
국외출장 결과보고서

- 일본 자살시도자 관리 사업 현황 파악 및 제도개선안 논의 -

2017. 7.

1

출장개요

- 출장자: 이상영 선임연구위원, 차미란 연구원
- 출장지: 일본 도쿄
- 출장기간: 2017. 6. 19.(월) ~ 2017. 6. 23.(금)
- 출장목적: 일본의 자살시도자 관리 및 사후관리 사업 현황 파악 및 제도개선안 논의
- 출장과제: 사회정신건강센터운영(2): 자살시도자에 대한 지역사회 정신건강증진 서비스 공급체계 개선방안
- 일정별 활동내역

일시	행선지	활동사항
2017. 6. 19.(월)	서울(인천)→일본/도쿄	
	니혼대학교	일본 자살예방 및 자살시도자 관련 정책에 대한 논의
2017. 6. 20.(화)	도쿄 시내	대학병원(사이타마의과대학병원)내 자살시도자에 대한 관리 현황 조사
	Life Link Japan	자살시도자 자살예방 사업현황 조사
2017. 6. 21.(수)	동경도청 복지보건국	동경도 자살시도자 대상 사업 현황 조사
	자살종합대책추진센터(JSSC)	일본 자살종합대책추진센터의 역할 및 활동내용 조사
2017. 6. 22.(목)	국립정신신경의료연구센터 정신보건연구소	약물중독과 자살시도와의 연관성에 대한 연구 현황
	조치대학 그리프케어 (Grief Care) 연구소	자살자예방과 유족지원을 위한 활동 현황 조사
2017. 6. 23.(금)	도쿄 →서울(인천)	이동

2 일정별 주요 논의 사항

1. 니혼대학교

□ 일본 자살대책기본법 개정 및 시사점

- 2006년 자살대책기본법 제정 이후에 자살문제의 사회화를 통하여 관계자 네트워크 형성과 이를 강화함.
- 2009년부터 매년 25억 엔(250억 원)~30억 엔(350억 원)을 지역자살대책 예산으로 영구적으로 재원화 함.
- 2016년에는 자살대책기본법 개정을 통하여 시정촌 단위의 자살대책기본계획 책정을 의무화 하고, 정부는 자살대책 체제를 강화하여 지자체 계획 수립을 지원하도록 하게 함.
 - 자살대책추진본부를 정부 내 설립하여 이 본부의 본부장은 후생노동성 장관으로 하고, 자살대책만을 담당하는 전임참사관(과장급)을 두었음.
 - 지자체의 자살대책기본계획 수립에 도움을 줄 수 있도록 자살종합대책추진센터를 설립하여 이 센터에서는 자살실태분석, 자살미수자 혹은 유가족 지원 대책 연구 등의 연구활동과 함께 각 지역 연계 지원 등의 활동을 통하여 시정촌을 지원하는 역할을 하도록 함.
 - 자살종합대책추진센터는 47개 도도부현별 지부를 가지고 있으며 이 각각의 지역센터가 시정촌을 지원해주는 형태로 운영됨.
- 일본의 자살대책기본법의 목적은 ‘누구도 자살로 내몰리지 않는 사회 실현, 사회만들기’로, 자살대책은 사는 것에 대한 포괄적인 지원, 제대로 살 수 있도록 관계자들이 연계하여 지원하는 것이라고 명시되어 있음.
 - 이를 위하여 법 2조 5항에서는 ‘자살대책은 보건, 의료, 복지, 교육, 노동, 그 외 관련 시책과 유기적 연계가 마련되어 종합적으로 실시되지 않으면 안된다.’ 라고 명시됨.
 - 또한 14조에서는 각 지역마다의 지속가능한 사업운동을 위해 도도부현과 시정촌에 자살대책계획에 근거한 사업 운영을 위한 교부금을 지급하도록 명시됨.
- 청소년들의 자살예방을 위하여 학교 교육의 강화를 강조하였고, 자살위험시 누구에게 어떤 도움을 요청해야 되는지에 대한 자세한 교육을 진행하도록 함.
- 모든 정책에서 행정적 리더가 중심이 되어야 정책이 실현이 될 수 있음을 강조하였고, 국가중심으로 모든 지자체와 연계하여 자살대책을 지속적으로 발전시키는 것이 목표임.

[그림 1] 2016년도 자살대책관계 예산안

2016년도 자살대책관계 예산안		후생노동성 장애보건복지부
○지역자살대책강화 교부금	25억엔 (신규)	지역 실정에 따른 실천적인 자살방지대책을 실시하는 지방공공단체 등에 대한 지원을 실시한다
○자살종합대책추진센터(가칭)	1억엔 (0.5억엔)	「자살종합대책추진센터(가칭)」에서는 학제적인 관점에서 관계자가 연계하여, 자살 대책의 PDCA cycle 대책 마련에 임할 수 있도록, 증거 제공 및 인간 단체를 포함한 지역의 자살 대책을 지원하는 기능을 강화한다 *국립정신·신경의료연구센터 운영비 교부금 0.5억엔 포함
○지역자살대책추진센터(가칭)	1.6억엔 (0.5억엔)	「지역자살 대책추진센터(가칭)」를 모든 도도부현·지정 도시에 계획적인 설치를 위해 대책 마련과 양육, 시정촌 등을 적극적으로 지원하여 체계 및 기능을 강화한다. 또한 자살유가족 등에 지원을 강화하기 위해 필요한 다양한 지원 정보를 제공한다
○자살방지 등의 대책을 마련하는 민간단체 지원	1.3억엔 (1.3억엔)	자살방지 등에 관한 활동을 하는 민간단체에 대한 지원을 한다
○자살시도자의 재시도 방지	19백만엔 (19백만엔)	의료 기관에서 자살시도자가 이중되었을 때, 다시 자살을 시도하는 것을 방지하기 위해 정신보건사회 복지사 등에 의한 케이스 매니지먼트를 시범적으로 실시한다 () 은 2015년도 예산액
○업무이관 후, 후생노동성의 체제		후생 노동성에 대한 관방장시관(자살대책 담당)을 대체로 설치 후생노동성 내의 횡단적인 추진체로서 「자살 대책추진본부(가칭)」설치를 검토

