연구보고 13-R04

청소년 자살예방 정책 연구

▸ 책임연구원 : 김기헌(한국청소년정책연구원·연구위원)
▸ 연구보조원 : 오병돈(한국청소년정책연구원·연구보조원)
이경숙(한국청소년정책연구원·연구보조원)

한국청소년정책연구원
National Youth Policy Institute

발 간 사

일생 중에서 청소년기는 가장 건강한 시기로 알려져 있지만 청소년들의 건강 문제에 대한 위험 신호등이 켜지고 있습니다. 청소년들의 체격은 몰라보게 좋아졌지만 체력은 허약해졌고 정상체중은 감소하고 있습니다. 신체건강뿐만 아니라 정신건강과 관련하여 입시경쟁 및 취업경쟁에 대한 압박으로 인해 청소년 우울증이 증가하고 있고 스트레스 인지율도 증가하고 있습니다.

청소년들의 정신건강과 관련해서 가장 심각한 부분은 청소년들의 자살이 늘고 있다는 점입니다. 우리나라 청소년들의 자살률은 OECD 국가들 중에서 가장 빠르게 증가하고 있으며 다섯 번째로 높은 수준을 보여주고 있습니다. 자살률과 반대되는 지표로 우리나라 청소년 행복도는 OECD 국가 중에서 최하위 수준을 보여주고 있으며 가장 행복해야 할 시기인 청소년기의 행복도가 다른 연령층보다 낮은 기현상을 보여주고 있습니다.

자살은 유전적이거나 사적인 문제로 치부될 수 있으나 자살의 원인과 관련하여 사회구조적인 문제가 영향을 미칠 수 있다는 점에서 청소년 자살을 예방하기 위한 실천적 방안의 모색은 매우 중요하다고 볼 수 있습니다. 이 보고서는 우리나라 청소년들의 자살 실태와 자살 원인을 살펴보고 청소년 자살 문제 예방을 위한 정책 방안을 제시하고 있습니다. 이 연구가 청소년 자살 예방 정책 추진에 있어서 밑거름이 되기를 기원하며 보고서 작성에 노력해 주신 연구진과 청소년자살 예방 관련 전문기관 의견조사와 전문가 집단초점면접(FGI)에 참여한 전문가 여러분께 감사하다는 말씀을 전합니다.

2013년 12월

한국청소년정책연구원

원장 **이 재 연**

국 문 초 록

이 연구는 청소년 자살 실태를 살펴보고 자살 원인에 대한 분석 및 청소년 자살 예방을 위한 정책 방안을 제시하고 있다. 먼저 청소년 자살 실태와 관련하여 2012년 현재 청소년 자살사망률(인구 10만 명 당)은 8.3명을 보여주고 있으며 후기 청소년(19-24세)의 자살사망률이 14.9명으로 가장 높았다. OECD 34개 국가를 비교해 본 결과 OECD 전체적으로 자살사망률은 1990년 7.9명에서 2010년 6.3명으로 낮아진데 반해서 우리나라는 같은 기간 5.9명에서 9.4명으로 증가해 대조적인 모습을 보여주었다.

청소년 자살 원인과 관련하여 1990년부터 2010년까지 OECD 34개 국가들의 거시 지표 자료들을 활용해 자살사망률에 미치는 요인을 패널분석방법 중의 하나인 고정효과모형(fixed effect model)으로 분석해 본 결과, GDP가 높고 GDP 성장률이 올라갈수록 자살사망률이 낮아진다는 점을 확인하였다. 다음으로 미시적 차원에서 자살 생각에 미치는 독립변수들의 효과를 이항로짓모형(binary logit model)으로 분석해 본 결과, 주관적 불안 및 스트레스가 높을수록, 자아존중감이 낮을수록, 한부모 가정이거나 가족관계가 좋지 않을수록, 초·중등학생보다 고등학생일 때 자살을 생각할 가능성이 높게 추정되었다.

청소년 자살예방 사업과 관련하여 이 연구는 다음과 같은 정책 방안을 제시하였다. 먼저 청소년 자살 예방 사업과 관련하여 범부처 차원에서 허브 기능을 담당하는 기관을 마련할 필요가 있으며 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 지역사회 연계·협력에 관한 규정을 신설할 필요가 있음을 지적하였다. 두 번째로 자살예방사업에 대한 예산 투자가 최고 수준의 자살률을 보여주고 있는 우리나라 현실로 볼 때 매우 부족하여 예산 확보 노력이 필요함을 지적하였다. 이와 함께 언론의 자살보도 지침을 강화하는 것이 필요하며 청소년 자살예방 전문 인력 양성 및 청소년 자살시도자 사후관리를 강화하는 것 역시 중요하다는 점을 지적하였다.

주제어 : 청소년 자살, 자살사망률, 자살 원인, 자살 예방 정책

연 구 요 약

1. 연구목적

- 이 연구에서는 우리나라 청소년들의 자살 실태와 예방정책에 대한 진단을 통해 자살예방을 위한 실천 방안을 제시
- 첫째, 통계청의「사망원인통계」자료를 활용하여 청소년들의 자살실태를 1990년부터 현재에 이르는 20년간에 걸쳐서 살펴보는 것과 더불어 OECD와 WHO의 원자료를 이용하여 청소년(10~24세)을 전기(10~14세), 중기(15~19세), 그리고 후기(20~24세)로 구분하고 국제비교분석을 시도
- 둘째, 청소년 자살 원인과 관련하여 패널분석방법론을 이용해 OECD 34개 국가 자료를 대상으로 어떤 변인들이 청소년 자살에 영향을 미치고 있는지 살펴보았으며 자살 생각에 미치는 독립변수들의 효과에 대한 분석도 시도
- 셋째, 청소년 자살예방과 관련된 여러 부처의 사업 현황과 예산, 인력과 전달체계, 지역사회 관련기관들에 대한 현황 및 문제점 분석을 시도하였음. 이와 관련 보건복지부의 정신건강증진센터와 자살예방센터, 여성가족부의 청소년복지상담센터, 그리고 교육부의 Wee 센터 등을 대상으로 전문기관 의견조사를 실시하였으며 이 기관들에 종사하는 전문가들을 대상으로 집단초점면접(FGI) 조사를 실시해 청소년 자살예방 사업에 대한 시사점 도출

2. 연구방법

- 먼저 문헌고찰로 청소년 자살 실태 및 원인 분석과 관련하여 통계자료 수집과 더불어 다양한 학술 연구들을 고찰하였고 청소년 자살 예방과 관련된 정부 정책에 관한 보고서들을 검토하였음.
- 이 연구에서는 청소년 자살 원인과 자살 생각에 미치는 요인들을 규명하기 위하여 기존 자료를 활용한 2차 분석을 시도하였음. 먼저 국가 수준에서 OECD statistical databases와

WHO mortality database, UNSD Demographic Statistics 등을 활용하여 종속변수로 국가별 자살사망률에 미치는 독립변수들의 효과를 패널분석방법 중의 하나인 고정효과모형(fixed effect model)을 활용하여 추정하였음. 다음으로 개인 수준에서 2012년 본 연구원에서 진행된 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구」의 아동·청소년 정신건강 실태조사 자료를 이용하여 자살 생각에 미치는 독립변수들의 효과를 이항로짓분석(binary logit model)으로 분석하였음.

- 이 연구는 청소년 자살예방 사업의 문제점 및 개선점을 도출하기 위하여 청소년 자살예방과 관련된 전문기관에 대한 의견조사를 실시하였음. 조사 대상 전문기관은 정신건강 및 청소년 자살 예방 사업을 벌이고 있는 보건복지부의 정신건강증진센터, 자살예방센터와 여성가족부의 청소년상담복지센터, 그리고 교육부의 Wee 센터 등이며 전체 472개소 중 226개 기관을 대상으로 의견조사를 실시하였음.
- 동시에 청소년 자살예방 전문가들을 대상으로 한 초점집단면접(FGI)을 통해 청소년 자살 예방 정책과 사업에 대한 문제점 및 개선점 도출하였음. 앞선 자살 예방 사업을 추진하는 기관의 전문가를 대상으로 서울, 부산, 대구, 광주 등 지역별로 4개 집단을 나누어 집단별로 9~10명씩을 대상으로 실시하였음.

3. 주요결과

1) 서론

- 이 연구의 필요성 및 목적, 연구내용과 연구방법 등을 제시하였음.

2) 청소년 자살 실태 및 자살 원인에 대한 분석

- 먼저 청소년 자살사망률을 살펴본 결과, 2012년 현재 전체 자살사망률은 인구 10만 명당 28.1명으로 나타나고 있으며 10~24세 자살사망률은 8.3명으로 나타남.
- 청소년 자살사망률은 1990년 6.2명에서 2012년 8.3명으로 소폭 증가하였으며 IMF 경제위기 전후인 1996년(9.1명)과 1998년(9.5명)을 비롯하여 글로벌 경제위기가 발생한 시기인 2007년(9.2명)이후부터 2011년(9.5명)까지 9명 이상의 자살사망률을 보여주고 있음.

○ 2012년 현재 전기청소년(10~14세)은 1.5명으로 낮은 수준을 보여주고 있으며 중기청소년(15~19세)은 8.2명으로 나타나고 있고 후기청소년(20-24세)은 14.9명으로 가장 높은 수준을 보여주고 있음.

○ 지역별 청소년 자살 현황을 살펴보면, 10~14세 자살사망률은 2012년 인천과 대전이 3.0명으로 가장 높았으며 15~19세 자살사망률은 제주지역이 16.2명으로 가장 높았고 전남 지역이 15.5명으로 다음으로 높았고 20~24세 자살사망률은 새로 편입된 세종시를 제외하고 제주(23.3명)와 광주(23.1명)의 자살률이 높게 나타났음.

○ OECD 전체적으로 볼 때 청소년 자살사망률은 1990년 7.9명에서 2010년 6.3명으로 감소하는 경향을 보여주었으나 우리나라는 같은 기간 5.9명에서 9.4명으로 증가하였으며 OECD 34개 국가 중에서 다섯 번째로 높은 청소년 자살사망률을 보여주고 있음.

○ 청소년 자살 원인 규명과 관련하여 이 연구는 국가 수준에서 자살사망률과 다른 거시지표들의 관계를 분석해 보았음. 여기에서는 개인이 아니라 국가를 사례(case)로 1990년부터 2010년간의 기간 동안 패널자료를 구축하여 패널분석 중 고정효과모형을 통해 자살사망률에 미치는 독립변수들의 효과를 추정해 보았음. 그 결과, 전체 자살사망률을 종속변수로 할 경우 투입된 변수의 설명력은 14.5% 수준이며 GDP 및 GDP 성장률, 출생률 등이 통계적으로 유의미한 수준에서 영향을 미치는 것으로 나타나고 있으며 청소년 자살사망률의 경우도 GDP가 통계적으로 유의미해 선진국이 후진국보다 청소년 자살사망률이 낮아지는 것으로 나타났음.

○ 개인 수준에서 자살 생각을 종속변수로 하는 이항 로짓 분석을 시도한 결과, 청소년 자살 위험요인으로 고려한 변수들 중에서 주관적 불안 및 스트레스가 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났음. 청소년 자살 보호요인으로 고려한 변수들 중에서는 자아존중감만이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났고 가족요인들은 모두 통계적으로 유의미했으며 학교요인들 중에서는 학교급(초·중학생 대비 고등학생) 만이 통계적으로 유의미한 결과를 보여주었음.

3) 청소년 자살예방사업 현황 및 문제점

○ 이 연구에서는 청소년 자살예방사업과 관련하여 보건복지부, 교육부, 여성가족부를 중심으로 사업 현황 및 문제점을 살펴보았음. 2013년 자살예방사업 예산 규모는 994억 원으로 나타났음.

보건복지부는 자살예방사업과 중앙자살예방센터 운영, 지역정신보건사업 등으로 342억 원의 예산을 집행하고 있으며 자살예방센터와 정신건강증진센터를 중심으로 보건소, 병·의원, 사회복지법인 등에서 사업을 추진하고 있음. 여성가족부는 한국청소년상담복지개발원 운영지원과 청소년사회안전망 구축 사업을 통해 청소년 자살예방과 관련하여 324억 원의 예산을 집행하고 있으며 중앙에 한국청소년상담복지개발원, 시군구 단위까지 구축되어 있는 청소년상담복지센터를 중심으로 사업을 추진하고 있음. 마지막으로 교육부는 학생자살예방관리사업과 학생정서·행동 특성검사, 정책중점연구소 운영, Wee 프로젝트 등으로 327억 원의 예산을 집행하고 있으며 교육청, 교육지원청, 단위학교에 설치된 Wee 스쿨, 센터, 클래스를 중심으로 사업을 추진하고 있음.

- 자살예방 관련 기관들을 대상으로 실시한 의견조사 결과를 살펴보면, 자살예방종합대책의 10대 과제 중 청소년 자살예방정책과 관련하여 가장 중요하다고 응답한 것은 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화(22.6%)였음. 다음으로 중앙부처의 해결과제에 대한 우선순위를 살펴본 결과, 전체 응답에서 1순위로 나타나고 있는 해결과제는 청소년 자살예방 고위기군 조기발견체계 구축으로 응답자의 23.9%가 1순위로 꼽았고 지자체도 청소년 자살예방 고위기군 조기발견체계 구축을, 지역사회 기관들은 자살 고위험군 학생 및 청소년 사례관리 강화를 1순위로 뽑았음.
- 이 조사에서 중앙부처 간에, 중앙부처와 지방자치단체 간에, 지방자치단체와 교육(지원)청 간에, 지역사회 관련 기관 간에 연계·협력이 어떠한지에 대해서 질문한 결과, 가장 높은 긍정평가(원활+매우 원활)를 받고 있는 것은 지역사회 관련 기관들 간의 연계·협력으로 51.4%였고 중앙부처간 연계·협력과 중앙부처와 지방자치단체간의 연계·협력은 긍정평가가 동일하게 5.3%에 불과한 것으로 나타남.
- 마지막으로 청소년 자살예방 사업의 문제점 및 개선점을 파악하기 위해 전문가에 대한 초점집단면접(FGI)를 실시한 결과, 면접에 참여한 전문가들은 문제점으로 예산과 인력의 부족을 우선적으로 언급하였고 자살 예방 사업이 여러 부처와 기관들에서 어수선하게 추진되는 문제가 있음을 지적하였음. 이밖에 자살 보도가 여과 없이 청소년들에게 노출되는 문제와 자살도 측정검사와 같은 검사지가 정교하지 못한 점, 게이트 키퍼 양성에 대한 필요성 등에 대한 의견이 제시되었음.

4. 정책제언

- 청소년 자살 예방 사업과 관련하여 범부처 차원에서 허브 기능을 담당하는 기관이 필요하다는 점을 지적하였음. 이를 위해 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 지자체와 지역사회 관련 기관들 간의 연계·협력에 대한 구체적인 명시가 필요하다는 점을 제시하였음.
- 자살예방사업에 대한 예산 투자가 최고 수준의 자살률을 보여주고 있는 우리나라 현실로 볼 때 매우 부족하다는 점을 지적하였음.
- 청소년의 자살 원인 규명을 위해서 지역별 자살 현황에 대한 역학조사와 더불어 핀란드 등에서 실시한 심리적 부검의 확대, 청소년 자살과 관련된 다양한 자료들을 활용한 빅데이터(big data) 분석 등을 실시할 필요가 있음을 제기하였음.
- 청소년들의 경우 유명연예인의 자살 보도에 따른 모방자살의 위험성이 크다는 점에서 언론 보도 시에 자살 보도를 신중히 할 수 있도록 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 자살 용어 사용이나 자살 동기와 방법 등을 구체적으로 보도하지 못하도록 하는 규정 마련이 필요하다는 점을 제기하였음.
- 마지막으로 청소년 자살 예방을 위한 교육 및 홍보, 예방 프로그램의 운영, 진단 및 치료, 사후관리 등을 강화하기 위해서 청소년 자살 예방 전문 인력에 대한 양성과 전문성 제고를 위한 노력이 필요하며 이들 전문 인력에 대한 처우 개선 역시 필요하다는 점을 제기하였음.

목 차

Ⅰ. 서 론 ····· 1
1. 연구의 필요성 및 목적 ····· 3
2. 연구내용 ····· 4
3. 연구방법 ····· 7

Ⅱ. 청소년 자살 실태 및 자살 원인에 대한 분석 ····· 11
1. 청소년 자살 실태 ····· 13
2. 청소년 자살 원인에 대한 분석 ····· 26

Ⅲ. 청소년 자살예방사업 현황 및 문제점 ····· 37
1. 청소년 자살예방 사업 현황 ····· 39
2. 청소년 자살예방 전문기관 의견조사 ····· 56
3. 청소년 자살예방 전문가 초점집단면접(FGI) ····· 74
4. 청소년 자살예방 사업 국·내외 사례 ····· 88

Ⅳ. 요약 및 결론 ····· 111
1. 청소년 자살 실태 및 자살 원인에 대한 분석 결과 ····· 113
2. 청소년 자살 예방사업 실태 및 문제점에 대한 분석 결과 ····· 115

Ⅴ. 정책제언 ····· 119
1. 청소년 자살예방을 위한 지원체계 구축 ····· 121
2. 청소년 자살예방을 위한 예산지원의 확대 ····· 124
3. 청소년 자살 원인 규명을 위한 자료조사 및 분석 강화 ····· 125
4. 청소년 자살 관련 언론 보도 개선 필요 ····· 127
5. 청소년 자살 예방 전문 인력 양성 및 처우 개선 필요 ····· 128

참고문헌 ····· 129

부 록 ····· 135

1. 청소년 자살예방 사업 관련 의견조사 설문지 ····· 137
2. 청소년 자살예방 사업 관련 의견조사 결과 ····· 143
3. 청소년 자살예방 전문가 FGI 가이드라인 ····· 189

표 목 차

〈표 Ⅱ-1〉 우리나라 자살사망률 추이(전체 및 청소년) ····· 14
〈표 Ⅱ-2〉 우리나라 청소년 자살사망률 추이(초·중·후기 청소년) ····· 15
〈표 Ⅱ-3〉 지역별 초·중·후기 청소년 자살률 추이 ····· 16
〈표 Ⅱ-4〉 지역별 성별 청소년 자살률 추이 ····· 17
〈표 Ⅱ-5〉 OECD국가별 전체 및 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당) ····· 22
〈표 Ⅱ-6〉 OECD국가와 우리나라의 전체 및 청소년(10~24세) 자살사망률 추이(십만명당) ····· 23
〈표 Ⅱ-7〉 OECD 8개 국가별 전체 및 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당) ····· 24
〈표 Ⅱ-8〉 OECD 8개 국가별 성별 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당) ····· 24
〈표 Ⅱ-9〉 OECD 8개 국가별 연령별 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당) ····· 25
〈표 Ⅱ-10〉 청소년 자살 원인에 대한 국제 비교 변수(1990년~2009년) ····· 30
〈표 Ⅱ-11〉 자살사망률과 독립 변수들의 상관관계(1990년~2009년) ····· 31
〈표 Ⅱ-12〉 독립변수들 간의 상관관계(1990년~2009년) ····· 31
〈표 Ⅱ-13〉 전체 및 연령대별 자살사망률에 대한 고정효과모형 결과 ····· 32
〈표 Ⅱ-14〉 청소년 자살생각 요인 분석에서 사용된 변수들 ····· 34
〈표 Ⅱ-15〉 청소년 자살생각에 대한 이항로짓 분석결과 ····· 35
〈표 Ⅲ-1〉 자살예방 관련 사업 현황(2013) ····· 40
〈표 Ⅲ-2〉 부처별 자살예방 관련 사업명 및 예산 ····· 41
〈표 Ⅲ-3〉 전체사업 및 자살예방사업 중 청소년 사업 비중 ····· 44
〈표 Ⅲ-4〉 청소년 자살예방 관련 센터 현황 ····· 46
〈표 Ⅲ-5〉 시·도별 시·군·구센터 설치율 ····· 47
〈표 Ⅲ-6〉 아동·청소년정신보건 서비스 연령별 분포 ····· 49
〈표 Ⅲ-7〉 아동·청소년정신보건 서비스 등록자의 문제 유형 ····· 50
〈표 Ⅲ-8〉 2012년 CYS-Net 지역별 사례 관리 실적 ····· 51
〈표 Ⅲ-9〉 CYS-Net 성별 호소문제 유형 현황 ····· 52
〈표 Ⅲ-10〉 CYS-Net을 통한 청소년 자살 관련 서비스 실적 ····· 53

〈표 Ⅲ-11〉 학생정서·행동특성검사 결과(2012) ····· 53
〈표 Ⅲ-12〉 학생정서·행동특성검사 기관별 연계·관리 현황(2012) ····· 55
〈표 Ⅲ-13〉 청소년 자살예방 전문기관 의견조사 조사 대상 및 응답 결과 ····· 56
〈표 Ⅲ-14〉 응답자 특성 ····· 58
〈표 Ⅲ-15〉 자살예방종합대책 10대 과제 중 청소년 자살예방정책 우선순위 ····· 59
〈표 Ⅲ-16〉 청소년 자살예방 중앙부처 해결과제 우선순위 ····· 60
〈표 Ⅲ-17〉 청소년 자살예방 지방자치단체 해결과제 우선순위 ····· 61
〈표 Ⅲ-18〉 청소년 자살예방 지역사회 기관 해결과제 우선순위 ····· 62
〈표 Ⅲ-19〉 청소년 자살예방 전문가 초점집단면접(FGI) 조사 설계 ····· 74
〈표 Ⅲ-20〉 청소년 자살예방 전문가 명단 ····· 75
〈표 Ⅲ-21〉 노원구 건강증진센터의 자살예방 주요 사업 ····· 89
〈표 Ⅲ-22〉 성북구자살예방센터의 주요 사업 및 활동 ····· 92
〈표 Ⅲ-23〉 대전 Wee센터의 주요 추진 사업 및 활동 ····· 95
〈표 Ⅲ-24〉 대전 Wee센터의 사후 자살예방을 위한 대상별 프로그램 내용 ····· 96
〈표 Ⅲ-25〉 생명사랑센터의 주요 사업 및 활동 ····· 98
〈표 Ⅲ-26〉 2013년 프로그램 참여 기획 사업 현황 ····· 99
〈표 Ⅲ-27〉 2013년 각종 공모사업 선정 자살예방 프로그램 운영 ····· 99
〈표 Ⅲ-28〉 생명존중 및 자살예방 관련 동아리 현황 ····· 100
〈표 Ⅲ-29〉 생명의전화의 주요 사업 및 활동 ····· 101
〈표 Ⅲ-30〉 청소년 생명존중 프로그램의 구성: “내 생명 소중하게 가꾸기”(Loving my life) ··· 102
〈표 Ⅲ-31〉 AIR 자살위기 상담교육 과정의 세부 내용 ····· 103
〈표 Ⅲ-32〉 YSPP의 주요 사업 및 활동 ····· 105
〈표 Ⅲ-33〉 학교 교육과정에 반영된 자살예방 사업과 주요 내용 ····· 105
〈표 Ⅲ-34〉 지역사회 프로그램과 주요 내용 ····· 106
〈표 Ⅲ-35〉 2012년 YSPP 사업 실적 ····· 107
〈표 Ⅲ-36〉 SAVE의 주요 사업 및 활동 ····· 108
〈표 Ⅲ-37〉 LEADS의 회기 구성과 주요 내용 ····· 109
〈표 Ⅴ-1〉 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 중앙 및 지자체 등 협력체계 관련 규정 ····· 122

그 림 목 차

【그림 Ⅲ-1】 학생정서·행동특성검사 추진 체계도 ····· 54
【그림 Ⅲ-2】 자살사망률(10만 명 당) 성과목표 실현 가능 응답 비중 ····· 63
【그림 Ⅲ-3】 청소년 자살사망률(10~19세) 성과목표 실현 가능 응답 비중 ····· 64
【그림 Ⅲ-4】 청소년 자살시도율(초·중·고생) 성과목표 실현 가능 응답 비중 ····· 64
【그림 Ⅲ-5】 청소년(13~18세) 스트레스 인지율 성과목표 실현 가능 응답 비중 ····· 65
【그림 Ⅲ-6】 아동·청소년 정신질환 치료율 성과목표 실현 가능 응답 비중 ····· 65
【그림 Ⅲ-7】 중앙-지역 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 전체 결과 ····· 66
【그림 Ⅲ-8】 중앙부처 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 67
【그림 Ⅲ-9】 중앙부처와 지자체 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ··· 67
【그림 Ⅲ-10】 지자체와 교육(지원)청 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 68
【그림 Ⅲ-11】 교육(지원)청과 지역사회 관련 기관 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ·· 68
【그림 Ⅲ-12】 지역사회 관련 기관들 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 69
【그림 Ⅲ-13】 민간기관 및 단체와의 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 69
【그림 Ⅲ-14】 청소년 자살 예방 연령집단별 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 70
【그림 Ⅲ-15】 자살예방 사업 지역사회인식 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 71
【그림 Ⅲ-16】 고위험군/자살시도자 위기관리시스템 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 71
【그림 Ⅲ-17】 자살예방 및 프로그램 효과 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 72
【그림 Ⅲ-18】 자살예방 사업 추진 예산의 확보 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ···· 72
【그림 Ⅲ-19】 자살예방 사업 전문인력의 확보 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ··· 73
【그림 Ⅲ-20】 자살예방 사업 전문성 및 역량 긍정평가(원활+매우 원활) 비중 ····· 73
【그림 Ⅲ-21】 노원구 정신보건센터 운영체계 ····· 88
【그림 Ⅲ-22】 성북구자살예방센터 운영체계 ····· 91
【그림 Ⅲ-23】 노란 리본 프로젝트 ····· 93
【그림 Ⅲ-24】 대전광역시 교육청 Wee 센터의 사업 추진 체계 ····· 95
【그림 Ⅲ-25】 생명사랑센터 사업 실적(2013. 10. 기준) ····· 100
【그림 Ⅴ-1】 유명인 자살 이후 자살사망률 증가 추이 ····· 127

제 1 장

서 론

1. 연구의 필요성 및 목적
2. 연구내용
3. 연구방법

제 1 장

서 론[1)]

1. 연구의 필요성 및 목적

청소년 시기는 생애주기로 볼 때 가장 건강한 시기로 청소년 건강 문제에 대한 정책적 개입이 그동안 거의 이루어지지 않았으나 최근 청소년 건강에 대한 우려의 목소리가 커지면서 이에 대한 관심과 정책적 지원에 대한 필요성이 증가하고 있다. 신체 건강과 관련하여 체격은 커지고 있으나 체력은 약화되고 있으며 비만과 저체중 증가로 정상체중을 보여주는 청소년이 점차 감소하고 있다. 정신 건강과 관련해서는 더 큰 걱정의 목소리가 제기되고 있는데 입시나 취업경쟁, 학교폭력과 유해환경 증가, 가족 관계의 변화 등으로 인해 청소년들의 스트레스와 우울증이 증가하고 있는 추세이다.

청소년 정신건강 문제 중에서도 청소년 자살 문제는 위험 수위를 넘어선 것으로 판단된다. 최근 한국건강증진재단(2013)은 OECD 31개 국가들을 대상으로 10에서 24세 청소년의 자살사망률을 분석하였는데 이 결과에 따르면, 우리나라는 2000년에서 2010년 사이 자살사망률 증가율이 칠레 다음으로 높은 수준을 보여준 것으로 나타났다.

자살 문제는 비단 청소년만의 문제가 아니라 우리사회 전반에 걸친 심각한 사회문제로 부상하고 있다. OECD(2011)는 2009년 OECD 국가의 인구 10만명당 자살사망률이 11.3명이라고 밝히고 있으며 이 발표에서 가장 높은 자살사망률을 보여주고 있는 국가는 한국으로 28.4명의 자살사망률을 보여주고 있다. 우리나라의 자살사망률은 OECD 평균보다 17.1명이나 높은 수준인데 자살사망률이 가장 낮은 그리스(2.8명)보다 약 10배 많고 비교적 높은 자살률을 보여주고 있는 일본보다도 8.7명이나 많은 수치이다.

이처럼 자살 문제가 심각한 사회 문제로 부상하고 있으나 이에 대한 정책적 대응은 매우

1) 이 장은 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음.

부족한 상황이다. 특히 청소년 자살예방과 관련된 정부 정책은 여러 부처에 걸쳐 분산되어 있으며 전달체계나 관련 인프라도 미비한 것으로 알려져 있다. 자살은 개인적 선택의 문제이기도 하지만 자살률의 증가를 초래하는 사회구조적 맥락이 존재하기 때문에 자살 예방에 대한 사회적 실천 방안 모색이 매우 중요하다고 할 수 있다.

이 연구에서는 우리나라 청소년들의 자살 실태와 예방정책에 대한 진단을 통해 자살예방을 위한 실천 방안을 제시해 보고자 한다. 이를 위해 첫째, 우리나라 청소년들의 자살 실태를 세부적으로 살펴보고자 한다. 이 연구에서는 통계청의 「사망원인통계」 자료를 활용하여 1990년부터 현재에 이르는 20년 간 변화 추이를 살펴보는 것과 더불어 OECD와 WHO의 원자료를 이용하여 청소년(10~24세)을 전기(10~14세), 중기(15~19세), 그리고 후기(20~24세)로 구분하고 국제비교분석을 시도하고자 한다. 둘째, 청소년 자살 원인과 관련하여 패널분석모형을 이용해 OECD 34개 국가 자료를 대상으로 어떤 변인들이 청소년 자살에 영향을 미치고 있는지 살펴볼 것이며 자살 생각 및 시도에 미치는 독립변수들의 효과에 대한 분석도 시도해 보고자 한다. 셋째, 청소년 자살예방과 관련된 여러 부처의 사업 현황과 예산, 인력과 전달체계, 지역사회 관련기관들에 대한 현황 및 문제점 분석을 시도하고자 한다. 이와 관련 보건복지부의 정신건강증진센터와 자살예방센터, 여성가족부의 청소년복지상담센터, 그리고 교육부의 Wee 센터 등을 대상으로 전문기관 의견조사를 실시하였으며 이 기관들에 종사하는 전문가들을 대상으로 집단초점면접(FGI) 조사를 실시해 청소년 자살예방 사업에 대한 시사점을 도출하고자 한다. 최종적으로 이 연구에서는 청소년 자살 예방을 위한 정책 방향과 지역사회 수준에서 자살 예방을 위한 지원 체계를 어떻게 구축할 것인지에 대한 정책적 방안을 제시해 보고자 한다.

2. 연구내용

이 연구의 연구 내용은 크게 세 가지로 구분해 볼 수 있다. 첫 번째는 우리나라 청소년 자살 실태를 구체적으로 살펴보는 것이다. 두 번째는 청소년 자살 원인을 OECD 34개 국가의 자살률 자료를 활용하여 규명하고 2012년 한국청소년정책연구원에서 실시한 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구」의 원자료를 이용하여 우리나라 청소년들의 자살 생각 및 자살 시도에 미치는 변인들의 효과를 규명하는 것이다. 마지막으로 세 번째는 우리나라 청소년

자살 예방 사업 현황을 살펴보고 문제점 규명을 통해 향후 정책 방향과 청소년 자살예방을 위한 지역사회 차원의 지원체계 구축 방안을 제시해 보는 것이다.

1) 청소년 자살 실태에 대한 분석

청소년 자살 실태에 대한 분석은 국내는 물론 국제적인 실태를 파악할 수 있는 자료를 이용해 이루어졌다. 국내 청소년 자살 실태는 통계청의 「사망원인통계」 자료를 주로 활용하였으며 유사통계로 청소년들의 자살충동이나 자살생각에 관한 실태는 통계청의 「사회조사」와 교육과학기술부·보건복지부·질병관리본부의 「청소년건강행태온라인조사」자료를 활용하였다. 청소년 자살 실태에 대한 국제비교를 위한 자료는 OECD의 OECD statistical databases와 WHO의 WHO mortality Database, UNSD Demographic Statistics 등 온라인 데이터 베이스를 활용하였다.

청소년 자살 실태에 대한 분석 대상은 청소년기본법에서 제시하는 청소년 연령을 따라 9세에 대한 통계는 별도로 제시되지 않아 10세에서 24세의 청소년으로 정하였다. 그리고 청소년 연령집단별로 자살실태에 차이가 있기 때문에 분석대상을 전기(10-14세)·중기(15-19세)·후기(20-24세) 청소년으로 구분하여 분석하였다.

분석 시기는 1950년부터 2012년까지 자료 수집을 하였으나 국내를 포함하여 자료제공이 되지 않는 사례가 많아 국내 및 국제비교 분석 자료를 통일하여 1990년부터 2012년까지를 대상으로 하였다. 다만, 국제비교 자료의 경우에는 국가별로 2009년 이후 통계가 제시되지 않는 사례가 많아 2010년까지 결과를 제시하였다. 한편, 청소년 자살 실태는 비교분석을 위해 주로 10만 명당 자살 사망률로 전환해 사용하였으며 청소년 자살 실태에 대한 준거집단으로 모든 연령의 결과를 포함하는 전체 자살률을 가급적 포함해 결과를 제시하였다.

2) 청소년 자살 원인에 대한 분석

청소년 자살 원인에 대한 분석은 앞선 자살 실태 분석에서 사용한 국제비교 분석 자료를 이용해 이루어졌다. 분석 방법으로는 패널분석방법 중의 하나인 고정효과모형(fixed effect model)을 적용하였으며 이 경우 분석자료의 사례(case)는 각 국가이며 34개의 OECD 국가 자료 중 1990년부터 2010년까지 자살 사망률을 종속변수로 국가수준의 거시지표 중 수집이 가능한 독립변수로 인구 1인당 GDP, GDP 성장률, 인구 1,000명당 출생률(%), 15세 이상 인구 중 취업자

비율, 인구 1,000명당 1년간 이혼건수, 15세 이상 인구 1인당 알코올섭취량을 사용하였다.

자살 사망률에 대한 국제자료 분석에서는 이용 가능한 변수들이 제한적이기 때문에 이 연구에서는 2012년 한국청소년정책연구원에서 실시한 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구」의 원자료를 이용해 자살생각 여부에 대한 이항로짓모형(binary logit model)을 추가적으로 실시하였다. 이 경우 비교적 다양한 자살 요인들의 영향을 파악할 수 있다. 먼저 개인요인으로는 보호요인과 위험요인이 있는데 전자는 심리적 불안, 스트레스, 게임중독 등을, 후자는 자아존중감, 자기효능감, 생활만족도 등의 변수를 사용하였다. 다음으로 가족요인으로 가정형편과 가족구성(한부모, 양부모, 조손)과 같은 객관적 지표와 가족관계와 같은 주관적 지표를 고려하였다. 마지막으로 학교요인으로 자기보고(self-report)에 따른 학업성적과 학교교급(초·중·고등학교), 교사관계와 친구관계 등을 독립변수로 고려하였다.

3) 청소년 자살 예방사업 현황 및 문제점 분석

청소년 자살 예방과 관련하여 중앙부처 중에서 보건복지가족부와 교유부, 여성가족부 등이 관련 사업을 추진 중에 있다. 보건을 담당하는 보건복지부는 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)」과 「자살예방종합대책」을 토대로 전체적인 자살 예방 사업과 함께 청소년을 대상으로 자살 예방사업을 추진 중이다(보건복지부, 2008; 보건복지부, 2011a). 여성가족부는 위기청소년 사회안전망인 지역사회청소년사회안전망(CYS-Net)과 『헬프콜! 청소년전화 1388』 운영을 통해 자살을 포함하여 정서적 지원이 필요한 청소년을 위한 사업을 추진 중이며(여성가족부, 2012) 교육부는 자살예방문제에 집중해 별도의 대책이나 기본계획이 있지 않지만 「학생건강증진기본방향」을 통해 자살 문제를 포함해 정신 건강 문제에 대한 이행 점검을 하고 있다. 이처럼 정부는 2004년 이후 「자살예방종합대책」을 내놓고 2011년 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」을 제정하며 우리나라 자살률을 낮추기 위해 노력해 왔으나 성과지표인 자살률 자체는 정부 대책에도 불구하고 계속 증가하고 있는 상황이다. 이 연구에서는 청소년 자살 예방과 관련하여 3개 부처를 중심으로 사업 내용과 사업예산, 전달체계 등을 세부적으로 살펴보았으며 청소년 자살 예방 사업의 문제점과 개선점을 구체화하기 위하여 청소년 자살 예방 전문기관을 대상으로 의견조사와 전문가 대상 집단초점면접(FGI)을 실시하였다.

4) 청소년 자살예방을 위한 정책 제언

이 연구에서는 청소년 자살예방을 위한 정책 제언을 위해서 관련 법령과 청소년 자살 예방 사업 및 프로그램, 청소년 자살 예방을 위한 전달체계, 청소년 자살 예방을 위한 인력 및 예산 부분을 구분하여 개선방안을 제시하였다.

3. 연구방법

1) 문헌 연구

먼저 청소년 자살 실태 및 원인 분석과 관련하여 통계자료 수집과 더불어 다양한 학술 연구들을 고찰하였다. 이 부분은 주로 제2장에 제시된 청소년 자살 실태와 원인 분석에서 다루어졌으며 선행연구들에 대한 고찰 부분은 주로 자살 원인에 대한 분석에서 활용되었다.

다음으로 청소년 자살 예방과 관련된 정부 정책에 관한 보고서들을 검토하였다. 보건복지부, 교육부 및 여성가족부 등 주로 3개 부처를 대상으로 청소년 자살 예방과 관련된 사업소개 및 사업실적 등을 제시하는 백서나 안내서 등의 보고서와 부처별 예산 내역을 확인할 수 있는 예산서, 단위 사업별 운영 결과를 제시한 운영결과보고서 등을 활용하였다.

2) 2차 분석

이 연구에서는 청소년 자살 원인과 자살 생각에 미치는 요인들을 규명하기 위하여 기존 자료를 활용한 2차 분석을 시도하였다. 이 연구에서 활용한 2차 분석 자료는 두 가지로 국가별 자살사망률을 비롯해 자살사망률에 영향을 미치는 요인들에 관한 자료로 OECD statistical databases와 WHO mortality database, UNSD Demographic Statistics 등이다. OECD statistical databases는 OECD 국가들의 다양한 거시지표들을 추출할 수 있는 데이터베이스이며 WHO mortality database는 각 국가들의 사망 관련 통계 지표들을 추출할 수 있는 데이터베이스이다. 한편, UNSD Demographic Statistics는 독립변수들 중 하나인 이혼율에 관한 국제비교자료

수집을 위해 활용되었다.

두 번째로 활용한 2차 분석 자료는 2012년 본 연구원에서 진행된 「아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구」의 아동·청소년 정신건강 실태조사 자료이다(최인재, 모상현, 이선영, 2012). 아동·청소년 정신건강 실태조사는 초등학교 4학년부터 고등학교 3학년까지를 대상으로 했으며 표본수는 총 9,435명으로 이중 초등학생은 2,943명(31.2%), 중학생은 2,844명(30.1%), 고등학생은 3,648명(38.7%)였다. 조사내용은 이번 연구에서 자살 생각과 관련하여 원인 분석이 가능한 다양한 문항들을 제공하고 있다. 이에 대한 자세한 소개는 제2장에서 제시해 보고자 한다.

3) 청소년 자살예방 전문기관 의견조사

청소년 자살예방과 관련된 전문기관에 대한 의견조사는 청소년 자살예방 사업의 문제점 및 개선점을 도출하기 위하여 2013년 11월 중에 실시되었다. 조사 대상 전문기관은 정신건강 및 청소년 자살 예방 사업을 벌이고 있는 보건복지부의 정신건강증진센터, 자살예방센터와 여성가족부의 청소년상담복지센터, 그리고 교육부의 Wee 센터 등이다. 2012년 현재 관련 기관들은 총 472개소이며 이 연구에서는 해당 기관의 절반에 해당되는 226개 기관을 대상으로 의견조사를 실시하였다. 조사 내용은 자살예방과 관련된 정책적 우선순위에 관한 부분과 중앙부처 간에, 중앙부처와 지자체간에, 지자체와 관련기관 간에 연계·협력에 대한 평가, 각 기관들의 청소년 자살 예방 사업 비중, 청소년 자살 예방 사업 추진과 관련된 추진 실적 등이다.

4) 청소년 자살예방 전문가 초점집단면접(FGI)

청소년 자살예방 전문가들을 대상으로 한 초점집단면접(FGI)은 청소년 자살 예방 정책과 사업에 대한 문제점 및 개선점 도출을 위해 실시되었다. 앞선 자살 예방 사업을 추진하는 기관의 전문가를 대상으로 서울, 부산, 대구, 광주 등 지역별로 4개 집단을 나누어 집단별로 9~10명씩을 대상으로 지난 2013년 11월에 이루어졌다. 주요 논의 사항은 청소년 자살예방에 대한 경험, 청소년 자살 원인 및 현황에 대한 의견, 청소년 자살예방사업에 대한 의견, 향후 청소년 자살예방 사업 추진 방향 및 개선점 등이었다.

5) 청소년 관련 전문가 의견수렴

(1) 전문가 자문회의 및 콜로키움

연구계획의 수립 및 연구방향의 설정을 위하여, 전문가들의 의견을 수렴하였다. 청소년 자살과 직접적으로 관련되는 주제인 청소년 정신건강에 대해서 연구 경력이 있는 학계 전문가들로부터 청소년 자살률을 낮추는 국가적 정책을 수립하기 위해서는 어떤 연구가 선행되어야 할지에 대해 의견을 구하였다. 또한 청소년 정신건강 정책을 담당하고 있는 공무원들과의 자문회의나 자살예방 정책을 담당하고 있는 공무원들과의 자문회의를 통해서 청소년 자살예방 정책을 실행하는 데 있어서 반드시 고려되어야 할 문제들에 대해 의견을 구하였다.

(2) 정책협의회

이 연구의 궁극적인 목표는 효과적인 정책을 실현할 수 있는 구체적인 방안을 제시하는 것이다. 따라서 정책실행을 담당하는 부처 공무원들과의 긴밀한 협의가 요구된다. 이에, 연구 중 두 차례에 걸쳐 진행된 정책협의회는, 자료조사의 결과를 가지고 해외 우수사례를 국내 실정에 맞게 수정하는 작업 전과 후에 각각 실시하였다.

제 2 장

청소년 자살 실태 및 자살 원인에 대한 분석

1. 청소년 자살 실태
2. 청소년 자살 원인에 대한 분석

제 2 장

청소년 자살 실태 및 자살 원인에 대한 분석

1. 청소년 자살 실태[2)]

1) 우리나라 청소년 자살 실태

우리나라 자살사망률은 OECD 국가 중 가장 높은 수준을 보여주고 있다. OECD(2011)에 따르면, 2009년 OECD 국가의 평균 자살사망률은 인구 10만 명 당 11.3명으로 나타나고 있으며 가장 높은 자살률을 보여주고 있는 국가는 우리나라로 28.4명에 이른다. 우리나라의 자살사망률은 OECD 평균보다 17.1명이나 높고 자살률이 한국 다음으로 높은 일본(19.7명)보다 8.7명 높으며 가장 낮은 그리스(2.8명)의 약 10배에 이르고 있다.

그렇다면 청소년 자살사망률은 어떠한가. <표 Ⅱ-1>은 우리나라 전체 자살사망률과 청소년 자살사망률의 추이를 보여주고 있다(통계청, 1990~2013). 2012년 현재 전체 자살사망률은 인구 10만 명당 28.1명으로 나타나고 있으며 10~24세 자살사망률은 8.3명으로 나타나고 있다. 대부분의 국가에서 전체 자살사망률보다 청소년 자살사망률이 낮게 나타나는데 우리나라 역시 이러한 경향을 보여주고 있다. 1990년 이후 자살사망률의 변화 추이를 살펴보면, 청소년 자살사망률은 1990년 6.2명에서 2012년 8.3명으로 소폭 증가하였으며 IMF 경제 위기 전후인 1996년(9.1명)과 1998년(9.5명)을 비롯하여 글로벌 경제위기 발생한 시기 전후인 2007년(9.2명)이후부터 2011년(9.5명)까지 9명 이상의 자살사망률을 보여주고 있다. 사실 이 기간 동안 전체 자살사망률은 크게 증가하고 있는데 1990년 7.6명에서 1995년 10명을 넘어서더니 2003년 20명을 넘어섰으며 2009년부터 30명 이상의 자살사망률을 보여주고 있다. 2012년 전체 자살사망률은 다소 낮아져 28.1명으로 보여주고 있으나 다른 국가와 비교하였을 때 2000년대 이후 여전히 가장 높은 자살률을 유지하고 있다.

2) 이 절은 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음.

표 Ⅱ-1 우리나라 자살사망률 추이(전체 및 청소년)

구분	전체		10-24세	
	사망률(십만명당)	사망자수(명)	사망률(십만명당)	사망자수(명)
1990	7.6	3,251	6.2	776
1991	7.3	3,151	5.6	710
1992	8.3	3,628	6.1	780
1993	9.4	4,208	6.6	844
1994	9.5	4,277	6.2	789
1995	10.8	4,930	7.2	884
1996	12.9	5,959	9.1	1,094
1997	13.1	6,068	7.9	918
1998	18.4	8,622	9.5	1,076
1999	15.0	7,056	7.7	855
2000	13.6	6,444	6.3	696
2001	14.4	6,911	5.6	614
2002	17.9	8,612	6.1	659
2003	22.6	10,898	7.8	843
2004	23.7	11,492	7.0	742
2005	24.7	12,011	8.4	887
2006	21.8	10,653	6.5	661
2007	24.8	12,174	9.2	929
2008	26.0	12,858	9.4	939
2009	31.0	15,412	10.9	1,086
2010	31.2	15,566	9.4	926
2011	31.7	15,906	9.5	931
2012	28.1	14,160	8.3	821

* 출처: 통계청. 사망원인통계. 각 년도.

표 II-2 우리나라 청소년 자살사망률 추이(초·중·후기 청소년)

구분	20-24세		15-19세		10-14세	
	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)
1990	10.5	456	6.3	278	1.1	42
1991	9.7	428	5.6	239	1.1	43
1992	9.6	434	7.2	296	1.2	50
1993	10.6	499	7.5	304	1.0	41
1994	10.2	475	6.6	260	1.3	54
1995	11.7	529	7.5	298	1.5	57
1996	13.7	598	10.4	415	2.2	81
1997	13.1	550	7.6	307	1.8	61
1998	15.3	616	9.6	393	2.1	67
1999	12.5	492	7.7	309	1.7	54
2000	11.0	432	6.3	241	0.7	23
2001	9.8	391	5.3	193	0.9	30
2002	10.5	425	6.0	203	0.9	31
2003	13.5	546	8.2	265	0.9	32
2004	12.4	494	6.5	206	1.2	42
2005	16.0	608	7.6	239	1.1	40
2006	11.9	429	6.2	198	1.0	34
2007	18.3	620	7.9	257	1.5	52
2008	19.3	622	8.0	269	1.4	48
2009	20.3	640	10.7	369	2.3	77
2010	18.3	573	8.3	292	1.9	61
2011	17.7	558	8.9	317	1.8	56
2012	14.9	485	8.2	289	1.5	47

* 출처: 통계청. 사망원인통계. 각 년도.

표 II-3 지역별 초·중·후기 청소년 자살률 추이

구분	연령	2002		2007		2012	
		사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)
서울	10-14세	1.3	8	1.4	9	1.3	7
	15-19세	5.9	42	7.1	46	7.9	51
	20-24세	8.9	83	16.5	124	12.9	87
부산	10-14세	-	0	3.4	8	1.6	3
	15-19세	3.2	9	9.5	23	9.8	23
	20-24세	7.6	27	13.8	37	16.6	39
대구	10-14세	0.6	1	1.6	3	2.6	4
	15-19세	5.3	10	3.9	7	4.8	9
	20-24세	7.2	16	21.8	39	11.8	20
인천	10-14세	1	2	1	2	3	5
	15-19세	3.2	6	10.5	20	7.4	15
	20-24세	8.8	18	19.9	37	20.2	39
광주	10-14세	1	1	0.8	1	-	0
	15-19세	1.8	2	9.6	10	9.2	11
	20-24세	13.2	17	27.6	29	23.1	23
대전	10-14세	1	1	0.9	1	3	3
	15-19세	9.3	10	7.5	8	12.2	14
	20-24세	8.8	11	22.8	25	16.2	17
울산	10-14세	1.2	1	-	0	-	0
	15-19세	5	4	2.4	2	3.3	3
	20-24세	8.4	7	14.7	11	22	17
경기	10-14세	0.7	5	1.6	14	1.8	14
	15-19세	6.5	41	6.7	49	7.4	63
	20-24세	11.5	80	17.8	126	13.5	103
강원	10-14세	-	0	2	2	2.2	2
	15-19세	8.1	9	6.3	6	8.8	9
	20-24세	16.4	21	18	18	15.7	15
충북	10-14세	-	0	0.9	1	1	1
	15-19세	7.3	8	13.1	13	5.5	6
	20-24세	11.1	14	18.3	19	14.5	14
충남	10-14세	4.1	5	0.7	1	0.8	1
	15-19세	7.3	10	9.8	12	9.9	13
	20-24세	11.6	18	18.8	25	12.7	15
전북	10-14세	-	0	2.2	3	-	0
	15-19세	8.1	12	6.5	8	9.8	13
	20-24세	11.4	20	18.8	24	14.8	17
전남	10-14세	0.8	1	0.8	1	0.9	1
	15-19세	7.2	11	11.6	14	15.5	20
	20-24세	14.4	25	16.1	20	19.5	21
경북	10-14세	1.2	2	1.1	2	2.7	4
	15-19세	6.3	12	9.5	16	9.3	16
	20-24세	11.5	26	17.9	32	15.9	26
경남	10-14세	1.9	4	1.7	4	0.5	1
	15-19세	6.8	15	8	17	6.9	16
	20-24세	15.6	39	21.2	44	11.1	22
제주	10-14세	-	0	-	0	2.5	1
	15-19세	5.3	2	16.7	6	16.2	7
	20-24세	6.6	3	27.5	10	23.3	8
세종	10-14세	-	-	-	-	-	0
	15-19세	-	-	-	-	-	0
	20-24세	-	-	-	-	33.4	2

* 출처: 통계청. 사망원인통계. 각 년도.

표 II-4 지역별 성별 청소년 자살률 추이

구분	성별	2002		2007		2012	
		사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)	사망률 (십만명당)	사망자수 (명)
서울	전체	5.9	133	8.8	179	7.8	145
	남자	6.4	74	7.5	78	9.1	87
	여자	5.4	59	10.2	101	6.5	58
부산	전체	–	36	9.1	68	9.9	65
	남자	–	22	9.3	37	11.6	40
	여자	–	14	8.9	31	8.3	25
대구	전체	4.7	27	9.0	49	6.5	33
	남자	3.5	11	–	21	6.1	17
	여자	–	16	11.3	28	6.9	16
인천	전체	4.4	26	10.2	59	10.5	59
	남자	–	17	9.7	29	11.5	34
	여자	3.1	9	–	30	9.3	25
광주	전체	5.9	20	12.0	40	–	34
	남자	–	11	11.1	19	–	18
	여자	5.4	9	–	21	–	16
대전	전체	6.6	22	10.4	34	10.6	34
	남자	–	14	6.8	12	11.8	20
	여자	4.9	8	–	22	9.3	14
울산	전체	4.9	12	–	13	–	20
	남자	5.3	7	–	2	–	10
	여자	–	5	–	11	–	10
경기	전체	6.2	126	8.2	189	7.5	180
	남자	6.2	65	6.2	73	9.4	117
	여자	6.2	61	10.5	116	5.5	63
강원	전체	–	30	8.8	26	9.0	26
	남자	–	14	7.6	12	11.6	18
	여자	–	16	–	14	6.0	8
충북	전체	–	22	10.5	33	6.9	21
	남자	–	15	10.8	18	8.1	13
	여자	–	7	–	15	–	8
충남	전체	8.0	33	9.5	38	7.7	29
	남자	11.5	25	–	21	10.8	21
	여자	4.1	8	9.2	17	–	8
전북	전체	–	32	9.0	35	–	30
	남자	–	22	10.4	21	–	21
	여자	–	10	–	14	–	9
전남	전체	8.2	37	9.5	35	12.1	42
	남자	9.5	23	10.4	21	14.0	26
	여자	–	14	–	14	–	16
경북	전체	6.9	40	9.5	50	9.5	46
	남자	–	24	–	27	11.7	31
	여자	5.8	16	9.7	23	6.7	15
경남	전체	8.5	58	9.9	65	6.2	39
	남자	11.3	41	9.1	32	6.3	22
	여자	5.2	17	10.8	33	–	17
제주	전체	–	5	–	16	13.6	16
	남자	–	3	–	12	–	6
	여자	–	2	–	4	17.9	10
세종	전체	–	–	–	–	–	2
	남자	–	–	–	–	–	1
	여자	–	–	–	–	–	1

* 출처: 통계청. 사망원인통계. 각 년도.

<표 Ⅱ-2>는 청소년 자살사망률을 10~14세, 15~19세, 20~24세 등 연령세별로 전기·중기·후기로 구분하여 제시하고 있다. 예상대로 전기 청소년의 자살사망률은 2012년 현재 1.5명으로 낮은 수준을 보여주고 있고 중기청소년은 8.2명, 후기청소년은 14.9명으로 가장 높은 수준을 보여주고 있다. 가장 심각한 수준을 보여주고 있는 후기청소년의 시계열 추이를 보면, 1990년 10.5명에서 IMF 경제위기 시점인 1998년 15.3명으로 높아졌으며 2005년 16.0명으로 높아졌다가 서브프라임 모기지 사태로 촉발된 경제위기 시점인 2009년 20.3명으로 정점을 이룬 후 다소 낮아지는 추세를 보여주고 있다. 중기청소년은 1996년 10.4명, 2009년 10.7명으로 10명 이상을 보여주고 있으며 대략 2010년 이후 감소하는 추세를 보여주고 있다. 전기청소년도 IMF 전후와 모기지 사태 시점에 2명 이상을 보여주고 있다.

전반적으로 볼 때 경제상황이 좋지 않고 가계소득이 급격히 감소한 시점에 청소년의 자살사망률이 높아지는 특성을 보여주고 있다. 청소년 자살과 관련 충동적인 자살이 많다는 점에서 흔히 베르테르 효과(Werther effect)로 불리는 모방 자살(copycat suicide)에 대한 우려의 목소리가 높다. 베르테르 효과는 유명인이 자살하면 잇따라 모방 자살이 일어나는 현상을 의미하는데 18세기 괴테의 소설 '젊은 베르테르의 슬픔'이 나온 뒤 소설 속의 주인공처럼 자살이 유행하면서 생겨난 현상이다. 청소년 자살이 증가한 모기지 사태 전후 기간은 연예인 자살 사망이 잇따른 시기로 특히 2008년 10월 유명 연예인인 최진실씨의 자살 사망이 발생한 시점이어서 베르테르 효과가 아닌가에 대한 논란이 제기된 바 있다(경향신문, 2009. 8. 30.). 실제로 2008년보다 2009년 자살건수가 증가하면서 전체 자살사망률은 26.0명에서 31.0명으로 크게 증가하였다.

그렇다면 지역별 청소년 자살 현황은 어떠한가. <표 Ⅱ-3>은 지역별로 청소년 자살사망률을 전기·중기·후기별로 나누어 제시하고 있다. 먼저 광역시별로 결과를 살펴보면, 서울시의 경우 중기청소년은 2002년 5.9명에서 2007년 7.1명으로, 2012년 7.9명으로 지속적으로 증가하는 추세를 보여주었으며 전기와 후기 청소년은 2007년 증가하였다가 2012년 다소 감소하는 추세를 보여주었다. 부산시는 중기청소년과 더불어 후기청소년도 2002년 7.6명, 2007년 13.8명, 2012년 16.6명으로 지속적으로 증가하는 양상을 보여주었다. 대구시는 오히려 전기청소년이 지속적으로 증가하는 추세를 보여주었는데 2002년 0.6명에서 2007년 1.6명, 2012년 2.6명으로 나타나고 있다. 인천시는 후기청소년의 경우 2002년 8.8명에서 2007년 19.9명, 2012년 20.2명으로 지속적으로 증가하는 추세를 보여주었으며 시도 전체에서 전기청소년의 자살사망률이 3.0명으로 대전시와 더불어 가장 높은 자살사망률을 보여주었다. 광주시는 최근 3년간 청소년자살사망률이 다소 감소하고 있는 추세를 반영해 2007년보다 2012년의 자살사망률이 낮게 나타나고 있지만 시도 전체에서

후기청소년의 자살사망률이 23.1명으로 세종시(33.4명)와 제주도(23.3명)에 이어 세 번째로 높은 자살사망률을 보여주었다. 대전시는 후기청소년의 경우 최근에 자살사망률이 낮아졌으나 중기청소년의 경우 오히려 높아지는 추세를 보여주었으며 전기청소년은 인천시와 더불어 가장 높은 자살사망률을 보여주었다. 울산시는 중기청소년의 자살사망률이 증가하였으며 후기청소년의 경우 2007년 14.7명에서 2012년 22명으로 크게 증가하였다. 마지막으로 최근에 편입된 세종시는 후기청소년의 경우에만 자살자가 2명이 있지만 인구규모가 작아 33.4명의 자살사망률을 보여주었다.

도 지역별로 결과를 살펴보면, 경기도는 전기와 중기, 후기 청소년 모두 자살사망률이 증가하는 양상을 보여주었다. 강원도는 후기청소년과는 달리 중기청소년의 경우 2007년 6.3명에서 2012년 8.8명으로 다소 자살사망률이 증가하였다. 충청북도는 2007년 중기와 후기 청소년의 자살사망률이 각각 13.1명과 18.3명으로 높았다가 2012년 중기청소년은 5.5명으로 크게 감소하였고 후기청소년도 14.5명으로 감소하였다. 충청남도는 전기와 중기청소년의 경우 0.1명씩 감소하였고 후기청소년의 경우에도 2007년 18.8명에서 2012년 12.7명으로 감소하였다. 전라북도는 중기청소년의 경우 감소하는 양상을, 후기청소년의 경우 증가하는 양상을 보여주었다. 전라남도는 전기와 중기, 후기 청소년 모든 경우에 증가하는 양상을 보여주었으며 중기청소년은 시도 전체에서 제주도에 이어 두 번째로 높은 자살사망률을 보여주었다. 경상북도와 경상남도는 중기와 후기청소년 모두 감소하는 양상을 보여주었으며 특히 경상남도의 후기청소년의 자살사망률은 2007년 21.2명에서 2012년 11.1명으로 절반 이상 감소한 것으로 나타났다. 마지막으로 제주도는 중기와 후기청소년의 자살사망률이 다소 감소하였지만 두 경우 모두 시도 전체에서 새로 편입된 세종시를 제외하고 가장 높은 자살사망률을 보여주었다. 왜 제주지역의 청소년 자살사망률이 높은가와 관련하여 원인 규명은 쉽지 않은데 지역별 자살사망률의 차이를 파악하기 위해서 정확한 역학조사와 지역 특성에 관한 심층적인 접근이 필요해 보인다.

다음으로 <표 Ⅱ-4>는 시도별로 성별을 구분하여 자살사망률의 추이를 보여주고 있다. 세부적으로 광역시별로 성별 결과를 살펴보면, 서울시는 전체적으로 최근 자살사망률이 감소하였지만 성별로 볼 때 남자 청소년은 2007년 7.5명에서 2012년 9.1명으로 증가한데 비해서 여자 청소년은 같은 기간 10.2명에서 6.5명으로 크게 감소하였다. 부산시도 유사한 경향을 보여주고 있는데 남자 청소년은 같은 기간 9.3명에서 11.6명으로 증가한데 비해 여자 청소년은 8.9명에서 8.3명으로 낮아졌다. 대구시의 경우도 여자청소년의 자살사망률은 2007년 11.3명에서 6.9명으로 크게 낮아졌다. 인천시는 남자 청소년의 경우 같은 기간 9.7명에서 11.5명으로 늘었고 여자 청소년은

2007년 결과가 제시되고 있지 않지만 감소한 것으로 추정된다. 광주시와 울산시는 성별 추정이 어려운 상황이며 대전시는 남자 청소년의 자살사망률이 6.8명에서 11.8명으로 크게 증가한 것으로 나타났다.

다음으로 도 지역의 성별 결과를 살펴보면, 경기도는 남자청소년의 경우 6.2명에서 9.4명으로 증가한 반면, 여자 청소년은 10.5명에서 5.5명으로 크게 감소하였다. 강원도 역시 남자 청소년의 자살사망률의 증가 경향을 확인할 수 있는데 같은 기간 7.6명에서 11.6명으로 남자 청소년의 자살사망률이 증가하였다. 충청북도는 다른 시도와는 달리 남자청소년의 자살사망률이 10.8명에서 8.1명으로 줄었으며 충청남도와 전라북도와 제주도는 성별 추세를 확인할 수 없으며 전라남도는 남자 청소년의 자살사망률이 10.4명에서 14.0명으로 증가하였다. 경상북도와 경상남도는 각각 여자 청소년과 남자 청소년의 추세를 확인할 수 있는데 둘 다 감소하는 경향을 보여주었다.

종합적으로 볼 때, 어떤 지역이든 남성의 자살사망률이 여성보다 높게 나타나고 있다. 국제적으로도 어떤 국가 통계에서도 남성의 자살사망률이 여성보다 높게 나타난다. 이와 관련 실제 자살과 자살 충동, 생각 혹은 시도에 있어서 성별 결과는 다르게 나타나고 있는데「청소년건강행태온라인 조사」에서 2011년 성별 자살생각률을 살펴보면 남성이 15.4%, 여성이 24.3%로 여성의 응답비중이 훨씬 높게 나타나고 있으며 자살시도율 역시 각각 3.0%, 5.6%로 여성이 높게 나타나고 있다(교육과학기술부, 보건복지부, 질병관리본부, 2011). 이처럼 실제 자살과 자살 생각 혹은 충동, 시도와의 성별 차이가 발생하는 것은 성별 특성이나 자살 방법의 차이 등에서 비롯된 측면이 있다. 곧 남학생은 자살행동이 보다 폭력적인 양상으로 나타나며 사망으로 이를 가능성이 높은 치명적인 자살 방법을 사용하는 경향이 있다는 것이다.

또 다른 특징은 남자 청소년의 자살사망률이 최근 증가하는 양상을 보여주고 있다는 점이다. 이는 남자 청소년의 경우 보다 위험한 자살도구를 사용하는 경향이 있는데 최근 고층의 아파트 주거가 늘어나면서 치명적인 자살방법에 대한 접근성이 높아졌기 때문으로 풀이해 볼 수 있다.

자살실태와 관련하여 간접적으로 자살 원인과 관련한 결과는 통계청에서 실시한 「사회조사」자료를 통해 살펴볼 수 있다(통계청, 2013). 2012년 결과를 살펴보면, 13~19세는 12.1%가 자살 충동을 느낀 적이 있다고 응답하고 있으며 자살 충동 원인에 대해서 성적이나 진학 때문이라는 응답이 39.2%로 가장 높았고 이어서 가정불화가 16.9%, 경제적 어려움이 16.7%로 나타났다. 다음으로 20~29세는 9.3%가 자살 충동을 느낀 적이 있다고 응답하였으며 자살 충동 원인과 관련하여 경제적 어려움 때문이라는 응답이 28.7%로 가장 높았고 이어서 직장 문제가 21.4%, 외로움, 고독이라는 응답이 17.0%로 나타났다. 전반적으로 볼 때 10대는 성적이나 진학 문제가, 20대는 경제적

어려움과 직장 문제가 자살 충동의 주된 원인임을 알 수 있다. 이제 다음절에서는 국제비교자료를 활용하여 청소년 자살에 관한 OECD 국가들의 결과를 살펴보기로 한다.

2) 청소년 자살 국제 비교

이 절에서는 청소년 자살 실태와 관련하여 국제적으로 어떤 특성을 보여주고 있는지 살펴보고자 한다. <표 Ⅱ-5>는 OECD 34개 국가를 대상으로 1990년과 2010년 10세에서 24세까지 청소년 자살사망률을 비교해 제시하고 있다(OECD, 1990~2010; WHO, 1990~2010). OECD 전체적으로 볼 때 청소년 자살사망률은 1990년 7.9명에서 2010년 6.3명으로 감소하는 경향을 보여주고 있다. 반면, 우리나라는 같은 기간 5.9명에서 9.4명으로 증가하였으며 OECD 34개 국가 중에서 다섯 번째로 높은 청소년 자살사망률을 보여주고 있다.

우리나라와 마찬가지로 자살사망률이 증가하고 있는 국가는 멕시코(2.2명→5.2명), 슬로바키아(5.0명→5.1명), 슬로베니아(8.5명→8.6명), 아일랜드(6.4명→9.7명), 이스라엘(3.3명→4.3명), 일본(4.9명→10.2명), 체코(5.8명→6.6명), 칠레(4.6→10.7명), 폴란드(6.5명→8.3명) 등 OECD 34개 국가 중에서 9개 국가에 불과한 상황이다. 특히 증가율로만 보았을 때 우리나라는 1.59배 증가하여 2.08배인 일본이나 2.33배인 칠레 다음으로 높은 수준을 보여주고 있다.

전체 자살사망률과 청소년 자살사망률을 비교해 볼 때, 뉴질랜드(2012년 전체 11.9명, 청소년 13.5명), 멕시코(2012년 전체 4.5명, 청소년 5.2명)를 제외하고 다른 모든 국가에서 전체보다 청소년 자살사망률이 낮게 나타나고 있다. 우리나라와 마찬가지로 전체 자살사망률과 청소년 자살사망률의 차이가 큰 국가는 덴마크(2012년 전체 10.1명, 청소년 2.6명), 독일(2012년 전체 12.3명, 청소년 4.8명), 벨기에(2012년 전체 18.6명, 청소년 6.8명), 슬로베이나(2012년 전체 20.2명, 청소년 8.6명), 일본(2012년 전체 23.1명, 청소년 10.2명), 포르투칼(2012년 전체 10.4명, 청소년 2.4명), 프랑스(2012년 전체 16.8명, 청소년 4.9명), 헝거리(2012년 전체 24.9명, 청소년 5.7명) 등이다.

