

# 자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드 · 미국 · 아일랜드 · 잉글랜드 · 스코틀랜드 · 호주 및 대한민국의 국가전략

김 정 수  
(연세대학교)

송 인 한\*  
(연세대학교)

자살문제에 대한 적극적인 예방대책으로서 세계보건기구(WHO)는 각국 정부에 국가적 차원의 접근을 권장하고 있으며, 국가전략 시행은 자살률 감소에 효과적인 것으로 평가되고 있다. 이에 본 연구는 효과성이 입증된 뉴질랜드 · 미국 · 아일랜드 · 잉글랜드 · 스코틀랜드 · 호주의 6개국 국가전략과 우리나라 국가전략인 제2차 자살예방종합대책을 WHO가 자살예방 국가전략 수립을 위해 권장하고 있는 프레임워크의 핵심요소인 (1) 명확한 목표, (2) 위험요인 및 방어요인, (3) 대상별 효과적 개입방법, (4) 집계시스템 개선 및 연구, (5) 모니터링 및 평가의 구체성 차원에서 비교 · 분석하였다. 분석 결과, 성과목표나 개입방법은 비교적 구체적으로 제시된 반면, 조직적 수준에서 우리나라 국가전략은 조직간 협력이 불명확하고, 위험 및 방어요인 분석이 미흡하며, 예방전략 효과성 평가가 부족함이 발견되었다. 이에, 국가전략 시행과정과 성과를 점검하고 보완 · 발전시키기 위한 평가 계획이 실행되어야 함을 제안하였다.

주요용어: 자살예방, 국가전략, 국가간 비교, WHO

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

■ 투고일: 2013.1.31    ■ 수정일: 2013.3.7    ■ 게재확정일: 2013.3.15

## I. 서론

### 1. 연구 배경 및 필요성

세계보건기구(WHO, 2012)에 따르면 매년 전 세계에서 약 100만 명이 자살로 사망하며, 특히 가장 생산적인 연령층(15~44세)에서 자살은 3대 사망 원인 가운데 하나이다. WHO(2012)는 2008년 자살을 인류의 정신건강을 위해 선결해야 할 문제로 규정하였고, 경제협력개발기구(OECD) 역시 매년 회원국들의 주요 보건지표의 하나로 자살사망률을 취합하여 발표하고 있다. 자살 문제의 심각성은 경제적 비용 측면에서도 평가되고 있는데, 우리나라의 경우 원시연(2011)의 국회입법조사처 현안보고서에 의하면 2009년 한 해 동안 자살 또는 자살시도로 인해 소요된 사회 경제적 비용이 적게는 2조 4,149억 원에서 많게는 5조 9,663억 원에 이른다<sup>1)</sup>.

이에 국제연합(UN)과 WHO 등은 각국 정부가 자살 문제에 보다 적극적으로 대응할 것을 권고하고 있다. 특히 UN이 1996년 자살예방 국가전략 수립을 위한 지침으로 발간한 『자살예방: 국가전략의 수립과 이행을 위한 가이드라인(Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies)』은 이후 많은 나라들의 자살예방 국가전략 수립에 영향을 미쳤다(Anderson & Jenkins, 2005; 전우택 외, 2004; WHO, 2012). 이렇게 수립된 국가전략들은 실제로 자살률 감소에 효과적인 것으로 평가되고 있다(Matsubayashi & Ueda, 2011).

자살예방을 위한 국가전략이란 “정부에 의해 다면적이고 통합적으로 조정된 일련의 자살 관련 활동들”(Platt et al., 2006: 161)을 말한다. 단순히 정부가 주도하는 자살예방 활동을 말하는 것이 아니라, 다양한 자살예방 활동들을 조정·통합해 추진하는 체계를 갖췄을 때 국가전략이라고 할 수 있다는 의미이다(Taylor et al., 1997). WHO(2012)는 현재 노르웨이·핀란드·영국·뉴질랜드·호주·스웨덴·미국 등 25개국 이상이 이러한 자살예방 국가전략을 수립·추진하고 있는 것으로 파악하고 있다.

우리나라 역시 통합적인 국가전략으로서 2004년 자살예방 5개년 계획을 수립하여 시행하였으며, 2009년부터 이를 보완한 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)을 시작

---

<sup>1)</sup> 이는 자살 사망자와 관련된 내부 비용(진료비와 우울증 치료비, 응급 이송비, 수사비, 조기사망비용)에 자살자 가족과 관련된 외부 비용(진료비, 교통비, 작업손실비 등)을 함께 고려해 추계한 것이다.

하였다. 그러나 2010년 현재 우리나라의 자살사망률은 인구 10만 명 당 33.5명으로, 자살예방 5개년 계획이 처음 세워진 2004년의 자살률(29.5명)에 비해 오히려 1.14배 증가하였으며 OECD 회원 34개국(평균 자살률 12.8명) 가운데 가장 높은 수준이다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2012)<sup>2)</sup>.

자살문제는 여러 복합적인 사회적·경제적 요인이 관련되어 있어 자살예방 국가전략의 효과성만을 단기적으로 측정하기 어렵다. 그러나 국가적 차원의 예방대책을 수립한 지 10년이 되어감에도 불구하고 우리나라의 자살률이 감소되지 않았다는 사실은 국가전략을 다시 한 번 면밀히 검토해야 할 필요성을 제기한다. 이에 본 연구는 우리나라 자살예방 국가전략을 개관하고, 효과성 검증이 시도된 해외의 우수 국가전략들과 우리나라의 국가전략을 WHO가 권고하는 자살예방 프레임워크에 근거하여 비교분석하고자 한다. 이를 통해 우리나라의 자살예방 국가전략이 수정·보완되어야 할 바에 대한 방향을 제시할 수 있을 것이다.

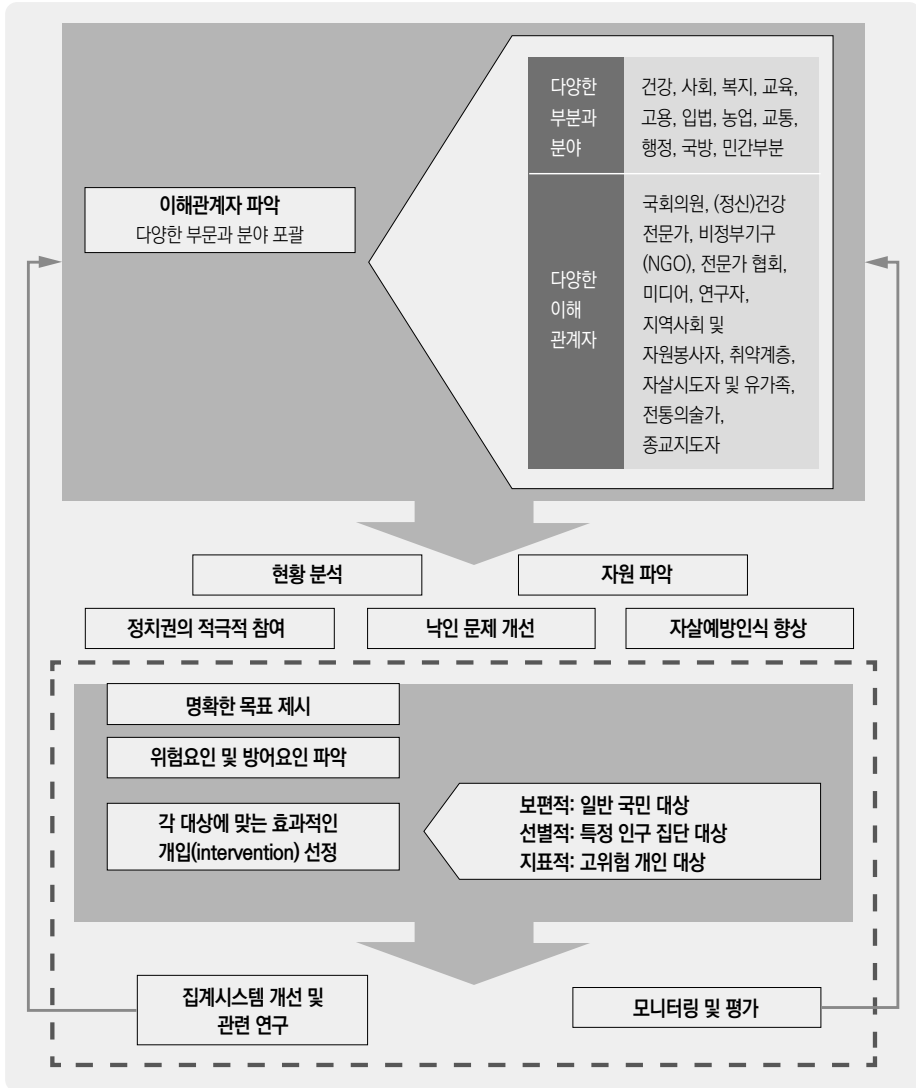
## 2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 연구 목적을 정리해 보면 다음과 같다.

- 첫째, 우리나라와 해외 주요 국가들의 자살예방 국가전략 수립 현황을 살펴본다.
- 둘째, WHO의 국가전략 프레임워크(2012, 그림 1)를 기준으로 우리나라와 해외 주요 국가들의 자살예방 국가전략 내용을 비교해본다.
- 셋째, 우리나라 자살예방 국가전략을 수정·보완해야 할 점이 무엇인지 제시한다.

<sup>2)</sup> 여기에서 제시된 우리나라의 자살사망률은 연령 구조 차이가 제거된 국제간 비교를 위해 OECD 기준인구로 표준화된 수치이기 때문에 국내 통계청 자료의 수치와 차이가 날 수 있다.

그림 1. 본 연구의 분석틀로 이용된 WHO(2012)의 자살예방 국가전략 프레임워크



### 3. 연구 방법

본 연구의 목적을 위해 검토하고 우리나라의 국가전략과 함께 비교·분석한 자살예 방 국가전략들은 뉴질랜드·미국·아일랜드·잉글랜드·스코틀랜드·호주 등 해외 6

개국의 문헌이다. 사실 잉글랜드와 스코틀랜드는 북아일랜드·웨일즈와 함께 영국(United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland: UK)이라는 연합정부를 이루는 4개의 자치행정부들이다. 그러나 영국의 경우 연합정부가 아닌 자치행정부 차원에서 독자적인 자살예방 국가전략을 수립하여 시행하고 있기 때문에, 본 연구에서는 편의상 각각을 하나의 독립된 국가인 것처럼 지칭하였다.

