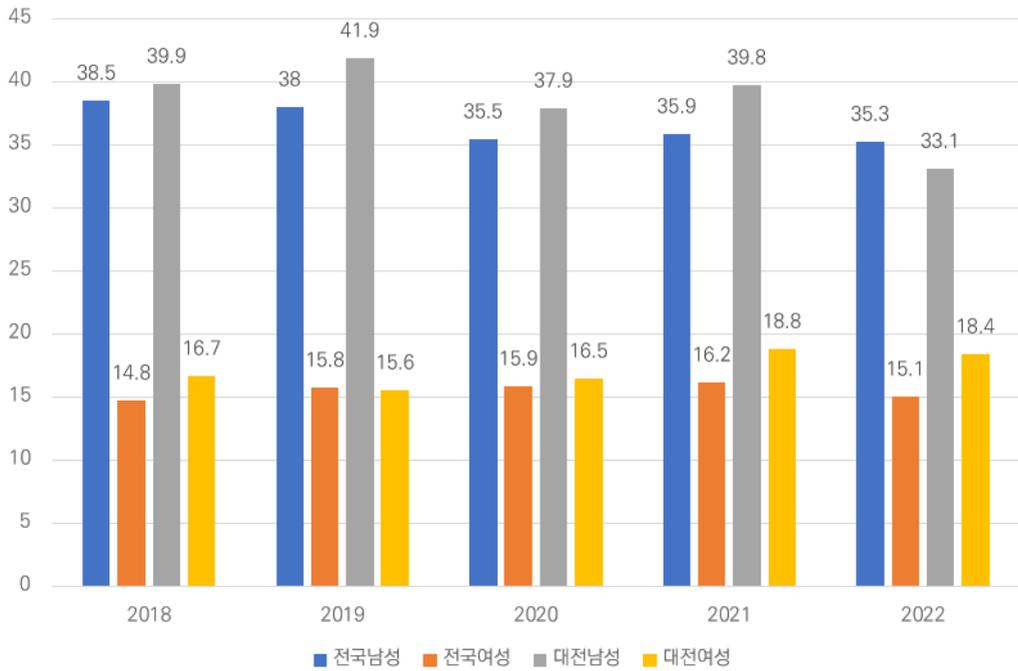
2018~2022년 전국 여성 자살률 추이를 살펴보면(그림 2-41 참고), 2018년 14.8명에서 소폭 증가하여 2021년 16.2명이었다가 2022년 15.1명으로 감소하였다. 대전의 경우는 15.6명(2019년)에서 2021년 18.8년으로 증가하다가 2022년 18.4명으로 감소하여 차이가 있었다.

[표 2-4] 전국 여성 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
전국	3,808	14.8	4,069	15.8	4,102	15.9	4,159	16.2	3,887	15.1
대전	124	16.7	115	15.6	121	16.5	137	18.8	133	18.4
서울	697	14.2	713	14.5	752	15.4	731	15.0	696	14.4
부산	263	15.1	303	17.6	281	16.4	306	17.9	272	16.0
대구	209	16.9	203	16.5	203	16.6	178	14.7	183	15.2
인천	236	16.2	206	14.1	232	15.9	253	17.3	244	16.6
광주	106	14.5	103	14.1	104	14.2	110	15.1	94	13.0
울산	68	12.1	79	14.2	86	15.6	85	15.5	87	16.1
세종	21	14.2	30	18.4	32	18.4	25	13.8	24	12.7
경기	853	6.7	1,064	16.4	981	14.9	1,047	15.7	982	14.6
강원	141	18.5	128	16.9	157	20.7	151	19.9	141	18.5
충북	121	15.4	125	15.9	121	15.4	147	18.7	152	19.4
충남	203	19.6	199	19.2	217	21.0	194	18.8	179	17.3
전북	145	15.7	152	16.6	127	14.0	131	14.6	123	13.8
전남	125	13.3	105	11.3	143	15.6	160	17.6	131	14.5
경북	211	15.9	225	17.1	252	19.3	222	17.1	190	14.7
경남	242	14.5	268	16.1	236	14.3	245	14.9	222	13.6
제주	43	13.2	51	15.5	57	17.2	37	11.1	34	10.1

출처: 통계청(2022). 사망원인통계: 시군구/사망원인(50항목)/성/ 사망자수, 사망률, 연령표준화 사망률(1998~). (2023.09.18.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E13&conn_path=12



[그림 2-4] 전국 및 대전광역시 성별 자살률

2) 대전광역시 자치구별 성별 자살 현황

(1) 남성

2022년 대전광역시 남성 자살사망자는 238명이었으며, 자치구별로 살펴보면 서구가 75명으로 가장 많았고 그다음으로 동구 51명, 유성구 46명, 대덕구 37명, 그리고 중구 29명 순이었다. 대전광역시 남성 자살률은 33.1명으로, 동구의 경우 46.1명으로 가장 많았으며, 대덕구 42.1명, 서구 32.5명, 중구 25.9명, 유성구 25.8명 순으로 나타났다.

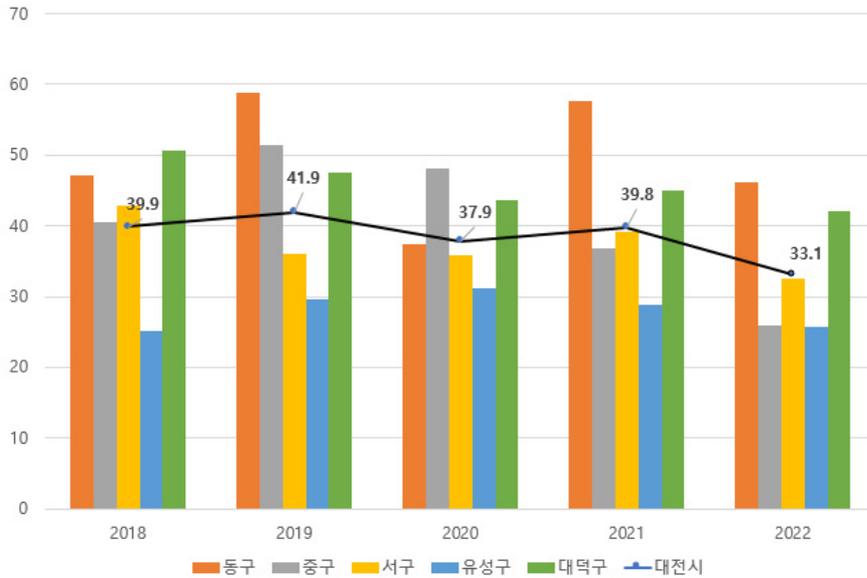
2018~2022년 대전광역시 자치구별 남성의 자살률 추이를 보면, 5개 자치구 모두 전년 대비 2022년에는 자살률이 감소한 것으로 나타났다. 중구의 경우 2019년 51.4명에서 2020년에 48.1명으로 감소 후 계속 감소하는 추세를 보이고 있으며(2022년 25.9명), 유성구는 2021년(28.9명)부터 자살률이 감소하였다.

[표 2-5] 대전광역시 자치구별 남성 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
대전시	296	39.9	308	41.9	276	37.9	288	39.8	238	33.1
동구	54	47.1	67	58.9	42	37.5	64	57.6	51	46.1
중구	49	40.5	61	51.4	56	48.1	42	36.9	29	25.9
서구	102	42.9	85	36.0	84	35.9	91	39.2	75	32.5
유성구	44	25.1	52	29.6	55	31.2	51	28.9	46	25.8
대덕구	47	50.6	43	47.5	39	43.7	40	45.1	37	42.1

출처: 통계청(2022). 사망원인통계: 시군구/사망원인(50항목)/성/ 사망자수, 사망률, 연령표준화 사망률(1998~). (2023.09.18. 인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E13&conn_path=12



[그림 2-5] 대전광역시 자치구별 남성 자살률

(2) 여성

2022년 대전광역시 여성 자살사망자는 133명이었는데, 자치구별로는 서구가 37명으로 가장 많았고 그다음으로 유성구 31명, 중구 29명, 대덕구 20명, 그리고 동구 16명 순이었다. 대전광역시 여성 자살률은 18.4명으로, 중구의 경우 25.1명으로 가장 많았으며, 대덕구 22.8명, 유성구 17.8명, 서구 15.5명, 동구 14.6명 순으로 나타났다.

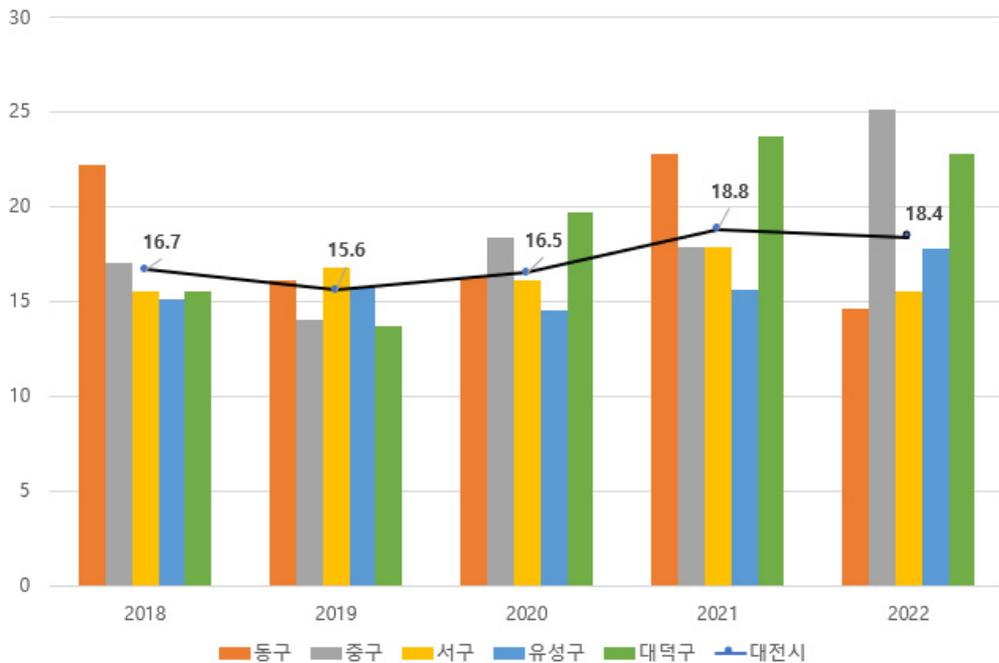
2018~2022년 대전광역시 자치구별 여성의 자살률 추이를 보면, 전년 대비 2022년 동구와 서구, 대덕구의 경우는 자살률이 다소 감소하였고, 중구와 유성구는 증가하는 추세를 보였다. 중구의 경우 낮게는 14.0명(2019년), 높게는 18.4명(2020년) 수준을 유지하다가 2022년 25.1명으로 많이 증가하였다.

[표 2-6] 대전광역시 자치구별 여성 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
대전시	124	16.7	115	15.6	121	16.5	137	18.8	133	18.4
동구	25	22.2	18	16.1	18	16.3	25	22.8	16	14.6
중구	21	17.0	17	14.0	22	18.4	21	17.9	29	25.1
서구	38	15.5	41	16.8	39	16.1	43	17.9	37	15.5
유성구	26	15.1	27	15.7	25	14.5	27	15.6	31	17.8
대덕구	14	15.5	12	13.7	17	19.7	21	23.7	20	22.8

출처: 통계청(2022). 사망원인통계: 시군구/사망원인(50항목)/성/ 사망자수, 사망률, 연령표준화 사망률(1998~). (2023.09.18. 인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E13&conn_path=12



[그림 2-6] 대전광역시 자치구별 여성 자살률

3. 연령별 자살 현황

1) 전국 연령별 자살 현황

2022년 총 12,906명의 자살사망자 중 40-64세가 5,900명으로 가장 많았고, 그다음으로는 65세 이상 3,595명, 18-39세 3,191명, 12-17세 212명, 0-11세 8명 순이었다. 연령을 세분화하면 50-64세 3,571명, 40-49세 2,329명, 30-39세 1,680명, 65-74세 1,585명, 18-29세 1,511명, 75-84세 1,449명 등으로 나타났다.

자살률로 살펴보았을 때는 65세 이상 자살률이 39.9명으로 전국 25.2명보다 높은 수준을 보였고, 그다음으로는 40-64세 28.4명, 18-39세 22.6명, 12-17세 7.7명, 0-11세 0.2명 순이었다. 연령을 세분화하면, 85세 이상이 60.8명으로 가장 높게 나타났으며, 그다음으로는 75-84세 50.8명, 65-74세 30.3명, 40-49세 28.9명, 그리고 50-64세 28.1명 등의 순이었다.

2018~2022년까지 연령별 자살률 추이를 살펴보면, 먼저 40-64세는 2018년 32.5명, 2019년 32.6명으로 높은 수준을 보이다가 2020년 29.8명으로 감소한 후 2021년 28.8명, 2022년 28.4명으로 소폭 감소하는 경향을 보인다. 반면, 12-17세의 경우 2018년 5.5명, 2019년 5.7명, 2020년 6.5명, 2021년 7.2명, 2022년 7.7명으로 꾸준히 증가하는 경향을 보인다. 또한 65세 이상은 2019년 46.6명이던 자살률이 코로나19가 시작되던 해인 2020년에 41.7명으로 감소하다가 장기화되던 2021년 42.2명으로 소폭 증가하였다가 코로나19가 종식된 2022년 39.9명으로 감소하였다.

연령별로 세분화하면, 85세 이상의 경우 자살사망자 수는 증가하고 있어 자살률은 2018년 68.3명, 2019년 69.7명으로 최고치를 보이다가 2020년 63.3명으로 감소하고 2021년 61.5명, 2022년 60.8명으로 소폭 감소하였다. 18-29세는 2018년 16.4명, 2019년 17.9명, 2020년 20.2명, 그리고 2021년 22.2명으로 증가하다가 2022년 20.2명으로 감소하였다.

[표 2-7] 전국 연령별 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

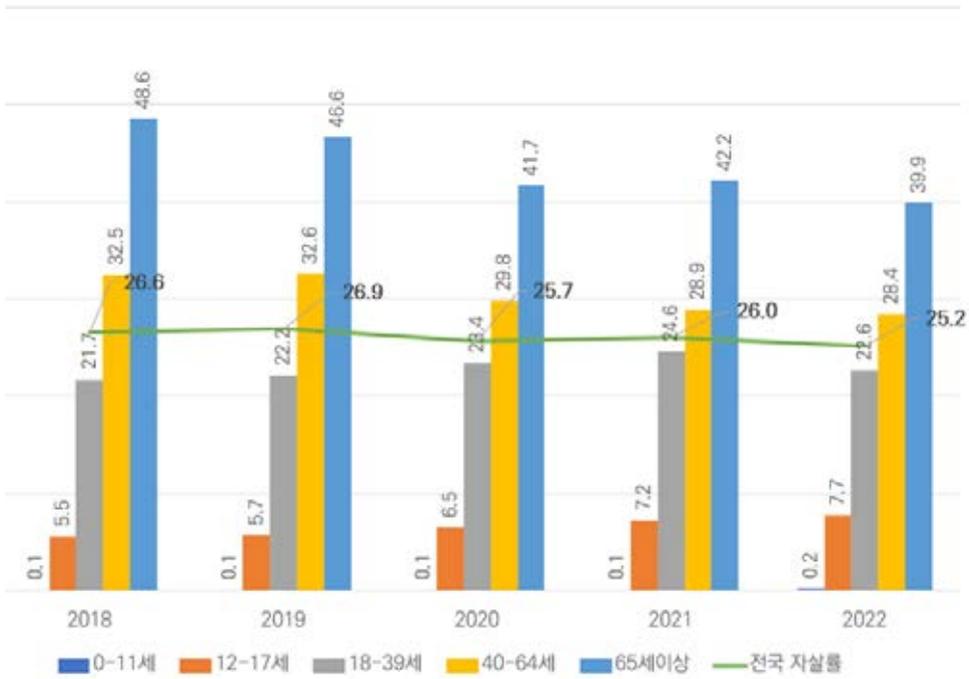
	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
계*	13,670	26.6	13,799	26.9	13,195	25.7	13,352	26.0	12,906	25.2
0-11세	7	0.1	7	0.1	7	0.1	5	0.1	8	0.2
12-17세	164	5.5	163	5.7	185	6.5	201	7.2	212	7.7
12-14세	43	3.1	38	2.8	44	3.2	70	5.0	69	4.9
15-17세	121	7.5	125	8.3	141	9.9	131	9.5	143	10.5
18-39세	3,320	21.7	3,350	22.2	3,470	23.4	3,554	24.6	3,191	22.6
18-29세	1,322	16.4	1,436	17.9	1,596	20.2	1,712	22.2	1,511	20.2
30-39세	1,998	27.5	1,914	26.9	1,874	27.1	1,842	27.3	1,680	25.3
40-64세	6,586	32.5	6,673	32.6	6,141	29.8	5,973	28.9	5,900	28.4
40-49세	2,676	31.5	2,588	31.0	2,405	29.2	2,298	28.2	2,329	28.9
50-64세	3,910	33.1	4,085	33.7	3,736	30.3	3,675	29.3	3,571	28.1
65세이상	3,593	48.6	3,600	46.6	3,392	41.7	3,619	42.2	3,595	39.9
65-74세	1,506	36.2	1,548	35.6	1,492	32.2	1,610	32.5	1,585	30.3
75-84세	1,640	63.7	1,555	58.5	1,403	51.7	1,480	53.6	1,449	50.8
85세이상	447	68.3	497	69.7	497	63.3	529	61.5	561	60.8

출처: 통계청(2022). 사망원인통계: A형 원자료(2018-2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12

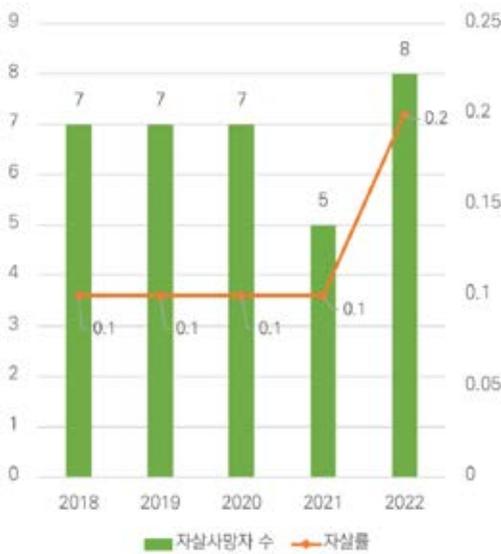
행정안전부(2023.08.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구. (2023.09.18.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=12

참고: 자살률=자살사망자수/주민등록연앙인구*100,000



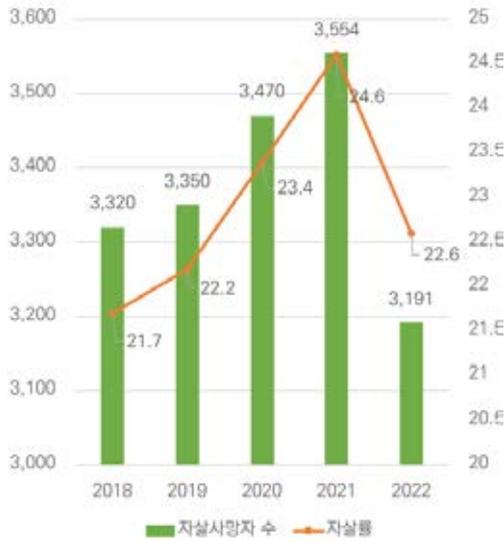
[그림 2-7] 전국 연령별 자살 현황 추이



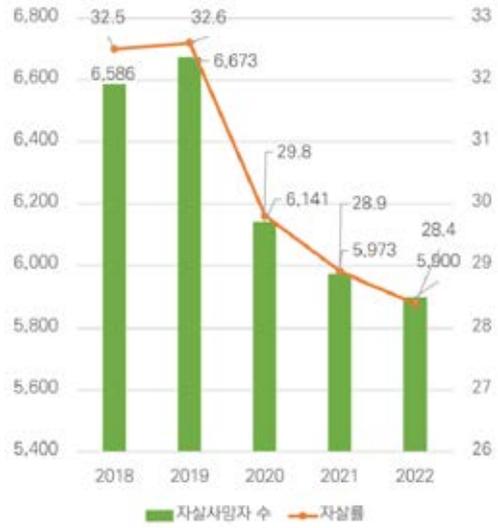
[그림 2-8] 전국 0-11세 자살 현황 추이



[그림 2-9] 전국 12-17세 자살 현황 추이



[그림 2-10] 전국 18-39세 자살 현황 추이



[그림 2-11] 전국 40-64세 자살 현황 추이



[그림 2-12] 전국 65세 이상 자살 현황 추이

2) 대전광역시 연령별 자살 현황

2022년 대전광역시 자살사망자 수는 371명으로 40-64세가 153명으로 가장 많았고, 그다음으로 18-39세 112명, 65세 이상 102명, 12-17세 4명 순으로 나타났다. 전국 현황의 경우, 전체적으로 40-64세 다음으로 65세 이상의 자살사망자 수가 가장 많았지만, 대전은 65세 이상에 비하여 18-39세의 자살사망자 수가 더 많았다. 세부 연령별은 50-64세가 104명, 18-29세와 30-39세가 각 56명, 40-49세가 49명, 75-84세 44명, 65-74세 40명 등의 순이었다.

인구 10만 명당 자살률로 살펴보면 2022년 대전광역시 자살률은 25.7명이었는데, 연령별로는 65세 이상이 45.1명, 40-64세 26.5명, 18-39세 26.4명, 12-17세 4.8명 순이었다. 전국 65세 이상의 자살률 39.9명과 비교했을 때, 대전은 45.1명으로 자살률이 높았고, 18-39세도 전국 22.6명, 대전 26.4명으로 전국에 비해 높은 수준이었다. 반면, 청소년에 해당하는 12-17세는 전국이 7.7명이었으나 대전은 4.8명으로 전국보다 낮은 경향을 보였다. 2022년 기준 대전시의 세부 연령별 자살률을 살펴보면, 85세 이상의 경우 82.6명으로 매우 높았으며, 다음으로는 75-84세 36.7명, 30-39세와 50-64세 각 29.8명, 65-74세 29.4명, 18-29세 23.7명, 40-49세 21.6명 등의 순이었다.

2018~2022년까지 대전광역시의 연령별 자살률 추이를 보면 먼저, 65세 이상의 경우 2018년 59.0명에서 2021년 37.3명으로 감소하다가 2022년 45.1명으로 다시 증가하는 추세이다. 40-64세는 2020년(28.1명) 감소하다가 2021년(34.4명) 증가하였으며, 2022년 다시 26.5명으로 감소하는 경향을 보였다. 18-39세는 2018년 22.2명 이후 증가하면서 2021년 31.9명까지 높아졌으며, 2022년 다시 26.4명으로 감소하였으나 코로나19 이전(2018년 22.2명)보다는 높은 수준이었다.

마지막으로 12-17세의 경우는 2018년 6.3명이었다가 2019년(2.2명) 감소하였으며, 2020년(5.7명) 다시 증가하여 2021년 8.2명이었으며, 2022년은 다시 4.8명으로 감소하였다. 85세 이상을 살펴보면, 2019년 75.8명이었다가 2020년 64.2명, 2021년 63.9명으로 감소 추세를 보이다가 2022년 82.6명으로 큰 폭으로 증가하는 경향이였다.

[표 2-8] 대전광역시 연령별 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

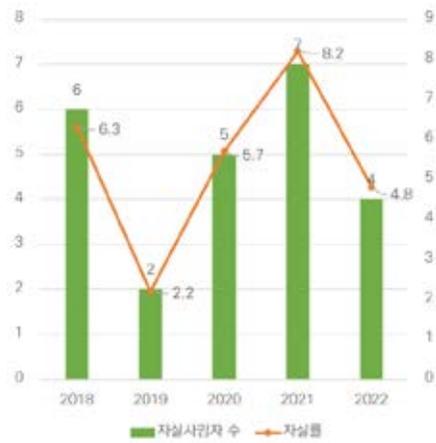
	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
계	420	28.3	423	28.7	397	27.2	425	29.3	371	25.7
0-11세	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0
12-17세	6	6.3	2	2.2	5	5.7	7	8.2	4	4.8
12-14세	4	9.2	1	2.4	0	-	4	9.4	0	-
15-17세	2	3.9	1	2.1	5	11.2	3	7.0	4	9.6
18-39세	103	22.2	107	23.6	132	29.8	138	31.9	112	26.4
18-29세	43	17.0	46	18.3	57	23.1	66	27.3	56	23.7
30-39세	60	28.5	61	30.0	75	38.3	72	37.7	56	29.8
40-64세	203	34.8	203	34.9	163	28.1	199	34.4	153	26.5
40-49세	76	30.2	83	34.1	71	29.9	76	32.7	49	21.6
50-64세	127	38.3	120	35.4	92	26.8	123	35.5	104	29.8
65세이상	108	59.0	111	57.9	97	47.8	80	37.3	102	45.1
65-74세	59	55.7	54	48.6	49	41.1	41	32.1	40	29.4
75-84세	37	36.8	44	41.6	36	32.7	26	22.8	44	36.7
85세이상	12	76.1	13	75.8	12	64.2	13	63.9	18	82.6

출처: 통계청(2022). 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12
 행정안전부(2023.08.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구. (2023.09.18.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=12

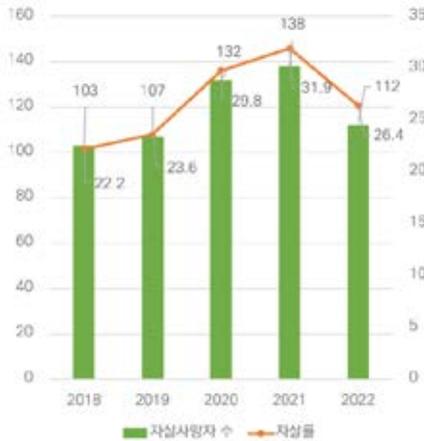
참고: 자살률=자살사망자수/주민등록연앙인구*100,000



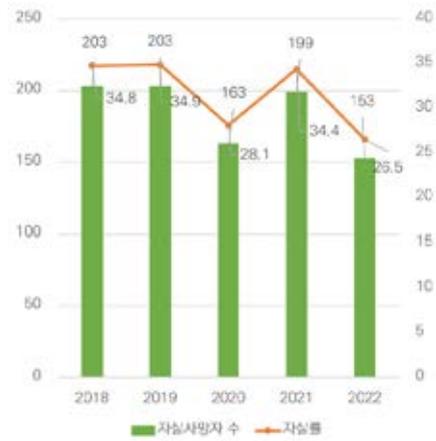
[그림 2-13] 대전광역시 0-11세 자살 현황 추이



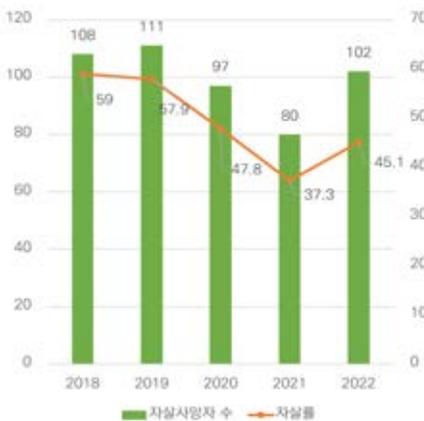
[그림 2-14] 대전광역시 12-17세 자살 현황 추이



[그림 2-15] 대전광역시 18-39세 자살 현황 추이



[그림 2-16] 대전광역시 40-64세 자살 현황 추이



[그림 2-17] 대전광역시 65세 이상 자살 현황 추이

3) 대전광역시 자치구별 연령별 자살 현황 추이

(1) 동구

2022년 대전광역시 동구 자살사망자 수는 67명으로 연령별대로 살펴보면 다음과 같다. 40-64세가 34명으로 가장 많았고, 그다음으로 18-39세 17명이고 65세 이상이 16명 순으로 나타났다. 연령을 세분화하면, 50-64세가 26명이었고 30-39세와 75-84세가 각 9명, 18-29세와 40-49세가 각 8명 등의 순이었다. 동구 자살률은 30.5명으로, 연령별로는 40-64세 38.8명, 65세 이상 35.6명, 18-39세 29.0명이었다. 세부 연령별로는 75-84세의 경우 자살률이 61.9명으로 가장 높았으며, 그다음으로는 85세 이상 47.5명, 50-64세 47.3명, 30-39세 36.3명 순으로 나타났다.

2018~2022년 연령별 자살률 추이를 보면, 대부분의 연령대에서 코로나19가 시작되던 2020년의 자살률이 이전보다 감소하였으며, 코로나19가 장기화되면서 다시 자살률이 늘어난 경향을 보이고, 코로나19가 종식된 2022년에는 다시 자살률이 감소하는 추세를 보였다. 65세 이상의 경우 지난 5년간을 살펴보았을 때 2022년이 가장 낮은 35.6명을 나타내고 있다.

[표 2-9] 대전광역시 동구 연령별 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률
계	79	34.8	85	37.7	60	27.0	89	40.3	67	30.5
0-11세	-	-	-	-	-	-	1	5.5	-	-
12-17세	2	16.0	-	-	1	8.5	-	-	-	-
12-14세	2	34.4	-	-	-	-	-	-	-	-
15-17세	-	-	-	-	1	16.6	-	-	-	-
18-39세	14	21.4	13	20.3	10	16.2	22	36.8	17	29.0
18-29세	6	16.6	7	19.4	5	14.2	10	29.0	8	23.6
30-39세	8	27.2	6	21.4	5	19.0	12	47.3	9	36.3
40-64세	39	43.5	40	44.6	29	32.6	44	49.8	34	38.8
40-49세	12	33.5	12	34.5	14	41.2	18	53.9	8	24.4
50-64세	27	50.1	28	51.1	15	27.3	26	47.4	26	47.3
65세 이상	24	64.0	32	81.7	20	48.7	22	51.2	16	35.6
65-74세	13	60.5	15	67.4	11	46.8	10	40.1	5	19.1
75-84세	11	84.5	14	102.9	7	50.1	8	56.4	9	61.9
85세이상	-	-	3	91.0	2	55.5	4	102.1	2	47.5

출처: 통계청(2022). 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=l2
 행정안전부(2023.08.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구. (2023.09.18.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=l2

참고: 자살률=자살사망자수/주민등록연앙인구*100,000

(2) 중구

2022년 중구의 자살사망자 수는 58명으로, 65세 이상이 22명으로 가장 많았고, 40-64세 21명, 18-39세 15명 순이었다. 세부 연령별로는 50-64세가 16명이었고, 75-84세가 9명, 30-39세가 8명, 18-29세와 65-74세가 각 7명 등의 순으로 나타났다. 중구 자살률은 25.5명으로, 연령별로는 65세 이상이 46.1명으로 가장 많았고, 다음으로 18-39세 25.6명, 40-64세 22.9명 순이었으며, 세부 연령별로는 85세 이상 125.5명, 75-84세 57.6명, 30-39세 32.5명 등의 순이었다.

2018~2022년 연령별대 자살률 추이는 18-39세(23.7명)와 65세 이상(47.5명)에서는 코로나19가 시작된 2020년 전년 대비 자살률이 감소하였지만, 2021년의 경우는 18-39세는 증가하였고(29.7명) 65세 이상은 감소하였다(36.9명). 2022년에는 18-39세는 전년 대비 자살률이 감소하였지만(25.6명) 65세 이상에서는 다시 증가하는 추세를 보였다(46.1명). 40-64세의 경우는 2020년 자살률이 증가하였다(42.0명) 2021년(28.9명)과 2022년(22.9명) 점차 감소하는 경향을 보인다. 85세 이상의 경우 2019년 106.2명으로 증가하였다가 2020년 24.4명으로 감소하였고 2021년 다시 44.9명, 2022년 125.5명으로 증가하였다.

[표 2-10] 대전광역시 중구 연령별 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률
계	70	28.7	78	32.5	78	33.1	63	27.3	58	25.5
0-11세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-17세	-	-	-	-	2	15.2	1	7.9	-	-
12-14세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-17세	-	-	-	-	2	29.2	1	15.6	-	-
18-39세	13	18.9	16	24.1	15	23.7	18	29.7	15	25.6
18-29세	6	15.7	9	24.0	5	13.7	7	19.8	7	20.6
30-39세	7	22.8	7	24.4	10	37.3	11	43.4	8	32.5
40-64세	33	33.9	36	37.3	40	42.0	27	28.9	21	22.9
40-49세	14	35.0	20	52.0	16	43.1	16	44.8	5	14.6
50-64세	19	33.2	16	27.6	24	41.3	11	19.0	16	27.9
65세이상	24	59.2	26	61.7	21	47.5	17	36.9	22	46.1
65-74세	15	64.7	16	66.7	11	43.6	9	34.0	7	25.6
75-84세	7	50.5	6	41.6	9	60.6	6	39.6	9	57.6
85세이상	2	57.4	4	106.2	1	24.4	2	44.9	6	125.5

출처: 통계청(2022). 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=l2
 행정안전부(2023.08.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구. (2023.09.18.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=l2

참고: 자살률=자살사망자수/주민등록연앙인구*100,000

(3) 서구

2022년 서구 자살사망자 수는 112명으로 40-64세가 47명으로 가장 많았고, 그다음으로 18-39세 38명, 65세 이상 26명, 12-17세 1명 순으로 나타났다. 세부 연령별로는 50-64세에서 30명, 18-29세 20명, 30-39세 18명, 그리고 40-49세 17명 등의 순이었다. 2022년 서구 자살률은 23.8명으로, 65세 이상이 39.4명으로 가장 높게 나타났으며, 그다음으로 18-39세 26.1명, 40-64세 25.3명, 12-17세 3.5명 순이었다.

2018~2022년 자살률 추이를 살펴보면, 먼저 65세 이상은 2019년에 전년 대비 3.1명 증가하다가(50.6명) 2020년(44.3명)과 2021년(38.5명) 감소하였으며 이후 2022년 다시 증가하는 경향을(39.4명) 보였다. 18-39세의 경우는 2019년(25.2명)에 비해 2020년(34.9명)과 2021년(35.0명) 증가하다가 2022년 감소하는 추세(26.1명)였으며, 40-64세는 2019년(30.8명)과 2020년(22.9명) 감소하다가 2021년 다시 증가하였고(28.9명) 2022년 다시 소폭 감소하였다(25.3명).

[표 2-11] 대전광역시 서구 연령별 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
계	140	29.0	126	26.3	123	25.8	134	28.3	112	23.8
0-11세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-17세	2	6.2	1	3.3	1	3.4	4	13.8	1	3.5
12-14세	-	-	-	-	-	-	3	20.7	-	-
15-17세	2	11.4	1	6.2	1	6.5	1	6.9	1	7.1
18-39세	48	30.6	39	25.2	53	34.9	52	35.0	38	26.1
18-29세	21	24.1	17	19.6	24	28.1	29	34.6	20	24.5
30-39세	27	38.7	22	32.2	29	43.6	23	35.4	18	28.1
40-64세	65	34.5	58	30.8	43	22.9	54	28.9	47	25.3
40-49세	28	33.8	25	31.1	21	26.7	16	20.8	17	22.6
50-64세	37	35.0	33	30.6	22	20.2	38	34.6	30	27.1
65세이상	25	47.5	28	50.6	26	44.3	24	38.5	26	39.4
65-74세	11	35.5	13	39.7	12	34.0	15	39.3	14	34.4
75-84세	11	64.3	11	62.4	9	50.1	5	27.3	6	31.5
85세이상	3	65.6	4	80.4	5	92.3	4	68.3	6	96.8

출처: 통계청(2022). 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=l2
 행정안전부(2023.08.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구. (2023.09.18.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=l2

참고: 자살률=자살사망자수/주민등록연앙인구*100,000

(4) 유성구

2022년 유성구 자살사망자 수는 77명으로 연령대별로는 40-64세가 28명으로 가장 많았고, 그다음으로는 18-39세 27명, 65세 이상 20명, 12-17세 2명 순이었다. 세부 연령별로는 50-64세 18명, 18-29세 17명, 30-39세와 40-49세, 75-84세가 각 10명이었다.

유성구의 2022년 자살률은 21.8명이며 연령대로 살펴보면, 65세 이상이 53.6명으로 가장 많았으며, 그다음 18-39세 23.5명, 40-64세 20.3명, 그리고 12-17세 8.9명으로 나타났다. 세부 연령에서는 75-84세의 자살률이 99.3명으로 가장 많았고 85세 이상 52.9명, 65-74세 34.1명, 18-29세 28.4명 등의 순이었다.

2018~2022년 유성구 자살률 추이는 65세 이상의 경우 전년 대비 2019년 감소하였다(46.7명) 2020년 다시 증가하였고(59.1명) 2021년 20.2명으로 큰 폭으로 감소하였다가 2022년 다시 53.6명으로 크게 증가하였다. 18-39세는 2018년(15.2명) 이후 증가하다가(2021년 31.2명) 2022년 23.5명으로 다시 감소하는 추세를 보였다. 세부 연령에서는 75-84세의 경우 2018년(54.9명)에서 2019년(74.5명), 2020년(73.0명) 70명대 수준을 보이다가 2021년 20.5명으로 급격히 감소했고 2022년 99.3명으로 큰 폭으로 증가하였다.

[표 2-12] 대전광역시 유성구 연령별 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률
계	70	20.1	79	22.7	80	22.9	78	22.3	77	21.8
0-11세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-17세	2	8.4	1	4.4	1	4.4	2	8.9	2	8.9
12-14세	2	17.6	1	8.9	-	-	1	8.7	-	-
15-17세	-	-	-	-	1	8.8	1	9.0	2	18.1
18-39세	18	15.2	27	23.0	30	25.7	36	31.2	27	23.5
18-29세	6	10.0	7	11.6	14	23.2	15	24.9	17	28.4
30-39세	12	20.6	20	34.9	16	28.5	21	38.0	10	18.2
40-64세	35	26.8	37	28.0	30	22.4	33	24.3	28	20.3
40-49세	14	22.6	15	24.6	11	18.2	13	21.7	10	16.7
50-64세	21	30.7	22	30.9	19	25.8	20	26.4	18	23.1
65세이상	15	53.4	14	46.7	19	59.1	7	20.2	20	53.6
65-74세	7	43.2	5	28.5	9	46.6	3	14.1	8	34.1
75-84세	5	54.9	7	74.5	7	73.0	2	20.5	10	99.3
85세이상	3	108.2	2	66.6	3	92.2	2	56.4	2	52.9

출처: 통계청(2022). 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=l2
 행정안전부(2023.08.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구. (2023.09.18.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=l2

참고: 자살률=자살사망자수/주민등록연앙인구*100,000

(5) 대덕구

대덕구의 2022년 자살사망자 수는 57명이며, 40-64세의 경우 23명으로 가장 많았고 그다음으로는 65세 이상 18명, 18-39세 15명, 12-17세 1명 순으로 나타났다. 세부 연령별로는 50-64세가 14명이고 30-39세 11명, 75-84세 10명, 40-49세 9명 등의 순이었다. 대덕구의 자살률은 32.9명으로, 65세 이상에서는 59.4명이었으며, 18-39세는 32.1명, 40-64세는 31.1명, 그리고 12-17세는 11.1명이었다. 세부 연령별로는 75-84세가 109.0명으로 가장 많았고 그다음 85세 이상 70.5명, 30-39세 55.8명, 40-49세 35.5명, 65-74세 32.8명이었다.

2018~2022년 자살률 추이를 보면, 65세 이상의 경우 2018년 82.9명에서 2019년 43.6명, 2020년 41.1명, 2021년 35.1명으로 큰 폭으로 감소하였다가 2022년 59.4명으로 다시 증가하였다. 18-39세는 2018년(18.6명) 이후 증가하다가(2020년 48.9명) 2021년 다시 감소하였다가(20.8명) 2022년 32.1명으로 다시 증가하는 경향을 보였다. 세부 연령별로는 75-84세에서 전년(36.6명) 대비 2019년에 증가하였다가(70.6명) 2020년 46.0명으로 감소하다가 2021년 56.3명, 2022년 109.0명으로 증가하였다.

[표 2-13] 대전광역시 대덕구 연령별 자살 현황 추이

단위: 명, 인구 10만 명당 명

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률	자살 사망자 수	자살률
계	61	33.3	55	30.9	56	31.9	61	34.9	57	32.9
0-11세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-17세	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11.1
12-14세	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-17세	-	-	-	-	-	-	-	-	1	21.5
18-39세	10	18.6	12	23.5	24	48.9	10	20.8	15	32.1
18-29세	4	12.8	6	19.9	9	31.0	5	17.8	4	14.8
30-39세	6	26.7	6	28.7	15	74.7	5	25.1	11	55.8
40-64세	31	40.3	32	42.2	21	27.9	41	54.8	23	31.1
40-49세	8	25.8	11	37.8	9	32.6	13	49.1	9	35.5
50-64세	23	50.1	21	44.9	12	25.2	28	57.9	14	28.8
65세이상	20	82.9	11	43.6	11	41.1	10	35.1	18	59.4
65-74세	13	92.8	5	34.2	6	38.1	4	23.5	6	32.8
75-84세	3	36.6	6	70.6	4	46.0	5	56.3	10	109.0
85세이상	4	207.0	-	-	1	43.2	1	38.8	2	70.5

출처: 통계청(2022), 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022), (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=l2
 행정안전부(2023.08.), 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구, (2023.09.18.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=l2

참고: 자살률=자살사망자수/주민등록연앙인구*100,000

4. 교육 수준별 자살 현황

1) 전국 교육 수준별 자살 현황

2022년 전국 자살사망자 수는 총 12,906명으로, 교육 수준별로 살펴보면 고등학교 졸업이 4,648명(36.0%)으로 가장 많았고, 다음으로 대학(교) 졸업 3,441명(26.7%), 초등학교 졸업 1,581명(12.3%), 중학교 졸업 1,372명(10.6%), 무학 511명(4.0%), 그리고 대학원 졸업 이상 365명(2.8%) 순이었다.

2018~2022년 전국 교육 수준별 추이를 살펴보면, 고등학교 졸업은 35~36% 정도를 유지하고 있으며, 대학(교) 졸업은 24~25%를 유지하다가 2022년 26.7%로 소폭 증가하였다. 대체로 교육 수준별 추이는 2018~2022년까지 일정 비율로 유지되고 있다.

[표 2-14] 전국 교육 수준별 자살 현황 추이

단위: 명, %(백분율)

	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	비율								
계	13,670	100	13,799	100	13,195	100	13,352	100	12,906	100
무학	664	4.9	612	4.4	578	4.4	537	4.0	511	4.0
초등학교	1,952	14.3	1,876	13.6	1,610	12.2	1,688	12.6	1,581	12.3
중학교	1,791	13.1	1,668	12.1	1,576	11.9	1,509	11.3	1,372	10.6
고등학교	4,984	36.5	5,023	36.4	4,834	36.6	4,794	35.9	4,648	36.0
대학(교)	3,298	24.1	3,408	24.7	3,355	25.4	3,451	25.8	3,441	26.7
대학원 이상	288	2.1	335	2.4	301	2.3	377	2.8	365	2.8
미상	693	5.1	877	6.4	941	7.1	996	7.5	988	7.7

출처: 통계청(2022). 사망원인통계 A형 원자료(2018~2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/stat.html/stat.html.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12
 참고: 비율=자살사망자수/계*100

2) 대전광역시 교육 수준별 자살 현황

2022년 대전광역시 자살사망자 수는 총 371명이며, 교육 수준별로는 고등학교 졸업이 116명(31.3%)으로 가장 많았고, 다음으로는 대학(교) 졸업 101명(27.2%), 초등학교 졸업 49명(13.2%), 중학교 졸업 43명(11.6%), 무학 20명(5.4%), 대학원 이상 11명(3.0%) 순으로 나타났다.

2018~2022년 교육 수준별 추이를 살펴보면, 고등학교 졸업은 31% 수준을 유지하다가 2021년 38.6%까지 증가했고 2022년 다시 감소한 31.3% 수준을 보인다. 대학(교) 졸업은 25%~29%를 유지하고 있으며, 2021년 무학(1.6%)과 초등학교(8.9%)의 경우 자살사망자 비율이 소폭 감소하였다가 2022년 다시 무학 5.4%, 초등학교 졸업 13.2%로 증가하였다.

[표 2-15] 대전광역시 교육수준별 자살 현황 추이

단위: 명, %(백분율)

구분	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	비율								
계	420	100	423	100	397	100	425	100	371	100
무학	18	4.3	28	6.6	21	5.3	7	1.6	20	5.4
초등학교	67	16.0	54	12.8	42	10.6	38	8.9	49	13.2
중학교	55	13.1	51	12.1	38	9.6	44	10.4	43	11.6
고등학교	134	31.9	134	31.7	147	37.0	164	38.6	116	31.3
대학(교)	105	25.0	118	27.9	109	27.5	124	29.2	101	27.2
대학원 이상	14	3.3	8	1.9	12	3.0	15	3.5	11	3.0
미상	27	6.4	30	7.1	28	7.1	33	7.8	31	8.4

출처: 통계청(2022), 사망원인통계 A형 원자료(2018~2022), (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12

참고: 비율=자살사망자수/계*100

5. 직업분류별 자살 현황

1) 전국 직업분류별 자살 현황

2022년 직업분류별 자살사망자 수를 살펴보면, 전국 자살사망자 12,906명 중에 학생, 가사, 무직에 해당하는 자살사망자는 7,523명(58.3%)으로 절반 이상을 차지했으며, 그다음으로 사무종사자 1,364명(10.6%), 서비스종사자 및 판매 종사자 1,188명(9.2%), 단순노무 종사자 1,041명(8.1%), 전문가 및 관련 종사자 623명(4.8%), 미상, 군인 352명(2.7%), 농림어업 숙련 종사자 351명(2.7%), 장치기계 조작 및 조립종사자 245명(1.9%), 기능원 및 관련 기능 종사자 146명(1.1%), 그리고 관리자가 73명(0.6%) 순이었다.

2018~2022년 직업분류별 추이를 살펴보면, 직업분류별 비율이 매년 일정하게 유지되고 있으나 장치기계 조작 및 조립종사자의 경우 2018년과 2019년 3%대의 비율이 2020년 이후 1.6~1.9%로 유지되고 있었다(2020년 1.8%, 2021년 1.6%, 2022년 1.9%).

[표 2-16] 전국 직업분류별 자살 현황 추이

단위: 명, %(백분율)

직업분류	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	비율								
계	13,670	100	13,799	100	13,195	100	13,352	100	12,906	100
관리자	137	1.0	122	0.9	95	0.7	79	0.6	73	0.6
기능원 및 관련 기능 종사자	148	1.1	118	0.9	122	0.9	136	1.0	146	1.1
농림어업 숙련 종사자	395	2.9	382	2.8	360	2.7	324	2.4	351	2.7
단순노무 종사자	1,268	9.3	1,294	9.4	1,136	8.6	1,087	8.1	1,041	8.1
사무 종사자	1,236	9.0	1,242	9.0	1,212	9.2	1,248	9.3	1,364	10.6
서비스종사자 및 판매 종사자	1,080	7.9	1,112	8.1	1,350	10.2	1,267	9.5	1,188	9.2
장치기계 조작 및 조립종사자	436	3.2	415	3.0	231	1.8	212	1.6	245	1.9
전문가 및 관련 종사자	550	4.0	563	4.1	636	4.8	637	4.8	623	4.8
학생, 가사, 무직	8,161	59.7	8,318	60.3	7,771	58.9	8,007	60.0	7,523	58.3
미상, 군인	259	1.9	233	1.7	282	2.1	355	2.7	352	2.7

출처: 통계청(2022), 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022), (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/stat.html/stat.html.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12
 참고: 비율=자살사망자수/계*100

2) 대전광역시 직업분류별 자살 현황

2022년 대전광역시 직업분류별 자살사망자 수를 보면, 학생, 가사, 무직에 해당하는 자살사망자가 232명(62.5%)으로 가장 많았고, 다음으로 서비스종사자 및 판매 종사자 38명(10.2%), 사무종사자 37명(10.0%), 단순노무 종사자 27명(7.3%), 전문가 및 관련 종사자 19명(5.1%), 미상, 군인 7명(1.9%), 장치기계 조작 및 조립종사자 6명(1.6%), 기능원 및 관련 기능 종사자 3명(0.8%), 농림어업 숙련 종사자와 관리자가 각 1명(0.3%) 순이었다.

2018~2022년까지의 추이를 보면, 직업분류별 비율이 매년 일정하게 유지되는 편이었다. 하지만 관리자의 경우는 2018년과 2019년 자살사망자 수가 10명(2.4%)이었는데 이후 감소하여 2020년 2명(0.5%), 2021년과 2022년 각 1명(0.3%) 수준을 보였다.

[표 2-17] 대전광역시 직업분류별 자살 현황 추이

단위: 명, %(백분율)

구분	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	자살률								
계	420	100	423	100	397	100	425	100	371	100
관리자	10	2.4	10	2.4	2	0.5	1	0.2	1	0.3
기능원 및 관련 기능 종사자	1	0.2	-	-	3	0.8	5	1.2	3	0.8
농림어업숙련 종사자	4	1.0	5	1.2	2	0.5	1	0.2	1	0.3
단순노무 종사자	45	10.7	36	8.5	30	7.6	38	8.9	27	7.3
사무 종사자	25	6.0	37	8.7	36	9.1	38	8.9	37	10.0
서비스종사자 및 판매 종사자	32	7.6	42	9.9	46	11.6	55	12.9	38	10.2
장치기계 조작 및 조립종사자	18	4.3	15	3.5	5	1.3	11	2.6	6	1.6
전문가 및 관련 종사자	26	6.2	21	5.0	20	5.0	21	4.9	19	5.1
학생, 가사, 무직	252	60.0	249	58.9	247	62.2	242	56.9	232	62.5
미상, 군인	7	1.7	8	1.9	6	1.5	13	3.1	7	1.9

출처: 통계청(2022), 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022), (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12
 참고: 비율=자살사망자수/계*100

6. 혼인상태별 자살 현황

1) 전국 혼인상태별 자살 현황

2022년 전국 혼인상태별 자살사망자 수는 전체 12,906명 중 배우자 있음이 5,178명(40.1%)으로 가장 많았고, 그다음으로는 미혼 4,455명(34.5%), 이혼 2,028명(15.7%), 사별 1,230명(9.5%) 순으로 나타났다. 2018~2022년 전국 혼인상태별 추이를 살펴보면, 혼인상태에 따라 비율이 매년 일정하게 유지되는 경향을 보였다.

[표 2-18] 전국 혼인상태별 자살 현황 추이

단위: 명, %(백분율)

구분	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	비율								
계	13,670	100	13,799	100	13,195	100	13,352	100	12,906	100
미혼	4,126	30.2	4,226	30.6	4,489	34.0	4,590	34.4	4,455	34.5
배우자 있음	5,911	43.2	5,857	42.4	5,297	40.1	5,301	39.7	5,178	40.1
사별	1,326	9.7	1,315	9.5	1,194	9.0	1,205	9.0	1,230	9.5
이혼	2,273	16.6	2,356	17.1	2,197	16.7	2,238	16.8	2,028	15.7
미상	34	0.2	45	0.3	18	0.1	18	0.1	15	0.1

출처: 통계청(2022). 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022). (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12
 참고: 비율=자살사망자수/계*100

2) 대전광역시 혼인상태별 자살 현황

2022년 대전광역시 혼인상태별 자살사망자 수는 전체 371명 중 배우자 있음이 141명(38.0%)으로 가장 많았고, 그다음으로는 미혼 128명(34.5%), 이혼 63명(17.0%), 사별 39명(10.5%) 순으로 나타났다.

2018~2022년 전국 혼인상태별 추이를 살펴보면, 배우자 있음의 경우 2018년(188명, 44.8%)과 2019년(188명, 44.4%) 40%대에서 2020년 이후 30%대로 감소한 경향을 보였다. 반면, 미혼은 2018년부터 2021년까지 계속 증가하다가 2022년에는 감소하였다.

[표 2-19] 대전광역시 혼인상태별 자살 현황 추이

단위: 명, %(백분율)

구분	2018		2019		2020		2021		2022	
	자살 사망자 수	비율	자살 사망자 수	자살률						
계	420	100	423	100	397	100	425	100	371	100
미상	2	0.5	1	0.2	1	0.3	2	0.5	-	-
미혼	133	31.7	128	30.3	147	37.0	167	39.3	128	34.5
배우자 있음	188	44.8	188	44.4	135	34.0	149	35.1	141	38.0
사별	32	7.6	38	9.0	43	10.8	30	7.1	39	10.5
이혼	65	15.5	68	16.1	71	17.9	77	18.1	63	17.0

출처: 통계청(2022), 사망원인통계 A형 원자료(2018-2022), (2023.09.18.인출) https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=12
 참고: 비율=자살사망자수/계*100

7. 동기별 자살 현황

1) 전국 동기별 자살 현황

2021년 전국 동기별 자살 현황을 살펴보면, 전체 자살사망자 총 13,205명 중 정신과·정신과적 문제가 5,258명(39.8%)으로 가장 높게 나타났다. 다음으로는 경제생활 문제 3,190명(24.2%), 육체적 질병 문제 2,343명(17.7%), 가정문제 879명(6.7%), 직장 또는 업무상의 문제 496명(3.8%), 미상 333명(2.5%), 기타 300명(2.3%), 남녀문제 281명(2.1%), 사별문제 117명(0.9%), 학대 또는 폭력 문제 8명(0.1%) 순이었다.

2018~2021년 전국 동기별 자살 현황 추이를 보면, 매년 정신과·정신과적 문제가 1위, 경제생활 문제 2위, 육체적 질병이 3위로 나타났다. 구체적으로 정신과·정신과적 문제가 2018년부터 2021년까지 31.6~39.8%를 유지하였고, 경제생활 문제는 20%대를 꾸준히 유지하였으며, 육체적 질병의 경우도 17~18%대 였다.

[표 2-20] 전국 동기별 자살 현황 추이

단위: 명, %

	2018		2019		2020		2021	
	자살 사망자 수	비율						
계	13,216	100	13,367	100	12,776	100	13,205	100
가정문제	1,043	7.9	1,069	8.0	891	7.0	879	6.7
경제생활 문제	3,390	25.7	3,564	26.7	3,249	25.4	3,190	24.2
육체적 질병 문제	2,429	18.4	2,518	18.8	2,172	17.0	2,343	17.7
정신과 정신과적 문제	4,171	31.6	4,638	34.7	4,905	38.4	5,258	39.8
직장 또는 업무상의 문제	487	3.7	598	4.5	492	3.9	496	3.8
남녀문제	419	3.2	373	2.8	360	2.8	281	2.1
사별문제	109	0.8	113	0.8	102	0.8	117	0.9
학대 또는 폭력 문제	0	0.0	4	0.0	1	0.0	8	0.1
기타	326	2.5	330	2.5	372	2.9	300	2.3
마상	842	6.4	160	1.2	232	1.8	333	2.5

출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단. 2023년 자살예방백서: 경찰청 2018-2021년 변사자통계. (p.103)

참고: 비율=자살사망자수/계*100

동기별 자살자 수의 경우 변사자통계 자료를 활용함으로써 집계 방법이 사망원인통계와 달라 앞선 총계와 차이가 있음

2) 전국 성별 동기별 자살 현황

2021년 전국 성별에 따른 동기별 자살은 남성의 경우 정신과·정신과적 문제가 2,918명(32.1%)으로 가장 높았으며, 다음으로 경제적 생활 문제 2,750명(30.2%), 육체적 질병 문제 1,697명(18.7%), 가정문제 618명(6.8%), 직장 또는 업무상의 문제 398명(4.4%), 미상 250명(2.7%), 기타 225명(2.5%), 남녀문제 159명(1.7%), 사별문제 76명(0.8%) 순으로 나타났다.

여성도 정신과·정신과적 문제가 2,340명으로 가장 높게 나타났는데, 비율은 남성(32.1%)보다 두 배 가까운 57%였다. 2순위의 경우는 남성과 다르게 육체적 질병 문제가 646명(15.7%)이었고, 경제생활 문제 440명(10.7%), 가정문제 261명(6.4%), 남녀문제 122명(3.0%), 직장 또는 업무상의 문제 98명(2.4%), 미상 80명(1.9%), 기타 75명(1.8%), 사별문제 41명(1.0%), 학대 또는 폭력 문제 4명(0.1%) 순이었다. 남성의 경우 남녀문제보다 직장 또는 업무상의 문제가 좀 더 높은 비율의 자살동기였지만, 여성은 남녀문제가 직장 등의 문제보다 높았다.

[표 2-21] 2021년 성별 동기별 자살 현황

단위: 명, %

		가정 문제	경제 생활 문제	육체적 질병 문제	정신과 · 정신과적 문제	직장 또는 업무상의 문제	남녀 문제	사별 문제	학대 또는 폭력 문제	기타	미상	전체
계	자살자 수	879	3,190	2,343	5,258	496	281	117	8	300	333	13,205
	비율	6.7	24.2	17.7	39.8	3.8	2.1	0.9	0.1	2.3	2.5	100.0
남성	자살자 수	618	2,750	1,697	2,918	398	159	76	4	225	250	9,050
	비율	6.8	30.2	18.7	32.1	4.4	1.7	0.8	0.0	2.5	2.7	100
여성	자살자 수	261	440	646	2,340	98	122	41	4	75	80	4,107
	비율	6.4	10.7	15.7	57.0	2.4	3.0	1.0	0.1	1.8	1.9	100
미상	자살자 수	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0

출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단. 2023년 자살예방백서: 경찰청 2018-2021년 변사자통계. (p.103)

참고: 비율=자살시망자수/계*100

동기별 자살자 수의 경우 변사자통계 자료를 활용함으로써 집계 방법이 사망원인통계와 달라 앞선 총계와 차이가 있음

3) 전국 연령대별 동기별 자살 현황

2021년 전국 연령대에 따른 동기별 자살 현황을 살펴보면, 전체 자살자 총 13,205명 중 61세 이상은 4,414명으로, 이들의 자살 동기는 육체적 질병 문제가 1,778명(40.3%)으로 가장 높게 나타났고, 그다음 정신과·정신과적 문제 1,626명(36.8%), 경제생활 문제 464명(10.5%), 가정문제 286명(6.5%) 등의 순이었다. 51-60세 2,528명 중 정신과·정신과적 문제가 952명(37.7%)로 가장 높았고, 경제생활 문제가 800명(31.6%), 육체적 질병 문제 320명(12.7%), 가정문제 174명(6.9%) 등의 순으로 나타났다.

41-50세 2,310명의 자살동기로는 경제생활 문제가 914명(39.6%)으로 가장 많았고, 그다음으로는 정신과·정신과적 문제 799명(34.6%), 가정문제 172명(7.4%), 육체적 질병 문제 132명(5.7%) 순이었다. 31-40세 1,877명 중에는 정신과·정신과적 문제가 737명(39.3%)으로 가장 많았고 경제생활 문제 694명(37.0%), 가정문제 131명(7.0%), 직장 또는 업무상의 문제 89명(4.7%) 등의 순이었다.

21-30세 1,632명 중 정신과·정신과적 문제가 888명(54.4%)이었고, 경제생활 문제 308명(18.9%), 직장 또는 업무상의 문제 126명(7.7%), 남녀문제 94명(5.8%) 등의 순이었다. 11-20세 437명 중에는 정신과·정신과적 문제가 256명(58.6%)으로 반 이상의 비율이었으며, 가정문제 52명(11.9%), 기타 59명(13.5%), 남녀문제 22명(5.0%) 등의 순이었다. 10세 이하 3명 중에는 가정문제가 2명(66.7%)이었고 미상이 1명(33.3%)이었다.

대부분의 연령대에서 정신과·정신과적 문제가 자살동기 중 가장 높은 비율을 보였으나 41-50세는 경제생활 문제, 61세 이상은 육체적 질병 문제의 자살 동기가 가장 높아 부분적으로 차이가 있었다. 특히, 연령이 많아질수록 육체적 질병으로 인한 자살 비율이 높아졌으며, 21-50세의 경우는 직장 또는 업무상의 문제에 의한 자살 비율이 다른 연령대에 비해 높았다. 11-30세는 남녀문제로 인한 자살이 다른 연령대에 비해 높은 편이었다.

[표 2-22] 2021년 연령대별 동기별 자살 현황

단위: 명, %

		가정 문제	경제 생활 문제	육체적 질병 문제	정신과 · 정신과적 문제	직장 또는 업무상의 문제	남녀 문제	사별 문제	학대 또는 폭력 문제	기타	미상	전체
계	자살자 수	879	3,190	2,343	5,258	496	281	117	8	300	333	13,205
	비율	6.7	24.2	17.7	39.8	3.8	2.1	0.9	0.1	2.3	2.5	100.0
10세 이하	자살자 수	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
	비율	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	100.0
11- 20세	자살자 수	52	10	6	256	7	22	2	5	59	18	437
	비율	11.9	2.3	1.4	58.6	1.6	5.0	0.5	1.1	13.5	4.1	100.0
21- 30세	자살자 수	62	308	45	888	126	94	11	1	46	51	1,632
	비율	3.8	18.9	2.8	54.4	7.7	5.8	0.7	0.1	2.8	3.1	100.0
31- 40세	자살자 수	131	694	62	737	89	71	7	-	36	50	1,877
	비율	7.0	37.0	3.3	39.3	4.7	3.8	0.4	0.0	1.9	2.7	100.0
41- 50세	자살자 수	172	914	132	799	119	54	17	-	48	55	2,310
	비율	7.4	39.6	5.7	34.6	5.2	2.3	0.7	0.0	2.1	2.4	100
51- 60세	자살자 수	174	800	320	952	104	27	27	1	52	71	2,528
	비율	6.9	31.6	12.7	37.7	4.1	1.1	1.1	0.0	2.1	2.8	100.0
61세 이상	자살자 수	286	464	1778	1626	51	13	53	1	59	83	4,414
	비율	6.5	10.5	40.3	36.8	1.2	0.3	1.2	0.0	1.3	1.9	100.0
미상	자살자 수	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
	비율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0

출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단. 2023년 자살예방백서: 경찰청 2018-2021년 변사자통계. (p.103)

참고: 비율=자살사망자수/계*100

동기별 자살자 수의 경우 변사자통계 자료를 활용함으로써 집계 방법이 사망원인통계와 달라 앞선 총계와 차이가 있음

4) 대전광역시 동기별 자살 현황

2020~2021년 대전광역시 동기별 자살 현황을 살펴보면, 2020년에 비해 2021년에 사별문제가 40% 증가하였고, 경제생활 문제가 39%, 직장 또는 업무상의 문제가 28.6% 증가한 것으로 나타났다. 반대로, 일부 자살동기는 감소하였는데 가정문제는 33.3% 감소하였고, 기타 21.1%, 육체적 질병 문제 13.1%, 남녀문제 8.3%가 감소한 것으로 나타났다.

[표 2-23] 2020~2021년 대전광역시 동기별 자살 현황 및 증감률

단위: 명, %

구분		가정 문제	경제 생활 문제	육체적 질병 문제	정신과 · 정신과적 문제	직장 또는 업무상의 문제	남녀 문제	사별 문제	학대 또는 폭력 문제	기타	미상	전체
증감	증감	-9	32	-8	14	4	-1	2	0	-4	0	30
	증감률	-33.3	39.0	-13.1	9.9	28.6	-8.3	40.0	-	-21.1	0.0	8.0
2020	자살자 수	27	82	61	141	14	12	5	0	19	13	374
	비율	7.2	21.9	16.3	37.7	3.7	3.2	1.3	0.0	5.1	3.5	100.0
2021	자살자 수	18	114	53	155	18	11	7	0	15	13	404
	비율	4.5	28.2	13.1	38.4	4.5	2.7	1.7	0.0	3.7	3.2	100.0

출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2023년 자살예방백서: 경찰청 2018-2021년 변사자통계. (p.103)

참고: 비율=자살사망자수/계*100

증감률=(2021년-2020년)/2020년*100

동기별 자살자 수의 경우 변사자통계 자료를 활용함으로써 집계 방법이 사망원인통계와 달라 앞선 총계와 차이가 있음

제2절 대전광역시 환경 분석

세계보건기구(WHO)의 자살예방 국가전략 프레임워크에서는 자살의 요인을 개인적, 사회문화적, 환경적 차원에서 파악해야 함을 권고하였다(WHO, 2012). 이에 대전광역시의 다양한 환경을 분석하여 우리의 자살예방정책을 수립하는 데에 고려해야 할 시사점을 도출하고자 한다.

1. 도시화율

도시화는 ‘도시가 되어가는 과정’ 혹은 ‘도시적인 것이 심화되는 변화’를 의미한다(조명래, 2003). 도시화율이 높을수록 주민들이 가지고 있는 사회경제적, 문화적 이질성이 증가하고, 심리적 박탈감 등 정신건강에 부정적인 영향을 경험할 수 있어 자살위험이 높아질 가능성이 있다(신상수, 신영전, 2017).

인구와 면적을 이용하여 산출하는 인구밀도는 도시화율을 측정할 수 있는 유사 지표로 활용되고 있어 도시화율을 다루기 위해 인구밀도를 살펴보았다(김민영, 2013; 신상수, 신영전, 2017). 구체적으로 인구밀도가 높다는 것은 도시화율이 높다는 것과 일맥상통하는 것으로 두 가지 모두 관계적 측면이 약화 되어 있는 공간이라는 의미를 갖는다(신상수, 신영전, 2017).

전국 17개 광역시도의 인구밀도를 살펴보면 다음과 같다. 전국 인구밀도는 2022년 기준 514.6명/km²로 대전시는 전국 수준에 비해서 약 5배 이상 인구밀도가 높은 것으로 나타났다. 최근 추세를 보면 대전시는 2020년부터 서울, 부산, 광주, 인천의 뒤를 이어 전국 광역시도 중 5번째로 높은 인구밀도를 기록하고 있다. 즉, 전국 수준에서 대전시의 도시화율이 비교적 높은 수준임이 드러났다.

[표 2-24] 전국 광역시도 인구밀도

단위: 명/㎢

	2018		2019		2020		2021		2022	
	인구수 ¹⁾	인구 밀도 ²⁾	인구수	인구 밀도						
전국	51,629,512	514.4	51,779,203	515.7	51,829,136	516.2	51,738,071	515.2	51,692,272	514.6
대전	1,511,214	2,801.0	1,498,839	2,777.5	1,488,435	2,758.1	1,479,740	2,742.8	1,473,662	2,730.7
서울	9,673,936	15,983.7	9,639,541	15,926.9	9,586,195	15,839.0	9,472,127	15,650.1	9,417,469	15,560.7
부산	3,395,278	4,409.8	3,372,692	4,379.7	3,349,016	4,348.9	3,324,335	4,316.4	3,295,760	4,272.8
대구	2,444,412	2,766.7	2,429,940	2,750.3	2,410,700	2,728.6	2,387,911	2,702.2	2,366,852	2,673.7
인천	2,936,117	2,761.4	2,952,237	2,776.6	2,945,454	2,765.1	2,957,044	2,772.8	2,989,125	2,801.3
광주	1,490,092	2,973.2	1,489,730	2,972.7	1,477,573	2,948.5	1,475,262	2,944.0	1,468,972	2,931.9
울산	1,150,116	1,083.4	1,143,692	1,076.9	1,135,423	1,069.0	1,120,753	1,055.0	1,110,516	1,044.9
세종	312,374	671.9	338,136	727.3	353,933	761.3	366,227	787.7	382,589	822.9
경기	13,103,188	1,286.2	13,300,900	1,305.0	13,511,676	1,325.3	13,652,529	1,338.9	13,717,827	1,344.9
강원	1,520,391	90.3	1,520,127	90.3	1,521,763	90.4	1,521,890	90.4	1,528,037	90.8
충북	1,620,935	218.8	1,629,343	220.0	1,632,088	220.3	1,624,764	219.4	1,624,993	219.4
충남	2,181,416	265.1	2,188,649	265.4	2,176,636	264.0	2,175,960	263.8	2,193,214	265.9
전북	1,818,157	225.3	1,807,423	224.0	1,802,766	223.4	1,787,053	221.4	1,774,248	219.8
전남	1,790,352	145.0	1,787,543	144.8	1,788,807	144.9	1,778,124	143.9	1,771,431	143.3
경북	2,672,902	140.4	2,668,154	140.2	2,644,757	138.9	2,635,314	138.4	2,620,373	137.7
경남	3,350,350	317.9	3,347,209	317.6	3,333,056	316.2	3,305,931	313.6	3,280,829	311.2
제주	658,282	355.8	665,048	359.4	670,858	362.6	673,107	363.8	676,375	365.6

출처: ¹⁾ 통계청(2022). 인구총조사: 인구, 가구 및 주택 - 읍면동(연도 끝자리 0, 5), 시군구(그 외 연도). (2023.09.22.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_11N1502&conn_path=I3

²⁾ 통계청(2022). 인구총조사: 인구밀도. (2023.09.14.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B08024&conn_path=I3

대전광역시 자치구별 인구밀도를 살펴보면, 자치구마다 비교적 큰 차이가 있다. 2018년부터 2022년까지 인구밀도가 가장 높은 지역은 서구였으며 그 뒤를 중구, 대덕구, 유성구, 동구가 따랐다. 다만, 유성구의 인구밀도는 최근 5년간 조금씩 증가하고 있으며, 나머지 4개 자치구는 조금씩 감소하는 것으로 나타났다.

[표 2-25] 대전광역시 자치구별 인구밀도

단위: 명/㎢

	2018		2019		2020		2021		2022	
	인구수 ¹⁾	인구 밀도 ²⁾	인구수	인구 밀도						
동구	237,297	1,736.2	237,273	1,736.0	233,721	1,709.9	233,721	1,710.1	231,324	1,692.4
중구	239,284	3,848.3	234,995	3,779.3	227,326	3,656.0	227,326	3,656.0	224,114	3,604.2
서구	484,492	5,074.4	480,920	5,034.5	475,671	4,979.3	475,671	4,990.4	474,248	4,968.4
유성구	365,833	2,072.7	366,544	2,076.4	367,288	2,080.3	367,288	2,079.7	369,281	2,090.9
대덕구	184,308	2,683.1	179,107	2,606.6	175,734	2,557.4	175,734	2,556.9	174,695	2,541.5

출처: ¹⁾ 통계청(2022). 인구총조사: 인구, 가구 및 주택 - 읍면동(연도 끝자리 0, 5) 시군구(그 외 연도). (2023.09.22.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_11N1502&conn_path=I3

²⁾ 국토교통부(2022). 지적통계: 행정구역·지목별 국토이용현황 시군구. (2023.09.27.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=116&tblId=DT_MLTM_2300&conn_path=I2

2. 인구구조

1) 1인 가구

최근 우리나라의 1인 가구가 급격히 증가하고 있다. 전체 가구 중 1인 가구가 차지하는 비율은 2018년 29.3%, 2019년 30.2%, 2020년 31.7%, 2021년 33.4%, 2022년에는 34.5%로 지속적으로 증가하는 추세를 보인다. 특히, 대전광역시는 전국에서 1인 가구 비율이 높은 지역 중 하나로 2019년부터 계속 1인 가구 비율이 가장 많은 지역으로 나타났다. 1인 가구는 소통의 결여, 외로움과 고독, 경제적 문제 등을 혼자 부담해야 하는 환경에 처해질 가능성이 높기때문에 사회적으로 고립되거나 신체 및 정신건강 위협에 취약한 것으로 알려져 있다(고든솔, 2023). 더불어 2022년 사회조사 결과에 따르면, 1인 가구의 자살충동 경험은 7.9%로 2인 이상 가구(5.3%) 보다 높은 수준으로 나타났고, 자살 충동 이유는 신체적·정신적 질환, 우울감, 장애 때문인가 36.0%로 가장 높았고 그 뒤는 경제적 어려움 때문으로 26.7%, 외로움, 고독 때문에 16.5% 등의 순으로 나타났다(통계청, 2022). 이 때, ‘외로움, 고독 때문에’는 2인 가구 이상에서는 5.6%로 나타나 1인 가구에 비하여 3배가량 더 높은 수준으로 나타났다.

[표 2-26] 전국 광역시도 1인 가구 수 및 가구 비율

단위: 가구, %

	2018		2019		2020		2021		2022	
	가구 수	비율								
전국	5,848,594	29.3	6,147,516	30.2	6,643,354	31.7	7,165,788	33.4	7,502,350	34.5
대전	195,544	32.5	205,165	33.7	228,842	36.3	240,932	37.6	249,006	38.5
서울	1,229,421	32.0	1,299,787	33.4	1,390,701	34.9	1,489,893	36.8	1,564,187	38.2
부산	404,408	29.7	423,227	30.7	455,207	32.4	487,362	34.0	511,745	35.3
대구	269,903	28.2	284,416	29.4	304,543	30.9	326,866	32.7	341,667	33.8
인천	275,898	25.2	297,865	26.6	324,841	28.3	355,657	30.0	376,392	31.0
광주	174,614	30.2	182,364	31.1	193,948	32.4	212,385	34.5	221,464	35.5
울산	110,236	25.6	116,015	26.5	122,848	27.7	133,061	29.5	137,096	30.2
세종	35,763	30.0	39,078	30.1	43,577	31.3	45,706	31.5	50,561	32.8
경기	1,197,586	25.2	1,290,893	26.3	1,406,010	27.6	1,543,100	29.2	1,634,147	30.2
강원	206,295	32.8	208,857	32.9	231,371	35.0	245,012	36.3	254,441	37.2
충북	204,109	31.8	215,196	32.9	236,208	34.8	252,251	36.3	260,948	37.0
충남	270,497	31.8	280,773	32.5	304,973	34.2	327,432	35.8	340,741	36.6
전북	232,587	31.7	238,746	32.3	255,269	33.8	276,153	35.7	284,613	36.6
전남	235,062	31.9	238,147	32.1	256,633	33.7	274,108	35.3	283,429	36.1
경북	353,702	32.3	360,213	32.7	388,791	34.4	416,697	36.0	430,969	37.0
경남	379,719	29.1	391,421	29.6	417,737	30.9	450,490	32.7	468,772	33.7
제주	73,250	29.4	75,353	29.7	81,855	31.1	88,683	32.7	92,172	33.4

출처: 통계청(인구총조사과)(2022). 1인가구비율(시도/시/군/구). (2023.10.04.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21161&conn_path=13

대전광역시 1인 가구 비율을 구체적으로 살펴보면, 2019년부터 5개 자치구에서 모두 1인 가구 비율이 30% 이상으로 높은 수준임을 알 수 있다. 5개 자치구에서 동구의 1인 가구 비율이 높아 동구는 2020년부터 1인 가구 비율이 40% 이상으로 나타났으며 2022년에는 42.3%였다. 2022년 기준, 동구 다음으로는 유성구 39.0%, 서구 38.4%, 중구 36.2%, 대덕구 35.7%를 기록하였다.

[표 2-27] 대전광역시 자치구별 1인 가구 수 및 비율

단위: 가구, %

	2018		2019		2020		2021		2022	
	가구 수	비율								
동구	37,120	37.4	38,477	38.2	41,663	40.6	43,711	41.6	44,459	42.3
중구	28,196	29.4	29,526	30.7	32,143	32.9	33,979	34.6	35,820	36.2
서구	61,414	31.6	64,932	33.0	71,702	35.3	77,038	37.2	80,397	38.4
유성구	46,502	33.2	49,575	34.6	59,212	38.4	60,127	38.9	61,028	39.0
대덕구	22,312	30.6	22,655	31.4	24,122	32.8	26,077	34.7	27,302	35.7

출처: 통계청(인구총조사과)(2022). 1인가구 비율(시도/시/군/구). (2023.10.04.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21161&conn_path=13

2) 청년인구

청년인구를 살펴보면, 전국적으로 청년 비율은 조금씩 감소하고 있다. 전국적으로 청년인구는 2018년 21.2%, 2019년 21.2%, 2020년 21.1%, 2021년 20.7%, 2022년 20.5%로 나타났다. 대전광역시의 청년인구 비율을 살펴보면, 2018년 23.6%에서 2022년은 23.5%로 나타나 감소하기는 하였지만 다른 시도에 비해서는 상대적으로 높아 서울에 이어 전국에서 두 번째 수준이었다.

최근 청년의 자살이 증가하고 있는 상황에서 청년인구의 비율이 높은 대전시는 그만큼 청년에 대한 관심을 높여야 할 것이다. 선행연구에서는 청년기가 부모로부터 심리적, 경제적으로 독립하고, 배우자를 찾고, 직업을 선택하는 등의 발달과업을 성취해야 하는 시기이지만 이 과정에서 상대적 박탈감과 두려움 등이 발생할 수 있음에 주목하였다(Kim, J., Lee, Y. & Lee, M., 2018; 강지원 외, 2023 재인용). 이러한 정신건강의 위기가 자살위험을 높이는 것으로 청년이 직면하는 어려움을 지원하기 위한 관심이 필요하다(강지원 외, 2023).

[표 2-28] 전국 광역시도 청년인구(19-34세) 수 및 비율

단위: 명, %

	2018		2019		2020		2021		2022	
	인구 수	비율								
전국	10,963,939	21.2	10,969,615	21.2	10,911,411	21.1	10,721,405	20.7	10,602,617	20.5
대전	356,741	23.6	354,146	23.6	352,475	23.7	349,460	23.6	346,859	23.5
서울	2,341,942	24.2	2,348,076	24.4	2,338,802	24.4	2,298,838	24.3	2,284,941	24.3
부산	697,600	20.5	687,235	20.4	674,340	20.1	660,678	19.9	644,077	19.5
대구	502,177	20.5	500,339	20.6	495,545	20.6	484,150	20.3	471,627	19.9
인천	633,163	21.6	634,801	21.5	627,912	21.3	619,512	21.0	620,464	20.8
광주	330,553	22.2	332,594	22.3	326,416	22.1	325,701	22.1	322,852	22.0
울산	236,207	20.5	230,899	20.2	225,336	19.8	215,752	19.3	207,836	18.7
세종	66,396	21.3	71,121	21.0	73,235	20.7	71,714	19.6	75,881	19.8
경기	2,816,121	21.5	2,849,858	21.4	2,897,077	21.4	2,882,747	21.1	2,858,808	20.8
강원	289,428	19.0	287,370	18.9	282,157	18.5	277,008	18.2	277,788	18.2
충북	341,518	21.1	342,512	21.0	340,893	20.9	328,056	20.2	322,838	19.9
충남	454,385	20.8	451,961	20.7	434,881	20.0	423,457	19.5	425,256	19.4
전북	345,608	19.0	342,194	18.9	340,108	18.9	331,810	18.6	325,638	18.4
전남	295,272	16.5	296,698	16.6	295,680	16.5	286,069	16.1	283,020	16.0
경북	500,982	18.7	494,176	18.5	475,505	18.0	463,182	17.6	451,810	17.2
경남	628,300	18.8	617,555	18.4	602,551	18.1	577,524	17.5	558,279	17.0
제주	127,546	19.4	128,080	19.3	128,498	19.2	125,747	18.7	124,643	18.4

출처: 통계청(2022). 인구총조사: 연령 및 성별 인구 - 읍면동, 시군구. (2023.09.22.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1503&conn_path=l3

대전광역시의 5개 자치구별 청년인구 비율을 살펴보면, 유성구가 2018년부터 2022년까지 청년인구가 가장 많은 것으로 나타났다. 그 뒤는 2018년과 2019년에는 서구와 동구가 같은 비율로 나타났고, 2020년과 2021년에는 서구, 동구의 순, 2022년에는 서구와 대덕구가 같은 비율로 뒤를 이었다. 다만, 서구와 유성구는 기본적으로 인구 수가 타 자치구에 비해 많아 비율을 떠나 청년인구 수 자체가 다른 자치구보다 많은 것을 알 수 있으며, 특히 대덕구에 비해서 서구의 청년인구 수는 4배가량 높다.

[표 2-29] 대전광역시 자치구 청년인구(19-34세) 수 및 비율

단위: 명, %

	2018		2019		2020		2021		2022	
	인구수	비율								
동구	56,549	23.8	56,755	23.9	55,455	23.8	55,682	23.8	55,061	23.8
중구	46,316	19.4	44,737	19.0	44,963	19.4	43,201	19.0	42,471	19.0
서구	115,138	23.8	114,841	23.9	114,890	24.0	114,844	24.1	114,471	24.1
유성구	97,687	26.7	98,424	26.9	99,166	26.9	97,851	26.6	97,386	26.4
대덕구	41,051	22.3	39,389	22.0	38,001	21.5	37,882	21.6	37,470	24.1

출처: 통계청(2022), 인구총조사: 연령 및 성별 인구. (2023.09.22.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1503&conn_path=l3

3) 노인인구

우리나라는 65세 이상 노인인구 수가 지속적으로 증가하고 있다. 전국 수준에서 노인 인구 비율은 2018년 14.8%, 2019년 13.5%, 2020년 16.4%, 2021년 17.1%, 2022년 18.0%로 나타났다. 대전광역시의 경우, 아직 전국 수준보다는 낮지만 2018년 12.7%에서 2022년 16.1%로 3% 이상 높아진 것으로 나타났다. 우리나라의 노인자살은 지속적으로 높은 수치를 기록하고 있고(보건복지부, 한국생명사랑희망재단, 2023) 노인인구 비율은 자살률에 유의한 영향을 미친다고 밝혀진 요인으로 밝혀진 만큼(윤명숙, 최명민, 2012; 박영미, 김병규, 2017) 노인자살에 대한 관심은 중요하다.

노인자살의 원인은 주로 노화에 따른 질병, 경제적 능력 상실, 빈곤을 비롯하여 배우자나 친구와의 사별 등 사회적 관계 변화로 인한 상실감과 소외감 등 다양한 문제에 따른 우울감과 정신적 고통으로 알려져 있다(이태호, 허순임, 2021). 특히, 노인자살은 다른 연령대에 비해 성공할 가능성이 크고, 그 결과 또한 치명적인 것으로 알려져 있다(김혜진 외, 2015). 따라서 노인자살 예방을 위한 관심이 필요하다는 것으로 길어진 노년기 만큼 노인 대상의 문제가 발생할 가능성도 높아질 수 있음을 기억하여 이를 미연에 방지할 수 있는 다각적인 노력이 이루어져야 할 것이다.

[표 2-30] 전국 광역시도 노인인구(65세 이상) 수 및 비율

단위: 명, %

	2018		2019		2020		2021		2022	
	인구수	비율								
전국	7,650,408	14.8	8,026,915	15.5	8,496,077	16.4	8,851,033	17.1	9,267,290	18.0
대전	188,530	12.7	198,691	13.5	210,784	14.4	221,207	15.2	232,663	16.1
서울	1,410,297	14.4	1,478,664	15.2	1,561,139	16.1	1,597,447	16.8	1,658,207	17.6
부산	589,961	17.1	620,123	18.2	657,711	19.4	681,885	20.4	712,412	21.5
대구	362,934	14.7	379,277	15.6	400,494	16.6	417,060	17.5	435,698	18.4
인천	362,675	12.3	384,548	13.0	411,483	14.0	435,431	14.8	463,850	15.6
광주	187,186	12.8	195,479	13.4	205,666	14.2	213,291	14.8	222,970	15.6
울산	123,919	10.7	132,565	11.5	143,367	12.6	152,961	13.6	163,812	14.7
세종	29,178	9.3	31,949	9.4	34,881	9.8	37,463	10.1	40,219	10.5
경기	1,551,801	11.9	1,651,341	12.5	1,775,315	13.2	1,881,464	13.9	1,992,807	14.7
강원	289,386	18.8	302,886	19.6	319,691	20.7	333,176	21.7	349,874	22.8
충북	261,763	16.4	273,425	17.1	288,148	18.0	301,516	18.9	316,939	19.9
충남	372,515	17.5	386,674	18.2	405,188	19.1	419,979	19.8	436,895	20.6
전북	358,410	19.5	370,676	20.4	386,203	21.4	397,619	22.3	410,619	23.2
전남	413,132	21.9	422,548	22.6	435,880	23.5	445,198	24.3	457,481	25.2
경북	529,349	19.8	549,415	20.6	573,715	21.7	596,312	22.7	618,275	23.8
경남	523,165	15.5	548,257	16.3	580,258	17.4	608,379	18.4	638,801	19.5
제주	96,207	14.4	100,397	15.0	106,154	15.7	110,645	16.3	115,768	17.1

출처: 행정안전부(주민과)(2023.08). 고령인구비율(시도/시/군/구). (2023.09.27., 인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20631&conn_path=I2
 참고: 주민등록인구 기준

대전광역시 5개 자치구별 노인인구 비율을 살펴보면, 최근 5년간 모든 자치구가 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 전체적으로 중구, 동구가 노인인구 비율 1, 2위를 차지하였다. 2021년부터 전 자치구의 노인인구는 10%를 넘어선 만큼 노인자살 문제에도 관심이 필요하다.

[표 2-31] 대전광역시 자치구 노인인구 수 및 비율

단위: 명, %

	2018		2019		2020		2021		2022	
	인구수	비율								
동구	38,664	16.9	40,621	17.9	42,533	19.1	44,157	19.9	45,895	20.9
중구	41,625	17.0	43,648	18.2	45,701	19.4	47,147	20.5	48,714	21.4
서구	54,225	11.2	57,201	11.9	61,027	12.8	64,348	13.6	67,924	14.4
유성구	29,219	8.4	31,182	8.9	33,654	9.6	36,061	10.3	38,846	10.9
대덕구	24,797	13.6	26,039	14.7	27,869	15.8	29,494	16.8	31,284	18.1

출처: 행정안전부(주민과)(2023.08). 고령인구비율(시/도/시/군/구). (2023.09.27.인출)
https://kosis.kr/stat.html/stat.html.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20631&conn_path=12

3. 사회경제적 환경

1) 고용률

사회 구성원의 경제활동 현황을 보여주는 고용률은 자살률과 연관이 높은 사회적 지표로 실업률 변동과 자살률 변동은 상관성을 갖는 나타낸다(고든솔, 2023). 고용률은 만 15세 이상 인구 중 취업자가 차지하는 비율을 의미하는 것으로 얼마나 많은 사람이 실제로 취업하고 있는지를 보여줌으로써 노동시장의 현실을 핵심적으로 드러낸다(통계청 홈페이지, 2023.11.01. 인출). 우리나라의 고용률은 2018년 대비 2022년에 60.7%에서 62.1%로 증가하였으며, 대전광역시 역시 같은 기간 58.7%에서 61.6%로 증가한 것으로 나타났다. 대전시의 고용률은 전국에 비해서는 2020년과 2021년을 제외하고는 전국 수준보다 낮은 수치를 기록하였다. 한편, 제주 지역의 고용률은 전국에서 가장 높은 수준으로 대전에 비하여 7~8%가량 높은 것을 알 수 있다.

[표 2-32] 전국 광역시도 고용률

단위: %

	2018	2019	2020	2021	2022
전국	60.7	60.9	60.1	60.5	62.1
대전	58.7	59.8	60.7	60.9	61.6
서울	59.6	60.0	59.3	59.2	60.4
부산	55.7	56.6	55.6	56.2	57.1
대구	58.2	57.9	56.6	58.2	59.1
인천	62.9	62.5	61.3	61.3	62.7
광주	59.4	59.3	58.7	58.2	58.6
울산	59.0	59.1	58.1	57.7	59.2
세종	61.8	62.5	62.7	62.6	63.7
경기	62.0	61.9	60.3	61.1	63.9
강원	60.7	62.3	60.8	61.4	61.8
충북	63.3	62.9	63.2	63.3	64.9
충남	63.5	63.7	62.4	63.0	64.3
전북	58.3	59.3	59.9	61.2	62.2
전남	62.4	63.4	63.9	64.6	66.3
경북	61.6	61.7	61.1	61.0	62.9
경남	61.4	61.3	60.6	60.7	61.1
제주	68.4	68.4	67.1	67.4	69.9

출처: 통계청(2022). 경제활동인구조사: 고용률(시도). (2023.09.25.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=INH_1DA7014S_03&conn_path=I2

대전광역시 자치구별 고용률을 살펴보면 다음의 표와 같다. 유성구가 63.3%, 서구 60.4%, 대덕구 60.0%, 중구 57.7%, 동구 53.3%로 나타났다. 가장 고용률이 높은 유성구와 가장 낮은 동구는 10% 정도의 차이를 보였다.

[표 2-33] 대전광역시 자치구 고용률(2023. 2/2 반기 기준)

단위: %

	동구	중구	서구	유성구	대덕구
고용률	53.3	57.7	60.4	63.6	60.0

출처: 통계청(2023. 2/2). 지역별고용조사: 고용률. (2023.09.25.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=INH_1ES3A02S_03&conn_path=12

2) 사회통합수준

사회통합수준은 자살률에 유의한 영향을 미치는 요인으로 자살생각과 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다(김민영, 2013; 이민아, 강정한, 2014; 박영미, 김병규, 2017). 사회통합수준을 보여줄 수 있는 대표적인 지표로 이혼율, 사회복지예산비중, 국민기초생활보장수급자 비율을 살펴보았다.

(1) 이혼율

이혼율은 가족과의 관계망이 단절되는 등의 변화를 초래하며 사회통합수준을 저해한다. 최근 우리나라의 이혼 건수는 조금씩 감소하여 조이혼률도 2018년 2.1건에서 2022년 1.8건으로 낮아졌다. 대전광역시의 이혼 건수는 2018년 3,008건에서 2022년 2,492건으로 줄었으며, 조이혼율도 2.0건에서 1.7건으로 낮아졌다. 이혼율이 낮아지고 있지만 우리나라의 혼인율도 함께 낮아지고 있다는 점에서 조이혼율 자체가 낮아진 것은 혼인 건수가 감소되고 있는 부분과 관련되는 부분이 있어 낮아지는 조이혼율을 긍정적으로만 해석할 수는 없다(대한민국 정책브리핑, 2023.03.16.).

이혼율이 자살률을 높이는 원인으로 지목되고 있는 것은(박영미, 김병규, 2017; 신상수, 신영전, 2017) 결혼 상태에서는 배우자와 자식에 대한 연대와 책임감이 상호 간의 관심으로 이어져 자살위험을 낮출 수 있기 때문이다(유정균, 2008). 자살예방을 위해서는 결혼을 통해 가족을 형성했다가 이혼함으로써 가족 해체에 따라 발생하는 문제를 완화할 수 있는 다양한 노력이 이루어져야 할 것이다.

[표 2-34] 전국 광역시도 이혼건수 및 조이혼율

단위: 건, 인구천명당

	2018		2019		2020		2021		2022	
	이혼건수	조이혼율 ¹⁾	이혼건수	조이혼율	이혼건수	조이혼율	이혼건수	조이혼율	이혼건수	조이혼율
전국	108,684	2.1	110,831	2.2	106,500	2.1	101,673	2.0	93,232	1.8
대전	3,008	2.0	3,097	2.1	3,009	2.1	2,754	1.9	2,492	1.7
서울	16,940	1.8	16,972	1.8	16,282	1.7	14,967	1.6	13,174	1.4
부산	6,678	2.0	6,787	2.0	6,497	1.9	6,248	1.9	5,523	1.7
대구	4,530	1.8	4,655	1.9	4,345	1.8	4,111	1.7	3,675	1.6
인천	7,011	2.4	7,176	2.5	6,931	2.4	6,740	2.3	6,045	2.1
광주	2,887	2.0	2,915	2.0	2,604	1.8	2,572	1.8	2,360	1.6
울산	2,658	2.3	2,534	2.2	2,460	2.2	2,425	2.2	2,165	1.9
세종	485	1.6	606	1.9	601	1.7	624	1.7	546	1.4
경기	27,884	2.2	28,453	2.2	27,983	2.1	27,256	2.0	24,864	1.8
강원	3,418	2.2	3,624	2.4	3,358	2.2	3,161	2.1	3,117	2.0
충북	3,543	2.2	3,699	2.3	3,492	2.2	3,256	2.0	3,271	2.1
충남	4,842	2.3	5,202	2.5	5,003	2.4	4,798	2.3	4,527	2.1
전북	3,934	2.1	4,007	2.2	3,763	2.1	3,748	2.1	3,377	1.9
전남	4,170	2.2	4,130	2.2	3,907	2.1	3,776	2.1	3,565	2.0
경북	5,620	2.1	5,635	2.1	5,553	2.1	5,097	1.9	4,911	1.9
경남	7,575	2.3	7,827	2.3	7,368	2.2	7,034	2.1	6,530	2.0
제주	1,607	2.4	1,716	2.6	1,744	2.6	1,490	2.2	1,564	2.3

출처: 통계청(2022). 인구동향조사: 시군구/인구동태건수 및 동태율(출생, 사망, 혼인, 이혼). (2023.09.25.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000I&conn_path=l2

참고: 조이혼율은 이혼에 관한 가장 기본적인 지표로서 1년간에 발생한 총 이혼건수를 당해 연도의 총 인구로 나눈 수치를 1,000분비로 나타낸 것으로 인구 1000명 당 이혼건수를 의미함. (통계청 홈페이지, 2023. 11. 01.인출)

https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10502020300&bid=3204&act=view&list_no=161931

한편, 대전광역시 5개 자치구의 이혼 건수와 조이혼율을 살펴보면 모든 자치구에서 이혼건수와 조이혼율이 줄어들고 있었다. 2022년을 기준으로 대덕구는 조이혼율이 2.1건, 동구 1.9건, 중구 1.8건, 서구 1.7건, 유성구 1.4건의 순으로 나타났다.

[표 2-35] 대전광역시 자치구 이혼건수 및 조이혼율

단위: 건, 인구천명당

	2018		2019		2020		2021		2022	
	이혼건수	조이혼율								
동구	506	2.2	552	2.4	515	2.3	472	2.1	407	1.9
중구	497	2.0	570	2.4	518	2.2	520	2.2	399	1.8
서구	979	2.0	989	2.1	949	2.0	842	1.8	816	1.7
유성구	563	1.6	551	1.6	560	1.6	560	1.6	508	1.4
대덕구	463	2.5	435	2.4	467	2.7	360	2.1	362	2.1

출처: 통계청(2022). 인구동향조사: 시군구/인구동태건수 및 동태율(출생, 사망, 혼인, 이혼). (2023.09.25.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000I&conn_path=l2

(2) 사회복지예산비중

전국적으로 사회복지예산비중은 2018년부터 2020년까지 증가하다가 2021년부터 다시 감소하는 추세로 나타났다. 대전광역시의 경우, 2018년 44.7%, 2019년 46.8%, 2020년 51.1%, 2021년 45.0%, 2022년 46.9%로 나타나 2020년까지 증가하다가 2021년 감소한 후 2022년에는 소폭 상승하였다. 전국에 비하여 대전시의 사회복지예산 비중은 높은 수준이었다.

선행연구에서는 사회복지예산비중이 높을수록 지역의 자살률이 낮아지는 것으로 나타났다(김민영, 2013; 이민아, 강정한, 2014; 박영미, 김병규, 2017). 이는 경제적으로 취약할지라도 지역의 복지 지원이 있다면 자살률을 낮출 가능성이 있다는 것으로(이민아, 강정한, 2014) 대전시에서 앞으로도 시민의 복지에 대해 관심을 가지고 시정을 펼치는 것이 중요하다는 것을 보여준다.

[표 2-36] 전국 광역시도 일반회계 중 사회복지예산비중

단위: %

	2018	2019	2020	2021	2022
전국	34.0	35.7	40.9	38.9	37.1
대전	44.7	46.8	51.1	45.0	46.9
서울	39.6	42.5	45.8	45.2	42.0
부산	44.5	47.9	53.1	50.0	48.5
대구	44.6	46.2	47.5	45.9	48.7
인천	42.4	43.8	47.4	47.7	45.1
광주	46.6	47.2	52.5	49.6	48.4
울산	33.9	37.9	42.7	43.2	41.4
세종	24.6	30.3	38.0	30.2	28.5
경기	34.9	37.2	45.3	40.4	41.1
강원	26.8	27.4	30.6	31.5	30.7
충북	29.9	30.8	37.1	34.2	30.6
충남	27.6	28.9	33.9	32.5	30.3
전북	30.6	30.3	35.1	33.9	30.9
전남	25.4	25.8	26.6	27.2	25.6
경북	26.3	27.1	33.4	31.5	27.6
경남	30.3	31.9	36.4	34.9	32.4
제주	21.7	23.5	28.0	27.5	24.5

출처: 행정안전부(회계제도과)(2022). 일반회계 중 사회복지예산비중(시도/시/군/구). (2023.11.04.인출)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20911&conn_path=I2

대전광역시 자치구별 사회복지예산 비중을 살펴보면 다음의 표와 같다. 2018년부터 모든 자치구에서 사회복지예산이 차지하는 비중이 50%를 넘었으며 특히 2020년에는 모든 자치구가 60%를 넘어선 것을 알 수 있다. 이후 2022년에는 전년 대비 서구를 제외한 모든 자치구에서 사회복지예산 비중이 감소하였다. 2022년을 기준으로 사회복지예산비중이 가장 높은 자치구는 서구 63.5%였으며 그 뒤로 중구 60.1%, 유성구 57.1%, 동구 56.7%, 대덕구 54.0%의 수준이었다.

[표 2-37] 대전광역시 자치구 일반회계 중 사회복지예산비중

단위: %

	2018	2019	2020	2021	2022
동구	61.1	61.2	66.8	63.4	56.7
중구	58.9	59.9	68.4	61.8	60.1
서구	58.5	62.5	69.9	56.9	63.5
유성구	52.0	56.1	62.8	59.6	57.1
대덕구	50.3	53.1	60.9	58.5	54.0

출처: 행정안전부(회계제도과)(2022). 일반회계 중 사회복지예산비중(시도/시/군/구). (2023.11.04.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20911&conn_path=I2

(3) 국민기초생활보장수급 비율

국민기초생활보장수급 비율을 확인한 결과, 전국의 수급자 비율은 2018년 3.4%에서 2022년 4.8%로 5년간 약 1.4% 증가한 것으로 나타났다. 대전시의 경우, 2018년의 수급자 비율은 3.8%, 2019년 4.0%, 2020년 4.6%, 2021년 5.0%, 2022년 5.2%로 전국보다 높은 비율을 보였다. 선행연구에서도 국민기초생활보장수급 비율이 높을수록 자살률이 낮아졌는데, 이는 빈곤층을 위한 사회적 안전망이 경제위기의 충격을 완화하는 데에 기여할 수 있음을 보여주는 결과이다(김민영, 2013).

다만, 국민기초생활보장수급 비율은 사회적 안전망이라는 점에서 사회통합지표로 볼 수 있지만, 동시에 해당 지역에 경제적 어려움 등 낮은 경제적 지위에 있는 사람이 얼마나 많은지를 보여주는 지표(성준모, 2013; 이영아, 2015)이기도 하다는 점에서 주의 깊은 해석이 필요하다.

[표 2-38] 전국 광역시도 국민기초생활보장수급 비율

단위: 명, %

	2018		2019		2020		2021		2022	
	수급자 수	비율								
전국	1,743,690	3.4	1,881,357	3.6	2,134,186	4.1	2,359,672	4.6	2,451,458	4.8
대전	56,324	3.8	59,317	4.0	66,775	4.6	72,908	5.0	75,140	5.2
서울	289,342	3.0	317,269	3.3	369,518	3.8	402,632	4.2	412,409	4.4
부산	159,031	4.6	172,439	5.1	196,299	5.8	217,335	6.5	227,066	6.8
대구	110,495	4.5	117,594	4.8	131,374	5.4	144,092	6.0	148,146	6.3
인천	110,257	3.7	122,027	4.1	142,628	4.8	159,186	5.4	166,083	5.6
광주	72,757	5.0	76,193	5.2	84,762	5.8	91,548	6.4	94,137	6.6
울산	22,939	2.0	26,594	2.3	33,232	2.9	38,575	3.4	41,510	3.7
세종	4,862	1.5	5,749	1.7	7,107	2.0	7,880	2.1	8,165	2.1
경기	297,122	2.3	328,752	2.5	379,725	2.8	422,615	3.1	443,985	3.3
강원	67,064	4.3	71,493	4.6	78,554	5.1	84,114	5.5	85,681	5.6
충북	59,109	3.7	62,507	3.9	69,262	4.3	76,619	4.8	78,709	4.9
충남	65,692	3.1	69,022	3.3	75,720	3.6	84,802	4.0	88,800	4.2
전북	101,228	5.5	105,955	5.8	115,182	6.4	125,438	7.0	128,522	7.3
전남	84,819	4.5	87,003	4.7	92,666	5.0	101,475	5.5	104,064	5.7
경북	107,309	4.0	113,845	4.3	125,106	4.7	141,175	5.4	147,353	5.7
경남	112,183	3.3	121,275	3.6	137,605	4.1	156,832	4.7	168,197	5.1
제주	23,157	3.5	24,323	3.6	28,671	4.2	32,446	4.8	33,491	4.9

출처: 보건복지부(2022). 국민기초생활보장수급자현황: 국민기초생활수급자총괄(일반,시설)-시도별. (2023.11.01.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11714_N001&conn_path=l2

행정안전부.(2023.10.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구. (2023.11.01.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=l2

참고: 수급자비율=(수급자/총인구)*100 (총인구: 주민등록인구현황)

구체적으로 대전시의 자치구별 국민기초생활보장 수급자 현황을 살펴보면 다음과 같다. 다만, 앞선 표와 달리 자치구별 현황에서는 데이터 접근의 한계로 시설 수급자를 제외한 일반 수급자를 기준으로 하여 차이가 있다. 수급자 비율은 동구가 7.8%로 가장 높았으며 그 뒤로 대덕구 6.7%, 중구 6.1%, 서구 4.2%, 유성구 2.8%의 순으로 나타났다.

[표 2-39] 대전광역시 자치구 국민기초생활보장 일반수급자 수 및 비율(2022년 기준)

단위: %

동구		중구		서구		유성구		대덕구	
수급자 수	비율	수급자 수	비율	수급자 수	비율	수급자 수	비율	수급자 수	비율
17,107	7.8	13,834	6.1	19,566	4.2	9,926	2.8	11,614	6.7

출처: 보건복지부(2023). 2022 국민기초생활보장 수급자 현황(일반)

참고: 수급자비율=(수급자/총인구)*100(총인구: 주민등록인구현황)

제3절 소결

본 장에서는 대전광역시의 자살 실태를 분석하고 자살과 관련된 주요 환경 특성을 분석하였다. 주요 결과를 정리하면 다음과 같다.

먼저, 자살 실태를 중심으로 살펴보면 2022년 우리나라 자살사망자는 12,906명으로, 인구 10만 명당 자살률은 25.2명이고 연령표준화사망률(ASR)은 21.2명으로 나타나 전년 대비 3~4% 감소하였다. 대전광역시는 371명이 자살로 사망하였으며, 자살률은 25.7명, 연령표준화사망률(ASR)은 21.7명으로, 전년 대비 12~18% 감소한 것으로 나타나 전국 수준에 비해 큰 폭으로 감소하였다. 전국 지자체 간의 사망 수준을 비교해 보면, 대전광역시(26.5명)의 경우 2021년 강원(27.3명), 충북(27.1명), 충남(27.0명)에 이어 네 번째로 높았는데, 2022년은 21.7명으로 서울(17.9명), 경기(19.8명)에 이어 세 번째로 낮았다. 이는 그동안 지방정부 차원에서 자살에 대한 심각성을 인식하고 대전광역시의 특성을 반영한 자살예방 정책을 적극적으로 시행한 결과라 할 수 있다.

자치구별로 상세히 살펴보면, 먼저 2022년 서구의 자살사망자 수(112명)가 가장 많았고 유성구(77명), 동구(67명), 중구(58명), 대덕구(57명) 순이었지만 자살률로 보면 대덕구(32.9명)가 가장 높고 다음으로 동구(30.5명), 중구(25.5명), 서구(23.8명), 유성구(21.8명) 순이었다. 2018년부터 2022년 자치구별 자살률 추이는 자치구마다 다른 양상을 보였는데, 동구의 경우 코로나19가 시작되던 2020년에 자살률이 감소하고(37.7명→27.0명) 코로나19가 장기화되던 2021년 다시 대폭 증가하였으며(40.3명), 2022년 다시 감소하는 경향을 보였다(30.5명). 자살률이 가장 높은 대덕구는 2018년에서 2022년까지 30~34명대를 유지하고 있었다. 특히, 자살률이 5개 자치구 중 가장 높은 대덕구와 동구는 자살 관련 지역사회 특성을 반영한 정책 시행 등 자살률을 낮추기 위한 방안이 더욱 적극적으로 요구된다.

