

이달의 초점

## 자살예방정책의 현황과 과제

자살에 영향을 미치는 한국 사회의 여건 탐색

**|고든솔|**

한국의 자살사망 현황과 시사점

**|권세원|**

자살예방 전달체계 현황과 과제

**|하솔잎|**

제5차 자살예방 기본계획의 주요 내용과 향후 과제

**|전진아·채수미|**



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

# 자살예방 전달체계 현황과 과제<sup>1)</sup>

Korea's Suicide Prevention Delivery and Its Policy Implications

하솔잎 한국보건사회연구원 연구기획조정실 부연구위원

국가 자살예방사업의 체계적 추진과 지역 단위에서의 양질의 서비스 제공을 위해서는 지역의 자살예방 인프라 확충과 추진 체계의 개편이 필요하다. 이 글에서는 사회서비스 전달체계의 주요 원칙과 자살예방의 대표적 사례 관리 모형을 고찰하고, 우리의 자살예방 전달체계와 인프라 진단 결과를 토대로 주요 과제를 제시하였다. ‘대상자 중심의 통합적 서비스 제공 모형’ 구축을 목적으로 ‘지자체의 책무성과 권한 강화’, ‘관계 기관 및 조직의 역할 정립’, ‘지역 자살예방 인프라 확충’을 우선 과제로 제안하였다. 포스트 코로나 시대 급격한 환경 변화와 국민 마음건강 관리의 중요성이 날로 높아지는 이때 각 중앙부처와 지자체, 자살예방센터, 지역사회 공동체가 각자의 노력을 경주하면서 대상자 중심의 협력 체계를 공고히 해야 할 것이다.

## 1 들어가며

우리나라의 자살률은 1998년 경제위기를 기점으로 급격히 증가하여 현재까지 20년 가까이 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 1~2위의 높은 수준에 머무르고 있다. 정부는 이에 대응해 2004년

제1차 국가자살예방 5개년 기본계획 수립을 시작으로 2011년 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’을 제정하였다. 또한 2017년부터는 자살예방을 국정 과제로 설정하고 범부처 차원의 실행계획을 마련하는 등 관련 정책들을 적극 추진하고 있다. 2018년에는 보건복지부 내 전담 부서(자

1) 이 글은 하솔잎, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구(세종: 한국보건사회연구원, 서울: 한국생명존중희망재단)의 내용을 일부 발췌하여 요약한 것이다.

살예방정책과)와 자살예방정책위원회를 조직하였고, 2019년에는 국무조정실 내 국민생명지키기추진단을 설치하였다. 2021년에는 중앙자살예방센터와 중앙심리부검센터가 통합되어 한국생명존중희망재단이 출범하는 등 중앙 차원에서는 담당 조직과 전달체계가 점차 강화되고 있다. 반면 지역의 자살예방 인프라와 전달체계는 여전히 미흡한 수준에 머물고 있다. 국가 전략 추진 체계 강화와 사업 범위의 확대로 실제 서비스가 집행되는 지역 단위에서의 인력과 예산, 서비스 체계의 확충이 함께 요구되는 상황이지만 현재 전체 지자체 중 자살예방센터를 설치한 지역은 약 54곳(보건복지부, 2023)에 불과하다. 대부분 지역에서는 정신건강복지센터에서 자살예방사업을 함께 수행하고 있는 실정이다. 센터 내 자살예방 담당 인력은 2018년 기준 평균 1.8명에 불과하여 최소 3명 이상의 전담 인력을 확충하는 것을 목표로 하고 있다(자살예방국가행동계획, 2018. 1. 23. 발표). 기초자치단체의 자살예방 전담 공무원 확충을 위해 2020년에 지자체의 전담 인력 기준인건비(총 149명)를 추가 반영(국무조정실 국민생명지키기추진단, 2021. 12.)하였지만 2021년 기준 전담 공무원은 인구 10만 명당 약 1.7명에 불과하였다(YTN, 2021. 1. 9.). 즉 지역 수준에서 전문적이고 통합적인 개입이 필요한 자살 위험군 대상 서비스의 특성이 충분히 반영되지 못하고, 조직 구조에 따라 정신건강 증진 사업 등이 병행됨에 따라 자살예방 서비스의 양과 질이 충분하지 못한 상황이라고 볼 수 있다.

국가 자살예방사업의 체계적 추진과 지역 단위에서의 양질의 서비스 제공을 위해서는 지역의 자살예방 인프라 확충과 추진 체계의 개편이 필요하다. 이 글에서는 자살예방 전달체계의 운영 현황 및 문제점 검토를 통해 개선 방향을 제시하고자 한다.

## 2 자살예방사업 전달체계 및 운영 현황

### 가. 자살예방사업 전달체계

사회복지 전달체계에 대한 일반적 정의는 ‘서비스 공급자와 수혜자를 연결시키기 위한 조직적 장치(김기현, 서용석, 황명진, 하수정, 김선녀, 최요석, 2013)’로, 이는 기능적 측면에서 다시 행정체계와 집행체계로 구분할 수 있다(성규택, 권선진, 1995). 행정체계는 서비스를 기획, 지시, 지원, 관리하기 위한 체계를, 집행체계는 서비스 수혜자들과의 직접적인 대면을 통해 서비스를 전달하는 과정을 의미한다. 이 연구에서는 지역 자살예방사업과 관련하여 각 조직의 역할과 관계 차원에서 행정체계를 중심으로 문제점과 개편 방향을 모색해 보고자 한다.