분석 대상은 첫째, 해외의 연구 논문을 통해 효과성이 입증된 국가의 전략으로서, 둘째, 해당 국가에 의해 공식적으로 영문 자료 형태로 온라인에 공개된 국가전략일 경우 선정되었으며, 셋째, 국가전략이 개정된 경우 가장 최근에 발간된 문헌을 분석대상으로 삼았다. 이에, 첫 번째 단계로 자살예방 국가전략의 효과성을 분석한 대표적 연구인 Matsubayashi와 Ueda(2011)의 논문을 토대로 호주·덴마크·핀란드·프랑스·독일·아일랜드·뉴질랜드·노르웨이·스웨덴·잉글랜드·스코틀랜드·미국 등 12개국의 국가전략을 선별하였다<sup>3)</sup>. 이 가운데 인터넷을 통해 영어로 된 전문(全文)의 공식 문헌을 입수할 수 있었던 경우는 호주·아일랜드·뉴질랜드·노르웨이·잉글랜드·스코틀랜드·미국의 7개국이었다. 1980년대에 수립된 핀란드의 국가전략은 평가서만 존재하고 원래의 국가전략 문헌 자체는 입수 불가하였으며, 그 외 선정에서 제외된 국가들의 경우 영어 검색어<sup>4)</sup>로 검색이 불가능하였다. 또한, 각국이 국가전략을 보완·발전하고 있음에, 대상 국가들이 전략의 대상을 확대하거나 개정한 경우 최신 전략 문헌을 기준으로 분석하였다. 즉, Matsubayashi와 Ueda(2011)의 연구는 각국이 2004년을 기준으로 이미 운영하였거나 추진하고 있던 국가전략을 분석대상으로 삼았으나 본 연구는 2012년 12월을 기준으로 현재 추진되고 있는 국가전략의 문헌을 분석대상으로 선정하였다. 이에 따라 노르웨이의 국가전략은 1994에 수립돼 1998년에 시행 완료된 것이기 때문에 분석 대상

3) 이들은 모두 2004년을 기준으로 자살예방 국가전략을 수립·추진하고 있던 나라로, Matsubayashi와 Ueda는 이러한 국가전략이 자살률 감소에 효과가 있다고 평가하였다. 잉글랜드와 스코틀랜드의 경우 이 연구에서는 따로 구분하지 않은 채 영국이라는 하나의 연합국가 차원에서 국가전략이 2002년 수립된 것으로 보고 그 효과를 분석하였지만, 영국의 자치행정부들 가운데 가장 규모가 큰 잉글랜드와 스코틀랜드 모두 2002년에 각각의 국가전략을 수립하였기 때문에 전체적인 효과성 분석에는 큰 문제가 없었을 것으로 보인다. 대신 본 연구에서는 국가전략의 내용을 구체적으로 분석하고자 하였기 때문에 잉글랜드와 스코틀랜드를 구분하였고, 2005년에 수립된 북아일랜드의 국가전략은 분석대상에서 제외하였다.

4) 1차적으로 해외 논문의 참고문헌에 나온 해당 국가의 관련 사이트를 통해 검색하고, 검색 포털 사이트(google)에서 suicide, prevention, national, strategy, plan 등의 단어를 여러 방법으로 조합하여 다시 한 번 검색하였다.

에서 제외하였다. 이러한 기준에 따라 최종적으로 분석 대상으로 선별된 자살예방 국가 전략은 다음과 같이 우리나라를 포함, 총 7개였다.

- 가. 뉴질랜드: 『New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016』(2006)
- 나. 미국: 『2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action』(2012)
- 다. 아일랜드: 『Reach Out: National strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014』(2005)
- 라. 잉글랜드: 『Preventing Suicide in England: A Cross-Government Outcomes Strategy to Save Lives』(2012)
- 마. 스코틀랜드: 『Choose Life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland』(2002)
- 바. 호주: 『Life Is For Everyone(LIFE): A Framework for Prevention of Suicide in Australia』(2008)
- 사. 한국: 『제2차 자살예방종합대책(2009~2013)』(2008)

본 연구에서는 국가전략 문헌에 직접적으로 언급된 내용만을 검토·분석 대상으로 삼았다. 국가전략들의 실제 추진 경과나 성과 등 공식 문헌에 제시되지 않은 내용은 본 연구의 분석 범위에 포함되지 않았다.

이 문헌들의 내용 비교·분석에 있어 먼저 각국 국가전략의 개괄적인 검토를 통해 조직적인 측면을 살펴보고자 하였으며, 내용적인 측면에서는 WHO가 자살예방 국가전략의 프레임워크로서 이용하도록 발간한 『자살예방을 위한 공중보건의 실천적 프레임워크(Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework)』(2012)를 토대로 성공적인 국가전략을 위한 핵심요소들이 어떻게 구체화되어 있는지 분석하였다. 이 WHO 프레임워크는 UN이 자살예방 국가전략의 개발을 위해 1996년 제시하여 여러 나라의 국가전략 수립에 영향을 끼친 가이드라인을 기초로 최신 연구 성과를 반영하여 수립되었다. WHO의 프레임워크는 성공적인 자살예방 국가전략의 핵심 구성요소로서 ‘명확한 목표’, ‘위험요인 및 방어요인’, ‘대상별 효과적인 개입방법’, ‘집계 시스템 개선 및 관련 연구’, ‘모니터링 및 평가’를 꼽고 있는데, 본 연구는 이 구성요소들을 지표로

활용하여 각국의 전략이 이에 대한 내용을 얼마나 구체적으로 서술하거나 제시하고 있는지 비교·분석하였다. 마지막으로 다수의 선행연구들이 국가전략의 가장 핵심적인 요소로 꼽은 효과성 평가 관련 내용에 대해 심층적으로 비교하였다.

## II. 자살예방 국가전략에 관한 이론적 고찰

### 1. 세계보건기구(WHO)의 프레임워크와 자살예방 국가전략의 발전 과정

각국이 국가전략을 보다 효율적으로 개발할 수 있도록 돕기 위한 최신 가이드라인인 WHO(2012)의 『자살예방을 위한 공중보건의 실천적 프레임워크』는 자살예방 국가전략의 필요성을 다음과 같이 설명하고 있다. 첫째, 자살예방 국가전략은 자살문제의 범위와 규모를 가늠하게 해줄 뿐 아니라, 자살행동이 중요한 공중보건 문제라는 사실을 보다 명확히 인지하게 해준다. 둘째, 정부가 자살문제를 해결하기 위해 적극적으로 나섰다라는 사실을 공표해준다. 셋째, 화합적인 국가전략은 자살예방의 다양한 측면들을 서로 유기적으로 결합하는 구조적 틀을 갖추게 해준다. 넷째, 자살예방과 관련된 주요 이해관계자들을 파악하고 그들 각각에 대해 적절한 책임을 부여하는 역할을 한다. 또한 이렇게 다양한 집단들 간의 협력 방안을 가늠하게 해준다. 다섯째, 자살예방과 관련된 현재의 법체계, 서비스 제공, 데이터 집계 등의 문제점을 파악하게 해준다. 여섯째, 체계적으로 자살문제의 심각성을 널리 알리고, 인식을 개선하며, 대중매체를 통해 홍보할 수 있도록 한다. 일곱째, 철저한 모니터링과 평가체계를 제시해주며, 이를 통해 개입(intervention) 관계자들이 더욱 책임성을 느끼도록 만들어준다. 마지막으로, 자살행동을 연구할 수 있는 환경을 제공해준다.

WHO는 이미 1989년에 회원국들에게 다른 공중보건 정책들과 연계 가능한 국가적 차원의 자살예방 프로그램들을 만들도록 권고한 바 있다(Taylor et al., 1997). 하지만 바람직한 국가전략의 구체적인 틀은 1996년 UN이 발간한 『자살예방: 국가전략의 수립과 이행을 위한 가이드라인』을 통해서야 비로소 제시되었다. 1990년대 초 일부 국가에서 자살문제에 대한 우려가 증가하면서 UN과 WHO 등에 비용 효과적이고 포괄적인

국가적 차원의 자살예방계획 수립에 관해 자문을 구한 결과물이었다(WHO, 2012). UN의 가이드라인은 자살예방을 위한 섹터 간의 협력과 다양한 관점의 접근, 지속적인 평가와 검토, 그리고 전략의 효과성을 증진시키는데 필수적인 요인들의 파악이 필요하다는 점을 강조하였다(Anderson & Jenkins, 2005; WHO, 2012). 여기에 포함되는 국가전략의 필수요인은 정부의 정책적 지원, 일관성 있는 개념적 틀, 명료하게 정의된 목적과 목표, 측정 가능한 성과목표, 이러한 목표 달성을 위한 기관과 조직의 파악, 그리고 지속적인 모니터링과 평가 등이다.

UN의 가이드라인이 처음 발간된 1996년 당시 자살예방을 위한 국가적 차원의 포괄적 체계를 갖고 있는 나라는 핀란드가 유일하였다. 핀란드가 1992년 발표한 *Suicide Can Be Prevented. A Target and Action Strategy for Suicide Prevention*은 세계 최초의 자살예방 국가전략으로 평가된다(De Leo et al., 2003). 핀란드는 이 국가전략을 개발하기 위해 10년의 준비과정을 거쳤다. 1986년 10개년 계획인 *Suicide Prevention Project*를 수립한 뒤 첫 단계로 1987년 1년 동안의 자살사망 총 1397건에 대해 심리적 부검(psychological autopsy)을 실시하였다(Taylor et al., 1997; Anderson & Jenkins, 2005). 심리적 부검이란 자살자의 주변인물 인터뷰 등을 통해 자살 당시 심리사회적 스트레스, 유전성 질환 유무, 평소 성격, 심리적 특성 등을 진단하여 자살의 원인과 경로를 추적하는 방법을 말한다. 연구진은 의료 및 사회보장자료, 경찰기록 등을 모두 조사하고 가족·친구·고용주·의료진과도 일일이 면접 조사한 결과 자살사망자의 80%가량이 사망 당시 정신적 질환상태였음을 밝혔다. 2010년 현재 핀란드의 자살률은 인구 10만 명 당 17.3명으로 1990년 자살률이 30.2명에 이르렀던 것에 비해 매우 감소하였는데(OECD, 2012), 1980년대 중반부터 이와 같이 대규모 기금을 투자해 자살원인을 파악하고 국가전략을 수립해 시행한 효과로도 볼 수 있을 것이다. 핀란드의 국가전략 시행 과정과 체계적인 내용은 많은 나라들의 벤치마킹 대상이 되었다(Taylor et al., 1997; Anderson et al., 2005).

핀란드의 국가전략 수립과 UN 가이드라인 발간 이후 20년 가까운 시간이 흐르면서 더 많은 나라들이 국가전략에 관심을 갖게 되었을 뿐 아니라 자살 연구의 성과도 더 많이 축적되었다. WHO(2012)는 『자살예방을 위한 공중보건의 실천적 프레임워크』의 서문에서 “(UN 가이드라인 발표 이후) 그동안 자살예방 관련 연구도 보다 역학적으로 바뀌고, 공중보건 분야 전반에 걸쳐 근거기반의 개입 프로그램이나 서비스가 중시되고



있다”(p.6)면서, 프레임워크가 UN 가이드라인에 이러한 추세와 연구 성과물들을 반영·보완한 것임을 밝히고 있다.

## 2. 자살예방 전략의 국가 간 비교에 관한 선행 연구

각국의 자살예방 전략들을 비교한 국내연구는 현재로서는 미미한 수준이다. 유일한 관련 국내연구인 전우택 외(2004)의 보건복지부 연구보고서는 UN의 가이드라인과 핀란드·미국·영국·호주의 국가전략을 상세히 소개하면서 우리나라 자살예방 국가전략 수립 시 고려할 만한 과제를 제시하는 데 중점을 두었으나, 체계적인 프레임워크를 통해 국가전략들을 다차원적으로 비교한 연구는 국내에서 현재까지 이루어지지 않았다.

해외에서는 Taylor 외(1997)의 연구가 자살예방 국가전략에 관한 가장 선구적인 연구 중 하나라고 볼 수 있다. 단순한 정부 주도의 프로그램이 아니라 종합적인 국가전략을 가지고 있는 나라들(핀란드·노르웨이·호주·뉴질랜드<sup>5)</sup>·스웨덴)을 중심으로 각국 국가전략에 나타난 주요 표적집단(target groups)과 개입(intervention) 내용의 차이점 등을 비교한 연구였다. 분석 결과 표적집단은 대체로 유사하지만 조직이나 개입방법에서는 다른 점이 많은 것으로 나타났는데, 향후 연구에서는 이러한 차이점이 자살률 등에 미치는 효과를 면밀히 평가해야 할 필요성이 제기되었다.

