

2017년 광역자치단체 자살예방정책: 제3차 국가자살예방기본계획 및 지자체 자살예방시행계획 수립매뉴얼을 기준으로 한 구성요소 및 세부과제 분석

김 정 수
(연세대학교)

김 지 은
(연세대학교)

송 인 한*
(연세대학교)

국제연합(UN)과 세계보건기구(WHO)가 자살예방 국가전략에 대해 강조한 바와 같이 자살률 감소를 위해 지방정부의 주도적 역할은 핵심적이다. 특히, 지역의 상황과 맥락을 반영하여 수립된 지방정부의 자살예방계획은 실효성 있는 자살예방사업을 위해 대단히 중요하다. 효과적 자살예방사업을 달성하기 위한 핵심요소가 지방자치단체 자살예방계획에 포함되어 수립되었는지를 조사하기 위해, 제 3차 자살예방기본정책의 3대 전략에 포함된 20개 세부과제 및 지방자치단체 자살예방 계획 수립 매뉴얼의 11개 구성요소를 기준으로 전국 17개 광역자치단체의 자살예방정책을 전수 조사하여 심층적으로 내용분석하고 기술적 통계를 분석하였다. 분석 결과 광역자치단체의 자살예방계획 수립 시 추진체계, 추진일정, 관리계획 등에서 개선되어야 할 점이 발견되었다. 이를 근거로 자살률 감소를 위한 지방자치단체 자살예방정책이 보완되어야 할 점에 대해 논의하고 향후 자살예방정책 수립의 방향에 대해 제안하였다.

주요 용어: 자살률, 자살예방정책, 자살예방계획, 광역자치단체, 정책분석

본 연구는 보건복지부·지자체 자살예방시행계획 추진 효율화 방안 연구(과제번호 2017-11-0762) 결과를 분석하여 작성되었음.

* 교신저자: 송인한, 연세대학교(isong@yonsei.ac.kr)

■ 투고일: 2018.4.30 ■ 수정일: 2018.8.9 ■ 게재확정일: 2018.8.16

I. 서론

‘자살예방 및 생명존중문화 확산’은 2017년 집권한 문재인 정부에서 처음으로 국정운영과제 중 하나로 명시되었다(보건복지부 외, 2018, p.1). 경제협력개발기구(OECD)가 매년 공표하는 각국의 자살사망률 통계에서 다른 회원국들과 현격한 차이로 1위를 유지해온 지 13년 만이다. 정부는 이어 2018년 2월 ‘자살예방 국가 행동계획’을 발표해 자살예방정책 추진 의지를 보다 구체화하였다. 2016년 기준으로 인구 10만 명 당 25.6명에 이르는 자살사망률을 2022년까지 17.0명으로 낮추겠다는 목표를 제시했다. 이를 위해 보건복지부 내에 전담부서인 ‘자살예방정책과’도 신설했다.

역대 정부들과 비교하면 주목할 만한 변화다. 하지만 국가적 차원의 자살예방 노력이 효과를 거두기 위해서는 중앙정부는 물론, 지방자치단체와 비정부기관, 학교 및 사업장 등 여러 조직의 유기적인 협력이 필요하다(WHO, 2014, p.58; 이상영, 2015, pp.48-49). 특히, 지역사회의 역할이 매우 중요하다(WHO, 2014, p.58; 송인한 등, 2016, p.1; 김정수 등, 2017, p.262). 중앙정부가 아무리 좋은 자살예방 국가전략을 개발하더라도 자살위기에 있는 사람들에게 직접 도움을 주고 자살시도자를 지속적으로 관리하며 자살유가족을 지지해주는 일 등은 지역사회에서 이루어질 수밖에 없기 때문이다. 또한, 지역사회는 중앙정부가 제시하는 자살예방 국가전략의 목표와 과제들에 관해서도 구체적인 접근법과 우선순위를 결정하고 추진하는 데 주도적인 역할을 해야만 한다. 지역사회야말로 그 지역의 욕구와 우선순위를 파악하고 대응하는 데 가장 적합한 장소이기 때문이다(강혜규, 2003, p.76; 정효정, 2009, pp.139-140; Coppens et al., 2014, p.143). 국가적 차원의 자살대책을 적극적으로 추진하고 있는 여러 선진국과 세계보건기구(WHO)가 최근 지역사회의 역할, 특히 지방정부의 리더십과 자체적인 자살예방계획 수립을 강조하고 있는 것은 이러한 이유에서다(Caan, 2013, p.f1529; Torjesen, 2013, p.346; Public Health England, 2016, p.4; 김정수 등, 2017, pp.283-284).

자살률을 획기적으로 감소시킨 일본의 경우 중앙정부가 대규모 기금을 만들어 지역사회를 중심으로 접근한 것이 효과적이었음을 알 수 있다(정진욱, 2018, p.25). 자살예방을 위한 지자체의 리더십과 실천 노력을 강조하고 정책 경쟁을 유도한 것이 자살률 감소에 주효했다는 것이다(Shiraishi, 2012, p.33). 일본의 자살률은 2003년 23.3명에서

2013년 18.7명으로 크게 떨어졌는데, 이 과정에서 <자살대책기본법> 제정을 주도했던 민간단체 LIFELINK는 지자체들의 자살예방사업 현황을 평가해 공개함으로써 정책 경쟁을 유도하고 지자체들의 성공사례를 서로 공유하도록 도왔다. 또한, 일본 정부는 '지역 자살대책 긴급강화기금' 100억엔을 조성하여 지자체들의 자살예방사업 시행을 지원하는 한편, 각 지자체의 자살 통계를 지자체장에 대한 평가 기준의 하나로 이용하는 등 양면적 정책으로 지역사회의 참여를 촉진시켰다(이상영, 2015, p.47).

우리나라 보건복지부도 문재인 정부 이전부터 지자체의 적극적인 참여와 지역 맞춤형 자살예방사업 추진이 자살예방정책의 성공을 위해 매우 중요하다는 점을 인식해왔다(김정수 등, 2017, p.265). 그러나 현실적으로는 모든 광역자치단체가 매년 자살예방시행계획을 세우고 보건복지부에 제출하여 그 실적을 평가받도록 하는 <자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(이하 <자살예방법>)의 책무성 규정조차 사문화되어 있었다(송인한 등, 2016, p.40). 이에 보건복지부는 2016년부터 각 지자체가 자살예방시행계획을 수립해 중앙정부에 제출하도록 공식적으로 요청하기 시작했다. 각 지자체가 국가전략의 맥락과 지역 특성을 고려하여 자살예방시행계획을 수립하기 위한 표준지침으로 활용할 수 있도록 《지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼》(이하, 《계획수립 매뉴얼》)도 개발하여 배포했다(송인한 등, 2016, p.1). 그 결과, 2016년 자살예방시행계획을 제출한 지자체는 전국 17곳의 광역자치단체 중 9곳, 226곳의 기초자치단체 중 116곳에 불과했으나(김정수 등, 2017, p.269), 2017년 자살예방시행계획은 광역 및 기초자치단체 총 243 곳이 모두 제출하였다(송인한 등, 2017, p.5).

본 연구는 이렇게 모든 지방자치단체가 제출한 2017년 자살예방시행계획서 가운데 현행 <자살예방법>에 책무성이 규정되어 있는 광역자치단체들의 계획서를 중심으로 우리나라 지자체들의 자살예방정책 추진체계와 사업 현황을 살펴본 것이다. 자살예방정책의 성공을 위해서는 지자체들과 중앙정부의 유기적인 협력이 중요하며, 특히 광역자치단체는 중앙정부와 기초자치단체의 연결고리로서 중요한 역할을 한다. 정책 실현을 위한 기초자치단체들의 욕구를 중앙정부에 전달하는 것은 물론, 중앙정부의 정책적 맥락을 명확히 이해하고 기초자치단체들을 이끌 수 있어야 한다. 광역자치단체들의 자살예방시행계획서는 각 지자체가 기초자치단체 단위를 포함한 지역의 자살 관련 현황을 얼마나 파악하고 있으며, 중앙정부의 정책적 맥락을 얼마나 명확히 이해하고 사업을 추진하고 있는지, 또한 조직적인 정책 기반이 잘 마련되어 있는지 등을 전반적으로 살펴볼

수 있는 좋은 문헌 자료이다.

본 연구는 보건복지부가 제시한 자살예방시행계획서의 표준지침에 해당하는 《계획수립 매뉴얼》의 11개 구성요소와 우리나라의 자살예방 국가전략에 해당하는 <생명사랑플랜: 제3차 자살예방기본계획(16~20년, 이하 제3차 자살예방기본계획)>의 20개 세부과제를 기준으로 각 광역자치단체의 자살예방시행계획서들을 분석하였다. 사실 <제3차 자살예방기본계획>은 중앙정부의 역할과 과제들 중심이어서 광역 및 기초자치단체들과의 역할 구분이나 유기적 협력 방안이 구체적으로 제시되어 있지 않다. 《계획수립 매뉴얼》은 이러한 문제점을 보완하여 중앙정부와 광역 및 기초자치단체가 국가전략과 방향성을 공유하는 것을 계획수립의 기본원칙으로 제시하고, 구체적으로는 10대 과제별로 중앙정부와 광역 및 기초자치단체들의 역할 분담 사례를 들어놓았다. 이 매뉴얼이 보급된 후 광역자치단체들이 수립한 자살예방시행계획의 체계와 내용을 분석함으로써 각 광역자치단체들의 자살예방정책 추진 현황 및 문제점을 파악하는 것이 본 연구의 첫 번째 목적이다. 이를 토대로 각 지자체가 중앙정부와의 유기적인 협력 속에 자살예방정책을 보다 책임감 있게 효과적으로 추진할 수 있는 방향을 제시하고자 한다.