다음으로 <표 Ⅱ-6>은 시계열로 OECD 국가 청소년 자살사망률의 추이와 우리나라의 그것을 비교해 제시하고 있다. 1990년에는 OECD 평균(8.0명)보다 우리나라(5.9명)의 청소년 자살사망률이 더 낮았으나 1996년 OECD 평균(7.7명)보다 우리나라(9.0명)의 자살사망률이 더 높아졌으며 2005년부터 이러한 추세가 지속되고 있다. 이러한 경향은 전체 자살사망률의 경우에도 크게 다르지 않은데 1998년 IMF 외환위기 이후 우리나라의 자살사망률이 OECD 국가보다 높아지는 추세를 보여주고 있다.

표 II-5 OECD국가별 전체 및 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당)

구분	1990			2010		
	전체	청소년	비고	전체	청소년	비고
그리스	3.4	2.2		3.3	1.1	
네덜란드	9.7	4.5		9.6	4.2	
노르웨이	15.5	10.7		11.2	7.7	
뉴질랜드	13.4	15.9		11.9	13.5	2009년
덴마크	24.1	6.8		10.1	2.6	
독일	17.5	7.0		12.3	4.8	
룩셈부르크	17.8	8.4		10.7	4.4	
멕시코	2.3	2.2		4.5	5.2	
미국	12.4	9.5		12.4	7.6	
벨기에	19.0	7.4		18.6	6.8	2009년
스웨덴	17.2	7.4		12.1	7.0	
스위스	21.9	11.5		12.8	4.8	
스페인	7.6	3.3		6.9	1.8	
슬로바키아	15.0	5.0	1992년	11.7	5.1	
슬로베니아	27.7	8.5		20.2	8.6	
아이슬란드	15.7	17.4		11.3	2.9	2009년
아일랜드	9.5	6.4		10.8	9.7	
에스토니아	27.3	12.2		16.6	9.0	
영국	8.1	5.2		6.8	3.9	
오스트리아	23.8	11.5		15.0	7.4	
이스라엘	6.5	3.3		6.3	4.3	
이탈리아	7.8	3.1		6.6	2.1	
일본	16.3	4.9		23.1	10.2	
체코	19.3	5.8		14.3	6.6	
칠레	5.6	4.6		12.7	10.7	2009년
캐나다	12.2	10.2		11.5	7.7	2009년
터키	–	–	정보없음	2.2	2.0	2008년
포르투갈	8.7	3.8		10.4	2.4	
폴란드	13.1	6.5		16.5	8.3	
프랑스	20.1	6.6		16.8	4.9	2009년
핀란드	30.3	21.3		17.7	14.2	
한국	7.4	5.9		31.5	9.4	
헝가리	39.8	10.2		24.9	5.7	
호주	12.9	11.1		11.0	7.0	

* 출처: WHO. WHO Mortality Database. 각년도.
OECD. OECDstat. 각년도.
* 주: WHO Mortality Database 자살 사망자수와 OECDstat의 인구를 이용하여 계산.

표 II-6 OECD국가와 우리나라의 전체 및 청소년(10~24세) 자살사망률 추이(십만명당)

구분	전체		청소년(10-24세)	
	OECD (단순평균)	한국	OECD (단순평균)	한국
1990	15.4[1)]	7.4	8.0[1)]	5.9
1991	15.6[1)]	7.1	8.0[1)]	5.5
1992	15.2[2)]	8.1	7.6[2)]	5.9
1993	15.2[2)]	9.3	7.9[2)]	6.5
1994	15.4[2)]	9.4	8.3[2)]	6.3
1995	15.1[2)]	10.7	8.0[2)]	7.1
1996	14.9[2)]	12.9	7.7[2)]	9.0
1997	14.9[3)]	13.1	8.0[3)]	7.9
1998	14.8[3)]	18.5	8.1[3)]	9.5
1999	14.1[2)]	15.2	7.8[2)]	7.8
2000	14.0[4)]	13.7	7.7[4)]	6.4
2001	13.8[5)]	14.6	7.2[5)]	5.7
2002	13.7[5)]	18.1	6.7[5)]	6.2
2003	13.7[2)]	22.8	7.1[2)]	8.0
2004	13.8[6)]	23.9	7.4[6)]	7.1
2005	13.6[7)]	25.0	6.8[7)]	8.6
2006	12.9[8)]	22.0	6.7[8)]	6.5
2007	12.7[9)]	25.1	6.4[9)]	9.2
2008	12.6	26.3	6.4	9.4
2009	13.4[2)]	31.3	6.4[2)]	11.0
2010	12.9[10)]	31.5	6.1[10)]	9.4

* 출처: WHO. WHO Mortality Database. 각년도.
OECD. OECDstat. 각년도.

* 주1: WHO Mortality Database 자살 사망자수와 OECDstat의 인구를 이용하여 계산.
주2: 1) 슬로바키아, 터키 제외, 2) 터키 제외, 3) 터키, 폴란드 제외, 4) 벨기에, 영국 제외, 5) 벨기에, 스웨덴 제외, 6) 이탈리아, 포르투갈 제외, 7) 이탈리아, 포르투갈, 호주 제외, 8) 슬로바키아, 폴란드 제외, 9) 슬로바키아 제외, 10) 뉴질랜드, 벨기에, 아이슬란드, 칠레, 캐나다, 터키, 폴란드 제외

표 Ⅱ-7 OECD 8개 국가별 전체 및 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당)

구분	전체			청소년(10-24세)		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
독 일	17.5	13.5	12.3	7.0	5.3	4.8
미 국	12.4	10.4	12.4	9.5	7.1	7.6
스 웨 덴	17.2	12.7	12.1	7.4	5.7	7.0
영 국	8.1	7.0[1)]	6.8	5.2	3.9[1)]	3.9
일 본	16.3	23.8	23.1	4.9	8.3	10.2
프 랑 스	20.1	18.3	16.8[2)]	6.6	5.6	4.9[2)]
핀 란 드	30.3	22.5	17.7	21.3	13.6	14.2
한 국	7.4	13.7	31.5	5.9	6.4	9.4
O E C D	15.4	14.0	12.9	8.0	7.7	6.1

* 출처: WHO. WHO Mortality Database. 각년도.
OECD. OECDstat. 각년도.
* 주1: WHO Mortality Database 자살 사망자수와 OECDstat의 인구를 이용하여 계산.
주2: 1) 2001년, 2) 2009년

표 Ⅱ-8 OECD 8개 국가별 성별 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당)

구분	여성			남성		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
독 일	3.2	2.1	2.1	10.7	8.4	7.3
미 국	2.9	2.2	2.9	15.7	11.9	12.0
스 웨 덴	3.8	3.5	3.9	10.8	7.8	9.9
영 국	1.5	1.4[1)]	1.9	8.8	6.4[1)]	5.8
일 본	3.4	5.0	5.8	6.5	11.6	14.3
프 랑 스	3.1	2.5	2.3[2)]	9.9	8.6	7.3[2)]
핀 란 드	7.3	5.9	6.4	34.7	21.0	21.6
한 국	4.0	5.3	8.7	7.7	7.5	10.0
O E C D	3.1	3.0	2.5	12.7	12.2	9.5

* 출처: WHO. WHO Mortality Database. 각년도.
OECD. OECDstat. 각년도.
* 주1: WHO Mortality Database 자살 사망자수와 OECDstat의 인구를 이용하여 계산.
주2: 1) 2001년, 2) 2009년.

표 Ⅱ-9 OECD 8개 국가별 연령별 청소년(10~24세) 자살사망률(십만명당)

구분	10-14세			15-19세			20-24세		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
독 일	0.6	0.7	0.7	5.7	5.9	4.5	12.0	9.6	8.4
미 국	1.5	1.5	1.3	11.1	8.0	7.5	15.1	12.4	13.5
스웨덴	1.0	0.3	0.6	6.2	7.3	6.8	13.7	10.0	12.1
영 국	0.1	0.2[1)]	0.1	3.7	4.0[1)]	3.3	10.3	8.0[1)]	7.6
일 본	0.5	1.1	1.1	3.8	6.3	7.4	10.5	15.8	21.0
프랑스	0.5	1.1	1.0[2)]	5.6	5.4	4.8[2)]	12.9	10.6	8.7[2)]
핀란드	1.2	0.6	0.3	23.2	13.9	11.7	38.5	25.9	29.4
한 국	1.0	0.7	1.9	6.1	6.3	8.4	10.1	11.2	17.9
OECD	0.9	0.9	0.8	8.4	8.3	6.0	14.1	13.7	10.8

* 출처: WHO. WHO Mortality Database. 각년도.
OECD. OECDstat. 각년도.
* 주1: WHO Mortality Database 자살 사망자수와 OECDstat의 인구를 이용하여 계산.
주2: 1) 2001년, 2) 2009년

지금까지 OECD 국가 전체와 비교해 보았다면, 이제부터는 주요 국가들을 대상으로 세부적인 수준에서 국가 간 비교를 해보고자 한다. <표 Ⅱ-7>은 1990년과 2000년, 그리고 2010년 등 3개년도별로 주요 국가들의 전체 및 청소년 자살사망률 추이를 보여주고 있다. 전체 자살사망률에 있어서 3개년 간 지속적으로 증가 추세를 보여주고 있는 국가는 우리나라(1990년 7.4명→2000년 13.7명→2010년 31.5명) 뿐이다. 청소년 자살사망률은 우리나라(1990년 5.9명→2000년 6.4명→2010년 9.4명)와 일본(1990년 4.9명→2000년 8.3명→2010년 10.2명)에서 지속적인 증가추세가 확인되고 있다.

<표 Ⅱ-8>은 성별로 청소년 자살사망률의 차이를 주요 국가별로 제시하고 있다. OECD 국가 전체적으로 여성이든, 남성이든 자살사망률은 감소하였다. 반면, 우리나라는 남녀 모두 청소년 자살사망률이 증가하였다. 남녀별 증가율로 봤을 때 우리나라는 여성 청소년의 경우 2.18배, 남성 청소년의 경우 1.30배로 여성 자살사망률이 더 증가하였다. 이에 따라 2012년 OECD 전체 성별 자살사망률과 우리나라의 그것은 남성의 경우 큰 차이(OECD 9.5명, 한국 10.0명)는 없으나 여성의 경우 큰 차이(OECD 2.5명, 한국 8.7명)를 보여주고 있다. 이러한 결과는 여성 청소년의 자살사망률 증가에 대한 경각심을 불러일으킨다.

<표 Ⅱ-9>는 연령별로 주요 국가들의 자살사망률을 보여주고 있다. 먼저 전기 청소년의 경우 우리나라보다 높은 자살사망률 수준을 보여주는 국가는 없으나 그 차이는 크지 않은 편이다. 중기 청소년은 우리나라의 경우 2010년 증가하여 높은 수준을 보여주고 있으며 증가 양상을 보여주는 유일한 국가이다. 여기에서 특징적인 것은 핀란드로 1990년 우리나라보다 4배 가까이 높은 자살사망률을 보여주다가 2010년 11.7명으로 절반 이상 감소하면서 OECD나 우리나라와의 차이가 크게 좁혀졌다는 점이다. 마지막으로 후기 청소년을 살펴보면, 주요 국가 중 일본(2012년 21.0명)과 핀란드(2012년 29.4명)가 우리나라(2012년 17.9명) 보다 높은 자살사망률을 보여주고 있다.

2. 청소년 자살 원인에 대한 분석

1) 청소년 자살 원인에 대한 선행 연구 고찰[3)]

자살 문제와 관련하여 자살 그 자체와 자살생각, 자살충동 및 자살 시도와 관련하여 그 원인을 분석한 이론들은 생물학적 이론, 사회학적 이론, 심리학적 이론 등 매우 다양하다. 먼저 생물학적 이론에서는 자살이나 자살과 관련된 행동들이 유전학적이나 생물학적 취약성과 관련되어 있다고 지적한다. 자살 행동의 생물학적 원인은 신경전달물질로 혈관 수축 작용을 하는 물질인 세로토닌(serotonin)의 분비와 관련이 있고 세로토닌에 영향을 미치는 유전자가 규명되기도 했다(이분희, 김용구, 2007).

자살에 대한 사회학적 이론은 고전사회학자인 뒤르껭(Emil Durkheim)의 사회통합가설(hypothesis of social integration)이 대표적이다(차미영, 2010). 이 가설은 자살이 개인의 순수한 자유의지에 의해서 발생하는 것이 아니라 개인이 속한 사회 공동체의 집합적 경향에 의해 자살이 발생한다는 입장을 취하고 있다.

자살사망률을 이용하여 국가 수준의 거시지표들을 이용해 사회 및 환경적 요인을 규명한 연구들은 경제수준, 경제성장률이나 출산율, 출생률, 지니계수와 같은 불평등 수준, 음주 문화와 같은 요인들이 자살사망률에 영향을 미치고 있음을 규명하였다. 이와 관련 강은정, 이수형(2010)은

3) 이 절은 김정호(조선대학교 부속병원)가 집필하였으며 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 수정·보강하였음.

29개 OECD 국가의 자살사망률과 사회거시지표들로 장기시계열(1985~2007) 자료를 구축하여 패널분석방법 중 고정효과모형으로 분석해본 결과, 1인당GDP가 자살사망률과 관련이 없었으나 여성의 자살사망률을 낮추는 효과가 있음을 확인하였고 높은 출생률 역시 자살을 낮추는 효과가 있음을 지적하였다. 조영철(2013)은 우리나라 시계열 자료를 구축해 자살 증가와 관련된 사회경제적 요인을 분석해 본 결과, GDP 성장률 및 조출생률의 경우 자살률과 음(-)의 상관관계를, 불평등지수인 지니계수와 조이혼율과 양(+)의 상관관계를 갖는 있음을 발견하였다.

자살에 관한 심리학적 이론은 정신분석학과 인지이론, 대인관계 심리 이론 등 다양한 설명이 존재한다. 심리학적 이론들은 전반적으로 사회학적인 설명과는 반대로 내적인 요인을 강조하고 있으며 정신분석학에서는 내적인 갈등과 무의식적 환상에서 자살 행위가 야기된다고 지적하고 있다(김현순, 2008). 인지이론에서는 자살을 고려하는 사람들이 삶과 죽음을 더 극단적으로 평가하며 죽음을 삶보다 더 긍정적으로 평가하는 경향이 있다고 지적한다(Ellis, 2006). 다음으로 대인관계 심리 이론에서는 자살의 세 가지 요소로 치명적인 자해를 할 수 있는 습득된 능력(the acquired capability to enact lethal self-injury), 귀찮은 존재감(burdensomeness), 그리고 소속감의 훼손(thwarted belongingness) 등이 있다고 지적하고 있다(Stellrecht et al., 2006).

다양한 자살 원인에 대한 설명을 종합하여 제시한 이론도 있다. 스트레스-취약성(stress-vulnerability)은 유전적인 요인과 사회적, 심리적 요인 그리고 개인이 속한 환경 요인들이 상호작용하여 자살과 같은 이상행동을 일으킨다고 지적한다(원호택, 2006).

이처럼 자살이나 자살행동에 관한 다양한 이론적 설명들이 존재하는데 일반적인 자살과 구분하여 청소년 자살과 관련한 논의들을 살펴보면 다음과 같다. Spirito & Esposito-Smythers (2006)는 자살에 있어서 기질적으로 취약성을 지닌 청소년들 중 스트레스 요인에 대한 학습된 부적응적 인지·행동·정서 반응 사이의 상호관계로 말미암아 자살이나 자살행동이 발생한다고 지적하였다. 이들은 어린 시절 경험한 학대나 방치와 같은 부적절한 양육으로 인한 외상 경험 및 부모의 자살행동과 정신병리 등이 기질적 취약성의 기초를 이루며, 또래 폭력이나 괴롭힘, 그리고 또래 자살행동과 같은 또래 요인 또한 일정한 역할을 담당하는 것으로 보았다.

이러한 기질적 취약성을 지닌 청소년들은 학업 부담, 또래 관계에서의 갈등과 같은 여러 부정적 생활 사건들, 혹은 정신과 증상의 발생 및 악화와 같은 스트레스를 경험하면서 자살위기가 찾아올 수 있다. 이러한 촉발 요인을 인지적으로 처리하는 과정에서 왜곡된 인지가 발생하며, 인지 오류 및 자신과 미래에 대한 부정적인 관점과 비관적인 태도를 지니게 된다는 것이다.

청소년 자살은 자살생각에서 자살시도, 자살행동으로 이어지는 일련의 과정이 생물-심리-사회

적 요인들의 복잡한 상호작용에 따라 이루어지며, 청소년기의 특성 상 충동적인 자살 가능성이 높다는 점에서 다른 발달단계의 자살과 상이한 특징을 지니고 있기 때문에 이를 예측하여 예방하는 것이 어렵다(차미영, 2010). 청소년기가 아직 인지적으로 미성숙하고 충동적인 특성이 심해지는 시기이기 때문에, 청소년의 자살은 대개 사전에 계획되지 않고 순간적으로 우울한 기분에 자살을 충동적으로 시도할 수 있다는 점에서 청소년기라는 발달단계 자체가 위험요인이라고 할 수 있다(신민섭, 1992). 한국 청소년의 과반수가 종종 자살 충동을 느끼며(전영주, 이숙현, 2000), 최근 1년간 자살 충동을 느낀 적이 있는 사람이 5명 중 1명 꼴로 나타났다(최인재, 모상현, 이선영, 2012). 청소년 자살이 낙인(stigma)을 야기할 수 있고, 사회적으로 민감한 영역이기 때문에 실제는 이보다 훨씬 더 심한 상황일 수 있으므로, 청소년 자살에 대해 더욱 심각하게 받아들일 필요가 있다(차미영, 2010).

청소년의 자살과 관련된 요인에는 개인 요인, 가정과 관련된 요인, 학교생활 요인, 심리사회적 요인, 그리고 실제 환경 요인 등이 포함되며, 청소년의 자살 생각이 이러한 요인들과 상호적 관계에 있기 때문에(신민섭, 1992), 이들이 어떤 관련성을 지니는지에 대해 알아볼 필요가 있다. 청소년의 발달과정에서 특징적인 측면 중 하나는 자기 자신의 정체성을 찾아가고 있다는 점이다(서혜석, 2006). 이들은 자신의 현재 처지나 상황, 향후 적응에 대한 전망, 그리고 고유한 가치체계 및 생활 방식을 익힘에 따라 타인과 구분되는 성숙한 인간으로 발달한다(서혜석, 2006). 또한 이 시기는 신체적 및 심리적 급변기로서 성장과 발달이 급속하게 이루어지는 과도기적 상태인 동시에, 청소년기에만 해당되는 고유한 스트레스를 많이 경험한다. 또한 감정의 기복이 심한 격동의 시기이면서 책임감을 느끼기 시작하는 단계로, 심리적 불균형 혹은 정서적 불안정성을 경험하면서 자살 위험성이 증가된다(임영식, 한상철, 2000).

청소년기는 질풍노도의 시기라고 불릴 정도로 매우 불안정한 발달단계이기 때문에 별로 크지 않거나 사소한 스트레스원에도 쉽게 자극을 받아 자살이라는 극단적이고 충동적이며, 그리고 치명적인 방식으로 문제를 해결하고자 하는 경우가 빈번할 수 있다. 또한 대개의 청소년 자살은 고통의 종결을 목적으로 시도하는 것이 아니라, 자신의 괴로움을 다른 사람들에게 알리고자 하는 의사표현의 차원으로 바라보는 것이 중요하다. 따라서 자살을 시도하는 청소년들은 실제로 삶을 끝내려는 목적이라기보다는 중요한 타인이나 사회를 향한 '도움을 청하는 외침(cry for help)'으로 이해하는 것이 더 나을 것으로 보인다(석재호, 1979). 생활사건이나 다양한 스트레스, 사회적지지 여부와 우울 등이 청소년 자살이나 자살 생각에 영향을 미치는 주요 요인들이다. 특히 자살과 관련된 스트레스원에는 학교 및 가정 문제, 또래관계 문제, 건강 및 신체적 문제,

그리고 진로 문제 등이 포함되었으며, 특히 가족 및 또래 관계를 비롯한 대인관계 측면의 스트레스와 더욱 높은 관련성을 지닌다(차미영, 2010). 또한 국내의 중·고등학생들의 경우 학업과 관련된 스트레스를 가장 많이 받고 있는 것으로 나타나고 있다(이경주, 1997).

이어서 청소년의 자살과 사회환경적 요인 간에 관계에 대한 본격적인 분석은 이루어지지 않았으나 다음과 같은 사회경제적 요인들이 청소년 자살에 영향을 미쳤을 것으로 판단된다. 초기와 중기 청소년의 경우 입시경쟁에 따른 부담과 학교폭력과 같은 안전문제가 영향을 미쳤을 것으로 보이며 후기 청소년의 경우 취업경쟁 심화와 청년 고용 문제 악화가 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

다음절에서는 청소년 자살 원인과 관련하여 국가 수준의 거시지표를 활용하여 자살 원인을 분석해 보고 이어서 개인 수준에서 자살생각에 영향을 미친 요인들에 대한 분석을 시도해 보고자 한다.

2) 청소년 자살 원인에 대한 국제 비교 분석[4)]

청소년 자살 원인 규명과 관련하여 다양한 요인들이 제기되고 있으나 사망 이후 조사가 불가능하다는 점에서 자살 생각이나 충동, 자살 시도 등을 통해 간접적으로 자살 원인을 규명할 수밖에 없는 실정이다. 다만, 국가 수준에서 자살사망률과 다른 거시지표들의 관계를 분석해 볼 수 있다. 이 절에서는 개인이 아니라 국가를 사례(case)로 1990년부터 2010년간의 기간 패널자료를 구축하여 패널분석방법론을 통해 자살사망률에 미치는 독립변수들의 효과를 추정해 보고자 한다.

(1) 분석자료 및 분석 방법

청소년 자살 원인 분석을 위한 자료는 OECD statistical databases와 WHO mortality database, UNSD Demographic Statistics 등 온라인 데이터베이스를 이용해 국가별로 자살사망률을 비롯한 각종 거시지표에 대한 통계수치를 수집해 이루어졌다.

4) 이 절은 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음.

표 Ⅱ-10 청소년 자살 원인에 대한 국제 비교 변수(1990년~2009년)

구분	설명	사례수	평균	표준편차	최소값	최대값
전체 자살률[1),2)]	인구 10만 명당 자살자 수	654	14.24	7.40	2.24	42.05
10-24세 자살률[1),2)]	10-24세 인구 10만 명당 자살자 수	645	7.41	3.75	0.00	23.75
10-14세 자살률[1),2)]	10-14세 인구 10만 명당 자살자 수	645	1.01	0.93	0.00	8.21
15-19세 자살률[1),2)]	15-19세 인구 10만 명당 자살자 수	645	7.63	4.53	0.00	42.01
20-14세 자살률[1),2)]	20-24세 인구 10만 명당 자살자 수	645	13.19	6.75	0.00	41.73
인구 1인당 GDP[2)]	인구 1인당 GDP, 구매력 지수	664	23602.72	11336.51	4901.76	89156.15
GDP 성장률[2)]	실질 GDP 성장률(%)	668	2.75	3.20	-14.26	12.28
출생률[2)]	인구 1,000명당 출생률(%)	374	1.70	0.40	1.08	3.43
고용률[2)]	15세 이상 인구 중 취업자 비율(%)	644	65.01	8.26	44.12	85.74
이혼율[3)]	인구 1,000명당 1년간 이혼건수(건)	446	2.05	0.76	0.12	4.34
알코올 섭취량[2)]	15세 이상 인구 1인당 알코올섭취량(리터)	649	9.70	3.29	1.20	17.90

* 출처: 1) WHO. WHO Mortality Databases. 각년도.
2) OECD. OECD statistical databases. 각년도.
3) UNSD. UNSD Demographic Statistics. 각년도.

청소년 자살 원인에 대한 분석에서 핵심이 되는 청소년 자살사망률은 1990년부터 2009년까지 WHO mortality database로부터 자살로 사망한 국가별 사망자수 정보를 수집한 후 OECD statistical databases로부터 국가별 해당 연령인구수를 가져와 분석에 활용되었다. 청소년 자살사망률에 미치는 거시지표들은 OECD statistical databases에서 가져왔으며 해당 거시지표들은 국가별 인구 1인당 GDP, GDP 성장률, 출생률, 고용률, 알코올 섭취율 등이다. 한편, UNSD Demographic Statistics은 이혼율에 정보 수집에 활용되었다.

<표 Ⅱ-10>은 이번 분석에 사용된 변수들의 기초통계치를 제시하고 있다. 이 분석에서 총 사례수는 680개이며 종속변수인 자살사망률에 대한 정보가 이용 가능하지 않은 35사례를 분석에서 제외하였고 독립변수의 결측값은 다중대체 기법을 이용하여 대체한 후 분석에 포함하였다.

(2) 분석 결과

먼저 청소년 자살사망률과 독립 변수들 간의 상관관계를 살펴보고자 한다. <표 Ⅱ-12>는 자살사망률과 독립 변수들 간의 상관관계를 보여주고 있다. GDP와 고용률, 이혼율 등은 자살사망률과 정(+)의 상관관계를, GDP 성장률과 출생률은 부(-)의 상관관계를 보여주고 있다. 곧, 선진국이 후진국보다 자살사망률이 높고 경제성장이 이루어질수록 자살사망률은 낮아진다. 고용이 늘고 이혼이 증가할수록 자살사망률도 증가하는데 비해서 출생률이 늘면 자살사망률은 감소한다.

표 Ⅱ-11 자살사망률과 독립 변수들의 상관관계(1990년~2009년)

구분	전체 자살률(로그)	10-24세 자살률(로그)	10-14세 자살률(로그)	15-19세 자살률(로그)	20-14세 자살률(로그)
GDP(로그)	0.137***	0.02	-0.125**	0.007	0.022
GDP 성장률	-0.095*	0.081*	0.064	0.086*	0.075
출생률	-0.44***	0.043	0.027	0.12*	0.053
고용률	0.298***	0.299***	0.109**	0.292***	0.293***
이혼율	0.505***	0.311***	0.112*	0.275***	0.329***
알코올 섭취량	0.464***	0.003	-0.054	-0.089*	0.019

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

표 Ⅱ-12 독립변수들 간의 상관관계(1990년~2009년)

구분	GDP(로그)	GDP 성장률	출생률	고용률	이혼율	알코올 섭취율
GDP(로그)	1.000					
GDP 성장률	-0.193***	1.000				
출생률	-0.062	0	1.000			
고용률	0.553***	-0.153***	0.02	1.000		
이혼율	0.296***	-0.023	-0.194***	0.434***	1.000	
알코올 섭취량	0.281***	-0.076	-0.51***	0.083*	0.312***	1.000

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

표 Ⅱ-13 전체 및 연령대별 자살사망률에 대한 고정효과모형 결과

구분	회귀계수				
	전체	10-24세	10-14세	15-19세	20-14세
인구 1인당 GDP(로그)	-0.111***	-0.225***	-0.285**	-0.188**	-0.255***
GDP 성장률	-0.008**	0.002	-0.009	0.002	0.002
출생률	-0.128***	-0.049	0.037	0.001	-0.034
고용률	-0.001	0.000	0.009	0.001	-0.001
이혼율	0.031	-0.016	0.026	-0.025	0.011
알코올 섭취량	-0.002	0.011	0.000	-0.025	0.025
상수항	3.912***	4.072***	1.982**	3.953***	4.799***
Adj R-squared	0.145	0.047	0.036	0.049	0.039

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

<표 Ⅱ-12>는 독립변수들 간의 상관관계를 보여주고 있다. 선진국일수록 경제성장률은 낮고 고용률이나 이혼율을 비롯해 알코올 섭취율 역시 높게 나타나고 있다. 경제성장률이 높을수록 고용률은 낮으며 출생률과 이혼율, 알코올 섭취량은 부(-)의 상관관계를 보여주고 있으며 이혼율과 알코올 섭취향 간에는 정(+)의 상관관계를 보여주고 있다.

<표 Ⅱ-13>은 패널분석방법으로 고정효과모형의 결과를 보여주고 있다. 전체 자살사망률을 종속변수로 할 경우 투입된 변수의 설명력은 14.5% 수준이며 GDP 및 GDP 성장률, 출생률 등이 통계적으로 유의미한 수준에서 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 반면, 청소년 자살사망률의 경우 통계적으로 유의미한 부분은 GDP 뿐이었다.

GDP 및 GDP 성장률은 경제발전과 자살 관계를 보여주고 있는 것으로 선진국이 후진국보다 경제가 성장할수록 자살사망률을 낮추는 것으로 나타나고 있다. 경제 성장이 어떻게 자살을 감소시키는가와 관련하여 경제학적 해석은 다음과 같이 설명할 수 있다. 경제 성장이 이루어지면 소득 증가가 예상되므로 현재의 어려움을 더 쉽게 극복할 수 있기 때문에 자살이 감소한다는 것이다. 이와 관련 국내 자료만을 가지고 분석한 조영철(2013)은 자살 증가와 관련된 사회경제적 요인 분석을 통해 95% 이상의 신뢰수준에서 GDP 성장률 및 조출생률의 경우 자살률과 부(-)의 상관관계를, 불평등지수인 지니계수와 조이혼율과 정(+)의 상관관계를 갖는 것으로 나타나고

지적한 바 있다. 강은정, 이수형(2010)은 이 연구에서 진행한 것과 유사하게 패널분석을 시도하였는데 GDP 성장률은 이 연구와 마찬가지로 부(-)의 관계를 보여주었으나 GDP는 동일하게 통제적으로 유의하나 이 연구와는 달리 정(+)의 관계를 보여주었다.

3) 청소년 자살 생각에 미치는 요인에 대한 분석[5)]

이 절에서는 앞서 이론적 논의에서 살펴본 다양한 요인들의 효과를 파악하기 위해 자살 생각을 종속변수로 하는 이항 로짓 분석을 시도하였다. 이 자료에서 총 사례수는 8,745명이며 주요 변수들의 결측치를 제외하고 분석에 사용된 표본은 7,945명(90.85%)이었다.

<표 Ⅱ-14>는 이 연구에서 이루어진 분석에 사용된 변수들을 제시하고 있다. 이 연구의 핵심 변수인 자살 생각은 청소년 정신건강 실태조사 자료에서 두 가지가 제시되어 있다. 하나는 우울 진단과 관련된 문항 중에서 지난 일주일 동안의 자신을 가장 잘 나타낸다고 생각되는 문항을 고르는 경우이다. 후자는 지난 1년 간 자살에 대해 생각해 본 적이 있는가를 질문하고 경우이다. 두 가지 질문 문항 중 이 연구는 전자를 선택하였다. 그 이유는 후자의 경우 지난 1년간에 대한 자살 생각 경험 여부로 대부분의 독립변수들이 현재의 상태를 묻고 있는 것이어서 인과관계에서 시간의 선후성을 고려해 보다 적합한 전자를 선택하게 되었다. 이 질문에서 "나는 자살 같은 것은 생각하지 않는다", "나는 자살할 생각을 가끔 하지만 실제로 하지는 않을 것이다"라는 응답은 0으로, "자살하고 싶은 생각이 자주 든다", "나는 기회만 있으면 자살하겠다"라는 응답은 1로 측정하였다.

주요 독립변수들은 개인요인과 가정요인, 그리고 학교요인으로 구분된다. 먼저 개인요인 중 주관적 불안은 "나는 편안하게 살 수가 없다", "매우 나쁜 일이 일어날 것 같은 두려움을 느낀다", "나는 자주 겁을 먹고 무서움을 느낀다", "나는 신경이 과민되어 있다", "나는 미칠 것 같은 두려움을 느낀다", "나는 불안한 상태에 있다"는 문항으로 구성되며 4점 척도로 되어 있는 5개 문항을 합산하여 변수화하였고 신뢰도분석값(Cronbach's α)은 0.835로 매우 양호한 값을 보여주고 있다.

5) 이 절은 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음.

표 Ⅱ-14 청소년 자살생각 요인 분석에서 사용된 변수들

구분		변수명	평균	표준편차	최소값	최대값
종속변수		자살생각 여부(있음=1)	0.054	0.226	0.000	1.000
독립변수	개인요인	성별(여자=1)	0.489	0.500	0.000	1.000
		거주지역(특별시, 광역시=1)	0.403	0.491	0.000	1.000
		주관적 불안(Cronbach's α =0.835)	1.381	0.501	1.000	4.000
		스트레스(Cronbach's α =0.863)	1.787	0.575	1.000	4.000
		게임중독(Cronbach's α =0.933)	1.183	0.325	1.000	4.000
		자아존중감(Cronbach's α =0.919)	3.145	0.718	1.000	4.000
		자기효능감(Cronbach's α =0.925)	2.987	0.661	1.000	4.000
		생활만족도(Cronbach's α =0.877)	3.185	0.663	1.000	4.000
	가정요인	가정형편	4.532	1.194	1.000	7.000
		가족구성(한부모가정, 조손가정=1)	0.086	0.280	0.000	1.000
		가족관계(Cronbach's α =0.933)	3.279	0.698	1.000	4.000
	학교요인	학업성적	3.061	1.030	1.000	5.000
		학교급(초등학교, 중학교=1)	0.697	0.460	0.000	1.000
		교사관계(Cronbach's α =0.902)	2.836	0.847	1.000	4.000
		친구관계(Cronbach's α =0.872)	3.361	0.661	1.000	4.000

다음으로 스트레스는 자신이 현재 느끼는 스트레스 정도에 대해 4점 척도로 응답하게 하고 있으며 부모님과의 관계, 형제자매와의 관계, 외모, 신체건강, 심리건강, 가정형편, 친구와의 관계, 이성과의 관계, 선후배 관계, 선생님 관계, 진로문제, 학사문제 등으로 되어있다. 이 역시 12개 문항을 합산하여 변수화하였고 신뢰도분석값(Cronbach's α)은 0.863로 매우 양호한 값을 보여주고 있다. 이어서 게임중독은 "게임을 하는 것이 친한 친구들과 어울리는 것보다 더 좋다", "게임공간에서의 생활이 실제생활보다 더 좋다" 등으로 구성된 20개 문항을 단순 합산하여 변수로 활용하였다.

표 Ⅱ-15 청소년 자살생각에 대한 이항로짓 분석결과

구분		Model1		Model2		Model3	
		B(exp(B))	S.E.	B(exp(B))	S.E.	B(exp(B))	S.E.
개인 요인	성별	0.497*** (1.644)	0.133	0.535*** (1.707)	0.134	0.505*** (1.657)	0.135
	거주지역	−0.073 (0.929)	0.118	−0.091 (0.913)	0.119	−0.064 (0.938)	0.12
	주관적 불안	1.543*** (4.68)	0.104	1.56*** (4.76)	0.105	1.584*** (4.877)	0.106
	스트레스	0.27* (1.31)	0.129	0.264* (1.303)	0.131	0.289* (1.336)	0.131
	게임중독	0.086 (1.09)	0.141	0.059 (1.061)	0.141	0.003 (1.003)	0.144
	자아존중감	−0.696*** (0.499)	0.113	−0.647*** (0.524)	0.115	−0.603*** (0.547)	0.118
	자기효능감	−0.15 (0.861)	0.142	−0.091 (0.913)	0.144	−0.105 (0.901)	0.145
	생활만족도	−0.273* (0.761)	0.117	−0.166 (0.847)	0.124	−0.226 (0.798)	0.128
가정 요인	가정형편			0.137** (1.147)	0.051	0.119* (1.127)	0.052
	가족구성			0.376* (1.456)	0.174	0.369* (1.446)	0.174
	가족관계			−0.384*** (0.681)	0.087	−0.381*** (0.684)	0.088
학교 요인	학업성적					−0.082 (0.921)	0.061
	학교급					0.458*** (1.58)	0.131
	교사관계					−0.011 (0.989)	0.08
	친구관계					0.093 (1.097)	0.088
상수항		−3.29*** (0.037)	0.557	−3.38*** (0.034)	0.596	−3.585*** (0.028)	0.611
−2 Log likelihood		2305.1368		2277.5378		2261.6154	
X2(d.f.)		1033.64(8)		1061.23(11)		1077.16(15)	

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

개인 보호 변인으로는 자아존중감, 자기효능감, 생활만족도 문항을 사용하였다. 자아존중감은 “나는 내가 다른 사람들처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다” 등 5가지 문항으로, 자기효능감은 “나는 노력하면 대부분의 일들을 잘 할 수 있다” 등 9가지 문항으로, 생활만족도는 평소 생활의 만족 정도에 대해서 부모의 관계, 경제적인 생활수준, 친구와의 관계, 여가 생활, 선생님과의 관계, 학교생활, 학업성적, 건강 등에 대해 응답하는 문항으로 구성하였다. 이밖에 가족요인과 관련하여 가정형편, 가족구성, 가족관계를, 학교요인과 관련하여 학업성적과 학교급, 친구관계, 교사관계 등을 분석변수로 고려하였다.

<표 Ⅱ-15>은 이항로짓 분석결과를 보여주고 있다. 먼저 성별을 살펴보면, 여학생이 남학생보다 자살을 생각할 가능성이 다른 요인을 모두 통제한 상태에서도 1.7배(≒Exp(0.505))나 높게 나타났다. 이 결과는 선행연구들과 일치하는 것으로 실제 자살은 남학생이 많지만 자살에 대한 생각이나 충동, 시도 등은 여학생이 높게 나타나고 있다.

다음으로 청소년 자살 위험요인으로 고려한 변수들 중에서 주관적 불안은 다른 요인을 모두 통제한 상태에서 주관적 불안(1~4점)이 1점 높아질 경우 자살을 생각할 가능성이 4.9배(≒Exp(1.584))나 높게 나타났다. 스트레스(1~4점) 역시 통계적으로 유의미한 결과를 보여주고 있는데 스트레스가 1점 높아지면 자살을 생각할 가능성이 1.3배(≒Exp(0.289)) 높게 추정되었다. 반면 게임중독은 통계적으로 유의미한 결과를 보여주지 않았다.

청소년 자살 보호요인으로 고려한 변수들 중에서 자기효능감과 생활만족도는 통계적으로 유의미한 결과를 보여지 않았으나 자아존중감(1~4점)은 다른 요인을 통제해도 통계적으로 유의미한 결과를 보여주었다. 곧 자아존중감이 1점 높아지면 자살을 생각할 가능성이 0.6배(≒Exp(-0.603))나 낮게 추정되었다.

이어서 가정요인들은 모두 통계적으로 유의미했는데 가정형편이 좋을수록 자살을 생각할 가능성이 높게 추정되었으며 한부모나 조손 가정인 경우가 부모가 다 계시는 경우보다 자살을 생각할 가능성이 높았고 가족관계가 좋을수록 자살을 생각할 가능성이 낮게 추정되었다. 이러한 결과는 가족의 경제적인 수준이 자살 생각에 정(+)의 효과를 보여주지 않고 오히려 (-)의 효과가 있으며 자족의 정서적인 수준이나 가족 구성 등이 자살 생각에 대한 보호 요인으로 작용하고 있음을 알 수 있다. 한편, 학교요인을 살펴보면, 학업성적이나 교사 및 친구관계는 자살 생각과 관련이 없는 것으로 나타났으며 초·중학생보다는 고등학생일 때 자살 생각 가능성이 높게 추정되었다.

제 3 장

청소년 자살예방사업 현황 및 문제점

1. 청소년 자살예방 사업 현황
2. 청소년 자살예방 전문기관 의견조사
3. 청소년 자살예방 전문가 초점집단면접(FGI)
4. 청소년 자살예방 사업 국·내외 사례

제 3 장

청소년 자살예방사업 현황 및 문제점

1. 청소년 자살예방 사업 현황[6)]

청소년 자살예방 사업은 정책적으로 볼 때 복합적인 접근이 필요한 영역이다. 청소년이라는 대상을 전제로 삼는다는 점에서 대상 중심의 정책적 접근이 이루어질 수 있고 자살예방이라는 측면은 기능 중심의 정책적 접근 역시 필요하다. 전자의 입장에서 이 사업은 청소년정책의 일부이면서도 대부분의 청소년이 학생이라는 점에서 교육정책의 일부일 수 있으며 기능적 측면에서 국민건강정책과 관련되고 그 중에서도 정신건강정책, 더 좁게는 자살예방정책의 일부로 볼 수 있다. 청소년 자살예방 사업은 이처럼 복합적인 측면이 존재하기 때문에 정책 목표와 과제, 정책 수단과 도구, 정책 평가와 성과 측면에 있어서 다양한 요소들을 고려해야 한다는 점에서 어려움이 존재한다.

현재 청소년 자살예방 사업은 국민건강, 좁게는 정신건강과 자살예방정책을 주관하는 보건복지부가 중심이 되어 추진하고 있으나 정책 대상을 중심으로 추진되고 있는 청소년정책과 교육정책의 일부로 다루어지고 있기도 하다. 이를 염두에 두고 먼저 청소년 자살예방 사업을 포함하고 있는 각 부처별 혹은 부처간 종합적인 대책을 먼저 살펴보기로 한다.

국민건강정책은 보건복지부에서 주관하고 있으며 보건복지부는 국민건강증진법에 따라서 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)」을 수립하고 있으며 2011년부터 2020년까지 제3차 국민건강증진종합계획을 추진 중에 있다(보건복지부, 2011a). 이는 국민 전체와 건강과 관련된 모든 사안을 포괄하는 것이기 때문에 우선 정신건강분야 중 자살예방과 관련된 부분으로 좁혀 살펴볼 필요가 있으며 나아가 자살예방 관련 대책 중 아동이나 청소년을 대상으로 하는 사업의

6) 이 절은 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음. 이 원고의 초안은 2013년 11월 7일 대전 유성호텔에서 개최된 「2013년 지역사회 청소년 정신건강과 자살예방 실천방안 워크숍」(생명보험사회공헌재단, 한국생명의전화 주최)에서 "지역사회 청소년 정신건강과 자살예방 실천방안"이란 주제로 발표된 바 있음.

목표나 과제 등을 점검해볼 필요가 있다. 이 종합계획에서 정신건강분야는 두 가지로 나뉘고 그 중에 한 가지가 자살예방으로 자살 문제에 대한 비중이 크다는 점을 알 수 있다. 종합계획에서 제시하고 있는 자살예방에 대한 목표는 "자살 위험 없는 안전한 사회 구현"으로 되어 있으며 성과목표 중에서 아동 및 청소년을 대상으로 하고 있는 경우는 아동자살사망률(19세 이하 기준)을 2020년 4.0명으로 낮추는 내용이 포함되어 있다. 이에 대한 과제로는 먼저 아동 및 청소년 정신보건서비스 강화가 제시되어 있고 세부사업은 "지역 기반의 아동청소년 정신보건서비스 팀 구축"과 "정부 부처 간 협력을 통한 정신건강관리 체계 구축 지원" 등이 제시되어 있다. 이어서 두 번째 과제로는 학교보건분야에서 학생들의 정신건강 향상을 제시하고 이에 대한 성과목표로 학생들의 스트레스 인지율을 2020년까지 36.2%로 낮추는 내용이 포함되어 있다. 이에 대한 사업으로는 "자살예방교육", "교내외 및 인터넷 상담", "동료 멘토 결성 지원 실시" 등을 제시하고 있다.

표 Ⅲ-1 자살예방 관련 사업 현황(2013) (단위: 백만원)

소관부처	사업명	예산	실행수단
보건복지부	자살예방사업	1,800	자살예방센터 정신건강증진센터 보건소 국·공립 정신의료기관 전문 병·의원 정신보건시설 사회복지법인 비영리법인 및 단체
	중앙자살예방센터 운영	480	
	지역정신보건사업	31,952	
여성가족부	한국청소년상담복지개발원 운영지원	6,918	한국청소년상담복지개발원 청소년상담복지센터 – CYS-Net – 헬프콜! 청소년전화 1388 건강가정지원센터
	청소년사회안전망구축	25,530	
교육부	학생자살예방관리	30	Wee School Wee Center Wee Class 학교 시·도 교육청 교육지원청
	학생정서·행동 특성검사	3,500	
	정책중점연구소 운영	279	
	Wee프로젝트 구축 및 운영	28,963	

* 출처: 국회예산정책처. 현행자살예방사업의 문제점 및 개선과제. 2013. p.19
보건복지부. 2013 정신건강사업안내. 2012.
보건복지부. 제2차 자살예방종합대책. 2008.

표 Ⅲ-2 부처별 자살예방 관련 사업명 및 예산 (단위: 백만원)

사업명		예산		
		2011	2012	2013
보건복지부 1)	자살예방사업	1,435	1,800	1,800
	– 자살예방정책연구개발	100	700	200
	– 생명존중문화조성	700	600	800
	– 자살예방 교육 및 전문인력 양성	135	300	300
	– 사이버상담 및 자살유해정보 모니터링	200	–	100
	– 민관협력 자살예방사업	300	200	400
	– 응급실기반 자살시도자 지원사업	–	–	1,000
	중앙자살예방센터운영	–	480	480
	아동·청소년 정신보건사업	1,050	1,050	2,050
여성가족부 2)	지역사회청소년통합지원체계구축(CYS-Net)	8,671	9,220	11,729
	청소년동반자 프로그램 운영	5,049	5,731	5,957
	청소년전화 1388 및 모바일문자 상담 운영	452	905	905
	청소년 사이버상담센터 운영	1,235	795	1,171
교육부 3)	학생자살예방관리	30	30	30
	학생정서·행동 특성검사	58	1,802	3,500
	학생정신건강정책 중점연구소 운영	–	279	279
	Wee프로젝트 구축 및 운영	37,575	20,040	28,963

* 주1: 국회예산정책처. 자살예방정책 토론회: 적극적인 자살예방을 위한 정책과제 결과보고서. 2013a. p.19~21
보건복지부. 2013년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획개요. 2013b. p.16, 75, 204
주2: 여성가족부. 2013년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료. 2013. p.194~197
주3: 국회예산정책처. 자살예방정책 토론회: 적극적인 자살예방을 위한 정책과제 결과보고서. 2013a. p.19~21

보건복지부의 종합계획에서 청소년을 대상으로 한 자살예방사업이 어떤 형태로 이루어질 필요성이 있는지를 확인할 수 있다. 곧 지역사회와 청소년을 대상으로 하는 청소년정책과 학교와 학생을 대상으로 한 교육정책을 아울러 유기적인 연계·협력체계 구축이 중요하다는 점이다. 부처간 연계·협력은 책임지는 주체가 없고 공과에 대한 부처간 이기주의로 인해 큰 성과를 내고 있지 못한 게 현실이지만 최근 강조되고 있는 융합적 접근이나 부처 간 칸막이를 없애야 한다는 지적 등과 관련되는 사안으로 중요하다고 할 수 있다.

「국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)」이 포괄적으로 국민건강분야를 다루고 있다면 보건복지부의 「자살예방종합대책」은 자살예방 문제에 집중하여 종합적인 대책을 내놓은 것이라고 볼 수 있다(보건복지부, 2008). 종합대책은 자살예방대책추진위원회에서 2004년부터 5년 단위로 수립하고 있으며 현재 제2차 종합대책(2009~2013) 추진 중에 있다. 제2차 종합대책 중 아동 및 청소년과 관련된 세부과제들은 위기청소년 사회안전망 구축, 아동·청소년 정신건강 관리체계 강화, 대학교 자살예방 및 정신건강 사업 체계 구축 등이다. 먼저 위기청소년 사회안전망 구축은 여성가족부가 추진 중인 청소년 보호 정책 중 핵심적인 사안이며 아동·청소년 정신건강 관리체계는 보건복지부의 정신건강사업의 일부로 두 가지에 대해서는 부처별 사업 현황 설명에서 살펴보기로 한다.

종합대책의 대학교 자살예방 및 정신건강 사업 체계 구축 과제는 학생상담지원센터와 지역 내 정신보건센터, 알콜상담센터 등과 협력체계 구축, 정신건강 향상 및 스트레스관리, 자살위험 집단 선별지원 전략 등을 내용으로 하는 예방교육자료 개발, 전국 대학교 학생상담센터협의회와 협력, 정기워크숍을 통한 상담원 대상 자살예방교육 실시, 대학생 대상 또래도우미교육과 게이트키퍼(gatekeeper) 교육 실시 등을 제시하고 있다(보건복지부, 2008: 31).

보건복지부 이외에 청소년 자살예방 사업과 관련된 종합대책은 교육부의 「학생건강증진기본방향」을 통해 살펴볼 수 있다. 교육부는 기본방향을 수립해 시도 교육청에 전달하고 있으며 이에 대해 매년 이행상황을 점검하고 있다. 기본방향은 2007년에 제시된 학생건강증진대책을 강화한 것으로 보건관리분야, 환경관리분야, 급식관리분야로 나누어져 있다(여성가족부, 2012). 기본방향에서 자살예방과 관련해 구체적으로 과제 내용을 제시하고 있지 않지만 학생들의 정신건강 문제와 관련하여 학교보건교육의 내실화, 학생건강관리 강화, 학교 건강검사 실시, 학생정서·행동발달 선별검사 및 관리 강화 등을 제시하고 있다.

이제 구체적으로 각 부처별 사업 현황 및 이에 대한 예산 투자와 실행수단을 살펴보기로 한다. 조영철(2013)이 제시한 사업 내역 및 예산중에서 관련성이 높지 않은 고용노동부 예산을

제외하고 2013년 자살예방사업 예산 규모는 994억 원에 이르고 있다.

보건복지부는 자살예방사업과 중앙자살예방센터 운영, 지역정신보건사업 등으로 342억 원의 예산을 집행하고 있으며 자살예방센터와 정신건강증진센터를 중심으로 보건소, 병·의원, 사회복지법인 등에서 사업을 추진하고 있다.

여성가족부는 한국청소년상담복지개발원 운영지원과 청소년사회안전망 구축 사업을 통해 청소년 자살예방과 관련하여 324억 원의 예산을 집행하고 있으며 중앙에 한국청소년상담복지개발원, 시군구 단위까지 구축되어 있는 청소년상담복지센터를 중심으로 사업을 추진하고 있다.

마지막으로 교육부는 학생자살예방관리사업과 학생정서·행동 특성검사, 정책중점연구소 운영, Wee 프로젝트 등으로 327억 원의 예산을 집행하고 있으며 교육청, 교육지원청, 단위학교에 설치된 Wee 스쿨, 센터, 클래스를 중심으로 사업을 추진하고 있다.

<표 Ⅲ-1>에 제시한 내용은 매우 포괄적으로 정신건강 전반이나 위기청소년 지원을 포함한 것이어서 온전히 자살예방만을 위한 것으로 볼 수 없고 대상 역시 청소년의 범위를 넘어서 성인을 대상으로 하고 있다는 점에서 사업내용을 좁혀서 살펴볼 필요가 있다.

<표 Ⅲ-2>는 부처별 사업내용을 세부적으로 구분하여 제시하고 있다. 보건복지부의 자살예방 사업은 청소년만을 대상으로 한다기보다는 성인을 포함하고 있어 구분이 어려운데 다만 자살 예방 사업 중 아동·청소년 정신보건사업은 직접적으로 아동과 청소년을 대상으로 하고 있으며 2011년 10억 원의 예산 규모에서 2013년 20억 원으로 예산 규모가 확대되었다. 이 사업은 지역정신보건사업의 일부이며 대상을 아동 및 청소년에게 초점을 맞추어 2002년부터 정신건강증진센터 중 16개소에서 시작되었으며 사업 내용은 아동·청소년 정신건강서비스 요구도 조사, 부모 및 교사 교육, 치료·재활프로그램 운영 등이다(보건복지부, 2012). 이 사업과 관련하여 보건복지부는 교육부와 협조하여 학교(초1, 초4, 중1, 고1)단위의 정신건강 조기검진사업을 2010년 1,100개교를 대상으로 선별검사를 실시하였으며, 2011년 4,252개교로 확대 실시되었다(보건복지부, 2013b).

보건복지부에서 추진 중인 사업 중 청소년 대상 사업의 비중을 살펴보기 위해 이번에 실시한 청소년 자살예방 관련 기관 의견조사 결과를 <표 Ⅲ-3>에 제시하였다. 보건복지부의 정신건강증진센터는 자살예방 사업의 비중이 40% 미만인 경우가 50%였으며 60% 이상은 13%로 나타나 자살예방과 관련된 사업 비중이 높지 않다는 점을 알 수 있다. 자살예방 사업 중 청소년을 대상으로 하는 경우는 40% 미만이라는 응답이 75.9%로 매우 낮게 나타나고 있다.

보건복지부의 자살예방센터는 센터 자체가 자살예방을 대상으로 한다는 점에서 자살예방

사업의 비중이 높았으나 청소년을 대상으로 하는 경우는 66.7%가 40% 미만이어서 청소년 사업의 비중은 낮게 나타나고 있다.

표 Ⅲ-3 전체사업 및 자살예방사업 중 청소년 사업 비중 (단위: 명(%))

구 분		전체	40% 미만	40~59%	60% 이상
전체사업 중 자살예방 사업	전 체	226	165	36	25
		(100.0)	(73.0)	(15.9)	(11.1)
	정신건강 증진센터	54	27	20	7
		(100.0)	(50.0)	(37.0)	(13.0)
	자살예방 센터	6	2	0	4
		(100.0)	(33.3)	0.0	(66.7)
	청소년상담 복지센터	84	74	6	4
		(100.0)	(88.1)	(7.1)	(4.8)
	Wee 센터	82	62	10	10
		(100.0)	(75.6)	(12.2)	(12.2)
자살예방 중 청소년 사업	전 체	226	141	32	53
		(100.0)	(62.4)	(14.2)	(23.5)
	정신건강 증진센터	54	41	11	2
		(100.0)	(75.9)	(20.4)	(3.7)
	자살예방 센터	6	4	2	0
		(100.0)	(66.7)	(33.3)	0.0
	청소년상담 복지센터	84	52	9	23
		(100.0)	(61.9)	(10.7)	(27.4)
	Wee 센터	82	44	10	28
		(100.0)	(53.6)	(12.2)	(34.2)

* 주: 이 연구에서 추진한 「청소년 자살예방 관련 전문기관 의견조사」 결과임.

다음으로 청소년정책 주관부처인 여성가족부는 한국청소년상담복지개발원과 지역 청소년상담복지센터 중심으로 청소년통합지원체계(CYS-Net)를 구축하여 자살예방을 포함하여 교육연수나 상담지원을 중심으로 사업을 진행하고 있다(여성가족부, 2012). 여성가족부에서 추진하고 있는 자살예방 관련 사업은 앞선 보건복지부와는 달리 청소년을 대상으로 하고 있으나 사업 내용이

자살문제에만 국한되지 않는다는 점에서 제시된 사업 내용이나 예산 모두가 자살예방과 관련되어 있다고 보기 어렵다. 주요 집행수단인 청소년상담복지센터의 경우 <표 Ⅲ-3>을 통해 전체사업 중 자살예방 사업과 자살예방 사업 중 청소년 사업의 비중을 살펴볼 필요가 있다. 이에 따르면, 청소년상담복지센터 사업 중 자살예방과 관련된 사업의 비중은 40% 미만이라는 응답이 88.1%로 이 센터에서 자살예방 사업이 비중 있게 다루어지지 않고 있음을 알 수 있다.

이어서 교육부는 학교 중심으로 자살예방을 포함하여 문제행동이 있는 학생들의 상담과 지원을 위한 Wee 사업을 추진 중에 있다. Wee 사업은 위기 상태에 따라서 단위 학교에 설치된 Wee 클래스에서 1차적으로 위기학생에 대한 대응이 이루어지고 단위학교에서 선도 및 치유가 어려운 경우 교육(지원)청에 설치된 Wee 센터에, 학교나 Wee 센터에서 의뢰한 학생이나 학업중단자의 경우 시도교육청 차원에 설치된 Wee 스쿨에서 대응이 이루어지고 있다. 단위 학교에 설치되는 Wee 클래스는 2011년 2,278개교이며 2012년까지 모든 중학교에 설치하였고 2013년 모든 고등학교에 설치하여 4,800개교로 확대되었다. 전문상담교사 역시 증원할 계획인데 2011년 883명에서 2013년 2,383명으로 확대할 예정이다. Wee 센터의 전체사업 중 자살예방사업은 청소년상담복지센터와 마찬가지로 응답 기관의 75.6%가 40% 미만으로 자살예방 관련 사업을 추진 중이라고 답변하였다.

이상의 결과를 통해 확인할 수 있는 것은 청소년 자살 예방 사업이 전체사업 중 일부분이며 뚜렷하게 청소년을 대상으로 자살예방 사업을 벌이고 있다기보다는 각 부처별로, 부처 산하 기관별로 부분적으로 자살예방 사업이 이루어지고 있음을 알 수 있다. 그렇다면 각 부처 간, 부처와 기관 간, 자살 예방 관련 기관들 간에 연계·협력이 중요할 것으로 생각되는데 이 부분에 대해서는 다음 절에서 자살예방 관련 기관들을 대상으로 실시한 의견조사 결과를 통해 살펴보고자 한다.

<표 Ⅲ-4>는 청소년 자살 예방과 관련된 각 부처의 지역 센터들의 현황을 제시하고 있다. 정신건강증진센터 중 일부는 아동 및 청소년을 중심으로 사업을 벌이고 있는데 2013년 현재 정신건강증진센터는 시도에 10개가 설치되었으며 시군구에 175개 설치되어 있다. 광역 및 기초지자체 전체를 대상으로 설치율을 살펴보면, 시도는 58.8%, 시군구는 77.1%의 설치율을 보여주고 있다. 정신건강증진센터가 지역사회에서 청소년 자살예방을 위한 사업 추진의 허브(Hub) 역할을 수행한다고 가정할 때 설치율이 높지 않아 그 기능을 수행하기가 쉽지 않을 것으로 예상된다.

현재 정신건강증진센터에서 추진 중인 아동·청소년 정신보건사업은 지역 내 미취학 아동을 포함하여 만 18세 이하 아동·청소년을 대상으로 하고 있으며 사업 대상자 발견, 등록, 상담,

집단프로그램, 치료연계, 치료비(진료비) 지원 등을 추진 중이다. 사업 수행인력은 정신보건전문요원, 간호사, 임상심리사, 사회복지사, 기타 아동·청소년 분야에 전문성이 있는 사람으로 정신건강영역의 심리검사 및 평가가 가능한 자를 우선 선발하고 있다. 인력기준은 상근 1인 이상을 두도록 하고 있고 소아청소년 정신과 전문의, 아동·청소년 관련학과 교수 등 관련 전문가를 자문위원으로 위촉하여 사업을 수행하도록 하고 있다(보건복지부, 2012a).

표 Ⅲ-4 청소년 자살예방 관련 센터 현황 (단위: 개(%))

센터명	청소년 자살관련 사업[5]	중앙	광역형	지역형
정신건강증진센터[1]	• 아동청소년 심리지원서비스 바우처연계사업 교육 및 홍보 • 정신건강문제 조기발견 및 사후관리 서비스 – 레이놀즈자살생각척도검사	–	10	175
		–	(58.8)	(77.1)
자살예방센터[2]	• 학생 자살예방 및 위기관리체계 운영 협조 • 전체 학생 대상 교육 및 예방 대책 마련 • 자살의 고위험군 학생 선별 및 사례관리 • 자살 고위험군 학생 선별 및 이에 대한 적절한 중재 자원 확보 • 자살예방을 위한 gatekeeper 선정 및 교육시행 • 자살중재방법의 구축	1	6	3
		–	(35.3)	(1.3)
청소년상담복지센터[3]	• 청소년자살예방프로그램 운영 • 자살위기청소년상담개입프로그램 • 자살사후개입매뉴얼	1	17	182
		–	(100)	(80.2)
Wee[4]	• 학교기반조성 및 관리역량 강화 • 학생정서행동특성검사 및 결과분석 • 심층평가 및 치료관리 지원	–	8	159
		–	(47.1)	(88.8)

* 주1: 보건복지부. 2013 정신건강사업안내. 2012. pp.69-80.
* 주2: 보건복지부. 2013 정신건강사업안내. 2012. p.218.
* 주3: 청소년상담복지센터 설치현황(https://www.kyci.or.kr/cooperation/cooperation02.asp)
* 주4: Wee 찾기(http://www.wee.go.kr/home/find/find01001l.php)
* 주5: 보건복지부. 2013 정신건강사업안내. 2012. pp.123-131, p.165, p.198
청소년상담복지센터 자살예방프로그램(https://www.kyci.or.kr/suicide/suicide02_1.asp)
교육부. 2013 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼. 2013a. pp.8-16

표 Ⅲ-5 시·도별 시·군·구센터 설치율 (단위: 개(%))

시·도	구분	정신건강 증진센터[1]	자살예방센터[2]	Wee사업[3]		청소년상담 복지센터[4]
				Wee센터	Wee 클래스	
서울	개소수	25	1	17	517	24
	설치율(%)5)	(100.0)	(4.0)	(154.5)	(39.9)	(96.0)
부산	개소수	11	–	5	346	5
	설치율(%)	(68.8)	–	(100.0)	(56.0)	(31.3)
대구	개소수	8	–	8	411	1
	설치율(%)	(100.0)	–	(200.0)	(94.7)	(12.5)
인천	개소수	9	–	7	224	7
	설치율(%)	(90.0)	–	(140.0)	(44.2)	(70.0)
광주	개소수	5	–	3	148	3
	설치율(%)	(100.0)	–	(150.0)	(48.5)	(60.0)
대전	개소수	5	–	5	149	1
	설치율(%)	(100.0)	–	(250.0)	(50.5)	(20.0)
울산	개소수	4	–	3	141	4
	설치율(%)	(80.0)	–	(150.0)	(59.5)	(80.0)
세종	개소수	1	–	2	10	–
	설치율(%)	(100.0)	–	(200.0)	(25.6)	–
경기	개소수	35	1	19	967	31
	설치율(%)	(112.9)	(3.2)	(76.0)	(42.7)	(100.0)
강원	개소수	7	–	7	226	9
	설치율(%)	(38.9)	–	(41.2)	(33.1)	(50.0)
충북	개소수	10	1	12	168	12
	설치율(%)	(83.3)	(8.3)	(109.1)	(34.4)	(100.0)
충남	개소수	11	–	14	173	15
	설치율(%)	(73.3)	–	(93.3)	(23.8)	(100.0)
전북	개소수	8	–	12	243	14
	설치율(%)	(57.1)	–	(85.7)	(32.0)	(100.0)
전남	개소수	13	–	20	286	19
	설치율(%)	(59.1)	–	(90.9)	(30.9)	(86.4)
경북	개소수	9	–	13	298	16
	설치율(%)	(39.1)	–	(56.5)	(29.2)	(69.6)
경남	개소수	12	–	10	381	20
	설치율(%)	(66.7)	–	(55.6)	(39.0)	(111.1)
제주	개소수	2	–	2	69	1
	설치율(%)	(100.0)	–	(100.0	(35.9)	(50.0)
합계	개소수	175	3	159	4757	182
	설치율(%)	(77.1)	(1.3)	(88.8)	(46.5)	(80.2)

* 주1: 보건복지부. 2013 정신건강사업안내. 2012. pp.69~80
* 주2: 보건복지부. 2013 정신건강사업안내. 2012. p.218
* 주3: Wee 찾기(http://www.wee.go.kr/home/find/find01001l.php)
* 주4: 청소년상담복지센터 설치현황(https://www.kyci.or.kr/cooperation/cooperation02.asp)
* 주5: 설치율
  - ▸정신건강증진센터 설치율 = (정신건강증진센터 수 / 각 시·도의 기초지방자치단체 수) × 100
  - ▸Wee 센터 설치율 = (Wee센터 수 / 각 시·도의 지역교육지원청 수) × 100
  - ▸Wee 클래스 설치율 = (Wee클래스 수 / 각 시·도의 초·중·고등학교 수(2013년 3월 기준)) × 100
  - ▸청소년상담복지센터 설치율 = (청소년상담복지센터 수 / 각 시·도의 기초지방자치단체 수) × 100

<표 Ⅲ-5>를 통해 시군구 단위의 시도별 정신건강증진센터 설치율을 살펴보면, 서울 및 대구, 광주, 대전, 세종, 경기, 제주 등은 100% 설치되어 있으나 강원도는 설치율이 38.9%로 낮고 경북(39.1%), 전북(57.1%), 전남(59.1%) 등의 설치율이 낮은 편이다. 이와 관련 조영철(2013)은 정신건강증진센터가 설치되지 않는 시군구 평균 자살사망률이 전체 자살사망률을 상회한다고 지적 하면서 자살예방 사업 추진에 있어서 전달체계 마련이 미비하다고 지적하고 있다.

그렇다면, 자살예방센터는 어떠한가. 자살예방센터는 중앙자살예방센터가 있고 시도에 6개가, 시군구에 3개가 설치되어 가각 35.3%, 1.3%의 설치율을 보여주고 있다. 비교적 후발주자로 센터가 설치되고 있는 자살예방센터가 자살예방에 대한 전문성에도 불구하고 설치율이 매우 낮다는 점에서 지역사회에서 자살예방사업의 컨트롤 타워 역할을 수행하기 어려운 상황임을 알 수 있다. 게다가 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조에서는 정신건강증진센터 내에 자살예방센터를 설치할 수 있도록 규정하고 있으나 지자체 예산으로 사업을 수행하는 상황에서 시군구 중 자살예방센터가 설치된 경우는 1.3%에 불과한 실정이다.

상대적으로 여성가족부의 한국청소년상담복지개발원과 지역 청소년상담복지센터는 시도 및 시군구 단위에 설치율이 높고 교육부의 Wee 센터(스쿨, 클래스) 역시 높은 설치율을 보여주고 있는데 상대적으로 자살예방과 관련된 업무 비중이 높지 않고 전문성이 떨어진다는 점에서 각 기관간의 연계·협력이 매우 중요하다고 볼 수 있다.

그렇다면, 각 센터별로 제공되고 있는 청소년 관련 서비스 지원 내용은 어떠한가. 먼저 보건복지부의 아동·청소년 정신보건사업에 대해서 살펴보고자 한다. <표 Ⅲ-6>은 연령별 서비스 지원 현황을 제시하고 있는데 아동복지법에 따라 만18세 미만을 대상으로 하고 있으며 전체적으로 볼 때 초등학생의 비중이 53.8%로 가장 높게 나타나고 있다. 지역별로 연령별 지원 현황에 있어서 큰 차이는 발견되고 있지 않다.

