

2016 서울특별시의회 연구용역 최종보고서

# 서울시 자살예방사업 전달체계 모형 구축에 관한 연구

2016. 12.



**서울특별시의회**  
Seoul Metropolitan Council



# 제 출 문

## 서울특별시의회 의장 귀하

---

이 보고서를 「서울시 자살예방사업 전달체계 모형 구축에 관한 연구」의 최종보고서로 제출합니다.

2016. 12 .

- 과제제안 : 박마루 (서울특별시의회 의원)
- 연구기관 : 사회복지법인 한국생명의전화
- 책임연구원 : 박봉길 (KC대학교 사회복지학부 교수)
- 연구원 : 전석균 (KC대학교 사회복지학부 교수)  
하상훈 (한국생명의전화 원장)  
김연은 (성북종합사회복지관 관장)  
송인석 (등촌4종합사회복지관 관장)  
김성연 (연세대학교 사회복지연구소)
- 보조연구원 : 김도열 (숭실대학교 박사과정)
- 자문위원 : 이문성 (서울특별시의회 보건복지위원회 전문위원)  
백종우 (경희대학교 의과대학 교수)  
강상경 (서울대학교 사회복지학과 교수)  
임우석 (국제신학대학원대학교 상담복지학과 교수)  
주찬희 (서울시립대학교 사회과학연구소 연구원)  
황순찬 (서울시 자살예방센터 센터장)



## 권두언

한동안 급격하게 증가하던 우리나라의 자살률이 최근 몇 년간 정체를 보이고 있습니다. 이러한 현상은 한 생명을 귀히 여기며 자살예방을 위해 묵묵히 자신의 일을 담당해온 수많은 분들의 노력으로 인한 결과라고 생각합니다. 하지만 여전히 우리사회는 자살을 바라보는 사회적 인식이 그리 좋지 않습니다. 언론에서 보도되는 것처럼 전 세계의 전쟁으로 인한 사망자보다 우리나라의 자살사망자 수가 많은 것을 마냥 지켜만 볼 수 없는 것이 지금의 현실입니다. 이러한 문제를 해결해보려는 출발점에서 서울시의회에서는 서울시의 자살예방을 위한 보다 효율적인 방안이 없을지 고민해보기 시작했습니다.

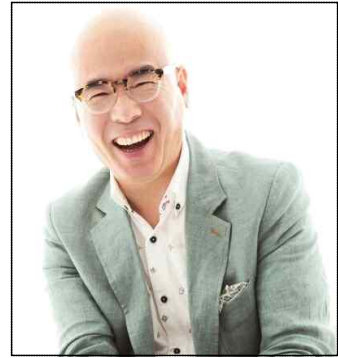
서울시가 지금까지 자살예방을 위해 많은 노력을 해왔지만 개선되어야 할 사항은 없는 것인지? 서울시와 서울시의회가 함께 협력하여 풀어야 할 과제는 없는 것인지? 여러모로 고민하면서 서울시 자살예방 현황을 살펴보면서 연구를 통하여 그 실마리를 조금씩 풀어내보려고 합니다. 생명존중 문화조성과 자살예방을 위해서는 서울시와 서울시의회만의 힘으로는 부족합니다. 서울시민들이 함께 한 마음을 가지고 생명을 살리는 일에 협력해주시길 부탁드립니다.

이번 연구를 통해 단순히 자살자의 숫자를 줄이는 것에 머물지 않고 서울시민의 삶의 애환과 아픔을 담아내고 고통 중에 있는 자살자유가족들의 슬픔을 함께 나누는 시작점이 되었으면 합니다.

어려운 여건에서도 성실하게 연구를 수행해주시고 연구보고서가 나오기까지 수고를 아끼지 않으신 한국생명의전화와 연구책임자 박봉길 교수님께 감사의 말씀을 드립니다. 서울시의회와 서울시는 생명존중 문화를 확산하고 시민들의 자살예방을 위해 누구보다 먼저 발 빠르게 앞장서 나갈 것을 다짐합니다. 서울시의회와 보건복지위원회 의원들은 힘들고 어렵고 아픔이 있는 곳

이러면 어디든지 부지런히 찾아다니면서 슬픔과 고통을 함께 나누고 서로 협력하여 문제 해결을 위해 노력하겠습니다.

생명을 살리는 일, 그 첫 시작을 여러분들과 함께 하겠습니다.



서울특별시의회 의원  
박마루

# 서울시 자살예방사업 전달체계 모형구축에 관한 연구

한국생명의전화  
박봉길

## 요 약

- 연구목적 : 자살예방의 시너지 효과를 위해 자살예방 전달체계 모형구축을 제안하고, 전달체계의 효율적 운영방안을 모색
- 연구방법 : 연구모형 분석 틀, 연구의 범위, 양적 연구와 질적 연구
  - 연구모형 분석 틀 : 통합성, 접근성, 전문성, 책무성을 중심
  - 연구 범위 : 본 연구는 서울시자살예방 전달체계를 연구대상으로 하되, 특히 공공부분의 자살예방 전달체계를 중점 연구범위로 한정
  - 양적 연구 : 서울시 및 25개 기초지자체에서 제출한 예·결산 및 사업 설명자료, 자살예방사업 일반적 현황, 자살예방사업 업무환경 현황, 자살예방콜센터 현황, 관련 법령, 성과계획, 관련 연구기관의 연구보고서, 사망원인통계, 주민등록인구통계, 사회조사 결과, OECD Health Data 등을 빈도분석 했음.
  - 질적 연구 : 자살자 유족을 비롯하여 전달체계 상의 유관기관 및 정책결정자를 대상으로 초점집단인터뷰(FGI)와 개별 심층 인터뷰
- 연구내용
  - 외국의 자살예방 전달체계 사례 분석
  - 서울시 자살률 추이 분석
  - 초점집단 인터뷰를 통한 서울시 자살예방사업 관련 유관기관 및 자살예방 센터 조직체계 간의 전달체계 분석
  - 서울시 자살예방 관련 예산 및 인력 분석
  - 서울시 및 25개 기초지자체의 자살예방 조례 분석

## 요 약

### □ 자살예방 전달체계의 문제점

- 2015년 자살률은 인구 10만 명당 26.5명, 하루 평균 6.3명이 자살로 사망(약 3시간 48분마다 1명꼴로 자살)
- 서울시 자살예방 전달체계의 통합성, 전문성, 접근성, 책무성 등의 결여로 자살예방의 비효율성 발생
- 자살예방 예산 및 인력의 부족 현상으로 자살률 감소의 장애
- 서울시 자살예방 및 생명존중문화 조성 조례에서 수행체계 관련 개정의 필요성이 있음

### □ 자살예방 전달체계의 개선과제

- 서울시 부시장(자살예방위원회: 공공+민간의 공동위원장) → 서울시자살예방센터(컨트롤 타워의 기능과 역할) → 중간거점형위기관리센터(4~5개)와 중간거점형유족지원센터(2개) → 지방자살예방센터
- 자살예방위원회의 위원장을 공공영역과 민간영역에서 각각 1인으로 하여 공동위원장으로 자살예방의 아웃소싱 참여유도
- 중간거점형자살예방센터의 설치는 기초지자체별 자살예방센터의 설치보다 예산 및 인력 절감의 효과가 있고, 대도시형 지역기반 자살예방에 중추적인 역할과 기능이 부여됨으로써 자살률 감소에 효과성 및 효율성이 기대됨.
- 자살예방 관련 예산 배분의 재조정이 필요함 : 서울시자살예방센터에 전체 자살예방사업의 컨트롤타워 역할과 기능을 부여
- 조례의 개정 및 신설이 요구됨 : 자살자유가족의 심리안정지원 및 시설운영방안, 전달체계 구축 방안, 자살예방위원회 구성 및 운영, 자살예방센터의 설치 운영 관련 조례 내용의 개정 및 신설이 요구됨
- 자살률이 특히 높은 몇 개 기초지자체를 1차로 선정하여 시범사업 실시 후 효과성과 효율성 검토 후 체계적 방안으로 중간거점형자살예방센터의 증가를 필요로 함.





# 목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구수행체계	4
가. 연구모형	4
나. 연구범위	5
다. 연구방법	5
II. 자살예방 전달체계에 관한 이론적 배경	9
1. 자살예방 전달체계	9
가. 자살예방 전달체계의 개념	9
나. 자살예방 전달체계의 필요성	10
다. 자살예방 전달체계의 원칙과 기능	11
2. 자살예방 전달체계 모형	17
가. 사회복지전달체계에 관한 정부간관계(IGR) 이론	17
나. 정부간관계(IGR) 이론을 적용한 자살예방 전달체계 모형	19
다. 서울시 자살예방 전달체계 모형 : 정부간관계 이론 적용	22
3. 외국의 자살예방 전달체계 사례	24
가. 미국의 자살예방 전달체계 사례	24
나. 일본의 자살예방 전달체계 사례	29

다. 아일랜드의 자살예방 전달체계 사례 .....	34
<b>4. 우리나라의 자살예방 전달체계 구조 .....</b>	<b>39</b>
가. 우리나라의 자살예방 전달체계 구조 .....	39
나. 우리나라의 자살예방 전달체계 사업내용 현황 .....	40
다. 우리나라의 자살예방 전달체계의 시사점 .....	42
<b>III. 서울시 자살예방 조사결과 분석 .....</b>	<b>46</b>
<b>1. 서울시 자살예방 현황 분석 .....</b>	<b>46</b>
가. 서울시 자살 실태 .....	46
나. 서울시 자살예방 사업 현황 .....	52
<b>2. 질적 연구 및 토론회 결과 분석 .....</b>	<b>70</b>
가. 질적 연구 결과 분석 .....	70
나. 자살예방 정책 토론회 결과 분석 .....	87
<b>IV. 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 .....</b>	<b>92</b>
<b>1. 서울특별시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례 .....</b>	<b>92</b>
가. 자살예방시행계획수립 .....	93
나. 자살예방위원회 구성 및 운영 .....	94
다. 지역사회 협력체계 구축 .....	96
라. 지방자살예방센터의 설치 운영 .....	96
<b>2. 자살예방 전달체계 구축을 위한 시사점 .....</b>	<b>98</b>
가. 자살예방 전달체계와 협력체계의 조정 필요성 .....	98
나. 자살예방위원회 구성의 다양성 .....	98

다. 협력적 전달체계 구축의 필요성 .....	98
<b>3. 자살예방 전달체계 모형의 종합분석 .....</b>	<b>99</b>
가. 현행 서울시 자살예방 전달체계 모형의 문제점 .....	99
나. 외국사례의 자살예방 전달체계 모형의 시사점 요약 .....	106
다. 자살예방 서비스 전달체계의 문제점 요약 .....	109
<b>V. 서울시 자살예방 전달체계 모델 제시 .....</b>	<b>110</b>
<b>1. 중간거점형 위기관리센터 모델 .....</b>	<b>110</b>
가. 개요 .....	110
나. 조직 운영 .....	110
<b>2. 중간거점형 유족지원센터 모델 .....</b>	<b>111</b>
가. 개요 .....	111
나. 조직 운영 .....	111
<b>3. 서울시 및 중간 거점형 자살예방센터 전체 인력 구성 .....</b>	<b>113</b>
<b>4. 서울시자살예방센터 전체 전달체계 모형 .....</b>	<b>114</b>
<b>5. 서울시자살예방센터 간 전달체계 .....</b>	<b>115</b>
<b>6. 지역밀착형 거점형태 자살예방센터의 장·단점 .....</b>	<b>115</b>
가. 장점 .....	115
나. 단점 .....	115
<b>VI. 결론 및 제언 .....</b>	<b>117</b>

1. 결 론 .....	117
가. 자살예방 인력 .....	117
나. 자살예방 예산 .....	118
다. 자살예방사업 .....	119
라. 전달체계 .....	121
마. 자살예방 조례 .....	122
2. 제 언 .....	124
가. 서울시자살예방 조례 .....	124
나. 서울시 기초지자체 자살예방 .....	124
다. 자살예방 예산 .....	126
라. 전달체계 구축 .....	126
참고문헌 .....	128
부록 1. 서울시자살예방센터 인력산정과 업무분석 .....	133
1. 서울시자살예방센터 인력산정 .....	133
2. 서울시자살예방센터 업무분석 .....	134
가. 서울시자살예방센터 팀별 업무량 분석결과 .....	134
나. 유족지원팀의 단위 업무분석결과 .....	135
다. 위기관리팀의 단위 업무분석결과 .....	136
라. 마음이음상담팀 업무현황 .....	138
부록 2. 연구 참여 동의서 .....	141

## 표 목차

〈표 1-1〉 초점집단 인터뷰 대상자 목록 .....	6
〈표 2-1〉 중앙정부와 기초지자체의 역할 분담 .....	40
〈표 2-2〉 미국, 일본, 아일랜드, 한국의 자살예방 전달체계 비교 .....	43
〈표 3-1〉 서울시 자살자 수 및 자살률 추이: 2001-2015년 .....	48
〈표 3-2〉 사망 원인 순위 변화 : 2001-2015년 .....	48
〈표 3-3〉 서울시 최근 3년 간 연령대별 및 성별 자살률 .....	50
〈표 3-4〉 서울시자살예방센터의 인력 운영 현황 .....	53
〈표 3-5〉 25개구 자살예방 예산 현황 : 2014-2016년 .....	55
〈표 3-6〉 25개 기초지자체 보건소 자살예방 담당 인력 현황 .....	59
〈표 3-7〉 기초정신건강증진센터 인력 현황 .....	60
〈표 3-8〉 자살예방관련 인력의 근무지 변동 현황 .....	61
〈표 3-9〉 25개구 보건소 자살예방 예산 현황 : 2014~2016년 .....	61
〈표 3-10〉 25개 기초정신건강증진센터 예산 현황 : 2014~2016년 .....	62
〈표 3-11〉 기초지자체 보건소의 보편적 예방사업 홍보물 소요예산 비율 .....	63
〈표 3-12〉 지역사회 응급출동 현황 : 2014~2016년 .....	64
〈표 3-13〉 시립병원 응급입원 현황 : 2014~2016년 .....	65
〈표 3-14〉 소비자 참여 현황: 2014~2016년 .....	66
〈표 3-15〉 25개 기초지자체 1차 자살예방 실적 현황 .....	67
〈표 3-16〉 25개 기초정신건강증진센터 상담현황 및 자살고위험군 의뢰 현황 .....	68
〈표 3-17〉 기초정신건강증진센터별 자살자유가족모임 현황 .....	68
〈표 3-18〉 기초정신건강증진센터의 자살자유가족모임 예산 현황 .....	69
〈표 4-1〉 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제5조 개정(안) .....	94
〈표 4-2〉 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제8조 개정(안) .....	95
〈표 4-3〉 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제9조 개정(안) .....	96

〈표 4-4〉 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제11조 개정(안) ....	97
〈부록 표 1〉 마음이음 상담 서비스팀 전화상담 현황 .....	138
〈부록 표 2〉 마음이음 상담 서비스팀 운영 현황 .....	139

## 그림 목차

[그림 1-1] 자살예방 전달체계 모형구축 분석 틀 .....	4
[그림 2-1] Wright 정부간관계 모형 .....	18
[그림 2-2] Wright 정부간관계 이론을 적용한 자살예방 전달체계 모형 .....	20
[그림 2-3] Wright 정부간관계 모형을 적용한 한국 자살예방 전달체계 .....	22
[그림 2-4] Wright 정부간관계 모형을 적용한 서울시 자살예방 전달체계 .....	23
[그림 2-5] 미국 국가자살예방연맹의 조직도 .....	25
[그림 2-6] 뉴욕주 정신건강자살예방사무소 전달체계 .....	27
[그림 2-7] Wright 정부간관계 모형을 적용한 미국 자살예방전달체계 .....	28
[그림 2-8] 일본 자살예방네트워크 .....	30
[그림 2-9] 사이다마현 자살예방 전달체계 사례 .....	31
[그림 2-10] 일본 사이다마현 후지미노시의 자살예방 운영체계 사례 .....	32
[그림 2-11] Wright 정부간관계 모형을 적용한 일본자살예방전달체계 .....	34
[그림 2-12] 아일랜드 자살예방 집행구조 .....	36
[그림 2-13] Wright 정부간관계 모형을 적용한 아일랜드자살예방전달체계 .....	37
[그림 2-14] 중앙정부와 기초지자체 간의 전달체계 .....	39
[그림 3-1] 전국 및 서울시 자살자 수 및 자살률 추이: 2001-2015년 .....	47
[그림 3-2] 서울시의 10대 사망원인 순위 .....	49
[그림 3-3] 서울시 연령대별 자살률 추이 : 2013~2015년 .....	51
[그림 3-4] 서울시 기초지자체별 성별 자살률 비교 : 2015년 .....	52
[그림 3-5] 서울시자살예방센터 업무 조직도 .....	53
[그림 3-6] 최근 3년 서울시 시민건강국 총예산 대비 자살예방 예산편성 비율 .....	54
[그림 3-7] 자살예방 전달체계 개입 스펙트럼 .....	56
[그림 3-8] 서울시와 기초지자체 간의 자살예방 관련 업무 조직도 .....	58



[그림 4-1] 자살예방 전달체계의 문제점 .....	104
[그림 5-1] 서울시 자살예방 전체 전달체계 모형안 .....	114
[그림 5-2] 서울시 자살예방센터와 중간거점형 자살예방센터의 전달체계 .....	115
[부록 그림 1] 서울시 자살예방센터의 팀별 업무량 분석 .....	135
[부록 그림 2] 유족지원팀의 단위 업무별 업무비중 .....	135
[부록 그림 3] 공통업무의 업무비중 .....	136
[부록 그림 4] 통합서비스의 업무비중 .....	136
[부록 그림 5] 위기관리팀의 단위 업무별 업무비중 .....	137
[부록 그림 6] 위기관리팀의 공통업무에 대한 업무비중 .....	137
[부록 그림 7] 마음이음상담팀의 단위 업무별 업무비중 .....	140

# I. 서 론

## 1. 연구의 필요성

자살이란 현실생활에서 발생하는 문제들을 스스로 해결하지 못하고, 인지·정서적으로 취약한 상태에서 현실을 회피하는 방법으로 죽음을 통해 문제를 해결하려는 것이다(Baumeister, 1990). 따라서 자살은 단일 사건에 의해 발생하는 것이 아니라 매우 다양하고 복합적인 원인에 의해 발생하는 것이라 할 수 있으며, 개인의 생명을 빼앗아갈 뿐 아니라 주변 사람들에게 부정적인 영향을 미치는 사회문제이다. 한국의 평균 자살률은 최근 감소하는 추세이지만 2013년 기준 인구 10만 명당 28.7명으로 OECD 회원국 중 리투아니아 다음으로 가장 높았으며, OECD 회원국 평균 자살률(인구 10만 명당 12.0명) 대비 2.2배 높은 수준이다(통계청, 2016; OECD, 2017). 서울시의 경우 자살 사망자 수는 2015년 총 2,301명으로 30년 전(458명)보다 약 5배 이상 증가하였으며, 인구 10만 명당 자살률이 23.2명으로 OECD 회원국 평균 자살률 12명보다 1.9배 높다(통계청, 2016).

이와 같은 통계적 결과로 인해 자살은 더 이상 개인적 차원이 아니라 ‘국가 전체(whole-of-government)’ 또는 ‘지역사회 전체(whole-of-community)’와 함께 해결해야 할 사회적 문제로 인식되었다. 그에 따라 중앙정부는 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」을 제정하여 동법 제4조<sup>1)</sup>에 따라 국가 및 지방자치단체의 자살예방 책무를 수립하였다. 서울시는 「서울특별시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」를 제정하여 동조례 제4조<sup>2)</sup>에 의해 시장의 책무를 법적 근거로 하여 자살예방정책을 실시하고 있다.

자살예방조례에 따라 서울시는 2012년에 5개구(강서구, 관악구, 노원구,

- 
- 1) 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) ① 국가 및 지방자치단체는 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단되는 자(이하 “자살위험자”라 한다)를 위험으로부터 적극 구조하기 위하여 필요한 정책을 수립하여야 한다.  
② 국가 및 지방자치단체는 자살의 사전예방, 자살 발생 위기에 대한 대응 및 자살이 발생한 후 또는 자살이 미수에 그친 후 사후대응의 각 단계에 따른 정책을 수립·시행하여야 한다.
  - 2) 「서울특별시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례」 제4조(시장의 책무) 서울특별시장(이하 “시장”이라 한다)은 생명존중 사상을 고취하고, 자살위험자나 자살시도자 등을 그 위험으로부터 적극 구조하기 위해 사전 예방대책에 중점을 두고 필요한 정책을 수립·시행하여야 한다.

은평구, 성북구)를 중심으로 자살예방시범사업을 실시하였고, 2013년부터 전체 25개 기초지자체를 대상으로 자살예방 사업을 전면적으로 확대하였으나 가시적인 효과가 나타나지 못하고 있는 실정이다. 따라서 자살률 감소를 위한 서울시의 자살예방 정책은 인력과 조직운영의 확대를 위해 상당한 예산 투입이 예상되며, 부처 간 협의 과정이 필요한 상태이다. 특히 조직과 인력구조는 전달체계와 관련이 있다. 전달체계란 서비스의 공급자간 또는 공급자와 수요자 사이를 연결시키는 '조직'과 '인력구조'를 의미한다(송재성, 2005). 그러므로 전달체계의 개편은 자살예방 정책의 성패를 좌우하는 중요한 토대가 될 것이다. 자살예방 전달체계가 중요한 이유는 자살예방 소비자(자살시도자 또는 자살자유가족)와 서비스를 제공하는 다양한 형태의 기관과 인력 등이 상호작용하는 실질적인 절차이기 때문이다. 따라서 자살률 감소의 효과성과 효율성을 결정하는 가장 핵심적인 요인에 해당하는 자살예방 전달체계의 개편이 없다면, 향후 투입될 방대한 자원과 자원이 적절하게 소비자에게 전달될 수 있는지에 대한 책무성이 더 큰 정책적 문제로 대두될 수 있다.

현재 자살예방 서비스는 공적 전달체계와 민간 전달체계의 협조로 제공되고 있다. 자살예방을 위한 공적 전달체계는 보건복지부 → 광역자치단체 → 기초지자체 등 수직적 체계로 구축되어 있는 행정체계를 중심으로 되어 있다. 자살예방서비스는 지방자살예방센터와 기초정신건강증진센터의 민간위탁 전달체계와 보건소의 공적 체계의 협조로 서비스를 제공하고 있다.

자살예방 서비스는 서비스 욕구 대상자의 개별성에 대응하여 제공되어야 하지만 현실적으로는 자살예방 서비스 대상자의 욕구 파악 및 서비스 연계 등에 대한 공적 전달체계의 역할이 미미하고, 민간 전달체계에 대한 관리 및 감독 기능만 작동하고 있어서 공·공, 민·관 간에 더욱 긴밀하고 유기적인 전달체계가 구축될 필요가 있다.

서울시의 자살예방 서비스 정책은 기초지자체의 직속기관인 '보건소'를 대상으로 하는 공적 전달체계와 서울시 산하 서울시자살예방센터를 민간에 위탁하여 운영하는 혼합 전달체계를 구축하고 있다. 현행 사회복지서비스 전달체계는 시군구 및 읍면동 단위까지 통합되어 있지만, 중앙정부의 역할과 시도·광역시-시군구 지방권한 이양에 따른 역할관계의 모호함 때문에 자살예방사업의 전달체계 및 기능수행에서도 비효율성의 문제점이 노출되고 있다. 이와 같은 문제점은 서울시와 25개 기초지자체 간의 자살예방정책에서도 여실히 드러나고 있다. 서울시가 25개 기초지자체에 자살예방 관련 예산을 지원하고 있으나 공적 전달체계와 관련하여 관리·감독 기능이 모호하고, 서울시자살예방센터와 25개 기초지자체의 자살예방사업의 실질적 협조관계가 미흡하여 자살예방

서비스의 통합성, 접근성, 전문성, 책무성 등이 결여되어 조직과 인력구조의 운영의 문제점이 노출되고 있다.

현행 서울시 자살예방정책의 효과성과 효율성을 높이기 위해서는 자살예방사업 전달체계 모형이 새롭게 구축할 필요가 있다. 즉, 서울시의 자살예방사업은 공과공, 공과민 간의 유기적인 연계가 이루어지는 전달체계가 구축되어야 한다. 그러나 현재 서울시는 자살예방서비스 전달체계가 미미한 상태에서 민간과 공공은 각각 본연의 업무수행에 중점을 두고 있는 실정이다. 더욱이 서울시와 기초지자체, 자살예방 서비스 기관간의 분절성과 모호한 전달체계로 인해 비효율적인 자살예방사업이 이루어지고 있는 실정이다.

따라서 본 연구에서는 전달체계의 모형구축을 위해 우선적으로 고려되어야 할 전달체계의 원칙 중에서 통합성, 접근성, 전문성, 책무성을 중심으로 현 상황을 분석하고자 한다. 이를 통하여 서울시 자살예방 전달체계의 모형 구축 제안 및 전달체계의 효율적 운영방안을 모색할 것이다.

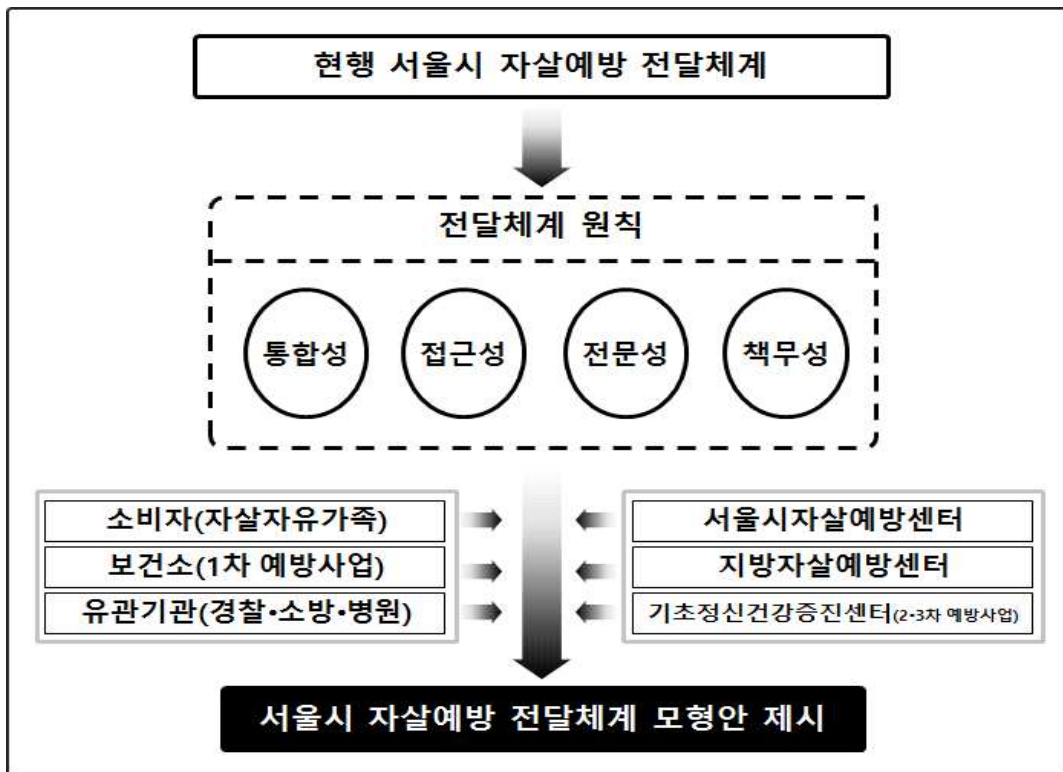
## 2. 연구수행체계

### 가. 연구모형

자살예방 전달체계 구축의 최대 목적은 자살률 감소이다. 따라서 자살예방 전달체계모형의 구축에 있어서 중요한 원칙은 조직 및 서비스의 구성 원칙에 해당하는 ‘통합성’, ‘접근성’, 인력의 ‘전문성’, 그리고 서비스 제공 과정의 운영 원칙에 해당하는 ‘책무성’이라고 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 자살예방 전달체계 모형구축의 구성 원칙을 통합성, 접근성, 전문성, 책무성을 중심으로 서울시의 자살예방 전달체계 모형을 제시하고자 한다((그림 1-1) 참고).

[그림 1-1] 자살예방 전달체계 모형구축 분석 틀



## 나. 연구범위

본 연구는 서울시자살예방 전달체계를 연구대상으로 하되, 특히 공공부분과 민간위탁의 자살예방 전달체계를 중점 연구범위로 한정한다.

사회복지 전달체계 관련 문헌적 연구를 살펴보고, 자살예방 전달체계 구축 및 활성화를 위한 모형을 찾아보고자 한다. 문헌 연구는 자살예방 및 전달체계와 관련 있는 국내 논문 및 단행본 등의 자료와 인터넷 자료를 탐색하여 고찰하였다. 자살예방의 실무적 대안을 마련하기 위해 자살예방사업 현장에서 업무를 담당하고 있는 관련 실무자, 서울시 자살예방 정책담당자, 자살자유가족과의 면담을 통하여 그들의 전달체계에 대한 문제점을 찾아보고 효율적인 전달체계의 모형을 알아보았다.

## 다. 연구방법

### 1) 이차자료의 분석

본 보고서에서 활용한 양적 측면의 주요 자료는 서울시 및 25개 기초지자체에서 제출한 자살예방사업의 예·결산 및 사업 설명자료, 자살예방사업 일반적 현황, 자살예방사업 업무환경 현황, 자살예방콜센터 현황, 관련 법령, 성과계획, 관련 연구기관의 연구보고서, 사망원인통계, 주민등록인구통계, 사회조사 결과, OECD Health Data 등이다.

### 2) 질적 연구자료

#### 가) 연구 참여자

질적 연구의 참여자는 자살자유가족 5명, 시립병원·교육청·지방자살예방센터 담당자 3명, 서울시자살예방센터 담당자·기초정신건강증진센터 담당자 4명, 경찰·소방관 2명, 보건소·서울시청 3명이 심층면접에 참여하였다. 지방자살예방센터, 서울시자살예방센터, 기초정신건강증진센터의 참석자는 모두 사회복지사 및 정신건강사회복지사 자격증 소지자였다. 심층면접 연구참여자 2인은 관련분야의 박사 학위 소지자이며, 심층면접에서 녹취록을 담당할 1명은 석사과정 재학 중인 대학원생이다. 질적 연구 대상자에 대한 구체적인 정보는 <표1-1>에 제시된 바와 같다.

〈표 1-1〉 초점집단 인터뷰 대상자 목록

번호	구분	대상	인원	일시	장소
1	유족 FGI	자살자유가족 FGI	5명	2016. 10. 7(금) 19:00-22:00	서울시의회 8층 세미나실
2	유관 기관 FGI 및 개별 심층 인터뷰	유관기관 FGI (시립병원, 교육청, 지방자살예방센터)	3명	2016. 10. 14(금) 14:00-17:00	서울시의회 8층 세미나실
3		유관기관 FGI (서울시자살예방센터, 기초정신건강증진센터)	4명	2016. 11. 4(금) 14:00-17:00	서울시의회 8층 세미나실
4		경찰	1명	2016. 10. 27(목) 9:30-12:00	지구대
5		소방	1명	2016. 11. 1(화) 10:00-12:00	서울소방본부
6	정책 결정자	보건소 1	1명	2016. 10. 14(금) 10:00-12:00	보건소 회의실
7		보건소 2	1명	2016. 10. 17(월) 10:00-12:00	보건소
8		시청	1명	2016. 10. 14(금) 17:00-18:00	시청

#### 나) 연구도구

본 연구는 자살예방 전달체계 모형 구축 방안에 관한 현장 실무자 및 자살자유가족들의 의견 수렴에 초점을 두고 질문을 구성하였다. 면담은 비구조화된 면담방식으로 진행하였으며, 자살예방 서비스 전달체계 모형 구축방안에 관한 영역에서 현장전문가 및 자살자유가족의 의견에 관해 질문하였다.

#### 다) 연구절차

##### (1) 참여자 선정

연구 참여자는 본 연구의 목적에 적합한 견해를 제시할 수 있는 현장전문가와 자살자유가족을 중심으로 의도적인 표집을 하였다. 연구 목적에 부합하는 현장 경험과 연구 경험을 통한 실제적 지식을 바탕으로 자살예방 전달체계 모형 구축방안에 관한 식견을 제시할 수 있는 현장전문가의 선택을 위해 정신보건사회복지사 자격증을 소지하고 서울시자살예방센터 및 지역 기초지자체에서 자살예방을 담당하고 있는 팀장급 이상의 경력을 가진 담당자를 대상으로 선정하였고, 자살자유가족은 자살자 연령을 구분하여 자살자유가족의 다양한 의견을 수렴하고자 하였다. 또한 교육청, 경찰, 소방 경력을 3년 이상 소유하고

자살자 또는 자살시도자에게 서비스를 제공한 경험이 풍부한 대상자로 선정을 하였고, 보건소와 서울시 공무원은 현재 자살예방 관련 담당자로 선정하였다. 연구 참여자에게는 본 연구의 목적을 설명하고 연구참여 서면동의를 얻은 후 면접을 실시하였다(〈연구 참여 동의서〉 부록2 참조).

### (2) 면담 질문지 작성

면담을 실시하기 전 연구 목적에 적절한 토의를 끌어내기 위한 핵심 질문은 응답의 유형이나 방식을 제시하지 않는 개방형 질문으로 하였다. 질문의 내용은 객관적이고 분명한 용어를 사용하여 제시하였으며, 인터뷰를 실시하기 전에 본 연구의 참여자가 아닌 현장 전문가 2인을 예비 면담 대상으로 하여 질문 내용을 3일 전에 메일로 발송하여 미리 생각할 수 있도록 하였다. 예비면담은 약 60~90분가량 소요되었으며 면담 내용은 참여자들의 동의하에 녹음되었다.

### (3) 면담 실시

면담은 2013년 10월 5일부터 11월 26일까지 연구자가 직접 동질성 집단을 구성하여 심층면담으로 시간제한을 두지 않고 실시하였다. 1회의 면담에 소요된 시간은 최소 120분에서 최대 150분으로 다양하게 진행되었으며, 참여자의 답변에 따라 추가적인 질문이 더해진 경우는 면담 시간이 길어졌다. 면담 진행 시 질적 면담의 특성을 살려 면담지에 기재된 질문의 순서와 상관 없이 면담 참여자가 자유롭게 의견을 제시할 수 있도록 하였다. 면담 일정과 장소는 연구 참여자의 의견에 따라 개별적인 대화가 가능한 곳으로 참여자의 사무실, 서울시 의회 회의실 등에서 실시하였고, 면담이 진행되는 동안 면담 내용은 사전 동의하에 모두 녹음되었다. 면담을 실시하는 과정에서 연구 참여자들이 편안한 분위기에서 의견을 이야기 할 수 있도록 연구 참여자의 경험과 연구자의 현장 경험 및 연구의 의의를 상호 교환하면서 라포(rapport)를 형성하기 위해 노력하였다. 또한 본 연구 과정에서 기초정신건강증진센터에서 자살예방을 담당하고 있는 팀장급 이상의 정신건강전문요원을 초청하여 자살 예방 전달체계 모형구축을 위한 토론회를 실시하였다. 토론회에서는 연구자의 회의진행으로 토론회에 참석한 정신건강전문요원들이 자유롭게 전달체계 모형구축에 대한 의견을 발표하도록 하였다.

#### 라) 모형을 위한 실증 분석

질적 연구의 질문 내용은 자살자유가족에게 1) 가족의 자살 요인, 2) 가족의 자살로 인해 경험한 신체적, 심리적, 경제적, 가족적, 사회적 영향, 3) 자



살자유가족이 경험한 자살 예방, 개입, 사후개입 등이다. 그리고 자살자유가족, 유관기관 및 정책결정자에게 공통으로 질문한 내용은 자살예방을 위한 1) 통합성, 2) 접근성, 3) 전문성, 4) 책무성을 중심으로 심층면접을 하였다.

본 보고서의 I장에서는 연구의 필요성과 연구방법을 중심으로 작성하였다. II장에서는 자살예방 전달체계의 이론적 배경을 중심으로 관련된 외국사례를 분석하고 벤치마킹을 하였다. III장에서는 서울시의 자살실태와 서울시자살예방센터의 기존사업을 정리·분석한 후, 서울시자살예방사업의 현황과 초점집단면접 및 정책토론회 결과를 분석하였다. IV장에서는 이론적 근거를 중심으로 서울시자살예방사업의 분석결과에 대한 서울시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례 개정에 대한 근거를 제시하였고, V장에서는 전달체계의 모형(안)을 제시하였다. 마지막으로 VI장에서는 본 연구의 결과에 따른 정책적 과제로 자살예방 및 생명존중문화 조례의 개정을 제안하였고, 실천적 과제로 자살예방을 위한 예산지침에 대한 방안에 대하여 논의하였다.

## II. 자살예방 전달체계에 관한 이론적 배경

자살예방은 중앙정부(보건복지부), 광역지자체, 기초지자체 간의 유기적인 협력에 의한 전달체계를 필요로 한다. 특히 자살예방 전달체계는 조직체계간의 연계성, 인력, 자원의 분배 등을 중심으로 자살예방의 효과성과 효율성을 결정하는 핵심적 요소이기 때문에 자살예방 정책의 성과를 좌우하는 중요한 토대가 된다. 따라서 본 장에서는 우선적으로 자살예방 전달체계의 중요성을 제시하기 위해 전달체계의 개념과 필요성에 대한 이론적 배경을 고찰하였다. 다음으로는 외국의 선진 자살예방 전달체계를 검토하여 우리사회의 자살예방 전달체계와 비교한 후 서울시의 자살예방 전달체계의 개편을 위한 당위성에 대한 논리적 근거를 확보하였다.

### 1. 자살예방 전달체계

#### 가. 자살예방 전달체계의 개념

전달체계(delivery system)란 사회에서 서비스 제공자와 이용자 사이에 그리고 서비스 제공자들 안에 존재하는 조직적 배열이나 조직체계와의 서비스 이동통로를 의미한다(지은구, 2016; Gilbert & Terrell, 2005). 즉 전달 체계란 서비스 공급자와 소비자를 연결시키기 위한 조직적 연결로 정의할 수 있는데, 이는 다수의 조직과 행위자들이 맞물려 소비자에게 서비스를 전달하는 과정에서 발생하는 효과성 및 효율성을 의미한다. 전달체계에서 발생하는 문제는 정책의 가시적인 효과가 단기간에 나타나지 않고, 인력과 조직의 유지와 확대를 위해 상당한 예산이 투입되어야 하며, 부처간 협의 과정이 필요하다는 것이다(홍인정, 2010).

전달체계 구축의 문제점과 관련하여 길버트와 테렐(Gilbert & Terrel, 2005)은 분절성(fragmentation), 단절성(discontinuity), 무책무성(unaccountability), 비접근성(inaccessibility)을 지적하였다. 분절성과 단절성은 정책집행자로서의 일선의 행정직원, 사회복지전문가, 그리고 복지의

수요자인 고객 간에 보다 밀접한 관계가 이루어지지 않기 때문에 고객이 서비스 이용에 어려움을 겪을 경우에 발생한다. 또한 무책무성은 의사결정에서 고객의 욕구와 이익에 무감각하거나 다수의 서비스 제공자가 맞물려 서비스의 효과성과 효율성에 대한 책임소지가 불분명한 경우에 해당된다. 비접근성은 지역사회와 가장 밀접한 곳에서 필요한 서비스가 이루어지지 못하는 상태에 초점을 두고 있다.

이러한 전달체계는 모든 공공과 민간 기관이 정책에 따라서 그 조직에 속해 있는 인력이 수요자에게 어떤 서비스를 제공하느냐를 결정짓게 되는 것이므로 행정조직체계를 효율적으로 수행하기 위해서 필수적임을 알 수 있다(김기현, 2013). 결국, 지역사회 자살예방 전달체계란 사회 또는 지역사회에서 자살예방 관련 조직체계가 외부 환경으로부터 각종 자원(인력, 예산, 전문성, 수요자 등)을 투입하여 수요자와 상호관계 속에서 자살예방서비스를 전달하고, 전달된 서비스의 목표달성을 평가하여, 그 효과성과 효율성을 분석하는 일체의 모든 과정이다.

## 나. 자살예방 전달체계의 필요성

### 1) 구조 기능적 차원

전달체계는 구조기능상으로 보면 행정체계와 집행체계로 구분될 수 있다(성규탁, 1992). 자살예방 전달체계 또한 두 체계로 구분할 수 있다. 행정체계는 조직구조에서 서비스 전달을 기획, 지원 및 관리하는 것을 의미하며, 집행체계는 전달자가 이용자와 상호접촉을 가지면서 서비스를 직접 전달하는 것을 의미한다. 따라서 자살예방 전달체계는 관련된 기관들과 전체적 정책흐름 및 네트워크 구축이 되어 있어야 한다. 자살을 예방하기 위한 안내에서부터 자살 시도자에 대한 개입과 자살자유가족에 대한 개입에 이르기까지 다양한 서비스를 동시에 필요로 하는 경우가 있을 수 있기 때문이다.

### 2) 운영 주체적 차원

자살예방 전달체계는 운영주체에 따라서 공공 전달체계와 민간 전달체계로 구분될 수 있다. 공공 전달체계는 정부(중앙 및 지방)나 공공기관이 직접 관리·운영하는 것을 말하고, 민간 전달체계는 민간(또는 민간단체)이 직접 관

리·운영하는 것을 말한다(최성재·남기민, 2016). 따라서 여러 조직들의 행정적인 집행이 되어 있어야 하며, 이는 비용절감과 효과적인 통제 그리고 각종 서비스의 효과적인 연계가 가능할 수 있다. 또한, 서비스를 통합하여 하나의 조직에서 관장하며, 필요한 서비스를 제공하는 것은 수혜자의 편에서 보면 시간과 절차상 유리할 수 있다.

## 다. 자살예방 전달체계의 원칙과 기능

### 1) 자살예방 전달체계의 원칙

자살예방 전달체계의 원칙을 살펴보기 위해 일반적인 사회복지 서비스 전달체계의 구축에서 고려되어야 할 원칙을 기준으로 살펴보고자 한다. 전달체계의 원칙은 사회복지행정이 지향하는 이념을 구현하기 위하여 전달체계가 갖추어야 할 필수적인 요소로서, 크게 전달체계의 구성원칙과 운영원칙으로 구분된다(홍인정, 2010). 구성원칙은 사회복지서비스 전달체계를 새로이 구성하거나 변화시키는 기준이 되는 것으로 통합성, 접근성, 적절성, 전문성의 원칙이 해당된다(최성재·남기민, 2016). 운영원칙은 전달체계가 새롭게 수립되거나 개편된 이후 전달체계 운영과정에서 준수되어야 할 원칙으로 책임성, 계속성(지속성), 평등성이 해당된다(김통원, 2005). 신설되거나 변화된 사회복지전달체계의 운영과정에 대해 이러한 원칙을 구현하고 있는가를 평가하는 것은 매우 중요하다. 본 연구에서는 서울시 자살예방 전달체계 모형 구축을 위한 원칙을 통합성, 접근성, 전문성, 책무성을 중심으로 살펴보고자 한다.

#### 가) 통합성(unification)의 원칙

통합성과 반대 의미인 분절성(fragmentation)은 연관되는 서비스 제공기관들이 지역의 여러 곳에 산재되어 있거나, 다수의 공급자가 존재하지만 그들 간의 연계나 조정이 이뤄지지 않는 상태(박능후·민소영, 2008), 즉 서비스 프로그램들이 전달체계 내에 존재하고 있으나 이들 간의 연계가 통합되지 못하고 파편으로 되어 연계를 어렵게 하는 조건들이나 불확실성이 있으므로 발생한다(김영중, 2010). 수요자의 문제는 매우 복합적이고 상호 연관되어 있기 때문에 이러한 문제의 해결을 위한 서비스들도 서로 연관시켜 통합적으로 제공해야 한다. 한 수요자의 각각 다른 문제들을 해결하기 위한 서비스들이 서로 연결성 없이 제공된다면 수요자를 조각으로 분리하는 것과 같다. 서비스가 통합적으로 제공되기 위해서는 한 행정 책임자 아래 서비스들이 제공되고

서비스 제공 장소들이 지리적으로 서로 가깝고 서비스 프로그램 간 또는 서비스 조직 간에 상호 유기적인 연계와 협조체제가 갖추어져 있어야 한다. 자살 예방 전달체계에서도 기관 간의 연계성이 취약하여 분절이 발생하기도 하며, 특정 문제나 욕구에 서비스가 치우치게 되는 경우가 있다. 예를 들어, 자살예방은 예방, 개입, 사후개입으로 구분할 수 있는데, 예방사업에 예산과 인력을 지나치게 투입을 할 경우, 개입과 사후개입 서비스가 존재하지 않는 경향을 만들어 낼 수도 있다.

[인터뷰 내용]

“자방도……. 저희도 나가요. 경찰 분들이 떠오르는 대로 전화를 하나 봐요. 어떤 때는 자살예방센터에 전화해놓고 우리한테 왜 안 오냐고 항의했어요. 그래가지고 헛갈려요…….”

“저희가 (경찰관에게) 얘기는 해요. 혹시 정신질환이 의심되시면 저희(정신건강센터)한테 연락 주시고 그게 아니면 자살예방센터에도 연락을 하셔도 된다고 해요.”

#### 나) 접근성(accessibility)의 원칙

접근성이란 자살예방서비스에 대한 수요자의 접근이 용이하면서, 필요로 하는 대상들이면 누구나 쉽게 자살예방서비스를 받을 수 있어야 함을 뜻한다(서재호, 2008). 특히 자살과 관련된 문제는 그 위기의 시급성 때문에 더욱 중요하다. 수요자가 서비스에 접근하는 데는 여러 가지 장애요인이 있을 수 있다. 주요한 장애요인으로는 서비스에 관한 정보의 결여나 부족, 지리적 장애(원거리 또는 교통의 불편 등), 심리적 장애(자신의 문제 노출에 대한 두려움, 수치감 등), 자원부족 등으로 비접근성(inaccessibility)이 발생할 수 있다(최성재·남기민, 2016; Gates, 1980). 따라서 자살예방 전달체계는 가능하면 이러한 장애요인들을 제거하여 수요자가 서비스의 제공 장소에 쉽게 접근하여 서비스를 받을 수 있도록 설계되어야 한다.

[인터뷰 내용]

“네 어떤 형태든 어떤 유족이 발생했을 때 저희가 정말 쉽거나 와서 도와준 다던지. 누군가가 뭔가 필요한데 그게 없어서 혼자 막 뭐 못 헤쳐 나가면 그냥 주저앉아서 그 가정은 붕괴되고 해체되면, 사회문제가 되는 거예요. 이게……. 그런데 지금은 쉽거나 같은 것이 없으니 너무 막막하더라고요”

다) 전문성(professionalization)의 원칙

전문성은 사회복지서비스 전달체계의 인적구성요소와 관련된다. 자살예방의 업무는 반드시 전문가가 담당해야 한다는 원칙이다. 사회복지 분야의 종사자는 전문성의 정도에 따라 전문가, 준전문가, 비전문가로 구분될 수 있다(최성재·남기민, 2016). 여기서 전문가란 상식적으로 생각하는 경험과 지식이 많은 사람이 아니라 객관적으로 자격이 인정된 사람(국가나 전문 직업단체의 시험 또는 기타 자격심사에 의하여 자격증을 부여받은 사람)으로 자신의 전문적 업무에 대한 권위와 자율적 결정권 및 책임성을 지닌 사람을 말한다. 자살예방의 업무에 있어서는 의사, 간호사, 정신건강사회복지사, 소방관, 경찰관 등이 참여하고 있다. 업무의 성질상 전문성을 덜 필요로 하는 것은 준전문가가 담당하고 비숙련 업무 및 일반 행정업무는 비전문가, 또는 경우에 따라서는 자원봉사자가 담당하도록 되어야 한다. 자살예방 서비스의 효과성과 효율성을 위해서도 이러한 원칙은 반드시 지켜져야 할 것이다.

