

장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 제도 개선 연구

서원선 · 서육영 · 성명숙

Korea Disabled people's Development Institute

국립중앙도서관 출판예정도서목록(CIP)

장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 제도 개선 연구
/ 저자: 서원선, 서옥영, 성명숙. -- 서울 : 한국장애인개발
원, 2017
p. ; cm

권말부록 수록
참고문헌 수록
ISBN 978-89-6921-256-6 93330 : 비매품

장애인 복지 [障礙人福祉]

338.3-KDC6
362.4-DDC23

CIP2017027651

본 보고서의 연구내용은 연구진의 의견으로 (재)한국장애인개발원의 공식적인
의견과는 다를 수 있습니다.

연구진

연구 책임 : 서원선(한국장애인개발원 정책연구실 연구1팀 부연구위원)

공동연구원 : 서육영(한국장애인개발원 정책연구실 연구1팀 연구원)
성명숙(한국장애인재활협회 국장)

자문위원

박 지 영 (상지대학교 사회복지학과 교수)

백 종 우 (한국자살예방협회 사무총장)

송 남 영 (한국지적발달장애인복지협회 실장)

이 찬 우 (한국척수장애인협회 사무총장)

정 영 만 (한국근육장애인협회 회장)

발간사

경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)는 정기적으로 각 국가별 사망 통계에 기초하여 국가별 자살률을 발표하고 있으며, 우리나라의 자살률은 OECD의 36개 회원국 중 11년째 지속적으로 1위를 차지하고 있다(OECD, 2015). 자살(suicide)이란 의도적으로 발생한 죽음 혹은 어떠한 행동의 치명적인 결과에 대해서 인지하고 있는 사람에 의해서 행해진 죽음이라고 정의할 수 있다(OECD, 2017). 우리나라의 경우 OECD 기준 인구 10만 명당 자살자 수는 1990년만 해도 8.8명으로 일본(17.5명), 미국(13.1명)보다 적었고 OECD 평균(16.2명)에도 한참 못 미쳤다. 그러나 2003년 28.1명으로 증가해 OECD 회원국 중 1위로 올라선 뒤 지속적으로 1위를 유지하고 있다(OECD, 2015). 또한, 최근 들어 장애인의 자살 시도 및 자살 사고로 인한 사망사건도 증가하고 있다. 장애인 자살률에 대한 정확한 수량적인 통계자료는 존재하지 않으나 2015년 장애인 건강관리 사업(국립재활원, 2015)에 의하면 여러 장애 유형의 사망 원인 중 자살과 관련된 사고에 의한 사망률이 높은 실정이다.

이러한 이유로 한국장애인개발원 정책연구실에서는 2016년에 장애인 및 장애인 가족이 참여한 심층인터뷰를 실시하여 자살의 원인을 파악하였으며, 2016년도 연구에서 제시한 장애인 자살 원인을 기초로 자살 예방을 위한 구체적인 정책과 제도를 개선하기 위한 추가 연구의 필요성이 부각되었다.

이에 본 연구에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 구체적인 정책 마련을 위해 자살 예방과 관련된 중재방법을 조사·분석하였다. 구체적으로, 세계보건기구(World Health Organization, WHO) 및 정신보건 관련 기관의 자살 예방 및 정신건강 보호를 위한 중재방법인 보편적·선택적·집중적 중재방법에 대해서 조사하였다. 그리고 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위한 종합적인 정책을 마련하기 위해 장애인 당사자, 자살 예방 전문가, 장애 서비스 제공자 등으로 구성된 포커스 그룹 인터뷰를 실시하여 실질적인 예방 대책 및 정책 방향 등을 조사·분석하였다.



본 연구의 설계와 발전을 위해 귀한 자문 의견을 주신 상지대학교 사회복지학과 박지영 교수, 한국자살예방협회 백종우 사무총장, 한국지적발달장애인복지협회 송남영 실장, 한국척수장애인협회 이찬우 사무총장, 한국근육장애인협회 정영만 회장에게 감사를 드린다. 또한 연구의 책임을 맡아 진행한 서원선 부연구위원, 서육영 연구원, 한국장애인재활협회 성명숙 국장에게 감사를 표한다.

마지막으로, 본 연구결과가 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책 마련에 기초자료로 활용되며, 장애인 및 장애인 가족의 자살에 대한 사회적인 관심을 높이는 연구가 되기를 바란다.

2017년 10월

한국장애인개발원 원장 황 화 성

▶ 목 차

연구요약	xi
I. 서론	1
1. 연구의 목적 및 필요성	3
2. 연구 범위 및 방법	9
1) 연구 범위	9
2) 연구 방법	10
3. 연구수행체계	11
II. 세계보건기구의 자살 예방 전략 및 보편적 · 선택적 · 집중적 중재방법	13
1. 세계보건기구의 자살 예방을 위한 전략 및 중재방법	15
1) 공공보건 접근법(Public Health Approaches)	16
2) 공공보건 접근 프로세스(Public Health Approach Processes)	18
3) 공공보건 접근법(Public Health Approaches)의 실제	20
2. 세계보건기구의 자살 예방 전략의 우선순위	22
1) 감독과 모니터링	23
2) 역학적 조사 · 연구	23
3) 근거에 기반한 예방 및 중재 프로그램	24
4) 평가	24
3. 세계보건기구 및 정신보건 관련 기관의 자살 예방 및 정신건강 보호를 위한 중재방법	26
1) 세계보건기구(World Health Organization)의 중재방법	26
2) 미국 델라웨어 주의 보건 및 사회 서비스부(State of Delaware Department of Health and Social Services)의 중재방법	28
3) 업리프트 가족 서비스 센터(Uplift Family Services Center)의 중재방법 ...	29
4) 청소년 자살 예방을 위한 중재방법	30



5) 텍사스 주정부 보건서비스(Texas Department of State Health Services)의 약물중독 예방 프로그램	32
Ⅲ. 국내 자살 예방을 위한 정책 및 제도	35
1. 자살 예방을 위한 법규와 장애인 자살 예방의 한계	38
2. 자살 예방 서비스 종류 및 전달체계	43
1) 독거노인 심리지원 서비스	43
2) 자살예방센터의 장애 이해교육	45
3) 장애인 자살 예방 게이트키퍼 양성교육	46
4) 장애인 가족지원서비스와 가족상담 서비스	48
5) 장애인 동료상담	48
Ⅳ. 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 질적 조사	51
1. 포커스그룹인터뷰 개요	53
1) 연구 설계 및 질문의 개발	53
2) 자료 수집 과정 및 절차	54
3) 자료 분석	56
2. 포커스그룹인터뷰 분석 결과	57
1) 장애인 및 장애인 가족 자살의 원인	57
2) 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 방안	65
Ⅴ. 결론 및 정책제언	75
1. 보편적 중재방법 및 정책제언	78
1) 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 서비스 전달 체계 및 사례관리의 개선	78
2) 관련 법률의 개정	81
3) 장애의 의료적 패러다임의 변화	82
2. 선택적 중재방법 및 정책제언	85
1) 장애관련 서비스의 확대 및 보완	85
2) 게이트키퍼를 위한 장애 및 자살 예방 교육	88

3) 장애인 관련 거시적 제도의 개선	91
3. 집중적 중재방법 및 정책제언	95
참고문헌	97
부 록	103

▶ 표목차

〈표 I-1-1〉 장애유형별 장애인 사망원인 10순위 비교(2012년 기준)	4
〈표 I-1-2〉 신문 기사 분석을 통한 장애인 및 장애인 가족 자살의 원인	7
〈표 II-1-1〉 보편적, 선택적, 집중적 자살예방 접근방법	19
〈표 III-1-1〉 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 주요 내용	38
〈표 III-1-2〉 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 주요 내용	40
〈표 III-1-3〉 보건복지 통계 목록	42
〈표 IV-1-1〉 포커스그룹인터뷰 질문 내용	54
〈표 IV-1-2〉 포커스그룹인터뷰 참여자의 일반적 특성	55
〈표 V-2-1〉 사회복지사 보수교육 교과내용	89
〈표 V-2-2〉 생명의 전화 자살예방상담사 교육내용	90
〈표 V-2-3〉 MINI 자살 징후 척도	93
〈표 V-3-1〉 독거노인 사회관계 활성화 지원 주요 내용	95

▶ 그림목차

[그림 I-3-1] 연구수행체계	11
[그림 III-2-1] 독거노인종합지원센터 사랑잇는전화사업 진행과정	44
[그림 III-2-2] 독거노인종합지원센터 사랑잇는전화사업 긴급출동과정	44
[그림 V-1-1] 장애인 관련 기관과 동주민센터를 이용한 서비스 전달 체계	80

연구 요약

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

- 자살이란 의도적으로 발생한 죽음 혹은 어떠한 행동의 치명적인 결과에 대해서 인지하고 있는 사람에 의해서 행해진 죽음이라고 정의할 수 있음(OECD, 2017).
- 우리나라의 경우 OECD 기준 인구 10만 명당 자살자 수는 1990년만 해도 8.8명으로 일본(17.5명)이나 미국(13.1명)보다 적었고 OECD 평균(16.2명)에도 한참 못 미쳤으나 2003년 28.1명으로 증가해 OECD 회원국 중 1위로 올라선 뒤 지속적으로 1위를 유지하고 있음(세계일보, 2016. 2. 2.; OECD, 2015).
- 이러한 상황에서 장애인의 자살 시도 및 자살 사고로 인한 사망사건 또한 큰 문제임. 장애인 자살률에 대한 정확한 통계자료는 없으나 장애유형별 장애인 사망원인 순위에서(국립재활원, 2015) 자폐성장애의 경우 고의적 자해(자살)로 인한 사망 구성비는 전체의 11.1%(사망원인 3순위), 정신장애인의 경우 22.0%(사망원인 1순위)를 차지하는 것으로 나타남.
- 이뿐만 아니라, 2014 장애인실태조사(한국보건사회연구원, 2014)에 따르면 장애인의 우울감 경험률은 24.5%로 비장애인의 10.3%의 2.4배이며, 장애인의 자살생각률은 19.9%로 비장애인의 4.2%보다 4.7배 높게 나타나고 있음.
- 2016년 한국장애인개발원에서 장애인 및 장애인 가족의 자살 원인 파악을 위한 신문 기사 분석 결과(서원선, 김훈, 이소원, 서욱영, 2016), 장애인 자살 사례는 24건, 장애인 가족 자살 사례는 21건이었으며, 장애인 자살 사례의 경우 주요 장애유형이 지체장애, 발달장애, 뇌병변장애였고, 장애인 가족 자살 사례의 경우 발달장애와 지체장애가 가장 많았음. 자살 원인으로 당사자인 경우 만성적 빈곤 및 직장문제와 신병 비관이 제일 많았고, 가족의 경우 만성적 빈곤 및 직장문제, 외로움·고독·정신과적 증상, 신병 비관이 주요 원인인 것으로 조사됨.
- 또한 장애인들은 장애로 인한 심리적·사회적인 부적응 때문에 사회 및 가족



생활을 영위하는데 어려움을 겪고 있으며 심한 경우에는 자살이라는 극단적인 행동을 하기도 함(Livneh, 2001; Livneh & Antonak, 1997).

- 장애인 자살 예방을 위한 대안책은 크게 개별적 접근과 국가적 접근 등으로 분류할 수 있으나(WHO, 2012), 비장애인을 위한 일반적인 예방책이 장애인이나 장애인 가족에게는 적합하지 못한 경우도 있음.
- 본 연구에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위한 심리적·정서적인 지원 방안을 마련하고, 부적절한 심리재활 서비스 및 부족한 사회 안전망으로 인해 장애인들이 적시에 재활 서비스를 받지 못하고 있는 상황을 개선하기 위한 제도적·정책적 방안을 연구함.

2. 연구 범위 및 방법

- 첫째, 자살 예방을 위한 중재 기법에 대한 문헌조사를 실시함. 구체적으로 세계보건기구에서 언급하고 있는 보편적, 선택적, 집중적 방법의 의미와 종류를 조사함.
- 둘째, 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방과 관련하여 노인, 청소년을 대상으로 한 자살예방 또는 정신질환 및 자살 유가족을 대상으로 한 상담 관리 등 국내 유사 정책 사례를 조사함.
- 셋째, 장애인 및 장애인 가족의 자살 혹은 정신건강 관련 전문가들로 구성된 포커스그룹인터뷰를 실시함. 포커스그룹인터뷰를 통해 확보한 자료는 내용분석(Content Analysis) 방법을 이용하여 개념화 및 범주화하였으며 분석 결과는 구체적인 자살 예방 정책과 제도를 마련하는데 활용함.
- 넷째, 문헌조사, 국내사례 분석, 포커스그룹인터뷰를 토대로 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책적 및 제도적인 방안을 제시함.
- 이외에 장애인 자살 예방 관련 전문가로 자문위원을 구성하여 총 2회에 걸쳐 연구방향, 연구내용 등에 대한 자문을 구하였고, 이를 통해 연구내용의 충실도와 연구의 객관성 및 타당성, 연구결과와의 적합성 및 기여도 확보를 위해 노력함.

Ⅱ. 세계보건기구의 자살 예방 전략 및 보편적 · 선택적 · 집중적 중재방법

1. 세계보건기구의 자살 예방을 위한 전략 및 중재방법

1) 공공보건 접근법(Public Health Approaches)

- 공공보건 접근법은 자살 패턴과 특정 집단 혹은 전체 인구의 자살 행동을 구분하는데 초점을 두고 있음. 공공보건 접근법의 목표는 사람들을 질병으로부터 보호하기 위해 환경을 변화시키며 사람들이 자신들을 위험에 빠뜨리는 행동을 하지 않도록 행동 패턴을 변화시키는데 있음.
- 따라서 공공보건 접근법은 전염병 예방뿐만 아니라 자살 문제를 해결하기 위한 접근법에도 적용 가능함. 이는 미국 전역에서 발생하는 자살 빈도를 측정하기 위한 감독 체계(surveillance system)를 설치하는 것에서부터 시작됨 (Mercy and Rosenberg, 2000).
- 이러한 공공보건 접근법과 관련된 개념에 기초하여 여러 국가에서는 자살 예방을 위한 종합적인 국가적 전략을 개발하였으며, 예방적 노력을 향상시키기 위한 접근법을 조직하고 설계하였음.

2) 공공보건 접근 프로세스(Public Health Approach Processes)

- 자살 예방을 위한 공공보건 접근 프로세스의 구체적인 내용은 다음과 같음.
- 감독(surveillance) 프로세스를 통해 나이, 지리적 위치, 성별 등에 따라 자살 패턴 및 자살률의 차이 등을 확인함. 또한 자살로 사망한 사람들의 개별적 특징이나 특성 등과 관련된 정보 역시 모니터링함.
- 위험 요소 확인(risk factor identification)을 통해 자살을 유발하거나 자살과 연관되어 있는 것으로 보이는 위험적 요인, 자살 발생을 감소시킬 수 있는 예방적 요인, 위험적 요인과 예방적 요인 간의 상호작용을 유발하는 요인 등을 확인하고 구분함.