표 Ⅲ-6 아동·청소년정신보건 서비스 연령별 분포 (단위: 명(%))

구분	전체	미취학	학업중단	초등학생	중학생	고등학생
총계	17,595	348	359	9,465	4,793	2,630
	(100.0)	(2.0)	(2.0)	(53.8)	(27.2)	(14.9)
서울	4004	67	125	1,968	1,131	713
	(100.0)	(2.0)	(3.0)	(49.2)	(28.2)	(17.8)
부산	314	6	15	133	106	54
	(100.0)	(2.0)	(5.0)	(42.4)	(33.8)	(17.2)
대구	977	10	6	495	320	146
	(100.0)	(1.0)	(1.0)	(50.7)	(32.8)	(14.9)
인천	1,105	14	23	522	331	215
	(100.0)	(1.0)	(2.0)	(47.2)	(30.0)	(19.5)
광주	778	5	11	374	260	128
	(100.0)	(1.0)	(1.0)	(48.1)	(33.4)	(16.5)
대전	234	12	6	129	65	22
	(100.0)	(5.0)	(3.0)	(55.1)	(27.8)	(9.4)
울산	154	6	5	59	51	33
	(100.0)	(4.0)	(3.0)	(38.3)	(33.1)	(21.4)
세종	23	–	1	11	8	3
	(100.0)	–	(4.0)	(47.8)	(34.8)	(13.0)
경기	4,923	104	60	3,639	809	311
	(100.0)	(2.0)	(1.0)	(73.9)	(16.4)	(6.3)
강원	302	5	9	140	74	74
	(100.0)	(2.0)	(3.0)	(46.4)	(24.5)	(24.5)
충북	450	27	9	194	115	105
	(100.0)	(6.0)	(2.0)	(43.1)	(25.6)	(23.3)
충남	632	25	13	357	157	80
	(100.0)	(4.0)	(2.0)	(56.5)	(24.8)	(12.7)
전북	794	11	39	400	241	103
	(100.0)	(1.0)	(5.0)	(50.4)	(30.4)	(13.0)
전남	170	1	6	60	58	45
	(100.0)	(1.0)	(4.0)	(35.3)	(34.1)	(26.5)
경북	1,442	10	11	429	624	368
	(100.0)	(1.0)	(1.0)	(29.8)	(43.3)	(25.5)
경남	1,024	13	17	391	404	199
	(100.0)	(1.0)	(2.0)	(38.2)	(39.5)	(19.4)
제주	266	32	3	161	39	31
	(100.0)	(12.0)	(1.0)	(60.5)	(14.7)	(11.7)

* 출처: 보건복지부. 중앙정신보건사업지원단 사업보고서. 2013a. p.157.

표 Ⅲ-7 아동·청소년정신보건 서비스 등록자의 문제 유형 (단위: 명(%))

구분	전체	발달 문제	행동 문제	정서 문제	물질 남용	인터넷중독	식사 장애	정신 질환	기타 진단
총계	17,595	482	8,196	6,001	49	368	31	369	2,099
	(100)	(2.7)	(46.6)	(34.1)	(0.3)	(2.1)	(0.2)	(2.1)	(11.9)
서울	4,004	55	2,064	1,549	7	6	–	100	223
	(100)	(1.4)	(51.5)	(38.7)	(0.2)	(0.1)	–	(2.5)	(5.6)
부산	314	7	144	100	–	2	–	12	49
	(100)	(2.2)	(45.9)	(31.8)	–	(0.6)	–	(3.8)	(15.6)
대구	977	25	406	386	6	40	–	16	98
	(100)	(2.6)	(41.6)	(39.5)	(0.6)	(4.1)	–	(1.6)	(10.0)
인천	1,105	14	474	481	5	19	2	40	70
	(100)	(1.3)	(42.9)	(43.5)	(0.5)	(1.7)	(0.2)	(3.6)	(6.3)
광주	778	25	320	377	3	8	–	15	30
	(100)	(3.2)	(41.1)	(48.5)	(0.4)	(1.0)	–	(1.9)	(3.9)
대전	234	21	103	84	–	7	–	10	9
	(100)	(9.0)	(44.0)	(35.9)	–	(3.0)	–	(4.3)	(3.8)
울산	154	4	55	64	–	15	–	4	12
	(100)	(2.6)	(35.7)	(41.6)	–	(9.7)	–	(2.6)	(7.8)
세종	23	2	7	9	–	1	–	–	4
	(100)	(8.7)	(30.4)	(39.1)	–	(4.3)	–	–	(0.4)
경기	4,923	127	2,989	1,242	15	16	13	87	434
	(100)	(2.6)	(60.7)	(25.2)	(0.3)	(0.3)	(0.3)	(1.8)	(8.8)
강원	302	24	98	99	–	9	–	8	64
	(100)	(7.9)	(32.5)	(32.8)	–	(3.0)	–	(2.6)	(21.2)
충북	450	14	201	120	10	10	10	22	63
	(100)	(3.1)	(44.7)	(26.7)	(2.2)	(2.2)	(2.2)	(4.9)	(14.0)
충남	632	45	373	134	–	12	2	16	50
	(100)	(7.1)	(59.0)	(21.2)	–	(1.9)	(0.3)	(2.5)	(7.9)
전북	794	20	154	443	–	119	–	6	52
	(100)	(2.5)	(19.4)	(55.8)	–	(15.0)	–	(0.8)	(6.5)
전남	170	13	66	55	1	16	–	7	12
	(100)	(7.6)	(38.8)	(32.4)	(0.6)	(9.4)	–	(4.1)	(7.1)
경북	1,442	15	244	221	1	77	–	1	883
	(100)	(1.0)	(16.9)	(15.3)	(0.1)	(5.3)	–	(0.1)	(61.2)
경남	1,027	46	337	567	1	7	3	21	45
	(100)	(4.5)	(32.8)	(55.2)	(0.1)	(0.7)	(0.3)	(2.0)	(4.4)
제주	266	25	161	70	–	4	1	4	1
	(100)	(9.4)	(60.5)	(26.3)	–	(1.5)	(0.4)	(1.5)	(0.4)

* 출처: 보건복지부. 중앙정신보건사업지원단 사업보고서. 2013a. p.159.

어떤 문제로 정신건강보건 서비스를 받았는지를 살펴보면, 자살 문제와 관련된 정서 문제는 34.1%로 두 번째로 높은 비중을 보여주고 있다. 지역적으로 보면, 전라북도가 정서문제의 비중이 55.8%로 가장 높고 다음으로 경상남도가 55.2%, 광주광역시가 48.5%로 높은 비중을 보여주고 있다. 이 지역들은 정서문제가 행동문제보다 더 높은 비중을 보여주고 지역이기도 하다. 한편, 아동·청소년 대상 보건 서비스 제공기간은 3년 미만이 36.8%로 가장 많았고 이어서 6개월(20.3%), 1년 미만(18.0%) 등으로 나타나고 있다.

표 Ⅲ-8 2012년 CYS-Net 지역별 사례 관리 실적 (단위: 명)

구분	진행사례수			신규사례수			종결사례수		
	남자	여자	합계	남자	여자	합계	남자	여자	합계
서울	14,927	14,881	29,808	13,596	13,426	27,022	13,898	13,844	27,742
부산	5,253	4,279	9,532	4,745	3,793	8,538	4,861	3,973	8,834
대구	2,474	1,964	4,438	2,332	1,892	4,224	2,275	1,808	4,083
인천	3,896	3,295	7,191	3,398	2,838	6,236	3,513	3,035	6,548
광주	1,828	1,249	3,077	1,526	1,055	2,581	1,656	1,049	2,705
대전	1,931	1,264	3,195	1,625	1,060	2,685	1,660	1,149	2,809
울산	1,798	1,518	3,316	1,629	1,366	2,995	1,683	1,406	3,089
경기	19,819	18,353	38,172	18,081	16,598	34,679	16,825	15,466	32,291
강원	2,730	2,170	4,900	2,578	2,011	4,589	2,421	1,929	4,350
충북	2,845	2,666	5,511	2,764	2,582	5,346	2,457	2,189	4,646
충남	3,837	3,167	7,004	3,550	2,872	6,422	3,563	2,965	6,528
전북	4,146	3,430	7,576	3,726	3,035	6,761	3,624	2,927	6,551
전남	3,559	3,155	6,714	2,911	2,470	5,381	3,066	2,813	5,879
경북	3,682	3,255	6,937	3,067	2,645	5,712	3,183	2,789	5,972
경남	5,171	5,041	10,212	4,895	4,745	9,640	4,809	4,625	9,434
제주	1,003	721	1,724	824	577	1,401	913	650	1,563
합계	78,899	70,408	149,307	71,247	62,965	134,212	70,407	62,617	133,024

* 출처: 한국청소년상담복지개발원. 지역사회청소년 통합지원체계(CYS-NET)운영결과보고서. 2013. p.46.
* 주: 한국청소년상담복지개발원 실적은 서울에 포함됨.

표 Ⅲ-9 CYS-Net 성별 호소문제 유형 현황 (단위: 명, %)

구분	남	여	계	%
가족	5,612	7,396	13,008	8.7
일탈 및 비행	15,680	9,102	24,782	16.6
학업/진로	23,852	21,963	45,815	30.7
성	899	1,024	1,923	1.3
성격	7,329	6,005	13,334	8.9
대인	9,861	13,745	23,606	15.8
정신	6,872	6,895	13,767	9.2
생활	611	618	1,229	0.8
컴퓨터/인터넷사용	6,955	1,860	8,815	5.9
정보	424	765	1,189	0.8
법률	13	4	17	0.0
활동	666	802	1,468	1.0
기타	124	230	354	0.2
합계	78,898	70,409	149,307	100.0

* 출처: 한국청소년상담복지개발원. 지역사회청소년 통합지원체계(CYS-NET)운영결과보고서. 2013. p.50.

다음은 여성가족부의 청소년상담복지센터를 중심으로 추진 중인 CYS-Net 현황을 살펴보면, 2012년 현재 사례관리로 진행되었던 실적은 149,307명으로 나타나고 있으며 남자(78,899명)가 여자(70,408)보다 많은 것으로 나타나고 있다. 신규사례를 살펴보면, 전체적으로 134,212명으로 나타나고 있으며 지역별로 보면 경기도 지역의 신규사례가 34,679명으로 서울(27,022명)보다 많았으며 경상남도의 신규사례(9,640)가 많은 것으로 나타나고 있다. 종결사례의 경우 전체적으로 133,024명이었으며 성별이나 지역별 분포는 거의 유사한 수준을 보여주고 있다.

<표 Ⅲ-9>는 CYS-Net 사례관리 대상의 호소문제 유형을 보여주고 있다. 자살 문제와 연관이 있는 정신문제의 경우 13,767명으로 전체 사례관리에서 9.2%를 차지하고 있으며 자살 문제로 연결될 수 있는 일탈 및 비행 16.6%, 대인관계의 경우 15.8%, 가족문제의 경우 8.7% 등으로 나타났으며 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것은 학업/진로문제로 30.7%를 보여주고 있다. 정신 문제의 성별로 보면 남성은 6,872명, 여성은 6,895명으로 큰 차이를 보여주고 있지 않다.

표 Ⅲ-10 CYS-Net을 통한 청소년 자살 관련 서비스 실적 (단위: 명)

구분	2009	2010	2011	2012	2013.9월
CYS-Net 지원 청소년수(A)	98,020	128,426	145,376	149,307	129,908
자살 관련 서비스 의뢰 청소년수(B)	7,697	9,793	11,639	14,663	12,762
비중(B/A×100)	7.9%	7.6%	8.0%	9.8%	9.8%

* 출처: 여성가족부. 2013년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료. 2013.

<표 Ⅲ-10>은 CYS-Net을 통한 사례관리 중에서 독립적으로 자살 관련 서비스 의뢰 건수가 어느 정도 되는지를 보여주고 있다. 2013년 9월 현재 전체 지원 청소년 수는 129,908명이며 이 중에서 자살 관련 서비스 의뢰 청소년은 12,762명으로 9.8%의 비중을 보여주고 있다. 2009년부터 추이를 살펴보면 점차 증가하는 양상을 보여주고 있는 2009년 7.9%에서 2011년 8.0%로, 2012년 이후 9.8%로 나타나고 있다. 한편, 한국청소년상담복지개발원에서 실시하는 교육과정 중 자살예방 전문가 양성실적을 살펴보면, 2008년 70명에서 2010년 242명, 2011년 176명, 2013년 9월 현재 114명으로 나타나고 있다.

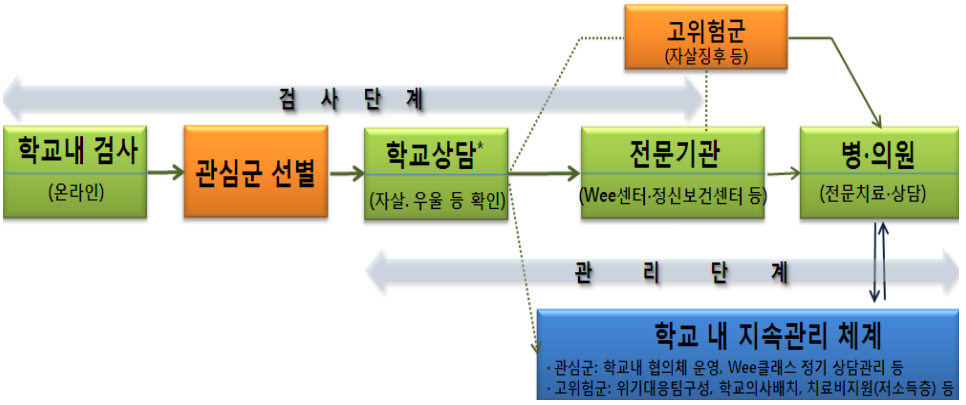
다음으로 교육부에서는 청소년 자살 문제와 관련하여 2010년과 2011년 시범실시에 이어 2012년부터 학생정서·행동특성검사를 실시해 오고 있다. 희망학교를 대상으로 실시한 2010년 참여학교수는 1,126개 학교이며 참여학생수는 242,055명이었고 2011년은 4,357개 학교에서 766,957명의 학생들이 검사에 참여하였다. 이어서 2012년 본격적인 실시를 통해 전국 11,516개 학교에서 6,482,474명의 학생들이 검사에 참여하였다.

표 Ⅲ-11 학생정서·행동특성검사 결과(2012)

구분	검사실시 학생수(명)	관심군		주의군	
		학생수(명)	비율(%)	학생수(명)	비율(%)
초	2,813,483	466,560	16.6	50,898	2.4
중	1,812,841	332,008	18.3	96,077	7.1
고	1,856,150	255,879	13.8	77,014	5.4
합계	6,482,474	1,054,447	16.3	223,989	4.5

* 출처: 교육부. 교육부 보도자료(2013. 2. 8). 2013b.

<표 Ⅲ-11>은 2012년 실시된 검사 결과를 보여주고 있는데 1차 검사 결과 학교내 상담이나 관리가 지속적으로 필요로 하는 관심군은 1,054,447명으로 전체 검사 대상자 중 16.3%를 보여주고 있으며 2차 검사 결과 심층 상담 등 집중관리가 필요한 주의군은 223,989명으로 4.5%를 보여주고 있다. 학교급별로 보면 중학생이 관심군(18.3%)이나 주의군(7.1%)이 가장 높게 나타나 정신건강 문제와 관련하여 가장 주의를 요하는 대상임을 보여주고 있다. 학생정서·행동특성검사는 2013년부터 검사 대상이 전체학년에서 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년으로 줄어들 예정이며 검사절차도 기존 3단계(학교내 1·2차 검사, 전문기관 3차 검사)에서 2단계(학교내 1차 검사, 전문기관 2차 검사)로 단순화되고 검사 방법 역시 서면 검사에서 온라인 검사로 변경되었다.



* 출처: 교육부. 교육부 보도자료(2013. 5. 2). 2013c.

【그림 Ⅲ-1】 학생정서·행동특성검사 추진 체계도

특성 검사의 추진체계도를 살펴보면, 학교내에서 검사가 실시되면 관심군을 선별하게 되고 관심군에 대해서 검사결과 재확인을 통해 자살징후 등 고위험군 학생이 발생할 경우 병·의원의 전문치료 및 상담을 받도록 하고 있으며 모든 학생을 대상으로 생명존중 및 자살예방 교육을 학기당 1회 이상 실시하고 관심군은 학교상담을 분기별로 1회 이상 실시하는 한편, Wee 센터나 정신보건센터 등과 연계해 심층 검사를 실시하고 있다. 고위험군 학생은 학교 내 위기대응팀을 운영하여 관리하고 월 1회 이상 학교 상담을 실시하고 있으며 발견 즉시 병의원의 치료와 상담을 실시하고 있다.

표 Ⅲ-12 학생정서·행동특성검사 기관별 연계·관리 현황(2012) (단위: %)

구분	전문기관 연계·관리				학교내 관리 (Wee 클래스 등)
	Wee센터	정신건강 증진센터	병의원	청소년상담 복지센터	
초	35	22	7	6	30
중	33	10	3	4	50
고	22	11	3	4	60
전체	30	13	4	4	49

* 출처: 교육부. 교육부 보도자료(2013. 2. 8). 2013b.

<표 Ⅲ-12>는 검사 결과 추진체계에 따라 기관별로 연계·관리 실적을 보여주고 있는데, 단위학교 밖의 전문기관으로 연계·관리되는 경우는 교육(지원)청에 설치된 Wee센터가 30%를 차지하고 있으며 정신건강증진센터가 13%, 병·의원이 4%, 청소년상담복지센터가 4%를 보여주고 있다. 학교 내에서는 Wee 클래스를 중심으로 사례관리가 이루어지며 49%의 학생들을 관리하고 있는 것으로 나타나고 있다. 특히 자살생각 등 우선조치가 필요한 학생은 병·의원 등에서 치료 및 상담이 이루어질 수 있도록 조치를 취하고 있으며 자살생각을 하고 있는 학생 비중은 약 1.5%로 나타나고 있다.

교육부는 보건복지부와 공동으로 학생정신건강 학교-지역협력 모델 구축·지원사업을 추진 중이다. 2013년 지원대상은 대구, 광주, 세종, 충북 청주, 전남 광주, 제주 등 6개 지역이며 추진방법은 교육부(교육청)-복지부(지자체·국립병원 등) 등이 공동으로 교육청-자치단체 컨소시엄 형태로 이루어지며 지역여건에 따라 광역교육청-광역자치단체, 교육지원청-기초자치단체 등으로 운영되고 있다. 지원규모는 2013년 지역별로 3~5억 원 내외로 2년간 지원이 이루어지며 지원내용은 지역사회 학생정신건강 지원체제 구축, 학생정신건강 관리·증진 프로그램 발굴·운영, 검사·치료비 지원 등이다.

3개 부처 중심으로 자살예방 정책 및 사업을 살펴보았는데, 자살예방과 관련하여 공공 및 민간에서 다양한 기관들이 협력을 하고 있다. 여성가족부의 건강가정지원센터는 가족상담 전문교육과 함께 자살예방교육을 실시 중이며 보건복지부의 알코올상담센터는 부분적으로 자살예방상담과 자살예방을 위한 대상자별 치료프로그램 등을 운영 중이다. 119구급대 및 경찰서는 자살위험장소에 대한 관리와 인터넷 자살사이트에 대한 단속, 자살시도자에 대한 구조 등을 하고 있다.

한국자살예방협회(www.suicideprevention.or.kr)는 자살예방 홍보 및 계몽, 자살예방관련 사회제도 개선, 자살예방활동 관련 전문가 양성, 사이버상담사이트 운영, 대면상담 서비스 운영, 자살시도자를 위한 예방프로그램 등의 위기개입사업, 자살가족모임, 자살자친구모임 등의 사후관리사업 등을 실시하고 있다. 생명의 전화는 자살예방전문교육, 생명존중 자살예방 인식확산 운동, 생명존중프로그램 보급, 자살시도자 및 생존자 지원사업 등을 실시중이다. 자살예방세미나 개최 및 관련자료 제작 및 배포사업자살예방전문 연구소(www.qprkorea.co.kr)는 QPR(Question, Persuade, Refer) 자살예방 프로그램 교육을 실시 중이다(최은진 외, 2012: 86~90).

이제 다음절에서는 청소년 자살예방 전문기관을 대상으로 실시한 의견조사 결과를 통해 자살예방정책의 문제점과 개선점을 살펴보고자 한다.

2. 청소년 자살예방 전문기관 의견조사[7)]

1) 조사 설계

(1) 조사 대상

<표 Ⅲ-13>은 이번 조사의 조사 대상과 대상별 응답결과를 보여주고 있다. 이 조사는 2013년 11월 13일~12월 6일까지 청소년 자살예방 전문기관을 대상으로 하였으며 각 기관의 규모를 고려하여 할당표집으로 표본을 추출하였다.

표 Ⅲ-13 청소년 자살예방 전문기관 의견조사 조사 대상 및 응답 결과 (단위: 개소, 명(%))

구분	전체 기관	조사기관	조사대상 인원	응답 결과
정신건강증진센터	95(20.1)	40(20.0)	40(19.6)	54(23.9)
자살예방센터	10(2.1)	4(2.0)	8(3.9)	6(2.7)
청소년상담복지센터	200(42.4)	85(42.5)	85(41.7)	84(37.2)
Wee 센터	167(35.4)	71(35.5)	71(35.5)	82(36.3)
합계	472(100.0)	200(100.0)	204(100.0)	226(100.0)

7) 이 절은 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음.

정신건강증진센터는 20.1%를 차지하고 있어 200명 목표표본집단에서 20.0%를 차지하는 40개 기관을 선정하였으며 가급적 1개 기관당 1명씩 조사를 수행하였고 조사결과 23.9%에 해당하는 54명이 응답을 하였다. 자살예방센터는 10개 기관으로 매우 적기 때문에 2.0%보다 과다표집하여 3.9%에 해당하는 8명을 대상으로 설문을 실시하였고 2.7%에 해당하는 6명이 설문에 응하였다. 청소년상담복지센터는 42.5%를 차지하고 있어 85명을 대상으로 설문을 실시하였고 이 중에서 37.2%에 해당하는 84명이 응답하였으며 마지막으로 Wee 센터는 35.5%에 해당하는 71명을 조사하여 이중에서 82명이 응답하였다.

(2) 조사 문항

조사 문항은 청소년 자살 예방 사업의 우선순위, 청소년 자살 예방 사업에 대한 의견, 개인의 인적사항 등이었다. 먼저 청소년 자살 예방 사업의 우선순위는 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)에서 제시한 10대 과제에 대해서 어떤 과제가 청소년 대상 자살예방에 있어서 가장 중요하다고 생각하는지를 질문한 것이다. 다음으로 중앙부처의 우선순위는 최인재, 김영지, 김지연, 오승근(2012)에서 제시한 청소년 자살 예방과 관련된 정책과제에 대해서 어떤 과제가 가장 중요한지를 질문하였으며 역시 같은 보고서에서 제시한 지방자치단체 및 지역사회 기관들(교육청, 정신건강증진센터, 자살예방센터, Wee 센터, 청소년상담복지센터, 보건소, 학교, 경찰, 119구급대, 아동·청소년 민간 기관 및 단체 등)에서 어떤 과제가 가장 중요한지를 질문하였다.

다음으로 청소년 자살 예방 사업에 대한 의견은 먼저 국민건강증진종합계획(2011~2020)에서 제시한 자살 관련 성과목표의 실현가능성에 대해서 물었으며 중앙부처간, 중앙부처-지자체간, 지자체-교육(지원)청간, 교육(지원)청과 지역사회 기관들간, 지자체와 지역사회 기관들간, 지역사회 관련 기관들간의 연계·협력이 원활한지를 질문하였다. 이어서 청소년 자살예방 사업과 관련하여 전기, 중기, 후기 등 청소년 연령집단별로 얼마나 원활하게 추진되고 있는지를 물었으며 해당 기관의 자살예방사업과 청소년 자살예방 사업의 비중은 어느 정도인지, 자살예방과 관련해 기관별로 사업에 대한 평가 등을 질문하였다(<부록 1> 참조).

2) 조사 결과

(1) 응답자의 특성

<표 Ⅲ-14>는 이 연구의 응답자 특성을 보여주고 있다. 성별은 상담사, 사회복지사, 간호사 등 종사자들의 특징을 반영하여 여성이 185명으로 81.9%를 차지하고 있었으며 연령은 30대가 48.7%로 가장 많았고 20대가 25.7%로 나타나 비교적 젊은 연령층의 응답비중이 높게 나타났다.

표 Ⅲ-14 응답자 특성 (단위: 명(%))

구분		전체	구분		전체
전 체		226	직업	간호사	21
		(100)			(9.29)
성별	남성	41		사회복지사	63
		(18.14)			(27.88)
	여성	185		상담(심리)사	115
		(81.86)			(50.88)
연령	20대	58		기타	27
		(25.66)			(11.95)
	30대	110	주된업무	상담	169
		(48.67)			(74.78)
	40대	46		교육/홍보	16
		(20.35)			(7.08)
	50대 이상	12		복지지원	4
		(5.31)			(1.77)
근무지	정신건강 증진센터	54		진단/치료	11
		(23.89)			(4.87)
	자살예방 센터	6		행정/관리	20
		(2.65)			(8.85)
	청소년상담 복지센터	84		기타	6
		(37.17)			(2.65)
	Wee 센터	82	업무경력	3년 미만	108
		(36.28)			(47.79)
				3년 이상~ 5년 미만	38
					(16.81)
				5년 이상~ 10년 미만	52
					(23.01)
				10년 이상	28
					(12.39)

근무지별로는 정신건강증진센터가 23.9%, 자살예방센터가 2.7%, 청소년상담복지센터가 37.2%, Wee 센터가 36.3%의 비중을 보여주었다. 직업은 상담(심리)사가 115명으로 전체의 절반 이상을 차지하였으며 사회복지사가 27.9%, 간호사가 9.3%를 차지하였다. 주된 업무로는 상담이 169명으로 74.8%로 가장 많았고 행정/관리 업무가 8.9%, 교육 및 홍보 업무가 7.1%, 진단/치료 업무가 4.9%로 나타났다. 마지막으로 업무 경력을 살펴보면 3년 미만이라는 응답이 47.8%로 가장 많았고 5년이상 10년 미만이 23.0%로 높은 비중을 보여주었다.

표 Ⅲ-15 자살예방종합대책 10대 과제 중 청소년 자살예방정책 우선순위 (단위: 명(%))

구분	전 체		근무지							
			정신건강 증진센터		자살예방 센터		청소년 상담 복지센터		Wee 센터	
자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화	51	(22.6)	4	(7.4)	1	(16.7)	27	(32.1)	19	(23.2)
자살에 대한 국민의 인식 개선	50	(22.1)	10	(18.5)	1	(16.7)	19	(22.6)	20	(24.4)
자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화	41	(18.1)	12	(22.2)	2	(33.3)	11	(13.1)	16	(19.5)
자살에 대한 대중매체의 책임 강화	30	(13.3)	5	(9.3)	2	(33.3)	14	(16.7)	9	(11.0)
자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축 적정화	17	(7.5)	7	(13.0)	–	–	4	(4.8)	6	(7.3)
지역사회 기반 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계 강화	12	(5.3)	3	(5.6)	–	–	4	(4.8)	5	(6.1)
자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소	9	(4.0)	5	(9.3)	–	–	2	(2.4)	2	(2.4)
자살예방을 위한 법과 제도적 기반 조성	9	(4.0)	5	(9.3)	–	–	3	(3.6)	1	(1.2)
근거에 기반을 둔 자살예방 정책 개발	6	(2.7)	3	(5.6)	–	–	–	–	3	(3.7)
자살예방을 위한 연구·감시 체계 구축	1	(0.4)	–	–	–	–	–	–	1	(1.2)
전체	226	(100)	54	(100)	6	(100)	84	(100)	82	(100)

<표 Ⅲ-15>는 자살예방종합대책의 10대 과제 중 청소년 자살예방정책 우선순위에 대한 결과를 보여주고 있다. 1순위로 응답한 비중으로 살펴보았을 때 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화가 22.6%로 가장 높았다. 근무지별로 살펴보면, 정신건강증진센터의 응답자들은 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화에 대해 22.2%가 응답해 1순위로 꼽았으며 자살예방센터도

고위험군에 대한 대응과 더불어 자살에 대한 대중매체의 책임강화를 1순위로 꼽았다. 전체적으로 1순위로 나타난 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화는 청소년상담복지센터 응답자들이 32.1%로 높은 비중을 보여준 데 따른 것이다. Wee 센터는 근소하게 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화(23.2%)보다 자살에 대한 국민의 인식 개선을 1순위로 꼽았다.

이러한 결과는 자살예방 정책 추진에 있어서 기관별로 강조점이 다르다는 사실을 말해주고 있다. 자살 고위험군을 주로 대상으로 삼고 있으며 자살 문제에 대한 전문성을 보여주는 정신건강증진센터나 자살예방센터는 지원 대상에 대한 직접적인 대책을 우선시하고 있는데 반해서 다양한 청소년 문제에 대한 상담을 주로 하고 있는 청소년상담복지센터나 Wee 센터의 응답자들은 보다 근본적이고 포괄적인 대책을 우선시하고 있는 것으로 보인다.

표 Ⅲ-16 청소년 자살예방 중앙부처 해결과제 우선순위 (단위: 명(%))

구분	전 체		근무지							
			정신건강 증진센터		자살예방 센터		청소년 상담 복지센터		Wee 센터	
청소년 자살예방 청소년 고위기군 조기발견 구축	54	(23.9)	7	(13.0)	2	(33.3)	18	(21.4)	27	(32.9)
청소년 자살예방 대한 중장기 계획 수립	42	(18.6)	6	(11.1)	1	(16.7)	16	(19.0)	19	(23.2)
청소년 자살예방 지원 위한 예산 확보	31	(13.7)	15	(27.8)	2	(33.3)	8	(9.5)	6	(7.3)
청소년자살예방관련학교 및 지역사회연계·협력	28	(12.4)	3	(5.6)	–	–	14	(16.7)	11	(13.4)
청소년 자살예방 관련 법률 제정 및 개선	19	(8.4)	8	(14.8)	–	–	6	(7.1)	5	(6.1)
청소년 자살예방 전문인력 확충 및 처우 개선	15	(6.6)	4	(7.4)	–	–	5	(6.0)	6	(7.3)
청소년 자살 관련 언론보도 책임강화 및 홍보강화	14	(6.2)	6	(11.1)	–	–	7	(8.3)	1	(1.2)
청소년 자살예방 프로그램 개발 및 보급	13	(5.8)	4	(7.4)	–	–	2	(2.4)	7	(8.5)
청소년 자살예방 관련 범부처 협력 체계 구축	9	(4.0)	1	(1.9)	1	(16.7)	7	(8.3)	–	–
기타	1	(0.4)	–	–	–	–	1	(1.2)	–	–
전체	226	(100)	54	(100)	6	(100)	84	(100)	82	(100)

다음으로 <표 Ⅲ-16>은 중앙부처의 해결과제에 대한 우선순위 결과를 제시하고 있다. 전체 응답에서 1순위로 나타나고 있는 해결과제는 청소년 자살예방 고위기군 조기발견 구축으로 응답자의 23.9%가 1순위로 꼽았다. 기관별로 살펴보면, 정신건강센터는 청소년 자살예방 지원을 위한 예산 확보에 대해서 27.8%가 1순위로 응답하여 가장 높은 비중을 보여주었다. 자살예방센터는 표본수가 적으나 청소년 자살예방 고위기군 조시발견 구축과 청소년 자살예방 지원을 위한 예산 확보에 대해 1순위로 응답하였다.

표 Ⅲ-17 청소년 자살예방 지방자치단체 해결과제 우선순위 (단위: 명(%))

구분	전 체		근무지							
			정신건강 증진센터		자살예방 센터		청소년 상담 복지센터		Wee 센터	
청소년 자살예방 청소년 고위기군 조기발견 구축	57	(25.2)	9	(16.7)	2	(33.3)	19	(22.6)	27	(32.9)
청소년 자살예방 전문인력 확충 및 처우 개선	43	(19.0)	9	(16.7)	–	–	19	(22.6)	15	(18.3)
청소년자살예방관련학교 및 지역사회연계·협력	33	(14.6)	5	(9.3)	1	(16.7)	17	(20.2)	10	(12.2)
청소년 자살예방 지원 위한 예산 확보	31	(13.7)	15	(27.8)	–	–	12	(14.3)	4	(4.9)
청소년 자살예방 프로그램 개발 및 보급	17	(7.5)	7	(13.0)	–	–	5	(6.0)	5	(6.1)
청소년 자살예방 대한 중장기 계획 수립	17	(7.5)	3	(5.6)	1	(16.7)	3	(3.6)	10	(12.2)
청소년 자살 관련 언론보도 책임강화 및 홍보강화	11	(4.9)	4	(7.4)	2	(33.3)	2	(2.4)	3	(3.7)
청소년 자살예방 관련 법률 제정 및 개선	9	(4.0)	1	(1.9)	–	–	4	(4.8)	4	(4.9)
청소년 자살예방 관련 범부처 협력 체계 구축	8	(3.5)	1	(1.9)	–	–	3	(3.6)	4	(4.9)
기타	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
전체	226	(100)	54	(100)	6	(100)	84	(100)	82	(100)

다음으로 청소년상담복지센터는 청소년 자살예방 고위기군 조기구축이라는 응답이 21.4%로 가장 높았고 이어서 청소년 자살예방에 대한 중장기 계획 수립이 19.0%로 높게 나타났다. 이어서 Wee 센터도 청소년상담복지센터와 동일하게 전자가 32.9%, 후자가 23.2%로 높은 응답을 보여주었다. 이 결과 역시 기관별로 응답 차이를 보여주고 있는데 예산 부족이라는 현실적인

문제에 대해 보건복지부 산하 기관들이 높은 응답을 보여준 반면, 여성가족부와 교육부 산하 기관들은 위기청소년을 제일 처음 접하고 선별하는 역할을 수행하는 기관들이라는 점에서 고위기군 조기발견 문제를 매우 중요하게 생각하고 있는 것으로 나타나고 있다.

이어서 <표 Ⅲ-17>은 지자체 해결과제에 대한 우선순위 결과를 보여주고 있다. 전체적으로 청소년 자살예방 고위기군 조기 발견 구축을 1순위로 응답하고 있다. 이 역시 중앙부처와 마찬가지로 정신건강증진센터는 예산확보를 1순위로 꼽은 경우가 27.8%로 가장 높았으나 자살예방센터는 청소년 자살예방 청소년 고위기군 조기발견 구축에 대한 1순위 응답 비중이 더 높았다.

표 Ⅲ-18 청소년 자살예방 지역사회 기관 해결과제 우선순위 (단위: 명(%))

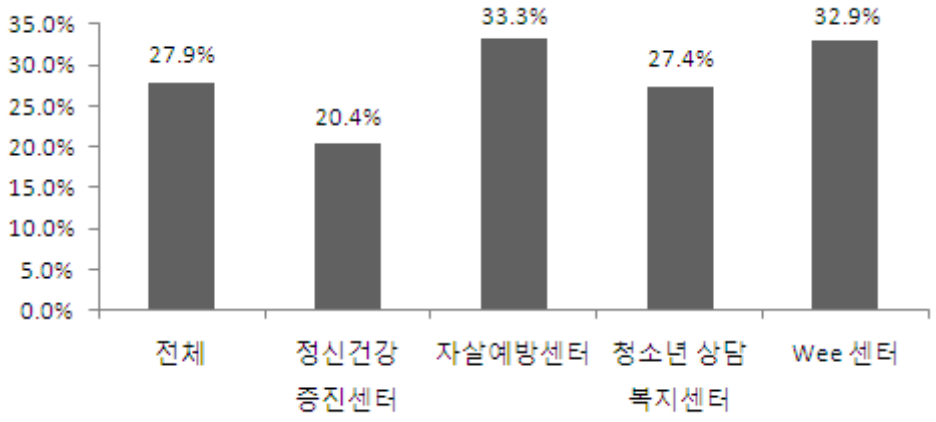
구분	전 체		근무지							
			정신건강 증진센터		자살예방 센터		청소년 상담 복지센터		Wee 센터	
자살 고위험군 학생 및 청소년 사례 관리강화	63	(27.9)	9	(16.7)	1	(16.7)	29	(34.5)	24	(29.3)
지역사회 기관들 간 연계·협력 체계 구축	53	(23.5)	13	(24.1)	2	(33.3)	22	(26.2)	16	(19.5)
학교 및 기관 전문인력 확충 및 처우 개선	23	(10.0)	8	(15)	1	(17)	5	(6)	9	(11)
자살예방 컨트롤 타워 설치	21	(9.3)	5	(9.3)	1	(16.7)	6	(7.1)	9	(11.0)
부모교육 및 교직원 대상 교육 확대	19	(8.4)	5	(9.3)	–	–	7	(8.3)	7	(8.5)
지역사회 청소년 고위험군 자살예방 관리팀 구축	17	(7.5)	6	(11.1)	–	–	5	(6.0)	6	(7.3)
청소년 자살예방 학생 및 청소년 대상 교육 강화	15	(6.6)	1	(1.9)	–	–	8	(9.5)	6	(7.3)
학생, 학부모 및 교직원 대상 청소년 자살 예방 게이트 양성	8	(3.5)	5	(9.3)	1	(16.7)	1	(1.2)	1	(1.2)
언론 자살보도 행태개선 위한 모니터링 강화	4	(1.8)	2	(3.7)	–	–	1	(1.2)	1	(1.2)
기타	3	(1.3)	–	–	–	–	–	–	3	(3.7)
전체	226	(100)	54	(100)	6	(100)	84	(100)	82	(100)

이어서 <표 Ⅲ-18>은 지역사회 기관들에서 해결해야 할 과제 우선순위 결과를 보여주고 있다. 이 경우 전체적으로 자살 고위험군 학생 및 청소년 사례관리 강화가 1순위로 나타나고

있으며 정신건강증진센터와 자살예방센터는 지역사회 기관들 간 연계·협력 체계 구축을 1순위로 응답한 비중이 더 높게 나타나고 있다.

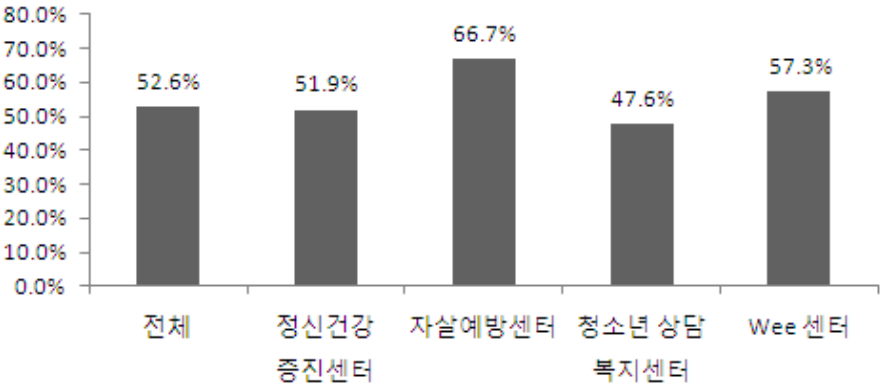
(2) 청소년 자살 예방 성과목표 실현가능성

이 절에서는 국민건강증진종합계획(2011~2020)에서 제시한 성과목표에 대한 실현가능성에 대해서 각 기관 종사자들의 의견을 살펴보고자 한다. 첫 번째 성과목표는 2008년 대비 2020년에 자살사망률(10만 명당)이 26.0명에서 18.0명으로 낮추겠다는 것으로 자살 예방 정책에 관한 포괄적인 성과목표로 볼 수 있다. 이에 대해 청소년 자살예방 관련 기관들 종사자들은 27.9%만이 가능하거나 매우 가능하다고 응답하였고 보통이나 불가능, 매우 불가능하다는 응답은 72.9%로 나타나고 있다. 기관별로 살펴보면, 실현가능성이 있다고 응답한 비중은 자살예방센터가 33.3%로 가장 높았고 정신건강증진센터가 20.4%로 가장 낮은 응답 비중을 보여주고 있다.



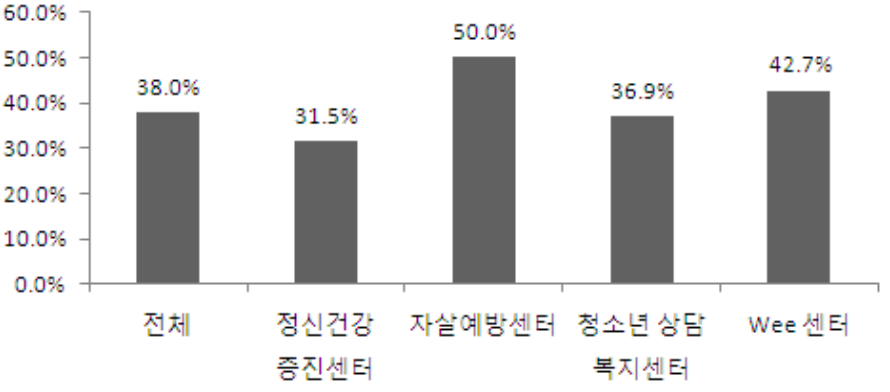
【그림 Ⅲ-2】자살사망률(10만 명 당) 성과목표 실현 가능 응답 비중

다음으로 【그림 Ⅲ-3】은 2008년 대비 2020년 청소년(10~19세) 자살사망률을 4.6명에서 4.0명으로 낮추는 것으로 청소년 자살예방의 성과목표로 볼 수 있는데 이에 대한 실현가능성을 물어본 결과를 보여주고 있다. 이에 대해 전체 자살사망률보다 높은 응답이 제시되고 있는데 52.6%가 실현가능하다고 응답하고 있으며 특히 자살예방센터 종사자들의 경우 66.7%가 실현가능하다고 응답해 가장 높은 비중을 보여주고 있다.

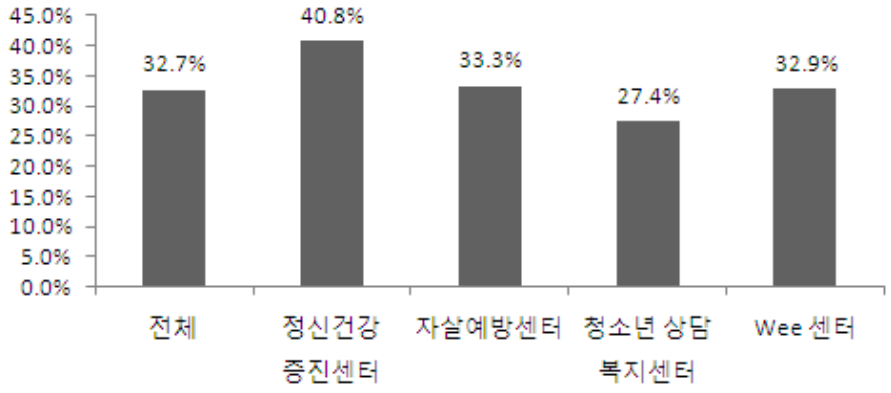


【그림 Ⅲ-3】 청소년 자살사망률(10~19세) 성과목표 실현 가능 응답 비중

이어서 【그림 Ⅲ-4】는 청소년 자살예방 성과목표 중 초·중·고등학생 자살시도율을 4.7%에서 3.2%로 낮추는 것으로 이에 대해 38.0%가 실현가능하다고 응답하고 있다. 이러한 결과는 자살 그 자체에 대해 대략 2020년까지 0.6명 수준에서 낮출 것으로 보고 있으나 자살 시도를 1.5%P 낮추는 것에 대해서는 실현가능성이 높지 않은 것으로 보고 있음을 알 수 있다.

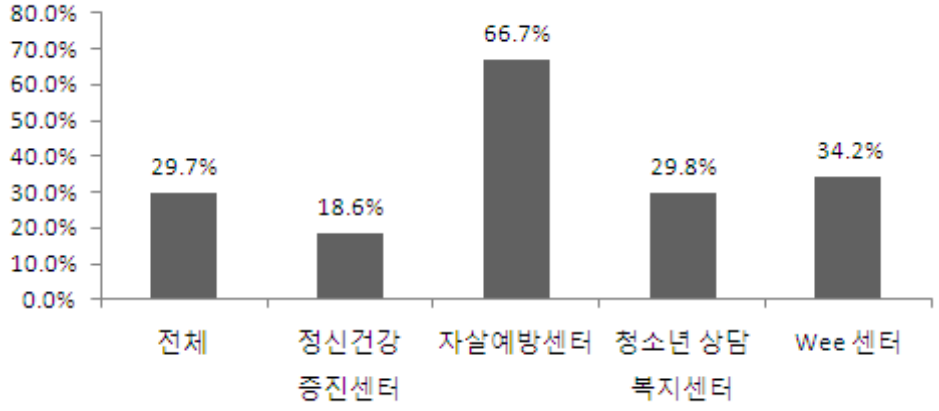


【그림 Ⅲ-4】 청소년 자살시도율(초·중·고생) 성과목표 실현 가능 응답 비중



【그림 Ⅲ-5】 청소년(13~18세) 스트레스 인지율 성과목표 실현 가능 응답 비중

다음으로 [그림 Ⅲ-5】는 청소년 자살예방에 대한 성과목표 중 하나로 자살과 연관성이 높은 스트레스 인지율을 43.7%에서 39.0%로 낮추는 것에 대한 실현가능성 응답결과를 보여주고 있다. 이 경우 32.7%만이 가능하거나 매우 가능하다고 응답하고 있어 실현가능성이 높지 않게 보고 있음을 알 수 있다.

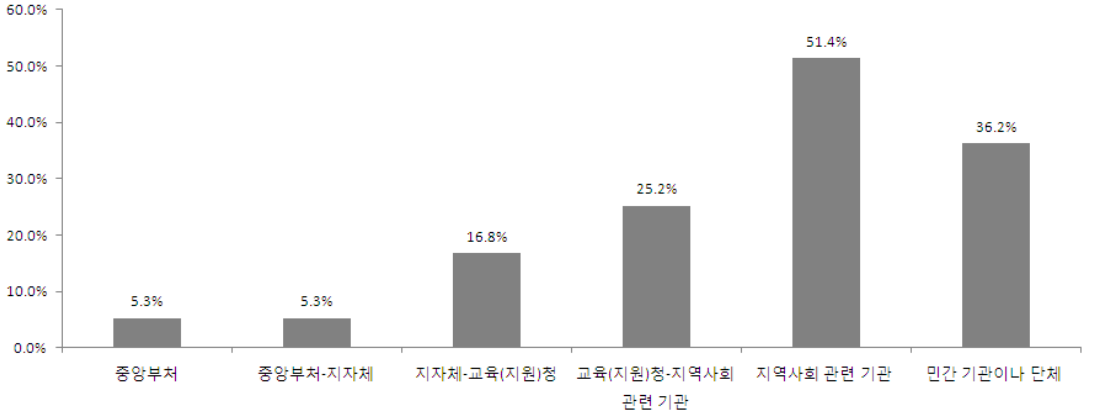


【그림 Ⅲ-6】 아동·청소년 정신질환 치료율 성과목표 실현 가능 응답 비중

마지막으로 정신질환 치료율을 2011년 대비 2020년에 30% 향상시키는 성과목표에 대해서 응답자의 32.7%만이 실현가능하다고 응답해 낮은 비중을 보여주고 있다. 다만, 이 문제에 대해서는 자살예방센터의 응답비중은 66.7%로 높게 나타나고 있다.

(3) 중앙 및 지방자치단체, 지역 관련 기관 간 연계·협력 평가

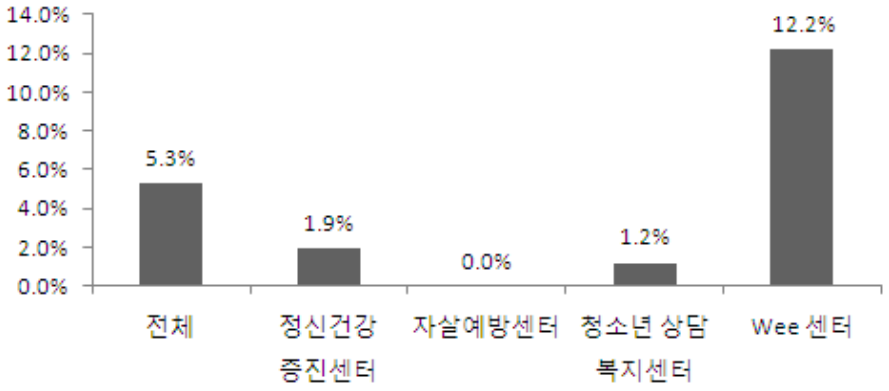
이 절에서는 중앙부처 간에, 중앙부처와 지방자치단체 간에, 지방자치단체와 교육(지원)청 간에, 지역사회 관련 기관 간에 연계·협력이 어떠한지에 대해서 각 지역 사회 관련 기관들의 종사자들이 평가한 결과를 살펴보고자 한다.



【그림 Ⅲ-7】 중앙-지역 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 전체 결과

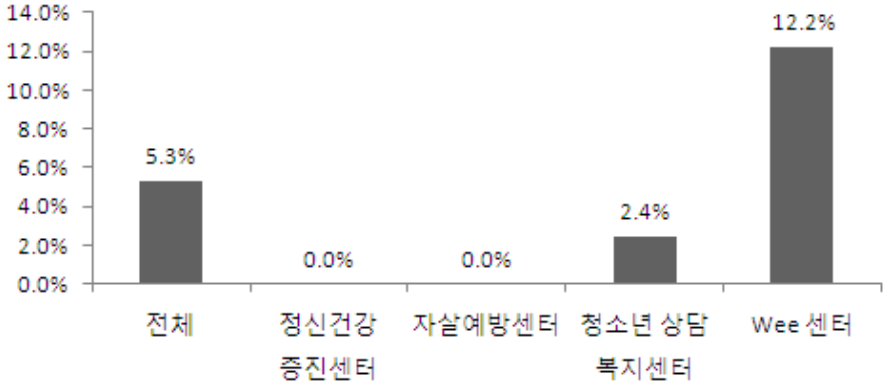
먼저 【그림 Ⅲ-7】 은 각 영역별 연계·협력 결과를 종합해 제시하고 있는데 가장 높은 긍정평가(원활+매우 원활)를 받고 있는 것은 지역사회 관련 기관들 간의 연계·협력으로 51.4%가 그렇다고 응답하고 있다. 반대로 가장 낮은 긍정평가를 보여주고 있는 것은 중앙부처간 연계·협력과 중앙부처와 지방자치단체간의 연계·협력으로 긍정평가의 응답비중이 불과 5.3%에 머물러 있다. 자살예방사업은 여러 부처와 지자체 간에 협력 사업 형태로 이루어지고 있는데 이에 대한 평가는 매우 낮은 수준을 알 수 있으며 거의 연계·협력이 이루어지고 있지 않다고 보는 것이 적절해 보인다.

다음으로 【그림 Ⅲ-8】 은 중앙부처 간 연계·협력에 대한 결과로 전체적으로 5.3%만이 원활하거나 매우 원활하다고 응답하고 있으며 다만, Wee 센터는 다른 기관들과는 달리 12.2%가 연계·협력이 잘 이루어지고 있다고 응답해 차이를 보여주고 있다. 이는 교육부와 교육(지원)청, 단위학교가 그동안 지역사회 자원을 활용하여 연계하는 사업을 거의 하지 않다가 최근 학교폭력이나 진로교육 측면에서 연계·협력을 추진하면서 긍정 평가가 높아진 것으로 판단된다.

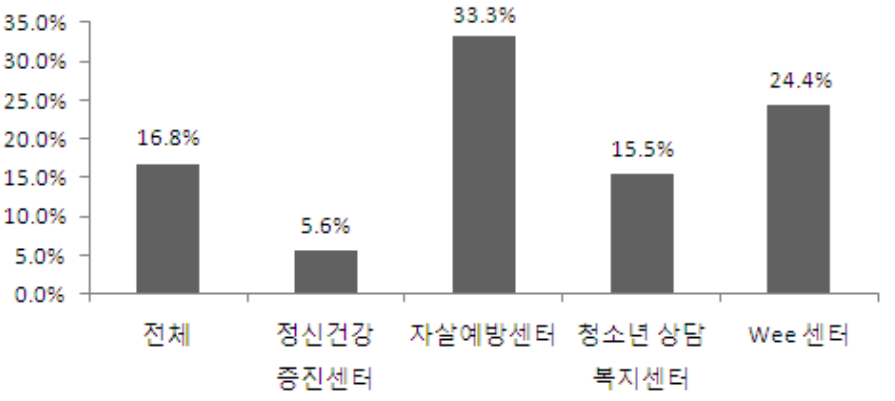


【그림 Ⅲ-8】 중앙부처 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

이어서 【그림 Ⅲ-9】 는 중앙부처와 지자체 간 연계·협력에 관한 응답결과를 제시하고 있다. 이 경우도 5.3%만이 긍정평가를 하고 있으며 Wee 센터 응답자들은 다른 기관보다 높은 긍정평가 비중을 보여주고 있다. 반대로 정신건강증진센터와 자살예방센터는 이 부분에 대해서 응답자 중 긍정평가를 하고 있는 경우가 전무한 것으로 나타나 담당부처인 보건복지부와 지방자치단체 간에 협력에 대해 매우 부정적인 평가를 내리고 있음을 알 수 있다.

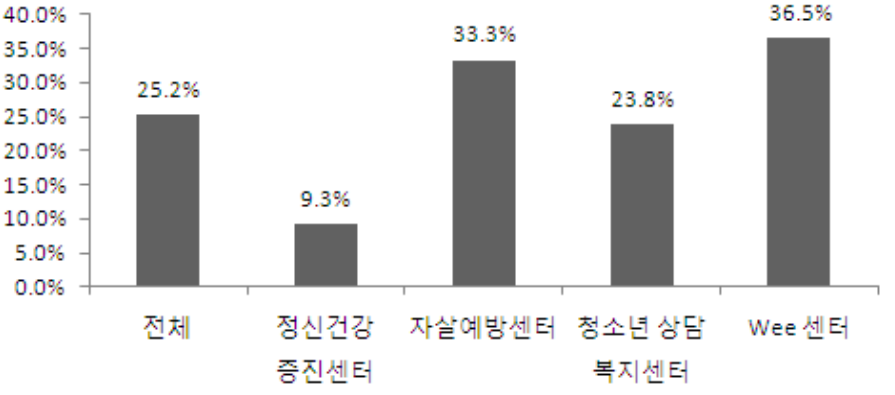


【그림 Ⅲ-9】 중앙부처와 지자체 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중



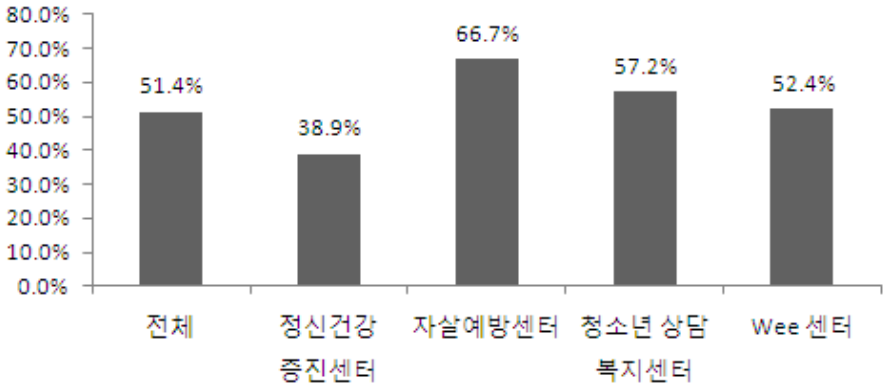
【그림 Ⅲ-10】 지자체와 교육(지원)청 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

【그림 Ⅲ-10】은 지자체와 교육(지원)청 간에 관계를 묻는 것으로 16.8%가 긍정평가를 하고 있으며 이에 대해서는 자살예방센터가 33.3%가 가장 높은 비중으로 보여주고 있으며 Wee 센터 역시 24.4%로 높은 비중을 보여주고 있다.



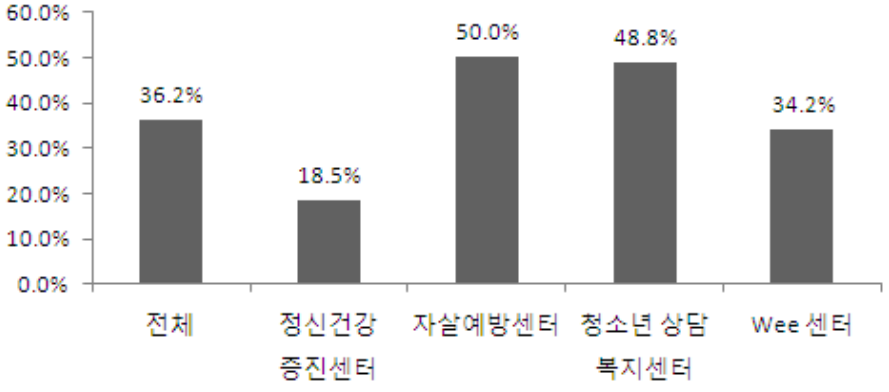
【그림 Ⅲ-11】 교육(지원)청과 지역사회 관련 기관 간 연계·협력
긍정평가(원활+매우 원활) 비중

【그림 Ⅲ-11】은 교육(지원)청과 지역사회 관련 기관 간에 연계·협력을 묻고 있는데 25.2%가 긍정평가를 하고 있으며 정신건강증진센터가 9.3%로 낮은 응답비중을 보여주고 있다.



【그림 Ⅲ-12】 지역사회 관련 기관들 간 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

다음으로 【그림 Ⅲ-12】 는 지역사회 기관들 간의 연계·협력에 대한 평가 결과로 상대적으로 높은 비중인 51.4%의 응답자가 긍정평가를 하고 있으며 자살예방센터가 66.7%로 가장 높은 비중을 보여주고 있으며 정신건강증진센터 응답자들이 38.9%로 가장 낮은 응답 비중을 보여주고 있다.

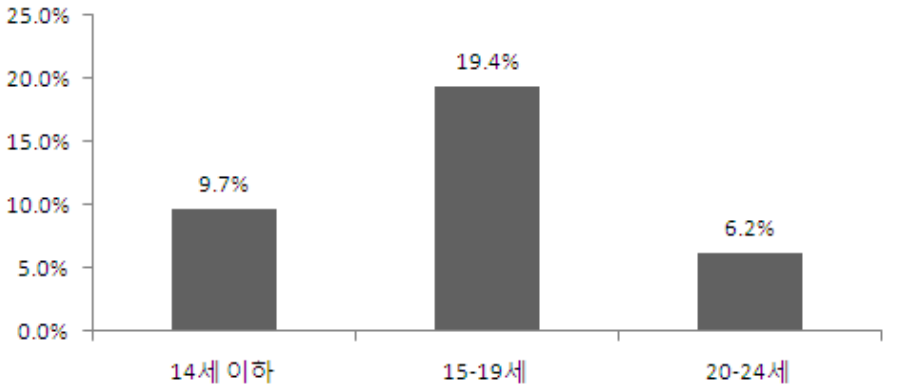


【그림 Ⅲ-13】 민간기관 및 단체와의 연계·협력 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

마지막으로 【그림 Ⅲ-13】 은 민간기관이나 단체와의 연계·협력에 대한 것으로 자살예방센터와 청소년상담복지센터의 긍정평가가 높은데 반해서 정신건강센터는 낮은 비중을 보여주고 있다.

(4) 청소년 연령별 자살 예방 사업 평가 및 사업 비중

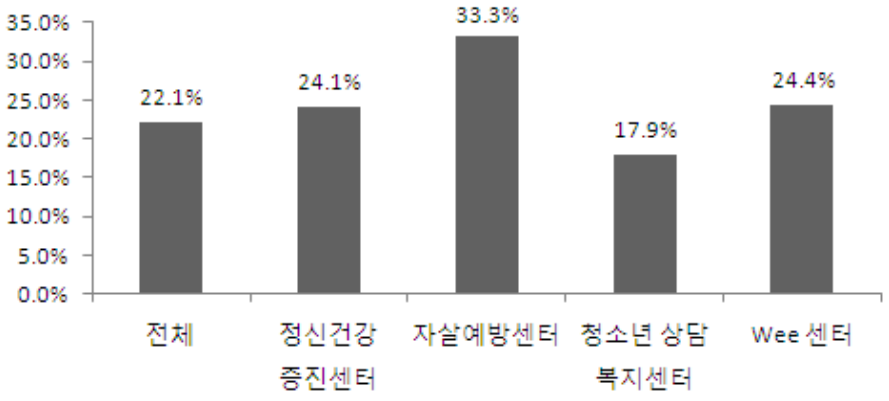
이 절에서는 청소년 연령을 전기, 중기, 후기로 나누어 청소년 자살예방 사업이 얼마나 원활하게 이루어지고 있는지에 대한 결과를 살펴보고자 한다. 【그림 Ⅲ-14】는 연령별 결과를 종합해서 제시하고 있는데 15-19세인 중기 청소년에 대한 자살예방사업에 대한 긍정평가 비중이 19.4%로 높게 나타나고 있고 14세 이하가 9.7%인데 반해서 20-24세는 6.2%로 가장 낮은 비중을 보여주고 있다. 앞서 청소년 자살실태에 대한 분석에서 후기 청소년의 자살이 가장 심각하다는 점을 확인하였는데 연령별로 볼 때 이 연령집단에 대한 자살예방사업이 가장 부정적인 평가를 받고 있다는 점에서 이에 대한 대응이 필요하다는 점을 확인할 수 있다.



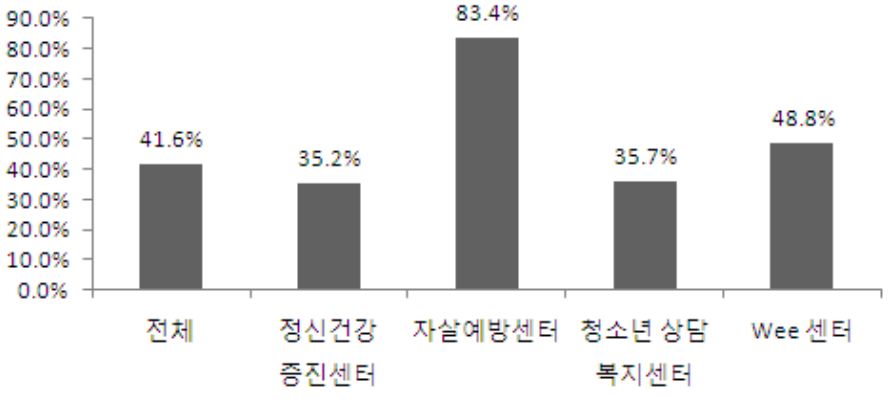
【그림 Ⅲ-14】청소년 자살 예방 연령집단별 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

다음으로【그림 Ⅲ-15】는 각 기관들이 추진하고 있는 청소년자살예방사업에 대한 평가 결과 중 지역사회 인식 수준에 대해서 22.1%만이 긍정평가를 하고 있으며 특히 청소년상담복지센터 응답자들은 17.9%만이 긍정평가를 하고 있어 가장 낮은 비중을 보여주고 있다.

이어서 【그림 Ⅲ-16】은 고위험군/자살시도자 위기관리시스템에 대한 긍정평가 결과를 보여주고 있는데 전체 41.6%가 그렇다고 응답해 상대적으로 긍정평가가 높게 나타나고 있으며 특히 자살예방센터는 83.4%가 긍정적인 평가를 내리고 있는 것으로 나타나고 있다.



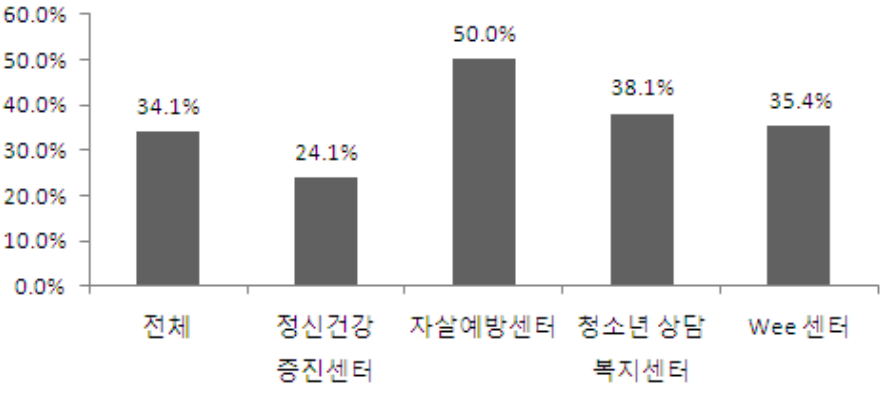
【그림 Ⅲ-15】 자살예방 사업 지역사회인식 긍정평가(원활+매우 원활) 비중



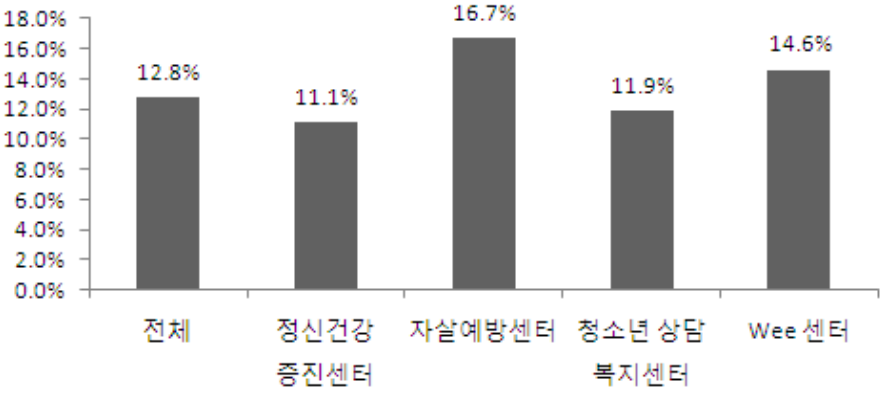
【그림 Ⅲ-16】 고위험군/자살시도자 위기관리시스템 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

이어서 【그림 Ⅲ-17】 은 각 기관들에서 실시하고 있는 자살예방 및 프로그램 효과에 대한 긍정평가로 34.1%만이 그렇다고 응답해 효과성에 대한 긍정평가의 비중이 높지 않은 것으로 나타나고 있다.