2022년 전국 자살사망자는 40-64세가 가장 많았지만, 자살률로 살펴보았을 때는 65세 이상이 39.5명으로 가장 높았고 그다음으로 40-64세(28.4명), 18-39세(22.6명), 12-17세(7.7명), 0-11세(0.2명) 순이었다. 대전광역시의 경우 자살사망자는 전국 현황

과 마찬가지로 40-64세(153명)가 가장 많았지만, 2순위는 전국 현황과 다르게 18-39세(112명)의 자살사망자 수가 상대적으로 많았다. 자살률로 살펴보면, 65세 이상이 45.1명, 40-45세 26.5명, 18-39세 26.4명이었는데 특히 65세 이상 자살률의 경우 전국(39.9명)보다 매우 높은 수준을 보였다. 18-39세(26.4명)도 전국 평균 22.6명보다 높아 65세 이상의 고령층과 18-39세 청년층에 대한 더욱 적극적이고 촘촘한 관리와 지원이 필요하다고 하겠다. 또한 자살률 추이를 보면, 5개 구 중 3개 구에서 코로나19가 종식되던 2022년에 전년 대비 자살률이 감소하는 경향을 보였는데, 유성구와 대덕구의 경우는 65세 이상에서 대폭 증가하였고 대덕구는 18-39세에서도 증가하는 추세를 보였다. 두 개의 자치구에서 활동이나 교류가 이전보다 활발해졌음에도 불구하고 자살률이 증가했다는 결과는 또 다른 요인들이 영향을 미쳤을 가능성을 보여준다.

성별로 살펴보면, 2022년 대전광역시 남성 자살사망자 수는 238명이고 자살률은 33.1명이었으며, 여성의 경우는 133명이 자살로 사망하였고 자살률은 18.4명이었다. 남성과 여성 모두 자살률은 전년 대비 감소하였지만 대전 여성의 경우 전국 자살률 15.1명보다 높은 18.4명으로 전국에서 세 번째로 높았고, 대전 남성의 경우 전국 자살률(35.3명)보다 다소 낮은 33.1명으로 서울과 경기도에 이어 세 번째로 낮은 순위였다. 자살률은 여성에 비해 남성이 높지만 대전광역시의 경우 여성의 자살률이 전국 평균보다 높은 특징 또한 보여 성별을 고려한 자살예방에 대한 개입이 이루어져야 함을 시사한다. 자치구별 특이사항으로는 남성의 경우 동구(46.1명)와 대덕구(42.1명)의 자살률이 높았고 여성은 중구(25.1명)와 대덕구(22.8명)의 자살률이 상대적으로 높게 나타났다는 점이다. 중구에 거주하는 여성의 경우 자살률이 14명에서 18명을 유지하다가 2022년 25.1명으로 크게 증가하였다. 따라서 대전광역시 차원의 접근도 요구되지만, 자치구의 특성을 반영한 접근도 함께 이루어져야 하겠다.

직업은 전국과 대전광역시 모두 학생, 가수, 무직에 해당하는 자살사망자가 많았다(전국 58.3%, 대전 62.5%). 2순위는 조금 다르게 나타났는데, 전국 현황에서는 사무 종사자(10.6%)였으나 대전광역시의 경우는 서비스종사자 및 판매 종사자(10.2%)가 뒤를 이었다. 혼인상태별 자살 현황에서는 배우자 있음(전국 40.1%, 대전 38.0%)이 가장 많았

고 그다음으로 미혼(전국 34.5%, 대전 34.5%), 이혼(전국 15.7%, 대전 17.0%) 등의 순으로 일정하였다.

자살의 원인이라고 할 수 있는 자살 동기를 2020년과 2021년 비교해 보면, 가정문제는 33.3% 감소한 반면, 사별문제는 40.0%, 경제생활 문제는 39%, 그리고 직장 또는 업무상의 문제는 18% 증가한 것으로 나타났다. 성별에 따라서도 자살 동기에 차이를 보여 남성과 여성 모두 정신과·정신과적 문제가 가장 높은 비율을 보였지만, 남성(32.1%)에 비해 여성(57.0%)의 비율이 훨씬 높게 나타났다. 2순위는 남성의 경우 경제생활 문제(30.2%), 여성은 육체적 질병 문제(15.7%)의 비율이 높았다. 따라서 남성은 경제생활 문제, 여성은 육체적 질병 문제를 가지고 있을 때 좀 더 주의를 기울여 개입하는 것이 요구된다.

연령대에 따라서도 차이를 보여 10세 이하는 가정문제(66.7%), 11-20세는 정신과·정신과적 문제(58.6%)와 기타(13.5%), 가정문제(11.9%)로 나타났으며, 21-30세와 31-40세는 정신과·정신과적 문제(54.5%/39.3%)와 경제생활 문제(18.9%/37.0%)의 비율이 높았다. 41-50세의 경우는 정신과·정신과적 문제(34.6%)보다는 경제생활 문제(39.6%)의 비율이 높았으며, 51-60세는 정신과·정신과적 문제와 경제생활 문제에 이어 육체적 질병 문제(12.7%)가 상대적으로 높은 비율을 보였다. 61세 이상은 정신과·정신과적 문제(36.8%)나 경제생활 문제(10.5%)보다 육체적 질병 문제(40.3%)가 가장 높은 비율을 보여 연령대의 특성을 고려한 자살예방 접근이 무엇보다 중요함을 시사한다. 특히, 현대사회에서 심리정서적인 어려움이나 문제는 앞으로도 지속적으로 증가할 것으로 여겨져 이에 대한 대비가 자살률과 연결될 가능성도 높아질 것이다. 이에 청장년층의 경우 정신적인 문제와 더불어 안정적인 경제생활을 할 수 있도록 하는 지원이 함께 이루어져야 하며, 노년층을 포함한 중년층부터는 육체적 질병 문제가 자살로 이어질 가능성이 있어 건강검진이나 치료비 지원 등 다각적인 접근방법이 고려되어야 하겠다.

마지막으로 자살에 영향을 미치는 사회환경적 요인을 살펴보는 것은 자살위험군을 선제적으로 발굴하고 자살을 예방하기 위한 정책을 수립하는 데에 중요한 역할을 할 수 있다. 이에 본 연구에서는 인구구조와 경제적, 사회통합적 여건 등을 중심으로 자살에 영

향을 미치는 사회적 환경을 확인하였다. 특히, 대전광역시의 경우 전국에 비하여 1인 가구 비율이 높고 청년인구가 높았으며, 노인인구는 전국 수준보다는 낮지만 지속적으로 증가하고 있어 다양한 연령층과 인구구조가 변화하는 데에 관심이 필요하다는 것을 확인할 수 있었다. 증가하는 1인 가구는 1인 가구의 고립과 사회적 관계망의 단절과 연결되면서 우리가 그동안 대응하지 못하였던 1인 가구에 대한 지원을 강화해야 한다는 것을 보여주고 있으며, 청년 자살률이 증가하는 상황에서 청년인구 비율이 높은 대전광역시가 청년의 자살예방을 위해 준비가 필요하다는 것, 나아가 전통적인 자살 위험층 등 어느 측면 하나 간과해서는 안 된다는 것이다.

나아가 대전광역시는 부분적인 경제적 지표지만 전국 평균보다 고용률이 낮다는 점에 대해 관심을 가져야 할 것이다. 이 외에도 사회복지정책 등 사회적 안전망을 강화하는 것이 필요하며 특히 이혼 등 가족관계 약화에 따라 발생할 수 있는 스트레스를 완화하고 가족 이외의 지지망을 형성할 수 있도록 2차 집단을 중심으로 한 관계 구축을 지원하는 것이 필요할 것이다(김민영, 2013). 이처럼 자살에 직간접적으로 영향을 미치는 사회환경적 맥락을 고려하여 자살위험을 사전에 예방하고 준비할 수 있는 노력을 기울여야 할 것이다. 대전광역시의 경우 전국보다 높은 비율로 사회복지예산을 반영하고 있었는데 이러한 노력은 자살예방에 긍정적인 영향을 줄 것으로 생각해 볼 수 있다.

제3장

자살예방 및 관련 정책 분석

제1절 우리나라의 자살예방정책 분석

제2절 자살고위험군 발굴 정책: 생명지킴이

제3절 자살예방서비스 연계 정책 분석

제4절 소결



제3장 자살예방 및 관련 정책 분석

제1절 우리나라의 자살예방정책 분석

1. 국내 자살예방정책 방향

최근 10년간 우리나라 인구 10만 명당 자살률은 2013년 28.5명, 2017년 24.3명으로 감소하다가 2018년부터 다시 증가 후 감소하면서 2022년에는 25.2명까지 낮아졌다. 이러한 추세에도 불구하고 여전히 우리나라는 OECD 국가 중 자살률 1위를 차지하고 있기 때문에 적극적인 자살예방정책의 추진이 필요하다.



출처: 통계청 보도자료(2023.9.21.). 2022년 사망원인통계 결과.

[그림 3-1] 전국 자살률

우리나라는 1997년 경제위기 이후 자살률이 급증하였다. 자살문제에 대한 국가적 대응의 필요성이 제기되면서 정부는 2004년부터 2013년까지 제1, 2차 국가자살예방 5개년 종합계획을 수립하여 자살예방정책을 추진하였다. 이후 2011년 「자살예방법」이 제정되면서 보건복지부장관이 5년마다 자살예방기본계획을 수립해야 함이 법령에 명시되었다. 그 결과, 2018년부터 2022년까지 제4차, 2023년부터는 제5차 자살예방기본계획을

수립·실행하고 있다. 먼저 제1~4차에 이르기까지 자살예방기본계획의 주요 추진 과제를 살펴보면 아래의 표와 같다.

[표 3-1] 자살예방기본계획 주요 추진과제

구분	주요 추진과제
1차 (04~08)	1. 생명존중 문화조성 2. 언론의 자살보도 권고지침 보급 및 모니터링 3. 청소년 정신건강증진 및 자살예방 4. 노인 정신건강증진 및 자살예방 5. 우울증 및 자살 위험자 조기발견 상담체계 구축 6. 자살예방 등 정신건강상담 전화 운영 7. 자살예방 인터넷 상담 운영 8. 자살 시도자 치료 및 사후관리 9. 자살 감시체계 구축 10. 교육 훈련 11. 자살예방에 대한 연구 지원 12. 자살관련통계의 품질개선방안
2차 (09~13)	1. 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다. 2. 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화한다. 3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다. 4. 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화한다. 5. 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화한다. 6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계를 강화한다. 7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다. 8. 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다. 9. 자살예방을 위한 연구·감시체계를 구축한다. 10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.
3차 (16~20)	전략1. 범사회적 자살예방환경 조성 정책과제 1. 자살 관련 사회인식 개선 정책과제 2. 자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련 정책과제 3. 자살위험 환경 개선 전략2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공 정책과제 4. 생애주기별 자살예방 대책 추진 정책과제 5. 자살 고위험군 지지체계 강화 정책과제 6. 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련 전략3. 자살예방정책 추진기반 강화 정책과제 7. 지역사회 자살 대응 역량 강화 정책과제 8. 정신건강 인프라 확충 정책과제 9. 생명지킴이(게이트키퍼) 교육 등 자살예방 인력 확충 정책과제 10. 근거 기반 자살예방 연구체계 마련

구분	주요 추진과제
4차 (18~22)	<p>1. (자살원인) 과학적 근거에 기반한 전략적 접근 추진과제 1. 5년간(2012~2016) 발생한 자살사망자 7만 명 전수조사 추진과제 2. 국가 자살동향 감시체계 구축 추진과제 3. 근거기반 자살예방 정책 추진을 위한 지자체 지원 추진과제 4. 효과성 높은 자살예방 프로그램 확산</p> <p>2. (자살고위험군 발굴) 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축 추진과제 4. 자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고 추진과제 5. 사회보장서비스 제공기관 간 연계강화를 통한 자살고위험군 발굴 추진과제 6. 우울증 검진 및 스크리닝 강화</p> <p>3. (적극적 개입·관리) 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거 추진과제 7. 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축 추진과제 8. 지역사회 정신건강서비스에 대한 접근성 강화 추진과제 9. 자살촉발 위험요인 제거</p> <p>4. (사후관리·지원) 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방 추진과제 10. 자살시도자 사후관리 강화 추진과제 11. 자살이 되풀이되지 않도록 자살유가족 지원 강화 추진과제 12. 유명인 자살사건 대응체계 구축</p> <p>5. (대상별 예방정책) 대상별 자살예방 추진 추진과제 13. 근로자 및 실직자 자살예방 추진과제 14. 자살위험이 특히 높은 집단에 대한 고려 강화 추진과제 15. 연령별 자살예방 대책 추진</p> <p>6. 추진기반 마련 추진과제 16. 중앙차원의 자살예방정책 체계 정비 추진과제 17. 자살예방 홍보 및 캠페인</p>

출처: 관계부처합동(2023.4.). 제6차 자살예방기본계획.

4차에 걸친 계획은 다각적인 사업 진행을 통해 자살예방제도와 인프라 확충이라는 결실을 거두었지만 동시에 충분하지 않다는 평가도 받고 있다(관계부처합동, 2023.4.). 무엇보다 대상자별, 위기단계별 세밀한 정책이 부족했다는 것으로 실질적인 자살예방서비스 작동과 자살사망자 수 감소에는 한계가 있었기 때문이다(관계부처합동, 2023.4.).

이에 제5차 자살예방기본계획에서는 다음과 같이 기존의 한계를 보완하였다(관계부처합동, 2023.4.). 첫째, 지역사회 주도이다. 제5차 계획에서는 지역주민 수요맞춤형 서비스 제공하여 촘촘한 안전망을 구축하고 자살의 근본적 원인에 접근함으로써 체감할 수 있는 자살예방정책을 추진하고자 하였다. 이는 중앙정부 중심 공급 위주의 정책으로 근

본적인 자살의 원인을 파악하여 서비스 제공하기에는 한계가 있기 때문이다. 둘째, 정신 건강 검진 주기 단축 및 정신질환자 치료 등을 강화하여 적기에 적절한 치료로 국민의 일상 회복을 지원하는 것이다. 기존에 정신건강 검진은 10년을 주기로 실시되고 있어 국민이 쉽게 본인의 정신건강 상태를 검사하고 치료받을 수 있는 기반이 부족한 상황이었다. 셋째, 자살시도자·유족에 대한 부분으로 이들을 자살예방센터로 연계하여 상담·사례관리 등의 지원 강화와 보건·복지 서비스의 통합적 제공 도모이다. 고위험군 지원에 있어 자살 시도자·유족의 자살위험은 크나 관리체계가 미비하여 살릴 수 있는 생명을 놓치는 실정인기에 이의 강화가 필요하기 때문이다. 넷째, 생애주기·특정 집단별로 자살 동기·수단 등 특성이 달리 나타나고 있어 관계부처·지자체 협력을 통해 대상자 맞춤형 정책을 강화하는 것이다. 관계부처·지자체와의 협력 부족으로 인해 생애주기 등 대상자 수요를 반영한 맞춤형 정책을 실현하기에 어려웠던 한계를 보완하기 위함이다. 다섯째, 자살예방센터 역량 강화 및 센터·상담원 인력 확충으로 수요에 대응하고 자살예방 SNS 상담 도입으로 상담 창구를 확대하는 것이다. 고위험군 지원체계인 자살예방센터 및 자살예방상담전화(1393) 전담인력 부족으로 증가하는 수요에 대응이 미흡한 상황이기 때문이다.

이를 반영하여 수립한 제5차 자살예방기본계획은 ‘자살로부터 안전한 사회구현’을 비전으로 제시하고 있다. 이러한 비전 달성을 위하여 자살사망자 수 감소, 지역 맞춤형 자살예방정책 강화, 고위험군 집중관리를 목표로 설정하였다(관계부처합동, 2023.4.).



출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단(2023). 2023 자살예방백서.

[그림 3-2] 제5차 자살예방기본계획 비전 및 목표

이러한 목표에 따라 제5차 계획에서는 생명안전망 구축, 자살위험요인 감소, 사후관리 강화, 대상자 맞춤형 자살예방, 효율적 자살예방 추진 기반 강화의 5대 추진 전략과 15개 핵심과제를 제시하였다(관계부처합동, 2023.4.). 구체적으로 다음의 표와 같다.

[표 3-2] 추진전략 및 핵심과제

추진전략	단계별	대상별	핵심과제	세부과제
생명 안전망 구축	환경개선	전국민	1. 지역 맞춤형 자살예방	1-1. 생명존중안심마을 조성 및 운영 1-2. 지역사회보장협의체 내 자살예방 실무분과 설치 활성화
			2. 생명존중 문화 확산	2-1. 생명존중 인식 교육 의무화 및 체계 마련 2-2. 자살관련 보도 관리 강화 2-3. 생명존중정책 민관협의회 기능 강화 및 활성화 2-4. 자살예방 홍보 활성화(인식개선)
			3. 정신건강검진 체계 확대개편	3-1. 정신건강검진체계 확대 개편 및 사후관리 강화
자살위험 요인감소	발굴, 개입, 치료, 관리	정신건강 위험군	1. 치료 및 관리 강화	1-1. 자살 고위험군 치료 강화 ▶ 비정신과 일차의료기관-정신의료기관 치료연계 사업 ▶ 자살고위험군 대상 치료비 지원사업 실시 1-2. 의료기관 내 자살고위험군 관리 강화 ▶ 만성중증신체질환 입원환자 등 의료기관 내 자살·자해 예방 1-3. 중증정신질환자 치료 강화 ▶ 급성기 정신질환자 치료활성화 시범사업 ▶ 퇴원 정신질환자 자립기반 마련 1-4. 정신응급대응체계 구축 ▶ 위기개입팀 기능강화 등 경찰·소방 합동 대응 강화 ▶ 권역정신건강복지센터 확대 및 가용병상 파악 가능한 정보시스템 구축 ▶ 중앙정신응급대응협의체 구성 및 운영
			2. 위험요인 관리 강화	2-1. 자살유발정보 관리 강화 ▶ 자살유발정보 모니터링 센터 신설 ▶ 자살유발정보예방협의회 운영 ▶ 자살장면 등에 대한 미디어 리터러시 교육 개발 운영 2-2. 자살위해수단 관리 강화 ▶ 새로운 자살수단에 대한 관리체계 강화 ▶ 자살위해수단 정보 모니터링(화학물질 사이버감시단) ▶ 번개탄 품질기준 및 판매 방식 개선 ▶ 자살예방교육과 연계한 농약 안전 사용 교육 추진 2-3. 자살 다빈도 장소 관리 강화 ▶ 자살 다빈도 장소 집중 관리 ▶ 자살 다빈도 교량 안전시설 점검 및 보완

추진전략	단계별	대상별	핵심과제	세부과제
			3. 재난 후 대응체계강화	3-1. 재난 발생 시 자살 위기 대응체계 구축 및 운영 3-2. 재난 시 유족, 대응인력, 일반국민 대상 트라우마 회복지원
사후관리 강화	회복지원, 자살확산 예방	자살시도자 · 자살유족	1. 자살시도자 사후관리	1-1. 자살고위험군 정보연계 ▶ 자살시도자 등에 대한 정보 연계 체계구축(경찰/소방 ↔ 센터) ▶ 자살시도자 등에 대한 정보 연계 체계구축(응급의료기관 ↔ 센터) ▶ 응급실 퇴원 자살시도자 지속 사후관리 1-2. 자살시도자 정보 연계 활성화 통한 보건·복지 통합서비스 제공 ▶ 응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업 고도화(24시간 운영기관 전국 확대) ▶ 자살 재시도자 관리 강화 ▶ 응급의료센터 내 정신건강전문요원 배치 검토
			2. 유족 사후관리	2-1. 자살 유족 원스톱 서비스 지원사업 전국확대 2-2. 자살 유족 간 연대를 통한 회복지원 2-3. 아동·청소년 유족 대상 지원 서비스 구축 2-4. 자살 유족 보호를 위한 인식개선·교육 강화
			3. 사후대응 체계구축	3-1. 지역사회 자살 사후대응체계 구축 ▶ 형사사법정보를 활용한 자살 증가지역 신속 알림 추진 ▶ 자살 급증 지역 대책 마련을 위한 컨설팅 제공 3-2. 조직 내 자살 사후대응 강화 ▶ 광역주도형 자살사고 사후대응 체계구축 ▶ 조직(학교, 직장, 부대 등) 내 자살사고 사후대응 강화
대상자 맞춤형 자살예방	전주기	전 국민	1. 경제위기군 맞춤형 지원	1-1. 발굴강화 ▶ 복지서비스 신청 단계에서 고위험군 발굴 추진 ▶ 복지멤버십 서비스 내 정신건강 서비스 추가 안내하여 고위험군발굴 강화 1-2. 연계체계 구축 ▶ 자살예방센터-서민금융기관 연계 강화 ▶ 실업·구직자 대상 심리안정 프로그램 제공
			2. 정신건강 위기군 맞춤형 지원	2-1. 특수직군 ▶ 감정노동 고위험 직종 대상 건강장해예방 컨설팅 지원 ▶ 마음동행센터 강화 통한 경찰공무원 자살예방 ▶ 보건안전지원사업 및 마음건강 예방사업 확대 통한 소방공무원 자살 예방 ▶ 전 직원 마음건강 실태조사 및 관리 통한 우정 공무원 자살예방 ▶ 심리지원, 교육, 연계 등 통한 대중문화예술인 자살예방 2-2. 범죄 피해자 ▶ 범죄피해자 지원기관-자살예방센터 연계 강화

추진전략	단계별	대상별	핵심과제	세부과제
			<p>3. 생애주기별 생활터별 맞춤형 지원</p>	<p>2-3. 학교폭력피해자 ▶ 학교폭력 피해자 대상 상담 및 정신건강 서비스 제공</p> <p>2-4. 장애인 ▶ 기관 간 연계 통한 장애인 정신건강 위험군 발굴 및 지원 강화 ▶ 발달장애인 부모·가족 대상 심리·정서 안정 지원 ▶ 정신건강복지센터(자살예방센터) 종사자 대상 장애인 인식개선 교육 의무화 ▶ 장애인 관련 기관 종사자 대상 생명지킴이 교육 강화</p> <p>2-5. 중독자 ▶ 중독관리통합지원센터 통한 알코올 중독자 조기 발굴 및 관리 강화 ▶ 도박 중독 관리 서비스 담당자 생명지킴이 교육 강화 및 자살예방 센터 연계 통한 관리 강화</p> <p>2-6. 찾아가는 서비스 확대 ▶ 찾아가는 심리지원 서비스 '마음안심버스' 운영 통한 고위험군 발굴·연계 강화</p> <hr/> <p>3-1. 아동·청소년 ▶ 고위기 집중 심리클리닉 전국 확대 및 임상심리사 배치 ▶ 위기청소년 조기 발굴을 위한 찾아가는 상담 서비스 강화 ▶ 아동·청소년 기관 이용 청소년 대상 위기 진단 실시 ▶ 인근 학교와 청소년상담복지센터 연계를 통한 상담 강화</p> <p>3-2. 초·중·고등학생 ▶ 각급 학교 대상 생명존중인식교육 의무화 ▶ 학생정서행동 특성검사로 고위험군 조기 발굴 및 추가 검사 도구 개발 추진 ▶ 전문기관 연계, 전문가 학교 방문, 치료비 지원 등 제공</p> <p>3-3. 청년 ▶ 청년 마음건강지원사업 확대 및 연계 강화 ▶ 학대 및 폭력 노출 청년 대상 고위험군 발굴 강화 ▶ 자립준비청년 지원기관-자살예방 부문 간 연계 강화</p> <p>3-4. 군인 ▶ 군인(장병, 간부, 유족) 대상 정신건강 지원체계 구축</p> <p>3-5. 근로자 ▶ 근로자 대상 정신건강 지원체계 구축</p> <p>3-6. 여성 ▶ 2030 여성 1인 가구 사회적 관계망 형성 지원 확대 ▶ 가족센터-자살예방 부문 간 연계 강화</p> <p>3-7. 중년남성 ▶ 고위험군 조기 발굴·연계하는 고독사 예방 및 관리 시범사업 확대</p> <p>3-8. 노인 ▶ 노인맞춤돌봄서비스 특화사업 통한 노인 자살예방 ▶ 위기 노인 관련 서비스 종사자 대상 생명지킴이 교육 강화 ▶ 농어촌 노인 대상 찾아가는 마음 안심버스 운영 활성화</p>

추진전략	단계별	대상별	핵심과제	세부과제
효율적 자살예방 추진기반 강화	-	-	1. 자살예방 정책 근거기반 마련	1-1. 심리부검 확대 위해 중앙-광역 간 협조 강화 및 표적 심리부검 실시 1-2. 전국 및 지역 단위 자살사망자 특성 분석보고서 발간 1-3. 국가승인통계 품질 개선 및 활용 확대 1-4. 자살예방연구 확대 및 고도화
			2. 정책추진 거버넌스 재정비	2-1. 자살예방정책위원회(컨트론타워) 기능 강화 2-2. 자살예방시행계획 수립 체계 개편 2-3. 광역 및 기초 역할·업무 재정립 통한 전달체계 명확화 2-4. 자살예방분야 국제협력 강화
			3. 자살예방 인프라 강화	3-1. 지자체 자살예방 전담 조직 구성 및 운영 3-2. 자살예방센터 역량 강화 3-3. 상담서비스 강화 ▶ 자살예방 상담서비스 운영 안정화 ▶ 자살예방 상담서비스 창구 확대 등 서비스 고도화 ▶ 자살예방 디지털 서비스 개발 및 현장 시범적용 추진 3-4. 자살예방인력 역량 강화 및 인력 보호 ▶ 자살예방사업 전담인력 표준 교육과정 개발 및 운영 ▶ 자살예방사업 전담인력 근무 환경개선 및 처우 개선

출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단(2023), 2023 자살예방백서.

주요 변화를 중심으로 살펴보면 다음의 그림과 같다(보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2023). 먼저 생명존중인식교육의 경우 그동안 기관의 재량에 따라 교육에 참여하였지만, 앞으로는 국가, 지자체, 공공기관, 각급학교 등에서는 교육이 의무화되었다. 조기 발굴 영역에서는 앞서 한계에도 분명히 제시되었듯 10년 주기였던 정신건강 검진주기를 단축하는 등 정신건강 검진체계를 확대 개편하였고, 비정신과 동네의원 방문환자 중에도 정신건강위험군을 발굴하여 연계하는 체계를 구축하였다.

다음으로 자살유발 정보관리에서는 24시간 모니터링 등을 실시하게 되었다. 자살예방 상담 영역에서는 기존 전담인력 등의 부족 등 수요에 대한 대응 부족을 보완하기 위해 충분한 인력 확보와 SNS를 활용한 상담 창구 등을 확대하였다.

또한, 기존에는 자살시도자, 유족 등 자살고위험군에 대한 관리체계 등이 미비하였으나 5차 계획에서는 이들에 대한 자살예방센터로의 연계는 물론 상담과 치료연계, 모니터링 등의 지원을 강화하였다. 지역 주도 자살예방도 강화되어 자살 급증 지역 대상 알림 서비스의 구축, 지역 특성에 맞는 예방 대책 컨설팅 제공, 생명존중안심마을 조성이 이

루어지게 되었다. 마지막으로 재난 발생 시에 기존에는 트라우마센터 중심으로 대응해 나갔지만, 앞으로는 트라우마센터와 전국 정신건강복지센터와의 연계가 이루어질 예정이다. 이처럼 제5차 자살예방기본계획에서는 그동안 자살예방정책이 가지고 있는 한계를 다각적으로 보완하고 있다.

	지금까지(AS-IS)	→	앞으로(TO-BE)
생명존중 인식교육	• 기관 운영 재량	→	• 국가, 지자체, 공공기관, 각급학교 등 • 대상 생명존중인식교육 의무화
조기발굴	• 정신건강검진 및 치료받을 수 있는 기반부족	→	• 정신건강검진체계 확대 개편 • 비정신과 동네의원 방문환자 중 정신건강위험군 발굴·치료 연계
자살유발 정보관리	• 실시간 대응 어려움 • 삭제요청에 그침	→	• 자살유발정보 24시간 모니터링 • 신고·간담구조·수사의뢰까지 즉각 대응
자살예방상담	• 전담인력 부족 • 유선 서비스	→	• 충분한 인력 확보로 응대율 제고 • SNS 활용한 상담 등 창구 확대
자살시도자, 유족 등 자살고위험군	• 체계없음	→	• 자살시도자·유족의 정보를 자살예방센터로 연계 • 상담·치료 연계·모니터링 등 지원강화
지역주도 자살예방	• 체계 없음	→	• 자살금중 지역 대상 알림서비스 구축 • 지역 특성에 맞는 예방대책 컨설팅 제공 • 지역 특성 반영한 생명존중안심마을 조성
재난 발생시	• 트라우마센터 중심	→	• 트라우마센터-전국 정신건강복지센터 협력으로 신속한 자살위험 대응 • 자살고위험군 대상 모니터링 체계 마련 및 관리

출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단(2023). 2023 자살예방백서.

[그림 3-3] 제5차 자살예방기본계획을 통해 달라지는 점

한편, 제5차 자살예방기본계획에서는 ‘자살예방관리체계’를 대응 단계와 대상에 따라 다음과 같이 제시하고 있다. 일반 국민, 초기위험자(경제위기군, 정신건강위기군, 재난경험자 등), 중증 정신질환자, 자살유족, 자살시도자 등 자살위험 수준에 따라 대상자를 구

분하고, 발굴, 연계, 개입, 관리의 단계별로 관리체계를 구축하여 추진하고 있다(보건복지부a, 2023). 이는 자살예방정책이 일반 국민이나 초기 위험자처럼 일차적인 예방부터 이루어지고 있음을 드러내면서 지역사회 차원에서의 대응이 중요함을 보여주고 있다.

	발굴	연계	개입	관리
일반 국민	<ul style="list-style-type: none"> 생명존중 인식교육 의무화로 인식제고 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강검진체계 확대 개편 생명존중안심마을 조성으로 지역 맞춤형 정책 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강의학과·정신건강복지센터로 연계 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 주도 통합서비스 제공 자살예방센터 (정신건강복지센터) 통한 지속관리
초기위험자 (경제위기군 정신건강 위기군 재난경험자 등)	<ul style="list-style-type: none"> 복지 전달체계와 연계하여 정신건강위험군 발굴 금융 ↔ 정신건강서비스 제공기관 간 연계 강화 재난시 신속한 위험 대응 및 고위험군 관리 체계 마련 비정규직 등 취약 계층 정신건강위험군 발굴 및 연계 		<ul style="list-style-type: none"> 자살 고위험군인 경우 상담·치료연계·치료비 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 주도 통합서비스 제공 자살예방센터 (정신건강복지센터) 통한 지속관리
중증정신 질환자		<ul style="list-style-type: none"> 정신응급 대응체계 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 응급병상 확보 및 초기 집중치료 	<ul style="list-style-type: none"> 자살예방센터 (정신건강복지센터) 통한 지속관리
자살유족			<ul style="list-style-type: none"> 현장출동, 심리지원, 법률·행정처리, 치료비 지원 등 원스톱 서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 자살시도자·유족 통합 관리 시스템 구축
자살시도자		<ul style="list-style-type: none"> 자살시도자 정보 자살예방센터로 연계하여 상담·치료연계 등 지원강화 	<ul style="list-style-type: none"> 사례관리 및 치료비 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 자살시도자·유족 통합 관리 시스템 구축

출처: 보건복지부, 한국생명존중희망재단(2023). 2023 자살예방백서.

[그림 3-4] 정책 대상자별 관리체계

2. 자살예방사업 전달체계

우리나라 자살예방사업 전달체계는 중앙부처(보건복지부), 광역지자체, 기초지자체로 연계되는 수직적 전달체계와 일선 행정기관, 서비스 제공기관을 중심으로 한 수평적 전달체계로 구성되어 있다. 구체적으로 중앙정부인 ‘보건복지부’는 정책을 수립하고 생명존중희망재단의 사업을 지원하며, ‘광역지자체’는 광역자살예방센터(광역정신건강복지센터), ‘기초지자체’에서는 기초자살예방센터(기초정신건강복지센터)와 자살예방사업을 수행한다. 한편, 위기대응 조직과 연계/협력 기관도 전달체계로서 활동하고 있다. 경찰과 소방은 자살위험자의 생명을 보호하기 위해 위기 상황 발생 시 자살예방센터의 인력과 함께 현장에 대응하고, 대상자의 정보를 관할 구역 내 자살예방센터 등에 제공한다(하슬잎 외, 2022). 이외에도 지역사회의 행정복지센터, 시/군/구청과 의료기관, 사회복지서비스 제공기관, 민간단체 등과 협력체계를 구축하고 있다(하슬잎 외, 2022).



출처: 하슬잎 외(2022). 자살예방 전달체계 개편 연구(p.24). 일부 수정.

[그림 3-5] 자살예방사업 전달체계

1) 국가 자살예방사업 전달체계

(1) 보건복지부

보건복지부는 2018년에 자살예방정책과를 신설하여 국가 자살예방사업을 총괄하고 있다. 주요 업무는 다음과 같다.

[표 3-3] 보건복지부 자살예방정책과의 역할

1. 자살예방에 관한 종합계획의 수립 및 조정
2. 연도별 자살예방 시행계획에 따른 추진실적 평가에 관한 사항
3. 자살의 원인분석 및 실태조사에 관한 사항
4. 자살예방을 위한 조사·평가 및 연구에 관한 사항
5. 자살예방 사업 및 프로그램의 개발
6. 자살예방 관련 법령에 관한 사항
7. 자살예방 관련 인식개선 및 교육에 관한 사항
8. 자살예방 전문 인력의 양성 및 지원에 관한 사항
9. 자살 고위험군 발굴 및 대응체계 구축에 관한 사항
10. 자살 고위험군 지원 및 사후관리에 관한 사항
11. 자살자의 가족 지원에 관한 사항
12. 자살과 관련한 언론 모니터링 및 자살유해정보 확산 예방에 관한 사항
13. 지방자치단체 및 민간의 자살예방 사업 활성화 및 지원에 관한 사항
14. 자살수단 관리 등 자살위험 해소를 위한 관계기관 간 협력 체계 구축

출처: 보건복지부 홈페이지. 조직소개: 자살예방정책과. (2023.10.05.인출)

(2) 한국생명존중희망재단

한국생명존중희망재단은 「자살예방법」 제12조의 4에 근거하여 설치된 기관으로 기존 중앙자살예방센터와 중앙심리부검센터를 통합하여 2021년에 설립되었다. 한국생명존중희망재단은 자살예방정책 및 사업을 종합적이고 효과적으로 수행하여, 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화 조성에 기여하는 것을 목적으로 하고 있다. 한국생명존중희망재단의 주요 역할은 다음과 같다.

[표 3-4] 한국생명존중희망재단 역할

<ol style="list-style-type: none"> 1. '자살통계 데이터 구축·분석 및 품질 관리'와 '자살예방 연구·개발' 등을 통한 자살예방 정책수립을 위한 자료 개발 및 정책 분석 수행 2. '자살실태조사 지원'과 '생애주기별 취약대상자 관리·지원 등', '자살예방 홍보 및 교육', '언론·미디어 자살유발·유해정보 예방 및 차단', '자살시도자 사후관리', '자살예방 통계, 사업, 정책지원 등 정보시스템 구축 및 운영' 등을 통한 자살예방 및 생명존중문화 조성에 관한 중장기계획 수립 및 정책 수립 지원 3. '심리부검 기획·운영, 결과 분석'과 '자살 관련 상담 및 면담체계 운영', '자살자의 유족 지원 및 관리' 등을 통한 자살 사후대응 체계 구축 4. '지역 자살예방 계획 수립 지원 및 평가·컨설팅', '자살예방 전문인력 양성', '지역 자살예방사업 실무자 심리지원 프로그램 개발·운영' 등을 통한 자살예방센터 등 자살예방 관련 사업 체계화 및 활성화 지원 5. '민관협력체계 구축, 사업 기획·운영 및 기부금 모집·관리'와 '국제협력 체계 구축' 수행

출처: 보건복지부a(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

2) 지자체 자살예방전달체계

자살예방을 위해서는 지역적 특성을 고려한 접근이 중요하다. 광역·기초 지자체의 자살예방센터(정신건강복지센터)가 지역사회 자살예방을 위한 핵심 전달체계로서 역할과 기능을 수행하고 있다.

(1) 광역자살예방센터(광역정신건강복지센터)

광역자살예방센터는 자살예방시행계획 수립 지원 및 정책연구를 수행하는 기관으로, 지역 자살의 특성과 욕구에 적합한 서비스가 제공될 수 있도록 유관 기관 간 연계와 서비스 제공 체계구축 등의 역할을 수행한다(보건복지부a, 2023). 2022년 12월 기준, 광역자살예방센터는 전국 17개소가 있는데, 독립적인 광역자살예방센터 2개소, 광역정신건강복지센터 부설형 10개소가 운영되고 있다. 이 외 5개소는 광역정신건강복지센터 내에 전담팀 형태로 자살예방사업을 수행하고 있다(보건복지부a, 2023).

광역자살예방센터의 주요 사업은 예방, 개입, 사후관리 차원으로 구분된다. 구체적으로 예방 차원에서는 미디어 협력 및 자살사건 보도 대응체계 구축, 생명존중문화 조성 캠페인 협력, 자살예방 협력체계 활성화 사업이 있다(보건복지부a, 2023). 개입 차원에

서는 지역사회 진단 및 조사연구, 자살예방 실무자 지원체계가 이루어진다(보건복지부a, 2023). 사후관리 차원에서는 자살 사후대응, 심리부검 면담, 동료지원 활동가 양성 및 관리사업, 자조모임 운영 및 지원, 자살유족 원스톱 서비스 지원사업이 진행된다(보건복지부a, 2023). 광역자살예방센터는 일부 직접 사업도 실시하고 있지만 대부분 간접 사업이 중심이 되어 사업이 운영됨을 알 수 있다.

[표 3-5] 광역자살예방센터 주요 사업

구분	내용	세부내용
예방	미디어 협력 및 자살사건 보도 대응체계 구축	지역언론단체와의 협력체계 구축 노력
		지역발생 자살사건 보도 대응체계 구축 및 협조요청
	생명존중문화 조성 캠페인 협력	생명존중 인식개선 홍보
		자살예방의 날 기념행사
		자살고위험시기 집중홍보
		민간협력 자살예방 사업
	자살예방 협력체계 활성화	경찰청·소방청 등 연계 기반 마련
		생명사랑위기대응센터(응급실-사례관리팀-정신건강의학과) 연계체계 마련
		희망복지지원단 협력 체계 활성화
		지역사회보장협의체를 활용한 복지지원 연계
그밖의 공공·민간서비스 제공기관(참여도려, 지역 내 복지육구 대응위한 협력 및 기반 마련)		
개입	지역사회 진단 및 조사연구	자살관련 데이터 수집 및 분석
		자살관련 데이터 분석 및 활용
		자살관련 지역사회진단
		자살예방프로그램 개발 및 효과성 평가 연구
	자살예방 실무자 지원체계	역량강화 소진방지
사후 관리	자살 사후대응	지역사회 내 조직 사후대응 협력체계 마련 및 인식개선 활동
		자살 사후대응 안내 및 컨설팅
		자살 사후대응 현장개입 서비스 운영
	심리부검 면담	광역주도형 심리부검 면담 활성화
		시도 내 자살사망자 분석
	동료지원 활동가 양성 및 관리사업	한국생명존중희망재단 연계
		광역자살예방센터 양성
자조모임 운영 및 지원		
자살유족 원스톱 서비스 지원사업		24시간 유족 발굴 및 서비스 의뢰
		기초자살예방센터(기초정신건강복지센터) 연계 및 아간·휴일 상담
		환경·경제 지원금 지원
		홍보 및 협력체계 구축

출처: 보건복지부a(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

(2) 기초자살예방센터(기초정신건강복지센터)

기초자살예방센터는 우울증 스크리닝 등을 통한 고위험군 발굴, 자살시도자·유족 등 고위험군에 대한 사후관리, 자살사망 발생 기관(직장, 학교 등)에 대한 사후대응으로 직간접 서비스를 제공한다(보건복지부a, 2023). 2022년 12월 기준, 전국에 독립형 4개소, 부설형 38개소가 운영 중이며, 기초정신건강복지센터 내에 전담팀의 형태로 196개소가 운영되고 있다(보건복지부a, 2023).

기초자살예방센터의 주요 사업으로는 광역과 같이 예방, 개입, 사후관리 차원으로 구분된다. 예방 차원에서 고위험군 조기 발견 및 연계 네트워크 구축, 생활지킴이 활성화가 이루어지며, 개입 차원에서는 자살의·시도자 위기개입 서비스, 사후관리 차원에서는 자살 유족 서비스가 진행되고 있다(보건복지부a, 2023).

[표 3-6] 기초자살예방센터 주요사업

구분	내용	세부내용
예방	고위험군 조기 발견 및 연계 네트워크 구축	자살고위험군 발견체계 구축(경찰·소방, 시·군·구청 및 주민센터, 생명사랑위기대응센터, 의료기관, 학교 및 아동·청소년 관련 기관, 기타) 연계네트워크 구축(보건·복지서비스 등 자살 고위험군에 필요한 지역 내 자원파악)
	생명지킴이 활성화	생명지킴이 양성 생명지킴이 관리 및 사후관리
개입	자살의·시도자 위기개입 서비스	접수
		조사 및 선정
		계획수립
		서비스 제공
		평가(사례회의)
		종결
		추후관리
사후관리	자살 유족 서비스	초기평가 및 개별화된 서비스 계획
		유형별 서비스 및 프로그램
		서비스 연계
		종결

출처: 보건복지부a(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

한편, 제5차 자살예방기본계획은 효율적 자살예방 추진기반 강화를 전략으로 제시하며, 이 안에서 광역 및 기초 전달체계 재정립을 과제로 제안하고 있다(관계부처합동, 2023.4.). 아래의 표와 같이 이들 간의 역할과 업무를 재정립하여 전달체계를 명확히 하겠다는 것이다. 구체적으로 지자체의 컨트롤타워 역할이 제시되어 있으며, 광역자살예방센터에서는 보편적 예방사업을 전담하고 기초자살예방센터는 실질적인 수행을 담당하는 형태로 역할 재정립을 꾀한다.

[표 3-7] 제5차 자살예방기본계획 '추진전략5. 효율적 자살예방 추진기반 강화': 광역 및 기초 전달체계 재정립

<p>제5차 자살예방기본계획 '추진전략 5. 효율적 자살예방 추진기반 강화'</p> <p>(광역 및 기초 전달체계 재정립) 광역·기초 자살예방센터 역할·업무 재정립으로 전달체계 명확화</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 지자체는 지역 자살예방사업의 컨트롤타워로 정책 총괄·기획 및 효과적인 추진체계 구축하는 역할 담당 ▶ 광역자살예방센터는 지역 자살 특성 및 수요에 맞는 지역기반 사업개발·보급, 심리부검, 자살사고 사후대응, 자살수단 관리 등 보편적 예방사업 전담 ▶ 기초자살예방센터는 광역 단위에서 구상된 사업의 실행, 지역 내 자살 고위험군 발굴 및 사례관리, 유족지원, 생명지킴이 양성 전담

출처: 관계부처합동(2023). 제5차 자살예방기본계획.

3) 기타 전달체계

(1) 생명사랑위기대응센터

생명사랑위기대응센터는 응급실에 내원한 자살시도자에 대응하는 기관이다. 응급실 내원 자살시도자에 대한 즉각적 개입을 통해 정서적·심리적 안정을 도모하고 의료비 지원, 단기 사후관리, 지역사회서비스 연계 등을 제공한다(보건복지부a, 2023). 현재 전국에 80개소가 운영되고 있다(2022.12. 기준)(보건복지부a, 2023).

(2) 자살예방상담전화(1393)

자살예방상담전화(1393)는 보건복지부 보건복지상담센터 내 자살예방상담팀에서 전담 운영 중이다. 여기에서는 자살위험자에 대한 즉각적인 개입을 통해 정서적·심리적 안정을 제공하고, 위험상황에 따라 긴급구조기관(경찰, 소방)으로의 신고 및 서비스 제공기관

(자살예방센터, 정신건강복지센터, 통합사례관리체계)으로의 연계를 통해 대상자별 상황에 맞는 서비스 제공을 통해 일상생활을 영위할 수 있도록 전화 상담을 제공한다(보건복지부^a, 2023).

3. 대전광역시 자살예방정책

자살예방을 위해서는 국가 차원의 정책만이 아니라 지역사회를 중심으로 한 적극적인 자살예방 노력이 필요하다. 이에 지자체의 자살예방 노력은 중요하여 무엇보다 지역 내 자살의 특성을 정책으로 담아내야 할 것이다. 「자살예방법」에서도 지자체의 역할이 분명히 제시되어 기본계획에 따른 연도별 자살예방시행계획의 수립·시행이 명시되어 있다(제8조). 지역마다 자살예방을 위한 합리적인 방안을 모색하여 대응하는 것이 중요하다.

1) 대전광역시 자살예방시행계획¹⁾

대전시의 자살예방사업은 ‘자살위험 없는 안전한 도시, 생명존중도시 대전’을 비전으로 「대전광역시 자살예방 및 생명존중문화조성 조례」 및 ‘지역안전지수 개선을 통한 시민안전도시 구현’이라는 지자체장의 공약에 따라 이루어지고 있다(대전광역시 건강보건의과, 2022.12.). 매년 지역 내 다양한 기관 및 전문가의 의견과 자문 등 의견수렴 과정을 통해 자살예방시행계획을 수립하고 있다.

2023년 시행계획을 중심으로 살펴보면(대전광역시 건강보건의과, 2022.12.) 먼저, (1) 범사회적 자살예방 환경조성을 전략으로 생명지킴이 활성화 지원, 지역자살위기 대응역량강화, 자살위험환경개선, 자살예방 사회적 인식개선의 4개의 추진과제가 운영된다. 두 번째 전략은 (2) 맞춤형 자살예방서비스 제공으로 생애주기별 자살예방대책추진, 자살고위험군 지지체계 강화, 자살위기대응 역량 및 사후관리 체계 강화의 3개 추진과제가 있다. 마지막 전략은 (3) 자살예방정책 추진기반 강화로 근거 기반 자살 예방 연구 체계 마

1) 해당 내용은 ‘대전광역시 건강보건의과(2022.12.). 2023년 대전광역시 자살예방시행계획.’을 토대로 정리함.

련, 사회적 지지체계 마련, 자살예방 실무자 사업이 추진 과제로 제시되고 있다. 각 추진 과제에 따라 총 15개의 세부 사업이 마련되어 있다. 다만, 15개 세부 사업은 모두 건강 보건과에서 담당하여 중앙정부의 자살예방기본계획이 다양한 부처 합동으로 마련되는 것과 차이를 보였다.

[표 3-8] 2023년 대전광역시 자살예방시행계획 전략 및 추진과제, 세부사업

전략	추진과제	세부사업
범사회적 자살예방환경 조성	생명지킴이 활성화 지원	생명지킴이 양성 및 모니터링 사업
	지역자살위기 대응 역량강화	정신건강 마음이음 협력사업
	자살위험 환경개선	일산화탄소 중독 자살예방사업
	자살예방 사회적 인식개선	자살예방의 날 기념행사 생명존중문화 조성사업 언론보도개선사업
맞춤형 자살예방서비스 제공	생애주기별 자살예방 대책추진	청소년 자살예방사업 '마음이음학원'
		청장년 자살예방사업 '영맨영차'
	자살고위험군 지지체계 강화	자살유족 지원사업 자살사후대응 사업
	자살위기대응 역량 및 사후관리 체계 강화	자살고위험자 위기지원체계 구축
자살예방정책 추진기반 강화	근거기반 자살예방 연구체계 마련	자살인식도 및 현황 분석사업
	사회적 지지체계 마련	자살예방협의체 구축강화
	자살예방실무자 사업	자살예방사업 실무자 역량강화사업 자살예방사업 실무자 정신건강증진사업

출처: 대전광역시 건강보건과(2022.12.). 2023년 대전광역시 자살예방시행계획.

2) 대전광역시 자살예방사업 전달체계

대전시에는 대전시청과 1개의 광역자살예방센터, 5개 자치구별 보건소와 기초정신건강복지센터가 자살예방사업의 핵심 전달체계로 기능하고 있다. 이때, 광역자살예방센터의 경우, 광역정신건강복지센터의 부설로 운영되고 있으며, 5개 자치구는 자살예방센터가 아닌 자치구별 기초정신건강복지센터 내부의 자살예방을 담당하는 팀으로 운영되고 있다는 특성이 있다.

보건복지부에 따르면 지자체는 자살예방을 위한 협력네트워크를 구축해야 하는데, 여기에는 ‘중앙부처-지자체 간 협력체계 및 역할분담’, ‘자살예방위원회 구성 및 운영’, ‘사업별 협력 네트워크 만들기’가 포함되어 있다(보건복지부a, 2023). 이에 대전시에서는 아래의 그림과 같이 자살예방시행계획의 추진체계를 갖추고, 중앙정부, 자살예방위원회, 다양한 유관부서와 조직이 자살예방활동에 함께 참여하고 있다(대전광역시 건강보건의과, 2022.12.).



출처: 대전광역시 건강보건의과(2022.12.). 2023년 대전광역시 자살예방시행계획.(p.16)

[그림 3-6] 자살예방시행계획 추진체계

먼저, 자살예방위원회는 위원장 1인, 부위원장 1인, 위원 18인으로 구성되어 있다(대전광역시 건강보건과, 2023). 자살예방위원회의 주요 역할은 「대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」 제6조의 2에 제시되어 있다.

[표 3-9] 자살예방위원회의 주요 역할

<p>제6조의2(자살예방위원회) ① 시장은 다음 각 호에 대한 자문을 위하여 대전광역시 자살예방위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 시행계획 수립과 시행에 관한 사항 2. 자살예방사업의 추진에 관한 사항 3. 자살예방 관련 기관과의 협력 체계 구축에 관한 사항 4. 그 밖에 자살예방에 필요한 사항 <p>② 위원회는 위원장 1명 및 부위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 한다.</p> <p>③ 위원장은 행정부시장이 되며, 부위원장은 위원 중에서 호선한다.</p> <p>④ 시민체육건강국장은 당연직위원으로 하고, 위촉위원은 다음 각 호의 사람 중에서 시장이 위촉한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 대전광역시의회에서 추천하는 대전광역시의회의원 2. 대전광역시 자살예방센터의 장 3. 자살예방 관련 단체의 장이나 자살예방 관련 단체에서 추천하는 사람 4. 대전광역시교육청·대전광역시경찰청·소방본부에서 추천하는 사람 5. 정신건강 분야 전문가 6. 자살예방과 관련하여 학식이 풍부한 사람 <p>⑤ 위촉위원의 임기는 2년으로 하되, 한 차례만 연임할 수 있다. 다만, 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원의 남은 임기로 한다.</p> <p>⑥ 위원장은 위원회를 대표하고 위원회의 업무를 총괄한다.</p> <p>⑦ 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없는 경우 부위원장이 그 직무를 대행한다.</p> <p>⑧ 위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.</p> <p>⑨ 위원회의 정기회의는 연 1회 소집하고, 임시회의는 위원장이 필요하다고 인정하는 경우 또는 위원 3분의 1 이상의 요구로 위원장이 소집한다.</p> <p>⑩ 위원회의 사무 처리를 위하여 간사를 1명 두되, 간사는 자살업무 담당공무원 중에서 시장이 지명한다.</p> <p>⑪ 그 밖에 위원회 운영에 관하여 필요한 사항은 위원회의 의결을 거쳐 위원장이 정한다.</p>
--

유관 민관 조직과는 다양한 연계사업을 추진 중이다. 총 226개의 다양한 기관이 총 15개의 연계사업에 참여하고 있다(대전광역시 건강보건과, 2022.12.). 정신건강 마음이음 협력기관 기능강화사업이 158개로 참여기관이 가장 많았는데, 주로 지역사회의 병의원과 약국, 학원 등이 참여하고 있다(대전광역시 건강보건과, 2022.12.). 특히, 정신건강 마음이음 협력기관은 지역사회 내에서 발굴기능을 수행하고 있어 예방적 차원의 의미가 크다. 이처럼 전체적으로 유관 민관 조직과의 연계는 대전지역의 자살예방에 있어 다양한 영역이 함께 움직이고 있음을 보여준다.

[표 3-10] 대전광역시 유관 기관 연계사업

연번	연계사업	기관 수
1	아동청소년 정신건강 및 자살예방 사업 협력/ 생명존중문화조성 지원 등의 협력	8
2	아동청소년 정신건강 및 자살예방 사업 협력/ 생명존중문화조성 지원 등의 협력 및 학교밖 청소년 사업 협력	11
3	한부모 가정, 다문화 가정 등 취약계층 및 여성과 가족 자살예방사업 협력	10
4	생명존중 공동체 문화 확산을 위한 기관 간 협력	4
5	청년 자살예방사업/ 대학생 정신건강 선별검사, 교육 및 캠페인, 심리지원, 치료비 지원 등 협력	7
6	직장인, 시용회복자 등 중장년 정신건강 및 자살예방사업 협력	5
7	노인정신건강 및 자살예방사업 협력	3
8	중독사업 및 중독 회복자의 자살예방사업 협력	4
9	응급실기반 자살시도자 연계사업	9
10	대전광역시 공무원 대상 생명지킴이 양성	1
11	대전광역시 자살현황 분석사업	1
12	자살관련 고위험군 응급개입 지원	3
13	자살보도 모니터링사업 협조 및 권고기준 준수 등 인문협조	1
14	카톨릭 종교기관과의 자살예방캠페인 등을 위한 협력	1
15	정신건강 마음이음 협력기관 기능강화사업(구: 생명사랑 협력기관)	158
계		226

출처: 대전광역시 건강보건과(2022.12.), 2023년 대전광역시 자살예방시행계획.

제2절 자살고위험군 발굴 정책: 생명지킴이

1. 생명지킴이 선행연구

자살 고위험군의 특성상 기관을 통한 발굴은 매우 어렵기 때문에 지속성을 가진 지역 사회 공동체를 자살예방 게이트키퍼(gatekeeper)로 양성하여 자살을 예방하는 것이 중요하다. 우리나라에서는 자살예방 게이트키퍼로서 생명지킴이가 활동하고 있다. 생명지킴이는 자살예방에 기여할 수 있는 지식과 태도 및 기술을 갖추고, 자신이 속한 지역사회 내에서 자살위험 요인을 인지해 자살위험이 있는 사람을 조기에 발견하여 전문기관에 연결하는 사람을 의미한다(임세원, 오강섭, 2012).

자살을 사전에 예방하기 어려운 것은 자살 계획이나 행동하는 사람들은 자신의 문제에 대해서 도움을 받으려는 노력을 하지 않고, 자신의 자살 시도 계획을 잘 표현하지 않기 때문이다. 하지만 한편으로는 가족, 동료, 친구, 지인 등 친밀감을 느끼는 사람에게는 자살 생각을 표현하는 경우도 있다. 따라서 주변의 누군가 자살 고위험 상황에 대한 지식과 대처 기술을 가지고 있다면 자살의 예방가능성이 높아질 수 있다. 관련하여 세계보건기구(WHO)에서도 자살예방을 위한 효과적인 개입 전략 중 하나로 자살예방 게이트키퍼(생명지킴이) 양성을 제안하고 있으며(CDC, 2017), 우리나라에서는 「자살예방법」에 생명지킴이(자살예방 게이트키퍼)에 관한 정의와 내용을 명시하여 자살예방 게이트키퍼 생명지킴이 양성을 주요 자살예방정책으로 추진하고 있다.

생명지킴이의 효과성은 여러 연구를 통해 증명되고 있다. 백종우 외(2014)의 연구에서 생명지킴이 교육 이수자의 19.9%가 ‘주변에서 자살에 대한 위험신호를 보이는 사람을 접한 적이 있다’고 대답하였는데, 그중 95%가 ‘그 사람이 자살을 생각하게 된 이유에 대해 들었고’ 71.5%는 ‘도움받을 수 있는 정보를 제공 및 연계’한 것으로 나타났다. 기선완 외(2022)의 연구에서는 생명지킴이 교육을 받은 후에 86.1%는 ‘자살위험을 보인 사람을 만났을 때 실제 자살 생각이 있는지 물어본 경험이 있다’고 응답했으며, 69.4%는 ‘자살위험을 보인 사람에게 전문기관을 연계’했다고 응답하였다. 배인정(2018)의 연구에

서는 게이트키퍼 교육과 자살률이 유의미한 상관관계를 가져 게이트키퍼 교육 횟수 및 교육 참석인원의 증가가 자살률 감소에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 연구에서는 게이트키퍼 교육을 1,000회 진행하였을 때 인구 10만 명당 자살자가 12.5명 감소하고, 게이트키퍼 100만 명을 양성하였을 때 인구 10만 명당 자살자가 290명 감소한다는 결과를 보고하였다(99% 신뢰수준). 이정은(2020)은 자살 게이트키퍼 프로그램의 효과에 대한 메타분석을 통해 우리나라 자살예방 게이트키퍼 프로그램이 중간 정도의 효과 크기를 보이며, 자살예방지식, 자기효능감 향상, 도움 제공 행동에 효과가 있다는 결과를 도출하였다. 특히, 이 연구에서 자살 게이트키퍼 프로그램이 지식 영역에서 아주 큰 효과를 보였고, 태도와 기술 영역에서는 중간 수준의 효과가 나타났다. 이처럼 자살에 대한 징후와 대처에 대한 교육을 받은 생명지킴이는 일상에서 살아가면서 잠재된 자살 고위험군을 발견하여 예방하는 데 중요한 역할을 하는 것을 알 수 있다.

한편, 우리나라는 2018년 자살예방국가행동계획에서 자살고위험군 발굴 전략의 주요 내용에 지역사회 핵심그룹 100만 명 생명지킴이 양성을 포함하면서 현재 생명존중희망재단을 비롯하여 광역 및 기초자살예방센터(정신건강복지센터), 군, 학교, 공무원, 사회복지기관, 민간기업 및 단체 등 다양한 분야에서 생명지킴이를 양성하고 있다. 이러한 생명지킴이 양성을 위해 온·오프라인 교육프로그램 개발, 생명지킴이 관리 등이 이루어지고 있다. 특히, 자살예방교육은 주로 대면 중심으로 이루어졌으나 코로나19 팬데믹을 기점으로 온라인교육도 활성화되고 있다.

관련하여 한국생명존중희망재단에서는 생명지킴이 교육프로그램의 질 관리를 위해서 자살예방 관련 기관마다 개발하고 있는 교육프로그램에 대해 인증제를 실시한다. 자살예방 인증 프로그램은 「자살예방법」 제4조와 제17조에 근거한 것으로 자살이라는 임상적 문제에 대한 객관적인 연구 결과 혹은 연구방법론에 의해 효과성이 입증되거나 이를 통해 고안된 프로그램을 의미하는 것으로, 현재 다음과 같은 생명지킴이 교육프로그램이 개발되어 있다.

출처: 한국생명존중희망재단 홈페이지, 생명지킴이교육 소개.

[표 3-11] 생명지킴이교육 프로그램 종류

프로그램명	개발기관
보고듣고말하기 직장인(1.6W)	한국생명존중희망재단
보고듣고말하기2.0	
이어줍人	
보건복지종사자 대상 자살예방 생명지킴이 교육 프로그램	
연예 관련 종사자 대상 자살예방 교육	
의료기관 보건의료인력 대상 자살예방 생명지킴이 교육 프로그램	
정신장애인 자살예방 교육 프로그램	
자살예방 주민참여 프로그램	강서구정신건강복지센터
이·통장 자살예방 생명지킴이 교육프로그램 「세상살이」	강원도광역정신건강복지센터 · 한림대학교 생사학연구소 · 한림대학교 임상역학연구소
생명사랑 틴틴교실 게이트키퍼 버전	경기도자살예방센터
생명사랑 틴틴교실 자해 예방 버전	
경찰동료 게이트키퍼 교육 프로그램	경찰청 · 한국EAP협회
요즘어때?	광주동구정신건강복지센터
생명지구대	광주북구정신건강복지센터
마인드프렌즈	
소방공무원 동료 게이트키퍼 훈련 프로그램 봄!봄!봄!	구미정신건강복지센터
도라생명지킴이 훈련 프로그램 '나?! 우리학교 게이트키퍼야'	
노인생명존중교육 생명충전기	대구광역시자살예방센터
청소년 생명존중교육 생명톡톡	
청소년 생명존중교육 '누군가에게 말해보세요.'	대구학생자살예방센터
응급의료종사자대상 자살 관련 교육	대한응급의학회 · 대한응급의료지도의사협의회
생명보듬이(Gatekeeper) 기초교육 '무지개'	라이프호프기독교자살예방센터
생명존중약국 생명지킴이 양성 교육	부산서구정신건강복지센터
교사를 위한 자살예방지킴이 교육	서울시자살예방센터
자살예방 지킴이 훈련 프로그램	
자살예방 게이트키퍼 교육 프로그램	성남시정신건강복지센터 부설 자살예방센터
소방공무원을 위한 보고듣고말하기(내근직편 · 화재구조편 · 구급편)	소방청 · 한국자살예방협회
청소년 자살예방 게이트키퍼 양성 프로그램 친구사이	수원시자살예방센터
(노인대상)생명지킴이양성교육 이심전심	
안녕하십니까?	전라남도광역정신건강복지센터
청소년용 생명지킴이 양성교육 프로그램 "안녕, 괜찮니?"	

프로그램명	개발기관
생명지킴이 전문강사과정	전라북도광역정신건강복지센터
청소년 전담인력 생명지킴이	
생명사랑 지킴이 양성교육&강사양성교육	
자살예방교육 프로그램 소중함 '숨'	
생명사랑지킴이양성교육 '생명사랑톡톡65+'	제주광역정신건강복지센터
경찰용 생명지킴이 양성교육'생명배달'	충청북도광역정신건강복지센터
소방용 생명지킴이 양성교육'생명배달'	
생명지킴이 양성교육'생명배달'	
생명이어달리기(청소년용·성인용·노인용)	충청남도광역정신건강복지센터
성소수자 자살예방지킴이 양성교육 무지개돌봄	한국게이인권운동단체 친구사이
교사용 보고듣고말하기(게이트키퍼 전문인력양성) 프로그램	한국교육환경보호원(센터:학생정신건강지원센터)
공군을 위한 보고듣고말하기1.8AF	공군본부·한국자살예방협회
육군을 위한 보고듣고말하기1.9KN	육군본부·한국자살예방협회
해군을 위한 보고듣고말하기1.9KN	해군본부·한국자살예방협회
해병대를 위한 보고듣고말하기1.9ROKMC	해병대사령부·한국자살예방협회
청소년 자살예방 게이트키퍼 양성교육 'WHAT'S UP'	화성시정신건강복지센터
자살시도 중재협상 프로그램	(주)CNS

자살예방생명지킴이는 단지 양성이 중요한 것은 아니다. 무엇보다 이들이 지역사회 내에서 자살예방활동을 할 수 있도록 동기를 부여하고, 역량을 강화하는 것도 매우 중요하기 때문이다. 이러한 방안에 대한 선행연구를 살펴보면, 김정유와 이성규(2022)의 연구에서 이·통장이 자살예방생명지킴이 활동에 참여하는 데에 영향을 미치는 요인으로 심리사회적 인정·보상과 대상자와의 관계수준, 사업 담당자와의 관계수준, 그리고 사명감과 책임감 등을 제시하였다. 기선완 외(2022)의 연구에서는 생명존중인식과 소중한 생명을 지킬 수 있었다는 보람, 누군가를 도왔다는 성취감 등이 생명지킴이로서의 활동을 지속하게 하는 주요한 요인으로 나타났다. 반면, 생명지킴이에 대한 생명지킴이에 대한 인식부족, 생업 외 활동 부담, 전문성 부족 등이 활동의 장애요인으로 조사되었다(기선완 외, 2022). 또한 이 연구에서는 생명지킴이 활동 활성화를 위해서는 기회적 인정, 상징적 인정, 정서적 인정이 필요하며, 생명지킴이 활동에 대한 홍보와 캠페인, 보상체계, 전문성 제고를 위한 교육 등이 필요함을 주장하였다(기선완 외, 2022).

2. 생명지킴이사업

1) 생명지킴이 사업의 근거

「자살예방법」은 생명지킴이의 정의와 교육 대상을 명시하고 있다. 교원, 경찰, 소방, 사회복지기관 종사자를 비롯해 청소년, 노인, 직장인 등도 생명지킴이 교육 대상이다.

[표 3-12] 생명지킴이 사업의 법적 근거(「자살예방법」)

<p>제2조의 2(정의) 4. “생명지킴이”란 자살을 할 위험성이 높은 사람을 발견하여 자살예방센터 등 전문기관에 의뢰·연계하는 사람으로 보건복지부장관이 인정하는 교육을 수료한 사람을 말한다.</p> <p>제17조(자살예방 상담·교육) ① 다음 각 호에 해당하는 기관·단체 및 시설의 장은 자살방지 및 생명존중문화 조성을 위하여 자살예방 교육을 실시하고 그 결과를 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관 또는 주무부처의 장에게 제출하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 국가기관, 지방자치단체 및 대통령령으로 정하는 공공기관 2. 「노인복지법」에 따른 노인복지시설 3. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 4. 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교 5. 그 밖에 자살예방 교육이 필요하다고 인정하여 대통령령으로 정하는 기관이나 단체 <p>② 「고등교육법」 제2조에 따른 학교의 장과 자살예방 교육이 필요하다고 인정하여 대통령령으로 정하는 기관·단체 및 시설의 장은 자살방지 및 생명존중문화 조성을 위하여 자살예방 교육을 실시할 수 있도록 노력하여야 한다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장에게 자살위험자 등과 관련된 업무를 수행하는 사람으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여 제1항부터 제3항까지에 따른 자살예방 상담·교육을 실시할 것을 요청할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「119구조·구급에 관한 법률」 제8조에 따른 119구조대의 구조대원 및 같은 법 제10조에 따른 119구급대의 구급대원 2. 「국가공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 경찰공무원 3. 「지방공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 자치경찰공무원 4. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제43조에 따른 사회복지전담공무원 5. 그 밖에 자살예방 상담·교육이 필요하다고 인정하여 대통령령으로 정하는 사람
--

2) 사업원칙

생명지킴이 사업의 원칙은 ‘자살예방생명지킴이 활성화’이다(보건복지부a, 2023). 이를 위하여 전 국민 대상 생명지킴이교육으로 촘촘한 인적 발굴망을 구축(지역사회 인적 네트워크 핵심그룹 100만 명을 생명지킴이로 양성)하고, 대상자별 생명지킴이교육 프로그램 차별화를 통해 활용 및 효과성을 향상시키고자 한다.

3) 주요 전달체계별 생명지킴이 사업 내용

(1) 한국생명존중희망재단

다음으로 구체적인 주요 전달체계별 생명지킴이 사업을 살펴보았다. 먼저, 한국생명존중희망재단에서는 수요자 중심의 생명지킴이 교육 마련, 온라인 생명지킴이교육, 생명지킴이 연계활동, 생명지킴이 강사 양성 및 역량강화를 위한 보수교육을 실시한다.

[표 3-13] 한국생명존중희망재단의 생명지킴이 사업 내용

구분		내용
수요자 중심의 생명지킴이교육 마련	생애주기 맞춤형 생명지킴이교육	- 청소년: 학생 및 교직원, 학교 밖 청소년 등 청소년 및 관련 종사자 - 청년: 대학생 등 청년 - 중장년: 직장인 등 - 노인: 노인정, 노인복지관 등 이용자 및 종사자, 마을 이통장
	직군별 생명지킴이교육	- 직장인: 사무직 및 공무원 등 - 특수직군: 경찰, 소방, 군인 등 - 보건의료인력: 의사 및 간호사 등 의료진 - 보건복지종사자: 보건소 공무원 및 전문 인력, 시·군·구/읍면동 사회복지 공무원 및 희망복지지원단 사례관리사 등 종사자 - 장애인 대상 서비스 제공 관련 종사자: 장애인 및 정신장애인 관련 기관 실무자 - 연예관련 종사자: 연예인, 매니저 등
	취약계층 및 관련 종사자 대상 생명지킴이교육	- 복지취약계층: 사회보장서비스 등 복지서비스 이용자, 복지관 종사자 및 이용자 - 장애인: 장애인시설·요양시설·정신의료기관 등 이용자, 종사자 - 금융약자: 신용회복위원회, 서민금융통합지원센터 종사자 - 지역의료기관 이용자: 1차 의료기관, 보건소, 약국 등의 의료진 - 지역 종교기관 이용자: 개신교, 천주교, 불교 등 종교계 관련인
	지역사회 풀뿌리조직 대상 생명지킴이교육	- 통·반장: 읍면동의 통·반장, 이장 - 지역리더: 지역사회 봉사단체 등 지역사회 내 리더
온라인 생명지킴이교육	한국생명존중희망재단 누리집에 접속하여 회원가입 후 보고듣고 말하기 기본형, 청년편, 중장년편, 노인편, 청소년편 등 교육 콘텐츠 수강	
생명지킴이연계활동	생명지킴이 관심 유지 및 활동을 독려하기 위해 문자 또는 이메일(소식지 등) 발송 하고 생명지킴이 활동 사례 및 활동 공유	
생명지킴이 강사 양성 및 역량강화를 위한 보수교육	-	

출처: 보건복지부(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

(2) 광역자살예방센터

광역자살예방센터에서는 지역사회 생명지킴이 양성을 통해 자살예방체계를 구축하고자 한다. 지역사회 생명지킴이 사업계획과 전략수립, 자살예방 생명지킴이 양성 및 관리가 주요 목표이다. 사업대상별로 살펴보면, 다음의 표와 같다. 지역사회, 지역주민, 그리고 양성된 생명지킴이를 위해 각각에 적합한 사업을 수행하고 있다.

[표 3-14] 광역자살예방센터 주요 대상별 생명지킴이 사업

지역사회	지역주민	생명지킴이
<ul style="list-style-type: none"> - 지역특성에 맞는 생명지킴이 양성 전략 수립 - 고위험 및 취약계층 대상의 교육 및 프로그램 콘텐츠 개발 	<ul style="list-style-type: none"> - 취약계층 및 고위험 집단의 교육 - 지역공동체 참여를 위한 지속적인 관심 및 활동 독려 	<ul style="list-style-type: none"> - 교육 수료 후 생명지킴이 관리를 위한 계획 수립 - 교육 접근성 향상 및 생명지킴이 통합 관리를 위한 교육 플랫폼 구축 - 생명지킴이 소식지 및 활동 지원을 위한 활동 전개

출처: 보건복지부(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

구체적인 사업 내용을 다음의 표와 같이 정리하였다. 주요 축은 자살예방 생명지킴이 양성 및 관리, 지역사회 생명지킴이 활성화를 위한 체계구축이다.

[표 3-15] 광역자살예방센터 생명지킴이 사업 내용

구분		내용
자살예방 생명지킴이 양성 및 관리	생명지킴이 양성	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 내 생명지킴이 활성화를 위한 계획 수립 - 고위험군 및 취약계층 대상 교육 확대 - 교육 사각지대 해소를 위한 교육 플랫폼 구축 및 교육 지원
	생명지킴이 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 지역 생명지킴이 수료자 통합 관리 - 지역 생명지킴이 활동 독려를 위한 사업 추진 (예: 우수 활동 사례 발굴, 간담회, 보수교육 등)
지역사회 생명지킴이 활성화를 위한 체계 구축	지역상황을 고려한 생명지킴이교육 콘텐츠 개발 및 보급	<ul style="list-style-type: none"> - 지역특색을 고려한 취약계층 및 특수집단 대상의 교육 프로그램 개발 - 지역사회 내 교육 프로그램 보급 및 콘텐츠 관리 - 전문 강사양성 및 관리
	유관기관 종사자 대상의 생명지킴이교육	<ul style="list-style-type: none"> - 고위험군 및 취약계층 서비스 종사자 대상의 생명지킴이교육 - 자살예방 및 정신건강 역량강화 교육 및 간담회 등 진행

출처: 보건복지부(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

(3) 기초자살예방센터

기초자살예방센터 생명지킴이 사업의 목적은 지역사회 자살 고위험군 발견 및 도움 체계 구축을 위해 생명지킴이를 양성하고 지속적으로 활동할 수 있는 체계 마련이다. 기초자살예방센터에서도 광역과 동일하게 지역사회 생명지킴이 사업 계획 및 전략을 수립하고, 자살예방 생명지킴이를 양성하고 관리하는 것을 목표로 하고 있다.

기초자살예방센터의 사업 대상은 일반시민과 자살예방 관련 실무자이다. 이들을 대상으로 생명지킴이를 양성하고, 이후 관리와 사후관리를 진행한다.

[표 3-16] 기초자살예방센터 주요 대상별 생명지킴이 사업 내용

일반시민	자살예방관련 실무자(종사자)
<ul style="list-style-type: none"> - 생명지킴이 양성 <ul style="list-style-type: none"> · 지역주민 대상 교육 · 지역 내 취약집단 및 고위험 집단 생명지킴이교육 기획 - 생명지킴이 관리 및 사후관리 <ul style="list-style-type: none"> · 생명지킴이(수료자) 등록 및 관리 · 생명지킴이(수료자) 대상 지속적인 정보 제공 및 활동 지원 	<ul style="list-style-type: none"> - 취약계층 및 고위험군 관련 종사자 대상 교육 - 지역사회 보건복지 종사자 및 자살관련 유관기관 실무자 대상 교육

출처: 보건복지부(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

구체적인 사업 내용은 다음과 같다. 청소년, 청년, 성인, 노인 대상으로 생명지킴이를 양성하기 위해 교육을 진행하며, 생명지킴이 관리 및 사후관리를 교육 수료자를 대상으로 사업을 실시한다.

[표 3-17] 기초자살예방센터 생명지킴이 사업 내용

구분	내용
생명지킴이 양성 : 청소년, 청년, 성인, 노인	<ul style="list-style-type: none"> - 자살예방 생명지킴이교육 진행 - 취약계층 및 지역 공동체 대상 생명지킴이교육 <ul style="list-style-type: none"> · 취약계층 및 관련 종사자 대상 생명지킴이교육 실시 · 취약계층 자살 고위험군 발굴 및 개입, 치료기관 연계 도모
생명지킴이 관리 및 사후관리	<ul style="list-style-type: none"> - 대상: 생명지킴이교육 수료자 - 목적: 생명지킴이 활동 유지 강화 및 자살 고위험군 발굴 및 연계 - 주요사업: 지역상황에 맞는 사업 계획 및 기획 <ul style="list-style-type: none"> · 생명지킴이 문자·메일링, 생명지킴이 보수교육, 생명지킴이 간담회 및 워크숍, 생명지킴이 시상, 활동비 지원, 소진예방프로그램 운영 등

출처: 보건복지부(2023). 2023년 자살예방사업 안내.

3. 대전광역시 생명지킴이 사업

대전광역시에서는 생명지킴이 교육과 활동지원 사업과 관련하여, 생명지킴이 상시/상설 교육 개설 및 운영, 생명지킴이 사후관리, 생명지킴이 강사 지원을 실시하고 있다(대전광역시청 건강보건과, 2023.2.). 먼저, 생명지킴이 상시/상설 교육 개설 및 운영을 살펴보면, 교육과정은 아래의 표와 같이 ‘보고듣고말하기’, ‘이어줌’, ‘생명배달’이 진행되고 있다(대전광역정보건강센터 홈페이지). 각 교육은 개발기관이 다르며 교육 대상도 일부 차이가 있다.

[표 3-18] 대전광역시 생명지킴이 교육

교육명	보고듣고말하기	이어줌	생명배달
개발기관	중앙자살예방센터 한국자살예방협회	중앙자살예방센터	충북광역정신건강복지센터
교육대상	14~19세 청소년 14세 이상 전국민 직장인	14~19세 청소년 대학생 성인 직장인 노인	성인 및 노인 누구나

출처: 대전광역정보건강센터 홈페이지. (2023.11.15. 인출)

대전광역시의 생명지킴이는 2019년 15,085명, 2020년 7,131명, 2021년 11,672명, 2022년 13,554명 양성된 것으로 나타났다(대전광역시 건강보건과, 2023.2.). 관련하여 2022년에는 인재개발원과의 협력을 통해 신규 공무원 대상으로 생명지킴이 교육을 실시하여(대전광역시 건강보건과, 2023.2.) 공공의 참여를 넓히는 결실을 거두었다. 이 외에 생명지킴이 교육 수료자를 대상으로 사후관리 문자를 월 1회 발송, 활동에 대한 만족도 조사를 반기별 1회 실시하는 등(대전광역시 건강보건과, 2023.2.) 생명지킴이 양성 이후 관리에 이르기까지 노력하고 있었다.

제3절 자살예방서비스 연계 정책 분석

1. 자살예방서비스의 지역사회 연계 필요성

자살예방서비스의 효과적인 추진에는 보건과 복지 등 다양한 전달체계의 연계가 중요하다. 자살은 정신적·경제적·사회적 영역 등 다양하면서도 복합적인 동기에 기인하는 경우가 많고, 고위험군만이 대상이 아니며 일반 국민, 초기 위험자 등을 포함하기에(관계부처합동, 2023.4.) 자살로 이어지는 원인을 해소하기 위해서는 그만큼 다각적인 대응이 이루어져야 하기 때문이다. 이 외에도 자살예방서비스가 예방, 개입, 사후관리 등의 과정 이기에 각각에 적합한 대응은 자살예방 전문기관만의 노력으로는 쉽지 않다.

지역사회 연계의 중요성은 자살예방정책을 통해 분명히 드러난다. 먼저, 「대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」에서는 자살예방시행계획의 수립에 있어 ‘지역사회 협력체계 구축 방안’을 포함하도록 하고 있으며(제5조), 시장이 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위해 관련 기관·단체 등과 유기적인 협력체계를 구축해야 함을 명시하고 있다(제8조). ‘제5차 자살예방기본계획’에서도 지역자원의 연계를 계획 내에 포함하고 있다. 생명존중안심마을에서는 마을 단위의 자살예방사업 수행을 도모하면서 지역 내 관련 기관과 함께 행동해야 함을 제시하였고, 지역사회보장협의체 자살예방 분과 설치에서도 보건과 복지 연계를 강조하며 지역사회 주도의 자살예방정책 실현을 강조한다(관계부처합동, 2023.4.). 또한, 자살위험군 등에 대응하는 과정에서 보건·복지 간의 연계를 통한 통합서비스 제공을 계획하였으며, 경제위기군, 정신건강위기군 등에 대하여 서민금융통합지원센터, 장애인복지관, 행정복지센터, 중독관리통합지원센터, 한국도박문제예방치유원, 사회복지관 등 다양한 관련 기관과의 연계를 통한 서비스 제공을 제시하였다(관계부처합동, 2023.4.). 이 외에도 우체국, 경찰, 소방, 학교, 청소년, 노인 등 다양한 관련 기관과의 연계를 통한 자살예방사업의 실현이 ‘제5차 자살예방기본계획’에 담김으로써(관계부처합동, 2023.4.) 지역사회의 다양한 기관, 사람 등이 함께 움직여야 하는 필요성을 보여준다. 이는 무엇보다 자살예방서비스가 자살위험자의 복합적이고 다양한 욕구를 다루는 것은 물론 예방과 개입, 사후관리 등의 전반적인 대응 과정이 필요하

기에 자살예방센터만이 아니라 보건·복지를 비롯한 다양한 사회서비스와의 연계가 필수적임이 드러나는 부분이다.

[표 3-19] 제5차 자살예방기본계획 중 지역사회 연계 관련 주요 전략 및 과제

추진전략	핵심과제	세부과제	내용
생명안전망 구축	지역 맞춤형 자살예방	생명존중안심마을 운영	<ul style="list-style-type: none"> - 지자체 특성에 맞는 자율적인 우수 자살예방사업수행을 위한 모델 구축 및 마을 조성 - 서울시 강서구 생명사랑안심0파트 사례 <ul style="list-style-type: none"> : 지역 내 유관기관, 아파트 주민과 함께 추진 : 6개 유관기관과 업무협약
		지역사회보장협의체 자살예방 분과 설치	<ul style="list-style-type: none"> - 보건과 복지 연계로 통합적 서비스 지원을 위한 지역사회보장협의체 내 자살예방 실무분과 설치 활성화 : 중앙에 더하여 지역사회 주도 정책 실현 위한 주체 마련
	생명존중문화 확산	민관협력 활성화	<ul style="list-style-type: none"> - 사회 전 분야의 협력을 통한 사회 전체 생명존중문화 조성 및 확산 : 민관협의회 등
사후관리 강화	자살시도자 사후관리	통합서비스 제공	<ul style="list-style-type: none"> - 경찰·소방·응급의료기관-자살예방센터-사회보장정보시스템 간 연계로 보건·복지 통합서비스 제공
대상자 맞춤형 자살예방	경제위기군 맞춤형 지원	발굴	<ul style="list-style-type: none"> - 복지 전달체계와 연계하여 정신건강 위험군 발굴 : 복지서비스 신청 단계에서 정신건강 위험군 발굴 등
		연계체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 경제적 문제가 자살로 이어지지 않도록 전문기관으로 연계 : 경제위기군 대상 금융서비스, 심리안정 프로그램 제공 등
	정신건강위기군 맞춤형 지원	범죄피해자	<ul style="list-style-type: none"> - 폭력피해자에 대하여 범죄피해자 지원센터, 스마일센터, 정신건강 복지센터와의 업무협약을 통해 트라우마대응 위한 연계
		학교폭력피해자	<ul style="list-style-type: none"> - 학교폭력피해자에 대하여 위센터, 청소년상담복지센터, 가족센터, 정신건강복지센터 등을 통해 피해학생 및 보호자 대상 상담, 정신건강서비스 제공
		장애인	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인복지관, 행정복지센터 등과의 기관 간 연계로 장애인 정신건강 위험군 발굴, 상담·치료 연계 등 지원 강화
		중독자	<ul style="list-style-type: none"> - 알코올, 도박 등에 대하여 중독관리통합지원센터, 한국도박문제에 방지위원회 담당자 등과 연계하여 정신건강 고위험군에 대한 지원과 관리 강화
찾아가는 서비스 확대	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인 등 거동불편 집단, 은둔형 외톨이 등 서비스 이용 동기 낮은 집단 등 고위험군 발굴강화 및 서비스 연계. 자살예방서비스 제공 및 관련 기관 사례관리 의뢰 통해 대상자의 복합적 욕구에 대한 서비스 연계 및 제공 		

출처: 관계부처합동(2023.4.). 제5차 자살예방기본계획.

실제 대전시 안에는 다양한 유관 자원이 있다. 자살예방센터(정신건강복지센터)만이 아니라 기존의 사회복지관, 노인·장애인 복지시설, 청소년 관련 시설, 보건소, 중독관리 등 정신건강 서비스 영역 등 다양한 사회서비스 기관이 자살예방을 위한 직·간접적인 전달체계로 기능하는 것이 가능하다. 다만, 각 기관은 자신이 가지고 있는 고유 역할과

기능, 목적 등이 있기에 자살예방에 대한 공감대를 형성하고 어떻게 함께해야 할지에 대한 고민이 이루어져야 할 것이다.

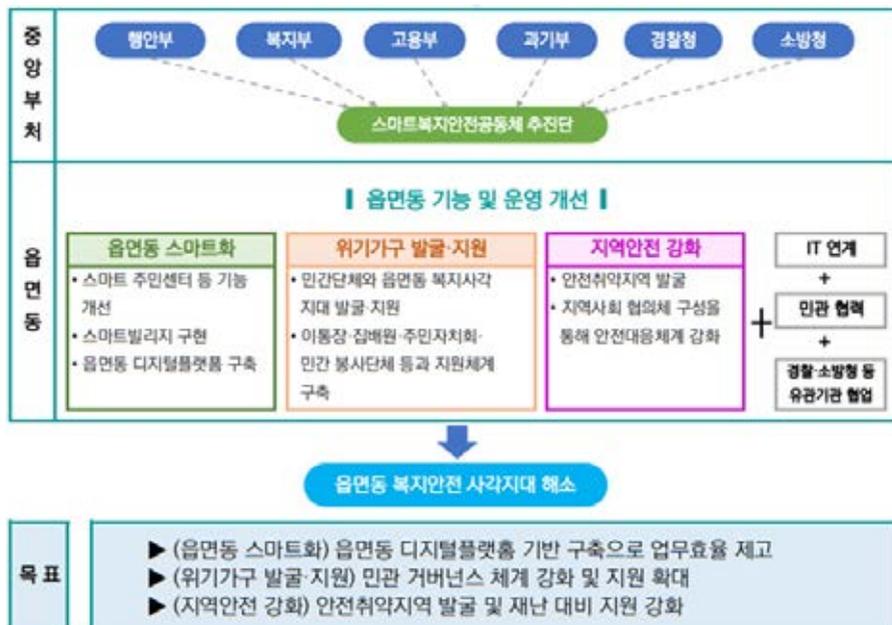
2. 자살예방 유관 정책 분석

다음으로 자살예방과 관련된 유관 정책(서비스)을 분석하여 지역사회 안에서 자살예방 서비스와 어떻게 연계될 수 있을지를 이해하고자 한다. 이를 위하여 본 연구에서는 선행 연구를 고려하여(윤명숙, 최명민, 2012; 유재순, 김현숙, 연현진, 2014; 유병선, 이사라, 2015; 조계화, 김영경, 2018; 최윤정 외, 2018; 최명민, 성정숙, 이현주, 2019) 자살예방서비스가 보건과 복지영역 간의 연계를 통해 이루어져야 한다고 전제하였다. 현재 지역사회의 자살예방서비스는 시 주무부서(보건영역)와 광역 및 기초 자살예방센터(정신건강복지센터)를 기반으로 보건이 중심이 되어 이루어지고 있지만, 자살위험군의 특성 등은 복지영역과도 연결되는 측면으로 자살예방 정책의 효과적인 실행을 위해서 복지서비스와의 협력이 중요하기 때문이다.

이에 본 연구에서는 대전광역시의 주요 복지전달체계를 분석하여 어떻게 자살예방정책과 연결할 수 있을지 고려하고자 한다. 이를 위하여 현재 공공 사회서비스의 가장 기본적인 전달체계인 읍면동 찾아가는 보건복지서비스와 대전광역시의 핵심적인 복지 패러다임이자 서비스 전달체계로 기능하는 지역사회통합돌봄 정책 등을 분석하였다. 특히, 지역사회통합돌봄 정책은 지역사회에 거주하는 대전시민이 계속 지역 안에서 건강하고 행복하게 생활할 수 있도록 지원한다는 점에서 자살고위험군의 기본적인 생활 공간인 지역사회를 중심으로 자살이 아닌 건강하고 행복한 삶을 지원하는 자살예방정책과 정책의 방향이 일맥상통한다고 판단하였기 때문이다. 나아가 공공 부문 외의 전달체계를 이해하고자 대전시의 주민중심 발굴과 지원 체계를 살펴보았다. 따라서 다음에서는 읍면동 찾아가는 보건복지서비스와 대전시 지역사회통합돌봄 정책, 주민참여조직 활동을 살펴봄으로써 이 안에서의 연계 전략을 고민하고자 한다.

1) 읍면동 찾아가는 보건복지서비스2)

읍면동 찾아가는 보건복지서비스는 읍면동을 통한 다양한 공공정책 실현의 핵심이다. 찾아가는 보건복지서비스에서는 2023년부터 ‘스마트복지안전공동체’ 형성을 추진하여 복지·안전 사각지대 발굴 및 체계적이고 지속적인 지원체계 구축을 목표로 하였다(행정안전부, 보건복지부, 2023). 이에 읍면동은 ‘서비스 게이트웨이’가 되어 ‘찾아가는 보건복지팀’을 중심으로 복지안전 사각지대를 해소하고자 읍면동 스마트화, 위기가구 발굴·지원, 지역안전 강화를 목표로 움직이고 있다(행정안전부, 보건복지부, 2023). 즉, 읍면동을 중심으로 지역사회의 취약 가구에 대한 발굴이 이루어지는데, 이때 위기가구의 발굴은 오롯이 공공의 힘만으로 움직이는 것이 아닌 민간 단체와 협력하고 이통장, 집배원, 주민자치회, 민간봉사단체 등 지역주민의 참여가 동반된다(행정안전부, 보건복지부, 2023). 위기가구 발굴을 위한 민관 거버넌스 체계가 강화되어 작동하게 되는 것이다.

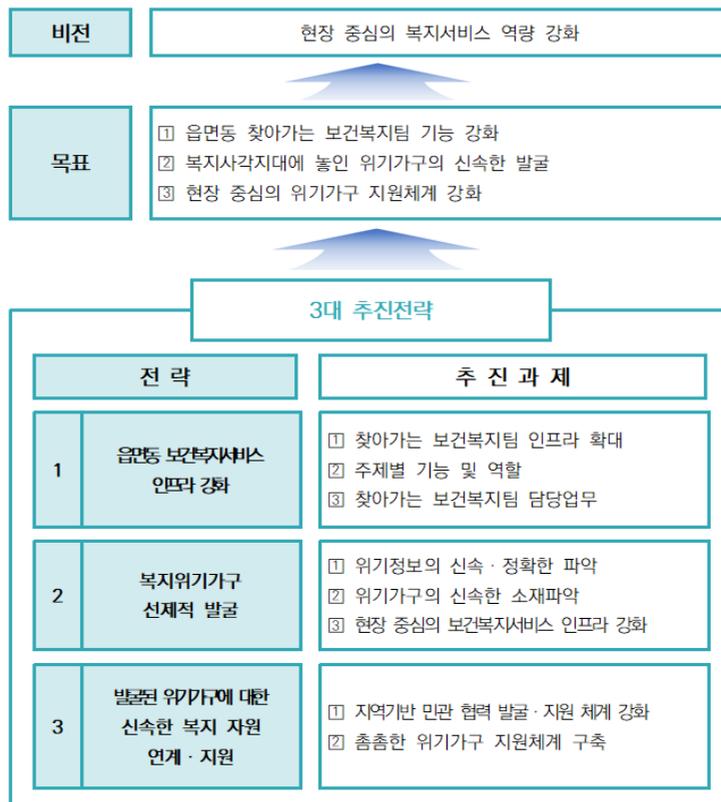


출처: 행정안전부, 보건복지부(2023). 2023년 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼에서 제시한 표를 부분 수정함. (p.4)

[그림 3-7] 스마트복지안전공동체 업무추진 방향

2) ‘행정안전부, 보건복지부(2023). 2023년 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼’을 참고하여 구성함.

구체적으로 찾아가는 보건복지서비스의 주요 정책 추진방향을 살펴보면, 2번 목표가 ‘위기가구의 신속한 발굴’로 지역사회 내 복지사각지대 등에 대한 선제적 발굴을 도모한다(행정안전부, 보건복지부, 2023). 이를 위하여 위기정보의 신속하고 정확한 파악, 위기가구의 신속한 소재파악, 현장중심의 보건복지서비스 인프라 강화를 추진과제로 제시하고 있다(행정안전부, 보건복지부, 2023).



출처: 행정안전부, 보건복지부(2023). 2023년 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼. (p.10)

[그림 3-8] 찾아가는 보건복지서비스 주요 정책 추진방향

찾아가는 보건복지서비스의 주요 주체는 읍면동, 시군구, 시도, 지역사회보장협의체이다. 각 역할을 간단히 살펴보면, 읍면동의 ‘찾아가는 보건복지팀’에서는 위기가구, 돌봄 필요대상 등에게 초기상담 및 계획수립, 서비스의 안내·의뢰 역할을 수행한다. 이때 간 호인력이 배치되어 있어 팀 내 복지인력과 협업하여 건강 서비스를 연계 확대한다. 이

외에도 민관연계, 주민 대상의 지식정보 공유, 주민 중심의 인적 안전망, 물적 관계망 형성을 위한 지역 네트워크, 소통과 돌봄 공간을 확보하는 역할을 하고 있다. 시군구는 위기가구의 발굴, 자원연계 등을 위한 공공 및 민관 기관 연계, 협력 등 기회 중심의 기능을 수행하는 컨트롤타워로 역할한다. 특히, 발굴을 위하여 사각지대에 있는 위기가구 발굴 협력체계를 구축하여 시군구 차원에서 지역 내 유관 기관과의 협력망을 구축하는 민관협력의 기능을 수행하고 있다. 보건소도 함께 움직이면서 통합사례회의를 비롯해 지역 사회 건강 분야에 대한 자원 공유, 읍면동 연계·의뢰 대상자에 대한 방문건강 관리서비스 등을 수행한다. 시도는 전체적인 기획총괄, 지역사회보장협의체는 민관 연계·협력 및 심의·자문기구로 역할한다.(행정안전부, 보건복지부, 2023)

대전광역시에서도 82개동에 찾아가는 복지전담팀이 운영되고 있다(2023년 3월 기준). 82개동 모두 1개의 찾아가는 보건복지팀을 설치하는 기본형으로 구성되어 있으며, 인력으로는 복지직 117명, 간호직 50명으로 총 227명이 배치되어 있다. 또한 자치구마다 4~6명의 통합사례관리사가 활동하면서 통합사례관리를 실시한다(대전광역시 복지정책과, 2023.7.30.).

[표 3-20] 찾아가는 복지전담팀 설치 현황

구분	계	동구	중구	서구	유성구	대덕구
조직	82개팀	16개 팀 (기본 16)	17개 (기본17)	24개 (기본24)	13개 (기본13)	12개 (기본12)
인원	227명 (복지 117명, 간호 50명)	36명 (복지 29명 간호 7명)	15명 (복지34, 간호 17명)	52개 (복지49명 간호 3명)	44명 (복지 34명 간호 11명)	39명 (복지 27명 간호 12명)
통합사례관리사 인원	27명	6명	5명	7명	4명	5명

출처: 대전광역시 복지정책과(2023.7.30.). 제1차 대전광역시 고독사 예방 시행계획.

찾아가는 보건복지서비스의 위기가구 발굴 및 지원사업을 중심으로 살펴보면, 발굴대상이 기존의 복지대상자뿐만 아니라 새로운 사회적 위험에 노출되어 있는 모든 주민으로 확대되었다. 발굴경로도 찾아가는 보건복지팀만이 아니라 공공·민간기관, 협의회 및 주민 등과 함께 하는 방향으로 운영되고 있다. 이를 위한 주체별 세부 역할을 검토해보면, 읍면동이 발굴의 가장 일선에서 역할한다는 것을 확인할 수 있다. 구체적으로 찾아가는

보건복지팀은 주도적으로 보건복지팀 주도의 복지사각지대 발굴조사와 유관 기관 등과의 협력을 통한 발굴을 수행하며, 지역에서 활동하는 인적 안전망을 실제 구성하고 운영하는 역할을 하게 된다. 그리고 이러한 역할을 시군구가 지원하게 된다. 이 외에도 읍면동 지역사회보장협의체는 실제 위기가구 발굴 활동을 하면서 해당 지역의 인적 안전망으로써 읍면동과 함께 움직이는 역할을 수행하는 것이다.

[표 3-21] 수행 주체별 세부 역할

주체		역할
시도		- 지역 내 유관 기관과의 연계망 형성 - 대주민 홍보, 담당 인력에 대한 교육훈련, 인적 자원망 운영 모니터링
시군구		- 위기가구 발굴 기획 및 홍보, 우수사례 전파 - 읍면동 인적 안전망 구축, 운영계획 수립 및 담당인력 교육 - 읍면동 인적 안전망 운영 지원 및 모니터링 - 지역 내 유관 기관과의 연계망 형성(업무협약)
읍면동	읍면동장	- 읍면동 인적 안전망(명예사회복지공무원) 구성 및 운영 - 위기가구 발굴을 위한 유관기관 협력체계 구축
	찾아가는 보건복지팀	- 복지사각지대 발굴 조사(기획조사, 발굴시스템을 통한 발굴 조사) - 인적 안전망 구성·운영 및 운영계획 수립 - 시군구·시도, 유관 기관과 협력하여 위기가구 발굴 및 민간자원 연계 - 복지시설 등과 연계하여 퇴소 예정인 대상자를 중심으로 수요자를 발굴, 복지서비스 제공계획 사전 수립
읍면동 지역사회보장협의체		- 위기가구 발굴 활동, 의심 대상자 신고 등 발굴체계(인적 안전망) 구축에 참여, 위기가구 발굴 지원을 위한 지역자원 발굴 및 연계
유관 기관		- 고위 업무 영역에서 의심 대상자 신고 등 발굴체계 구축에 참여, 경찰, 소방 등 행정기관과 mou 체결

출처: 행정안전부, 보건복지부(2023). 2023년 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼, p.56.

2) 주민참여조직의 발굴 활동

찾아가는 보건복지서비스는 공공의 전달체계가 중심이 된다. 하지만 앞서 언급하였듯이 사각지대 등의 발굴과 지원은 공공 혼자서 대응할 수 없는 영역으로 다양한 지역사회 자원과 함께하며 지역의 인적 안전망을 구축하게 된다. 이렇게 인적 안전망으로 활동하는 주요 주체들을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 찾아가는 보건복지서비스에서도 언급되었던 지역사회보장협의체이다. 지역사회보장협의체는 민간의 대표성을 가진 조직으로 지역사회복지에 관심이 있는 민간 단체나

개인의 연합체로, 지역사회의 문제해결을 위한 계획을 수립하고 사업을 추진하는 데에 있어 주민의 참여와 전문가의 기술을 결합하는 협의·조정 역할을 한다(행정안전부, 보건복지부, 2023). 주로 지역사회보장 의제 발굴, 지역복지 자원 및 서비스의 계획화·구조화를 위한 기관 간 연계협력의 컨트롤타워로 기능하게 되는데, 시군구와 읍면동 지역사회보장협의체가 있다(행정안전부, 보건복지부, 2023).

대전시의 지역사회보장협의체 현황은 다음의 표와 같다. 총 1,871명이 활동하고 있으며 이 중 1,603명은 동의 지역사회보장협의체 소속이다(2023년 3월 기준)(대전광역시 복지정책과, 2023.7.30.). 자치구별로 240~450명으로 자치구마다 규모의 차이가 있다.

[표 3-22] 대전광역시 지역사회보장협의체 현황

단위: 명

구분		계	동구	중구	서구	유성구	대덕구
계		1,871	397	368	499	300	307
구지역사회 보장협의체	대표협의체	154	30	27	25	40	32
	실무협의체	114	27	20	24	20	23
동 지역사회보장협의체		1,603	340	321	450	240	252

출처: 대전광역시 복지정책과(2023.7.30.). 제1차 대전광역시 고독사 예방 시행계획.

두 번째는 명예사회복지공무원이다. 명예사회복지공무원은 지역주민이 자발적으로 참여하여 복지위기가구를 발굴·지원하는 무보수 명예직 지역주민을 말한다(대한민국 정책브리핑, 2018.7.23.; 서울특별시, 2023.3.22.). 명예사회복지공무원의 도입은 기존의 인적 자원망이 지역사회보장협의체 회원을 중심으로 형성되었던 것을 확대하여, 읍면동 지역사회보장협의체 민간위원, 통장·이장, 지역주민, 아파트 관리자, 수도·가스 검침원 등으로 더욱 넓혔다(대한민국 정책브리핑, 2018.7.23.). 실제 서울시의 사례를 보았을 때도 2022년 의약 기관과의 참여를 피하였고 2023년에는 우체국, 편의점, 공인중개사, 자영업자 등 다양한 업종 종사자로 확대가 이루어졌다(서울특별시, 2023.3.22.). 다음의 그림과 같이 명예사회복지공무원이 일상생활 속에서 어려운 이웃을 인지하여 복지위기가구를 발굴하여 신고하면, 담당 공무원이 신고 내용을 조사해 맞춤형 지원 서비스를 연계한다.



출처: 서울특별시(2023.3.22.). 2023년 명예사회복지공무원 운영계획 중 일부를 수정함. (p.3)

[그림 3-9] 명예사회복지공무원을 활용한 복지사각지대 발굴 지원 체계

2023년 3월 기준, 대전시에는 총 7,839명의 명예사회복지공무원이 활동하고 있다. 서구가 3,213명으로 가장 많았는데 이는 다른 자치구에 비하여 많은 숫자이다(대전광역시 복지정책과, 2023.7.30.).

[표 2-23] 명예사회복지공무원 현황

단위: 명

구분	합계	동구	중구	서구	유성구	대덕구
인원	7,839	877	1,804	3,213	1,130	815

출처: 대전광역시 복지정책과(2023.7.30.). 제1차 고독사 예방 시행계획.

셋째, 복지만두레의 활동이다. 복지만두레는 2003년 10월부터 이루어진 대전시만의 독자적인 복지 안전망으로 민간 중심의 대전형 시민참여 복지 모델이다(김지영, 류선화, 지희숙, 2015). 복지만두레도 자치구와 동 복지만두레로 구성되어 지역사회의 복지사각 계층을 발굴하고 지원 사업을 실시한다(김지영 외, 2015). 2023년 3월 기준 5개 자치구 68개 동에 총 1,209명의 회원이 활동하고 있다(대전광역시 복지정책과, 2023.7.30.).

2023년 주민 참여형 복지만두레 사업을 통해서 지역 내 복지사각지대 발굴 및 지원을 통한 돌봄체계를 강화하고, 지역공동체 조성 및 운영을 위한 사업이 이루어지고 있다(대전광역시사회서비스원, 2023).

[표 3-24] 복지만두레 현황

단위: 개, 명

구분	합계	동구	중구	서구	유성구	대덕구
동	68	15	17	22	2	12
회원 수	1,209	242	368	366	29	204

출처: 대전광역시 복지정책과(2023.7.30.). 제1차 고독사 예방 시행계획.

넷째, 민간사례관리 지원단 보라미가 참여하고 있다. 보라미는 대전지역에서 사회복지사 또는 상담자 자격을 가진 유급 자원봉사자로 각 행정동의 맞춤형 복지팀에 배치되어 방문 상담 및 복지 사각지대 발굴을 위한 찾아가는 사례관리 업무를 수행한다. 2023년 3월 기준, 대전시 5개 자치구 82개동에서 70명의 보라미가 활동하고 있다(대전광역시 복지정책과, 2023.7.30.).

[표 3-25] 민간사례관리 자원봉사자(보라미) 현황

단위: 명

구분	합계	동구	중구	서구	유성구	대덕구
인원	70	13	13	24	11	9

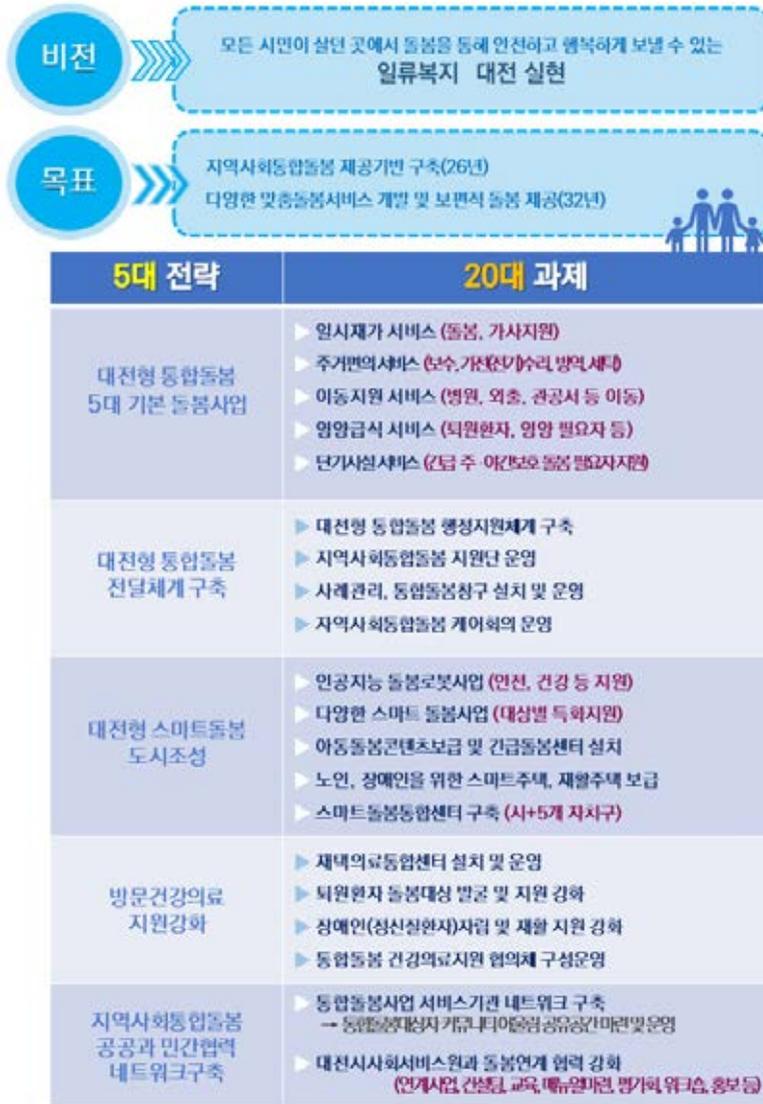
출처: 대전광역시(2023.7.30.). 제1차 고독사 예방 시행계획.