- 예방 및 중재(prevention/intervention) 차원에서 자살 예방을 위한 노력은 크게 보편적(universal), 선택적(selective), 집중적(indicated) 중재방법의 3가지 영역으로 분류할 수 있음(US Department of Health and Human Services, 2001)
 - 보편적 중재방법: 자살의 위험과 상관없이 모든 인구를 대상으로 하며 모든 인구에 영향을 미치는 방법
 - 선택적 중재방법: 특정 자살 위험 요소에 노출되어 있는 하위집단을 목표로 하는 방법(정신장애, 약물중독, 재정적 부채, 실업 및 무직, 노령 인구의 만성 통증, 학업 스트레스 등)
 - 집중적 중재방법: 특정 인구를 대상으로 실시하는 방법(잠재적 자살 시도자, 자살 시도 경험이 있는 고위험 대상자, 고위험 환자 등)
- 서구 국가들의 사례에 기초해 볼 때, 포괄적 형태의 방법들을 포함하고 있는 종합적인 중재방법은 자살률을 감소시키는데 현저한 효과가 있음이 증명됨(US Department of Health and Human Services, 2001).

3) 공공보건 접근법(Public Health Approaches)의 실제

- 미국, 영국, 스코틀랜드, 호주, 뉴질랜드, 핀란드, 노르웨이 등의 국가에서는 공공보건 접근법을 응용하여 종합적이며 체계적인 국가 자살 예방 전략을 개발하였으며(Taylor, Kingdom, and Jenkins, 1997), 이러한 국가 전략들은 일련의 공통점을 포함함(US Department of Health and Human Services, 2001).
 - 중재방법 적용 장소로 교육적 세팅을 활용
 - 자살 예방을 위한 연구 실시 및 증대
 - 대중매체에서 그려지는 자살 및 정신질환에 대한 이미지나 인식을 개선
 - 우울증을 포함한 정신장애의 발견과 치료법 개선
 - 정신건강과 관련된 서비스를 찾는 행동에 대한 사회적 차별이나 선입견을 제거
 - 정신건강 서비스에 대한 접근성 개선
 - 엄격한 평가를 통해 효과적인 예방 중재전략 향상
 - 자살 수단에 대한 접근성 제한

- 비록 일부 연구에서는 국가적 자살 예방 전략의 효과가 명확히 드러나지 않았으나 국가적인 자살 예방 전략을 수립하는 것은 중앙 및 지역 정부가 자살률을 감소시키기 위해서 추진해야하는 중요한 정책이며, 이를 위해 지역사회와의 통합과 협업을 추진해야 함.

2. 세계보건기구의 자살 예방 전략의 우선순위

- 자살 예방과 관련된 막대한 양의 노력, 수많은 과제, 제한적인 자원으로 인해 우선순위를 명확하게 규명하고 접근방법을 적용할 필요가 있음.
- 이를 위해 예방 전략의 목표를 명확히 정해야하며 행동전략을 필요로 하는 영역과 그러한 영역의 효과를 측정할 수 있는 평가 기준을 마련해야 함.
- WHO에서는 성공적인 자살 예방을 위한 효과적인 중재방법을 위해 우선순위를 고려하여 다음의 네 가지 세부 영역을 제시하고 있음: 1) 감독과 모니터링, 2) 역학적 조사·연구, 3) 근거에 기반한 예방 및 중재 프로그램, 4) 평가.
- 감독과 모니터링을 통해 자살에 대한 시기적절하고 이용 가능한 통계적 자료나 정보를 제공할 수 있으며, 명확한 모니터링 시스템을 통해 프로그램의 궁극적인 효과성 역시 분석 가능함.
- 자살 시도 행동을 줄이기 위해서는 다차원적인 중재방법을 적용해야 함(보편적, 선택적, 집중적 수준의 프로그램 등).
- 예방적 프로그램이 적절히 실행된다면 평가를 통해 바람직한 결과가 도출될 수 있으며, 다른 지역에 거주하고 있는 유사 인구나 집단을 대상으로 적용할 수 있는 유용한 모델 프로그램으로도 활용이 가능함.
- 그러나 제한적인 자원으로 인해 서비스에 대한 커다란 욕구가 존재하는 특수한 경우에는 프로그램 자체만으로는 효율적으로 자살을 예방할 수 없음. 뿐만 아니라 스크린 과정은 고위험 자살 위험에 노출되어 있는 사람들을 대상으로 부정적인 인식이나 편견을 야기할 수도 있음.
- 그러므로 공공보건 접근법을 통해 자원이 제한적인 국가나 도시에서는 보편적 수준의 접근방법을 활용하는 것을 고려할 필요가 있음. 즉, 고위험에 처해 있는 특정 인구를 대상으로 보다 많은 양의 서비스를 제공하기 보다는 많은



사람들이 자살을 예방할 수 있도록 일반적이며 보편적인 예방 접근법을 실행할 필요가 있음.

3. 세계보건기구 및 정신보건 관련 기관의 자살 예방 및 정신건강 보호를 위한 중재방법

1) 세계보건기구의 중재방법

(1) 보편적 수준(Universal Level)

- 지역사회 내에서 정신건강에 대한 개념을 향상시켜야 함. 대중매체 채널을 활용하여 고위험 집단, 자살 위험군과 접촉하는 게이트키퍼 등을 대상으로 정신건강에 대해 교육하는 것이 필요하며, 전체 대중을 대상으로도 관련 교육이 필요함.
- 또한 대중매체를 통해 자살 예방과 관련된 서비스를 찾는 것을 격려하며 자살은 예방 가능하며 정신질환 역시 치료가능하다는 사실을 알려야 함.
- 또한 자살 수단에 대한 접근성을 제한하는 여러 형태의 중재방법들은 자살을 줄이고 예방하는데 가장 효과적이라고 인식되고 있음.
- 여러 형태의 자살 수단에 대한 올바른 이해를 통해 취약한 특정 집단의 충동적인 자해 생각을 지연시키고, 자살을 시도할 수 있는 방법에 접근하지 못하도록 프로그램 혹은 특정 계획을 수립해야 함.

(2) 선택적 수준(Selective Level)

- 자살 위험집단 및 잠재적 자살 대상자들을 직접적으로 접촉하고 있는 게이트키퍼(보건의료 전문가, 일반 의료 전문가, 미디어 전문가, 교사 등)를 대상으로 자살 예방 교육이나 훈련을 제공함으로써 자살에 대한 올바르게 정확한 지식과 대처 기술을 제공할 수 있음.
- 또한, 자살 예방을 위한 연구 및 실무와 관련해서도 학계 전문가와 현장 전문가들이 서로 지속적으로 교류하고 지식을 공유하도록 격려하는 것도 중요함.

(3) 집중적 수준(Indicated Level)

- 정신과적 및 심리적 치료법을 개선함과 더불어, 의도적 자해행동을 예방하기 위해 환자들을 대상으로 적절한 추적(follow-up) 케어 서비스를 제공하는 것은 매우 중요하며, 치료 참여 비율을 높일 수 있고, 병원으로 다시 돌아오는 재입원률을 감소시킬 수 있음.
- 추적 케어는 반드시 위험 상태에 있는 환자들에게 강력하고 긴밀한 지원 네트워크를 제공하는 것을 목표로 해야 하며 궁극적으로 병원 퇴원 이후에 자신들의 심리사회적인 기능을 적절히 유지할 수 있도록 해야 함.

2) 미국 델라웨어 주 보건 및 사회 서비스부의 중재방법

- 미국 델라웨어 주의 보건 및 사회 서비스부(State of Delaware Department of Health and Social Services, DDHSS)의 의료연구원(Institute of Medicine, IOM)에서는 예방 정의와 전략에 대한 자료를 제공하며, 예방 서비스 및 시스템을 분류하여 각 서비스에 대해 정의를 내리고 있음.
- 흔히 서비스, 케어, 예방의 연속적인 모델로 알려진 IOM 모델은 서비스 대상 인구에 따라 보편적, 선택적, 집중적의 세 가지 영역으로 예방적 중재방법을 구분하고 있음.
 - **(보편적 중재방법)** 특정 위험 집단이 아닌 전체 인구를 위험군으로 간주하고 중재 프로그램을 실시함(예: 알코올, 특정 약물 등의 사용 예방 및 지원 프로그램).
 - **(선택적 중재방법)** 전체 인구 중 하위집단을 주요 대상으로 하며 특히 약물 중독의 위험성에 노출되어 있는 집단을 분류하여 프로그램을 제공함. 대상 인구는 약물중독에 대한 위험 요소의 정도와 특성에 따라서 분류되지만 하위집단 내에서의 개별적 위험 정도는 상관하지 않고 프로그램을 실시함.
 - **(집중적 중재방법)** 문제 행동을 보이는 사람들을 구분하여 특별한 프로그램에 참여시키는데 목적이 있음. 약물을 이미 오남용하고 있거나 위험한 행동을 할 상황에 처한 사람들을 대상으로 약물의 만성적 남용과 과다 사용을 예방하기 위해 실시됨.



3) 업리프트 가족 서비스 센터의 중재방법

- 업리프트 가족 서비스 센터(Uplift Family Services Center)에서는 예방 및 조기 중재방법과 관련된 정의와 구체적인 프로그램을 제시하고 있음.
- 예방의 구체적인 대상 집단에 따라서 중재방법을 설계하거나 계획할 수 있으며, 3가지 중재방법은 보편적, 선택적, 집중적 프로그램임(Uplift Family Services Center, 2017).
 - **(보편적 프로그램)** 특정 위험 요소의 구분 없이 일반 대중 및 국민을 대상으로 하며, 프로그램의 목적은 기본적인 교육 및 관련 기술을 제공하는 것임. 사례로는 임상에 기초한 보건 세미나, 노인 시설 건물에 부착된 공공포스터 등임.
 - **(선택적 프로그램)** 대상은 평균 이상의 위험 요소를 갖는 인구로 위험적 요인의 특성과 양에 따라 구분됨. 프로그램의 목적은 이미 발생한 상황이 심각한 문제로 발전하는 것을 차단하는 것이며, 사례로는 술집에서 일하는 종업원을 대상으로 하는 중재 교육 등임.
 - **(집중적 프로그램)** 이미 고위험적 행동을 보인 집단을 대상으로 매우 심각한 문제가 발생하는 것을 예방하려는 목적으로 실시되며, 사례로는 노인 및 고령자에 특성화된 치료 등이 있음.

4) 청소년 자살 예방을 위한 중재방법

- 학교는 또래 괴롭힘이나 폭력 등 자살생각과 행동으로 이끌 수 있는 부정적 상호작용이 일어나는 주요한 환경임과 동시에 위험군 학생들에게 적절한 지원과 보호를 제공하기 위해 부모, 교사, 정신건강전문가, 지역사회의 여러 서비스기관이 함께 모일 수 있는 최적의 장소이기도 함(배정외 외, 2013).
- 그러나 학교라는 환경은 자살 예방이 필요한 장소로 거의 인식되지 못했으며 학생들을 위한 적절한 자살 예방 중재방법의 유형과 내용에 대해서도 사회적 관심이 낮은 편이었음.
- 학교라는 환경에 적용된 자살 예방 모형은 전형적인 공중보건 모형으로 보편적, 선택적, 집중적 중재방법을 모두 포함함.
 - **(보편적 모형)** 학교 환경에서 보편적 모형은 학생과 교직원 전체를 대상으

로 제공되며 자살을 시도할 수 있는 여러 조건과 요인들을 사전에 약화시키는 다양한 전략들로 구성되어 있음. 예시로 학생 및 교직원 전체를 대상으로 자살의 위험요소 및 도움 가능한 자원에 대해 지식을 전달하는 것이 있음. 이때 학교 교직원을 게이트키퍼로 간주하며, 교직원들은 지역사회 내 자살 예방 서비스 연계 능력을 익히게 됨.

- **(선택적 모형)** 학교 환경에서 자살행동을 할 위험이 높은 일부 학생들에게 초점을 맞춘 중재방법으로 잠재적 위험군을 파악하기 위해 실시한 스크리닝 결과에 따라 적절한 중재 프로그램을 제공하고, 고위험 요인을 발견했을 때 외부 정신건강 전문기관으로 의뢰하여 추후 관리하는 것이 필요함.
- **(집중적 모형)** 이미 자살행동을 한 학생이나 교직원을 대상으로 제공되는 중재방법으로써 자살로 사망한 후에 주변 생존자들을 대상으로 정서적 및 심리적 지원을 제공하며, 자살의 전염을 줄이기 위해 사후개입(지역 정신보건센터 및 병원 의뢰 등)을 제공하는 것을 말함.

5) 텍사스 주정부 보건서비스의 약물중독 예방 프로그램

- 미국 텍사스 주정부 보건서비스(Texas Department of State Health Services, TDSHS)에서는 청소년 및 성인들의 약물 중독·오남용을 예방하고 적절한 서비스를 제공하기 위해 대상자 및 위험정도에 따라 예방 프로그램을 제공하고 있음.
- 텍사스 주정부에서 제공하는 약물중독 예방 프로그램은 크게 보편적, 선택적, 집중적 예방 프로그램으로 구분할 수 있음(TDSHS, 2017).
 - **(보편적 예방 전략)** 약물중독 예방을 위한 보편적 예방 전략으로는 학교에 재학 중인 전체 학생이나 아이들을 대상으로 학교 정규교과과정을 통해 약물중독에 대한 위험성 및 예방법을 교육하는 프로그램을 들 수 있음.
 - **(선택적 예방 전략)** 약물중독 부모의 자녀들을 위한 예방 프로그램, 범죄율이 높은 지역에 거주하거나 혹은 빈곤에 처한 가족들을 위한 약물중독 예방 프로그램, 학교 성적이 저조하거나 학교적응이 어려워 행동문제를 보이는 학생들을 위한 멘토링 프로그램 등이 있음.
 - **(집중적 예방 전략)** 초기 약물중독 증상을 경험하거나 약물중독과 연관된 행동이상 혹은 행동장애를 보이는 대상자들을 확인하고 특별 프로그램을



제공함. 약물을 남용하지 않더라도 퇴학, 개인 및 사회기술 문제, 비행, 반 사회 행동, 약물중독의 가능성을 높일 수 있는 우울증과 같은 정신장애 등을 보이는 사람들을 대상으로도 적용됨.

Ⅲ. 국내 자살 예방을 위한 정책 및 제도

1. 자살 예방을 위한 법규와 장애인 자살 예방의 한계

- 우리나라의 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」은 전체 국민의 자살 예방을 위해 제정된 법률로써 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정하여 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성함을 목적으로 하고 있음.
- 그러나 자살 예방 대상과 관련해 장애인이나 장애인 가족은 구체적으로 언급되어있지 않아 장애인 자살 문제와 예방에 대한 구체적인 지원책을 마련하는 법적 근거가 부족한 실정임.
- 장애인의 건강권을 구체적으로 언급하고 있는 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 주로 장애로 인한 신체적 치료, 의료 시설의 접근성, 의료 전문가의 장애인식 등과 같은 내용을 주로 언급하고 있으며 장애인의 정신건강과 관련된 내용이나 지원에 대해서는 구체적인 규정이 없음.
- 이에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해 본 법률에 자살과 같은 정신건강에 대한 내용을 추가할 필요가 있으며, 동법 제19조(중앙장애인보건의료센터), 제20조(지역장애인보건의료센터)를 통해 장애인 자살 예방과 관련된 사업이나 프로그램을 제공하는 것을 고려할 필요가 있음.
- 게다가 모든 정책 수립의 기본 필수 요건인 통계자료 현황을 살펴보면, 자살자 통계가 발표되고 있으나 장애인으로 구분된 자살통계는 존재하지 않음.