○ 자살대책을 수행하기 위한 PDCA(Plan, Do, Check, Act)

- Plan

- 자살종합대책추진센터에서는 전국지자체의 자살실태 분석을 실시하며, 지역특성에 맞게 지자체 자살실태를 유형화 하여, 정책패키지(기본 정책 패키지+ 자살 유형별 추가 패키지)를 입안하여 지역자살대책추진센터에 전달함.
- 지역자살대책추진센터에서는 해당 도도부현의 자살실태를 근거로 한 정책패키지를 제안하고, 각 지자체에서는 지역 센터의 지원하에 지역의 특수성과 사회적 자원을 고려하여 정책패키지를 조정함.
- 모든 지자체가 지역실태에 기반한 ‘자살대책계획’을 책정함.

- Do

- 모든 지자체가 지역 자살실태에 입각한 ‘자살대책계획’에 따른 대책을 실시함.
- 지자체장은 지역전체를 이끌며 종합적으로 대책을 추진하도록 함.
- 국가는 계획을 근거로 실시되는 사업에 대해 각 지역에 교부금을 교부함.

- Check

- 자살종합대책추진센터와 지역센터를 협력하여 모든 지자체의 ‘자살대책계획’을 수집함.
- 모든 지자체별 계획에 의한 사업에 대해 수치목표와 실시기간을 파악하고, 목적달성도

를 정밀하게 확인함.

- 각각의 자살 유형별 정책패키지에 대한 효과를 검증함.
- Act
 - 자살종합대책추진센터는 정책패키지의 효과를 검증하는 새로운 연구결과를 근거로 하여 기본정책패키지와 각 타입별 정책패키지를 업데이트를 함.
 - 성과가 쉽게 나타나는 사업과 성과가 나오기 어려운 사업별로 분석을 실시하고 그 이유에 대해 파악하여 정책에 반영시킴.

2. 사이타마 의과대학병원

□ 일본의 응급실 기반 자살고위험군 관리시스템

○ 추진배경

- 생명에 위협이 되지 않는 정도의 자살시도의 경우 향후 자살재시도의 가장 큰 위험요인으로 작용함.
- 응급실에 방문한 자살시도자의 경우 향후 시도를 예방하기 위한 중요한 중재제공의 기회로 인식될 수 있음.
- 「Guidelines for Psychiatric Emergency Treatment」에서는 응급의료기관에서 일하고 있는 직원들을 위한 자살시도자 또는 자살고위험자에게 서비스를 제공할 때의 가이드 라인을 제시하고 있음.
- 구급의학회 연수 중 자살시도자에 대한 지원은 병원의 구급과(응급의학과)에서 중심이 되어야 하며, 이 과 직원들을 대상으로 가이드 라인을 만들어 발표함.

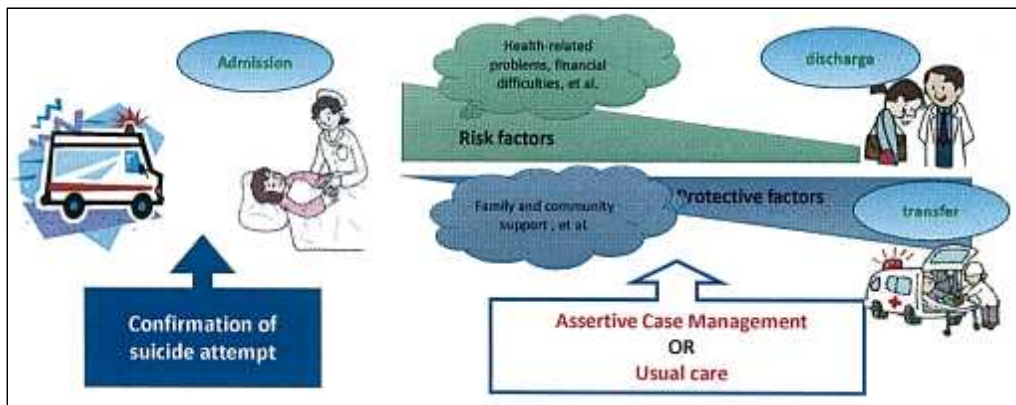
○ ACTION-J(Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan)

- 일본 내 17개 병원을 무작위로 선정하여 정신건강의 문제를 가지고 있는 성인의 자살시도자를 대상으로 적극적인 사례관리(Assertive case management)의 효과를 살펴봄.
- 적극적인 사례관리의 경우 정기적인 만남을 통하여 정신과적 진단과 함께 자살시도자가 가지고 있는 사회적 위험 및 요구도를 진단하고, 자살시도자가 적극적으로 정신과적 치료를 받도록 지지함.
- 또한, 퇴원이후의 정신과적 진료와 지역사회 심리 상담을 조정하고 연계해주며, 정신과

적 문제 외 다른 사회서비스가 필요한 경우 개인의 문제에 맞추어 문제해결에 도움을 줄 수 있는 지역 내 조직 및 기관에 연계해 줌(중재기간은 18개월~5년간 지속됨).

- 중재그룹과 대조군의 자살재시도율을 비교해본 결과, 중재그룹에서의 자살재시도율이 낮게 나타났으며, 중재의 효과가 최대 6개월간 지속되는 것으로 나타남. 6개월 이후 부터는 중재그룹과 대조군 간의 자살재시도율의 차이가 없었음.