이어서 예산 확보와 관련하여 12.8%만이 긍정평가를 내리고 있어 자살예방 사업 추진에 있어서 예산 확보에 어려움을 있음을 확인할 수 있다. 이에 대해서 기관별로 큰 차이를 보여주고 있지 않지만 특히 정신건강증진센터가 11.1%만이 그렇다고 응답해 가장 낮은 응답비중을 보여주고 있다.

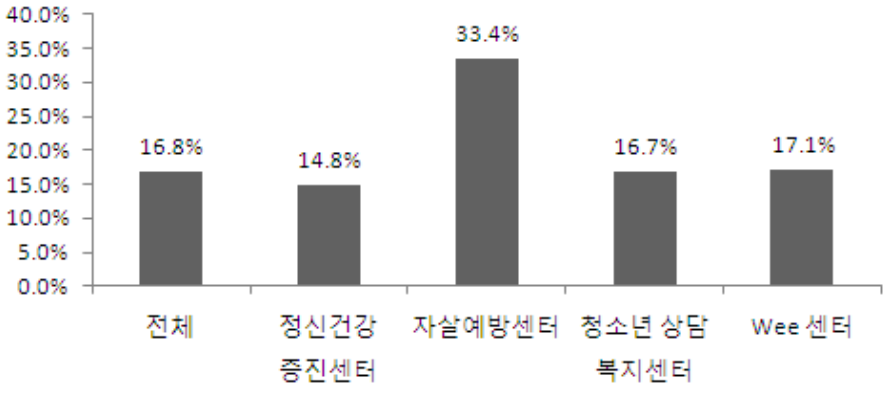


【그림 Ⅲ-17】 자살예방 및 프로그램 효과 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

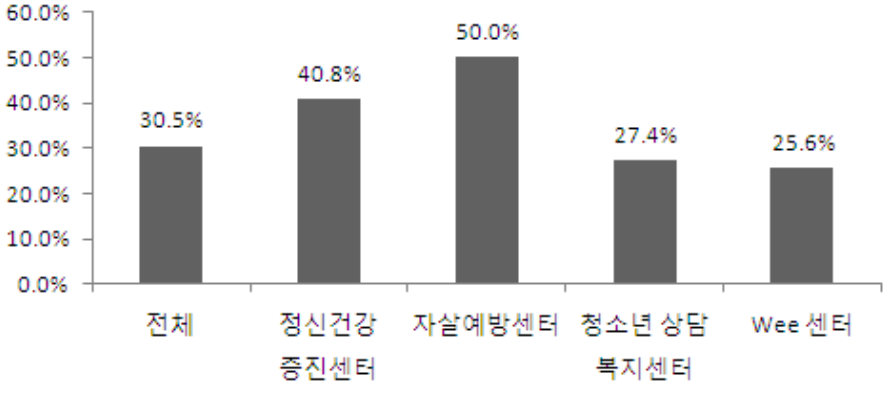


【그림 Ⅲ-18】 자살예방 사업 추진 예산의 확보 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

이어서 【그림 Ⅲ-19】 는 자살예방 사업 추진에 있어서 전문 인력의 확보 수준에 대해서 긍정평가 비중을 보여주고 있다. 이에 대해 16.8%만이 그렇다고 응답해 전문인력의 확보에 어려움이 있음을 알 수 있으며 이에 대해서도 정신건강증진센터의 응답비중이 14.8%로 가장 낮은 응답비중을 보여주고 있다.



【그림 Ⅲ-19】자살예방 사업 전문인력의 확보 긍정평가(원활+매우 원활) 비중



【그림 Ⅲ-20】자살예방 사업 전문성 및 역량 긍정평가(원활+매우 원활) 비중

마지막으로【그림 Ⅲ-20】은 자살예방 사업 추진에 있어서 전문 인력의 전문성 및 역량에 과한 평가로 30.5%가 긍정평가를 하고 있으며 정신건강증진센터와 자살예방센터의 긍정적인 응답비중이 높게 나타나고 있다. 이는 정신건강증진센터와 자살예방센터의 경우 비교적 자살예방과 관련하여 전문가들을 배치하고 있기 때문으로 풀이되며 상대적으로 청소년상담복지센터와 Wee 센터는 상담인력 중심으로 이에 대한 평가가 낮게 나온 것으로 보인다.

3. 청소년 자살예방 전문가 초점집단면접(FGI)[8)]

1) 조사설계

청소년 자살예방 전문가에 대한 초점집단면접은 11월 20일부터 25일까지 진행되었으며 지역별로 서울, 부산, 대구, 광주 등 4개 광역시를 대상으로 하였고 각 그룹별로 9~10명의 전문가가 참여하였다. 조사 대상은 정신건강증진센터와 자살예방센터, 청소년상담복지센터, 그리고 Wee 센터에 근무하는 전문가들로 총 39명이 참여하였다. [표 Ⅲ-20】 은 각 그룹별로 전문가 명단을 제시하고 있다.

표 Ⅲ-19 청소년 자살예방 전문가 초점집단면접(FGI) 조사 설계

조사 대상	■ 전국의 자살예방 전문가 ■ 정신건강증진센터(정신보건센터), Wee 센터, 청소년상담복지센터 자살예방센터, 초·중등학교 근무자
그 룹 수	■ 총 4그룹, 그룹 당 9~10명
조사 방법	■ 초점집단면접(Focus Group Interview)

그룹 구성

구분	조사 지역	시간	인원수
1 그룹	광주 지역 전문가	11월 20일(수) (19:00~21:00)	9
2 그룹	부산 지역 전문가	11월 21일(목) (19:00~21:00)	10
3 그룹	대구 지역 전문가	11월 22일(금) (19:00~21:00)	10
4 그룹	서울 지역 전문가	11월 25일(월) (19:00~21:00)	10

8) 이 절은 김기헌 연구위원(한국청소년정책연구원)이 집필하였음.

표 Ⅲ-20 청소년 자살예방 전문가 명단

구분	이름	성별	연령	소속
그룹 1 광주 지역 전문가	황○○	남	43	북구 청소년상담복지센터
	채○○	여	35	광주광역시 청소년상담복지센터
	이 ○	남	37	광주광역시 청소년상담복지센터
	송○○	여	42	서부 광산 Wee센터
	박○○	여	25	서부 광산 Wee센터
	김○○	여	49	광주광역시 서구 청소년상담복지센터
	김△△	여	45	광주광역시 서구 청소년상담복지센터
	최○○	여	46	서부 Wee센터
	문○○	남	30	서부 Wee센터
그룹 2 부산 지역 전문가	남○○	여	50	금양초등학교
	권○○	여	45	동래구 정신건강증진센터
	이○○	여	27	동래구 정신건강증진센터
	류 ○	여	41	금정구 정신보건센터
	이△△	여	31	금정구 정신보건센터
	성○○	여	43	사상구 정신건강중진센터
	선○○	여	28	사상구 정신건강중진센터
	이■■	여	30	서부 Wee센터
	김○○	여	35	북구 정신건강증진센터
	최○○	여	42	북구 정신건강증진센터
그룹 3 대구 지역 전문가	홍○○	남	30	대구가톨릭 Wee센터
	정○○	남	33	동산 wee센터
	김○○	남	40	서구 정신보건센터
	이○○	여	46	남구 정신보건센터
	장○○	여	28	동구 정신건강증진센터
	홍△△	남	47	대구북중학교
	윤○○	남	33	동구 정신건강증진센터
	조○○	여	25	달서구 청소년상담복지센터
	김△△	여	33	달서구 청소년상담복지센터
	남○○	여	42	북구 정신건강증진센터
0그룹 4 서울 지역 전문가	오○○	여	48	안천중학교
	우○○	여	45	원묵고등학교
	강○○	남	34	대림초등학교
	정○○	남	49	한국자살예방센터
	김○○	여	33	서울시 정신건강센터
	강△△	여	35	동부 Wee센터
	강■■	여	27	동부 Wee센터
	정△△	여	28	금천구 정신건강증진센터
	백○○	여	30	노원 정신건강증진센터
	이○○	여	28	용산구 청소년상담복지센터

이번 조사에서 면접 내용은 어떤 청소년 자살예방 경험을 하였는지 물어본 후 청소년 자살 원인에 대한 견해와 청소년자살예방 사업에 대한 견해, 향후 사업추진 방향과 개선점 등이며 이 절에서는 주로 청소년자살예방 사업과 사업 추진방향, 개선점을 중심으로 조사 결과를 제시해 보고자 한다(<부록 3> 참고).

2) 조사결과

(1) 청소년 자살예방 관련 경험 및 사업 추진 현황

먼저 업무 중에서 자살예방 사업을 어느 정도 하는지, 그 중에서도 청소년을 대상으로 하는 경우는 어느 정도인지를 물었으며 이에 대해 실제로 자살과 관련된 상담이나 지원은 많지 않다고 응답하였다. 이는 면접에 참여한 다수가 청소년상담복지센터나 Wee 센터의 상담전문가이기 때문으로 풀이되는데 자살예방을 중심으로 사업을 추진하는 자살예방센터 전문가는 기관이 매우 적고 관련자 섭외의 어려움으로 1명만이 참여해 기관별 차이를 파악하기는 어려움이 있었다. 정신건강증진센터의 경우 18명이 면접에 참여해 많았으나 이 경우도 청소년 전담이라기보다는 전체 연령을 담당하는 곳이어서 청소년 자살예방 사업에 대한 추진 정도는 미흡한 편이었다.

"자살이 네이밍 되어서 온 것을 일 년에 한 개 혹은 두 개 있을..." (광주 전문가 B)

"저 같은 경우(정신보건센터)는 사례가 많지 않습니다. 정서행동발달검사를 통해 선별을 해서 거의 병원 치료비를 다 대주기 때문에 병원으로 의뢰를 하는 편입니다. 특히 자살이나 이런 경우는 센터도 안 오고 바로 가는 경우가 많고, 저희도 걸러지면 저희도 병원으로 바로 가시라고 안내도 하는 편이고 직접 상담을 하는 경우는 많지 않은데 …" (대구 전문가 C)

다만, 자살과 관련된 업무는 다른 사안들보다 매우 중요하고 사후적인 평가가 다르게 이루어진다는 점에서 업무에 대한 부담을 느낄 수밖에 없다는 지적도 제기되었다.

"상담횟수 빈도를 이야기 하자면 적은 숫자지만, 외래로 보면 감기환자 10명 볼래, 암환

자 1명 볼래와 비슷한 것 같습니다. 상담을 하는 강도나 에너지는 자살 관련 사례가 프로테이지로 보면 높거든요." (대구 전문가 J)

"상담사례가 들어와서 자살 사항이다 그러면 대부분 눈치 봅니다. 눈치 보다가 선배들이 해야지 어려운거니까. … 우리사회가 자살문제가 발생하게 되면 주변사람들한테 너무 많은 책임을 물어요. 만약에 내가 상담하던 내방인이 자살을 했다. 최종 통화기록이 1388이다. 그럼 1388 너희는 뭐했냐. 엄청나게 부담스럽죠." (광주 전문가 C)

"전화뿐만 아니라 의뢰가 오거나 뭐든지 '자살'자가 들어가면 일단 심리적으로 조금 묵직한 마음을 가지고 들어가는 것 같아요. (상담 시) 전화만 하고 끊는다든지, 뭔가 잘 명확하게 해결되지 않고 흐지부지 말을 하고 그 사람이 끊었다든지, 이런 일이 있으면 사실은 조금 걱정스럽기도 하고, 회피하고 싶은 그런 마음이 실제로 많이 드는 것 같아요. 다 아마 부담스러운 케이스일 겁니다. 학교에서도 그럴 거고." (부산 전문가 E)

다른 한편, 자살과 관련된 의뢰는 매우 제한적으로 이루어진다는 지적도 있었다. 주로 1388과 같은 전화 상담이 많고 주변의 설득을 통해 지원을 의뢰하는 경우가 있으며 공공기관에 지원을 의뢰하는 것 자체를 기피하는 경향이 있다는 것이다. 이는 공공기관 의뢰가 향후 기록으로 남아 불이익을 줄 수 있다는 낙인 효과를 우려하거나 학부모 스스로 청소년들의 정신 건강이 위험하다는 사실을 인정하지 않기 때문으로 풀이된다.

"보호자가 이 아이는 치료가 필요한데도 편견 때문에 그러니까 낙인감도 너무 크고요." (서울 전문가 I)

"보호자들이 부끄럽다기보다는 정신병이 있다는 이 상황 자체가 안 받아들여지는 거죠." (부산 전문가 D)

"… 부모님이 전혀 우리 애 그런 애 아니라고. … 부모님이 오히려 'Wee센터 이상한 데다. 가지 마라.' 해가지고 상담이 계속되지 못했던 경험이 있어요." (서울 전문가 G)

특히 청소년 스스로 의뢰하는 경우는 거의 없으며 공공기관의 지원을 원하는 청소년이나 학부모들은 어디에, 어떻게, 어떤 도움을 받을지 모르는 경우가 많다고 지적하였다.

"아이들이 도움을 요청할 줄을 몰라요. 도움을 요청할 수 있는 방법을 몰라요." (부산 전문가 A)

"아이가 왔을 때, 소비자 입장일 때, 부모입장일 때, 사실은 어디를 가야 될지 모를 겁니다." (대구 전문가 G)

청소년 자살예방과 관련된 업무 추진과 관련하여 자살 위험이 있거나 우울증을 앓고 있는 청소년들은 1차적으로 정신건강증진센터, Wee 센터, 청소년상담복지센터 등에서 상담을 하고, 증세가 심할 경우 병원 정신과로 이관을 하거나 자살예방센터로 이관을 하는 상황이었다. 또한 상담 기관에서 청소년들뿐만 아니라 성인 상담도 진행하기에 현재 인력으로 자살 상담을 많이 진행할 수가 없는 경우가 많았다. 향후 추세와 관련하여 청소년 자살 예방과 관련된 사업 업무 비중은 조금씩 증가하고 있는 추세라고 지적하였으며 특히 학교에서 고위험군으로 분류되어 상담 기관에 의뢰를 하는 경우가 많아지는 추세라고 지적하였다.

"… 사실 이렇게까지 많지는 않았던 것 같은데, 올해 들어서 오히려 학교 선생님들이나 이런 의뢰들도 저희가 딱히 나서지 않아도 더 많이 들어오는 것 같아요." (부산 전문가 G)

"저는 학교에서 최근에 늘어난 것 같아요. … 자살 부분에 대한 아이들의 그런 이야기, 상담 그 다음에 다른 친구의 어떤 징후 이런 거에 대한 보고가 이전보다 훨씬 많아졌고 …" (서울 전문가 B)

구체적으로 자살 시도자에 대한 경험 사례에서 청소년들은 보통 충동적으로 자살을 시도하는 경우가 많기 때문에 1차적으로 고민을 들어주고 위험도가 높다고 판단될 경우 입원 등을 권유하는 방식으로 지원을 하고 있었다.

"… 옥상을 수없이 올라가고, 지나가는 차에도 '뛰어들까?' 이런 생각을 할 정도여서 저희가 이 아이는 너무 위험하고 긴급하다고 판단이 돼가지고 병원에 입원을 권유해서 입원을 했었어요. … 다시 학교로 복귀해서 일상생활 유지를 못했어요." (부산 전문가 E)

"… 얼마 전에 만난 애는 원조도 할 뻔 한 애도 가정적으로 케어가 안 되니까 그 주변 환경이 비행적으로 되다 보니까, 그런 것 때문에 자살 시도도 했다고 하고." (대구 전문가 H)

"… 학교에서 왕따, 따돌림에도 학생들이 등교하는 상황인데 본인만 등을 돌리고 학교 밖을 나온 아이였어요. … 자살경험, 생각을 갖고 온 친구였어요. … 전학을 시켜 달라 부모님께 두 달 이상을 얘기한 상태였는데 엄마께서 '그래 내가 아빠하고 이야기를 해서 전학을 가는 방향으로 해줄게.' 라고 말씀하셨는데, 아이가 엄마와 아빠가 이야기하는 카톡을 본거에요. 카톡 내용은 '내가 아이를 설득시켜서 학교에 보낼 테니까 걱정하지 마세요.'라고 했어요. 그 아이가 '엄마, 아빠도 못 믿겠다. 더 이상.' 정말 죽고 싶다는 말을 한 최근 사례였던 것 같아요." (광주 전문가 F)

"… 상담하고 있는데 얘 같은 경우는 자해를 하는 경우입니다. 죽고 싶은 마음이 계속 들고. … 처음에 우울감이 없어졌다가 지난주부터 증세가 많이 나빠지더라고요." (대구 전문가 C)

"제가 만나봤던 자살 사고나 자살 시도가 있었던 케이스 중에서도 굉장히 충동적인 아이가 많았어요. … 충동적인 부분이 많아서 엄마가 어떤 싫은 소리를 하면, 그 순간에 아무 생각이 없이 옥상에 올라가서 자살을 하려고 시도를 한다든지 이런 아이들이 많은 것 같아요." (서울 전문가 H)

면접에 참여한 전문가들은 청소년 자살 예방과 관련하여 자살 시도자에 대한 멘토링 프로그램 운영 및 사후관리 사례를 제시하기도 하였다.

"… 우울증이 제일 심하게 오는 경우도 있어서 상담을 해서 풀지 못하는 경우에는 자살 시도나 생각으로 계속 이어지잖아요. 그래서 저희가 개인 상담을 하거나, (자원봉사자들을 통해) 멘토링 프로그램을 진행하고 있습니다. … 주체성을 가르쳐요. '내가 이 세상의 주인공이다', '내가 최고다'라는 자존감을 높여주는 …" (대구 전문가 D)

"(자살) 사건이 있으면 저희 임상 심리사 선생님이랑 몇 명 조를, 팀을 짜서 클래스에 들어가서 그 나머지 애들이나 그러면 담임선생님도 충격을 굉장히 많이 받으시더라고요. 그래서 그런 사후에 가서 개입을 많이 하는 것 같아요." (서울 전문가 F)

자살시도자에 대한 지원과 더불어 각 기관들에서는 자살예방교육과 자살예방캠페인 등을 실시하고 있었으며 자살예방교육과 관련하여 학급단위에서 실시하는 경우가 거의 없어 자살예방교육의 효과성을 높이기 위해 학급 단위로 실시하는 것이 필요하다는 의견이 있었다.

"… 생명존중 교육 요청이 들어오면 하고, 학교에서는 이런 교육들이 연내에 교육 안에 포함되어 있기 때문에 일반예방차원에서 저희 선생님들이 나가셔서 하죠." (광주 전문가 H)

"자살예방교육도 직접 제가 애들한테 많이 하는데요. 그때 위험징후, 자살위험징후 이런 걸 특히나 해서 아이들이 "네 친구가 자살하려고 이런 생각이나 이런 행동을 보일 때 네가 그걸 캐치할 수 있게끔" 그렇게 저는 교육을 하고 있어요." (부산 전문가 G)

"학교에서 지원자를 받아서 … 자살예방 송을 만들었어요. … 1분짜리 하나와 1분 30초짜리를 제작해서 … 배포하려고 하는데, 반복적으로 규칙적으로 길지 않고, 중독성이 있는 노래로. … 이건 점심시간에 짧게 1년 내 틀어주면 세뇌 당하지 않을까." (대구 전문가 J)

(2) 청소년 자살예방사업 관련 문제점 및 개선점

청소년 자살예방 사업과 관련하여 면접에 참여한 전문가들은 우선적으로 예산과 인력의 부족을 제시하였다. 특히 자살 및 정신 건강, 생명 존중과 유관된 기관들의 전문 인력이 부족하여 한 담당자가 많은 사례 관리를 하게 되는 문제를 가장 많이 지적하였다. 또한 이를 개선하려면 인력 보강을 위한 예산이 확보되어야 하지만, 예산 확보가 쉽지 않다는 의견도 다수가 제기하였다. 또한 사업 예산의 대부분을 인건비로 지출하다 보니 다른 사업을 전개하기 힘들다는 의견도 있었다.

"… 저희 쪽에는 근무하고 계신 분은 소아정신과 의사, 정신보건 간호사, 정신보건 임상심리사, 정신보건 사회복지사, 전문 상담사 이런데, 관할 학교가 110개 학교입니다. 말씀드리면 인력이나 예산이나 터무니없는 거죠." (대구 전문가 A)

"인력 많이 변경이 되고, … 담당하시는 분들 많이 힘들어서 이직하시고 그러면 아이는 사례 관리 차원에서 지속적인 관리가 필요하지만 담당자는 계속 바뀌죠." (서울 전문가 I)

"(검사 결과 너무 많은 학생이 진단되어) 그걸 정신보건센터에서 다 감당이 안 되니까 Wee센터랑 같이 하자 그랬었는데 Wee센터도 사실 그 아이들을 감당할 수 여건이 안 되고 … 서로 대책에 대해서는 없어, 서로 이렇게 막 너도 나도 해라 이런 식으로 하는 부분에서 정말 현장에서만 죽어나는 거죠." (서울 전문가 A)

"국가가 자살예방을 이야기 하면서 예산 투입을 안 합니다. 정신보건센터보고 자살예방 하라고 10년 전부터 이야기를 하는데, 전화기 한대 사줍니다. 이 전화기 하나로 전국 통일된 전화번호를 하나 만들어 주면서 자살예방을 하라고... 지금까지 전혀 되지 않았습니다." (대구 전문가 C)

"… 전체 보건복지부만 보았을 때 전체 예산에서 자살, 정신이라는 큰 아웃라인에서 정신사업이라고 하는 것이 5% 이내라고 합니다. 자살률이 낮은 나라를 찾아가 보면 보건복지부가 자살이라고 하는 사업에 대한 예산이 최소 20%라고 합니다." (대구 전문가 J)

"예산이 턱없이 부족해요. 상담복지센터 같은 경우에는 … 전체사업체 중에서 인건비가 차지하는 비중이 약 95프로에서 90프로 이상 이런 식으로 돼요." (광주 전문가 A)

"저희도 1년 안에 채워야 되는 실적이 있는데, 말씀드리면 상담원이 4명밖에 안 되는데, 1년에 천명을 만나래요. 천명을 만나라고 하면 비현실적인 실적인 거잖아요. 그런데 그걸 해내라고 하고 25개 구 센터가 다 해내요. … 사실 저희 센터뿐만 아니라 모든 기관들이 실적이 사실 어느 정도 채워줘야 예산도 관련이 있고 그런 부분이 문제가 아닐까. 실적보다는 사실은 질을 더 우선순위로 여겨야 되는데, 인원수가 더 중요한 시대라." (서울 전문가 J)

자살예방 관련 기관을 운영하는데 절대적인 예산이 부족한 점을 개선해야 한다는 의견에 대부분의 참석자들이 동의하였다. 특히 인력 운영을 늘리기 위해서는 예산 증대가 필수적이지만 그렇지 못하거나, 예산은 한정되어 있고, 인력이나 기관만 늘려서, 대우가 나빠질 우려도 있다고 지적하였다.

"예산이 저는 여러 부서를 통합해도 예산이 모자란다는 게. 투입되는 예산이 적은데. 지금 병원 wee센터가 생겼잖아요. 아동 청소년 쪽이 강화되는데, 이러면 여기서 하면 되겠지, 그거 다 합쳐도 모자란다는 아이들이 더 많아요. 같이 합쳐도 모자랍니다." (대구 전문가 C)

"(예전엔) 맨날 강당교육을 하고 집합교육을 했는데, 올해는 학급교육으로 다 변경했거든요. 생명존중교육만 7천명 넘게, 학급단위로 300명 넘게 교육을 진행하고 있는데 확실히 달라요. 예산을 투입하면 그만큼 확실히 아이들, 선생님들, 교사 반응, 의뢰 수 이런 것들도 확실히 달라지는데 예산 투입이 안 된 거죠." (서울 전문가 I)

"인력이 적다고 늘리자고 하면 이 예산을 가지고 나눠서 늘리라고 하면 곤란한 상황이 발생하죠. 최근에 청소년 쉼터 가출청소년들이 가출 팸이 증가하고 있다, 사회적으로 언론에서 어마어마하게 때리면서 가출쉼터를 늘리겠다, 했더니 결국 기존 쉼터의 예산을 줄여서 예산을 조금 확보해서 신규센터를 만들었어요." (광주 전문가 C)

한편에서는 예산을 늘려, 상담 인력이 보강되었을 경우, 학교 단위 교육이 아닌 학급 단위 교육을 전개할 수가 있어 자살 예방 효과가 클 수 있다는 지적도 있다. 자살예방 관련 기관의 예산이 부족할 경우, 일선 학교나 교육부에서 예산을 배정하여, 강연/교육 등을 지원해주어야 하지만, 아직까지 학교에서 자살 및 정신건강 교육에 대한 중요성을 크게 인지하지 못하는 상황이어서 예산이 배정되지 않는 경우가 많았다. 이와 같이 학교에서 관심을 가지고 예산을 배정해주는 방법이 필요하다는 의견도 있었다.

다음으로 유관 기관들의 실적을 채우기 위해서, 무리하게 많은 상담을 진행하게 되는 점도 문제점으로 지적되었다. 현재 상담 기관들이 지자체가 민간기관에 위탁하거나 직영 형태로 운영을 하고 있는 경우가 많고, 공공 업무를 하고 있지만 신분은 공무원이 아니라 비정규직으로 있는 경우가 많다고 지적하였다. 따라서 불완전한 고용으로 인하여 이직이 많고, 이에 따라 지속적인 사례 관리가 되지 않는 경우가 많았다.

"Wee센터 같은 경우에는 이제 또 무기계약이... 2년 이상 무기계약인데도 Wee센터는 그거에 대한 부담도 조금 있어요. 근무를 오래 할래야 할 수도 없는." (서울 전문가 A)

"청소년과 관련해서 저희가 정규직화 되고 좋아지고 하는 것이 상당히 먼 이야기처럼 느낄 수밖에 없는 것은 청소년 사업은 지방이양사업입니다. 저희는 위탁운영이 되고 있습니다. 그러면 인사권의 주체인 위탁단체의 계약직 신분입니다." (광주 전문가 C)

"공공의 일을 하면서 실제로 어떻게 따지면 위탁한 곳의 직원이 되는 거고, 그러면 그 정규 직원이냐? 그렇지도 않고 또 이렇게 계약서는 센터 이름으로 계약서를 쓰니까 여기도 아니고, 저기도 아니고, 소속이 정말 애매한." (부산 전문가 B)

상담사들이 공공의 업무를 하면서도 비정규직으로 되어 있어, 활동 시 장애가 있다는 지적이다. 자살예방 및 정신 건강 관련 업무가 공적인 업무인 만큼, 상담 기관을 국영화하고 이에 따른

예산을 배정해야 한다는 의견도 있었다. 또한 안전 문제와 같은 부분에 신경을 쓸 필요가 있다는 의견이 있었고, 인력 배정 등에 있어 체계화를 해야 한다는 의견도 있었다. 한편, 절대적인 인력이 부족함에 따라서 상담의 질이 떨어지고, 업무가 과다하다는 지적이 있었다.

자살과 관련된 업무를 보건복지부, 여성가족부, 교육부가 나누어서 하고 있고, 각 부처별 산하 기관들이 산재해 있다 보니, 자살이 발생했을 때의 대처나, 자살 예방 사업이 어수선하게 추진되는 문제가 있음을 지적하였고 이를 위해 업무를 체계화해야 한다는 의견이 있었다. 한편에서는 자살이 민감한 사안이고, 부처 간에 책임의식 없이 진행이 되고, 공 넘기기 식 처사로 실제 상담을 받아야 할 청소년들이 상담을 못 받는 상황들도 발생하고 있다. 이를 위해 책임감 있게 사업을 총괄·조정하는 부서가 필요하다는 의견도 있었다.

"교육부랑 복지부랑 의사소통을 하시면서, 예측되는 아이들에 대해서 인력들은 어떻게 대처할건지 복지부에서 마련하셨어야 되는 게 맞죠. 아니면 우리는 교육부 사업에 협조할 수 없다 이렇게 하시거나, 정말 아니면 어떻게 걸러서 아주 고유한 것만 센터에 보내라고 하는... 그런 지침 중간 과정이 너무 생략되고 …" (서울 전문가 E)

"사실 저는 현장에 있으면서 여러 관계부처하고 긴밀한 의사소통을 하고 있나? 그러면 내가 어디를 컨택해야 되지 이런 생각들을 되게 많이 하게 되는 것 같아요." (서울 전문가 E)

"… 교육부에서 정서행동특성검사를 실시하니까 그거에 대한 책임을 이렇게 교육부에서 확실히 가지고 가야되는데 보건복지부, 여성가족부까지 끌어들여서 지금 협력한다는 거 안에서 이렇게 진행하니까 다들 허덕이고 있거든요." (서울 전문가 I)

"(사업을) 제대로 진행을 하려면 중앙 단위라든가 핵심적으로 이걸 핸들링하고, 시스템을 운영하는 기관이나 주체가 정확해야 돼요. … 잘 정리가 안 되어가지고 혼선이 되게 많은 게, …" (서울 전문가 B)

자살 보도가 여과 없이 청소년들에게 노출이 되다보니 이에 영향을 받아 모방 자살을 하거나, 스트레스를 받는 경우가 많다는 지적이 있었다. 선진국의 경우 보도를 통제하여, 자살이 확산되는 것을 막는 경우가 많지만, 한국에서는 그러지 못해 자살이 늘어나게 된다는 지적이다. 이에

따라 보도 권고 기준을 확실히 마련할 필요가 있다는 의견이 많았다. 한편에서는 자살이 보도되어 사회적으로 자살의 위험성을 일깨우는 계기가 될 수 있기 때문에 언론을 적절히 활용할 필요도 있다는 의견도 있었다.

"일본 같은 경우는, 예를 들면 '노무현 대통령이 돌아가셨습니다. 자살했습니다.' 그렇게 간단하게만 나가지 그 이상은 보도가 안 되거든요. 그게 법적으로 정해져 있어요. 우리는 그걸 규제를 안 하면은 이 문제가 점점 더 심해질 겁니다." (부산 전문가 F)

"베르테르효과로 따라 죽는 사람이 있기 때문에 미디어를 통제하고 보도를 감시하는 정책을 해 주시면." (대구 전문가 C)

"칠레 같은 경우도 자살 같은 일이 일어나면 프레스 라인이 제일 먼저 쳐진답니다. 사람들에 대한 참혹한 모습을 보면 트라우마가 생기잖아요. … 자살사건이 발생한 곳도 그렇게 통제할 필요가 있다고 생각합니다." (대구 전문가 J)

"… 대중매체에서 자살 보도를 하면서 어떻게 자살을 했다는 부분까지, … 번개탄을 피웠다든지, … 구체적인 자살방법까지 안내가 되는 부분들이 문제가 있는 것 같아요. … 그런 부분들이 애들이 충동적으로 따라하는 부분이 있고 여과 없이 전달이 되니까 충동이라던가." (광주 전문가 A)

"매스컴에서 너무 여과 없이 '어떤 방식으로 죽었다' '왕따 당했는데 유서 남기고 몇 층에서 떨어졌다.' 여과 없이 나오니까... … 복지부에서 보도권고기준을 마련해서 지침 내리시긴 했어요. … 기자들이 보도자료를 보도 역할을 사회적으로 해야 …" (서울 전문가 E)

"(자살로) 공론화 되고 너무 상업적이거나 자극적인 보도는 안 해야겠지만, 사회적인 분위기도 조금 더 조성될 수 있다면 보도나 이런 것들이 순기능이 더 많다고 생각합니다." (대구 전문가 B)

"언론에 나가지 않으면 인식이 안 됩니다. 수능 끝나고 우체국 앞에서 캠페인을 했었거든요. … 사진이 안 찍히고 티브이에 안 나오면 캠페인을 한지 아무도 모릅니다. … 그래서 뭔가 다양한 기관들이 할 수 있는 것들을 종합적으로... 우리가 대단위 캠페인이나, 언론을 통한 공익광고나, 이런 것들이 차라리 더 효과적이지 않을까 생각합니다." (광주 전문가 C)

자살예방을 위해서는 청소년들뿐만 아니라 자살 위험을 감지할 수 있는 교사들, 그리고 학부모의 인식 개선을 위한 교육도 필요하다는 의견이 있었다. 특히 청소년들의 경우에는 성교육과 마찬가지로 초등학교 때부터 자살 교육을 실시하여 내재화 하는 것이 필요하다는 지적도 있었다. 한편에서는 자살 교육이 확대되기 위하여 일선 학교의 예산을 늘리거나, 우수한 프로그램을 제작/지원해주는 것, 감성 교육을 실사하는 것이 필요하다는 의견이 있었다. 교육이 유행처럼 간헐적으로 이루어지지 않고, 연속적으로 이루어질 필요가 있다는 의견도 있었다.

"자살 자체가 하나의 에너지라는 생각이 많이 들고요. … 애들이 느낄 수 있는 계기를 만들어 주는 게 제일 좋을 것 같습니다. … 선생님하고 체육활동을 한다든지, 음악활동을 같이 하는 우크렐라 연주를 같이 한다든지, 그런 접촉 속에서 그런 에너지들, 폭력적이 거, 자살에 대한 에너지가 많이 태워졌다는 생각이 들고요." (서울 전문가 C)

"… 상담 프로그램을 할 때 관테라피라는 걸 했어요. 실제로 유서를 쓰고 관 크기 안에 들어가서 한 2분 있는 거예요. '네 생명은 소중해.' 백 마디 말을 하는 것보다 관속에 들어갔다 나와서 '죽을래?' 했을 때 죽겠다는 애들이 있을까요? …" (서울 전문가 C)

"성교육 들어가면 성교육 확 했다가, 한 1-2년 지나면 소원해지고 또 딴 거 확 했다가, 요즘은 학교 폭력 하니까 그 쪽으로 포커스가 가고, 이게 지속성, 교육이라는 부분은 사실 지속되는 부분이 있어야 하는데, 그게 아니라 교육청도 자꾸 어떻게 보면 그런 이슈식으로 뭔가를 하니까, 이것도 제대로 안 되고"(부산 전문가 B)

자살도측정검사와 같은 검사지가 정교하지 못하여, 자살 위험이 높은 청소년들은 배제되거나 위험도가 낮은 청소년이 상담을 받게 되는 문제가 발생하고 있다는 지적도 있었다. 이를 위하여 선별력이 높은 검사지 개발이 필요하다는 의견이 많았다. 한편, 고위험 청소년들의 경우 병원에서 치료를 해야 하지만 검사비나 치료비, 약값 등이 비싸고, 일부 저소득층에게만 지원되어 제대로 치료를 받지 못하는 문제가 있었다. 이를 위해 검사 및 치료 비용 지원체계를 개선할 필요가 있다는 주장이 제기되었다.

"사실 검사지 자체의 문제도 많이 심각해요. 아이들이 진짜 걸러져야 될 문제는 하나도 안 걸러지고 자기 성찰능력이 뛰어난 애들만 걸러져요. … 정말로 걸러져야 될 애들을 걸러낼 수 있는 검사지로 바꿔야 되고." (서울 전문가 B)

"자살도측정검사. 이제 자살 그거로 온 애를 만나봤을 때는 정말로 자살 충동이 있는 친구들도 있었지만, '그냥 아무 생각 없이 해가지고 그 수치가 높게 나와서 온 친구가 있었어요. 그래서 그게 만나보면 정말 괜찮은 아이인데, … 이걸 좀 잘해야 될 것 같다는 생각도 많이 들었어요." (서울 전문가 G)

"우울감이 얼마나 깊으냐, 네가 자살에 대해서 얼마나 생각을 깊이 하고 있느냐라는 도구를 써서 객관적인 검별도를 높이려고 노력을 하고 있고, 조금 더 문항수가 높은 심리 검사도구로 신뢰도를 높이려고 노력하고 있습니다." (대구 전문가 J)

"아이들 의료보험이 1종, 2종이면 의료비가 차상위면 지원이 되는데, 애매한 경계에 있는 분들이 있어요. … 아이가 정말 심각해도 사실 검사비라든지, 매번 들어갈 약값이라든지 너무 만만치 않다 보니까 아예 포기하고." (부산 전문가 G)

"아이들을 신경정신과에 보내야 해서 우리가 치료비를 지원해야 하는데 기관마다 거의 30만원에서 50만원 한도, 좀 많은 데는 80~90만원, 100여만원 정도 됩니다. 학생이 병원에 왔다 갔다 하다가 치료비가 떨어졌어요. 우린 지원할 수 없는 거죠. '미안해서 어떻게 해. 선생님이 어떻게든 알아볼게.' …" (광주 전문가 C)

자살 위험이 있는 청소년들의 경우 주변 친구들이 가장 먼저 이를 감지하는 편이다. 그래서 자살 위험 친구를 어떻게 대처해야 하는지, 상담 기관과 연계를 하는지를 가르쳐 주어 예방을 하는 게이트 키퍼 양성 방법이 필요하다는 의견이 많았다. 또한 청소년들의 자살 위험을 감지하고 대처해야 하는 교사들 역시 정확한 판단을 못 내리거나 관련 기관과의 접촉 방법을 모르는 경우가 많기 때문에, 교사들을 교육을 통해 게이트 키퍼로 양성하는 방법도 강구될 수 있다. 이를 위해 신규 임용 전, 자살 관련 연수 프로그램을 운영하는 방법이 있다고 지적하였다.

"학교마다 자살예방 교육을 듣는다고 하는데 무슨 강의를 듣는지 모르겠고 구체적인 방법을 가르쳐줘야 합니다. 이렇게 힘들면 어떻게 다루어야하는지 교육이 되어있어야죠. 게이트 키퍼방법인데, 자살예방지킴이라고 하는데, 우리도 지금 교육을 받고 있고 하고 있는데, 학교에 제안을 하자면 대대적으로 해야 한다고 생각합니다." (대구 전문가 C)

"(소수의 학생들의 집중 교육으로) 게이트키퍼 방식으로라도 조금씩 퍼져야, 걔네들이 아까 선생님 말씀하신 것처럼 꾸준히 돼야 하는 이유가 요런 인원들을 모아서, 게이트키퍼 방식으로 점점 더 나가야 하는데, … 제일 효과적인데" (부산 전문가 G)

"게이트키퍼를 많이 양성하는 거. 그렇게 또래 상담가 한명만 있어도 아이들이 어려운 문제를 발견할 수 있잖아요. 그런 역할을 해주는 거죠, 게이트키퍼들이." (서울 전문가 E)

"(게이트 키퍼가 관찰로) 유입되는 케이스들이 사례관리 유지율이 높고, 훨씬 더 비용대비 효과적이라는 연구보고서도 많아요. 그래서 교사 연수 프로그램들은 잘, 교육부에서 새내기 교사들 … 입문하실 때부터 연수 프로그램들을 운영하는 게 …" (서울 전문가 E)

"(아이들의 상태를 확인할 수 있는) 문화가 만들어지고 예방교육하는데 전문가 인력을 굳이 안 하더라도 게이트키퍼 선생님들이 충분히 하실 수 있을 거거든요. 이런 스크리닝 하는 것들을 잘 활용한다면 좋지 않을까 생각이 들어요." (서울 전문가 I)

자살 시도자를 목격하거나, 우울증을 앓는 등 잠재적 위험이 있는 청소년들이 있을 때, 전문 상담 기관과 연계를 하거나 치료를 받도록 조치하는 방법을 모르는 경우가 많다고 지적하였다. 따라서 상담 기관들과의 접촉면을 넓히기 위해 홍보 활동이 필요하며, 이를 위한 지원도 필요하다는 의견도 있었다.

지금까지 초점집단면접을 통해 실제 자살예방 사업을 수행 중인 관련 전문가들의 다양한 의견들을 구체적으로 살펴보았다. 전문가들의 의견을 종합해 보면, 자살 문제의 심각성과 중요성에도 불구하고 자살예방 사업에 대한 예산 투자나 인력 확보가 부족한 실정이며 사업 특성상 관련 부처 간의 연계·협력이 매우 중요함에도 불구하고 책임소재문제와 공과에 대한 부처이기주의로 인해 협력체계가 제대로 이루어지고 있지 않고 있음을 알 수 있었다. 동시에 언론보도의 문제점과 위험한 청소년들을 선별하는 검사도구의 부실, 형식적으로 진행되는 자살예방교육의 문제, 고위험군에 대한 치료비 지원 등에 있어 사각지대가 존재한다는 점 등 이번 면접조사에서 다양한 문제점을 확인할 수 있었다.

이러한 면접조사 결과만을 가지고 청소년 자살 예방사업에 대한 진단을 하는 것은 적절하지 않을 것이다. 비교적 비판적인 의견들이 많이 제시되었지만 현장에서 다양한 어려움에도 불구하고 반면교사로 삼을 수 있는 좋은 사례들도 존재한다. 이와 관련 다음 절에서는 지역사회 전문기관들 중 우수사례들을 소개하고 해외 사례 역시 제시해 보고자 한다.

4. 청소년 자살예방 사업 국·내외 사례[9)]

1) 국내 청소년 자살예방 사업 우수 사례

(1) 공공기관의 자살예방 사업 우수 사례

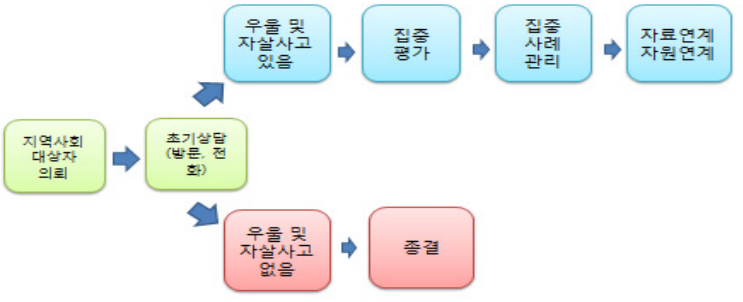
① 정신건강증진센터 : 노원구 정신건강증진센터

가. 시설 및 사업 개요

노원구 정신건강증진센터(이하 노원센터)는 서울시와 노원구 보건소, 전성일 정신과의원의 지원으로 1998년부터 지역정신보건사업을 수행해 오고 있다. 노원센터는 지역 주민들의 정신건강에 대한 이해 증진과 유년기부터 노년기에 이르기까지 각종 정신질환 및 건강증진을 위한 다양한 사업을 실시하고 있다. 노원센터는 2012년 서울시 자살예방사업 실시기관으로 지정되었고, 센터 내 자살예방팀을 구성하여 자살예방을 위해 노력하고 있다.

나. 주요 추진 사업 및 활동

노원센터는 자살예방활동을 효과적으로 운영하기 위해 다음 【그림 Ⅲ-21】과 같이 운영체계를 갖추고 있다.



* 출처: 노원구 정신건강증진센터 홈페이지(http://nowonmind.or.kr)

【그림 Ⅲ-21】 노원구 정신보건센터 운영체계

9) 이 절은 오승근 교수(명지전문대학교)가 집필하였음.

표 Ⅲ-21 노원구 건강증진센터의 자살예방 주요 사업

사업 분야	사업명
1차 예방 사업	자살위기 대응기관 실무자 간담회, 지역사회 실무자 간담회
2차 예방 사업	노인 마음건강평가, 국민기초생활 수급자 마음건강평가, 실직자 마음건강평가, 기타 대상 마음건강평가
3차 예방 사업	자살시도자 위기관리사업, 자살위기자 집중사례관리, 자살유가족 상담서비스, 정신과 전문의 상담
서울시 5개구지원 사업	자살시도자 위기관리사업, 자살 고위험군 조기발견 및 지원사업, 자살유가족 정서관리 P/G

* 출처: 노원구 정신건강증진센터 홈페이지(http://nowonmind.or.kr)

노원센터는 센터 내 업무조직으로 자살예방팀을 별도로 운영하고 있는데 자살예방조기발견팀, 자살예방초기관리팀, 자살예방사후관리팀 등 3팀 11명(정신보건사회복지사 7명, 간호사 3명, 정신보건간호사 1명, 사회복지사 1명)으로 일련의 자살예방을 위한 전 과정에 걸쳐 자살예방 사업을 위한 조직적인 체계를 갖추고 있다.

노원센터에서 추진하고 있는 자살예방을 위한 사업은 다음의 <표 Ⅲ-21>과 같다. 노원센터에서는 1차, 2차, 3차에 이르기까지 일련의 자살예방 사업을 체계적으로 수행하고 있다. 먼저 1차 자살예방(prevention)은 자살행동을 일으키지 않도록 사전에 예방하는 것으로 자살위기 대응기관이나 지역사회 관련기관 실무자 간담회를 통해 사례와 역할에 대해 긴밀히 협의한다. 둘째, 2차 자살예방(intervention)은 자살위험이 있는 대상자에게 개입하여 위험을 낮추는 개입을 말한다. 2차 예방 사업으로 노인, 저소득층, 실직자, 기타 자살위험군에 대한 위험 요인과 상태를 확인한다. 셋째, 3차 자살예방(post-vention)은 자살시도 또는 자살유가족 등을 대상으로 자살이후 위험성을 낮추기 위한 사후접근을 의미한다. 기타 서울시 5개구 지원사업으로 자살시도자 위기관리, 자살 고위험군 조기발견과 지원, 자살유가족 정서관리 사업을 실행하고 있다.

다. 청소년 자살예방 사업 및 프로그램 우수 사례[10)]

노원센터에서 실시하는 청소년 자살예방과 관련하여 우수한 사례를 보면 청소년의 마음건강평가를 들 수 있다. 청소년 마음건강평가는 노원구 내 청소년 우울증 정도를 분석하여 자살위험군을

10) 노원구·노원정신보건센터(2012). 「2011 노원구 생명존중 문화조성 및 자살예방사업 성과보고서」 내용을 요약 정리함.

조기발견하고, 고위험군에 대한 조기대응 및 위기개입 시스템을 갖추는 등 자살예방 고위험군의 특성에 따른 자살예방 대책을 마련하기 위한 목적으로 실시된 것이다.

청소년 마음건강평가는 노원 지역 중, 고등학교에 재학 중인 남자 3,987명과 여자 4,153명 총 8,140명을 대상으로 2011. 11. 7~2011. 12. 2일까지 실시했다. 조사 내용으로 인구사회학적 특성, 우울, 자살시도와 충동, 학교 따돌림, 학생 정서행동발달 선별검사 내용에 대해 알아보았다. 청소년 마음건강평가 결과는 과반수 이상(58%)이 우울 상태로 파악되었고, 따돌림 가능성이 있는 청소년이 조사대상 중 18.3%로 나타났다. 가족구성 형태에 따른 자살위험성에서도 청소년 가장이나 한부모 가정 청소년 등의 주의군 비율이 높게 나타나 그들에 대한 관심이 요청되었다.

이와 같이 체계적인 조사 결과를 토대로 청소년 자살위험군에 대한 스크리닝, 조기개입과 예방을 위한 생명존중 및 자살예방교육을 실시하면서 청소년 자살예방 사업을 체계적으로 실시하고 있다.

힐링학교 연수 신청을 받아서 교사, 학부모, 학생 대상으로 정신건강 이해, 자살예방을 위한 생명존중교육을 실시하고, 자존감 향상과 분노조절, 사회성증진훈련 프로그램을 선택식으로 운영하고 있다. 더불어 힐링학교 상담추천을 받아서 정서행동발달의 어려움을 갖고 있는 청소년을 추천받아 자살위험성을 파악하는 등의 개입 활동을 하고 있다.

라. 사업 실적 및 효과

노원구에서는 자살사망률을 2014년 인구 10만 명당 15.0명으로 낮춘다는 목표를 갖고서 다양한 자살예방 실천 방안을 실행해 왔다. 전국 최초로 지자체에서 생명존중문화 조성 및 자살예방 조례를 제정(2010. 12)하고, 자살예방 전담팀을 설치하여 자살예방을 위한 사업에 힘을 기울였다. 또한 민관협력체계 구축 차원에서 관련 기관 경찰서, 소방서, 응급병원, 교육청 등 11개소와 MOU를 맺으면서 마음건강평가를 실시하는 등의 정보공유 노력을 했다. 또한 지역사회 생명문화 조성을 위한 자살예방교육을 60회에 걸쳐 실시하였고, 온라인 등을 통해 홍보 활동 및 캠페인 활동을 벌였다(노원구, 2012).

그 결과 노원구는 2011년 인구 10만 명당 자살자가 128명으로 줄었고, 자살상담 건수도 전년에 비해 40배가 증가하는 등 자살예방을 위한 노력과 지역사회의 관심이 증가하는 등 가시적인 결과를 맺기 시작했다. 이러한 노력의 결과를 높이 평가받아서 노원구는 2013년 생명존중 및 자살예방조례 복지행정 대상을 수상하였다(아시아경제, 2013. 11. 13.).

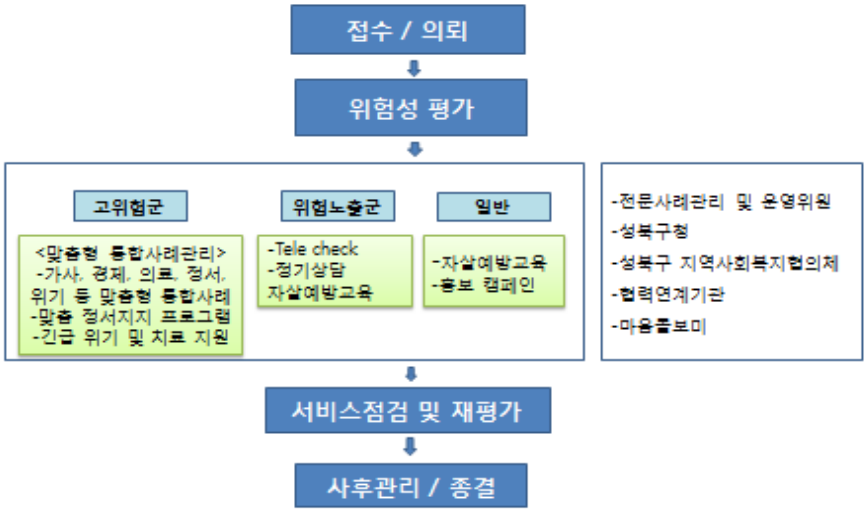
② 자살예방센터: 성북구자살예방센터

가. 시설 및 사업 개요

성북구자살예방센터는 2010년 2월 성북구 노인자살예방센터로 개소하여 2011년 1월 성북구 자살예방센터로 개칭하여 서울생명의전화에서 위탁운영하고 있다. 전국적으로 다른 기관들이 정신보건 모델을 기반으로 하고 있지만 성북구자살예방센터는 보건·복지 통합 모델을 표방하면서 지역주민이 행복하고 건강한 지역사회가 되도록 생명사랑과 자살예방을 위해 힘쓰고 있다.

나. 주요 추진 사업 및 활동

성북구자살예방센터는 자살예방활동을 효과적으로 운영하기 위해 다음【그림 Ⅲ-22】와 같이 운영체계를 갖추고 있다. 성북구자살예방센터에서는 자살 사례에 대해 초기 접수를 받고 해당사례에 의거하여 필요 시 외부 관련기관에 의뢰하며 위험성 평가 단계에서 일반, 위험노출, 고위험군으로 나누어 각각 예방교육 및 상담, 각종 지원서비스를 제공하고 있다. 특히 마음돌보미를 양성하여 지역 소외계층 및 대상을 중심으로 마음 돌봄 서비스를 제공하고 있다.



* 출처: 성북구 자살예방센터 홈페이지(http://salja.or.kr)

【그림 Ⅲ-22】성북구자살예방센터 운영체계

표 Ⅲ-22 성북구자살예방센터의 주요 사업 및 활동

사업 분야	사업 내용
자살위험군 선별 검사, 조사연구	– 관내 자살위험군 접수, 초기상담 의뢰 – 직접적, 간접적 경로에 의해 접수된 지역주민을 대상으로 자살위험군 선별 작업 – 성북구 주민들의 자살생각 분석 및 모니터링
통합사례관리 및 상담	– 자살위험 대상자에 대한 경제적, 정서적, 가사, 의료, 긴급지원 등 통합 서비스 제공 – 전문적 개입을 위한 솔루션팀(사례자문단, 연계기관) 운영 – 자살시도 생존자, 유가족 사후 관리
Hot-line	– 24시간 응급전화상담 진행 – 자살고위험군에게 정기적인 전화안부 서비스, 상담 – 자살유가족 상담 – 네트워크를 활용한 긴급출동
마음돌봄 프로젝트	– 안부전화(주1회 이상) 및 가정방문(월 1회 이상) – 마음돌보미 교육, 정기모임, 간담회, 정보교류
생명사랑교육	– 관내 또는 방문 순회교육을 통해 지역주민대상 자살예방교육(사회복지 종사자, 지역주민, 통반장, 소방대원 등)
홍보 및 캠페인	– 자살에 대한 편견 제거, 조기발견 위한 캠페인 실시(노란 리본)
자살예방 네트워크	– 전문사례관리, 직간접 자살예방을 위해 민관 네트워크 구축

* 출처: 성북구자살예방센터 홈페이지(http://salja.or.kr)

위의 <표 Ⅲ-22>에서 보는 바와 같이, 성북구자살예방센터에서는 자살위험군 선별검사 및 조사, 통합사례관리 및 상담 서비스 제공, 24시간 응급 전화 상담과 고위험군 상담, 유가족 지원 서비스를 제공한다. 또한 독거노인 등과 같이 소외대상을 돕기 위한 마음돌보미를 양성하여 예방사업을 하며, 직접적으로 자살예방교육을 지역주민을 대상으로 실시하면서 홍보 및 캠페인 등을 실시하고 있다. 이러한 사업을 효과적으로 추진하기 위해서 지역사회 유관단체들과 네트워크를 구축하여 활발히 자살예방 사업을 추진하고 있다.

다. 청소년 자살예방 사업 및 프로그램 우수 사례

성북구자살예방센터에서는 자살에 대한 편견을 제거하고 유가족을 돕기 위한 활동의 일환으로 성신여대를 비롯하여 관내 대학 교정과 지역사회 거리 캠페인, 노란리본 달기 프로젝트를 실시하고 있다. 특히, 노란리본은 국제적으로 자살예방과 자살자 유가족을 상징하는 의미이다. 성북구에서는 2012년 3월부터 지역 자살 예방에 대한 염원과 생명존중 문화정착을 위해 【그림 Ⅲ-23】 과 같이 노란리본을 관내 행사에 착용하는 캠페인을 벌이고 있다.

* 출처: 성북구자살예방센터 홈페이지(http://salja.or.kr)

【그림 Ⅲ-23】 노란 리본 프로젝트

성북구자살예방센터에서는 지역주민이 마음돌보미가 되어 지역 내 취약계층 우울·자살 고위험 어르신과 연계하여 가정방문 및 전화상담 등 마음돌봄 서비스를 제공하고 있다. 마음돌봄 활동에 관내 고등학교와 대학생이 직접 마음돌보미로 참여하면서 1세대, 3세대 간의 세대 차이를 극복하고, 상호 이해하는 소중한 시간을 갖고 있다. 현재 청소년들이 시간적인 여건 때문에 마음돌보미로 참여하는 수는 적지만 청소년을 포함한 가족 단위 마음돌보미로 참여하겠다는 요청이 증가하고 있다. 마음돌봄 활동은 성북지역의 자살예방 효과 뿐 아니라 지역사회 변화에 크게 기여하고 있다.

라. 사업 실적 및 효과

성북구자살예방센터에서 추진한 사업을 통해서 자살예방의 효과가 나타났다. 2010년도 자살사망률은 인구 10만 명당 30.1명으로 서울시 25개 자치구에서 5위로 높았지만 2012년 통계청 발표(2013. 9. 25)에서 성북구는 총 105명 자살, 인구 10만 명 당 자살자 수는 22.1명으로 서울시 평균 23.8명보다 낮아졌다. 이러한 결과는 지역사회를 기반으로 마음돌봄 프로젝트 운영, 지역리더 대상 게이트키퍼 교육, 노란리본 캠페인 전개, 청소년 생명존중교육 등을 실시한 결과라고 판단된다. 그러나 단기간의 자살률이 낮아졌다는 결과만으로 자살예방 사업의 효과를 판단하기는 이르기 때문에 지역사회에 체계적인 자살예방 안전망을 유지하면서 자살률 추이를 확인할 필요가 있다.

③ Wee 센터 : 대전광역시 교육청 Wee 센터[11)]

가. 시설 및 사업 개요

대전광역시 교육청 Wee 센터(이하 대전 Wee센터)는 학생들의 즐거운 학교생활에 도움을 주기 위해 교육부가 설립하고 교육청이 운영하는 학생상담센터이다. 대전 Wee센터는 본청 학생생활안전과에서 직접 운영하는 센터로서 학교생활에 어려움이나 위기를 겪고 있는 학생들에게 진단-상담-치료를 원스톱(One-Stop)으로 제공한다. 또한 전문상담교사, 임상심리사, 전문상담사, 사회복지사가 한 팀을 이루어 심리평가, 상담, 지역사회연계망을 이용해 학생들에게 통합적으로 서비스를 지원한다. 특히, 대전광역시 교육청 Wee센터에서는 자살위험에 놓여있는 학생들을 상담연계하고 효과적으로 지도하기 위해서 노력하고 있다.

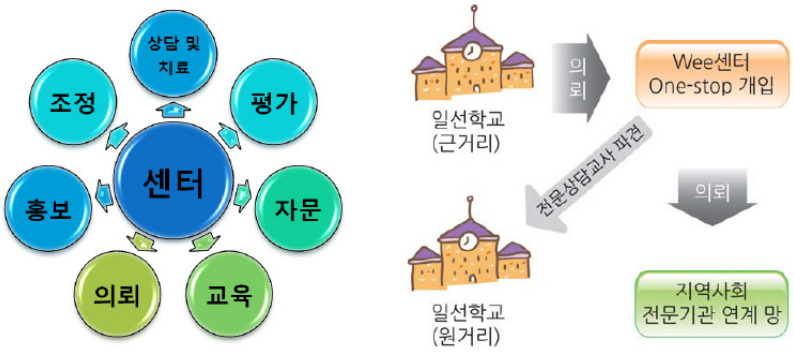
나. 주요 추진 사업 및 활동

대전 Wee 센터의 사업 추진 체계는 다음의 【그림 Ⅲ-24】 와 같다. 대전 Wee 센터에서는 일선학교에서 의뢰해온 사례에 대해 원스톱으로 개입하여 처리한다. 원거리학교의 경우에는 전문상담교사를 파견하고, 보다 심층적이고 면밀한 대처가 필요한 경우 지역사회 전문기관 연계망에 의뢰된 사례를 재의뢰한다. 주요 추진 사업 영역은 각종 교육, 자문 및 평가, 상담 및 치료, 조정, 의뢰, 홍보 등 다양하다.

대전 Wee센터에서 추진하는 주요 사업 및 활동은 다음의 <표 Ⅲ-23>과 같다. 첫 번째 분야는 자살예방 프로그램 운영이다. 자살행동이 발생되기 이전에 막기 위한 활동으로 찾아가는 학교상담(생명존중 및 자살예방 교육 실시), 위기 청소년에게 드림 멘토링 결연, 자살위기 SOS 지원단 운영, 자살고위험군 학생 담당자 상담역량강화 직무연수 등을 실시한다.

두 번째 분야는 학생자살 사후관리 프로그램 운영이다. 학생, 학부모, 교직원을 대상으로 자살위기 상담 및 자살사건 방생 후 상담 및 교육을 실시한다. 또한 의료기관 4곳, 심리기관 6곳과 연계하여 고위험군 자살 심리치료를 하고, 자살학생이 포함된 해당학교 및 관련학생에게 특별상담실 운영 및 심층평가 상담 및 관리하는 등의 활동을 진행한다.

11) 대전광역시 교육청 Wee센터 홈페이지(http://www.dje.go.kr) 참조



* 출처: 대전광역시 교육청 Wee 센터. 2011 대전광역시 교육청 Wee 운영보고서. 2011. p.7.

【그림 Ⅲ-24】대전광역시 교육청 Wee 센터의 사업 추진 체계

표 Ⅲ-23 대전 Wee센터의 주요 추진 사업 및 활동

사업 분야	사업 내용
자살예방 프로그램 운영	– 찾아가는 학교상담(생명존중 및 자살예방 교육 실시) – 위기에 처해있는 드림 & 드림 멘토링 결연 – 자살위기 SOS 지원단 운영 – 자살고위험군 학생 담당자 상담역량강화 직무연수
학생자살 사후관리 프로그램 운영	– 학생, 학부모, 교직원 대상 학생자살 위기상담(사후 관리) – 전문심리 치료기관 연계 – 특별상담실 운영 – 심층평가 상담 및 관리 – 학생 생활지도 교육

* 출처: 대전광역시 교육청 Wee 센터. 2011 대전광역시 교육청 Wee 운영보고서. 2011.

다. 청소년 자살예방 사업 및 프로그램 우수 사례

대전 Wee센터에서 우수한 사례는 자살 사건 발생 후 지역사회 자살예방 관련 기관들과 긴밀히 협력하여 체계적인 대응을 통해 사후 자살예방(post-vention)을 적극적으로 시도한 점이다. 대전 Wee센터의 사후 자살예방을 위한 대상별 프로그램 내용을 살펴보면, 다음의 <표 Ⅲ-24>와 같다.

첫째, 학생 대상 상담 및 교육이다. 위기 학급을 대상으로 개인상담 및 심리평가를 실시하고, 출장 상담이나 전문상담 및 치교기관에 의뢰한다. 또한 대전생명의전화와 협력하여 자살사건이

발생한 학급을 대상으로 사후 개입 차원에서 교육을 실시하고, 심리상담이 요청되는 학생들을 선별하여 집단상담을 실시한다.

둘째, 학부모 대상 상담과 교육이다. 학부모에게 상담 및 심리검사를 실시하고, 전문치료기관에 연계한다. 또한 학생 및 학부모의 불안감을 없애 주는 동시에 위기상황에서 자녀이해와 지도방법을 교육한다.

셋째, 교직원 대상 상담과 교육이다. 해당 담임교사가 갖고 있는 트라우마를 해결하기 위한 상담 지원을 실시하고, 필요한 교직원들에게 상담을 진행한다. 또한 멘토교사 양성을 위해 교육을 실시하고, 사후개입 안내 및 교육을 진행한다.

표 Ⅲ-24 대전 Wee센터의 사후 자살예방을 위한 대상별 프로그램 내용

대상	유형	내 용
학생	상담	– 위기 학급을 우선 대상으로 개인상담 및 심리평가 실시 – 출장 상담 및 Wee센터 내방 상담 – 내방상담이 어려울 경우, 전문상담 및 치료기관 연계 및 의뢰
	교육	– 학급 대상 사후 개입교육 실시(대전 생명의 전화 협력) – 관련 학생 집단상담 실시(청소년상담복지센터 협력)
학부모	상담	– 학부모가 심리·정서적 상담을 원할 경우 상담 및 심리검사 실시 – Wee센터 및 청소년상담복지센터 협력하여 진행 – 내방상담이 어려울 경우, Wee센터 전문치료기관 연계 및 의뢰
	교육	– 학생 및 학부모의 불안감 및 두려움을 해소시키고, 효과적인 자녀지도를 위한 대화방법 및 자녀이해 교육 실시 – 위기 상황에서 청소년 심리이해 및 부모 자녀지도 방법 교육
교직원	상담	– 담임교사 상담 지원(대전 전문상담교사 협력) – 교직원 요청 시 상담 지원(청소년 상담지원센터 협력)
	교육	– 관리학생 1:1일 멘토 교사 교육 실시(학부모 교육 시 함께 교육) – 자살 위기 관련 교사 사후개입 안내 및 교육(전문상담교사 협력)

* 출처: 대전광역시 교육청 Wee 센터. 2011 대전광역시 교육청 Wee 운영보고서. 2011.

라. 사업 실적 및 효과

대전 Wee센터에서는 2013년 관내 28개 학교, 115학급 총 4,302명에게 생명존중교육을 실시하였다. 특별히, 관내 자살사건 발생 후 신속한 대응체계 마련을 위해 청소년상담복지센터, 대전생명의전화, 전문상담교사 등 관련기관과의 협력체계를 마련하였다. 예컨대, 학교에서 자살고위험 학생을

발굴하고 예방하기 위해서 2013년 2회에 걸쳐 전문상담교사 158명을 양성하였다. 또한 자살위기 SOS지원단을 가동하여 위기학생 9명에게 총 45회에 걸쳐 방문상담 및 외부 전문기관에 연계하였다. 학교폭력 피해와 기타 위기로 인해 자살위험성이 높은 청소년 21명을 심리학 학부 또는 대학생과 멘토-멘티로 1:1를 연결하는 드림&Dream 멘토링 프로그램을 운영하였다. 이러한 사업 운영으로 대전 Wee센터는 교과부가 주최하고 한국교육개발원이 주관한 제2회 Wee 희망대상에서 기관부문 대상을 수상하였다.

④ 청소년수련시설 내 자살예방센터 : 보라매청소년수련관 생명사랑센터

가. 시설 및 사업 개요

보라매청소년수련관 생명사랑센터(이하 생명사랑센터)는 2012년 2월 서울시로부터 특성화사업으로 인가받아 전국에서 최초로 청소년 수련시설 내 자살예방센터로 개소하였다. 국내 청소년 자살의 실태가 심각해지고 있는 상태에서 청소년수련시설에서도 국가차원의 자살예방 사업에 일조하고, 서울시 사회안전망을 확충한다는 차원에서 추진된 것이다. 특히, 청소년 수련활동 시설 내에 위치한 자살예방센터로서 거점을 확보함으로써 이후 다른 자살예방센터 운영모델과 차별화되고, 청소년 수련시설 내 자살예방 모델로 확대할 수 있다는 점에서 생명사랑센터는 큰 의미를 갖고 있다. 주요 사업은 각종 개인상담, 심리치료, 전화 및 사이버 상담 등을 실시하고, 다양한 활동을 통해 청소년 자살예방을 위한 노력을 기울이고 있다.

나. 주요 추진 사업 및 활동

생명사랑센터에서 추진하는 주요 사업 및 활동은 다음의 <표 Ⅲ-25>와 같다. 생명사랑센터에서는 4개 분야에 걸쳐 다양한 자살예방 사업 및 활동을 전개하고 있다. 첫째, 예방교육 사업으로는 청소년과 학부모 대상으로 실시하는 찾아가는 자살예방특강, 생명사랑 지도자 양성 및 멘토교육, 찾아가는 공연이나 인형극 등이 있다. 둘째, 자살예방 및 생명존중과 관련된 각종 활동 프로그램이 있다. 셋째, 연구 사업으로 청소년 자살예방 프로그램 공모전, 상담사례 지도 등이 있다. 넷째, 위기개입 사업으로 청소년과 학부모 대상 상담, 놀이와 미술 치료, 전화 및 사이버 상담 등이 있다. 다섯째, 홍보 사업으로 생명사랑 페스티벌, 자살예방 공모전, 생명사랑 알리미와 생명사랑센터 홍보관 운영 등이 있다.

