

지방정부의 자살예방정책이 자살률에 미치는 영향*

박 영 미**
김 병 규***

국문요약

본 연구는 우리나라 자살률의 지역적 편차에 기초하여, 지방자치단체의 자살예방을 위한 정책에 따라 자살률이 차이가 있는지를 규명하고자 하였다. 이에 자살문제를 해결하기 위해 정책적 의지라고 볼 수 있는 자살예방에 관한 조례 제정과 실행정책으로서 정신건강증진센터의 설치·운영이 지역의 자살률에 영향을 미치는지 그 효과를 분석하였다. 연구를 위해 전국 226개 기초자치단체를 대상으로 2013~2015년 자살률 자료를 활용하였다. 연구결과, 기초자치단체의 자살예방 조례 제정과 정신건강증진센터의 설치·운영 각각은 지역의 자살률을 낮추는데 효과가 없는 것으로 나타났다. 그러나 자살예방 조례를 제정하는 동시에 정신건강증진센터를 운영하는 기초자치단체들에서는 다음 해의 자살률이 낮아지는 것으로 나타났다. 본 연구를 통해 기초자치단체의 자살예방을 위한 정책의지를 확인할 수 있는 조례 제정과 더불어 실질적인 자살예방사업을 수행하는 정신건강증진센터 운영이라는 정책수단이 동시에 병행될 때 자살률 감소라는 긍정적 효과를 거둔다는 점을 검증하였다.

주제어: 자살예방정책, 자살예방에 관한 조례, 정신건강증진센터, 자살률

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

자살은 자발적 또는 의도적으로 스스로 목숨을 끊는 행위이다. 자살은 자살자가 스스로 의도하기 때문에 뜻밖의 사고나 질병 등에 의한 죽음과는 다르다. 자살로 인한 사회경제적 비용을 추산한 결과, 우리 사회가 부담해야 하는 손실이 연간 6조 4769억 원에 달하는 것으로 보고되었다.¹⁾ 이는 우리 사회의 심각한 문제가 되고 있는 자살을 예방하고 관리하는 방안 마련이 절실함을 보여주

* 이 연구는 2016학년도 안동대학교 연구비에 의하여 연구되었음.

** 제1저자

*** 교신저자

1) 국민건강보험공단 산하 건강보험정책연구원(2015)의 2012년 기준 '5대 사망원인의 사회경제적 비용 분석' 보고서에 따르면 우리나라의 5대 사망 원인 중 암으로 인한 사회경제적 손실이 연간 14조원이 넘어 1위이고, 다음은 자살로 인한 손실이 6조 4769억 원으로 2위로 나타났다.

는 단서라 하겠다. 우리나라 자살률은 2015년 기준, 인구 10만 명당 26.5명으로 전년 대비 0.7명 (-2.7%) 감소하였다. 하지만 이는 여전히 OECD국가 중 1위를 차지하고 있으며, 2013년 기준 OECD 평균인 12.0명의 2.2배에 달한다. 우리나라 자살률은 지속적으로 증가해 2011년 기준 31.7명으로 최고치를 기록한 뒤 2013년 28.5명이었다가 2015년 26.5명으로 나타나, 2008년 26.0명 이후 7년 만에 가장 낮은 수치를 기록하였다. 성별로는 남성 자살률이 37.5명으로 여성 15.5명의 2.4배로 나타났으며, 노인의 자살률은 60대 36.9명, 70대 62.5명, 80대 이상이 83.7명으로 나타났다(통계청, 2015년 사망원인통계). 이러한 심각성에 따라 우리나라는 수년째 ‘자살공화국’이라는 불명예를 안고 있으며, 전문가들은 우리나라의 자살 문제를 사회적 병리현상으로 규정하기도 한다. 그럼에도 불구하고 자살은 예방할 수 있는가에 대해 희망적인 면은 우리 국민 중 ‘자살은 예방될 수 있다’는 문항에 대해 79.5%가 동의하는 것으로 응답하여, 다수가 자살을 예방 가능한 문제로 인식하고 있다는 것이다.²⁾ 이런 측면에서도 자살은 더 이상 개인적 차원이 아닌 국가와 지역사회가 함께 해결해야 할 사회적 문제로 대두되어 오고 있다.

우리나라 자살률이 크게 증가하면서 정부는 자살을 해결해야 할 정책의제로 설정하고 2004년 12월에 ‘자살예방 5개년 종합대책’의 기본 계획을 발표하였으며, 2008년 12월에는 ‘제2차 자살예방 종합대책’을 수립하여 발표하였다. 이후 정부는 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 자살예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 자살로부터 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성하기 위해 2011년 3월 30일 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’을 제정하여, 2012년 3월 31일부터 시행하고 있다. 이에 따라 각 지방자치단체는 자살예방 관련 조례를 제정하여 지역사회의 자살예방을 위한 다양한 지원체계를 마련하였다.

또한 보건복지부 산하 정신건강증진센터는 기초자치단체의 정신보건 관련 업무를 담당하는 기관으로 자살예방사업 추진 전달체계의 구심점 역할을 수행하고 있다. ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’ 제13조 제2항 및 제3항에 근거하여 자살예방사업의 수행을 위한 자살예방센터를 정신건강증진센터 내에 설립·운영할 수 있도록 규정하고 있기 때문에, 주로 정신건강증진센터에서 시·군·구 단위 자살예방사업 수행의 총괄 업무를 담당하고 있다(국회예산정책처, 2013). 지역사회의 자살예방센터 기능을 담당하고 있는 정신건강증진센터의 설치·운영과 더불어 기초자치단체가 독자적으로 특화된 자살예방센터³⁾를 설치·운영함으로써 사업을 수행하는 경우도 있다.

이러한 정부와 지방자치단체의 자살예방을 위한 정책적 노력에도 불구하고 우리나라 자살률은 유의미한 감소를 좀처럼 보이지 않고 있다. 우리나라의 자살률을 시·도별로 살펴보면, 2015년 기준 인구 십만 명당 강원도가 35.3명, 충청남도가 35.1명을 기록하여, 광주광역시의 21.4명, 세종시의 22.50명에 비해 높은 수준임을 알 수 있다. 또한 시·군·구별로 비교하면 강원도 평창군이 60.2명, 충청남도 청양군이 59.1명으로 나타나, 서울특별시 서초구의 15.2명, 광주광역시 남구의 16.4

2) 보건복지부 자살실태조사인 자살에 대한 국민 인식조사에서 ‘자살은 예방 될 수 있다’는 문항에 대해 5.9%가 동의하지 않음, 14.7%가 잘 모르겠음, 79.5%가 동의함으로 응답하였다.

3) 보건복지부 2015년 정신건강사업안내에 의하면 독자적으로 특화된 자살예방센터를 운영하는 지방자치단체는 성북구, 수원시, 안산시, 성남시, 화성시, 시흥시, 광명시, 양평군, 가평군, 천안시가 있다.

명에 비해 매우 높은 것으로 나타났다. 이와 같이 우리나라의 자살률은 지역 간 뚜렷한 차이를 나타내고 있다. 자살률이 심각한 지방자치단체에서는 자살예방정책에 필요한 사항을 규정하여 자살예방사업을 지속적·안정적으로 추진하기 위해 조례를 제정하고, 나아가 실질적이고 직접적인 자살예방사업의 수행을 위해 정신건강증진센터 및 자살예방센터를 설치·운영할 수 있다. 이는 각 자치단체의 정책적 의지와 노력에 따라 자살률이 달라질 수 있는 여지를 부여하는 것으로 기초자치단체의 정책적 노력들이 효과가 있는지를 검증해 볼 필요가 있다.

이에 본 연구는 우리나라 자살률의 지역적 편차에 기초하여, 심각한 자살문제를 해결하기 위한 시·군·구 단위의 자살예방을 위한 정책 시행에 따라 자살률은 차이가 있는지를 규명하고자 한다. 기존연구들은 주로 시·도 또는 시·군·구 단위의 지표에 따른 자살률의 차이를 분석한 연구가 대부분을 차지하고 있고, 지방정부의 자살예방을 위한 정책적 노력이 지역사회 자살률 감소에 기여하는지를 측정하는 연구는 거의 없다. 따라서 226개 시·군·구 단위의 자살예방 관련 조례 제정, 정신건강증진센터의 설치·운영 등 자살예방을 위한 적극적 정책 시행에 따라 지역의 자살률은 차이를 보이는지 분석하고 기초자치단체의 자살예방 및 자살률 감소를 위한 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

II. 이론적 논의

1. 자살의 개념 및 이론

1) 자살의 개념과 원인

‘자살(suicide)’은 라틴어 sui(자기 자신)와 caedo(죽이다)가 합성된 말이다. 세계보건기구(WHO)는 자살을 “자살 행위로 인하여 죽음을 초래하는 경우로 죽음의 의도와 동기를 인식하면서 자신에게 손상을 입히는 행위”라고 정의한다. Judith와 Shapiro(1982)는 자살을 “자기 자신을 해롭게 하거나 위협에 빠뜨리게 하여 죽음의 결과를 초래하는 것”으로 정의하였다(김용분·이정섭, 2003). 자살을 사회적 현상으로 이해하고 설명하고자 하는 뒤르케임(Durkheim)은 자살을 “자신 스스로 직·간접적으로 죽음을 초래할 것을 인지하고 긍정적 혹은 부정적 행위를 저질러 결과적으로 죽음에 이르는 모든 경우들”이라 정의내리고 있다. 뒤르케임은 비록 자살이 심리적 요인에 의해 설명될 수도 있지만 자살은 사회적 사실(Social Fact)으로써 사회학적 방법에 의해 연구되어야 한다고 주장한다(윤우석, 2011).