[그림 2] ACTION-J 개념도



○ 가와사키시의 자살시도자 응급실 이동 시범연구

- 가와사키시에서는 자살시도자의 효과적인 관리를 위해서 자살시도자 감시체계를 구축하고자 함.
- 가와사키시의 3개의 병원을 대상으로 사업을 실시함.
 - 이 3개의 병원은 자살시도자의 90%가 이 3개 병원 중 하나를 방문하는 것으로 나타났고, 병원 내 중독센터가 있어 카페인 중독 등 중독문제를 해결할 수 있는 인프라가 구축되어 있었음.
- 구급대원이 환자를 이송할 때 자살시도자임을 알게 되면 자살시도자만의 고유의 ID를 환자에게 부여하게 됨.
- 현지 병원에서는 이 환자의 ID를 통하여 환자 진료와 관련된 과에서는 환자의 정보를 미리 보고 준비할 수 있도록 하는 시스템을 갖추.
- 자살시도자의 자살재시도를 예방하기 위하여 병원 퇴원 후에도 지속적으로 관리함.

[그림 3] 사업 흐름도



3. Life Link Japan

□ 라이프 링크 주요 활동

○ 자살대책의 기반 구축

- 자살대책기본법과 자살종합대책대강의 책정 등 사회 전체적으로 자살대책이 마련될 수 있도록 구조를 정비함.

○ 자살의 실태 해명

- 사회적 구조안에서 효과적인 대책을 실시하기 위한 기초데이터를 구축함.

○ 자살대책의 모델 구축

- 자살의 실태를 바탕으로 대책을 어떻게 입안하고, 어떻게 추진해야 하는지에 대해 구체적인 모델을 만들어서 사회에 제시함.

○ 행정의 감시

- 기본법에 명시되어 있는 '행정의 책무'가 수행되고 있는지 감시함.

○ 사회에 대한 계발

- 실무면에서의 모든 활동을 사회적 계발로 연결하고 자살대책을 위한 실무계발이 양방에서 같이 움직일 수 있도록 함.

자살종합대책 추진모델 (Grand Design)

생명으로 연결

「살기 좋은 사회」구축
「내놓리는 형태의 사회」에서 탈각

현장·사회제도에
실무적 접근

사회제도
재검토·개선

자살 실태
파악·분석

유효책
개발

자살대책
지역네트워크

주민을 위한
계발

가치관·삶의 방법에
계발적 접근

자살염려자지원
자살유가족지원

국가차원의 자살대책

지역차원의 자살대책

자살종합대책대강

자살대책기본법

연간 자살자 3만명 사회

- 2001년 10월 NHK 채널에서 「아빠 죽지마 - 부모의 자살, 남겨진 아이들-」을 방송(라이프링크 대표 시미즈 제작)함.
 - 이 방송을 통하여 자살유자녀들이 처음으로 사회에 얼굴과 이름을 공표하고 자신의 생각을 이야기 함.
- 2004년 10월 NHK 디렉터로서 취지를 통해 종합적인 자살대책의 필요성을 느껴온 시미즈 야스유키씨가 중심이 되어 NPO법인 자살대책지원센터 라이프링크를 설립함.
- 2005년 2월 제1회 자살대책 심포지엄(자살유가족지원을 위한 연계)을 개최하여 개별적으로 활동하고 있던 민간단체와 전문가들간의 연계를 만들기 위해 노력함.
- 2005년 5월 제2회 자살대책 심포지엄을 국회의원회관에서 개최하여 12개 민간단체가 ‘자살종합대책실현에 대한 5가지 제언’을 발표하여 당시 후생성 대신이 정부차원의 대책을 마련할 것임을 약속함.
- 2006년 4월~6월 간 자살대책법제화를 요구하는 3만명 서명활동을 전국 23개 민간단체에 요청하여 함께 전개하였고, 최종적으로 10만 1055명의 서명을 모아 자살대책기

본법 제정에 큰 뒷받침을 함. (2006년 6월 자살대책기본법 가결)

○ 2007년 7월~2010년 5월 까지 자살 대책마련을 위해 ‘자살실태조사’를 실시하였으며, 자살유가족 대상으로 인터뷰 조사를 실시함.

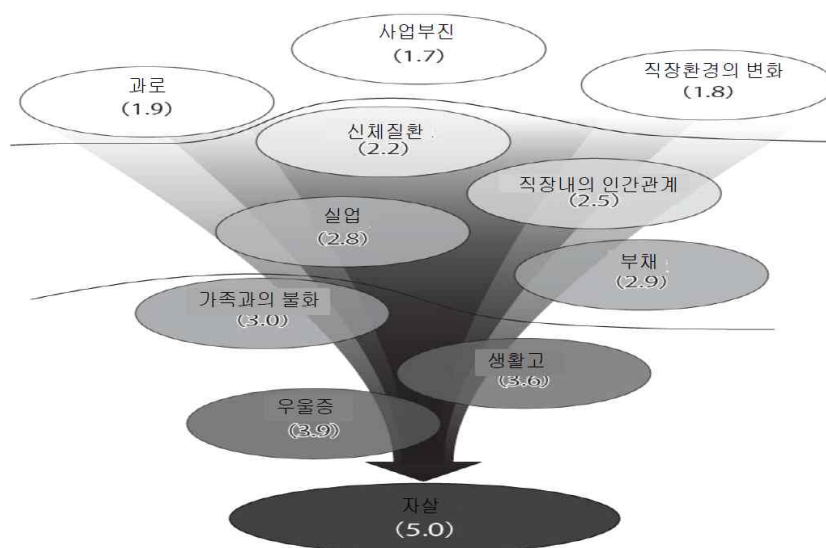
○ 2008년 7월 「자살실태백서 2008」을 정부에 제출하였으며, 자살의 지역특성 등 일본의 자살실태를 처음으로 상세하게 밝힘.