다. 청소년 자살예방 사업 및 프로그램 우수 사례[12)]

표 Ⅲ-25 생명사랑센터의 주요 사업 및 활동

사업 분야	사업 내용
예방교육 사업	– 찾아가는 자살예방특강(청소년 및 학부모 대상) – 생명사랑 지도자 양성교육 – 생명사랑 멘토 교육 – 생명사랑활동 – 생명사랑수호천사 상담자 교육 – 생명존중 인형극
참여기획 사업	– 생명쑥쑥 사랑팡팡 – 자살예방활동가 자.타.공.인 – 생명사랑Talk!Play! – 생명사랑 알리미 – 언론인재능나눔기부단 '보물섬FAM' – 토요활동가Saturday Knights – 청소년뮤지컬 '다청다감' – 놀토엑스포 – 생명사랑 힐링하우스
연구 사업	– 자문위원단 회의 – 청소년 자살예방 프로그램 공모전 – 상담사례지도 – 지역사회 네트워크 MOU 체결
위기개입 사업	– 개인 심리검사 및 상담(청소년 및 학부모) – 각종 심리 치료(놀이치료, 미술치료, 모래놀이 등) – 전화상담, 사이버상담
홍보 사업	– 생명사랑 페스티벌 – 청소년 자살예방 공모전 – 생명사랑 알리미 – 생명사랑센터 홍보관

* 출처: 보라매청소년수련관 생명사랑센터. 2013 생명사항센터 사업보고 내부 자료. 2013.

2013년 생명사랑센터에서 기획·운영한 사업은 다음의 <표 Ⅲ-26>과 같다. 가족 대상 축제형태의 '생명쑥쑥 사랑팡팡', 청소년 내면탐색을 통한 자살예방 프로그램 '생명사랑 Talk! Play!', 청소년 인식개선을 위한 '생명사랑 Go! Go!'프로그램 등을 개최하였다.

12) 보라매청소년수련관 생명사랑센터(2013). 2013 생명사랑센터 사업보고 내부 자료 요약

표 Ⅲ-26 2013년 프로그램 참여 기획 사업 현황

프로그램명	내용	장소 및 기간
생명쑥쑥 사랑팡팡	생명의 소중함을 알기위한 다양한 체험활동을 접하는 가족축제	보라매공원 2013년 5월 5일
생명사랑 Talk! Play!	청소년들의 내면탐색, 다양한 자살예방활동	보라매공원 보라매청소년수련관 2013년 3월~11월
생명사랑 Go! Go!	찾아가는 청소년 자살예방 인식개선활동	서울시 전역 2013년 3월~11월
생명사랑 힐링하우스	가족대상의 생명사랑 체험부스 활동	잠실실내체육관 한강공원 2013년 10월 12일
2013 서울청소년축제	체험부스활동, 동아리경진대회, 벼룩시장, 먹거리장터	서울광장 2013년 11월 2일

* 출처: 보라매청소년수련관 생명사랑센터. 2013 생명사랑센터 사업보고 내부 자료. 2013.

표 Ⅲ-27 2013년 각종 공모사업 선정 자살예방 프로그램 운영

프로그램명	공모기관	내용
사랑의 교실	서울지방경찰청	소중한 나의 모습을 돌아보고 나의 꿈을 키울 수 있는 집단프로그램
삶의 기술학교	동작교육지원청	자신의 성격, 가치관, 흥미 등을 탐색함으로써 자신을 이해
C.G.V의 A+사이버세상만들기	한국정보화진흥원	사이버폭력근절을 통한 건전정보문화 조성
오감톡톡! 힐링캠프	한국자살예방협회	오감체험을 통한 자기감정 알기
Listen to my Heart	청소년단체협의회	멘토링 자살예방캠프

* 출처: 보라매청소년수련관 생명사랑센터. 2013 생명사랑센터 사업보고 내부 자료. 2013.

생명사랑센터에서 2013년도 외부 공모사업에 선정되어 운영한 프로그램도 다수 있다. 예컨대, '사랑의 교실'(서울지방경찰청), '삶의 기술학교'(동작교육지원청), 'C.G.V의 A+사이버세상만들기'(한국정보화진흥원), '오감톡톡! 힐링캠프'(한국자살예방협회), 'Listen to my Heart'(청소년단체협의회)가 있다. 생명존중 및 자살예방과 관련하여 내부 동아리도 'Saturday Knight', '자.타.공.인', '생명사랑 알리미','다.청,다.감' 총 4개가 운영되고 있다.

표 Ⅲ-28 생명존중 및 자살예방 관련 동아리 현황

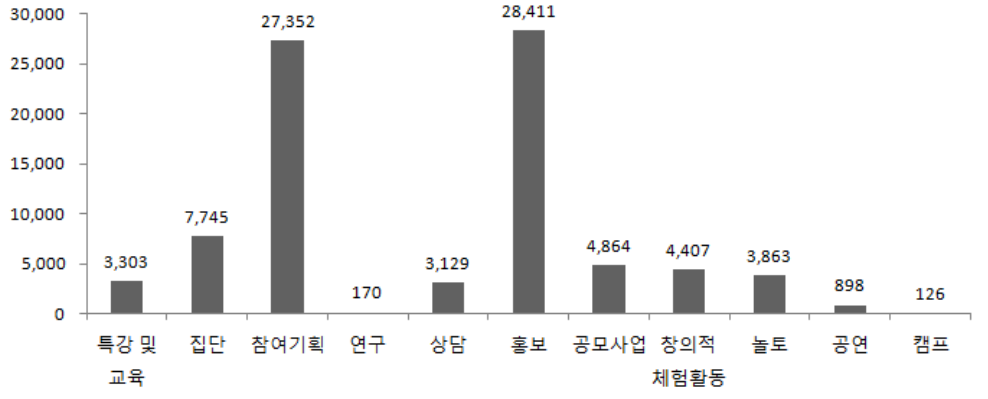
프로그램명	내 용
Saturday Knights	청소년 자살예방 토요프로그램 진행 및 활동지원
자.타.공.인	청소년자살예방활동가
생명사랑 알리미	청소년자살의 인식개선을 위한 자원봉사단
다.청.다.감	청소년자살예방 뮤지컬 기획 및 연출

* 출처: 보라매청소년수련관 생명사랑센터. 2013 생명사항센터 사업보고 내부 자료. 2013.

라. 사업 실적 및 효과

생명사랑센터의 운영은 그렇게 오래되지는 않았지만 보라매청소년수련관의 지역사회 인지도와 기존 사업 노하우를 활용하여 2012년 기준 45개 관련 기관들과 MOU를 맺었고, 35건의 언론홍보 활동을 수행하였다. 2013년도의 사업 운영 실적(2013년 10월 기준)을 살펴보면, 생명사랑 및 자살예방 홍보(28,411명), 각종 자살예방 프로그램(27,352명), 집단 프로그램(7,745명) 등 총 36개 프로그램에 84,268명이 참가하였다.

(단위: 명)



* 출처: 보라매청소년수련관 생명사랑센터. 2013 생명사랑센터 사업보고 내부 자료. 2013.

【그림 Ⅲ-25】 생명사랑센터 사업 실적(2013. 10. 기준)

(2) 민간기관의 청소년 자살예방 사업 우수 사례

① 한국생명의전화

가. 시설 및 사업 개요

한국생명의전화는 국제적인 조직으로 한국에서는 1976년 9월 1일 '도움은 전화처럼 가까운 곳에'라는 표어를 걸고 한국기독교회회관에서 시작되었고, 위기와 갈등으로 인한 자살 예방을 위해 전화상담을 비롯하여 다양한 활동을 실천하고 있다. 한국생명의전화의 비전과 사명은 "한 사람의 생명이 천하보다도 귀하다"라는 기독교정신에 기반하여 훈련받은 자원봉사자로 지역사회에서 필요한 곳에 봉사함으로써 생명사랑의 사회를 이루는 것이다.

IMF 외환위기 이후 자살률이 급증함에 따라 한국생명의전화도 위기자살 상담에 초점을 두면서 자살예방 전문가 양성, 청소년 자살예방 프로그램 개발 및 보급, 생명사랑 밤길걷기 등 다양한 자살예방 활동을 실시했다.

나. 주요 추진 사업 및 활동

한국생명의전화에서 추진하는 주요 사업 및 활동은 다음의 <표 Ⅲ-29>와 같다.

표 Ⅲ-29 생명의전화의 주요 사업 및 활동

사업 분야	사업 내용
위기자살 상담	– 생명의다리(마포대교) 전화 부스와 Hot-line으로 연결하여 위기자살 상담 및 자살예방 활동 – 자살위기 전화 상담 및 사이버 상담(필요시 방문 상담)
지도자 양성 및 세미나	– AIR 자살위기상담 기초, 심화 과정 – 자살예방 세미나 및 상담포럼
자살예방 프로그램 개발 및 보급	– 청소년 생명존중 프로그램 "내 생명 소중하게 가꾸기" (중등용, 초등용)
연구 및 출판	– 자살예방을 위한 기초 연구 수행 – 전화상담 및 자살예방 관련 출판 사업
홍보 및 캠페인	– 생명사랑 밤길걷기 행사 – 가족사랑 캠프 FOR

* 출처: 한국생명의전화 홈페이지(http://www.lifeline.or.kr)

한국생명의전화에서는 5개 분야에 걸쳐 자살예방 관련 사업 및 활동을 실시하고 있다. 첫째, 위기자살 상담으로 긴급전화와 사이버를 통한 상담을 실시하며, 생명보험사회공헌재단에서 후원하여 생명의 다리 사업을 전개한다. 생명의 다리 사업은 자살 사건이 많이 발생하는 마포대교에 생명사랑을 문구를 설치하고, 긴급전화선을 설치하여 Hot-line으로 연결하여 자살예방 활동을 한다. 둘째, 자살예방과 관련하여 AIR(Awareness, Intervention, Referral) 자살예방상담사 과정과 세미나, 상담 포럼 등이 있다. 셋째, 청소년 자살예방 프로그램 개발 및 보급으로 "내 생명 소중하게 가꾸기" 프로그램을 전국 학교에 보급하고 있다. 넷째, 자살예방을 위한 각종 연구사업을 진행한다. 다섯째, 자살예방 위한 홍보와 캠페인 활동으로 '생명사랑 밤길걷기' 운동, 가족사랑 캠프를 실시한다.

다. 청소년 자살예방 사업 및 프로그램 우수 사례

표 Ⅲ-30 청소년 생명존중 프로그램의 구성: "내 생명 소중하게 가꾸기" (Loving my life)

회기	제목	내 용
1	세상과의 특별한 만남	– 프로그램에 대한 소개, – 생명 탄생의 소중함
2	사랑으로 자라다	– 나는 소중하고, 힘들게 키워진 존재 – 대표적인 상황 정하고 말풍선 완성하기
3	한 번 돌아봐봐	– 영상물 보고, 생명경시 문화 찾기 – 자신의 생명존중 수준 알아보기
4	그건 아니야	– 자살에 대한 올바른 태도 갖기
5	미모사 이야기	– 자살징후 알아보기 – 생명지킴이 출동 게임
6	건강한 마음 만들기	– 감정 카드를 통해 자신의 감정 알기 – 생각과 감정을 전환하는 방법 알아보기 – 건전한 정신건강을 위한 훈련법 알아보기
7	혼자가 아니야	– 도움 구하기 방법, – 도움찾기 단계 순서 – 실제적인 도움을 받을 수 있는 곳 알아 보기
8	생명존중 서약식	– 자신이 살아가야 하는 이유에 대해 찾기 – 생명존중 서약식

* 출처: 삼성사회정신건강연구소·한국생명의전화연맹. 내 생명 소중하게 가꾸기. 2008.

한국생명의전화에서 실시하는 청소년 자살예방 사업 및 프로그램으로는 중등용 '내 생명 소중하게 가꾸기'(Loving my life)가 있다(삼성사회정신건강연구소 & 한국생명의전화연맹,

2008). 이 프로그램은 2006년 삼성 사회정신건강연구소와 공동으로 개발한 것이다. 당시 청소년 자살예방을 위한 구조화된 프로그램이 부재한 상태에서 생명존중의식 향상과 올바른 자살태도, 외부에 도움을 요청하고 도움을 제공할 수 있도록 하는데 목표를 두었다.

주요 대상은 남녀 중학생으로 총 8회기(1회 당 45분)로 구성되었고, 1-3회기는 생명존중에 대하여 4-8회기는 자살예방을 위한 자살태도와 위험요인, 위험 신호 확인과 도움 제공 등으로 편성되었다. 주요 내용은 <표 Ⅲ-30>과 같다.

AIR 훈련은 자살 위기자를 인식하고(Awareness), 개입하며(Intervention), 필요시 의뢰하는(Referral) 것을 목적으로 하는 자살관련 상담 및 예방 정보를 제공하기 위한 교육 프로그램이다. AIR 자살위기 상담교육 과정의 세부 내용은 다음의 <표 Ⅲ-31>과 같다.

표 Ⅲ-31 AIR 자살위기 상담교육 과정의 세부 내용

상담 과정	제 목	세부 내용
기초 과정	삶과 죽음의 의미이해	– 삶과 죽음의 의미, 생명존중의식과 자살예방
	자살 현상 이해하기	– 자살의 개념, 이론적 접근
	자살위험 인식하기	– 자살에 대한 오해와 진실, 경고신호 확인
	자살위험 평가하기	– 자살위험 평가 및 평가 방법
	상담관계 형성하기	– 상담자의 기본자세, 상담관련 형성 기초 기술
	자살위기 개입하기	– 자살위기 개입의 목적과 원리, 자살위기 개입
	사후예방 상담하기	– 사후예방의 개념, 유가족 반응과 대처방안
	자살위기 역할실습	– 자살 위기상담 역할과 위기상담 슈퍼비전
	도움 찾기와 의뢰하기	– 도움 찾기 훈련, 자살 위기 의뢰하기
심화 과정	의미요법과 자살예방	– 의미요법, 삶의 의미 찾는 방법
	우울증의 위기관리	– 우울증의 개념, 우울증 치료
	스트레스 관리하기	– 스트레스의 이해, 관리방법
	분노조절 관리하기	– 분노의 이해, 분노 표출방법과 관리방법
	심리검사 활용하기	– 자살위험 심리검사, 평가검사
	자살위기 사례연구	– 자살위기 사례연구, 면접 및 전화상담

* 출처: 한국생명의전화 홈페이지(http://www.lifeline.or.kr)

라. 사업 실적 및 효과

한국생명의전화에서는 생명사랑 밤길걷기 프로그램을 통해서 자살예방에 대한 사회적인 경각심을 심어주고 있다. 해마다 약 1만명 정도가 행사에 참여하여 자살예방을 위해 밤길을

걸으면서 생명의 소중함을 깨닫고, 자살예방을 위한 캠페인 활동을 벌이고 있다. 청소년 대상 자살예방 프로그램의 경우도 전국의 많은 중·고등학교에 보급되고 있으며, 프로그램의 효과성에 대한 연구도 수행되어 자살예방에 기여하고 있다. 더불어 자살위기 상담과정 운영을 통해서 자살예방전문가, 게이트키퍼 양성하여 자살예방 활동을 전개하고 있다.

2) 국외 청소년 자살예방 사업 우수 사례

(1) YSPP(Youth Suicide Prevention Program)[13)]

① 시설 및 사업 개요

YSPP는 1995년 워싱턴 대학의 간호학과에서 워싱턴 건강관리(Washington State Department of Health) 위탁으로 시작된 프로그램이며, 2000년 독자적인 비영리 법인이 되었다. YSPP는 현재 워싱턴주 지역에서 청소년 자살 예방 분야의 중요한 리더이며, 지방 및 연방정부에서 이러한 공로를 인정받고 있다. YSPP는 예방, 교육, 조직적인 활동을 통하여 워싱턴 주에 있는 청소년들의 자살행위를 감소시키는 것에 초점을 맞추면서 자살예방 프로그램 제공 및 여론을 조성하고, 숙달된 훈련, 자살과 자해 관련된 공동체를 지원하는 사업을 수행한다. 이러한 지원 사업들을 통해 YSPP는 많은 성인들과 청소년들이 자살의 위험한 징후와 그에 관한 적절한 말과 행동을 알기 원하며, 청소년 자살예방을 위한 적절한 도움을 쉽게 찾을 수 있게 함으로써 비극적인 요소들을 예방하고자 노력하고 있다.

② 주요 추진 사업 및 활동

YSPP에서 운영하는 자살예방과 관련된 주요 사업 및 활동 내용은 다음의 <표 Ⅲ-34>와 같다. 사업 내용을 보면, 지역사회 내 네트워크와 학교 교육과정 운영, ASSIST, Safe-Talk와 같은 게이트 키퍼 교육 등 다양한 예방활동을 수행하고 있다.

13) YSPP 홈페이지(http://yspp.org) 참고

표 Ⅲ-32 YSPP의 주요 사업 및 활동

사업 분야	사업 내용
YSPP 생명 네트워크	– 자살예방, 개입, 사후접근 역할을 지도하기 위해 워싱턴 주 학교와 청소년 관련 기관에 훈련 제공
학교 교육과정 훈련	– 학교급별 초·중·고 학교 수준에 적합한 최상의 실천을 중심으로 건강 교육 훈련
교육자, 부모, 지역사회를 위한 자살예방	– 우울과 자살생각을 인식하고 반응하는 것과 관련된 일련의 주제를 워싱턴 주 많은 지역에 이용 가능하도록 제시
ASSIST	– 2일 간 워크숍(14시간)으로 자살개입 모델과 구체적으로 위험에 처한 사람에 관심을 주는 방법을 배움
Safe-Talk	– 3시간 자살인식 훈련으로 초청, 개입 단계
OutLoud 훈련	– 학교 직원, 교사, 지역사회 파트너와 가족에게 1-3시간 따돌림으로부터 안전하게 돕는 방법 교육 – 직원과 교사를 위한 자살예방 교육과 개입

* 출처: YSPP 홈페이지(http://yspp.org)

③ 청소년 자살예방 사업 및 프로그램 우수 사례

표 Ⅲ-33 학교 교육과정에 반영된 자살예방 사업과 주요 내용

프로그램 명	주요 내용
파도타기 (Riding the Waves)	– 대상: 초등학교 5학년 12회기(20~40분)동안 진행. 초기단계 자살 예방에 적합함 – 주요 활동: 감정 소개하기, 우울 이해하기, 긍정하기, 복식호흡 및 상상하기, 일기쓰기, 크게 웃기, 적극적인 문제 해결하기, 적극적인 자기 이야기하기, 이완훈련, 감정에 대해 이야기하기, 비난하는 질문하지 않기, 친구 돕기, 어른에게 도움구하기
LOOK LISTEN LINK (보고, 듣고, 연결)	– 대상: 중학생(6-9학년)을 대상, 4회기(45분)로 구성 – 주요 내용: 스트레스와 불안, 스트레스와 불안을 다루는 법, 십대우울, 자살예방과 생활기술을 가르침.
H.E.L.P. (Helping Every Living Person)	– 대상: 고등학생(9-10학년)을 대상, 4회기(45분)로 구성 – 주요 내용: 스트레스와 우울, 자살 신호와 원인, 자살 개입 기술, 자살 개입 기술 훈련과 역할극

* 출처: YSPP 홈페이지(http://yspp.org)

YSPP에서는 학교 교육과정에 자살예방 교육 내용을 다음의 <표 Ⅲ-35>와 같이 실시한다. 학교급별 자살예방 교육 수준과 내용이 상이하며, 초등학생은 '파도타기'(Riding the Waves), 중학생은 '보고, 듣고, 연결하기'(LOOK LISTEN LINK), 고등학생은 H.E.L.P(Helping Every Living Person)라는 자살예방과 관련된 교육내용을 각각 적용한다.

YSPP에서는 지역사회와 연계한 프로그램을 통해 자살예방을 위한 활동을 다음의 <표 Ⅲ-34>와 같이 실시하고 있다. '교실에서 지역사회로'라는 프로그램은 자살위험이 높은 지역에서 자살위험을 낮추기 위한 자살예방 사업을 수행하는 것이며, '현장 코디네이터'는 지역사회 청소년들에게 효과적으로 지원체계를 제공함으로써 원활한 자살예방 활동을 지원하는 것이다. '또래 활동'은 동료학생들을 위하여 캠페인과 또래 예방과정을 개발·운영한다.

표 Ⅲ-34 지역사회 프로그램과 주요 내용

프로그램 명	주요 내용
교실에서 지역사회로(팀 접근)	SAMHSA로부터 지원 받아 청소년 자살예방을 위한 팀 접근 실시 – 주요 활동: 자살과 자살시도가 높은 시골 3개 지역에 자살예방 활동을 하는 것임. 주로 학교 인사, 지역사회 정신건강, 약물 중독에 관하여 접근하여 자살위험 낮춤
현장 코디네이터	청소년 자살을 예방하기 위해서 지역에서 일하기 – 주요 내용: 청소년을 위한 강력한 지역 지원체계를 구축하여 현장 코디네이터가 지역에서 자살예방 활동을 원활히 수행하도록 도움
또래 활동 (Peer to Peer)	중, 고등학생들이 YSPP 예방 자료를 사용하여 자신의 캠페인과 또래 예방 과정을 개발

* 출처: YSPP 홈페이지(http://yspp.org)

④ 사업 실적 및 효과

2012년 YSPP의 주요 사업 실적은 2,971명의 학생들에게 어려움에 놓인 친구들에게 도움을 주는 방법을 알도록 훈련시켰다. 또한 YSPP 직원들과 현장전문가들은 5개 지역사회 연맹에 프로그램을 보급하여 자살예방 활동을 확산시켰다. YSPP의 예방교육활동은 다음의 <표 Ⅲ-37>과 같다.

청소년 자살예방 사업의 효과로 Marc Bolan Consulting은 2009년 YSPP의 중학생 대상의

프로그램인 'LOOK LISTEN LINK'에 대해 연구하여 프로그램의 참석한 청소년들이 스트레스와 우울감에 관계된 지식이 증가하였고, 스트레스와 우울감에 대한 생각이 바뀌었으며, 우울감을 갖는 다른 청소년들과 편안하게 상호작용하면서 도움을 요청하는 능력이 향상되었다고 보고하였다 (Marc Bolan Consulting, 2009).

표 Ⅲ-35 2012년 YSPP 사업 실적 (단위: 횟수, 명)

교육 유형	횟수	참가자 수	지역사회 활동	횟수	참가자 수
부모 교육	31	682	연합과 과제 모임	22	201
교사 교육	44	1,664	자원 박람회	10	1,328
학생 교육	80	2,484	인식개선 활동	1	33
또래 상담 훈련	31	487	미디어 활동	180	
전문가 교육	3	69			
ASIST	10	181			

* 출처: YSPP 홈페이지(http://yspp.org)

(2) SAVE(Suicide Awareness Voices of Education)[14)]

① 단체 및 사업 개요

SAVE는 자살예방에 헌신한 비영리 단체로 자살예방 전국 위원회(the National Council for Suicide Prevention)를 공동 설립한 단체 중 한 곳이다. 이 단체의 사명은 공공적인 각성(public awareness)과 교육을 통해서 자살을 예방하고, 고통을 완화하며, 자살과 맞닿아 있는 사람들에게 자원을 제공하는 것이다. SAVE는 인쇄 광고 뿐 아니라 내부 외부미디어 즉, TV와 라디오 광고를 활용한 멀티미디어 캠페인 벌이면서 우울과 양극화 장애와 같은 뇌 질환과 자살 간의 연관성에 대해 일반 대중에게 경각심을 주고 교육한다. 그 밖에도 SAVE는 청소년, 부모, 지역사회 등을 대상으로 교육하고, 자살과 정신 질환 관련 이슈에 대해 전문적인 훈련을 제공한다.

14) SAVE 홈페이지(http://www.save.org) 참조

② 주요 추진 사업 및 활동

SAVE에서 운영하는 자살예방과 관련된 주요 사업 및 활동내용은 다음의 <표 Ⅲ-38>과 같다. SAVE에서 추진하는 주요 사업은 4가지 분야이다. 첫째, 지역사회 대상 교육으로 강사양성을 위한 게이트키퍼 교육과 학교기반 자살예방 프로그램, 교육이벤트를 실시한다. 둘째, 전문교육으로 성직자 및 정신건강 분야 관련 대상자들을 대상으로 교육을 실시한다. 셋째, 공공 각성 캠페인으로 자살예방과 관련하여 TV와 라디오 등의 대중 매체에 예방 캠페인 활동을 벌이며, 자살예방 관련 소규모 이벤트 프로그램인 'Let's talk about it' 프로그램, 고등학생과 대학생 대상 자살예방 미디어 컨테스트를 개최한다. 그 밖에 자살유가족을 대상으로 지지 그룹을 형성하는 등의 지원활동을 전개한다.

표 Ⅲ-36 SAVE의 주요 사업 및 활동

사업 분야	사업 내용
지역사회 교육	강사 양성, 학교기반 예방 프로그램(교직원, 학생, 부모), 교육 이벤트(자살유가족을 위한 자살 각성 기념일)
전문교육	성직자, 정신건강 전문가, 의료 전문가, 병원과 건강 관련 분야 종사자, 사회 서비스 전문가, 교육자 대상 교육
공공 각성 캠페인	TV, 라디오, 인쇄 매체 통한 자살 각성 캠페인, 'Let's talk about it' Program, Youth PSA 컨테스트(고교, 대학생 대상 자살예방 미디어 컨테스트)
비탄 지원과 자원	자살 유가족 지지 그룹

* 출처: SAVE 홈페이지(http://www.save.org)

③ 청소년 자살예방 사업 및 프로그램 우수 사례

LEADS(Linking Education and Awareness of Depression and Suicide, 우울과 자살을 연관하여 교육하고 각성시키기)는 고등학생을 대상(9 - 12학년)으로 3회기(1일 1시간)로 구성된 프로그램으로 우울과 자살에 관한 지식, 자살예방 자원에 관한 지식, 도움 구하는 행동을 향상시키는 것을 주 목적으로 한 학교기반 자살예방프로그램이다.

연구자에 의해 개발된 사전, 사후, 추수 조사지를 통해 우울과 자살에 관한 지식과 인식,

자살예방 자원에 관한 지식을 측정하였다. 위의 3가지 목표달성을 위해 프로그램을 실행한 결과 우울과 자살에 관한 지식, 인식, 자살예방 자원에 관한 지식 모두에서 개입 집단이 사전과 사후에 통계적으로 유의미한 변화를 보였다.

표 Ⅲ-37 LEADS의 회기 구성과 주요 내용

회기 구성	주요 내용 및 측정
우울	– 내용: 우울의 증상, 우울이 사람에 영향을 주는 방식 등 – 측정: 10개 자살관련 진실/거짓 진술 문항, 우울증상을 가진 학생의 10가지 특성 목록 , 우울과 자살의 인식을 평가하는 10개 문항
자살과 정신건강, 약물 중독 간의 관계	– 내용: 자살의 위험 요소와 경고 신호, 자살예방의 보호 요인, 자살과 정신건강에 대한 잘못된 견해
도움을 구하는 방법	– 내용: 도움을 구하는데 방해 요인과 잇점, 자각을 향상시키는 프로젝트, 평가하기 – 측정: 3개 문항(도움을 구할 수 있는 지역사회 자원 또는 학교 인사 자원 목록)

* 출처: SAVE 홈페이지(http://www.save.org)

④ 사업 실적 및 효과

LEADS는 2008년에 처음 실행되어 855개 학교에 21,000개 학생들에게 보급되었다. 미국 15개 주 뿐 아니라 캐나다 스위스 등에서도 실행되었다. LEADS는 자살예방자원센터(SPRC: Suicide Prevention Resource Center)로부터 최상의 실천 프로그램이라는 인증을 받았다.

제 4 장

요약 및 결론

1. 청소년 자살 실태 및 자살 원인에 대한 분석 결과
2. 청소년 자살 예방사업 실태 및 문제점에 대한 분석 결과

제 4 장

요약 및 결론

1. 청소년 자살 실태 및 자살 원인에 대한 분석 결과

1) 청소년 자살 실태 분석 결과

이 연구는 우리나라 청소년들의 자살 실태를 분석하고 OECD 자료를 활용하여 국제비교를 시도하였다. 우리나라 자살률이 세계에서 가장 높다는 사실은 잘 알려져 있으나 상대적으로 청소년들의 자살 실태에 대한 보고는 그동안 정확하게 이루어지지 않았다. 이 연구에서는 통계청의 「사망원인통계」 자료를 이용해 지난 1990년 이후 현재까지 청소년들의 자살사망률의 추이는 어떠한지를 구체적으로 살펴보았다. 청소년 자살사망률에 대한 분석에서 이 연구는 청소년 연령을 「청소년기본법」의 연령규정에 기초해 9세에서 24세를 포괄하여 살펴보고자 하였으며 자료상의 제약으로 10세부터 24세를 대상으로 분석하였고 10~14세를 전기 청소년, 15~19세를 중기 청소년, 20~24세를 후기 청소년으로 구분하여 살펴보았다.

2012년 현재 전체 자살사망률은 인구 10만 명당 28.1명이며 이중 청소년의 자살사망률은 8.3명으로 나타나 전체보다 낮은 수치를 보여주었다. 그런데 자살사망률의 변화추이를 살펴본 결과, 1990년 6.2명에서 2012년 8.3명으로 증가하였고 특히 경제 위기 시기에 9명이 넘는 높은 자살사망률을 보여주고 있음을 확인하였다. 자살사망률을 전기, 중기, 후기로 구분해 살펴본 결과, 2012년 현재 전기청소년은 1.5명의 낮은 자살사망률을 보여주고 있는데 반해서 후기청소년은 14.9명으로 높은 자살사망률을 보여주고 있는 것으로 나타났다. 연령대별 변화추이를 2002년부터 5년 단위로 살펴보면, 전기 청소년은 큰 변화가 없는데 반해서 중기 청소년은 소폭 상승하는 추세를 보여주고 있으며 후기 청소년은 자살사망률이 높아졌다가 다시 낮아지는 추세를 보여주고 있다. 전기, 중기 및 후기 청소년 모두 2006~2009년까지 큰 폭으로 자살사망률이 증가하였으며 2010년부터 2012년 기간에는 다소 감소하는 양상을 공통적으로 보여주었다.

이어서 시도별로 자살사망률을 살펴본 결과, 전라권의 자살사망률이 비교적 높게 나타났다. 2012년 현재 제주도의 경우 15~19세의 자살사망률은 16.2명으로 가장 높았고 20~24세 자살사망률도 23.3명으로 새로 편입된 세종시(33.4명)를 제외하고 가장 높았으며 전라남도는 15~19세의 자살사망률이 15.5명으로 제주도 다음으로 높았고 광주시의 경우 20~24세 자살사망률이 제주도와 함께 23.3명으로 높은 수치를 보여주었다. 어떤 지역이 높은 자살사망률을 보여주고 있는가는 여러 가지 요인들을 분석해 규명할 필요가 있으며 정확한 역학조사와 지역 특성에 대한 심층적인 분석이 이루어질 필요가 있다.

다음으로 이 연구에서는 OECD 34개 국가를 대상으로 1990년과 2010년 10세에서 24세까지 청소년 자살사망률을 비교해 제시하였다. OECD 전체적으로 볼 때 청소년 자살사망률은 1990년 7.9명에서 2010년 6.3명으로 감소하는 경향을 보여주었다. 반면, 우리나라는 같은 기간 5.9명에서 9.4명으로 증가하였으며 OECD 34개 국가 중에서 다섯 번째로 높은 청소년 자살사망률을 보여주었다. 우리나라와 마찬가지로 자살사망률이 증가하고 있는 국가는 멕시코 등 OECD 34개 국가 중에서 9개 국가에 불과한 상황이었다. 특히 증가율로만 보았을 때 우리나라는 1.59배 증가하여 2.08배인 일본이나 2.33배인 칠레 다음으로 높은 수준을 보여주었다.

OECD 국가 청소년 자살사망률의 추이와 우리나라의 그것을 비교해 본 결과, 1990년에는 OECD 평균(8.0명)보다 우리나라(5.9명)의 청소년 자살사망률이 더 낮았으나 1996년 OECD 평균(7.7명)보다 우리나라(9.0명)의 자살사망률이 더 높아졌으며 2005년부터 이러한 추세가 지속되었다. 이러한 경향은 전체 자살사망률의 경우에도 크게 다르지 않은데 1998년 IMF 외환위기 이후 우리나라의 자살사망률이 OECD 국가보다 높아지는 추세를 보여주었다.

2) 청소년 자살 원인에 대한 분석 결과

이어서 청소년 자살 원인 규명과 관련하여 이 연구는 국가 수준에서 자살사망률과 다른 거시지표들의 관계를 분석해 보았다. 여기에서는 개인이 아니라 국가를 사례(case)로 1990년부터 2010년간의 기간 패널자료를 구축하여 패널분석방법론을 통해 자살사망률에 미치는 독립변수들의 효과를 추정해 보았다. 그 결과, 전체 자살사망률을 종속변수로 할 경우 투입된 변수의 설명력은 14.5% 수준이며 GDP 및 GDP 성장률, 출생률 등이 통계적으로 유의미한 수준에서 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 반면, 청소년 자살사망률의 경우 통계적으로 유의미한 부분은 GDP 뿐이었다. GDP 및 GDP 성장률은 경제발전과 자살 관계를 보여주고 있는 것으로

선진국이 후진국보다 경제가 성장할수록 자살사망률을 낮추는 것으로 나타나고 있다.

이어서 이 연구는 개인 수준에서 다양한 요인들의 효과를 파악하기 위해 자살 생각을 종속변수로 하는 이항 로짓 분석을 시도하였다. 그 결과, 청소년 자살 위험요인으로 고려한 변수들 중에서는 주관적 불안 및 스트레스가 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 청소년 자살 보호요인으로 고려한 변수들 중에서는 자아존중감만이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났고 가족요인들은 모두 통계적으로 유의미했으며 학교요인들 중에서는 학교급만이 통계적으로 유의미한 결과를 보여주었다.

2. 청소년 자살 예방사업 실태 및 문제점에 대한 분석 결과

1) 청소년 자살 예방사업 현황 분석 결과

이 연구는 청소년 자살 예방사업을 건강보건정책과 청소년정책, 그리고 교육정책이라는 세 가지 측면에서 살펴보았다. 먼저 정책의 목표와 방향과 관련하여 보건복지부의 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)」과 「자살예방종합대책」을, 교육부의 「학생건강증진기본방향」을 검토하였다. 세 가지 종합적인 종합정책을 통해 청소년 자살 예방사업이 다양한 부처에서 추진 중이며 관련 사업을 내실 있게 추진하기 위해서는 각 부처 간 연계·협력이 중요하며 지역사회 수준에서 원활한 사업 추진이 가능하기 위해서 중앙부처와 지자체간에, 지자체와 교육(지원)청 간에, 교육(지원)청과 부처 산하 관련 센터들 간에, 지역사회 관련 기관들 간에 연계·협력이 중요하다는 점을 확인하였다.

각 부처의 자살예방사업 예산을 살펴본 결과, 자살 문제가 매우 심각하고 강력한 국가 차원의 대응이 필요한 상황에서 상대적으로 낮은 예산 투자가 이루어지고 있음을 확인하였다. 각 부처별 전달체계의 경우 허브(hub) 역할을 수행해야 하는 보건복지부의 정신건강증진센터나 자살예방센터는 시군구 단위까지 전달체계 구축이 미비하여 제 역할을 수행하기 어려운 상황임을 확인하였으며 전체 연령을 포괄하고 있기 때문에 아동 및 청소년에 대해 집중적으로 지원이나 연계·협력체계를 구축할만한 상황이 아님을 확인하였다.

여성가족부의 청소년상담복지센터나 교육부의 Wee 센터의 경우 시군구 단위까지 전달체계가

구축되어 있으나 다양한 문제를 포괄적으로 다루고 있으며 정신건강이나 자살 문제에 대한 사업 비중이 낮고 전문적인 지원 역량 역시 부족하다는 점을 확인하였다.

이상의 결과를 통해 확인할 수 있는 것은 청소년 자살 예방 사업이 전체사업 중 일부분이며 뚜렷하게 청소년을 대상으로 자살예방 사업을 벌이고 있다기보다는 각 부처별로, 부처 산하 기관별로 부분적으로 자살예방 사업이 이루어지고 있음을 알 수 있다.

2) 청소년 자살 예방 사업 문제점 분석 결과

지금까지 각 부처별로 어떻게 청소년 자살예방 사업을 추진하고 있는지 살펴보았다. 이를 통해 각 부처 간, 부처와 기관 간, 자살 예방 관련 기관들 간에 연계·협력이 중요할 것으로 생각되는데 이를 포함하여 청소년 자살 예방 사업의 문제점을 살펴보기 위해 청소년 자살예방 전문기관 의견조사와 전문가 집단초점면접(FGI)을 실시하였다.

먼저 전문가 의견조사는 2013년 11월 13일~12월 6일까지 청소년 자살예방 전문기관을 대상으로 하였으며 각 기관의 규모를 고려하여 할당표집으로 표본을 추출하였다. 이 조사에서 자살예방 종합대책의 10대 과제 중 청소년 자살예방정책 우선순위를 살펴본 결과, 1순위로 응답한 비중으로 살펴보았을 때 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화가 22.6%로 가장 높았다. 다음으로 중앙부처의 해결과제에 대한 우선순위를 살펴본 결과, 전체 응답에서 1순위로 나타나고 있는 해결과제는 청소년 자살예방 고위기군 조기발견 구축으로 응답자의 23.9%가 1순위로 꼽았다. 이어서 지자체 해결과제에 대한 우선순위를 질문한 결과, 청소년 자살예방 고위기군 조기발견 구축을 1순위로 응답하였다. 지역사회 기관들에서 해결해야 할 과제 우선순위 결과는 자살 고위험군 학생 및 청소년 사례관리 강화가 1순위로 나타났다.

다음으로 국민건강증진종합계획(2011~2020)에서 제시한 성과목표에 대한 실현가능성에 대해서 각 기관 종사자들의 의견을 살펴본 결과, 첫 번째 성과목표(2008년 대비 2020년 에 자살사망률(10만 명당)이 26.0명에서 18.0명으로 낮춤)에 대해서 청소년 자살예방 관련 기관들 종사자들은 27.9%만이 가능하거나 매우 가능하다고 응답하였다. 다음으로 두 번째 성과목표(2008년 대비 2020년 청소년(10~19세) 자살사망률을 4.6명에서 4.0명으로 낮춤)에 대해서 52.6%가 실현가능하다고 응답하였다. 이어서 세 번째 성과목표(중 초·중·고등학생 자살시도율을 4.7%에서 3.2%로 낮춤)에 대해서 38.0%가 실현가능하다고 응답하였으며 네 번째 성과목표(스트레스 인지율을 43.7%에서 39.0%로 낮춤)에 대해서 32.7%만이 가능하다고 응답하였다. 마지막으로 정신질환

치료율을 2011년 대비 2020년에 30% 향상시키는 성과목표에 대해서 응답자의 32.7%만이 실현가능하다고 응답해 낮은 비중을 보여주었다.

이 조사에서 중앙부처 간에, 중앙부처와 지방자치단체 간에, 지방자치단체와 교육(지원)청 간에, 지역사회 관련 기관 간에 연계·협력이 어떠한지에 대해서 각 지역 사회 관련 기관들의 종사자들이 평가한 결과를 살펴보았다. 그 결과, 가장 높은 긍정평가(원활+매우 원활)를 받고 있는 것은 지역사회 관련 기관들 간의 연계·협력으로 51.4%가 그렇다고 응답하고 있다. 반대로 가장 낮은 긍정평가를 보여주고 있는 것은 중앙부처간 연계·협력과 중앙부처와 지방자치단체간의 연계·협력으로 긍정평가의 응답비중이 불과 5.3%에 머물러 있었다.

이어서 청소년 연령을 전기, 중기, 후기로 나누어 청소년 자살예방 사업이 얼마나 원활하게 이루어지고 있는지에 대한 결과를 살펴본 결과 15-19세인 중기 청소년에 대한 자살예방사업에 대한 긍정평가 비중이 19.4%로 높게 나타나고 있고 14세 이하가 9.7%인데 반해서 20-24세는 6.2%로 가장 낮은 비중을 보여주고 있다. 앞서 청소년 자살실태에 대한 분석에서 후기 청소년의 자살이 가장 심각하다는 점을 확인하였는데 연령별로 볼 때 이 연령집단에 대한 자살예방사업이 가장 부정적인 평가를 받고 있다는 점에서 이에 대한 대응이 필요하다는 점을 확인할 수 있다.

마지막으로 각 기관별 추진 사업에 대한 평가에서 지역사회 인식 수준에 대해서 22.1%만이 긍정평가를 하고 있으며 고위험군/자살시도자 위기관리시스템에 대해서 41.6%가 그렇다고 응답해 상대적으로 긍정평가가 높게 나타났다. 이어서 각 기관들에서 실시하고 있는 자살예방 및 프로그램 효과에 대한 긍정평가로 34.1%만이 그렇다고 응답했으며 예산 확보와 관련하여 12.8%만이 긍정평가를 내리고 있었고 전문 인력의 확보 수준에 대해서 16.8%만이 그렇다고 응답해 전문인력의 확보에 어려움이 있음을 알 수 있었다. 마지막으로 자살예방 사업 추진에 있어서 전문 인력의 전문성 및 역량에 대해서 30.5%가 긍정평가를 하였다.

이 연구는 청소년 자살예방 사업의 문제점 및 개선점을 파악하기 위해 전문가에 대한 초점집단면접(FGI)를 실시하였다. 그 결과, 청소년 자살예방 사업과 관련하여 면접에 참여한 전문가들은 우선적으로 예산과 인력의 부족을 제시하였다. 특히 자살 및 정신 건강, 생명 존중과 유관된 기관들의 전문 인력이 부족하여 한 담당자가 많은 사례 관리를 하게 되는 문제를 가장 많이 지적하였다. 다음으로 유관 기관들의 실적을 채우기 위해서, 무리하게 많은 상담을 진행하게 되는 점도 문제점으로 지적되었다. 현재 상담 기관들이 지자체가 민간기관에 위탁하거나 직영 형태로 운영을 하고 있는 경우가 많고, 공무 업무를 하고 있지만 신분은 공무원이 아니라 비정규직으로 있는 경우가 많음. 따라서 불완전한 고용으로 인하여 이직이 많고, 이에 따라

지속적인 사례 관리가 되지 않는 경우가 많았다.

이어서 자살과 관련된 업무를 보건복지부, 여성가족부, 교육부가 나누어서 하고 있고, 각 부처별 산하 기관들이 산재되어 있다 보니, 자살이 발생했을 때의 대처나, 자살 예방 사업이 어수선하게 추진되는 문제가 있음을 지적하였고 이를 위해 업무를 체계화해야 한다는 의견이 있었다.

자살 보도가 여과 없이 청소년들에게 노출이 되다보니 이에 영향을 받아 모방 자살을 하거나, 스트레스를 받는 경우가 많다는 지적이 있었다. 선진국의 경우 보도를 통제하여, 자살이 확산되는 것을 막는 경우가 많지만, 한국에서는 그러지 못해 자살이 늘어나게 된다는 의견이 많았다. 자살예방을 위해서는 청소년들뿐만 아니라 자살 위험을 감지할 수 있는 교사들, 그리고 학부모의 인식 개선을 위한 교육도 필요하다는 의견이 있었다. 자살도 측정 검사와 같은 검사지가 정교하지 못하여, 자살 위험이 높은 청소년들은 배제되거나 위험도가 낮은 청소년이 상담을 받게 되는 문제가 발생하고 있다는 지적도 있었다. 이를 위하여 선별력이 높은 검사지 개발이 필요하다는 의견이 많았다. 한편, 고위험 청소년들의 경우 병원에서 치료를 해야 하지만 검사비나 치료비, 약값 등이 비싸고, 일부 저소득층에게만 지원되어 제대로 치료를 받지 못하는 문제가 있었다. 이를 위해 검사 및 치료비에 대한 지원체계를 개선할 필요가 있다는 주장도 제기되었다.

다음으로 게이트 키퍼 양성에 대한 의견이 많았는데 청소년들의 자살 위험을 감지하고 대처해야 하는 교사들 역시 정확한 판단을 못 내리거나 관련 기관과의 접촉 방법을 모르는 경우가 많기 때문에, 교사들을 교육을 통해 게이트 키퍼로 양성하는 방법을 제시하였다.

제 5 장

정책제언

1. 청소년 자살예방을 위한 지원체계 구축
2. 청소년 자살예방을 위한 예산지원의 확대
3. 청소년 자살 원인 규명을 위한 자료조사 및 분석 강화
4. 청소년 자살 관련 언론 보도 개선 필요
5. 청소년 자살 예방 전문 인력 양성 및 처우 개선 필요

제 5 장

정책제언

우리나라 자살률은 세계 최고 수준이며 청소년 자살률은 OECD 국가들과 비교해 볼 때 급격히 증가하는 추세를 보여주고 있다. 정부는 2004년 이후 「자살예방종합대책」을 내놓고 2011년 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」을 제정하고 우리나라 자살률을 낮추기 위해 노력해 왔으나 아직까지 뚜렷한 성과를 제시하고 있지 못하다. 여기에서는 청소년 자살 예방 사업과 관련하여 문제점과 실천 방안을 제시해 보고자 한다.

1. 청소년 자살예방을 위한 지원체계 구축

먼저 청소년 자살 예방 사업과 관련하여 범부처 차원에서 허브 기능을 담당하는 기관이 뚜렷하지 않다는 문제점이 존재한다. 이번에 실시한 전문기관 의견조사에서 중앙부처 간, 중앙부처와 지자체간의 연계·협력에 대한 평가 결과는 낙제점에 가깝다. 이러한 결과는 청소년 자살예방을 총괄·조정하는 허브기능을 담당하는 기관이 뚜렷하지 않기 때문으로 보인다.

이와 관련 보건복지부(2012b)는 청소년 자살문제 해결을 위해 민간·정부·언론 등 관련기관의 유기적인 연계가 필요하다는 '청소년 자살예방 NECA 원탁회의 합의문[15]'을 발표한 바 있다. 이 합의문은 청소년 자살 예방 관련 기관들의 유기적 연계가 필요하며 국가적 차원에서 청소년 자살예방 프로그램을 각계 전문가가 참여하여 개발하고 언론이 자살보도 권고기준을 반드시 준수해야 한다는 내용으로 되어 있다.

15) NECA는 한국보건의료연구원(National Evidence-based Collaborating Agency)의 약칭이며 원탁회의에는 현명호 한국자살예방협회 부회장(중앙대학교 심리학과 교수), 곽영숙 대한소아청소년정신의학회 이사장(제주대학교 의과대학 교수) 등 12명의 전문가들이 참여하였다.

표 Ⅴ-1 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 중앙 및 지자체 등 협력체계 관련 규정

조항	주요 내용
제4조 국가 및 지방자치단체의 책무	① 국가 및 지방자치단체는 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단되는 자(이하 "자살위험자"라 한다)를 위험으로부터 적극 구조하기 위하여 필요한 정책을 수립하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 자살의 사전예방, 자살 발생 위기에 대한 대응 및 자살이 발생한 후 또는 자살이 미수에 그친 후 사후대응의 각 단계에 따른 정책을 수립·시행하여야 한다.
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 평가하여야 한다.
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.
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.
제13조(자살예방센터의 설치)	② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터에 둘 수 있다. ③ 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 자살예방센터를 대통령령으로 정하는 바에 따라 민간에 위탁할 수 있다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 위탁업무의 수행에 드는 비용을 보조할 수 있다. ④ 국가 및 지방자치단체는 수시로 신고를 받을 수 있는 자살예방용 긴급전화를 설치·운영하여야 한다. ⑤ 제1항에 따른 자살예방센터 및 제4항에 따른 긴급전화의 설치·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

이에 따라 보건복지부는 합의문의 주요 내용을 자살예방 기본계획에 포함시키기로 했으며 교육부와 여성가족부 등 관계 부처와 협력을 강화하여 학교-지역사회-상담센터-정신의료기관 등의 연계를 통한 청소년 자살예방체계 구축을 중요한 과제로 제시하였다. 이는 청소년 자살예방

사업 추진에 있어서 각 주체들 간의 연계·협력의 중요성을 상징적으로 제시한 것이어서 의의가 있으나 구체적으로 법·제도적 장치에 관한 내용 등이 포함되어 있지 않아 보완이 필요해 보인다.

「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 규정하고 있는 자살 예방 사업 지원체계는 제4조 및 제8조와 제9조에서 국가 및 지방자치단체가 자살 예방 정책 수립하도록 규정하고 있으며 자살의 사전예방, 자살 발생 위기에 대한 대응, 사후 대응 등 각 단계별로 정책을 수립·시행하도록 규정하고 있다. 제10조 지역사회 연계와 관련된 부분으로 중앙행정기관과 지자체는 중앙행정기관, 지방자차단체, 관계 공공기관, 그밖에 자살예방활동 관련 단체의 장에게 관련 자료의 제출 등 필요한 협조를 요청할 수 있도록 하고 있다. 자살예방 업무 지원 체계는 제13조에 규정되어 있는데 중앙자살예방센터와 지방자살예방센터를 중심으로 구성되어 있다. 이 법률은 2011년 3월에 제정되었으며 2012년 3월 31일부터 시행 중이다.

「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」은 자살예방 사업 전반을 아우르는 기본적인 법률로 청소년 자살예방 사업과 관련하여 다음과 같은 보완이 이루어질 필요가 있다. 첫 번째는 지역사회 연계·협력에 관한 규정이 계획 수립 시 협조 요청으로 협소하게 규정되어 있어 보완이 필요해 보인다.

청소년 자살 예방을 비롯하여 자살 예방과 관련해 지역사회협의회 등을 구성하는 내용이 법령에 포함될 필요가 있다. 예를 들어 현재 김세연 의원 대표발의로 법 제정이 추진 중이 「진로교육법안」 제18조는 "교육감은 지역의 진로교육을 지원하고 자문하기 위하여 지방자치단체, 공공기관, 대학, 지역사회단체 등이 참여하는 지역진로교육협의회를 구성하여 운영할 수 있으며 지역진로교육협의회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 시·도 조례로 정한다"로 규정하고 있어 지역사회 관련 기관들 간의 연계·협력체를 구체적으로 명시하고 있다.

다음으로 법령에는 중앙 및 지역자살예방센터가 자살예방 지원을 위한 전달체계로 제시되어 있으나 현재 자살예방센터는 중앙센터 1개소에 지역 9개소로 자살예방사업의 허브(hub) 역할을 수행하기 어려운 상태이다. 그렇다면 정신건강증진센터가 핵심적인 역할을 수행해야 하는데 이 역시도 시도에 10개소, 시군구에 175개소로 시도 수준에서도 60% 미만의 설치율을 보여주고 있다. 게다가 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조에서는 정신건강증진센터 내에 자살예방센터를 설치할 수 있도록 규정하고 있으나 지자체 예산으로 사업을 수행하는 상황에서 향후 모두 지자체에 설치되기까지 오랜 시일이 걸릴 것으로 예상된다.

반면, 여성가족부의 청소년복지상담센터나 교육부의 Wee센터는 자살 문제에 특화되어 있지 않으나 청소년들의 다양한 위험 요소에 대한 지원체계를 구축하고 있어 이를 적극적으로 활용하고

조정하는 역할을 수행하는 것이 필요해 보인다. 여성가족부에서 시도 및 시군구에 설치한 청소년상담복지센터와 교육부에서 시도교육(지원)청 및 단위학교에 설치한 Wee 센터 및 Wee 클래스는 자살예방이라는 측면보다는 청소년 문제행동 전반에 걸쳐 상담 및 지원을 중심으로 사업이 이루어지고 있어 허브 기능을 담당하기에는 한계가 있다고 볼 수 있다.

그런데 이번조사에서 중앙행정기관과 지방자치단체, 교육(지원)청 및 지역사회 관련 기관 간에 연계·협력 수준을 살펴본 결과, 지역사회 관련 기관들 간의 연계·협력만이 50% 이상의 긍정평가를 받았고 중앙부처간 연계·협력과 중앙부처와 지방자치단체간의 연계·협력은 긍정평가가 5.3%에 불과해 부처 간에, 중앙과 지역 간에 연계·협력이 잘 이루어지지 않고 있음을 확인하였다. 국회예산처가 2013년에 실시한 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 인식조사」에서 자살예방 사업과 관련된 실무자 100명의 응답 결과(조영철, 2013)에 따르면, 중앙정부 관계부처 간 협조가 잘 이루어지고 있는가에 관한 질문에 대해 32%가 부정적인 의견을 제시했으며 중앙정부와 지방정부간의 협조 역시 46%, 지역사회 유관기관 간의 협조는 19%로 나타나 중앙정부와 지방정부간의 협조가 잘 이루어지지 않고 있음을 확인할 수 있다.

최근 부처나 중앙정부와 지자체간 칸막이를 없애고 업무 협조체계를 구축하는 문제가 매우 중요하게 대두되고 있는 상황에서 자살예방, 나아가 청소년 자살예방을 위한 부처 및 지자체, 지역사회 관련 기관 간의 연계·협력이 강화될 필요가 있다고 할 수 있다. 이와 관련 기능 중심에서 통합적인 접근이 필요하다는 점에서 자살예방센터가 지역사회 청소년 자살 예방사업의 허브 역할을 수행하는 것이 적절해 보이지만 현재 시도 단위에서 센터가 구축 중인 상황에서 그러한 역할을 기대할 수 없으므로 정신건강증진센터가 허브 역할을 수행하고 다양한 공적 자원부터 연계하고 협력을 할 수 있도록 해당 사업 인력과 예산을 마련하는 것이 시급하다고 생각된다. 동시에 부처간에 연계·협력을 주관하는 기구가 중앙자살예방센터 등에 설치될 필요가 있으며 지자체 단위의 협의체 역시 설치되어 중앙에서 지역사회로 이어지는 자살예방사업의 전달체계가 완비될 필요가 있다.

2. 청소년 자살예방을 위한 예산지원의 확대

두 번째로 자살예방사업에 대한 예산 투자가 최고 수준의 자살률을 보여주고 있는 우리나라 현실로 볼 때 매우 부족하다고 볼 수 있다. 이번 연구에서 2013년 자살예방사업 예산 규모는

994억 원이며 보건복지부는 342억 원, 여성가족부는 324억 원, 교육부는 327억 원의 예산을 집행하고 있으나 부처 간에 칸막이가 존재하며 보건복지부는 자살예방과 관련 청소년 관련 예산의 비중이 낮고 여성가족부와 교육부는 청소년을 대상으로 사업을 수행 중이나 사업 내용 중 자살예방 관련된 예산의 비중이 낮은 상황임을 알 수 있었다.

조영철(2013)은 자살예방사업에 대한 정부 예산 중 직접사업 예산은 2013년 33억 원에 불과한 수준으로 매우 작고 국민건강증진기금 및 보건분야 예산 대비 비율 역시 총 8조 5,203억 원 중 0.04%에 불과하다고 지적하고 있다. 자살예방사업 중 청소년 자살예방으로 좁혀 보면 예산 규모는 더 적을 것으로 예상되며 여성가족부나 교육부의 경우 문제행동 전반에 대한 지원체계를 운영 중으로 자살의 심각성을 고려할 때 정부 예산을 확충할 필요가 있다. 2012년 사회적 쟁점으로 부상한 학교폭력 문제의 경우 2012년 학교폭력종합대책을 통해 1,581억 원(국고 및 특교 예산 1,085억 원, 지방비 496억 원)의 예산이 투입된 것을 고려해 볼 때 학교폭력만큼 심각한 문제인 청소년 자살예방에 대한 정부 예산 확대가 필요함을 알 수 있다.

강은정, 이수형(2010)은 사고로 인한 사망으로 분류되고 있는 교통사고와 자살사고에 대한 비교분석에서 2009년을 기준으로 교통사고 관련예산은 309억 79백만 원에 이르는데 비해서 정신건강 사업 예산은 67억 94백만 원으로 자살사망률이 매우 심각한 상황에서 이에 대한 예산 투자가 매우 미흡하다고 지적하고 있다.

전반적으로 자살예방 사업 예산 확대와 더불어 미래세대의 자살 문제로 야기될 수 있는 사회적 비용이 더 크다는 점에서 청소년 자살예방을 위한 예산 지원의 확대가 반드시 이루어져야 할 것이다.

3. 청소년 자살 원인 규명을 위한 자료조사 및 분석 강화

이번 연구에서는 국가수준의 거시지표 자료와 개인수준의 설문조사 자료를 활용해 청소년 자살 원인을 살펴보았으나 이는 매우 포괄적이고 구체적이지 못하기 때문에 청소년 자살 실태에 대한 분석에서 확인한 지역별 자살사망률의 편차 등을 규명할 수 없다. 어떤 지역의 자살사망률이 높고 낮은가에 대해서 명확한 원인 규명을 위해서는 보다 구체적으로 지역별 자살사항에 대한 역학조사와 지역 특성에 관한 심층적인 접근이 반드시 이루어져 할 것이다.

이와 관련 참고해 볼 수 있는 것은 핀란드 사례이다. 앞서 살펴보았듯이 핀란드의 자살사망률은 1990년 30.3명에서 2010년 17.7명으로 크게 감소하였으며 청소년 자살사망률의 경우에도 같은 기간 21.3명에서 14.2명으로 감소하였다. 어떻게 이러한 변화가 가능했는가. 핀란드의 경우 1980년대 세계 최고였던 자살률을 낮추기 위해, 학제간 전문가들로 분석팀을 구성하여 자살자들에 대한 대규모 심리적 부검을 실시하였다. 심리적 부검은 핀란드의 자살사망률이 낮아지는데 크게 기여한 것으로 알려져 있다(홍진표 외, 2008). 핀란드의 국립 건강복지 센터(National Institute for Health and Welfare)는 1950년대부터 1980년대 말까지 핀란드의 자살 문제가 심각한 수준을 보이자 핀란드 자살예방 국가전략(The National Strategy for Suicide Prevention in Finland)을 수립하였다. 1986년부터 1996년까지 10년에 걸쳐 집중적으로 실시된 이 사업은 초기 5년간 연구에 집중한데 이어 연구 결과를 토대로 후기 5년간 자살예방사업을 강력하게 추진하였다. 초기의 연구기간 동안, 흔히 "심리적 부검"이라고 불리는 보고서가 1,397건의 자살에 대해 작성되었는데, 이는 의료·사회보장 지원 기록 및 경찰 기록을 비롯하여, 자살자 주변의 사람들을 심층 면담 조사하여 얻어낸 자살의 정황들에 대한 보고서이다. 이를 위해 정신의학, 심리학, 범죄학, 법학, 보건복지학, 간호학 등 유관 분야 전문가들이 약 5만 명 정도 투입된 것으로 알려져 있다(Lönnqvist, 2010; World Health Organization, 2005). 방대한 보고서 내용을 바탕으로 후기 5년간 실시된 이 사업의 성과는 자살률 하락으로 증명되었는데, 2004년에는 인구 10만명당 20.4명으로, 1990년의 최고점으로부터 30퍼센트 이상 자살사망률이 감소한 것이다(Lönnqvist, 2010).

심리적 부검과 관련해 보건복지부에서는 2009년 심리적 부검을 시도하였으나 자살사망자 유족들의 반대로 7건을 실시하는데 그쳤고 2013년 경기도정신건강증진센터와 아주대를 통해 심리적 부검을 시도하고 있다. 자살에 대한 정확한 원인 규명은 자살 문제의 출발점이라고 할 수 있기 때문에 우리나라의 문화적 풍토로 볼 때 어려움이 예상되나 심리적 부검과 같은 방식을 통해 정확한 자살 원인을 진단하는 것이 중요하다고 볼 수 있다.

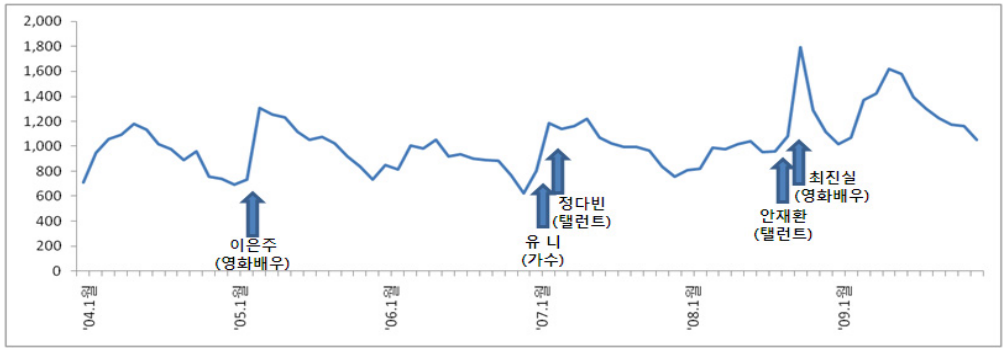
한편, 최근 강조되고 있는 빅데이터(big data) 분석을 검토해 볼 수 있다. 이와 관련 여성가족부는 위기청소년 원인 분석 및 문제 해결을 위한 핵심자원으로 빅데이터 분석을 추진 중에 있다(여성가족부, 2013). 위기청소년에 대한 빅데이터 분석은 1천만 건의 CYS-Net 전산망 정보와 1백만 건의 청소년쉼터 행정정보시스템 정보, 통계청 등 국가통계 정보와 포털사이트 및 소셜데이터 정보 등을 활용해 위기청소년의 특성 및 변화 추이를 분석해 보는 것이다. 위기청소년 중에서 자살 시도나 자살 충동을 경험한 사례들이 다수 존재한다는 점에서 빅데이터 분석을 통해

자살 원인을 규명해 볼 수 있을 것으로 기대된다.

다른 한편, 이 연구에서는 통계청의 자살통계를 활용하였으나 경찰청의 자살통계 자료와 통계청의 자살통계 자료 간의 괴리 문제에 대한 지적이 끝이지 않고 있다. 직접적인 사인을 조사하는 경찰청의 통계 결과는 가족이나 지인 등이 보고하여 작성한 사망보고서를 기초로 하고 있는 통계청의 사망원인통계보다 자살자 수를 더 많이 보고하고 있다. 이는 비단 우리나라만의 문제는 아니지만 통계 결과의 차이를 극복하기 위해서 부처간 통계 정보를 교환하고 통일된 자살통계를 생산하는 방안을 협의할 필요가 있다.

4. 청소년 자살 관련 언론 보도 개선 필요

유명인의 자살 사고 보도 이후 2개월 간 평균 약 600명의 추가 자살 사망사고가 발생하고 있는 것으로 나타나고 있는데 특히 청소년들은 유명 연예인 자살을 모방하는 베르테르 효과의 위험성이 더 크다는 점에서 언론의 자살보도 지침을 강화하는 것이 필요하다.



* 출처: 보건복지부. 자살예방을 위한 정책방향. 국가정책조정회의(2013. 7. 26) 안건. 2013c

【그림 Ⅴ-1】 유명인 자살 이후 자살사망률 증가 추이

이를 위해 정부는 주요 언론사와 방송사와 공동으로 자살보고 권고기준 준수를 위한 협약 체결 등을 추진할 필요가 있으며 자살을 직접 보도하는 것을 자제하도록 유도할 필요가 있다. 이에 대해 보건복지부는 2004년 자살보도에 대한 권고기준을 제시한 바 있고 2013년 자살예방의 날을 맞아 중앙자살예방센터와 함께 자살보고 권고기준 2.0을 발표(보건복지부, 중앙자살예방

센터, 2013)[16]하였지만 법령에 따른 의무 사항이 아니라는 점에서 실효성에 의문을 갖지 않을 수 없다.

외국에서는 자살사망사건 발생 시 언론에서 자살이라는 용어를 사용하지 못하도록 하고 있는데 현재 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에서는 별도의 규정이 포함되어 있지 않으며 제18조에 자살예방을 위한 홍보에 대한 규정이나 제19조 자살유해정보예방체계의 구축에 자살을 조장하는 정보가 유통되는 것을 차단하고 이를 조기에 발견하여 신속히 대응해야 한다는 규정만을 담보 있다. 이와 관련 법령 개정을 통해 자살사건 보도 시에 자살이라는 용어 사용 및 자살 동기나 자살방법을 구체적으로 보도하지 못하도록 하는 규정을 마련할 필요가 있다(보건복지부 2013c).

5. 청소년 자살 예방 전문 인력 양성 및 처우 개선 필요

청소년 자살 예방을 위한 교육 및 홍보, 예방 프로그램의 운영, 진단 및 치료, 사후관리 등을 강화하기 위해서는 청소년 자살 예방 전문 인력에 대한 양성과 전문성 제고를 위한 노력이 필요하며 이들 전문 인력의 처우를 개선하기 위한 노력이 필요하다. 청소년 자살 예방 전문기관을 대상으로 한 의견조사와 전문가 집단초점면접(FGI) 결과, 정신건강증진센터. 자살예방센터, 청소년상담복지센터, Wee 센터 등에 근무하는 전문 인력들의 처우가 매우 열악한 수준임을 확인할 수 있었다. 청소년 자살 예방 사업을 강화하기 위해서는 이들 전문 인력에 대한 안정적인 처우와 신분 보장이 이루어져야 하며 이를 위한 정부 차원의 적극적인 대응이 필요하다고 할 수 있다. 이와 함께 지역사회 게이트키퍼(community gatekeeper)의 중요성이 강조되고 있기 때문에 현재 정부에서 추진하고 있는 생명 지킴이(자살예방 게이트키퍼) 연수프로그램을 내실 있게 마련할 필요가 있다. 동시에 청소년과 접촉이 많은 교사나 청소년 지도자(청소년 지도사, 청소년 상담사)뿐만 아니라 지역사회 주민이 게이트키퍼 역할을 할 수 있도록 다양한 지역사회 주민을 대상으로 생명지킴이를 양성하는 것이 필요해 보인다.