일반적으로 자살의 원인은 개인적 요인과 사회문화적 요인으로 구분된다. 개인적 요인은 개인의 심리적 및 생리적 변인들에 주목한다. 곧 자살을 시도하는 사람들은 다른 사람들에 비해 내성적, 공격적, 충동적이고 완벽주의 적이어서 융통성이 없거나 우울증에 잘 걸리는 성격 패턴을 갖는 경향이 있다는 것이다. 자살의 개인적 요인을 포착하는 접근법은 나름대로 설득력이 있다. 하

지만 문제는 이 접근법은 개인적 변인들이 사회문화적 배경과 불가분의 관계에 있다는 것을 깊게 이해하지 못한다는 점이다. 자살의 개인적 변인으로 여겨지는 우울증, 고독, 소외, 좌절, 자기부정, 무의미 등과 같은 개인 차원의 심리적 또는 생리적 요인들은 자살 유발의 직접적이고 단일한 요인인 듯하지만, 사회학적 시각에서 보면 이 개인적 요인들은 사회문화적 환경 요인에 의해 조장되고 강화되어 질 수 있는 요인들임을 알 수 있다. 이상과 같이 개인 차원의 자살 유발 요인들이나 개인 외부의 특정한 물리적 요인들이 직접적으로 자살을 충동하느냐의 여부는 그 요인들의 촉매적 영향을 자극하고 강화하는 사회문화적 차원에 대한 통찰을 요구한다. 자살의 사회문화적 요인에 주목하는 이와 같은 입장은 기본적으로 모든 사회에는 자살을 수행하도록 하는 일정한 세기의 ‘집합적 경향’이 존재한다는 뒤르케임의 자살론 가정에 기초한 것이다(송재룡, 2008).

이러한 맥락에서 자살은 개인의 심리적인 변인들로 인해 스스로 의도한 죽음이라는 측면에서 개인적 차원의 문제로 치부해 버릴 수도 있지만, 본 연구에서는 뒤르케임의 주장과 같이 자살을 우울증, 고독, 좌절 등의 개인적 요인들이 사회문화적 배경의 영향을 받아 더 조장되고 강화될 수 있는 개념으로 이해하였다.

2) 자살의 이론

자살현상을 이해하기 위하여 19세기 말엽부터 서구에서는 많은 이론들이 제기되어 왔으며, 이론적 관점에 따라 자살의 유형화가 시도되었다(김기환·전명희, 2000). 자살과 관련된 이론은 사회학적 모형, 심리학적 모형, 유전·생물학적 모형, 그리고 최근에 소개된 스트레스-취약성 모형으로 나누어 설명되고 있다.

자살을 사회적인 관점에서 설명하는 대표적인 이론은 뒤르케임(Durkheim)의 사회통합이론이다. 뒤르케임은 사회의 통합 수준이 자살에 영향을 미친다고 하였으며, 자살의 유형을 이기적 자살, 이타적 자살, 아노미적 자살, 숙명적 자살로 구분하였다. 먼저 아노미적 자살은 사회규제력이 약화된 사회에서 전쟁이나 경제위기와 같은 급격한 사회변동 속에서 사회적 존재로서의 정체성의 혼란을 겪는 개인이 새로운 상황변화에 대처할 수 없을 때 사회가 구속력을 행사하지 못함으로써 발생한다. 이기적 자살은 사회응집력이 낮은 경우 개인주의적 성향이 강해짐으로 인해 사회와 개인의 유대관계가 약해지고 개인의 고립이 높아져 나타나는 경우이다(김형수·권이경, 2013). 이타적 자살은 자신이 속한 사회에 지나치게 통합되어 그 사회를 위해 희생하는 경우로 고대 로마인들의 영웅적 자살, 종교를 위해 자신을 버린 순교자 등이 이러한 범주에 들어간다(김현순·김병석, 2008). 숙명적 자살은 사회적 억압에 대처할 수 없는 개인에게서 발생한다. 이러한 자살은 사회가 개인의 욕망을 과도하게 억압함으로써 개인에게 절망감을 안겨줌으로써 자살을 초래한다(권은희, 2009). 뒤르케임은 자살이 개인의 심리적 요인이나 생물학적 속성으로 인해 발생하는 것이 아니라 ‘사회통합’과 ‘규제’ 등의 사회적 힘(social force)에 의해 생기는 것이라고 주장한다(김명희, 2012).

사회학자들이 자살의 외적 요인을 강조한 것과는 달리 정신분석학자들은 심리적 이론인 자살을 일으키는 개인의 내적인 특성 즉, 자살행위를 유발하는 개인 내부의 갈등과 무의식적 환상에

대한 이해를 강조한다(신민섭, 1992). 심리학적 모형에는 정신역동적, 행동주의적, 인지적 접근 등이 있다. 정신역동적 접근은 Freud가 자살에 대한 통찰을 처음으로 시작했는데 그는 우울증 환자에게서 관찰된 자기증오가 본래는 사랑하던 대상에 대한 분노에 의해서 생긴 것이며, 그 대상에게 향했던 분노가 다시 자기 자신에게 향해진 것으로 본다. 행동주의적 접근은 자살이 개인의 생활에서 지속됐던 강화의 양상이 변화함으로써 이루어진다고 본다. 강화적인 자극이 없어짐으로써 개인은 살아야 할 이유가 없어지며, 이러한 경우 자살은 긍정적 강화를 의미한다. 인지적인 접근에서는 정서·행동·인지의 영역 중 자살에 대한 인지적인 왜곡이나 역기능을 중시하였고, 이러한 왜곡된 인지를 수정하면 보다 적응적인 방식으로 생활할 수 있다고 본다(Ellis and Ratliff, 1986; 박재연, 2010 재인용).

유전·생물학적 모형은 자살에 취약한 유전적 특질이 있다는 이론이다. Baechler(1979)는 자살자와 그 가족의 자살과의 관련성을 연구한 결과 일반적으로 자살자의 가족이 다른 일반 사람에 비해 자살률이 현저하게 높게 나타났으며, 이러한 결과는 자살을 일으키는 특질이 존재하며 이런 특질은 유전되는 것이라고 하였다. 또한 Roy 등(1991)은 유전인자를 통하여 자살성향이 후대에 전달된다는 가설로 자살성향의 이면에는 정신질환에 취약한 유전인자가 있으며 그 인자가 계속 유전된다고 주장하였다(김현순, 2008).

〈표 1〉 자살에 관한 이론

자살 이론	대표 학자	내용 요약
사회학적 모형	Durkheim (1897)	사회의 통합 수준이 자살에 영향을 미치며, 자살의 유형을 이기적 자살, 이타적 자살, 아노미적 자살, 숙명적 자살로 구분함. 자살이 개인의 심리적 요인이나 생물학적 속성으로 인해 발생하는 것이 아니라 '사회통합'과 '규제' 등의 사회적 힘(social force)에 의해 생기는 것이라고 주장
심리학적 모형	Freud (1917)	정신역동적, 행동주의적, 인지적 접근 등이 있으며, 정신분석학자들은 심리적 이론인 자살을 일으키는 개인의 내적인 특성 즉, 자살행위를 유발하는 개인 내부의 갈등과 무의식적 환상에 대한 이해를 강조
유전·생물학적 모형	Baechler (1979)	자살에 취약한 유전적 특질이 있다는 이론으로, 자살자와 그 가족의 자살과의 관련성을 연구한 결과 일반적으로 자살자의 가족이 다른 일반 사람에 비해 자살률이 현저하게 높게 나타났으며, 이러한 결과는 자살을 일으키는 특질이 존재하며 이런 특질은 유전되는 것으로 봄
스트레스-취약성 모형	Moscicki (1995)	개인의 특성과 사회 환경과의 상호작용을 강조하는 입장으로, 이상행동은 개인이 지닌 유전적 취약성과 개인이 속한 환경에서 경험하는 스트레스의 상호작용에 의해 발생된다고 봄

이상의 이론들은 자살에 있어 개인과 환경과의 상호작용을 충분히 설명하는데 한계가 있다. 이에 스트레스-취약성 모형은 자살을 개인의 특성과 사회 환경과의 상호작용을 강조하는 입장이다(원호택, 1997, 김효창·손영미, 2006 재인용). 스트레스-취약성 모델에 따르면, 이상행동은 개인이 지닌 유전적 취약성과 개인이 속한 환경에서 경험하는 스트레스의 상호작용에 의해 발생된다. 개인과 사회 환경과의 상호작용을 통해 특정한 심리장애에 취약한 행동, 정서, 인지적 특성을 형성

하게 되는 것을 개인의 취약성이라고 한다. 취약성은 고도의 취약성을 가지고 있는 개인에서 매우 낮은 수준의 취약성을 보이는 개인까지 취약성의 수준이 다르다고 할 수 있다(김효창·손영미, 2006). 스트레스의 경우에는 스트레스 유발 상황이 모두 스트레스 요인이 되는 것은 아니다. 스트레스 원인이 되기 위해서는 첫째, 일정 기간 이상 스트레스 유발 상황이 지속되고 둘째, 문제가 심각할 경우여야 하며 셋째, 불가능한 예측상황이어야 하고 넷째, 통제가 불가능하다고 판단되어야 하며 다섯째, 자신감이 결여되었으며 마지막으로 우발적 사건발생인 경우여야 한다. 지금까지 알려진 스트레스 원인으로는 생활의 주요한 변화, 외상적인 사건 등이 있다(김효창, 2006).