[그림 5] 자살의 위기경로 사례

(「→」=연쇄, 「+」=동시에 발생)

【실업자】	① 실업→생활고→다중채무→우울증→자살 ② 연대보증채무→도산→이혼의 고민+장래에 대한 불안→자살 ③ 범죄피해(성적피해 등)→정신질환→실업+실연→자살
【노동자】	① 배치전환→과로+직장 내에서의 인간관계→우울증→자살 ② 승진→과로→사업실패→직장 내에서의 인간관계→자살 ③ 직장 내에서의 따돌림(이지매)→우울증→자살
【자영업자】	① 사업부진→생활고→다중채무→우울증→자살 ② 개호(가족 돌봄)에 대한 피로→사업부진→과로→신체질환+우울증→자살 ③ 해고→재취업실패→부득이하게 창업→사업부진→다중채무→생활고→자살
【무직자(취업경험 없음)】	① 육아의 고민→부부간의 불화→우울증→자살 ② DV(가정내의 폭력)→우울증+이혼의 고민→생활고→다중채무→자살 ③ 신체질환+가족의 죽음→장래에 대한 불안→자살
【학생】	① 이지매→학업부진+학교 내에서의 인간관계(교사)→진로고민→자살 ② 부모와의 불화→히키코모리→우울증→장래에 대한 불안→자살

[그림 6] 자살요인의 연쇄도

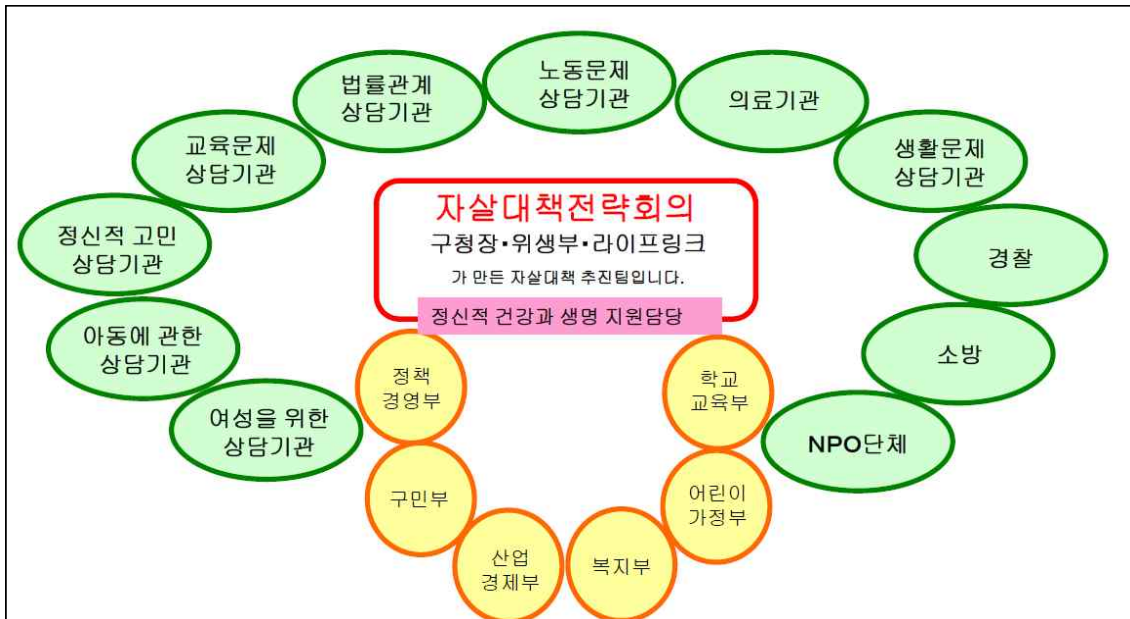


○ 2009년 5월부터 「자살대책 도시형모델」로 동경아다치구와 협정을 체결하여 자살대책을 추진함.

- 주요 내용

- 관련단체와의 네트워크 강화

[그림 7] 아다치구 상담지원 네트워크



- 당사자에 대한 지원책 제공: 고용, 생활, 정신건강, 법률 종합상담회 개최 등
- 인식제고를 위한 인재육성: 게이트키퍼 연수 실시
- 구민을 위한 계발 및 주지 활동: 홍보지 제작 및 동영상 제작 등 홍보활동

○ 2010년 4월부터 동경도 아라가와구와 일본의과대학부속병원이 연계하여 효과적인 자살시도자 지원 네트워크를 구축함.

- 응급의료기관으로 이송된 자살시도자나 구청의 각 창구에서 파악된 자살시도자에 대한 지원을 통해 자살시도자의 실태와 지원방법을 분석함.

○ 2011년 7월 자살대책에 대한 지자체간 연계를 강화하고, 구체적인 시책이나 담당자간 정보공유 및 의견교환을 실시하는 플랫폼으로 '자살이 없는 사회만들기 시구청촌 모임'의 설립을 지원하고 모임의 사무국 운영을 담당하고 있음.

○ 2011년 10월부터 (2012년 3월 11일 부터는 국가 보조 사업으로 전국에서 실시함)는 '핫라인(24시간 연중무휴, 통화료 무료)'을 운영하여 어떤 사람의 어떤 고민이든지 원스톱을 대응할 수 있도록 개설함.