16) 자살보도 권고기준 2.0의 9개 원칙은 ① 언론은 자살에 대한 보도 최소화, ② 자살이라는 단어는 자제하고 선정적 표현 자제, ③ 자살과 관련된 상세 내용 보도 최소화, ④ 자살 보도에서는 유가족 등 주변 사람을 배려하는 신중한 자세 필요, ⑤ 자살과 자살자에 대한 어떠한 미화나 합리화 금지, ⑥ 사회적 문제제기를 위한 수단으로 자살 보도 이용 금지, ⑦ 자살로 인한 부정적 결과 공지, ⑧ 자살 예방에 관한 다양하고 정확한 정보 제공, ⑨ 인터넷에서의 자살 보도 보다 신중 필요 등이다.

참 고 문 헌

참 고 문 헌

강은정, 이수형 (2010). **자살의 원인과 대책 연구 : 정신의학적 접근을 넘어서**. 서울: 한국보건사회연구원.

경향신문 (2009. 8. 30). 작년 20 ~ 30대 자살 급증…20~30대 두드러져. http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=200908301753395&code=940601에서 2013년 11월 22일 인출.

교육과학기술부, 보건복지부, 질병관리본부 (2011). **청소년건강행태온라인조사**. 서울: 교육부.

교육부 (2013a). **2013 학생정서·행동특성검사 및 관리 매뉴얼**. 서울: 교육부.

교육부 (2013b). **교육부 보도자료(2013. 2. 8)**. 서울: 교육부.

교육부 (2013c). **교육부 보도자료(2013. 5. 2)**. 서울: 교육부.

김현순 (2008). **스트레스, 절망, 우울과 자살생각간의 구조적 관계: 노인과 청소년의 차이 비교 연구**. 단국대학교 박사학위 청구논문.

노원구 (2012). **2012 구정백서**. 서울: 노원구.

노원구, 노원정신보건센터 (2012). **2011 노원구 생명존중 문화조성 및 자살예방사업 성과보고서**. 서울: 노원구.

대전광역시 교육청 Wee센터 (2011). **2011 대전광역시 교육청 Wee 운영보고서**. 대전: 대전광역시 교육청 Wee센터.

보건복지부 (2008). **제2차 자살예방종합대책**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2011a). **제3차 국민건강증진종합계획(2011~2020)**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2011b). **2011 보건복지백서**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2012a). **2013 정신건강사업안내**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2012b). **보건복지부 보도자료(2013. 9. 13)**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2013a). **2012년 중앙정신보건사업지원단 사업보고서**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2013b). **2013년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획개요**. 서울: 보건복지부.

보건복지부 (2013c). **자살예방을 위한 정책방향. 국가정책조정회의(2013. 7. 26) 안건**. 서울: 보건복지부.

보건복지부, 중앙자살예방센터 (2013). **보건복지부, 중앙자살예방센터 보도자료(2013. 9. 10)**. 서울: 보건복지부.

보라매청소년수련관 생명사랑센터 (2013). **2013 생명사랑센터 사업보고**. 서울: 보라매청소년수련관 생명사랑센터.

삼성사회정신건강연구소, 한국생명의전화연맹 (2008). **내 생명 소중하게 가꾸기**. 파주: 교육과학사.

서혜석 (2006). **청소년의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구**. 대구대학교 박사학위 청구논문.

석재호 (1979). 자살. **인간과학, 3**(10), 39-50.

신민섭 (1992). **자살 기제에 대한 실증적 연구: 자기 도피 척도의 타당화**. 연세대학교 대학원 박사학위 청구논문.

아시아경제 (2013.11.12). 노원구 생명존중 및 자살예방조례 복지행정 대상 수상. http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2013111209052987185에서 2013년 11월 22일 인출.

여성가족부 (2012). **2012 청소년백서**. 서울: 여성가족부.

여성가족부 (2013). **2013년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료**. 서울: 여성가족부

원호택 (2006). **이상심리학**. 파주: 법문사.

이경주 (1997). **청소년의 스트레스와 사회적 지지 및 행동문제**. 전남대학교 박사학위 청구논문.

이분희, 김용구 (2007). 자살행동의 소인과 생물학적 인자의 관련. **신경정신의학, 46**(3), 195-200.

임영식, 한상철 (2000). **청소년 심리의 이해**. 서울: 학문사.

전영주, 이숙현 (2000). 청소년의 자살 구상과 관련 변인분석. **청소년학연구, 7**(1), 221-246.

조영철 (2013). 현행 자살예방사업의 문제점 및 개선과제. **자살예방정책 토론회 자료집**. 서울: 국회예산정책처.

차미영 (2010). **고등학생의 자살생각에 대한 생활사건 스트레스와 사회적 지지 및 우울의 효과**. 강원대학교 박사학위 청구논문.

최은진, 김미숙, 이명수, 윤명주, 정지원 (2012). **아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ: 아동·청소년 정신건강 증진 인프라 현황 및 서비스 전달체계 개선방안 연구**. 서울: 한국청소년정책연구원.

최인재, 김영지, 김지연, 오승근 (2012). 청소년 자살예방을 위한 효과적인 사업 방향 및 대응방안 연구. 서울: 생명보험사회공헌재단.

최인재, 모상현, 이선영 (2012). **아동·청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅱ: 총괄보고서**. 서울: 한국청소년정책연구원.

통계청 (1990~2013). **사망원인통계**. 대전: 통계청.

통계청 (2013). **사회조사**. 대전: 통계청.

한국건강증진재단 (2013). **한국건강증진재단 보도자료(2013. 9. 10)**. 서울: 한국건강증진재단.

한국청소년상담복지개발원 (2013). **2012 지역사회청소년 통합지원체계(CYS-Net)운영 결과보고서**. 서울: 한국청소년상담복지개발원.

홍진표, 함봉진, 남윤영, 안주연, 용효중 (2008). 지역사회에 적합한 자살 예방체계 구축. 보건복지부 (편.), **국내 자살원인 실태조사 및 자살 예방 체계 구축에 관한 연구** (156-339). 서울: 보건복지부.

Ellis, T. E. (2006). *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy*. Washington, DC. American Psychological Association.

Lönnqvist, J. K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. In K. Hawton, & K. Van Heeringen (Eds.), In *the international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 107-120). Chichester: John Wiley.

Marc Bolan Consulting (2009). *Completed for the Washington State youth suicide prevention program(YSPP)*. Seattle: Marc Bolan Consulting.

Organization for Economic Cooperation and Development(OECD) (1990～2010). *OECDstat*.

Organization for Economic Cooperation and Development(OECD) (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicator*.

Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2006). 청소년 자살행동 다루기: 인지행동적 전략. In P. C. Kendall (Ed.), **아동·청소년 심리치료: 인지행동적 접근. 신현균, 김정호, 최영미 공역**. 2010. 서울: 학지사.

Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Orden, K. V., Witte, T. K.. Wingate, L. R., Cukrowicz, K. C., Butler, M., Schmidt, N. B., Fitzpatrick, K. K., & Joiner T. E. Jr. (2006). Clinical applications of the interpersonal-psychological theory of attempted and completed suicide. *Journal of Clinical Psychology Special Issue: Suicidality, 62*(2), 211-222.

United Nations Statistics Division(UNSD) (1990~2010). *UNSD Demographic Statistics*.

World Health Organization(WHO) (1990～2010). *WHO Mortality Database*.

부 록

1. 청소년 자살예방 사업 관련 의견조사 설문지
2. 청소년 자살예방 사업 관련 의견조사 결과
3. 청소년 자살예방 전문가 FGI 가이드라인

부 록

1. 청소년 자살예방 사업 관련 의견조사 설문지

청소년 자살예방 사업 관련 의견조사

ID

안녕하십니까?

한국청소년정책연구원은 국무총리실 산하 국책연구기관으로 아동·청소년관련 각종 조사 연구와 정책개발 업무를 담당·수행하고 있습니다.

이번 조사는 보건복지부, 여성가족부, 교육부 등이 운영하는 정신건강증진센터, 청소년상담복지센터, Wee 센터 등 지역사회 유관기관 등에 종사하는 전문가를 대상으로 청소년 자살예방 사업의 문제점과 개선 방향에 관한 의견을 알아보는 것이 목적입니다. 여러분의 자유롭고 성의 있는 의견은 청소년 자살예방 사업 추진에 큰 도움이 될 것입니다. 응답을 하다가 확실하지 않은 것이 있다면 설문조사를 담당하신 지도자나 선생님에게 질문을 해주시기 바랍니다.

여러분께서 응답해 주신 조사내용은 통계법 제33조에 의거해 통계조사 목적 이외에는 절대로 사용하거나 외부에 유출할 수 없습니다. 따라서 여러분의 의견이 정확하게 정책에 반영될 수 있도록 솔직하고 성실한 응답을 부탁드립니다. 바쁘신데 본 조사에 응해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2013. 11.

조사주관기관 :	국무총리실 산하 한국청소년정책연구원	실사진행기관 :	(주)매트릭스코퍼레이션
담당연구자 :	김기헌 연구위원 ○○○@○○○○	조사 문의처 :	○○-○○○-○○○○

국무총리산하 경제·인문사회연구회 한국청소년정책연구원

한국청소년정책연구원
(137-715) 서울특별시 서초구 태봉로 114
http://www.nypi.re.kr

☞ 아래 코드는 조사업체에서 관리하는 ID입니다. 작성하지 마십시오.

List ID :	조사원 ID :	조사원 이름 :

Ⅰ. 청소년 자살 예방 사업 우선순위

문 1. 다음은 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)에서 제시한 10대 과제입니다. 귀하께서는 10대 과제 중에서 청소년 자살예방과 관련하여 어떤 과제를 해결하는 것이 가장 중요하다고 생각하시는 **세 가지**를 제시해 주시기 바랍니다.

1순위 _____ 2순위 _____ 3순위 _____

[1] 자살에 대한 국민의 인식 개선
[2] 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화
[3] 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소
[4] 자살에 대한 대중매체의 책임 강화
[5] 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화
[6] 지역사회 기반 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계 강화
[7] 자살예방을 위한 법과 제도적 기반 조성
[8] 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축 적정화
[9] 자살예방을 위한 연구·감시 체계 구축
[10] 근거에 기반을 둔 자살예방 정책 개발

문 2. 다음은 최인재 외(2012)에서 제시한 중앙부처에서 청소년 자살예방과 관련하여 수행해야 할 과제에 대한 것입니다. 귀하께서는 이 중에서 청소년 자살예방과 관련하여 중앙부처가 어떤 과제를 해결하는 것이 가장 중요하다고 생각하시는 **세 가지**를 제시해 주시기 바랍니다.

1순위 _____ 2순위 _____ 3순위 _____

[1] 청소년 자살예방에 대한 중장기 계획 수립
[2] 청소년 자살예방 관련 법률 제정 및 개선
[3] 청소년 자살예방 관련 범부처 협력 체계 구축
[4] 청소년 자살예방 관련 학교 및 지역사회 연계협력 체계 구축
[5] 청소년 자살예방 청소년 고위기군 조기발견, 사례관리, 긴급구조 시스템 구축
[6] 청소년 자살예방 지원을 위한 예산 확보
[7] 청소년 자살예방 프로그램 개발 및 보급
[8] 청소년 자살 관련 언론보도 책임강화 및 자살예방 대국민 홍보 강화
[9] 청소년 자살예방 전문인력 확충 및 처우 개선
[10] 기타 : _____

문 3. 다음은 최인재 외(2012)에서 제시한 지방자치단체에서 청소년 자살예방과 관련하여 수행해야 할 과제에 대한 것입니다. 귀하께서는 가장 중요하다고 생각하시는 **세 가지**를 제시해 주시기 바랍니다.

1순위 _____ 2순위 _____ 3순위 _____

[1] 청소년 자살예방에 대한 지역별 자살예방 지원 계획 수립
[2] 청소년 자살예방 지원을 위한 조례 제정 및 개선
[3] 청소년 자살예방 관련 지자체와 교육(지원)청간, 지역사회 기관들 간의 연계협력 체계 구축
[4] 청소년 자살예방 관련 지자체 담당 공무원 인식 제고
[5] 청소년 자살예방 지역사회 청소년 고위기군 조기발견, 사례관리, 긴급구조 시스템 구축
[6] 청소년 자살예방 지원을 위한 지자체 예산 확보
[7] 청소년 자살예방 지역사회 프로그램 개발 및 보급
[8] 청소년 자살예방 관련 사례관리 인력지원
[9] 청소년 자살예방 지역사회 전문인력 확충 및 처우 개선
[10] 기타 : _____

문 4. 다음은 최인재 외(2012)에서 제시한 지역사회 기관들(교육청, 정신건강증진센터, 자살예방센터, Wee 센터, 청소년상담복지센터, 보건소, 학교, 경찰, 119 구급대, 아동·청소년 민간기관 및 단체 등)에서 청소년 자살예방과 관련하여 수행해야 할 과제에 대한 것입니다. 귀하께서는 가장 중요하다고 생각하시는지 **세 가지**를 제시해 주시기 바랍니다.

1순위 _____ 2순위 _____ 3순위 _____

[1] 청소년 자살예방 관련 지역사회 기관들 간 연계협력 체계 구축
[2] 지역사회 청소년 자살예방 컨트롤 타워 설치
[3] 자살 고위험군 학생 및 청소년 지속적인 사례관리 강화
[4] 지역사회 청소년 고위험군 자살 예방 위기 관리팀 구축
[5] 청소년 자살예방 학생 및 청소년 대상 교육 강화
[6] 청소년 자살예방 관련 부모교육 및 교직원 대상 교육 확대
[7] 학생, 학부모 및 교직원 대상 청소년 자살 예방 게이트 키퍼 양성
[8] 청소년 자살예방 관련 언론 자살보도 행태 개선을 위한 모니터링 활동 강화
[9] 청소년 자살예방 관련 학교 및 기관 전문인력 확충 및 처우 개선
[10] 기타 : _____

II. 청소년 자살 예방 사업에 대한 의견

문 5. 다음은 국민건강증진종합계획(2011-2020)에서 자살과 관련하여 성과목표로 제시한 내용입니다. 귀하께서는 이 성과목표가 얼마나 실현가능하다고 생각하십니까?

2008년(2011년) 대비 2020년 성과 목표	매우 불가능	불가능	보통	가능	매우 가능
자살사망률(10만명당) 26.0명에서 18.0명	①	②	③	④	⑤
청소년(10~19세) 자살사망률 4.6명에서 4.0명	①	②	③	④	⑤
학생(초·중·고생) 자살시도율 4.7%에서 3.2%	①	②	③	④	⑤
청소년(13~18세) 스트레스 인지율 43.7%에서 39.0%	①	②	③	④	⑤
아동·청소년 정신질환 치료율 2011년 대비 30% 향상	①	②	③	④	⑤

문 6. 귀하께서는 청소년 자살예방 사업 추진과 관련하여 중앙부처간, 중앙부처-자자체 간의 연계협력이 원활하다고 생각하십니까?

구분	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
중앙부처(보건복지부, 교육부, 여성부 등) 간의 연계협력	①	②	③	④	⑤
중앙부처와 지방자치단체 간의 연계협력	①	②	③	④	⑤

문 7. 귀하께서는 청소년 자살예방 사업 추진과 관련하여 지방자치단체, 교육(지원)청, 지역사회 관련 기관(건강증진센터, 자살예방센터, Wee센터, 청소년상담복지센터, 보건소, 학교, 경찰, 119 구급대, 민간기관 및 단체 등) 간의 연계협력이 원활하다고 생각하십니까?

구분	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
지방자치단체와 교육(지원)청 간의 연계협력	①	②	③	④	⑤
교육(지원)청과 지역사회 관련 기관 간의 연계협력	①	②	③	④	⑤
지방자치단체와 지역사회 관련 기관 간의 연계협력	①	②	③	④	⑤
지역사회 관련 기관들 간의 연계협력	①	②	③	④	⑤

문 8. 귀하께서는 정부나 지자체, 지역사회 기관들에 추진 중인 청소년 자살예방 사업이 청소년 연령 계층별로 얼마나 원활하게 추진되고 있다고 생각하십니까?

구분	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
14세 이하 청소년 자살 예방 사업	①	②	③	④	⑤
15~19세 청소년 자살 예방 사업	①	②	③	④	⑤
20~24세 청소년 자살 예방 사업	①	②	③	④	⑤

문 9. 귀하께서 근무하시는 기관에서 전체 사업 중 자살예방사업과 청소년 자살예방 사업의 비중은 어느 정도 되십니까?

구분	20% 미만	20~39%	40~59%	60~79%	80% 이상
전체 사업 중 자살예방 사업 비중	①	②	③	④	⑤
자살예방 사업 중 청소년(9~24세) 자살 예방 사업 비중	①	②	③	④	⑤

문 10. 귀하께서 근무하시는 기관에서 다음과 같은 사항들은 원활하게 추진된다고 생각하십니까?

구분	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
지역사회 유관기관들 간의 연계협력	①	②	③	④	⑤
민간 기관이나 단체와의 연계협력	①	②	③	④	⑤
자살 예방 사업에 대한 지역사회 인식	①	②	③	④	⑤
고위험군/자살시도자 위기관리 시스템	①	②	③	④	⑤
자살 예방 사업 및 프로그램의 효과	①	②	③	④	⑤
자살 예방 사업 추진 예산의 확보	①	②	③	④	⑤
자살 예방 사업 전문 인력의 확보	①	②	③	④	⑤
자살 예방 사업 전문 인력의 전문성 및 역량	①	②	③	④	⑤

◎ 다음은 마지막으로 개인의 인적사항에 대해서 질문을 하도록 하겠습니다.

문 11. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?
① 남성 ② 여성

문 12. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?
① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 이상

문 13. 귀하께서 근무하시는 곳은 어디입니까?
① 정신건강증진센터 ② 자살예방센터 ③ 청소년상담복지센터 ④ Wee센터

문 14. 귀하의 직업(자격)은 어떻게 되십니까?
① 의사 ② 간호사 ③ 사회복지사 ④ 상담(심리)사 ⑤ 기타 (_____)

문 15. 귀하의 주된 업무는 어떤 것입니까?
① 상담 ② 교육/홍보 ③ 복지지원 ④ 진단/치료 ⑤ 행정/관리 ⑥ 기타 (_____)

문 16. 귀하의 업무경력은 총 얼마 정도입니까?
① 3년 미만 ② 3년 이상~5년 미만
③ 5년 이상~10년 미만 ④ 10년 이상

※ 조사된 내용 확인 및 추후 답례품 전달을 위해 몇 가지 확인 부탁드립니다. 답례품은 연락처에 휴대폰 번호를 기입해 주시면 기프티콘을 발송해 드립니다.

기관명 (센터명)		담당자명	
부서/직책		연락처	

♠ 감사합니다 ♠

2. 청소년 자살예방 사업 관련 의견조사 결과

부록2-1 **자살예방종합대책 10대 과제 중 청소년 자살예방 관련 해결 과제 -1순위** (단위: 명(%))

구분		전체	자살에 대한 국민의 인식 개선	자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화	자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소	자살에 대한 대중메체의 책임 강화	자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화
전 체		226 (100.0)	50 (22.1)	51 (22.6)	9 (4.0)	30 (13.3)	41 (18.1)
성별	남성	41 (100.0)	10 (24.4)	7 (17.1)	3 (7.3)	5 (12.2)	8 (19.5)
	여성	185 (100.0)	40 (21.6)	44 (23.8)	6 (3.2)	25 (13.5)	33 (17.8)
연령	20대	58 (100.0)	15 (25.9)	12 (20.7)	2 (3.4)	7 (12.1)	10 (17.2)
	30대	110 (100.0)	18 (16.4)	21 (19.1)	7 (6.4)	18 (16.4)	22 (20.0)
	40대	46 (100.0)	12 (26.1)	15 (32.6)	– –	4 (8.7)	7 (15.2)
	50대 이상	12 (100.0)	5 (41.7)	3 (25.0)	– –	1 (8.3)	2 (16.7)
근무지	정신건강 증진센터	54 (100.0)	10 (18.5)	4 (7.4)	5 (9.3)	5 (9.3)	12 (22.2)
	자살예방 센터	6 (100.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	– –	2 (33.3)	2 (33.3)
	청소년상담 복지센터	84 (100.0)	19 (22.6)	27 (32.1)	2 (2.4)	14 (16.7)	11 (13.1)
	Wee 센터	82 (100.0)	20 (24.4)	19 (23.2)	2 (2.4)	9 (11.0)	16 (19.5)
직업	간호사	21 (100.0)	4 (19.0)	4 (19.0)	2 (9.5)	1 (4.8)	4 (19.0)
	사회복지사	63 (100.0)	12 (19.0)	12 (19.0)	4 (6.3)	9 (14.3)	10 (15.9)
	상담(심리)사	115 (100.0)	30 (26.1)	31 (27.0)	1 (.9)	16 (13.9)	19 (16.5)
	기타	27 (100.0)	4 (14.8)	4 (14.8)	2 (7.4)	4 (14.8)	8 (29.6)
주된업무	상담	169 (100.0)	41 (24.3)	42 (24.9)	4 (2.4)	21 (12.4)	30 (17.8)
	교육/홍보	16 (100.0)	2 (12.5)	2 (12.5)	1 (6.3)	2 (12.5)	5 (31.3)
	복지지원	4 (100.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	– –	1 (25.0)	1 (25.0)
	진단/치료	11 (100.0)	– –	3 (27.3)	1 (9.1)	1 (9.1)	3 (27.3)
	행정/관리	20 (100.0)	5 (25.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	5 (25.0)	2 (10.0)
	기타	6 (100.0)	1 (16.7)	– –	2 (33.3)	– –	– –
업무경력	3년 미만	108 (100.0)	25 (23.1)	29 (26.9)	6 (5.6)	13 (12.0)	18 (16.7)
	3년 이상~ 5년 미만	38 (100.0)	13 (34.2)	5 (13.2)	– –	4 (10.5)	8 (21.1)
	5년 이상~ 10년 미만	52 (100.0)	5 (9.6)	12 (23.1)	2 (3.8)	12 (23.1)	7 (13.5)
	10년 이상	28 (100.0)	7 (25.0)	5 (17.9)	1 (3.6)	1 (3.6)	8 (28.6)

부록2-2 자살예방종합대책 10대 과제 중 청소년 자살예방 관련 해결 과제 -1순위(계속) (단위: 명(%))

구분		전체	지역사회 기반 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계 강화	자살예방을 위한 법과 제도적 기반 조성	자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축 적정화	자살예방을 위한 연구 · 감시 체계 구축	근거에 기반을 둔 자살예방 정책 개발
전 체		226	12	9	17	1	6
		(100.0)	(5.3)	(4.0)	(7.5)	(0.4)	(2.7)
성별	남성	41	1	2	4	–	1
		(100.0)	(2.4)	(4.9)	(9.8)	–	(2.4)
	여성	185	11	7	13	1	5
		(100.0)	(5.9)	(3.8)	(7.0)	(0.5)	(2.7)
연령	20대	58	4	1	6	–	1
		(100.0)	(6.9)	(1.7)	(10.3)	–	(1.7)
	30대	110	4	8	8	–	4
		(100.0)	(3.6)	(7.3)	(7.3)	–	(3.6)
	40대	46	4	–	3	–	1
		(100.0)	(8.7)	–	(6.5)	–	(2.2)
	50대 이상	12	–	–	–	1	–
		(100.0)	–	–	–	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	3	5	7	–	3
		(100.0)	(5.6)	(9.3)	(13.0)	–	(5.6)
	자살예방 센터	6	–	–	–	–	–
		(100.0)	–	–	–	–	–
	청소년상담 복지센터	84	4	3	4	–	–
		(100.0)	(4.8)	(3.6)	(4.8)	–	–
	Wee 센터	82	5	1	6	1	3
		(100.0)	(6.1)	(1.2)	(7.3)	(1.2)	(3.7)
직업	간호사	21	1	2	1	1	1
		(100.0)	(4.8)	(9.5)	(4.8)	(4.8)	(4.8)
	사회복지사	63	6	3	5	–	2
		(100.0)	(9.5)	(4.8)	(7.9)	–	(3.2)
	상담(심리)사	115	5	4	8	–	1
		(100.0)	(4.3)	(3.5)	(7.0)	–	(.9)
	기타	27	–	–	3	–	2
		(100.0)	–	–	(11.1)	–	(7.4)
주된업무	상담	169	10	4	12	1	4
		(100.0)	(5.9)	(2.4)	(7.1)	(.6)	(2.4)
	교육/홍보	16	–	2	2	–	–
		(100.0)	–	(12.5)	(12.5)	–	–
	복지지원	4	–	–	–	–	–
		(100.0)	–	–	–	–	–
	진단/치료	11	1	–	–	–	2
		(100.0)	(9.1)	–	–	–	(18.2)
	행정/관리	20	1	1	2	–	–
		(100.0)	(5.0)	(5.0)	(10.0)	–	–
	기타	6	–	2	1	–	–
		(100.0)	–	(33.3)	(16.7)	–	–
업무경력	3년 미만	108	5	2	8	–	2
		(100.0)	(4.6)	(1.9)	(7.4)	–	(1.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	3	3	2	–	–
		(100.0)	(7.9)	(7.9)	(5.3)	–	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	3	4	4	–	3
		(100.0)	(5.8)	(7.7)	(7.7)	–	(5.8)
	10년 이상	28	1	–	3	1	1
		(100.0)	(3.6)	–	(10.7)	(3.6)	(3.6)

부록2-3 자살예방종합대책 10대 과제 중 청소년 자살예방 관련 해결 과제 -복수응답 (단위: 명(%))

구분		전체	자살에 대한 국민의 인식 개선	자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량 강화	자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성 감소	자살에 대한 대중매체의 책임 강화	자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화
전 체		226	80	112	25	109	105
			(35.4)	(49.6)	(11.1)	(48.2)	(46.5)
성별	남성	41	20	16	6	22	17
			(48.8)	(39.0)	(14.6)	(53.7)	(41.5)
	여성	185	60	96	19	87	88
			(32.4)	(51.9)	(10.3)	(47.0)	(47.6)
연령	20대	58	22	27	8	21	26
			(37.9)	(46.6)	(13.8)	(36.2)	(44.8)
	30대	110	35	50	12	60	54
			(31.8)	(45.5)	(10.9)	(54.5)	(49.1)
	40대	46	17	28	4	23	19
			(37.0)	(60.9)	(8.7)	(50.0)	(41.3)
	50대 이상	12	6	7	1	5	6
			(50.0)	(58.3)	(8.3)	(41.7)	(50.0)
근무지	정신건강 증진센터	54	25	18	9	22	18
			(46.3)	(33.3)	(16.7)	(40.7)	(33.3)
	자살예방 센터	6	1	2	–	4	3
			(16.7)	(33.3)	–	(66.7)	(50.0)
	청소년상담 복지센터	84	26	46	9	43	42
			(31.0)	(54.8)	(10.7)	(51.2)	(50.0)
	Wee 센터	82	28	46	7	40	42
			(34.1)	(56.1)	(8.5)	(48.8)	(51.2)
직업	간호사	21	8	9	4	11	5
			(38.1)	(42.9)	(19.0)	(52.4)	(23.8)
	사회복지사	63	26	28	8	29	23
			(41.3)	(44.4)	(12.7)	(46.0)	(36.5)
	상담(심리)사	115	39	63	7	55	60
			(33.9)	(54.8)	(6.1)	(47.8)	(52.2)
	기타	27	7	12	6	14	17
			(25.9)	(44.4)	(22.2)	(51.9)	(63.0)
주된업무	상담	169	60	82	15	80	79
			(35.5)	(48.5)	(8.9)	(47.3)	(46.7)
	교육/홍보	16	7	7	1	8	8
			(43.8)	(43.8)	(6.3)	(50.0)	(50.0)
	복지지원	4	2	3	–	2	2
			(50.0)	(75.0)	–	(50.0)	(50.0)
	진단/치료	11	2	7	1	6	8
			(18.2)	(63.6)	(9.1)	(54.5)	(72.7)
	행정/관리	20	7	11	6	11	7
			(35.0)	(55.0)	(30.0)	(55.0)	(35.0)
	기타	6	2	2	2	2	1
			(33.3)	(33.3)	(33.3)	(33.3)	(16.7)
업무경력	3년 미만	108	37	60	14	48	50
			(34.3)	(55.6)	(13.0)	(44.4)	(46.3)
	3년 이상~ 5년 미만	38	16	17	2	20	16
			(42.1)	(44.7)	(5.3)	(52.6)	(42.1)
	5년 이상~ 10년 미만	52	15	21	7	30	23
			(28.8)	(40.4)	(13.5)	(57.7)	(44.2)
	10년 이상	28	12	14	2	11	16
			(42.9)	(50.0)	(7.1)	(39.3)	(57.1)

부록2-4 자살예방종합대책 10대 과제 중 청소년 자살예방 관련 해결 과제 -복수응답(계속) (단위: 명(%))

구분		전체	지역사회 기반 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계 강화	자살예방을 위한 법과 제도적 기반 조성	자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축 적정화	자살예방을 위한 연구 · 감시 체계 구축	근거에 기반을 둔 자살예방 정책 개발
전 체		226	80	34	78	11	42
			(35.4)	(15.0)	(34.5)	(4.9)	(18.6)
성별	남성	41	11	8	16	3	4
			(26.8)	(19.5)	(39.0)	(7.3)	(9.8)
	여성	185	69	26	62	8	38
			(37.3)	(14.1)	(33.5)	(4.3)	(20.5)
연령	20대	58	20	8	21	4	16
			(34.5)	(13.8)	(36.2)	(6.9)	(27.6)
	30대	110	38	17	37	5	21
			(34.5)	(15.5)	(33.6)	(4.5)	(19.1)
	40대	46	17	8	16	1	5
			(37.0)	(17.4)	(34.8)	(2.2)	(10.9)
	50대 이상	12	5	1	4	1	–
			(41.7)	(8.3)	(33.3)	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	14	13	23	2	17
			(25.9)	(24.1)	(42.6)	(3.7)	(31.5)
	자살예방 센터	6	2	3	2	–	1
			(33.3)	(50.0)	(33.3)	–	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	39	9	23	5	10
			(46.4)	(10.7)	(27.4)	(6.0)	(11.9)
	Wee 센터	82	25	9	30	4	14
			(30.5)	(11.0)	(36.6)	(4.9)	(17.1)
직업	간호사	21	4	7	6	2	6
			(19.0)	(33.3)	(28.6)	(9.5)	(28.6)
	사회복지사	63	20	11	25	2	17
			(31.7)	(17.5)	(39.7)	(3.2)	(27.0)
	상담(심리)사	115	48	14	39	5	14
			(41.7)	(12.2)	(33.9)	(4.3)	(12.2)
	기타	27	8	2	8	2	5
			(29.6)	(7.4)	(29.6)	(7.4)	(18.5)
주된업무	상담	169	69	24	59	9	28
			(40.8)	(14.2)	(34.9)	(5.3)	(16.6)
	교육/홍보	16	4	5	5	–	3
			(25.0)	(31.3)	(31.3)	–	(18.8)
	복지지원	4	–	–	1	–	2
			–	–	(25.0)	–	(50.0)
	진단/치료	11	3	1	2	–	3
			(27.3)	(9.1)	(18.2)	–	(27.3)
	행정/관리	20	4	2	6	2	4
			(20.0)	(10.0)	(30.0)	(10.0)	(20.0)
	기타	6	–	2	5	–	2
			–	(33.3)	(83.3)	–	(33.3)
업무경력	3년 미만	108	35	13	39	6	21
			(32.4)	(12.0)	(36.1)	(5.6)	(19.4)
	3년 이상~ 5년 미만	38	16	9	12	1	5
			(42.1)	(23.7)	(31.6)	(2.6)	(13.2)
	5년 이상~ 10년 미만	52	20	9	17	2	12
			(38.5)	(17.3)	(32.7)	(3.8)	(23.1)
	10년 이상	28	9	3	10	2	4
			(32.1)	(10.7)	(35.7)	(7.1)	(14.3)

부록2-5 **청소년 자살예방 관련 중앙부처 해결 과제 -1순위** (단위: 명(%))

구분		전체	청소년 자살예방 대한 중장기 계획 수립	청소년 자살예방 관련 법률 제정 및 개선	청소년 자살예방 관련 범부처 협력 체계 구축	청소년 자살예방 관련 학교 및 지역사회 연계·협력	청소년 자살예방 청소년 고위기군 조기발견 구축
전 체		226	42	19	9	28	54
		(100.0)	(18.6)	(8.4)	(4.0)	(12.4)	(23.9)
성별	남성	41	8	5	1	2	9
		(100.0)	(19.5)	(12.2)	(2.4)	(4.9)	(22.0)
	여성	185	34	14	8	26	45
		(100.0)	(18.4)	(7.6)	(4.3)	(14.1)	(24.3)
연령	20대	58	8	5	4	8	19
		(100.0)	(13.8)	(8.6)	(6.9)	(13.8)	(32.8)
	30대	110	22	12	3	9	20
		(100.0)	(20.0)	(10.9)	(2.7)	(8.2)	(18.2)
	40대	46	10	2	1	8	14
		(100.0)	(21.7)	(4.3)	(2.2)	(17.4)	(30.4)
	50대 이상	12	2	–	1	3	1
		(100.0)	(16.7)	–	(8.3)	(25.0)	(8.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	6	8	1	3	7
		(100.0)	(11.1)	(14.8)	(1.9)	(5.6)	(13.0)
	자살예방 센터	6	1	–	1	–	2
		(100.0)	(16.7)	–	(16.7)	–	(33.3)
	청소년상담 복지센터	84	16	6	7	14	18
		(100.0)	(19.0)	(7.1)	(8.3)	(16.7)	(21.4)
	Wee 센터	82	19	5	–	11	27
		(100.0)	(23.2)	(6.1)	–	(13.4)	(32.9)
직업	간호사	21	5	–	–	1	4
		(100.0)	(23.8)	–	–	(4.8)	(19.0)
	사회복지사	63	10	9	2	6	11
		(100.0)	(15.9)	(14.3)	(3.2)	(9.5)	(17.5)
	상담(심리)사	115	20	7	6	17	34
		(100.0)	(17.4)	(6.1)	(5.2)	(14.8)	(29.6)
	기타	27	7	3	1	4	5
		(100.0)	(25.9)	(11.1)	(3.7)	(14.8)	(18.5)
주된업무	상담	169	31	11	8	27	43
		(100.0)	(18.3)	(6.5)	(4.7)	(16.0)	(25.4)
	교육/홍보	16	4	1	–	1	2
		(100.0)	(25.0)	(6.3)	–	(6.3)	(12.5)
	복지지원	4	2	1	–	–	–
		(100.0)	(50.0)	(25.0)	–	–	–
	진단/치료	11	1	2	–	–	3
		(100.0)	(9.1)	(18.2)	–	–	(27.3)
	행정/관리	20	4	3	–	–	6
		(100.0)	(20.0)	(15.0)	–	–	(30.0)
	기타	6	–	1	1	–	–
		(100.0)	–	(16.7)	(16.7)	–	–
업무경력	3년 미만	108	26	6	1	17	31
		(100.0)	(24.1)	(5.6)	(.9)	(15.7)	(28.7)
	3년 이상~ 5년 미만	38	7	6	5	4	6
		(100.0)	(18.4)	(15.8)	(13.2)	(10.5)	(15.8)
	5년 이상~ 10년 미만	52	5	6	2	5	12
		(100.0)	(9.6)	(11.5)	(3.8)	(9.6)	(23.1)
	10년 이상	28	4	1	1	2	5
		(100.0)	(14.3)	(3.6)	(3.6)	(7.1)	(17.9)

부록2-6 청소년 자살예방 관련 중앙부처 해결 과제 -1순위(계속)

(단위: 명(%))

구분		전체	청소년 자살예방 지원 위한 예산 확보	청소년 자살예방 프로그램 개발 및 보급	청소년 자살 관련 언론보도 책임강화 및 홍보강화	청소년 자살예방 전문인력 확충 및 처우 개선	기타
전 체		226	31	13	14	15	1
		(100.0)	(13.7)	(5.8)	(6.2)	(6.6)	(.4)
성별	남성	41	4	6	1	5	–
		(100.0)	(9.8)	(14.6)	(2.4)	(12.2)	–
	여성	185	27	7	13	10	1
		(100.0)	(14.6)	(3.8)	(7.0)	(5.4)	(.5)
연령	20대	58	6	–	4	4	–
		(100.0)	(10.3)	–	(6.9)	(6.9)	–
	30대	110	18	8	10	7	1
		(100.0)	(16.4)	(7.3)	(9.1)	(6.4)	(.9)
	40대	46	5	2	–	4	–
		(100.0)	(10.9)	(4.3)	–	(8.7)	–
	50대 이상	12	2	3	–	–	–
		(100.0)	(16.7)	(25.0)	–	–	–
근무지	정신건강 증진센터	54	15	4	6	4	–
		(100.0)	(27.8)	(7.4)	(11.1)	(7.4)	–
	자살예방 센터	6	2	–	–	–	–
		(100.0)	(33.3)	–	–	–	–
	청소년상담 복지센터	84	8	2	7	5	1
		(100.0)	(9.5)	(2.4)	(8.3)	(6.0)	(1.2)
	Wee 센터	82	6	7	1	6	–
		(100.0)	(7.3)	(8.5)	(1.2)	(7.3)	–
직업	간호사	21	9	1	1	–	–
		(100.0)	(42.9)	(4.8)	(4.8)	–	–
	사회복지사	63	11	3	7	4	–
		(100.0)	(17.5)	(4.8)	(11.1)	(6.3)	–
	상담(심리)사	115	10	4	6	10	1
		(100.0)	(8.7)	(3.5)	(5.2)	(8.7)	(.9)
	기타	27	1	5	–	1	–
		(100.0)	(3.7)	(18.5)	–	(3.7)	–
주된업무	상담	169	18	10	8	12	1
		(100.0)	(10.7)	(5.9)	(4.7)	(7.1)	(.6)
	교육/홍보	16	4	1	3	–	–
		(100.0)	(25.0)	(6.3)	(18.8)	–	–
	복지지원	4	–	–	1	–	–
		(100.0)	–	–	(25.0)	–	–
	진단/치료	11	3	1	–	1	–
		(100.0)	(27.3)	(9.1)	–	(9.1)	–
	행정/관리	20	4	1	2	–	–
		(100.0)	(20.0)	(5.0)	(10.0)	–	–
	기타	6	2	–	–	2	–
		(100.0)	(33.3)	–	–	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	11	2	7	7	–
		(100.0)	(10.2)	(1.9)	(6.5)	(6.5)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	2	3	2	3	–
		(100.0)	(5.3)	(7.9)	(5.3)	(7.9)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	12	3	3	3	1
		(100.0)	(23.1)	(5.8)	(5.8)	(5.8)	(1.9)
	10년 이상	28	6	5	2	2	–
		(100.0)	(21.4)	(17.9)	(7.1)	(7.1)	–

부록2-7 청소년 자살예방 관련 중앙부처 해결 과제 -복수응답 (단위: 명(%))

구분		전체	청소년 자살예방 대한 중장기 계획 수립	청소년 자살예방 관련 법률 제정 및 개선	청소년 자살예방 관련 범부처 협력 체계 구축	청소년 자살예방 관련 학교 및 지역사회 연계·협력	청소년 자살예방 청소년 고위기군 조기발견 구축
전 체		226	72	44	28	88	135
			(31.9)	(19.5)	(12.4)	(38.9)	(59.7)
성별	남성	41	15	12	7	12	21
			(36.6)	(29.3)	(17.1)	(29.3)	(51.2)
	여성	185	57	32	21	76	114
			(30.8)	(17.3)	(11.4)	(41.1)	(61.6)
연령	20대	58	15	9	6	18	36
			(25.9)	(15.5)	(10.3)	(31.0)	(62.1)
	30대	110	39	25	13	42	62
			(35.5)	(22.7)	(11.8)	(38.2)	(56.4)
	40대	46	15	7	8	23	30
			(32.6)	(15.2)	(17.4)	(50.0)	(65.2)
	50대 이상	12	3	3	1	5	7
			(25.0)	(25.0)	(8.3)	(41.7)	(58.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	19	14	5	17	20
			(35.2)	(25.9)	(9.3)	(31.5)	(37.0)
	자살예방 센터	6	3	–	1	1	2
			(50.0)	–	(16.7)	(16.7)	(33.3)
	청소년상담 복지센터	84	20	18	16	40	56
			(23.8)	(21.4)	(19.0)	(47.6)	(66.7)
	Wee 센터	82	30	12	6	30	57
			(36.6)	(14.6)	(7.3)	(36.6)	(69.5)
직업	간호사	21	9	2	1	8	11
			(42.9)	(9.5)	(4.8)	(38.1)	(52.4)
	사회복지사	63	24	15	7	22	29
			(38.1)	(23.8)	(11.1)	(34.9)	(46.0)
	상담(심리)사	115	30	21	17	48	80
			(26.1)	(18.3)	(14.8)	(41.7)	(69.6)
	기타	27	9	6	3	10	15
			(33.3)	(22.2)	(11.1)	(37.0)	(55.6)
주된업무	상담	169	50	28	18	72	110
			(29.6)	(16.6)	(10.7)	(42.6)	(65.1)
	교육/홍보	16	8	2	3	7	8
			(50.0)	(12.5)	(18.8)	(43.8)	(50.0)
	복지지원	4	2	1	–	3	–
			(50.0)	(25.0)	–	(75.0)	–
	진단/치료	11	3	3	2	1	7
			(27.3)	(27.3)	(18.2)	(9.1)	(63.6)
	행정/관리	20	7	8	2	5	9
			(35.0)	(40.0)	(10.0)	(25.0)	(45.0)
	기타	6	2	2	3	–	1
			(33.3)	(33.3)	(50.0)	–	(16.7)
업무경력	3년 미만	108	41	15	8	43	69
			(38.0)	(13.9)	(7.4)	(39.8)	(63.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	10	10	6	20	18
			(26.3)	(26.3)	(15.8)	(52.6)	(47.4)
	5년 이상~ 10년 미만	52	13	13	9	17	29
			(25.0)	(25.0)	(17.3)	(32.7)	(55.8)
	10년 이상	28	8	6	5	8	19
			(28.6)	(21.4)	(17.9)	(28.6)	(67.9)

부록2-8 청소년 자살예방 관련 중앙부처 해결 과제 -복수응답(계속)

(단위: 명(%))

구분		전체	청소년 자살예방 지원 위한 예산 확보	청소년 자살예방 프로그램 개발 및 보급	청소년 자살 관련 언론보도 책임강화 및 홍보강화	청소년 자살예방 전문인력 확충 및 처우 개선	기타
전 체		226	85	77	57	89	2
			(37.6)	(34.1)	(25.2)	(39.4)	(.9)
성별	남성	41	14	12	13	17	–
			(34.1)	(29.3)	(31.7)	(41.5)	–
	여성	185	71	65	44	72	2
			(38.4)	(35.1)	(23.8)	(38.9)	(1.1)
연령	20대	58	23	24	12	31	–
			(39.7)	(41.4)	(20.7)	(53.4)	–
	30대	110	42	32	35	37	2
			(38.2)	(29.1)	(31.8)	(33.6)	(1.8)
	40대	46	15	17	8	15	–
			(32.6)	(37.0)	(17.4)	(32.6)	–
	50대 이상	12	5	4	2	6	–
			(41.7)	(33.3)	(16.7)	(50.0)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	28	18	22	18	1
			(51.9)	(33.3)	(40.7)	(33.3)	(1.9)
	자살예방 센터	6	5	2	4	–	–
			(83.3)	(33.3)	(66.7)	–	–
	청소년상담 복지센터	84	25	31	15	30	1
			(29.8)	(36.9)	(17.9)	(35.7)	(1.2)
	Wee 센터	82	27	26	16	41	–
			(32.9)	(31.7)	(19.5)	(50.0)	–
직업	간호사	21	12	8	4	8	–
			(57.1)	(38.1)	(19.0)	(38.1)	–
	사회복지사	63	23	22	26	21	–
			(36.5)	(34.9)	(41.3)	(33.3)	–
	상담(심리)사	115	38	35	24	50	1
			(33.0)	(30.4)	(20.9)	(43.5)	(.9)
	기타	27	12	12	3	10	1
			(44.4)	(44.4)	(11.1)	(37.0)	(3.7)
주된업무	상담	169	57	60	38	72	2
			(33.7)	(35.5)	(22.5)	(42.6)	(1.2)
	교육/홍보	16	6	3	8	3	–
			(37.5)	(18.8)	(50.0)	(18.8)	–
	복지지원	4	1	2	2	1	–
			(25.0)	(50.0)	(50.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	6	3	1	6	–
			(54.5)	(27.3)	(9.1)	(54.5)	–
	행정/관리	20	11	7	6	5	–
			(55.0)	(35.0)	(30.0)	(25.0)	–
	기타	6	4	2	2	2	–
			(66.7)	(33.3)	(33.3)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	34	40	26	48	–
			(31.5)	(37.0)	(24.1)	(44.4)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	10	16	10	14	–
			(26.3)	(42.1)	(26.3)	(36.8)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	29	12	15	18	1
			(55.8)	(23.1)	(28.8)	(34.6)	(1.9)
	10년 이상	28	12	9	6	9	1
			(42.9)	(32.1)	(21.4)	(32.1)	(3.6)

부록2-9 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -1순위 (단위: 명(%))

구분		전체	지역별 자살예방 지원 계획 수립	지원을 위한 조례 제정 및 개선	지자체와 교육청간, 지역사회 기관들 간 연계·협력	지자체 담당 공무원 인식 제고	지역사회 청소년 고위기군 조기발견, 시스템 구축
전 체		226	33	17	43	9	57
		(100.0)	(14.6)	(7.5)	(19.0)	(4.0)	(25.2)
성별	남성	41	9	2	8	1	7
		(100.0)	(22.0)	(4.9)	(19.5)	(2.4)	(17.1)
	여성	185	24	15	35	8	50
		(100.0)	(13.0)	(8.1)	(18.9)	(4.3)	(27.0)
연령	20대	58	7	5	13	4	16
		(100.0)	(12.1)	(8.6)	(22.4)	(6.9)	(27.6)
	30대	110	17	7	20	3	22
		(100.0)	(15.5)	(6.4)	(18.2)	(2.7)	(20.0)
	40대	46	9	4	8	1	14
		(100.0)	(19.6)	(8.7)	(17.4)	(2.2)	(30.4)
	50대 이상	12	–	1	2	1	5
		(100.0)	–	(8.3)	(16.7)	(8.3)	(41.7)
근무지	정신건강 증진센터	54	5	7	9	1	9
		(100.0)	(9.3)	(13.0)	(16.7)	(1.9)	(16.7)
	자살예방 센터	6	1	–	–	–	2
		(100.0)	(16.7)	–	–	–	(33.3)
	청소년상담 복지센터	84	17	5	19	4	19
		(100.0)	(20.2)	(6.0)	(22.6)	(4.8)	(22.6)
	Wee 센터	82	10	5	15	4	27
		(100.0)	(12.2)	(6.1)	(18.3)	(4.9)	(32.9)
직업	간호사	21	1	3	2	–	4
		(100.0)	(4.8)	(14.3)	(9.5)	–	(19.0)
	사회복지사	63	11	7	11	4	14
		(100.0)	(17.5)	(11.1)	(17.5)	(6.3)	(22.2)
	상담(심리)사	115	18	5	27	4	30
		(100.0)	(15.7)	(4.3)	(23.5)	(3.5)	(26.1)
	기타	27	3	2	3	1	9
		(100.0)	(11.1)	(7.4)	(11.1)	(3.7)	(33.3)
주된업무	상담	169	23	12	35	7	47
		(100.0)	(13.6)	(7.1)	(20.7)	(4.1)	(27.8)
	교육/홍보	16	4	–	2	–	5
		(100.0)	(25.0)	–	(12.5)	–	(31.3)
	복지지원	4	3	1	–	–	–
		(100.0)	(75.0)	(25.0)	–	–	–
	진단/치료	11	1	1	–	–	3
		(100.0)	(9.1)	(9.1)	–	–	(27.3)
	행정/관리	20	1	3	4	1	2
		(100.0)	(5.0)	(15.0)	(20.0)	(5.0)	(10.0)
	기타	6	1	–	2	1	–
		(100.0)	(16.7)	–	(33.3)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	18	10	25	4	26
		(100.0)	(16.7)	(9.3)	(23.1)	(3.7)	(24.1)
	3년 이상~ 5년 미만	38	6	4	7	4	10
		(100.0)	(15.8)	(10.5)	(18.4)	(10.5)	(26.3)
	5년 이상~ 10년 미만	52	4	1	9	–	16
		(100.0)	(7.7)	(1.9)	(17.3)	–	(30.8)
	10년 이상	28	5	2	2	1	5
		(100.0)	(17.9)	(7.1)	(7.1)	(3.6)	(17.9)

부록2-10 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -1순위(계속) (단위: 명(%))

구분		전체	지원을 위한 지자체 예산 확보	지역사회 프로그램 개발 및 보급	사례관리 인력지원	지역사회 전문인력 확충 및 처우 개선	기타
전 체		226	31	8	11	17	–
		(100.0)	(13.7)	(3.5)	(4.9)	(7.5)	–
성별	남성	41	6	1	3	4	–
		(100.0)	(14.6)	(2.4)	(7.3)	(9.8)	–
	여성	185	25	7	8	13	–
		(100.0)	(13.5)	(3.8)	(4.3)	(7.0)	–
연령	20대	58	4	–	3	6	–
		(100.0)	(6.9)	–	(5.2)	(10.3)	–
	30대	110	22	4	7	8	–
		(100.0)	(20.0)	(3.6)	(6.4)	(7.3)	–
	40대	46	4	3	1	2	–
		(100.0)	(8.7)	(6.5)	(2.2)	(4.3)	–
	50대 이상	12	1	1	–	1	–
		(100.0)	(8.3)	(8.3)	–	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	15	1	4	3	–
		(100.0)	(27.8)	(1.9)	(7.4)	(5.6)	–
	자살예방 센터	6	–	–	2	1	–
		(100.0)	–	–	(33.3)	(16.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	12	3	2	3	–
		(100.0)	(14.3)	(3.6)	(2.4)	(3.6)	–
	Wee 센터	82	4	4	3	10	–
		(100.0)	(4.9)	(4.9)	(3.7)	(12.2)	–
직업	간호사	21	8	1	1	1	–
		(100.0)	(38.1)	(4.8)	(4.8)	(4.8)	–
	사회복지사	63	9	–	3	4	–
		(100.0)	(14.3)	–	(4.8)	(6.3)	–
	상담(심리)사	115	12	4	5	10	–
		(100.0)	(10.4)	(3.5)	(4.3)	(8.7)	–
	기타	27	2	3	2	2	–
		(100.0)	(7.4)	(11.1)	(7.4)	(7.4)	–
주된업무	상담	169	18	7	9	11	–
		(100.0)	(10.7)	(4.1)	(5.3)	(6.5)	–
	교육/홍보	16	4	–	–	1	–
		(100.0)	(25.0)	–	–	(6.3)	–
	복지지원	4	–	–	–	–	–
		(100.0)	–	–	–	–	–
	진단/치료	11	2	1	–	3	–
		(100.0)	(18.2)	(9.1)	–	(27.3)	–
	행정/관리	20	6	–	1	2	–
		(100.0)	(30.0)	–	(5.0)	(10.0)	–
	기타	6	1	–	1	–	–
		(100.0)	(16.7)	–	(16.7)	–	–
업무경력	3년 미만	108	8	4	7	6	–
		(100.0)	(7.4)	(3.7)	(6.5)	(5.6)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	–	2	4	–
		(100.0)	(2.6)	–	(5.3)	(10.5)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	14	3	1	4	–
		(100.0)	(26.9)	(5.8)	(1.9)	(7.7)	–
	10년 이상	28	8	1	1	3	–
		(100.0)	(28.6)	(3.6)	(3.6)	(10.7)	–

부록2-11 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -복수응답 (단위: 명(%))

구분		전체	지역별 자살예방 지원 계획 수립	지원을 위한 조례 제정 및 개선	지자체와 교육청간, 지역사회 기관들 간 연계·협력	지자체 담당 공무원 인식 제고	지역사회 청소년 고위기군 조기발견, 시스템 구축
전 체		226	53	33	100	39	135
			(23.5)	(14.6)	(44.2)	(17.3)	(59.7)
성별	남성	41	11	7	20	7	24
			(26.8)	(17.1)	(48.8)	(17.1)	(58.5)
	여성	185	42	26	80	32	111
			(22.7)	(14.1)	(43.2)	(17.3)	(60.0)
연령	20대	58	12	9	23	10	33
			(20.7)	(15.5)	(39.7)	(17.2)	(56.9)
	30대	110	26	15	53	21	63
			(23.6)	(13.6)	(48.2)	(19.1)	(57.3)
	40대	46	11	7	20	6	30
			(23.9)	(15.2)	(43.5)	(13.0)	(65.2)
	50대 이상	12	4	2	4	2	9
			(33.3)	(16.7)	(33.3)	(16.7)	(75.0)
근무지	정신건강 증진센터	54	8	13	27	10	25
			(14.8)	(24.1)	(50.0)	(18.5)	(46.3)
	자살예방 센터	6	1	1	2	–	5
			(16.7)	(16.7)	(33.3)	–	(83.3)
	청소년상담 복지센터	84	24	10	38	16	47
			(28.6)	(11.9)	(45.2)	(19.0)	(56.0)
	Wee 센터	82	20	9	33	13	58
			(24.4)	(11.0)	(40.2)	(15.9)	(70.7)
직업	간호사	21	1	4	10	5	10
			(4.8)	(19.0)	(47.6)	(23.8)	(47.6)
	사회복지사	63	16	15	30	7	37
			(25.4)	(23.8)	(47.6)	(11.1)	(58.7)
	상담(심리)사	115	30	12	49	23	70
			(26.1)	(10.4)	(42.6)	(20.0)	(60.9)
	기타	27	6	2	11	4	18
			(22.2)	(7.4)	(40.7)	(14.8)	(66.7)
주된업무	상담	169	36	24	70	31	106
			(21.3)	(14.2)	(41.4)	(18.3)	(62.7)
	교육/홍보	16	5	3	11	1	9
			(31.3)	(18.8)	(68.8)	(6.3)	(56.3)
	복지지원	4	3	2	2	–	1
			(75.0)	(50.0)	(50.0)	–	(25.0)
	진단/치료	11	3	1	1	1	6
			(27.3)	(9.1)	(9.1)	(9.1)	(54.5)
	행정/관리	20	5	3	10	4	10
			(25.0)	(15.0)	(50.0)	(20.0)	(50.0)
	기타	6	1	–	6	2	3
			(16.7)	–	(100.0)	(33.3)	(50.0)
업무경력	3년 미만	108	28	15	49	16	66
			(25.9)	(13.9)	(45.4)	(14.8)	(61.1)
	3년 이상~ 5년 미만	38	10	6	16	9	23
			(26.3)	(15.8)	(42.1)	(23.7)	(60.5)
	5년 이상~ 10년 미만	52	8	9	25	7	30
			(15.4)	(17.3)	(48.1)	(13.5)	(57.7)
	10년 이상	28	7	3	10	7	16
			(25.0)	(10.7)	(35.7)	(25.0)	(57.1)

부록2-12 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -복수응답(계속) (단위: 명(%))

구분		전체	지원을 위한 지자체 예산 확보	지역사회 프로그램 개발 및 보급	사례관리 인력지원	지역사회 전문인력 확충 및 처우 개선	기타
전 체		226	95	63	71	88	1
			(42.0)	(27.9)	(31.4)	(38.9)	(.4)
성별	남성	41	18	7	11	18	–
			(43.9)	(17.1)	(26.8)	(43.9)	–
	여성	185	77	56	60	70	1
			(41.6)	(30.3)	(32.4)	(37.8)	(.5)
연령	20대	58	24	17	22	24	–
			(41.4)	(29.3)	(37.9)	(41.4)	–
	30대	110	49	27	33	42	1
			(44.5)	(24.5)	(30.0)	(38.2)	(.9)
	40대	46	18	16	13	17	–
			(39.1)	(34.8)	(28.3)	(37.0)	–
	50대 이상	12	4	3	3	5	–
			(33.3)	(25.0)	(25.0)	(41.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	33	11	16	18	1
			(61.1)	(20.4)	(29.6)	(33.3)	(1.9)
	자살예방 센터	6	2	2	4	1	–
			(33.3)	(33.3)	(66.7)	(16.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	35	24	24	34	–
			(41.7)	(28.6)	(28.6)	(40.5)	–
	Wee 센터	82	25	26	27	35	–
			(30.5)	(31.7)	(32.9)	(42.7)	–
직업	간호사	21	13	7	7	6	–
			(61.9)	(33.3)	(33.3)	(28.6)	–
	사회복지사	63	27	18	16	23	–
			(42.9)	(28.6)	(25.4)	(36.5)	–
	상담(심리)사	115	43	31	40	47	–
			(37.4)	(27.0)	(34.8)	(40.9)	–
	기타	27	12	7	8	12	1
			(44.4)	(25.9)	(29.6)	(44.4)	(3.7)
주된업무	상담	169	65	49	58	67	1
			(38.5)	(29.0)	(34.3)	(39.6)	(.6)
	교육/홍보	16	8	2	4	5	–
			(50.0)	(12.5)	(25.0)	(31.3)	–
	복지지원	4	1	1	1	1	–
			(25.0)	(25.0)	(25.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	7	4	3	7	–
			(63.6)	(36.4)	(27.3)	(63.6)	–
	행정/관리	20	10	7	4	7	–
			(50.0)	(35.0)	(20.0)	(35.0)	–
	기타	6	4	–	1	1	–
			(66.7)	–	(16.7)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	39	34	35	42	–
			(36.1)	(31.5)	(32.4)	(38.9)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	15	12	10	13	–
			(39.5)	(31.6)	(26.3)	(34.2)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	29	9	16	23	–
			(55.8)	(17.3)	(30.8)	(44.2)	–
	10년 이상	28	12	8	10	10	1
			(42.9)	(28.6)	(35.7)	(35.7)	(3.6)

부록2-13 지역사회 기관의 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -1순위 (단위: 명(%))

구분		전체	지역사회 기관들 간 연계·협력 체계 구축	자살예방 컨트롤 타워 설치	자살 고위험군 학생 및 청소년 사례 관리강화	지역사회 청소년 고위험군 자살예방 관리팀 구축	청소년 자살예방 학생 및 청소년 대상 교육 강화
전 체		226	53	21	63	17	15
		(100.0)	(23.5)	(9.3)	(27.9)	(7.5)	(6.6)
성별	남성	41	14	1	7	3	4
		(100.0)	(34.1)	(2.4)	(17.1)	(7.3)	(9.8)
	여성	185	39	20	56	14	11
		(100.0)	(21.1)	(10.8)	(30.3)	(7.6)	(5.9)
연령	20대	58	11	6	20	3	3
		(100.0)	(19.0)	(10.3)	(34.5)	(5.2)	(5.2)
	30대	110	26	9	31	6	5
		(100.0)	(23.6)	(8.2)	(28.2)	(5.5)	(4.5)
	40대	46	13	6	10	7	5
		(100.0)	(28.3)	(13.0)	(21.7)	(15.2)	(10.9)
	50대 이상	12	3	–	2	1	2
		(100.0)	(25.0)	–	(16.7)	(8.3)	(16.7)
근무지	정신건강 증진센터	54	13	5	9	6	1
		(100.0)	(24.1)	(9.3)	(16.7)	(11.1)	(1.9)
	자살예방 센터	6	2	1	1	–	–
		(100.0)	(33.3)	(16.7)	(16.7)	–	–
	청소년상담 복지센터	84	22	6	29	5	8
		(100.0)	(26.2)	(7.1)	(34.5)	(6.0)	(9.5)
	Wee 센터	82	16	9	24	6	6
		(100.0)	(19.5)	(11.0)	(29.3)	(7.3)	(7.3)
직업	간호사	21	3	5	3	6	1
		(100.0)	(14.3)	(23.8)	(14.3)	(28.6)	(4.8)
	사회복지사	63	16	7	12	5	1
		(100.0)	(25.4)	(11.1)	(19.0)	(7.9)	(1.6)
	상담(심리)사	115	25	6	42	6	10
		(100.0)	(21.7)	(5.2)	(36.5)	(5.2)	(8.7)
	기타	27	9	3	6	–	3
		(100.0)	(33.3)	(11.1)	(22.2)	–	(11.1)
주된업무	상담	169	40	12	54	12	12
		(100.0)	(23.7)	(7.1)	(32.0)	(7.1)	(7.1)
	교육/홍보	16	3	–	5	3	–
		(100.0)	(18.8)	–	(31.3)	(18.8)	–
	복지지원	4	–	4	–	–	–
		(100.0)	–	(100.0)	–	–	–
	진단/치료	11	2	1	3	–	1
		(100.0)	(18.2)	(9.1)	(27.3)	–	(9.1)
	행정/관리	20	6	3	1	2	2
		(100.0)	(30.0)	(15.0)	(5.0)	(10.0)	(10.0)
	기타	6	2	1	–	–	–
		(100.0)	(33.3)	(16.7)	–	–	–
업무경력	3년 미만	108	22	10	36	8	5
		(100.0)	(20.4)	(9.3)	(33.3)	(7.4)	(4.6)
	3년 이상~ 5년 미만	38	9	3	10	1	2
		(100.0)	(23.7)	(7.9)	(26.3)	(2.6)	(5.3)
	5년 이상~ 10년 미만	52	15	4	11	6	5
		(100.0)	(28.8)	(7.7)	(21.2)	(11.5)	(9.6)
	10년 이상	28	7	4	6	2	3
		(100.0)	(25.0)	(14.3)	(21.4)	(7.1)	(10.7)

부록2-14 지역사회 기관의 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -1순위(계속) (단위: 명(%))

구분		전체	부모교육 및 교직원 대상 교육 확대	학생, 학부모 및 교직원 대상 청소년 자살 예방 게이트 양성	언론 자살보도 행태개선 위한 모니터링 강화	학교 및 기관 전문인력 확충 및 처우 개선	기타
전 체		226	19	8	4	23	3
		(100.0)	(8.4)	(3.5)	(1.8)	(10.2)	(1.3)
성별	남성	41	4	1	–	7	–
		(100.0)	(9.8)	(2.4)	–	(17.1)	–
	여성	185	15	7	4	16	3
		(100.0)	(8.1)	(3.8)	(2.2)	(8.6)	(1.6)
연령	20대	58	1	5	1	7	1
		(100.0)	(1.7)	(8.6)	(1.7)	(12.1)	(1.7)
	30대	110	11	3	3	15	1
		(100.0)	(10.0)	(2.7)	(2.7)	(13.6)	(.9)
	40대	46	3	–	–	1	1
		(100.0)	(6.5)	–	–	(2.2)	(2.2)
	50대 이상	12	4	–	–	–	–
		(100.0)	(33.3)	–	–	–	–
근무지	정신건강 증진센터	54	5	5	2	8	–
		(100.0)	(9.3)	(9.3)	(3.7)	(14.8)	–
	자살예방 센터	6	–	1	–	1	–
		(100.0)	–	(16.7)	–	(16.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	7	1	1	5	–
		(100.0)	(8.3)	(1.2)	(1.2)	(6.0)	–
	Wee 센터	82	7	1	1	9	3
		(100.0)	(8.5)	(1.2)	(1.2)	(11.0)	(3.7)
직업	간호사	21	1	1	1	–	–
		(100.0)	(4.8)	(4.8)	(4.8)	–	–
	사회복지사	63	5	6	1	9	1
		(100.0)	(7.9)	(9.5)	(1.6)	(14.3)	(1.6)
	상담(심리)사	115	10	1	1	12	2
		(100.0)	(8.7)	(.9)	(.9)	(10.4)	(1.7)
	기타	27	3	–	1	2	–
		(100.0)	(11.1)	–	(3.7)	(7.4)	–
주된업무	상담	169	17	5	1	13	3
		(100.0)	(10.1)	(3.0)	(.6)	(7.7)	(1.8)
	교육/홍보	16	1	2	1	1	–
		(100.0)	(6.3)	(12.5)	(6.3)	(6.3)	–
	복지지원	4	–	–	–	–	–
		(100.0)	–	–	–	–	–
	진단/치료	11	–	–	1	3	–
		(100.0)	–	–	(9.1)	(27.3)	–
	행정/관리	20	1	–	1	4	–
		(100.0)	(5.0)	–	(5.0)	(20.0)	–
	기타	6	–	1	–	2	–
		(100.0)	–	(16.7)	–	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	9	5	–	10	3
		(100.0)	(8.3)	(4.6)	–	(9.3)	(2.8)
	3년 이상~ 5년 미만	38	4	3	2	4	–
		(100.0)	(10.5)	(7.9)	(5.3)	(10.5)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	3	–	2	6	–
		(100.0)	(5.8)	–	(3.8)	(11.5)	–
	10년 이상	28	3	–	–	3	–
		(100.0)	(10.7)	–	–	(10.7)	–

부록2-15 지역사회 기관의 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -복수응답 (단위: 명(%))