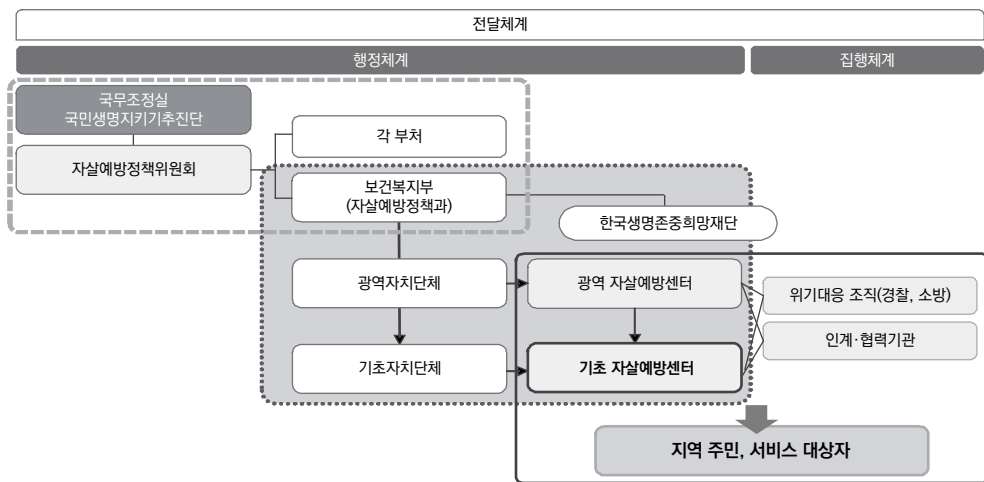
먼저 중앙의 자살예방사업 전달체계를 살펴보면 2018년 국가 행동계획 수립 시 총리실 주도의 범정부 추진 체계로 정비를 단행한 이후 국무조정실의 국민생명지키기추진단에서 각 부처의 자살예방 대책 이행 실태를 지속적으로 점검·관리하고, 복지부 내의 자살예방 추진 체계 강화의 일환으로 자살

예방정책과를 신설하여 주요 사업의 추진·관리를 담당하도록 하였다. 또한 자살예방 정책의 컨트롤 타워로서 국무총리를 위원장으로 하는 자살예방정책위원회를 구성, 중장기 정책 목표와 추진 방향, 추진 실적의 평가, 부처 간 협조·조정에 관한 사항, 민관 협력에 관한 사항들을 심의하는 기능을 담당하도록 하고 있다. 최근에는 자살예방 및 생명존중 문화 조성 관련 사업의 효율적 수행을 위한 기관으로 기존 중앙자살예방센터와 중앙심리부검센터를 통합한 한국생명존중희망재단의 법적 근거를 마련하였다(자살예방법 제12조의 4, 2022. 6. 10. 신설). 추후 재단의 기능 강화와 지위 향상을 통해 근거 마련 및 정책 지원, 사업 관리 등 정책 시너지 효과를 제고하고자 계획하고 있다(제2차 정신건강복

지기본계획, 2021. 1. 14. 발표).

지역사회에서 자살예방사업은 지방자치단체와 광역자살예방센터, 기초자살예방센터에서 담당하고 있다. 각 지자체는 법률상 자살의 사전 예방, 위기 대응, 사후 대응의 각 단계에 따른 정책 수립과 시행의 책무를 가지며, 국가의 자살예방 기본계획에 따라 시·도별 자살예방 시행계획을 수립·시행하여야 한다. 각 지자체의 실질적인 사업 수행 기관으로 자살예방센터가 운영되고 있는데, 지자체 보건소 내에서 직접 수행하거나 정신건강복지센터 부설 기관이나 자살예방팀이 운영하는 방법, 혹은 민간에 위탁하는 방식이 가능하다. 광역자살예방센터는 지역의 자살예방 시행계획 수립 지원 및 정책연구 수행 기관으로, 지역 자살의 특성과 욕구에 적합한

[그림 1] 자살예방 전달체계



자료: 하슬임, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구. [그림 3-1]을 일부 수정.

서비스가 제공될 수 있도록 유관기관 간 연계, 서비스 제공 체계 구축 등을 담당한다. 기초자살예방센터에서는 우울증 스크리닝 등 고위험군 발굴과 자살시도자, 유족 등에 대한 사후 관리, 자살 사망 발생 기관에 대한 사후 대응 등 지역사회 내에서 직간접 서비스 제공을 담당하고 있다(보건복지부, 2023).

긴급구조기관인 경찰과 소방에서는 자살 위험자의 생명을 보호하기 위해 위기 상황 발생 시 자살예방센터의 인력과 함께 현장 대응을 담당하며, 대상자의 정보를 관할구역 내 자살예방센터 등에 제공한다. 이 외의 지역사회 내에서 대상자에게 다양한 보건·복지 서비스 제공을 위해 주민센터, 시·군·구청과 의료기관, 사회복지서비스 제공 기관, 민간단체 등과 협력체계를 구축하고 있다.

지금까지 내용은 관련 법 규정과 지침 등에 의한 중앙과 지방 자살예방 전달체계의 개요이다. 실제로 정책의 의도와 설계대로 그것이 잘 작동하고 있는지 살펴볼 필요가 있다. 즉 자살예방 전달체계의 개편 방향 설정을 위하여 바람직한 전달체계의 모습, 주요 원칙에 비추어 우리의 전달체계를 살펴보고 문제와 원인을 진단할 필요가 있다.

그간의 사회서비스 연구 영역에서 논의된 전달체계의 주요 원칙들로는 통합성과 전문성, 책무성, 포괄성, 적절성(충분성), 지속성, 접근용이성 등을 들 수 있다(Gates, 1980; 박경숙, 강혜규, 1992; 최성재, 남기민, 1993; 현외성, 2010; 박봉길, 전석균, 하상훈, 김연은, 송인석, 김성연, 김도열, 2016). 전달체계가 '통합적'으로 제공되기 위해서