3) 대전광역시 지역사회통합돌봄 정책

대전광역시 지역사회통합돌봄 정책인 ‘대전형 중장기 지역사회통합돌봄 발전계획(2023~2032)’³⁾은 모든 시민이 살던 곳에서 돌봄을 통해 안전하고 행복하게 보낼 수 있는 일류복지 도시를 실현하고자 수립된 정책이다(대전광역시 복지정책과, 2023). 지역사회통합돌봄은 평소 자신이 살던 곳에서 돌봄을 받는다는 새로운 패러다임으로 분절적인 지원에서 사람 중심의 통합적 지원, 소득·재산 중심의 지원에서 욕구 기반의 보편적 지원을 도모한다(류진석 외, 2022). 기존 돌봄제도 미적용자 중 돌봄필요자, 틈새 돌봄 서비스 필요자, 기타 시·구청장이 서비스 필요를 인정한 자가 주요 정책 대상이다(대전광역시 복지정책과, 2023). 지원 대상의 자격에 대한 기준이 있지만 모든 시민 즉, ‘보편적 돌봄’을 추구하는 정책의 방향과 같이 대상은 단계적으로 확대될 예정이다(대전광역시 복지정책과, 2023).

중장기 발전계획의 추진방향은 5대 전략 20개 과제로 구성되어 있다. 5대 전략은 ① 5대 기본 돌봄사업, ② 통합돌봄전달체계 구축, ③ 스마트돌봄 도시모델 구축, ④ 방문건강의료 지원 강화, ⑤ 공공과 민간협력 네트워크 구축이다(대전광역시 복지정책과, 2023).

3) 본문의 주요 내용은 ‘대전광역시 복지정책과(2023). 2023년 민관협력 돌봄체계 활성화 사업 추진계획 설명회 자료집’을 토대로 구성함. (p.56~96.)

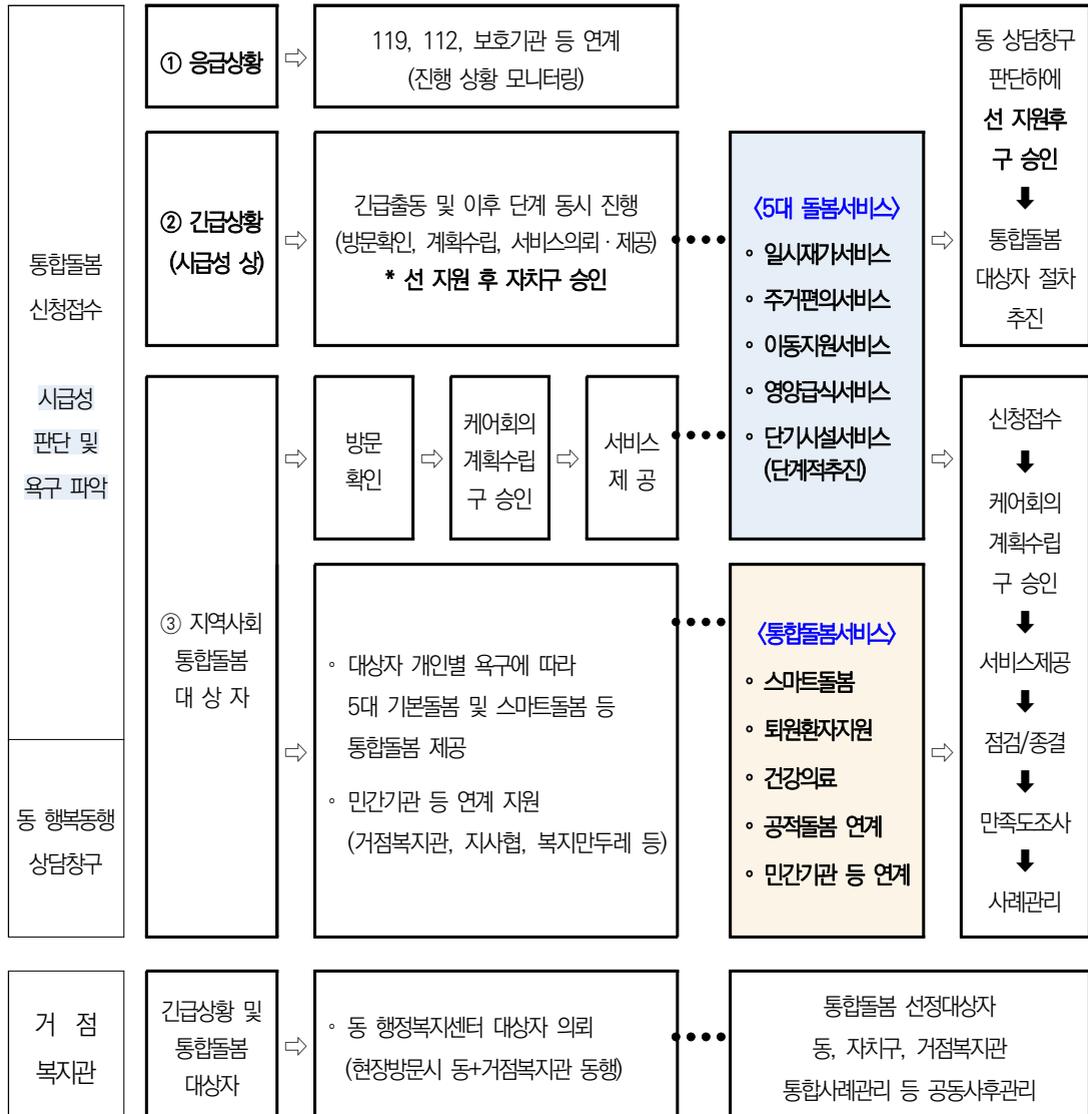


출처: 대전광역시 복지정책과(2023). 2023년 민간협력 돌봄체계 활성화 사업 추진계획 설명회 자료집.(p.104)

[그림 3-10] 대전형 중장기 지역사회통합돌봄 발전계획(2023~2032)

서비스 추진 절차에서는 대전형 지역사회통합돌봄정책의 특성을 더욱 분명히 확인할 수 있다. 다음의 그림과 같이 서비스 대상자가 통합돌봄 신청접수 등을 하게 되면 시급성 등을 판단하여 응급, 긴급, 통합돌봄 사례로 구분되어 서비스가 추진된다(대전광역시 복지정책과, 2023). 상황별 서비스 제공 절차를 거쳐 5대 돌봄서비스와 통합돌봄서비스

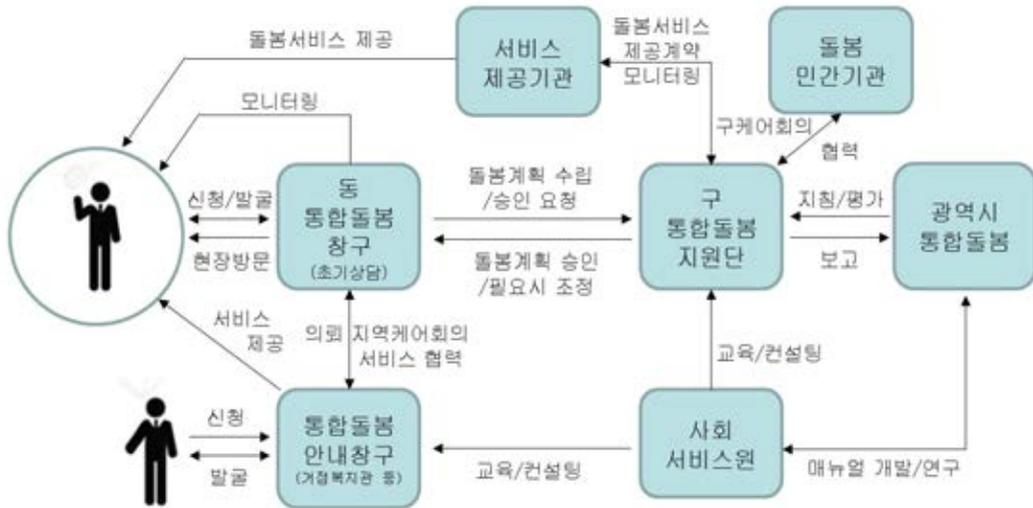
를 지원받게 된다. 5대 돌봄서비스에는 일시재가, 주거편의, 이동지원, 영양급식, 단기시설 서비스가 있으며, 통합돌봄서비스에는 스마트돌봄, 퇴원환자지원, 건강의료, 공적돌봄 연계, 민간기관 등의 연계가 포함되어 있다. 서비스 종료 후에는 동, 자치구, 거점복지관 등 다양한 주체가 함께하는 공동 사후관리로 이어진다.



출처: 대전광역시 복지정책과(2023). 2023년 민관협력 돌봄체계 활성화 사업 추진계획 설명회 자료집.(p.118)

[그림 3-11] 서비스 추진절차

관련 내용을 서비스 전달체계를 중심으로 구조화하면 다음의 그림과 같다. 서비스가 필요한 대상자가 ‘동 통합돌봄 창구’나 ‘거점 복지관 등의 통합돌봄 안내 창구’를 통해 발굴 혹은 직접 서비스를 신청하면 관련 전달체계를 통해 서비스가 진행된다. 동과 구를 통해 돌봄계획이 수립되고 이에 따라 다양한 서비스 제공기관이 참여하여 돌봄서비스를 제공한다. 동은 개인에 대한 모니터링을, 구는 기관에 대한 모니터링을 실시하게 되며, 시와 사회서비스원 등이 교육, 컨설팅, 평가 등의 지원적 역할을 수행한다. 이러한 전달 체계는 공공이 주도적으로 역할하지만 동시에 다양한 기관의 연계가 기반이 되고 있음을 분명히 보여준다.



출처: 채현탁 외(2023). 대전형 지역사회통합돌봄 매뉴얼.

[그림 3-12] 서비스 전달체계도

제4절 소결

본 장에서는 자살예방정책을 비롯하여 자살고위험군을 발굴할 수 있는 발굴 정책과 자살예방을 위해 협력이 필요한 사회복지정책 등을 살펴보았다. 이를 통해 다음과 같은 함의와 시사점을 도출하였다.

첫째, 자살예방정책은 지역사회 수준에서 지역사회의 특성을 반영한 활동이 중요하다는 것을 보여주고 있다. 제5차 자살예방기본계획에서는 생명안전망 구축으로 지역 맞춤형 자살예방의 중요성을 강조한다. 지자체 특성에 맞는 자율적인 우수 자살예방사업 수행 모델을 구축하여 생명존중안심마을을 조성하도록 하고 있으며, 이를 통해 마을 단위로 자살예방인식개선 홍보와 생명지킴이 양성, 고위험군 발견 및 연계 등 자살예방활동을 수행하도록 하고 있다. 또한 지역사회보장협의체에 자살예방분과를 설치하여 지역사회가 주도하는 정책 실현의 주체가 되도록 하고, 지역사회 특성에 기반한 사업 전략수립 및 이행 지원과 자살의 원인에 근본적으로 접근하여 보건과 복지 연계로 통합적 서비스를 지원하도록 하였다. 지역사회마다 자살의 발생 양상 등이 차이가 있고 보유한 자원의 수준과 내용도 다른 만큼, 이를 반영한 효과적인 지역 중심의 자살예방대응이 마련되어야 한다는 것이다. 관련하여 전미선 외(2020)는 서울시의 자치구별 자살예방사업의 영향력을 분석하여 지역사회 기반 자살예방사업이 효과가 있다고 주장하였다(전미선, 한승혜, 2020, p.106). 자치구의 자살예방사업 이전보다 자살예방사업 이후 자살위험군의 자살시도가 유의하게 감소하였는데, 이러한 결과는 지역사회기반의 정책이 자살위험군의 위험 수준 감소에 영향을 미친 것이라고 예측할 수 있기 때문이다(전미선, 한승혜, 2020, p.106). 대전시에서도 대전시의 자살 발생에 대한 이해를 토대로 대전시, 자치구 등 각각의 지역적 특성에 맞는 지역 중심의 자살예방정책을 꾀해야 할 것이다.

둘째, 지역사회의 자살 고위험군의 발굴을 위해 생명지킴이의 양성 등 많은 시민과 전문가가 자살에 대한 인식을 높일 수 있도록 해야 할 것이다. 우리나라는 2018년 범부처 합동으로 ‘자살예방국가행동계획’을 발표하면서 ‘생명지킴이 100만 명 양성’ 정책을 수립하여 실행하고 있다. 100만 명의 생명지킴이가 양성 될 때 인구 10만 명당 자살하는 사

람을 최소 85.6명에서 최대 290명 감소할 수 있다는 주장은 생명지킴이 양성의 중요성을 분명히 보여준다(배인정, 2018). 이에 제5차 자살예방기본계획에서는 생명존중문화 확산을 위해 국가·지자체·공공기관·각급 학교 등에 생명존중인식 교육을 의무화하도록 법률 개정을 계획하고 있다. 또한, 읍면동 행정복지센터, 사회복지관, 노인복지관 등 서비스 제공 종사자 등은 생명존중인식 교육에 더하여 생명지킴이 교육을 지속하고, 서비스 대상별로 특화·심화교육을 마련하는 등 교육체계를 강화하도록 하고 있다(관계부처합동, 2023.4.). 이처럼 생명지킴이는 잠재된 자살고위험군 발굴에 주요한 자원이기 때문에 생명지킴이 양성을 더욱 적극적으로 추진할 필요가 있다.

특히, 자살 고위험군의 조기 발굴과 개입을 위해서는 지역사회의 탄력성을 반영하는 것이 중요하다(윤명숙, 최영민, 2012). 대전시에서도 사회복지기관의 종사자, 공무원 등을 비롯하여 지역사회보장협의체, 복지만두레, 주민자치회, 보라미 등 다양한 지역 내 주민참여조직에서 많은 이웃이 복지 취약계층이나 사각지대의 위험군을 발굴하고 있다. 생명지킴이 교육을 통해 이들의 자살에 대한 인식을 높이고 자살위험군 대응 등 자살예방을 위한 역량을 갖추게 된다면 대전시는 좋은 인적 안전망을 구축할 수 있을 것이다.

셋째, 양성된 생명지킴이가 활성화될 수 있도록 관리해야 한다. 단순히 자살과 관련한 지식향상과 인식 및 태도 변화를 넘어서 게이트키퍼로서 활동할 수 있도록 동기와 역량을 강화하는 것이 필요하다. 기선완 외(2022)의 연구에 의하면 생명지킴이들은 생명지킴이 활동을 활성화를 위해서는 생명지킴이의 관심을 지속할 수 있는 활동을 개발하고, 생명지킴이로서의 자부심을 고취할 수 있도록 인정과 보상 체계를 구축하고, 생명지킴이를 관리하는 전담부서나 전담요원의 필요성이 나타났다. 김정유와 이성규(2022)도 이·통장의 생명지킴이 활동과 관련해서 심리사회적 인정·보상을 높이기 위한 노력이 필요함을 강조하였다. 구체적으로 생명지킴이 교육뿐만 아니라 경험을 공유하는 간담회, 사례 발표 등과 같은 장 마련과 생명지킴이와 사업담당자와의 관계 증진을 위해 정기적인 간담회나 워크숍을 개최하여 고충을 나누고 이해할 필요가 있다고 주장하였다. 또한 생명지킴이 양성과 관리를 위한 전문인력의 필요성을 제시하였다. 이러한 결과들을 기반으로 대전시의 사회경제적·문화적 특성을 반영한 생명지킴이 양성과 활동 활성화를 위한 방

안을 마련해야 것이다.

넷째, 자살위험군을 발굴하고 자살을 예방하기 위해서 기존 대전시가 갖추고 있는 정책 및 인적 안전망 등을 적극 활용해 자살예방을 위한 안전망을 견고히 해야 할 것이다. 특히, 찾아가는 보건복지서비스와 지역사회통합돌봄 정책과 같은 커다란 정책은 전통적인 취약계층만이 아니라 신 사회적 위험까지 대응하며 지역 내 사각지대의 발굴과 지원 역할 등을 수행하고 있다. 이에 참여하는 활동가들이 자살에 대응할 수 있는 역량을 갖추고 있다면 지역사회 내 자살위험군을 적극적으로 발굴하는 것이 가능할 것이다. 이에 찾아가는 보건복지서비스의 인력을 비롯하여 지역사회통합돌봄의 서비스 신청 창구 등에 자살위험을 사정할 수 있는 기본 척도를 포함해 위험을 감지한다면 숨어 있는 자살위험군을 찾아낼 가능성은 높아질 수 있다.

나아가 지역사회통합돌봄의 실현에 있어 우울 등 정신건강 문제에 대응할 수 있는 서비스를 포함하게 된다면 우울, 고립 등의 어려움이 자살로 이어지기 전에 이를 완화함으로써 자살예방을 기대할 수 있을 것이다. 실제 자살예방은 자살고위험군에 대한 대응을 비롯하여 일반 국민이나 초기위험자 대상으로도 이루어지고 있다. 이를 위해서는 일반 국민과 초기위험자를 대상으로는 기초자살예방센터의 대응으로는 한계가 있어 다양한 수준의 정신건강복지서비스나 사회서비스 등이 필요하다는 것이다. 다만, 이러한 위험군 중 기존의 전달체계로 대응이 어려운 부분이라면 관련된 발굴체계를 새롭게 구축해야 한다는 점도 간과해서는 안 된다.

마지막으로 중앙의 기본계획과 대전의 시행계획을 비교하여 대전시에서 아직 이루어지고 있지 않은 영역에 대한 관심이 필요하다. 시행계획은 1년 단위로 계획된다는 점에서 한 해의 시행계획이 기본계획 충분히 담는 것에는 분명한 한계가 있지만 장기적으로 기본계획을 어떻게 달성해나가야 할지에 대한 대전시 차원의 충분한 고민이 필요할 것이다.

제4장

설문조사 분석

제1절 조사 개요

제2절 분석 결과

제3절 소결



제4장 설문조사 분석

제1절 조사 개요

1. 조사 목표

본 설문조사는 연구의 목적인 자살예방과 자살고위험군의 발굴 모델 구축을 위한 기초 자료로 활용하고자 이와 관련한 지역사회의 역량 및 관련 수요 등을 체계적으로 이해하는 것을 목표로 한다. 이를 위하여 실제 자살예방 및 고위험군의 발굴 활동에 참여가능한 대전시민과 전문가를 대상으로 조사를 실시하였다.

2. 조사 대상 및 표본 추출

조사 대상은 대전광역시에서 아동·청소년~노인에 이르기까지 지역주민을 직접 만나 사각지대 발굴, 지원 등의 활동을 하는 대전시민 및 전문가이다. 구체적으로 시민집단은 지역사회보장협의체, 명예사회복지공무원, 복지만두레, 보라미 등 주민참여조직에 활동하는 회원을 대상으로 하였다. 전문가 집단은 사회복지사(사회복지이용시설), 생활지원사(노인맞춤돌봄서비스), 교육부문, 공공부문으로 구분하였다. 교육부문에는 교육복지사, 워센터/워클래스 상담사, 청소년 상담복지센터 상담사를 포함하였으며, 공공부문에는 동 행정복지센터 공무원, 통합사례관리사, 보건소 방문간호사를 대상으로 하였다. 이때, 전문가 집단 중 지역사회보장협의체 등 지역주민참여조직에도 활동하는 경우가 있는데(예: 사회복지사이자 지역사회보장협의체 회원) 이때는 전문가 집단으로 포함하였다.

[표 4-1] 조사대상

구분		내용
일반시민	주민참여조직	지역사회보장협의체, 명예사회복지공무원, 복지만두레, 보라미, 주민자치회 등
전문가	사회복지사	사회복지시설 중 이용시설
	생활지원사	노인맞춤돌봄서비스
	교육부문	교육복지사, 위센터 상담사, 위클래스 상담사, 청소년 상담복지센터 상담사
	공공부문	공무원, 보건소 방문간호사, 통합사례관리사

표집은 소속유형별(주민참여조직/ 사회복지사/ 생활지원사/ 교육부문/ 공공부문)로 연구진이 임의할당으로 추출하였다. 조사 방법은 관계 기관에 대전시청 및 대전광역시사회서비스원이 공문을 발송하여 참여를 요청한 후, 조사 URL을 발송하여 참여를 독려했다. 주민참여조직의 경우, 조사 기간 중 연례행사, 교육 등이 이루어지는 경우가 있어 조사원을 파견하여 개별면접 방식을 병행하였다. 그 결과, 총 1,340명이 조사에 참여하였는데 주민참여조직이 650명, 전문가 집단이 690명이었다. 전문가 집단은 사회복지사 232명, 생활지원사 173명, 교육부문 122명, 공공부문 163명으로 나타났다.

[표 4-2] 조사 설계

조사 대상	· 아동·청소년 ~ 노인을 직접 만나는 대전시민 및 관련 종사자 · 대전광역시 내 동 행정복지센터 공무원 등 공공부문, 사회복지시설 종사자, 교육복지사/청소년 기관 상담사 등 교육부문, 주민참여조직 회원(복지만두레, 보라미, 부녀회, 통장 등)
조사 방법	· 구조화된 설문지를 이용하여 온라인 및 개별면접 조사
유효 표본	· 총 1,340명
조사 기간	· 2023년 10월 20일 ~ 2023년 11월 5일
조사 기관	· 알앤알컨설팅 주식회사

3. 분석방법

본 설문조사는 SPSS 통계 패키지를 활용하여 빈도분석으로 분석하였다.

4. 설문지 구성

1) 자살에 대한 태도(ATTS-20)

자살에 대한 태도는 개인이 갖고 있는 자살에 대한 일관된 견해로 자살 행동에 관한 의견을 말한다(Domino & Takakashi, 1991; 이경린 외, 2015 재인용). 태도가 중요한 것은 태도가 사람의 기억에 저장되어 있다가 특정 순간에 인출되어 행동으로 발현되기 때문이다(Cohen & Reed, 2006; 전은별, 고정애, 2021 재인용). 특히, 자살과 같이 특정 사안에 대한 태도는 개인적·문화적 역동에 영향을 받으며 형성된 경험과 교육을 통해 형성되는 것으로, 이러한 태도는 행동을 결정하고, 행동으로 인해 태도가 더욱 강화된다. 이에 개인이 가지고 있는 자살에 대한 긍정적, 혹은 부정적 태도 등은 자살에 관한 행동을 결정짓는 데에 중요한 의미가 있다(Domino & Takakashi, 1991; 김선아 외, 2019 재인용). 따라서 자살에 대한 사람들의 태도를 이해하는 것이 자살예방의 기본적인 과제이자 필수적이기에 자살위험자나 전문가 등 다양한 대상의 자살 태도가 연구되고 있다(김선아 외, 2019).

구체적으로 전문가의 자살에 대한 태도는 전문가의 자살을 바라보는 관점이나 자살 위험 사정, 치료·대응 등에도 영향을 미치기에 자살 예방의 한 방법이 될 수 있다(Osafo et al., 2012; 김화선, 심정영, 2016 재인용). 그 결과, 유재순, 한달룡, 김철규(2016)의 연구에서는 보건교사가 자살을 권리로 인정하는 수용적 태도를 가질 때 자살 관련 업무 수행 역량에 부정적인 영향을 미친다고 보고하였으며, Neimeyer, Fortenr, & Melby(2001)의 연구에서도 전문가가 자살에 대한 수용적 태도일 때 자살예방훈련 효과에 부정적인 영향을 미친다는 결과를 제시하였다(전은별, 고정애, 2021 재인용). 이러한 결과를 적용했을 때, 본 연구와 같이 지역사회취약계층 등에 대응하는 여러

활동가가 자살에 대해 어떤 태도를 가졌는지는 자살예방활동에 있어서 중요한 의미가 있을 것이다.

자살에 대한 태도를 측정하기 위해 본 연구는 Attitudes Toward Suicide-20(이하 ATTS-20)을 활용하였다. ATTS-20은 스웨덴의 Renberg와 Jacobsson(2003)이 개발하고 박종익과 김영주(2014)가 번안하여 타당도를 보고한 총 20문항으로 구성된 질문지이다. 응답은 리커트(Likert) 5점 척도로 ‘매우 동의하지 않음’의 1점에서 ‘매우 동의함’ 5점까지로 점수화한다. 본 연구에서는 박종익과 김영주(2014)가 추출한 결과를 따라 ‘허용성 및 불간섭’, ‘예방가능성 및 불가해성’, ‘보편성’, ‘예측불가능성’의 4개의 요인을 설정하였다.

구체적으로 각 요인은 박종익과 김영주(2014)의 연구에 따라 다음과 같이 정의하였다. ‘허용성 및 불간섭’은 다른 사람의 자살 결정에 간섭하지 않는 편이 낫다고 생각하는 태도, ‘예방가능성 및 불가해성’은 자살은 예방될 수 있으며 자살 결정은 이해하기 어렵다는 태도, ‘보편성’은 자살에 대한 보편적인 견해나 태도, ‘예측불가능성’은 자살이 사전에 예측하기 어렵다고 생각하는 태도이다(박종익, 김영주, 2014, p.105).

박종익과 김영주(2014)에 따르면 동의하는 경향이 높은 문항들은 대개 ‘예방가능성 및 불가해성’에 속해있었고, 동의하지 않는 경향이 높은 문항들은 ‘허용성 및 불간섭’에 속해있었다. 관련하여 박근영과 김지영(2021)은 자살에 대한 태도와 자살생각 간의 관계를 분석하여 ‘허용성 및 불간섭’과 ‘보편성’, ‘예측불가능성’이 높을수록 자살 생각이 높아진다고 보고하였다. 반면, ‘예방가능성 및 불가해성’이 높을수록 자살 생각은 낮아지는 것으로 나타났다(박근영, 김지영, 2021).

[표 4-3] ATTS-20세부 요인

	내용	전혀 동의하지 않는다	매우 동의한다
허용성 및 불간섭	1. 사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다	①	⑤
	2. 자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다	①	⑤
	3. 누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일임으로 우리가 간섭하지 말아야 한다	①	⑤
	4. 자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다	①	⑤
	11. 자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다	①	⑤
예방가능성 및 불가해성	15. 누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다	①	⑤
	6. 누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다	①	⑤
	8. 젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다	①	⑤
	10. 자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다	①	⑤
보편성	13. 누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다	①	⑤
	14. 자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다	①	⑤
	9. 누구든지 자살할 수 있다	①	⑤
예측 불가능성	16. 대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다	①	⑤
	18. 누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다	①	⑤
	5. 자살은 아무런 경고 없이 발생한다	①	⑤
기타	7. 자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다	①	⑤
	19. 대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다	①	⑤
	12. 자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다	①	⑤
	17. 누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다	①	⑤
	20. 자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다	①	⑤

2) 자살에 관한 지식

자살에 관한 지식을 측정하기 위하여 자살 예방 게이트키퍼 교육(Question, Persuade, Refer, QPR) 후 지식수준의 변화를 평가하기 위해 활용되는 도구(Knowledge of QPR, Wyman et al., 2008)를 사용하였다. 이 척도는 자살의 위험 징후와 오해, 자살 예방을 위한 행동 등을 묻는 14개 질문들을 총 100점 만점으로 환산하여 자살에 대한 지식을 측정한다(안순태, 이하나, 2021). 각 문항은 정답이 있으며 단답형 혹은 다지선다형으로 구성되어 있다.

3) 자살예방행동 척도

자살예방행동 척도는 Wyman(2008) 등이 학교 교원을 대상으로 자살예방프로그램 실시 후 자살예방행동을 평가하기 위해 사용한 도구이다(기선완 외, 2022). 이를 김정은(2019)이 번안한 것을 기선완 외(2022)가 활용한 문항을 그대로 사용하였다. 총 8문항으로 구성되어 있고 리커트식 5점 척도로 응답한다. 점수가 높을수록 자살예방행동에 대한 준비도가 높다는 것을 의미한다.

[표 4-4] 자살예방행동 척도

내용	전혀 동의하지 않는다	매우 동의한다
1. 나는 대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	① ~ ⑤	
2. 나는 대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다	① ~ ⑤	
3. 나는 대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후(언어, 행동, 상황적 신호 등)를 확인할 수 있다	① ~ ⑤	
4. 나는 대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	① ~ ⑤	
5. 나는 대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	① ~ ⑤	
6. 나는 대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다 (예: 자살예방 관련 기관홍보물, 자살예방 관련 기관 연락처 등)	① ~ ⑤	
7. 나는 대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	① ~ ⑤	
8. 나는 자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다	① ~ ⑤	

4) 자살대응행동

자살대응행동에서는 자살위험군을 만났을 때의 대응 행동, 심리적 부담감 등의 행동방법을 다루었다. 구체적으로 자살위험군을 만난 경험, 만난 사람의 연령대와 성별, 자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법, 자살위험이 있는 사람을 처음 만나게 된 주된 경로, 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처, 심리적 부담, 심리적 부담 이유를 질문하였다.

자살대응행동은 자살위험자를 만난 경험여부에 따라 부분적으로 다르게 조사되었다. 이에 일부에서는 자살위험자를 만난 경험이 있는 응답자만을 대상으로 질문하였다. 이를 통해 자살위험자 만남 유무에 따른 응답자의 대응행동 차이를 확인하고자 하였다.

5) 자살예방교육

자살예방교육은 교육 참여 경험 및 교육의 도움 정도, 필요성 등을 이해할 수 있는 문항으로 구성하였다. 구체적으로 자살예방교육 경험, 교육받은 횟수 및 장소, 교육 방법 등을 질문하였다. 나아가 교육의 도움 정도와 필요성, 특히 정기교육의 필요성과 정기교육으로 필요한 내용 등의 교육 관련 욕구를 검토하였다.

6) 자살예방활동 활성화 방안

자살예방활동 활성화를 위해 필요한 사항을 조사하였다. 먼저, 자살예방활동이 필요한지에 대한 의견을 묻고, 본인의 앞으로의 참여의향 등을 질문하였다. 이 외에도 활성화를 위해 대전시나 자치구에서 제공해야할 지원 등을 질문하였다.

7) 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성으로는 성별과 출생연도, 최종학력을 질문하였다.

[표 4-5] 조사 내용

자살에 대한 태도	· ATTS-20척도
자살에 대한 지식	· 자살에 관한 지식 척도(Knowledge of QPR)
자살 대응 행동	· 자살위험 있는 사람 발견 시 주된 역할 · 자살예방행동 척도 · 자살위험 의심되는 사람의 연령대, 성별, 인지 경로, 만난 경로 · 자살위험 의심되는 사람을 만났을 시 대처방법, 연결기관, 안내기관 · 자살위험 의심되는 사람을 만났을 때의 심리적 부담과 그 이유 · 향후 자살위험 의심되는 사람 만날 경우 대처방법, 연결기관, 안내기관 · 향후 자살위험 의심되는 사람 만날 경우의 심리적 부담과 그 이유
자살예방교육	· 자살예방 관련 교육 경험 여부 및 횟수, 교육방법(교육장소) · 교육 참여 이유 및 도움 정도, 도움 된 내용 · 정기적 자살 관련 교육 필요성 및 교육 내용, 횟수
자살예방활동 활성화 방안	· 자살예방활동 필요성 · 자살예방활동 참여여부 및 이유, 주된 어려움 · 향후 자살예방활동 참여 의향 · 대전시의 자살위험 수준, 자살예방활동 활성화를 위한 지원/보상
인구사회학적 특성	· 성별, 출생연도, 최종학력

제2절 분석 결과

1. 인구사회학적 특성

응답자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 성별은 ‘여성’이 75.4%로 ‘남성’(24.6%)보다 많았다. 소속유형별로도 모든 유형에서 여성이 절반 이상이었는데, 구체적으로 생활지원사가 ‘여성’이 87.9%로 가장 높았고 사회복지사는 ‘남성’이 34.9%로 다른 소속과 비교하여 상대적으로 높았다.

연령대로는 ‘30대’가 29.3%로 가장 높았고, 다음으로 ‘50대’(20.8%), ‘40대’(19.9%), ‘60대 이상’(17.5%), ‘20대’(12.5%) 순으로 나타났다. 소속유형별로는 주민참여조직에서 ‘60대 이상’이 28.3%로 가장 높았고, 생활지원사는 ‘50대’가 49.1%로 가장 높았다.

응답자의 최종학력은 ‘대학졸업(학사)’이 55.9%로 절반 이상이었다. 그 뒤로 ‘전문대졸업(전문학사)’(17.5%), ‘고등학교 졸업 이하’(17.1%) 등의 순으로 나타났다.

[표 4-6] 성별

단위: 명, %

구분	사례수	남성	여성	
전체	(1,340)	24.6	75.4	
소속 유형	주민참여조직	(650)	25.1	74.9
	사회복지사	(232)	34.9	65.1
	생활지원사	(173)	12.1	87.9
	교육부문	(122)	27.0	73.0
	공공부문	(163)	19.6	80.4

[표 4-7] 연령대

단위: 명, %

구분	사례수	20대	30대	40대	50대	60대 이상	
전체	(1,340)	12.5	29.3	19.9	20.8	17.5	
소속 유형	주민참여조직	(650)	6.9	22.9	19.7	22.2	28.3
	사회복지사	(232)	22.8	42.7	19.0	11.6	3.9
	생활지원사	(173)	4.6	9.2	13.3	49.1	23.7
	교육부문	(122)	13.9	50.8	24.6	10.7	0.0
	공공부문	(163)	27.6	41.1	25.2	6.1	0.0

[표 4-8] 최종학력

단위: 명, %

구분	사례수	고등학교 졸업 이하	전문대졸업 (전문학사)	대학졸업 (학사)	대학원졸업 (석사)	대학원졸업 (박사)	
전체	(1,340)	17.1	17.5	55.9	8.7	0.8	
소속 유형	주민참여조직	(650)	26.3	20.0	47.4	5.8	0.5
	사회복지사	(232)	3.4	12.5	71.1	11.6	1.3
	생활지원사	(173)	27.2	32.9	35.8	4.0	0.0
	교육부문	(122)	0.8	6.6	66.4	23.8	2.5
	공공부문	(163)	1.2	6.7	81.6	9.8	0.6

2. 자살에 대한 태도

1) 종합점수

전체 응답자의 자살에 대한 태도를 종합한 결과는 5점 만점에 평균 2.79점이었다. 소속유형별로는 교육부문이 2.93점으로 가장 높았으며 그 뒤로 공공부문 2.86점, 사회복지사 2.79점, 주민참여조직 2.77점, 생활지원사 2.71점의 순이었다.

[표 4-9] 자살에 대한 태도_종합점수

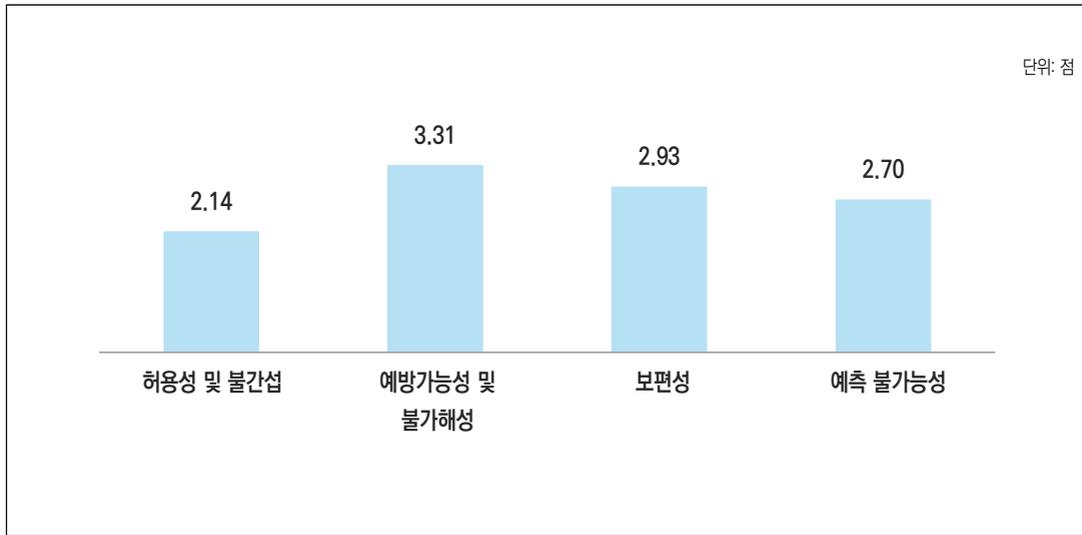
단위: 명, 점

구분	사례수	평균(5점)	표준편차	
전체	(1,340)	2.79	0.52	
소속 유형	주민참여조직	(650)	2.77	0.55
	사회복지사	(232)	2.79	0.48
	생활지원사	(173)	2.71	0.51
	교육부문	(122)	2.93	0.46
	공공부문	(163)	2.86	0.44

다음으로 자살에 대한 태도를 4개 요인으로 구분하여 ‘허용성 및 불간섭’, ‘예방가능성 및 불가해성’, ‘보편성’, ‘예측불가능성’으로 살펴보았다. 평균 점수는 5점 만점에서 ‘예방가능성 및 불가해성’ 3.31점, ‘보편성’ 2.93점, ‘예측불가능성’ 2.70점, ‘허용성 및 불간섭’ 2.14점이었다. 관련하여 ‘허용성 및 불간섭’, ‘보편성’, ‘예측불가능성’이 높다는 것은 자살에 대해 수용적인 태도를 보인다는 것으로, 전문가의 수용적 태도는 자살 관련 업무 수행 역량이나 훈련의 효과에 부정적인 영향을 미친다는 결과가 보고되었다는 점에서 주의가 필요하다(유재순 외, 2016; Neimeyer et al., 2001). 본 조사결과에서는 ‘허용성 및 불간섭’, ‘보편성’, ‘예측불가능성’이 2.14~2.93점으로 ‘보통’ 미만으로 나타나 수용적인 태도가 점수 수준으로는 비교적 낮은 것으로 나타났다. 반면, ‘예방가능성 및 불가해성’은 3.31점으로 ‘보통’ 이상의 수준이었다.

소속유형별로는 먼저 자살에 대한 수용적인 태도를 설명하는 ‘보편성’, ‘예측불가능성’, ‘허용성 및 불간섭’을 살펴보았다. ‘보편성’은 공공부문이 3.04점으로 가장 높았고, 교육부문 3.02점, 사회복지사 2.97점 등이었다. ‘예측 불가능성’은 교육부문 2.85점, 공공부문 2.77점, 주민참여조직 2.72점 등의 순이었다. ‘허용성 및 불간섭’은 교육부문이 2.38점으로 가장 높았고 공공부문(2.31점)이 뒤를 따랐다. 세요인 모두 교육과 공공부문이 상대적으로 점수가 높았고, 생활지원사는 점수가 낮았다.

한편, ‘예방가능성 및 불가해성’은 교육부문(3.40점)이 가장 높았고 그 뒤로 사회복지사(3.38점), 생활지원사(3.32점) 등으로 나타났다. 교육부문은 자살에 대한 수용적 태도인 ‘보편성’, ‘예측불가능성’, ‘허용성 및 불간섭’에서도 다른 유형에 비해 상대적으로 점수가 높았는데, ‘예방가능성 및 불가해성’에서도 다른 유형에 비해 점수가 높다는 특징이 있었다. 이는 교육부문에서는 자살에 대한 태도가 다른 유형에 비해서 수용적이면서도 동시에 그렇지 않기도 한다는 것을 보여준다.



[그림 4-1] 자살에 대한 태도_요인별 점수

[표 4-10] 자살에 대한 태도_요인별 점수

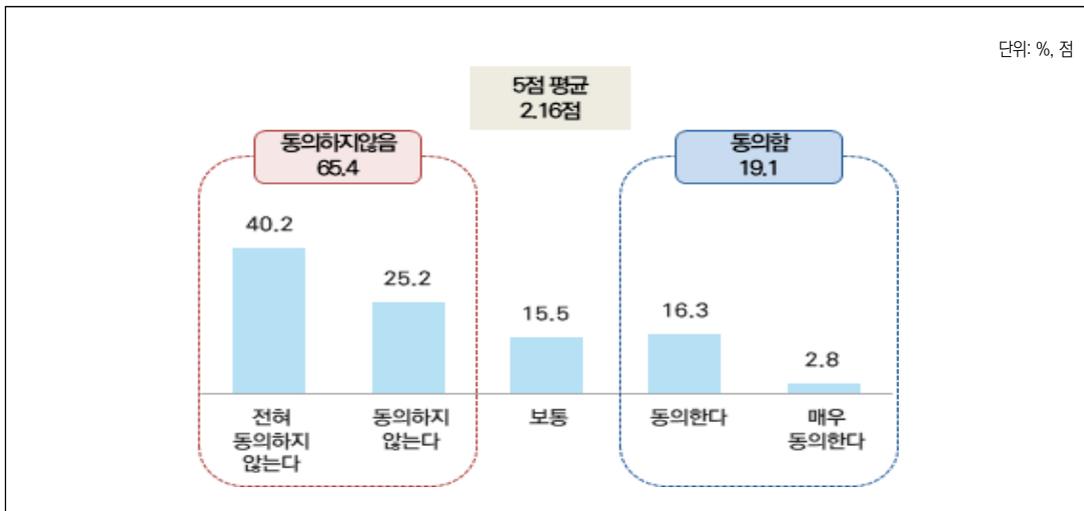
단위: 명, 점.

구분	사례수	허용성 및 불간섭		예방가능성 및 불가해성		보편성		예측 불가능성		
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
전체	(1,340)	2.14	0.74	3.31	0.69	2.93	0.77	2.70	0.83	
소속 유형	주민참여조직	(650)	2.11	0.70	3.28	0.78	2.88	0.82	2.72	0.83
	사회복지사	(232)	2.12	0.80	3.38	0.62	2.97	0.66	2.65	0.82
	생활지원사	(173)	1.94	0.67	3.32	0.71	2.89	0.81	2.55	0.84
	교육부문	(122)	2.38	0.84	3.40	0.50	3.02	0.70	2.85	0.85
	공공부문	(163)	2.31	0.74	3.27	0.52	3.04	0.66	2.77	0.79

2) 세부 문항

(1) 허용성 및 불간섭

허용성 및 불간섭은 6개 문항으로 구성되어 있다. 세부 문항별로 살펴보면, 사람들이 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있는지의 질문은 ‘동의하지 않음’ 65.4%, ‘동의함’ 19.1%로 나타나 동의하지 않는 경우가 더 많았다. 평균 점수로는 5점 만점에 2.16점의 수준이었다. 소속유형별로는 공공부문이 평균 2.63점으로 가장 높고, 사회복지사 2.44점, 교육부문 2.37점 등의 순이었으며 생활지원사가 1.81점으로 가장 낮았다.



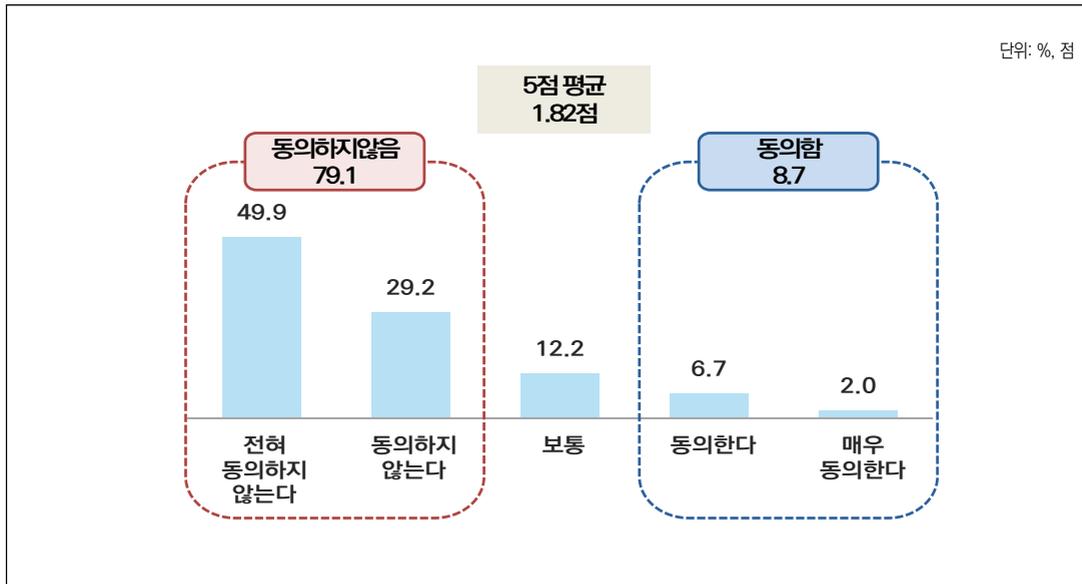
[그림 4-2] 자살에 대한 태도_사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다

[표 4-11] 자살에 대한 태도_사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	40.2	25.2	15.5	16.3	2.8	65.4	19.1	2.16	1.20	
소속 유형	주민참여조직	(650)	45.8	26.8	10.6	14.6	2.2	72.6	16.8	2.00	1.16
	사회복지사	(232)	32.3	23.7	16.4	23.3	4.3	56.0	27.6	2.44	1.27
	생활지원사	(173)	53.2	24.3	13.3	6.9	2.3	77.5	9.2	1.81	1.06
	교육부문	(122)	30.3	23.0	27.9	17.2	1.6	53.3	18.9	2.37	1.14
	공공부문	(163)	22.1	23.9	27.0	22.7	4.3	46.0	27.0	2.63	1.18

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

자살만이 유일하게 합리적인 해결책인 상황이 있는지의 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 79.1%, ‘동의함’ 8.7%였다. 평균 점수로는 5점 만점에 평균 1.82점이었다. 교육부문이 평균 2.11점으로 가장 높았고 공공부문 1.98점, 사회복지사 1.88점 등의 순으로 나타났다.



[그림 4-3] 자살에 대한 태도_자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다

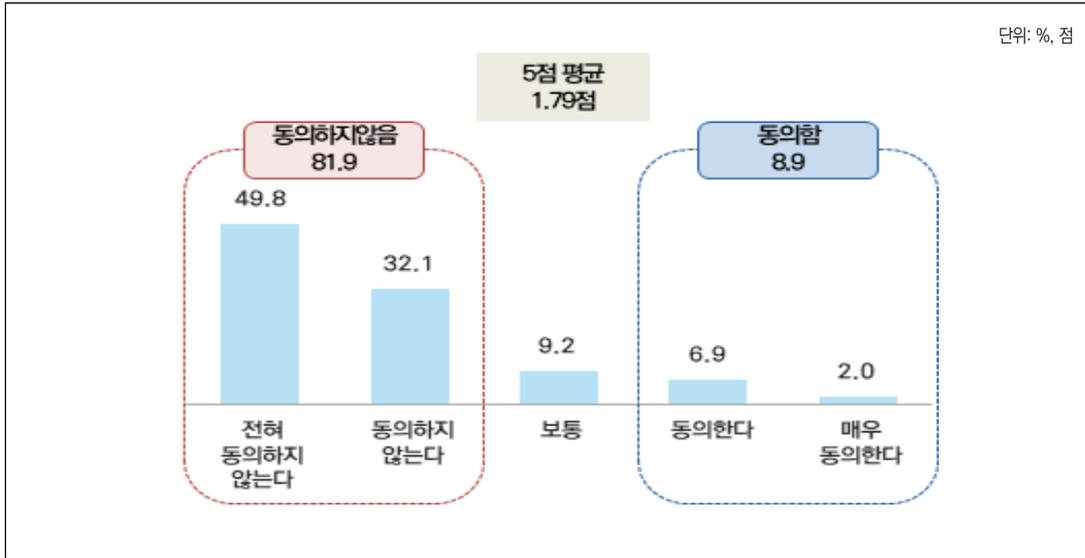
[표 4-12] 자살에 대한 태도_자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	49.9	29.2	12.2	6.7	2.0	79.1	8.7	1.82	1.02	
소속 유형	주민참여조직	(650)	51.2	32.0	9.2	6.0	1.5	83.2	7.5	1.75	0.96
	사회복지사	(232)	50.9	24.6	14.2	6.9	3.4	75.4	10.3	1.88	1.11
	생활지원사	(173)	57.8	26.0	11.0	4.0	1.2	83.8	5.2	1.65	0.91
	교육부문	(122)	36.9	28.7	23.0	9.0	2.5	65.6	11.5	2.11	1.08
	공공부문	(163)	44.8	28.2	14.1	10.4	2.5	73.0	12.9	1.98	1.11

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

누군가 자살을 원한다면 개인의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 하는지의 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 81.9%, ‘동의함’ 8.9%로 나타났다. 5점 만점으로 전환했을 때 평균 1.79점의 수준이었다. 소속유형별로 교육부문이 평균 2.13점으로 가장 높았고, 공공부문이 2.02점으로 뒤를 따랐다.



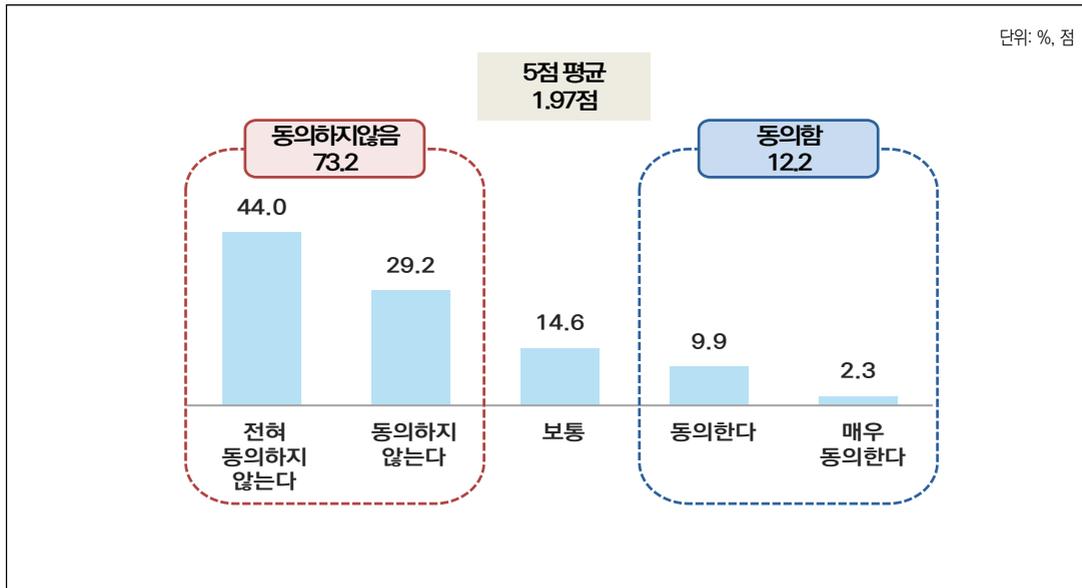
[그림 4-4] 자살에 대한 태도_누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다

[표 4-13] 자살에 대한 태도_누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다 단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	49.8	32.1	9.2	6.9	2.0	81.9	8.9	1.79	1.00	
소속 유형	주민참여조직	(650)	48.3	36.5	8.9	4.6	1.7	84.8	6.3	1.75	0.92
	사회복지사	(232)	56.0	23.3	11.6	6.0	3.0	79.3	9.1	1.77	1.07
	생활지원사	(173)	62.4	27.7	4.6	4.0	1.2	90.2	5.2	1.54	0.85
	교육부문	(122)	44.3	24.6	7.4	21.3	2.5	68.9	23.8	2.13	1.26
	공공부문	(163)	37.4	37.4	13.5	9.2	2.5	74.8	11.7	2.02	1.05

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

자살이 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단인지의 질문은 ‘동의하지 않음’ 73.2%, ‘동의함’ 12.2%였다. 평균 점수로는 5점 만점에 1.97점의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문이 2.43점으로 가장 높고, 공공부문이 평균 2.17점으로 그 뒤를 이었으며, 생활지원사가 1.73점으로 가장 낮았다.



[그림 4-5] 자살에 대한 태도_자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다

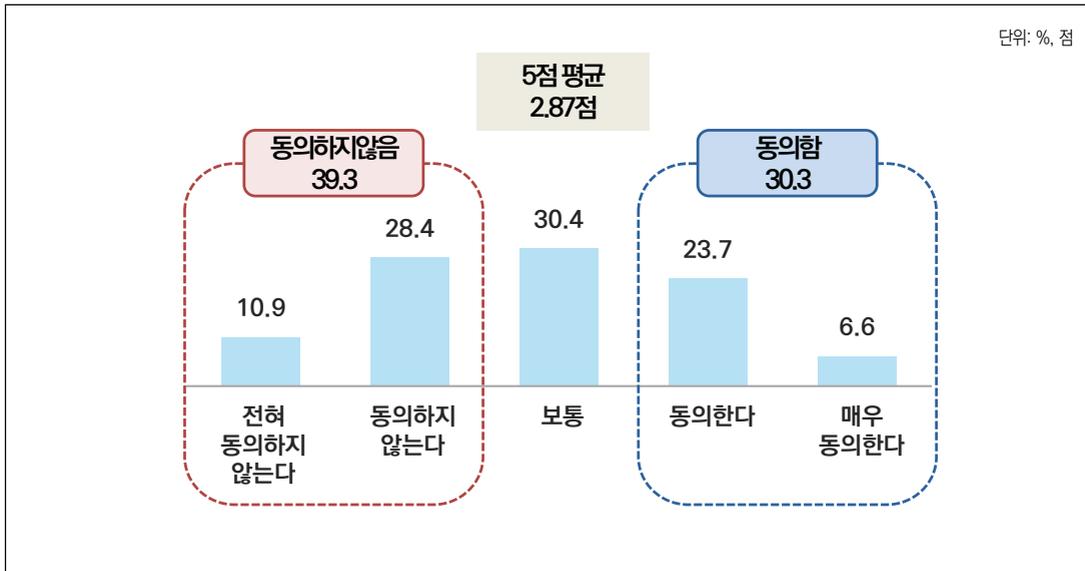
[표 4-14] 자살에 대한 태도_자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	44.0	29.2	14.6	9.9	2.3	73.2	12.2	1.97	1.09	
소속 유형	주민참여조직	(650)	44.5	32.6	11.7	9.1	2.2	77.1	11.2	1.92	1.06
	사회복지사	(232)	48.3	24.1	15.5	10.3	1.7	72.4	12.1	1.93	1.10
	생활지원사	(173)	54.3	29.5	6.9	7.5	1.7	83.8	9.2	1.73	1.00
	교육부문	(122)	30.3	22.1	27.9	13.9	5.7	52.5	19.7	2.43	1.22
	공공부문	(163)	35.6	27.6	22.7	12.3	1.8	63.2	14.1	2.17	1.10

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우가 드문지의 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 39.3%, ‘동의함’ 30.3%로 비슷한 분포로 나타났다. 평균 점수로는 5점 만점에서 2.87점의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문이 평균 2.96점으로 가장 높았고, 주민참여조직이 2.95점으로 그 뒤를 이었다. 사회복지사는 2.64점으로 가장 낮은 점수를 보였다.



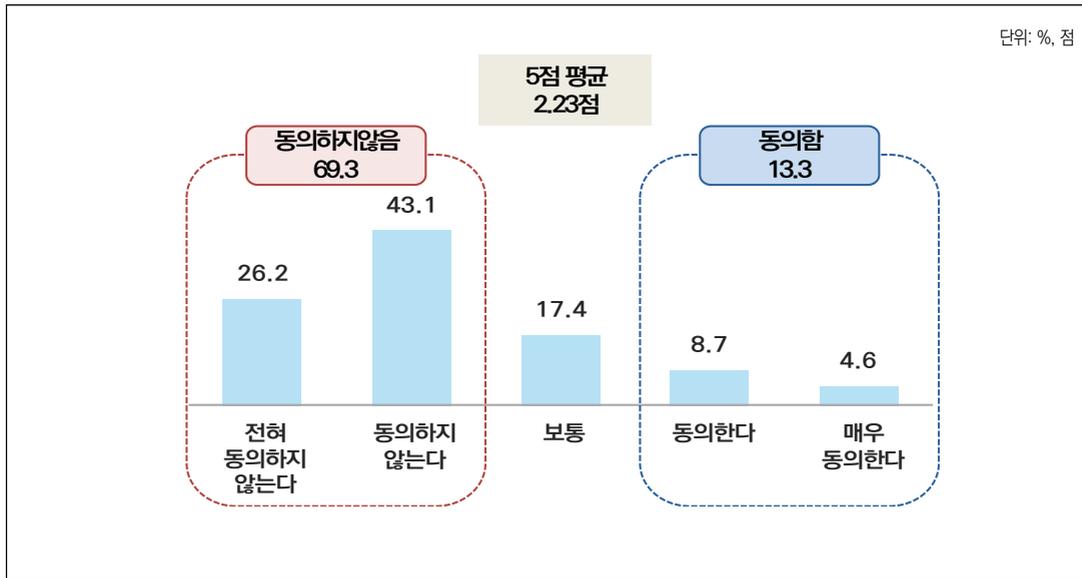
[그림 4-6] 자살에 대한 태도_자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다

[표 4-15] 자살에 대한 태도_자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	10.9	28.4	30.4	23.7	6.6	39.3	30.3	2.87	1.10	
소속 유형	주민참여조직	(650)	11.4	24.5	31.2	23.8	9.1	35.8	32.9	2.95	1.14
	사회복지사	(232)	12.1	38.4	27.2	18.5	3.9	50.4	22.4	2.64	1.04
	생활지원사	(173)	9.8	31.2	29.5	23.1	6.4	41.0	29.5	2.85	1.08
	교육부문	(122)	10.7	23.0	30.3	32.0	4.1	33.6	36.1	2.96	1.07
	공공부문	(163)	8.6	30.7	33.1	24.5	3.1	39.3	27.6	2.83	1.00

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 막을 수 없는지의 질문에 대해서 ‘동의하지 않음’ 69.3%, ‘동의함’ 13.3%로 평균 점수로는 5점 만점에 2.23점이었다. 소속유형별로 살펴보면, 주민참여조직과 교육부문이 각각 평균 2.30점으로 가장 높았고, 공공부문은 2.26점으로 뒤를 이었다.



[그림 4-7] 자살에 대한 태도_누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다

[표 4-16] 자살에 대한 태도_누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다

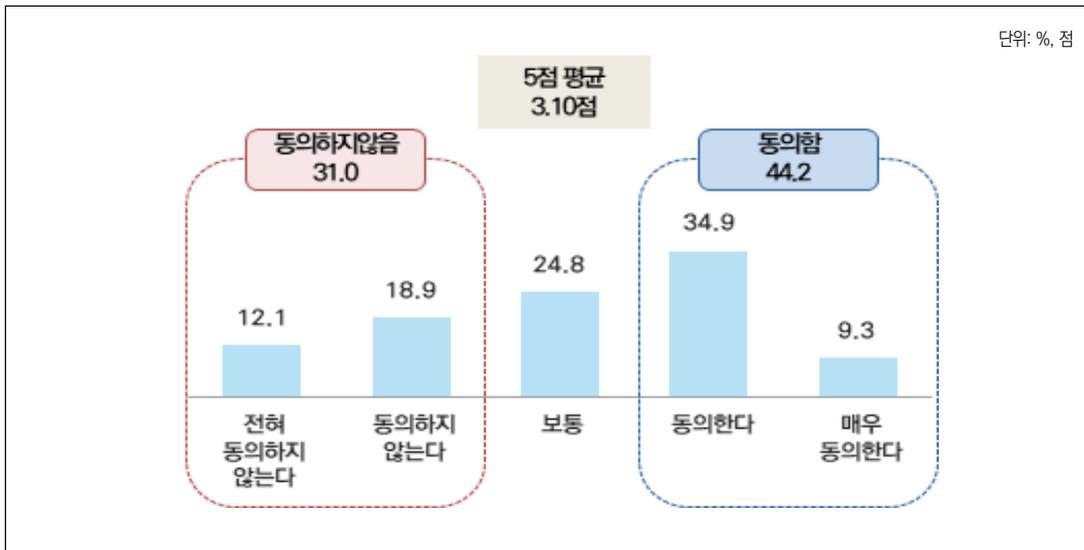
단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	26.2	43.1	17.4	8.7	4.6	69.3	13.3	2.23	1.07	
소속 유형	주민참여조직	(650)	26.0	40.0	18.3	9.8	5.8	66.0	15.7	2.30	1.13
	사회복지사	(232)	30.2	44.8	15.1	6.0	3.9	75.0	9.9	2.09	1.02
	생활지원사	(173)	30.6	46.8	12.7	5.2	4.6	77.5	9.8	2.06	1.03
	교육부문	(122)	24.6	38.5	21.3	13.1	2.5	63.1	15.6	2.30	1.06
	공공부문	(163)	17.8	52.1	19.0	8.6	2.5	69.9	11.0	2.26	0.93

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

(2) 예방가능성 및 불가해성

예방가능성 및 불가해성은 5개 문항으로 구성되어 있다. 먼저, 누군가 자살을 생각하고 있어도 가족들은 대개 알지 못하는지에 대한 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 31.0%, ‘동의함’ 44.2%로 나타났다. 5점 만점으로 환산하면 평균 3.10점의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문이 평균 3.29점으로 가장 높았고, 사회복지사 3.26점, 공공부문 3.25점 등의 순이었다.



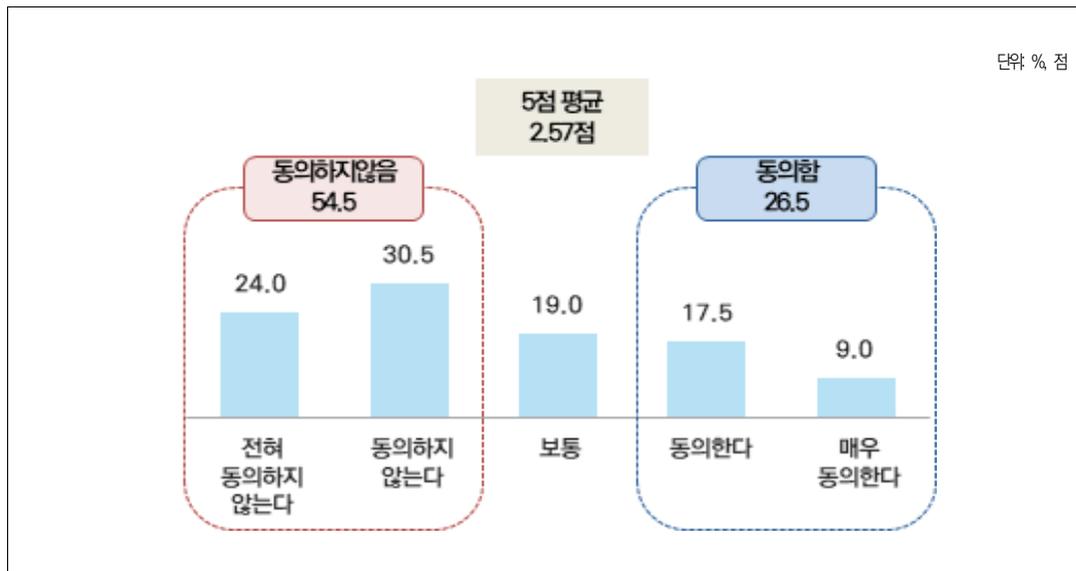
[그림 4-8] 자살에 대한 태도_누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다

[표 4-17] 자살에 대한 태도_누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	12.1	18.9	24.8	34.9	9.3	31.0	44.2	3.10	1.18	
소속 유형	주민참여조직	(650)	14.8	20.8	23.7	31.7	9.1	35.5	40.8	3.00	1.22
	사회복지사	(232)	10.3	13.4	26.7	38.8	10.8	23.7	49.6	3.26	1.14
	생활지원사	(173)	11.0	24.9	22.5	32.4	9.2	35.8	41.6	3.04	1.18
	교육부문	(122)	8.2	14.8	25.4	43.4	8.2	23.0	51.6	3.29	1.08
	공공부문	(163)	8.0	16.0	28.8	38.0	9.2	23.9	47.2	3.25	1.08

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

아직 삶의 가능성이 무한한 젊은이들의 자살을 이해할 수 없다에서는 ‘동의하지 않음’ 54.5%, ‘동의함’ 26.5%로 동의하지 않는다는 의견이 절반 이상이였다. 평균 점수(5점 만점)로 살펴보면, 2.57점에 해당하는 수준이였다. 소속유형별로는 주민참여조직이 평균 2.68점으로 가장 높았다. 다른 유형은 전체 평균(2.57점) 이하의 점수로 나타났고 특히, 사회복지사가 2.42점으로 가장 낮았다.



[그림 4-9] 자살에 대한 태도_젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다

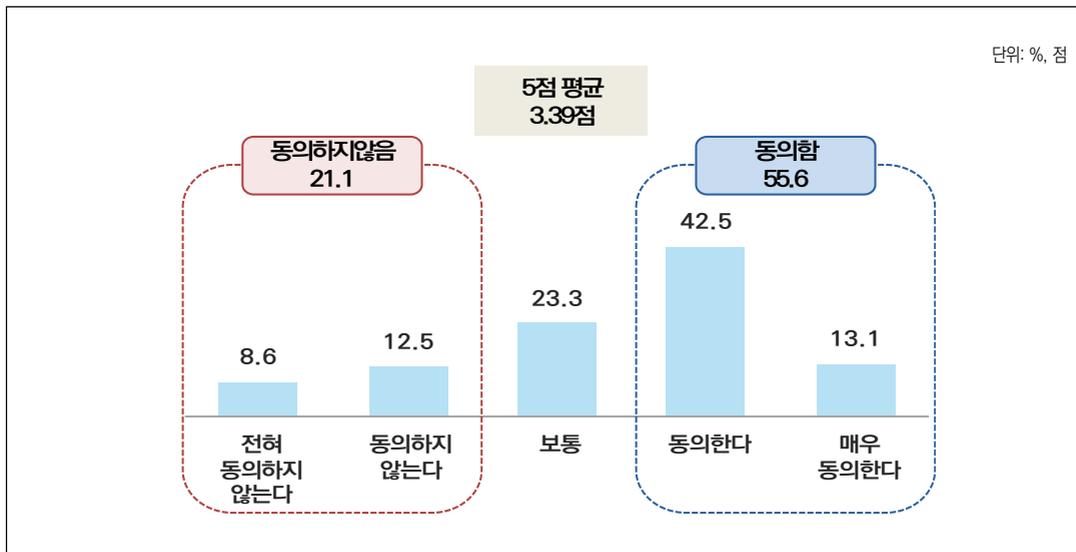
[표 4-18] 자살에 대한 태도_젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	24.0	30.5	19.0	17.5	9.0	54.6	26.5	2.57	1.27	
소속 유형	주민참여조직	(650)	23.5	27.8	16.9	20.6	11.1	51.4	31.7	2.68	1.33
	사회복지사	(232)	26.7	34.9	16.8	12.5	9.1	61.6	21.6	2.42	1.26
	생활지원사	(173)	27.7	27.7	20.8	14.5	9.2	55.5	23.7	2.50	1.29
	교육부문	(122)	22.1	24.6	34.4	16.4	2.5	46.7	18.9	2.52	1.08
	공공부문	(163)	19.6	42.3	16.6	16.6	4.9	62.0	21.5	2.45	1.13

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

자살에 대해 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다라는 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 21.1%, ‘동의함’ 55.6%로 동의한다는 의견이 절반 이상이였다. 평균 점수로 는 5점 만점에서 3.39점에 해당하였다. 소속유형별로는 모든 유형이 평균 3.0점을 넘어 보통 이상으로 나타났는데, 공공부문이 평균 3.63점으로 가장 높았고, 그다음으로 사회복지사 3.53점, 교육부문 3.46점 등의 순이었다.



[그림 4-10] 자살에 대한 태도_자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다

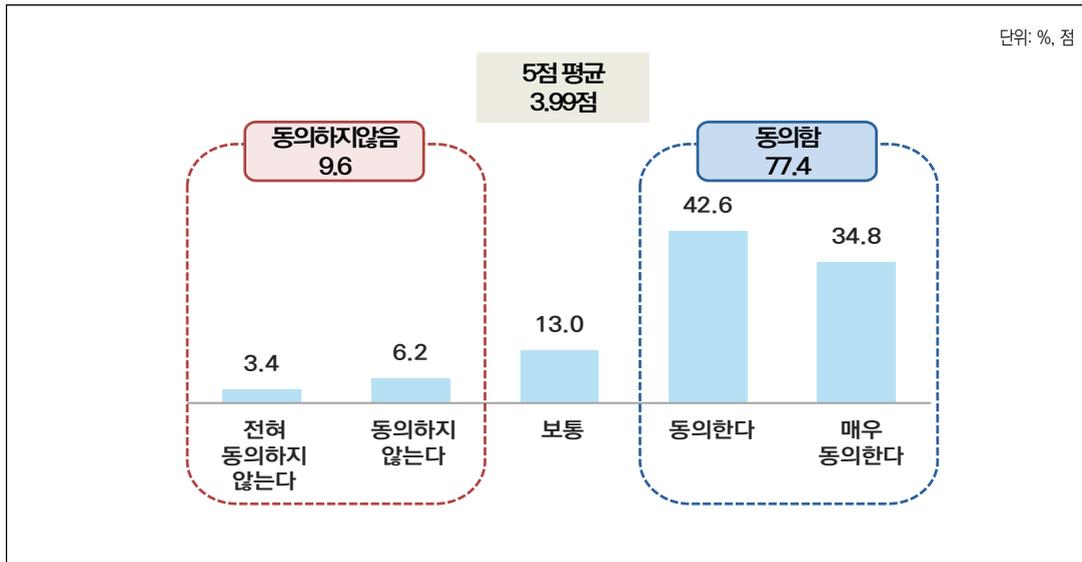
[표 4-19] 자살에 대한 태도_자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	8.6	12.5	23.3	42.5	13.1	21.1	55.6	3.39	1.13	
소속 유형	주민참여조직	(650)	11.2	13.7	21.5	41.7	11.8	24.9	53.5	3.29	1.18
	사회복지사	(232)	6.0	13.4	21.6	40.1	19.0	19.4	59.1	3.53	1.12
	생활지원사	(173)	8.1	17.3	22.5	42.2	9.8	25.4	52.0	3.28	1.11
	교육부문	(122)	7.4	8.2	28.7	42.6	13.1	15.6	55.7	3.46	1.06
	공공부문	(163)	3.7	4.9	29.4	49.1	12.9	8.6	62.0	3.63	0.90

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것이 인간의 의무인지의 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 9.6%, ‘동의함’ 77.4%로 다수가 동의하였다. 이는 5점 만점으로 환산했을 때, 평균 3.99점에 해당하는 수준이다. 소속유형별로는 생활지원사가 평균 4.18점으로 가장 높았고, 교육부문이 4.13점, 사회복지사가 4.11점 등의 순이었다.



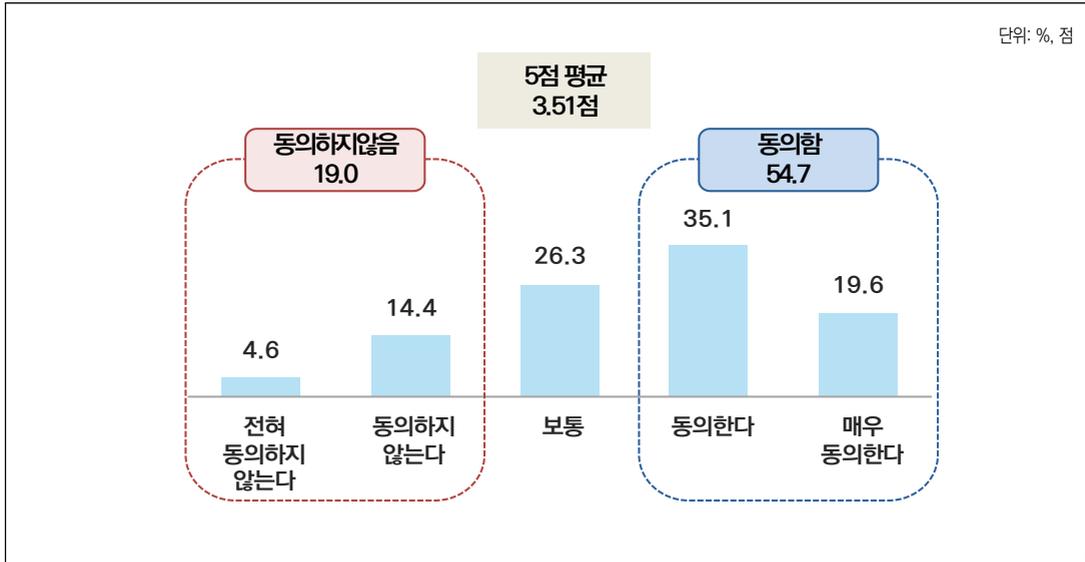
[그림 4-11] 자살에 대한 태도_누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다

[표 4-20] 자살에 대한 태도_누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	3.4	6.2	13.0	42.6	34.8	9.6	77.4	3.99	1.02	
소속 유형	주민참여조직	(650)	5.2	6.5	12.6	42.6	33.1	11.7	75.7	3.92	1.09
	사회복지사	(232)	1.7	5.2	12.9	40.5	39.7	6.9	80.2	4.11	0.94
	생활지원사	(173)	2.9	2.3	11.0	41.6	42.2	5.2	83.8	4.18	0.93
	교육부문	(122)	0.0	6.6	9.8	47.5	36.1	6.6	83.6	4.13	0.84
	공공부문	(163)	1.8	10.4	19.0	42.9	25.8	12.3	68.7	3.80	1.00

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

자살사고를 가진 사람을 돕는 것이 항상 가능한지의 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 19.0%, ‘동의함’ 54.7%로 5점 만점 평균 3.51점의 수준이었다. 소속유형별로는 생활지원사가 평균 3.60점으로 가장 높았고, 교육부문 3.57점, 사회복지사 3.56점, 주민참여조직이 3.52점이었다. 반면, 공공부문은 3.23점으로 가장 낮았다.



[그림 4-12] 자살에 대한 태도_자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다

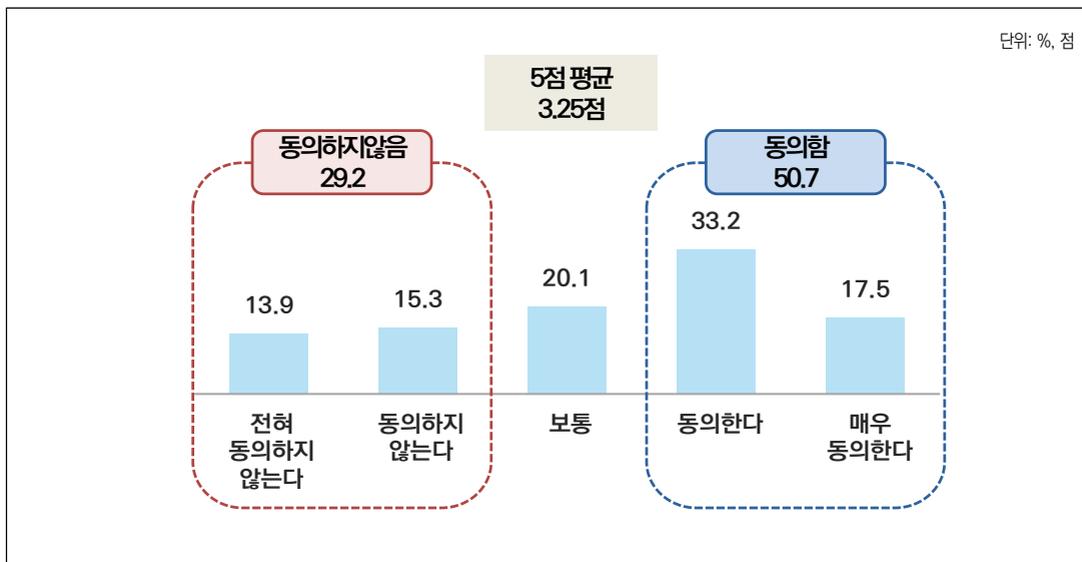
[표 4-21] 자살에 대한 태도_자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다

구분		사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차
전체		(1,340)	4.6	14.4	26.3	35.1	19.6	19.0	54.7	3.51	1.10
소속 유형	주민참여조직	(650)	5.7	14.3	23.4	35.1	21.5	20.0	56.6	3.52	1.14
	사회복지사	(232)	3.9	10.8	30.6	34.9	19.8	14.7	54.7	3.56	1.05
	생활지원사	(173)	4.0	13.3	23.1	37.6	22.0	17.3	59.5	3.60	1.09
	교육부문	(122)	0.0	15.6	28.7	38.5	17.2	15.6	55.7	3.57	0.95
	공공부문	(163)	4.9	20.2	33.1	30.7	11.0	25.2	41.7	3.23	1.05

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

(3) 보편성

보편성은 3개 문항으로 이루어져 있다. 첫 번째로 누구든지 자살할 수 있는지에 대한 문항에서는 ‘동의하지 않음’ 29.2%, ‘동의함’ 50.7%로 동의한다는 의견이 절반 정도를 차지하였다. 이는 5점 만점 평균 3.25점의 수준이었다. 소속유형별로는 공공부문이 평균 3.67점으로 가장 높았고, 사회복지사가 3.54점, 교육부문이 3.40점 등의 순이었다. 주민참여조직과 생활지원사는 각 3.07점과 3.05점으로 다른 유형에 비해 평균이 낮았다.



[그림 4-13] 자살에 대한 태도_누구든지 자살할 수 있다

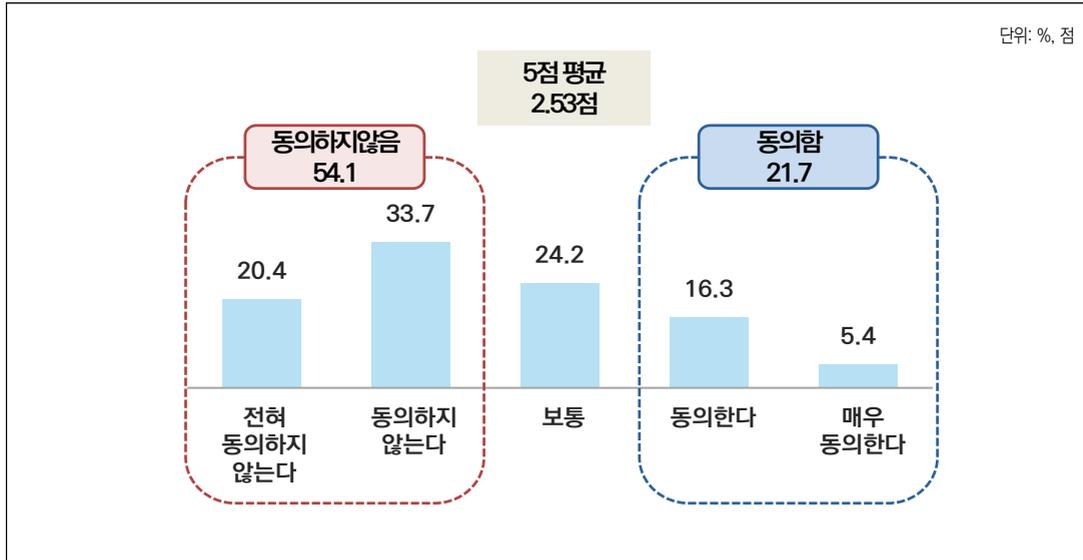
[표 4-22] 자살에 대한 태도_누구든지 자살할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	13.9	15.3	20.1	33.2	17.5	29.2	50.7	3.25	1.30	
소속 유형	주민참여조직	(650)	17.4	16.6	20.6	32.6	12.8	34.0	45.4	3.07	1.30
	사회복지사	(232)	12.1	9.1	19.8	31.0	28.0	21.1	59.1	3.54	1.31
	생활지원사	(173)	16.8	20.8	18.5	28.9	15.0	37.6	43.9	3.05	1.33
	교육부문	(122)	6.6	16.4	23.8	36.9	16.4	23.0	53.3	3.40	1.14
	공공부문	(163)	4.9	12.3	17.8	40.5	24.5	17.2	65.0	3.67	1.12

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

대부분의 자살시도가 친한 사람과의 갈등 때문인지를 질문한 결과, '동의하지 않음' 54.1%, '동의함' 21.7%로 5점 만점 평균 2.53점으로 나타났다. 소속유형별로는 교육부문이 평균 2.71점으로 가장 높았고, 주민참여조직이 2.59점으로 뒤를 이었다. 반면, 사회복지사는 2.33점으로 평균이 가장 낮았다.



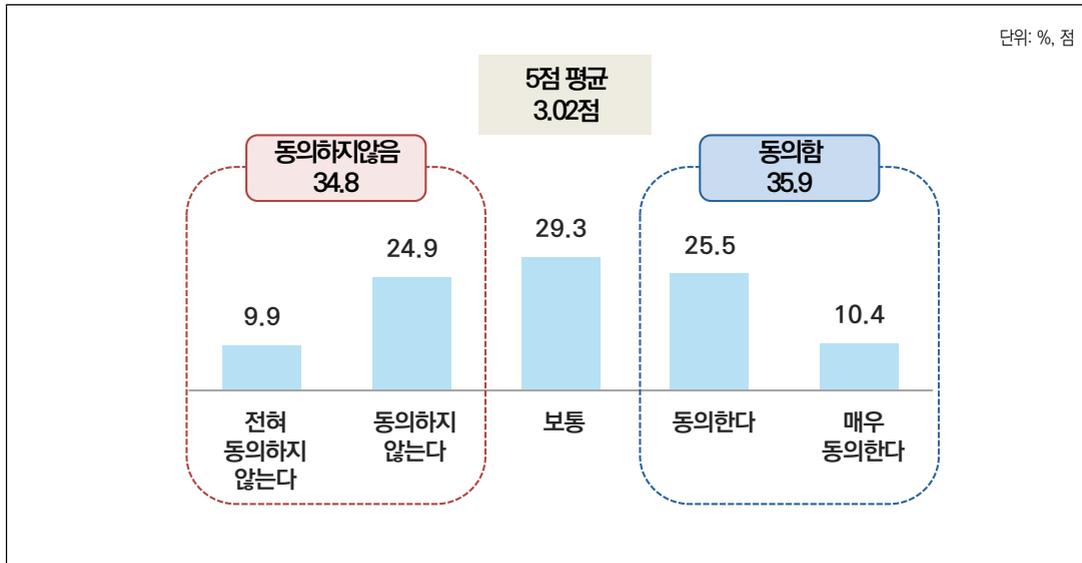
[그림 4-14] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다

[표 4-23] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	20.4	33.7	24.2	16.3	5.4	54.1	21.7	2.53	1.14	
소속 유형	주민참여조직	(650)	19.5	33.1	22.8	17.8	6.8	52.6	24.6	2.59	1.18
	사회복지사	(232)	25.4	34.9	24.6	11.6	3.4	60.3	15.1	2.33	1.08
	생활지원사	(173)	22.5	32.4	23.7	16.2	5.2	54.9	21.4	2.49	1.16
	교육부문	(122)	15.6	31.1	25.4	22.1	5.7	46.7	27.9	2.71	1.15
	공공부문	(163)	17.8	38.0	28.8	12.3	3.1	55.8	15.3	2.45	1.02

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다라는 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 34.8%, ‘동의함’ 35.9%로 유사하게 나타났다. 이는 5점 만점 평균 점수로 환산했을 때 3.02점의 수준이었다. 소속유형별로는 생활지원사가 평균 3.14점으로 가장 높았고, 사회복지사가 3.03점, 공공부문이 3.00점, 주민참여조직이 2.99점 등의 순이었다. 교육 부문은 2.96점으로 평균이 가장 낮았다.



[그림 4-15] 자살에 대한 태도_누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다

[표 4-24] 자살에 대한 태도_누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다

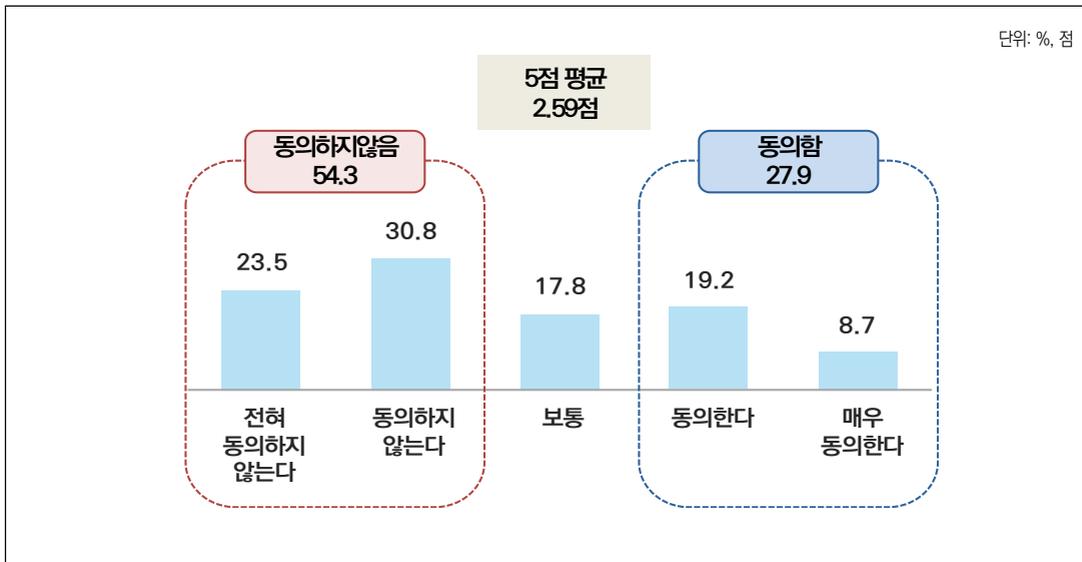
단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	9.9	24.9	29.3	25.5	10.4	34.8	35.9	3.02	1.15	
소속 유형	주민참여조직	(650)	11.7	25.2	26.6	24.9	11.5	36.9	36.5	2.99	1.20
	사회복지사	(232)	9.5	21.6	33.2	28.0	7.8	31.0	35.8	3.03	1.09
	생활지원사	(173)	9.8	22.5	24.3	30.1	13.3	32.4	43.4	3.14	1.20
	교육부문	(122)	8.2	27.9	32.0	23.8	8.2	36.1	32.0	2.96	1.09
	공공부문	(163)	4.9	28.2	37.4	20.9	8.6	33.1	29.4	3.00	1.02

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

(4) 예측불가능성

예측불가능성은 3개 문항으로 구성되어 있다. 먼저 자살이 경고 없이 발생하는지에 대한 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 54.3%, ‘동의함’ 27.9%로 동의하지 않는다는 경우가 더 많았다. 이는 5점 만점 평균으로는 2.59점의 수준이다. 소속유형별로는 교육부문이 평균 2.90점으로 가장 높았고, 공공부문은 2.66점, 주민참여조직이 2.58점의 순이었다. 한편, 생활지원사는 2.35점으로 다른 소속에 비하여 평균 점수가 낮았다.



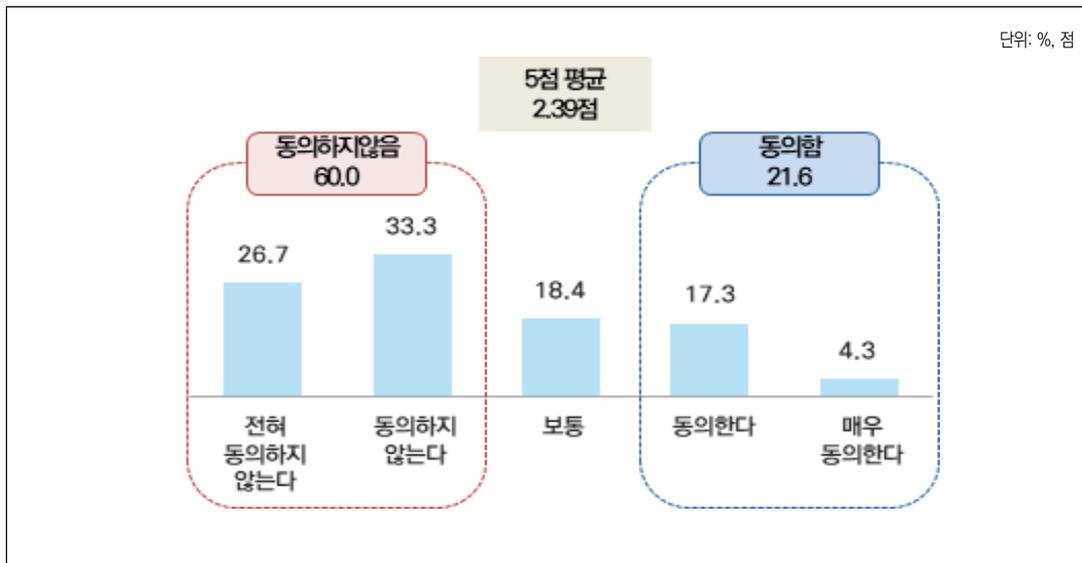
[그림 4-16] 자살에 대한 태도_자살은 경고 없이 발생한다

[표 4-25] 자살에 대한 태도_자살은 경고 없이 발생한다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	23.5	30.8	17.8	19.2	8.7	54.3	27.8	2.59	1.27	
소속 유형	주민참여조직	(650)	23.4	30.0	19.5	19.5	7.5	53.4	27.1	2.58	1.25
	사회복지사	(232)	25.9	28.9	19.4	13.8	12.1	54.7	25.9	2.57	1.33
	생활지원사	(173)	28.3	38.2	12.1	13.3	8.1	66.5	21.4	2.35	1.25
	교육부문	(122)	16.4	25.4	18.9	30.3	9.0	41.8	39.3	2.90	1.26
	공공부문	(163)	20.9	33.1	14.1	23.3	8.6	54.0	31.9	2.66	1.28

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

자살하는 사람들이 대개 정신질환을 갖고 있는 지를 질문한 결과, ‘동의하지 않음’ 60.0%, ‘동의함’ 21.6%로 동의하지 않는다는 응답이 더 많았다. 평균 점수로는 5점 만점에 2.39점으로 나타났다. 소속유형별로는 공공부문이 평균 2.53점으로 가장 높았고, 두 번째는 교육부문에 2.52점, 그 뒤로는 주민참여조직이 2.37점이었다. 사회복지사와 생활지원사는 각각 2.34점으로 평균 점수가 가장 낮았다.



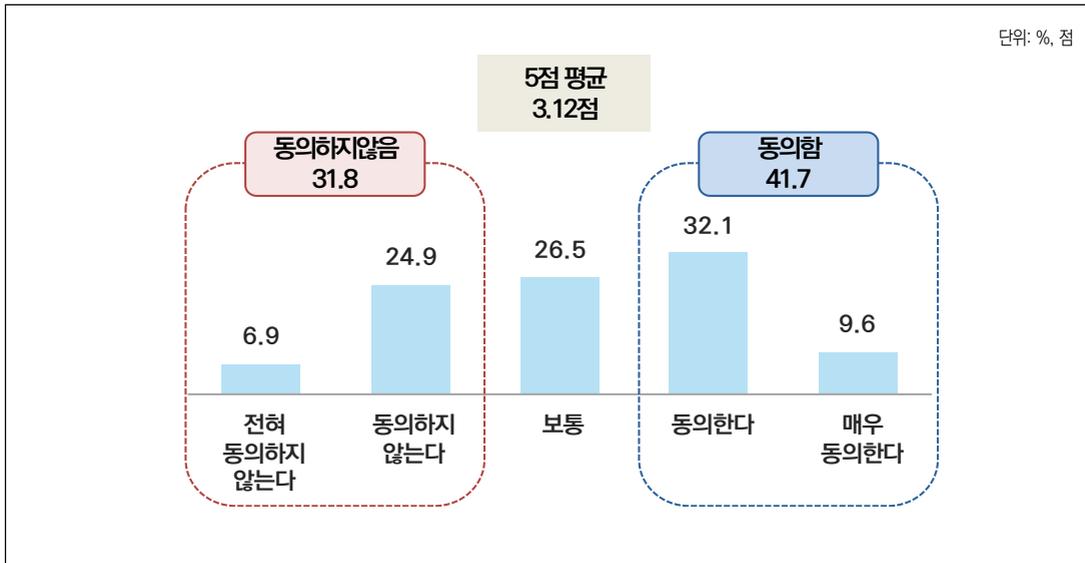
[그림 4-17] 자살에 대한 태도_자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다

[표 4-26] 자살에 대한 태도_자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	26.7	33.3	18.4	17.3	4.3	60.0	21.6	2.39	1.17	
소속 유형	주민참여조직	(650)	27.8	32.5	18.9	16.8	4.0	60.3	20.8	2.37	1.17
	사회복지사	(232)	28.9	32.3	19.4	15.1	4.3	61.2	19.4	2.34	1.17
	생활지원사	(173)	27.2	36.4	16.8	15.0	4.6	63.6	19.7	2.34	1.16
	교육부문	(122)	27.0	25.4	18.9	25.4	3.3	52.5	28.7	2.52	1.23
	공공부문	(163)	18.4	40.5	16.6	18.4	6.1	58.9	24.5	2.53	1.17

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

대부분의 자살시도가 충동적인 행동이라고 생각하는 지를 질문했을 때, ‘동의하지 않음’ 31.8%, ‘동의함’ 41.7%로 동의한다는 응답이 더 많았다. 이는 평균 점수로는 5점 만점에 3.12점의 수준이었다. 소속유형별로는 주민참여조직이 평균 3.20점으로 가장 높았고, 그 뒤는 공공부문 3.12점 등의 순이었다. 반면, 생활지원사는 2.97점으로 평균 점수가 가장 낮았다.



[그림 4-18] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다

[표 4-27] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다

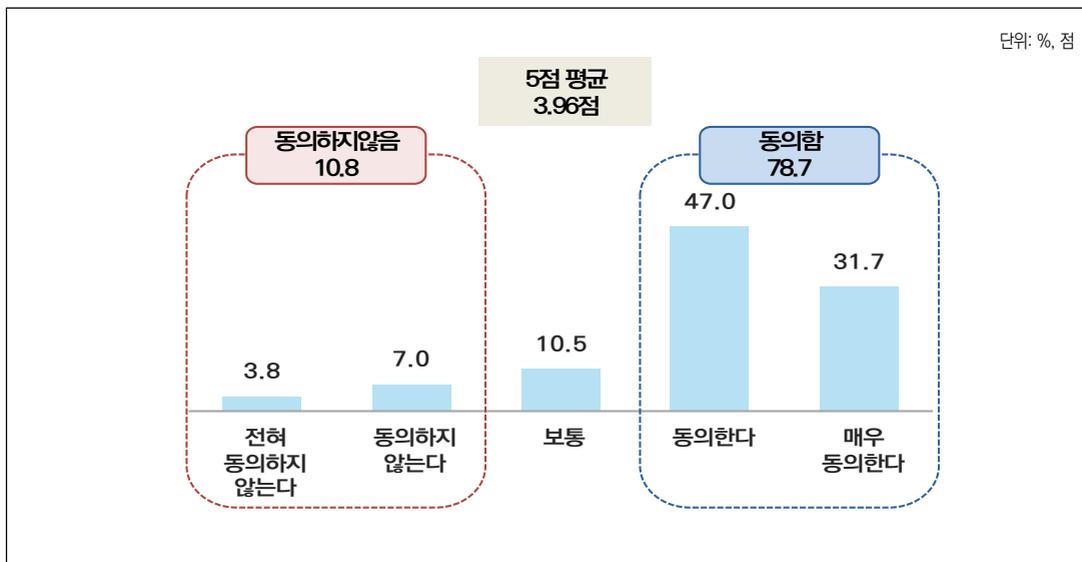
단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	6.9	24.9	26.5	32.1	9.6	31.8	41.7	3.12	1.10	
소속 유형	주민참여조직	(650)	8.0	21.7	25.2	32.3	12.8	29.7	45.1	3.20	1.15
	사회복지사	(232)	6.9	26.3	31.9	27.2	7.8	33.2	34.9	3.03	1.06
	생활지원사	(173)	5.8	35.8	22.5	27.2	8.7	41.6	35.8	2.97	1.10
	교육부문	(122)	6.6	27.0	20.5	40.2	5.7	33.6	45.9	3.11	1.08
	공공부문	(163)	4.3	22.7	32.5	37.4	3.1	27.0	40.5	3.12	0.94

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

(5) 기타

4개 요인에 포함되지 않은 3문항을 살펴보았다. 먼저, 자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호라고 생각하는 지를 질문한 결과, ‘동의하지 않음’ 10.8%, ‘동의함’ 78.7%로 동의한다는 의견이 높았다. 이는 평균 점수로는 5점 만점에 3.96점의 수준이었다. 소속유형별로는 생활지원사가 평균 4.16점으로 가장 높았고, 사회복지사가 4.08점으로 뒤를 이었다. 반면, 주민참여조직은 3.85점으로 평균이 가장 낮았다.



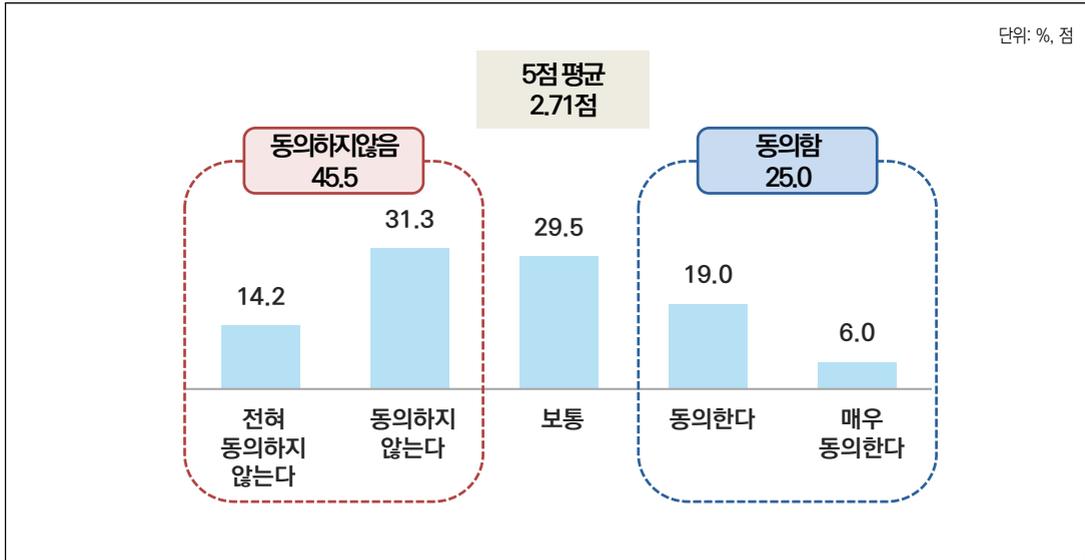
[그림 4-19] 자살에 대한 태도_자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다

[표 4-28] 자살에 대한 태도_자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	3.8	7.0	10.5	47.0	31.7	10.8	78.7	3.96	1.02	
소속 유형	주민참여조직	(650)	6.0	7.5	10.8	46.5	29.2	13.5	75.7	3.85	1.11
	사회복지사	(232)	2.2	5.6	10.8	44.8	36.6	7.8	81.5	4.08	0.94
	생활지원사	(173)	1.7	5.2	5.8	50.3	37.0	6.9	87.3	4.16	0.88
	교육부문	(122)	0.8	9.0	16.4	36.9	36.9	9.8	73.8	4.00	0.99
	공공부문	(163)	1.8	6.7	9.8	56.4	25.2	8.6	81.6	3.96	0.89

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많은지의 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 45.5%, ‘동의함’ 25.0%로 평균 점수는 5점 만점에 2.71점의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문이 평균 2.80점으로 가장 높았고, 주민참여조직이 2.79점으로 뒤를 이었다. 사회복지사는 2.59점으로 가장 평균이 낮았다.



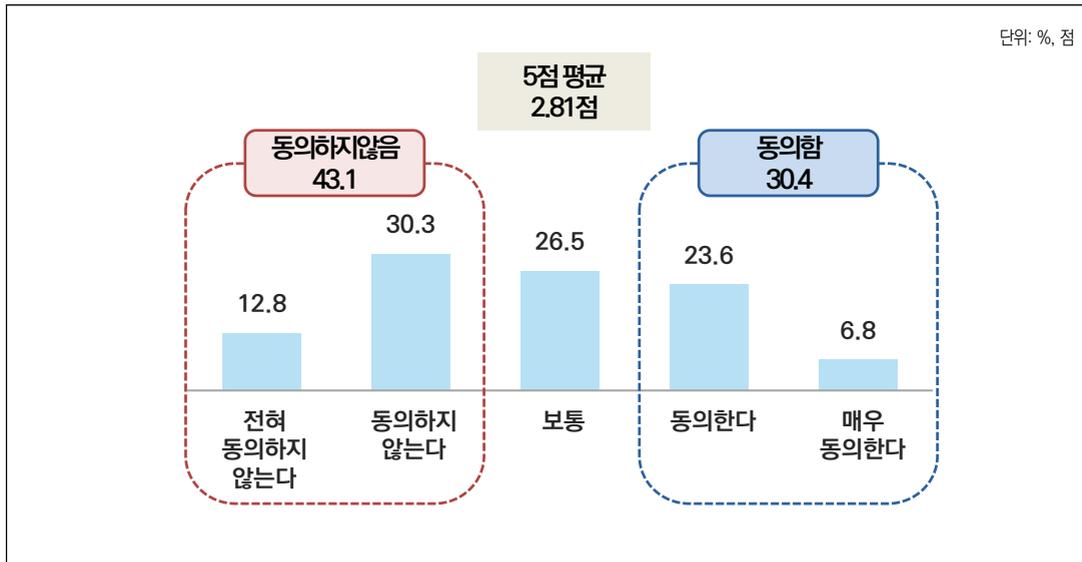
[그림 4-20] 자살에 대한 태도_누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다

[표 4-29] 자살에 대한 태도_누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	14.2	31.3	29.5	19.0	6.0	45.5	25.0	2.71	1.11	
소속 유형	주민참여조직	(650)	14.2	29.8	26.8	21.4	7.8	44.0	29.2	2.79	1.16
	사회복지사	(232)	16.4	31.5	31.5	17.7	3.0	47.8	20.7	2.59	1.05
	생활지원사	(173)	16.2	31.2	32.4	16.2	4.0	47.4	20.2	2.61	1.07
	교육부문	(122)	11.5	30.3	31.1	20.5	6.6	41.8	27.0	2.80	1.10
	공공부문	(163)	11.0	38.0	33.1	13.5	4.3	49.1	17.8	2.62	1.00

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

자살을 한 번 생각했던 사람은 그 생각을 절대로 버리지 못한다는 질문에서는 ‘동의하지 않음’ 43.1%, ‘동의함’ 30.4%로 동의하지 않는다는 의견이 많았다. 평균 점수로는 5점 만점에서 2.81점이었다. 소속유형별로 살펴보면, 공공부문이 평균 2.90점으로 점수가 가장 높았고, 그 뒤로는 교육부문 2.85점, 생활지원사 2.82점 등의 순이었다.



[그림 4-21] 자살에 대한 태도_자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다

[표 4-30] 자살에 대한 태도_자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다

구분		사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	평균	표준편차
전체		(1,340)	12.8	30.3	26.5	23.6	6.8	43.1	30.4	2.81	1.14
소속 유형	주민참여조직	(650)	15.1	27.5	27.2	22.2	8.0	42.6	30.2	2.80	1.18
	사회복지사	(232)	12.9	34.1	24.1	23.3	5.6	47.0	28.9	2.75	1.12
	생활지원사	(173)	12.1	33.5	22.0	24.9	7.5	45.7	32.4	2.82	1.16
	교육부문	(122)	12.3	27.9	26.2	29.5	4.1	40.2	33.6	2.85	1.10
	공공부문	(163)	4.9	34.4	31.9	23.9	4.9	39.3	28.8	2.90	0.99

* 5점 척도: 1-2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4-5점(동의함)

3. 자살에 대한 지식

1) 전체 점수

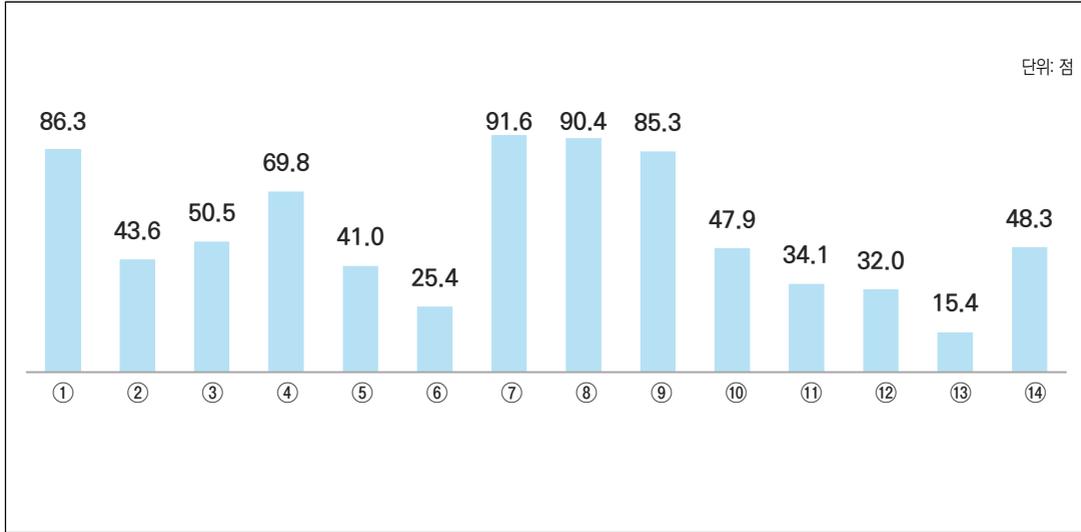
자살에 대한 지식 관련 문항을 14개로 구성하여 전체 응답자에게 질문하고, 각 문항별로 정답은 1점, 오답은 0점을 부여하였다. 이에 전체 14점이 만점이지만, 편의를 위하여 이를 100점 만점으로 환산해 점수를 산출하였다. 그 결과, 자살에 대한 지식은 평균 54.40점으로 나타나 중간을 약간 넘는 수준이었다. 소속유형별로는 공공부문이 평균 58.02점으로 가장 높았고, 그 뒤로 생활지원사 57.23점, 사회복지사 56.37점, 주민참여조직 52.98점, 교육부문이 49.41점이었다. 관련하여 기선완 외(2022)의 연구에서는 생명지킴이 교육 참여자에게 교육 사전질문으로 동일 척도를 활용해 자살에 대한 지식을 평가하였다. 그 결과, 10점 만점에 5.53점으로 나타나(100점 만점시 55.3점) 본 연구 결과와 유사한 수준이었다.