[인터뷰 내용]

“병원에 입원 여러 번 했죠. 지금 애들 다 가고 난 뒤에 돌이켜서 생각을 해보면, 조금 차도가 있어 보이면 집으로 와. 와가지고 정상적인 생활을 해요. 하는데 이제 스트레스. 아무것도 아닌 걸로 이제 스트레스를 받는 거야. 받으면 진짜 또 재발이 되는데 중요한 거는 놓치고 난 뒤에 생각을 해 보면 체념을 한 거야……, ”난 죽을 것이다“라고 하면서 약도 안 먹고 참 잘해요. 잘해요. 참견도 많고 부탁할 것도 많고 그게 이제 죽으려고 맘먹은 거야. 체념을 한 거지. 그걸 우리는 병이 다 낫다고 생각을 한 거지.”

라) 책무성(accountability)의 원칙

책무성은 전달체계의 운영과정에서 준수되어야 할 원칙이다. 자살예방 전달 체계에서의 조직은 국가 또는 사회가 시민의 권리로 인정한 자살예방 서비스를 전달하도록 위임받은 조직이므로 해당 서비스 전달에 대한 책무성을 가져야 한다(최성재·남기민, 2016; Hasenfeld, 1983). 책임을 져야 할 주요 내용은 수혜자의 욕구에 대한 적절한 대응, 전달절차의 적합, 그리고 서비스의 전달과정에 있어서 불평과 불만에 대한 수렴장치의 적합 등이 이에 해당된다(서재호, 2008). 즉 자살 관련 문제를 가지고 있는 수혜자(서비스 대상자 또는 소비자)가 자신들의 불편한 점들을 교정할 수단을 갖고 있지 못하거나, 또한 여러 전달체계 간의 서비스 제공자가 엮여 있어 책임을 규명하기 어려운 경우에 무책임성(unaccountability)의 문제가 발생한다.

### [인터뷰 내용]

“조례에 상담의무조항이 있으면 개인정보지만 저희가 통보를 할 수가 있잖아요. 네. 그래서 보면 우리가 여기서 귀가를 시키더라도 우리가 이제 이 사람에게 대해서 이름, 연락처 기초적인 거를 통보를 해주면 그 분들이 상담을 해주는 거죠. 가장 기초적인 주소나 이런 거. 그러면 그 사람들이 그 때 당시에 그런 일이 있었는데 그걸 조금이라도 해소가 되면 2차, 3차 자살하려는 시도가 없어질 수가 있죠.”

## 2) 자살예방 전달체계의 기능

자살예방 전달체계의 기능을 행정기능과 서비스 제공기능으로 나눈다면 행정기능은 서비스의 전달업무를 원활히 하기 위한 기능이고 서비스 제공 기능은 수요자의 욕구에 응하여 서비스를 직접 제공하는 기능이라 할 수 있다. 자살예방 전달체계가 그 기능을 제대로 발휘하지 못하면 서비스의 중복이나 자원 낭비 등의 역기능을 초래할 수 있다. 따라서 자살예방 전달체계가 제대로 그 기능을 발휘하기 위해서는 해당기관과 관련기관들이 그들의 역할을 원만히 수행해야 할 것이다.

한편, 자살예방 전달체계 조직은 서비스 이용자를 돕기 위한 업무를 수행해야 하는데 이에 따른 기능으로서 4가지가 있다(박경숙 2003; 김태성, 1992). 첫째, 투입기능으로서 전문적인 자살예방 서비스를 필요로 하는 이용

자의 문제를 해결하기 위해 이용 가능한 서비스에 대한 홍보와 교육을 하는 것은 지역사회에 있는 다른 복지기관과 협력하는 기능을 의미한다. 둘째, 책임 기능은 자살예방 서비스 이용자의 문제를 정립하고 이용 가능한 자원을 찾아 내며 이를 활용하도록 도와주어야 하며, 필요하다면 타 기관에 의뢰하고 그 기관이 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 보장해 주며 문제가 발생했을 때에는 서비스를 받을 수 있는 이용자의 권리를 보장하기 위하여 대변인의 역할을 해야 한다. 셋째, 서비스 제공의 기능은 자살 문제로 도움이 필요한 이들에게 필요한 서비스를 제공해 주어야 한다. 넷째, 계획 및 통제 기능은 자살과 관련된 수요자의 욕구와 그 욕구를 충족시킬 수 있는 능력을 평가하는 것과 관련된 기능을 의미한다.

### 3) 자살예방 전달체계 문제의 시사점

개인이 자살로 이르게 되는 과정에서 전달체계의 원칙과 기능은 수요자(고객)에 대한 자살예방의 승패를 가를 수 있다. 전달체계의 이론적 배경을 검토한 결과 현재 서울시 자살예방 전달체계는 통합성, 접근성, 전문성, 책무성에 대해 아래와 같이 시사점을 제시할 수 있다.

첫째는 통합성의 문제점이다. 서울시 자살예방 전달체계는 복합적 원인에 의해 발생하는 자살문제에 대해 선제적으로 대응할 데이터베이스의 구축과 응급출동 시스템을 갖추고 나아가 자살이 확산되는 것을 예방할 수 있는 중앙통제센터 기능과 역할을 수행할 수 있는 컨트롤 타워가 부재하다. 전달체계가 통합적으로 제공되기 위해서 컨트롤 타워의 기능을 가진 한 개의 기관이 중심이 되어 서울시-기초지자체의 자살예방 조직구조 간에 상호 유기적 연계와 협조체계가 갖추어져야 한다.

둘째는 접근성의 문제점이다. 현재 서울시의 자살예방 전달체계는 서울시와 기초지자체의 집행기관간의 기능분배와 관련된다. 즉 자살예방 서비스를 직접 제공하는 일선 기관의 기능이 보다 강화되어 수혜자가 보다 손쉽게 서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이다. 그러나 실제로는 자살예방서비스 제공 및 관련 정보에 대한 접근성이 취약하고 실제 필요한 자살예방서비스의 공급도 부족한 것으로 평가된다(한국행정학회 편집부, 2015; 이채정·김상우, 2013). 따라서 현재의 자살예방 전달체계는 자살자유가족지원, 응급출동, 콜



센터 운영 등 긴급한 상황에서 필요한 지원 서비스가 제대로 이루어지지 않을 경우 서울시의 자살률 감소가 어려울 것으로 시사된다.

셋째는 전문성의 문제점이다. 전문성은 사회복지서비스 전달체계의 인적구성 요소와 관련된다. 따라서 일선 자살예방기관(지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터, 보건소)에서 어느 정도 전문성을 갖춘 인력이 확보되었냐는 자살예방서비스 전달체계의 성공 여부를 가늠하는 잣대가 된다. 서울시와 기초지자체가 충분한 자살예방 전문 인력을 확보해 이들로 하여금 전문적인 자살예방 서비스를 제공하도록 하는 것이 자살예방서비스 전달체계의 전문성을 구현하는 핵심 요소이다. 그러나 현행 인력구조는 기간제, 시간선택제임기제, 민간위탁 고용 유형 등으로 기초지자체별로 다양한 임금유형으로 고용되어 있다. 취약한 임금 및 고용구조는 높은 이직률의 원인이 되며, 그 결과는 전문성확보에 취약할 것이며, 자살예방 서비스의 전문성과 질을 떨어뜨리고 있다. 결국 전문성이 낮은 서비스 공급은 실제 수요자의 자살예방서비스 만족도가 낮을 것이고, 자살예방 전달체계에 대한 신뢰성을 떨어질 것으로 예상된다.

넷째는 책무성의 문제점이다. 서울시는 자살예방사업을 2016년 이전에는 광역정신건강증진센터에서 통합 운영하였으나, 2016년부터 분리 운영하고 있다. 25개 기초지자체의 자살예방 사업은 각 기초지자체 직속의 보건소 산하에 기초정신건강증진센터와 보건소 자체의 1차 예방사업으로 운영되고 있다. 그러나 사회복지 전달체계가 지방정부로 이양하는 과정에서, 그 한 분야로 자살예방정책의 지방분권화 문제로 자살예방에 대한 책임의 소재가 명확하지 않는 것으로 나타나고 있다.

이상과 같이 본 연구에서는 서울시 자살예방 전달체계를 기존의 이론적 배경에 근거하여 통합성, 접근성, 전문성, 책무성을 중심으로 살펴보았다. 그 결과 자살예방서비스 전달체계의 비효율성과 공공-민간위탁 자살예방체계 간의 연계 미흡으로 자살예방정책의 통합성에 대한 문제점이 지적되었으며, 인력과 예산의 부족으로 접근성과 전문성의 문제점이 지적되었고, 사회복지의 지방분권화 및 지방이양사업으로 기초지자체를 중심으로 하는 자살예방 서비스 전달체계이지만 서울시-기초지자체간의 공공영역과 민간위탁 사업에 대한 책임 영역이 명확하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 서울시 자살예방 전달체계는 전반적으로 개편을 고려해야 할 것으로 사료된다.

## 2. 자살예방 전달체계 모형

본 연구에서의 자살예방서비스 전달체계에 대한 모형을 정의 하면 다음과 같다. 자살예방서비스 전달체계는 자살 관련 문제를 가지고 있는 수혜자(서비스 대상자 또는 소비자)에게 제공하는 공공기관과 공공기관 간의, 그리고 공공기관과 민간기관 간의 수직적·수평적 자살예방서비스 전달 업무의 조직체계들이다. 자살예방서비스 전달체계는 공적 자살예방 서비스전달체계와 민간 위탁 서비스 전달체계로 나눌 수 있으며, 공적 서비스 전달체계는 지방정부와 공공기관간의 행정조직을 통해 자살예방 서비스 제공이 이루어지는 것이고, 민간 위탁 자살예방 서비스전달체계는 민간 위탁 자살예방 기관 등을 통해 서비스 전달이 이루어지는 것이라고 정의한다.

### 가. 사회복지전달체계에 관한 정부간관계(IGR) 이론

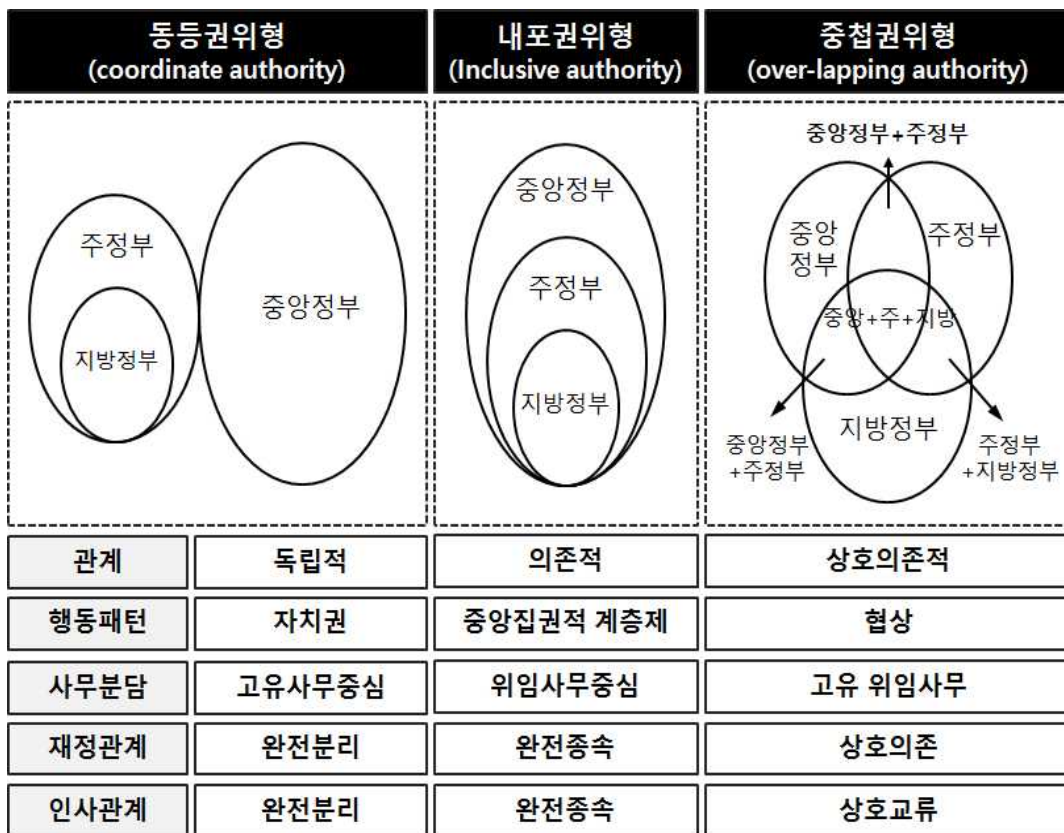
지방자치단체가 실시된 이후 지방정부가 독립된 행정주체로 등장하면서 정부간관계(intergovernmental relations, IGR)는 모든 사회복지서비스 전달 체계에 중요한 관심의 영역이다. 그러나 지방분권화라는 시대적 흐름에도 불구하고 한국 정부간관계가 지향하는 적실성 있는 이론이나 모형은 없다고 할 수 있다(박정민, 2008). 특히 한국의 높은 자살률을 고려할 때, 자살예방 전달체계의 효율적인 운영을 위해서는 중앙정부와 지방정부간의 원활한 협조가 매우 중요하지만, 적정한 자살예방 전달체계 모형이 없는 실정이다. 지방정부는 지역사회기반의 자살예방서비스 전달에 있어서의 행정체계 및 집행체계상 중요한 위치를 담당하고 있다. 그러므로 지방정부역할을 중심으로 자살예방 전달체계 모형에 대한 개선 방안을 모색하기 위해서는 중앙정부와 지방정부간 관계를 재정립하고, 자살예방서비스 전달체계와 관련한 정부간관계가 현재 어떤 모형에 해당하며, 향후 자살예방서비스로 자살예방 전달체계 구축을 위해 어떤 모형으로 나아가야 하는지에 대한 논의가 필요하다.

정부간관계란 ‘한 국가 내에서 중앙정부와 일정 수준의 자율성을 가진 여러 계층의 지방정부들 간에 형성되어 있는 관계’를 의미한다(이진, 2013). 앤더슨(Anderson, 1960)의 경우 “정부간관계란 모든 계층과 모든 형태의 정부 간에 일어나는 상호작용과 행위의 총체”라 하였고, 샤프리츠(Shafritz, 2007)는 정부간관계를 “상급정부가 하급정부와 재정을 포함한 다양한 자원을 나누어 쓰는 재정 및 행정과정”이라 정의하였다. 서성아(2010)는 정부간 관계를 “중앙과 지방을 중심으로 한 모든 정부단위 상호간에 이루어지는 모든

정책분야에서의 상호작용”으로 정의하였다.

정부간관계의 유형을 종합적인 관점에서 설명한 Wright(2007)는 미국의 연방체제 내에서의 중앙정부와 지방정부간의 관계를 동등권위형, 내포권위형, 그리고 중첩권위형 등의 세 가지 유형으로 분석하였다. [그림 2-1]에서 보는 바와 같이, 동등권위형은 연방정부와 주정부가 동등한 권한을 가지고 있고, 지방정부는 주정부에 완전히 종속되는 의존관계를 보이고 있다(Wright, 2007). 즉, 연방정부와 주정부는 동등한 권한을 갖고, 지방정부는 주정부에 귀속되어 있는 형태를 보이며, 주정부의 자치권은 고유한 권리로서 연방정부의 의지에 의해 함부로 축소되거나 침해될 수 없다. 연방정부와 주정부의 기능 또한 상호 독립적이며, 독자적인 사무영역과 처리 권한을 갖고 있기 때문에 연방정부와 주정부가 상호협력 및 상호의존을 할 이유가 없는 상태이다(김병준, 2012). 이 모형은 정부간관계라는 용어자체가 성립하기 힘든 형이다.

[그림 2-1] Wright 정부간관계 모형



자료출처 : Laurence O'toole Jr. (2007)에서 재구성함.

다음으로, 내포권위형은 사실상 연방이 하나의 국가가 되어있고, 주정부가 연방정부 아래 놓인 정부가 되어 있다. 즉, 중앙정부에 광역지방정부(광역자치

단체)가 종속되어있고, 다시 기초지방정부(기초지자체)가 종속되는 형태를 취한다. 중앙정부와 지방정부간의 관계는 수직적이며, 지방정부는 그 기능을 수행함에 있어 중앙정부의 지시와 감독을 강하게 받는다(조창현, 1995). 중앙정부의 감독이 강한 만큼 중앙정부와 지방정부간에 상당한 긴장이 존재할 수도 있으나 권력적으로 수직적 관계가 형성되어 있어 이러한 긴장이 밖으로 표출되지는 못한다(정세욱, 2000). 지방정부의 자치권이 행사될 여지가 없다는 점에서 정부간관계라는 말 자체가 성립하기 힘든 형이라고 할 수 있다(김병준, 2012).

중첩권위형은 연방정부와 주정부, 그리고 지방정부가 모두 제한된 권한을 가지고 있다. 또한 어느 한 정부가 배타적인 권한을 행사하는 영역은 그리 많지 않다(김병준, 2012). 중첩권위형에서 중앙정부와 지방정부는 기능적으로 상호의존관계에 있다. 지방정부는 독자적인 사무와 자치권을 지니며, 이러한 자치권과 사무는 중앙정부에 의해서 존중된다. 그러나 중앙정부는 상대적으로 우월적인 재정력과 정보력 등을 바탕으로 지방정부를 견제하기도 한다. 즉 중첩권위형은 상호 독자성을 지니면서 기능적으로 긴장과 협력, 대화와 타협의 관계를 형성하는 유형이라 할 수 있다(이진, 2013).

따라서 위의 논의를 바탕으로 자살예방 서비스 관련 한국의 정부간관계의 개념을 정의하면, 자살예방 서비스의 정부간관계란 우리나라에서 중앙정부(보건복지부)와 일정한 수준의 자율성을 가진 광역정부(시, 도) 혹은 복수 계층의 기초지자체들(시, 군, 구) 간에 형성되는 상호관계, 행동패턴, 사무분담, 재정관계, 인사관계 등에서 상호작용의 행태 및 행정적 관계의 총체라고 할 수 있다.

## 나. 정부간관계(IGR) 이론을 적용한 자살예방 전달체계 모형

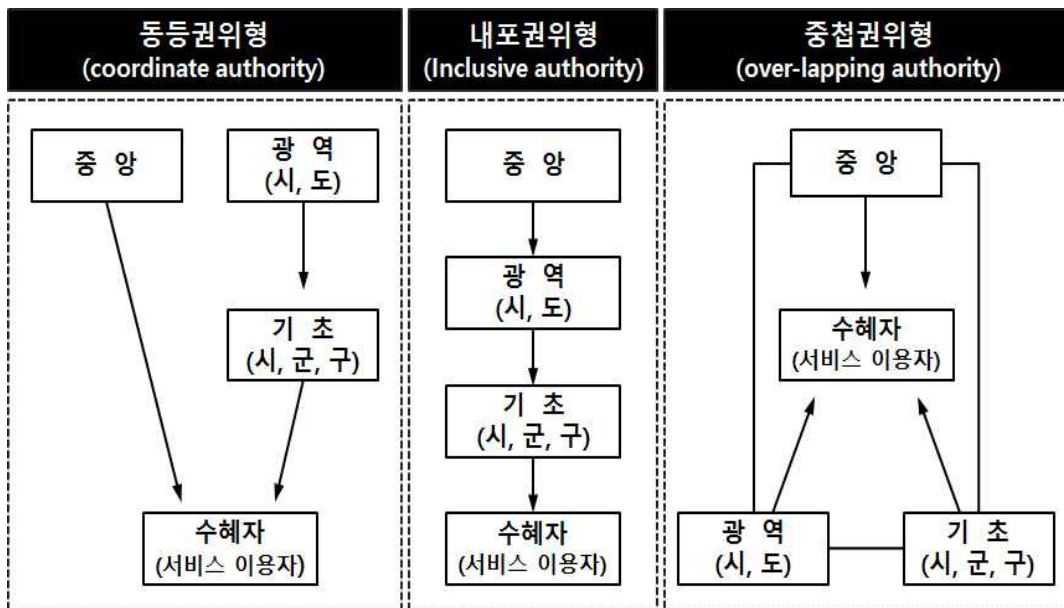
[그림 2-2]는 정부간관계 이론을 자살예방서비스 전달체계에 적용한 모형이다. 동등권위형은 중앙정부와 광역정부가 독자적으로 서비스 이용자에게 자살예방서비스를 제공하는 것이다. 중앙정부는 직접 대상자에게 자살예방 서비스를 제공하고, 광역지방정부는 중앙정부와 무관하게 자살예방정책을 결정하여 기초지자체로 하여금 자살예방서비스를 서비스 이용자에게 제공하게 한다. 이 모형에서 기초지자체는 광역지방정부의 행정기관으로서의 역할을 수행할 뿐 자살예방과 관련된 특별한 독자적인 자치기능이 없다.

내포권위형은 중앙정부에서 결정된 자살예방서비스가 광역정부를 경유하여 기초지자체로 내려오고, 기초지자체는 수혜자에게 전달되는 경로를 가지게 된

다. 이 경우, 광역정부와 기초지자체의 자치권은 최소화된다.

중첩권위형은 중앙정부, 광역정부, 그리고 기초지자체가 독자적으로 서비스 이용자에게 자살예방 서비스를 제공한다. 독자적인 자살예방 서비스를 제공하지만 기능적으로 서로간의 협력체계는 유지한다. 협력관계가 원활한 경우 제공되어야 할 서비스의 공백 및 중복 급여가 최소화된다. 그러나 협력관계가 원활하지 못한 경우 서비스 공백 및 중복급여 발생은 불가피하다. 이 모형에 의한 자살예방서비스 전달의 경우 중앙정부는 일관성 있게 시민에게 자살예방 서비스를 제공할 수 있고, 지방정부는 지역의 경제적 여건 및 지역특성에 맞는 자살예방 서비스를 제공할 수 있다.

[그림 2-2] Wright 정부간관계 이론을 적용한 자살예방 전달체계 모형



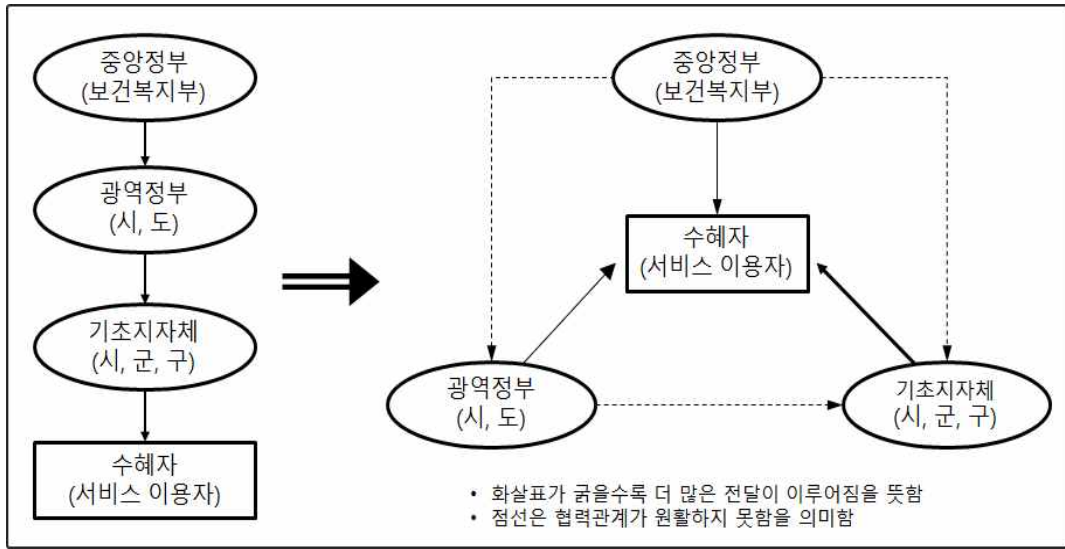
자료출처: 허만형, 『사회복지행정론』, 법문사, 2004. p. 246.

1995년 지방자치제의 실시와 더불어 2004년 「지방분권특별법」 제정, 그리고 2014년 「지방분권 및 지방행정체제개편에 관한 특별법」 제정 등으로 인해 우리나라는 지방정부의 자율성을 점차 강조하고 있다. 그러나 한국 정부 구조는 지방자치제를 표방하면서도 여전히 중앙집권적 성격이 강할 뿐 아니라, 사회복지서비스전달체계에 있어서도 권력 및 기능이 상당부분 중앙정부에 의존되고 있다(이진, 2013). 즉 중앙정부와 지방정부(시도-시군구)의 관계는 아직까지 가장 주요한 기능 중 하나인 재정, 조직, 인사 부분에 있어 종속적인 관계에 있으나, 지방자치단체 출범 이래 계속해서 자율성이 신장되는 추세에 있다(조일형·정성영·권기현, 2013).

이러한 현상은 한국의 자살예방서비스 전달체계에서도 뚜렷하게 나타나고 있다. 한국의 자살예방서비스 전달체계는 보건복지부(2016)의 「지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼」에 의하면 보건복지부(중앙자살예방센터) → 광역정부(보건소: 광역자살예방센터, 광역정신건강증진센터) → 기초지자체(보건소: 지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터)의 상의하달(Top-down) 방식의 전달체계를 제시함으로써 내포권위형을 표방하고 있다. 내포권위형의 경우, 광역정부와 지방정부의 자치권이 최소화된다. 그러나 자살예방 전달체계는 현금급여와 달리 사회복지서비스를 전달하는 것이기 때문에 지역기반 중심의 자살예방 사업을 중앙정부의 위임사무를 처리할 경우 비효율적일 것이다. 따라서 자살예방 서비스 전달체계는 지방정부 중심의 지역기반사업으로 지역특성이나 서비스 이용대상자의 수요욕구를 반영하는 정책을 개발하고 시행하는 업무를 수행해야 한다. 즉 자살예방사업은 기초지자체의 기능과 역할이 강조되어야 하는 사업이다. 따라서 현재 보건복지부가 제시하고 있는 내포권위형의 자살예방 전달체계는 전반적인 가이드라인에 불과하며, 실질적인 사업운영 방식은 중첩권위형에 가까운 모형으로 변화하고 있는 중이라고 평가할 수 있다.

[그림 2-3]은 라이트(Wright)의 정부간관계 이론을 적용하여 구성한 현재의 한국 자살예방 전달체계 모형이다. [그림 2-3]의 왼쪽 그림은 보건복지부에서 「지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼」을 전국 시·군·구에 제시한 내포권위형의 자살예방 서비스의 전달체계 모형이다. 그러나 보건복지부에서 제시된 자살예방 서비스 전달체계는 실질적 전달체계라기 보다는 가이드라인에 불과하다. 실질적으로 한국의 자살예방 서비스 전달체계는 완전히 정착된 모형이 아니지만 오른쪽의 중첩권위형에 가까운 자살예방 서비스 전달체계 모형으로 변화되어 운영되고 있다. 즉 보건복지부는 서울시를 제외하고 전국 시도 및 시군구에 정신건강증진 사업에 포함하여 자살예방 예산을 지원하고 있지만, 전국의 시도 및 시군구는 자살예방 사업을 각각의 지방정부의 고유사업을 실시하고 있고, 인사 관계에서도 상호교류를 할 수 없는 상태이다. 지방분권화와 더불어 자살예방 전달체계 구축에 있어서 기초지자체의 역할이 보다 강화된다면 오른쪽의 중첩권위형이 바람직할 것이다. 분명히 한국의 자살예방 사업은 중앙-광역-기초지자체에서 각각 별도의 전달조직으로써 자살예방센터(기초정신건강증진센터)를 구축하고 있고, 또한 각각의 정부에서 인력, 재정, 사무분담을 거의 독립적으로 운영하고 있다. 즉 자살예방 전달체계는 내포권위형이 아니라, 실질적으로 오른쪽의 중첩권위형으로 운영되고 있기 때문에 정부간관계의 종속관계의 인식적 개념이 아니라, '상호 독자성을 지니면서 기능적으로 협력관계를 형성하는 형태를 갖추어야 할 것'(김병준, 2012)이다.

[그림 2-3] Wright 정부간관계 모형을 적용한 한국 자살예방 전달체계



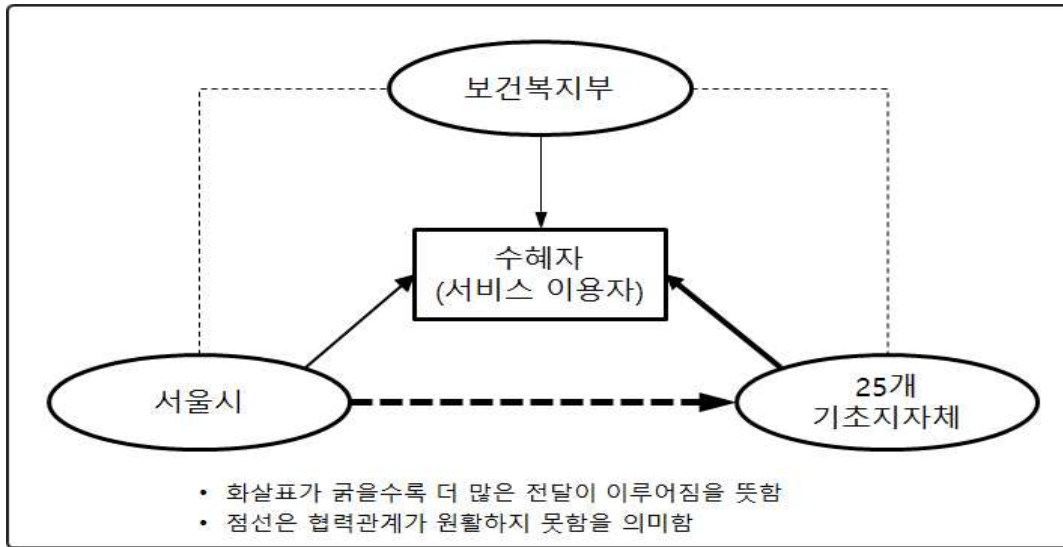
#### 다. 서울시 자살예방 전달체계 모형 : 정부간관계 이론 적용

현행 서울시의 자살예방 전달체계는 라이트(Wright)의 정부간관계 모형을 적용하면 [그림 2-4]과 같다. 서울시의 자살예방 전달체계는 Wright 정부간관계 이론의 중첩권위형에 가까운 모형임을 알 수 있다. 중앙정부(보건복지부)는 서울시에 자살예방 사업안내에 대한 가이드라인 제시를 할 뿐 서울시에 재정, 사무분담, 인사 등 대부분의 분야에서 독립적 운영의 자율권을 보장하고 있다. 즉 서울시는 자살예방 사업과 관련하여 재정과 인사 부분에서는 완전한 독자성을 가지고 자살예방사업을 운영하고 있다. 서울시는 자살예방 서비스 전달을 위해 별도의 전달체계 조직으로 서울시자살예방센터를 민간위탁 운영하면서 자살예방서비스를 일선에 전달하는 기관으로 활용하고 있다. 기초지자체는 서울시로부터 재정지원, 운영지침 및 가이드라인을 일정 부분 지원받고 있지만, 지방분권화 정책에 따라 자살예방사업에 대한 자율권을 가지고 있다. 따라서 기초지자체는 지역특색에 맞는 자살예방프로그램 운영을 시도하고 있고, 자살예방 담당인력의 자격기준과 급여 및 서비스 등 프로그램의 구체적인 기획과 구성을 자체적으로 결정하고 있다. 또한 기초지자체는 보건소에서 기초정신건강증진센터와 지방자살예방센터를 직접운영하거나 민간 위탁 형태의 기관 운영하여 자살예방 서비스 전달 기관으로 활용하고 있다.

그러나 서울시 자살예방 전달체계는 중앙정부(보건복지부), 서울시, 기초지자체간의 협력관계가 원활하지 못한 상태에서 각각 독립적으로 사업을 수행하고 있기 때문에 서비스 제공에 공백이 발생하는 한계점을 가지고 있다.



[그림 2-4] Wright 정부간관계 모형을 적용한 서울시 자살예방 전달체계





### 3. 외국의 자살예방 전달체계 사례

#### 가. 미국의 자살예방 전달체계 사례

##### 1) 미국 자살예방연맹의 조직도 사례

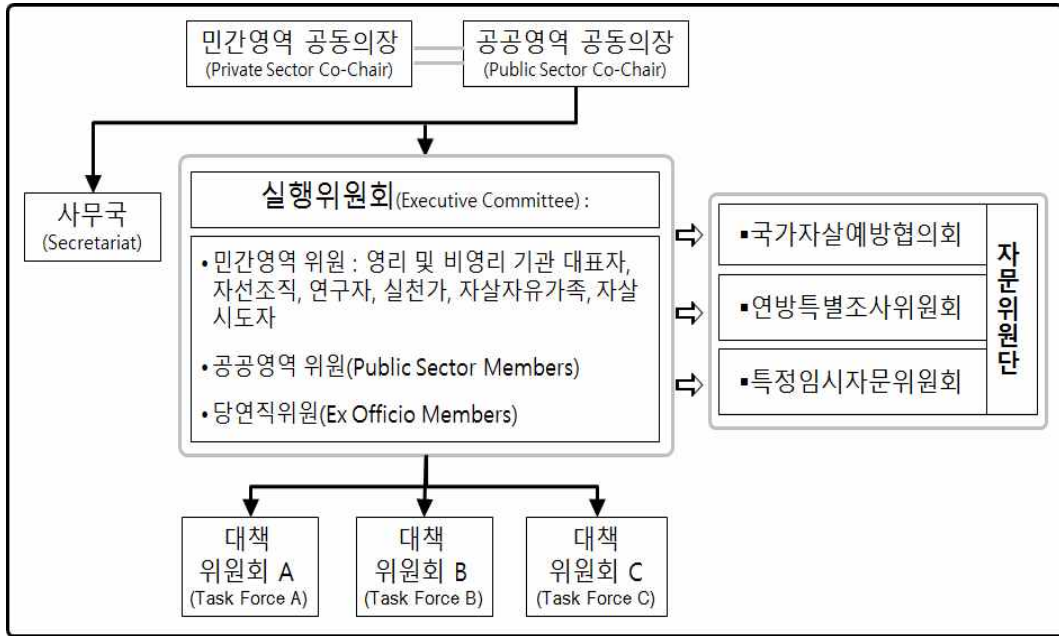
1999년부터 미 연방정부에서는 ‘국가자살예방전략(National Strategy for Suicide Prevention, NSSP)’이라는 국가적 차원의 자살예방에 대한 틀을 수립하였다. 국가자살예방전략(NSSP)은 연방정부 차원에서 자살예방을 위해 고품질의 정신건강서비스 증진을 제공하려고 노력하였으며, 또한 다양한 실천현장(연방정부차원의 보건의료센터, 교도소, 원주민보건의료서비스, 재향군인시설 등)으로부터 자살예방을 위한 ‘통합적 정신건강서비스’ 제공을 추구하고 있다.

국가자살예방전략(NSSP)은 미 전역 주정부에게 다양한 기관 및 집단, 개인들의 공조와 협력에 의한 광범위한 자살예방정책을 추진할 것을 요구하고 있다. 따라서 국가자살예방전략(NSSP)에서는 기본적으로 자살예방을 위한 국가 전략에 대해 각 주정부별로 자살예방 서비스 제공 주체별로 상황에 맞게 목표나 활동들을 선택할 수 있도록 하고 있다. 특히 국가자살예방전략(NSSP)은 주정부, 기업체, 학교 지역사회집단, 종교단체 등 서로 다른 지역별 기관 및 다양한 직종의 전문가 등에게 자살예방을 위한 구체적 역할을 제시하고 있다(최원기·박길성, 2002).

또한 미 연방정부는 2010년 보건복지부(The U.S. Department of Health and Human Services, DHHS)를 중심으로 국가자살예방 전략(NSSP)의 성공적 수행을 위하여 국가자살예방연맹(The National Action Alliance for Suicide Prevention)을 설치하여 [그림 2-5]와 같이 전달체계를 구성하였다(DHHS, 2012). [그림 2-5]에서 보는 바와 같이 국가자살예방연맹은 미 전역의 주정부, 권역별 또는 지역별 단위로 복잡 다양한 자살예방 서비스의 원활한 제공을 위해 공공·민간 파트너십을 기반으로 한 자살예방 대책위원회(A, B, C 등으로 유형을 구분)를 수립하였다(DHHS, 2012). 현재 국가자살예방연맹은 공공영역(Public sector)과 민간영역(Private sector)의 총 200개 이상 전문기관 전문가들의 협력에 의해 유기적으로 구성 및 운영되고 있다. 또한 자살예방 유관 단체 및 전문가에 의해 구성된 국가자살예방협의회(National Council for Suicide Prevention)

의 자문을 받고 있으며 자살예방지원센터(Suicide Prevention Resource Center, SPRC)로부터 후원을 받고 있다.

[그림 2-5] 미국 국가자살예방연맹의 조직도



자료출처: U.S. Department of Health and Human Services(2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. p. 22.

국가자살예방전략(NSSP)은 세 가지의 전략적 지침에 대한 목적과 목표를 세우고, 각 주정부와 지방단체에 자살예방사업 실행과 관련된 지침을 전달하였다(DHHS, 2012). 그 주요 내용은 다음과 같다.

첫째는 국가자살예방생명전화(Lifeline)에 대한 정보 및 지방 또는 권역별 위기대응전화(Crisis Lines)에 대한 정보를 유포해야 한다.

둘째는 온라인 지지서비스와 위기대응 아웃리치팀을 적극적으로 활용한다.

셋째는 자살위험자 보호에 대한 즉각적 대응을 위해 위기대응센터, 법적근거 마련, 위기출동팀, 사회복지서비스 간의 프로토콜 개발과 협력, 근거기반 서비스 확대를 증진하는 것이다.

이 밖에도 국가자살예방전략(NSSP)은 사업장에서 근로자지원프로그램(EPA), 자살자유가족 애도 상담, 건강보호전달체계 구축, 초중고·대학 등에서 자살고위험군 개입 및 발굴을 통한 서비스 제공, 그리고 자살고위험군에 대한 자살예방서비스를 지원하기 위해 지방자치단체별 정신보건 및 약물남용자들의 서비스 제공자들과 함께 지역·비영리기관·종교단체를 기반으로 하는 프로그램과 협력하는 것이 필요하다는 규정을 마련하였다.

국가자살예방전략사업의 성공적 결과를 위해 자살예방지원센터(SPRC)는 자살예방과 방지를 위해 국가자살예방전략(NSSP)을 후원하며 적극적인 홍보와 지원 활동을 하는 등 공공과 민간 간의 동반 관계를 이루어 공공영역의 자살예방전략을 수행하는 대표적인 기관이다. 공공영역의 공동의장은 국방부 장관이 맡았고, 민간영역의 공동의장은 미국방송인협회 회장이 맡았다. 특히, 국가자살예방전략(NSSP)사업의 의장을 민간부문과 공공부문에서 공동으로 맡게 함으로써 정부 주도가 아닌 공공-민간 파트너십의 의지를 분명하게 보여주고 있다. 공동의장으로부터 사무국과 실행위원회를 두었는데, 이때 실행위원회는 민간영역의 회원과 공공영역의 회원으로 구성하였다. 현재 자살예방지원센터(SPRC)는 자살예방 프로그램을 통해 자살위기에 대해 개입하거나 자살예방정책을 개발하는 개인 및 기관 지원을 위한 각종 자원을 제공하고 있다. 한편 자살방지지연합(The Suicide Prevention Advocacy Network, SPAN)은 자살예방정책 수행 지지를 위해 공공과 민간이 연합·협력하기 위해 결성된 네트워크로서 다양한 프로그램을 통해 공공 자살예방정책 지원 활동을 벌이는 기관이다. 자살방지지연합은 주로 공중위생단체 및 정신보건기관들의 협력 하에 운영되며, 자살 관련 국가전략에 대한 일반 대중의 인식증대, 정치적 결의 성립, 행위 호소 및 확보 등을 목표로 공공과 민간 영역이 연대하여 활동하고 있는 대표적인 기관이다(전우택, 2004).

연방정부의 국가자살예방전략(NSSP) 전달체계가 주정부의 자살예방전략의 관계에 대해 뉴욕주를 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 뉴욕주의 정신보건국(Office of Mental Health, OMH)는 연방정부의 국가자살예방전략 목적에 따라 자살예방의 중심적 역할을 하였다. 2014년에 뉴욕정신보건국은 지역사회기반의 자살예방활동을 지원했던 모든 정신건강사업, 즉 지역사회기반의 게이트키퍼 양성의 인프라구축을 포함하여 자살예방과 관련하여 종합적 프로젝트를 검토하였다. 뉴욕주는 자살예방을 위해 주정부 차원에서 지역사회기반의 협력과 조정의 필요성, 자살예방에 대한 임상교육의 필요성, 뉴욕자살예방사무소(New York Suicide Prevention Office, SPO) 설치의 필요성의 결과를 도출하였다(OMH Suicide Prevention Office, 2016).

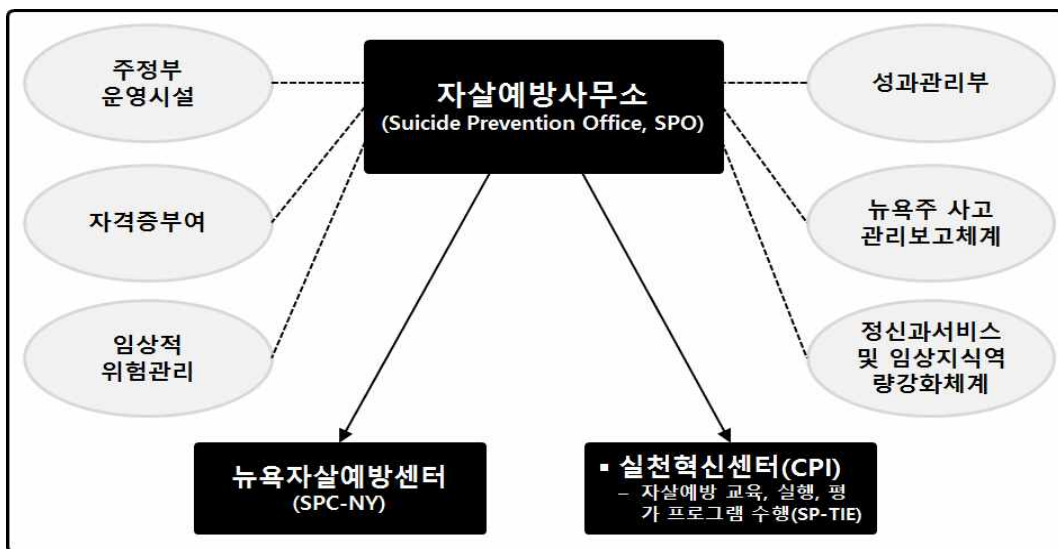
그 결과, 2014년에 정신보건국의 후원과 협력으로 뉴욕자살예방사무소(SPO)가 설치되었다. 뉴욕자살예방사무소의 설치 목적은 기존 지역사회기반의 인프라구축을 지원하고 강화하는 것과 더불어 현재까지 자살예방을 정신건강에 초점을 두었으나 자살예방의 새로운 패러다임으로 일반적인 건강상태보호와 행동건강상태보호를 통한 자살방지를 강화하는 것이다. 따라서 뉴욕자살예방사무소는 [그림 2-6]과 같이 자살예방센터 및 실천혁신센터와 협력하여

자살예방 교육, 실행, 평가를 함께 수행한다.

자살예방사무소는 뉴욕주의 ‘제로자살모델’의 최고의 실천기관으로서 주정부 차원의 자살방지감시체계 개발 및 초동단계의 서비스 제공 체계에 대한 기술 지원을 제공하는 조력학습기관으로 정신보건국 영역의 범위를 넘어서 기관 간 조직화와 협력에 초점을 두고 있다(Suicide Prevention Resource Center, 2016).

2009년에 설치된 뉴욕자살예방센터는 주정부 내에서의 지역사회기반 자살 예방기관이다. 뉴욕자살예방센터는 주정부 차원에서 지역 카운티의 구체적 자살예방시책을 추진하였다. 뉴욕자살예방센터는 자살예방을 위한 지역적 노력, 즉 학교자살예방증진, 게이트키퍼 양성을 통한 자살의도자 조기발견, 그리고 지역사회 보호의 법적 권한 육성 등과 같은 지역사회기반의 인프라구축이라는 성과를 거두었다. 그 결과 뉴욕자살예방센터는 뉴욕주 전체에서 44개 카운티에서 140개의 조직으로 자살예방연맹을 개발하고 성장시키는데 지원을 하였다(OMH Suicide Prevention Office, 2016).

〔그림 2-6〕 뉴욕주 정신건강자살예방사무소 전달체계



자료출처 : OMH Suicide Prevention Office(2016). 1,700 Too Many: New York State's Suicide Prevention Plan 2016-17. p. 6

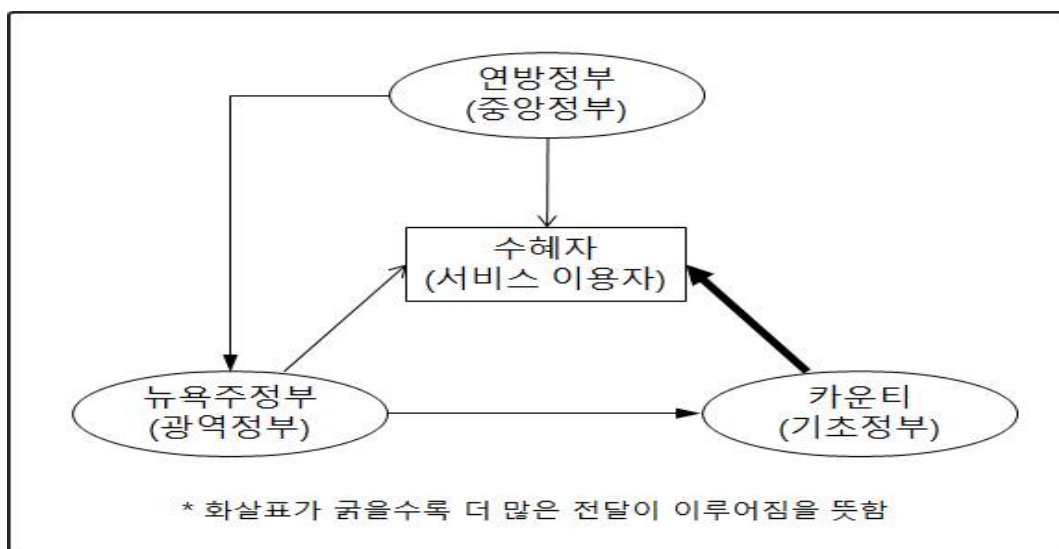
## 2) 미국의 자살예방 전달체계 사례의 시사점

미국의 자살예방의 공공영역 전달체계는 연방정부차원의 국가자살예방전략(NSSP)으로 보건복지부(DHHS) → 국가자살예방연맹(NAASP) → 자살예방지원센터(SPRC)가 있다. 주정부 차원에서는 뉴욕을 중심으로 살펴 본 결과,

보건국(DoH) → 자살예방사무소(SPO)→자살예방센터(SPC-NY)↔실천혁신센터(CPI) → 카운티 또는 권역별 자살예방센터로 구축되어있다. 이와 같이 미국의 공공영역의 자살예방 서비스 운영체제는 전달과정에서 연계가 매우 논리적임을 알 수 있다. 이로 인해 서비스 전달체제의 연계적 논리성은 설정한 정책 목표에 대한 효과를 기대할 수 있을 것이다.<sup>3)</sup>

미국 자살예방 전달체제는 라이트(Wright)의 정부간관계 모형을 적용하면 아래 [그림 2-7]과 같이 중첩권위형에 가까운 모형임을 알 수 있다. 즉 중앙정부 개념의 연방정부는 국가자살예방전략을 구축하여 주정부에 대한 재정지원, 운영지침 및 가이드라인 제시, 관리 및 감독의 역할을 수행할 뿐 주정부의 자율권을 보장하고 있다. 뉴욕 주정부는 연방정부(중앙정부)의 국가자살예방 전략의 목적을 성취하기 위해 뉴욕주에 자살예방사무소를 설치하여 자살예방 프로그램의 기획과 구성을 결정할 수 있고, 기초정부의 카운티에 기술지원을 제공 뿐 아니라 자살예방을 위해 기관 간의 조직화와 협력을 하는 컨트롤 타워의 기능을 하고 있다. 그리고 기초정부는 카운티에서 단독 또는 컨소시엄 형태의 자살예방기관을 운영하여 자살예방 전달 기관으로 활용하고 있다.