II. 이론적 논의 및 문헌 검토

1. 효과적인 자살예방을 위한 지역사회의 역할

WHO(2014)에 따르면 현재 국가적 차원의 포괄적인 자살예방 전략을 수립하여 추진하고 있는 나라는 28개국 정도이다. 2004년부터 5년 단위의 자살예방기본계획(자살예방종합대책)을 수립해온 우리나라도 그 중의 하나다. 최근 지역사회의 역할에 주목한 일부 국가들은 이 같은 자살예방 국가전략에 지방정부를 중심으로 한 지역사회의 개입 방안까지 구체적으로 담고 있다.

먼저, 영국은 자살예방계획 수립과 사업의 상당 부분이 지역적 차원에서 수행될 것이며 국가전략은 근거 기반의 다양한 지역적 접근법들을 보여주는 가이드라인 역할을 할 뿐이라고 강조한다(HM Government Department of Health, 2012). 이에 따라 국가전

략의 6개 핵심 시행영역별로 효과적인 지역적 개입 사례를 제시해주고 있다. 예를 들면, 국가전략 중 '주요 고위험군의 자살위험 감소' 영역에서는 청·장년층 남성을 주요 대상으로 명시하면서, 효과적인 지역적 개입 사례로 시범사업을 통해 효과성이 입증된 청년층 대상의 정신건강증진사업 사례를 보여주고 있다. 의료기관보다는 지역사회의 일자리센터나 젊은 층이 선호하는 거리 등을 이용하는 것이 좋으며, 전문훈련을 받은 청년층 담당자가 직접 찾아가는 프로그램이 더욱 효과적이라는 것이다.

영국은 정부뿐 아니라 의회가 적극적으로 나서서 지역사회의 참여를 독려했다. 영국 공중보건국은 2014년 각 지자체의 보건업무 담당자들을 위해 자살예방시행계획을 수립하는 데 필요한 기본 정보를 담은 소책자를 발간한 데 이어, 2016년에는 이를 대폭 보완하여 지자체를 위한 자살예방계획 수립 가이드라인을 만들어 보급하였다. 이 가이드라인의 개발에는 자살예방에 관한 범정당 의정단체(All-Party Parliamentary Group on Suicide and Self-Harm Prevention: APPG)의 보고서(2013)와 설문조사 결과(2015)가 핵심적인 역할을 하였다.

미국의 자살예방국가전략(2012)도 4개의 전략적 방향에 맞춰 연방정부가 할 수 있는 일과 주정부 및 하위 지방자치정부들이 할 수 있는 일들을 구체적으로 제시한다. 예를 들어, 첫 번째 전략적 방향인 '개인과 가족 및 지역사회의 건강 및 역량강화와 관련해 연방정부는 연방정부 인력을 대상으로 자살예방 정보를 제공하고 민관협력체인 자살예방국가행동연맹에 참여하는 등의 일을 할 수 있다면, 주정부나 지역정부 차원에서는 민간 및 공공기관의 이해관계자들을 조율할 수 있는 자살예방사업 추진주체를 파악하고 관련 욕구와 자원을 평가하며 통합적이고 전략적인 자살예방 계획을 수립·시행하는 역할을 해야 한다는 것이다.

일본 정부는 2016년 개정한 자살대책기본법을 토대로 2017년 제3차 자살종합대책을 수립해 발표하였는데, 주요시책의 첫 번째로 "지역레벨의 실천적인 대책마련에 대한 지원을 강화한다"는 것을 명시하였다(요시히데, 2017, p.26). 여기에는 지역자살실태를 프로파일링하고, 중앙정부가 지역자살대책을 유형화하여 구체적인 정책패키지를 근거로 각 지자체를 지원하겠다는 내용도 담겨있다.

핀란드가 자살률 감소에 성공할 수 있었던 이유도 자살원인 등에 대한 면밀한 조사와 자살예방 국가전략의 지역적 실행력을 강화했기 때문으로 분석된다(Taylor et al., 1997, p.458). 1980년대까지만 해도 세계에서 자살률이 가장 높은 국가로 꼽히던 핀란드는

1987년 대규모의 심리학적 부검을 실시하는 등 세계 최초로 국가적 차원의 자살예방 프로젝트를 추진한 결과 90년대부터는 자살률이 감소하는 성과를 거두었다. 사회보건부 산하의 국립보건연구원(National Institute for Health and Welfare)이 자살에 대한 전반적인 조사와 분석 결과를 제공하면, 중앙정부와 지자체는 정책적 상호작용을 통해 실질적인 전략을 수립하고 법제도를 개선하면서 자살률 감소를 위해 협력했다(최용환, 2011, p.17).

캐나다 정부가 2014년에 시작한 '#308conversations(308인과의 대화)'라는 명칭의 캠페인은 지역사회 지도자들의 리더십을 활용해 지역사회 구성원들이 자살예방활동에 적극적으로 참여하도록 이끈 모범적 사례로 꼽힌다(WHO, 2016). 308명의 국회의원 및 지역사회 지도자들이 각자의 지역구에서 자살예방과 관련된 대화의 장을 마련하도록 하는 캠페인이었다(Mental Health Commission of Canada, 2014). 자살예방에 관심을 갖고 있거나 자살 관련 경험을 가진 지역사회 구성원들과 이해관계자들을 한 자리에 모아 그 지역의 특성에 맞는 자살예방활동의 우선순위를 파악하고 참여하게 만드는 것이 목표였다. 캐나다 정신건강위원회는 모임을 진행하는 데 필요한 다양한 행동지침과 양식들을 개발해 국회의원과 지역사회 지도자들에게 제공하였다.

WHO는 이러한 캐나다 사례 등을 참고하여 2016년 《Preventing suicide: A community engagement toolkit (Pilot version 1.0)》을 펴냈다. WHO가 본격적인 자살예방 지침서로는 처음으로 발간한 《Preventing suicide: A global imperative》(2014)가 국가적 차원에서 자살예방정책의 시급성과 전략화 방법에 대해 설명한 것이라면, 이 지침서는 지역적 차원에서 이해관계자들을 참여시키고 자살예방사업의 우선순위를 정하도록 만드는 방법을 소개하고 있다. 각 지역사회가 자살예방 활동을 주체적으로 이끌며 지속하는 데 도움이 될 만한 실천도구들을 단계별로 보여준다. 여기에는 한 국가의 자살예방정책이 효과적으로 추진되려면 지역사회가 중추적 역할을 해야 한다는 전제가 깔려 있다.

2. 우리나라 중앙정부의 자살예방 전략 및 정책 현황

우리나라는 OECD 회원국 가운데 자살률이 가장 높은 수준임이 처음 공표된 2004년부터 <자살예방 5개년 계획(제1차 자살예방기본계획)>을 수립·추진하기 시작하였

다. 자살예방을 위한 우리나라 최초의 종합적인 국가전략이라 할 수 있다. 이어 2009년 <제2차 자살예방종합대책(제2차 자살예방기본계획)>이 수립되고 2011년 <자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(이하 <자살예방법>)>이 제정되면서 자살예방 정책은 보다 형식적인 체계를 갖추게 되었다.

그러나 정부의 자살예방 정책 의지는 이후 오히려 다소 퇴보한 모습을 보였다. <자살예방법>에 의하면 2014년 수립됐어야 할 <제3차 자살예방기본계획>이 2016년에야 수립된 것이다. <자살예방법> 제7조 1항에 “보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하고 「국민건강증진법」 제5조에 따른 국민건강증진정책심의위원회 내 자살예방전문위원회의 심의를 거쳐 자살예방기본계획을 5년마다 수립하여야 한다”고 명시되어 있다. 별도의 공표과정 없이 <정신건강 종합대책(2016-2020)>의 네 번째 정책목표 내용으로 언론과 대중에 공개된 점 역시 자살예방정책이 국가적인 우선과제로 간주되지 못한 채 보건복지부의 정신건강정책 중 일부로 추진되었음을 간접적으로 시사한다.

2016년 1월 수립된 <제3차 자살예방기본계획>은 2020년까지 5년간의 자살예방 국가전략과 정책방향을 담고 있다. 2014년 당시 인구 10만 명 당 27.3명이었던 자살률을 2020년까지 20명으로 낮추는 것을 목표로 설정하였다. 이 기본계획에 제시된 3대 추진 전략과 10대 과제 및 20개 세부과제, 그리고 성과목표는 <표 1>과 같다.

전략과 추진과제들은 <제2차 자살예방종합대책>의 내용과 비교했을 때 ‘자살예방법 제정’과 같이 이미 달성된 과제가 빠지고 ‘Gatekeeper 양성 확대’ 등이 추가된 것 외에는 크게 달라진 것이 없다. <제2차 자살예방종합대책> 때 전문가들이 가장 시급하게 개선해야 한다고 지적했던 문제점들도 그 내용보다는 추진체계였다. 즉, 자살예방사업을 별도로 분리하여 범부처적 정책 현안으로 관리해야 할 뿐 아니라, 예산을 대폭 확대할 필요가 있음을 전문가들은 강조했으나(이상영, 2015, p.49; 이채정, 김상우, 2013, pp.65-66), 이는 당시 예산 편성에 충분히 반영되지 않았다.

그런 측면에서 2017년 문재인 정부 출범 이후 자살예방에 대한 정부의 정책적 추진 의지는 변화된 양상을 보이고 있다. 자살예방에 관한 내용이 역대 정부들 가운데 최초로 국정운영 100대 과제에 포함되었으며, 범정부 차원의 구체적인 시행계획이 발표되고, 보건복지부 내에 전담부처인 자살예방정책과가 신설되었다.