는 한 행정 책임자 아래 전달체계들이 제공되면서 서비스 제공 장소(조직)들이 지리적으로 가깝고, 서비스 프로그램 간 또는 서비스 조직 간에 상호 유기적인 연계와 협조 체제가 갖추어져 있어야 한다(박봉길 외, 2016). '포괄성' 원칙은 대상자의 욕구에 부응하기 위해서 다양한 복지서비스가 제공되어야 한다는 것을 의미한다. 최근에는 복합적이고 다양한 문제를 가진 개인의 문제를 한 전문가가 책임지고 지속적으로 필요한 서비스와 전문가를 찾아 연결하여 주고 적절한 서비스를 받을 수 있도록 관리해 주는 사례 관리 방법(case management)을 사용한다(Rubin, 1987; 문종열, 김기현(2014)에서 재인용). 또한 서비스의 양과 질, 그리고 제공 기간이 복지 대상자의 욕구 충족과 서비스의 목표 달성에 어느 정도 충실했느냐('적절성(appropriateness)', 혹은 충분성)도 중요한 원칙으로 꼽힌다(문종열 외, 2014). 이에 더하여 '지속성'의 원칙, 즉 개인이 필요로 하는 서로 다른 종류와 질의 서비스를 지역사회 내에서 연속적이고 지속적으로 받을 수 있어야 한다. 지속성의 원칙이 잘 적용되기 위해서는 같은 조직 내 서비스 프로그램 간의 협력이 잘 이루어져야 할 뿐 아니라 지역사회 내의 사회복지서비스 조직 간에도 유기적 연계가 잘 이루어져야 한다(문종열 외, 2014).

이러한 원칙에 비추어 자살예방 전달체계의 운영 현황과 개선 사항 파악을 위해 하술외 외(2022)에서는 지역 자살예방센터(정신건강복지센터)의 실무자 및 지역 자살예방 담당 공무원, 위기대응 조

직 실무자 등을 대상으로 초점 집단 인터뷰를 시행한 바 있다. 인터뷰를 통해 파악된 전달체계의 문제점은 다음과 같다. 우선 현재 지역에서 수행하는 사업들에 대한 효과를 기대하기에는 기초자치단체 및 정신건강복지센터 차원에서는 한계가 존재하고, 지역사회 내에서 다양한 기관 및 조직과 협력해야 할 상황에서 컨트롤타워의 역할에 제한이 있음이 대표적으로 진술되었다. 또한 대상자 중심의 접근성을 높이기 위해서는 국가 차원의 다각적인 홍보가 이루어져서 전 국민에게 닿아야 함이 강조되었다. 행정구역(주소지) 변경에 관계없이 지속적인 서비스 접근이 보장되어야 함도 요구되었다. 통합적 접근을 위한 의견으로는 국가 차원의 통합적 협력 체계와 지방자치단체장의 관심을 유도하는 제도적 장치를 통하여 지역사회 내 협력 체계가 구축되어야 한다는 의견이 제시되었다.

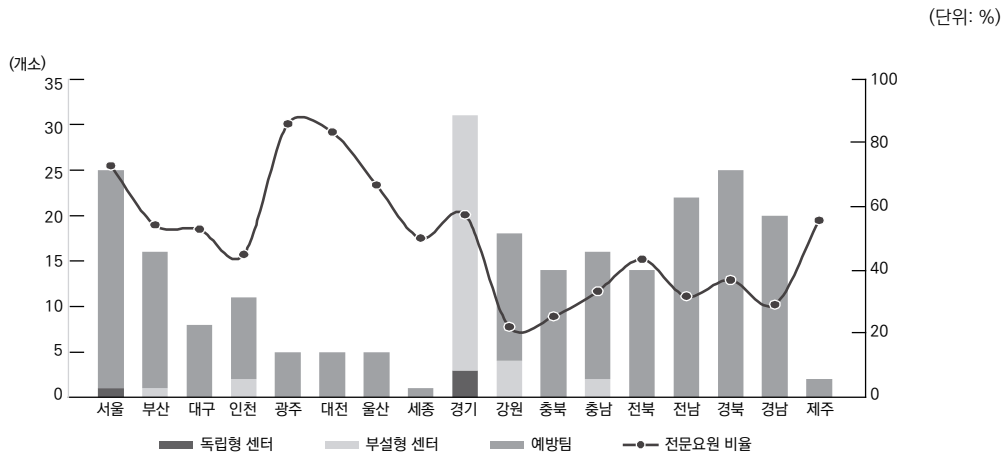
또한 조직, 인력, 예산 등 전달체계의 확충 및 개편에 관해서는 우선 독립적인 조직 체계 구축의 필요성이 강조되었다. 궁극적으로는 정신건강복지센터와 독립된 기관으로 자살예방센터가 따로 운영되어야 하나 현실적인 제약이 존재하므로 정신건강복지센터의 일개 팀이 아닌 부설 자살예방센터 형태의 조직 구분이 대안으로 제시되었다. 대신 독립된 상근 센터장과 정신건강 전문요원 중심으로 편성되어 있는 인건비 지침 등의 수정이 동반되어야 한다는 의견이었다. 인력 구성에 대해서는 자살예방사업의 직무 분석이 선행되고 그에 따른 적정 인력 수가 산정되어야 함이 강조되었다. 예산 차원에서는

막연히 예산 규모를 늘리기보다는 사업 추진의 효과성과 적합성 등을 고려하여 전체 지역에 대한 공통 필수 사업과 지역맞춤형 사업을 구분하고 효율적인 예산 사용이 이루어질 수 있게 해야 한다는 의견이었다. 업무의 구조와 내용에서도 중앙과 광역, 기초자치단체의 역할을 구분하고 지역 특성에 맞는 사업을 할 수 있어야 한다고 입을 모았다. 이러한 역할 구분이 선행된 후 지자체 내에서도 공통 필수 사업과 지역맞춤형 특성화 사업 등을 구분하여 지역사회별 대상의 특성에 맞게 운영해야 한다. 이를 위해서는 사업 계획뿐 아니라 평가체계의 유연한 적용도 동반되어야 할 것이다.