- 2013년 3월 라이프링크의 학생인턴이 중심이 되어 ‘취업 활동에 관한 의식 조사’를 실시하고 발표하여 취업 활동에 대한 학생 고민의 실태 뿐만 아니라 청년층이 가지고 있는 사회에 대한 인식에 대해 명백하게 밝힘.
- 2013년 9월 ‘동경도 청년층의 자살의 실태파악 조사’를 동경도로부터 수탁하여, 10~30대의 자살유가족, 자살시도를 경험한 당사자로부터 인터뷰조사를 실시하여 청년층의 자살실태를 분석함.
- 2014년 6월 자살대책 의원연맹 아래 설치된 ‘청년층 자살대책 워킹팀(시미즈 대표 참가)’이 청년층 자살대책을 마련하는 민간단체와 지자체를 대상으로 인터뷰 조사를 실시하고 청년층 자살대책에 관한 긴급요망을 정리하여 관방장관에게 제출함.
- 이후 2016년 3월 자살대책기본법의 일부를 개정하는 법률안이 만장일치로 가결되고, 4월에 개정된 자살대책기본법이 시행됨.
- 2017년 5월부터는 시정촌의 의회 의원을 대상으로 지방의원연수를 전국 순회를 하면서 전개함.
 - 개정된 자살대책기본법에 따르면 지역별 자살대책계획을 수립하고 대책을 강구해야 되는 데 이러한 활동이 충분히 이루어지고 있는지에 대한 평가 감시자 역할을 수행함.

4. 동경도청 복지보건국

□ 동경도 자살예방 사업 동향

- 자살시도자 관련 사업
 - ‘동경도자살미수자대응운휴지원사업’을 특정비영리활동법인인 멘탈케어협의회에 위탁하여 운영하고 있음.
 - 서포트 네트워크사업의 경우 자살미수자 본인을 대상으로 평가를 실시한 뒤 대책, 복지, 보건관계부서, 정신과 진료소, 병원 등 관련기관으로 네트워크를 구성하여 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 함.
 - 자살미수자의 경우에는 정신적 증상을 가진 경우가 많아, 상담건의 절반 이상을 정신과 진료로 연계하고 있음.
 - 현 사업과 관련한 네트워크 상담건수는 2014년 535건, 2015년 741건 이었으며, 주로 2~40대의 상담건수가 많았음.

- 2014년 7월부터 사업을 실시하고 있는데, 상담실적이 꾸준히 증가하고 있으며, 그와 함께 동경도 자살미수자의 수는 감소추세를 보이고 있어, 사업의 효과가 있다고 판단됨.
- 게이트키퍼 운영
 - 지역단위 마을단위의 자살미수자에 한정하여 자살의 사인이 감지되는 대상을 중심으로 게이트키퍼 활동을 진행하고 있음.

○ 사업대상 참여 동의 문제

- 상담서비스의 경우에는 본인 동의가 필요하지 않으며, 타 상담기관에 연계하는 경우에는 본인 또는 가족의 동의가 필요함.

○ 사업 인프라

- 동경도 복지보건국 보건정책부 보건정책과에서 자살종합대책을 담당하고 있으며, 위의 사업의 경우 담당과에서 민간단체로 위탁하여 운영하고 있음.
 - 동경도의 해당과는 5명이 소속되어 있으며, 사업을 위탁한 민간단체의 경우 상시 2~3인 체제로 실시하고 있음.
- 예산의 경우 2017년 자살종합대책예산으로 연 1억 5,600조 엔이며, 자살미수자 지원 관련 예산으로 상담, 지원, 동경네트워크 예산으로 약 2,000만 엔을 투입하고 있음.
 - 예산은 지역자살대책강화교부금의 형태로 정부로부터 보조를 받고 있으며, 자살미수자 지원사업의 경우에는 교부금의 비율이 2/3임.

○ 자살시도자 통계생산

- 자살시도자에 대한 공식적인 통계자료를 내놓고 있지는 않지만, 후생성의 지역별 자살기초통계에서 자살자에 대한 통계를 수집하고 있음.

5. 자살종합대책추진센터(JSSC)

□ 기관 개요

- 일본 자살종합대책추진센터는 2016년 4월 1일에 자살대책기본법 개정과 함께 처음 개소하였으며, 개정된 법에서 제시하고 있는 각 지역의 자살예방 대책 수립에 적용하고 있는 PDCA(Plan-do-check-act) 사이클에 참여하고 있음.
- 이 사이트를 내에서 JSSC는 연구활동을 통해 지역에 맞는 자살대책 정책 근거자료를 제공해주고 있음.