표 1. <제3차 자살예방기본계획>의 3대 전략·10대 과제·20개 세부과제

3대 전략	10대 과제	20개 세부과제	사업 내용
법사회적 자살예방 환경 조성	자살관련 사회인식 개선	생명존중문화 조성 및 자살예방 홍보 강화	생명존중 및 정신건강 캠페인, 생명존중 교육 등
		자살 관련 언론보도 개선	자살보도 권고기준 준수 사업, 자살보도 모니터링 등
	자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련	자살예방 사회복지안전망 강화	복지사각지대 해소 및 사회안전망 강화, 통합사례관리 체계 구축 등
		범부처 자살예방 협력체계 구축	자살예방정책 및 실무 협의회 구성 및 운영 등
자살위험 환경 개선	자살수단의 접근성 차단	번개탄·농약·니코틴 주류, 위험시설 등 자살수단 관리 등	
	온라인상의 자살유해정보 차단 강화	유해정보 차단 법제도 강화, 유해정보 모니터링 등	
맞춤형 자살예방 서비스 제공	생애주기별 자살예방 대책 추진	아동·청소년 자살예방	학교 내 및 학교 밖 자살예방사업 등
		청년·중장년층 자살예방	대학, 직장, 군부대·특수지역, 여성 등 자살예방사업 등
		노인 자살예방	고위험군 자살예방사업, 생명사랑마을 사회참여 활성화 등
	자살 고위험군 지지체계 강화	자살고위험군 대상별 자살예방대책 추진	자살유가족, 정신·신체 질환자, 실직자·빈곤층 자살예방사업 등
	자살 위기대응 및 사후관리체계 마련	24시간 자살위기대응체계 구축	자살위기전화사업, 긴급출동사업 등
자살시도자 사후관리체계 마련		응급실 기반 자살시도자 사후관리사업, 기관별 자살위기대응 매뉴얼 제작·교육 등	
자살예방 정책 추진기반 강화	지역사회 자살 대응 역량 강화	지역사회 자살예방 연계체계 마련	자살예방상담사업, 전문치료프로그램 개발·보급 등
		1차 의료기관 자살예방 역량 강화	우울증 자살위험 스크리닝 및 정신질환 치료활성화 사업 등
	정신건강 인프라 확충	지역사회 정신건강 서비스 전달체계 강화	지역사회 정신건강 연계체계 구축사업, 유관기관 MOU 체결 등
		국가 차원의 공공 정신건강 서비스 기능 확대	국립정신건강센터 공공서비스 강화, 중앙자살예방센터 역량 강화 등
	Gatekeeper 교육 등 자살예방 인력 확충	Gatekeeper 양성 확대	전국민 게이트키퍼 양성체계마련, '보고·듣고·말하기' 교육 등
		전문가 교육 강화	의료인 전문 인력 교육, 자살예방 서비스제공자 심리지원 등
	근거 기반 자살예방 연구체계 마련	자살 추적관찰체계 구축	자살시도자 및 자살사망자 현황 통합관리 등
근거기반의 조사·연구 추진		자살유가족 대상 심리부검, 자살예방 연구 강화 등	

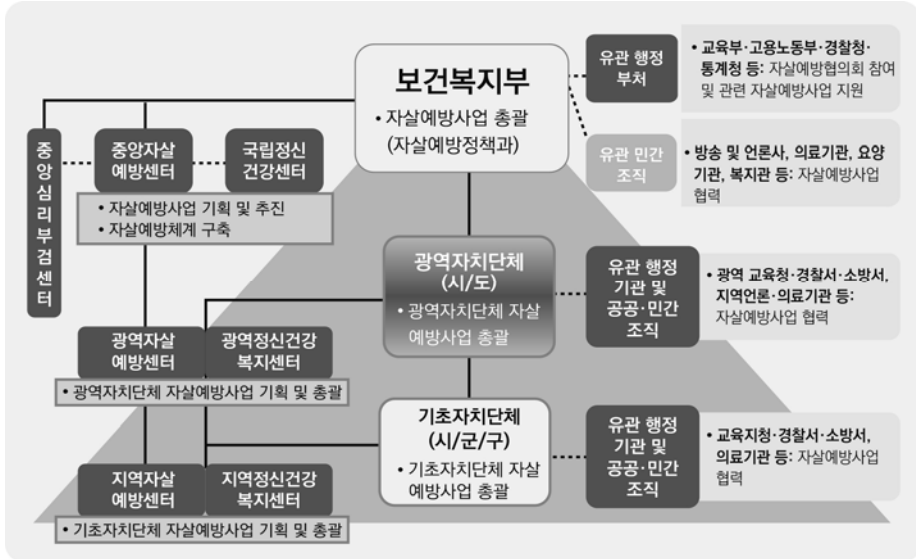
2018년 1월 23일 관계부처 합동회의를 거쳐 발표된 <자살예방 국가행동계획('18~22, 이하 <국가행동계획>)>은 기존의 <제3차 자살예방기본계획>을 보다 실질적인 성과에 초점을 맞춰 재구성하고 보완한 것이다(보건복지부 등, 2018). 자살의 진행과정에 따라 원인분석과 고위험군 발굴체계 구축, 고위험군에 대한 적극적 개입·관리, 자살사건의 사후관리·지원 강화 등에 관한 총 6개 분야 54개 과제로 구성하고, 2022년까지 인구 10만명 당 자살률을 2016년(25.6명) 대비 30% 감소(17.0명)시키는 것을 목표로 제시하였다. 이를 위해 무엇보다 총리실 주도의 범정부 추진체계 구축과 범부처의 협조를 강조해 놓았다. 또한, 2018년 2월 자살예방정책과를 보건복지부 건강정책국 내에 신설하였다. 정신건강정책과의 업무 중 일부에 불과하던 자살예방정책에 대해 전담 부서를 만든 것은 자살예방에 대한 정부의 적극적인 의지를 보여주고 효율적인 정책 추진 기반을 마련한 것으로 볼 수 있다.

3. 우리나라 자살예방정책 추진 체계 내 광역자치단체의 역할

가. 자살예방사업 전달체계 내 광역자치단체의 위상

앞서 살펴본 우리나라의 국가적 자살예방 전략과 과제들은 2018년 4월을 기준으로 [그림 1]과 같은 협력체계를 통해 수행되고 있다(송인한 등, 2017, 부록, pp.1-44). 중앙의 경우 2018년 보건복지부 건강정책국 내에 신설된 자살예방정책과가 자살예방정책의 수립 및 조정을 맡아 국가 자살예방사업을 총괄하며, 중앙자살예방센터·국립정신건강센터·중앙심리부검센터가 역할을 분담하여 실제 사업을 수행하고 있다. 여기에 전국 17개 광역자치단체는 광역자살예방센터(7개소) 및 광역정신건강복지센터(16개소)를 기반으로, 시·군·구 단위의 기초자치단체는 지역자살예방센터(24개소) 및 지역정신건강복지센터(220개소)를 기반으로 해당 단위 자살예방사업을 기획·수행하고 있는 체계이다. 아직까지 광역 단위의 자살예방센터가 없는 곳은 정신건강복지센터가 주요 업무를 함께 수행하고 있다. 그런데 산하 기초자치단체들은 물론 다양한 공공 및 민간조직과의 협력이 필요한 자살예방사업의 특성상 이러한 센터의 조직이나 권한만으로는 추진하기 어려운 일들이 많다. 따라서 각 광역자치단체는 국가적 전략에 대한 명확한 이해를 토대로 지역 사회 자살예방사업의 중추로서 보다 주도적인 역할을 해야 한다.

그림 1. 중앙정부와 지방자치단체 및 유관기관들의 자살예방 협력체계



출처: 보건복지부 외(2018).

나. 광역자치단체의 자살예방 관련 법적 책무

자살예방에 있어서 지방정부를 중심으로 한 지역사회의 적극적인 참여를 이끌어내는 것은 무엇보다 예산과 법적 근거의 힘이다(All-Party Parliamentary Group on Suicide and Self-Harm Prevention, 2015; WHO, 2016). 일본의 경우 2006년 제정된 <자살대책기본법>을 토대로 대규모의 지역자살대책 지원기금을 조성할 수 있었고, 이 기금과 법에 명시된 지자체의 협력 의무는 지자체들의 주도적인 자살예방활동을 촉진시켰다(정진욱, 2013, p.19). 영국의 자살예방 의정단체인 APPG(2013)도 지속적인 지역 자살예방활동을 어렵게 하는 주요 요인으로 지자체의 자살예방계획 수립에 대한 법적 근거가 아직 없다는 점을 지적했다(p.13).

우리나라의 경우 자살예방과 관련된 지방자치단체의 역할과 책무는 2011년 제정된 <자살예방법>에 명시되어 있다. <자살예방법>의 제4조는 “국가 및 지자체는 자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단되는 자를 위험으로부터 적극 구조하기 위하여 필요한 정책을 수립하여야 한다(1항)”, “국가 및 지방자치단체는 자살의 사전

예방, 자살 발생 위기에 대한 대응 및 자살이 발생한 후 또는 자살이 미수에 그친 후 사후대응의 각 단계에 따른 정책을 수립·시행해야 한다(2항)”고 규정하고 있다. 또한, 광역자치단체의 장(시·도지사)은 매년 정부의 기본계획에 따라 자살예방시행계획을 수립해 보건복지부 장관에게 제출하고 추진실적을 평가받도록 하고 있다(제8조).

지자체들도 자살예방 관련 조례를 제정해 정책 추진의 기반으로 삼고 있다. 지자체의 조례는 지역정책에 계속성과 체계성을 부여하고, 지방정치에 지역특성을 반영하고 활성화시키며, 다른 지자체와의 정책 경쟁을 확산하는 역할을 한다(이기우, 2008, pp.125-127). 2017년 12월 현재 전국 17개 광역자치단체(특별시·광역시·도·특별자치도) 모두 자살예방에 관한 조례를 갖고 있으며, 226개 기초자치단체 중에서는 164곳이 관련 조례를 제정하였다.