2. 자살 예방 서비스 종류 및 전달체계

- 국내 장애인 자살 예방 서비스는 찾아보기 어렵지만, 이에 적용 가능한 지자체별 자살 예방 서비스와 기존의 장애관련 서비스를 살펴봄.



1) 독거노인 심리지원 서비스

- 국내 독거노인을 위한 서비스(독거노인 종합 지원센터, 2017)는 돌봄 기본서비스, 독거노인 사랑잇기 사업, 노인상담전화운영, 정책연구 등으로 구분되어 제공되고 있음.
- 독거노인 돌봄 기본서비스는 생활 관리사가 요보호 독거노인에게 정기적인 안전 확인을 통해 정서적 지원을 도모하고(주기적 방문, 안부전화, 말벗서비스 등), 건강 영양관리 등의 생활교육, 복지서비스 자원을 발굴 및 연계하는 사업임.
- 독거노인 사랑잇기 사업은 공공기관 및 민간기업의 자원봉사자(나눔천사)의 참여를 통한 독거노인의 사회적 안전망을 구축하는 사업으로, 안부전화, 정보제공, 긴급출동 서비스 등을 실시함.
- 독거노인종합지원센터의 노인상담전화는 전문교육을 받은 상담원들에 의해 어르신들의 고민을 듣고, 전문 상담을 제공하는 방식으로 운영됨.
- 이외에 독거노인의 종합지원정책 관련 연구가 꾸준히 진행되고 있으며 노인 돌봄서비스 사업안내와 관련 매뉴얼(사회서비스 전자바우처, 2017) 등도 제작하여 배포하고 있음.
- 이러한 독거노인종합지원 서비스와 정책연구의 실시는 독거노인관련 통계자료를 기반으로 마련됨.

2) 자살예방센터의 장애 이해교육

- 국내 자살예방사업의 대부분은 지역의 자살예방센터 또는 자살예방사업을 실시하는 정신건강증진센터를 수행기관으로 하여 실시되고 있음.
- 정신건강증진센터는 정신건강 상담 및 강좌를 통해 정신질환(장애)의 이해와 예방 관련 정보를 제공하며, 인식개선 및 자살 고위험군에 대한 조기발견, 예방 프로그램도 운영하고 있음. 또한 자살 고위험 대상자 치료를 위한 연계체계 구축 사업도 수행하고 있음(정신건강증진센터, 2017).
- 자살예방센터에서는 지역주민, 군인, 청소년 및 자살시도자와 유가족을 대상으로 우울·스트레스 예방 및 관리, 정신건강의학과 전문의와 심층상담을 통한 치료 및 사후관리, 지역유관기관 실무자, 지역 관계자나 민간단체 회원과

자원봉사자를 대상으로 하는 생명지킴이 양성 교육, 지역주민의 인식개선과 예방을 목적으로 한 정신건강 캠페인, 지역 내 유관기관간의 생명사랑 네트워크 구축 등의 사업들을 실시하고 있음(중앙자살예방센터, 2017).

- 정신건강증진센터나 자살예방센터가 운영하는 사업들은 모두 정신질환·장애와 관련된 프로그램 및 서비스들임. 이러한 지자체 기반 수행사업에 정신질환·장애 이외의 장애에 대한 이해를 돕기 위한 교육은 마련되어있지 않으며, 특히 장애인 당사자나 장애인 가족을 대상으로 실시되는 직접적인 프로그램은 없는 실정임.
- 게다가 지역 자살예방 네트워크 구축을 위한 유관기관과의 연계 과정을 살펴 보아도 응급구조를 위한 소방서나 경찰서, 치료와 보호를 위한 정신요양시설이나 병원, 중독치료관련 기관 등과 장애인 복지 및 장애인 자립생활 센터와의 유기적인 연계가 이루어지지 못하고 있음.

3) 장애인 자살 예방 게이트키퍼 양성교육

- 게이트키퍼 교육의 하나인 생명지킴이 양성 교육은 자살을 예방하기 위해 전문 인력을 양성하는 대표적인 프로그램 중의 하나로 기본 교육 과정은 자살의 이해, 자살에 대한 현황과 심각성, 생명지킴이로써 자살 징후를 보고·듣고·말하기, 위험군에 맞는 의사소통방법 익히기 등으로 구성되어 있음(정신건강증진센터, 2017).
- 추가적으로 생명지킴이는 항상 대상자의 상황을 공감하고 경청하려는 태도를 갖고 있어야하며 자살위험자의 결정에 영향을 미치는 역할이 아닌 자살 위험이 있는 대상자를 식별하고 보호하는 임무를 수행함(한국자살예방협회, 2017).
- 장애인 자살 예방을 위해서는 생명지킴이 교육에 추가적으로 장애와 관련된 전문 내용이 포함되어야 함(예: 15개 장애 유형의 기본 특성, 장애로 인한 심리적 문제, 장애와 사회적 차별 등).
- 이를 위해 장애인 단체, 장애 기관 및 시설 종사자, 장애인 활동보조인 등을 장애인 자살예방을 위한 생명지킴이로 양성할 수 있음.



4) 장애인 가족지원서비스와 가족상담 서비스

- 가족지원서비스는 자살유가족을 위한 지원서비스와 자살위험군 조기개입을 통한 가족지원서비스 2가지로 구분되어 있음. 자살유가족을 위한 지원서비스는 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제20조(자살시도자 등에 대한 지원)에 근거하여 자살시도자와 자살자의 가족에게 제공되는 심리상담 및 치료 지원 서비스임.
- 자살유가족을 위한 지원서비스는 중앙심리부검센터를 중심으로 하여 지역의 정신건강증진센터와 자살예방센터에서 운영하고 있음. 자살유가족을 위해 제공되는 서비스로는 자살유가족 대상 자조모임 운영, 애도상담, 집단상담 등이 있음.
- 자살위험군의 조기개입을 통한 가족지원서비스는 자살위험군, 당사자의 대인관계 연대감 확충을 통한 자살위험 요인의 해소 등을 목적으로 실시되고 있음. 지원 서비스로는 사례관리, 개별 또는 집단상담, 인지 정서지원 등이 있으며, 미술, 음악 등 다양한 방법의 상담 및 치료 프로그램으로 구성되어 있음.
- 자살위험군의 조기개입을 통한 가족지원서비스는 자살위험군의 대인관계망의 확충을 위한 프로그램이므로 다른 자살예방지원 서비스에 비해 지지체의 자살예방 의지에 따라 서비스 정도가 상이할 수 있음.
- 그러나 가족 구성원들을 위한 자살 예방 프로그램에 장애인 가족을 위한 구체적인 서비스나 고려 사항이 존재하지 않아 장애인 가족의 문제를 전문적으로 상담하고 치료할 수 있는 기능이 부족한 실정임.

5) 장애인 동료상담

- 자살예방을 위한 동료상담은 청소년 자살예방을 위한 또래상담(손정남, 2011; 이승연, 2008), 노인 자살예방을 위해 지지체의 노인복지관 또는 노노상담센터를 위탁기관으로 시행되고 있는 노노상담(윤가현, 김은주, 2010)이 대표적임.
- 청소년을 위한 또래 상담은 학교를 거점으로 상담 자질이 있는 학생이나 친구를 돕는 일에 관심이 높은 청소년을 대상으로 자살위험 교육 및 동료상담을 실시하여 청소년 자살을 예방하는 프로그램임.

- 청소년 또래상담 활동은 동아리 형식으로 운영되며, 정신건강증진센터, 자살 예방센터, 청소년 지원센터 등의 지역기관들에 활동관련 교육·상담·치료지원과 연계 체계를 구축하고 있음.
- 노노상담은 60세 이상 어르신과 저소득층 어르신을 대상으로 생활·복지 상담, 심리·정서 상담, 법률·세무 지원, 저소득 지원 등의 포괄적 지원 제공 프로그램임. 일대일 상담이 필요한 독거 또는 저소득 소외계층 어르신에게는 가정방문을 통한 상담서비스를 제공하고 있음(서울노인복지센터, 2017).
- 동료상담은 장애인의 심리적 지원과 정서적인 안정감을 높일 수 있는 주요한 중재 방법 중에 하나이며 여러 장애관련 기관이나 단체에서 제공하고 있음.
- 특히 중증·중도장애를 입은 장애인에게는 동료상담이 삶의 의미를 재발견하는데 긍정적인 요인으로 작용하고 있어(Center for Independent Living, 2017; Livneh, 2001), 직·간접적으로 장애인 자살을 예방할 수 있음.



IV. 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 질적 조사

1. 포커스그룹인터뷰 개요

- 본 연구는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방 방안을 마련하기 위해 포커스 그룹인터뷰(Focus Group Interview, FGI) 방법을 이용한 질적 연구를 수행함.
- **(질문 개발)** 책임연구자 및 공동연구자들은 FGI 연구방법 절차에 따라 질문의 원칙을 숙지하고 연구 목적을 명확히 한 후 질문지 초안을 작성하고 상호 검증 하였으며, 자문위원들의 자문을 거쳐 최종안이 도출됨.
- **(자료 수집)** FGI는 2회에 걸쳐 실시되었으며(2017년 7월, 8월), 1차 FGI는 장애인 당사자이면서 장애분야에서 활동하는 전문가 5인을 대상으로 장애인 자살 원인 및 자살 예방에 대해 논의하였고, 2차 FGI는 장애분야 서비스 제공 담당자와 일반 자살 예방 분야 전문가 7인을 대상으로 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 방안에 대해 토론함.
- **(자료 분석)** 내용분석(Content Analysis) 방법을 이용하여(Creswell, 2003), FGI 내용을 반복적으로 분석하면서 의미 있는 단어 · 문장 · 단락을 선택하여 개방코딩(open coding)을 하였고, 유사한 문장과 단락으로 자료를 구분하고 구분된 문장에서 하위주제를 도출하고 최종적으로 주제를 도출하여 명명하였음(Creswell, 2003).

2. 포커스그룹인터뷰 분석 결과

- 본 연구의 분석결과 장애인 및 장애인 가족의 자살에 대한 경험 및 자살 예방을 위한 방안과 관련해 10개의 주제가 도출되었음.
- 자살 원인과 관련된 주제로는 심리적 충격으로 설수조차 없음, 빈곤에 의한 고통, 서비스 미흡으로 인한 제도적 모순, 가족이 주는 고통임.
- 자살 예방과 관련된 주제로는 서비스를 통한 지원, 서비스 전달 체계 개선, 관련 법률의 개정, 게이트키퍼 교육, 장애관련 거시적 틀의 변화, 의료적 패러다임 탈피임.

V. 결론 및 정책제언

1. 보편적 중재방법 및 정책제언

1) 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 서비스 전달 체계 및 사례관리의 개선

- 장애와 관련된 지역사회 서비스 기관과 동주민센터를 적극적으로 활용하여 기관 종사자 또는 담당 공무원이 장애인이나 장애인 가족의 자살 징후를 발견했을 때 중앙자살예방센터와 같은 자살 예방 전문 기관에 신속하게 정보를 연계·공유할 필요가 있음.
 - 이를 위해 장애인 복지관련 전문가나 종사자가 자살 징후를 보이거나 자살을 시도한 장애인을 발견했을 때 개인정보를 제3자와 공유할 수 있는 제도적·법적 지원이 필요함.
- 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에서 제시한 중앙 및 지역장애인보건의료센터를 통해 장애인 자살을 포함한 장애와 정신건강에 대한 구체적인 언급이 필요하며 관련 서비스 제공을 위해 법률 개정도 고려해야 함.
- 장애인 자살 예방을 전담으로 하는 독립된 센터 혹은 기관이 설립될 경우 연구 및 실태조사, 프로그램 개발·보급, 교육 및 홍보, 전문 인력의 양성 및 능력개발, 관계 기관·법인·단체·시설 간 협력체계 구축 및 교류 등 자살 예방과 관련된 다양한 사업을 실시할 수 있음.

2) 관련 법률의 개정

- 「장애인복지법」에 장애인 및 장애인 가족의 자살 징후를 발견하는 경우 관련 기관에 신고하도록 의무화하는 것을 추가할 필요가 있음.
 - 이는 「개인정보 보호법」에 의해 현장에서 자살이 예상되는 장애인이나 가족을 발견하더라도 제3자에게 신고 및 통보하지 못하는 상황을 감소시킬 수 있으며, 신고자의 신변과 안전을 법적으로 보장할 수 있음.



- 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 자살과 같은 정신건강에 대한 내용을 추가할 필요가 있으며, 동법 제19조(중앙장애인보건의료센터), 제20조(지역장애인보건의료센터)를 통해 장애인 자살 예방과 관련된 사업이나 프로그램을 제공하는 것을 고려할 필요가 있음.

3) 장애의 의료적 패러다임의 변화

- 장애인 자살과 관련된 대부분의 접근 방식은 장애에 대한 의료적 패러다임에 국한되어 자살의 원인을 우울, 불안 등의 정신질환에 의한 것으로 간주하고, 장애인 자살의 근원적 문제에 해당되는 사회·환경적 요인으로 인한 문제를 해결하지 못할 위험성이 있음.
- 2018년에 자살예방과가 설립될 경우 자살 정책을 마련하고 실시하는 과정 중에 정신건강 전문의와 더불어 장애인 복지 및 재활 전문가의 참여가 필요하고, 장애인 당사자의 의견을 수렴하여 정책을 설계할 필요가 있음.
- 현재 자살 예방 주무 부처에는 2명의 공무원이 담당 직원으로(연합뉴스, 2017.8.16.) 전체 자살 예방 정책을 관리하고 있으며 민간에서 운영하는 자살 예방 기관의 담당자 수도 턱없이 부족한 상황이고, 각 사회 복지기관에도 별도의 담당자는 없음.
- 또한 장애인 자살의 원인을 의료적으로 이해하는 접근으로 인해 보건의료 관련 기관에 인적, 재정적 지원이 편중되어 제공되기도 함.
- 민간 자살 예방 전문가 및 기관 육성과 보건 영역과의 균형적인 발전을 위해 민간 자살 예방 기관에 보다 많은 인적 및 물적 지원이 요구되며, 자살 예방에 대한 의료적 패러다임을 개선해야 함(이상영, 2015; 원시연, 2011).

2. 선택적 중재방법 및 정책제언

1) 장애관련 서비스의 확대 및 보완

- 최중증 혹은 중증장애인 중 24시간 지원이 필요한 장애인을 대상으로 활동지원서비스의 제공이 필요하며, 활동지원인의 기피 현상을 최소화하기 위해 활

동지원 업무에 따른 수당 차등 지급을 현실화하고, 유인책을 적극적으로 마련할 필요가 있음.

- 장애 수용과 장애로 인한 부정적인 심리상태를 최소화하는데 동료상담을 일부 적용 가능하므로 동료상담사가 장애인의 심리사회적인 측면을 종합적으로 이해하여 장애인 자살과 같은 문제를 해결할 수 있는 역량을 함양하도록 지원할 필요가 있음.
- 「장애인복지법」 제30조의2(장애인 가족 지원)에서 지정한 장애인 가족 지원 사업 수행기관은 자살과 관련해 장애인 가족의 고충을 이해하고 장애와 동반되는 여러 심리사회적 문제를 해소하기 위한 서비스나 지원 방안을 모색할 필요가 있음.