문항별 정답률을 보면 7번 문항인 ‘자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로는 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 그냥 넘겨야 한다’가 91.6%로 가장 높았다. 반대로 13번 ‘자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호’에 대한 질문의 정답률은 15.4%로 가장 낮았다.

[표 4-31] 자살에 대한 지식 종합점수

단위: 명, 점

구분	사례수	평균(100점 만점)	표준편차	
전체	(1,340)	54.40	17.48	
소속 유형	주민참여조직	(650)	52.98	16.54
	사회복지사	(232)	56.37	17.57
	생활지원사	(173)	57.23	14.31
	교육부문	(122)	49.41	23.42
	공공부문	(163)	58.02	17.56



[그림 4-22] 전체 문항 정답률

[표 4-32] 전체 문항 정답률

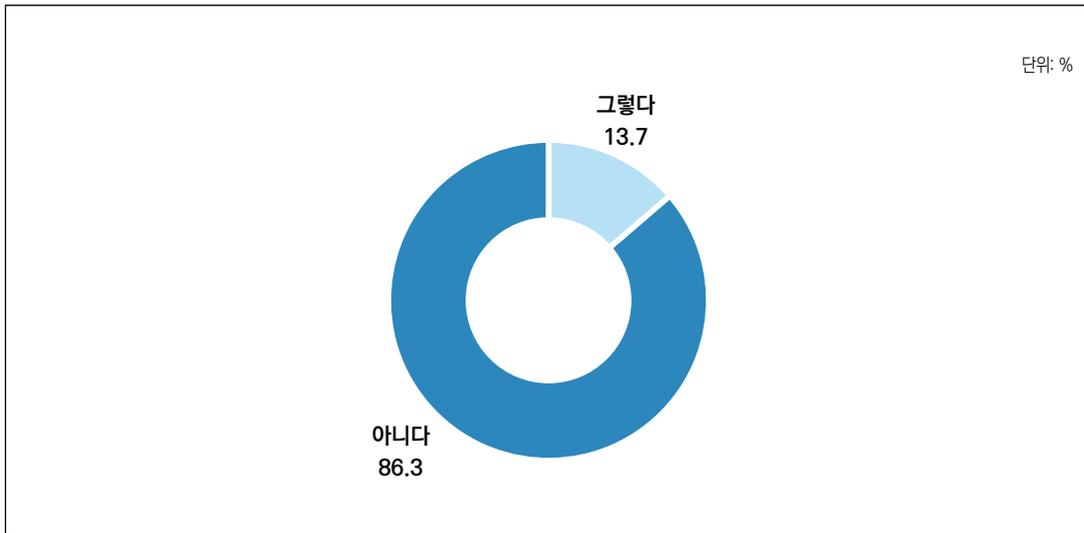
단위: 명, 점

구분	사례수	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	
전체	(1,340)	86.3	43.6	50.5	69.8	41.0	25.4	91.6	90.4	85.3	47.9	34.1	32.0	15.4	48.3	
소속 유형	주민참여조직	(650)	86.6	46.3	43.4	70.9	36.3	22.9	90.6	89.4	84.6	47.2	35.8	28.2	12.9	46.5
	사회복지사	(232)	89.2	36.6	56.5	68.5	47.0	28.4	93.5	92.2	88.4	44.0	29.7	40.5	23.7	50.9
	생활지원사	(173)	91.9	50.9	46.2	75.1	52.6	22.0	95.4	92.5	89.6	61.8	42.2	26.6	7.5	46.8
	교육부문	(122)	80.3	41.8	60.7	58.2	36.1	24.6	80.3	82.0	77.0	34.4	25.4	31.1	13.9	45.9
	공공부문	(163)	79.1	36.2	67.5	69.9	42.9	35.0	97.5	95.7	85.3	51.5	31.3	41.7	23.3	55.2

- * ① 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다고 생각하는지
 ② 일반적인 자살의 가장 주요한 원인
 ③ 자살의도를 전달하는 표현 들었을 때의 하지 말아야 하는 질문
 ④ 목숨을 끊으려는 사람들의 가장 일반적인 심리 상태
 ⑤ 고통 받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각
 ⑥ 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것
 ⑦ 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로는 자살을 하지 않기 때문에, 단지 이야기하는 것으로 보고 그냥 넘겨야 한다
 ⑧ 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다
 ⑨ 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다
 ⑩ 가장 옳다고 생각하는 것
 ⑪ 자살의 경고신호가 아닌 것
 ⑫ 자살한 사람에게 나타나는 일반적 특성
 ⑬ 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호
 ⑭ 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방향

2) 세부 문항

세부 문항별로 살펴보면, 자살을 원하는 사람을 막을 수 없는가의 질문에서는 ‘그렇다’ 13.7%, ‘아니다’ 86.3%로 나타났다. 정답은 ‘아니다’로 정답률이 높았다. 소속유형별로 생활지원사(91.9%), 사회복지사(89.2%), 주민참여조직(86.6%) 등의 순으로 높은 정답률을 보였다.



[그림 4-23] 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다는 생각에 대한 의견

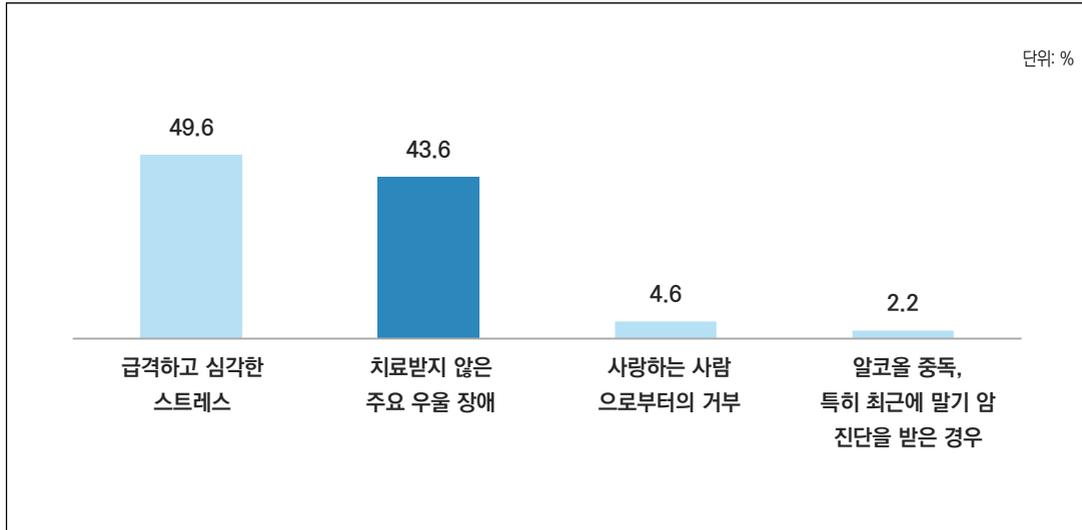
[표 4-33] 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다는 생각에 대한 의견

단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다	
전체	(1,340)	13.7	86.3	
소속 유형	주민참여조직	(650)	13.4	86.6
	사회복지사	(232)	10.8	89.2
	생활지원사	(173)	8.1	91.9
	교육부문	(122)	19.7	80.3
	공공부문	(163)	20.9	79.1

* 정답 : 아니다

일반적인 자살의 가장 주요한 원인을 질문한 문항의 정답은 ‘치료받지 않은 주요 우울 장애’이다. 하지만 실제 응답률은 ‘급격하고 심각한 스트레스’(49.6%)가 가장 높았다. 그 뒤가 정답인 ‘치료받지 않은 주요 우울 장애’(43.6%)였다. 소속유형별로는 생활지원사의 응답률이 50.9%로 가장 높았다.



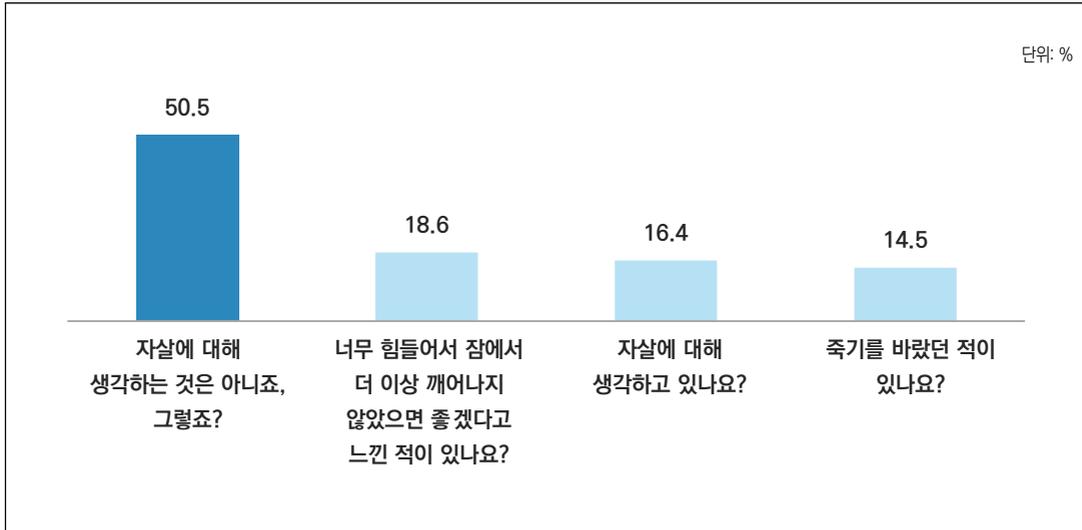
[그림 4-24] 일반적인 자살의 가장 주요한 원인

[표 4-34] 일반적인 자살의 가장 주요한 원인

구분	사례수	급격하고 심각한 스트레스	치료받지 않은 주요 우울 장애	사랑하는 사람으로부터의 거부	알코올 중독, 특히 최근에 말기 암 진단을 받은 경우	
전체	(1,340)	49.6	43.6	4.6	2.2	
소속 유형	주민참여조직	(650)	46.3	46.3	4.5	2.9
	사회복지사	(232)	56.5	36.6	6.0	0.9
	생활지원사	(173)	43.9	50.9	2.3	2.9
	교육부문	(122)	50.0	41.8	8.2	0.0
	공공부문	(163)	58.9	36.2	3.1	1.8

* 정답 : 치료받지 않은 주요 우울 장애

자살의도를 전달하는 표현을 들었을 때 하지 말아야 하는 질문의 응답으로는 정답인 ‘자살에 대해 생각하는 것은 아니죠, 그렇죠?’가 50.5%로 가장 높았다. 소속유형별 정답률은 공공부문이 67.5%로 가장 높았고, 교육부문이 60.7%로 그 뒤를 이었다. 주민참여조직은 43.4%로 정답률이 가장 낮았다.



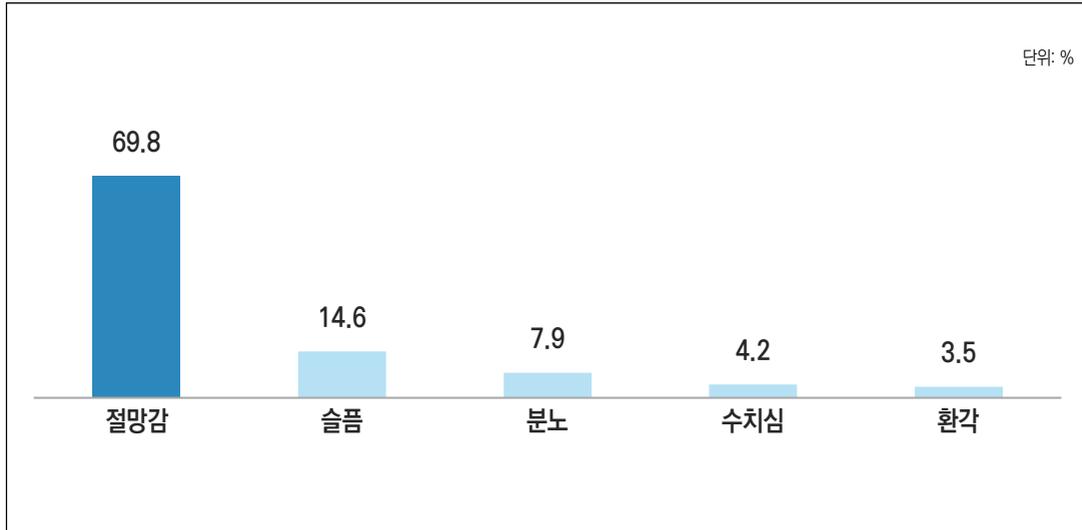
[그림 4-25] 자살의도를 전달하는 표현을 들었을 때 하지 말아야 하는 질문

[표 4-35] 자살의도를 전달하는 표현을 들었을 때 하지 말아야 하는 질문

구분	사례수	자살에 대해 생각하는 것은 아니죠, 그렇죠?	너무 힘들어서 잠에서 더 이상 깨어나지 않았으면 좋겠다고 느낀 적이 있나요?	자살에 대해 생각하고 있나요?	죽기를 바랐던 적이 있나요?	
전체	(1,340)	50.5	18.6	16.4	14.5	
소속 유형	주민참여조직	(650)	43.4	21.2	18.2	17.2
	사회복지사	(232)	56.5	17.7	15.5	10.3
	생활지원사	(173)	46.2	20.2	15.6	17.9
	교육부문	(122)	60.7	14.8	15.6	9.0
	공공부문	(163)	67.5	10.4	12.3	9.8

* 정답 : 자살에 대해 생각하는 것은 아니죠, 그렇죠?

목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태에 대한 질문은 정답인 '절망감'을 선택한 비율이 69.8%로 가장 높았다. 소속유형별로는 모든 소속에서 정답률이 높아 생활지원사 75.1%, 주민참여조직 70.9%, 공공부문 69.9%, 사회복지사 68.5%, 교육부문 58.2%가 정답을 선택하였다.



[그림 4-26] 목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태

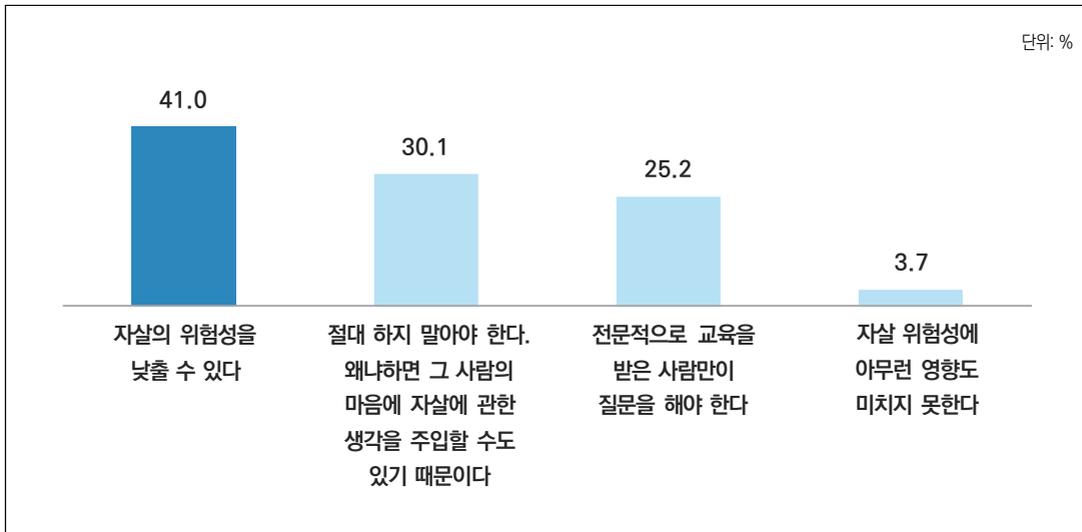
[표 4-36] 목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태

구분	사례수	절망감	슬픔	분노	수치심	환각	
전체	(1,340)	69.8	14.6	7.9	4.2	3.5	
소속 유형	주민참여조직	(650)	70.9	13.1	8.5	2.3	5.2
	사회복지사	(232)	68.5	17.2	6.9	5.6	1.7
	생활지원사	(173)	75.1	11.6	5.8	4.6	2.9
	교육부문	(122)	58.2	18.9	12.3	9.8	0.8
	공공부문	(163)	69.9	17.2	6.1	4.9	1.8

* 정답: 절망감

고통받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것이 어떤지에 대한 질문의 정답은 ‘자살의 위험성을 낮출 수 있다’로 41.0%가 정답을 선택하였다. 이 외에는 ‘자살에 관한 생각을 주입할 수 있기 때문에 절대 하지 말아야 한다’ 30.1%, ‘전문적으로 교육받은 사람만 질문을 해야 한다’ 25.2% 등으로 나타나 특정 선택지에 대한 오답율도 상대적으로 높았다.

소속유형별로는 생활지원사의 정답률이 52.6%로 가장 높았고, 그 뒤는 사회복지사 47.0%, 공공부문 42.9% 등이 따랐다. 한편, 교육부문에서는 ‘전문적으로 교육을 받은 사람만이 질문을 해야 한다’는 응답이 다른 유형에 비하여 높은 편이었다.



[그림 4-27] 고통받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각

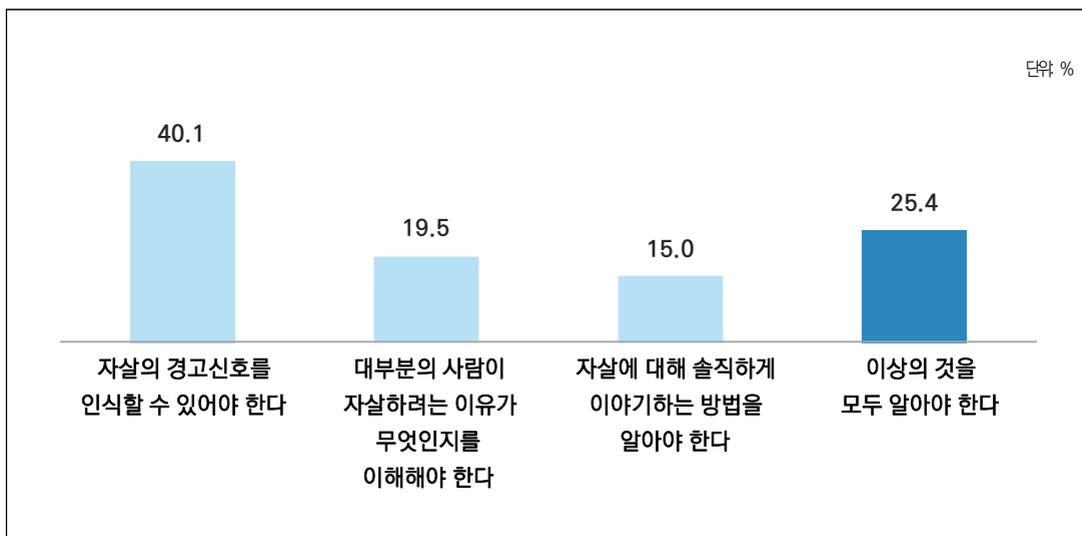
[표 4-37] 고통받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각

단위: 명, %

구분	사례수	자살의 위험성을 낮출 수 있다	절대 하지 말아야 한다. 왜냐하면 그 사람의 마음에 자살에 관한 생각을 주입할 수도 있기 때문이다	전문적으로 교육을 받은 사람만이 질문을 해야 한다	자살 위험성에 아무런 영향도 미치지 못한다	
전체	(1,340)	41.0	30.1	25.2	3.7	
소속 유형	주민참여조직	(650)	36.3	34.5	24.2	5.1
	사회복지사	(232)	47.0	22.8	28.9	1.3
	생활지원사	(173)	52.6	26.0	17.9	3.5
	교육부문	(122)	36.1	30.3	32.8	0.8
	공공부문	(163)	42.9	27.6	25.8	3.7

* 정답 : 자살의 위험성을 낮출 수 있다

자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것을 질문한 결과, ‘자살의 경고신호를 인식할 수 있어야 한다’의 응답률이 40.1%로 가장 높게 나타났다. 이 외에도 ‘대부분의 사람이 자살하려는 이유가 무엇인지를 이해해야 한다’가 19.5%, ‘자살에 대해 솔직하게 이야기하는 방법을 알아야 한다’가 15.0%였다. 하지만 정답은 ‘이상의 것을 모두 알아야 한다’는 것으로 응답자의 25.4%만이 해당 응답을 선택하는 데에 그쳤다. 소속유형별로는 공공부문의 응답률이 35.0%로 가장 높았고, 사회복지사가 28.4%로 그 뒤를 따랐다.



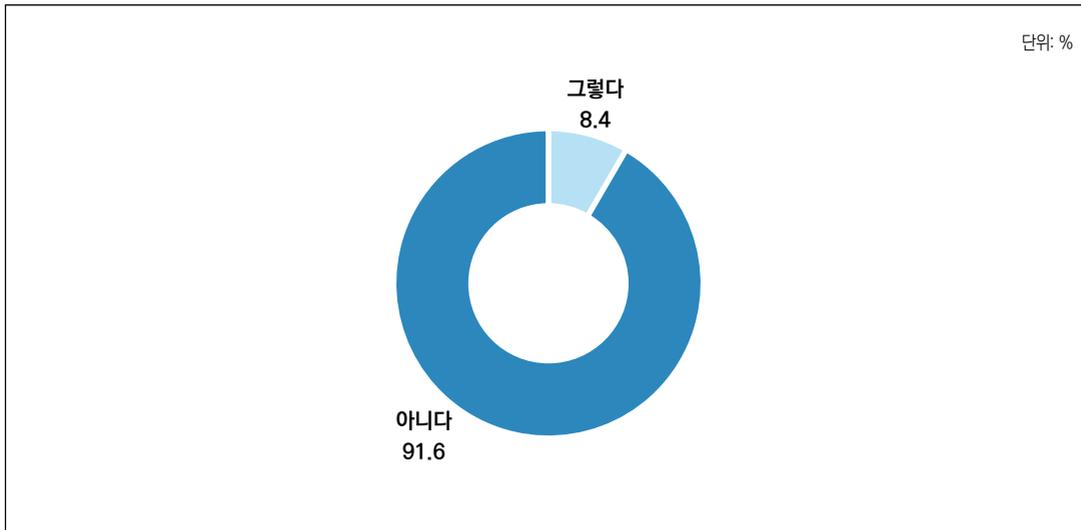
[그림 4-28] 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것

[표 4-38] 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것

구분	사례수	자살의 경고신호를 인식할 수 있어야 한다	대부분의 사람이 자살하려는 이유가 무엇인지를 이해해야 한다	자살에 대해 솔직하게 이야기하는 방법을 알아야 한다	이상의 것을 모두 알아야 한다	
전체	(1,340)	40.1	19.5	15.0	25.4	
소속 유형	주민참여조직	(650)	40.2	19.8	17.1	22.9
	사회복지사	(232)	39.2	19.8	12.5	28.4
	생활지원사	(173)	45.1	17.9	15.0	22.0
	교육부문	(122)	38.5	27.0	9.8	24.6
	공공부문	(163)	36.8	14.1	14.1	35.0

* 정답 : 이상의 것을 모두 알아야 한다

자살에 대해 이야기하는 사람들이 실제로 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 넘겨야 하는지를 질문한 결과 ‘그렇다’ 8.4%, ‘아니다’ 91.6%로 나타나 정답인 ‘아니다’를 선택한 응답자가 많았다. 소속유형별로는 공공부문의 정답률이 97.5%로 가장 높았고, 반대로 교육부문의 80.3%로 가장 낮았다.



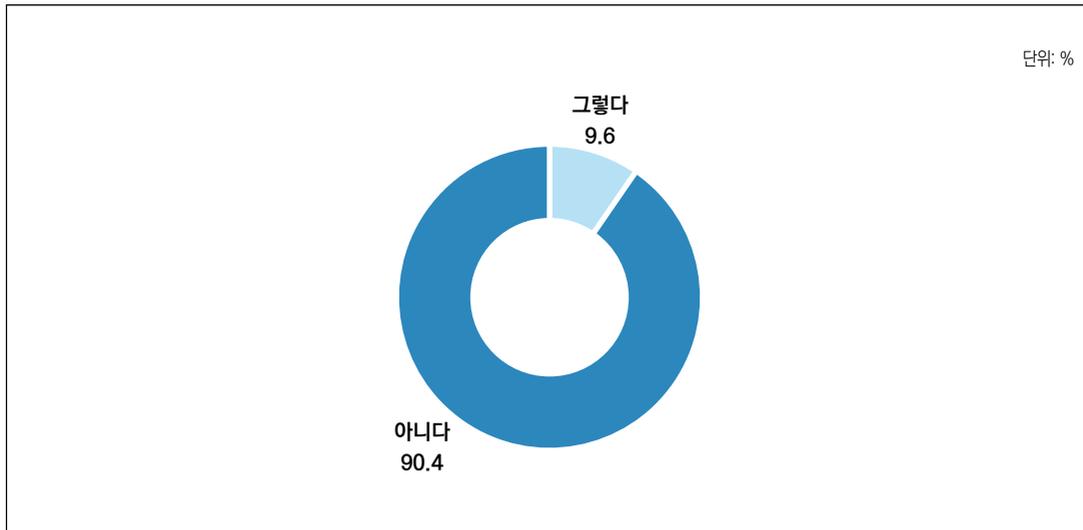
[그림 4-29] 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 넘겨야 한다

[표 4-39] 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 넘겨야 한다
단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다	
전체	(1,340)	8.4	91.6	
소속 유형	주민참여조직	(650)	9.4	90.6
	사회복지사	(232)	6.5	93.5
	생활지원사	(173)	4.6	95.4
	교육부문	(122)	19.7	80.3
	공공부문	(163)	2.5	97.5

* 정답 : 아니다

급박한 자살위기에 처한 사람들이 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋은지에 대해서는 ‘그렇다’ 9.6%, ‘아니다’ 90.4%로 나타나 대부분 정답을 선택하였다. 소속유형별로는 공공부문이 95.7%로 가장 높은 정답률을 보였고, 그다음은 생활지원사 92.5%, 사회복지사 92.2% 등의 순이었다. 반면 교육부문은 82.0%로 가장 낮은 정답률을 보였다.



[그림 4-30] 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다

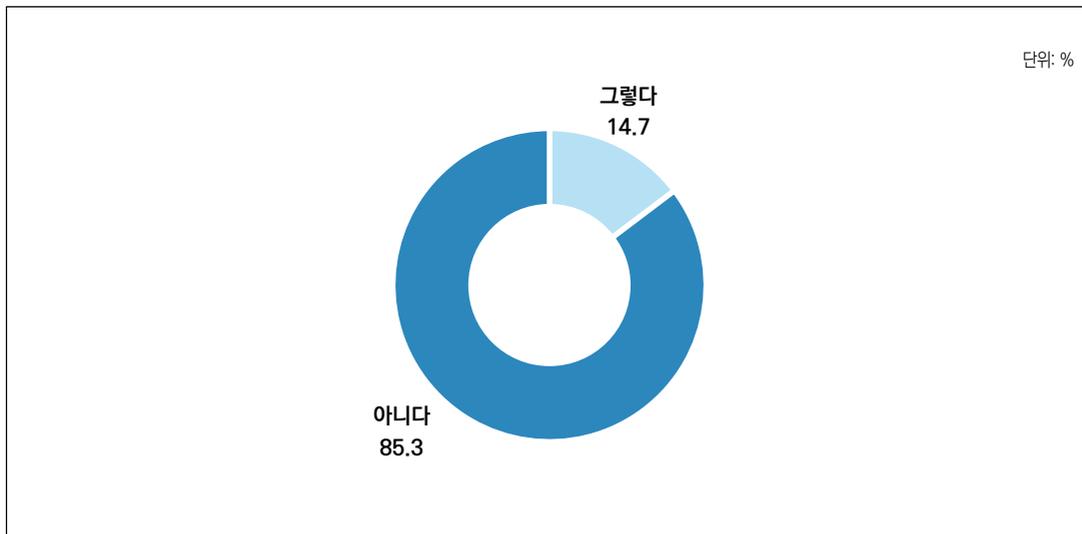
[표 4-40] 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다

단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다	
전체	(1,340)	9.6	90.4	
소속 유형	주민참여조직	(650)	10.6	89.4
	사회복지사	(232)	7.8	92.2
	생활지원사	(173)	7.5	92.5
	교육부문	(122)	18.0	82.0
	공공부문	(163)	4.3	95.7

* 정답 : 아니다

자살이 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생하는지에 대한 질문에서는 ‘그렇다’ 14.7%, ‘아니다’ 85.3%로 나타나 정답인 ‘아니다’를 선택한 응답자가 대부분이었다. 소속유형별로 살펴보면, 생활지원사가 89.6%로 가장 높은 정답률을 보였고, 사회복지사 88.4%, 공공부문 85.3%, 주민참여조직 84.6%, 교육부문 77.0%의 순으로 나타났다.



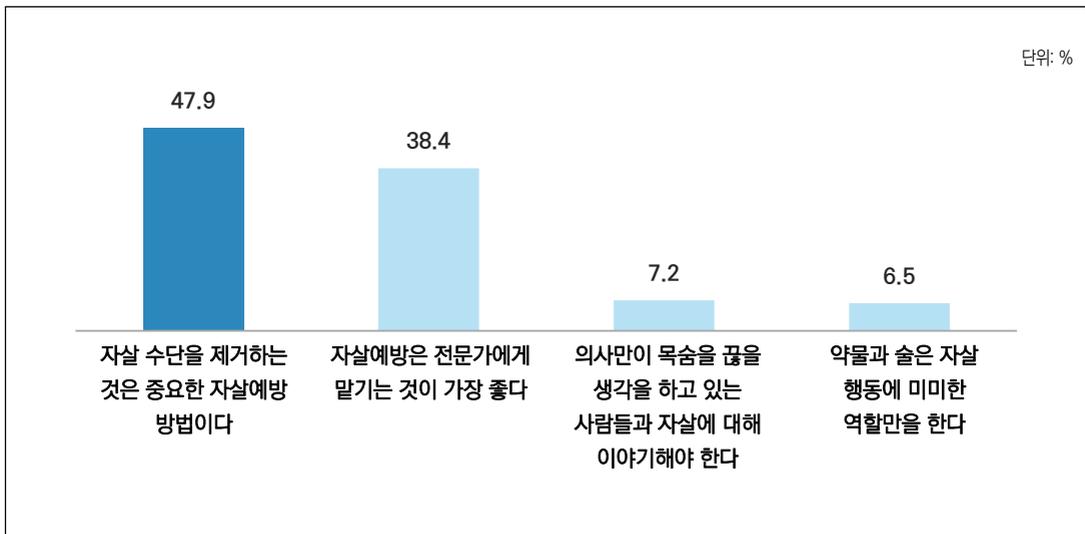
[그림 4-31] 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다

[표 4-41] 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다

구분	사례수	그렇다	아니다	
전체	(1,340)	14.7	85.3	
소속 유형	주민참여조직	(650)	15.4	84.6
	사회복지사	(232)	11.6	88.4
	생활지원사	(173)	10.4	89.6
	교육부문	(122)	23.0	77.0
	공공부문	(163)	14.7	85.3

* 정답 : 아니다

자살과 관련하여 가장 옳은 것이 무엇인지의 질문에서는 ‘자살 수단을 제거하는 것은 중요한 자살예방 방법이다’가 정답으로, 응답률은 47.9%로 가장 높게 나타났다. 소속유형별로 살펴보면, 생활지원사의 응답률이 61.8%로 가장 높았는데, 이는 전체 수준인 47.9%와 비교해서도 상당히 높은 수준이다. 그 뒤는 공공부문이 51.5%였으며, 반대로 가장 낮은 응답률을 보인 소속은 교육부문에 34.4%로 나타났다.



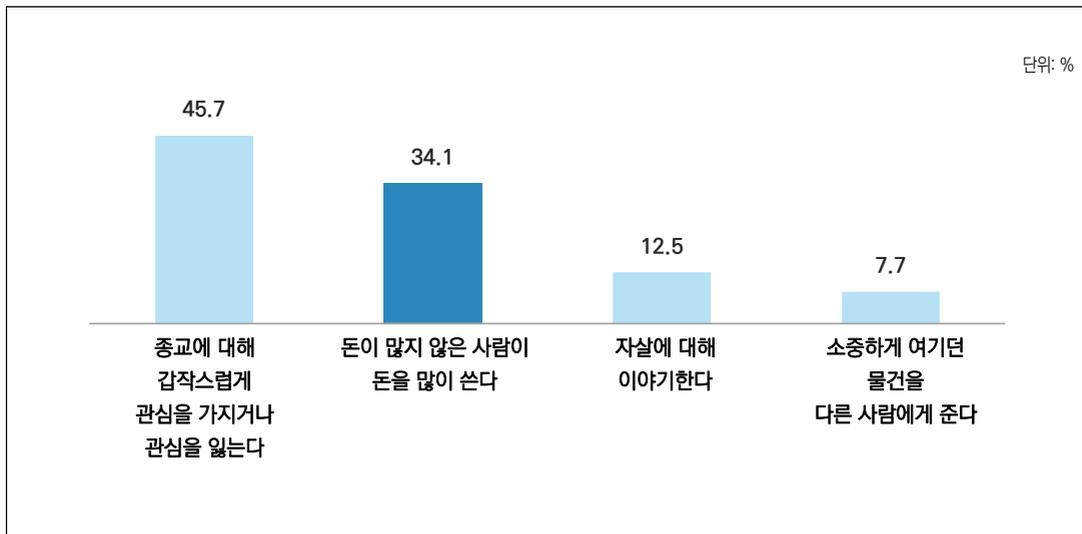
[그림 4-32] 자살 관련 가장 옳다고 생각하는 것

[표 4-42] 자살 관련 가장 옳다고 생각하는 것

구분	사례수	자살 수단을 제거하는 것은 중요한 자살예방 방법이다	자살예방은 전문가에게 말하는 것이 가장 좋다	의사만이 목숨을 끊을 생각을 하고 있는 사람들과 자살에 대해 이야기해야 한다	약물과 술은 자살 행동에 미미한 역할만을 한다	
전체	(1,340)	47.9	38.4	7.2	6.5	
소속 유형	주민참여조직	(650)	47.2	38.8	6.2	7.8
	사회복지사	(232)	44.0	44.4	6.0	5.6
	생활지원사	(173)	61.8	26.6	4.6	6.9
	교육부문	(122)	34.4	42.6	19.7	3.3
	공공부문	(163)	51.5	38.0	6.1	4.3

* 정답 : 자살 수단을 제거하는 것은 중요한 자살예방 방법이다

자살 경고신호가 아닌 것의 정답은 ‘돈이 많지 않은 사람이 돈을 많이 쓴다’로 34.1%만이 정답을 선택하였다. 가장 많은 응답률을 보인 선택지는 ‘종교에 대해 갑작스럽게 관심을 가지거나 관심을 잃는다’(45.7%)였다. 소속유형별로는 생활지원사 부문만 유일하게 오답률 보다 정답을 선택한 비율이 높았다. 다른 유형의 정답률은 주민참여조직이 35.8%, 공공부문 31.3%, 사회복지사 29.7%, 교육부문 25.4%로 나타났다.



[그림 4-33] 자살의 경고신호가 아닌 것

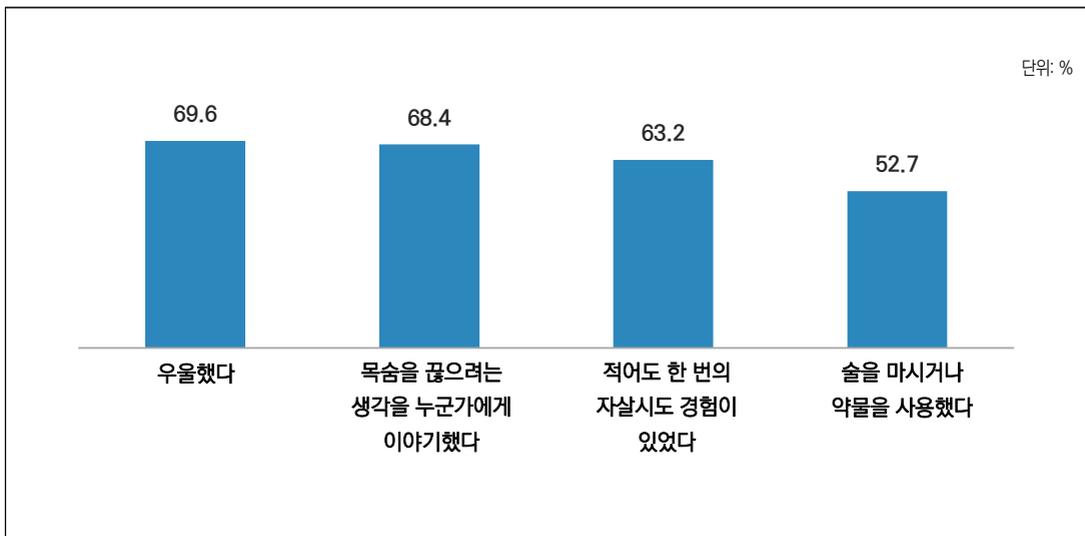
[표 4-43] 자살의 경고신호가 아닌 것

단위: 명, %

구분	사례수	종교에 대해 갑작스럽게 관심을 가지거나 관심을 잃는다	돈이 많지 않은 사람이 돈을 많이 쓴다	자살에 대해 이야기한다	소중하게 여기던 물건을 다른 사람에게 준다	
전체	(1,340)	45.7	34.1	12.5	7.7	
소속 유형	주민참여조직	(650)	38.9	35.8	15.7	9.5
	사회복지사	(232)	55.6	29.7	9.1	5.6
	생활지원사	(173)	41.0	42.2	12.1	4.6
	교육부문	(122)	63.1	25.4	4.9	6.6
	공공부문	(163)	50.9	31.3	10.4	7.4

* 정답 : 돈이 많지 않은 사람이 돈을 많이 쓴다

자살한 사람의 특성으로는 선택지를 ‘모두 선택’하는 것이 정답이었는데 정답률은 32.0%에 그쳤다(표 4-32) 참고). 구체적으로 응답은 ‘우울했다’(69.6%), ‘목숨을 끊으려는 생각을 누군가에게 이야기했다’(68.4%), ‘적어도 한 번의 자살시도 경험이 있었다’(63.2%), ‘술을 마시거나 약물을 사용했다’(52.7%) 순으로 높게 나타났다. 소속유형 별에서는 ‘술을 마시거나 약물을 사용했다’는 응답을 주민참여조직은 47.5%, 생활지원사는 49.7%만이 선택하여 다른 유형에 비해 상대적으로 낮은 응답률을 보였다.



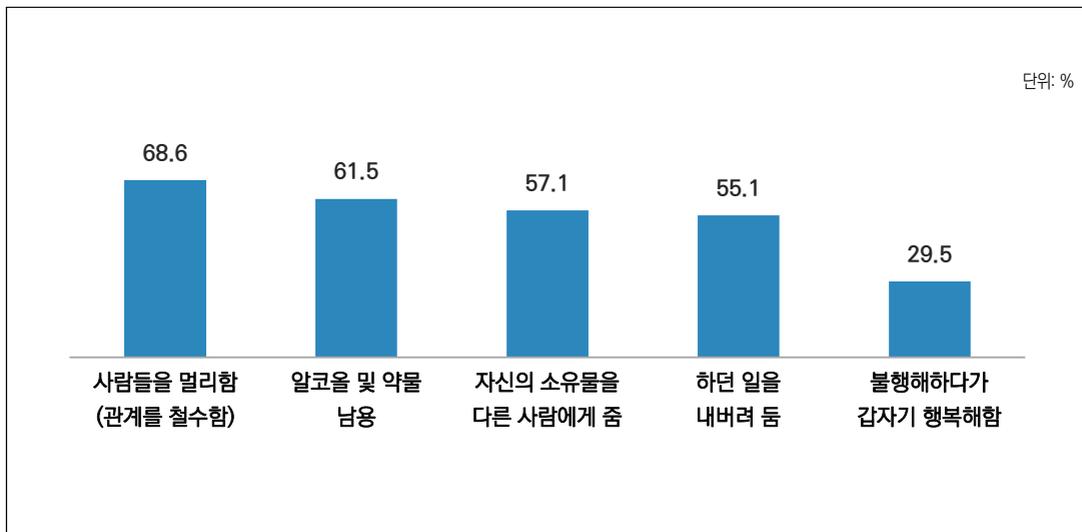
[그림 4-34] 자살한 사람에게 나타나는 특성 (중복응답)

[표 4-44] 자살한 사람에게 나타나는 특성 (중복응답)

구분	사례수	우울했다	목숨을 끊으려는 생각을 누군가에게 이야기했다	적어도 한 번의 자살시도 경험이 있었다	술을 마시거나 약물을 사용했다	
전체	(1,340)	69.6	68.4	63.2	52.7	
소속 유형	주민참여조직	(650)	67.7	65.7	60.8	47.5
	사회복지사	(232)	74.1	76.7	74.1	61.6
	생활지원사	(173)	79.8	71.1	58.4	49.7
	교육부문	(122)	57.4	59.8	57.4	55.7
	공공부문	(163)	69.3	71.2	66.9	61.3

* 정답 : 4개 모두 선택

자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호로는 선택지를 ‘모두 선택’하는 것이 정답이었으나 정답률은 15.4%에 그쳐 14개 문항 중 가장 오답이 많았다([표 4-32] 참고). 구체적으로 살펴보면, ‘사람들을 멀리함’이 68.6%로 가장 높았으며, 다음으로 ‘알코올 및 약물 남용’(61.5%), ‘자신의 소유물을 다른 사람에게 줌’(57.1%), ‘하던 일을 내버려둠’(55.1%) 등의 순으로 높게 나타났다. 반면, ‘불행해하다가 갑자기 행복해함’은 29.5%에 그쳐 가장 낮은 선택률을 보였다. 소속유형별로 살펴보면 모든 유형에서 ‘불행해하다가 갑자기 행복해함’을 선택한 비율이 상대적으로 낮다는 것을 확인할 수 있다.



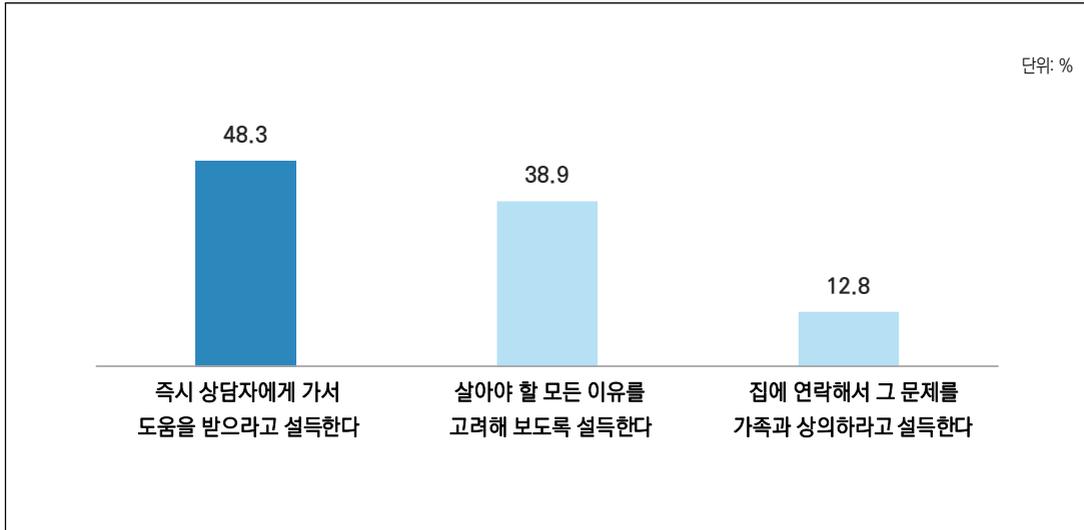
[그림 4-35] 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호 (중복응답)

[표 4-45] 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호 (중복응답)

구분	사례수	사람들을 멀리함(관계를 철수함)	알코올 및 약물 남용	자신의 소유물을 다른 사람에게 줌	하던 일을 내버려 둠	불행해하다가 갑자기 행복해함	
전체	(1,340)	68.6	61.5	57.1	55.1	29.5	
소속 유형	주민참여조직	(650)	67.5	59.1	52.2	50.5	26.9
	사회복지사	(232)	72.0	70.7	67.7	65.5	34.9
	생활지원사	(173)	78.0	54.9	60.1	43.9	20.2
	교육부문	(122)	54.9	59.0	54.1	58.2	30.3
	공공부문	(163)	68.1	66.9	60.7	68.1	41.1

* 정답 : 5개 모두 선택

자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방법의 질문은 ‘즉시 상담자에게 가서 도움을 받으라고 설득한다’가 정답으로 정답을 선택한 비율이 48.3%로 가장 많았다. 소속유형별로는 공공부문(55.2%)의 정답률이 가장 높았고, 사회복지사가 50.9%로 뒤를 이었으며, 교육부문 45.9%로 가장 낮았다.



[그림 4-36] 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방법

[표 4-46] 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방법

구분	사례수	즉시 상담자에게 가서 도움을 받으라고 설득한다	살아야 할 모든 이유를 고려해 보도록 설득한다	집에 연락해서 그 문제를 가족과 상의하라고 설득한다	
전체	(1,340)	48.3	38.9	12.8	
소속 유형	주민참여조직	(650)	46.5	39.2	14.3
	사회복지사	(232)	50.9	40.1	9.1
	생활지원사	(173)	46.8	43.9	9.2
	교육부문	(122)	45.9	33.6	20.5
	공공부문	(163)	55.2	35.0	9.8

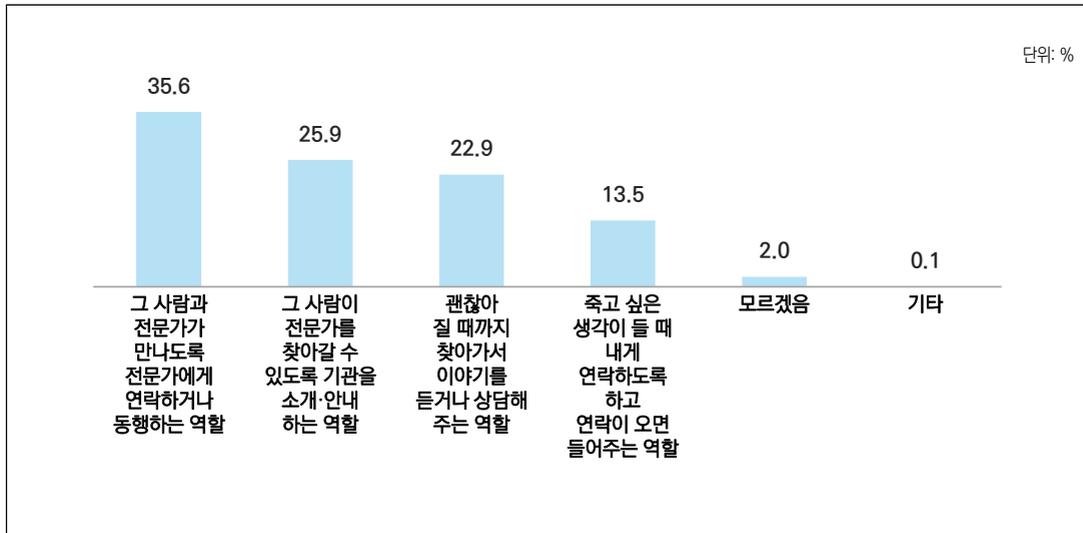
* 정답 : 즉시 상담자에게 가서 도움을 받으라고 설득한다

4. 자살 대응 행동

1) 자살위험이 있는 사람에 대한 대처

자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할로는 ‘그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할’이 35.6%로 가장 높았다. 다음으로는 ‘그 사람이 전문가를 찾아갈 수 있도록 기관을 소개·안내하는 역할’(25.9%), ‘괜찮아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해주는 역할’(22.9%) 등의 순으로 높게 나타났다. 실제 자살위험자를 발견했을 때 전문가를 통해 개입할 수 있도록 하는 것이 중요한 만큼 가장 많은 응답자가 자살위험이 있는 사람에 대해 올바른 대처 방안을 알고 있는 것을 알 수 있다.

소속유형별로 살펴보면, 주민참여조직, 사회복지사, 생활지원사는 ‘그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할’의 응답이 가장 높았다. 반면, 교육부분은 ‘괜찮아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해 주는 역할’이 37.7%로 가장 높은 것으로 나타났다. 이는 일부 교육부문에서는 상담가를 통한 정신건강 대응이 직접 이루어지기 때문이라고 해석해 볼 수 있다. 공공부문에서는 ‘그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할’과 ‘괜찮아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해 주는 역할’이 동일하게 30.1%로 가장 높은 비율이었다.



[그림 4-37] 자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할

[표 4-47] 자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할

단위: 명, %

구분	사례수	그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할	그 사람이 전문가를 찾아갈 수 있도록 기관을 소개·안내하는 역할	관심아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해 주는 역할	죽고 싶은 생각이 들 때 내게 연락하도록 하고 연락이 오면 들어주는 역할	모르겠음	기타	
전체	(1,340)	35.6	25.9	22.9	13.5	2.0	0.1	
소속 유형	주민참여조직	(650)	35.2	28.2	20.2	13.4	3.1	0.0
	사회복지사	(232)	38.8	24.1	18.5	16.8	1.3	0.4
	생활지원사	(173)	42.2	22.5	22.0	12.7	0.6	0.0
	교육부문	(122)	29.5	20.5	37.7	12.3	0.0	0.0
	공공부문	(163)	30.1	27.0	30.1	11.0	1.8	0.0

2) 자살예방행동 역량

(1) 전체 점수

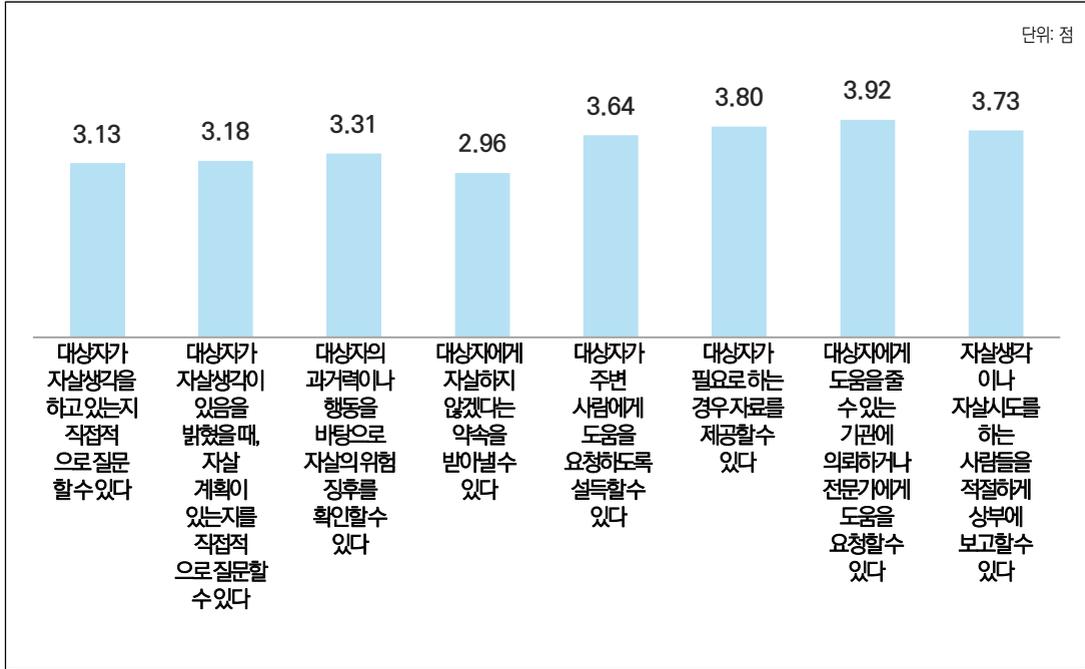
자살예방행동 역량은 평균 3.46점의 수준으로 나타났다(5점 만점, 점수가 높을수록 자살예방행동 역량이 높음). 소속유형별로 살펴보면 교육부문이 평균 3.67점으로 가장 높았고, 생활지원사가 3.57점, 사회복지사가 3.53점, 공공부문이 3.46점, 주민참여조직이 3.36점의 순이었다.

[표 4-48] 자살예방행동_총점

단위: 명, 점

구분	사례수	평균	표준편차	
전체	(1,340)	3.46	0.71	
소속 유형	주민참여조직	(650)	3.36	0.76
	사회복지사	(232)	3.53	0.65
	생활지원사	(173)	3.57	0.63
	교육부문	(122)	3.67	0.63
	공공부문	(163)	3.46	0.63

문항별로 살펴보면, ‘대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다’가 5점 만점 평균 3.92점으로 가장 높았다. 그다음으로는 ‘대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다’(3.80점), ‘자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다’(3.73점) 등의 순이었다. 한편, 상대적으로 점수가 낮은 문항은 ‘대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살 계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다’(3.18점), ‘대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다’(3.13점), ‘대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다’(2.96점)의 3 문항이었다. 점수가 낮은 문항에서는 공통적으로 대상자를 직접 만나 자살에 대한 대화를 나누어야 한다는 특성을 가지고 있다.



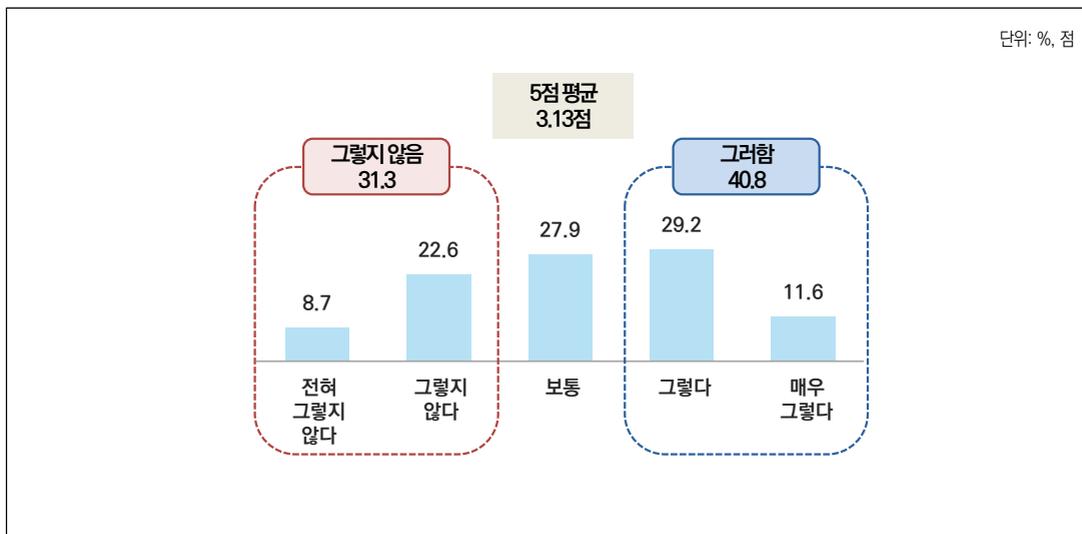
[그림 4-38] 자살예방행동_모음

[표 4-49] 자살예방행동_모음

구분	사례수	종합	대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다	대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다	대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	대상자가 필요하는 경우 자료를 제공할 수 있다	대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다
전체	(1,340)	3.46	3.13	3.18	3.31	2.96	3.64	3.80	3.92	3.73
소속 유형	주민참여조직 (650)	3.36	2.97	3.08	3.20	2.90	3.58	3.68	3.83	3.63
	사회복지사 (232)	3.53	3.24	3.19	3.31	2.94	3.72	3.95	4.04	3.82
	생활지원사 (173)	3.57	3.16	3.28	3.49	2.98	3.70	3.97	4.08	3.94
	교육부문 (122)	3.67	3.59	3.48	3.53	3.35	3.78	3.87	3.97	3.80
	공공부문 (163)	3.46	3.20	3.21	3.37	2.89	3.60	3.82	3.90	3.71

(2) 세부 문항

문항별로 살펴본 내용은 다음과 같다. 먼저, 대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않음’ 31.3%, ‘그려함’ 40.8%로 ‘그렇다’라고 응답한 경우가 약간 더 많았다. 5점 만점 평균으로 환산했을 때는 평균 3.13점으로 보통 이상의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문(3.59점)이 가장 높고 주민참여조직(2.97점)이 가장 낮았다.



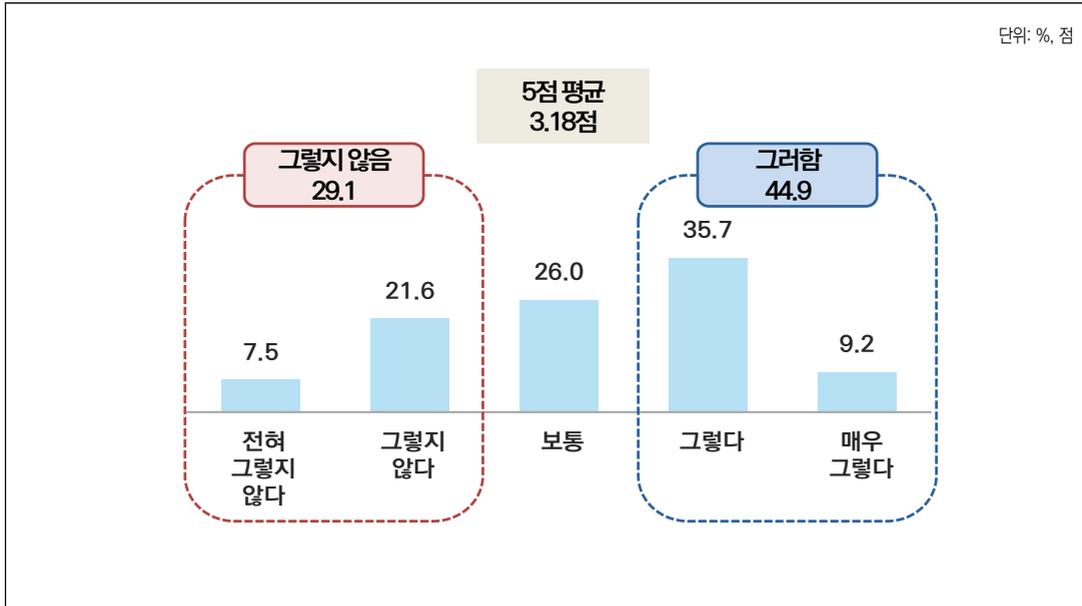
[그림 4-39] 자살예방행동_대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다

[표 4-50] 자살예방행동_대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	8.7	22.6	27.9	29.2	11.6	31.3	40.8	3.13	1.15	
소속 유형	주민참여조직	(650)	11.4	27.8	25.1	23.8	11.8	39.2	35.7	2.97	1.20
	사회복지사	(232)	6.9	17.7	29.3	36.6	9.5	24.6	46.1	3.24	1.07
	생활지원사	(173)	8.1	19.7	31.2	30.1	11.0	27.7	41.0	3.16	1.11
	교육부문	(122)	3.3	8.2	34.4	34.4	19.7	11.5	54.1	3.59	1.00
	공공부문	(163)	4.9	22.7	28.8	35.0	8.6	27.6	43.6	3.20	1.04

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않음’ 29.1%, ‘그러함’ 44.9%로 ‘그러함’이라고 응답한 비율이 더 높았다. 이는 5점 만점 평균 3.18점의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문(3.48점)이 가장 높고, 주민참여조직(3.08점)이 가장 낮은 것으로 나타났다.



[그림 4-40] 자살예방행동 대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다

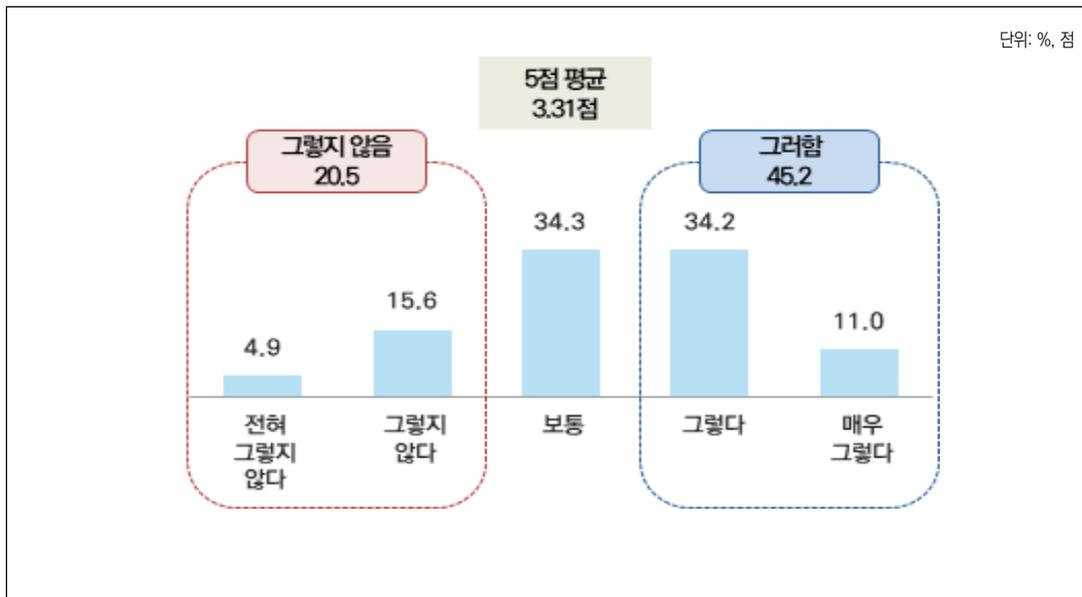
[표 4-51] 자살예방행동대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그러함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	7.5	21.6	26.0	35.7	9.2	29.1	44.9	3.18	1.10	
소속 유형	주민참여조직	(650)	8.8	24.8	25.2	32.6	8.6	33.5	41.2	3.08	1.12
	사회복지사	(232)	8.2	19.8	24.1	40.1	7.8	28.0	47.8	3.19	1.10
	생활지원사	(173)	5.8	18.5	24.3	44.5	6.9	24.3	51.4	3.28	1.03
	교육부문	(122)	4.1	14.8	29.5	32.8	18.9	18.9	51.6	3.48	1.08
	공공부문	(163)	5.5	20.2	30.7	35.0	8.6	25.8	43.6	3.21	1.04

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그러함)

대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않음’ 20.5%, ‘그려함’ 45.2%로 나타났다. 5점 만점으로 환산했을 때는 평균 3.31점이었다. 소속유형별로 살펴보면, 교육부문이 평균 3.53점으로 가장 높은 점수를 보였으며, 그 뒤는 생활지원사(3.49점), 공공부문(3.37점), 사회복지사(3.31점), 주민참여조직(3.20점)의 순이었다.



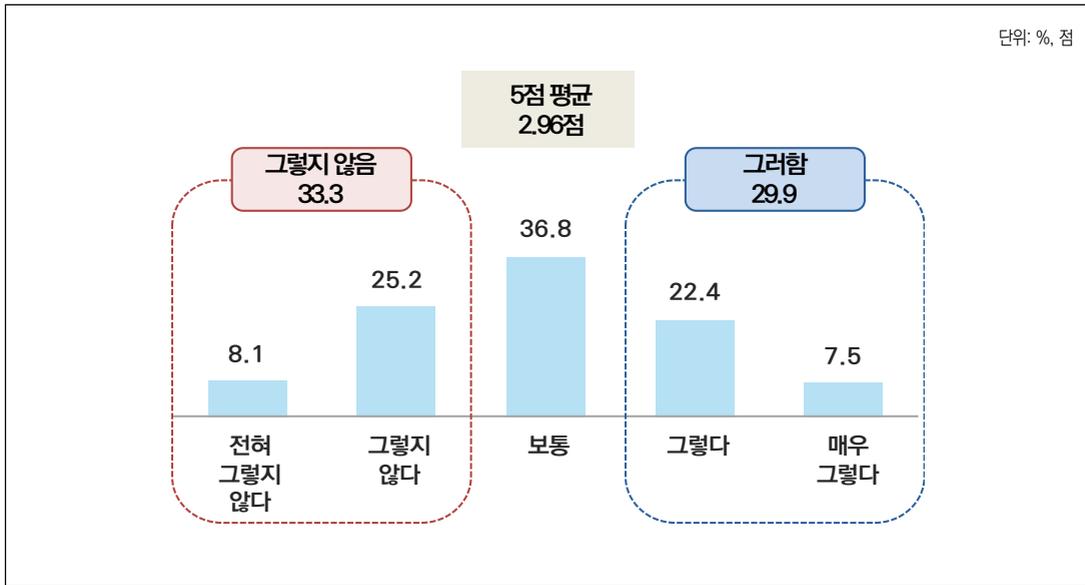
[그림 4-41] 자살예방행동_대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다

[표 4-52] 자살예방행동_대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	4.9	15.6	34.3	34.2	11.0	20.5	45.2	3.31	1.02	
소속 유형	주민참여조직	(650)	6.5	19.4	33.8	28.2	12.2	25.8	40.3	3.20	1.09
	사회복지사	(232)	6.0	13.4	32.3	39.7	8.6	19.4	48.3	3.31	1.01
	생활지원사	(173)	2.9	6.9	39.3	39.9	11.0	9.8	50.9	3.49	0.89
	교육부문	(122)	0.8	17.2	24.6	42.6	14.8	18.0	57.4	3.53	0.97
	공공부문	(163)	1.8	11.7	41.1	38.0	7.4	13.5	45.4	3.37	0.85

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아들일 수 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않음’ 33.3%, ‘그려함’ 29.9%로 나타났다. 이는 평균 점수(5점 만점)로 환산했을 때 2.96점의 수준으로 보통에 미치지 못하는 점수였다. 소속유형별로는 교육부문(3.35점)의 평균이 가장 높았다. 다른 소속에서는 모두 2점대로 나타나 교육부문과 평균 점수 차이가 상대적으로 컸다. 공공부문이 평균 2.89점으로 가장 낮았다.



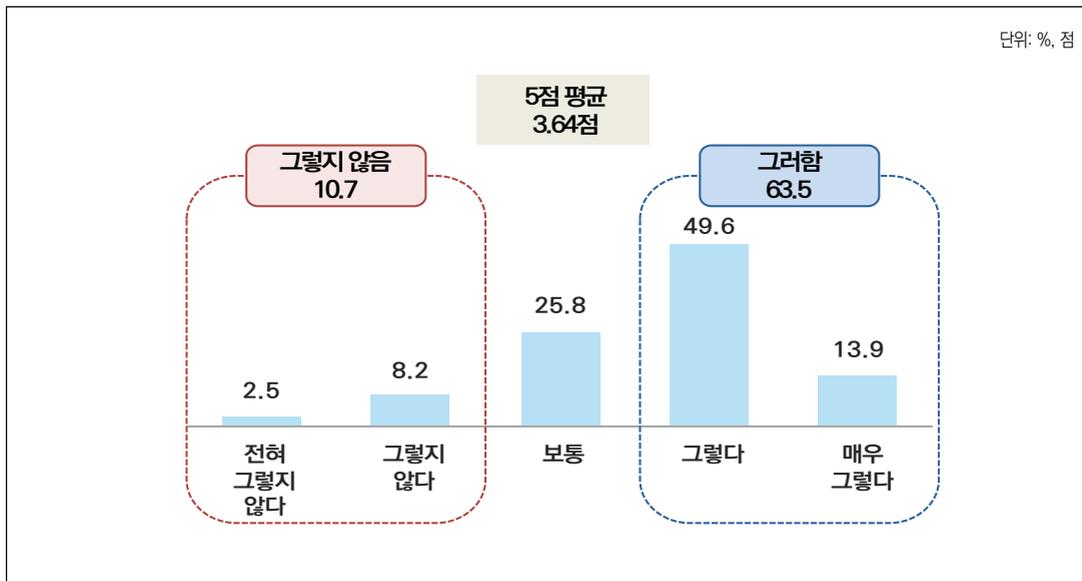
[그림 4-42] 자살예방행동_대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아들일 수 있다

[표 4-53] 자살예방행동_대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아들일 수 있다

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	8.1	25.2	36.8	22.4	7.5	33.3	29.9	2.96	1.05	
소속 유형	주민참여조직	(650)	9.8	28.0	33.4	19.8	8.9	37.8	28.8	2.90	1.11
	사회복지사	(232)	9.5	21.1	40.1	24.1	5.2	30.6	29.3	2.94	1.02
	생활지원사	(173)	4.6	24.3	43.9	22.5	4.6	28.9	27.2	2.98	0.92
	교육부문	(122)	2.5	15.6	36.9	34.4	10.7	18.0	45.1	3.35	0.95
	공공부문	(163)	7.4	28.2	38.0	20.9	5.5	35.6	26.4	2.89	1.00

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않음’ 10.7%, ‘그러함’ 63.5%로 다수의 응답자가 ‘그러함’이라고 응답하였다. 이는 5점 만점 평균 3.64점에 해당하는 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문이 평균 3.78점으로 가장 높았고, 사회복지사 3.72점, 생활지원사 3.70점 등의 순이었다. 가장 낮은 점수는 주민참여조직으로 3.58점이었다.



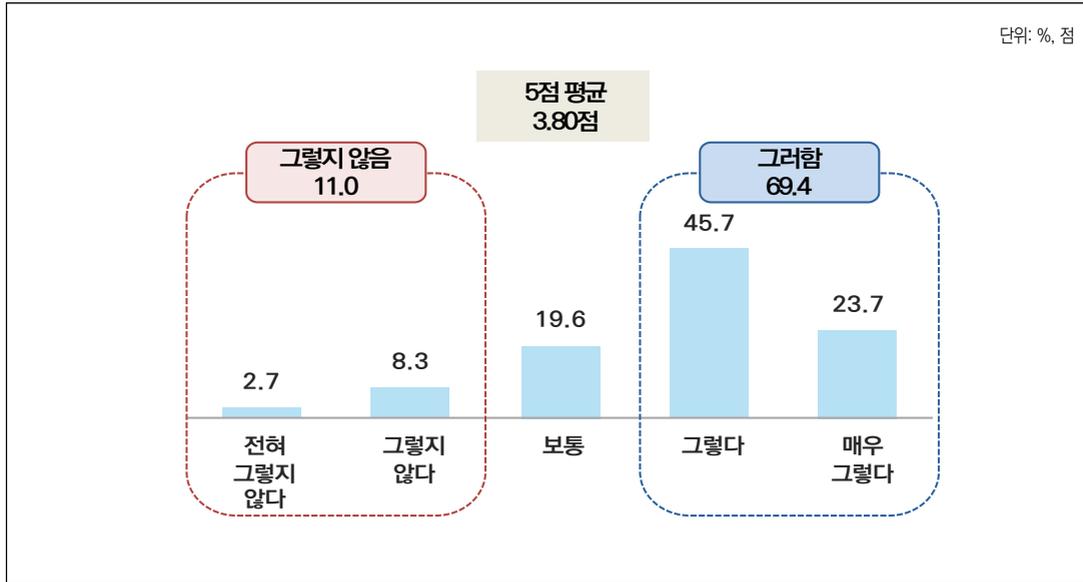
[그림 4-43] 자살예방행동_대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다

[표 4-54] 자살예방행동_대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그러함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	2.5	8.2	25.8	49.6	13.9	10.7	63.5	3.64	0.91	
소속 유형	주민참여조직	(650)	3.5	10.3	25.7	45.4	15.1	13.8	60.5	3.58	0.98
	사회복지사	(232)	3.4	6.0	22.0	52.2	16.4	9.5	68.5	3.72	0.93
	생활지원사	(173)	0.6	5.2	27.2	57.8	9.2	5.8	67.1	3.70	0.73
	교육부문	(122)	0.8	6.6	20.5	58.2	13.9	7.4	72.1	3.78	0.80
	공공부문	(163)	0.6	7.4	34.4	47.2	10.4	8.0	57.7	3.60	0.80

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그러함)

대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있는지에 대해서는 ‘그렇지 않음’ 11.0%, ‘그리함’ 69.4%로 나타났다. 5점 만점 평균 3.80점에 해당하는 수준이었다. 소속유형별로 살펴보면, 생활지원사가 평균 3.97점으로 가장 높았고, 사회복지사 3.95점 등의 순이었다. 주민참여조직이 3.68점으로 가장 낮은 점수를 보였다.



[그림 4-44] 자살예방행동_대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다

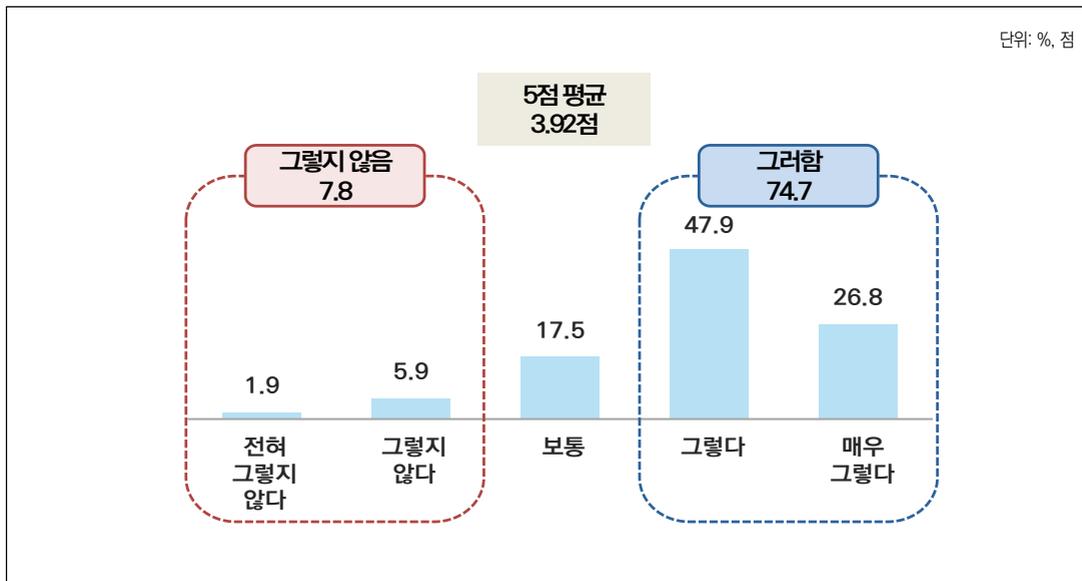
[표 4-55] 자살예방행동_대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그리함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	2.7	8.3	19.6	45.7	23.7	11.0	69.4	3.80	0.98	
소속 유형	주민참여조직	(650)	3.5	10.2	21.4	45.1	19.8	13.7	64.9	3.68	1.02
	사회복지사	(232)	2.6	6.9	12.9	48.3	29.3	9.5	77.6	3.95	0.97
	생활지원사	(173)	0.6	4.6	20.2	46.8	27.7	5.2	74.6	3.97	0.85
	교육부문	(122)	4.9	4.9	18.0	42.6	29.5	9.8	72.1	3.87	1.05
	공공부문	(163)	0.0	9.2	22.1	46.0	22.7	9.2	68.7	3.82	0.89

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그리함)

대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있는 지에 대해서는 ‘그렇지 않음’ 7.8%, ‘그려함’ 74.7%로 나타났다. 평균 점수로 환산했을 때, 5점 만점에 3.92점의 수준이었다. 소속유형별로는 생활지원사가 평균 4.08점으로 가장 높았고, 사회복지사 4.04점, 교육부문 3.97점, 공공부문 3.90점, 주민참여조직 3.83점의 순이었다.



[그림 4-45] 자살예방행동_대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다

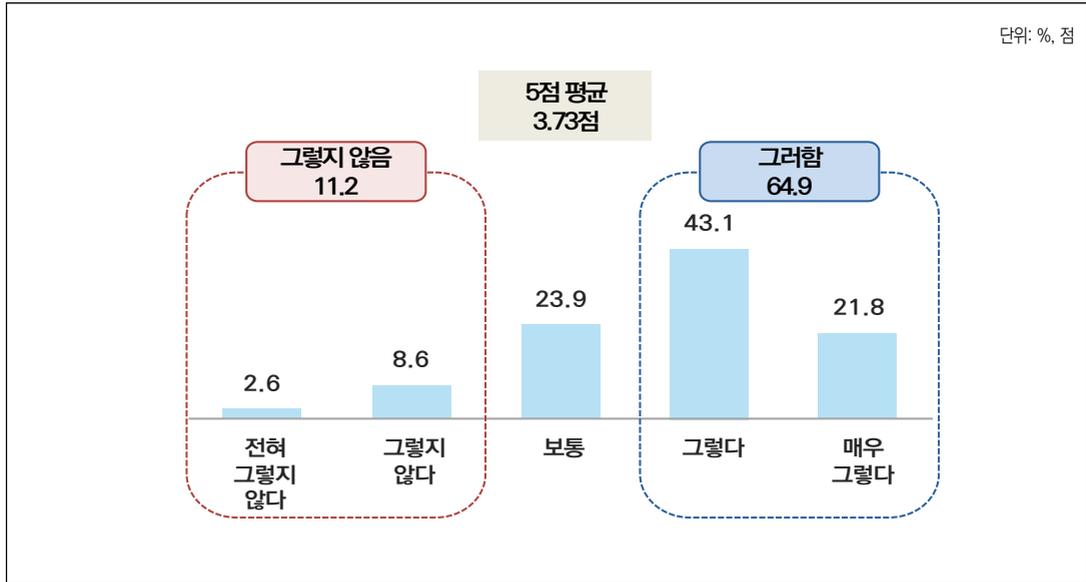
[표 4-56] 자살예방행동_대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	1.9	5.9	17.5	47.9	26.8	7.8	74.7	3.92	0.92	
소속 유형	주민참여조직	(650)	2.5	7.1	18.9	48.3	23.2	9.5	71.5	3.83	0.95
	사회복지사	(232)	1.7	3.9	15.5	46.6	32.3	5.6	78.9	4.04	0.89
	생활지원사	(173)	0.6	4.6	11.6	53.2	30.1	5.2	83.2	4.08	0.81
	교육부문	(122)	3.3	4.1	17.2	43.4	32.0	7.4	75.4	3.97	0.98
	공공부문	(163)	0.6	6.7	20.9	46.0	25.8	7.4	71.8	3.90	0.89

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있는지에 대해서 질문한 결과, ‘그렇지 않음’ 11.2%, ‘그러함’ 64.9%로 나타났다. 이는 5점 만점 평균 3.73점의 수준이었다. 소속유형별로 살펴보면, 생활지원사가 평균 3.94점으로 점수가 가장 높았고, 주민참여조직이 3.63점으로 점수가 가장 낮았다.



[그림 4-46] 자살예방행동_자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다

[표 4-57] 자살예방행동_자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다

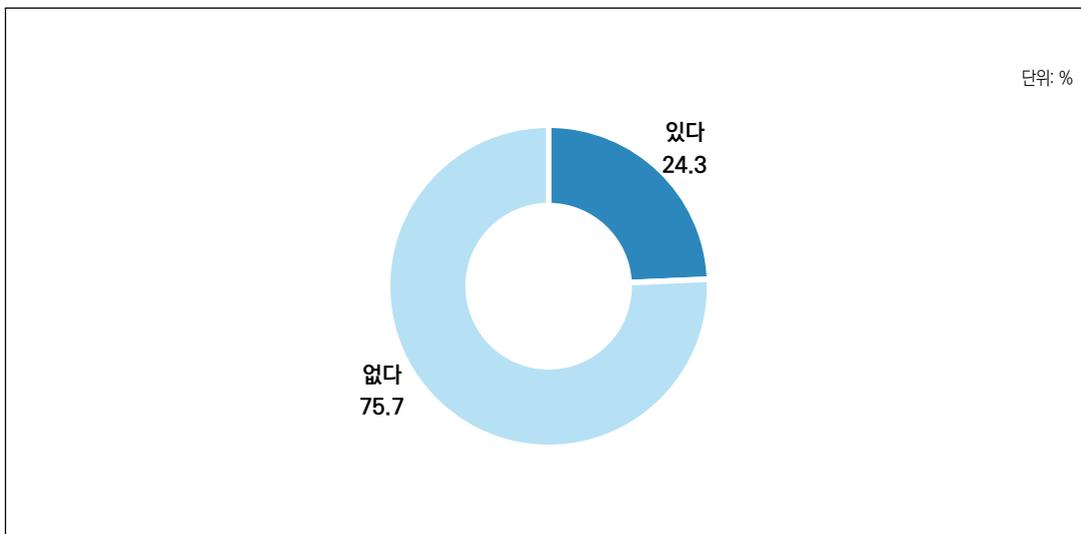
단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그러함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	2.6	8.6	23.9	43.1	21.8	11.2	64.9	3.73	0.98	
소속 유형	주민참여조직	(650)	4.0	9.8	24.5	42.8	18.9	13.8	61.7	3.63	1.03
	사회복지사	(232)	2.2	9.5	18.1	44.4	25.9	11.6	70.3	3.82	0.99
	생활지원사	(173)	1.2	3.5	23.7	43.9	27.7	4.6	71.7	3.94	0.87
	교육부문	(122)	1.6	6.6	24.6	44.3	23.0	8.2	67.2	3.80	0.92
	공공부문	(163)	0.0	9.8	29.4	40.5	20.2	9.8	60.7	3.71	0.90

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그러함)

3) 자살위험군을 만난 경험

자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 ‘경험이 있는’ 응답자는 24.3%, ‘경험이 없는’ 응답자는 75.7%로 나타났다. 소속유형별로는 공공부문(39.9%), 교육부문(38.5%), 사회복지사(32.3%) 유형에서 자살위험 의심자를 만난 경험이 상대적으로 높았다. 반면, 주민참여조직은 17.1%, 생활지원사는 16.2%만이 자살위험이 의심되는 사람을 만난 경험이 있다고 밝혔다.



[그림 4-47] 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 경험

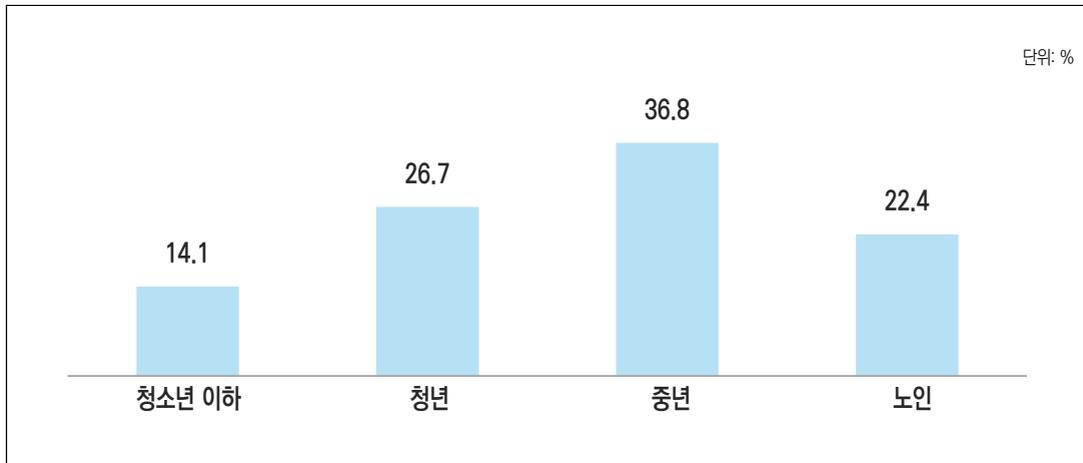
[표 4-58] 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 경험

구분		사례수	있다	없다
전체		(1,340)	24.3	75.7
소속 유형	주민참여조직	(650)	17.1	82.9
	사회복지사	(232)	32.3	67.7
	생활지원사	(173)	16.2	83.8
	교육부문	(122)	38.5	61.5
	공공부문	(163)	39.9	60.1

(1) 자살위험이 있는 사람 만난 경우

자살위험이 있는 사람을 만난 적이 있다고 응답한 자는 326명으로 나타났다. 그들이 만난 자살위험이 있는 사람의 주 연령대로는 ‘중년’이 36.8%로 가장 높았고, 그다음으로 ‘청년’(26.7%), ‘노인’(22.4%), ‘청소년 이하’(14.1%)의 순이었다.

소속유형별로는 교육부문은 ‘청소년 이하’(57.4%), 생활지원사는 ‘노인’(78.6%)을 만났다고 응답한 비율이 높게 나타나 각자의 활동 영역과 만난 대상이 관련이 있었다. 반면, 다양한 연령과 특성의 지역주민을 만나는 주민참여조직(38.7%)과 사회복지사(40.0%), 공공부문(53.8%)에서는 ‘중년’이라고 응답한 비율이 가장 높았다.

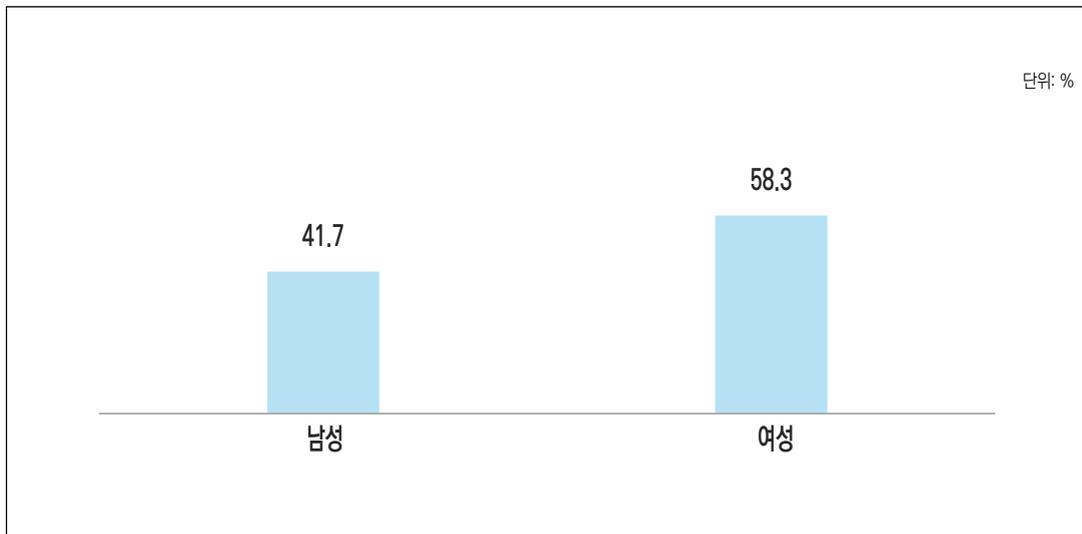


[그림 4-48] 자살위험이 있는 사람의 주 연령대

[표 4-59] 자살위험이 있는 사람의 주 연령대

구분	사례수	청소년 이하	청년	중년	노인	
전체	(326)	14.1	26.7	36.8	22.4	
소속 유형	주민참여조직	(111)	7.2	34.2	38.7	19.8
	사회복지사	(75)	10.7	29.3	40.0	20.0
	생활지원사	(28)	3.6	0.0	17.9	78.6
	교육부문	(47)	57.4	17.0	14.9	10.6
	공공부문	(65)	3.1	29.2	53.8	13.8

자살위험이 있는 사람을 만났을 때, 위험자의 성별이 '여성'이었던 경우가 58.3%로 '남성'(41.7%)보다 높았다. 소속유형별로는 교육부문은 '여성'이 70.2%로 가장 높았으며, 사회복지사 60.0%, 주민참여조직 59.5%, 생활지원사 53.6%로 여성을 만난 경우가 남성을 만난 경우보다 높은 것을 알 수 있다. 반면, 공공부문에서만 남성(52.3%)이 여성보다 높게 나타났다.



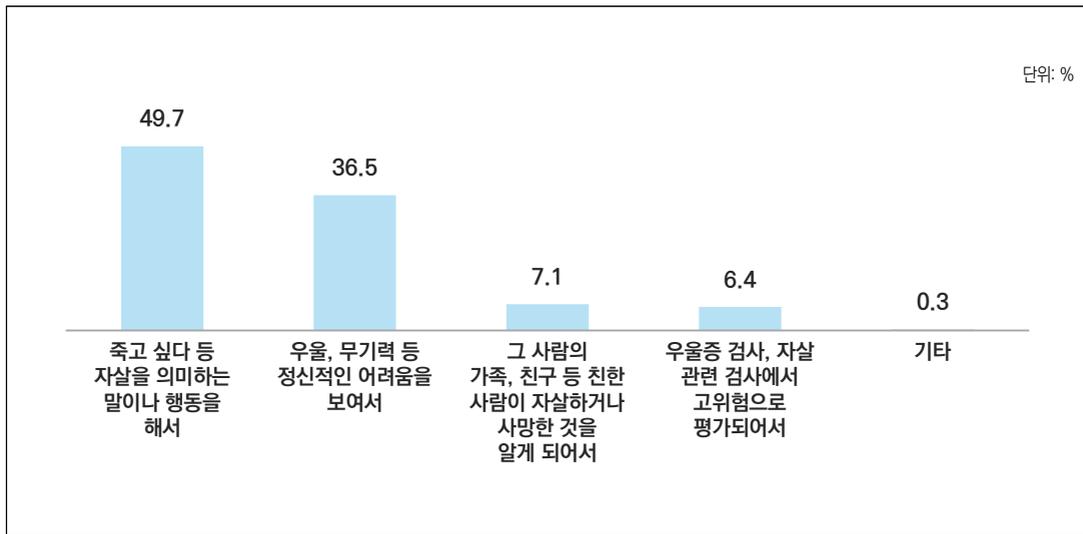
[그림 4-49] 자살위험이 있는 사람의 성별

[표 4-60] 자살위험이 있는 사람의 성별

단위: 명, %

구분	사례수	남성	여성	
전체	(326)	41.7	58.3	
소속 유형	주민참여조직	(111)	40.5	59.5
	사회복지사	(75)	40.0	60.0
	생활지원사	(28)	46.4	53.6
	교육부문	(47)	29.8	70.2
	공공부문	(65)	52.3	47.7

자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법으로는 ‘죽고 싶다 등 자살을 의미하는 말이나 행동을 해서’(49.7%), ‘우울, 무기력 등 정신적인 어려움을 보여서’(36.5%) 등으로 나타났다. 소속유형별로도 두 개 응답의 선택 비율이 가장 높았다.



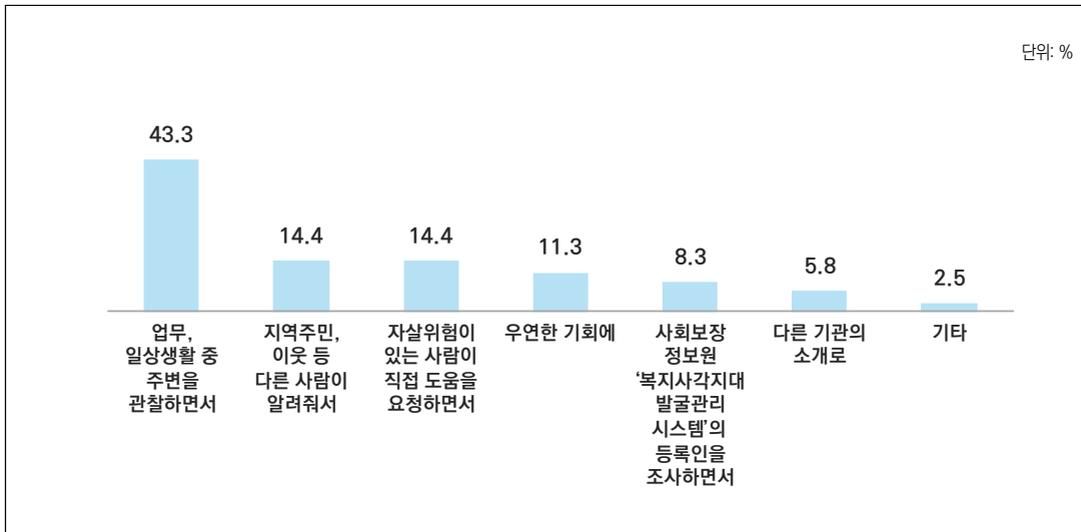
[그림 4-50] 자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법

[표 4-61] 자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법

구분	사례수	죽고 싶다 등 자살을 의미하는 말이나 행동을 해서	우울, 무기력 등 정신적인 어려움을 보여서	그 사람의 가족, 친구 등 친한 사람이 자살하거나 사망한 것을 알게 되어서	우울증 검사, 자살 관련 검사에서 고위험으로 평가되어서	기타	
전체	(326)	49.7	36.5	7.1	6.4	0.3	
소속 유형	주민참여조직	(111)	33.3	47.7	10.8	8.1	0.0
	사회복지사	(75)	62.7	26.7	5.3	5.3	0.0
	생활지원사	(28)	57.1	42.9	0.0	0.0	0.0
	교육부문	(47)	42.6	40.4	6.4	8.5	2.1
	공공부문	(65)	64.6	23.1	6.2	6.2	0.0

자살위험이 있는 사람을 처음 만난 주된 경로는 ‘업무, 일상생활 중 주변을 관찰하면서’가 43.3%로 가장 높게 나타났다. 그 뒤는 ‘지역주민, 이웃 등 다른 사람이 알려줘서’와 ‘자살위험이 있는 사람이 직접 도움을 요청하면서’가 각각 14.1%로 뒤를 이었다.

소속유형별로는 모든 유형에서 ‘업무, 일상생활 중 주변을 관찰하면서’라고 응답한 비율이 가장 높았다. 특히 사항으로는 교육부문에서 ‘자살위험이 있는 사람이 직접 도움을 요청하면서’의 응답률이 25.5%로 다른 유형과 비교하여 상대적으로 높은 편이었다. 주민참여조직의 경우는 ‘업무, 일상생활 중 주변을 관찰하면서’가 27.0%로 가장 많았지만, ‘우연한 기회에’도 22.5%로 비교적 많았다.



[그림 4-51] 자살위험이 있는 사람을 처음 만나게 된 주된 경로

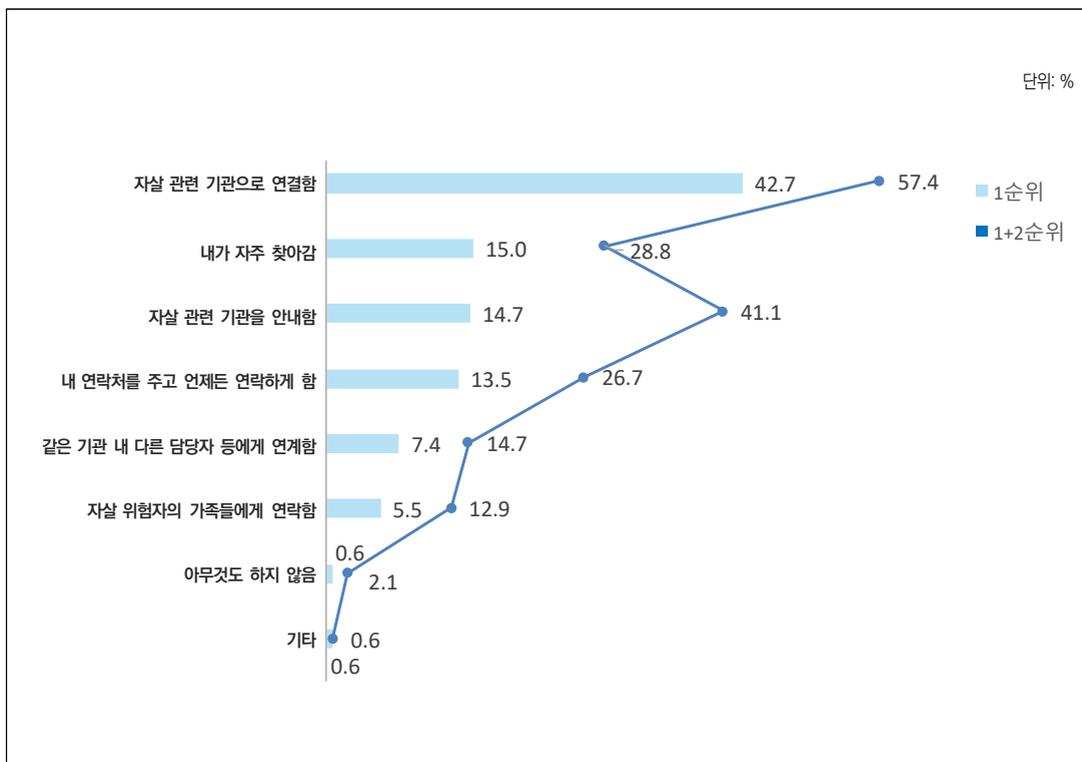
[표 4-62] 자살위험이 있는 사람을 처음 만나게 된 주된 경로

단위: 명, %

구분	사례수	업무, 일상생활 중 주변을 관찰하면서	지역주민, 이웃 등 다른 사람이 알려줘서	자살위험이 있는 사람이 직접 도움을 요청하면서	우연한 기회에	사회보장정보원 '복지사각지대 발굴관리 시스템'의 등록인을 조사하면서	다른 기관의 소개로	기타	
전체	(326)	43.3	14.4	14.4	11.3	8.3	5.8	2.5	
소속 유형	주민참여조직	(111)	27.0	18.9	9.9	22.5	13.5	6.3	1.8
	사회복지사	(75)	52.0	13.3	17.3	6.7	1.3	4.0	5.3
	생활지원사	(28)	67.9	7.1	10.7	3.6	10.7	0.0	0.0
	교육부문	(47)	46.8	4.3	25.5	4.3	4.3	12.8	2.1
	공공부문	(65)	47.7	18.5	12.3	6.2	9.2	4.6	1.5

자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처 1순위로는 ‘자살 관련 기관으로 연결함’이 42.7%로 가장 높았으며, 다음으로 ‘내가 자주 찾아감’(15.0%), ‘자살 관련 기관을 안내(소개)함’(14.7%), ‘내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함’(13.5%) 등의 순이었다. 모든 소속유형에서 ‘자살관련 기관으로 연결함’이 가장 높은 응답률을 보였다. 한편, 사회복지사와 생활지원사는 ‘내가 자주 찾아감’이 다른 유형에서보다 상대적으로 높게 나타났다.

1순위와 2순위를 모두 물어보았을 때는 ‘자살 관련 기관으로 연결함’(57.4%)이 전체적으로 가장 높게 나타났다. 다음으로는 ‘자살 관련 기관을 안내(소개)함’(41.1%), ‘내가 자주 찾아감’(28.8%), ‘내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함’(26.7%) 등의 순으로 1순위와 차이가 있었다.



[그림 4-52] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처

[표 4-63] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	내가 자주 찾아감	자살 관련 기관을 안내 (소개)함	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	자살 위험자의 가족들에게 연락함	아무것도 하지 않음	기타	
전체	(326)	42.7	15.0	14.7	13.5	7.4	5.5	0.6	0.6	
소속 유형	주민참여조직	(111)	39.6	11.7	17.1	14.4	9.9	6.3	0.9	0.0
	사회복지사	(75)	37.3	25.3	16.0	10.7	5.3	2.7	1.3	1.3
	생활지원사	(28)	35.7	25.0	7.1	10.7	17.9	3.6	0.0	0.0
	교육부문	(47)	48.9	4.3	8.5	19.1	2.1	17.0	0.0	0.0
	공공부문	(65)	52.3	12.3	16.9	12.3	4.6	0.0	0.0	1.5

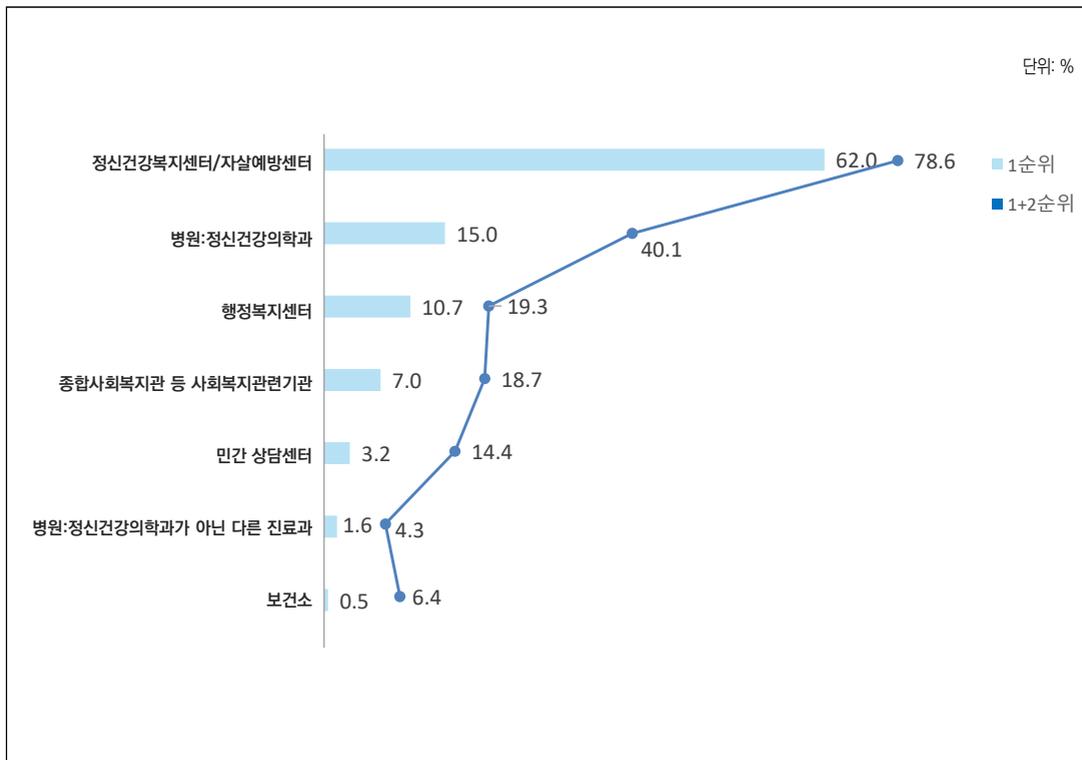
[표 4-64] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	자살 관련 기관을 안내 (소개)함	내가 자주 찾아감	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	자살 위험자의 가족들에게 연락함	아무것도 하지 않음	기타	
전체	(326)	57.4	41.1	28.8	26.7	14.7	12.9	2.1	0.6	
소속 유형	주민참여조직	(111)	51.4	36.9	27.0	24.3	16.2	14.4	3.6	0.0
	사회복지사	(75)	53.3	38.7	41.3	26.7	12.0	12.0	2.7	1.3
	생활지원사	(28)	57.1	17.9	32.1	25.0	35.7	10.7	0.0	0.0
	교육부문	(47)	68.1	55.3	17.0	31.9	2.1	21.3	0.0	0.0
	공공부문	(65)	64.6	50.8	24.6	27.7	15.4	6.2	1.5	1.5

자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관(1순위)으로는 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 62.0%로 가장 높게 나타났다. 그 뒤로는 ‘병원: 정신건강의학과’(15.0%), ‘행정복지센터’(10.7%), ‘사회복지관련 기관’(7.0%) 등의 순이었다.

소속유형별로도 모든 유형에서 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 가장 높은 비율로 나타났다. 다만, 일부 특이 사항을 살펴보면 교육부문은 ‘병원: 정신건강의학과’의 응답이 28.1%로 다른 소속에 비해 높았다. 이 외에 주민참여조직의 경우 ‘행정복지센터’가 22.8%, 생활지원사의 경우 ‘사회복지관련 기관’이 31.3%로 나타났는데 이는 주민참여조직의 경우 행정복지센터의 업무를 협조하는 경우가 많고, 생활지원사의 경우 사회복지기관의 소속으로 활동하기 때문이라고 판단해 볼 수 있다.