## 나. 지자체 자살예방사업의 인력 및 운영 현황

지역의 사업 수행 기관으로서 기초 자살예방센터의 운영 형태를 살펴보면 독립형 센터가 전체의 1.7%, 부설형이 15.5%이다. 나머지는 대부분 정신건강복지센터 내 자살예방팀(82.8%)으로 운영되고 있다(그림 2). 서울과 경기도는 일부 기초단체에서 독립형 센터를 두고 있는데, 특별히 경기도는 모든 기초단체에서 독립형 혹은 부설형 방식으로 자살예방센터를 운영하고 있다. 그러나 수도권 이외 대부분 지역에서는 정신건강복지센터 내의 자살예방팀에서 사업을 운영 중이다. 이러한 방식은 정신건강복지센터에서 좀 더 폭넓은 서비스를 제공하거나 업무 차원에서 효율성을 제고할 수 있는 장점이 있지만, 자살예방사업이 우선순위에서 밀려 전

[그림 2] 시·도별 자살예방센터 운영 현황(2022)



자료: 하슬윙, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구. [그림 4-11].

담 인력의 확보나 전문적이고 안정적인 사업 운영을 위한 충분한 예산의 확보가 어려워질 수 있다. 실제 2020년 수행된 한국생명존중희망재단의 조사에 따르면 기초자치단체 센터 내에 자살예방 전담 사례관리팀(자살예방 타 사업을 수행하지 않고 사례 관리만 전담해 수행하는 팀)이 있는 비율은 약 22.6%(212곳 중 48곳)에 불과하다(한국생명존중희망재단, 2021).

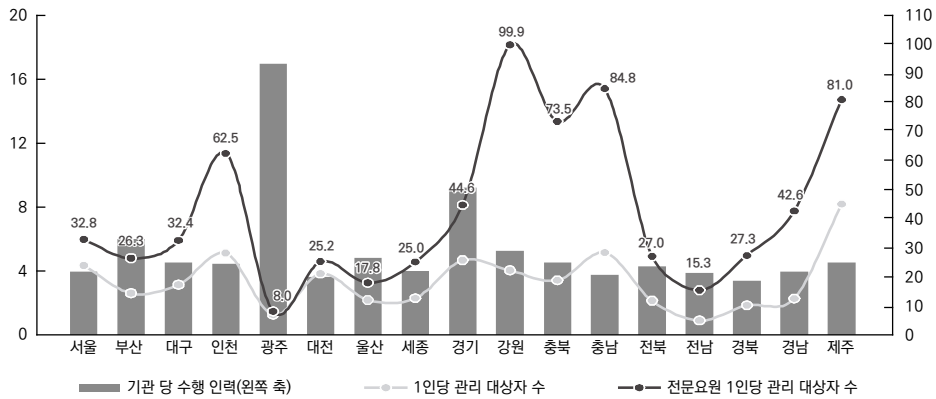
지역별 사업 수행 인력 현황을 살펴보면 기관당 평균 인력 수는 겸직을 포함하여 총 5.2명이고, 이중 전문요원이 2.5명, 비전문요원이 2.6명이다(그림 3). 전문요원 1인당 관리 대상자 수는 전체 평균 37.5명인데 지역별로 편차가 크고, 제주도의 경우에는 비전문요원까지 고려하였을 때에도 1인당 관리 대상자 수가 40명 이상에 이른다. 사업 수행 인

력의 충분성은 예산 투입 및 전달체계의 내부적 특성뿐 아니라 지역의 인구학적 특성이나 환경적 여건 등 외부적 요인에 의해 영향을 받는다고 할 수 있다. 특별히 농어촌 지역은 예산이 적거나 지리적 접근성의 문제와 함께 생산가능인구 자체가 적은 특성상 전문요원의 채용이 어려운 실정이다. 담당 인력의 잦은 교체는 지역 주민과 라포를 형성하며 지속적인 사례 관리를 수행해야 하는 근본적 미션을 달성하기 어렵게 한다(국회자살예방포럼 4차 정책세미나, 2019. 8. 14.).

다음으로 지역 내 서비스 수요 측면에서 기초 자살예방센터(정신건강복지센터)의 관리 대상자(자살 시도자, 자살의도자, 자살유족 등) 수 추이를 살펴보면 최근으로 올수록 기관당 관리 대상자의 수가 점차 증가하는 추세를 보인다(38.4명(2019) →

[그림 3] 시·도별 자살예방 수행 인력 현황(2022)

(단위: 명)



자료: 하슬잎, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구. [그림 4-12].

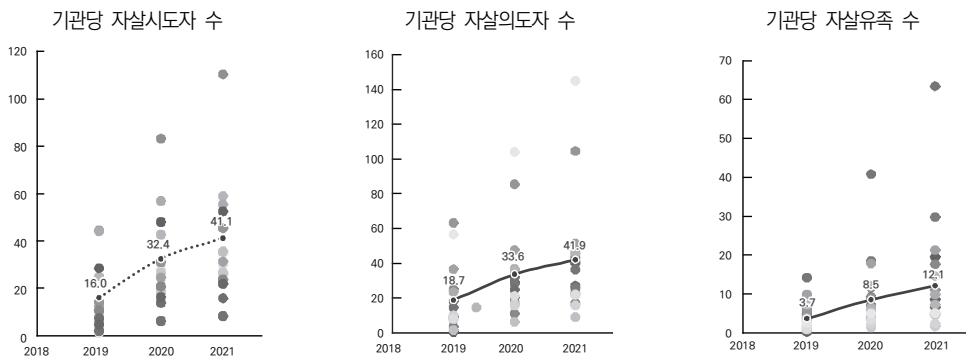
74.6명(2020) → 95.1명(2021))(그림 4).

대상자 수의 증가와 더불어 관리 기간도 장기화 되는 추세를 보이는데, 각 기초단체 센터의 관리 대

상자 중 사례 관리 기간이 1년 이상 되는 대상자의 비중이 2019년 36.7%에서 2020년에는 48.2%로, 2021년에는 54.5%까지 증가하였다(그림 5).