2) 게이트키퍼를 위한 장애 및 자살 예방 교육

- 사회복지사 보수교육 과정에 자살 예방과 관련된 교육을 추가함으로써 사회복지사들의 자살에 대한 경각심과 민감성을 지속적으로 향상시킬 필요가 있음.
- 활동지원인을 위한 보수교육에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 교육을 포함시킬 수 있으며, 특히 자살 징후 발견을 위한 교육, 장애인 가족과의 상담교육 등을 통해 활동지원 현장에서 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하는데 유용한 정보를 제공할 수 있음.
- 특히 동주민센터 담당자들은 장애에 대한 기본적인 이해가 필요하며 자살 징후 발견 및 자살 예방을 위한 지식이 요구됨.
- 대국민을 위한 자살 예방 센터나 기관에서 종사하고 있는 자살예방상담사는 자살과 상담에 특성화된 교육을 통해 전문적인 상담 서비스를 제공하고 있지만, 이와 더불어 장애에 대한 기초적인 이해가 필요함.
 - 이를 위해 장애 당사자 단체, 장애 유관 기관 등에서 제작한 장애 인식개선 교재 등을 배포하거나 장애인 자살에 대한 내용을 추가하여 배포하는 것이 필요함.
- 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제14조(장애인 건강권 교육)에 의하면 의료인을 대상으로 장애인 건강권 관련 교육을 실시할 수 있도록 하고 있음. 이에 자살 예방 교육을 포함하여 의료인의 장애 감수성을 높이며 동시에 장애로 인한 심리사회적인 부적응 상태에 대응하는 방법을 교육해야 함.



3) 장애관련 거시적 제도의 개선

- 장애 등록 시 연계 서비스의 일환으로 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방할 수 있는 기관 혹은 서비스와 관련된 정보를 제공하여 미래에 발생할 자살 사고를 미연에 방지할 수 있음.
- 장애 등록, 복지시설 방문, 장애 재심사 등 장애 서비스를 이용하는 장애인을 대상으로 자살 징후 발견용 체크리스트를 적용해 정신건강 상태를 확인할 수 있으며, 결과에 따라 관련 서비스의 연계 및 정보 제공을 통해 자살을 예방할 수 있음.
- 장애인 및 장애인 가족의 경제적 부담을 경감하고 빈곤에 처한 장애인을 위해 적절한 기초 수급 서비스를 제공하기 위해서는 부양의무제의 개선 혹은 폐지가 필요함.

3. 집중적 중재방법 및 정책제언

- 독거하거나 고립된 장애인을 위해서는 직접 내방하는 복지 서비스가 필요하며 일시적 지원보다는 지속적인 지원과 관심을 통해 장애인이 소외되지 않도록 하는 것이 중요함.
- 특히 지역사회에 유관기관 및 단체에 적절히 연계하여 사회활동 참여 기회를 제공해야하며 장애인 동료나 전문 상담가에 의해 장기적인 상담 서비스를 제공해야 함.
- 독거노인의 고독사를 예방하기 위해 설계된 독거노인 사회관계 활성화 지원 서비스를 응용하여 독거 장애인에게 적용할 필요가 있음.
- 결론적으로, 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해서는 모니터링 및 서비스 지원을 포함한 거시적인 전달 체계의 효율적·유기적 연계와 더불어 게이트키퍼 교육과 같은 미시적인 중재방법 등이 모두 병행되어야 함.
 - 자살 예방을 위한 장애인 기관, 자살예방기관, 동주민센터 등의 연계는 자살 예방 서비스를 제공하기 위한 가장 기초적인 구조로써 촘촘한 사회 감시망을 활용해 자살 시도를 사전에 차단할 수 있는 네트워크임.

- 이러한 보호 네트워크의 원활하고 유기적인 연계가 이루어져야 활동지원서비스, 동료상담 등과 같은 개별 서비스와 사회복지사, 활동보조인, 의료인 등을 대상으로 실시하는 게이트키퍼 교육이 효과를 발휘할 수 있음.
- 또한 거시적인 관점에서 법률 개정, 패러다임의 변화 등이 이루어짐으로써 제도나 정책의 전반적인 기틀을 마련할 수 있음.

I. 서론

1

연구의 목적 및 필요성

경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)는 정기적으로 각 국가별 사망 통계에 기초하여 국가별 자살률을 발표하고 있으며, 우리나라의 자살률은 OECD의 36개 회원국 중 11년째 지속적으로 1위를 차지하고 있다(OECD, 2015). 자살이란 의도적으로 발생한 죽음 혹은 어떠한 행동의 치명적인 결과에 대해서 인지하고 있는 사람에 의해서 행해진 죽음이라고 정의할 수 있으며(OECD, 2017), 우리나라의 경우 OECD 기준 인구 10만 명당 자살자 수는 1990년만 해도 8.8명으로 일본(17.5명)이나 미국(13.1명)보다 적었고 OECD 평균(16.2명)에도 한참 못 미쳤다. 그러나 2003년 28.1명으로 증가해 OECD 회원국 중 1위로 올라선 뒤 지속적으로 1위를 유지하고 있다(세계일보, 2016. 2. 2.; OECD, 2015).

우리나라 자살률은 경제 위기 상황과 함께 급증했다. 1997년 15.6명이었던 자살자 수는 외환위기(IMF사태)가 본격화된 1998년 21.7명으로 급속하게 증가하였다. 또한, 신용카드 대란이 발생한 2003년에는 28.1명으로 전년(22.7명)보다 5.4명이나 증가하였다. 미국발 글로벌 금융위기 직후인 2009년에도 33.8명으로 전년(29명)보다 4.8명이나 증가했다(OECD, 2015). OECD에 의하면 우리나라의 자살률은 2009년 정점을 찍을 때까지 지속적으로 증가하였으며 경제 위기 이후에도 감소율이 타 국가에 비해 현저하게 낮으며 일반 국민 자살률과 더불어 특히 10대 연령층에서는 자살이 사망원인 1위라고 지적했다(세계일보, 2016. 2. 2.; OECD, 2015).

또한, 최근 들어 장애인의 자살 시도 및 자살 사고로 인한 사망사건도 증가하고 있다. 장애인 자살률에 대한 정확한 통계자료는 존재하지는 않으나 장애유형별 장애인 사망원인 순위를 살펴보면(국립재활원, 2015) 대부분의 장애유형에서 고의적 자해(자살)로 인한 사망 구성비는 6% 미만이지만 자폐성장애의 경우 전체의 11.1%(사망원인 3순위), 정신장애인의 경우 22.0%(사망원인 1순위)를 차지하는 것으로 나타났다.



〈표 I-1-1〉 장애유형별 장애인 사망원인 10순위 비교(2012년 기준)

(단위: %, 인구 10만 명당)

구분	순위	사망원인	구성비	조사망률	순위	사망원인	구성비	조사망률
지체	1	악성신생물(암)	34.4	389.5	6	고의적 자해(자살)	5.3	60.2
	2	심장질환	13.5	153.1	7	만성 하기도 질환	3.9	44.1
	3	뇌혈관 질환	12.8	145.3	8	간의 질환	3.7	42.1
	4	당뇨병	7.1	80.6	9	운수사고	2.9	32.7
	5	폐렴	5.8	65.9	10	고혈압성 질환	1.7	19.3
뇌병 변	1	뇌혈관 질환	46.3	1499.6	6	만성 하기도 질환	2.0	63.4
	2	악성신생물(암)	16.2	524.6	7	고의적 자해(자살)	1.7	54.8
	3	심장 질환	11.0	357.1	8	기타 세균성 질환	1.3	40.7
	4	당뇨병	8.7	281.3	9	결핵	1.0	32.7
	5	폐렴	5.8	187.2	10	간의 질환	1.0	31.7
시각	1	악성신생물(암)	31.8	472.4	6	고의적 자해(자살)	4.5	66.9
	2	심장 질환	14.0	207.3	7	만성 하기도 질환	4.0	59.7
	3	당뇨병	13.2	195.9	8	간의 질환	2.6	39.2
	4	뇌혈관 질환	11.1	164.2	9	고혈압성 질환	2.3	33.6
	5	폐렴	6.2	92.4	10	알츠하이머병	1.9	27.4
청각	1	악성신생물(암)	33.0	675.2	6	당뇨병	5.7	116.9
	2	심장 질환	15.4	314.1	7	고의적 자해(자살)	4.0	81.3
	3	뇌혈관 질환	12.4	253.4	8	알츠하이머병	2.6	52.2
	4	폐렴	8.0	163.2	9	운수사고	2.5	51.9
	5	만성 하기도 질환	5.8	119.5	10	간의질환	2.3	47.3
신장	1	당뇨병	46.3	1199.5	6	고의적 자해(자살)	2.1	54.8
	2	악성신생물(암)	17.0	441.5	7	간의 질환	1.9	49.1
	3	심장 질환	10.9	282.8	8	추락	1.4	35.6
	4	고혈압성 질환	8.4	216.4	9	만성 하기도 질환	0.9	22.1
	5	뇌혈관 질환	6.0	154.9	10	운수 사고	0.8	20.2
심장	1	심장질환	49.6	1386.3	6	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	4.3	121.2
	2	악성신생물(암)	13.3	373.2	7	폐렴	3.5	96.9
	3	뇌혈관 질환	7.5	208.4	8	만성 하기도 질환	3.3	92.1

(단위: %, 인구 10만 명당)

구분	순위	사망원인	구성비	조사망률	순위	사망원인	구성비	조사망률
	4	당뇨병	6.9	193.9	9	고혈압성 질환	1.2	33.9
	5	급성 류마티스열 및 만성 류마티스 심장 질환	4.9	135.7	10	고의적 자해(자살)	1.0	29.1
호흡 기	1	만성 하기도 질환	56.2	2517.9	6	폐렴	3.0	133.5
	2	악성신생물(암)	18.6	833.3	7	고의적 자해(자살)	1.9	86.6
	3	심장 질환	5.5	245.3	8	뇌혈관 질환	1.4	61.3
	4	결핵	4.8	216.4	9	기타 세균성 질환	0.9	39.7
	5	나머지 감염성 및 기생충성 질환	4.8	212.8	10	간의 질환	0.6	28.9
간	1	악성신생물(암)	49.9	1521.0	6	운수 사고	0.5	15.2
	2	간의 질환	36.1	1100.2	7	결핵	0.3	10.1
	3	바이러스 간염	9.5	289.0	8	고의적 자해(자살)	0.3	10.1
	4	심장 질환	1.0	30.4	9	뇌혈관 질환	0.3	10.1
	5	당뇨병	0.7	20.3	10	추락	0.3	10.1
장루 · 요루	1	악성신생물(암)	87.3	3760.7	6	폐렴	1.2	52.3
	2	심장 질환	2.9	126.4	7	당뇨병	1.0	43.6
	3	고의적 자해(자살)	2.3	100.2	8	운수 사고	0.7	30.5
	4	만성 하기도 질환	1.3	56.6	9	간의 질환	0.6	26.1
	5	뇌혈관 질환	1.2	52.3	10	나머지 감염성 및 기생충성 질환	0.3	13.1
뇌전 증	1	악성신생물(암)	30.4	253.1	6	운수 사고	6.5	54.2
	2	고의적 자해(자살)	15.2	126.5	7	당뇨병	2.2	18.1
	3	뇌혈관 질환	12.0	99.4	8	만성 하기도 질환	2.2	18.1
	4	심장 질환	10.9	90.4	9	불의의 물에 빠짐(익사)	2.2	18.1
	5	간의 질환	6.5	54.2	10	사구체 및 세뇨관사이질성 질환	2.2	18.1
지적	1	악성신생물(암)	22.9	102.6	6	운수 사고	4.5	20.0
	2	뇌혈관 질환	14.7	65.8	7	간의 질환	4.1	18.4
	3	심장 질환	14.7	65.8	8	고의적 자해(자살)	3.4	15.3
	4	폐렴	9.3	41.6	9	만성 하기도 질환	2.6	11.6



(단위: %, 인구 10만 명당)

구분	순위	사망원인	구성비	조사망률	순위	사망원인	구성비	조사망률
	5	당뇨병	8.3	37.4	10	선청 기형, 변형 및 염색체 이상	2.6	11.6
자폐성	1	악성신생물(암)	33.3	17.2	5	심장 질환	11.1	5.7
	2	결핵	11.1	5.7	6	연기, 불 및 불꽃에 노출	11.1	5.7
	3	고의적 자해(자살)	11.1	5.7	7	운수 사고	11.1	5.7
	4	뇌혈관 질환	11.1	5.7	-	-	-	-
정신	1	고의적 자해(자살)	22.0	208.9	6	당뇨병	5.5	52.4
	2	악성신생물(암)	19.7	187.4	7	간의 질환	4.2	39.5
	3	심장질환	14.9	141.8	8	만성 하기도 질환	3.2	30.1
	4	폐렴	10.0	95.4	9	운수 사고	2.1	19.8
	5	뇌혈관 질환	7.3	69.6	10	결핵	1.7	16.3

자료: 국립재활원(2015)

이뿐만 아니라, 장애인의 우울감과 자살생각에 대한 2014 장애인실태조사(한국보건사회연구원, 2014)에 따르면 장애인의 우울감 경험률은 24.5%로 비장애인의 10.3%의 2.4배이며, 장애인의 자살생각률은 19.9%로 비장애인의 4.2%보다 4.7배 높게 나타나고 있다. 또한, 조사에 의하면 장애인들은 자신의 건강 상태에 대해 14.8%가 ' 좋음' 또는 '매우 좋음'이라고 생각하고 있으며 이는 비장애인이 34.6%인 것의 절반 이하 수준이다. 2016년 한국장애인개발원에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살 원인을 파악하기 위해 장애인과 장애인 가족 자살 사건을 보도한 신문 기사를 분석하였다(서원선, 김훈, 이소원, 서옥영, 2016). 신문기사 수집 결과 장애인 자살 사례는 24건, 장애인 가족 자살 사례는 21건이었으며, 장애인 자살 사례의 경우 주요 장애유형이 지체장애(9건), 발달장애(4건), 뇌병변장애(4건)였고, 장애인 가족 자살 사례의 경우에는 발달장애(9건), 지체장애(5건)인 경우가 가장 많았다. 자살 원인 분석 결과 장애인 자살 사례의 경우 만성적 빈곤 및 직장문제(10건)와 신병 비관(8건)이 제일 많았고, 가족 자살 사례의 경우 만성적 빈곤 및 직장문제(16건), 외로움, 고독, 정신과적 증상(2건), 신병 비관(2건) 등이 주요 원인인 것으로 조사되었다(서원선 외, 2016).