각 조례의 구성과 내용은 자살예방법과 비슷하다. 자살의 위험으로부터 도움과 정책적 지지를 받을 수 있고 지자체의 자살예방정책에 협조해야 할 지자체 주민의 권리와 의무, 그리고 주민의 자살예방을 위해 필요한 시책을 수립·시행해야 할 지자체장의 책무 등이 규정되어 있다. 또한, 지자체장은 자살예방시행계획의 수립·시행, 자살예방 및 생명존중위원회와 같은 지역사회 협력체계의 구축·운영, 자살통계의 수집·관리, 자살예방센터의 설치·운영 등을 수행해야 할 책무를 가진다. 일부 지자체의 조례는 그러한 내용을 매우 구체적으로 기술하고 있다. 예를 들어, 충청남도의 <생명존중문화 조성 및 도민 자살 예방에 관한 조례>는 생명존중 및 자살예방위원회의 위원으로 도의원과 언론 분야 전문가도 포함시키도록 규정하고 있다. 또한, 조례만 갖고 있는 대부분의 다른 광역자치단체들과 달리 시행규칙을 별도로 제정하여 충남도지사 및 관할 기초자치단체의 시장·군수가 경찰서·소방서·응급의료기관에 각각 자살자 발생통보서와 자살시도사건 발생통보서, 자살시도자 내원통보서를 요청할 수 있도록 하였다(시행규칙 제7조). 또한, 서울특별시의 <자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례>는 자살예방시행계획에 성·연령·계층·자살동기를 반영한 자살예방대책과 자살자의 가족상담 및 지원에 관한 내용도 포함되도록 하고, 자살예방위원회는 시의원과 판사·검사나 변호사 자격을 가진 인권 분야 전문가 등으로 구성하도록 명시하고 있다. 이처럼 구체적인 역할과 기능을 밝혀놓은 조례의 존재는 다른 지역사회 건강증진 사업들과 비교할 때(김익두, 2013), 자살예방에 대한 각 지자체의 적극적인 개입 의무가 더욱 크다는 것을 의미한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 분석 자료

본 연구는 보건복지부의 지방자치단체 자살예방계획 평가사업에서 취합한 전국의 지방자치단체 자살예방시행계획서를 2차 분석하였다. <자살예방법>과 각 지자체의 조례가 지자체 장의 주요 책무로 규정하고 있는 것 중의 하나가 자살예방시행계획의 수립이다. 시행계획은 정책의 추진 목표와 중장기적 기본계획에 따라 세부적인 사업들을 실행하고자 할 때 수립된다. 따라서 지자체의 자살예방시행계획은 자살예방 국가전략이 제시하고 있는 지자체의 역할을 자체적인 정책 방향, 세부사업 내용과 예산, 추진인력 등을 통해 보여줄 수 있어야 한다. 영국의 경우 지자체를 위해 발간한 자살예방시행계획 수립 안내서(2016)에 지자체의 자살예방시행계획서의 기본적인 구성요소를 구체적으로 제시하고 있다. 이를테면 지자체의 공중보건국장이나 지방의회의 보건복지위원회 소속 의원 등 지자체의 자살예방정책과 관련된 상급 책임자의 인사말, 지자체의 자살 통계와 고위험군 및 위험요인에 관한 분석 자료, 지자체의 자살예방정책 방향과 목표, 성과 관리 및 측정 방법, 중년남성이나 자살시도자 및 자살유가족 등 국가전략에 따른 자살예방 우선순위 대상, 지역 특성에 따른 자살예방 우선순위 대상 등과 함께 각 세부 사업의 내용과 대상, 시행주체, 가용자원, 일정, 관리계획 등이 시행계획서에 명시되어야 한다는 것이다.

이에 본 연구는 2017년도 광역자치단체의 자살예방시행계획서를 분석자료로 사용하였다. 전국 광역 및 기초 자치단체가 보건복지부에 제출한 자살예방시행계획서 총 243건 중 광역 단위의 계획서 전체 17건이다. 전국의 광역자치단체는 총 17곳으로, 행정적 특성을 기준으로 특별시 1곳, 특별자치시 1곳, 특별자치도 1곳, 광역시 6곳, 도 8곳이다 (<표 2> 참조).

표 2. 광역자치단체의 행정적 특성 및 지역

행정적 특성	지역 수	지역
특별시, 특별자치시·도	3	서울, 세종, 제주
광역시	6	인천, 대전, 대구, 광주, 울산, 부산
도	8	경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남
전체	17	

2. 분석 도구 및 방법

본 연구는 중앙정부가 추진하는 국가적 자살예방 전략의 맥락에서 광역자치단체들의 전반적인 자살예방정책 추진 방향과 체계, 사업 현황 등을 조사하기 위해 보건복지부가 2016년 12월 전국 지방자치단체에 배포한 《계획수립 매뉴얼》과 2016년 1월 전국에 공표한 <제3차 자살예방기본계획>을 분석 도구로 이용하였다.

가. 《지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼》의 계획서 11개 구성요소

《계획수립 매뉴얼》은 보건복지부가 지방자치단체의 자살예방계획 수립을 돕기 위해 개발·배포한 대표적인 자살예방 관련 지침서이다. 이 매뉴얼은 영국 보건부가 《Local Suicide Prevention Planning》(2016)에서 제시한 지역 자살예방전략 및 시행계획서 구성요소들과 우리나라 지방자치단체 자살예방 조례들을 근거로 하고 있다(송인한 등, 2016, pp.15-19; 김정수 등, 2017, p.270).

본 연구는 광역 지방자치단체가 보건복지부의 《계획수립 매뉴얼》에 제시된 자살예방 시행계획의 구성요소를 얼마나 반영하였는지 파악하고자 매뉴얼의 자살예방시행계획 작성 서식 주요 항목을 기준으로 계획서들을 분석하였다. 작성 서식은 자살예방시행계획의 형식적인 틀이자 계획 수립 시 반드시 고려해야 할 사항들을 의미한다. 자살예방시행계획의 구성요소는 1) 계획 수립 배경, 2) 지역의 자살 현황, 3) 추진방향 및 전략, 4) 추진체계, 5) 중장기 계획, 6) 전년도 평가, 7) 세부사업계획, 8) 추진일정, 9) 예산, 10) 관리계획, 11) 평가계획이다. 분석 방법은 내용 분석으로, 각 광역 지방자치단체 계획서에 11개 구성요소에 해당하는 내용이 있는지 여부를 ‘포함(2)’, ‘일부 포함(1)’,

‘미포함(0)’으로 측정하여 빈도를 분석하였다. 각 구성요소의 유무 기준은 《계획수립 매뉴얼》의 지침을 중심으로 판단하였다. 대부분 유무를 명확하게 분류할 수 있었으나, 구체적이고 명확하게 수립이 되지 않거나 부분적이고 일부만 수립되었을 경우 ‘일부 포함’으로 분류하였다. 연구자 3인은 먼저 개별적으로 각 항목을 평가한 후, 그 결과에 따라 공통적으로 ‘포함’과 ‘미포함’으로 평가한 항목을 제외하고 다음 기준으로 ‘일부 포함’ 여부를 판단하였다. 첫 번째 매뉴얼에서 요구하는 내용의 일부만을 포함한 경우, 두 번째 다른 항목과 중복되어 경계가 모호한 경우, 세 번째 정보가 부족하여 구체적인 내용 파악이 어려운 경우 등이었다. 구성요소들에 대한 세부 분석기준은 다음과 같다.

먼저, 수립 배경은 해당 지자체의 대략적 자살현황이나 OECD 통계 등을 사용하여 자살예방계획의 필요성에 대해 언급하고, 자살예방법 및 조례 등 법적 근거에 대해 언급하고 있는지를 보았다. 지역의 자살현황은 각 지역의 자살현황 및 특성이 모두 언급되어 수립된 경우는 ‘포함’, 둘 중 하나의 사항이 명시되어 있지 않은 경우에는 ‘일부 포함’으로 분석하였다. 추진방향 및 전략은 해당 지자체의 자살예방 비전과 자살문제를 해결하기 위한 전략 및 목표를 중점적으로 보았다. 추진체계는 각 지자체의 총괄적 자살예방사업 추진체계의 구체적 구성여부를 중심으로 분석하였다. 각 지자체의 전체적인 추진체계를 도표 형식 등으로 간략하게 소개하였거나 자살예방위원회(혹은 생명존중위원회) 등의 자문위원회 체계가 있는 경우, 계획의 주요 추진인력의 구성, 계획을 추진함에 있어 협조관계에 있는 유관 민관조직의 현황 중 한 가지 영역이라도 명시되어 있을 경우 ‘포함’으로 분석하였다. 중장기계획과 관련해서는 2년 이상의 중장기적 목표를 함께 제시하거나 사업에 대한 연도별 추진 목표를 제시하였을 경우를 ‘포함’으로 분류하였다. 전년도 평가는 해당 계획서의 직전 혹은 그 이전 년도 시행 사업에 대한 평가와 개선 방향을 중점적으로 보았다. 정신건강증진사업에 대한 평가 등 자살예방사업에 대한 직접적 평가가 아닌 경우와 구체적 사업평가와 개선방향이 논의되어 있지 않은 경우는 ‘일부 포함’으로 보았다. 세부사업계획은 일단 유무를 확인하고, 보다 구체적으로는 다음 장에 설명하는 바와 같이 <제3차 자살예방기본계획>의 20대 세부과제를 기준으로 분석하였다. 예산 항목은 전체 예산이 제시되어 있으나 투입출처 혹은 투입대상이 구체적이고 명확하게 제시되어 있지 않은 경우를 ‘일부 포함’으로 분류하였다. 관리계획은 세부사업 시행 과정에서 중간 점검이나 평가 등을 반영할 수 있는 계획의 여부나 공개방법에 대한 구체적 명시 여부를 기준으로 분석하였다. 평가계획은 하급지자체들에 대한 평가 또는 포상

계획, 자체평가 계획을 구체적으로 평가 기간, 목적, 방법 등이 구체적이고 측정가능하게 포함되었는지를 기준으로 분석하였다.

