

2020

자살예방백서

2020 | WHITEBOOK

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE
KOREA SUICIDE PREVENTION CENTER

'20년 발간사



안녕하세요.
보건복지부 장관 박능후입니다.

보건복지부와 중앙자살예방센터는 2014년을 시작으로 매년 「자살예방백서」를 발간하고 있습니다. 자살에 관한 통계와 연구결과, 정책 및 사업에 관한 다양한 정보를 담기 위해 노력해 주신 중앙자살예방센터 백종우 센터장님과 직원 여러분, 그리고 협력해주신 모든 관계자 여러분께 감사의 인사를 전합니다.

정부는 자살이 국가와 사회가 함께 해결해 나가야 할 문제라는 인식하에 자살 예방을 위한 노력을 지속하고 있습니다. 역대 정부 최초로 '자살예방 및 생명존중 문화 확산'을 국정과제에 포함하였으며, 2018년에 관계부처와 합동으로 '자살 예방 국가행동계획'을 수립 및 추진하고 있습니다. 이를 뒷받침하기 위해 2018년 2월 보건복지부에 자살예방업무를 전담하는 자살예방정책과를 신설하였고, 범부처 차원의 정책 추진을 위해 2019년 9월 국무총리를 위원장으로 하는 '자살예방정책위원회'가 출범했습니다.

그간 중앙자살예방센터 및 중앙심리부검센터를 비롯하여 민간과 중앙정부, 지방자치단체의 다양한 노력으로, 자살률은 감소 추세에 있습니다. 10만 명당 자살사망자 수가 2011년 31.7명에서 2018년 26.6명으로, 8년간 16.1% 감소하였습니다. 특히 65세 이상 노인 연령층에서는 2018년 기준 48.6명으로 9년간 40.6% 감소하였습니다. 이렇듯 자살률은 2011년 이후 전반적인 감소 추세를 보이나, 2018년에는 전년 24.3명 대비 9.5% 증가하였습니다. 이는 유명인 자살 사건에 대한 모방 효과 등 다양한 원인에 따른 것으로 추정하고 있으며, 이에 대한 심층 분석 및 대응을 지속해 나가고 있습니다.

중앙자살예방센터는 2012년 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」의 시행과 함께 설치되어, 자살로부터 안전한 건강한 사회 구현을 위한 중추적인

역할을 하고 있습니다. 특히 보건복지부와 중앙자살예방센터가 매년 발행하고 있는 「자살예방백서」는 자살 관련 현황 및 실태를 상세히 소개하여 정책 수립자와 사업수행자, 연구자에게 근거 중심의 사업을 수행할 수 있도록 많은 정보를 제공하고 있습니다. 이는 정부가 수립한 '자살예방 국가행동계획' 실천에 과학적인 토대를 제공할 것으로 기대합니다.

「2020 자살예방백서」는 국내외 자살의 동향, 성별·연령·지역·수단·동기에 따른 자살 현황 등 다양한 정보를 수록하였습니다. 전년도와 달리 이번 백서에는 학생·청소년, 자살경로, 자살예방정책에 대한 심층연구를 제공하고 있으며, 2018년 시행한 자살실태조사 및 2019년 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 주요 개정사항을 수록하였습니다. 제공하는 통계 및 다양한 정보를 기반으로 더욱 깊이 있는 연구가 활성화하고 과학적 근거에 기반을 둔 자살예방 사업이 추진되기를 기대합니다.

마지막으로 자살예방 정책과 사업을 수행하는 지방자치단체, 공공 및 민간 관계자분들의 노고에 감사 말씀드립니다. 앞으로도 보건복지부는 자살예방을 위해 많은 사람의 의견을 수렴하고, 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위해 최선을 다하겠습니다.

이 백서가 자살문제 해결을 위한 밑거름이 되고 이해의 폭을 넓히는 데 유용한 자료로 활용되길 기대하며, 국민 여러분의 많은 관심과 지속적인 협력을 부탁드립니다. 감사합니다.

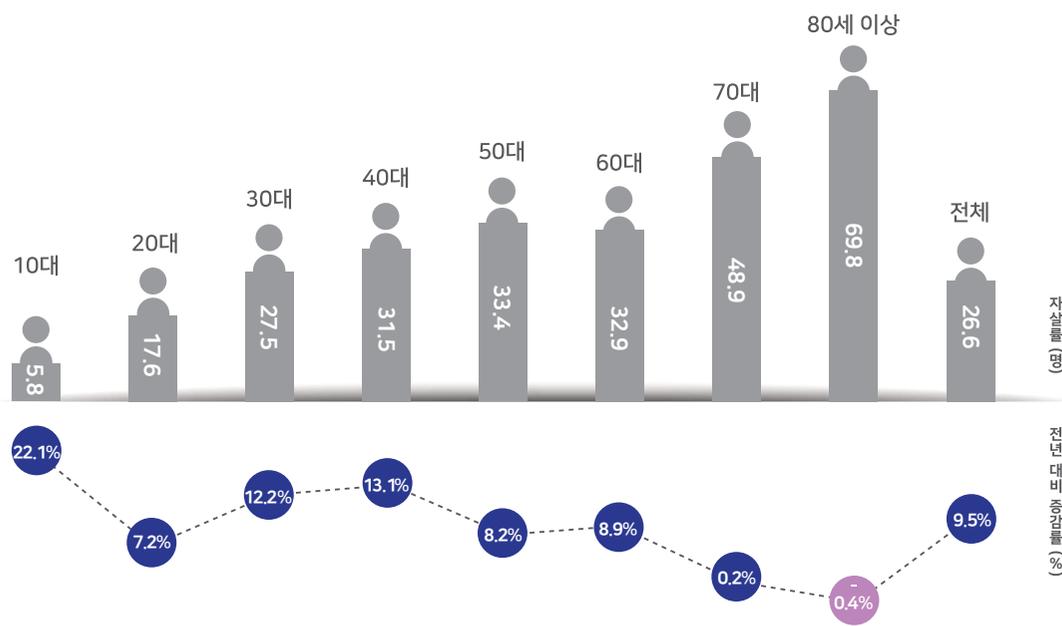
보건복지부 장관
박능후

2018년 (2011년대비) 2,236명의 생명을 지켜냄



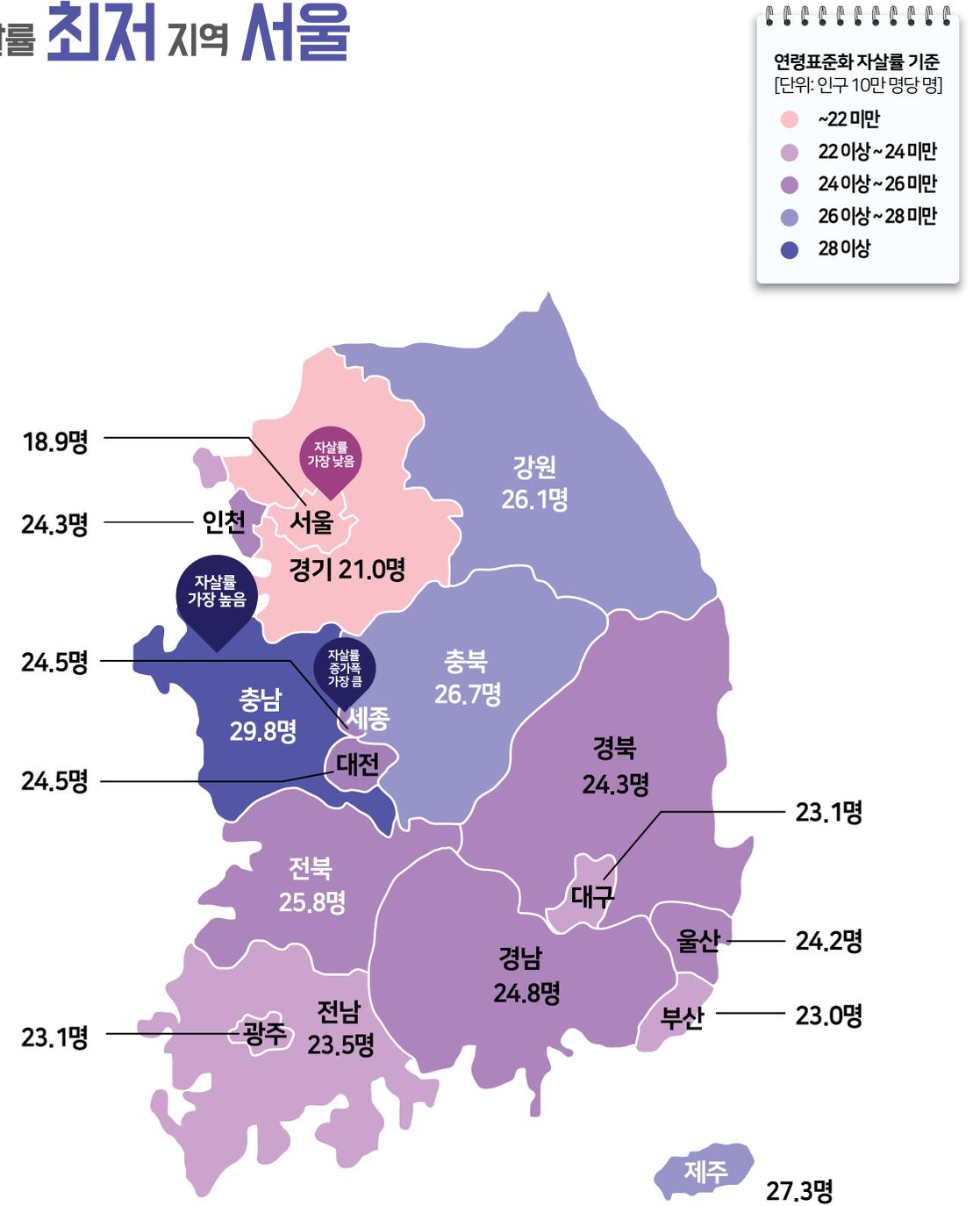
[출처: 통계청, 2011년·2018년 사망원인통계]

2018년 (2017년대비) 연령대별 자살 현황



[출처: 통계청, 2017년~2018년 사망원인통계]

2018년 지역별 연령표준화 자살률 자살률 최저 지역 서울



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

연령대에 따라 다른 자살 동기

정신적 어려움



10~30세

경제적 어려움



31~60세

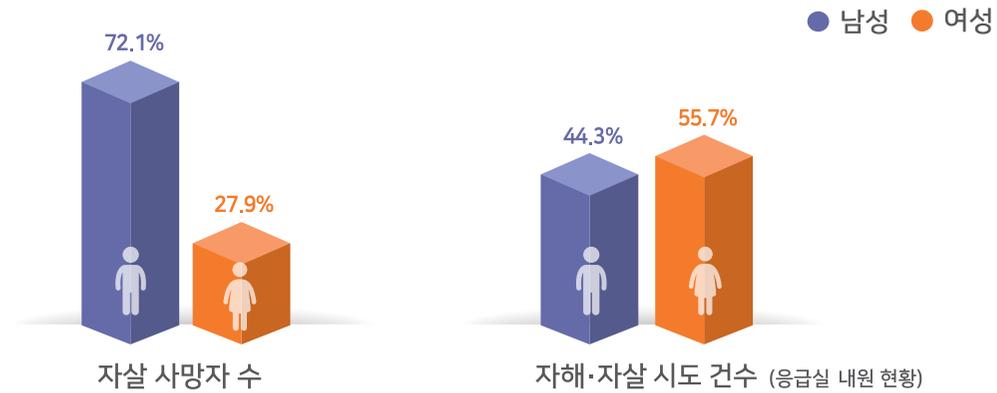
육체적 어려움



61세 이상

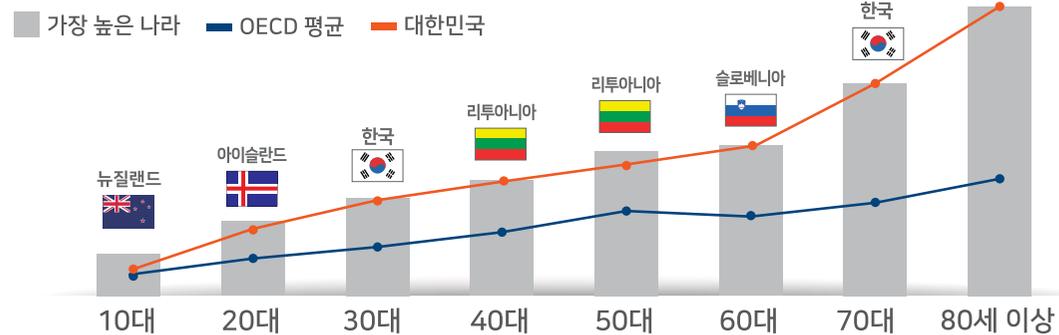
[출처: 경찰청, 2018년 번사자통계]

자살사망자는 남성이, 자해·자살시도는 여성 비율이 높음



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

30대, 70대 이상 자살률, OECD 회원국 중 한국이 가장 높음



[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19.5.1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

2020 WHITE BOOK

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE
KOREA SUICIDE PREVENTION CENTER

I 자살의 현황

- 01. 우리나라의 자살률 추이 26
- 02. 2018년도 주요 자살 현황 28
 - 가. 성별 자살 현황 30
 - 나. 연령대별 자살 현황 32
 - 다. 청소년(9~24세) 자살 현황 37
 - 라. 노인(65세 이상) 자살 현황 42
 - 마. 지역별 자살 현황 47
 - 바. 교육정도별 자살 현황 57
 - 사. 수단별 자살 현황 62
 - 아. 장소별 자살 현황 68
 - 자. 월별 자살 현황 74
 - 차. 동기별 자살 현황 77
 - 카. 자해·자살 시도 현황 85
- 03. OECD 회원국 자살 현황 101
 - 가. OECD 회원국 최신 자살률 현황 101
 - 나. OECD 회원국 연령대별 자살률 현황(중앙자살예방센터 산출) 104
 - 다. OECD 회원국 청소년(10~24세) 자살률 현황 106
 - 라. OECD 회원국 노인(65세 이상) 자살률 현황 109

II 자살 관련 정부승인통계조사 결과

- 01. 청소년(2018년 청소년건강행태조사) 112
 - 가. 청소년 자살생각 현황 112
 - 나. 청소년 자살계획 현황 131
 - 다. 청소년 자살시도 현황 134
- 02. 성인(2018년 국민건강영양조사) 137
 - 가. 성인 자살생각 현황 138
 - 나. 성인 자살계획 현황 152
 - 다. 성인 자살시도 현황 154
 - 라. 성인 정신문제 상담경험 현황 156

II 03. 2019년 한국복지패널조사 160

- 가. 소득집단별 자살생각 현황 161
- 나. 소득집단별 자살계획 현황 166
- 다. 소득집단별 자살시도 현황 167

III 국가 자살예방정책·사업 수행기관 소개

- 01. 보건복지부(자살예방정책과) 168
- 02. 중앙자살예방센터 169
 - 가. 대외협력 170
 - 나. 교육 170
 - 다. 홍보 170
 - 라. 미디어정보 171
 - 마. 응급실 지원 171
 - 바. 연구개발 171
 - 사. 통계분석 172
 - 아. 운영지원 및 기획예산 172
- 03. 중앙심리부검센터 173
 - 가. 심리부검면담을 통한 근거 기반 자살 사망자 특성 분석 174
 - 나. 자살 유족 사후관리 강화를 위한 지원 175
 - 다. 자살 유족 지원을 위한 홍보 176
 - 라. 경찰 수사기록·건강보험자료를 활용한 근거 기반 자살 사망자 특성 분석 177
- 04. 광역 및 기초 자살예방센터/정신건강복지센터 178
 - 가. 광역 자살예방·정신건강복지센터 178
 - 나. 기초 자살예방·정신건강복지센터 182

특집

자살예방 관련 연구 소개

01. 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해편	196
가. 목적	196
나. 이론적 배경	197
다. 방법	200
라. 결과	202
마. 결론 및 제언	205
바. 참고문헌	206
02. 청소년 자살예방교육 모형 개발	210
-초·중·고 학교급별 중심-	
가. 목적	210
나. 내용 및 방법	211
다. 결과	215
라. 결론 및 제언	224
마. 참고문헌	226
03. 심리부검을 통한 자살 경로의 탐색적 분석	228
가. 들어가며	228
나. 내용 및 방법	228
다. 결과	231
라. 결론 및 제언	235
마. 참고문헌	236
04. 한국의 자살대책(Suicide and Countermeasures in Korea) 237	
현황과 과제	
가. 서론	238
나. 자살예방 국가행동계획 추진 현황(2018.1.-2019.12.)	238
다. 국회자살예방포럼	241
라. 민간의 자살예방활동	242
마. 언론과 방송의 역할	242

부록

01. 자살에 대한 태도(자살실태조사)	248
가. 조사 개요	248
나. 자살에 대한 태도(2013년, 2018년)	249
02. 자살예방법 주요 개정사항	258
가. 2019년 개정 주요 내용	258
나. 개정사항 신규조문 대비표	264
다. 자살예방법 법률-시행령-시행규칙	271

자살예방백서

Contents | 표 목차

기본

[표 1] 통계청, 경찰청 자료 간 특성 차이	25
[표 2] 2011년, 2017년, 2018년 사망원인 순위 추이	28
[표 3] 2018년 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률	29
[표 4] 2018년 성별 자살 현황	30
[표 5] 2014~2018년 성별 자살 현황 추이	31
[표 6] 2018년 연령대별 자살 현황	32
[표 7] 2014~2018년 연령대별 자살 현황 추이	34
[표 8] 2017~2018년 연령대별 자살률 증감 현황	35
[표 9] 2018년 성별에 따른 연령대별 자살 현황	36
[표 10] 2017~2018년 성별에 따른 연령대별 자살률 증감 현황	36
[표 11] 2014~2018년 청소년(9~24세) 자살 현황	37
[표 12] 2018년 성별 청소년(9~24세) 자살 현황	38
[표 13] 2018년 시·도별 청소년(9~24세) 자살 현황	39
[표 14] 2018년 수단별 청소년(9~24세) 자살 현황	40
[표 15] 2018년 월별 청소년(9~24세) 자살 현황	41
[표 16] 2014~2018년 노인(65세 이상) 자살 현황	42
[표 17] 2018년 성별 노인(65세 이상) 자살 현황	43
[표 18] 2018년 시·도별 노인(65세 이상) 자살 현황	44
[표 19] 2018년 수단별 노인(65세 이상) 자살 현황	45
[표 20] 2018년 월별 노인(65세 이상) 자살 현황	46
[표 21] 2018년 시·도별 자살 현황	48
[표 22] 2014~2018년 시·도별 자살 현황 추이	50
[표 23] 2017~2018년 시·도별 자살률 증감 현황	51
[표 24] 2018년 성별에 따른 시·도별 자살 현황	52
[표 25] 2018년 연령대에 따른 시·도별 자살 현황	54
[표 26] 2018년 연령표준화 자살률 상위 3개 시·군·구	55
[표 27] 2018년 연령표준화 자살률 하위 3개 시·군·구	55
[표 28] 2017~2018년 자살률 증가율 상위 3개 시·군·구	56
[표 29] 2017~2018년 자살률 감소율 상위 3개 시·군·구	56
[표 30] 2018년 교육정도별 자살 현황	57
[표 31] 2014~2018년 교육정도별 자살 현황 추이	59
[표 32] 2018년 연령대에 따른 교육정도별 자살 현황	61
[표 33] 한국표준질병·사인분류 자살 관련 코드	62
[표 34] 2018년 수단별 자살 현황	63
[표 35] 2014~2018년 수단별 자살 현황 추이	65
[표 36] 2018년 지역에 따른 수단별 자살 현황	67
[표 37] 한국표준질병·사인분류 발생장소 분류	68
[표 38] 2018년 발생장소별 자살 현황	69
[표 39] 2014~2018년 발생장소별 자살 현황 추이	71

자살예방백서

Contents | 표 목차

기본

[표 40] 2018년 연령대에 따른 장소별 자살 현황	73
[표 41] 2018년 월별 자살 현황	74
[표 42] 2014~2018년 월별 자살 현황 추이	76
[표 43] 2018년 동기별 자살 현황	77
[표 44] 2014~2018년 동기별 자살 현황 추이	79
[표 45] 2018년 성별에 따른 동기별 자살 현황	80
[표 46] 2018년 연령대에 따른 동기별 자살 현황	82
[표 47] 2018년 관할지방경찰청에 따른 동기별 자살 현황	84
[표 48] 2018년 성별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	85
[표 49] 2014~2018년 성별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 추이	86
[표 50] 2018년 연령대별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	87
[표 51] 2014~2018년 연령별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 추이	89
[표 52] 2018년 성별에 따른 연령별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	90
[표 53] 2018년 시·도별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	92
[표 54] 2014~2018년 시·도별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 추이	94
[표 55] 2018년 수단별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	95
[표 56] 2018년 연령에 따른 수단별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	97
[표 57] 2018년 연령에 따른 부상 상태별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	99
[표 58] 2018년 월별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황	100
[표 59] 2011~2017년 OECD 회원국 자살률 추이	103
[표 60] OECD 회원국 연령대별 자살률 현황	105
[표 61] OECD 회원국 청소년(10~24세) 자살률 추이	108
[표 62] OECD 회원국 노인(65세 이상) 자살률 추이	111
[표 63] 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살생각 현황 추이	113
[표 64] 2014~2018년 시·도별 청소년 자살생각 현황 추이	115
[표 65] 2018년 성별·학교급에 따른 시·도별 청소년 자살생각 현황	117
[표 66] 2018년 주관적 건강상태에 따른 청소년 자살생각 현황	118
[표 67] 2018년 스트레스 인지에 따른 청소년 자살생각 현황	119
[표 68] 2018년 우울감 경험에 따른 청소년 자살생각 현황	120
[표 69] 2018년 주중 평균수면시간에 따른 청소년 자살생각 현황	121
[표 70] 2018년 폭력으로 인한 병원 치료 경험에 따른 청소년 자살생각 현황	122
[표 71] 2018년 위험음주에 따른 청소년 자살생각 현황	123
[표 72] 2018년 만취경험에 따른 청소년 자살생각 현황	124
[표 73] 2018년 현재 흡연에 따른 청소년 자살생각 현황	125
[표 74] 2018년 약물 경험에 따른 청소년 자살생각 현황	126
[표 75] 2018년 부모 국적에 따른 청소년 자살생각 현황	127
[표 76] 2018년 학업 성적에 따른 청소년 자살생각 현황	128
[표 77] 2018년 가정 경제상태에 따른 청소년 자살생각 현황	129
[표 78] 2018년 거주 형태에 따른 청소년 자살생각 현황	130

자살예방백서

Contents | 표 목차

기본

[표 79] 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살계획 현황 추이	131
[표 80] 2014~2018년 지역별 청소년 자살계획 현황 추이	133
[표 81] 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살 시도 현황 추이	134
[표 82] 2014~2018년 지역별 청소년 자살 시도 현황 추이	136
[표 83] 2014년, 2016년, 2018년 성별 성인 자살생각 현황 추이	138
[표 84] 2014년, 2016년, 2018년 연령대별 성인 자살생각 현황 추이	139
[표 85] 2014년, 2016년, 2018년 시·도별 성인 자살생각 현황 추이	141
[표 86] 2018년 주관적 건강상태에 따른 성인 자살생각 현황	142
[표 87] 2018년 스트레스 인지에 따른 성인 자살생각 현황	143
[표 88] 2018년 스트레스 원인에 따른 성인 자살생각 현황	144
[표 89] 2018년 현재 우울증 유병에 따른 성인 자살생각 현황	145
[표 90] 2018년 주중 평균수면시간에 따른 성인 자살생각 현황	146
[표 91] 2018년 가구형태에 따른 성인 자살생각 현황	147
[표 92] 2018년 소득수준에 따른 성인 자살생각 현황	148
[표 93] 2018년 교육수준에 따른 성인 자살생각 현황	149
[표 94] 2018년 직업에 따른 성인 자살생각 현황	150
[표 95] 2018년 종사상 지위에 따른 성인 자살생각 현황	151
[표 96] 2015~2018년 성별 성인 자살계획 현황 추이	152
[표 97] 2015~2018년 연령대별 성인 자살계획 현황 추이	153
[표 98] 2015~2018년 성별 성인 자살 시도 현황 추이	154
[표 99] 2015~2018년 연령대별 성인 자살 시도 현황 추이	155
[표 100] 2015~2018년 성별 성인 정신문제 상담경험 현황 추이	156
[표 101] 2015~2018년 연령대별 성인 정신문제 상담경험 현황 추이	157
[표 102] 2015~2018년 시·도별 성인 정신문제 상담경험 현황 추이	159
[표 103] 2018년 소득집단별 자살생각 현황	161
[표 104] 2018년 국민기초생활보장 급여 수급 여부에 따른 자살생각 현황	162
[표 105] 2018년 근로능력 정도에 따른 자살생각 현황	163
[표 106] 2018년 경제활동 참여상태에 따른 자살생각 현황	164
[표 107] 2018년 실패감 정도에 따른 자살생각 현황	165
[표 108] 2018년 소득집단별 자살계획 현황	166
[표 109] 2018년 소득집단별 자살 시도 현황	167
[표 110] 보건복지부 자살예방정책과 주요 업무	168
[표 111] 중앙자살예방센터 팀별 사업 내용	169
[표 112] 중앙심리부검센터 사업 내용	173
[표 113] 광역 자살예방·정신건강복지센터 현황	179
[표 114] 광역 자살예방·정신건강복지센터의 자살예방사업 내용	180
[표 115] 기초 자살예방·정신건강복지센터 현황	182
[표 116] 기초 자살예방·정신건강복지센터의 자살예방사업 내용	192

자살예방백서

Contents | 표 목차

특집

[표 1] 자살/자해 위기청소년 상담개입 프로그램 구성안	204
[표 2] 청소년 자살에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인	213
[표 3] 초등학교 자살예방교육 및 프로그램 내용	216
[표 4] 중학생 자살예방교육 및 프로그램 내용	217
[표 5] 고등학교 자살예방교육 및 프로그램 내용	218
[표 6] 초·중·고 공통내용	219
[표 7] 도움이 되는 자살예방교육 내용 (중복응답가능)	220
[표 8] 심리부검 면담에서 추출된 자살 경로의 위험 요인	229
[표 9] 연령별/성별 자살 경로의 평균 기간과 평균 위험 요인의 수, 고빈도 요인	232
[표 10] 민간협력 자살예방 사업	244

부록

[표 1] 자살실태조사 조사항목	249
[표 2] ATTS-37 요인별 분류	250
[표 3] 2013년, 2018년 자살에 대한 수용적 태도점수와 항목별 동의율 비교	251
[표 4] 2013년, 2018년 자살에 대한 거부적 태도점수와 항목별 동의율 비교	252
[표 5] 2013년, 2018년 자살에 대한 인식 부족 점수와 항목별 동의율 비교	253
[표 6] 2013년, 2018년 자살에 대한 예방인식 점수와 항목별 동의율 비교	254
[표 7] 2013년, 2018년 자살에 대한 금기적 태도점수와 항목별 동의율 비교	254
[표 8] 2013년, 2018년 자살의 보편화 경향 태도점수와 항목별 동의율 비교	255
[표 9] 2013년, 2018년 자살에 대한 결정과정 태도점수와 항목별 동의율 비교	255
[표 10] 2013년, 2018년 자살동기에 대한 유추 태도점수와 항목별 동의율 비교	256
[표 11] 2013년, 2018년 자살예방의 준비성 태도점수와 항목별 동의율 비교	256
[표 12] 2013년, 2018년 합리적 선택 태도점수와 항목별 동의율 비교	257
[표 13] 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 신설 조항	259
[표 14] 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 변경 조항	262
[표 15] 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 개정사항 신규조문 대비표	264
[표 16] 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률, 시행령, 시행규칙	271

기본

[그림 1] 1987~2018년 성별에 따른 자살률 추이	26
[그림 2] 1987~2018년 연령집단에 따른 자살률 추이	27
[그림 3] 2018년 성별 자살률 및 비율	30
[그림 4] 2014~2018년 성별 자살률 추이	31
[그림 5] 2018년 연령대별 자살률	32
[그림 6] 2014~2018년 연령대별 자살률 추이	33
[그림 7] 2017~2018년 연령대별 자살률 증감률	34
[그림 8] 2018년 성별에 따른 연령대별 자살률	35
[그림 9] 2014~2018년 청소년(9~24세) 자살 현황 추이	37
[그림 10] 2018년 성별 청소년(9~24세) 자살 현황	38
[그림 11] 2018년 시·도별 청소년(9~24세) 자살률	39
[그림 12] 2018년 수단별 청소년(9~24세) 자살 비율	40
[그림 13] 2018년 월별 청소년(9~24세) 자살 비율	41
[그림 14] 2014~2018년 노인(65세 이상) 자살 현황 추이	42
[그림 15] 2018년 성별 노인(65세 이상) 자살 현황	43
[그림 16] 2018년 시·도별 노인(65세 이상) 자살률	44
[그림 17] 2018년 수단별 노인(65세 이상) 자살 비율	45
[그림 18] 2018년 월별 노인(65세 이상) 자살 비율	46
[그림 19] 2018년 시·도별 연령표준화 자살률	47
[그림 20] 2014~2018년 시·도별 연령표준화 자살률 추이	49
[그림 21] 2017~2018년 시·도별 자살률 증감률	51
[그림 22] 2018년 성별에 따른 시·도별 연령표준화 자살률	52
[그림 23] 2018년 연령대에 따른 시·도별 자살률	53
[그림 24] 2018년 교육정도별 자살 비율	57
[그림 25] 2014~2018년 교육정도별 자살 비율 추이	58
[그림 26] 2018년 연령대에 따른 교육정도별 자살 비율	60
[그림 27] 2018년 수단별 자살 비율	63
[그림 28] 2014~2018년 수단별 자살 비율 추이	64
[그림 29] 2018년 지역에 따른 수단별 자살 비율	66
[그림 30] 2018년 발생장소별 자살 비율	69
[그림 31] 2014~2018년 발생장소별 자살 비율 추이	70
[그림 32] 2018년 연령대에 따른 장소별 자살 비율	72
[그림 33] 2018년 월별 자살 비율	74
[그림 34] 2014~2018년 월별 자살 비율 추이	75
[그림 35] 2018년 동기별 자살 비율	77
[그림 36] 2014~2018년 동기별 자살 현황 추이	78

기본

[그림 37] 2018년 성별에 따른 동기별 자살 비율	80
[그림 38] 2018년 연령대에 따른 동기별 자살 비율	81
[그림 39] 2018년 관할지방경찰청에 따른 동기별 자살 비율	83
[그림 40] 2018년 성별 자해·자살 시도 비율	85
[그림 41] 2014~2018년 성별 자해·자살 시도 추이	86
[그림 42] 2018년 연령대별 자해·자살 시도 비율	87
[그림 43] 2014~2018년 연령대별 자해·자살 시도 비율 추이	88
[그림 44] 2018년 성별에 따른 연령별 자해·자살 시도 비율	90
[그림 45] 2018년 시·도별 자해·자살 시도 비율	91
[그림 46] 2014~2018년 시·도별 자해·자살 시도 비율 추이	93
[그림 47] 2018년 수단별 자해·자살 시도 비율	95
[그림 48] 2018년 연령에 따른 수단별 자해·자살 시도 비율	96
[그림 49] 2018년 연령에 따른 부상 상태별 자해·자살 시도 비율	98
[그림 50] 2018년 월별 자해·자살 시도 비율	100
[그림 51] OECD 회원국 자살률	101
[그림 52] 2011~2017년 OECD 주요 회원국 자살률 추이(일부 회원국 발체)	102
[그림 53] OECD 주요 회원국 연령대별 자살률 현황(일부 회원국 발체)	104
[그림 54] OECD 회원국 청소년(10~24세) 자살률	106
[그림 55] OECD 주요 회원국 청소년(10~24세) 자살률 추이(일부 회원국 발체)	107
[그림 56] OECD 회원국 노인(65세 이상) 자살률	109
[그림 57] OECD 주요 회원국 노인(65세 이상) 자살률 추이(일부 회원국 발체)	110
[그림 58] 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살생각률 추이	113
[그림 59] 2018년 시·도별 청소년 자살생각률	114
[그림 60] 2018년 성별에 따른 시·도별 청소년 자살생각률	116
[그림 61] 2018년 주관적 건강상태에 따른 청소년 자살생각률	118
[그림 62] 2018년 스트레스 인지에 따른 청소년 자살생각률	119
[그림 63] 2018년 우울감 경험에 따른 청소년 자살생각률	120
[그림 64] 2018년 주중 평균수면시간에 따른 청소년 자살생각률	121
[그림 65] 2018년 폭력으로 인한 병원 치료 경험에 따른 청소년 자살생각률	122
[그림 66] 2018년 위험음주에 따른 청소년 자살생각률	123
[그림 67] 2018년 만취경험에 따른 청소년 자살생각률	124
[그림 68] 2018년 현재 흡연에 따른 청소년 자살생각률	125
[그림 69] 2018년 약물 경험에 따른 청소년 자살생각률	126
[그림 70] 2018년 부모 국적에 따른 청소년 자살생각률	127
[그림 71] 2018년 학업 성적에 따른 청소년 자살생각률	128
[그림 72] 2018년 가정 경제상태에 따른 청소년 자살생각률	129

기본

[그림 73] 2018년 거주 형태에 따른 청소년 자살생각률	130
[그림 74] 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살계획률 추이	131
[그림 75] 2018년 지역별 청소년 자살계획률	132
[그림 76] 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살시도율 추이	134
[그림 77] 2018년 지역별 청소년 자살시도율	135
[그림 78] 2014년, 2016년, 2018년 성별에 따른 성인 자살생각률 추이	138
[그림 79] 2014년, 2016년, 2018년 연령대에 따른 성인 자살생각률 추이	139
[그림 80] 2018년 시·도별 성인 자살생각률	140
[그림 81] 2018년 주관적 건강상태에 따른 성인 자살생각률	142
[그림 82] 2018년 스트레스 인지에 따른 성인 자살생각률	143
[그림 83] 2018년 스트레스 원인에 따른 성인 자살생각률	144
[그림 84] 2018년 현재 우울증 유병에 따른 성인 자살생각률	145
[그림 85] 2018년 주중 평균수면시간에 따른 성인 자살생각률	146
[그림 86] 2018년 가구형태에 따른 성인 자살생각률	147
[그림 87] 2018년 소득수준에 따른 성인 자살생각률	148
[그림 88] 2018년 교육수준에 따른 성인 자살생각률	149
[그림 89] 2018년 직업에 따른 성인 자살생각률	150
[그림 90] 2018년 종사상 지위에 따른 성인 자살생각률	151
[그림 91] 2015~2018년 성별 성인 자살계획률 추이	152
[그림 92] 2015~2018년 연령대별 성인 자살계획률 추이	153
[그림 93] 2015~2018년 성별 성인 자살시도율 추이	154
[그림 94] 2015~2018년 연령대별 성인 자살시도율 추이	155
[그림 95] 2015~2018년 성별 성인 정신문제 상담경험률 추이	156
[그림 96] 2015~2018년 연령대별 성인 정신문제 상담경험률 추이	157
[그림 97] 2018년 시·도별 성인 정신문제 상담경험률	158
[그림 98] 2018년 소득집단별 자살생각률	161
[그림 99] 2018년 국민기초생활보장 급여 수급 여부에 따른 자살생각률	162
[그림 100] 2018년 근로능력 정도에 따른 자살생각률	163
[그림 101] 2018년 경제활동 참여상태에 따른 자살생각률	164
[그림 102] 2018년 실패감 정도에 따른 자살생각률	165
[그림 103] 2018년 소득집단별 자살계획률	166
[그림 104] 2018년 소득집단별 자살시도율	167

특집

[그림 1] 자해의 극복과 경험에 대한 패러다임 모형	202
[그림 2] 위험수준에 따른 대처방안 및 자살의도 구분	203
[그림 3] 연구방법 및 절차	213
[그림 4] 중·고등학교 일반청소년과 자살시도경험 청소년의 교육 요구내용 비교	222
[그림 5] 학교급별 청소년 자살예방교육 모형	223
[그림 6] 자살 경로의 고빈도 위험 요인의 빈도수 (다중응답)	231
[그림 7] 주요 직업군별 자살 경로의 예시	234

요약

한국은 OECD 최고 수준의 자살문제에 적극적으로 대응하기 위해, 2004년부터 자살예방대책 기본계획을 수립하여 추진하고 있으며, 2011년 “자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률”을 제정하였다. 2018년에는 최초로 국정과제에 “자살예방 및 생명존중문화 확산”을 포함한 이후 성과가 입증된 구체적인 해결방안을 담은 「자살예방 국가행동계획」(18~22년)을 수립(18.1월)하였고, 효과적인 정책 추진을 위해 민간과 중앙정부, 지방자치단체가 협력하여 다양한 자살예방 사업을 추진하고 있다.

통계청 2018년 사망원인통계에 따르면 한국의 자살자 수는 13,670명으로 전년 대비 1,207명(9.7%) 증가하였고, 1일 평균 자살자 수는 37.5명이다. 2018년 자살률(인구 10만 명당 명)은 26.6명으로 전체 사망원인 중 5위를 차지하였다. 자살률 추이는 외환위기 때였던 1998년에 급격히 증가하여 2011년에 31.7명으로 최고치를 기록하였고, 이후 2017년까지 감소하는 추세였으나 2018년에 전년 대비 2.3명(9.5%) 증가하였다. 남성의 자살률은 38.5명, 여성은 14.8명으로 남성이 여성보다 2.6배 높고, 전년 대비 남성이 3.6명(10.4%), 여성이 1.0명(7.4%) 증가하였다. 80세 이상의 자살률은 전년 대비 0.3명(0.4%) 감소하였고, 80세 이상을 제외한 전 연령층의 자살률은 증가하였다. 자살률 증가율이 가장 높은 연령대는 10대(22.1%)이고 남성은 40대(17.3%), 여성은 10대(66.7%)에서 가장 높았다. 지역별 연령표준화 자살률은 충남(29.8명)이 가장 높았으며, 자살률 증가율이 가장 높은 지역은 세종시로 8.4명(47.3%) 증가하였다.

「2020 자살예방백서」는 국내외 자살예방정책 및 사업을 수행하는 실무자에게 자살예방 정책을 소개하고, 국민들에게는 국내 자살 동향 및 자살예방을 위해 국가에서 수행하는 정책을 소개하고자 제작되었다. 이에 따라 본 백서는 [기본편], [특집편], [부록편]으로 구성하였다. [기본편]에서는 통계청 사망원인 통계, 경찰청 변사자료, 중앙응급의료센터 국가응급진료정보망, OECD Health Data, WHO Mortality data base 자료를 활용하여 최근 국내외 자살 현황을 파악하였다. 그리고 국가승인통계조사(질병관리본부의 청소년건강행태조사 및 국민건강영양조사, 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소의 한국복지패널)를 활용하여 청소년과 성인의 자살 관련 실태를 파악하였고, 국가 자살예방정책사업 수행기관의 주요 사업들을 소개하였다. [특집편]은 자살예방정책사업 추진에 활용할 수 있는 연구 및 제언으로 구성하였으며, [부록편]에는 2018년 자살실태조사 및 2019년 자살예방법 주요 개정사항을 수록하였다. 2018년 실태조사에서는 2013년 대비 ‘자살에 대한 태도(ATTS)’ 항목을 비교하여 우리나라 국민의 자살에 대한 태도 현황과 변화를 파악하였다.

In order to take action against the nation's issue of high suicide rate reaching the top level among OECD members, Korea has established and implemented the Framework Plan on Suicide Prevention since 2004. The nation has also enacted a relevant law “Act for the Prevention of Suicide and the Creation of Culture of Respect for Life” in 2011. Following the decision to include “Suicide Prevention and Proliferation of Respect for Life Culture” in its national policy agenda for the first time in 2018, Korea has adopted (in Jan. 2018) “The National Action Plan for Suicide Prevention (‘18~’22)”, which outlines some proven measures against the suicide issues, and together with the central government, municipal governments and private sectors are joining hands to work on the prevention of suicide from various aspects of the society.

According to the Korea Statistics' Cause of Death Statistics in 2018, the total number of suicidal death in 2018 was 13,670 persons, an increase by 1,207 (9.7%) persons over the previous year, with an average number of daily suicide being 37.5 persons. The suicide rate (# of suicides out of 100 thousand populations) of Korea in 2018 was 26.6 persons, placing suicide as Korea's 5th biggest cause of death. The suicide rate has started to show a steep upward trend in 1998 when the national economy was hit hard by the financial crisis caused by lack of foreign currency. It has peaked in 2011 when the rate has reached as high as 31.7 persons, and then continued to drop until 2018, when it has turned around and increased by 2.3 persons (9.5%) over the previous year. The suicide rate among males is 38.5 persons, which is 2.6 times greater than the females' 14.8 persons. The suicide rate has grown by 3.6 persons (10.4%) among males in 2018 over the previous year, while female suicide rate has increased by 1.0 persons (7.4%). In terms of age group, suicide rate among 80+ age group in 2018 has decreased by 0.3 persons (0.4%) year on year, whereas all other age groups have shown an increase of suicide rate during the same period. The highest increase took place in the 10-19 years old age group (22.1%), with the male group showing the biggest increase in the 40-49 years old age group (17.3%) and the female group in the 10-19 years old age group (66.7%). The age-standardized suicide rate by region was the highest in Chung-nam region (29.8 persons), and the suicide rate has increased the most in Sejong-shi region with an increase by 8.4 persons (47.3%).

2020 Suicide Prevention White Paper is published to introduce the nation's suicide prevention-related policies to the working-level personnels, who are participating in the implementation of suicide prevention policy measures and projects, while informing the public about the nation's suicidal trend and about the government's policy measures to prevent suicide. Against such backdrop, this white paper is divided into [General Part], [Special Part], and [Appendix]. [General Part] outlines the current domestic and international suicidal status based on Korea Statistics' Cause of Death Statistics, Unnatural Death Statistics released by Korea National Police Agency, National Emergency Medical Center's National Emergency Department Information System, OECD Health Data, and WHO Mortality Database. It also explains the current situation surrounding juvenile and adult suicides based on National-certified Statistics Surveys (e.g. Korea Youth Risk Behavior Survey and Korea National Health and Nutrition Examination Survey by Korea Centers for Disease Control and Prevention, Korea Welfare Panel Study by Korea Institute for Health and Social Affairs and Seoul National University), and introduces major projects being pushed forward by national suicide prevention bodies. [Special Part] is about research works and advices that would be useful for implementing suicide prevention policies and projects. In [Appendix] are the 2018 National Survey on Suicide result as well as a summary of major amendments made in the Act for the Prevention of Suicide and the Creation of Culture of Respect for Life in 2019. In the 2018 Survey, ATTS (Attitude Towards Suicide) comparison was made against 2013, so as to understand the current status and changes of Korean people's attitude towards suicide.

기본편

I. 자살의 현황

01. 우리나라의 자살률 추이
02. 2018년도 주요 자살 현황
03. OECD 회원국 자살 현황

II. 자살 관련 정부승인통계조사 결과

01. 청소년(2018년 청소년건강행태조사)
02. 성인(2018년 국민건강영양조사)
03. 2019년 한국복지패널조사

III. 국가 자살예방정책·사업 수행기관 소개

01. 보건복지부(자살예방정책과)
02. 중앙자살예방센터
03. 중앙심리부검센터
04. 광역 및 기초 자살예방센터/정신건강복지센터

우리나라의 자살 현황 및 추이를 파악하기 위해 통계청 사망원인통계를 활용하여 분석하였고, 동기별 자살 현황은 경찰청 변사자료를 활용하였다. 통계청 사망원인통계에 대한 설명과 통계청과 경찰청 자료의 차이점은 다음과 같다.

일러두기 1 통계청 사망원인통계

- 이 자료는 통계법 및 가족관계의 등록 등에 관한 법률에 따라 국민이 전국의 읍·면·동사무소 및 시·구청(재외국민은 재외공관)에 제출한 사망신고서를 기준으로 집계한 결과이다.
 - 주민등록지를 기준으로 집계하며, 2018년 발생한 사망 사건에 대하여 당해 연도 1월부터 익년 4월까지 신고된 자료를 집계한다.
- 사망원인통계는 한국표준질병·사인분류에 따라 사망원인을 집계한다.
 - 신고누락이 많은 영아사망은 사망원인보완조사 자료, 화장장 신고자료 등을 이용하여 보완한다(1999년~).
 - 부정확한 사인 및 사망의 외인(사고사 등)에 의한 사망은 국립암센터, 건강보험공단, 국립과학수사연구소, 경찰청, 국방부 등 기타 행정자료를 이용하여 사망원인을 보완한다.
- 보도자료는 다음 해 9월 자료 배포 및 통계청 홈페이지(<http://kostat.go.kr>)에 게시하고, 통계자료는 국가통계포털 KOSIS(<http://kosis.kr>)에 게시한다.

일러두기 2 통계청 사망원인통계와 경찰청 변사자료의 차이

- 통계청 사망원인통계와 경찰청 변사자료는 작성 목적 및 집계 기준이 다르다. 경찰청 변사자료는 수사 목적으로 당해 연도의 경찰 수사권 대상자를 기준으로 집계한 결과이다.
 - 사건 발생지를 기준으로 집계하며, 해양경찰청 및 국방부 소관의 자살사망은 제외된다.
- 경찰청 변사자료는 외국인이 포함되며, 통계청 사망원인통계는 경찰청 변사자료에서 제외된 경찰 수사권 제외 대상(국방부, 해양경찰청, 해외 사망)이 포함되기 때문에 자살자 수에 차이가 있다.

* 경찰청 변사자료는 세종특별자치시를 충남지방경찰청에 포함하고 있어 경찰청 변사자료의 지역별 자살 현황 해석할 때 유의해야 한다.

표 1 통계청, 경찰청 자료 간 특성 차이

	통계청 사망원인통계	경찰청 변사자료
집계기준	사망자 등록 주소지	사건 발생지
대상	내국인 당해 연도 사망자 (사망신고서 기준)	내국인 및 외국인 당해 연도 수사 대상자 (경찰 수사권 대상)
지역	세종 지역 분류 가능	세종 지역 분류 불가(충남청에 포함)

I. 자살의 현황

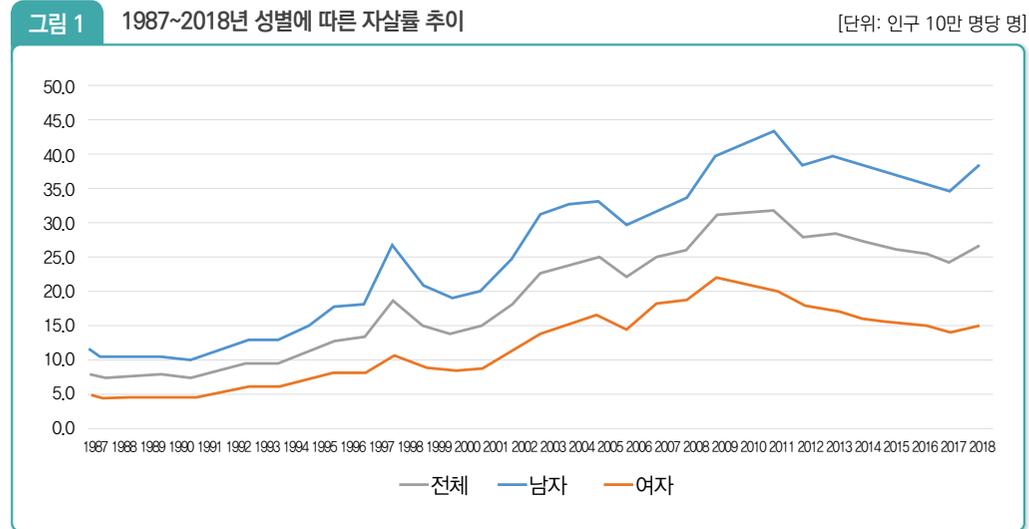
01. 우리나라의 자살률 추이

국내 자살 현황 및 추이를 파악하기 위해 1987~2018년 통계청 사망원인통계 자료를 활용하여 분석하였다. 통계청 사망원인통계는 사망신고서를 기초로 한국표준질병·사인분류에 따라 사망원인을 집계한 결과이며, '고의적 자해(자살)' 코드(X60~X84)로 분류하여 분석하였다.

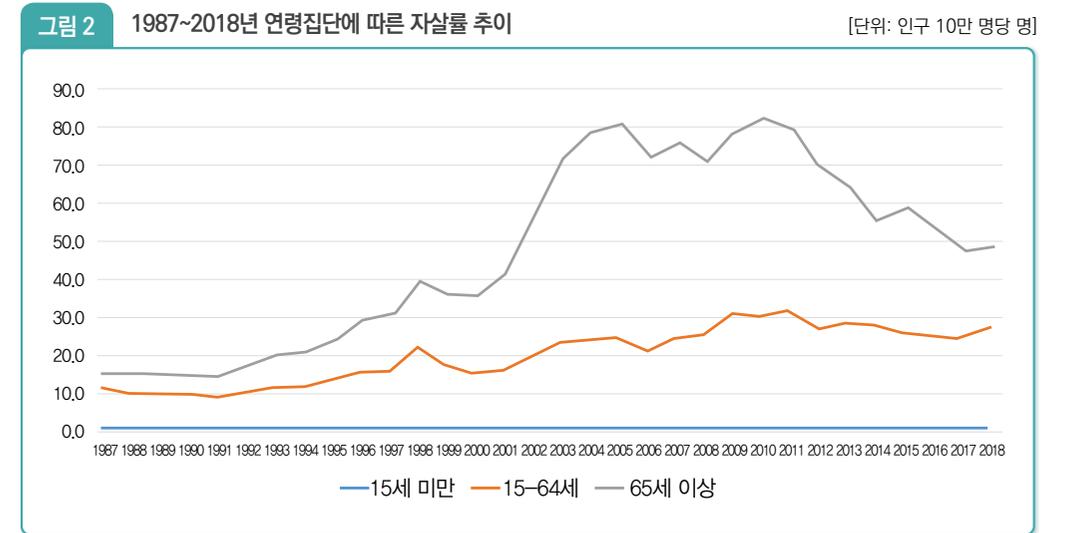
2018년 자살자 수는 13,670명으로 전년 대비 1,207명(9.7%) 증가하였고, 1일 평균 자살자 수는 37.5명이며, 자살률은 인구 10만 명당 26.6명이다.

1987년부터 2018년까지 자살률 추이는 외환위기 때였던 1998년에 급격히 증가한 이후 2003년 카드대란 사태와 2009년 글로벌 금융위기 직후를 기점으로 더욱 증가하였고, 2011년에 자살률이 인구 10만 명당 31.7명까지 높아져 최고치를 기록하였다. 이후 2013년에 일시적 증가를 제외하고는 2017년까지 감소하는 추세였으나 2018년 전년 대비 2.3명(9.5%) 증가하였다.

성별에 따른 자살률 추이를 살펴보면 남자가 여자보다 높은 자살률을 유지하고 있고, 성별 자살률 차이가 1997년까지는 인구 10만 명당 5.6~9.9명이었으나 1998년 이후에는 10명 이상, 2010년 이후에는 20명 이상이었으며, 성별 자살률 차이가 가장 큰 시기는 2018년으로 남자가 여자보다 23.7명 높았다.



1987년부터 2018년까지 연령집단별 자살률 추이를 살펴보기 위해 연령층을 15세 미만, 15~64세, 65세 이상으로 구분하여 분석하였다. 15세 미만 연령집단의 자살률은 인구 10만 명당 0.2~1.0명으로 시간에 따른 큰 변화가 없었다. 청소년과 중년층, 장년층에 해당하는 15~64세의 자살률은 1998년 22.0명으로 급격히 증가한 이후 증감을 반복하다가 2009년과 2011년에 31.2명으로 최고치를 기록했고, 이후 조금씩 감소하는 추세를 보이며 2017년 24.3명까지 감소하였으나 2018년에 26.9명으로 전년 대비 2.6명(11.1%) 증가하였다. 65세 이상 노인층은 연령집단 중 가장 높은 자살률을 유지하고 있고, 1998년에 39.8명으로 증가한 이후 2003년에 72.7명, 2005년에 80.9명, 2010년에 81.9명으로 최고치를 기록했다. 그러나 2011년부터 감소하는 추세로 2017년에 47.7명까지 감소하였으나 2018년에 48.6명으로 0.9명(1.9%) 소폭 증가하였다.



02. 2018년도 주요 자살 현황

2011년 자살률은 인구 10만 명당 31.7명으로 가장 높았고, 고의적 자해(자살)가 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환에 이어 사망원인 4위를 차지하였다. 그러나 2011년 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」을 제정하고, 중앙 정부와 지방자치단체, 민간분야의 다양한 자살예방사업이 본격화함에 따라 최근 2017년과 2018년에는 사망원인 5위로 하락했으며, 2018년에는 2011년 대비 자살률이 5.1명(-16.1%) 감소하였다.

표 2 2011년, 2017년, 2018년 사망원인 순위 추이 [단위: 명, %, 인구 10만 명당 명]

순위	2011년		2017년		2018년					
	사망원인	사망률	사망원인	사망률	사망원인	사망자수	구성비	사망률	'11 순위 대비	'17 순위 대비
1	악성신생물	142.8	악성신생물	153.9	악성신생물	79,153	26.5	154.3	-	-
2	뇌혈관 질환	50.7	심장 질환	60.2	심장 질환	32,004	10.7	62.4	↑+1	-
3	심장 질환	49.8	뇌혈관 질환	44.4	폐렴	23,280	7.8	45.4	↑+3	↑+1
4	고의적 자해 (자살)	31.7	폐렴	37.8	뇌혈관 질환	22,940	7.7	44.7	↓-2	↓-1
5	당뇨병	21.5	고의적 자해 (자살)	24.3	고의적 자해 (자살)	13,670	4.6	26.6	↓-1	-
6	폐렴	17.2	당뇨병	17.9	당뇨병	8,789	2.9	17.1	↓-1	-
7	만성 하기도 질환	13.9	간 질환	13.3	간 질환	6,858	2.3	13.4	↑+1	-
8	간 질환	13.5	만성 하기도 질환	13.2	만성 하기도 질환	6,608	2.2	12.9	↓-1	-
9	운수 사고	12.6	고혈압성 질환	11.3	알츠하이머병	6,157	2.1	12.0	↑+3	↑+2
10	고혈압성 질환	10.1	운수 사고	9.8	고혈압성 질환	6,065	2.0	11.8	-	↓-1

[출처: 통계청, 2011년·2017년·2018년 사망원인통계]

2018년 연령별 3대 사망원인 중 고의적 자해(자살)는 10~30대에서 1위, 40대와 50대에서는 2위로 높은 순위에 위치하였다.

연령별 전체 사망원인 중 고의적 자해(자살)가 차지하는 비율(구성비)은 10대 35.7%, 20대 47.2%, 30대 39.4%, 40대 21.3%, 50대 10.1%이고, 10대부터 50대 연령 모두 전년 대비 각각 10대 4.8%p, 20대 2.4%p, 30대 2.5%p, 40대 2.3%p, 50대 0.8%p 증가하였다.

* 60대의 고의적 자해(자살)는 3대 사망원인에 포함되지 않았으나 사망률이 32.9명으로 4위를 차지했고, 구성비가 4.8%로 전년 대비 0.4%p 증가함

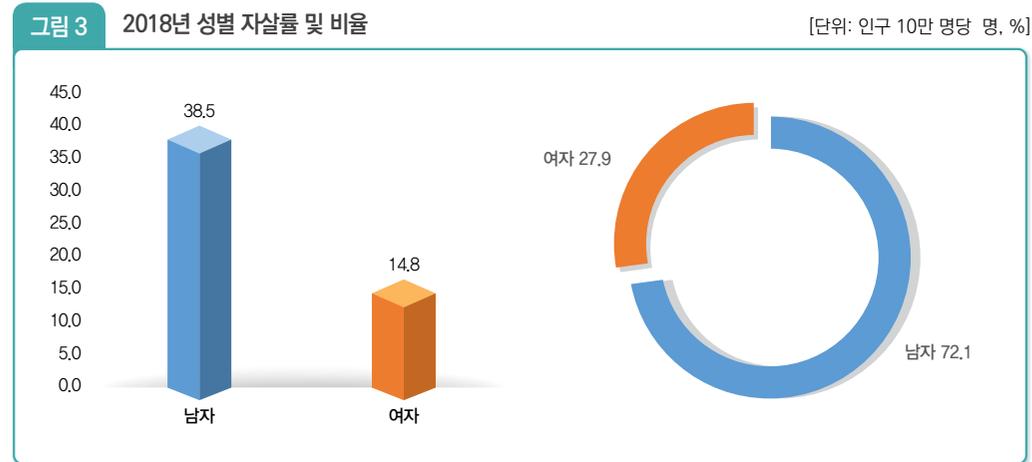
표 3 2018년 연령별 3대 사망원인 구성비 및 사망률 [단위: %, 인구 10만 명당 명]

연령 (세)	1위			2위			3위		
	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률
0	출생전후기에 기원한 특정 병태	50.6	142.0	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	18.7	52.5	영아 돌연사 증후군	7.9	22.3
1~9	악성신생물	20.2	2.0	운수 사고	9.6	0.9	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	9.1	0.9
10~19	고의적 자해 (자살)	35.7	5.8	악성신생물	14.5	2.3	운수사고	14.0	2.3
20~29	고의적 자해 (자살)	47.2	17.6	운수 사고	11.6	4.3	악성신생물	10.6	3.9
30~39	고의적 자해 (자살)	39.4	27.5	악성신생물	19.3	13.4	심장 질환	6.0	4.2
40~49	악성신생물	27.6	40.9	고의적 자해 (자살)	21.3	31.5	간 질환	8.4	12.5
50~59	악성신생물	36.3	120.0	고의적 자해 (자살)	10.1	33.4	심장 질환	8.2	27.2
60~69	악성신생물	41.7	285.6	심장 질환	9.0	61.4	뇌혈관 질환	6.3	43.4
70~79	악성신생물	34.2	715.5	심장 질환	10.3	216.0	뇌혈관 질환	8.5	177.5
80이상	악성신생물	17.0	1425.8	심장 질환	12.6	1060.2	폐렴	11.6	978.3

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

가. 성별 자살 현황

2018년 남자의 자살률(인구 10만 명당 명)은 38.5명, 여자는 14.8명으로 남자가 여자보다 2.6배 높고, 전체 자살사망자 중 남자가 차지하는 비율은 72.1%, 여자는 27.9%이다.



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

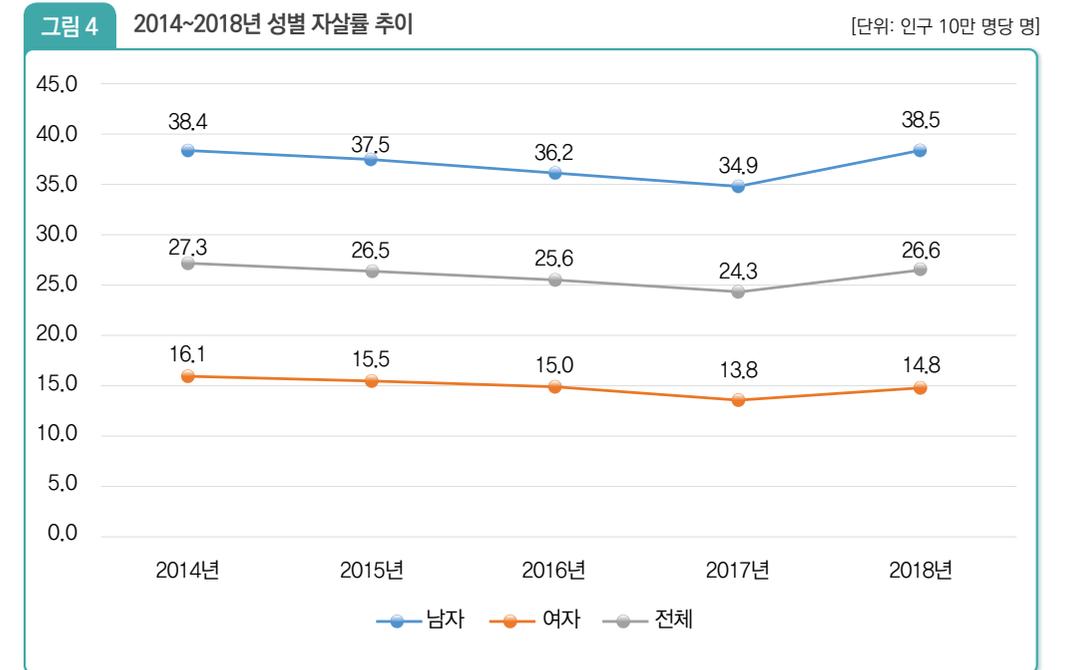
표 4 2018년 성별 자살 현황 [단위: 명, %, 인구 10만 명당 명]

성별	자살자 수	백분율	자살률
남자	9,862	72.1	38.5
여자	3,808	27.9	14.8
전체	13,670	100.0	26.6

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

최근 5년간 성별 자살률은 남자와 여자 모두 2017년까지 계속해서 감소하였으나 2018년에 전년 대비 남자는 3.6명(10.4%), 여자는 1.0명(7.4%) 증가하였다.

5년간 자살률의 연평균 증감률에서는 전체 자살률이 0.6% 감소하였으나 남자의 자살률은 0.1% 증가하였고, 여자는 2.1% 감소하였다.



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

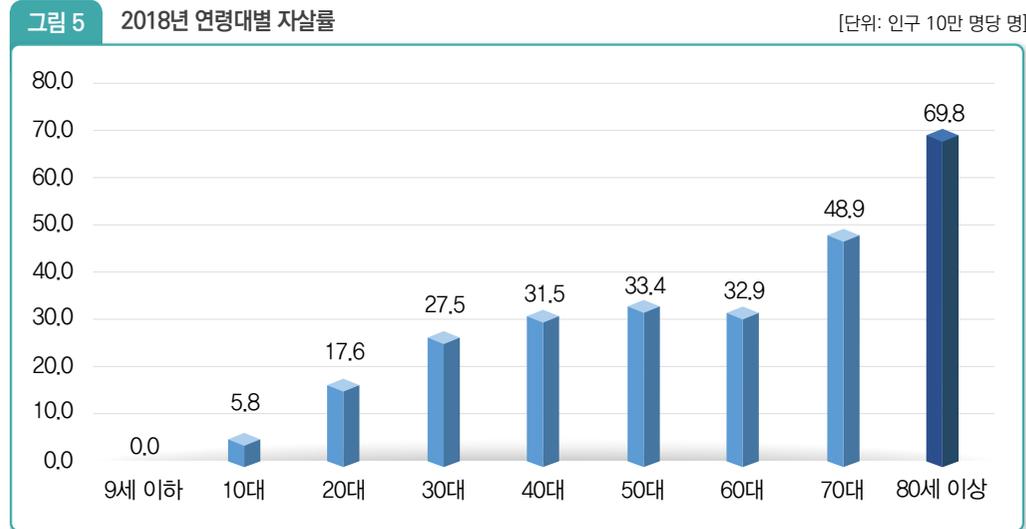
표 5 2014~2018년 성별 자살 현황 추이 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

성별	2014년		2015년		2016년		2017년		2018년	
	자살자 수	자살률								
남자	9,736	38.4	9,559	37.5	9,243	36.2	8,922	34.9	9,862	38.5
여자	4,100	16.1	3,954	15.5	3,849	15.0	3,541	13.8	3,808	14.8
전체	13,836	27.3	13,513	26.5	13,092	25.6	12,463	24.3	13,670	26.6

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

나. 연령대별 자살 현황

2018년 연령대별 자살자 수는 50대가 2,812명으로 가장 많고, 자살률(인구 10만 명당 명)은 80세 이상(69.8명), 70대(48.9명), 50대(33.4명) 순으로 높다. 50대 자살률이 60대보다 0.5명 약간 더 높았으나 전반적으로 연령대가 높을수록 자살률도 증가하는 경향을 보였다.



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

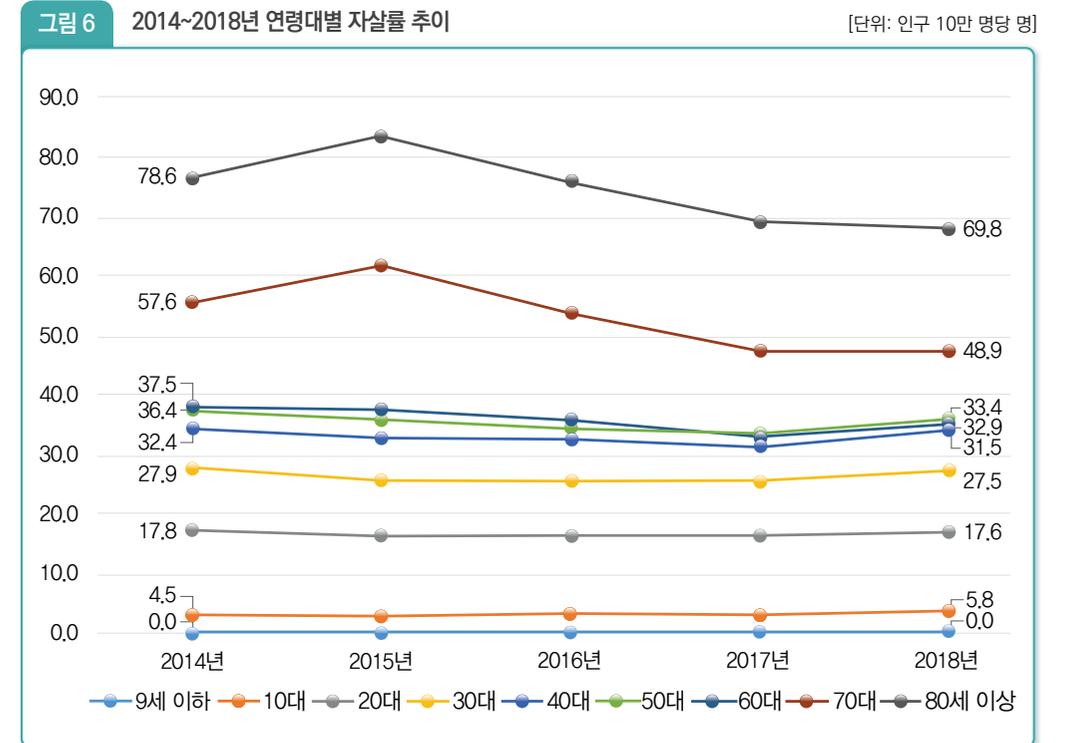
표 6 2018년 연령대별 자살 현황 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

연령대	자살자 수	자살률
9세 이하	1	0.0
10대	300	5.8
20대	1,192	17.6
30대	1,998	27.5
40대	2,676	31.5
50대	2,812	33.4
60대	1,880	32.9
70대	1,664	48.9
80세 이상	1,147	69.8
전체	13,670	26.6

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

최근 5년간 연령별 자살률은 80세 이상이 가장 높은 자살률을 보이고 있고, 연령대가 높을수록 자살률이 증가하는 추세가 지속되고 있으나 2017년부터 50대의 자살률이 60대보다 약간 높은 양상을 보이고 있다. 9세 이하 자살률은 5년간 0.0명을 유지하고 있고, 10대는 2017년까지 4.2~4.9명이었으나 2018년에 5.8명으로 증가하였으며, 20대는 2015년부터 16.4명으로 유지하다가 2018년 17.6명으로 증가하였다. 그리고 30대~60대는 2017년까지 지속해서 감소하다가 2018년에 증가하였고, 70대도 2015년 이후 감소하는 추세였으나 2018년 0.1명 증가하였으며, 80세 이상은 2015년 이후 지속해서 감소하는 추세이다.

5년간 자살률의 연평균 증감률에서는 10대가 6.5% 증가하였고, 20대 이상 연령대는 모두 감소하였으며, 가장 크게 감소한 연령대는 70대로 4.0% 감소하였다.



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

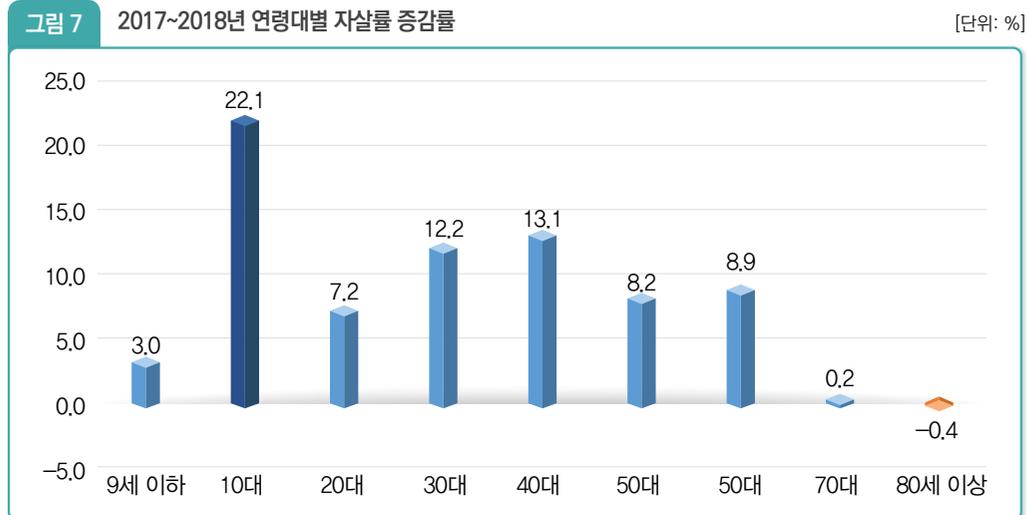
기본편 1. 자살의 현황

표 7 2014~2018년 연령대별 자살 현황 추이 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

연령대	2014년		2015년		2016년		2017년		2018년	
	자살자 수	자살률								
9세 이하	2	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	1	0.0
10대	274	4.5	245	4.2	273	4.9	254	4.7	300	5.8
20대	1,174	17.8	1,087	16.4	1,097	16.4	1,106	16.4	1,192	17.6
30대	2,193	27.9	1,926	25.1	1,857	24.6	1,812	24.5	1,998	27.5
40대	2,854	32.4	2,624	29.9	2,579	29.6	2,408	27.9	2,676	31.5
50대	2,914	36.4	2,795	34.3	2,677	32.5	2,568	30.8	2,812	33.4
60대	1,699	37.5	1,778	36.9	1,783	34.6	1,641	30.2	1,880	32.9
70대	1,775	57.6	1,957	62.5	1,715	54.0	1,598	48.8	1,664	48.9
80세 이상	949	78.6	1,098	83.7	1,111	78.1	1,073	70.0	1,147	69.8
미상	2	-	3	-	0	-	2	-	0	-
전체	13,836	27.3	13,513	26.5	13,092	25.6	12,463	24.3	13,670	26.6

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

2018년 전년 대비 80세 이상을 제외한 전 연령층에서 자살률이 증가하였다. 80세 이상은 0.3명(-0.4%) 감소하였으며, 특히 10대(22.1%), 40대(13.1%), 30대(12.2%) 순으로 증가하였다.



[출처: 통계청, 2017~2018년 사망원인통계]

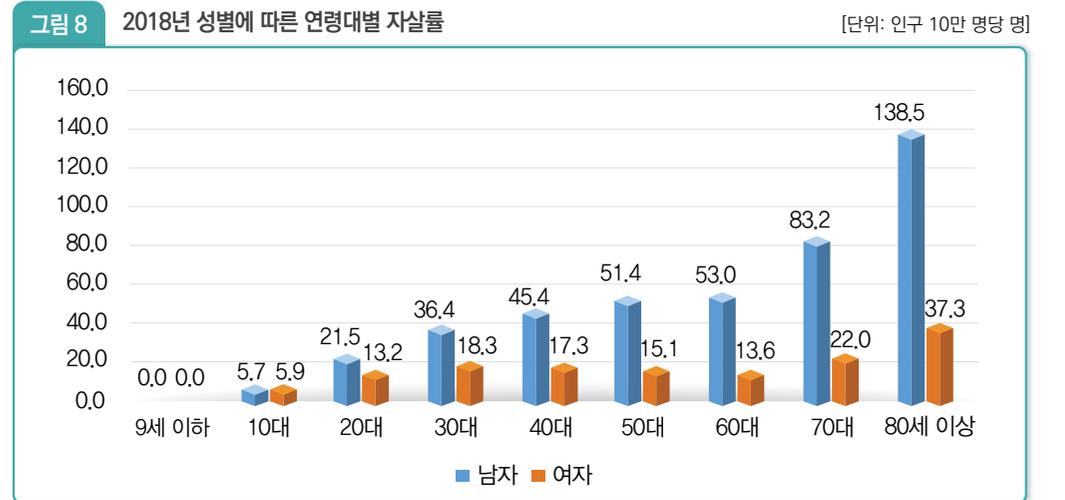
표 8 2017~2018년 연령대별 자살률 증감 현황 [단위: 인구 10만 명당 명, %]

연령대	2017년	2018년	증감	증감률
9세 이하	0.0	0.0	0.0	3.0
10대	4.7	5.8	1.0	22.1
20대	16.4	17.6	1.2	7.2
30대	24.5	27.5	3.0	12.2
40대	27.9	31.5	3.6	13.1
50대	30.8	33.4	2.5	8.2
60대	30.2	32.9	2.7	8.9
70대	48.8	48.9	0.1	0.2
80세 이상	70.0	69.8	-0.3	-0.4
전체	24.3	26.6	2.3	9.5

[출처: 통계청, 2017~2018년 사망원인통계]

2018년 남자와 여자 모두 80세 이상 자살률(인구 10만 명당 명)이 각각 남자 138.5명, 여자 37.3명으로 가장 높았다. 남자는 연령대가 높을수록 자살률이 증가하는 추세이고, 특히 70세 이후 급증하였다. 여자는 30대까지는 연령대가 높을수록 자살률이 증가하였으나 40대부터 60대까지 감소하다가 70대부터 다시 증가하였다.

2018년 남녀 간 자살률 성비는 10대에 1.0배로 가장 낮았고, 60대가 3.9배로 가장 높았다. 10대부터 60대까지 연령대가 높을수록 성비가 높아졌으며, 70대와 80세 이상은 60대보다 약간 낮았다.



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 9 2018년 성별에 따른 연령대별 자살 현황

[단위: 명, 인구 10만 명당 명]

		9세 이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80세 이상	전체
		남자	자살자 수	1	153	767	1,351	1,954	2,179	1,481	1,246
	자살률	0.0	5.7	21.5	36.4	45.4	51.4	53.0	83.2	138.5	38.5
여자	자살자 수	0	147	425	647	722	633	399	418	417	3,808
	자살률	0.0	5.9	13.2	18.3	17.3	15.1	13.6	22.0	37.3	14.8
전체	자살자 수	1	300	1,192	1,998	2,676	2,812	1,880	1,664	1,147	13,670
	자살률	0.0	5.8	17.6	27.5	31.5	33.4	32.9	48.9	69.8	26.6
	성비	-	1.0	1.6	2.0	2.6	3.4	3.9	3.8	3.7	2.6

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

2018년 남자는 10대를 제외한 모든 연령에서 전년 대비 자살률이 증가하였고, 40대의 증가율(17.3%)이 가장 높았다. 여자는 70대, 80세 이상 연령층을 제외한 모든 연령에서 전년 대비 자살률이 증가하였고, 10대의 증가율(66.7%)이 가장 높았다.

표 10 2017~2018년 성별에 따른 연령대별 자살률 증감 현황

[단위: 인구 10만 명당 명, %]

연령대	남자				여자			
	2017년	2018년	증감	증감률	2017년	2018년	증감	증감률
9세 이하	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	-
10대	5.8	5.7	-0.2	-2.9	3.5	5.9	2.4	66.7
20대	20.8	21.5	0.6	3.0	11.4	13.2	1.8	15.8
30대	32.4	36.4	3.9	12.1	16.2	18.3	2.0	12.5
40대	38.7	45.4	6.7	17.3	16.8	17.3	0.5	2.8
50대	47.7	51.4	3.7	7.8	13.7	15.1	1.4	10.3
60대	47.7	53.0	5.4	11.2	13.6	13.6	0.0	0.3
70대	81.7	83.2	1.5	1.8	23.4	22.0	-1.4	-6.1
80세 이상	138.4	138.5	0.1	0.0	38.6	37.3	-1.3	-3.3
전체	34.9	38.5	3.6	10.4	13.8	14.8	1.0	7.4

[출처: 통계청, 2017~2018년 사망원인통계]

다. 청소년(9~24세) 자살 현황

2018년 청소년 자살자 수는 827명으로 전년 대비 105명(14.5%) 증가하였고, 자살률은 인구 10만 명당 9.1명이다.

최근 5년간 청소년 자살률은 2017년까지 7.2~7.8명이었으나 2018년에 9.1명으로 전년 대비 1.4명(17.8%) 증가하였고, 5년간 자살률의 연평균 증감률은 5.2% 증가하였다.

그림 9 2014~2018년 청소년(9~24세) 자살 현황 추이

[단위: 명, 인구 10만 명당 명]



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

표 11 2014~2018년 청소년(9~24세) 자살 현황

[단위: 명, 인구 10만 명당 명]

	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
자살자 수	742	708	744	722	827
자살률	7.4	7.2	7.8	7.7	9.1

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 청소년 남자의 자살률(인구 10만 명당 명)은 10.0명, 여자는 8.1명이다. 남녀 간 자살률 성비는 남자가 여자보다 1.2배 높고, 성비가 전체 연령(2.6배)과 비교해 낮으며, 전체 자살사망자 중 남자가 차지하는 비율은 57.6%, 여자는 42.4%이다.

그림 10 2018년 성별 청소년(9~24세) 자살 현황 [단위: 인구 10만 명당 명, %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 12 2018년 성별 청소년(9~24세) 자살 현황 [단위: 명, %, 인구 10만 명당 명]

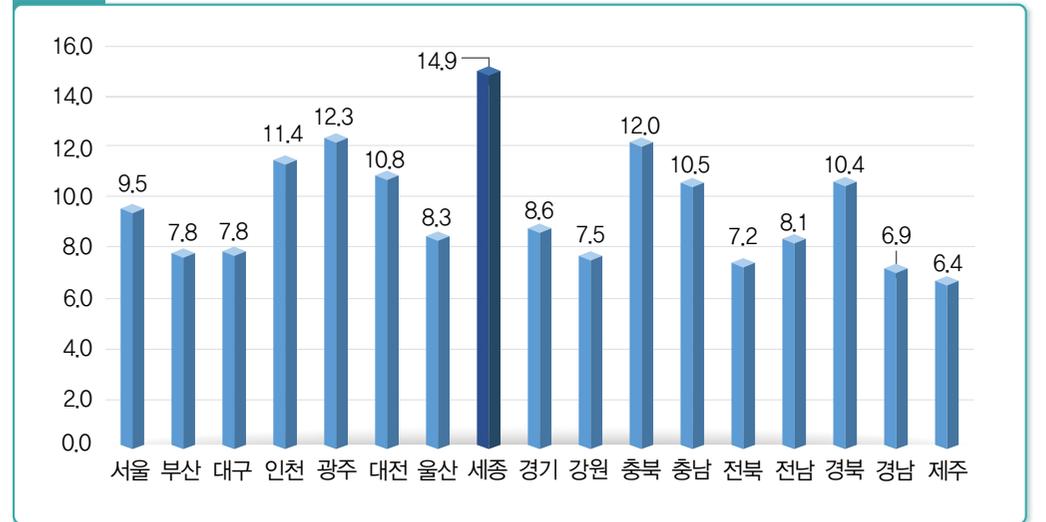
성별	자살자 수	백분율	자살률
남자	476	57.6	10.0
여자	351	42.4	8.1
전체	827	100.0	9.1

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

2018년 청소년 자살자 수는 경기도가 206명으로 가장 많고, 자살률(인구 10만 명당 명)은 세종(14.9명), 광주(12.3명), 충북(12.0명) 순으로 높다.

기본편 1. 자살의 현황

그림 11 2018년 시·도별 청소년(9~24세) 자살률 [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 13 2018년 시·도별 청소년(9~24세) 자살 현황 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

시도	자살자 수	자살률
서울	153	9.5
부산	43	7.8
대구	35	7.8
인천	60	11.4
광주	37	12.3
대전	31	10.8
울산	18	8.3
세종	8	14.9
경기	206	8.6
강원	20	7.5
충북	34	12.0
충남	38	10.5
전북	24	7.2
전남	26	8.1
경북	45	10.4
경남	41	6.9
제주	8	6.4

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

기본편 1. 자살의 현황

2018년 청소년의 자살 수단은 추락이 325명(39.3%)으로 가장 많고, 뒤이어 목매 280명(33.9%), 가스 중독 127명(15.4%) 순으로 많다. 추락으로 인한 자살 비율은 전체 연령(16.6%) 보다 22.7%p 높으며, 목매는 전체 연령(52.1%) 보다 18.2%p 낮다.

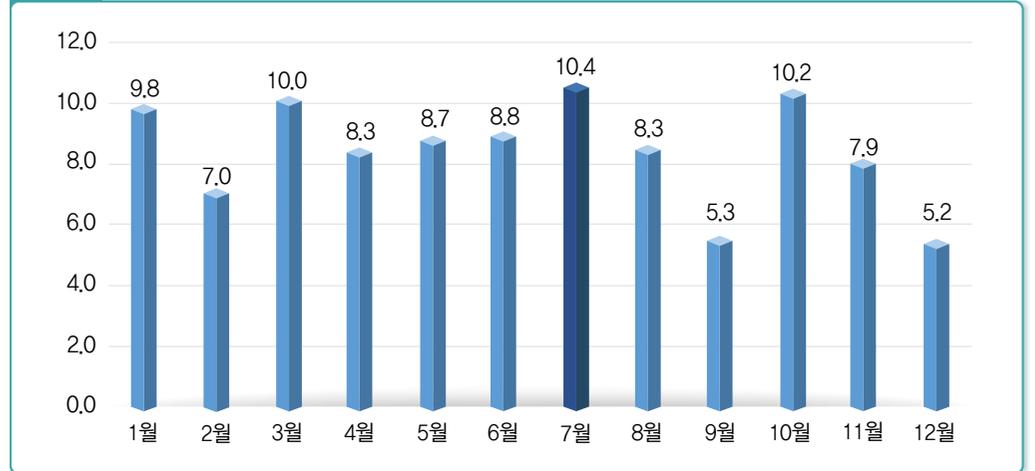
2018년 청소년의 월별 자살자 수는 7월 86명(10.4%), 10월 84명(10.2%), 3월 83명(10.0%) 순으로 많고, 특히 전년 대비 증가율이 1월에 97.6%, 7월에 62.3%, 3월에 40.7%로 가장 크게 증가하였다.

그림 12 2018년 수단별 청소년(9~24세) 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

그림 13 2018년 월별 청소년(9~24세) 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 14 2018년 수단별 청소년(9~24세) 자살 현황 [단위: 명, %, 인구 10만 명당 명]

자살 수단	자살자 수	백분율	자살률
약물 음독	25	3.0	0.3
가스 중독	127	15.4	1.4
농약 음독	2	0.2	0.0
기타 화학물질	15	1.8	0.2
목매	280	33.9	3.1
익사	41	5.0	0.5
총화기	3	0.4	0.0
분신	3	0.4	0.0
둔기/예기	3	0.4	0.0
추락	325	39.3	3.6
자동차/기차	1	0.1	0.0
기타	2	0.2	0.0
전체	827	100.0	9.1

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 15 2018년 월별 청소년(9~24세) 자살 현황 [단위: 명, %]

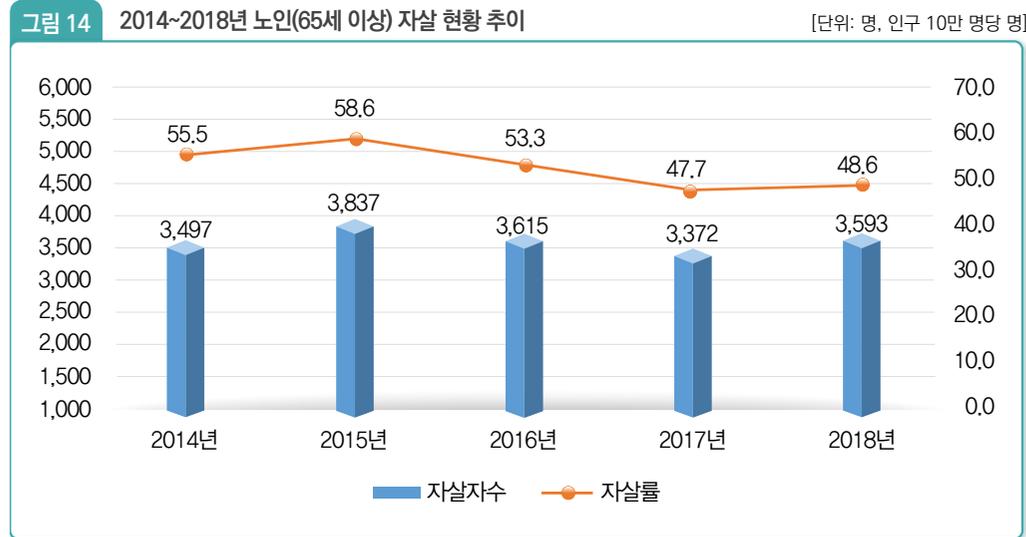
월	자살자 수	백분율
1월	81	9.8
2월	58	7.0
3월	83	10.0
4월	69	8.3
5월	72	8.7
6월	73	8.8
7월	86	10.4
8월	69	8.3
9월	44	5.3
10월	84	10.2
11월	65	7.9
12월	43	5.2
전체	827	100.0

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

라. 노인(65세 이상) 자살 현황

2018년 노인 자살자 수는 3,593명으로 전년 대비 221명(6.6%) 증가하였고, 자살률(인구 10만 명당 명)은 48.6명이다.

최근 5년간 노인 자살률은 2015년에 58.6명으로 가장 높았고, 이후 2017년까지 감소하였으나 2018년에 전년 대비 0.9명(1.9%) 증가하였으며, 5년간 자살률의 연평균 증감률은 3.3% 감소하였다.



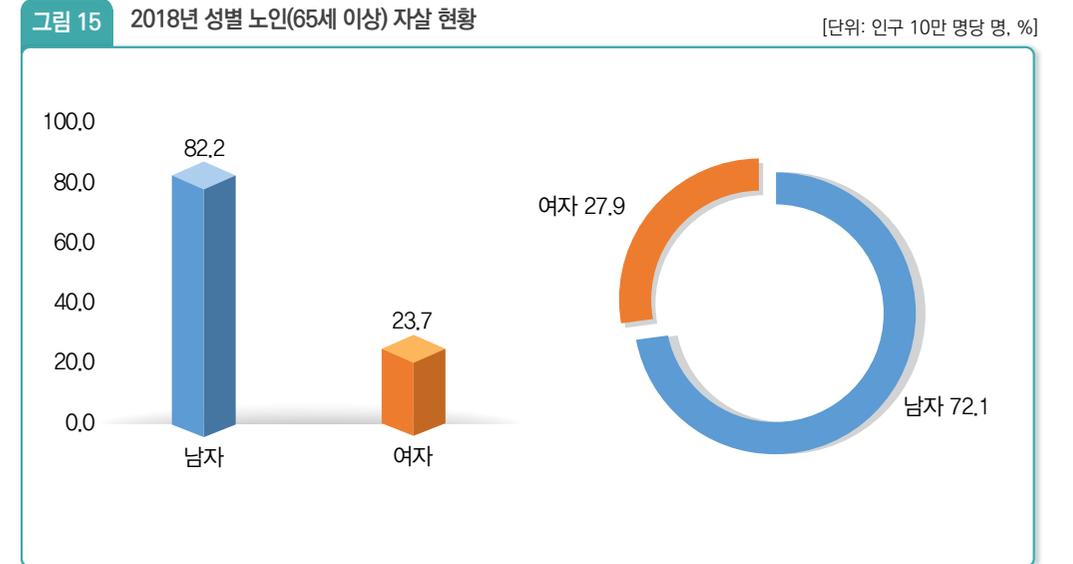
[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

표 16 2014~2018년 노인(65세 이상) 자살 현황 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
자살자수	3,497	3,837	3,615	3,372	3,593
자살률	55.5	58.6	53.3	47.7	48.6

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

2018년 노인 남자의 자살률(인구 10만 명당 명)은 82.2명, 여자는 23.7명이다. 남녀 간 자살률 성비는 남자가 여자보다 3.5배 높고, 전체 연령(2.6배)에 비해 성비가 높았으며, 전체 자살사망자 중 남자가 차지하는 비율은 72.1%, 여자는 27.9%이다.



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 17 2018년 성별 노인(65세 이상) 자살 현황 [단위: 명, %, 인구 10만 명당 명]

성별	자살자수	백분율	자살률
남자	2,591	72.1	82.2
여자	1,002	27.9	23.7
전체	3,593	100.0	48.6

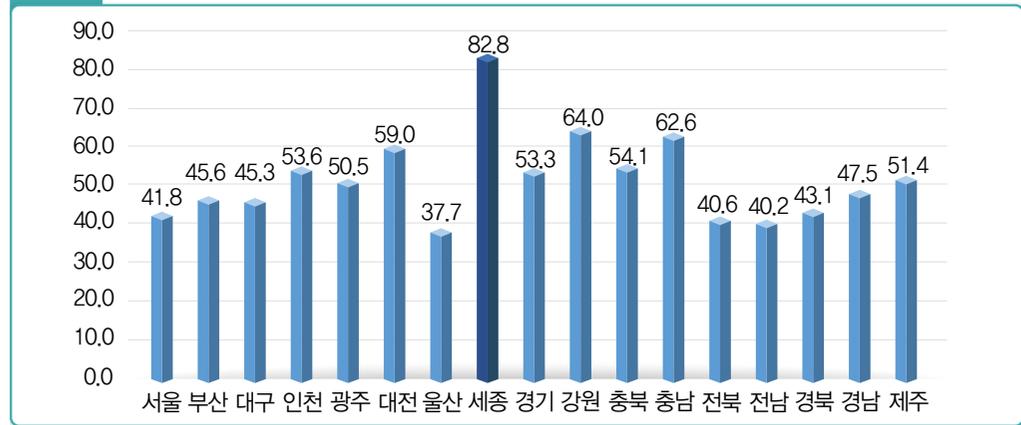
[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

기본편 1. 자살의 현황

2018년 노인 자살자 수는 경기도가 794명으로 가장 많고, 자살률(인구 10만 명당 명)은 세종(82.8명), 강원(64.0명), 충남(62.6명) 순으로 높았다.