[그림 2-7] Wright 정부간관계 모형을 적용한 미국 자살예방전달체계



공공영역에서 자살예방 전달체제의 논리적 구축은 자살예방의 실효성 있는 실천전략 추진과 정책목표의 효과적 달성을 위해 연방정부, 주정부, 그리고 지역 단위 카운티 또는 권역별로 추구한다는 정부 방침과 연관하여 지방정부가 함께 자살의 문제를 해결하고자 하는 것이다. 또한 미국의 공공영역 자살예방

3) 2016년 뉴욕주의 인구 10만명당 자살률은 6.8명이고, 2017년 뉴욕주는 5.6명을 목표로 설정하고 있다(Suicide Prevention Center of New York, 2016).

전달체계는 민간기관과의 적극적 협력을 통해 자살예방정책을 추진하고 있다는 것을 알 수 있다(김정수·송인한, 2013).

미국은 다양한 주체기관 간에 유기적인 네트워크 협력체계를 확보하고 있어서 우리나라와 서울시의 자살예방정책 운영에 많은 시사점을 주고 있다. 미국은 연방정부와 주정부, 민간기관, 비영리기관 및 자원봉사조직 간 유기적 협력 관계를 설정하여 자살예방정책을 추진하는 것이 국가자살예방전략의 성공적 운영을 위한 기본이라고 보고 있으며, 이와 함께 공공의 정책 실현을 위한 민간단체의 활발한 활동도 특징적이다. 특히 국가적 규모의 비영리단체들이 활발하게 공공영역의 자살예방전략을 후원하고 있는데, 이와 같은 기관들이 체계적·논리적으로 연결되어 활동함으로써 공공영역의 한정된 자원의 효과적 전달을 가능하게 한다. 다양한 민간단체는 전국 단위의 예방 및 위기센터들을 운영함으로써 자살예방프로그램 개발 및 정보 제공, 교육 활동 등을 전략적으로 수행하고 이를 통해 공공영역의 자살예방정책의 질적 발전을 가능하게 하고 있다. 이에 반해 우리나라의 경우 한국자살예방협회 등 몇몇 자살예방 관련 민간단체가 활동하고 있으나 공공영역과의 연계성이 낮고 정부와의 협업을 통한 시너지 창출 효과도 낮은 편이다.

## 나. 일본의 자살예방 전달체계 사례

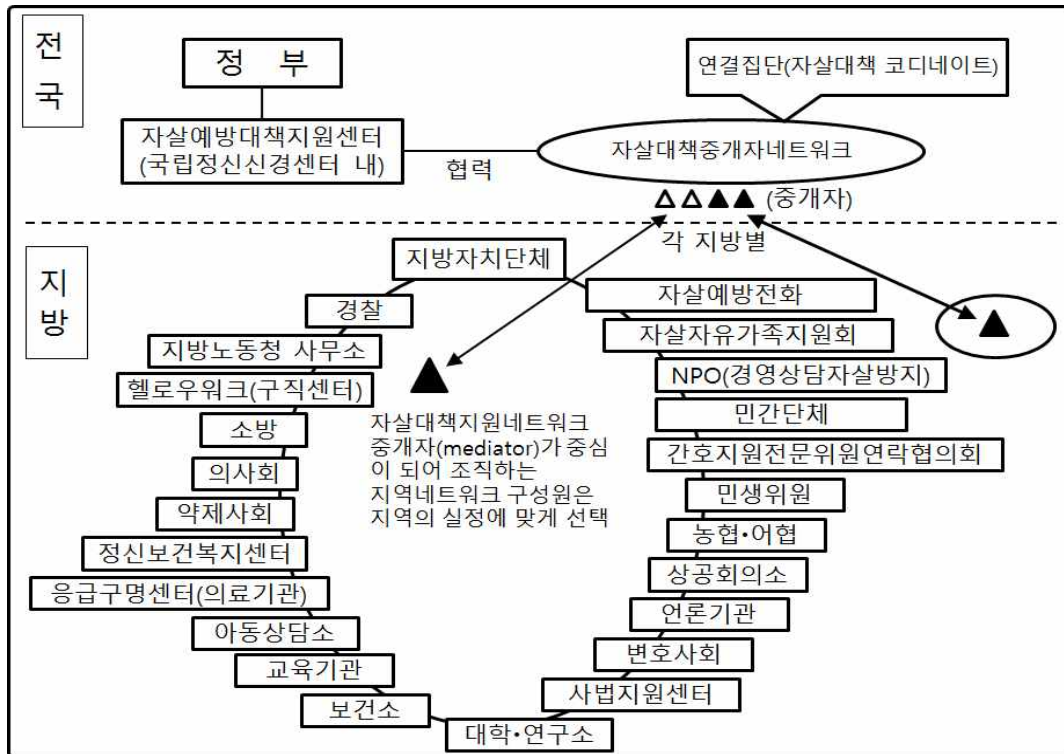
### 1) 일본의 자살예방 전달체계

일본의 자살예방전달체계는 중앙정부에 자살예방대책지원센터를 두고, 그 밑에 지역자살예방대책추진센터로서 전국 47개의 도도부현과 정부가 지정한 도시, 그리고 전국 도도부현·시정촌으로 이루어져 있다([그림 2-8] 참조). 정부와 지방간의 자살예방사업의 주요 연계자는 자살예방사업의 코디네이터로서 자살대책중개자네트워크가 그 업무를 수행한다. 자살대책중개자네트워크는 자살예방대책지원센터와 지역 지방자치단체간의 중개자 역할을 하며, 또한 지방자치단체에서 자살예방사업과 관련하여 다양한 지역기관과 연계를 하는 경우 중개자의 역할을 담당한다(Life Link 自殺對策支援センターライフリンク, 2016).

일반적으로 중앙정부 부처인 후생노동성은 복지정책을 입안하고, 광역단위의 상급지방정부인 도도부현은 중앙정부와 기초지방정부간의 연결고리 역할을 하며, 기초지방정부인 시정촌은 지역특성에 맞는 복지행정을 실현하고 있다고 할 수 있다(이진, 2009). 광역단위의 상급지방정부는 법령 및 정령에 의한

사회복지 사무와 기관위임 복지사무를 처리하는 것 외에도 독자적으로 주민의 복지향상을 위한 사무를 처리한다. 따라서 일본의 자살예방 사업의 전달체계에서 도와 현은 '자살예방종합대책'을 마련·운영하고, 자살의 실태 파악·분석, 관계 기관이나 시정촌 등의 정보를 제공하며, 사전 예방, 위기대응, 사후의 각 단계에 걸쳐 종합적인 자살 대책을 추진하기 위해 광역 행정의 입장에서 시책을 실시한다. 도와 현 행정 단위에서는 자살예방과 관련된 정보 제공과 인재 육성, 전문적·기술적 지원 등으로 구 시정촌의 자살 대책 활동을 종합적으로 지원한다. 또한 상황에 따라 시정촌이 지역의 실정을 감안하여 독자적으로 할 노력에 대해서도 지원하고, 지역자살 대책을 추진한다(東京都, 2013).

[그림 2-8] 일본 자살예방네트워크



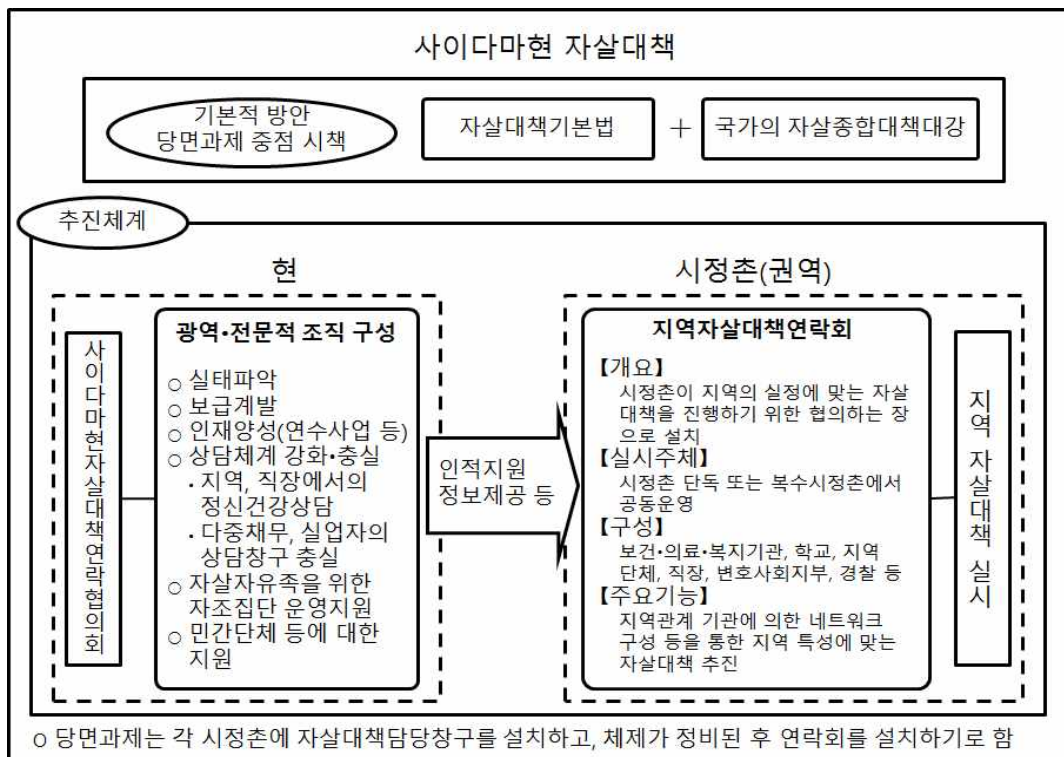
자료출처 : Life Link 自殺對策支援センターライフリンク(2016) 地域における「自殺對策支援ネットワーク」

시정촌은 지역에서 자살실태를 파악·분석하여 그 특성에 기초한 중점 시책을 독자적으로 설정하고 효과적인 자살 대책을 수행한다. 구 시정촌의 자살예방사업은 지역 주민 등에 대한 보급 계발이나 자살의 징후를 조기 발견하고, 자살을 예방하기 위한 인재를 육성함과 동시에 지역의 관계 기관이나 상담 창구와 긴밀한 협력 체제를 만들고 자살 대책을 추진해 나간다.



[그림 2-9]는 광역자치단체의 행정규모에 해당하는 사이다마현의 자살예방 전달체계를 나타내고 있다(埼玉縣自殺對策連絡協議會, 2007). 사이다마현은 일본 정부의 자살종합대책과 자살대책기본법에 대한 법적 근거를 중심으로 자살예방을 위한 기본적 방안과 당면과제를 중점 시책으로 설정한다. 사이다마현의 자살대책연락협의회는 자살대책 중개자 역할과 기능을 하고 있으며, 협의회를 중심으로 현의 자살실태를 파악하고, 자살예방 서비스 프로그램을 보급개발, 상담체계 강화에서 자살위험요인에 해당되는 당사자들을 대상으로 하는 개인 또는 집단상담을 하고, 자살자유족지원서비스 제공, 민간단체의 자살예방사업을 지원한다. 그리고 현은 기초지자체에 해당하는 시정촌 또는 권역별로 지역에 자살예방을 위한 인력지원과 정보를 제공한다.

[그림 2-9] 사이다마현 자살예방 전달체계 사례



자료출처 : 埼玉縣自殺對策連絡協議會(2007). 「埼玉縣さいたま市における今後の自殺對策についての提言」, p. 20.

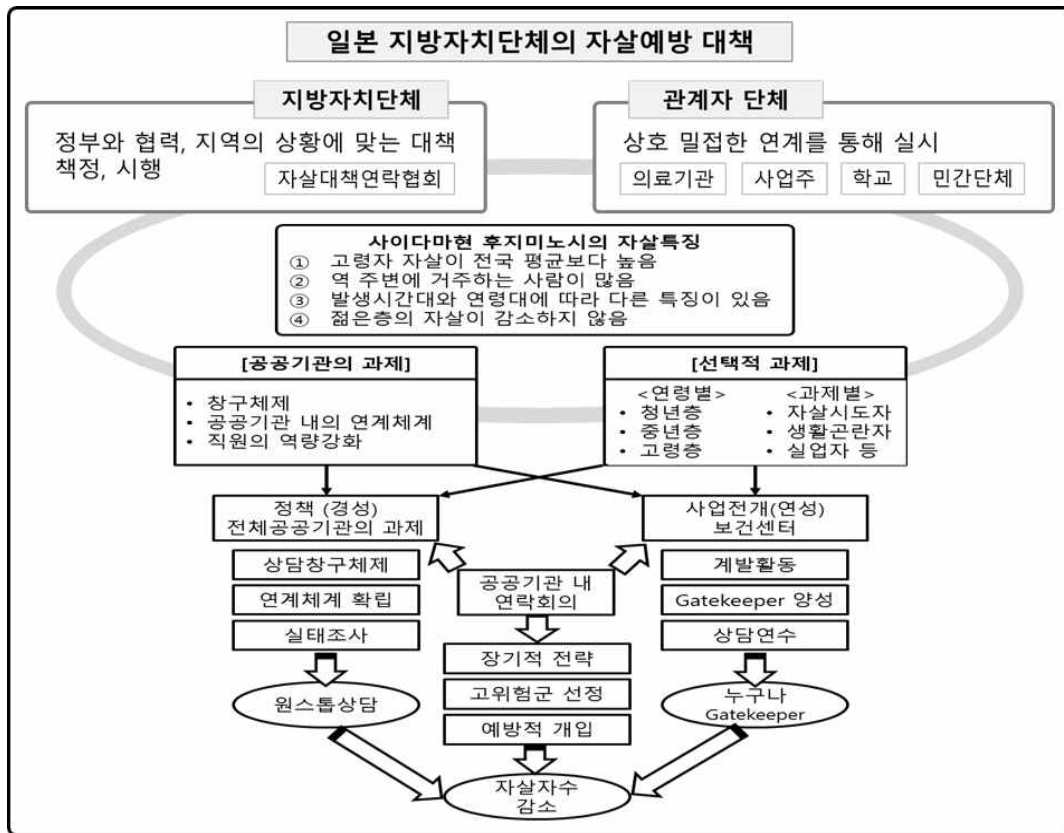
그리고 시정촌의 규모는 1개의 자치단체가 해당될 수도 있지만 복수의 시정촌을 1개의 단위로 묶어서 지역자살대책연락회를 구성하여 자살예방 사업을 실시하기도 한다. 즉 복수의 시정촌에서 자살예방사업은 기존 지역단위별로 자살예방사업을 실시하지만, 중간거점형태의 자살예방사업단위를 별개로 신설하는 것을 의미한다. 시정촌 또는 권역별 자살예방 사업은 지역사회의 민간기



관과 네트워크를 구성하고, 지역특성에 맞는 자살대책을 추진하고 있다.

[그림 2-10]은 사이다마현의 후지미노시의 보건센터 자살예방 운영체계 사례를 나타낸 것이다(埼玉縣ふじみ野市 保健センター, 2014). 기초지자체에 해당하는 후지미노시의 자살예방 대책은 지역의 특징에서 고령자 자살률이 전국 평균보다 높고, 젊은층의 자살률이 감소하지 않고, 자살의 발생이 시간대와 연령대에 따라 다른 특징에 근거해 자살예방사업을 실시하고 있다. 따라서 후지미노시는 광역정부의 사이다마현으로부터 인력과 정보를 제공 받고, 지역의 관련단체와 연계하여 자살예방사업을 수행하고 있다.

[그림 2-10] 일본 사이다마현 후지미노시의 자살예방 운영체계 사례



자료출처 : 埼玉縣ふじみ野市 保健センター(2014). ころの健康推進事業 自殺の實態を明らかにする

일본의 자살예방 전달체계는 중앙정부에서 시정촌의 기초지방정부에 이르기 까지 PDCA의 회전방법을 기준으로 활용하고 있다(백종우, 2016). 첫째, P는 계획(Plan)으로서, 전국 기초지자체의 자살실태를 분석하고, 자살의 지역 특성에 맞게 기초지자체를 유형화하고 있다. 이러한 지역특성에 맞는 정책 패키지를 입안하고, 각 지역센터가 해당 도도부현의 각 기초지자체에 대하여 자

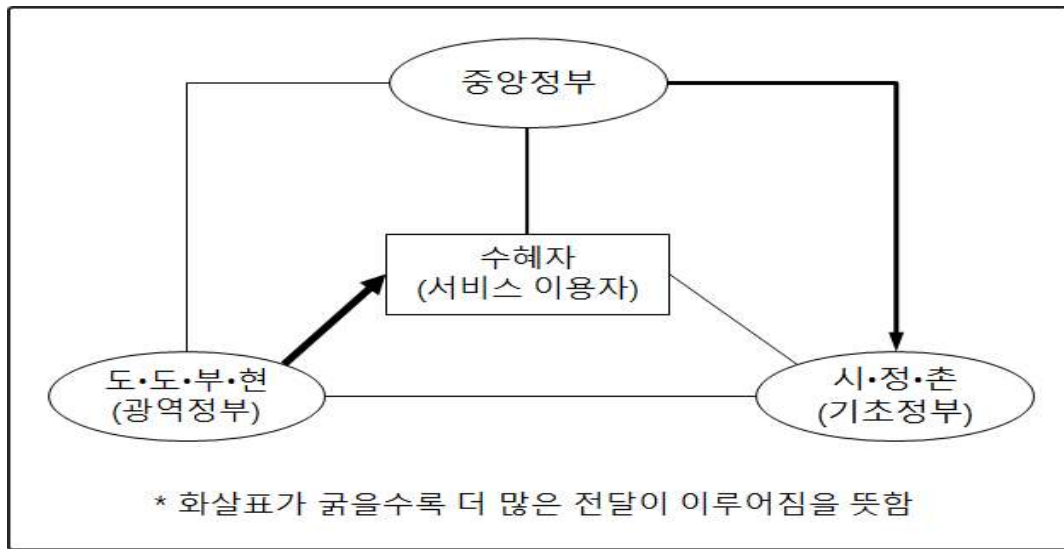
살실태를 근거로 한 정책 패키지를 제안한다. 각 기초지자체는 지역 센터의 지원 하에 지역의 특수 사정과 사회적 자원을 근거로 하여 정책 패키지를 조정하고 모든 기초지자체가 지역 실태에 입각한 자살대책계획을 책정한다. 둘째, D는 실행(Do)으로서 모든 기초지자체가 지역실태에 입각한 자살대책계획에 따른 대책을 실시한다. 대표가 지역전체를 끌어들이어 종합적으로 대책을 추진하고, 국가는 계획을 근거로 하여 실시되는 사업에 대해 교부금을 지원한다. 셋째, C는 검증(Check)으로서 종합대책이 지역 센터와 협력하고, 모든 기초지자체의 자살대책계획을 수집한다. 이때 모든 자살대책계획의 사업에 대해 수치목표와 실시기간에 관한 달성도를 정밀하게 검사하여 각 지역의 특성별 정책 패키지에 대해 효과성을 검증한다. 마지막으로 A는 반영(Act)으로서 종합센터가 정책패키지의 효과 검증 결과와 새로운 연구 성과를 근거로 하여 향상을 도모하고, 이는 지역 센터에 의한 기초지자체 지원에 반영한다. 동시에, 대책의 효과가 있는 부분과 없는 부분별로 분석을 실시한 후, 그 이유를 근거로 정책에 반영시킨다. 이러한 PDCA를 회전시켜 일본자살대책을 사회적인 자율케도에 올린다.

## 2) 일본의 자살예방 전달체계 사례의 시사점

일본의 사회복지 전달체계는 중앙집권적 행정구조로 운영되고 있다. 즉 지방 정부는 중앙정부의 지시와 통제를 받는 하부기관의 성격을 가지고 있다. 그러나 일본의 자살예방사업은 중앙정부와 지방정부의 협력에 의해서 수행되고 있다. 일본의 자살예방 전달체계는 라이트(Wright)의 정부간관계 모형을 적용하면 아래 [그림 2-11]과 같이 중첩권위형에 가까운 모형임을 알 수 있다.

이는 자살이란 지역밀착형 사업이기 때문에 중앙정부가 독자적으로 수행할 수 없을 뿐 아니라 지방정부도 다양하고 중요한 데이터베이스와 정보를 확보하는데 한계점이 있기 때문에 협력적 관계의 전달체계가 필요하다. 일본의 자살예방 사업의 공공영역은 중앙정부의 자살예방대책지원센터 → 도도부현의 지역자살예방대책추진센터(자살대책연락협의회) → 시정촌의 자살대책연락협의회의 전달체계로 운영되고 있다.

[그림 2-11] Wright 정부간관계 모형을 적용한 일본자살예방전달체계



중앙정부는 지방공공단체의 각 주체가 자살대책을 추진하기 위해 필요한 기반을 제공하고, 지방정부는 중앙정부로부터 지원과 관련한 제도시책에 따라 자살예방대책을 추진한다. 그러나 중앙정부가 전국을 대상으로 효과적이고 효율적인 시책이나 자살예방사업을 직접 시행하기도 한다. 이러한 점은 지역의 안정적인 자살대책 추진을 위하여 각 지역의 자살예방정책의 검증·평가를 실시하면서 중장기적인 안정적인 체계가 정비될 때까지 중앙정부가 자살예방을 지원하는 것이 우리에게 주는 시사점이라 할 수 있다.

우리나라의 경우 지방분권화로 인하여 중앙정부의 재정적 지원의 어려움이 있다면, 일본의 권역별 유형처럼 서울시는 25개 기초지자체를 권역별로 묶어서 지역의 자살실태를 분석하고 그 결과에 기초하여 필요한 자살대책을 기획 입안하고 수립된 계획대로 실시하는 방안을 고려할 수 있다.

또한 일본은 자살예방에 대한 중앙정부의 중점시책을 실시할 뿐만 아니라, 지역의 실정에 맞게 필요한 중점시책을 독자적으로 설정하여 추진하고 있다. 그러므로 우리나라는 중앙정부와 광역정부는 자살예방의 데이터베이스를 구축하고, 그에 필요한 자료를 각 지방자치단체에 전달하여 근거기반에 따른 자살예방사업을 할 수 있도록 중앙정부와 지방정부가 연계하여 각 주체 간의 긴밀한 협력체계를 구축하는 것이 필요하다.

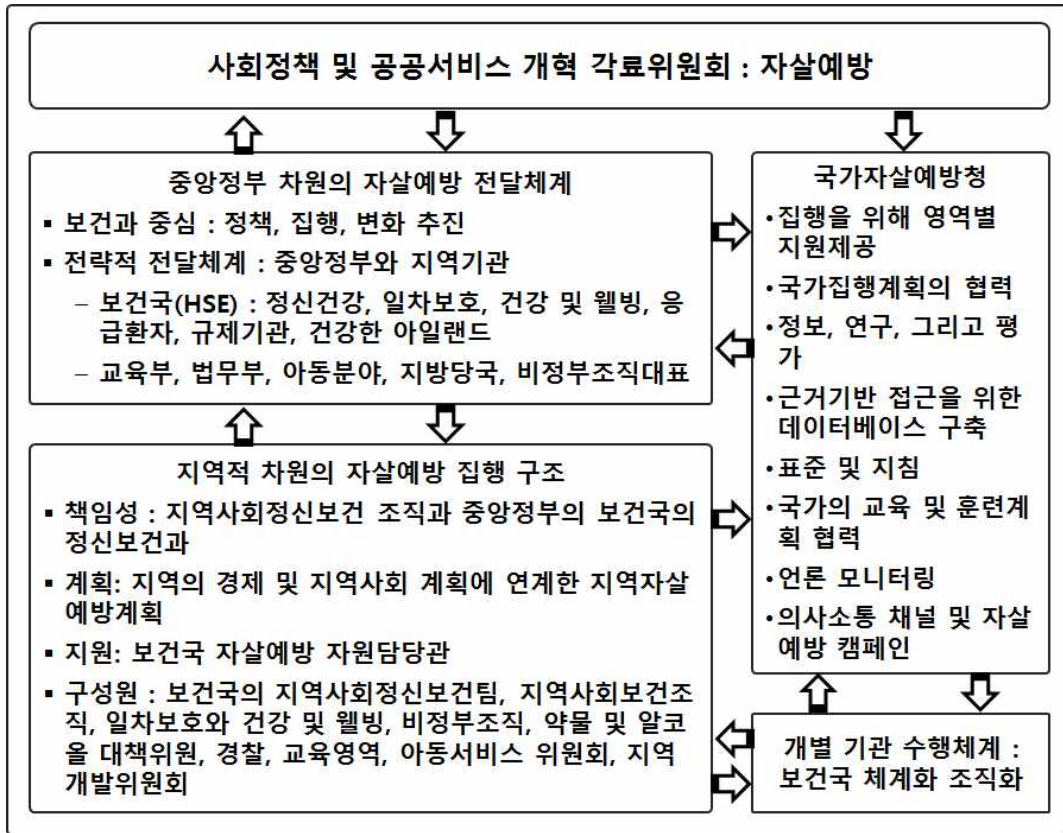
#### 다. 아일랜드의 자살예방 전달체계 사례

## 1) 아일랜드의 자살예방 전달체계 사례

아일랜드의 자살예방 전달체계는 [그림 2-12]와 같이 중앙정부 차원, 지역 차원, 국가자살예방청, 개별기관 수행체계 등 네 가지 차원으로 구분된다 (National Office for Suicide Prevention, 2015). 중앙정부 차원의 자살예방 전달체계는 보건국(Health Service Executive, HSE)의 보건과를 중심으로 자살예방과 관련된 정책수립, 집행, 정책의 변화를 추구한다. 또한 중앙정부 차원의 자살예방 계획은 지역기관과 국가자살예방청(National Office for Suicide Prevention, NOSP)에 전달된다. 지역적 차원의 자살예방 집행 구조는 지역사회정신보건조직에서 지역사회의 경제 및 지역사회 계획에 따라 지역사회자살예방을 계획하고, 중앙정부의 보건국 자살예방 담당관이 지역 차원의 자살예방 구조를 지원하여, 이를 통해 중앙정부의 보건국 정신보건과에서 책임을 지고 자살예방 계획을 집행한다. 국가자살예방청은 자살예방 수행업무를 각 영역 단위별로 지원을 제공하고, 국가집행계획에 협력하여 자살예방과 관련된 정보, 연구, 평가를 실시하고, 근거기반 접근을 위한 데이터베이스 구축, 표준 지침 마련, 국가의 자살예방 및 훈련계획 협력, 언론 모니터링, 의사소통채널 및 자살예방 캠페인 사업을 수행한다. 마지막으로 개별기관의 수행체계는 지방정부 보건국 체계와 조직화하여 업무를 수행한다.

이와 같이 아일랜드의 자살예방 전달체계는 중앙정부, 지역차원의 자살예방 집행구조, 국가자살예방청, 그리고 개별기관 수행체계 간의 상호협력을 기본 바탕으로 하고 있다([그림 2-12] 참조). 자살예방에 대한 책무성, 예산, 관리, 개발능력, 평가구조는 서비스 통합, 정책 또는 전략 구성, 실천적 제약 등과 관련하여 전달체계의 이해관계 당사자들 간의 의사소통 경로를 제공하기 때문에 자살예방 서비스의 효과적인 업무수행의 핵심적 요인이다. 자살예방 전달체계의 이해관계자들은 각각 다른 집단을 대표한다. 따라서 자살예방 전달체계의 이해관계자들이 포럼에 참석하고, 모니터링하고, 명확한 의사결정을 하고, 그리고 기존의 구조를 잘 활용하면 효과적인 전달체계 업무를 수행할 수 있을 것이다. 즉 아일랜드 자살예방 전달체계는 자살예방 업무를 수행하는 이해관계 당사자 간의 업무 효율성 향상을 위해 관련된 요인들을 강조하고 있다.

[그림 2-12] 아일랜드 자살예방 집행구조



자료출처 : National Office for Suicide Prevention(2015). Connecting for Life : Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020. p. 55.

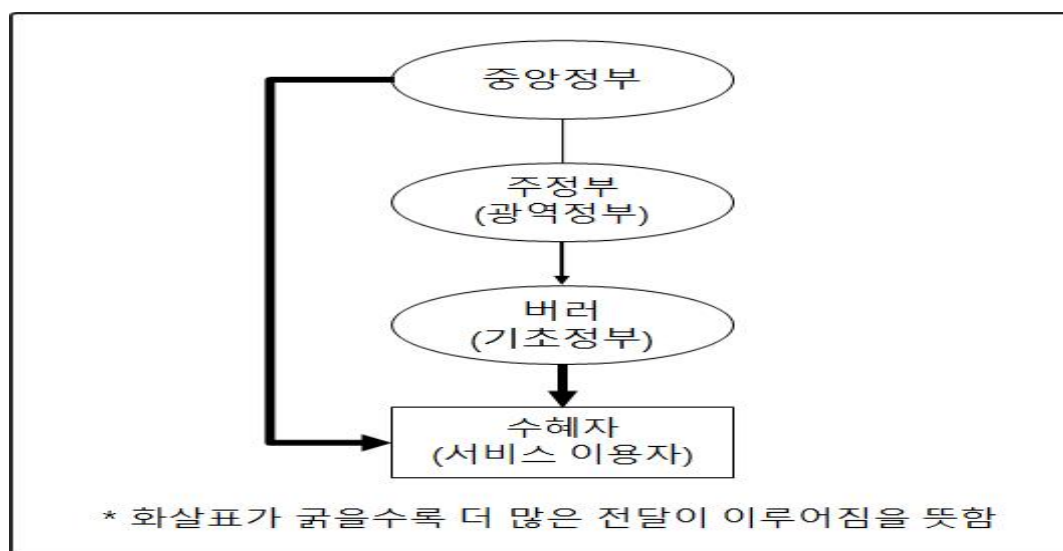
아일랜드는 일반 국민 대상, 표적 집단 대상, 자살 대응, 정보 및 연구 등 4개의 수준별로 목표(goals)를 명시하고, 각 수준에 따라 26개의 실천영역(action areas) 및 과제(objectives), 그리고 96개의 실천과제(action to take)를 제시하고 있다. 26개의 실천영역은 가족, 학교, 청소년단체 및 서비스, 고등교육기관, 직장, 스포츠클럽 및 단체 등 사회적·공간적 영역 뿐 아니라 고의적 자해, 정신건강 서비스, 알코올 및 약물남용 등의 주제까지 다양한 측면의 개입 영역들을 구체적으로 포함하고 있다(김정수·송인한, 2013; National Office for Suicide Prevention, 2015). 아일랜드의 자살예방대책(Connecting for Life)은 최근 중장기 5개년 계획(2015-2020)에서 자살률 감소를 위해 7가지 목표를 제시하였다. 첫째, 자살 행위에 대한 보다 나은 이해, 둘째, 자살행위에 대한 예방과 대응으로서 지역사회지지, 셋째, 자살고위험군에 대한 목표접근, 넷째, 서비스의 접근성, 일관성, 통합 향상, 다섯째, 안전하고 양질의 서비스, 여섯째, 자살수단 접근 감소, 일곱째, 자살행동과 관련된 자료의 데이터베이스 구축과 연구이다

(National Office for Suicide Prevention, 2015). 특히 이 중에서 두 가지를 살펴보고자 한다. 우선 자살행위에 대한 예방과 대응으로서 지역사회를 지지하는 목표가 있다. 이를 위한 하위목표 3가지는 여러 자살예방 기관들의 접근을 통한 지역사회 수준의 대응 향상, 지역사회에 기반을 둔 가족자원 센터나 스포츠 기관을 통해 효과적인 자살예방의 정보나 지침 제공, 지역사회에 기반을 둔 조직에 자살 예방을 위한 훈련과 교육 프로그램의 전달체계를 확보하는 하위 목표를 두고 있다. 두 번째는 자살위험군에 대한 접근성과 지속성 그리고 돌봄 경로를 향상하는 목표를 둔다. 이를 위한 하위 목표로서 위험군에 대한 심리사회적인 사정을 증진하고, 효과적인 치료개입을 위한 접근을 향상시키며, 자살자유가족에 대한 지지서비스를 향상시키는데 있다.

## 2) 아일랜드의 자살예방 전달체계의 시사점

아일랜드는 중앙정부 중심의 자살예방 전달체계를 구축하고 있다. [그림 2-13]의 아일랜드 자살예방 서비스 전달체계는 라이트(Wright) 정부간관계 이론의 내포권위형에 가까운 모형을 알 수 있다.

[그림 2-13] Wright 정부간관계 모형을 적용한 아일랜드 자살예방전달체계



그러나 아일랜드의 사회복지서비스 제공 부문(provision of services)은 모든 국민들이 복지서비스를 영유할 수 있도록 국가가 책임을 지는 부문으로 획일적이기 보다는 국민들이 직면한 환경에 맞도록 맞추어지고 표준화된 부문이라 할 수 있다(김태완·김효진, 2007). 아일랜드 자살예방 모델이 내포권

위형에 가깝지만, 또 다른 특징은 서비스 대상자들이 지니고 있는 다양한 욕구에 대응하기 위해 각종 서비스를 제공하되 제공하는 형태는 통합과 맞춤형이 어울릴 수 있는 전달체계로 구축하도록 초점을 두고 있다.

따라서 아일랜드의 자살예방 전달체계의 흐름은 중앙정부의 보건국↔국가자살예방청↔지역차원의 자살예방 집행 구조↔개별기관 수행체계의 전달체계이다. 아일랜드의 자살예방 전달체계는 뚜렷한 4개의 전달체계를 구분하였고, 모든 사회 구성원이 함께 이러한 전달체계의 구분을 공유할 의무를 강조하고 있다. 또한 자살예방 서비스 제도를 운영함에 있어 중앙정부에서의 일방적이고 지시적인 형태에서 벗어나 지방정부, 민간 및 자발적 서비스 제공자들에게 최대한의 자율성을 부여함으로써 자살위험에 적극적으로 대처할 수 있도록 노력하고 있다. 그러므로 아일랜드 자살예방서비스 전달체계만을 D. Wright 정부간관계 이론에 적용할 경우 중첩권위형에 가까운 모형도 될 수 있다.

그러나 우리나라의 경우 중앙정부와 지방자치단체별로 그 책임이 구분되어 있어서 자살예방 책임의 공유원칙이 명확하게 드러나지 않는다는 점에 그 시사점이 있다. 아일랜드 자살예방 전달체계의 특징 중의 하나는 미국의 민간협력체(자살예방연맹)를 통한 국가자살예방전략의 발전을 실행한 것이나 일본의 정부주도의 자살예방과는 다르게 중앙정부의 역할보다 각 지방자치단체 또는 지역사회의 주도적 역할을 강조하고 있다는 점이다. 또한 아일랜드 자살예방 원칙은 미국과 마찬가지로 근거중심(evidence-based)의 자살예방 대책 수립을 강조하고 있다. 근거중심의 자살예방을 위해서는 자살관련 자료에 대한 데이터베이스 구축이 매우 중요하며, 데이터베이스를 중심으로 자살예방과 관련된 수행업무가 중심이 되는 것이다. 서울시의 자살예방이 효과적인 결과를 도출하기 위해서는 반드시 데이터베이스 구축을 고려해야 할 것이다.

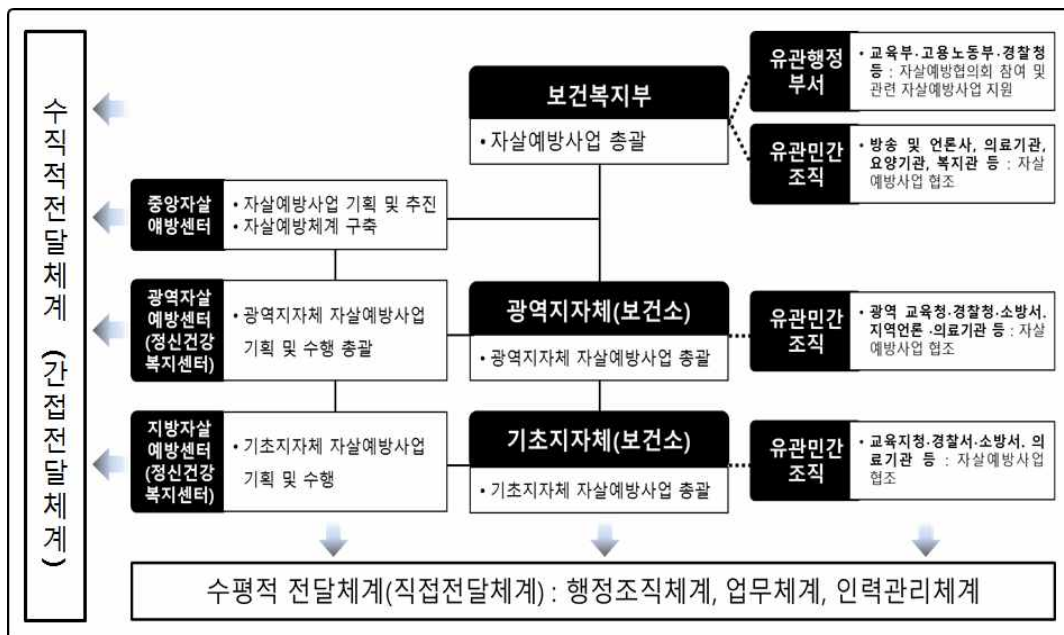


## 4. 우리나라의 자살예방 전달체계 구조

### 가. 우리나라의 자살예방 전달체계 구조

자살예방 전달체계의 전체 구조는 [그림 2-14]와 같이 중앙정부(보건복지부) → 광역지자체(자살예방센터) → 기초지자체(보건소)로 연계되는 조직체계 간의 수직적 이동과정(행정체계)로 되고 있다. 또한 기초지자체와 일선행정기관(보건소 중심의 자살예방사업)은 행정조직체계, 업무체계, 인력관리체계로 연계되는 수평적 이동과정(집행체계)구조로 포괄적 서비스(all-inclusive service) 형식으로 이루어지고 있다. 즉 우리나라의 자살예방사업은 중앙정부의 보건복지부가 정책을 수립하고 중앙자살예방센터의 사업 지원을 하며, 지방정부는 서울시의 경우 서울시자살예방센터에서, 그리고 기초지자체에서는 보건소의 행정지원을 기반으로 기초정신건강증진센터에서 수행한다.

[그림 2-14] 중앙정부와 기초지자체 간의 전달체계



자료출처 : 보건복지부(2016) 『지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼』 p. 23에서 재구성함.

보건복지부는 자살예방 관련 3대 전략(범사회적 자살예방 환경조성, 맞춤형 자살예방 서비스 제공, 자살예방정책 추진기반 강화)을 중심으로 자살관련 사회인식 개선, 자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련, 자살위험환경 개선, 생



애주기별 자살예방 대책 추진, 자살고위험 지지체계 강화, 자살위기대응 및 사례관리체계 마련, 지역사회자살 대응 역량강화, 정신건강 인프라 강화, Gatekeeper 교육 등 자살예방 인력 확충, 근거기반 자살예방 연구체계 마련 등 10대 과제를 선정하여 중앙정부와 기초지자체의 역할을 구분하여 자살예방에 대응하고 있다(보건복지부, 2016).

## 나. 우리나라의 자살예방 전달체계 사업내용 현황

〈표2-1〉은 10대 과제를 중심으로 중앙정부와 기초지자체의 자살예방을 위한 역할 분담을 보여주고 있다.

〈표 2-1〉 중앙정부와 기초지자체의 역할 분담

10대 과제	중앙정부(중자방)	시·도	시·군·구
1. 자살 관련 사회인식 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 홍보 콘텐츠 개발 및 보급, 미디어 캠페인 전개</li> <li>• 생명존중 교육 프로그램 개발 및 보급(초·중·고, 유치원·어린이집, 대학, 직장 등 대상)</li> <li>• 자살보도 권고기준 개정·보급·교육 및 모니터링</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 홍보 콘텐츠 활용</li> <li>• 생명존중 교육 실시(교육청과 공조)</li> <li>• 지역언론 대상 자살보도 권고기준 보급·교육 및 모니터링</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 홍보 콘텐츠 활용</li> <li>• 생명존중 교육 실시(교육청과 공조)</li> </ul>
2. 자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회안전망과 자살예방 연계체계 구축</li> <li>• 지역사회 통합적 사례관리 프로그램 개발·보급 및 평가(지역맞춤형 사업수행 컨설팅)</li> <li>• 범부처 자살예방정책협의회 구성·운영</li> <li>• 기초지자체 단위 자살예방협력체계 운영방안 개발</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회안전망 강화, 긴급지원 확대</li> <li>• 통합사례관리 서비스 지원(지역맞춤형 사업수행 계획 수립)</li> <li>• 기초지자체 단위 범부처 자살예방위원회 구성·운영</li> <li>• 기초지자체 단위 자살예방실무위원회 구성·운영</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회안전망 강화, 긴급지원 확대</li> <li>• 통합사례관리 서비스 제공(지역 맞춤형 사업수행)</li> <li>• 기초지자체 단위 범부처 자살예방위원회 구성·운영</li> <li>• 기초지자체 단위 자살예방실무위원회 구성·운영</li> </ul>
3. 자살위험 환경 개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일산화탄소 저감 번개탄 개발, 자살수단 판매방식 관련 제도 개선</li> <li>• 교량 안전시설 설치</li> <li>• 유해정보 차단 가이드라인 개발·보급·교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 번개탄·농약 등의 판매·보관 관리 및 모니터링 지원</li> <li>• 교량 안전시설 설치·관리</li> <li>• 유해정보 차단 가이드라인 홍보·교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 번개탄·농약 등의 판매·보관 관리 및 모니터링</li> <li>• 교량 안전시설 설치·관리</li> <li>• 유해정보 차단 가이드라인 홍보·교육</li> </ul>

〈표 2-1〉의 계속

10대 과제	중앙정부(중자방)	시·도	시·군·구
4. 생애주기별 자살예방대책 추진	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동·청소년·직장인·여성·노인 등에 대한 자살예방 프로그램 개발 및 보급, 자살고위험군 조기발견체계 마련</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동·청소년·직장인·여성·노인 등에 대한 자살예방 프로그램 지원, 우울증 등 정신건강 스크리닝 프로그램 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 아동·청소년·직장인·여성·노인 등에 대한 자살예방 프로그램 운영, 우울증 등 정신건강 스크리닝 프로그램 운영</li> </ul>
5. 자살고위험군 지지체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살 유가족 지원 사업 가이드라인 개발 및 보급</li> <li>• 정신·신체 질환자 자살예방 가이드라인 개발, 장애인시설-정신건강센터 연계</li> <li>• 실직자·빈곤층 자살예방 체계 마련</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살 유가족(경찰-센터 연계) 자조모임 운영, 유가족 상담가 양성</li> <li>• 정신·신체 질환자 자살예방 프로그램 지원, 장애인시설-정신건강센터 연계 구축</li> <li>• 실직자·빈곤층 자살예방 사업 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살 유가족 사례관리, 유가족 상담가 활용</li> <li>• 정신·신체 질환자 자살예방 프로그램 운영</li> <li>• 실직자·빈곤층 대상 정신건강 스크리닝</li> </ul>
6. 자살위기대응 및 사회관리체계 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살위기전화 시스템 구축</li> <li>• 경찰-소방-정신건강서비스 연계체계 마련 및 관련법 개정</li> <li>• 병원-정신건강 연계체계 구축 및 응급실 기반 자살시도자 사후관리 프로그램 개발·보급</li> <li>• 자살시도자 사례관리 가이드라인 개발 및 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살위기전화 운영</li> <li>• 경찰-소방-정신건강 서비스 연계체계 마련</li> <li>• 병원-정신건강 연계체계 구축 및 응급실 기반 자살시도자 사후관리 가이드라인 교육</li> <li>• 자살시도자 사례관리 가이드라인 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 경찰-소방-정신건강 연계 서비스 제공</li> <li>• 병원-정신건강 연계체계 구축 및 응급실 기반 자살시도자 사후관리 서비스 제공</li> <li>• 자살시도자 사례관리서비스 제공</li> </ul>
7. 지역사회 자살 대응역량 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방상담 실적 관리 및 분석</li> <li>• 자살예방 마을공동체 모형 개발 및 시범사업 실시</li> <li>• 1차 의료기관의 우울증·자살위험 스크리닝 가이드라인 및 도구 개발·보급</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방상담 지원</li> <li>• 자살예방 마을공동체 사업 지원</li> <li>• 1차 의료기관의 우울증·자살위험 스크리닝 가이드라인 교육 및 도구 보급</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살예방상담서비스 제공</li> <li>• 자살예방 마을공동체 사업 운영</li> <li>• 1차 의료기관의 우울증·자살위험 스크리닝 가이드라인 교육 및 도구 보급</li> </ul>
8. 정신건강 인프라 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회 정신건강 서비스 전달체계 구축</li> <li>• 지역 자살예방 인력 확충 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강 서비스 제공</li> <li>• 자살예방 인력 확충(지원)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강 서비스 제공</li> <li>• 자살예방 인력 확충</li> </ul>

〈표 2-1〉의 계속

10대 과제	중앙정부(중자방)	시·도	시·군·구
9. Gatekeeper 교육 등 자살예방 인력 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gatekeeper 양성 교육 프로그램 개발 및 보급</li> <li>• 의료인용 가이드라인 개발 및 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gatekeeper 양성 교육</li> <li>• 의료인 대상 가이드라인 교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gatekeeper 양성 교육</li> </ul>
10. 근거 기반 자살예방 연구체계 마련	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살시도자 DB 구축</li> <li>• 심리부검 수행을 위한 부처 간 협조체계 구축 및 추진</li> <li>• 자살예방 관련 연구DB 구축</li> <li>• 자살예방 R&amp;D 관리 및 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살시도자 DB 구축 지원</li> <li>• 심리부검 수행을 위한 유관기관 협조체계 마련</li> <li>• 자살 관련 환경 및 현황 조사</li> <li>• 자살예방프로그램 효과성 평가</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살시도자 DB 구축 지원</li> <li>• 심리부검을 위한 유가족 발굴 및 지원</li> <li>• 자살 관련 환경 및 현황 조사</li> <li>• 자살예방프로그램 효과 측정</li> </ul>

자료출처: 보건복지부(2016). 지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼. pp. 23-26.