또한, 본 연구는 추가로 자살예방시행계획의 수립 주체를 분석하였다. 지방자치단체가 자살예방시행계획의 수립 주체로서 역할을 하고 있는지 확인하기 위해서이다. 계획서 표지 및 추진체계에 표기된 기관명 또는 담당부서명을 기준으로 ‘지자체 행정부처’, ‘자살예방센터’, ‘정신건강복지센터’, ‘미표기’로 분류하였다.

나. <제3차 자살예방기본계획>의 20개 세부과제

본 연구는 광역 지방자치단체가 국가 전략에 따른 자살예방사업을 어느 정도 포함하여 수행하고 있는지, 어떠한 사업을 중점적으로 시행하고 있는지 파악하고자 20개 세부과제를 기준으로 계획서의 세부사업계획을 분석하였다. 20개 세부과제는 3대 전략과 10대 과제에 따른 구체적인 과제들로, 20개 세부과제별 사업의 예시들은 앞의 <표 1>과 같다. 20개 세부과제는 1) 생명존중문화 조성 및 자살예방 홍보 강화, 2) 자살 관련 언론보도 개선, 3) 자살예방 사회복지안전망 강화, 4) 범부처 자살예방 협력체계 구축, 5) 자살수단의 접근성 차단, 6) 온라인상의 자살유해정보 차단 강화, 7) 아동·청소년 자살예방, 8) 청년·중장년층 자살예방, 9) 노인 자살예방, 10) 자살고위험군 대상별 자살예방대책 추진, 11) 24시간 자살위기대응체계 구축, 12) 자살시도자 사후관리 체계 마련, 13) 지역사회 자살예방 연계체계 마련, 14) 1차 의료기관 자살예방 역량 강화, 15) 지역사회 정신건강 서비스 전달체계 강화, 16) 국가 차원의 공공 정신건강 서비스 기능 확대, 17) Gatekeeper 양성 확대, 18) 전문가 교육 강화, 19) 자살 추적관찰체계 구축, 20) 근거기반의 조사 연구 추진이다.

분석 방법은 내용 분석으로, 각 광역자치단체 계획서의 세부사업계획을 확인하여 20개 세부과제에 해당하는 내용의 포함 여부를 ‘포함(2)’, ‘일부 포함(1)’, ‘미포함(0)’으로 측정하고 빈도를 분석하였다. ‘일부 포함’ 분류 기준은 <제3차 자살예방기본계획>에서 제시한 사업 내용의 일부만을 포함한 경우, 다른 사업과 중복되어 경계가 모호한 경우, 사업에 대한 명확하고 구체적인 내용이 부족한 경우 등이었다.

IV. 연구 결과

1. 《계획수립 매뉴얼》에 근거한 광역자치단체 자살예방계획서 구성 요소 분석

광역자치단체 자살예방계획서를 《계획수립 매뉴얼》 11개 구성요소에 따라 분석한 결과는 [그림 2] 및 <표 3>과 같다.

그림 2. 계획서 내 《계획수립 매뉴얼》 11개 구성요소별 해당 내용을 포함한 광역자치단체의 비율



표 3. 광역자치단체 자살예방계획서 내 《계획수립 매뉴얼》 11개 구성요소 포함 여부
(단위: %, (n))

번호	구성요소	계획서 내 해당 구성요소 (N=17)		
		포함	일부 포함	미포함
1	계획 수립 배경	94.1 (16)	0.0 (0)	5.9 (1)
2	지역의 자살현황	94.1 (16)	5.9 (1)	0.0 (0)
3	추진방향 및 전략	100 (17)	0.0 (0)	0.0 (0)
4	추진체계	88.2 (15)	11.8 (2)	0.0 (0)
5	중장기 계획	94.1 (16)	0.0 (0)	5.9 (1)
6	전년도 평가	94.1 (16)	5.9 (1)	0.0 (0)
7	세부사업계획	100.0 (17)	0.0 (0)	0.0 (0)
8	추진일정	88.2 (15)	0.0 (0)	11.8 (2)
9	예산	100.0 (17)	0.0 (0)	0.0 (0)
10	관리계획	88.2 (15)	11.8 (2)	0.0 (0)
11	평가계획	94.1 (16)	5.9 (1)	0.0 (0)

전체 광역자치단체가 모두 포함한 구성요소는 ‘추진방향 및 전략’, ‘세부사업계획’, ‘예산’이었다. 이 세 가지 구성요소는 자살예방사업을 계획하는 데 필수적으로 고려하는 핵심적인 요소들로 보인다. 전체적인 사업의 방향을 정하고 ‘무엇을, 어떻게’ 할 것인지에 대한 계획이 가장 중요하게 다루어지고 있었다. 다음으로 주요하게 포함된 구성요소는 ‘계획 수립 배경’, ‘지역의 자살현황’, ‘중장기 계획’, ‘전년도 평가’, ‘평가계획’으로, 17개 광역자치단체 중 1개 지역만을 제외한 지자체(94.1%)가 2017년 자살예방시행계획에 해당 내용을 포함하였다. 이 구성요소들은 추진방향이나 전략, 세부사업계획, 예산을 세우는 데 근거가 될 수 있는 요소들이었다. 계획 수립 배경은 자살예방사업의 법적인 토대들을 확인하도록 돕고, 지역의 자살 현황은 각 지역에 맞는 자살예방 추진방향과 전략을 세우는 데 체계적인 근거를 제공한다. 중장기 계획과 전년도 평가는 해당 년도에 집중해야 할 세부사업들을 선명하게 보여주며, 평가계획은 차년도 계획을 준비하도록 한다.

상대적으로 2017년 광역자치단체의 자살예방시행계획에 적게 반영된 구성요소는 ‘추진체계’, ‘추진일정’, ‘관리계획’이었다. 전체 17개 광역자치단체 중 3개 지역은 계획서에 자살예방사업의 추진체계와 추진일정, 관리계획을 포함하지 않았다. 추진체계와

추진일정은 ‘누가’, ‘언제’ 사업을 진행할지, 관리계획은 ‘어떻게’ 진행되고 있는지를 점검하는 데 도움이 된다. 이같은 구성요소들을 누락할 경우 계획의 구체성이 저하되고, 실효성 있는 계획 추진이 제한될 수 있다.

일부 지자체는 《계획수립 매뉴얼》이 권고한 계획서 서식을 거의 적용하지 않았다. 이 때문에 해당 지자체의 계획서는 자살예방계획의 구성요소를 파악하고 시행계획 내용을 분석하는 데 어려움이 있었다. 《계획수립 매뉴얼》 11개 구성요소를 어떠한 형식으로든 계획서 내용 안에 포함하면 자살예방 시행계획의 질을 높이는 데 도움이 된다. 표준화된 계획서 서식을 통해 외형적인 틀까지 맞추면, ‘중앙정부-광역 지방자치단체-기초 지방자치단체’가 자살예방정책을 수립하고 시행하는데 유기적인 연계성과 효율성을 높일 수 있다.

광역자치단체 자살예방계획서의 수립 주체를 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 전체 17개 지역 중 13개 지역(76.4%)은 도청이나 시청 등 지자체 행정부처가 계획서 수립의 주체였다. 2개 지역은 계획서 수립 주체가 각각 자살예방센터(5.9%)와 정신건강복지센터(5.9%)였다. 나머지 2개 지역(11.8%)은 계획서의 표지나 추진체계에서 계획 수립 주체를 확인할 수 없었다.

표 4. 광역자치단체 자살예방계획서의 수립 주체(N=17)

(단위: %, (n))

	지자체 행정부처	자살예방센터	정신건강복지센터	미표기
계획 수립주체	76.4 (13)	5.9 (1)	5.9 (1)	11.8 (2)

2. <제3차 자살예방기본계획>에 근거한 광역자치단체 자살예방사업 분석

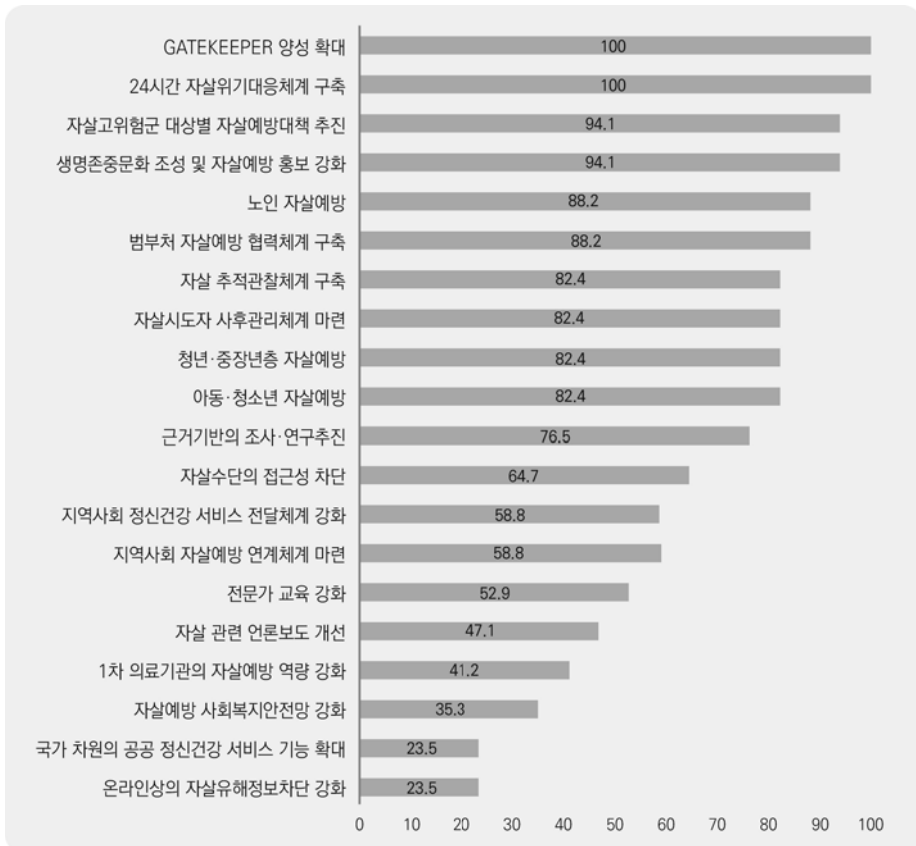
<제3차 자살예방기본계획> 20개 세부과제에 따라 광역자치단체 자살예방사업을 분석한 결과는 [그림 3] 및 <표 5>와 같다.