[그림 4-53] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관

[표 4-65] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관_1순위

단위: 명, %

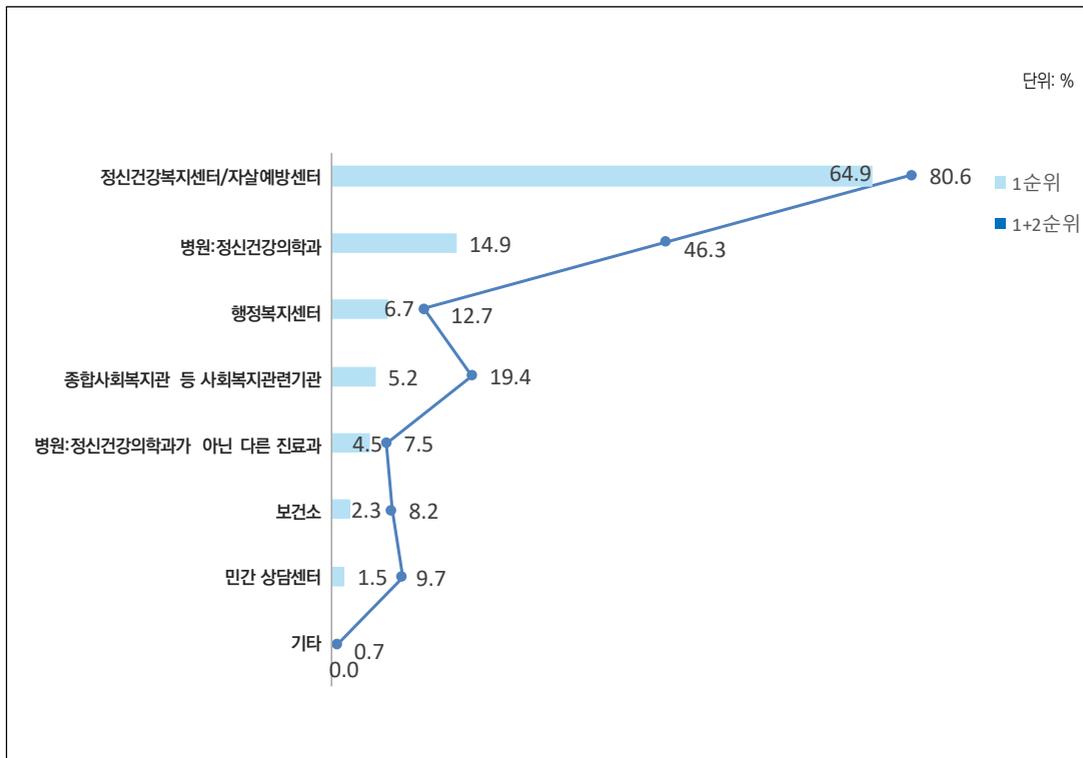
구분	사례수	정신건강 복지센터/ 자살예방센터	병원: 정신건강 의학과	행정복지 센터	종합사회 복지관 등 사회복지 관련 기관	민간 상담센터	병원: 정신건강 의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	
전체	(187)	62.0	15.0	10.7	7.0	3.2	1.6	0.5	
소속 유형	주민참여조직	(57)	42.1	21.1	22.8	3.5	7.0	3.5	0.0
	사회복지사	(40)	67.5	12.5	10.0	7.5	2.5	0.0	0.0
	생활지원사	(16)	68.8	0.0	0.0	31.3	0.0	0.0	0.0
	교육부문	(32)	56.3	28.1	6.3	3.1	0.0	3.1	3.1
	공공부문	(42)	85.7	4.8	2.4	4.8	2.4	0.0	0.0

[표 4-66] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강 복지센터/ 자살예방센터	병원: 정신건강 의학과	행정복지 센터	종합사회 복지관 등 사회복지 관련 기관	민간 상담센터	보건소	병원: 정신건강 의학과가 아닌 다른 진료과	
전체	(187)	78.6	40.1	19.3	18.7	14.4	6.4	4.3	
소속 유형	주민참여조직	(57)	56.1	36.8	26.3	19.3	19.3	8.8	5.3
	사회복지사	(40)	90.0	35.0	27.5	17.5	12.5	0.0	2.5
	생활지원사	(16)	75.0	18.8	12.5	50.0	12.5	0.0	0.0
	교육부문	(32)	90.6	53.1	9.4	15.6	9.4	6.3	9.4
	공공부문	(42)	90.5	47.6	11.9	9.5	14.3	11.9	2.4

자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 기관(1순위)으로는 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 64.9%로 가장 높게 나타났다. 다음으로는 병원:정신건강의학과(14.9%), 행정복지센터(6.7%), ‘사회복지관련 기관’(5.2%), ‘병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과’(4.5%), 보건소(2.3%) 등이 뒤를 이었다. 전반적으로 앞서 살펴본 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 기관과 유사한 경향으로 나타났다.



[그림 4-54] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 기관

[표 4-67] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 기관_1순위

단위: 명, %

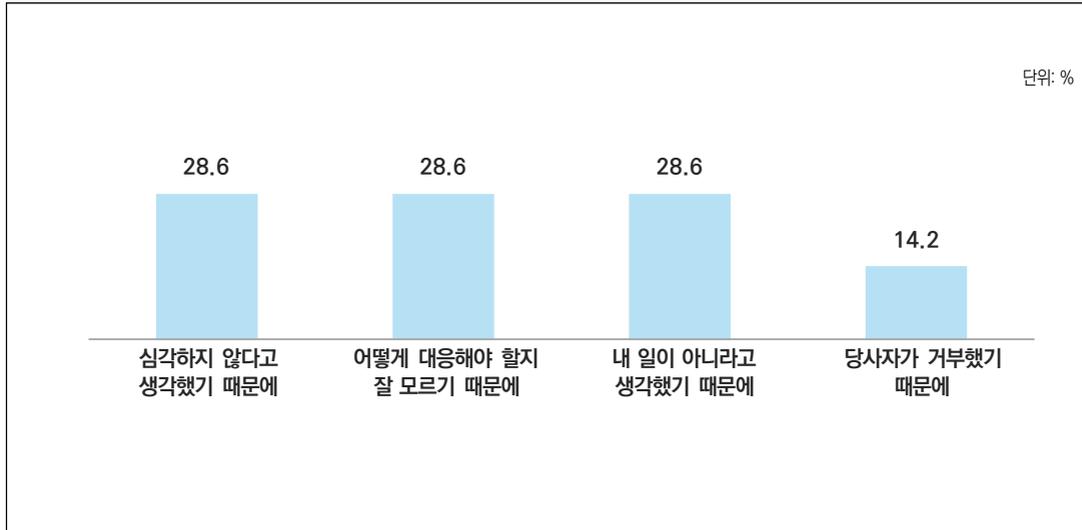
구분	사례수	정신건강 복지센터/ 자살예방센터	병원: 정신건강 의학과	행정복지센터	종합사회 복지관 등 사회복지 관련 기관	병원: 정신건강 의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	민간 상담센터	
전체	(134)	64.9	14.9	6.7	5.2	4.5	2.3	1.5	
소속 유형	주민참여조직	(41)	53.7	7.3	12.2	4.9	12.2	4.9	4.9
	사회복지사	(29)	69.0	10.3	3.4	13.8	3.4	0.0	0.0
	생활지원사	(5)	80.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0
	교육부문	(26)	50.0	38.5	7.7	0.0	0.0	3.8	0.0
	공공부문	(33)	84.8	12.1	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0

[표 4-68] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 기관_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강 복지센터/ 자살예방 센터	병원: 정신건강 의학과	종합사회복 지관 등 사회복지 관련 기관	행정복지센터	민간 상담센터	보건소	병원: 정신건강 의학과가 아닌 다른 진료과	기타	
전체	(134)	80.6	46.3	19.4	12.7	9.7	8.2	7.5	0.7	
소속 유형	주민참여조직	(41)	78.0	29.3	24.4	19.5	12.2	7.3	14.6	0.0
	사회복지사	(29)	79.3	41.4	27.6	13.8	10.3	3.4	6.9	3.4
	생활지원사	(5)	100.0	0.0	60.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	교육부문	(26)	73.1	69.2	11.5	7.7	15.4	3.8	7.7	0.0
	공공부문	(33)	87.9	60.6	6.1	9.1	3.0	18.2	0.0	0.0

자살위험이 있다는 것을 알고서도 아무런 조치를 취하지 않았다고 응답한 자에게 그 이유를 물어보았다. 그 결과, ‘심각하지 않다고 생각했기 때문에’, ‘어떻게 대응해야 할지 잘 모르기 때문에’, ‘내 일이 아니라고 생각했기 때문에’(각 28.6%), ‘당사자가 거부했기 때문에’(14.2%)로 나타났다.



[그림 4-55] 자살위험이 있다는 것을 알고서도 아무런 조치를 취하지 않은 이유

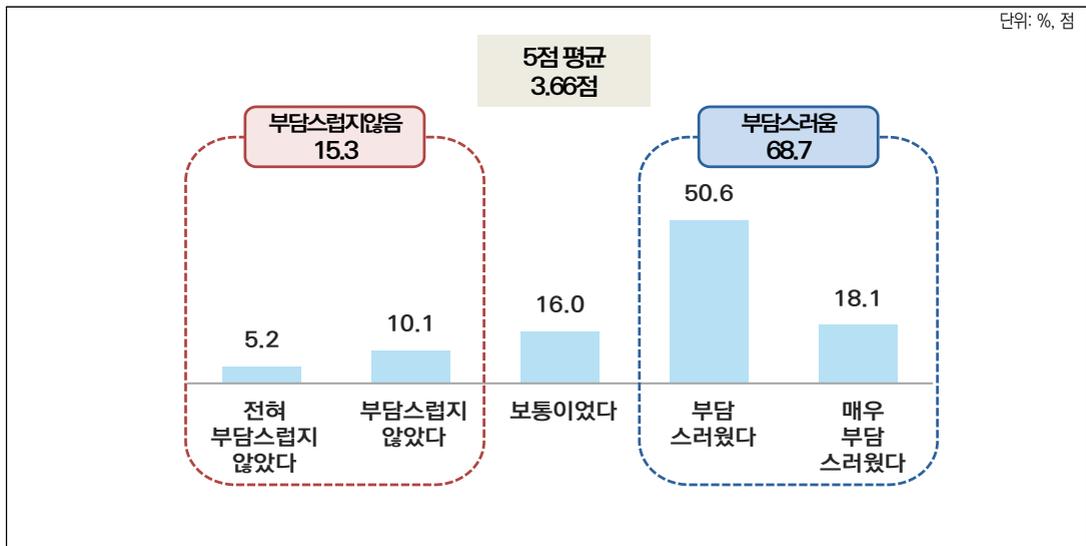
[표 4-69] 자살위험이 있다는 것을 알고서도 아무런 조치를 취하지 않은 이유

구분	사례수	심각하지 않다고 생각했기 때문에	어떻게 대응해야 할지 잘 모르기 때문에	내 일이 아니라고 생각했기 때문에	당사자가 거부했기 때문에	
전체	(7)	28.6	28.6	28.6	14.2	
소속 유형	주민참여조직	(4)	25.0	25.0	25.0	25.0
	사회복지사	(2)	50.0	50.0	0.0	0.0
	생활지원사	(1)	0.0	0.0	100.0	0.0

* 응답자가 있는 유형만 표시

자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감은 '부담스럽지 않음' 15.3%, '부담스러움' 68.7%로 부담스럽다고 느끼는 경우가 많은 것을 알 수 있다. 5점 만점으로 살펴보면, 평균 3.66점으로 나타나 중간보다 높은 수준이었다.

소속유형별로는 모든 유형에서 '부담스러움'이라고 응답한 경우가 많았다. 구체적으로 공공부문(4.06점)이 가장 높았고, 사회복지사(3.77점), 생활지원사(3.68점), 교육부문(3.53점), 주민참여조직(3.41점)의 순이었다.



[그림 4-56] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감

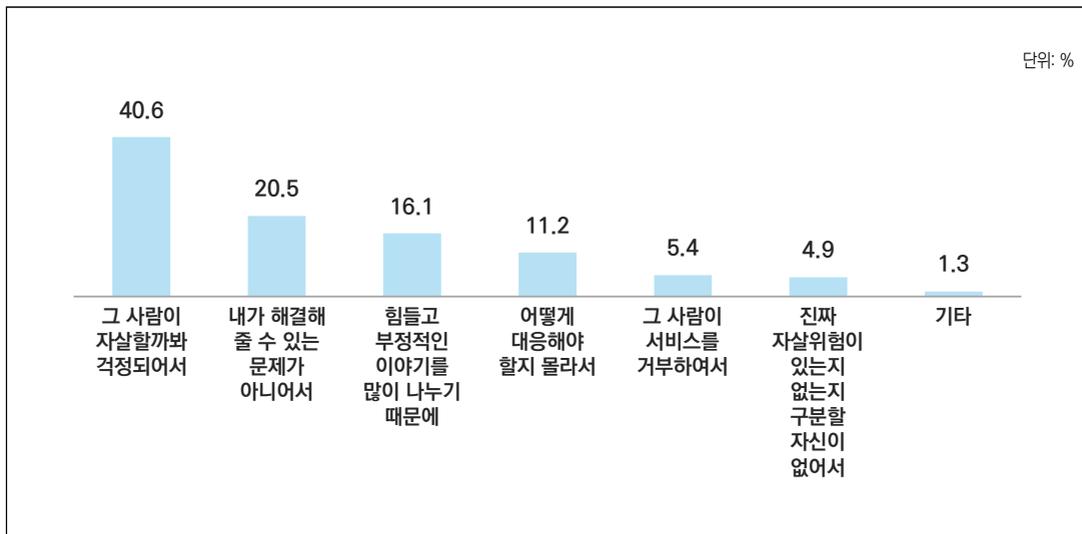
[표 4-70] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감

구분	사례수	전혀 부담스럽지 않았다	부담스럽지 않았다	보통이었다	부담스러웠다	매우 부담스러웠다	*부담스럽지 않음	*부담스러움	평균	표준편차	
전체	(326)	5.2	10.1	16.0	50.6	18.1	15.3	68.7	3.66	1.05	
소속 유형	주민참여조직	(111)	9.0	10.8	20.7	49.5	9.9	19.8	59.5	3.41	1.10
	사회복지사	(75)	1.3	12.0	17.3	46.7	22.7	13.3	69.3	3.77	0.98
	생활지원사	(28)	3.6	14.3	17.9	39.3	25.0	17.9	64.3	3.68	1.12
	교육부문	(47)	6.4	10.6	12.8	63.8	6.4	17.0	70.2	3.53	1.00
	공공부문	(65)	3.1	4.6	7.7	52.3	32.3	7.7	84.6	4.06	0.93

* 5점 척도: 1~2점(부담스럽지 않음), 3점(보통), 4~5점(부담스러움)

심리적으로 부담을 느낀 주된 이유로는 ‘그 사람이 자살할까봐 걱정되어서’가 40.6%로 가장 높게 나타났다. 다음으로는 ‘내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서’(20.5%), ‘힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에’(16.1%), ‘어떻게 대응해야 할지 몰라서’(11.2%), ‘그 사람이 서비스를 거부하여서’(5.4%), ‘진짜 자살위험이 있는지 없는지 구분할 자신이 없어서’(4.9%) 등의 순이었다.

소속유형별로는 모든 유형에서 ‘그 사람이 자살할까봐 걱정되어서’가 가장 많았다. 사회복지사는 ‘내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서’가 28.8%로 다른 소속과 비교하여 상대적으로 높았다. 또한 공공부문에서는 ‘어떻게 대응해야 할지 몰라서’와 ‘내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서’가 각각 16.4%로 비교적 높은 응답률을 보였다.



[그림 4-57] 심리적으로 부담을 느낀 이유

[표 4-71] 심리적으로 부담을 느낀 이유

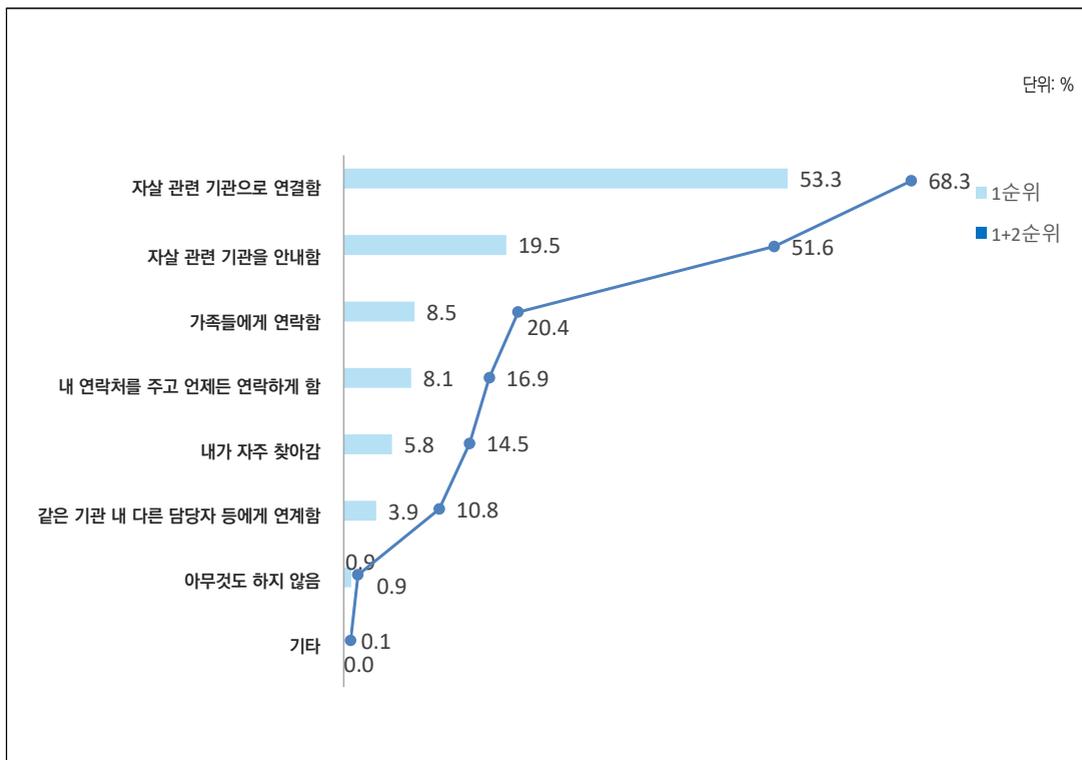
단위: 명, %

구분	사례수	그 사람이 자살할까봐 걱정되어서	내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서	힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에	어떻게 대응해야 할지 몰라서	그 사람이 서비스를 거부하여서	진짜 자살위험이 있는지 구분할 자신이 없어서	기타	
전체	(224)	40.6	20.5	16.1	11.2	5.4	4.9	1.3	
소속 유형	주민참여조직	(66)	36.4	18.2	18.2	15.2	6.1	6.1	0.0
	사회복지사	(52)	38.5	28.8	19.2	3.8	3.8	5.8	0.0
	생활지원사	(18)	44.4	16.7	16.7	5.6	11.1	5.6	0.0
	교육부문	(33)	39.4	21.2	12.1	9.1	9.1	3.0	6.1
	공공부문	(55)	47.3	16.4	12.7	16.4	1.8	3.6	1.8

(2) 미경험자: 자살위험이 있는 사람을 만나게 될 경우

자살위험이 있는 사람을 만난 경험이 없다고 응답한 1,014명을 대상으로 자살위험이 있는 사람을 만나게 되었을 때를 가정하여 질문하였다. 먼저, 자살위험이 있는 사람을 향후 만날 경우 대처 방법을 질문한 결과, ‘자살 관련 기관으로 연결함’이 53.3%로 가장 높게 나타났다. 그다음으로 ‘자살 관련 기관을 안내(소개)함’(19.5%), ‘가족들에게 연락함’(8.5%), ‘내 연락처를 주고 언제든 연락하게 함’(8.1%) 등의 순이었다.

소속유형별로 살펴보았을 때는 모든 소속에서 ‘자살 관련 기관으로 연결함’이 가장 많았다. 그 외에 특징적으로는 생활지원사의 경우 ‘가족들에게 연락함’이 11.0%, 공공부문은 ‘내 연락처를 주고 언제든 연락하게 함’이 10.2%, 교육부문에서는 ‘내가 자주 찾아감’이 10.7%로 비교적 높은 편이었다.



[그림 4-58] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법

[표 4-72] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1순위

단위: 명, %

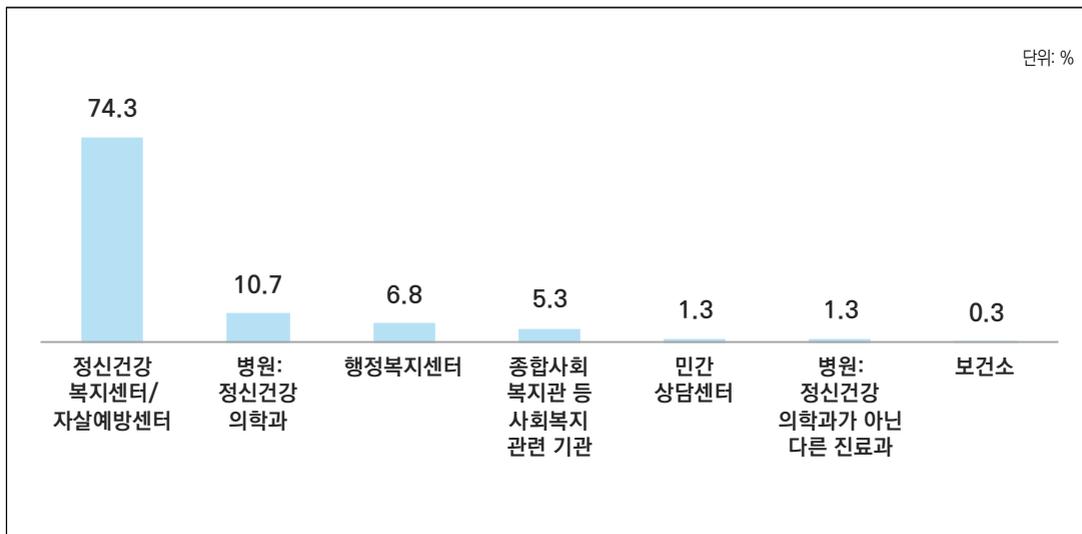
구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	자살 관련 기관을 안내 (소개)함	가족들에게 연락함	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	내가 자주 찾아감	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	아무것도 하지 않음	
전체	(1,014)	53.3	19.5	8.5	8.1	5.8	3.9	0.9	
소속 유형	주민참여조직	(539)	53.6	18.4	9.3	8.3	4.8	4.5	1.1
	사회복지사	(157)	53.5	24.2	5.7	7.6	6.4	1.9	0.6
	생활지원사	(145)	55.2	15.2	11.0	6.9	7.6	3.4	0.7
	교육부문	(75)	52.0	22.7	5.3	6.7	10.7	1.3	1.3
	공공부문	(98)	49.0	22.4	7.1	10.2	4.1	7.1	0.0

[표 4-73] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	자살 관련 기관을 안내 (소개)함	가족들에게 연락함	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	내가 자주 찾아감	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	아무것도 하지 않음	기타	
전체	(1,014)	68.3	51.6	20.4	16.9	14.5	10.8	0.9	0.1	
소속 유형	주민참여조직	(539)	67.2	50.5	21.7	17.1	13.0	10.4	1.1	0.0
	사회복지사	(157)	72.6	65.6	14.0	15.9	13.4	10.8	0.6	0.0
	생활지원사	(145)	71.0	39.3	24.8	17.2	16.6	11.0	0.7	0.0
	교육부문	(75)	64.0	49.3	18.7	16.0	25.3	5.3	1.3	0.0
	공공부문	(98)	67.3	55.1	18.4	17.3	13.3	17.3	0.0	1.0

자살위험이 있는 사람을 연결할 기관은 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 74.3%로 가장 높았으며, 그 뒤는 ‘병원: 정신건강의학과’(10.7%), ‘행정복지센터’(6.8%), ‘사회복지관련 기관’(5.3%) 등의 순이었다. 소속유형별로는 모든 소속에서 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’를 선택한 비율이 높았다. 이 외에 교육부문은 ‘병원: 정신건강의학과’가 18.8%, ‘사회복지관련 기관’이 14.6%로 상대적으로 응답률이 높았으며, 주민참여조직은 행정복지센터라고 응답한 경우가 11.3%로 상대적으로 높은 편이었다.

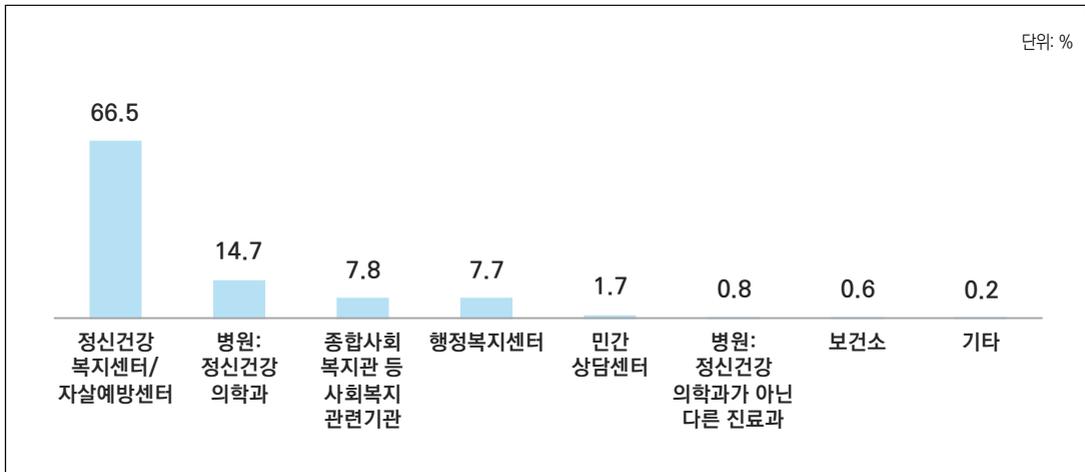


[그림 4-59] 자살위험이 있는 사람을 연결할 자살 관련 기관

[표 4-74] 자살위험이 있는 사람을 연결할 기관

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	행정복지센터	종합사회복지관 등 사회복지관련 기관	민간상담센터	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	
전체	(693)	74.3	10.7	6.8	5.3	1.3	1.3	0.3	
소속유형	주민참여조직	(362)	68.8	11.9	11.3	5.2	1.1	1.1	0.6
	사회복지사	(114)	86.0	8.8	0.9	0.9	1.8	1.8	0.0
	생활지원사	(103)	82.5	5.8	2.9	4.9	1.0	2.9	0.0
	교육부문	(48)	60.4	18.8	4.2	14.6	2.1	0.0	0.0
	공공부문	(66)	81.8	9.1	0.0	7.6	1.5	0.0	0.0

자살위험이 있는 사람에게 안내할 기관 역시 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 66.5%로 가장 높게 나타났다. 그 뒤를 이어 ‘병원: 정신의학과’(14.7%), ‘사회복지관련 기관’(7.8%), ‘행정복지센터’(7.7%) 등의 순이었다. 소속유형별로 살펴보면, 모든 유형에서 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’라고 응답한 경우가 가장 많았는데 특히, 공공부문의 경우 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’(88.3%)라고 응답한 비율이 다른 유형에 비하여 높은 편이었다. 주민참여조직에서는 ‘행정복지센터’가 11.0%, 교육부분은 ‘사회복지관련 기관’이 16.2%로 상대적으로 높았다.

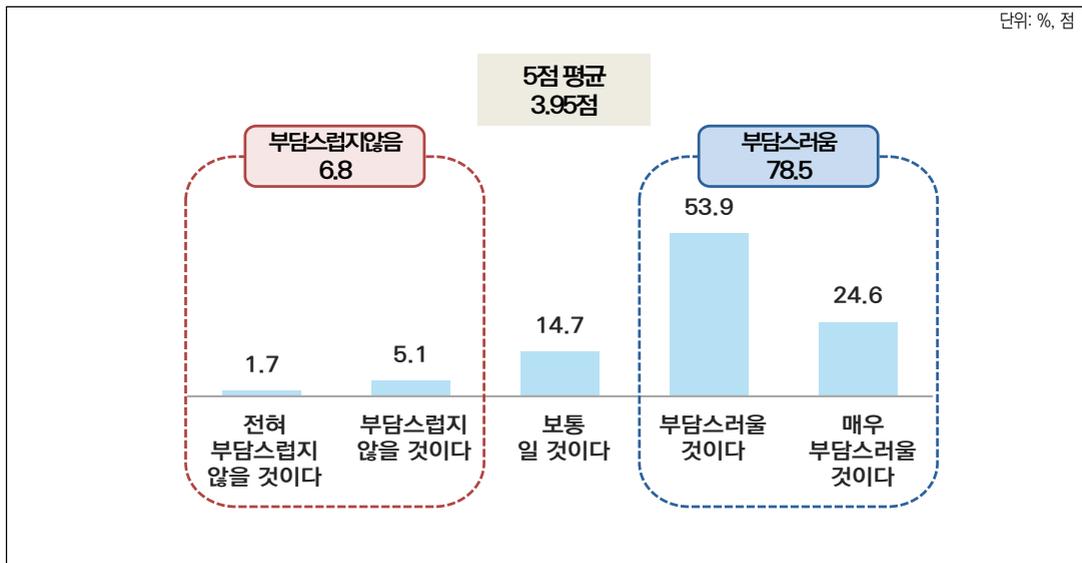


[그림 4-60] 자살위험이 있는 사람에게 안내할 자살 관련 기관

[표 4-75] 자살위험이 있는 사람에게 안내할 자살 관련 기관

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	종합사회복지관 등 사회복지관련 기관	행정복지센터	민간상담센터	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	기타	
전체	(523)	66.5	14.7	7.8	7.7	1.7	0.8	0.6	0.2	
소속 유형	주민참여조직	(272)	61.4	15.4	8.1	11.0	2.2	0.4	1.1	0.4
	사회복지사	(103)	70.9	15.5	4.9	4.9	2.9	1.0	0.0	0.0
	생활지원사	(57)	75.4	14.0	5.3	3.5	0.0	1.8	0.0	0.0
	교육부문	(37)	54.1	18.9	16.2	8.1	0.0	2.7	0.0	0.0
	공공부문	(54)	83.3	7.4	9.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

자살위험이 있는 사람을 만날 경우, 심리적 부담에 대해서는 ‘부담스럽지 않음’ 6.8%, ‘부담스러움’ 78.5%로 대부분이 부담스럽다고 생각하였다. 5점 만점으로 환산하였을 때는 평균 3.95점의 수준이었다. 소속유형별로는 3.87~4.03점의 범위로 전반적으로 높은 편이었는데, 교육부문(4.03점), 공공부문, 주민참여조직(각각 3.96점), 생활지원사(3.91점), 사회복지사(3.87점)의 순이었다.



[그림 4-61] 자살위험이 있는 사람을 만난다면 그때의 심리적 부담

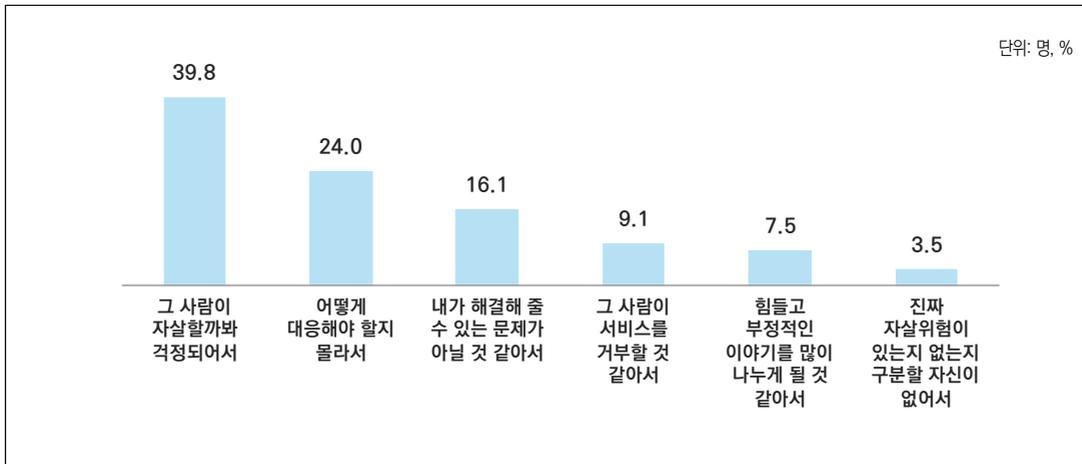
[표 4-76] 자살위험이 있는 사람을 만난다면 그때의 심리적 부담

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 부담스럽지 않을 것이다	부담스럽지 않을 것이다	보통일 것이다	부담스러울 것이다	매우 부담스러울 것이다	*부담스럽지 않음	*부담스러움	평균	표준편차	
전체	(1,014)	1.7	5.1	14.7	53.9	24.6	6.8	78.5	3.95	0.86	
소속 유형	주민참여조직	(539)	1.9	5.0	14.5	52.3	26.3	6.9	78.7	3.96	0.88
	사회복지사	(157)	1.9	6.4	16.6	52.9	22.3	8.3	75.2	3.87	0.90
	생활지원사	(145)	2.1	6.2	16.6	49.0	26.2	8.3	75.2	3.91	0.93
	교육부문	(75)	1.3	2.7	10.7	62.7	22.7	4.0	85.3	4.03	0.75
	공공부문	(98)	0.0	4.1	13.3	65.3	17.3	4.1	82.7	3.96	0.69

* 5점 척도: 1~2점(부담스럽지 않음), 3점(보통), 4~5점(부담스러움)

심리적으로 부담을 느낀 이유로는 ‘그 사람이 자살할까봐 걱정되어서’(39.8%), ‘어떻게 대응해야 할지 몰라서’(24.0%), ‘내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아닐 것 같아서’(16.1%) 등의 순으로 나타났다. 소속유형별로 살펴보면, 교육부문에서는 다른 유형에 비해 ‘그 사람이 서비스를 거부할 것 같아서’가 26.6%, ‘어떻게 대응해야 할지 몰라서’와 ‘힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누게 될 것 같아서’가 각각 17.2%로 높은 편이었다. 한편, ‘진짜 자살위험이 있는지 없는지 구분할 자신이 없어서’의 경우 사회복지사의 7.6%, 생활지원사의 5.5%, 주민참여조직의 3.1%가 이유로 지목하였다.



[그림 4-62] 심리적으로 부담을 느낀 이유

[표 4-77] 심리적으로 부담을 느낀 이유

단위: 명, %

구분	사례수	그 사람이 자살할까봐 걱정되어서	어떻게 대응해야 할지 몰라서	내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아닐 것 같아서	그 사람이 서비스를 거부할 것 같아서	힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누게 될 것 같아서	진짜 자살위험이 있는지 없는지 구분할 자신이 없어서	
전체	(796)	39.8	24.0	16.1	9.1	7.5	3.5	
소속 유형	주민참여조직	(424)	38.2	26.2	17.9	7.5	7.1	3.1
	사회복지사	(118)	43.2	20.3	13.6	6.8	8.5	7.6
	생활지원사	(109)	45.0	24.8	15.6	8.3	0.9	5.5
	교육부문	(64)	32.8	17.2	6.3	26.6	17.2	0.0
	공공부문	(81)	42.0	22.2	18.5	7.4	9.9	0.0

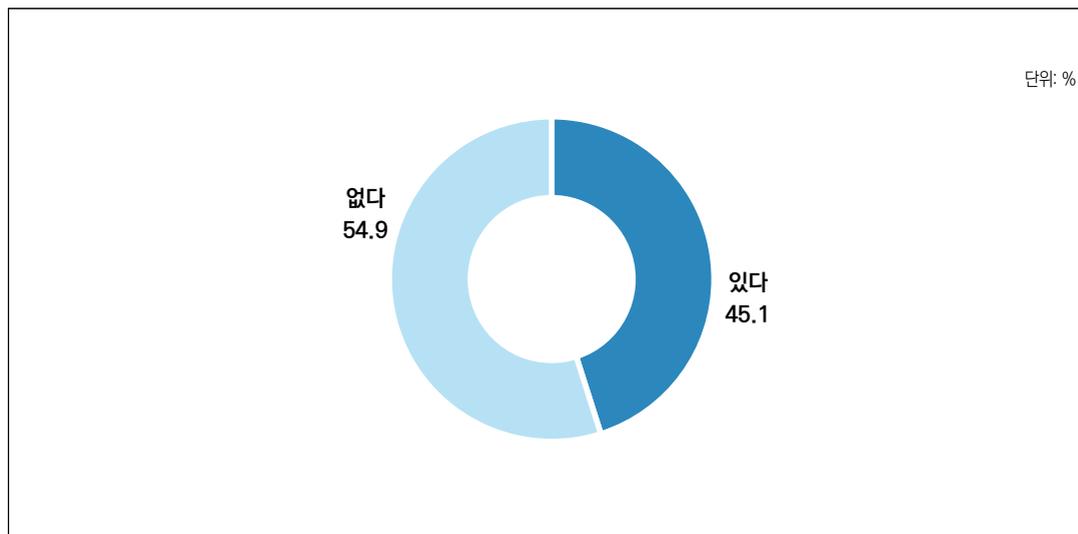
5. 자살예방교육

1) 자살예방교육 경험

자살예방교육 경험을 조사한 결과, ‘있다’ 45.1%, ‘없다’ 54.9%로 교육을 받지 않은 경우가 많았다. 소속유형별로는 공공부문(75.5%)이 가장 교육 경험이 많았고, 그다음으로 생활지원사(57.2%), 교육부문(54.1%), 사회복지사(48.3%), 주민참여조직(31.4%)의 순으로 나타났다.

자살예방교육 경험이 있는 604명에게 교육 참여 횟수를 질문한 결과, ‘2회’(29.5%), ‘1회’(27.1%), ‘4회 이상’(26.2%), ‘3회’(17.2%) 순이었으며, 평균 횟수는 2.99회였다. 소속유형별로는 교육부문(4.33회)의 교육 횟수가 가장 높았고, 사회복지사 3.20회, 공공부문 2.79회, 주민참여조직 2.70회, 생활지원사 2.68회의 순이었다.

이러한 결과를 통해 교육을 받은 사람 중에는 교육을 1회 받은 경우보다는 여러 번 받은 사람이 많은 것을 알 수 있다. 교육을 받은 비율이 가장 높았던 공공부문은 교육 횟수가 많지는 않았고, 교육부문에서는 자살예방교육을 여러 번 받은 경우가 많은 것으로 나타났다.

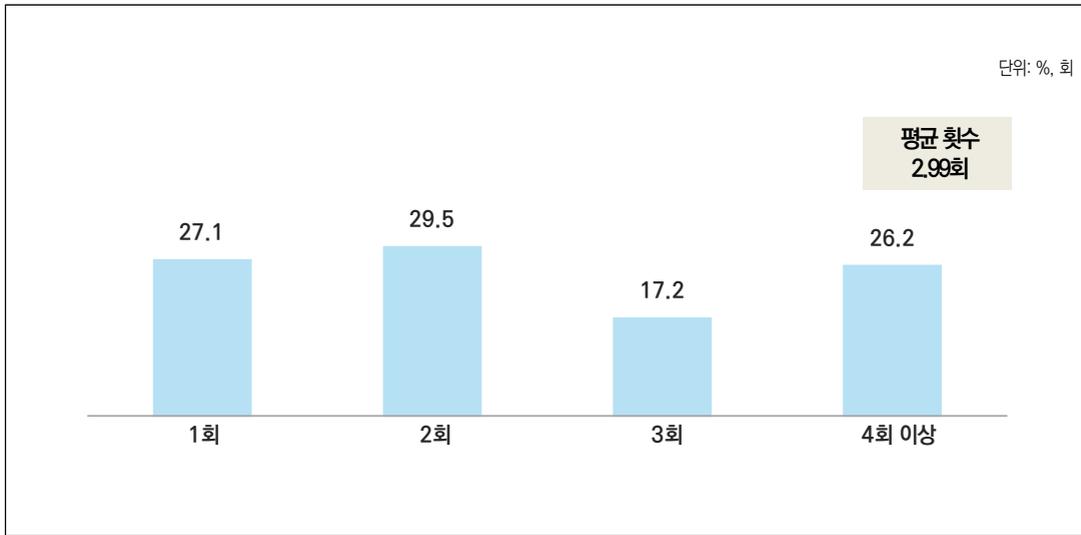


[그림 4-63] 자살예방교육 경험

[표 4-78] 자살예방교육 경험

단위: 명, %

구분	사례수	있다	없다	
전체	(1,340)	45.1	54.9	
소속 유형	주민참여조직	(650)	31.4	68.6
	사회복지사	(232)	48.3	51.7
	생활지원사	(173)	57.2	42.8
	교육부문	(122)	54.1	45.9
	공공부문	(163)	75.5	24.5



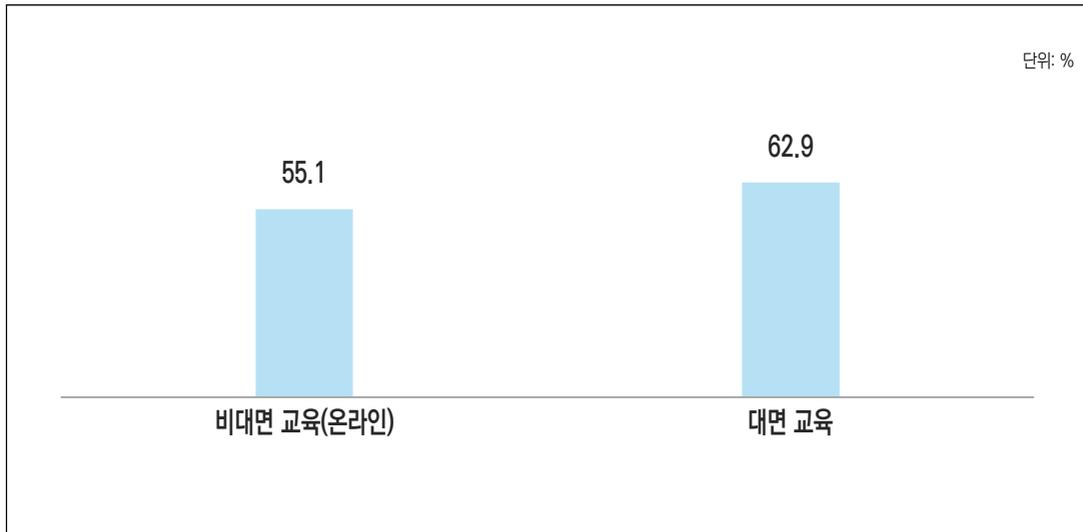
[그림 4-64] 자살예방교육 횟수

[표 4-79] 자살예방교육 횟수

단위: 명, % 회.

구분	사례수	1회	2회	3회	4회 이상	*평균 횟수	
전체	(604)	27.1	29.5	17.2	26.2	2.99	
소속 유형	주민참여조직	(204)	31.4	31.4	16.2	21.1	2.70
	사회복지사	(112)	22.3	18.8	24.1	34.8	3.20
	생활지원사	(99)	30.3	34.3	13.1	22.2	2.68
	교육부문	(66)	15.2	25.8	13.6	45.5	4.33
	공공부문	(123)	28.5	34.1	17.9	19.5	2.79

자살예방교육 방법으로는 ‘대면 교육’이 62.9%로 ‘비대면 교육(온라인)’(55.1%)보다 높게 나타났다. 소속유형별로는 교육부문(66.7%)과 공공부문(65.0%), 생활지원사(53.5%)는 ‘비대면 교육(온라인)’이 더 높았지만, 주민참여조직(69.6%), 사회복지사(66.1%)는 ‘대면 교육’이 높아 차이가 있었다.



[그림 4-65] 자살예방교육 방법 (중복응답)

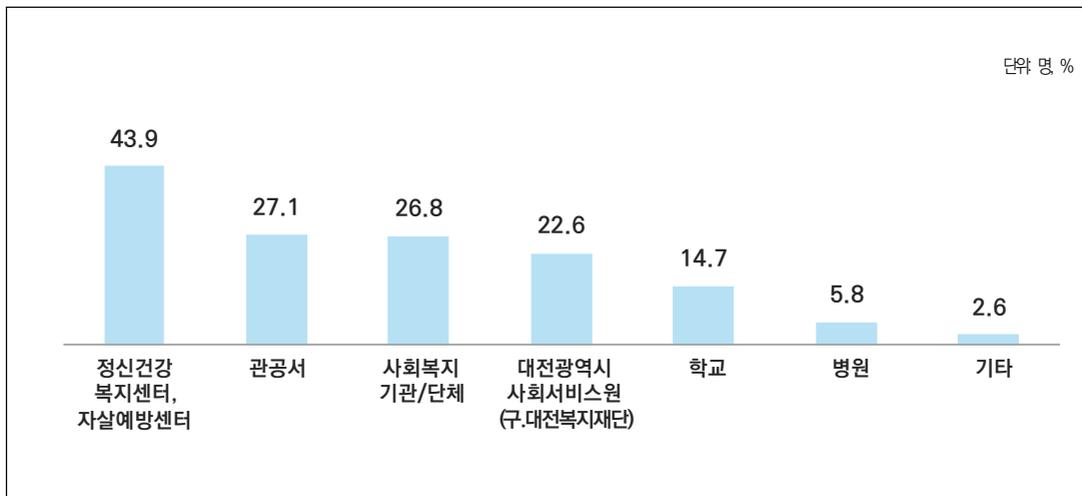
[표 4-80] 자살예방 교육 방법 (중복응답)

구분		사례수	비대면 교육(온라인)	대면 교육
전체		(604)	55.1	62.9
소속 유형	주민참여조직	(204)	46.1	69.6
	사회복지사	(112)	55.4	66.1
	생활지원사	(99)	53.5	52.5
	교육부문	(66)	66.7	62.1
	공공부문	(123)	65.0	57.7

자살예방교육을 대면으로 받은 경우, 교육 장소로는 ‘정신건강복지센터, 자살예방센터’가 43.9%로 가장 많았으며, ‘관공서’(27.1%), ‘사회복지기관/단체’(26.8%), ‘대전광역시 사회서비스원(구.대전복지재단)’(22.6%) 등이 뒤를 이었다.

소속유형별로는 주민참여조직의 경우, ‘관공서’가 36.6%로 가장 높았고, ‘대전광역시 사회서비스원’(30.3%), ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 26.1%로 뒤를 이었다. 사회복지사에서는 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’ 54.1%, ‘사회복지기관/단체’ 44.6% 등이었다. 생활지원사는 ‘사회복지기관/단체’ 53.8%, ‘정신건강복지센터/자살예방센터’ 42.3%로 나타났다. 교육부문은 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 68.3%, ‘학교’가 31.7%였고, 공공부문은 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 56.3%, ‘관공서’가 38.0%로 뒤를 이었다.

정리해보면, 전반적으로 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’가 많았으며, 그에 못지않게 각자가 속하거나 밀접한 관련이 있는 기관에서 교육받는 경우가 많은 것으로 나타났다. 즉, 주민참여조직은 행정복지센터 등 관공서나 대전광역시사회서비스원과 연결된 경우가 많은 만큼, 해당 기관을 통해 교육을 받은 경우도 많다고 해석할 수 있다.



[그림 4-66] 자살예방 교육 장소 (중복응답)

[표 4-81] 자살예방 교육 장소 (중복응답)

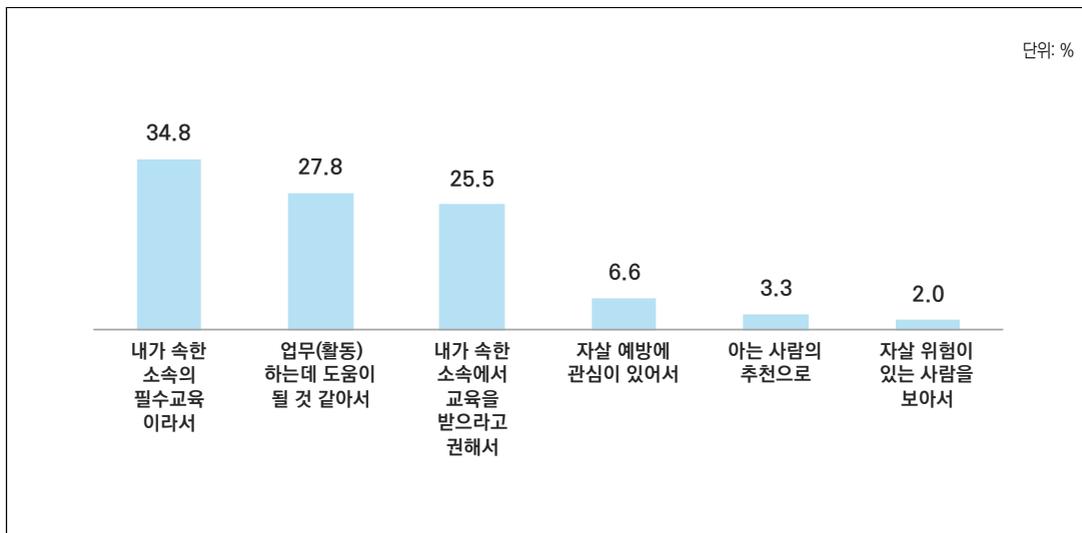
단위: 명, %

구분	사례수	정신건강 복지센터, 자살예방 센터	관공서	사회복지 기관/단체	대전광역시 사회서비스원 (구.대전복지 재단)	학교	병원	기타	
전체	(380)	43.9	27.1	26.8	22.6	14.7	5.8	2.6	
소속 유형	주민참여조직	(142)	26.1	36.6	19.0	30.3	20.4	8.5	2.1
	사회복지사	(74)	54.1	12.2	44.6	24.3	13.5	2.7	1.4
	생활지원사	(52)	42.3	13.5	53.8	15.4	1.9	0.0	0.0
	교육부문	(41)	68.3	19.5	19.5	9.8	31.7	9.8	9.8
	공공부문	(71)	56.3	38.0	8.5	18.3	4.2	5.6	2.8

2) 자살예방교육의 도움 정도

자살예방교육을 참여한 응답자 604명을 대상으로 교육받은 이유를 조사한 결과, ‘내가 속한 소속의 필수교육이라서’라는 응답이 34.8%로 가장 높게 나타났다. 그다음으로 ‘업무(활동)하는데 도움이 될 것 같아서’(27.8%), ‘내가 속한 소속에서 교육을 받으라고 권해서’(25.5%) 등의 순이었다.

소속유형별로 생활지원사는 ‘내가 속한 소속의 필수교육이라서’가 54.5%로 절반 이상이었고, 사회복지사와 교육부문에서는 ‘업무(활동)하는데 도움이 될 것 같아서’가 각각 40.2%, 37.9%로 다른 유형에 비해 높게 나타났다. 한편, 주민참여조직에서는 ‘자살 예방에 관심이 있어서’라는 응답도 12.7%로 상대적으로 높은 편이었다.



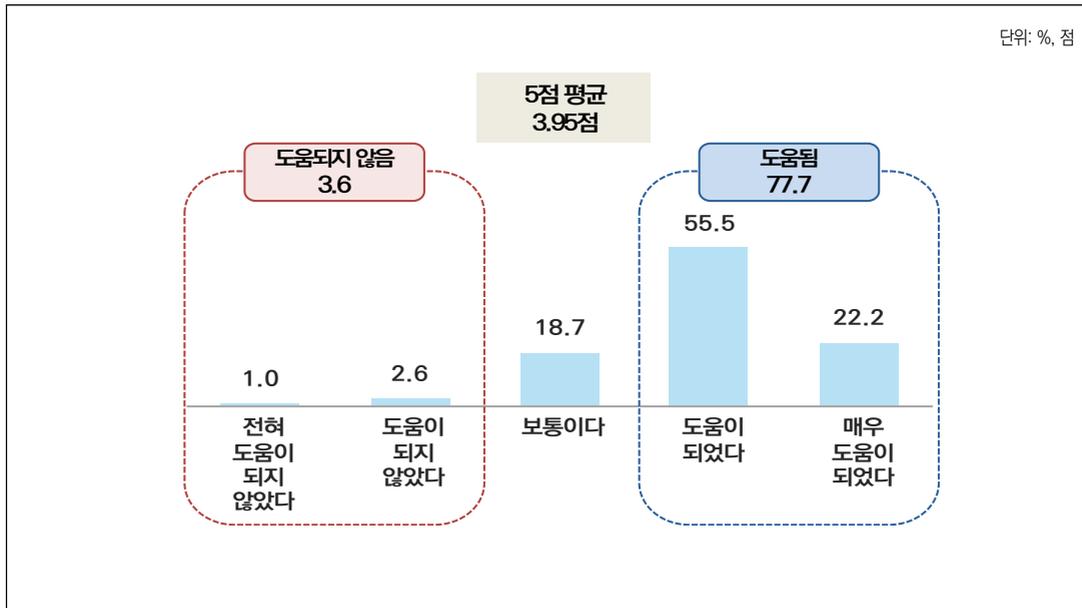
[그림 4-67] 자살 관련 교육 및 훈련을 받은 이유

[표 4-82] 자살 관련 교육 및 훈련을 받은 이유

단위: 명, %

구분	사례수	내가 속한 소속의 필수교육이라서	업무(활동) 하는데 도움이 될 것 같아서	내가 속한 소속에서 교육을 받으라고 권해서	자살 예방에 관심이 있어서	아는 사람의 추천으로	자살 위험이 있는 사람을 보아서	
전체	(604)	34.8	27.8	25.5	6.6	3.3	2.0	
소속 유형	주민참여조직	(204)	27.9	24.0	26.5	12.7	4.9	3.9
	사회복지사	(112)	25.9	40.2	25.9	3.6	1.8	2.7
	생활지원사	(99)	54.5	16.2	19.2	6.1	3.0	1.0
	교육부문	(66)	33.3	37.9	21.2	4.5	3.0	0.0
	공공부문	(123)	39.0	26.8	30.9	0.8	2.4	0.0

자살예방교육의 도움 정도로는 ‘도움되지 않음’ 3.6%, ‘도움됨’ 77.7%로 대부분 긍정적으로 응답하였다. 이는 5점 만점에 평균 3.95점의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문(4.26점)이 평균이 가장 높았고, 생활지원사(4.04점), 주민참여조직(4.00점), 사회복지사(3.96점), 공공부문(3.63점)의 순이었다.



[그림 4-68] 자살예방교육의 도움 정도

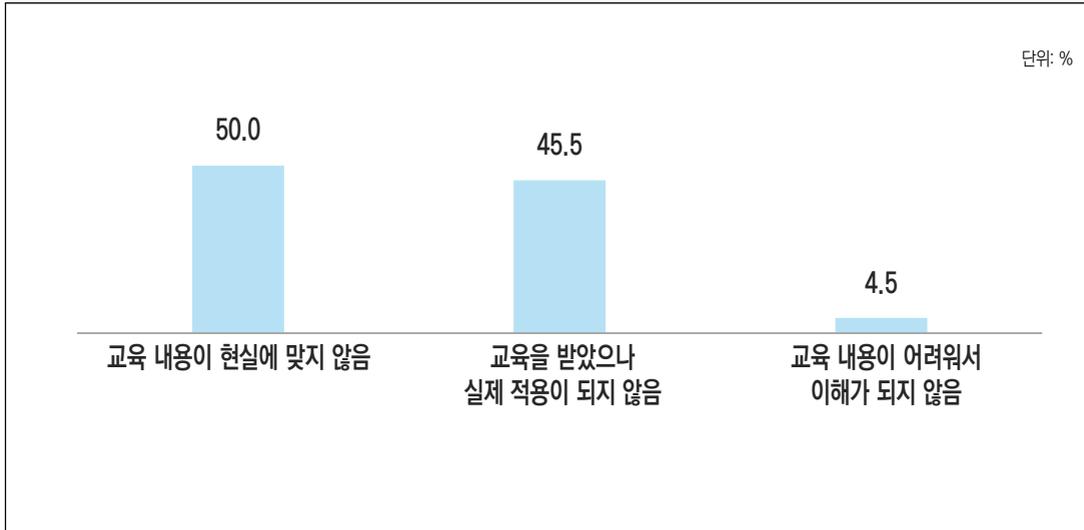
[표 4-83] 자살예방교육의 도움 정도

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 도움이 되지 않았다	도움이 되지 않았다	보통이다	도움이 되었다	매우 도움이 되었다	*도움되지 않음	*도움됨	평균	표준편차	
전체	(604)	1.0	2.6	18.7	55.5	22.2	3.6	77.7	3.95	0.78	
소속 유형	주민참여조직	(204)	1.0	2.9	18.1	51.0	27.0	3.9	77.9	4.00	0.81
	사회복지사	(112)	0.9	0.9	20.5	57.1	20.5	1.8	77.7	3.96	0.73
	생활지원사	(99)	0.0	2.0	14.1	61.6	22.2	2.0	83.8	4.04	0.67
	교육부문	(66)	0.0	3.0	4.5	56.1	36.4	3.0	92.4	4.26	0.69
	공공부문	(123)	2.4	4.1	29.3	56.1	8.1	6.5	64.2	3.63	0.79

* 5점 척도: 1~2점(도움되지 않음), 3점(보통), 4~5점(도움됨)

자살예방교육이 도움이 되지 않았다고 응답한 22명에게 그 이유를 조사한 결과, ‘교육 내용이 현실에 맞지 않음’(50.0%), ‘교육을 받았으나 실제 적용이 되지 않음’(45.5%), ‘교육 내용이 어려워 이해가 되지 않음’(4.5%) 순으로 나타났다. 소속유형별로 주민참여조직에서만 ‘교육 내용이 어려워 이해가 되지 않음’(12.5%) 응답이 있었다.



[그림 4-69] 자살예방교육이 도움이 되지 않은 점

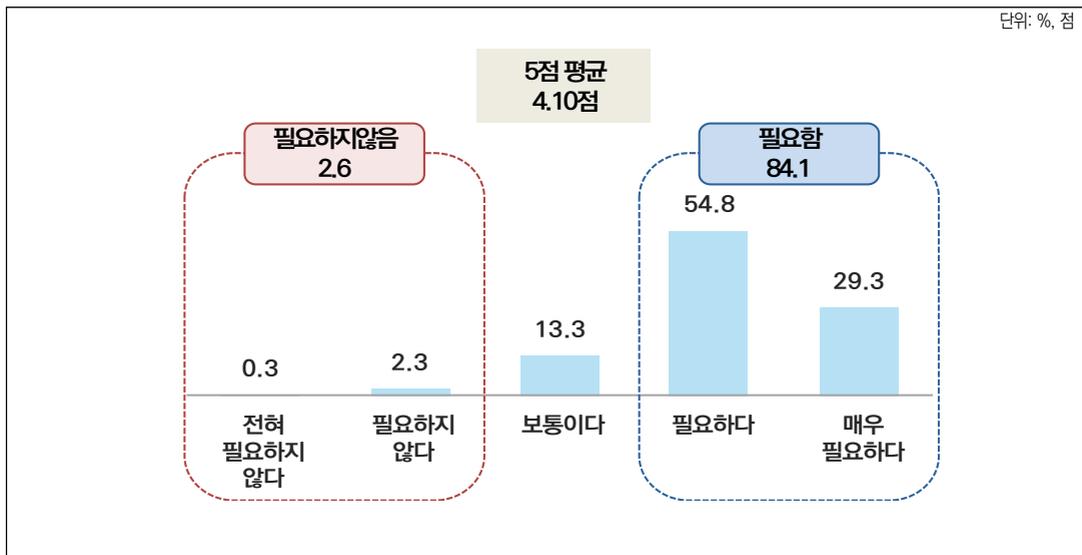
[표 4-84] 자살예방교육이 도움이 되지 않은 점

단위: 명, %

구분	사례수	교육 내용이 현실에 맞지 않음	교육을 받았으나 실제 적용이 되지 않음	교육 내용이 어려워 이해가 되지 않음	
전체	(22)	50.0	45.5	4.5	
소속 유형	주민참여조직	(8)	37.5	50.0	12.5
	사회복지사	(2)	50.0	50.0	0.0
	생활지원사	(2)	0.0	100.0	0.0
	교육부문	(2)	100.0	0.0	0.0
	공공부문	(8)	62.5	37.5	0.0

3) 정기적 자살예방교육의 필요성

정기적 자살예방교육은 ‘필요하지 않음’ 2.6%, ‘필요함’ 84.1%로 필요하다는 응답이 높았다. 이를 5점 만점으로 환산해보면 평균 4.10점이었다. 소속유형별로는 교육부문(4.39점)이 가장 높고, 공공부문(4.03점)이 가장 낮았다. 하지만 모두 평균 4점 이상으로 나타나 전반적으로 정기교육의 필요성을 강하게 인식하고 있음을 볼 수 있다.



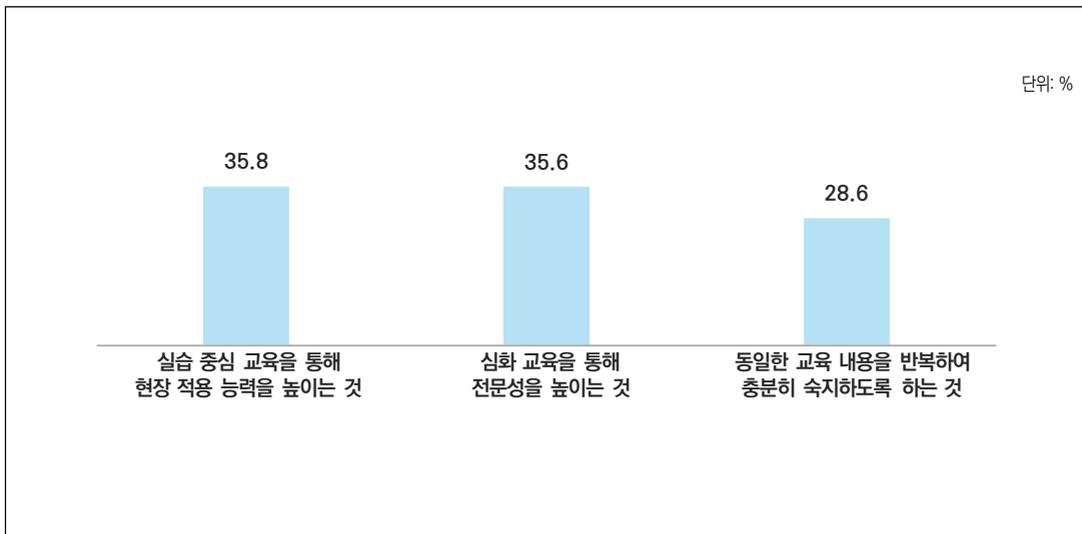
[그림 4-70] 정기적 자살예방교육의 필요성

[표 4-85] 정기적 자살예방교육의 필요성

구분	사례수	전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	보통이다	필요하다	매우 필요하다	*필요하지 않음	*필요함	평균	표준편차	
전체	(604)	0.3	2.3	13.3	54.8	29.3	2.6	84.1	4.10	0.73	
소속 유형	주민참여조직	(204)	0.5	4.4	12.3	53.9	28.9	4.9	82.8	4.06	0.79
	사회복지사	(112)	0.9	0.9	12.5	54.5	31.3	1.8	85.7	4.14	0.73
	생활지원사	(99)	0.0	1.0	18.2	56.6	24.2	1.0	80.8	4.04	0.68
	교육부문	(66)	0.0	0.0	7.6	45.5	47.0	0.0	92.4	4.39	0.63
	공공부문	(123)	0.0	2.4	14.6	60.2	22.8	2.4	82.9	4.03	0.69

* 5점 척도: 1~2점(필요하지 않음), 3점(보통), 4~5점(필요함)

정기교육이 필요하다고 응답한 자에게 정기교육에서 가장 필요한 교육이 무엇인지 물어본 결과, '실습 중심 교육을 통해 현장 적용 능력을 높이는 것'(35.8%), '심화 교육을 통해 전문성을 높이는 것'(35.6%), '동일한 교육 내용을 반복하여 충분히 숙지하도록 하는 것'(28.6%) 순으로 나타났다. 다만, 응답 수준이 큰 차이가 있지는 않아서 결과적으로 실습교육, 심화교육, 반복교육이 모두 중요하다고 해석해 볼 수 있다.



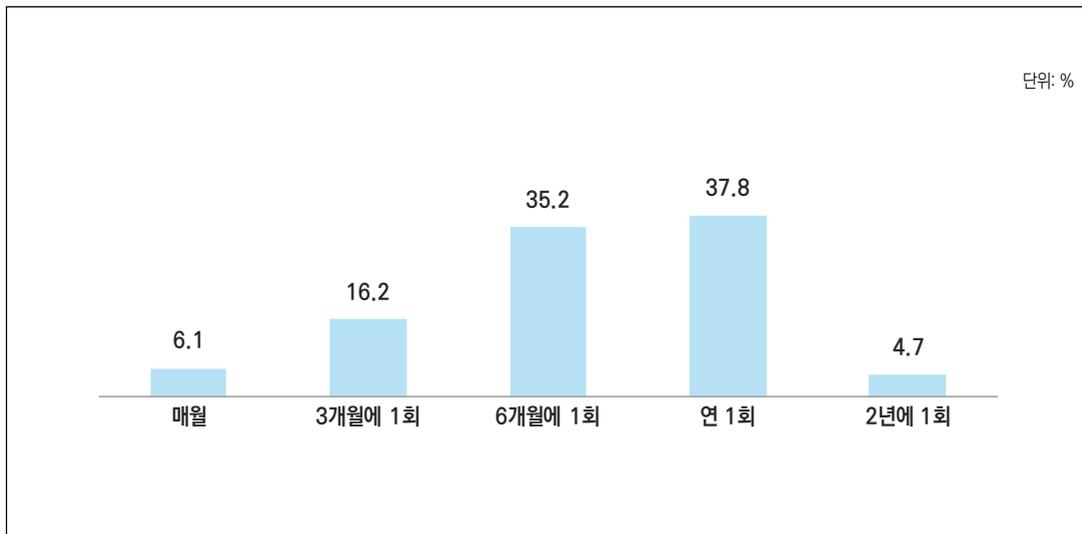
[그림 4-71] 정기교육 시 가장 필요한 교육

[표 4-86] 정기교육 시 가장 필요한 교육

단위: 명. %

구분	사례수	실습 중심 교육을 통해 현장 적용 능력을 높이는 것	심화 교육을 통해 전문성을 높이는 것	동일한 교육 내용을 반복하여 충분히 숙지하도록 하는 것	
전체	(508)	35.8	35.6	28.6	
소속 유형	주민참여조직	(169)	23.1	39.1	37.9
	사회복지사	(96)	46.9	36.5	16.7
	생활지원사	(80)	30.0	33.8	36.3
	교육부문	(61)	36.1	45.9	18.0
	공공부문	(102)	51.0	24.5	24.5

정기교육 빈도로는 '연 1회'가 37.8%로 가장 높았으며, 그다음으로 '6개월에 1회'(35.2%), '3개월에 1회'(16.2%) 등의 순으로 나타났다. 반대로 '2년에 1회'는 4.7%에 그쳐 다수의 응답자가 1년 이내의 정기교육이 필요하다고 인식하고 있었다. 소속유형별로 살펴보면, 교육부문에서 '매월' 11.5%, '3개월에 1회' 21.3%로 나타나 다른 유형에 비하여 교육부문에서는 교육 빈도가 강화되어야 한다고 생각하는 경향이 높았다.



[그림 4-72] 정기교육의 빈도

[표 4-87] 정기교육의 빈도

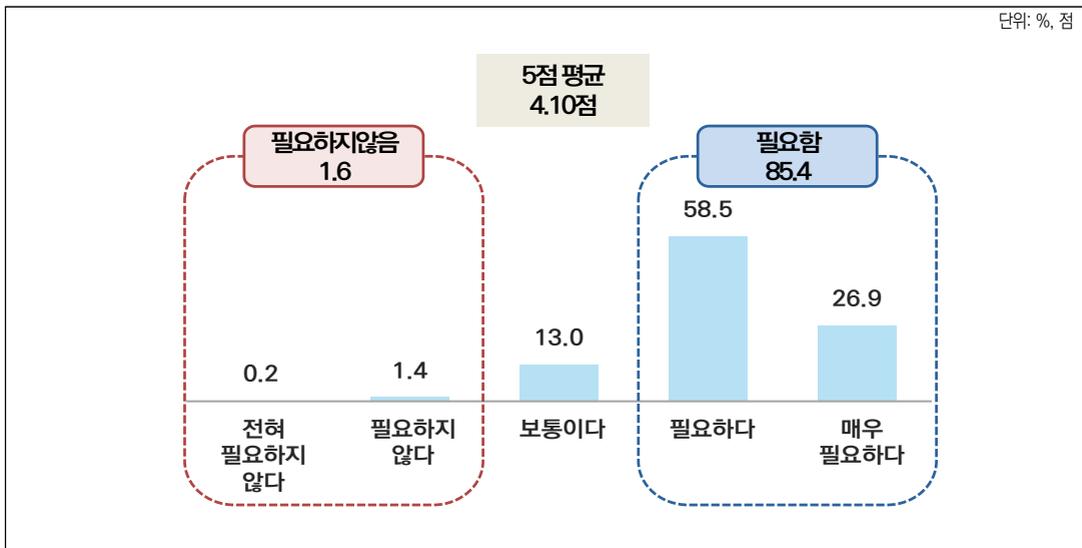
단위: 명, %

구분	사례수	매월	3개월에 1회	6개월에 1회	연 1회	2년에 1회	
전체	(508)	6.1	16.2	35.2	37.8	4.7	
소속 유형	주민참여조직	(169)	9.5	18.9	35.5	31.4	4.7
	사회복지사	(96)	2.1	9.4	42.7	39.6	6.3
	생활지원사	(80)	2.5	15.0	32.5	43.8	6.3
	교육부문	(61)	11.5	21.3	19.7	41.0	6.6
	공공부문	(102)	3.9	15.7	39.2	40.2	1.0

6. 자살예방활동 활성화 방안

1) 자살예방활동 필요성

대전지역 내 자살예방활동 필요성에 대해서는 ‘필요하지 않음’이 1.6%, ‘필요함’은 85.4%로 필요하다고 생각하는 경우가 다수였다. 5점 만점 평균으로는 4.10점으로 나타나 평균점수도 높은 편이었다. 소속유형별로도 모든 유형에서 4점 이상으로 나타났다.



[그림 4-73] 대전지역 내 자살예방활동 필요성

[표 4-88] 대전지역 내 자살예방활동 필요성

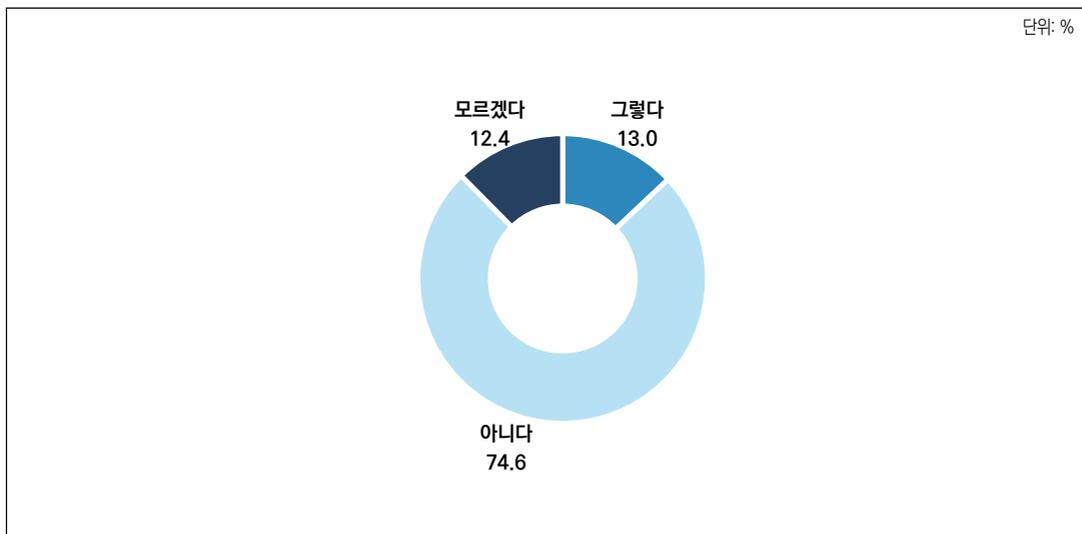
단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	보통이다	필요하다	매우 필요하다	*필요하지 않음	*필요함	평균	표준편차	
전체	(1,340)	0.2	1.4	13.0	58.5	26.9	1.6	85.4	4.10	0.68	
소속 유형	주민참여조직	(650)	0.3	1.8	14.2	57.1	26.6	2.2	83.7	4.08	0.71
	사회복지사	(232)	0.4	1.7	12.5	53.9	31.5	2.2	85.3	4.14	0.73
	생활지원사	(173)	0.0	1.2	11.6	64.2	23.1	1.2	87.3	4.09	0.62
	교육부문	(122)	0.0	0.8	13.1	58.2	27.9	0.8	86.1	4.13	0.65
	공공부문	(163)	0.0	0.0	10.4	65.0	24.5	0.0	89.6	4.14	0.58

* 5점 척도: 1~2점(필요하지 않음), 3점(보통), 4~5점(필요함)

2) 자살예방활동 참여 여부

현재 자살예방활동(생명지킴이)에 참여하는지 질문에 대해서는 ‘그렇다’ 13.0%, ‘아니다’ 74.6%, ‘모르겠다’ 12.4%로 나타났다. 소속유형별로는 공공부문의 참여가 22.7%로 가장 높았으며, 주민참여조직이 9.4%로 가장 낮았다. ‘모르겠다’는 응답은 공공부문이 16.6%로 가장 높았는데, 그 뒤로 교육부문이 13.9%, 사회복지사가 13.8%, 생활지원사 11.6%, 주민참여조직 10.8%의 순이었다.



[그림 4-74] 현재 자살예방활동(생명지킴이) 참여 여부

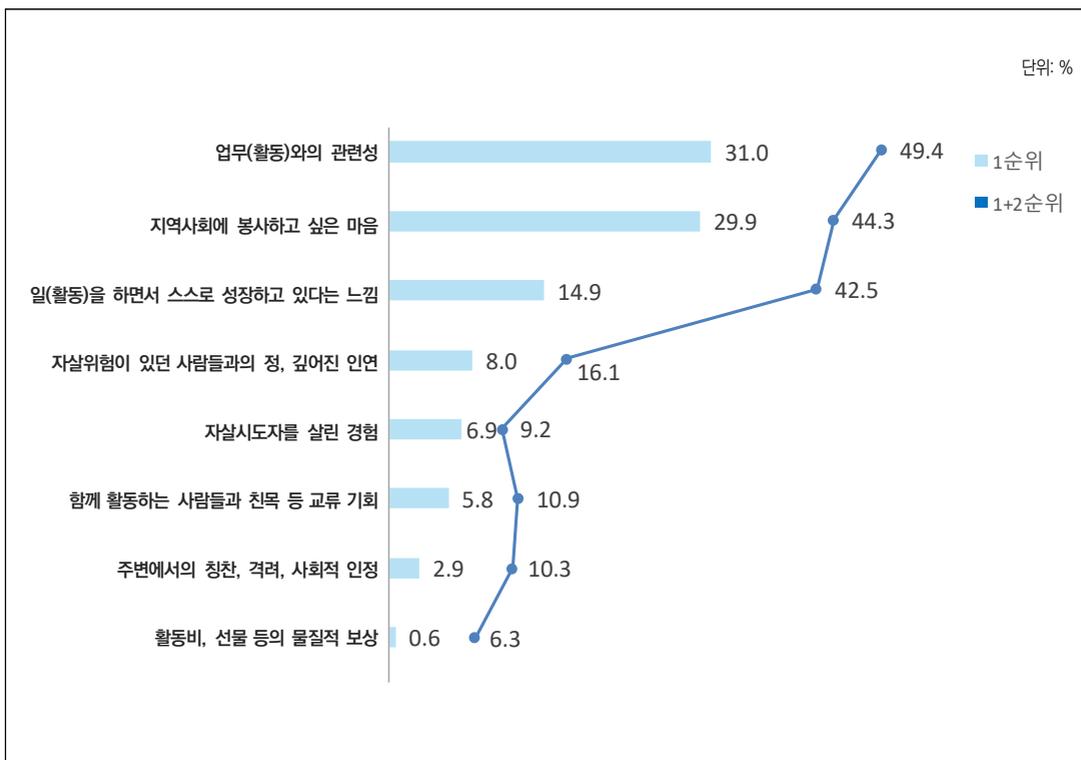
[표 4-89] 현재 자살예방활동(생명지킴이) 참여 여부

구분	사례수	그렇다	아니다	모르겠다	
전체	(1,340)	13.0	74.6	12.4	
소속 유형	주민참여조직	(650)	9.4	79.8	10.8
	사회복지사	(232)	12.5	73.7	13.8
	생활지원사	(173)	14.5	74.0	11.6
	교육부문	(122)	18.0	68.0	13.9
	공공부문	(163)	22.7	60.7	16.6

자살예방활동 참여자 174명을 대상으로 자살예방활동 참여이유를 질문하였다. 그 결과, 1순위로는 ‘업무(직장)와의 관련성’(31.0%), ‘지역사회에 봉사하고 싶은 마음’ (29.9%), ‘일(활동)을 하면서 스스로 성장하고 있다는 느낌’(14.9%) 등의 순이었다.

소속유형별로는 공공부문(51.4%), 사회복지사(41.4%), 생활지원사(40.0%)는 ‘업무(직장)와의 관련성’, 주민참여조직은 ‘지역사회에 봉사하고 싶은 마음’(39.3%)이 높게 나타났다. 교육부문은 ‘업무(직장)와의 관련성’과 ‘지역사회에 봉사하고 싶은 마음’이 각각 31.8%로 가장 높았다.

1순위와 2순위를 함께 살펴보면, 1순위와 전반적으로 유사한 경향을 보였지만 일부 차이가 있었다. 대표적으로 ‘일을 하면서 스스로 성장하고 있다는 느낌’이라고 응답한 비율이 1순위만 물어보았을 때보다 상대적으로 높았다.



[그림 4-75] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유

[표 4-90] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1순위

단위: 명, %

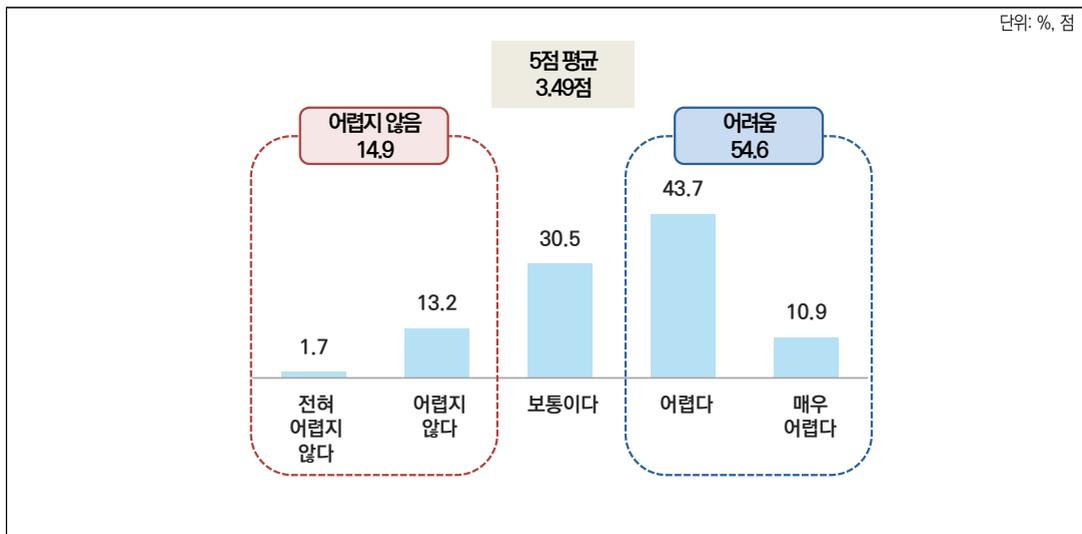
구분	사례수	업무와의 관련성	지역 사회에 봉사하고 싶은 마음	일(활동)을 하면서 스스로 성장하고 있다는 느낌	자살 위험이 있던 사람들과의 정, 깊어진 인연	자살 시도자를 살린 경험	함께 활동하는 사람들과 친목 등 교류 기회	주변의 칭찬, 격려, 사회적 인정	활동비, 선물 등의 물질적 보상	
전체	(174)	31.0	29.9	14.9	8.0	6.9	5.8	2.9	0.6	
소속 유형	주민참여조직	(61)	9.8	39.3	21.3	6.6	9.8	6.6	1.6	1.3
	사회복지사	(29)	41.4	27.6	10.3	10.3	3.4	6.9	0.0	0.0
	생활지원사	(25)	40.0	24.0	20.0	8.0	4.0	0.0	0.0	0.0
	교육부문	(22)	31.8	31.8	18.2	9.1	4.5	0.0	0.0	0.0
	공공부문	(37)	51.4	18.9	2.7	8.1	8.1	10.8	0.0	0.0

[표 4-91] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	업무와의 관련성	지역 사회에 봉사하고 싶은 마음	일(활동)을 하면서 스스로 성장하고 있다는 느낌	자살 위험이 있던 사람들과의 정, 깊어진 인연	함께 활동하는 사람들과 친목 등 교류 기회	주변의 칭찬, 격려, 사회적 인정	자살 시도자를 살린 경험	활동비, 선물 등의 물질적 보상	
전체	(174)	49.4	44.3	42.5	16.1	10.9	10.3	9.2	6.3	
소속 유형	주민참여조직	(61)	24.6	52.5	37.7	14.8	16.4	9.8	13.1	10.7
	사회복지사	(29)	51.7	41.4	37.9	17.2	6.9	27.6	3.4	3.4
	생활지원사	(25)	64.0	40.0	56.0	16.0	0.0	4.0	0.0	0.0
	교육부문	(22)	59.1	31.8	63.6	18.2	4.5	9.1	4.5	4.5
	공공부문	(37)	73.0	43.2	32.4	16.2	16.2	2.7	2.7	2.7

자살예방활동 중 어려움을 경험했는지의 질문은 ‘어렵지 않음’ 14.9%, ‘어려움’ 54.6%로 나타났다. 평균 점수로 환산했을 때(5점 만점, 점수가 높을수록 어려움이 높음) 3.49점의 수준이었다. 소속유형별로는 ‘어려움’이라고 응답한 경우는 공공부문이 64.9%, 교육부문이 63.6% 등으로 높았다. 평균 점수로 살펴보면, 교육부문이 평균 3.77점으로 점수가 가장 높았고, 공공부문 3.62점, 사회복지사 3.59점, 주민참여조직 3.43점, 생활지원사 3.08점의 순으로 나타났다.



[그림 4-76] 자살예방활동 중 어려움 경험

[표 4-92] 자살예방활동 중 어려움 경험

단위: 명, %, 점

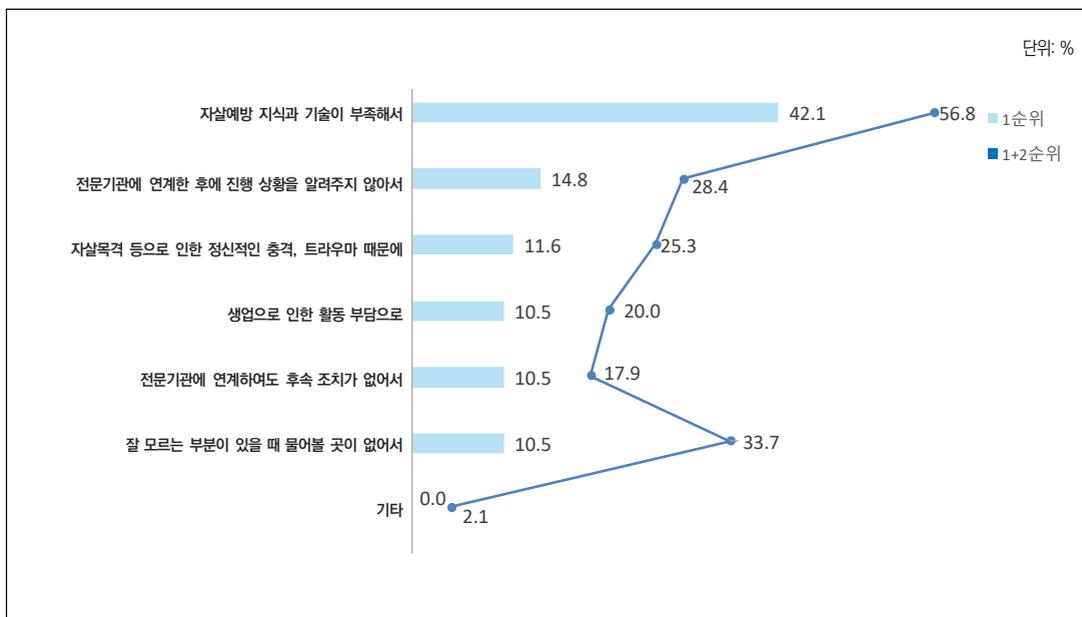
구분	사례수	전혀 어렵지 않다	어렵지 않다	보통이다	어렵다	매우 어렵다	*어렵지 않음	*어려움	평균	표준편차	
전체	(174)	1.7	13.2	30.5	43.7	10.9	14.9	54.6	3.49	0.92	
소속 유형	주민참여조직	(61)	1.6	14.8	32.8	41.0	9.8	16.4	50.8	3.43	0.92
	사회복지사	(29)	0.0	10.3	34.5	41.4	13.8	10.3	55.2	3.59	0.87
	생활지원사	(25)	8.0	20.0	32.0	36.0	4.0	28.0	40.0	3.08	1.04
	교육부문	(22)	0.0	4.5	31.8	45.5	18.2	4.5	63.6	3.77	0.81
	공공부문	(37)	0.0	13.5	21.6	54.1	10.8	13.5	64.9	3.62	0.86

* 5점 척도: 1~2점(어렵지 않음), 3점(보통), 4~5점(어려움)

자살예방활동이 어려웠다고 응답한 자에게 그 이유를 물어본 결과, ‘자살예방 지식과 기술이 부족해서’가 42.1%로 가장 높게 나타났다. 다음으로는 ‘전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서’(14.8%), ‘자살목격 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에’(11.6%), ‘생업으로 인한 활동 부담으로’(10.5%), ‘전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서’(10.5%), ‘잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서’(10.5%)의 순이었다.

소속유형별로 살펴보면, 교육부문은 ‘전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서’와 ‘전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서’가 각각 28.6%로 높게 나타났다. 이외의 다른 유형에서는 ‘자살예방 지식과 기술이 부족해서’라고 응답한 경우가 가장 많았다.

한편, 1순위와 2순위까지 함께 응답했을 때 어려움의 이유가 1순위와 일부 차이가 있었다. ‘자살예방 지식과 기술이 부족해서’(56.8%)가 가장 높은 것은 동일했지만, 그다음 순위부터는 일부 달랐다. ‘잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서’(33.7%), ‘전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서’(28.4%), ‘자살목격 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에’(25.3%), ‘생업으로 인한 활동 부담으로’(20.0%), ‘전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서’(17.9%)의 순이었다.



[그림 4-77] 자살예방활동 중 어려웠던 이유

[표 4-93] 자살예방활동 중 어려웠던 이유_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 지식과 기술이 부족해서	전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서	자살목격 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에	생업으로 인한 활동 부담으로	전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서	잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서	
전체	(95)	42.1	14.8	11.6	10.5	10.5	10.5	
소속 유형	주민참여조직	(31)	54.8	12.9	9.7	6.5	9.7	6.5
	사회복지사	(16)	43.8	12.5	18.8	0.0	12.5	12.5
	생활지원사	(10)	60.0	0.0	20.0	10.0	10.0	0.0
	교육부문	(14)	14.3	28.6	0.0	28.6	14.3	14.3
	공공부문	(24)	33.3	16.7	12.5	12.5	8.3	16.7

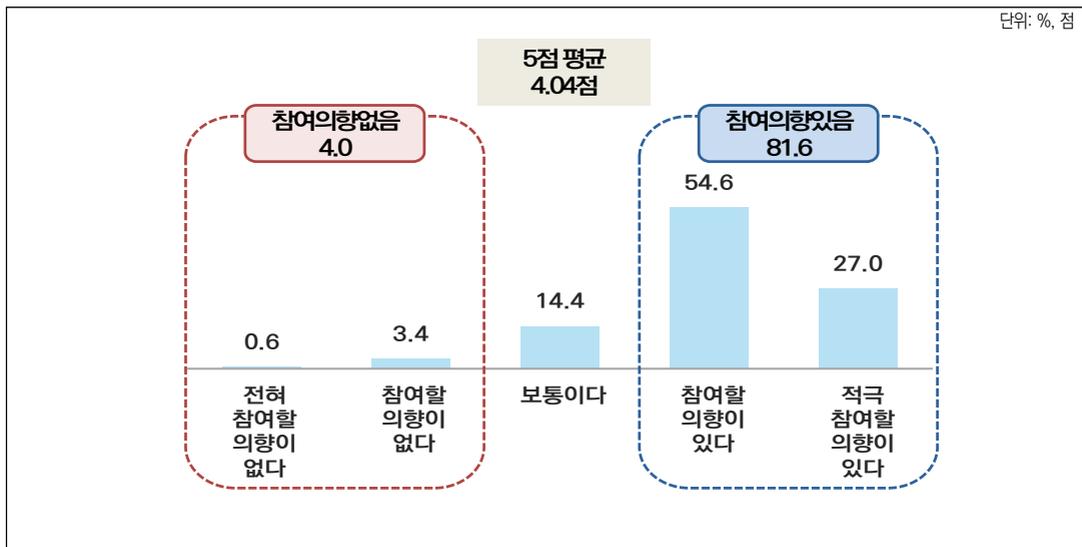
[표 4-94] 자살예방활동 중 어려웠던 이유_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 지식과 기술이 부족해서	잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서	전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서	자살목격 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에	생업으로 인한 활동 부담으로	전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서	기타	
전체	(95)	56.8	33.7	28.4	25.3	20.0	17.9	2.1	
소속 유형	주민참여조직	(31)	61.3	32.3	22.6	25.8	19.4	9.7	5.0
	사회복지사	(16)	50.0	43.8	12.5	37.5	25.0	18.8	0.0
	생활지원사	(10)	70.0	30.0	30.0	30.0	0.0	10.0	0.0
	교육부문	(14)	28.6	35.7	50.0	14.3	28.6	35.7	0.0
	공공부문	(24)	66.7	29.2	33.3	20.8	20.8	20.8	0.0

3) 자살예방활동 참여의향

자살예방활동에 참여하고 있는 174명에게 앞으로도 자살예방활동에 참여할 의향이 있는지 조사한 결과, '없음' 4.0%, '있음' 81.6%로 대부분이 참여를 지속할 의향이 있다고 밝혔다. 이는 5점 만점으로 환산했을 때 평균 4.04점의 수준이었다. 소속유형별로는 교육부문(4.36점)이 가장 높았고, 생활지원사(3.80점)가 가장 낮았다.



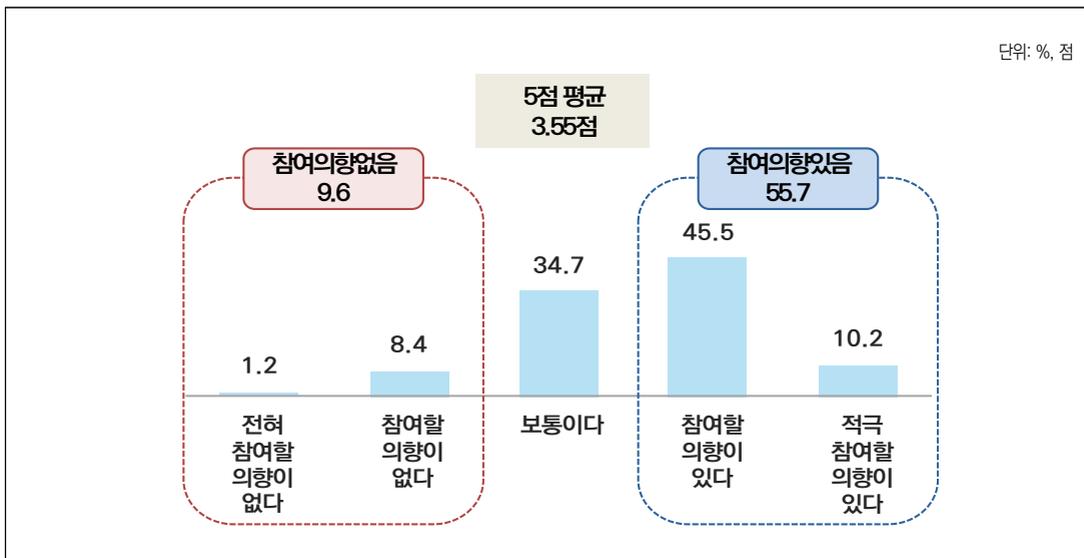
[그림 4-78] 앞으로도 자살예방활동 참여할 의향

[표 4-95] 앞으로도 자살예방활동 참여할 의향

구분	사례수	전혀 참여할 의향이 없다	참여할 의향이 없다	보통이다	참여할 의향이 있다	적극 참여할 의향이 있다	*참여의향 없음	*참여의향 있음	평균	표준편차	
전체	(174)	0.6	3.4	14.4	54.6	27.0	4.0	81.6	4.04	0.78	
소속 유형	주민참여조직	(61)	1.6	4.9	21.3	44.3	27.9	6.6	72.1	3.92	0.92
	사회복지사	(29)	0.0	6.9	10.3	62.1	20.7	6.9	82.8	3.97	0.78
	생활지원사	(25)	0.0	0.0	28.0	64.0	8.0	0.0	72.0	3.80	0.58
	교육부문	(22)	0.0	4.5	4.5	40.9	50.0	4.5	90.9	4.36	0.79
	공공부문	(37)	0.0	0.0	2.7	67.6	29.7	0.0	97.3	4.27	0.51

* 5점 척도: 1~2점(참여의향 없음), 3점(보통), 4~5점(참여의향 있음)

다음으로 자살예방활동을 하지 않는 응답자 1,166명에게 향후 자살예방활동에 참여할 의향이 있는지 조사한 결과, ‘없음’ 9.6%, ‘있음’ 55.7%로 나타났다. 5점 만점 중 평균 3.55점의 수준으로 보통 이상으로 참여 의향이 있음을 알 수 있다. 소속유형별로는 모든 소속에서 절반 이상이 참여 의향이 있다고 밝혔는데, 평균점수로 보았을 때 교육부문(3.78점)이 가장 높고 공공부문(3.43점)이 가장 낮았다. 다만, 이러한 점수는 앞서 자살 예방활동을 하고 있었던 응답자의 참여 의향에 비해서는 낮은 수준이었다(표 4-95) 참고.



[그림 4-79] 향후 자살예방활동 참여할 의향

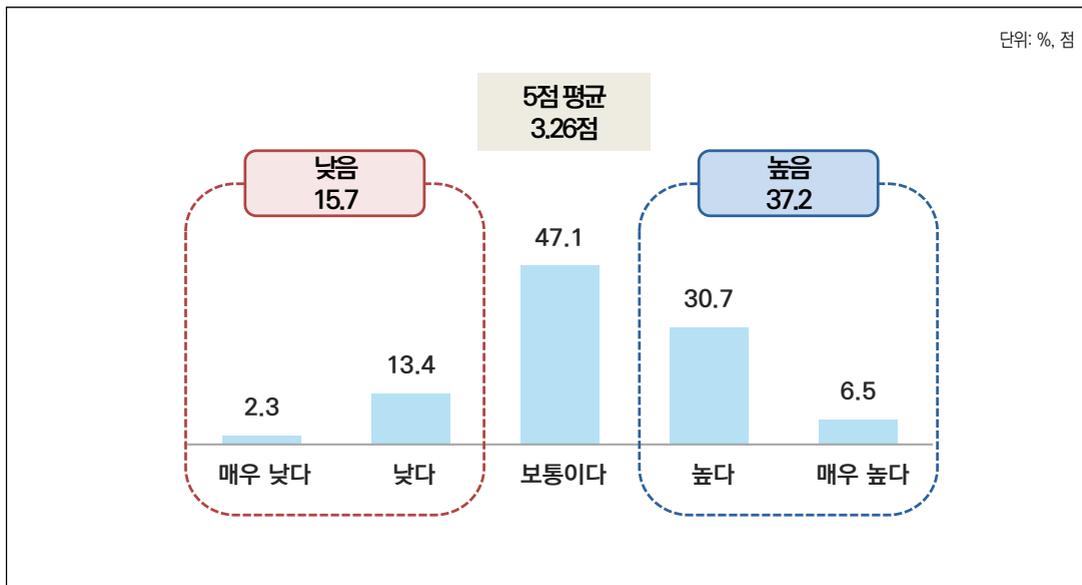
[표 4-96] 향후 자살예방활동 참여할 의향

구분	사례수	전혀 참여할 의향이 없다	참여할 의향이 없다	보통이다	참여할 의향이 있다	적극 참여할 의향이 있다	*참여 의향 없음	*참여 의향있음	평균	표준편차	
전체	(1,166)	1.2	8.4	34.7	45.5	10.2	9.6	55.7	3.55	0.83	
소속 유형	주민참여조직	(589)	0.5	8.0	37.7	43.6	10.2	8.5	53.8	3.55	0.80
	사회복지사	(203)	2.0	9.9	32.5	47.3	8.4	11.8	55.7	3.50	0.86
	생활지원사	(148)	1.4	6.8	35.8	45.3	10.8	8.1	56.1	3.57	0.83
	교육부문	(100)	1.0	6.0	25.0	50.0	18.0	7.0	68.0	3.78	0.85
	공공부문	(126)	3.2	11.9	30.2	48.4	6.3	15.1	54.8	3.43	0.90

* 5점 척도: 1~2점(참여의향 없음), 3점(보통), 4~5점(참여의향 있음)

4) 자살예방활동 활성화를 위한 방안

대전광역시의 자살위험 수준에 대해서는 ‘낮음’ 15.7%, ‘보통’ 47.1%, ‘높음’ 37.2%로 보통 이상을 선택한 응답이 많았다. 이는 5점 만점 평균 3.26점에 해당하는 수준이다. 소속유형별로는 공공부문(3.49점)의 평균이 가장 높았고, 그다음으로 사회복지사(3.38점), 생활지원사와 교육부문(각각 3.20점), 주민참여조직(3.18점)의 순이었다.



[그림 4-80] 대전광역시 자살위험 수준 정도

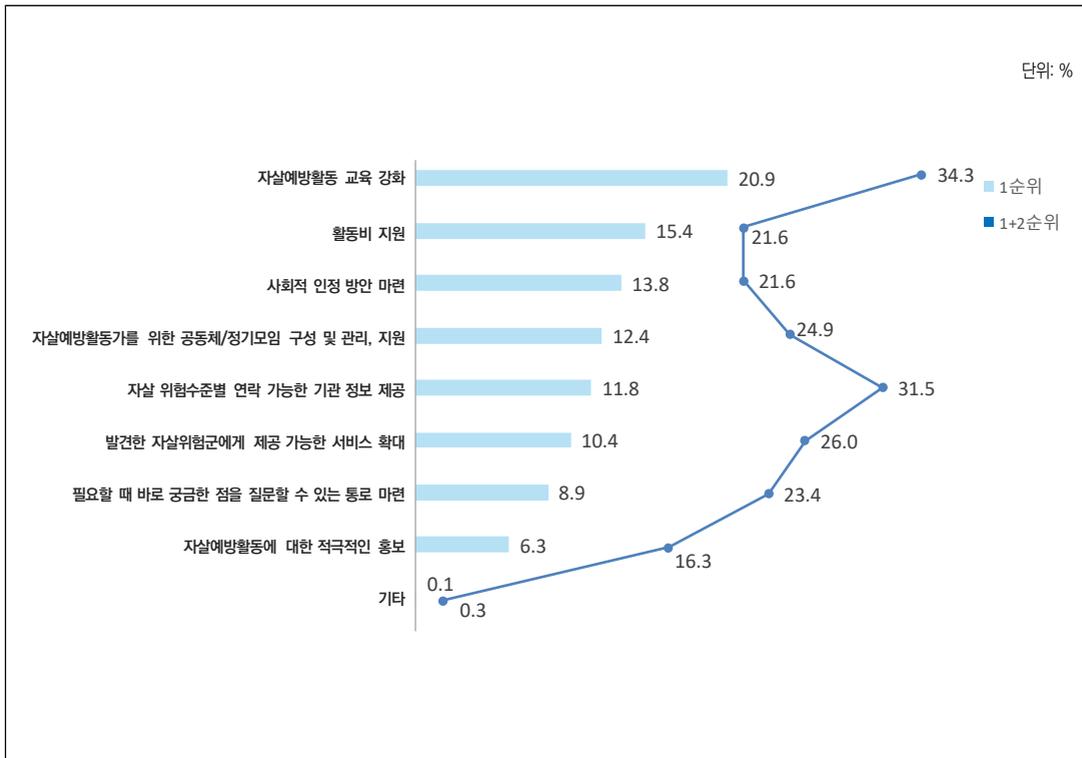
[표 4-97] 대전광역시 자살위험 수준 정도

구분		사례수	매우 낮다	낮다	보통이다	높다	매우 높다	*낮음	*높음	평균	표준편차
전체		(1,340)	2.3	13.4	47.1	30.7	6.5	15.7	37.2	3.26	0.85
소속 유형	주민참여조직	(650)	2.6	15.4	49.1	27.2	5.7	18.0	32.9	3.18	0.85
	사회복지사	(232)	1.3	9.5	49.1	30.6	9.5	10.8	40.1	3.38	0.83
	생활지원사	(173)	3.5	15.0	45.1	31.2	5.2	18.5	36.4	3.20	0.88
	교육부문	(122)	3.3	13.1	47.5	32.0	4.1	16.4	36.1	3.20	0.84
	공공부문	(163)	0.6	9.8	38.0	42.9	8.6	10.4	51.5	3.49	0.81

* 5점 척도: 1~2점(낮음), 3점(보통), 4~5점(높음)

자살예방활동 활성화를 위해 대전시나 자치구에서 필요한 지원 1순위로는 ‘자살예방활동 교육 강화’(20.9%), ‘활동비 지원’(15.4%), ‘사회적 인정 방안 마련’(13.8%), ‘자살예방활동가를 위한 공동체/정기모임 구성 및 관리, 지원’(12.4%), ‘자살위험수준별 연락가능한 기관 정보 제공’(11.8%), ‘발견한 자살위험군에게 제공가능한 서비스 확대’(10.4%), ‘필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련’(8.9%) 등의 순으로 나타났다. 소속유형별로는 교육부문에서 ‘사회적 인정 방안 마련’이 20.5%로 비교적 높게 나타났다.

1순위와 2순위를 함께 살펴보면, ‘자살예방활동 교육 강화’(34.3%), ‘자살위험수준별 연락가능한 기관 정보 제공’(31.5%), ‘발견한 자살위험군에게 제공가능한 서비스 확대’(26.0%), ‘자살예방활동가를 위한 공동체/정기모임 구성 및 관리, 지원’(24.9%), ‘필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련’(23.4%), ‘사회적 인정 방안 마련’(21.6%), ‘활동비 지원’(21.6%) 등의 순이었다. 1순위만 살펴본 결과와 차이가 있었다.