#### 다. 우리나라의 자살예방 전달체계의 시사점

앞서 살펴 본 미국, 일본, 아일랜드 전달체계의 공통점은 자살예방의 책임이 사회구성원 모두에게 있으며, 모두가 함께 참여해야 예방이 가능하다는 인식에서 출발하고 있다. 〈표 2-2〉는 미국, 일본, 아일랜드, 한국 등 4개국의 자살예방 전달체계를 라이트(Wright)의 정부간관계 모형으로 분석한 결과에 대한 전달체계의 4개 구성 원칙 통합성, 접근성, 전문성, 책무성을 중심으로 비교한 것이다. 미국과 일본은 자살예방 전달체계에서 컨트롤 타워 기능을 하는 기관을 각각 설치 운영하였고, 아일랜드의 경우는 중앙정부가 강력한 협력체계 구축을 주도하는 것으로 나타났다. 그러나 우리나라는 자살예방의 전달체계에서 중앙정부와 지방정부(광역과 자치단체) 간의 통합적인 협력의 중요성을 언급하고 있지만, 중앙정부, 광역정부, 기초정부는 지방분권화에 따라 각각 자살예방 사업을 운영하고 있지만, 상호협력을 강화할 수 있는 매개체가 부재한 실정이다. 그 결과 자살예방 전달체계의 과정에서 분절되는 현상이 발생하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 현 자살예방 정책은 자살예방사업의 협력을 조정할 수 있는 별도의 기관 운영이 필요함을 시사하고 있다.

〈표 2-2〉 미국, 일본, 아일랜드, 한국의 자살예방 전달체계 비교

항목	미국	일본	아일랜드	한국(서울시 중심)
통합성	<ul style="list-style-type: none"> <li>주정부 단위(광역정부)의 자살예방 사무소가 컨트롤 타워 기능을 함</li> <li>민간 협력 체계 구축을 통한 재정적 지원체계 구축</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>도도부현(광역정부)의 자살대책연락협의회가 중앙정부와 자치정부의 중간 역할을 하면서 컨트롤타워의 기능을 함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>중앙정부가 자살예방의 통제권을 가지고 있으면서 모든 행정체계의 참여를 유도함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>광역정부(서울시)는 중앙정부와 독자적으로 자살예방 사업을 진행</li> <li>광역정부(서울시)가 자살예방센터를 설치 운영하고 있으나, 컨트롤타워 기능이 없음</li> </ul>
접근성	<ul style="list-style-type: none"> <li>기초정부(카운티)는 단일 또는 복수의 형태로 묶어서 자살예방센터를 설치하여 자살관련 정보를 수집할 수 있는 체계를 구축하고 있음</li> <li>기초정부의 자살예방센터는 지역의 자살고위험군 발굴과 더불어 주정부의 자살예방사무소와 협력적 관계를 유지하고 있음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>기초정부(시정촌)는 단독 또는 복수의 시정촌을 중심으로 지역자살대책연락회 설치 운영</li> <li>지역특성에 맞는 자살예방대책 추진</li> <li>자살대책연락회를 중심으로 지역의 자살대책을 실행</li> <li>공공기관에 상담창구 개설 : 생애주기별, 특성별 대책 마련으로 접근</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>광역정부(주정부)와 기초정부(버러)의 협력체계를 강조함</li> <li>지역의 경제상황에 따른 중앙정부의 지원 및 자살예방계획을 구축하고 있음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>기초정부(25개 기초지자체) 중 1개 기초지자체(성북구)에서 자살예방센터를 분리 운영하고 있음</li> <li>기초정신건강증진센터와 보건소에서 자살예방 사업을 수행함</li> <li>중앙정부 또는 서울시와 협력체계를 갖추지 못하고 있음</li> </ul>
전문성	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신과, 임상적 지식, 정신보건사회복지사 등 전문성 등의 자격관리와 역량강화를 엄격하게 관리함</li> <li>데이터베이스 구축의 중요성 강조</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>실태 파악</li> <li>연수 사업을 통한 인재 양성</li> <li>상담체계 강화 : EPA, 다중채무자, 실업자 중심의 특별 상담창구 구축</li> <li>자살자유가족을 위한 상담창구 및 지원대책 구축</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>중앙정부의 교육부, 법무부, 아동, 비정부조직 등의 협력을 강조</li> <li>지역사회 정신보건팀 구축</li> <li>약물 및 알코올 대책위원 구축</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신보건사회복지사, 정신보건간호사, 임상심리사를 중심으로 자살예방 전문요원으로 구축하고 있음</li> <li>고용의 불안정으로 이직율이 높음</li> </ul>
책무성	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회기반 자살예방 사업을 매우 존중하며 기초정부의 자료 수집과 광역정부의 자료분석에 의한 자살예방 사업을 실시</li> <li>광역정부와 기초정부의 책임성이 강함(평가제도, 지도 감독 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>중앙정부, 광역정부, 공공기관의 연락회의 등과 협력체계 구축</li> <li>광역정부(도도부현)의 전문적 조직 구성의 책무성 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>국가자살예방청, 중앙정부의 보건국(HSE), 지역사회 정신보건 조직 등의 공동 책무성 강조하면서 협력체계 구축 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>중앙정부의 중앙자살예방센터, 광역정부의 지방자살예방센터, 기초지자체의 지방자살예방센터, 보건소(기초정신건강증진센터 및 자살예방사업) 등이 있으나 책임소재가 불분명함</li> </ul>

현재 서울시는 25개 기초지자체 보건소가 1차 자살예방 사업을 담당하고 있는데, <표 2-1>에서 보듯이 지역의 자살예방 운영주체가 보건소인지, 아니면 기초정신건강증진센터인지 분명하지 않은 상태이며 지역 내에서 자살예방 사업을 수행하는 것으로 되어 있다. 반면에 [그림 2-13]에서는 기초지자체의 보건소가 자살예방 사업을 총괄하는 것으로 규정하고 있다. 또한 서울시의 25개 기초지자체 중에서 지방자살예방센터를 독립적으로 운영하는 성북자살예방센터를 제외하고, 나머지 기초지자체에서는 기초정신건강증진센터와 보건소에서 자살예방사업을 진행하고 있다.

서울시의 자살예방사업 전달체계는 중앙자살예방센터(보건복지부 산하)→서울시자살예방센터(서울시 산하)→보건소·지방자살예방센터(기초정신건강증진센터)로 구축되어 있다. 기초지자체의 정신보건 관련 업무를 전담하는 기초정신건강증진센터는 지역의 최일선에서 자살예방사업 추진을 위한 전달체계의 구심점 역할을 수행하고 있다. 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조 제2항 및 제3항4)에 근거하여 지방정부의 자살예방사업 수행은 지방자살예방센터를 기초정신건강증진센터 내에 설립 운영할 수 있도록 규정하고 있기 때문에, 주로 기초정신건강증진센터에서 기초지자체 단위 자살예방사업 수행의 총괄 업무를 담당하게 된다. 대부분의 기초정신건강증진센터는 해당 기초지자체 관내에 있는 종합병원 등에 민간위탁으로 운영5)되고 있다. 기초지자체의 기초정신건강증진센터 설치 및 운영 사업은 기초지자체의 경상보조예산의 형태로 수행된다. 즉 서울시는 기초정신건강증진센터 설치 및 운영에 필요한 재원이 마련된 기초지자체의 대응 예산의 확보에 따라 예산을 지원하고, 기초지자체의 보건소는 「정신보건법」 제39조(보고·검사등) 제1항6)에 근거하여 해당 민간위탁 기초정신건강증진센터의 운영 지도 및 감독을

4) 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조(자살예방센터의 설치) ② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터에 둘 수 있다. <개정 2016.5.29.>

③ 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 대통령령으로 정하는 바에 따라 민간에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 위탁업무의 수행에 드는 비용을 보조할 수 있다.

5) 「정신보건법」 제13조(지역사회정신보건사업 등) ③국가 및 지방자치단체는 제1항 및 제2항의 규정에 의한 지역사회정신보건사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 보건소 또는 국·공립정신의료기관에 정신보건센터를 설치하거나 그 사업을 대통령령이 정하는 기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.

제13조의2(정신보건센터의 설치) ① 국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.

② 제1항의 정신보건센터의 설치를 위한 재원은 국가와 지방자치단체가 부담한다.〔본조신설 2008.3.21〕

6) 「정신보건법」 제39조(보고·검사등) ①보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 정신보건시설의 설치·운영자에 대한 소관 업무에 관하여 지도·감독을 하거나 보건소로 하여금 지도·감독을 하도록 하며, 년 1회 이상 그 업무에 관하여 보고 또는 관계서류의 제출을 명하거나, 관계공무원으로 하여금 당해 시설의 장부·서류 기타 운영상황을 검사하게 하여야 한다. <개정 2000.1.12, 2008.2.29, 2010.1.18>

담당하는 것으로 되어있다. 즉 기초자치단체의 보건소는 기초정신건강증진센터를 직접 설치·운영할 수 있고, 또는 민간 위탁하는 경우 지도 감독하는 것으로 규정되어 있다. 즉 현행 「정신보건법」과 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서는 기초자치단체의 보건소가 기초정신건강증진센터를 직접 설치·운영하지 않고 민간 위탁 운영하는 경우, 지방자살예방센터는 기초정신건강증진센터 내에 설치·운영하도록 규정하고 있다. 그러나 서울시는 자살예방 전달체계 스펙트럼에 의해서 1차 예방사업을 보건소가 담당하고, 2·3차 자살예방 사업을 기초정신건강증진센터에서 담당하여, 자살예방사업을 분리·운영하고 있다. 따라서 서울시의 자살예방 전달체계는 사업운영 과정에서 혼재되고 책임소재가 명확하지 않기 때문에 사업성과에서 가시적 결과를 나타내지 못하는 문제점을 드러내고 있는 것이다.

또한 미국은 국가자살예방전략을 효과적으로 실행하기 위해 민관협력관계를 강조하면서 공공 및 민간조직이 200개 이상 참여하고 있고, 아일랜드의 경우도 중앙정부의 역할보다 지방자치단체 또는 지역사회의 주도적 역할을 강조하고 있다. 이는 효과성이 입증된 자살예방 활동의 상당부분이 지역적으로 이뤄진 것이라는 연구결과들을 토대로 한 것이다(김정수·송인한, 2013). 서울시의 경우도 자살률이 지역적 편차가 있는 사회적 현상이라는 점을 고려할 때 이와 같은 접근방식을 고려해볼 만하다.

### III. 서울시 자살예방 조사결과 분석

본 장에서는 서울시 자살예방 현황 분석, 질적 연구 및 토론회 결과를 분석한 후 그 결과를 중심으로 서울시 자살예방 전달체계의 문제점을 살펴보고자 한다. 특히, 최근 3년간 서울시 및 기초지자체의 자살예방사업 실적에 대한 기초자료를 분석하여 예산, 인력에 대한 근거를 중심으로 전달체계의 문제점과 방향성을 제시하였다.

#### 1. 서울시 자살예방 현황 분석

##### 가. 서울시 자살 실태

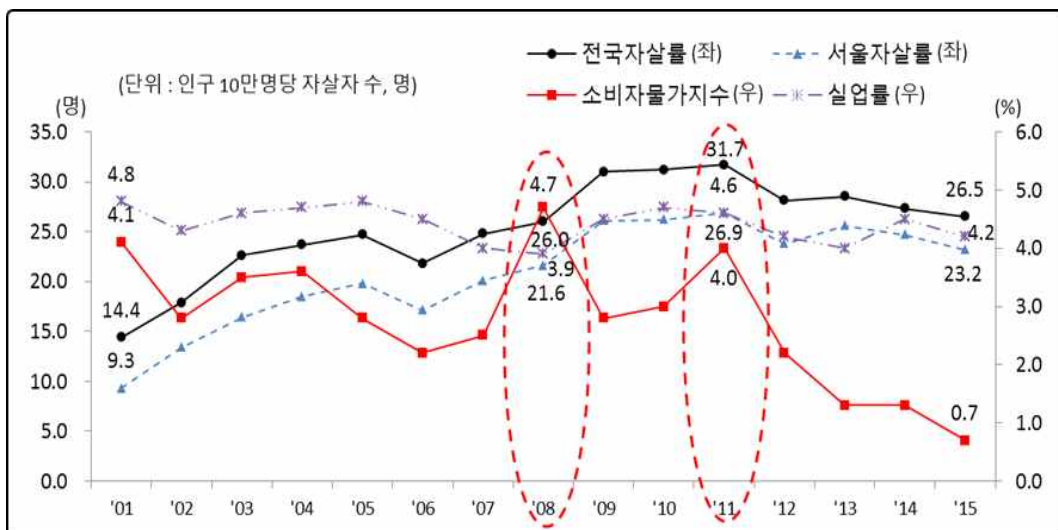
###### 1) 자살과 사회적 환경

최근 15년간 전국 및 서울시의 인구 10만 명당 자살자 수 추이는 [그림 3-1]에서 보는 바와 같다. 2001년부터 2011년까지 자살률이 지속적으로 증가하였고, 2012년부터는 다소 감소하는 추이를 보이고 있다.

전국 자살률은 2001년 인구 10만 명당 14.4명에서 2015년 26.5명으로 1.8배 정도 증가하였고, 서울시 자살률은 2001년 인구 10만 명당 9.3명에서 2015년 23.2명으로 2.5배 증가하였다. 특히 2006년부터 2011년 간 자살률이 급격히 증가하였으며 전국과 서울의 자살률은 각각 9.9명, 9.8명이 상승하였다. 자살이란 매우 복잡적이고 다양한 요인에 의해 발생하지만, 일정 기간 동안 자살률이 급격히 증가하는 것은 사회구조적 요인에 의한 것이라 할 수 있겠다. 그 이유 중 하나는 2008년 글로벌 금융위기를 기점으로 실업률이 3.9% 증가하였고, 2011년에 4.6%까지 지속적으로 증가하였다. 또한 우리 사회의 소비자물가 지수는 4.7%로 상승하였고, 2011년에 4.0%까지 증가하였다([그림 3-1] 참조). 소비자 물가 상승률이 지나치게 높을 경우, 서민가계에 커다란 경제적 부담으로 작용하고, 이는 실질 임금과 실질 소득을 감소시키고 저축을 줄이며, 결국 가계부채의 문제로 이어지는 현상으로 나타난

다. 즉 가계부채의 상승은 일반 서민들에게 일상화된 불안감과 두려움 또는 무력감에 빠지게 하고 사회적인 부정적 사건이 발생하는 하나의 요인이 되는 것이다(이상영, 2015). 경제적 위기상황이 반드시 자살을 초래한다고 확신할 수는 없지만 외환위기 시기인 1998년 이후 자살률이 급격히 증가한 사실에 비추어 본다면 경제상황의 위기가 자살률에 영향을 미치지 않는다고는 단언하기 어렵다(이상영·노용환·이기주, 2012), 따라서 자살이란 단순한 의료적 요인만이 주요변수가 아니고 매우 복잡적이고 다양한 사회적 요인에 의해서 발생하며, 이는 결국 병리적인 현상으로 변화되어 스스로 목숨을 끊는 과정이 발생하는 것이라 할 수 있다(은기수, 2005). 그러므로 우리사회에서 병리적 현상 이전에 더욱 적극적인 예방과 개입을 통하여 자살률을 감소시킬 수 있을 것으로 예상된다. 2012~2015년 간 자살률이 다소 감소하는 경향이 있지만, 자살이란 단순히 몇 년간의 추이로 그 결과를 평가할 수 없다. 따라서 서울시의 자살률에 대한 지속적인 점검이 필요하다.

[그림 3-1] 전국 및 서울시 자살자 수 및 자살률 추이: 2001-2015년



자료출처 : 통계청(2015). 『사망원인통계』, 한국은행(2016). 『경제통계시스템』

경제적 문제는 개인적 차원뿐 아니라 사회적 차원에서 자살의 원인으로 주요하게 논의되는 요인으로서 공통성을 갖는다(우혜경·조영태, 2013). 우울이나 스트레스가 개인적 차원에서 자살의 주요 요인이지만, 빈곤과 같은 경제적 상실감이 개인이 정신적 심리적 건강의 선행요인으로 자살생각을 증가시킬 수 있으며, 결국 자살률을 상승시키는 위험요인이 될 것이다(Almeida et al., 2012). 그러나 경제적 빈곤이 모두에게 자살을 촉발하지는 않는다. 즉 경제적 상실감으로 인한 부정적 정서가 정상적인 것으로 다시 변화되는 것도 사실



이다. 그러나 경제적 상실감이 스트레스적인 생활사건에 취약하게 노출되어 개인적 또는 사회적 완충작용이 결여되어 고립될 경우 자살을 촉발할 수 있다 (박봉길, 2014).

〈표 3-1〉은 2001년부터 2015년까지 서울시의 자살자 수 및 자살률 추이를 정리한 자료이다. 2001년 자살자 수가 959명이었으나 2015년에는 이보다 약 2.4배 많은 2,301명이 자살로 사망하였다. 2015년 서울시 자살률은 23.2명이며, 하루 평균 6.3명이 스스로 목숨을 끊는 상황이다. 또한 2001년에는 9.2시간 당 1명의 자살자가 발생하였으나 2015년에서 3.8시간 당 1명의 자살자가 발생하여 15년간 사이 2.4배가 증가하였다.

〈표 3-1〉 서울시 자살자 수 및 자살률 추이: 2001-2015년

(단위: 인구 10만 명당 자살자수, 명)

구분	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15
자살자 수(명)	959	1,376	1,670	1,887	2,013	1,742	2,045	2,200	2,662	2,668	2,722	2,391	2,560	2,467	2,301
자살률	9.3	13.4	16.4	18.5	19.8	17.1	20.1	21.6	26.1	26.2	26.9	23.8	25.6	24.7	23.2
1일 평균(명)	2.6	3.8	4.6	5.2	5.5	4.8	5.6	6.0	7.3	7.3	7.5	6.6	7.0	6.8	6.3
1명당/시간	9.2	6.3	5.2	4.6	4.4	5.0	4.3	4.0	3.3	3.3	3.2	3.7	3.4	3.6	3.8

자료출처 : 국가통계포털, 『사망원인통계』 각 연도별

자살률의 급속한 증가에 따라, 주요 사망 원인의 순위도 변화하였다. 사망원인 순위 변화에서 2001년에 8위를 차지하였던 자살이 2005년, 2010년, 2015년에는 각각 4위로 상승하였다(〈표 3-2〉 참조).

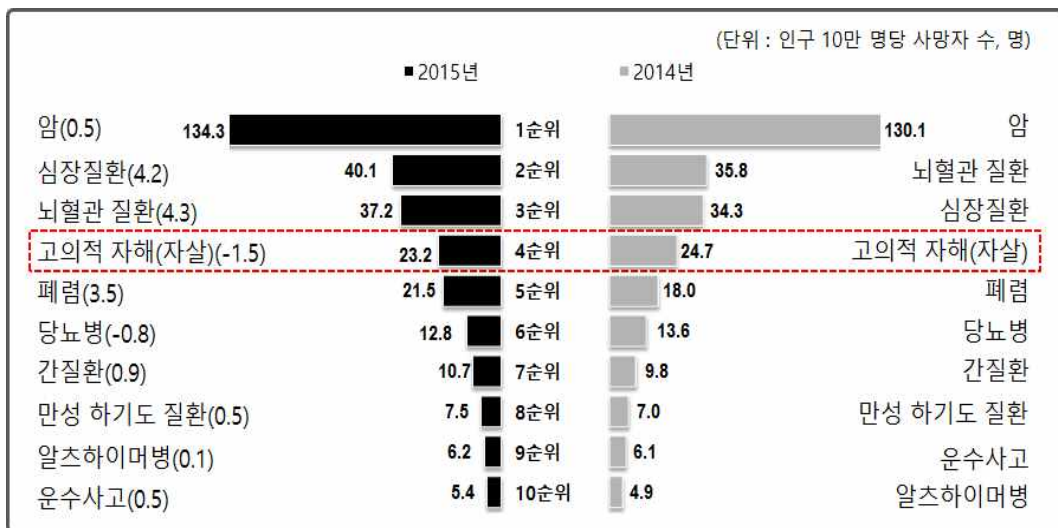
〈표 3-2〉 사망 원인 순위 변화 : 2001-2015년

	2015년	2010년	2005년	2001년
1순위	암	암	암	암
2순위	심장 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환
3순위	뇌혈관 질환	심장 질환	심장 질환	심장 질환
4순위	고의적 자해(자살)	고의적 자해(자살)	고의적 자해(자살)	당뇨병
5순위	폐렴	당뇨병	당뇨병	간 질환
6순위	당뇨병	폐렴	간 질환	만성 하기도 질환
7순위	간 질환	간 질환	만성 하기도 질환	운수사고
8순위	만성 하기도 질환	만성 하기도 질환	폐렴	고의적 자해(자살)
9순위	알츠하이머병	운수사고	운수사고	폐렴
10순위	운수사고	알츠하이머병	알츠하이머병	알츠하이머병

자료출처 : 국가통계포털, 『사망원인통계』 각 연도별

[그림 3-2]는 2014년과 2015년을 기준으로 서울시의 10대 사망원인 순위를 재구성한 도표이다. 2014년 대비 2015년 사망률에 있어서 8개 원인으로 인한 사망률이 증가하였으나, 자살(고의적 자해)과 당뇨병으로 인한 사망률은 다소 감소하였다. 그러나 자살로 인한 사망이 여전히 전체 사망원인 중 4위를 차지하고 있다.

[그림 3-2] 서울시의 10대 사망원인 순위



자료출처 : 국가통계포털, 『사망원인통계』 각 연도별

## 2) 연령대별 및 성별 자살률 추이

서울시 최근 3년 간 연령대별 및 성별 자살률 변화의 추이는 <표 3-3>에서 보는 바와 같다. 2015년 서울시 전체 자살률(인구 10만 명당)은 23.2명이며, 40대에서 70대 이상 연령층의 자살률은 평균 자살률 보다 높다. 특히 고연령층인 70대 이상의 자살률이 65.3명으로 평균 자살률보다 2.8배 높게 나타나고 있으며 70대 남성의 자살률이 대폭 증가하였다.

각 연령대별 자살률은 연령이 높아질수록 증가하는 경향을 보이고 있다. <표 3-3>에 의하면, 2015년 각 연령대별 인구 10만 명당 자살자 수는 10대 4.1명, 20대 14.4명, 30대 21.0명, 40대 27.5명, 50대 28.2명, 60대 30.3명, 70대 이상 65.3명으로 나타났다. 이러한 경향성은 모든 연도에서 동일하게 나타났다.

성별 자살률의 경우, 2014년 남성 34.7명에서 2015년 남성 32.1명으로 7.5% 감소한 반면에 여성은 2.7%가 감소하였다. 남성은 70세 이상을 제외한 전 연령층에서 전년 대비 자살률이 감소했으나, 여성은 10대, 40대, 60대,

70세 이상의 연령층에서 자살률이 증가하였다.

또한 2013년부터 2015년까지 매년 남성 자살률이 여성 자살률보다 높음을 알 수 있다. 2013년 남성 자살률은 35.7명으로 여성 자살률 15.7명에 비해 2.3배였다. 2014년 남성 자살률은 34.7명으로 여성 자살률은 15.0명에 비해 2.3배 높았다. 2015년 남성 자살률은 32.1명으로 여성 자살률 14.6명과 비교하여 2.2배 높았다.

〈표 3-3〉 서울시 최근 3년 간 연령대별 및 성별 자살률

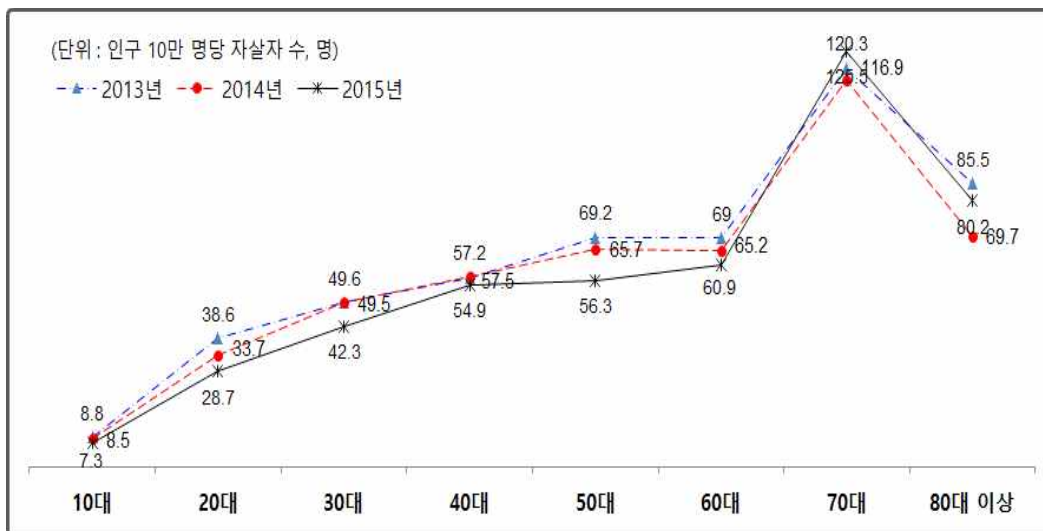
(단위: 인구 10만명당 자살률, 명)

연 령	2013년			2014년			2015년 (‘14년 대비(자살률)증감률, %)		
	계	남	여	계	남	여	계	남	여
계	25.6	35.7	15.7	24.7	34.7	15.0	23.2 (-6.1)	32.1 (-7.5)	14.6 (-2.7)
10-19세	4.7	6.4	3.0	4.6	6.3	2.7	4.1 (-10.9)	5.2 (-17.5)	2.9 (7.4)
20-29세	19.5	23.7	15.3	17.0	19.3	14.6	14.4 (-15.3)	16.8 (-13.0)	12.1 (-17.1)
30-39세	24.6	30.6	18.5	24.7	31.2	18.0	21.0 (-15.0)	26.3 (-15.7)	15.7 (-12.8)
40-49세	28.4	41.1	15.8	28.7	42.5	15.0	27.5 (-4.2)	36.9 (-13.2)	18.1 (20.7)
50-59세	34.6	54.6	16.0	32.9	50.6	16.4	28.2 (-14.3)	44.5 (-12.1)	12.8 (-22.0)
60-69세	34.2	54.8	15.3	32.5	51.1	15.5	30.3 (-6.8)	46.3 (-9.4)	15.7 (1.3)
70세이상	65.4	98.9	41.8	59.8	94.1	35.3	65.3 (9.2)	103.9 (10.4)	37.3 (5.7)

자료출처 : 국가통계포털, 『사망원인통계』 각 연도별

[그림 3-3]은 2013년부터 2015년까지의 서울시의 연령대별 자살률 추이다. 70대 이상을 제외한 모든 연령대에서 자살률 감소추세를 보여주고 있다. 2014년 대비 2015년 70대 노인의 자살 증가율은 8.6명, 80대 이상 노인의 자살 증가율은 10.5명으로 나타나 있다([그림 3-3] 참조).

[그림 3-3] 서울시 연령대별 자살률 추이 : 2013~2015년



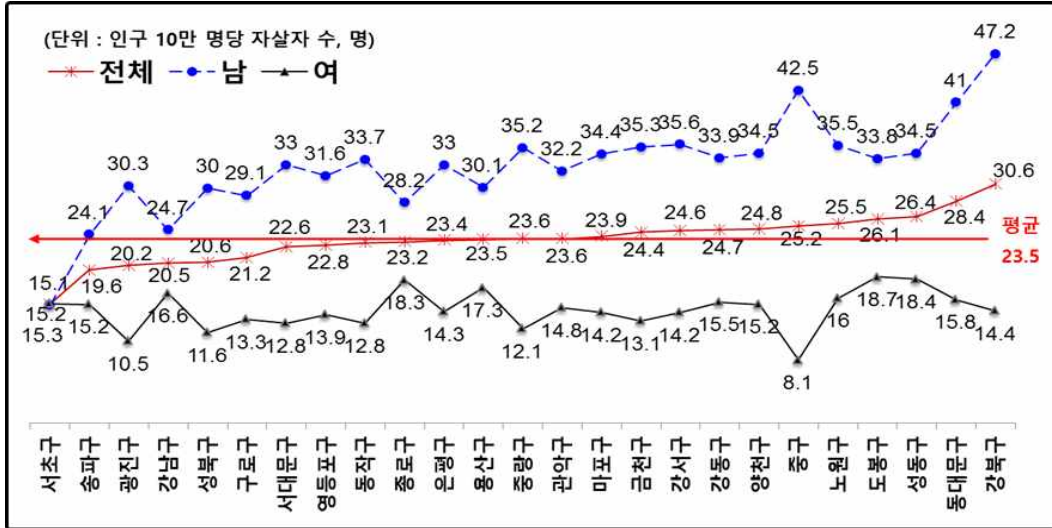
자료출처 : 국가통계포털, 『사망원인통계』 각 연도별

### 3) 기초지자체별 및 성별 자살률 추이

[그림 3-4]는 서울시 25개 기초지자체별 성별 자살률을 비교한 것이다. 2015년도 25개 기초지자체 전체 평균 자살률은 23.5명이며, 25개 기초지자체 중에서 강북구, 동대문구, 성동구, 도봉구, 노원구, 중구, 양천구, 강동구, 강서구, 금천구, 마포구, 관악구, 중랑구, 용산구 등 14개 기초지자체의 자살률이 평균 자살률을 상회하는 것으로 나타났다. 특히 강북구의 자살률(30.6명)은 최하위인 서초구(15.2명)보다 2배가 높았다.

2015년 자살률이 서울시의 평균을 상회하는 기초지자체 중 강북구, 중구, 동대문구, 용산구, 도봉구 등 5개 기초지자체의 노인 인구 비율이 13.6~15.8%로서 다른 기초지자체에 비하여 높은 상태인 것을 고려하면 각 기초지자체별 65세 이상 노인 인구의 비율과 자살률 간에는 일정 정도 상관관계가 있는 것으로 보인다. 그러므로 모든 연령층에 대한 자살예방 뿐 아니라 특히 노인 인구층에 대한 자살예방 사업의 필요성이 절실하다 하겠다.

[그림 3-4] 서울시 기초지자체별 성별 자살률 비교 : 2015년



자료출처 : 시민건강국(2016). 『2015년 서울시민 자살현황 보고』, 보건의료정책과

이상에서 검토한 내용을 종합하면, 1) 연령 증가에 따른 자살률의 급증, 2) 70대 이상 노인과 남성의 자살률 상승, 3) 40대 여성의 자살률 상승, 4) 자살률과 사회의 부정적 사건과의 관련성 등이 있다는 것을 알 수 있다.

연령이 높을수록 자살률이 증가하는 경향은 최근 3년간 모든 연도에서 확인할 수 있으며, 2015년 기준으로 70대 이상의 자살률이 인구 10만 명당 125.5명으로 10대 자살률 7.3명에 비해 약 17.2배가 높았다. 또한 2015년도 50대와 60대의 자살률이 각각 28.2명, 30.3명으로서 베이비붐 세대에 해당하는 50대 이상 전기 노인에서부터 70대 이상의 후기 노인세대의 인구 수 증가와 더불어 해당 연령대의 자살률이 매우 높음을 알 수 있다.

## 나. 서울시 자살예방 사업 현황

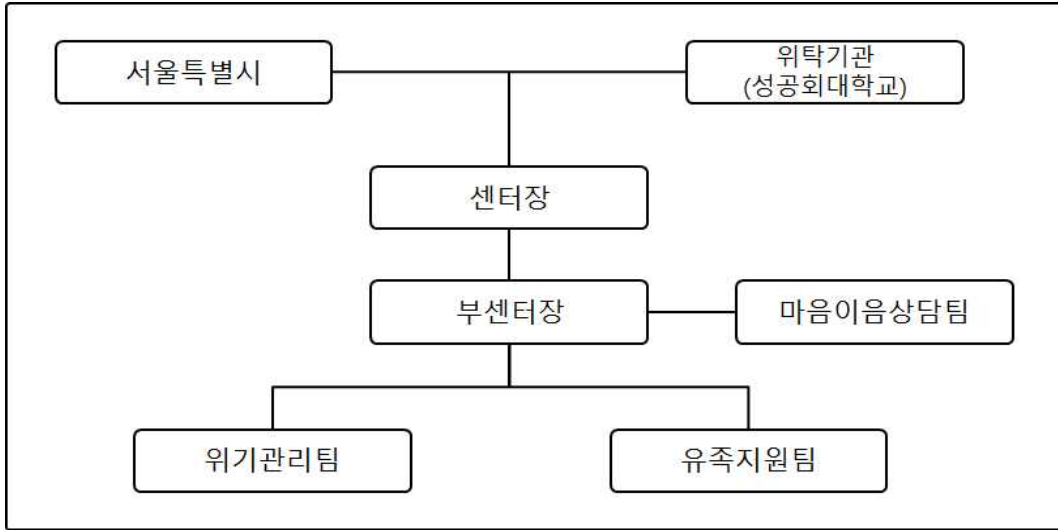
### 1) 서울시자살예방센터의 역할과 기능

#### 가) 조직

서울시자살예방센터의 업무조직 구조는 서울시가 예산 및 행정을 지원하고, 위탁기관인 성공회대학교 산학협력단에서 인력 및 기술을 지원하고 있다(그

림 3-5) 참조). 센터장 산하에 마음이음상담팀(콜센터 기능), 자살 위기관리 팀, 사후개입에 해당하는 유족지원팀 등 3개 팀으로 구성되어 있다.

[그림 3-5] 서울시자살예방센터 업무 조직도



나) 인력

서울시자살예방센터의 구성인력은 센터장 1명, 부센터장(마음이음상담팀장 겸직) 1명, 팀장 2명(위기관리팀장 1명, 유족지원팀장 1명), 팀원 20명(행정지원 인력 1명, 팀원 19명) 등 총 24명의 인력으로 구성되어 있다(〈표 3-4〉 참조).

〈표 3-4〉 서울시자살예방센터의 인력 운영 현황

(단위 : 명)

분야	직능	센터장	상임팀장	팀장	팀원	합계
	합계	1	1	2	20	24
사회복지	정신보건사회복지사	1	1	2	9	13
보건의료	정신보건간호사	-	-	3	3	3
콜센터	상담원	-	-	7	7	7
	행정사무원	-	-	1	1	1

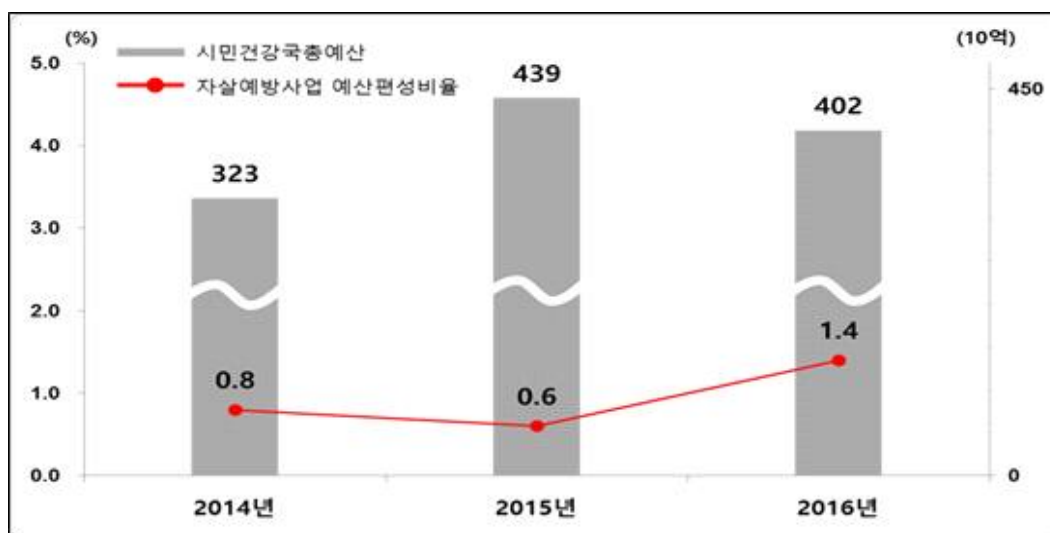
자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

다) 예산

최근 3년간 서울시 시민건강국 총예산 대비 자살예방 예산편성 비율은 [그

림 3-5)와 같다. 2014년 시민건강국 총예산 323십억원 대비 자살예방 예산은 25억원으로 0.8% 정도이며, 2015년은 시민건강국 총예산 439십억원 대비 자살예방 예산이 25억원으로 0.6% 정도이다. 2016년은 서울시자살예방센터가 서울시광역정신건강증진센터와 분리되어 운영되었는데, 시민건강국 총예산 402십억원 대비 서울시자살예방 예산이 약54억원으로 1.4%를 차지하고 있다.

[그림 3-6] 최근 3년 서울시 시민건강국 총예산 대비 자살예방 예산편성 비율



자료출처 : 서울시 시민건강국의 제출 자료를 정리한 것임.

25개구 자살예방 예산 현황을 살펴보면, 2014년, 2015년의 서울시자살예방센터의 예산은 25개 기초지자체 자살예방사업지원을 위해 각각 25억씩 배정되어 있다. 반면에 2016년 서울시자살예방센터의 예산은 2015년 대비 29억4천8백만원 정도의 예산이 증가하여 217.9%의 예산이 증액되었다(〈표 3-5〉 참고).

여기에서 중요하게 주목할 부분이 있다. 첫째, 2014년과 2015년의 자살예방사업 예산은 서울시자살예방센터의 예산이 아니라 자치단체민간경상보조금으로 25개 기초지자체의 지역사회기반 자살예방사업으로 배분된 예산이다. 둘째, 2016년 예산에서 자치단체민간경상보조금 25억을 제외한 예산 29억 정도의 예산이 서울시자살예방센터의 예산금액으로 배정된 것이다. 이는 2016년 서울시자살예방센터가 서울시광역정신건강증진센터와 분리 운영되면서 나타난 결과라 할 수 있다. 그러나 서울시자살예방센터 예산액 29억 중에서 10억 정도가 민간경상사업보조 예산으로 배정되어 있다. 그 내용은 ‘힐링프로젝트’, ‘생명문화버스’, ‘힐링센터 운영’, ‘스타칼리지 살자학교’ 등을 위한 사업예

산이다. 더욱이 서울시자살예방센터에는 2014년~ 2016년까지의 민간경상사업보조에 대한 사업계획서와 사업보고서(2016년 제외)와 관련된 내용이 없었지만, 민간경상사업보조는 최근 매년 서울시자살예방센터의 사업에 포함되어 예산이 배정된 것으로 나타났다. 서울시자살예방센터의 자살예방 사업비는 전체 예산 14억 9천만원 중 2억 7천만원 정도이며, 자살예방 관련 사업내용은 유족관리지원, 마음이음상담전화, 위기관리사업, 기획조사사업이다. 따라서 서울시 자살예방을 위해 지원하는 예산배정 기준과 방식에 대한 면밀한 검토를 통하여 실질적인 자살예방 사업에 예산이 분배되고 운영될 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다.

〈표 3-5〉 25개구 자살예방 예산 현황 : 2014-2016년

(단위 : 천원, %)

	2014년	2015년	2016년 <sup>주1)</sup>	전년대비 증감률
배정액 <sup>주2)</sup>	2,500,000 (0.8)	2,500,000 (0.6)	5,448,114 (1.4)	217.9
집행액	2,500,000	2,500,000	4,775,446	
집행비율	100.0	100.0	87.7	

주1) 2016년 9월말 기준임.

주2) 서울시 시민건강국의 자살예방 예산은 매년 자치단체민간경상보조금으로 25개구 자살예방사업 지원금으로 매년 25억원 지원하고 있음.

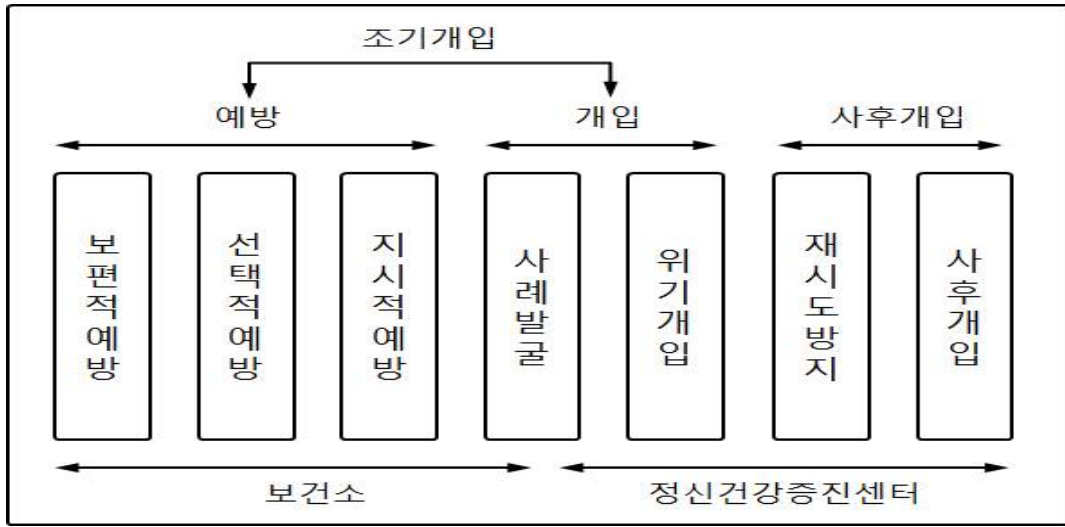
자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

#### 라) 사업내용

서울시자살예방센터는 [그림 3-7]의 자살예방 이론적 근거인 자살예방 스펙트럼(예방-개입-사후개입)을 중심으로 서비스를 전달하고 있다. 자살예방 스펙트럼은 사업 단위별 서비스 전달의 이론적 근거로서 중요하다. 자살예방 스펙트럼은 사전예방에서 보편적 예방, 선택적 예방, 지시적 예방으로 세분하여 각 사업단위별 중심의 전달체계를 강조하고 있다. 이와 같이 사업 내용에 초점을 두는 서비스 전달체계는 자살예방에 있어서 다른 협력 조직 간의 업무연계성에 취약한 구조를 가질 수 있다. 또한 단위 사업별 중심의 자살예방 전달체계는 의료모델 중심의 전달체계로서 이는 공급자 중심의 전달체계이며, 한정된 전문가 중심의 전달체계라는 한계점을 지니고 있다. 즉 현재의 전달체계는 단위 사업 내에서는 어느 정도 운영될 수 있으나, 사업이나 서비스의 분절화로 인해 전달체계에서 중요한 조직화 및 연계망 구축이 취약하기 때문에 전체적인 시너지 효과를 얻기에는 한계가 있다.



[그림 3-7] 자살예방 전달체계 개입 스펙트럼



앞에서도 언급했듯이 서울시의 자살률을 상승시키는데 가장 중요한 인구집단은 노인이다. 모든 인구층에 대한 자살예방 사업이 중요하겠지만 정부나 서울시 차원에서 노인 인구집단에 대한 자살예방 계획이 구체적으로 수립되고 지방자치단체와의 협력을 통한 전달체계가 구축되어야 할 것이다. 서울시 자살예방 조례 제7조(자살예방사업 등)에서 시장은 기초지자체별 자살예방사업의 시행계획을 조정하고 점검할 수 있으며, 자살예방사업을 지원하고 서비스 전달체계 구축 및 시·구 간 연계체계 구축 등 광역단위 사업과 지역사회 자살예방사업의 활성화를 위해 필요한 사업을 수행해야 하는 것으로 규정하고 있다. 이러한 규정이 현실적으로 되기 위해서는 서울시가 기초지자체와 유기적인 협력관계 속에서 자살예방시행계획을 수립하고 각 지역 특성에 맞는 자살예방사업이 시행될 수 있는 서비스 전달체계를 구축할 필요가 있다.

## 2) 기초지자체 자살예방센터의 역할과 기능

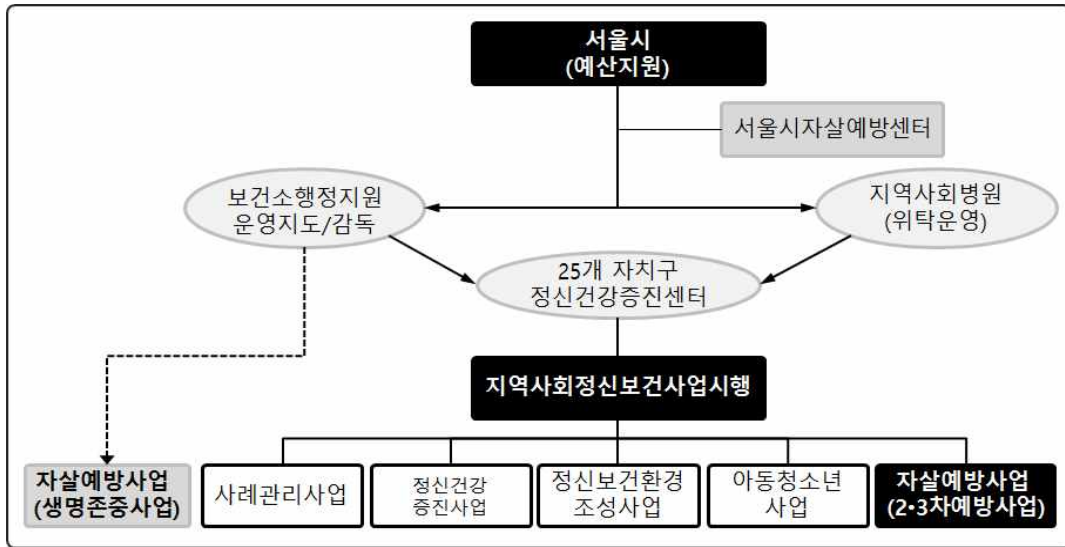
### 가) 조직

[그림 3-8]은 서울시와 25개 기초지자체의 자살예방 관련 업무 조직도를 나타낸 것이다. 25개 기초지자체는 대부분 '지방자살예방센터를 둘 수 있다'라는 조례가 있지만, 실제로 지방자살예방센터를 설치하여 운영하는 기초지자체는 성북구자살예방센터 1개에 불과하다. 그리고 동작구, 용산구, 관악구, 구로구, 노원구, 서초구, 강북구 등 7개의 기초지자체는 기초정신건강증진센터를 직영운영 체제로 전환하였고, 그 운영을 보건소가 담당하고 있다. 그러므로 지

역자살예방 업무는 주로 보건소에서 자살예방사업을 하거나 기초정신건강증진센터와 연계하여 사업을 운영하는 구조를 가지고 있다. [그림 3-8]에서 보면 기초정신건강증진센터와 지방자살예방센터가 보건소 산하에 있고 지역자살예방의 지도감독기관이 보건소라는 것을 알 수 있다. 조직도 상에서는 별 문제가 없는 것처럼 보이지만 실제로는 자살예방사업을 담당하는 기관이 보건소와 정신건강증진센터 등 이원화 구조로 되어 있어서 책임 있는 조정기능이 약화되어 있으며 각 기관들이 담당하는 사업 중심으로 조직이 운영되고 있는 실정이다. 서울시는 2013년 25개 기초지자체를 대상으로 전면 확대 실시한 자살예방 지원 서비스 사업은 전달체계의 개편을 시도하고 있으면서도, 정작 중요한 요소들을 배제한 채 기초정신건강증진센터 설치와 보건소의 자살예방사업 전담인력 비정규직 인력배치에만 몰두한 나머지 여러 가지 문제들이 나타나고 있는 실정이다. 그 결과, 서울시가 자살예방을 위한 정책적 노력에도 불구하고 서울시의 자살률은 유의미한 감소를 좀처럼 보이지 않고 있다.