광역자치단체가 가장 높은 비중으로 계획한 과제는 ‘24시간 자살위기대응체계 구축’과 ‘Gatekeeper 양성 확대’였다. 전체 17개 광역자치단체(100%)는 자살위기전화사업이나 긴급출동사업과 함께 ‘보고듣고말하기’ 교육 등의 게이트키퍼양성교육사업을 공

통적으로 포함하였다. 자살위기전화사업과 긴급출동사업은 모든 지역에서 자살위기상황에 필수적으로 제공되는 기본사업으로 계획되었다. 이 사업은 소방서, 경찰서, 지역 의료기관 등과의 연계를 중요하게 고려하였다. 게이트키퍼양성교육은 자살예방에 효과가 있는 대표적인 자살예방사업으로, 일반시민을 포함하여 의료인, 자살예방 관련 종사자, 공무원 등 다양한 직종을 대상으로 하였다.

그림 3. 계획서 내 《제3차 자살예방기본계획》 20개 세부과제별 해당 내용을 포함한 광역자치단체의 비율

(단위: %)



다음으로 높은 비율로 포함된 과제는 ‘생명존중문화 조성 및 자살예방 홍보 강화’, ‘자살고위험군 대상별 자살예방대책 추진’이었다. 이 두 과제는 1개 지역을 제외한 16개 지자체(94.1%)에서 계획되었다. 생명존중 및 정신건강 캠페인이나 생명존중 교육 등은 자살예방 인식을 높이는 보편적 사업으로, ‘자살예방의 날’ 행사나 TV, 라디오, SNS 등을 통한 홍보활동, 대중을 대상으로 하는 교육 등이 포함하였다. 자살고위험군에 대한 자살예방대책은 지역에 따라 자살유가족, 암환자, 실직자, 빈곤층 등 다양한 고위험군을 포함하였으며, 사업 내용은 자조모임 지원, 정신건강교육, 치료비 지원 등 다양하였다.

생애주기별 과제는 ‘노인’을 대상으로 하는 자살예방사업을 계획한 지역의 비율이 88.2%로 가장 높았다. ‘아동·청소년과 청년·중장년층’을 대상으로 하는 자살예방사업은 82.4%의 지역에서 계획하였다. 노인 대상 자살예방사업은 생명사랑마을사업, 노인정이나 노인복지관 등을 통한 정신건강교육이나 상담 등이었다. 아동·청소년 자살예방사업은 지역에 따라 학교 내 사업 또는 학교 밖 사업을 계획하였으며, 청년·중장년층 사업은 대학생, 직장인, 군인, 임산부 등 다양한 대상을 포함하였다.

이외 80% 이상의 광역자치단체에서 계획서에 포함한 과제는 ‘범부처 자살예방 협력 체계 구축’(88.2%), ‘자살시도자 사후관리체계 마련’(82.4%), ‘자살 추적관찰체계 구축’(82.4%)이었다.

반면, 가장 적은 비율로 계획된 과제는 ‘국가 차원의 공공 정신건강 서비스 기능 확대와 온라인상의 자살유해정보 차단 강화였다. 이 두 과제는 17개 지역 중 4개 지역(23.5%)만이 계획하였다. 공공 정신건강서비스 기능 확대 과제는 광역자치단체의 의지와 노력만으로 시행하기 어렵고 중앙부처의 역할이 중요하기 때문에 분석된다. 온라인상의 자살유해정보 차단 강화 과제는 온라인상의 방대한 정보로 인하여 지속적인 인력과 예산의 투입이 요구되는 과제로, 자살예방사업들 중 가장 낮은 순위로 나타났다. 또한 광역자치단체 중 3분의 1 가량만 계획한 과제로는 ‘자살예방 사회복지안전망 강화(35.3%)와 ‘1차 의료기관의 자살예방 역량 강화(41.2%)가 있었다. 이 과제들은 지역의 전반적인 복지 및 보건 정책과도 관련이 있어, 정신건강서비스를 주로 제공하는 자살예방센터나 정신건강복지센터 보다는 광역자치단체의 역할이 강조된다. ‘자살 관련 언론보도 개선’(47.1%), ‘전문가 교육 강화’(52.9%) 과제 또한 그 중요성에도 불구하고, 전체 17개 지역 중 절반가량의 지역에서만 계획되었다. 자살 관련 언론 보도 과제 관련 사업을 포함한 광역자치단체의 경우 지역 언론인들을 대상으로 간담회나 자살보도 권고기준 준수사업 등을 계획하고 있었다. 전문가 교육 강화와 관련된 사업들은 주로 종사자들의 전문성 및 역량 강화를 통해 궁극적으로 자살예방서비스 질 향상에 기여하는 목적으로 계획된 것들이었으며, 자살 관련 트라우마에 노출된 서비스제공자들에게 제공할 심리지원 프로그램도 일부 계획되었다.

V. 결론 및 제언

한국 정부는 세계에서 가장 높은 수준의 자살률을 낮추기 위해 2004년부터 국가적 차원의 종합대책을 수립하며 다양한 자살예방정책을 추진해왔다. 그럼에도 불구하고 2013년 기준 우리나라 자살률은 인구 10만 명 당 28.7명으로, 경제협력개발기구(OECD) 회원국 평균인 12.1명에 비하면 여전히 2배 이상 높다. 이에 정부는 지역사회의 역할에 주목하고 있는 WHO의 자살예방 관련 지침(2014; 2016)이나 일본의 사례 등을 참고하여 지자체들의 자체적인 자살예방정책 추진 역량을 파악하고 이를 강화하는 방안을 모색하기 시작했다. 2011년 제정된 <자살예방법>에 명시되어 있으나 거의 사문

화되어 왔던 광역자치단체의 자살예방시행계획 수립 및 제출 의무를 근거로 전국 지자체들로 하여금 2017년 지자체 자살예방시행계획서를 모두 제출하도록 한 것은 그 첫 단계라고 볼 수 있다. 이에 앞서, 보건복지부는 용역연구 사업을 통해 지자체의 자살예방계획 수립에 필요한 가이드라인을 개발, 각 지자체에 보급했다(송인한 등, 2016, p.1). 지자체들의 현황을 정확히 파악해 상호 유기적으로 사업을 수립·수행할 수 있도록 하려면 가능한 한 표준 지침에 따라 계획서를 구성하고 세부사업들을 분류하도록 이끌 필요가 있다고 판단했기 때문이다. 그 결과, 2016년 자살예방시행계획을 제출한 지자체가 전국 광역자치단체 17곳 중 9곳, 기초자치단체 226곳 중 116곳이었으나 2017년에는 243곳 모두 제출하였다.

본 연구는 이런 과정을 통해 보건복지부에 제출된 2017년 지자체 자살예방시행계획서 가운데 전국 17개 광역자치단체의 계획서를 전수 분석하였다. 이 계획서에는 각 지자체의 자살 관련 통계나 자살예방정책 추진 체계 및 사업 내용 등이 일목요연하게 담겨 있어 광역자치단체들의 전반적인 자살예방정책 추진 현황을 살펴볼 수 있기 때문이다. 분석은 크게 각 지자체가 추진하고 있는 자살예방시행계획의 체계성과 자살예방사업들의 주제를 중심으로 진행되었다.

먼저 보건복지부가 배포한 《계획수립 매뉴얼》을 기준으로 각 지자체의 자살예방시행계획서 구성요소들을 분석한 결과, 2016년 지자체 자살예방시행계획서에 관한 연구결과(김정수 등, 2017, pp.274-280)와 비교했을 때 구성이 훨씬 체계화되었음을 알 수 있었다. 아무런 표준 지침이 없이 자살예방시행계획서를 제출했던 2016년과 달리 2017년에는 대부분 《계획수립 매뉴얼》의 지침에 따라 자살예방시행계획서를 작성해 제출했기 때문으로 보인다. 다만, ‘추진체계’, ‘추진일정’, ‘관리계획’에 관한 내용은 부실하게 작성한 지자체가 여전히 상대적으로 많았다. 이는 실제로 해당 지자체의 자살예방정책 추진체계나 관리계획 자체가 부실하거나, 자살예방에 있어서 추진체계나 관리계획이 갖는 중요성에 대한 인식이 낮기 때문인 것으로 풀이할 수 있다. 특히, 한 광역자치단체의 경우 계획서 구성을 《계획수립 매뉴얼》의 지침과는 매우 다른 형식으로 작성하였는데, 이는 국가전략이나 매뉴얼의 취지를 충분히 공유하지 못했기 때문으로 추정된다.