[그림 4-81] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원

[표 4-98] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 활동교육 강화	활동비 지원	사회적 인정방안 마련	자살예방 활동가를 위한 공동체/ 정기모임 구성 및 관리, 지원	자살 위험 수준별 연락 가능한 기관 정보 제공	발견한 자살위험 군에게 제공 가능한 서비스 확대	필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련	자살예방 활동에 대한 적극적인 홍보	기타	
전체	(1,340)	20.9	15.4	13.8	12.4	11.8	10.4	8.9	6.3	0.1	
소속 유형	주민참여조직	(650)	22.6	18.3	15.1	12.6	9.5	6.8	7.7	7.4	0.0
	사회복지사	(232)	15.9	15.1	11.6	12.9	13.4	16.4	9.1	5.2	0.4
	생활지원사	(173)	27.2	9.2	9.8	13.9	15.6	10.4	7.5	6.4	0.0
	교육부문	(122)	18.0	11.5	20.5	13.1	7.4	13.9	11.5	4.1	0.0
	공공부문	(163)	16.6	14.1	11.0	9.2	17.8	13.5	12.9	4.9	0.0

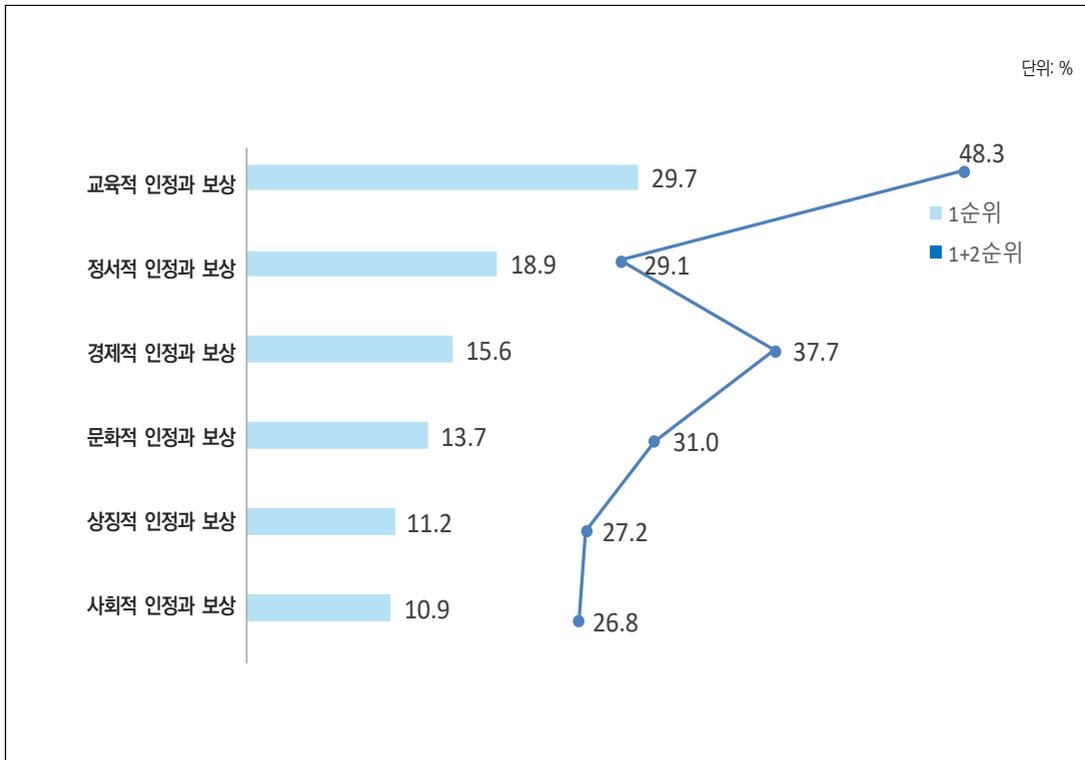
[표 4-99] 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 활동교육 강화	자살 위험 수준별 연락가능한 기관 정보 제공	발견한 자살위험 군에게 제공 가능한 서비스 확대	자살예방 활동가를 위한 공동체/ 정기모임 구성 및 관리, 지원	필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련	사회적 인정방안 마련	활동비 지원	자살예방 활동에 대한 적극적인 홍보	기타	
전체	(1,340)	34.3	31.5	26.0	24.9	23.4	21.6	21.6	16.3	0.3	
소속 유형	주민참여조직	(650)	39.1	26.6	19.7	26.2	23.7	22.8	24.2	17.5	0.3
	사회복지사	(232)	27.6	35.3	33.2	25.9	19.8	19.4	23.7	14.2	0.9
	생활지원사	(173)	38.7	37.0	29.5	22.0	20.2	18.5	13.3	20.8	0.0
	교육부문	(122)	28.7	26.2	27.9	27.0	29.5	29.5	18.0	13.1	0.0
	공공부문	(163)	23.9	43.6	36.2	20.2	26.4	17.8	19.6	12.3	0.0

자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상 1순위로는 ‘교육적 인정과 보상’이 29.7%로 가장 높았으며, 그다음으로 ‘정서적 인정과 보상’(18.9%), ‘경제적 인정과 보상’(15.6%), ‘문화적 인정과 보상’(13.7%) 등의 순으로 나타났다. 소속유형별로는 공공부문과 사회복지사의 경우, ‘경제적 인정과 보상’이 각각 25.8%와 21.6%로 가장 높았다.

1순위와 2순위를 모두 고려했을 때는 ‘교육적 인정과 보상’이 48.3%로 가장 높아 1순위만 살펴보았을 때와 동일하였다. 그 뒤로는 ‘경제적 인정과 보상’(37.7%), ‘문화적 인정과 보상’(31.0%), ‘정서적 인정과 보상’(29.1%), ‘상징적 인정과 보상’(27.2%), ‘사회적 인정과 보상’(26.8%)의 순으로 나타나 1순위만 살펴본 결과와는 차이가 있었다.



[그림 4-82] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상

[표 4-100] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1순위

단위: 명, %

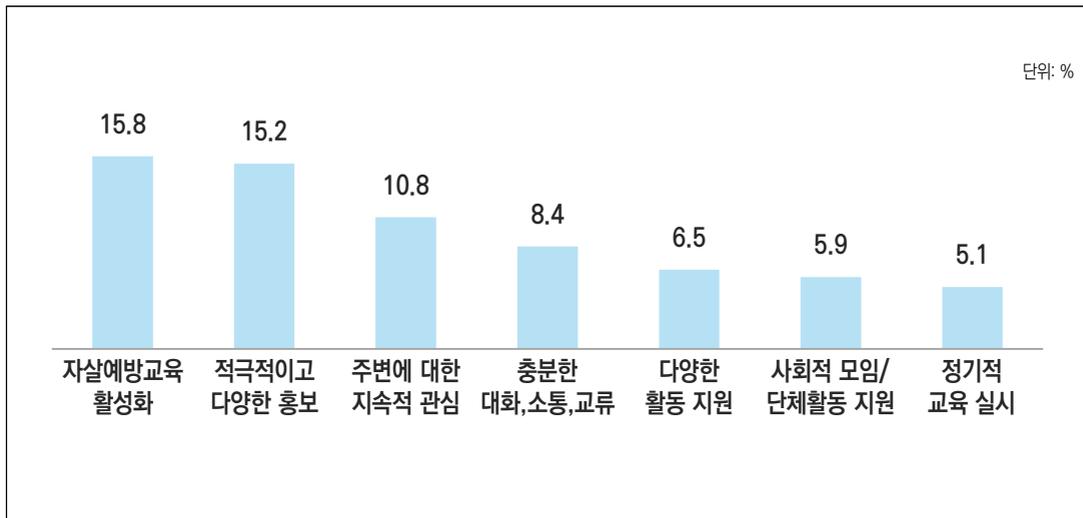
구분	사례수	교육적 인정과 보상	정서적 인정과 보상	경제적 인정과 보상	문화적 인정과 보상	상징적 인정과 보상	사회적 인정과 보상	
전체	(1,340)	29.7	18.9	15.6	13.7	11.2	10.9	
소속 유형	주민참여조직	(650)	33.5	20.3	12.9	12.0	12.3	8.9
	사회복지사	(232)	19.0	16.4	21.6	15.1	10.3	17.7
	생활지원사	(173)	31.2	22.0	9.8	15.0	11.0	11.0
	교육부문	(122)	37.7	13.1	13.1	16.4	10.7	9.0
	공공부문	(163)	22.1	18.4	25.8	14.7	8.6	10.4

[표 4-101] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	교육적 인정과 보상	경제적 인정과 보상	문화적 인정과 보상	정서적 인정과 보상	상징적 인정과 보상	사회적 인정과 보상	
전체	(1,340)	48.3	37.7	31.0	29.1	27.2	26.8	
소속 유형	주민참여조직	(650)	52.9	34.0	30.0	30.9	28.6	23.5
	사회복지사	(232)	37.1	45.3	26.7	26.3	27.6	37.1
	생활지원사	(173)	49.7	35.8	34.7	28.3	23.1	28.3
	교육부문	(122)	59.0	34.4	35.2	23.0	25.4	23.0
	공공부문	(163)	36.2	46.0	33.7	31.3	26.4	26.4

마지막으로 주관식으로 지역의 자살예방활동 활성화를 위한 방안에 대하여 질문하였다. 유사한 문항별로 묶어 정리해 본 결과 ‘자살예방교육 활성화’(15.8%), ‘적극적이고 다양한 홍보’(15.2%), ‘주변에 대한 지속적 관심’(10.8%) 등의 순으로 높게 나타났다.



[그림 4-83] 지역의 자살예방활동 활성화를 위한 방안

[표 4-102] 지역의 자살예방활동 활성화를 위한 방안

단위: 명, %

내용	빈도	비율
전체	631	100.0
자살예방교육 활성화	100	15.8
적극적이고 다양한 홍보	96	15.2
주변에 대한 지속적 관심	68	10.8
충분한 대화, 소통, 교류	53	8.4
다양한 활동 지원	41	6.5
사회적 모임/단체활동 지원	37	5.9
정기적 교육 실시	32	5.1
자살예방 캠페인	29	4.6
전문기관, 전문인력 확대	27	4.3
자살예방 상담센터 활성화	26	4.1
정부/지자체의 노력과 지원	23	3.6
적극적인 발굴 활동	20	3.2
접근성 높은 상담창구 마련	20	3.2
전문가 대상 교육 강화	19	3.0
체계적 시스템 마련	14	2.2
자살예방활동 강화	13	2.1
자살예방활동에 대한 보상	7	1.1
자살에 대한 인식 변화	6	1.0

* 없음/모름/무응답 제외

제3절 소결

본 설문조사는 대전광역시민 및 전문가 1,340명을 대상으로 자살예방과 자살위험군 발굴 등을 조사하였다. 주요 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 자살에 대한 태도를 4개 요인으로 살펴본 결과, ‘예방가능성과 불가해성’(3.31점)의 점수는 높았고, 상대적으로 ‘허용성 및 불간섭’(2.14점) 점수가 낮았다. ‘보편성’의 평균은 2.93점, ‘예측불가능성’은 2.70점이었다. ‘허용성 및 불간섭’, ‘보편성’, ‘예측불가능성’은 자살에 대한 수용적 태도를 보여주는 요인으로, 자살위험자는 자살에 대한 수용도가 높을수록 자살생각이 많아지고, 전문가의 경우에는 수용도가 높을수록 자살 관련 업무 수행역량과 훈련의 효과에 부정적이라고 알려져 있다(유재순 외, 2016; Neimeyer et al., 2001). 이에 수용적 태도 등 자살에 대한 태도에 관심이 필요하다.

본 연구결과에서는 ‘허용성 및 불간섭’, ‘보편성’, ‘예측불가능성’이 모두 3점(보통) 수준보다 낮았지만, ‘허용성 및 불간섭’과 다른 두 요인 간에는 평균 차이가 있었다. 이는 수용적 태도를 설명하는 요인이 항상 일치하지는 않는다는 것을 보여준다. 이는 자살태도가 긍정이나 부정의 이분법적 구분이 아니라 우리나라의 사회 문화적 변화 등 최근의 인식을 반영하면서 다양하게 나타날 수 있기 때문이다(김선아 외, 2019). 일부 소속유형에서는 자살에 대한 수용적 태도가 높았는데 이렇게 수용적 태도가 높아지는 것 역시 사회문화적 변화와 관련된다. 예컨대, 우리 국민 82%가 조력 존업사에 대해 찬성한다는 최근 여론조사결과(조선일보, 2022.7.14.)와 같이 자연사가 아닌 죽음을 허용하는 사람이 많아졌다는 것이다. 이 외에도 개인의 한계를 넘어서는 사회문제가 발생하고 있으며 이를 사회구조 내에서 해결할 수 없을 때 자살이 받아들여지기도 한다(김화선, 심정영, 2016).

한편, 교육부문은 ‘허용성 및 불간섭’ 요인이 모든 소속유형 중 상대적으로 가장 높았고 ‘예방가능성과 불가해성’도 가장 높았다. 이처럼 모순적인 결과가 보인 이유는 교육부문의 다수가 상담전문가였다는 점과 연결해 볼 수 있다. 이들의 다수가 정신보건요원일 수 있다는 점에서 자살이나 정신건강에 이해도가 높은 전문가로서는 자살위험에 대한 개

입 필요성을 인식하고 있지만, 현대 사회에 살아가는 개인으로서 자살에 대해 수용적인 태도를 가질 수 있기 때문이다(전은별, 고정애, 2021)

둘째, 자살에 대한 지식을 조사한 결과 전체적으로 50점대로 나타났다. 다른 선행연구에서도 동일 질문지로 자살에 대한 지식을 평가했을 때에도 동일하게 50점대로 나타나(기선완 외, 2022) 본 연구 결과와 유사한 수준이었다. 다만, 자살예방을 위해서는 사람들이 자살에 대해 정확한 지식을 갖는 것이 중요한 부분이기 때문에 자살 관련 지식을 더욱 높일 수 있는 방안을 고민해야 할 것이다. 관련하여, 기선완 외의 연구(2022)에서는 생명지킴이 교육을 받고자 하는 사람에게 사전 조사와 사후 조사를 실시하였는데 사전 5.53점(10점 만점)에 그쳤던 점수가 교육 후 6.73점까지 높아진 것으로 나타났다. 즉, 교육은 자살에 대한 지식을 높이는 데 유의한 영향을 미칠 수 있는 것이다. 더 많은 지역주민이 생명지킴이 교육을 받아 관련 지식 등을 높이고 자살예방사업에 참여하여 이웃을 돕게 된다면 지역의 자살예방에 대한 효과를 기대할 수 있을 것이다.

셋째, 자살위험군을 만났을 때 행동할 수 있는 역량을 살펴보았다. 먼저, 자살위험자를 만났을 때 자신의 주된 역할을 물어본 결과 ‘전문가를 만날 수 있도록 전문가를 부르거나 함께 기관을 방문해야 한다’고 35.6%가 응답하였다. 두 번째는 ‘그 사람이 전문가를 찾아갈 수 있도록 기관을 소개·안내하는 역할’(25.9%)로 응답하였다. 이는 다수의 사람이 자살위험군의 경우 전문가를 통해 대응하는 것이 필요하다고 생각하고 있음을 보여준다. 하지만 소개·안내하는 역할의 경우는 반드시 만남을 보장할 수 없다는 한계가 있음에 유념해야 할 것이다. 이 외에 ‘자신이 찾아가 괜찮아질 때까지 이야기를 듣거나 상담해 주는 역할’이라는 응답이 22.9%를 차지하였다.

다음으로 자살예방행동을 할 수 있는지 8개의 문항으로 질문한 결과, 5점 만점에 평균 3.46점으로 보통 이상의 수준으로 자살예방행동을 할 수 있다고 생각하였다. 다만, 8개 문항 중 평균 점수가 높은 문항은 ‘자료를 제공’하거나 ‘상부에 관련 사항을 보고’하는 등 간접적인 활동이었고, 반대로 평균 점수가 낮은 문항은 ‘자살위험군과 만나서 자살 계획, 자살 생각 등에 대해 질문’하거나 ‘자살을 하지 않겠다고 약속을 받을 수 있다’의 문항이었다. 즉, 전체적으로는 평균 3.46점의 수준이었지만 직접 자살위험군과 대화를

나누거나 하는 등의 행동에서는 상대적으로 어려움을 느끼고 있음을 확인할 수 있는 부분이다. 특히, 소속유형별로 살펴보면 주민참여조직이 가장 낮은 점수를 보여 주민참여 조직에서 자살위험군을 만나 대응한다고 할 때 어려움이 발생할 수 있음을 확인하였다. 반면, 교육부문은 자살예방행동의 평균 점수가 가장 높아 자살예방을 위한 풍부한 역량을 가지고 있다고 해석해 볼 수 있었다.

넷째, 자살위험군을 직접 만났다고 응답한 자는 24.3%로 약 1/4에 해당되는 수준이었다. 이들 중 36.8%가 중년, 58.3%가 여성을 만났다고 응답하였다. 다만, 이는 소속유형에 따라 차이가 있어 교육부문은 청소년 이하라고 응답한 경우가 57.4%, 생활지원사는 노인으로 응답한 경우가 78.6%로 나타났다. 즉, 자신이 속해있는 조직에서 일을 통해 자살위험군을 접할 기회가 많다는 것을 확인할 수 있었다. 다만, 특정 대상으로 국한되지 않은 주민참여조직이나 사회복지사, 공공부문에서는 모두 중년이 높았고 그 뒤로는 청년층으로 나타났다. 실제 자살위험이 있는 사람을 처음 만난 경로에서도 업무나 일상 생활 중 주변을 관찰하면서 알게 되었다는 응답이 43.3%로 가장 높은 응답을 보였다.

한편, 자살위험이 있다는 것을 알아챈 방법으로는 ‘죽고 싶다 등 자살을 의미하는 말이나 행동’을 통해서가 49.7%로 가장 높았고, 그다음은 ‘우울, 무기력 등 정신적인 어려움을 보여서’가 36.5%였다. 이는 자살위험이 있는 사람을 만난 대부분이 말이나 행동, 우울 등의 포착을 통해 자살 위험군의 신호를 찾을 수 있었다는 것이다. 2023년 자살사업안내에 따르면 자살사망자 중 94.0%가 사망 전 자살 경고신호를 보냈던 것으로 나타났으며, 그중에서 ‘자살이나 살인, 죽음에 대한 말을 자주하는’ 언어적 경고신호를 보인 경우가 60.2%, 죄책감, 무기력감, 과민함 등 감정상태 변화가 있었던 경우가 75.7%로 나타났다는 보고가 있다(보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2023, p.181~184). 이러한 결과와 마찬가지로 본 조사의 응답자에서도 다수가 언어적이거나 심리적인 경고신호를 포착할 수 있었다.

다섯째, 자살위험군을 직접 만난 경험 유무에 따른 행동과 인식은 부분적으로 차이가 있었다. 실제 자살위험군을 만났다고 응답한 경우에는 ‘자살관련 기관으로 연결했다’는 응답이 가장 많았으며, 두 번째로는 본인이 자주 찾아갔다고 응답하였다. 이때 주로

연결한 기관은 ‘정신건강복지센터/자살예방센터’로 나타났다. 미경험자의 경우에도 ‘자살관련 기관으로 연결하겠다’는 응답이 가장 높았으며 다음으로는 ‘자살관련 기관을 안 내하겠다’는 응답이 높았다. 경험자와는 달리 미경험자에서는 ‘본인이 대응하겠다’는 응답은 상대적으로 낮은 편이었다. 한편, 소속유형별로 살펴보았을 때, 만난 경험이 있는 응답자에서 교육부문과 공공부문은 ‘자살관련 기관으로 연결함’이라고 응답한 비율이 각각 48.9%와 52.3%였는데 다른 유형은 30%대에 그쳐 차이가 있었다. 전문기관으로의 연계는 가장 중요한 대처 방법인 만큼 이에 대한 인지가 상대적으로 낮은 소속에 대한 집중적인 대응을 고민해야 할 것이다.

자살위험이 있는 사람을 만났을 때, 혹은 만나다면 심리적 부담이 어떠할지 물어본 결과 경험자와 미경험자 모두 심리적 부담이 높다고 응답했는데, 특히 미경험자의 부담은 평균 3.95점으로 경험자 3.66점에 비하여 높은 편이었다. 소속유형별로는 경험자에서는 공공부문의 평균 점수가 가장 높았고(4.06점), 미경험자에서는 교육부문이 4.03점으로 가장 높았다. 이렇게 부담을 느끼는 이유는 경험자와 비경험자 모두 ‘그 사람이 자살할까봐 걱정되어서’를 선택한 경우가 가장 많았다. 하지만 2순위부터는 차이가 있어 경험자는 ‘내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서’, ‘힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에’ 등으로 높았고, 미경험자는 ‘어떻게 대응해야 할지 몰라서’와 ‘내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아닌 것 같아서’의 응답이 높았다. ‘대응의 방법을 모르는 것’은 교육의 필요성과 연결되는 부분인만큼 교육을 통한 대응을 고려해 보아야 할 것이다. 더불어 경험자의 경우는 ‘힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에’에 대한 부담을 호소하고 있다는 점에서 이들에 대한 심리정서적 지원 등에 관심이 필요함을 볼 수 있다.

여섯째, 자살예방교육을 강화해야 한다. 응답자의 45.1%만이 자살예방교육을 받은 경험이 있었는데, 업무로 인해 교육을 받게 된 경우가 많았고 이렇게 받은 교육은 도움이 되었다고 생각하고 있었다. 정기적으로 자살예방교육을 받는 것이 필요하다는 의견도 84.1%로 높았고, 정기교육은 ‘연 1회’나 ‘6개월에 1회’라고 응답한 비율이 높았다. 정기교육 내용으로는 ‘실습 중심 교육’, ‘심화 교육’, ‘반복 교육’에 대한 요구가 고루 제시되었다. 이러한 결과는 교육을 받은 경험이 있는 응답자들이 교육의 효과와 필요성을 비교

적 긍정적으로 평가했다는 것으로 자살예방활동 교육 필요성이 전반적으로 공유되고 있음을 확인할 수 있었다.

마지막으로 자살예방활동 활성화 방안을 살펴보았다. 자살예방활동이 필요하다는 응답은 85.4%로 나타나 대부분이 공감하고 있었다. 하지만 현재 자신이 자살예방활동에 참여하는 지를 물었을 때에는 74.6%가 아니라고 대답하여 필요성을 인식은 하지만 실제 활동으로는 이어지지 않음이 드러났다. 자살예방활동에 참여하는 응답자는 업무와의 연관성 때문에 참여하였다는 응답이 많았지만, 그 외에도 지역사회에 봉사하고 싶은 마음, 스스로 성장하고 있다는 느낌 등도 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 다만, 자살예방활동에 참여하는 응답자 중 54.6%가 어려움을 느꼈다고 응답했는데 그 이유는 ‘자살예방 지식과 기술이 부족해서’가 가장 많아 교육의 필요성과 연결되는 부분이었다. 이 외에도 ‘전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않는다’와 ‘잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없다’는 의견도 높아 자살예방센터 등 전문기관의 참여가 자살예방활동 활성화에 필요함을 알 수 있었다. ‘자살목적 등으로 인한 정신적인 충격과 트라우마 때문이’라는 응답도 비교적 높은 수준으로 나타났다.

자살예방활동 활성화를 위해서는 ‘교육 강화’가 필요하다는 의견이 높았으며, 이 외에도 ‘자살 위험수준별 연락가능한 기관정보제공’, ‘자살위험군에게 제공가능한 서비스 확대’, ‘공동체/정기모임 구성 및 관리’, ‘필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련’ 등에 대한 의견이 높은 편에 속하였다. 이러한 결과에서도 교육의 필요성을 재확인할 수 있었으며, 자살고위험군이 아닌 경우 지역사회 내에서 어떻게 함께 유관 기관과 대응해 나갈지 등에 대한 고민도 필요함을 확인할 수 있었다. 자살예방활동 활성화 보상으로 ‘교육적 인정과 보상’, ‘경제적 인정과 보상’ 등이 비교적 높은 순위로 나타났다. 특히, 사회복지사와 공공부문은 ‘경제적 인정과 보상’에 대한 의견이 높은 것으로 나타났다. 이러한 의견은 사회복지사와 공무원은 통장 등 지역주민과 협조를 기반으로 일을 하는 경우들이 많아 이들에게 적절한 보상을 지원하는 것이 필요하다고 인식하는 경향이 높은 경향을 보인다는 선행연구 결과와 유사한 부분이다(류주연, 김수진, 주연선, 2023).

제5장

질적연구 분석

제1절 조사 개요

제2절 분석결과

제3절 소결



제5장 질적연구 분석

제1절 조사 개요

1. 조사 목표 및 개요

지역사회에서 자살예방사업을 직접 수행하는 실무자를 대상으로 초점집단면접조사(이하 FGI : Focus Group Interview)를 실시하였다. FGI 진행 목적은 현장전문가의 다양한 수행 경험을 분석하여 자살예방 및 고위험 발굴모델을 개발하기 위한 기초자료로 활용하기 위함이다. 구체적으로 지역사회의 자살문제의 심각성과 자살고위험군의 특성, 자살고위험군 사례발굴과 대응의 어려움과 한계, 자살예방사업 수행의 현실적인 어려움과 한계 등에 대한 현장감 있는 정보를 수집하여 현장 전문가의 경험과 맥락에 대한 심층적으로 이해하고자 하였다.

FGI는 2023년 12월 5일 총 1차례 2시간가량 실시하였다. FGI를 실시하기 위해 반구조화 된 질문지를 활용하였으며, 인터뷰 실시 전 연구참여자에게 연구 목적, 주요 질문 등을 전달하였다. 모든 과정에서 연구참여자의 자발적 참여 의사를 확인한 후 동의서를 작성하였으며, 연구윤리에 위반하지 않도록 진행하였다. 인터뷰 내용은 연구참여자 동의 하에 녹음 후 필사하여 내용분석 방법으로 분석하였다.

2. 조사 대상 및 주요 질문

연구참여자의 선정 기준은 현재 대전광역시 자살예방사업 수행 기관에서 자살예방사업에 1년 이상 직접 참여한 현장 전문가이다. 이를 위해 광역과 5개 자치구별로 센터의 협조와 추천을 받아 최종 연구참여자를 선정하여 인터뷰를 진행하였다. 연구참여자의 일반적 특성은 다음의 표와 같다.

연구참여자는 총 5명(광역자살예방센터 1명, 기초정신건강복지센터 4명)으로 성별은 남성 1명과 여성 4명, 연령대는 30대 2명, 40대 3명이었다. 전공 분야에 있어서는 사회복지학 4명, 간호학 1명으로 나타났으며, 관련 자격증에 있어서는 1명은 정신보건간호사를, 4명은 정신건강사회복지사 자격증을 소지하고 있었다. 한편 현 업무경력은 최소 1년 2개월에서 최대 11년으로 나타났다.

[표 5-1] FGI 참여자의 일반적 특성

참여자	성별	연령	학력	직위	전공	현 업무경력	총 업무경력 (정신건강 및 자살예방관련)	관련 자격증
1	남	40대	대학원졸 (박사)	팀원	간호학	1년 2개월	14년 2개월	정신 건강간호사
2	여	30대	대학원졸 (석사)	팀장	사회 복지학	10년 10개월	10년 10개월	정신건강 사회복지사
3	여	40대	대학원졸 (석사)	팀장	사회 복지학	4년	11년	정신건강 사회복지사
4	여	40대	대학원졸 (석사)	팀장	사회 복지학	11년	17년	정신건강 사회복지사
5	여	30대	대졸 (학사)	팀원	사회 복지학	10년	10년	정신건강 사회복지사

주요 질문은 다음과 같다. 단, 현장 상황에 따라 부분적으로 변경하여 활용하였다.

[표 5-2] FGI 질문지

<p>1. 대전지역 자살문제 특성과 관련한 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> - 자살예방사업을 수행하시면서 대전지역의 가장 심각한 자살 고위험군은 누구라고 생각하시나요? - 자살 고위험군(시도자 및 유가족 등 포함)의 특성에는 어떤 것들이 있으셨나요? - 이들은 주로 어떻게 찾으셨나요?(발굴, 의뢰 등) <p>2. 지역사회 환경특성과 관련한 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> - 자살예방과 고위험군 발굴·지원사업을 수행하시면서 지역이 갖고 있는 강점과 약점은 무엇이라고 생각하시나요? <p>3. 기초정신건강복지센터/광역자살예방센터의 자살예방사업의 역할과 기능, 사업수행의 어려움과 애로사항</p> <ul style="list-style-type: none"> - (기초)센터가 지역사회 자살예방과 고위험군 발굴·지원 등에 있어 어떠한 긍정적인 역할과 기능을 하고 있다고 생각하시나요? - 자살예방사업 수행과정에 있어 경험하는 애로사항이나 어려움은 어떤 것들이 있으신가요? <p>4. 연계기관 간의 협력·협업의 애로사항 및 어려운 점</p> <ul style="list-style-type: none"> - 자살고위험군 업무대응시, 주로 협력하는 연계기관은 어떤 곳들이며, 협업과정에서 애로사항이나 어려운 점은 무엇인가요? - 지역사회 내 자살예방에 있어 기초정신건강복지센터와 광역 자살예방센터, 사회복지기관, 공공, 다양한 민간 기관과 어떤 형태로 협업이 이루어질 때 현실적으로 자살예방, 대응 등이 효과적일까요? 이 안에서 자살예방센터의 자살예방, 대응의 역할은 무엇일까요? <p>5. 센터의 자살예방사업의 주요점 혹은 개선과제</p> <ul style="list-style-type: none"> - 앞으로 사업의 주요점 혹은 개선해야 할 점은 무엇이라고 보십니까? <p>6. 지자체의 역할과 지원방안</p> <ul style="list-style-type: none"> - 지역의 자살문제 해결을 위해 자살예방활동 활성화를 위해 지방자치단체(대전시/자치구)에 제안하는 지원방안은 무엇이라고 생각하십니까?

제2절 분석결과

본 분석 결과는 다음의 표와 같이 총 7개 영역, 13개의 주제와 34개의 하위주제로 도출되었다.

[표 5-3] 주요 결과

영역	주제	하위주제
대전지역 자살문제 특성	1) 다양한 연령층, 복합적인 어려움을 가진 자살고위험군	연령층의 다양화 복합적인 자살위험 요인이 내재함
	2) 다양한 방법으로 자살고위험군의 발견	자발적인 의뢰가 증가함 다양한 지역자원 경로로 발굴됨
지역사회 환경 특성	1) 지역사회 환경의 강점	인프라 구축이 잘 되어 있음 지역마다 응급대응의 물리적 접근성이 좋음
	2) 지역사회 환경의 약점	협조가 어려운 공공기관 Top-Down 방식 자살이슈에 대해 쉬쉬하는 지역문화
자살예방사업의 긍정적인 역할과 한계점	1) 지역사회에서 자살예방사업의 긍정적인 역할과 기능	다양한 곳에 자문과 정보제공 역할 즉각적인 자살위기대응의 중요한 역할 수행 지역주민의 자살인식에 대한 변화에 기여
	2) 자살예방사업 수행의 어려움과 한계	사업 달성실적과 경쟁구도를 강조함 인력한계로 자체 사례발굴노력과 사례관리 업무에 집중하지 못함 예산 한계로 안정적인 인력배치의 어려움 업무특성에서 오는 소진과 잦은 이직 복합적이고 다변화되어 가는 자살요인 개입의 어려움
지역사회 유관기관과의 협업경험	1) 협력·협업의 한계점과 어려운 점	적극적이고 지속적인 협력관계의 어려움 실적 중심의 형식적인 연계와 미루기 대응 '자살'이라는 단어에서 밀려오는 협업부담과 반응 사례포화 속에 '보건+복지' 공동 대응체계를 구축해나감
자살예방 활동가 양성교육과 활용·관리경험	1) 자살예방활동가 양성교육경험	다양한 대상의 자살예방활동가 양성교육 주력 반복적인 교육과 충분한 피드백 제공을 통한 높은 교육만족 교육제공 실적 중심 자살예방활동가 양성교육 운영
	2) 자살예방활동가 활용·관리경험	자살예방활동가 사업수행 위한 예산과 인력투입의 한계 자살예방활동가에 대한 적절한 보상 한계로 지속적인 참여 독려와 활동이 어려움
자살예방사업 주안점과 개선방안	1) 다각적이고 적극적인 지역사회 접근	지역사회 여건과 시대를 반영한 다각적인 홍보방법 구상 적극적으로 심리적·물리적 차원의 지역사회로 들어가기
	2) 지역사회에 기반한 사업방향수립과 수행 여건 조성	내실과 질적인 변화를 지향하는 사업 분위기와 여건의 균형 지역사회 기반 자살예방사업 방향 수립 필요
지자체의 역할과 지원방안	1) 지역현안에서 있는 지자체의 역할 제안	자살관련 지역현안의 민감성과 이해가 필요 실무현장의 목소리에 귀 기울이는 Bottom-Up 역할
	2) 지역과 현장여건을 고려한 지자체의 지원방안 제안	근무환경과 안정적인 인력 마련에 대한 관심과 지원 기초지역단위 자살예방중점화·전문화 방안 검토 필요

1. 대전지역 자살문제 특성

1) 다양한 연령층, 복합적인 어려움을 가진 자살고위험군

(1) 연령층의 다양화

연구참여자가 제시한 자살고위험군의 특성으로는 연령층의 다양화였다. 예전에는 지역마다 인구수 대비 특정 연령층에서 자살고위험이 많다는 점이 특징이었다면, 최근에는 자살시도자 등 자살고위험군에 있어 노년층은 높은 순위에 있으면서도 청소년 및 청년, 중장년, 노년층 등 연령이 다양해지고 있다. 실제로 청소년, 청년, 중년층의 자살률이 높아지고 있는 점이 두드러진 양상으로 발견되었다.

저희 000는 대부분이 노령층들이 굉장히 많아요. 거기에 노령 분들이 대부분 또 1인 가구인 노령 분들이 많아서 약간 이제 젊은 사람들...(중략)... 저희가 좀 노인 분들 중점으로 좀 사업을 하고 있음에도 불구하고 그래서 그런지 22년도에는 조금 노인 자살자 수가 조금 줄긴 했지만 그래도 여전히 높은 상태이고. 저희도 이번에 20대 자살률이 좀 많이 높아져서 좀 그거 관련해서 어떻게 지금 좀 해야 되는지... 저희는 이제 000에 있는 대학교라고는 큰 거는 이제 00대학교 밖에 없다 보니까 젊은 사람들이 그렇게 많지는 않지만 일단 20대 자살률이 좀 높아지는 거 같고. (참여자_1)

저희 000는 지역 특성은 사실 작년 기준으로는 80대 이상 자살률이 굉장히 뛰었는데 이제 그 부분은 아마 심층적인 어떤 이렇게 문제나 이런... 그런 부분하고 같이 엮여 있는 거 같고요. 실제로 센터에 오시는 분들은 연령대는 뭐 노인에 치중돼 있거나 그렇지 않고 다양하게 나타나고 있는 거 같아요. 작년 통계나 이제 올해 통계... 지금 3개월 전까지 이제 그 지역 자살 사망 분석 나오는 거 보면 저희도 20~30대 자살률이 굉장히 많이 늘어... 늘고 있는 그런 상태입니다. (참여자_2)

000는 노인 자살이 가장 심각하긴 한 거 같아요. 노인 인구수도 많고 노인 자살률도 높은 편이고 그 저희는 수행하면서 고위험군 누구라고 생각하나 했을 때 떠오르는 게 노인 집단이었고. 그다음에 이제 1인 가구들도 의견이 있기는 했어요, 센터 내에서는요. (참여자_3)

000는 청소년부터 시작해서 지금 거의 뭐 청년들이 자살률이 높은 건 맞는 거 같아요. 20~30대도 많고 중년층도 많이 있습니다. (참여자_4)

지금 000랑 000한테 물어봤을 때는 저희는 청소년들도 많아요. 그래서 아동팀이 따로 있기는 한데 올해... 그 내년 사업 계획에는 그 청소년도 사실 너무 많아 가지고 자살팀에서 흡수하기로 했어요. 아동팀 선생님들이 너무 버거운 상황이어 가지고. 청소년부터 시작해서 지금 거의 뭐 청년들이 자살률이 높은 건 맞는 거 같아요. 20~30대도 많고 중년층도 많이 있습니다. (참여자_5)

(2) 복합적인 자살위험 요인이 내재함

연구참여자가 만나는 자살시도자나 유가족들은 경제적 어려움뿐만 아니라 정신건강문제, 관계의 단절 등 복합적인 자살위험 요인이 내재하고 있다는 특성을 발견할 수 있었다. 이는 다양한 연령층의 사례에서 나타나 공통적으로 나타나는 복합적인 자살위험 요인이 있다는 것을 의미한다.

대부분 이제 정신적이나 아니면 경제적인 문제들, 그런 것들이 많이 컴바인 돼가지고... (참여자_1)

자살 이제 시도자나 이제 유가족들이 가지고 있는 특성 같은 거 뭐 정신과적인 문제라든지 아니면 경제적인 문제나 이제 관계 단절이라든지 그런 것들은 다 가지고 계신 거 같아요. (참여자_2)

대체적으로 경제적 어려움, 정신적 문제 어려움, 이런 거는 거의 가지고 있는 분들이셨던 것 같거든요. 그러다 보니까 이제 뭐 관계가 안 되시고 자살 사고가 심하시고 이런 자살문제는 다양한 특성이 있는 것 같아요. (참여자_3)

요즘에는 20대 여성 친구들이 이제 음주 문제 때문에 자해 하는 경우들이 많더라고요. (참여자_4)

2) 다양한 방법으로 자살고위험군의 발견

(1) 자발적인 의뢰가 증가함

연구참여자 중에는 자살위험이 있는 사람이 자발적으로 도움을 요청하는 경우가 증가하고 있다고 언급하였다. 최근 들어 자살의 어려움이 있는 지역주민이 직접 전화번호를 검색해서 상담을 요청하는 경우가 있는가 하면, 직접 기관으로 찾아와 도움을 요청하는 경우가 증가하고 있는데 이러한 점은 매우 중요한 의미가 있다. 아직까지 자살에 대한 문제는 은밀하거나 터부시하는 지역문화 속에서 자발적인 의뢰가 증가하고 있다는 점은 자살예방과 발굴에 의미 있는 특성이라고 볼 수 있다.

그냥 계속해서 이제 문의가 오고 그리고 또 의뢰가 자발적으로... 본인이 직접 하시는 경우도 되게 많아요. 일단은 스스로 오는 경우들이 굉장히 많고... 어제 오늘만 해도 한 7건 왔어요, 이틀 동안만 해도. 이제 많으면 일주일에 뭐 한 15건 정도니까 거의 하루에 2건씩 오는 경우도 많은데요. (참여자_4)

본인이 직접 하시는 경우도 있고 그 생명 사랑 위기 대응 센터에서 이제 본인이 이제 시도하거나 자해하거나 또 그러니까... 진짜 본인이 오는 거예요. (참여자_4)

보통 20대 남자친구들 같은 경우에는... 이제 뭐 13930이라든지 좀 이제 죽으려고 이제 검색했다가 보건복지 콜센터 번호 알고 나서... (참여자_4)

(2) 다양한 지역자원 경로로 발굴됨

연구참여자는 지역의 다양한 자원을 통해 자살 관련 문제나 자살고위험군 사례발굴이 이루어지고 있다고 말하였다. 경찰, 사회복지관, 행정복지센터, 해바라기센터, 스마일센터, 아동보호전문기관, 생명사랑위기대응팀, 자살예방상담전화 1393 등 대상 연령과 문제를 아우르는 다양한 관련 기관이 함께 자살고위험 사례발굴에 동참하고 있었다.

저희는 의뢰는 주로 이제 복지관이나 이제 복지관에서 일하시는 생활지도사 선생님들이 의뢰를 좀 해주시는 편이고. 그 외에는 대부분 이제 자살 시도... 이제 경찰 통해서 이제 의뢰를 많이 받고있는 상태입니다. 그래서 생활지도사 선생님들께서 의뢰를 해주시면 이제 저희가 다 이제 사례 개입해 가지고 서비스 제공하려고 하는데 어르신들이다 보니까 좀 이렇게 뭐 많이 협조적인 분들도 있지만 그렇지 않은 분들도 있어서 조금 힘든 게 조금 있기는 한 상태입니다. (참여자_1)

00는 대부분 이제 의뢰로 많이 오는 거 같고 이제 의뢰해 주시는 곳은 뭐 경찰, 행정복지센터, 사회복지관, 뭐 해바라기센터, 뭐 아동보호전문기관에서도 요즘에는 아동 학대랑 엮여 가지고 이제 어머니나 아버지가 자살 시도 하시면 또 그런 경우에 의뢰가 되기도 하고 뭐 여러 가지 그런 부분들로 의뢰가 되는 것 같고. (참여자_2)

저희는 발굴 진짜 많이 되는 거 같아요. 생각보다 발굴이 너무 많아 가지고... 그러니까 뭐 자꾸 이제 인력 대비라고 하면 조금 그렇기는 한데 더 많이 발굴되면 좋죠. 그런데 일단은 행정복지센터도 그렇고 복지관도 그렇고 전보다 어찌됐든 그 안에서 활동하시는 분들이 많더라고요. 뭐 어르신들도 이제 그 활동비 받으시는 분들 있으셔서 가지고 그거 기반해서도 그렇고... (참여자_4)

저희는 1393도 많이 이용하시고 경찰 통해서도 많이 오고요. 오히려 경찰이 개별적으로 의뢰하는 케이스가 더 많고요. 생명사랑 위기대응팀이라든가 이제 그쪽에서 많이 오고. 스마일센터 뭐 해바라기센터. 그리고 동 행정복지센터가 점점 더 많이 늘어나는 거 같긴 해요. 동에서 이제 많이 발굴을 하시는 거 같아요. 복지관에서도 이제... 저희가 이제 주로 활동을 많이 해서 이제 좀 고위험군 같은 경우 저희한테 보내주시고 또 그 고위험 기간이 좀 지나면 복지관에서 사례관리 하시고 이런 방향으로 가는 분들도 많고요. (참여자_4)

2. 지역사회 환경 특성

1) 지역사회 환경의 강점

(1) 인프라 구축이 잘 되어 있음

연구참여자는 자살예방사업을 수행하면서 대전 지역만이 갖고 있는 강점 중 우선순위로 인프라 구축이 잘 되어 있는 것을 제시하고 있다. 이는 자살 관련 문제가 즉시·즉각적인 골든타임을 다루어야 하는 응급대응의 문제가 많다는 점에서 중요한 강점으로 자리매김할 수 있는 부분이다. 구체적으로 유관 기관 간의 유기적인 작동이 원활한 점을 들고 있으며, 대학병원이 많아 응급상황의 대상 가운데서도 자살고위험 사례를 발견하여 연계할 수 있는 인프라가 구축되어 있음을 언급하였다.

인프라나 이렇게 뭐 입원할 수 있는 병상이라든지 이런 것도 뭐 다른 지역에 비하면... 대전광역시 정도의 수준에서의 그런 부분이라든지 뭐 여러 가지 그런 것들은 좀 잘 갖춰져 있지 않나라고 생각이 들고. 또 이제 대전에 있는 여기 지역 센터들끼리도 서로 이렇게 다 잘 알고 있어서 그런 것들이 조금 조직적으로 이루어지는 부분들도 분명히 있는 거 같아요. (참여자_2)

저희 대전지역의 강점은 5개 구에 기초(정신건강복지)센터가 다 있고 이번에 중독 센터도 이제 다 생겼잖아요. 그래서 어쨌든 그런 인프라가 어쨌든 잘 구축이 되어 있다. 이걸 협력체계를 잘 구축해서 협력 사업을 확대하면 되겠다 라고 저도 보고 있는 측면이 있고요. (참여자_5)

대학병원이 많아서 응급의료센터라든지 이런 이용을 하거나 자원을 이용할 수 있거나 거기서 발굴되는 분들도 있고 이런 것에 있어서는 좀 강점이라는 생각을 해봤던 거 같아요. (참여자_3)

(2) 지역마다 응급대응의 물리적 접근성이 좋음

연구참여자는 물리적 접근성을 강점으로 제시하였다. 대전지역은 타 광역시에 비해 자살고위험 응급대응을 위한 물리적 접근성이 좋아 신속한 대응이 가능하다는 것이다. 지역단위마다의 응급대응을 위해 물리적 거리가 근접하다는 것은 강점으로 보았다.

대전시만이 갖고 있는 강점 생각해 봤을 때 (중략) 다른 광역에 비해서 1577-0199로 출동할 수 있는 게 5개 구로 다 가능한 거리에 있는 거 같더라는 생각을 했었고. 그게 큰 강점일 수 있겠다라는 생각을 했었구요. (참여자_2)

2) 지역사회 환경의 약점

(1) 협조가 어려운 공공기관

연구참여자는 자살예방사업 수행에 있어 자살고위험군 발굴과 의뢰, 그리고 사업수행 등의 전반에서 공공기관의 협조 어려움과 불협화음을 지역사회 환경의 약점으로 제시하고 있다. 자살은 다양한 연령층과 문제영역을 동반하기 때문에 사례 발굴 뿐만 아니라 사업수행에 있어 다양한 공공과 민간기관의 협조체계가 중요하다. 그런 가운데 오히려 공공기관의 비협조적인 상황이 발생하기도 하여 ‘벽을 뚫어야 하는’ 것 같은 현실의 어려움을 체감하고 있다. 이런 점에 비추어 볼 때, 지역에 다양한 인프라가 많은 점이 강점이지만, 학교, 교육청, 보건소, 지자체 등의 공공기관의 협조가 잘 이루어지지 않고 있는 점이 지역 환경 특성 중에서도 우선순위의 약점으로 작용하고 있음을 확인할 수 있었다.

이제 저 역시도 이제 뭐 학교라든가 이런 쪽에서의 조금 불협화음들이 오는 거 같아요. (참여자_1)

관공서 협조는 정말 안 되는 거 같습니다. 이제 주무부처인 보건소도 잘 안되고요. (참여자_2)

어려운 부분은 사실 이런 관공서, 공공기관 협조가 굉장히 어려워요. 그래서 이 저희가 사업하는 데 있어서 저희가 컨택하고 협조를 구하는데 한계가 있잖아요. 예를 들어 교육청 대상으로 뭐 연구 조사를 하려고 해도... 학교를 대상으로 하려고 해도 교육청이란 벽을 뚫어야 되는데 뚫기가 어렵고. 이런 방향에서 협조가 조금 이런 부분 좀 많이 어렵지 않나. (참여자_5)

(2) Top-Down 방식

연구참여자들이 지역사회 환경 속에서의 다른 약점이자 어려움으로 지자체와 민간기관 실무현장 인력체계 간 Top-Down 업무 방식을 제시하였다. 이것은 사업수행과도 관련되는 부분임에도 불구하고 ‘지역사회 환경’ 특성 측면에서 제시하고 있다는 점에 주목할 부분이다. 이 의미는 결국 자살문제의 접근은 그 지역사회에 기반한 특성과 문제 속을 들여다보는 것이 중요한데, 중앙과 시, 구에서 이미 결정되어 내려오는 사업 하달방식으로는 현장과 충분한 사업 방향에 대한 논의가 이루어지지 않기에 현실과 맞지 않는 사업수행이라는 어려움으로 작용하게 된다는 것이다.

저희도 청년 쪽을 어떻게 대입을... 사업을 해야될지 이게 가장 큰... 왜냐하면 저희는 청년 쪽은 거의 안 했으니까. 근데 올해는 청년 쪽을 하래요, 어떻게 해야될지 사실 지금... 굉장히 지금 어렵습니다. (참여자_1)

지역에서 과연 진짜 대상자를 위한 자살예방사업을 하고 있는지를 생각을 해보면.. 물론 그런 부분들도 있겠지만 약간 이렇게 위에서 이제 하라는 식에 어떤 사업이나 이제 지역 현실과 맞지 않는 그런 사실인 것 같습니다. (참여자_2)

단점은 구마다 특성이 너무나 달라서... 취약한 부분도 달라서 예를 들어 뭐 이번에 광역... 그러니까 대전에서는 청년에 중점으로 사업을 하겠다. 청년이 문제다라고 보는데 저희 구는 사실 청년보다는 노인이 더 심각하고 청년이나 뭐 이렇게 만날 수 있는 게 한계가 있고 한 부분들. 그런 상황에서는 조금 어려움이 있는 거 같다는 생각은 들었어요. 제 경험에는 제가 자살 사업을 했지만 밑에서 의견이 올라가서 이렇게 하기보다는 그냥 시에서 '이번에는 여기에 조금 중점으로 톹니다'라고 밑으로 내려오는 경우들이 더 많았던 것 같거든요. 그리고 그걸 뭐 구에서 이렇게 이 사업을 하겠다 안 하겠다 이런 조절이나 이런 거는 되지 않았던 걸로요... (참여자_3)

지자체에서도 어쨌든 같이 협력해서 할 수 있는 사업이 뭔지를 저희한테 계속 고민하라고 하는데, 사실 저희가 고민을 해도 어쨌든 그것은 관계부처 안에서 협력이 되고 좀 이렇게 저희한테 좀 내려주셔야 어쨌든 진행되기 수월한 면이 있는데 그런 면이 어려운 것 같아요. (참여자_4)

(3) 자살 이슈에 대해 쉬쉬하는 지역문화

연구참여자 중에서 지역사회환경 특성으로 심리적 어려움이나 자살 이슈에 대해 드러내어 도움을 요청하기보다는 쉬쉬하는 지역문화를 약점으로 언급하였다. 실제 여러 선행 연구에서 한국 사회는 자살을 금기시하는 문화가 강함을 보고하고 있다(천정환, 2009; 정명희, 2017 재인용). 이런 측면에서 지역에 자살고위험에 대한 문제나 심리적 어려움이 있어도 주변이나 관련 기관에 적극적으로 도움을 요청하거나, 심지어 자살 관련 자체는 민감한 이슈이다 보니 은폐되거나 터부시되어 결국 서비스 도움에도 접근하지 못하는 안타까운 사례 경험을 볼 수 있다.

문화 자체가 조금 저희 그 충청도 문화가 있다 보니까 이런 자살... 심리적인 어려움을 이렇게 대놓고 요청... 요청하기보다는 좀 쉬쉬하는 그런 사회적인 문화도 좀 없지 않아 있잖아요. 그래서 조금 더 이렇게 사회... 그런 서비스 유입에 좀 어려움이 있지 않나. 이렇게 좀 그런 측면이 있습니다. (참여자_5)

3. 자살예방사업의 긍정적인 역할과 한계점

1) 지역사회에서 자살예방사업의 긍정적인 역할과 기능

(1) 다양한 곳에 자문과 정보제공 역할

연구참여자는 자살예방사업의 긍정적인 역할로 다양한 곳에 자문과 정보의 제공이라고 언급하였다. 지역사회의 다양한 공공·민간기관에서 정신장애 및 자살고위험 대상이 발견되거나 대처해야 할 때, 혹은 어떻게 대응하고 개입해야 하는지 등에 어려움이 발생하였을 때 자문과 협조를 요청이 필요한 상황에서 자신들이 현장 실무자로서 중요한 역할과 기능을 하고 있다는 점을 제시하였다.

지역사회나 관련 기관에서 정신 장애인이나 자살 위험성이 높은 사람들을 발견했을 때 어쨌든 자문을 구하게 되는 경우가 있고 거기에 대한 답변을 해줄 수 있는 역할들은 하고 있다는 생각이 들거든요. (참여자_3)

주거 아파트 관리 사무소 혹은 행복복지센터에서도 자문을 많이 요청해 오시고요. 그다음에 지역에 있는 사회복지 기관들. 복지관이라든지 노인 시설이라든지 이런 여러 곳에 있어서는 그래도 이렇게 고위험군이 발굴... 발견이 되거나 개입을 해야 하는 상황에서는 저희 센터가 그래도 생각이 나시는구나. 그래서 연락을 주시는구나. 뭐 이런 것들을 봤을 때 그런 기능을 잘 하고 있지 않나라는 생각이 좀 들기는 했던 거 같아요. (참여자_4)

(2) 즉각적인 자살위기대응의 중요한 역할 수행

연구참여자는 지역사회 자살고위험군 발굴과 지원에 있어 각자의 기관이 즉각적인 자살위기 대응에서 중요한 역할과 기능을 수행함을 제시하였다. 현재 광역자살예방센터와 기초정신건강복지센터의 역할과 기능이 구분되어 각각의 업무를 수행하고 있는데(보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2023) 이러한 역할이 자살위기대응에 무엇보다 핵심적인 역할을 한다는 것이다. 실제 한 기초정신건강복지센터에서는 거의 매일 출동이 필요한 자살고위험 응급상황이 발생함을 언급하며 이를 위해 오후 6시 이후에도 자체적으로 당직 체제를 가동해 응급대응을 하며 지역에서 중요한 역할을 수행하고 있음을 밝혔다.

저희가 이제 전문가로서 즉각적으로 개입할 수 있고 위기 대응할 수 있는 그런 부분들은 저희가 할 수 있는 부분이 아닌가 싶어요. 저희는 그리고 또... (중략) (인구가 많아요)... 그래서 사실은 거의... 거의 매일... 응급 출동은 거의 매일 나가요. (참여자_4)

저희 응급이 너무 많아서 거의 당직제로 지금 돌아가고 있거든요. 그래서 뭐 자살이라든지 아동 청소년이라든지 뭐 조현이라든지 상관없이 그냥 루틴으로 계속 돌아오고요. 한 달에 뭐 세 번, 네 번씩 조를 짜 가지고 그렇게 하다 보니까... 저희는 이제 9시부터 6시까지 하고 이제 6시 이후에는 이제 광역에서 이제 1577을 통해서 그거 같이 이렇게 해주시는데. 평일 낮에도 이제 그렇게 응급이 많이 옵니다. (참여자_4)

(3) 지역주민의 자살인식에 대한 변화에 기여

연구참여자는 그동안 홍보와 캠페인, 자살고위험군 발굴과 지원, 생명지킴이 교육 등 다양한 자살예방사업을 수행하며 지역사회에 자살에 대한 인식을 긍정적으로 변화하게 하는 데에 기여했다고 보았다. 이와 함께 기초정신건강복지센터가 무엇을 하는 곳인지 기관에 대한 이해는 물론 지역주민들이 생명지킴이라는 중요한 역할과 행동에 영향을 주고 있음을 제시하였다.

개인적으로 생명지킴이 교육 같은 거를 이제 일반 주민들한테 하면 그런 걸로 인해서 이제 자살에 대한 인식이 변화가 되고 그걸로 인해서 뭐 주변에 있는 사람들을 좀 이야기도 하고 같이 데리고 오기도 하고 이런 것들을 보면서 아무래도 저희 센터가 이제 지역사회에서 어떤 그런 자살에 대한 인식 변화에 큰 도움이 되질 않나. 그리고 뭐 정신 건강 쪽에서 뭔가 위험이 있으면 먼저 떠오르는 게 저희 센터이지 않나 이런 생각을... 그러니까 인식 변화가 가장 큰 것 같습니다. (참여자_1)

동에서 뭐 갑자기 어떤 사례들이 왔을 때 그 동에서 이제 행정복지센터에서 이제 저희한테 바로바로 의뢰를 해주시고 자기들이 좀 가기 무섭고 겁나는 그런 분들을 저희한테 의뢰를 주시면 저희가 바로 바로 나가서 이렇게 개입하고 하다 보니까 그런 거에 대해서 좀 인식이 많이 좋아진 거 같고... (참여자_2)

2) 자살예방사업 수행의 어려움과 한계

(1) 사업 달성실적과 경쟁구도를 강조함

연구참여자는 중앙정부와 지자체의 정책과 행정, 관련 사업마다 달성해야 하는 실적을 강조하다 보니 기초센터 간 경쟁구도가 만들어지는 어려움을 언급하였다. 이는 기관 사업 평가지침에서 정성지표보다는 정량지표를 우선하는 사업평가 기준이 갖는 한계와 어려움과도 연결되었다. 지자체 입장에서는 목표 대비 수치로 드러나는 양적인 실적 달성을 중요시한다면, 현장 실무자의 입장에서는 양적인 달성 실적도 중요하지만 그 안에 담겨진 한 명, 한 건의 질적인 측면이 중요하다고 생각하였다. 하지만 결국 중요시하는

것은 가시적으로 드러나는 실적으로 이를 토대로 사업의 성패와 성과를 평가하는 것이 한계임을 언급하고 있다.

1%가 어찌됐든 무조건 의무적으로 해야 되는 숫자죠. 그건 저희도 00랑 비슷하게 생명지킴이 양성은 하고 있는데 저는 이제 이번에 계획서를 쓰면서 생각하는 거는... 오늘 보건소에서 이제 연락이 왔었어요. '그 게이트키퍼를 몇 명을 양성을 했냐? 그리고 이 사람들이 몇 명을 의뢰를 했냐? 몇 명을 발굴했냐?' 물어보는 데... (참여자_1)

생명지킴이 양성 교육은 뭐 인구수 뭐... 14세 뭐 69세 인구수 1% 뭐.. 저희 하면 한 1,700명 정도 되더라고요. 근데 보면 그 1,700명하는 거가 그냥 버거운 거 같아요. 그냥 그거 맞추느라 바쁘고 사실 얘기해 주신 것처럼... 그래서 전 대단하시다고 생각했어요. (참여자_2)

시에서 실적을 요구하는 바가 있어서... (참여자_4)

다 수치로만 보잖아요. 양성 수를 채웠는지, 몇 퍼센트인지. 그러니까 사실 그 자살예방 사업이라는 거 자체가 사실 다 정량으로만 평가할 수가 없는 건데. 어쨌든, 중앙이든 관공서든 관계부처든 다들 수치로만 보니까... (참여자_5)

우리가 하는 사업을 자살률로만 판단한다고 하는 것이 굉장히 기분이 나빴어요. 이번에 실제로 있었던 일인데 00님이 센터에 전화해 가지고 자살률 많이 떨어져서 너무 고생했다. 근데 방금 전에 말씀해 주신 것처럼 저희도 막 몇 년 전에 자살률 막 1위하고 막 이럴 때는...(어려웠는데) (중략)... 그러니까 우리가 자살사업을 우리는 항상 열심히 하는데 우리가 이 사업을 열심히 한다고 해서 자살률이 떨어지고 뭐 열심히 안 한다고 해서 자살률이 올라가고 그런 건 아니니까요. 좀 우리의 사업 평가를 뭔가 자살률만으로 그렇게 이렇게 보지 않았으면 좋겠고. (참여자_2)

또한, 연구참여자는 지자체에서 광역자살예방센터와 기초정신건강복지센터 자살 관련 사업마다 성과실적을 강조하다 보니 자치구마다 경쟁 구도의 사업을 전개할 수밖에 없는 한계점을 제시하고 있다. 이리다 보니 실무자로서는 본연의 사업이 의미를 잃어버리는, 내실 있는 사업수행이 어려운 현실을 토로하고 있다.

사실은 기존에 업무도 너무 많은데 자꾸 뭔가 경쟁하듯이 해서... 그 저희도 이제 뭐 게이트키퍼 사업을 막 되게 자부심을 가지고 뭐 그렇게 시작했던 건 아니고. 사업을 내야되니까 이제 할 수 있는 게 뭘까 하다가 통합중진 사업을 내야 되는데 하고 있는 사업을 조금 더 확대해가지고 조금 더 세련되게 만들자 해가지고 이렇게 포장해서 한 거고. 근데 해도 해도 끝이 없는 게 어찌됐든 이 구가 이렇게 하면 또 타 구가 또 이렇게 하면 또 거기서 또 이렇게 계속 해야 되잖아요. 근데 기본 사업에 충실한 게 제일 중요한 거 같아요. 그래서 무슨 센터가 발굴이라든지 사례 관리라든지 이런 데 좀 중점을 뒀어야지. 자꾸 사업... 사업이라든지... 물론 이제 게이트키퍼 사업도 중요하든 뭐 진짜 기본에 충실해야지. 여기서 자꾸 파생되는 것들을 하다보면 본연의 것들이 진짜 너무 희미해져서. (참여자_4)

무조건 꼴등이니 올리라는 이런 식으로... 저희로서는 되게 좀 안타깝고 힘들고. 그러면 또 누구인가를 이기고 올라가야 되고 누구는 또 떨어지고 이런 게 아니잖아요, 사실은 같이 올라가야 되는 건데 같이 자살률이 낮춰지고 자살 사망자 수가 낮춰지면 그걸로 오케이 좋아. 이런 걸 해야 되는데 그 중에서 또 꼴등은 너희가 꼴등이야. 하니까 조금 그걸 좀 안타깝워서... (참여자_1)

좀 자꾸 경쟁하는 식으로 '타 구가 하나까 이거 좀 해라.' 이렇게 하면 안 되는 게... (참여자_5)

(2) 인력한계로 자체 사례발굴 노력과 사례관리 업무에 집중하지 못함

연구참여자는 인력의 한계로 자체 자살고위험 발굴 노력과 사례관리 업무에 집중하지 못하는 현실적인 어려움을 제시하고 있다. 결국 이로 인해 자체 사례발굴은 물론 사례관리 업무에 집중하지 못하는 상황에서 오는 심리적 부담을 토로하였다.

OO 같은 경우에 사실은 저희는 발굴을 거의 할 수 있는 상황이 못 됩니다. 일하는 사람 수는 이리한데 의뢰가 너무 많기 때문에 그 사례 등록하고 관리하기도 너무 버거워가지고 따로 뭐... 중요한 거는 사례관리를 할 여력이 안 돼요. 왜냐하면 사업하고 그 사례관리하고 동시에 뭐 팀이 나뉘져 있는 것도 아니고 하다 보니까... 보통 이제 주민들이 원하는 그런 분들 있잖아요. 이렇게 막 뭐 일주일에 한 번을 만났으면 좋겠다. 뭐 이렇게... 더구나 이제 위기 기간 동안에는 그래도 이제 밀접하게 만나는데 너무 어려워요. 사실은 한 사람이 일할 수 있는 시간의 양이 있잖아요. 저희가 왜 새롭게 신규도 계속 발굴되고 있고 기존에 사례들도 계속 관리를 해야 되고 또 그 외에 행정업무라든지 사업이라든지 동시 다발적으로 하다보니까 질적인 부분에서 사례관리가 좀 너무 미흡해 가지고 좀 죄송한 마음이 늘 들고... (참여자_4)

보통 1인당 평균 사례 수가 25명 되는데요. 그것만... 그 숫자만 보는 게 아니고 이제 계속 의뢰가 계속 신규로 오잖아요. 그리고 순환이 계속돼야 되고 또 저희 이제 지표는 또 신규 등록자들에게 한해서요. 그래서 올해 저희도 이제 그거 다 채우긴 했는데 사실은 너무 민망한 게 이제 대상자들에게 너무 미안하고. 또 내년도 걱정이 돼요. (참여자_4)

(3) 예산한계로 안정적인 인력배치의 어려움

연구참여자는 기초정신건강복지센터가 정신건강복지사업과 자살예방사업을 동시 수행하면서 매년 예산 한계로 불안정적인 인력배치 문제가 발생하는 어려움을 토로하였다. 자살문제는 충분한 임상경험을 토대로 즉각적이고 전문적인 개입이 필요해 인력의 역량이 전제되어야 하지만, 예산의 한계로 계약직 형태의 낮은 호봉 채용을 고려해야 한다. 그러다 보니 충분한 임상 경력을 겸비한 인력배치의 어려움은 물론 잦은 인력변동이 발생된다는 것이다. 더 나아가 인력의 한계로 많은 업무량을 감당해야 하는 실무자로서의 업무 부담의 한계를 제시하고 나타내고 있다.

인력이 자주 변동되는 부분에 대해서도 어쩔 수 없이 말씀을 드릴 수밖에 없을 거 같은데. 지금 저희 센터에 저희 팀만 해도 상반기에 그 이제 좀 중요 인력. 이제 아까 전에 1호봉이 바로 뭐 자살지도자 만나서 상담하는 게 사실 쉽지 않는데 저희도 같이 막 이제... 좀 연차가 높으신 선생님들이 또 중요한 역할을 해주고 계시던 분이 갑자기 막 두 분, 세 분이 확 빠져나가 버리니까 저희도 이제 팀을 운영하는 데 있어서 너무 어려움이 있고. 아무래도 다시 오시는 분들이 그 비슷한 뭐 연차나 그 정도 능력이 되시는 분들이 오시지 않다 보니까. 이제 아무래도 이제 대상자한테 가야되는 어떤 서비스의 질이라든지 그런 사업에 수행하는 그런 뭐 이렇게 정도라든지 그런 것들이 확실히 많이 떨어지긴 하겠죠. 근데 이거는 아마 이제 뭐 인력들이 자꾸 빨리 빨리 뭔가 변동되고 사람들이 뭐 금방 금방

떠나고 이런 거는 이제 어쨌든 센터 구조나 예산 상황이란 관련되어 있는 문제인 거 같아요. (참여자_2)

정규 인력으로만 다 있는 게 아니고 계약직 선생님들이 있기 때문에... 또 신규... 저희가 이제 안 그래도 예산 짜다 보니까 내년에는 1호봉 선생님들을 뽑아야 된다고 하더라고요. 근데 자살 고위험군을 1호봉을 가르쳐서 이제 할 만 하면 이제 가야 되는 시기예요. 그러다 보니까 늘 경력이 있는 선생님들이 유족을 보고 고위험군을 보게 되잖아요. 근데 너무 많이 소진되죠. 선생님들도... 저도 어찌됐든 이제 실무를 보고 이제 사례를... 사업을 못 하는데 대신에 사례를 더 많이 보려고 한다고 하지만 저도 사람인지라 이제 좀 부담스럽고 어려운 사례도 있잖아요. (참여자_4)

인력이 없고 예산이 없으면 그렇게 나올 수 없는 부분이 있던 말이에요. 그래서 우리도 이 돈과 정말 정규직 선생님 몇 명만 있으면 좀 일을 분업화 해 가지고 사업팀, 사례관리팀 이렇게 나눠 가지고 좀 일을 효율적으로 해서 할 텐데... (참여자_5)

(4) 업무특성에서 오는 소진과 잦은 이직

연구참여자는 그동안 자살 관련 사업을 수행하며 즉각적인 응급출동과 여러 이슈가 담긴 복합적인 사례에 개입하며 오는 업무 소진과 이로 인한 잦은 이직의 문제를 경험하고 있었다. 이미 앞에서 제시한 사업의 어려움이 축적된 측면이 있으면서도, 자살 자체가 매우 심층적이고 어려운 이슈가 있는 문제이기 때문에 담당 수행 인력에게 어려움이 누적되면서 소진과 잦은 이직의 문제로까지 이어지는 것이다.

자살시도자분들 만나는 게 쉽지 않은 일이다 보니까 이런 일을 계속하는 게 소진이 정말 빨리 오는 거 같기는 해요. (참여자_2)

전에는 저희가 이제 그분 술 깰 때까지 기다렸거든요. 혼자 있으니까 혹시 그 사이에 번개탄을 피울까 뭐 이럴까 좀 우려가 돼가지고. 근데 한도 끝도 없더라고요. 그렇게 치니까 1인 가정... 1인... 또 혼자 살고 하다보니까. 그래서 결국은 가족을 찾고 뭐 이 과정도 다 했는데... 이제 그런 상황들이 사실 전반적으로 조금 어려움이 있는 것 같습니다. (참여자_2)

알코올 문제가 있거나 성격 장애 문제가 있는 분들이 자살을 언급하면 어쨌든 만나야 되는데, 자살을 언급하면 무조건 만나거나 출동해야 되는 상황들이 좀 많이 지치는 거 같기는 해요. 사실 이제 어느 정도 이용하시는 분들은 실제 자살 사고 갖더라도 저희를 나오게 하시려면 자살이라고 언급을 일부러 하시는 분들이 더 많거든요. 근데 저희 업무 특성상 어쨌든 죽음에 대해서 얘기하면 무조건 가고 있어요, 저희는 센터에서. 그 갔다가 10분 대화를 하고 오더라도 혹은 술에 취해서 대화가 전혀 안 되더라고 이렇게 가야 하는 상황들이 좀 어려움이 있는 거 같고. 의뢰서를 보내고 통화를 했을 때 술 취한 상태에서 이분이 계속 거기 기관에 전화를 하니까 계속 상담이 안 되시는 거예요. 그러다 보면 또 저희한테 다시 연락이 오신다든지 뭐 이런 것들이 있어요. (참여자_3)

이거는 뭐 틈나는 대로 사업하고 틈나는 대로 사례 보고 이렇게 하다보니까 늘 소진이 되어 있죠. (참여자_4)

(5) 복합적이고 다변화되어 가는 자살 요인 개입의 어려움

연구참여자는 점점 더 복합적이고 다변화되어 가는 자살 요인으로 인한 개입의 어려움을 제시하였다. 청소년층부터 노년층까지 다양한 연령만큼, 자살고위험군의 내재된 문제는 실무자로서 개입하기 어려운 요소들이 있었다. 또한 광역자살예방센터뿐만 아니라 기초정신건강복지센터에서 할 수 있는 역할과 할 수 없는 역할의 경계가 공존하고 있었다. 이런 측면에서 자살고위험 요인을 가진 사례가 발굴되고 응급 대응이 이루어진 후의 대응이 자살고위험군 당사자의 욕구를 모두 채워주고 있지 못해 그들 스스로 지원을 중단해 개입이 종결되는 상황이 발생하고 있다는 것이다.

치료비 지원이라든가 뭐 병원을 같이 간다. 뭐 그거... 그 이 사람들이 원하는 건 경제적 지원인데 동사무소 쪽 행정복지센터를 얘기를 했지만 거기에서 받을 만큼 다 받은 사람들이 이쪽으로 이제 또 넘어오거든요, 그거는. '치료비 지원을 그러면 선(先) 입금 해주면 안 되냐?' 뭐 이런 식으로 얘기를 하는 분들도 있고. 굉장히 그 저희도 중독 쪽이랑 저도 개인적으로 중독을 별로 안 좋아하는데. 술 때문에 죽고 싶다는 얘기를 하면 안 해주고. 술 취하면 안 해주고. 술 깨 가지고 갔는데 자기들이 얘기한 거에 약간 좀 비협조적이면 끊어버리고. 그 약간 좀 그런.. 그럴 거면 왜.. 이런 생각을 좀 하고 있고요. (참여자_1)

젊은 친구들이나 이렇게 오면 거의 보이스피싱 피해자나 뭐 카드빚이나 이런 것들로 죽겠다고 하면서 결국 여기까지 발굴이 돼서 오는데 그런 걸 해결을 해드릴 수는 결국은 없잖아요. 그러면 저희는 이제 그거와 관련된 기관에 대한 정보를 다 드리는데. 사실 이분은 그런 기관도 다 알아봤는데 할 수 있는 게 없는 상황에서 이제 얘기를 안내 받고 오신 경우에는 이제 더 서비스가 이어지지 않는 경우들이 있는 거 같아요. 사실 그건 구조적인 문제여서 저희도 어떻게 해드릴 수 없기는 한데... (참여자_3)

요즘 20대 여성 친구들이 이제 음주 문제 때문에 자해 하는 경우들이 많더라고요. 그렇게 돼서 이제 연계가 되기도 하는데 이어지지는 않아요. 좀 사례관리라든가 이런 것들이.. 왜냐하면 그 친구들도 이제 처음에만 좀 호기롭고 이제 센터 이용하겠다 했다가 이제 본인들이 원하는 서비스가 아니니까 그냥 종료되는 경우들이 많아요. (참여자_4)

또한 자살 관련 다변화 속에 중요하게 담겨진 이슈는 개인정보 동의의 문제도 있다. 경찰서로부터 의뢰를 받아 정신건강복지센터에 오게 된 자살시도자의 경우 개인정보 동의에 대해 거부하게 되면 사례관리 등 어떤 개입조치 할 수 없는 어려움에 봉착하고 있다.

궁극적으로 자살 시도자분들 이렇게 경찰에서 정보 제공 오면 이것도 뭐 제도적인 한계이긴 하지만 정말 개입을 하고 싶고 너무 해 주고 싶지만 이분이 '싫어요' 그러면 끝인 거거든요. 그러면 이제 보건소나 구청에서는 '왜 이게 개입도 안 하세요?' 이러면 '개인 정보 때문에 못 한다' '그래도 뭔가 방법이 있어서 하셔야죠' 자기들이 힘들게 경찰이 다 정보 보내주는데... (참여자_1)

4. 지역사회 유관 기관과의 협업 경험

1) 협력·협업의 한계점과 어려운 점

(1) 적극적이고 지속적인 협력 관계의 어려움

연구참여자는 자살 관련 업무와 관련하여 지역사회 다양한 기관들과의 업무 협력과 협업의 중요성을 언급하였다. 하지만 실제 기관 간 적극적이고 지속적인 협력 관계의 어려움이 있음을 제시하였다. 먼저, 협력 기관 업무담당자의 적극적인 사례 의뢰나 대응이 잘 진행되지 못한다는 어려움이 있다. 구체적으로 연구참여자는 일을 하면서 자살문제가 심각하게 발생하는 지역을 고려해 해당 지역 경찰서, 소방서, 보건소, 행정복지센터 등 다양한 공공기관을 대상으로 홍보와 자살 고위험군 사례의뢰를 요청하고 있었다. 하지만 실제 협업을 필요한 상황에서 이러한 자살 관련 공공기관 업무 담당자들의 사례발굴과 사례 의뢰 등에 대한 적극적인 협조체계가 어려웠다는 경험이 있다.

행정복지센터 등 간호사들을 제가 올해 두세 차례 만나면서 모니터링까지 다 하면서 의뢰를 달라고 부탁을 드리면서 다 돌아다녔었어요. 그래서 그분들 관례로 생명지킴이 교육도 따로 이제 다 불러서 하고 했는데 부르는 분들만 불러요. 그러니까 오히려 자살률이 높은 동네 동 간호사... 그 행정복지센터에서 의뢰 자체를 하지 않고 오히려... 그런 것들이 조금 아쉬워요. 그래서 그런데 거기 가서 '왜 안 해주세요'라고 할 수는 없으니까 그런 의뢰들은 오히려 더 자살 고위험 동네에서 의뢰해 줘야 되는데 가보면 그 사람들이 그런... '없는데요' 이렇게 하니깐 서로 이제 조금...(중략)... 분명히 자살률은 이 동네에서 뭐 많이 나오는데 자기들이 돌아다녔을 땐 없다고 하시고. 그런데 보면 자살자가 거기서 많이 나오니까 조금 그런 게 아쉬운 그런 부분들이 있는 거 같아요. (참여자_1)

저희는 한 의뢰... 경찰, 소방 의뢰 받는 것 중에 (소방에서 오는 것은) 10%도 안 되는 거 같아요. (중략) 그리고 이제 그런 응급출동이나 이런거 갔을 때도 소방이 굉장히 좀... 좀 방어적인 것들이 굉장히 많이 보여서 저희는 경찰 만약에 응급출동 나가면 가시려고 그러면 전 붙잡거든요, 가지 마시라고, 앞에 계시라고. 그러다 저희 맞으면 저희 만약에 위험한 상태 되거나 저분 자살하시면 어떻게 하시려고 저희는 뭐... 많이 싸웠다고 하시더라고요. 그래서 이 정도 수준까지 올라온 거고. (참여자_1)

한편, 연구참여자는 협업 기관, 그중에서도 관공서를 비롯한 공공기관 담당 인력의 잦은 교체로 인한 지속적인 협력 관계 유지가 어렵다는 점을 제시하였다. 한 사람의 교체에 따라 기관과 기관이 맺은 협력 관계가 좌지우지되기도 하면서 실제 협업의 어려움으로 이어지는 것이다. 대부분의 공공기관 인력은 순환보직 업무 체제이다 보니 일정 기간

이 지나고 나면 새로운 인력으로 교체되는 상황에서 사업에 대한 이해와 교육, 위기대응, 사례개입 등을 다시 새롭게 알려주고, 기관 간의 역할과 협조를 논의해야 하는 업무 피로도나 어려움을 드러내고 있다.

관공서랑 협업을 많이 하려고 많이 접촉하고 만나고 교육도 시키고 하는데 어쨌든 그런 관공서는 인사이동이 잦잖아요. 그러면 교육시켜 놓고 만나놓고 나면 또 인사이동 돼 있고 그런 사례가 되게 많은 거 같아요. 그렇다고 계속 저희가 계속 교육을 시키는 건 저희도 한계점이 있고. 자살 고위험군 업무 대응은 사실 그런 부분이 어려운 거 같아요. (중략) 사실 뭐 00센터 마찬가지로 저도 이렇게 지구대 순회 간담회도 하고 뭐 이렇게 여러 가지 그 업무 협약도 하고 하지만 또 다음에 가면 또 바뀌어 있고. 그러면 또 새로운 사람이 와서 내용을 보고 있고. 그런 부분 많이 어려운 거 같았습니다. (참여자_4)

(2) 실적 중심 형식적인 연계와 미루기 대응

연구참여자는 발굴 및 지원에 있어서 관련 기관들의 책임이 맞닿아 있지만 실제 기대하는 만큼의 협업이 이루어지지 못한다고 보았다. 특히, 자살과 관련한 문제 이슈가 발견되면 실적이나 대응의 근거를 남기기 위해 ‘센터에 연결’했다는 형식적인 연계에 그치는 협업의 한계를 보고하고 있다.

저희는 우선 행정복지센터에서 오는 의뢰 수가 제일 적은 편이에요, 지역사회에서 훨씬 더 많고 병원이나 이런 데서 많이 오는데. 저희는 경찰이 요청해서 나가면 음... 제일 허무한 사례들이 이제 경찰에서 술이 취해서 죽겠다라고 하는 사람을 붙잡아 놔는데 경찰이 아무 조치를 안 하고 이 사람을 보내기에는 본인들에 뭐가 염려되는 부분이 있으니까. 거기 본인에 업무 일지에 ‘센터 연계를 했다’라는 한 줄을 남기기 위해서 저희를 부르세요. 그래서 가면 똑같이 대화가 안 되세요. (중략) 그냥 우선 와서 하고 간 게 중요하신 거 같더라고요. 저희가 나와도 할 수 있는 게 없는데 그 한 줄을 위해서 저희를 부르셨구나라는 케이스들이 좀 많을 때가 있어서... 그런 경우들이 좀 있어요. (참여자_3)

한편, 상황에 따라 기관 간의 역할이 애매한 경우 핑퐁처럼 미루기의 문제가 발생되기도 하였다.

거의 지금은 그렇지 않은데 전에는 저희가 가면 경찰은 그냥 가버리세요. 근데 이제 이런 과정들을... 지금 몇 년 동안 계속 해서 일부는 좀 이제 뭐 밑에 있어 주시든지 문 앞에 있어 주신다든지 하는데. 뭐 그냥 이제 술 먹은 사람들하고도 자연스럽게 이제 우리는 상담이 가능할 것이다라고 하는데 그건 좀 말도 안 되고요. 오히려 그런 부분들은 경찰이 좀 해줘야 되는데 경찰 입장도 그래요. ‘그럼 우리가 이 사람들이 범죄자도 아닌데 유치장에 가둘 수도 없고 이 사람들만 계속 술 깰 때까지 쳐다볼 수 있는 건 아니지 않냐’라고 하는데 그 부분도 맞는 거 같아요. 보호자가 없는 사람을 그냥 두고 가기도 좀 그렇고. (참여자_2)

(3) ‘자살’이라는 단어에서 밀려오는 협업부담과 반응

연구참여자는 지역사회 내 제과점, 편의점 등 지역주민들이 이용할 수 있는 다양한 상권 장소를 고려하며 자살예방과 인식개선을 위한 일환으로 사업홍보와 캠페인 전개의 협업을 시도하고 있었다. 이러한 취지가 좋지만, ‘자살’ 자체에서 밀려오는 이미지 등으로 협업의 부담이나 거부 경험을 하고 있음을 발견할 수 있다.

저희는 사실 000이라든지 조금 협업할 수 있는 큰 기관이랑 해서 같이 홍보를 해 보려고 해도 말씀해 주신 대로 자살예방센터 이름을 넣기는 그렇다, 다 전반적으로 저희가 협업해서 뭔가 크게 홍보를 하려면 다 일단 거부를 하시는 측면이 있으신 거 같아요. (참여자_4)

큰 편의점들은 (자살 관련) 홍보 포스터 붙이는 거 자체가 어려운데... 중앙을 뚫어야죠, 그럴 때는 00의 중앙을 뚫든지 00의 중앙을 뚫어야죠. (참여자_5)

(4) 사례포화 속에 ‘보건+복지’ 공동 대응체계를 구축해나감

연구참여자는 증가하는 사례의뢰와 관리 등의 사례포화 속에 모두 다 감당할 수 없는 업무한계를 경험하며 이러한 문제를 해결하기 위해 지역사회 ‘보건’과 ‘복지’기관과 공동 대응체계를 구축해 나가고 있었다. 그 내용은 기초정신건강복지센터에서는 높은 수준의 자살고위험군 위기대응과 사례관리를 담당한다면, 낮은 자살고위험 수준이나 잠재적인 자살고위험 대상군에 있어서는 지속적인 관리의 필요성을 가지고 관련 보건과 복지기관과 함께 공동 대응 방법을 논의하고 접근하는 것이다. 이는 지역사회의 모든 자살예방과 관리를 할 수 없는 현실에서 자살예방과 대응을 위해 기초정신건강복지센터를 중심으로 보건과 복지기관들과 함께 협력하고 대응하기 위해 노력해 나가는 사례였다.

전체 복지관이 다 그런 건 아니지만... 어찌됐든 그런 부분들을 저희가 이제 만날 때마다 말씀드리고 협의체도 하고 뭐 사실은 이제 지역에 있는 복지관 관장님들이 자주 바뀌시는 건 아니시잖아요. 그래서 실무자들이 조금 의지 있으신 분들은 거의 잘 따라 오시면 그렇게 되는 케이스들 많아요. 청소년들 (복지)기관들도 마찬가지예요. 이제는 센터의 상황을 이제 거의 대부분 알고 계셔서 센터에 인력이 이렇게밖에 안 되고 진짜 위기대응이라든가 긴박할 때 우리가 이제 직접적으로 고위험군 선별이라든가 이런 걸 하고 나머지 부분들은 오히려 복지관이 더 인력이 많잖아요. 그래서 그분들을 저희가 좀 더 교육을 시켜 드리고 이제 같이 이렇게 연대해서 하는 게 훨씬 더 효율적인 방법이라는 걸 알고 계셔 가지고.. 이제 우선 순위를 이제 그렇게 나가니까 이해를 많이 해 주셔 가지고 잘 되고 있는 거 같아요. 복지관에서도 저희가 이제 주로 활동을 많이 해서 이제 좀 고위험군 같은 경우 저희한테 보내주시고 또 그 고위험 기간이 좀 지나면 복지관에서 사례관리 하시고 이런 방향으로 가는 분들도 많고요. (참여자_4)

센터가 사례도 많고 하다 보니까 '언제쯤 우리 사례를 받아주냐' 이런 것들 얘기하시는데 이제는 거의 그렇게 말씀을 드려요. 그러니까 그 고위험군이 발굴돼서 그 위기 상황을 즉각적으로 저희가 이제 개입을 하겠다고 말씀을 드려요. 그런데 일정한 단계가 지나서 이제 어찌됐든 고위험군에서 이제 조금 안정된 단계로 가면 그때는 이제 같이 협력해 가지고 뭐 복지관에서 보시든지 아니면 다른 센터에서 이제 보시면서 같이 공동 개입하자라고 이렇게 말씀을 드리거든요. (참여자_4)

5. 자살예방활동가 양성교육과 활용 · 관리경험

1) 자살예방활동가 양성 교육경험

(1) 다양한 대상의 자살예방활동가 양성 교육 주력

연구참여자는 지역사회의 다양한 영역을 대상으로 자살예방활동가 양성 교육에 주력하고 있었다. 지역의 높은 노인 자살률을 고려해 동년배 노인 대상 게이트키퍼 양성 교육에 주안점을 두기도 하였으며, 청소년이 성장해 청년이 되고 이들이 또 중장년, 노년이 되듯이 '선순환' 게이트키퍼 교육 양성 등을 실시하고 있었다.

저희 같은 경우는 초반에 00에 이제 노인 자살률이 높을 때 어르신들을 게이트키퍼로 양성해 가지고 그분들이 활동하실 수 있게 지원을 해드렸거든요, 기관하고 같이. 근데 확실히 이제 몇 년 하시니까 그분들도 이제 많이 숙달 되서 가지고 이제 어려운 이제 고위험군 대상자들 발굴하시는데 있어서 이제 훨씬 나오시더라고요. (참여자_4)

청소년들이 자라서 또 청년이 되는 거잖아요. 그래서 선순환 이런 과정을 통해서 이제 도움을 좀 줘보자라는 좋은 취지에서 아이디어를 내봤어요. (참여자_5)

(2) 반복적인 교육과 충분한 피드백 제공을 통한 높은 교육 만족

연구참여자는 자살예방활동가(생명지킴이) 양성교육사업에 대한 참여자의 만족도가 높다고 평가하였다. 이에 교육에 한 번 참여했던 사람들이 반복적으로 교육에 참여하는 경향이 나타나기도 하였다. 특히, 자살 교육 후, 연구참여자에게 피드백을 제공하면 만족도가 더 좋아지는 것으로 관찰되었다. 이러한 성과로 자살예방교육에 대한 욕구와 요청이 지역사회 내에서 높아지고 있다.

생명지킴이 양성 교육의 어떤 효과라든지 그 교육을 받으시는 분들의 어떤 만족도라든지 그런 거는 저도 현장에 가서 해보면 진짜 많이 높다고 느껴요. (참여자_2)

교육가면 대부분 그 들으시는 분들 만족도 높으신 거 같아요. 뭐 영상이라든가 내용이 좀 실제로 와 닿고 또 이해 하기도 쉽고... 그런 시간을 계기로 이제 한 번쯤 주변을 좀 살펴보게 돼서 교육에 대한 만족도도 높고 또 한 번 들은 사람보다는 두세 번 들은 사람이 훨씬 더 그런 신호라든지 이런 것들을 발견하는 게 훨씬 더 용이하신 거 같아요. (참여자_4)

교육 효과는 어찌됐든 좋은 거 같고요. 그거 교육 끝나면 질문하시는 분들도 굉장히 많아요. '뭐 내 가족 중에 혹시 뭐 내가 이런 일 겪었는데 뭐 이렇게 정신과 가야 되냐' 뭐 이런 질문도 나오고 이게 그냥 가벼운 우울이나 정말 이제 심각하냐 뭐 이런 것들도 이제 질문도 많이 나오고 해서 저희가 이제 교육을 고정적으로 가는 기관에서 이제 올 한 해 보니까 이제 만족도 높다고 내년에도 이제 또 해달라고 하는 기관들도 많고 해서 교육은 되게 좋은 거 같아요. (참여자_5)

(3) 교육제공 실적 중심 자살예방활동가 양성교육 운영

연구참여자는 자살예방활동가(생명지킴이) 양성사업을 수행하면서 교육 제공 실적 중심으로 이루어지는 데에 따른 현실적인 한계를 이야기하였다. 각 센터에서는 생명지킴이 교육을 진행하면서 교육 제공 실적을 파악하고 있었다. 하지만 후속적인 관리와 활동연계에 대한 고민과 실질적인 노력은 진행되지 못하고 있는 현실이라는 것이다.

일회성이라서 사실은 저희가 그냥 인식 개선이라든지 뭐 그런 차원에서 교육을 하지 '활동을 하세요' 하고서는 직접적으로 전화하시는 분들은 거의 없는 거지요... 저는 지금 생각하는 게 게이트키퍼 교육은 반복 학습이 가장 중요한 거 같고. 아까 말씀드렸던 것처럼 내가 교육을 들어갔는데 이게 무슨 교육인지 모르는데 뭐 자살 얘기 하더라. 이 정도까지밖에 모르시니까... (참여자_1)

생명지킴이에 대한 교육은 되게 좀 중요하게 뭐 사업 매뉴얼이나 강조하고는 있지만 그분들을 통해서 사례가 몇 퍼센트 뭐 연계되었는지 이런 것들에 대한 별도의 관리는 사실은.. 없습니다. 어느 정도 활동을 하시는지 어떻게 연계를 하시는지는 전혀 파악이 안 됩니다. (참여자_2)

그 생명지킴이 양성 교육 받으신 분들 중에 이제 동의해서 전화번호 써주신 분들한테 이제 문자 남기고 뭐 자살 의 시도자 뭐 만났을 때 뭐 어떻게 하고 어찌고저찌고 하는데... 뭐 답변이 뭐 이렇게 오거나 그런 것들 유의미한 것들은 사실 없었던 거 같아요. (참여자_2)

저희도 마찬가지로요. 교육은 열심히 하는데. (어떻게 연계를 하시는지는) 전혀 없어요. (참여자_3)

2) 자살예방활동가 활용 · 관리경험

(1) 자살예방활동가 사업수행 위한 예산과 인력투입의 한계

연구참여자는 자살예방활동가(생명지킴이) 관련 사업수행에서 예산과 인력의 한계를 어려움으로 제시하였다. 많은 사람이 교육을 받고, 교육을 받은 후에는 실제로 게이트키퍼로 활동하는 것이 중요하다. 그리고 이러한 교육이 행동으로 이어지기 위해서는 이들을 독려하는 역할이 필요하기에 기본적으로 사업 예산과 인력투입 여건이 전제되어야 한다. 하지만 그렇지 못한 현실로 인해 게이트키퍼의 적극적인 활동이 이루어지지 못하고 있다는 의견이 도출되었다.

저희는 0원입니다. 일단은 인력적으로 너무 힘들어요. 한 사람이 한 학교를 가서 협약을 맺고 학교에서 그거 시간을 빼서 그 친구들을 또 발굴해야 되는 거잖아요. 뭐.. 발대식도 하고 뭐 교육도 하고 막 이렇게 해야 되는데 처음에는 저희가 한 50명 모았어요. 근데 마지막 남은 친구들은 10명도 안 돼요... (참여자_4)

돈이 많으면 그게 가능한데 막 이렇게 조형물도 세우고 뭐 생명.. 뭐 마을도 조성하는데 보니까 제가 이 마을을 어떻게 조성하지 하니까 예산으로 다 조성했더라고요. (웃음) 물론 이제 뭐 선생님들이.. 실무자들이 아이디어라든가 물론 정성도 드리겠지만 예산이 없으면 할 수 없는 부분이 있어요. (참여자_4)

(2) 자살예방활동가에 대한 적절한 보상 한계로 지속적인 참여 독려와 활용이 어려움

연구참여자는 ‘생명지킴이’라는 자살예방활동가를 양성했지만, 생명지킴이의 활동에 대한 적절하고 충분한 보상 체계는 부족하다고 보았다. 보상이 없는 상황에서 생명지킴이에게 자살고위험 발굴과 연계 등의 활동을 요구한다는 것 자체가 쉽지 않은 일이라는 것이다.

리워드도 너무 부족하고 하다 보니까 그냥 이제 마무리 짓게 되어서 그 이제 활용이라든지 관리 부분이 센터에서 하기가 어렵죠. (참여자_3)

일단은 교육을 매년 똑같은 교육이라도 이제 저희가 뭐 한 6회기 정해놓고 뭐 생명지킴이 교육, 뭐 상담 기술 교육 뭐 이렇게 해가지고 쪽쪽 이어 나가서 이제 매년 했던 말이에요. 그래서 실제로 활동하시면... 잘 하시고 그 이후에 이제 동대표도 해보고 청년들도 해보고 했는데 근데 이제 중요한 건 이게 봉사하는 개념으로 하는 게 아니잖아요. 그분들도 뭔가 리워드가 있어야 되고 아무리 이제 봉사도 사명감도 이제 한계치가 있지요. (참여자_4)

동대표 선생님들 같은 경우에는 이미 많은 리워드를 갖고 계세요. 그래서 저희가 주는 리워드가 너무 약소해서 사실은 미안하고 감사하고 죄송한 마음으로 뭔가를 요청해야 되는 일인 거예요. 봉사도 사실은 그분들도 많이 해보셨

기 때문에 아시는 거도 많고 자원도 많기 때문에 센터가 아니더라도 하실 수 있는 부분들이 많잖아요. 그래서 3만 원 드리는 거 치고는 저희가 요청하는 게 너무 많죠. 그렇잖아요? 그 더구나 이제 나이가 좀 있으신 분들은 뭐 그 쓰시고 뭐 이렇게 보내고 이런 것들이 과정들이 쉽지도 않고...(참여자_4)

학교가 협조가 안 됐던 게 아니거든요. 학교 수업 시간도 교수님이 빼주셨고 뭐 상담 센터에서도 캠페인도 같이 할 수 있도록 이렇게 다 해줬는데. 일단 센터에 여력이 안 됐고...(참여자_4)

다만, 연구참여자는 단순히 물리적인 보상이 중요하다고 보지 않았다. ‘생명지킴이’ 자살예방활동가로서 단순한 봉사자 역할이 아닌 사명감과 보람을 느끼게 하는 것, 생명지킴이 활동에 대한 소중한 의미 부여, 칭찬과 격려, 인정 등의 리워드가 필요함을 제시하였다. 즉 자살예방활동가의 지속적인 참여와 활동 독려를 위해서는 다양한 보상 체계가 마련되어야 한다는 것을 보여주는 부분이다.

센터에 예산으로 뭐 1만 원 받자고 청년들이 학교 수업 빠가면서 이렇게 하지는 않잖아요. 그러다보니까 많은 인원이 쭉 이어가지는 못 해요, 저희 보니까. 올해도 저희가 이제 00000 라고 이제 대학생 친구들을 데리고 청년이 청소년들을 이제 돕는 역할들을 하려고 이제 저희가 교육하는데 데리고 다녔었거든요. 근데 많이 참여를 못 하고 일단은 그래도 했다 라는데 이제 의미를 두면 이제 좋기는 한데. 센터에서 질적 사업을 하기에는 진짜 좀 힘든 거 같아요. (참여자_4)

단순히 교통비 1만 원이 큰 의미는 없어요, 사실은... 배우고 싶고 또 좋은 취지에서 이렇게 하는 거지. 그래서 리워드라는 그런 개념도 사실은 좀.. 오히려 뭐 물질적인 것도 중요하지만 정말 같이 함께 할 수 있는 더 시간이 많 다라든가 배울 수 있는 그런 것들이 많아야지 젊은 친구들은 좋을 거 같고...(참여자_4)

6. 자살예방활동사업의 주안점과 개선방안

1) 다각적이고 적극적인 지역사회 접근

(1) 지역사회 여건과 시대를 반영한 다각적인 홍보방법 구상

연구참여자는 앞으로 지역사회 자살예방활동을 활성화하기 위해 지역사회 여건과 시대를 반영한 다각적인 홍보방법 수행이 중요하다고 보았다. 실제로 연구참여자는 지역사회 여건은 어떠한지, 주요 대상층은 누구로 할 것인지, 시대를 반영해야 할 홍보 방법은 무엇인지 등에 대한 고민하며 다각적인 홍보 방법을 계획하고 시도하고 있었다. 모든 흥

보가 성공만은 가져오지 않았지만, 좌충우돌했던 경험을 통해 시행착오를 발견하기도 하면서 문제와 한계를 직접 찾아낼 수 있었다. 나아가 이러한 결과를 반영해 다음과 내년의 더 나은 방법을 생각하고 있다는 점에서 지속적인 홍보를 시도하고자 노력하는 연구참여자의 의지를 살펴볼 수 있다.

작년까지는 직장인 관련 캠페인이나 교육이나 이런 걸 거의 하질 않았어요. 그러니까 중장년이면 그냥 아파트 뭐 복지관 이런 데서 중장년 했던 거고 올해는 좀 사업장 쪽을 많이 뚫어서 뭐 자살... 사업장 들어가서 한 300명 모시고 이렇게 캠페인 하고 생명지킴이 교육하고 이런 것들을 해서 좀 사업장 쪽으로 많이 좀 하려고 했고. 내년에도 좀 더 이렇게 중장년 자살 예방 계획을 좀 사업장 쪽으로 많이 하려고 계획을 세우고 있기는 해요. (참여자_1)

올해 마음 툭툭 버스를 뚫어 가지고 MOU 맺어서 그쪽 보건 관리자 차장님 통해 가지고 홍보하고 있고... 저희 이제 그 산업단지 그 리스트가 있어요. 그냥 거기 발송 공문해 가지고 그 다 이제 뭐 홍보 같은 거 다 홍보물 보내고 그래서 뭐 이번에 한 400개 정도 이렇게... 400곳에 사업장을 이제 홍보를 했고, 이번에도 이제.. 그러니까 어쨌든 사업장이면 어르신들은 최대한 간단한 걸 좋아하시잖아요. 최대한 캠페인을 해도 간단하게, 그렇게 해가지고 최대한 이제 센터라고 있다더라 정도까지만이라도 알면 저희 홍보는 충분히 했던 거 같다고 생각을 좀 하고 있어서 최대한 간단하고 명료하게 해서 홍보하고 하려고 계획은 세우고 있습니다. (참여자_1)

홍보 효과가 큰 홍보 방법을 활용할 수 있게 좀 더 뭔가 여건이 마련되면 전 충분히 더 많이 알릴 수 있을 거라는 생각이 들기는 하더라고요. 저희는 뭐 마을 축제도 하고 뭐 대학교 축제도 가고 그렇게 하는데... 경찰쪽에 좀 많이 하려고 해서 지구대에 전부 순회 간담회 해가지고 지구대 인력들한테 뭐 수첩하고 뭐 키트하고 뭐 이렇게 해가지고 저희 전화번호라든지 뭐 이런 것들이 좀 들어갈 수 있게 해가지고... 미리 좀 욕구 조사해가지고 필요하신 게 좀 보내라고 했더니 수첩이 없다고 하시더라고요. 그래서 이제 저희가 그거 제작해가지고 지구대에 다 뿌렸고 내년에는 이제 소방에도 그렇게 해가지고 직접 가서 뭐 이렇게 선별검사하고 이렇게 해도 좋을 거 같아요. (참여자_4)

(2) 적극적으로 심리적·물리적 차원의 지역사회로 들어가기

연구참여자는 자살예방사업을 수행할 때 자살고위험 당사자뿐만 아니라 가족 등이 물리적·심리적으로 쉽게 접근할 수 있도록 적극적으로 지역사회로 들어가는 실천이 강구되어야 함을 제시하였다. 실제 연구참여자는 특정 연령층이 많이 이용하는 분식집과 같은 상권, 편의점 배너 현수막 QR 코드 접속 등의 시·공간을 넘는 온·오프라인 방법을 통해 자살고위험군 발굴과 지원 등의 사업을 수행하고자 노력하고 있다. 이렇게 연구참여자가 말하는 적극적인 지역사회로의 접근은 인리치(In-reach) 중심의 자살고위험군 발굴과 지원사업이 아니라 아웃리치(Out-reach) 중심의 접촉 시도였다. 전문가가 지역사회로 직접 들어가 물리적·심리적 만남의 교량을 만들어 숨겨진 자살고위험군을 발굴하고 지원하는 적극적인 실천 노력을 의미하는 것이다.

올해는 이제 그 지역 특화 사업을 이제 청중장년 그래서 20, 30, 40이다. 그렇게 해가지고 했는데 저희가 이번에 주안점을 둔 홍보사업은 그 1인 가구 발굴, 그 자살 고위험군 발굴하려고 나무젓가락 이렇게 만들어 가지고 그거를 이제 1인 가구들이 가장 많이 이용하는 뭐 김밥집이나 뭐 분식집 이런 데 이제 여기 00에 자살률 높은 동 해 가지고 그렇게 해서 저희도 한 34박스 정도 해가지고 이렇게 다 배포하고 뭐 그런 것들을 시도했어요. (참여자_2)

저희는 편의점 동 하나를 지정해서 이제 청년을 만나보자라고 해서 00동이 청년 가구 수나 자살률이 높아서 그쪽을 타깃으로 이제 했는데 사실 이제 00예요, 저희는. 00를 통해서 10곳을 관리를 하면서 하는데 음... 그 QR코드 통해서 선별 검사를 찍어서 보내주는데 많이 접수가 되기는 했는데 사실 이분들이 다 저희가 조건이 좀 위험했어요. 00동 거주인지 확인 안 했고 그러다 보니까 되게 이거를 게시한 날 한 200 몇 건이 들어왔는데 사실 00동 주민인지 사실 잘 모르겠어요. 그래서 내년에는 이런 부분을 보완해서 진행을 해야 되겠구나. 정말 그런 것들을 좀 면밀하게 조건을 하고 확인을 해야되는 필요성이 있겠구나라는 생각이 진짜 많이 들었고. (참여자_3)

편의점 이용하는 대상이 청년들이어서 뭐 생명사랑 편의점 같은 거 해가지고 편의점 안에다가 이제 배너... 미니 배너 세워놓고서는 이제 누구든지 이제 QR 검사 해가지고 이제 센터를 이용하고 검사하면 뭐 이렇게 상품권 그 편의점에 상품권을 지급하는 거 그런 방식으로도 시도해 봤어요. (참여자_5)

2) 지역사회에 기반한 사업방향 수립과 수행여건 조성

(1) 내실과 질적인 변화를 지향하는 사업 분위기와 여건의 균형

연구참여자는 지역사회 기반 자살예방사업이 더 나아지기 위해 내실있고 질적인 변화를 지향하는 사업 분위기와 사업 수행 여건의 균형을 강조하였다. 이를 위해서 센터의 중추적인 역할과 함께 지역사회 전반에서 지역 현실을 반영한 사업이 다각도로 이루어져야 한다고 보았다. 더 이상 몇 명, 몇 건의 실적 수치가 아닌 진정성이 담긴 사업이 중요하다는 분위기와 사업수행 여건이 균형있게 만들어져야 한다는 것이다.

지역에서 과연 이 자살예방사업을 진짜 대상자를 위한 자살예방사업을 하고 있는지를 생각을 해보면... 물론 그런 부분들도 있겠지만 약간 이렇게 위에서 이제 하라는 식에 어떤 사업이나 이제 지역 현실과 맞지 않는 그런 사업들이 많아요. 그래서 지역 여건에 맞는 자살예방사업들이 진행되었으면 좋겠어요. (참여자_2)

저희가 질적인 사업을 하는데 어려움이 있는 거 같아요, 참여한 수 대비 예산 얼마, 뭐 총 실적 얼마, 이렇게 수치로만 보니까 정말 질적인 사례관리라든지 질적인 서비스를 저희가 제공할 수 없는 게 사실 현실이거든요. 그래서 질적인 사업을 할 수 있도록 지원하는... (참여자_5)

(2) 지역사회 기반 자살예방사업 방향 수립

연구참여자는 지역사회 기반 자살예방사업의 방향 수립에 5개구의 지역 실정을 고려하여 개별화된 자살예방사업 방향을 수립하는 것이 필요하다고 언급하였다. 대전 5개 구의 자살 관련 특성은 다양하지만, 시책으로 자살 관련 사업방향과 대상이 정해지면 자치구마다 천편일률적으로 사업을 수행하고 실적을 보고해야 하는 현실이 뒤따르고 있다. 이런 의미에서 연구참여자는 지역마다 자살 현황과 특성을 면밀한 분석을 통해 그 결과를 반영한 지역사회 기반 자살예방사업 방향 수립이 수립되어야 한다고 주장하였다. 이는 ‘우리 지역의 자살문제는 우리 지역에서 해결할 수 있는’ 사업 역량과 지역주민의 동참을 이끌어 낼 수 있음을 강조하였다.

00는 사실은 이제 조용한 동네잖아요. 그리고 또 경제적으로 잘 사는 동네다 보니까 예방 위주로 이제 활동을 많이 사업을 하시고 저희는 이제 사례관리를 좀 더 중점적으로 많이 하고. 이제 구마다 다 틀린 거 같아요. (참여자_4)

지역마다 그 지방자치단체장과 그 높은 분들의 (자살문제) 관심 여부에 따라 사업이 활성화가 되고 안 되고 하잖아요. 그래서 어떤 지역은 어느 정도 자살률이 증가했고 약간 관심도가 조금 낮고 (자살관련) 사업량이 적은 데는 어느 정도 자살률이 증가했고 이런 부분을 실제 분석이 되어 자치단체장의 관심도와 재원도 끌어올리는... 생각이 듭니다.(참여자_4)

7. 지자체의 역할과 지원방안

1) 지역 현안에서 있는 지자체의 역할 제안

(1) 자살 관련 지역 현안의 민감성과 이해가 필요

연구참여자는 지자체의 역할과 지원방안으로 자살 관련 지역 현안의 민감성과 이해가 필요함을 우선 과제로 제시하고 있다. 실적 중심의 사업과 이로 인한 경쟁 분위기가 사업의 본질을 희석시키고 있는데, 이러한 현실에서 벗어나 지역의 자살 현안이 무엇인지, 해당 지역 여건은 어떠한지 등 현장의 민감성과 이해가 필요하다는 것이었다.

어떤 구에 문제나 이런 거를 파악을 해서 맞춤형 전략을 세워야 되는데...(중략)... 성과보다도 지역의 문제, 지역 이해에 기반한 전략 마련... 그런 마인드가 좀 많이 개선이 됐으면 참 좋겠다는 생각을 했습니다. (참여자_1)

지역의 특성을 좀 잘 반영할 수 있도록 그런 것(사업여건)만 좀 보장해줘도... 이제 그런 식의 사업은 이제 지양돼야 되지 않을까 생각이 듭니다. (참여자_2)

(2) 실무현장의 목소리에 귀 기울이는 Bottom-Up 역할

연구참여자는 지자체의 행정방식과 사업방향이 대부분 위에서 아래로 내려오고 있다고 인식하였다. 현장 실무자로서 연구참여자는 사업계획의 수립과 방향 등에 있어서 해당 지역의 현실을 잘 알고 있는 실무자들의 목소리에 귀 기울이는 'Bottom-Up' 접근이 필요하다고 제안하였다. 이를 통해 지역 실정에 맞는 자살예방과 고위험 발굴·지원 등에 대한 다각적인 지원방안이 마련될 수 있는 기본토대가 됨을 강조하였다.