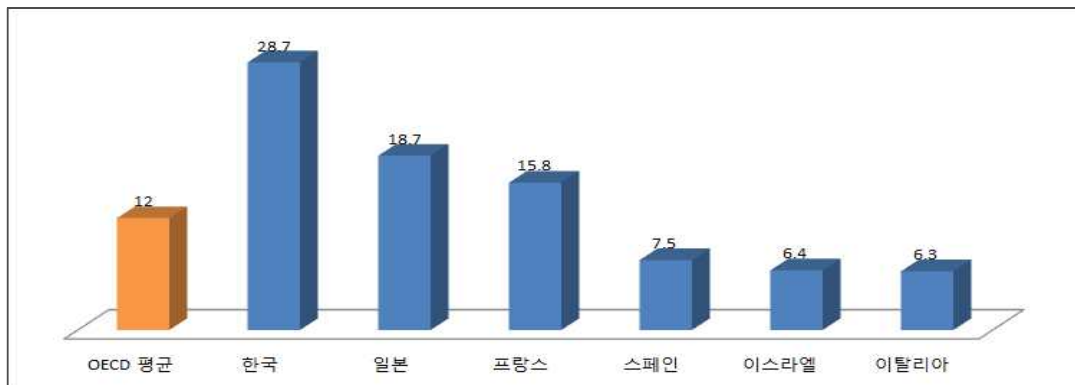
본 연구는 이상의 자살에 관한 모형 중에서 사회의 통합 수준이 자살에 영향을 미친다고 주장한 뒤르케임의 사회통합이론을 기반으로 하였다. 뒤르케임에 따르면 한 사회의 자살률이 매우 항상성을 보이는 이유는 그 사회의 도덕적 규범이 자살의 유형을 결정하며 이것이 집합적 경향으로 나타나 결과적으로 개인에게 영향을 미치기 때문이다. 자살자의 행동은 얼핏 생각하면 개인적 기질에 의한 것이지만, 사실 그들 개인이 외부로 표현하는 사회적 조건의 연장인 것이다. 이 집합적 경향(collective disposition)은 개인적 성향의 결과가 아닌 원천이며, 권태로운 우울증, 과장된 좌절 등으로 표현할 수 있는 각 사회의 흐름으로써 이기주의, 이타주의, 그리고 아노미로 이루어져 있다. 이에 한 사회의 집합적 경향은 개인에게 영향을 미쳐 자살의 원인이 된다(김명희, 2012). 특히 사회적 통합의 정도가 낮을 때 발생하는 이기적 자살과 규범의 약화 혹은 무규범성으로 인해 사회적 규제력이 낮을 때 발생하는 아노미적 자살은 한국 사회에서 일어나는 자살과 연관지어 설명할 수 있는데, 즉 급격한 사회변화 속에서 한국 사회의 구성원들은 파편화 되었고 낮은 수준의 사회적 안전망과 기존 가치의 급격한 쇠퇴는 위기에 봉착한 사람들을 적절히 묶어주지 못하고 자살에 이르게끔 한다고 볼 수 있다(이민아·강정환, 2014). 따라서 우리나라의 아노미적 자살과 이기적 유형의 자살을 예방하려면 사회통합을 유도하기 위한 사회적 지지가 필요하다(김형수·권이경, 2013). 자살을 방지하기 위한 사회적 지지는 거시적 관점에서 보면 국가 차원의 정책으로 이해될 수 있다. 즉, 우리나라의 심각한 자살문제를 해결하기 위해서는 정부와 지역사회의 정책적 대응을 통하여 사회적 통합수준을 높여나가는 것이 필요하다.

2. 우리나라의 자살현황

OECD 회원국 가운데 우리나라와 경제수준이 비슷한 국가들⁴⁾과 최근 자살률을 비교한 결과는 <그림 1>과 같다(통계청, 2015년 사망원인통계).

4) 2015년 1인당 국내 총생산(GDP)을 기준으로 함

〈그림 1〉 OECD 주요 국가별 자살률



우리나라 자살률을 OECD 표준인구 10만 명당 OECD 국가 간 자살률⁵⁾과 비교할 때, 한국은 28.7명('13년 기준)으로 OECD 평균 12.0명에 비해 가장 높은 수준으로 나타났다. 우리나라 자살률은 이탈리아('12년 기준)에 비해 4.5배 높은 수준이며, 일본('13년 기준)에 비해 1.5배 높은 수준으로 나타남에 따라 1인당 국민소득 수준과 자살률은 상관관계가 낮은 것으로 볼 수 있다.

일본의 경우 자살률은 1998년에 급격하게 상승한 후 높은 수준을 유지하다가 2003년에 인구 10만 명당 27.0명으로 가장 높은 수치를 보였다. 이후 약간의 증감을 반복하다가 2013년 인구 10만 명당 자살자 수는 18.7명으로 감소하였다. 일본은 2006년 자살대책기본법을 제정하였으며 2013년에 3,000억원 이상의 예산을 투입하는 등 적극적으로 자살대책을 추진하고 있다. 반면 우리나라는 2011년에야 자살예방 관련 법률을 제정하였으며, 자살과 연관된 예산이 연간 30여억 원에 불과한 실정이다(국회예산정책처, 2013).

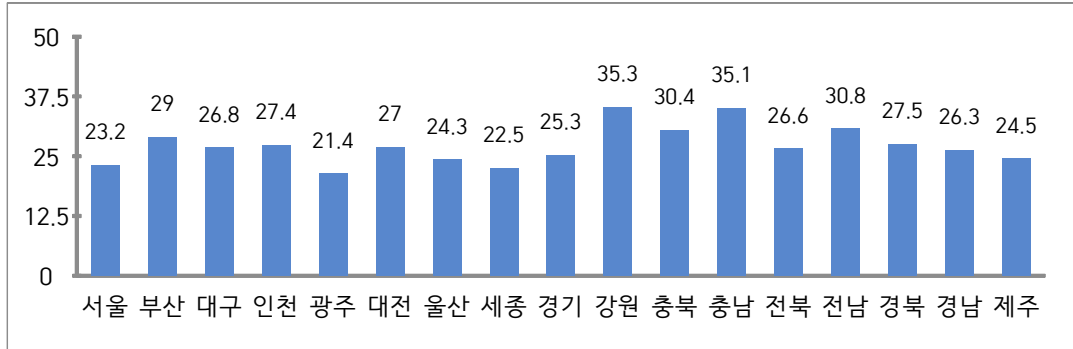
우리나라의 자살률은 2003년 인구 10만 명당 28.1명으로 OECD 국가 중 1위를 기록하였고, 이후 2015년 기준 인구 10만 명당 26.5명으로 전년 대비 소폭 감소하였으나 여전히 세계 최고 수준이다. 2015년 자살로 인한 사망자 수는 13,513명으로, 전년 대비 323명(-2.3%) 감소하였다. 자살 사망률(인구 10만 명당)은 2014년 27.3명에서 2015년 26.5명으로 전년대비 0.7명(-2.7%) 감소한 것으로 나타났다. 2015년 자살은 연중 5월(10.1%), 4월(9.9%)에 가장 많이 발생하고, 12월(7.2%)에 가장 적게 발생하였다. 성별에 따른 인구 10만 명당 자살률은 남성이 37.5명으로 여성의 15.5명보다 2.4배 높았다. 연령에 따라서는 10대가 4.2명으로 가장 낮았고, 70대가 62.5명, 80대 이상이 83.7명으로 나타나, 전년 대비 70대를 제외한 모든 연령대에서 감소하였지만 여전히 고령인구의 자살률이 매우 높음을 알 수 있다.

광역자치단체에 따른 인구 10만 명당 자살률은 〈그림 2〉와 같으며, 강원도가 35.3명으로 가장 높으며, 광주광역시가 21.4명으로 가장 낮게 나타났다. 기초자치단체에 따른 인구 10만 명당 자살률은 강원도 평창군 60.2명, 충청남도 청양군이 59.1명 순으로 높게 나타났으며, 서울특별시 서초

5) 국제 비교를 위하여 OECD 기준인구로 연령구조 차이를 제거한 표준화 사망률
자료: OECD.STAT, Health Status Data(2015. 9. 추출)

구 15.2명, 광주광역시 남구가 16.4명 순으로 낮게 나타났다(통계청, 2013).

〈그림 2〉 광역자치단체별 인구 10만 명당 자살자 수(2015년, 단위: %)



3. 국가와 지역사회의 자살예방정책

1) 정부의 자살예방정책 추진

세계 최고 수준의 자살률 증가는 가족과 사회 및 국민의 고통을 증가시키고 국가경쟁력과 국가 발전을 저해한다. 이런 자살은 다양한 사회 환경요소의 결과로 나타나므로 자살률이 감소추세로 전환되기 위해서는 체계적이고 종합적인 정책수립이 필요하다. 정부는 2004년 보건복지부 차원의 ‘국가자살예방 5개년 계획’을 수립·시행하였으나, 가시적 성과를 달성하는데 한계를 노출하였다. 이후 정부는 국내 자살실태에 대한 보다 정밀한 분석과 민·관이 함께 하는 자살예방대책 수립·집행을 통한 문제해결을 위해 2009년 ‘제2차 자살예방종합대책’을 추진하였다. 자살예방을 위한 정책 추진 방향은 첫째, 개인의 정신보건 분야와 사회 환경적 접근을 통해 능동적이고 사전 예방적 차원의 자살예방대책을 수립·추진하고, 둘째, 자살예방에 대한 거버넌스, 법·제도 등 체계 확립을 통해 정책의 지속성을 확보하며, 셋째, 사회단체, 종교계, 언론계 등 시민사회와 정부가 협력하여 민간주도의 내실 있는 자살예방정책의 추진으로 요약된다.⁶⁾

이에 따라 정부는 2011년 3월 30일 자살로부터 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화 조성을 목적으로 ‘자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률’을 제정하였다. 이 법률의 주요 내용으로는 연도별 자살예방시행계획의 제출, 추진실적의 평가 절차마련, 자살실태조사의 실시, 자살예방센터 설치·운영의 위탁, 긴급전화의 설치·운영, 자살예방 상담·교육 실시기관의 설립, 민감정보 및 고유식별 정보의 처리⁷⁾ 등이 있다. 이 법률 제13조 2항에 보건복지부장관은 중앙자살

6) 보건복지부 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)

7) ① 국가와 지방자치단체(해당 권한이 위임·위탁된 경우는 해당 권한을 위임·위탁받은 자를 포함한다)는 자살실태조사에 관한 사무, 긴급전화의 설치·운영에 관한 사무, 자살유해정보예방체계 구축·운영에 관한 사무, 자살시도자 등에 대한 지원에 관한 사무 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등

예방센터를 설치·운영할 수 있다고 명시됨에 따라, 이에 근거하여 설립된 중앙자살예방센터는 범 국민 생명존중 문화 조성, 자살 고위험군 관리 강화, 근거기반의 자살예방정책 수립을 목적으로 운영되며, 국가 자살예방정책을 추진하고 국가적인 차원에서 지역사회의 자살예방활동에 도움을 주고 있다.⁸⁾ 이와 같이 우리나라 자살예방사업은 중앙자살예방센터에서 지역정신건강증진센터로 전달체계가 구축되어 있다. 즉, 중앙자살예방센터를 중심으로 지역사회의 정신보건 관련 업무를 담당하고 있는 시·군·구별 정신건강증진센터에서 실제적인 자살예방사업을 수행하고 있다.