또한, 계획서 문건으로 확인된 광역자치단체의 자살예방시행계획 수립 주체는 전체 17곳 중 13곳(76.4%)이 도청이나 시청 내의 행정부처였다. 또, 2곳(11.8%)은 자살예방센터와 정신건강복지센터가 계획 수립의 주체로 분석되었다. 나머지 2곳(11.8%)은 계

획서의 표지나 추진체계만으로는 수립 주체를 확인할 수 없었다. 각 광역자치단체가 중앙정부에 제출하는 공식 문건에서조차 계획 수립의 주체가 명시되어 있지 않다든지 정신건강복지센터나 자살예방센터를 주체로 내세웠다는 것은 해당 지자체가 자살예방 사업에 대해 그만큼 주도적인 역할을 하고 있지 않거나 중요하게 인식하고 있지 않을 가능성을 보여준다.

다음으로, <제3차 자살예방기본계획>의 20개 세부과제를 기준으로 각 광역자치단체의 사업 주제들을 분류해본 결과 우리나라 광역자치단체들은 '24시간 자살위기대응체계 구축', 'Gatekeeper 양성 확대', '자살고위험군 대상별 자살예방대책 추진', '생명존중문화 조성 및 자살예방홍보강화'와 관련된 사업들을 가장 활발히 추진하고 있었다. 반면, '국가 차원의 공공 정신건강 서비스 기능 확대'(23.5%), '온라인상의 자살유해정보 차단 강화'(23.5%), '자살예방 사회복지안전망 강화'(35.3%), '1차 의료기관의 자살예방 역량 강화'(41.2%), '자살 관련 언론보도 개선'(47.1%) 사업 비중은 낮은 편이었다.

이러한 분석 결과를 토대로 중앙정부 및 각 지자체의 자살예방정책과 관련해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

먼저, 보건복지부가 《계획수립 매뉴얼》 등을 통해 각 지자체가 중앙정부가 제시하는 자살예방 국가전략과 방향이라는 큰 틀에서 지자체 사업들을 보다 체계적으로 계획할 수 있도록 지원한 것은 어느 정도 성공적으로 보인다. 자살예방 국가전략과 지자체의 자살예방정책이 상호 유기적이고 효율적으로 추진되기 위해서는 무엇보다 각 지자체의 핵심 인력이 자살예방정책의 중요성을 인식하고 국가전략에 대해 명확히 이해하고 있어야 한다. 다만, 지자체 담당자들을 위해 《계획수립 매뉴얼》이 좀 더 실질적으로 활용될 수 있도록 내용을 수정·보완할 필요가 있다. 이를테면 자살예방시행계획서에도 수립 주체를 명확하게 표기하도록 더욱 강조해야 한다. 수립 주체를 명시하는 것은 지자체 장과 행정부처가 자살예방계획 수립 및 시행의 주체로서 책무성을 강화하게 만드는 요인이 될 수 있다. 중앙정부에는 자살예방정책 전담부처가 이제 생겼지만 현재 각 지자체에는 자살예방정책 전담 공무원이 거의 없거나 잦은 업무 변경으로 인해 전문성을 갖기 어려운 것이 현실이다(송인한 등, 2016, p.37). 담당자들이 자살 통계자료들을 활용·분석하여 지역특성에 맞는 자살예방계획을 수립·추진하는 일이 쉽지 않다. 따라서, 지자체의 책임성을 강화하고 담당자들이 자살예방사업을 계획하고 수행하는 데 활용할 수 있는 여러 가지 표준지침을 개발하여 제공하는 것은 물론, 이에 대한 실무자 교육이 정기화되

어야 한다. 또한, 일부 광역자치단체는 계획서 형식은 물론 사업 분류 또한 《계획수립 매뉴얼》의 표준지침을 따르지 않고 자체적으로 하였는데, 지역적 특성을 토대로 맞춤형 사업을 추진하는 것도 좋지만 국가전략이 제시하고 있는 과제들의 내용과 의미를 숙지하지 못한 상태에서 정책이나 사업을 추진하게 될 경우 정부로부터 그 성과를 제대로 인정받기 어려울 수 있을 뿐 아니라, 필요한 정보나 자원을 공유하지 못할 가능성도 생긴다는 점을 고려할 필요가 있다. 중앙정부로서는 각 지자체의 현황을 정확히 파악하기 어려워지며, 이는 정책의 효율성을 떨어뜨릴 수 있다. 중앙정부는 각 지자체가 자살예방의 중요성 및 자살예방 국가전략에 대해 숙지할 수 있는 기회를 충분히 제공해야 한다. 특히, 지도자의 공감과 이해 수준이 정책 추진의 가장 든든한 기초가 된다는 점에서 각 지자체의 중간 관리자급 이상 인력에 대한 자살예방 관련 교육이 필요하다. 이러한 교육을 통해 지자체 장을 비롯한 관리자들은 자살예방에 대한 인식을 높일 수 있으며, 그들의 의지는 자살예방사업 추진 뿐만 아니라 부서간 협력을 증진시키는 동력이 될 수 있다. 자살예방사업은 그 특성 상 정신건강 뿐만 아니라 의료, 사회복지, 행정, 안전, 교육 등 다양한 부서가 담당해야 할 역할이 있으며, 민간 지역사회 자원과의 협력이 필수적이다. 이 과정에서 담당실무자의 역량으로 다양한 부서와 주체들을 묶기에는 현실적인 어려움이 있으므로 지자체의 책임있는 관리자가 이를 조직하고 정기적으로 각각의 역할에 대해 협의하고 조율해갈 필요가 있다. 일본의 경우, 지자체 내 부서간 협력을 증진하기 위하여 ‘자살종합대책에 사업별로 담당부처를 명시하여 역할을 분명히 하였으며, 각 지자체가 자살예방계획을 수립할 때 행정 수장의 결정에 따라 관청 내 다른 부서의 사업 중 자살예방 관련 사업을 조사하여 자살예방 관점을 접목시켜 사업을 보완하도록 하였다(일본 후생노동성, 2018). 또한 자살예방계획에 각 사업의 담당 부서와 실시 시기를 명확하게 명시하여, 자살예방 담당자가 관계 부서에 개별적으로 협조를 구하지 않고도 추진 정도만 파악하도록 하였다.

다음으로, <제3차 자살예방 기본계획> 20개 세부과제들 중 각 지자체가 독자적으로 추진하기 어렵거나 추진 자원이 열악한 사업들에 대해서는 중앙정부의 보다 적극적인 지원이 필요하다. 최근 정부가 발표한 <자살예방 국가 행동계획>은 이러한 문제점을 다소 해결해줄 수 있을 것으로 기대된다. 본 연구에서 광역자치단체들이 가장 추진하지 못하고 있는 과제로 나타난 ‘온라인상의 자살유해정보 차단 강화’의 경우 <자살예방 국가 행동계획>의 역점 과제 중 하나로 정부가 2018년 6월부터 온라인 상의 자살유해정

보 유통금지 및 차별 근거를 마련할 계획이다. '국가 차원의 공공 정신건강 서비스 기능 확대도 정신건강복지센터의 인력을 확충하고 국가검진의 우울증 검진을 확대하는 등의 대안이 제시되어 있다. 또한, '자살예방 사회복지안전망 강화'를 위해서는 사회복지서비스 제공기관 간 연계강화를 추진하고, '자살 관련 언론보도 개선'을 위해 방송 및 언론사 대상 세미나와 교육을 강화하겠다는 계획이 담겨 있다.

이러한 <자살예방 국가 행동계획>이 얼마나 실현될 것인지는 예산과 인력 등 정책추진의 물적 자원 확보에 달려있다. 2017년까지 우리나라의 자살예방 정책은 보건복지부 정신건강정책과의 2명이 담당하였으며, 2017년 보건복지부 소관 자살예방사업 예산은 104억 4천3백만원에 불과했다. 최근 눈에 띄는 자살률 감소 성과를 거두고 있는 일본의 경우 총리실 산하에 자살대책추진본부와 자살대책추진실이 있어서 11명의 전담인력이 7,633억 원의 예산을 가지고 자살예방정책을 추진하고 있는 것과 비교된다(이인준, 2017). 지자체 자살예방사업 담당자들도 인력과 예산 부족을 자살예방사업 추진의 가장 큰 장애요인 중 하나로 꼽았다(송인한 등, 2016, p.55). 중앙정부(보건복지부)의 자살예방사업비로는 지역자살예방센터의 인건비 일부를 충당하는 정도이기 때문에 대부분 지자체 자체 예산을 통해 사업을 진행해야 하는데, 지자체장의 관심에 따라 인력과 예산의 지역별 편차가 매우 크다는 것이다(송인한 등, 2016, p.26). 이러한 물리적 환경의 조성은 보건복지부나 개별 지자체의 노력만으로는 이루기 어려운 문제로, 정부의 의지가 중요하다. 또, 2018년에도 보건복지부 내에 자살예방과를 신설되었는데, 각 지자체에도 자살예방 전담 인력이 최소한 1인 이상 배치될 필요가 있다.

이러한 물리적 환경 조성과 함께 <자살예방방법>에서 명시되었음에도 불구하고 2017년에서야 본격적으로 시작된 지자체의 자살예방계획 추진실적 평가가 체계적으로 지속되어야 한다. 어떠한 정책이든 객관적인 평가를 통해 수정·보완되는 과정을 거쳐야만 실질적인 성과를 기대할 수 있기 때문이다. 따라서 추진실적 평가는 단순히 지자체들을 성과에 따라 줄 세우는 방식이 아니라 실제 지자체의 정책 추진에 도움이 되는 방향으로 이루어져야 할 것이다. 이를 위해서는 지자체의 자살예방시행계획이 각 지역의 자살현황을 얼마나 잘 반영해 수립된 것인지, 그에 따라 얼마나 합리적인 성과목표를 설정하고 추진하였는지 등을 살펴볼 만한 평가지표가 마련되어야 할 것이다.