위에서 밑으로 내려오잖아요, 계속. 그게 아니라 좀 밑에 있는 저희 실무자들 뭐 얘기를 듣는다고는 하지만 전혀 반영되지 않고 결국에는 뭐 보건복지부나 뭐 대통령 말 한 마디에 이 사업 전체가 흔들리는데 그렇지만 대의적인 건 자살을 낮춰야 됩니다. 뭐 이려고 있는데 실질적인 지원은 아무것도 되지 않고 계획 같은 것도 아무것도 세우지 않고 무리한 계획들만 자꾸 내리면서 하라고 한다는 이런 것 자체가 그러니까 좀... 지역과 현장경험이 있는 밑에 있는 실무자들의 이야기를 좀 많이 들어주었으면 좋을 것 같아요. (참여자_1)

위에서 뭐가 정해져서 내려오면 실무자들에게 개선 사항이나 수정 사항이나 보완 사항을 요구하는 페이퍼를 내라고 꼭 오거든요. 그러면 저희는 그것도 업무이기는 해요. 회의를 해서 어떻게든 쥐어짜서 페이퍼를 작성해서 올리는데 사실 나중에 정해지는 거 봤을 때 하나도 반영된 게 없어요. (참여자_3)

2) 지역과 현장여건을 고려한 지자체의 지원방안 제안

(1) 근무환경과 안정적인 인력마련에 대한 관심과 지원

연구참여자는 자살예방사업 수행을 위한 근무환경과 안정적인 인력 마련의 필요성을 제안하였다. 먼저 근무환경과 관련하여, 다차원적인 환경정비 필요성을 언급하였다. 각 센터의 실정은 다를 수 있으나, 00센터의 경우 직원들끼리 포개서 앉을 정도의 비좁은 사무실, 다양한 내담자를 응대해야 하는 상담실 부재, 응급대응이나 사례지원 등의 긴급 대응을 해야 하는 현실 속에서 차량 한 대로 업무를 수행하며, 개인차량으로 응급대응을 하는 열악한 현실 등의 다양한 업무환경에서 오는 고충을 토로하였다. 이렇듯 직원들의 업무환경, 지역주민들의 편의와 상담 공간, 응급대응 출동 등을 위한 충분한 차량 확보

등 즉각적이고 원활한 업무수행을 위한 근무환경 개선을 제안하고 있다.

실무자들이 일할 수 있는 좀 여건이 좀 마련됐으면 좋겠어요. 뭐 지금 다른 구들은 어떤지 모르겠는데 저희는 뭐 거의 포개서 앉아있는 상황이라서. 일할 수 있는 상담실도 없고 저희... 있기는 있는데 한 스무 명이 한 장소를 쓰는 상황이에요. 그래서 사실은 너무 일할 수 있는 환경도 여건도 열악하고 또 이동거리도 저희는 너무 넓다 보니까... 그리고 센터에 차량이 있기는 하지만 그 한 대 가지고 스무 명이 다 이용할 수는 없잖아요.(참여자_4)

응급상황이 발생되면 다 자차를 이용하고 있고 (중략) 실무자들이 좀 쾌적하게 일할 수 있는 환경이 좀 됐으면 좋겠어요.(참여자_4)

한편, 자살문제가 지역의 현안으로 자살률을 줄여야 함에도 불구하고 예산은 감축되고 있는 것이 어려운 문제이다. 또한 인력 기준을 맞추기 위하여 비효과적인 인력편성 계획을 해야만 하는 어려움도 있었다. 연구참여자의 입장에서 지자체로부터 지역 여건과 현장 업무환경을 고려한 근무환경과 인력정비에 대한 관심과 현실적인 지원방안을 제안하고 있는 것이다.

예산을 깎아가면서 자살률은 낮추라고 하면 이거는... 좀 말이 되지 않는 그런 것 같고... (참여자_1)

저는 오늘도 이해가 안 갔는데. '6개월 기간 두 명 뽑는 거보다 1년 기간 한 명 뽑는 게 낫지 않아요?' 그랬는데 제가 좀 이상한 사람이... 전혀 이해를 못 하는 사람처럼 이렇게 됐는데. 이제 실 인원을 맞춰야 된다고 하는데 맞는 말이긴 한데 실 인원보다 현장에서 일하는 사람들은 1년을 쓸 수 있어야지. 그래도 맞출 수 있는 부분들은 좀 맞춰줬으면 좋겠는데 너무 열악하게 일을 하다 보니까 어렵네요. (참여자_4)

(2) 기초지역단위 자살예방 중점화·전문화 방안 검토 필요

연구참여자는 기초지역 단위의 자살예방 중점화와 전문화를 위해 기초자치단체별 자살예방센터 수립을 제안하고 있다. 현재 대전광역시의 경우, 광역자살예방센터는 있지만 자치구는 기초정신건강복지센터에서 팀 형식으로 자살예방사업을 수행하고 있어 5개구의 자살예방센터가 없다. 하지만 더욱 중점적이고 전문적인 자살예방사업 진행을 위해서는 기초단위에서도 자살예방센터가 설립되고 운영되는 것이 필요하다는 것이다.

저희는 그 광역자살예방센터가 한 곳이 있지만 기초에서도 자살예방센터가 필요하다라는 의견들이 있었어요. 저희는 광역으로 하나... (중략) 이렇게 센터 자체가 자살예방센터가 있는 건 아니어서 기초 구에서도 자살예방센터가 있어야 되지 않을까, 거기서 더 중점적으로 해야 하지 않을까라는 생각들은 좀 해봤습니다. (참여자_3)

저희도 기초, 기초마다 자살예방센터가 따로 이렇게 좀 분리가 돼서 좀 독립적으로 좀 일할 수 있는 세팅이 마련되어 있으면 좋겠어요.. 지금 뭐 예산은 다 쪼개서 쓰고 있잖아요.(참여자_5)

또한, 연구참여자는 자살예방 증점화를 위한 그동안 각각의 기관에서 자살예방 및 자살에 대한 인식개선을 위한 홍보의 한계를 보완해야 한다고 제기하였다. 이에 지자체 차원에서 대전지역의 자살예방과 인식개선을 위한 홍보가 이루어질 중요성을 제안하고 있다.

센터만이 아니라 시, 군, 구 뭐 복지부 이런 공익 광고라든지 이런 거 통해서 예산적인 부분 당연히 어쨌든 크게 드니까 그런 광고... 지자체 차원에서 (자살관련 예방과 인식개선 등에 대한) 지역 홍보가 같이 좀 많이 이루어졌으면 좋겠다라는 의견을 드립니다. (참여자_2)

제3절 소결

본 장에서는 대전광역시 자살예방 및 고위험군 발굴 모델 개발을 위한 기초자료 마련을 위해 현장에서 자살예방사업을 수행하는 실무자의 의견을 수렴하고자 초점집단인터뷰(FGI)를 실시하였다. 이에 대한 주요 분석 결과와 시사점은 다음과 같으며, 이를 통해 도출된 대전지역과 자살예방사업 생태체계적 구조를 도식화하면 [그림 5-1]과 같다.

먼저, 연구참여자를 통해 대전지역의 자살문제 특성이 도출되어 노인층 자살률의 꾸준한 증가와 함께 다양한 연령층에서 자살고위험군 대상자가 많아지고 있음을 발견하였다. 이 의미는 모든 연령층에 관심이 필요하다는 것을 의미한다. 다음으로 대전지역 자살위험 요인에 있어서도 복합적인 요인이 다양화되고 있음을 알 수 있었다. 이는 연령층과 무관하게 자살위험을 야기하는 복합적인 요인들이 삶의 맥락에서 다양하게 심층적으로 내재하고 있음을 보여주었다. 이는 그동안 자살 관련 연구들에서 위험요인으로 인구사회학적, 심리적, 사회적 요인 등이 다각적으로 제시되고 있다(김기태 외, 2011; 문동규, 2012; 정익중, 박재연, 김은영, 2010). 따라서 본 분석 결과를 통해 도출된 지역사회 내 자살고위험군 발굴 전략에 있어 연령층의 다양화와 복합적인 자살위험 요인의 다양성에 주목할 필요가 있겠다. 이는 자살고위험군 사례발굴과 지원 등에 있어 생애주기별 연령층을 고려한 심도 있는 자살고위험군 사례발굴과 지원전략에 대한 자살예방체계 구축이 마련되어야 함을 시사하고 있다.

둘째, 지역사회 내 자살고위험군 사례발굴에 있어 다양한 방법이 나타나고 있다. 본 연구 결과를 통해 의미심장한 하게 드러난 점은 자살위험군의 자발적인 의뢰가 증가하고 있다는 점, 지역의 다양한 자원을 통해 자살위험군이 발굴되고 있다는 측면이었다. 자발적인 의뢰와 다양한 지역 내 자원들이 발굴 역할을 하고 있다는 점은 매우 긍정적인 측면이자 앞으로 중요한 활용 자원의 기반이 될 것으로 보인다. 따라서 본 연구를 통해 발견된 사례발굴 경로에 대한 측면은 향후 대전지역의 특성을 담은 자살고위험군 발굴과 자살예방체계의 활용에 중요한 함의를 제시한다. 다시 말해 지역사회의 다양한 인적 자원망과 공공·민간 자원을 다각적으로 활용한 자살고위험군 발굴망을 구축하고 운영하

는 것이 필요하다. 자살 관련 어려움을 가진 당사자와 가족 차원, 지역주민, 공공기관, 민간기관, 다양한 지역주민 조직 등을 다각적인 차원으로 자살고위험군 사례발굴 통로로 활용하는 방안이 마련되어야 할 것이다.

셋째, 연구참여자들은 자살예방사업을 수행하는데 있어 종합병원응급센터, 자살예방센터, 정신건강복지센터, 중독관리센터 등의 인프라가 잘 구축되어 있는 점, 응급대응 등의 물리적 접근성이 좋은 점을 지역사회 차원의 환경적 강점으로 제시하였다. 다양한 보건·의료 및 복지 등의 풍부한 지역자원이 5개 자치구의 자살 관련 문제를 접근하는데 중요한 인프라의 기반이 되고 있었다. 특히, 대학병원 응급센터 인프라를 기반으로 응급대응의 물리적 접근성이 용이하다는 점은 매우 중요한 대전지역만의 강점으로 볼 수 있었다.

반면 연구참여자들이 제시한 지역사회 환경 특성에 있어 제시된 약점은 보건소와 학교, 교육청 등의 공공기관 협조가 매우 어려운 점과 Top-Down 방식 속에 이미 정해져 위에서 내려오는 사업수행으로 ‘지역성’을 담은 사업수행이 어려운 점을 제시하고 있다. 또한 자살 이슈에 있어 쉬쉬하는 지역문화 속에 자살고위험군임에도 불구하고 은폐될 가능성을 제시하고 있다. 이러한 공공기관의 협조체계 어려움과 지자체의 Top-Down 업무에서 오는 어려움은 지자체 차원뿐만 아니라 공공기관과 민간기관 간의 협조체계와 업무 소통 방식 측면에서 주의 깊게 살펴볼 여지가 있다고 본다. Top-Down식의 사업 지침과 소통 방법이 지역사회 환경의 약점으로 작용된다면, 지자체와 공공·민간 영역 간, 지역주민 간의 괴리와 불통의 문제로 초래될 수 있다. 이에 지역 여건과 현실에 떨어지는 사업 전개로 지역사회의 본질을 잃어버릴 수 있다는 불편한 민낯의 약점에서 유익한 강점으로 전환할 수 있는 기회로 만들 수 있는 타이밍으로 받아들일 필요가 있다.

넷째, 연구참여자는 자살예방사업을 수행하면서 자살예방 전문기관으로서 다양한 긍정적인 역할과 기능, 어려움을 경험하고 있었다. 우선 전문기관의 긍정적인 역할과 기능으로는 공공·민간기관 뿐만 아니라 지역주민들에게 자살관련 자문과 정보제공역할을 수행하고 있다는 점, 지역사회 다양한 상황 속에서 발생하는 자살 고위험군에 대한 즉각적인 위기 대응을 하고 있다는 점, 다양한 홍보와 캠페인, 교육활동을 통해 지역주민들에게 자살 인식에 대한 변화에 기여하고 있다는 점을 제시하였다. 이처럼 연구참여자

는 그동안 다양한 자살예방사업을 전개하면서 지역주민들에게 ‘자살’에 대한 이해와 올바른 인식을 심어주고, 센터들이 자살예방을 위해 어떤 기능들을 하고 있는지를 알리며, 실질적인 자문과 위기 대응 등 중추적인 기능을 수행하고 있는 것이다. 이를 지속하여 자살예방센터(정신건강복지센터)에서 앞으로도 다양한 공공과 민간기관, 주민조직, 지역주민을 대상으로 자살 관련 서비스 기관으로서의 존재의 의미를 알려야 할 것이다.

한편, 연구참여자는 자살예방사업을 수행하면서 복합적인 어려움과 한계점이 나타난다고 제시하고 있다. 실적 중심 사업수행과 센터 간 경쟁 구도를 강조하는 현실을 제시하고 있으며, 자살예방사업 수행 인력한계로 현실적으로 자체 자살고위험군 사례발굴 노력과 사례관리 업무에 집중하지 못하는 어려움, 나아가 예산 한계로 안정적인 인력배치가 현실적으로 어려운 점을 들고 있다. 또한 자살 관련 업무 특성에서 오는 소진과 잦은 이직의 문제와 복합적이고 다변화되어 가는 자살 요인의 개입 어려움을 제시하였다.

먼저, 사업 달성 실적과 경쟁 구도에서는 지자체의 기관·사업 운영 관리와 감독의 역할이 강조되면서 대부분 사업 달성 평가 기준은 정성보다는 정량에 기반을 둔 달성 실적이라고 해도 과언이 아니다. 하지만 이처럼 수치로 보이는 달성 실적은 숫자를 기준으로 자치구 간의 경쟁 구도로 이어지는 여지와 가능성도 있었다. 이러한 현실에서 어떤 지역 사회의 문제든지 사업을 통해 ‘개선, 달성, 증가, 감소, 해결, 해소, 달성되었다’ 등의 평가 기준에 대한 다각적인 접근으로 이루어질 필요가 있다. 또한, 산출(output)과 함께 성과(outcome)와 효과(effect)를 입증할 수 있는 평가방법이 심도 있게 고민될 필요가 있겠다. 이를 위해서는 중앙정부와 지방정부의 모든 정책사업 평가의 기초에 대한 재편과 성찰이 기반이 되어야 한다고 본다.

다음으로 인력한계로 인한 자체 자살고위험군 사례발굴 노력과 사례관리 업무에 집중하지 못하는 문제와 안정적인 인력배치의 어려움은 공통적으로 모두 예산과 맞물리는 어려움과 한계이다. 이러한 인력한계 문제는 실제 대전시 자살예방 사업에 대한 양성욱 외(2022) 연구에서도 드러났다. 사실상 자살고위험군 사례발굴과 사례관리 업무는 시간과 인력투입의 문제이기 때문에 이의 전제는 예산지원에 문제가 먼저 해결되는 것이 필요하다. 결국 예산 투입을 통한 안정적인 인력 확보는 자살예방사업의 집중과 역량 있는 성

과로 이어질 수 있을 것이다. 관련하여 소진과 잦은 이직의 문제는 직접적으로 사업을 수행하는 인력관리의 이슈를 시사하고 있다. 자살 관련 업무는 그 자체로 매우 심도 있는 복잡한 이슈가 동반된 문제이며, 예측할 수 없는 잠재적인 긴장감과 자살 시도나 죽음을 목격함에서 오는 트라우마와 스트레스, 소진 등 다양한 고충이 배가 되는 업무 중에 하나이다. 이러한 역동적이고 파란만장한 업무수행의 어려움이 있기 때문에 자살 관련 업무를 담당하는 인력의 소진과 잦은 인력변동은 안타까운 현실 공감이 된다. 또한, 복합적이고 다변화되어 가는 자살 환경은 개인정보 동의의 문제로 나타나기도 했다. 정신건강복지센터에 의뢰된 자살시도자의 경우에도 개인정보 동의를 거부하면 어떤 개입 조치 할 수 없게 되는 문제가 발생한다(장일식, 윤경희, 2020) 결국 자살 관련 당사자와 가족들에게 정보 동의를 득하고 개입을 해나가는 일련의 과정은 노련하고 전문적인 전문성과 연결이 된다. 따라서 정기적인 교육과 슈퍼비전, 특히 심리적 차원의 스트레스와 트라우마 관리를 위한 심리상담 및 여가와 휴식 지원 등의 지원이 이루어져야 하겠다.

다섯째, 연구참여자는 자살 관련 협력기관과의 협업 과정에서 다양한 공공·민간기관 간의 역동적인 관계가 필요함을 제시하였다. 자살고위험 대응은 결코 단일기관에서 해결할 수 없는 문제이기에 관련 기관 간 즉각적이고 전문적인 협업 대응이 매우 중요하다. 하지만 현실적으로 적극적이고 지속적인 협력 관계는 어려움이 있었다. 특히, 공공기관의 잦은 인력교체로 인한 지속적인 협업 관계 유지는 어려움으로 언급되었다. 또한 협업 과정속에 실적 중심의 형식적인 연계로 인한 아쉬움과 미루기 대응, '자살'이라는 단어에서 밀려오는 협업 부담과 반응 등을 경험하고 있었다. 그럼에도 불구하고 연구참여자는 증가하는 사례포화 속에 지역사회 보건과 복지기관 간 공동대응의 중요성을 인식하여, 기관 간의 역할과 방향성을 협의해 나가며 대응체계를 구축하고 공동노력을 하고자 하는 의지와 노력을 시도하고 있었다. 따라서 이러한 어려움을 해소하기 위해서 협력 기관 간 더 긴밀하고 적극적인 소통과 협조 노력이 요청된다. 나아가 공공기관 순환보직 인력 체제는 즉각적이고 긴밀한 자살대응 협업에 있어 큰 어려움이었던 만큼 이러한 공공기관 업무 인력 특성을 고려하여 내부적으로 철저한 업무인수인계와 이해를 통해 협업기관 간 원활한 협력체계가 이루어질 수 있도록 자체적인 노력이 필요하다고 본다. 또한 자살문제의 공동대응이라는 협업의 중요성의 본질에서 각 기관의 역할이 무엇인지, 협력해야

하는 공동역할이 무엇인지에 대한 명확한 이해를 토대로 함께 협력하고 대응하고자 하는 관계자들의 진정 어린 태도가 필요하겠다.

이 외에도 자살고위험군이 봉착해 있는 ‘자살위험요인’을 완화하기 위해서는 공공·민간기관, 주민조직, 지역주민 등의 적극적인 협조와 협력이 전제되어야 한다. 특히, 자살고위험군 발굴과 지원에 있어서는 보건과 복지 차원의 기관 공동대응이 매우 중요하다고 볼 수 있겠다. 본 연구에서도 보여주듯이, 낮은 수위의 자살위험군으로 지속적인 관리 필요성이 있는 경우 지역복지관이나 청소년 관련 복지기관 등에서 함께 대응하는 모습은 시사해 주는 바가 매우 크다. 즉, 지역사회의 자살예방과 문제해결은 보건과 복지차원의 기관 공동대응이 중요하겠으며 이 안에서는 기관 담당인력은 물론 자살고위험군 발굴과 연계 등의 인력지원 역할을 하는 지역주민의 역할이 함께 이루어져야 하겠다.

여섯째, 연구참여자의 자살예방활동가 양성교육과 활용·관리 경험을 확인할 수 있었다. 지역사회의 다양한 대상에게 양성교육이 이루어지고 있었으며, 이때 반복적인 교육과 충분한 피드백을 제공하여 교육참여자는 높은 교육 만족을 보이고 있었다. 하지만 이러한 교육 중심의 접근에만 머무르는 것은 한계가 있다. 사각지대의 자살고위험군을 발굴하고 연계해주는 게이트키퍼로서 양성을 했을지라도, 실질적으로 이들을 활용·관리하는 상황은 이루어지지 않는다는 점이다. 이는 자살예방활동가를 지원하고 관리할 수 있는 사업비와 인력의 부족과 실질적으로 자살예방활동가들의 참여를 독려하고 활동을 지원하기 위한 적절한 보상체계 부재 때문으로 드러났다. 이처럼 자살예방활동가 양성교육에 머무르고 있는 한계를 딛고, 교육 후 행동으로 이어지기 위해서는 사업수행기관인 센터는 물론 지자체 차원에서도 관심과 지원에 대한 모색이 이루어질 필요성이 있겠다.

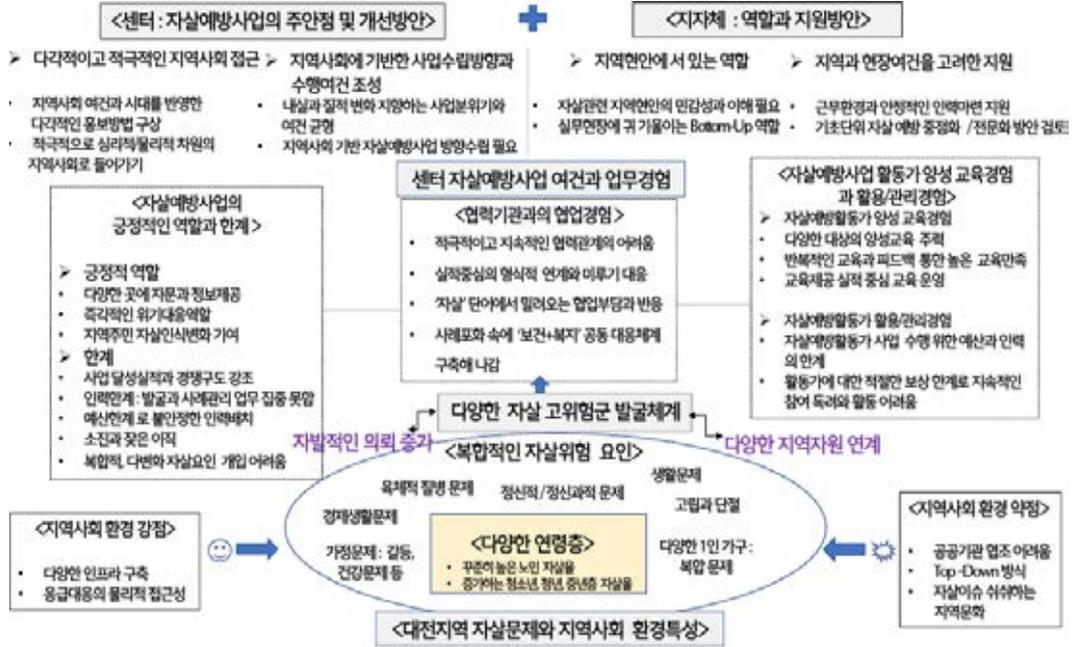
일곱째, 연구참여자는 향후 자살예방사업에 있어 주안점과 개선방안으로 크게 두 가지를 제시하였다. 먼저 다각적이고 적극적인 지역사회 접근을 강조하며 이 안에서는 지역사회 여건과 시대를 반영한 다양한 홍보방법 구상과 심리적·물리적 차원으로 지역사회에 적극적으로 들어가는 자살예방사업이 필요함을 강조하고 있다. 이미 앞에서 언급했듯이, 대전지역의 자살고위험군은 다양한 연령층의 양상을 보인다는 측면에서 연구참여자는 다양한 온·오프라인 홍보방법을 시도해왔다. 다양한 연령층의 스펙트럼을 반영하여

다양한 방법으로 지역주민들에게 다가가야 한다는 것이다. 더구나 ‘자살’ 자체는 한국문화 속에서 금기시하는 영역인 가운데, 특히 이번 분석 결과에서도 대전지역의 경우 자살 관련한 이슈를 쉬쉬하는 지역문화가 두드러진 특징으로 나타나고 있었다. 이러한 인식을 개선할 수 있는 노력이 이루어져야 할 것이다.

다음으로 지역사회에 기반한 사업 방향 수립과 수행 여건 조성을 제시하고 있다. 이는 내실과 질적인 변화를 지향하는 사업 분위기와 여건이 균형을 맞춰야 하며, 지역사회의 특성에 기반한 자살예방사업이 수립되어야 한다는 부분이 강조되었다. 지역사회는 지역의 다양한 문제가 담겨진 공간이면서도, 결국 지역사회 문제를 해결하는 주체, 즉 지역주민들의 삶 자체이다. 그렇기에 대전지역을 하나의 천편일률적인 지역사회로 본다는 것은 한계가 있다. 이러한 문제를 고려하여 지역사회의 자살문제를 해결해나가야 할 것이다.

마지막으로 연구참여자는 지역사회 자살문제 해결을 위한 지자체의 역할과 지원방안으로 두 가지 측면을 제안하였다. 먼저, 지자체는 자살 관련 지역 현안의 민감성을 충분히 이해하여 실무현장의 목소리에 귀 기울여줄 수 있는 Bottom-Up 소통이 이루어져야 할 것이다. 이는 지역사회 기반 자살예방사업 설계에 있어서 지자체는 지역의 자살문제를 정확하고 심도 있게 파악하는 것과 지역 실정에 대한 의견과 목소리를 들어주는 역할이 절실히 필요함을 보여주었다. 이 외에도 센터의 근무환경과 안정적인 인력 마련을 위한 지자체의 지원이 필요함이 드러났다. 직원 수에 비해 비좁은 사무실 공간문제, 자살 관련 문제를 가진 지역주민을 응대해야 하는 상담실 공간이 부재한 상황 속에서 자살문제 상담과 지원을 해야 하는 현실, 예측할 수 없는 자살문제 대응 속에 한 대의 차량으로 사업을 가동하는 열악성 등은 현재 종사자들이 겪고 있는 어려운 문제였다. 또한 매년 불안정적인 인력형태로 투입되는 자살예방사업 수행 인력의 문제는 전문성을 저해하는 심각한 문제가 될 수 있다. 관련하여 대전지역의 경우 광역 차원의 자살예방센터는 있지만, 기초단위의 자살예방센터의 부재에 대한 문제도 제기되었다. 따라서 이를 해소할 수 있는 기초정신건강복지센터에 대한 지원이 필요하며 나아가 독립적인 자살예방센터의 설립을 위한 노력이 이루어져야 할 것이다.

지금까지의 분석 결과는 아래의 그림을 통해 최종 정리하였다.



*센터 : 기초정신건강복지센터를 의미함

[그림 5-1] FGI 분석결과를 통해서 도출된 대전지역과 자살예방사업 생태체계적 구조

제6장

결론 및 제언

제1절 결론

제2절 제언



제6장 결론 및 제언

제1절 결론

본 연구는 대전광역시의 자살예방 및 자살고위험군 발굴을 위한 모델을 개발하는 것이 목적이다. 이를 위하여 첫째, 대전광역시의 자살실태와 관련 환경을 분석하고, 둘째, 중앙정부와 대전광역시의 자살예방 및 발굴 정책을 검토하였으며, 셋째, 자살고위험군 발굴활동을 수행할 가능성이 높은 전문가와 시민에 대한 설문조사 및 넷째, 전문가 면접조사를 통해 근거를 마련하였다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

제2장에서는 대전광역시의 자살실태 현황과 자살과 관련된 주요 지표를 중심으로 환경적 현황을 살펴보았다. 첫째, 대전시의 자살사망자는 2022년 기준 371명으로 전년도에 비하여 감소하였다. 자치구별로는 자살사망자 수는 서구, 유성구, 동구, 중구, 대덕구 순, 자살률은 대덕구, 동구, 중구, 서구, 유성구 순으로 높은 것으로 나타났다. 둘째, 성별 자살률을 살펴보면 2022년 기준, 남성의 자살률은 33.1명, 여성의 자살률은 18.4명으로 남성과 여성 모두 전년 대비 감소하였으나 여성에 비해 남성의 자살률이 높았다. 자치구별로는 동구와 대덕구는 남성의 자살률이 높았고 여성은 중구와 대덕구에서 높은 것을 확인할 수 있었다(2022년 기준). 셋째, 2022년을 연령별 자살률을 살펴보면, 전국과 대전시 모두 65세 이상의 자살률이 가장 높았으며, 특히 대전시의 65세 이상 자살률은 전국에 비해서도 높은 수준으로 나타났다. 대전시는 18-39세의 자살률도 전국보다 높은 수준을 보였다. 넷째, 직업 유형과 혼인상태에서는 전국과 대전시 모두 학생, 가사, 무직에 해당하는 자살 사망자가 많았고, 배우자가 있는 경우가 많은 것으로 나타났다. 다만, 직업 유형별로 2순위에는 차이가 있어 전국은 사무 종사자가 높았지만, 대전시는 서비스종사자 및 판매 종사자가 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 다섯째, 자살 동기별 현황에서는 전국과 대전시 모두 정신과·정신과적 문제가 가장 많았고 경제적 문제, 신체적 질병 문제 등이 뒤를 이었다. 다만, 61세 이상에서는 신체적 질병 문제가 가장 많았

다는 특성을 볼 수 있었다.

다음으로 사회환경적 요인을 분석한 결과, 대전지역은 도시화 비율이 다른 시도에 비하여 비교적 높은 수준이었고, 1인 가구와 청년인구 비율도 전국 평균보다 높았다. 노인 인구 비율은 전국 평균보다 낮지만 매년 증가하고 있었다. 이 외에도 전국보다 고용률이 낮았고, 사회통합수준으로 살펴본 이혼율과 사회복지예산비중, 국민기초생활보장수급비율의 경우, 조이혼율은 전국보다 낮은 수준이었고 사회복지예산비중과 국민기초생활보장수급비율은 전국보다 높은 수준으로 나타났다. 이러한 자살 관련 실태를 반영한 예방과 대응 방안이 마련되어야 할 것이다.

제3장에서는 우리나라의 자살예방정책, 자살고위험군 발굴정책(생명지킴이), 자살예방서비스 연계 정책을 분석하였다. 먼저, 우리나라의 자살예방정책으로 제5차 자살예방기본계획과 자살예방사업 전달체계, 대전광역시 자살예방정책을 중심으로 살펴보았다. 특히, 제5차 자살예방기본계획은 기존 정책과 달리 생명존중 인식교육, 조기발굴, 자살유발 정보관리, 자살예방상담, 자살고위험군 대응, 재난 발생시 대응 등을 보완하여 시행되고 있었다. 대전시에서는 중앙정부의 자살예방기본계획에 맞춰 매년 시행계획을 수립하고 있으며 1개 광역자살예방센터와 5개 기초정신건강복지센터 등이 관련 서비스를 제공하고 있다. 두 번째로 자살고위험 발굴정책으로 생명지킴이 사업을 살펴보면, 생명지킴이는 선행연구를 통해 효과성이 드러나고 있으며(백종우 외, 2014; 배인정, 2018; 기선완 외, 2022), 국가적으로도 생명지킴이 양성이 자살 고위험군 발굴 전략의 주요 내용으로 다루어지고 있었다. 대전광역시에서도 생명지킴이 교육 및 활동지원 사업이 수행되어 2022년에 13,554명의 생명지킴이가 양성된 것으로 나타났다. 마지막으로 자살예방서비스 연계 정책을 분석하고자 읍면동 찾아가는 보건복지서비스, 주민참여조직의 발굴활동, 대전광역시 지역사회통합돌봄 정책을 살펴보았다. 읍면동 찾아가는 보건복지서비스를 통해 지역의 복지·안전 사각지대 발굴과 지원체계를 전반적으로 검토하고, 대전시에서 활동하는 주민참여조직을 분석하여 공공만이 아니라 지역주민 주도의 발굴과 지원 상황을 이해하고자 하였다. 마지막으로 지역사회통합돌봄의 서비스와 전달체계를 분석하여 지역사회 기반의 서비스가 어떻게 실현되는지 확인함으로써 자살예방정책과의 연계 방

안을 고려하였다.

제4장에서는 대전시민(다양한 주민참여조직 회원) 및 전문가(사회복지사, 생활지원사, 교육부문, 공공부문) 1,340명 대상 설문조사를 통해 자살예방에 대한 지역사회의 자살태도, 역량, 행동 및 관련 수요 등을 분석하였다. 그 결과, 자살에 대한 태도는 5점 만점에 평균 2.79점으로 나타났고, 자살에 대한 지식은 평균 54.40점(100점 만점)으로 나타나 중간을 약간 넘는 수준이었다. 자살예방행동 역량은 5점 만점에 평균 3.46점이었고, 자살위험이 있는 사람을 발견했을 때 자신의 가장 주된 역할로 '그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할'이라고 응답한 비율이 가장 높았다. '자살위험이 있는 사람을 만난 경험이 있는' 응답자는 전체의 24.3%였고, 이때 '심리적 부담감을 느꼈다는 경우'가 68.7%로 나타났다. 자살예방교육에는 전체 응답자의 45.1%가 '참여한 경험이 있는 것'으로 나타났다. 특히, 교육과 관련해서는 응답자의 84.1%가 자살예방교육이 '정기적으로 이루어져야 한다'고 응답하였으며, 그 내용으로는 '실습 중심 교육' 35.8%, '심화 교육' 35.6%, '반복 교육' 28.6%로 나타났고, 주기는 '연 1회'가 37.8%, '6개월에 1회'가 35.2% 등의 순이었다. 대전지역의 자살예방활동 필요성에 대해서는 85.4%가 '필요하다'고 생각했으며, 대전시나 자치구에서 '자살예방활동교육 강화'(34.3%), '자살위험수준별 연락가능한 기관 정보 제공'(31.5%), '발견한 자살위험군에게 제공가능한 서비스 확대'(26.0%), '자살예방활동가를 위한 공동체/정기모임 구성 및 관리·지원'(24.9%), '필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련'(23.4%), '사회적 인정 방안 마련'(21.6%), '활동비 지원'(21.6%) 등을 지원해야 한다고 응답하였고, 필요한 보상으로는 '교육적 인정과 보상'(48.3%), '경제적 인정과 보상'(37.7%), '문화적 인정과 보상'(31.0%), '정서적 인정과 보상'(29.1%), '상징적 인정과 보상'(27.2%) 등의 순으로 답하였다. 이러한 설문조사 결과를 반영하여 자살고위험군의 발굴 등을 위한 대응 방안을 마련하는 노력이 이루어져야 할 것이다.

제5장에서는 자살예방센터 및 정신건강복지센터 종사자 5명을 대상으로 초점면접집단 조사를 실시하고 결과를 분석하였다. 총 7개 영역, 13개의 주제와 34개의 하위주제를 도출하였다. 첫 번째 영역은 대전지역 자살문제 특성에 관한 것으로 1) 다양한 연령층,

복합적인 어려움을 가진 자살 고위험군, 2) 다양한 방법으로 자살고위험군이 발견됨으로 나타났고, 두 번째 영역은 지역사회 환경 특성과 관련되어 지역사회 환경의 강점과 약점이 도출되었다. 주요 장점은 인프라 구축과 물리적 접근성에 대한 부분이었으며, 약점은 공공기관 협조의 어려움, Top-Down 방식, 자살이슈에 대해 쉬쉬하는 지역문화로 나타났다. 세 번째 영역은 자살예방사업의 긍정적인 역할과 한계점으로 1) 지역사회에서 자살예방사업의 긍정적인 역할과 기능, 2) 자살예방사업 수행의 어려움과 한계로 구분되었다. 네 번째 영역은 지역사회 유관 기관과의 협업 경험으로 한계점과 어려운 점을 중심으로 주제가 도출되었다. 다섯 번째는 자살예방활동가 양성교육과 활용·관리에 대한 경험으로 1) 자살예방활동가 양성교육경험과 2) 자살예방활동가 활용·관리경험이 드러났다. 여섯 번째는 자살예방사업 주안점과 개선 방안으로 1) 다각적이고 적극적인 지역사회 접근, 2) 지역사회에 기반한 사업방향 수립과 수행여건 조성이 제시되었으며, 마지막 일곱 번째로 지자체의 역할과 지원방안의 영역에서는 1) 지역 현안에서 있는 지자체의 역할 제안으로 지역 현안에 대한 민감성과 이해의 필요와 Bottom-Up 역할이 언급되었고, 2) 지역과 현장 여건을 고려한 지자체의 지원방안 제안으로 근무환경과 안정적인 인력 마련에 대한 관심과 지원, 기초지역단위 자살예방 중점화·전문화 방안의 검토 필요성이 하위주제로 나타났다.

지금까지 본 연구의 2~5장에 이르는 주요 결과를 간단히 정리하였다. 다음 절에서는 이를 기초자료로 활용하여 대전광역시 자살예방과 자살고위험군 발굴 모델을 개발하고 관련 정책과 서비스 개선을 위한 세부 제언을 제시하였다.

제2절 제언

1. 대전광역시 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델(안)

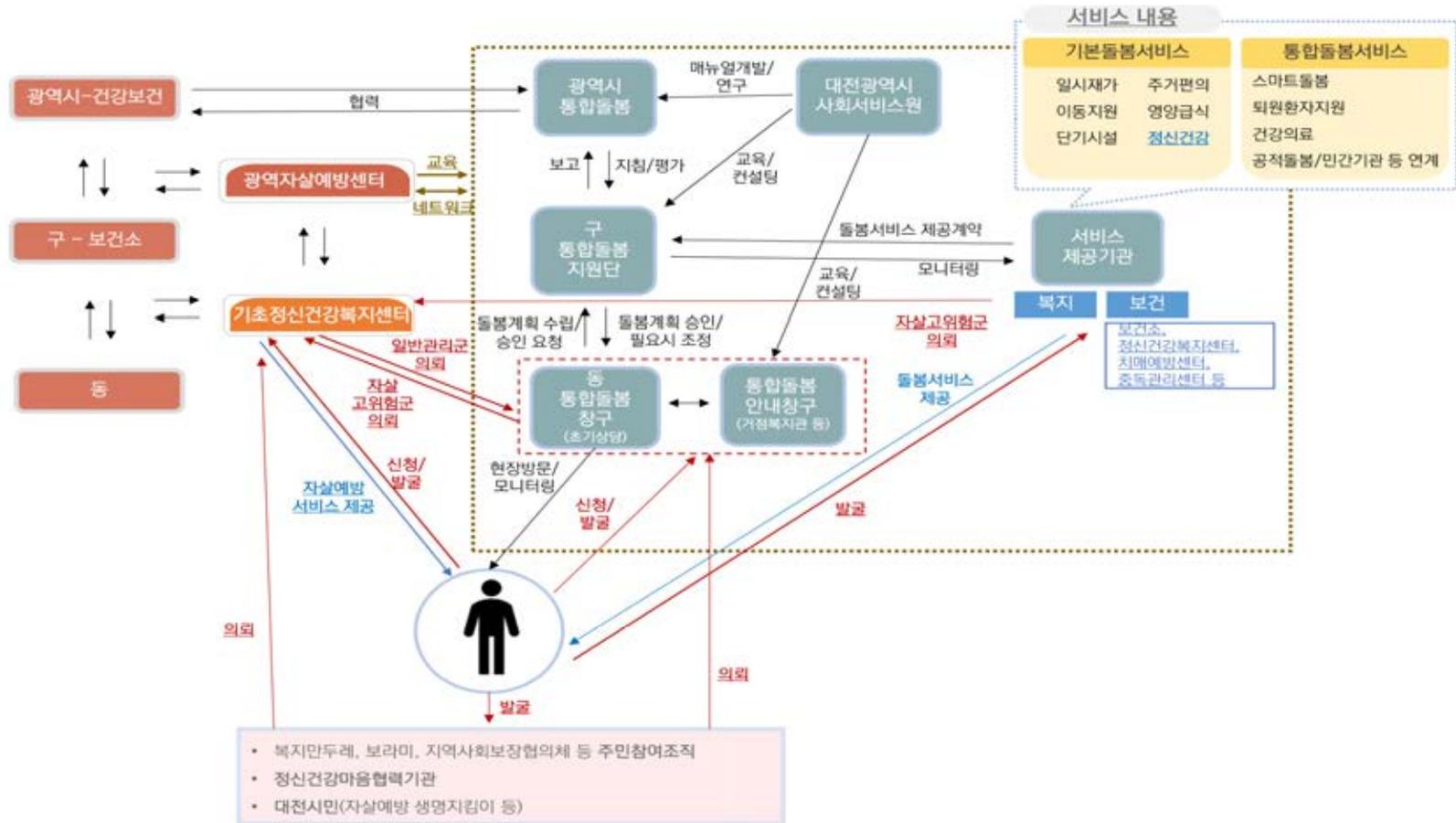
본 연구에서는 [그림 6-1]과 같이 「대전광역시 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델(안)」을 도출하였다. 이 모델의 핵심은 지역사회 자살예방을 위해 보건과 복지 부문의 적극적인 연계를 도모한 것으로 ‘자살예방서비스 전달체계’와 ‘지역사회통합돌봄서비스 전달체계’를 결합을 통해 구체화하였다. 이를 통해 자살예방정책은 지역사회의 고위험군을 적극 발굴하여 서비스를 연결하고, 지역사회통합돌봄정책은 더욱 두터운 지역사회 안전망을 구축할 수 있을 것이다. 다만, 이 과정에서 발굴 이후 지원에 대한 영역을 함께 포함하였다.

구체적인 방안은 다음과 같다. 먼저, 발굴과 신청 과정이다. 본 연구에서는 잠재적 서비스 수요자가 발굴되어 동이나 거점 복지관 창구를 통해 서비스를 신청하면, 동 통합돌봄 창구에서 자살위험 수준까지 사정하는 역할을 제안한다. 이렇게 사정 과정을 거쳐 수요자가 자살고위험군으로 판정되면 기초정신건강복지센터로 의뢰하는 것이다. 이 외에도 지역사회 내에서 활동하는 복지만두레, 보라미, 지역사회보장협의체, 정신건강마음협력기관, 자살예방 생명지킴이 등을 포함한 대전시민이 자살위험군을 발굴하여 각자 접근 가능한 기관에 의뢰하는 것은 물론 다양한 서비스 제공기관에서 발굴한 자살위험군 등이 기초정신건강복지센터와 연결되어 적절한 개입이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 위해서 무엇보다 통합돌봄 창구의 직원과 발굴 활동에 참여하는 다양한 인적 안전망이 자살위험에 대한 이해를 갖추는 것이 필요하다. 반대로 기초정신건강복지센터를 통해 대상자가 접수된 경우 자살고위험군이 아닌 일반관리군으로 판단될 경우, 동 통합돌봄 창구로 의뢰할 수 있을 것이다.

둘째, 지원과정이다. 통합돌봄서비스의 대상자로 인정되면 돌봄계획이 수립되어 서비스 제공기관으로부터 돌봄서비스를 제공받게 된다. 이때 서비스 제공기관에 기존 통합돌봄서비스의 주요 서비스 제공기관(종합재가지원센터, 복지관, 재가노인복지시설, 장기요

양기관, 사회적 경제조직, 기타)에 더하여 보건 영역의 적극적 참여가 필요할 것이다. 이에 보건소, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 치매예방센터, 중독관리지원센터, 도박문제 예방치유센터 등 보건 영역이 서비스 제공기관으로서 참여하여 필요한 다양한 서비스 제공이 이루어져야 한다. 이렇게 보건과 복지가 함께 함으로써 서비스의 내용은 더욱 강화될 수 있을 것이며, 그 안에서 자살 원인이 되는 정신건강 문제 등에 대응하여 자살예방까지 기대할 수 있을 것이다. 이에 본 연구의 서비스 제시(안)으로는 기본돌봄서비스로 기존 5대 돌봄서비스에 정신건강서비스를 더하는 것을 제안하고자 한다. 이로써 보건소 방문간호, 치매, 정신상담이나 관리, 치매예방, 약물관리, 정신건강·우울·음주·기타 중독 등에 대한 상담, 은둔 등에 이르기까지 서비스 범위를 포함하는 것이 가능해질 것이다.

구체적인 내용은 다음의 세부 제언을 통해 설명하고자 한다.



[그림 6-1] 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델(안)

2. 세부 제언

세부 제언은 다음의 표와 같다. 4개 영역의 15개 세부 내용으로 정리하였다.

[표 6-1] 세부 제언

구분	내용
지역사회 자살예방기반 조성	보건-복지서비스의 적극적 연계
	지역사회 자살예방을 위한 공동대응 기반 조성
	자살예방에 대한 지역사회 인식 제고
	자치구별 특성을 반영한 자살예방서비스 실현
자살예방전문기관의 대응역량 강화	인력과 예산 보강
	광역기관과 기초기관 간 자살예방활동의 체계적 역할 분담
	성과 중심의 자살예방활동
	기초단위 자살예방센터 설치
자살예방교육 체계 고도화	교육콘텐츠 강화
	일반 시민과 전문가 대상 맞춤형 교육 마련
	교육인증제
생명지킴이 활성화 강화	교육 기회 확대
	공동체/정기모임 및 활동지원을 위한 전담 창구 운영
	다각적 보상 방안 마련
	자살예방활동 참여자를 위한 힐링, 트라우마 상담

1) 지역사회 자살예방기반 조성

(1) 보건-복지서비스의 적극적 연계

① 지역사회통합돌봄 정책과의 연결을 통한 서비스 전달체계망 강화

자살예방서비스와 사회복지서비스는 지역에 기반하여 지역사회 자살을 예방하고, 사람들이 지역사회에서 계속 건강하게 생활할 수 있는 실질적인 여건을 조성하기 위해 노력한다. 즉, 지역이라는 공동의 범위 안에서 보건과 복지 영역이 다양한 서비스를 통해 사람들의 건강하고 행복한 삶을 보장하기 위해 노력하는 것이다. 이러한 맥락에서 두 영역이 상호 협력하는 것은 각자의 목표를 달성하면서 동시에 공동의 발전을 이끌 수 있는 중요한 계기가 될 수 있다. 자살예방을 위해서는 지역사회 네트워크 형성과 연결 체계 간의 상호협력이 필수적으로 이루어져야 하는 것이다(조계화, 김영경, 2018).

특히, 사회복지영역은 찾아가는 보건복지서비스와 지역사회통합돌봄 등 주요 정책이 실현되는 과정에서 지역사회 내 민관의 견고한 전달체계망을 구축하고 있다. 상대적으로 자살예방서비스의 전달체계는 광역과 기초 자살예방센터(정신건강복지센터)를 통해 이루어지고 있다. 이에 자살예방서비스의 전달체계만으로는 효과적인 자살고위험군의 발굴과 다각적인 자살예방을 실현하는 데는 한계가 있을 수 있어 복지와의 협력이 중요하다.

또한, 대상자 중심 서비스 실현이 중요시되는 가운데 사회복지영역의 취약계층과 자살예방의 자살고위험자가 중복되는 대상이 있다는 점도 간과할 수 없는 부분이다. 한 예로 고독사 사망자의 다수가 자살로 인한 고독사였다(보건복지부 보도자료, 2022.12.14.). 또한, 대전시의 자살사망자 현황에서는 정신과적 문제, 경제생활 문제, 육체적 질병 문제가 상위 자살 동기였으며 남성, 고연령자의 자살률이 높았던 것으로 드러났다. 이러한 맥락은 사회복지영역의 주 대상층과 자살의 고위험자가 같은 위험군에 속해 있고, 자살위험자가 사회복지대상자가 될 수 있으며 사회복지대상자가 자살위험도가 높을 수 있다는 가능성을 분명히 보여주는 부분이다. 따라서 대상자를 중심으로 보면, 복합적인 문제를 가진 대상자에게 필요한 서비스가 연결될 수 있도록 보건과 복지 분야의 연결을 통해 자살예방과 사회복지 서비스 등이 효과적으로 제공될 수 있도록 노력해야 할 것이다.

② 서비스 제공기관으로서 보건 분야의 적극적 참여

자살예방 등 보건 영역이 사회복지영역에 적극적으로 참여하는 것이 필요하다. 앞서 언급했듯, 대상자 중심의 실천을 도모하기 위해서는 개인의 복합적인 문제에 대응할 수 있는 다양한 서비스 목록과 자원이 마련되어야 한다. 즉, 복지서비스만으로는 충분한 대응을 도모하기 어려운 부분에서는 보건 영역의 적극적인 협력이 필요하고, 역으로 보건 영역만의 대응으로 어려운 부분은 복지 영역이 기여해야 하는 것이다. 이에 보건소를 비롯하여 정신건강복지센터(자살예방센터), 도박문제예방치유센터, 치매예방센터 등 다양한 보건 영역의 서비스가 지역사회통합돌봄의 서비스 제공기관으로 참여하여 기본돌봄 서비스와 통합돌봄서비스를 더욱 견고히 하여 대상자의 건강하고 행복한 삶을 위한 안전망을 강화하는 것이 필요하다.

앞서 [그림 6-1]에서 언급했듯이 본 연구의 구체적인 제안은 다음과 같다. 먼저, 지역사회통합돌봄 정책과 연계하여 기본돌봄서비스에 정신건강서비스를 추가하여 관련 서비스를 제공할 수 있는 보건 분야의 기관들의 적극적인 참여를 도모하는 것이다. 특히, 최근 발표된 ‘정신건강정책 혁신방안’(관계부처합동, 2023.12.)에서도 일반 국민의 정신건강 악화에 관심을 두며 일상적 마음돌봄 체계 구축을 전략으로 제시하고 있다. 이를 위하여 카카오톡이나 네이버 등 온라인을 통한 발굴 등을 계획하고 있지만(관계부처합동, 2023.12.) 이러한 접근이 취약 계층에게는 쉽지 않을 수 있다. 따라서 취약계층의 접근성을 높이기 위해 지역사회통합돌봄 정책과의 연계를 통해 기본서비스로 정신건강서비스를 포함한다면 정신건강의 어려움이 있는 대상자의 정신건강에 기여할 수 있을 것이다. 이 외에도 보건소의 방문간호, 알코올 등의 문제에 대한 초기 대응, 치매 예방 등 전문기관의 참여가 전제된다면 지역사회 내 취약층에게 필요한 서비스가 더욱 풍부하게 실현될 수 있을 것이다.

나아가 통합돌봄서비스의 건강의료지원 서비스 내에 정신건강 영역의 적극적 참여를 도모하는 것이다. 현재 건강의료지원 서비스는 질병, 부상 등으로 진료를 받아야 하나 거동이 불편하여 병원 방문이 어려운 대상자에게 제공하는 가정방문 진료 서비스로 ‘보건복지부 재택의료, 일차의료(한의포함) 시범사업 지침’에 의거 지원하게 된다(채현탁

외, 2023). 현재 시범사업의 대상자 유형에 정신과적 질환과 인지장애 등이 포함되어 있어(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2022.12.) 정신과적 질환 등에 대해서도 방문의료 서비스의 지원 역시 가능할 것이다. 이러한 상황에서 정신과를 진료하는 일차의료기관의 적극적 참여와 홍보가 필요하다.

또한, 퇴원환자 지원에서도 정신적 문제, 특히 자살사고나 자살시도로 입원한 퇴원환자를 포함하는 것도 중요한 방안이 될 수 있다. 이들 역시 퇴원 이후 지속적인 관리를 통해 자살위험을 모니터링할 필요가 있으며 자살유족에 대한 사후관리도 중요하다. 물론 이러한 경우 자살예방센터가 주축이 되어 전반적인 관리 등이 필요하지만 이에 더하여 지역사회 사회서비스 기관과 공동으로 협력하여 더욱 촘촘한 지원이 이루어지는 것은 퇴원환자의 건강한 삶과 자살예방에 기여할 수 있을 것이다.

(2) 지역사회 자살예방을 위한 공동대응 기반 조성

자살예방사업을 실현하면서 다양한 지역사회 유관 기관 등과 협력관계를 형성하면서 지역사회와 공동 대응의 도모가 필요하다. 자살예방은 위험군에게만 제공되는 서비스가 아니고 모든 대전시민을 아우르는 예방적 차원의 대응까지 포함되어야 한다. 이러한 맥락에서 지역사회 내의 자살예방을 위해서는 전문가에게 연계하는 것만이 해답은 아니며 지역사회 내 유관 기관이 다양한 형태로 참여하면서 공동의 대응 노력을 기울이는 것이 필요하다. 이미 대전시의 자살예방정책은 민관조직과의 협력체계를 통해 다양한 연계 사업을 수행하고 있다(대전광역시 건강보건과, 2022.12.; 2023.2.). 이러한 협력이 이루어지는 부분은 고무적이지만, 이러한 협력체계가 자살예방을 위해 구체적으로 어떻게 운영되고 있는지를 분명히 알기는 어렵다. 따라서 협력체계를 더욱 견고히 하고 효과적으로 움직이기 위해 노력해야 할 것이다.

① 기관별 자살예방 공동대응을 위한 MOU체결

기관별로 MOU를 체결하여 자살예방 영역에서 각자가 어떤 역할과 활동을 할지 명확

히 하는 것은 유용한 방법이 될 수 있을 것이다. 이 과정에서 지역 내 유관 기관의 특성과 기능에 따라 대응 수준, 대상자 등을 고려하여 각자의 역할을 충실히 수행할 수 있도록 환경 조성이 필요하다.

예컨대, 자살위험 수준이 높지 않은 초기위험자의 경우 예방적 차원에서 각자의 상황에 적합한 지역사회의 다양한 자원을 활용하여 지역사회 주도의 통합서비스를 제공하는 것이 필요하다(보건복지부, 한국생명존중희망재단, 2023). 반면, 중증정신질환자나 자살 유족, 자살시도자 등 고위험군은 기초정신건강복지센터를 중심으로 집중적인 대응이 필요할 것이다. 또한 고위험군이 개입 후 자살위험이 낮아져 비교적 안전한 사후관리의 단계가 된다면 점차 기초정신건강복지센터의 개입 수준을 낮추고 기타 관련된 지역사회의 유관 기관과 협력하여 공동대응을 꾀하는 것이 가능하다. 이는 FGI에서도 드러난 결과로 대전시의 한 기초정신건강복지센터 자살예방팀에서는 지역사회복지관과 MOU를 체결하여 사후관리 등에 공동 대응하는 방법을 수행하고 있었다.

관련하여 선행연구에서도 지역사회복지관의 자살예방활동 참여는 자살예방에 도움이 되는 것으로 나타나고 있다(윤명숙, 최명민, 2012). 지역사회복지관의 경우, 영구임대아파트 등 취약지역마다 설치되어 있는 경우가 많고, 지역밀착형 사업을 진행해 오고 있기에 지역 중심 자살예방사업을 진행하는 데에 긍정적으로 역할 할 수 있다는 것이다(최명민 외, 2019). 특히, 자살이 빈곤, 열악한 주거환경 등에서 발생할 가능성이 높기에 이러한 문제에 대응하고 있는 지역사회복지관 및 복지기관의 적극적인 참여는 실질적인 자살 예방에 기여할 수 있을 것이다(윤명숙, 최명민, 2012; 최명민 외, 2019).



[그림 6-2] 자살예방전문기관과 지역사회의 협력

참고로 경기도에서는 보건과 복지 영역 연계 기반의 노인자살예방사업 단계별 추진 절차를 발표하였다(유병선, 이사라, 2015). 해당 연구에서는 1차 예방사업은 지역사회 노인복지관 및 복지시설 중심으로 이루어지는 것이 필요하다고 보았으며, 2차 예방/개입은 경기도가 가지고 있는 노인상담센터를 통해 전문상담사가 전담하여 개입, 3차 예방/개입은 고위험군에 대한 응급지원과 사후관리로 자살예방센터에서 전담하는 등의 역할을 제시하고 있다(유병선, 이사라, 2015). 또한, 최윤정 외(2018)의 연구에서도 부산재가노인 복지협회와 함께 ‘빅.마.마’라는 지역사회 기반 재가노인 우울 및 자살예방 프로그램을 실시하였는데, 이 프로그램의 핵심에 기관 간의 협력과 비전문인력의 훈련과 활용을 포함하였다(최윤정 외, 2018). 이에 고위험군의 개별상담에는 기초정신건강복지센터의 정신건강전문가가 참여하였고, 고위험군의 사례관리를 위해서는 정신건강복지센터의 정신건강전문요원과 재가노인지원서비스센터의 사회복지사가 공동으로 사례관리를 실시하였다(최윤정 외, 2018). 이 외에도 고위험군에는 포함되지 않지만, 개별적인 개입이 필요

하다고 판단된 사람에게는 재가노인지원서비스센터 실무자가 회상요법 기반 개별상담 프로그램을 진행한 사례가 있다(최윤정 외, 2018). 이러한 ‘빅.마.마 프로그램’은 우울과 자살예방에 유의한 효과가 있는 것으로 검증되었다(최윤정 외, 2018). 이미경, 최윤정 (2018)의 연구에서도 저위험군의 경우 재가노인지원서비스센터 사회복지사가 직접 정서적지지 서비스를 제공하면서 정신건강 문제의 심각성 여부를 지속적으로 모니터링하는 역할을 수행함으로써 갖는 긍정적인 효과를 보고하기도 하였다. 이러한 결과들이 보여주는 것처럼 자살예방은 자살예방센터와 같은 전문기관만의 노력이 아니라 지역사회의 다양한 유관 기관이 협력하여 공동으로 움직임으로써 자살예방이라는 목표에 효과적으로 다가갈 수 있을 것이다.

② 유관 기관의 자살예방 역량 강화

지역사회가 자살예방을 위해 함께 움직이기 위해서는 유관 기관의 자살예방 역량을 강화하는 것이 필요하다. 이를 위하여 다음과 같이 제안하고자 한다.

㉠ 유관 기관 종사자 등 이해관계자 대상 자살예방교육 실시

유관 기관의 종사자 등 이해관계자를 대상으로 자살예방교육을 실시해야 한다. 지역사회 기관이 자살예방사업이 참여하기 위해서는 기관의 종사자 등이 자살예방과 관련한 역량을 충분히 갖추는 것이 필수적이다. 선행연구에서도 사회복지사에게 정신건강 및 자살예방개입 실천 기술이 필요하지만, 현장에 종사하는 사회복지사들이 이와 관련한 교육의 기회가 부족하였고 그 결과 상담과 개입에 어려움이 있다는 보고를 살펴볼 수 있다(김유진, 2011; 이미경, 최윤정, 2018 재인용). 다만, 어떤 기관에서 어떤 자격으로 종사하는가에 따라 각자에게 기대되는 역할은 차이가 있을 수 있기에 이러한 특수성을 고려한 자살예방 관련 역량강화가 이루어져야 한다.

일반적으로 다수의 기관에서는 정신건강이나 자살의 이슈가 자주 접하지 않았을 가능성이 높은 만큼 충분한 지식과 역량을 가지고 있다고 보기에는 어렵다. 또한 기관의 기

능에 따라 접근할 수 있는 내용은 차이가 있을 수 있다. 따라서 유관 기관의 특성 및 기대되는 역할을 고려하여 교육의 정도와 내용 등을 다르게 가지고 갈 필요가 있을 것이다. 예를 들어, 사회복지관의 경우 지역사회의 많은 주민을 만나게 되며 사례관리를 실시하는 주민 중 우울 등의 정신건강의 문제를 가지고 있을 가능성이 있다. 즉, 지역사회 수준에서의 초기 정신건강 영역에 참여할 수 있는 것이다(윤명숙, 최명민, 2012; 최명민 외, 2019; 박기덕, 2023). 이로써 저위험 수준에서는 자살예방차원에서 사회복지기관 등을 통해 관리가 가능할 것이며, 고위험자를 찾았을 때는 자살예방센터로 연계와 의뢰가 이루어질 수 있을 것이다. 따라서 이러한 지역사회 수준에서의 자살예방활동이 가능할 수 있는 수준으로 기관 종사자의 역량이 강화되어야 할 것이다.

반면, 설문조사 결과에서는 교육부문은 자살위험이 있는 사람을 발견했을 때 ‘괜찮아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해 주는 역할’의 비중이 높았다. 이는 교육부문에는 정신보건 영역의 전문가가 종사하고 있기 때문일 가능성이 크기 때문으로, 관련 분야의 전문성이 높을 가능성이 큰 집단이라는 점에서 자살예방과 관련하여 다른 유형과는 다른 차별화된 심화 교육이 필요하고, 더욱 전문적인 역할을 기대할 수 있을 것이다. 즉, 자살에 대응할 수 있는 역량 수준이 다른 만큼, 이들의 역할과 기능을 고려하여 그에 걸맞은 교육을 통해 지역사회 내 자살예방 안전망을 구축해야 하는 것이다.

관련하여 ‘빅.마.마 프로그램’에서도 지역의 사회복지사와 자원봉사자를 대상 훈련을 실시하였다(최윤정 외, 2018). 사업 초반에 실무자를 대상으로 정신건강상담 관련 집중 교육과 매월 1회 정신건강 관련 개입을 위한 교육을 실시하고, 고위험군 사례에 대해서는 슈퍼비전을 제공하였다(최윤정 외, 2018). 또한 자원봉사자를 기관별로 양성하여 1:1 가정방문을 통한 개별상담, 힐링 여행 등을 추진하여 재가 노인의 사회적 지지체계로 기능할 수 있도록 하였다(최윤정 외, 2018). 이를 토대로 프로그램을 실시한 결과, 교육을 받은 사회복지사와 자원봉사자가 실제 자살예방에 함께 대응하며 긍정적 효과를 거둔 것으로 나타났다(최윤정 외, 2018). 이러한 효과를 참고하여 대전시에서도 지역사회의 사회복지사 등 유관 기관 종사자를 대상으로 자살예방에 관한 역량을 강화할 기회를 제공해야 할 것이다.

㉠ 활용가능한 자살예방프로그램 보급

지역사회 유관 기관을 중심으로 각 기관에서 활용할 수 있는 자살예방프로그램을 보급해야 할 것이다. 일상적으로 활동하는 지역사회에서 우울 관리 및 자살을 예방하는 활동이 중요하기 때문으로(유재순 외, 2014), 다수의 지역 내 유관 기관이 자살예방에 관한 서비스를 제공하면, 전문기관보다 높은 접근성을 확보할 수 있어 이용자 측면에서 더욱 편안하게 서비스를 이용하는 것이 가능해질 수 있을 것이다. 따라서 지역의 유관 기관에서 활용할 수 있는 효과적인 자살예방프로그램 보급이 필요하다.

유관 기관에서 자살예방을 목표나 기대효과로 프로그램을 실시하고자 할 때 가능하면 무엇을 어떻게 제공할 것인가를 검토하여 과학적이고 체계적인 근거를 갖춘 프로그램을 활용한다면 효과는 더욱 높아질 것이다(임현우, 2019). 이에 현재 한국생명존중희망재단에서 '자살예방 프로그램 인증'을 통해 근거 기반의 자살예방 프로그램을 보급하고 있는데, 이를 우울 해소 등 초기 단계의 자살예방 프로그램까지 확대하여 지역의 유관 기관에서 자유롭게 활용할 수 있는 프로그램을 제공하는 것이 필요하다. 실제 다수의 사회복지기관에서도 프로그램의 직간접적인 목표로 우울 완화, 자살예방 등을 포함하는 경우가 있다. 이러한 상황에서 지역사회의 유관 기관이 자살예방에 더 큰 역량을 발휘하기 위해서는 효과적인 프로그램의 보급과 실천이 중요할 것이다.

관련하여 조계화, 김영경(2008)은 지역사회 네트워크를 이용한 다차원적 자살예방 프로그램을 개발하여 적용하였다. 회상하기, 경청하기, 용서하기, 지지하기, 접촉하기, 사랑하기, 봉사하기, 치유하기의 8가지 주제로 노인시설, 간호대학, 종교기관의 노인대학, 복지관, 노인학대상담센터, 일반의원이 연계되어 프로그램을 실시하였다. 그 결과, 이러한 프로그램이 노인의 우울 완화에 효과적이었으며, 노인 자살예방을 위해서 지역사회의 네트워크 형성을 통해 다차원적인 프로그램 접근이 이루어져야 함을 주장하였다. 이처럼 지역사회의 유관 기관이 활용할 수 있는 양질의 프로그램을 보급하여 지역에서 이러한 프로그램이 실현되도록 한다면, 자살예방에 긍정적으로 기여할 수 있을 것이다.

③ 지역사회의 자살예방역량강화

㉠ 정신건강전문가의 지역사회 확대 배치

지역사회 내 정신건강 사회복지사 등 정신건강 전문가를 확대 배치하는 것이 필요하다. 자살예방이 우울 등 정신건강과 밀접한 관계가 있는 만큼 지역사회 내에서 이에 대응할 수 있는 전문인력을 충분히 확보하는 것도 중요한 부분이다. 실제 서울시는 한 곳 당 인건비와 사업비로 8,000만원의 예산을 투입하여 종합사회복지관 2곳에 정신건강 사회복지사를 배치해 시범사업을 시행하여 효과성을 입증하였다(서울pn, 2023.9.15.). 대전시에서도 관련 필요성이 제기되어 개별 기관 혹은 지역 내 거점을 지정하여 정신건강 사회복지사, 정신건강 간호사 등을 배치하는 것의 필요성이 제기되기도 하였다(류주연, 김수진, 성기욱, 2022, p.221, 255). 박기덕(2023)에서도 영구임대주택 입주자의 사회적 고립과 자살예방을 위한 지원과 관련하여 영구임대주택 입주자의 정신건강 증진이 필요하며, 이를 위해서 영구임대주택단지 내 설치되어 있는 복지관에 정신건강 사회복지사를 확대 배치할 것을 제안하였다. 이를 통해 사회적 고립과 정신건강 위에 쉽게 노출될 수 있는 가정을 초기에 발굴해 상담과 사례관리를 진행할 수 있기 때문이다(박기덕, 2023). 이처럼 지역사회 내에 우울 등에 전문적으로 대응할 수 있는 인력이 배치됨으로써 대전시 자체가 우울, 자살 등의 문제에 대응할 수 있는 역량이 높아질 것이다.

㉡ 광역자살예방센터 및 기초정신건강복지센터 전문가의 활동 강화

대전광역시의 광역자살예방센터 및 기초정신건강복지센터 전문가의 지역사회 활동이 확대되어야 할 것이다. 현재 우리 지역의 자살예방전문가는 각 센터 및 의료현장 등 한정적이며, 지역사회 내 자살문제는 심화되면서 이들을 필요로 하는 현장은 점점 증가하고 있다. FGI에서도 자살예방센터의 전문가가 다양한 현장에 자문과 정보 제공 역할을 수행하는 것을 확인할 수 있었다. 선행연구에서도 정신건강전문가의 슈퍼비전이 전문성 향상에 도움이 된다는 사회복지기관 종사자의 의견을 확인할 수 있었다(이미경, 최윤정, 2018). 이러한 역할이 지속 및 강화될 수 있도록 하여 지역의 자살문제에 전문인력이 다각적으로 참여하게 지원해야 할 것이다.

④ 자살예방 협업 기반 고도화

㉠ 자살위험 수준별 활용가능한 지역사회 자원 목록 구축

자살위험 수준별 활용가능한 지역사회 자원(기관)의 목록을 구축하는 것이 필요하다. MOU체결, 업무협약, 네트워크 구축 등 다양한 형태로 자살예방에 다양한 기관이 참여하는데, 실제 이들이 어떤 역할을 할지 등을 명시하여 사람들이 쉽게 접근할 수 있는 자원목록으로 구축해야 할 것이다.

관련하여 설문조사 결과에서는 자살예방활성화 방안의 질문에 대하여 31.5%가 자살 위험수준별 연락가능한 기관 정보 제공이라고 응답하기도 하였다. 이처럼 지역사회에서 활용가능한 자원의 목록을 구축하는 노력을 토대로 자살예방을 위한 견고한 안전망을 형성할 수 있을 것이다.

㉡ 협업을 위한 매뉴얼 개발

지역사회통합돌봄 정책, 자살예방서비스 등 복지와 보건, 특히 다수의 기관이 자살예방에 함께 노력하기 위해 각 기관이 참고할 수 있는 매뉴얼의 개발이 필요하다. 지역사회의 유관 기관에서 우울 등 다양한 원인으로 자살위험자를 발굴했을 때 어떻게 대응해야 하며, 어떻게 협업해야 하는 지 등에 대한 표준화된 매뉴얼을 갖추는 것이 업무를 추진하는 데에 유용할 것이다. 실제 광주광역시에서는 ‘지역복지 유관 기관 실무자를 위한 정신건강복지센터 연계·협력 가이드북’을 발행한 사례를 찾아볼 수 있다(광주광역시, 광주광역시정신건강복지센터, 2023). 자살예방을 위해서는 다양한 기관 간의 협업을 기반이 되어야 하는 만큼, 형식적인 연계가 아니라 각 기관의 기능과 역할에 따른 자살예방 체계가 작동할 수 있도록 협업을 위한 매뉴얼을 개발하여 보급해야 할 것이다.

특히, 매뉴얼 내에는 공동 대응 등을 위한 자살위험군의 세부 유형 분류가 필요하다. 이를 위해서는 제5차 자살예방 기본계획에서 제안하고 있는 초기위험자의 분류를 활용하는 것이 도움이 될 수 있을 것이다. 이외에도 최근 새로운 위기 대상으로 언급되고 있는 은둔형 외톨이나 가족돌봄청년, 고독사 위험군 등에 대해서도 고려해 볼 수 있을 것이다.

㉔ 자살예방 민관 네트워크 사업 구축

중요한 것은 이러한 다양한 기관의 협력이 어떻게 실체화되어 지속될 수 있는가에 대한 부분이다. 개별 기관과의 역할에 대한 논의, MOU체결 등 협력의 기반이 갖추어졌다면, 이후 이를 지속할 수 있는 기반이 있어야 할 것이며 이를 위해서는 자살예방을 위한 민관 네트워크 사업과 같이 형태를 갖추는 것이 유용하다. 네트워크를 위한 네트워크가 아니고 실제 도움이 되는 체계를 구축하기 위해서는 서비스 제공기관, 제공인력, 지역사회자원, 예산, 제도 등에 대한 비판적 검토와 현장 전문가들의 의견을 반영하여 실현가능한 사업 등 형태를 만들어 나가야 한다(전진아 외, 2017). 관련하여 대전시의 사회복지영역에서는 82개 동과 36개 거점복지관이 참여하는 민-관협력 네트워크 사업이 2017년부터 장기간 이루어지고 있다. 이처럼 자살예방 부문에서도 실체적인 네트워크 사업을 통해 지역사회의 다양한 기관이 지속적으로 자살예방에 참여하여 협력할 수 있도록 견고한 기반을 마련하는 것이 필요할 것이다.

(3) 자살예방에 대한 지역사회 인식 제고

자살예방에 대한 지역사회의 인식을 제고할 필요가 있다. 설문조사에서 자살에 대한 태도를 사정한 결과, 자살에 대한 수용적 태도가 전반적으로 높지는 않았지만, 요인별로 상대적인 차이는 있는 것으로 나타났다. 즉, 수용성에 대하여 일방적으로 낮다고 평가하기는 어려운 부분이 있는 것이다. 특히, 최근에는 죽음을 선택으로 바라보는 태도도 높아지고 있다는 측면에서(김화선, 심정영, 2016; 조선일보, 2022.7.14.) 자살예방의 기초를 어떻게 가져가야 할지에 대한 노력이 필요하다. FGI결과에서도 전문가들은 지역사회 내에 자살에 대해 쉬쉬하는 특성이 있으며, 자살예방활동을 수행할 때 자살에 대한 부정적인 인식으로 인해 지역사회 내에서 협조를 구하기가 어렵다는 의견이 도출되기도 하였다. 하지만 자살에 대한 불편한 정서나 편견 등이 제거되어야만 지역 주민이 자살예방에 참여하고 스스로 사례자를 발굴하여 관계자에게 알리고 협력을 구하는 행동을 할 수 있다는 선행연구 결과는 자살에 대한 태도의 중요성을 보여준다(김경희 외, 2023). 그뿐만 아니라 현재 대전시에서는 자살위험자가 스스로 센터로 연락해 도움을 요청하는 경우도

증가하고 있다는 것이 연구를 통해 드러난 만큼 자살예방방법 등을 지역사회에 대해 알리는 것 또한 중요하다.

이러한 중요성을 토대로 자살예방에 대한 지역사회의 인식을 제고하기 위한 홍보가 지속적으로 이루어져야 할 것이다. 특히, 대전시는 자치구에 따라 자살위험 대상의 특성에 차이가 보이는 부분도 있어 지역별 특수집단에 대한 홍보와 예방 활동을 비롯하여, 대전시 전반을 고려한 자살예방 노력이 병행되어야 할 것이다. 이를 통해 시민들의 자살예방에 대한 인식을 고취하고 자살을 미리 막고 위험이 있을 때 자연스럽게 도움을 요청하거나 안내할 수 있는 문화를 조성해야 할 필요가 있다.

따라서 지속적이고 다각적인 자살예방에 대한 홍보를 통해 ‘자살’이라는 단어에서 오는 심리적 부담감을 타파할 수 있는 다각적인 인식변화, 생명존중 문화확산을 위한 홍보 노력, 다양한 사업 방안 등이 필요하다. 자살예방사업이 자살이라는 글자를 거꾸로 하면 ‘살자(살아내자)’가 되듯이 스스로의 생명존중과 지킴의 의미가 담긴 사업으로 다양한 연령층의 지역주민들에게 머리와 가슴으로 다가갈 수 있고 공감할 수 있는 다양한 사업 프레임과 콘텐츠에 대한 고민이 이루어져야 할 것이다.

(4) 자치구별 특성을 반영한 자살예방서비스 실현

대전시의 공통적인 특성도 있지만 5개 자치구가 가지고 있는 독특한 특성이 있다는 점에서 자치구별 특성을 반영한 자살예방서비스를 실현하기 위해 노력해야 할 것이다. 이를 위해서는 자치구마다 지역의 특성과 자살위험에 대한 사정이 명확히 이루어질 수 있도록 계속 노력해야 할 것이며, 이러한 노력을 기반으로 현장의 목소리에 기초하여 정책과 서비스를 마련해야 할 것이다. 하지만 FGI에서는 Top-Down 의사소통 방식으로 인해 자치구의 지역 특성이 반영되기 어려운 부분이 있다는 문제점이 도출되기도 하였다. 이는 현장의 의견과 목소리를 듣고 반영하는 역할이 필요하다는 것으로 대전시의 전반적인 특성 내에서 각 자치구가 가진 독특한 특성을 반영하기 위한 노력이 이루어져야 함을 보여준다. 자살예방사업의 기본 출발이 해당 지역사회에 기반하여 현안과 실무현장의 상황을 충분히 반영해 지역의 특성을 고려한 자살예방계획 수립이 이루어져야 할 것이다.

이를 위하여 기본적으로 민-관의 의사소통 구조를 Bottom-Up으로 구축할 수 있도록 적극적인 자살예방 민관 네트워크가 마련되는 것이 필요하다. 공공과 민간이 존중과 신뢰를 기반으로 진정한 협력체계를 구축하여 지역 현장의 특성을 반영해야 하는 것이다. 이를 위하여 정기적인 실무간담회 등 현장 종사자의 목소리가 서비스가 되고, 정책이 될 수 있도록 노력해야 한다.

2) 자살예방전문기관의 대응역량 강화

기초정신건강복지센터에서 충분히 지역사회 내의 자살위험군에 집중적으로 대응할 수 있도록 대응 역량을 강화해야 할 것이다. 이를 위하여 다음의 세 가지 세부 과제를 제안한다.

(1) 인력과 예산 보강

지역사회의 자살에 대한 예방과 대응이 지속적으로 필요한 상황에서 전문성이 있는 인력수급이 가능할 수 있도록 인력과 예산을 보강해야 할 것이다. 자살예방은 전문성이 필요한 영역으로 자살위험군을 상담하고 지원하는 데에는 충분한 지식과 기술이 필요하다. 하지만 FGI 결과에서도 언급되었듯 예산상의 문제로 자살예방업무에 1호봉, 단기계약직 직원 등을 채용할 수밖에 없는 상황이 발생하고 있다. 특히, 자살예방사업에 매년 불안정한 인력 형태로 투입되어 사업이 수행된다면, 사업 자체의 중점화가 어려울 뿐만 아니라 결국은 전문성을 가지고 접근해야 할 지역사회 자살 관련 대응에 전문성 부재라는 막대한 문제를 초래할 것이다. 또한, 선행연구에서도 예산, 인력 등의 구조적인 문제가 종사자의 소진으로 이어질 수 있음을 보고한 만큼 주의 깊은 관심이 필요하다(노승현, 김연희, 2017; 양정빈, 2021). 또한, 설문조사에서는 자살예방 교육의 강화와 생명지킴이 활성화 등 더욱 심도있는 자살예방센터의 역할이 더 필요하다는 결과도 나타났다. 이처럼 전문가의 역량이 중요하고 자살예방을 위한 사업이 계속 확대되어야 하는 만큼, 자살예방사업이 효과적으로 운영되기 위하여 일정 기간 이상의 경력직 인력을 확보

하는 것은 물론 역량있는 전문가가 계속 일할 수 있도록 안정적인 근로 환경을 조성해야 할 것이다.

(2) 광역기관과 기초기관 간 자살예방활동의 체계적 역할 분담

광역 자살예방센터와 기초정신건강복지센터 자살예방담당팀 간의 체계적인 역할이 명확히 이루어져야 할 것이다. 전문가 FGI결과에서는 기초정신건강복지센터의 경우 인력 한계로 자체 사례발굴 노력과 사례관리 업무에 집중하기 어렵다는 것이 보고되면서 과도한 업무 과중의 문제가 언급되었다. 관련하여 양성욱 외(2022)의 연구에서도 대전광역시 광역자살예방센터의 역할 정립이 필요하다는 제언을 도출하면서 현재 대전시의 광역센터와 기초센터 간에 역할 구분이 적절히 이루어지고 있지 못하다고 지적하였다. 이에 본 연구에서는 다음의 그림과 같이 기초정신건강복지센터가 자살 고위험군을 대상으로 개입하고 재시도를 예방할 수 있는 직접 실천 활동에 집중하는 것에 역할을 집중해야 한다고 제안한다. 그리고 그 외에 교육이나 네트워크, 기초정신건강복지센터에 대한 지원 등을 광역자살예방센터의 역할로 제안하는 바이다.



[그림 6-3] 광역자살예방센터와 기초정신건강복지센터의 역할 제언

구체적으로 기초정신건강복지센터의 자살예방전담팀에서는 지역사회의 자살고위험 지역주민을 발굴하고 지원하는 역할을 한다. 이때 발굴은 지역사회에서 활동하는 인적 안전망을 통해 이루어질 수 있을 것이다. 자살예방사업에서 활동하고 있는 생명지킴이, 정신건강마음협력기관(1차 의료기관, 약국, 학원 등)을 비롯하여 지역사회보장협의체, 복지만두레, 명예사회복지공무원, 보라미 등 주민참여조직, 사회복지기관 및 유관 기관 종사자와 공무원 등 전문가 집단을 통한 의뢰가 그 예이다. 또한 응급실과 생명사랑위기대응센터와 연결하여 자살시도자에 대한 재시도를 예방하는 등 직접적인 자살예방활동 중심의 역할 할 수 있도록 해야 할 것이다.

다음으로 광역자살예방센터에서는 생명지킴이 등 자살예방교육과 지역사회 네트워크 구축을 비롯하여 기초정신건강복지센터에 대한 지원 역할 등을 수행하는 것을 제안한다. 지역사회 대상의 교육을 통해 사회복지기관 종사자와 공무원 등 전문가를 비롯하여 일반 시민에게 적합한 교육과정을 마련하고 수행하는 것이다. 또한 다양한 지역사회 기관과의 연계를 통해 튼튼한 네트워크를 구축하고 유지하는 역할을 해야 할 것이다. 광역 수준에서 대전지역 전반에 대한 협력사업을 추진하면서 기초정신건강복지센터에서 활동할 때

필요한 지역자원과 연결될 수 있도록 연계 지원이 이루어질 수 있도록 하는 것이다.

이 외에도 광역자살예방센터는 기초정신건강복지센터가 고위험군 등을 대상으로 직접 서비스를 제공하는 데에 필요한 지원 역할을 수행해야 할 것이다. 예컨대, 고난이도 사례에 대한 사례회의 및 공유이다. 기초정신건강복지센터에서는 센터장을 중심으로 슈퍼비전이 이루어지지만, 일부 사례의 경우 자치구 기관별 공유가 필요하거나 보다 집중적인 개입 전략을 모색할 필요가 있는 부분이 있을 수 있기 때문이다.

(3) 성과 중심의 자살예방활동

자살예방센터의 활동에 대하여 성과 중심의 접근이 이루어져야 할 것이다. 지금 대부분의 사업이 실적 위주로 평가되는 경향이 있어 양적인 결과에 집중하게 된다는 한계가 도출되기도 하였다. 또한, 설문조사 결과에서도 자살예방교육 참여했다고 응답한 비율은 45.1%였으나 자살예방활동(생명지킴이) 참여는 74.6%가 하지 않는다고 응답하였고 12.4%는 모르겠다고 응답하여 교육의 참여 비율에 비하여 실질적인 생명지킴이로의 활동으로 이어지는 비율은 상대적으로 낮은 것을 볼 수 있다. 단적인 예이지만, 이처럼 숫자가 보여주는 실적만이 아니라 이러한 결과가 실제 가져오는 성과를 중심으로 사업의 목표 달성을 살피는 것이 실질적인 자살예방에 기여할 수 있을 것이다.

특히, 성과는 결과와 가치, 과정을 모두 아우르는 개념이다(지은구, 조성숙, 김민주, 2017, p.125). 성과란, 결과만이 아니라 성취하기 위해 적절하게 행동하는 것을 포함한다는 것으로(지은구 외, 2017) 자살예방활동의 결과를 더욱 다각적으로 살피야 한다는 것을 보여준다. FGI에서 현장의 전문가들은 아무리 사업을 열심히 수행해도 5개 자치구가 숫자로 인해 줄 세워지면서 경쟁 구도가 만들어질 수밖에 없는 현실을 문제로 제시하였다. 자살예방기관이 경쟁이 아닌 협력이 기반이 될 때 대전시의 자살예방이 효과적으로 이루어질 수 있을 것이다. 이에 사업의 평가 과정에서 숫자가 보여주는 실적이 아니라 과정, 가치 등 복합적인 성과를 고려하여 접근하는 것이 필요하다.

(4) 기초단위 자살예방센터 설치

현재 대전시에는 광역자살예방센터가 설치되어 있지만 기초단위에는 기초정신건강복지센터 내 자살예방팀으로 운영이 되고 있다. 이처럼 별도의 센터로 운영되지 않은 현실은 자살예방사업 수행의 제약을 가져온다. 따라서 지자체 차원에서 자살예방사업에 기초해 현재 기초정신건강복지센터의 근무환경과 인력, 예산 투입의 적절성과 적정성 등을 검토하여 기초단위의 자살예방센터 설치를 고려해야 할 것이다. 이를 통해 각 자치구에서도 자치구별 자살예방을 위하여 충분한 전문인력을 확보하고, 사업을 수행하기 위한 적정한 예산을 확보하여 효율적이고 효과적인 사업을 도모해야 할 것이다. 특히, 자치구별로 자살예방센터가 설치된다면 자치구별 지역 실정에 맞는 자살예방사업 중점화, 전문화 등에 대한 대응까지 현실적으로 기대할 수 있을 것이다.

3) 자살예방교육 체계 고도화

(1) 교육콘텐츠 강화

지역사회에서 발굴 활동을 하는 시민과 전문가 등을 위한 교육콘텐츠가 강화되어야 할 것이다. 일회성 교육은 관련 지식을 지속적으로 유지하고 향상하는 데에 충분한 방안이 되지 못한다. 실제 설문조사 결과에서도 교육에 참여하고자 하는 필요성이 적극 도출된 만큼 교육내용 체계화가 필요할 것이다. 구체적으로 기본적인 교육은 물론 심화교육, 이론교육, 실습 및 적용에 대한 교육 등이 체계적으로 마련해야 할 것이다.

① 자살예방에 관한 기본 교육

첫째, 자살예방과 관련된 기본적인 지식에 대한 교육이 필요하다. 설문조사 결과에서도 드러났듯이 조사응답자의 자살에 대한 지식은 높지 않은 수준이었다. 특히 이는 일반 주민 외에 사회복지, 교육, 공공 등 타 분야의 전문가에게도 동일했던 부분으로 전문가의 경우 자신의 고유 영역이 아닌 자살예방이라는 새로운 분야라는 점에서 관련 교육이

필요한 것이라고 해석해 볼 수 있다. 관련하여 기선완 외(2022)의 연구에 따르면 생명지킴이 교육 참여가 자살에 대한 지식 수준 향상에 기여한다고 보고하여, 기본적인 생명지킴이 교육이 갖는 중요성을 제시하였다. 이러한 결과와 같이 자살에 대한 기본적인 지식을 제공할 수 있는 과정이 핵심적으로 구축되어 있어야 할 것이다. 다만, 이러한 기본적인 교육 외에도 다양한 과정을 만들어 단계적으로 교육이 운영될 수 있도록 해야 할 것이다. 특히 교육참여자에 따라 반복교육과 다음 단계로의 심화교육을 선택할 수 있도록 하여 참여자들이 자신에게 필요한 부분을 자유롭게 선택하여 교육에 참여할 수 있도록 하는 방안을 고려해 볼 수 있을 것이다.

② 실습교육

둘째, 실습영역을 강화하여 자살위험군을 만났을 때 적용할 수 있는 행동역량 등 실제 적용가능한 실습 중심의 교육이 필요하다. 본 설문조사 결과에서는 자살위험이 있는 사람을 발견했을 때 자살행동역량을 분석한 결과에서는 직접 자살위험군과 대화를 나누는 등 직접 만나야 하는 부분에서 역량 수준이 상대적으로 낮은 것을 확인할 수 있었다. 한편, 심층 교육에 대한 수요와 관련해서 실습 교육에 대한 욕구도 높은 편이었다. 이러한 결과는 자살예방교육 과정 중 실제 자살위험군을 만났을 때 발생할 수 있는 상황에 대한 이해와 대응 방법 등을 교육하여 현장에서 바로 적용가능한 교육이 이루어져야 함을 보여준다.

③ 심화교육

셋째, 정기적인 교육을 통해 심화교육과정을 진행하는 것이 필요하다. 즉, 기초단계부터 심화에 이르기까지 단계적으로 교육을 마련해야 할 것이다. 설문조사를 통해 자살예방활동의 어려움으로 '관련 지식과 기술의 부족'이 주요 이유로 드러났고, 교육의 필요성과 정기교육의 필요성에도 응답자의 다수가 찬성하는 것으로 나타났다. 이러한 상황에서 자살예방교육이 양질의 수준으로 마련되기 위해서는 심화 교육과정을 마련해야 할 것이며, 이를 위한 정기적인 교육의 장을 준비하는 것이 필요하다. 특히, 이러한 심화교육은

앞서 제시한 자살에 대한 기본지식이나 자살위험군을 발견했을 때 어디로 연락해야 하는지 이상으로 심층적인 교육 콘텐츠를 개발하여 진행되어야 할 것이다.

(2) 일반 시민과 전문가 대상 맞춤형 교육 마련

일반시민과 전문가는 필요로 하는 교육의 내용과 수준 등에 차이가 있을 가능성이 크다. 이에 교육콘텐츠를 구성할 때 전문가에게 필요한 부분과 일반시민을 대상으로 한 교육을 준비하여 각자에게 맞는 맞춤형 교육을 지원할 필요가 있다. 무엇보다 일부 분야의 경우 지역사회에서 예방 단계와 사후관리에서 자살예방센터와의 공동 대응 역할을 함께 수행할 수 있다. 이러한 협업이 적극적으로 이루어지기 위해서는 필요한 내용의 교육이 마련되고 시행되어야 할 것이다.

(3) 교육인증제

교육에 적극적으로 참여할 수 있도록 교육인증제를 마련하는 것이 필요하다. 현재 교육 1회만을 통해 생명지킴이로 역할을 부여받게 된다. 하지만 설문조사 결과에서는 교육을 받았음에도 본인이 생명지킴이인지 인지하지 못하는 경우도 많았으며, 동시에 자살예방활동을 위해서는 정기적인 교육의 필요성에 대한 요구도 높았다. 이러한 결과를 반영하여 자살예방교육을 일회성 교육에 그칠 것이 아니라 장기적인 교육과정을 마련하여 관심이 있는 시민과 전문가가 지속적으로 참여할 수 있게 해야 할 것이다. 그 방안으로 제안하는 것이 교육 인증제이다.

교육인증제는 일정 수준 이상의 생명지킴이 교육을 받는다면 그에 부합하는 자격의 인증을 제공하는 것이다. 이를 위해서는 어느 정도의 교육을 이수하는 것이 필요하고 어떤 해 과정을 만들어야 하는지 등의 구체적인 기준이 마련되어야 한다. 예컨대 대전시의 교육과정은 수료한 사람을 생명지킴이로 위촉하고, 정기적인 보수교육을 기획하여 보수교육을 받지 않는다면 위촉을 취소하는 과정을 토대로 자격을 인증하여 전문적이고 실제적으로 활동할 수 있도록 독려해야 할 것이다. 관련하여 보육교사 교육에서는 학점관리

와 같이 보육교사 개인별 교육 참여 커리어를 관리할 수 있는 시스템을 활용하는 방안이 제시되기도 하였다(문복진, 2014). 류주연, 이진화, 조인경(2021)의 연구에서도 교육참여자에게 교육의 참여에 따라 포인트를 제공하여 다음 교육 신청에 우선권을 주거나 교재를 지원하는 등의 인센티브 부여를 제안하기도 하였다. 이러한 인증제는 일회성 교육을 들은 참여자와 차별을 두는 것으로 교육 참여자의 전문성을 인정하는 유용한 방안이 될 수 있을 것이다.

4) 생명지킴이 활성화 강화

생명지킴이의 활동을 촉진하기 위해서는 활동을 지속하는 사람을 대상으로 사후관리를 통해 적절한 보상 방안을 마련하는 것이 필요하다. 설문조사 결과에서는 보상의 1, 2 순위를 질문하였을 때 교육적 인정과 보상이 가장 높았고 그 뒤로 경제적, 문화적, 정서적, 상징적, 사회적 안정과 보상의 순으로 나타나 최저 26.8~48.3%의 수준을 보이는 것을 살펴볼 수 있었다. FGI결과에서도 생명지킴이를 양성했는지라도, 실질적으로 이들을 활용·관리하는 상황은 이루어지지 않는 어려움이 드러났고, 이는 생명지킴이를 지원하고 관리할 수 있는 사업비와 인력의 부족, 참여를 독려하고 활동을 지원하기 위한 적절한 보상체계의 부재 때문이라는 의견이 도출되었다. 다만, 선행연구에서도 드러났듯이 생명지킴이의 활동 활성화를 위해서는 인정과 보상 체계의 구축이 필요하다(기선완 외, 2022; 김정유, 이성규, 2022). 이에 현재와 같이 자살예방활동가에 대해 적절한 보상 체계가 없는 상황에서 사명감과 동기부여에 대한 지속적인 관리를 시도하면서 점진적으로 다양한 의미와 취지가 담긴 보상방법에 대한 방안 마련이 이루어지는 것이 중요할 것이다. 설문조사에서 도출된 욕구를 토대로 본 연구는 다음과 같은 방안을 제안한다.

(1) 교육 기회 확대

적정 수준의 교육을 받고 생명지킴이로 장기간 활동하는 사람에게 교육에 우선 참여할 수 있는 기회를 제공한다. 특히, 일반적인 교육 외에 전문적인 영역의 교육이 운영되거

나 인기 있는 교육이 마련된다면 이러한 교육 참여에 대한 우선적 참여 자격을 부여하는 것은 활동가의 참여를 촉진하는 데에 의미 있는 방안이 될 것이다.

다음으로 이러한 과정을 통해 교육 참여 수준과 발굴 활동 기간에 대하여 상위자격이 부여되었을 때 교육 참여자가 아닌 사례공유나 경험 등을 나눌 수 있는 특별강사 역할을 부여하는 것이다. 자살전문교육을 제공하는 것은 아닐지라도 자살예방활동에 참여하고자 하는 사람들에게 자신의 경험을 나누면서 사회적으로 활동할 수 있는 기회를 부여함으로써 생명지킴이로서 더욱 성장할 기회를 제공할 수 있을 것이다.

(2) 공동체/정기모임 및 활동지원을 위한 전담 창구 운영

자살 교육을 받은 생명지킴이 등을 대상으로 온/오프라인 지원이 필요하다. 일반 시민과 전문가 대상의 장을 별도로 구축하여 각각의 집단을 지속적으로 지원하는 것이 필요하다. 친목 도모 등 네트워크를 유지할 수 있도록 하는 것은 물론 활동 중 필요한 정보를 제공하거나 궁금한 점을 물어볼 수 있는 창구로써 기능할 수도 있을 것이다.

한편, 온오프라인 공동체/정기모임을 위한 모임을 통해 정보 전달이나 질의를 할 수도 있지만 동시에 질의 등을 위한 전담창구(전화 등)의 마련도 필요하다. 특히, 설문조사 결과에서는 활동 중 궁금한 점이 있을 때 물어볼 곳이 없는 어려움이나 자신이 의뢰한 자살위험군에게 어떻게 개입이 이루어지는지 알지 못한다는 어려움이 토로 되기도 하였으며, FGI결과에서는 교육 후 충분한 피드백을 제공하면 교육에 대한 만족도가 높아진다는 결과가 도출되기도 하였다. 이에 의뢰 사례에 대한 피드백 창구, 교육 후 활동에 대한 피드백 제공 방안 등의 마련도 활성화에 중요할 것이다. 이는 활동가 개인에게 참여에 대한 보람과 의지를 고취시키며, 나아가 지역사회의 자살예방역량을 강화하는 데 기여할 수 있을 것이다.

(3) 다각적 보상 방안 마련

① 경제적 보상 방안 마련

생명지킴이 활동이 확대되는 데에 있어서는 경제적 보상 방안을 마련해야 할 것이다. 활동을 적극적으로 하는 사람들에게 적절한 보상은 지속적인 활동을 가능하게 하는 데에 중요한 동인이 될 수 있기 때문이다. 실제 FGI결과에서는 충분하지 못한 리워드인해 겪는 종사자의 어려움이 보고되었고, 설문조사 결과에서는 자살예방활동을 활성화하는데 필요한 1순위 보상으로 경제적 보상이 두 번째로 높은 수준으로 나타나기도 하였다.

하지만 경제적 보상은 충분히 고민하여 방안을 설계해야 한다. FGI에서는 충분하지 않은 물리적 보상은 의미 없이 활용될 수도 있다는 의견이 도출되었으며, 설문조사에서는 자살예방활동을 지속할 수 있는 이유로 물질적 보상은 가장 낮은 응답 수준으로 나타났기 때문이다. 즉, 경제적 보상이 갖는 영향력을 고려하되 보상 방안을 충분히 고민하여 제대로 만들어 내는 것이 필요하다.

② 문화적 보상 방안 마련

생명지킴이 활동에 대한 보상으로 문화적 혜택을 부여할 수 있을 것이다. 예를 들어 대전시와 협약하여 대전시에서 주관하는 공연이나 전시 등을 관람할 수 있는 티켓을 배부하는 것은 좋은 방안이 될 수 있을 것이다. 이 외에도 대전시의 많은 사회서비스 기관에서도 공연 등을 주관하고 있는 경우가 있기에 이들과 함께하여 양질의 문화공연에 생명지킴이 활동가들이 참여할 기회를 제공할 수 있을 것이다.

나아가 더욱 적극적인 지원이 가능하다면 생명지킴이의 노고를 격려할 수 있는 공연을 직접 기획하는 것도 좋은 방안이 될 수 있다. 현재 대전시에서 활동하고 있는 복지만두레의 경우 매년 1회 희망나눔콘서트를 기획하여 우수 회원을 대상으로 수상하고 콘서트를 개최하고 있다. 이러한 다른 사업의 보상 체계를 참고하여 대전시에서 활동하는 생명지킴이를 위한 문화적 보상 방안을 마련하는 것이 필요하다.

③ 상징적 보상 방안 마련

이 외에 상징적 보상 방안을 마련하는 것 역시 좋은 방안이 될 수 있다. 일정 자격을 얻은 생명지킴이에게 ‘생명지킴이의 집’과 같은 문패를 부여한다거나 명함 등을 만들어 생명지킴이 활동에 대한 소속감을 고취할 수 있을 것이다. 이 외에도 생명지킴이 인증 로고 등을 개발하여 일정 수준의 자격을 얻은 생명지킴이에게 명함 등에 생명지킴이 로고를 포함할 수 있게 하는 등의 방안을 고려할 수 있을 것이다. 송호준, 김남희, 천성용(2017)의 연구에서도 상징적 보상물이 제공될 경우, 이타적 행동의 가능성이 높아질 수 있다는 결과가 보고되기도 하였다. 이러한 맥락에서 자살예방에 적극적으로 참여하는 생명지킴이에게 상징적 보상 방안을 제공하는 것은 유용한 전략이 될 수 있을 것이다.

(4) 자살예방활동 참여자를 위한 힐링, 트라우마 상담

생명지킴이 등 자살예방활동에 참여하는 지역주민과 전문가를 대상으로 힐링, 트라우마 상담 등이 마련되어야 할 것이다. 설문조사에서도 드러났듯이, 응답자는 자살예방활동 중에 ‘힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에’ 발생하는 어려움을 경험하고 있었으며 ‘자살목격 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마’의 어려움도 일정 부분 호소하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 부분에 관심을 가지고 지역의 자살예방활동 참여자에 대한 힐링이나 트라우마 상담 등에 대한 지원방안을 고려해야 할 것이다. 자살예방협의체에 속한 다양한 원조전문가를 대상으로 실시한 선행연구에서도 클라이언트의 자살은 충격, 우울, 죄책감, 분노와 같은 고통스러운 반응을 일으키며, 일부에서는 무덤덤함을 경험하기도 하지만 이때의 무덤덤함은 ‘괜찮음’이나 ‘아무렇지 않은’과 같은 의미가 아닌 불편한 감정으로 해석됨을 제시하면서 관련 지원이 필요함을 강조하였다(유제춘, 심우찬, 2020).

관련하여 현재 대전광역시사회서비스원에서는 사회서비스 종사자를 대상으로 힐링 지원사업을 지원하고 있다. 이러한 사업을 지역의 사회서비스 활동 참여자에게까지 자격 기준을 넓혀 실제 위기를 겪고 있는 참여자를 힐링 프로그램에 연계하는 것은 유용한 방

안이 될 수 있을 것이다. 나아가 자체적으로 생명지킴이 상담서비스 등을 개발하여 트라우마 등으로 상담이 필요한 활동 참여자에게 관련 서비스를 제공하는 것 역시 고려해 볼 사안이다.

참고문헌



참고문헌

- 강지원, 장숙량, 김해송, 김민경, 김현수, 주지영, 이경영, 김유경(2023). 같지만 다른 그들, 청년: 성별 자살생각과 자살시도 영향요인의 탐색 연구. 보건사회연구, 43(1), 69-84.
- 강혜규(2003). 지방자치단체 사회복지계획 수립의 과제와 활성화 방안. 보건복지포럼, 75, 75-83.
- 고든솔(2023). 자살예방정책의 현황과 과제: 자살에 영향을 미치는 한국 사회의 여건 탐색. 보건복지포럼, (2023.10.), 7-24.
- 기선완, 백종우, 이화영, 이은진, 임정숙, 조성준, 김성남, 이상민, 박영주, 권순정, 설진미, 서아람, 김선미(2022). 생명지킴이 활성화 방안 및 교육 효과성 평가 연구. 서울: 한국생명존중희망재단 · 한국자살예방협회.
- 김경희, 김정유, 김동현, 황준원, 김태미(2023). 생명사랑 지역활동가들의 자살 예방 실천 경험 연구: 강원지역 이장과 통장을 중심으로. 정신건강과 사회복지, 51(1), 5-31.
- 김기태, 최송식, 박미진, 박선희, 고수희, 박현숙(2011). 가족구조와 심리사회적 요인이 노인 의 자살생각에 미치는 영향. 노인복지연구, 52, 205-228.
- 김선아, 박진영, 이수정, 금란, 김고운(2019). 한국 성인 대상 자살태도 측정도구의 타당도 및 신뢰도 검증. J Korean Acad Psychiatr Ment health Nurs, 28(4), 382-392.
- 김민영(2013). 한국사회의 자살률에 관한 분석. 서울: 서울대학교 행정대학원 박사학위논문.
- 김유진(2011). 위기노인 개입을 위한 사회복지교육: 자살예방사업 사회복지사의 경험을 중심으로. 한국사회복지교육, 14, 99-123.
- 김정수, 김영래, 정아원, 송인한(2017). 지방자치단체의 자살예방정책 추진 현황과 개선 방향: 전국 지자체 자살예방계획서의 내용분석. 비판사회정책, 55, 257-290.
- 김정수, 김지은, 송인한(2018). 2017년 광역자치단체 자살예방정책: 제3차 국가자살예방기본계획 및 지자체 자살예방시행계획 수립매뉴얼을 기준으로 한 구성요소 및 세부과제 분석. 보건사회연구, 38(3), 580-610.
- 김정유, 이성규(2022). 이·통장의 자살예방 게이트키퍼 활동 지속에 관한 혼합연구. 보건사회연구, 42(4), 190-208.

- 김진혁(2022). 자살 위험군 특성 및 관리시스템 구축방안: 민간·경찰 협력시스템을 중심으로. 한국공안행정학회보, 31(4), 25-54.
- 김혜진, 이아름, 이소영, 김용기, 정한용, 김신겸(2015). 노인 자살 생각의 위험 요인. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 54(4), 468-474.
- 김화선, 심정영(2016). 노인복지시설 종사자의 자살에 대한 태도 연구. 인문사회21, 7(1), 265-289.
- 노승현, 김연희(2017). 자살위기를 돕는 정신건강전문요원의 스트레스 대처경험에 관한 연구. 한국사회복지학회 학술대회 자료집, 707-733.
- 대전광역시사회서비스원(2023). 2023년 복지만두레 맞춤형 나눔공모사업 설명회 자료집.
- 박기덕(2023). 영구임대주택 입주자의 사회적 고립과 자살예방을 위한 지원방향. 국토연구원.
- 광주광역시, 광주광역시정신건강복지센터(2023). 지역복지 유관기관 실무자를 위한 정신건강복지센터 연계·협력 가이드북(개정판). 광주: 광주광역시, 광주광역시정신건강복지센터
- 류주연, 김수진, 성기옥(2022). 대전광역시 고독사 예방 및 지원방안 연구. 대전: 대전광역시사회서비스원.
- 류주연, 이진화, 조인경(2021). 대전광역시 어린이집의 공공성 강화방안 연구. 대전: 대전광역시사회서비스원.
- 류진석, 조은아, 권지현, 김보영, 김정태, 김태연, 박란이, 박혜미, 손선옥, 심우정, 안순기, 오세웅, 윤경아, 이석구, 이용재, 채현탁, 최춘희, 허만세, 정영선(2022). 대전광역시 지역사회 통합돌봄 중장기 발전계획 수립 기초연구 I. 대전: 대전광역시사회서비스원.
- 문동규(2012). 노인의 자살생각과 관련된 유발 변인의 메타회귀분석. 노인복지연구. 55. 133-158.
- 문복진(2014). 유치원 교원의 핵심역량 강화를 위한 직무연수 모형 개발. 및 프로그램 운영 방안. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 박영미, 김병규(2017). 지방정부의 자살예방정책이 자살률에 미치는 영향. 지방정부연구, 21(1), 1-24.
- 박종익, 김영주(2014). 한국판 자살태도 설문지(ATTS-20)의 요인구조. 정신보건과 사회사업, 42(1), 91-113.

- 배인정(2018). 자살예방 게이트키퍼교육과 자살률의 상관관계에 대한 실증분석: 지역별 비교를 중심으로. 서울: 서울대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 백종우, 조선진, 이수정, 옹진영, 박종익(2014). 한국형 표준자살예방교육프로그램 [보고듣고 말하기]가 게이트키퍼의 개입에 미치는 영향. Korean Neuropsychiatric Association, 53(6), 358-363.
- 보건복지부a(2023). 2023 자살예방사업안내. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부b(2023). 2022 국민기초생활보장 수급자 현황(일반). 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 한국생명존중희망재단(2023). 2023 자살예방백서. 세종: 보건복지부, 서울: 한국생명존중희망재단.
- 성준모(2013). 우울에 영향을 미치는 가족 및 가구 경제 요인. 사회과학연구, 24(2), 207-228.
- 송호준, 김남희, 천성용(2017). 사회적 배제와 과시적 소비 성향이 기부연계제품 구매의도에 미치는 영향: 상징적 보상물의 매개된 조절효과를 중심으로. 한국심리학회지: 소비자·광고, 18(3), 487-510.
- 안순태, 이하나(2021). 한국형 자살 예방정보 이해력 척도 개발 및 타당도 검증. 보건사회연구, 41(4), 147-166.
- 양성욱, 유병선, 이종호(2022). 대전시 자살예방사업 현황과 개선방안. 대전: 대전세종연구원.
- 유병선, 이사라(2015). 경기도 노인자살예방사업 매뉴얼 개발 연구: 보건·복지 협업을 중심으로. 경기: 경기복지재단.
- 윤명숙, 최명민(2012). 지역사회 보건복지자원이 자살률에 미치는 영향: 사회복지 및 정신보건 인프라를 중심으로. 한국지역사회복지학, 20, 213-238.
- 양정빈(2021). 자살예방사업 실무자의 직무소진에 관한 질적 연구. 인문사회21, 12(3), 831-846.
- 유재순, 김현숙, 연현진(2014). 재가 취약계층 여성 노인을 대상으로 한 우울·자살예방 프로그램의 효과. 한국산학기술학회 논문지, 15(5), 2882-2892.
- 유재순, 한달룡, 김철규(2016). 일 지역 보건교사의 자살에 대한 태도와 학생 자살 관련 업무 적합도 및 업무수행 역량과의 관련성. 한국간호교육학회지, 22(4), 473-484.