자살예방 국가전략들에 대한 비교 연구는 2000년대에 활발해졌는데, 접근 방식은 다양하였지만 대부분 결론에서는 국가전략의 핵심적인 요소로서 개입활동의 효과성을 높이기 위한 평가 관련 내용의 중요성을 가장 강조하였다. Anderson과 Jenkins(2005)의 연구는 세계 각국을 ‘구대륙 vs. 신대륙’ 등의 여러 방식으로 분류해 자살률을 비교해보고, 자살의 경제적 함의를 토대로 구체적이고 종합적인 국가전략의 필요성을 제기하였는데, 결론에서 국가전략의 성공을 위해 가장 중요한 요소는 자살예방 활동의 근거를 마련하기 위한 연구와 평가의 수행임을 주장하였다. Platt 외(2006) 역시 스코틀랜드의 국가전략에 대한 공식 중간평가보고서에서 잉글랜드·아일랜드·호주·뉴질랜드·핀란드·노르웨이·미국·캐나다의 국가전략들을 비교하면서, 스코틀랜드 국가전략의 장점으로 전략의 수행 과정에 대한 평가 관련 내용이 다른 나라보다 구체적으로 포함되어 있다는 점을 꼽았다.

5) 뉴질랜드와 호주는 당시 청소년 대상의 국가전략을 수립·추진 중이었다.

이와 같이 국가전략에 대한 많은 연구들은 자살예방 개입활동들에 대한 평가 관련 내용을 강조하였다. 자살은 개인적 원인이 다양하고 복합적일 뿐 아니라 각국의 사회·경제·문화적인 요인이 영향을 미치는 현상이어서 효과성을 측정하기가 매우 어렵다(Beautrais, 2005). 개별 개입활동이나 프로그램 뿐 아니라 국가전략 자체의 효과성 평가도 마찬가지로, UN과 WHO 등이 국가전략의 필요성을 강조하고 있음에도 불구하고 그 효과성을 면밀하게 평가한 연구는 드물며, Matsubayashi와 Ueda(2011)의 연구는 이 주제에 대한 두드러진 연구라고 할 수 있다. Beautrais(2005)나 Mann 외(2012)의 연구가 주로 국가전략에 포함된 개입 프로그램들을 주제별로 분류해 효과성을 분석한 반면, Matsubayashi와 Ueda(2011)의 연구는 전체적인 국가전략이 자살률 감소에 미치는 영향을 매우 세심한 접근방법을 통해 분석하고 있다. 이 연구에서 1980년부터 2004년까지 25년 간 OECD 회원 21개국의 자살률 관련 데이터 525개를 대상으로 국가전략의 수립·시행 여부와 시기는 물론, 각국의 인구학적·경제적·사회적·정치적 요소들을 독립변수로 이용해 자살률 감소 효과를 분석한 결과 국가적 자살예방 프로그램을 도입한 경우 자살률이 평균 1.384명 떨어지는 것으로 나타났다. 성별로는 남성에게 유의미한 자살률 감소가 나타났으며, 24세 이하의 청소년층과 65세 이상의 노인층에서는 여성에게도 유의미한 감소가 있었다. 특히 65세 이상 남성은 국가전략의 도입 후 자살률이 3.5명 감소하는 등 효과가 가장 큰 것으로 나타났다. 반면 주요 근로연령대인 25~64세 인구에서는 성별과 상관없이 국가전략의 효과가 없는 것으로 나타났다.

Matsubayashi와 Ueda(2011)의 연구에는 몇가지 한계도 존재한다. 국가전략의 어떠한 요인이 자살률 감소에 결정적인 역할을 했는지는 밝히지 못했으며, 국가 간 자살률 감소 효과의 차이는 분석결과에 나타나 있지 않았다. 또한 각국 자살률의 자연적인 감소 추세와 국가전략 도입이 우연히 일치했을 가능성도 배제할 수 없다. 그럼에도 불구하고 자살률에 영향을 미치는 다양한 변인들을 고려하여 전체적인 국가전략의 효과성을 확인한 유일한 연구라는 점에서 그 의미가 크다고 볼 수 있다. 이에 본 연구는 Matsubayashi와 Ueda(2011)의 연구결과를 출발점으로 삼았다. 즉, 국가전략이 자살률 감소에 효과적일 것이라는 전제 하에, 앞의 연구방법에서 밝힌 바와 같이 Matsubayashi와 Ueda(2011)의 연구에서 국가전략의 도입을 통해 자살률 감소 효과를 얻었다고 평가된 나라들을 중심으로 국가전략의 비교분석을 시도하였다.

### Ⅲ. 우리나라와 해외 주요 국가들의 자살예방 국가전략 수립 배경<sup>6)</sup>

본 장에서는 자살예방 국가전략의 내용을 비교·분석하기에 앞서 분석대상 국가별로 전략의 수립 배경과 개발 과정을 간략히 살펴보았다. 이는, WHO의 프레임워크에 따르면 국가전략의 개발은 단계적 접근이 바람직하기 때문이다(그림 1 참조). 좋은 국가전략을 수립하기 위해서는 먼저 이해관계자들을 파악하고, 자살 관련 현황을 분석해보아야 하며, 필요자원 및 가용성을 확인하고, 정치권의 적극적 참여를 유도해야 한다(WHO, 2012). 이와 함께 자살 관련 낙인이나 차별 문제를 이슈화하고 자살예방의식을 향상시키면서 그에 맞는 구체적인 국가전략을 수립·추진해야 한다. 이 전략의 이행이 완료되면 다시 첫 단계로 돌아가 이해관계자 파악부터 새로이 해야 한다는 것이 WHO의 프레임워크가 권하는 국가전략의 개발 과정이다. 본 장은 각국이 그러한 단계별 접근을 하였는지 가능해 보고자 하였다. 여기에서 살펴본 내용은 각국 정부가 국가전략 문헌을 통해 밝힌 것으로서, 별도의 참고문헌이 있는 경우를 제외하고는 정부보고서를 인용의 출처로 삼았다.

[그림 2]와 [그림 3]은 각국의 자살문제 현황에 대한 기본적인 이해를 위해 자살률 변화 추이를 살펴본 것이다. 점선의 표시선은 본 연구에서 분석한 최근의 국가전략이 수립된 시점이다.

#### 1. 우리나라

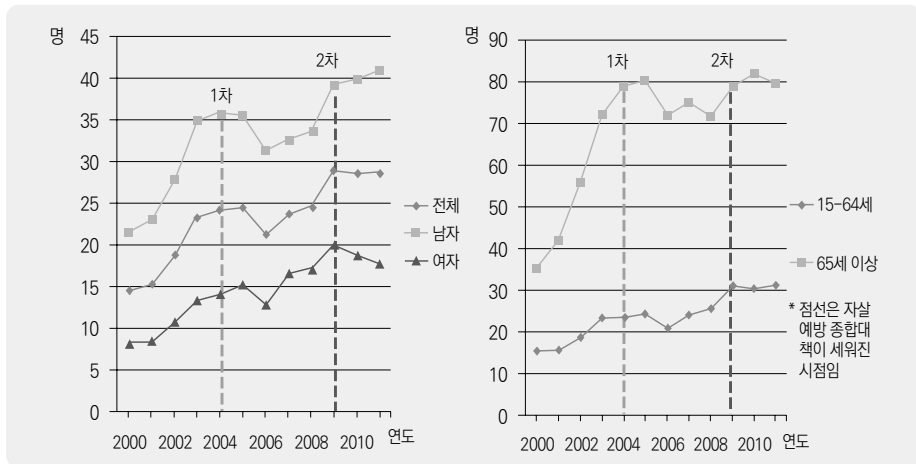
우리나라는 1997년 외환위기 및 2003년 신용카드 문제 등을 기점으로 자살사망률이 급증하면서 세계에서 가장 높은 수준에 이르렀다. 이에 정부는 2004년 자살예방을 위한 최초의 종합적인 국가전략이라고 볼 수 있는 국가자살예방 5개년 계획을 수립·추진하였다. 자살률이 상대적으로 높은 노인 인구가 증가하고 있는데다, 자살률 감소를 이룰 수 있는 요인이라 할 수 있는 생명존중 인식 개선 및 양극화 해소, 경제상황의 호전 등은 단기간에 이룰 수 없는 목표라고 판단했기 때문이다.

이 1차 5개년 계획은 생명존중 문화조성 등의 환경적 접근과 자살 위험자 조기발견 및 치료 등의 대상자적 접근을 포괄하는 추진체계 구축(전략 1), 생애주기와 사업단계별 추진체

<sup>6)</sup> 여기에서 살펴본 내용은 모두 각국 정부가 국가전략 문헌을 통해 밝힌 것으로서, 별도의 참고문헌이 있는 경우를 제외하고는 각국 정부보고서를 인용의 출처로 하였음.

계 구축(전략 2), 공공부문과 민간부문의 역할분담과 협력체계 구축을 통한 사업추진(전략 3) 등에 따라 생애주기 및 사업단계별로 자살예방대책을 제시하였다. 그러나 1차 5개년 계획은 전반적으로는 정부 주도의 정신보건사업에 치중돼 여러 가지 한계점을 노출하였다(원시연, 2011). 또한 잠시 하락하는 듯 보였던 자살률도 다시 증가세로 돌아섰다(그림 2).

그림 2. 우리나라의 성별 및 연령집단별 자살사망률 추이



자료: 통계청(2013)에서 재구성

이에 따라 국내 자살실태를 보다 정밀히 분석하고 민관이 함께 자살예방대책을 수립·집행할 필요성이 제기되었다. 2007년 국무총리실 주도로 관련 부처들이 모여 기본적인 의견을 나누었고, 2008년 2~9월 자살예방 관련 전문가와 단체를 중심으로 민관합동 TF팀을 구성·운영하여 종합대책안을 마련했다. 이어 교육과학부·법무부·소방방재청·경찰청 등 자살예방 관계부처(13개) 간 실무회의와 자살예방대책추진위원회 회의 등을 거쳐 2008년 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)이 수립되었다.

제2차 자살예방종합대책은 적어도 문헌상에서 파악할 수 있는 외양적으로는 1차 계획에 비해 이해관계자들의 폭이 넓어지고 개입 방안도 다양해졌다. 예를 들어 정신보건 영역에 치중되었던 1차 계획과 달리 건강가정지원센터, 청소년상담지원센터, 한국대학교육협의회, 기자회견, 노인전문보호기관 등을 개입 프로그램의 주관대상에 포함하여 보다 통합적인 체계를 갖추었다(원시연, 2011).

## 2. 뉴질랜드

뉴질랜드는 핀란드와 함께 자살예방 국가전략을 오래 전부터 체계적으로 수립·시행하고 있는 나라로 꼽힌다(Taylor et al., 1997; Anderson et al., 2005). 인구가 적은 뉴질랜드에서는 특히 청소년 자살이 심각하게 인식되었는데, 자살예방 국가전략도 청소년을 대상으로 시작되었다. 1998년에 수립한 News Zealand Youth Suicide Prevention Strategy가 그것이다. 이 국가전략의 수립 직후 자살률이 급격히 감소하였으며, 2006년에는 대상을 전 국민으로 확대한 New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016을 수립하여 추진하고 있다.

2010년 현재 뉴질랜드의 자살률은 인구 10만 명 당 11.5명으로 다른 나라들에 비해 높은 편은 아니지만, 나라가 작기 때문에 한 사람의 자살이 주변에 미치는 영향이 더욱 클 것으로 정부는 인식하고 있다. 또한 최근에는 원주민인 Maori족의 자살예방 활동에 보다 초점을 맞추고 있다.

## 3. 미국

1990년대 중반 자살예방 국가전략 수립에 대한 UN 등의 권고안이 나오면서 미국 내에서 지역사회의 많은 시민단체들을 중심으로 이에 대한 여론이 형성되기 시작했다. 1998년 르노에서 민관합동회의가 열린 이후 신속히 진행되어 연방정부는 2001년 11대 과제와 68개 세부과제로 이루어진 National Strategy for Suicide Prevention을 수립하였다. 이후 자살예방금지원법(Garrett Lee Smith Memorial Act)이 제정되고 전국적인 자살예방상담 전화(National Suicide Prevention Lifeline)가 구축되는 등 법적·제도적 성과를 이루었다.