2) 지방자치단체의 자살예방정책

① 자살 관련 조례 제정

오늘날 지방자치가 지역 간의 경쟁을 통하여 국가의 경쟁력을 아래로부터 향상시키는데 기여할 것으로 기대하고 있는 만큼 지방자치단체의 입법기능은 대단히 중요한 역할을 한다. 왜냐하면 지역 간 경쟁은 결국 정책경쟁과 조세경쟁을 통한 기업과 주민의 획득을 위한 경쟁이라고 볼 수 있는데 지방정책과 지방조세는 결국 조례로 표현될 수 있기 때문이다. 조례 제정이 가지는 대표적인 의미를 살펴보면 첫째, 지역정책에 계속성과 체계성을 부여하는 역할을 한다. 지방자치단체가 그 업무를 지속적이고 체계적으로 수행하기 위해서는 지방자치단체의 정책프로그램을 일반적·추상적인 조례로 입법화해두는 것이 바람직하다. 조례로 표현된 정책은 수시로 변경하는 것이 어려워 지속성을 갖는다. 또한 조례로 정책을 프로그램화하여 둬으로써 특정한 업무에 대하여 수시로 결정해야 하는 부담을 줄일 수 있다. 둘째, 조례제정을 통하여 지역특성의 반영과 지방정치의 활성화에 기여할 수 있다. 법률에 비해 조례는 주민에 근접한 입법을 통하여 지역적인 특성을 반영하고 주민의 요구를 반영할 수 있다. 셋째, 조례 제정을 통한 정책경쟁의 확산을 들 수 있는데, 한 지방자치단체의 조례는 다른 지방자치단체의 입법권행사에도 영향을 미치며 지방자치단체끼리 서로 좋은 정책을 입법화하려는 경쟁을 하게 된다(이기우, 2008). 이상과 같이 지방자치단체의 조례 제정은 지역 특성을 반영한 지방정책의 지속성과 체계성을 확보하고 지방간의 정책경쟁을 가능하게 한다는 점 등에서 그 의의를 찾아 볼 수 있다.

우리나라의 자살률이 심각한 사회문제로 대두됨에 따라 노원구는 전국 기초자치단체 최초로 2010년 10월 '생명존중문화조성 및 자살예방에 관한 조례'를 제정하여 자살을 예방하기 위한 정책을 지속적·체계적으로 수행하고자 하였다. 2011년 정부의 법률 제정 이후, 각 지방자치단체의 자살 관련 조례 제정이 본격화되기 시작하였는데, 2011년 13개, 2012년 56개, 2013년 62개, 2014년에는 9개의 기초자치단체에서 조례를 제정하였다. 이러한 기초자치단체의 자살 관련 조례 제정은 앞선 논의에서도 살펴보았듯이 자살률을 낮추기 위해 지역 정책의 지속성과 체계성을 확보하려는

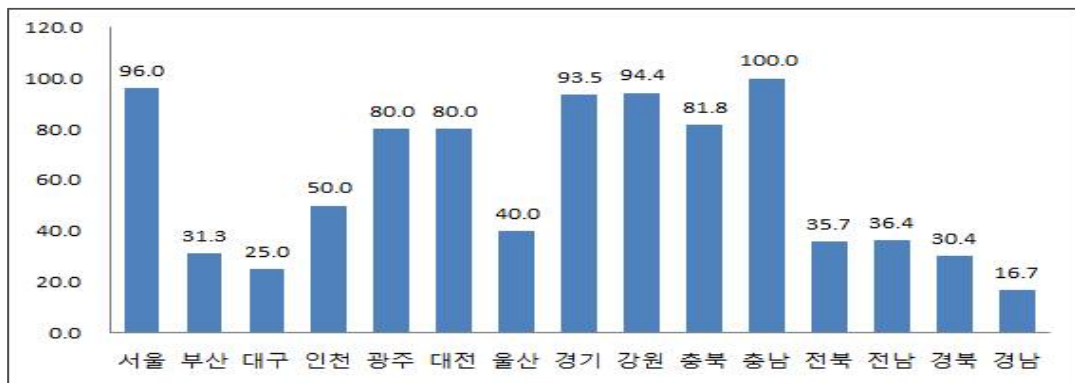
록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다. ② 자살예방센터의 장 또는 법 제17조제1항 각 호의 기관·단체 및 시설의 장은 자살예방센터의 업무에 관한 사무, 자살예방 상담·교육에 관한 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다.

8) 중앙자살예방센터 홈페이지(<http://www.spckorea.or.kr>)

정책적 노력으로 볼 수 있다. 또한 조례 제정이 지역 간 정책경쟁의 확산이라는 의미로도 해석됨에 따라, 자살 관련 조례 제정이 타 지방자치단체의 영향을 받은 것에서 비롯되었다고도 볼 수 있을 것이다.

광역자치단체별 기초자치단체의 자살에 관한 조례 제정 현황을 살펴본 결과는 <그림 3>과 같다. 광역자치단체 가운데 강원도와 충청남도의 경우 2013년부터 2015년까지 가장 높은 자살률을 기록하였고 자살에 관한 조례 제정은 강원도가 94.4%, 충청남도가 100%로 높은 수준임을 알 수 있다. 이러한 점은 지방자치단체가 해당 관할 내의 높은 자살률을 사회문제로 인식하게 됨으로써, 그 문제를 해결하기 위한 대안으로 자살에 관한 조례 제정이 이루어진 결과로 보여 진다.

<그림 3> 광역자치단체별 자살관련 조례 제정 현황(2014년, 단위: %)



자료: 행정자치부 자치법규정보시스템 조례 검색

② 기초정신건강증진센터 설치·운영

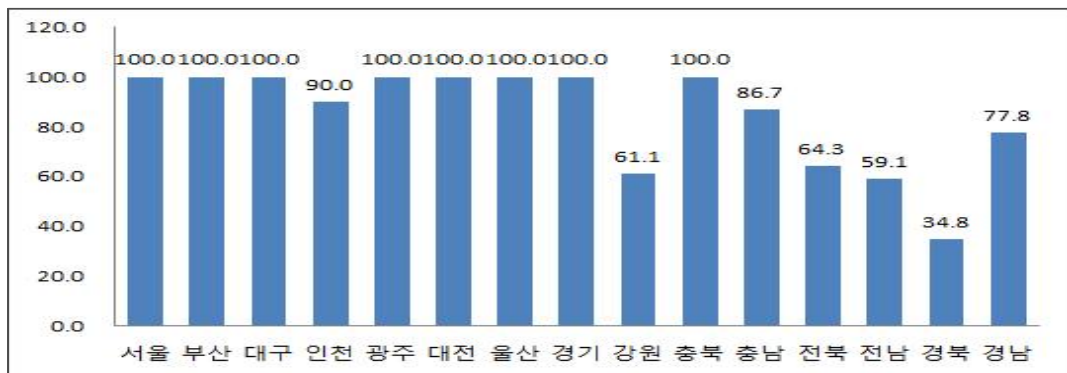
정신건강증진센터는 지역사회를 기반으로 하여 주민들의 정신건강문제에 대한 통합적이고 지속적인 서비스를 제공하는 공공정신보건 전문기관으로서, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활과 정신건강 친화적 환경 조성으로 국민의 정신건강 증진 도모를 목적으로 운영된다. 기초정신건강증진센터의 주요 사업은 중증정신질환관리, 자살예방 및 정신건강증진, 아동청소년 정신건강증진 사업 등으로 요약된다(정신건강사업안내, 2015).

현행 정신건강증진센터의 설치·운영은 각 지방자치단체의 선택사항으로 규정되어 있고 국고 보조사업의 형태로 수행되기 때문에, 지방자치단체는 의무사항이 아닌 정신건강증진센터를 설치·운영하기 위하여 별도의 재원을 마련하는 데에 소극적일 가능성이 높다. 그러나 자살자의 30%가량이 정신적 문제로 자살을 선택했다는 통계를 고려하면 정신건강증진센터의 우선 설치가 필요한 실정이다(국회예산정책처, 2013). 또한 정신보건법 제13조 2항(2015년 7월 1일 시행)에서는 정신건강증진센터의 설치와 관련하여 국가 및 지방자치단체는 지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신건강증진센터를 설치하도록 노력하여야 한다고 규정하고 있다. 이와 관련해 현재 우리나라의 정신건강증진센터 운영 현황을 살펴보면, 2012년 기준 165개, 2013년 기준 178

개, 2014년 기준 183개의 기초자치단체에서 설치·운영되어 오고 있다. 반면 정신건강증진센터가 미설치된 지역은 5개의 시와 38개의 군이 해당됨에 따라, 상대적으로 노인인구의 비중이 높은 군 단위 지역에서 정신건강증진센터를 설치하지 않은 비율이 높은 실정임을 알 수 있다.

〈그림4〉와 같이 광역자치단체별 기초정신건강증진센터의 운영 현황을 살펴보면, 다른 광역단체들 대비 높은 자살률을 기록한 충청남도과 충청북도 경우 기초정신건강증진센터의 운영비율은 각각 86.7%, 100%로 높은 것으로 나타났다. 이는 앞서 살펴본 자살에 관한 조례 제정과 마찬가지로 지역의 심각한 자살문제에 대한 지방자치단체의 정책대안으로 기초정신건강증진센터를 운영을 통해 자살예방사업을 수행하는 것으로 볼 수 있다.

〈그림 4〉 광역자치단체별 기초정신건강증진센터 운영 현황(2014년, 단위: %)



자료: 보건복지부 2015년 정신건강사업안내 기초정신건강증진센터 설치운영 현황 참고

자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 제13조 2항에 의하면, 국가 및 지방자치단체는 자살예방센터를 정신보건센터에 둘 수 있다고 규정하고 있음에 따라 실질적인 자살예방 사업의 수행은 각 지방자치단체의 정신건강증진센터에서 담당하고 있음을 알 수 있다. 또한 지방자치단체가 독자적으로 설치·운영하고 있는 자살예방센터는 수원시를 포함하여 총 10개 지역이 있다. 지역 정신건강증진센터의 기능은 자살예방 상담 및 지역사회 자살예방 네트워크를 구축하여 직접적인 자살예방 사업 수행과 생명존중문화를 조성하는데 있다.