구분		전체	지역사회 기관들 간 연계·협력 체계 구축	자살예방 컨트롤 타워 설치	자살 고위험군 학생 및 청소년 사례 관리강화	지역사회 청소년 고위험군 자살예방 관리팀 구축	청소년 자살예방 학생 및 청소년 대상 교육 강화
전 체		226	86	36	118	87	75
			(38.1)	(15.9)	(52.2)	(38.5)	(33.2)
성별	남성	41	21	5	13	15	16
			(51.2)	(12.2)	(31.7)	(36.6)	(39.0)
	여성	185	65	31	105	72	59
			(35.1)	(16.8)	(56.8)	(38.9)	(31.9)
연령	20대	58	20	10	34	24	19
			(34.5)	(17.2)	(58.6)	(41.4)	(32.8)
	30대	110	45	17	58	39	34
			(40.9)	(15.5)	(52.7)	(35.5)	(30.9)
	40대	46	16	8	22	17	17
			(34.8)	(17.4)	(47.8)	(37.0)	(37.0)
	50대 이상	12	5	1	4	7	5
			(41.7)	(8.3)	(33.3)	(58.3)	(41.7)
근무지	정신건강 증진센터	54	25	10	23	19	13
			(46.3)	(18.5)	(42.6)	(35.2)	(24.1)
	자살예방 센터	6	3	2	1	4	–
			(50.0)	(33.3)	(16.7)	(66.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	28	11	46	34	38
			(33.3)	(13.1)	(54.8)	(40.5)	(45.2)
	Wee 센터	82	30	13	48	30	24
			(36.6)	(15.9)	(58.5)	(36.6)	(29.3)
직업	간호사	21	9	6	8	10	5
			(42.9)	(28.6)	(38.1)	(47.6)	(23.8)
	사회복지사	63	27	13	26	22	23
			(42.9)	(20.6)	(41.3)	(34.9)	(36.5)
	상담(심리)사	115	38	11	70	44	40
			(33.0)	(9.6)	(60.9)	(38.3)	(34.8)
	기타	27	12	6	14	11	7
			(44.4)	(22.2)	(51.9)	(40.7)	(25.9)
주된업무	상담	169	61	21	92	65	58
			(36.1)	(12.4)	(54.4)	(38.5)	(34.3)
	교육/홍보	16	7	–	10	7	3
			(43.8)	–	(62.5)	(43.8)	(18.8)
	복지지원	4	1	4	2	1	1
			(25.0)	(100.0)	(50.0)	(25.0)	(25.0)
	진단/치료	11	4	2	7	2	5
			(36.4)	(18.2)	(63.6)	(18.2)	(45.5)
	행정/관리	20	10	6	6	10	7
			(50.0)	(30.0)	(30.0)	(50.0)	(35.0)
	기타	6	3	3	1	2	1
			(50.0)	(50.0)	(16.7)	(33.3)	(16.7)
업무경력	3년 미만	108	33	17	62	42	42
			(30.6)	(15.7)	(57.4)	(38.9)	(38.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	19	5	17	10	11
			(50.0)	(13.2)	(44.7)	(26.3)	(28.9)
	5년 이상~ 10년 미만	52	22	9	27	22	13
			(42.3)	(17.3)	(51.9)	(42.3)	(25.0)
	10년 이상	28	12	5	12	13	9
			(42.9)	(17.9)	(42.9)	(46.4)	(32.1)

부록2-16 지역사회 기관의 청소년 자살예방 관련 수행해야 할 과제 -복수응답(계속) (단위: 명(%))

구분		전체	부모교육 및 교직원 대상 교육 확대	학생, 학부모 및 교직원 대상 청소년 자살 예방 게이트 양성	언론 자살보도 행태개선 위한 모니터링 강화	학교 및 기관 전문인력 확충 및 처우 개선	기타
전 체		226	91	77	33	71	4
			(40.3)	(34.1)	(14.6)	(31.4)	(1.8)
성별	남성	41	22	10	9	12	–
			(53.7)	(24.4)	(22.0)	(29.3)	–
	여성	185	69	67	24	59	4
			(37.3)	(36.2)	(13.0)	(31.9)	(2.2)
연령	20대	58	20	20	6	20	1
			(34.5)	(34.5)	(10.3)	(34.5)	(1.7)
	30대	110	43	35	20	37	2
			(39.1)	(31.8)	(18.2)	(33.6)	(1.8)
	40대	46	23	16	7	11	1
			(50.0)	(34.8)	(15.2)	(23.9)	(2.2)
	50대 이상	12	5	6	–	3	–
			(41.7)	(50.0)	–	(25.0)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	20	25	11	15	1
			(37.0)	(46.3)	(20.4)	(27.8)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	4	1	3	–
			–	(66.7)	(16.7)	(50.0)	–
	청소년상담 복지센터	84	35	21	11	28	–
			(41.7)	(25.0)	(13.1)	(33.3)	–
	Wee 센터	82	36	27	10	25	3
			(43.9)	(32.9)	(12.2)	(30.5)	(3.7)
직업	간호사	21	5	13	3	4	–
			(23.8)	(61.9)	(14.3)	(19.0)	–
	사회복지사	63	25	18	15	19	1
			(39.7)	(28.6)	(23.8)	(30.2)	(1.6)
	상담(심리)사	115	49	37	12	42	2
			(42.6)	(32.2)	(10.4)	(36.5)	(1.7)
	기타	27	12	9	3	6	1
			(44.4)	(33.3)	(11.1)	(22.2)	(3.7)
주된업무	상담	169	75	55	22	54	4
			(44.4)	(32.5)	(13.0)	(32.0)	(2.4)
	교육/홍보	16	5	9	3	4	–
			(31.3)	(56.3)	(18.8)	(25.0)	–
	복지지원	4	–	1	1	1	–
			–	(25.0)	(25.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	3	3	2	5	–
			(27.3)	(27.3)	(18.2)	(45.5)	–
	행정/관리	20	5	7	4	5	–
			(25.0)	(35.0)	(20.0)	(25.0)	–
	기타	6	3	2	1	2	–
			(50.0)	(33.3)	(16.7)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	49	28	16	32	3
			(45.4)	(25.9)	(14.8)	(29.6)	(2.8)
	3년 이상~ 5년 미만	38	12	17	8	15	–
			(31.6)	(44.7)	(21.1)	(39.5)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	20	19	7	17	–
			(38.5)	(36.5)	(13.5)	(32.7)	–
	10년 이상	28	10	13	2	7	1
			(35.7)	(46.4)	(7.1)	(25.0)	(3.6)

부록2-17 자살사망률(10만명당) 26.0명에서 18.0명 (단위: 명(%))

구분		전체	매우 불가능	불가능	보통	가능	매우 가능
전 체		226	8	54	101	59	4
		(100.0)	(3.5)	(23.9)	(44.7)	(26.1)	(1.8)
성별	남성	41	–	9	21	9	2
		(100.0)	–	(22.0)	(51.2)	(22.0)	(4.9)
	여성	185	8	45	80	50	2
		(100.0)	(4.3)	(24.3)	(43.2)	(27.0)	(1.1)
연령	20대	58	1	13	31	13	–
		(100.0)	(1.7)	(22.4)	(53.4)	(22.4)	–
	30대	110	5	30	46	26	3
		(100.0)	(4.5)	(27.3)	(41.8)	(23.6)	(2.7)
	40대	46	2	10	21	13	–
		(100.0)	(4.3)	(21.7)	(45.7)	(28.3)	–
	50대 이상	12	–	1	3	7	1
		(100.0)	–	(8.3)	(25.0)	(58.3)	(8.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	5	17	21	10	1
		(100.0)	(9.3)	(31.5)	(38.9)	(18.5)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	2	2	2	–
		(100.0)	–	(33.3)	(33.3)	(33.3)	–
	청소년상담 복지센터	84	2	18	41	22	1
		(100.0)	(2.4)	(21.4)	(48.8)	(26.2)	(1.2)
	Wee 센터	82	1	17	37	25	2
		(100.0)	(1.2)	(20.7)	(45.1)	(30.5)	(2.4)
직업	간호사	21	3	5	7	6	–
		(100.0)	(14.3)	(23.8)	(33.3)	(28.6)	–
	사회복지사	63	2	17	30	12	2
		(100.0)	(3.2)	(27.0)	(47.6)	(19.0)	(3.2)
	상담(심리)사	115	3	27	51	33	1
		(100.0)	(2.6)	(23.5)	(44.3)	(28.7)	(.9)
	기타	27	–	5	13	8	1
		(100.0)	–	(18.5)	(48.1)	(29.6)	(3.7)
주된업무	상담	169	4	41	75	45	4
		(100.0)	(2.4)	(24.3)	(44.4)	(26.6)	(2.4)
	교육/홍보	16	3	4	6	3	–
		(100.0)	(18.8)	(25.0)	(37.5)	(18.8)	–
	복지지원	4	–	–	3	1	–
		(100.0)	–	–	(75.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	1	6	4	–
		(100.0)	–	(9.1)	(54.5)	(36.4)	–
	행정/관리	20	1	5	9	5	–
		(100.0)	(5.0)	(25.0)	(45.0)	(25.0)	–
	기타	6	–	3	2	1	–
		(100.0)	–	(50.0)	(33.3)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	3	21	50	32	2
		(100.0)	(2.8)	(19.4)	(46.3)	(29.6)	(1.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	13	16	9	–
		(100.0)	–	(34.2)	(42.1)	(23.7)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	4	12	25	10	1
		(100.0)	(7.7)	(23.1)	(48.1)	(19.2)	(1.9)
	10년 이상	28	1	8	10	8	1
		(100.0)	(3.6)	(28.6)	(35.7)	(28.6)	(3.6)

부록2-18 청소년(10~19세) 자살사망률 4.6명에서 4.0명 (단위: 명(%))

구분		전체	매우 불가능	불가능	보통	가능	매우 가능
전 체		226	2	26	79	111	8
		(100.0)	(.9)	(11.5)	(35.0)	(49.1)	(3.5)
성별	남성	41	–	5	16	18	2
		(100.0)	–	(12.2)	(39.0)	(43.9)	(4.9)
	여성	185	2	21	63	93	6
		(100.0)	(1.1)	(11.4)	(34.1)	(50.3)	(3.2)
연령	20대	58	–	5	22	30	1
		(100.0)	–	(8.6)	(37.9)	(51.7)	(1.7)
	30대	110	2	15	35	52	6
		(100.0)	(1.8)	(13.6)	(31.8)	(47.3)	(5.5)
	40대	46	–	6	17	23	–
		(100.0)	–	(13.0)	(37.0)	(50.0)	–
	50대 이상	12	–	–	5	6	1
		(100.0)	–	–	(41.7)	(50.0)	(8.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	1	9	16	27	1
		(100.0)	(1.9)	(16.7)	(29.6)	(50.0)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	2	–	4	–
		(100.0)	–	(33.3)	–	(66.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	1	9	34	39	1
		(100.0)	(1.2)	(10.7)	(40.5)	(46.4)	(1.2)
	Wee 센터	82	–	6	29	41	6
		(100.0)	–	(7.3)	(35.4)	(50.0)	(7.3)
직업	간호사	21	1	3	5	12	–
		(100.0)	(4.8)	(14.3)	(23.8)	(57.1)	–
	사회복지사	63	–	7	24	31	1
		(100.0)	–	(11.1)	(38.1)	(49.2)	(1.6)
	상담(심리)사	115	1	15	44	51	4
		(100.0)	(.9)	(13.0)	(38.3)	(44.3)	(3.5)
	기타	27	–	1	6	17	3
		(100.0)	–	(3.7)	(22.2)	(63.0)	(11.1)
주된업무	상담	169	1	18	67	77	6
		(100.0)	(.6)	(10.7)	(39.6)	(45.6)	(3.6)
	교육/홍보	16	1	5	3	7	–
		(100.0)	(6.3)	(31.3)	(18.8)	(43.8)	–
	복지지원	4	–	–	1	3	–
		(100.0)	–	–	(25.0)	(75.0)	–
	진단/치료	11	–	–	2	8	1
		(100.0)	–	–	(18.2)	(72.7)	(9.1)
	행정/관리	20	–	2	5	12	1
		(100.0)	–	(10.0)	(25.0)	(60.0)	(5.0)
	기타	6	–	1	1	4	–
		(100.0)	–	(16.7)	(16.7)	(66.7)	–
업무경력	3년 미만	108	–	11	36	56	5
		(100.0)	–	(10.2)	(33.3)	(51.9)	(4.6)
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	2	20	15	1
		(100.0)	–	(5.3)	(52.6)	(39.5)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	2	8	15	25	2
		(100.0)	(3.8)	(15.4)	(28.8)	(48.1)	(3.8)
	10년 이상	28	–	5	8	15	–
		(100.0)	–	(17.9)	(28.6)	(53.6)	–

부록2-19 학생(초·중·고생)자살시도율 4.7%에서 3.2% (단위: 명(%))

구분		전체	매우 불가능	불가능	보통	가능	매우 가능
전 체		226	2	42	96	81	5
		(100.0)	(.9)	(18.6)	(42.5)	(35.8)	(2.2)
성별	남성	41	–	5	18	16	2
		(100.0)	–	(12.2)	(43.9)	(39.0)	(4.9)
	여성	185	2	37	78	65	3
		(100.0)	(1.1)	(20.0)	(42.2)	(35.1)	(1.6)
연령	20대	58	–	11	28	17	2
		(100.0)	–	(19.0)	(48.3)	(29.3)	(3.4)
	30대	110	2	21	42	43	2
		(100.0)	(1.8)	(19.1)	(38.2)	(39.1)	(1.8)
	40대	46	–	9	23	14	–
		(100.0)	–	(19.6)	(50.0)	(30.4)	–
	50대 이상	12	–	1	3	7	1
		(100.0)	–	(8.3)	(25.0)	(58.3)	(8.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	1	15	21	16	1
		(100.0)	(1.9)	(27.8)	(38.9)	(29.6)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	1	2	3	–
		(100.0)	–	(16.7)	(33.3)	(50.0)	–
	청소년상담 복지센터	84	1	12	40	31	–
		(100.0)	(1.2)	(14.3)	(47.6)	(36.9)	–
	Wee 센터	82	–	14	33	31	4
		(100.0)	–	(17.1)	(40.2)	(37.8)	(4.9)
직업	간호사	21	1	5	9	6	–
		(100.0)	(4.8)	(23.8)	(42.9)	(28.6)	–
	사회복지사	63	–	13	27	22	1
		(100.0)	–	(20.6)	(42.9)	(34.9)	(1.6)
	상담(심리)사	115	1	23	45	43	3
		(100.0)	(.9)	(20.0)	(39.1)	(37.4)	(2.6)
	기타	27	–	1	15	10	1
		(100.0)	–	(3.7)	(55.6)	(37.0)	(3.7)
주된업무	상담	169	1	30	75	59	4
		(100.0)	(.6)	(17.8)	(44.4)	(34.9)	(2.4)
	교육/홍보	16	1	3	7	5	–
		(100.0)	(6.3)	(18.8)	(43.8)	(31.3)	–
	복지지원	4	–	1	2	1	–
		(100.0)	–	(25.0)	(50.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	1	2	7	1
		(100.0)	–	(9.1)	(18.2)	(63.6)	(9.1)
	행정/관리	20	–	6	8	6	–
		(100.0)	–	(30.0)	(40.0)	(30.0)	–
	기타	6	–	1	2	3	–
		(100.0)	–	(16.7)	(33.3)	(50.0)	–
업무경력	3년 미만	108	–	20	44	41	3
		(100.0)	–	(18.5)	(40.7)	(38.0)	(2.8)
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	11	15	11	1
		(100.0)	–	(28.9)	(39.5)	(28.9)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	2	8	22	19	1
		(100.0)	(3.8)	(15.4)	(42.3)	(36.5)	(1.9)
	10년 이상	28	–	3	15	10	–
		(100.0)	–	(10.7)	(53.6)	(35.7)	–

부록2-20 청소년(13~18세) 스트레스 인지율 43.7%에서 39.0%

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 불가능	불가능	보통	가능	매우 가능
전 체		226	5	58	89	71	3
		(100.0)	(2.2)	(25.7)	(39.4)	(31.4)	(1.3)
성별	남성	41	–	11	16	13	1
		(100.0)	–	(26.8)	(39.0)	(31.7)	(2.4)
	여성	185	5	47	73	58	2
		(100.0)	(2.7)	(25.4)	(39.5)	(31.4)	(1.1)
연령	20대	58	–	18	25	14	1
		(100.0)	–	(31.0)	(43.1)	(24.1)	(1.7)
	30대	110	5	27	42	34	2
		(100.0)	(4.5)	(24.5)	(38.2)	(30.9)	(1.8)
	40대	46	–	10	19	17	–
		(100.0)	–	(21.7)	(41.3)	(37.0)	–
	50대 이상	12	–	3	3	6	–
		(100.0)	–	(25.0)	(25.0)	(50.0)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	2	13	17	21	1
		(100.0)	(3.7)	(24.1)	(31.5)	(38.9)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	3	1	2	–
		(100.0)	–	(50.0)	(16.7)	(33.3)	–
	청소년상담 복지센터	84	3	23	35	23	–
		(100.0)	(3.6)	(27.4)	(41.7)	(27.4)	–
	Wee 센터	82	–	19	36	25	2
		(100.0)	–	(23.2)	(43.9)	(30.5)	(2.4)
직업	간호사	21	1	3	6	11	–
		(100.0)	(4.8)	(14.3)	(28.6)	(52.4)	–
	사회복지사	63	1	18	29	14	1
		(100.0)	(1.6)	(28.6)	(46.0)	(22.2)	(1.6)
	상담(심리)사	115	3	31	44	36	1
		(100.0)	(2.6)	(27.0)	(38.3)	(31.3)	(.9)
	기타	27	–	6	10	10	1
		(100.0)	–	(22.2)	(37.0)	(37.0)	(3.7)
주된업무	상담	169	4	46	63	53	3
		(100.0)	(2.4)	(27.2)	(37.3)	(31.4)	(1.8)
	교육/홍보	16	1	3	9	3	–
		(100.0)	(6.3)	(18.8)	(56.3)	(18.8)	–
	복지지원	4	–	–	1	3	–
		(100.0)	–	–	(25.0)	(75.0)	–
	진단/치료	11	–	1	7	3	–
		(100.0)	–	(9.1)	(63.6)	(27.3)	–
	행정/관리	20	–	5	8	7	–
		(100.0)	–	(25.0)	(40.0)	(35.0)	–
	기타	6	–	3	1	2	–
		(100.0)	–	(50.0)	(16.7)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	1	25	44	36	2
		(100.0)	(.9)	(23.1)	(40.7)	(33.3)	(1.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	10	16	10	1
		(100.0)	(2.6)	(26.3)	(42.1)	(26.3)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	3	14	16	19	–
		(100.0)	(5.8)	(26.9)	(30.8)	(36.5)	–
	10년 이상	28	–	9	13	6	–
		(100.0)	–	(32.1)	(46.4)	(21.4)	–

부록2-21 아동·청소년 정신질환 치료율 2011년 대비 30%향상 (단위: 명(%))

구분		전체	매우 불가능	불가능	보통	가능	매우 가능
전 체		226	10	55	94	63	4
		(100.0)	(4.4)	(24.3)	(41.6)	(27.9)	(1.8)
성별	남성	41	1	8	17	13	2
		(100.0)	(2.4)	(19.5)	(41.5)	(31.7)	(4.9)
	여성	185	9	47	77	50	2
		(100.0)	(4.9)	(25.4)	(41.6)	(27.0)	(1.1)
연령	20대	58	2	13	24	18	1
		(100.0)	(3.4)	(22.4)	(41.4)	(31.0)	(1.7)
	30대	110	7	31	42	29	1
		(100.0)	(6.4)	(28.2)	(38.2)	(26.4)	(.9)
	40대	46	1	10	22	12	1
		(100.0)	(2.2)	(21.7)	(47.8)	(26.1)	(2.2)
	50대 이상	12	–	1	6	4	1
		(100.0)	–	(8.3)	(50.0)	(33.3)	(8.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	4	20	20	9	1
		(100.0)	(7.4)	(37.0)	(37.0)	(16.7)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	1	1	4	–
		(100.0)	–	(16.7)	(16.7)	(66.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	3	15	41	25	–
		(100.0)	(3.6)	(17.9)	(48.8)	(29.8)	–
	Wee 센터	82	3	19	32	25	3
		(100.0)	(3.7)	(23.2)	(39.0)	(30.5)	(3.7)
직업	간호사	21	1	11	5	4	–
		(100.0)	(4.8)	(52.4)	(23.8)	(19.0)	–
	사회복지사	63	3	12	27	20	1
		(100.0)	(4.8)	(19.0)	(42.9)	(31.7)	(1.6)
	상담(심리)사	115	4	27	51	31	2
		(100.0)	(3.5)	(23.5)	(44.3)	(27.0)	(1.7)
	기타	27	2	5	11	8	1
		(100.0)	(7.4)	(18.5)	(40.7)	(29.6)	(3.7)
주된업무	상담	169	6	42	72	45	4
		(100.0)	(3.6)	(24.9)	(42.6)	(26.6)	(2.4)
	교육/홍보	16	1	5	5	5	–
		(100.0)	(6.3)	(31.3)	(31.3)	(31.3)	–
	복지지원	4	–	–	3	1	–
		(100.0)	–	–	(75.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	1	1	6	3	–
		(100.0)	(9.1)	(9.1)	(54.5)	(27.3)	–
	행정/관리	20	1	6	6	7	–
		(100.0)	(5.0)	(30.0)	(30.0)	(35.0)	–
	기타	6	1	1	2	2	–
		(100.0)	(16.7)	(16.7)	(33.3)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	2	21	49	32	4
		(100.0)	(1.9)	(19.4)	(45.4)	(29.6)	(3.7)
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	11	15	12	–
		(100.0)	–	(28.9)	(39.5)	(31.6)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	8	16	17	11	–
		(100.0)	(15.4)	(30.8)	(32.7)	(21.2)	–
	10년 이상	28	–	7	13	8	–
		(100.0)	–	(25.0)	(46.4)	(28.6)	–

부록2-22 중앙부처(보건복지부, 교육부, 여성부 등) 간의 연계·협력

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	34	110	70	12	–
		(100.0)	(15.0)	(48.7)	(31.0)	(5.3)	–
성별	남성	41	5	22	11	3	–
		(100.0)	(12.2)	(53.7)	(26.8)	(7.3)	–
	여성	185	29	88	59	9	–
		(100.0)	(15.7)	(47.6)	(31.9)	(4.9)	–
연령	20대	58	10	26	19	3	–
		(100.0)	(17.2)	(44.8)	(32.8)	(5.2)	–
	30대	110	17	55	33	5	–
		(100.0)	(15.5)	(50.0)	(30.0)	(4.5)	–
	40대	46	5	23	15	3	–
		(100.0)	(10.9)	(50.0)	(32.6)	(6.5)	–
	50대 이상	12	2	6	3	1	–
		(100.0)	(16.7)	(50.0)	(25.0)	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	18	28	7	1	–
		(100.0)	(33.3)	(51.9)	(13.0)	(1.9)	–
	자살예방 센터	6	–	5	1	–	–
		(100.0)	–	(83.3)	(16.7)	–	–
	청소년상담 복지센터	84	8	41	34	1	–
		(100.0)	(9.5)	(48.8)	(40.5)	(1.2)	–
	Wee 센터	82	8	36	28	10	–
		(100.0)	(9.8)	(43.9)	(34.1)	(12.2)	–
직업	간호사	21	6	11	3	1	–
		(100.0)	(28.6)	(52.4)	(14.3)	(4.8)	–
	사회복지사	63	13	35	14	1	–
		(100.0)	(20.6)	(55.6)	(22.2)	(1.6)	–
	상담(심리)사	115	12	54	41	8	–
		(100.0)	(10.4)	(47.0)	(35.7)	(7.0)	–
	기타	27	3	10	12	2	–
		(100.0)	(11.1)	(37.0)	(44.4)	(7.4)	–
주된업무	상담	169	19	85	57	8	–
		(100.0)	(11.2)	(50.3)	(33.7)	(4.7)	–
	교육/홍보	16	7	6	1	2	–
		(100.0)	(43.8)	(37.5)	(6.3)	(12.5)	–
	복지지원	4	–	3	1	–	–
		(100.0)	–	(75.0)	(25.0)	–	–
	진단/치료	11	1	5	4	1	–
		(100.0)	(9.1)	(45.5)	(36.4)	(9.1)	–
	행정/관리	20	5	8	7	–	–
		(100.0)	(25.0)	(40.0)	(35.0)	–	–
	기타	6	2	3	–	1	–
		(100.0)	(33.3)	(50.0)	–	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	11	53	38	6	–
		(100.0)	(10.2)	(49.1)	(35.2)	(5.6)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	8	18	11	1	–
		(100.0)	(21.1)	(47.4)	(28.9)	(2.6)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	11	24	13	4	–
		(100.0)	(21.2)	(46.2)	(25.0)	(7.7)	–
	10년 이상	28	4	15	8	1	–
		(100.0)	(14.3)	(53.6)	(28.6)	(3.6)	–

부록2-23 중앙부처와 지방자치단체 간의 연계·협력

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	28	100	86	12	–
		(100.0)	(12.4)	(44.2)	(38.1)	(5.3)	–
성별	남성	41	4	15	20	2	–
		(100.0)	(9.8)	(36.6)	(48.8)	(4.9)	–
	여성	185	24	85	66	10	–
		(100.0)	(13.0)	(45.9)	(35.7)	(5.4)	–
연령	20대	58	7	23	23	5	–
		(100.0)	(12.1)	(39.7)	(39.7)	(8.6)	–
	30대	110	16	53	38	3	–
		(100.0)	(14.5)	(48.2)	(34.5)	(2.7)	–
	40대	46	4	17	21	4	–
		(100.0)	(8.7)	(37.0)	(45.7)	(8.7)	–
	50대 이상	12	1	7	4	–	–
		(100.0)	(8.3)	(58.3)	(33.3)	–	–
근무지	정신건강 증진센터	54	16	27	11	–	–
		(100.0)	(29.6)	(50.0)	(20.4)	–	–
	자살예방 센터	6	–	4	2	–	–
		(100.0)	–	(66.7)	(33.3)	–	–
	청소년상담 복지센터	84	7	34	41	2	–
		(100.0)	(8.3)	(40.5)	(48.8)	(2.4)	–
	Wee 센터	82	5	35	32	10	–
		(100.0)	(6.1)	(42.7)	(39.0)	(12.2)	–
직업	간호사	21	4	13	4	–	–
		(100.0)	(19.0)	(61.9)	(19.0)	–	–
	사회복지사	63	12	29	21	1	–
		(100.0)	(19.0)	(46.0)	(33.3)	(1.6)	–
	상담(심리)사	115	10	48	49	8	–
		(100.0)	(8.7)	(41.7)	(42.6)	(7.0)	–
	기타	27	2	10	12	3	–
		(100.0)	(7.4)	(37.0)	(44.4)	(11.1)	–
주된업무	상담	169	15	77	68	9	–
		(100.0)	(8.9)	(45.6)	(40.2)	(5.3)	–
	교육/홍보	16	6	5	4	1	–
		(100.0)	(37.5)	(31.3)	(25.0)	(6.3)	–
	복지지원	4	–	2	2	–	–
		(100.0)	–	(50.0)	(50.0)	–	–
	진단/치료	11	–	5	6	–	–
		(100.0)	–	(45.5)	(54.5)	–	–
	행정/관리	20	5	8	6	1	–
		(100.0)	(25.0)	(40.0)	(30.0)	(5.0)	–
	기타	6	2	3	–	1	–
		(100.0)	(33.3)	(50.0)	–	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	9	46	45	8	–
		(100.0)	(8.3)	(42.6)	(41.7)	(7.4)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	5	19	13	1	–
		(100.0)	(13.2)	(50.0)	(34.2)	(2.6)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	10	21	19	2	–
		(100.0)	(19.2)	(40.4)	(36.5)	(3.8)	–
	10년 이상	28	4	14	9	1	–
		(100.0)	(14.3)	(50.0)	(32.1)	(3.6)	–

부록2-24 지방자치단체와 교육(지원)청 간의 연계·협력

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	10	69	109	36	2
		(100.0)	(4.4)	(30.5)	(48.2)	(15.9)	(.9)
성별	남성	41	–	15	17	9	–
		(100.0)	–	(36.6)	(41.5)	(22.0)	–
	여성	185	10	54	92	27	2
		(100.0)	(5.4)	(29.2)	(49.7)	(14.6)	(1.1)
연령	20대	58	2	11	34	10	1
		(100.0)	(3.4)	(19.0)	(58.6)	(17.2)	(1.7)
	30대	110	7	39	46	17	1
		(100.0)	(6.4)	(35.5)	(41.8)	(15.5)	(.9)
	40대	46	–	13	26	7	–
		(100.0)	–	(28.3)	(56.5)	(15.2)	–
	50대 이상	12	1	6	3	2	–
		(100.0)	(8.3)	(50.0)	(25.0)	(16.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	6	22	23	2	1
		(100.0)	(11.1)	(40.7)	(42.6)	(3.7)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	1	3	2	–
		(100.0)	–	(16.7)	(50.0)	(33.3)	–
	청소년상담 복지센터	84	2	24	45	13	–
		(100.0)	(2.4)	(28.6)	(53.6)	(15.5)	–
	Wee 센터	82	2	22	38	19	1
		(100.0)	(2.4)	(26.8)	(46.3)	(23.2)	(1.2)
직업	간호사	21	3	5	12	1	–
		(100.0)	(14.3)	(23.8)	(57.1)	(4.8)	–
	사회복지사	63	3	23	29	8	–
		(100.0)	(4.8)	(36.5)	(46.0)	(12.7)	–
	상담(심리)사	115	3	34	56	22	–
		(100.0)	(2.6)	(29.6)	(48.7)	(19.1)	–
	기타	27	1	7	12	5	2
		(100.0)	(3.7)	(25.9)	(44.4)	(18.5)	(7.4)
주된업무	상담	169	4	55	82	26	2
		(100.0)	(2.4)	(32.5)	(48.5)	(15.4)	(1.2)
	교육/홍보	16	2	4	7	3	–
		(100.0)	(12.5)	(25.0)	(43.8)	(18.8)	–
	복지지원	4	–	1	3	–	–
		(100.0)	–	(25.0)	(75.0)	–	–
	진단/치료	11	1	5	3	2	–
		(100.0)	(9.1)	(45.5)	(27.3)	(18.2)	–
	행정/관리	20	2	2	12	4	–
		(100.0)	(10.0)	(10.0)	(60.0)	(20.0)	–
	기타	6	1	2	2	1	–
		(100.0)	(16.7)	(33.3)	(33.3)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	3	29	58	17	1
		(100.0)	(2.8)	(26.9)	(53.7)	(15.7)	(.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	10	20	6	1
		(100.0)	(2.6)	(26.3)	(52.6)	(15.8)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	4	21	21	6	–
		(100.0)	(7.7)	(40.4)	(40.4)	(11.5)	–
	10년 이상	28	2	9	10	7	–
		(100.0)	(7.1)	(32.1)	(35.7)	(25.0)	–

부록2-25 교육(지청)청과 지역사회 관련 기관 간의 연계·협력 (단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	6	71	92	54	3
		(100.0)	(2.7)	(31.4)	(40.7)	(23.9)	(1.3)
성별	남성	41	–	17	12	12	–
		(100.0)	–	(41.5)	(29.3)	(29.3)	–
	여성	185	6	54	80	42	3
		(100.0)	(3.2)	(29.2)	(43.2)	(22.7)	(1.6)
연령	20대	58	3	9	26	20	–
		(100.0)	(5.2)	(15.5)	(44.8)	(34.5)	–
	30대	110	2	45	42	18	3
		(100.0)	(1.8)	(40.9)	(38.2)	(16.4)	(2.7)
	40대	46	–	11	21	14	–
		(100.0)	–	(23.9)	(45.7)	(30.4)	–
	50대 이상	12	1	6	3	2	–
		(100.0)	(8.3)	(50.0)	(25.0)	(16.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	3	26	20	5	–
		(100.0)	(5.6)	(48.1)	(37.0)	(9.3)	–
	자살예방 센터	6	–	3	1	2	–
		(100.0)	–	(50.0)	(16.7)	(33.3)	–
	청소년상담 복지센터	84	2	29	33	19	1
		(100.0)	(2.4)	(34.5)	(39.3)	(22.6)	(1.2)
	Wee 센터	82	1	13	38	28	2
		(100.0)	(1.2)	(15.9)	(46.3)	(34.1)	(2.4)
직업	간호사	21	1	7	9	4	–
		(100.0)	(4.8)	(33.3)	(42.9)	(19.0)	–
	사회복지사	63	2	23	27	11	–
		(100.0)	(3.2)	(36.5)	(42.9)	(17.5)	–
	상담(심리)사	115	3	35	47	29	1
		(100.0)	(2.6)	(30.4)	(40.9)	(25.2)	(.9)
	기타	27	–	6	9	10	2
		(100.0)	–	(22.2)	(33.3)	(37.0)	(7.4)
주된업무	상담	169	3	55	69	40	2
		(100.0)	(1.8)	(32.5)	(40.8)	(23.7)	(1.2)
	교육/홍보	16	–	6	5	5	–
		(100.0)	–	(37.5)	(31.3)	(31.3)	–
	복지지원	4	–	–	3	1	–
		(100.0)	–	–	(75.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	3	6	2	–
		(100.0)	–	(27.3)	(54.5)	(18.2)	–
	행정/관리	20	1	4	9	5	1
		(100.0)	(5.0)	(20.0)	(45.0)	(25.0)	(5.0)
	기타	6	2	3	–	1	–
		(100.0)	(33.3)	(50.0)	–	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	2	26	53	27	–
		(100.0)	(1.9)	(24.1)	(49.1)	(25.0)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	2	10	18	7	1
		(100.0)	(5.3)	(26.3)	(47.4)	(18.4)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	1	24	13	12	2
		(100.0)	(1.9)	(46.2)	(25.0)	(23.1)	(3.8)
	10년 이상	28	1	11	8	8	–
		(100.0)	(3.6)	(39.3)	(28.6)	(28.6)	–

부록2-26 지방자치단체와 지역사회 관련 기관 간의 연계·협력

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	4	66	104	51	1
		(100.0)	(1.8)	(29.2)	(46.0)	(22.6)	(0.4)
성별	남성	41	–	11	17	13	–
		(100.0)	–	(26.8)	(41.5)	(31.7)	–
	여성	185	4	55	87	38	1
		(100.0)	(2.2)	(29.7)	(47.0)	(20.5)	(0.5)
연령	20대	58	1	12	31	14	–
		(100.0)	(1.7)	(20.7)	(53.4)	(24.1)	–
	30대	110	2	37	49	21	1
		(100.0)	(1.8)	(33.6)	(44.5)	(19.1)	(0.9)
	40대	46	–	13	19	14	–
		(100.0)	–	(28.3)	(41.3)	(30.4)	–
	50대 이상	12	1	4	5	2	–
		(100.0)	(8.3)	(33.3)	(41.7)	(16.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	2	22	26	4	–
		(100.0)	(3.7)	(40.7)	(48.1)	(7.4)	–
	자살예방 센터	6	–	2	2	2	–
		(100.0)	–	(33.3)	(33.3)	(33.3)	–
	청소년상담 복지센터	84	2	23	35	24	–
		(100.0)	(2.4)	(27.4)	(41.7)	(28.6)	–
	Wee 센터	82	–	19	41	21	1
		(100.0)	–	(23.2)	(50.0)	(25.6)	(1.2)
직업	간호사	21	–	8	12	1	–
		(100.0)	–	(38.1)	(57.1)	(4.8)	–
	사회복지사	63	2	19	30	12	–
		(100.0)	(3.2)	(30.2)	(47.6)	(19.0)	–
	상담(심리)사	115	2	34	48	31	–
		(100.0)	(1.7)	(29.6)	(41.7)	(27.0)	–
	기타	27	–	5	14	7	1
		(100.0)	–	(18.5)	(51.9)	(25.9)	(3.7)
주된업무	상담	169	2	49	76	41	1
		(100.0)	(1.2)	(29.0)	(45.0)	(24.3)	(0.6)
	교육/홍보	16	–	6	7	3	–
		(100.0)	–	(37.5)	(43.8)	(18.8)	–
	복지지원	4	–	–	3	1	–
		(100.0)	–	–	(75.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	3	6	2	–
		(100.0)	–	(27.3)	(54.5)	(18.2)	–
	행정/관리	20	1	5	11	3	–
		(100.0)	(5.0)	(25.0)	(55.0)	(15.0)	–
	기타	6	1	3	1	1	–
		(100.0)	(16.7)	(50.0)	(16.7)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	2	30	53	23	–
		(100.0)	(1.9)	(27.8)	(49.1)	(21.3)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	9	19	8	1
		(100.0)	(2.6)	(23.7)	(50.0)	(21.1)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	1	15	27	9	–
		(100.0)	(1.9)	(28.8)	(51.9)	(17.3)	–
	10년 이상	28	–	12	5	11	–
		(100.0)	–	(42.9)	(17.9)	(39.3)	

부록2-27 지역사회 관련 기관들 간의 연계·협력 (단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	3	66	102	52	3
		(100.0)	(1.3)	(29.2)	(45.1)	(23.0)	(1.3)
성별	남성	41	–	12	14	15	–
		(100.0)	–	(29.3)	(34.1)	(36.6)	–
	여성	185	3	54	88	37	3
		(100.0)	(1.6)	(29.2)	(47.6)	(20.0)	(1.6)
연령	20대	58	–	15	29	12	2
		(100.0)	–	(25.9)	(50.0)	(20.7)	(3.4)
	30대	110	2	32	50	25	1
		(100.0)	(1.8)	(29.1)	(45.5)	(22.7)	(.9)
	40대	46	–	15	18	13	–
		(100.0)	–	(32.6)	(39.1)	(28.3)	–
	50대 이상	12	1	4	5	2	–
		(100.0)	(8.3)	(33.3)	(41.7)	(16.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	–	20	26	7	1
		(100.0)	–	(37.0)	(48.1)	(13.0)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	1	4	1	–
		(100.0)	–	(16.7)	(66.7)	(16.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	3	20	34	26	1
		(100.0)	(3.6)	(23.8)	(40.5)	(31.0)	(1.2)
	Wee 센터	82	–	25	38	18	1
		(100.0)	–	(30.5)	(46.3)	(22.0)	(1.2)
직업	간호사	21	–	8	11	2	–
		(100.0)	–	(38.1)	(52.4)	(9.5)	–
	사회복지사	63	–	19	31	13	–
		(100.0)	–	(30.2)	(49.2)	(20.6)	–
	상담(심리)사	115	3	33	47	31	1
		(100.0)	(2.6)	(28.7)	(40.9)	(27.0)	(.9)
	기타	27	–	6	13	6	2
		(100.0)	–	(22.2)	(48.1)	(22.2)	(7.4)
주된업무	상담	169	2	45	78	41	3
		(100.0)	(1.2)	(26.6)	(46.2)	(24.3)	(1.8)
	교육/홍보	16	–	9	5	2	–
		(100.0)	–	(56.3)	(31.3)	(12.5)	–
	복지지원	4	–	1	2	1	–
		(100.0)	–	(25.0)	(50.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	5	5	1	–
		(100.0)	–	(45.5)	(45.5)	(9.1)	–
	행정/관리	20	1	4	9	6	–
		(100.0)	(5.0)	(20.0)	(45.0)	(30.0)	–
	기타	6	–	2	3	1	–
		(100.0)	–	(33.3)	(50.0)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	–	30	51	25	2
		(100.0)	–	(27.8)	(47.2)	(23.1)	(1.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	11	20	5	1
		(100.0)	(2.6)	(28.9)	(52.6)	(13.2)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	2	15	22	13	–
		(100.0)	(3.8)	(28.8)	(42.3)	(25.0)	–
	10년 이상	28	–	10	9	9	–
		(100.0)	–	(35.7)	(32.1)	(32.1)	–

부록2-28 14세 이하 청소년 자살 예방 사업

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	26	107	71	20	2
		(100.0)	(11.5)	(47.3)	(31.4)	(8.8)	(.9)
성별	남성	41	3	22	13	3	–
		(100.0)	(7.3)	(53.7)	(31.7)	(7.3)	–
	여성	185	23	85	58	17	2
		(100.0)	(12.4)	(45.9)	(31.4)	(9.2)	(1.1)
연령	20대	58	6	27	21	3	1
		(100.0)	(10.3)	(46.6)	(36.2)	(5.2)	(1.7)
	30대	110	14	52	32	11	1
		(100.0)	(12.7)	(47.3)	(29.1)	(10.0)	(.9)
	40대	46	4	20	17	5	–
		(100.0)	(8.7)	(43.5)	(37.0)	(10.9)	–
	50대 이상	12	2	8	1	1	–
		(100.0)	(16.7)	(66.7)	(8.3)	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	11	29	11	3	–
		(100.0)	(20.4)	(53.7)	(20.4)	(5.6)	–
	자살예방 센터	6	1	3	2	–	–
		(100.0)	(16.7)	(50.0)	(33.3)	–	–
	청소년상담 복지센터	84	7	38	33	6	–
		(100.0)	(8.3)	(45.2)	(39.3)	(7.1)	–
	Wee 센터	82	7	37	25	11	2
		(100.0)	(8.5)	(45.1)	(30.5)	(13.4)	(2.4)
직업	간호사	21	3	11	5	2	–
		(100.0)	(14.3)	(52.4)	(23.8)	(9.5)	–
	사회복지사	63	10	33	16	4	–
		(100.0)	(15.9)	(52.4)	(25.4)	(6.3)	–
	상담(심리)사	115	12	52	39	11	1
		(100.0)	(10.4)	(45.2)	(33.9)	(9.6)	(.9)
	기타	27	1	11	11	3	1
		(100.0)	(3.7)	(40.7)	(40.7)	(11.1)	(3.7)
주된업무	상담	169	20	80	54	13	2
		(100.0)	(11.8)	(47.3)	(32.0)	(7.7)	(1.2)
	교육/홍보	16	4	6	4	2	–
		(100.0)	(25.0)	(37.5)	(25.0)	(12.5)	–
	복지지원	4	–	2	2	–	–
		(100.0)	–	(50.0)	(50.0)	–	–
	진단/치료	11	1	5	4	1	–
		(100.0)	(9.1)	(45.5)	(36.4)	(9.1)	–
	행정/관리	20	1	10	6	3	–
		(100.0)	(5.0)	(50.0)	(30.0)	(15.0)	–
	기타	6	–	4	1	1	–
		(100.0)	–	(66.7)	(16.7)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	9	55	36	7	1
		(100.0)	(8.3)	(50.9)	(33.3)	(6.5)	(0.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	6	16	12	3	1
		(100.0)	(15.8)	(42.1)	(31.6)	(7.9)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	9	21	15	7	–
		(100.0)	(17.3)	(40.4)	(28.8)	(13.5)	–
	10년 이상	28	2	15	8	3	–
		(100.0)	(7.1)	(53.6)	(28.6)	(10.7)	–

부록2-29 15~19세 청소년 자살 예방 사업

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	6	73	103	41	3
		(100.0)	(2.7)	(32.3)	(45.6)	(18.1)	(1.3)
성별	남성	41	2	9	21	8	1
		(100.0)	(4.9)	(22.0)	(51.2)	(19.5)	(2.4)
	여성	185	4	64	82	33	2
		(100.0)	(2.2)	(34.6)	(44.3)	(17.8)	(1.1)
연령	20대	58	–	12	27	19	–
		(100.0)	–	(20.7)	(46.6)	(32.8)	–
	30대	110	4	37	50	16	3
		(100.0)	(3.6)	(33.6)	(45.5)	(14.5)	(2.7)
	40대	46	2	16	23	5	–
		(100.0)	(4.3)	(34.8)	(50.0)	(10.9)	–
	50대 이상	12	–	8	3	1	–
		(100.0)	–	(66.7)	(25.0)	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	3	17	25	8	1
		(100.0)	(5.6)	(31.5)	(46.3)	(14.8)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	2	1	3	–
		(100.0)	–	(33.3)	(16.7)	(50.0)	–
	청소년상담 복지센터	84	–	30	45	9	–
		(100.0)	–	(35.7)	(53.6)	(10.7)	–
	Wee 센터	82	3	24	32	21	2
		(100.0)	(3.7)	(29.3)	(39.0)	(25.6)	(2.4)
직업	간호사	21	–	7	13	1	–
		(100.0)	–	(33.3)	(61.9)	(4.8)	–
	사회복지사	63	2	24	24	12	1
		(100.0)	(3.2)	(38.1)	(38.1)	(19.0)	(1.6)
	상담(심리)사	115	3	36	55	21	–
		(100.0)	(2.6)	(31.3)	(47.8)	(18.3)	–
	기타	27	1	6	11	7	2
		(100.0)	(3.7)	(22.2)	(40.7)	(25.9)	(7.4)
주된업무	상담	169	5	56	78	28	2
		(100.0)	(3.0)	(33.1)	(46.2)	(16.6)	(1.2)
	교육/홍보	16	–	4	7	5	–
		(100.0)	–	(25.0)	(43.8)	(31.3)	–
	복지지원	4	–	2	–	2	–
		(100.0)	–	(50.0)	–	(50.0)	–
	진단/치료	11	1	3	5	2	–
		(100.0)	(9.1)	(27.3)	(45.5)	(18.2)	–
	행정/관리	20	–	6	11	2	1
		(100.0)	–	(30.0)	(55.0)	(10.0)	(5.0)
	기타	6	–	2	2	2	–
		(100.0)	–	(33.3)	(33.3)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	2	30	52	23	1
		(100.0)	(1.9)	(27.8)	(48.1)	(21.3)	(.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	17	11	8	1
		(100.0)	(2.6)	(44.7)	(28.9)	(21.1)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	2	15	27	7	1
		(100.0)	(3.8)	(28.8)	(51.9)	(13.5)	(1.9)
	10년 이상	28	1	11	13	3	–
		(100.0)	(3.6)	(39.3)	(46.4)	(10.7)	–

부록2-30 20~24세 청소년 자살 예방 사업

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	22	122	68	12	2
		(100.0)	(9.7)	(54.0)	(30.1)	(5.3)	(0.9)
성별	남성	41	7	19	13	2	–
		(100.0)	(17.1)	(46.3)	(31.7)	(4.9)	–
	여성	185	15	103	55	10	2
		(100.0)	(8.1)	(55.7)	(29.7)	(5.4)	(1.1)
연령	20대	58	3	27	20	6	2
		(100.0)	(5.2)	(46.6)	(34.5)	(10.3)	(3.4)
	30대	110	13	66	28	3	–
		(100.0)	(11.8)	(60.0)	(25.5)	(2.7)	–
	40대	46	6	19	18	3	–
		(100.0)	(13.0)	(41.3)	(39.1)	(6.5)	–
	50대 이상	12	–	10	2	–	–
		(100.0)	–	(83.3)	(16.7)	–	–
근무지	정신건강 증진센터	54	7	28	16	3	–
		(100.0)	(13.0)	(51.9)	(29.6)	(5.6)	–
	자살예방 센터	6	–	4	1	1	–
		(100.0)	–	(66.7)	(16.7)	(16.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	9	47	26	2	–
		(100.0)	(10.7)	(56.0)	(31.0)	(2.4)	–
	Wee 센터	82	6	43	25	6	2
		(100.0)	(7.3)	(52.4)	(30.5)	(7.3)	(2.4)
직업	간호사	21	–	15	6	–	–
		(100.0)	–	(71.4)	(28.6)	–	–
	사회복지사	63	9	29	17	7	1
		(100.0)	(14.3)	(46.0)	(27.0)	(11.1)	(1.6)
	상담(심리)사	115	12	60	38	4	1
		(100.0)	(10.4)	(52.2)	(33.0)	(3.5)	(0.9)
	기타	27	1	18	7	1	–
		(100.0)	(3.7)	(66.7)	(25.9)	(3.7)	–
주된업무	상담	169	18	92	52	5	2
		(100.0)	(10.7)	(54.4)	(30.8)	(3.0)	(1.2)
	교육/홍보	16	1	8	6	1	–
		(100.0)	(6.3)	(50.0)	(37.5)	(6.3)	–
	복지지원	4	–	1	1	2	–
		(100.0)	–	(25.0)	(25.0)	(50.0)	–
	진단/치료	11	1	7	2	1	–
		(100.0)	(9.1)	(63.6)	(18.2)	(9.1)	–
	행정/관리	20	2	11	6	1	–
		(100.0)	(10.0)	(55.0)	(30.0)	(5.0)	–
	기타	6	–	3	1	2	–
		(100.0)	–	(50.0)	(16.7)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	8	58	33	7	2
		(100.0)	(7.4)	(53.7)	(30.6)	(6.5)	(1.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	5	20	11	2	–
		(100.0)	(13.2)	(52.6)	(28.9)	(5.3)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	7	27	17	1	–
		(100.0)	(13.5)	(51.9)	(32.7)	(1.9)	–
	10년 이상	28	2	17	7	2	–
		(100.0)	(7.1)	(60.7)	(25.0)	(7.1)	–

부록2-31 전체 사업 중 자살예방 사업 비중 (단위: 명(%))

구분		전체	20% 미만	20~39%	40~59&	60~79%	80% 이상
전 체		226	92	73	36	18	7
		(100.0)	(40.7)	(32.3)	(15.9)	(8.0)	(3.1)
성별	남성	41	19	8	7	2	5
		(100.0)	(46.3)	(19.5)	(17.1)	(4.9)	(12.2)
	여성	185	73	65	29	16	2
		(100.0)	(39.5)	(35.1)	(15.7)	(8.6)	(1.1)
연령	20대	58	19	25	8	5	1
		(100.0)	(32.8)	(43.1)	(13.8)	(8.6)	(1.7)
	30대	110	45	34	20	7	4
		(100.0)	(40.9)	(30.9)	(18.2)	(6.4)	(3.6)
	40대	46	22	12	5	5	2
		(100.0)	(47.8)	(26.1)	(10.9)	(10.9)	(4.3)
	50대 이상	12	6	2	3	1	–
		(100.0)	(50.0)	(16.7)	(25.0)	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	6	21	20	7	–
		(100.0)	(11.1)	(38.9)	(37.0)	(13.0)	–
	자살예방 센터	6	–	2	–	1	3
		(100.0)	–	(33.3)	–	(16.7)	(50.0)
	청소년상담 복지센터	84	52	22	6	3	1
		(100.0)	(61.9)	(26.2)	(7.1)	(3.6)	(1.2)
	Wee 센터	82	34	28	10	7	3
		(100.0)	(41.5)	(34.1)	(12.2)	(8.5)	(3.7)
직업	간호사	21	2	10	6	3	–
		(100.0)	(9.5)	(47.6)	(28.6)	(14.3)	–
	사회복지사	63	20	17	17	6	3
		(100.0)	(31.7)	(27.0)	(27.0)	(9.5)	(4.8)
	상담(심리)사	115	60	36	9	7	3
		(100.0)	(52.2)	(31.3)	(7.8)	(6.1)	(2.6)
	기타	27	10	10	4	2	1
		(100.0)	(37.0)	(37.0)	(14.8)	(7.4)	(3.7)
주된업무	상담	169	71	58	25	11	4
		(100.0)	(42.0)	(34.3)	(14.8)	(6.5)	(2.4)
	교육/홍보	16	4	3	5	3	1
		(100.0)	(25.0)	(18.8)	(31.3)	(18.8)	(6.3)
	복지지원	4	2	2	–	–	–
		(100.0)	(50.0)	(50.0)	–	–	–
	진단/치료	11	7	2	1	1	–
		(100.0)	(63.6)	(18.2)	(9.1)	(9.1)	–
	행정/관리	20	8	7	2	2	1
		(100.0)	(40.0)	(35.0)	(10.0)	(10.0)	(5.0)
	기타	6	–	1	3	1	1
		(100.0)	–	(16.7)	(50.0)	(16.7)	(16.7)
업무경력	3년 미만	108	39	42	15	10	2
		(100.0)	(36.1)	(38.9)	(13.9)	(9.3)	(1.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	18	10	7	1	2
		(100.0)	(47.4)	(26.3)	(18.4)	(2.6)	(5.3)
	5년 이상~ 10년 미만	52	25	11	12	3	1
		(100.0)	(48.1)	(21.2)	(23.1)	(5.8)	(1.9)
	10년 이상	28	10	10	2	4	2
		(100.0)	(35.7)	(35.7)	(7.1)	(14.3)	(7.1)

부록2-32 자살예방 사업 중 청소년(9~24세) 자살 예방 사업 비중 (단위: 명(%))

구분		전체	20% 미만	20~39%	40~59&	60~79%	80% 이상
전 체		226	71	70	32	11	42
		(100.0)	(31.4)	(31.0)	(14.2)	(4.9)	(18.6)
성별	남성	41	12	16	2	3	8
		(100.0)	(29.3)	(39.0)	(4.9)	(7.3)	(19.5)
	여성	185	59	54	30	8	34
		(100.0)	(31.9)	(29.2)	(16.2)	(4.3)	(18.4)
연령	20대	58	16	21	7	4	10
		(100.0)	(27.6)	(36.2)	(12.1)	(6.9)	(17.2)
	30대	110	32	33	16	6	23
		(100.0)	(29.1)	(30.0)	(14.5)	(5.5)	(20.9)
	40대	46	17	12	8	1	8
		(100.0)	(37.0)	(26.1)	(17.4)	(2.2)	(17.4)
	50대 이상	12	6	4	1	–	1
		(100.0)	(50.0)	(33.3)	(8.3)	–	(8.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	15	26	11	2	–
		(100.0)	(27.8)	(48.1)	(20.4)	(3.7)	–
	자살예방 센터	6	–	4	2	–	–
		(100.0)	–	(66.7)	(33.3)	–	–
	청소년상담 복지센터	84	33	19	9	1	22
		(100.0)	(39.3)	(22.6)	(10.7)	(1.2)	(26.2)
	Wee 센터	82	23	21	10	8	20
		(100.0)	(28.0)	(25.6)	(12.2)	(9.8)	(24.4)
직업	간호사	21	7	10	4	–	–
		(100.0)	(33.3)	(47.6)	(19.0)	–	–
	사회복지사	63	19	28	10	4	2
		(100.0)	(30.2)	(44.4)	(15.9)	(6.3)	(3.2)
	상담(심리)사	115	38	25	13	6	33
		(100.0)	(33.0)	(21.7)	(11.3)	(5.2)	(28.7)
	기타	27	7	7	5	1	7
		(100.0)	(25.9)	(25.9)	(18.5)	(3.7)	(25.9)
주된업무	상담	169	53	51	22	9	34
		(100.0)	(31.4)	(30.2)	(13.0)	(5.3)	(20.1)
	교육/홍보	16	5	6	4	1	–
		(100.0)	(31.3)	(37.5)	(25.0)	(6.3)	–
	복지지원	4	1	1	2	–	–
		(100.0)	(25.0)	(25.0)	(50.0)	–	–
	진단/치료	11	6	–	2	1	2
		(100.0)	(54.5)	–	(18.2)	(9.1)	(18.2)
	행정/관리	20	5	8	2	–	5
		(100.0)	(25.0)	(40.0)	(10.0)	–	(25.0)
	기타	6	1	4	–	–	1
		(100.0)	(16.7)	(66.7)	–	–	(16.7)
업무경력	3년 미만	108	27	40	14	9	18
		(100.0)	(25.0)	(37.0)	(13.0)	(8.3)	(16.7)
	3년 이상~ 5년 미만	38	15	8	7	1	7
		(100.0)	(39.5)	(21.1)	(18.4)	(2.6)	(18.4)
	5년 이상~ 10년 미만	52	19	12	8	–	13
		(100.0)	(36.5)	(23.1)	(15.4)	–	(25.0)
	10년 이상	28	10	10	3	1	4
		(100.0)	(35.7)	(35.7)	(10.7)	(3.6)	(14.3)

부록2-33 지역사회 유관기관들 간의 연계·협력

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	1	25	84	103	13
		(100.0)	(.4)	(11.1)	(37.2)	(45.6)	(5.8)
성별	남성	41	–	7	12	20	2
		(100.0)	–	(17.1)	(29.3)	(48.8)	(4.9)
	여성	185	1	18	72	83	11
		(100.0)	(.5)	(9.7)	(38.9)	(44.9)	(5.9)
연령	20대	58	–	3	23	28	4
		(100.0)	–	(5.2)	(39.7)	(48.3)	(6.9)
	30대	110	–	14	42	50	4
		(100.0)	–	(12.7)	(38.2)	(45.5)	(3.6)
	40대	46	–	6	15	21	4
		(100.0)	–	(13.0)	(32.6)	(45.7)	(8.7)
	50대 이상	12	1	2	4	4	1
		(100.0)	(8.3)	(16.7)	(33.3)	(33.3)	(8.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	–	11	22	20	1
		(100.0)	–	(20.4)	(40.7)	(37.0)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	1	1	4	–
		(100.0)	–	(16.7)	(16.7)	(66.7)	–
	청소년상담 복지센터	84	–	5	31	43	5
		(100.0)	–	(6.0)	(36.9)	(51.2)	(6.0)
	Wee 센터	82	1	8	30	36	7
		(100.0)	(1.2)	(9.8)	(36.6)	(43.9)	(8.5)
직업	간호사	21	–	3	12	6	–
		(100.0)	–	(14.3)	(57.1)	(28.6)	–
	사회복지사	63	–	12	25	22	4
		(100.0)	–	(19.0)	(39.7)	(34.9)	(6.3)
	상담(심리)사	115	–	7	38	62	8
		(100.0)	–	(6.1)	(33.0)	(53.9)	(7.0)
	기타	27	1	3	9	13	1
		(100.0)	(3.7)	(11.1)	(33.3)	(48.1)	(3.7)
주된업무	상담	169	1	17	59	79	13
		(100.0)	(.6)	(10.1)	(34.9)	(46.7)	(7.7)
	교육/홍보	16	–	3	7	6	–
		(100.0)	–	(18.8)	(43.8)	(37.5)	–
	복지지원	4	–	–	3	1	–
		(100.0)	–	–	(75.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	–	6	5	–
		(100.0)	–	–	(54.5)	(45.5)	–
	행정/관리	20	–	5	6	9	–
		(100.0)	–	(25.0)	(30.0)	(45.0)	–
	기타	6	–	–	3	3	–
		(100.0)	–	–	(50.0)	(50.0)	–
업무경력	3년 미만	108	–	14	41	45	8
		(100.0)	–	(13.0)	(38.0)	(41.7)	(7.4)
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	2	13	22	1
		(100.0)	–	(5.3)	(34.2)	(57.9)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	1	6	19	24	2
		(100.0)	(1.9)	(11.5)	(36.5)	(46.2)	(3.8)
	10년 이상	28	–	3	11	12	2
		(100.0)	–	(10.7)	(39.3)	(42.9)	(7.1)

부록2-34 민간 기관이나 단체와의 연계·협력

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	–	40	104	74	8
		(100.0)	–	(17.7)	(46.0)	(32.7)	(3.5)
성별	남성	41	–	13	9	19	–
		(100.0)	–	(31.7)	(22.0)	(46.3)	–
	여성	185	–	27	95	55	8
		(100.0)	–	(14.6)	(51.4)	(29.7)	(4.3)
연령	20대	58	–	7	34	16	1
		(100.0)	–	(12.1)	(58.6)	(27.6)	(1.7)
	30대	110	–	24	44	37	5
		(100.0)	–	(21.8)	(40.0)	(33.6)	(4.5)
	40대	46	–	7	20	17	2
		(100.0)	–	(15.2)	(43.5)	(37.0)	(4.3)
	50대 이상	12	–	2	6	4	–
		(100.0)	–	(16.7)	(50.0)	(33.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	–	19	25	10	–
		(100.0)	–	(35.2)	(46.3)	(18.5)	–
	자살예방 센터	6	–	1	2	3	–
		(100.0)	–	(16.7)	(33.3)	(50.0)	–
	청소년상담 복지센터	84	–	8	35	37	4
		(100.0)	–	(9.5)	(41.7)	(44.0)	(4.8)
	Wee 센터	82	–	12	42	24	4
		(100.0)	–	(14.6)	(51.2)	(29.3)	(4.9)
직업	간호사	21	–	6	12	3	–
		(100.0)	–	(28.6)	(57.1)	(14.3)	–
	사회복지사	63	–	19	27	16	1
		(100.0)	–	(30.2)	(42.9)	(25.4)	(1.6)
	상담(심리)사	115	–	13	50	47	5
		(100.0)	–	(11.3)	(43.5)	(40.9)	(4.3)
	기타	27	–	2	15	8	2
		(100.0)	–	(7.4)	(55.6)	(29.6)	(7.4)
주된업무	상담	169	–	28	76	58	7
		(100.0)	–	(16.6)	(45.0)	(34.3)	(4.1)
	교육/홍보	16	–	5	6	5	–
		(100.0)	–	(31.3)	(37.5)	(31.3)	–
	복지지원	4	–	–	4	–	–
		(100.0)	–	–	(100.0)	–	–
	진단/치료	11	–	–	6	4	1
		(100.0)	–	–	(54.5)	(36.4)	(9.1)
	행정/관리	20	–	6	8	6	–
		(100.0)	–	(30.0)	(40.0)	(30.0)	–
	기타	6	–	1	4	1	–
		(100.0)	–	(16.7)	(66.7)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	–	22	54	28	4
		(100.0)	–	(20.4)	(50.0)	(25.9)	(3.7)
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	2	21	14	1
		(100.0)	–	(5.3)	(55.3)	(36.8)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	–	12	20	18	2
		(100.0)	–	(23.1)	(38.5)	(34.6)	(3.8)
	10년 이상	28	–	4	9	14	1
		(100.0)	–	(14.3)	(32.1)	(50.0)	(3.6)

부록2-35 자살 예방 사업에 대한 지역사회 인식

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	6	66	104	45	5
		(100.0)	(2.7)	(29.2)	(46.0)	(19.9)	(2.2)
성별	남성	41	–	9	23	9	–
		(100.0)	–	(22.0)	(56.1)	(22.0)	–
	여성	185	6	57	81	36	5
		(100.0)	(3.2)	(30.8)	(43.8)	(19.5)	(2.7)
연령	20대	58	1	17	27	12	1
		(100.0)	(1.7)	(29.3)	(46.6)	(20.7)	(1.7)
	30대	110	4	35	46	23	2
		(100.0)	(3.6)	(31.8)	(41.8)	(20.9)	(1.8)
	40대	46	1	11	24	8	2
		(100.0)	(2.2)	(23.9)	(52.2)	(17.4)	(4.3)
	50대 이상	12	–	3	7	2	–
		(100.0)	–	(25.0)	(58.3)	(16.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	3	21	17	13	–
		(100.0)	(5.6)	(38.9)	(31.5)	(24.1)	–
	자살예방 센터	6	–	1	3	2	–
		(100.0)	–	(16.7)	(50.0)	(33.3)	–
	청소년상담 복지센터	84	1	25	43	14	1
		(100.0)	(1.2)	(29.8)	(51.2)	(16.7)	(1.2)
	Wee 센터	82	2	19	41	16	4
		(100.0)	(2.4)	(23.2)	(50.0)	(19.5)	(4.9)
직업	간호사	21	1	7	9	4	–
		(100.0)	(4.8)	(33.3)	(42.9)	(19.0)	–
	사회복지사	63	3	25	22	11	2
		(100.0)	(4.8)	(39.7)	(34.9)	(17.5)	(3.2)
	상담(심리)사	115	2	31	55	26	1
		(100.0)	(1.7)	(27.0)	(47.8)	(22.6)	(0.9)
	기타	27	–	3	18	4	2
		(100.0)	–	(11.1)	(66.7)	(14.8)	(7.4)
주된업무	상담	169	5	50	78	32	4
		(100.0)	(3.0)	(29.6)	(46.2)	(18.9)	(2.4)
	교육/홍보	16	–	5	6	5	–
		(100.0)	–	(31.3)	(37.5)	(31.3)	–
	복지지원	4	–	1	2	1	–
		(100.0)	–	(25.0)	(50.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	2	7	2	–
		(100.0)	–	(18.2)	(63.6)	(18.2)	–
	행정/관리	20	1	5	10	3	1
		(100.0)	(5.0)	(25.0)	(50.0)	(15.0)	(5.0)
	기타	6	–	3	1	2	–
		(100.0)	–	(50.0)	(16.7)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	2	33	50	21	2
		(100.0)	(1.9)	(30.6)	(46.3)	(19.4)	(1.9)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	9	19	8	1
		(100.0)	(2.6)	(23.7)	(50.0)	(21.1)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	2	16	23	9	2
		(100.0)	(3.8)	(30.8)	(44.2)	(17.3)	(3.8)
	10년 이상	28	1	8	12	7	–
		(100.0)	(3.6)	(28.6)	(42.9)	(25.0)	–

부록2-36 고위험군/자살시도자 위기관리 시스템

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	5	50	77	81	13
		(100.0)	(2.2)	(22.1)	(34.1)	(35.8)	(5.8)
성별	남성	41	–	6	16	19	–
		(100.0)	–	(14.6)	(39.0)	(46.3)	–
	여성	185	5	44	61	62	13
		(100.0)	(2.7)	(23.8)	(33.0)	(33.5)	(7.0)
연령	20대	58	–	9	18	27	4
		(100.0)	–	(15.5)	(31.0)	(46.6)	(6.9)
	30대	110	4	29	37	33	7
		(100.0)	(3.6)	(26.4)	(33.6)	(30.0)	(6.4)
	40대	46	1	9	18	16	2
		(100.0)	(2.2)	(19.6)	(39.1)	(34.8)	(4.3)
	50대 이상	12	–	3	4	5	–
		(100.0)	–	(25.0)	(33.3)	(41.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	1	15	19	16	3
		(100.0)	(1.9)	(27.8)	(35.2)	(29.6)	(5.6)
	자살예방 센터	6	1	–	–	4	1
		(100.0)	(16.7)	–	–	(66.7)	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	1	18	35	27	3
		(100.0)	(1.2)	(21.4)	(41.7)	(32.1)	(3.6)
	Wee 센터	82	2	17	23	34	6
		(100.0)	(2.4)	(20.7)	(28.0)	(41.5)	(7.3)
직업	간호사	21	1	4	11	3	2
		(100.0)	(4.8)	(19.0)	(52.4)	(14.3)	(9.5)
	사회복지사	63	2	20	15	25	1
		(100.0)	(3.2)	(31.7)	(23.8)	(39.7)	(1.6)
	상담(심리)사	115	2	21	40	44	8
		(100.0)	(1.7)	(18.3)	(34.8)	(38.3)	(7.0)
	기타	27	–	5	11	9	2
		(100.0)	–	(18.5)	(40.7)	(33.3)	(7.4)
주된업무	상담	169	4	35	56	66	8
		(100.0)	(2.4)	(20.7)	(33.1)	(39.1)	(4.7)
	교육/홍보	16	1	6	4	2	3
		(100.0)	(6.3)	(37.5)	(25.0)	(12.5)	(18.8)
	복지지원	4	–	1	2	1	–
		(100.0)	–	(25.0)	(50.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	2	4	4	1
		(100.0)	–	(18.2)	(36.4)	(36.4)	(9.1)
	행정/관리	20	–	5	9	5	1
		(100.0)	–	(25.0)	(45.0)	(25.0)	(5.0)
	기타	6	–	1	2	3	–
		(100.0)	–	(16.7)	(33.3)	(50.0)	–
업무경력	3년 미만	108	2	22	36	43	5
		(100.0)	(1.9)	(20.4)	(33.3)	(39.8)	(4.6)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	6	12	17	2
		(100.0)	(2.6)	(15.8)	(31.6)	(44.7)	(5.3)
	5년 이상~ 10년 미만	52	2	14	19	13	4
		(100.0)	(3.8)	(26.9)	(36.5)	(25.0)	(7.7)
	10년 이상	28	–	8	10	8	2
		(100.0)	–	(28.6)	(35.7)	(28.6)	(7.1)