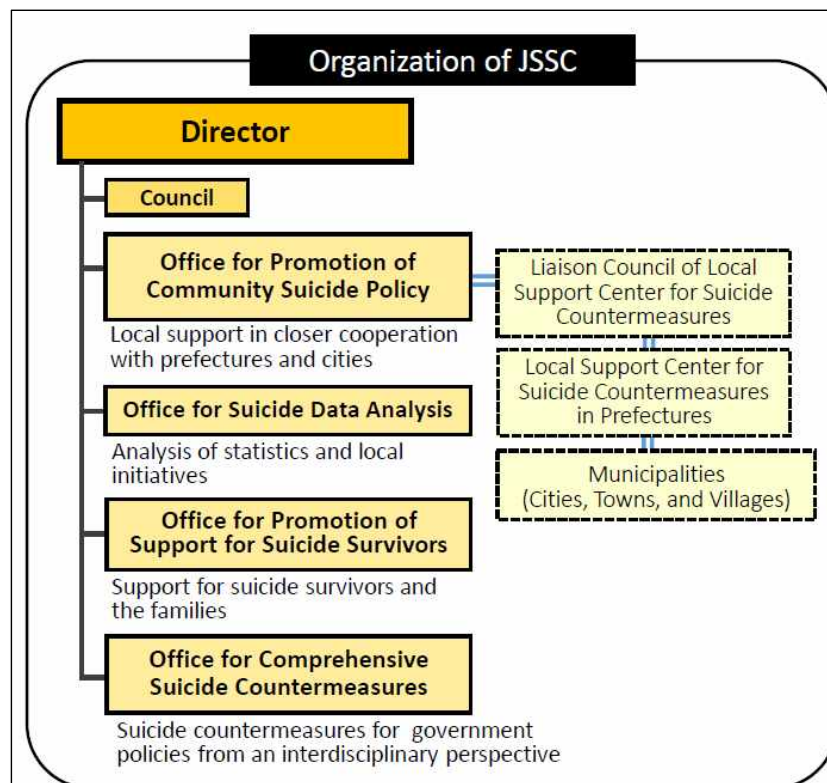
□ 기관 목적

- 각 지역별 사례에 맞는 자살 대책 시스템을 만드는 것
- 시정촌 단위의 정부조직과 민간단체의 자살 대책 실행을 도움을 주는 것
- 정신건강에만 국한되지 않고, 사회학, 경제학, 통계학 등의 관점에서 대책을 강구하는 것
- 근거에 기반한 PDCA를 실행하는데 도움을 주는 것
- WHO 등 협력 기관에 국제적인 협력과 정보를 제공하는 것임.

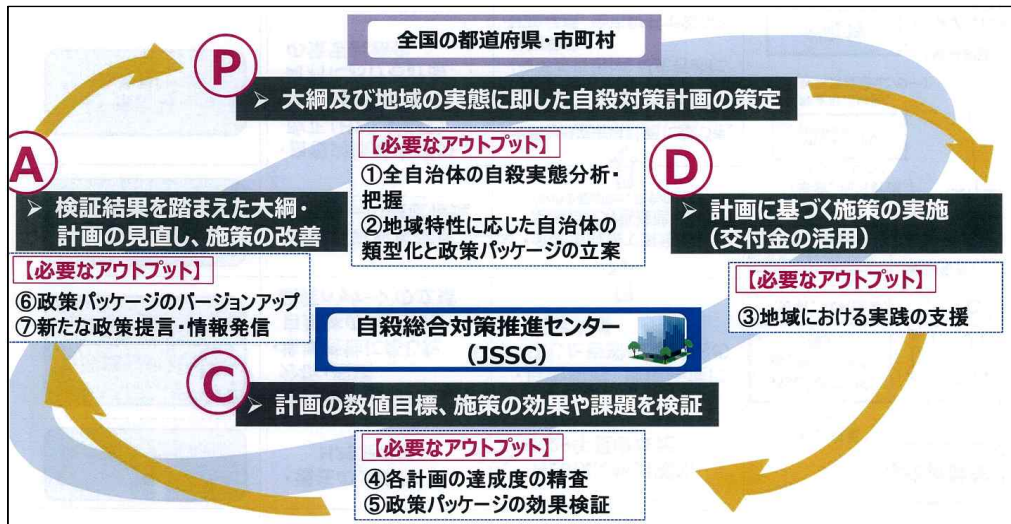
□ 조직 구성 및 역할

- JSSC의 조직은 3개의 영역으로 나눌 수 있으며, 1) 자살역학(자살과 자살과 관련된 행동에 대한 역학적인 연구 진행), 2) 자살예방정책 지원(자살유가족에 대한 연구수행 및 전문가 교육 계획 수립), 3) 자살에 관한 의학적 연구(자살에 영향을 줄 수 있는 정신의학적 문제에 대한 연구) 파트로 나눌 수 있음.

[그림 8] 일본 자살종합대책추진센터(JSSC) 조직도



[그림 9] 일본 자살대책을 수행을 위한 PDCA 사이클



6. 국립정신신경의료연구센터 정신보건연구소

□ 약물중독(Substance use disorder, SUD)과 자살과의 연관성 연구

○ 연구대상 및 방법

- 5개 지역에 있는 SUD 치료시설을 갖춘 7개 병원에 내원한 외래환자 1,650명을 대상으로 연구를 진행함. 이 중 1,420명의 환자가 연구 참여에 동의함.
- Alcohol abuse, methamphetamine abuse, illicit drug abuse, prescribed psychotropic drugs 대상 물질임.
- 자살경향성의 경우에는 the Mini International Neuropsychiatric Interview(M.I.N.I) 5.0.0 일본어 버전을 사용하여 살펴봄.

○ 연구결과

- 나이가 어릴수록, 남자보다는 여자, 현재 우울증을 알고 있는 경우, methamphetamine 중독, 처방된 향정신성 의약품 중독, 여러 약물중독인 경우에 자살 경향이 뚜렷하였음. 알코올 중독의 경우에는 자살경향과는 부정적인 관계를 보였음.
- 남자 환자의 경우에는 나이가 어릴수록, 현재 우울증을 가지고 있는 경우, 처방된 향정

신성 의약품 중독, 여러 약물중독인 경우에 자살경향이 뚜렷하였음.

- 여자환자의 경우에는 마찬가지로 나이가 어릴수록, 현재 우울증을 가지고 있는 경우, 여러 약물에 동시에 중독되어 있는 경우에 자살경향이 뚜렷하였음.