Gilbert와 Terrell(2005)은 책무성(accountability)을 사회복지서비스 전달체계의 기본원칙으로 주장하고 있다. 서울시의 기초정신건강증진센터와 지방자살예방센터 조직은 서울시의 조례에 따라 시민의 권리로 인정한 자살예방 서비스를 전달하도록 위임받은 조직이므로 자살예방 서비스의 전달에 대하여 책임을 져야 한다. 책임을 져야 할 주요 내용은 수혜자의 욕구에 대한 서비스 대응력, 서비스 전달체계의 적합성, 서비스의 효과성과 효율성이다(김기현, 2013). 자살예방 전달체계가 구체적으로 책임을 지는 대상자는 사회나 국가를 대표하는 실체인 중앙정부 및 지방정부와 서비스의 수혜자가 되어야 한다. 그러나 현행 보건소 중심 자살예방사업은 비전문성으로 인해 공공과 민간, 공공과 공공 간의 연계가 어렵고 보수적인 행정구조로 인해 창의적이고 포괄적인 자살예방사업의 운영을 어렵게 할 수 있다. 자살예방 업무는 같은 상황에서도 다양한 욕구를 지닌 수요자가 존재하여 서비스의 전달방법이 일관되지 않고 다양하기 때문에 정형화된 일반 사회복지서비스와 달리 수요자의 개별성에 대응한 맞춤형 서비스 제공이라는 비정형화된 업무의 특수성과 전문성이 요구된다. 따라서 자살예방 전달체계는 WHO의 권고 기준에 근거하여 보다 넓은 의미의 자살예방 서비스 전달의지를 강조하여 보편적인 서비스와 전문적인 서비스를 체계적으로 처리하는 것이 필요하다(강은정, 2013).

[그림 3-8] 서울시와 기초지자체 간의 자살예방 관련 업무 조직도



나) 인력

(1) 보건소 자살예방 담당 인력 현황

보건소 중심의 자살예방사업을 수행하는 인력은 주로 1차 예방을 중심으로 사업을 수행하고 있는 상황이며, 지역 내에서 자살고위험군을 조기에 발견하여 이에 대한 적절한 조치 및 개입을 하기 위해서는 자살예방 관련 정신건강 전문요원의 비중이 높아야 한다. 그러나 현재 보건소 자살예방 인력은 기간제7)와 시간선택임기제8) 근로형태여서 최대 24개월 이상을 초과하여 근무할 수 없도록 하고 있다. 이로 인해 전담인력은 업무의 숙련성이나 전문성을 기반으로 한 지속적인 자살예방 업무를 수행하기에 어려운 구조 하에 있다. <표 3-6>에서 보는 바와 같이, 25개 기초지자체 보건소 자살예방 담당 인력은 비전문 요원이 평균 86% 정도이며 한시적 단기 근무와 저임금의 근무조건 하에서 퇴사율이 50%~60%를 상회하고 있으며 고용 불안정성으로 인해 지역 자살예방 사업을 안정적으로 운영하기 어려운 상황이다.

7) 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제4조 (기간제근로자의 사용) ①사용자는 2년을 초과하지 아니하는 범위안에서(기간제 근로계약의 반복갱신 등의 경우에는 그 계속근로한 총기간이 2년을 초과하지 아니하는 범위 안에서) 기간제근로자를 사용할 수 있다.  
 8) 시간선택제임기제공무원: 법 제26조의2에 따라 통상적인 근무시간보다 짧은 시간(주당 15시간 이상 35시간 이하의 범위에서 임용권자 또는 임용제청권자가 정한 시간을 말한다. 이하 이 조에서 같다)을 근무하는 공무원으로 임용되는 일반임기제공무원(이하 "시간선택제일반임기제공무원"이라 한다) 또는 전문임기제공무원(이하 "시간선택제전문임기제공무원"이라 한다)(공무원 임용령 제3조의 2).

〈표 3-6〉 25개 기초지자체 보건소 자살예방 담당 인력 현황

(단위 : 명, %)

년도	직원현황			소지자격증				퇴사자수	퇴사율 (%)
	상근 직원수	정신보건 전문요원	비전문 요원	사회 복지사	간호사	심리사	기타		
2014	67	18	52	42	19	6	1	33	50.9
2015	61	18	52	41	19	8	1	39	63.9
2016 <sup>주1)</sup>	59	8	56	39	21	7	-	9	15.3

주1) 2016년 9월말 기준임.

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

## (2) 기초정신건강증진센터 인력 현황

〈표 3-7〉은 기초정신건강증진센터의 전체 인력 현황을 보여주고 있다. 기초정신건강증진센터는 지난 20년 동안 지역사회 내에서 정신건강의 어려움이 있는 당사자들에 대한 위기 대응을 하고 있으며, 25개 기초지자체에 340~350명 정도의 안정적인 인력구조를 가지고 있다(김종진, 2016). 각 센터마다 2~3명의 자살예방 인력이 주로 2차, 3차 예방사업을 수행하면서 자살고위험군에 대한 위기개입과 사후관리를 담당하고 있다. 현재 기초정신건강증진센터 센터장은 모두 비상근직이며 비상근센터장의 역할을 수행해야 하는 부센터장의 직책을 가지고 있는 인력이 25개 기초지자체와 서울시를 포함하여 1~2명에 불과하다. 기초정신건강증진센터의 효율적인 운영을 위해서는 상근직 센터장 배치가 바람직하며 구조적 한계로 인해 배치하지 못할 경우에는 이를 대체할 직책과 직위가 명확하게 구성되고 상설화되는 것이 필요하다. 지역 중심의 자살예방 사업이 원활하게 되기 위해서는 지방자살예방센터나 기초정신건강증진센터의 기능이 유기적으로 운영되어야 하기 때문에 기초정신건강증진센터의 인력 배치와 구조적 보완이 필요하다. 또한 최근에 센터의 민간위탁 운영이 고용 안정화를 이루지 못한다는 이유로 기초지자체에서 직영 운영하는 경향이 있다. 공공에서 직영 운영함에 있어서 장점이 있기는 하지만 직영운영의 경우에도 보건소의 인력 운영과 유사하게 기간제나 시간제로 운영할 경우 고용 불안정이 여전하며 이로 인해 장기적인 측면에서 자살예방 사업의 지속성과 연계성을 어렵게 하는 요인이 될 것이다.

〈표 3-7〉 기초정신건강증진센터 인력 현황

(단위 : 명, %)

년도	센터장 <sup>제1)</sup>	임상 지원의	직인현황			직책(상근직원 수외 동일)					퇴사자수	퇴사율 (%)
			상근 직원수	정신보건 전문요원	비전문 요원	부센터장	상임팀장	팀장	팀원	행정전담 인력		
2014	27	8	348	305	43	2	24	56	240	25	78	22.4
2015	27	10	346	310	36	1	25	56	241	23	82	23.7
2016 <sup>제2)</sup>	28	15	356	311	46	2	24	56	252	23	3	0.8

주1) 센터장의 근무형태는 비상근임.

주2) 2016년 9월말 기준임.

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

### (3) 25개 기초지자체 자살예방 관련 인력의 근무지 변동 현황

보건소의 자살예방 전담인력은 지방자치단체가 서울시로부터 시비 100% 지원을 받아 보건소의 행정력을 기반으로 하여 지역사회 내에서 자살예방 관련 업무를 담당하고 있다. 25개 기초지자체 자살예방 관련인력은 〈표 3-8〉에서 보는 것처럼, 32%의 자살예방 인력의 근무지가 불규칙한 것으로 나타났다. 자살예방 인력의 근무지가 기초정신건강증진센터로 변경되어 운영될 경우 해당 인력에 대한 보건소의 통솔이 쉽지 않으며, 행정력을 지원하기 위한 담당공무원과의 의사소통의 어려움이 발생할 수 있다. 또한 보건소에 소속되어 있으면서 근무지가 기초정신건강증진센터일 경우 보건소와 기초정신건강증진센터의 지도감독을 받아야 하는 이중적 역할로 인하여 업무 혼란과 업무 부담이 그만큼 가중될 수 있다. 그러므로 안정적인 고용구조 및 일관성 있는 의사결정 구조를 위해 서비스의 흐름에 맞는 근무지 배치가 필요할 것이다.

서비스전달체계의 논의에 있어서 빠지지 않고 지속적으로 언급되는 문제점은 업무를 담당하는 인력의 문제이다. 인력문제는 인력의 부족, 전문성, 그리고 인력구성 등에 대한 논의가 주요 내용이다(김기현, 2013). 자살률의 증가와 더불어 자살예방 업무의 증가에 비해 담당 인력의 부족현상이 지속되고 있다. 특히 자살예방 정책집행 및 일선기관에서 자살예방담당 인력의 부족이 심각한 상황이며, 인력 확충이 없이 조직개편과 인력 이동은 갑작스런 근무지 환경의 변화에 따른 피로감이 누적되고 있다. 또한 보건소의 자살예방담당 조직의 행정직 중간관리자들이 자살예방업무에 대한 전문성의 결여로 업무에 대한 이해가 부족하고, 이로 인하여 업무분담의 불합리성이 증가하여 자살예방의 전문적·통합적 서비스 제공에 장애요인이 되고 있다(이용표·정현주·두진영, 2008).

〈표 3-8〉 자살예방관련 인력의 근무지 변동 현황

(단위 : 곳, %)

년도	2014년		2015년		2016년		빈도수	계
규칙성	보건소	→	보건소	→	보건소	12	72.0 (17)	
	지방자살예방센터	→	지방자살예방센터	→	지방자살예방센터	1		
	기초정신건강증진센터	→	기초정신건강증진센터	→	기초정신건강증진센터	4		
불규칙성	기초정신건강증진센터	→	기초정신건강증진센터	→	보건소	6	32.0 (8)	
	기초정신건강증진센터	→	보건소	→	기타	1		
	기초정신건강증진센터	→	보건소	→	보건소	1		

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

다) 기초지자체 보건소 및 기초정신건강증진센터 자살예방 예산

보건소 중심의 자살예방사업은 서울시가 25억을 출자하여 시비 100%를 지원하는 사업으로 운영되고 있으며 기초지자체 구청장의 의지에 따라 구비가 추가로 지원되거나 지원되지 않는 형태로 운영되고 있다. 즉, 기초지자체의 자살예방은 구청의 관심과 의지에 따라 서울시에서 지원하는 2인의 인력보다 더 많은 인력을 추가 배치하거나 추가적인 예산이 투입되기도 한다. 〈표 3-9〉에 의하면, 사업비 비중이 매년 감소하고 있는데, 그 이유는 인건비의 증감으로 사업비가 감소하는 것이다. 즉 2014년~2016년까지 전체 예산이 전년 대비 동일 한 수준이거나 소폭 감소하는 경향이고, 인건비는 전년 대비 약 9%씩 증가하고 있다. 즉 기초지자체의 자살예방 관련 예산은 전혀 증가하지 않는 상태이기 때문에 인건비가 상승하면 사업비가 감소하고, 반대로 사업비가 증가하면 인건비가 감소할 것으로 예상된다. 앞서 기술한 와 같이, 서울시 시민건강국 총예산 대비 자살예방 예산이 최근 3년간 0.6%~1.4% 수준에 머물러 있고, 기초지자체 예산도 증가하지 않고 있는 상태이다. 서울시 자살문제의 심각성을 고려할 때 관련 예산 규모의 확대가 반드시 필요하다.

〈표 3-9〉 25개구 보건소 자살예방 예산 현황 : 2014~2016년

(단위 : %, 천원)

년도	인건비			사업비		총계
	시비	구비	1인 평균 연봉	시비	구비	
2014	39.5 (1,393,510)	14.4 (509,036)	27,179	31.3 (1,106,490)	14.8 (522,172)	100.0 (3,531,208)
2015	43.8 (1,557,027)	16.0 (569,288)	30,376	26.5 (942,973)	13.7 (488,350)	100.0 (3,557,638)
2016	46.9 (1,634,477)	12.5 (435,386)	32,342	24.9 (865,523)	15.7 (546,122)	100.0 (3,481,508)

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

〈표 3-10〉은 25개 기초지자체 기초정신건강증진센터 예산 현황에 관한 것이다. 25개 기초정신건강증진센터는 346~359명 정도의 인력이 일하고 있으며 별도의 임금체계가 아닌 사회복지서비스 이용시설 종사자의 임금체계를 따르고 있어서 1인당 평균 연봉이 보건소의 자살예방 인력보다 높게 책정되어 있다. 상대적으로 보건소 자살예방 인력들은 시간선택제임기제 또는 기간제 근무형태여서 기초정신건강증진센터와 다른 급여체제로 운영되고 있다. 그러나 기초정신건강증진센터의 경우에도 사업비와 인건비가 분리되어 예산이 지급되는 형태가 아닌 총액 포괄적인 예산이어서 인건비가 증가하면 사업비가 감소하는 구조로 운영되고 있다. 이러한 변동적인 예산 상황은 프로그램의 안정적인 운영과 숙련된 인력을 지속적으로 운영하는데 어려움을 초래하고 있다. 그러므로 인건비와 사업비를 분리하여 운영하는 형태로 재개편하여 운영하거나 서울시에서 인건비를 지원하고 기초지자체가 사업비를 지원하는 형태로 운영하는 방안을 고려해볼 수 있겠다.

〈표 3-10〉 25개 기초정신건강증진센터 예산 현황 : 2014~2016년

(단위 : %, 천원)

년도	인건비			운영비		프로그램비		총 계	
	상근직원수	시비	구비	1인 평균 연봉	시비	구비	시비		구비
2014	347	46.7 (8,526,394)	33.1 (6,041,132)	41,981	5.6 (1,018,976)	4.0 (725,885)	7.4 (1,345,065)	3.2 (591,104)	100.0 (18,248,556)
2015	346	44.6 (8,481,101)	33.3 (6,337,502)	42,828	5.5 (1,037,154)	3.7 (711,434)	9.7 (1,837,867)	3.2 (615,260)	100.0 (19,020,318)
2016	359	45.2 (9,014,973)	33.2 (6,620,143)	43,552	6.4 (1,267,979)	3.8 (751,446)	8.2 (1,640,315)	668,393	100.0 (19,963,249)

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

〈표 3-11〉은 최근 3년간 기초지자체 보건소 자살예방 사업비 중 보편적 예방사업을 위한 홍보물의 소요예산 비율에 관한 것이다. 홍보물을 위한 예산은 대체로 12%~19% 내외로 운영되고 있으나, 기초지자체에 따라 사업비의 50% 이상을 홍보물 예산에 사용하는 경우도 있다. 1차 자살예방사업을 운영함에 있어서 사회마케팅적인 측면에서 광고 등의 예산이 필요할 수 있지만, 현재 파악된 홍보물은 기념품, 인쇄물 등이 대다수이다. 더욱이 매년 홍보물 예산 비율이 증가하거나, 사업비의 절반 이상을 차지하고 있다는 점에서 자살예방 사업의 내실화를 위해 사업비가 적절하게 활용되고 있는지에 대한 검토가 필요할 것이다.

〈표 3-11〉 기초지자체 보건소의 보편적 예방사업 홍보물 소요예산 비율

(단위 : %)

구 분	2014년	2015년	2016년
총 계	16.0	19.1	12.0
중로구	21.5	10.4	22.7
중 구	20.9	38.3	16.8
용산구	54.1	41.8	37.5
성동구	18.0	18.6	11.7
광진구	8.0	22.1	9.4
동대문구	28.3	28.6	18.5
중랑구	27.6	50.9	20.4
성북구	24.0	38.5	0.0
강북구	3.0	15.3	4.1
도봉구	15.8	5.9	2.4
노원구	2.4	5.3	1.7
은평구	-	12.5	24.9
서대문구	11.0	28.7	-
마포구	60.0	60.3	34.1
양천구	4.7	7.5	0.0
강서구	10.7	23.2	17.9
구로구	14.8	23.3	12.4
금천구	13.3	11.7	12.5
영등포구	6.7	11.9	9.6
동작구	20.2	17.4	14.3
관악구	27.6	38.8	16.9
서초구	22.9	17.8	15.3
강남구	20.0	16.5	32.1
송파구	36.0	58.7	52.1
강동구	21.1	6.2	9.4

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

## 라) 사업내용

### (1) 지역사회 응급출동 현황

〈표 3-12〉는 지역사회 응급출동 현황에 대한 내용이다. 응급출동 요청 유형 중에서 경찰을 통한 응급출동이 46-53% 정도로서 공공영역에서 자살고위험군 대상자들과 위기대응에 가장 많이 접하게 된다. 그러므로 서울시자살예방센터에서는 경찰을 대상으로 자살시도자 대처능력에 대한 교육프로그램을 지속적으로 실시해야 할 것이다.



〈표 3-12〉 지역사회 응급출동 현황 : 2014~2016년

(단위 : %, 명)

년도	응급출동 요청 유형			전체 응급출동 건수 <sup>1)</sup>
	본인	경찰	응급실	
2014년	22.8(202)	53.6(475)	10.4(92)	100.0(886)
2015년	26.9(220)	51.7(423)	13.0(106)	100.0(818)
2016년 <sup>주2)</sup>	26.4(151)	46.4(266)	11.5(66)	100.0(573)

주1) 전체 응급기관은 서울시 광역자살예방센터를 포함해서 22곳에서 응답한 결과임.

주2) 2016년 9월말 기준임.

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

## (2) 시립병원 응급입원 현황

정신보건법 제26조<sup>9)</sup>에 따르면, 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견하면 제23조<sup>10)</sup> 내지 제25조<sup>11)</sup>의 규정에 의한 입원을 시킬 수 없는 때에는 의사와 경찰관의 동의를 얻어 정신의료기관에 당해인에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다. 이러한 경우 통상적으로 경찰이 직접 지역사회 내 정신의료기관에 응급입원을 의뢰하기도 하지만 야간 및 휴일의 경우에는 지역 내 정신의료기관을 통한 응급입원을 의뢰하기가 용이하지 않기 때문에 주로 국공립병원, 시립병원 등에 응급입원을 진행하는 것으로 확인되고 있다.

시립병원의 응급입원 현황의 경우, 지역 경찰서 소재지를 토대로 응급입원 지역을 선정하였기에 자살시도자가 해당 기초지자체의 거주자라고 명확하게 규정할 수 없는 상황이다. 기초지자체 중에서 특정지역(마포, 은평, 중구)의 지구대를 통한 응급입원이 많다는 것은 지역적 특성을 반영한 결과라고 해석해도 무방할 것이다(〈표 3-13〉 참조). 즉, 마포구는 마포대교를 담당하는 용강지구대가 위치해있으며, 은평구는 시립은평병원의 소재지여서 인근지역 지

9) 제26조(응급입원) ①정신질환자로 추정되는 자로서 자신 또는 타인을 해할 위험이 큰 자를 발견한 자는 그 상황이 매우 급박하여 제23조 내지 제25조의 규정에 의한 입원을 시킬 수 없는 때에는 의사와 경찰관의 동의를 얻어 정신의료기관에 당해인에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다.

10) 제23조(자의입원) ① 정신질환자는 입원 또는 입소신청서를 제출하고 정신의료기관 또는 정신요양시설(이하 "정신의료기관등"이라 한다)에 자의로 입원등을 할 수 있다.

11) 제25조(시장·군수·구청장에 의한 입원) ①정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자를 발견한 정신건강의학과전문의 또는 정신보건전문요원은 시장·군수·구청장에게 당해인의 진단 및 보호를 신청할 수 있다. <개정 2008.3.21, 2011.8.4>

②제1항의 규정에 의하여 신청을 받은 시장·군수·구청장은 즉시 정신건강의학과전문의에게 당해 정신질환자로 의심되는 자에 대한 진단을 의뢰하여야 한다. <개정 2008.3.21, 2011.8.4>

③정신건강의학과전문의가 제2항의 정신질환자로 의심되는 자에 대하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정한 때는 시장·군수·구청장은 당해인을 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에 2주 이내의 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다. <개정 2008.3.21, 2011.8.4>

구대가 타 지역에서 비해 접근성이 용이하여 상대적으로 응급입원이 많을 수 있다. 중구는 주거밀집 지역이 아니지만 다양한 부류의 사람들이 중구를 중심으로 모여들며, 중구에 주소지를 두지 않으면서 생활하는 염가숙소 이용자들의 집중 현상이라는 지역적 특성이 있다는 것을 고려해 볼 수 있을 것이다.

〈표 3-13〉 시립병원 응급입원 현황 : 2014~2016년

(단위 : 건)

년도	2014년	2015년	2016년 <sup>1)</sup>
응급입원	452	473	422
강남구	8	18	14
강동구	5	9	2
강북구	8	10	9
강서구	20	25	19
관악구	20	14	30
광진구	7	2	4
구로구	15	8	8
금천구	5	9	2
노원구	8	1	5
도봉구	1	2	1
동대문구	13	10	3
동작구	3	8	5
마포구	47	74	48
서대문구	15	38	36
서초구	16	14	5
성동구	14	8	6
성북구	12	8	7
송파구	5	5	8
양천구	9	11	8
영등포구	32	12	15
용산구	30	45	38
은평구	55	57	67
종로구	20	27	27
중구	80	54	51
중랑구	3	3	1

주1) 2016년 9월말 기준임.

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

### (3) 25개 기초지자체의 자살예방 운영위원회의 소비자 참여 현황

자살예방 운영위원회는 사업을 수행하는 기관이 지역 내 공공영역과 민간영역의 참여를 통해 자살예방의 객관적이고 안정적인 운영을 위해 협력적인 역할을 수행하는 기구이다. 〈표 3-14〉에 의하면, 영등포구와 강남구는 운영위원회를 구성하지 않는 것으로 나타나고 있으며, 나머지 기초지자체의 경우에

도 소비자인 주민의 참여나 다양한 영역 전문가의 참여가 미흡하다. 오히려 기초지자체 공공 인력이나 센터 자체의 인력이 운영위원회 구성원으로 활동하는 상황이 많은 편이다. 이러한 구조 하에서는 지역 내 자살예방을 위한 의견 수렴이나 지역밀착형 자살예방 사업을 효율적으로 운영하기 어렵다. 그러므로 지역 내 공공과 민간, 지역 주민 및 당사자들 등 다양한 영역의 인력들이 참여하여 지역사회 중심의 실질적인 논의의 장이 될 수 있는 자살예방 운영위원회를 구성하여 운영해야 할 것이다.

〈표 3-14〉 소비자 참여 현황: 2014~2016년

(단위 : 명)

구분	2014년					2015년					2016년				
	영역별 참여 운영위원수														
	위탁 기관	행정 기관	전문가	소자	계	위탁 기관	행정 기관	전문가	소자	계	위탁 기관	행정 기관	전문가	소자	계
서울시	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	4	-	7
종로구	-	-	-	-	-	2	4	5	2	13	3	4	5	2	14
중구	2	4	0	0	6	2	4	0	0	6	2	4	0	0	6
용산구	1	4	2	0	7	1	4	2	0	6	1	4	2	0	7
성동구	-	-	-	-	-	4	4	0	0	8	4	4	0	0	8
광진구	-	-	-	-	-	1	5	0	0	6	1	5	0	0	6
동대문구	4	5	1	1	11	4	5	1	1	11	4	5	1	1	11
중랑구	-	-	-	-	-	1	4	4	0	9	1	4	4	2	12
성북구	3	4	0	0	7	3	4	0	0	7	3	4	0	0	7
강북구	-	-	-	-	-	3	5	0	0	8	3	5	0	0	8
도봉구	-	-	-	-	-	1	5	3	1	10	1	5	3	1	10
노원구	-	-	-	-	-	5	6	0	0	11	0	2	4	0	6
은평구	-	-	-	-	-	1	5	2	2	10	1	5	3	2	11
서대문구	-	-	-	-	-	4	4	0	0	8	4	4	0	0	8
마포구	4	4	0	0	8	4	4	0	0	8	5	5	0	0	10
양천구	2	5	0	0	7	3	1	1	1	6	3	1	1	1	6
강서구	1	4	3	0	8	1	4	2	0	7	1	4	3	0	8
구로구	2	3	8	1	14	2	3	8	1	14	2	3	9	1	15
금천구	1	1	1	0	3	1	1	1	0	3	1	1	1	0	3
영등포구	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
동작구	3	4	0	0	7	3	4	0	0	7	2	5	0	0	7
관악구	0	3	5	2	10	0	3	5	2	10	0	3	5	2	10
서초구	-	-	-	-	-	2	5	0	0	7	2	5	0	0	7
강남구	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
송파구	2	4	0	0	6	2	4	0	0	6	2	4	0	0	6
강동구	-	-	-	-	-	1	2	4	1	8	1	2	4	1	8

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

#### (4) 25개 기초지자체 1차 자살예방사업 실적 현황

2016년 지역사회 기반 자살예방 지원사업 매뉴얼에서는 자살예방 개입 스펙트럼의 예방사업이란 보편적 예방, 선택적 예방, 지시적 예방사업을 의미한다. 이는 전체인구집단을 대상으로 자살예방을 위한 사회마케팅과 캠페인을 포함하여 잠재적 위험군을 관리하는 것까지 포괄하고 있다. <표 3-15>에 의하면, 캠페인을 통한 참여인원이 증가하고 있는 것으로 나타나는데 이는 <표 3-11>의 홍보물 소요 예산의 증가와 맥을 같이 하고 있다. 또한 자살예방 교육의 참여 인원이 매년 증가하여 대중 강연식의 교육이 지속됨을 알 수 있다. 게이트키퍼 교육의 경우에는 대중식 자살예방 강연과 다르게 평균 30명 내외의 인원을 대상으로 자살예방 교육을 실시하고 있는데 교육의 내용이 고위험군 발굴과 이에 대한 적절한 대응을 심층적으로 이루어져 있는지, 교육훈련 후에 이들이 지역 내에서 게이트 키퍼 역할을 실질적으로 하고 있는지, 게이트 키퍼에 대한 지속적인 관리 및 운영주체가 어디인지 등에 대한 추후 점검 및 확인 작업이 필요할 것이다.

<표 3-15> 25개 기초지자체 1차 자살예방 실적 현황

(단위 : 회, 명)

년도	캠페인		자살예방교육		게이트키퍼교육		협약횟수
	횟수	참여인원	횟수	참여인원	횟수	참여인원	
2014년	274	47,736	1,130	94,216	354	9,810	87
2015년	341	45,834	1,387	128,167	341	9,021	48
2016년 <sup>1)</sup>	220	54,751	679	84,943	214	5,644	38

주<sup>1)</sup> 2016년 9월말 기준임.

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

#### (5) 25개 기초지자체의 자살예방 상담현황 및 자살고위험군 의뢰 현황

<표 3-16>에 따르면 기초지자체의 정신건강상담과 자살상담은 지속적으로 증가하고 있으며, 자살의 위험성이 높은 고위험군 대상자들의 지역사회 의뢰가 증가하고 있다. 최근에는 서울시의 정책방향이 사각지대에 놓여있는 사람들을 발굴하고 맞춤형 도움을 제공하는 찾·동 사업이 본격적으로 활성화되고 있기에 지역 내 정신건강 및 자살예방을 위한 사업과의 연계성 뿐 아니라 그 중요성이 더욱 증가할 것으로 예상된다. 기초지자체의 기초정신건강증진센터에 자살관련 의뢰, 등록 관리되는 비율들이 지속적으로 증가하고 있다는 것은 이러한 현상의 반영이라 할 수 있다.

〈표 3-16〉 25개 기초정신건강증진센터 상담현황 및 자살고위험군 의뢰 현황

(단위 : 건, %)

구 분		2014년	2015년	전년대비 증감률	2016년 <sup>1)</sup>
접수상담건수	자살상담	26,847	29,042	▲8.2	17,038
	정신건강상담	82,740	84,561	▲2.2	64,339
	기타	7,008	7,243	▲3.4	3,146
자살관련 의뢰 건수		4,611	4,951	▲7.4	4,073
등록관리		6,600	6,881	▲4.3	4,904

주1) 2016년 9월말 기준임.

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

### (6) 25개 기초지자체별 자살자유가족 사후개입 서비스 현황

자살예방사업은 자살이 발생하기 전 예방적 측면의 사업과 자살시도 발생 시 신속한 개입, 자살시도 또는 자살 이후 사후개입 등 단계별로 관련 사업들이 진행된다. 특히, 가족원의 자살 이후 유가족들에 대한 사후관리는 매우 중요하다. 〈표 3-17〉에 의하면, 25개 기초지자체 중에서 70~80% 정도가 지역사회를 중심으로 자살자유가족 모임이 없는 것으로 나타났다. 자살자 유가족은 자살 고위험군에 해당하며 이들에 대한 자살예방 사업은 지역 자살예방계획 및 운영 속에 반드시 포함되어야 사업이다. 그럼에도 불구하고 현재 자살예방 구조에서는 모든 기초지자체에서 자살자유가족 모임을 마련하기에는 현실적인 어려움이 있다. 또한 자살자유가족의 익명성 등으로 인해 해당 지역 내에서 자신의 신분을 노출하는 것에 대한 심리적 부담감이 존재하고 있는 상황이므로 이에 대한 대안적인 방안 모색이 필요할 것이다.

〈표 3-17〉 기초정신건강증진센터별 자살자유가족모임 현황

(단위 : %, 기관)

구 분	자살자유가족모임 유무		계
	없다	있다	
2014년	67.9(19)	21.4(6)	100.0(25)
2015년	67.9(19)	21.4(6)	100.0(25)
2016년	78.6(22)	10.7(3)	100.0(25)

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

자살자유가족 모임에 대한 예산 현황은 〈표 3-18〉에 나타나 있다. 최근 3년간 25개 기초지자체의 자살자유가족 관련 예산은 자살예산 사업 예산의 0.7%~1.5% 수준 정도이다. 자살 관련 예산이 매년 증가하지 않고 감소하

는 것도 문제가 되지만 그 중에서 자살자유가족에 대한 예산이 극히 미미하다는 것은 그만큼 자살예방을 위한 3차 예방사업에 대한 서울시나 기초지자체의 관심이 적다는 것을 의미한다. 이를 해결하기 위해서는 서울시나 기초지자체가 자살자유가족의 자살예방을 위해 시설이나 예산을 확보하여 유가족들에게 필요한 다양한 맞춤형 서비스를 제공하는 방안을 모색해야 할 것이다.

〈표 3-18〉 기초정신건강증진센터의 자살자유가족모임 예산 현황

(단위 :천원, %)

구 분	자살예방 사업예산	유족사업 관련예산	비율
2014년	593,950	8,890	1.5%
2015년	478,600	10,419	2.2%
2016년	453,420	3,240	0.7%

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

## 2. 질적 연구 및 토론회 결과 분석

지금까지 자살예방 전달체계의 현황과 전달체계 모형의 중요성에 대하여 살펴보고, 자살예방 전달체계의 개념과 정의, 자살예방 전달체계 모형 구축의 주요 원칙, 서울시 자살예방 사업 현황 등에 대한 고찰이 있었다. 그리고 미국, 일본, 아일랜드의 자살예방 전달체계 모형에 대한 분석을 파악하여, 자살예방 서비스 수준에 적합한 전달체계 모형 구축에 이르기까지는 각 나라별 전달체계의 중앙정부에서부터 기초정부까지 협력체계 구축이 중요하였음을 알 수 있었다. 아울러 자살예방 전달체계 모형 구축에 있어서의 여러 가지 원칙들 중 보다 중요한 원칙이 조직 및 서비스에 있어서 통합성의 원칙, 접근성의 원칙, 전문성의 원칙, 책무성의 원칙인 것을 알 수 있었다.

따라서 본 연구에서는 자살예방의 소비자인 자살자 유가족, 자살예방 일선에서 업무를 담당하고 있는 서울시자살예방센터, 지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터, 보건소 유관기관의 담당자들과 인터뷰를 토대로 앞선 분석의 결과를 비교 분석하고자 하였으며, 이를 위한 인터뷰 방식은 본 연구에서 전달체계의 중요한 구성 원칙에 해당하는 4개의 원칙을 중심으로 질문한 결과와 토론회의 결과를 제시하고자 한다.

### 가. 질적 연구 결과 분석

#### 1) 자살자유가족 자살예방 전달체계

##### 가) 통합성

자살자유가족에게 발생하는 문제는 대부분의 경우 매우 복잡적이고 상호 연관되어 있기 때문에 문제에 대한 해결책으로 서비스를 제공하기 위해서는 먼저 서비스간의 상호연관성을 파악하고 있어야 한다.

**질문 :** 통합성에 관한 질문입니다. 통합적 행정체계의 미흡으로 인한 기관 간 연계의 취약성으로 통합적인 서비스 전달이 조직 간에 유기적 협조체계가 이루어지지 않는다면 전문적 서비스를 용이하게 제공 받을 수 있다고 보시나요?

[인터뷰 내용]

“그냥 제가 유추해보면 본인이 꿈을 쫓아가는 그 꿈에 다가가는 게 탁 막혀 버렸던 것 같은 좌절감……. 저희 집에 아빠도 대기업에 다녔었는데 누구보다도 실력이 있고 그렇지만……. 남편도 분명히 들여다보면 착한사람이고 바로 살았는데 오히려 이 사회가 바로 살고 정도의 길을 걷는 사람들을 융통성 없다 그런 식으로 이렇게 좀 소외시켜버리는 이런 시스템…….”

“근데 자살……, 이거 못 막아요. 죽으려고 맘먹은 사람한테는 절대로 그거는 우리가 못 막습니다.”

나) 접근성

자살예방서비스 전달체계에 있어 자살자유가족 혹은 수요자가 필요로 하는 자살예방 서비스를 원하는 시점에서 제공받을 수 없다면 자살자유가족 또는 수요자 중심의 자살예방 서비스 전달체계라 말할 수 없다. 즉, 수요자(클라이언트)가 접근하기 용이하게 자살예방 서비스 전달체계가 구축되어야 한다. 이러한 주장을 바탕으로 접근성의 원칙을 기준으로 접근성을 파악하고자 한다.

**질문 :** 자살예방 서비스 전달체제로 자살자유가족(또는 수요자)이 원하는 시점에서 서비스를 원활하게 제공이 되고 있나요?

[인터뷰 내용]

“예방관련해서 저 같은 경우는 사람이 너무 힘들 때 뭔가 어딘가에 자기 고통을 이야기 할 수 있는 그게 자연스럽게 해도 된다는 사회적인 분위기가……. 어디에 가서든 문을 두드리는 건 부끄러운 일이 아니라는 이런 캠페인이 있어야지 스스럼없이 가서 우리가 막 용변이 급하면 아무데 가서 화장실 좀 가고 싶어요. 화장실 어디예요? 라고 물을 수 있듯이 그런 기구가 있다는 걸 자연스럽게 알려지면 예방에…….”

다) 전문성

자살예방서비스의 제공은 모든 분야에 있어서 전문가적인 지식과 기술이 반드시 필요한 것은 아니지만 기관의 목표에 부합되는 서비스의 경우 반드시 전



문가의 개입이 필요하다. 자살예방에 종사하는 사람들을 분류해보면 해당 분야에서 차지하는 전문성의 정도에 따라 전문가, 준전문가, 비전문가로 구분할 수 있다.

**질문 :** 자살예방 서비스를 제공 받으면서 서비스 제공자 또는 제공기관에 대해 평소에 얼마나 알고 있다고 생각을 하시나요?

[인터뷰 내용]

“그래서 거기를 다녀와서 얘가 하는 말이 하는 말이 아니라 이 파김치가 돼서 왔더라고요. 상담을 받고 와서. 너 왜 그렇게 힘들었니. 그랬더니. 엄마 거기 가면 할까 말까 한 사람도 딱 문을 나오는 순간 죽을 곳이야. 그래. 아니 어떻게 OO구 정신보건센터에서 그렇게 상담을 해서 네가 그런 느낌을 받았니. 그러니까 엄마 너무 슬프니까 물어보지 말래. 그 뒤로 급격히 얘가 다운이 됐어요. 보니까. 그래서 잘못된 상담은…….”  
“독이지. 죽음이지…….”

라) 책무성

자살예방 전달체계의 조직은 국가 또는 지역사회가 시민의 권리로 인정한 자살예방 서비스를 전달하도록 위임받은 조직이므로, 해당 서비스 전달에 대한 책임성을 가져야 한다. 책임을 져야 할 주요 내용은 서비스가 수혜자(이용자)의 욕구에 적절히 대응하는 것인가? 서비스의 전달절차가 적합한가? 서비스가 효과적이고 효율적인가? 서비스 전달과정에서의 불평과 불만의 수렴장치는 적합한가? 에 대한 것이 되어야 한다.

**질문 :** 서울시와 기초지자체는 자살예방 서비스전달을 같이 하는 입장입니다. 보건복지부의 중앙자살예방센터, 서울시의 자살예방센터, 그리고 기초지자체의 지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터, 보건소 등에서 자살예방을 하고 있는데, 정말 서비스 전달체계의 책임은 어디에 있다고 생각하십니까?

[인터뷰 내용]

“예산이 있어야 어떤 전문 인력도 키우고 공감도 만들고 상담프로그램. 예산이 첫 째는 확보가 되어야 우리 대한민국이 예산 없으면 아무것도 못 하잖아요. 그 불광동에서 예로 들어서 불광동에서 성북구에서 갑자기 누가 죽었어. 이 때 뭐 게이트키퍼가 걸려면 택시 타고 가야되는데…….”

2) 서울시 및 지방자살예방센터(기초정신건강증진센터) 자살예방 전달체계

가) 통합성

**질문 :** 통합적 행정체계의 미흡, 즉 기관 간 연계의 취약성으로 통합적인 자살예방 서비스 전달이 자살예방 조직 간에 유기적 협력관계가 이루어지지 않는다면, 서비스 이용 대상자에게 전문적 서비스를 용이하게 제공 받을 수 있다고 보시나요?

[인터뷰 내용]

“효과적·효율적인 정신보건 및 자살예방 업무를 위한 기관 간의 통합성과 관련해서는 정신건강증진센터와 자살예방센터를 묶어 별도의 재단법인이 본부가 되고, 재단법인에서는 정신보건 정책 개발, 평가 및 기획을 하고, 각 정신건강증진센터의 인력 선발을 하는 것이 바람직하다고 생각합니다. 지역정신건강증진센터가 안정적인 자살예방사업을 위해 정신건강증진센터의 자살예방 담당 인력 충원 및 기간제 등의 고용불안에 대한 처우 개선이 필요하다고 생각해요. 자살예방 관련 예산도 보건소로 들어가고 센터에는 배정되지 않고 있고, 인건비는 올라가는 데 비해 오히려 해마다 자살예방사업에 투입되는 예산이 대폭 삭감되고 근무 인원도 최대 9명에서 5명으로 줄었습니다. 직영센터 중에는 보건소에서 직원을 10개월 계약직으로 채용하고 있어 고용이 매우 불안합니다. 따라서 짧은 고용기간으로 기관 간의 업무 통합을 잘 할 수 없어요. 가장 근본적 문제의 해결이 우선이라고 생각해요.”

나) 접근성

**질문 :** 일선 현장에서 자살예방 업무를 담당하는 담당자로서 현재 자살예방 서비스 전달체계에 의해 서비스 대상자가 원하는 시점에서 서비스를 원활하게 제공이 되고 있나요?

[인터뷰 내용]

“오후 6시가 이후부터 구립자살예방센터에서 서울시자살예방센터로 콜 전환 시키고, 실질적으로 낮에는 자살 상담 전화나 출동 건수가 많지 않고 밤하고 새벽에 제일 많아 서울시자살예방센터 상담 전화 연결이 잘 되지 않고 있고 있습니다.”

“저번에도 뉴스에 한 번 나온 거 같은데, 전화가 안 된다. 1시간째 계속 통화 중이다. 그럴 수밖에 없을 거 같아요. 그니까 25개 자치구에서 자살하려는 사람들이 모두 서울시자살예방센터로……. 거기로 전화를 하면 그 전담인력이 3명인가 4명인가 그렇게 있다고 들었거든요. 밤새도록 그게 전화가 얼마나 많겠어요? 그러니까 연락이 안 되는 거죠. 죽고 싶을 때 말이라도 하고 싶은데…….”

“주간에 상담 전화나 출동이 많지 않더라도, 자료 제출을 비롯한 행정 업무로 바빠기 때문에 인력을 야간으로 돌리기는 어려워요……. 그래서 서울시 자살예방센터 콜센터의 인력을 증가하든지……. 전용선을 설치하든지 하는 것이 좋을 것 같아요.”

다) 전문성

**질문 :** 자살예방 서비스를 제공하면서 서비스 제공자 모두가 반드시 전문가가 아니지만, 업무와 관련해서 자살예방 서비스 제공에 대한 업무매뉴얼, 위기대처사항, 자살자유가족 등에 대한 대처능력 등의 전문성이 얼마나 되며, 기관에서 자살예방 관련 보수 교육, 선임으로부터의 슈퍼비전이 적절하게 실시되고 있다고 생각을 하시나요?

[인터뷰 내용]

“현재 기초지자체에서의 자살예방사업은 1차 예방사업을 보건소에서 담당하고 있고, 지역정신건강증진센터에서는 개입, 평가, 사후조치 업무를 담당하고 있습니다. 또한 기초정신건강증진센터는 자살시도자를 포함한 지역 내 정신질환자 사례 관리를 집중적으로 진행하고 있다. 기초지자체별 자살예방 인력의 배치는 각양각색으로, 보건소 2명, 센터 2명, 보건소 2명+센터 2명 등의 다양한 인력구조로 이루어져 있기도 합니다. 지역자살예방센터가 있는 구에서는 예방 차원에서 지역보건소에서는 지역 주민 및 기관 종사자 대상 생명존중교육과 자살예방지킴이(gate keeper) 양성 및 고위험군 매칭 관리를 하고 있다. 연계 차원에서는 해당 구 유관기관들과의 협조를 통해 보다 효과적이고 효율적인 자살예방을 도모하고, 개입 차원에서는 주간·야간에 별도의 자살예방 핫라인을 운영하고, 야간에는 센터 인력 및 예산의 제한으로 서울시 자살예방센터로 착신 전환하고 있습니다.”

“그리고 자살예방센터 직원은 정신보건 전문가로 구성하여 업무를 수행하는 것이 바람직합니다. 자살시도자에 대한 효과적·효율적 대응을 위해서 자살 관련 전용선(Hotline)의 개선도 필요하구요. 특히 야간의 콜센터 운영은 직원의 부족으로 미응답 콜이 많은 편입니다.”

라) 책임성

**질문 :** 서울시와 기초지자체는 자살예방 서비스전달을 같이 하는 입장입니다. 보건복지부의 중앙자살예방센터, 서울시의 자살예방센터, 그리고 기초지자체의 보건소, 지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터 등에서 자살예방을 하고 있는데, 정말 서비스 전달체계의 책임은 어디에 있다고 생각하십니까?

[인터뷰 내용]

“어……., 좀 어려운 질문 것 같습니다. 어쨌든 본질적으로 자살예방이란 것이 지역사회를 기반으로 하는 생명존중문화 형성이 중요합니다. 그래서 책임성과 관련해서 가장 중요한 기관은 자살예방센터이지만 현재까지 자살예방은 지역정신건강증진센터 중심의 의료모형이었죠. 그러나 향후 자살예방은 정신건강증진센터보다는 보편적 관점의 복지중심 관점에서 자살예방센터 모형으로 기능과 역할의 전환이 필요합니다. 그리고 현재와 같이 전문성이 취약한 공공기관의 인력이 담당자가 되고, 또한 공공기관 인력은 정기적 인사이동으로 전문성을 확보하기 어려운 점도 있습니다. 그래서 자살예방의 전문성 확보는 전달체계의 중요한 요인이기 때문에 지속적이고 효과적인 자살예방사업을 위해서는 전문가인 민간 영역의 자살예방센터를 다른 영역과 컨소시엄의 형태로 구축하는 것이 좋을 것 같아요.”

### 3) 유관기관(시립병원, 교육청, 경찰, 소방) 자살예방 전달체계

#### 가) 통합성

**질문 :** 통합적 행정체계의 미흡, 즉 기관 간 연계의 취약성으로 통합적인 서비스 전달이 자살예방 조직 간에 유기적 협력관계가 이루어지지 않는다면, 서비스 이용 대상자에게 전문적 서비스를 용이하게 제공 받을 수 있다고 보시나요?

#### [인터뷰 내용]

“그래서 마포구청……. 각 구청마다 있어요. 있는데 구청은 야간이 힘들잖아요. 야간에 출동이 안 되니까. 힘든 거죠. 정신과 인력이 아니고, 구청에 보면 긴급조치하시는 부서가 있어요. 왜냐면 정신병자들 그 긴급 조치하는 부서가 있어요. 그거는 어디에나 다 있기 돼 있어요. 왜냐면 구청장이 임시 조치를 할 수 있는 권한이 있거든요. 그래서 보건소가 아니고, 마포구 정신보건과인가? 네, 센터에서. 그게 거기서 처리를 해줘요. 네. 그거 있잖아요. 어딜 가나 다 있잖아요. 거기서 해줘요. 근데 이 분들이 24시간 상주하는 것이 아니기 때문에 야간에는 힘든 거죠.”

“그리고 야간이 문제입니다. 야간에는……. 야간에는 어떡합니까? (구마다 야간 인력을 배치하면) 그건 어마하게 많은 인력과 예산이잖아요. 그래서 생각한 게 권역별로 생각한 거거든요. 최소의 인력으로 최대의 효과. 항상 우리가 얘기하지만. 그렇죠. (권역별 거점센터에서는 야간출동도 해야 하죠). (서울자살예방센터에서는) 총괄. 출동도 빨라지죠. 이게 지금 가장 어려운 거는 솔직히 우리는 전문 인력이 아니에요. 전문 인력이 아니다 보니까 전문 인력들이 할 수 있는 거를 다 못 미쳐요. 그게 좀 애로점이 있고, 그렇다고 전문 인력처럼 교육을 받으려고 해도 한계가 있지 않을까. 거기서 애로점도 있고, 조금씩 저희가 배워가는 거를 하긴 하는데 그거를 밑받침 해줄 수 있는 게 없고…….”

## 나) 접근성

**질문 :** 일선 현장에서 자살예방 업무를 담당하는 담당자로서 현재 자살예방 서비스 전달체계에 의해 서비스 대상자가 원하는 시점에서 서비스를 원활하게 제공이 되고 있나요?

[인터뷰 내용]

“자살예방센터 분들도 워낙 인원이 없고 바빠서 우리가 연락을 하면 올 수 있는 일이 거의 없어요. 한 두 번씩 이렇게 잘 맞아야 오시지. 여기서 상담을 해주시고 가시기도 하거든요. 그런 일은 힘들 것 같아요.”

“도움을 줄 수 있는 사람이 없으니까... 자살예방센터에 전화를 하면, 받는데, 올 사람이 없는 거죠. 또 중요한 것은 직통전화도 없더라고요. 직통전화도 하나도 없어요. 다들. 거기 자살예방센터도 뭐로 하냐면 저기 우리 대표전화 있죠. 우리가 거기로 전화를 해요. 그래서 상담사가 받으면 연계시켜달라. 안 그러면 바꿔달라. 이런식으로 하거든요. 왜냐면 전화가 불통이면 출동 나간 거예요. 우리가 딱 막을 수 있는데 전화를 안 받아요. 막 전화를 하는데 올 사람이 없는거예요. 연계를 해주고 정확하게 오는지 안 오는지 확인이 안 되잖아요. 그렇게 되면 못 올수 있는 조건이면 우리가 다른 데를 연계하던지. 아니면 다르게 판단을 해야 되는데. 왜냐면 상담사가 전화를 받아서 기본이 30분이에요. 그러면 다른 데도 전화를 하고 하면 그거만 1시간 지나가요. 어떻게 보면.”

## 다) 전문성

**질문 :** 자살예방 서비스를 제공하면서 서비스 제공자 모두가 반드시 전문가가 되어야 한다는 것은 아니지만, 업무와 관련해서 자살예방 서비스 제공에 대한 업무매뉴얼, 위기대처사항, 자살자유가족 등에 대한 대처능력 등의 전문성이 얼마나 되며, 기관에서 자살예방 관련 보수 교육, 선임으로부터의 슈퍼비전이 적절하게 실시되고 있다고 생각을 하시나요?