〈표 1-1-2〉 신문 기사 분석을 통한 장애인 및 장애인 가족 자살의 원인

(단위: 건수)

자살의 원인	장애인 자살	장애인 가족 자살	계
만성적 빈곤, 직장문제	10	16	26
외로움, 고독, 정신과적 증상	1	2	3
불합리한 제도문제	5	1	6
신병 비판	8	2	10
계	24	21	45

자료: 서원선 외(2016)

장애인들은 장애로 인한 심리적·사회적인 부적응 때문에 사회 및 가족 생활을 영위하는데 어려움을 겪고 있으며 심한 경우에는 자살이라는 극단적인 행동을 하기도 한다. 이러한 이유로 장애인들을 위한 체계적이며 효과적인 심리적·정서적 지원을 포함하여 체계적인 사회보호 네트워킹이 필요하다(Livneh, 2001; Livneh & Antonak, 1997). 장애인 자살 예방을 위해 여러 연구에서 대안책을 제시하고 있으며 크게 개별적 접근과 국가적 접근 등으로 분류할 수 있다(WHO, 2012). 예를 들어, 장애인의 개인적 수준에 초점을 맞추고 있는 전략으로 인생 문제나 스트레스에 대처할 수 있는 능력과 역량을 향상시키는 개인기술, 자긍심, 대처기술, 문제해결 기술, 자조기술 등을 개발함으로써 장애인들의 정서적 탄력성을 증대시키는 동시에 정신 건강 문제에 대한 취약성을 감소시킬 수 있다(Dumon & Portzky, 2014). 또한, 장애인의 개별 심리 상태나 심리적 강인함을 증대시키는 방법으로는 동료상담을 통한 심리적·정서적인 지지를 들 수 있다(Center for Independent Living, 2016; Livneh, 2001; Livneh & Antonak, 1997). 국가적으로는 장애인을 포함한 전체 국민을 대상으로 특정한 자살 예방 프로그램이나 교육을 실시하고 있으며 자살 고위험 집단을 대상으로 집중적이고 심화된 예방 프로그램을 개발하여 제공하기도 한다(WHO, 2012). 그러나 자살 예방과 관련해 장애인과 비장애인 간의 심리적·정서적·사회적 차이로 인해 비장애인을 위한 일반적인 예방책이 장애인이나 장애인 가족에게는 적합하지 못한 경우도 있다. 예를 들어, 비장애인을 대상으로는 여러 형태의 전화 상담 서비스가 제공되고 있으나, 장애인을 대상으로 제공되는 자살 예방 전화헬프 서비스는 부적절하고 미흡한 상황이다. 특히 대다수의 전화헬프 서비스를 제공하는 인력들은 장애에 대한 전문적인 지식이나 장애로 인한 심리적 부적응 상태를 이해하고 상담하는 경험이 부족하며 이로 인해 장애인을 위한 적합하고



적절한 전화 서비스가 이루어지지 못하고 있다(James & Gilliland, 2013; Kanel, 2014; WHO, 2014). 이러한 이유로 본 연구에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하고 자살률을 감소시키기 위한 심리적·정서적인 지원 방안을 마련하고, 부적절한 심리재활 서비스 및 부족한 사회 안전망으로 인해 장애인들이 적시에 재활 서비스를 받지 못하고 있는 상황을 개선하기 위한 제도적·정책적 방안을 연구하였다.

2 연구 범위 및 방법

1) 연구 범위

장애인은 장애로 인한 심리적·정서적인 영향으로 불안, 분노, 공포, 소외감 등을 경험할 가능성이 높다. 특히 중증 장애인의 경우 그러한 심리적인 두려움을 드러내는 경우가 많으며 불안전하고 부적절한 심리적·정서적인 반응은 사회통합을 포함한 삶의 질을 저하시키는 주요한 요인이 되기도 한다(Livneh, 2001; Livneh and Antonak, 1997). 이러한 심리적 부적응은 궁극적으로 장애인 및 장애인 가족의 삶의 질을 저해하는 요소 중 하나이며 자살이라는 극단적인 선택에 이르게 하는 심각한 문제이기도 하다(Vash, & Crewe, 2004).

자살을 예방하고 자살률을 최소화하기 위해서는 국가적으로 체계적이며 종합적인 예방 접근법이 필요하다. 예를 들어, 세계보건기구에서 제시한 국가 자살 예방 전략에 의하면, 장애인 자살 예방 전략은 위험적 요소 및 예방적 요소와 관련된 내용에 기초해 가장 적절한 근거에 기반해야 하며, 보편적-선택적-집중적(universal-selective-indicated) 방법을 포함하고 있는 통합 중재 방법을 적용해야 한다(WHO, 2014). 장애인 자살 예방을 위한 보편적 중재(Universal intervention)는 일반 국민 수준에서의 자살 예방 전략(Prevention strategies at the general population level)에 장애인에 대한 내용을 제시할 필요가 있다. 선택적 중재(selective intervention)를 통해서는 자살 위험군에 포함되어 있는 특정 장애 유형이나 특정 지역에 거주하는 장애인들을 대상으로 체계적이며 구체적인 자살 예방 전략을 세울 필요가 있으며(WHO, 2014), 특히 장애인 중 잠재적 자살 위험 요소를 내재하고 있는 경우 선택적 중재(selective intervention)를 통한 예방이 필요하다. 집중적 중재(indicated intervention)는 자살을 시도한 경험이 있는 장애인 혹은 자살 시도를 한 사람이 주위에 있는 장애인을 직접적으로 지목하여 적극적인 자살 예방 전략을 실시하는 것으로서 신속하고 효과적인 자살 예방 전략을 필요로 한다(WHO, 2014).

이러한 자살 예방을 위한 종합적 접근 방법에 기초하여 본 연구에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책적 대안을 마련하기 위해 전문가 포커스그룹인터뷰를 실시하였다. 특히 포커스그룹인터뷰를 통해 심리적·정서적 지원을 위



한 네트워킹 및 제도 개선을 위한 방안에 대해서 중점적으로 조사·연구하였다. 이를 위해 다음과 같은 연구 범위를 정하였다.

첫째, 제2장에서는 자살 예방을 위한 중재 기법에 대한 문헌조사를 실시하였다. 구체적으로 세계보건기구에서 언급하고 있는 보편적-선택적-집중적(universal-selective-indicated) 방법의 의미와 종류를 조사하였다.

둘째, 제3장에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방과 관련하여 국내 유사 정책 사례를 조사하였다. 사례로는 노인, 청소년을 대상으로 한 자살예방 또는 정신 질환 및 자살 유가족을 대상으로 한 상담 관리 등의 서비스를 제시하였다.

셋째, 제4장에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살 혹은 정신건강과 관련된 전문가들로 구성된 포커스그룹인터뷰를 실시하여 자살 예방을 위한 구체적인 정책적 및 제도적인 방안을 조사하였다.

넷째, 제5장에서는 제2장의 문헌조사, 제3장의 국내사례의 분석, 제4장의 전문가 포커스그룹인터뷰를 토대로 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책적 및 제도적인 방안을 제시하였다.

2) 연구 방법

본 연구는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책적·제도적인 방안을 마련하기 위해 문헌조사, 전문가 포커스그룹인터뷰 등을 병행하였다.

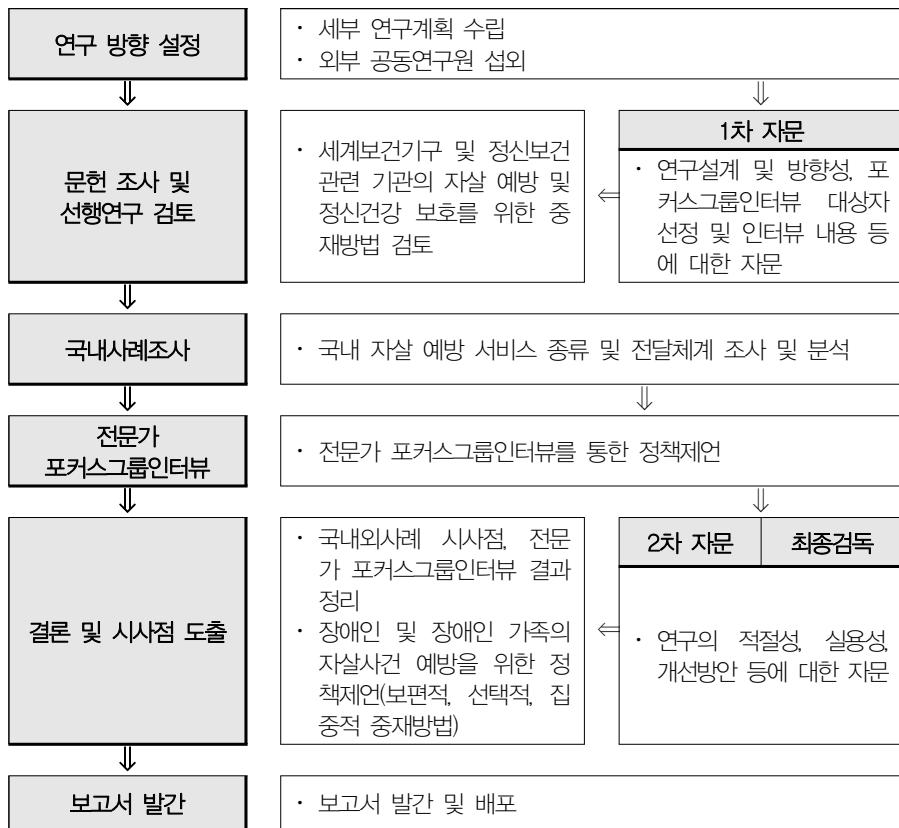
첫째, 장애인 자살 예방과 관련된 전문가 등으로 자문위원을 구성하여 총 2회에 걸쳐 연구방향, 연구내용 등에 대해 자문을 구하였고, 이를 통해 연구내용의 충실도와 연구의 객관성 및 타당성, 연구결과의 적합성 및 기여도 확보를 위해 노력하였다.

둘째, 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책·제도와 관련된 연구 및 국내외 문헌을 조사하였다.

셋째, 장애인 및 장애인 가족 자살과 관련된 현장 혹은 학계 전문가와 장애 당사자들을 참여시켜 포커스그룹인터뷰를 실시하였다. 포커스그룹인터뷰를 통해 확보한 자료는 내용분석(Content Analysis) 방법을 이용하여 개념화 및 범주화하였으며 분석 결과는 구체적인 자살 예방 정책과 제도를 마련하는데 활용하였다.

3 연구수행체계

본 연구는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책적 개선점을 도출하기 위한 연구로써 실행과정을 도식화한 연구수행체계는 [그림 I-3-1]과 같다.



[그림 I-3-1] 연구수행체계

Ⅱ. 세계보건기구의 자살 예방 전략 및 보편적 · 선택적 · 집중적 중재방법



1

세계보건기구의 자살 예방을 위한 전략 및 중재방법

자살은 세계 모든 국가에서 사회적 문제를 야기하고 있는 심각한 현상으로 매년 거의 1백만 명 정도의 사람들이 자살을 하고 있다(WHO, 2010a). 자살 발생은 지역적으로 불균형한 형태를 보이고 있다. 예를 들어, 전 세계 자살의 60%가 넘는 사례가 아시아 지역에서 발생하고 있다. 국가 인구가 가장 많은 중국에서는 전 세계 자살의 25%가 발생하고 있는 것으로 추정된다. 또한, 여러 국가들 간에는 문화적 및 사회경제적인 다양성이 존재하고 있으며, 특히 아시아 국가들 간의 자살 형태는 여러 다양한 차이와 유형을 보이고 있다. 아시아 지역의 평균 자살률은 10만 명당 19.3명이며 이는 세계 전체 자살률보다 30%나 높은 실정이다(De Leo, Milner, and Wang, 2009). 아시아 지역의 여러 국가들은 급속한 사회적 및 경제적인 발전과 변화를 경험하고 있으나 정신 보건이나 정신 건강과 관련된 적절한 서비스의 부족으로 인해, 자살 증가에 대한 예측은 향후 20년 동안 더욱더 악화될 것으로 예상되고 있다.

자살률 분포와 더불어, 자살 방법과 관련해서도 지역에 따라 독특한 패턴을 발견할 수 있다. 예를 들어, 서구 국가들에서는 높은 빌딩이나 고지에서 투신하는 것이 가장 보편적인 자살 방법인 것에 반해, 살충제를 이용한 음독자살이나 연탄 등을 밀폐된 공간에서 연소시켜 일산화탄소를 흡입해 자살을 시도하는 방법 등은 아시아 국가 등에서 가장 보편적이며 여러 아시아 국가에서 이러한 자살 방법을 정책적으로 예방하는 것이 시도되고 있다. 또한 자살은 전염성을 지녀 대중매체를 통한 자살 사건의 보도는 정서적으로 강한 자극을 주어 모방 자살과 같은 문제점을 야기하며 특히 아시아 국가에서 이러한 모방 자살의 문제가 심각한 상태이다. 대중매체를 통한 자살의 보도나 묘사는 다른 국가로도 전파될 수 있으며 자살 방법을 습득하는 통로가 되기도 한다(WHO, 2010b).

자살을 예방하고 사회적 인프라를 구축하기 위해서는 자살의 원인, 자살의 종류 및 형태, 자살자의 특성 등에 대한 체계적이며 종합적인 연구가 필요하다. 자살 예방을 위한 연구를 실시하기 위해서는 우선적으로 자살률(인구 10만 명당 자살 건수)을 파악하는 것이 중요하며, 자살률은 자살 예방책을 마련하기 위한 가장 기초적인 자료이며 자살률을 정확히 조사하는 것이 필요하다. 그러나 불행하게도 지역



혹은 국가에 따라서 자살 혹은 자살률에 대한 정의가 다른 경우도 있다. 세계보건 기구(World Health Organization, WHO)에서도 기존 자료나 데이터로 전 세계적인 자살 현상을 명확하게 설명하지 못하고 있으며 이러한 국가 간의 불일치는 병역학자나 자살 예방 전문가들이 풀어야하는 어려운 과제 중 하나이다. 자살 예방을 위한 과제는 단순한 접근 방법이나 단기간에 해결될 수 있는 것이 아니며 장기간 여러 형태의 노력과 관심이 필요한 영역이다. 자살 사례에 대한 정의와 자살 데이터에 내재되어 있는 오류를 수정하기 위한 과정은 국가마다 많은 차이를 보이고 있으며 이러한 차이를 줄이기 위해서 보편적으로 적용 가능한 평가기준을 마련할 필요가 있다(Claassen et al., 2009). 이와 함께, 자살 사례의 대중매체 보도와 관련된 문화적 및 종교적인 이해나 배경은 또 다른 복잡한 변인 중에 하나이다. 예를 들어, 여러 주요 종교(이슬람교, 불교, 힌두교, 기독교 등)에서는 자살을 금하고 있으며, 말레이시아와 같은 국가에서는 역사적 및 종교적인 이유로 자살을 법적으로 금지하고 있고, 자살이 반사회적이라는 이유로 불법행위로 간주하고 있다. 이러한 데이터 수집 방법과 사회경제적 및 문화적인 요인들로 인해 자살에 대해 잘못된 정보를 제공하거나 간과하는 경향을 초래하기도 한다. 많은 전문가들에 의하면 사망률 집계가 미흡하거나 자살에 대해 사회적으로 받아들이지 못하는 국가에서는 자살률이 현저하게 적거나 간과되고 있는 것도 사실이다.