본 연구는 광역자치단체의 자살예방계획서만을 분석했다는 점에서 한계가 있다. 계획서에는 실제 정책 추진 현황이 충분히 반영되지 못했을 수 있으며, 기초자치단체의 현황

을 살펴보지 못하였기 때문이다. 지자체별 자살 특성의 차이와 지역적 맥락의 차이가 존재함에도 불구하고 일괄적으로 자살예방시행계획 추진 실적을 평가하는 것은 지자체 특성을 충분히 반영하지 못하는 본질적 한계를 가질 수 있다. 광역자치단체의 자살예방 정책에 대한 본 연구 결과를 근거로 다음 단계의 연구에는 중앙정부가 제시하는 자살예방정책의 구성요소를 기초로 하되, 각 지자체의 행정특성에 따른 자체노력 정도, 지역의 자살 특성, 인구사회적 특성, 산업 및 경제적 특성 등을 고려한 다차원적인 분석이 이루어지길 기대한다. 이를 통해 지자체 특성을 반영한 중앙정부와의 협력 방안을 모색하고, 효율적인 자살예방사업 추진을 위한 구체적인 대안을 제안할 수 있을 것이다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 우리나라 광역자치단체의 자살예방정책 현황을 국가전략의 맥락에서 체계적으로 점검해보고 실질적인 대안을 제시한 첫 연구라는 점에서 의의가 있다. 정부의 자살예방 국가전략이 지역사회에서 구체적인 정책 및 사업의 형태로 구현되고 추진되는 과정을 자살예방시행계획서를 통해 살펴봄으로써 현재 우리나라 자살예방정책의 지역적 현황과 문제점을 파악하고 대안을 모색하였다. 자살예방정책은 중앙정부와 지방정부가 상호협력하며 유기적으로 만들어지고, 각 지역의 특성을 반영한 맞춤형 정책으로 수립되어야만 자살예방을 위해 실제로 작동할 것이다.

김정수는 연세대학교에서 사회복지학 석·박사학위를 받았으며, 현재 연세대학교와 가천대학교에서 강사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건 및 보건사회복지이며, 현재 자살예방, 압경험자의 사회복지와 삶의 질 등을 연구하고 있다.
(E-mail: newslady88@gmail.com)

김지은은 연세대학교에서 사회복지학 석·박사학위를 받았으며, 현재 연세대학교에서 강사 및 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건 및 보건사회복지이며, 현재 자살예방, 의료사회복지, 여성정신건강, 학제 간 융합연구방법론 등을 연구하고 있다.
(E-mail: junekim119@gmail.com)

송인한은 미국 Washington Univ.에서 석사학위를, Univ. of Chicago에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 연세대학교 사회복지대학원 정교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건 및 보건사회복지이며, 현재 자살예방, 보건의료복지 통합, 학제 간 융합연구방법론 등을 연구하고 있다.
(E-mail: isong@yonsei.ac.kr)

참고문헌

- 강해규. (2003). 지방자치단체 사회복지계획 수립의 과제와 활성화 방안. 보건복지포럼, 75, pp.75-83.
- 김익두. (2013). 지역사회 통합건강증진사업의 현황과 과제. 이슈와 논점, 서울: 국회입법조사처.
- 김정수, 김영래, 정아원, 송인한. (2017). 지방자치단체의 자살예방정책 추진 현황과 개선 방향. 전국 지자체 자살예방계획서의 내용분석. 비판사회정책, 55, pp.257-290.
- 김정수, 송인한. (2013). 자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드, 미국, 아일랜드, 잉글랜드, 스코틀랜드, 호주 및 대한민국의 국가전략. 보건사회연구, 33(1), pp.513-546.
- 박영미, 김병규. (2015). 지방정부의 자살예방정책이 자살률에 미치는 영향. 한국정부학회 학술발표논문집. 서울: 한국정부학회, pp.131-152.
- 보건복지부 외 관계부처 합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획. http://www.spckorea.or.kr/new/sub01/sub06_view.php?Kind=0501&Code=05&No=11444&No2=11444&Thread=A&Type=edit&Next=view&Category=에서 2018.4.15. 인출.
- 보건복지부, 연세대학교, 중앙자살예방센터. (2018). 2018년도 지방자치단체 자살예방시행계획 수립 매뉴얼. 서울: 중앙자살예방센터.
- 보건복지부. (2016). 생명사랑플랜: 제3차 자살예방기본계획('16~'20년). 세종: 동 기관.
- 보건복지부. (2016). 지방자치단체 자살예방계획 수립 매뉴얼. 세종: 동 기관.
- 소리마치 요시히데. (2017). 일본의 자살예방법 개정과 예방 체계. 한·일 자살예방 심포지엄 자료집 《누구도 자살로 내몰리지 않는 사회를 위하여》. 공주: 충청남도·충청남도광역정신건강복지센터, pp.13-31.
- 송인한, 김정수, 권세원, 김지은, 김영래, 정아원. (2016). 지자체 자살예방계획 수립 매뉴얼 개발. 세종: 보건복지부.
- 송인한, 김정수, 이은정, 김지은, 권세원, 정아원, 김은실, 이은진. (2017). 지자체 자살예방시행계획 추진 효율화 방안. 세종: 보건복지부.
- 이기우. (2008). 조례활성화를 위한 지방의회의 역할강화. 지방자치법연구, 20(8),

pp.123-139.

- 이상영, 정진욱, 김영택, 윤시문, 채수미, 채희란, 등. (2014). 자살위험도 결정요인 및 지역 간 격차요인 분석. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이상영. (2015). 우리나라 자살예방 대책의 문제점과 개선방안. 보건복지포럼, 229, pp.34-49.
- 이인준. (2017.10.31). 자살률은 OECD 1위, 예방예산은 일본의 고작 1.3%. 뉴시스.
- 이재완. (2006). 지역복지환경변화에 따른 지역사회복지계획수립의 과제. 한국지역사회복지학, 19, pp.97-116.
- 이채정, 김상우. (2013). 자살예방사업의 문제점과 개선과제. 서울: 국회예산정책처.
- 일본 후생노동성. (2018). 시정촌 자살대책계획 수립 지침서. Suicide Policy Research, 2(1), pp.66-95.
- 정진욱. (2013). 일본의 제2차 자살예방 종합대책. 보건복지포럼, 200, pp.19-29.
- 정진욱. (2018). 일본의 자살예방대책. 국제사회보장리뷰, 4, pp.16-26.
- 정효정. (2009). 지역사회복지계획 수립의 과제와 방향. 한국지역사회복지학, 31, pp.139-163.
- 최용환. (2011). 자살의 사회경제적 진단. 이슈&진단, 3, pp.1-25.
- 최윤영, 최승원. (2014). 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」의 법적 쟁점과 과제. 행정법연구, 40, pp.151-182.
- All-Party Parliamentary Group on Suicide and Self-Harm Prevention. (2013). *The Future of Local Suicide Prevention Plans in England*. London: Author.
- All-Party Parliamentary Group on Suicide and Self-Harm Prevention. (2015). *Inquiry into the State of Local Suicide Prevention Plans in England*. London: Author.
- Caan, W. (2013). Urgent need for proactive leadership in local suicide prevention plans, *British Medical Journal*, 346, p.f1529.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Iddi, S., Arensman, E., Gottlebe, K., Koburger, N. et al. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior. Results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *Journal of Affective Disorders*, 165, pp.142-150.

- HM Government Department of Health. (2012). *Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives*. <http://www.dh.gov.uk/publications>에서 2018.4.1. 인출.
- Mental Health Commission of Canada. (2014). *#308conversations Report*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/initiatives/11884/308conversations>에서 2018.3.30. 인출.
- Organization of Economic Cooperation and Development (OECD). (2017. Dec. 10 인출). *OECD Health Data 2017: Frequently Requested Data*. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT 에서 2018.4.1. 인출.
- Public Health England. (2014). *Guidance for developing a local suicide prevention action plan*. London: Author.
- Public Health England. (2016). *Local suicide prevention planning: A practice resource*. London: Author.
- Shiraishi. Y. (2012). Impact of Safe Community Model in Suicide Prevention in Japan. *British Medical Journal*, 18, pp.33-34.
- Taylor, S. J., Kingdom, D., Jenkins, R. (1997). How are nations trying to prevent suicide; An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, pp.457-463.
- Torjesen, I. (2013). Local authorities must have suicide prevention plans, says parliamentary report. *British Medical Journal*, 346.
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC: Author.
- WHO. (2016). *Preventing suicide: A community engagement toolkit (Pilot version 1.0)*. Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: Author.

2017 Suicide Prevention Policies of Metropolitan Local Governments in Korea: Analysis of Core Components and Detailed Plans Based on the 3rd National Suicide Prevention Master Plan and the Local Government Suicide Prevention Plan

Kim, Jung-Soo
(Yonsei University)

Kim, Ji Eun
(Yonsei University)

Song, In Han
(Yonsei University)

As the United Nations and the World Health Organization emphasized on suicide prevention national strategies, the local government's leading role in reducing suicide rates is a key factor. Especially the local government's suicide prevention plan, which has been established in accordance with the local situation and context, is very important for effective suicide prevention projects. To investigate whether the core components for achieving effective suicide prevention programs were included in the local governments' suicide prevention plans, suicide prevention policies of all 17 metropolitan local governments in Korea were investigated based on the 20 detailed tasks in the 3 strategies of the National Suicide Prevention Policy and the 11 core components of the Local Governments Suicide Prevention Plan Implementation Manual for in-depth contents analysis and descriptive statistics. The results show that the planning system, schedule, management plan need to be improved when establishing the metropolitan governments' suicide prevention plan. Based on these findings, we discussed the need to supplement the local governments' suicide prevention policy to reduce the suicide rate and propose the future direction of suicide prevention policy.

Keywords: Suicide Rate, Suicide Prevention Policy, Suicide Prevention Plan, Metropolitan Local Government, Policy Analysis