- 유정균(2008). 노인자살률의 지역별 편차. 한국인구학, 31(2), 21-44.
- 유제춘, 심우찬(2020). 자살예방협의체에 속한 지역사회중심 원조전문가의 클라이언트 자살 경험의 맥락과 패턴. 정신건강과 사회복지, 48(4), 5-33.
- 윤명숙, 최영민(2012). 지역사회 보건복지자원이 자살률에 미치는 영향: 사회복지 및 정신보건 인프라를 중심으로. 한국지역사회복지학, 40, 213-238.
- 이경린, 이강욱, 황준원, 한상우(2015). 우리나라 정신건강의학과 전공의의 자살에 대한 지식, 태도 및 경험에 대한 고찰: 횡단연구. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 54(4), 444-458.
- 이미경, 최윤정(2018). 재가노인지원서비스센터 사회복지사의 정신건강서비스 개입 경험: 우울 및 자살예방을 중심으로. 노인복지연구, 73(4), 151-179.
- 이민아, 강정한(2014). 한국 사회 자살률의 변동과 원인. 한국인구학, 37(2), 1-19.
- 이영아(2015). 한국의 빈곤층 밀집 지역 분포 및 형성 과정 고찰. 한국도시지리학회지, 18(1), 45-56.
- 이용재, 김경미(2018). 한국의 지역별 자살률 변화와 요인 분석. 한국콘텐츠학회논문지, 18(8), 51-61.
- 이정은(2020). 자살 게이트키퍼 프로그램의 효과에 대한 메타분석. 학습자중심교과교육연구, 20(24), 785-803.
- 이태호, 허순임(2021). 사회자본이 노인자살률에 미치는 영향. 보건사회연구, 41(4), 128-146.
- 임세원, 오강섭(2012). 자살예방을 위한 교육적 접근. 대한의사협회지, 55(4), 349-355.
- 임현우(2019). 자살예방 인증 프로그램 효과예측 및 인증체계 개발 최종보고서. 보건복지부. 가톨릭대학교 산학협력단.
- 장일식, 윤경희(2020). 자살시도자 관련 유관기관 협업실태 분석 및 개선방안 연구, 한국경찰연구, 19(1), 213-250.
- 전미선, 한승혜(2020). 서울시 지역사회기반 자살예방사업의 효과성 분석: 자살 고위험군의 자살시도에 대한 정책의 조절효과를 중심으로. 서울도시연구, 21(1), 93-109.
- 전은별, 고정애(2021). 사회복지전공 학생의 자살에 대한 태도와 예측요인. 정신건강과 사회복지, 49(3), 111-136.

- 전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 이난희, 김진호(2017). 지역사회 정신건강 서비스 연계 현황과 개선 과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 정명희(2017). 농촌노인의 자살시도경험. 서울: 이화여자대학교 대학원 박사학위 청구논문.
- 정익중, 박재연, 김은영(2010). 학교청소년과 학교밖 청소년의 자살생각과 자살시도에 영향을 미치는 요인. 8(2), 153-182.
- 조계화, 김영경(2018). 지역사회 네트워크를 이용한 한국노인의 다차원적 자살예방 프로그램 개발 및 적용. 대한간호학회지, 38(3), 372-382.
- 조명래(2003). 도시화의 흐름과 전망-한국 도시의 과거, 현재, 미래. 경제와 사회, 60, 10-39.
- 지은구, 조성숙, 김민주(2017). 사회서비스와 성과 측정. 서울: 학지사.
- 채수미(2020). 한국 사회의 자살 실태와 자살 고위험군 발굴 전략. 보건복지포럼, (2020.4.), 55-66.
- 채현탁, 김태현, 김정태, 박란이(2023). 대전형 지역사회통합돌봄 매뉴얼. 대전: 대전광역시 사회서비스원.
- 최명민, 성정숙, 이현주(2019). 어떤 지역사회가 자살에 취약한가?: 일 지방대도시 자살다발 지역에 관한 지역사회 프로파일링. 한국사회복지학, 71(2), 37-64.
- 최운정, 이미경, 김은아, 서은혜(2018). 지역사회 기반 재가노인 우울 및 자살예방 프로그램의 효과성 평가: 부산재가노인복지협회 빅.마.마 사업을 중심으로. 한국지역사회복지학, 65, 1-30.
- 하슬잎, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중(2022.8.). 자살예방 전달체계 개편 연구. 세종: 한국보건사회연구원, 서울: 한국생명존중희망재단.
- 행정안전부, 보건복지부(2023). 2023년 읍면동 찾아가는 보건복지서비스 매뉴얼. 세종: 세종: 행정안전부·보건복지부.
- CDC(2017). Preventing suicide: A technical package of policy, programs, and practices. Division of violence prevention national center for injury prevention and control. Centers for Disease Control and Prevention.
- Cohen, J. B., & Reed, A.(2006). A multiple pathway anchoring and adjustment model of attitude generation and recruitment. Journal of Consumer Research, 33(1), 1-15.

- Domino, G., & Takahashi, Y.(1991). Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 21(4), 345-359.
- Kim, J., Lee, Y., & Lee, M.(2018). Analysis of psychological &emotional problems and countermeasures against young adults in their 20s. Seoul: National Youth Policy Institute
- Neimeyer, R. A., Fortner, B., & Melby, D.(2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 71-82.
- Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S., & Hjelmeland, H.(2012), “Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study”, *International Journal of Nursing Studies*, 49: 691-700.
- WHO(World Health Organization)(2021). Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization.

[신문기사 및 인터넷 자료]

관계부처합동(2023.4.). 제5차 자살예방기본계획.

https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10102010000&bid=0005&act=view&list_no=377606&tag=&nPage=1

관계부처합동(2023.12.). 정신건강정책 혁신방안.

대전광역시 건강보건과(2022.12.). 2023년 대전광역시 자살예방시행계획.

대전광역시 건강보건과(2023.2.). 2022년 대전광역시 자살예방시행계획추진실적.

대전광역시 복지정책과(2023.7.30.). 제1차 대전광역시 고독사 예방 시행계획.

대전광역시 복지정책과(2023). 2023년 민관협력 돌봄체계 활성화 사업 추진계획 설명회 자료집.

대전광역시정신건강복지센터 홈페이지. 생명지킴이.(2023.11.15.인출) www.djpmhc.or.kr.

대한민국 정책브리핑(2018.7.23.). 위기가구 챙기는 이웃... 명예 사회복지공무원. 35만명

양성. <https://www.korea.kr/news/policyNewsView.do?newsId=148852633>
대한민국 정책브리핑(2023.03.16.). 2022년 혼인, 이혼통계.

<https://www.korea.kr/news/estNewsView.do?newsId=156557651#estNews>
보건복지부 홈페이지. 부서안내: 자살예방정책과. (2023.10.05.인출)

https://www.mohw.go.kr/orgSearch.es?mid=a10604040000&org_cd=1352763
보건복지부(2022. 12. 14.). 보도자료: 2022년 고독사 실태조사 결과 발표.

<https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156542522>
보건복지부, 건강보호심사평가원, 2022.12. 일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침
서울특별시(2023.3.22.). 2023년 명예사회복지공무원 운영계획.

서울pn(2023.9.15.) 유만희 서울시의 “복지관 내 정신건강사회복지사 배치, 확대해야”.

<https://go.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20230915500044>

조선일보(2022.7.14.) 국민 82%가 ‘의사 도움받는 존엄사’ 찬성.

<https://www.chosun.com/national/welfare-medical/2022/07/14/C6TZQ4C7BBEY3HCQU3CUXTN6OI/>

통계청 보도자료(2023.9.21.). 2022년 사망원인통계 결과.

<https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301060200&bid=218>

표준국어대사전. (2023.12.1.인출)

한국생명존중희망재단 홈페이지. 생명지킴이교육 소개. (2023.10.05.인출)

<https://www.kfsp.or.kr/home/kor/main.do>

[통계자료]

국토교통부(2022). 지적통계: 행정구역별·지목별 국토이용현황_시군구. (2023.09.27.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=116&tblId=DT_MLTM_2300&conn_path=I2

보건복지부(2022). 국민기초생활보장수급자현황: 국민기초생활수급자총괄(일반,시설)- 시도별. (2023.11.01.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11714_N001&conn_path=I2

통계청(2022). 경제활동인구조사: 고용률(시도). (2023.09.25.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=INH_1DA7014S_03&conn_path=I2

통계청(2022). 인구동향조사: 시군구/인구동태건수 및 동태율(출생, 사망, 혼인, 이혼). (2023.09.25.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000I&conn_path=I2

통계청(2022). 인구총조사: 연령 및 성별 인구. (2023.09.22.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1503&conn_path=I3

통계청(2022). 인구총조사: 인구, 가구 및 주택 - 읍면동(연도 끝자리 0, 5), 시군구(그 외 연도). (2023.09.22.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1502&conn_path=I3

통계청(2022). 인구총조사: 인구밀도. (2023.09.14.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B08024&conn_path=I3

통계청(2022). 사회조사: 자살 충동 및 자살충동 이유. (2023.10.09.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1SSHE130R&conn_path=I3

통계청(인구총조사과)(2022). 1인가구비율(시도/시/군/구). (2023.10.04.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21161&conn_path=I3

통계청(2023. 2/2). 지역별고용조사: 고용률. (2023.09.25.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=INH_1ES3A02S_03&conn_path=I2

통계청(2022). 사망원인통계. 시군구/사망원인(50항목)/성/ 사망자수, 사망률, 연령표준화 사망률(1998~). (2023.09.18.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E13&conn_path=I2

통계청(2023). 사망원인통계 A형 원자료(2018~2022). (2023.09.18.인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=I2

통계청 홈페이지. 고용률. (2023.11.01.인출)

<https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=8008>

행정안전부(2023.08). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구.

(2023.09.18.에 인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=I2

행정안전부(2023.10.). 주민등록인구현황: 행정구역(시군구)별/1세별 주민등록인구.

(2024.11.01.에 인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=I2

행정안전부(주민과)(2023.08.). 고령인구비율(시도/시/군/구). (2023.09.27. 인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20631&conn_path=I2

행정안전부(회계제도과)(2022). 일반회계 중 사회복지예산비중(시도/시/군/구).

(2023.11.04. 인출)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20911&conn_path=I2

[법령 및 조례]

대전광역시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례

자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률

판례: 대법원 2011. 4. 28. 선고 2009다97772

부록

부록1. 설문조사표

부록2. 설문조사 분석 결과(연령기준)



부록1. 설문조사표

응답자코드				
-------	--	--	--	--

대전광역시 자살예방 및 고위험군 발굴 모델 개발 연구

안녕하십니까?

대전광역시와 대전광역시사회서비스원은 대전광역시 자살예방 및 고위험군 발굴 모델 개발 연구를 수행하고 있습니다. 이 연구의 목적은 최근 중요한 사회문제로 등장한 자살을 예방하기 위한 효과적인 대응 방안을 도출하는 것입니다.

본 조사는 자발적인 참여 의사에 따라 이루어지며 귀하께서 직접 응답하는 방식으로 진행됩니다. 조사는 약 10분 정도 소요될 것으로 예상되며 조사 중 더 이상 참여를 원하지 않을 경우 언제든지 참여중단이 가능하며 이로 인한 어떠한 불이익도 없음을 알려드립니다.

귀하께서 주신 내용은 **통계법 제33조에 의하여** 오직 통계 목적으로만 사용되며 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 제59조(금지행위) 및 제60조(비밀유지 등)에 의해 철저히 보호됨을 약속드립니다.

연구와 관련하여 궁금하신 부분이 있으시면 담당자에게 연락하실 수 있습니다. 귀중한 시간을 내어주셔서 감사합니다. 많은 협조 부탁드립니다.

2023년 10월
대전광역시사회서비스원장

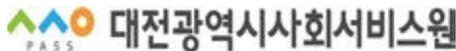
- 연구기관: (재)대전광역시사회서비스원
- 조사기관: 알앤알컨설팅 주식회사

< 개인정보 제공 및 설문조사 참여 동의서 >

- 대전광역시사회서비스원에 나의 개인정보를 제공하는 것에 동의합니다.
개인정보는 성별, 나이, 전화번호 등입니다. 전화번호는 소정의 사례품 증정을 위해 수집합니다.
- 대전광역시사회서비스원에서 실시하는 설문조사에 참여하는 것을 동의합니다.
- 본 설문조사는 중간저장이 되지 않습니다. 조사 진행 중에 중단할 경우, 처음부터 다시 응답해야 함을 안내드립니다.

2023년 10월
대전광역시사회서비스원 귀하

응답자	이름	면담일자	2023년	월	일
	연락처				
조사자	(인)	관리자			(인)



스크리닝

SQ1. 귀하가 속하여 활동하는/종사하는 기관(단체)을 모두 선택하여 주십시오.

- | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|
| ① 통장 | ② 복지만두레 | ③ 보라미 |
| ④ 지역사회보장협의체 | ⑤ 명예사회복지공무원 | ⑥ 새마을회 |
| ⑦ 적십자 | ⑧ 부녀회 | ⑨ 노인회 |
| ⑩ 청년회 | ⑪ 라이온스, 로터리 클럽 | ⑫ 주민자치회 |
| ⑬ 사회복지시설 사회복지사 | ⑭ 사회복지시설 생활지원사 | |
| ⑮ 교육복지사 | ⑯ 위센터, 위클래스 상담사 | ⑰ 청소년상담복지센터 상담사 |
| ⑱ 행정복지센터 공무원 | ⑲ 통합사례관리사 | ⑳ 보건소 방문간호사 |

SQ2. 앞서 선택한 기관(단체) 중 귀하의 활동을 가장 대표하는 소속은 어디이며, 얼마 동안 활동하셨습니까?

기관:

기간: _____년 _____개월

SQ3. 귀하께서는 주로 어느 지역에서 활동/종사하십니까?

- ① 동구 ② 중구 ③ 서구 ④ 유성구 ⑤ 대덕구

1. 자살에 대한 태도

Q01. 다음 질문은 자살에 대한 귀하의 의견을 묻는 것입니다. 귀하의 의견과 일치하는 항목을 선택해 주십시오. 옳고 그른 답은 없습니다.

내용	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통이다	동의한다	매우 동의한다
1. 사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다	①	②	③	④	⑤
2. 자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다	①	②	③	④	⑤
3. 누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다	①	②	③	④	⑤
4. 자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다	①	②	③	④	⑤
5. 자살은 아무런 경고 없이 발생한다	①	②	③	④	⑤
6. 누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다	①	②	③	④	⑤
7. 자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다	①	②	③	④	⑤
8. 젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다	①	②	③	④	⑤
9. 누구든지 자살할 수 있다	①	②	③	④	⑤
10. 자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다	①	②	③	④	⑤
11. 자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다	①	②	③	④	⑤
12. 자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다	①	②	③	④	⑤
13. 누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다	①	②	③	④	⑤
14. 자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다	①	②	③	④	⑤
15. 누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다	①	②	③	④	⑤
16. 대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다	①	②	③	④	⑤
17. 누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다	①	②	③	④	⑤
18. 누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다	①	②	③	④	⑤
19. 대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다	①	②	③	④	⑤
20. 자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다	①	②	③	④	⑤

II. 자살에 대한 지식

Q02. 자살에 대해 생각하고 스스로 목숨을 끊기 원하는 사람들은 대부분 막을 수가 없다고 생각하십니까?

- ① 그렇다 ② 아니다

Q03. 일반적으로 자살의 가장 주요한 원인은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 치료받지 않은 주요 우울 장애
② 급격하고 심각한 스트레스
③ 사랑하는 사람으로부터의 거부
④ 알코올 중독, 특히 최근에 말기 암 진단을 받은 경우

Q04. 자살의도를 전달하는 듯한 표현을 들었을 때(예: '죽고 싶어', '차라리 죽는 게 나아' 등의 의심스러운 말이나 자살 위협 등), 하지 말아야 하는 질문은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 자살에 대해 생각하는 것은 아니죠, 그렇죠?
② 자살에 대해 생각하고 있나요?
③ 너무 힘들어서 잠에서 더 이상 깨어나지 않았으면 좋겠다고 느낀 적이 있나요?
④ 죽기를 바랐던 적이 있나요?

Q05. 목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태는 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 환각 ② 슬픔 ③ 분노 ④ 수치심 ⑤ 절망감

Q06. 고통 받고 있는 사람에게 죽음이나 자살에 대해 생각하고 있는지 묻는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 절대 하지 말아야 한다. 왜냐하면 그 사람의 마음에 자살에 관한 생각을 주입할 수도 있기 때문이다
② 전문적으로 교육을 받은 사람만이 질문을 해야 한다
③ 자살의 위험성을 낮출 수 있다
④ 자살 위험성에 아무런 영향도 미치지 못한다

Q07. 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 자살의 경고신호를 인식할 수 있어야 한다
② 대부분의 사람들이 자살하려는 이유가 무엇인지를 이해해야 한다
③ 자살에 대해 솔직하게 이야기하는 방법을 알아야 한다
④ 이상의 것을 모두 알아야 한다

Q08. 자살과 관련하여 다음 내용에 어떻게 생각하십니까?

내용	그렇다	아니다
1. 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로는 자살을 하지 않기 때문에, 단지 이야기하는 것으로 보고 그냥 넘겨야 한다	①	②
2. 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다	①	②
3. 자살은 대부분 가난한 사람들이나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다.	①	②

Q09. 다음 중 가장 옳다고 생각하는 것은 무엇입니까?

- ① 자살 수단을 제거하는 것은 중요한 자살예방 방법이다
- ② 자살예방은 전문가에게 맡기는 것이 가장 좋다
- ③ 의사만이 목숨을 끊을 생각을 하고 있는 사람들과 자살에 대해 이야기해야 한다
- ④ 약물과 술은 자살 행동에 미미한 역할만을 한다

Q10. 자살의 경고신호가 아닌 것은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 소중하게 여기던 물건을 다른 사람에게 준다
- ② 종교에 대해 갑작스럽게 관심을 가지거나 관심을 잃는다
- ③ 자살에 대해 이야기한다
- ④ 돈이 많지 않은 사람이 돈을 많이 쓴다

Q11. 일반적으로 자살한 사람에게 나타나는 특성은 무엇이라고 생각하십니까? (모두 선택)

- ① 목숨을 끊으려는 생각을 누군가에게 이야기했다
- ② 적어도 한 번의 자살시도 경험이 있었다
- ③ 술을 마시거나 약물을 사용했다
- ④ 우울했다

Q12. 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호는 무엇이라고 생각하십니까? (모두 선택)

- ① 하던 일을 내버려 둠
- ② 불행해하다가 갑자기 행복해함
- ③ 알코올 및 약물 남용
- ④ 자신의 소유물을 다른 사람에게 줌
- ⑤ 사람들을 멀리함(관계를 철수함)

Q13. 자살을 생각하는 사람과 이야기할 때 그 사람이 어떻게 하도록 설득해야 한다고 생각하십니까?

- ① 집에 연락해서 그 문제를 가족과 상의하라고 설득한다
- ② 살아야 할 모든 이유를 고려해 보도록 설득한다
- ③ 즉시 상담자에게 가서 도움을 받으라고 설득한다

Ⅲ. 자살 대응 행동

Q14. 귀하께서 만약 자살위험이 있는 사람을 발견한다면 본인의 가장 주된 역할은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 죽고 싶은 생각이 들 때 내게 연락하도록 하고 연락이 오면 들어주는 역할
- ② 괜찮아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해 주는 역할
- ③ 그 사람이 전문가를 찾아가길 수 있도록 기관을 소개·안내하는 역할
- ④ 그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할
- ⑤ 모르겠음
- ⑥ 기타: _____

Q15. 귀하께서는 다음의 질문에 대하여 어떻게 생각하시는지 해당하는 번호를 선택해 주십시오.

내용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1. 나는 대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	①	②	③	④	⑤
2. 나는 대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다	①	②	③	④	⑤
3. 나는 대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후(언어, 행동, 상황적 신호 등)를 확인할 수 있다	①	②	③	④	⑤
4. 나는 대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	①	②	③	④	⑤
5. 나는 대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	①	②	③	④	⑤
6. 나는 대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다(예: 자살예방 관련 기관홍보물, 자살예방 관련 기관 연락처 등)	①	②	③	④	⑤
7. 나는 대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	①	②	③	④	⑤
8. 나는 자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다	①	②	③	④	⑤

Q16. 귀하께서는 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 직접 만나신 적이 있으십니까?

- ① 있다(☞Q17-1 이동) ② 없다(☞Q18-1 이동)

자살위험이 의심되는 사람을 만난 경우

Q17-1. 귀하께서 만난 자살위험이 있는 사람의 주요 연령대는 무엇입니까?

- ① 청소년 이하 ② 청년 ③ 중년 ④ 노년

Q17-2. 귀하께서 만난 자살위험이 있는 사람의 성별은 주로 무엇입니까?

- ① 남성 ② 여성

Q17-5-2. 주로 어느 기관을 안내하셨습니다? 최대 2순위까지 선택하여 주시기 바랍니다.

1순위 () 2순위 ()

- ① 행정복지센터(동사무소)
- ② 정신건강복지센터/자살예방센터
- ③ 종합사회복지관 등 사회복지관련 기관
- ④ 병원: 정신건강의학과
- ⑤ 병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과
- ⑥ 민간 상담센터
- ⑦ 보건소
- ⑧ 기타: _____

Q17-5-3. 아무런 조치도 취하지 않으신 이유는 무엇입니까?

- ① 심각하지 않다고 생각했기 때문에
- ② 어떻게 대응해야 할지 잘 모르기 때문에
- ③ 내 일이 아니라고 생각했기 때문에
- ④ 당사자가 거부했기 때문에
- ⑤ 기타: _____

Q17-6. 귀하께서는 자살위험이 있는 사람을 만났을 때 심리적으로 부담을 느끼셨습니까?

전혀 부담스럽지 않았다	부담스럽지 않았다	보통이었다	부담스러웠다 (☞Q17-6-1 이동)	매우 부담스러웠다 (☞Q17-6-1 이동)
①	②	③	④	⑤

Q17-6-1. 심리적으로 부담을 느끼신 주된 이유는 무엇이었습니다? ()

- ① 어떻게 대응해야 할지 몰라서
- ② 그 사람이 자살할까봐 걱정되어서
- ③ 그 사람이 서비스를 거부하여서
- ④ 힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에
- ⑤ 내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서
- ⑥ 진짜 자살위험이 있는지 없는지 구분할 자신이 없어서
- ⑦ 기타: _____

[자살 위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 경험이 없는 경우]

Q18-1. 귀하께서는 앞으로 자살위험이 있는 사람을 만난다면 어떻게 대처하실 것입니까? 최대 2순위까지 선택하여 주시기 바랍니다.

1순위 () 2순위 ()

- ① 자살 관련 기관으로 연결함 (☞Q18-1-1 이동)
(* 연결: 자살위험자와 함께 기관을 방문하거나 기관의 담당자가 찾아가도록 함)
- ② 자살 관련 기관을 안내(소개)함 (☞Q18-1-2 이동)
(* 안내: 자살위험자가 찾아가도록 기관 안내(예: 00센터로 전화해보세요)
- ③ 내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함
- ④ 내가 자주 찾아가감
- ⑤ 가족들에게 연락함
- ⑥ 아무것도 하지 않음
- ⑦ 같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함
- ⑧ 기타: _____

IV. 자살예방교육

Q19. 귀하께서는 지금까지 자살예방 관련 교육을 받으신 적이 있으십니까? 있다면 총 몇 번 정도 교육을 받으셨습니까?

- ① 있다(총 회) ② 없다(☞Q21 이동)

[자살예방 교육을 받은 경우]

Q20-1. 자살예방 교육 방법 및 교육 장소는 어디입니까? 모두 선택해주세요.

- ① 비대면 교육(온라인) ② 대면교육
- a. 정신건강복지센터, 자살예방센터
 - b. 관공서(시청, 구청, 행정복지센터(동사무소), 보건소 등)
 - c. 병원
 - d. 학교
 - e. 사회복지기관/단체
 - f. 대전광역시사회서비스원(대전복지재단)
 - g. 기타: _____

Q20-2. 자살 관련 교육이나 훈련을 받으신 이유는 무엇입니까?

- ① 내가 속한 소속의 필수교육이라서
 ② 내가 속한 소속에서 교육을 받으라고 권해서
 ③ 업무(활동)하는데 도움이 될 것 같아서
 ④ 자살 위험이 있는 사람을 보아서
 ⑤ 자살 예방에 관심이 있어서
 ⑥ 아는 사람의 추천으로
 ⑦ 기타: _____

Q20-3. 자살예방 교육이 자살예방 활동을 하는데 도움이 되었습니까?

전혀 도움이 되지 않았다 (☞Q20-3-1 이동)	도움이 되지 않았다 (☞Q20-3-1 이동)	보통이다	도움이 되었다	매우 도움이 되었다
①	②	③	④	⑤

Q20-3-1. 교육에서 어떤 점이 가장 도움이 되지 않았습니까?

- ① 교육 내용이 어려워 이해가 되지 않음
 ② 교육을 받았으나 실제 적용이 되지 않음
 ③ 교육 내용이 현실에 맞지 않음
 ④ 기타: _____

Q20-4. 귀하께서는 자살 관련 교육을 정기적으로 받는 것이 필요하다고 생각하십니까?

전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	보통이다	필요하다 (☞Q20-4-1 이동)	매우 필요하다 (☞Q20-4-1 이동)
①	②	③	④	⑤

Q20-4-1. (Q20-4=④,⑤ 응답자만) 정기교육을 한다면 어떤 교육이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 동일한 교육 내용을 반복하여 충분히 숙지하도록 하는 것
- ② 심화 교육을 통해 전문성을 높이는 것
- ③ 실습 중심 교육을 통해 현장 적용 능력을 높이는 것
- ④ 기타: _____

Q20-4-2. (Q20-4=④,⑤ 응답자만) 정기교육이 얼마나 자주 이루어져야 한다고 생각하십니까?

- ① 매월
- ② 3개월에 1회
- ③ 6개월에 1회
- ④ 연 1회
- ⑤ 2년에 1회

V. 자살예방활동 활성화 방안

Q21. 귀하께서는 대전지역에 자살예방활동이 필요하다고 생각하십니까?

전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	보통이다	필요하다	매우 필요하다
①	②	③	④	⑤

Q22. 귀하께서는 현재 자살예방활동(생명지킴이)에 참여하고 계십니까?

- ① 그렇다(☞Q22-1 이동)
- ② 아니다(☞Q23 이동)
- ③ 모르겠다(☞Q23 이동)

Q22-1. 귀하께서 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유는 무엇이었습니까? 최대 2순위까지 선택하여 주시기 바랍니다. 1순위 () 2순위 ()

- ① 자살시도자를 살린 경험
- ② 지역사회에 봉사하고 싶은 마음
- ③ 함께 활동하는 사람들과 친목 등 교류 기회
- ④ 자살위험이 있던 사람들과의 정, 깊어진 인연
- ⑤ 주변에서의 칭찬, 격려, 사회적 인정
- ⑥ 활동비, 선물 등의 물질적 보상
- ⑦ 일(활동)을 하면서 스스로 성장하고 있다는 느낌
- ⑧ 업무(직장)와의 관련성
- ⑨ 기타: _____

Q22-2. 자살예방활동을 하면서 어려움을 경험하신 적이 있으십니까?

전혀 어렵지 않다	어렵지 않다	보통이다	어렵다	매우 어렵다
①	②	③	④	⑤
(☞Q23 이동)			(☞Q22-3 이동)	

Q22-3. 귀하께서 자살예방활동을 하면서 어려움을 경험했던 주된 이유는 무엇입니까? 최대 2순위까지 선택하여 주시기 바랍니다. 1순위 () 2순위 ()

- ① 자살예방 지식과 기술이 부족해서
- ② 전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서
- ③ 전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서
- ④ 잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서
- ⑤ 자살목적 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에
- ⑥ 생업으로 인한 활동 부담으로
- ⑦ 기타: _____

Q22-4. (Q22=① 응답자만) 귀하께서는 앞으로도 자살예방활동에 참여하실 의향이 있습니까?

전혀 참여할 의향이 없다	참여할 의향이 없다	보통이다	참여할 의향이 있다	적극 참여할 의향이 있다
①	②	③	④	⑤

Q23. (Q22=②,③ 응답자만) 귀하께서는 앞으로 자살예방활동에 참여하실 의향이 있습니까?

전혀 참여할 의향이 없다	참여할 의향이 없다	보통이다	참여할 의향이 있다	적극 참여할 의향이 있다
①	②	③	④	⑤

Q24. 귀하께서는 대전시의 자살위험 수준이 어느 정도라고 생각하십니까?

매우 낮다	낮다	보통이다	높다	매우 높다
①	②	③	④	⑤

Q25. 귀하께서는 우리 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 대전시나 자치구에서 어떤 지원을 해야 한다고 생각하십니까? 1순위, 2순위를 모두 선택하여 주시기 바랍니다.

1순위 () 2순위 ()

- ① 활동비 지원
- ② 사회적 인정 방안 마련(예: 자부심을 느끼게 해주는 명예지위 부여, 문패, 명함 등)
- ③ 자살예방활동 교육 강화
- ④ 자살예방활동가를 위한 공동체/정기모임 구성 및 관리, 지원
- ⑤ 필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련
- ⑥ 자살 위험수준별 연락가능한 기관 정보 제공(예: 우울, 자살위험 등)
- ⑦ 발견한 자살위험군에게 제공 가능한 서비스 확대
- ⑧ 자살예방활동에 대한 적극적인 홍보
- ⑨ 기타: _____

Q26. 귀하께서는 자살예방활동 활성화를 위해 어떤 보상이 필요하다고 생각하십니까? 1순위, 2순위를 모두 선택하여 주시기 바랍니다.

1순위 () 2순위 ()

- ① 정서적 인정과 보상(정기적 문자, 축하카드(생일 등), 연하장 등)
- ② 교육적 인정과 보상(심화교육, 선진지역 견학기회, 교양강좌 등)
- ③ 문화적 인정과 보상(테마여행, 친목회 구성 등)
- ④ 상징적 인정과 보상(우수 생명지킴이 선정, 기념품 제공, 봉사활동증명서 발급 등)
- ⑤ 경제적 인정과 보상(주차할인권, 공공시설 이용료 할인, 활동수당 등)
- ⑥ 사회적 인정과 보상(우수 생명지킴이 표창, 정부포상 추천, 생명지킴이 감사 기회 제공 등)

Q27. 귀하께서 우리 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 생각하시는 방안을 자유롭게 기술해 주십시오.

VI. 인구사회학적 특성

DQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남성 ② 여성

DQ2. 귀하께서 태어난 해는 몇 년도입니까? _____년

DQ3. 귀하의 최종학력은 무엇입니까?

- ① 고등학교 졸업 이하 ② 전문대졸(전문학사) ③ 대졸(학사) ④ 대학원졸(석사) ⑤ 대학원졸(박사)

DQ4. 본 조사에 응답해주셔서 감사드립니다. 응답해주신 모든 분들에게 소정의 답례품을 발송해드립니다. 본인 확인을 위해 간단히 개인정보를 기입해 주시면, 조사 완료 후 일괄 보내드립니다.

[개인정보 수집 동의]

- 이용목적 : 설문조사 답례품 발송
- 수집정보 : 휴대전화 번호
- 답례품 : 소정의 기프티콘
- 지급시기 : 조사 종료 후 일괄 발송 (11월 셋째주 예정)
- * 개인정보는 답례품 지급 1주일 후 일괄 삭제됩니다.
- * 개인정보 수집에 동의하지 않으면 답례품이 지급되지 않습니다.

- ① 동의함 (연락처 입력: - -) ② 동의하지 않음

귀한 시간 내어 설문에 응해주셔서 깊이 감사드립니다.

부록2. 설문조사 분석 결과(연령기준)

제1절 자살에 대한 태도

1. 자살에 대한 태도

[부표 1] 자살에 대한 태도_종합점수

단위: 명, 점

구분	사례수	평균	표준편차	
전체	(1,340)	2.79	0.52	
연령대	20대	(168)	2.75	0.47
	30대	(393)	2.91	0.52
	40대	(266)	2.78	0.49
	50대	(279)	2.68	0.45
	60대 이상	(234)	2.75	0.61

[부표 2] 자살에 대한 태도_요인별 점수

단위: 명, 점

구분	사례수	허용성 및 불간섭		예방가능성 및 불가해성		보편성		예측 불가능성		
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
전체	(1,340)	2.14	0.74	3.31	0.69	2.93	0.77	2.70	0.83	
연령대	20대	(168)	2.18	0.71	3.19	0.63	3.00	0.65	2.62	0.75
	30대	(393)	2.44	0.83	3.26	0.57	3.08	0.72	2.86	0.88
	40대	(266)	2.07	0.71	3.36	0.63	2.93	0.78	2.65	0.78
	50대	(279)	1.87	0.54	3.39	0.73	2.75	0.74	2.56	0.79
	60대 이상	(234)	2.01	0.69	3.34	0.90	2.84	0.87	2.72	0.85

[부표 3] 자살에 대한 태도_사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	40.1	25.2	15.5	16.3	2.8	65.4	19.1	2.16	1.20	
연령대	20대	(168)	23.8	26.8	18.5	28.0	3.0	50.6	31.0	2.60	1.21
	30대	(393)	26.0	23.4	22.1	24.9	3.6	49.4	28.5	2.57	1.22
	40대	(266)	45.1	24.8	15.4	11.7	3.0	69.9	14.7	2.03	1.16
	50대	(279)	56.3	23.7	10.4	8.2	1.4	79.9	9.7	1.75	1.03
	60대 이상	(234)	50.9	29.5	8.5	8.5	2.6	80.3	11.1	1.82	1.07

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 4] 자살에 대한 태도_자살만이 유일하게 합리적 해결책인 상황이 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	49.9	29.2	12.2	6.7	2.0	79.1	8.7	1.82	1.02	
연령대	20대	(168)	48.2	31.0	11.9	6.5	2.4	79.2	8.9	1.84	1.03
	30대	(393)	35.1	31.6	17.3	12.7	3.3	66.7	16.0	2.18	1.14
	40대	(266)	52.6	29.3	11.7	4.5	1.9	82.0	6.4	1.74	0.96
	50대	(279)	63.1	26.2	7.9	2.5	0.4	89.2	2.9	1.51	0.78
	60대 이상	(234)	57.3	27.4	9.4	4.3	1.7	84.6	6.0	1.66	0.94

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 5] 자살에 대한 태도_누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	49.8	32.1	9.3	6.9	2.0	81.9	8.9	1.79	1.00	
연령대	20대	(168)	48.2	34.5	8.9	7.1	1.2	82.7	8.3	1.79	0.96
	30대	(393)	35.6	30.0	17.0	13.5	3.8	65.6	17.3	2.20	1.17
	40대	(266)	56.0	32.7	4.9	5.3	1.1	88.7	6.4	1.63	0.89
	50대	(279)	60.6	32.6	4.7	1.8	0.4	93.2	2.2	1.49	0.70
	60대 이상	(234)	54.7	32.5	6.8	3.4	2.6	87.2	6.0	1.67	0.94

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 6] 자살에 대한 태도_자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	44.0	29.2	14.6	9.9	2.3	73.2	12.2	1.97	1.09	
연령대	20대	(168)	37.5	25.0	22.6	13.7	1.2	62.5	14.9	2.16	1.11
	30대	(393)	33.8	26.0	21.4	14.5	4.3	59.8	18.8	2.30	1.20
	40대	(266)	49.2	29.3	11.7	6.8	3.0	78.6	9.8	1.85	1.06
	50대	(279)	56.3	29.7	8.2	5.7	0.0	86.0	5.7	1.63	0.86
	60대 이상	(234)	45.3	36.8	8.1	8.1	1.7	82.1	9.8	1.84	1.00

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 7] 자살에 대한 태도_자살은 경고 없이 발생한다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	23.5	30.8	17.8	19.2	8.7	54.3	27.8	2.59	1.27	
연령대	20대	(168)	23.2	31.0	22.0	17.9	6.0	54.2	23.8	2.52	1.20
	30대	(393)	15.0	29.3	19.3	24.4	12.0	44.3	36.4	2.89	1.27
	40대	(266)	24.8	33.5	14.3	19.9	7.5	58.3	27.4	2.52	1.27
	50대	(279)	29.4	34.1	14.7	15.4	6.5	63.4	21.9	2.35	1.23
	60대 이상	(234)	29.5	26.5	20.1	15.0	9.0	56.0	23.9	2.47	1.30

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 8] 자살에 대한 태도_누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 알지 못한다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	12.1	18.9	24.9	34.9	9.3	31.0	44.2	3.10	1.18	
연령대	20대	(168)	10.1	16.1	25.0	42.3	6.5	26.2	48.8	3.19	1.10
	30대	(393)	11.5	17.0	25.7	35.4	10.4	28.5	45.8	3.16	1.17
	40대	(266)	11.7	19.2	25.2	34.6	9.4	30.8	44.0	3.11	1.17
	50대	(279)	12.2	22.2	25.4	30.8	9.3	34.4	40.1	3.03	1.18
	60대 이상	(234)	15.0	19.7	22.2	33.8	9.4	34.6	43.2	3.03	1.23

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 9] 자살에 대한 태도_자살하는 사람들은 대개 정신질환을 갖고 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	26.7	33.3	18.4	17.2	4.3	60.0	21.6	2.39	1.17	
연령대	20대	(168)	30.4	33.9	17.9	14.9	3.0	64.3	17.9	2.26	1.13
	30대	(393)	22.9	30.8	20.1	18.8	7.4	53.7	26.2	2.57	1.24
	40대	(266)	31.6	32.0	16.5	17.3	2.6	63.5	19.9	2.27	1.16
	50대	(279)	27.2	38.7	17.6	13.6	2.9	65.9	16.5	2.26	1.09
	60대 이상	(234)	24.4	32.1	19.2	20.5	3.8	56.4	24.4	2.47	1.18

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 10] 자살에 대한 태도_젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	24.0	30.5	19.0	17.5	9.0	54.6	26.5	2.57	1.27	
연령대	20대	(168)	30.4	31.5	19.6	12.5	6.0	61.9	18.5	2.32	1.20
	30대	(393)	22.4	35.6	23.2	14.0	4.8	58.0	18.8	2.43	1.13
	40대	(266)	26.7	33.8	15.4	15.0	9.0	60.5	24.1	2.46	1.28
	50대	(279)	21.9	28.7	18.6	19.4	11.5	50.5	30.8	2.70	1.31
	60대 이상	(234)	21.8	19.7	15.8	27.8	15.0	41.5	42.7	2.94	1.40

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 11] 자살에 대한 태도_누구든지 자살할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	13.9	15.3	20.1	33.2	17.5	29.2	50.7	3.25	1.30	
연령대	20대	(168)	6.5	11.3	20.2	39.3	22.6	17.9	61.9	3.60	1.15
	30대	(393)	7.9	11.5	20.6	38.4	21.6	19.3	60.1	3.54	1.18
	40대	(266)	11.7	19.9	19.2	30.5	18.8	31.6	49.2	3.25	1.29
	50대	(279)	21.1	17.9	19.7	30.5	10.8	39.1	41.2	2.92	1.33
	60대 이상	(234)	23.1	16.2	20.9	26.5	13.2	39.3	39.7	2.91	1.37

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 12] 자살에 대한 태도_자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살하는 것은 아니다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	8.7	12.5	23.3	42.5	13.1	21.2	55.5	3.39	1.13	
연령대	20대	(168)	6.0	14.9	23.8	42.9	12.5	20.8	55.4	3.41	1.07
	30대	(393)	6.6	11.7	28.2	41.5	12.0	18.3	53.4	3.40	1.06
	40대	(266)	8.3	9.8	22.9	42.9	16.2	18.0	59.0	3.49	1.13
	50대	(279)	8.6	14.0	19.7	42.7	15.1	22.6	57.7	3.42	1.16
	60대 이상	(234)	14.5	13.7	19.2	43.2	9.4	28.2	52.6	3.19	1.22

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 13] 자살에 대한 태도_자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살하는 경우는 드물다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	10.9	28.4	30.4	23.7	6.6	39.3	30.3	2.87	1.10	
연령대	20대	(168)	15.5	35.7	30.4	13.7	4.8	51.2	18.5	2.57	1.06
	30대	(393)	9.9	26.0	28.8	28.0	7.4	35.9	35.4	2.97	1.11
	40대	(266)	9.4	25.9	32.0	21.4	11.3	35.3	32.7	2.99	1.14
	50대	(279)	10.0	32.3	29.0	24.0	4.7	42.3	28.7	2.81	1.06
	60대 이상	(234)	12.0	25.2	33.3	25.6	3.8	37.2	29.5	2.84	1.06

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 14] 자살에 대한 태도_자살시도는 기본적으로 도움을 요청하는 신호이다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	3.8	6.9	10.5	47.0	31.7	10.7	78.7	3.96	1.02	
연령대	20대	(168)	3.0	8.9	14.9	47.6	25.6	11.9	73.2	3.84	1.00
	30대	(393)	2.8	9.9	15.3	42.2	29.8	12.7	72.0	3.86	1.04
	40대	(266)	3.4	4.9	5.6	50.8	35.3	8.3	86.1	4.10	0.95
	50대	(279)	2.9	3.9	6.1	49.8	37.3	6.8	87.1	4.15	0.91
	60대 이상	(234)	7.7	6.4	10.3	47.0	28.6	14.1	75.6	3.82	1.15

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 15] 자살에 대한 태도_누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	3.4	6.2	13.0	42.6	34.8	9.6	77.4	3.99	1.02	
연령대	20대	(168)	3.0	16.7	14.9	39.9	25.6	19.6	65.5	3.68	1.12
	30대	(393)	1.8	7.4	19.1	44.5	27.2	9.2	71.8	3.88	0.95
	40대	(266)	2.3	2.3	11.3	47.4	36.8	4.5	84.2	4.14	0.87
	50대	(279)	3.2	3.2	6.8	42.3	44.4	6.5	86.7	4.22	0.94
	60대 이상	(234)	8.1	4.7	10.7	36.3	40.2	12.8	76.5	3.96	1.20

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 16] 자살에 대한 태도_자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	4.6	14.4	26.3	35.1	19.6	19.0	54.8	3.51	1.10	
연령대	20대	(168)	3.6	22.0	26.8	31.0	16.7	25.6	47.6	3.35	1.11
	30대	(393)	3.3	15.8	34.1	29.8	17.0	19.1	46.8	3.41	1.05
	40대	(266)	4.1	14.7	23.7	33.8	23.7	18.8	57.5	3.58	1.12
	50대	(279)	4.7	10.0	24.0	43.4	17.9	14.7	61.3	3.60	1.04
	60대 이상	(234)	7.7	11.5	18.4	38.9	23.5	19.2	62.4	3.59	1.19

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 17] 자살에 대한 태도_누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	26.2	43.1	17.4	8.7	4.6	69.3	13.4	2.23	1.07	
연령대	20대	(168)	26.8	45.2	17.9	7.7	2.4	72.0	10.1	2.14	0.98
	30대	(393)	21.9	35.9	24.4	11.2	6.6	57.8	17.8	2.45	1.14
	40대	(266)	29.3	43.6	12.8	9.4	4.9	72.9	14.3	2.17	1.10
	50대	(279)	26.9	53.8	13.3	3.6	2.5	80.6	6.1	2.01	0.88
	60대 이상	(234)	28.6	40.2	15.4	10.7	5.1	68.8	15.8	2.24	1.13

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 18] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	20.4	33.7	24.2	16.3	5.4	54.1	21.7	2.53	1.14	
연령대	20대	(168)	23.8	32.1	30.4	10.1	3.6	56.0	13.7	2.38	1.06
	30대	(393)	19.6	27.2	26.2	20.4	6.6	46.8	27.0	2.67	1.19
	40대	(266)	19.9	35.0	26.7	13.5	4.9	54.9	18.4	2.48	1.10
	50대	(279)	20.4	40.1	19.4	16.1	3.9	60.6	20.1	2.43	1.10
	60대 이상	(234)	19.7	36.8	19.2	17.1	7.3	56.4	24.4	2.56	1.19

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 19] 자살에 대한 태도_누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	14.2	31.3	29.5	19.0	6.0	45.5	25.0	2.71	1.11	
연령대	20대	(168)	16.7	29.8	34.5	14.9	4.2	46.4	19.0	2.60	1.06
	30대	(393)	14.8	26.7	29.3	21.9	7.4	41.5	29.3	2.80	1.16
	40대	(266)	15.4	32.0	29.3	16.9	6.4	47.4	23.3	2.67	1.12
	50대	(279)	12.5	38.4	28.3	17.9	2.9	50.9	20.8	2.60	1.01
	60대 이상	(234)	12.0	31.2	27.8	20.9	8.1	43.2	29.1	2.82	1.14

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 20] 자살에 대한 태도_누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	9.9	24.9	29.3	25.5	10.4	34.8	36.0	3.02	1.15	
연령대	20대	(168)	5.4	24.4	38.1	25.6	6.5	29.8	32.1	3.04	0.99
	30대	(393)	9.4	25.4	29.5	23.4	12.2	34.9	35.6	3.04	1.16
	40대	(266)	10.9	22.9	28.9	24.1	13.2	33.8	37.2	3.06	1.20
	50대	(279)	11.1	27.6	28.7	25.4	7.2	38.7	32.6	2.90	1.12
	60대 이상	(234)	11.5	23.1	23.5	30.8	11.1	34.6	41.9	3.07	1.20

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 21] 자살에 대한 태도_대부분의 자살시도는 충동적인 행동이다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	6.9	24.9	26.5	32.1	9.6	31.9	41.6	3.12	1.10	
연령대	20대	(168)	4.2	28.0	32.1	27.4	8.3	32.1	35.7	3.08	1.03
	30대	(393)	7.6	22.6	28.0	32.6	9.2	30.3	41.7	3.13	1.10
	40대	(266)	5.6	25.6	25.9	34.2	8.6	31.2	42.9	3.15	1.07
	50대	(279)	7.5	27.6	25.4	31.2	8.2	35.1	39.4	3.05	1.10
	60대 이상	(234)	8.5	22.6	21.8	33.3	13.7	31.2	47.0	3.21	1.19

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

[부표 22] 자살에 대한 태도_자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의한다	매우 동의한다	*동의하지 않음	*동의함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	12.8	30.3	26.5	23.6	6.8	43.1	30.4	2.81	1.14	
연령대	20대	(168)	15.5	36.3	27.4	16.1	4.8	51.8	20.8	2.58	1.08
	30대	(393)	13.5	29.0	28.0	22.9	6.6	42.5	29.5	2.80	1.13
	40대	(266)	11.7	27.4	30.1	21.8	9.0	39.1	30.8	2.89	1.15
	50대	(279)	11.5	34.4	22.9	26.2	5.0	45.9	31.2	2.79	1.11
	60대 이상	(234)	12.8	26.5	23.5	29.1	8.1	39.3	37.2	2.93	1.18

* 5점 척도: 1~2점(동의하지 않음), 3점(보통), 4~5점(동의함)

제2절 자살에 대한 지식

1. 자살에 대한 지식

[부표 23] 자살에 대한 지식 종합점수

단위: 명, 점

구분	사례수	100점 만점 기준	표준편차
전체	(1,340)	54.40	17.48
연령대	20대 (168)	54.63	18.00
	30대 (393)	49.42	20.14
	40대 (266)	58.14	15.97
	50대 (279)	58.65	14.19
	60대 이상 (234)	53.30	15.19

[부표 24] 전체 문항 정답률

단위: 명, 점

구분	사례수	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
전체	(1,340)	86.3	43.6	50.5	69.8	41.0	25.4	91.6	90.4	85.3	47.9	34.1	32.0	15.4	48.3
연령대	20대 (168)	85.7	36.3	63.1	60.1	42.3	23.8	95.2	91.7	89.9	44.0	24.4	36.3	23.2	48.8
	30대 (393)	82.2	36.6	53.9	59.0	35.4	22.1	84.7	88.8	77.4	32.3	24.4	29.5	19.3	46.1
	40대 (266)	88.3	45.5	54.5	73.7	43.2	26.3	97.7	95.1	91.4	42.5	42.1	38.0	18.8	56.8
	50대 (279)	90.0	48.4	44.8	82.1	48.7	33.3	94.6	92.1	91.4	62.0	42.7	34.8	10.0	46.2
	60대 이상 (234)	86.8	52.6	38.0	75.6	38.0	21.4	90.2	84.6	81.2	66.2	38.0	23.1	6.0	44.4

- * ① 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다고 생각하는지
 ② 일반적인 자살의 가장 주요한 원인
 ③ 자살의도를 전달하는 표현 들었을 때의 하지 말아야 하는 질문
 ④ 목숨을 끊으려는 사람들의 가장 일반적인 심리 상태
 ⑤ 고통 받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각
 ⑥ 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것
 ⑦ 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로는 자살을 하지 않기 때문에, 단지 이야기하는 것으로 보고 그냥 넘겨야 한다
 ⑧ 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다
 ⑨ 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다
 ⑩ 가장 옳다고 생각하는 것
 ⑪ 자살의 경고신호가 아닌 것
 ⑫ 자살한 사람에게 나타나는 일반적 특성
 ⑬ 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호
 ⑭ 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방향

[부표 25] 자살을 원하는 사람을 막을 수 없다는 생각에 대한 의견

단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다	
전체	(1,340)	13.7	86.3	
연령대	20대	(168)	14.3	85.7
	30대	(393)	17.8	82.2
	40대	(266)	11.7	88.3
	50대	(279)	10.0	90.0
	60대 이상	(234)	13.2	86.8

* 정답: 아니다

[부표 26] 일반적인 자살의 가장 주요한 원인

단위: 명, %

구분	사례수	급격하고 심각한 스트레스	치료받지 않은 주요 우울 장애	사랑하는 사람으로부터의 거부	알코올 중독, 특히 최근에 말기 암 진단을 받은 경우	
전체	(1,340)	49.6	43.6	4.6	2.2	
연령대	20대	(168)	57.7	36.3	4.8	1.2
	30대	(393)	54.2	36.6	6.4	2.8
	40대	(266)	51.1	45.5	3.4	0.0
	50대	(279)	45.2	48.4	4.3	2.2
	60대 이상	(234)	39.7	52.6	3.4	4.3

* 정답: 치료받지 않은 주요 우울 장애

[부표 27] 자살의도를 전달하는 표현을 들었을 때 하지 말아야 하는 질문

단위: 명, %

구분	사례수	자살에 대해 생각하는 것은 아니죠, 그렇죠?	너무 힘들어서 잠에서 더 이상 깨어나지 않았으면 좋겠다고 느낀 적이 있나요?	자살에 대해 생각하고 있나요?	죽기를 바랐던 적이 있나요?	
전체	(1,340)	50.5	18.6	16.4	14.5	
연령대	20대	(168)	63.1	12.5	16.1	8.3
	30대	(393)	53.9	21.9	15.0	9.2
	40대	(266)	54.5	17.3	15.4	12.8
	50대	(279)	44.8	17.6	15.8	21.9
	60대 이상	(234)	38.0	20.1	20.9	20.9

* 정답: 자살에 대해 생각하는 것은 아니죠, 그렇죠?

[부표 28] 목숨을 끊으려는 사람들에게서 가장 일반적으로 확인되는 심리적 상태

단위: 명, %

구분	사례수	절망감	슬픔	분노	수치심	환각	
전체	(1,340)	69.8	14.6	7.9	4.2	3.5	
연령대	20대	(168)	60.1	25.6	9.5	3.0	1.8
	30대	(393)	59.0	20.6	10.7	8.1	1.5
	40대	(266)	73.7	13.5	6.0	4.1	2.6
	50대	(279)	82.1	8.2	4.7	2.5	2.5
	60대 이상	(234)	75.6	5.6	8.1	0.4	10.3

* 정답: 절망감

[부표 29] 고통 받고 있는 사람에게 죽음/자살에 대해 생각하는지 묻는 것에 대한 생각

단위: 명, %

구분	사례수	자살의 위험성을 낮출 수 있다	절대 하지 말아야 한다. 왜냐하면 그 사람의 마음에 자살에 관한 생각을 주입할 수도 있기 때문이다	전문적으로 교육을 받은 사람만이 질문을 해야 한다	자살 위험성에 아무런 영향도 미치지 못한다	
전체	(1,340)	41.0	30.1	25.1	3.7	
연령대	20대	(168)	42.3	23.2	31.0	3.6
	30대	(393)	35.4	31.8	28.0	4.8
	40대	(266)	43.2	24.1	29.7	3.0
	50대	(279)	48.7	31.2	17.2	2.9
	60대 이상	(234)	38.0	38.0	20.5	3.4

* 정답: 자살의 위험성을 낮출 수 있다

[부표 30] 자살을 효과적으로 예방하는 데 필요한 것

단위: 명, %

구분	사례수	자살의 경고신호를 인식할 수 있어야 한다	대부분의 사람들이 자살하려는 이유가 무엇인지를 이해해야 한다	자살에 대해 솔직하게 이야기하는 방법을 알아야 한다	이상의 것을 모두 알아야 한다	
전체	(1,340)	40.1	19.6	15.0	25.4	
연령대	20대	(168)	36.3	24.4	15.5	23.8
	30대	(393)	37.9	26.0	14.0	22.1
	40대	(266)	42.5	16.2	15.0	26.3
	50대	(279)	38.4	13.3	15.1	33.3
	60대 이상	(234)	45.7	16.7	16.2	21.4

* 정답: 이상의 것을 모두 알아야 한다

[부표 31] 자살에 대해 이야기하는 사람들은 실제로 자살을 하지 않기 때문에 단지 이야기하는 것으로 보고 넘겨야 한다

단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다
전체	(1,340)	8.4	91.6
연령대	20대 (168)	4.8	95.2
	30대 (393)	15.3	84.7
	40대 (266)	2.3	97.7
	50대 (279)	5.4	94.6
	60대 이상 (234)	9.8	90.2

* 정답: 아니다

[부표 32] 급박한 자살위기에 처한 사람들은 기분이 나쁘고 잠을 못 잘 수도 있기 때문에 어느 정도의 술을 마시는 것이 좋다

단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다
전체	(1,340)	9.6	90.4
연령대	20대 (168)	8.3	91.7
	30대 (393)	11.2	88.8
	40대 (266)	4.9	95.1
	50대 (279)	7.9	92.1
	60대 이상 (234)	15.4	84.6

* 정답: 아니다

[부표 33] 자살은 대부분 가난하거나 경제적인 어려움을 겪고 있는 사람들에게서 발생한다

단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다
전체	(1,340)	14.7	85.3
연령대	20대 (168)	10.1	89.9
	30대 (393)	22.6	77.4
	40대 (266)	8.6	91.4
	50대 (279)	8.6	91.4
	60대 이상 (234)	18.8	81.2

* 정답: 아니다

[부표 34] 자살 관련 가장 옳다고 생각하는 것

단위: 명, %

구분	사례수	자살 수단을 제거하는 것은 중요한 자살예방 방법이다	자살예방은 전문가에게 맡기는 것이 가장 좋다	의사만이 목숨을 끊을 생각을 하고 있는 사람들과 자살에 대해 이야기해야 한다	약물과 술은 자살 행동에 미미한 역할만을 한다	
전체	(1,340)	47.9	38.4	7.2	6.5	
연령대	20대	(168)	44.0	45.8	6.5	3.6
	30대	(393)	32.3	49.1	14.8	3.8
	40대	(266)	42.5	46.6	4.5	6.4
	50대	(279)	62.0	25.4	3.2	9.3
	60대 이상	(234)	66.2	21.4	2.6	9.8

* 정답: 자살 수단을 제거하는 것은 중요한 자살예방 방법이다

[부표 35] 자살의 경고신호가 아닌 것

단위: 명, %

구분	사례수	종교에 대해 갑작스럽게 관심을 가지거나 관심을 잃는다	돈이 많지 않은 사람이 돈을 많이 쓴다	자살에 대해 이야기한다	소중하게 여기던 물건을 다른 사람에게 준다	
전체	(1,340)	45.7	34.1	12.5	7.7	
연령대	20대	(168)	51.2	24.4	14.3	10.1
	30대	(393)	53.2	24.4	14.5	7.9
	40대	(266)	41.4	42.1	12.8	3.8
	50대	(279)	38.7	42.7	10.8	7.9
	60대 이상	(234)	42.7	38.0	9.4	9.8

* 정답: 돈이 많지 않은 사람이 돈을 많이 쓴다

[부표 36] 자살한 사람에게 나타나는 특성 (중복응답)

단위: 명, %

구분	사례수	우울했다	목숨을 끊으려는 생각을 누군가에게 이야기했다	적어도 한 번의 자살 시도 경험이 있었다	술을 마시거나 약물을 사용했다	
전체	(1,340)	69.6	68.4	63.2	52.7	
연령대	20대	(168)	67.9	67.3	72.0	60.1
	30대	(393)	59.0	62.8	60.8	54.5
	40대	(266)	73.7	72.6	71.4	54.1
	50대	(279)	82.8	70.6	61.3	53.0
	60대 이상	(234)	68.4	71.4	53.8	42.3

* 정답: 4개 모두 선택

[부표 37] 자살 생각을 하는 사람들이 보이는 경고신호 (중복응답)

단위: 명, %

구분	사례수	사람들을 멀리함(관계를 철수함)	알코올 및 약물 남용	자신의 소유물을 다른 사람에게 줌	하던 일을 내버려 둠	불행해하다가 갑자기 행복해함	
전체	(1,340)	68.6	61.5	57.1	55.1	29.5	
연령대	20대	(168)	67.3	59.5	64.9	61.9	48.8
	30대	(393)	58.3	62.1	53.7	61.1	39.4
	40대	(266)	72.2	68.0	61.7	57.5	30.1
	50대	(279)	79.2	56.3	58.8	50.5	17.2
	60대 이상	(234)	70.1	60.7	50.0	42.7	12.8

* 정답: 5개 모두 선택

[부표 38] 자살을 생각하는 사람과 대화 시 설득해야 하는 방법

단위: 명, %

구분	사례수	즉시 상담자에게 가서 도움을 받으라고 설득한다	살아야 할 모든 이유를 고려해 보도록 설득한다	집에 연락해서 그 문제를 가족과 상의하라고 설득한다	
전체	(1,340)	48.3	39.0	12.8	
연령대	20대	(168)	55.2	35.0	9.8
	30대	(393)	48.8	42.3	8.9
	40대	(266)	46.1	35.4	18.6
	50대	(279)	56.8	33.5	9.8
	60대 이상	(234)	46.2	44.8	9.0

* 정답: 즉시 상담자에게 가서 도움을 받으라고 설득한다

제3절 자살 대응 행동

1. 자살위험이 있는 사람에 대한 대처

[부표 39] 자살위험이 있는 사람 발견 시 가장 주된 역할

단위: 명, %

구분	사례수	그 사람과 전문가가 만나도록 전문가에게 연락하거나 동행하는 역할	그 사람이 전문가를 찾아가도록 기관을 소개·안내하는 역할	괜찮아질 때까지 찾아가서 이야기를 듣거나 상담해주는 역할	죽고 싶은 생각이 들 때 내게 연락하도록 하고 연락이 오면 들어주는 역할	모르겠음	기타
전체	(1,340)	35.6	25.9	22.9	13.5	2.0	0.1
연령대	20대 (168)	26.2	24.4	32.1	13.7	3.0	0.6
	30대 (393)	23.2	32.3	27.7	15.8	1.0	0.0
	40대 (266)	42.9	24.8	21.1	9.0	2.3	0.0
	50대 (279)	47.7	21.5	15.1	14.3	1.4	0.0
	60대 이상 (234)	40.6	22.6	19.7	13.7	3.4	0.0

[부표 40] 자살대응 자기평가_모음

단위: 명, 점

구분	사례수	종합	대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	대상자가 자살생각이 있었을 때 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다	대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다	대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다	대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다
전체	(1,340)	3.46	3.13	3.18	3.31	2.96	3.64	3.80	3.92	3.73
연령대	20대 (168)	3.43	3.18	3.14	3.34	2.95	3.54	3.79	3.92	3.57
	30대 (393)	3.44	3.22	3.07	3.29	3.01	3.66	3.79	3.84	3.66
	40대 (266)	3.64	3.38	3.37	3.55	3.03	3.76	3.94	4.05	4.00
	50대 (279)	3.44	3.03	3.21	3.24	2.84	3.62	3.81	3.95	3.81
	60대 이상 (234)	3.31	2.74	3.12	3.13	2.92	3.56	3.63	3.84	3.55

[부표 41] 자살대응 자기평가_모음

단위: 명, 점

구분	사례수	종합	대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	대상자가 자살생각이 있었을 때 자살계획이 있는지 직접적으로 질문할 수 있다	대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다	대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다	대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다	대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다	대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다	자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다
전체	(1,340)	0.71	1.15	1.10	1.02	1.05	0.91	0.98	0.92	0.98
연령대	20대 (168)	0.67	1.07	1.06	0.98	1.05	0.92	0.97	0.79	1.03
	30대 (393)	0.66	1.12	1.14	1.08	1.10	0.88	0.99	0.96	0.96
	40대 (266)	0.68	1.19	1.07	0.97	1.05	0.86	0.87	0.80	0.80
	50대 (279)	0.69	1.07	1.05	0.92	0.98	0.89	0.95	0.90	0.96
	60대 이상 (234)	0.80	1.18	1.13	1.06	1.03	1.01	1.12	1.07	1.12

[부표 42] 자살대응 자기평가_대상자가 자살생각을 하고 있는지 직접적으로 질문할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	*5점 평균	*5점 표준편차
전체	(1,340)	8.7	22.6	27.9	29.2	11.6	31.3	40.8	3.13	1.15
연령대	20대 (168)	8.3	17.3	30.4	36.3	7.7	25.6	44.0	3.18	1.07
	30대 (393)	6.1	21.4	31.0	27.0	14.5	27.5	41.5	3.22	1.12
	40대 (266)	7.5	17.3	22.9	33.8	18.4	24.8	52.3	3.38	1.19
	50대 (279)	7.9	25.1	29.4	31.2	6.5	33.0	37.6	3.03	1.07
	60대 이상 (234)	15.4	31.6	24.8	20.1	8.1	47.0	28.2	2.74	1.18

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

[부표 43] 자살대응 자기평가_대상자가 자살생각이 있음을 밝혔을 때, 자살계획이 있는지를 직접적으로 질문할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그러함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	7.5	21.6	26.0	35.7	9.2	29.1	44.9	3.18	1.10	
연령대	20대	(168)	7.1	20.8	30.4	33.9	7.7	28.0	41.7	3.14	1.06
	30대	(393)	9.9	22.6	26.7	32.1	8.7	32.6	40.7	3.07	1.14
	40대	(266)	6.0	14.7	28.2	38.7	12.4	20.7	51.1	3.37	1.07
	50대	(279)	5.0	23.7	24.7	38.4	8.2	28.7	46.6	3.21	1.05
	60대 이상	(234)	8.1	26.1	20.5	36.8	8.5	34.2	45.3	3.12	1.13

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그러함)

[부표 44] 자살대응 자기평가_대상자의 과거력이나 행동을 바탕으로 자살의 위험 징후를 확인할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그러함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	4.9	15.6	34.3	34.2	11.0	20.4	45.2	3.31	1.02	
연령대	20대	(168)	4.2	14.3	35.1	36.3	10.1	18.5	46.4	3.34	0.98
	30대	(393)	5.6	17.6	32.6	31.0	13.2	23.2	44.3	3.29	1.08
	40대	(266)	2.6	11.3	30.1	40.2	15.8	13.9	56.0	3.55	0.97
	50대	(279)	3.9	14.3	41.6	33.7	6.5	18.3	40.1	3.24	0.92
	60대 이상	(234)	7.7	19.7	32.9	31.6	8.1	27.4	39.7	3.13	1.06

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그러함)

[부표 45] 자살대응 자기평가_대상자에게 자살하지 않겠다는 약속을 받아낼 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그러함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	8.1	25.2	36.8	22.4	7.5	33.4	29.9	2.96	1.05	
연령대	20대	(168)	8.9	22.0	42.9	17.3	8.9	31.0	26.2	2.95	1.05
	30대	(393)	8.7	24.4	33.3	24.2	9.4	33.1	33.6	3.01	1.10
	40대	(266)	7.1	23.3	36.8	24.4	8.3	30.5	32.7	3.03	1.05
	50대	(279)	8.6	26.5	41.2	19.4	4.3	35.1	23.7	2.84	0.98
	60대 이상	(234)	7.3	29.5	32.9	24.4	6.0	36.8	30.3	2.92	1.03

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그러함)

[부표 46] 자살대응 자기평가_대상자가 주변 사람에게 도움을 요청하도록 설득할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	2.5	8.2	25.8	49.6	13.9	10.7	63.4	3.64	0.91	
연령대	20대	(168)	3.0	8.9	31.0	45.2	11.9	11.9	57.1	3.54	0.92
	30대	(393)	1.3	8.9	26.7	48.3	14.8	10.2	63.1	3.66	0.88
	40대	(266)	1.9	5.3	24.1	52.3	16.5	7.1	68.8	3.76	0.86
	50대	(279)	2.9	8.2	24.0	53.8	11.1	11.1	64.9	3.62	0.89
	60대 이상	(234)	4.7	9.8	24.8	46.6	14.1	14.5	60.7	3.56	1.01

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

[부표 47] 자살대응 자기평가_대상자가 필요로 하는 경우 자료를 제공할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	2.7	8.3	19.6	45.7	23.7	11.0	69.5	3.80	0.98	
연령대	20대	(168)	1.8	8.3	23.2	42.3	24.4	10.1	66.7	3.79	0.97
	30대	(393)	2.3	9.4	19.3	45.0	23.9	11.7	69.0	3.79	0.99
	40대	(266)	1.5	4.9	17.3	50.8	25.6	6.4	76.3	3.94	0.87
	50대	(279)	1.8	9.0	19.0	47.3	22.9	10.8	70.3	3.81	0.95
	60대 이상	(234)	6.4	9.4	20.5	41.9	21.8	15.8	63.7	3.63	1.12

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

[부표 48] 자살대응 자기평가_대상자에게 도움을 줄 수 있는 기관에 의뢰하거나 전문가에게 도움을 요청할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그려함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	1.9	5.9	17.5	47.9	26.8	7.8	74.7	3.92	0.92	
연령대	20대	(168)	0.0	4.2	22.6	50.0	23.2	4.2	73.2	3.92	0.79
	30대	(393)	2.5	6.4	20.1	46.1	24.9	8.9	71.0	3.84	0.96
	40대	(266)	0.4	3.8	16.2	49.6	30.1	4.1	79.7	4.05	0.80
	50대	(279)	1.8	5.7	15.1	50.2	27.2	7.5	77.4	3.95	0.90
	60대 이상	(234)	4.3	9.0	13.7	44.9	28.2	13.2	73.1	3.84	1.07

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그려함)

[부표 49] 자살대응 자기평가_자살생각이나 자살시도를 하는 사람들을 적절하게 상부에 보고할 수 있다

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다	*그렇지 않음	*그러함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	2.6	8.7	23.9	43.1	21.8	11.3	64.9	3.73	0.98	
연령대	20대	(168)	2.4	13.7	28.6	35.7	19.6	16.1	55.4	3.57	1.03
	30대	(393)	1.0	11.2	29.0	38.2	20.6	12.2	58.8	3.66	0.96
	40대	(266)	0.4	3.4	19.2	50.0	27.1	3.8	77.1	4.00	0.80
	50대	(279)	2.5	6.8	21.9	44.8	24.0	9.3	68.8	3.81	0.96
	60대 이상	(234)	8.1	9.0	19.7	46.6	16.7	17.1	63.2	3.55	1.12

* 5점 척도: 1~2점(그렇지 않음), 3점(보통), 4~5점(그러함)

[부표 50] 자살위험이 있다고 의심되는 사람을 만난 경험

단위: 명, %

구분	사례수	있다	없다	
전체	(1,340)	24.3	75.7	
연령대	20대	(168)	24.4	75.6
	30대	(393)	23.2	76.8
	40대	(266)	32.3	67.7
	50대	(279)	22.6	77.4
	60대 이상	(234)	19.2	80.8

2. 자살위험이 있는 사람 만난 경우 (경험자)

[부표 51] 자살위험이 있는 사람의 주 연령대

단위: 명, %

구분	사례수	청소년 이하	청년	중년	노인	
전체	(326)	14.1	26.7	36.8	22.4	
연령대	20대	(41)	14.6	41.5	31.7	12.2
	30대	(91)	14.3	38.5	36.3	11.0
	40대	(86)	20.9	26.7	38.4	14.0
	50대	(63)	11.1	11.1	41.3	36.5
	60대 이상	(45)	4.4	11.1	33.3	51.1

[부표 52] 자살위험이 있는 사람의 성별

단위: 명, %

구분	사례수	남성	여성	
전체	(326)	41.7	58.3	
연령대	20대	(41)	39.0	61.0
	30대	(91)	46.2	53.8
	40대	(86)	39.5	60.5
	50대	(63)	41.3	58.7
	60대 이상	(45)	40.0	60.0

[부표 53] 자살위험이 있다는 것을 알게 된 방법

단위: 명, %

구분	사례수	죽고 싶다 등 자살을 의미하는 말이나 행동을 해서	우울, 무기력 등 정신적인 어려움을 보여서	그 사람의 가족, 친구 등 친한 사람이 자살하거나 사망한 것을 알게 되어서	우울증 검사, 자살 관련 검사에서 고위험으로 평가되어서	기타	
전체	(326)	49.7	36.5	7.1	6.4	0.3	
연령대	20대	(41)	53.7	31.7	7.3	7.3	0.0
	30대	(91)	52.7	29.7	7.7	9.9	0.0
	40대	(86)	53.5	34.9	7.0	3.5	1.2
	50대	(63)	54.0	38.1	4.8	3.2	0.0
	60대 이상	(45)	26.7	55.6	8.9	8.9	0.0

[부표 54] 자살위험이 있는 사람을 처음 만나게 된 주된 경로

단위: 명, %

구분	사례수	업무, 일상생활 중 주변을 관찰하면서	지역주민, 이웃 등 다른 사람이 알려줘서	자살위험이 있는 사람이 직접 도움을 요청하면서	우연한 기회에	사회보장정보원 '복지사각지대 발굴관리 시스템'의 등록인을 조사하면서	다른 기관의 소개로	기타	
전체	(326)	43.3	14.4	14.4	11.3	8.3	5.8	2.5	
연령대	20대	(41)	48.8	9.8	17.1	9.8	4.9	4.9	4.9
	30대	(91)	48.4	8.8	16.5	11.0	3.3	9.9	2.2
	40대	(86)	39.5	20.9	14.0	12.8	4.7	5.8	2.3
	50대	(63)	39.7	9.5	15.9	17.5	14.3	1.6	1.6
	60대 이상	(45)	40.0	24.4	6.7	2.2	20.0	4.4	2.2

[부표 55] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	내가 자주 찾아감	자살 관련 기관을 안내(소개)함	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	자살 위험자의 가족들에게 연락함	아무것도 하지 않음	기타	
전체	(326)	42.6	15.0	14.7	13.5	7.4	5.5	0.6	0.6	
연령대	20대	(41)	43.9	22.0	12.2	9.8	4.9	4.9	0.0	2.4
	30대	(91)	44.0	15.4	19.8	15.4	3.3	2.2	0.0	0.0
	40대	(86)	47.7	14.0	11.6	10.5	5.8	9.3	0.0	1.2
	50대	(63)	28.6	7.9	17.5	19.0	19.0	7.9	0.0	0.0
	60대 이상	(45)	48.9	20.0	8.9	11.1	4.4	2.2	4.4	0.0

[부표 56] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 대처_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	자살 관련 기관을 안내(소개)함	내가 자주 찾아감	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	자살위험자의 가족들에게 연락함	아무것도 하지 않음	기타	
전체	(326)	57.4	41.1	28.8	26.7	14.7	12.9	2.1	0.6	
연령대	20대	(41)	58.5	36.6	43.9	26.8	9.8	7.3	4.9	2.4
	30대	(91)	57.1	50.5	33.0	31.9	12.1	7.7	0.0	0.0
	40대	(86)	64.0	41.9	26.7	27.9	8.1	18.6	0.0	1.2
	50대	(63)	50.8	47.6	19.0	22.2	23.8	15.9	1.6	0.0
	60대 이상	(45)	53.3	15.6	24.4	20.0	24.4	13.3	8.9	0.0

[부표 57] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 자살 관련 기관_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	행정복지센터	종합사회복지관 등 사회복지관련 기관	민간 상담센터	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	
전체	(187)	62.0	15.0	10.7	7.0	3.2	1.6	0.5	
연령대	20대	(24)	62.5	25.0	0.0	8.3	0.0	0.0	4.2
	30대	(52)	55.8	17.3	9.6	5.8	7.7	3.8	0.0
	40대	(55)	72.7	14.5	3.6	7.3	1.8	0.0	0.0
	50대	(32)	68.8	9.4	6.3	9.4	3.1	3.1	0.0
	60대 이상	(24)	41.7	8.3	45.8	4.2	0.0	0.0	0.0

[부표 58] 자살위험이 있는 사람을 주로 연결한 자살 관련 기관_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	행정복지센터	종합사회복지관 등 사회복지관련 기관	민간 상담센터	보건소	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	
전체	(187)	78.6	40.1	19.3	18.7	14.4	6.4	4.3	
연령대	20대	(24)	83.3	45.8	12.5	12.5	20.8	12.5	4.2
	30대	(52)	78.8	36.5	17.3	23.1	15.4	9.6	7.7
	40대	(55)	85.5	50.9	10.9	18.2	10.9	5.5	3.6
	50대	(32)	87.5	46.9	12.5	21.9	12.5	0.0	3.1
	60대 이상	(24)	45.8	8.3	58.3	12.5	16.7	4.2	0.0

[부표 59] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 자살 관련 기관_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	행정복지센터	종합사회복지관 등 사회복지관련 기관	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	민간상담센터
전체	(134)	64.9	14.9	6.7	5.2	4.5	2.2	1.5
연령대	20대	(15)	66.7	26.7	0.0	6.7	0.0	0.0
	30대	(46)	60.9	10.9	6.5	8.7	4.3	4.3
	40대	(36)	83.3	5.6	2.8	0.0	5.6	2.8
	50대	(30)	50.0	30.0	13.3	3.3	3.3	0.0
	60대 이상	(7)	57.1	0.0	14.3	14.3	14.3	0.0

[부표 60] 자살위험이 있는 사람에게 주로 안내한 자살 관련 기관_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	종합사회복지관 등 사회복지관련 기관	행정복지센터	민간상담센터	보건소	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	기타
전체	(134)	80.6	46.3	19.4	12.7	9.7	8.2	7.5	0.7
연령대	20대	(15)	73.3	53.3	20.0	13.3	13.3	13.3	0.0
	30대	(46)	76.1	41.3	21.7	10.9	13.0	8.7	8.7
	40대	(36)	91.7	50.0	13.9	8.3	5.6	11.1	8.3
	50대	(30)	80.0	56.7	20.0	16.7	10.0	0.0	6.7
	60대 이상	(7)	71.4	0.0	28.6	28.6	0.0	14.3	14.3

[부표 61] 자살위험이 있다는 것을 알고서도 아무런 조치를 취하지 않은 이유

단위: 명, %

구분	사례수	심각하지 않다고 생각했기 때문에	어떻게 대응해야 할지 잘 모르기 때문에	내 일이 아니라고 생각했기 때문에	당사자가 거부했기 때문에
전체	(7)	28.6	28.6	28.6	14.3
연령대	20대	(2)	0.0	50.0	50.0
	50대	(1)	0.0	0.0	0.0
	60대 이상	(4)	50.0	25.0	25.0

[부표 62] 자살위험이 있는 사람을 만났을 때의 심리적 부담감

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 부담스럽지 않았다	부담스럽지 않았다	보통이었다	부담스러웠다	매우 부담스러웠다	*부담스럽지 않음	*부담스러움	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(326)	5.2	10.1	16.0	50.6	18.1	15.3	68.7	3.66	1.05	
연령대	20대	(41)	2.4	12.2	17.1	48.8	19.5	14.6	68.3	3.71	1.01
	30대	(91)	4.4	9.9	18.7	53.8	13.2	14.3	67.0	3.62	0.99
	40대	(86)	4.7	5.8	9.3	54.7	25.6	10.5	80.2	3.91	1.00
	50대	(63)	1.6	14.3	15.9	50.8	17.5	15.9	68.3	3.68	0.98
	60대 이상	(45)	15.6	11.1	22.2	37.8	13.3	26.7	51.1	3.22	1.28

* 5점 척도: 1~2점(부담스럽지 않음), 3점(보통), 4~5점(부담스러움)

[부표 63] 심리적으로 부담을 느낀 이유

단위: 명, %

구분	사례수	그 사람이 자살할까봐 걱정되어서	내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아니어서	힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누기 때문에	어떻게 대응해야 할지 몰라서	그 사람이 서비스를 거부하여서	진짜 자살위험이 있는지 없는지 구분할 자신이 없어서	기타	
전체	(224)	40.6	20.5	16.1	11.2	5.4	4.9	1.3	
연령대	20대	(28)	28.6	25.0	14.3	21.4	7.1	3.6	0.0
	30대	(61)	37.7	23.0	19.7	9.8	4.9	4.9	0.0
	40대	(69)	52.2	15.9	15.9	7.2	1.4	4.3	2.9
	50대	(43)	41.9	23.3	4.7	9.3	14.0	4.7	2.3
	60대 이상	(23)	26.1	17.4	30.4	17.4	0.0	8.7	0.0

3. 자살위험이 있는 사람을 만날 경우 (비경험자)

[부표 64] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	자살 관련 기관을 안내(소개)함	가족들에게 연락함	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	내가 자주 찾아감	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	아무것도 하지 않음	
전체	(1,014)	53.3	19.5	8.5	8.1	5.8	3.9	0.9	
연령대	20대	(127)	48.0	15.7	5.5	15.7	10.2	3.9	0.8
	30대	(302)	56.0	22.5	5.0	7.6	6.3	2.0	0.7
	40대	(180)	60.0	22.8	5.0	6.1	3.3	2.2	0.6
	50대	(216)	51.9	18.5	12.5	6.9	4.6	4.6	0.9
	60대 이상	(189)	47.6	15.3	14.8	6.9	5.8	7.9	1.6

[부표 65] 향후 자살위험이 있는 사람을 만날 시 대처방법_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살 관련 기관으로 연결함	자살 관련 기관을 안내(소개)함	가족들에게 연락함	내 연락처를 주고 언제든지 연락하게 함	내가 자주 찾아감	같은 기관 내 다른 담당자 등에게 연계함	아무것도 하지 않음	기타	
전체	(1,014)	68.3	51.6	20.4	16.9	14.5	10.8	0.9	0.1	
연령대	20대	(127)	66.9	49.6	15.0	29.1	17.3	8.7	0.8	0.0
	30대	(302)	74.2	62.3	13.2	14.9	18.2	9.3	0.7	0.0
	40대	(180)	72.2	61.7	18.3	11.7	15.6	8.3	0.6	0.6
	50대	(216)	68.5	40.3	28.2	18.5	9.7	11.6	0.9	0.0
	60대 이상	(189)	56.1	39.2	28.6	14.8	11.1	16.4	1.6	0.0

[부표 66] 자살위험이 있는 사람을 연결할 자살 관련 기관

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	행정복지센터	종합사회복지관 등 사회복지 관련 기관	민간 상담센터	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	
전체	(693)	74.3	10.7	6.8	5.3	1.3	1.3	0.3	
연령대	20대	(85)	74.1	12.9	2.4	5.9	2.4	2.4	0.0
	30대	(224)	68.8	14.7	3.6	8.9	0.9	2.7	0.4
	40대	(130)	76.2	13.1	3.8	5.4	0.8	0.0	0.8
	50대	(148)	79.1	4.7	10.8	2.7	2.0	0.7	0.0
	60대 이상	(106)	77.4	5.7	15.1	0.9	0.9	0.0	0.0

[부표 67] 자살위험이 있는 사람에게 안내할 자살 관련 기관

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강복지센터/자살예방센터	병원: 정신건강의학과	행정복지센터	종합사회복지관 등 사회복지 관련 기관	민간 상담센터	병원: 정신건강의학과가 아닌 다른 진료과	보건소	기타	
전체	(523)	66.5	14.7	7.6	7.8	1.7	0.8	0.6	0.2	
연령대	20대	(63)	65.1	17.5	4.8	7.9	1.6	3.2	0.0	0.0
	30대	(188)	64.9	18.6	3.7	10.1	1.1	1.1	0.5	0.0
	40대	(111)	64.9	17.1	3.6	11.7	1.8	0.0	0.9	0.0
	50대	(87)	78.2	5.7	9.2	4.6	2.3	0.0	0.0	0.0
	60대 이상	(74)	60.8	9.5	24.3	0.0	2.7	0.0	1.4	1.4

[부표 68] 자살위험이 있는 사람을 만난다면 그 때의 심리적 부담

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 부담스럽지 않을 것이다	부담스럽지 않을 것이다	보통일 것이다	부담스러울 것이다	매우 부담스러울 것이다	*부담스럽지 않음	*부담스러움	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1014)	1.7	5.1	14.7	53.9	24.6	6.8	78.5	3.95	0.86	
연령대	20대	(127)	2.4	5.5	15.7	60.6	15.7	7.9	76.4	3.82	0.85
	30대	(302)	1.0	7.0	13.2	60.3	18.5	7.9	78.8	3.88	0.82
	40대	(180)	1.1	5.6	17.8	53.3	22.2	6.7	75.6	3.90	0.85
	50대	(216)	2.3	3.7	12.0	50.5	31.5	6.0	81.9	4.05	0.89
	60대 이상	(189)	2.1	3.2	16.4	43.9	34.4	5.3	78.3	4.05	0.91

* 5점 척도: 1~2점(부담스럽지 않음), 3점(보통), 4~5점(부담스러움)

[부표 69] 심리적으로 부담을 느낀 이유

단위: 명, %

구분	사례수	그 사람이 자살할까봐 걱정되어서	어떻게 대응해야 할지 몰라서	내가 해결해 줄 수 있는 문제가 아닐 것 같아서	그 사람이 서비스를 거부할 것 같아서	힘들고 부정적인 이야기를 많이 나누게 될 것 같아서	진짜 자살위험이 있는지 없는지 구분할 자신이 없어서	
전체	(796)	39.8	24.0	16.1	9.0	7.5	3.5	
연령대	20대	(97)	41.2	19.6	18.6	7.2	10.3	3.1
	30대	(238)	36.1	20.2	12.6	13.9	13.9	3.4
	40대	(136)	39.7	21.3	17.6	10.3	6.6	4.4
	50대	(177)	40.7	32.2	17.5	3.4	2.3	4.0
	60대 이상	(148)	43.9	25.7	16.9	8.1	2.7	2.7

제4절 자살예방교육

1. 자살예방교육 경험

[부표 70] 자살예방 관련 교육 경험

단위: 명, %

구분	사례수	있다	없다
전체	(1,340)	45.1	54.9
연령대	20대 (168)	45.2	54.8
	30대 (393)	39.9	60.1
	40대 (266)	53.0	47.0
	50대 (279)	47.0	53.0
	60대 이상 (234)	42.3	57.7

[부표 71] 자살예방 관련 교육 횟수

단위: 명, % 회.

구분	사례수	1회	2회	3회	4회 이상	*평균 횟수
전체	(604)	27.2	29.5	17.2	26.2	2.99
연령대	20대 (76)	18.4	39.5	17.1	25.0	2.96
	30대 (157)	23.6	24.8	22.9	28.7	3.06
	40대 (141)	27.0	27.7	19.1	26.2	3.16
	50대 (131)	34.4	29.8	9.9	26.0	2.93
	60대 이상 (99)	30.3	31.3	15.2	23.2	2.70

[부표 72] 자살예방 교육 방법 (중복응답)

단위: 명, %

구분	사례수	비대면 교육(온라인)	대면 교육
전체	(604)	55.1	62.9
연령대	20대 (76)	60.5	69.7
	30대 (157)	68.8	58.6
	40대 (141)	63.8	52.5
	50대 (131)	41.2	69.5
	60대 이상 (99)	35.4	70.7

[부표 73] 자살예방 교육 장소 (중복응답)

단위: 명, %

구분	사례수	정신건강 복지센터, 자살예방센터	사회복지기관 /단체	관공서	대전광역시 사회서비스원 (대전 복지재단)	학교	병원	기타	
전체	(380)	43.9	26.8	27.1	22.6	14.7	5.8	2.6	
연령대	20대	(53)	43.4	11.3	26.4	11.3	34.0	3.8	3.8
	30대	(92)	53.3	32.6	33.7	14.1	15.2	6.5	1.1
	40대	(74)	55.4	23.0	21.6	27.0	14.9	10.8	5.4
	50대	(91)	39.6	25.3	19.8	31.9	8.8	2.2	2.2
	60대 이상	(70)	25.7	37.1	34.3	25.7	7.1	5.7	1.4

2. 자살예방교육의 도움 정도

[부표 74] 자살 관련 교육 및 훈련을 받은 이유

단위: 명, %

구분	사례수	내가 속한 소속의 필수교육이라서	업무(활동)하는데 도움이 될 것 같아서	내가 속한 소속에서 교육을 받으라고 권해서	자살 예방에 관심이 있어서	아는 사람의 추천으로	자살 위험이 있는 사람을 보아서
전체	(604)	34.8	27.8	25.5	6.6	3.3	2.0
연령대	20대 (76)	44.7	21.1	28.9	2.6	2.6	0.0
	30대 (157)	28.7	26.8	33.8	3.8	4.5	2.5
	40대 (141)	26.2	36.2	24.8	5.0	4.3	3.5
	50대 (131)	42.7	26.0	19.8	9.2	2.3	0.0
	60대 이상 (99)	38.4	25.3	18.2	13.1	2.0	3.0

[부표 75] 자살예방교육의 도움 정도

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 도움이 되지 않았다	도움이 되지 않았다	보통이다	도움이 되었다	매우 도움이 되었다	*도움되지 않음	*도움됨	*5점 평균	*5점 표준편차
전체	(604)	1.0	2.6	18.7	55.5	22.2	3.6	77.6	3.95	0.78
연령대	20대 (76)	1.3	5.3	25.0	56.6	11.8	6.6	68.4	3.72	0.79
	30대 (157)	0.6	1.9	19.7	52.9	24.8	2.5	77.7	3.99	0.76
	40대 (141)	2.1	2.1	18.4	55.3	22.0	4.3	77.3	3.93	0.83
	50대 (131)	0.0	1.5	12.2	61.1	25.2	1.5	86.3	4.10	0.65
	60대 이상 (99)	1.0	4.0	21.2	51.5	22.2	5.1	73.7	3.90	0.83

* 5점 척도: 1~2점(도움되지 않음), 3점(보통), 4~5점(도움됨)

[부표 76] 자살예방교육이 도움이 되지 않은 점

단위: 명, %

구분	사례수	교육 내용이 현실에 맞지 않음	교육을 받았으나 실제 적용이 되지 않음	교육 내용이 어려워 이해가 되지 않음	
전체	(22)	50.0	45.5	4.5	
연령대	20대	(5)	60.0	40.0	0.0
	30대	(4)	100.0	0.0	0.0
	40대	(6)	33.3	66.7	0.0
	50대	(2)	0.0	100.0	0.0
	60대 이상	(5)	40.0	40.0	20.0

3. 정기적 자살예방교육의 필요성

[부표 77] 자살 관련 정기적 교육의 필요성

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	보통이다	필요하다	매우 필요하다	*필요하지 않음	*필요함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(604)	0.3	2.3	13.2	54.8	29.3	2.6	84.1	4.10	0.73	
연령대	20대	(76)	0.0	5.3	19.7	53.9	21.1	5.3	75.0	3.91	0.79
	30대	(157)	0.6	2.5	8.9	54.1	33.8	3.2	87.9	4.18	0.75
	40대	(141)	0.0	0.7	11.3	49.6	38.3	0.7	87.9	4.26	0.68
	50대	(131)	0.0	1.5	15.3	52.7	30.5	1.5	83.2	4.12	0.71
	60대 이상	(99)	1.0	3.0	15.2	66.7	14.1	4.0	80.8	3.90	0.71

* 5점 척도: 1~2점(필요하지 않음), 3점(보통), 4~5점(필요함)

[부표 78] 정기교육 시 가장 필요한 교육

단위: 명, %

구분	사례수	실습 중심 교육을 통해 현장 적용 능력을 높이는 것	심화 교육을 통해 전문성을 높이는 것	동일한 교육 내용을 반복하여 충분히 숙지하도록 하는 것	
전체	(508)	35.8	35.6	28.5	
연령대	20대	(57)	42.1	36.8	21.1
	30대	(138)	46.4	28.3	25.4
	40대	(124)	29.8	40.3	29.8
	50대	(109)	31.2	38.5	30.3
	60대 이상	(80)	28.8	36.3	35.0

[부표 79] 정기교육의 빈도

단위: 명, %

구분	사례수	매월	3개월에 1회	6개월에 1회	연 1회	2년에 1회	
전체	(508)	6.1	16.1	35.2	37.8	4.7	
연령대	20대	(57)	1.8	17.5	29.8	47.4	3.5
	30대	(138)	9.4	18.1	36.2	32.6	3.6
	40대	(124)	8.9	12.9	31.5	42.7	4.0
	50대	(109)	0.9	19.3	38.5	33.9	7.3
	60대 이상	(80)	6.3	12.5	38.8	37.5	5.0

제5절 자살예방활동 활성화 방안

1. 자살예방활동 필요성

[부표 80] 대전지역 내 자살예방활동 필요성

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	보통이다	필요하다	매우 필요하다	*필요하지 않음	*필요함	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	0.2	1.4	13.0	58.5	26.9	1.6	85.4	4.10	0.68	
연령대	20대	(168)	0.0	1.2	13.7	61.9	23.2	1.2	85.1	4.07	0.64
	30대	(393)	0.3	2.8	14.8	59.5	22.6	3.1	82.2	4.02	0.71
	40대	(266)	0.0	0.8	9.4	56.8	33.1	0.8	89.8	4.22	0.64
	50대	(279)	0.0	0.4	10.8	59.1	29.7	0.4	88.9	4.18	0.62
	60대 이상	(234)	0.9	1.3	16.2	55.6	26.1	2.1	81.6	4.05	0.74

* 5점 척도: 1~2점(필요하지 않음), 3점(보통), 4~5점(필요함)

2. 자살예방활동 참여 여부

[부표 81] 현재 자살예방활동(생명지킴이) 참여 여부

단위: 명, %

구분	사례수	그렇다	아니다	모르겠다	
전체	(1,340)	13.0	74.6	12.4	
연령대	20대	(168)	16.1	66.1	17.9
	30대	(393)	10.9	73.5	15.5
	40대	(266)	13.5	76.7	9.8
	50대	(279)	11.1	80.6	8.2
	60대 이상	(234)	15.8	73.1	11.1

[부표 82] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	업무(직장) 외의 관련성	지역사회에 봉사하고 싶은 마음	일(활동)을 하면서 스스로 성장하고 있다는 느낌	자살위험이 있던 사람들과의 정, 깊어진 인연	자살시도자를 살린 경험	함께 활동하는 사람들과 친목 등 교류 기회	주변에서의 칭찬, 격려, 사회적 인정	활동비, 선물 등의 물질적 보상	
전체	(174)	31.0	29.9	14.9	8.0	6.9	5.7	2.9	0.6	
연령대	20대	(27)	37.0	22.2	11.1	11.1	0.0	11.1	3.7	3.7
	30대	(43)	30.2	37.2	9.3	11.6	7.0	4.7	0.0	0.0
	40대	(36)	36.1	22.2	11.1	8.3	13.9	5.6	2.8	0.0
	50대	(31)	45.2	25.8	16.1	6.5	6.5	0.0	0.0	0.0
	60대 이상	(37)	10.8	37.8	27.0	2.7	5.4	8.1	8.1	0.0

[부표 83] 자살예방활동을 참여할 수 있었던 주된 이유_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	업무(직장) 외의 관련성	지역사회에 봉사하고 싶은 마음	일(활동)을 하면서 스스로 성장하고 있다는 느낌	자살위험이 있던 사람들과의 정, 깊어진 인연	함께 활동하는 사람들과 친목 등 교류 기회	주변에서의 칭찬, 격려, 사회적 인정	자살시도자를 살린 경험	활동비, 선물 등의 물질적 보상	
전체	(174)	49.4	44.3	42.5	16.1	10.9	10.3	9.2	6.3	
연령대	20대	(27)	51.9	37.0	44.4	22.2	18.5	14.8	3.7	7.4
	30대	(43)	51.2	41.9	44.2	20.9	9.3	11.6	9.3	9.3
	40대	(36)	50.0	44.4	38.9	13.9	13.9	5.6	19.4	8.3
	50대	(31)	61.3	51.6	51.6	12.9	0.0	3.2	6.5	0.0
	60대 이상	(37)	35.1	45.9	35.1	10.8	13.5	16.2	5.4	5.4

[부표 84] 자살예방활동 시 어려움 경험

단위: 명, %

구분	사례수	전혀 어렵지 않다	어렵지 않다	보통이다	어렵다	매우 어렵다	*어렵지 않음	*어려움	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(174)	1.7	13.2	30.5	43.7	10.9	14.9	54.6	3.49	0.92	
연령대	20대	(27)	0.0	18.5	37.0	37.0	7.4	18.5	44.4	3.33	0.88
	30대	(43)	2.3	7.0	20.9	55.8	14.0	9.3	69.8	3.72	0.88
	40대	(36)	0.0	13.9	27.8	33.3	25.0	13.9	58.3	3.69	1.01
	50대	(31)	6.5	19.4	25.8	45.2	3.2	25.8	48.4	3.19	1.01
	60대 이상	(37)	0.0	10.8	43.2	43.2	2.7	10.8	45.9	3.38	0.72

* 5점 척도: 1~2점(어렵지 않음), 3점(보통), 4~5점(어려움)

[부표 85] 자살예방활동 하면서 어려웠던 이유_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 지식과 기술이 부족해서	전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서	자살목적 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에	생업으로 인한 활동 부담으로	전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서	잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서	
전체	(95)	42.1	14.7	11.6	10.5	10.5	10.5	
연령대	20대	(12)	25.0	8.3	0.0	25.0	16.7	25.0
	30대	(30)	30.0	20.0	20.0	13.3	3.3	13.3
	40대	(21)	42.9	4.8	9.5	9.5	23.8	9.5
	50대	(15)	73.3	20.0	0.0	0.0	6.7	0.0
	60대 이상	(17)	47.1	17.6	17.6	5.9	5.9	5.9

[부표 86] 자살예방활동 하면서 어려웠던 이유_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 지식과 기술이 부족해서	잘 모르는 부분이 있을 때 물어볼 곳이 없어서	전문기관에 연계한 후에 진행 상황을 알려주지 않아서	자살목적 등으로 인한 정신적인 충격, 트라우마 때문에	생업으로 인한 활동 부담으로	전문기관에 연계하여도 후속 조치가 없어서	기타	
전체	(95)	56.8	33.7	28.4	25.3	20.0	17.9	2.1	
연령대	20대	(12)	58.3	50.0	8.3	25.0	25.0	25.0	0.0
	30대	(30)	50.0	40.0	30.0	26.7	26.7	13.3	0.0
	40대	(21)	61.9	28.6	33.3	23.8	19.0	28.6	0.0
	50대	(15)	73.3	13.3	40.0	13.3	6.7	20.0	13.3
	60대 이상	(17)	47.1	35.3	23.5	35.3	17.6	5.9	0.0

3. 자살예방활동 참여 의향

[부표 87] 앞으로도 자살예방활동 참여할 의향

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 참여할 의향이 없다	참여할 의향이 없다	보통이다	참여할 의향이 있다	적극 참여할 의향이 있다	*참여의향 없음	*참여의향 있음	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(174)	0.6	3.4	14.4	54.6	27.0	4.0	81.6	4.04	0.78	
연령대	20대	(27)	0.0	3.7	18.5	63.0	14.8	3.7	77.8	3.89	0.70
	30대	(43)	0.0	7.0	4.7	60.5	27.9	7.0	88.4	4.09	0.78
	40대	(36)	0.0	0.0	11.1	38.9	50.0	0.0	88.9	4.39	0.69
	50대	(31)	0.0	3.2	16.1	54.8	25.8	3.2	80.6	4.03	0.75
	60대 이상	(37)	2.7	2.7	24.3	56.8	13.5	5.4	70.3	3.76	0.83

* 5점 척도: 1~2점(참여의향 없음), 3점(보통), 4~5점(참여의향 있음)

[부표 88] 향후 자살예방활동 참여할 의향

단위: 명, %, 점

구분	사례수	전혀 참여할 의향이 없다	참여할 의향이 없다	보통이다	참여할 의향이 있다	적극 참여할 의향이 있다	*참여의향 없음	*참여의향 있음	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,166)	1.2	8.4	34.6	45.5	10.2	9.6	55.7	3.55	0.83	
연령대	20대	(141)	1.4	10.6	31.9	48.2	7.8	12.1	56.0	3.50	0.84
	30대	(350)	1.1	9.4	30.0	46.0	13.4	10.6	59.4	3.61	0.87
	40대	(230)	1.7	5.2	36.1	44.8	12.2	7.0	57.0	3.60	0.83
	50대	(248)	0.0	8.1	39.9	46.0	6.0	8.1	52.0	3.50	0.73
	60대 이상	(197)	2.0	9.1	36.5	43.1	9.1	11.2	52.3	3.48	0.86

* 5점 척도: 1~2점(참여의향 없음), 3점(보통), 4~5점(참여의향 있음)

4. 자살예방활동 활성화를 위한 방안

[부표 89] 대전시 자살위험 수준 정도

단위: 명, %, 점

구분	사례수	매우 낮다	낮다	보통이다	높다	매우 높다	*낮음	*높음	*5점 평균	*5점 표준편차	
전체	(1,340)	2.3	13.4	47.1	30.7	6.5	15.7	37.2	3.26	0.85	
연령대	20대	(168)	1.8	10.7	53.0	25.6	8.9	12.5	34.5	3.29	0.84
	30대	(393)	1.5	18.8	39.9	34.1	5.6	20.4	39.7	3.23	0.87
	40대	(266)	3.4	13.9	44.0	31.6	7.1	17.3	38.7	3.25	0.90
	50대	(279)	1.8	8.6	49.1	34.4	6.1	10.4	40.5	3.34	0.79
	60대 이상	(234)	3.4	11.5	56.0	23.1	6.0	15.0	29.1	3.17	0.84

* 5점 척도: 1~2점(낮음), 3점(보통), 4~5점(높음)

[부표 90] 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 자원_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 활동 교육 강화	활동비 지원	사회적 인정 방안 마련	자살예방 활동을 위한 공동체/정 기모임 구성 및 관리, 지원	자살 위험수준 별 연락가능 한 기관 정보 제공	발견한 자살위험 군에게 제공 가능한 서비스 확대	필요할 때 바로 궁금한 점을 질문할 수 있는 통로 마련	자살예방 활동에 대한 적극적인 홍보	기타	
전체	(1,340)	20.9	15.4	13.8	12.5	11.8	10.4	8.9	6.3	0.1	
연령대	20대	(168)	16.7	14.3	19.0	11.3	11.9	15.5	9.5	1.8	0.0
	30대	(393)	13.7	20.9	17.8	14.8	12.0	8.4	9.9	2.5	0.0
	40대	(266)	19.9	12.8	12.8	14.7	9.4	14.3	8.6	7.5	0.0
	50대	(279)	25.4	12.9	8.6	11.1	15.8	11.5	7.2	7.2	0.4
	60대 이상	(234)	31.6	13.2	10.7	8.5	9.4	4.3	9.0	13.2	0.0

[부표 91] 지역의 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 대전시/자치구의 지원_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	자살예방 활동 교육 강화	자살 위험수준 별 연락가능 한 기관 정보 제공	발견한 자살위험 군에게 제공 가능한 서비스 확대	자살예방 활동가를 위한 공동체/정 기모임 구성 및 관리, 지원	필요할 때 바로 공급한 점을 질문할 수 있는 통로 마련	사회적 인정 방안 마련	활동비 지원	자살예방 활동에 대한 적극적인 홍보	기타	
전체	(1,340)	34.3	31.5	26.0	24.9	23.4	21.6	21.6	16.3	0.3	
연령대	20대	(168)	26.8	35.1	35.1	23.8	23.8	25.6	22.6	7.1	0.0
	30대	(393)	27.5	30.5	25.4	27.5	27.5	27.2	27.0	7.4	0.0
	40대	(266)	32.7	30.1	27.8	28.6	26.7	21.8	19.5	12.8	0.0
	50대	(279)	41.2	35.8	26.9	22.2	16.1	13.3	19.4	24.4	0.7
	60대 이상	(234)	44.4	26.9	17.5	20.5	21.4	19.2	16.7	32.5	0.9

[부표 92] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1순위

단위: 명, %

구분	사례수	교육적 인정과 보상	정서적 인정과 보상	경제적 인정과 보상	문화적 인정과 보상	상징적 인정과 보상	사회적 인정과 보상	
전체	(1,340)	29.7	19.0	15.6	13.7	11.2	10.9	
연령대	20대	(168)	19.6	23.2	17.9	16.1	13.1	10.1
	30대	(393)	26.2	17.8	17.3	15.5	13.2	9.9
	40대	(266)	30.5	15.0	15.4	16.9	11.7	10.5
	50대	(279)	31.9	20.4	14.0	8.2	11.5	14.0
	60대 이상	(234)	39.3	20.5	13.2	11.5	5.6	9.8

[부표 93] 자살예방활동 활성화를 위해 필요한 보상_1+2순위

단위: 명, %

구분	사례수	교육적 인정과 보상	경제적 인정과 보상	문화적 인정과 보상	정서적 인정과 보상	상징적 인정과 보상	사회적 인정과 보상	
전체	(1,340)	48.3	37.7	31.0	29.1	27.2	26.8	
연령대	20대	(168)	33.3	38.1	36.3	34.5	30.4	27.4
	30대	(393)	46.3	38.9	33.1	30.0	30.5	21.1
	40대	(266)	48.9	39.8	30.5	25.6	29.7	25.6
	50대	(279)	52.7	36.9	25.8	27.2	24.0	33.3
	60대 이상	(234)	56.4	33.8	30.3	29.9	20.1	29.5

[부표 94] 지역의 자살예방활동 활성화를 위한 방안

단위: 명, %

내용	빈도	비율
전체	631	100.0
자살예방교육 활성화	100	15.8
적극적이고 다양한 홍보	96	15.2
주변에 대한 지속적 관심	68	10.8
충분한 대화, 소통, 교류	53	8.4
다양한 활동 지원	41	6.5
사회적 모임/단체활동 지원	37	5.9
정기적 교육 실시	32	5.1
자살예방 캠페인	29	4.6
전문기관, 전문인력 확대	27	4.3
자살예방 상담센터 활성화	26	4.1
정부/지자체의 노력과 지원	23	3.6
적극적인 발굴 활동	20	3.2
접근성 높은 상담창구 마련	20	3.2
전문가 대상 교육 강화	19	3.0
체계적 시스템 마련	14	2.2
자살예방활동 강화	13	2.1
자살예방활동에 대한 보상	7	1.1
자살에 대한 인식 변화	6	1.0

* 없음/모름/무응답 제외

제6절 인구사회학적 특성

1. 인구사회학적 특성

[부표 95] 성별

단위: 명, %

구분	사례수	남성	여성	
전체	(1,340)	24.6	75.4	
연령대	20대	(168)	29.2	70.8
	30대	(393)	33.6	66.4
	40대	(266)	25.9	74.1
	50대	(279)	10.4	89.6
	60대 이상	(234)	21.8	78.2

[부표 96] 최종학력

단위: 명, %

구분	사례수	고등학교 졸업 이하	전문대졸 (전문학사)	대졸(학사)	대학원졸(석사)	대학원졸(박사)	
전체	(1,340)	17.1	17.5	55.9	8.7	0.7	
연령대	20대	(168)	4.8	17.9	74.4	3.0	0.0
	30대	(393)	3.8	8.4	80.7	6.4	0.8
	40대	(266)	9.8	18.8	54.1	16.9	0.4
	50대	(279)	26.9	23.3	37.6	10.4	1.8
	60대 이상	(234)	44.9	24.4	24.8	5.6	0.4

[대전광역시사회서비스원 정책연구 2023-5]

대전광역시 자살예방 및 자살고위험군 발굴 모델 개발 연구

발행일: 2023년 12월

발행인: 김인식

발행처: 대전광역시사회서비스원

주소: 대전광역시 중구 보문로 246 대림빌딩 10층(우: 34917)

전화: 042-331-5069

팩스: 042-331-8924

홈페이지: <http://daejeon.pass.or.kr>

ISBN 979-11-92238-39-5

이 책의 저작권은 재단법인 대전광역시사회서비스원에 있습니다.