1) 공공보건 접근법(Public Health Approaches)

과거 수년 동안, 행동의 사망률 및 생존률과 관련된 예방 중재방법을 위한 공공 보건 전략의 이론과 실제에는 커다란 발전이 있었다. 전통적으로 자살은 우울증과 같은 정신 증상을 치료하는 임상적 중재방법 영역에서 다루는 정신건강 이슈 중 하나로 간주되었다(Mercy and Rosenberg, 2000). 그러나 자살한 대다수의 사람들은 자살을 시도하기 전에 정신과적 치료를 받지 못한 것으로 밝혀졌다(Andersen et al., 2000; Appleby et al., 1999; Cavanagh et al., 2003; Lee et al., 2008). 자살로 사망한 사람들은 다른 원인으로 사망한 사람들과 비교해 의료적 케어 서비스를 3배 정도 덜 받은 것으로 조사되었다(Miller and Druss, 2001). 즉, 개개의 일반적 인 사람들은 효과적인 의료 서비스로부터 혜택을 볼 수 있으나 자살 시도자들의 25%에서 50% 정도만이 의료 케어 서비스에 접근 가능하며 이러한 수치는 기대치에는 현저히 미치지 못하는 것이다. 엄격한 정량적 계산에 의하면, 효과적인 중재방

법이 개발되더라도 고위험 임상적 전략은 단지 전체 인구 자살률에 제한적인 효과만을 보여주고 있다. 예를 들어, 자살 감소를 목표로 하고 있는 영국 정부의 정책은 전체 영국 인구를 대상으로 위험요인을 감소시키는 것에 목표를 두고 있는 일반인구 전략(population-based strategies)을 적용함으로써 더욱더 실현 가능하다. 게다가, 수많은 연구에 의하면 자살이라는 현상은 생물학적·유전학적·사회문화적·심리적·행동학적 요소 등의 요인들을 포함한 여러 형태의 요소들이 서로 중복되어 작용하는 상호작용이라고 지적하고 있다(Hawton and van Heeringen, 2009). 그러므로 개별적인 임상적 중재방법의 효과성을 향상시킴과 동시에 자살로 인한 사망률을 감소시키기 위해서는 다차원적인 방법을 적용하는 것이 매우 중요하며, 특히 서태평양 국가 등과 같은 인구가 조밀한 국가에서는 이러한 방법이 더욱더 필요하다. 이러한 지역에서 제한적인 자원과 지역사회 내에 존재하는 정신건강 서비스에 대한 선입견 등으로 인해 정신건강 서비스는 대다수 사람들의 욕구나 필요를 현저히 충족시키지 못하고 있다.

공공보건 접근법(Public Health Approaches)은 자살 패턴과 특정 집단 혹은 전체 인구의 자살 행동을 구분하는데 초점을 두고 있다. 공공보건 접근법의 목표는 사람들을 질병으로부터 보호하기 위해 환경을 변화시키며 사람들이 자신들을 위험에 빠뜨리는 행동을 하지 않도록 사람들의 행동 패턴을 변화시키는데 있다. 공공보건 접근법은 유행하는 전염병 예방뿐만 아니라 자살 문제를 해결하기 위한 접근법에도 적용 가능하다.

자살은 공공보건 문제로 인식되어 1990년도 이후부터 미국에서 자살 예방을 위해 제도적인 접근을 시작하였다. 구체적으로, 미국 질병 통제 및 예방 센터(Centers for Disease Control and Prevention) 산하의 보건증진 및 교육 센터(Centre for Health Promotion and Education)에 의해서 자살을 줄이고 자살 사고를 해결하기 위한 여러 노력이 실시되었다. 공공보건 접근법은 미국 전역에서 발생하는 자살 빈도를 측정하기 위한 감독 체계(surveillance system)를 설치하는 것에서부터 시작되었다(Mercy and Rosenberg, 2000). 그 후, 특정 집단과 전체 인구의 자살 패턴과 행동에 초점을 둔 자살 예방을 위한 공공보건 접근법에 대한 일치되고 합의된 노력이 지속되었다. 이러한 공공보건 접근법과 관련된 개념에 기초하여 여러 국가에서는 자살 예방을 위한 종합적인 국가적 전략을 개발하였으며, 예방적 노력을 향상시키기 위한 접근법을 조직하고 설계하였다.



또한, 효과적인 평가는 공공보건 접근법에 가장 필수적인 요소이다. 예를 들어, 영국에서 패러시터몰(paracetamol)과 살리실산염(salicylates)의 포장 크기를 제한한 법률과 규정은 자살 예방을 위한 효과적인 중재방법 중 대표적이며 모범적인 사례이다(Hawton et al., 2001).

2) 공공보건 접근 프로세스(Public Health Approach Processes)

자살 예방을 위해 공공보건 접근 프로세스를 적용할 필요가 있으며 프로세스를 구성하는 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 감독(surveillance): 감독 프로세스를 통해 나이, 지리적 위치, 성별 등에 따라 자살 패턴 및 자살률의 차이 등을 확인한다. 또한 자살로 사망한 사람들의 개별적 특징이나 특성 등과 관련된 정보 역시 모니터링한다. 이러한 과정을 통해 자살과 관련된 문제점을 확인하고 자살 현상에 대한 가장 기본적인 문제를 정의할 수 있다.
- 예방적 위험 요소들의 확인(risk factor identification): 본 과정을 통해 자살을 시도하는 원인을 확인한다. 구체적으로, 자살을 유발하거나 자살과 연관되어 있는 것으로 보이는 위험적 요인, 자살 발생을 감소시킬 수 있는 예방적 요인, 위험적 요인과 예방적 요인 간의 상호작용을 유발하는 요인 등을 확인하고 구분한다.
- 예방 및 중재방법(prevention/intervention): 자살 예방을 위한 노력은 크게 보편적(universal), 선택적(selective), 집중적(indicated) 중재방법의 3가지 영역으로 분류할 수 있다(US Department of Health and Human Services, 2001) (표 II-1-1 참조).

〈표 II-1-1〉 보편적, 선택적, 집중적 자살예방 접근방법

중재방법분류	정의	사례
보편적 (Universal)	자살의 위험과 상관없이 모든 인구를 대상으로 하며 모든 인구에 영향을 미치는 방법	<ul style="list-style-type: none"> · 약물 중독의 위험성을 알리기 위한 공공 교육 프로그램 · 우울증에 대한 공적인 인식개선 · 살충제 사용 제한 및 접근 제한 · 투신 자살이 자주 발생하는 장소에 보호벽 및 안전망 설치 · 자살 관련 보도에 대한 대중매체의 책임성 강조
선택적 (Selective)	특정 자살 위험 요소에 노출되어 있는 하위집단을 목표로 하는 방법 자살과 관련된 여러 종류의 위험적 요인이 존재함(예를 들어, 정신장애, 약물중독, 재정적 부채, 실업 및 무직, 노령 인구의 만성 통증, 학업 스트레스 등)	<ul style="list-style-type: none"> · 자살을 시도할 수 있는 방법에 접근 제한 · 오지나 시골에 거주하고 있는 여성들을 위한 프로그램 · 실직과 재정적 부채로 고통받고 있는 사람을 위한 프로그램 · 우울증 및 약물중독과 같은 어려움을 겪고 있는 청년들을 위한 프로그램 · 만성적 신체 질환을 갖고 있거나 독거하고 있는 노인을 위한 프로그램 · 높은 수준의 학업 스트레스에 시달리고 있는 학생들을 위한 프로그램 · 신체적 혹은 성적 학대를 받은 희생자들을 위한 프로그램 · 잠재적 자살 위험 대상자들에게 직접적이고 지속적으로 초기 중재 서비스를 제공할 수 있는 경찰, 간호사, 의사, 교사, 사회복지사 등과 같은 전문가를 대상으로 실시하는 게이 트키퍼 교육
집중적 (Indicated)	특정 인구를 대상으로 실시하는 방법	<ul style="list-style-type: none"> · 위기 관리 · 추적(follow-up) 케어 · 최근에 위험적 요소 혹은 자살을 시도한 경험이 있는 환자나 사람을 대상으로 제공하는 프로그램 · 자해 행동을 보이는 환자들을 위한 프로그램 · 퇴원을 한지 얼마 되지 않은 고위험 환자들을 위한 프로그램 · 잠재적 자살 시도자 혹은 자살 시도 경험이 있는 고위험 대상자들을 감독하는 집중 모니터링 프로그램



이러한 여러 형태의 방법들은 종합적으로 정신건강 케어를 위한 다양하고 체계적인 중재방법을 구성한다(Dorwart and Ostacher, 1998). 서구 국가들의 사례에 기초해 볼 때, 여러 형태와 포괄적 형태의 방법들을 포함하고 있는 종합적인 중재방법은 자살률을 감소시키는데 현저한 효과가 있음이 증명되었다(US Department of Health and Human Services, 2001). 세계적으로 통용되고 있고 효과적이라고 알려져 있는 자살 예방 방법들 역시 위에서 제시하고 있는 3가지 형태의 중재방법을 종합적으로 적용하고 있다.

3) 공공보건 접근법(Public Health Approaches)의 실제

미국, 영국, 스코틀랜드, 호주, 뉴질랜드, 핀란드, 노르웨이 등의 국가에서는 공공보건 접근법을 응용하여 종합적이며 체계적인 국가 자살 예방 전략을 개발하였다(Taylor, Kingdom, and Jenkins, 1997). 각 국가에서 개발된 종합적인 자살 예방 국가 전략들은 일련의 공통점을 포함하고 있다(US Department of Health and Human Services, 2001). 이러한 공통점들은 다음과 같다.

- 중재방법을 적용하는 장소로 교육적 세팅을 활용함.
- 자살 예방을 위한 연구를 실시하고 증대함.
- 대중매체에서 그려지는 자살 및 정신질환에 대한 이미지나 인식을 개선함.
- 우울증을 포함한 정신장애의 발견과 치료법을 개선함.
- 정신건강과 관련된 서비스를 찾는 행동에 대한 사회적 차별이나 선입견을 제거함.
- 정신건강 서비스에 대한 접근성을 개선하고 향상시킴.
- 엄격한 평가를 통해 효과적인 예방 중재전략을 향상시킴.
- 자살 수단에 대한 접근성을 제한함.

일부 연구에 의하면 노르웨이, 호주, 스웨덴, 핀란드 등에서 실시된 국가적인 자살 예방 전략은 청소년과 일반 국민들의 자살률을 감소시키는데 전혀 도움이 되지 못했다고 알려져 있다(De Leo, 2004). 비록 일부 연구에서는 국가적 자살 예방 전략의 효과가 아직 명확히 드러나지 않은 것으로 조사되었으나 국가적인 자살 예방 전략을 수립하는 것은 중앙 및 지역 정부가 자살률을 감소시키기 위해서 추진해야

하는 중요한 정책이다. 이를 위해서 추가적으로 정부는 지역사회와의 통합과 협업을 추진해야 한다. 자살 예방 전략을 실시한 국가들의 경험에 비추어볼 때, 세계보건기구의 서태평양 국가 중에서 특히 인구가 조밀한 국가에서는 종합적이고 체계적인 자살 예방 전략을 실시할 필요가 있다.



2

세계보건기구의 자살 예방 전략의 우선순위

WHO에서는 효과적인 자살 예방 중재방법의 기준을 제시하고 있으며 자살 및 자살시도를 감소시키는 올바른 방법과 방향을 위한 결과 지표를 제시하고 있다. 여러 국가들을 통한 경험과 견해에 의하면 자살률 감소를 위해서는 종합적이며 다차원적인 접근방법이 우선적으로 필요하며 종합적인 접근방법이 가장 효과적이다. 그러나 자살 예방과 관련된 막대한 양의 노력, 수많은 과제, 제한적인 자원으로 인해 우선순위를 명확하게 규명하고 접근방법을 적용할 필요가 있다. 이를 위해 자살 예방에 관심이 있는 사람들은 예방 전략의 목표를 명확히 정해야하며 행동전략을 필요로 하는 영역과 그러한 영역의 효과를 측정할 수 있는 평가 기준을 마련해야 한다. 자살 예방을 위한 공공보건 접근법은 초기 역동적인 중재방법을 통해 질환, 장애, 조사망 등을 예방하는데 주요한 목적이 있다. 이러한 접근법은 자살을 예방하기 위해서 여러 다른 영역들 간에 효과적이며 일치된 노력을 포함하고 있는 프레임워크를 제공하기도 한다. 특히, 공공보건 접근법은 다음과 같은 4가지 주요 영역으로 구성된다.

- 자살 사건의 패턴, 자살 유형, 자살률 등을 확인하고 구분 가능한 감독활동
- 자살을 유발하는 원인을 규명하고 조사하기 위한 역병학적 조사활동
- 자살의 원인을 근절하고 자살을 예방하기 위한 방안을 모색하고 설계하는 활동
- 효과성이 입증된 프로그램으로 구성된 중재방법을 실행하고 적용하는 활동

공공보건 접근법은 자살 예방과 관련된 여러 영역과 분야의 종합적이고 체계적인 조화와 협력이 필요하며, 접근법의 효과성을 극대화하기 위해서 전략적이며 체계적으로 조직되어야 한다. 지역사회 각 영역의 명확한 역할 분담과 구분, 서비스 괴리의 정확한 확인, 새로운 서비스 및 중재방법의 강화, 프로그램 효과성 평가를 위해 근거에 기반한 가이드라인의 개발 등은 성공적인 중재방법의 적용을 위해 기본적으로 요구되는 사항들이다. WHO에서는 성공적인 자살 예방을 위한 효과적인 중재방법을 위해 우선순위를 고려하여 다음의 세부 영역을 제시하고 있다.

1) 감독과 모니터링

여러 국가에서 자살 시도 혹은 자살로 인한 사망 사건에 대한 보고 시스템은 부정확하거나 완벽하지 못하며, 이러한 부정확한 시스템은 적절한 시기에 올바른 중재방법이 실시되지 못하는 원인이 되기도 한다. 자살에 대한 정확하고 실현 가능한 모니터링 혹은 감독 시스템의 부재는 중재방법 및 평가 프로그램의 효과성을 저하시키며 심한 경우에는 프로그램의 운영을 불가능하게 하기도 한다. 그래서 자살의 유행성을 추적하고 자살에 대한 경고 메시지를 시기적절하게 전달하는 것은 매우 중요하며, 각기 다른 영역과 연령의 자살률을 적절하게 반영하기 위해서 관련 정보는 과학적이며 엄격하게 조직되고 분석되어야 한다. 이러한 과정을 통해 자살에 대한 시기적절하고 이용 가능한 통계적 자료나 정보를 제공할 수 있다. 예를 들어, WHO의 서태평양 지역 사무소(Western Pacific Regional Office)에 의해서 실시된 위험 분야 자살 현황(Suicide Trends in At-Risk Territories, START) 연구의 목적은 표준화된 데이터 수집 과정을 통해 서태평양 지역에서 발생하고 있는 자살 시도와 자살로 인한 사망 사건을 조사하고 분석하는데 있다. 본 연구 계획을 통해 자살에 대해 보다 명확히 이해하고 각 지역에 적합한 예방 활동과 프로그램을 적용하기도 하였다(De Leo, Milner, and Wang, 2009). 이 뿐만 아니라, 명확한 모니터링 시스템을 통해 자살과 관련된 행동들이 특정 중재방법 혹은 프로그램에 의해서 감소되었는지를 확인할 수 있으며 프로그램의 궁극적인 효과성 역시 분석 가능하다.

2) 역학적 조사 · 연구

역학적 연구는 생리의료적, 사회경제학적, 심리학적 위험 요소에 대한 이해를 제공하고 자살에 대한 사회적 예방 요소에 대한 이해를 높이기 위해서 필요하다. 또한 연구를 통해 자살 사망 혹은 자살 시도가 사회 전반에 미치는 영향을 분석하고 자살자와 관련된 가족 혹은 주위 사람들에게 미치는 부정적인 영향을 조사하고 분석하는 것도 매우 중요하다. 역학적 연구를 통해 자살을 유발시키는 종합적이며 최신의 요인들과 자살을 예방할 수 있는 요인들을 조사하며 자살 위험 집단을 확인하여 위험적 요소를 감소시킬 수 있고, 자살을 예방할 수 있는 가장 효과적이며 경제적인 중재방법을 선정할 수 있다.