미국은 전략의 효과적 실천을 위해 다양한 민간 섹터의 전문가들을 끌어들이어 2010년 전국자살예방실천연맹(National Action Alliance for Suicide Prevention)을 발족하였다. 이 실천연맹의 주도로 전략의 추진성과를 검토하고 수정·보완한 결과 2012 National Strategy for Suicide Prevention이 수립되었다.

미국 사회가 특히 관심을 갖는 자살 위험군은 퇴역군인(veteran)이다. 이러한 배경 때문에 국가전략과 관련해 연방정부 내에서 보건복지부 뿐만 아니라 교육부와 국방부가 밀접한 협력체계를 구축하고 있다.

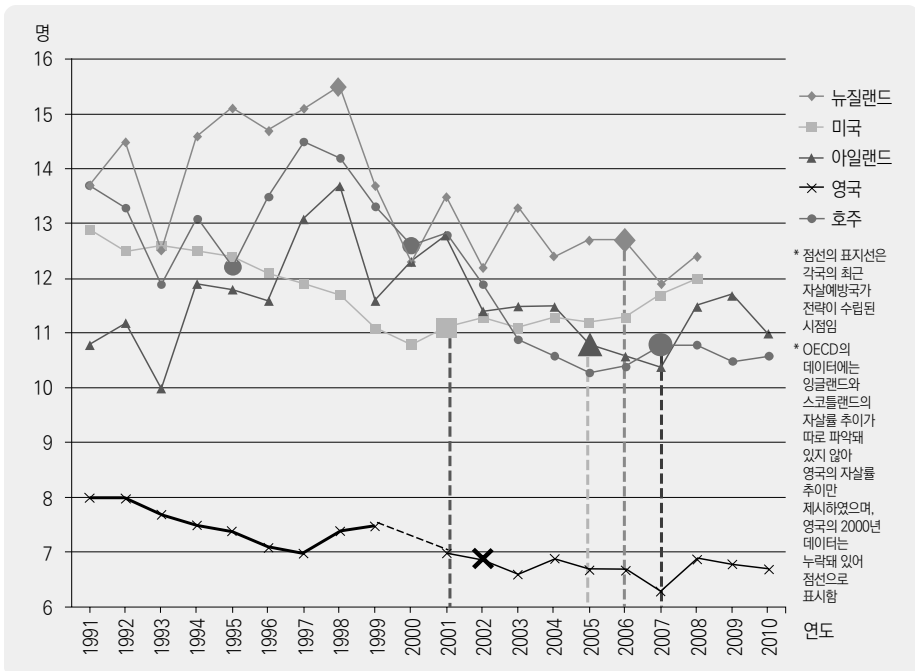
## 4. 아일랜드

아일랜드의 자살률은 1980~90년대 급격한 사회변동을 겪으면서 거의 2배로 급증하였다. 1993년 자살을 더 이상 범죄행위로 규정하지 않는다는 형법이 통과되면서 자살문제에 대한 관심이 더욱 높아졌다. 자살문제에 대응하기 위해 중앙정부 차원의 TF가 만들어졌고, 1998년 자살경향 분석 보고서가 발간되었다. 그러나 여전히 대응이 미흡하다는 평가에 따라 보다 포괄적인 국가전략의 필요성이 제기되었고, 이에 Reach Out: National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014가 수립되었다.

이 전략의 수립을 추진할 당시인 2000~2002년 아일랜드의 자살사망률은 인구 10만 명 당 12.9명으로, 특히 15~24세 청소년 자살률(15.7명)은 유럽연합(EU) 국가들 가운데 5위를 차지할 정도였다. 또 전체 자살 사망자의 40% 가량이 35세 이하 남성일 정도로 젊은 남성층의 자살률이 높으며, 노인 자살도 심각한 것으로 파악되었다.

그림 3. 해외 주요 국가들의 자살사망률 추이

(단위: 인구 10만 명 당, 출처: OECD, 2012에서 재구성)



## 5. 영국

영국(UK)은 잉글랜드·스코틀랜드·북아일랜드·웨일즈 등 4개 자치행정부로 이뤄진 연합국가이다. 잉글랜드(2002년)·스코틀랜드(2002년)·북아일랜드(2005년)는 모두 독자적인 자살예방 국가전략을 수립하여 시행하고 있다. 이 가운데 본 연구의 분석대상 선정 기준에 부합한 잉글랜드와 스코틀랜드의 국가전략을 살펴보도록 하겠다.

### 가. 잉글랜드

잉글랜드의 2008~2010년 연 평균 자살률은 인구 10만 명 당 남성 12.2명, 여성 3.7명으로 선진국들 가운데 가장 낮은 편이다. 여러 가지 이유가 있겠지만 지속적으로 펼쳐온 정신보건정책 및 자살예방정책의 역할도 적지 않았을 것으로 볼 수 있다.

잉글랜드는 1999년 자살은 물론 암 등 주요 질환으로 인한 사망률 감소를 위해 종합적인 보건 국가전략으로 Saving Lives: Our Healthier Nation을 수립·추진하였다. 이것의 여러 가지 목표 중 하나로 2010년까지 자살률을 20% 감소시키겠다는 목표가 설정되었으며, 이를 위해 2002년 별도의 국가전략인 National Suicide Prevention Strategy for England가 수립된다. 이 첫 번째 국가전략은 나름대로 가시적인 성과를 거두었다. 예를 들어 2002년 기준 연간 5000명이던 자살 사망자 수가 2010년 4200명으로 감소하였다. 그러나 2008년 이후 국제경제 위기 등과 함께 자살률이 다시 조금씩 증가하는 추세를 보이는 등 지속적인 자살예방의 필요성이 강조되면서 2012년 개정안인 Preventing Suicide in England; A Cross-government Outcomes Strategy to Save Lives가 마련되었다.

### 나. 스코틀랜드

스코틀랜드 행정부가 2002년 국가 자살예방 전략 Choose Life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland를 수립할 당시 자살률은 UK 전체의 자살률보다 훨씬 높은 편이었다. 자살로 인한 사망자는 연 평균 600여명이었고, 특히 자살 증가율은 10여년 간 유럽에서도 가장 높은 편에 속했다.

이에 스코틀랜드 행정부는 2000년과 2001년 전국의 자살예방 관계자들을 모아 국가

전략에 관한 자문세미나를 개최하였다. 그 결과를 토대로 초안을 마련하고 광범위한 자문과 분석을 통해 확정된 것이 Choose Life였다. 스코틀랜드는 Action Plan을 크게 1단계 2003~2006년, 2단계 2006~2013년으로 나누고 중간 평가들을 통해 계획을 수정·보완하면서 체계적으로 전략을 시행하도록 하고 있다.

## 6. 호주

호주는 1990년대 중반부터 국가적 차원의 자살예방 계획을 추진해온 결과 자살률이 1997년 인구 10만 명 당 14.7명에서 2005년 10.3명으로 감소하였다.

1995년 처음 수립된 National Youth Suicide Prevention Strategy는 청소년 대상이었다. 여기에 5년 동안 3100만 달러의 재정이 투입되었다. 이 국가전략의 대상을 2000년 전 국민으로 확대한 것이 Living is for Everyone(LIFE)이다. 광범위한 파일럿 연구를 토대로 만들어진 LIFE는 자살감소와 정신건강 및 회복력 증진을 위한 정책들을 포괄하는 프레임워크를 제공하였다. 2007년 개정안인 LIFE: A Framework for Prevention of Suicide in Australia 2007이 마련되었는데, 2006년 정신건강에 관한 실천계획이 연방의회의 승인을 받으면서 관련 예산이 거의 2배로 증가하였다.

## IV. 분석 및 논의

본 장에서는 앞서 살펴본 우리나라와 해외 주요 국가들의 자살예방 국가전략들의 내용을 보다 구체적으로 비교·분석해보고 그 결과에 관한 논의점을 제시하였다. 먼저 전체적인 구성에 대한 비교 결과 및 논의점을 서술하였으며, 이어 WHO가 제시한 프레임워크의 핵심 구성요소들을 기준으로 각국의 전략 내용을 비교하고 논의점을 제시하였다.

### 1. 각국 전략의 개괄적 비교

전체적인 틀에서 국가전략을 살펴보기 위해서는 우선 각 전략의 궁극적인 목표를 비교해볼 수 있다. 자살예방 국가전략의 궁극적인 목표는 자살률 및 자살행동의 감소이



다. 본 연구에서 검토한 7개국의 자살예방 국가전략도 모두 이를 직·간접적으로 언급하고 있는데, 구체적으로 언급하고 있는 정도는 조금씩 차이가 있었다. 스코틀랜드와 우리나라의 경우 성과 목표 수치까지 명시하며 강조하고 있다. 스코틀랜드의 경우 “2013년까지 스코틀랜드의 자살률을 20% 감소시킨다”(Scottish Executive, 2002: 20)고 밝히고 있고, 우리나라는 “2013년까지 자살사망률을 20명 미만으로 감소시킨다”(보건복지가족부, 2008: 15)는 최종 목표를 제시하고 있다. 잉글랜드는 “자살 및 원인미상 상해로 인한 사망률을 2010년까지 20% 감소”(Department of Health, 2002: 5)시키는 것을 목표로 내세웠던 2002년 국가전략과 달리, 2012년 개정판에서는 전략의 전체적인 목표에 이러한 구체적인 수치를 뺀 채 “잉글랜드 전 국민의 자살률 감소”(Department of Health, 2012: 10)라고만 명시하였다. 이는 2000년대 이후 자살률이 전반적으로 감소 추세를 보이고 있으며, 특히 최근 몇 년 간 자살률이 8명 미만으로 떨어져 유럽 국가들 가운데 가장 낮은 수준을 나타내고 있는 등 어느 정도 성과를 거두었다는 자체 평가와 관련이 있는 것으로 보인다. 전략의 궁극적인 목표에 구체적인 수치 등을 포함하는 것이 바람직한지 아닌지는 한 마디로 단언하기 어렵다. 이를테면 세부 추진과제의 성과 목표를 구체화할 수 있고 추진 성과에 대한 평가 지표로도 활용할 수 있다는 점에서 긍정적인 반면, 제시한 수치에 성과가 못 미칠 경우 전략의 효과성에 대해 실제 이상으로 부정적인 평가를 내릴 수 있고, 특히 실현 가능성을 충분히 고려하지 않은 수치를 제시할 경우 전략의 장기적이고 단계적인 추진을 오히려 어렵게 만드는 등의 부작용을 가져올 수 있기 때문이다.

우리나라의 경우 다소 비현실적인 수치를 제시했던 것이 아닌가 생각해 볼 여지가 있다. 제2차 종합대책에 언급되어 있는 당시 우리나라의 자살률은 24.8명이었다(2007년 기준). 이를 ‘20명으로 감소시키겠다’는 것은 5년 동안 약 4.8명, 즉 19% 감소시키겠다는 의미이다. 스코틀랜드도 20% 감소를 목표로 내세웠지만 이는 10개년 계획을 기준으로 한 것이다. 더군다나 이전의 우리나라 자살률 증가세가 급격히 상승했다는 점을 고려할 때 이 같은 목표 설정은 다소 무리했던 것으로 볼 수 있는 것이다. 현실성 있는 목표설정은 향후 제2차 자살예방 종합대책의 전체적인 효과성 평가 시 고려해 볼 필요가 있는 점이다.