[표 1] 물질사용장애 외래환자의 자살경향성에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 (n=1,420)

Dependent variables	Independent variables	Severe suicidality (n = 495)		Non-severe suicidality (n = 925)		B	Bivariate analysis		Multivariate analysis		
		Mean	SD	Mean	SD		Unadjusted OR	95%CI	B	Adjusted OR	95%CI
		n	%	n	%						
Severe suicidality (M.I.N.I. suicide risk ≥ 10)	Age (years)	45.1	11.9	53.0	13.0	−0.049	0.952***	0.943–0.961	−0.027	0.973***	0.962–0.985
	Sex (female percentage: male = 0, female = 1)	161/495	32.5%	149/920	16.2%	0.938	2.555***	1.974–3.308	0.452	1.571**	1.150–2.146
	Current depression (K10 score ≥25; absence = 0, presence = 1)	346/492	70.3%	188/913	20.6%	2.213	9.139***	7.108–11.750	1.984	7.271***	5.580–9.476
	Alcohol abuse (absence = 0, presence = 1)	350/495	70.7%	768/920	83.5%	−0.739	0.478***	0.368–0.620	0.100	1.106	0.726–1.684
	Methamphetamine abuse (absence = 0, presence = 1)	94/495	19.0%	96/920	10.4%	0.699	2.012**	1.478–2.379	0.140	1.151	0.720–1.839
	Other illicit drug abuse (absence = 0, presence = 1)	8/495	1.6%	17/920	1.8%	−0.136	0.873	0.374–2.036	−0.521	0.594	0.211–1.674
	Prescribed-psychotropic drug abuse (absence = 0, presence = 1)	34/495	6.9%	28/920	3.0%	0.854	2.350**	1.407–3.923	0.095	1.100	0.579–2.091
	Multi-substance abuse (absence = 0, presence = 1)	99/495	20.0%	72/920	7.8%	1.080	2.944***	2.125–4.080	0.490	1.632*	1.107–2.405

*P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001. M.I.N.I., Mini International Neuropsychiatric Interview; OR, odds ratio, CI, confidence interval.

[표 2] 물질사용장애 남자 외래환자의 자살경향성에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 (n=1,113)

Dependent variables	Independent variables	Severe suicidality (n = 334)		Non-severe suicidality (n = 779)		B	Bivariate analysis		Multivariate analysis		
		Mean	SD	Mean	SD		Unadjusted OR	95%CI	B	Adjusted OR	95%CI
		n	%	n	%						
Severe suicidality (M.I.N.I. suicide risk ≥ 10)	Age (years)	47.6	11.8	54.4	12.8	−0.044	0.957***	0.947–0.968	−0.280	0.972***	0.959–0.985
	Current depression (K10 score ≥25; absence = 0, presence = 1)	227/331	68.6%	141/769	18.3%	2.265	9.628***	7.195–12.883	2.107	8.227***	6.039–11.207
	Alcohol abuse (absence = 0, presence = 1)	249/334	74.6%	660/774	85.3%	−0.681	0.506***	0.369–0.694	0.231	1.260	0.748–2.121
	Methamphetamine abuse (absence = 0, presence = 1)	57/334	17.1%	70/774	9.0%	0.735	2.086***	1.433–3.036	0.237	1.268	0.710–2.263
	Other illicit drug abuse (absence = 0, presence = 1)	6/334	1.8%	16/774	2.1%	−0.134	0.875	0.336–2.255	−0.542	0.582	0.184–1.841
	Prescribed-psychotropic drug abuse (absence = 0, presence = 1)	21/334	6.3%	19/774	2.5%	0.989	2.690**	1.426–5.072	0.488	1.629	0.736–3.603
	Multi-substance abuse (absence = 0, presence = 1)	61/334	18.3%	55/774	7.1%	1.072	2.921***	1.977–4.315	0.404	1.498	0.939–2.390

P < 0.01, *P < 0.001. M.I.N.I., Mini International Neuropsychiatric Interview; OR, odds ratio, CI, confidence interval.

[표 3] 물질사용장애 여자 외래환자의 자살경향성에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 (n=307)

Dependent variables	Independent variables	Severe suicidality (n = 161)		Non-severe suicidality (n = 146)		B	Bivariate analysis		Multivariate analysis		
		Mean	SD	Mean	SD		Unadjusted OR	95%CI	B	Adjusted OR	95%CI
Severe suicidality (M.I.N.I. suicide risk ≥ 10)	Age (years)	40.4	10.7	45.8	12.1	-0.044	0.957***	0.937-0.977	-0.022	0.979	0.954-1.004
		n	%	n	%						
	Current depression (K10 score ≥ 25 ; absence = 0, presence = 1)	119/161	73.9%	47/144	32.6%	1.758	5.800***	3.568-9.428	1.682	5.376***	3.182-9.082
	Alcohol abuse (absence = 0, presence = 1)	101/161	62.7%	108/146	74.0%	-0.524	0.592*	0.363-0.965	-0.171	0.843	0.409-1.740
	Methamphetamine abuse (absence = 0, presence = 1)	37/161	23.0%	26/146	17.8%	0.363	1.423	0.814-2.487	-0.058	0.944	0.423-2.104
	Other illicit drug abuse (absence = 0, presence = 1)	2/161	1.2%	1/146	0.7%	0.601	1.824	0.164-20.327	0.029	1.029	0.063-16.880
	Prescribed psychotropic drug abuse (absence = 0, presence = 1)	13/161	8.1%	9/146	6.2%	0.290	1.337	0.554-3.227	-0.553	0.575	0.201-1.649
	Multi-substance abuse (absence = 0, presence = 1)	38/161	23.6%	17/146	11.6%	0.852	2.344**	1.257-4.371	0.654	1.922	0.946-3.907

*P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001. M.I.N.I., Mini International Neuropsychiatric Interview; OR, odds ratio, CI, confidence interval.

7. 초치대학(SHOPIA University) 그리프케어 (Grief Care) 연구소

□ 기관 개요

- 그리프 케어 연구소에서는 ‘슬픔’, ‘상실’에 대한 케어 및 사고관리에 필요한 학술적 연구와 관련 종사 인재들을 양성하는 것에 목적을 두고 설립됨.