그림 16 2018년 시·도별 노인(65세 이상) 자살률 [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

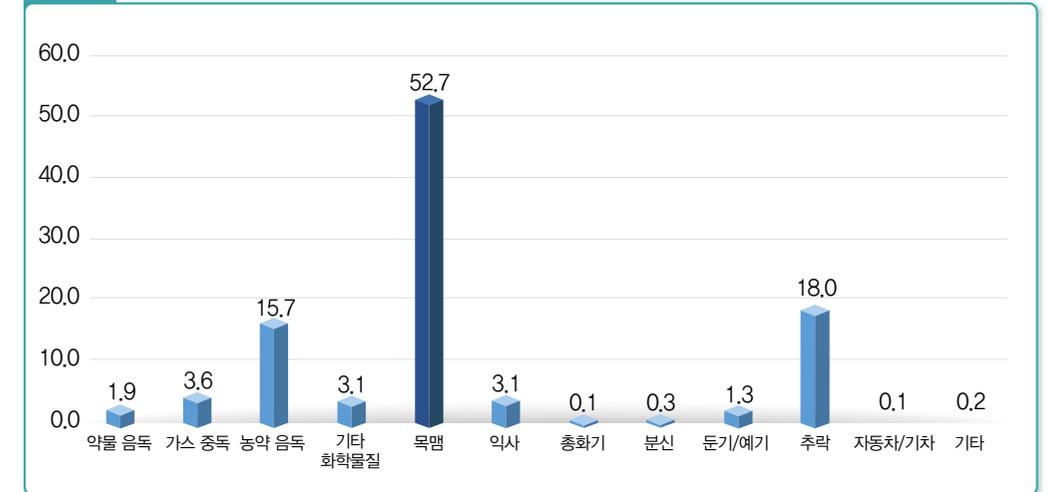
표 18 2018년 시·도별 노인(65세 이상) 자살 현황 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

시도	자살자 수	자살률
서울	560	41.8
부산	259	45.6
대구	159	45.3
인천	187	53.6
광주	92	50.5
대전	108	59.0
울산	45	37.7
세종	23	82.8
경기	794	53.3
강원	180	64.0
충북	138	54.1
충남	228	62.6
전북	143	40.6
전남	164	40.2
경북	223	43.1
경남	242	47.5
제주	48	51.4

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

2018년 노인의 자살 수단은 목뎀이 1,894명(52.7%)으로 가장 많고, 뒤이어 추락 648명(18.0%), 농약 음독 563명(15.7%) 순으로 많으며, 농약 음독으로 인한 자살 비율이 전체 연령(5.9%)보다 9.8%p 높았다.

그림 17 2018년 수단별 노인(65세 이상) 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

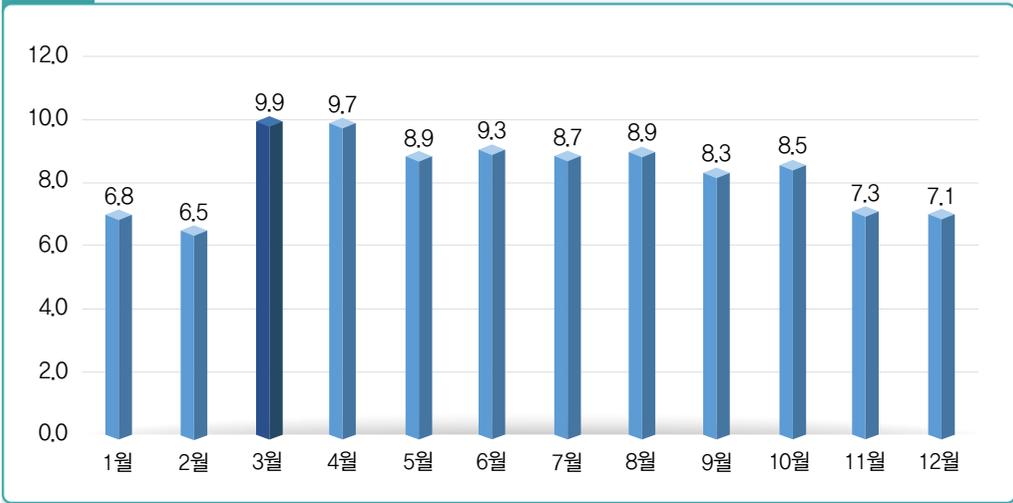
표 19 2018년 수단별 노인(65세 이상) 자살 현황 [단위: 명, %, 인구 10만 명당 명]

자살 수단	자살자 수	백분율	자살률
약물 음독	70	1.9	0.9
가스 중독	129	3.6	1.7
농약 음독	563	15.7	7.6
기타 화학물질	110	3.1	1.5
목뎀	1,894	52.7	25.6
익사	110	3.1	1.5
총화기	2	0.1	0.0
분신	10	0.3	0.1
둔기/예기	47	1.3	0.6
추락	648	18.0	8.8
자동차/기차	2	0.1	0.0
기타	8	0.2	0.1
전체	3,593	100.0	48.6

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

2018년 노인의 월별 자살자 수는 3월 357명(9.9%), 4월 348명(9.7%), 6월 334명(9.3%) 순으로 많고, 특히 전년 대비 증가율이 3월에 30.3%, 12월에 19.7%, 1월에 13.9%로 크게 증가하였다.

그림 18 2018년 월별 노인(65세 이상) 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 20 2018년 월별 노인(65세 이상) 자살 현황 [단위: 명, %]

월	자살자 수	백분율
1월	246	6.8
2월	232	6.5
3월	357	9.9
4월	348	9.7
5월	319	8.9
6월	334	9.3
7월	313	8.7
8월	320	8.9
9월	300	8.3
10월	305	8.5
11월	264	7.3
12월	255	7.1
전체	3,593	100.0

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

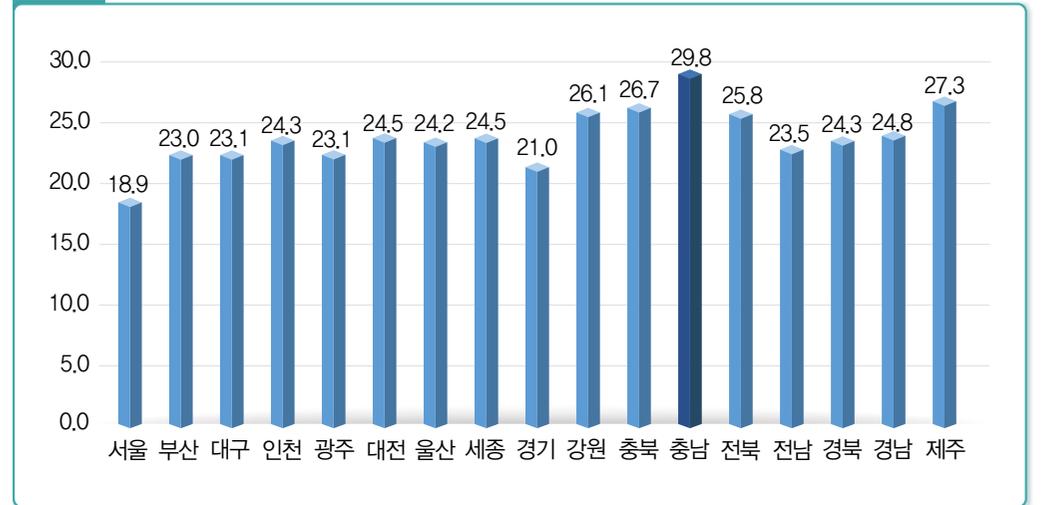
마. 지역별 자살 현황

지역별 비교 시 인구구조가 다른 집단 간의 사망 수준을 비교하기 위해 연령구조가 사망률에 미치는 영향을 제거한 연령표준화 사망률로 비교하였고, 표준인구는 2005년 전국인구(주민등록 연앙인구)를 사용하여 연령구조의 차이를 보정하였다.

2018년 전국 17개 시도 중 자살자 수는 경기도가 3,111명으로 가장 많고, 연령표준화 자살률(인구 10만 명당 명)은 충남 29.8명, 제주 27.3명, 충북 26.7명 순으로 높다. 서울이 18.9명으로 연령표준화 자살률이 가장 낮고, 가장 높은 충남과의 격차는 1.6배이다.

충남은 2017년에 이어 2018년에도 연령표준화 자살률이 가장 높고, 제주는 2018년에 두 번째로 급상승하였으며, 충북은 최근 5년간 충남과 함께 높은 자살률을 보이고 있다.

그림 19 2018년 시·도별 연령표준화 자살률 [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 21 2018년 시·도별 자살 현황 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

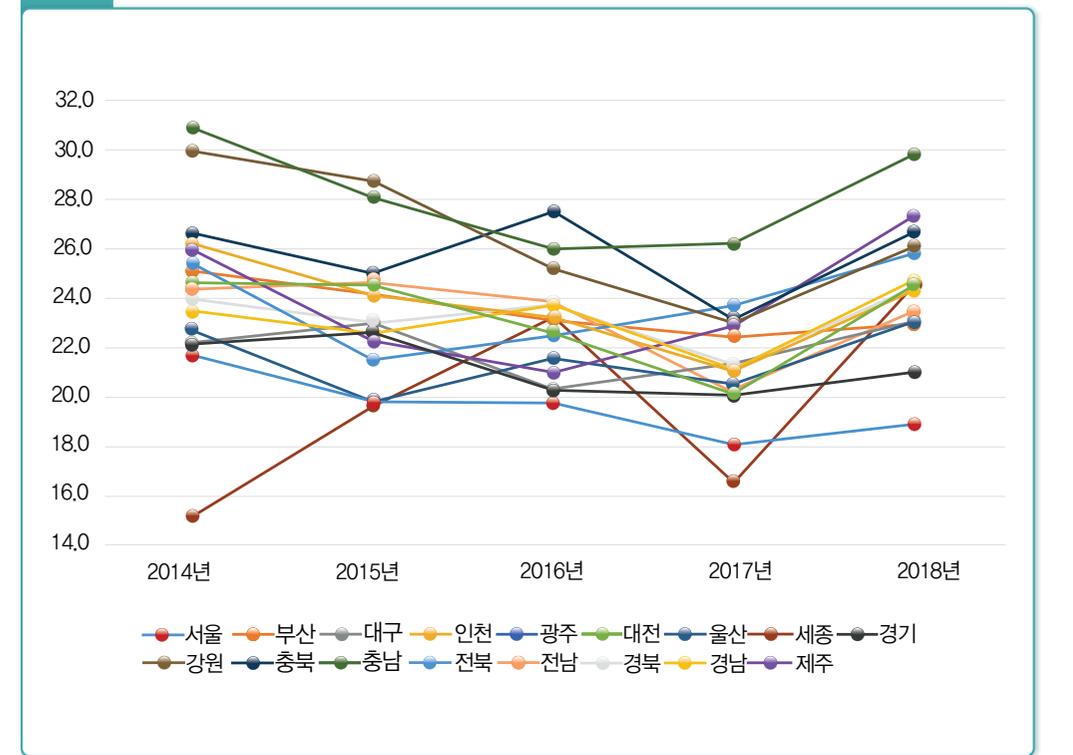
시도	자살자 수	연령표준화 자살률
서울	2,172	18.9
부산	952	23.0
대구	656	23.1
인천	816	24.3
광주	373	23.1
대전	420	24.5
울산	313	24.2
세종	77	24.5
경기	3,111	21.0
강원	507	26.1
충북	493	26.7
충남	749	29.8
전북	544	25.8
전남	525	23.5
경북	790	24.3
경남	971	24.8
제주	201	27.3

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

최근 5년간 충남과 충북이 연령표준화 자살률이 높은 상위 3개 시·도를 유지하고 있고, 제주는 2017년부터 연령표준화 자살률이 증가하여 2018년에 전국 17개 시·도에서 두 번째로 순위가 상승하였다.

2016년까지 연령표준화 자살률이 높은 상위 3개 시·도의 하나였던 강원은 2017년부터 네 번째로 높고, 2017년에 두 번째로 급상승하였던 전북은 2018년에 다섯 번째로 높았다. 세종은 2015년까지 연령표준화 자살률이 가장 낮았으나 2016년에 일곱 번째로 높았고, 2017년에 다시 가장 낮았으나 2018년에 일곱 번째로 상승하여 연령표준화 자살률 증감 폭이 컸다.

그림 20 2014~2018년 시·도별 연령표준화 자살률 추이 [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

기본편 1. 자살의 현황

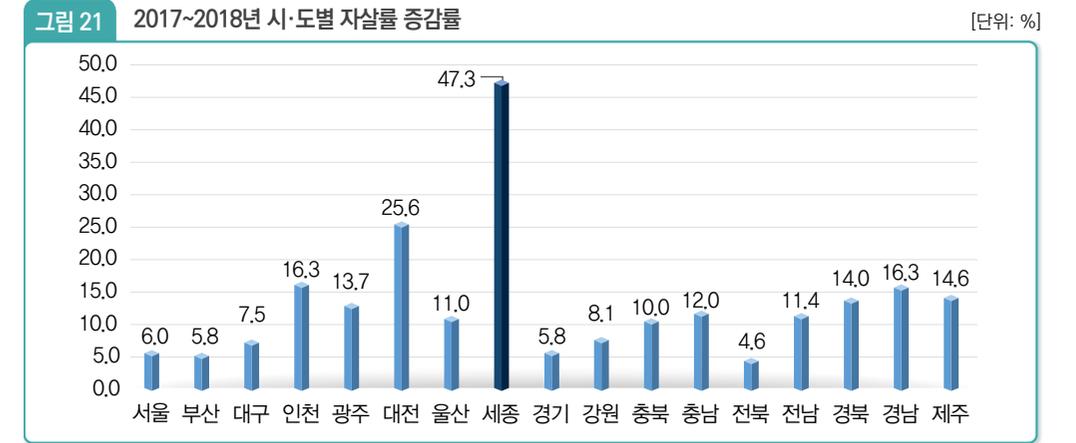
표 22 2014~2018년 시·도별 자살 현황 추이 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

1위 2위 3위

시·도	항목	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
		자살자 수				
서울	자살자 수	2,467	2,301	2,261	2,067	2,172
	연령표준화 자살률	21.7	19.9	19.8	18.1	18.9
부산	자살자 수	1,000	1,009	943	907	952
	연령표준화 자살률	25.1	24.2	23.1	22.4	23.0
대구	자살자 수	624	662	596	613	656
	연령표준화 자살률	22.2	22.8	20.3	21.3	23.1
인천	자살자 수	834	791	769	700	816
	연령표준화 자살률	26.2	24.1	23.2	21.0	24.3
광주	자살자 수	349	313	339	329	373
	연령표준화 자살률	22.7	19.8	21.6	20.6	23.1
대전	자살자 수	408	409	374	337	420
	연령표준화 자살률	24.5	24.5	22.6	20.1	24.5
울산	자살자 수	293	283	274	284	313
	연령표준화 자살률	23.8	22.6	21.9	22.3	24.2
세종	자살자 수	25	41	54	46	77
	연령표준화 자살률	15.2	19.7	23.2	16.6	24.5
경기	자살자 수	3,139	3,123	2,879	2,898	3,111
	연령표준화 자살률	23.5	22.7	20.4	20.1	21.0
강원	자살자 수	563	541	495	470	507
	연령표준화 자살률	29.9	28.7	25.2	23.0	26.1
충북	자살자 수	493	477	517	447	493
	연령표준화 자살률	26.6	25.0	27.5	23.2	26.7
충남	자살자 수	746	721	665	664	749
	연령표준화 자살률	30.9	28.1	26.0	26.2	29.8
전북	자살자 수	535	495	528	524	544
	연령표준화 자살률	25.4	21.5	22.5	23.7	25.8
전남	자살자 수	556	583	562	474	525
	연령표준화 자살률	24.4	24.7	23.9	20.2	23.5
경북	자살자 수	762	737	773	696	790
	연령표준화 자살률	24.0	23.0	23.7	21.3	24.3
경남	자살자 수	880	877	912	835	971
	연령표준화 자살률	23.5	22.6	23.7	21.1	24.8
제주	자살자 수	162	150	151	172	201
	연령표준화 자살률	25.9	22.3	21.0	22.9	27.3

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

2018년 전년 대비 모든 시·도의 자살률이 증가하였다. 특히 2016년 대비 2017년 가장 감소율이 높았던 세종이 2018년에는 가장 크게 증가하였고, 2017년 인구 10만 명당 17.7명에서 26.0명으로 8.4명(47.3%) 증가하였다. 뒤이어 대전이 5.8명(25.6%), 경남은 4.0명(16.3%), 인천은 3.9명(16.3%) 증가하였다.



[출처: 통계청, 2017~2018년 사망원인통계]

표 23 2017~2018년 시·도별 자살률 증감 현황 [단위: 인구 10만 명당 명, %]

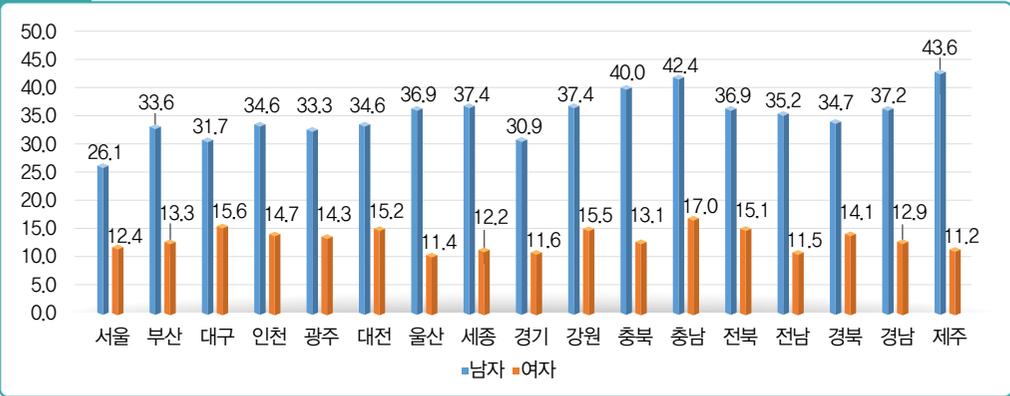
시·도	2017년	2018년	증감	증감률
서울	21.3	22.5	1.3	6.0
부산	26.3	27.9	1.5	5.8
대구	24.9	26.8	1.9	7.5
인천	24.0	27.9	3.9	16.3
광주	22.6	25.7	3.1	13.7
대전	22.5	28.3	5.8	25.6
울산	24.4	27.1	2.7	11.0
세종	17.7	26.0	8.4	47.3
경기	22.9	24.2	1.3	5.8
강원	30.6	33.1	2.5	8.1
충북	28.2	31.1	2.8	10.0
충남	31.7	35.5	3.8	12.0
전북	28.4	29.7	1.3	4.6
전남	25.1	28.0	2.9	11.4
경북	26.0	29.6	3.6	14.0
경남	24.9	28.9	4.0	16.3
제주	26.7	30.6	3.9	14.6

[출처: 통계청, 2017~2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 성별 연령표준화 자살률(인구 10만 명당 명)은 남자의 경우 제주(43.6명), 충남(42.4명), 충북(40.0명) 순이고, 여자의 경우 충남(17.0명), 대구(15.6명), 강원(15.5명) 순으로 높았다.

그림 22 2018년 성별에 따른 시·도별 연령표준화 자살률 [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 24 2018년 성별에 따른 시·도별 자살 현황 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

시도	남자		여자		전체	
	자살자 수	연령표준화 자살률	자살자 수	연령표준화 자살률	자살자 수	연령표준화 자살률
서울	1,475	26.1	697	12.4	2,172	18.9
부산	689	33.6	263	13.3	952	23.0
대구	447	31.7	209	15.6	656	23.1
인천	580	34.6	236	14.7	816	24.3
광주	267	33.3	106	14.3	373	23.1
대전	296	34.6	124	15.2	420	24.5
울산	245	36.9	68	11.4	313	24.2
세종	56	37.4	21	12.2	77	24.5
경기	2,258	30.9	853	11.6	3,111	21.0
강원	366	37.4	141	15.5	507	26.1
충북	372	40.0	121	13.1	493	26.7
충남	546	42.4	203	17.0	749	29.8
전북	399	36.9	145	15.1	544	25.8
전남	400	35.2	125	11.5	525	23.5
경북	579	34.7	211	14.1	790	24.3
경남	729	37.2	242	12.9	971	24.8
제주	158	43.6	43	11.2	201	27.3

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

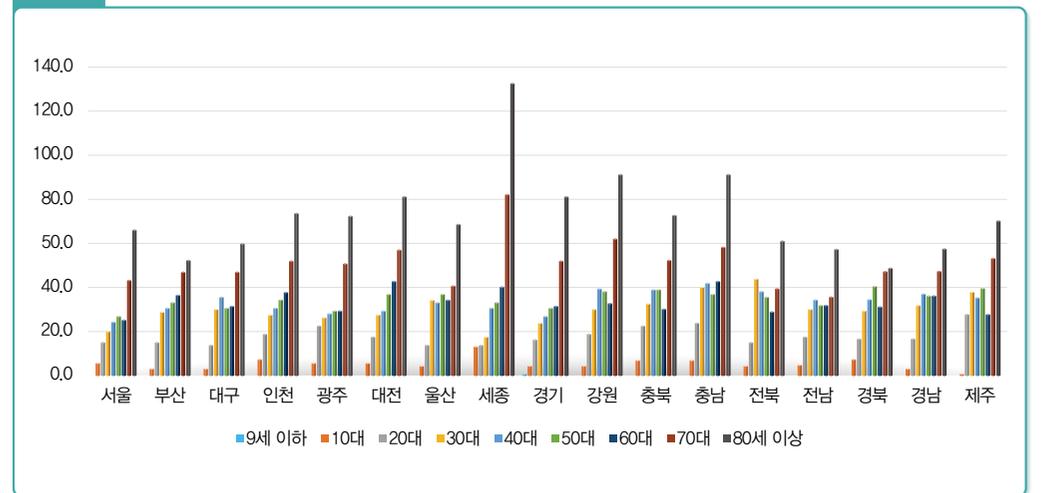
기본편 1. 자살의 현황

2018년 연령대별 자살률(인구 10만 명당 명)이 가장 높은 지역은 9세 이하의 경우 경기(0.1명), 10대는 세종(14.5명), 20대는 제주(28.6명), 30대는 전북(43.7명), 40대는 충남(42.0명), 50대는 경북(41.5명), 60대는 충남(43.7명), 70대는 세종(83.1명), 80세 이상은 세종(132.8명)이다.

2018년 연령표준화 자살률이 높은 상위 3개 지역(충남, 제주, 충북)에서 다른 지역과 비교했을 때 자살률이 높은 연령대를 살펴보면 충남은 20~40대와 60대 이상이 높고, 제주는 20대와 30대, 50대가 높으며, 충북은 40대와 50대가 높다.

2017년 대비 자살률이 가장 크게 증가한 세종은 다른 지역과 비교해 특히 10대와 60대 이상 연령대의 자살률이 높았다.

그림 23 2018년 연령대에 따른 시·도별 자살률 [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 25 2018년 연령대에 따른 시·도별 자살 현황 [단위: 명, 인구 10만 명당 명]

연령대	구분	시·도별 자살 현황																
		서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
9세 이하	자살자 수	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
	자살률	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
10대	자살자 수	54	11	10	24	12	10	7	5	75	7	12	17	10	11	21	13	
	자살률	6.2	3.6	3.9	8.1	6.8	6.1	5.6	14.5	5.4	4.6	7.4	7.9	5.1	5.9	8.4	3.7	
20대	자살자 수	232	74	51	82	48	39	23	5	282	36	45	59	33	39	52	69	
	자살률	16.1	16.6	15.4	20.1	23.5	18.3	14.9	15.6	16.3	19.6	22.6	23.8	15.1	18.9	17.2	17.5	
30대	자살자 수	325	138	99	122	55	60	59	10	460	54	67	118	92	65	96	144	
	자살률	21.0	30.2	31.1	28.2	27.3	28.5	35.2	18.1	23.9	30.6	32.7	40.9	43.7	31.4	29.8	32.4	
40대	자살자 수	407	166	149	156	74	76	66	17	629	94	98	139	111	97	144	212	
	자살률	25.6	31.4	36.5	31.6	29.9	30.2	33.6	30.9	27.6	39.9	39.2	42.0	39.1	35.4	35.7	38.2	
50대	자살자 수	422	203	134	177	69	88	78	12	644	103	104	124	110	102	191	208	
	자살률	27.9	34.6	31.7	35.2	30.5	36.9	37.6	33.6	30.9	38.4	39.0	37.5	36.7	32.4	41.5	36.5	
60대	자살자 수	286	178	93	115	43	67	43	9	396	65	58	105	67	78	112	146	
	자살률	26.1	37.6	32.6	38.3	30.6	43.5	35.8	40.0	32.3	32.8	31.1	43.7	29.5	32.6	31.5	37.3	
70대	자살자 수	276	126	77	84	44	48	22	10	359	85	62	95	64	70	110	109	
	자살률	43.7	47.9	48.2	52.8	51.9	58.2	42.4	83.1	52.3	63.0	53.1	58.6	39.7	36.5	47.5	47.8	
80세 이상	자살자 수	170	56	43	56	28	32	15	9	265	63	47	92	57	63	64	70	
	자살률	66.8	53.3	60.3	75.1	73.5	81.5	70.3	132.8	81.7	92.1	73.6	92.2	62.0	58.2	48.6	57.9	
전체	자살자 수	2,172	952	656	816	373	420	313	77	3,111	507	493	749	544	525	790	971	
	자살률	22.5	27.9	26.8	27.9	25.7	28.3	27.1	26.0	24.2	33.1	31.1	35.5	29.7	28.0	29.6	28.9	

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

2018년 연령표준화 자살률(인구 10만 명당 명)이 높은 시는 전북 김제시(46.9명), 충남 당진시(38.0명), 경기 포천시(36.2명) 순이고, 군은 충북 단양군(41.0명), 경남 함양군(40.3명), 충남 태안군(36.0명), 구는 대구 남구(34.5명), 경남 마산합포구(33.5명), 부산 동구(31.6명) 순이다.

표 26 2018년 연령표준화 자살률 상위 3개 시·군·구 [단위: 명, 인구 10만 명당 명, %]

구분	순위	시·군·구	자살자 수	자살률	연령표준화 자살률	2017년 대비 연령표준화 자살률 증감률
시	1	전북 김제시	36	42.2	46.9	20.4
	2	충남 당진시	76	45.6	38.0	88.5
	3	경기 포천시	70	46.6	36.2	-2.1
군	1	충북 단양군	12	40.1	41.0	151.8
	2	경남 함양군	17	42.7	40.3	75.0
	3	충남 태안군	35	55.4	36.0	7.7
구	1	대구 남구	54	36.2	34.5	36.2
	2	경남 마산합포구	66	36.8	33.5	23.8
	3	부산 동구	38	44.1	31.6	3.9

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

2018년 연령표준화 자살률이 낮은 시는 경기 의왕시(14.3명), 경기 광명시와 경기 하남시(15.0명), 경북 영주시(16.8명) 순이고, 군은 인천 옹진군(0.0명), 전남 화순군(13.7명), 충북 영동군(13.8명), 구는 인천 동구(10.0명), 경기 영통구(12.8명), 서울 송파구(14.0명)순이다.

표 27 2018년 연령표준화 자살률 하위 3개 시·군·구 [단위: 명, 인구 10만 명당 명, %]

구분	순위	시·군·구	자살자 수	자살률	연령표준화 자살률	2017년 대비 연령표준화 자살률 증감률
시	1	경기 의왕시	26	16.9	14.3	-13.2
	2	경기 광명시	54	16.5	15.0	6.3
		경기 하남시	42	17.4	15.0	0.8
군	3	경북 영주시	27	25.3	16.8	-38.3
	1	인천 옹진군	0	0.0	0.0	-
	2	전남 화순군	12	18.8	13.7	-43.9
구	3	충북 영동군	11	22.2	13.8	-68.6
	1	인천 동구	10	15.0	10.0	-38.2
	2	경기 영통구	43	12.2	12.8	-11.1
	3	서울 송파구	104	15.8	14.0	-21.1

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

2017년 대비 자살률의 증가율이 높은 시는 충남 계룡시(97.5%), 충남 당진시(80.3%), 전남 나주시(76.1%) 순이고, 군은 경북 예천군(116.9%), 충북 괴산군(112.1%), 전북 장수군(101.8%), 구는 대전 동구(66.6%), 경남 성산구(57.5%), 경남 진해구(47.6%) 순이다.

한편, 경북 울릉군은 2017년 자살자 수가 0명이었으나 2018년에는 2명이고, 자살률은 인구 10만 명당 20.6명, 연령표준화 자살률은 32.2명이다.

표 28 2017~2018년 자살률 증가율 상위 3개 시·군·구 [단위: 인구 10만 명당 명, %]

구분	순위	시·군·구	2017년	2018년	증감	증감률
시	1	충남 계룡시	16.2	32.1	15.8	97.5
	2	충남 당진시	25.3	45.6	20.3	80.3
	3	전남 나주시	23.5	41.4	17.9	76.1
군	1	경북 예천군	19.0	41.2	22.2	116.9
	2	충북 괴산군	20.7	43.9	23.2	112.1
	3	전북 장수군	12.9	26.1	13.2	101.8
구	1	대전 동구	20.9	34.8	13.9	66.6
	2	경남 성산구	17.9	28.2	10.3	57.5
	3	경남 진해구	18.1	26.7	8.6	47.6

*경북 울릉군은 2017년 자살자 수 0명, 2018년 2명(자살률 인구 10만 명당 20.6명)

[출처: 통계청, 2017~2018년 사망원인통계]

2017년 대비 자살률의 감소율이 높은 시는 경북 김천시(-29.3%), 경기 과천시(-25.9%), 경북 영주시(-19.7%) 순이고, 군은 2018년 자살자 수가 0명인 인천 옹진군(-100.0%), 충북 영동군(-57.3%), 충북 증평군(-50.0%), 구는 대구 중구(-41.3%), 서울 종로구(-33.4%), 인천 동구(-31.0%) 순이다.

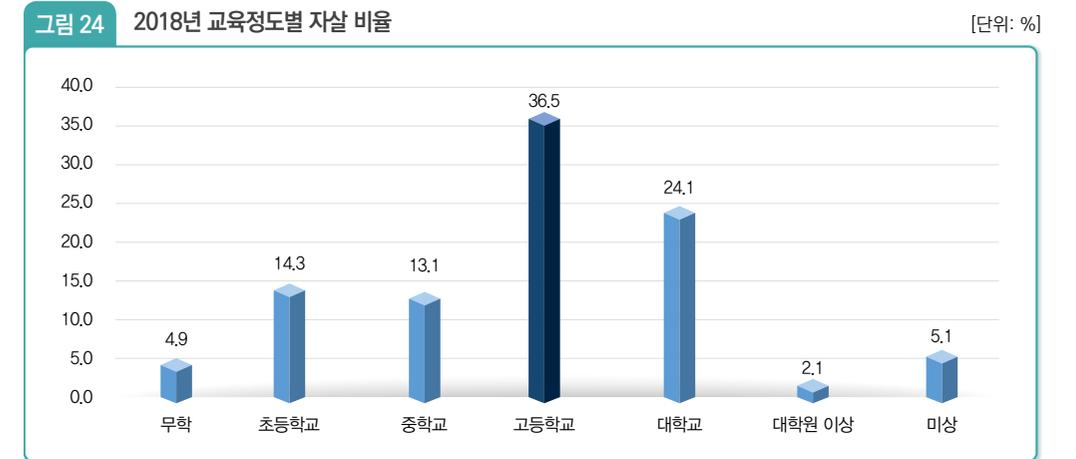
표 29 2017~2018년 자살률 감소율 상위 3개 시·군·구 [단위: 인구 10만 명당 명, %]

구분	순위	시·군·구	2017년	2018년	증감	증감률
시	1	경북 김천시	31.0	22.0	-9.1	-29.3
	2	경기 과천시	28.5	21.1	-7.4	-25.9
	3	경북 영주시	31.4	25.3	-6.2	-19.7
군	1	인천 옹진군	28.1	0.0	-28.1	-100.0
	2	충북 영동군	52.0	22.2	-29.8	-57.3
	3	충북 증평군	42.8	21.4	-21.4	-50.0
구	1	대구 중구	37.2	21.9	-15.4	-41.3
	2	서울 종로구	30.4	20.2	-10.2	-33.4
	3	인천 동구	21.7	15.0	-6.7	-31.0

[출처: 통계청, 2017~2018년 사망원인통계]

바. 교육정도별 자살 현황

2018년 교육정도별 자살자 수는 고등학교 졸업 4,984명(36.5%), 대학교 졸업 3,298명(24.1%), 초등학교 졸업 1,952명(14.3%), 중학교 졸업 1,791명(13.1%), 미상 693명(5.1%), 무학 664명(4.9%), 대학원 이상 288명(2.1%) 순이다.



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 30 2018년 교육정도별 자살 현황 [단위: 명, %]

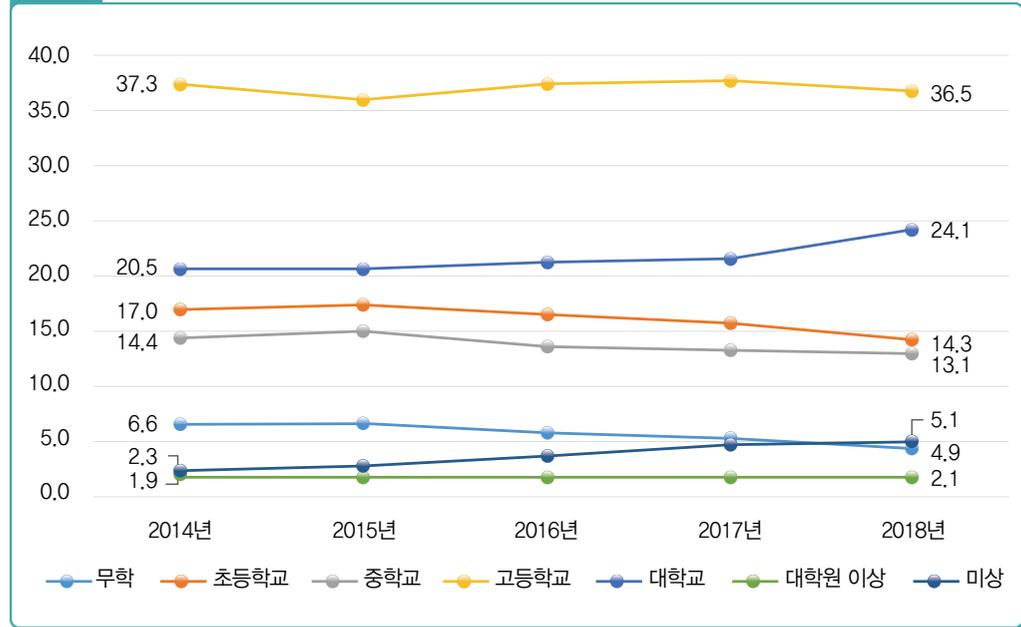
교육정도	자살자 수	백분율
무학	664	4.9
초등학교	1,952	14.3
중학교	1,791	13.1
고등학교	4,984	36.5
대학교	3,298	24.1
대학원 이상	288	2.1
미상	693	5.1
전체	13,670	100.0

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

최근 5년간 고등학교 졸업인 경우가 가장 많았고, 다음으로 대학교 졸업, 초등학교 졸업 순으로 많았다. 무학인 경우와 초등학교 및 중학교 졸업인 경우는 감소하는 추세이지만 대학교 및 대학원 이상 졸업인 경우는 증가하는 추세이며, 학력이 미상인 경우는 지속해서 증가하여 2018년에 2014년 대비 2.8%p 증가하였다.

그림 25 2014~2018년 교육정도별 자살 비율 추이 [단위: %]



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

기본편 1. 자살의 현황

표 31 2014~2018년 교육정도별 자살 현황 추이 [단위: 명, %]

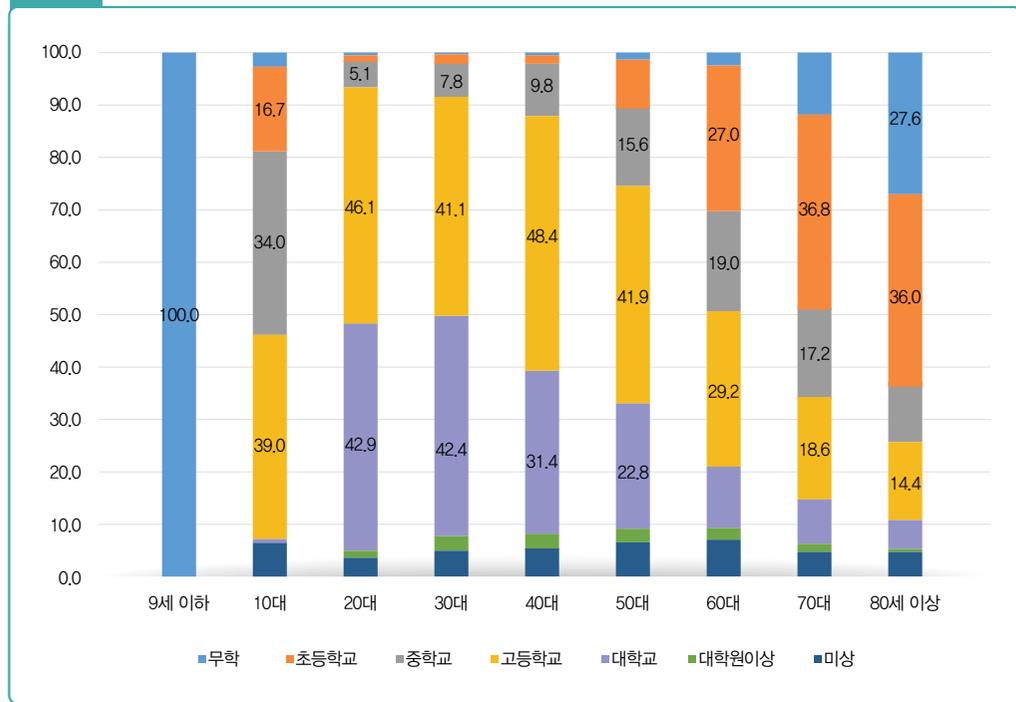
교육정도	자살자 수	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
		백분율				
무학	자살자 수	912	878	762	651	664
	백분율	6.6	6.5	5.8	5.2	4.9
초등학교	자살자 수	2,348	2,362	2,173	1,951	1,952
	백분율	17.0	17.5	16.6	15.7	14.3
중학교	자살자 수	1,995	2,022	1,773	1,661	1,791
	백분율	14.4	15.0	13.5	13.3	13.1
고등학교	자살자 수	5,158	4,860	4,873	4,657	4,984
	백분율	37.3	36.0	37.2	37.4	36.5
대학교	자살자 수	2,835	2,764	2,761	2,689	3,298
	백분율	20.5	20.5	21.1	21.6	24.1
대학원 이상	자살자 수	263	251	262	254	288
	백분율	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1
미상	자살자 수	325	376	488	600	693
	백분율	2.3	2.8	3.7	4.8	5.1
전체	자살자 수	13,836	13,513	13,092	12,463	13,670
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 연령대에 따른 교육정도별 자살 비율은 10대의 경우 고등학교 졸업(39.0%)과 중학교 졸업(34.0%)이 가장 높았는데 이는 10대는 인구학적 특성상 중학교와 고등학교 졸업 학력이 가장 많기 때문으로 추정된다. 20대와 40~60대는 고등학교 졸업, 30대는 대학교 졸업, 70대 이상은 초등학교 졸업이 가장 많았다. 무학과 초등학교 졸업은 70대 이상에서 비교적 높은 비율을 차지했고, 대학교 졸업은 20대에서 가장 높은 비율을 차지했으며, 이후 연령이 높아질수록 비율이 감소하는 경향을 보였다.

그림 26 2018년 연령대에 따른 교육정도별 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

기본편 1. 자살의 현황

표 32 2018년 연령대에 따른 교육정도별 자살 현황 [단위: 명, %]

구분	무학	초등학교	중학교	고등학교	대학교	대학원 이상	미상	전체	순위		
									1위	2위	3위
9세 이하	자살자 수	1	0	0	0	0	0	1			
	백분율	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0			
10대	자살자 수	8	50	102	117	3	0	300			
	백분율	2.7	16.7	34.0	39.0	1.0	0.0	6.7	100.0		
20대	자살자 수	3	11	61	549	511	20	1,192			
	백분율	0.3	0.9	5.1	46.1	42.9	1.7	3.1	100.0		
30대	자살자 수	4	26	156	821	847	50	1,998			
	백분율	0.2	1.3	7.8	41.1	42.4	2.5	4.7	100.0		
40대	자살자 수	13	52	261	1,295	841	80	2,676			
	백분율	0.5	1.9	9.8	48.4	31.4	3.0	5.0	100.0		
50대	자살자 수	37	279	438	1,179	640	64	2,812			
	백분율	1.3	9.9	15.6	41.9	22.8	2.3	6.2	100.0		
60대	자살자 수	72	508	358	549	237	42	1,880			
	백분율	3.8	27.0	19.0	29.2	12.6	2.2	6.1	100.0		
70대	자살자 수	210	613	286	309	148	22	1,664			
	백분율	12.6	36.8	17.2	18.6	8.9	1.3	4.6	100.0		
80세 이상	자살자 수	316	413	129	165	71	10	1,147			
	백분율	27.6	36.0	11.2	14.4	6.2	0.9	3.7	100.0		
전체	자살자 수	664	1,952	1,791	4,984	3,298	288	13,670			
	백분율	4.9	14.3	13.1	36.5	24.1	2.1	5.1	100.0		

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

사. 수단별 자살 현황

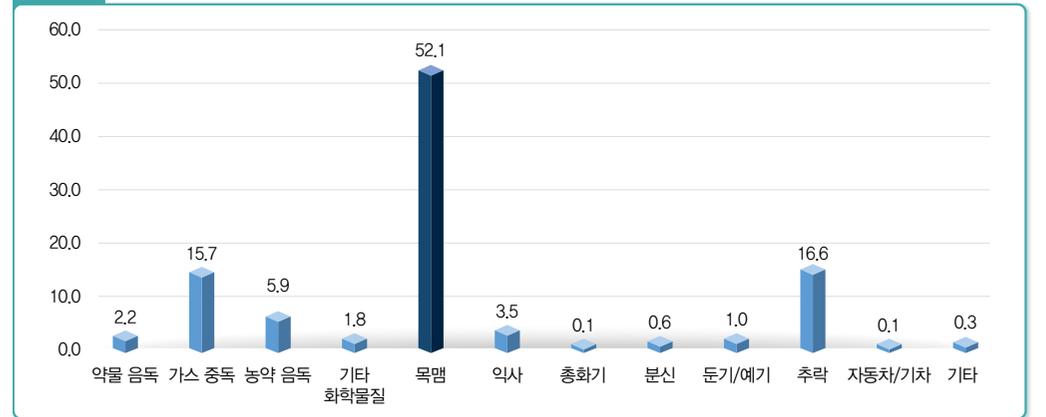
통계청 사망원인통계에서는 '한국표준질병·사인분류 코드'를 적용하여 사망원인을 구분하고 있다. 중앙자살예방센터에서는 수단별 자살 현황을 파악하기 위해 2016년 1월 1일에 개정된 '한국표준질병·사인분류(KCD7)'에 따라 자살수단을 다음과 같이 대분류하여 분석하였다.

표 33 한국표준질병·사인분류 자살 관련 코드

대분류	코드	내용
약물 음독	X60	비마약성 진통제, 해열제 및 항류마티스제에 의한 자의적 중독 및 노출
	X61	달리 분류되지 않은 항경련제, 진정제-취면제, 항파킨슨제 및 항정신성 약물에 의한 자의적 중독 및 노출
	X62	달리 분류되지 않은 마약 및 환각제에 의한 자의적 중독 및 노출
	X63	자율신경계에 작용하는 기타 약물에 의한 자의적 중독 및 노출
	X64	기타 및 상세불명의 약물, 약제 및 생물학적 물질에 의한 자의적 중독 및 노출
	X65	알코올에 의한 자의적 중독 및 노출
	X66	유기용제 및 할로겐화 탄화수소 및 그 휘발물질에 의한 자의적 중독 및 노출
가스 중독	X67	기타 가스 및 휘발성 물질에 의한 자의적 중독 및 노출
농약 음독	X68	살충제에 의한 자의적 중독 및 노출
기타 화학물질	X69	기타 및 상세불명의 화학물질 및 독성물질에 의한 자의적 중독 및 노출
목매	X70	목매, 압박 및 질식에 의한 의도적 자해
익사	X71	물에 빠짐에 의한 의도적 자해
	X72	권총발사에 의한 의도적 자해
	X73	라이플, 엽총 및 기타 소화기발사에 의한 의도적 자해
	X74	기타 및 상세불명의 화기발사에 의한 의도적 자해
총화기	X75	폭발물에 의한 의도적 자해
	X76	연기, 불 및 불꽃에 의한 의도적 자해
	X77	증기, 뜨거운 김 및 뜨거운 물체에 의한 의도적 자해
분신	X78	예리한 물체에 의한 의도적 자해
	X79	둔한 물체에 의한 의도적 자해
둔기/예기	X80	높은 곳에서 뛰어내림에 의한 의도적 자해
	X81	움직이는 물체 앞에 눕거나 뛰어내림에 의한 의도적 자해
추락	X82	자동차의 충돌에 의한 의도적 자해
	X83	기타 명시된 수단에 의한 의도적 자해
자동차/기차	X84	상세불명의 수단에 의한 의도적 자해

2018년 수단별 자살자 수는 목매 7,125명(52.1%), 추락 2,273명(16.6%), 가스 중독 2,152명(15.7%), 농약 음독 806명(5.9%) 순이고, 가스 중독은 일산화탄소가 88.8%, 산화질소가 4.6%를 차지한다.

그림 27 2018년 수단별 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 34 2018년 수단별 자살 현황 [단위: 명, %, 인구 10만 명당 명]

수단	자살자 수	백분율	자살률
약물 음독	306	2.2	0.6
가스 중독	2,152	15.7	4.2
농약 음독	806	5.9	1.6
기타 화학물질	251	1.8	0.5
목매	7,125	52.1	13.9
익사	479	3.5	0.9
총화기	14	0.1	0.0
분신	78	0.6	0.2
둔기/예기	137	1.0	0.3
추락	2,273	16.6	4.4
자동차/기차	11	0.1	0.0
기타	38	0.3	0.1
전체	13,670	100.0	26.6

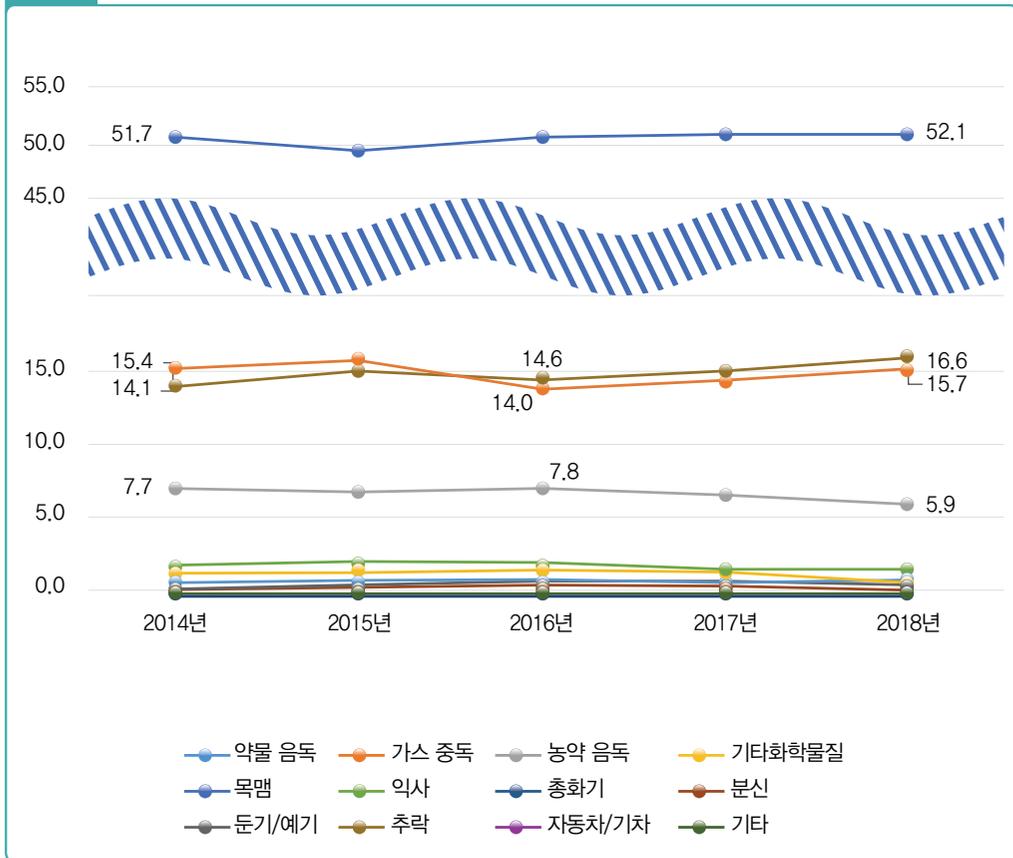
[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

최근 5년간 목매로 인한 자살사망이 약 50%로 가장 높은 비율을 유지하고 있고, 뒤이어 2015년까지 가스 중독이 많았으나 2016년부터 추락이 더 많았다. 농약 음독으로 인한 자살은 2015년까지 감소하였다가 2016년 증가하였으나 2017년부터 다시 감소하였다.

2017년 대비 가장 높은 증가율을 보인 수단은 약물 음독(41.7%), 총화기(27.3%), 추락(19.9%)이다.

그림 28 2014~2018년 수단별 자살 비율 추이 [단위: %]



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

기본편 1. 자살의 현황

표 35 2014~2018년 수단별 자살 현황 추이 [단위: 명, %]

수단	구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
		1위	2위	3위		
약물 음독	자살자 수	241	212	299	216	306
	백분율	1.7	1.6	2.3	1.7	2.2
가스 중독	자살자 수	2,125	2,207	1,837	1,841	2,152
	백분율	15.4	16.3	14.0	14.8	15.7
농약 음독	자살자 수	1,072	959	1,016	834	806
	백분율	7.7	7.1	7.8	6.7	5.9
기타 화학물질	자살자 수	394	522	414	384	251
	백분율	2.8	3.9	3.2	3.1	1.8
목매	자살자 수	7,150	6,690	6,750	6,524	7,125
	백분율	51.7	49.5	51.6	52.3	52.1
익사	자살자 수	560	542	534	473	479
	백분율	4.0	4.0	4.1	3.8	3.5
총화기	자살자 수	9	8	13	11	14
	백분율	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
분신	자살자 수	87	76	78	77	78
	백분율	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
둔기/예기	자살자 수	137	99	160	135	137
	백분율	1.0	0.7	1.2	1.1	1.0
추락	자살자 수	1,949	2,084	1,915	1,896	2,273
	백분율	14.1	15.4	14.6	15.2	16.6
자동차/기차	자살자 수	23	32	25	24	11
	백분율	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
기타	자살자 수	89	82	51	48	38
	백분율	0.6	0.6	0.4	0.4	0.3
전체	자살자 수	13,836	13,513	13,092	12,463	13,670
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

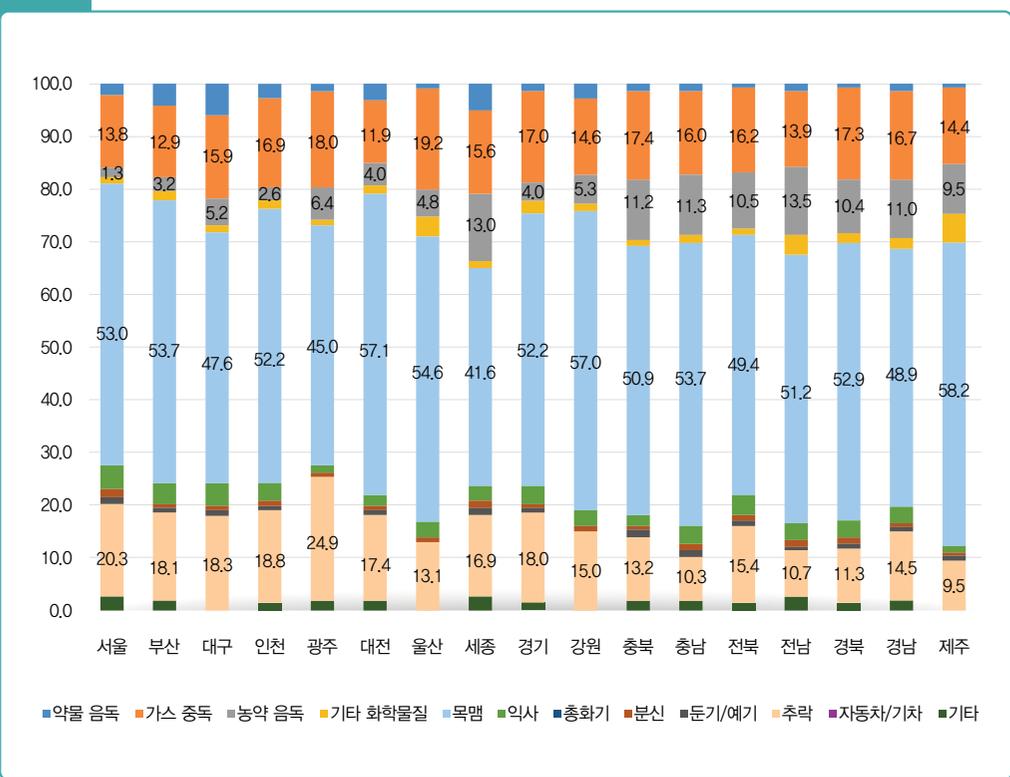
[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 모든 시·도에서 목매로 인한 자살 비율이 가장 높다. 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 세종, 경기, 강원은 목매, 추락, 가스 중독 순이고, 울산, 충북, 전북, 경북, 경남은 목매, 가스 중독, 추락 순이며, 충남과 전남은 다른 시·도보다 농약 음독 비율이 높아 목매, 가스 중독, 농약 음독 순이다. 또한, 제주는 목매, 가스 중독, 추락과 농약 음독 순이다.

목매로 인한 자살 비율이 가장 높은 지역은 제주(58.2%)이고, 추락은 광주(24.9%), 가스 중독은 울산(19.2%), 농약 음독은 전남(13.5%), 약물 음독은 대구(5.9%)이다. 2017년 대비 가장 크게 증가하였던 약물 음독의 증가율이 가장 높은 지역은 부산(250.0%)과 대구(178.6%)이다.

그림 29 2018년 지역에 따른 수단별 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

기본편 1. 자살의 현황

표 36 2018년 지역에 따른 수단별 자살 현황 [단위: 명, %]

지역	자살자 수	수단별 자살 현황												전체
		약물 음독	가스 중독	농약 음독	기타 화학물질	목매	익사	총화기	분신	둔기/예기	추락	자동차/기차	기타	
서울	자살자 수	55	300	28	35	1,152	118	4	10	23	440	3	4	2,172
	백분율	2.5	13.8	1.3	1.6	53.0	5.4	0.2	0.5	1.1	20.3	0.1	0.2	100.0
부산	자살자 수	42	123	30	17	511	38	0	6	9	172	0	4	952
	백분율	4.4	12.9	3.2	1.8	53.7	4.0	0.0	0.6	0.9	18.1	0.0	0.4	100.0
대구	자살자 수	39	104	34	10	312	26	2	2	7	120	0	0	656
	백분율	5.9	15.9	5.2	1.5	47.6	4.0	0.3	0.3	1.1	18.3	0.0	0.0	100.0
인천	자살자 수	21	138	21	14	426	26	1	4	9	153	1	2	816
	백분율	2.6	16.9	2.6	1.7	52.2	3.2	0.1	0.5	1.1	18.8	0.1	0.2	100.0
광주	자살자 수	6	67	24	5	168	6	0	1	1	93	0	2	373
	백분율	1.6	18.0	6.4	1.3	45.0	1.6	0.0	0.3	0.3	24.9	0.0	0.5	100.0
대전	자살자 수	14	50	17	8	240	8	0	2	6	73	1	1	420
	백분율	3.3	11.9	4.0	1.9	57.1	1.9	0.0	0.5	1.4	17.4	0.2	0.2	100.0
울산	자살자 수	4	60	15	10	171	10	0	2	0	41	0	0	313
	백분율	1.3	19.2	4.8	3.2	54.6	3.2	0.0	0.6	0.0	13.1	0.0	0.0	100.0
세종	자살자 수	4	12	10	1	32	2	0	1	1	13	0	1	77
	백분율	5.2	15.6	13.0	1.3	41.6	2.6	0.0	1.3	1.3	16.9	0.0	1.3	100.0
경기	자살자 수	51	529	124	60	1,623	95	2	15	38	561	2	11	3,111
	백분율	1.6	17.0	4.0	1.9	52.2	3.1	0.1	0.5	1.2	18.0	0.1	0.4	100.0
강원	자살자 수	14	74	27	6	289	17	0	3	1	76	0	0	507
	백분율	2.8	14.6	5.3	1.2	57.0	3.4	0.0	0.6	0.2	15.0	0.0	0.0	100.0
충북	자살자 수	7	86	55	5	251	13	1	3	5	65	1	1	493
	백분율	1.4	17.4	11.2	1.0	50.9	2.6	0.2	0.6	1.0	13.2	0.2	0.2	100.0
충남	자살자 수	11	120	85	10	402	26	1	8	7	77	0	2	749
	백분율	1.5	16.0	11.3	1.3	53.7	3.5	0.1	1.1	0.9	10.3	0.0	0.3	100.0
전북	자살자 수	6	88	57	7	269	20	2	2	8	84	0	1	544
	백분율	1.1	16.2	10.5	1.3	49.4	3.7	0.4	0.4	1.5	15.4	0.0	0.2	100.0
전남	자살자 수	9	73	71	17	269	16	0	6	4	56	0	4	525
	백분율	1.7	13.9	13.5	3.2	51.2	3.0	0.0	1.1	0.8	10.7	0.0	0.8	100.0
경북	자살자 수	5	137	82	16	418	26	0	6	7	89	3	1	790
	백분율	0.6	17.3	10.4	2.0	52.9	3.3	0.0	0.8	0.9	11.3	0.4	0.1	100.0
경남	자살자 수	16	162	107	20	475	30	1	6	9	141	0	4	971
	백분율	1.6	16.7	11.0	2.1	48.9	3.1	0.1	0.6	0.9	14.5	0.0	0.4	100.0
제주	자살자 수	2	29	19	10	117	2	0	1	2	19	0	0	201
	백분율	1.0	14.4	9.5	5.0	58.2	1.0	0.0	0.5	1.0	9.5	0.0	0.0	100.0

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

아. 장소별 자살 현황

중앙자살예방센터에서는 '한국표준질병·사인분류(KCD7)'에 따라 발생장소를 분류하여 장소별 자살 현황을 분석하였다.

발생장소는 '고의적 자해'가 발생한 장소이며 '한국표준질병·사인분류(KCD7)'에 따라 분류하고, 사망장소는 실제 사망한 장소이며 '사망신고서'에 따라 분류한다. 이러한 이유로 집계되는 항목은 차이가 있다. 발생장소는 '주택', '집단거주시설', '학교, 기타 시설 및 공공행정 구역', '운동 및 경기장', '도로 및 고속도로', '상업 및 서비스 구역', '산업 및 건설지역', '농장', '기타 명시된 장소', '상세불명 장소'로 분류하며, 사망장소는 '주택', '의료기관', '사회복지시설(양로원, 고아원 등)', '공공시설(학교, 운동장 등)', '도로', '상업·서비스시설(상점, 호텔 등)', '산업장', '농장(논밭, 축사, 양식장 등)', '병원 이송 중 사망', '기타', '미상'으로 분류된다.

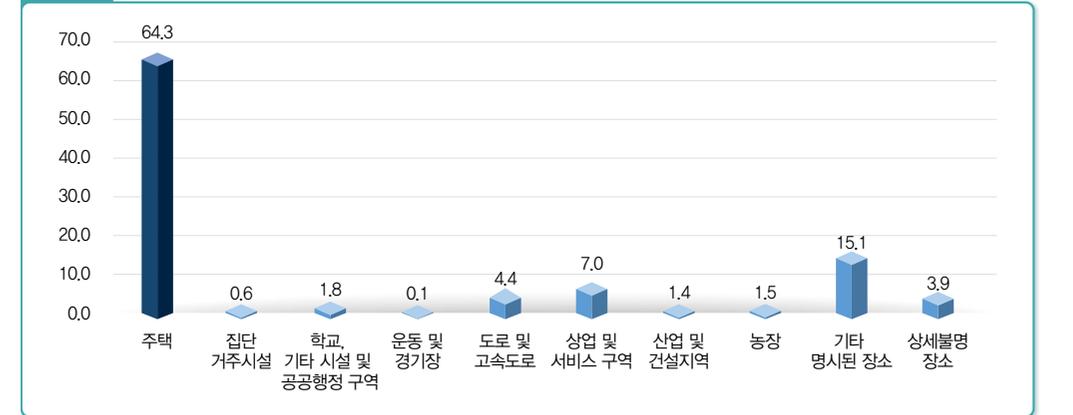
표 37 한국표준질병·사인분류 발생장소 분류

분류	내용
주택	개인주택(주택 마당, 주택 정원, 주택 진입로, 차고), 개인주택이나 정원에 있는 수영장, 농가, 비집단주거장소, 아파트, 이동주택단지, 주택, 주택구내, 하숙집 * 제외 : 유기된 또는 방치된 주택, 미점유의 건설 중인 주택, 집단시설 주거지
집단거주시설	객생원, 고아원, 교도소, 군막사, 기숙사, 호스피스, 양로원, 요양소
학교, 기타 시설 및 공공행정 구역	공회당, 교회, 극장, 대학, 고등교육기관, 도서관, 무도장, 박물관, 법원, 병원, 보육원 탁아소, 영화관, 오페라 극장, 우체국, 유치원, 음악당, 의회, 청소년회관, 캠퍼스, 클럽하우스, 학교, 화랑 * 제외 : 건설 중인 건물, 집단 주거시설, 운동 및 경기장
운동 및 경기장	경기장, 골프코스, 공공수영장, 농구장, 스케이트링크, 스쿼시코트, 승마장, 야구장, 체육관, 축구장, 크리켓운동장, 테니스코트, 하키장 * 제외 : 개인주택에 있는 테니스코트 및 수영장
도로 및 고속도로	도로, 무료도로, 보도, 자동차도로, 포장도로
상업 및 서비스 구역	사무실, 공항, 도박장, 방송국, 백화점, 버스정류장, 상점, 쇼핑센터, 슈퍼마켓, 시장, 은행, 음식점, 주유소, 차량정비소, 창고, 철도역, 카페, 호텔 * 제외 : 개인주택의 차고
산업 및 건설지역	가스공장, 건설 중인 모든 건물, 건설 중인 터널, 산업단지, 공장건물, 공장구내, 광산, 드라이도크, 발전소, 부두, 유정 및 기타 해안 시설물, 작업장, 조선소, 채석장
농장	경작지, 농장건물, 방목지 * 제외 : 농가 및 농가구 내
기타 명시된 장소	강, 공공장소 NOS, 공원, 군사훈련장, 늪, 대초원, 도크 NOS, 동물원, 바다, 방치 주택, 사막, 산, 삼림(森林), 습지, 개울, 아영지, 언덕, 연못, 운하, 저수지, 주차장, 절로, 카라반용지 NOS, 항구, 해변, 해수욕장, 호수
상세불명 장소	-

*NOS : '달리 명시되지 않은(Not Otherwise Specified)' 용어의 약자로 '상세불명'의 또는 '한정되지 않은'을 의미함.

2018년 발생장소별 자살자 수는 주택 8,796명(64.3%), 기타 명시된 장소 2,060명(15.1%), 상업 및 서비스 구역 953명(7.0%), 도로 및 고속도로 601명(4.4%) 순이다.

그림 30 2018년 발생장소별 자살 비율 [단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 38 2018년 발생장소별 자살 현황 [단위: 명, %]

발생장소	자살자 수	백분율
주택	8,796	64.3
집단거주시설	85	0.6
학교, 기타 시설 및 공공행정 구역	241	1.8
운동 및 경기장	14	0.1
도로 및 고속도로	601	4.4
상업 및 서비스 구역	953	7.0
산업 및 건설지역	189	1.4
농장	201	1.5
기타 명시된 장소	2,060	15.1
상세불명 장소	530	3.9
전체	13,670	100.0

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

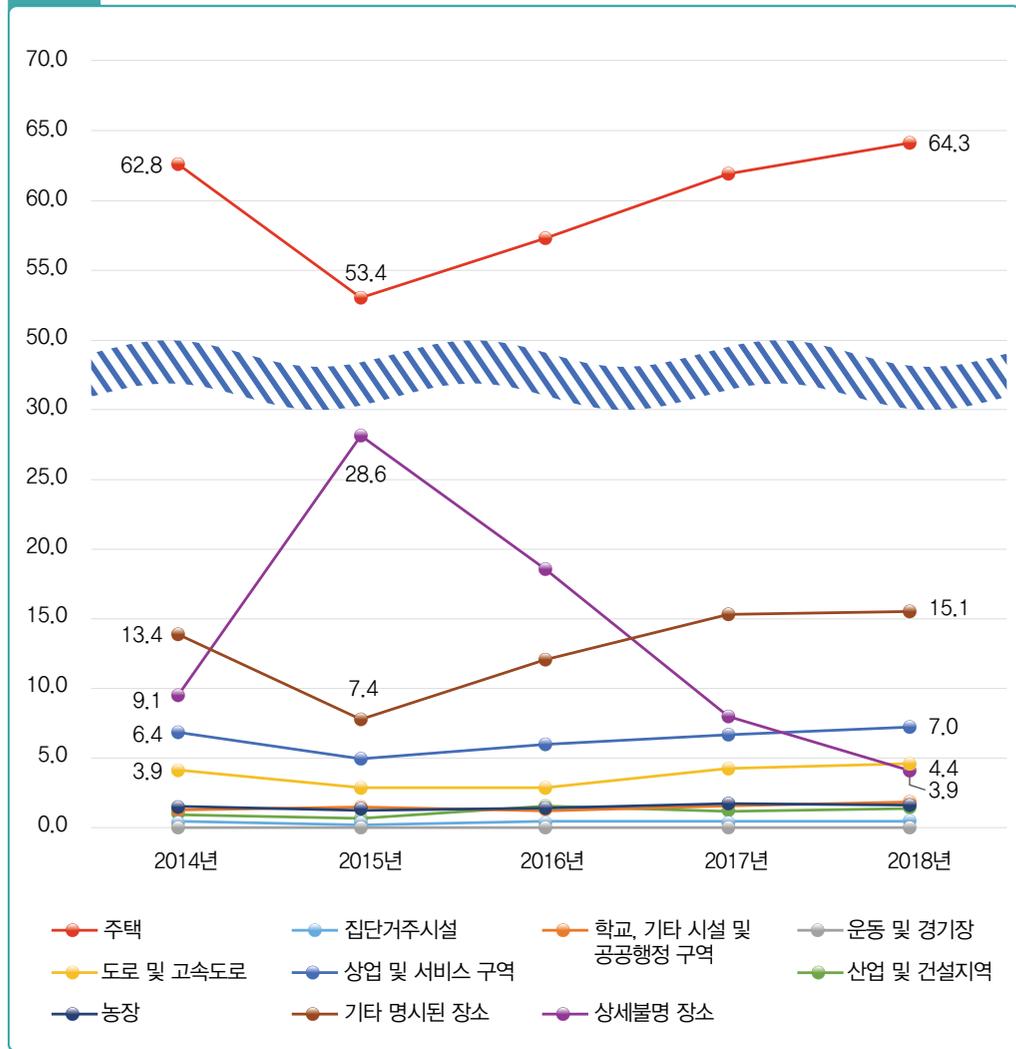
02. 2018년도 주요 자살 현황

최근 5년간 장소는 주택에서의 자살 비율이 약 53.4~64.3%로 가장 높았다. 기타와 상세불명을 제외한 장소 중 상점, 호텔 등 상업 및 서비스 구역에서의 자살 비율은 4.6~7.0%, 도로 및 고속도로는 2.6~4.4%로 높은 자살 비율을 유지하고 있다. 주택, 상업 및 서비스구역, 도로 및 고속도로 모두 2015년에 감소하였다가 2016년부터 증가하는 추세이다.

2017년 대비 증가율이 가장 높은 장소는 집단거주시설(44.1%), 학교, 기타 시설 및 공공행정 구역(30.3%), 산업 및 건설지역(21.9%)이다.

그림 31 2014~2018년 발생장소별 자살 비율 추이

[단위: %]



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

기본편 1. 자살의 현황

표 39 2014~2018년 발생장소별 자살 현황 추이

[단위: 명, %]

발생장소	구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
		자살자 수	8,694	7,222	7,545	7,743
주택	백분율	62.8	53.4	57.6	62.1	64.3
	자살자 수	82	53	66	59	85
집단거주시설	백분율	0.6	0.4	0.5	0.5	0.6
	자살자 수	174	123	168	185	241
학교, 기타 시설 및 공공행정 구역	백분율	1.3	0.9	1.3	1.5	1.8
	자살자 수	7	7	13	12	14
운동 및 경기장	백분율	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	자살자 수	541	354	348	507	601
도로 및 고속도로	백분율	3.9	2.6	2.7	4.1	4.4
	자살자 수	892	617	747	807	953
상업 및 서비스 구역	백분율	6.4	4.6	5.7	6.5	7.0
	자살자 수	144	115	179	155	189
산업 및 건설지역	백분율	1.0	0.9	1.4	1.2	1.4
	자살자 수	191	165	168	193	201
농장	백분율	1.4	1.2	1.3	1.5	1.5
	자살자 수	1,849	996	1,500	1,842	2,060
기타 명시된 장소	백분율	13.4	7.4	11.5	14.8	15.1
	자살자 수	1,262	3,861	2,358	960	530
상세불명 장소	백분율	9.1	28.6	18.0	7.7	3.9
	자살자 수	13,836	13,513	13,092	12,463	13,670
전체	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

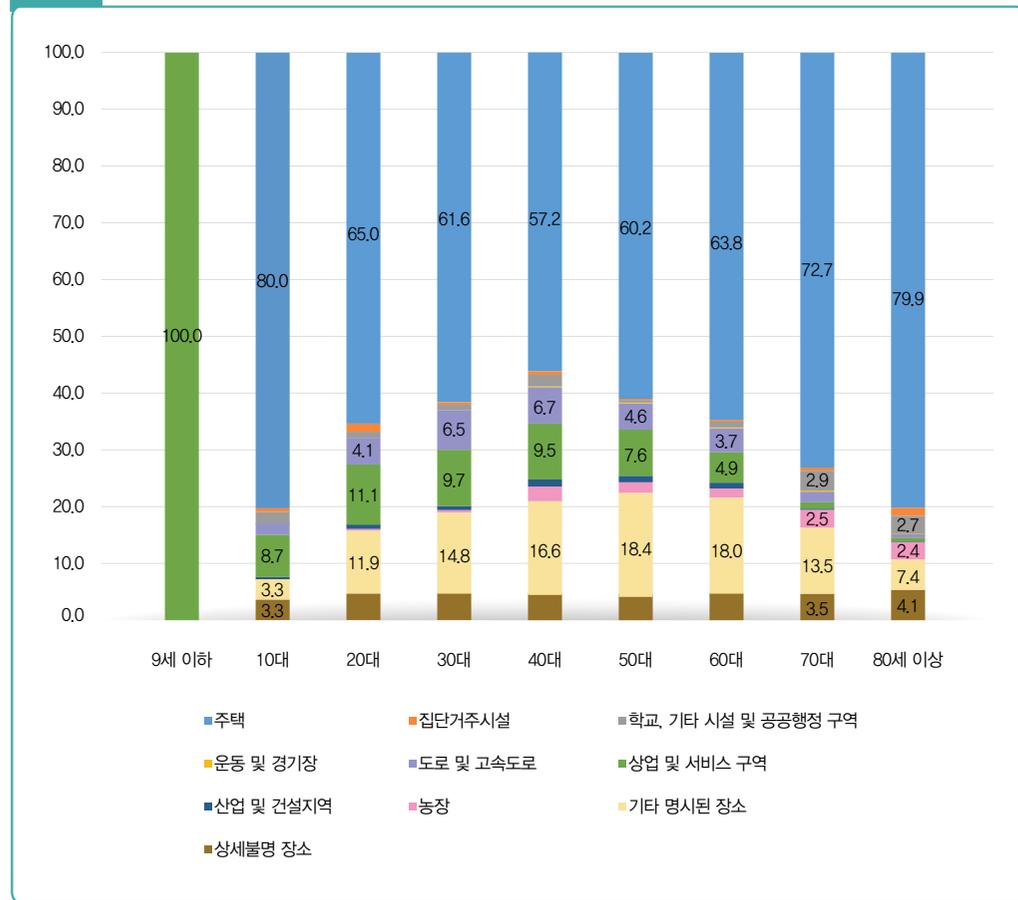
02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 연령대에 따른 장소별 자살 현황을 보면 9세 이하를 제외한 모든 연령대에서 주택에서의 자살 비율이 가장 높았다. 주택에 뒤이어 기타와 상세불명을 제외한 장소 중 10대는 상업 및 서비스 구역, 학교, 기타 시설 및 공공행정 구역과 도로 및 고속도로에서의 자살 비율이 가장 높았고, 20~60대는 상업 및 서비스 구역, 도로 및 고속도로, 70대 이상에서는 학교, 기타 시설 및 공공행정 구역, 농장에서의 자살 비율이 높았다.

주택에서의 자살 비율은 10대에서 비교적 가장 높았고, 상업 및 서비스 구역은 20대, 도로 및 고속도로는 40대, 학교, 기타 시설 및 공공행정 구역과 농장은 70대가 가장 높았다.

그림 32 2018년 연령대에 따른 장소별 자살 비율

[단위: %]



[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

기본편 1. 자살의 현황

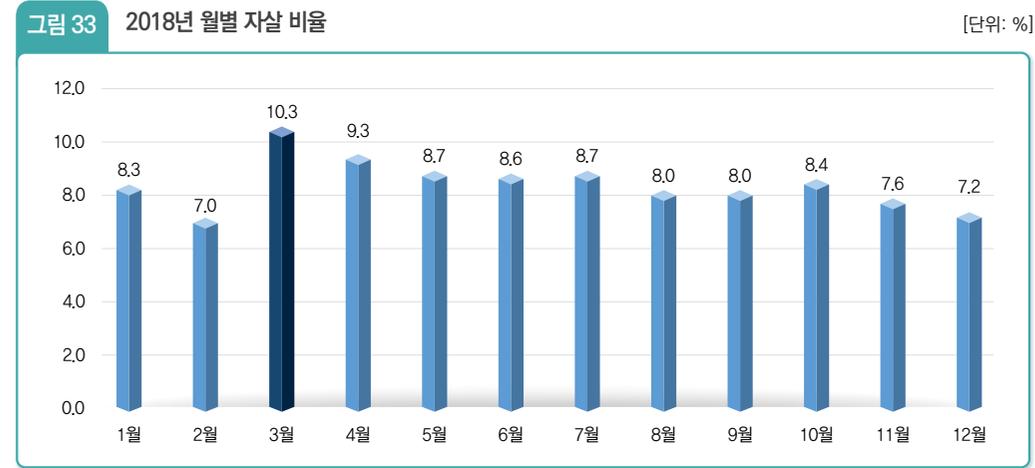
표 40 2018년 연령대에 따른 장소별 자살 현황 [단위: 명, %]

구분	주택	집단거주시설	학교, 기타 시설 및 공공행정 구역	운동 및 경기장	도로 및 고속도로	1위					2위		3위	
						상업 및 서비스 구역	산업 및 건설지역	농장	기타 명시된 장소	상세 불명 장소	전체	상세 불명 장소	전체	
9세 이하	자살자수	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	백분율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
10대	자살자수	240	1	6	0	6	26	1	0	10	10	10	300	
	백분율	80.0	0.3	2.0	0.0	2.0	8.7	0.3	0.0	3.3	3.3	3.3	100.0	
20대	자살자수	775	19	17	0	49	132	7	2	142	49	49	1,192	
	백분율	65.0	1.6	1.4	0.0	4.1	11.1	0.6	0.2	11.9	4.1	4.1	100.0	
30대	자살자수	1,230	6	24	0	130	194	25	14	296	79	79	1,998	
	백분율	61.6	0.3	1.2	0.0	6.5	9.7	1.3	0.7	14.8	4.0	4.0	100.0	
40대	자살자수	1,530	11	36	2	178	253	66	38	445	117	117	2,676	
	백분율	57.2	0.4	1.3	0.1	6.7	9.5	2.5	1.4	16.6	4.4	4.4	100.0	
50대	자살자수	1,694	13	39	6	128	215	54	42	518	103	103	2,812	
	백분율	60.2	0.5	1.4	0.2	4.6	7.6	1.9	1.5	18.4	3.7	3.7	100.0	
60대	자살자수	1,200	5	39	1	69	93	32	36	339	66	66	1,880	
	백분율	63.8	0.3	2.1	0.1	3.7	4.9	1.7	1.9	18.0	3.5	3.5	100.0	
70대	자살자수	1,210	10	49	4	33	30	3	41	225	59	59	1,664	
	백분율	72.7	0.6	2.9	0.2	2.0	1.8	0.2	2.5	13.5	3.5	3.5	100.0	
80세 이상	자살자수	917	20	31	1	8	9	1	28	85	47	47	1,147	
	백분율	79.9	1.7	2.7	0.1	0.7	0.8	0.1	2.4	7.4	4.1	4.1	100.0	
전체	자살자수	8,796	85	241	14	601	953	189	201	2,060	530	530	13,670	
	백분율	64.3	0.6	1.8	0.1	4.4	7.0	1.4	1.5	15.1	3.9	3.9	100.0	

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

자. 월별 자살 현황

2018년 월별 자살자 수는 3월 1,409명(10.3%), 4월 1,269명(9.3%), 5월 1,194명(8.7%) 순으로 많았고, 2월(7.0%)에 가장 비율이 낮았다.



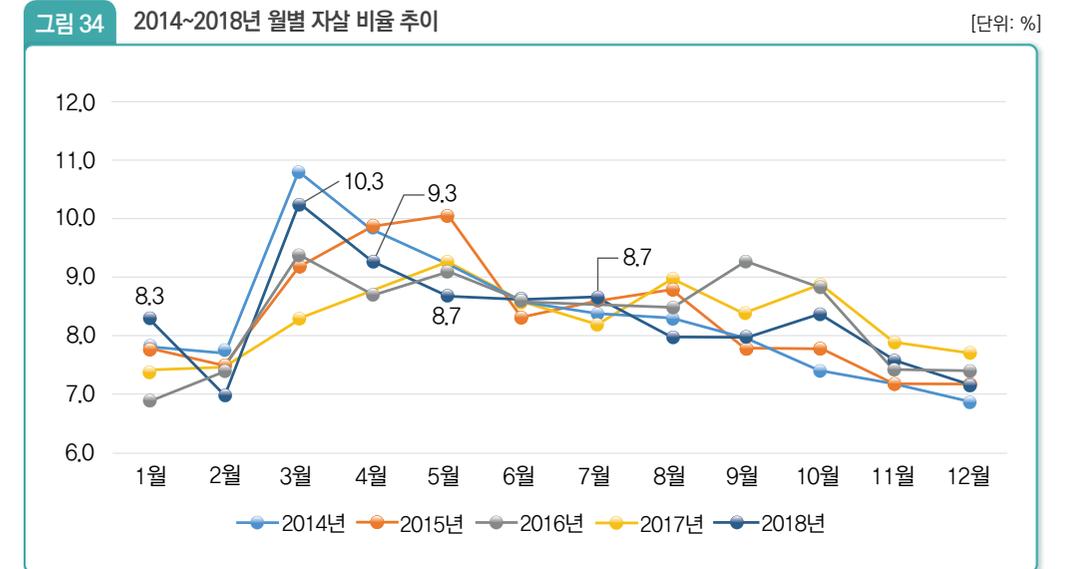
[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

표 41 2018년 월별 자살 현황 [단위: 명, %]

월	자살자 수	백분율
1월	1,128	8.3
2월	958	7.0
3월	1,409	10.3
4월	1,269	9.3
5월	1,194	8.7
6월	1,180	8.6
7월	1,183	8.7
8월	1,087	8.0
9월	1,087	8.0
10월	1,145	8.4
11월	1,044	7.6
12월	986	7.2
전체	13,670	100.0

[출처: 통계청, 2018년 사망원인통계]

최근 5년간 2014년, 2016년, 2018년에는 3월, 2015년과 2017년에는 5월에 가장 많았고, 2017년 대비 증감률은 3월(35.9%), 1월(22.2%), 7월(16.2%), 4월(15.7%)에 가장 증가 폭이 컸다.



[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

표 42 2014~2018년 월별 자살 현황 추이

[단위: 명, %]

		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
1월	자살자 수	1,076	1,050	905	923	1,128
	백분율	7.8	7.8	6.9	7.4	8.3
2월	자살자 수	1,065	1,012	968	935	958
	백분율	7.7	7.5	7.4	7.5	7.0
3월	자살자 수	1,491	1,237	1,232	1,037	1,409
	백분율	10.8	9.2	9.4	8.3	10.3
4월	자살자 수	1,359	1,335	1,141	1,097	1,269
	백분율	9.8	9.9	8.7	8.8	9.3
5월	자살자 수	1,273	1,361	1,197	1,158	1,194
	백분율	9.2	10.1	9.1	9.3	8.7
6월	자살자 수	1,184	1,122	1,128	1,075	1,180
	백분율	8.6	8.3	8.6	8.6	8.6
7월	자살자 수	1,156	1,158	1,108	1,018	1,183
	백분율	8.4	8.6	8.5	8.2	8.7
8월	자살자 수	1,142	1,188	1,115	1,119	1,087
	백분율	8.3	8.8	8.5	9.0	8.0
9월	자살자 수	1,108	1,049	1,217	1,050	1,087
	백분율	8.0	7.8	9.3	8.4	8.0
10월	자살자 수	1,023	1,055	1,151	1,105	1,145
	백분율	7.4	7.8	8.8	8.9	8.4
11월	자살자 수	1,002	975	967	981	1,044
	백분율	7.2	7.2	7.4	7.9	7.6
12월	자살자 수	957	971	963	965	986
	백분율	6.9	7.2	7.4	7.7	7.2
전체	자살자 수	13,836	13,513	13,092	12,463	13,670
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

[출처: 통계청, 2014~2018년 사망원인통계]

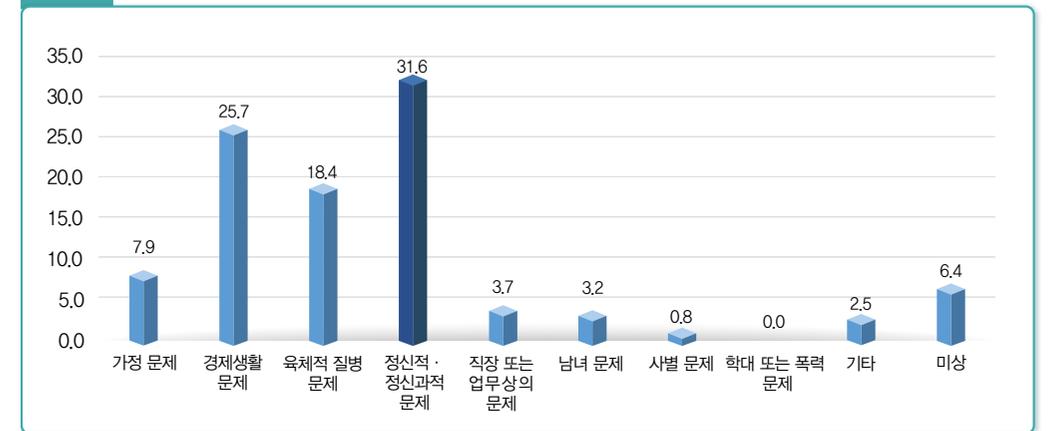
차. 동기별 자살 현황

자살의 원인(동기) 현황 및 추이를 파악하기 위해 경찰청에서 제공한 2014~2018년 변사자료의 자살통계를 활용하여 분석하였다.

2018년 경찰청 변사자료에 따른 동기별 자살 현황을 보면 정신적·정신과적 문제가 31.6%로 가장 높고, 뒤이어 경제생활 문제 25.7%, 육체적 질병 문제 18.4%, 가정 문제 7.9%, 직장 또는 업무상의 문제 3.7%, 남녀 문제 3.2%, 사별 문제 0.8% 순이며, 학대 또는 폭력 문제는 0명(2017년 7명)이었다.

그림 35 2018년 동기별 자살 비율

[단위: %]



[출처: 경찰청, 2018년 변사자통계]

표 43 2018년 동기별 자살 현황

[단위: 명, %]

동기	자살자 수	백분율
가정 문제	1,043	7.9
경제생활 문제	3,390	25.7
육체적 질병 문제	2,429	18.4
정신적·정신과적 문제	4,171	31.6
직장 또는 업무상의 문제	487	3.7
남녀 문제	419	3.2
사별 문제	109	0.8
학대 또는 폭력 문제	0	0.0
기타	326	2.5
미상	842	6.4
전체	13,216	100.0

[출처: 경찰청, 2018년 변사자통계]

02. 2018년도 주요 자살 현황

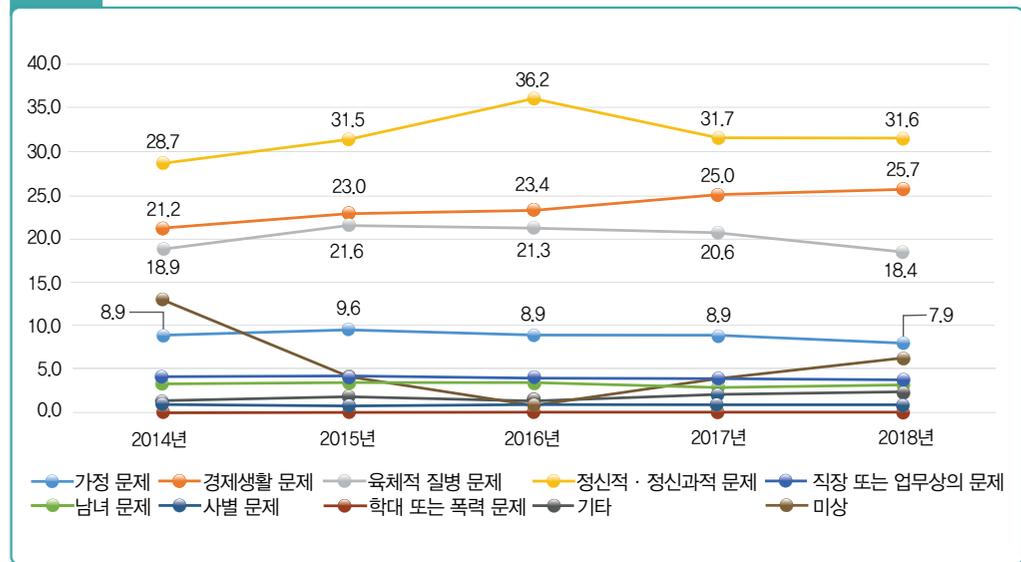
최근 5년간 자살 동기로는 정신적·정신과적 문제가 지속해서 가장 높았고, 2016년에 36.2%로 가장 높았으나 2017년부터 감소하는 추세이다.

경제생활 문제로 인한 자살은 지속해서 증가하는 추세로 2014년 대비 4.5%p 증가하였고, 육체적 질병 문제로 인한 자살은 2015년 21.6% 차지한 이후 지속해서 감소하여 2013년에는 경제생활 문제와 육체적 질병 문제가 동일한 비율이었으나 2015년부터 점차 격차가 커지는 양상을 보이고 있다.

그 외 가정 문제는 약 8~9%, 직장 또는 업무상의 문제는 약 4%, 남녀 문제는 약 3%, 사별 문제는 0.8~0.9%, 학대 및 폭력 문제는 0.0~0.1%를 유지하고 있다.

2017년 대비 증가율이 가장 높은 자살 동기(기타, 미상 제외)는 경제생활 문제(9.0%)와 남녀 문제(8.3%)이고, 학대 또는 폭력 문제(-100.0%), 육체적 질병 문제(-5.3%), 가정 문제(-5.2%)는 전년 대비 감소하였다.