둘째, 각국의 국가전략이 세부 목표나 과제 설정 시 기본적으로 고려한 원칙이나 방향성을 비교해 볼 수 있다. 이는 자살예방에 대한 각국 정부의 인식을 엿볼 수 있는 하나의 근거가 된다. 본 연구에서 검토한 7개국의 국가전략들도 ‘원칙(principles)’, ‘공통 주제

(shared themes)', '접근 목표(approach to)', '추진 방향' 등의 용어를 사용하여 이러한 원칙이나 방향성을 명시하고 있는데, 이 가운데 가장 공통적인 내용은 '책임 공유'였다. 즉, 대부분의 국가전략이 자살예방은 사회 구성원 모두에게 책임이 있으며, 모두가 함께 참여해야만 가능한 일임을 인식하는 것에서부터 출발하고 있는 것이다. 이 같은 원칙은 각국 전략에서 "자살예방에 있어 누구나 역할이 있음을 인지"(뉴질랜드, Associate Minister of Health, 2006: 13), "책임 공유"(아일랜드, Health Service Executive et al., 2005: 8; 스코틀랜드, Scottish Executive, p. 19; 호주, Department of Health and Ageing, 2008: 22) 등의 표현으로 언급되고 있다. 미국과 영국, 그리고 우리나라는 다양한 섹터 간 통합적인 협력의 중요성을 언급하고 있지만, 이를 이처럼 '책임'의 차원으로 까지 강조하고 있지는 않다. 특히 우리나라는 전략 추진 방향의 하나로 "시민사회와 정부가 협력"(보건복지가족부, p. 15)이라고 언급하였지만, 이에 관한 자세한 설명이나 언급은 더 이상 없었다. 자살예방이 정부 내 보건복지부 단독으로 주도할 수 있는 일이 아닌 것은 물론, 책임 또한 전 행정부처와 전 국민이 함께 나누어야 할 일임을 보다 확실히 강조하고 모든 자살예방 활동의 기본 원칙으로 삼을 필요가 있을 것으로 보인다.

각국이 공통적으로 중시한 또 다른 원칙으로는 '근거 중심'(뉴질랜드, 아일랜드, 잉글랜드, 호주)과 '지속가능성'(뉴질랜드, 미국, 호주, 한국) 등이 있다. 호주의 경우 국가전략(LIFE Framework)과 함께 이 전략의 근거모델에 대한 상세한 소개와 관련 연구결과 등을 담은 『LIFE: Research and Evidence in Suicide Prevention』을 별도로 발간하는 등 근거 중심의 전략 수립에 대한 의지를 강조하였다. '근거 중심' 또한 우리나라 국가전략에서는 다소 관련 의지가 약한 것으로 여겨지는 주제이다. 이에 관해서는 뒷부분의 연구·평가 관련 분석에서 좀 더 자세히 부연하고자 한다.

셋째, 국가전략의 주관 조직 비교를 통해 각국 정부의 참여도를 가늠해 볼 수 있다. 본 연구의 분석 대상 국가전략들은 발행 주체가 대부분 각국의 건강이나 보건 담당 부처로 명시되어 있으며, 교육·아동·가족 등 다른 관련 부처들과 자문기구 등을 통해 긴밀히 협력하고 있음을 밝히고 있다. 스코틀랜드는 발행 주체까지 '스코틀랜드 행정부(Scottish Executive)'라고 명시하고 있다. 본 연구에서 검토한 문헌상으로는 담당 부처 산하에 자살예방 국가전략의 실행을 위해 실무조직을 별도로 두고 있는 국가가 아일랜드(National Office for Suicide Prevention)와 우리나라(중앙자살예방센터) 뿐이었다. 그러나 문헌상에는 조직의 위상이나 권한 등이 구체적으로 언급되어 있지 않아 실질적인 역할을 분석하는 것은 본 연구의 범위를 넘어선다. 이밖에 미국은 전략의 효과적인 실천

을 주도하도록 2010년 전국자살예방실천연맹이라는 민관협력체를 발족시켰는데, 여기에는 공공 및 민간조직들의 대표 200여명이 참여하고 있다. 2012년에 발간된 국가전략 개정판도 이 실천연맹의 주도로 만들어진 것이다. 또 아일랜드와 잉글랜드의 경우 중앙 정부의 역할보다 각 지방자치단체 또는 지역사회의 주도적 역할을 강조하고 있다. 이는 효과성이 입증된 자살예방 활동의 상당부분이 지역적으로 이뤄진 것이라는 연구결과들을 토대로 한 것이다. 우리나라 자살률도 지역적 편차가 있는 사회적 현상이라는 점을 고려할 때 이와 같은 접근방식을 고려해볼 만하다.

## 2. WHO의 프레임워크를 통해 살펴본 국가전략의 핵심 구성요소 비교

WHO(2012)의 프레임워크는 자살예방 국가전략의 핵심적인 구성요소로서 5가지를 제시하였다. 이는 명확한 목표, 위험요인 및 방어요인 파악, 각 대상 집단에 맞는 효과적 개입(intervention), 집계 시스템 개선과 연구 수행에 관한 내용, 그리고 모니터링 및 평가에 관한 내용이다.

먼저 국가전략에는 목표가 명확하고 구체적으로 서술되어 있어야 한다고 강조하였다. 목표는 다시 장단기 목표와 재정적·인적 자원, 그리고 추진 일정의 세 가지 세부 구성요소로 이뤄진다. 둘째, 국가전략에는 각국 자살의 위험요인과 방어요인이 개인적·사회문화적·환경적 차원에서 파악돼 있어야 한다. 이러한 위험요인의 파악을 통해 국가전략은 자살위험군 또는 전략의 중점대상을 정할 수 있어야 한다. 셋째, 국가전략은 근거에 기반해 가장 적절한 유형의 개입을 제시하여야 한다. 즉, 일반 국민을 대상으로 하는 보편적 개입과, 인구사회학적·지역적·임상적으로 위험성이 더 높은 인구군을 대상으로 하는 선별적 개입, 그리고 자살위험성이 판명된 개인들을 대상으로 하는 지표적 개입을 통합적으로 제시하여야 한다. 넷째, 자살행동에 관한 정확한 데이터 집계를 위해 필요한 집계 체계 구축과 연구조사에 관한 내용이 국가전략에 포함되어 있어야 한다. 다섯째, 국가전략은 다양한 개입들의 질과 효과성을 평가하는 모니터링 및 평가 프레임워크를 제공해야 한다.

그렇다면 이 5개의 핵심 구성요소가 본 연구의 분석 대상 국가전략들에는 어떻게 담겨 있는지 비교해보도록 하겠다.

표 1. 우리나라와 해외 주요 국가들의 자살예방 국가전략 개발

국가	국가전략 명칭	공공적인 목표와 원칙	주관 조직	비고
뉴질랜드	New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016	<p>▷목적(purposes)</p> <p>1. 자살률 및 자살행동 감소 2. 가족, 친지 및 지역사회에 자살 및 자살행동 등으로 인한 악영향 감소 3. 자살 및 자살행동에 있어서의 불평등 감소</p> <p>▷원칙(principles)</p> <p>1. 근거 중심 2. 안전성과 효과성 확신 3. 마오리족에 대한 배려 4. 다양성에 대한 존중 5. 여러 세대 간의 협력적인 접근방식 반영 6. 지속가능성과 장기적인 책무 공유 7. 자살예방에 있어 누구나 역할이 있음을 인지 8. 불평등 해소를 위한 노력</p>	<p>Ministry of Health</p> <p>※ Ministerial Committee on Suicide Prevention과 Inter-Agency Committee on Suicide Prevention 등의 자문 조직 있음.</p>	<p>구체적인 실행계획은 5년마다 별도로 제시하겠다고 밝힘(실제로는 2년 후 "Suicide Prevention Action Plan 2008-2012" 발간).</p>
미국	2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action.	<p>▷전략적 방향(strategic direction)</p> <p>1. 건강하고 역량 있는 개인, 가족, 지역사회 2. 임상적이고 지역사회 기반의 예방 서비스 3. 치료와 지원 서비스 4. 감시, 연구 및 평가</p> <p>▷전략적 방향 전방의 공통 주제(themes shared across strategic directions)</p> <p>1. 긍정적인 대중소통(public dialogue) 장려, 수지심·평건·침묵에의 대응, 자살예방을 위한 공공지원 구축 2. 취약집단의 수요에 부응, 문화적·상황적 배경에 대한 고려, 차별 해소를 위한 노력 3. 건강 및 행동진행(behavioral health)과 관련된 기존 활동들의 조정 및 통합, 관리의 지속성 보장 4. 자살 및 관련된 문제 해결을 위한 시스템·정책·환경의 변화 촉진 5. 공중보건과 행동건강의 결합 6. 자살 고위험군의 치명적 수단 접촉 감소 촉진 7. 자살예방에 최신 정보 적용</p>	<p>Department of Health and Human Services</p> <p>※효과적 실천 위해 2010년 민간협력체인 National Action Alliance for Suicide Prevention 발족</p>	<p>2001년 수립했던 국가전략의 개정판. 이전의 전략에서 수정·보완된 내용을 상세히 설명.</p>
아일랜드	Reach Out: National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014	<p>▷원칙(guiding principles)</p> <p>1. 실천 중심 2. 책임 공유 3. 실질적이고 성취 가능하며 장기적 평가에 따른 4. 근거 중심 5. 일반 대중 중심 6. 정보커뮤니케이션 기술(ICT) 활용 7. 연구와 개발 8. 지속적인 질적 개선 9. 협의와 파트너십 10. 자인</p>	<p>Health Service Executive</p> <p>※전략의 보다 주도적인 실행을 위해 National Office for Suicide Prevention (NOSP)을 별도로 만들</p>	
잉글랜드	Preventing Suicide in England: A Cross-government Outcomes Strategy to Save Lives	<p>▷전체적인 목표(overall objectives)</p> <p>1. 잉글랜드 전 국민의 자살률 감소 2. 자살자 유가족이나 주변 사람들에 대한 지지 향상</p> <p>▷전략적 접근 목표(approach in the strategy to)</p> <p>1. 자살예방을 위한 명확하고 공유된 목표와 주요 실천 영역의 설정 2. 이러한 목표를 위해 중앙부처가 해야 할 일 명시 3. 자살률 감소를 위한 공중보건 성과체계와 국민의료서비스(NHS)의 역할 설정 4. 고위험군에 관한 지식과 효과적인 개인방법에 대한 근거를 공유하고 연구소사를 강조함으로써 지역 차원에서의 효과적인 실천 지지</p>	<p>Department of Health</p> <p>※실행에 있어서 지방자치단체의 주도적 역할 강조</p>	<p>2002년에 수립했던 국가전략을 수정·보완한 개정판. 장신보건정책에 관한 국가전략인 "No Health without Mental Health" (2011)의 일환으로서 추진됨을 강조.</p>

자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한  
 뉴질랜드, 미국, 일본, 영국, 핀란드, 스웨덴, 호주 및 대한민국의 국가전략

국가	국가전략 명칭	공극적인 목표와 원칙	주관 조직	비고
스코틀랜드	Choose Life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland (2002)	▷ 목표(target): 2013년까지 스코틀랜드의 자살률을 20% 감소시킨다. ▷ 원칙(guiding principles) 1. 책임 공유 2. 효율적인 리더십 3. 사람 중심의 접근 4. 중점 대상에 집중 5. 지속적인 질적 개선	Scottish Executive ※ 행정부처 및 정부기관 대표들로 National Action Plan Implementation Steering Group 구성. National Implementation Support Team이 실무 지원.	
호주	Living is for Everyone(LIFE): A Framework for Prevention of Suicide in Australia 2007	▷ 중심 목표(central goal): 자살시도와 자살로 인한 생명 손실, 그리고 자살 행동으로 인한 영향을 감소시킨다. ▷ LIFE 프레임워크의 실천적 원칙(principles underpinning the LIFE framework for action) 1. 자살예방활동의 무해(無害)성 2. 지역사회·가족·친구·전문가집단·NGO·정부기관 모두의 책임 공유 3. 친 국민과 취약집단, 그리고 고위험군을 모두 아우르는 자살예방활동 4. 위기상황에 있는 사람들의 전문지식에 대한 접근성과 일상생활로 복귀한 사람들을 위한 지원 포함 5. 서비스대상자들의 사회적·문화적 특성 고려 6. 정보·서비스·지원의 적시성 7. 자살예방활동 대상자의 접근성이성 고려 8. 지역 자살예방 활동 서비스의 지속성과 일관성 9. 근거 중심의 자살예방활동과 이를 위한 독립적 성과 평가 10. 자살 위험과 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 사회·환경·문화·경제적 요인에 대한 민감성 11. 자살 고위험군에 대한 서비스 제공 시 다양한 접근방법과 장소의 안전성·안정감·분위기 고려	Department of Health and Ageing ※ 자문기구인 Australian Suicide Prevention Advisory Council이 1년에 3회 회의를 열고 전략의 추진 과정 등을 검토, 그 결과물을 발표 하도록 함.	이 전략의 근거 모델에 대한 상세한 소개와 관련 연구결과 등을 담은 "LIFE: Research and Evidence in Suicide Prevention"을 별도로 발간
한국	제2차 자살예방종합대책 (2009-2013)	▷ 최종 목표: 2013년까지 자살사망률을 20명 미만으로 감소시킨다. ▷ 추진 방향 1. 개인의 정신보건분야와 사회환경적 접근을 통해 능동적이고 사전예방적 차원의 자살예방대책 수립·추진 2. 자살예방에 대한 거버넌스, 법·제도 등 체계 확립을 통해 정책의 지속성 확보 3. 사회단체·종교계·인문계 등 시민사회와 정부가 협력하여 민간주도의 내실 있는 자살예방정책 추진	보건복지부 ※ 중앙자살예방센터가 실무 담당	2004년에 수립된 "자살예방 5개년 계획"을 수정·보완한 개정판.