3) 근거에 기반한 예방 및 중재 프로그램

자살을 시도하는 행동을 줄이기 위해서는 다차원적인 중재방법을 적용할 필요가 있다. 특히, 자살을 예방하기 위해서 지역사회에 존재하는 자원이나 서비스 등을 활용하도록 지역사회 관계자들을 설득하고 그들을 대상으로 로비활동을 할 필요가 있다. 예방적 프로그램이 적절히 실행된다면 평가를 통해 바람직한 결과가 도출될 수 있으며, 지리학적으로 다른 지역에 거주하고 있는 유사한 인구나 집단을 대상으로 적용할 수 있는 유용한 모델 프로그램으로도 활용 가능하다. 여러 종류의 예방 및 중재 프로그램들이 존재하며 특히 보편적(universal), 선택적(selective), 집중적(indicated) 수준의 프로그램들이 일반적으로 실행되고 있는 중재방법들이다.

4) 평가

거의 대부분의 서태평양 국가에서는 엄격한 통계 기법이나 연구 통제를 활용한 자살 예방 프로그램 평가가 이루어지지 못하고 있다. 자살 예방 프로그램의 질을 개선함과 동시에 혁신적인 프로그램 및 기존에 실시되고 있는 프로그램들의 효과성을 평가하기 위해서 세부적인 기준과 가이드라인을 개발하고 발전시킬 필요가 있다. 자살 예방을 위해 근거에 기반한 중재기법을 적용하고 실행함과 동시에 어떠한 중재 프로그램이라도 측정가능한 지표를 통해 엄격하게 평가하고 분석할 필요가 있다. 평가 프레임워크를 통해 프로그램의 질을 보장하며, 적절한 실행 여부를 확증하고 모니터링할 수 있다. 게다가, 프레임워크는 전략에서 기술된 결과가 어떻게 측정되고 실현 가능한가에 대해서 세부적인 기준과 지시사항을 제공하기도 한다. 자살을 현저하게 감소시키기 위해서는 지역사회가 하나가 되어 다른 국가에서 긍정적인 효과가 있다고 검증된 일련의 장기적이며 종합적인 계획을 구성하고 설계해야 한다. 이러한 문제를 해결하는데 있어 가장 효과적이며 경제적인 중재방법을 확인할 수 있는 평가 및 결과 평가의 실시는 매우 중요하다.

자살 인구가 상당히 많은 서태평양 국가들의 경우 일부 저예산 프로그램이 자살률을 상당히 감소시키는 사례에 주목할 필요가 있으며 그러한 프로그램을 적용하는 것을 고려해야 한다. 고위험 집단을 발견하고 그들을 대상으로 특별화된 고품질의 서비스를 제공하는 것은 매우 중요하며 필수적인 활동이다. 그러나 제한적인 자원으로 인해 서비스에 대한 커다란 욕구가 존재하는 특수한 경우에는 프로그램 자

체만으로는 효율적으로 자살을 예방할 수 없다. 뿐만 아니라 스크린 과정은 고위험 자살 위험에 노출되어 있는 사람들을 대상으로 부정적인 인식이나 편견을 야기할 수도 있다. 프로그램의 대상 인구들의 잠재적 욕구를 모두 충족시키는 것은 불가능할 수도 있다. 여러 연구 결과에 의하면 자살로 사망한 1/2 혹은 3/4이상의 많은 수의 사람들은 사망하기 전에 어떠한 정신건강 케어나 서비스를 받지 못하고 있다 (Andersen et al., 2000; Appleby et al., 1999; Law and Yip, 2008). 그러므로 공공 보건 접근법을 통해 보다 종합적이며 효과적인 자살 예방 전략을 수립해야하며 특히 정신건강 케어 및 서비스를 이전에 한 번도 받아보지 못한 사람들을 대상으로 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 전략을 체계적으로 설계해야 한다. 자원이 제한적이거나 부족한 국가나 도시에서는 보편적 수준의 접근방법들을 활용하는데 각별한 관심을 기울일 필요가 있다. 즉, 고위험에 처해있는 특정 인구를 대상으로 보다 많은 양의 서비스를 제공하기 보다는 자살 방법에 접근을 제한하여 보다 많은 사람들이 자살을 예방할 수 있도록 일반적이며 보편적인 예방 접근법을 실행할 필요가 있다.

자살 예방의 가장 기본적인 원칙은 케어보다는 예방을 하는 것이다. 이는 사람들이 절벽 끝에 서있을 때 그들을 구하려고 노력하는 것이 아니라 절벽 끝으로 다가가기 전에 막는 것과 같다. 같은 맥락에서, 심장질환을 갖고 있는 사람들에게 일시적인 안정감을 주기위해 응고약물을 제공하는 것이 유용할 수 있으나 전체 인구를 대상으로 건강한 식단과 규칙적인 운동을 강조하여 건강을 유지시키는 것보다는 비효과적이며 비경제적이라고 할 수 있다.

자살은 아주 복잡하며 다층적인 영역을 내포하고 있는 문제이며 자살을 근절하기 보다는 예방하기 위해서도 여러 학문과 전문 영역 간의 협력과 노력이 필요하다. 이러한 이유로 자살 예방을 위한 공공보건 프레임워크에는 의료 전문가를 포함하여 여러 다양한 영역의 전문가들이 참여하고 있으며 이러한 다학제적인 자살 예방 프로그램은 자살률이 높은 국가뿐만 아니라 세계 여러 국가에서도 적극적으로 개발되고 적용되어야 한다.



3

세계보건기구 및 정신보건 관련 기관의 자살 예방 및 정신건강 보호를 위한 중재방법

자살을 시도하는 행동을 줄이기 위해서는 다차원적인 중재방법을 적용할 필요가 있다. 특히, 자살을 예방하기 위해서 지역사회에 존재하는 자원이나 서비스 등을 활용하도록 지역사회 관계자들을 설득하고 그들을 대상으로 로비활동을 할 필요가 있다. 자살 예방과 관련해 역사적 혹은 국가적으로 여러 형태의 접근법이나 중재방법 등이 개발되고 적용되고 있다.

1) 세계보건기구(World Health Organization)의 중재방법

세계보건기구와 미국 질병통제예방센터(Center for Disease Control and Prevention)에서는 자살 예방을 위한 구체적인 방법으로 3가지 종류의 중재방법을 제시하고 있다. 보편적(universal), 선택적(selective), 집중적(indicated) 수준의 프로그램들이 일반적으로 제시되고 있는 중재방법들이다. 각 프로그램에 대한 세부적인 내용은 다음과 같다.

(1) 보편적 수준(Universal Level)

지역사회 내에서 정신건강에 대한 개념을 향상시켜야 한다. 대중매체 채널을 활용하여 고위험 집단, 자살 위험군과 접촉하는 게이트키퍼 등을 대상으로 정신건강에 대해서 교육하는 것이 필요하며, 전체적인 대중을 대상으로도 관련 교육이 필요하다. 또한 대중매체를 통해 자살 예방과 관련된 서비스를 찾는 것을 격려하며 자살은 예방 가능하며 정신질환 역시 치료가능하다는 사실을 알려야 한다. 이러한 공공 인식개선 활동이나 프로그램은 지역 대중매체 전문가들과의 협력을 통해 개발 가능하다. 그러나 프로그램의 효과성에 대해서 아직 많은 실험적 연구가 실시되지 못했으며, 특정 위험군의 자살 충동이나 우울증세 등이 예상한 것 이상으로 개선되지 않았다고 조사되기도 했다(Goldney and Fisher, 2008). 프로그램의 효과성을 증명하기 위해서는 보다 많은 평가가 실시될 필요가 있다.

자살 수단에 접근할 수 있는 가능성을 줄이고 제한하는 것은 자살을 예방할 수 있는 가장 효과적인 방법 중에 하나라고 조사되었다. 여러 형태의 자살 수단(예를

들어, 높은 장소에서 투신, 살충제 음독 등)에 대한 올바른 이해를 통해 취약한 특정 집단의 충동적인 자해 생각을 지연시키고 자살을 시도할 수 있는 방법에 접근하지 못하도록 프로그램 혹은 특정 계획을 수립해야 한다. 생명을 살리는 것과 제한을 두어 불편함을 초래하는 것과의 균형을 고려해 볼 때 자살을 유발할 수 있는 치명적인 수단이나 방법 등에 접근하는 것을 제한하는 것은 타당하다. 자살 수단에 대한 접근성을 제한하는 여러 형태의 중재방법들은 자살을 줄이고 예방하는데 가장 효과적이라고 인식되고 있다. 구체적으로 총기 통제, 살충제 제한, 독성물질의 소규모 포장, 철도 난간 설치, 플랫폼에 안전문 설치 등은 자살을 예방하는 아주 바람직한 사례이다.

(2) 선택적 수준(Selective Level)

게이트키퍼(보건의료 전문가, 일반 의료 전문가, 미디어 전문가, 교사 등)를 대상으로 자살 예방 교육이나 훈련을 제공함으로써 자살 위험집단 및 잠재적 자살 대상자들을 직접적으로 접촉하고 있는 의료 및 서비스 제공 전문가들에게 자살에 대한 올바르고 정확한 지식과 대처 기술을 제공할 수 있다. 게이트키퍼들은 의료 현장, 사회 서비스 현장, 교육 현장 등에서 잠재적인 자살 시도자들을 발견할 수 있으며 자살 및 기타 사망 사건을 예방할 수 있는 위치에 있다. 게이트키퍼를 대상으로 하는 자살 예방 교육 역시 가장 효과적인 중재방법 중에 하나라고 여러 연구에서 밝히고 있다. 또한, 자살 예방을 위한 연구 및 실무와 관련해서도 학계 전문가와 현장 전문가들이 서로 지속적으로 교류하고 지식을 공유하도록 격려하는 것도 중요하다.

(3) 집중적 수준(Indicated Level)

정신과적 및 심리적 치료법을 개선함과 더불어, 의도적 자해행동을 예방하기 위해서 케어의 연속성을 유지하는 것은 중요한 전략 중 하나이다. 그러나 자살 위험 요소를 갖고 있는 많은 환자들은 흔히 치료방법과 상반되는 행동을 하기도 한다. 다수의 환자들은 치료과정에 참여하지 않는 경우가 많고, 약물복용을 적절히 하지 않기도 하며, 받아야 하는 치료를 받지 않고 조기에 퇴원하려고 하기도 한다. 의도적인 자해행동을 한 50% 정도의 환자들은 병원에 입원하기 전에 이미 의도적인 자해 혹은 자살을 시도한 경험이 있다. 이러한 환자들을 대상으로 보다 적절한 추적



(follow-up) 케어 서비스를 제공하는 것은 매우 중요하며, 치료에 참여하는 비율을 높일 수 있고, 병원으로 다시 돌아오는 재입원률을 감소시킬 수 있다. 추적 케어는 반드시 이러한 위험 상태에 있는 환자들에게 강력하고 긴밀한 지원 네트워크를 제공하는 것을 목표로 해야 하며 궁극적으로 병원 퇴원 이후에 자신들의 심리사회적인 기능을 적절히 유지할 수 있도록 해야 한다.

2) 미국 델라웨어 주의 보건 및 사회 서비스부(State of Delaware Department of Health and Social Services)의 중재방법

WHO의 3수준 중재방법의 정의 및 내용과 더불어 정신건강 케어와 관련된 기타 기관이나 단체에서도 유사한 개념을 제시하고 있다. 미국 델라웨어 주의 보건 및 사회 서비스부(State of Delaware Department of Health and Social Services, DDHSS)의 의료연구원(Institute of Medicine, IOM)에서는 예방 정의와 전략(Prevention Definitions and Strategies)에 대한 자료를 제공하고 있으며 예방 서비스 및 시스템을 분류하여 각 서비스에 대해서 정의를 내리고 있다. 흔히 서비스, 케어, 예방의 연속적인 모델로 알려진 IOM 모델은 서비스 대상 인구에 따라서 예방적 중재방법을 구분하고 있다. 대상 인구에 따라 분류함으로써, 여러 종류의 중재방법에 대해 명확한 정의가 가능하며 대상 인구의 욕구와 중재방법의 목적을 서로 조화시킬 수 있다. IOM은 위험요소의 정도에 따라서 중재방법을 보편적(Universal), 선택적(Selective), 집중적(Indicated)의 3가지 영역으로 분류하고 있다(DDHSS, 2017).

(1) 보편적(Universal)

보편적 중재방법은 일반 인구를 대상으로 하고 있으며 특정 위험 집단은 직접적으로 대상화하지 않고 있다. 보편적 중재방법은 전체 인구(예를 들어, 전국, 지역, 지역사회, 학교, 혹은 이웃지역 등)를 대상으로 알코올, 특정 약물 등의 사용을 예방 혹은 지연시키기 위한 목적으로 메시지를 제공하거나 프로그램을 실시한다. 보편적 예방의 목적은 전 국민을 대상으로 관련 정보나 문제를 예방하는데 필수적인 기술 등을 제공함으로써 약물중독 발생을 지연시키는 것이다. 즉, 전체 인구를 위험군으로 간주하여 모든 사람들이 중재 프로그램으로부터 혜택을 얻도록 하는 것이다.

(2) 선택적(Selective)

선택적 중재방법은 약물중독과 관련해 평균 이상의 위험에 처해있는 사람들을 주 대상으로 하고 있으며, 대상 인구는 약물중독에 대한 위험 요소의 정도와 특성에 따라서 분류된다. 선택적 예방은 전체 인구 중 하위집단을 주요한 대상으로 하며 특히 약물중독의 위험성에 노출되어 있는 하위집단을 전체 집단에서 분류하여 프로그램을 제공한다. 즉, 선택적 중재방법은 전체 인구의 모든 하위 집단에 속해있는 사람들을 대상으로 하며 각 하위집단에 속해있는 사람들의 개별적 위험의 정도는 상관하지 않고 프로그램을 실시한다.

(3) 집중적(Indicated)

집중적 중재방법은 약물을 이미 오남용하고 있거나 위험한 행동을 할 상황에 처한 사람들을 대상으로 약물의 만성적 남용과 과다한 사용을 예방하기 위해서 실시된다. 집중적 예방은 중독장애를 진단할 때 필요한 일반적인 의료적 기준에 충족하지는 않지만 위험하고 심각한 초기 증상을 드러내는 사람들을 대상으로 약물중독이 발생하는 것을 예방한다. 집중적 예방의 목적은 문제 행동을 보이는 사람들을 구분하며 그러한 사람들을 특별한 프로그램에 참여시키는데 있다.

3) 업리프트 가족 서비스 센터(Uplift Family Services Center)의 중재방법

업리프트 가족 서비스 센터(Uplift Family Services Center)에서는 예방 및 조기 중재방법(Prevention and Early Intervention)과 관련해 예방 및 관련 중재방법에 대해서 정의와 구체적인 프로그램 등을 제시하고 있다.