[그림 4] 기초 자살예방센터(정신건강복지센터) 관리 대상자 현황(2019~2021)

(단위: %)

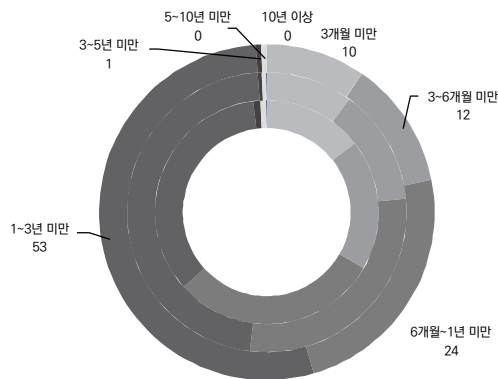


자료: 하슬잎, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구. [그림 4-9].



[그림 5] 사례 관리 기간별 대상자 수 비중(2019~2021)

(단위: %)



자료: 하슬윌, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구. [그림 4-10].

자살예방사업은 국고 보조 사업으로 운영되는 특성상 각 지자체의 재정 여력 및 단체장의 의지에 따라 인프라 투입 수준이 달라질 수 있다. 예산, 인력, 시설 등 사업 인프라는 서비스의 충분성 및 전문성과 직접적인 연관이 있다. 통합성, 포괄성, 지속성과 같은 전달체계의 원칙 실현을 위한 기반이 된다고 할 수 있다.

### 3 자살예방 전달체계의 쟁점 사항 및 개편 방향

자살예방의 전달체계는 앞서 살펴본 바와 같이 책무성과 통합성, 지속성, 전문성, 적절성, 포괄성, 접근용이성 등의 원칙에 부합하여야 한다. 이러한 맥락에서 전진아(2020)는 좋은 정신건강 전달체계

를 “수요자가 쉽게 양질의 서비스를 끊임 없이 연속적으로 이용할 수 있도록 보건과 복지서비스 간 조성과 연계가 잘 이루어진 체계”로 정의하기도 하였다. 즉 대상자(자살 고위험군)의 다양한 욕구를 반영한 포괄적이고, 통합적이며, 충분한 서비스가 관련 위험 요인과 위기 수준이 경감되어 어느 정도 안정과 자립을 이루기까지 지속적으로 제공되며 관리되어야 함을 의미한다. 이러한 원칙에 비추어 초점 집단 인터뷰 및 실무진 대상 설문조사, 자문회의 등을 통해 현재의 상황을 살펴보았을 때 자살예방 전달체계의 주요한 쟁점을 다음의 세 가지 정도로 꼽아 볼 수 있다.

첫째, 지역사회와 주민을 자살로부터 보호하기 위한 리더십의 필요성이다. 자살 고위험군은 정신적, 사회적, 경제적 영역을 넘나드는 다양한 원인으로

로 인해 위기 상황에 처해 있으며, 자살 시도 등의 위험한 상황은 예측이 불가한 경우가 많다. 지속적인 추적 관리가 필요한 특성을 가지기에 지역사회에서 주민을 지속적으로 보호하는 책임을 가지고 여러 부문의 필요한 자원을 연계할 수 있는 리더십(컨트롤타워)의 역할이 핵심적이라고 할 수 있다. 현재 자살예방법상 이러한 책임은 국가와 지방자치단체에 있다고 볼 수 있지만, 현실적으로 지자체에서 행정적인 권한과 책무를 가진 담당 공무원이 부재하거나 자주 교체되기도 한다. 지자체장의 관심과 역량에 따라 자살예방사업의 여건이 결정되는 구조이다. 또한 실제 서비스 제공 기관인 자살예방센터(정신건강복지센터)의 담당 인력은 행정적인 권한이 제한적이기 때문에 자원 연계 등의 업무에서 한계를 호소하고 있다. 경찰·소방 등 유관 기관들과의 관계에서도 책무의 범위와 관리 주체가 모호하여 서비스가 단절되거나 대상자가 지역사회에 방치되기도 한다. 이렇게 행정당국(지자체)과 센터 간의 자살예방에 대한 권한과 책무의 범위가 어긋나게 되면서 사업의 성과 및 평가 결과에 대해서도 책임 소재가 모호해지게 된다. 평가 내용도 지속적인 사례 관리의 성과보다는 사업의 양적 지표를 중심으로 설계되어 사업이 궁극적으로 지향하는 방향성을 제시하지 못하고 있다. 이러한 측면에서 지역사회 자살예방의 리더십을 명확히 규정하고 조직 간 책임과 권한, 그에 대한 성과의 평가 방향을 재검토해 볼 필요가 있다.

두 번째는 대상자 중심의 통합적 서비스 제공 체

계이다. 이는 전달체계의 원칙 중 포괄성과 적절성(충분성), 그리고 지속성과 연관이 깊은 사항으로, 특별히 포괄성의 원칙에서 광범위하게 분산되어 있는 자원들을 대상자 중심으로 연결하고 지속적으로 관리하는 사례 관리(case management) 서비스의 중요성이 강조된다. 또한 자살자가 몇 차례의 시도 이후 사망에 이르게 됨을 고려한다면 고위험군에 대해서는 일부 서비스의 단회적·일시적 제공이 아닌 위험도가 어느 정도 낮아질 때까지 서비스의 지속적인 제공과 사후 추적·관리가 중요하다. 이를 위해서는 전술한 지역사회 내 컨트롤타워의 역할이 필수적이다. 관계 기관들과 인력의 역할도 명확하게 정립하여야 할 것이다. 지자체의 복지서비스나 의료기관, 기타 지역사회 내 민간 자원 등 센터 외부 기관들과 자원을 연계할 때도 사례관리자가 단순히 이용할 수 있는 서비스를 안내하는 역할에 그쳐서는 안 된다. 과정과 결과를 모니터링하여 대상자의 위험 요인이 많은 부분 해소되고 당초 계획한 목표 수준으로 안정화될 때까지 책임성을 가지고 지속적으로 관리해 나가야 한다. 이러한 측면에서 자살유족 원스톱 지원 서비스는 위기 상황 발생 직후부터 경찰 등 관계 기관과의 협력 구조를 명문화하여 적기 개입을 통해 단절 없이 관리체계로 연계하고, 다분야의 필요한 서비스들을 광역자살예방센터에서 직접 지원할 수 있는 구조를 마련하였다는 점에서 통합 서비스 제공 체계의 사례로 볼 수 있을 것이다.