7) 각종 전략의 용어가 다르더라도, 공극적인 목표나 원칙에 관한 명시적 내용이 판단된 경우, 이를 요약·정리하였음.  
 8) 기본적으로 전략 문헌의 발행 주체를 주관 조직으로 보고, 전략에 별도로 실행 관련 조직을 명시한 경우 부연하였음.

## 가. 명확한 목표(clear objectives)

먼저 뉴질랜드는 7대 목표(goals)를 제시하고 있는데, 각각에 대해 목표 설정의 근거(rationale)와 전략적 방향, 그리고 실천영역의 사례들을 서술하고 있다. 미국은 4개의 전략적 방향에 따라 13대 목표(goals)와 60개 세부 과제(objectives)를 제시하면서, 전략적 방향별로 연방정부와 주정부 및 지방자치단체들, 민간사업장, 건강관리 시스템이나 보건의료 근로자, 학교 및 교육기관, 비영리섹터 및 지역사회와 종교조직 등이 할 수 있는 일들을 별도의 박스로 부연설명하고 있다. 아일랜드는 일반 국민 대상, 표적 집단 대상, 자살 대응, 정보 및 연구 등 4개의 수준별로 목표(goals)를 명시하고, 각 수준에 따라 26개의 실천영역(action areas) 및 과제(objectives), 그리고 96개의 실천과제(action to take)를 제시하고 있다. 26개의 실천영역은 가족, 학교, 청소년단체 및 서비스, 고등교육기관, 직장, 스포츠클럽 및 단체 등 사회적·공간적 영역 뿐 아니라 고의적 자해, 정신건강 서비스, 알코올 및 약물남용 등 주제까지 다양한 측면의 개입 영역들을 구체적으로 포함하고 있다. 잉글랜드는 6대 실천영역(areas for action), 스코틀랜드는 7대 과제(objectives)를 각각 제시하면서, 중앙정부 차원에서 가능한 활동과 지원 내용, 그리고 지역적으로 해야 할 일들을 나누어 명시하고 있다. 호주는 6대 실천영역(action area)에 대해 19개의 성과목표(outcomes)를 제시하면서 각 성과목표를 달성하기 위한 74개 세부전략들(strategies)을 덧붙여 놓았다. 우리나라는 10대 과제별로 중점 추진목표를 서술하고, 총 29개의 세부과제를 명시해 놓고 있다. 이와 같이 7개국 전략 중에서는 미국과 아일랜드의 국가전략이 목표를 가장 구체적이고 명확하게 서술하고 있다(표 2 참조).

국가전략의 목표들 가운데 제1 목표는 각국에서 자살예방과 관련해 가장 우선시 하는 일이 무엇인지를 보여준다고 할 수 있기 때문에 비교해 볼 만하다. 뉴질랜드는 전략의 첫 번째 목표가 ‘정신건강과 웰빙을 증진시키고 정신건강문제를 예방한다’이며, 미국은 ‘다양한 섹터와 환경에서의 자살예방 활동들을 통합하고 조정한다’, 아일랜드는 ‘긍정적인 정신건강과 웰빙을 증진하고 정신건강과 문제해결 및 대처에 대한 긍정적인 태도 변화를 이끌어낸다’, 잉글랜드는 ‘주요 고위험군의 자살 위험 감소’, 스코틀랜드는 ‘조기 예방과 개입’, 호주는 ‘자살예방의 근거와 이해 향상’, 우리나라는 ‘자살예방에 대한 국민의 인식을 개선한다’이다. 뉴질랜드와 아일랜드가 공통적으로 정신건강을 최우선 과제로 내세웠음을 알 수 있다.

표 2. 각국 국가전략의 목표(과제) 비교

국가	목표(과제) <sup>9)</sup>
뉴질랜드	>7대 목표(goals) 1. 정신건강 증진 2. 자살 관련 정신질환자들에 대한 보살핌 개선 3. 자살 시도자에 대한 보살핌 개선 4. 자살 수단에의 접근성 감소 5. 미디어의 자살 관련 보도 및 묘사 개선 6. 자살 및 자살 시도에 의해 영향을 받는 가족, 친지 등 지원 7. 자살률, 자살원인 및 효과적인 개입대책에 대한 근거 확대
미국	>4개의 전략적 방향(strategic direction)에 따른 13대 목표(goals) 및 60개 과제(objectives) 1. 다양한 섹터와 환경에서의 자살예방 활동들을 통합하고 조정한다. 2. 지식, 태도, 행동을 변화시킴으로써 자살을 예방할 수 있는 연구기반의 의사소통을 한다. 3. 자살행동을 막고 안락사와 회복을 진척시킬 수 있는 요인들에 대한 지식을 향상시킨다. 4. 미디어의 책임감 있는 보도와, 엔터테인먼트산업의 자살 및 정신건강에 대한 정확한 묘사, 자살과 관련된 온라인 콘텐츠의 안전성을 개선시킨다. 5. 안락사를 중시시키고 자살 및 관련행동을 예방하는 효과적인 프로그램들을 개발, 이행, 모니터링한다. 6. 자살고위험군의 자살수단에 대한 접근성을 감소시킨다. 7. 자살 및 관련행동의 예방에 대해 지역사회와 의료서비스 종사자들에게 교육을 제공한다. 8. 헬스케어서비스의 핵심적인 요소로서 자살예방활동을 촉진한다. 9. 자살행동 고위험군을 평가하고 치료하는 데 효과적인 전문서비스를 촉진하고 이행한다. 10. 자살이나 자살시도로 영합받은 개인들에 대한 지원서비스를 제공하고 추가적인 자살을 예방하도록 돕는 지역사회 기반의 전략들을 이행한다. 11. 자살예방과 관련된 국가감시시스템의 적시성과 효용성을 높이고 그것을 실천계획을 위해 수집 분석이 용이 하는 능력을 향상한다. 12. 자살예방연구를 촉진한다. 13. 자살예방개입 및 시스템의 영향과 효과성을 평가하고 발견한 사실들을 시스템화한다.
아일랜드	>4개 수준(level)별 목표(objectives)에 따라 26개의 실천영역(action areas) 및 과제(objectives), 96개의 실천과제(action to take) 제시 1. 일반 국민 대상: 긍정적인 정신건강과 웰빙을 증진하고 정신건강과 문제 해결 및 대처에 대한 긍정적인 태도 변화를 이끌어낸다. 2. 표적 집단 대상: 고위험군 및 취약계층의 자살행동 위험을 감소시킨다. 3. 자살 대응: 자살자의 유기추락 방지 및 지역사회의 스트레스를 감소시키고, 사람들에게 고립되지 않고 자살 행동의 위험에 노출되지 않는다는 확신을 준다. 4. 정보 및 연구: 자살행동과 도움 요청에 관한 정보의 접근성을 개선하고, 자살 관련 연구를 촉진하며 연구 결과를 대중에게 알리고, 자살 예방을 향상시킨다.
잉글랜드	>10대 실천영역(action areas)의 자살 위험 감소 2. 특정 집단들의 정신건강 향상을 위한 맞춤형 접근 3. 자살수단에의 접근성 감소 4. 자살자 유기족 및 주변인들에게 보다 나은 정보와 지원 제공 5. 자살 및 자살행동에 대한 미디어의 세심한 접근 지원 6. 연구와 데이터집계 및 모니터링 지원
스코틀랜드	>7대 과제(objectives) 1. 조기 예방과 개입 2. 즉각적인 위기 대응 3. 회복을 주고 회복을 돕기 위한 장기적인 서비스 4. 자살행동 및 자살에 대한 대처 5. 대중의 인식 개선과 조기 지원 요청 촉진 6. 미디어 지원 7. 효과성 파악
호주	>6대 실천영역(action areas)에 따른 19개 성과부류(outcomes)와 74개 세부전략(strategies) 1. 자살예방의 근거와 이해 향상 2. 개인의 회복력과 자조능력 개발 3. 지역사회와 가정의 강점과 회복력, 그리고 자살예방 능력 개선 4. 자살예방에 대한 (다양한 분야의) 협력적 접근 5. 대상에 따른 자살예방활동 제공 6. 표준화된 양질의 자살예방 시행
한국	>10대 과제별 중점 추진목표와 29개 세부과제 1. 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다. 2. 자살위험에 대한 개인, 사회적 대응 역량을 강화한다. 3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다. 4. 자살에 대한 대중매체의 책임의 중요성을 강화한다. 5. 자살 고위험군에 대한 정신건강서비스를 강화한다. 6. 지역사회기반의 다양한 자살예방 인력 교육체계를 강화한다. 7. 자살예방을 위한 탐과 제도적 기반을 조성한다. 8. 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다. 9. 자살예방을 위한 연구·감시체계를 구축한다. 10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.

9) 각국이 사용하는 용어가 다르더라도 목표나 과제에 관한 내용으로 판단된 경우, 이를 요약 정리하였음.

재정적 자원에 대해서는 스코틀랜드와 한국만이 일정에 따른 가용예산 규모와 기금에 관해 별도의 섹션을 통해 비교적 상세히 밝혀놓았다. 스코틀랜드의 경우 국가전략의 초기 3년 간(2003~2006년) 국가전략에 직접적으로 투입 예정인 기금이 1,200만 파운드, 즉 현재의 환율로 계산하면 약 207억 원이었다. 이 가운데 중앙의 활동 기금이 300만 파운드, 지방 활동 기금이 900만 파운드였다. 우리나라 국가전략에는 5년 간(2009~2013년) 자살예방과 직접 연관된 예산이 374억 원으로 추계되어 있다. 이를 연간 투입 규모로 환산하면 스코틀랜드의 국가전략 예산은 초기 3년 간 연 평균 약 63억 원, 우리나라는 5년 간 연 평균 약 74억원으로 우리나라가 다소 많은 편이다. 그러나 2011년 기준 두 나라의 국내총생산(GDP) 규모가 각각 스코틀랜드는 약 1,960억 달러(Scottish Government, 2012), 우리나라는 약 1조 1,260억 달러(국제통화기금, 2012)로 5배 이상 차이가 난다는 점과 우리나라 자살문제의 심각성을 고려할 때 관련 예산 규모의 확대가 필요할 것으로 보인다.