그림 36 2014~2018년 동기별 자살 현황 추이 [단위: %]



[출처: 경찰청, 2014~2018년 번사자통계]

기본편 1. 자살의 현황

표 44 2014~2018년 동기별 자살 현황 추이 [단위: 명, %]

문제 유형	자살자 수	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
		1위	2위	3위		
가정 문제	자살자 수	1,211	1,285	1,162	1,100	1,043
	백분율	8.9	9.6	8.9	8.9	7.9
경제생활 문제	자살자 수	2,889	3,089	3,043	3,111	3,390
	백분율	21.2	23.0	23.4	25.0	25.7
육체적 질병 문제	자살자 수	2,581	2,903	2,768	2,565	2,429
	백분율	18.9	21.6	21.3	20.6	18.4
정신적·정신과적 문제	자살자 수	3,916	4,228	4,713	3,939	4,171
	백분율	28.7	31.5	36.2	31.7	31.6
직장 또는 업무상의 문제	자살자 수	552	559	514	487	487
	백분율	4.0	4.2	3.9	3.9	3.7
남녀 문제	자살자 수	445	469	429	387	419
	백분율	3.3	3.5	3.3	3.1	3.2
사별 문제	자살자 수	106	101	108	107	109
	백분율	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8
학대 또는 폭력 문제	자살자 수	2	2	3	7	0
	백분율	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
기타	자살자 수	177	243	172	253	326
	백분율	1.3	1.8	1.3	2.0	2.5
미상	자살자 수	1,779	557	108	470	842
	백분율	13.0	4.1	0.8	3.8	6.4
전체	자살자 수	13,658	13,436	13,020	12,426	13,216
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

[출처: 경찰청, 2014~2018년 번사자통계]

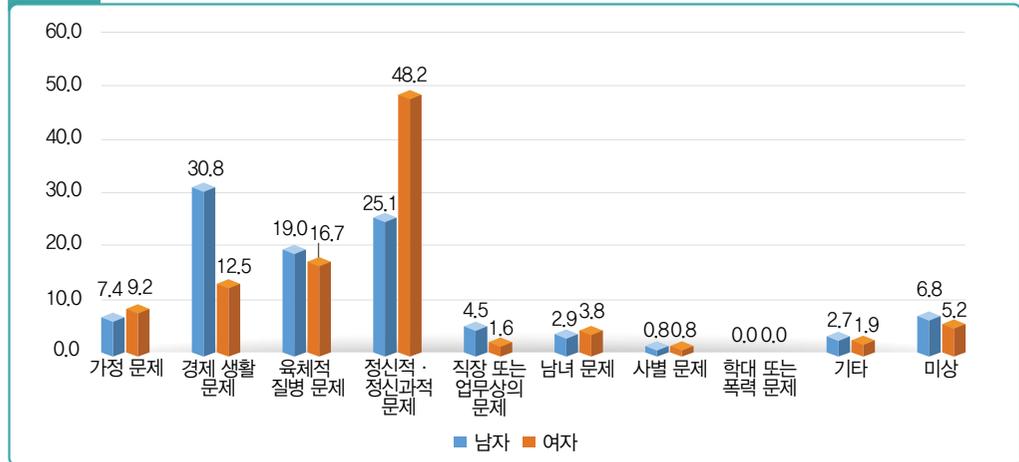
02. 2018년도 주요 자살 현황

주요 자살 동기는 정신적·정신과적 문제, 경제생활 문제, 육체적 질병 문제이지만 성별에 따라 가장 높은 자살 동기는 차이가 있다.

2018년 남자의 자살 동기는 경제생활 문제가 30.8%로 가장 높고, 뒤이어 정신적·정신과적 문제 25.1%, 육체적 질병 19.0%, 가정 문제 7.4%, 직장 또는 업무상의 문제 4.5%, 남녀 문제 2.9%, 사별 문제 0.8% 순이었으나 여자의 자살 동기는 정신적·정신과적 문제가 48.2%로 가장 높고, 육체적 질병 문제 16.7%, 경제생활 문제 12.5%, 가정 문제 9.2%, 남녀 문제 3.8%, 직장 또는 업무상의 문제 1.6%, 사별 문제 0.8% 순이었다.

여자가 남자보다 정신적·정신과적 문제, 가정 문제, 남녀 문제로 인한 자살 동기 비율이 높았고, 남자는 경제생활 문제와 육체적 질병 문제, 직장 또는 업무상의 문제 비율이 상대적으로 높았다.

그림 37 2018년 성별에 따른 동기별 자살 비율 [단위: %]



[출처: 경찰청, 2018년 번사자통계]

표 45 2018년 성별에 따른 동기별 자살 현황 [단위: 명, %]

성별	자살자 수	동기별 자살 현황											전체
		가정 문제	경제 생활 문제	육체적 질병 문제	정신적·정신과적 문제	직장 또는 업무상의 문제	남녀 문제	사별 문제	학대 또는 폭력 문제	기타	미상	비율 (%)	
남자	701	2,928	1,811	2,393	427	280	79	0	255	644	9,518		
	백분율	7.4	30.8	19.0	25.1	4.5	2.9	0.8	0.0	2.7	6.8	100.0	
여자	341	462	618	1,778	60	139	30	0	71	191	3,690		
	백분율	9.2	12.5	16.7	48.2	1.6	3.8	0.8	0.0	1.9	5.2	100.0	
미상	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	8		
	백분율	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	87.5	100.0	
전체	1,043	3,390	2,429	4,171	487	419	109	0	326	842	13,216		
	백분율	7.9	25.7	18.4	31.6	3.7	3.2	0.8	2.5	6.4	100.0		

[출처: 경찰청, 2018년 번사자통계]

기본편 1. 자살의 현황

2018년 10~30세는 정신적·정신과적 문제, 31~60세는 경제생활 문제, 61세 이상은 육체적 질병 문제가 가장 높고, 연령대가 높을수록 육체적 질병 문제로 인한 자살 비율이 증가하는 경향을 보이고 있다.

10~20세는 정신적·정신과적 문제가 41.8%, 가정 문제 15.6%, 남녀 문제가 9.2%이고, 특히 다른 연령대보다 가정 문제로 인한 자살 비율이 높았으며, 기타가 15.4%로 기타와 미상 비율이 높았다.

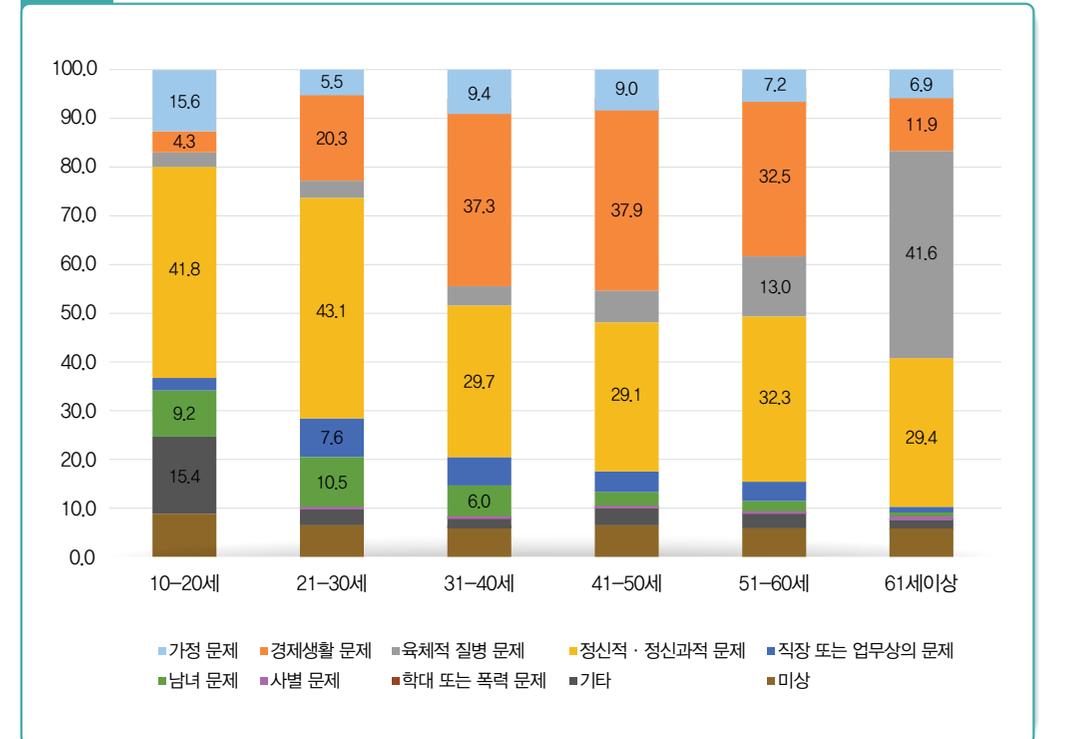
21~30세는 정신적·정신과적 문제 43.1%, 경제생활 문제 20.3%, 남녀 문제 10.5%, 직장 또는 업무상의 문제 7.6%로 특히 다른 연령대보다 정신적·정신과적 문제, 남녀 문제, 직장 또는 업무상의 문제로 인한 자살 비율이 높았다.

31~40세와 41~50세는 경제생활 문제 약 37%, 정신적·정신과적 문제 약 29%, 가정 문제 약 9%이고, 31~40세와 41~50세가 경제생활 문제로 인한 자살사망 중 50% 이상을 차지하였다.

51~60세는 경제생활 문제가 32.5%, 정신적·정신과적 문제가 32.3%, 육체적 질병 문제가 13.0%, 가정 문제가 7.2%로 51~60세에서 육체적 질병 문제로 인한 자살 비율이 급증하였다.

61세 이상은 육체적 질병 문제가 41.6%, 정신적·정신과적 문제가 29.4%, 경제생활 문제가 11.9%, 가정 문제가 6.9%로 특히 다른 연령대보다 육체적 질병 문제로 인한 자살 비율이 높았다.

그림 38 2018년 연령대에 따른 동기별 자살 비율 [비율: %]



[출처: 경찰청, 2018년 번사자통계]

표 46 2018년 연령대에 따른 동기별 자살 현황 [단위: 명, %]

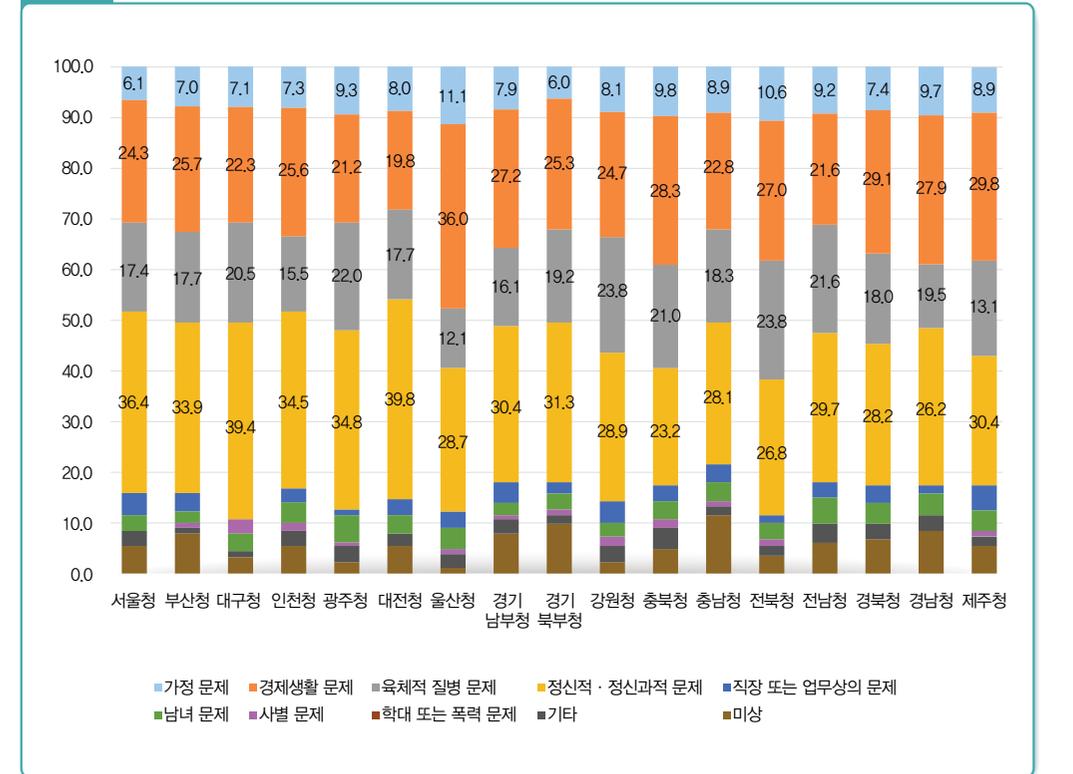
연령대	자살자 수	동기별 자살 현황 (1위, 2위, 3위)										
		가정 문제	경제 생활 문제	육체적 질병 문제	정신적·정신과적 문제	직장 또는 업무상의 문제	남녀 문제	사별 문제	학대 또는 폭력 문제	기타	미상	전체
9세 이하	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10~20세	자살자 수	58	16	9	155	9	34	0	0	57	33	371
	백분율	15.6	4.3	2.4	41.8	2.4	9.2	0.0	0.0	15.4	8.9	100.0
21~30세	자살자 수	66	243	32	516	91	125	5	0	35	83	1,196
	백분율	5.5	20.3	2.7	43.1	7.6	10.5	0.4	0.0	2.9	6.9	100.0
31~40세	자살자 수	189	748	69	596	117	121	6	0	35	124	2,005
	백분율	9.4	37.3	3.4	29.7	5.8	6.0	0.3	0.0	1.7	6.2	100.0
41~50세	자살자 수	236	992	170	761	117	80	20	0	59	181	2,616
	백분율	9.0	37.9	6.5	29.1	4.5	3.1	0.8	0.0	2.3	6.9	100.0
51~60세	자살자 수	194	876	351	872	108	51	18	0	63	163	2,696
	백분율	7.2	32.5	13.0	32.3	4.0	1.9	0.7	0.0	2.3	6.0	100.0
61세 이상	자살자 수	300	515	1,798	1,271	45	8	60	0	77	251	4,325
	백분율	6.9	11.9	41.6	29.4	1.0	0.2	1.4	0.0	1.8	5.8	100.0
미상	자살자 수	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
	백분율	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
전체	자살자 수	1,043	3,390	2,429	4,171	487	419	109	0	326	842	13,216
	백분율	7.9	25.7	18.4	31.6	3.7	3.2	0.8	0.0	2.5	6.4	100.0

[출처: 경찰청, 2018년 변사자통계]

2017년 관할지방경찰청에 따른 자살 동기는 강원에서 육체적 질병 문제가 가장 높았고, 강원을 제외한 모든 지역에서 정신적·정신과적 문제가 가장 높았으나 2018년에는 강원을 포함한 대부분 지역에서 정신적·정신과적 문제가 가장 높고, 울산, 충북, 전북, 경북, 경남에서는 경제생활 문제가 높았다. 광주에는 정신적·정신과적 문제 다음으로 육체적 질병 문제가 경제생활 문제보다 높았으며, 전남은 정신적·정신과적 문제, 육체적 질병과 경제생활 문제, 가정 문제 순이었다.

시·도별 자살 동기 비율이 가장 높은 지역은 정신적·정신과적 문제의 경우 대전(39.8%), 경제생활 문제는 울산(36.0%), 육체적 질병 문제는 강원과 전북(23.8%), 가정 문제는 울산(11.1%), 직장 또는 업무상의 문제는 경남(4.9%), 남녀 문제는 광주(4.0%), 사별 문제는 강원(1.8%)이다. 또한, 경제생활 문제의 증가율이 가장 높은 지역은 울산(50.7%), 남녀 문제는 경북(61.1%)이다.

그림 39 2018년 관할지방경찰청에 따른 동기별 자살 비율 [단위: %]



[출처: 경찰청, 2018년 변사자통계]

표 47 2018년 관할지방경찰청에 따른 동기별 자살 현황 [단위: 명, %]

시/도	자살자수	동기별 자살 현황										
		가정 문제	경제 생활 문제	육체적 질병 문제	정신적·정신과적 문제	직장 또는 업무상의 문제	남녀 문제	사별 문제	학대 또는 폭력문제	기타	미상	전체
서울청	자살자수	122	484	347	726	88	54	10	0	38	123	1,992
	백분율	6.1	24.3	17.4	36.4	4.4	2.7	0.5	0.0	1.9	6.2	100.0
부산청	자살자수	64	234	161	309	31	18	13	0	14	68	912
	백분율	7.0	25.7	17.7	33.9	3.4	2.0	1.4	0.0	1.5	7.5	100.0
대구청	자살자수	44	139	128	246	17	20	5	0	5	20	624
	백분율	7.1	22.3	20.5	39.4	2.7	3.2	0.8	0.0	0.8	3.2	100.0
인천청	자살자수	57	199	120	268	23	31	8	0	24	46	776
	백분율	7.3	25.6	15.5	34.5	3.0	4.0	1.0	0.0	3.1	5.9	100.0
광주청	자살자수	32	73	76	120	6	17	3	0	12	6	345
	백분율	9.3	21.2	22.0	34.8	1.7	4.9	0.9	0.0	3.5	1.7	100.0
대전청	자살자수	31	77	69	155	12	12	1	0	9	23	389
	백분율	8.0	19.8	17.7	39.8	3.1	3.1	0.3	0.0	2.3	5.9	100.0
울산청	자살자수	32	104	35	83	11	10	3	0	9	2	289
	백분율	11.1	36.0	12.1	28.7	3.8	3.5	1.0	0.0	3.1	0.7	100.0
경기 남부청	자살자수	170	587	346	655	94	53	15	0	61	174	2,155
	백분율	7.9	27.2	16.1	30.4	4.4	2.5	0.7	0.0	2.8	8.1	100.0
경기 북부청	자살자수	53	223	169	276	22	26	10	0	17	85	881
	백분율	6.0	25.3	19.2	31.3	2.5	3.0	1.1	0.0	1.9	9.6	100.0
강원청	자살자수	45	138	133	161	24	17	10	0	18	12	558
	백분율	8.1	24.7	23.8	28.9	4.3	3.0	1.8	0.0	3.2	2.2	100.0
충북청	자살자수	48	139	103	114	19	18	5	0	21	24	491
	백분율	9.8	28.3	21.0	23.2	3.9	3.7	1.0	0.0	4.3	4.9	100.0
충남청	자살자수	74	189	152	233	31	33	7	0	16	95	830
	백분율	8.9	22.8	18.3	28.1	3.7	4.0	0.8	0.0	1.9	11.4	100.0
전북청	자살자수	57	145	128	144	11	16	6	0	13	17	537
	백분율	10.6	27.0	23.8	26.8	2.0	3.0	1.1	0.0	2.4	3.2	100.0
전남청	자살자수	49	115	115	158	16	24	3	0	21	31	532
	백분율	9.2	21.6	21.6	29.7	3.0	4.5	0.6	0.0	3.9	5.8	100.0
경북청	자살자수	59	231	143	224	33	29	1	0	20	55	795
	백분율	7.4	29.1	18.0	28.2	4.2	3.6	0.1	0.0	2.5	6.9	100.0
경남청	자살자수	89	256	179	241	45	33	9	0	21	46	919
	백분율	9.7	27.9	19.5	26.2	4.9	3.6	1.0	0.0	2.3	5.0	100.0
제주청	자살자수	17	57	25	58	4	8	0	0	7	15	191
	백분율	8.9	29.8	13.1	30.4	2.1	4.2	0.0	0.0	3.7	7.9	100.0
전국	자살자수	1,043	3,390	2,429	4,171	487	419	109	0	326	842	13,216
	백분율	7.9	25.7	18.4	31.6	3.7	3.2	0.8	0.0	2.5	6.4	100.0

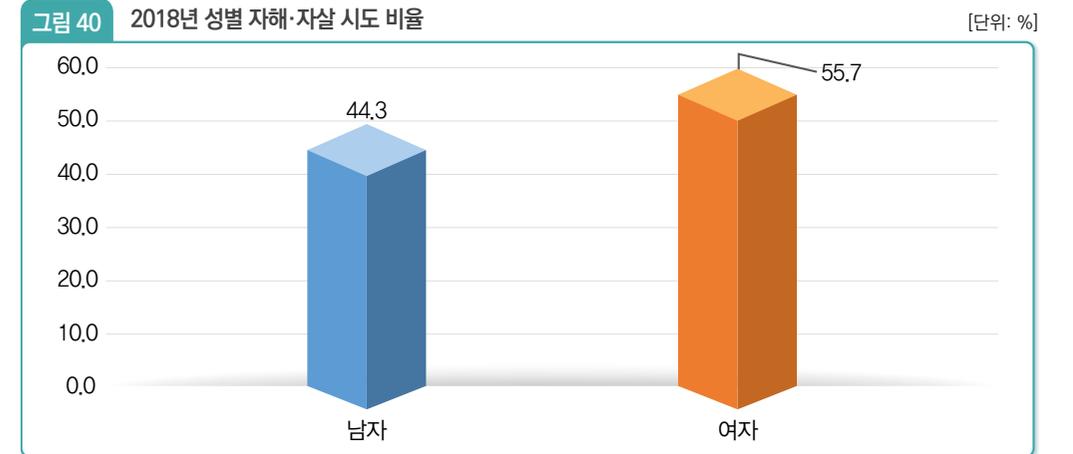
[출처: 경찰청, 2018년 변사자통계]

카. 자해·자살 시도 현황

국내 자해·자살 시도 현황 및 추이를 파악하기 위해 중앙응급의료센터의 국가응급진료정보망(NEDIS, National Emergency Department Information System) 자료를 활용하여 분석하였다.

중앙응급의료센터 국가응급진료정보망 자료는 응급의료기관으로 지정된 의료기관의 응급실에 내원하여 접수한 환자들의 진료 정보이고, 2003년에 선진국형 응급의료체계 구축 기반 마련 및 응급의료에 관한 연구와 정책 수립의 기초자료 제공을 위해 구축되었다. 2018년 12월 31일 기준 전국의 지역응급의료센터급 이상 153개 응급의료기관에서 당해 연도에 실시간으로 전송한 정보를 활용하였고, 자료를 전송하는 응급의료기관이 증가하고 있어 자해·자살 시도의 추이를 해석할 때 유의해야 한다.

2018년 응급실로 내원한 자해·자살 시도는 33,451건으로, 전년 대비 5,173건(18.3%) 증가하였으며, 여자(55.7%)가 남자(44.3%) 보다 1.3배 많다.



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

표 48 2018년 성별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

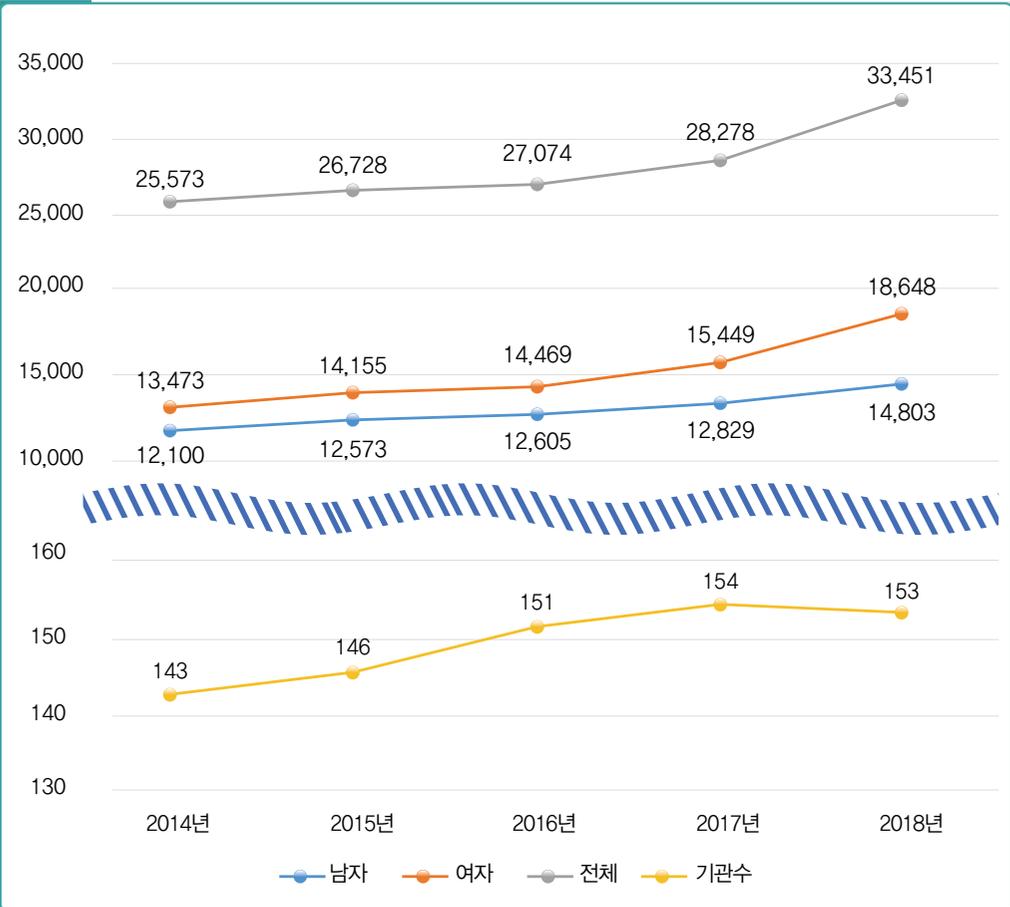
구분	시도 건수	백분율
남자	14,803	44.3
여자	18,648	55.7
전체	33,451	100.0

[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

02. 2018년도 주요 자살 현황

2014년부터 2018년까지 5년간 자해·자살 시도 건수는 지속해서 증가하고 있으며, 남자와 여자 모두 자해·자살 시도 건수가 증가하는 추세이다. 최근 5년간 여자가 남자보다 지속해서 더 많았으며, 여자의 자해·자살 시도 건수가 더 급격하게 증가하여 매년 남녀 자해·자살 시도 건수 격차가 커지고 있다.

그림 41 2014~2018년 성별 자해·자살 시도 추이 [단위: 건, 개]



[출처: 중앙응급의료센터, 2014~2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료]

표 49 2014~2018년 성별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 추이 [단위: 건, 개]

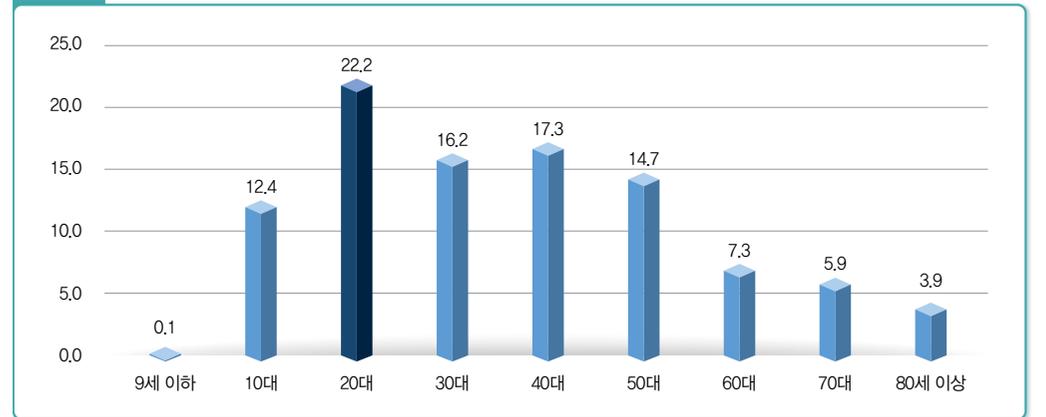
구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
남자	12,100	12,573	12,605	12,829	14,803
여자	13,473	14,155	14,469	15,449	18,648
전체	25,573	26,728	27,074	28,278	33,451
기관수	143	146	151	154	153

[출처: 중앙응급의료센터, 2014~2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료]

기본편 1. 자살의 현황

2018년 연령대별 자해·자살 시도는 20대가 22.2%로 가장 많고, 다음으로 40대(17.3%), 30대(16.2%), 50대(14.7%), 10대(12.4%), 60대(7.3%), 70대(5.9%), 80세 이상(3.9%), 9세 이하(0.1%) 순이다.

그림 42 2018년 연령대별 자해·자살 시도 비율 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

표 50 2018년 연령대별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

구분	시도 건수	백분율
9세 이하	23	0.1
10대	4,141	12.4
20대	7,426	22.2
30대	5,428	16.2
40대	5,796	17.3
50대	4,905	14.7
60대	2,455	7.3
70대	1,958	5.9
80세 이상	1,319	3.9
전체	33,451	100.0

[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

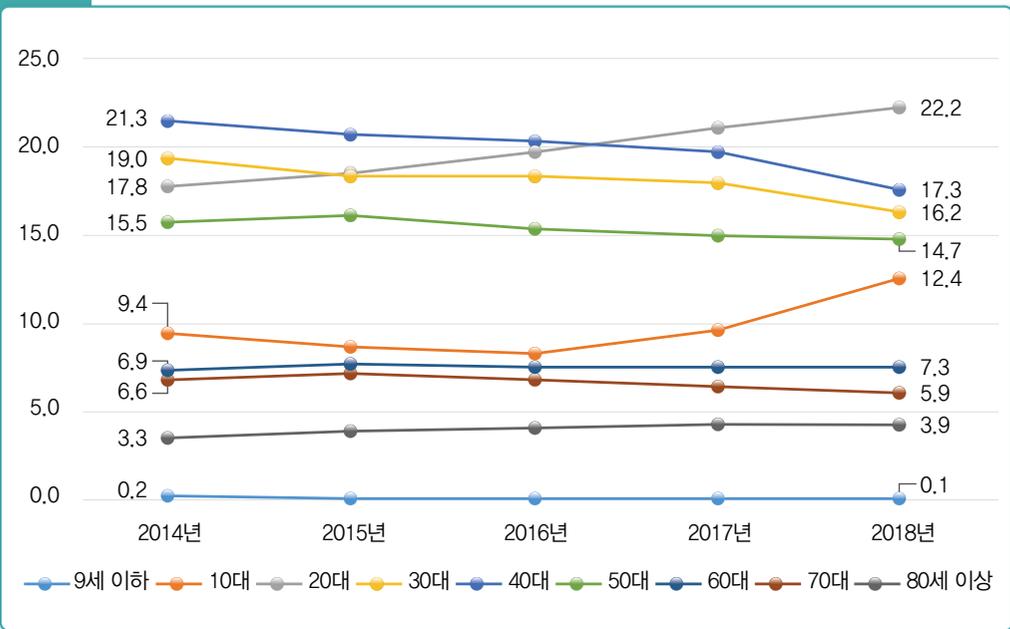
02. 2018년도 주요 자살 현황

최근 5년간 연령대별 자해·자살 시도 추이를 보면 2016년까지는 40대가 가장 많았으나 2017~2018년에는 20대가 가장 많았고, 매년 20~50대가 전체 자해·자살 시도 중 70% 이상 높은 비율을 차지하고 있다.

10대는 2016년 이후 증가하는 추세로 2018년에 2016년 대비 4.3%p 증가하였고, 20대는 2014년부터 지속해서 증가하였다. 30~40대는 매년 감소하고 있으며, 50대도 2015년 이후 꾸준히 감소하는 추세이다. 이 밖에 9세 이하는 0.1~0.2%, 60대와 70대는 약 6~7%, 80세 이상은 3~4%를 차지하고 있다.

2017년 대비 가장 높은 증가율을 보인 연령대는 10대(57.3%), 20대(25.3%), 60대(20.2%)이고, 9세 이하는 32.4% 감소하였다.

그림 43 2014~2018년 연령대별 자해·자살 시도 비율 추이 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2014~2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료]

기본편 1. 자살의 현황

표 51 2014~2018년 연령별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 추이 [단위: 건, %]

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	순위			
						1위	2위	3위	
9세 이하	시도 건수	49	27	40	34	23			
	백분율	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1			
10대	시도 건수	2,393	2,291	2,206	2,633	4,141			
	백분율	9.4	8.6	8.1	9.3	12.4			
20대	시도 건수	4,552	4,867	5,310	5,927	7,426			
	백분율	17.8	18.2	19.6	21.0	22.2			
30대	시도 건수	4,868	4,869	4,952	5,069	5,428			
	백분율	19.0	18.2	18.3	17.9	16.2			
40대	시도 건수	5,440	5,545	5,505	5,473	5,796			
	백분율	21.3	20.7	20.3	19.4	17.3			
50대	시도 건수	3,969	4,283	4,172	4,181	4,905			
	백분율	15.5	16.0	15.4	14.8	14.7			
60대	시도 건수	1,764	1,991	1,998	2,042	2,455			
	백분율	6.9	7.4	7.4	7.2	7.3			
70대	시도 건수	1,697	1,887	1,856	1,770	1,958			
	백분율	6.6	7.1	6.9	6.3	5.9			
80세 이상	시도 건수	841	968	1,035	1,149	1,319			
	백분율	3.3	3.6	3.8	4.1	3.9			
전체	시도 건수	25,573	26,728	27,074	28,278	33,451			
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0			

[출처: 중앙응급의료센터, 2014~2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료]

02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 남자와 여자 모두 20대 자해·자살 시도 건수가 각각 남자 19.6%, 여자 24.2%로 가장 많고, 뒤이어 남자는 40대(17.2%), 50대(16.8%), 30대(15.7%) 순이고, 여자는 40대(17.5%), 30대(16.6%), 10대(15.4%) 순이다.

9세 이하와 50대 이상 연령대는 남자가 자해·자살 시도 비율이 높았고, 10대에서 40대까지 연령대는 여자가 더 높았다.

그림 44 2018년 성별에 따른 연령별 자해·자살 시도 비율 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

표 52 2018년 성별에 따른 연령별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

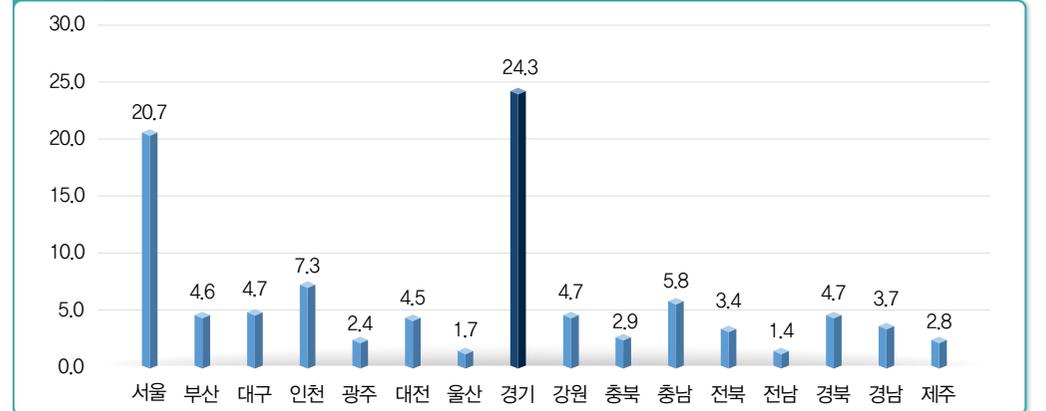
구분	9세 이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80세 이상	전체	응급실 내원 현황			
											1위	2위	3위	
남자	시도 건수	14	1,270	2,907	2,329	2,540	2,491	1,395	1,119	738	14,803			
	백분율	0.1	8.6	19.6	15.7	17.2	16.8	9.4	7.6	5.0	100.0			
여자	시도 건수	9	2,871	4,519	3,099	3,256	2,414	1,060	839	581	18,648			
	백분율	0.0	15.4	24.2	16.6	17.5	12.9	5.7	4.5	3.1	100.0			
전체	시도 건수	23	4,141	7,426	5,428	5,796	4,905	2,455	1,958	1,319	33,451			
	백분율	0.1	12.4	22.2	16.2	17.3	14.7	7.3	5.9	3.9	100.0			

[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

기본편 1. 자살의 현황

2018년 시·도별 자해·자살 시도에서는 경기(24.3%)와 서울(20.7%)이 가장 많고, 그 외 지역은 각각 10% 미만이다. 경기와 서울 지역이 전체 자해·자살 시도의 45%를 차지하는데 이는 수도권에 인구가 많고, 응급 환자를 수용할 수 있는 응급의료기관이 밀집해 있기 때문으로 추정된다.

그림 45 2018년 시·도별 자해·자살 시도 비율 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

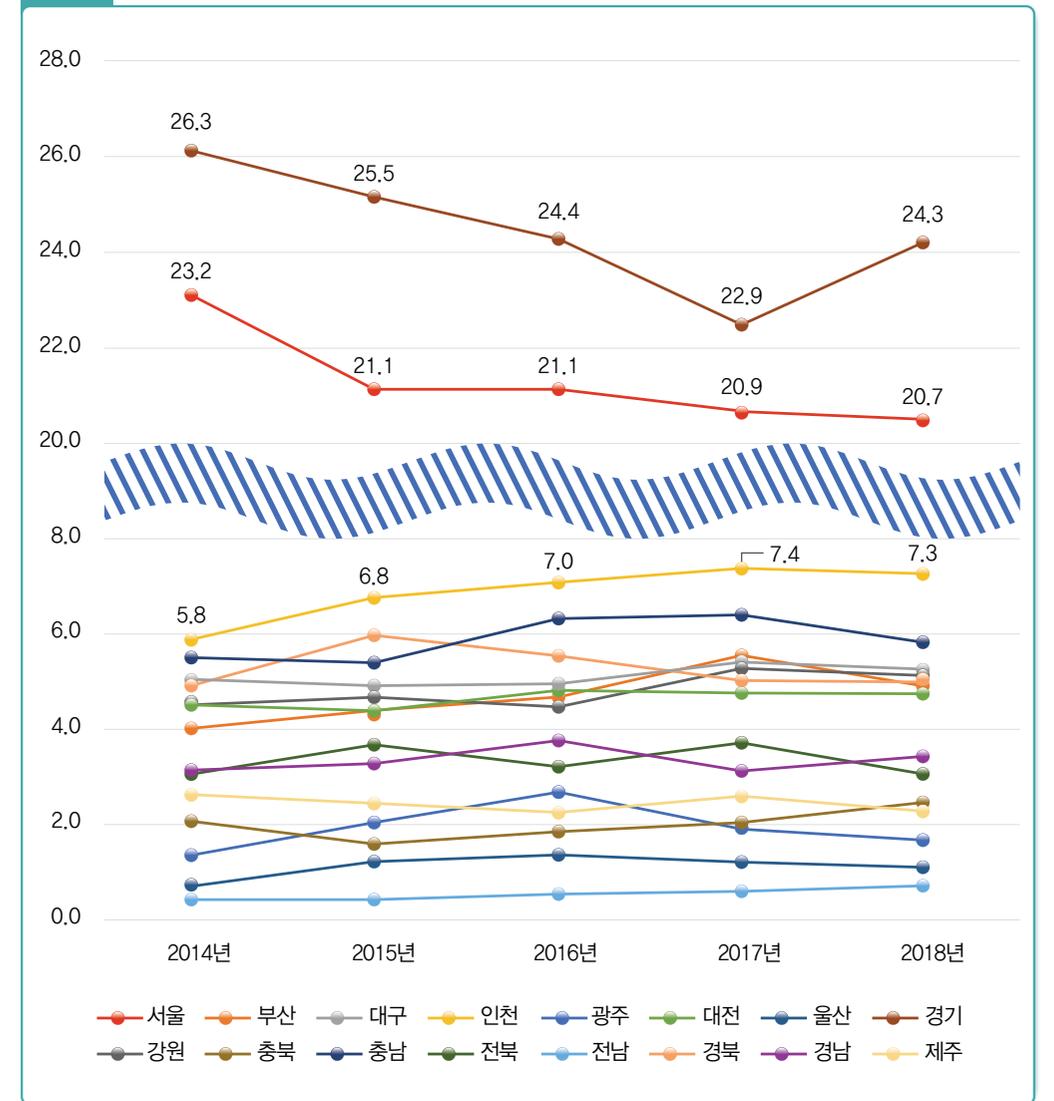
표 53 2018년 시·도별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

시도	시도 건수	백분율
서울	6,938	20.7
부산	1,537	4.6
대구	1,585	4.7
인천	2,453	7.3
광주	808	2.4
대전	1,520	4.5
울산	583	1.7
경기	8,144	24.3
강원	1,576	4.7
충북	974	2.9
충남	1,952	5.8
전북	1,152	3.4
전남	484	1.4
경북	1,573	4.7
경남	1,236	3.7
제주	936	2.8
전체	33,451	100.0

[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

최근 5년간 경기와 서울은 각각 20% 이상으로 자해·자살 시도 비율이 지속해서 높고, 그 외 지역은 각각 10% 미만이었다. 경기는 2017년까지 감소하다가 2018년에 다시 증가하였고, 서울은 감소하는 추세이다. 2017년 대비 모든 시·도의 자해·자살 시도 건수가 증가하였고, 증가율이 가장 높은 지역은 충북(31.1%), 경남(28.1%), 경기(25.7%), 전남(24.4%)이다.

그림 46 2014~2018년 시·도별 자해·자살 시도 비율 추이 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2014~2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료]

표 54 2014~2018년 시·도별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 추이 [단위: 건, %]

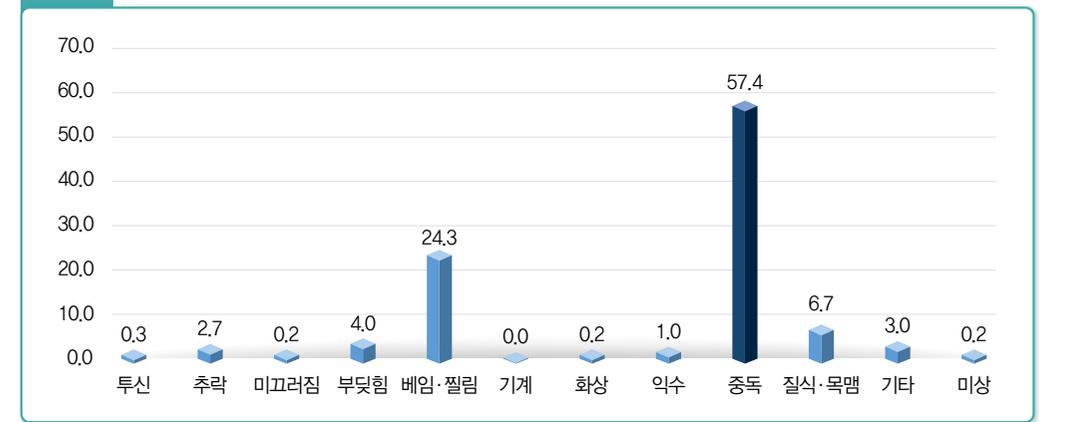
1위 2위 3위

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	
서울	시도 건수	5,923	5,640	5,709	5,902	6,938
	백분율	23.2	21.1	21.1	20.9	20.7
부산	시도 건수	1,060	1,202	1,218	1,383	1,537
	백분율	4.1	4.5	4.5	4.9	4.6
대구	시도 건수	1,274	1,286	1,253	1,383	1,585
	백분율	5.0	4.8	4.6	4.9	4.7
인천	시도 건수	1,483	1,810	1,905	2,104	2,453
	백분율	5.8	6.8	7.0	7.4	7.3
광주	시도 건수	484	677	774	736	808
	백분율	1.9	2.5	2.9	2.6	2.4
대전	시도 건수	1,169	1,208	1,234	1,282	1,520
	백분율	4.6	4.5	4.6	4.5	4.5
울산	시도 건수	357	493	555	517	583
	백분율	1.4	1.8	2.0	1.8	1.7
경기	시도 건수	6,717	6,812	6,607	6,479	8,144
	백분율	26.3	25.5	24.4	22.9	24.3
강원	시도 건수	1,152	1,250	1,180	1,362	1,576
	백분율	4.5	4.7	4.4	4.8	4.7
충북	시도 건수	607	577	634	743	974
	백분율	2.4	2.2	2.3	2.6	2.9
충남	시도 건수	1,395	1,357	1,667	1,763	1,952
	백분율	5.5	5.1	6.2	6.2	5.8
전북	시도 건수	814	992	895	1,084	1,152
	백분율	3.2	3.7	3.3	3.8	3.4
전남	시도 건수	318	333	364	389	484
	백분율	1.2	1.2	1.3	1.4	1.4
경북	시도 건수	1,258	1,436	1,388	1,318	1,573
	백분율	4.9	5.4	5.1	4.7	4.7
경남	시도 건수	817	925	990	965	1,236
	백분율	3.2	3.5	3.7	3.4	3.7
제주	시도 건수	745	730	701	868	936
	백분율	2.9	2.7	2.6	3.1	2.8
전체	시도 건수	25,573	26,728	27,074	28,278	33,451
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

[출처: 중앙응급의료센터, 2014~2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료]

2018년 자해·자살 시도의 수단으로는 중독이 57.4%로 가장 많고, 뒤이어 베임·찔림 24.3%, 질식·목매 6.7%, 부딪힘 4.0%, 기타 3.0%, 추락 2.7%였으며 그 외 수단은 각각 1% 이하이다. 통계청 사망원인통계에 따른 주요 자살 수단은 목매, 추락, 가스 중독이었으나 자해·자살 시도의 수단은 중독, 베임·찔림, 질식·목매이었다. 2017년 대비 증가율이 가장 높은 수단은 추락(30.2%), 투신(25.0%), 중독(20.3%)이다.

그림 47 2018년 수단별 자해·자살 시도 비율 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

표 55 2018년 수단별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

구분	시도 건수	백분율
투신	100	0.3
추락	896	2.7
미끄러짐	70	0.2
부딪힘	1,331	4.0
베임·찔림	8,129	24.3
기계	8	0.0
화상	74	0.2
익수	331	1.0
중독	19,205	57.4
질식·목매	2,256	6.7
기타	989	3.0
미상	62	0.2
전체	33,451	100.0

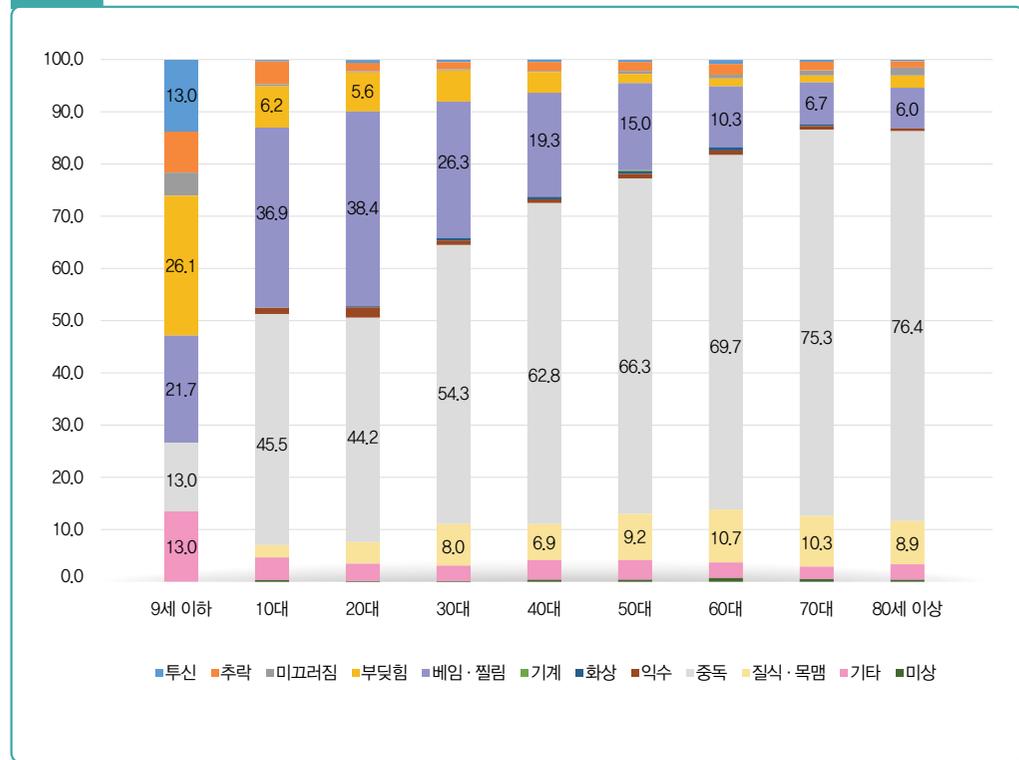
[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 연령대에 따른 자해·자살 시도의 수단으로는 9세 이하의 경우 부딪힘이 가장 높았고, 9세 이하를 제외한 모든 연령에서 중독으로 인한 자살 비율이 가장 높았다. 뒤이어 50대 이하에서는 베임·찔림이 두 번째로 높았고, 60대 이상에서는 중독 다음으로 질식·목매이 높았다.

중독과 질식·목매이로 인한 자해·자살 시도는 전반적으로 연령대가 높을수록 비율도 증가하는 경향을 보였으며, 베임·찔림으로 인한 자해·자살 시도는 20대가 38.4%로 가장 높았고, 이후 연령이 높아질수록 감소하였으며, 부딪힘도 연령이 높아질수록 감소하는 경향을 보였다.

그림 48 2018년 연령에 따른 수단별 자해·자살 시도 비율 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

기본편 1. 자살의 현황

표 56 2018년 연령에 따른 수단별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

구분	투신	추락	미끄러짐	부딪힘	베임·찔림	기계	화상	익수	중독	질식·목매이	기타	미상	전체	
9세 이하	시도 건수	3	2	1	6	5	0	0	0	3	0	3	0	23
	백분율	13.0	8.7	4.3	26.1	21.7	0.0	0.0	0.0	13.0	0.0	13.0	0.0	100.0
10대	시도 건수	4	167	4	255	1,526	0	2	42	1,885	87	161	8	4,141
	백분율	0.1	4.0	0.1	6.2	36.9	0.0	0.0	1.0	45.5	2.1	3.9	0.2	100.0
20대	시도 건수	27	193	8	418	2,850	3	10	87	3,282	301	237	10	7,426
	백분율	0.4	2.6	0.1	5.6	38.4	0.0	0.1	1.2	44.2	4.1	3.2	0.1	100.0
30대	시도 건수	12	125	4	255	1,426	0	17	45	2,950	434	152	8	5,428
	백분율	0.2	2.3	0.1	4.7	26.3	0.0	0.3	0.8	54.3	8.0	2.8	0.1	100.0
40대	시도 건수	18	155	7	195	1,120	0	19	55	3,639	401	176	11	5,796
	백분율	0.3	2.7	0.1	3.4	19.3	0.0	0.3	0.9	62.8	6.9	3.0	0.2	100.0
50대	시도 건수	13	110	11	112	737	4	14	50	3,254	451	140	9	4,905
	비율	0.3	2.2	0.2	2.3	15.0	0.1	0.3	1.0	66.3	9.2	2.9	0.2	100.0
60대	시도 건수	16	64	10	43	254	1	9	25	1,710	263	51	9	2,455
	백분율	0.7	2.6	0.4	1.8	10.3	0.0	0.4	1.0	69.7	10.7	2.1	0.4	100.0
70대	시도 건수	5	48	11	22	132	0	3	18	1,474	202	38	5	1,958
	백분율	0.3	2.5	0.6	1.1	6.7	0.0	0.2	0.9	75.3	10.3	1.9	0.3	100.0
80세 이상	시도 건수	2	32	14	25	79	0	0	9	1,008	117	31	2	1,319
	백분율	0.2	2.4	1.1	1.9	6.0	0.0	0.0	0.7	76.4	8.9	2.4	0.2	100.0
전체	시도 건수	100	896	70	1,331	8,129	8	74	331	19,205	2,256	989	62	33,451
	백분율	0.3	2.7	0.2	4.0	24.3	0.0	0.2	1.0	57.4	6.7	3.0	0.2	100.0

[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

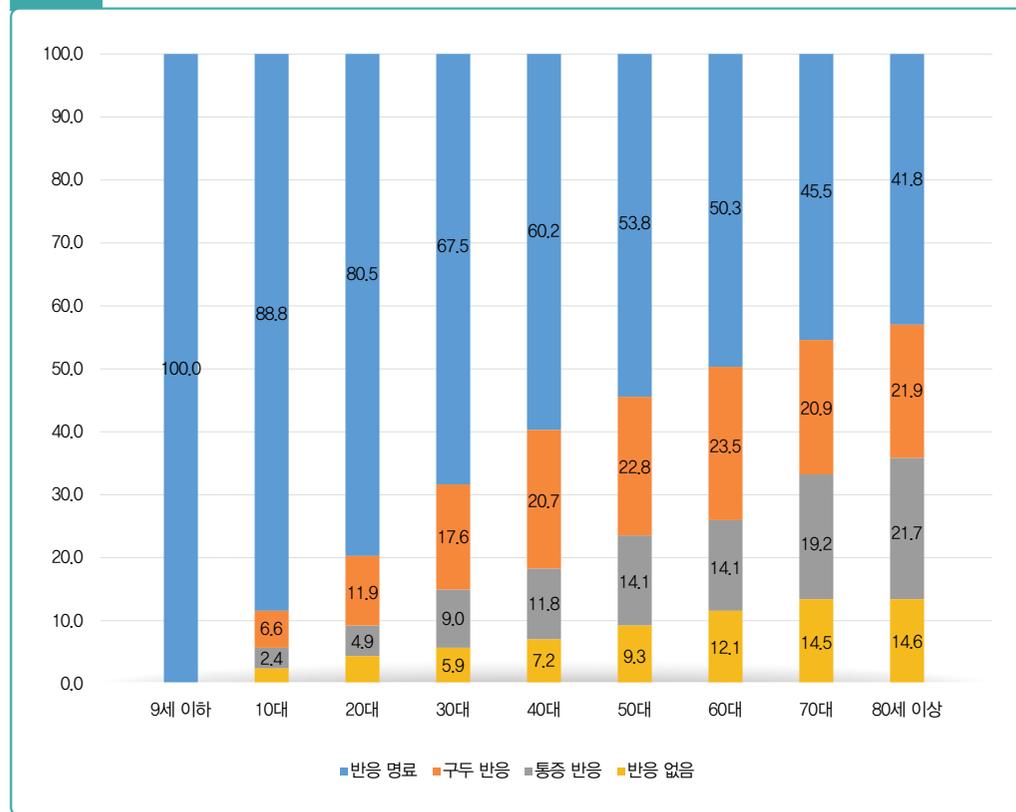
02. 2018년도 주요 자살 현황

2018년 자해·자살 시도의 부상 상태로는 반응이 명료한 경우가 66.2%로 가장 많고, 구두 반응인 경우 17.0%, 통증 반응인 경우 10.0%, 반응이 없는 경우가 6.8%이다.

2017년 대비 증가율은 반응이 명료한 경우가 18.3%, 구두 반응은 20.9%, 통증 반응은 13.5%, 반응이 없는 경우는 19.1%로 구두 반응인 경우가 가장 증가 폭이 컸다.

모든 연령에서 반응이 명료한 경우가 가장 많았으나 구두 반응의 경우 60대가 70대와 80세 이상보다 약간 더 높았지만 전반적으로 연령이 높을수록 비율이 증가하는 경향을 보였고, 통증 반응과 반응이 없는 경우도 연령이 높을수록 비율이 증가하였다.

그림 49 2018년 연령에 따른 부상 상태별 자해·자살 시도 비율 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

기본편 1. 자살의 현황

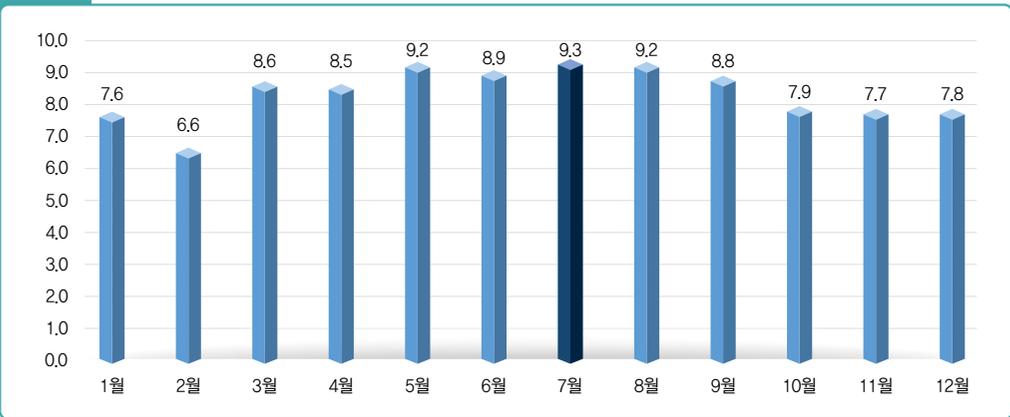
표 57 2018년 연령에 따른 부상 상태별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

구분	반응 명료	구두 반응	통증 반응	반응 없음	미상	전체
9세 이하	시도 건수	23	0	0	0	23
	백분율	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
10대	시도 건수	3,678	272	100	91	4,141
	백분율	88.8	6.6	2.4	2.2	100.0
20대	시도 건수	5,976	880	364	206	7,426
	백분율	80.5	11.9	4.9	2.8	100.0
30대	시도 건수	3,663	955	487	321	5,428
	백분율	67.5	17.6	9.0	5.9	100.0
40대	시도 건수	3,490	1,201	685	419	5,796
	백분율	60.2	20.7	11.8	7.2	100.0
50대	시도 건수	2,638	1,118	694	455	4,905
	백분율	53.8	22.8	14.1	9.3	100.0
60대	시도 건수	1,236	578	345	296	2,455
	백분율	50.3	23.5	14.1	12.1	100.0
70대	시도 건수	890	410	375	283	1,958
	백분율	45.5	20.9	19.2	14.5	100.0
80세 이상	시도 건수	551	289	286	193	1,319
	백분율	41.8	21.9	21.7	14.6	100.0
전체	시도 건수	22,145	5,703	3,336	2,264	33,451
	백분율	66.2	17.0	10.0	6.8	100.0

[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

2018년 월별 자해·자살 건수는 7월 3,104건(9.3%), 8월 3,089건(9.2%), 5월 3,067건(9.2%) 순으로 많고, 2월(6.6%)에 가장 비율이 낮았으며, 2017년 대비 증가율은 4월(32.0%), 1월(31.0%), 3월(30.7%), 5월(30.5%)에 가장 높았다.

그림 50 2018년 월별 자해·자살 시도 비율 [단위: %]



[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

표 58 2018년 월별 자해·자살 시도 응급실 내원 현황 [단위: 건, %]

월	시도 건수	백분율
1월	2,544	7.6
2월	2,195	6.6
3월	2,864	8.6
4월	2,848	8.5
5월	3,067	9.2
6월	2,976	8.9
7월	3,104	9.3
8월	3,089	9.2
9월	2,929	8.8
10월	2,633	7.9
11월	2,592	7.7
12월	2,610	7.8
전체	33,451	100.0

[출처: 중앙응급의료센터, 2018 국가응급진료정보망(NEDIS)자료 N20191000015]

03. OECD 회원국 자살 현황

OECD 회원국의 자살 현황을 파악하기 위해 2019년 9월 24일 기준 OECD에서 제공하는 Health Data를 활용하여 분석하였다. 2018년 리투아니아와 콜롬비아의 OECD 회원국 가입이 공식화되었으나 OECD 통계 시스템(OECD. Stat)에서는 콜롬비아가 비회원국으로 분류되어 있어 콜롬비아를 제외한 36개 회원국의 자살률을 분석하였다. 또한, OECD 국가들과의 자살 통계를 비교하기 위해 OECD 회원국 자살률 산출에는 OECD 표준 인구를 사용하여 국가별 연령구조의 차이에서 비롯된 사망 수준의 차이를 보정한 연령표준화 값을 활용하였다.

OECD 회원국의 연령대별, 청소년(10~24세), 노인(65세 이상) 자살률은 2019년 5월 1일 기준 WHO Mortality data base의 국가별 자살자 수와 인구 수를 활용하여 산출하였고, 칠레와 멕시코의 경우는 WHO Mortality data base의 사망자 수가 제공되지 않아 연령대별 자살 통계를 산출하지 못하여 34개 회원국의 자살률을 분석하였다.

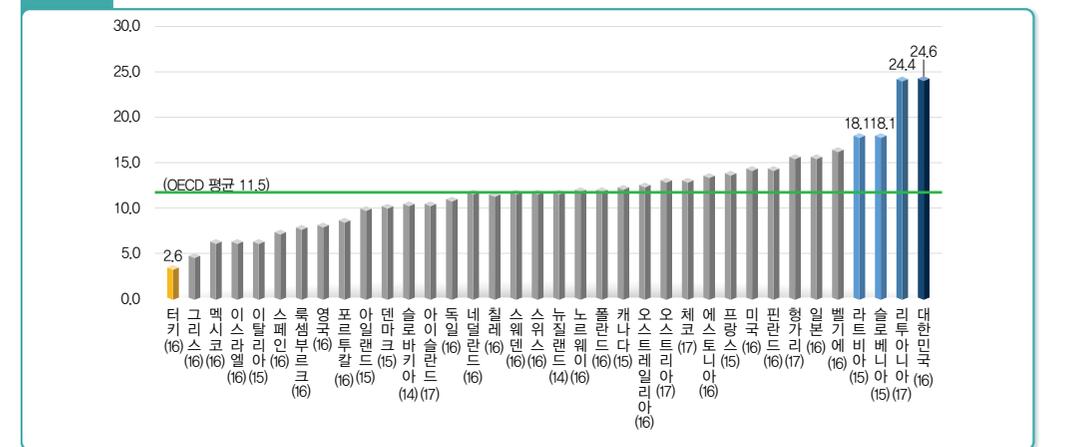
국가마다 통계조사 시기가 달라 OECD와 WHO에서 제공하는 국가별 최근 통계 연도가 다르고, 2011년도 이후 자료가 없거나 일부 누락된 국가는 가용한 최근 연도 자료를 적용하여 분석하였음에 유의해야 한다.

가. OECD 회원국 최신 자살률 현황

OECD 회원국의 최근 자살률(OECD 표준인구 10만 명당 명) 평균은 11.5명이고, 한국은 24.6명('16년)으로 가장 높은 자살률을 보이고 있으며, OECD 평균보다 2.1배 높다. 뒤이어 리투아니아가 24.4명('17년)으로 2위, 라트비아와 슬로베니아가 18.1명('15년)으로 3위이고, 자살률이 가장 낮은 국가는 터키로 2.6명('16년)이다.

이 밖에 일본은 15.2명('16년)으로 6위, 미국과 핀란드는 13.9명('16년)으로 8위, 영국은 7.3명('16년)으로 29위이다.

그림 51 OECD 회원국 자살률 [단위: OECD 표준인구 10만 명당 명]



[출처: OECD, OECD Health Data('19.9.24. 추출)]

03. OECD 회원국 자살 현황

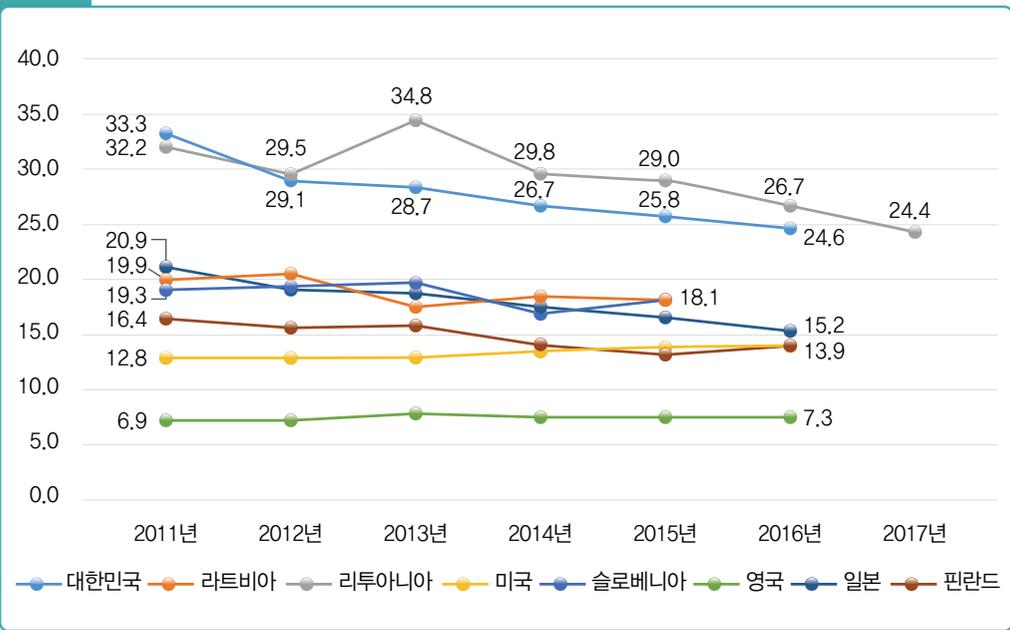
2011년부터 2017년까지 OECD 주요 회원국의 자살률 추이를 보면, 2011년에 한국이 33.3명으로 OECD 주요 회원국 중 가장 높았으나 이후 지속해서 감소하여 2012~2016년에는 리투아니아가 한국보다 높았다.

리투아니아는 자살률이 2013년 34.8명으로 최고치를 기록한 이후 급격하게 감소하여 한국과의 차이가 점차 줄어들고 있으나 여전히 높았다.

라트비아는 2013년에 17.8명으로 감소하였으나 이후 다시 증가하여 18.1명을 유지하고 있으며, 슬로베니아도 2014년에 감소하였으나 2015년에 다시 증가하여 라트비아와 동일하게 18.1명이다.

이 밖에 일본은 지속해서 감소하여 2016년에는 2011년 대비 5.7명(27.3%) 감소하였고, 미국은 지속해서 증가하여 2016년에는 2011년 대비 1.1명(8.6%) 증가하였다. 핀란드는 2013년에 소폭 증가한 것을 제외하고는 감소하는 추세로 2016년에는 2011년 대비 2.5명(15.2%) 감소하였고, 영국은 약 7명을 유지하고 있다.

그림 52 2011~2017년 OECD 주요 회원국 자살률 추이(일부 회원국 발췌) [단위: OECD 표준인구 10만 명당 명]



[출처: OECD, OECD Health Data('19.9.24. 추출)]

기본편 1. 자살의 현황

표 59 2011~2017년 OECD 회원국 자살률 추이

[단위: OECD 표준인구 10만 명당 명]

국가	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	최신연도	순위
대한민국	33.3	29.1	28.7	26.7	25.8	24.6	-	24.6	1
그리스	3.9	4.2	4.5	4.7	4.4	4.0	-	4.0	35
네덜란드	9.5	10.0	10.5	10.4	10.5	10.5	-	10.5	22
노르웨이	12.1	10.2	10.8	10.5	11.1	11.6	-	11.6	16
뉴질랜드	11.3	12.5	11.8	11.5	-	-	-	11.5	18
덴마크	10.2	11.3	10.3	10.6	9.4	-	-	9.4	26
독일	10.8	10.5	10.8	10.8	10.6	10.2	-	10.2	23
라트비아	19.9	20.5	17.8	18.1	18.1	-	-	18.1	3
룩셈부르크	10.4	9.4	7.3	11.8	11.1	7.2	-	7.2	30
리투아니아	32.2	29.5	34.8	29.8	29.0	26.7	24.4	24.4	2
멕시코	5.1	4.9	5.1	5.5	5.5	5.4	-	5.4	33
미국	12.8	13.0	13.1	13.5	13.8	13.9	-	13.9	8
벨기에	18.1	17.4	16.2	16.1	15.8	15.9	-	15.9	5
스웨덴	11.4	11.6	12.3	11.4	11.7	11.1	-	11.1	20
스위스	12.1	12.0	12.2	11.4	11.9	11.2	-	11.2	19
스페인	6.3	6.9	7.5	7.6	6.9	6.8	-	6.8	31
슬로바키아	-	10.2	10.9	9.7	-	-	-	9.7	24
슬로베니아	19.3	19.3	19.6	16.9	18.1	-	-	18.1	3
아이슬란드	8.7	11.6	16.0	13.8	12.3	12.1	9.7	9.7	24
아일랜드	12.2	12.1	10.9	10.7	9.3	-	-	9.3	27
에스토니아	15.3	16.6	15.3	17.5	14.1	13.0	-	13.0	11
영국	6.9	6.9	7.5	7.4	7.5	7.3	-	7.3	29
오스트레일리아	10.7	11.4	11.3	12.5	12.9	11.9	-	11.9	14
오스트리아	14.1	13.7	13.6	13.9	12.9	12.2	12.4	12.4	12
이스라엘	6.2	6.4	5.5	5.5	4.9	5.4	-	5.4	33
이탈리아	6.2	6.3	6.3	6.0	5.7	-	-	5.7	32
일본	20.9	19.1	18.7	17.6	16.6	15.2	-	15.2	6
체코	14.3	14.7	14.2	13.3	12.3	11.7	12.4	12.4	12
칠레	12.3	11.0	10.3	10.4	10.7	10.7	-	10.7	21
캐나다	10.8	10.8	11.1	11.5	11.8	-	-	11.8	15
터키	1.7	2.1	2.6	2.3	2.1	2.6	-	2.6	36
포르투갈	8.6	9.0	8.7	10.2	9.3	8.1	-	8.1	28
폴란드	15.3	15.8	15.5	14.8	13.5	11.6	-	11.6	16
프랑스	15.8	14.6	14.3	13.1	13.1	-	-	13.1	10
핀란드	16.4	15.6	15.8	14.1	13.1	13.9	-	13.9	8
헝가리	22.8	22.0	19.4	17.8	17.3	16.2	15.1	15.1	7
OECD 회원국 자살률 평균								11.5	-

[출처: OECD, OECD Health Data('19.9.24. 추출)]

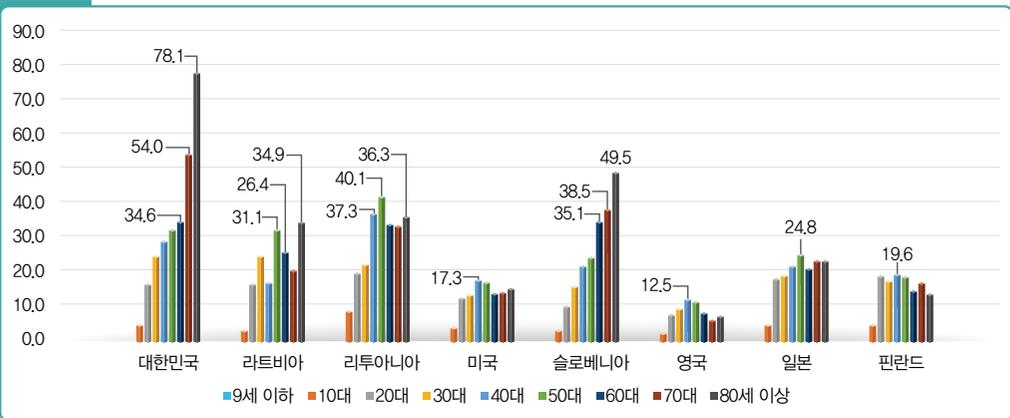
나. OECD 회원국 연령대별 자살률 현황(중앙자살예방센터 산출)

칠레와 멕시코를 제외한 34개 OECD 회원국의 연령대별 자살률(인구 10만 명당 명)을 보면, 가장 높은 국가는 10대의 경우 뉴질랜드(9.4명), 20대는 아이슬란드(21.0명), 30대는 한국(24.6명), 40대는 리투아니아(37.3명), 50대는 리투아니아(40.1명), 60대는 슬로베니아(35.1명), 70대는 한국(54.0명), 80세 이상은 한국(78.1명)으로 30대, 70대, 80세 이상 연령층에서 한국이 1위를 차지하였다. 9세 이하의 경우에는 모든 국가가 0.0명이었다.

한국의 연령대별 자살률은 10대가 4.9명(7위), 20대가 16.4명(6위), 30대가 24.6명(1위), 40대가 29.6명(2위), 50대가 32.5명(2위), 60대가 34.6명(3위), 70대가 54.0명(1위), 80세 이상이 78.1명(1위)이며, 특히 30대~80세 이상이 OECD 회원국 중 1~3위로 높은 순위에 위치하였다.

연령대별 OECD 평균은 10대 3.4명, 20대 11.0명, 30대 12.6명, 40대 15.8명, 50대 18.6명, 60대 16.2명, 70대 18.6명, 80세 이상 21.9명이고, 특히 한국은 OECD 평균보다 80세 이상 자살률이 3.6배 높으며, 10대는 1.4배, 20대는 1.5배, 30대는 2배, 40대는 1.9배, 50대는 1.7배, 60대는 2.1배, 70대는 2.9배 높다.

그림 53 OECD 주요 회원국 연령대별 자살률 현황(일부 회원국 발췌) [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19.5.1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

[단위: 인구 10만 명당 명]

표 60 OECD 회원국 연령대별 자살률 현황

국가	9세이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80세이상	자료연도
대한민국	0.0	4.9	16.4	24.6	29.6	32.5	34.6	54.0	78.1	2016
그리스	0.0	0.6	3.6	4.8	6.1	7.4	7.4	6.0	7.1	2015
네덜란드	0.0	2.4	8.2	11.8	14.1	18.2	16.1	13.9	16.4	2016
노르웨이	0.0	5.5	12.4	15.5	16.0	18.5	12.3	13.0	10.0	2016
뉴질랜드	0.0	9.4	15.2	15.2	16.9	16.1	8.5	8.7	14.0	2013
덴마크	0.0	1.2	5.9	7.8	15.6	15.3	13.9	15.4	21.1	2015
독일	0.0	2.7	7.5	9.5	12.9	16.5	14.4	21.0	30.8	2015
라트비아	0.0	3.9	17.5	24.6	17.0	31.1	26.4	21.3	34.9	2015
룩셈부르크	0.0	3.1	9.2	5.7	14.6	15.2	20.5	32.2	13.3	2015
리투아니아	0.0	9.0	20.0	22.8	37.3	40.1	34.7	34.1	36.3	2017
미국	0.0	4.0	12.6	13.9	17.3	17.1	13.8	14.1	16.0	2007
벨기에	0.0	2.8	12.7	17.3	24.1	27.1	20.7	22.2	24.6	2015
스웨덴	0.0	3.2	12.0	12.2	13.9	17.2	14.5	14.8	19.2	2016
스위스	0.0	4.0	9.1	9.0	15.5	20.3	19.8	19.9	30.2	2013
스페인	0.0	1.5	4.9	6.0	9.8	10.9	9.8	12.8	17.9	2015
슬로바키아	0.0	2.1	7.0	9.6	11.7	19.4	14.5	15.1	17.4	2014
슬로베니아	0.0	3.2	11.0	15.7	21.7	24.7	35.1	38.5	49.5	2015
아이슬란드	0.0	0.0	21.0	20.9	6.9	13.8	8.6	5.0	0.0	2017
아일랜드	0.0	3.9	11.7	13.4	16.3	20.0	12.8	9.8	3.0	2013
에스토니아	0.0	4.0	13.5	10.3	14.1	22.3	17.7	26.5	22.0	2016
영국	0.0	2.3	7.8	9.6	12.5	11.7	8.1	6.5	7.7	2015
오스트레일리아	0.0	5.5	14.9	17.1	20.2	17.8	12.0	12.6	17.1	2015
오스트리아	0.0	3.3	9.3	9.8	13.2	15.6	19.2	29.3	44.5	2017
이스라엘	0.0	1.3	5.6	3.4	6.7	6.3	6.4	10.2	10.1	2015
이탈리아	0.0	1.5	4.4	5.4	7.2	8.8	8.7	10.6	12.4	2015
일본	0.0	4.6	18.8	19.3	21.6	24.8	21.1	23.6	23.7	2015
체코	0.0	3.9	11.3	12.3	15.2	17.2	16.0	17.6	22.0	2016
캐나다	0.0	6.0	11.8	14.5	18.1	16.2	11.2	11.1	9.8	2005
터키	0.0	1.5	3.1	2.9	3.3	3.1	2.6	3.6	4.8	2016
포르투갈	0.0	1.2	4.6	5.7	9.8	14.3	10.5	19.3	26.1	2016
폴란드	0.0	4.8	14.2	14.0	18.1	24.5	19.0	14.2	13.3	2015
프랑스	0.0	2.0	7.9	13.3	20.4	21.5	17.1	21.2	32.4	2014
핀란드	0.0	5.0	19.2	17.4	19.6	18.7	15.3	17.3	14.2	2014
헝가리	0.0	2.5	8.4	12.9	19.6	28.5	25.9	35.7	43.0	2016
OECD회원국 평균	0.0	3.4	11.0	12.6	15.8	18.6	16.2	18.6	21.9	-

*칠레와 멕시코의 경우 사망자 수가 제공되지 않아 연령대별 자살률을 산출하지 못함

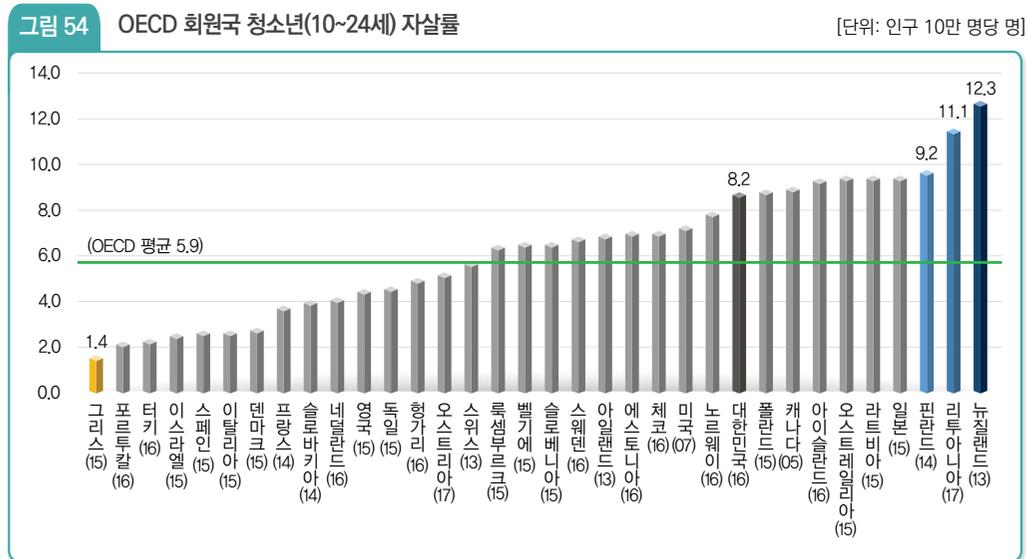
[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19.5.1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

다. OECD 회원국 청소년(10~24세) 자살률 현황

최근 연도 기준 OECD 회원국의 청소년 자살률(인구 10만 명당 명) 평균은 5.9명이고, 한국은 8.2명(16년)으로 10위이며, OECD 평균보다 1.4배 높다.

청소년 자살률이 가장 높은 국가는 뉴질랜드로 12.3명(13년)이며, 리투아니아가 11.1명(17년)으로 2위, 핀란드가 9.2명(14년)으로 3위이고, 가장 낮은 국가는 그리스로 1.4명(15년)이다.

이 밖에 일본은 9.1명(15년)으로 4위, 라트비아는 9.0명(15년)으로 5위, 오스트레일리아는 8.9명(15년)으로 6위, 에스토니아는 6.6명(16년)으로 13위, 영국은 4.2명(15년)으로 24위이다.



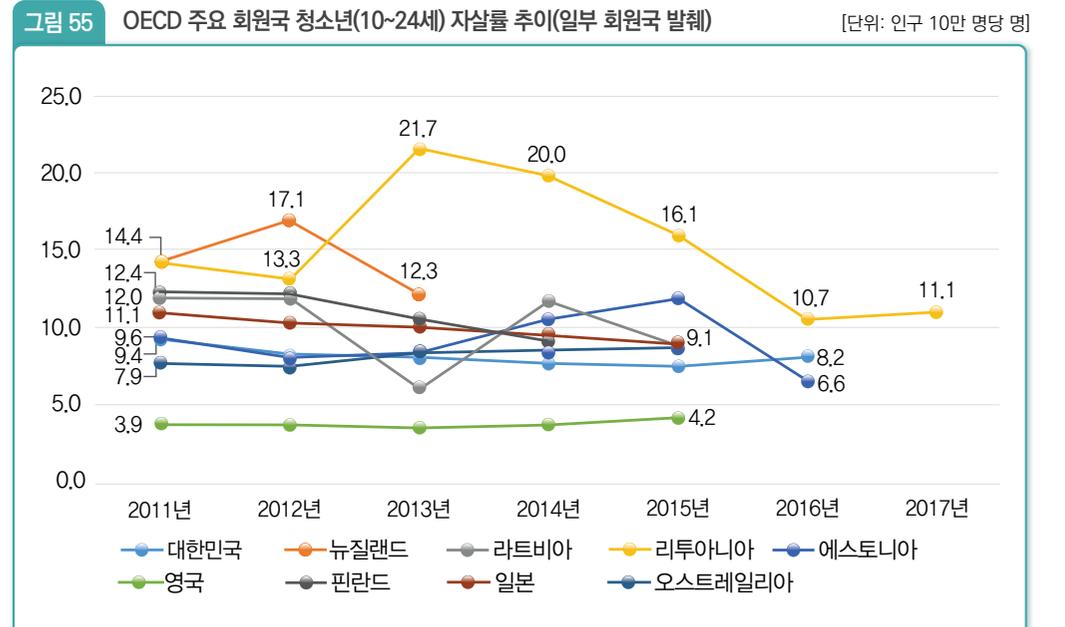
[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19.5.1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

2011년부터 2017년까지 OECD 주요 회원국의 청소년 자살률 추이를 살펴보면, 2012년까지 뉴질랜드가 가장 높다가 2013년에 뉴질랜드의 청소년 자살률은 감소하였고, 리투아니아의 청소년 자살률은 증가하여 2013년부터 리투아니아가 가장 높은 자살률을 유지하고 있다.

한국은 2011년에 9.4명으로 최고치를 기록한 이후 꾸준히 감소하여 2015년에 7.6명까지 감소하였으나 2016년에 8.2명으로 다시 증가하였다.

뉴질랜드는 2012년에 17.1명으로 증가하였다가 2013년에 12.3명으로 급격히 감소하였고, 리투아니아는 2013년에 21.7명으로 급격하게 증가한 이후 2016년에 10.7명까지 감소하였다가 2017년 소폭 증가하였으며, 핀란드는 2014년까지 감소하는 추세이다.

이 밖에 라트비아는 12.0명을 유지하다가 2013년에 6.1명으로 감소하였으나 2014년에 다시 11.9명으로 증가하였고, 2015년에 9.0명으로 소폭 감소하였다. 그리고 에스토니아는 2015년에 12.0명까지 증가하였으나 2016년에 6.6명으로 감소하였고, 일본은 지속해서 감소하여 2011년 11.1명이었으나 2015년 9.1명으로 2011년 대비 2명(18.0%) 감소하였다. 영국은 3.6~4.2명 자살률을 유지하고 있고, 오스트레일리아는 7.6~8.9명으로 2013년부터 증가하는 추세이다.



[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19.5.1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

[단위: 인구 10만 명당 명]

표 61 OECD 회원국 청소년(10~24세) 자살률 추이

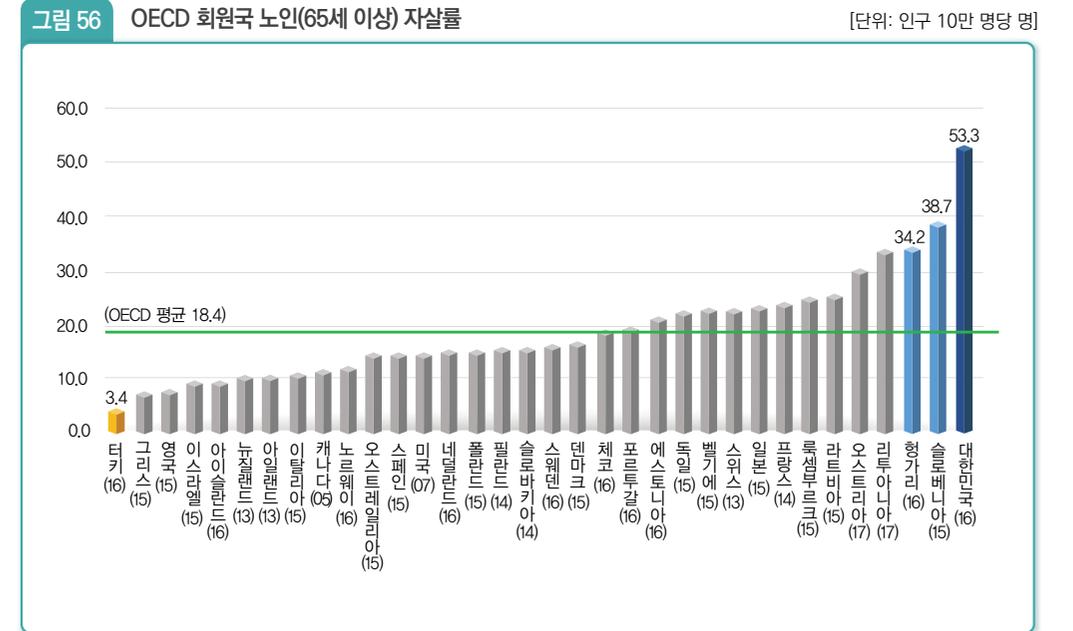
국가	~2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	최신연도	순위	
									1위	2위
대한민국	9.4	8.4	8.2	7.8	7.6	8.2	-	8.2	10	
그리스	-	-	-	2.2	1.4	-	-	1.4	34	
네덜란드	4.2	4.4	4.8	4.3	4.2	3.9	-	3.9	25	
노르웨이	8.7	7.0	6.7	5.9	6.5	7.4	-	7.4	11	
뉴질랜드	14.4	17.1	12.3	-	-	-	-	12.3	1	
덴마크	3.6	4.0	3.5	3.8	2.5	-	-	2.5	28	
독일	4.6	4.5	4.2	4.4	4.3	-	-	4.3	23	
라트비아	12.0	12.0	6.1	11.9	9.0	-	-	9.0	5	
룩셈부르크	5.4	6.3	2.1	5.1	6.1	-	-	6.1	18	
리투아니아	14.4	13.3	21.7	20.0	16.1	10.7	11.1	11.1	2	
미국	6.8(07)	-	-	-	-	-	-	6.8	12	
벨기에	8.0	6.8	6.3	6.0	6.1	-	-	6.1	18	
스웨덴	7.3	7.1	8.8	7.5	6.6	6.4	-	6.4	16	
스위스	6.3	5.8	5.4	-	-	-	-	5.4	20	
스페인	1.7	2.3	2.7	2.9	2.4	-	-	2.4	29	
슬로바키아	5.1(10)	4.5	5.2	3.7	-	-	-	3.7	26	
슬로베니아	6.9	7.1	8.6	6.7	6.2	-	-	6.2	17	
아이슬란드	5.8	7.3	7.3	8.8	10.2	8.8	-	8.8	7	
아일랜드	10.7	9.2	6.5	-	-	-	-	6.5	15	
에스토니아	9.6	8.1	8.5	10.7	12.0	6.6	-	6.6	13	
영국	3.9	3.8	3.6	3.8	4.2	-	-	4.2	24	
오스트레일리아	7.9	7.6	8.5	8.7	8.9	-	-	8.9	6	
오스트리아	6.5	5.3	5.4	6.9	5.7	5.7	4.8	4.8	21	
이스라엘	2.9	2.6	2.2	2.6	2.3	-	-	2.3	31	
이탈리아	2.5	2.7	2.3	2.6	2.4	-	-	2.4	29	
일본	11.1	10.4	10.2	9.7	9.1	-	-	9.1	4	
체코	8.4	5.9	8.1	6.1	5.4	6.6	-	6.6	13	
캐나다	8.5(05)	-	-	-	-	-	-	8.5	8	
터키	1.6	1.6	2.2	2.2	1.9	2.0	-	2.0	32	
포르투갈	1.5	2.1	1.5	2.2	2.4	1.9	-	1.9	33	
폴란드	8.4	8.5	8.8	9.5	8.3	-	-	8.3	9	
프랑스	4.5	4.3	3.9	3.5	-	-	-	3.5	27	
핀란드	12.4	12.3	10.7	9.2	-	-	-	9.2	3	
헝가리	6.4	5.9	4.4	5.0	5.4	4.6	-	4.6	22	
OECD 회원국 자살률 평균									5.9	-

*칠레와 멕시코의 경우 사망자 수가 제공되지 않아 연령대별 통계를 산출하지 못함
 [출처: WHO의 2019 Mortality data base('19. 5. 1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

라. OECD 회원국 노인(65세 이상) 자살률 현황

최근 연도 기준 OECD 회원국의 노인 자살률(인구 10만 명당 명) 평균은 18.4명이고, 한국은 53.3명('16년)으로 1위이며, OECD 평균보다 2.9배 높다. 뒤이어 슬로베니아가 38.7명('15년)으로 2위, 헝가리가 34.2명('16년)으로 3위이고, 노인 자살률이 가장 낮은 국가는 터키로 3.4명('16년)이다.

이 밖에 리투아니아는 33.8명('17년)으로 4위, 오스트리아는 30.1명('17년)으로 5위, 라트비아는 24.9명('15년)으로 6위, 일본은 22.8명('15년)으로 9위, 핀란드는 15.1명('14년)으로 19위, 영국은 7.0명('15년)으로 32위이다.



[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19.5.1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

I. 자살의 현황
 II. 자살 관련 정부승인통계조사 결과
 III. 국가 자살예방정책 사업 수행기관 소개
 독립편
 독립편

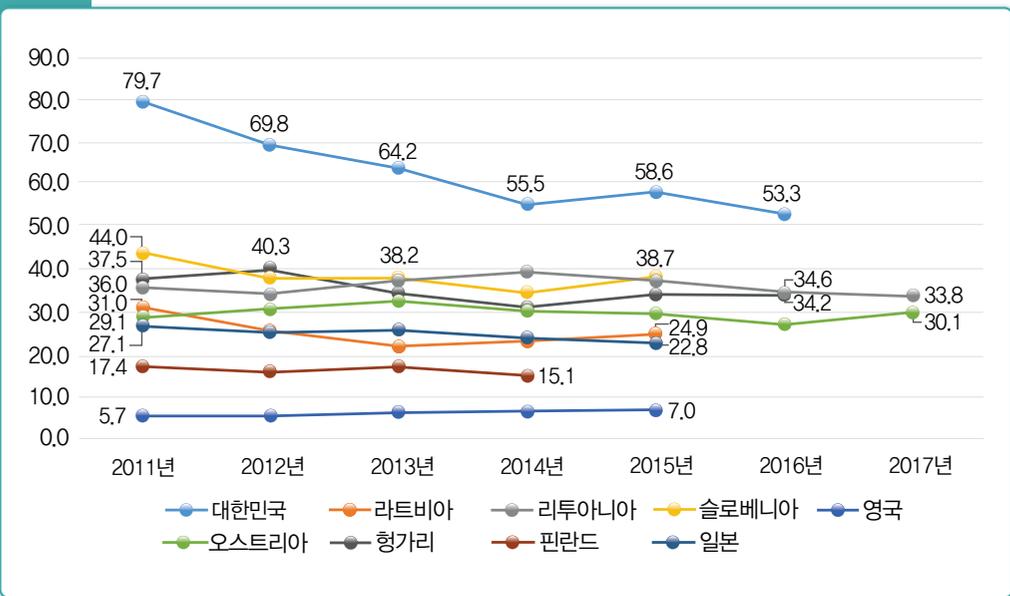
03. OECD 회원국 자살 현황

2011년부터 2017년까지 OECD 주요 회원국의 노인 자살률 추이를 살펴보면 한국이 가장 높은 자살률을 유지하고 있고, 2015년에 소폭 증가한 것을 제외하고 매년 감소하고 있어 다른 OECD 주요 회원국 자살률과의 차이가 점차 감소하고 있다.