[인터뷰 내용]

“경찰에게는 자살예방사업이 보조업무이기 때문에 경찰에게도 자살 관련 매뉴얼이나 체크리스트가 있다면 도움이 될 것으로 생각합니다.” “그리고 경찰 대상 정례화 된 자살예방교육이 있으면 좋은데 똑같은 교육을 반복하는 것은 아시다시피 의미가 없잖아요. 교육 시기는 사람들이 인사발령 있으면 바뀌잖아요. 그리고 2명, 3명 바뀌는 거는 큰 의미가 없잖아요. 발령을 받다보면 어느 정도 30%-50% 바뀌잖아요. 그 때는 한 번씩 교육을 해줘야 되는 거죠. 새로 오신 분이 많아지니까……. 우리가 (인사발령을) 2월하고 7월하고 있어요. 근데 많이 바뀌는 게 아니고 장기간 몇 명씩 바뀌는 것이기 때문에 전체적으로 인원을 봤을 때 많이 바뀌면 해야 되고, 한 2명, 3명 정도 발령으로 인사이동이 나면 굳이 할 필요는 없거든요. 그리고 (교육은 전체를 대상으로) 다해야죠. 그 정도 인사 변동이 있다는 것은……. 기간이 좀 지났다. 얘기거든요. 그럼 다시 한 번 인식시켜주는 게 그 분들도 일하는데 좋거든요.”

“(경찰대상 교육내용은) 접근방법, 이 사람이 이런 행동을 했을 때는 이렇게 접근을 하는 게 가장 많이 이 사람이 호응을 하고 반응을 해주더라. 상담사들이 자기네들이 계속 상담을 하다 보면, 접근방법이 나오잖아요. 그거를 이제 저희한테 알려주더라고요. 사후조치. 이 사람이 마지막에 집에 돌아가기 전에 어떻게 해주면 좋다. 이런 거.”

“자살신고가 들어오면 서울시자살예방센터가 전문이기 때문에 먼저 연락을 하고, 여의치 않으면 자치구 소속 정신건강증진센터로 연락을 하죠……. 그런데 다른 점은 전문 인력이 솔직히 없어요. 네. 왜냐면 자살예방센터처럼 그렇게 상담 많이 하고 하는 게 아니기 때문에 전문적으로 약간 그 쪽보다는 구 소속이 못 하다고 봐야죠.”



라) 책임성

**질문 :** 서울시와 기초지자체는 자살예방 서비스전달을 같이 하는 입장입니다. 보건복지부의 중앙자살예방센터, 서울시의 자살예방센터, 그리고 기초지자체의 보건소, 지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터 등에서 자살예방을 하고 있는데, 정말 서비스 전달체계의 책임은 어디에 있다고 생각하십니까?

[인터뷰 내용: 경찰]

“언론이 매우 중요해요. 자살시도자 어디에서 많다고 보도하면, 그러면 자살시도자들이 그 장소로 다 모여요. 방송·언론 이런데서 온갖 곳에서 마포대교, 마포대교 그러니까 심지어는 지금 마포대교를 가면 100% 죽는다. 얘기가 나와요. 왜 그런지 아세요? 마포대교에 빠지면 물이 개류가 돼서 절대 못 나온다. 이런 얘기가 나와요. 헛소문이죠. 다. 이런 얘기도 돌아서 마포대교에서 뛰어내리면 100% 죽는다. 근데 다른 다리는 빠져도 살 수가 있다. 이런 얘기가 도는 거예요. 그래서 부산에서 올라오고 저기 지방에서도 올라오고. 전국에서 다 올라오는 거예요. 아무나 죽을 수 있기 때문에……. 포대교가 작년에 650건이었어요. 신고만. 4백 몇 명을 저희가 데리고 왔어요. 그러니까 (서울시 연간 자살자 수가) 2,300명인데 저희가 4백 몇 명이 넘어간 거예요. 마포대교가……. 우리가 신고는 6백 몇 건이지만 4백 몇 명인 거예요. 그것도 투신하는 사람도 있고……. 가장 큰 문제는 자살예방이 문제가 아니라……. 근데 지금 마포대교를 뭐라고 하는지 아십니까? 모르시죠? 자살명소라 그래요. 이게 어디서 나온 지 아시는지? 방송, 언론, 인터넷, 기자. 어마어마하게 보도를 해버리니까 자살하면 마포대교. 자살하면 마포대교. 지금은 바뀌었어요.”

#### 4) 보건소 자살예방 전달체계

##### 가) 통합성

**질문 :** 통합적 행정체계의 미흡, 즉 기관 간 연계의 취약성으로 통합적인 서비스 전달이 자살예방 조직 간에 유기적 협력관계가 이루어지지 않는다면, 서비스 이용 대상자에게 전문적 서비스를 용이하게 제공 받을 수 있다고 보시나요?

##### [인터뷰 내용]

“자살예방 서비스의 통합을 위해 가장 우선 해결이 시급한 것이 적절한 예산 책정이 중요하다고 생각합니다. 서울시의 지원 뿐 아니라 자치구 차원의 예산 지원 노력이 필요하죠. 그리고 효과적인 자살예방을 위해서는 캠페인이나 인력을 동원하는 행사 위주의 사업은 지양하고 실질적인 자살예방을 위해 일반 주민 대상보다는 고위험군 발생 비율이 높은 취약동을 중심으로 선택과 집중이 필요합니다. 자살예방사업은 일반적인 예방홍보보다 자살시도자와 자살자유가족을 비롯한 고위험군을 중심으로 한 적극적 사후조치가 실질적인 예방에 중요하다고 생각해요. 그 방안은 월별 자살률에 대한 데이터베이스 구축을 통해 고위험 시기(여름 휴가시즌, 환절기)에 예방활동을 집중적으로 실시하는 것이 효과적입니다. 그리고 보건소의 자살예방이 공공성 확보에 도움이 되리라는 예상과는 달리, 공무원의 특성 상 자살예방에 전문성이 없고, 담당자가 자주 바뀌어 자살예방사업의 안정성을 유지하기 어렵고, 담당자의 열정 여부에 따라 큰 편차를 보이고 있기 때문에 업무를 담당하는 동안 본질적인 자살예방사업보다는 실적 위주의 사업이 빈번하여, 득보다는 실이 많은 편입니다. 따라서 자살예방사업 예산이 보건소로 배정되고 이를 담당하게 하는 것에 대한 적극적인 재검토가 필요합니다.”

나) 접근성

**질문 :** 일선 현장에서 자살예방 업무를 담당하는 담당자로서 현재 자살예방 서비스 전달체계에 의해 서비스 대상자가 원하는 시점에서 서비스를 원활하게 제공이 되고 있나요?

[인터뷰 내용]

“50대 연령층의 실직율이 높아서 중장년층을 좀 잡기 위해서 노력한 것 중에 들어갔던 신용회복위원회나 고용플러스센터. 그런 부분. 그 부분은 사람이 많지 않아도 확실히 있긴 있더라고요. (자살예방업무를) 하고 있진 않아요. 저희랑 업무협약을 해서 거기서 이제 강서구에서 이런 일을 하고 있으니까 도움을 받을 사람만 도움을 받으라고 한다든지.”

“어려운 부분은 제가 하다보니까 뭐 취약계층 예방관리사업 지침별로 모델이 나와 있긴 한데. 사실 학생들 개입이 굉장히 어려워요. 콘텐츠도 잘 모르겠고 학교와 함께 해야 할 거 같긴 한데 어떤 식으로 해야 되는지 모르겠고…….”

“이제 이런 콘텐츠 자체가 성인들이나 노인 위주로 되어 있거든요. 그래서 그런 학생들. 적어도 10살 차라리 중·고등학교 애들은 괜찮은데, 그 초등학교나 더 저학년 아이들에 대한 콘텐츠가 부족하구요. 그런 학생들이 사실은 이런 걸 할 수 있는 기회가 훨씬 더 많거든요. 예방교육이든 그룹 활동도 훨씬 더 많아서 중·고등학교는 굉장히 어렵구요 현실상. 그런데 그게 좀 어렵다는 거……. 다른 교육들도 보면 이미 그래도 굉장히 잘 만들어져 있어서 지역에서 활성화할 수 있는 것들이 있는데 자살은 물론 그것도 어렵긴 하지만 어쨌든 폭력이나 자살이나 이런 것들로 들어가 있던 것 중에서도 꼭 자살이 아니더라도, 녹아져서 만들 수 있을 거 같은데 그런 콘텐츠가 부족해서 학교예방사업으로는 어렵다. 전 생애주기별이면 전 생애가 다 들어가야 되는데 할 수 있는 게 부족하다는 생각이 들어요.”

#### 다) 전문성

**질문 :** 자살예방 서비스를 제공하면서 서비스 제공자 모두가 반드시 전문가가 되어야 한다는 것은 아니지만, 업무와 관련해서 자살예방 서비스 제공에 대한 업무매뉴얼, 위기대처사항, 자살자유가족 등에 대한 대처능력 등의 전문성이 얼마나 되며, 기관에서 자살예방 관련 보수 교육, 선임으로부터의 슈퍼비전이 적절하게 실시되고 있다고 생각을 하시나요?

#### [인터뷰 내용]

“구마다 자살예방사업의 형태가 다르고 담당 인력을 정신보건사회복지사로 채용 안하지 않고 일반 사회복지사로 채용하기도 해요. 보건소 자살예방인력은 총괄 팀장 하에 담당자 1명과 1년마다 계약이 갱신되는 비정규직 기간제 근로자인 2명의 전담 인력이 배치되어 있습니다. 주로 보건소에서는 1차적 스크리닝과 고위험군 발굴을 위한 상담, 예방교육 업무를 담당하고 있고, 정신건강증진센터에서는 고위험자 대상으로 8주 위기개입을 하거나, 장기적으로 등록 된 분들을 관리를 하는 상황으로 분리되어 있습니다. 해당 구에서는 보건소에서 주로 예방 업무를 하는 것으로 정리되어 있으나, 기존 정신건강증진센터에 파견되어 일하던 비정규직 기간제 정신보건 인력이 센터에서 담당했던 일부 사례에 대한 관리서비스를 병행하고 있습니다. 보건소나 정신건강증진센터의 자살예방 담당 인력이 전반적으로 부족한 편이에요. 우선은 보건소에서 자살예방 담당하는 인력이 2명, 정신건강증진센터에 5명이 있지만 센터에서는 자살예방을 전담하는 인력이 따로 있지 않고 기존 사업을 하는 5명이 하니까. 자살예방사업이 주 사업이 아니라 부수적 사업이 된 것이죠. 그래서 한마디로 자살예방 관리 인력이 부족하죠. 저희가 1차적 스크리닝이나 상담이나 이렇게 하기 에는 괜찮지만 센터가 하든 보건소가 하든 어쨌든 관리에 필요한 최소의 인력이 있는데 그러기에는 부족한 인원이죠. 정신건강증진센터 직원들이 알코올, 우울 등 전반적인 관리를 하고 있어서 관리대상자들은 보건소에 있는 자살예방 담당 인력보다는 정신건강증진센터 직원을 신뢰하고 있어요.”

## 라) 책임성

**질문 :** 서울시와 기초지자체는 자살예방 서비스전달을 같이 하는 입장입니다. 보건복지부의 중앙자살예방센터, 서울시의 자살예방센터, 그리고 기초지자체의 보건소, 지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터 등에서 자살예방을 하고 있는데, 정말 서비스 전달체계의 책임은 어디에 있다고 생각하십니까?

### [인터뷰 내용]

“시예산만 사용했어요. 우리 구는……. 매칭 없어요. 네. 다른 자치구보다 기초생활수급자에 대한 사회에 간접으로 들어가는 예산이 굉장히 높아요. 그래서 현실적으로 구비 매칭이 어려워요. 시비 100% 사업만 하고 있는 거예요. 네. 지금 상태로는 어렵죠. 구비매칭은 어렵고…….”

“그래서 보건소에서는 실질적인 고위험군 발굴 및 관리가 어렵습니다. 성공적인 자살예방을 위해서는 최우선적으로 안정적인 자살예방사업 예산 확보가 시급합니다. 지금 현재 자살예방사업을 지역정신건강센터와 보건소로 이원화 되어 있는데……. 예산이 부족한 상황에서 왜 이렇게 기관을 분리해서 펼쳐 두고 있는지 잘 모르겠습니다. 당연히 사업에 대한 책임이 누구에게 있다는 결론을 내리기가 어렵죠. 그런데 보건소는 자살자 수 발표 때마다 부담이 되는 것은 사실이에요”

## 5) 서울시 자살예방 전달체계

### 가) 통합성

**질문 :** 통합적 행정체계의 미흡, 즉 기관 간 연계의 취약성으로 통합적인 서비스 전달이 자살예방 조직 간에 유기적 협력관계가 이루어지지 않는다면, 서울시는 집행부으로써 서비스 이용 대상자에게 전문적 서비스를 용이하게 제공 받을 수 있는 어떤 방안이 있다고 생각하시나요?

[인터뷰 내용]

“자살예방사업은 서울시나 특정 부서에서만 해서 될 일이 아니라, 소방재난 본부나 교량안전과 등 여러 부서가 힘을 합쳐서 해야 하는 일이라고 생각합니다. 경찰이나 소방본부 등과 협조를 하는 데 있어서는 간담회도 하고 주기적으로 만나고 있고, 경찰이나 소방에서는 자살예방 관련 절차에 대해 이미 잘 알고 있기 때문에 특별한 어려운 점이 없다고 생각합니다.” “자살 예방사업의 통합화를 위해 서울시 보건정책과 주요 업무는 자살예방사업 계획수립, 민간위탁사업 진행, 자치구 자살예방사업 예산지원, 종교계와 정책추진사업, 콜 상담 업무의 안정화입니다.”

나) 접근성

**질문 :** 일선 현장에서 자살예방 업무를 집행하는 담당자로서 현재 자살예방 서비스 전달체계에 의해 서비스 대상자가 원하는 시점에서 서비스를 원활하게 제공 받을 수 있다고 생각하시나요?

[인터뷰 내용]

“자살예방 상담 전화는 수요자의 자살예방 상담 전화에 대응하는 것이 중요할 것이라고 생각합니다. 그래서 서울시자살예방센터 분리의 목적이 콜 업무에 대한 욕구의 증가로 인한 것임에도 불구하고, 여전히 수요자의 전화를 충분히 받지 못하고 있는 상태이고, 상담 콜이 많아서 인지……. 이에 대한 분석이 필요합니다. 즉, 직접적인 자살예방 상담의 비율 정도를 파악하는 것이 필요하다고 생각합니다.”

다) 전문성

**질문 :** 자살예방 서비스 제공 업무와 관련해서 기관별 전문성, 자살예방센터, 정신건강증진센터, 보건소 등의 각각의 업무별로 전문성에 대해 어떻게 생각을 하시나요?

[인터뷰 내용]

“정신건강증진센터에서 하는 자살예방사업은 정신질환자 중심이고, 보건소에서 하는 사업은 예방사업을 중심으로 진행되는 등 역할 구분이 정확히 되어 있고, 장기적으로 자치구마다 서로 협의해 가면서 진행하면 현재의 혼돈 상태가 점차 안정화, 내실화 될 것이라고 생각해 현재의 전달체계 상에 특별한 문제는 없다고 생각합니다.”

라) 책임성

**질문 :** 서울시와 기초지자체는 자살예방 서비스 전달을 같이 하는 입장입니다. 보건복지부의 중앙자살예방센터, 서울시의 자살예방센터, 그리고 기초지자체의 보건소, 지방자살예방센터, 기초정신건강증진센터 등에서 자살예방을 하고 있는데, 자살예방 서비스 전달체계의 개선과 관련하여 구립자살예방센터 설치 또는 중간거점형태의 자살예방센터 설치에 대해 어떻게 생각하십니까?

[인터뷰 내용]

구립자살예방센터 설치안 : “자살예방사업을 보건소에서도 하고 있고, 전담인력도 있고, 정신건강증진센터도 하고, 서울시자살예방센터도 하고 있으므로, 별도의 구립자살예방센터를 운영하는 것에 대해서는 생각해 본 적이 없으며 각 구에 소재한 정신건강증진센터에서 그 기능을 강화하는 것이 바람직하다고 생각함.”

중간거점형 자살예방센터 설치안 : “거점센터는 행정의 절차만 더 복잡해지게 되고, 성공률이 거의 없으며, 거점센터는 보다 철저한 연구, 분석 후에 만드는 것이 바람직하다고 생각함.”

## 나. 자살예방 정책 토론회 결과 분석

서울시 자살예방 정책 토론회에서 논의된 사항들 중에서 자살예방 인력, 예산, 업무, 조직구조, 전달체계, 관련법(조례) 등을 중심으로 핵심적인 사항들을 정리하고 이를 바탕으로 자살예방 전달체계 구축을 위한 시사점을 제시하고자 한다.

### 1) 자살예방 인력

경찰관이나 소방관들도 자살예방 관련 정기 교육의 필요성을 느끼고 있으며 자살시도자 발생 시 출동 및 대응을 위한 전담팀(mobile team)이 구성될 필요가 있다. 특히 위기개입 전담팀 구성을 위해서는 경력과 전문성을 갖춘 인력채용이 필요한 상태이다.

보건소 내 기간제의 형태로 채용되는 자살예방 인력은 고용불안, 높은 이직율, 자살예방 사업경험의 부족 등으로 인해 업무의 비연속성과 비효율성이 발생하고 있는 상태이다. 또한 이들은 주로 지역홍보나 교육을 중심으로 자살예방 활동을 하고 있으므로 자살예방 업무의 연속성이나 전문성에 한계가 있으며 자살위기 조기개입, 집중적인 사례관리, 추후관리 등 자살위기 상황에 대한 포괄적이고 적절한 개입이 어려운 상태이다. 기초정신건강증진센터의 자살예방 담당 인력들도 정신질환자 중심의 자살예방 관리 뿐 아니라 개입 대상과 영역의 범위를 넓힐 필요가 있다.

### 2) 자살예방 예산

효율적인 자살예방사업이 되기 위해서는 자살예방 재정을 인건비와 사업비로 구분하는 방안이 필요하다. 또한 지역 자살예방사업이 담당기관에 따라 분절화 되지 않고 1, 2, 3차 예방사업이 유기적으로 운영되기 위해서는 보건소 중심의 자살예방 사업을 위한 예산을 지역 자살예방의 중심 역할을 하는 기관(예: 지방자살예방센터 또는 기초정신건강증진센터)으로 재정지원을 일원화함으로써 자살예방을 위한 재정의 효율성을 극대화시킬 필요가 있다.

### 3) 자살예방 업무

서울시 지침에 따라 자살예방 업무분장이 되어 있으나 기초자치체별로 보건



소 담당공무원, 기초정신건강증진센터장이나 팀장의 역량에 따라 자살예방 업무 운영에 편차가 심한 상태이다. 보건소에서 수행하는 자살예방 사업은 주로 행정업무나 예방교육, 지역 홍보 등 일차 예방사업에 초점을 두고 있어서 포괄적인 자살예방 사업을 수행하기 어려운 상태이다. 특히 보건소 담당 공무원이 자살예방에 대한 경험이 적거나 자살예방 담당인력과 원활한 의사소통이 부족할 경우에 보건소와 기초정신건강증진센터와의 업무연계를 더욱 어렵게 하고 이로 인해 지역 내 자살예방 사업의 분절화가 더욱 심화될 수 있다. 지역중심의 자살예방사업이 되기 위해서는 보건의료 정책적 관점에서 벗어나서 복지 환경적 관점으로 보편적 패러다임으로 변화해야 하며 자살예방 사업의 내용과 운영도 같은 맥락으로 이루어질 필요가 있다.

#### 4) 조직구조

현재 지역 자살예방 사업을 담당하는 기관이 보건소와 기초정신건강증진센터 등 이원화 구조로 되어 있어서 책임 있는 조정기능이 약화되어 있는 상태이고 각 기관들이 담당하는 사업 중심으로 조직이 운영되고 있는 실정이다. 또한 보건소 중심 자살예방사업의 비전문성으로 인해 공공과 민간, 공공과 공공 간의 연계가 어렵고 보수적인 행정구조로 인해 창의적이고 포괄적인 자살예방사업의 운영이 힘든 상태이다.

특히 보건소 내 기간제 고용 형태는 자살예방 인력의 잦은 인력 교체 및 기관 간(보건소 ↔ 기초정신건강증진센터) 인력변동으로 인해 지속적이고 효율적인 자살예방 업무 운영에 어려움을 초래하고 있다. 그러므로 자살예방사업의 공공성을 위해서는 적정 수의 인력 확보, 안정적인 고용환경, 고용불안 해소, 적정한 급여, 효율적인 업무분장 등이 우선적으로 해결되어야 할 과제이다. 이를 위해서는 독립적인 지방자살예방센터를 구축하거나 기존의 기초정신건강증진센터에 인력을 추가 배치하여 지역사회 자살예방을 위한 통합적인 서비스 제공과 다양한 자살 위험군에 대한 관리를 담당케 할 필요가 있다.

성공적인 자살예방사업을 위해서는 해당 구청장의 의지, 지도력, 기초지자체 차원의 적극적인 재정 지원이 필요하다. 예를 들어, 구청장 직속으로 자살예방사업기관을 운영할 경우 포괄적이고 지역 밀착적인 자살예방 사업이 가능할 것이다. 또한 기초지자체 차원에서 다양한 부서 간에 논의와 협력을 통하여 지역 자살예방을 위한 협의를 도출해낼 수 있을 뿐 아니라 공공과 민간 간의 협치가 용이하고 전달체계 및 거버넌스 구축을 통하여 지역 특성에 맞는 자살예방 사업이 가능할 것이다.

## 5) 전달체계

서울시에서는 2010프로젝트에서 거점형 자살예방센터 구축의 필요성을 언급하고 있으나 현실화 되지 못한 상태이며, 거점형 자살예방센터의 운영을 위해서는 현행의 예산, 인력, 조직구조, 전달체계 구축의 변화가 필요하다. 또한 서울시자살예방센터, 기초정신건강증진센터, 보건소 등에서는 각각의 기능에 따라 자살예방사업을 수행하고 있으나 업무의 유기적인 연계성을 위해서는 상호 간의 협조적 연계를 위한 실질적인 지역밀착형 전달체계 구축이 필요하다.

지역 내 자살시도자 발생 시 신속한 출동 및 대응을 위하여 지역 내 관련기관 간의 협의를 통해 위기개입팀(전담팀)을 구성하여 상호연계성을 가지고 대처할 수 있는 긴밀한 협조체계가 필요하다. 이를 위해서는 각 기초지자체마다 지방자살예방센터(또는 기초정신건강증진센터) 내에 자살위기 대응팀을 구성하여 출동 및 추후관리를 담당하는 것이 제일 바람직하나 기초지자체마다 지방자살예방센터 구축이 어렵다면 서울시를 권역별로 구분하여 거점센터를 구축하여 근접한 거리에서 신속하고 긴급한 대응이 이루어지도록 하는 전달체계 구축이 필요하다.

지역의 자살예방을 위해서는 지역사회 내 공공 및 민간 기관 뿐 아니라 게이트 키퍼나 지역주민 간의 조직화 작업이 필요하다. 또한 생주기별 자살 고위험군 범주 설정 및 체계적인 관리를 위해 지역 내 유관기관 간의 긴밀한 연계가 필요하며 이를 위해서는 지방자살예방센터를 설치하거나 기초정신건강증진센터의 인력을 확충하여 지역 자살예방을 위한 기능을 담당케 해야 한다. 지역 내 자살예방을 위한 지역조직화를 통하여 자살 고위험군 발굴 및 의뢰, 생명존중에 대한 주민인식 개선, 주민토론회 개최, 활동가 자치모임 활성화, 전문교육 및 슈퍼비전, 다양한 지역복지기관과의 긴밀한 연계, 지역 민간기관에서의 자살예방사업 실시, 찾·동(찾아가는 동주민센터) 서비스를 통한 자살 고위험군 발굴 및 의뢰 등 협력적인 자살예방이 이루어지기 위한 전달체계 구축 및 공동협력이 필요하다.

## 6) 관련법(조례)

서울시 25개 기초지자체 조례에는 ‘지방자살예방센터를 둘 수 있다’라고 규정하고 있으나 실제로 1개 구(성북구)만 지방자살예방센터를 독립적으로 운영하고 있는 상태이다. 또한 기초지자체 조례에는 자살예방위원회를 구성할 수 있도록 규정하고 있으나 내실 있는 운영이 되지 못하고 있다. 따라서 자살예

방의 효과성을 위해 자살예방 위원회 구성은 자살예방과 관련된 인력(예: 공공 및 민간 영역 인력, 경찰관, 소방관, 고용노동 관련 전문가, 자살시도 당사자, 자살자유가족 등)을 포함하여 자살예방을 위한 실질적인 논의의 장이 되어야 할 필요가 있다. 또한 자살시도자 발생 시 원활한 개입 및 구조를 위해 당사자나 가족들이 협조의무 사항으로 조례에 포함될 필요가 있다.

## 7) 자살예방 전달체계 구축 토론회의 시사점

위에서 언급된 내용은 자살예방 전달체계 구축을 위한 현장 실무자들과 토론회에서 논의된 결과이다. 토론회의 주요 내용은 자살예방 예산, 고용구조와 관련된 인력의 문제, 자살예방 사업 주체인 보건소·자살예방센터·기초정신건강증진센터 간의 조직구조의 문제점을 다루었다. 그 주요한 내용은 다음과 같다.

첫째, 서울시의 자살예방 예산의 부족의 문제이다. 그 결과는 인건비의 상승이 있으면, 사업비의 감소가 발생하는 실정이다. 이는 인력의 전문성 확보에 어려움이 있을 것으로 예상된다. 인력의 전문성 확보 문제점은 서비스 질적 수준을 저하시키는 원인이 될 것이다. 따라서 자살예방 예산 확보는 자살예방에 중요함을 시사하고 있다.

둘째, 기초지자체는 자살예방 예산이 부족함에도 불구하고 자살예방 사업을 기초정신건강증진센터와 보건소로 이원화하여 수행하고 있다. 기초정신건강증진센터의 인력이 기존 인력의 수를 그대로 존치하는 것이 아니라, 보건소로 자살예방의 1차 사업이 이관되면서 기초정신건강지원센터의 인력을 추출하여 보건소로 이동한 결과이다. 즉 이러한 인력의 이동은 기존의 기초정신건강지원센터의 인력이 감소하면서, 기존의 업무는 존치된 상태이고 그 결과 기초정신건강센터의 업무는 과중되고 있다. 또한 보건소로 이동한 인력은 보건소 자체의 자살예방 업무에 대한 슈퍼비전을 제대로 받을 수 없기 때문에 자살예방에 필요한 사업을 진행하는데 한계가 있으며, 실질적인 자살예방 사업을 수행할 수 없을 것으로 사료된다. 즉 기초지자체의 자살예방 사업은 동일한 예산에서 두 집 살림살이로 예산부족 현상이 더욱 심화 될 것으로 예상된다.

셋째, 현재 서울시의 자살예방 전달체계 구조는 서울시자살예방센터→기초지자체의 보건소(기초정신건강증진센터와 보건소의 1차 예방사업)로 구축되어 있다. 기초지자체의 자살예방 사업은 실질적으로 보건소가 주체이며, 서울시 자살예방사업은 서울시자살예방센터가 주체이다. 기초정신건강증진센터는 정신질환자 관리가 주요 업무이고 자살예방은 부수적 업무이다. 그리고 보건소

의 주요 업무는 공중보건이 주요 업무이고 자살예방이 부수적 업무이다. 즉 기초정신건강증진센터와 보건소 내의 자살예방 사업은 자살예방이 우선적인 업무가 아니라는 것이 분명한 사실이다. 이러한 현실은 자살예방 정책의 효과를 얻기 어려울 것이다. 또한 서울시자살예방센터는 2016년부터 분리운영하면서 자살예방 사업을 기본 업무이지만, 기초지자체의 자살예방 업무를 총괄하는 사업구조가 아니라 상담전화와 기초지자체의 야간 상담전화와 응급출동을 주 업무로 수행하고 있다. 또한 서울시 시민건강국은 자살예방에 대한 전반적 계획을 수립하고 기초지자체에 일정부분 예산을 배준하고 있지만, 지방분권화로 사업의 결과에 대한 직접적인 관리·감독은 어려운 실정이다. 즉 서울시 전체는 자살예방 사업을 수행하고 있지만, 자살예방 사업을 전반적으로 지휘하는 기관이 부재한 실정이다.

따라서 서울시의 자살예방 사업은 기관간의 협력이 어려울 것이며, 그 결과 통합성 부재의 현상이 나타나고 있으며, 통합성이 부재는 서비스 욕구 대상자에게 적절한 서비스 제공에 한계가 있어 수요자들이 접근성이 어려운 실정이다. 또한 예산 부족이 현상이 전문성 확보의 문제점의 원인이 되어 서비스의 질적 수준의 저하시키고 있다. 그 결과 자살률 상승과 서비스의 질적 저하에 대한 책임을 지는 조직이 없다. 현재의 자살예방 정책은 더 이상의 자살률감소에 기여하지 못할 것이다. 즉 자살률을 감소할 수 있는 보호요인이 정책과 실천 현장에서 거의 전무한 사실이다. 따라서 서울시의 자살률을 감소할 수 있는 대안 마련이 시급하다고 할 수 있다.

## IV. 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례

정부는 지방분권화 정책을 통하여 지방정부가 주체적인 역할을 함으로써 궁극적으로 국가의 경쟁력을 향상시키는데 기여할 것을 기대하고 있다. 따라서 지방정부의 입법 기능은 대단히 중요한 역할을 한다. 지방정부가 지속적이고 체계적으로 업무를 수행하기 위해서는 지방정부의 정책프로그램을 일반적·추상적인 조례로 입법화하는 것이 바람직하다(박영미·김병규, 2015). 자살예방과 관련한 조례 제정은 지역 특성을 반영한 지방정책의 지속성과 체계성을 확보하고 각 지역과 인구 특성을 반영하여 자살예방계획을 수립하고, 자살예방 전담기관을 설치하여 구체적이고 현실적인 자살예방 정책을 시행하는데 중요한 기능을 하게 한다는 점에서 큰 의의가 있다(최운영·최승원, 2014). 우리나라의 자살률이 심각한 사회문제로 대두됨에 따라 정부는 2011년에 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’을 제정하였고, 서울시는 2013년 ‘서울특별시자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례’를 제정하여 운영하고 있다. 서울시의 자살예방 조례 제정은 서울시의 자살률을 낮추기 위한 지방정부의 정책의 지속성과 체계성을 확보하려는 정책적 노력으로 볼 수 있다. 따라서 조례의 제정은 자살예방을 위한 조직적·재정적 인프라 구축 및 서비스 전달체계를 구축하여 자살예방을 위한 개입 뿐 아니라 정부와 민간, 각종 기관들 간의 실질적인 협력에 근거를 두어야 한다.

이 장에서는 우리나라 자살예방법 및 서울시와 기초지자체의 자살예방 조례 중에서 전달체계를 중심으로 내용을 살펴보면서 보완해야 할 사항을 제시하고자 한다.

### 1. 서울특별시 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례

서울특별시 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례’(이하 ‘서울시 자살예방 조례’)는 전체 18조 및 부칙으로 구성되어 있으며 이 중에서 제5조, 제8조, 제9조, 제11조를 중심으로 살펴보고자 한다.

## 가. 자살예방시행계획수립

서울시 자살예방 조례 제5조는 자살예방시행계획수립에 관한 내용을 포함하고 있다. 지역실정에 맞는 다양한 사항들이 시행계획에 포함되어 있으나 보다 실질적인 자살예방이 되기 위해서는 다음과 같은 사항이 포함될 필요가 있다.

### 1) 자살자유가족을 위한 사회경제적 지원의 필요성

제5조 제2항 제7호는 ‘자살자의 가족 상담 및 지원’을 명시하고 있다. 자살고위험군에 속하는 자살시도자나 자살자유가족들은 일차적으로 상담지원이 필요하지만, 자살의 원인이란 단순히 정신과적, 심리적 요인만 있는 것이 아니다. 즉 자살이란 단일 사건으로 발생하는 것이 아니라 다양한 사회경제적 요인으로 인해 자살시도자가 발생하므로 의료적 치료비 지원, 일자리 마련을 위한 직업관련 서비스, 채무관련 법률 상담, 생계 및 주거 급여 지원 등 자살의 위험으로부터 벗어날 수 있도록 다양한 차원에서의 지원이 필요하다. 그러므로 현행 조례 제5조 제2항 제7호를 사회경제적 지원을 포함하여 ‘자살자 가족 상담 및 사회경제적 자원 지원’으로 변경할 필요가 있다.

### 2) 자살자유가족의 심리안정지원을 위한 시설운영의 필요성

자살고위험군에 해당하는 자살자유가족들은 가족원의 자살이 발생했을 때, 인터뷰 내용처럼 심리정서적 지지 및 일상생활 기능 회복을 위해 일시적인 보호시설이 필요하다고 하였다. 그러므로 현행 서울시 자살예방 조례 제5조 제2항에 관련 조항을 추가하여 ‘자살자유가족의 심리안정지원을 위한 시설 운영’ 항목을 신설하는 것이 바람직할 것이다.

#### [인터뷰 내용]

“그 집에도 장례 치르고 나면 다들 생활이 있으니까 가지않아요. 근데 무서워요. 누군가가 좀 있어줬으면 싶은데... 누군가가 좀 같이 있어줬으면. 집에 들어가는게 무섭고... 우리끼리 3명만 남겨져서 이제 일을 어떻게 처리를 해야 될까. 그 자체가 되게 두려워요.”

### 3) 전달체계 구축 방안

서울시장은 보건복지부장관이 수립하는 자살예방기본계획을 근거로 하여 매

년 지역실정에 맞는 자살예방시행계획을 수립·시행함에 있어서 실질적이고 구체적인 자살예방사업을 위하여 중앙정부, 관계부처, 서울시, 지방자치단체, 공공과 민간 간의 협조체계를 바탕으로 한 자살예방 전달체계가 구성하여야 할 것이다. 특히 서울시의 자살예방 사업이 효율적으로 운영되기 위해서는 서울시와 지방자치단체 간의 자살예방 전달체계 구축 및 운영에 관한 조항이 포함되어야 한다. 그러므로 제5조 제2항에 ‘지방자치단체와의 자살예방 전달체계 구축 및 운영방안’ 이라는 내용을 포함할 수 있다. 이러한 개정 내용을 포함하는 제5조 개정(안)은 <표 4-1>과 같다.

<표 4-1> 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제5조 개정(안)

**제5조(자살예방시행계획의 수립 등)** ① 시장은 자살예방법 제7조에 따라 보건복지부장관이 수립하는 자살예방기본계획을 근거로 하여 매년 지역실정에 맞는 자살예방시행계획을 수립·시행하여야 한다.

② 시행계획에는 다음의 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 생명존중문화의 조성
2. 자살상담매뉴얼 개발 및 보급
3. 성·연령·계층·자살동기를 반영한 자살예방대책
4. 우울증 및 약물 중독관리 등 정신건강증진
5. 정보통신 등 다양한 매체를 이용한 자살예방체계 구축
6. 자살위험자 및 자살시도자의 발견·치료 및 사후관리
7. 자살자 가족 상담 및 사회경제적 자원 지원
8. 자살자유가족의 심리안정지원을 위한 시설 운영
9. 자살 감시체계의 구축
10. 자살 수단에 대한 통제
11. 자살예방 교육 및 훈련
12. 자살예방에 대한 연구지원
13. 자살예방 협력기관의 지정 및 운영 방안
14. 지방자치단체와의 자살예방 전달체계 구축 및 운영 방안
15. 그 밖에 시행계획과 관련하여 필요한 사항

## 나. 자살예방위원회 구성 및 운영

서울시 자살예방 조례 제8조는 자살예방위원회 구성 및 운영에 관한 사항이다. 서울시의 자살예방 정책 및 자살예방 사업에 대한 자문 및 심의를 위해서는 공공 및 민간의 협력을 기반으로 다양한 구성원들이 참여하는 위원회를 구성하는 것이 바람직하다. 이를 위해서 현재 위원회 위원장과 부위원장이 공공영역 인력만으로 구성되어 있는 것에서 탈피하여 위원장을 공공영역과 민간영역에서 각각 1인씩 구성하여 공동위원장을 구성하여 운영함으로써 보다 역동적이고 효율적인 위원회가 될 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 위원 구성에 있어서 각 분야별 전문가 뿐 아니라 비영리기관, 자원봉사조직, 보건의료, 경찰, 소방, 소비자단체, 기업체, 자살자유가족 대표 등 다양한 영역의 인력으로 구성하여 실질적이고 내실 있는 논의의 장이 되도록 해야 할 것이다. 이를 근거로 제8조(위원회 구성 및 운영)를 <표 4-2>와 같은 내용으로 변경할 수 있다.

**<표 4-2> 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제8조 개정(안)**

- 제8조(자살예방위원회 구성 및 운영) ① 위원회는 위원장 2명과 부위원장 1명을 포함한 12명 이상 15명 이하로 구성한다.
- ② 위원장은 공공영역 1인(부시장), 민간영역 1인(민간대표) 등 공동위원장으로 운영을 한다. 부위원장은 시민건강국장이 된다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 시장이 임명 또는 위촉하되, 각 1명 이상을 포함하여야 한다.
1. 서울특별시 의회에서 추천하는 시의원
  2. 서울특별시 자살예방센터(이하 “자살예방센터”라 한다)의 장
  3. 사회복지 및 정신건강분야 전문가로서 생명존중 및 자살예방과 관련하여 학식과 경험이 풍부한 자
  4. 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있고 인권분야에 대한 학식과 경험이 풍부한 자
  5. 신문·방송·통신 등 언론분야 전문가
  6. 경찰, 소방 등 자살위기개입 분야 전문가
  7. 자살예방사업을 추진하고 있는 시민단체의 대표
  8. 비영리기관, 자원봉사조직, 소비자단체 등 시민조직 대표
  9. 기업체, 상공인 등 고용노동 관련 조직 대표
  10. 자살자유가족 대표
  11. 그 밖에 시장이 필요하다고 인정하는 자
- ④~⑦ 현행과 동일



## 다. 지역사회 협력체계 구축

자살예방 조례 제9조(지역사회 협력체계 구축)에서는 시장은 민·관 협력으로 자살예방체계를 구축하고 응급의료기관, 소방본부 및 경찰청 등 관련기관과 연계하여 자살시도자 및 가족에게 사후관리 등의 서비스 제공할 수 있는 것으로 규정하고 있다. 자살예방을 위해서는 민·관, 관·관의 추진체계간의 협력체계 구축이 반드시 필요하다. 이러한 협력체계가 유기적으로 운영되기 위해서는 시장이 기초지자체별 시행계획을 조정하고 이행사항을 점검하는 기능을 넘어서서 서울시와 기초지자체 간의 자살예방을 위한 협력체계 구축이 필요하다. 그러므로 서울시와 기초지자체 간의 자살예방 협력체계 구축을 위해 <표 4-3>과 같은 내용의 보완이 필요하다.

### <표 4-3> 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제9조 개정(안)

제9조(지역사회 협력체계 구축) ① 시장은 자살예방 및 생명존중문화 조성 시책의 추진에 있어 기초자치단체와 연계하는 협력체계를 구축하여야 한다.

② 시장은 자살예방 및 생명존중문화 조성 시책의 효율적인 추진을 위하여 민·관 협력으로 자살예방체계를 구축하여야 한다.

③ 시장은 응급의료기관, 중앙소방본부 및 경찰청 등 관련 기관과 연계하여 자살위험자, 자살시도자 및 자살자의 가족에게 사후관리 등의 서비스를 제공할 수 있다.

## 라. 지방자살예방센터의 설치 운영

자살예방 조례 제11조(자살예방센터의 설치·운영 등)는 시장이 각 호의 업무를 수행하기 위해 자살예방센터를 설치·운영할 수 있도록 하고 있다. 현재 서울시는 서울시자살예방센터 1개를 운영하고 있으며 자살예방센터는 자살예방을 위한 24시간 상담, 자살위기 상시현장출동 및 대응, 자살시도자 사후관리, 자살예방 홍보 및 교육, 전문 인력 양성, 자살자 가족에 대한 상담 및 프로그램 운영 등 다양한 업무를 수행하고 있다. 이처럼 1개의 자살예방센터가 서울시 전 영역을 담당하고 있는 실정인으로서 지역 내에서 발생하는 자살시도자에 대한 신속한 위기대응이나 자살자유가족 상담을 효율적으로 수행하기에 어려움이 있는 상황이다. 그러므로 서울시 자살예방사업이 보다 효율적으로

운영되기 위해서는 지역밀착형 위기관리기관이 필요하다. 이를 위해 자살시도자에 대한 신속한 출동 및 대응을 위해 중간 거점형 위기관리센터를 구축하면 더욱 유기적이고 신속한 위기개입이 가능할 것이다. 또한 자살 고위험군에 해당되는 자살자유가족의 지원을 위해 중간거점형 유족지원센터를 지역 내에 설치·운영함으로써 가족원의 사망으로 인한 파급영향을 최소화하고 이를 극복하는데 필요한 심리사회적 도움을 줄 수 있을 것이다. 이러한 내용들을 포함하여 조례 제11조(자살예방센터의 설치 운영 등)를 <표 4-4>와 같이 변경할 수 있다.

<표 4-4> 서울시 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 조례 : 제11조 개정(안)

**제11조(자살예방센터의 설치 운영 등)** ① 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 시장은 자살예방센터를 설치·운영할 수 있다.

1. 자살예방을 위한 24시간 상담
2. 자살위기 상시현장출동 및 대응
3. 자살시도자 사후관리
4. 자살예방 홍보 및 교육
5. 자살예방 전문 인력 양성
6. 자살자의 가족에 대한 상담 및 프로그램 운영
7. 그 밖에 자살예방을 위하여 시장이 필요하다고 인정하는 업무

② 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 시장은 중간거점형 위기관리 센터를 설치·운영할 수 있다.

1. 주·야간 응급출동
2. 응급실 협력사업
3. 경찰, 소방 초기대응 협력체계 구축
4. 그 밖에 자살예방을 위하여 시장이 필요하다고 인정하는 업무

③ 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 시장은 중간거점형 유족지원센터를 설치·운영할 수 있다.

1. 유족 응급 쉼터 운영
2. 유족 심리 안정화 프로그램 운영
3. 애도상담
4. 유족 자조모임 지원
5. 고인별 소모임
6. 그 밖에 자살예방을 위하여 시장이 필요하다고 인정하는 업무

## 2. 자살예방 전달체계 구축을 위한 시사점

### 가. 자살예방 전달체계와 협력체계의 조정 필요성

자살예방사업은 주무부처인 보건복지부 뿐 아니라 관계부처 및 지방자치단체와의 협력을 통한 네트워크가 이루어져야 한다. 그러나 자살예방법에는 정부와 지방자치단체 간에 자살예방을 위한 계획수립 협조에 관한 조항만 규정하고 있을 뿐 자살예방 추진체계 간의 지속적인 협력을 위한 조치나 의무가 제시되어 있지 않다. 이로 인해 중앙정부의 관계부처 차원의 협동체계가 미흡할 뿐 아니라 중앙, 서울, 기초지자체 간의 연계나 자살예방 관련 사업을 수행하는 조직들 간에 원활한 협력이 어려운 실정이다. 그러므로 실질적이고 구체적인 자살예방사업이 되기 위해서는 중앙정부 및 관계부처, 서울시, 지방자치단체, 공공과 민간 간의 협력적인 거버넌스(협치) 구축과 관련된 법적 조항이 반드시 포함되어야 할 것이다. 또한 서울시와 지방자치단체와의 협력을 통한 네트워크 구축이나 추진체계 간의 지속적인 협력을 위한 조치나 의무사항이 조례 규정 속에 반드시 포함되어야 할 것이다.

### 나. 자살예방위원회 구성의 다양성

자살예방 정책 및 사업이 실질적이고 유기적으로 운영되기 위해서는 공공 및 민간의 참여와 협력을 기반으로 자살예방위원회를 구성하는 것이 바람직하다. 위원회 구성에 있어서 위원장은 공공 및 민간대표 1인씩 공동대표로 구성하고 위원 구성은 각 분야별 전문가 뿐 아니라 비영리기관, 자원봉사조직, 보건의료, 경찰, 소방, 소비자단체, 기업체, 자살자유가족 대표 등 다양한 영역의 인력으로 구성하여 자살률 감소와 생명존중 문화 조성을 위한 실질적이고 내실 있는 자문 및 심의 기능을 할 수 있어야 할 것이다.

### 다. 협력적 전달체계 구축의 필요성

서울시 자살예방 조례 제9조(지역사회 협력체계 구축)에는 ‘시장은 자살예방 및 생명존중문화 조성 시책의 효율적인 추진을 위하여 민·관 협력으로 자살예방체계를 구축하여야 한다’라고 규정하고 있다. 여기에 더하여 서울시와 지방자치단체와의 협력체계를 바탕으로 자살예방 전달체계 구축에 대한 법적 조항이 명문화될 필요가 있다. 즉, ‘시장은 지방자치단체와 연계하여 추진체계

간 협력체계를 구축하여야 한다'라는 조항이 포함될 필요가 있다. 상호유기적인 전달체계가 구축되면 자살예방사업의 분절화를 방지할 수 있고 관련 주체들 간에 활발한 정보공유와 연계, 수요자 중심의 통합적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

서울시 자살예방사업이 효율적으로 운영되기 위해서는 지역밀착형 위기관리기관이 필요하다. 현재 서울시는 자살예방센터 1개를 운영하면서 자살상담 콜센터 및 야간 자살시도자에 대한 출동 및 대응 업무 등 다양한 사업을 수행하고 있다. 자살시도자에 대한 출동 및 대응을 위해 중간거점형 위기관리센터를 구축·운영한다면 더욱 유기적이고 신속한 위기개입이 가능할 것이다. 또한 자살 고위험군에 해당되는 자살자유가족의 지원을 위해 중간거점형 유족지원센터를 지역 내에 설치·운영함으로써 유가족가족들의 심리사회적 기능을 회복하도록 도움을 줄 수 있을 것이다. 이처럼 중간거점형 위기관리센터와 중간거점형 유족지원센터의 설치·운영을 위한 내용을 조례에 포함한다면 더욱 역동적인 자살예방사업이 가능할 것이다.

### 3. 자살예방 전달체계 모형의 종합분석

#### 가. 현행 서울시 자살예방 전달체계 모델의 문제점

##### 1) 자살예방 전달체계의 부조화

자살예방 정책과 제도가 구축되어 실행하고 있지만 자살률이 감소하지 않고 있는 실정임에도 불구하고, 자살예방 전달체계 전반에 문제점을 제시하는 연구가 전무한 실정이다. 현행 자살예방 전달체계가 내포하고 있는 가장 핵심적인 문제점은 자살예방 제도와 자살예방 전달체계의 부조화 현상이라 할 수 있다. 자살률이 지속적으로 증가하고 있고, 그에 따라 자살예방 정책과 제도가 마련되었으나 자살률이 감소하는 효과를 나타내지 못하고 있다. 특히 자살예방 서비스의 도입과 확대에 인하여 기존의 정신건강증진센터와 광역단위의 자살예방센터의 설치로 자살예방 서비스의 양적 증가는 부분적으로 실현되었으나, 여전히 질적 수준에서 자살예방 성장은 미흡한 실정이다. 지방자치단체의 경우 기존에 설치된 보건소와 기초정신건강증진센터 중심의 의료적 모형의 자살예방 업무가 중심이었다면, 현재는 지역주민의 개별적 욕구에 대응한 맞춤형 자살예방 서비스 제공이라는 새로운 수요 욕구가 급격하게 증가하고 있다.