부록2-37 자살 예방 사업 및 프로그램의 효과

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	4	41	104	68	9
		(100.0)	(1.8)	(18.1)	(46.0)	(30.1)	(4.0)
성별	남성	41	–	8	18	13	2
		(100.0)	–	(19.5)	(43.9)	(31.7)	(4.9)
	여성	185	4	33	86	55	7
		(100.0)	(2.2)	(17.8)	(46.5)	(29.7)	(3.8)
연령	20대	58	1	7	29	19	2
		(100.0)	(1.7)	(12.1)	(50.0)	(32.8)	(3.4)
	30대	110	1	25	51	30	3
		(100.0)	(.9)	(22.7)	(46.4)	(27.3)	(2.7)
	40대	46	1	7	20	14	4
		(100.0)	(2.2)	(15.2)	(43.5)	(30.4)	(8.7)
	50대 이상	12	1	2	4	5	–
		(100.0)	(8.3)	(16.7)	(33.3)	(41.7)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	1	10	30	12	1
		(100.0)	(1.9)	(18.5)	(55.6)	(22.2)	(1.9)
	자살예방 센터	6	–	1	2	2	1
		(100.0)	–	(16.7)	(33.3)	(33.3)	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	2	13	37	30	2
		(100.0)	(2.4)	(15.5)	(44.0)	(35.7)	(2.4)
	Wee 센터	82	1	17	35	24	5
		(100.0)	(1.2)	(20.7)	(42.7)	(29.3)	(6.1)
직업	간호사	21	1	5	10	5	–
		(100.0)	(4.8)	(23.8)	(47.6)	(23.8)	–
	사회복지사	63	1	14	30	14	4
		(100.0)	(1.6)	(22.2)	(47.6)	(22.2)	(6.3)
	상담(심리)사	115	2	19	50	40	4
		(100.0)	(1.7)	(16.5)	(43.5)	(34.8)	(3.5)
	기타	27	–	3	14	9	1
		(100.0)	–	(11.1)	(51.9)	(33.3)	(3.7)
주된업무	상담	169	3	29	76	53	8
		(100.0)	(1.8)	(17.2)	(45.0)	(31.4)	(4.7)
	교육/홍보	16	1	3	7	5	–
		(100.0)	(6.3)	(18.8)	(43.8)	(31.3)	–
	복지지원	4	–	–	3	1	–
		(100.0)	–	–	(75.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	3	5	3	–
		(100.0)	–	(27.3)	(45.5)	(27.3)	–
	행정/관리	20	–	5	10	4	1
		(100.0)	–	(25.0)	(50.0)	(20.0)	(5.0)
	기타	6	–	1	3	2	–
		(100.0)	–	(16.7)	(50.0)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	1	16	54	32	5
		(100.0)	(.9)	(14.8)	(50.0)	(29.6)	(4.6)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	5	22	9	1
		(100.0)	(2.6)	(13.2)	(57.9)	(23.7)	(2.6)
	5년 이상~ 10년 미만	52	1	13	20	16	2
		(100.0)	(1.9)	(25.0)	(38.5)	(30.8)	(3.8)
	10년 이상	28	1	7	8	11	1
		(100.0)	(3.6)	(25.0)	(28.6)	(39.3)	(3.6)

부록2-38 자살 예방 사업 추진 예산의 확보

(단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	20	94	83	27	2
		(100.0)	(8.8)	(41.6)	(36.7)	(11.9)	(0.9)
성별	남성	41	4	14	17	5	1
		(100.0)	(9.8)	(34.1)	(41.5)	(12.2)	(2.4)
	여성	185	16	80	66	22	1
		(100.0)	(8.6)	(43.2)	(35.7)	(11.9)	(0.5)
연령	20대	58	1	19	27	11	–
		(100.0)	(1.7)	(32.8)	(46.6)	(19.0)	–
	30대	110	12	46	40	10	2
		(100.0)	(10.9)	(41.8)	(36.4)	(9.1)	(1.8)
	40대	46	6	23	12	5	–
		(100.0)	(13.0)	(50.0)	(26.1)	(10.9)	–
	50대 이상	12	1	6	4	1	–
		(100.0)	(8.3)	(50.0)	(33.3)	(8.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	8	19	21	6	–
		(100.0)	(14.8)	(35.2)	(38.9)	(11.1)	–
	자살예방 센터	6	–	4	1	–	1
		(100.0)	–	(66.7)	(16.7)	–	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	7	36	31	10	–
		(100.0)	(8.3)	(42.9)	(36.9)	(11.9)	–
	Wee 센터	82	5	35	30	11	1
		(100.0)	(6.1)	(42.7)	(36.6)	(13.4)	(1.2)
직업	간호사	21	3	9	7	2	–
		(100.0)	(14.3)	(42.9)	(33.3)	(9.5)	–
	사회복지사	63	6	26	21	9	1
		(100.0)	(9.5)	(41.3)	(33.3)	(14.3)	(1.6)
	상담(심리)사	115	8	51	42	13	1
		(100.0)	(7.0)	(44.3)	(36.5)	(11.3)	(0.9)
	기타	27	3	8	13	3	–
		(100.0)	(11.1)	(29.6)	(48.1)	(11.1)	–
주된업무	상담	169	13	73	62	21	–
		(100.0)	(7.7)	(43.2)	(36.7)	(12.4)	–
	교육/홍보	16	2	7	6	1	–
		(100.0)	(12.5)	(43.8)	(37.5)	(6.3)	–
	복지지원	4	–	2	1	1	–
		(100.0)	–	(50.0)	(25.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	4	5	1	1
		(100.0)	–	(36.4)	(45.5)	(9.1)	(9.1)
	행정/관리	20	5	6	6	2	1
		(100.0)	(25.0)	(30.0)	(30.0)	(10.0)	(5.0)
	기타	6	–	2	3	1	–
		(100.0)	–	(33.3)	(50.0)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	7	48	36	17	–
		(100.0)	(6.5)	(44.4)	(33.3)	(15.7)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	2	11	23	2	–
		(100.0)	(5.3)	(28.9)	(60.5)	(5.3)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	6	23	17	6	–
		(100.0)	(11.5)	(44.2)	(32.7)	(11.5)	–
	10년 이상	28	5	12	7	2	2
		(100.0)	(17.9)	(42.9)	(25.0)	(7.1)	(7.1)

부록2-39 자살 예방 사업 전문 인력의 확보 (단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	17	101	70	36	2
		(100.0)	(7.5)	(44.7)	(31.0)	(15.9)	(0.9)
성별	남성	41	3	14	16	7	1
		(100.0)	(7.3)	(34.1)	(39.0)	(17.1)	(2.4)
	여성	185	14	87	54	29	1
		(100.0)	(7.6)	(47.0)	(29.2)	(15.7)	(0.5)
연령	20대	58	2	24	20	12	–
		(100.0)	(3.4)	(41.4)	(34.5)	(20.7)	–
	30대	110	13	47	34	14	2
		(100.0)	(11.8)	(42.7)	(30.9)	(12.7)	(1.8)
	40대	46	1	25	13	7	–
		(100.0)	(2.2)	(54.3)	(28.3)	(15.2)	–
	50대 이상	12	1	5	3	3	–
		(100.0)	(8.3)	(41.7)	(25.0)	(25.0)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	7	24	15	8	–
		(100.0)	(13.0)	(44.4)	(27.8)	(14.8)	–
	자살예방 센터	6	–	2	2	1	1
		(100.0)	–	(33.3)	(33.3)	(16.7)	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	7	34	29	14	–
		(100.0)	(8.3)	(40.5)	(34.5)	(16.7)	–
	Wee 센터	82	3	41	24	13	1
		(100.0)	(3.7)	(50.0)	(29.3)	(15.9)	(1.2)
직업	간호사	21	3	7	8	3	–
		(100.0)	(14.3)	(33.3)	(38.1)	(14.3)	–
	사회복지사	63	7	28	16	11	1
		(100.0)	(11.1)	(44.4)	(25.4)	(17.5)	(1.6)
	상담(심리)사	115	6	54	35	19	1
		(100.0)	(5.2)	(47.0)	(30.4)	(16.5)	(0.9)
	기타	27	1	12	11	3	–
		(100.0)	(3.7)	(44.4)	(40.7)	(11.1)	–
주된업무	상담	169	10	78	53	28	–
		(100.0)	(5.9)	(46.2)	(31.4)	(16.6)	–
	교육/홍보	16	2	9	2	3	–
		(100.0)	(12.5)	(56.3)	(12.5)	(18.8)	–
	복지지원	4	–	2	1	1	–
		(100.0)	–	(50.0)	(25.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	5	4	1	1
		(100.0)	–	(45.5)	(36.4)	(9.1)	(9.1)
	행정/관리	20	4	7	7	1	1
		(100.0)	(20.0)	(35.0)	(35.0)	(5.0)	(5.0)
	기타	6	1	–	3	2	–
		(100.0)	(16.7)	–	(50.0)	(33.3)	–
업무경력	3년 미만	108	7	49	32	20	–
		(100.0)	(6.5)	(45.4)	(29.6)	(18.5)	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	17	15	5	–
		(100.0)	(2.6)	(44.7)	(39.5)	(13.2)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	8	22	16	6	–
		(100.0)	(15.4)	(42.3)	(30.8)	(11.5)	–
	10년 이상	28	1	13	7	5	2
		(100.0)	(3.6)	(46.4)	(25.0)	(17.9)	(7.1)

부록2-40 자살 예방 전문 인력의 전문성 및 역량 (단위: 명(%))

구분		전체	매우 미흡	미흡	보통	원활	매우 원활
전 체		226	8	48	101	62	7
		(100.0)	(3.5)	(21.2)	(44.7)	(27.4)	(3.1)
성별	남성	41	2	9	13	14	3
		(100.0)	(4.9)	(22.0)	(31.7)	(34.1)	(7.3)
	여성	185	6	39	88	48	4
		(100.0)	(3.2)	(21.1)	(47.6)	(25.9)	(2.2)
연령	20대	58	–	10	28	18	2
		(100.0)	–	(17.2)	(48.3)	(31.0)	(3.4)
	30대	110	5	25	49	27	4
		(100.0)	(4.5)	(22.7)	(44.5)	(24.5)	(3.6)
	40대	46	2	8	22	13	1
		(100.0)	(4.3)	(17.4)	(47.8)	(28.3)	(2.2)
	50대 이상	12	1	5	2	4	–
		(100.0)	(8.3)	(41.7)	(16.7)	(33.3)	–
근무지	정신건강 증진센터	54	3	10	19	19	3
		(100.0)	(5.6)	(18.5)	(35.2)	(35.2)	(5.6)
	자살예방 센터	6	–	1	2	2	1
		(100.0)	–	(16.7)	(33.3)	(33.3)	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	3	12	46	22	1
		(100.0)	(3.6)	(14.3)	(54.8)	(26.2)	(1.2)
	Wee 센터	82	2	25	34	19	2
		(100.0)	(2.4)	(30.5)	(41.5)	(23.2)	(2.4)
직업	간호사	21	1	5	9	6	–
		(100.0)	(4.8)	(23.8)	(42.9)	(28.6)	–
	사회복지사	63	3	15	22	20	3
		(100.0)	(4.8)	(23.8)	(34.9)	(31.7)	(4.8)
	상담(심리)사	115	3	22	57	31	2
		(100.0)	(2.6)	(19.1)	(49.6)	(27.0)	(1.7)
	기타	27	1	6	13	5	2
		(100.0)	(3.7)	(22.2)	(48.1)	(18.5)	(7.4)
주된업무	상담	169	6	38	78	42	5
		(100.0)	(3.6)	(22.5)	(46.2)	(24.9)	(3.0)
	교육/홍보	16	1	3	5	7	–
		(100.0)	(6.3)	(18.8)	(31.3)	(43.8)	–
	복지지원	4	–	1	2	1	–
		(100.0)	–	(25.0)	(50.0)	(25.0)	–
	진단/치료	11	–	2	5	3	1
		(100.0)	–	(18.2)	(45.5)	(27.3)	(9.1)
	행정/관리	20	1	4	10	4	1
		(100.0)	(5.0)	(20.0)	(50.0)	(20.0)	(5.0)
	기타	6	–	–	1	5	–
		(100.0)	–	–	(16.7)	(83.3)	–
업무경력	3년 미만	108	3	23	53	25	4
		(100.0)	(2.8)	(21.3)	(49.1)	(23.1)	(3.7)
	3년 이상~ 5년 미만	38	1	11	14	12	–
		(100.0)	(2.6)	(28.9)	(36.8)	(31.6)	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	3	13	20	16	–
		(100.0)	(5.8)	(25.0)	(38.5)	(30.8)	–
	10년 이상	28	1	1	14	9	3
		(100.0)	(3.6)	(3.6)	(50.0)	(32.1)	(10.7)

부록2-41 성별 (단위: 명(%))

구분		전체	남성	여성
전 체		226	41	185
		(100.0)	(18.1)	(81.9)
성별	남성	41	41	–
		(100.0)	(100.0)	–
	여성	185	–	185
		(100.0)	–	(100.0)
연령	20대	58	4	54
		(100.0)	(6.9)	(93.1)
	30대	110	25	85
		(100.0)	(22.7)	(77.3)
	40대	46	10	36
		(100.0)	(21.7)	(78.3)
	50대 이상	12	2	10
		(100.0)	(16.7)	(83.3)
근무지	정신건강 증진센터	54	11	43
		(100.0)	(20.4)	(79.6)
	자살예방 센터	6	2	4
		(100.0)	(33.3)	(66.7)
	청소년상담 복지센터	84	19	65
		(100.0)	(22.6)	(77.4)
	Wee 센터	82	9	73
		(100.0)	(11.0)	(89.0)
직업	간호사	21	–	21
		(100.0)	–	(100.0)
	사회복지사	63	17	46
		(100.0)	(27.0)	(73.0)
	상담(심리)사	115	21	94
		(100.0)	(18.3)	(81.7)
	기타	27	3	24
		(100.0)	(11.1)	(88.9)
주된업무	상담	169	30	139
		(100.0)	(17.8)	(82.2)
	교육/홍보	16	4	12
		(100.0)	(25.0)	(75.0)
	복지지원	4	–	4
		(100.0)	–	(100.0)
	진단/치료	11	–	11
		(100.0)	–	(100.0)
	행정/관리	20	5	15
		(100.0)	(25.0)	(75.0)
	기타	6	2	4
		(100.0)	(33.3)	(66.7)
업무경력	3년 미만	108	20	88
		(100.0)	(18.5)	(81.5)
	3년 이상~ 5년 미만	38	5	33
		(100.0)	(13.2)	(86.8)
	5년 이상~ 10년 미만	52	8	44
		(100.0)	(15.4)	(84.6)
	10년 이상	28	8	20
		(100.0)	(28.6)	(71.4)

부록2-42 연령

(단위: 명(%))

구분		전체	20대	30대	40대	50대 이상
전 체		226	58	110	46	12
		(100.0)	(25.7)	(48.7)	(20.4)	(5.3)
성별	남성	41	4	25	10	2
		(100.0)	(9.8)	(61.0)	(24.4)	(4.9)
	여성	185	54	85	36	10
		(100.0)	(29.2)	(45.9)	(19.5)	(5.4)
연령	20대	58	58	–	–	–
		(100.0)	(100.0)	–	–	–
	30대	110	–	110	–	–
		(100.0)	–	(100.0)	–	–
	40대	46	–	–	46	–
		(100.0)	–	–	(100.0)	–
	50대 이상	12	–	–	–	12
		(100.0)	–	–	–	(100.0)
근무지	정신건강 증진센터	54	14	34	5	1
		(100.0)	(25.9)	(63.0)	(9.3)	(1.9)
	자살예방 센터	6	1	5	–	–
		(100.0)	(16.7)	(83.3)	–	–
	청소년상담 복지센터	84	15	41	23	5
		(100.0)	(17.9)	(48.8)	(27.4)	(6.0)
	Wee 센터	82	28	30	18	6
		(100.0)	(34.1)	(36.6)	(22.0)	(7.3)
직업	간호사	21	1	14	4	2
		(100.0)	(4.8)	(66.7)	(19.0)	(9.5)
	사회복지사	63	20	35	8	–
		(100.0)	(31.7)	(55.6)	(12.7)	–
	상담(심리)사	115	31	48	29	7
		(100.0)	(27.0)	(41.7)	(25.2)	(6.1)
	기타	27	6	13	5	3
		(100.0)	(22.2)	(48.1)	(18.5)	(11.1)
주된업무	상담	169	44	79	35	11
		(100.0)	(26.0)	(46.7)	(20.7)	(6.5)
	교육/홍보	16	4	10	2	–
		(100.0)	(25.0)	(62.5)	(12.5)	–
	복지지원	4	2	–	2	–
		(100.0)	(50.0)	–	(50.0)	–
	진단/치료	11	5	4	2	–
		(100.0)	(45.5)	(36.4)	(18.2)	–
	행정/관리	20	1	14	4	1
		(100.0)	(5.0)	(70.0)	(20.0)	(5.0)
	기타	6	2	3	1	–
		(100.0)	(33.3)	(50.0)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	45	40	20	3
		(100.0)	(41.7)	(37.0)	(18.5)	(2.8)
	3년 이상~ 5년 미만	38	12	18	5	3
		(100.0)	(31.6)	(47.4)	(13.2)	(7.9)
	5년 이상~ 10년 미만	52	1	39	9	3
		(100.0)	(1.9)	(75.0)	(17.3)	(5.8)
	10년 이상	28	–	13	12	3
		(100.0)	–	(46.4)	(42.9)	(10.7)

부록2-43 근무지

(단위: 명(%))

구분		전체	정신건강증진센터	자살예방센터	청소년상담복지센터	Wee 센터
전 체		226	54	6	84	82
		(100.0)	(23.9)	(2.7)	(37.2)	(36.3)
성별	남성	41	11	2	19	9
		(100.0)	(26.8)	(4.9)	(46.3)	(22.0)
	여성	185	43	4	65	73
		(100.0)	(23.2)	(2.2)	(35.1)	(39.5)
연령	20대	58	14	1	15	28
		(100.0)	(24.1)	(1.7)	(25.9)	(48.3)
	30대	110	34	5	41	30
		(100.0)	(30.9)	(4.5)	(37.3)	(27.3)
	40대	46	5	–	23	18
		(100.0)	(10.9)	–	(50.0)	(39.1)
	50대 이상	12	1	–	5	6
		(100.0)	(8.3)	–	(41.7)	(50.0)
근무지	정신건강증진센터	54	54	–	–	–
		(100.0)	(100.0)	–	–	–
	자살예방센터	6	–	6	–	–
		(100.0)	–	(100.0)	–	–
	청소년상담복지센터	84	–	–	84	–
		(100.0)	–	–	(100.0)	–
	Wee 센터	82	–	–	–	82
		(100.0)	–	–	–	(100.0)
직업	간호사	21	17	1	1	2
		(100.0)	(81.0)	(4.8)	(4.8)	(9.5)
	사회복지사	63	33	4	14	12
		(100.0)	(52.4)	(6.3)	(22.2)	(19.0)
	상담(심리)사	115	1	–	66	48
		(100.0)	(.9)	–	(57.4)	(41.7)
	기타	27	3	1	3	20
		(100.0)	(11.1)	(3.7)	(11.1)	(74.1)
주된업무	상담	169	31	4	76	58
		(100.0)	(18.3)	(2.4)	(45.0)	(34.3)
	교육/홍보	16	11	1	2	2
		(100.0)	(68.8)	(6.3)	(12.5)	(12.5)
	복지지원	4	1	–	1	2
		(100.0)	(25.0)	–	(25.0)	(50.0)
	진단/치료	11	–	–	–	11
		(100.0)	–	–	–	(100.0)
	행정/관리	20	6	1	5	8
		(100.0)	(30.0)	(5.0)	(25.0)	(40.0)
	기타	6	5	–	–	1
		(100.0)	(83.3)	–	–	(16.7)
업무경력	3년 미만	108	22	2	34	50
		(100.0)	(20.4)	(1.9)	(31.5)	(46.3)
	3년 이상~5년 미만	38	9	2	16	11
		(100.0)	(23.7)	(5.3)	(42.1)	(28.9)
	5년 이상~10년 미만	52	15	1	20	16
		(100.0)	(28.8)	(1.9)	(38.5)	(30.8)
	10년 이상	28	8	1	14	5
		(100.0)	(28.6)	(3.6)	(50.0)	(17.9)

부록2-44 직업

(단위: 명(%))

구분		전체	의사	간호사	사회복지사	상담(심리)사	기타
전 체		226	–	21	63	115	27
		(100.0)	–	(9.3)	(27.9)	(50.9)	(11.9)
성별	남성	41	–	–	17	21	3
		(100.0)	–	–	(41.5)	(51.2)	(7.3)
	여성	185	–	21	46	94	24
		(100.0)	–	(11.4)	(24.9)	(50.8)	(13.0)
연령	20대	58	–	1	20	31	6
		(100.0)	–	(1.7)	(34.5)	(53.4)	(10.3)
	30대	110	–	14	35	48	13
		(100.0)	–	(12.7)	(31.8)	(43.6)	(11.8)
	40대	46	–	4	8	29	5
		(100.0)	–	(8.7)	(17.4)	(63.0)	(10.9)
	50대 이상	12	–	2	–	7	3
		(100.0)	–	(16.7)	–	(58.3)	(25.0)
근무지	정신건강 증진센터	54	–	17	33	1	3
		(100.0)	–	(31.5)	(61.1)	(1.9)	(5.6)
	자살예방 센터	6	–	1	4	–	1
		(100.0)	–	(16.7)	(66.7)	–	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	–	1	14	66	3
		(100.0)	–	(1.2)	(16.7)	(78.6)	(3.6)
	Wee 센터	82	–	2	12	48	20
		(100.0)	–	(2.4)	(14.6)	(58.5)	(24.4)
직업	간호사	21	–	21	–	–	–
		(100.0)	–	(100.0)	–	–	–
	사회복지사	63	–	–	63	–	–
		(100.0)	–	–	(100.0)	–	–
	상담(심리)사	115	–	–	–	115	–
		(100.0)	–	–	–	(100.0)	–
	기타	27	–	–	–	–	27
		(100.0)	–	–	–	–	(100.0)
주된업무	상담	169	–	13	40	100	16
		(100.0)	–	(7.7)	(23.7)	(59.2)	(9.5)
	교육/홍보	16	–	4	9	2	1
		(100.0)	–	(25.0)	(56.3)	(12.5)	(6.3)
	복지지원	4	–	–	4	–	–
		(100.0)	–	–	(100.0)	–	–
	진단/치료	11	–	–	–	7	4
		(100.0)	–	–	–	(63.6)	(36.4)
	행정/관리	20	–	3	6	5	6
		(100.0)	–	(15.0)	(30.0)	(25.0)	(30.0)
	기타	6	–	1	4	1	–
		(100.0)	–	(16.7)	(66.7)	(16.7)	–
업무경력	3년 미만	108	–	8	33	57	10
		(100.0)	–	(7.4)	(30.6)	(52.8)	(9.3)
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	2	10	23	3
		(100.0)	–	(5.3)	(26.3)	(60.5)	(7.9)
	5년 이상~ 10년 미만	52	–	5	15	21	11
		(100.0)	–	(9.6)	(28.8)	(40.4)	(21.2)
	10년 이상	28	–	6	5	14	3
		(100.0)	–	(21.4)	(17.9)	(50.0)	(10.7)

부록2-45 주된 업무 (단위: 명(%))

구분		전체	상담	교육/홍보	복지지원	진단/치료	행정/관리	기타
전 체		226	169	16	4	11	20	6
		(100.0)	(74.8)	(7.1)	(1.8)	(4.9)	(8.8)	(2.7)
성별	남성	41	30	4	–	–	5	2
		(100.0)	(73.2)	(9.8)	–	–	(12.2)	(4.9)
	여성	185	139	12	4	11	15	4
		(100.0)	(75.1)	(6.5)	(2.2)	(5.9)	(8.1)	(2.2)
연령	20대	58	44	4	2	5	1	2
		(100.0)	(75.9)	(6.9)	(3.4)	(8.6)	(1.7)	(3.4)
	30대	110	79	10	–	4	14	3
		(100.0)	(71.8)	(9.1)	–	(3.6)	(12.7)	(2.7)
	40대	46	35	2	2	2	4	1
		(100.0)	(76.1)	(4.3)	(4.3)	(4.3)	(8.7)	(2.2)
	50대 이상	12	11		–	–	1	–
		(100.0)	(91.7)		–	–	(8.3)	–
근무지	정신건강증진센터	54	31	11	1	–	6	5
		(100.0)	(57.4)	(20.4)	(1.9)	–	(11.1)	(9.3)
	자살예방센터	6	4	1	–	–	1	–
		(100.0)	(66.7)	(16.7)	–	–	(16.7)	–
	청소년상담복지센터	84	76	2	1	–	5	–
		(100.0)	(90.5)	(2.4)	(1.2)	–	(6.0)	–
	Wee 센터	82	58	2	2	11	8	1
		(100.0)	(70.7)	(2.4)	(2.4)	(13.4)	(9.8)	(1.2)
직업	간호사	21	13	4	–	–	3	1
		(100.0)	(61.9)	(19.0)	–	–	(14.3)	(4.8)
	사회복지사	63	40	9	4	–	6	4
		(100.0)	(63.5)	(14.3)	(6.3)	–	(9.5)	(6.3)
	상담(심리)사	115	100	2	–	7	5	1
		(100.0)	(87.0)	(1.7)	–	(6.1)	(4.3)	(.9)
	기타	27	16	1	–	4	6	–
		(100.0)	(59.3)	(3.7)	–	(14.8)	(22.2)	–
주된업무	상담	169	169	–	–	–	–	–
		(100.0)	(100.0)	–	–	–	–	–
	교육/홍보	16	–	16	–	–	–	–
		(100.0)	–	(100.0)	–	–	–	–
	복지지원	4	–	–	4	–	–	–
		(100.0)	–	–	(100.0)	–	–	–
	진단/치료	11	–	–	–	11	–	–
		(100.0)	–	–	–	(100.0)	–	–
	행정/관리	20	–	–	–	–	20	–
		(100.0)	–	–	–	–	(100.0)	–
	기타	6	–	–	–	–	–	6
		(100.0)	–	–	–	–	–	(100.0)
업무경력	3년 미만	108	82	8	3	5	8	2
		(100.0)	(75.9)	(7.4)	(2.8)	(4.6)	(7.4)	(1.9)
	3년 이상~5년 미만	38	32	1	1	2	1	1
		(100.0)	(84.2)	(2.6)	(2.6)	(5.3)	(2.6)	(2.6)
	5년 이상~10년 미만	52	33	7	–	3	8	1
		(100.0)	(63.5)	(13.5)	–	(5.8)	(15.4)	(1.9)
	10년 이상	28	22	–	–	1	3	2
		(100.0)	(78.6)	–	–	(3.6)	(10.7)	(7.1)

부록2-46 업무경력

(단위: 명(%))

구분		전체	3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상 ~ 10년 미만	10년 이상
전 체		226	108	38	52	28
		(100.0)	(47.8)	(16.8)	(23.0)	(12.4)
성별	남성	41	20	5	8	8
		(100.0)	(48.8)	(12.2)	(19.5)	(19.5)
	여성	185	88	33	44	20
		(100.0)	(47.6)	(17.8)	(23.8)	(10.8)
연령	20대	58	45	12	1	–
		(100.0)	(77.6)	(20.7)	(1.7)	–
	30대	110	40	18	39	13
		(100.0)	(36.4)	(16.4)	(35.5)	(11.8)
	40대	46	20	5	9	12
		(100.0)	(43.5)	(10.9)	(19.6)	(26.1)
	50대 이상	12	3	3	3	3
		(100.0)	(25.0)	(25.0)	(25.0)	(25.0)
근무지	정신건강 증진센터	54	22	9	15	8
		(100.0)	(40.7)	(16.7)	(27.8)	(14.8)
	자살예방 센터	6	2	2	1	1
		(100.0)	(33.3)	(33.3)	(16.7)	(16.7)
	청소년상담 복지센터	84	34	16	20	14
		(100.0)	(40.5)	(19.0)	(23.8)	(16.7)
	Wee 센터	82	50	11	16	5
		(100.0)	(61.0)	(13.4)	(19.5)	(6.1)
직업	간호사	21	8	2	5	6
		(100.0)	(38.1)	(9.5)	(23.8)	(28.6)
	사회복지사	63	33	10	15	5
		(100.0)	(52.4)	(15.9)	(23.8)	(7.9)
	상담(심리)사	115	57	23	21	14
		(100.0)	(49.6)	(20.0)	(18.3)	(12.2)
	기타	27	10	3	11	3
		(100.0)	(37.0)	(11.1)	(40.7)	(11.1)
주된업무	상담	169	82	32	33	22
		(100.0)	(48.5)	(18.9)	(19.5)	(13.0)
	교육/홍보	16	8	1	7	–
		(100.0)	(50.0)	(6.3)	(43.8)	–
	복지지원	4	3	1	–	–
		(100.0)	(75.0)	(25.0)	–	–
	진단/치료	11	5	2	3	1
		(100.0)	(45.5)	(18.2)	(27.3)	(9.1)
	행정/관리	20	8	1	8	3
		(100.0)	(40.0)	(5.0)	(40.0)	(15.0)
	기타	6	2	1	1	2
		(100.0)	(33.3)	(16.7)	(16.7)	(33.3)
업무경력	3년 미만	108	108	–	–	–
		(100.0)	(100.0)	–	–	–
	3년 이상~ 5년 미만	38	–	38	–	–
		(100.0)	–	(100.0)	–	–
	5년 이상~ 10년 미만	52	–	–	52	–
		(100.0)	–	–	(100.0)	–
	10년 이상	28	–	–	–	28
		(100.0)	–	–	–	(100.0)

3. 청소년 자살예방 전문가 FGI 가이드라인

FGI Guide-Line

STEP 1	WARMING UP (소요시간 ▶ 10분)

1. 연구원 및 회사소개 / 진행자 소개

☞ 안녕하세요?

2. 조사목적 및 진행방법

☞ 이번에 여러분들을 좌담회에 모시게 된 이유는 우리 사회 청소년의 자살이 갈수록 증가하고 있는 상황에서 자살예방 정책을 수립하는데, 선생님들의 고견을 듣기 위함입니다.

☞ 말씀에는 정답 오답 이런 것이 없으니 평소 생각을 허심탄회하게 말씀해주시면 됩니다. 간단한 다과와 식사가 준비되어 있으니 시장하신 분들은 드셔가면서 좋은 말씀 부탁드립니다.

☞ 오늘 말씀하신 내용은 추후 분석을 위해 녹음과 비디오 녹화가 되며, 개인 정보 등의 일체 자료는 공개되지 않음을 말씀드립니다.

☞ 그러면 오른쪽에 계신 분부터 간단히 자기소개를 부탁드립니다.
(이름, 거주지, 소속 기관, 맡은 업무 등)

STEP 2	청소년 자살예방 상담 경험 (소요시간 ▶15분)

지금부터는 여러분들의 청소년 자살예방 상담 경험을 여쭙겠습니다.

☞ 선생님들께서는 평소 어떻게 청소년들의 자살예방 상담을 진행하고 계십니까?

- 상담 청소년을 만나는 과정, 상담 내용, 상담 후 청소년들의 반응
- 선생님의 주로 활용하시거나, 효과가 높은 상담 방식 등을 말씀해주세요.

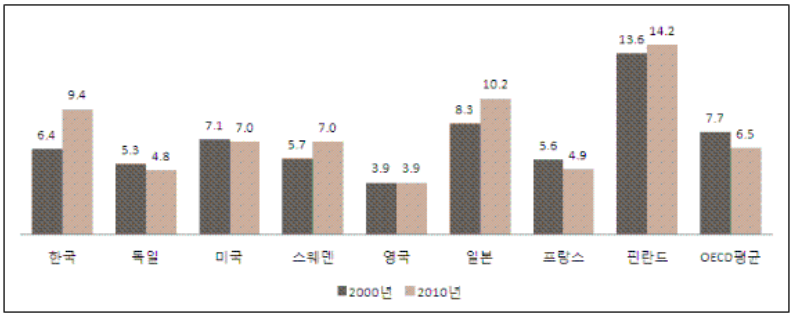
STEP 3	청소년 자살 원인 및 현황 (소요시간 ▶20~25분)

1. 청소년 자살의 원인 및 현 상황

지금부터는 청소년 자살의 원인 및 현 상황에 대해서 여쭙겠습니다.

[참고 자료를 보며 : OECD 국가 자살률]

(단위: 10만명 당 자살자수)



[그림 1] 청소년인구(10~24세) 자살률

1) 영국은 2000년 대신 2001년 자료를, 미국과 프랑스는 2010년 대신 각각 2008년과 2009년 자료를 이용함.
2) OECD평균은 31개 국가별 자살률의 단순 평균임.
자료: 한국건강증진개단. 2013.

※ 우리나라 자살률은 OECD(2012)에 따르면 인구 10만 명당 11.3명으로 가장 높은 자살률을 보여주고 있으며 청소년(10-24세) 자살률 역시 급격히 증가하는 추세에 있습니다.

☞ 우리나라 자살률이 OECD 국가 중 가장 높은데 그 원인이 무엇이라고 생각하십니까?

- 사회구조적인 문제 : 우리사회의 사회문화적 특성, 성공 지상주의, 지나친 경쟁
  자살에 대해 관대한 사회문화
- 시스템적 문제 : 자살방지 장치 문제, 제도적 문제, 자살 방지/예방 기관의 부족
- 모방 효과 : 고위층, 연예인들의 자살로 인한 모방 효과(베르테르 효과)

☞ 그렇다면, 우리 국민들이 자살에 대해 어떻게 보고 있다고 생각하십니까?

[참고 자료를 보며 : 지역별 연령대별 자살률]

표 1 지역 및 연령대별 자살률

(단위: 인구 10만 명당 자살자수)

지역	연령	2002	2007	2012	지역	연령	2002	2007	2012
서울	10-14세	1.3	1.4	1.3	충북	10-14세	0.0	0.9	1.0
	15-19세	5.9	7.1	7.9		15-19세	7.3	13.1	5.5
	20-24세	8.9	16.5	12.9		20-24세	11.1	18.3	14.5
부산	10-14세	0.0	3.4	1.6	충남	10-14세	4.1	0.7	0.8
	15-19세	3.2	9.5	9.8		15-19세	7.3	9.8	9.9
	20-24세	7.6	13.8	16.6		20-24세	11.6	18.8	12.7
대구	10-14세	0.6	1.6	2.6	전북	10-14세	0.0	2.2	0.0
	15-19세	5.3	3.9	4.8		15-19세	8.1	6.5	9.8
	20-24세	7.2	21.8	11.8		20-24세	11.4	18.8	14.8
인천	10-14세	1.0	1.0	3.0	전남	10-14세	0.8	0.8	0.9
	15-19세	3.2	10.5	7.4		15-19세	7.2	11.6	15.5
	20-24세	8.8	19.9	20.2		20-24세	14.4	16.1	19.5
광주	10-14세	1.0	0.8	0.0	경북	10-14세	1.2	1.1	2.7
	15-19세	1.8	9.6	9.2		15-19세	6.3	9.5	9.3
	20-24세	13.2	27.6	23.1		20-24세	11.5	17.9	15.9
대전	10-14세	1.0	0.9	3.0	경남	10-14세	1.9	1.7	0.5
	15-19세	9.3	7.5	12.2		15-19세	6.8	8.0	6.9
	20-24세	8.8	22.8	16.2		20-24세	15.6	21.2	11.1
울산	10-14세	1.2	0.0	0.0	제주	10-14세	0.0	0.0	2.5
	15-19세	5.0	2.4	3.3		15-19세	5.3	16.7	16.2
	20-24세	8.4	14.7	22.0		20-24세	6.6	27.5	23.3
경기	10-14세	0.7	1.6	1.8	세종	10-14세	-	-	0.0
	15-19세	6.5	6.7	7.4		15-19세	-	-	0.0
	20-24세	11.5	17.8	13.5		20-24세	-	-	33.4
강원	10-14세	0.0	2.0	2.2	전체평균[1]	10-14세	0.9	1.3	1.4
	15-19세	8.1	6.3	8.8		15-19세	6.0	8.7	8.5
	20-24세	16.4	18.0	15.7		20-24세	10.8	19.5	17.5

1) 지역별 단순평균
자료: 「사망원인통계」 통계청, 각년도.

☞ 청소년 자살률의 경우에도 최근 10년간 급격히 증가하는 추세를 보여주고 있는데 그 원인이 무엇이라고 생각하십니까? 또는 어떤 스트레스를 많이 받고 있나요?
- 대학 입시 스트레스, 취업 스트레스, 외모 스트레스, 이성 문제
- 학교 내 문제 : 왕따, 학교 폭력, 친구/선생님과 불화
- 가정 내 불화, 부모의 이혼, 가난한 가정 형편
- 영웅심리, 친구들과의 커뮤니케이션이나 연예인의 자살 영향

☞ 일반인과 청소년 대상으로 자살 예방 관련 상담이나 지원 등의 업무를 수행하시면서 지역별로 자살 규모나 원인에서 어떤 차이가 있다고 보시는지요?
- 지역별 문화의 차이, 소득 수준 차이, 학력 수준 차이 등

[참고 자료를 보며 : 자살충동 여부 및 원인]

표 2 자살충동 여부 및 원인

(단위: %)

년도	연령	전체	경제적 어려움	이성 문제	질환, 장애	직장 문제	외로움, 고독	가정 불화	성적, 진학	대인 관계	기타
2006	15-19세	10.1	6.2	2.2	1.4	1.0	10.1	15.5	56.1	6.0	1.6
2006	20-29세	8.1	32.5	7.6	3.5	18.6	18.4	11.0	4.4	1.0	3.0
2008	15~19세	10.4	8.8	2.0	3.5	1.7	13.6	10.1	51.0	6.6	2.9
2008	20~29세	6.4	23.9	6.2	6.0	22.9	19.4	11.8	4.3	1.4	4.0
2010	15~19세	10.1	10.5	1.9	2.2	1.6	11.2	12.6	53.4	3.8	2.8
2010	20~29세	7.5	30.0	7.0	5.9	15.0	16.5	12.9	5.3	1.0	6.4
2012	13~19세	12.1	16.7	1.4	2.0	0.4	12.5	16.9	39.2	7.1	3.7
2012	20~29세	9.3	28.7	5.4	8.7	21.4	17.0	7.9	4.2	1.0	5.9

자료: 「사회조사」 통계청, 각년도.

☞ 성인들과 달리 청소년층의 자살 충동 원인 중 무엇인 가장 크다고 생각하십니까/ 상담이나 지원 사례가 있다면 사례를 제시해 주시면서 말씀해 주시면 고맙겠습니다.

☞ 상담 후에 개선된 사례나 안타깝지만 실패한 사례가 있다면 말씀해주십시오.

STEP 4	청소년자살예방 사업에 대한 견해 (소요시간 ▶25분)

<u>지금부터는 청소년 자살예방 사업에 대해서 질문하도록 하겠습니다.</u>

※ 자살 시도 경험이 있는 사람은 향후에도 재시도 가능성이 높은 편이기 때문에 누구보다도 관심을 가지고 상담을 하여 예방하는 것이 중요하고, 제도적 장치가 필요하다는 주장이 지속적으로 제기되고 있습니다. 또한 자살 예방을 위해 각 지역별로 여러 방향으로 다양한 사업들이 전개되고 있습니다.

☞ 선생님께서 근무하시는 곳에서 진행 중인 청소년 자살예방 사업에 대해서 말씀해 주시고 해당 지역에서 추진 중인 청소년 자살예방 사업에 대해서 소개해 주시면 고맙겠습니다.

- 청소년 자살예방 컨트롤 타워 설치, 자살 고위험군 학생 및 청소년 지속적인 사례관리 강화, 자살예방 학생 및 청소년 대상 교육 강화, 자살예방 관련 부모교육 및 교직원 대상 교육 확대 등

☞ 자살예방사업을 하시면서 가장 큰 문제점은 무엇이라고 생각하시는지 자유롭게 의견을 제시해 주시면 고맙겠습니다.

- 인프라적 측면 : 전문 인력부족, 복지지원 등 재정적 부족, 상담 공간 부족
  상담 인력에 대한 처우 문제 등
- 사회적 측면 : 자살이 늘어나는 사회적 분위기, 최근 청소년들의 문화 등

[참고 자료를 보며 : 자살예방사업 현황]

표 3 **자살예방사업 현황(2013)**

(단위: 백만원, %)

소관부처	사업명	예산	실행수단
보건복지부	자살예방사업	2,800	• 중앙자살예방센터 • 보건소 • 정신건강증진센터 • 국·공립 정신의료기관 – 광역자살예방센터 – 지역자살예방센터 • 정신보건시설 • 사회복지법인 • 비영리법인 및 단체
	중앙자살예방센터 운영	480	
	지역정신보건사업(아동·청소년)	31,952	
여성가족부	**한국 청소년 상담복지개발원 운영지원**	6,918	• 한국청소년상담복지개발원 • 시·도 청소년상담복지센터 • 시·군·구 청소년상담복지센터 – CYS-Net – 해뜨롱! 청소년전화 1388 • 건강가정지원센터
	청소년사회안전망(CYS-Net)	25,530	
	건강가정지원센터 운영	9,461	
교육부	**학생자살예방관리**	30	• 학교 • 시도교육청 • 교육지원청 • Wee센터
	학생정서·행동 특성검사	3,500	
	정책중점연구소 운영	279	
	Wee프로젝트 구축 및 운영	28,963	

출처: 조영철(2013)

☞ 자살예방을 위해서 중앙부처와 지자체간, 지자체와 근무하시는 센터간, 지역사회 센터들간의 연계·협력은 잘 이루어지고 있습니까? 연계·협력에 대한 사례와 문제점이 있으면 말씀해 주시면 고맙겠습니다.

☞ 기관 간의 연계 협력이 잘 안 되고 있다면 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

- 기관간 불명확한 업무 영역 및 책임 소재, 예산이나 상담 인력의 부족

STEP 5	향후 사업 추진 방향 및 개선점 (소요시간 ▶15~20분)

지금부터는 향후 청소년 자살예방 사업 추진방향 및 개선점에 대해서 여쭙겠습니다

☞ 자살예방사업 추진과 관련하여 가장 시급하게 해결해야 할 것이 있다면 무엇인지 마지막으로 여쭈어 보겠습니다. 솔직한 의견을 주시면 고맙겠습니다.

☞ 정부나 지자체가 지원해 주어야 할 부분은 무엇이라고 생각하십니까?

☞ 사회적 인식 개선을 위해 노력해야 할 부분은 무엇이라고 생각하십니까?

☞ 청소년들의 자살예방을 위한 장치로 어떤 점이 보완되면 좋다고 생각하십니까?

☞ 자살예방 상담 인력을 양성하는 방법과 처우를 개선하는 방법은 어떤 것이 있다고 생각하십니까?

STEP 6	Epilogue (5분)

☞ 토론이 거의 마무리되어 가고 있는데요, 추가적으로 몇 가지만 더 질문을 드리겠습니다. (추가질문 있을 경우)

☞ 오늘 좌담회에 참석하신 소감 한마디씩 들으면서 이 자리를 마치도록 하겠습니다.

♣ 장시간 회의에 의견을 제시해 주셔서 감사합니다 ♣

Abstract

Korea's suicide rate is increasing and is the highest in the world. This study analyzes the suicidal reality of Korean adolescents and suggests the direction of policy to prevent adolescent suicides.

First and foremost, in 2012 the suicide rate (suicides per 100,000 people) of Korean youths between the ages of nine and twenty-four was 8.3 and 14.9 for that of post-adolescents between the ages of nineteen to twenty-four. Whereas the average suicide rate of OECD countries had declined from 7.9 in 1990 to 6.3 in 2010, the suicide rate of Koreans increased from 5.9 to 9.4 in the same period.

In order to elucidate the social factors which are associated with the national suicide rates at the macro-level, this study statistically analyzes suicide rates of 34 OECD countries from 1990 to 2010 using panel data analysis method. The result indicates that the GDPs and the GDP growth rates of the countries are inversely related to their suicide rates. In addition, at the micro-level, the binary logistic regression analysis implies that the young respondents with higher subjective anxiety, higher stress, lower self-esteem, lower socioeconomic family status, lower family relations satisfaction, or from a single-parent home are more inclined to feel suicidal urges compared to other adolescents. Suicidal impulses of high school students are higher than that of elementary and middle school students.

This study proposes the national suicide prevention policy below. Firstly, the government needs to form a specific institution which serves as a hub integrating governmental departments related to suicide prevention policy in Korea, and should establish the rules about collaboration between regional communities revising "The Law for Suicide Prevention and the Culture of Life". Secondly, the budget for suicide prevention must be expanded, since the suicide rate in Korea is the highest in the world. Furthermore, the government must toughen the guidelines for the suicide guidance report manual regarding mass media. It is also important to train more professionals who prevent adolescent suicides and follow-up with youths whom attempted suicide in the past.

Key words: adolescent suicide, suicide rate, cause of suicide, suicide prevention policy

2013년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

기관고유과제

13-R01 미래 환경변화 및 청소년정책 전망 연구Ⅰ : 미래 청소년 환경변화에 대한 전망 / 이경상 · 최항섭 · 그레이스정

13-R02 후기 청소년 세대 생활 · 의식 실태조사 및 정책과제 연구Ⅱ : 고졸 비진학 청소년을 중심으로 / 김지경 · 이광호

13-R03 국가 청소년활동정책 체계화 연구 / 김현철 · 임희진 · 정효진 · 민경석

13-R04 청소년 자살예방 정책 연구 / 김기헌

13-R05 탈북청소년 사회통합을 위한 정책 방안 연구 / 맹영임 · 길은배

13-R06 청소년 직업체험 및 아르바이트 실태조사 연구Ⅰ / 안선영 · 김희진 · 강영배 · 배경내

13-R07 청소년 문제행동 저연령화 실태 및 정책과제 연구 / 김영한 · 조아미 · 이승하

13-R08 스마트폰 확산에 따른 청소년 보호방안 연구 / 이창호 · 김경희

13-R09 청소년참여기구 활성화 방안 연구 / 최창욱 · 전명기

13-R10 아동 · 청소년 성보호 종합대책 연구 Ⅱ : 아동 · 청소년 성매매 예방 및 피해지원 대책연구 / 이유진 · 윤옥경 · 조윤오

13-R11 청소년이 행복한 마을 지표 개발 및 조성방안 연구Ⅰ : 총괄보고서 / 장근영 · 배상률 · 성은모 · 이혜연 · 김균희 · 이용교 · 홍승혜

13-R11-1 청소년이 행복한 마을 지표 개발 및 조성방안 연구Ⅰ : 기초통계분석보고서 / 장근영 · 이혜연 · 배상률 · 성은모 · 김균희

13-R11-2 청소년이 행복한 마을 지표 개발 및 조성방안 연구Ⅰ : 행복에 대한 부모와 자녀(청소년)의 상호기대 차이 연구 / 성은모 · 오헌석 · 최윤미

13-R12 다문화 청소년 종단조사 및 정책방안 연구Ⅰ : 총괄보고서 / 양계민 · 박주희

13-R12-1 다문화 청소년 종단조사 및 정책방안 연구Ⅰ : 다문화청소년의 학교생활 적응에 관한 연구 / 김승경

13-R12-2 다문화 청소년 종단조사 및 정책방안 연구Ⅰ : 질적연구보고서 / 이창호

13-R12-3 다문화 청소년 종단조사 및 정책방안 연구Ⅰ : 기초분석보고서 / 양계민 · 김승경 · 박주희

13-R13 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구 Ⅲ / 김영지 · 김경준 · 김지혜 · 이민희

13-R13-1 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구 Ⅲ 데이터분석보고서 : 청소년의 인권의식과 태도에 대한 영향요인 분석 / 유성렬 · 김신영

13-R13-2 한국 아동 · 청소년 인권실태 연구 Ⅲ : 2013 아동청소년인권실태조사 통계 / 김영지 · 김경준

13-R14 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅳ : 사업보고서 / 이종원 · 서정아 · 황진구

13-R14-1 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅳ 데이터분석보고서 1 : 청소년의 학업성적과 비행, 비행친구의 관계에 대한 종단연구 / 이종원

13-R14-2 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅳ 데이터분석보고서 2 : 초기 청소년 생활만족도 변화와 영향 요인: 가족구조와 가족기능을 중심으로 / 서정아

13-R14-3 한국아동 · 청소년패널조사2010 Ⅳ 데이터분석보고서 3 : 청소년의 체험활동 참여변화와 자아인식 · 사회적 발달 -중학교 1학년부터 3학년가지 종단부석 - / 황진구

협동연구과제

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-34-01 아동 · 청소년 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발연구Ⅲ: 정책적 지원체계 경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-34-01 아동 · 청소년 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발연구Ⅲ: 정책적 지원체계 구축 방안 / 오해섭 · 박정배 (자체번호 13-R15)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-34-02 아동 · 청소년 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발연구Ⅲ: 2013 민주시민역량 실태조사 / 오해섭 · 박정배 (자체번호 13-R15-1)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-34-03 아동 · 청소년 민주시민역량 국제비교 및 지원체계 개발연구Ⅲ: 교육분야 지원체계 구축 / 홍영란 · 현영섭 (자체번호 13-R15-2)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-35-01 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅲ: 총괄보고서 / 모상현 · 김형주 · 이선영 (자체번호 13-R16)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-35-02 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅲ: 아동 · 청소년정신건강지표 개발을 통한 정신건강지원체계구축연구 / 최은진 · 김미숙 · 전진아 (자체번호 13-R16-1)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-35-03 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구Ⅲ: 아동 · 청소년 정신건강을 위한 현작적용 프로그램 개발 연구 / 이창호 · 강석영 · 이동훈 (자체번호 13-R16-2)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-36-01 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅱ: 청소년 한부모 유형 및 생활주기별 대응방안 / 김지연 · 황여정 · 이준일 · 방은령 · 강현철 (자체번호 13-R17)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-36-02 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅱ: 청소년 한부모가족 지역사회 지원체계 모형 개발 / 김은지 · 김동식 · 최인희 · 선보영 · 김나연 · 정다은 (자체번호 13-R17-1)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-36-03 청소년 한부모가족 종합대책 연구Ⅱ: 국내 입양 제도 변화에 대응한 청소년 한부모 지원 방안 / 신윤정 · 이상림 · 김윤희 (자체번호 13-R17-2)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-37-01 학업중단 청소년 패널조사 및 지원방안 연구Ⅰ / 윤철경 · 유성렬 · 김신영 · 임지연 (자체번호 13-R18)

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서 13-37-02 비행 학업중단 청소년 패널조사 및 지원방안 연구Ⅰ / 전영실 · 김지영 · 박성훈 (자체번호 13-R18-1)

수 시 과 제

13-R19 자유학기제 도입과 청소년 체험활동연계 방안 / 성은모

13-R20 청소년운영위원회 활성화 전략 연구 / 최창욱

13-R21 지역아동센터 이용아동의 만족도 변화에 관한 연구 / 황진구 · 김희진

13-R22 전국 청소년단체 실태조사 및 발전방안 연구 / 김영한

13-R23 청소년영향평가제 도입방안 기초연구 / 윤철경 · 김윤나

13-R24 청소년 건강 표준모델 개발 방안 연구 (이슈페이퍼 발간) / 임희진

13-R25 청소년이 제안하는 자유학기제 프로그램 개발 연구 (이슈페이퍼 발간) / 장근영

13-R26 인터넷게임중독의 원인과 해결방안에 관한 청소년들의 인식 (이슈페이퍼 발간) / 이창호

수 탁 과 제

13-R27 영천시 청소년수련원 건립 기본계획 및 타당성조사 연구 / 김영한 · 서정아 · 김상연

13-R28 2013년 청소년 매체이용 실태조사 / 배상률 · 김형주 · 성은모

13-R29 2013삼성전자 임직원과 함께하는 청소년방과후아카데미 운영모델 개발 연구 / 황진구

13-R30 지역아동센터 아동패널조사 2013 / 황진구 · 유성렬

13-R31 도전정신 중심의 청소년 청년문화 조성방안 연구 / 김승경

13-R32 제9회 청소년특별회의 의제연구 / 최창욱

13-R33 지역아동센터 아동패널조사 2013 / 황진구 · 유성렬

13-R34 국립대구청소년직업체험수련원 건립 세부사업계획 수립연구 / 김영한 · 이유진 · 한상철 · 추승연 · 김상연

13-R35 2013청소년방과후아카데미 효과만족도 조사 / 양계민

13-R36 2013 공동생활가정(그룹홈) 평가 / 김지연 · 이경상

13-R37 한중청소년 특별교류의 성과와 향후 발전방안 / 윤철경 · 이창호 · 최금해 · 오해섭

13-R38 청소년국제활동 효과성 및 만족도 연구사업 / 양계민

13-R39 청소년가족연계서비스 구축모형 개발연구 / 서정아 · 황진구 · 조성은

13-R40 청소년 희망카드(가칭) 도입방안 연구 / 김경준 · 모상현

13-R41 2013년 성남시 청소년실태조사 연구 / 최창욱 · 황진구 · 이종원

13-R42 국제청소년성취포상제 BSG매니저 전문가 과정 연구용역 / 김승경 · 맹영임

13-R43 자유학기제 학생자율선택프로그램(농림수산체험활동) 프로그램 개발 연구 / 최창욱 · 송병국

13-R44 RCY 미래전략 개발 및 참여청소년 효과성 연구 / 장근영 · 맹영임

13-R45 2013년 청년 사회경제 실태조사 / 배상률 · 황여정

13-R46 학교전담경찰관 운영 모델 개발 / 안선영

13-R47 유소년스포츠국제교류를 통한 공공외교 강화 / 임지연 · 장덕선

13-R48 휴먼네트워크 멘토링의 효과성 및 사회경제적 가치분석 연구 / 성은모 · 이주석

13-R49 2013년 또래조정사업 (2014년 1월 발간예정) / 양계민 · 김지경 · 김지연 · 이종원

13-R50 청소년 역량지수 개발연구 (2014년 1월 발간예정) / 성은모 · 최창욱

13-R51 대구광역시 청소년정책 중장기발전계획수립 연구 (2014년 1월 발간예정) / 김형주 · 배상률 · 강영배 · 김정주 · 김혁진 · 이은미

13-R52 학생모니터단 운영 (2014년 2월 발간예정) / 오해섭 · 김경준 · 김영지

13-R53 학교문화개선연구선도학교 (2014년 2월 발간예정) / 김경준 · 오해섭 · 김영지

13-R54 학교규칙 운영 매뉴얼 (초등용) (2014년 2월 발간예정) / 김영지 · 김경준 · 모상현 · 이혜연

13-R54-1 학교규칙 운영 매뉴얼 (중등용) (2014년 2월 발간예정) / 김영지 · 김경준 · 모상현 · 이혜연

13-R54-2 학교규칙 운영 매뉴얼 [워크북] (초등용) (2014년 2월 발간예정) / 허종렬 · 이지혜 · 박형근 · 이수경 · 전진현

13-R54-3 학교규칙 운영 매뉴얼 [워크북] (중등용) (2014년 2월 발간예정) / 허종렬 · 이지혜 · 박형근 · 이수경 · 전진현

13-R54-4 외국의 학생인권 법령집 (2014년 2월 발간예정) / 이양희 · 김인숙 · 정병수 · 황소영 · 신혜원

13-R54-5 교사용 인권교육자료집 (2014년 2월 발간예정) / 이양희 · 김인숙 · 정병수 · 황소영 · 신혜원

13-R55 창의적 체험활동 매뉴얼 (초등학교) (2014년 2월 발간예정) / 김영지 · 김현철 · 김희진 · 김인아 · 김재근 · 김정희

13-R55-1 창의적 체험활동 매뉴얼 (중학교) (2014년 2월 발간예정) / 김현철 · 김영지 · 김희진 · 송인숙 · 표혜영

13-R55-2 창의적 체험활동 매뉴얼 (고등학교) (2014년 2월 발간예정) / 김희진 · 김영지 · 김현철 · 박정수 · 박지만 · 오수정

13-R56 디지털교과서 · 스마트교육 연구학교 시계열효과 분석연구 (2014년 2월 발간예정) / 장근영 · 김형주

13-R57 학업중단 학생 교육 지원 (2014년 6월 발간예정) / 김영지

세미나 및 워크숍 자료집

13-S01 인성교육실천 활성화를 위한 워크숍 - 학교규칙 및 학생자치활동을 중심으로 (1/28~29)
13-S02 2013 진로진학상담교사 동계연수 Ⅰ (1/7~8)
13-S03 2013 진로진학상담교사 동계연수 Ⅱ (1/7~8)
13-S04 청소년 체험활동 및 문화활동 실태조사 설문지 제작 워크샵 (2/5)
13-S05 NYPI 기획세미나 - 자유학기제와 청소년체험활동 : 외국 사례와 방향성 모색 (2/21)
13-S06 청소년 직업체험 및 아르바이트 실태 전문가 워크샵 (2/21)
13-S07 NYPI 기획세미나 방송과 청소년보호 (2/28)
13-S08 청소년 한부모의 기본권과 법제 (2/13)
13-S09 2012년도 고유과제 연구성과 발표회 청소년의 행복을 묻는다 : 성장 환경과 발달 모습 (3/20)
13-S10 후기청소년세대 현황과 정책과제 세미나 (4/10)
13-S11 제2차 2012년도 고유과제 연구성과 발표회 - 청소년 역량 개발 방향성 모색 : 체험활동과 인프라 조성 - (4/18)
13-S12 탈북청소년 연구동향 및 사회통합정책에의 시사점 (4/9)
13-S13 학교문화 개선(인성교육실천우수학교) 연구 · 선도학교 워크숍 (4/29, 30)
13-S14 학교문화 개선(인성교육실천우수학교) 연구 · 선도학교 컨설팅 위원 워크숍 (4/29)
13-S15 청소년 한부모 지원을 위한 정책방향과 입법과제 (5/21)
13-S16 청소년의 스마트폰 이용 어떻게 볼 것인가(6/1)
13-S17 도전정신 중심의 청소년문화 조성 방안 세미 (5/22)
13-S18 대안교육 현황 및 발전방안 (5/24)
13-S19 아동 · 청소년의 민주시민역량 함양을 위한 지원체계 구축방안 (6/1)
13-S20 해외 이슈배경 청소년정책과 한국사회에의 함의 (6/3)
13-S21 2013년 미래환경변화전망에 따른 청소년 정책의과제 Ⅰ 콜로키움 자료집 : 미래에 대한 접근 (6/4)
13-S22 아동 · 청소년 인권지표 개선방안 모색 워크숍 (6/11)
13-S23 2013년 아동청소년패널 제1차 콜로키움 자료집 데이터분석방법론 사건가 분석 (6/21)
13-S24 NYPI 개원 24주년 기념 국제세미나 (7/3)
13-S25 2013년 한국아동청소년패널 제2차 콜리키움 자료집 데이터분석방법론 잠재성장모형 분석 (7/14)
13-S26 자유학기제의 성공을 위한 청소년체험활동의 연계방안 (7/5)
13-S27 청소년상담의 이해와 상담기법 (8/5~7)
13-S28 입양제도 변화에 대응한 청소년 한부모 지역사회 지원체계 모색 (6/18)
13-S29 독일 · 프랑스 · 덴마크의 청소년활동정책 현황과 과제 (7/5)
13-S30 지역아동센터 표준 운영과정 및 프로그램개발 연구 시범운영 센터 관계자 간담회 (7/17, 19)
13-S31 지역아동센터 표준 운영과정 및 프로그램개발 연구 시범운영 모니터링 위원 간담회 (7/22)
13-S32 고졸비진학 청소년 관련 정책 평가와 논의 1 : 교육단계 (7/23)
13-S33 고졸비진학 청소년 관련 정책 평가와 논의 2 : 직훈단계 (7/24)
13-S34 2013년도 진로교사 심화연수 - 청소년상담 기법(C-4) (7/29~31)
13-S35 2013 진로진학상담교사 하계연수 (7/22~25)
13-S36 탈북청소년사회통합을 위한 정책과제 탐색 (8/29)
13-S37 제2차 학교문화개선 연구선도학교 워크숍 (9/9~10)
13-S38 아동청소년의 민주시민역량 함양 지원체계 구축 전문가 워크숍 (9.13~14)

13-S39 아동 · 청소년 인권정책개발 워크숍 (9/27)
13-S40 영국 · 핀란드 · 스웨덴 · 일본의 청소년 활동정책 현황과 과제
13-S41 유소년 스포츠 국제교류를 통한 공공외교 강화의 현황과 정책과제 (10/15)
13-S42 STATA를 이용한 패널데이터 분석방법 (10/16)
13-S43 스티그마의 이해와 대응전략 (10/24)
13-S44 영유아 및 아동청소년의 스마트폰 중독 예방을 위한 정책 (11/18)
13-S45 지역아동센터 표준 운영과정(초안) 시범운영 결과 검토 워크숍 (10/25)
13-S46 제3회 한국아동청소년 패널조사 학술대회 (11/14)
13-S47 한-중 국제세미나 (11/19)
13-S48 2013 아동 · 청소년 권리 학술대회 (11/27)
13-S49 청소년 활동정책의 체계적 추진을 위한 방안 모색 (11/26)
13-S50 RCY 미래전략 및 발전방향 탐색 (11/29)
13-S51 자유학기제, 지역사회에서 길을 찾다 (11/28)
13-S52 2103년 아동청소년패널 제3차 콜로키움 자료집 데이터분석방법론 패널 데이터의 가중치 산출 및 활용 (12/17)
13-S53 아동 · 청소년 성보호 종합대책 연구Ⅱ : 아동 · 청소년 성매매 예방 및 피해지원 대책연구 정책협의회 및 전문가 워크숍 (12/16)
13-S54 청소년 역량지수 개발을 위한 전문가 토론회 (12/13)

학 술 지

「한국청소년연구」 제24권 제1호(통권 제68호)
「한국청소년연구」 제24권 제2호(통권 제69호)
「한국청소년연구」 제24권 제3호(통권 제70호)
「한국청소년연구」 제24권 제4호(통권 제71호)

청소년지도총서

청소년지도총서① 「청소년정책론」, 교육과학사
청소년지도총서② 「청소년수련활동론」, 교육과학사
청소년지도총서③ 「청소년지도방법론」, 교육과학사
청소년지도총서④ 「청소년문제론」, 교육과학사
청소년지도총서⑤ 「청소년교류론」, 교육과학사
청소년지도총서⑥ 「청소년환경론」, 교육과학사
청소년지도총서⑦ 「청소년심리학」, 교육과학사
청소년지도총서⑨ 「청소년상담론」, 교육과학사
청소년지도총서⑩ 「청소년복지론」, 교육과학사
청소년지도총서⑪ 「청소년문화론」, 교육과학사

청소년지도총서⑫ 「청소년 프로그램개발 및 평가론」, 교육과학사
청소년지도총서⑬ 「청소년 자원봉사 및 동아리활동론」, 교육과학사
청소년지도총서⑭ 「청소년기관운영론」, 교육과학사
청소년지도총서⑮ 「청소년육성제도론」, 교육과학사
청소년지도총서 「청소년학 연구방법론」, 교육과학사
청소년지도총서 「청소년학 개론」, 교육과학사

한국청소년정책연구원 문고

한국청소년정책연구원 문고 01「좋은교사와 제자의 만남」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 02「행복한 십대 만들기 10가지」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 03「집나간 아이들 – 독일 청소년 중심」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 04「청소년학 용어집」, 교육과학사

기타 발간물

NYPI 청소년정책 리포트 42호 : 부모 비동거 대학재학생의 주거유형 및 주거비부담
NYPI 청소년정책 리포트 43호 : 스마트폰확산에 따른 청소년보호방안
NYPI 청소년정책 리포트 44호 : 청소년참여활동의 실태와 활성화 방안
NYPI 청소년정책 리포트 45호 : 청소년 문제행동 저연령화 실태 및 정책과제
NYPI 청소년정책 리포트 46호 : 탈북청소년 사회통합을 위한 정책과제
NYPI 청소년정책 리포트 47호 : 청소년활동정책의 체계적 추진을 위한 방안
NYPI 청소년정책 리포트 48호 : 청소년 건강 표준모델 개발 방안 연구
NYPI 청소년정책 리포트 49호 : 청소년이 제안하는 자유학기제
NYPI 청소년정책 리포트 50호 : 인터넷게임중독의 원인과 해결방안에 관한 청소년들의 인식
NYPI 청소년 통계브리프 7호 : 2012 아동 · 청소년 인권실태 조사
NYPI 청소년 통계브리프 8호 : 아동 · 청소년 정신건강 증진을 위한 지원방안 연구 Ⅱ : 2012 한국 아동 · 청소년 정신건강 실태조사
NYPI 청소년 통계브리프 9호 : 다문화가족 아동 · 청소년의 발달과정 추적을 위한 종단연구 Ⅲ
NYPI 청소년 통계브리프 10호 : 아동 · 청소년의 민주시민 역량 국제비교 및 지원체계 개발 연구 Ⅱ : 2012년 청소년 민주시민역량 실태조사
NYPI 청소년 통계브리프 11호 : 청소년의 소셜미디어 이용실태조사
NYPI 청소년 통계브리프 12호 : 창의적 체험활동 운영 및 지역사회 연계실태와 체험활동의 효과

연구보고 13-R04

청소년 자살예방 정책 연구

인 쇄 2013년 12월 24일
발 행 2013년 12월 30일

발행처 **한국청소년정책연구원**
서울특별시 서초구 태봉로 114
발행인 이 재 연

등 록 1995. 08. 31 제 301-2012-019호
인쇄처 동진문화사 전화 02)2269-4783 대표 이병무

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전재·복제를 금함.
구독문의 : (02) 2188-8844(정보자료·전산보안팀)

ISBN 978-89-7816-668-3 93330