한국에 이어 노인 자살률이 높았던 슬로베니아는 2014년까지 감소하는 추세였으나 2015년에 다시 증가하였고, 헝가리도 2012년 이후 감소하는 추세였으나 2015년에 다시 증가하였다.

이 밖에 리투아니아는 2015년부터 감소하는 추세이고, 오스트리아는 2013년 이후 감소하는 추세였으나 2017년 다시 증가하였으며, 라트비아는 2013년에 21.8명까지 감소하였으나 이후 다시 증가하는 추세이다. 일본은 2013년 소폭 증가한 것을 제외하고 꾸준히 감소하여 2011년에 27.1명이었으나 2015년에 22.8명으로 2011년 대비 4.3명(15.9%) 감소하였고, 핀란드는 15.1~17.4명이며, 영국은 5.7~7.0명으로 점차 증가하는 추세이다.

그림 57 OECD 주요 회원국 노인(65세 이상) 자살률 추이(일부 회원국 발췌) [단위: 인구 10만 명당 명]



[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19.5.1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

기본편 1. 자살의 현황

표 62 OECD 회원국 노인(65세 이상) 자살률 추이

국가	~2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	[단위: 인구 10만 명당 명]	
								최신연도	순위
대한민국	79.7	69.8	64.2	55.5	58.6	53.3	-	53.3	1
그리스	-	-	-	7.1	6.6	-	-	6.6	33
네덜란드	10.6	11.6	12.8	11.5	13.6	14.4	-	14.4	21
노르웨이	12.1	9.9	11.2	12.0	14.0	11.1	-	11.1	25
뉴질랜드	7.7	9.3	8.9	-	-	-	-	8.9	29
덴마크	15.7	18.4	18.3	17.2	16.1	-	-	16.1	16
독일	21.7	20.9	22.0	22.1	22.0	-	-	22.0	12
라트비아	31.0	25.8	21.8	23.2	24.9	-	-	24.9	6
룩셈부르크	19.4	17.5	18.4	21.6	24.7	-	-	24.7	7
리투아니아	36.0	34.5	37.6	39.5	37.8	34.6	33.8	33.8	4
미국	14.3('07)	-	-	-	-	-	-	14.3	22
벨기에	25.9	25.2	23.1	22.8	22.2	-	-	22.2	10
스웨덴	14.7	16.2	17.9	16.4	16.6	15.4	-	15.4	17
스위스	22.1	22.6	22.2	-	-	-	-	22.2	10
스페인	13.2	13.7	14.5	14.3	13.6	-	-	13.6	23
슬로바키아	13.4('10)	13.0	15.2	15.2	-	-	-	15.2	18
슬로베니아	44.0	38.4	38.2	34.6	38.7	-	-	38.7	2
아이슬란드	10.1	12.2	30.7	22.8	11.0	8.6	-	8.6	30
아일랜드	6.4	7.5	9.7	-	-	-	-	9.7	28
에스토니아	27.4	30.9	31.3	24.6	23.0	20.6	-	20.6	13
영국	5.7	5.7	6.6	6.6	7.0	-	-	7.0	32
오스트레일리아	11.8	12.3	12.5	12.6	13.5	-	-	13.5	24
오스트리아	29.1	30.9	32.9	30.7	29.8	27.2	30.1	30.1	5
이스라엘	10.8	9.9	8.6	7.9	8.4	-	-	8.4	31
이탈리아	11.8	11.1	11.1	10.7	10.5	-	-	10.5	27
일본	27.1	25.7	25.9	23.8	22.8	-	-	22.8	9
체코	18.9	21.7	19.4	20.7	19.8	18.2	-	18.2	15
캐나다	10.9('05)	-	-	-	-	-	-	10.9	26
터키	2.6	2.8	3.8	3.4	2.8	3.4	-	3.4	34
포르투갈	19.7	22.7	21.9	23.6	23.7	19.0	-	19.0	14
폴란드	15.9	16.5	16.8	15.6	14.5	-	-	14.5	20
프랑스	27.1	26.1	25.1	23.3	-	-	-	23.3	8
핀란드	17.4	16.2	17.3	15.1	-	-	-	15.1	19
헝가리	37.5	40.3	34.7	31.2	34.4	34.2	-	34.2	3
OECD 회원국 자살률 평균								18.4	-

*칠레와 멕시코의 경우 사망자 수가 제공되지 않아 연령대별 통계를 산출하지 못함

[출처: WHO의 2019 Mortality data base('19. 5. 1. 추출)를 활용하여 중앙자살예방센터 산출]

II. 자살 관련 정부승인통계조사 결과

01. 청소년(2018년 청소년건강행태조사)

청소년건강행태조사는 국가승인통계조사(승인번호 제117058호)로서 우리나라 청소년의 건강행태 현황과 추이를 파악하기 위해 2005년부터 매년 시행되고 있다. 조사 결과는 청소년 건강정책의 근거자료로 활용되고 있으며, 세계보건기구에 제공되어 국가 간 비교를 위한 자료로 활용되고 있다.

제14차(2018년) 청소년건강행태조사는 2018년 4월 기준 전국 중·고등학교 재학생이고, 표본학교 800개의 중1~고3 학생 60,040명의 학생이 참여하였으며, 표본학교 학생 중에서 장기결석, 특수아동, 문자해독장애 학생은 조사 대상자에서 제외되었다.

신장, 체중을 포함한 모든 조사항목은 자기기입식 온라인조사이다. 대표성 있는 표본을 위해 층화, 군집, 다단계 표본추출 등의 단계를 거친 복합표본설계를 하였으므로 정확한 통계 분석을 위해 복합표본설계를 고려한 통계 프로그램을 사용하였으며, 통계 결과는 추출률, 응답률, 모집단의 지역군별, 성별, 학교급별, 학년별 학생 수를 반영하여 산출한 가중치를 적용하여 분석하였다. 한편, 청소년건강행태조사의 지역은 조사 대상인 학교 기준이므로 지역별 자살 관련 실태 현황 해석 시 유의해야 한다. 청소년의 자살생각, 자살 계획, 자살시도의 현황과 추이를 파악하기 위해 2014~2018년 청소년건강행태조사 자료를 활용하여 분석하였다.

가. 청소년 자살생각 현황

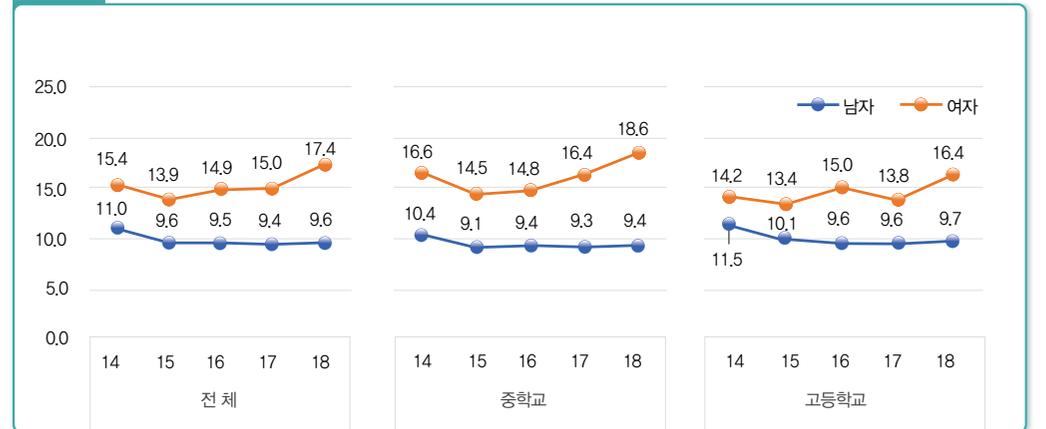
청소년의 자살생각률은 최근 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 분율로서, 2018년 청소년의 자살생각률은 13.3%로 2017년 대비 1.2%p 증가하였다.

1) 성별에 따른 학교급별 청소년 자살생각 현황

2018년 자살생각률은 여학생(17.4%)이 남학생(9.6%) 보다 7.8%p 높고, 남녀 모두 2017년 대비 각각 남자 0.2%p, 여자 2.4%p 증가하였다. 여학생은 중학생(18.6%)이 고등학생(16.4%) 보다 2.2%p 높고, 남학생은 고등학생(9.7%)이 중학생(9.4%)보다 약간 높았다.

최근 5년간 여학생은 2015년에 13.9%로 감소한 이후 지속해서 증가하는 추세이고, 남학생은 2017년까지 감소하는 추세였으나 2018년에 약간 증가하였다.

그림 58 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살생각률 추이 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

표 63 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살생각 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2014		2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살생각률								
전체	72,060	13.1	68,043	11.7	65,528	12.1	62,276	12.1	60,040	13.3
남자	36,470	11.0	35,204	9.6	33,803	9.5	31,624	9.4	30,463	9.6
중학교	18,563	10.4	17,858	9.1	16,742	9.4	15,652	9.3	15,328	9.4
고등학교	17,907	11.5	17,346	10.1	17,061	9.6	15,972	9.6	15,135	9.7
여자	35,590	15.4	32,839	13.9	31,725	14.9	30,652	15.0	29,577	17.4
중학교	17,593	16.6	16,441	14.5	15,477	14.8	15,233	16.4	14,901	18.6
고등학교	17,997	14.2	16,398	13.4	16,248	15.0	15,419	13.8	14,676	16.4

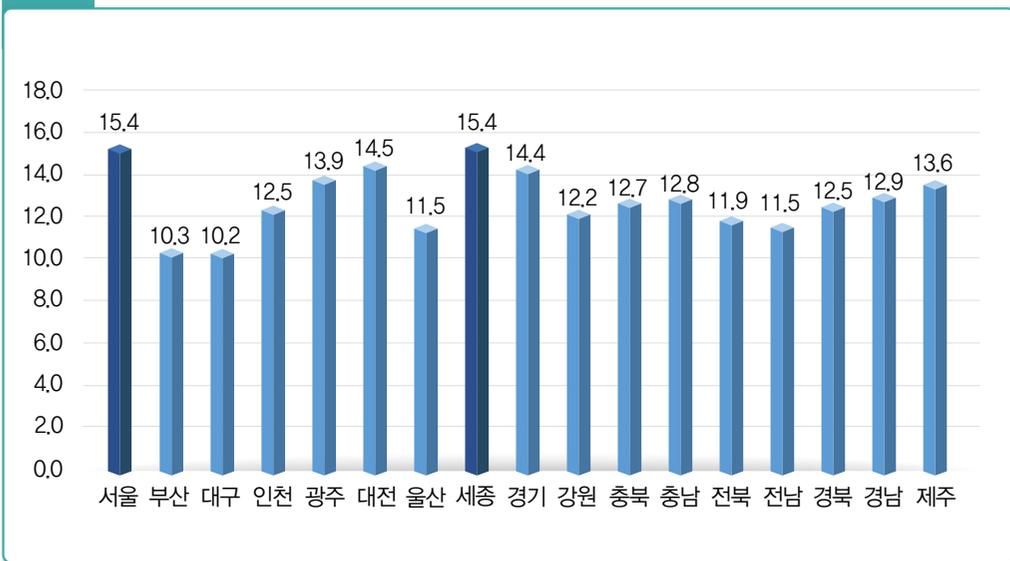
[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

2) 지역별 청소년 자살생각 현황

2018년 청소년 자살생각률은 서울과 세종 15.4%, 대전 14.5%, 경기 14.4% 순으로 높고, 대구가 10.2%로 가장 낮았다.

최근 5년간 2014~2015년에는 서울, 2016년에는 대전, 2017년에는 세종, 2018년에는 서울과 세종이 가장 높았다. 2017년 대비 가장 많이 증가한 지역은 경북으로, 2.5%p 증가하였다.

그림 59 2018년 시·도별 청소년 자살생각률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

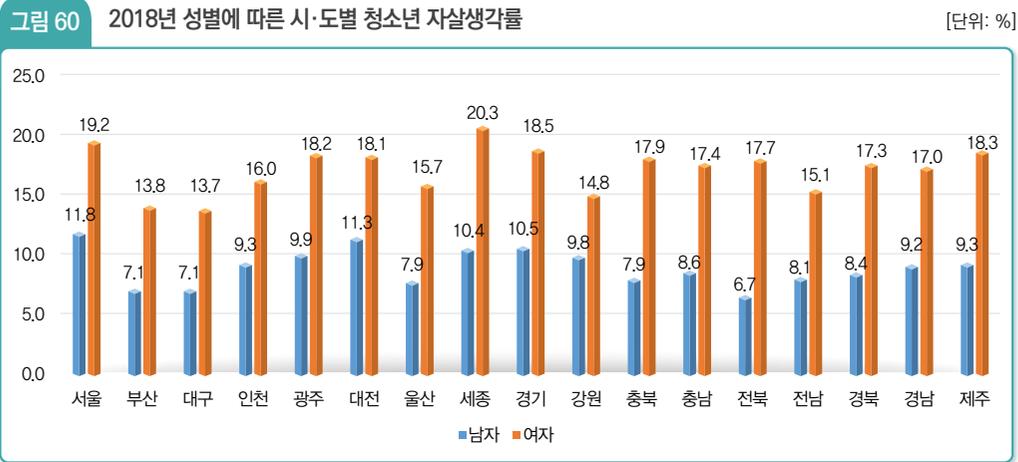
표 64 2014~2018년 시·도별 청소년 자살생각 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2014		2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살생각률								
서울	10,997	15.7	9,710	13.6	9,567	13.7	9,287	14.4	8,771	15.4
부산	4,436	10.9	4,209	10.0	3,979	9.1	3,752	8.9	3,818	10.3
대구	3,952	10.0	3,614	8.8	3,292	9.2	3,288	10.0	3,066	10.2
인천	4,120	11.8	3,847	9.9	3,724	11.4	3,431	11.7	3,398	12.5
광주	3,072	14.3	2,850	13.0	2,676	12.9	2,441	12.0	2,441	13.9
대전	2,966	13.9	2,656	12.2	2,682	14.2	2,377	13.6	2,273	14.5
울산	2,449	12.4	2,218	10.3	2,114	10.8	2,121	10.9	1,943	11.5
세종	-	-	935	9.7	1,012	12.7	932	15.4	944	15.4
경기	15,158	13.2	14,352	11.6	13,990	12.8	13,465	12.4	12,798	14.4
강원	2,669	13.7	2,449	12.0	2,224	12.3	2,219	11.1	2,262	12.2
충북	2,736	12.2	2,517	13.3	2,453	14.0	2,369	13.3	2,367	12.7
충남	3,216	13.2	3,095	11.9	2,990	12.9	2,745	11.8	2,619	12.8
전북	3,012	13.0	2,931	12.5	3,060	12.9	2,611	13.5	2,485	11.9
전남	3,111	11.8	2,925	10.3	2,820	10.2	2,583	11.0	2,455	11.5
경북	3,765	11.9	3,557	11.5	3,335	9.6	3,112	10.0	3,064	12.5
경남	4,737	12.4	4,581	11.5	4,132	11.4	4,067	11.0	3,884	12.9
제주	1,664	11.6	1,597	10.1	1,478	10.0	1,476	11.3	1,452	13.6

[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

01. 청소년(2018년 청소년건강행태조사)

2018년 남학생의 자살생각률은 서울 11.8%, 대전 11.3%, 경기 10.5% 순으로 높고, 남학생의 경우 중학생은 서울(11.5%)과 대전(11.5%)이 가장 높았고, 고등학생도 서울(12.2%)이 가장 높았다. 여학생의 자살생각률은 세종 20.3%, 서울 19.2%, 경기 18.5% 순으로 높고, 여학생의 경우 중학생은 서울(21.3%), 고등학생은 세종(21.5%)이 가장 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

기본편 II. 자살 관련 정부승인통계조사 결과

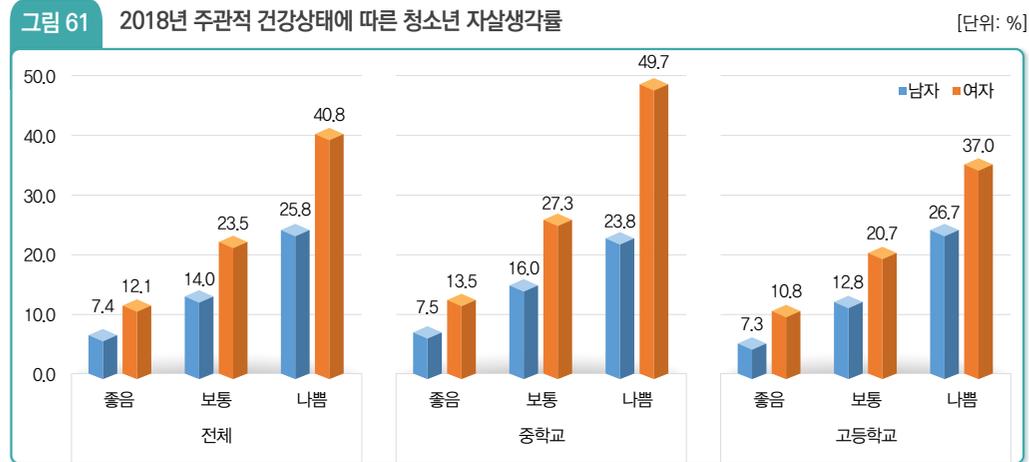
표 65 2018년 성별·학교급에 따른 시·도별 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분		1위			2위		3위	
		남자	중학교	고등학교	여자	중학교	고등학교	
서울	대상자 수	4,402	2,095	2,307	4,369	2,094	2,275	
	자살생각률	11.8	11.5	12.2	19.2	21.3	17.6	
부산	대상자 수	1,882	926	956	1,936	994	942	
	자살생각률	7.1	5.4	8.5	13.8	15.6	12.2	
대구	대상자 수	1,473	662	811	1,593	810	783	
	자살생각률	7.1	6.5	7.6	13.7	14.2	13.3	
인천	대상자 수	1,802	834	968	1,596	924	672	
	자살생각률	9.3	9.8	8.8	16.0	16.4	15.7	
광주	대상자 수	1,148	569	579	1,293	629	664	
	자살생각률	9.9	7.7	11.8	18.2	21.0	15.9	
대전	대상자 수	1,217	603	614	1,056	536	520	
	자살생각률	11.3	11.5	11.0	18.1	18.4	17.9	
울산	대상자 수	1,043	519	524	900	463	437	
	자살생각률	7.9	7.3	8.4	15.7	20.3	11.8	
세종	대상자 수	482	215	267	462	298	164	
	자살생각률	10.4	10.5	10.2	20.3	19.3	21.5	
경기	대상자 수	6,364	3,399	2,965	6,434	3,329	3,105	
	자살생각률	10.5	10.2	10.7	18.5	20.2	17.0	
강원	대상자 수	1,171	645	526	1,091	525	566	
	자살생각률	9.8	10.5	9.3	14.8	15.1	14.6	
충북	대상자 수	1,207	666	541	1,160	548	612	
	자살생각률	7.9	9.4	6.6	17.9	16.9	18.8	
충남	대상자 수	1,370	643	727	1,249	598	651	
	자살생각률	8.6	9.2	8.0	17.4	16.9	17.8	
전북	대상자 수	1,310	636	674	1,175	601	574	
	자살생각률	6.7	6.5	6.8	17.7	18.0	17.6	
전남	대상자 수	1,177	687	490	1,278	629	649	
	자살생각률	8.1	8.1	8.2	15.1	14.8	15.3	
경북	대상자 수	1,537	777	760	1,527	776	751	
	자살생각률	8.4	8.4	8.4	17.3	18.2	16.5	
경남	대상자 수	1,982	1,041	941	1,902	873	1,029	
	자살생각률	9.2	9.7	8.8	17.0	16.7	17.2	
제주	대상자 수	896	411	485	556	274	282	
	자살생각률	9.3	8.4	10.2	18.3	20.9	16.0	

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

3) 주관적 건강상태에 따른 청소년 자살생각 현황

2018년 주관적 건강상태가 나쁜 학생은 자살생각률이 34.8%로 주관적 건강상태가 좋은 학생(9.5%)보다 25.3%p 높았다. 남녀 모두 주관적 건강상태가 나쁠수록 자살생각률이 높았고, 주관적 건강상태가 나쁜 남학생의 자살생각률은 25.8%, 여학생의 자살생각률은 40.8%이며, 남학생은 고등학생(26.7%)이 중학생(23.8%)보다 높고, 여학생은 중학생(49.7%)이 고등학생(37.0%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

표 66 2018년 주관적 건강상태에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

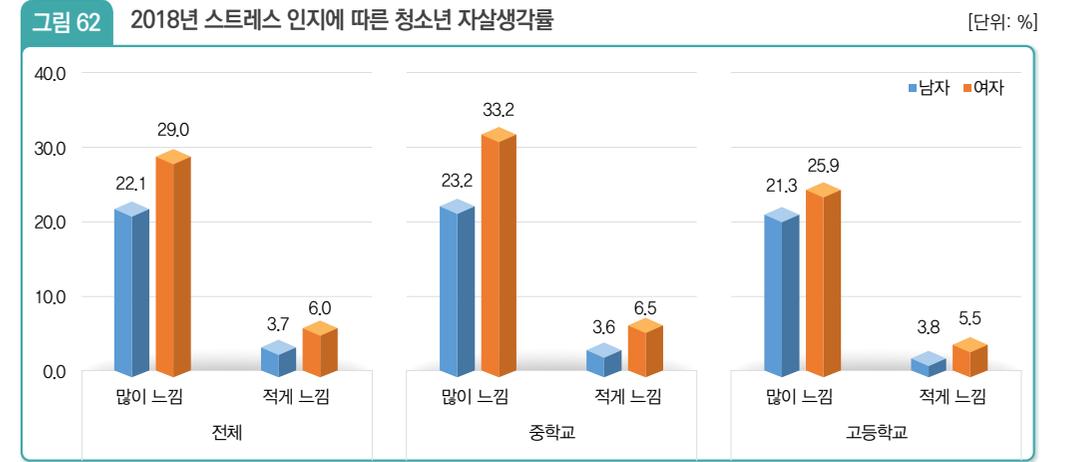
구분	구분	전체	남자			여자		
			중학교	고등학교	중학교	고등학교		
좋음 ¹⁾	대상자 수	43,300	23,550	12,401	11,149	19,750	10,745	9,005
	자살생각률	9.5	7.4	7.5	7.3	12.1	13.5	10.8
보통 ²⁾	대상자 수	12,825	5,382	2,395	2,987	7,443	3,389	4,054
	자살생각률	19.4	14.0	16.0	12.8	23.5	27.3	20.7
나쁨 ³⁾	대상자 수	3,915	1,531	532	999	2,384	767	1,617
	자살생각률	34.8	25.8	23.8	26.7	40.8	49.7	37.0

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

1) 좋음: 본인이 '매우 건강한' 또는 '건강한' 편이라고 생각하는 사람
 2) 보통: 본인의 건강상태가 '보통이다'라고 생각하는 사람
 3) 나쁨: 본인이 '매우 건강하지 못한' 또는 '건강하지 못한' 편이라고 생각하는 사람

4) 스트레스 인지에 따른 청소년 자살생각 현황

2018년 평상시 스트레스를 많이 느끼는 학생은 자살생각률이 26.2%이고, 스트레스를 적게 느끼는 학생(4.6%)보다 21.6%p 높았다. 스트레스를 많이 느끼는 남학생의 자살생각률은 22.1%, 여학생은 29.0%이고, 남녀 모두 중학생(남자 23.2%, 여자 33.2%)이 고등학생(남자 21.3%, 여자 25.9%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

표 67 2018년 스트레스 인지에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

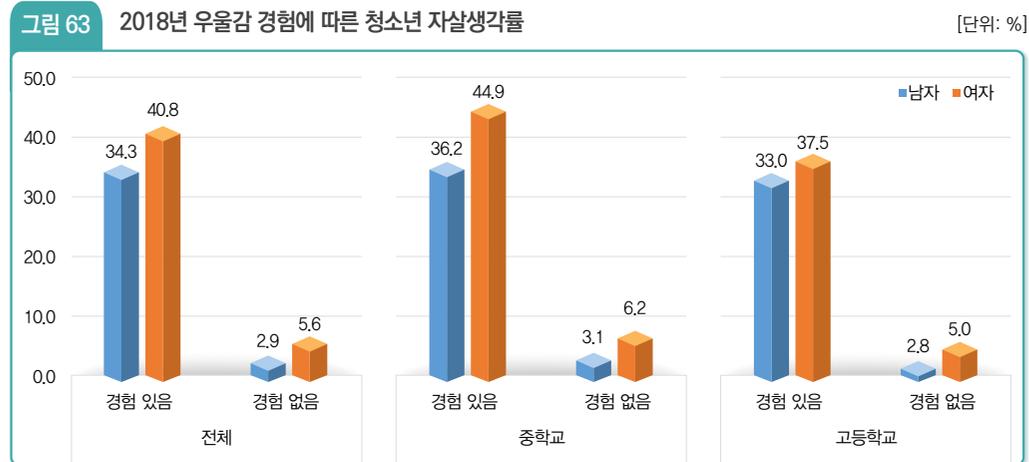
구분	구분	전체	남자			여자		
			중학교	고등학교	중학교	고등학교		
많이 느낌 ⁴⁾	대상자 수	24,312	9,683	4,521	5,162	14,629	6,782	7,847
	자살생각률	26.2	22.1	23.2	21.3	29.0	33.2	25.9
적게 느낌 ⁵⁾	대상자 수	35,728	20,780	10,807	9,973	14,948	8,119	6,829
	자살생각률	4.6	3.7	3.6	3.8	6.0	6.5	5.5

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

4) 많이 느낌: 평상시 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람
 5) 적게 느낌: 평상시 스트레스를 '조금' 느끼거나 '별로' 또는 '전혀' 느끼지 않는 사람

5) 우울감 경험에 따른 청소년 자살생각 현황

우울감 경험은 최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 학생이며, 2018년 우울감 경험이 있는 학생은 자살생각률이 38.2%로 우울감 경험이 없는 학생(4.1%)보다 34.1%p 높았다. 우울감 경험이 있는 남학생의 자살생각률은 34.3%, 여학생의 자살생각률은 40.8%이고, 남녀 모두 중학생(남자 36.2%, 여자 44.9%)이 고등학생(남자 33.0%, 여자 37.5%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

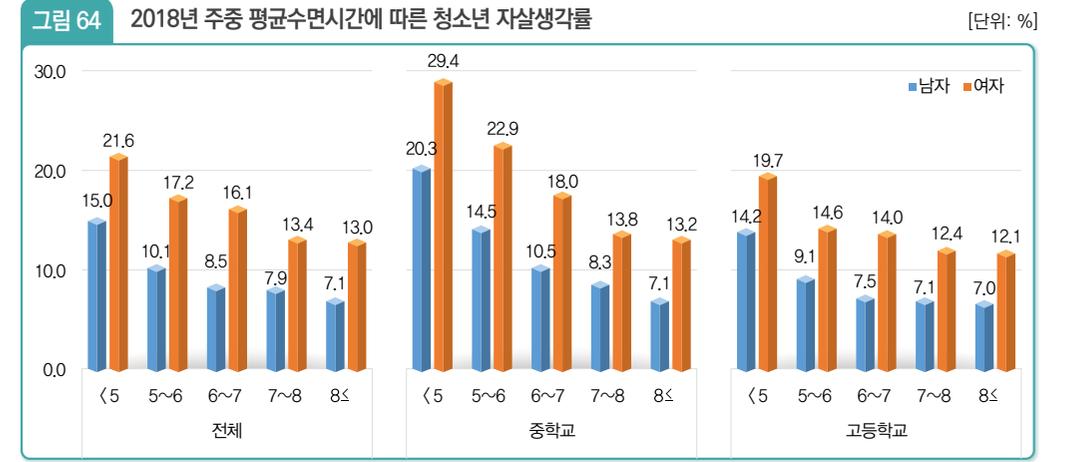
표 68 2018년 우울감 경험에 따른 청소년 자살생각 현황

구분	전체	남자	중학교	고등학교	여자	중학교	고등학교
경험 있음	대상자 수	16,208	6,287	2,877	3,410	9,921	5,139
	자살생각률	38.2	34.3	36.2	33.0	40.8	44.9
경험 없음	대상자 수	43,832	24,176	12,451	11,725	19,656	10,119
	자살생각률	4.1	2.9	3.1	2.8	5.6	6.2

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

6) 주중 평균수면시간에 따른 청소년 자살생각 현황

2018년 주중 평균수면시간 분포에 따른 청소년 자살생각률은 5시간 미만 19.2%, 5시간 이상~6시간 미만 14.0%, 6시간 이상~7시간 미만 12.1%, 7시간 이상~8시간 미만 10.3%, 8시간 이상 9.1%로 수면시간이 적을수록 자살생각률이 높았다. 수면시간이 5시간 미만인 남학생의 자살생각률은 15.0%, 여학생은 21.6%이고, 남녀 모두 중학생(남자 20.3%, 여자 29.4%)이 고등학생(남자 14.2%, 여자 19.7%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

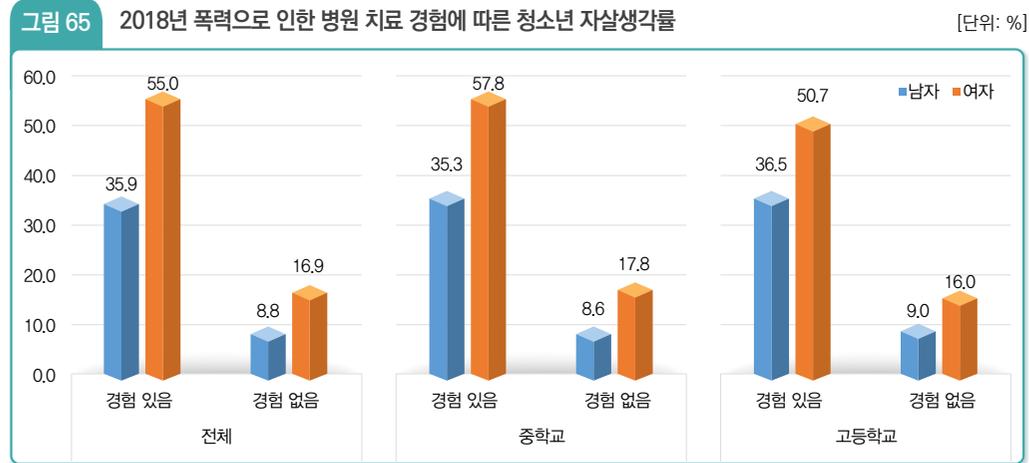
표 69 2018년 주중 평균수면시간에 따른 청소년 자살생각 현황

구분	전체	남자	중학교	고등학교	여자	중학교	고등학교
5시간 미만	대상자 수	8,853	3,111	428	2,683	5,742	4,463
	자살생각률	19.2	15.0	20.3	14.2	21.6	29.4
5시간 이상~6시간 미만	대상자 수	11,781	5,079	1,060	4,019	6,702	4,431
	자살생각률	14.0	10.1	14.5	9.1	17.2	14.6
6시간 이상~7시간 미만	대상자 수	12,517	6,401	2,435	3,966	6,116	2,750
	자살생각률	12.1	8.5	10.5	7.5	16.1	14.0
7시간 이상~8시간 미만	대상자 수	10,889	5,992	3,970	2,022	4,897	1,317
	자살생각률	10.3	7.9	8.3	7.1	13.4	12.4
8시간 이상	대상자 수	8,888	5,779	5,038	741	3,109	418
	자살생각률	9.1	7.1	7.1	7.0	13.0	12.1

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

7) 폭력으로 인한 병원 치료 경험에 따른 청소년 자살생각 현황

폭력으로 인한 병원 치료 경험은 최근 12개월 동안 친구, 선배, 성인에게 폭력(신체적 폭행, 협박, 따돌림 등)을 당해 병원에서 치료를 받은 적이 한 번 이상 있는 학생이다. 2018년 폭력으로 인한 병원 치료 경험이 있는 학생의 자살생각률은 42.3%로 폭력으로 인한 병원 치료 경험이 없는 학생(12.7%)보다 29.6%p 높았다. 폭력으로 인한 병원 치료 경험이 있는 남학생의 자살생각률은 35.9%, 여학생의 자살생각률은 55.0%이고, 남학생은 고등학교(36.5%)이 중학교(35.3%)보다 높았으며, 여학생은 중학교(57.8%)이 고등학교(50.7%)보다 높았다.



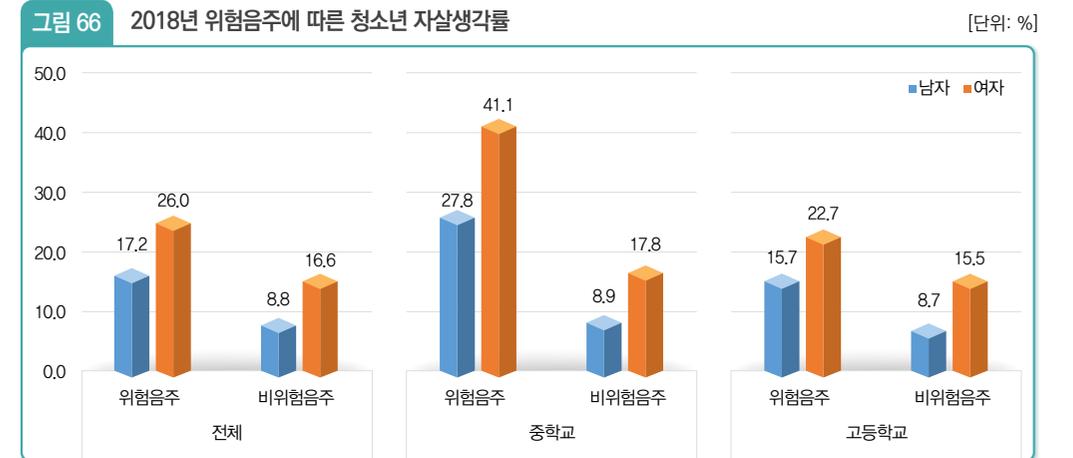
[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

구분	구분	전체	남자				여자	
			전체	중학교	고등학교	중학교	고등학교	
경험 있음	대상자 수	1,242	802	420	382	440	269	171
	자살생각률	42.3	35.9	35.3	36.5	55.0	57.8	50.7
경험 없음	대상자 수	58,798	29,661	14,908	14,753	29,137	14,632	14,505
	자살생각률	12.7	8.8	8.6	9.0	16.9	17.8	16.0

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

8) 위험음주에 따른 청소년 자살생각 현황

위험음주는 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 중등도 이상(남자: 소주 5잔 이상, 여자: 소주 3잔 이상)인 학생이며, 2018년 위험음주인 학생의 자살생각률이 21.3%로 비위험음주인 학생(12.6%)보다 8.7%p 높았다. 위험음주인 남학생의 자살생각률은 17.2%, 여학생은 26.0%이고, 남녀 모두 중학생(남자 27.8%, 여자 41.1%)이 고등학생(남자 15.7%, 여자 22.7%)보다 높았다.



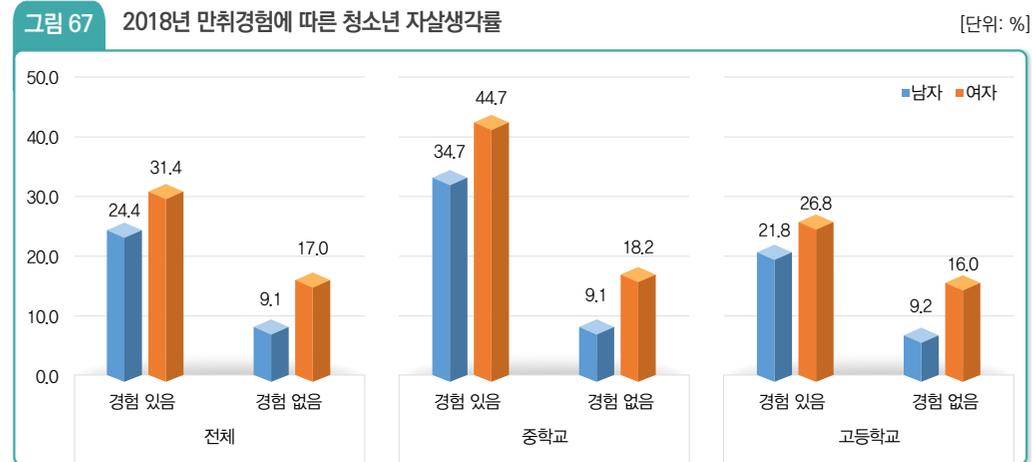
[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

구분	구분	전체	남자		여자			
			전체	중학교	고등학교	중학교	고등학교	
위험음주	대상자 수	5,038	2,574	386	2,188	2,464	459	2,005
	자살생각률	21.3	17.2	27.8	15.7	26.0	41.1	22.7
비위험음주	대상자 수	55,002	27,889	14,942	12,947	27,113	14,442	12,671
	자살생각률	12.6	8.8	8.9	8.7	16.6	17.8	15.5

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

9) 만취경험에 따른 청소년 자살생각 현황

만취경험은 최근 30일 동안 1일 이상 정신을 잃거나 기억을 못 할 정도로 술을 마신 적이 있는 학생이며, 2018년 만취경험이 있는 학생의 자살생각률은 27.4%로 만취경험이 없는 학생(12.9%)보다 14.5%p 높았다. 만취경험이 있는 남학생의 자살생각률은 24.4%, 여학생은 31.4%이고, 남녀 모두 중학생(남자 34.7%, 여자 44.7%)이 고등학생(남자 21.8%, 여자 26.8%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

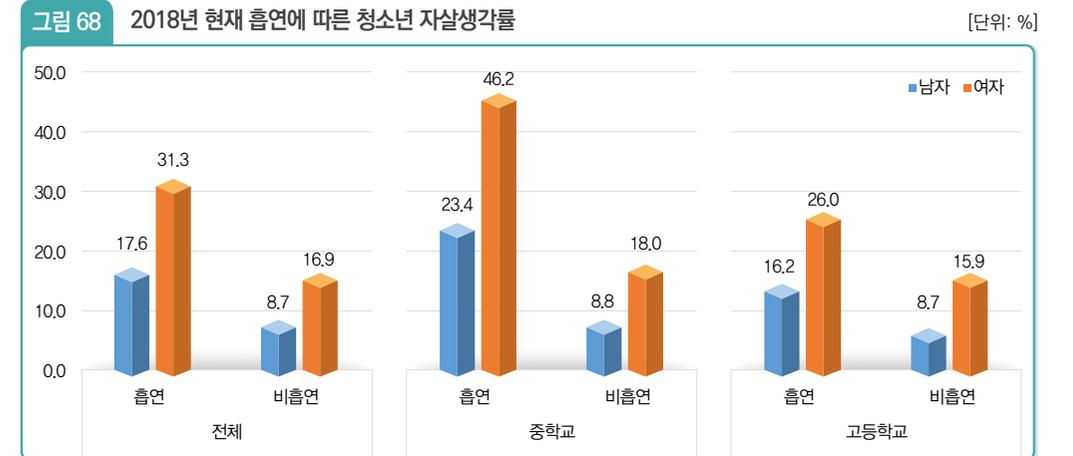
표 72 2018년 만취경험에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

경험	구분	전체	남자	중학교	고등학교	여자	중학교	고등학교
	있음	대상자 수	1,554	846	190	656	708	178
	자살생각률	27.4	24.4	34.7	21.8	31.4	44.7	26.8
없음	대상자 수	58,486	29,617	15,138	14,479	28,869	14,723	14,146
	자살생각률	12.9	9.1	9.1	9.2	17.0	18.2	16.0

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

10) 현재 흡연에 따른 청소년 자살생각 현황

현재 흡연은 최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 학생이며, 2018년 현재 흡연에 따른 자살생각률은 흡연한 학생(21.3%)이 비흡연 학생(12.8%)보다 8.5%p 높았다. 현재 흡연하는 남학생의 자살생각률은 17.6%, 여학생은 31.3%이고, 남녀 모두 중학생(남자 23.4%, 여자 46.2%)이 고등학생(남자 16.2%, 여자 26.0%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

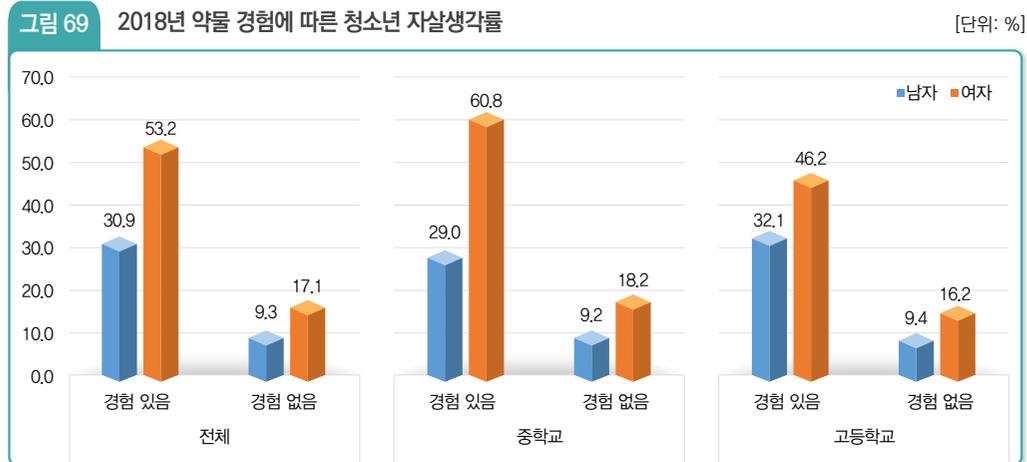
표 73 2018년 현재 흡연에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

흡연	구분	전체	남자	중학교	고등학교	여자	중학교	고등학교
	있음	대상자 수	3,722	2,646	560	2,086	1,076	283
	자살생각률	21.3	17.6	23.4	16.2	31.3	46.2	26.0
없음	대상자 수	56,318	27,817	14,768	13,049	28,501	14,618	13,883
	자살생각률	12.8	8.7	8.8	8.7	16.9	18.0	15.9

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

11) 약물 경험에 따른 청소년 자살생각 현황

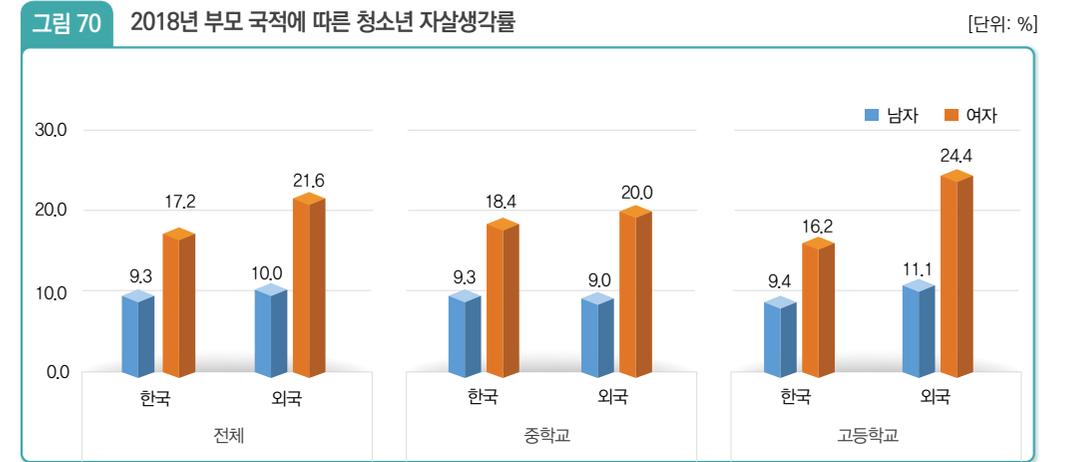
2018년 지금까지 습관적으로, 또는 일부러 약물을 먹거나 부탄가스, 본드 등을 마신 적이 있는 학생의 자살생각률은 39.4%로 약물 경험이 없는 학생(13.0%)보다 26.4%p 높았다. 약물 경험이 있는 남학생의 자살생각률은 30.9%, 여학생은 53.2%이고, 남학생은 고등학생(32.1%)이 중학생(29.0%)보다 높았으며, 여학생은 중학생(60.8%)이 고등학생(46.2%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

12) 부모 국적에 따른 청소년 자살생각 현황

2018년 부모 국적이 외국인 학생의 자살생각률은 15.4%로 부모 국적이 한국인 학생(13.1%)보다 2.3%p 높았다. 남녀 모두 부모 국적이 외국인 경우 자살생각률이 높았으나 남자 중학생은 부모 국적이 한국인 학생이 외국인 학생보다 자살생각률이 더 높았다. 부모 국적이 외국인 남학생의 자살생각률은 10.0%, 여학생은 21.6%이고, 남녀 모두 고등학생(남자 11.1%, 여자 24.4%)이 중학생(남자 9.0%, 여자 20.0%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

표 74 2018년 약물 경험에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	남자	중학교	고등학교	여자	중학교	고등학교
경험 있음	대상자 수	628	382	154	228	246	119
	자살생각률	39.4	30.9	29.0	32.1	53.2	46.2
경험 없음	대상자 수	59,412	30,081	15,174	14,907	29,331	14,557
	자살생각률	13.0	9.3	9.2	9.4	17.1	16.2

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

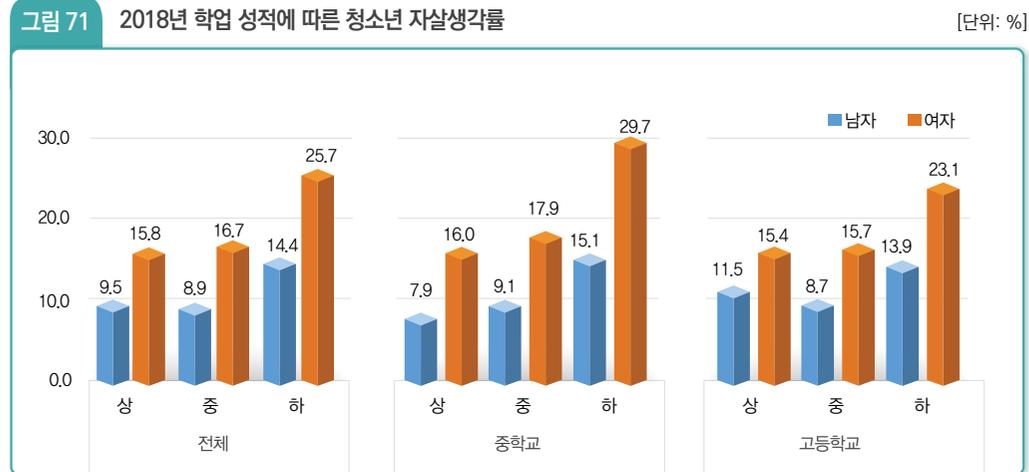
표 75 2018년 부모 국적에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	남자	중학교	고등학교	여자	중학교	고등학교
한국	대상자 수	58,434	29,558	14,863	14,695	28,876	14,394
	자살생각률	13.1	9.3	9.3	9.4	17.2	16.2
외국	대상자 수	976	487	290	197	489	165
	자살생각률	15.4	10.0	9.0	11.1	21.6	24.4

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

13) 학업 성적에 따른 청소년 자살생각 현황

2018년 학업 성적에 따른 청소년 자살생각률은 상 12.0%, 중 12.8%, 하 19.4%로 학업 성적이 낮을수록 자살생각률이 높았으나 남자 고등학생은 학업 성적이 '중'인 학생보다 '상'인 학생이 자살생각률이 더 높았다. 학업 성적이 낮은 남학생의 자살생각률은 14.4%, 여학생은 25.7%이고, 남녀 모두 중학생(남자 15.1%, 여자 29.7%)이 고등학생(남자 13.9%, 여자 23.1%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

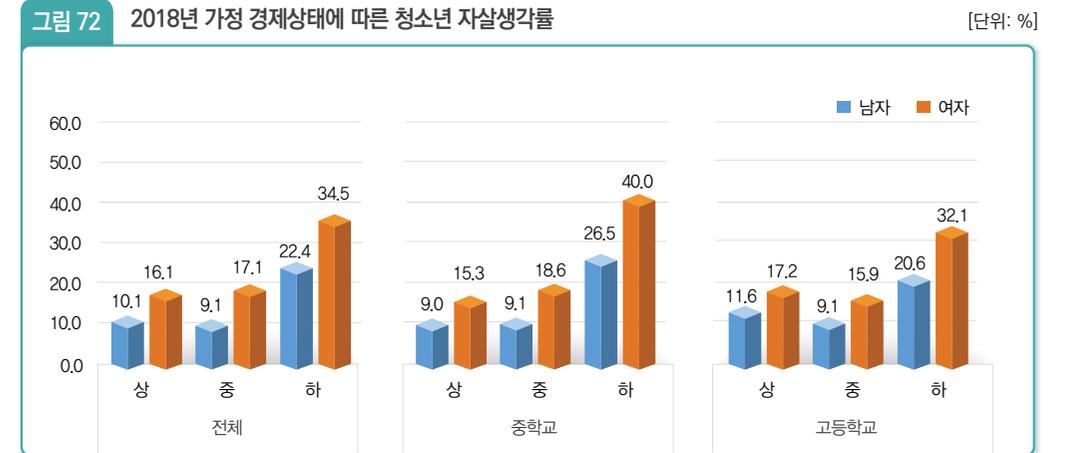
표 76 2018년 학업 성적에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

성적	구분	전체	남자			여자		
			대상자 수	중학교	고등학교	대상자 수	중학교	고등학교
상	대상자 수	8,069	4,742	2,816	1,926	3,327	2,117	1,210
	자살생각률	12.0	9.5	7.9	11.5	15.8	16.0	15.4
중	대상자 수	46,126	22,581	11,222	11,359	23,545	11,605	11,940
	자살생각률	12.8	8.9	9.1	8.7	16.7	17.9	15.7
하	대상자 수	5,845	3,140	1,290	1,850	2,705	1,179	1,526
	자살생각률	19.4	14.4	15.1	13.9	25.7	29.7	23.1

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

14) 가정 경제상태에 따른 청소년 자살생각 현황

2018년 가정의 경제적 상태에 따른 청소년 자살생각률은 상 12.3%, 중 13.1%, 하 27.6%로 경제적 상태가 낮을수록 자살생각률이 높았으나 남녀 모두 고등학생은 경제적 상태가 '중'인 학생보다 '상'인 학생이 자살생각률이 더 높았다. 경제적 상태가 낮은 남학생의 자살생각률은 22.4%, 여학생은 34.5%이고, 남녀 모두 중학생(남자 26.5%, 여자 40.0%)이 고등학생(남자 20.6%, 여자 32.1%)보다 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

표 77 2018년 가정 경제상태에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

성적	구분	전체	남자			여자		
			대상자 수	중학교	고등학교	대상자 수	중학교	고등학교
상	대상자 수	6,526	4,016	2,387	1,629	2,510	1,570	940
	자살생각률	12.3	10.1	9.0	11.6	16.1	15.3	17.2
중	대상자 수	52,071	25,661	12,661	13,000	26,410	13,117	13,293
	자살생각률	13.1	9.1	9.1	9.1	17.1	18.6	15.9
하	대상자 수	1,443	786	280	506	657	214	443
	자살생각률	27.6	22.4	26.5	20.6	34.5	40.0	32.1

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

15) 거주 형태에 따른 청소년 자살생각 현황

2018년 청소년의 거주 형태에 따른 자살생각률은 가족과 함께 살고 있는 학생(13.1%)이 가장 낮았고, 보육 시설(고아원, 사회복지시설, 보육원)에서 살고 있는 학생(30.0%), 친척집에서 살고 있는 학생(28.9%), 하숙, 자취(친구들과 같이 사는 경우 포함)하는 학생(23.8%), 기숙사에 거주하는 학생(13.8%) 순으로 높았다. 남학생은 보육시설에서 살고 있는 학생(27.2%), 여학생은 친척집에서 살고 있는 학생(37.8%)의 자살생각률이 가장 높았다. 남녀 모두 중학생은 하숙, 자취하는 학생(남자 33.2%, 여자 50.3%)의 자살생각률이 가장 높았고, 고등학생은 보육시설에서 살고 있는 학생(남자 28.8%, 여자 38.4%)이 가장 높았다.

그림 73 2018년 거주 형태에 따른 청소년 자살생각률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

표 78 2018년 거주 형태에 따른 청소년 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	남자			여자			
		대상자 수	자살생각률	중학교	고등학교	대상자 수	자살생각률	중학교
가족과 함께 살고 있음	대상자 수	56,654	28,631	15,005	13,626	28,023	14,665	13,358
	자살생각률	13.1	9.3	9.2	9.3	17.2	18.4	16.1
친척집에서 살고 있음	대상자 수	378	220	91	129	158	65	93
	자살생각률	28.9	23.3	19.5	25.5	37.8	38.1	37.7
하숙, 자취 ⁶⁾	대상자 수	333	192	33	159	141	20	121
	자살생각률	23.8	21.7	33.2	19.6	26.8	50.3	23.2
기숙사	대상자 수	2,436	1,270	142	1,128	1,166	107	1,059
	자살생각률	13.8	10.4	9.4	10.5	17.9	32.4	17.2
보육시설 ⁷⁾	대상자 수	239	150	57	93	89	44	45
	자살생각률	30.0	27.2	24.1	28.8	35.2	31.9	38.4

[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

6) 하숙, 자취: 친구들과 같이 사는 경우 포함
7) 보육시설: 고아원, 사회복지시설, 보육원

나. 청소년 자살계획 현황

청소년 자살계획률은 최근 12개월 동안 자살하기 위해 구체적인 계획을 세운 적이 있는 사람의 분율이며, 2018년 청소년 자살계획률은 4.4%로 2017년 대비 0.5%p 증가하였다.

1) 성별에 따른 학교급별 청소년 자살계획 현황

2018년 청소년 자살계획률은 여학생(5.6%)이 남학생(3.3%)보다 2.3%p 높았고, 2017년 대비 여학생은 1.3%p 증가, 남학생은 0.2%p 감소하였다. 여학생이 남학생보다 학교급별 중학교와 고등학교의 자살계획률에서 차이가 컸으며, 여학생은 중학생(6.6%)이 고등학생(4.7%)보다 1.9%p 높았고, 남학생은 중학생(3.5%)이 고등학생(3.2%)보다 0.3%p 높았다.

최근 5년간 여학생의 자살계획률은 2015년에 4.1%로 감소한 이후 꾸준히 증가하고 있고, 남학생은 2016년에 소폭 증가를 제외하고는 감소 추세이다.

그림 74 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살계획률 추이 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

표 79 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살계획 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2014		2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 계획률								
전체	72,060	4.4	68,043	3.8	65,528	4.0	62,276	3.9	60,040	4.4
남자	36,470	4.2	35,204	3.6	33,803	3.8	31,624	3.5	30,463	3.3
중학교	18,563	4.3	17,858	3.6	16,742	3.8	15,652	3.9	15,328	3.5
고등학교	17,907	4.1	17,346	3.5	17,061	3.9	15,972	3.3	15,135	3.2
여자	35,590	4.7	32,839	4.1	31,725	4.3	30,652	4.3	29,577	5.6
중학교	17,593	5.7	16,441	4.6	15,477	4.8	15,233	5.4	14,901	6.6
고등학교	17,997	3.8	16,398	3.7	16,248	3.8	15,419	3.5	14,676	4.7

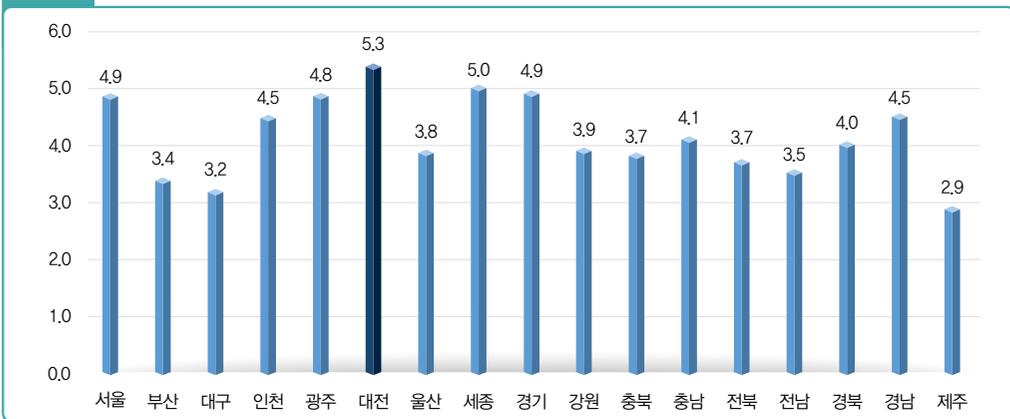
[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

2) 지역별 청소년 자살계획 현황

2018년 청소년 자살계획률은 대전 5.3%, 세종 5.0%, 서울과 경기 4.9% 순으로 높았고, 제주가 2.9%로 가장 낮았다.

최근 5년간 2014년에는 서울과 대전, 2015년에는 전북, 2016년에는 대전, 2017년에는 서울, 2018년에는 대전이 가장 높았다. 2017년 대비 가장 많이 증가한 지역은 대전으로 1.4%p 증가하였다.

그림 75 2018년 지역별 청소년 자살계획률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

표 80 2014~2018년 지역별 청소년 자살계획 현황 추이

구분	2014		2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 계획률								
서울	10,997	5.6	9,710	4.4	9,567	4.8	9,287	4.8	8,771	4.9
부산	4,436	3.3	4,209	3.7	3,979	2.8	3,752	3.1	3,818	3.4
대구	3,952	3.2	3,614	2.9	3,292	3.2	3,288	3.4	3,066	3.2
인천	4,120	3.4	3,847	3.1	3,724	3.6	3,431	3.6	3,398	4.5
광주	3,072	5.2	2,850	4.3	2,676	4.4	2,441	4.2	2,441	4.8
대전	2,966	5.6	2,656	4.4	2,682	5.2	2,377	3.9	2,273	5.3
울산	2,449	4.1	2,218	3.9	2,114	3.2	2,121	3.9	1,943	3.8
세종	-	-	935	2.9	1,012	3.7	932	4.2	944	5.0
경기	15,158	4.5	14,352	3.7	13,990	4.3	13,465	4.0	12,798	4.9
강원	2,669	4.2	2,449	4.3	2,224	3.5	2,219	3.4	2,262	3.9
충북	2,736	4.2	2,517	4.4	2,453	5.1	2,369	4.0	2,367	3.7
충남	3,216	5.1	3,095	3.6	2,990	4.1	2,745	3.9	2,619	4.1
전북	3,012	4.8	2,931	4.6	3,060	4.7	2,611	4.6	2,485	3.7
전남	3,111	4.1	2,925	3.2	2,820	3.6	2,583	3.1	2,455	3.5
경북	3,765	3.8	3,557	3.5	3,335	2.9	3,112	3.1	3,064	4.0
경남	4,737	3.6	4,581	3.6	4,132	3.3	4,067	3.7	3,884	4.5
제주	1,664	4.7	1,597	3.1	1,478	3.0	1,476	2.9	1,452	2.9

[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

다. 청소년 자살시도 현황

청소년 자살시도율은 최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 분율이며, 2018년 청소년 자살 시도율은 3.1%로 2017년 대비 0.5%p 증가하였다.

1) 성별에 따른 학교급별 청소년 자살시도 현황

2018년 청소년 자살시도율은 여학생(4.1%)이 남학생(2.2%)보다 1.9%p 높았고, 2017년 대비 여학생은 0.9%p, 남학생은 0.2%p 증가하였다. 여학생은 중학생(5.0%)이 고등학생(3.2%)보다 1.8%p 높았고, 남학생은 중학생(2.3%)이 고등학생(2.1%)보다 0.2%p 약간 높았다.

최근 5년간 여학생의 자살시도율은 2016년에 2.7%까지 감소하였으나 이후 다시 증가하여 2018년에 4.1%로 높아졌고, 남학생은 약 2%의 자살시도율을 유지하고 있다.

그림 76 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살시도율 추이 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

표 81 2014~2018년 성별에 따른 학교급별 청소년 자살시도 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2014		2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 시도율								
전체	72,060	2.9	68,043	2.4	65,528	2.4	62,276	2.6	60,040	3.1
남자	36,470	2.3	35,204	2.0	33,803	2.0	31,624	2.0	30,463	2.2
중학교	18,563	2.4	17,858	2.0	16,742	1.9	15,652	2.2	15,328	2.3
고등학교	17,907	2.2	17,346	1.9	17,061	2.2	15,972	1.8	15,135	2.1
여자	35,590	3.6	32,839	3.0	31,725	2.7	30,652	3.2	29,577	4.1
중학교	17,593	4.5	16,441	3.7	15,477	3.4	15,233	3.9	14,901	5.0
고등학교	17,997	2.7	16,398	2.3	16,248	2.2	15,419	2.7	14,676	3.2

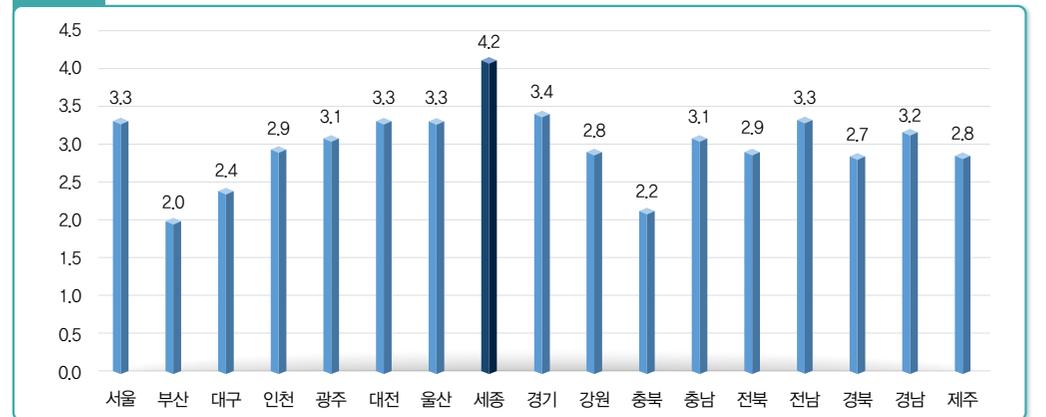
[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

2) 지역별 청소년 자살시도 현황

2018년 청소년 자살시도율은 세종 4.2%, 경기 3.4% 순으로 높았고, 뒤이어 서울과 대전, 울산, 전남이 3.3%로 높았으며, 부산이 2.0%로 가장 낮았다.

최근 5년간 2014년에는 서울, 2015년에는 전북, 2016년에는 충북, 2017년에는 제주, 2018년에는 세종이 가장 높았고, 2017년 대비 가장 많이 증가한 지역은 세종으로 2.1%p 증가하였다.

그림 77 2018년 지역별 청소년 자살시도율 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 청소년건강행태조사]

표 82 2014~2018년 지역별 청소년 자살시도 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2014		2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 시도율								
서울	10,997	3.5	9,710	2.8	9,567	2.9	9,287	2.9	8,771	3.3
부산	4,436	2.2	4,209	2.1	3,979	1.4	3,752	1.9	3,818	2.0
대구	3,952	2.3	3,614	1.8	3,292	1.6	3,288	2.4	3,066	2.4
인천	4,120	2.3	3,847	2.0	3,724	1.9	3,431	2.6	3,398	2.9
광주	3,072	3.1	2,850	2.9	2,676	2.7	2,441	2.4	2,441	3.1
대전	2,966	3.3	2,656	2.4	2,682	2.7	2,377	2.6	2,273	3.3
울산	2,449	2.5	2,218	2.2	2,114	1.9	2,121	2.6	1,943	3.3
세종	-	-	935	1.9	1,012	1.6	932	2.1	944	4.2
경기	15,158	3.1	14,352	2.3	13,990	2.6	13,465	2.6	12,798	3.4
강원	2,669	2.4	2,449	2.6	2,224	2.7	2,219	3.0	2,262	2.8
충북	2,736	2.9	2,517	3.1	2,453	3.0	2,369	2.6	2,367	2.2
충남	3,216	3.0	3,095	2.0	2,990	2.2	2,745	2.8	2,619	3.1
전북	3,012	3.3	2,931	3.2	3,060	2.5	2,611	2.7	2,485	2.9
전남	3,111	2.7	2,925	2.0	2,820	2.5	2,583	2.0	2,455	3.3
경북	3,765	2.7	3,557	2.3	3,335	1.8	3,112	2.3	3,064	2.7
경남	4,737	2.6	4,581	2.7	4,132	2.2	4,067	2.4	3,884	3.2
제주	1,664	3.1	1,597	2.4	1,478	2.4	1,476	3.3	1,452	2.8

[출처: 질병관리본부, 2014~2018년 청소년건강행태조사]

02. 성인(2018년 국민건강영양조사)

국민건강영양조사는 국가승인통계(승인번호 제117002호)로서 국민의 건강과 영양 수준을 파악하기 위해 국민건강증진법 제16조에 근거하여 1998년에 도입되었고, 1998년부터 2005년까지는 3년 주기, 2007년부터는 매년 시행하고 있다. 조사 결과는 국민건강증진종합계획의 목표 설정 및 평가 등에 중요한 근거자료로 활용되고 있으며, WHO, OECD 등 국제기구에서 국가 간 비교를 위한 자료로도 활용되고 있다.

국민건강영양조사의 목표모집단은 대한민국에 거주하는 만 1세 이상 국민이고, 조사 대상은 인구주택총조사 기본추출틀로 조사구 및 가구를 추출하여 적정가구원 요건을 만족하는 만 1세 이상의 모든 가구원이다. 국민건강영양조사는 건강설문조사, 영양조사, 검진조사로 구성되어 있으며, 본 백서는 조사 내용 중 우리나라 성인의 자살 관련 실태를 파악하기 위해 건강설문조사를 활용하였다. 건강설문조사는 가구조사, 건강면접조사, 건강행태조사로 구성되어 있다. 건강설문조사의 가구조사(면접조사)는 가구당 만 19세 이상 성인 1인에게 조사하고, 건강면접조사는 교육 및 경제활동, 이환, 의료이용, 활동제한, 신체활동 등을 면접방법으로 조사 하며, 건강행태 영역은 자기기입식 조사이다.

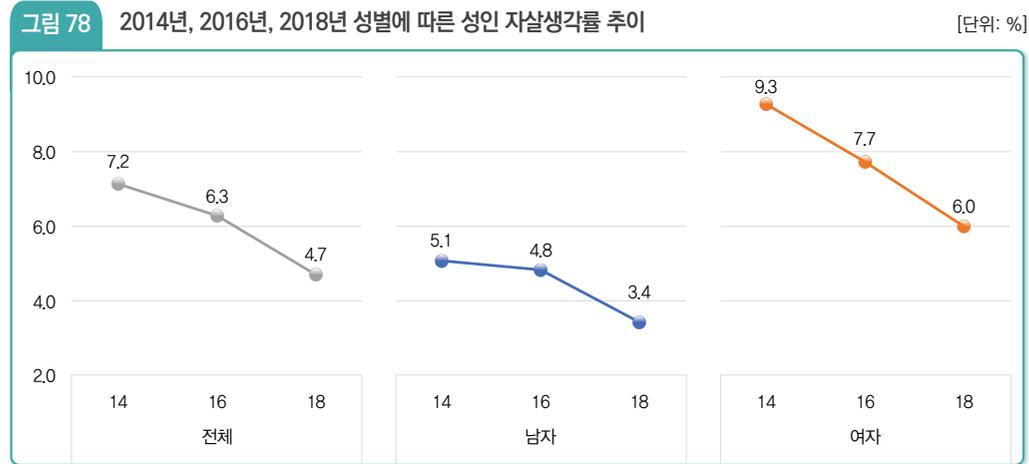
통계 결과는 목표모집단인 대한민국에 거주하는 국민의 특성을 잘 대표할 수 있도록 가중치를 적용하여 산출하였고, 가중치는 표본 추출률, 응답률, 해당 연도 모집단 인구구성비를 반영하여 산출되었다. 또한, 국민건강영양조사 자료는 전수조사가 아닌 표본조사의 자료이므로 목표모집단인 대한민국 국민에 대한 결과로 확대하여 해석이 필요하기 때문에 복합표본설계 요소를 반영하여 분석하였다. 국민건강영양조사 자료에 모름 또는 무응답에 해당하는 값은 분석 시 결측값으로 지정하여 분석하였다. 성인(만 19세 이상)의 자살생각, 자살계획, 자살시도의 현황과 추이를 파악하기 위해 2014~2018년 국민건강영양조사 자료를 활용하여 분석하였다.

가. 성인 자살생각 현황

성인의 1년간 자살 생각에 대한 항목은 2년 주기('98~'13년, '15년, '17년)로 조사하고 있으며, 2014년, 2016년, 2018년에는 우울증선별도구 PHQ-9의 9번 문항을 통해 자살생각을 조사하고 있다. 2018년 성인의 자살생각률은 PHQ-9의 9번 문항인 '지난 2주 동안 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각'을 한 적이 있는 사람의 분율이며, 최근 5년간 자살생각의 추이에서는 2년 주기로 2014년, 2016년, 2018년의 자살생각률을 비교하였다.

1) 성별 성인 자살생각 현황

2018년 성인의 자살생각률은 4.7%로 2016년 대비 1.6%p 감소하였고, 남녀 모두 2014년부터 지속해서 감소하였다. 남자 3.4%, 여자 6.0%로 여자가 남자보다 2.6%p 높으며, 2016년과 비교해 남자는 1.4%p, 여자는 1.7%p 감소하였다.



[출처: 질병관리본부, 2014년, 2016년, 2018년 국민건강영양조사]

표 83 2014년, 2016년, 2018년 성별 성인 자살생각 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2014		2016		2018	
	대상자 수	자살생각률	대상자 수	자살생각률	대상자 수	자살생각률
전체	4,979	7.2	5,794	6.3	5,949	4.7
남자	2,065	5.1	2,480	4.8	2,594	3.4
여자	2,914	9.3	3,314	7.7	3,355	6.0

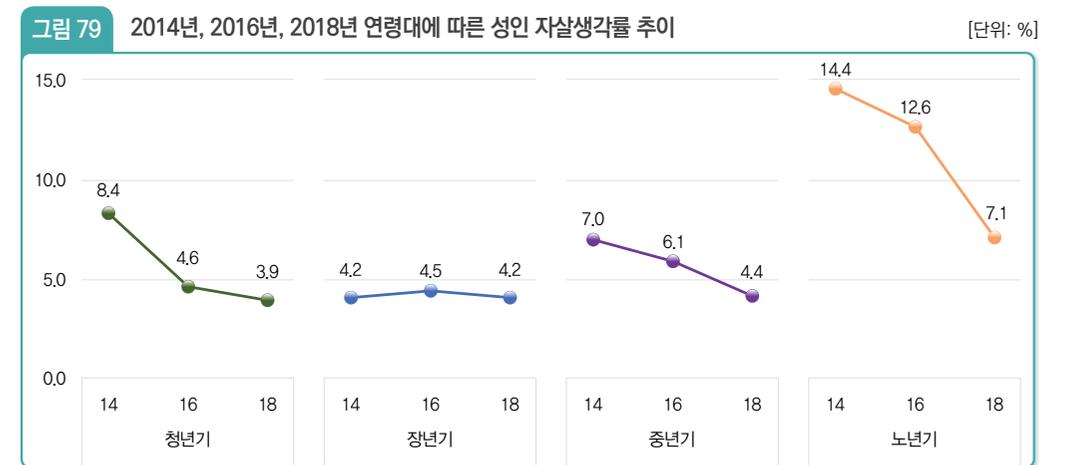
[출처: 질병관리본부, 2014년, 2016년, 2018년 국민건강영양조사]

2) 연령대별 성인 자살생각 현황

생애주기별 자살생각률 분석을 위해 생애주기를 '청년기(19~29세), 장년기(30~49세), 중년기(50~64세), 노년기(65세 이상)'로 구분하고, 생애주기별 자살생각률을 분석하였다.

2018년 연령대별 성인의 자살생각률은 청년기 3.9%, 장년기 4.2%, 중년기 4.4%, 노년기 7.1%로 연령대가 높을수록 자살생각률이 높았다. 2016년과 비교해 청년기는 0.7%p, 장년기는 0.3%p, 중년기는 1.7%p, 노년기는 5.5%p 감소하였다.

최근 5년간 청년기, 중년기, 노년기는 2014년부터 지속해서 감소하였으며, 장년기는 2016년에 소폭 증가하였으나 2018년에 다시 감소하였다.



[출처: 질병관리본부, 2014년, 2016년, 2018년 국민건강영양조사]

표 84 2014년, 2016년, 2018년 연령대별 성인 자살생각 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2014		2016		2018	
	대상자 수	자살생각률	대상자 수	자살생각률	대상자 수	자살생각률
청년기	580	8.4	669	4.6	744	3.9
장년기	1,713	4.2	2,114	4.5	1,962	4.2
중년기	1,395	7.0	1,534	6.1	1,732	4.4
노년기	1,291	14.4	1,477	12.6	1,511	7.1

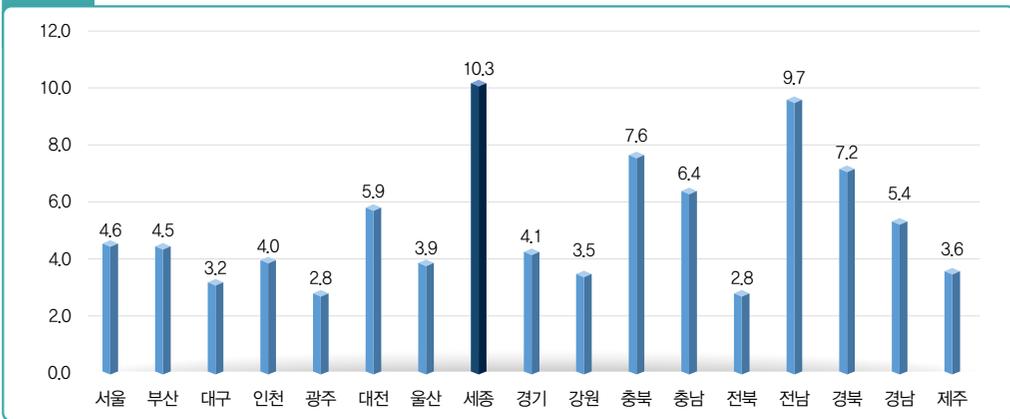
[출처: 질병관리본부, 2014년, 2016년, 2018년 국민건강영양조사]

3) 지역별 성인 자살생각 현황

국민건강영양조사 자료의 지역은 거주지 기준이며, 2018년 시·도별 성인의 자살생각률은 세종 10.3%, 전남 9.7%, 충북 7.6% 순으로 높고, 광주와 전북이 2.8%로 가장 낮았다.

최근 5년간 2014년에는 충북(13.1%), 2016년에는 울산(11.0%), 2018년에는 세종(10.3%)이 가장 높았으며, 2016년 대비 가장 많이 증가한 지역은 세종으로 4.7%p 증가하였다.

그림 80 2018년 시·도별 성인 자살생각률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 85 2014년, 2016년, 2018년 시·도별 성인 자살생각 현황 추이 [단위: 명, %]

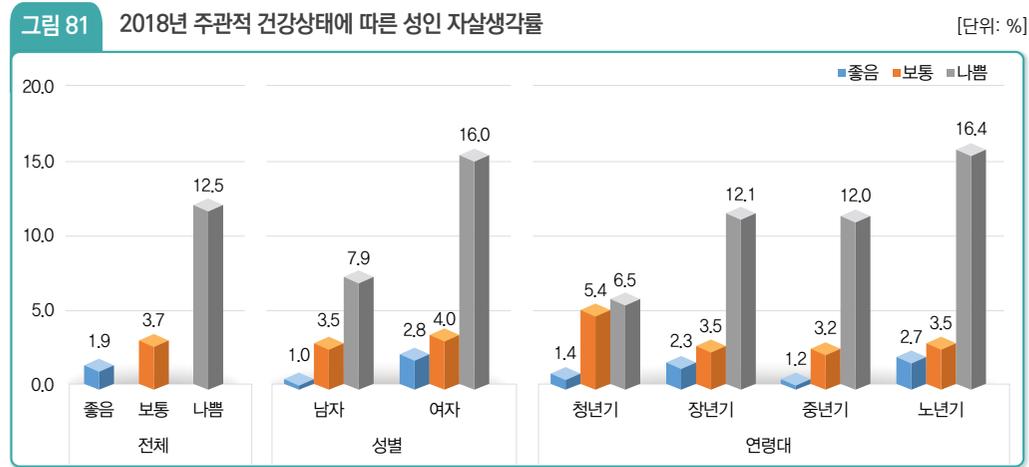
구분	2014		2016		2018	
	대상자 수	자살생각률	대상자 수	자살생각률	대상자 수	자살생각률
서울	976	7.2	1,141	5.1	1,159	4.6
부산	315	6.2	382	6.7	420	4.5
대구	297	4.6	271	8.6	239	3.2
인천	291	10.2	325	4.5	352	4.0
광주	149	3.5	185	3.7	177	2.8
대전	194	9.4	202	8.1	223	5.9
울산	109	5.0	97	11.0	120	3.9
세종	-	-	148	5.6	99	10.3
경기	1,214	6.3	1,365	6.8	1,458	4.1
강원	178	11.6	169	4.7	212	3.5
충북	155	13.1	181	7.1	174	7.6
충남	175	9.2	230	5.3	162	6.4
전북	151	7.3	186	4.9	190	2.8
전남	106	7.3	196	7.4	184	9.7
경북	294	6.7	285	5.6	276	7.2
경남	277	7.5	325	7.3	375	5.4
제주	98	7.9	106	6.5	129	3.6

[출처: 질병관리본부, 2014년, 2016년, 2018년 국민건강영양조사]

4) 주관적 건강상태에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 주관적 건강상태가 나쁜 성인은 자살생각률이 12.5%로 주관적 건강상태가 좋은 사람(1.9%)보다 10.6%p 높고, 남녀와 연령대별 모두 주관적 건강상태가 나쁠수록 자살생각률이 높았다.

주관적 건강상태가 나쁜 경우의 자살생각률은 남자 7.9%, 여자 16.0%이고, 연령대별로는 청년기 6.5%, 장년기 12.1%, 중년기 12.0%, 노년기 16.4%로 나타나 65세 이상인 노년기에서 주관적 건강상태가 나쁜 경우 자살생각률이 가장 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 86 2018년 주관적 건강상태에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	성별		연령대				
		남자	여자	청년기	장년기	중년기	노년기	
좋은 ⁸⁾	대상자 수	1,713	808	905	303	616	476	318
	자살생각률	1.9	1.0	2.8	1.4	2.3	1.2	2.7
보통 ⁹⁾	대상자 수	3,078	1,336	1,742	348	1,096	911	723
	자살생각률	3.7	3.5	4.0	5.4	3.5	3.2	3.5
나쁨 ¹⁰⁾	대상자 수	1,158	450	708	93	250	345	470
	자살생각률	12.5	7.9	16.0	6.5	12.1	12.0	16.4

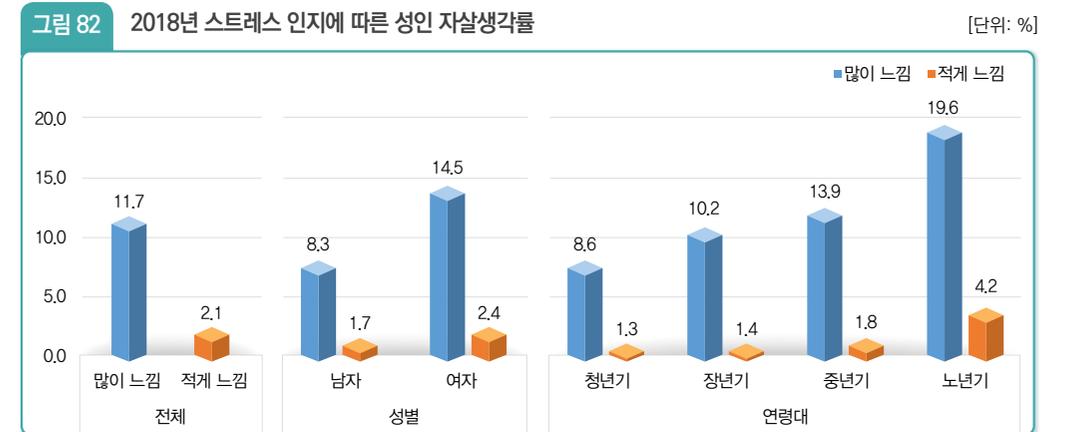
[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

8) 좋음 : 평소에 본인의 건강이 '매우 좋음' 또는 '좋음'이라고 생각하는 사람
 9) 보통 : 평소에 본인의 건강이 '보통'이라고 생각하는 사람
 10) 나쁨 : 평소에 본인의 건강이 '매우 나쁨' 또는 '나쁨'이라고 생각하는 사람

5) 스트레스에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 평소 일상생활 중에 스트레스를 많이 느끼는 성인은 자살생각률이 11.7%로 스트레스를 적게 느끼는 사람(2.1%)보다 9.6%p 높았다.

스트레스를 많이 느끼는 경우의 자살생각률은 남자 8.3%, 여자 14.5%이고, 연령대별로는 청년기 8.6%, 장년기 10.2%, 중년기 13.9%, 노년기 19.6%로 나타나 연령대가 높을수록 스트레스를 많이 느끼는 경우 자살생각률이 증가하였다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 87 2018년 스트레스 인지에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	성별		연령대				
		남자	여자	청년기	장년기	중년기	노년기	
많이 느낌 ¹¹⁾	대상자 수	1,535	596	939	271	606	384	274
	자살생각률	11.7	8.3	14.5	8.6	10.2	13.9	19.6
적게 느낌 ¹²⁾	대상자 수	4,407	1,996	2,411	473	1,356	1,344	1,234
	자살생각률	2.1	1.7	2.4	1.3	1.4	1.8	4.2

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

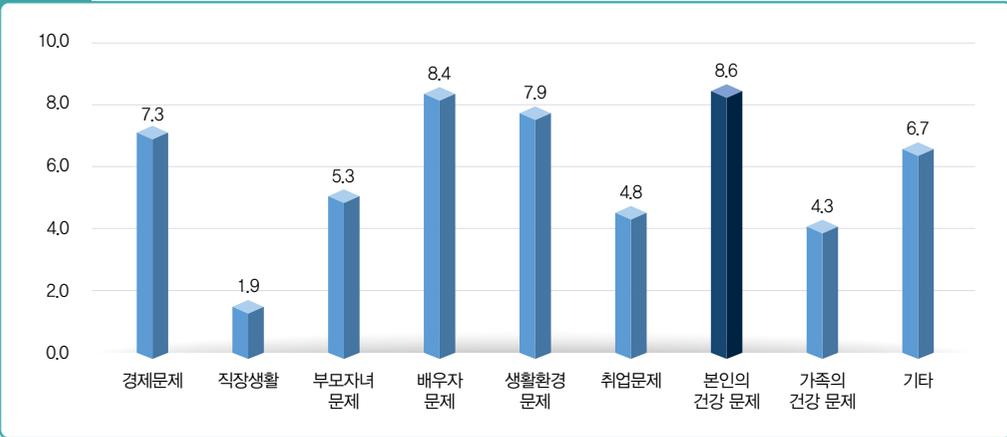
2018년 스트레스를 느끼는 사람의 스트레스를 받는 가장 큰 원인을 조사한 결과, 본인의 건강 문제로 스트레스를 느끼는 사람의 자살생각률이 8.6%로 가장 높게 나타났다.

남자는 스트레스 원인 중 본인의 건강 문제(7.0%)와 기타(7.0%) 문제로 인한 자살생각률이 가장 높았고, 여자는 본인의 건강 문제(9.7%)와 배우자 문제(9.7%)로 스트레스를 느낄 때 자살생각률이 가장 높았다.

연령대별로 청년기는 배우자 문제(51.3%), 장년기는 취업 문제(12.9%), 중년기는 생활환경 문제(10.5%), 노년기는 기타(19.6%)와 부모자녀 문제(13.1%)로 스트레스를 받을 때 자살생각률이 가장 높았다.

11) 많이 느낌 : 평소 일상생활 중에 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람
 12) 적게 느낌 : 평소 일상생활 중에 스트레스를 '조금' 느끼거나 '거의' 느끼지 않는 사람

그림 83 2018년 스트레스 원인에 따른 성인 자살생각률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 88 2018년 스트레스 원인에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	성별		연령대				
		남자	여자	청년기	장년기	중년기	노년기	
경제 문제	대상자 수	1,194	613	581	104	519	382	189
	자살생각률	7.3	5.8	9.4	4.4	7.0	7.6	11.4
직장생활 ¹³⁾	대상자 수	1,175	672	503	161	591	355	68
	자살생각률	1.9	1.2	3.1	2.9	1.0	3.1	2.3
부모자녀 문제 ¹⁴⁾	대상자 수	695	143	552	30	287	196	182
	자살생각률	5.3	4.3	5.6	4.5	3.8	1.9	13.1
배우자 문제	대상자 수	401	96	305	8	106	123	164
	자살생각률	8.4	4.7	9.7	51.3	7.4	6.4	6.4
생활환경 문제 ¹⁵⁾	대상자 수	185	69	116	9	61	67	48
	자살생각률	7.9	5.6	9.5	3.8	5.1	10.5	9.7
취업 문제 ¹⁶⁾	대상자 수	350	170	180	279	56	13	2
	자살생각률	4.8	5.1	4.4	3.6	12.9	0.0	0.0
본인의 건강 문제	대상자 수	441	172	269	20	54	147	220
	자살생각률	8.6	7.0	9.7	13.8	8.0	8.1	8.3
가족의 건강 문제	대상자 수	264	99	165	10	53	108	93
	자살생각률	4.3	0.7	6.8	0.0	5.9	3.7	4.9
기타	대상자 수	107	40	67	35	30	20	22
	자살생각률	6.7	7.0	6.6	2.0	9.4	3.0	16.9

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

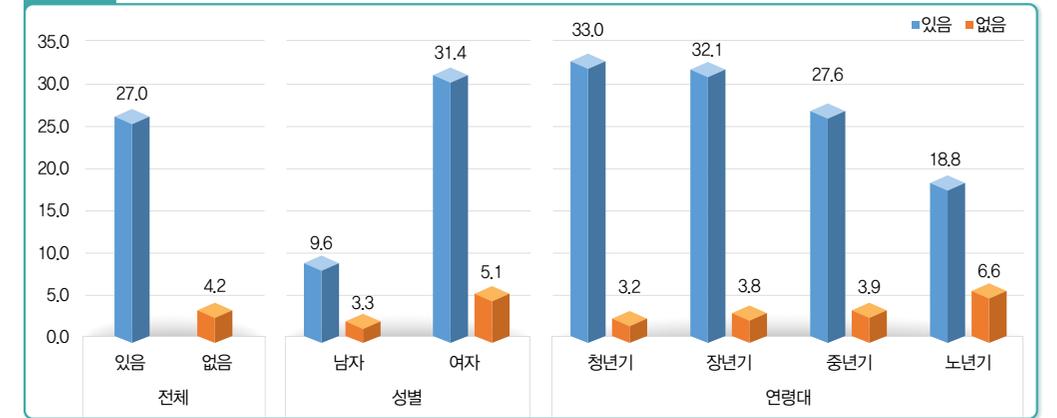
13) 직장생활: 직장 내 대인관계 포함
 14) 부모자녀 문제: 형제 친척 고부간 관계
 15) 생활환경 문제: 주거 등
 16) 취업 문제: 진로

6) 현재 우울증 유병에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 현재 우울증을 앓고 있는 성인의 자살생각률은 27.0%로 현재 우울증을 앓고 있지 않은 사람(4.2%)보다 22.8%p 높았다.

현재 우울증을 앓고 있는 경우 자살생각률은 남자 9.6%, 여자 31.4%이고, 연령대별로는 청년기 33.0%, 장년기 32.1%, 중년기 27.6%, 노년기 18.8%로 연령대가 낮을수록 현재 우울증을 앓고 있는 경우 자살생각률이 증가하였다.