□ 자살예방 및 유족지원에 대한 기본 조사

○ 조사 목적 및 개요

- 자살의 실태를 명확히 이해하기 위함.
- 자살을 하게 된 경위, 자살 시도 이전에 심리 상태 등을 다각적으로 살펴보고 자살예방을 위한 개입 포인트 등을 명확히 하기 위해 이른바 심리과학부검의 방법을 유족을 대상으로 실시함.

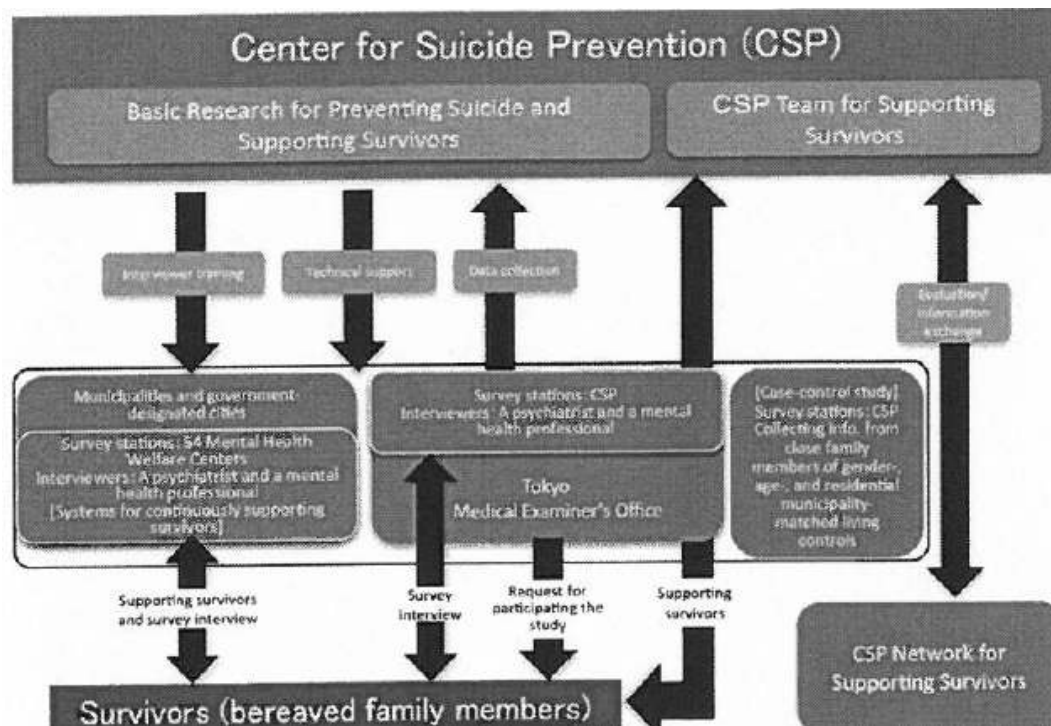
○ 관련 자료

- 후생노동성의 인구동태통계(자살사망자의 사망 원인, 이름, 성별, 주소, 생년월일, 사망일, 외인사의 가능성 등)
- 경찰청 자살의 개요자료
- 자살사망으로 분류된 사인(위 인구동태통계보다 더 정확함)

○ 자살 원인 및 특성

- 가족문제, 건강문제, 생활 문제, 근로상문제, 이성관계의 문제, 학교 문제 등으로 파악되고 있음.
- 자살은 극히 드문 문제임, 일반인구 대비 발생률은 0.002% 전후임.
- 비자살군, 또는 자살군이라는 이분법적으로 위험 비교를 하는 것은 불가능 함.
- 자살사망자는 남성이 많으며, 정신장애에 걸릴 확률이 낮음
- 자살미수자는 여성이 많으며, 정신장애에 걸릴 확률이 높음

[그림 10] 연구설계도 (2007-2015)



○ 심리과학적부검에 관한 비판

- 대상에 치우칠 수 있음,
- 유족의 정보에 치우칠 수 있음,
- 조사원의 면접 기술이 질적으로 좋지 않을 수 있음.

○ 연구 상 문제점

- 대상의 대표성
- 유족 케어의 문제
- 조사원의 자격 문제
- 연구디자인의 과학성

○ 연구 결과

자살원인 별	Odds 비	사례 안에서의 유형 분석
의학적 문제	-우울장애 6.2 -알콜성 장애 3.13	알콜 문제를 가진 사례의 특징 - 중고령 남성, 유직자 - 알콜 문제로 치료, 지원 경험이 없는 사람 정신과 수진 사례의 특징 - 50%가 정신과 치료중 - 자살시에 항정신제를 과다복용 - 고령자, 조증 환자 여성 중 섭식장애 문제가 있는 사람 신체질환이 있는 사례의 특징 -생애주기에서 자살까지의 경로가 다름
회사, 사회, 경제적 문제	-채무 변제가 곤란한 현금상 문제 38.43 -직업상 고통 4.19	돈을 빌린 사례의 특징 - 자영업, 여러번 혼인한 사람(?), 수면시 알콜 섭취 취업자와 무직자의 비교 - 유직자: 중고령 남성, 알콜 문제, 채무 상태 - 무직자: 고령층 남성, 미혼
생활력적 문제	-유소년기 피학경험 5.34 -학교에서의 왕따 피해 3.59 -자해, 자살 미수력 27.8	청소년 사례 비교 - 4-60%가 등교를 하지 않고 왕따문제를 겪음. - 가족 혹은 친인척과의 이별, 정신장애의 가족력 존재 - 과거 자살 관련 행동 경험 존재 - 등교하지 않은 이후 575%가 학교 복귀
기타	-1개월 이내 본 사망 소식 187.6	