서비스의 지속성 측면에서는 사례관리사가 책임

감을 가지고 다분야의 서비스 연계 이후 결과와 개선의 정도를 추적·관리할 필요가 있다. 이와 관련하여 대표적 사례 관리 모형인 ACT(Assertive Community Treatment) 모델의 적용 사례를 살펴보면(하경희, 2010) 기간 제한 없는 서비스를 원칙으로 하고 있다. 종결 이후에도 대상자가 필요할 경우 접촉이 가능하도록 하고, 사례 관리나 정신과적 서비스 외에 상담과 심리치료, 주거지, 약물남용 치료, 취업, 재활 서비스 등을 직접적으로 제공하는 책임성을 원칙으로 한다. 다만 이러한 원칙들의 배경에는 안정적 서비스 제공을 위해 사례 부담을 10:1 이하 수준으로 낮게 유지하여야 한다. 다학제적 전문가들 간의 협력 및 충분한 인력을 갖춘 팀 접근, 명확한 등록 기준 구비를 통해 최대한 비효율을 줄일 수 있는 구조가 마련되어 있다.

현재 자살 위기지원서비스는 8회기의 상담서비스 이후 평가를 통해 서비스를 종결<sup>2)</sup>하도록 하고, 자살 위기지원서비스만으로 위험성 감소에 한계가 있을 것으로 판단되는 경우에는 통합사례관리체제로 이관하도록 하고 있다(보건복지부, 2023). 즉 자살예방센터의 사례 관리 담당자는 임상적으로 대상자의 자살 위험성 변화를 평가하여 서비스를 종결하고, 그 외 보건·복지 차원의 서비스 필요 시 통합사례관리사가 주사례관리자로 역할하도록 되어 있다. 그러나 현장에서 고위험군에 대한 위기지원서비스 종결 이후 연계할 수 있는 지역사회 내 자

원이 부족하거나 수급 조건 등으로 연계 가능성이 낮은 문제가 종종 지적되기도 한다. 또한 기초자치단체 수준에서 통합사례관리 시스템이 대상자가 정신적, 사회적으로 자립할 수 있을 때까지 필요한 모든 서비스를 지속적으로 제공하는 체계가 아니라 이용 가능한 자원에 대한 안내 및 의뢰 정도의 역할만 담당하는 경우도 많다. 이에 더해 현재 공공사례관리체계에서는 한 대상자(case)가 복수의 사례관리 사업에 등록될 수 없도록 규정하고 있어 다른 분야의 사례 관리 중복 등록으로 인해 중증의 정신 문제가 있는 대상자가 자살예방센터의 사례 관리 대상에서 제외되거나(40.1%) 다른 분야 사례 관리로 연계가 이루어지지 않는 경우(35.2%)가 발생하기도 한다(이상영, 채수미, 전진아, 윤시문, 차미란, 정진욱, ..., 김주혜, 2018). 자살 고위험군의 경우 복합적 서비스 욕구를 가지면서 동시에 위기 상황이 재발할 수 있는 특성을 지닌다. 따라서 전문한 ACT 모델과 같이 지역사회 내에서 ‘단기간’의 ‘가용한’ 서비스의 ‘횡적인’ 연결뿐 아니라 ‘책무성’을 가진 담당자(care manager)가 대상자 중심의 서비스를 단절이 없도록 조정·연결하고 성과를 지속적으로 추적·관찰하는 사례관리(care management) 체계의 도입을 고려할 필요가 있다.

자살예방 전달체계의 세 번째 쟁점은 자살예방에 대한 공적 투자에 관한 것이다. 현재 우리나라의

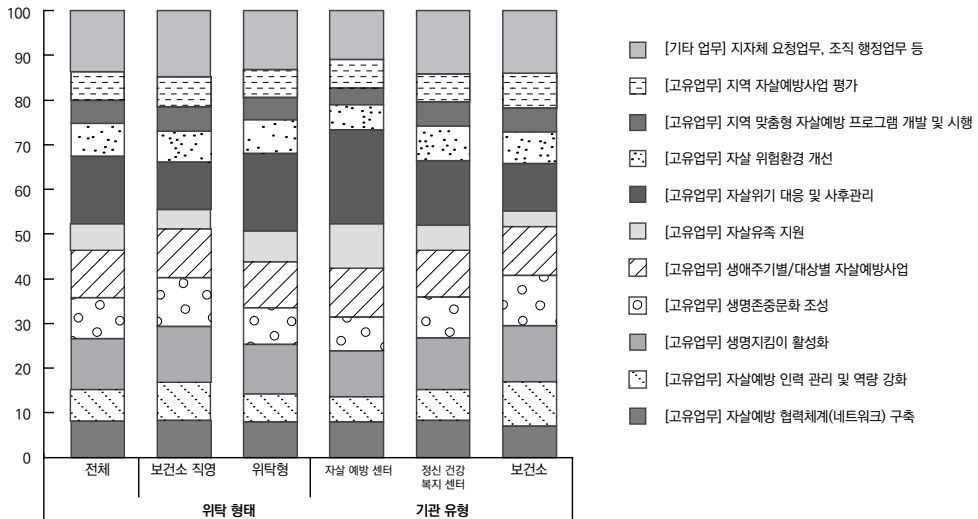
2) 매뉴얼상의 서비스 제공 기간은 접수, 조사 및 선정, 종결까지 최대 24주(6개월)이다. 대상자 동의하의 추후 관리 기간은 6개월인데, 반복적 자살 시도 대상자의 경우에는 최대 3년까지 장기 관리를 시행할 수 있다.