그림 84 2018년 현재 우울증 유병에 따른 성인 자살생각률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 89 2018년 현재 우울증 유병에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

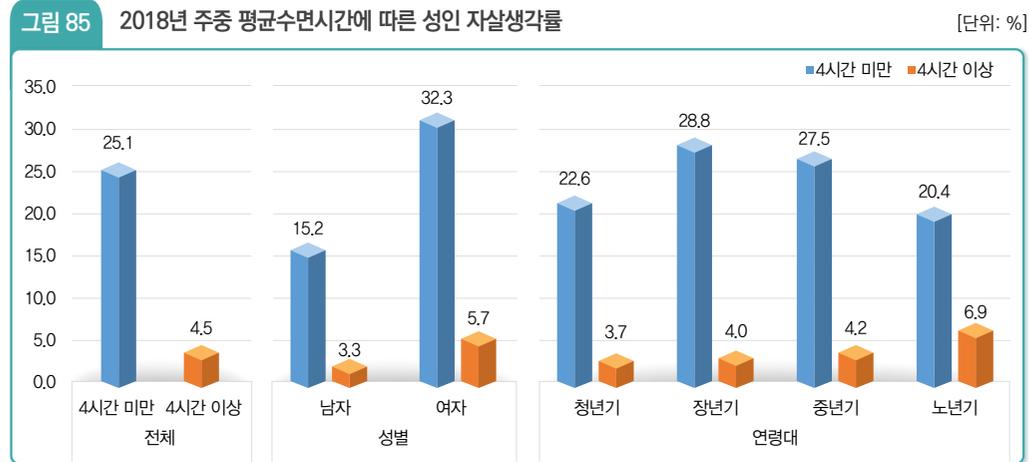
구분	전체	성별		연령대				
		남자	여자	청년기	장년기	중년기	노년기	
있음	대상자 수	156	31	125	17	35	39	65
	자살생각률	27.0	9.6	31.4	33.0	32.1	27.6	18.8
없음	대상자 수	5,793	2,563	3,230	727	1,927	1,693	1,446
	자살생각률	4.2	3.3	5.1	3.2	3.8	3.9	6.6

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

7) 주중 평균수면시간에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 주중 평균수면시간이 4시간 미만인 성인의 자살생각률은 25.1%로 4시간 이상인 사람(4.5%)보다 20.6%p 높았다.

수면시간이 4시간 미만인 경우 자살생각률은 남자 15.2%, 여자 32.3%이고, 연령대별로는 청년기 22.6%, 장년기 28.8%, 중년기 27.5%, 노년기 20.4%로 장년기가 가장 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

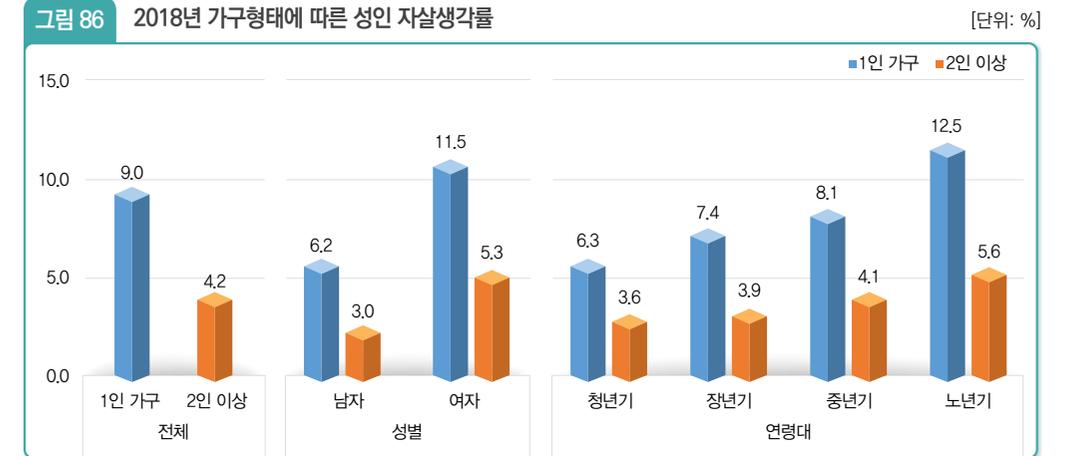
표 90 2018년 주중 평균수면시간에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	성별		연령대				
		남자	여자	청년기	장년기	중년기	노년기	
4시간 미만	대상자 수	63	24	39	9	16	18	20
	자살생각률	25.1	15.2	32.3	22.6	28.8	27.5	20.4
4시간 이상	대상자 수	5,875	2,568	3,307	735	1,945	1,711	1,484
	자살생각률	4.5	3.3	5.7	3.7	4.0	4.2	6.9

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

8) 가구형태에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 1인 가구인 성인의 자살생각률은 9.0%로 가구원 수가 2명 이상인 가구(4.2%)보다 4.8%p 높았다. 1인 가구의 자살생각률은 남자 6.2%, 여자 11.5%이고, 연령대별로는 청년기 6.3%, 장년기 7.4%, 중년기 8.1%, 노년기 12.5%로 연령대가 높아질수록 1인 가구의 자살생각률이 증가하였다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 91 2018년 가구형태에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

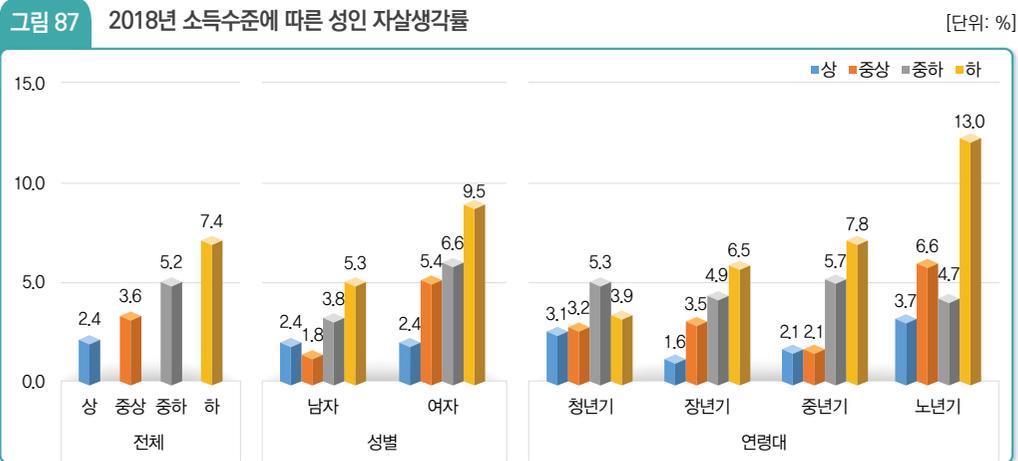
구분	전체	성별		연령대				
		남자	여자	청년기	장년기	중년기	노년기	
1인 가구	대상자 수	768	296	472	79	142	188	359
	자살생각률	9.0	6.2	11.5	6.3	7.4	8.1	12.5
2인 이상	대상자 수	5,181	2,298	2,883	665	1,820	1,544	1,152
	자살생각률	4.2	3.0	5.3	3.6	3.9	4.1	5.6

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

9) 소득수준에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 소득수준에 따른 성인의 자살생각률은 상 2.4%, 중상 3.6%, 중하 5.2%, 하 7.4%로 소득수준이 낮을수록 자살생각률이 높았다.

남녀 모두 소득수준이 낮은 경우에 자살생각률이 가장 높았고, 소득수준이 낮은 경우 자살생각률은 남자 5.3%, 여자 9.5%이다. 연령대별로는 청년기에는 소득수준이 '하'보다 '중하'인 경우에 5.3%로 자살생각률이 가장 높았고, 장년기, 중년기, 노년기는 소득수준이 '하'인 경우에 자살생각률이 각각 6.5%, 7.8%, 13.0%로 가장 높았다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

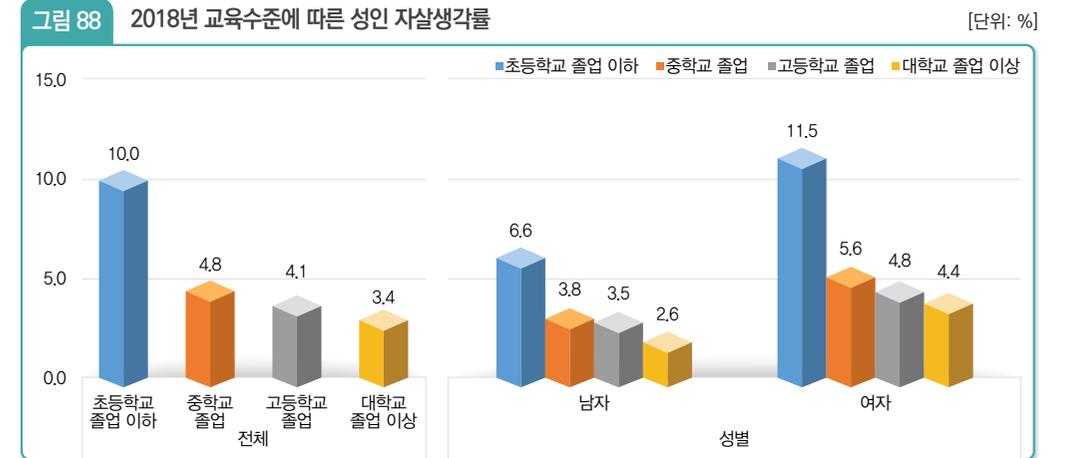
표 92 2018년 소득수준에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	성별		연령대				
		남자	여자	청년기	장년기	중년기	노년기	
상	대상자 수	1,486	647	839	187	485	435	379
	자살생각률	2.4	2.4	2.4	3.1	1.6	2.1	3.7
중상	대상자 수	1,488	660	828	187	489	433	379
	자살생각률	3.6	1.8	5.4	3.2	3.5	2.1	6.6
중하	대상자 수	1,500	652	848	181	504	443	372
	자살생각률	5.2	3.8	6.6	5.3	4.9	5.7	4.7
하	대상자 수	1,459	629	830	189	482	414	374
	자살생각률	7.4	5.3	9.5	3.9	6.5	7.8	13.0

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

10) 교육수준에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 교육수준에 따른 성인의 자살생각률은 초등학교 졸업 이하 10.0%, 중학교 졸업 4.8%, 고등학교 졸업 4.1%, 대학교 졸업 이상 3.4%로 초등학교 졸업 이하인 경우에 자살생각률이 가장 높았고, 남녀 모두 교육수준이 낮을수록 자살생각률이 증가하였다.



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 93 2018년 교육수준에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

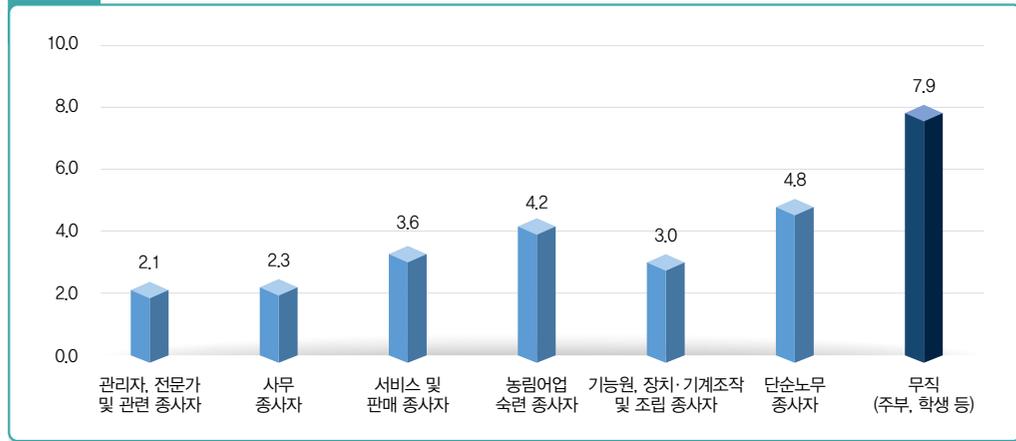
구분	구분	전체	남자	여자
초등학교 졸업 이하	대상자 수	1,148	339	809
	자살생각률	10.0	6.6	11.5
중학교 졸업	대상자 수	598	251	347
	자살생각률	4.8	3.8	5.6
고등학교 졸업	대상자 수	1,987	946	1,041
	자살생각률	4.1	3.5	4.8
대학교 졸업 이상	대상자 수	2,215	1,057	1,158
	자살생각률	3.4	2.6	4.4

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

11) 직업에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 직업에 따른 성인의 자살생각률은 무직(주부, 학생 등) 7.9%, 단순노무종사자 4.8%, 농림어업 숙련 종사자 4.2% 순으로 높았고, 남녀 모두 무직(주부, 학생 등)인 경우에 자살생각률이 각각 남자 6.4%, 여자 8.7%로 가장 높았다.

그림 89 2018년 직업에 따른 성인 자살생각률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 94 2018년 직업에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

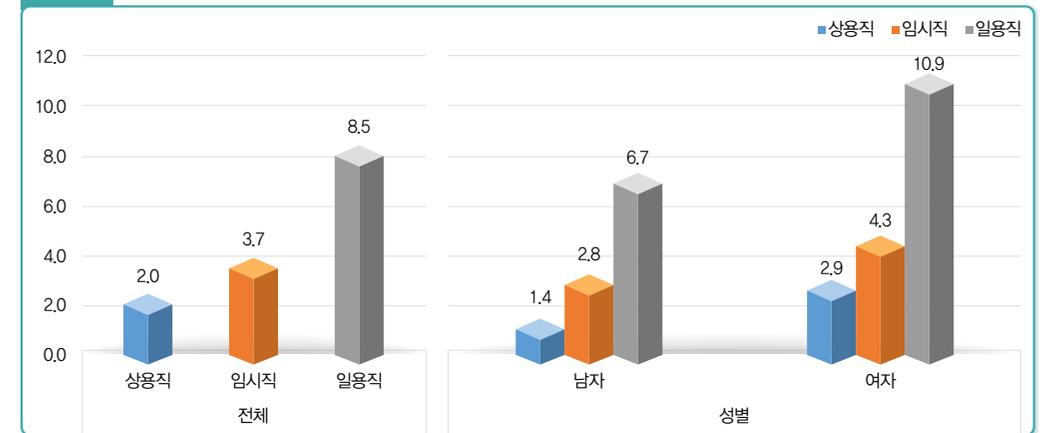
구분	전체	남자	여자
관리자, 전문가 및 관련 종사자	대상자 수	898	439
	자살생각률	2.1	3.4
사무종사자	대상자 수	614	313
	자살생각률	2.3	3.2
서비스 및 판매 종사자	대상자 수	846	559
	자살생각률	3.6	3.2
농림어업 숙련 종사자	대상자 수	228	83
	자살생각률	4.2	5.6
기능원, 장치·기계조작 및 조립 종사자	대상자 수	608	100
	자살생각률	3.0	2.3
단순노무 종사자	대상자 수	506	321
	자살생각률	4.8	7.0
무직 (주부, 학생 등)	대상자 수	2,237	1,539
	자살생각률	7.9	8.7

[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

12) 종사상 지위에 따른 성인 자살생각 현황

2018년 타인 또는 회사에 고용되어 보수를 받고 일하는 임금근로자의 일자리 지위에 따른 자살생각률은 상용직 2.0%, 임시직 3.7%, 일용직 8.5%로 일용직 근로자의 자살생각률이 가장 높았다. 남녀 모두 일용직 근로자의 자살생각률(남자 6.7%, 여자 10.9%)이 상용직(남자 1.4%, 여자 2.9%), 임시직(남자 2.8%, 여자 4.3%)보다 높았다.

그림 90 2018년 종사상 지위에 따른 성인 자살생각률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 95 2018년 종사상 지위에 따른 성인 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	남자	여자
상용직	대상자 수	1,921	921
	자살생각률	2.0	2.9
임시직	대상자 수	532	361
	자살생각률	3.7	4.3
일용직	대상자 수	188	95
	자살생각률	8.5	10.9

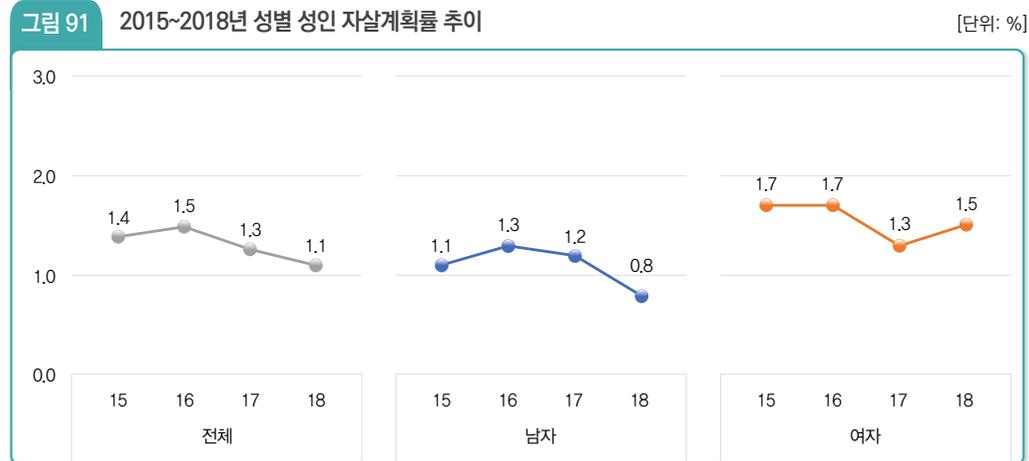
[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

나. 성인 자살계획 현황

성인의 자살계획률은 최근 1년 동안 자살하기 위해 구체적인 계획을 세운 적이 있는 사람의 비율이며, 1년간 자살계획의 조사항목이 포함되어 있는 최근 4년간 2015~2018년 현황을 분석하였다.

1) 성별 성인 자살계획 현황

2018년 성인의 자살계획률은 1.1%로 2017년 대비 0.2%p 감소하였으며, 최근 4년간 2016년에 소폭 증가하였으나 이후 감소하였다. 남자 0.8%, 여자 1.5%로 여자가 남자보다 0.7%p 높고, 2017년 대비 남자는 0.4%p 감소하였으나 여자는 0.2%p 증가하였다.



[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

표 96 2015~2018년 성별 성인 자살계획 현황 추이 [단위: 명, %]

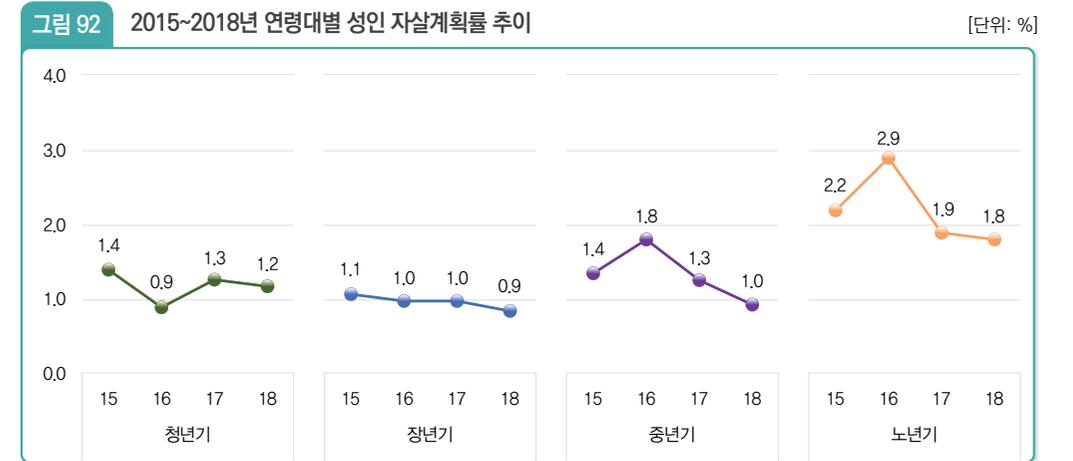
구분	2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 계획률						
전체	5,407	1.4	6,015	1.5	6,113	1.3	6,182	1.1
남자	2,352	1.1	2,591	1.3	2,717	1.2	2,712	0.8
여자	3,055	1.7	3,424	1.7	3,396	1.3	3,470	1.5

[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

2) 연령대별 성인 자살계획 현황

2018년 연령대별 성인의 자살계획률은 청년기 1.2%, 장년기 0.9%, 중년기 1.0%, 노년기 1.8%로 노년기에 가장 높았고, 2016년과 비교해 청년기는 0.1%p, 장년기는 0.1%p, 중년기는 0.3%p, 노년기는 0.1%p 감소하였다.

최근 4년간 청년기는 2016년에 감소하였으나 2017년에 다시 증가하였고, 장년기는 약 1%로 비슷한 수준이며, 중년기와 노년기는 2016년 이후 감소하는 추세이다.



[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

표 97 2015~2018년 연령대별 성인 자살계획 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 계획률						
청년기	682	1.4	695	0.9	724	1.3	762	1.2
장년기	1,696	1.1	2,201	1.0	2,026	1.0	2,037	0.9
중년기	1,645	1.4	1,592	1.8	1,778	1.3	1,798	1.0
노년기	1,384	2.2	1,527	2.9	1,585	1.9	1,585	1.8

[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

다. 성인 자살시도 현황

성인의 자살시도율은 최근 1년 동안 실제로 자살시도를 해 본 적이 있는 사람의 분율이며, 1년간 자살시도의 조사항목이 포함되어 있는 최근 4년간 2015~2018년 성인의 자살시도 현황을 분석하였다.

1) 성별 성인 자살시도 현황

2018년 성인의 자살시도율은 0.5%로 2017년 대비 0.2%p 감소하였다. 남자 0.2%, 여자 0.8%로 여자가 남자보다 0.6%p 높고, 최근 4년간 남자의 자살시도율은 2017년까지 증가하였으나 2018년에 0.7%p 감소하였고, 여자는 2017년까지 감소하는 추세였으나 2018년에 0.2%p 증가하였다.



[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

표 98 2015~2018년 성별 성인 자살시도 현황 추이 [단위: 명, %]

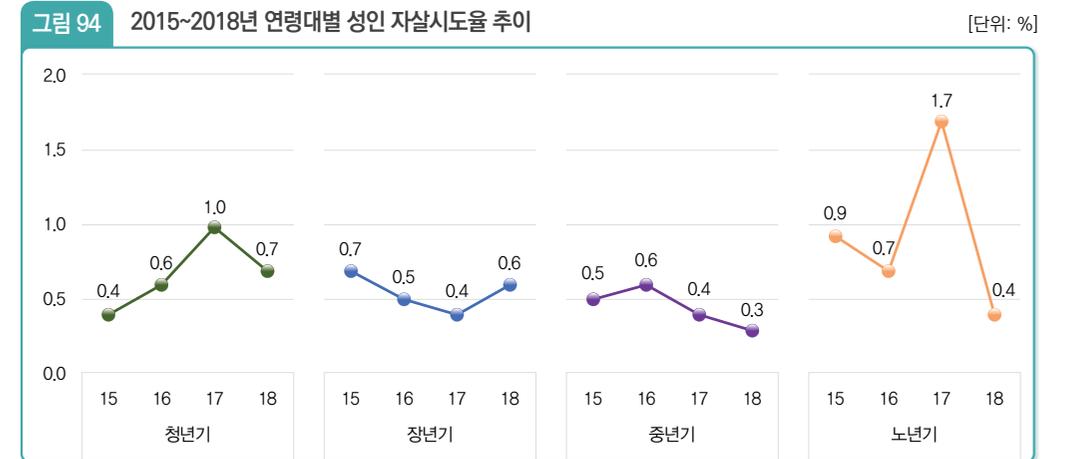
구분	2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 시도율						
전체	5,407	0.6	6,015	0.6	6,114	0.7	6,184	0.5
남자	2,352	0.4	2,592	0.5	2,717	0.9	2,713	0.2
여자	3,055	0.8	3,423	0.7	3,397	0.6	3,471	0.8

[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

2) 연령대별 성인 자살시도 현황

2018년 연령대별 성인의 자살시도율은 청년기 0.7%, 장년기 0.6%, 중년기 0.3%, 노년기 0.4%로 청년기에서 가장 높았고, 2017년과 비교해 청년기는 0.3%p, 중년기는 0.1%p, 노년기는 1.3%p 감소하였으나 장년기는 0.2%p 증가하였다.

최근 4년간 청년기는 2017년까지 증가하는 추세였으나 2018년에 감소하였고, 장년기는 2017년까지 감소하는 추세였으나 2018년에 증가하였다. 중년기는 2016년에 소폭 증가하였으나 이후 감소하는 추세이며, 노년기는 2017년에 1.7%로 가장 높게 증가하였으나 2018년에 0.4%로 감소하였다.



[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

표 99 2015~2018년 연령대별 성인 자살시도 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	자살 시도율						
청년기	682	0.4	695	0.6	724	1.0	762	0.7
장년기	1,696	0.7	2,202	0.5	2,026	0.4	2,036	0.6
중년기	1,645	0.5	1,592	0.6	1,778	0.4	1,798	0.3
노년기	1,384	0.9	1,526	0.7	1,586	1.7	1,588	0.4

[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

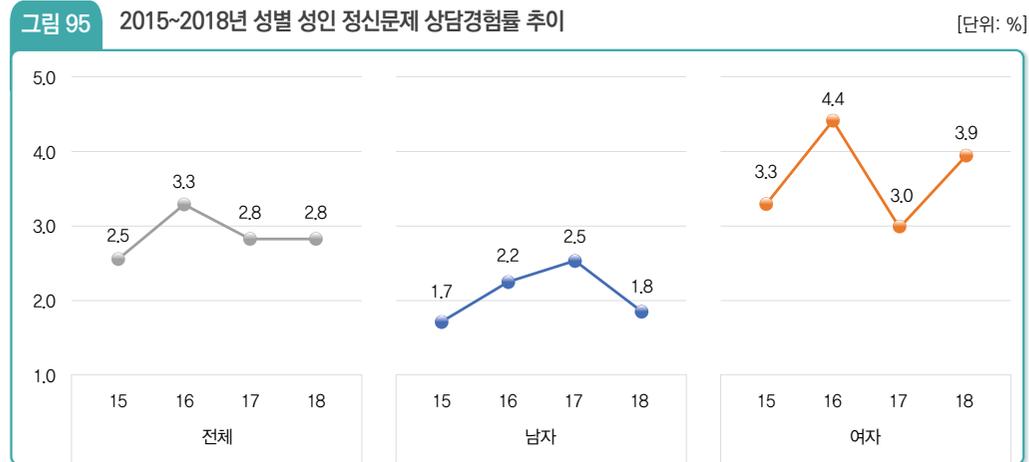
라. 성인 정신문제 상담경험 현황

성인의 정신문제 상담경험률은 최근 1년 동안 정신적인 문제 때문에 방문, 전화, 인터넷 등을 통해 상담을 받은 적이 있는 사람의 비율이며, 정신문제 상담경험의 조사항목이 포함되어 있는 최근 4년간 2015~2018년 성인의 정신문제 상담경험 현황을 분석하였다.

1) 성별 성인 정신문제 상담경험 현황

2018년 성인의 정신문제 상담경험율은 2.8%로 2017년과 동일하였다. 남자 1.8%, 여자 3.9%로 여자가 남자보다 2.1%p 높았고, 2017년과 비교해 남자는 0.7%p 감소, 여자는 0.9%p 증가하였다.

최근 4년간 2016년에 정신문제 상담경험률이 3.3%로 증가하였으나 이후 2.8%를 유지하고 있고, 남자는 2017년까지 증가하다가 2018년에 감소하였으며, 여자는 약 3~4%로 증감을 반복하고 있다.



[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

표 100 2015~2018년 성별 성인 정신문제 상담경험 현황 추이 [단위: 명, %]

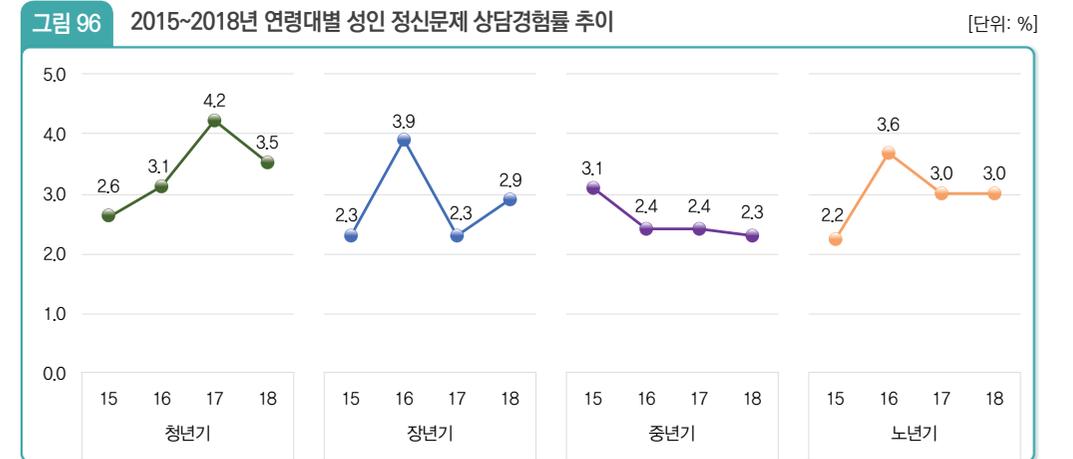
구분	2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	정신문제 상담경험률						
전체	5,407	2.5	6,014	3.3	6,116	2.8	6,185	2.8
남자	2,352	1.7	2,592	2.2	2,718	2.5	2,713	1.8
여자	3,055	3.3	3,422	4.4	3,398	3.0	3,472	3.9

[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

2) 연령대별 성인 정신문제 상담경험 현황

2018년 연령대별 성인의 정신문제 상담경험률은 청년기 3.5%, 장년기 2.9%, 중년기 2.3%, 노년기 3.0%로 청년기에서 가장 높았고, 중년기에서 가장 낮았다. 2017년과 비교해 장년기는 0.6%p 증가하였으나 청년기와 중년기는 각각 0.7%p, 0.1%p 감소하였고, 노년기는 3.0%를 유지하였다.

최근 4년간 청년기는 2017년까지 증가하는 추세였으나 2018년에 감소하였고, 장년기는 2016년에 3.9%로 증가하였으나 2017년에 다시 감소하였고, 2018년에 2.9%로 증가하였다. 중년기는 2015년부터 감소하는 추세이며, 노년기는 2016년에 3.6%로 증가하였으나 2017년부터 3.0%를 유지하고 있다.



[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

표 101 2015~2018년 연령대별 성인 정신문제 상담경험 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	정신문제 상담경험률						
청년기	682	2.6	695	3.1	724	4.2	762	3.5
장년기	1,696	2.3	2,201	3.9	2,026	2.3	2,036	2.9
중년기	1,645	3.1	1,592	2.4	1,778	2.4	1,798	2.3
노년기	1,384	2.2	1,526	3.6	1,588	3.0	1,589	3.0

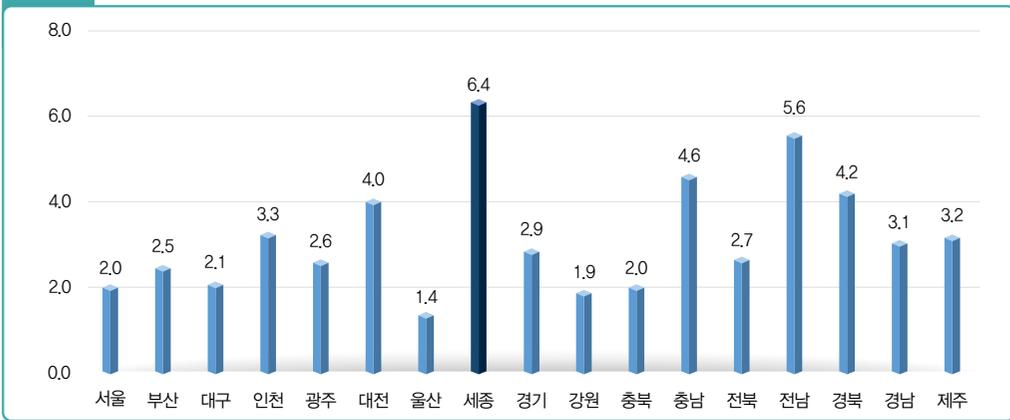
[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

3) 지역별 성인 정신문제 상담경험 현황

2018년 성인의 정신문제 상담경험률은 세종 6.4%, 전남 5.6%, 충남 4.6% 순으로 높고, 울산이 1.4%로 가장 낮았다.

최근 4년간 2015년에는 대전(6.0%), 2016년에는 충남(6.0%), 2017년에는 충북(5.0%). 2018년에는 세종(6.4%)이 가장 높았다. 2017년 대비 정신문제 상담경험률이 가장 많이 증가한 지역은 전남으로 4.9%p 증가하였고, 가장 많이 감소한 지역은 충북으로 3.0%p 감소하였다.

그림 97 2018년 시·도별 성인 정신문제 상담경험률 [단위: %]



[출처: 질병관리본부, 2018년 국민건강영양조사]

표 102 2015~2018년 시·도별 성인 정신문제 상담경험 현황 추이 [단위: 명, %]

구분	2015		2016		2017		2018	
	대상자 수	정신문제 상담경험률						
서울	1,038	2.5	1,175	3.7	1,189	3.5	1,174	2.0
부산	284	1.6	408	3.3	392	2.3	448	2.5
대구	326	1.4	283	5.4	285	3.6	260	2.1
인천	338	1.9	335	3.3	352	1.4	356	3.3
광주	183	1.3	190	0.0	191	1.8	183	2.6
대전	185	6.0	207	3.3	195	1.2	233	4.0
울산	100	1.3	106	2.2	147	2.1	128	1.4
세종	-	-	149	4.7	126	2.8	104	6.4
경기	1,290	2.7	1,391	3.3	1,414	2.6	1,482	2.9
강원	212	2.0	172	3.0	219	2.4	212	1.9
충북	154	0.9	187	3.6	181	5.0	189	2.0
충남	227	4.2	241	6.0	194	3.0	177	4.6
전북	215	0.9	194	5.2	224	4.1	205	2.7
전남	160	3.2	203	1.3	210	0.7	201	5.6
경북	299	4.9	311	2.0	325	3.3	303	4.2
경남	293	2.3	352	2.2	346	1.9	401	3.1
제주	103	2.4	110	3.3	126	3.6	129	3.2

[출처: 질병관리본부, 2015~2018년 국민건강영양조사]

03. 2019년 한국복지패널조사

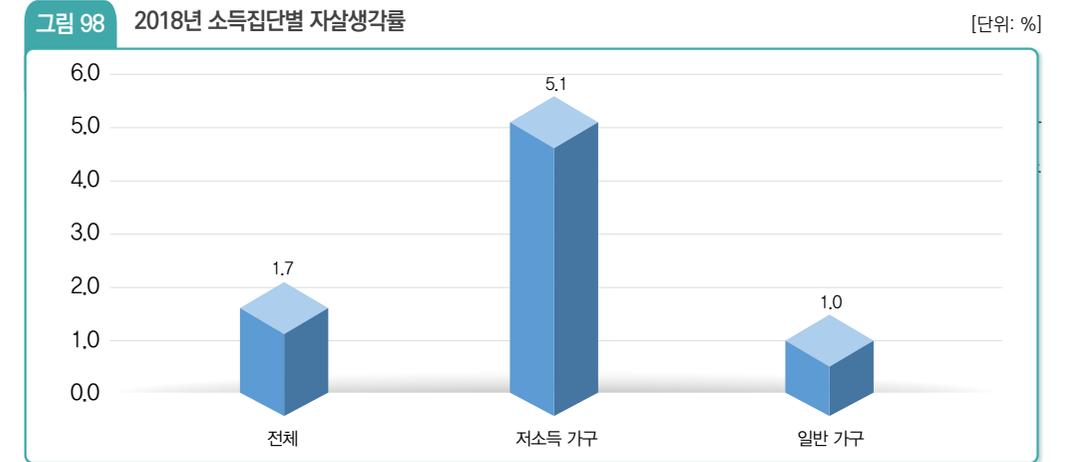
한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소의 한국복지패널은 국가승인통계조사(승인번호 제33109호)로서 외환위기 이후 빈곤층, 근로빈곤층(working poor), 차상위층(near poor)의 가구 형태, 소득 수준, 취업 상태 등의 급격한 변화를 파악하고자 이들의 규모와 상태 변화를 동적으로 분석하여 정책 지원을 위한 기초 자료를 생산하는 데 목적이 있다. 또한, 연령별, 소득 계층별, 경제활동 상태별 각 인구집단의 생활 실태와 복지 욕구 등을 역동적으로 파악하고, 정책의 효과를 평가함으로써 정책 형성과 피드백에 기여하기 위한 전국 규모의 조사이다. 2006년에 출범하여 매년 시행하고 있으며, 2019년에는 제14차 조사가 완료되었다. 제14차 한국복지패널의 조사기준연도는 2018년 1월 1일~2018년 12월 31일이다.

제14차 한국복지패널의 목표 모집단은 2018년 현재 전국에 거주하는 가구이고, 조사 모집단은 2005년 인구센서스 90% 조사구이며, 추출틀은 2005년 인구주택총조사 90% 자료에서 섬·특수시설 조사구를 제외한 전체 23만여 개 조사구이다. 최초의 한국복지패널 원표본 가구의 규모는 7,072가구이며, 2012년 7차 조사에서는 원표본 가구 유지율의 감소에 대비하기 위해 신규 표본 1,800가구를 추가하였다. 조사 대상은 표본 가구, 표본 가구에 속하는 15세 이상 가구원, 그리고 부가조사 대상으로 구분된다. 표본 배분은 저소득층의 복지 수요와 욕구를 적절히 조사하기 위해 중위소득 60%(OECD 상대빈곤선) 미만 저소득층 가구와 중위소득 60%(OECD 상대빈곤선) 이상에 해당하는 일반 가구를 50%씩 추출하여 패널 표본 가구를 구축하였다.

자살 관련 문항은 2011년 6차 패널 조사부터 모든 가구원에게 생애 동안의 자살생각, 자살계획, 자살시도를 질문하였으나 2012년 7차 패널 조사부터 신규 가구원과 기존 가구원에 대한 질문 방식이 달라졌다. 신규 가구원에게는 생애 동안의 자살생각, 자살계획, 자살시도를 질문하였고, 기존 가구원에게는 지난 한 해 동안의 자살생각, 자살계획, 자살시도를 질문하였다. 본 백서는 기존 가구원을 대상으로 지난 한 해 동안의 자살생각, 자살계획, 자살시도를 분석하였고, 통계결과는 통합가중치를 적용하여 분석하였다. 2018년 소득집단별(저소득 가구와 일반 가구) 자살생각, 자살계획, 자살시도의 현황을 파악하기 위해 2019년 한국복지패널조사 자료를 활용하여 분석하였다.

가. 소득집단별 자살생각 현황

자살생각률은 지난 한 해 동안 한 번이라도 자살하는 것에 대해 진지하게 생각한 적이 있는 사람의 분율이며, 2018년 전체 가구원의 자살생각률은 1.7%이고, 저소득 가구원은 5.1%, 일반 가구원은 1.0%로 저소득 가구원이 일반 가구원보다 4.1%p 높았다.



[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

표 103 2018년 소득집단별 자살생각 현황 [단위: 명, %]

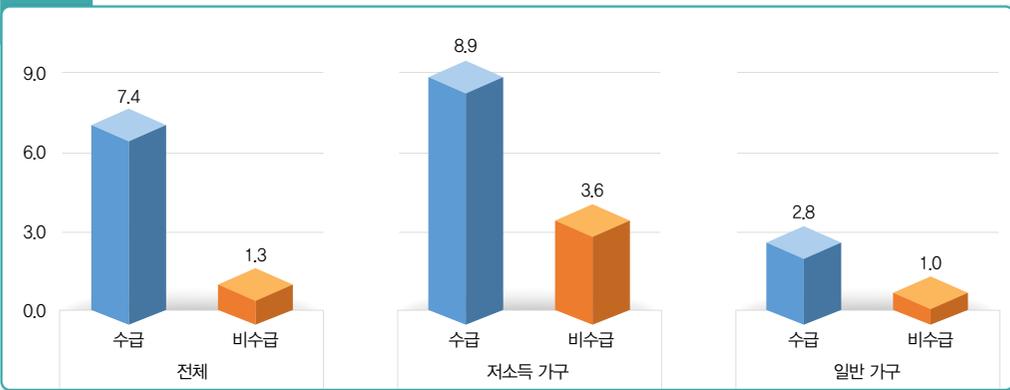
구분	전체	저소득 가구	일반 가구
대상자 수	11,541	1,857	9,684
자살생각률	1.7	5.1	1.0

[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

1) 국민기초생활보장 급여 수급 여부에 따른 자살생각 현황

2018년 국민기초생활보장 급여를 받은 경험이 있는 사람의 자살생각률은 7.4%로 수급 경험이 없는 사람(1.3%)보다 6.1%p 높고, 저소득 가구원과 일반 가구원 모두 국민기초생활보장 급여 수급자가 비수급자보다 자살생각률이 높았다. 국민기초생활보장 급여 수급 경험이 있는 경우 자살생각률은 저소득 가구 8.9%, 일반 가구 2.8%로 저소득 가구원이 일반 가구원보다 6.1%p 높았다.

그림 99 2018년 국민기초생활보장 급여 수급 여부에 따른 자살생각률 [단위: %]



[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

표 104 2018년 국민기초생활보장 급여 수급 여부에 따른 자살생각 현황 [단위: 명, %]

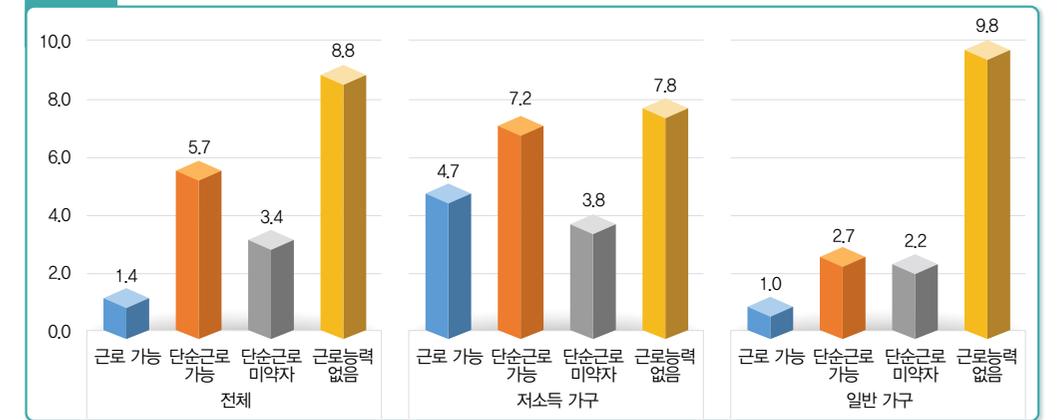
구분		전체	저소득 가구	일반 가구
수급	대상자 수	677	515	162
	자살생각률	7.4	8.9	2.8
비수급	대상자 수	10,864	1,342	9,522
	자살생각률	1.3	3.6	1.0

[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

2) 근로능력 정도에 따른 자살생각 현황

2018년 근로능력 정도에 따른 자살생각률은 집안일도 불가능하고 근로 능력이 없어 경제활동을 하지 않는 경우 8.8%, 집에서 돈벌이를 할 수 있는 정도로 단순근로가 가능한 경우 5.7%, 집안일만 가능한 단순근로 미약자는 3.4%, 근로가 가능한 경우 1.4% 순으로 높았다. 저소득 가구원과 일반 가구원 모두 근로 능력이 없는 사람의 자살생각률이 가장 높았고, 뒤이어 단순근로가 가능한 사람의 자살생각률이 높았다. 일반 가구원은 근로가 가능한 사람의 자살생각률이 가장 낮았으나 저소득 가구원은 근로가 가능한 사람(4.7%)이 단순근로 미약자(3.8%) 보다 자살생각률이 높았다.

그림 100 2018년 근로능력 정도에 따른 자살생각률 [단위: %]



[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

표 105 2018년 근로능력 정도에 따른 자살생각 현황 [단위: 명, %]

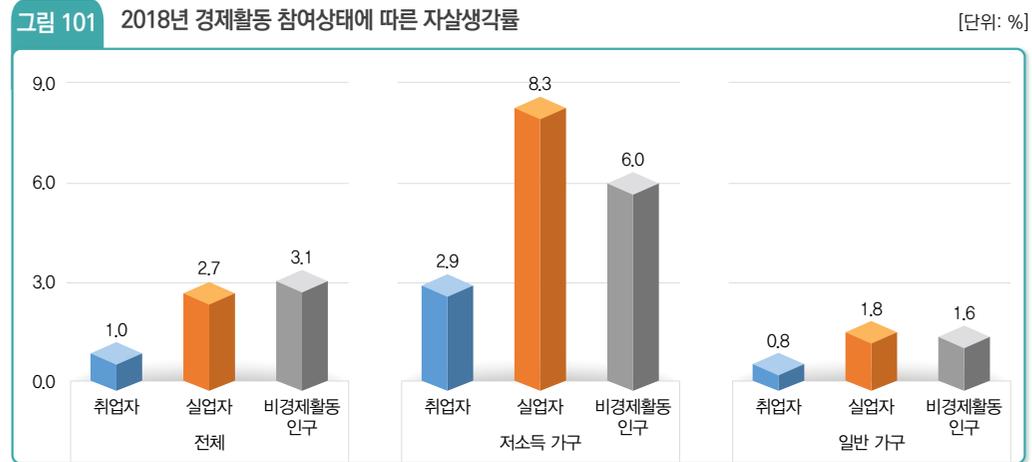
구분		전체	저소득 가구	일반 가구
근로 가능 ¹⁷⁾	대상자 수	10,557	1,187	9,370
	자살생각률	1.4	4.7	1.0
단순근로 가능 (집에서 돈벌이를 할 수 있는 정도) ¹⁸⁾	대상자 수	514	342	172
	자살생각률	5.7	7.2	2.7
단순근로 미약자 (집안일만 가능) ¹⁹⁾	대상자 수	429	306	123
	자살생각률	3.4	3.8	2.2
근로능력 없어 경제활동을 하지 않음 (집안일도 불가능) ²⁰⁾	대상자 수	42	22	20
	자살생각률	8.8	7.8	9.8

[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

17) 근로 가능 : 일터에서 종일 노동이 가능한 경우
 18) 단순근로 가능 : 일터에서 종일 근로가 어렵거나, 장애, 질병 등으로 거동이 불편하여 집에서 돈벌이를 할 수 있는 경우
 19) 단순근로 미약자 : 돈을 벌기 위한 일을 하기에는 어려움이 있지만 집에서 가사일을 하거나 보조할 수 있는 경우
 20) 근로 능력 없음 : 장애, 부상, 질병, 노령 등으로 인하여 일을 전혀 할 수 없는 경우(실제로 경제활동상태가 비경제활동인구로 분류됨)

3) 경제활동 참여상태에 따른 자살생각 현황

2018년 경제활동 참여상태에 따른 전체 가구원의 자살생각률은 비경제활동인구가 3.1%로 가장 높았고, 다음으로 실업자 2.7%, 취업자 1.0% 순으로 높았다. 소득집단별로 살펴보면 저소득 가구원의 자살생각률은 실업자 8.3%, 비경제활동인구 6.0%, 취업자 2.9%이고, 일반 가구원은 실업자 1.8%, 비경제활동인구 1.6%, 취업자 0.8%로 저소득 가구원과 일반 가구원 모두 실업자의 자살생각률이 가장 높았다.



[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

표 106 2018년 경제활동 참여상태에 따른 자살생각 현황 [단위: 명, %]

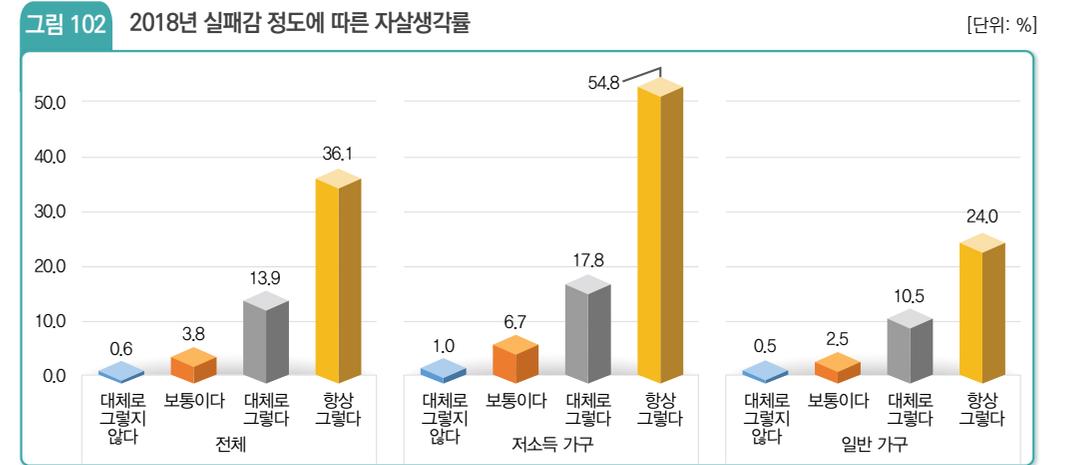
구분		전체	저소득 가구	일반 가구
취업자 ²¹⁾	대상자 수	7,502	591	6,911
	자살생각률	1.0	2.9	0.8
실업자 ²²⁾	대상자 수	210	29	181
	자살생각률	2.7	8.3	1.8
비경제활동인구 ²³⁾	대상자 수	3,828	1,236	2,592
	자살생각률	3.1	6.0	1.6

[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

21) 취업자 : 상용직 임금근로자, 임시직 임금근로자, 일용직 임금근로자, 자활 및 공공근로, 노인일자리, 고용주, 자영업자, 무급가족종사자
 22) 실업자 : 만 15세 이상 인구 중 지난 4주 동안 일할 의사와 능력이 있으면서도 일을 하지 못한 자. 구직활동 한 경우, 30일 이내에 새로운 직장에 들어갈 것이 확실한 취업대기자는 구직활동 여부와 관계없이 실업자로 분류
 23) 비경제활동인구 : 만 15세 이상 인구 중 취업도 실업도 아닌 상태에 있는 자. 또한 주된 활동 상태에 따라 가사, 통학, 연로, 심신장애, 기타로 구분되며, 집에서 통근하는 군 복무자(공익근무요원 등)도 비경제활동인구로 분류

4) 실패감 정도에 따른 자살생각 현황

실패감은 '나는 대체로 실패한 사람이라는 느낌이 든다.'의 문항으로 자기 자신에 대한 생각을 질문하였다. 실패감 정도에 따른 자살생각률은 항상 그렇다 36.1%, 대체로 그렇다 13.9%, 보통이다 3.8%, 대체로 그렇지 않다 0.6%로 나타나 실패감을 많이 느낄수록 자살생각률이 높았다. 저소득 가구원과 일반 가구원 모두 실패감을 많이 느낄수록 자살생각률이 높았고, 저소득 가구원이 일반 가구원보다 '항상' 또는 '대체로' 실패감을 느끼는 경우의 자살생각률이 높았다.



[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

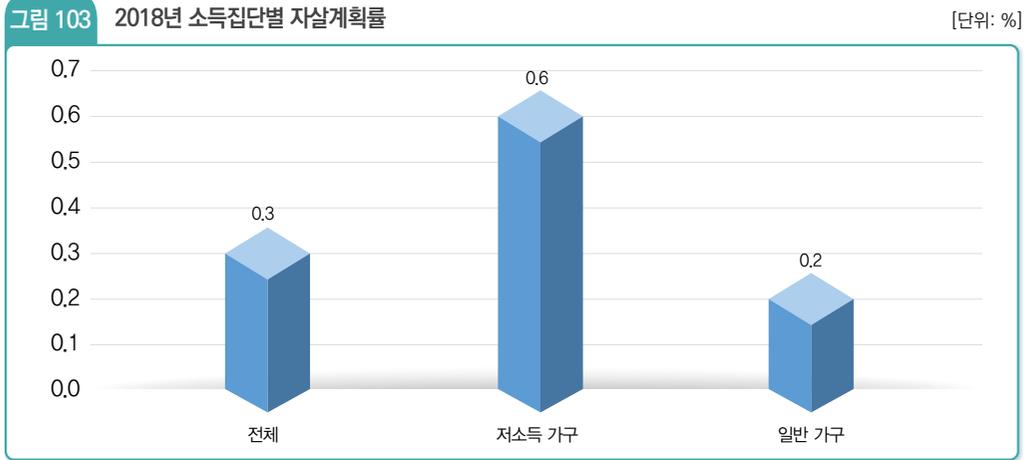
표 107 2018년 실패감 정도에 따른 자살생각 현황 [단위: 명, %]

구분		전체	저소득 가구	일반 가구
대체로 그렇지 않다	대상자 수	8,903	1,028	7,875
	자살생각률	0.6	1.0	0.5
보통이다	대상자 수	1,588	503	1,085
	자살생각률	3.8	6.7	2.5
대체로 그렇다	대상자 수	454	210	244
	자살생각률	13.9	17.8	10.5
항상 그렇다	대상자 수	59	23	36
	자살생각률	36.1	54.8	24.0

[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

나. 소득집단별 자살계획 현황

자살계획률은 지난 한 해 동안 자살하려고 구체적으로 계획을 세운 적이 있는 사람의 분율이며, 2018년 전체 가구원의 자살계획률은 0.3%이고, 저소득 가구원은 0.6%, 일반 가구원은 0.2%로 저소득 가구원이 일반 가구원보다 0.4%p 높았다.



[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

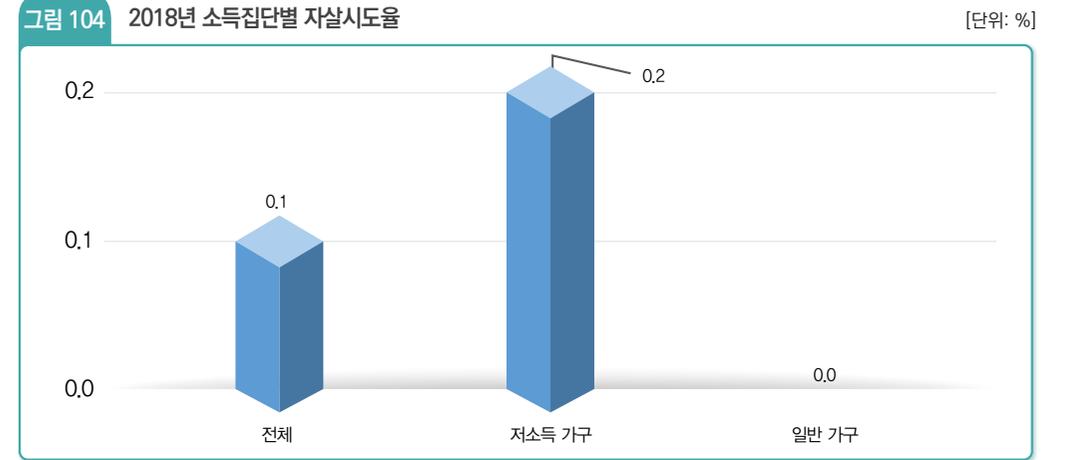
표 108 2018년 소득집단별 자살계획 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	저소득 가구	일반 가구
대상자 수	11,541	1,857	9,684
자살계획률	0.3	0.6	0.2

[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

다. 소득집단별 자살시도 현황

자살시도율은 지난 한 해 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 분율이며, 2018년 전체 가구원의 자살 시도율은 0.1%이고, 저소득 가구원은 0.2%, 일반 가구원은 0.0%로 저소득 가구원이 일반 가구원보다 0.2%p 높았다.



[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

표 109 2018년 소득집단별 자살시도 현황 [단위: 명, %]

구분	전체	저소득 가구	일반 가구
대상자 수	11,541	1,857	9,684
자살시도율	0.1	0.2	0.0

[출처: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, 2019년 한국복지패널조사]

Ⅲ. 국가 자살예방정책·사업 수행기관 소개

기본편

01. 보건복지부(자살예방정책과)

정부가 역대 최초로 “자살예방 및 생명존중문화 확산”을 국정과제에 포함한 이후, 성과가 입증된 구체적인 해결방안을 담은 「자살예방 국가행동계획」(‘18~’22년)을 수립(‘18.1월)하였고, 효과적인 자살예방정책 기획·추진을 위해 전담 부서인 ‘자살예방정책과’를 신설하였다.

보건복지부 자살예방정책과는 자살이 개인의 문제가 아니라 국가적으로 해결 가능한 사회 문제라는 인식을 바탕으로 자살예방정책을 수행하고, 각 부처와 지방자치단체, 자살예방 및 정신보건, 사회복지 서비스 등을 제공하는 다양한 민간위탁기관이 자살예방 관련 업무를 유기적으로 수행할 수 있도록 연계 지원한다. 주요 업무의 내용은 다음과 같다.

표 110 보건복지부 자살예방정책과 주요 업무

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

이와 더불어 보건복지부는 ‘자살예방 국가행동계획’의 과제로서 자살자 전수조사, 건강보험 빅데이터 등을 활용하여 고위험군을 발굴하고, 1차 의료기관 등을 통한 선별·치료 연계 체계를 강화하였다. 또한, 응급실 자살시도자 사후관리 기관을 확대(‘17년 42개→’19년 63개)하였으며, 자살유발정보 차단 및 자살수단 관리, 자살유족 지원 등에 관한 자살예방법 개정*을 추진하였다. 이러한 국가행동계획은 관계부처와 함께 추진상황을 점검하고, 보완과제를 포함하여 자살예방 시행계획을 수립한다.

* 2019년 자살예방법 주요 개정사항은 ‘부록편 : 02.자살예방법 주요 개정사항’ 참고

02. 중앙자살예방센터

중앙정부, 지방자치단체, 사회 각계 기관과 협력하여 자살예방사업을 추진하고, 자살예방 및 생명존중문화를 조성하기 위해 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조에 의하여 중앙자살예방센터를 설치 및 운영하고 있다.

중앙자살예방센터는 사회 각계 민간 협력기관과 네트워크를 구축하고, 자살예방 홍보 및 교육, 자살예방 전문 인력 양성, 자살시도자 사후관리, 자살자의 유족 지원 등 자살예방사업을 추진하고 있다. 중앙자살예방센터의 자살예방사업 내용은 다음과 같다.

표 111 중앙자살예방센터 팀별 사업 내용

소속	내용
1. 대외협력	<ul style="list-style-type: none"> • 자살예방 네트워크 구축 • 일산화탄소 중독 자살예방사업 지원 • 자살예방사업 실적관리 및 컨설팅 • 지역맞춤형 자살예방사업 컨설팅 • 자살예방 프로그램 인증 • 자살유가족 자녀 학비지원
2. 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 자살예방 생명지킴이 전문강사 양성 및 관리 • 자살예방 생명지킴이 교육 관리
3. 홍보	<ul style="list-style-type: none"> • 자살예방 캠페인(랜칭나) 추진 • 공익광고 제작 및 송출 • 자살예방정책 홍보
4. 미디어정보	<ul style="list-style-type: none"> • 영상콘텐츠 자살 장면 가이드라인 제작 • 자살보도 권고기준 3.0 교육 및 보급 • 매스미디어 모니터링 • 인식개선 서포터즈 운영 • 자살유해정보 모니터링 및 네트워크 구축
5. 응급실 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 응급실 사업 운영 • 종사자 교육 • 사업수행기관 평가 • 보조금 교부 • (민간자원연계)치료비 지원
6. 연구개발	<ul style="list-style-type: none"> • 자살예방연구 • 자살예방교육 프로그램 개발
7. 통계분석	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 관련 DB 구축 • 자살예방백서 발간 • 지역 자살 현황 분석
8. 운영지원 및 기획예산	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙자살예방센터 운영

가. 대외협력

자살예방사업 수행기관, 사회 각 분야의 전문가, 유관기관과 긴밀히 협력하여 국가 자살예방 정책과 정보를 공유하고 자살예방활동을 확산하기 위하여 자살예방 네트워크를 구축하고, 자살예방사업을 효과적으로 추진할 수 있도록 지원하고 있다.

다양한 영역을 포괄하는 네트워크로 공공-민간 기관과의 자살예방 협력체계를 구축 및 강화하여 자살예방 분위기를 확산하고, 자살예방사업 수행기관의 번개탄 등 일산화탄소 중독 자살예방사업을 지원하며, 부모의 자살로 경제적 어려움을 겪는 학생을 위해 자살유가족에게 자녀 학비를 지원하고 있다. 또한, 지방자치단체가 수립한 자살예방시행계획의 책무성을 강화하고 자살예방사업의 실효성을 높이기 위해 신뢰성 있는 평가 시스템을 운영하고, 지역 맞춤형 자살예방사업 컨설팅을 제공하여 지방자치단체별 자살 특성 및 인프라를 고려한 자살예방사업 추진을 지원하고 있으며, 근거 기반의 자살예방 프로그램의 보급과 확산을 위해 프로그램 인증 등록 시스템을 운영하고 있다.

나. 교육

국민의 자살에 대한 인식을 개선하고, 자살예방 및 생명존중문화를 조성하고자 자살위기를 파악하고, 자살 고위험군에 직접 개입할 수 있도록 '자살예방 생명지킴이' 교육을 시행하고 있다.

'자살예방 생명지킴이' 양성을 위해 전문강사를 관리하고, 교육 프로그램의 보급 및 확산을 위해 콘텐츠 강사 매뉴얼, 참여자 워크북, 강의 안내서 등과 함께 생명지킴이 교육 콘텐츠를 보급하며, 생명지킴이 온라인 플랫폼을 운영하여 지방자치단체 및 유관기관에 교육 정보와 교육 콘텐츠 자료를 제공하고 있다. 또한, '자살예방 생명지킴이' 양성을 위한 시민강좌, 지역사회 자살예방사업 실무자 대상 역량 강화 교육, 유관기관 자살예방사업 담당자 자살예방 교육을 개설하여 자살예방사업 실무자의 전문성과 역량을 강화하고, 자살예방 생명지킴이 교육을 홍보하고 있다.

다. 홍보

자살예방에 대한 국민적 공감대를 형성하고, 생명존중문화 및 인식 확산을 도모하기 위해 자살예방 캠페인 추진, 공익광고 제작 및 송출, 자살예방 정책 홍보를 수행하고 있다.

자살예방 캠페인 '괜찮니?' 추진으로 전달 대상별, 전송 매체별로 콘텐츠를 개발하고 운영하고 있다. 대학생 서포터즈, 캠페인 홈페이지, 공모전, 플래시몹, 유명인 안부 전하기 릴레이 캠페인, 온·오프라인 엽서 작성, 네이버 웹툰, 카카오톡 이모티콘 등의 콘텐츠를 개발하였다. 또한, 자살예방법 개정, 위기지원 사회서비스 등 자살예방 관련 정책 홍보를 위해 소셜미디어를 활용한 콘텐츠를 생산하고 있으며 자살은 예방할 수 있다는 전 국민 인식개선을 위해 공익광고를 제작하고 있다.

라. 미디어정보

자살 위험정보의 유통을 감소시키고 건강한 미디어 문화 조성을 위해 자살보도 권고기준을 교육 및 보급하고, 자살유해정보 모니터링과 더불어 자살유발정보 예방을 위해 관련 기관과 지속해서 협의하고 있다.

자살에 부정적인 영향을 미치는 미디어의 보도 형태를 개선하기 위해 경찰, 언론사 등을 대상으로 「자살보도 권고기준 3.0」을 교육 및 보급하고, 모방자살 위험이 있는 사례를 최소화하기 위해 매스미디어의 자살 사건 보도 및 주요 이슈를 상시 모니터링하여 자살보도 권고기준을 준수하지 않은 사항에 대응하고 있다.

방송 속 자살 장면에 대한 사회적 문제제기를 위해 영상콘텐츠와 관련된 가이드라인을 마련하였으며, 이를 활용하여 지속적인 모니터링과 관련 기관과의 협업을 추진하고 있다.

마. 응급실 지원

자살시도로 응급실에 내원한 환자의 정서적 안정을 촉진하고, 자살 재시도를 방지하기 위해 '사례관리팀-응급의학과-정신건강의학과-지역사회(정신건강복지센터 및 자살예방센터)'를 연계하여 응급실에 내원한 자살시도자의 신체적 손상 및 정신과 치료와 서비스를 제공하고 있다.

응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업 수행기관으로 총 63개소(19년 기준)를 운영하고 있으며, 본 사업이 성공적으로 운영될 수 있도록 사업 수행기관의 역량을 강화하고, 업무 수행을 지원하고 있다.

원활한 사업 운영 및 개선을 위해 별도의 운영위원회를 구성하고 있으며, 응급실 기반 사례관리 평가지침 및 매뉴얼을 보급하고 서면 및 현장 방문으로 사업 수행기관을 모니터링하고 있다. 교육, 연수프로그램, 수퍼비전 제공을 통하여 수행기관 종사자들의 역량을 강화하고 있으며, SPEDIS 시스템 관리 및 고도화를 추진하여 각 기관의 응급실 자살시도자 사후관리사업의 평가지표를 분석·관리하고 있다.

바. 연구개발

자살예방 정책 및 사업 추진의 근거 기반 구축을 위해 정책 연구, 자료 수집 및 데이터베이스 관리, 학술 교류, 프로그램 개발 등 자살예방과 관련된 다양한 연구개발사업을 수행하고 있다.

구체적으로 자살예방 정책 및 사업 추진에 필요한 조사연구를 수행하고 국내외 자살 관련 문헌 DB를 구축·관리하고 있으며, 자살현황 및 자살예방과 관련된 데이터와 연구자료들을 분석·정리하여 리서치브리프를 발간하고 보급함으로써 자살예방사업 현장에서 근거 기반 실천이 활성화되도록 지원하고 있다. 또한 연구 세미나를 통해 직원 역량 강화 및 자살예방 연구자 네트워크 확대에 기여하고, 자살예방 인문포럼을 개최함으로써 사회적 관점의 자살예방에 대한 공감대 확산과 담론 형성을 촉진하고 있다.

이와 함께 자살예방사업의 효과성 제고를 위해 근거 기반의 자살예방 프로그램을 개발하고 있으며, 개발된 프로그램이 전문성과 시의성을 담보한 양질의 콘텐츠를 유지할 수 있도록 관리하는 업무를 담당하고 있다.

사. 통계분석

근거 기반의 지역사회 자살예방 사업 및 정책을 기획, 수행 및 평가할 수 있도록 지원하기 위해 국내외 자살 현황을 파악하고, 자살 관련 DB 구축하여 통계 정보를 제공하며, 자살예방 사업 실무자 등을 대상으로 자살 통계 교육을 시행하고 있다.

통계청 사망원인통계, 경찰청 변사자료, 중앙응급의료센터 응급환자진료정보망(NEDIS) 등 통계 DB를 구축하여 국내외 자살 현황과 실태를 분석하고, 통계 홈페이지와 자살 현황 통계집을 통해 통계 정보를 공유하고 있다. 통계 홈페이지는 자살예방사업 수행기관에서 통계청 사망원인통계와 중앙응급의료센터 응급환자진료정보망(NEDIS)에 따른 자살통계를 분석할 수 있는 시스템이며, 자살 현황 통계집은 매년 최신 자살통계를 제공한다. 또한, 사업 수행기관 실무자들의 자살통계 활용을 위해 자살예방센터 및 정신건강복지센터 실무자를 대상으로 자살통계 교육을 시행하고 있다.

국내외 자살통계와 더불어 자살 관련 정보를 종합적으로 파악하기 위해 「자살예방백서」를 배포하여 최신 자살통계, 국가 자살예방 사업 및 정책 수행기관 소개, 자살예방 관련 연구 등 정보를 제공하고, 지역 단위 자살예방 사업 및 정책의 기획 및 추진을 지원하기 위해 지역 자살 현황 분석을 추진하고 있다.

아. 운영지원 및 기획예산

국가 자살예방 전략 및 정책 목표에 따라 실증적이고 효율적인 자살예방 활동을 수행할 수 있도록 중앙자살예방센터의 효율적이고 안정적인 운영을 위해 운영위원회 및 인사위원회 운영 지원, 운영규정 관리, 인사 및 조직 관리, 기관 간 업무협약, 직원교육 등을 추진하고 있다.

03. 중앙심리부검센터

보건복지부는 근거 기반 자살예방정책 수립을 위해 심리부검사업을 시행하고자 2014년 4월부터 중앙심리부검센터를 설립하고 현재까지 위탁 운영하고 있다. 이에 중앙심리부검센터는 자살 사망자의 사망원인을 다각도로 분석하고 자살 유족 및 전문인력을 지원하는 역할을 수행하고 있다. 중앙심리부검센터의 구체적인 사업 내용은 다음과 같다.

표 112 중앙심리부검센터 사업 내용

구분	내용
심리부검을 통한 자살사망원인 분석	<ul style="list-style-type: none"> 심리부검 면담도구 개발 및 면담체계 구축 광역주도형 심리부검 전문요원 양성 대상 및 집단 특성별 표적화된 심리부검면담 시행 심리부검 결과 분석 및 다각화된 자살 사망자료 수집
자살 유족 사후관리 강화를 위한 지원	<ul style="list-style-type: none"> 지자체 자살 유족 지원체계 구축 (자살 유족 원스톱 서비스 사업) 자살 유족 프로그램 개발 및 연구 자살 유족 전문가 양성 및 교육 지원 자살 유족 동료지원 활동가 양성 및 활동 지원 자살 유족 치료비 지원(외부지원사업) 자살 사후개입 시스템 운영 및 지원
자살 유족 지원을 위한 홍보	<ul style="list-style-type: none"> 웹서비스 운영 (자살 유족 전용 홈페이지 및 자가치유 프로그램) 유족 인식개선 캠페인 및 홍보 세계 자살 유족의 날 행사
경찰 수사기록·건강보험자료를 활용한 분석	<ul style="list-style-type: none"> 7년간(2013~2019년) 발생한 자살사망자 전수조사 지역별 자살사망 특성 분석 자살사망자 전수조사 자료에 건강보험자료를 연계하여 분석 자살사망 데이터 구축을 통해 학제적 자살예방연구 활성화에 기여

가. 심리부검면담을 통한 근거 기반 자살 사망자 특성 분석

심리부검은 고인이 “왜 자살을 했을까?”에 대한 답을 유추하기 위하여, 유족과의 면담, 유서 등 기록 검토를 통해 고인 사망에 영향을 미쳤을 다양한 요인을 살펴보는 체계적인 조사방법으로, 전문가의 안내에 따라 유족이 고인 삶의 다양한 부분을 이야기하면서 고인이 어떤 사람이었는지, 사망 전에 어떠한 일들을 겪었는지, 어떠한 변화가 있었는지를 회상하며 자살에 이르게 된 원인을 추정하고 고인의 삶을 통합해 나가는 과정이다. 심리부검면담을 통해 유족은 전문가와 함께 고인의 자살에 대한 여러 원인을 살펴볼 수 있으며, 고인의 삶을 상세히 회상함으로써 사망상황에 대한 파편화된 기억들을 회복하고 재구성할 수 있게 되며, 비난하거나, 판단하지 않고 중립적으로 유족의 이야기를 경청, 격려하는 전문가와의 면담을 통해 고인의 죽음을 이해하고, 현재 내가(유족) 어떤 상태인지 알 수 있다.

중앙심리부검센터는 전국 단위로 심리부검을 시행하는 국내 유일한 기관으로, 심리부검면담의 확대 및 심리부검자료를 통해 자살 사망자의 특성을 분석하는 근거를 마련하고자 다양한 사업을 진행하고 있다.

첫째로, 객관적인 심리부검면담도구를 개발하고자 한국형 심리부검 체크리스트(Korea-Psychological Autopsy Checklist : K-PAC)을 제작하여 현재 K-PAC 3.0버전까지 개정하였으며, 전국 단위 심리부검 면담체계를 구축하고 심리부검 전문요원을 양성함으로써 심리부검의 활성화 및 확대 시행에 기여하고 있다. 또한, 전산화된 자료 수집 및 관리 체계(K-PAC eCRF)를 새롭게 구축하여 자료 관리 및 면담자 간의 평정의 오류를 줄이기 위해 노력하고 있다.

둘째로, 대상 및 집단의 특성에 맞춘 자살예방대책을 마련하기 위하여 집단 특성을 반영한 표적화된 심리부검면담 프로토콜을 개발하는 등 지속해서 심리부검면담의 고도화 작업을 진행하고 있다. 관계 기관의 협력을 통해 자살 고위험군인 특수직군 대상 심리부검면담도구가 개발되었으며, 점진적으로 집단, 직군을 확대하여 집단의 특성을 반영한 심리부검면담도구를 개발 및 보완하여 민감한 자살 관련 정보 수집을 가능하게 하고자 한다.

셋째로, 다각화된 심리부검 분석자료를 기반으로 국내 자살사망 및 자살사망자 특성을 파악하고 이에 근거한 자살예방정책을 제안하고 있다.

나. 자살 유족 사후관리 강화를 위한 지원

중앙심리부검센터는 자살 유족을 위한 최소한의 서비스 질 확보와 사후관리 전국망 확보를 위해 지자체 정신건강복지센터 및 자살예방센터와 협력하여 사후관리 강화를 위한 사업을 추진하고 있다.

첫 번째로는 유족 개입을 위한 프로그램을 제작 및 보급하고 있다. 유족은 사별 이후 삶의 많은 부분에서 변화를 겪으며 유족이 경험하는 상실, 트라우마, 우울 등 정신건강 문제와 일상생활 및 대인관계 적응 등에 대한 전문가의 개입이 반드시 필요하다. 유족과 고인을 이해할 수 있도록 애도 과정에 대한 정보, 자살과 자살을 선택한 이유에 대한 교육으로 구성된 마음건강교육, 현재 자신을 점검하여 문제를 해결할 수 있도록 돕고, 주변사람들에게 고인에 대해서 이야기하고 가족 간의 역할을 재정립할 수 있도록 돕는 사회기술향상 프로그램을 개발하여 지역사회 유족이 활용할 수 있도록 지원하고 있다.

두 번째로는 자살 유족 원스톱 서비스를 지원하고 있다. 자살사건 발생 시 24시간 내 전문가가 현장 또는 경찰서로 응급 출동하여 자살 유족이 된 초기부터 신속하게 대응하고 도움 서비스를 제공하는 자살 유족 원스톱 서비스가 2019년 처음 시범지역을 통해 시행되었다. 이 서비스는 2019년 9월을 시작으로 2020년 까지 시범 운영되고 있으며, 강원도(원주시, 영월군, 평창군, 횡성군), 인천광역시 4개구(남동구, 부평구, 미추홀구, 연수구), 광주광역시까지 총 3개 시도 13개 시군구에서 시범 시행되고 있다. 시범 운영 지역에서는 정신건강 영역의 사후관리뿐만 아니라 일시주거비용, 특수청소비용, 법률 및 행정처리 비용, 자녀 학자금 지원 등 환경·경제적 영역의 지원이 마련되어 있어 사별 후 위기에 처한 유족들이 신속히 안정을 찾을 수 있도록 돕고 있다.

세 번째로는 생명보험사회공헌재단의 지원을 받아 치료비지원사업을 진행하고 있다. 갑작스러운 사별과 자살 현장을 목격한 유족의 심리·정서적 어려움을 지원하기 위해 생명보험사회공헌재단 지원을 받아 유족의 정신건강 치료비용을 지원하고 있다. 매년 약 500명의 유족이 서비스를 이용하고 있으며, 유족 1인당 140만 원에서 최대 300만 원까지 지원 가능하고 정신건강의학과 외래 및 입원치료비, 심리검사비, 심층상담 및 프로그램비 등으로 이용할 수 있다. 전국에 있는 유족이 이용 가능하며, 가까운 정신건강복지센터를 통해 신청할 수 있도록 하고 있다.

네 번째로는 조직과 집단 내에서 발생한 자살사망에 대한 위기대응을 위해 사후개입 위기관리 시스템을 운영하고 있다. 학교, 직장, 지역사회 내 자살 사망자 또는 사건 발생(동료, 대상자 등)으로 인한 심리적 외상 및 급성 PTSD 경험에 응급하게 대처하고 조직의 안정화와 자살의 전염을 예방하기 위해 사후개입 위기관리 시스템을 운영하고 있다. 중앙심리부검센터에서 발간한 자살 유족 사후관리 프로토콜(2018)을 통해 운영 체계 및 내용을 제시하고 있으며, 중앙심리부검센터와 광역정신건강복지센터(자살예방센터), 기초정신건강복지센터(자살예방센터)가 상호 협조 및 지원 체계로 유기적인 운영체계가 가동될 수 있도록 명시하였으며, 사후개입 위기관리 시스템이 구축되어 있지 않은 시·도의 경우에는 직접 개입을 진행하고 있다.

마지막으로는 전국 정신건강복지센터 및 자살예방센터에서 유족 지원사업을 원활히 운영하고 질적인 서비스를 제공하기 위해 매년 정기적으로 전문가 양성교육을 통해 인력양성을 지원하고 있다.

다. 자살 유족 지원을 위한 홍보

낙인과 편견으로부터 자유로이 서비스를 이용할 수 있는 환경을 마련하고 홍보 및 캠페인을 통해 유족에 대한 인식 개선으로 유족의 건강한 애도와 사회적 활동을 지원하고자 홍보사업을 추진하고 있다.

첫 번째로는 웹서비스 운영을 통해 유족이 쉽게 서비스를 확인하고 이용할 수 있도록 유족 전용 홈페이지 '따뜻한 작별'(http://www.warmdays.co.kr)을 운영하고 있다. 홈페이지를 통해서 애도 과정을 설명하고, 심리상담을 비롯한 여러 지원 가능한 서비스 정보를 제공한다. 또한, 심리부검 면담, 치료비 지원, 복지 서비스, 도움을 받을 수 있는 기관과 제공되는 프로그램, 법·행정적 절차 설명도 확인할 수 있다. 아울러, 홈페이지 내 추모공간에는 2019년 12월까지 총 338개의 추모글이 게시되고 총 11,898개의 공감 이모티콘이 표현되는 등 자살 유족이 자신의 아픔을 표현하고 비슷한 아픔을 가진 자와 서로 마음을 교류하는 공감과 소통의 장이 되고 있다.

두 번째로는 유족에 대한 사회적 편견과 인식 개선을 위한 캠페인과 홍보를 진행하고 있다. 유족은 사회로부터의 부정적 시선과 편견으로 인해 외부로 나오지 못한 채 많은 유족이 고립되어 지내고 있다. 이에 사회적 편견을 해소하고 주변에 있는 유족을 대하는 올바른 방법을 알리기 위해 유족을 대상으로 '위로가 되는 말', '상처가 되는 말'을 조사하여 각 5가지씩 선별하였고 이를 알리기 위한 캠페인을 시행하고 있다.

세 번째로는 매년 세계 자살 유족의 날을 기념하는 행사를 진행하고 있다. 세계 자살 유족의 날은 미국에서 부친을 자살로 잃은 헤리 리드 상원의원의 발의로 1999년부터 '미국 자살 유족의 날(National Survivor of Suicide Day)'을 기리기 시작하여 매년 미국의 추수감사절 전주 토요일로 지정되어 있다. 중앙심리부검센터는 2015년, 2018년, 2019년에 걸쳐 총 3회 개최하였으며, 위로와 애도의 밤, 추모 시·사진 공모전, 치유와 희망의 선포식의 내용으로 진행하였다.

라. 경찰 수사기록·건강보험자료를 활용한 근거 기반 자살 사망자 특성 분석

효과적인 자살예방을 위해서는 우리나라의 자살사망 현황과 특성을 파악하는 것이 선행되어야 한다. 그동안 자살사망 특성 파악을 위한 연구용 자료가 부족한 실정이었으나, 경찰 수사기록을 통해서도 국내 경찰 수사권 내 자살사망 사건 전수를 조사·분석하는 것이 가능하다. 이 방법은 자살사망자의 기본정보, 자살시도 장소, 자살방법 등을 정확하게 파악할 수 있고, 자살의 주원인과 사망 당시 경험하고 있던 스트레스를 확인할 수 있으며, 무엇보다도 비교적 짧은 시간 내에 자살사망자 전수를 조사하는 것이 가능하다는 장점이 있다. 또한, 자살사망자의 건강보험데이터와 연결하여 폭넓은 분석을 시도하고, 자살사망 데이터베이스 구축을 통해 다양한 분야의 자살예방 연구 수행에 기여할 수 있다. 구체적으로 중앙심리부검센터는 아래와 같은 노력을 통해 자살예방을 위한 강력한 과학적 근거를 만들어가고 있다.

첫째, 자살사망자 전수조사를 위한 조사 매뉴얼을 개발 및 개정(Korea-Psychological Autopsy Checklist for Police Record 2.1; K-PAC-PR 2.1, 2020년 기준)하고, 전산화된 조사시스템(eCRF)을 구축하여 활용하고 있다. 훈련된 전문조사원이 전국 254개 경찰관서에 직접 방문, 번사기록철을 열람하여 조사 매뉴얼에 따라 eCRF에 정보를 입력해오는 방식으로 조사가 진행되고 있고, 전문조사원이 업무 수행 중 경험할 수 있는 심리적 외상에 잘 대응할 수 있도록 정기적인 교육과 워크숍을 시행하고 있다. 2018~2019년에 5개년(2013~2017년) 자살사망자 전수조사를 시행한 것에 이어, 2020년에는 2개년(2018~2019년) 자살사망자 전수조사를 시행하고 있다.

둘째, 수집한 자살사망자 전수조사 자료를 이용하여 지역 내 마을(읍면동) 단위 자살사망 특성을 파악할 수 있도록 분석하고 있다. 효과적인 자살예방을 위해서는 지역의 지리·사회환경적 특성과 맞물려 나타나는 자살사망 특성을 파악해야 한다는 점을 고려하여 분석하고 있으며, 같은 지역 내에서도 읍면동별로 달리 나타나는 자살사망 특성을 유형화하여 제공하고 있다. 분석결과를 수령한 지역에서는 그동안 확인하기 어려웠던 상세 지역별 자살사망 특성을 확인하여 지역 맞춤형 자살예방 사업을 수행할 수 있다. 2020년 12월까지 전국 228개(울릉군 제외)의 기초단위 보고서를 배포할 예정이다.

셋째, 중앙심리부검센터가 수집한 자살사망자 전수조사 데이터에 건강보험데이터를 연계함으로써, 경찰 수사기록만으로는 정확히 파악하기 어려웠던 자살자의 정신·신체질환, 경제상태, 고용상태 등의 정보를 파악하고 폭넓은 분석을 수행하고 있다. 이 분석결과는 광역단위별로 제공되며, 광역 특정적으로 나타나는 자살사망 특성 분석결과도 함께 제공하고 있다. 2020년 12월까지 전국 16개(세종특별자치시 제외) 광역 단위 보고서를 배포할 예정이다.

상기 분석결과는 중앙심리부검센터 데이터룸 누리집(data.psyauto.or.kr)에서 확인할 수 있으며, 그 외 자살사망자 전수조사 데이터를 활용한 연구 결과와 국내외 자살예방 사례·문헌, WHO에서 제공한 자살예방 문헌의 공식 번역본도 확인할 수 있다.

04. 광역 및 기초 자살예방센터/정신건강복지센터

가. 광역 자살예방·정신건강복지센터

광역 자살예방·정신건강복지센터는 지역사회 내 자살예방사업을 기획 및 수립, 조정, 수행하는 기관으로 현재 전국 9개의 광역자살예방센터와 16개의 광역정신건강복지센터가 운영되고 있다. 광역 자살예방·정신건강복지센터의 추진방향은 다음과 같다.

첫째, 지역사회 내 정신건강서비스 및 자살예방을 위한 기반을 구축한다. 지역사회 특성 및 욕구에 적합한 예방, 치료, 재활 서비스가 제공될 수 있도록 유관기관 간 연계 및 서비스 제공 체계를 마련한다.

둘째, 지역 특성을 반영한 사업추진체계를 구축한다. 시·도 정신건강사업을 자문하는 정신건강복지사업 지원단과의 연계체계를 구축하고, 지역사회 내 정신건강서비스 및 자살예방사업 미충족 계층 대상자에 대한 서비스 연계체계 구축 및 프로그램을 운영한다.

셋째, 지역사회정신건강사업을 위한 자문 및 지원을 제공한다. 시·도의 정신건강사업 및 자살예방사업의 주도적 역할을 수행하는 기관으로 기초정신건강복지센터 및 지역사회 유관기관 사업수행에 필요한 자문과 지원을 제공한다.

표 113 광역 자살예방·정신건강복지센터 현황

자살예방센터 기관명		연락처
광역자살예방센터 (9개)	서울시자살예방센터	02-3458-1000
	부산광역자살예방센터	051-242-2575
	대구광역정신건강복지센터	053-256-0199
	인천광역자살예방센터	032-468-9917
	광주광역자살예방센터	062-600-1930
	대전광역자살예방센터	042-486-0005
	경기도자살예방센터	031-212-0437
	강원도자살예방센터	033-251-2294
	(부설)충청남도자살예방센터	041-633-9185
정신건강복지센터 기관명		연락처
광역정신건강복지센터 (16개)	서울시정신건강복지센터	02-3444-9934
	부산광역정신건강복지센터	051-242-2575
	대구광역정신건강복지센터	053-256-0199
	인천광역정신건강복지센터	032-468-9911
	광주광역정신건강복지센터	062-600-1930
	대전광역정신건강복지센터	042-486-0005
	울산광역정신건강복지센터	052-716-7199
	경기도정신건강복지센터	031-212-0435-6
	강원도광역정신건강복지센터	033-251-1971
	충청북도광역정신건강복지센터	043-217-0597
	충청남도광역정신건강복지센터	041-633-9183
	전라북도정신건강복지센터	063-251-0650-1
	전라남도광역정신건강복지센터	061-350-1700
	경상북도정신건강복지센터	054-748-6400
	경상남도정신건강복지센터	055-239-1400
	제주특별자치도광역정신건강복지센터	064-717-3000

광역 자살예방·정신건강복지센터의 주요 사업으로 광역 단위의 자살예방사업 기획 및 수립, 지역사회진단 및 연구조사, 교육, 네트워크 구축, 인식 개선, 지역특성화사업, 정신건강위기상담 운영 등이 있다. 광역 자살예방·정신건강복지센터에서 수행하는 자살예방사업의 내용은 다음과 같다.

표 114 광역 자살예방·정신건강복지센터의 자살예방사업 내용

구분	내용
지역사회정신건강복지사업 및 자살예방사업 기획·수립	<ul style="list-style-type: none"> • 광역단위 정신건강사업 및 자살예방사업 기획·수립 • 국가정책사업을 반영한 지역사회정신건강사업 및 자살예방사업 기획·수립
지역사회진단 및 연구조사 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회정신건강 진단 및 연구조사 <ul style="list-style-type: none"> - 해당지역 현황자료 및 데이터 수집과 분석 - 프로그램 개발 및 효과성 검증 연구 등
교육사업	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 전문 인력 대상 교육 및 관리
네트워크 구축사업	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 네트워크 구축 및 자원 관리 • 지역사회 재해(재난) 발생에 따른 네트워크 구축
인식개선사업	<ul style="list-style-type: none"> • 자살 및 정신건강문제 인식개선을 위한 지역사회 홍보
지역특성화사업	<ul style="list-style-type: none"> • 지역특성 현황 분석 기반 사업계획의 수립과 운영
정신건강위기상담 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 고위험군 대상 응급위기대응 체계 구축 및 조정

첫째, 지역사회정신건강복지사업 및 자살예방사업을 기획·수립한다. 국가정책사업의 내용을 반영한 광역 단위 정신건강사업 및 자살예방사업을 기획·수립하여 광역 단위에서 자살예방사업이 운영될 수 있는 기반을 제공한다.

둘째, 지역사회진단 및 연구조사를 통해 지역사회정신건강 및 자살예방의 현황을 파악하고 분석함으로써 지역 특성에 맞는 자살예방사업을 개발하고 수행할 수 있는 근거를 마련한다. 자살통계 등 사업과 관련된 지역사회 현황 또는 국가 데이터 수집 및 자료 분석을 통해 대책을 연구하고, 지역사회 현황 및 자료 분석 내용을 사업계획서에 적용한다. 현황 조사사업 결과를 지역사회와 공유하고, 프로그램 개발 및 효과성 검증 연구 및 지역사회 요구도 조사를 시행한다.

셋째, 지역사회 전문 인력의 전문성을 강화 및 유지하기 위해 교육사업을 시행한다. 기초센터를 포함한 지역사회 유관기관을 대상으로 사업별 교육계획을 수립 및 운영하고, 생애주기별 자살예방교육, 생명지킴이 양성 교육 등 교육 및 매뉴얼을 제공하며, 대상자 욕구 조사 및 의견 수렴을 반영하여 교육 프로그램을 구성한다.

넷째, 지역사회 내 자살예방에 대해 밀접한 대응체계 구축 및 컨트롤 타워 역할을 수행하기 위해 네트워크를 구축한다. 지역사회의 새로운 자원을 발굴 및 파악하고, 사업에 따른 연계망을 구축하며, 자원을 조정한다. 지역사회 유관기관과 협력하여 수행할 수 있는 사업을 기획·운영하고, 지역사회 재해(재난) 발생 시 국가 트라우마센터, 지자체, 광역정신건강복지센터, 기초정신건강복지센터 및 지역 유관기관과의 연계를 구축하고 있다.

다섯째, 지역사회를 대상으로 정신건강에 대한 편견을 해소하고, 인식 개선을 위해 콘텐츠 개발, 캠페인 및 홍보를 시행하고, 광고 및 홍보자료(미디어, 홍보물, 교육 책자 등)를 제작 및 배포한다.

여섯째, 지역특성화사업을 기획 및 운영하여 지역사회 특성을 고려한 자살예방사업을 시행한다. 사업 계획 수립을 위한 현황 파악 및 조사를 시행하고, 사업담당인력, 예산, 평가방법, 효과성 등이 포함된 사업 계획을 수립 및 운영한다.

일곱째, 정신건강위기상담을 운영하여 고위험군에 대한 응급위기대응 체계를 구축 및 조정한다. 24시간 핫라인 전화상담(전국 동일번호 1577-0199)과 보건복지부에서 자살예방 전문상담을 위해 개통한 보건복지상담센터(129,1393)와의 협조체계를 구축 및 운영하고 있다. 이를 통해 응급상황일 경우 출동 서비스가 가능하도록 인근의 응급기관 등 협력기관들과 연계하는 업무를 수행한다.

나. 기초 자살예방·정신건강복지센터

기초 자살예방·정신건강복지센터에서는 지역사회 내 자살 문제에 대한 인식 개선 노력을 통해 생명존중 문화를 조성하고, 자살 고위험군 조기 발견 및 치료를 위한 서비스 전달체계 및 네트워크를 운영하는 기관으로 현재 전국 시군구 단위로 26개 기초자살예방센터와 237개 기초정신건강복지센터가 있다. 기초 자살예방·정신건강복지센터의 추진체계는 다음과 같다.

첫째, 대상자 발견, 등록, 상담, 집단프로그램, 치료연계, 치료비(진료비)를 지원한다.