## 나. 적합한 위험요인과 방어요인(relevant risk and protective factors)

우리나라를 비롯한 7개국 전략 모두 자국의 사회문화적 상황에 대한 분석과 함께 위험요인과 방어요인 분석, 그리고 이에 따른 전략의 중점 대상군(priority groups)에 관해 기술해 놓았다. 특히 뉴질랜드·미국·스코틀랜드·호주 등은 자료의 상당부분이 현황 분석 및 위험요인·방어요인, 그리고 중점 대상군에 대한 근거 연구를 설명하는 데 할애했을 만큼 상세히 다루고 있었다. 호주는 ‘근거’에 대한 자료집을 따로 만들어 성·연령대·인종(민족)의 자살행동과 이들의 개인적·사회문화적·환경적 위험요인 및 방어요인을 근거가 되는 연구 결과들과 함께 분석해 놓기도 했다.

반면, 우리나라는 10대 과제별로 근거가 되는 현황 분석과 위험요인·방어요인을 설명한 정도였으며, 또한 중요한 사회문화적 위험요인이라고 분석한 ‘물질주의의 팽배’와 ‘생명경시 풍조 심화’등에 관해서는 다소 추상적인 내용이기 때문인지 구체적인 근거가 제시되어 있지 않았다.

각국 전략은 또 위험요인에 대한 분석을 바탕으로 개입을 위한 중점 대상군을 선별해 분석하고 있다(표 3). 연령군에 있어서 스코틀랜드와 호주는 노인층을 중점 대상군으로 간주하지 않고 있었으며, 성적 소수자 등 사회적 소외자나 장애인을 별도의 중점 대상군



으로 분석하지 않고 있는 경우는 우리나라 뿐이었다. 성적 소수자의 인권이나 건강에 대해 공식적인 언급을 기피하는 사회적 분위기 영향 때문에 이들에 대해서는 자살 관련 실태 파악조차 제대로 안되어 있기 때문일 것으로 보인다. 또 아일랜드와 스코틀랜드, 그리고 우리나라의 경우 인종이나 민족과 관련된 분석이 없는 것으로 나타났는데, 우리나라의 경우 최근 다문화가정이 급격히 늘고 있다는 점을 고려할 때 향후에는 다문화가정의 자살과 관련된 분석과 대책 마련에도 보다 적극적인 필요가 있다. 잉글랜드는 출산 전후의 여성이나 학대 피해자 등을, 스코틀랜드는 농어촌 또는 고립된 지역사회 주민과 HIV/AIDS 감염자도 중점 대상군으로 분류하고 적극적인 개입의 필요성을 강조하고 있다. 최근에 국가전략을 개정한 잉글랜드가 효과적인 개입을 위해 중점 대상군을 보다 세분화하고 이들에 대한 맞춤형 접근(tailor approaches)을 강조하고 있는 것은 우리나라도 참고할만한 점으로 보인다.

표 3. 자살예방 국가전략의 중점 대상군(priority groups) (+는 포함, -는 미포함을 의미)

국가	뉴질랜드	미국	아일랜드	잉글랜드	스코틀랜드	호주	한국
아동	-	+	+	+	+	+	+
청소년	+	-	+	+	+	+	+
노인	+	+	+	+	-	-	+
정신질환자	+	+	+	+	+	+	+
자살시도자	+	+	+	+	+	+	+
자살자 주변인	+	+	+	+	+	+	+
약물남용자	-	+	+	+	+	+	-
수감자 및 기결수	+	+	+	+	+	+	+
특정 직업군	-	+1*	+	+2	-	+3	-
인종 및 민족	+	+	-	+	-	+	-
사회적 소외자·장애인	+	+	+	+	+	+	-
기타	-	+4	+5	+4, 5, 6	+7, 8	-	-

\*: 1. 군인 2. 농업 종사자, 간호사, 의사 3. 경찰, 응급요원 등 4. 퇴역군인(veterans) 5. 학대 피해자  
6. 출산 전후의 여성 7. 농어촌 또는 고립된 지역사회 주민 8. HIV/AIDS 감염자

## 다. 효과적인 개입(effective interventions)

WHO 권장안은 3개의 수준별로 효과적인 개입의 사례들을 제시하고 있다. 먼저 일반 국민 대상의 개입으로는 자살수단에 대한 접근성 감소, 알코올과 약물 남용 감소, 미디어 보도 등에 대한 대책이 대표적이다. 또 청소년이나 노인 등 위험군을 대상으로 하는 개입 방안으로는 학교 상담가 등 게이트키퍼에 대한 훈련이나 자살자의 유가족 지원 대책 등이 제시되었다. 마지막으로 개인적 차원의 개입 방안으로는 정신건강 관련 대책들과 자살시도자 등 고위험 개인에 대한 관리 대책이 포함된다.

분석 대상 7개국의 국가전략들은 이러한 3개 수준의 개입 주제들을 모두 포함하고 있는 것으로 나타났다(표 4). 알코올 남용과 관련된 개입은 일부 국가의 전략에 구체적으로 언급되어 있지 않지만, 이는 별도의 관련 정책이 존재하고 있기 때문이라고 설명되어 있다. 오히려 우리나라는 '알코올 중독자 관리체계 구축 및 강화' 과제를 통해 알코올 남용을 특정 위험군에 대한 개입 주제로 인지하고 있으나, WHO 권장안은 이를 보다 넓은 의미, 즉 일반 국민과 관련된 개입으로서 필요한 것으로 제시하고 있다. 우리나라도 알코올 남용을 매우 중요한 자살의 위험요인으로 파악하고 일반 국민의 알코올 남용 대책을 강조하고 있는 다른 나라들의 경우를 좀 더 고려해 볼 필요가 있다.

표 4. 자살예방 국가전략의 수준별 개입 주제(\*별도의 국가적 정책·전략이 있음)

국가		뉴질랜드	미국	아일랜드	잉글랜드	스코틀랜드	호주	한국
일반 국민 관련	자살수단 접근성	+	+	+	+	+	+	+
	알코올 남용	-*	-*	+	+	-*	-*	+
	미디어 보도	+	+	+	+	+	+	+
취약계층 관련	게이트키퍼 훈련	+	+	+	+	+	+	+
	지역사회 참여	+	+	+	+	+	+	+
	유가족	+	+	+	+	+	+	+
고위험군 관련	정신질환	+	+	+	+	+	+	+
	자살시도자 (고위험군) 관리	+	+	+	+	+	+	+

## 라. 집계시스템 개선과 연구 수행

### (improving case registration and conducting research)

네 번째와 다섯 번째 핵심 구성요소인 집계시스템과 연구, 모니터링과 평가는 전략의 실행단계와 관련된 요소들이라고 할 수 있다. 앞의 [그림 1]에서 볼 수 있듯이, 명확한 목표를 설정하고 위험·방어요인을 분석해 대상별 개입 대책을 마련한 뒤에는 그러한 개입이 얼마나 제대로 실행되는지, 얼마나 효과적인지에 대한 모니터링과 평가가 필요하다. 이를 위해서는 기본적으로 자살 관련 통계가 신뢰할 만하고 시의 적절하게 활용할 수 있어야 한다.

7개국 전략 대부분 이러한 집계시스템의 개선 문제를 주요 과제로 제시하고 있다. 우리나라의 경우도 ‘국가통합 자살 DB 구축 완료’를 중점 추진목표의 하나로 제시하고 있는데, 이는 경찰청·국립과학수사원·중앙응급센터·건보공단 등 자살과 관련된 행정자료를 보유하고 있는 기관마다 집계항목이나 분류기준이 조금씩 달라 자살통계의 신뢰도를 저하시키고 있기 때문이다.

## 마. 모니터링 및 평가(monitring and evaluation)

마지막 핵심 구성요소인 모니터링 및 평가 시행과 관련해 WHO의 권장안은 전략 목표별로 SMART 평가지표를 최소한 1개 이상 제시하도록 하였다. SMART란 구체적이고(specific), 측정 가능하며(measurable), 성취 가능하고(achievable), 적절하며(relevant), 구체적 일정이 있는(time-bounding) 지표를 말한다. 이와 관련, 각국 모두 개입 방안들과 전략의 효과성을 위해 평가가 매우 중요하다는 점을 강조하고 있었으나 이러한 SMART 지표는 분석자료들에 명확히 나타나 있지 않았다.

분석한 국가전략 문헌들만 비교해 보았을 때는 평가지표의 구체성에 있어서 우리나라가 가장 뛰어났다. 우리나라의 자살예방종합대책에는 10대 과제별로 ‘우울증이 치료 가능한 질환으로 인식하는 국민의 비율을 2007년 대비 30% 향상시킨다’, ‘국민 스트레스 지수 중 스트레스를 대단히 많이 느끼는 비율을 10% 감소시킨다’, ‘농약으로 인한 자살 사망자 수를 20% 감소시킨다’ 등과 같이 구체적인 수치와 함께 평가지표(중점 추진목표)가 명확히 제시되어 있었다.

표 5. 자살예방 국가전략의 실행단계 관련 요소들

국가	뉴질랜드	미국	아일랜드	잉글랜드	스코틀랜드	호주	한국
감시	+	+	+	+	+	+	+
연구	+	+	+	+	+	+	+
프로그램 개발	+	+	+	+	+	+	+
평가: 프로그램	+	+	+	+	+	+	△
평가: 전략	+	+	-	+	+	+	-
재정 자원	-	-	-	-	+	-	+

그러나 정작 이 지표를 활용하는 평가에 관한 내용은 우리나라가 가장 부실한 편에 속했다. 평가계획과 관련된 내용은 자살예방 시범사업에 관한 소개 부분에 효과 측정에 관한 언급이 한 번씩 있을 뿐이다. 다른 국가들의 경우 ‘근거 기반’의 효과적인 개입을 위해 각 개입 프로그램에 대해 반드시 평가를 수반하도록 강조하고 있는 것은 물론, 아일랜드를 제외한 모든 국가들이 국가전략 자체에 대한 평가 계획을 직·간접적으로 언급하고 있다. 이를테면 뉴질랜드의 국가전략은 “전략의 전반적인 추진 내용을 모니터링하는 것도 중요하지만, 그와 함께 전략의 부분적인 활동들을 평가하는 것도 중요하다”면서, “근거가 거의 없이 도입된 새로운 개입은 반드시 평가계획을 포함하도록 설계되고 지원되어야 한다”(Associate Minister of Health, p. 8)고 강조하고 있다.

## V. 결론 및 제언

본 연구는 우리나라의 심각한 자살 문제에 대처하기 위한 보다 적극적인 국가적 차원의 예방대책이 필요하다는 인식 하에, 현재 우리나라가 국가 전략으로서 수립한 자살예방 종합대책의 문제점을 살펴보고 개선방안을 제시하고자 하였다. 이를 위해, WHO가 제안한 자살예방 국가전략의 프레임워크를 기준으로, 뉴질랜드·미국·아일랜드·잉글랜드·스코틀랜드·호주 등 자살예방 국가전략을 효과적으로 시행해오고 있는 것으로 평가받고 있는 나라들의 국가전략은 어떻게 구성되어 있는지, 핵심 구성요소의 내용이 우리나라의 국가전략과 어떤 차이점을 갖고 있는지 비교연구 하였다. 그 결과를 크게

조직적 차원, 구체화 차원, 그리고 효과성 평가 차원에서 살펴보면 다음과 같다.