4. 지역단위 자살률에 영향을 미치는 요인

자살률에 영향을 미치는 요인들을 지역단위 지표를 이용하여 분석한 선행연구들을 살펴보면, 주로 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 보건복지자원 등의 요인이 대부분을 차지하고 있음을 알 수 있다(이민아·강정환, 2014; 윤명숙·최명민, 2012).

먼저 인구사회학적 요인과 관련하여서는 주로 노인인구 비율과 이혼율이 자살률에 영향을 미치는 요인으로 보고되었는데(유경원·노용환, 2006; 유정균, 2008; 김상원, 2010; 윤우석, 2011; 윤명숙·최명민, 2012; 강은정, 2013; 박성용·이광수, 2014), 즉 지역의 노인인구 비율이 높을수록, 이

혼율이 높을수록 자살률이 증가하는 것으로 밝히고 있다. 이는 우리나라의 노인자살률이 다른 연령층 보다 월등히 높은 수준인 것과 맥락을 같이하며, 이혼율은 우리 사회의 낮은 통합 수준이 반영되어 지역의 자살률에 영향을 미치는 것으로 해석할 수 있다.

경제적 요인과 관련하여 은기수(2005)는 1997년 경제위기 이후 우리 사회에서 자살률의 상승은 소득분배가 악화되고 있는 현실과 깊은 관련이 있다고 하였는데, 즉 경제위기 이후에 자살률이 증가하고 있는 것은 우리 사회에서 부가 상위 층에 집중하고 하위 층에서는 정체 또는 감소하는 등의 왜곡된 소득 분배 현상이 자살률의 상승과 연관되어 있다고 주장하였다.

사회복지예산은 정부예산과 국내총생산(GDP)에서 사회보장, 공적부조, 사회복지서비스가 차지하는 비중을 파악하기 위한 지표로써(김기원, 2010), 기초생활보장, 취약계층 지원, 보육·가족 및 여성, 노인·청소년, 노동, 보훈, 주택, 사회복지일반의 8개 항목으로 구성되어 있다⁹⁾. 이민아·강정환(2014)은 지역의 복지예산 비중이 낮을수록 그 지역의 자살률은 높게 나타났는데, 이러한 결과는 지역의 인구·경제학적요인을 통제한 상태에서 검증된 것으로 취약층이 상대적으로 많은 지역이라고 하더라도 복지 지원이 있다면 자살률을 낮출 가능성이 있어 지역의 복지에 대한 좀 더 적극적인 논의와 정책이 필요하다는 사실을 함의한다고 하였다. 김민영(2013)은 지방정부의 사회복지지정향을 반영하는 사회복지예산 비율은 전년도의 노력이 다음 연도의 자살률을 낮출 수 있을 것으로 나타났으나 전체 여성 자살률에 대해서만 통계적으로 유의한 것으로 보고하였다.

위와 같이 선행연구들은 대부분 지역 단위지표에 따른 자살률의 차이를 분석한 연구가 주를 이루고 있는 한편, 자살률에 영향을 미치는 요인을 자살예방의 정책적 측면에서 살펴본 연구는 매우 부족한 실정이다. 박일주(2015)는 지방자치단체의 자살예방정책이 자살률에 미치는 영향을 분석한 연구에서 조례 도입 자체와 기초정신보건센터 존재 자체는 오히려 자살률을 높인다는 유의미한 결론을 얻게 되었는데 이에 대한 추가적인 정성적 연구가 요구된다고 지적한바 있다. 김상원(2010)은 한국사회에서 사회적 지원이 자살이라는 일탈에 미치는 영향을 검증한 연구에서 지방정부의 지원은 자살률과 유의미한 부(-)적 관계를 가진다고 보고하였다. 윤명숙·최명민(2012)은 사회복지 및 정신보건 인프라를 중심으로 한 지역사회 보건복지자원이 자살률에 미치는 영향을 분석한 연구 결과, 정신과 병의원 수가 유의미한 변수로 나타남에 따라 전문적인 정신보건서비스가 자살률을 감소시키는데 긍정적 영향을 미친다는 점을 알 수 있었고, 사회복지영역은 정신보건서비스에 비해서 상관성이 낮으며 또 상대적으로 그 역할이 활성화되지 않았음을 제기하였으며, 따라서 앞으로 지역사회의 효과적인 자살예방을 위해서 보건과 복지 간 인력 및 인프라의 네트워크 강화를 통해 시너지 효과를 내야 한다고 주장하였다.

본 연구에서는 지역별 자살률에 영향을 미치는 인구학적 요인, 사회·경제적 요인, 사회복지 요인을 통제변수로 고려한 후 시·군·구 단위의 자살예방정책이 지역의 자살률에 어떠한 영향을 미치는지 검증하고자 한다.

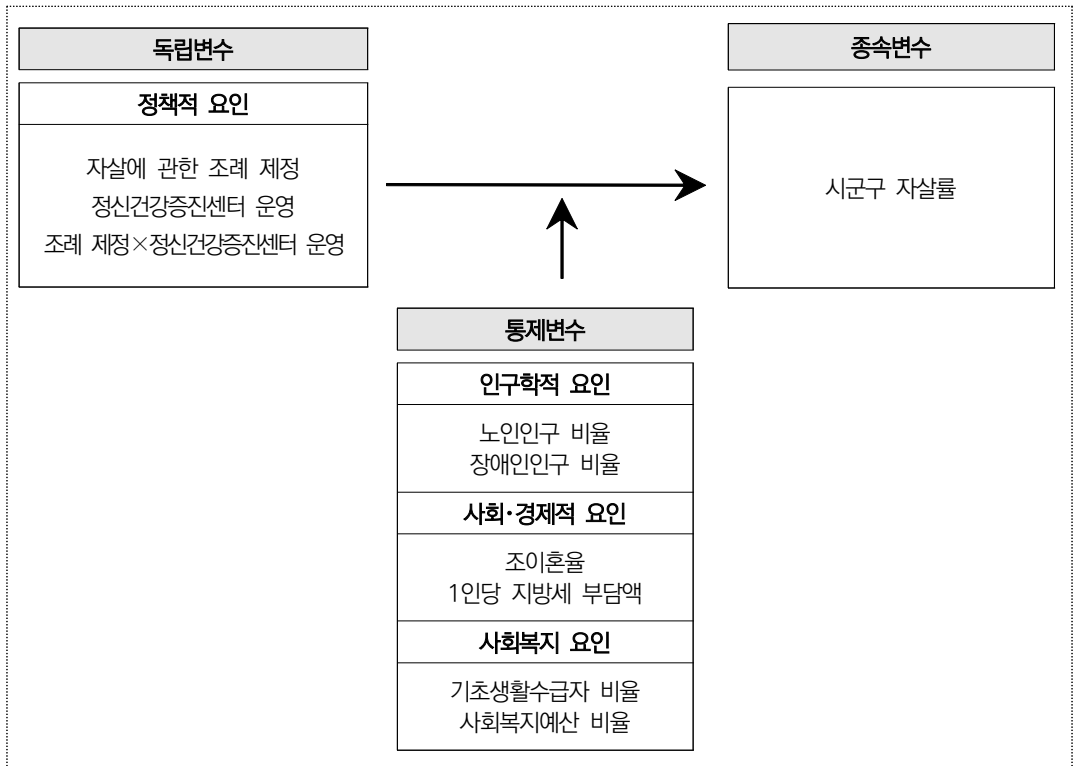
9) 재정고- 지방예산/결산- 지방결산현황- 세출결산현황

Ⅲ. 연구방법

1. 연구모형

본 연구는 이론적 논의를 바탕으로 지역사회 자살예방정책이 자살률에 어떠한 영향을 미치는지 검증하기 위하여 기초자치단체의 자살예방정책, 즉 자살예방 조례 제정, 정신건강증진센터 운영, '조례 제정×정신건강증진센터 운영'을 독립변수로, 인구학적 및 사회·경제적 요인과 사회복지 요인을 통제변수로, 기초자치단체의 자살률을 종속변수로 구성하여 <그림 3>과 같이 연구모형을 설정하였다.

<그림 5> 연구모형



2. 연구가설

본 연구는 기초자치단체의 자살예방 관련 조례 제정을 지역사회의 자살률을 낮추기 위한 정책적 노력이라는 측면에서 바라보고자 하며, 조례 제정을 통하여 자살을 방지하고자 하는 지방정부의 정책의지가 자살률 감소에 긍정적으로 기여할 것으로 본다. 또한 지역사회의 직접적인 자살예방사업 수행의 기능을 하고 있는 기초정신건강증진센터의 설치·운영은 각 지방자치단체의 의지

와 노력에 따라 달라 질 수 있어, 기초자치단체의 이러한 실질적 정책수단이 지역의 자살률을 낮출 것으로 예측한다.

앞서 이론적 논의에서 살펴보았듯이 조례 제정이 가지는 의미를 한편으로는 지역정책에 지속성과 체계성을 확보하려는 지방자치단체의 정책적 노력으로 볼 수 있으나, 다른 한편으로는 지역간 정책경쟁 확산의 측면에서 타 지방자치단체의 영향을 받아 비롯되었다고도 볼 수 있다. 이러한 맥락에서 자살 관련 조례 제정만으로는 기초자치단체의 자살예방을 위한 노력이 충분하다고 볼 수 없으며, 지역의 자살예방센터 기능을 담당하고 있는 정신건강증진센터의 설치·운영을 통하여 자살예방사업을 수행하는 것이 수반되어야 할 것이다. 즉 지방자치단체가 지역 내 실질적이고 직접적인 자살예방사업을 수행하는 정신건강증진센터를 설치·운영하지 않은 채 자살예방 관련 조례를 제정하는 것은 타 자치단체와의 정책경쟁을 위한 수단에 불과해 단지 선언적인 자살예방정책에 그치기 쉽다. 또한 정신건강증진센터를 운영하지만 조례 제정을 하지 않은 단체는 자살예방사업을 지속적이고 체계적으로 수행하기 위한 입법화의 노력이 부족한 것으로 해석됨에 따라, 결국 자살예방을 위한 기초자치단체의 정책적 의지는 조례 제정과 정신건강증진센터의 운영이라는 두 가지 요건을 모두 충족할 때 더 높게 평가할 수 있을 것이다. 즉, 지방자치단체의 조례제정이라는 정책적 의지와 실질적 자살예방사업의 수행이라는 측면의 정신건강증진센터의 설치·운영이 사회적 통합을 높이는 장치로서 지역의 자살률을 낮추는 정책이 될 수 있다. 이에 본 연구는 기초자치단체의 자살 관련 조례 제정과 정신건강증진센터 운영이 병행되고 있는가의 여부를 독립변수로 추가하여, 이러한 기초자치단체의 자살예방 관련 정책이 지역의 자살률 감소에 기여할 것으로 예측하였다.