둘째, 유관기관 연계 협조체계 구축, 교육·홍보·자문, 지역 내 자원을 파악 및 활용한다.

표 115 기초 자살예방·정신건강복지센터 현황

자살예방센터 기관명		연락처	
기초 자살예방센터 (26개)	서울 (1)	성북구자살예방센터 02-916-9119	
	인천 (1)	인천미추홀구자살예방센터 032-421-4047	
	경기 (19)	성남시정신건강증진센터 부설 성남시자살예방센터	031-754-3220
		여주시정신건강복지센터 부설 자살예방센터	031-886-3437
		가평군정신건강복지센터 부설 가평군자살예방센터	031-581-8881
		광명시자살예방센터	02-2618-8255
		부천시정신건강복지센터 부설 부천시자살예방센터	032-654-4024
		수원시자살예방센터	031-247-3279
		시흥시정신건강복지센터 부설 시흥시자살예방센터	031-316-6664
		안산시자살예방센터	031-418-0123
		양평군정신건강복지센터 부설 양평군자살예방센터	031-770-3526/3532
		용인시정신건강복지센터 부설 용인시자살예방센터	031-286-0949
		이천시정신건강복지센터 부설 이천시자살예방센터	031-637-2330
		의정부시정신건강복지센터 부설 의정부시자살예방센터	031-894-8089
		화성시정신건강복지센터 부설 화성시자살예방센터	031-352-0175
		고양시자살예방센터	031-927-9275
		파주시정신건강복지센터 부설 파주시자살예방센터	031-942-2117

기초 정신건강복지센터 (237)	강원 (4)	김포시정신건강복지센터 부설 김포시자살예방센터	031-998-4005	
		의왕시정신건강복지센터 부설 의왕시자살예방센터	031-458-0682	
		구리시정신건강복지센터 부설 구리시자살예방센터	031-550-8642	
		양주시정신건강복지센터 부설 양주시자살예방센터	031-840-7320	
	충남 (1)	천안시자살예방센터	041-571-0199	
		정신건강복지센터 기관명		연락처
		서울 (25)	강남구정신건강복지센터	02-2226-0344
			강동구정신건강증진센터	02-471-3223
	강북구정신건강복지센터		02-985-0222	
	강서구정신건강증진센터		02-2600-5926~9	
	관악구정신건강복지센터		02-879-4911	
	광진구정신건강증진센터		02-450-1895	
	구로정신건강증진센터		02-861-2284	
금천구정신건강복지센터	02-3281-9314			
노원구정신건강복지센터	02-2116-4591			
도봉구정신건강복지센터	02-2091-5223			
동대문구정신건강복지센터	02-963-1621~3			
동작구정신건강복지센터	02-820-4072			
마포구정신건강증진센터	02-3272-4937			
서대문구정신건강증진센터	02-3140-8081			
서초구정신건강복지센터	02-2155-8215			
성동구정신건강증진센터	02-2298-1080			
성북구정신건강복지센터	02-2241-6314			
송파정신건강증진센터	02-2147-5030			
양천구정신건강증진센터	02-2061-8881			

04. 광역 및 기초 자살예방센터/정신건강복지센터

	영등포구정신건강증진센터	02-2670-4793
	용산구정신건강복지센터	02-2199-8340
	은평구정신건강복지센터	02-351-8680
	종로구정신건강복지센터	02-745-0199
	중구정신건강복지센터	02-2236-6606
	중랑구정신건강증진센터	02-3422-3804
부산 (16)	강서구정신건강복지센터(부산)	051-970-3417
	금정구정신건강복지센터	051-518-8700
	기장군정신건강복지센터	051-727-5386
	남구정신건강복지센터(부산)	051-626-4660
	동구정신건강복지센터(부산)	051-911-4600
	동래구정신건강복지센터	051-507-7306
	부산서구정신건강복지센터	051-246-1981
	부산진구정신건강복지센터	051-638-2662
	북구정신건강복지센터(부산)	051-334-3200
	사상구정신건강복지센터	051-314-4101
	사하구정신건강복지센터	051-265-0512
	수영구정신건강복지센터	051-714-5681
	연제구정신건강복지센터	051-861-1914
	영도구정신건강복지센터	051-404-3379
	중구정신건강복지센터(부산)	051-257-7057
	해운대구정신건강복지센터	051-741-3567
대구 (8)	남구정신건강복지센터	053-628-5863
	달서구정신건강복지센터	053-637-7851
	달성군정신건강복지센터	053-643-0199
	동구정신건강복지센터	053-983-8340/8342
	북구정신건강복지센터	053-353-3631
	서구정신건강복지센터	053-564-2595
	수성구정신건강복지센터	053-756-5860

기본편 Ⅲ. 국가 자살예방정책·사업 수행기관 소개

인천 (10)	중구정신건강복지센터	053-256-2900
	강화군정신건강복지센터	032-932-4077
	계양구정신건강복지센터	032-547-7087
	부평정신건강복지센터	032-330-5602
	삼산정신건강복지센터	032-330-1371~2
	연수구정신건강복지센터	032-899-9430
	인천미추홀구정신건강복지센터	032-421-4045~6
	인천남동구정신건강복지센터	032-465-6412
	인천동구정신건강복지센터	032-765-3690~1
	인천서구정신건강증진센터	032-560-5006/5039
광주 (5)	인천중구정신건강증진센터	032-760-6090
	동구정신건강복지센터	062)233-0468
	서구정신건강복지센터	062-350-4195
	남구정신건강복지센터	062-676-8236
	북구정신건강복지센터	062-267-5510
대전 (5)	광안구정신건강복지센터	062)941-8567
	동구정신건강복지센터	042-673-4619
	중구정신건강복지센터	042-257-9930
	서구정신건강복지센터	042-488-9742
	유성구정신건강복지센터	042-825-3527
울산 (5)	대덕구정신건강복지센터	042-931-1671
	울산중구정신건강복지센터	052-292-2900
	울산남구정신건강복지센터	052-227-1116
	울산동구정신건강복지센터	052-233-1040
	울산북구정신건강복지센터	052-288-0043
세종 (1)	울산울주군정신건강복지센터	052-262-1148
세종특별자치시정신건강복지센터	044-861-8521	
경기 (37)	가평군정신건강복지센터 부설 가평군자살예방센터	031-581-8881
	고양시자살예방센터	031-927-9275

광명시자살예방센터	02-2618-8255
구리시정신건강복지센터 부설 구리시자살예방센터	031-523-8644
김포시정신건강복지센터 부설 김포시자살예방센터	031-998-4005
부천시정신건강복지센터 부설 부천시자살예방센터	032-654-4024
성남시정신건강증진센터 부설 성남시자살예방센터	031-754-3220
수원시자살예방센터	031-247-3279
시흥시정신건강복지센터 부설 시흥시자살예방센터	031-316-6661
안산시자살예방센터	031-418-0123
양주시정신건강복지센터 부설 양주시자살예방센터	031-840-7320
양평군정신건강복지센터 부설 양평군자살예방센터	031-770-3526/3532
여주시정신건강복지센터부설자살예방센터	031-886-3435
용인시정신건강복지센터 부설 용인시자살예방센터	031-286-0949
의왕시정신건강복지센터 부설 의왕시자살예방센터	031-458-0682
의정부시정신건강복지센터 부설 자살예방센터	031-838-4181
이천시정신건강복지센터 부설 이천시자살예방센터	031-637-2330
파주시정신건강복지센터 부설 파주시자살예방센터	031-942-2117
화성시정신건강복지센터 부설 화성시자살예방센터	031-352-0175
과천시정신건강복지센터	02-504-4440
광주시정신건강복지센터(경기)	031-762-8728
군포시정신건강증진센터	031-461-1771
남양주시정신건강복지센터	031-592-5891
동두천시정신건강복지센터	031-863-3632
안성시정신건강복지센터	031-678-5361~9
안양시정신건강복지센터	031-469-2989
연천군정신건강복지센터	031-832-8106
오산시정신건강복지센터	031-374-8680
평택시정신건강복지센터	031-658-9818
포천시정신건강복지센터	031-532-1670
하남시정신건강복지센터	031-793-6552

고양시아동청소년정신건강복지센터	031-908-3567
수원시아동청소년정신건강센터	031-242-5737
수원시행복정신건강복지센터	031-253-5737
수원시노인정신건강복지센터	031-273-7511
수원시성인정신건강복지센터	031-247-0888
성남시소아청소년정신건강복지센터	031-751-2445
춘천시정신건강복지센터	033-242-7574
원주시정신건강복지센터	033-746-0199
강릉시정신건강복지센터	033-651-9668
동해시정신건강복지센터	033-533-0197
태백시정신건강복지센터	033-554-1378
속초시정신건강복지센터	033-633-4088
삼척시정신건강복지센터	033-574-0190
홍천군정신건강복지센터	033-435-7482
횡성군정신건강복지센터	033-345-9901
영월군보건소 정신건강복지센터	033-374-0199
평창군정신건강복지센터	033-333-0199
정선군보건소 정신건강복지센터	033-560-2729
철원군보건소 정신건강복지센터	033-450-5104
화천군보건소 정신건강복지센터	033-440-2863
양구군정신건강복지센터	033-480-2789
인제군보건소 정신건강복지센터	033-461-7427
고성군보건소 정신건강복지센터	033-680-3856
양양군정신건강증진센터	033-673-0197
괴산군정신건강복지센터	043-832-0330
단양군정신건강복지센터	043-420-3257~9
보은군정신건강복지센터	043-544-6991~2
영동군정신건강복지센터	043-740-5610
옥천군정신건강복지센터	043-730-2199

충남 (16)	음성군정신건강증진센터	043-872-1883~4
	제천시정신건강복지센터	043-646-3074~5
	증평군정신건강복지센터	043-835-4276~9
	진천군정신건강복지센터	043-536-8387
	청주시상당정신건강복지센터	043-298-0199
	청주시서원정신건강복지센터	043-291-0199
	청주시청원정신건강복지센터	043-215-6868
	청주시흥덕정신건강복지센터	043-234-8686
	충주시정신건강복지센터	043-855-4006
	계룡시정신건강복지센터	042-840-3575
	공주시정신건강복지센터	041-852-1094~5/1097
	금산군정신건강복지센터	041-751-4721
	논산시정신건강복지센터	041-746-8121
	당진시정신건강복지센터	041-352-4071/4077
	보령시보건소정신건강복지센터	041-930-5992
	부여군보건소정신건강복지센터	041-830-8629
	서산시정신건강복지센터	041-661-6547
	서천군정신건강복지센터	041-950-6733
	전북 (11)	아산시정신건강복지센터
예산군정신건강복지센터		041-339-6115
천안시동남구정신건강복지센터		041-521-5012
천안시서북구정신건강복지센터		041-578-9709~11
청양군보건의료원 정신건강복지센터		041-940-4543
태안군보건의료원 정신건강복지센터		041-671-5396~9
홍성군정신건강복지센터		041-630-9759
전주시정신건강복지센터	063-273-6996	
익산시정신건강복지센터	063-841-4235	
군산시정신건강복지센터	063-451-1362	
정읍시정신건강복지센터	063-535-2101	

전남 (21)	김제시정신건강복지센터	063-542-1350
	남원시정신건강복지센터	063-625-4122
	완주군정신건강복지센터	063-262-3066
	고창군정신건강복지센터	063-563-8751
	부안군정신건강복지센터	063-581-5830
	진안군정신건강복지센터	063-430-8529
	무주군정신건강복지센터	063-320-8333
	강진군정신건강복지센터	061-430-3570
	고흥군정신건강복지센터	061-830-6673
	곡성군정신건강복지센터	061-363-9917
	광양시정신건강증진센터	061-797-3778
	구례군정신건강복지센터	061-780-2047
	나주시정신건강복지센터	061-333-6200
	담양군정신건강복지센터	061-380-2973
	목포시정신건강복지센터	061-276-0199
	무안정신건강복지센터	061-450-5052
	보성군정신건강복지센터	061-853-5500
	순천시정신건강복지센터	061-749-6695
	여수시정신건강복지센터	061-659-4289
	영광군정신건강복지센터	061-353-9401
	완도군정신건강복지센터	061-550-6745
장성군정신건강복지센터	061-395-0199	
장흥군정신건강복지센터	061-864-0199	
진도군정신건강복지센터	061-540-6058	
함평군정신건강복지센터	061-320-2421	
해남군정신건강복지센터	061-531-3768	
화순군정신건강복지센터	061-374-4600	
영암군정신건강복지센터	061-470-6028	
경북 (23)	포항시남구정신건강복지센터	054-270-4091

04. 광역 및 기초 자살예방센터/정신건강복지센터

	포항시북구정신건강복지센터	054-270-4194
	경주시정신건강복지센터	054-777-1577
	김천시정신건강복지센터	054-433-4005
	안동시정신건강복지센터	054-842-9933
	구미시정신건강복지센터	054-480-4045
	구미시선산정신건강복지센터	054-480-4377
	영주시정신건강복지센터	054-639-5727
	영천시정신건강복지센터	054-331-6770
	상주시정신건강복지센터	054-536-0668
	문경시정신건강복지센터	054-554-0802
	경산시정신건강복지센터	053-816-7190
	의성군정신건강복지센터	054-833-0046
	청송군정신건강복지센터	054-870-7362
	영양군정신건강복지센터	054-680-5197
	영덕군정신건강복지센터	054-730-7161
	청도군정신건강복지센터	054-373-8006
	고령군정신건강복지센터	054-950-7980
	성주군정신건강복지센터	054-930-8264
	칠곡군정신건강복지센터	054-973-2023
	예천군정신건강복지센터	054-650-8035
	봉화군정신건강복지센터	054-674-1126
	울진군정신건강복지센터	054-789-5037
경남 (20)	거제시보건소 정신건강복지센터	055-639-6119
	거창군정신건강증진센터	055-940-8383
	고성군보건소정신건강복지센터(경남)	055-670-4057-8
	김해시정신건강복지센터	070-4632-2900
	남해군보건소 정신건강복지센터	055-860-8701
	밀양시정신건강복지센터	055-359-7081
	사천시보건소 정신건강복지센터	055-831-2795/3575

기본편 Ⅲ. 국가 자살예방정책·사업 수행기관 소개

	산청군정신건강복지센터	055-970-7543
	양산시정신건강복지센터	055-367-2255
	의령군보건소 의령군정신건강증진센터	055-570-4093/4022
	진주시보건소정신건강증진센터	055-749-4575/5774
	창녕군정신건강복지센터	055-530-6225
	창원시 마산정신건강복지센터	055-225-6031
	창원시 진해정신건강복지센터	055-225-6691
	창원시 창원정신건강복지센터	055-287-1223
	통영시정신건강복지센터	055-650-6172
	하동군정신건강복지센터	055-880-6670
	함안군보건소 정신건강복지센터	055-580-3201/3133
	함양군보건소 정신건강복지센터	055-960-5358/4685
	합천군보건소 정신건강복지센터	055-930-4835/3720
제주 (2)	서귀포시정신건강복지센터	064-760-6553
	제주시정신건강복지센터	064-728-4077

기초 자살예방·정신건강복지센터의 주요 사업은 중증정신질환자를 포함한 해당 지역 주민과 자살 고위험군(자해 및 자살시도자, 자살 유족)을 대상으로한 인식 개선 사업, 고위험군 조기 발견 및 치료 연계, 자살 유족 지원체계 마련, 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련, 자살수단 접근 차단 등이 있다. 기초 자살예방·정신건강복지센터에서 수행하는 자살예방사업의 내용은 다음과 같다.

표 116 기초 자살예방·정신건강복지센터의 자살예방사업 내용

구분	내용
인식개선사업	<ul style="list-style-type: none"> • 선택적(selective) 집단을 대상으로 하는 예방 및 교육 사업 • 지식수준(knowledge) 향상을 위한 교육 및 계몽 사업 <p>* 시·군·구 차원의 인식개선 사업은 자살 고위험군의 조기발견과 개입을 위해 필요한 지식을 전달하고 편견을 감소시킴으로써 서비스 진입 장벽을 낮추는 것을 주목적으로 함</p>
고위험군 조기발견 및 치료 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 지역 네트워크 및 유관기관 연계 강화를 통한 조기발견체계 구축 • 자살 유족을 위한 기관 간 연계체계 마련 • 자살 유족을 위한 상담, 법률구조, 생계비 등 지원체계 마련
자살 위기대응 및 사후관리체계 마련 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 전화상담 연계 자살위험군 사후관리 • 자살 시도자 사후관리 <ul style="list-style-type: none"> - 각 지역 시·군·구청, 주민센터, 의료기관 등 연계체계를 구축하여 직접 서비스, 의료비 및 치료 프로그램 등을 제공
자살수단 접근차단 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 농약안전보관함 보급 및 모니터링 • 각 지역 판매점과 협력하여 번개탄 판매업판매행태 개선

첫째, 자살 고위험군의 조기 발견과 개입에 필요한 지식을 전달하고 편견을 감소시켜 서비스 진입 장벽을 낮추고자 인식개선사업을 추진한다. 생애주기별 자살예방교육(학생, 직장인, 노인 등), 생명지킴이 양성 교육(보고·듣고·말하기 및 기타 보건복지부인증 프로그램 등)을 시행하여 선택적(selective) 집단을 대상으로 예방 및 교육을 추진하고, 자살예방의 날 기념 캠페인, 홍보 등 지식수준(knowledge) 향상을 위한 교육 및 계몽 사업을 시행하고 있다.

둘째, 지역 네트워크 및 유관기관 연계 강화를 통해 고위험군 조기 발견 및 연계 체계를 구축하고, 자살유족 지원체계를 마련한다. 지역풀뿌리 조직 등을 활용한 지역사회 네트워크를 구축하여 조기발견체계를 마련하고, 학교 및 청소년 관련 기관 종사자 교육 및 협조 요청을 통한 의뢰체계와 사회복지 및 보건의료기관과의 의뢰 체계를 구축하고 있으며, 고위험군에 대한 정신의료기관 연계 및 등록관리서비스를 제공하고 있다. 또한, 주민센터 및 경찰서 등 의뢰 및 연계 네트워크, 광역 정신건강복지센터 및 중앙심리부검센터 심리부검 의뢰 및 협조를 통해 자살유족을 위한 사례관리, 심리상담, 유족 모임지원, 기타 교육 및 치료 프로그램 등을 제공한다.

* 부록편 : 02.자살예방법 주요 개정사항-다. 자살예방법 법률-시행령-시행규칙' 자살시도자, 유족을 위한 기관 간 연계 관련 법률 제12조의2, 자살 유족을 위한 심리상담, 상담치료, 법률구조, 생계비 등 지원 관련 법률 제20조 참조

셋째, 자살 위기대응 및 사후관리체계를 마련한다. 전화상담으로 연계된 자살위험군의 사후관리를 시행하고 있으며, 주민센터 및 경찰서, 보건의료기관 등을 통한 의뢰 및 연계체계와 방문 및 전화 사례관리, 심리상담, 의료비, 치료 프로그램 제공 등을 위한 연계체계를 구축하여 자살시도자를 관리한다. 각 지역 시·군·구청의 희망복지지원단과 담당과(복지행정, 주민복지과, 생활지원과 등), '찾동(찾아가는 동주민센터)', 생명사랑 위기대응팀, 약국 등 의료기관과 다각도로 연계체계를 구축하고 있다.

넷째, 자살수단 접근성을 차단하기 위하여 농약안전보관함을 보급 및 모니터링하고, 지역 판매점과 협력체계 구축을 통한 홍보 활동을 시행하여 번개탄 판매업판매행태 개선 사업을 추진하고 있다.

특집편 자살예방 관련 연구 소개

01. 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 :
자살·자해편
02. 청소년 자살예방교육 모형 개발
- 초·중·고 학교급별 중심 -
03. 심리부검을 통한 자살 경로의 탐색적 분석
04. 한국의 자살대책
(Suicide and Countermeasures in Korea)
현황과 과제

본 특집편은 자살 관련 기관 및 단체에서 자살예방 정책 및 사업의 근거 마련 및 수행에 활용할 수 있는 연구 및 제언으로 구성하였다.

01. 고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해편²⁴⁾

김지혜(한국청소년상담복지개발원)

가. 목적

□ 높은 청소년 자살률 및 자해 급증에 따른 청소년 자살·자해 연구 필요성 증대

○ 청소년 자살률의 지속적인 증가

- 우리나라 자살 사망률은 전년 대비 9.5% 증가하였으며, 그중 10대 자살 증가율은 다른 연령대에 비해 가장 높은 22.1%로 나타났다(통계청, 2019). 10대 사망원인 1위인 고의적 자해 및 자살은 전체 사망원인의 35.7%(10만 명당 5.8명)이며, 2위인 악성신생물(10만 명당 2.3명)의 2.5배에 이른다. 청소년 자살은 그 증가 추세가 다른 연령보다 높다는 점에서 더욱 심각한 것으로 보인다. 이처럼 청소년 자살의 지속적인 증가는 자살 위기 청소년에 대한 대책과 개입이 절실함을 시사한다.

○ SNS 중심 청소년 '자해 인증샷' 공유 등 청소년 자해의 급증

- 최근 청소년 사이에서 자해 인증샷을 SNS에 올리는 일명 '자해 놀이' 현상이 일어나는 등 청소년 자해가 급격히 증가하였다. SNS의 하나인 인스타그램에서 해시태그 '자해'로 검색되는 게시물이 2018년 10월 까지 3만 8,000여 건에 이른다(헤럴드경제, 2018. 10. 08). 과거에는 심각한 성격장애, 우울증 등 다른 정신적인 증상이 있는 청소년이 주로 자해를 했다면, 최근에는 큰 정신적인 증상 없이도 자해하는 청소년이 임상 장면에서 많이 발견되고 그 수가 급증하고 있다고 밝히고 있다(국민일보, 2018. 09. 20; 메디컬업저버, 2018. 10. 24). 이러한 청소년 자해의 급증은 처음 자해를 한 청소년의 60%가 다시 자해를 할 정도로 재발률이 높다는 점에서(국민일보, 2018. 09. 20) 그 대책이 시급하다. 그러나 청소년 자해에 대한 실태 및 현황 조사 연구가 전무할 정도로 자해에 관한 연구는 매우 부족한 실정이다.

24) 본 내용은 서미, 김은하, 이태영, 김지혜(2018)의 '고위기 청소년 정신건강 상담개입 매뉴얼 : 자살·자해편'에서 발췌하였음

□ 자살(자살적 자해)과 비자살적 자해를 구분하여 차별화된 상담개입 필요

○ 자살과 비자살적 자해를 구분한 상담 개입 및 연구 필요

- 청소년 자살 상담개입과 관련하여 최근 연구는 자살과 자해를 구분하여 개입이 이루어져야 한다는 의견이 제기되고 있다. 자해와 자살이 자신의 몸에 위해를 가하고, 치명적인 경우 자살에 이르게 할 수 있다는 점에서 자해와 자살은 구분되지 않고 다루어져 왔다. 자해는 '의도적으로 자신의 신체에 상처를 입히는 행동'으로서 넓은 의미에서 자살시도 목적은 없으나 지속적이고 의도적으로 무모하게 스스로에게 상처를 입히는 행위라고 볼 수 있다(Conterio & Lader, 1998; Zila & Kiselic, 2001). 최근 자해와 자살이 차별적인 특성을 보이는 것으로 보고되고 있으며, 자살의도의 유무에 비자살적 자해와 자살적 자해로 구분할 것을 제안하고 있다. 비자살적 자해는 자살의도를 동반하지 않는 자해 행동이며, 자살적 자해는 자살의도를 동반하는 자해행동이다. 따라서 자살위험을 가진 청소년 상담 개입과 관련하여, 자살의도의 유무를 파악하여 비자살적 자해(자해)와 자살적 자해(자살)로 구분하고 이를 바탕으로 차별화된 개입이 이루어질 필요가 있다(이동귀, 함경애, 배병훈, 2016).
- 청소년 자살 및 자해 상담개입 방안에 관한 수많은 선행연구가 진행되었고 그 효과가 보고되고 있다. 특히 대다수의 연구에서 인지행동치료(CBT: Cognitive Behavioral Therapy), 변증법적 치료, 가족 기반치료, 부모교육이 고위기 청소년의 자살과 자해를 다루는 데 효과적이라고 보고되고 있다(Donaldson, Spirito, & Esposito-Smythers, 2005; Perepletchikova et al, 2011). 그러나 이들 연구는 대부분 해외 연구이며(배주미, 양윤란, 김은영, 2009) 국내에는 청소년 자살 상담개입과 매뉴얼에 관한 연구는 미비하였다. 특히, 자해 청소년에 대한 매뉴얼이나 프로그램은 전무한 바, 본 연구의 목적은 자살 및 자해 청소년에게 효과적으로 개입할 수 있는 구조화된 상담개입 프로그램 및 매뉴얼을 개발하고자 하였다.

나. 이론적 배경

□ 청소년 자살·자해에 대한 이해

○ 청소년 자살·자해의 정의

- 자살(suicide)은 자살생각, 자살계획, 자살시도 및 자살완결을 포함하는 과정적인 개념(Maris, 2002)으로 장애나 진단명이 아닌 여러 가지 요인의 상호작용에 의해 결정되는 다차원적 행동이다(Silverman et al., 2007). 세계보건기구(WHO)는 자살을 '치명적인 결과를 초래하는 자해행위'로 정의하였고, 선행연구마다 자살에 대한 정의는 조금씩 상이하지만, 공통으로 자살의도를 언급하고 있다. 자살의도란 생명을 끝내고자 하는 소망 혹은 욕구를 의식적으로 경험하고 행동으로 인해 초래될 위험성에 대한 정확하거나 부정확한 지식이 있으며, 원하는 목적을 달성할 방법이나 수단을 지각하고 그 방법이나 수단에 대한 지식을 갖추고 있다는 의미이다(Silverman et al., 2007). 청소년 자살은 성인과 다른 이유로

시도될 수 있고 그 이유도 다양하다고 보고되고 있다(고재홍, 윤경란, 2007). 청소년 자살은 대부분 사전에 계획되지 않은 경우가 많으며(Brent, Perper & Allman, 1987), 정서적으로 불안정하고 인지적으로 미성숙하여 현실도피의 일환으로 자살을 선택할 가능성이 크고(고재홍, 윤경란, 2007) 학업스트레스나 학교폭력, 부모와의 갈등 등으로 인한 스트레스 등과 같은 외부요인으로 인해 충동적으로 자살을 시도하는 경우가 많다(김진주, 조규판, 2011; 한국건강증진재단, 2013).

- DSM-5의 '후속연구를 위한 조건(Conditions for Further Study)에서 자살행동장애(Suicidal Behavior Disorder)와 구별하여 자살의도를 동반하지 않은 자해행동을 논의함으로써(American Psychiatric Association, 2013) 비자살적 자해의 심각성과 예방의 중요성을 제기하였다. 자해는 의도적으로 자신의 신체에 상처를 입히는 행동'을 말하며, 넓은 의미에서는 자살을 시도하고자 하는 목적은 없으나 지속적이고 의도적으로 무모하게 자기 자신에게 상처를 입히는 행위를 의미한다(Conterio & Lader, 1998; Zila & Kiselica, 2001). 자해는 자살의도가 없더라도 죽음으로 이어질 가능성이 크기 때문에 청소년 문제행동 중 고위험에 분류되며, 스트레스와 긴장을 조절하고 적극적으로 대안을 찾기 어려운 청소년기에 많이 발생한다(Laye-Gindhu & Schonert-Reinchl, 2005). 또한, 자해는 은밀하게 자신의 몸에 상처를 입히는 행동으로 사회나 가족에게 잘 드러나지 않는 특성을 보인다(이동훈, 양미진, 김수리, 2010).

○ 청소년 자살·자해의 원인

- 청소년 자살 관련 연구는 우울과 절망감, 분노 등과 같은 개인의 심리적 요인의 측면(노혜련 외, 2005)과 가족, 친구 또는 학교생활과 관련된 사회환경적 요인의 측면에서의 연구가 주를 이루고 있으며(송인한 외, 2013), 특히 개인 심리적 요인에 관한 연구에서는 우울과 불안, 무망감, 일상 스트레스, 충동성 등이 자살생각의 주요 예측변인임을 밝히고 있다(김미예, 김정미, 2013; 김인규, 조남정, 2006; Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Kienhorst et al, 1992). 자살생각에 관한 위험요인으로 우울, 무망감, 일상 스트레스 등이 다양하게 연구된 반면(심미영, 김교현, 2005), 보호요인으로는 낙관성, 자기효능감과 같은 인지적 요인(송인한 외, 2013)과, 긍정적 자아지각, 자아존중감, 자기효능감 등 긍정적인 자기 지각과 관련된 변인들이 자살생각에 조절효과를 주는 대표적인 보호요인으로 연구되었다(강희양, 양경화, 2013; 조한익, 차주연, 2013). 청소년기는 특히 자아존중감이나 자기효능감과 같은 자기통제적 측면과 관련된 요인이 자살생각에 중요한 보호요인으로 작용한다(김원경, 2014).

- 청소년 자해의 가장 일반적인 동기는 긴장이완이라고 볼 수 있다(이동훈 외 2010). 자해는 불안, 우울, 정서적 무감각, 자기혐오, 실패감, 스트레스와 같은 격렬한 감정을 한시적으로 감소시키는 하나의 대처기제로 기능한다. 과거 자신의 삶에서 경험했던 고통을 자해라는 방법을 통해 처리하는 것이다. 심리적·생리적 긴장의 증가를 대처할 수 없을 때, 거부, 자기혐오, 분리불안, 죄의식, 환각, 비개인화, 우울감, 역기능적 가정, 감각적인 자극의 필요, 부모의 정서적 박탈 등이 위험요소로 작용할 수 있다(Martinson, 2002). 또한, 선행연구에 따르면 자해하는 청소년들은 심각한 스트레스에 놓여있는 경우가 많고 언어적 능력이 낮거나 사회적 기술이 낮은 청소년들이 자해를 하는 경우가 많은 것으로 보고

되었다(Burke, Hamilton, Abramson, Alloy, 2015). 그들은 격렬한 감정과 고통을 견딜 수 없고 말로 표현하지 못하기 때문에 자해를 정서조절의 도구로 사용하는 것으로 보인다(Ross & Heath, 2003). 이와 더불어, 자해를 통해 다른 사람의 공격과 자살시도를 회피함으로써 스스로 상황에 대한 통제감을 느끼고, 살아있음을 느끼는 등 자신의 존재를 확인하는 방안으로 자해를 하기도 한다(Sutton, 2007). 청소년 자해행동의 보호요인에 관한 연구는 찾아보기 어렵다(성나경, 강이영, 2016). 단, 적응적 인지적 정서조절전략은 정서에 압도되지 않도록 통제하고 유지하는 역할을 하여 청소년이 자신의 감정을 관리하는 것을 돕는다(Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

□ 청소년 자살·자해 상담개입

○ 인지행동치료

- 반복적으로 자살을 시도하는 내담자에게 단기간 인지행동치료-문제해결치료를 통해 자살시도를 감소시키고 우울과 무망감을 감소시키는 효과를 보고하였고 인지-행동적 개입은 자살을 시도하지 못하도록 구체적인 행동계획을 실천하게 하여 자살위험을 감소시킨다(Basco et al., 2006).
- 자해 청소년의 경우 대처기제로서의 자해가 아닌 다른 방법을 찾도록 다차원적 접근을 하는 것이 필요하다고 하였으며(Haines & Williams, 2003), 자해청소년이 어떻게 의견을 조정하고 의사소통하며, 불쾌한 감정이 들 때 적절히 분노를 표현하는 방법에 대해 교육이 필요하다고 하였다(Yip, 2005). 특히 인지행동기법은 자해 청소년 자신의 사고와 자해 행동이 어떻게 서로 연결되어 있는지를 보여주어 파괴적인 생각을 되살려내는 대신에 어떻게 느끼고 있는지 정확하게 표현하도록 하는 데 도움이 될 수 있다(Zila & Kiselica, 2001).

○ 변증법적 치료

- 변증법적 행동치료는 약물 의존 및 섭식장애, 기분장애, 자살 문제를 포함하여 자살위험성이 높은 청소년에게 맞게 수정되어 사용되고 있다(Miller, Rathus, Linehan, and Swenson, 2007). DBT 메타 분석 연구에서 변증법적 치료는 분노, 자해행동, 정신건강 문제에서 높은 효과크기를 나타내며(Stoffers et al., 2012), 자살 및 자해 행동을 완화해 주는 것으로 나타났다(Panos, Jackson, Hasan, & Panos, 2013). 자살 의도가 있거나 없는 자해행동을 목표로 DBT 프로그램을 검증한 결과 일반집단과 비교해 DBT 집단의 자해 행동이 유의하게 감소하였다(Linehan, 1993).

○ 가족기반 치료

- 청소년의 자해 행동은 사회 문화적 맥락과 가족, 또래 집단의 영향을 많이 받는다. 특히 지지적인 부모는 자해 청소년의 긴장과 스트레스를 직면하는 것을 돕는 데 매우 중요한 역할을 한다. 상담자는 자해 전후로 부모와의 상호작용이 잘 이루어지도록 촉진하여 자해청소년의 좌절, 분노, 긴장, 공허 등의 감정을 부모와 원활하게 소통하게 할 수 있도록 해야 한다(Yip et al., 2002). 가족 기반 치료는 가족의 기능을 강화함으로써 청소년의 자살·자해 문제를 다루게 된다. 가족 기반 치료로는 정신역동, 의사소통 훈련, 문제해결 기술과 같은 요소로 구성되어 있다. 가족 기반 치료는 애착, 생태학적 문제 해결 또는 위기상황 개입을 포함한다.

- 선행연구를 통해 자살·자해 청소년 상담개입에 인지행동치료, 변증법적 치료, 가족기반 치료가 효과적인 것으로 입증되었으나, 관련 상담개입 매뉴얼은 국외 연구 위주이며 국내 관련 매뉴얼 연구는 부족하다. 또한, 자살과 자해를 구분한 상담 개입 매뉴얼은 전무하다. 이에 효과성이 입증된 치료방법을 바탕으로 자살과 자해를 구분한 상담개입 매뉴얼의 필요성이 제기된다.

다. 방법

□ 프로그램 개발 절차 및 과정

- 자살과 자해위기 청소년 상담프로그램의 구성요인을 추출하기 위하여 청소년상담복지센터 현장 전문가와 대학상담센터 현장전문가, 자살·자해 경험이 있는 청소년을 대상으로 심층면접을 시행하였다. 또한 추출한 구성요인을 토대로 프로그램을 개발하고 참여자 관찰 평가를 통해 프로그램의 타당성을 검증하였다. 마지막으로 시범운영을 통해 프로그램의 효과성을 검증하고, 그 결과를 분석하였다. 본 연구에서는 김창대 외(2011)의 프로그램 개발 및 평가모형 검증절차에 따라 연구를 진행하였다.

□ 현장전문가 대상 심층면접

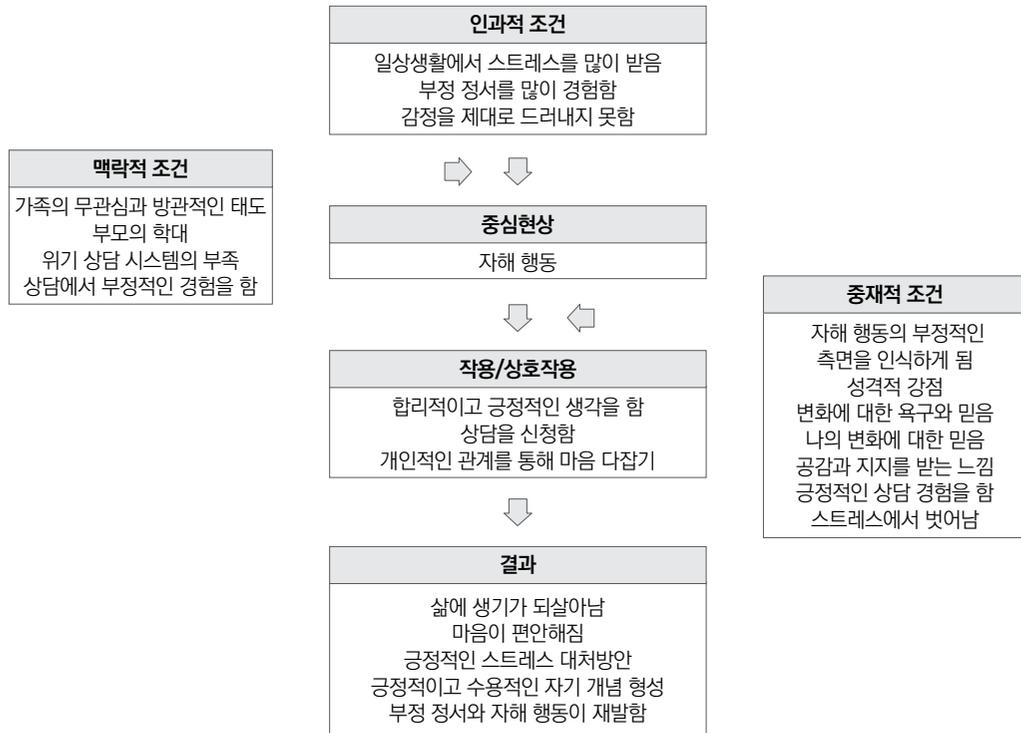
- 현장전문가 심층면접은 상담 경력 2년 이상이며, 청소년 자살·자해 상담 사례에 3건 이상 개입한 경험이 있는 현장전문가를 대상으로 진행하였다. 청소년상담복지센터 현장전문가 5명과 대학상담센터 현장전문가 5명을 대상으로 1회(각 60분)에 걸쳐 진행하였다.
- 심층면접 분석 결과, 자살·자해 위기청소년 특성, 자살·자해 위기 청소년 진단 방법, 자살·자해 위기 청소년 상담 접근 방법, 자살·자해 위기 청소년 초기 개입, 자살·자해 위기 청소년 중기 개입, 자살·자해 위기 청소년 후기 개입, 자살·자해 청소년 개입 매뉴얼 내용, 자살·자해 청소년 상담 시 힘든 점, 자살·자해 위기청소년 상담 시 도움이 되는 점, 청소년 발달단계별 개입으로 대범주가 도출되었다. 자살·자해 위기청소년의 특성에서 위험 요인으로는 무가치감, 우울, 부모님과의 갈등, 소통의 어려움이 보고되었다. 자살·자해 위기 청소년의 보호요인으로 사회적 지지, 삶의 목표, 의지, 상담, 종교가 도움이 될 수 있다는 느낌으로 나타났다. 자살·자해 위기 청소년 상담의 접근방법에 있어서 도움이 되는 방법으로는 힘든 경험에 대한 탄력성에 대한 지지, 위로와 지지 및 공감, 격려와 희망, 진솔성, 버텨줌 등과 같이 내담자의 힘든 감정을 지지해 주는 것 등이 보고되었다. 자살·자해 위기 청소년 초기 개입에서는 위험 수준을 진단하고 상담 구조화 및 라포 형성이 이루어져야 하며 내담자의 안전 확보와 상담자-내담자 경계를 명확히 하는 것이 중요하다는 것을 알 수 있다. 자살·자해 위기 청소년 중기 개입에서는 자살·자해 원인의 구체적인 탐색이 필요하며, 자살·자해 위기 청소년 후기 개입에서는 새로운 해결방안을 모색하고 이 과정에서 상담자-내담자의 관계를 활용하는 것이 도움이 될 수 있다. 자살·자해 청소년 개입 매뉴얼 내용에서는 위기개입에 관한 실제적인 가이드

라인과 부모 및 교사 가이드, 종결시점을 결정하는 데 있어서 이에 대한 안내 및 정보 제공이 필요한 것으로 나타났다. 자살·자해 청소년 상담 시 힘든 점은 부모의 태도와 상담자의 불안, 내담자 요인으로 나타났으며 자살·자해 청소년 상담 시 도움이 되는 점은 동료의 지지나 슈퍼비전, 상담자 자기 돌봄으로 나타났다. 또한 청소년의 발달단계에서 중기청소년은 감정 명료화 및 표현, 감정 조절, 자존감 다루기가 필요하며, 후기 청소년은 도움받을 수 있는 기관의 정보 제공과 진로상담이 필요하다고 보고되었다. 다만 초기 청소년의 경우, 상담개입보다는 예방교육이 강조되어야 한다고 보고하였다.

□ 자해청소년 대상 심층면접

- 자해청소년 대상 심층면접은 발달 단계상 청소년 중기와 후기에 속하는 만 15~24세의 최소 6개월 동안 자해 경험이 있고, 상담을 받은 경험이 있는 내담자를 대상으로 하였다. 인터뷰에 응한 청소년은 수도권과 부산에 거주하며, 여자가 6명, 남자 1명이었다. 자해와 관련된 광범위한 개방형 질문에서 시작하여 점차 구체적인 질문을 제시하였다. Strauss와 Corbin(1988)이 제안한 개방코딩(open coding), 축코딩(axial coding), 선택코딩(selective coding)의 3단계에 따라 심층면접 자료를 분석하였고, 각 단계를 순환적으로 반복하였다.
- 자해의 극복과 경험에 대한 패러다임 모형
 - Corbin 등(2009)이 제안한 패러다임 모형을 이용하여 범주들이 서로 어떤 관련성을 갖고 자해행동으로부터 극복의 결과로 이어지는지 제시하였다. 이 패러다임 모형은 청소년들이 경험하는 자해행동의 인과적 조건과 맥락적 조건, 자해 행동의 중심현상, 자해 행동에 대한 대처적인 작용/상호작용, 극복의 결과를 하나의 연결된 구조로 보여준다.
 - 인과적 조건은 현상의 직접적인 원인이 되는 사건이나 요인을 의미한다. 본 연구에서는 일상생활에서의 스트레스, 부정적 정서의 경험, 감정을 제대로 드러내지 못하는 것이 인과적 조건으로 나타났다. 작용/상호작용을 통해 반응하게 하는 현상을 만드는 특수한 맥락적 조건으로는 가족의 무관심과 방관적 태도, 부모의 학대, 위기 상담 시스템의 부족 등이 있다. 참여자들이 경험하는 중심현상은 자해행동으로 나타났으며, 자기처벌, 나에 대한 분노, 힘듦을 드러내기 위해, 살아있음을 느끼기 위해 등과 같은 다양한 이유로 자해행동을 하는 것으로 나타났다. 작용/상호작용은 현상에 대처하는 실제 행동이나 전략을 의미하는 것으로 본 연구에서는 합리적이고 긍정적인 생각을 하거나 상담을 신청하는 것 등으로 나타났다. 중재적 조건은 작용/상호작용 전략에 영향을 미치는 조건들로 본 연구에서는 자해행동 후 부정적인 경험, 개인적 요인, 관계에서의 경험 변화, 환경에 변화가 생기는 것 등으로 나타났다. 결과는 작용/상호작용의 결과로 인해 나타나는 현상으로 중심현상에서 벗어나려 노력한 참여자들은 대부분 삶에서 생기를 되찾고 우울과 불안과 같은 부정 정서가 감소하였으며 화가 가라앉으면서 마음에 여유가 생기기 시작한 것으로 나타났다. 패러다임 모형은 다음과 같다.

그림 1 자해의 극복과 경험에 대한 패러다임 모형



라. 결과

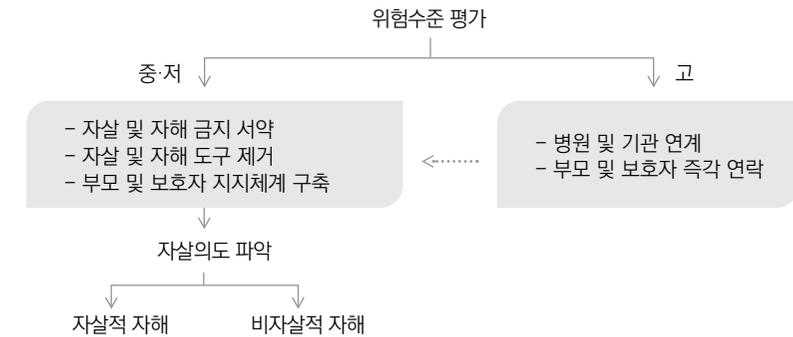
□ 자살·자해 청소년 상담개입 프로그램 구성

- 선행연구 고찰과 자살·자해 상담 경험이 있는 현장전문가 및 자살·자해 위기를 상담을 통해 극복한 청소년 대상 심층면접 결과를 분석하여 프로그램의 구성원리와 구성요소를 추출하였다. 본 프로그램은 '1) 자살과 자해를 구분하여 프로그램을 구성한다. 2) 근거기반이론을 바탕으로 하여 인지행동치료를 중심으로 한다. 3) 초기, 중기, 후기 단계별 프로그램을 구성한다. 4) 자살·자해 청소년 상담 시 공감 및 진솔성 등 상담자의 역할을 강조한다. 5) 중기·후기 청소년을 대상으로 한다. 6) 부모상담을 강화한다. 7) 상담자 소진예방을 포함하여 구성한다.' 의 구성원리에 따라 프로그램 구성요소를 조직하고 세부 내용을 구성하였으며, 자살·자해 위기청소년 대상 개인상담 시 상담자들이 개입할 구체적인 방안 및 활동을 제시하는 프로그램으로 회기를 구성하고 개발하였다.

□ 자살(자살적 자해)과 비자살적 자해 구분

- 본 프로그램에서는 자살 및 자해 수준 평가 후 자살의도의 유무에 따라서 자살적 자해와 비자살적 자해로 구분한다.

그림 2 위험수준에 따른 대처방안 및 자살의도 구분



특히, 비자살적 자해 수준 평가를 위해 권혁진(2014)이 개발한 비자살적 자해 척도를 활용한다. 또한 자살 위기관리기록지와 자해 위기관리기록지를 통해 상담 전반에 걸쳐 자살과 자해 수준을 평가한다. 자살적 자해와 비자살적 자해에 따라 차별적으로 상담개입프로그램을 개발하였다. 자살개입은 기존 한국청소년상담복지개발원에서 개발한 자살 위기청소년 상담개입 프로그램(배주미, 양윤란, 김은영, 2009)을 기초로 프로그램을 구성하였다. 자살개입과 차별화하기 위해 앞에서의 자해청소년 심층면접 결과를 바탕으로 비자살적 자해 상담개입 프로그램을 구성하였다.

□ 자살·자해 청소년 상담개입 프로그램 개발 내용

○ 자살 위기청소년 상담개입 프로그램

- 자살 위기 수준을 구분하고 주로 중·저위험군에 해당하는 청소년을 대상으로 초기, 중기, 후기 관리로 나누어 인지행동치료 중심으로 개입하는 것을 기본으로 하였다. 초기에는 위험수준 및 증상을 파악하고 지지체계 구축, 자살방지 서약서 작성 등 안전확보가 중요하다. 중기에는 내담자의 자살과 관련된 비합리적인 신념을 확인하고 신념과 행동을 변화시켜 나가는 것이 중요하다. 후기에는 구체적인 대처 방안을 수립하고 실행할 수 있도록 내담자의 생활관리까지 다룰 수 있도록 구성하였다.

○ 자해 위기청소년 상담개입 프로그램

- 자해 위기 수준을 구분하고 초기, 중기, 후기 관리로 나누어 인지행동치료 중심으로 개입하는 것을 기본으로 하였다. 초기에는 자해 위험수준 파악 및 지지체계 구축, 자해를 멈출 준비도 파악, 내담자와의 신뢰관계 형성이 가장 중요한 목표로 구성하였다. 중기에는 자해 동기 및 결과 인식하기, 자해대체 활동 찾기 등 자해에 구체적으로 개입하고 인지행동치료를 기반으로 하여 자신의 스트레스 대처방식을 인식

하고 비합리적 신념 및 행동을 변화시켜 나가는 것이 중요하다. 후기에는 자살 위기청소년 상담개입과 마찬가지로 구체적인 대처방안을 수립하고 실행할 수 있도록 관리하는 것이 중요하다. 구체적인 내용은 아래 표와 같다.

단계	목표	구성 요소	프로그램 세부내용	
			자살	자해
초기 관리	-자살 및 자해 안전성 확보 -신뢰감 형성	위험 수준 판단	- 비자살적 자해 및 자살적 자해 평가 - 위기(고, 중, 저)평가 - 기관연계(병원, 경찰, 센터 등) 여부 결정	
		문제 탐색	- 주소 문제 - 자살 관련 경험 탐색 - 자살사고 및 충동, 행동 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색	- 주소 문제 - 자해 관련 경험 탐색 - 자해 행동 및 동기 탐색 - 생활사건(가족, 학교생활, 교사 및 또래관계, 소중한 사람의 죽음 등) 탐색
		보호 요인 탐색	- 죽지 않을 이유 : 타인에게 도움 되는 느낌, 종교, 삶의 목표, 친구관계 등 - 내담자 강점 탐색	- 감정조절 및 스트레스 대처 방법 탐색 - 내담자 강점 탐색
		안전 확보	- 자살방지 서약 - 지지체계 구축(가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보 - 안전계획 수립	- 자해 멈출 준비 점검 - 지지체계 구축(가족, 친구 등 연계) - 위험 물건 없애는 등 주변 환경 안전성 확보 - 안전계획 수립
		상담 구조화	- 상담회수 - 비밀보장의 범위 - 상담기대 및 욕구(상담자 및 내담자 역할 구조화) - 동기파악이 잘되지 않는 내담자, 무기력한 내담자 다루기 - 녹음에 대한 동의 안내 - 약물 치료 병행 시 상담 구조화 안내	
중기 관리	-스트레스 대처 및 문제 해결력 증진 -협력적 관계 수립	위험 평가 및 개입	- 자살 위험 지속성 평가 - 약물치료 점검: 약물치료 여부, 약물 복용 체크 - 자살 사고 및 행동 파악 - 삶의 목적 및 의미 찾기	- 자해 위험 지속성 평가 - 자해 동기, 목적 탐색 및 이해 - 자해 후 느낌 파악 및 이해 - 자해 멈추기 목표 및 전략 세우기
		스트레스 관리	- 내담자의 환경과 생활스트레스 확인 - 구체적인 스트레스 요인 확인 - 생활스트레스가 내담자의 자살사고에 미치는 영향 파악	- 내담자의 환경과 생활스트레스 확인 - 구체적인 스트레스 요인 확인 - 생활스트레스가 내담자의 자해행동에 미치는 영향 파악
		감정 인식 및 변화	- 감정 명명하기 - 자살과 관련 감정 이해 - 자살 관련 부정적 정서, 생각 점검 - 우울, 무망감, 불안 등 부정적 정서 다루기 - 자살 시도 이후 정서 다루기 - 자기 돌봄을 통해 부정적인 정서 환기	- 감정 명명하기 - 자해와 관련된 감정 이해 - 자해 관련 부정적 정서, 생각 점검 - 분노, 불안 등 부정적 감정 다루기 - 자해 이후 정서 다루기 - 자기 돌봄을 통해 부정적인 정서 환기

		비합리적 신념 및 행동 변화	- 자살사고 관련 비합리적 사고 탐색 - 자살사고 관련 인지적 오류 탐색 - 자살 관련 비합리적 사고 변화 - 긍정적인 행동 강화	- 자해 관련 비합리적 사고 탐색 - 자해 관련 사고의 인지적 오류 탐색 - 자해 관련 비합리적 사고 변화 - 긍정적인 행동 강화
		기관 연계 및 자원 활용	- 지지체계(친구, 가족 등) 구축 및 활용 - 기관 연계	
후기 관리	긍정적 자기개념 긍정적	생활 계획 및 관리	- 위험수준 재점검 - 나의 생활습관 분석하기 - 건강한 생활습관 만들기	
		스트레스 대처 방법	- 효과적인 스트레스 대처방법 이해 - 새로운 문제해결 방법 배우기	
		회복 탄력성	- 강점 및 탄력성 찾기 - 삶의 의미 및 목표 설정	
		종결 다루기	- 종결 시점 정하기 - 위험수준 재점검 - 추수관리 - 종결 후 기관 연계	

마. 결론 및 제언

□ 자살 및 자해 위기청소년 상담개입 프로그램은 다음과 같은 점에서 의의를 찾아볼 수 있다. 첫째, 자살 및 자해위기를 가진 청소년 상담에 대한 구조화된 프로그램과 매뉴얼을 개발함으로써 현장에서 청소년 상담자들이 자살 및 자해 청소년 위기를 가진 청소년을 대상으로 신속하게 대처할 수 있도록 기여했다는 점이다. 둘째, 본 연구는 자살과 자해 프로그램을 구분하여 매뉴얼을 개발하였다는 것에 의미가 있다. 셋째, 본 연구는 현장의 의견을 반영하여 현장 적용성과 활용 가능성이 높은 프로그램 개발하였다는 점에서 의미가 있다. 넷째, 자해 위기 청소년이 상담과정을 통해 극복되는 과정을 밝힘으로써 자해 위기청소년을 상담하는 데 기초자료를 제공하였다는 점이다. 다섯째, 본 연구에서 개발된 프로그램이 중기 청소년은 물론 후기 청소년까지 포함하였다는 점에서 의미가 있다.

□ 2019년 본 자살 및 자해 위기청소년 상담개입 프로그램과 효과적인 프로그램 운영을 위한 운영모형을 구성하여 시범운영을 진행하였다.²⁵⁾ 본 프로그램으로 처치를 받은 실험집단과 다른 프로그램 및 상담개입으로 진행된 통제집단을 비교한 결과, 통제집단보다 실험집단에서 내재화 문제가 통계적으로 유의미하게 감소하였음이 확인되었다. 실험집단 내 사전-사후검사에서 비자살적 자해, 자살위험성, 무망감의 감소가 유의한 효과를 보였다.

25) 서미, 소수연, 강유임, 김지혜, 손지아(2019)의 'EBP기반 자살·자해 청소년 상담클리닉 운영 모형 연구' 참고

바. 참고문헌

강희양, 양경화 (2013). 청소년의 자살생각에 대한 경로분석: 우울과 자기개념을 중심으로. 상담학연구, 14(1), 539-554.

고재홍, 윤경란 (2007). 청소년의 스트레스와 자살생각. 한국청소년연구, 18(1), 185-212.

고효진, 김대진, &이흥표 (2000). 청소년 자살위험성 예측척도의 타당화 연구 (1). J Korean Neuropsychiatr Assoc, 39(4).

공성숙, 이정현, 신미연 (2009). 섭식장애 환자의 아동기 외상경험이 자해행동에 미치는 영향과 부모 간 갈등의 매개효과 분석. 정신간호학회지, 18(1), 31-40.

국민일보, "청소년 자해는 '사회적 재난'... 대책마련 시급", 2018.09.20., <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0012702378>

권혁진 (2014). 비자살적 자해에 영향을 미치는 정서적·인지적 요인의 탐색. 서울대학교 일반대학원 석사학위논문.

권혁진, 권석만 (2017). 한국판 자해기능 평가지(The Functional Assessment of Self-Mutilation)의 타당화 연구: 대학생을 중심으로. 한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제, 3(1), 187-205.

김미예, 김정미 (2013). 청소년 자살생각에 영향을 미치는 정신건강요인. 청소년학연구, 20(12), 267-293.

김원경 (2014). 한국 초, 중, 고등학생의 자살생각에 영향을 미치는 심리적 변인. 한국청소년연구, 25(3), 199-231.

김인규, 조남정 (2006). 청소년 자살생각에 대한 구조모형 검증. 상담학연구, 7(4), 1189-1202.

김진주, 조규판 (2011). 스트레스 및 스트레스 대처방식이 청소년의 자살생각과 자살계획에 미치는 영향. 상담학연구, 12(1), 301-314.

김창대, 김형수, 신을진, 이상희, 최한나 (2011). 상담 및 심리교육 프로그램 개발과 평가. 서울: 학지사.

노혜련, 김형태, 이종익 (2005). 가출청소년의 자살생각과 행동에 영향을 미치는 심리사회적 변인에 관한 연구. 한국청소년연구, 16(1), 5-33.

메디컬업저버, "[인터뷰]SNS에서 늘고있는 '#자해'...위로 필요한 청소년의 '자화상', 2018.10.24., <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=120626>

배도희, 우종민, 손명하, 이창수(2015). 컬럼비아 대학 자살 심각성 평가 척도의 신뢰도 및 타당도 연구: 알코올 의존장애 환자를 중심으로. Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 54(2), 222-227.

배주미, 양윤란, 김은영 (2009). 자살위기청소년 상담개입프로그램 개발. 서울: 한국청소년상담원.

성나경, 강이영 (2016). 청소년의 일상적 스트레스와 자해행동. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 28(3), 855-873.

송인한, 권세원, 김현진 (2013). 청소년의 자살생각에 건강증진행동이 미치는 영향. 청소년학연구, 20(9), 97-123.

신민섭 (1992). 자살기제에 대한 실증적 연구: 자기 도피 척도의 타당화. 연세대학교 박사학위논문.

신민섭, 박광배, 오경자, 김종술 (1990). 고등학생의 자살 성향에 관한 연구: 우울정망자살간의 구조적 관계에 대한 분석. 한국심리학회지: 임상, 9(1), 1-19.

심미영, 김교현 (2005). 한국 청소년의 자살생각에 대한 위험요인과 보호요인. 한국심리학회지: 건강, 10(3), 313-325.

이귀숙, 장은희, 김은영 (2016). 청소년 자살예방 프로그램의 개발 및 적용효과. 청소년상담연구, 24(2), 99-124.

이동귀, 함경애, 배병훈 (2016). 청소년 자해행동. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 28(4), 1171-1192.

이동훈, 양미진, 김수리 (2010). 청소년 자해의 이해 및 특성에 대한 고찰. 청소년상담연구, 18(1), 1-24.

이혜림, 이영호 (2015). 청소년의 처벌민감성과 강화민감성이 불안, 우울, 자해행동에 미치는 영향: 스트레스와 통제가능성 귀인의 역할. 청소년학연구, 22(12), 567-593.

조한익, 차주연 (2013). 부모-자녀 의사소통과 청소년의 자살생각. 청소년학연구, 20(11), 129-149.

통계청 (2019). 사망원인 및 사망원인통계결과. 서울: 통계청.

통계청·여성가족부 (2018). 2018 청소년 통계. 서울: 통계청.

한국자살예방협회 (2014). 학생자살위기대응매뉴얼(교사용).

헤럴드경제, "[벼랑 끝 사람들-① 비극의 시작] '힘든데 곁에 아무도 없어요'...청소년 '자해놀이' 급속 확산", 2018.10.8. http://biz.heraldcorp.com/view.php?ud=20181008000417&ACE_SEARCH=1.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

Basco, M. R, Thase, M, E., & Wright, J. H., (2006). Learning Cognitive-Behavior Therapy. 김정민 역.(2009).인지행동치료. 서울: 학지사.

Beck, A. T., Rush, A. J., & Emery, G., & Shaw, B. F. (1979). Cognitive therapy of depression.

Brent, D. A., Perper, J. A., & Allman, C. J. (1987). Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. Jama, 257(24), 3369-3372.

Burke, T. A., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2015). Non-suicidal self-injury prospectively predicts interpersonal stressful life events and depressive symptoms among adolescent girls. Psychiatry research, 228(3), 416-424.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. Journal of personality and social psychology, 56(2), 267

Conterio, K., & Lader, W. (1998). Bodily Harm: the Breakthrough Treatment for Selfinjurers.

Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44(2), 113-120.

Haines, J. & Williams, C. L. (2003). Coping and problem solving of self-mutilators. Journal of Clinical

Psychology, 53(2), 177-186.

Kienhorst, C. W. M., De Wilde, E. J., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. G. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(3), 222-228.

Koons, C. R., Robins, C. J., Bishop, G. K., Morse, J. Q., Tweed, J. L., Lynch, T. R., & Bastian, L. A. (1998). Efficacy of dialectical behavior therapy with borderline women veterans: A randomized controlled trial. In annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.

Linehan M. M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993. 15-19.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Koerner, K., Bown, M., Dimeff, L. A., Tutek, D., ... & Mar, C. (1998, November). University of Washington study of dialectical behavior therapy: A preliminary report. In annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Lloyd, E. E., Kelley, M. L., & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.

Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360, 319-326.

Martinson, D. (2002). Why do people deliberately injure themselves? Retrieved October 3, 2005, from <http://www.palace.net/~llama/psych/injury.html>.

Mental Health Association of Illinois (2014). Self-injurious behaviors. Chicago, IL: Author.

Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. Guilford Press.

Panos, T., Jackson, J., Hasan, O., & Panos, A. (2013). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213-223.

Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. *Child and adolescent mental health*, 16(2), 116-121.

Reynolds, W. M. (1987). Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ). Odessa, Florida: Psychological Assessment Resource.

Ross, S., & Lee Heath, N. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 277-287.

Sanson, R. A., Wiederman, W. W., & Sanson, L. A. (1998). The self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983.

Selekman, M. (2009). The adolescent and young adult self-harming treatment manual: A collaborative, strengths-based brief therapy approach. New York: WW Norton.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E., Jr. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicide behaviors. Part II. Suicide-related ideations, communication, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.

Stoffers, J. M., Vilm, B. A., Rcker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Art. No.: CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.

Strauss, A. & Corbin, J. (1988). Shaping a new health care system. San Francisco, FA: Jossey-Bass.

Sutton, J. (2007). Healing the Hurt Within 3rd Edition: Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds. Hachette UK.

Walsh, B. W. (2005). Treating self-injury: A practical guide. New York: Guilford Press.

Yip K, Ngam M, Lam I. (2002). An explorative study of peer influence and response to adolescent self-cutting behavior in Hong Kong. *Smith Studies in Social Work*, 72, 379-401.

Yip, K. S. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80-86.

Zila, L. & Kiselica, M. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 79(1), 46-52.

02. 청소년 자살예방교육 모형 개발 -초·중·고 학교급별 중심-

이혜정(한국청소년상담복지개발원)

가. 목적

□ 자살문제의 심각성

○ 우리나라에서 청소년 자살은 심각한 사회 문제로 대두되고 있다. 청소년건강행태조사(질병관리본부, 2018)에 따르면, 지난 1년간 심각하게 자살을 생각해본 적이 있다고 응답한 학생이 13.3%이며, 학교 급에 따라서는 중학교 13.8%, 고등학교 12.9%로 나타났다. 이 중 자살을 계획해 본 적이 있는 학생은 4.4%이며, 자살을 실제 시도한 적이 있는 학생은 전체의 3.1%로 나타났다. 공식적으로 보고된 통계치는 대부분 과소 추정치임을 고려했을 때(J.J. McWhirter 외, 2003, 이승연, 2007 재인용), 실제 자살의 문제는 이보다 훨씬 더 심각하다고 할 수 있다(이승연, 2007).

□ 청소년 자살예방교육의 실태

○ 청소년기는 신체적·심리적으로 급격한 변화를 겪는 시기이다. 이러한 발달적 변화 과정에서 청소년기의 자살생각이나 자살시도가 사망으로 바로 이어지는 비율이 낮다 할지라도 그 가능성은 높다(김현순·김병석, 2008). 또한 정말 죽고자 하는 의지가 없더라도 충동적으로 혹은 도움을 요청하려는 목적으로 자살을 시도하는 경우가 많아(신민섭·박광배·오경자, 1991; 최병목, 2002), 청소년들이 일시적인 자살충동이나 위기상황을 극복할 수 있도록 돕기 위한 적극적인 예방이 강력하게 요구된다. 이에, 청소년 자살률이 급격히 상승하고, 자살이 청소년 사망원인 1위로 오랫동안 지속됨에 따라 정부 차원에서는 ‘자살예방 5개년 종합대책’을 2005년 처음 마련한 이래 2016년 2월에는 ‘제3차 정신건강종합대책’을 발표하였다. 또한 2011년에는 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’을 제정하고 시행령에 자살예방 상담·교육 기관으로 공공기관 외에도 학교를 시행기관에 포함하는 등 자살을 적극적으로 예방하는 정책을 추진하고 있다. 민간 및 학계에서도 자살예방과 상담개입, 자살 사후개입에 관한 연구가 꾸준히 진행되어 왔다. 그러나 연구의 대부분은 청소년 자살생각에 영향을 미치는 요인 또는 특성들을 분석한 것이었고(이승연, 2007), 자살예방이나 개입, 사후개입과 관련한 프로그램은 상대적으로 적은 편이었다. 더욱이 청소년 자살예방교육과 관련한 연구는 더 미흡한 실정이다(손국정, 2008).

□ 초·중·고 학교급별 자살예방교육 모형개발의 필요성

○ 지금까지 진행되어 온 자살 관련 프로그램들은 자살과 관련된 개인적인 경험을 중요하게 다루고 있고 자살 관련 고위험군을 대상으로 시행되기 때문에 일반 청소년들에게는 접근성이 떨어지는 것이 사실

이다(이귀숙·김은영·장은희, 2015). 그리고 일반 학생들을 대상으로 이루어지는 학급 단위의 자살예방교육은 사회적으로 ‘자살’이라는 용어가 금기시되는 사회적 풍토로 인해 자살에 관한 직접적이고 적극적인 내용을 담기보다는 보편적인 생명존중과 관련된 문화조성을 다루는 비중이 높아 보인다(이종익·오승근, 2014). 청소년의 발달단계별로 자살예방교육 프로그램이 개발되어 있지 않기 때문에 학년이 올라가도 같은 내용의 교육을 경험하게 되는 경우도 허다하다. 이러한 내용의 교육으로는 자살 생각을 잠재적으로 갖고 있는 일반 청소년이 충동적으로 행동으로 옮기려고 할 때 큰 도움이 되지 않을 뿐만 아니라 교육의 효과도 반감될 수 있다.

- 청소년들이 대부분의 시간을 보내고 있는 학교 현장에서 발달적 특성을 고려하여 직접적이고 적극적인 내용을 포함한 자살예방교육을 실효성 있게 시행하는 것은 청소년 자살 예방 차원에서 매우 중요하리라 본다. 그러나 학교에서의 자살예방교육 운영 실태를 고려하면 실효성 면에서 우려되는 바가 크다. 이는 학교의 자살예방교육이 의무화되어 있음에도 불구하고 대부분의 학교들이 일회성의 대단위 특강이나 방송교육 등 형식적으로 시행하는 학교가 많고, 청소년의 발달단계별 특성에 따라 활용할 수 있는 구조화된 자살예방교육 프로그램도 부족하기 때문이다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 먼저 청소년의 발달단계에 따른 자살예방교육 프로그램 개발이 가장 중요하고, 다음은 학교에서의 자살예방교육 프로그램이 실효성 있게 운영되고 효과를 평가하여 경험적으로 검증된 교육 프로그램이 될 수 있도록 하는 것이 필요할 것이다. 그러므로 청소년 자살예방교육의 실효성을 높이기 위해 발달적 차원에서 자살예방교육에 포함되어야 할 내용을 탐색하고 이를 반영한 초·중·고 학교급별 청소년 자살예방교육의 모형을 개발하여 제안하고 이를 통해 개발되는 자살 예방프로그램을 실효성 있게 추진하여 효과성을 높이는 실천적 방안을 모색해 보고자 한다.

나. 내용 및 방법

□ 성인자살과 청소년자살의 차이점

- 청소년기의 발달적 특징은 청소년의 자살위기에 작용하여 성인의 자살과는 다른 독특한 특성들을 나타내는데, 이러한 특성을 정리해보면 다음과 같다. 첫째, 청소년 자살은 정신질환으로 인한 경우보다 가족이나 친구관계에서 느끼는 분노, 좌절 등 심리적 스트레스나 위기감으로 인해 유발될 수 있다(박재연, 2010). 둘째, 청소년 자살은 대부분이 사전계획 없이 시도되며 충동적으로 일어나는 경우가 많다. 왜냐하면 청소년기에는 성취해야 할 과업이 많은 데 비해 인지적으로 미성숙하면서 충동성이 매우 높기 때문에 한 순간의 우울한 기분에 의해 충동적으로 자살 시도를 할 위험이 높아(신민섭 외, 1991; 고재홍·윤경란, 2007), 언제라도 행동으로 옮길 가능성이 크다. 셋째, 청소년 자살은 자살의도를 갖고 행동에 옮길 때 실제로 자살을 하게 되는 경우는 일부분이다. 넷째, 청소년 자살은 다른 연령층과 비교해 자신의 내적 동기보다 외적 요인에 영향을 받기 쉬워 모방 자살이나 동반자살을 시도하는 경우가 성인보다 더 많다(오승근, 2006).

□ 청소년자살예방의 위험요인과 보호요인

○ 위험요인

청소년의 자살에 영향을 미치는 개인적 위험요인에는 과거 자살시도 경험, 우울, 충동성 및 공격성, 학업 스트레스, 음주 및 약물 문제 등이 있다. 특히 우리나라 중·고등학생들의 경우 학업과 관련된 스트레스를 가장 많이 받고 있는데, 청소년 자살생각에 영향을 미치는 변인에 대한 메타분석 결과 학업 스트레스가 청소년의 자살생각에 미치는 영향이 큰 것으로 나타났다(김보영, 2008). 그 외에도 자살시도를 고려했던 청소년이 그렇지 않은 청소년보다 부모 지지가 낮고 부모-자녀 간 갈등을 경험하였으며(박재연, 2010), 가정 폭력 역시 청소년의 자살과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다(박경, 2005; 박병금, 2006; 박재연, 2010). 또한 청소년의 자살생각 유발변인에 대한 메타분석 결과에 의하면 학교환경 유발변인군 중 친구관계 스트레스와 학교생활 스트레스가 가장 큰 효과크기를 가진 것으로 나타났다(문동규·김영희, 2011).

○ 보호요인

위험요인의 영향을 완충하거나 억제하여 청소년의 자살행동에 영향을 미치는 개인적 보호요인에는 자아존중감, 자아탄력성, 사회적 지지 등이 있다. 높은 자존감을 가진 청소년은 스트레스에 적절히 대처하며 긍정적인 대처방법을 사용하여 문제해결을 해 나가는 반면, 낮은 자존감을 가진 청소년은 문제 상황에 잘 대처하지 못하고 무가치감으로 이어져 자살 행동을 유발할 수 있는 것으로 나타났다(Dukes and Lorch, 1989, 김순규, 2008 재인용). 또한 자아탄력성이 높은 청소년은 자아탄력성이 낮은 청소년보다 자살생각을 적게 하는 것으로 나타났다(박재연, 2010). 그리고 청소년이 자신의 주변과 사회에서 관심과 지지를 받고 있다고 지각하는 정도가 높을수록 더 긍정적인 삶을 영위하고(장미향·성한기, 2007) 자살생각이 낮으며(김현준, 2007) 자살기도나 자살의 재발이 낮은 것으로 나타났다(임영식, 1997). 청소년의 자살에 영향을 미치는 환경적 보호요인은 가족의 지지, 또래 및 학교관계, 사회적 환경 등을 들 수 있다. 오승환 외(2010)는 가족구성원의 지지와 화합이 청소년의 자살위험을 줄이는 강력한 요인이 된다고 하였다. 또래와의 친밀한 관계는 청소년의 극단적 선택을 예방하는 데 효과가 있으며, 교사와의 관계가 긍정적일수록 청소년의 자살생각이 낮은 것으로 나타나고 있다(박재연, 2010). 또한 청소년에게 이용될 수 있는 자살수단에 대한 접근성을 낮추기 위한 사회적 노력 역시 청소년 자살을 예방할 수 있는 보호요인이 될 수 있으며, 생명의 존엄성 가치를 높이는 사회적 분위기 조성은 청소년 대상의 자살예방교육 및 정신건강교육은 청소년 자살예방의 보호요인으로 작용할 것이다(김성이 외, 2004). 지금까지 연구되어 온 청소년 자살의 위험요인과 보호요인을 정리하면 표 2과 같다.

표 2 청소년 자살에 영향을 미치는 위험요인과 보호요인

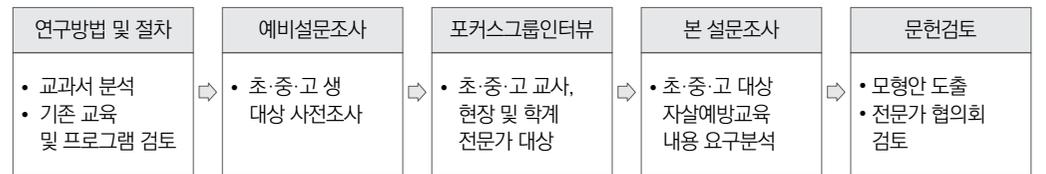
요인	개인요인	환경요인		
		가족	또래 및 학교	사회
위험 요인	<ul style="list-style-type: none"> 과거 자살시도 경험 우울/ 무망감 인지적 오류 역기능적 완벽주의 낮은 문제해결력 충동성 및 공격성 학업 스트레스 대인관계 기술 부족 음주·약물 문제 성 	<ul style="list-style-type: none"> 가족구조의 변화 역기능적 의사소통 가정폭력(성폭력) 학대 주변인의 죽음 	<ul style="list-style-type: none"> 친구관계 스트레스 학교폭력 따돌림 경험 	<ul style="list-style-type: none"> 대중매체 보도 자살사이트 방문
보호 요인	<ul style="list-style-type: none"> 자아존중감 자아탄력성 스트레스 대처 능력 지각된 사회적 지지 	<ul style="list-style-type: none"> 가족의 지지 부모와의 개방적 의사소통 부모의 긍정적 양육태도 	<ul style="list-style-type: none"> 원만한 교우관계 친구의 지지 교사의 지지 교사와의 긍정적 관계 	<ul style="list-style-type: none"> 사회적 자원 자살수단 접근 제한 정책 자살예방교육 및 정신건강교육

[출처 : 이귀숙 외(2015). 청소년 자살예방 심화프로그램; 배주미 외(2009). 자살위험청소년 상담개입프로그램 개발.]

□ 연구방법

- 학교급별 청소년 자살예방교육 모형개발을 위한 연구 방법 및 절차는 아래의 [그림 3]과 같이 이루어졌다.

그림 3 연구방법 및 절차



○ 문헌연구 및 예비설문조사

- 청소년 자살예방교육 및 프로그램 관련 선행 연구보고서, 초·중·고 도덕 및 윤리 교과서, 외국의 프로그램들을 검토·분석하여 청소년 자살예방교육 모형 개발을 위한 기초자료를 마련하고자 하였다.
- 초·중·고 청소년을 대상으로 자살예방교육의 내용 요소 및 교육적 방향 설정을 위한 예비 설문조사를 시행하였다. 예비 설문문항은 초등학생용과 중·고등학생용으로 구분하여 완성하였으며, 초등학생용은 총 5문항, 중·고등학생용은 총 12문항으로 구성하였다. 조사는 부산, 대구, 포항 지역의 초·중·고등학교

학생 117명을 대상으로, 조사기간은 2016년 3월과 6월에 총 2회 시행되었다. 청소년 대상 예비 설문 조사 결과는 1차적으로 전국 청소년 대상의 조사 설문지 구성할 때 반영하였고, 궁극적으로는 청소년 발달단계에 따른 자살예방교육의 모형을 개발하기 위한 기초자료로 활용하였다.

○ 교육·현장 전문가 포커스 그룹 인터뷰 및 청소년 설문조사

- 포커스 그룹 인터뷰(FGI)는 초·중·고등학교 교사(상담, 윤리 및 사회과목담당), 현장 및 학계 전문가 등 24명을 대상으로 총 5회에 걸쳐 시행하였다. FGI 결과는 1차적으로 전국 청소년 대상의 설문조사 문항을 구성할 때 반영하였고, 궁극적으로는 청소년 발달단계에 따른 자살예방교육의 모형을 개발하기 위한 기초자료로 활용하였다. 질문지의 내용은 자살위기 청소년들의 특징, 현재 진행하고 있는 자살 예방교육의 내용, 자살예방 교육이나 프로그램을 시행할 때의 어려움, 학교급별 자살예방교육에 포함 되어야 할 내용, 학교에서의 자살예방교육 개선방안 등이다. FGI 절차는 김정남·김후자(2001)가 제시한 연구절차를 근거로 진행하였다. 인터뷰 진행은 효율성을 위하여 참여자에게 반구조화된 인터뷰 질문지를 사전에 전달하였다. FGI는 연구자 1~2인이 인터뷰를 진행하고 보조진행자 1인이 서기를 맡아 인터뷰의 내실화를 위하여 노력하였다. 모든 인터뷰 내용은 인터뷰 대상자들의 동의를 구한 후 녹음하였으며, 이후 전사하여 결과 분석에 사용되었다. FGI는 4월부터 6월까지 총 5회 시행되었으며, 인터뷰 시간은 1회당 2시간 이상으로 진행되었다. 결과 분석은 전사된 녹음기록과 현장 기록물이 사용되었으며, 범주화된 주제와 소주제로 구분하여 중요 요소를 추출하고자 하였다. 수집된 인터뷰 자료에 대한 질적 분석 방법은 주제분석의 방법으로 분석하였다. 그리고 연구의 타당성을 높이기 위해 참여자 확인(member check) 기법을 사용하였다. 설문조사는 전국의 초·중·고등학교 학생 83,353명을 대상으로 시행하였다. 표본설계를 통해 초등학생 11,109명, 중학생 32,275명, 고등학생 39,969명을 대상으로 시행한 이 설문조사는 2016년 전국 청소년 위기실태조사와 병행하여 시행하였다. 설문조사 기간은 2016년 5월 9일부터 6월 30일까지 이루어졌다.

○ 모형안 도출 및 전문가 검토

- 청소년 자살예방교육의 발달적 모형연구를 위한 조사도구는 청소년 대상 예비설문조사, 교육 및 현장 전문가 FGI 결과, 그리고 기존의 선행연구에서 제시된 내용을 종합적으로 분석하여 일부 문항을 새롭게 구성하였고, 일부 문항은 2016년 청소년 위기실태조사 문항을 그대로 활용하고자 하였다. 먼저, 문항은 실태조사의 위험요인과 위기결과 중 청소년 자살과 연관 있는 문항들을 발췌하여 활용하였다. 즉, 우울, 자살생각, 자살계획, 자살시도 등에 관한 문항들이 그것이다. 둘째, 청소년 자살예방교육의 발달적 단계에 따른 교육내용을 청소년에게 직접 알아보고자 중·고등학생들을 대상으로 자살예방교육 내용에 포함되면 도움이 될 내용을 선택하도록 하였다. 단, 초등학생의 경우 자살예방교육 및 프로그램 내용에 관한 설문은 '자살'이라는 용어 사용의 최소화를 위하여 설문을 시행하지 않았다. 이와 같이 문헌연구, 초·중·고등학교 학생 대상의 설문조사 결과와 교사, 학계 및 현장 전문가 포커스그룹 인터뷰 분석 결과를 토대로 도출한 청소년 자살예방교육의 발달단계별 모형(안)을 완성하여 학계 및 현장의 전문가로 구성된 3인의 전문가협의회를 거쳐 검증하였다.

다. 결과

□ 설문조사 결과

- 자살예방교육 및 프로그램 관련 선행연구에서는 교육의 개발과 보급을 중요시하고 있었으며, 교육의 효과성을 검증하는 연구도 많이 이루어지고 있었다. 그러나 중요한 문제는 청소년의 발달단계에 따라 교육내용이나 개입이론을 다르게 하여 사용할 수 있는 다양한 자살예방교육 프로그램이 매우 부족하다는 점이었다.
- 학교에서 자살예방교육을 받는다면 어떤 교육내용이 도움이 될 것인가에 대한 질문에서는 초등학생과 중·고등학생이 많은 차이를 드러냈다. 먼저, 초등학생의 경우 도움이 되는 교육내용으로는 '스트레스를 푸는 방법'(12.6%), '문제를 해결하는 능력'(10.0%), '친구와 잘 지내는 방법'(9.3%), '긍정적 생활태도'(7.6%), '공부를 잘하는 방법'(7.2%), "나" 라는 생명의 소중함에 대한 교육(7.0%), '부모님과 잘 대화하는 방법'(7.0%) 등의 순으로 나타났다. 다음으로, 중·고등학생들의 경우 학교에서 자살예방교육을 받는다면 '우울, 불안 등 정신건강 교육'(10.1%)이 가장 많은 도움이 된다고 하였고, 그다음으로는 '삶의 의미를 찾을 수 있는 교육-긍정적 생활태도'(9.3%), '친구관계 등 대인관계를 잘 해나가는 방법'(8.5%)과 '미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로에 대한 교육'(8.5%), '부모님과의 의사소통 방법'(7.8%), '자살생각이 날 때 도움을 요청하는 방법'(7.8%), '분노조절 등 정서조절기술'(7.8%) 등의 순으로 나타났다.

□ 포커스 그룹 인터뷰 결과

- FGI에 참석한 전문가들은 기존 청소년 자살예방교육 및 프로그램의 효과 및 내용상의 한계점, 운영 방법, 운영상의 문제점 등에 대해 집중 논의하였다. 전문가들은 경험적으로 자살위험군 청소년들은 충동성과 정서조절의 문제를 보이며 가정 문제 등의 여러 문제가 복합적으로 맞물려 있다고 지적하였다. 기존 청소년 자살예방교육의 효과는 높으나, 발달단계별 자살예방 프로그램이 미흡하고 특히 초등학생용 교육 콘텐츠가 부족한 것이 한계점으로 지적되었다. 또한 교육은 대부분 대집단이나 학급 단위로 진행되며 안내장을 통한 부모교육을 시행하기도 하였다. 그러나 학교의 교육 시수를 확보하는 것이 어렵고 학교 관계자의 교육에 대한 중요성 인식 부족은 자살예방교육을 시행하는 데 어려움으로 지적되었으며, 학교와 지역사회 간 연계 부족도 문제점으로 지적되었다.
- 전문가들은 청소년 자살예방교육 및 프로그램의 개선방안으로 정책 및 인식의 변화, 앞으로의 자살예방 교육 방향, 청소년을 둘러싼 주변인의 교육 필요성에 대해 언급하였다. 먼저, 청소년 자살예방 관련 부처인 보건복지부, 교육부, 여성가족부 간의 협력을 통해 체계적인 교육을 시행하도록 하며, 이를 위한 장기계획과 예산수립, 교과내용 개편, 교육 및 사후조치 의무화를 강조하였다. 발달측면에서의 자살예방연구 및 교육 프로그램 개발이 선행되어야 하며 이를 심리교육 차원에서 시행하는 것이 필요함을 강조하였다. 다양한 교구재와 활동을 통해 프로그램을 운영하고 교육 프로그램에 대한 검증도 필요

하다고 하였다. 그리고 무엇보다도 교장과 교사, 학부모 대상의 교육이 절대적으로 필요하며, 교육 전문 강사 양성의 필요성도 지적하였다.

- 초등학교 고학년, 중학교, 고등학교 각 학교급별 청소년들을 위한 자살예방교육 프로그램을 개발할 때 꼭 필요한 내용과 공통으로 시행되어야 할 내용을 정리하여 제시하였다. 먼저 초등학생용 교육내용에는 부모의 영향을 많이 받는 시기인 점을 고려하여 가족 문제를 다뤄 주고, 삶을 긍정적으로 보며 자기 성장을 해 나갈 수 있는 훈련과 생명의 소중함, 간단한 자살예방 방법 등에 대한 교육이 필요한 것으로 나타났다.

표 3 초등학생 자살예방교육 및 프로그램 내용

주제	소주제	의미단위
정신건강	우울	우울에 대한 이해
	자기감정수용 · 표현	자살에 포인트를 두지 말고 자기표현능력 등에 중점
	삶의 긍정성 훈련	삶을 긍정적으로 보도록 하는 접근 필요
	경청 및 공감	다 같이 경험들을 공감하고 이야기하는 작업 중요
	자아존중감 향상	자아존중감을 지닐 수 있도록 할 것
발달과업	일상생활에서의 어려움	일상적 어려움을 이야기하고 바르게 대처하는 것이 매우 중요
	문제해결능력 향상	이 시기에 겪을 수 있는 발달적 문제들에 관한 문제해결능력 키우기
환경요인	가족 갈등	초등학생 시기에는 부모의 영향에 의해 죽고 싶다는 생각을 하는 시기임
생명존중의식 강화	생명의 소중함	생명의 소중함과 생명존중자세 알려주기
	나의 소중함	나의 장점말하기 활동을 통해 내 생명의 소중함 알기
	생명과 관련된 지식 전달	생명 탄생 과정을 알려주면 자신을 새롭게 보게 됨
	생명경시행동 알기	누군가가 자살하려 한다면 정난처럼 반응하는 것이 문제
자살 예방을 위한 방법	자살에 대한 오해 바로잡기	하나의 생명이 자살로 인해 거기에서 끝나는 것이 아님을 알게 함
	자살 후 상황 이해	가족이 파탄 나는 등의 상황에 대한 이해
	도움이 되는 듣기	자살위험친구에게 도움이 될 수 있는 듣기에 대해서 알려주어야 함
	자살 위기를 극복하는 방법	죽고 싶은 상황에서 이겨낼 수 있는 희망과 비전 주기

- 중학생용 교육내용에는 청소년기 발달특성의 이해와 스트레스에 대처하는 방안, 자기 감정을 잘 알아차리는 훈련, 생명의 소중함, 삶과 죽음에 관한 논의가 필요하다. 자살에 대한 올바른 정보 습득과 자살위기 친구를 도와주는 방법 등에 관한 교육이 필요하다.

표 4 중학생 자살예방교육 및 프로그램 내용

주제	소주제	의미단위
정신건강	우울, 충동성	우울감, 충동성, 분노조절 등 정신건강 문제
	자기감정수용	내 감정을 알아차려서 잘 전달하는 방법
	경청 및 공감 훈련	상대방 이해하기
	긍정적 사고 촉진	행복하다는 것은 어떤 것인지에 대한 것
발달과업	청소년기 심리 및 발달특성 이해	신체적 변화, 감정의 변화 등이 자연스러운 것임을 알려주기
		정서행동상 나는 왜 다른 아이와 같지 않나 등과 같은 부분도 다룰 수 있음
생명존중 의식강화	삶과 죽음	삶뿐 아니라 죽음에 관한 논의가 필요
	생명의 소중함	내가 소중함을 지켜나가는 것을 알려주기
자살 예방을 위한 방법	자살에 대한 올바른 정보 습득	위기가 심하다고 해서 자살로 이어지는 것은 아니라는 것을 알려주기
	자살위기 친구를 도와주는 방법	자살에 대한 일반적 정보와 자살위험성에 대한 정보, 자살위기 친구를 어떻게 도울지에 대한 교육

- 고등학생용 교육내용에는 진로나 미래에 대한 고민이 많은 시기이므로 정신건강과 스트레스 관리, 청소년기 발달특성, 삶의 의미와 죽음 대비 교육, 자살위험신호를 알아차리고 위험 친구에게 도움을 주는 방법 등에 관한 교육을 토론형식과 병행하여 시행하는 것이 필요하다.

표 5 고등학생 자살예방교육 및 프로그램 내용

주제	소주제	의미단위
정신건강	정신건강에 대한 이해	자살과 우울감, 정신질환과 연관될 수 있는 것도 알려주는 것이 좋음
	내면강화치료	심리정서에 대한 내면치료 자존감 향상 및 자신의 가치를 발견할 수 있는 교육 및 프로그램
발달적 어려움	청소년기 심리 및 발달특성에 대한 이해	발달단계상 '자연스러운 일이나, 감정 기복이 심할 수 있구나' 라는 것을 알아야 함 이건 다 같이 겪는 것임을 아는 것도 중요
	진로나 미래에 관한 이야기	진로나 미래에 대한 고민이 많은 시기. 도움을 받을 수 있는 방법 등에 대하여 이야기함
생명존중 의식강화	삶과 죽음에 대한 이야기	삶과 죽음에 관한 논의 필요 죽음 대비 교육
	삶의 의미 찾기	내가 앞으로 어떻게 의미 있는 삶을 살아가야 할 것인가에 관한 내용
자살예방을 위한 방법	죽음, 자살에 대한 토론형식의 교육	유가족, 트라우마, 상실에 관한 이야기 다룸 자살에 대한 아이들의 태도, 어떤 생각과 입장을 가질 것인가에 대한 것
	자살 위험신호 알아차리기	자살위험신호, 관련 기관에 대한 정보
	자살위험 친구에게 도움을 주는 방법	또래상담자의 도움을 받으면 좋음 자살에 대해 고민하는 친구를 도울 수 있는 방법

- 초·중·고등학교 청소년들에게 공통으로 필요한 자살예방교육 내용은 발달적 특성, 감정조절방법과 교우관계를 잘해 나가는 방법, 스트레스 대처 능력 향상 등의 내용을 인성교육 차원에서 강화해 나갈 필요가 있다. 특히 자살에 대한 이해와 자살예방을 위하여 주변에 도움을 요청하는 방법에 관한 교육이 필요하다.