그러나 자살예방의 정책적 제도가 구축된 반면에 자살예방 서비스 전달체계

의 변화가 지체된 상황하에서도 실질적인 자살예방 업무가 기존의 자살예방 서비스 전달체계로 수행되면서, 제도와 전달체계간의 부조화 문제가 심각해지고 있다. 즉 자살예방 정책과 제도는 자살예방센터를 설치하여 중앙정부의 주도과 지방정부의 수행 업무를 지원할 의무를 가지고 있으나, 자살예방 정책의 집행체계와 전달체계는 중앙정부와 지방정부의 지원의 부재, 지방정부간의 협력의 분절화 현상 등으로 외견상 정책과 제도를 수행하는 것처럼 보이는 자살예방센터 설치의 틀 이외의 효과를 얻지 못하고 있는 실정이다.

사회복지의 관점에서 전달체계는 보다 넓은 의미의 복지서비스 전달의지를 강조하여 보편적인 서비스와 전문적인 서비스를 체계적으로 처리토록 하는 것이다(김기현, 2013). 이제는 자살예방을 국민 삶의질 향상과 통합서비스 기관으로 전환하여 '주민생애주기별맞춤형 서비스 기관'으로 변신하고자 한 것이다. 기초지자체별로 조례가 제정이 되고 자살예방 전담부서의 설치를 통하여 기존의 자살예방이 의료 중심적 모델이라면, 지금은 교육·문화·복지·고용 등 보편적 차원의 지역주민의 생활지원 업무를 포함하는 통합적 차원에서 자살예방의 기획, 서비스 연계·조정, 통합조사의 개념으로 신설 및 강화할 수 있어야 할 것이다.

이처럼 제도적 장치의 자살예방센터의 설치는 자살예방 서비스 전달의 효율화를 위하여 종합적이고 다양한 서비스를 통합적으로 제공하고자 한 것이다. 그러나 서울시 시민건강국이 중심이 되어 추진한 자살예방서비스 사업은 자살예방 전달체계의 구축을 시도하였지만, 자살의 복합적 요인을 고려하지 않았기 때문에 정작 중요한 복지적 요소들을 배제한 채 의료모형의 자살예방 인력 배치에만 몰두한 나머지 현재와 같이 정책의 효과를 거둘 수 없는 여러 가지 문제들이 나타나고 있는 것이다. 급상승한 자살률 감소의 정책적 효과를 위해 기초정신건강증진센터와 자살예방센터가 의료법인의 민간위탁으로 하고, 정신과전문의가 자살예방 업무를 단순히 정신과적 문제로 취급하여 자살예방업무를 수행토록 한 것이다.

이러한 상황은 기초정신건강증진센터와 자살예방센터의 정신과의사에게 있어서는 자살이전의 정신문제가 발생하는 과정에서 나타나는 교육·문화·복지·고용 등의 문제에 대한 포괄적 서비스를 제공해야 하는 현실적인 어려움으로 인해 자원을 효율적으로 연계할 여력이 없고, 센터의 인력도 실질적으로 정신보건사회복지사로 채용되기는 하였으나, 실질적 역할 수행에 있어서 대상자 포착, 욕구사정, 연계 등 사회복지 업무와는 거리가 먼 역할을 수행토록 한 것이다. 이는 자살의 문제를 복지서비스 차원에서 지원하고, 민·관이 협력해 연관된 문제를 종합적으로 해결해 보겠다는 것이 당초 중앙정부와 지방정부의

정책적 취지이지만, 단순 기능 전환에만 역점을 둔 결과로써, 자살률 감소의 문제에 대한 접근법에서 사회적 역할갈등 및 역할보호성 그리고 의료적 접근의 역할과다 문제를 초래할 소지가 큰 복지서비스 전달체계의 문제점을 가지고 있다.

## 2) 자살예방 서비스의 집행체계와 전달체계의 분산성

자살예방 조직은 조직구성원이 조직목표를 향해 일할 수 있도록 일정한 구조나 틀을 갖추고 있다. 조직구조는 조직의 각 부분들 사이의 관계를 정형화한 것으로 조직구성원의 역할과 업무의 범위와 책임 등이 배분되고 조정되는 것을 말한다(김영중, 2006). 보건복지부가 제시하는 우리나라의 자살예방 조직은 전형적으로 관료제 조직구조를 갖추고 상의하달식에 의한 의사결정이 이루어지고 있다. 그러나 자살예방 정책은 지방분권화에 따른 중앙정부의 중앙자살예방센터와 지역단위의 집행기관 및 서비스 제공기관간, 자살예방 정책의 총괄·조정이 제대로 이루어지지 않고 있으며, 통합적 관점에서 정책기획과 집행관리가 미흡한 실정이다.

민간 위탁기관은 개별적 사업지침에 따라 고립적 방식의 자살예방 서비스 제공업무를 수행함으로써, 자살예방 제도간 수평적 연계를 고려하는 것이 사실상 불가능한 실정이다. 또한 민간 위탁에 의한 자살예방 서비스 제공 기관은 공급자 중심의 분산적인 운영구조로 되어 있기 때문에 지역주민은 자살예방에 대한 정보 부족으로 실질적인 도움을 받기 어려운 상황이다.

## 3) 자살예방 업무 담당인력 부족

복지서비스전달체계의 논의에 있어서 빠지지 않고 지속적으로 언급되는 문제점은 복지업무를 담당하는 인력의 문제이다. 인력문제는 인력의 부족, 전문성, 그리고 인력구성 등에 대한 논의가 주요 내용이다. 자살률의 급격한 증가에 따라 서비스 이용 수요자의 증가에 비해서 담당 인력의 부족현상이 지속되고 있다는 점이다. 특히 자살예방 정책집행 및 일선기관에서 자살예방 담당 인력의 부족이 심각한 상황이며, 인력 확충이 없이 조직개편과 인력 이동으로 인하여 변화에 따른 피로감이 누적되고 있다. 기초지자체의 자살예방 사업이 기초정신건강증진센터와 보건소로 이원화 되면서 예산부족을 이유로 구비 예산을 책정하지 않고 추가적인 인력 확충 없이 기초정신건강증진센터의 인력이 보건소로 이동하였다. 따라서 기존의 기초정신건강증진센터와 보건소는 오히려

려 인력 부족과 과중한 업무로 인하여 직무스트레스, 소진 그리고 직무에 대한 상대적 박탈감이 심각한 수준이며, 이는 다시 담당 인력의 직무만족도와 사기 저하로 연계되고 있다.

자살예방 서비스의 통합적 제공과 다양화된 개인 욕구에 적극적으로 대응하기 위해서는 담당인력의 전문성이 관건이다. 특히 자살예방의 인적서비스의 효과성은 이용 대상자의 상황에 적합한 탄력적인 서비스 제공에 의해서 좌우되는 속성이 있다. 자살시도자에 대한 초기 위기대응, 상담, 욕구사정, 사례관리 등의 업무는 전문성을 보유한 인력이 담당해야 하지만, 전문성을 보유한 인력의 충원을 하기 보다는 기존 인력의 재배치 통해서 일시적인 해결책을 선호하고 있다. 따라서 자살예방 담당 일선기관에서 정신보건사회복지직과 전환 배치직 사이에 업무 부담의 편중현상이 심화되었다. 또한 보건소의 자살예방 담당 조직의 중간관리자들이 자살예방 업무에 대한 이해가 부족하고, 이로 인하여 “업무분담의 불합리성이 커지고 전문적·통합적 서비스 제공에 오히려 장애”가 되고 있다(정홍원·이영범, 2012).

#### 4) 자살예방 전달체계의 집행 역량 및 전문성 부족

자살예방 전달체계가 가지고 있는 여러 문제점으로 인하여, 현행 자살예방 서비스의 집행체계와 서비스 전달체계는 자살예방제도의 집행을 감당할 역량이 부족하다는 점이 가장 심각한 문제로 지적될 수 있다. 예를 들어서 송파 세모녀의 자살처럼 경제적 상황이 악화된 가구의 극단적 선택이 빈번해지고 있는 상황임에도 불구하고, 자살예방 담당 일선기관에서 이를 포착하거나 예방하지 못하는 경우가 많다. 즉 생활고, 질병 등 절망적인 상황에서 공공기관에 도움을 요청하기보다 자살을 선택하는 경우가 증가하고 있다.

최근 사회복지전달체계는 지방자치제의 기초 하에, 점차 위계적 조직구조에서 유기적 조직구조로, 그리고 주요 의사결정에 있어서는 조직구성원의 참여와 권한을 요구하는 전문적 중심구조로 전환되고 있는데, 이는 사회복지사의 역할 수행을 전인하는 주요한 조직 환경의 변화이다(김기현, 2013). 따라서 자살예방과 관련하여 전문적 중심구조는 역할수행에 있어 일선의 자살예방 담당자로 하여금 자살예방 서비스 수요자의 문제해결을 위해 전문적인 서비스를 제공하도록 해야 할 것이며, 또한 전문 인력을 확보할 수 있게 할 뿐만 아니라, 역할수행에 있어 이들의 전문성이 충분히 발휘될 수 있도록 환경을 조성하는 것이다.

‘자살예방 서비스 전달체계’는 보편적인 서비스와 전문적인 서비스를 체계적으로 처리하도록 하는 것이다. 이는 자살예방 조직에서의 데이터베이스 구축과 인적관리에 대한 중요성을 강조한 것이라 할 수 있다. 자살예방은 데이터베이스 구축의 중요성은 자살의 위험요인이 될 수 있는 다양한 심리적, 정신적, 사회적 문제에 대한 파악함으로써 자살예방에 대한 종합적인 대책을 마련할 수 있는 것이다. 따라서 자살예방을 위한 데이터베이스 구축은 자살시도 사건에 대한 정보, 자살시도자에 대한 인구학적 정보 등을 포함시켜 자살시도에 대한 신뢰할 만한 데이터를 제공하여 자살률 감소를 위한 예방 전략에 활용될 수 있도록 하는 것이다. 그러나 자살자 및 자살시도자에 대한 데이터 관리 시스템에 부재한 실정이다(한국자살예방협회, 2011). 자살예방 조직에서의 인적관리라는 것은 정신보건사회복지사, 정신과간호사, 심리상담사, 정신과 의사 등이 전문적인 역량을 발휘할 수 있도록 준비되어 있어야 하는 것을 말한다. 특히, 자살예방 조직은 역할수행에 있어 공·사 부문 간의 협조와 기능분담이 중요하며, 동태적인 직무 환경 속에서 서비스 이용자에 신속히 대응하기 위해서는 업무의 효율성을 기할 수 있는 전문성이 담보되어야 한다. 자살예방 조직에서 자살예방 담당자의 전문성 확보는 개인적 차원의 노력뿐 아니라, 조직차원의 높은 관심과 전문성을 함양할 수 있는 환경조성이 중요한 요인이다. 그러나 현실이 이러함에도 불구하고 최근의 자살예방 조직은 오히려 전문성에 대한 중요성을 인식하지 못하는 것이 문제라 할 수 있다.

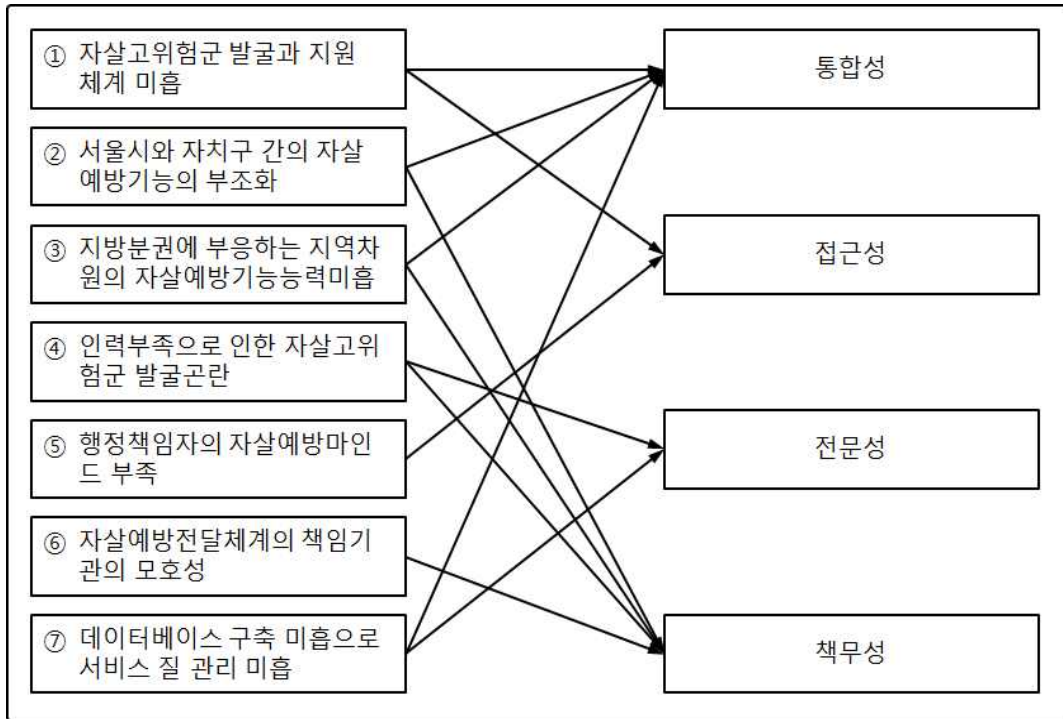
### 5) 자살예방 전달체계의 통합적 문제점

현재 자살예방 수요가 급증하고 서비스 대상도 사회적 여건에 따라 다양하게 변해 가는데 현재의 자살예방 전달체계의 비효율성·비전문성으로 급변하는 자살예방 수요에 효과적으로 대처하기엔 미흡한 수준에 있었다.

이와 관련하여 한국의 사회복지전달체계의 문제점은 아래의 [그림 4-1]과 같이 정리한다. ① 자살고위험군 발굴과 지원체계의 미흡, ② 서울시, 자치구, 동간 자살예방 기능의 부조화, ③ 지방분권에 부응하는 지역차원의 자살예방 기능 능력 미흡, ④ 인력부족으로 인해 자살고위험군 발굴이 곤란, ⑤ 행정책임자의 자살예방 마인드 부족, ⑥ 자살예방 서비스 전달체계의 책임 기관의 모호성, ⑦ 자살예방 서비스 제공을 위한 데이터베이스 구축 미흡으로 자살예방 서비스의 질 관리 미흡으로 파악된다.



[그림 4-1] 자살예방 전달체계의 문제점



첫째, 자살고위험군 발굴, 지원체계의 미흡은 자살위기대상자 조기발굴에 대한 중앙정부(광역정부)의 행정시스템만 의존하는 경우 한계가 있으므로 모든 지역별 단위로 공공과 민간, 민간과 민간의 연계협력 기능이 취약한 실정이다. 앞서 제시한 요인 중 접근성과 통합성에 문제점이 있었다.

둘째, 서울시, 자치구, 동간 자살예방 기능의 부조화는 행정기관 및 관련 기관간 수평적 연계·조정과 정책의 기획·집행상의 일관성이 미흡하다. 자살예방 업무의 누락비율을 초래하는 원인으로써 업무영역 조정의 문제, 협력이 필요한 외부 행정기관 및 민간기관의 수평적 연계·조정 문제가 나타나고 있다. 서울시 및 자치구 관련부서 간, 찾아가는 동복지센터의 복지업무담당자와 자살고위험군(독거노인, 장애인, 고액채무자, 다중채무자, 실직자, 정신질환자 등)담당자간 업무 연계 장치 미비로 자살예방 업무수행의 효율성이 저하되고 있으며, 특히 자살예방 정책 집행과정에서 대상자 범위 선정, 자살자유가족에 대한 사후관리를 위한 부처간, 일선 기관 간 업무 분담 및 협력체계 확립이 필요하다. 자살예방 서비스의 제공과정에서 필수적인 관련기관의 네트워크 형성과 협력관계의 유지에 일선 담당 인력들은 시간을 할애하기 어려운 실정이다. 앞서 제시한 요인 중 책무성과 통합성에 문제점이 있었다.

셋째, 지방분권에 부응하는 지역차원의 자살예방 기획능력 미흡은 본격적인 지방자치제도가 실시되었지만, 오랫동안 지방행정기관이 중앙부처의 서비스전

달기관으로 활용되어 왔기 때문에 중앙부처와 지자체의 수평적, 협조적 행정 관계 구축이 미흡하다. 또한 지방분권화는 중앙정부와 지방정부의 행정권 분권화에 따라 자살예방사업에서 협력적 관계의 필요성이 절실하지만, 상호 협력적 관계가 되지 못하고 있다. 지역별 자살예방 수요가 급증하고 있으나 지자체가 지역실정에 맞는 복지계획을 수립하고 집행하여 조정과 관리를 해야 하지만 아직은 지방자치단체의 스스로 정책을 개발하는 능력과 경험은 많이 부족한 상태로 자살예방사업의 분절화 현상이 드러나고 있다. 외국의 경우, 중앙정부와 지방정부가 분권화되었지만, 자살예방 서비스는 중앙정부와 지방정부가 상호 협력적 관계로 국가 전체 또는 사회 전체가 함께 해결하고 있다. 정부간관계의 분권화는 자살예방 책임의 모호성과 관련이 있다. 따라서 앞서 제시한 통합성과 책무성에 문제점이 있었다.

넷째, 인력부족으로 인해 “자살고위험군 발굴”이 곤란한 보건소 자살예방 담당자 1-2명이 보건소에서 1차 자살예방의 홍보 관련 업무를 행하고 있고, 기초정신건강증진센터는 기존의 인력에서 보건소로 인력 배치함으로써 기존의 업무과다 현상이 있다. 또한 기초정신건강증진센터의 주요 업무는 정신질환자의 관리이고, 보건소의 주요 업무는 공중보건이다. 따라서 기초정신건강증진센터와 보건소는 자살예방 업무가 부수적 업무에 해당할 것이다. 앞서 제시한 요인 중 전문성과 책무성에 문제점이 있었다.

다섯째, 자살예방 서비스 제공을 위한 데이터베이스 구축 미흡으로 자살예방 서비스 질 관리 미흡은 자살예방 대책 마련에 미흡하여, 근거에 기반한 자살예방의 전략과 계획을 마련할 수 없을 것이다. 앞에서 제시한 요인 중 통합성과 전문성에 문제점이 있었다.

여섯째, 자살예방서비스에 대한 전문적인 역량 및 전문성에 대한 관심은 자살예방의 역할수행의 필요성이 증가함에 따라 더욱 고조되고 있다. 그러나 현실이 이리함에도 불구하고 자살예방 조직은 예산부족을 이유로 전문성에 대한 중요성을 인식하지 못하고 있는 것이 문제라 할 수 있다. 자살예방에 대해 예산을 배정하고 시설을 설치하는 것만으로 전문성에 대한 문제를 해결하려는 사고가 여전하며, 특히 자살예방은 매우 전문적 경험과 지식을 요구함에도 불구하고, 누구나 담당할 수 있는 분야라고 생각하는 것이 큰 문제라 할 수 있다. 자살예방은 단순한 관리차원으로 보아서는 해결하지 못할 전문적 업무들이 속출하고 있기 때문이다. 자살예방 서비스 업무는 책임자의 마인드가 무엇보다도 중요하다고 볼 수 있다. 앞에서 제시한 전문성과 책무성에 문제점이 있었다.

## 나. 외국사례의 자살예방 전달체계 모델의 시사점 요약

외국 사례는 미국·일본·아일랜드의 자살예방 정책적 특성과 정부간관계를 중심으로 자살예방 전달체계의 현황과 모형에 대하여 비교·분석하였다. 3개국은 모두 각기 다른 자살예방 서비스를 운영하고 있었고, 또한 제도별 전달체계도 모두 상이함을 알 수 있었다.

또한 라이트(Wright)의 정부간관계 이론을 검토하여 그 모형들을 각 국가별 자살예방 전달체계에 적용해 보았다. 아일랜드와 같이 중앙집권적 자살예방제도(내포권위형)를 제외하고 지방분권을 강화해 나갈수록 자살예방 전달체계의 협력이 강화되기 때문에 중첩권위형으로 수행된다는 사실을 알 수 있었다. 그리고 동일한 중첩권위형 모형일지라도 그 나라 자살예방 제도의 특성, 전달체계에 있어서의 최종 전달기관의 위치(기초정부의 직접 전달<미국>, 광역정부의 직접 전달<일본>, 기초정부의 직접 전달<한국>) 등에 따라 제각기 다른 구조를 가지고 있었다.

현재의 자살예방 전달체계 구축에 이르기까지의 여러 가지 요인을 각 국가별로 분석해 본 결과 얻어진 시사점은 다음과 같다.

첫째, 자살예방 서비스의 수준에 적합한 전달체계 구축에 이르기까지는 각 나라별 제도적 요인이 중요한 요소로 작용하였음을 알 수 있었다. 특히, 현재 전 세계적으로 지방분권화가 강화되면서 자살예방 정책도 이러한 경향에서 자유롭지 못한 상황인데, 해외사례 분석 대상국도 예외가 아니었다.

라이트(Wright)의 정부간관계 모형을 적용하여 설명하면, 미국은 전통적으로 지방자치를 실시하고 있는 동등권위형의 사회복지제도를 유지하고 있지만, 자살예방 전달체계는 중첩권위형으로 적용하는 양상을 보이고 있다. 즉, 연방, 주, 지역 등 모든 수준의 정부와 민간단체들, 각 분야의 단체들의 네트워크인 국가자살예방연맹(National Alliance for Suicide Prevention)이 결성되어 여러 단체에서 산발적으로 시행되고 있는 자살예방사업들이 통합과 조정을 통해 효율적으로 시행되고 상호협력이 용이하게 이루어질 수 있도록 하고 있다. 이는 주정부 위주의 독립적 복지정책 추진과 전달에서 벗어나 자살예방 전달체계에 있어서 지방정부의 역할이 강화되면서 나타난 변화이다. 한국의 경우도 지방정부의 책임과 역할을 강조한 주민생활서비스로의 전달체계가 구축되면서 내포권위형에서 중첩권위형으로 변화하고 있는 중이다.

그러므로 자살예방 전달체계 모형의 개선방안을 연구함에 있어 현재 자살예방 전달체계 모형이 제도적 환경적 요인, 그리고 지금 운영되고 있는 자살예

방 전달체계에 대한 현황 분석은 반드시 필요하다는 것이다.

둘째, 양극화 및 고령화라는 사회·환경적 요인으로 인한 인구구조의 재편과 복지수요의 다양성, 자살률의 급증 등으로 인한 자살예방 수요욕구의 변화는 자살예방 전달체계 모형에 근본적인 변화를 요구하고 있다. 미국·일본·아일랜드 등 3개국 복지전달체계 모형의 최근 동향을 살펴보면, 자살예방 서비스만의 단순 전달이 아닌, 복지와 보건, 또는 복지와 노동 등 자살예방 서비스의 포괄적인 상호간의 연계를 강화하는 추세가 나타나고 있다. 이러한 연계 추세는 자살예방 서비스 전달의 효율을 높이고자 전달 조직 간의 통합이나 협력 등의 강화로 이어지고 있었다. 일본의 경우는 이미 사회복지서비스와 대인복지서비스 등을 모두 통합하여 ‘자살대책’라 명명하고, 도도부현 또는 시정촌 내 권역별 자살예방대책연락사무소를 통하여 사회복지서비스 전체를 통합·전달하는 체계를 구축·운영하고 있다. 미국의 경우도 주정부의 자살예방사무소를 중심으로 카운티를 권역별로 구분하여 자살예방센터를 설치하고 있다. 물론 미국과 일본 2개국 모두 자살예방이 지역기반 밀착에 근거하여 기초지자체에 자살예방센터(미국)와 자살대책연락회(일본)가 설치되어 있으나, 광역정부와 기초정부의 자살예방센터를 통합·조정하는 기관으로써 중간거점형태의 자살예방센터를 설치 운영하고 있다.

이것은 앞서 살펴본 자살예방 전달체계 구축의 주요 원칙 중에서도 서비스 및 조직의 ‘통합성 원칙’이 더욱 중요함을 시사한다. 따라서 서울시의 자살예방 전달체계 모형의 개선방안을 연구함에 있어서 통합성의 원칙은 반드시 활용해야 하는 원칙인 것이다.

셋째, 미국·일본·아일랜드의 경우 자살예방 전달체계상의 최종 집행기관으로서 중앙정부 또는 지방정부 산하에 독립된 사무소를 설치·운영하고 있다. 미국은 뉴욕주에서 자살예방 프로그램을 운영하는데 있어 연방정부 직할의 주정부(광역정부)에 자살예방사무소(SPO)와 카운티 정부단위(기초정부)의 기관을 컨소시엄으로 운영하고 있고, 일본은 정신과질환의 문제를 가진 고위험군과 일반 대상자를 분리하여 복지와 고용을 연계하여 자살대책연합회를 활용하여 자살예방 서비스를 제공하고 있다. 아일랜드 역시 영역별 자살예방지원 등과 관련한 복지업무를 수행하는 자살예방사업을 중앙정부 차원에서 지원하고 있으며, 모든 영역이 참여하여 자살을 예방할 수 있는 각종 위원회를 활성화하여 지역단위로 자살예방 서비스를 통합·전달하고 있다.

그러나 서울시의 경우 지금까지 자살예방 전달을 위한 별도의 센터를 구성하고 있으나, 상호 협력체계를 구축하지 못하고 각각의 개별 사업을 수행하고 있다. 그리고 기초지자체에서는 보건소와 기초정신건강증진센터에서 자살예방

사업을 담당하고 있지만 자살예방을 전담하는 조직이 아니라는 점에서 외국의 사례와 큰 차이가 있다. 따라서 기초정부에서 자살을 전담하는 조직의 분리 구성·설치 문제는 자살예방 전달체계 구축에 있어 서도 고려해야 할 중요한 사항이다.

넷째, 자살예방 전달체계 집행기관에서 근무하는 인력의 전문성도 매우 중요한 것으로 나타났다. 자살예방은 단순 업무가 아니라 전문적 인력이 필요하다. 자살문제의 복합적 요인처럼 자살예방 서비스 지원은 고용, 근로환경, 학업, 가족불화, 약물, 부채, 정신질환 등의 다양하고 복잡한 서비스 제공 프로그램이나 면 대 면(face to face) 서비스 등에 있어서는 인력의 전문성은 실제로 중요한 원칙으로 작용하고 있었다. 특히 미국의 경우, 자살예방 서비스 분야에 근무하는 인력 대부분은 전문적인 사회복지사였으며 지원 단계부터 이미 전문성을 기준으로 선발·채용하는 것으로 나타났다. 일본 역시 자살예방 전달체계에 있어서의 최종 집행기관에 근무하는 종사자들은 전문성이 매우 높은 인력이었다.

서울시의 경우에도 정신보건사회복지사를 자살예방 전문요원으로 채용하여 자살고위험군 대상자 발굴, 개입, 사례관리 업무를 수행하도록 하고 있다. 그러나 기초지자체의 보건소 인력의 역할이 대부분 홍보 업무 등 단순 업무에 치우치고 있어 오히려 전문성 발휘가 어려운 실정이다. 그 결과 보건소 인력 채용이 전문성을 벗어나는 채용선정 기준을 갖추는 기초지자체도 있는 실정이다. 특히 직영하는 경우는 인건비 절감을 위해 그 가능성이 높은 것으로 분석되었다. 전문성이 필요로 한 대상자별 서비스 제공계획의 수립이나 서비스 연계 제공 등의 업무는 사회복지사의 담당업무가 아니거나, 업무 수행여력이 부족해 방치되고 있는 상황도 있다. 이와 같은 불합리한 인력배치를 극복하기 위해서는 자살예방 업무 전반에 대한 업무분석(전문성 수준의 구분 및 재평가)이 필요하고, 이에 따른 전문 인력의 설계 및 재배치 등의 조치가 시행되어야 할 것이다.

그러므로 자살예방 전달체계 개선방안을 연구함에 있어서 인력의 전문성원칙도 반드시 활용되어야 한다.

다섯째, 효율적인 자살예방 전달체계 모형 구축에 있어서 대단히 중요한 원칙중의 하나는 서비스에 있어서의 접근성 원칙이다. 즉 서비스 접근에 있어서 수혜자(또는 서비스 이용자)의 편의성이 최대한 고려되도록 설계되어야 할 것이다. 실제로, 분석대상국은 대부분 일차적으로 전화로 상담 서비스 이용이 가능하였다. 그러므로 자살예방 전달체계의 개선방안을 연구함에 있어서도 서비스에 대한 접근용이성을 중요한 분석 원칙으로 활용해야 한다.

그러므로 서울시의 자살예방 전달체계 모형을 구축함에 있어서도 관련 기관들 간의 연계·협력과 인터넷상의 통합서비스시스템을 조기 구축하여, 서비스 이용자 또는 등록관리 대상자의 상담기록, 이용 서비스 종류, 수혜자의 가족관계 및 건강 정도, 기타 세금납부 기록 등이 비교적 상세히 기록·공유되어야 할 것이다.

#### **다. 자살예방 서비스 전달체계의 문제점 요약**

첫째, 자살예방 서비스를 통합적으로 조정·기획 기관의 부재

둘째, 자살예방 예산 부족

셋째, 시스템 간의 연계·협력 부재로 전문성 부재

넷째, 서울시-25개 기초지자체 간의 자살예방 구조의 비효율성 차원

다섯째, 자살예방 사업에 대한 책임의 불분명

## V. 서울시 자살예방 전달체계 모델 제시

### 1. 중간거점형 위기관리센터 모델

#### 가. 개요

중간거점형 위기관리센터는 유사한 특징을 지니거나 행정구역상 인접한 기초지자체 4~5개에 자살예방 업무를 별도 기관으로 설치하고, 자살예방 전문인력을 추가 배치하여 위기관리 업무만 전담 운영하는 방안이다. 중간거점형 위기관리센터 모델은 자살시도자에 대한 응급출동이 주요한 업무가 되기 때문에 지역밀착형 모델이라고 볼 수 있다. 따라서 중간거점형 위기관리센터 모델은 서울시 전체에 4~5 정도의 설치가 요구된다.

서울시자살예방센터는 서울시 자살예방의 컨트롤타워 역할을 할 수 있도록 하고, 위기관리 업무는 모두 거점센터로 이관하여, 자살예방의 통합적 기능을 담당하도록 한다.

서울시자살예방센터가 서울시 자살예방의 전반적 컨트롤타워 역할과 기능하기 때문에 민간위탁 시 업체 선정에서 위탁법인의 재정적 안정감과 전문성을 고려해야 하는 어려움이 예상된다.

#### 나. 조직 운영

조직은 서울시자살예방센터, 거점형위기관리센터, 기존 기초지자체의 자살예방 인력을 기초정신건강증진센터로 배치하여 자살예방의 통합성, 접근성, 전문성, 책임성을 갖도록 한다.

##### 1) 서울시자살예방센터의 업무 범위

- 서울시자살예방센터는 거점형위기관리센터, 중간거점형유족지원센터, 기초지자체의 자살예방센터 또는 자살예방 사업 전반에 대한 컨트롤 타워의 기능하고, 중앙정부의 중앙자살예방센터와 연계 협력의 기능을 포함한다.

- 근거기반의 자살예방사업을 위한 서울시 자살예방 R & D 실시
- 매뉴얼 개발
- 자살예방사업 평가
- 임상프로그램 효과성 검증
- 자살예방 통계 및 지표 생성과 기초지자체 자살예방 사업 근거마련을 위한 DB구축
- 자살예방백서마련
- 자살예방 기획 마케팅
- 기초지자체 자살예방 지원 사업 및 교육체계 구축
- 자살고위험군 및 자살자유가족 지원사업 수행
- 24시간 365일 마음이음 콜센터 운영

## 2) 중간거점형 위기관리센터의 업무범위

- 주야간 응급출동
- 응급실 협력사업
- 경찰, 소방 초기대응 협력체계 구축
- 거점형 응급요원 양성교육

## 2. 중간거점형 유족지원센터 모델

### 가. 개요

중간거점형 유족지원센터 모델은 자살고위험군의 자살자유가족 서비스 지원에 대한 주요한 업무를 담당하는 것이다. 따라서 자살자유가족지원에게 적정 수준으로 서비스가 전달이 될 경우 서울시의 자살률 감소에 중요한 요인이 될 것이다. 중간거점형 유족지원센터 서울시 전체 지역을 2개의 권역으로 구분하여 설치하고 유족지원 업무를 전담 운영하는 방안이다.

### 나. 조직 운영

중간거점형 유족지원센터 모델은 자살자유가족에게 쉽터를 제공하는 것이 중



요한 업무이고, 구체적 업무의 범위는 아래와 같다.

**1) 중간거점형 유족지원센터**

- 유족지원 응급쉼터 운영
- 유족심리 안정화를 위한 프로그램
- 애도상담
- 유족자조모임
- 고인별 소모임
- 자작나무
- 유족응급쉼터 운영

**2) 기초지자체 자살예방센터**

- 준사례관리자 양성
- 고위험군 관리
- 지역사회 자살고위험군 조기발견
- 지역사회인식개선
- 지역자살예방네트워크구축

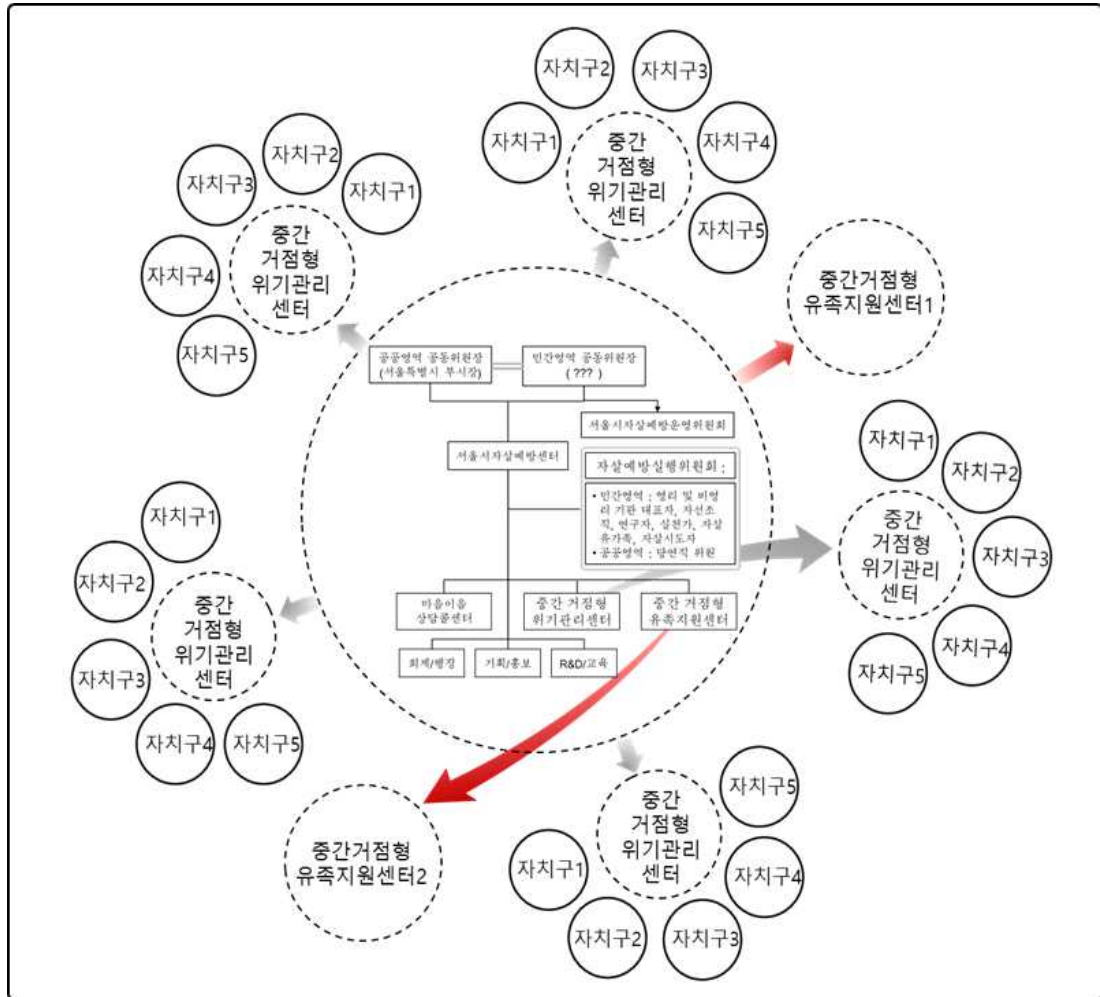
### 3. 서울시 및 중간 거점형 자살예방센터 전체 인력 구성

서울시자살예방센터 및 중간거점형센터		인원 (명)
서울시자살예방센터	센터장	1
	마음이음 콜센터	12
	R & D	2
	기획 및 홍보	3
	행정 및 회계	2
	소계	20
중간거점형 위기관리센터(5곳)	거점형 위기관리센터장	1*5
	행정 및 회계	1*5
	팀원	4*5
	소계	30
중간거점형 유족지원센터(2곳)	거점형 유족지원센터	1*2
	행정 및 회계	1*2
	팀원	3*2
	소계	10
25개 기초지자체 <sup>주1)</sup>	지역자살예방 담당자	2*25
	소계	50
합 계		110

주1) 25개 기초지자체는 현재 보건소의 전문 인력을 기초정신건강증진센터로 재편성하도록 함.

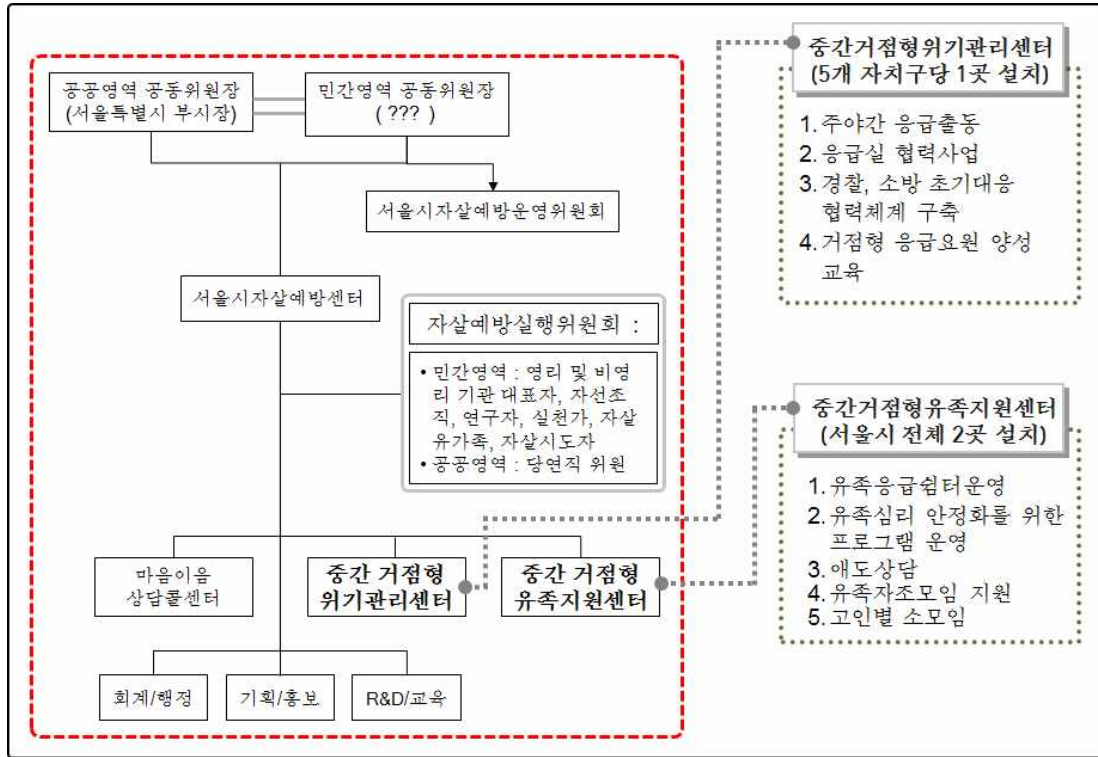
#### 4. 서울시자살예방센터 전체 전달체계 모형

[그림 5-1] 서울시 자살예방 전체 전달체계 모형안



## 5. 서울시 자살예방센터 간 전달체계

[그림 5-2] 서울시 자살예방센터와 중간거점형 자살예방센터의 전달체계



## 6. 지역밀착형 거점형태 자살예방센터의 장·단점

### 가. 장점

- 분절화된 전달체계 한계점 극복
- 지역밀착형으로 시너지 효과
- 자살예방사업의 측면에서 자살대책의 측면으로 서비스 확대
- 안정적인 고용구조 유지로 자살예방 서비스의 안정화

### 나. 단점

- 거점형 센터구축을 위한 공간 마련의 어려움

- 경상보조금예산의 재배정으로 인한 지역사회의 의견 조율
- 시간 제한적이며 단기간 운영하고 체제를 개편하기 어려움

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결 론

본 연구를 통하여 나타난 핵심적인 내용은 자살예방 전달체계와 관련된 인력, 예산, 서비스전달, 조례 등을 중심으로 요약하면 다음과 같다.

#### 가. 자살예방 인력

기초지자체의 자살예방 인력은 기간제 또는 시간선택임기제의 근로형태로 주로 보건소 자살예방사업을 하고 있으며 고용불안정 및 잦은 퇴사(퇴사율 50~60%)로 인해 전문성 있는 자살예방사업 운영을 어렵게 하고 있다. 특히, 보건소 자살예방 인력의 고용불안정이 이직률을 높이고, 그 결과 자살예방사업경험의 부족 등으로 인해 업무의 비연속성과 비효율성이 발생하고 있다. 25개 기초지자체 보건소의 자살예방 사업은 대부분 시비지원에 의해 운영되기 때문에 예산 부족 현상이 있다. 예산부족은 신규채용으로 인력을 충원하는 것이 아니라 기초정신건강증진센터 직원을 보건소에 재배치(보건소 ↔ 기초정신건강증진센터)함으로써 사기저하와 업무의 혼란 등으로 퇴직율이 높기 때문에 지속적이고 효율적인 자살예방 업무 수행이 어려운 상태이다.

기초정신건강증진센터의 정신보건전문요원(정신건강사회복지사, 정신건강간호사 등)은 지역정신질환자 관리 업무가 주요 업무이고, 부차적 업무로 자살예방 업무를 담당하고 있다. 따라서 보건소의 자살예방 담당자의 자살예방 사업 업무와 기초정신건강증진센터의 자살예방 사업이 1차 사업과 2, 3차 사업으로 구분이 되어 있지만, 자살예방이 우선적 담당이 아니다. 따라서 기초지자체의 자살예방 사업을 주관하는 별도의 기관이 없다.

자살시도 현장에 투입되는 경찰관과 소방관 인력들은 일선 현장에서 자살관

런 사건에 가장 많이 개입하는 유관기관의 담당자들이지만 정기적으로 이루어지는 인사이동으로 인해 자살예방과 관련한 실질적인 경험 축적이 힘든 상황이다. 자살예방 관련 업무의 연속성과 효율적인 개입을 위해 이들에 대해 자살예방과 관련된 지속적인 정기교육이 필요하다. 그러나 유관기관과 통합적 연계 또는 협력체계를 구축할 수 있는 전달체계가 부재한 실증이다. 이러한 연계와 통합적 서비스 전달을 할 수 있는 중앙관리센터 또는 컨트롤 타워 기능을 할 수 있는 기관이 필요하다. 즉 서울시자살예방센터가 서울시 전체의 자살예방을 통합·조정하는 기능을 할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 또한 서울시의 권역별 기준으로 설치된 중간거점형위기관리센터는 자살시도자 발생 시 신속한 출동 및 대응을 위해 경찰관, 소방관을 포함하여 경력과 전문성을 갖춘 위기개입 전담팀 구성 및 운영이 필요하다. 자살자가 발생 한 후 자살자 유가족은 지원을 위한 중간거점형유족지원센터의 설치가 필요하다.

## 나. 자살예방 예산

### 1) 서울시 자살예방 예산

서울시 시민건강국 총예산 대비 자살예방 예산 편성(2014년-2015년) 비율은 0.8~1.4%로서 자살예방을 위한 재정 지원이 매우 미미한 상태이다. 서울시가 2014년, 2015년에 자치단체민간경상보조금으로 25개 기초지자체에 배분한 예산은 25억이다. 2016년에 서울시자살예방센터가 광역정신건강증진센터와 분리된 후, 서울시자살예방재정은 자치단체민간경상보조금 25억원을 제외하고 29억 정도이며, 이 중에서 10억 정도가 민간경상사업 보조예산으로 배정되고 있다. 또한 자살예방사업비는 약 15억 정도로서 유가족관리지원, 마음이음상담전화, 위기관리사업, 기획조사사업에 활용되고 있다. 향후 서울시의 자살예방사업 예산배정의 적정성에 대한 면밀한 검토를 통하여 효율적인 재정운영 방안 모색이 필요하다.

### 2) 기초지자체 자살예방 예산

25개 기초지자체 보건소 중심의 자살예방사업 예산은 서울시에서 지원하는 25억을 기반으로 자살예방사업을 운영하고 있으며 기초자치단체장의 의지에 따라 구비가 지원되거나 추가인원이 배치되는 경우가 있다. 25개 기초지자체 보건소의 자살예방사업 재정은 주로 자살예방 캠페인, 자살예방교육, 게이트키퍼교육 등에 활용하고 있으며 자살예방 예산에 홍보물 예산이 12%~19%이며 기초지자체에 따라 50% 이상을 활용하는 경우도 있다. 이러한 보편적 예방을 위한 재정 활용보다 선택적 예방이나 지시적 예방을 위해 재정을 활용하는 것이 지역의 자살예방을 위해 효율적인 방안이라 사료되므로 이에 대한 검토가 필요하다.

또한 기초지자체 기초정신건강증진센터의 재정은 포괄적 재정지원이어서 인건비가 증가하면 사업비가 감소하는 구조로 되어 있어서 자살예방사업의 안정적인 운영에 어려움을 초래할 수 있으므로 향후 인건비와 사업비를 분리 지원하여 운영하는 등 새로운 방향 모색이 필요하다. 특히, 지역 중심의 효율적인 자살예방사업이 되기 위해서는 자살예방 재정의 이원화를 지양하고 지역자살예방의 중심 역할을 하는 기관(예: 지방자살예방센터 또는 기초정신건강증진센터 등)에 재정지원을 일원화하여 재정의 효율성을 극대화시켜야 할 필요가 있다.

## 다. 자살예방사업

### 1) 보건소 중심의 자살예방사업

기초지자체 보건소 중심의 자살예방 사업은 지역의 자살예방 사업 전반을 담당하기에는 역부족이고, 주로 언론홍보, 캠페인, 유인물 제작 및 배포 등 보편적 자살예방사업에 국한되어 있는 경우가 많다. 또한 보건소 계약직원의 비전문성과 보건소 행정중심의 자살예방사업으로 인해 자살위기 조기개입, 집중적인 사례관리, 추후관리 등 자살위기 상황에 대한 전문적인 개입이 어렵고 공공과 민간, 공공과 공공 간의 연계 및 지역 중심의 전달체계 구축을 통한 협력 사업이 어렵다. 더욱이 기초지자체별로 보건소 담당 공무원, 기초정신건강증진센터장이나 팀장의 역량과 의지에 따라 자살예방 업무의 편차가 심하므로 구조적인 재편성이 필요하다.