본 연구에서는 위와 같이 기초자치단체의 자살예방을 위한 정책적 의지로 표현되는 조례 제정과 정신건강증진센터의 설치·운영이라는 정책수단에 따라 자살률은 어떠한 차이가 있는가? 라는 연구문제를 제시하였으며, 그에 따른 가설을 설정하였다.

[연구문제] 기초자치단체의 자살예방정책은 지역의 자살률에 어떠한 영향을 미치는가?

가설 1. 기초자치단체의 자살에 관한 조례 제정은 지역의 자살률을 낮출 것이다.

가설 2. 기초자치단체의 정신건강증진센터 운영은 지역의 자살률을 낮출 것이다.

가설 3. 기초자치단체의 자살에 관한 조례 제정과 정신건강증진센터 운영은 지역의 자살률을 낮출 것이다.

3. 변수의 측정 및 자료수집 방법

본 연구는 지방정부의 자살예방 관련 정책이 자살률에 어떠한 영향을 미치는지 검증하기 위하여 전국 226개 기초자치단체를 분석대상으로 하였다. 이에 지방정부의 자살예방정책으로 구성된 독립변수와 자살률이라는 종속변수와와의 인과관계를 밝히고자 하였다. 정책적 요인인 조례제정과 정신건강증진센터의 설치·운영 등 독립변수들과 종속변수인 자살률과는 1년의 시차를 두었는데 그 이유는 정책이 시행되고 효과를 나타내기까지는 어느 정도의 시간이 걸리기 때문이다. 자살률

은 현시점에서 가장 최근의 데이터가 2015년 자료이므로, 종속변수는 각 기초자치단체의 2013~2015년 기준 자살률(인구 10만 명당)이다. 또한 지역사회의 자살예방정책을 중심으로 구성된 독립변수는 자살예방 조례 제정, 정신건강증진센터의 설치·운영, 조례 제정과 정신건강증진센터 운영으로 설정하였다. 독립변수로 사용된 정책 관련 자료가 2012~2014년으로 한정된 것은 2011년 정부의 '자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률' 제정 이후, 각 기초자치단체의 자살 관련 조례 제정이 2012년부터 본격화되기 시작한 시점이기 때문이다.

그리고 선행연구를 통해 자살률과 밀접한 관계가 있다고 보고된 변수들을 통제변수로 고려하였는데, 2013~2015년 기준 인구학적 요인, 사회·경제적 요인, 사회복지 요인으로 구성하였다. 인구학적 요인은 노인인구 비율과 장애인인구 비율이며, 사회·경제적 요인은 조이혼율, 1인당 지방세 부담액으로 구성하였고, 사회복지 요인은 기초생활수급자 비율, 사회복지예산 비율이다. 각 변수의 구체적인 측정방법은 <표 2>와 같다. 본 연구의 분석에 사용된 자료는 통계청 국가통계포털, 행정자치부 자치법규정보시스템, 보건복지부, 중앙정신보건사업지원단 등에서 수집되었으며, 2012~2015년 기준 226개 시·군·구 단위의 지표를 사용하였다.

〈표 2〉 변수의 측정방법 및 자료출처

구분	변수	측정방법	출처	
종속 변수	시군구 자살률	인구 10만 명당 자살자 수 (자살자 수/연앙인구×100,000)	통계청, '13~15년 사망원인통계	
독립 변수	정책적 요인	자살예방 조례 제정	자살 관련 조례(유=1, 무=0)	자치법규정보시스템 자료
		정신건강증진센터 운영	정신건강증진센터(유=1, 무=0)	보건복지부, 정신건강사업안내
		조례×정신건강증진센터	조례(무)×정신건강증진센터(무)=0 조례(유)×정신건강증진센터(무)=0 조례(무)×정신건강증진센터(유)=0 조례(유)×정신건강증진센터(유)=1	자치법규정보시스템, 보건복지부
통제 변수	인구학적 요인	노인인구 비율	65세 이상 인구/주민등록인구×100	통계청, 고령인구 비율
		장애인인구 비율	장애인인구/주민등록인구×100	보건복지부 자료, 연구자 산출
	사회· 경제적 요인	조이혼율	이혼건수/연앙인구×1,000	통계청, 인구 천 명당 이혼율
		1인당 지방세 부담액	지방세액/주민등록인구×100	행정자치부 : 지방재정 365
	사회복지 요인	기초생활수급자 비율	기초생활수급자/주민등록인구×100	보건복지부 자료, 연구자 산출
		사회복지예산 비율	복지예산(사회보장)/예산규모×100	통계청, 사회복지예산 비중

1) 종속변수

종속변수는 226개 시·군·구 단위의 인구 10만 명당 자살률로써, 통계청 사망원인통계에서 제공하는 자료 중 2013년에서 2015년까지 3년 동안의 자살률 통계 자료를 사용하였다. 이 자료는 통계법과 가족관계의 등록 등에 관한 법률에 따라 전국의 읍·면·동 사무소 및 시·구청에 접수된 사망

신고서를 기초로 한국표준질병·사인분류에 따라 사망원인을 집계한 결과이며, 우리 국민의 정확한 사망원인 구조를 파악하여 국민복지 및 보건의료 정책 수립을 위한 기초자료로 제공되고 있다.

2) 독립변수

독립변수는 각 기초자치단체가 시행하고 있는 자살예방 관련 정책들로 설정하였는데, 즉 자살 관련 조례 제정 여부, 기초정신건강증진센터 운영 여부, 조례 제정과 정신건강증진센터의 동시적 운영으로 구성하였다. 자살 관련 조례 제정은 행정자치부 자치법규정보시스템에서 제공하는 조례 검색 기능을 사용해 226개 기초자치단체의 2012~2014년 조례 제정 여부를 파악하였다. 또한 기초정신건강증진센터의 설치·운영은 보건복지부 2015년 정신건강사업안내에서 제공하는 자료를 기초로 사용하여, 2012~2014년 기준 운영 여부를 파악하였다.

3) 통제변수

통제변수는 인구학적 요인, 사회·경제적 요인, 사회복지 요인으로 구성하였다. 첫째, 인구학적 요인은 노인인구와 장애인인구 인구이며, 자료는 통계청에서 제공하는 각각의 인구수를 기초로 산출하였다. 둘째, 사회·경제적 요인은 조이혼율, 1인당 지방세 부담액으로 구성하였다. 자료 수집은 통계청에서 제공하는 값을 기초로 산출하였다. 셋째, 사회복지 요인은 기초생활수급자 비율과 사회복지예산 비율이며, 각각 보건복지부와 통계청에서 제공하는 자료를 통해 수집하였다.

4. 분석방법

연구를 위해 수집된 자료는 SPSS 18.0을 활용하여 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다. 첫째, 각 변수들의 특성을 살펴보기 위해 2012~2015년 데이터를 사용하여 기술통계를 실시하였다. 둘째, 기초자치단체의 자살예방정책에 따라 자살률은 어떠한 차이가 있는지 살펴보기 위해 t-test를 통해 분석하였다. 셋째, 기초자치단체의 자살예방정책이 자살률에 미치는 영향을 규명하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 주요 변수의 기술통계

주요 변수의 기술통계 결과는 <표 3>과 같다. 먼저 종속변수인 226개 기초자치단체의 2013~2015년 자살률(인구 10만 명당)을 살펴보면, 최솟값은 10.5명이며 최댓값이 76.6명으로 나타나 지

역 간 자살률에 큰 차이를 보였다.¹⁰⁾ 다음으로 2014년 말 기준, 조례를 제정한 기초자치단체는 50%를 차지하였으며, 정신건강증진센터의 설치·운영은 77%에 달하였다. 또한 조례 제정과 정신건강증진센터 운영이라는 두 가지 요건을 모두 충족하고 있는 기초자치단체는 45%를 차지하는 것으로 나타났다.

통제변수 가운데 인구학적 요인에 있어서 노인인구 비율은 5.9%에서 36.6%까지로 각 단체 간 큰 편차를 보였으며, 평균은 17.8%로 나타났다. 또한 장애인인구 비율도 1.7%에서 11.3%로 나타나, 단체 간 편차가 큰 것을 알 수 있다. 사회·경제적 요인인 조이혼율은 인구 천 명당 2.2명으로 나타났으며, 1인당 지방세 부담액 또한 각 단체 간 큰 편차를 보였다. 사회복지요인 중 기초생활수급자 비율은 3.4%를 기록하였고, 사회복지예산 비율은 6.0에서 65.9까지 매우 큰 편차를 보였다.

〈표 3〉 주요 변수의 기술통계량

변수	최소값	최대값	평균	표준편차
'13~15년 자살률	10.50	76.60	31.26	9.401
'12~14년 조례 제정 여부	.00	1.00	.50	.500
'12~14년 정신건강증진센터 운영 여부	.00	1.00	.77	.418
'12~14년 조례×정신건강증진센터 여부	.00	1.00	.45	.498
'13~15년 노인인구 비율	5.86	36.59	17.77	7.716
'13~15년 장애인인구 비율	1.73	11.32	6.34	2.237
'13~15년 조이혼율	1.10	3.90	2.19	.382
'13~15년 1인당 지방세 부담액	80.00	1028.00	362.26	193.999
'13~15년 기초생활수급자 비율	.52	8.78	3.39	1.478
'13~15년 사회복지예산 비율	6.00	65.86	31.28	15.085

2. 평균비교분석

자살예방을 위한 기초자치단체의 정책적 의지와 노력은 조례 제정과 정신건강증진센터의 운영이라는 두 가지 요건을 모두 충족할 때 더 높게 평가할 수 있다는 앞선 논의를 바탕으로, 본 연구는 지방정부의 자살예방정책이 지역의 자살률에 어떠한 영향을 미치는지 전국 226개 기초자치단체의 자살 관련 조례 제정과 정신건강증진센터 설치·운영을 중심변수로 하여 분석하였다.