표 6 초·중·고 공통내용

주제	소주제	의미단위
정신건강	감정조절방법	감정조절방법, 정서조절훈련 필요
	스트레스 대처 능력 향상	내 힘으로 할 수 없을 때 어떻게 대처하는가 등에 대한 정보와 방법 중요
발달과업	심리 및 신체변화 이해	청소년기의 심리적 변화, 사춘기적 변화에 대한 이해
환경요인	교우관계 잘하는 법	친한 친구는 지지적인 보호요인이 되므로 친구를 잘 사귀는 방법 교육
생명존중 의식강화	인성교육차원 강화	한 학기 동안 인성교육 차원으로 가면 준비가 되면서 자살에 대한 언급도 할 수 있음
자살예방을 위한 방법	자살에 대한 이해	자살에 대한 이해와 위급한 상황에 대해 어떤 도움이 되는지 알려줄 수 있음 위험을 느낄 때 도움을 요청하는 방법 알려주기
	도움을 요청하는 방법	도와달라는 말이 부끄러운 말이 아니라는 것을 알려주어야 함. 위기를 느낀다면 빨리 어른에게 알려야 함

□ 설문조사 결과

- 83,353명의 응답자들의 특성을 살펴보면, 성별로는 남학생이 42,930명(51.5%), 여학생이 40,423명(48.5%)이었으며, 학교급별로는 초등학생 18,386명(22.1%), 중학생 29,170명(35.0%), 고등학생이 35,797명(42.9%)이었다.
- 도움이 되는 자살예방교육 내용에 대해서는 전체적으로 학업이나 일상생활 스트레스 대처방법이 가장 높은 비율을 차지했고, 다음으로는 친구관계 등 대인관계를 잘해 나가는 방법으로 나타났다. 전체적으로 높았던 순위를 살펴보면, ① 학업이나 일상생활 스트레스대처방법 (57.8%), ② 친구관계 등 대인관계를 잘해 나가는 방법(46.1%), ③ 미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로에 대한 교육(39.3%), ④ 삶의 의미를 찾을 수 있는 교육(39.0%), ⑤ 우울, 불안 등 정신건강 교육(34.9%), ⑥ 자아존중감 향상(34.2%), ⑦ 성적 향상 방법(33.2%) 등의 순으로 나타났다. 중학생들에게 높았던 순위를 살펴보면, 중학생 전체 29,170명 중 ① 학업이나 일상생활 스트레스대처방법(60.3%), ② 친구관계 등 대인관계를 잘해 나가는 방법(49.7%), ③ 미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로에 대한 교육(40.1%), ④ 삶의 의미를 찾을 수 있는 교육(38.8%), ⑤ 우울, 불안 등 정신건강 교육(36.9%), ⑥ 성적 향상 방법(36.8%), ⑦ 자아존중감 향상(34.1%) 등의 순으로 나타났다. 고등학생에게 높았던 순위를 살펴보면, 고등학생 전체 35,797명 중 ① 학업이나 일상생활 스트레스대처방법(55.7%), ② 친구관계 등 대인관계

를 잘해 나가는 방법(43.1%), ③ 삶의 의미를 찾을 수 있는 교육(39.2%), ④ 미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로에 대한 교육(38.8%), ⑤ 자아존중감 향상(34.3%), ⑥ 우울, 불안 등 정신건강 교육(33.2%), ⑦ 성적 향상 방법(30.3%) 등의 순으로 나타났다.

표 7 도움이 되는 자살예방교육 내용 (중복응답가능)

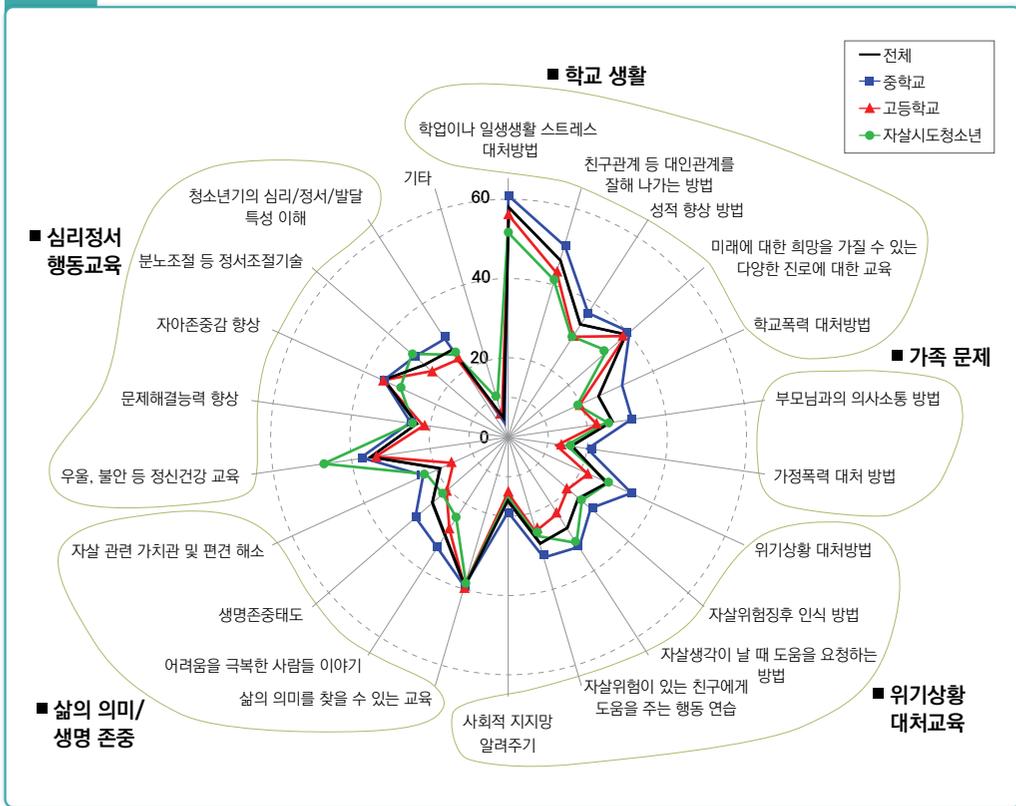
[단위: 명(%)]

문항	전체	성별		학교급별	
		남자	여자	중학교	고등학교
학업이나 일상생활 스트레스 대처 방법	37,536 (57.8)	19,544 (58.4)	17,992 (57.1)	17,591 (60.3)	19,945 (55.7)
친구관계 등 대인관계를 잘해 나가는 방법	29,936 (46.1)	14,437 (43.1)	15,499 (49.2)	14,509 (49.7)	15,427 (43.1)
미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로에 대한 교육	25,564 (39.3)	12,730 (38.0)	12,834 (40.8)	11,691 (40.1)	13,873 (38.8)
삶의 의미를 찾을 수 있는 교육	25,344 (39.0)	13,095 (39.1)	12,249 (38.9)	11,316 (38.8)	14,028 (39.2)
우울, 불안 등 정신건강 교육	22,661 (34.9)	10,858 (32.4)	11,803 (37.5)	10,764 (36.9)	11,897 (33.2)
자아존중감 향상	22,239 (34.2)	10,769 (32.2)	11,470 (36.4)	9,948 (34.1)	12,291 (34.3)
성적 향상 방법	21,564 (33.2)	10,836 (32.4)	10,728 (34.1)	10,732 (36.8)	10,832 (30.3)
어려움을 극복한 사람들 이야기	19,249 (29.6)	9,900 (29.6)	9,349 (29.7)	9,539 (32.7)	9,710 (27.1)
자살위험이 있는 친구에게 도움을 주는 행동 연습	17,997 (27.7)	9,251 (27.6)	8,746 (27.8)	9,211 (31.6)	8,786 (24.5)
분노조절 등 정서조절 기술	17,956 (27.6)	9,892 (29.6)	8,064 (25.6)	8,954 (30.7)	9,002 (25.2)
위기상황 대처방법	17,709 (27.3)	10,161 (30.4)	7,548 (24.0)	9,887 (33.9)	7,882 (22.0)
자살생각이 날 때 도움을 요청하는 방법	17,623 (27.1)	9,571 (28.6)	8,052 (25.6)	9,509 (32.6)	8,114 (22.7)
부모와의 의사소통 방법	17,194 (26.5)	9,466 (28.3)	7,728 (24.5)	9,102 (31.2)	8,092 (22.6)
청소년기의 심리/정서/발달 특성 이해	16,769 (25.8)	8,400 (25.1)	8,369 (26.6)	8,515 (29.2)	8,254 (23.1)
생명존중태도	16,212 (25.0)	9,426 (28.2)	6,786 (21.5)	8,944 (30.7)	7,268 (20.3)
학교폭력 대처방법	16,133 (24.8)	9,347 (27.9)	6,786 (21.5)	9,096 (31.2)	7,037 (19.7)
자살위험징후 인식 방법	14,985 (23.1)	8,372 (25.0)	6,613 (21.0)	7,923 (27.2)	7,062 (19.7)

문제해결능력 향상	14,754 (22.7)	8,462 (25.3)	6,292 (20.0)	7,195 (24.7)	7,559 (21.2)
자살 관련 가치관 및 편견 해소	12,111 (18.6)	7,269 (21.7)	4,842 (15.4)	6,781 (23.2)	5,330 (14.9)
사회적 지지망 알려주기	10,371 (16.0)	6,155 (18.4)	4,216 (13.4)	5,515 (18.9)	4,856 (13.6)
가정폭력 대처방법	10,302 (15.9)	6,099 (18.2)	4,203 (13.3)	5,828 (20.0)	4,474 (12.5)
기타	3,042 (4.7)	2,045 (6.1)	997 (3.2)	1,082 (3.7)	1,960 (5.5)
전체	64,967 (100.0)	33,474 (100.0)	31,493 (100.0)	29,170 (100.0)	35,797 (100.0)

○ 마지막으로 전체 응답자 중 자살시도 경험이 있는 자살위기 고위험 청소년들은 어떠한 교육이 가장 필요하다고 응답했는지에 대해 심층 분석해 보았다. 높은 응답 순위부터 살펴보면, 자살시도 경험이 있다고 응답한 학생 중 ① 학업이나 일상생활 스트레스 대처방법(51.2%), ② 우울, 불안 등 정신건강 교육(46.6%), ③ 친구 관계 등 대인관계를 잘해 나가는 방법(40.8%), ④ 삶의 의미를 찾을 수 있는 교육(38.2%), ⑤ 미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로에 대한 교육(32.8%), ⑥ 분노조절 등 정서조절 기술(31.7%), ⑦ 자살생각이 날 때 도움을 요청하는 방법(31.5%) 등의 순으로 나타났다. 자살위기 청소년들이 우울, 불안 등 정신건강 교육과 분노조절 등 정서조절 기술, 자살생각이 날 때 도움을 요청하는 방법 등이 높은 순위의 응답을 한 점을 주의해서 살펴볼 필요가 있다. [그림 4]에서는 도움이 되는 자살예방교육내용을 유사한 영역별로 구분하여 중학교, 고등학교, 자살시도경험 청소년의 차이를 살펴보았다. 유사 영역은 학교생활, 가족문제, 위기상황 대처교육, 삶의 의미 및 생명존중, 심리정서행동교육 등 총 5개 영역으로 구분하여 분류하였다. 전체적으로 학교생활과 관련된 영역에 대한 욕구가 높은 것으로 나타났다. 이는 중학교, 고등학교, 자살시도경험 청소년도 모두 마찬가지였으며, 중학생과 고등학생은 비슷한 경향을 보였다. 특히 '학업이나 일상생활 스트레스 대처방법', '친구관계 등 대인관계를 잘해 나가는 방법', '미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로에 대한 교육에 대한 욕구'가 높은 것으로 나타났다. 또한 삶의 의미 및 생명존중 영역의 '삶의 의미를 찾을 수 있는 교육'에 대한 욕구도 중·고등 학생, 자살시도경험 청소년에게서 모두 높은 것으로 나타났다. 자살시도경험 청소년의 경우 전체 경향과 비슷한 응답패턴이었으나 특별히 '우울, 불안 등 정신건강 교육', '분노조절 등 정서조절기술'에 대한 교육 요구도가 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

그림 4 중·고등학교 일반청소년과 자살시도경험 청소년의 교육 요구내용 비교



□ 청소년 자살예방교육 모형 도출

○ 본 연구에서는 선행연구 고찰을 통한 국내·외 자살예방교육 및 프로그램 분석과 실태조사를 통한 청소년들의 자살예방교육 내용 요구 분석과 현장 및 학계 전문가, 교사 등을 대상으로 한 FGI 결과를 바탕으로 초·중·고 학교급별 자살예방교육 내용 요인을 도출하였다. 그 결과, 정신건강, 발달과업, 가족관계, 학교생활, 생명존중의식 강화, 자살예방을 위한 방법 등 6개의 항목이 도출되었고, 초·중·고 학교급별 세부 교육 내용은 하위항목으로 포함되었다. 또한 초·중·고 학교급별 차별화된 내용과 함께 11개의 공통내용이 도출되었는데, 이는 감정조절방법, 자아존중감 향상, 스트레스 대처방안, 문제해결 능력 향상, 부모와의 의사소통 방법, 교우관계 잘하는 방법, 성적향상 방법, 학교폭력 대처방법, 생명의 소중함, 삶의 의미 찾기, 도움을 요청하는 방법이었다. 구체적인 공통내용 및 차별화된 내용을 중심으로 한 교육모형은 [그림 3]과 같다.

그림 5 학교급별 청소년 자살예방교육 모형

학교급별	초등학교	중학교	고등학교	
개인	정신 건강	<ul style="list-style-type: none"> 우울에 대한 이해 자기 감정 이해 감정 조절 방법 자아존중감 향상 타인 존중 (경청 및 공감) 긍정적 사고 훈련 스트레스 대처방안 	<ul style="list-style-type: none"> 우울, 불안 등 정신건강 이해 감정 자각 및 전달 감정 조절 방법 자아존중감 향상 타인 존중 (경청 및 공감훈련) 긍정적 사고 훈련 스트레스 대처방안 	<ul style="list-style-type: none"> 정신건강 전반 (정신질환 포함) 감정 조절 방법 자아존중감 향상 스트레스 대처방안
	발달 과업	<ul style="list-style-type: none"> 심리 및 신체 변화 이해 문제해결능력 향상 	<ul style="list-style-type: none"> 청소년기 심리 및 발달특성 이해 문제해결능력 향상 	<ul style="list-style-type: none"> 청소년기 심리 및 발달특성 이해 문제해결능력 향상
환경	가족 관계	<ul style="list-style-type: none"> 부모와의 의사소통 방법 	<ul style="list-style-type: none"> 부모와의 의사소통 방법 가정폭력 대처방법 	<ul style="list-style-type: none"> 부모와의 의사소통 방법 가정폭력 대처방법
	학교 생활	<ul style="list-style-type: none"> 교우관계 잘하는 방법 성적향상 방법 학교폭력 대처방법 	<ul style="list-style-type: none"> 교우관계 잘하는 방법 성적향상 방법 학교폭력 대처방법 미래에 대한 진로교육 	<ul style="list-style-type: none"> 교우관계 잘하는 방법 성적향상 방법 학교폭력 대처방법 미래에 대한 진로교육
생명 존중 의식 강화	<ul style="list-style-type: none"> 자신의 소중함 알기 생명의 소중함 삶의 의미 찾기 생명경시행동 알기 	<ul style="list-style-type: none"> 생명의 소중함 삶의 의미 찾기 삶과 죽음 생명존중태도 생명경시풍조 	<ul style="list-style-type: none"> 생명의 소중함 삶의 의미 찾기 삶과 죽음 생명존중태도 생명경시풍조 	
자살 예방을 위한 방법	<ul style="list-style-type: none"> 자살의 대한 오해 바로잡기 도움을 요청하는 방법 도움을 주는 방법 도움을 받을 수 있는 자원 정보 어려움을 극복한 사람들 이야기 	<ul style="list-style-type: none"> 자살에 대한 이해 자살에 관한 오해 자살문제 토론 도움을 요청하는 방법 자살위험이 있는 친구에게 도움을 주는 방법 훈련 사회적 지지 자원 활용하는 방법 자살위기 상황 대처방법 자살위험 신호 알아차리기 어려움을 극복한 사람들 이야기 	<ul style="list-style-type: none"> 자살에 대한 이해 자살 관련 가치관 및 편견 자살 문제 토론 도움을 요청하는 방법 자살위험이 있는 친구에게 도움을 주는 방법 훈련 사회적 지지 자원 활용하는 방법 자살위기 상황 대처방법 자살위험 신호 알아차리기 자살을 극복한 10대들 이야기 	

각 학교급별 교육내용 중 진한 부분은 공통내용임

라. 결론 및 제언

□ 결론

- FGI에 참여한 전문가 인터뷰 결과 학교급별 자살예방교육 프로그램이 미흡하고 특히 초등학생용 교육 콘텐츠가 부족하다는 점이 지적되었다.
- 중학교와 고등학교용 교육 프로그램도 발달단계에 따라 세분화하여 심화된 프로그램으로 개발할 필요가 있었다. 또한 학교급별 청소년의 자살예방교육 내용으로 공통적인 교육내용도 도출되었으나 초·중·고등학생의 학교급별로 구성되는 교육내용에는 차이가 있었다. 초등학생용 교육내용에는 부모의 영향을 많이 받는 시기인 점을 고려하여 가족 문제를 우선시하여 다루어 주고, 중학생용 교육내용에는 또래친구나 학교생활에서의 영향이 큰 시기인 만큼 이러한 환경적인 문제들과 스트레스 대처방안에 관한 교육이 필요한 것으로 나타났다. 고등학생용 교육내용에는 진로나 미래에 대한 고민이 많은 시기이므로 정신건강과 스트레스 관리, 진로교육과 함께 삶의 의미와 죽음 대비 교육, 직접적인 자살 관련 문제들을 토론형식과 병행하여 시행하는 것이 필요할 것이다.
- 학교에서 자살예방교육을 시행할 경우 도움이 되는 교육내용을 조사한 결과를 보면, 초등학생의 경우 도움이 되는 교육내용으로는 스트레스를 푸는 방법, 문제를 해결하는 능력, 친구와 잘 지내는 방법, 긍정적 생활태도, 공부를 잘하는 방법, '나' 라는 생명의 소중함에 대한 교육, 부모님과 잘 대화하는 방법 등의 순으로 나타났다. 중학생은 학업이나 일상생활 스트레스 대처방법, 친구관계 등 대인관계를 잘 해 나가는 방법, 미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로교육, 삶의 의미를 찾을 수 있는 교육, 우울, 불안 등 정신건강 교육, 성적향상방법, 자아존중감 향상 등의 순으로 나타났다. 고등학생은 학업이나 일상생활 스트레스 대처방법, 친구관계 등 대인관계를 잘 해 나가는 방법, 삶의 의미를 찾을 수 있는 교육, 미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로교육, 자아존중감 향상, 우울, 불안 등 정신건강 교육, 성적향상 방법 등의 순으로 나타났다. 전체적으로 학업 등으로 인한 스트레스 대처방법에 대한 욕구가 가장 많은 것을 알 수 있는데, 초등학생도 예외가 아니었던 점을 고려해보면 우리나라 청소년들의 일상 생활 스트레스가 전반적으로 매우 높다는 것을 알 수 있다. 따라서 초·중·고 학생들의 스트레스를 해소할 수 있는 다각적인 방법이 모색되어야 할 것이다. 특히, 전인적인 차원에서 다차원적으로 청소년들의 욕구를 해소할 수 있도록 하고, 진로 및 사회화에 도움이 될 수 있는 커리큘럼 개발이 필요할 것이다.
- 자살시도 경험이 있는 자살위험 청소년들은 학업이나 일상생활 스트레스 대처방법, 우울, 불안 등 정신 건강 교육, 친구관계 등 대인관계를 잘 해 나가는 방법, 삶의 의미를 찾을 수 있는 교육, 미래에 대한 희망을 가질 수 있는 다양한 진로교육, 분노조절 등 정서조절 기술, 자살생각이 날 때 도움을 요청하는 방법 등의 순으로 나타났다. 자살시도 경험이 있는 고위기 청소년들이 우울, 불안 등 정신건강 교육과 분노조절 등 정서조절 기술, 자살생각이 날 때 도움을 요청하는 방법 등이 높은 순위의 응답을 한 점을 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다. 자살시도 경험이 있는 청소년들은 후에 자살을 다시 시도할 가능성이 높으므로 자살 충동과 분노가 있을 때 어떻게 스스로 조절하고, 어디에 도움을 요청해야 하는지 등

에 대한 교육을 실시해야 할 것이다.

- 청소년의 자살예방교육 모형을 초·중·고 학교급별로 제시하였다. 모형은 크게 정신건강, 발달과업, 가족 관계, 학교생활, 생명존중의식 강화, 자살예방을 위한 방법 등 총 6개 영역으로 분류하였고, 이를 다시 공통부분과 발달단계별 차별화된 내용으로 세분화하여 제시하였다. 이 중 공통으로 교육해야 할 내용으로 개인의 정신건강 측면에서는 감정조절방법, 자아존중감 향상, 스트레스 대처방안이, 발달과업 관련해서는 문제해결능력 향상이 제시되었고, 환경적 측면에서 가족과 관련해서는 부모와의 의사소통방법이, 학교생활과 관련해서는 교우관계 잘하는 방법, 성적향상 방법, 학교폭력 대처방법 내용이 중요하게 지적되었다. 생명존중 및 자살예방 방법과 관련해서는 생명의 소중함과 삶의 의미찾기, 주변에 도움을 요청하는 방법 등으로 나타났다. 한편, 학교급별로 강조되는 내용으로는 초등학생은 가족 등 환경적 측면에서의 교육 그리고 생명존중에 대한 가치관 교육이 있었고, 중학생의 경우 또래, 학교 등 환경적 측면에서의 교육과 자살예방 방법 교육, 고등학생은 환경적 측면과 자살예방 방법, 미래 진로교육에 더 중점을 두어야 함이 밝혀졌다. 결론적으로 이 모형이 시사하는 바를 간략하게 정리하면 다음과 같다.
 - 각각의 공통교육 내용과 학교급별로 차별화된 내용은 초등학생 및 중·고등학생의 연령대별 발달단계별 특성을 고려하여 내용이 개발되어야 할 것이다.
 - 청소년 자살예방교육은 초등학교에서 중학교, 고등학교 단계별로 심화된 교육내용으로 전체 큰 틀 안에서 개발되고 교육되어야 할 것이다.
 - 무엇보다도 중요한 것은 이 교육모형을 자살예방교육 및 프로그램을 개발하는 과정에 적극 활용되어 지고, 개발된 자살예방교육 프로그램을 학교 현장에서 제대로 실천하도록 하는 시스템이 갖춰지는 것이다.

□ 제언

- **청소년 자살예방교육의 효과적인 실천 방안을 제시해 보면 다음과 같다.**
 - 청소년 자살예방 관련 부처 간의 협력과 관련 기관 간의 유기적인 연계체계 구축을 통해 학교 현장에서 자살예방교육이 체계적으로 시행되도록 한다.
 - 청소년 자살예방교육은 심리교육(Psycho-education)의 체계 안에서 학교 내의 다른 여러 교육(예: 학교폭력예방, 성교육 등)과 통합적으로 운영되도록 하는 것이 필요하다.
 - 자살예방에 대한 인식 변화 및 교육의 효과를 높이기 위해서는 무엇보다도 교장, 교사 등 학교 관계자와 부모 대상의 교육이 강화되어야 할 것이다.

마. 참고문헌

- 고재홍·윤경란 (2007). 청소년의 스트레스와 자살생각. 한국청소년연구: 18(1). 185-212.
- 김보영 (2008). 청소년 자살생각에 영향을 미치는 변인에 대한 메타분석. 한국간호과학회: 39(5). 651-661.
- 김성이·조학래·노총래 (2004). 청소년복지학. 서울: 집문당.
- 김순규 (2008). 청소년 자살에 영향을 미치는 요인: 위험요인과 보호요인의 매개효과를 중심으로. 정신보건과 사회사업. 66-93.
- 김현순·김병석 (2008). 자살생각과 그 관련변인들 간의 구조적 관계 모형 검증. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료. 20(2). 201-219.
- 김현준 (2007). 청소년이 지각한 사회적 지지와 자살생각 간의 관계연구. 안양대학교 대학원 석사학위논문.
- 김후자·김정남 (2001). 질적연구로서의 포커스그룹 연구방법 (Focus group method) 에 대한 고찰. 계명간호과학. 5. 1-21.
- 문동규 (2011). 청소년의 자살생각에 관련된 변인의 메타회귀분석: 유발 및 억제변인 중심으로. 충북대학교 대학원 박사학위논문.
- 문동규·김영희 (2011). 청소년의 자살생각과 관련된 억제변인의 메타회귀분석. 청소년학 연구. 19(1). 945-964.
- 박병금 (2006). 청소년의 심리사회적 특성과 자살생각. 학교사회복지. 10. 41-76.
- 박영숙 (2009). 청소년 자살사고의 보호요인과 위험요인: 인문계 및 실업계 고등학생의 학교생활 스트레스, 우울, 부모관계, 친구관계 및 자살사고와의 관계. 한국청소년연구. 20(3). 221-251.
- 박경 (2005). 청소년의 아동기 학대경험과 자살사고간의 관계에서 문제해결과 사회적 지지의 중재효과. 한국심리학회지: 학교. 2(2). 121-147.
- 박재연 (2010). 청소년의 자살위기와 레질리언스. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 박재연·정익중 (2010). 인문계 고등학생의 학업문제가 자살생각에 미치는 영향-개인수준의 위험요인과 보호요인의 매개역할을 중심으로. 한국아동복지학. 32. 69-97.
- 손국정 (2008). 생명존중교육을 통한 청소년 자살예방교육 방안 연구-중등학교 도덕과를 중심으로-. 동아대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 신민섭·박광배·오경자 (1991). 우울증과 충동성이 청소년들의 자살 행위에 미치는 영향 한국심리학회지: 임상. 10(1). 286-297.
- 신미영·김교현 (2005). 한국 청소년의 자살생각에 대한 위험요인과 보호요인. 한국심리학회지:건강. 10(3). 313-325.
- 오승근 (2006). 청소년의 자살태도, 자살위험성 및 생명존중교육 참여 요구와의 관계. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- 오승환·이창한 (2010). 청소년의 자살충동 결정요인 분석. 한국범죄심리연구. 6. 147-170.
- 유기웅·정종원·김영석·김한별 (2012). 질적연구방법의 이해. 서울: 박영사.

- 이귀숙·김은영·장은희 (2015). 청소년 자살예방심화프로그램개발. 한국청소년상담원.
- 이승연 (2007). 학교장면에서의 자살 사후중재. 상담학연구. 8(1). 161-180.
- 이종익·오승근 (2014). 청소년 대상 학교급위 자살예방 프로그램이 자살위험성과 자살태도에 미치는 효과. 청소년문화포럼. 37. 81-100.
- 임영식·오세진 (1999). 청소년 자살과 예방. 중앙사회과학연구. 12. 141-158.
- 장미향·성한기 (2007). 집단따돌림 피해 및 가해경험과 사회정체성 및 사회지지의 관계. 한국심리학회지: 사회 및 성격. 21(1). 77-87.
- 질병관리본부 (2018). 제14차 청소년건강행태조사.
- 최미선 (2012). 청소년의 집단따돌림과 자살생각: 우울, 불안, 역기능충동성 및 자기존중감의 매개효과. 경남대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 한국청소년개발원 (2009). 청소년 심리학. 서울: 교육과학사.
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotter, M., & Cohen, D.J. (1993). "Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent male". Archives of General Psychiatry. 50. 138-142.
- Askenazy, F.L., Sorci, K., Benoit, M., Lestideau, K., Myquel, M., & Lecrubier, Y. (2003). "Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior". Journal of Affective Disorders. 74(3). 219-227.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., & Zelenak, J. P. (1988). "Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients". Archives of General Psychiatry. 45(6). 581-588.
- Creswell, J. W. (2015). "Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches(3rd ed)". (조홍식·정선욱·김진숙·권지성 공역. 질적연구방법론: 다섯가지 접근. 서울:학지사.)
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. & Bille-Brahe, U. (2004). "Definitions of suicidal behaviour". in DeLeo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., & Schmidtke, A.(Eds.). Suicidal behavior: theories and research findings. 17-39. Wachington, DC: Hogrefe & Huber.

03. 심리부검을 통한 자살 경로의 탐색적 분석

이효진(중앙심리부검센터 면담운영팀장)

가. 들어가며

자살과 자살행동은 매우 복잡하고 다양하며 개별적이다. 그렇기 때문에 자살에 관한 연구에서는 보편적으로 적용될 수 있는 법칙을 탐색하고 정량화를 통해 자살을 설명하려는 법칙정립적 방식(nomothetic approach)과 함께 개별 사례에 대한 심도 있는 분석을 통해 자살을 이해하려는 개별기술적 방식(idiographic approach)을 절충한 다각적 접근이 필요하다(Leenaars, 2002). 즉 자살 사망에 이르기까지의 과정은 고인 일생 동안 다양한 맥락의 수많은 살아있는 경험들로 구성되어 있으며, 자살 연구와 예방에 있어 이러한 복잡성을 고려해야 할 시점이다(Hjelmelan, & Knizek, 2016). 이에 개별적인 자살 사례에 대한 이해를 통해 궁극적으로는 그 안에 담겨져 있는 공통된 패턴과 자살 사망의 주요한 핵심을 도출하기 위해, 본 연구에서는 심리부검 면담을 바탕으로 자살 사망에 이르는 과정을 시간 순서에 따라 연대기적으로 살펴보고자 하였다.

나. 내용 및 방법

1) 자살 경로의 위험 요인 선정

자살 사망의 경로를 파악하기 위해서는 우선 고인의 경험을 개념화할 수 있는 구성 요소를 마련할 필요가 있었다. 모든 자살사망자는 한 사람 한 사람 모두 다른 각자의 삶을 살아가기에 동일한 경로를 거쳐 자살 사망에 이를 가능성은 매우 낮다. 그러나 자살 경로의 중요한 교점이자 전환점이 되는 마디(node)는 증첩될 수 있기에, 이 마디들을 분석의 기본 단위로 삼고 이를 자살 위험 요인에서 차용하여 “자살 경로의 위험 요인”으로 명명하였다. 자살과 관련한 스트레스 요인이나 위험 요인에 관한 그간의 연구 결과 등을 고려하여 자살 경로의 위험 요인을 포괄적으로 선별하고자 하였으며(Hawton, & van Heeringen, 2009; O'Connor, & Nock, 2014; Suokas, Suominen, Isometsä, Ostamo, & Lönnqvist, 2001; Turecki, & Brent, 2015), 자살 경로의 위험 요인 영역은 일차적으로 심리부검 면담 도구인 한국형 심리부검 체크리스트(K-PAC: Korea-Psychological Autopsy Checklist)가 제시한 영역을 기반으로 구성하였다(중앙심리부검센터, 2016). K-PAC은 국내외 문헌을 검토하여 자살의 주요 위험 요인과 영역을 선별한 면담 도구로, 자살 사망과 자살 사망자 연구에서 활용 가능성이 높다(중앙심리부검센터, 2018). 또한 K-PAC은 각 위험 요인의 발생 시기까지 탐색하도록 구성되어 있어 사망에 근접한(proximal) 요인은 더욱 촘촘하게 탐색하는 한편 오래전에 발생한(distal) 요인까지 포괄적으로 개관이 가능한 장점이 있다(중앙심리부검센터, 2019). 경로를 파악하기 위한 사전 작업으로, 2018년 심리부검 면담 대상자인 자살사망자 103 사례에 대해 예비 검토를 진행하여 자살 경

로에 대해 초안(rough sketch)을 작성하였다. 작성된 초안을 바탕으로 자살 경로의 위험 요인을 예비 추출하였고, 경로를 재검토하며 요인을 범주화/세분화하는 작업을 반복하였다. 최종적으로 선정된 문항은 다음 표 8과 같았다.

표 8 심리부검 면담에서 추출된 자살 경로의 위험 요인	
자살 경로의 위험 요인 (74항목)	
정신건강 영역 (9항목)	<ul style="list-style-type: none"> 우울장애 양극성장애 정신건강문제 재발/악화 음주 문제 불안장애 조현병(스펙트럼) 우울 및 음주 문제 복합 우울 및 불안장애 복합 기타 정신건강 문제
신체건강 영역 (8항목)	<ul style="list-style-type: none"> 암 임신/출산/불임/유산 관련문제 기타 신체건강 문제 부상/손상 만성질환 신체건강 문제 재발/악화 기능저하/만성질환 갱년기 문제/노인성 질환
경제 영역 (부채7항목+7항목)	<ul style="list-style-type: none"> 부채(도박/주식, 보증, 사업자금, 주택, 과소비, 생계유지, 기타) 가족 관련 경제 문제 독촉/상환 관련 문제 지속적 빈곤 사업부담 경제적 궁핍 수입지출변동 사업부진/사업실패
직업 영역 (16항목)	<ul style="list-style-type: none"> 취업준비/구직 취업 관련시험 준비/실패 취업 불안정 재취업곤란/이직곤란 무직 직장 유지의 어려움(찾은 이직) 취업/이직 실직/퇴직 정년퇴직/은퇴 직무변화 복무상태변화 업무부담 상사동료 관계 문제 승진실패/누락 업무상 징계 업무상 과실
대인관계영역 (가족관계5항목+8항목)	<ul style="list-style-type: none"> 가족관계 문제(가족, 부부, 부모, 자녀, 기타) 가족질병 주변인의 사망/질병[자살 제외] 외도 이혼/별거 가족사별[자살 제외] 친구/지인 관계 문제 연애 문제 대인관계단절/철수
자살관련영역 (4항목)	<ul style="list-style-type: none"> 가족자살노출 자살노출 자살시도 자해
기타(10항목)	<ul style="list-style-type: none"> 학업 관련 문제 음주운전 관련 문제 주거환경변화 학교 부적응 범죄 피해 기타 군 부적응 범죄 가해 문제 발각/발고 법적 문제

2) 자살 경로의 작성

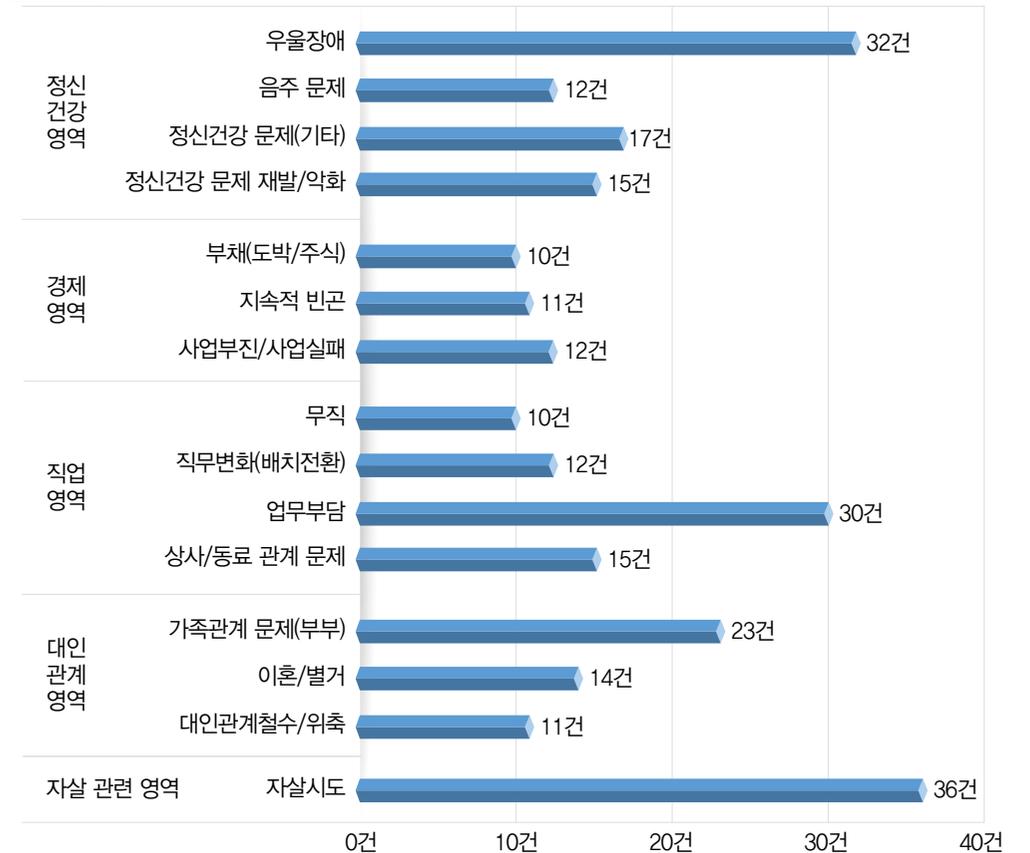
자살 경로의 구성은 시간적인 순서에 따라 최종 선정된 자살 경로의 위험 요인들을 배치하는 과정으로, 심리부검 내용을 주의 깊게 검토하며 진행되었다. 심리부검(psychological autopsy)은 자살사별 유족과의 면담 등을 통해 고인의 죽음에 영향을 미치거나 자살 사망을 촉발했을 요인들을 재구성하는 과정으로 (Shneidman, 1977), 고인의 생애 전반의 다양한 영역을 탐색하고 자살과 관련된 주요한 스트레스 요인과 사건을 파악할 수 있기에 자살 경로 파악에 있어 중요한 자료를 제공한다. 심리부검 내용을 토대로 자살 경로의 위험 요인을 배치하며 사례별 자살의 경로를 작성하였다. 자살 경로의 위험 요인은 기본 분석과 함께 집단 간 차이, 특성 비교를 보다 용이하게 수행하기 위해 코딩북에 따라 코딩되었다. 본 연구는 일차적으로 개별 사례에 대한 이해가 목적이기 때문에, 위험 요인을 보다 상위의 범주로 추상화하거나 개념적 용어로 재구성하여 의미 있는 정보를 손실하기보다 세분화된 요인을 분석의 기본 단위로 간주하였다.

다. 결과

1) 자살 경로의 위험 요인에 대한 기본 분석

최종 선정된 74개 자살 경로의 위험 요인을 분석한 결과, 한 사례당 자살 경로에 포함된 위험 요인의 개수는 평균 5.05개(SD=2.26)인 것으로 나타났으며, 최대 12개까지 위험 요인이 포함된 것으로 파악되었다. 위험 요인이 3개(23.3%)인 경우가 가장 많았으며, 4개(19.4%), 5개(17.6%) 순이었다. 위험 요인을 다중응답 분석한 결과, 자살 관련 영역의 위험 요소인 [자살시도]가 36건으로 가장 많이 나타났고, 이어서 [우울장애]가 32건으로 많은 것으로 파악되었다. 주요 고빈도 위험 요인의 빈도는 그림 6과 같았다.

그림 6 자살 경로의 고빈도 위험 요인의 빈도수 (다중응답)



2) 연령 및 성별에 따른 자살 경로의 특성

생애주기에 따른 연령 집단 간의 자살 경로 특성을 살펴본 결과, 연령이 높은 집단일수록 자살 경로의 평균 기간이 증가하였으며 전 연령대에서 공통으로 나타나는 고빈도 위험 요인과 함께 해당 연령대에 특징적인 고빈도 위험 요인이 있는 것으로 확인되었다. 34세 이하의 청년 자살사망자의 경우 다른 연령 집단에 비해 자살 사망에 이르는 기간이 가장 짧았으며(60.94개월(SD=52.05)), 고빈도 자살 경로의 위험 요인으로 [정신건강 문제(기타)]와 [자살시도]가 각각 12건으로 가장 많았고 [우울장애] 역시 10건으로 많았다. 다른 연령 집단과 달리 [학업문제], [연애문제] 등이 위험 요인에 포함되었다. 35~49세 초반 중장년층의 경우 [업무부담]이 20건으로 가장 빈번한 위험 요인이었고 이어 [자살시도] 13건, [우울장애]가 12건이었으며, [직무변화], [이혼/별거]가 다른 집단보다 고빈도 위험 요인으로 나타났다. 50~64세 후반 중장년층 자살사망자의 경우 [우울장애]와 [가족관계문제(부부)]가 각각 7건이었으며 [자살시도], [음주문제], [부채(도박/주식)] 등이 많았다. 65세 이상의 노년층 자살사망자의 경우 자살의 위험 경로가 시작되고 사망에 이르기까지 기간이 226.20개월(SD=205.84)로 가장 긴 것으로 나타났으며, 자살 경로에 포함된 위험 요인의 수도 다른 집단에 비해 가장 많은 평균 6.50건(SD=2.72)인 것으로 나타났다. 고빈도 위험 요인에서 [자살시도]가 5건으로 가장 빈번하였으며, [부상/손상], [가족사별]도 다른 연령 집단보다 고빈도 위험 요인으로 나타났다.

남녀 성별에 따른 자살 경로 평균 기간의 차이는 유의미하지는 않았으나, 남성 자살사망자(4.69건(SD=2.05)) 보다 여성 자살사망자(6.12건(SD=2.57))의 자살 경로에 더 많은 위험 요인이 포함되었던 것으로 나타났다. 남성 자살사망자는 [업무부담(26건)]이 가장 높은 빈도의 위험 요인이었으며, 여성 자살사망자는 [자살시도(17건)]가 가장 많았던 것으로 파악되었다.

표 9 연령별/성별 자살 경로의 평균 기간과 평균 위험 요인의 수, 고빈도 요인

집단	자살 경로의 평균 기간 및 평균 위험 요인 수	자살 경로의 고빈도 위험 요인 (주요 요인 발췌)
전체 (n=103)	120.89개월(SD=121.07) 5.05개(SD=2.26)	• 자살시도 • 우울장애 • 업무부담 • 가족관계 문제(부부) • 정신건강 문제(기타) • 정신건강 문제 재발/악화 • 상사/동료관계 • 이혼/별거 • 음주 문제 • 사업부진/실패 • 직무변화 • 지속적 빈곤 • 관계단절/철수
34세 이하 (n=32)	60.94개월(SD=52.05) 5.00건(SD=2.11)	• 정신건강문제(기타) • 자살시도 • 우울장애 • 상사/동료관계문제 • 연애 문제 • 업무부담 • 학업문제 • 자해
35~49세 (n=41)	118.64개월(SD=104.94) 4.78건(SD=2.19)	• 업무부담 • 자살시도 • 우울장애 • 가족관계 문제(부부) • 직무변화 • 이혼/별거 • 정신건강 문제 재발/악화
50~64세 (n=20)	168.05개월(SD=127.84) 4.95건(SD=2.33)	• 우울장애 • 가족관계 문제(부부) • 자살시도 • 음주 문제 • 부채(도박/주식)

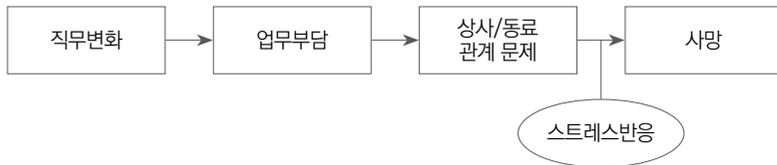
65세이상 (n=10)	226.20개월(SD=205.84) 6.50건(SD=2.72)	• 자살시도 • 부상/손상 • 가족사별 • 우울장애 • 가족관계 문제(부부) • 갱년기 문제/노인질환 • 은퇴
남성 (n=77)	120.20개월(SD=119.65) 4.69건(SD=2.05)	• 업무부담 • 자살시도 • 우울장애 • 가족관계 문제(부부) • 상사/동료관계 문제 • 음주 문제 • 정신건강 문제(기타) • 부채(도박/주식) • 직무변화 • 관계단절/철수
여성 (n=26)	123.38개월(SD=127.41) 6.12건(SD=2.57)	• 자살시도 • 우울장애 • 정신건강 문제 재발/악화 • 정신건강 문제(기타) • 이혼/별거 • 지속적 빈곤 • 가족관계 문제(부부) • 신체건강 문제(기타)

3) 직업군에 따른 자살 경로의 특성

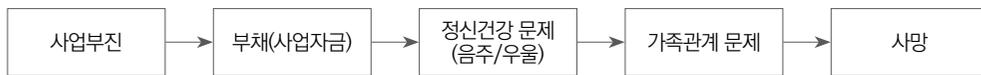
직업군에 따른 자살 경로의 위험 요인들에 차이가 있는지를 확인하고자, K-PAC의 직업군 항목을 기준으로 피고용인, 자영업자, 실업자, 은퇴자, 전업주부, 학생, 의무복무자 등 직업군을 나눠 집단의 자살 경로의 특성을 살펴보았다. 그 결과, 피고용인은 업무 과중의 패턴이 나타났는데, 이는 과중한 업무 부담에 앞서 직무변화/배치전환이 빈번했고 급성적 심리적, 신체적 스트레스 반응 이후 사망에 이르는 패턴으로, 직무 변화 시작부터 사망까지 평균 4.95개월(SD=4.05)로 짧은 것이 특징이었다. 자영업자에서는 사업부진에서 시작되는 패턴이 나타나는데, 사업에서의 곤란과 순탄치 않은 어려움, 신용불량과 파산으로 이어지면서 그사이 거의 동시에 음주 문제 혹은 우울 문제가 동반되는 양상이었다. 사업 부진부터 자살 사망까지의 기간은 평균 258.00개월(SD=96.560)로 매우 오랜 기간 진행돼 온 것으로 나타났다. 실업자 자살 경로에서 나타난 한 패턴은 정신 건강과 관련한 것으로, 우울장애, 양극성장애, 조현병 등 정신과적인 장애로 인해 근로가 쉽지 않고 무직 상태가 지속되면서 사회적으로도 철수되는 패턴이었다. 오랜 기간 근속하고 정년퇴직한 은퇴자는 은퇴를 기점으로 자살 경로가 시작되는 경우가 대부분으로, 은퇴 이후 우울장애나 신체적 기능의 저하, 부상, 대인관계에서의 관계 문제 등이 나타나는 경우가 많았다.

그림 7 주요 직업군별 자살 경로의 예시

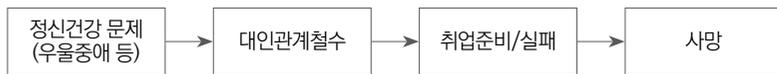
피고용인의 자살 경로 예시 - 업무과중 패턴



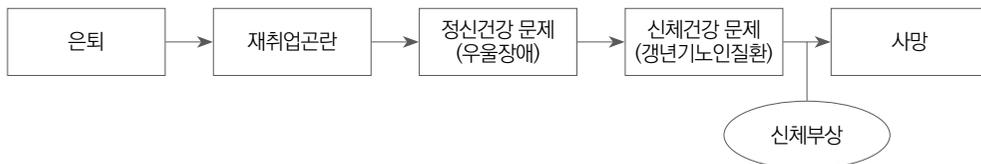
자영업자의 자살 경로 예시 - 사업부진 패턴



실업자의 자살 경로 예시 - 정신건강문제 패턴



은퇴자의 자살 경로 예시



라. 결론 및 제언

심리부검은 본질적으로 개별적인 사례에 대한 질적인 분석에 기반하며 개별기술적 접근을 통해 고인의 삶을 이해하고 조망하는 것을 중시한다(Leenars, 2017). 워낙 자살의 개인차와 변이가 다양하기에 자살사망자의 삶이라는 질적인 내용에 관한 연구는 쉽지 않은데, 그럼에도 불구하고 정량적인 분석의 심리부검 연구를 넘어서 심리부검을 바탕으로 얻어지는 연대기적 자료들을 분석하려는 연구자들의 노력은 계속되고 있다(Fortune, Stewart, Yadav, & Hawton, 2007; Séguin et al., 2007). 이러한 연구들은 심리부검의 질적인 자료를 활용하여 보다 보편적인 특성들을 이끌어내고자 하는 것으로, 사례에 대한 깊은 이해가 축적되면서 잠재적인 공통의 개념이나 패턴들이 표면에 드러날 수 있도록 여러 분석 방안을 활용한 예라 할 수 있겠다.

본 연구에서도 심리부검 내용을 토대로 자살의 경로를 작성하면서 연대기적 시간 순서에 따라 일련의 사건과 주제를 분석하였다. 심리부검 면담 결과의 정량적 분석에 더하여 개별적인 사례를 검토하고 자살 경로의 주요한 위험 요인들을 추출하고 특히 경로를 위험 요인의 연쇄로 단순화한 흐름도를 도식화하여 경로의 파악이 보다 용이하게 이뤄질 수 있도록 시범적으로 시도하였다. 그 결과, 연령이나 성별에 따라 자살 경로의 주요 고빈도 위험 요인이 파악되었고 직업군별 자살 경로의 몇 가지 패턴이 도출되었다. 맞춤형 자살 예방의 정책을 위해서는 이러한 패턴들이 중요한 의미를 가질 수 있는데, 예컨대 피고용자의 경우 직무변화와 업무부담, 직장 대인관계 문제로 이어지는 경로에서 단계적으로 위험을 개선하는 것이 필요하기에 이를 위해 사(社)측 개입의 중요성이 부각된다. 자영업자는 만성적인 사업 부진이나 정신건강 문제가 경제 문제에 동반되는 경우가 많으므로 접점이 될 수 있는 기관의 생명지킴이 역할이 중요할 수 있다. 또한 자살 경로의 위험 요인 가운데 [자살시도]나 [우울장애] 등이 고빈도 요인으로 드러나, 자살시도에 대한 개입이나 정신장애에 대한 치료적 접근은 자살 사망 전 구조를 위한 매우 중요한 기회임이 다시금 확인되었고 이는 자살 예방을 위해 이러한 고위험 대상군에 대한 적극적이고 집중적 개입 강화에 대한 근거가 될 수 있다.

본 연구는 예비적이고 탐색적 수준에서 자살의 경로와 위험 요인을 살펴보았다. 향후 자살사망자와 자살에 대한 진심 어린 심층적 이해를 바탕으로 개별 사례 접근에 기반을 둔 분석이 지속된다면, 자살 경로의 패턴은 구체화되고 자살 예방의 핵심이 되는 개입의 결정적 시점과 방안이 도출될 수 있을 것으로 기대한다. 특히 효과적인 자살 예방을 위해서는 하나의 일반화된(one-size-fits-all) 알고리즘이나 단일한 위험 요인을 밝히기 보다는 다양한 집단에 따른 개별적인 알고리즘과 위험 요인을 밝히는 것이 중요하므로(Bakst, Braun, & Shohat, 2016; Frankline et. al., 2016), 세분화되고 특화된 집단별 분석을 통해 집단 특성이 반영된 자살 경로의 파악이 필요하다.

마. 참고문헌

중앙심리부검센터 (2016). 한국형 심리부검 체크리스트 2.1(K-PAC: Korea-Psychological Autopsy Checklist 2.1). 중앙심리부검센터.

중앙심리부검센터 (2018). 경찰 수사기록을 통한 자살사망자 전수조사 결과보고서. 중앙심리부검센터.

중앙심리부검센터 (2019). 한국형 심리부검 체크리스트 2.1 시행지침서(2019 업데이트 버전). 중앙심리부검센터.

Bakst, S. S., Braun, T., & Shohat, T. (2016). The postmortem proxy-based interview: future directions. *Journal of Psychiatric Research*, 75, 46-56.

Frankline, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Muscchio, K. M., Jaroszewski, A. D., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Risk factors for suicide thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.

Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V. & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: using life chart to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorder*, 100, 199-210.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2016). Qualitative evidence in suicide: findings from qualitative psychological autopsy studies. In K. Olson, R. A. Young, & I. Z. Schultz (Eds.), *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice*. NY: Springer.

Leenaars, A. A. (2002). In defense of the idiographic approach: Studies of suicide notes and personal documents. *Archives of Suicide Research*, 6, 19-30.

Leenaars, A. A. (2017). *The psychological Autopsy: a roadmap for uncovering the barren bones of the suicide's mind*. NY: Routledge.

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., Daigle, F., & Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine*, 37, 1575-1583.

Shneidman, E. S. (1977). The psychological autopsy. In L. Gottschalk, F. McGuire, E. Dinobo, H. Birch, & J. Heiser (Eds.), *Guide to the investigation and Reporting of drug-abuse deaths*. Washington, DC: U.S. Department of health, Education and Welfare.

Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide: finding of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 117-121.

Turecki, G. & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicide behavior, *Lancet*, 387, 1227-1239.

* 본 내용은 2018 심리부검 면담 결과 보고서(중앙심리부검센터, 2019)를 요약 정리한 것으로, 중앙심리부검센터의 승인을 받았음.

04. 한국의 자살대책(Suicide and Countermeasures in Korea) 현황과 과제

백종우(중앙자살예방센터 센터장)

초록

2017년 정부의 100대 국정과제에 자살예방대책이 포함되면서 보다 적극적인 자살예방정책 마련의 계기가 되었다. 2018년 1월 자살예방 국가행동계획이 마련되어 총 6개 분야 54개 과제의 포괄적 대책이 발표되었다. 주요 내용은 지방자치단체의 자살예방계획과 성과를 보건복지부에 제출하고 중앙자살예방센터를 통해 취합하여 평가와 컨설팅, 시범사업을 진행하고 있다. 경찰청 자살사건 수사기록을 중앙심리부검센터가 분석하여 5년간 7만 명 자살사망자 전수조사를 통해 지자체별 자살예방대책을 수립하여 실행하고 있다. 생명지킴이 양성 계획에 따라 공무원, 이·통장, 사회복지사, 의료인을 생명지킴이로 우선 교육하여 200만 명의 국민 참여를 목표로 하고 있다. 20세부터 10년 주기로 국가건강검진에 우울증 검진을 포함하였다. 2018년 2월 보건복지부에 자살예방정책과가 신설되었고 효과적인 기획추진을 위해 2018년 5월 국무총리실에 국민생명지킴이추진단이 설치되었다. 전국의 정신건강복지센터 241개소의 인력을 5년간 1,455명 확충하여 자살전담인력을 보강하고 2019년부터 정신건강사례관리시스템을 전산화하여 자살시도자를 비롯한 등록환자를 체계적으로 관리한다. 응급실 기반 자살시도자 사후관리를 2020년 85개 병원으로 확대하고 사례관리자를 배치하여 응급의학과와 정신건강의학과와의 협력하에 시행하고 있다. 생애주기별 자살예방정책을 추진하여 독거노인대책, 청소년자살 대책과 SNS 상담, 군·경찰, 직장인, 실업자 등에 대한 대책이 추진되고 있다. 2018년부터는 자살예방상담전화는 보건복지부가 운영하고 있다. 자살보도 권고기준을 한국기자협회와 중앙자살예방센터가 함께 개발하여 언론의 자살보도가 향상되고 있다. 동반자살 모집 등 자살유해정보 유통금지와 처벌에 관한 자살예방법 개정안이 2019년 7월부터 시행되고 있다. 이러한 다양한 자살예방을 위한 노력의 실질적 추진체계로서 2019년 9월 국무총리실에 자살예방정책위원회가 설립되어 국무총리를 위원장으로 19개 부처와 청이 참여하여 민관 협력으로 시행하고 있다. 2018년 생명존중민관협의회의 설립과 함께 생명의 전화, 생명존중시민회의, 한국자살예방협회, 한국종교인평화회의 등 다양한 민간의 활약도 양적 질적으로 성장하고 있어 민관 협력을 통한 자살예방을 위한 새로운 도약이 기대된다.

가. 서론

한국에서 자살은 심각한 공중보건 문제이자 사회적 문제이다. 2018년 한국의 자살자 수는 1만 3,670명으로 사망원인의 5위에 해당한다. 자살률이 제일 높았던 2011년과 비교할 때 2017년에는 자살자 수가 3,443명 감소하여 27.6% 감소하였지만 2018년 다시 증가하였고, OECD 국가 중 1위 수준으로 높다. 청소년 자살률은 OECD 국가 중 10위로 상대적으로 낮으나 노인 자살률은 여전히 1위로 높다.

2004년부터 보건복지부 자살예방대책이 추진되기 시작하였고 2011년 자살률이 인구 10만 명당 31.7명까지 높아지면서 국회에서 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률이 통과되었다. 이후 맹독성 농약의 생산과 판매, 유통의 중단을 비롯한 다양한 자살예방대책 시행과 2012년 중앙자살예방센터가 설립되었고 2014년 중앙심리부검센터가 설립되었다. 한국형 표준 자살예방교육 프로그램 '보고듣고말하기'가 개발되어 중앙자살예방센터가 보급하여 2018년까지 100만 명의 국민이 수료하였다. 2019년까지 253개의 지역 정신건강복지센터(35개 자살예방센터)가 설치되었고 193개의 지자체가 자살예방조례를 제정하였다.

2017년 정부의 100대 국정과제에 자살예방대책이 포함되면서 보다 적극적인 자살예방정책 마련의 계기가 되었다. 2018년 1월 자살예방 국가행동계획이 마련되어 총 6개 분야 54개 과제의 포괄적 대책이 발표되었다. 청와대, 범부처합동, 보건복지부가 발표하여 자살예방이 국가정책의 우선순위로서의 중요성과 가치를 확인하였다. 「자살예방 국가행동계획」은 자살이 개인의 문제가 아니라 국가적으로 해결 가능한 사회 문제라는 인식을 바탕으로 하고 있다. 세계·종교계·언론계 등 사회 각 분야가 참여하는 “생명존중·자살예방 정책협의회”를 구성하여 협력하고 있으며 2019년 9월부터 국무총리를 위원장으로 하는 범부처 자살예방 정책위원회를 운영한다.

본 논문에서는 한국에서 진행 중인 자살예방 국가행동계획을 소개하고 민관의 협력으로 추진 중인 자살예방대책을 다루고자 한다.

나. 자살예방 국가행동계획 추진 현황(2018.1-2019.12)

1) 자살사망자 전수조사

경찰청 변사자 전수를 조사하여 읍면동 단위의 분석보고서를 지자체에 제공하고 있다. 보건복지부 중앙심리부검센터의 전문가가 경찰청 자료를 열람하여 사망자의 특성을 규명하는 방식으로 2019년 8월까지 5만 6천 건의 자료에 대한 조사가 완료되었고 98건의 분석보고서가 배포되었다. 경찰 자료는 심리부검 수준의 전문가 면담은 아니지만 자살 방법, 원인, 장소 등이 구체적으로 정리되어 있어 지자체의 자살예방대책 마련에 중요한 자료를 제시하고 있다. 이로써 5년간의 자료를 통한 지역 맞춤형 자살예방정책의 구체화가 가능해졌다.

2) 지역맞춤형 근거기반 정책

자살예방법에 따라 지자체는 자살예방시행계획을 수립하고 시행해야 한다. 2016년 송인한 교수가 개발한 지자체 자살예방수립계획 매뉴얼에 근거하여 보건복지부는 2018년 6월부터 지자체 자살예방시행계획 수립과 평가를 시행하고 있다. 평가결과를 지자체에 제공하고 보건복지부 자살예방정책과와 중앙자살예방센터는 지자체를 방문하여 컨설팅을 제공하여 지자체의 대응능력을 높이고 있다. 매년 우수 지자체에 자살예방의 날 기념식에서 포상을 시행하고 있다. 2018년 12월 개정된 법에 따라 보건복지부 장관은 시행계획에 따른 추진실적을 평가한 후 그 결과를 자살예방정책위원회의 심의를 거쳐 확정하게 되었다.

3) 지역사회 고위험군 발굴 연계체계 강화

증평모녀사건 이후 2019년 개정된 자살예방법에 따라 당사자 동의 후 서비스 연계의 근거가 마련되었고 경찰과 소방에서 자살예방기관의 동의를 얻어 정보를 제공할 수 있게 되었다. 2019년 1월부터 20세부터 10년 주기로 우울증 국가검진이 시행되어 건강검진 항목에 포함되었다. 강원도는 전체 이·통장을 생명지킴이로 양성하여 고위험군 발굴에 참여시키는 이·통장과 함께하는 자살예방 마음나눔 공동체 사업을 추진하여 고위험군 1만 명을 발굴하는 성과를 보고하였다. 이를 근거로 이·통장 등 지역 사정에 밝은 인력을 생명지킴이로 양성하는 전국 사업이 진행 중이다.

4) 고위험군에 대한 적극적 개입 및 유가족 원스탑 서비스

보건복지부는 정신건강복지센터의 전문인력을 확충하여 2018년부터 22년까지 1,575명을 채용하는 계획을 발표하였고 예산이 확보되어 진행 중이다.

국내 자살사망자의 59.4%는 사망 60일 이내에 일차의료기관을 방문하였으나 19.4%만 정신건강의학과 진료를 받았다. 정신건강의학과 외래치료를 5단계로 세분화하고 본인부담금을 경감하여 충분히 정신치료를 할 수 있는 기반을 만들고 인지행동치료를 급여화하여 정신치료에 대한 접근성을 높였다. 또한 퇴원 후 높은 자살위험은 퇴원 1개월 이내 자살률이 100명당 0.24명으로 일반인의 약 8배에 달해 퇴원 후 사례관리 수가 시범사업이 2020년부터 시작되었다. 또한 광역정신건강복지센터를 중심으로 24시간 365일 응급개입팀이 운영된다.

2018년 9월 청소년을 위한 SNS 상담시스템이 개통되고 2018년 12월부터 보건복지부 자살예방상담전화를 개통하였다. 자살예방법 개정에 따라 경찰과 소방이 자살신고 접수 시 긴급구조를 위해 인터넷 사업자 등을 통해 전화번호 등 개인정보를 열람할 근거가 마련되어 구조율 개선이 기대된다.

맹성규 의원 등 국회자살예방포럼 의원의 제안으로 자살유가족에 대한 지역사회 시범사업 예산이 마련되어 2019년부터 광주, 인천, 강원도 등 3개 지역에서 시작되어 사망 직후부터 원스탑 서비스를 의료, 복지, 행정 지원과 함께 제공한다.

5) 자살시도자 사후관리사업

2011년 원주세브란스병원 민성호 교수팀에서 시작된 생명사랑위기대응센터 모델은 자살시도자 사후관리의 질적 발전에 기여하였다. 2012년 원주세브란스병원, 카톨릭의료원, 경희대병원의 시범사업을 거쳐 2013년부터 보건복지부의 지원으로 13개 센터가 설립되었고 2020년에는 85개 기관으로 확대되고 있다. 2-8명의 사례관리자를 예산으로 지원하여 응급실을 기반으로 응급의학과와 정신건강의학과가 협력하여 맞춤 서비스를 제공하여 지역사회로 연계하는 모델로 중앙자살예방센터를 통해 전산화된 평가와 개입이 진행 중이다. 중앙자살예방센터의 보고서에 따르면 2016~2018까지 18,339명의 자살시도자에게 서비스가 제공되었고 건강보험자료와 머징한 연구에 따르면 자살사망을 1/3수준으로 저하하는 효과가 보고되었다. 2016년부터 생명보험사회공헌재단을 통한 치료비지원사업이 진행되었고 2019년부터 응급의료법과 정신건강복지 개정을 통해 정신응급의료기관 지정과 응급입원에 대한 본인부담금 지원이 가능해졌으며 2020년부터 건강보험을 통한 시범사업이 예정되어 있다.

6) 대상별 자살예방

전국의 57개 고용센터에서 실직 구직자 대상 심리지원서비스를 2018년 연 5만 2천 회 상담제공하였다. 주요 노동사건(자살, 산업재해, 감정노동 등)이 발생한 사업장에 근로자건강센터 등이 심리지원, 사후관리를 시행하여 2018년 26개 사업장에 지원을 제공하였다.

중고등학생을 대상으로 연 180만 명에 학생정서행동 특성검사를 통해 위기학생을 발굴하여 관심군 4.8%, 자살위험군 1.4%를 발굴하여 정신건강복지센터를 통해 평가와 치료연계를 지원하였다. 독거노인은 중요한 자살고위험군으로 독거노인 친구만들기 사업을 확대하면서 돌봄 제공 인력에 대한 고위험군 스크리닝과 서비스 연계를 시행하였다.

7) 자살위험 차단

교량, 숙박업소 등 자살 고위험 장소 7,582곳을 선정하여 1,302곳은 거점 근무하고 경찰 순찰을 강화하였다. 서울의 마포대교의 경우 2018년 펜스를 높이고, 중앙자살예방센터는 4개의 지자체를 시범사업지역으로 선정하여 한국수퍼마켓협회와 함께 번개탄 판매개선 시범사업을 실시하고 있다.

8) 생명지킴이 교육

중앙자살예방센터는 '보고듣고말하기' 한국형 표준 자살예방교육을 포함하여 '이어준인' 등 보건복지부 인증을 거친 생명지킴이 프로그램을 2013년부터 전국의 정신건강복지센터, 학교, 직장 등에 참가비 없이 보급하였고 2019년까지 120만 명이 국민이 생명지킴이 교육을 이수하였다. 자살예방 국가행동계획에 따라 200만 명의 생명지킴이 양성이 목표로 설정되었고 중앙자살예방센터는 한국형 표준 자살예방교육 프로그램 '보고듣고말하기' 2.0 버전을 포함하여 보건복지부, 정신장애인, 의료인 대상 생명지킴이 교육을 2019년 연구과제를 통해 개발하였고 2020년 보건복지부 인증 후 중앙자살예방센터에서 보급할 예정이다.

9) 국가자살동향시스템

통계청 사망원인통계가 다음 해 9월에 발표되어 매년 초 자살예방정책 수립 시 2년 전 통계만 활용 가능한 문제점을 해결하기 위해 자살예방 국가행동계획에 포함되어 추진되었다. 매일 경찰청 사망자료, 중앙응급의료센터의 자살시도자 정보, 교육부의 학생자살 정보를 수집하여 2개월 후 분석자료를 관계기관에 제공하는 시스템을 구축하였다. 2020년 1월부터 월 1회로 자살사망 및 시도자 정보에 대한 분석이 통계청을 통하여 제공되고 관계기관은 시스템을 이용하여 직접 자료를 검색할 수 있게 구성되었다.

10) 자살예방 국가행동계획의 추진체계

'자살예방 국가행동계획'은 효과성이 높은 실행계획 중심으로, 19개 부처·청이 참여하여 추진 중이다. 보건복지부 자살예방정책과를 필두로 학교 자살예방(교육부), 군·소방관·집배원 등 위험군 지원(국방부, 소방청, 우정사업본부), 자살수단 접근성 제한(산림청, 산자부, 환경부), 국가자살동향시스템(통계청), 자살사망자 전수조사(경찰청), 생명지킴이 확산(각 부처)에 참여하고 있다.

생명존중민관협의회에는 종교계, 노동계, 재계, 언론계, 전문가, 협력기관 등 34개의 민간단체와 6곳의 정부부처(청)를 포함한 40여 개 단체가 참여하고 있다. 2019년부터 생명의 전화가 운영지원을 맡아 분야별 조직을 통해 협력사업을 기획 진행하고 있다.

자살보도 권고기준 3.0의 확산을 위해 중앙자살예방센터는 한국기자협회와 함께 기자교육과 세미나를 개최하고 기사 모니터링을 통해 언론에 피드백을 제공하여 대부분의 보도에서 자살을 타이틀로 선정하지 않고 수단을 보도하지 않으며 자살예방 핫라인을 안내하는 등 실질적인 보도문화 개선이 있었다.

다. 국회자살예방포럼

2017년 안전실천시민연합(이하 안실련)이 발주한 연구용역을 한국자살예방협회에서 시행하였고 범부처 협력을 통한 포괄적인 자살예방대책 보고서를 발행하였다. 이를 근거로 2017년 국회에서 토론회를 개최하였고 안실련은 국회교통포럼 운영 경험을 바탕으로 국회자살예방포럼의 발족을 추진하였다. 2018년 2월 27일 원혜영, 주승용, 김용태 의원을 공동위원장으로 국회자살예방포럼 출범식을 가졌다. 39명의 국회의원이 포함된 비등록 연구단체로 안실련, 한국자살예방협회, 생명의전화, 생명보험협회 등 50만 이상의 구성원이 속한 단체가 참여하고 있고 중앙일보, YTN 라디오, SBS 등 언론도 공동 참여하였다. 2018년 6차례에 걸쳐 릴레이 세미나를 개최하였고 토론 결과를 중심으로 12개의 법안이 통과되었다. 2019년 2월에는 최초로 국회자살예방포럼 주최로 국회에서 보고듣고말하기 한국형 표준 자살예방교육을 시행하였다. 2019년 지자체 자살예방 사업 효과분석 및 평가를 시행하여 결과를 언론에 발표하였고 2019년 11월 국회자살예방대상을 시행하고 있다. 2018년 10월과 2019년 11월 국회자살예방포럼 국제세미나를 개최하여 일본 라이프링크 시미즈 야스유키 대표, 아네트 얼랜슨 덴마크 자살예방센터 부센터장, 제이 캐러더스 미국 뉴욕주자살예방센터장 등을 초청하여 국제교류의 장을 마련하였고 자살유가족을 토론자로 초청하고 유가족 원스탑센터 시범사업을 추진하였다.

라. 민간의 자살예방활동

한국자살예방협회는 생명보험사회공헌재단의 지원으로 2011년부터 농약보관함 사업을 통해 농촌 지역 자살예방을 위한 인식 개선과 보관함 보급에 힘써 보관함이 보급된 지역에서 자살이 발생하지 않는 성과를 보였다. 2012년부터 중앙자살예방센터를 위탁 운영하고 있다. 역시 생명보험사회공헌재단의 지원으로 2013년 한국형 자살예방교육 프로그램 보고듣고말하기를 개발하였고 중앙자살예방센터가 보급하여 120만 명의 국민이 이 교육을 수료하였다.

생명의 전화는 1994년부터 자살예방 핫라인을 민간 차원에서 운영해왔고 2018년부터 민관협의회 운영지원을 맡아 종교, 전문학회 등 여러 기관의 협력을 추진하였다.

한국생명운동연대는 2018년 4월 26개 시민사회, 교계, 학계 생명운동단체가 연합하여 결성하고 본격적인 활동을 하고 있다. 생명연대 준비위원장이었던 생명문화 임삼진 이사는 민간 차원에서 연대결성에 앞서 2017년 국정과제 채택을 위한 국정기획자문위원회 앞 집회 등 옹호 활동을 적극적으로 시행하였고 2018년 9월 6일 롯데그룹의 생명존중 롯데 선포식을 통해 기업의 사회공헌 영역으로 확장하기도 하였다.

한국종교인평화회의, 생명존중정책 민관협의회, 보건복지부는 2019년 11월 14일 종교계 자살예방 지침서를 출간하고 6개 종단의 협력을 선언하였다.

마. 언론과 방송의 역할

유명인 자살사건 후 1일 평균 9.36명의 자살 증가가 보고되었다(전홍진 2015). 베르테르효과를 예방하기 위해 중앙자살예방센터는 한국기자협회와 함께 자살보도 권고기준 3.0의 지속 확산을 위해 교육, 우수보도상 시상, 내부 모니터링 등을 진행하고 있다. 경찰청도 자살보도 대응 커뮤니케이션 매뉴얼을 통해 초기정보 단계에서 협조하고 있다. 또한 한국방송작가협회와 함께 드라마 등 영상물에 대한 자살 장면 가이드라인을 2019년 9월 마련하여 확산하고 있다.

제언

자살예방 국가행동계획은 한국의 자살예방정책을 근거 기반으로 부처 간 민관 협력으로 지자체를 중심으로 실질적으로 추진하는 기반을 마련하였다. 그동안 자살예방대책을 통해 실질적 성과를 경험한 해외의 자살예방대책을 참고하여 방향을 설정하였다. 핀란드의 사례는 전수조사를 통한 근거 기반 전략과 실행의 중요성을 보여준다. 미국은 연방의무감(Surgeon General)이 책임을 맡고 있으나 자살예방을 위한 전국자살예방행동연맹(National Action Alliance for Suicide Prevention)에 공공부분과 민간부분이 함께 참여하는 모델을 제시하고 있다. 일본의 사례는 내각부 산하에 자살예방협의회를 통해 정부가 전사회적 대책을 마련할 필요성과 함께 자살예방종합대책본부의 지자체 맞춤형 통계 제공의 중요성을 제시하였다. 덴마크는 자살수단에 대한 접근과 지역을 중심으로 근거 기반의 치료 프로그램 제공하는 공공의료에 기반을 둔 자살예방클리닉의 성공 사례이다.

그동안의 성과로는 자살사망자 5년간 전수조사, 자살예방법 개정을 통한 구조 강화, 자살유발 정보의 유통 금지, 자살예방정책위원회의 구성근거, 국가자살동향시스템의 구축 등이다. 향후 자살예방이 실질적으로 이루어지기 위해서는 첫째, 지자체의 자살예방역량 강화가 필수적이다. 맞춤형 자료에 기반하여 고위험군을 조기에 발견하고 적절한 서비스에 연계하는 실질적 시스템을 갖추고 이를 위해 지자체 리더의 참여와 민관협력체계의 구축이 필수적이다. 지역과 마을 단위로 맞춤형 정책수립을 위해 통계, 컨설팅, 지자체별 자살예방위원회가 작동할 수 있는 인프라가 제공되어야 한다. 둘째, 자살시도자 등 고위험군에 대한 긴급대응을 담당하는 정신응급센터, 응급실자살시도자 사후관리 사업의 사각지대를 줄이고 안정적 확산이 요구된다. 법 개정을 통해 정보 제공은 개선되었으나 본인에 동의가 있어야 하는 한계점이 있어 정보 제공과 응급입원의 활성화 등을 포함한 법 개정안이 국회에서 논의 중으로 법적 개선이 요구된다. 셋째, 자살위험성 동반되는 정신건강 문제에 대한 낮은 치료율이다. 2016년 정신질환실태조사에 따르면 정신질환 진단받은 사람 중의 22.2%만이 정신건강서비스를 이용하는 실정이다. 정신건강에 대한 편견 개선과 접근성의 향상이 자살예방에 대한 인식 개선과 함께 필수적이다. 넷째, 해외의 자살예방사업은 지자체 또는 공공의료를 통해 진행되온 반면 국내의 자살예방은 대부분 민간위탁 방식에 의존하고 있다. 근무조건을 개선하고 현장의 권한을 부여하는 개선이 요구된다. 생명사랑위기대응센터 사례관리자의 근무환경에 대한 문제점도 질적 서비스의 제공에 장애가 되고 있다. 응급개입팀의 경우 해외에서는 경찰과 소방 그리고 공공의료의 협력을 중심으로 작동하나 현재 국내에서는 정신건강복지센터에서 제공하고 있어 근본적 개선이 요구된다. 자살예방사업의 책임성과 전문성 그리고 안정적 사업운영을 위한 재단 추진 또는 공공기관화를 통해 민관협력을 안정적으로 지속적으로 추구할 수 있는 인프라의 강화가 요구된다.

표 10 민관협력 자살예방 사업

2017	07	새정부100대 국정과제 포함
	08	자살예방정책과 신설 발표
	09	문재인 대통령 자살예방대책 지시
	12	자살예방예산 증액
2018	01	자살예방 국가행동계획 발표(범부처합동)
	02	국회자살예방포럼 발족
	04	한국생명운동연대 출범(26개 단체)
	05	생명존중정책 민관협의회 출범(운영지원단 ; 생명의 전화)
	06	지자체 자살예방계획 수립 및 평가(보건복지부)
	07	국회자살예방포럼 매월 릴레이포럼 시작
	08	자살예방보도 권고기준 3.0 한국기자협회 보건복지부 중앙자살예방센터
	11	국회자살예방포럼 제1회 국제세미나 개최
2019	08	생명존중시민회의 출범
	09	국무총리 주재 자살예방정책협의회 출범
	11	국회자살예방포럼 제1회 국회자살예방대상 시상식 거행
	12	국회자살예방포럼 제2회 국제세미나 개최

참고문헌

관계부처합동 (2018). 자살예방 국가행동계획.

관계부처합동 (2019). 자살예방 국가행동계획 추진사항 및 향후 계획.

국회자살예방포럼 (2019). 국회자살예방포럼 제2회 국제세미나 자료. (12월 4일)

백중우 등 (2018). 적정 치료서비스 강도 판정을 위한 다면적 평가도구 개발 및 시범조사. 보건복지부

보건복지부·건강보험심사평가원 (2016). 2014년 기준 OECD 보건의로 질 지표 생산 및 개발.

보건복지부·중앙심리부검센터 (2020). 경찰수사기록을 통한 자살사망 분석 결과보고서. <https://data.psyauto.or.kr/>

보건복지부·생명존중정책 민관협의회·한국인종교평화회의 (2019). 생명을 살리는 자살예방지침서.

송인한 등 (2016). 지자체 자살예방수립 매뉴얼 개발 보고서. 보건복지부.

이해국 (2018). 자살예방사업 효율적 추진을 위한 거버넌스. 국회자살예방포럼 릴레이 세미나 자료. (11월 29일)

중앙자살예방센터 (2019). 응급실기반 자살시도자 사후관리사업보고서(2016년-2018년).

한국자살예방협회 (2017). 자살예방문화, 생명사랑 시스템 구축을 위한 사업모델 개발 보고서.

한국자살예방협회 (2019). 자살예방 조직 적정성에 대한 연구용역.

함봉진 등 (2019). 일차의료기관 이용 환자 대상 자살위험군 선별 및 정신과 치료 강화 모형 개발. 보건복지부

홍준표 등 (2017). 2016 정신건강실태조사. 보건복지부

Myung, W., Won, H., Fava, M., Mischoulon, D., Yeung, A., Lee, D., Kim, D., & Jeon, H.J. (2015). "Celebrity Suicides and Their Differential Influence on Suicides in the General Population: A National Population-Based Study in Korea". *Psychiatry Investing*.12(2):204-211.

* 본 논문은 일문으로 Japanese Journal of Crisis and Intervention에 수록될 예정임.

부록편

01. 자살에 대한 태도(자살실태조사)

02. 자살예방법 주요 개정사항

01. 자살에 대한 태도(자살실태조사)

자살예방에 대한 인식 및 태도 개선 정책과 연구의 기초 마련을 위해 2013년, 2018년 자살실태조사의 '제1세부 자살에 대한 국민태도조사'에서 자살에 대한 태도(ATTS) 항목을 비교하여 우리나라 국민의 자살에 대한 태도 현황과 변화를 파악하였다.

가. 조사 개요

자살실태조사는 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제11조 및 동법 시행령 제6조에 의한 지정 통계로 자살률 증가 요인의 정책적 기반이 될 수 있도록 2013년에 전 국민을 대상으로 최초로 시행하였으며, 5년마다 조사 및 공표하고 있다.

목표모집단은 조사 시점 현재 대한민국에 거주하는 모든 가구 내 만 19세부터 75세 이하의 성인이고, 조사 모집단은 조사 시점 대한민국에 인구주택총조사상의 섬, 기숙시설, 특수사회시설, 관광호텔 및 외국인 조사구를 제외한 일반 조사구 및 아파트 조사구 내 가구에 거주하는 만 19세 이상 75세 이하의 성인이며, 조사 대상은 표본크기 1,500명을 바탕으로 전국에서 150개 표본 조사구를 추출하고 각 표본 조사구에서 10가구의 표본가구를 조사하여 해당 가구 내 만 19~75세 성인 중 한 명을 조사하였다.

조사 내용은 대상자 생활 관련, 자살에 대한 태도(ATTS(Attitudes Towards Suicide) 척도), 미디어 관련, 자살행동 관련, 주변인의 자살 및 자살노출 영향, 자살예방 자원에 대한 인식, 국가 차원의 자살예방관리사업에 대한 인식, 기본 인구학적 정보이며, 조사면접원이 대상 가구를 직접 방문하여 면접조사를 시행한다.

표 1 자살실태조사 조사항목

구분	조사항목
대상자 생활 관련	행복도, 신체건강상태, 정신건강상태
자살에 대한 태도	ATTS(Attitudes towards suicide) 척도
미디어 관련	자살사건 보도의 영향 인식과 자살사건 보도에 대한 평가, 영상물의 자살표현 영향 인식과 영상물 자살표현에 대한 평가
자살행동 관련	자살생각 경험 및 그 이유, 자살생각 문제로 인한 전문가 상담 경험과 추후 이용 의사, 자살계획 경험, 자살시도 경험
주변인의 자살 및 자살노출 영향	주변인 중 자살한 사람 및 자살시기, 주변인 중 자살을 시도한 사람 및 자살시도 시기, 주변인 중 자살을 생각하거나 계획했던 사람, 주변인 중 현재 자살을 생각하고 있는 사람
자살예방 자원에 대한 인식	자살예방 방문상담기관 인지도 및 추후 이용 의사, 자살예방 전화상담기관 인지도 및 추후 이용 의사
국가 차원의 자살예방관리사업에 대한 인식	자살시도자를 보호하기 위해 개인 동의를 받지 않고 자살예방관리를 할 수 있는 예외인정에 대한 의견, 개인 동의를 받지 않고 시행할 수 있는 국가 차원의 자살예방 관리 영역에 대한 의견
기본 인구학적 정보	거주 지역, 성별, 연령, 혼인상태, 교육정도, 종교, 직업, 가구구성현황, 월평균 가구소득

나. 자살에 대한 태도(2013년, 2018년)

자살에 대한 태도 관련 37개 항목을 Renberg와 Jacobsson(2003)이 10가지 요인 차원으로 분류하였다. 이를 서울대학교 의과대학에서 원저자인 Ellinor Renberg의 자문을 통해 총 37개 항목 중 33개 항목을 10가지 요인 차원으로 재분류하여 분석에 사용하였다.

자살에 대한 태도(ATTS)는 1) 자살에 대한 수용적 태도, 2) 자살에 대한 거부적 태도, 3) 자살에 대한 인식 부족, 4) 자살에 대한 예방 인식, 5) 자살에 대한 금기적 태도, 6) 자살의 보편화 경향, 7) 자살에 대한 결정 과정, 8) 자살 동기에 대한 유추, 9) 자살예방의 준비성, 10) 합리적 선택의 10가지 요인으로 구성되어 있으며, 2013년도 조사결과와 비교하여 변화를 확인하였다. 10가지 요인에 따른 태도점수는 항목별 5점 Likert 척도의 평균점수이고, 항목별 동의율은 '매우 동의함' 또는 '동의함'이라고 응답한 사람의 비율이다.

표 2 ATTS-37 요인별 분류

구분	조사항목
자살에 대한 수용적 태도	5) 자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다. 20) 만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다. 29) 심한 불치병으로 괴로워하는 사람이 죽고 싶다고 표현한다면 그렇게 하도록 도움을 받아야 한다. 32) 나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다. 34) 사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다. 36) 만약 내가 심한 불치병으로 괴로워한다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶은 것이다.
자살에 대한 거부적 태도	2) 자살은 절대로 정당화될 수 없다. 3) 자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다. 19) 젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다. 27) 사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다.
자살에 대한 인식 부족	12) 자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다. 22) 자살은 아무런 경고 없이 발생한다. 23) 대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다. 28) 누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다. 33) 자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다.
자살에 대한 예방 인식	1) 자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다. 6) 누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다. 37) 자살은 예방될 수 있다.
자살에 대한 금기적 태도	11) 만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다. 13) 자살은 말하지 않아야 하는 주제이다. 24) 누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다.
자살의 보편화 경향	15) 거의 모든 사람은 자살에 대하여 한두 번 생각을 한 적이 있다. 17) 나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다. 31) 누구든지 자살할 수 있다.
자살에 대한 결정 과정	4) 대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다. 10) 누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다. 21) 자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다.
자살 동기에 대한 유추	7) 누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다. 35) 대부분의 자살 시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다.
자살예방의 준비성	9) 누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다. 30) 나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다.
합리적 선택	16) 자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다. 18) 자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다.

1) 자살에 대한 수용적 태도

불치병으로 고통받는 상황에서 자신이나 타인의 자살을 용인하는 태도 혹은 자살에 대한 허용적인 태도와 관련된 자살에 대한 수용적 태도는 2013년보다 증가하였다.

자살에 대한 수용적 태도에서 '만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다.'(↓1.0%p), '나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다.'(↓8.2%p)에 대한 동의율이 감소하였으나 '자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다.'(↑5.0%p), '심한 불치병으로 괴로워하는 사람이 죽고 싶다고 표현한다면 그렇게 하도록 도움을 받아야 한다.'(↑7.5%p), '사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다.'(↑4.6%p), '만약 내가 심한 불치병으로 괴로워한다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶은 것이다.'(↑3.4%p)라고 동의한 비율은 증가하였다.

표 3 2013년, 2018년 자살에 대한 수용적 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살에 대한 수용적 태도 점수	2.81	2.90	↑ 0.09
자살은 불치병을 마감하기 위한 합당한 수단이다.	19.3%	24.3%	↑ 5.0
만약 내가 심한 불치병에 걸린다면 자살을 고려할 것이다.	32.8%	31.8%	↓ 1.0
심한 불치병으로 괴로워하는 사람이 죽고 싶다고 표현한다면 그렇게 하도록 도움을 받아야 한다.	32.9%	40.4%	↑ 7.5
나는 심한 불치병으로 괴로워하는 사람들이 자살하는 것을 이해할 수 있다.	56.0%	47.8%	↓ 8.2
사람들은 자신의 생명을 스스로 끊을 권리가 있다.	18.3%	22.9%	↑ 4.6
만약 내가 심한 불치병으로 괴로워한다면 자살을 할 수 있게 도움을 얻고 싶은 것이다.	34.2%	37.6%	↑ 3.4

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

2) 자살에 대한 거부적 태도

자살은 이해하기 어렵다는 인식 및 태도와 관련된 자살에 대한 거부적 태도는 2013년보다 감소하였다. 자살에 대한 거부적 태도에서 '자살은 절대로 정당화될 수 없다.'(↑1.8%p), '사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다.'(↑0.6%p)에 동의한 비율이 증가하였고, '자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다.'(↓1.9%p), '젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다.'(↓1.3%p)에 대한 동의율은 감소하였다.

표 4 2013년, 2018년 자살에 대한 거부적 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살에 대한 거부적 태도 점수	3.94	3.84	↓ 0.1
자살은 절대로 정당화될 수 없다.	73.9%	75.7%	↑ 1.8
자살하는 것은 가족들에게 가장 나쁜 짓을 하는 것이다.	89.7%	87.8%	↓ 1.9
젊은이들의 자살은 아직 삶의 가능성이 무한하기 때문에 특히 이해할 수 없다.	66.2%	64.9%	↓ 1.3
사람들이 어떻게 자신의 생명을 스스로 끊을 수 있는지 나는 대체로 이해가 가지 않는다.	58.4%	59.0%	↑ 0.6

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

3) 자살에 대한 인식 부족

자살하려는 사람들이 자살에 대해 이야기하지 않는다는 생각과 자살에 대해 말하는 것이 실제 자살과는 관련이 적다는 인식 및 태도와 관련된 자살에 대한 인식 부족은 2013년보다 감소하였다.

자살에 대한 인식 부족에서 '자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다.'(↓2.2%p), '자살은 아무런 경고 없이 발생한다.'(↓4.4%p), '누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다.'(↓5.7%p), '자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다.'(↓5.5%p)에 대한 동의율이 감소하였고, '대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다.'(↑6.4%p)에 동의하는 비율은 높아졌다.

표 5 2013년, 2018년 자살에 대한 인식 부족 점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살에 대한 인식 부족 점수	3.50	3.45	↓ 0.05
자살한다고 위협하는 사람들이 실제로 자살을 하는 경우는 드물다.	47.7%	45.5%	↓ 2.2
자살은 아무런 경고 없이 발생한다.	47.3%	42.9%	↓ 4.4
대부분의 사람들은 자살에 관한 이야기를 꺼린다.	59.4%	65.8%	↑ 6.4
누군가 자살에 대하여 생각하고 있음에도 불구하고 가족들은 대개 무슨 일이 진행되고 있는지를 알지 못한다.	67.2%	61.5%	↓ 5.7
자살에 대하여 이야기하는 사람들이 반드시 자살을 하는 것은 아니다	73.5%	68.0%	↓ 5.5

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

4) 자살에 대한 예방인식

자살은 예방할 수 있다는 인식 및 태도인 자살에 대한 예방인식은 2013년보다 감소하였고, '자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다.'(↓ 4.3%p), '자살은 예방될 수 있다.'(↓ 4.8%p)에 대한 동의율이 감소하였으며, '누군가 자살하겠다고 결심한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다.'(↑ 5.7%p)에 동의하는 비율은 증가하여 자살을 예방할 수 있다는 인식이 낮아졌다.

표 6 2013년, 2018년 자살에 대한 예방인식 점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살에 대한 예방인식 점수	3.61	3.46	↓ 0.15
자살사고를 가진 사람을 돕는 것은 항상 가능하다.	57.2%	52.9%	↓ 4.3
누군가 자살하겠다는 결심을 한다면 아무도 그 사람을 막을 수 없다.	25.6%	31.3%	↑ 5.7
자살은 예방될 수 있다.	79.4%	74.6%	↓ 4.8

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

5) 자살에 대한 금기적 태도

자살에 대한 이야기는 하지 않는 편이 낫고 다른 사람의 자살 결정에는 간섭하지 않는 편이 낫다는 인식 및 태도인 자살에 대한 금기적 태도는 2013년보다 증가하였다.

자살에 대한 금기적 태도에서 '만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다.'(↑ 8.0%p), '자살은 말하지 말아야 하는 주제이다.'(↑ 2.4%p), '누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리는 간섭하지 말아야 한다.'(↑ 3.2%p)에 대한 동의율이 증가하였다.

표 7 2013년, 2018년 자살에 대한 금기적 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살에 대한 금기적 태도 점수	2.76	2.85	↑ 0.09
만약 당신이 자살에 대하여 질문한다면 누군가의 마음에 자살사고를 유발할 위험이 있다.	25.4%	33.4%	↑ 8.0
자살은 말하지 말아야 하는 주제이다.	46.1%	48.5%	↑ 2.4
누군가 자살을 원한다면 그 사람의 일이므로 우리가 간섭하지 말아야 한다.	11.9%	15.1%	↑ 3.2

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

6) 자살의 보편화 경향

과거 자살생각 및 자살이 보편적이라는 인식 및 태도와 관련된 자살에 대한 보편화 경향은 2013년 대비 감소하였다.

'거의 모든 사람은 자살에 대하여 한두 번 생각을 한 적이 있다.'(↓ 4.3%p), '누구든지 자살할 수 있다.'(↓ 9.2%p)에 동의한 비율이 감소하였고, '나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다.'에 대한 동의율은 2013년과 동일하였다.

표 8 2013년, 2018년 자살의 보편화 경향 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살에 대한 보편화 경향 태도 점수	3.04	2.99	↓ 0.05
거의 모든 사람은 자살에 대하여 한두 번 생각을 한 적이 있다.	47.6%	43.3%	↓ 4.3
나는 실제로 자살할 생각이 없더라도 자살할 것이라고 말할 수 있다.	27.3%	27.3%	0.0
누구든지 자살할 수 있다.	53.4%	44.2%	↓ 9.2

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

7) 자살에 대한 결정 과정

자살에 대한 결정 과정은 자살이 충동적이라기보다는 시간을 두고 발생한다는 인식과 태도이며, 2013년 대비 증가하였다.

자살에 대한 결정 과정에서 '누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다.'(↑ 6.7%p), '자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다.'(↑ 3.6%p)에 동의한 비율은 증가하였고, '대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다.'(↓ 11.8%p)에 대한 동의율은 감소하였다.