자살 부담을 고려했을 때 충분한 사례 관리와 예방 사업을 위한 인력과 예산 규모는 상대적으로 부족한 상황이라고 할 수 있다. 지역별로 가용한 예산의 수준에 따라 인프라 격차가 크게 나타나는데, 현재 기초자치단체의 자살예방사업 수행 조직 중 80% 이상은 정신건강복지센터 내의 자살예방팀으로 운영되고 있다. 이에 더해 응급출동이나 위기 상황에서의 위험 노출 등 높은 업무 강도와 요구되는 자격 수준에 비해 낮은 수준의 인건비 혹은 안정성이 낮은 문제로 각 지자체에서는 인력 채용에 어려움을 호소하고 있다. 전문성 있는 인력의 고용이 어렵고 담당 인력의 잦은 교체가 발생하게 되면 서비스의 전문성이나 지속성 또한 담보하기 어렵게 된다. 즉

서비스의 양과 질, 제공 기간 등에서 충분한 서비스의 제공이 이루어지기 위해서는 기본적으로 인력과 예산이 적절히 뒷받침되어야 하는데, 현재 자살예방에 대한 예산 투입은 선진국에 비해서도, 우리의 자살 부담에 비해서도 턱없이 부족한 수준이다. 현장에서는 기초 센터의 운영 구조상 자살예방 업무와 정신건강복지센터, 보건소(지자체)의 업무를 겸업하고 있는 경우가 많다. 고위험군 사례 관리 이외에도 인식 개선과 홍보, 관련 행사 및 캠페인, 게이트키퍼 양성 등 중앙에서 기획된 사업을 모두 수행하기에는 부담이 있다. 하솔원 외(2022)에서 시행한 기초 자살예방센터의 직무분석 결과에 따르면 업무량(투입 시간) 기준으로 이상적인 업무 배분 구

[그림 6] 기초자치단체 자살예방 인력의 업무 현황

(단위: %)



자료: 하솔원, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구. [그림 5-1].

**[표 1] 자살예방 전달체계의 쟁점 사항과 개선 과제**

쟁점 사항	목표	개선 과제
지역사회와 주민을 자살로부터 보호하기 위한 리더십 미흡	(1) 지자체 책무성과 권한 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역 자살예방사업의 컨트롤타워 규정</li> <li>자살예방 사업 수행 인력의 역할과 권한 규정</li> <li>지자체 자살예방 성과관리체계 개선</li> </ul>
지역사회에서 대상자 중심의 통합적 서비스 제공 체계 미비	(2) 관계 기관 및 조직의 역할 정립	<ul style="list-style-type: none"> <li>효율적 정책 추진을 위한 기관 간(지자체, 광역 및 기초센터, 한국생명존중희망재단) 역할 정립</li> <li>정책 환류체계 정립을 위한 관계 기관의 역할과 지위 강화</li> </ul>
자살예방에 대한 투자·인프라 부족	(3) 지역 자살예방 인프라 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역별 특성을 고려한 센터 운영 구조의 차등화 방안 모색</li> <li>환경 변화 및 서비스 수요 증대를 고려한 인력 충원</li> </ul>

자료: 하솔임, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). 자살예방 전달체계 개편 연구. <표 5-2>를 일부 수정.

조는 고위험군에 대한 사례관리 차원의 '자살위기 대응 및 사후관리'가 약 40%, '자살유족 지원'이 13%, '생명지킴이 활성화'가 약 11%로 많은 비중을 차지하였다. 그런데 실제 기초 자살예방센터 실무진 대상 설문조사에서는 자살위기 대응 및 사후 관리에 대해 평균적으로 15%를 투입하고 있고, 생명지킴이 활성화에 11.6%, 생애주기별·대상별 자살예방사업에 10.6%, 자살예방 고유 업무 이외의 지자체 요청 업무나 행정 업무에 약 14%를 투입하고 있다(그림 6). 이러한 업무 구조는 기관의 유형이나 운영 형태에 따라 조금씩 다르게 나타나는데, 예를 들어 자살예방센터(독립형, 부설형)에서는 평균보다 위기 대응 및 사후 관리의 업무 비중이 높다(21.1%). 보건소 내에서 자살예방 업무가 이루어질 경우에는 다른 유형에 비해 사례 관리 업무의 비중이 가장 낮게 나타난다(10.5%). 그 대신 지역 자살예방사업 평가 관련 업무나 생명지킴이 활성화,

생명존중 문화 조성 등 같은 예방 활동에 대한 투입 비중이 다른 유형에 비해 상대적으로 높은 것으로 보인다.


지금까지 살펴본 자살예방 전달체계의 쟁점 사항과 개선 과제를 정리하면 <표 1>과 같다. 다음의 주요 쟁점은 서로 독립적인 이슈가 아니라 실제 전달체계에서 복합적으로 연관되어 작동하면서 그것이 다양한 문제들로 드러나게 된 것이다. 그에 대한 개선 과제들 또한 각 쟁점 사항에 대한 개별적인 개입이 아니라 체계적으로 함께 추진될 때 의도한 효과를 발휘할 수 있는 구조라고 할 수 있다.

## 4 나가며

우리나라는 2004년부터 최근까지 총 세 차례의 자살예방 국가계획과 행동계획을 수립하여 추진해왔다. 초기에는 정신의학적 측면의 접근을 중심으로

로 하였지만 2000년대 후반부터는 자살의 원인에 대한 포괄적 진단과 함께 범부처의 지역사회 기반 사업들이 추진되기 시작하였다. 국제적 차원에서도 일찍부터 자살에 대한 국가적 전략 마련과 개입의 필요성이 강조되었는데, 효과적 대응 방안으로 다 부문의 포괄적 접근과 지역사회의 역할이 강조되었다. 주요 선진국들은 국가와 지방정부 차원에서 다양한 민관 자원들을 활용한 정책들을 추진하였으며, 그에 따라 재정 투입을 대폭 늘리기도 하였다. 우리나라도 2017년부터는 자살예방을 국가 정책의 우선순위로 설정하여 범부처 국가행동계획을 수립하고 관련 예산 규모를 늘렸으며, 전담 부서 및 자살예방정책위원회를 설치하는 등 적극적인 노력을 기울이고 있다. 지역 차원에서는 광역 및 기초자치단체장이 자살예방센터를 운영하도록 되어 있다. 긴급구조기관 및 의료기관, 사회복지서비스 제공 기관, 민간단체 등과의 협력체계를 구축하여 사업을 추진하고 있다.