‘조례 제정×정신건강증진센터 운영’, 즉 조례를 제정하고 정신건강증진센터의 설치·운영을 병행하는 기초자치단체와 그렇지 않은 단체와의 자살률(인구 10만 명당)의 차이를 검증 위하여 T검정을 실시한 결과는 〈표 4〉와 같다.

10) 강원도 태백시의 2014년 자살률은 인구 10만 명당 10.5명으로 나타나 최저를 기록하였으며, 고성군의 2013년 자살률은 인구 10만 명당 76.6명으로 나타나 최고 수치를 기록하였다

〈표 4〉 2012~2014년 조례 제정×정신건강증진센터 운영에 따른 자살률 평균 비교

	조례×센터	빈도	평균	표준편차
자살률(2013~2015년)	유 무	307 371	29.91 32.38	8.754 9.775

	Levene의 등분산 검정	F	P	T	자유도	P
자살률(2013~2015년)		3.762	.053	-3.429	676	.001
				-3.465	671.7	.001

자살예방을 목적으로 한 조례 제정과 정신건강증진센터 설치·운영을 병행하는 기초자치단체와 그렇지 않은 단체 간 분산의 동일성을 검정한 결과, 두 집단의 분산이 동일하게 관찰되었다. 조례 제정과 센터 운영이 병행되고 있는 기초자치단체의 인구 10만 명당 자살률은 평균 29.91명으로 그렇지 않은 기초자치단체의 자살률 평균 32.38명 보다 낮은 것으로 나타나, 2012~2014년 조례 제정과 정신건강증진센터 설치·운영에 따른 2013~2015년 자살률은 유의한 차이($p < .001$)가 있는 것으로 나타났다. 즉 조례 제정과 정신건강증진센터 운영이라는 이 두 가지 요소가 모두 충족되는 단체의 자살률이 그렇지 않은 단체 보다 유의미하게 낮음을 알 수 있다.

이러한 결과는 기초자치단체가 자살예방을 위한 정책의 일환으로 조례를 도입하는 것과 더불어 실질적인 자살예방사업을 수행하기 위하여 정신건강증진센터의 운영을 병행할 때 지역사회의 자살률이 감소된다는 것을 보여준다.

3. 회귀분석

기초자치단체의 자살예방을 위한 정책이 지역의 자살률에 미치는 영향을 분석하기 위하여 인구학적 요인, 사회·경제적 요인, 사회복지 요인을 통제변수로 고려하여 자살예방 조례 제정 여부, 정신건강증진센터 운영 여부, '조례 제정×정신건강증진센터 운영'에 따른 다중회귀분석을 실시한 결과는 〈표 5〉와 같다.

자살 관련 조례 제정 여부, 정신건강증진센터 운영 여부, '조례 제정×정신건강증진센터 운영'은 각각 더미변수로 측정하였고, 시·군·구별 자살률의 차이를 검증하기 위해 군 지역을 준거기준으로 하여 더미변수로 측정하였다. 또한 통제변수 가운데 노인인구 비율과 장애인인구 비율은 다중공선성의 문제가 있어, 장애인인구 변수를 제거한 후 분석을 실시하였다.

〈표 5〉 지방자치단체의 정책이 자살률에 미치는 영향 요인

	비표준화 계수		표준화 계수(β)	T값	공선성 통계량	
	기울기(B)	표준오차			공차	VIF ¹¹⁾
(상수)	9.726	4.036		2.410*		
조례 유무	8.080	1.543	.430	5.235***	.142	7.055
정신건강증진센터 유무	4.105	1.015	.183	4.044***	.469	2.133
조례×정신건강증진센터	-7.150	1.691	-.379	-4.228***	.119	8.393
노인인구 비율	.455	.100	.373	4.539***	.142	7.064
조이혼율	6.422	.836	.261	7.685***	.828	1.208
1인당 지방세 부담액	-.003	.002	-.070	-1.504	.444	2.252
사회복지예산 비율	-.152	.057	-.244	-2.663**	.114	8.761
기초생활수급자 비율	.530	.322	.083	1.645	.373	2.684
시 지역	-1.426	1.300	-.071	-1.097	.225	4.441
구 지역	.244	1.685	.012	.145	.129	7.772
수정된 R ²				.352		
F값				37.844***		
N				678		

종속변수 : '13~15년 자살률 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

분석 결과를 살펴보면, 기초자치단체의 자살예방을 위한 정책 가운데 단지 조례의 제정만으로는 지역의 자살률을 높이는 것으로 나타났으며($p<.001$), 정신건강증진센터의 설치·운영 또한 지역의 자살률을 높이는 것으로 나타났다($p<.001$). 이러한 결과는 앞서 이론적 논의에서도 살펴본 바와 같이, 자살률이 높은 단체에서 오히려 조례 제정 또는 정신건강증진센터 운영의 비율이 높게 나타난 것과 맥락을 같이한다. 즉 지방자치단체가 해당 관할 내의 높은 자살률을 사회문제로 인식하게 되고, 그 문제를 해결하기 위한 정책대안의 선택결과로써 자살에 관한 조례 제정 또는 정신건강증진센터를 운영할 수 있다. 이러한 측면에서 볼 때, 지역의 심각한 자살문제를 해결하기 위한 지방자치단체의 정책채택이 오히려 자살률을 높이게 되는 것으로 나타나기도 한다.

한편, 기초자치단체가 조례를 제정하고 정신건강증진센터의 운영을 병행하는 것은 지역의 자살률을 낮추는 것으로 나타났다($p<.001$). 이에 가설 3은 채택되었다. 이러한 결과는 기초자치단체의 자살예방을 위한 정책이 조례 제정이나 정신건강증진센터의 운영 중 어느 한 가지로만은 불충분하다는 것을 의미한다. 따라서 기초자치단체의 자살예방을 위한 조례 제정으로 보여준 정책의 지에 실질적 자살예방사업을 수행하는 정신건강증진센터 운영이라는 정책수단이 뒤따를 때, 자살률 감소라는 긍정적 효과가 나타나는 것을 알 수 있다.

본 연구는 이론적 배경에서 밝힌 바와 같이, 사회의 통합 수준이 자살에 영향을 미친다고 주장한 뒤르케임의 사회통합이론을 기반으로 하였으며, 우리나라의 심각한 자살문제를 해결하기 위해서는 정부와 지역사회의 정책적 대응을 통하여 사회적 통합수준을 높여나가는 것이 필요함을 강

11) 다중공선성의 여부를 확인하기 위하여 공선성 통계량인 VIF값을 확인한 결과, 모두 10 이하로 나타나 다중공선성의 문제는 없는 것으로 확인되었다.

조하였다. 이에 따라 사회적 통합을 높이는 장치로서 자살에 관한 조례 제정과 정신건강증진센터의 운영이 지역의 자살률을 낮추는 정책이 될 수 있다는 점에서 지방자치단체는 이러한 정책적 노력을 기울여야 할 것이다.

통제변수로 사용되었던 노인 인구 비율과 조이혼율은 모두 그 비율이 높을수록 지역의 자살률을 높이는 것으로 나타났으며($p < .001$), 반면 사회복지예산 비율은 지역의 자살률을 낮추는 요인으로 확인되었다($p < .01$). 또한 시·군·구별 자살률을 살펴본 결과, 시·구 지역의 자살률이 군 지역에 비해 유의한 결과가 나타나지 않았다.

V. 결론 및 정책적 시사점

우리나라 자살률은 2015년을 기준으로 전년 대비 소폭 감소하였지만 여전히 OECD 국가의 평균보다 2~3배 높은 1위를 차지하고 있어 국가와 지역사회가 함께 해결해야 할 사회적 문제로 자리 잡고 있다. 기초자치단체별 자살률을 보면 강원도 평창군이 60.2명, 충청남도 청양군이 59.1명으로, 서울특별시 서초구의 15.2명, 광주광역시 남구의 16.4명에 비해 매우 높은 것으로 나타나 우리나라 자살률은 지역 간 뚜렷한 차이를 보이고 있다는 점이 특징적임을 알 수 있다. 이와 함께 본 연구는 자살예방정책의 일환으로 기초자치단체가 자살예방사업을 지속적·안정적으로 추진하기 위해 조례를 제정하고, 또 실질적이고 직접적인 자살예방사업의 수행을 위해 정신건강증진센터를 설치·운영함으로써 각 지방자치단체의 정책적 의지와 노력에 따라 자살률이 달라질 수 있다는 점에 주목하였다. 이에 기초자치단체의 자살예방을 위한 정책의지로 표현되는 조례 제정과 정신건강증진센터의 설치·운영이라는 정책수단에 따라 자살률은 어떠한 차이를 보이는지 분석하고자 본 연구를 진행하였으며, 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 기초자치단체의 자살예방 관련 조례 제정은 지역의 자살률을 높이는 것으로 나타났으며($p < .001$), 정신건강증진센터의 설치·운영 또한 지역의 자살률을 높이는 것으로 나타났다($p < .001$). 이는 자살률이 높은 지역에서 자살예방을 위한 조례를 제정하거나 정신건강증진센터를 설치·운영할 가능성이 높기 때문인 것으로 추론된다. 그러나 조례 제정과 정신건강증진센터 동시 운영은 유의미한 영향을 보여주는데, 즉 기초자치단체가 조례를 제정하고 정신건강증진센터를 동시에 운영하는 것은 지역의 자살률을 낮추는 것으로 나타났다($p < .001$). 이러한 결과는 자살예방 관련 사업을 지속적·체계적으로 지원하기 위한 조례 제정과 실질적이고 직접적인 자살예방 사업이 함께 병행될 때 유의미한 자살률 감소효과를 거둘 수 있음을 의미한다.