표 9 2013년, 2018년 자살에 대한 결정과정 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살에 대한 결정과정 태도 점수	2.79	2.95	↑ 0.16
대부분의 자살 시도는 충동적인 행동이다.	70.4%	58.6%	↓ 11.8
누군가 자살한다면 오랜 시간 동안 심사숙고한 결과이다.	42.8%	49.5%	↑ 6.7
자살을 한 번 생각했던 사람은 절대로 그 생각을 버리지 못한다.	33.5%	37.1%	↑ 3.6

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

8) 자살동기에 대한 유추

자살시도가 대부분 대인관계 갈등에 기인한다는 인식 및 태도와 관련된 자살동기에 대한 유추는 2013년 대비 증가하였고, '누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다.'(↑9.5%p), '대부분의 자살 시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다.'(↑11.5%p)에 대한 동의율이 증가하였다.

표 10 2013년, 2018년 자살동기에 대한 유추 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살동기에 대한 유추 태도 점수	2.62	2.87	↑ 0.25
누군가에게 복수하거나 처벌하려고 자살시도를 하는 경우가 많다.	19.8%	29.3%	↑ 9.5
대부분의 자살 시도는 친한 사람과의 갈등 때문이다.	22.7%	34.2%	↑ 11.5

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

9) 자살예방의 준비성

자살을 막기 위해 노력해야 하며 직접적으로 도움을 줄 준비가 되어 있다는 인식 및 태도와 관련된 자살 예방의 준비성은 2013년에 비해 감소하였다.

'누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다.'(↓1.9%p), '나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다.'(↓5.6%p)에 대한 동의율이 감소하여 자살과 관련된 위기 상황에서 직접적인 도움으로 연결하는 인식과 태도가 낮아졌다.

표 11 2013년, 2018년 자살예방의 준비성 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
자살예방의 준비성 태도 점수	3.64	3.53	↓ 0.11
누군가의 자살을 막기 위해 애쓰는 것은 인간의 의무다.	77.6%	75.7%	↓ 1.9
나는 자살위기에 처한 사람과 접촉을 해서 도와줄 준비가 되어 있다.	46.1%	40.5%	↓ 5.6

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

10) 합리적 선택

자살을 받아들여야 할 상황이 있을 수도 있다는 인식 및 태도와 관련된 합리적 선택은 2013년 대비 증가하였고, '자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다.'(↑7.5%p), '자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다.'(↑4.0%p)에 대한 동의율이 증가하였다.

표 12 2013년, 2018년 합리적 선택 태도점수와 항목별 동의율 비교

자살에 대한 태도	평균 점수 및 동의율		증감
	2013년	2018년	
합리적 선택 태도 점수	2.43	2.61	↑ 0.18
자살만이 유일한 합리적 해결책인 상황이 있다.	17.0%	24.5%	↑ 7.5
자살은 때때로 관련된 사람들에게 구제책이 될 수 있다.	21.0%	25.0%	↑ 4.0

[출처: 보건복지부, 2013년, 2018년 자살실태조사]

2013년과 2018년 국민의 자살에 대한 태도를 비교한 결과, 여전히 자살하려는 사람들이 자살에 대해 이야기 하지 않고 실제 자살이 자살에 대해 이야기하는 것과 관련이 적다고 인식하는 사람들이 있었지만, 2013년에 비해 상대적으로 자살에 대한 인식은 향상되었다. 또한, 자살이 충동적인 행동이라기보다 시간을 두고 발생한다는 자살사고와 자살 관련 행동에 대한 지식은 높아졌다.

2018년에는 자신이나 타인이 불치병으로 고통받는 상황에 처해진다면 자살을 할 수 있도록 수용하는 태도가 증가하였고, 이는 2018년 2월 시행된 존엄사 법(「환자의 연명으로 결정에 관한 법률」)의 영향을 배제할 수 없다. 반면에 자살을 이해하기 어렵다는 인식은 감소하였고, 자살은 처한 상황에 따라 합리적인 선택일 수 있겠다는 인식이 증가하였다.

앞에서 언급했듯이 자살에 대한 국민들의 지식은 증가하였으나, 자살 예방 관련 인식과 자살을 막기 위해 노력하고 직접적으로 도움을 주려는 인식 및 태도는 2013년 대비 감소하였고, 다른 사람의 자살 결정에는 간섭하지 않는 편이 낫다는 인식 및 태도는 증가하였다. 따라서 향후 자살에 대한 예방인식 교육을 강화하여 실제 자신이나 주변에서 자살위기 상황에 처했을 때 대처할 수 있도록 준비성을 갖출 필요가 있다. 또한, 자살 예방 프로그램에서 자살에 대한 수용적 태도를 충분히 다뤄야 하며 자살은 예방이 가능하고, 주변에 도움을 요청하는 등 지속적으로 인식 개선을 위한 교육 및 홍보가 필요하다.

* 본 내용은 2018년 보건복지부 연구용역으로 진행된 '2018 자살 실태조사 보고서(서울대학교 의과대학, 2019)'를 바탕으로 중앙자살예방센터 통계분석팀이 작성하였다.

02. 자살예방법 주요 개정사항

「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(약칭: 자살예방법)」은 2011년 3월 30일에 제정되었으며, 2019년에는 인터넷을 통한 자살자 모집과 자살 조장 정보로 인한 자살사건을 차단하기 위한 법적 근거 마련, 자살자의 유족에 대한 지원 강화, 자살 시도 및 위험자 구조를 위한 정보 제공 요청 등 법률 명시, 원활한 자살실태조사 시행 등을 위해 자살예방법 일부를 다음과 같이 개정하였다.

가. 2019년 개정 주요 내용

1) 신설 조항

- 제2조의2(정의), 제7조(자살예방기본계획의 수립)의 제2항 제7호, 제11조(자살실태조사) 제3항, 제13조(자살예방센터의 설치) 제1항 제4호, 제18조(자살예방을 위한 홍보) 제2항~제5항, 제19조(자살유해 정보예방체계의 구축) 제3항, 제19조의3(긴급구조대상자 구조를 위한 정보제공요청 등), 제19조의4(정보통신서비스 제공자의 의무), 제20조(자살시도자 등에 대한 지원) 제3항 및 제4항, 제23조(민간단체 등의 지원) 제2항, 제25조(벌칙) 제1항, 제3항, 제4항, 제26조(과태료)를 신설하였다.

표 13 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 신설 조항

조항	세부내용
제2조의2 (정의)	이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. “자살위험자”란 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단되는 자를 말한다. 2. “자살위해물건”이란 자살 수단으로 빈번하게 사용되고 있거나 가까운 장래에 자살 수단으로 빈번하게 사용될 위험이 상당한 것으로서 제10조의2에 따른 자살예방정책위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시하는 물건을 말한다. 3. “자살유발정보”란 자살을 적극적으로 부추기거나 자살행위를 돕는 데 활용되는 다음 각 목의 정보를 말한다. 가. 자살동반자 모집정보 나. 자살에 대한 구체적인 방법을 제시하는 정보 다. 자살을 실행하거나 유도하는 내용을 담은 문서, 사진 또는 동영상 등의 정보 라. 자살위해물건의 판매 또는 활용에 관한 정보 마. 그 밖에 위 각 목에 준하는 정보로서 명백히 자살 유발을 목적으로 하는 정보 4. “생명지킴이”란 자살을 할 위험성이 높은 사람을 발견하여 자살예방센터 등 전문기관에 의뢰·연계하는 사람으로 보건복지부장관이 인정하는 교육을 수료한 사람을 말한다. 5. “자살예방사업”이란 다음 각 호의 사업을 말한다. 가. 생명존중문화 조성 나. 자살예방 상담·교육 및 홍보 다. 자살예방 전문인력 양성 라. 자살예방체계 구축 마. 자살위험자 발견 및 사후관리 바. 자살실태조사 및 심리부검 사. 자살시도자 및 그 가족, 자살자의 유족에 대한 지원 및 사후관리 아. 그 밖에 자살예방을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업
제7조 (자살예방기본계획의 수립) 제2항 제7호	② 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. <개정 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.> 1. 생명존중문화의 조성 2. 자살상담매뉴얼 개발 및 보급 3. 아동·청소년·중년층·노인 등 생애주기별 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. 자살자의 유족에 대한 지원 및 사후관리 8. 자살 감시체계의 구축 9. 자살 수단에 대한 통제 10. 자살예방 교육 및 훈련 11. 자살예방에 대한 연구지원 12. 중앙 및 지역 협력기관의 지정 및 운영 방안 13. 언론의 자살보도에 대한 권고기준 수립 및 이행확보 방안 14. 그 밖에 자살예방대책과 관련하여 필요한 사항
제11조 (자살실태조사) 제3항	③ 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살실태조사를 위하여 관계 기관·법인·단체의 장에게 필요한 자료의 제출 또는 의견의 진술을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 협조하여야 한다. <신설 2019.12.3.>
제13조(자살예방센터의 설치) 제1항 제4호	① 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 보건복지부장관은 중앙자살예방센터를, 시·도지사 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장)을 말한다)은 지방자살예방센터(이하 “자살예방센터”라 한다)를 설치·운영할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 자살 관련 상담 2. 자살위기 상시현장출동 및 대응 3. 자살시도자 사후관리 4. 자살자의 유족 지원 및 관리 5. 자살예방 홍보 및 교육 6. 자살예방 전문 인력 양성 7. 그 밖에 자살예방 및 자살자의 유족 지원을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무
<p>제18조 (자살예방을 위한 홍보) 제2항~제5항</p>	<p>② 보건복지부장관은 자살의 예방과 국민의 자살예방 활동 참여를 독려하기 위하여 자살예방에 대한 홍보영상을 제작하여 「방송법」 제2조제23호의 방송편성책임자에게 배포하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>③ 보건복지부장관은 「방송법」 제2조제3호가목의 지상파방송사업자에게 같은 법 제73조제4항에 따라 대통령령으로 정하는 비상업적 공익광고 편성비율의 범위에서 제2항의 홍보영상을 채널별로 송출하도록 요청할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>④ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 제2항의 홍보영상 외에 독자적인 홍보영상을 제작하여 송출할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관에게 필요한 협조 및 지원을 요청할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>⑤ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 자살과 관련한 보도 또는 방송에 연이어 제2항에 따른 홍보영상 또는 보건복지부장관이 정하는 자살예방 상담번호 안내를 송출하도록 노력하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p>
<p>제19조 (자살유해정보 예방체계의 구축) 제3항</p>	<p>③ 제2항에 따른 자살유해정보예방협의회의 구성·기능 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [전문개정 2019. 1. 15.]</p>
<p>제19조의3 (긴급구조대상자 구조를 위한 정보제공요청 등)</p>	<p>① 경찰관서·해양경찰관서 및 소방관서의 장(이하 이 조에서 "긴급구조기관"이라 한다)은 자살위험자 중 다음 각 호에 해당하는 사람(이하 이 조에서 "긴급구조대상자"라 한다)의 생명·신체를 보호하기 위하여 긴급한 경우로서 다른 방법으로는 긴급구조대상자의 위치 등을 파악하여 구조할 수 없는 경우에 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제3호의 정보통신서비스 제공자에게 자료의 열람이나 제출을 요청(이하 "자료제공요청"이라 한다)할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 자살 의사 또는 계획을 표현한 사람 2. 자살동반자를 모집한 사람 3. 자살위해물건을 구매하거나 구매의사를 표현하는 등 자살을 실행할 것이 명백하다고 판단되는 사람 <p>② 자료제공요청의 대상이 되는 자료는 긴급구조대상자의 성명, 주민등록번호(주민등록번호가 없는 경우에는 생년월일을 말한다), 주소, 전화번호, 아이디(컴퓨터시스템이나 통신망의 정당한 이용자임을 알아보기 위한 사용자 식별부호를 말한다), 전자우편주소 및 「위치정보의 보호 및 이용 등에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 개인위치정보를 말한다.</p> <p>③ 자료제공요청은 요청사유, 긴급구조대상자와의 연관성, 필요한 자료의 범위를 기재한 서면(이하 "자료제공요청서"라 한다)으로 하여야 한다. 다만, 서면으로 요청할 수 없는 긴급한 사유가 있을 때에는 서면에 의하지 아니하는 방법으로 요청할 수 있으며, 그 사유가 해소되면 지체 없이 정보통신서비스 제공자에게 자료제공요청서를 제출하여야 한다.</p> <p>④ 정보통신서비스 제공자는 제1항의 자료제공요청을 받았을 경우 지체 없이 협조하여야 한다.</p> <p>⑤ 긴급구조기관 및 정보통신서비스 제공자는 제1항 및 제2항에 따라 인적사항 및 위치를 특정할 수 있는 정보를 요청하거나 제공하는 경우 그 사실을 해당 개인정보주체(제2항에 따른 정보에 의하여 식별되는 자를 말한다)에게 즉시 통보하여야 한다. 다만, 즉시 통보가 개인정보주체의 생명·신체에 대한 뚜렷한 위험을 초래할 우려가 있는 경우에는 그 사유가 소멸한 후 지체 없이 통보하여야 한다.</p>

	<p>⑥ 긴급구조기관 및 긴급구조업무에 종사하거나 종사하였던 사람은 긴급구조 목적으로 제공받은 개인정보를 긴급구조 외의 목적에 사용하여서는 아니 된다.</p> <p>⑦ 긴급구조기관은 제1항에 따라 개인정보의 제공을 요청한 때에는 다음 각 호의 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 보관하여야 하며, 해당 개인정보주체가 수집된 개인정보에 대한 확인, 열람, 복사 등을 요청하는 경우에는 지체 없이 그 요청에 따라야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 요청자 2. 요청 일시 및 목적 3. 정보통신서비스 제공자로부터 제공받은 내용 <p>⑧ 긴급구조기관은 제1항 및 제2항에 따라 제공받은 인적사항 및 위치를 특정할 수 있는 정보를 제3자에게 알려서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 개인정보주체의 동의가 있는 경우 2. 긴급구조 활동을 위하여 불가피한 상황에서 다른 긴급구조기관에 제공하는 경우 <p>⑨ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 방법에 따라 제12조에 따른 자살통계 수집·분석 및 관리를 위하여 필요한 범위 내에서 긴급구조기관에게 제1항에 따라 자료를 제공받은 횟수, 유형 등 현황에 관한 통계자료의 제공을 요청할 수 있으며, 긴급구조기관은 특별한 사정이 없는 한 그 요청에 따라야 한다.</p> <p>[본조신설 2019. 1. 15.]</p>
<p>제19조의4 (정보통신서비스 제공자의 의무)</p>	<p>① 정보통신서비스 제공자 중 일일평균 이용자의 수, 매출액 등이 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자는 제19조의3제1항에 따른 자료제공 업무책임자를 지정하여 보건복지부장관에게 신고하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 신고 내용과 방법, 절차 등에 대해서는 대통령령으로 정한다.</p> <p>[본조신설 2019. 1. 15.]</p>
<p>제20조 (자살시도자 등에 대한 지원) 제3항, 제4항</p>	<p>③ 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족이 자살자의 유족 지원 대책을 적극적으로 이용할 수 있도록 지원 대책과 그 이용 절차를 안내하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>④ 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족이 지원 대책을 직접 신청하지 않는 경우 자살자의 유족에 대한 지원이 즉시 제공될 수 있도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 직권으로 신청하여야 한다. 이 경우 지원대상자의 동의를 받아야 하며, 동의를 받은 경우에는 지원대상자가 신청한 것으로 본다. <신설 2019. 1. 15.></p>
<p>제23조 (민간단체 등의 지원) 제2항</p>	<p>② 국가 및 지방자치단체는 생명지킴이의 활동에 필요한 경비를 지원할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p>
<p>제25조(벌칙) 제1항, 제3항, 제4항</p>	<p>① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제19조의3제6항을 위반하여 같은 조 제1항에 따라 받은 정보를 긴급구조 외의 목적에 사용한 자 2. 제19조의3제8항을 위반하여 개인정보주체의 동의를 받지 아니하거나 긴급구조 외의 목적으로 같은 조 제1항에 따라 받은 정보를 제공하거나 제공받은 자 <p>③ 제19조제1항을 위반하여 자살유해정보를 정보통신망을 통하여 유통한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>④ 제19조의3제4항을 위반하여 자료제공요청을 거부한 자는 1년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.</p>
<p>제26조 (과태료)</p>	<p>제19조의3제5항을 위반하여 정보제공사실을 통보하지 아니한 자에게는 1천만원 이하의 과태료를 부과한다.</p> <p>[본조신설 2019. 1. 15.]</p>

2) 변경 조항

○ 제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) 제1항 및 제2항, 제11조(자살실태조사)의 제4항, 제11조의2(심리부검), 제12조의2(자살시도자 등의 사후관리) 제1항~제6항, 제13조(자살예방센터의 설치) 제1항 제7호, 제17조(자살예방 상담·교육) 제3항, 제18조(자살예방을 위한 홍보) 제1항, 제19조(자살유해정보예방 체계의 구축) 제1항 및 제2항, 제19조의2(자살보호 권고기준 준수 협조요청) 제1항, 제20조(자살시도자 등에 대한 지원) 제1항 및 제2항, 제23조(민간단체 등의 지원) 제1항을 다음과 같이 변경 하였다.

표 14 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 변경 조항

조항	세부내용
제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) 제1항, 제2항	① 국가 및 지방자치단체는 자살위험자를 위험으로부터 적극 구조하기 위하여 필요한 정책을 수립하여야 한다. <개정 2019. 1. 15.> 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. 이 경우 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 유족을 보호하기 위한 방안을 포함하여야 한다. <개정 2017. 2. 8., 2019. 1. 15.>
제11조(자살실태조사) 제4항	④ 제1항 및 제2항에 따른 자살실태조사의 실시, 결과발표, 조사내용 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2018.12.11, 2019.12.3>
제11조의2(심리부검)	국가와 지방자치단체는 효과적인 자살예방정책을 수립하고, 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 유족(이하 이 장에서 "자살시도자등"이라 한다)에 대한 심리적 지원을 제공하기 위하여 자살행위 전후의 심리·행동변화 등을 바탕으로 자살원인을 분석하는 심리부검을 실시할 수 있다. 이 경우 미리 자살시도자등의 동의를 받아야 한다. <개정 2019. 1. 15.>
제12조의2(자살시도자 등의 사후관리) 제1항~제6항	① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 직무상 자살시도자들을 알게 된 경우 그 자살시도자 등에게 관할 구역 안에 있는 관계 지원기관에 관한 정보를 제공하여야 한다. <개정 2019. 1. 15.> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「국가공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 경찰공무원 2. 「지방공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 자치경찰공무원 3. 「119구조·구급에 관한 법률」 제10조에 따른 119구급대의 구급대원 ② 경찰관서의 장과 소방관서의 장은 자살시도자 또는 자살자가 발생한 경우 자살시도자등의 정보를 관할 구역 내 다음 각 호의 기관에 제공할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제13조에 따른 자살예방센터 2. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자살예방업무 수행기관 ③ 제2항 각 호의 기관의 장은 자살시도자 사후관리 등 자살예방업무의 원활한 수행을 위하여 경찰관서의 장, 소방관서의 장, 지방자치단체의 장, 의료기관의 장 및 그 밖의 관련 기관의 장에게 자살시도자등의 정보의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 기관의 장은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다. <개정 2019. 1. 15.> ④ 제2항 및 제3항에 따라 자살시도자등의 정보를 제공하는 경우 당사자의 동의를 받아야 한다. <개정 2019. 1. 15.>

	⑤ 제2항 각 호의 기관의 장은 정보를 제공받은 자살시도자등에 대하여 상담 등 지원을 제공하고 지원내용을 매년 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. <개정 2019. 1. 15.> ⑥ 제2항 각 호의 기관의 장은 제5항에 따라 자살시도자등에게 필요한 지원을 하기 위한 담당자를 소속 직원 중에서 지정하여야 한다. 다만, 둘 이상의 기관에서 동일한 자살시도자등의 정보를 제공받은 경우 관계 기관의 장이 서로 협의하여 지정할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.>
제13조(자살예방센터의 설치) 제1항 제7호	① 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 보건복지부장관은 중앙자살예방센터, 시·도지사 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다)은 지방자살예방센터(이하 "자살예방센터"라 한다)를 설치·운영할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.> <ol style="list-style-type: none"> 1. 자살 관련 상담 2. 자살위기 상시현장출동 및 대응 3. 자살시도자 사후관리 4. 자살자의 유족 지원 및 관리 5. 자살예방 홍보 및 교육 6. 자살예방 전문 인력 양성 7. 그 밖에 자살예방 및 자살자의 유족 지원을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무
제17조(자살예방 상담·교육) 제3항	③ 국가와 지방자치단체는 자살시도자 및 자살자 유족의 의견을 반영하여 제1항 및 제2항에 따른 자살예방 상담·교육에 필요한 프로그램을 개발·보급하고, 자살예방 상담·교육에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 예산의 범위에서 해당 기관·단체 및 시설에 지원할 수 있다. <개정 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.>
제18조(자살예방을 위한 홍보) 제1항	① 국가 및 지방자치단체는 교육과 홍보 활동을 통하여 자살예방에 관한 국민의 이해를 돕기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. <개정 2019. 1. 15.>
제19조(자살유해정보 예방체계의 구축) 제1항, 제2항	① 누구든지 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 정보통신망을 통하여 자살유발정보를 유통하여서는 아니 된다. ② 보건복지부장관은 교육부, 문화체육관광부, 과학기술정보통신부, 여성가족부, 방송통신위원회 및 경찰청 등 관계 기관과 자살유발정보예방협의회를 구성하여 자살유발정보의 차단을 위하여 협력하여야 한다.
제19조의2(자살보호 권고기준 준수 협조요청) 제1항	① 보건복지부장관은 자살사건 보도로 인한 자살의 확산을 방지하기 위하여 방송·신문·잡지 및 인터넷신문 등 언론에 대하여 제7조제2항제13호에 따른 자살보도에 대한 권고기준을 준수하도록 협조를 요청할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.>
제20조(자살시도자 등에 대한 지원) 제1항, 제2항	① 국가 및 지방자치단체는 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 유족 등에 미치는 심각한 심리적 영향의 완화와 이들의 생활안정을 위하여 자살시도자 등에게 심리상담·상담치료·법률구조 및 생계비 등을 지원할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.> ② 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족 등이 참여하는 자조(自助) 모임의 운영에 필요한 인력과 비용을 지원할 수 있다. <신설 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.>
제23조(민간단체 등의 지원) 제1항	① 국가 및 지방자치단체는 자살예방사업을 수행하는 단체에 대하여 업무수행에 필요한 지원을 할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.>

나. 개정사항 신규조문 대비표

표 15 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 개정사항 신규조문 대비표

개정 전	개정 후
<p><신 설></p>	<p>제2조의2(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>1. “자살위험자”란 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단되는 자를 말한다.</p> <p>2. “자살위해물건”이란 자살 수단으로 빈번하게 사용되고 있거나 가까운 장래에 자살 수단으로 빈번하게 사용될 위험이 상당한 것으로서 제10조의2에 따른 자살예방정책위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시하는 물건을 말한다.</p> <p>3. “자살유발정보”란 자살을 적극적으로 부추기거나 자살행위를 돕는 데 활용되는 다음 각 목의 정보를 말한다.</p> <p>가. 자살동반자 모집정보</p> <p>나. 자살에 대한 구체적인 방법을 제시하는 정보</p> <p>다. 자살을 실행하거나 유도하는 내용을 담은 문서, 사진 또는 동영상 등의 정보</p> <p>라. 자살위해물건의 판매 또는 활용에 관한 정보</p> <p>마. 그 밖에 위 각 목에 준하는 정보로서 명백히 자살 유발을 목적으로 하는 정보</p> <p>4. “생명지킴이”란 자살을 할 위험성이 높은 사람을 발견하여 자살예방센터 등 전문기관에 의뢰·연계하는 사람으로 보건복지부장관이 인정하는 교육을 수료한 사람을 말한다.</p> <p>5. “자살예방사업”이란 다음 각 호의 사업을 말한다.</p> <p>가. 생명존중문화 조성</p> <p>나. 자살예방 상담·교육 및 홍보</p> <p>다. 자살예방 전문인력 양성</p> <p>라. 자살예방체계 구축</p> <p>마. 자살위험자 발견 및 사후관리</p> <p>바. 자살실태조사 및 심리부검</p> <p>사. 자살시도자 및 그 가족, 자살자의 유족에 대한 지원 및 사후관리</p> <p>아. 그 밖에 자살예방을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업</p>
<p>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. <후단 신설></p>	<p>제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) ① ----- 자살위험자-----</p> <p>----- <개정 2019.1.15></p>

<p>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. 이 경우 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족을 보호하기 위한 방안을 포함하여야 한다. <개정 2017.2.8></p>	<p>② -----</p> <p>----- 유족을 -----</p> <p>----- <개정 2017.2.8, 2019.1.15></p>
<p>제7조(자살예방기본계획의 수립)</p> <p>② 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. <개정 2018.12.11></p> <p>1. ~ 6. (생략)</p> <p><신 설></p> <p>7. 자살 감시체계의 구축</p> <p>8. 자살 수단에 대한 통제</p> <p>9. 자살예방 교육 및 훈련</p> <p>10. 자살예방에 대한 연구지원</p> <p>11. 중앙 및 지역 협력기관의 지정 및 운영 방안</p> <p>12. 언론의 자살보도에 대한 권고기준 수립 및 이행확보 방안</p> <p>13. 그 밖에 자살예방대책과 관련하여 필요한 사항</p>	<p>제7조(자살예방기본계획의 수립)</p> <p>② -----</p> <p><개정 2018.12.11, 2019.1.15></p> <p>1. ~ 6. (현행과 같음)</p> <p>7. 자살자의 유족에 대한 지원 및 사후관리</p> <p>8. 자살 감시체계의 구축</p> <p>9. 자살 수단에 대한 통제</p> <p>10. 자살예방 교육 및 훈련</p> <p>11. 자살예방에 대한 연구지원</p> <p>12. 중앙 및 지역 협력기관의 지정 및 운영 방안</p> <p>13. 언론의 자살보도에 대한 권고기준 수립 및 이행확보 방안</p> <p>14. 그 밖에 자살예방대책과 관련하여 필요한 사항</p>
<p>제11조(자살실태조사)</p> <p><신 설></p> <p>③ 제1항 및 제2항에 따른 자살실태조사의 실시, 결과발표, 조사내용 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2018.12.11.></p>	<p>제11조(자살실태조사)</p> <p>③ 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살실태조사를 위하여 관계 기관·법인·단체의 장에게 필요한 자료의 제출 또는 의견의 진술을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 협조하여야 한다. <신설 2019.12.3.></p> <p>④ 제1항 및 제2항에 따른 자살실태조사의 실시, 결과발표, 조사내용 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2018.12.11, 2019.12.3></p>
<p>제11조의2(심리부검) 국가와 지방자치단체는 효과적인 자살예방정책을 수립하고, 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족에 대한 심리적 지원을 제공하기 위하여 자살행위 전후의 심리·행동변화 등을 바탕으로 자살원인을 분석하는 심리부검을 실시할 수 있다. 이 경우 미리 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자 가족의 동의를 받아야 한다.</p>	<p>제11조의2(심리부검) -----</p> <p>----- 유족(이하 이 장에서 “자살시도자등”이라 한다)에 -----</p> <p>----- 이 경우 미리 자살시도자등의 동의를 받아야 한다. <개정 2019.1.15></p>
<p>제12조의2(자살시도자 등의 사후관리) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 직무상 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족을 알게 된 경우 그 자살시도자 등에게 관할 구역 안에 있는 관계 지원기관에 관한 정보를 제공하여야 한다. <후단 신설></p> <p>1. ~ 3. (생략)</p>	<p>제12조의2(자살시도자 등의 사후관리) ① -----</p> <p>----- 자살시도자등-----</p> <p>----- <개정 2019.1.15></p> <p>1. ~ 3. (현행과 같음)</p>

<p>② 경찰관서의 장과 소방관서의 장은 자살시도자 또는 자살자가 발생한 경우 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족의 정보를 관할 구역 내 다음 각 호의 기관에 제공할 수 있다. <후단 신설></p> <p>1. ~ 3. (생략)</p> <p>③ 제2항 각 호의 기관의 장은 자살시도자 사후관리 등 자살예방업무의 원활한 수행을 위하여 경찰관서의 장, 소방관서의 장, 지방자치단체의 장, 의료기관의 장 및 그 밖의 관련 기관의 장에게 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족의 정보의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 기관의 장은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.</p> <p>④ 제2항 및 제3항에 따라 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족의 정보를 제공하는 경우 당사자의 동의를 받아야 한다. <후단 신설></p> <p>⑤ 제2항 각 호의 기관의 장은 정보를 제공받은 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족에 대하여 상담 등 지원을 제공하고 지원내용을 매년 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. <후단 신설></p> <p>⑥ 제2항 각 호의 기관의 장은 제5항에 따라 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족에게 필요한 지원을 하기 위한 담당자를 소속 직원 중에서 지정하여야 한다. 다만, 둘 이상의 기관에서 동일한 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족의 정보를 제공받은 경우 관계 기관의 장이 서로 협의하여 지정할 수 있다.</p> <p>⑦ (생략)</p>	<p>② ----- 자살시도자등 ----- ----- ----- . <개정 2019.1.15> ----- 1. ~ 3. (현행과 같음) ③ ----- ----- ----- 자살시도자등 ----- ----- ----- 한다. <개정 2019.1.15> ④ ----- 자살시도자등 ----- ----- . <개정 2019.1.15> ⑤ ----- 자살시도자등 ----- ----- . <개정 2019.1.15> ⑥ ----- 자살시도자등 ----- ----- ----- 자살시도자등 ----- ----- ----- 있다. <개정 2019.1.15> ⑦ (현행과 같음)</p>
<p>제13조(자살예방센터의 설치) ① 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 보건복지부장관은 중앙자살예방센터, 시·도지사 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다)은 지방자살예방센터(이하 “자살예방센터”라 한다)를 설치·운영할 수 있다. <후단 신설></p> <p>1. ~ 3. (생략) <신설></p> <p>4. 자살예방 홍보 및 교육 5. 자살예방 전문 인력 양성 6. 그 밖에 자살예방을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무</p>	<p>제13조(자살예방센터의 설치) ① ----- ----- ----- . <개정 2019.1.15> ----- 1. ~ 3. (현행과 같음) 4. 자살자의 유족 지원 및 관리 5. 자살예방 홍보 및 교육 6. 자살예방 전문 인력 양성 7. 그 밖에 자살예방 및 자살자의 유족 지원을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무</p>
<p>제17조(자살예방 상담·교육)</p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 자살시도자 및 자살자 가족의 의견을 반영하여 제1항 및 제2항에 따른 자살예방 상담·교육에 필요한 프로그램을 개발·보급하고, 자살예방 상담·교육에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 예산의 범위에서 해당 기관·단체 및 시설에 지원할 수 있다. <개정 2018.12.11></p>	<p>제17조(자살예방 상담·교육)</p> <p>③ ----- 유족 ----- ----- ----- . <개정 2018.12.11, 2019.1.15></p>

<p>제18조(자살예방을 위한 홍보) 국가 및 지방자치단체는 교육과 홍보 활동을 통하여 자살예방에 관한 국민의 이해를 돕기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p> <p><신설></p> <p><신설></p> <p><신설></p> <p><신설></p>	<p>제18조(자살예방을 위한 홍보) ① 국가 및 지방자치단체는 교육과 홍보 활동을 통하여 자살예방에 관한 국민의 이해를 돕기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. <개정 2019.1.15.></p> <p>② 보건복지부장관은 자살의 예방과 국민의 자살예방 활동 참여를 독려하기 위하여 자살예방에 대한 홍보영상을 제작하여 「방송법」 제2조제23호의 방송편성책임자에게 배포하여야 한다. <신설 2019.1.15.></p> <p>③ 보건복지부장관은 「방송법」 제2조제3호가목의 지상파방송사업자에게 같은 법 제73조제4항에 따라 대통령령으로 정하는 비상업적 공익광고 편성비율의 범위에서 제2항의 홍보영상을 채널별로 송출하도록 요청할 수 있다. <신설 2019.1.15.></p> <p>④ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 제2항의 홍보영상 외에 독자적인 홍보영상을 제작하여 송출할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관에게 필요한 협조 및 지원을 요청할 수 있다. <신설 2019.1.15.></p> <p>⑤ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 자살과 관련된 보도 또는 방송에 연이어 제2항에 따른 홍보영상 또는 보건복지부장관이 정하는 자살예방 상담번호 안내를 송출하도록 노력하여야 한다. <신설 2019.1.15></p>
<p>제19조(자살유해정보예방체계의 구축) ① 국가 및 지방자치단체는 다음 각 호와 같은 자살유해정보가 유통되는 것을 차단하고 이를 조기에 발견하여 신속히 대응하기 위한 자살유해정보예방체계를 구축·운영하여야 한다.</p> <p>1. 자살동반자 모집정보 2. 자살에 대한 구체적인 방법 제시 정보 3. 자살을 실행하거나 유도하는 사진 또는 동영상 정보 4. 독극물 판매정보 5. 그 밖에 자살을 조장하는 정보</p> <p>② 제1항에 따른 자살유해정보예방체계의 구축·운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p><신설></p>	<p>제19조(자살유해정보예방체계의 구축) ① 누구든지 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 정보통신망을 통하여 자살유해정보를 유통하여서는 아니 된다.</p> <p>② 보건복지부장관은 교육부, 문화체육관광부, 과학기술정보통신부, 여성가족부, 방송통신위원회 및 경찰청 등 관계 기관과 자살유해정보예방협의회를 구성하여 자살유해정보의 차단을 위하여 협력하여야 한다.</p> <p>③ 제2항에 따른 자살유해정보예방협의회의 구성·기능 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p>제19조의2(자살보도 권고기준 준수 협조요청) ① 보건복지부장관은 자살사건 보도로 인한 자살의 확산을 방지하기 위하여 방송·신문·잡지 및 인터넷신문 등 언론에 대하여 제7조제2항제12호에 따른 자살보도에 대한 권고기준을 준수하도록 협조를 요청할 수 있다. <후단 신설></p>	<p>제19조의2(자살보도 권고기준 준수 협조요청) ① ----- ----- ----- 제7조제2항제13호에 따른 ----- ----- . <개정 2019.1.15></p>

<p><신설></p>	<p>제19조의3(긴급구조대상자 구조를 위한 정보제공요청 등) ① 경찰관서·해양경찰관서 및 소방관서의 장(이하 이 조에서 “긴급구조기관”이라 한다)은 자살위험자 중 다음 각 호에 해당하는 사람(이하 이 조에서 “긴급구조대상자”라 한다)의 생명·신체를 보호하기 위하여 긴급한 경우로서 다른 방법으로는 긴급구조대상자의 위치 등을 파악하여 구조할 수 없는 경우에 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제3호의 정보통신서비스 제공자에게 자료의 열람이나 제출을 요청(이하 “자료제공요청”이라 한다)할 수 있다.</p> <p>1. 자살 의사 또는 계획을 표현한 사람</p> <p>2. 자살동반자를 모집한 사람</p> <p>3. 자살위해물건을 구매하거나 구매의사를 표현하는 등 자살을 실행할 것이 명백하다고 판단되는 사람</p> <p>② 자료 제공 요청의 대상이 되는 자료는 긴급구조대상자의 성명, 주민등록번호(주민등록번호가 없는 경우에는 생년월일을 말한다), 주소, 전화번호, 아이디(컴퓨터시스템이나 통신망의 정당한 이용자임을 알아보기 위한 이용자 식별부호를 말한다), 전자우편주소 및 「위치정보의 보호 및 이용 등에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 개인위치정보를 말한다.</p> <p>③ 자료제공요청은 요청사유, 긴급구조대상자와의 연관성, 필요한 자료의 범위를 기재한 서면(이하 “자료제공요청서”라 한다)으로 하여야 한다. 다만, 서면으로 요청할 수 없는 긴급한 사유가 있을 때에는 서면에 의하지 아니하는 방법으로 요청할 수 있으며, 그 사유가 해소되면 지체 없이 정보통신서비스 제공자에게 자료제공요청서를 제출하여야 한다.</p> <p>④ 정보통신서비스 제공자는 제1항의 자료제공요청을 받았을 경우 지체 없이 협조하여야 한다.</p> <p>⑤ 긴급구조기관 및 정보통신서비스 제공자는 제1항 및 제2항에 따라 인적사항 및 위치를 특정할 수 있는 정보를 요청하거나 제공하는 경우 그 사실을 해당 개인정보주체(제2항에 따른 정보에 의하여 식별되는 자를 말한다)에게 즉시 통보하여야 한다. 다만, 즉시 통보가 개인정보주체의 생명·신체에 대한 뚜렷한 위험을 초래할 우려가 있는 경우에는 그 사유가 소멸한 후 지체 없이 통보하여야 한다.</p> <p>⑥ 긴급구조기관 및 긴급구조업무에 종사하거나 종사하였던 사람은 긴급구조 목적으로 제공받은 개인정보를 긴급구조 외의 목적에 사용하여서는 아니 된다.</p> <p>⑦ 긴급구조기관은 제1항에 따라 개인정보의 제공을 요청한 때에는 다음 각 호의 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 보관하여야 하며, 해당 개인정보주체가 수집된 개인정보에 대한 확인, 열람, 복사 등을 요청하는 경우에는 지체 없이 그 요청에 따라야 한다.</p>
-------------------	---

	<p>1. 요청자</p> <p>2. 요청 일시 및 목적</p> <p>3. 정보통신서비스 제공자로부터 제공받은 내용</p> <p>⑧ 긴급구조기관은 제1항 및 제2항에 따라 제공받은 인적사항 및 위치를 특정할 수 있는 정보를 제3자에게 알려서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>1. 개인정보주체의 동의가 있는 경우</p> <p>2. 긴급구조 활동을 위하여 불가피한 상황에서 다른 긴급구조기관에 제공하는 경우</p> <p>⑨ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 방법에 따라 제12조에 따른 자살통계 수집·분석 및 관리를 위하여 필요한 범위 내에서 긴급구조기관에게 제1항에 따라 자료를 제공받은 횟수, 유형 등 현황에 관한 통계자료의 제공을 요청할 수 있으며, 긴급구조기관은 특별한 사정이 없는 한 그 요청에 따라야 한다.</p>
<p><신설></p>	<p>제19조의4(정보통신서비스 제공자의 의무) ① 정보통신서비스 제공자 중 일일평균 이용자의 수, 매출액 등이 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자는 제19조의3제1항에 따른 자료제공 업무책임자를 지정하여 보건복지부장관에게 신고하여야 한다. ② 제1항에 따른 신고 내용과 방법, 절차 등에 대해서는 대통령령으로 정한다.</p>
	<p>제20조(자살시도자 등에 대한 지원) ① 국가 및 지방자치단체는 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족 등에 미치는 심각한 심리적 영향이 완화되도록 자살시도자 등에게 심리상담, 상담치료를 지원할 수 있다. <개정 2017.2.8, 2018.12.11></p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 자살자의 가족 등이 참여하는 자조(自助) 모임의 운영에 필요한 인력과 비용을 지원할 수 있다. <신설 2018.12.11></p>
<p><신설></p>	<p>제20조(자살시도자 등에 대한 지원) ① ----- 자살자의 유족 ----- 영향의 완화와 이들의 생활안정을 위하여 ----- 심리상담·상담치료·법률구조 및 생계비 등을 ----- 2018.12.11, 2019.1.15></p> <p>② ----- 유족 ----- <신설 2018.12.11, 2019.1.15></p>
<p><신설></p>	<p>③ 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족이 자살자의 유족 지원 대책을 적극적으로 이용할 수 있도록 지원 대책과 그 이용 절차를 안내하여야 한다. <신설 2019.1.15></p>
<p><신설></p>	<p>④ 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족이 지원 대책을 직접 신청하지 않는 경우 자살자의 유족에 대한 지원이 즉시 제공될 수 있도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 직권으로 신청하여야 한다. 이 경우 지원대상자의 동의를 받아야 하며, 동의를 받은 경우에는 지원대상자가 신청한 것으로 본다. <신설 2019.1.15></p>
	<p>제23조(민간단체 등의 지원) 국가 및 지방자치단체는 자살예방사업을 수행하는 단체에 대하여 업무수행에 필요한 지원을 할 수 있다. <후단 신설></p>
<p><신설></p>	<p>제23조(민간단체 등의 지원) ① ----- <개정 2019.1.15></p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 생명지킴이의 활동에 필요한 경비를 지원할 수 있다. <신설 2019.1.15></p>

<p>제25조(벌칙) 〈신 설〉</p>	<p>제25조(벌칙) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>1. 제19조의3제6항을 위반하여 같은 조 제1항에 따라 받은 정보를 긴급구조 외의 목적에 사용한 자</p> <p>2. 제19조의3제8항을 위반하여 개인정보주체의 동의를 받지 아니하거나 긴급구조 외의 목적으로 같은 조 제1항에 따라 받은 정보를 제공하거나 제공받은 자</p>
<p>제24조를 위반한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017.2.8.> 〈신 설〉</p>	<p>② 제24조를 위반한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>③ 제19조제1항을 위반하여 자살유발정보를 정보통신망을 통하여 유통한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.</p>
<p>〈신 설〉</p>	<p>④ 제19조의3제4항을 위반하여 자료제공요청을 거부한 자는 1년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>제26조(과태료) 제19조의3제5항을 위반하여 정보제공사실을 통보하지 아니한 자에게는 1천만원 이하의 과태료를 부과한다.</p>

다. 자살예방법 법률 - 시행령 - 시행규칙

표 16 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률, 시행령, 시행규칙

자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 [법률 제16722호, 2019. 12. 3., 일부개정]	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 시행령 [대통령령 제29860호, 2019. 7. 9., 일부개정]	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 시행규칙 [보건복지부령 제655호, 2019. 7. 16., 일부개정]
<p>제1장 총칙</p> <p>제1조(목적) 이 법은 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성함을 목적으로 한다.</p> <p>제2조(기본정책) ① 자살예방정책은 자살 위험에 노출된 개인이 처한 특수한 환경을 고려하여 성별·연령별·계층별·동기별 등 다각적이고 범정부적인 차원의 사전예방대책에 중점을 두고 수립되어야 한다. ② 자살예방정책은 생명윤리의식 및 생명존중문화의 확산, 건강한 정신과 가치관의 함양 등 사회문화적 인식개선에 중점을 두고 수립되어야 한다.</p> <p>제2조의2(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>1. "자살위험자"란 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단되는 자를 말한다. 2. "자살위해물건"이란 자살 수단으로 빈번하게 사용되고 있거나 가까운 장래에 자살 수단으로 빈번하게 사용될 위험이 상당한 것으로서 제10조의2에 따른 자살예방정책위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시하는 물건을 말한다. 3. "자살유발정보"란 자살을 적극적으로 부추기거나 자살행위를 돕는 데 활용되는 다음 각 목의 정보를 말한다. 가. 자살동반자 모집정보 나. 자살에 대한 구체적인 방법을 제시하는 정보 다. 자살을 실행하거나 유도하는 내용을 담은 문서, 사진 또는 동영상 등의 정보 라. 자살위해물건의 판매 또는 활용에 관한 정보 마. 그 밖에 위 각 목에 준하는 정보로서 명백히 자살 유발을 목적으로 하는 정보</p> <p>4. "생명지킴이"란 자살을 할 위험성이 높은 사람을 발견하여 자살예방센터 등 전문기관에 의뢰·연계하는 사람으로 보건복지부장관이 인정하는 교육을 수료한 사람을 말한다. 5. "자살예방사업"이란 다음 각 호의 사업을 말한다. 가. 생명존중문화 조성 나. 자살예방 상담·교육 및 홍보 다. 자살예방 전문인력 양성 라. 자살예방체계 구축 마. 자살위험자 발견 및 사후관리 바. 자살실태조사 및 심리부검 사. 자살시도자 및 그 가족, 자살자의 유족에 대한 지원 및 사후관리 아. 그 밖에 자살예방을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업 [본조신설 2019. 1. 15.]</p>	<p>제1조(목적) 이 영은 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.</p>	<p>제1조(목적) 이 규칙은 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.</p>
<p>제3조(국민의 권리와 의무) ① 국민은 자살위험에 노출되거나 스스로 노출되었다고 판단될 경우 국가 및 지방자치단체에 도움을 요청할 권리가 있다. ② 국민은 국가 및 지방자치단체가 자살예방정책을 수립·시행함에 있어 적극 협조하여야 하며, 자살을 할 위험성이 높은 자를 발견한 경우에는 구조되도록 조치를 취하여야 한다.</p>		
<p>제4조(국가 및 지방자치단체의 책무) ① 국가 및 지방자치단체는 자살위험자를 위험으로부터 적극 구조하기 위하여 필요한 정책을 수립하여야 한다. <개정 2019. 1. 15.> 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. 이 경우 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 유족을 보호하기 위한 방안을 포함하여야 한다. <개정 2017. 2. 8., 2019. 1. 15.></p>		

02. 자살예방법 주요 개정사항

<p>제5조(사업주의 책무) ① 사업주는 국가 및 지방자치단체가 실시하는 자살예방정책에 적극 협조하여야 한다. ② 사업주는 고용하고 있는 근로자의 정신적인 건강 유지를 위하여 필요한 조치를 강구하도록 노력하여야 한다.</p>		
<p>제6조(다른 법률과의 관계) 자살예방 및 그에 관한 정책의 수립·시행 등에 관하여 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우 외에는 이 법에서 정하는 바에 따른다.</p>		
<p>제2장 기본계획의 수립 등</p>		
<p>제7조(자살예방기본계획의 수립) ① 국가는 자살예방정책을 효과적으로 추진하기 위하여 자살예방기본계획(이하 "기본계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. <개정 2018. 12. 11.> ② 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. <개정 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.> 1. 생명존중문화의 조성 2. 자살상담매뉴얼 개발 및 보급 3. 아동·청소년·중년층·노인 등 생애주기별 자살예방 대책 4. 우울증 및 악물 중독관리 등 정신건강증진 5. 정보통신 등 다양한 매체를 이용한 자살예방체계 구축 6. 자살위험자 및 자살시도자의 발견·치료 및 사후관리 7. 자살자의 유족에 대한 지원 및 사후관리 8. 자살 감시체계의 구축 9. 자살 수단에 대한 통제 10. 자살예방 교육 및 훈련 11. 자살예방에 대한 연구지원 12. 중앙 및 지역 협력기관의 지정 및 운영 방안 13. 언론의 자살보도에 대한 권고기준 수립 및 이행확보 방안 14. 그 밖에 자살예방대책과 관련하여 필요한 사항 ③ 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 기본계획안을 작성하고, 제10조의2에 따른 자살예방정책위원회의 심의를 거쳐 이를 확정한다. <신설 2018. 12. 11.> ④ 보건복지부장관은 확정된 기본계획을 지체 없이 관계 중앙행정기관의 장 및 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 통보하여야 한다. <개정 2018. 12. 11.></p>	<p>제2조(연도별 시행계획의 제출) 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제8조제2항에 따라 관계 중앙행정기관의 장 및 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 다음 해의 자살예방시행계획(이하 "시행계획"이라 한다)을 수립하여 매년 12월 31일까지 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. 제3조(추진실적의 평가 절차 등) ① 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 법 제8조제2항에 따라 지난해의 시행계획에 따른 추진실적을 작성하여 매년 2월 말일까지 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. ② 보건복지부장관은 법 제8조제2항에 따라 확정된 추진실적의 평가결과를 매년 6월 30일까지 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사에게 통보해야 한다. <개정 2019. 6. 11.> ③ 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 제2항에 따라 통보받은 평가결과를 다음 해의 시행계획에 반영해야 한다. <개정 2019. 6. 11.></p>	
<p>제8조(연도별 시행계획의 수립·시행 등) ① 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 매년 기본계획에 따라 자살예방시행계획(이하 "시행계획"이라 한다)을 수립·시행하여야 한다. ② 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 다음 해의 시행계획 및 지난해의 시행계획에 따른 추진실적을 대통령령으로 정하는 바에 따라 매년 보건복지부장관에게 제출하고, 보건복지부장관은 매년 시행계획에 따른 추진실적을 평가한 후 그 결과를 제10조의2에 따른 자살예방정책위원회의 심의를 거쳐 확정하여야 한다. <개정 2018. 12. 11.> ③ 시행계획의 수립·시행 및 추진실적의 평가에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>		
<p>제9조(시·도별 시행계획의 조정 등) ① 보건복지부장관은 기본계획에 기초하여 특별시·광역시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다)별 시행계획을 조정하고 그 이행상황을 점검하여야 한다. ② 보건복지부장관은 시·도별 시행계획이 기본계획 및 중앙행정기관의 시행계획에 위배되는 경우에는 해당 시·도지사에게 이를 변경하도록 요구할 수 있다.</p>		

부록편 자살예방법 주요 개정사항

<p>제10조(계획수립의 협조) ① 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 기본계획 또는 시행계획의 수립·시행과 평가를 위하여 필요한 경우에는 관계 중앙행정기관, 지방자치단체, 관계 공공기관, 그 밖에 자살예방활동 관련 단체의 장에게 관련 자료의 제출 등 필요한 협조를 요청할 수 있다. ② 제1항에 따라 협조요청을 받은 자는 정당한 사유가 없는 한 이에 따라야 한다.</p>		
<p>제10조의2(자살예방정책위원회) ① 자살예방정책에 관한 중요 사항을 심의하기 위하여 국무총리 소속으로 자살예방정책위원회(이하 이 조에서 "위원회"라 한다)를 둔다. ② 위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다. 1. 자살예방정책의 중장기 정책목표와 추진방향에 관한 사항 2. 기본계획의 수립에 관한 사항 3. 시행계획에 따른 추진실적의 평가에 관한 사항 4. 자살예방정책의 관계 부처 간 협조·조정에 관한 사항 5. 자살예방정책과 관련한 민관협력에 관한 사항 6. 그 밖에 자살예방정책에 관한 사항으로서 위원장이 회의에 부치는 사항 ③ 위원회는 위원장 1명을 포함한 25명 이내의 위원으로 구성한다. ④ 위원장은 국무총리가 되고, 위원은 다음 각 호의 사람이 된다. 1. 대통령령으로 정하는 관계 중앙행정기관의 장 2. 자살예방에 관하여 학식과 경험이 풍부한 사람 중에서 국무총리가 위촉하는 사람 ⑤ 위원회는 자살예방정책을 심의하기 위하여 필요한 경우 관계 행정기관에 자료를 요청할 수 있다. 이 경우 관계 행정기관의 장은 특별한 사정이 없으면 협조하여야 한다. ⑥ 위원회의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 위원회에 실무위원회를 둔다. ⑦ 위원회와 실무위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2018. 12. 11.]</p>	<p>제4조(자살예방정책위원회의 구성 및 운영) ① 법 제10조의2제4항제1호에서 "대통령령으로 정하는 관계 중앙행정기관의 장"이란 기획재정부장관, 교육부장관, 행정안전부장관, 문화체육관광부장관, 보건복지부장관, 고용노동부장관, 여성가족부장관, 국무조정실장, 방송통신위원회위원장, 통계청장, 경찰청장 및 산림청장을 말한다. ② 국무총리는 법 제10조의2제4항제2호에 따른 위원을 12명 이내에서 성별을 고려하여 위촉한다. 이 경우 위원의 임기는 2년으로 한다. ③ 법 제10조의2제1항에 따른 자살예방정책위원회(이하 "위원회"라 한다)의 위원장은 같은 조 제4항제2호에 따른 위원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 위원을 해촉(解雇)할 수 있다. 1. 심신장애로 직무를 수행할 수 없게 된 경우 2. 직무와 관련된 비위사실이 있는 경우 3. 위원 스스로 직무를 수행하는 것이 어렵다는 의사를 밝히는 경우 4. 직무태만, 품위손상이나 그 밖의 사유로 위원으로 적합하지 않다고 인정되는 경우 ④ 위원회의 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 보건복지부장관이 그 직무를 대행한다. ⑤ 위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의(開議)하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. ⑥ 위원회의 위원장은 위원회에 상정된 안건과 관련된 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장에게 위원회의 회의에 출석하여 발언 또는 보고하도록 요청할 수 있다. ⑦ 위원회에 간사 1명을 두고, 간사는 보건복지부 보건의료정책실장으로 한다. [본조신설 2019. 6. 11.] [중전 제4조는 제6조로 이동 (2019. 6. 11.)]</p>	
<p>제5조(자살예방정책실무위원회의 구성 및 운영) ① 법 제10조의2제6항에 따른 실무위원회(이하 "실무위원회"라 한다)는 다음 각 호의 사항을 검토한다. 1. 위원회가 심의할 안건에 관한 사항 2. 위원회로부터 검토 지시를 받은 사항 ② 실무위원회는 위원장 1명을 포함한 25명 이내의 위원으로 구성한다. ③ 실무위원회의 위원장은 보건복지부차관이 되고, 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 실무위원회의 위원장이 임명하거나 위촉하는 사람이 된다. 1. 제4조제1항에 따른 중앙행정기관의 공무원 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 해당 기관의 장이 지명하는 사람 가. 고위공무원단에 속하는 일반직공무원 나. 고위공무원단에 속하지 않는 1급부터 3급까지의 공무원 다. 경찰청의 차안감 또는 경우관 2. 자살예방에 관하여 학식과 경험이 풍부한 사람 ④ 실무위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. ⑤ 실무위원회의 위원장은 실무위원회에 상정된 안건과 관련된 중앙행정기관 및 지방자치단체의 소속 공무원과 관계 전문가에게 실무위원회의 회의에 출석하여 발언하거나 자료를 제출할 것을 요청할 수 있다. ⑥ 실무위원회에 간사 1명을 두고, 간사는 자살예방 업무를 담당하는 보건복지부의 과장급 공무원으로 한다. [본조신설 2019. 6. 11.] [중전 제5조는 제8조로 이동 (2019. 6. 11.)]</p>		

02. 자살예방법 주요 개정사항

<p>제3장 자살예방대책 등</p> <p>제11조(자살실태조사) ① 국가 및 지방자치단체는 자살실태를 파악하고, 자살예방을 위한 서비스의 욕구와 수요를 파악하기 위하여 5년마다 자살실태조사를 실시하고 그 결과를 발표하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 자살실태조사에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. (신설 2018. 12. 11.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 성별 · 나이 · 학력, 혼인 및 취업 상태 등 조사대상자의 일반적 특성에 관한 사항 2. 자살에 관한 생각, 자살을 시도한 횟수 등 조사대상자의 자살 위험요인에 관한 사항 3. 신문 · 방송 및 인터넷 등 언론의 자살보도가 자살에 미치는 영향에 관한 사항 4. 그 밖에 자살실태 및 자살예방을 위한 서비스의 욕구와 수요를 파악하기 위하여 필요한 사항 <p>③ 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살실태조사를 위하여 관계 기관 · 법인 · 단체의 장에게 필요한 자료의 제출 또는 의견의 진술을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 협조하여야 한다. (신설 2019. 12. 3.)</p> <p>④ 제1항 및 제2항에 따른 자살실태조사의 실시, 결과발표, 조사내용 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. (개정 2018. 12. 11., 2019. 12. 3.)</p>	<p>제6조(자살실태조사의 실시 등) ① 법 제11조제1항에 따라 보건복지부장관은 전국을 대상으로 자살실태조사를 실시하고, 시 · 도지사는 필요한 경우에 관할 지역을 대상으로 자살실태조사를 실시한다.</p> <p>② 보건복지부장관은 자살실태조사의 결과를 보건복지부 인터넷 홈페이지 등에 게재하는 방법으로 발표한다. (개정 2019. 6. 11.)</p> <p>③ 보건복지부장관 및 시 · 도지사는 자살을 증가 등의 사유로 추가적인 조사가 필요한 경우에는 법 제11조제2항 각 호의 사항의 전부 또는 일부에 대하여 임시조사를 실시하여 제1항의 자살실태조사를 보완할 수 있다. (개정 2019. 6. 11.)</p> <p>④ 보건복지부장관 및 시 · 도지사는 자살 시도의 원인을 파악하기 위하여 필요한 경우에는 제1항 및 제3항에 따른 자살실태조사 외에 자살시도자와 그 가족 또는 자살자의 유족(이하 "자살시도자등"이라 한다)에 대한 자살실태조사를 실시할 수 있다. 이 경우 미리 자살시도자등의 동의를 받아야 한다. (개정 2019. 6. 11.)</p> <p>⑤ 보건복지부장관 및 시 · 도지사는 자살실태조사와 관련하여 수집한 자료를 목적 외의 용도로 사용해서는 아니 된다.</p> <p>[제4조에서 이동, 종전 제6조는 제9조로 이동 <2019. 6. 11.>]</p>	
<p>제11조의2(심리부검) 국가와 지방자치단체는 효과적인 자살예방정책을 수립하고, 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 유족(이하 이 장에서 "자살시도자등"이라 한다)에 대한 심리적 지원을 제공하기 위하여 자살행위 전후의 심리 · 행동변화 등을 바탕으로 자살원인을 분석하는 심리부검을 실시할 수 있다. 이 경우 미리 자살시도자등의 동의를 받아야 한다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <p>[본조신설 2017. 2. 8.]</p>	<p>제7조(자살시도자 등에 대한 사후관리 절차 및 방법 등) ① 법 제12조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 직무상 자살시도자등을 알게 된 경우 지체 없이 자살시도자에게 그의 관할 구역 안에 있는 법 제13조에 따른 자살예방센터 및 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터의 연락처 · 주소 및 해당 센터에서 수행하는 구체적인 지원 내용에 관한 정보를 제공해야 한다.</p> <p>② 법 제12조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 자살시도자에게 제1항에 따른 정보를 서면, 전자우편 또는 휴대전화 문자메시지 등으로 제공해야 한다.</p> <p>③ 법 제12조의2제2항제3호에서 "대통령령으로 정하는 자살예방업무 수행기관"이란 법 제11조의2에 따른 심리부검 업무 등 자살예방업무를 수행하는 기관으로서 보건복지부장관이 자살시도자등의 정보를 제공받을 필요가 있다고 인정하는 기관을 말한다.</p> <p>④ 법 제12조의2제2항 및 제3항에 따른 정보는 자살시도자등의 성명, 생년월일, 주소 및 연락처로 한다.</p> <p>⑤ 제4항에 따른 정보는 전산기록장치 또는 전산프로그램을 이용하여 저장되어 있는 경우 그 형태로 제공될 수 있다.</p> <p>⑥ 경찰관서의 장, 소방관서의 장 또는 법 제12조의2제2항 각 호의 기관의 장은 같은 조 제4항에 따른 동의를 받으려면 동의를 필요한 내용을 당사자에게 구두 또는 유선으로 설명하거나 서면(전자문서를 포함한다. 이하 같다)으로 전달하고, 당사자의 동의 의사표시를 녹음하거나 서면으로 받아야 한다. (개정 2019. 7. 9.)</p> <p>⑦ 법 제12조의2제2항 각 호의 기관의 장은 같은 조 제5항에 따른 지원내용을 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관에게 보고해야 한다.</p> <p>⑧ 법 제12조의2제2항 각 호의 기관의 장은 같은 조 제6항에 따라 담당자를 지정 · 변경한 경우에는 지체 없이 담당자가 지정 · 변경된 자살시도자에게 그 사실을 통보해야 한다.</p> <p>[본조신설 2019. 6. 11.]</p> <p>[종전 제7조는 제10조로 이동 <2019. 6. 11.>]</p>	
<p>제12조(자살통계 분석 및 정보관리체계 구축) ① 국가 및 지방자치단체는 자살통계를 수집 · 분석 및 관리하기 위하여 전문 조사 · 연구 기관을 지정하여 운영할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따른 전문 조사 · 연구 기관의 지정 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>		<p>제2조(전문 조사 · 연구 기관의 지정) ① 보건복지부장관 및 특별시장 · 광역시장 · 도지사 · 특별자치도지사(이하 "시 · 도지사"라 한다)는 "자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률"(이하 "법"이라 한다) 제12조제1항에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관 또는 단체를 자살통계의 수집 · 분석 및 관리를 위한 전문 조사 · 연구 기관(이하 이 조에서 "전문 조사 · 연구 기관"이라 한다)으로 지정할 수 있다. (개정 2017. 5. 30.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 국공립 연구기관 2. 국공립 병원 3. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 4. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제16조에 따른 정신건강연구기관

부록편 자살예방법 주요 개정사항

		<p>5. 법 제13조에 따른 자살예방센터</p> <p>6. 그 밖에 통계의 수집 · 분석 및 관리에 관한 전문성이 있는 기관 또는 단체</p> <p>② 보건복지부장관 및 시 · 도지사는 제1항에 따라 전문 조사 · 연구 기관을 지정할 때에는 다음 각 호의 사항을 고려하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 통계의 수집 · 분석 및 관리에 관한 전문성 확보 여부 2. 필요한 조직과 인력 보유 여부 3. 자살통계의 수집 · 분석 및 관리에 적합한 보안성 및 안전성 등 확보 여부 <p>③ 보건복지부장관 및 시 · 도지사는 전문 조사 · 연구 기관이 업무를 수행하는 데에 필요한 비용을 예산의 범위에서 지원할 수 있다.</p>
<p>제12조의2(자살시도자 등의 사후관리) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 직무상 자살시도자등을 알게 된 경우 그 자살시도자 등에게 관할 구역 안에 있는 관계 지원기관에 관한 정보를 제공하여야 한다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「국가공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 경찰공무원 2. 「지방공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 자치경찰공무원 3. 「119구조 · 구급에 관한 법률」 제10조에 따른 119구급대의 구급대원 <p>② 경찰관서의 장과 소방관서의 장은 자살시도자 또는 자살자가 발생한 경우 자살시도자등의 정보를 관할 구역 내 다음 각 호의 기관에 제공할 수 있다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제13조에 따른 자살예방센터 2. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자살예방업무 수행기관 <p>③ 제2항 각 호의 기관의 장은 자살시도자 사후관리 등 자살예방업무를 원활한 수행을 위하여 경찰관서의 장, 소방관서의 장, 지방자치단체의 장, 의료기관의 장 및 그 밖의 관련 기관의 장에게 자살시도자등의 정보의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 기관의 장은 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <p>④ 제2항 및 제3항에 따라 자살시도자등의 정보를 제공하는 경우 당사자의 동의를 받아야 한다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <p>⑤ 제2항 각 호의 기관의 장은 정보를 제공받은 자살시도자등에 대하여 상담 등 지원을 제공하고 지원내용을 매년 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <p>⑥ 제2항 각 호의 기관의 장은 제5항에 따라 자살시도자에게 필요한 지원을 하기 위한 담당자를 소속 직원 중에서 지정하여야 한다. 다만, 둘 이상의 기관에서 동일한 자살시도자등의 정보를 제공받은 경우 관계 기관의 장이 서로 협의하여 지정할 수 있다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <p>⑦ 제1항부터 제3항까지에 따른 정보제공의 범위, 절차 · 방법, 제4항에 따른 동의, 제5항에 따른 보고 및 제6항에 따른 담당자의 지정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>[본조신설 2018. 12. 11.]</p>		
<p>제13조(자살예방센터의 설치) ① 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 보건복지부장관은 중앙자살예방센터를, 시 · 도지사 및 시장 · 군수 · 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 지방자살예방센터(이하 "자살예방센터"라 한다)를 설치 · 운영할 수 있다. (개정 2019. 1. 15.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 자살 관련 상담 2. 자살위험 상시현장출동 및 대응 3. 자살시도자 사후관리 4. 자살자의 유족 지원 및 관리 5. 자살예방 홍보 및 교육 6. 자살예방 전문 인력 양성 7. 그 밖에 자살예방 및 자살자의 유족 지원을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무 <p>② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제3호에 따른 정신건강복지센터에 둘 수 있다. (개정 2016. 5. 29.)</p>	<p>제8조(자살예방센터 설치 · 운영의 위탁) ① 법 제13조제3항에 따라 보건복지부장관, 시 · 도지사 및 시장 · 군수 · 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 중앙자살예방센터 또는 지방자살예방센터의 설치 · 운영을 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 민간 기관 및 단체에 위탁할 수 있다. (개정 2017. 5. 29.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제4호에 따른 정신건강증진시설 2. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 3. 「사회복지사업법」 제116조제1항에 따라 설립된 사회복지법인 <p>4. 그 밖에 자살예방에 관한 전문 인력과 능력을 갖춘 비영리법인 및 단체</p> <p>② 제1항에 따라 업무를 위탁하는 경우에는 해당 민간 기관 및 단체의 전문성 · 인력 · 시설 등을 고려하여야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관, 시 · 도지사 및 시장 · 군수 · 구청장은 법 제13조제3항에 따라 업무를 위탁하려면 미리 위탁의 기준, 절차 및 방법 등을 위탁하는 기관의 게시판이나 인터넷 홈페이지에 공고하여야 한다.</p>	<p>제3조(선별검사 및 상담 · 치료 등) ① 법 제14조제2항에 따라 보건복지부장관 및 시 · 도지사는 나이, 성별 및 사회적 환경 등 검사 대상자의 특성을 고려하여 정신건강 선별검사 도구를 개발하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관 및 시 · 도지사는 제1항에 따른 정신건강 선별검사 도구를 법 제17조제1항 각 호에 해당하는 기관 · 단체 및 시설에 보급하여야 한다.</p> <p>③ 제2항에 따라 정신건강 선별검사 도구를 받은 기관 · 단체 및 시설의 장은 정신건강 선별검사가 필요하다고 인정되는 사람을 대상으로 선별검사를 할 수 있다. 이 경우 미리 동의를 받아야 한다.</p> <p>④ 제3항에 따라 정신건강 선별검사를 한 기관 · 단체 및 시설의 장은 검사 결과 법 제4조제1항에 따른 자살위험자(이하 "자살위험자"라 한다)를 발견한 경우에는 자살위험자 또는 그 보호자에게 보건소, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조에 따른 정신건강복지센터, 법 제13조에 따른 자살예방센터 또는 의료기관 등에서 상담 및 치료를 받도록 안내하여야 한다. (개정 2017. 5. 30.)</p>

02. 자살예방법 주요 개정사항

<p>③ 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 대통령령으로 정하는 바에 따라 인건에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 위탁업무의 수행에 드는 비용을 보조할 수 있다.</p> <p>④ 국가 및 지방자치단체는 수시로 신고를 받을 수 있는 자살예방용 긴급전화번호를 설치·운영하여야 한다.</p> <p>⑤ 제1항에 따른 자살예방센터 및 제4항에 따른 긴급전화의 설치·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>④ 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 법 제13조제3항에 따라 업무를 위탁한 경우에는 위탁받은 기관 및 단체 등의 명칭과 위탁업무의 내용을 위탁하는 기관의 게시판이나 인터넷 홈페이지에 공고하여야 한다.</p> <p>[제5조에서 이동, 종전 제8조는 제11조로 이동 (2019. 6. 11.)]</p> <p>제9조(긴급전화의 설치·운영 등) ① 보건복지부장관은 법 제13조제4항에 따른 자살예방용 긴급전화를 전용회선으로 설치하고, 전국적으로 통일된 번호로 24시간 동안 운영하여야 한다.</p> <p>② 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사가 자살예방용 긴급전화를 설치하는 경우에는 제1항에 따른 자살예방용 긴급전화와 연계되도록 하여야 한다.</p> <p>③ 제1항과 제2항에서 규정한 사항 외에 자살예방용 긴급전화의 설치 및 운영에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.</p> <p>[제6조에서 이동 (2019. 6. 11.)]</p>	<p>⑤ 보건복지부장관은 제3항에 따라 정신건강 선별검사를 하는 기관·단체 및 시설의 장에게 정신건강 선별검사 실시시 필요한 교육을 할 수 있다.</p> <p>⑥ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정신건강 선별검사 및 상담·치료에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.</p>
<p>제14조(자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책) ① 국가 및 지방자치단체는 정신건강에 이상이 생긴 것으로 인하여 자살 위험에 노출된 자에 대하여 필요한 의료적 조치가 적절히 제공될 수 있는 환경을 조성하여야 한다.</p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 자살위험자를 대상으로 한 정신건강 선별검사 도구를 개발하고 보급하여야 한다.</p> <p>③ 국가 및 지방자치단체는 자살위험자의 조기 발견, 상담 및 치료를 위하여 필요한 조치를 하도록 노력하여야 한다.</p> <p>④ 제2항에 따른 선별검사 및 제3항에 따른 상담·치료에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>		
<p>제4장 생명존중문화 조성 등</p>		
<p>제15조(생명존중문화 조성) 국가 및 지방자치단체는 생명을 존중하는 사회문화 환경을 조성하기 위하여 자살예방을 위하여 활동하는 민간단체 등과 협조하여 범국민적 생명존중문화 사업을 추진할 수 있다.</p>		
<p>제16조(자살예방의 날) ① 자살의 위해성을 일깨우고 자살예방을 위한 적극적인 사회 분위기를 조성하기 위하여 매년 9월 10일을 자살예방의 날로 하고, 자살예방의 날부터 1주일일 자살예방주간으로 한다.</p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 자살예방의 날 취지에 적합한 행사와 교육·홍보사업을 실시하도록 노력하여야 한다.</p>		
<p>제17조(자살예방 상담·교육) ① 다음 각 호에 해당하는 기관·단체 및 시설의 장은 자살방지 및 생명존중문화 조성을 위하여 자살예방 상담·교육을 실시할 수 있도록 노력하여야 한다.</p> <p>1. 국가기관, 지방자치단체 및 대통령령으로 정하는 공공기관</p> <p>2. 「노인복지법」에 따른 노인복지시설</p> <p>3. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설</p> <p>4. 그 밖에 자살예방 상담·교육이 필요하다고 인정하여 대통령령으로 정하는 기관이나 단체</p> <p>② 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장에게 자살위험자 등과 관련된 업무를 수행하는 사람으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람에 대하여 제1항에 따른 자살예방 상담·교육을 실시할 것을 요청할 수 있다. <신설 2018. 12. 11.></p> <p>1. 「119구조·구급에 관한 법률」 제8조에 따른 119구조대의 구조대원 및 같은 법 제10조에 따른 119구급대의 구급대원</p> <p>2. 「국가공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 경찰공무원</p> <p>3. 「지방공무원법」 제2조제2항제2호에 따른 자치경찰공무원</p> <p>4. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제43조에 따른 사회복지전담공무원</p> <p>5. 그 밖에 자살예방 상담·교육이 필요하다고 인정하여 대통령령으로 정하는 사람</p> <p>③ 국가 및 지방자치단체는 자살시도자 및 자살자 유족의 의견을 반영하여 제1항 및 제2항에 따른 자살예방 상담·교육에 필요한 프로그램을 개발·보급하고, 자살예방 상담·교육에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 예산의 범위에서 해당 기관·단체 및 시설에 지원할 수 있다. <개정 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.></p> <p>④ 제1항 및 제2항에 따른 자살예방 상담·교육, 방법 및 내용과 제3항에 따른 프로그램의 개발·보급 및 지원 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2018. 12. 11.></p>	<p>제10조(자살예방 상담·교육 실시기관) ① 법 제17조제1항제1호에서 "대통령령으로 정하는 공공기관"이란 다음 각 호의 기관을 말한다.</p> <p>1. "공공기관의 운영에 관한 법률" 제4조제1항에 따른 공공기관</p> <p>2. 「지방공기업법」 제49조제1항 및 제76조제1항 따라 설립된 지방공사 및 지방공단</p> <p>② 법 제17조제1항제4호에서 "대통령령으로 정하는 기관이나 단체"란 다음 각 호의 기관이나 단체를 말한다.</p> <p>1. 상근근로자가 30명 이상인 사업장</p> <p>2. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관</p> <p>3. 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교</p> <p>4. 그 밖에 자살예방 상담·교육이 필요하다고 인정하여 보건복지부장관이나 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 정하는 기관이나 단체</p> <p>③ 법 제17조제2항제5호에서 "대통령령으로 정하는 사람"이란 다음 각 호의 사람을 말한다. <신설 2019. 6. 11.></p> <p>1. 「노인복지법」 제27조제2항제1항에 따른 홀로 사는 노인에게 대한 돌봄사업 종사자</p> <p>2. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제41조제1항에 따른 지역사회보장협의체의 위원 및 같은 법 제42조제2항에 따른 통합사례관리사</p> <p>3. 「청소년복지 지원법」 제29조제1항에 따른 청소년상담복지센터의 종사자</p> <p>4. 「치매관리법」 제17조제1항에 따른 치매안심센터의 종사자</p> <p>[제7조에서 이동 (2019. 6. 11.)]</p>	<p>제4조(자살예방 상담·교육의 방법 및 내용) ① 법 제17조제1항 및 제2항에 따른 자살예방 상담·교육은 개별 면담, 강의, 시청각교육 및 원격교육 등의 방법으로 실시한다. <개정 2019. 6. 12.></p> <p>② 제1항에 따른 자살예방 상담·교육의 내용은 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. 생명존중의 중요성</p> <p>2. 자살현상의 이해와 예방</p> <p>3. 자살위험자에 대한 상담 방법</p> <p>4. 자살시도자 응급처치 방법</p> <p>5. 자살시도자 및 자살자의 가족 지원 방법</p> <p>6. 그 밖에 자살예방 상담·교육의 내용으로서 필요하다고 인정되는 사항</p>
<p>제19조(자살예방을 위한 홍보) ① 국가 및 지방자치단체는 교육과 홍보 활동을 통하여 자살예방에 관한 국민의 이해를 돕기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. <개정 2019. 1. 15.></p> <p>② 보건복지부장관은 자살의 예방과 국민의 자살예방 활동 참여를 독려하기 위하여 자살예방에 대한 홍보영상을 제작하여 「방송법」 제23조제3호의 방송편성책임자에게 배포하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>③ 보건복지부장관은 「방송법」 제2조제3호가목의 지상파방송사업자에게 같은 법 제73조제4항에 따라 대통령령으로 정하는 비상업적 공익광고 편성비용의 범위에서 제2항의 홍보영상을 채널별로 송출하도록 요청할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>④ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 제2항의 홍보영상 외에 독자적인 홍보영상을 제작하여 송출할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관에게 필요한 원조 및 지원을 요청할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>⑤ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 자살과 관련한 보도 또는 방송에 연이어 제2항에 따른 홍보영상 또는 보건복지부장관이 정하는 자살예방 상담번호 안내를 송출하도록 노력하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p>		
		<p>제5조(상담·교육 프로그램의 개발 및 보급) ① 법 제17조제3항에 따라 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 자살예방 상담·교육에 필요한 프로그램(이하 이 조에서 "상담·교육 프로그램"이라 한다)을 개발하여 법 제17조제1항에 따른 기관·단체 및 시설에 보급한다. <개정 2019. 6. 12.></p> <p>② 보건복지부장관은 상담·교육 프로그램의 개발 및 보급에 관하여 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사를 지원할 수 있다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 상담·교육 프로그램의 개발 및 보급을 장려하기 위하여 우수 상담·교육 프로그램을 선정하여 홍보할 수 있다.</p>

부록편 자살예방법 주요 개정사항

<p>제18조(자살예방을 위한 홍보) ① 국가 및 지방자치단체는 교육과 홍보 활동을 통하여 자살예방에 관한 국민의 이해를 돕기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. <개정 2019. 1. 15.></p> <p>② 보건복지부장관은 자살의 예방과 국민의 자살예방 활동 참여를 독려하기 위하여 자살예방에 대한 홍보영상을 제작하여 「방송법」 제23조제3호의 방송편성책임자에게 배포하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>③ 보건복지부장관은 「방송법」 제2조제3호가목의 지상파방송사업자에게 같은 법 제73조제4항에 따라 대통령령으로 정하는 비상업적 공익광고 편성비용의 범위에서 제2항의 홍보영상을 채널별로 송출하도록 요청할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>④ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 제2항의 홍보영상 외에 독자적인 홍보영상을 제작하여 송출할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관에게 필요한 원조 및 지원을 요청할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p> <p>⑤ 제3항에 따른 지상파방송사업자는 자살과 관련한 보도 또는 방송에 연이어 제2항에 따른 홍보영상 또는 보건복지부장관이 정하는 자살예방 상담번호 안내를 송출하도록 노력하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p>		
<p>제19조(자살유발정보예방법제계의 구축) ① 누구든지 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 정보통신망을 통하여 자살유발정보를 유통하여서는 아니 된다.</p> <p>② 보건복지부장관은 교육부, 문화체육관광부, 과학기술정보통신부, 여성가족부, 방송통신위원회 및 경찰청 등 관계 기관과 자살유발정보예방법협의회를 구성하여 자살유발정보의 차단을 위하여 협력하여야 한다.</p> <p>③ 제2항에 따른 자살유발정보예방법협의회의 구성·기능 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <전문개정 2019. 1. 15.></p>	<p>제6조(자살유발정보예방법협의회의 구성·운영) ① 법 제19조제2항에 따른 자살유발정보예방법협의회(이하 "협의회"라 한다)는 위원장 1명을 포함하여 10명 이상 20명 이내의 위원으로 성별을 고려하여 구성한다.</p> <p>② 협의회의 위원장은 보건복지부의 자살예방 업무를 담당하는 국장이 되고, 위원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다.</p> <p>1. 법 제19조제2항에 따른 관계기관에 소속된 4급 이상(고위공무원단에 속하는 공무원을 포함한다) 또는 이에 상당하는 공무원 중에서 해당 기관의 장이 지명하는 사람</p> <p>2. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제3조제3항에 따른 정보통신서비스 제공자단체의 소속 직원</p> <p>3. 자살유발정보의 차단에 관하여 학식과 경험이 풍부한 사람</p> <p>③ 공무원이 아닌 위원의 임기는 2년으로 한다.</p> <p>④ 협의회는 다음 각 호의 사항을 협의·조정한다.</p> <p>1. 자살유발정보의 범위와 관련한 사항</p> <p>2. 자살유발정보의 효과적 차단 방법에 관한 사항</p> <p>3. 그 밖에 자살유발정보 차단과 관련하여 위원장이 회의에 부치는 사항</p> <p>⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 협의회의 구성·운영에 필요한 사항은 협의회의 의결을 거쳐 협의회의 위원장이 정한다. <전문개정 2019. 7. 16.></p>	
<p>제19조의2(자살보도 권고기준 준수 협조요청) ① 보건복지부장관은 자살사건 보도로 인한 자살의 확산을 방지하기 위하여 방송·신문·잡지 및 인터넷신문 등 언론에 대하여 제7조제2항제13호에 따른 자살보도에 대한 권고기준을 준수하도록 협조를 요청할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.></p> <p>② 언론은 제1항에 따른 협조요청을 적극 이행하도록 노력하여야 한다. <본조신설 2018. 12. 11.></p>		
<p>제19조의3(긴급구조대상자 구조를 위한 정보제공요청 등) ① 경찰관서·해양경찰관서 및 소방관서의 장(이하 이 조에서 "긴급구조기관"이라 한다)은 자살위험자 중 다음 각 호에 해당하는 사람(이하 이 조에서 "긴급구조대상자"라 한다)의 생명·신체를 보호하기 위하여 긴급한 경우로서 다른 방법으로는 긴급구조대상자의 위치 등을 파악하여 구조할 수 없는 경우에 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제3호의 정보통신서비스 제공자에게 자료의 열람이나 제출을 요청(이하 "자료제공요청"이라 한다)할 수 있다.</p> <p>1. 자살 의사 또는 계획을 표현한 사람</p> <p>2. 자살동반자를 모집한 사람</p> <p>3. 자살위해물건을 구매하거나 구매의사를 표시하는 등 자살을 실행할 것이 명백하다고 판단되는 사람</p>	<p>제11조(긴급구조대상자 구조를 위한 정보제공요청 등) ① 경찰관서·해양경찰관서 및 소방관서의 장(이하 "긴급구조기관"이라 한다)은 법 제19조의3제1항에 따라 개인정보의 제공을 요청한 경우에는 같은 조 제7항에 따라 별지 서식의 관리대장에 같은 항 각 호의 사항을 기록하여 보관해야 한다.</p> <p>② 긴급구조기관은 법 제19조의3제1항의 요청에 따라 개인정보를 제공받은 날부터 3개월이 지나면 해당 개인정보를 파기해야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 법 제19조의3제9항에 따라 통계자료의 제공을 요청하려는 경우에는 통계자료의 사용 목적, 범위 및 제출방법 등을 명시하여 서면으로 요청해야 한다. <본조신설 2019. 7. 9.></p> <p>[종전 제11조는 제14조로 이동 (2019. 7. 9.)]</p>	

02. 자살예방법 주요 개정사항

<p>② 자료제공요청의 대상이 되는 자료는 긴급구조대상자의 성명, 주민등록번호(주민등록번호가 없는 경우에는 생년월일을 말한다), 주소, 전화번호, 아이디(컴퓨터시스템이나 통신망의 정당한 이용자임을 알아보기 위한 이용자 식별번호를 말한다), 전자우편주소 및 「위치정보의 보호 및 이용 등에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 개인위치정보를 말한다.</p> <p>③ 자료제공요청은 요청사유, 긴급구조대상자와의 연관성, 필요한 자료의 범위를 기재한 서면(이하 "자료제공요청서"라 한다)으로 하여야 한다. 다만, 서면으로 요청할 수 없는 긴급한 사유가 있을 때에는 서면에 의하지 아니하는 방법으로 요청할 수 있으며, 그 사유가 해소되면 지체 없이 정보통신서비스 제공자에게 자료제공요청서를 제출하여야 한다.</p> <p>④ 정보통신서비스 제공자는 제1항의 자료제공요청을 받았을 경우 지체 없이 협조하여야 한다.</p> <p>⑤ 긴급구조기관 및 정보통신서비스 제공자는 제1항 및 제2항에 따라 인적사항 및 위치를 특정할 수 있는 정보를 요청하거나 제공하는 경우 그 사실을 해당 개인정보주체(제2항에 따른 정보에 의하여 식별되는 자를 말한다)에게 즉시 통보하여야 한다. 다만, 즉시 통보가 개인정보주체의 생명·신체에 대한 뚜렷한 위험을 초래할 우려가 있는 경우에는 그 사유가 소멸한 후 지체 없이 통보하여야 한다.</p> <p>⑥ 긴급구조기관 및 긴급구조업무에 종사하거나 종사하였던 사람은 긴급구조 목적으로 제공받은 개인정보를 긴급구조 외의 목적에 사용하여서는 아니 된다.</p> <p>⑦ 긴급구조기관은 제1항에 따라 개인정보의 제공을 요청한 때에는 다음 각 호의 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 보관하여야 하며, 해당 개인정보주체가 수집된 개인정보에 대한 확인, 열람, 복사 등을 요청하는 경우에는 지체 없이 그 요청에 따라야 한다.</p> <p>1. 요청자 2. 요청 일시 및 목적 3. 정보통신서비스 제공자로부터 제공받은 내용</p> <p>⑧ 긴급구조기관은 제1항 및 제2항에 따라 제공받은 인적사항 및 위치를 특정할 수 있는 정보를 제3자에게 알려서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 경우에는 그러하지 아니하다.</p> <p>1. 개인정보주체의 동의가 있는 경우 2. 긴급구조 활동을 위하여 불가피한 상황에서 다른 긴급구조기관에 제공하는 경우</p> <p>⑨ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 방법에 따라 제12조에 따른 자살통계 수집·분석 및 관리를 위하여 필요한 범위 내에서 긴급구조기관에게 제1항에 따라 자료를 제공받은 횟수, 유형 등 현황에 관한 통계자료의 제공을 요청할 수 있으며, 긴급구조기관은 특별한 사정이 없는 한 그 요청에 따라야 한다. [본조신설 2019. 1. 15.]</p>	<p>제12조(자료제공 업무책임자 지정의무자의 범위) ① 법 제19조의4제1항에서 "대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자"란 "정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 시행령, 제25조제1호에 해당하는 자를 말한다.</p> <p>② 법 제19조의4제1항에 따라 신고하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 자료제공 업무책임자 지정 신고서를 보건복지부장관에게 제출해야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 신고를 받은 경우 긴급구조기관에 신고 내용을 지체 없이 통보해야 한다. [본조신설 2019. 7. 9.]</p>	<p>제7조(자료제공 업무책임자 지정 신고) ① 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 시행령」 제12조제2항에 따른 자료제공 업무책임자 지정 신고서는 별지 서식에 따른다.</p> <p>② 제1항에 따른 신고서를 제출받은 보건복지부장관은 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 법인 등기사항증명서(법인인 경우만 해당한다) 또는 사업자등록증(개인인 경우만 해당한다)을 확인해야 한다. 다만, 신고인이 사업자등록증의 확인에 동의하지 않는 경우에는 그 사본을 첨부하도록 해야 한다. [본조신설 2019. 7. 16.]</p>
<p>제5장 보칙</p> <p>제20조(자살시도자 등에 대한 지원) ① 국가 및 지방자치단체는 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 유족 등에 미치는 심각한 심리적 영향의 완화와 이들의 생활안정을 위하여 자살시도자 등에게 심리상담·상담치료·법률구조 및 생계비 등을 지원할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.></p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족 등이 참여하는 자조(自助) 모임의 운영에 필요한 인력과 비용을 지원할 수 있다. <신설 2018. 12. 11., 2019. 1. 15.></p> <p>③ 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족이 자살자의 유족 지원 대책을 적극적으로 이용할 수 있도록 지원 대책과 그 이용 절차를 안내하여야 한다. <신설 2019. 1. 15.></p>	<p>제13조(자살자의 유족에 대한 지원) ① 국가 및 지방자치단체는 법 제20조제4항 전단에 따라 자살자의 유족에 대한 지원을 직권으로 신청하려는 경우에는 지원대상자의 선정 기준, 지원 대책 및 절차 등을 지원대상자에게 알기 쉽게 설명해야 한다.</p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 법 제20조제4항 후단에 따라 지원대상자의 동의를 받으려는 경우에는 동의에 필요한 내용을 지원대상자에게 구두 또는 유선으로 설명하거나 서면으로 전달하고, 지원대상자의 동의 의사표시를 녹음하거나 서면으로 받아야 한다. [본조신설 2019. 7. 9.]</p>	

부록편 자살예방법 주요 개정사항

<p>④ 국가 및 지방자치단체는 자살자의 유족이 지원 대책을 직접 신청하지 않는 경우 자살자의 유족에 대한 지원이 즉시 제공될 수 있도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 직권으로 신청하여야 한다. 이 경우 지원대상자의 동의를 받아야 하며, 동의를 받은 경우에는 지원대상자가 신청한 것으로 본다. <신설 2019. 1. 15.></p>	<p>제14조(민간정보 및 고유식별정보의 처리) ① 국가와 지방자치단체(해당 권한이 위임·위탁된 경우는 해당 권한을 위임·위탁받은 자를 포함한다)는 다음 각 호의 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다.</p> <p>1. 법 제11조에 따른 자살실태조사에 관한 사무 2. 법 제13조제4항에 따른 긴급전화의 설치·운영에 관한 사무 3. 법 제19조에 따른 자살유해정보예방체계 구축·운영에 관한 사무 4. 법 제20조에 따른 자살시도자 등에 대한 지원에 관한 사무</p> <p>② 법 제12조의2제2항 각 호의 기관의 장 또는 법 제17조제1항 각 호의 기관·단체 및 시설의 장은 다음 각 호의 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다. <개정 2019. 6. 11.></p> <p>1. 법 제12조의2에 따른 자살시도자 등의 사후관리에 관한 사무 2. 법 제13조제1항 각 호에 따른 자살예방센터의 업무에 관한 사무 3. 법 제17조에 따른 자살예방 상담·교육에 관한 사무 [본조신설 2014. 8. 6.] [제11조에서 이동 <2019. 7. 9.>]</p>	
<p>제21조(명예 및 생활의 평온에 대한 배려) 국가 및 지방자치단체는 자살예방대책을 실시함에 있어서 자살자·자살시도자 및 이들의 가족 등의 명예 및 생활의 평온을 부당하게 침해하는 일이 없도록 하여야 한다.</p>		
<p>제22조(전문인력의 양성) 국가 및 지방자치단체는 자살예방 등에 관한 전문인력의 양성·확보 및 자질의 향상에 필요한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.</p>		
<p>제23조(민간단체 등의 지원) ① 국가 및 지방자치단체는 자살예방사업을 수행하는 단체에 대하여 업무수행에 필요한 지원을 할 수 있다. <개정 2019. 1. 15.></p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 생명지킴이의 활동에 필요한 경비를 지원할 수 있다. <신설 2019. 1. 15.></p>		
<p>제24조(비밀누설의 금지) 이 법에 따라 자살예방 직무를 수행하였던 자 또는 수행하고 있는 자는 직무 수행과 관련하여 알게 된 타인의 비밀을 누설하거나 발표하여서는 아니 된다.</p>		
<p>제24조의2(관계 기관의 협조) ① 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 정책의 시행을 위하여 필요한 경우에는 관계 중앙행정기관, 지방자치단체, 관계 공공기관 및 그 밖의 관련 기관·단체의 장에게 협조를 요청할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따라 협조요청을 받은 자는 특별한 사유가 없으면 협조하여야 한다. <본조신설 2018. 12. 11.></p>		
<p>제6장 벌칙</p> <p>제25조(벌칙) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>1. 제19조의3제6항을 위반하여 같은 조 제1항에 따라 받은 정보를 긴급구조 외의 목적에 사용한 자 2. 제19조의3제8항을 위반하여 개인정보주체의 동의를 받지 아니하거나 긴급구조 외의 목적으로 같은 조 제1항에 따라 받은 정보를 제공하거나 제공받은 자</p> <p>② 제24조를 위반한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>③ 제19조제1항을 위반하여 자살유발정보를 정보통신망을 통하여 유통한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>④ 제19조의3제4항을 위반하여 자료제공요청을 거부한 자는 1년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <전문개정 2019. 1. 15.></p>		
<p>제26조(과태료) 제19조의3제5항을 위반하여 정보제공사실을 통보하지 아니한 자에게는 1천만원 이하의 과태료를 부과한다. [본조신설 2019. 1. 15.]</p>		

2020 자살예방백서

발행일 | 2020년 5월

발행처 | 중앙자살예방센터

주소 | 서울특별시 중구 을지로 6 재능빌딩 11층

전화 | 02-2203-0053

팩스 | 02-2203-0054

홈페이지 | www.spckorea.or.kr

E-mail | spc@spckorea.or.kr

디자인/인쇄 | (주)열림씨앤피 02-6959-6657

ISSN 2508-2485