그러나 우리의 자살 위험 수준과 대비했을 때 지역에서 충분한 자살예방 서비스를 제공하기에는 여전히 인력과 예산의 규모가 제한적이고, 광역 및 기초자치단체, 자살예방센터, 정신건강복지센터 간의 역할 분담이나 협력에서 어려움이 있는 것이 사실이다. 이러한 구조적 차원의 이슈들이 현장에서 다양한 문제들로 드러나게 되었고, 이에 하솔잎 외(2022)에서는 지자체의 책무성과 권한 강화, 관계 기관 및 조직의 역할 정립, 지역 자살예방 인프라 확충의 주요 과제들을 제시하였다.

전달체계의 핵심은 “대상자 중심의 통합적 서비스 제공 모형”이라고 할 수 있다. 포스트 코로나 시대 급격한 환경 변화와 국민 마음건강 관리의 중요성이 날로 높아지는 이때 각 중앙부처와 지자체, 사업 수행 기관, 관련한 지역 자원과 지원체계가 각자의 노력을 경주하면서 대상자 중심의 협력체계를 공고히 해야 한다. 

## 참고문헌

- 관계부처 합동. (2018). **자살예방 국가 행동계획**.
- 관계부처 합동. (2021). **제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)**.
- 국무조정실 국민생명 지키기 추진단. (2021. 12.). **2021년도 자살예방 분야 종합점검 부처실적 설명자료**.
- 국회자살예방포럼 4차 정책 세미나(2019. 8. 14.). **지역사회 자살예방 네트워크 구축**.
- 김기현, 서용석, 황명진, 하수정, 김선녀, 최요석. (2013). **복지서비스 전달체계 개선방안 연구: 수요자 중심 전달체계 모델개발을 중심으로**. 서울: 국회예산정책처.
- 문종열, 김기현. (2014). 수요자 중심 사회복지 전달체계 모델연구. **예산정책연구 3**(1): 163-207.
- 박경숙, 강혜규. (1992). **사회복지사무소 모형 개발**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 박봉길, 전석균, 하상훈, 김연은, 송인석, 김성연, 김도열. (2016). **서울시 자살예방사업 전달체계 모형 구축에 관한 연구**. 서울: 서울특별시의회.
- 보건복지부. (2023). **2023년 자살예방사업 안내**.
- 성규택, 권선진. (1995). 사회복지 서비스행정의 증진방안. **한국행정연구 4**(2).

- 이상영, 채수미, 전진아, 윤시문, 차미란, 정진욱, …, 김주혜. (2018). **지역 정신건강 증진 서비스 공급체계 확충 방안 – 지역사회 중증 정신질환 관리를 중심으로**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 전진아. (2020). 정신건강서비스 전달체계의 현황과 과제. **보건복지포럼 2020. 4.**
- 최성재, 남기민. (1993). **사회복지행정론**. 서울: 나눔.
- 하경희. (2010). 한국에서의 ACT(Assertive Community Treatment) 적용에 대한 사례관리자의 경험에 관한 연구. **사회복지연구, 41(3)**, 107-133.
- 하슬잎, 전진아, 이수정, 고제이, 주인중, 황안나. (2022). **자살예방 전달체계 개편 연구**. 세종: 한국보건사회연구원, 서울: 한국생명존중희망재단.
- 한국생명존중희망재단. (2021). 지역사회 자살위험군에 대한 사례관리 및 서비스 현황과 개선과제. **KFSP Research Brief 제14호**.
- 현외성. (2010). **사회복지정책강론(제3판)**. 파주: 양서원.
- 정다연. (2019. 8. 15.). “자살예방센터 역할은 커지는데 불분명한 정체성·질 낮은 고용·전문성 저하 심각”. **메디게이트뉴스**. <https://m.medigatenews.com/news/420149899>에서 '22.7.18. 인출.
- YTN. (2021. 1. 9.). “지자체 자살예방, ‘예산’도 ‘인력’도 부족 이중고” [https://www.ytn.co.kr/\\_ln/0103\\_202101111456540816](https://www.ytn.co.kr/_ln/0103_202101111456540816)에서 '22. 7. 18. 인출.
- Gates, B.L. (1980). *Social Program Administration*. NJ: Prentice-Hall.
- Rubin, A. (1987). Case management. In A. Minahan(Ed.-in-Chief), *Encyclopedia of social work*(Vol. 1, pp. 212-222). Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.

# Korea's Suicide Prevention Delivery and Its Policy Implications

Ha, Solleep

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

To systematically implement the national suicide prevention project and deliver quality services at local levels, it is essential to enhance the local suicide prevention infrastructure. This article reviews the key principles of social service delivery, examines exemplary case management models, and draws policy implications from the findings regarding current suicide prevention measures and the relevant infrastructure. This study proposes increasing the responsibility and administrative power of local authorities, coordinating the roles of relevant institutions and organizations, and enhancing the local suicide prevention infrastructure as priority tasks with the goal of establishing a user-centered, integrated service delivery model. In these post-Covid-19 times, with increasing emphasis on managing rapid environmental changes and people's mental health, it is crucial for all government ministries, local governments, suicide prevention centers, and local communities to make dedicated efforts in their respective capacities to establish a collaborative, user-centered system for suicide prevention.