둘째, 통제변수로 사용되었던 노인인구 비율과 조이혼율은 모두 그 비율이 높을수록 지역의 자살률을 높이는 것으로 나타났으며($p < .001$), 반면 사회복지예산 비율은 지역의 자살률을 낮추는 요인으로 확인되었다($p < .01$). 이러한 결과는 자살률 감소를 위한 기초자치단체와 정신건강증진센터의 사업 추진에 있어 지역사회의 고령화로 인한 문제와 이혼으로 인한 가족해체 과정에서 발생하는 문제에 대한 진단과 해결책이 절실히 필요함을 보여준다.

이상의 분석결과를 근거로 다음과 같은 정책적 시사점을 제시하였다.

첫째, 조례 제정이 가지는 의미를 자살예방을 위한 정책의 지속성과 체계성을 확보하려는 기초자치단체의 정책적 의지로 볼 수 있는 반면, 다른 한편으로는 지역 간 정책경쟁의 확산이라는 측면에서 단순히 타 자치단체의 영향을 받아 제정된 것으로도 볼 수 있다. 이러한 맥락에서 자살예방 조례 제정 이후에도 지역의 자살률이 감소되지 않고 오히려 유의미하게 증가된 것으로 나타난 본 연구의 결과는 조례 제정이 타 단체와의 정책경쟁에 따른 선언적인 정책에 그쳤기 때문인 것으로 추론된다. 물론 자살률이 높은 자치단체에서 조례를 제정한 결과일수도 있다. 따라서 본 연구는 기초자치단체의 조례 도입이 선언적인 정책에 그치지 않고 자살을 예방하는 정책의지로서 그 효과성을 나타내기 위해서는 지방정부가 실질적인 자살예방사업 수행을 위한 정신건강증진센터 운영 또는 자살예방 사업예산의 확보 등의 노력을 기울여야 한다는 점을 시사한다.

둘째, 노인인구 비율이 시·군·구의 자살률에 가장 큰 영향력을 미치는 요인으로 나타남에 따라, 기초자치단체와 정신건강증진센터의 자살률 감소를 위한 사업 추진에 있어 지역사회의 노인층이 중요한 정책대상이 되어야 한다. 우리나라의 급속한 인구 고령화 현상과도 맞물린 노인자살률은 지역적으로 큰 편차가 존재함에 따라 지역고유의 상황이나 특성에 맞게 자살예방사업이 이루어져야 할 필요가 있다. 이러한 상황에도 불구하고 기초정신건강증진센터가 미설치된 지역은 2014년 기준 5개의 시와 38개의 군이 있으며, 상대적으로 노인인구의 비중이 높은 군 단위 지역에서 정신건강증진센터를 설치하지 않은 비율이 높은 실정이다. 따라서 지역의 자살예방사업을 수행하는 정신건강증진센터의 설치·운영이 이루어져야 하며, 이를 통해 지역사회를 기반으로 하여 주민들에게 통합적이고 지속적인 정신보건서비스를 제공하는 등 사회적 통합수준을 높여 나감으로써 노인의 자살을 방지해야 할 것이다.

본 연구에서 기초자치단체의 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 조례 제정과 지역사회의 자살예방센터의 기능을 담당하고 있는 정신건강증진센터 동시적 운영은 지역의 자살률을 낮추는데 유의미한 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 우리나라의 심각한 자살문제를 해결하기 위한 기초자치단체의 자살예방정책은 자살예방을 위한 조례 제정이라는 정책적 의지와 실질적인 자살예방사업 수행을 위한 정신건강증진센터 운영이라는 정책적 수단이 병행될 때 자살률 감소라는 긍정적 효과를 거둔다는 점을 검증하였다는 점에서 이 연구의 의미가 있다.

마지막으로 본 연구는 기초자치단체의 자살예방을 위한 정책을 조례 제정과 정신건강증진센터의 설치·운영으로 다소 제한적으로 고려하였다는 한계가 있다. 또한 자료의 확보의 한계에 기인하여 자살예방사업예산을 분석에 고려하지 못하고 사회복지예산을 고려한 점도 연구의 약점이다. 향후 연구에서는 자살예방사업과 관련되어 집행된 예산을 파악하여 분석에 사용할 필요가 있다.

참고문헌

강은정. (2013). 지역의 자살률 차이와 관련된 구성적 요인과 상황적 요인. 『보건교육건강증진학

- 회지」. 30(1): 41-52.
- 권은희. (2009). 청소년 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구; 심리사회적 요인을 중심으로. 원광대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김기원. (2010). 전국 광역시도별 노인자살 차이에 대한 연구. 영남대학교 대학원 박사학위논문.
- 김기환·전명희. (2000). 청소년 자살의 특성과 유형에 관한 연구. 「한국아동복지학」. 9(1): 127-152.
- 김명희. (2012). 한국사회 자살현상과 자살론의 실재론적 해석;宿命론적 자살(fatalistic suicide)을 중심으로. 「경제와 사회」. 겨울호(96): 288-327.
- 김민영. (2013). 한국사회의 자살률에 관한 분석; 지역사회의 사회·문화·경제적 요인을 중심으로. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김상원. (2010). 사회적 지원과 이탈; 지역단위의 사회적 지원이 자살률에 미치는 영향. 「지방정부연구」. 14(3): 81-95.
- 김용분·이정섭. (2003). 자살 개념분석. 「정신간호학회지」. 12(4): 394-401.
- 김현순. (2008). 스트레스, 절망, 우울과 자살생각 간의 구조적 관계; 노인과 청소년간의 차이 비교 연구. 단국대학교 대학원 박사학위 논문.
- 김형수·권이경. (2013). 한국 노인자살률과 사회·경제적 요인의 관련성; 1990년~2010년 변화 추이를 중심으로. 「한국콘텐츠학회논문지」. 13(6): 236-245.
- 김효창. (2006). 성인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. 「한국심리학회지」. 12(1): 15-33.
- 김효창·손영미. (2006). 노인 자살의 특성과 자살유형에 관한 연구. 「한국심리학회지」. 12(2): 1-19.
- 박성용·이광수. (2014). Geographic Information System 분석방법을 활용한 시·군·구 지역별 자살률에 영향을 미치는 요인 분석. 「보건행정학회지」. 24(2): 143-152.
- 박일주. (2015). 지방자치단체 정책이 지역 자살률에 미치는 영향에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.
- 박재연. (2010). 청소년의 자살위기와 레질리언스. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 송재룡. (2008). 에밀 뒤르켐 150주년 탄생기념; 한국사회의 자살과 뒤르케임의 자살론: 가족주의 습속과 관련하여. 「사회이론」. 34: 123-164.
- 신민섭. (1992). 자살 기제에 대한 실증적 연구; 자기 도피 척도의 타당화. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 유경원·노용환. (2007). 국가별 패널자료를 이용한 자살률 결정요인 분석. 「한국공안행정학회보」. 18: 59-78.
- 유정균. (2008). 노인자살률의 지역적 편차; 가족불안정의 영향을 중심으로. 「한국인구학」. 31(2): 21-44.
- 윤명숙·최명민. (2012). 지역사회 보건복지자원이 자살률에 미치는 영향. 「한국지역사회복지학」. 40: 213-238.
- 윤우석. (2011). 사회적 통합과 자살률의 관계 검증. 「한국공안행정학회보」. 20(4): 144-174.
- 은기수. (2005). 경제적 양극화와 자살의 상관성; 1997년 외환위기를 전후하여. 「한국인구학」.

28(2): 97-129.

- 이기우. (2008). 조례활성화를 위한 지방의회의 역할강화. 「지방자치법연구」. 20(8): 123-139.
- 이민아·강정한. (2014). 한국 사회 자살률의 변동과 원인; 지역단위 지표를 이용한 패널 분석. 「한국인구학」. 37(2): 1-19.
- 보건복지부(2008). 제2차 자살예방종합대책(2009~2013)
- 국회예산정책처(2013). 자살예방사업의 문제점과 개선과제. 「대한민국국회」.
- 보건복지부(2013). 정신건강사업안내
- 보건복지부(2015). 정신건강사업안내
- 통계청(2015). 「2013~2014년 사망원인통계」

박영미(林英美): 국립안동대학교 대학원 행정학과 박사과정을 수료하고 현재 안동시 정신건강증진센터에서 정신건강커뮤니티 조성사업을 담당하고 있다. 주요 관심분야는 노인복지정책과 정신건강증진정책이다. 주요논문으로는 “노인일자리사업이 노인의 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구”(2015)와 “노인일자리사업의 효과성에 관한 연구: 참여유형과 참여기간을 중심으로”가 있다(pym0317@hanmail.net).

김병규(金炳圭): 미국 켄터키대학(Univ. of Kentucky)에서 정책학 박사학위를 취득하고 현재 안동대학교 행정학과 부교수로 재직 중이다. 주요관심분야는 복지정책을 포함한 공공정책, 도시재생, 지역개발, 계량분석(GLS, MLE, HLM, Risk Analysis)이며 주요 논문으로는 “Government Support for SME Innovations in the Regional Industries”(2014), “Second-Order Devolution and the Implementation of TANF in the U.S. States” (2010) 등이 있다(bkkim1@anu.ac.kr).

Abstract

The Effects of Suicide Prevention Policy of Local Governments on the Suicide Rates

Park, Youngmi

Kim, Byungkyu

This study aims to explore the effects of suicide prevention program on suicide rates at the local government level. Specifically, how the enactment of ordinance for suicide prevention and the establishment of mental health center influence suicide rates with 226 local government data. In results, the enactment of ordinance for suicide prevention, and the establishment and running of mental health center do not affect decrease in suicide rates respectively. However, local governments who enact ordinance, and establish and run mental health center at the same time reduce suicide rates. It means that the ordinance for suicide prevention as the local government policy initiative alone does not reduce suicide rates, and mental health center program as practical suicide prevention program alone does not reduce suicide rates. To reduce suicide rates, the enactment of ordinance should be run parallel with the establishment and running of mental health center.

Key Words: Suicide prevention program, Ordinance on suicide prevention, Mental health center, Suicide Rates