먼저 조직적 차원에서 분석 대상 국가전략들은 자살예방이 모든 사회 구성원이 공유해야 할 의무임을 강조하고 있는 반면, 우리나라는 그러한 책임 공유의 원칙이 명확히 드러나 있지 않았다. 또 전략의 수립이나 이행을 담당하는 주관조직은 비록 각국 정부의 건강이나 보건 담당 부처이지만, 다른 부처 및 지방조직, 또는 민간섹터와의 협력 관계나 역할 분담 등은 각국 전략마다 미묘한 차이를 보이고 있었다. 예를 들어 스코틀랜드는 전략의 발행주체를 ‘스코틀랜드 행정부’로 명시하는 등 행정부처들의 책임공유를 강조하고 있었고, 미국은 민관협력체를 만들어 국가전략의 발전적인 실행을 주도하도록 하고 있었다. 또 아일랜드와 잉글랜드는 중앙정부의 역할보다 각 지방자치단체 또는 지역사회의 주도적 역할을 강조하고 있다. 이는 자살예방 활동의 효과성에 관한 연구결과에 근거한 것으로, 자살률의 지역적 편차가 적지 않은 우리나라에서도 참고할 만한 점이다.

다음으로 WHO의 자살예방 국가전략 프레임워크 권장안에 제시된 핵심 구성요소들이 각국의 전략에서 어떻게 구체화되어 있는지를 비교·분석하였다. 우리나라의 국가전략은 ‘명확한 목표’제시에 있어서는 관련 예산 추계안과 일정 등 실천계획까지 모두 전략 내에 명시하는 등 매우 구체적이었다. 그러나 위험요인과 방어요인 분석, 이를 토대로 한 중점 대상군 분석에 있어서는 구체성이 미흡하였다. 예를 들어 자살의 사회문화적 요인으로서 ‘물질주의 팽배’나 ‘생명경시 풍조 심화’와 같이 다소 추상적이고 거시적인 요인들이 구체적인 근거 없이 제시된 채 ‘생명존중 사회마케팅 활성화’ ‘생명사랑 문화 프로그램 확산’ 등의 세부과제들로 연계되어 있는 것은 적절치 않은 것으로 보인다.

마지막으로 효과성 평가 차원에서 살펴봤을 때 우리나라 국가전략은 매우 미흡한 것으로 나타났다. 평가계획과 관련된 내용이 우리나라 전략에는 매우 단편적인 언급밖에 없었다. 이는 ‘근거 중심’을 전략의 주요 원칙으로 내세우고, 근거에 기반한 효과적인 개입을 위해 평가의 중요성을 강조하고 있는 다른 나라들의 국가전략과 비교되는 점이다. 근거 연구나 평가가 부족한 신규 개입 프로그램을 도입할 경우 반드시 효과성 평가계획을 포함하도록 설계하고 지원하도록 하는 뉴질랜드 등의 국가전략을 참고할 필요가 있다.

이러한 연구 결과를 종합해 우리나라의 향후 국가 전략에 대한 몇 가지 제언을 하고자 한다. 먼저 자살예방은 모든 사회 구성원이 책임을 공유해야 할 일임을 인식하고 보다

다양한 분야와 부문이 함께 머리를 맞대고 자원을 공유하며 자살예방 전략을 수립할 수 있도록 할 필요가 있다. WHO의 프레임워크에서 제시된 바와 같이 자살예방은 실로 광범위한 분야의 이해관계자들이 함께 노력해야 할 문제다. 특히 우리나라는 자살예방과 관련된 민간조직이 활성화되어 있지 않고, 자살 관련 낙인 현상 때문인지 자살 시도자나 자살 사망자의 유가족들이 자살예방 대책이나 전략 마련에 적극적으로 참여하고 있지 않다.

다음으로 한국적 자살 문제에 대해 위험요인과 방어요인을 보다 명확히 규명할 필요가 있다. ‘물질주의 팽배’나 ‘생명 경시’ 등의 추상적인 요인을 구체적인 개입 방안과 연결시키는 것은 무리가 있다. 구체적인 위험요인과 방어요인을 규명하기 위해서는 자살사망자에 대한 심리적 부검 등을 통해 다소 시간이 걸리더라도 자살 원인과 경로에 대해 철저한 조사가 이뤄져야 할 것이다.

또한 체계적이고 철저한 효과성 평가를 통해 각각의 개입 방안은 물론, 전체적인 국가 전략의 시행과정과 성과를 점검하고 보완·발전시킬 수 있도록 해야 한다. 한국의 국가 전략은 많은 평가지표를 제시해 놓았지만, 이에 대해 5개년 계획의 중간 단계에서도 지속적으로 평가하고 그 결과를 전략의 시행과정에 반영한 개선이 실행된 기록이 발견되지 않았다. 형식적인 수행 보고서가 아니라 실질적인 평가가 요구된다.

이를 위해 자살예방 전략의 개발과 시행을 지속적으로 전담할 기구의 설립이 필요할 것이다. 자살예방 국가 전략은 포괄성과 통합성이 중요한데, 다양한 분야의 개인과 지역 사회 자원을 이용하며, 광범위한 종류의 예방적인 개입들을 사용하고, 또 공공과 민간, 정부와 NGO 간의 협력을 이끌어내며 일관성 있게 이를 시행해 가기 위해서는 현재와 같이 행정부 내 단일 부서나, 단기적인 위탁계약을 통해 지정되는 중앙자살예방센터가 전담하는 것은 개선될 필요가 있다.

본 연구의 제한점으로는 공개된 국가전략 문헌에 언급된 내용만을 분석대상으로 삼았다는 점이 있다. 전략과 실제 실행 간의 차이가 존재할 수 있다는 점에서, 추후 연구를 통한 실제 국가전략 실행에 대한 분석이 이루어지기를 기대한다. 뉴질랜드와 스코틀랜드 등은 장기적 관점에서 10개년 계획의 국가 전략을 세운 뒤 그것에 대한 단계별 실천 계획을 별도로 수립하고, 각 단계별로 객관적인 평가를 수행하여 이를 보고서 등의 형태로 공유하며 다음 단계의 실천계획 수립에 활용하고 있었다. 이와 같은 국가전략 시행 차원의 분석이 후속 연구를 통해 이루어져야 할 것이다.

우리나라의 제3차 자살예방종합대책을 수립함에 있어서, 우리나라의 기존 자살예방 국가전략이 가진 장점과 단점이 분석적으로 고려되어 향후의 국가전략을 수정, 보완, 발전시킬 필요가 있다. 또한 앞서 비교분석한 성공적인 해외 국가전략을 참고하여 향후 보다 발전된 자살예방 국가전략이 수립되어야 하며, 이를 위해 본 연구의 결과가 기초자료로서 활용되고 궁극적으로 우리나라 자살률 감소에 기여할 수 있기를 기대한다. 끝으로 후속 연구를 위한 제안으로서, 국가전략의 실행과정에 대해 자살예방대책을 성공적으로 실행하고 있는 국가들과의 비교 연구 및 자살예방 국가전략의 구체적 효과성 분석 연구가 진행되어야 할 것이다.

김정수는 연세대학교 행정대학원에서 사회복지학 석사학위를 받았으며, 현재 연세대학교 사회복지대학원 박사과정에 재학 중이다. 중앙일보사에서 보건·복지 분야 기자로 재직했으며, 주요 연구관심 분야는 정신보건, 암 생존자 삶의 질 등이고, 현재 연구 분야는 자살, 방문건강관리사업 등이다.  
(E-mail: newslady88@gmail.com)

송인한은 시카고대학교에서 사회복지학 박사학위를 받고 미국 뉴욕 아델파이대학교 조교수로 재직하였으며, 현재 연세대학교 사회복지대학원 부원장 및 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건 및 보건복지이며, 현재 진행하는 연구주제는 자살, 여성건강/정신건강, 학제간 융합 방법론, 방문건강관리사업 등이다.  
(E-mail: isong@yonsei.ac.kr)

## 참고문헌

---

- 원시연(2011). 자살예방대책의 문제점과 개선과제. 서울: 국회입법조사처 현안보고서.
- 보건복지가족부 자살예방대책추진위원회(2008). 제2차 자살예방종합대책(2009~2013). 서울: 보건복지가족부.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원(2012). OECD Health Data 2012(요약집). 서울: 보건복지부.
- 전우택, 남운영, 박진영, 어유경, 이홍식(2004). 자살 예방 정책 개발 연구: 외국의 국가 자살 예방 전략과 국내 활동 분석을 중심으로. 서울: 연세의대 정신과학교실; 보건복지부 연구비 지원.
- 통계청(2013.1.22). 사망원인(고의적 자해)에 따른 성별 연령표준화 사망률(2000~2011). 국가통계포털. <http://kosis.kr>에서 2013.1.22 인출.
- 통계청(2013.1.29). 사망원인(고의적 자해)에 따른 성·연령별(5세) 사망자수·사망률(1983~2011). 국가통계포털. <http://kosis.kr>에서 2013.1.29 인출.
- Anderson, M., Jenkins, R. (2005). The Challenge of Suicide Prevention: An Overview of National Strategies. *Dis Manage Health Outcomes*, 13(4), pp.245-253.
- Australia. Australian Government Department of Health and Ageing (2007). *Life Is For Everyone(LIFE): A Framework for Prevention of Suicide in Australia*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Beautrais, A. L. (2005). National Strategies for Reduction and Prevention of Suicide, *Crisis*, 26(1), pp.1-3.
- De Leo, D., Evans, R. (2003). *International Suicide Rates: Recent Trends and Implications for Australia*. Technical report. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Department of Health (2002). *National Suicide Prevention Strategy for England*. London: Department of Health.
- England. Department of Health (2012). *Preventing Suicide in England: A Cross-Government Outcomes Strategy to Save Lives*. London: Department of Health.
- Ireland. Health Service Executive, National Suicide Review Group, Department of



- Health and Children (2005). *Reach Out: National strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014*. Dublin: Health Service Executive.
- Matsubayashi, T., Ueda, M. (2011). The Effect of National Suicide Prevention Programs on Suicide Rates in 21 OECD Nations. *Social Science & Medicine*, 73, pp.1395-1400.
- New Zealand. Associate Minister of Health (2006). *The New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016*. Wellington: Ministry of Health.
- OECD (2011). *Health at a glance 2011: OECD Indicators*. <http://www.oecd.org>.
- OECD (2012.1.23). *OECD Health Data 2012: Frequently Requested Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>에서 2012.1.23 인출.
- Platt, S. (2012, October). *Public Health Intervention to Prevent Suicide: A Clinical Assessment*. Keynote presentation conducted at the Annual National Suicide Prevention Australia Conference, Sydney, Australia.
- Platt, S., McLean, J., McCollam, A., Blamey, A., Mackenzie, M., McDaid, D., et al. (2006). *Evaluation of the First Phase of Choose Life: the National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive.
- Scotland. Scottish Executive (2002). *Choose Life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive.
- 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.
- U. S. Department of Health and Human Service (HHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention (2012). *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC: HHS.
- WHO (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework*. <http://www.who.int>.

## **Comparison of National Strategies for Suicide Prevention:**

National Strategies of New Zealand, USA, Ireland, England, Scotland, Australia, and Korea Analyzed Based on the WHO Framework

**Kim, Jung-Soo**  
(Yonsei University)

**Song, In Han**  
(Yonsei University)

---

With increasing international concerns on suicide, the United Nations(UN) and the World Health Organization(WHO) have recommended every government should develop and implement a comprehensive national strategy for suicide prevention. This study analyzed the strategies of New Zealand, the United States, Ireland, England, Scotland, and Australia in comparison with that of Korea. For this purpose, those national strategies were analyzed based on the framework presented by the WHO. The strategies were reviewed and analyzed with regard to the potential components of a suicide prevention strategy; (1) clear objectives; (2) relevant risk and protective factors; (3) effective interventions; (4) improving case registration and conducting research; and (5) monitoring and evaluation. The results show that, while goals and intervention methods were well presented in Korea's national strategy, inter-organizational collaborations were not clear, analysis of risk and preventive factors was not carried out, and there existed the lack of effectiveness evaluation for prevention strategy. It is suggested that action process and outcome need to be checked, and evaluation plan needs to be implemented to improve and develop the national strategy for suicide prevention.

---

**Keywords:** Suicide Prevention, National Strategy, Comparison of Nations, WHO