## 2) 기초지자체의 자살예방사업

기초지자체에서는 지방자살예방센터에서 중증질환자 관리, 자살예방 및 정신건강증진, 아동청소년정신건강증진으로 사업을 진행한다고 규정하고 있으나 서울시 25개 구 중 1개 구(성북구)에서만 지방자살예방센터를 독립적으로 설치하여 운영하고 있다. 이로 인해 기초지자체 자살예방사업을 책임감 있게 운영하는 책임기관이 부재하고 지역 특성을 근거로 한 자살예방사업 계획수립 및 실질적인 운영을 어렵게 하고 있다. 최근에 찾·동 사업 실시로 인해 현재 기초정신건강증진센터로 자살관련 상담 및 고위험군 의뢰 건수가 증가하고 있는 추세이므로 기초지자체의 효율적인 자살예방사업을 위해서는 독립적인 지방자살예방센터 구축을 통하여 지역 중심의 다양한 자살위험군 관리를 담당케 해야 한다.

또한 기초지자체 단위의 성공적인 자살예방사업을 위해서는 구청장의 의지, 지도력, 기초지자체 차원의 적극적인 재정 지원이 필요하며 기초지자체 차원에서 다양한 부서 간에 논의와 협의과정을 통하여 지역자살예방을 위한 합의를 도출해내는 시스템이 필요하다.

25개 기초지자체 중 약 20% 정도가 자살자유가족모임을 운영하고 있으나 기초정신건강증진센터 예산 중 0.7~1.5%를 투입하고 있는 상태이다. 자살 고위험군에 해당하는 자살자유가족의 특성을 고려하여 자살자유가족들에 필요한 맞춤형 서비스를 지역사회 중심으로 활성화하기 위한 방안 마련이 시급한 상태이다.

25개 기초지자체 중에서 23개구에서 자살예방위원회를 구성하고 있으며 이 중에서 11개 구에서 위탁기관과 행정기관의 인력을 중심으로 위원회를 구성하고 있으며 외부 전문가나 소비자(자살시도자, 자살자유가족 등) 등의 참여는 없는 상태이다. 실질적인 지역 자살예방이 되기 위해서는 자살예방위원회를 통하여 지역의 현안 문제를 심도 있게 논의하고 방향성을 찾아가는 위원회 구성이 필요하다. 그러므로 기초지자체별로 자살예방위원회 운영방식과 내용에 대한 검토를 통하여 내실 있는 위원회 구성 및 운영이 되어야 할 것이다.

## 3) 서울시 자살예방사업

마음이음 상담전화의 월평균 유입콜수 중에서 응답콜수 63.7%, 포기콜수가 36.3%이며 포기콜수가 높은 편이므로 포기콜수를 줄일 수 있는 방안이 마련될 필요가 있다. 또한 야간에 자살시도자 발생 시 주로 서울시자살예방센터 인력이 출동을 하지만 지리적, 시간적 접근성이 용이하지 않아서 신속한 출동 및 대응이 어려운 상태이므로 지역밀착형 조직구조 및 전달체계 변경이 필요하다.

자살자유가족 서비스 신규 유입률과 상담건수가 해마다 증가하고 있으며, 아동청소년지원팀을 통해 자살(시도)사건 상담 문의가 증가하고 있으므로 자살자유가족 관리 및 아동·청소년 자살예방을 위한 계획수립 및 유관기관과의 긴밀한 협조체계 구축이 필요하다. 특히 자살 고위험군에 해당하는 자살자유가족 사후관리를 효율적으로 할 수 있는 조직구조가 필요하다.

## 라. 전달체계

서울시 및 기초지자체별로 자살예방 관련 조례가 규정되어 있으나 포괄적인 자살예방(1, 2, 3차 예방)을 위한 지역 밀착형 자살예방사업이 되지 못하고 있다. 2016년 3월에 서울시정신건강증진센터와 분리하여 운영되고 있는 서울시자살예방센터의 기능 중에서 '지역사회 중심의 자살예방 및 자살예방 서비스 전달체계구축' 사업은 서울시 전체를 대상으로 하기 때문에 지역밀착형 자살예방 서비스 전달체계 구축이 현실적으로 어려운 상태이다.

서울시자살예방센터의 자살예방 스펙트럼 중심의 전달체계는 전달체계 구축을 위한 이론적 근거는 될 수 있지만 실제로는 각 사업별 중심으로 자살예방사업이 운영되고 있으므로 서비스 전달기관 간의 기능과 업무가 분절화되고 있다. 또한 서울시자살예방센터의 주요 기능이 위기발생 시 긴급대응, 기초자살예방사업에 대한 총괄기능 수행 등으로 되어 있으나 지리적, 시간적 접근의 제한으로 인해 자살시도자 발생 시 신속한 출동 및 대응기능이 원활하지 못한 상태이다.

서울시 및 기초지자체는 각각 자살예방을 위한 사업에 중점을 두고 있으며 상호간의 전달체계 네트워크가 구축되어 있지 않는 상태이다. 즉, 서울시, 기초지자체별로 자살예방사업을 수행하고 있으나 서울시와 기초지자체 간, 기초

지자체 내 공공기관과 민간기관 간의 유기적인 전달체계가 구축이 부재하거나 미약하며 이로 인해 자살예방 사업 및 서비스의 분절화가 되고 있다. 한 기관의 사업 중심의 자살예방사업은 서비스 공급기관 중심으로 서비스가 전달되며 외부의 다른 자원과의 연계를 어렵게 만들기 때문에 지역 내 자살예방 관련기관 간의 서비스 연계를 원활하게 하는 컨트롤 타워의 기능과 역할을 하는 기관을 선정하여 전달체계를 재정립할 필요가 있다.

기초지자체 내 자살예방사업은 보건소 중심의 자살예방사업(보편적 예방), 정신건강센터의 자살예방사업(개입, 사후관리)으로 실시되고 있으나 업무의 연계성 부족으로 인해 자살예방사업과 서비스가 분절화되어 있고 지역 자살예방사업 담당기관(보건소, 기초정신건강증진센터)의 이원화 구조로 인해 지역 자살예방을 위한 책임 있는 조정기능이 약한 상태에 있다. 그러므로 기초지자체의 자살예방이 효율적으로 되기 위해서 민·관 협력체계를 구축하여 상호연계성을 가지고 협력하는 중간거점형 전달체계가 반드시 필요하다. 이를 위해서는 기초지자체내에 자살예방사업을 운영하는 중심기관(지방자살예방센터 또는 기초정신건강증진센터)이 반드시 필요하다.

## **마. 자살예방 조례**

### **1) 서울시 자살예방 조례**

서울시는 조례에 따라 서울시자살예방센터를 설치하여 운영하고 있으며, ‘시장은 민·관 협력으로 자살예방체계를 구축하여야 한다’라고 규정하고 있으나 서울시와 기초지자체와의 자살예방 협력을 위한 네트워크 구축에 대해서는 규정하고 있지 않고 있다.

### **2) 기초지자체 자살예방 조례**

25개 기초지자체 중 대부분의 기초지자체 자살예방 조례에는 ‘지방자살예방센터를 설치·운영할 수 있다’라고 규정하고 있으나 25개 기초지자체 중에서 1개 구(성북구)만 지방자살예방센터를 설치 운영하고 있는 상태이다. 이로 인

해 지역자살예방 사업을 위한 책임기관이 부재한 상태이므로 지역의 자살예방 시행계획에 따라 지역협력 기관 지정 및 민·관 협력체계 구축을 유기적으로 운영할 수 없는 상태이다.

## 2. 제 언

자살예방 모형구축에 관한 전달체계 구축을 위해 다음과 같은 정책적 제안을 하고자 한다.

### 가. 서울시자살예방 조례

서울시 및 기초지자체의 자살예방 조례의 수정을 통한 역할 수립이 필요하다. 지방자살예방센터를 설치 운영하는 법적 근거는 마련되어 있으나 각 시도 및 기초지자체의 자살예방사업이 지역밀착형으로 운영되려면 사업에 대한 계획의 수립에서부터 평가에 이르기까지 일관되고 통일성이 있는 대응과 지역의 특색이 반영되어야 하지만 현재 구조와 법률에서는 서울시자살예방센터가 해당 기능을 모두 수행할 수 있는 권한과 책임이 부족한 상태이다. 따라서 서울시의 자살예방조례의 개정에서는 이러한 미비점을 보완하는 것이 필요하며 다음과 같은 내용의 개정이 필요하다.

첫째, 자살자유가족에 대한 사회경제적 지원을 한시적으로 내용이 포함되어야 한다.

둘째, 기초지자체별 민관협력을 통한 자살예방 전달체계의 구축방안의 수립에 관한 내용이 포함되어야 한다.

셋째, 자살예방운영위원회가 현행 공공기관(서울특별시 부시장)으로 한정이 되었는데, 이는 자살예방을 외부의 자원 확보와 대중들에 대한 인식개선 등 매우 다양한 이유에서 민간 영역의 공동위원장으로 하는 것이 바람직하다. 미국의 경우 언론사 대표를 민간 영역의 공동의장으로 하고 있다. 따라서 자살예방이 언론매체와 매우 중요기 때문에 서울시도 언론사 대표를 민간 영역의 공동위원장으로 하는 것도 바람직할 것이다.

### 나. 서울시 기초지자체 자살예방

#### 1) 서울시 자살예방

서울시 자살예방 사업은 예방, 개입, 사후관리 등을 위해 지역밀착형 자살예

방기관 구축 및 사업이 필요하며 자살예방을 위해 효율적이고 유기적인 지원을 위해서는 권역별 중간거점센터를 구축할 필요가 있다. 또한 서울시자살예방센터는 권역별 중간거점센터와 기초지자체 지방자살예방센터(자살예방사업기관)와의 유기적인 업무 협조를 위한 전달체계를 담당할 수 있는 컨트롤 타워 역할과 기능을 하여 각 단계의 자살예방사업을 위한 협력체계를 구축할 수 있어야 한다. 이를 위해 서울시는 자살예방을 위한 중장기적인 재정계획을 마련하고, 기초지자체는 지역자살예방을 위한 재정 확충을 위한 노력을 해야 할 것이다.

마음이음 상담전화의 월평균 유입콜수 중에서 포기콜수가 36%정도이다. 자살예방은 상담전화를 활용하는 것이 자살예방에 매우 중요하다. 따라서 현재 마음이음상담센터의 적정인원수는 12명 정도이며, 이를 유지하여야 한다. 또한 상담전화를 자살상담 전용선으로 개선하여 신속한 자살예방상담이 이루어지도록 해야 하고 민간 자살위기 상담기관(예: 한국생명의전화)과의 핫라인 설치가 필요하다.

자살자유가족 서비스 신규 유입률과 상담건수가 해마다 증가하고 있는 추세이므로 자살자유가족 관리를 위한 계획수립 및 적극적인 개입이 필요하며 자살시도자 발생 시 경찰에서 이루어지는 조사과정에서 자살자유가족의 심리적 안정을 지원하는 자살예방전문가나 도우미의 활용 및 자살자유가족 자조모임에 대한 정보를 신속하게 홍보하는 방안이 필요하다.

## 2) 기초지자체 자살예방

기초지자체 지방자살예방센터(자살예방사업기관)는 지역의 특성, 인구학적 특성, 생애주기별 특성과 욕구에 맞는 자살예방정책을 수립하고 지역사회 내 기관 간의 협력을 위한 실질적인 전달체계를 구축해야 할 것이다. 이를 위해서는 기초지자체의 자살예방사업을 주도하는 독립적인 지방자살예방센터 구축 및 인력충원을 통하여 지역사회의 통합적인 서비스 제공과 다양한 자살 위험군 관리를 담당케 해야 할 것이다. 특히, 기초지자체 자살예방사업의 공공성을 위해서는 적정 수의 인력 확보, 안정적인 고용환경, 고용불안 해소, 적정한 급여체계, 명확한 업무분장 등이 우선적으로 해결되어야 하며 기초정신건강증진센터 또는 지방자살예방센터의 자살예방담당인력 충원이 필요하다.

지역 인구 중에서 타 연령층에 비해 노인자살률이 높으므로 노인비율이 높은 기초지자체는 70대 이상의 노인자살예방에 집중적인 관심을 가지고 지역의 인구학적 특성에 맞는 실질적인 자살예방 계획수립 및 운영이 필요하다. 또한 기초지자체 자살예방위원회를 설치하여 운영하고 있다더라도 위원회 구성 및 운영에 있어서 해당 지역의 자살예방계획 수립 및 시행, 자살예방 관련기관 간의 협력체계 구축을 위해 지역밀착형 계획과 협력체계가 유기적으로 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다. 위원회의 구성원은 공공의 당연직 및 민간 영역 인력(언론기관 종사자), 경찰관, 소방관, 고용노동 관련 전문가, 자살시도 당사자, 자살자유가족 등이 포함되어야 한다.

## 다. 자살예방 예산

서울시는 자살예방 관련 예산을 서울시자살예방센터에 편성하여 서울시자살예방센터가 컨트롤타워의 역할과 기능을 할 수 있도록 자살예방 예산을 기초지자체에 분배될 수 있도록 되어야 유기적인 전달체계 운영이 가능할 것이다. 또한 서울시는 자살예방 예산 뿐 아니라 기초지자체 차원에서 자살예방 예산의 확충을 위한 노력 및 확보가 필요하다.

기초지자체의 자살예방사업은 예산의 부족으로 인하여 별도의 자살예방센터 설치보다는 기존의 보건소와 정신건강증진센터에서 업무를 수행하고 있다. 즉 보건소와 정신건강증진센터는 본연의 업무를 가진 기관으로 자살예방은 부수적 업무에 해당된다. 더욱 문제가 되는 것은 예산 부족 현상에서 자살예방센터를 설치 못하는 상황에서 인원을 충원한 하위 보건소에서 자살예방 사업을 수행하는 것이 아니라, 정신건강증진센터 직원을 배치 이동함으로써 2개 기관 모두가 업무에 어려움을 가져다주는 행정을 집행하였다. 따라서 예산 부족이라는 현실을 감안할 때, 기초지자체 보건소 중심의 자살예방사업은 공공행정의 특성 상 지역 자살예방사업의 안정성과 지속성을 유지하기 힘들므로 보건소 중심의 자살예방사업 예산 배정을 지양하고 보다 전문성을 가진 기관(예: 지방자살예방센터 또는 기초정신건강증진센터)에 재정을 투입하여 예산 운영의 효율성을 극대화해야 할 것이다.

## 라. 전달체계 구축

효율적인 자살예방을 위해서는 중앙정부, 서울시, 기초지자체 간의 자살예방을 위한 전달체계 구축 및 실질적인1 민·관의 협력체계 구축이 필요하다. 서울시의 경우 효율적인 자살예방을 위해 서울시 전체를 5개 권역으로 구분하여 중간거점위기관리센터를 구축함으로써 자살시도자 발생 시 신속한 지역 밀착형 출동 및 대응이 가능하도록 해야 할 것이다. 또한 자살고위험군에 속하는 자살자유가족을 위한 중간거점유족지원센터의 설치가 이루어져야 할 것이다. 이를 위해 예산, 인력, 조직구조, 전달체계 구축의 재편이 필요하다.

기초지자체 자살예방을 위해 복지중심 지방자살예방센터를 설치하거나 기존의 기초정신건강증진센터에 자살예방 담당인력을 추가 배치하여 자살예방의 중심 역할을 하는 것이 바람직하다. 지방자살예방센터(기초정신건강증진센터)를 중심으로 지역 내 공공·민간, 민간·민간 기관 간 전달체계를 구축하여 지역 내 보편적 자살예방 및 자살 고위험군을 발굴, 관리하되 자살률이 높은 노인층의 자살률 감소를 위한 자살예방 정책 및 전략이 수립되어야 할 것이다. 또한 자살시도자 발생 시 긴밀한 출동 및 대응을 위해 지역 내 경찰관, 소방관 및 유관기관 간의 상호체계 구축 및 위기개입팀을 구성하여 자살시도자에 대한 원활한 대응을 해야 할 것이다.



## 참고문헌

- 강은정.(2013). 「자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안조사」, 국회예산정책처.
- 김기현.(2013). 「복지서비스 전달체계 개선방안 연구: 수요자 중심 전달체계 모델개발을 중심으로」, 국회예산정책처
- 김병준.(2012). 「지방자치론」, 수정판. 서울: 법문사.
- 김영종.(2006). “사회복지 전달체계의 현황과 개선 과제”, 「사회복지정책학회」, 한국사회복지정책 학회 춘계학술대회 자료집.
- 김영종.(2010). 「사회복지행정」, 서울: 학지사.
- 김정수·송인한.(2013). “자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드·미국·아일랜드·잉글랜드·스코틀랜드·호주 및 대한민국의 국가전략”, 「보건사회연구」, 33(1): 513-546.
- 김종진.(2016). “서울지역 정신건강증진센터 노동실태와 개선방향: 지자체 민간위탁 고용구조, 노동조건, 작업안전, 감정노동을 중심으로”, 「한국노동사회연구소」, 정신보건사업의 질 제고를 위한 토론회 자료.
- 김통원.(2005), 「희망한국21」과 사회복지 전달체계, 경실련.
- 김태성.(1992). “사회복지에서 공공부문과 민간부문의 역할분담에 관한 연구”, 「사회복지연구」, 4: 81-112.
- 김태완·김효진.(2007). “아일랜드의 발전적 복지국가 모델에 대한 고찰”, 「국제사회보장동향」, 겨울호: 34-47.
- 박경숙.(2003). “참여정부 초기의 지방분권화 및 참여복지 정책방향과 사회복지전달체계 개편과제”, 「사회복지정책」, 16: 151-172.
- 박능후·민소영.(2008). “사회복지서비스 전달체계상의 분절성에 대한 탐색: 재가노인복지 서비스 분석을 중심으로”, 「한국사회복지행정학」, 10(2): 57-83.
- 박봉길.(2014). “독거노인의 경제적 상실감이 자살생각에 미치는 영향 : 고독감의 조절효과”, 「노인복지연구」, 63: 175-201.

- 박영미·김병규.(2015). “지방정부의 자살예방정책이 자살률에 미치는 영향”, 「한국정부학회」, 2015년 동계학술발표논문집, 131-152.
- 박정민.(2008). “정부간관계 모형에 관한 고찰”, 「NGO연구」, 6(1): 165-190.
- 백종우.(2016). “국가자살원인분석을 위한 한국심리부검 시스템과 유가족 지원사업방안”, 「한국정신보건사회복지학회」, 추계학술대회 발표자료.
- 보건복지부.(2016). 「지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼」. pp. 23-26.
- 서성아.(2010). “정부간 관계에 대한 공무원 인식조사”, 「한국행정연구원」, KIPA 연구보고서, 2008-11-2.
- 서재호.(2008). “기초자치단체의 사회복지서비스 전달체계 개편에 대한 평가: 사회복지전달체계의 구성원칙을 중심으로”, 「한국거버넌스학회보」, 15(1): 139-164.
- 성규탁.(1992). 「사회복지행정론」 제2판, 서울: 법문사.
- 송재성.(2005). “사회복지전달체계의 현황과 전망”, 「보건복지포럼」, 109: 2-5.
- 우혜경·조영태.(2013). “빈곤의 동태와 자살생각”, 「보건과 사회과학」, 34: 5-35.
- 은기수.(2005). “경제적 양극화와 자살의 상관성: 1997년 외환위기를 전후”, 「한국인구학」, 28(2): 97-129.
- 이상영.(2015). “우리나라 자살예방 대책의 문제점과 개선방안”, 「보건복지포럼」, 229: 34-49.
- 이상영·노용환·이기주.(2012), “우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제”, 「한국보건사회연구원」, 연구보고서 2012-64.
- 이용표, 정현주, 두진영.(2008). “서울시 지역사회 정신보건사업 운영체계 개선방안연구”, 「서울도시연구」, 9(4): 107-130.
- 이진(2009). “한국 사회복지전달체계 개선방안에 관한 연구: 지방정부 역할을 중심으로”, 박사학위논문. 국민대학교 대학원.

- 이진.(2013). “IGR이론을 적용한 선진국 사회복지전달체계 비교분석 및 한국에서의 함의”, 『지방정부연구』, 17(3): 125-151.
- 이채정·김상우.(2013). “자살예방사업의 문제점과 개선과제”, 『국회예산정책처』, 2013년 연구용역보고서.
- 전우택.(2004). “자살예방정책개발 연구: 외국의 국가자살예방 전략과 국내 활동분석을 중심으로”, 『보건복지부』, 2004년도 연구용역보고서.
- 정세욱. (2000). 『지방행정학』, 서울: 법문사.
- 정홍원·이영범.(2012). “저출산·고령화에 따른 사회복지 공적전달체계 개편방안”, 『한국보건사회연구원』, 2012년 연구용역보고서.
- 조일형·정성영·권기헌. (2013). “정부관계(Inergovernmental Relation)의 영향요인에 관한 연구: 정부 수준(level)별 인식 차이를 중심으로”, 『정부학연구』, 19(3): 245-283.
- 조창현.(1995). 『한국지방자치의 쟁점과 과제』, 서울: 도서출판 문원.
- 지은구.(2016). 『한국사회복지 전달체계 연구』, 대구: 계명대학교출판부.
- 최성재·남기민.(2016). 『사회복지행정론』, 서울: 나남출판.
- 최원기·박길성.(2002). “청소년 자살의 원인 및 예방정책에 관한 국제비교 연구”, 한국청소년개발원.
- 최운영·최승원.(2014). “자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’의 법적 쟁점과 과제”, 『행정법연구』, 40: 151-182.
- 한국자살예방협회.(2011). 『자살예방기본계획』. 보건복지부.
- 한국행정학회 편집부.(2015). “자살예방사업에 대한 효과성 분석: 서울지역 사회기반 시범사업을 중심으로”, 『한국행정학회 학술발표논문집』, 372-391.
- 홍인정.(2010). “사회복지서비스 전달체계의 현황 및 시사점: 구성원칙 중 전문성을 중심으로”, 『보건복지포럼』, 164: 57-69.
- 허만형.(2012). 『사회복지행정론』, 서울: 대영문화사
- 통계청.(2016). 사망원인 통계
- 국가통계포털. <<http://kosis.kr/>>

- 東京都(2013). 「東京における自殺総合対策の基本的な取組方針」. 東京都福祉保健局.
- 埼玉縣自殺対策連絡協議會(2007). 「埼玉縣さいたま市における今後の自殺対策についての提言」, p. 20.
- 埼玉縣ふじみ野市 保健センター(2014). こころの健康推進事業 自殺の実態を明らかにする URL: <http://www.city.fujimino.saitama.jp/>
- Life Link 自殺対策支援センターライフリンク(2016). 地域における「自殺対策支援ネットワーク」. URL: <http://www.lifelink.or.jp/hp/Library/051203local-network-for-suicideprevention.pdf>
- Almeida, P., Draper, B., Snowdon, J., Lautenschlager, N., Pirkis, J., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Flicker, L., and Pfaff, J. (2012), Factors Associated with Suicidal Thoughts in a Large Community Study of Older Adults, *The British Journal of Psychiatry*, 201 : 466-472.
- Anderson, W. (1960). *Intergovernmental Relations in Review*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Baumeister, R. (1990), Suicide as Escape from Self, *Psychological Review*. 97 : 90-113.
- DHHS. (2012). National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objective for Action. Washington, DC: HHS.
- Gates, B. L. (1980). *Social Program Administration: The Implementation of Social Policy*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Gilbert, N. & Terrell, P. (2005). *Dimensions of Social Welfare Policy*. 4th ed. Boston, Mass. : Pearson/Allyn and Bacon.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall. 1983.
- O'Toole, L. Jr. (2007). *American Intergovernmental Relations: 4th Edition*. University of Georgia: CQ Press.

- National Office for Suicide Prevention. (2015). Connecting for Life : Ireland's National Strategy to Reduce Suicide 2015-2020. p. 55.
- OMH Suicide Prevention Office. (2016). 1,700 Too Many New York State's Suicide Prevention Plan 2016-17. Available at: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/suicide-prevention-plan.pdf/>. Accessed December 6, 2016.
- Shafritz, J. M., & Russell, E. W. (2007). *Introducing Public Administration, 5<sup>th</sup> ed.* New York: Longman, Inc.
- Suicide Prevention Resource Center. (2016). Zero suicide in health and behavioral health care. Available at: <http://zerosuicide.sprc.org/>. Accessed on October 20, 2016.
- OECD. (2017), Suicide rates (indicator). doi: 10.1787/a82f3459-en (Accessed on 03 December 2016)
- US Department of Health & Human Services. (2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Available at: <https://www.actionallianceforsuicideprevention.org/NSSP/>. Accessed November 29, 2016
- Wright, D. S. (2007). Models of National, State, and Local Relationships, in Laurence O'toole Jr. ed., *American Intergovernmental Relations: Foundations, Perspectives, and Issues, 4th ed.* Washington D.C.: CQ press

## 부록 1. 서울시자살예방센터 인력산정과 업무분석

### 1. 서울시자살예방센터 인력산정

서울시자살예방센터가 자살예방센터로서의 역할을 담당할 수 있도록 자살예방 서비스 전달체계 기능 강화를 인력산정의 기본 원칙으로 하였다.

적정인력 및 업무량은 위기관리팀, 유족지원팀, 마음이음상담팀(콜센터)의 인력을 중심으로 분석되었고, 센터장과 부센터장은 센터의 전반적 업무를 지휘하기 때문에 인력산정에서 제외하였다. 또한 행정담당자의 자료를 제출되지 않아서 분석에서 제외되었다. 분석에서 제외된 인력을 이외 본 자료의 분석에서 자살예방 기능 강화를 위해 요구되는 인력은 실제적 제약으로 인원이 충원이 어려울 것으로 판단됨. 이러한 제약조건을 감안한다면 적정인력의 부족 부분을 최소한 충원하여 서울시자살예방센터 중심의 전달체계보다는 자살예방에 더 시너지 효과를 얻을 수 있는 지역밀착형의 중간 거점센터의 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

서울시자살예방센터에서 실제 수행하고 있는 업무량을 단위과업과 단위시간을 함께 조사한 결과, 1인당 평균 1년간 업무량은 2524시간<sup>12)</sup>으로 나타났다. 본 시간에 표준시간(2008시간)을 적용하여 적정인력을 산정한 결과, 적정인력은 현행 21명의 인력에서 28.6%(6명)가 추가된 27명으로 산정되었다.

아래의 적정인력산정결과는 업무량 분석을 통해 결정된 1인당 업무량(시간)과 표준시간을 통해 서울시자살예방센터 내의 팀 유형별로 적정인력을 산출한 결과이다.

12) 현재 업무량에 대한 자료의 결과를 반영 : 현행 업무 프로세스를 정상적으로 수행하는데 필요한 시간임. 그러나 현업 업무상에 대한 자료를 검증할 수 없는 상황이었음. 단 업무량에 대한 자료의 제출에 대한 분석의 결과임.

### 산정과정 및 표준시간 설정

적정인원 산정과정

- 센터직원의 업무량(시간)조사결정
- 서울시자살예방센터의 표준(1인당 월평균 표준업무시간) 설정

표준시간 산정과정

- 2015년 근무일은 총251일로 나타남
- 휴일114일(공휴일 10일, 일요일 52일, 토요일 52일)설정
- 정규근무시간 2008시간(1일 8시간 근무)

### 적정인력산정결과

#### • 초과업무량 미포함된 산정

- 서울시자살예방센터의 적정인력을 구성하기 위해서는 30명의 인원 투입이 요구됨

구분	위기 관리팀	유족 지원팀	마음이음 상담팀
1인당 업무 시간	2533.0	2,769.2	2206.9
현인원 (명)	9	5	7
적정인원 (명)	12	7	8
증가 인원	+3	+2	+1

\* 적정인력=현인원x1인당 업무시간/표준시간(2008)

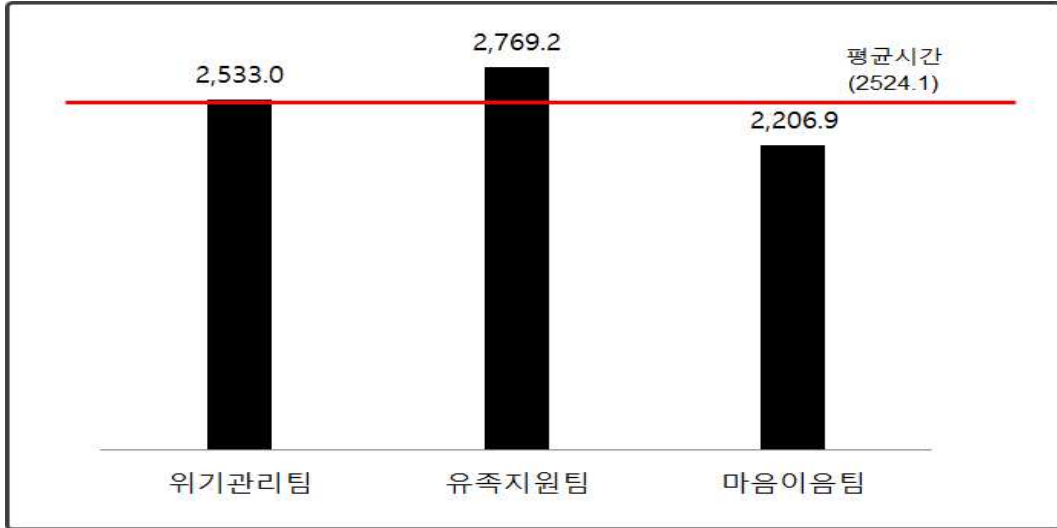
자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

## 2. 서울시자살예방센터 업무분석

### 가. 서울시자살예방센터 팀별 업무량 분석결과

현업 업무량 분석결과 서울시자살예방센터 직원 1인당 업무량(시간)은 2524시간으로 나타났으며, 유족지원팀의 경우 전체 평균보다 높게 나타나 다른 팀의 유형에 비해 업무량이 많은 것으로 나타났다(〔부록 그림1〕 참조).

[부록 그림 1] 서울시자살예방센터의 팀별 업무량 분석

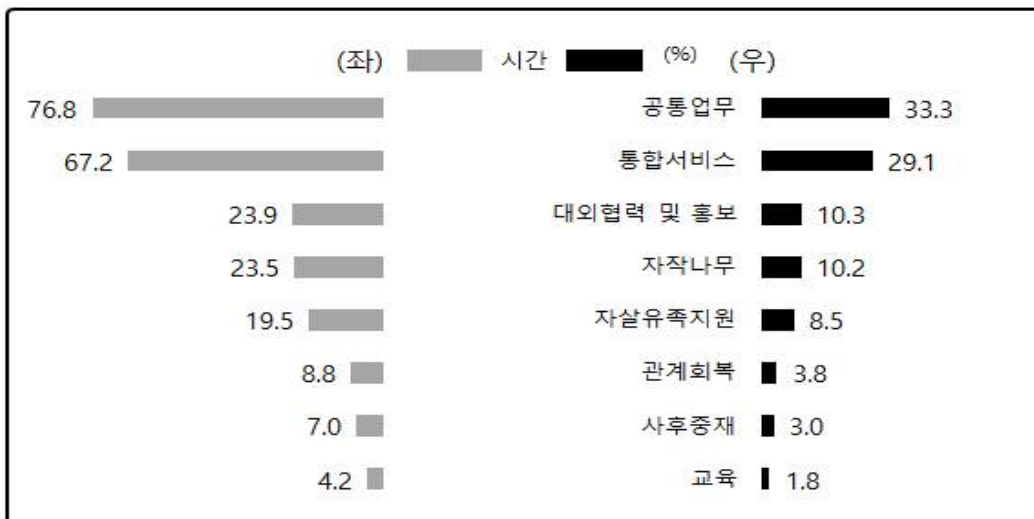


자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

### 나. 유족지원팀의 단위 업무분석결과

조사된 자료를 비교한 결과, 유족지원팀의 업무에서 공통업무(33.3%), 통합서비스(29.1%), 대외협력 및 홍보 업무(10.3%), 자작나무 관련 업무(10.2%), 자살자유가족지원 업무(8.5%) 등의 순으로 단위 업무별 업무량의 상대적 크기를 나타내고 있음.

[부록 그림 2] 유족지원팀의 단위 업무별 업무비중

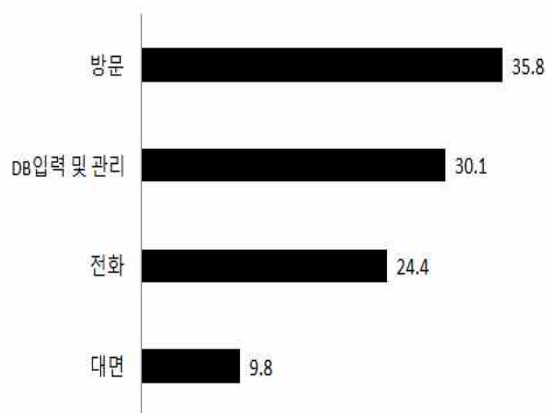


자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

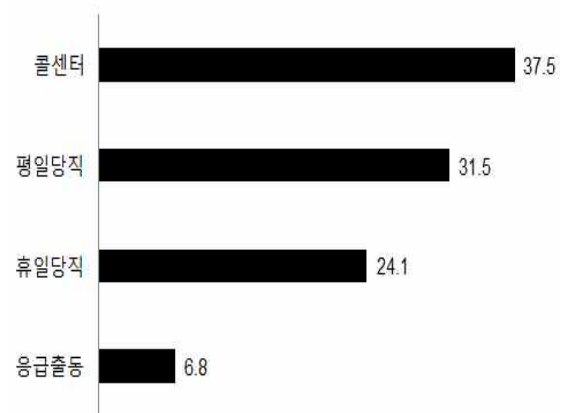


업무의 비중이 가장 높은 원인이 되는 단위 업무를 분석한 결과 공통 업무의 경우, 방문, DB입력 및 관리, 지속관리를 위한 전화 등의 적절한 업무내용이라고 판단되었다([부록 그림 3]과 [부록 그림 4] 참조). 그러나 통합서비스 업무 비중을 분석한 결과는 콜센터의 업무비중이 매우 높은 것으로 나타났다. 이는 앞서 분석한 3개 팀의 전체 업무량에서 콜센터가 가장 낮은 업무비중을 가진 것으로 나타난 사실과 상관성이 있을 것으로 사료된다. 물론 자료제출자들이 평일당직 또는 휴일 당직을 업무에 산정하는 것은 당직이지만 이는 근무시간에 이미 포함된 것이기 때문에 이를 근무시간으로 산정해서 제출한 것은 분석에서 큰 의미가 없다.

[부록 그림 3] 공통업무의 업무비중



[부록 그림 4] 통합서비스의 업무비중

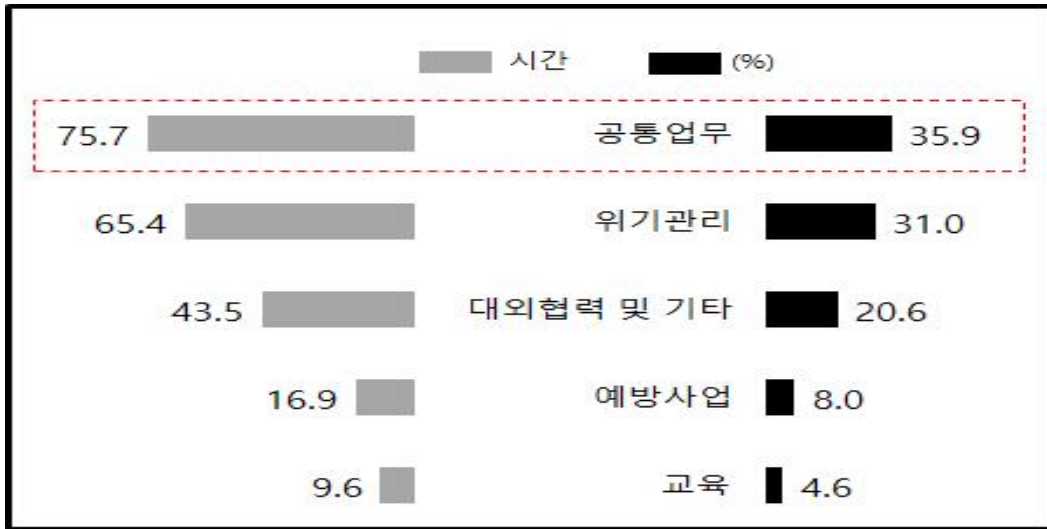


자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

#### 다. 위기관리팀의 단위 업무분석결과

유족지원팀의 단위 업무별 업무비중은 공통업무(35.9%), 위기관리(31.0%), 대외 협력 및 기타(20.6%)의 순이었다.

[부록 그림 5] 위기관리팀의 단위 업무별 업무비중



자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

위기관리팀의 경우도 공통 업무영역에서 높은 비중의 원인을 분석한 결과, 평일 당직을 제외하면 콜센터의 업무가 상당한 시간을 차지하고 있다. 업무량에 대한 분석을 하면서 서울시자살예방센터 담당자에게 원인을 확인한 결과, 2015년은 상담콜센터의 직원 별도로 구성하지 않았다고 한다. 따라서 모든 직원들이 공통으로 상담콜에 대응했기 때문이다. 마음이음상담팀의 인력은 매우 중요하다. 그러나 서울시자살예방센터의 상담팀의 인력은 현재도 부족한 상태인 것으로 파악되었다.

[부록 그림 6] 위기관리팀의 공통업무에 대한 업무비중



자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

## 라. 마음이음상담팀 업무현황

〈부록 표 1〉은 최근 5개월 간 서울시자살예방센터의 마음이음상담 서비스 전화의 실태를 나타낸 것이다. 현재 서울시자살예방센터는 7명의 마음이음상담원이 연중무휴로 24시간 상담 서비스를 제공하고 있다. 최근 5개월 간 월 평균 유입콜수가 4,237건이었고, 응답콜수는 63.7%(2,699건)이고 포기콜수가 36.3%(1,539건)로 비교적 포기콜수가 높은 편이다. 응답콜과 발신콜을 합하면, 상담원들은 1개월 간 평균 3,624건의 통화를 하며, 이는 상담원이 근무하는 동안 시간 당 5건의 자살상담에 응대하는 것이다. 1시간 당 5건의 상담이 진행되며 1건의 상담에 소요되는 시간은 12분이다. 그러나 1시간 동안 상담이 진행되는 도중 2건의 포기콜수가 발생한다. 포기콜수가 감소되면 자살자 수도 감소될 것이다. 따라서 포기콜수를 감소할 수 있는 다양한 전략적 방안이 필요하다.

〈부록 표 1〉 마음이음 상담 서비스팀 전화상담 현황

(단위 : 건)

구 분	월 평균				
	유입콜수	응답콜수	포기콜수	발신콜수	응급출동콜수
2016. 5~9월까지	4,237	2,699	1,539	925	20
백분율	100.0	63.7	36.3	-	-

자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

마음이음 상담 서비스는 특성상 1년 연중무휴로 24시간 서비스를 제공하기 때문에 업무량을 노동부 기준의 근무시간을 단위로 산정하면, 상담원 1인당 주간근무 2회(22시간) 야간근무 2회(28시간)을 근무하면 1주 근무시간이 40시간이며, 1주 단위 평균 근로시간이 법정근로시간(40시간)을 초과하지 않는다. 현재 7명의 콜센터 직원이 1개월 기준으로 24시간 상담서비스를 제공한다고 가정하면, 초과근무를 산정한 결과는 102.8시간으로 나타났으며, 본 시간에 표준시간(2008시간)을 적용하여 적정인력을 산정한 결과, 적정인력은 현행 7명의 인력에서 28.6%(2명)가 추기된 9명으로 산정된다.

〈부록 표 2〉 마음이음 상담 서비스팀 운영 현황

(단위 :천원, %)

구분	근무시간	근로시간	근무시간 산정방식 <sup>주1)</sup>
주간근무	09:00~21:00	8시간+3시간=11시간	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 09:00~18:00(휴게시간 1시간 제외)*1=8시간</li> <li>• 18:00~21:00(휴게시간 1시간 제외)*1.5=3시간<sup>주2)</sup></li> </ul>
야간근무	21:00~09:00	1시간+9시간+1+3시간=14시간	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 21:00~22:00*1=1시간</li> <li>• 22:00~06:00(휴게시간 2시간 제외)*1.5=9시간</li> <li>• 06:00~07:00*1=1시간</li> <li>• 07:00~09:00*1.5=3시간<sup>주2)</sup></li> </ul>

주1) 근로기준법 제55조는 야간근로(하오 10시부터 상오 6시까지 사이의 근로) 또는 휴일근로에 대하여는 통상임금의 100분의 50 이상을 가산지급 기준에 따라 야간은 주간 근무시간의 1.5배로 산정함.

주2) 18:00~21:00와 07:00~09:00의 시간은 근로기준법 제55조에 따라 연장근로 시간에 해당하기 때문에 통상임금의 1.5배로 산정함

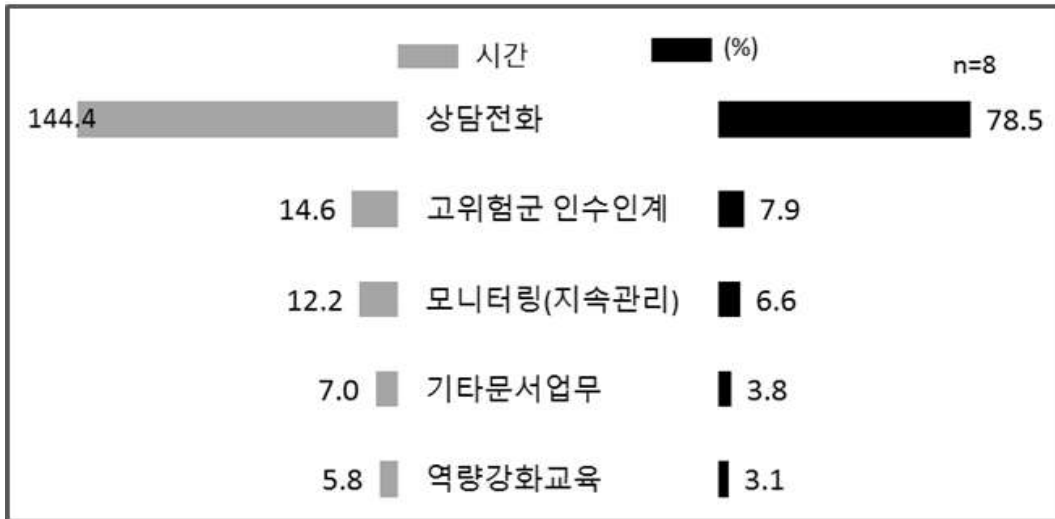
자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

마음이음 상담 콜센터의 특성상 대기 시간 등이 유입콜수, 응답콜수, 포기콜수, 응급출동 건수와 24시간 상담 서비스를 제공해야 하는 특성을 중심으로 적정 인력 산출이 분석되었음. 따라서 콜센터의 상담서비스 기능 강화를 위해 요구되는 인력은 예산 제약으로 실제 인원을 충원하기 어려울 것으로 사료된다.

다만 이 경우에는 기본적인 근로시간만을 고려하여 배정한 인력의 수로 인력들의 휴가로 인한 공백 및 백업, 상담업무 유지를 위한 필수교육 참여, 임신·출산 등으로 인한 근로활동 변경 등 가임기여성이 근로자의 80%이상을 차지하는 구조 등을 고려하면 산정된 적정인력 9명보다 최소 3~4명은 추가로 배치되어야 할 것이다.

마음이음상담팀의 업무비중은 약 79%가 상담에 응대하는 것이며, 7,9%는 상담업무의 교대 시간에 고위험군에 대한 인수인계와 발신콜 요청 등에 대한 정보를 전해 주는 등의 중요한 업무가 있었다. 뿐만 아니라 상담콜센터 직원은 다양한 의무 보수교육을 이수해야 한다. 따라서 업무 비중에 대한 단순한 계산으로 산정하기 어려울 것으로 사료된다.

[부록 그림 7] 마음이음상담팀의 단위 업무별 업무비중



자료출처 : 서울시 시민건강국에서 제출한 자료를 정리한 것임.

## 부록 2. 연구 참여 동의서

연락처 : 010-8581-6300  
이메일 : pbgsw@hanmail.net

책임 연구자 : 박봉길 교수 / KC대학교 사회복지학부

### 연구 참여 동의서

#### 연구제목: 서울시 자살예방사업 전달체계 모형구축에 관한 연구

안녕하십니까?

본 연구는 서울시의회 보건복지위원회가 서울시민의 정신건강 및 자살예방사업 활성화를 위해 사회 복지법인 한국생명전화에 연구용역을 위탁하여 시행하고 있는 것입니다.

서울시는 정신건강증진센터와 보건소 등에서 지역사회를 기반으로 자살예방사업을 수행하고 있습니다. 그러나 자살예방사업은 추진체계의 다양한 기관들의 역할 존재 및 미미한 자살 감소 효과 등 자살예방사업의 효과성 및 효율성의 재고가 필요한 상황입니다.

따라서 본 연구의 목적은 자살 위험자, 유가족, 자살예방사업 관련 기관 실무자, 공무원 등 관련자들의 입장을 충분히 반영하여 사업 운영의 전달체계 과정을 개선하는 것입니다.

본 연구의 참여자께서는 연구원으로부터 연구의 배경과 목적, 연구 참여 대상, 연구방법, 연구 참여 기간, 부작용 또는 위험요소, 연구 참여에 따른 이익 및 불이익, 개인정보와 비밀보장 등에 대한 설명을 충분히 듣고 이해하신 후 귀하 자신(또는 법적대리인)이 본 연구에 자발적으로 참가하기를 동의한다는 서명을 해 주시기 바랍니다.

#### — 아 래 —

1. 나는 본 연구에 대한 모든 정보들에 관하여 연구원으로부터 자세히 설명을 듣고 충분히 이해하였습니다.
2. 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.
3. 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.
4. 나는 이 연구에서 얻어진 나의 정보를 현행 법률과 기관생명윤리위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구자가 수집하고 처리하는데 동의합니다.
5. 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구를 진행하거나 결과 관리를 하는 경우와 보건당국, 학교 당국 및 기관생명윤리위원회가 실태 조사를 하는 경우에는 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.
6. 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.
7. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

연구대상자	성명:	서명	년 월 일
법정대리인 (필요시)	성명:	서명	년 월 일
	대상자와의 관계 : _____ 구체적인사유 : _____		
연구책임자 (또는 공동연구자)	성명:	서명	년 월 일

## 서울시 자살예방사업 전달체계 모형 구축에 관한 연구

---

---

발행일 : 2016년 12월

발행처 : 서울특별시의회 사무처

발행인 : 서울특별시의회 사무처장 김경호

주관부서 : 입법담당관(입법담당관 배선희, 주무관 이수호, 입법조사관 최현중)  
보건복지전문위원실(수석전문위원 김태호, 입법조사관 한영근)

홈페이지 : <http://www.smc.seoul.kr>

연락처 : 서울특별시 중구 덕수궁길 15 서울특별시의회 의원회관

전화) 02-3705-1170 FAX :02-3705-1486 (입법담당관)

전화) 02-3705-1273 FAX :02-3705-1398 (보건복지전문위원실)

과제제안 : 서울특별시의회 박마루 의원

연구기관 : 사회복지법인 한국생명의전화

책임연구 : KC대학교 박봉길 교수

연락처 : 서울특별시 종로구 율곡로 17길 7-30, 한국생명의 전화

전화) 02-764-8783 FAX :02-9292-9199

---

---

발간등록번호 : 51-6110000-001362-01

※ 본 학술연구용역보고서의 지식재산권은 서울특별시의회와 용역수행자가 공동으로 소유하며, 내용은 서울특별시의회의 공식적인 견해와 다를 수 있음을 알려드립니다.

(지식재산권은 서울특별시의회와 용역수행자가 공동으로 소유하되, 서울특별시의회가 해당 학술연구용역 보고서를 대국민 공개한 이후 용역수행자가 복제, 배포, 개작, 전송 등의 사용·수익을 할 수 있음)