약물남용 및 정신보건국(Substance Abuse Mental Health Service Administration, SAMHSA)과 국립정신건강연구소(National Institute of Mental Health, NIMH)에 의하면 예방은 중재방법이나 치료방법과는 다르며, 어떠한 문제에 대한 여러 종류의 위험 요소에 대해서 전체 인구 집단을 대상으로 한다. 예방의 주요한 목표는 위험적 요소를 감소시키는 것이며 동시에 예방적 요소를 향상시키는 것이다. 예방의 구체적인 대상 집단에 따라서 중재방법을 설계하거나 계획할 수 있으며, 3가지 중재방법은 보편적(universal), 선택적(selective), 집중적(indicated) 프로그램이다(Uplift Family Services Center, 2017).



(1) 보편적 프로그램(universal programs)

보편적 프로그램의 사례로는 임상에 기초한 보건 세미나, 노인 시설 건물에 부착된 공공포스터 등을 들 수 있으며, 대상은 특정 위험 요소의 구분 없이 일반 대중 및 국민이다(지역사회의 모든 구성원들은 보편적 프로그램의 혜택을 받음). 프로그램의 목적은 전체 인구를 대상으로 기본적인 교육 및 관련 기술을 제공하는 것이다.

(2) 선택적 프로그램(selective programs)

선택적 프로그램의 사례로는 술집에서 일하는 종업원을 대상으로 하는 중재교육 등을 들 수 있으며, 대상은 평균 이상의 위험 요소를 갖고 있는 인구들이다(대상 인구는 위험적 요인의 특성과 양에 따라서 구분됨). 프로그램의 목적은 이미 발생한 상황이 심각한 문제로 발전하는 것을 차단하는 것이다.

(3) 집중적 프로그램(indicated programs)

집중적 프로그램의 사례로는 노인 및 고령자에 특성화된 치료 등이며, 대상은 이미 고위험적인 행동에 참여한 집단들이다. 프로그램의 목적은 매우 심각한 문제가 발생하는 것을 예방하는 것이다.

4) 청소년 자살 예방을 위한 중재방법

청소년 및 학생의 자살 예방과 관련해 다수의 연구 결과에서도 여러 유형의 중재 방법을 소개하고 있다. 예를 들어, 청소년 자살 관련 증세현황, 전략 및 연계방안에 대해서 연구한 배정이 외(2013)의 연구에서는 구체적으로 청소년 자살 예방을 위한 중재방법의 내용과 특성에 대해서 기술하고 있다. 본 연구에 의하면 학교는 또래 괴롭힘이나 폭력 등 자살생각과 행동으로 이끌 수 있는 부정적 상호작용이 일어나는 주요한 환경임과 동시에 위험군 학생들에게 적절한 지원과 보호를 제공하기 위해 부모, 교사, 정신건강전문가, 지역사회의 여러 서비스기관이 함께 모일 수 있는 최적의 장소이기도 하다. 그러나 학교라는 환경은 자살 예방이 필요한 장소로 거의 인식되지 못했으며 학생들을 위한 적절한 자살 예방 중재방법의 유형과 내용에 대해서도 사회적 관심이 낮은 편이었다. 학교라는 환경에 적용된 자살 예방 모형은

전형적으로 공중보건 모형으로써 보편적(universal), 선택적(selective), 집중적(indicated) 중재방법을 모두 포함하고 있다.

(1) 보편적(universal) 모형

학교 환경에서 보편적 모형은 학생과 교직원 전체를 대상으로 제공되는 보편적인 접근방법으로써 자살을 시도할 수 있는 여러 조건과 요인들을 사전에 약화시키는 다양한 전략들로 구성되어 있다. 학교 환경에서 적용되는 보편적 모형의 자살 예방 중재방법은 다음과 같다.

학생 및 교직원 전체를 대상으로 자살에 대한 인식을 증진시키고, 자살의 위험요소, 경고신호, 도움을 줄 수 있는 자원에 대해 지식을 전달할 수 있다. 이러한 지식 전달은 일반적으로 수업을 통한 강의, 발표, 시연 등의 학습활동을 통해 가능하다. 예를 들어, 미국의 약물중독의 위험성 및 약물에 의한 정신건강 유해성을 강조하고 그에 대한 전문 지식을 교육 및 홍보하여 학생들의 경각심을 고취시키는 약물중독 저항교육 프로그램(Drug Abuse Resistance Education Program)이 대표적인 사례이다. 이러한 수업에 기반한 교육을 통해 학생들은 자살사고는 정상이 아니며 정신 질환이나 다른 심리사회적 위기의 결과로서 도움을 필요로 하는 응급상황임을 배우게 된다.

학교 교직원을 게이트키퍼로 간주하여 자살위험이 있는 학생이나 잠재적 자살 위험요인을 내포하고 있는 학생을 발견할 수 있는 교육을 실시한다. 이러한 교육을 통해 교직원들은 잠재적 자살요인을 발견할 뿐만 아니라 해당 학생의 자살사고나 자살시도를 예방하기 위해서 적절한 서비스 혹은 전문가에게 연계시키는 능력을 익히며 지역사회 내에서 자살 예방 서비스를 제공하는 단체 및 기관에 대한 정보 역시 함께 교육받는다. 일부 연구에서는 이러한 유형의 게이트키퍼 교육을 받은 교사나 전문가들이 자살이 발생할 수 있는 급박한 상황이나 응급사태를 다루는 자기 효능감이 증가하였고 직접적인 개입방법에 대한 자신감 역시 향상되었음을 보고하고 있다.

잠재적인 자살 위험요인을 갖고 있는 학생이나 교직원을 식별하기 위해 학교 전체를 대상으로 자살 스크린 혹은 우울증 스크린 도구를 사용하여 학교 전체의 정신건강 상태를 모니터링 할 수 있다. 전체 학생을 대상으로 스크린 도구를 사용하는 것은 전체적인 정신건강 상태를 확인할 수 있다는 편의성은 있으나 반면 스크린



도구의 신뢰도나 타당도가 보장되지 않는다면 결과의 오류를 초래할 수 있다는 문제점이 있으며 스크린 테스트 이후 발생하는 자살 위험집단에 대해서는 적절히 식별하지 못한다는 문제점 역시 갖고 있다.

학생들의 일반적인 정서적 및 심리적 강인함(psychological strengthes)을 향상시키기 위해 스트레스 대처 기술 등을 교육하기도 한다. 이러한 스트레스 대처기술의 대표적인 예로는 문제해결(problem-solving), 대처기술(coping skill), 개인적 통제력 등을 향상시키는 보호요인증진 프로그램 등이며, 이러한 프로그램을 통해 자살 사고, 위협, 자살시도, 우울감, 절망감 등을 효과적으로 감소시킬 수 있다.

(2) 선택적(selective) 모형

학교 환경에서의 선택적 중재방법은 자살행동을 할 위험이 높은 일부 학생들에게 초점을 맞춘 중재방법으로써 현재 진행 중인 자살생각이나 성공하지 못한 자살시도를 효과적으로 다루어 자살위험을 낮추는 방법이다.

자살 행동을 할 수 있는 잠재적 위험군에 속한 학생들을 파악하기 위해 자살 스크린을 실시하여 그 결과에 따라 적절한 중재 프로그램을 제공하고, 고위험 요인을 발견했을 때 외부 정신건강 전문기관으로 의뢰하여 추후 관리하는 것이 필요하다.

(3) 집중적(indicated) 모형

이미 자살행동을 한 학생이나 교직원을 대상으로 제공되는 중재방법으로써 자살로 사망한 후에 주변 생존자들을 대상으로 정서적 및 심리적 지원을 제공하며, 자살의 전염을 줄이기 위해 사후개입을 제공하는 것을 말한다. 이를 위해서는 학교 내에서 자살위험성 여부를 선별하여 고위험군인 경우 지역 정신보건센터를 거쳐 병원으로 의뢰하는 체계적인 연계와 정보 이전 관리가 필요하다.

5) 텍사스 주정부 보건서비스(Texas Department of State Health Services)의 약물중독 예방 프로그램

미국 텍사스 주정부 보건서비스(Texas Department of State Health Services, TDSHS)에서는 청소년 및 성인들의 약물 중독·오남용을 예방하고 적절한 서비스를 제공하기 위해 대상자 및 위험정도에 따라서 예방 프로그램을 제공하고 있다.

텍사스 주정부에서 제공하는 약물중독 예방 프로그램은 크게 보편적(Universal), 선택적(Selective), 집중적(Indicated) 예방 프로그램으로 구분할 수 있다(TDSHS, 2017).

(1) 보편적 예방 전략(Universal Prevention Strategies)

보편적 예방 전략(Universal Prevention Strategies)은 개개인의 위험 요소와는 상관없이 전체 인구를 대상으로 프로그램을 설계하는 전략으로써, 상당히 큰 규모의 목표 대상을 설정하여 그러한 대상에 접근하고 있는 예방 전략이다. 본 예방 프로그램은 학교나 지역사회 기관 등과 같이 거의 모든 지역에 거주하고 있는 사람들을 대상으로 하고 있다. 예를 들어, 약물중독 예방을 위한 보편적 예방 전략으로는 학교에 재학 중인 전체 학생이나 아이들을 대상으로 학교 정규교과과정을 통해 약물중독에 대한 위험성 및 예방법을 교육하는 프로그램을 들 수 있다.

(2) 선택적 예방 전략(Selective Prevention Strategies)

선택적 예방 전략(Selective Prevention Strategies)은 전체 인구 중에서 하위 집단을 대상으로 하며, 대상 하위집단은 약물중독의 위험에 처해있는 집단들이다. 선택적 예방 프로그램의 대상이나 참여자는 특정 약물중독의 위험에 처해있는 집단이라고 볼 수 있으며, 그러한 위험적 특성 때문에 프로그램 대상으로 집중적으로 선정되어 프로그램에 참여하도록 독려한다.

본 전략의 대표적인 예로는 약물중독 부모의 자녀들을 위한 예방 프로그램, 알코올 중독 부모의 10대 자녀들을 위한 알라틴(Alateen), 알코올 중독자의 친구, 가족, 혹은 배우자를 위한 알아논(Al-Anon), 범죄율이 높은 지역에 거주하거나 혹은 빈곤에 처한 가족들을 위한 약물중독 예방 프로그램, 학교 성적이 저조하거나 학교적응이 어려워 행동문제를 보이는 학생들을 위한 멘토링 프로그램 등이 있다.

(3) 집중적 예방 전략(Indicated Prevention Strategies)

집중적 예방 전략(Indicated Prevention Strategies)은 초기 약물중독 증상을 경험하거나 약물중독과 연관된 행동이상 혹은 행동장애를 보이는 대상자들을 확인하며, 그러한 대상자들을 위한 특별한 프로그램을 제공한다.



약물을 시험 삼아 시도하였으며, 약물중독이라고 임상적 및 공식적으로 의료적인 진단을 받지 않은 사람들 역시 본 프로그램에 대상자로 간주된다.

본 프로그램은 약물을 남용하거나 혹은 남용하지 않더라도 퇴학, 개인 및 사회기술 문제, 비행, 반사회 행동, 약물중독의 가능성을 높일 수 있는 우울증과 같은 정신장애 등을 보이는 사람들을 대상으로도 적용된다. 약물중독과 관련된 영역에서 사용되고 있는 집중적 예방 전략의 예로는 무단결석, 성적저조 혹은 낙제, 자살충동, 초기 약물중독 증상 등과 같은 다수의 행동문제를 보이는 고등학생을 위한 약물중독 예방 프로그램이 있다.

Ⅲ. 국내 자살 예방을 위한 정책 및 제도

본 장에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방 정책과 관련해 국내의 유사한 정책 사례를 조사하였다. 장애인 자살에 대해 사회적 관심이 아직은 부족한 상황에서 장애인 자살을 예방하기 위한 직접적인 정책이나 제도가 존재하지 않는 이유로 유사한 노인자살, 청소년자살, 정신질환·장애인 자살 등과 관련된 예방책 위주로 관련 서비스나 프로그램 등을 조사하였다. 그리고 국내의 자살 예방을 위한 법적 규정과 기준을 살펴보았으며 한계점 등을 제시하였다.



1

자살 예방을 위한 법규와 장애인 자살 예방의 한계

우리나라의 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」은 전체 국민의 자살 예방을 위해 제정된 법률로써 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정하여 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성함을 목적으로 하고 있다. 본 법률의 제2조(기본정책)에서는 자살 예방 정책의 기본적인 방향과 이념을 제시하고 있으며 제3조(국민의 권리와 의무)에서는 자살 위험에 노출되었을 경우 국민이 대처해야하는 사항을 제시하고 있다. 본 법률의 제2장 제7조(자살예방기본계획의 수립)에서는 아동·청소년·중년층·노인 등 생애주기별 자살예방대책을 구체적으로 명시하고 있다. 그리고 자살예방기본계획을 5년마다 수립하도록 하고 있으며, 생명존중문화의 조성, 자살상담매뉴얼 개발 및 보급, 아동·청소년·중년층·노인 등 생애주기별 자살예방대책, 우울증 및 약물 중독관리 등 정신건강증진, 정보통신 등 다양한 매체를 이용한 자살예방체계 구축, 자살 위험자 및 자살시도자의 발견·치료 및 사후관리, 자살 감시체계의 구축, 자살 수단에 대한 통제, 자살예방 교육 및 훈련, 자살예방에 대한 연구지원, 중앙 및 지역 협력기관의 지정 및 운영 방안, 그 밖에 자살예방대책과 관련하여 필요한 사항 등과 관련된 내용이 포함되도록 하고 있다(자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률, 2017). 그러나 자살 예방 대상과 관련해 장애인이나 장애인 가족은 구체적으로 언급되어있지 않아 장애인 자살 문제와 예방에 대한 구체적인 지원책을 마련하는 법적 근거가 부족한 실정이다.

〈표 Ⅲ-1-1〉 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 주요 내용

조항	내용
제1조(목적)	이 법은 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성함을 목적으로 한다.
제2조(기본정책)	① 자살예방정책은 자살 위험에 노출된 개인이 처한 특수한 환경을 고려하여 성별·연령별·계층별·동기별 등 다각적이고 범정부적인 차원의 사전예방대책에 중점을 두고 수립되어야 한다. ② 자살예방정책은 생명윤리의식 및 생명존중문화의 확산, 건강한 정신과 가치관의 함양 등 사회문화적 인식개선에 중점을 두고 수립되어야 한다.

조항	내용
제3조(국민의 권리와 의무)	<ul style="list-style-type: none"> ① 국민은 자살위험에 노출되거나 스스로 노출되었다고 판단될 경우 국가 및 지방자치단체에 도움을 요청할 권리가 있다. ② 국민은 국가 및 지방자치단체가 자살예방정책을 수립·시행함에 있어 적극 협조하여야 하며, 자살을 할 위험성이 높은 자를 발견한 경우에는 구조되도록 조치를 취하여야 한다.
제7조(자살예방기본계획의 수립)	<ul style="list-style-type: none"> ① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하고 「국민건강증진법」 제5조에 따른 국민건강증진정책심의위원회 내 자살예방전문위원회의 심의를 거쳐 자살예방기본계획(이하 "기본계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. ② 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. <ul style="list-style-type: none"> 1. 생명존중문화의 조성 2. 자살상담매뉴얼 개발 및 보급 3. 아동·청소년·중년층·노인 등 생애주기별 자살예방대책 4. 우울증 및 약물 중독관리 등 정신건강증진 5. 정보통신 등 다양한 매체를 이용한 자살예방체계 구축 6. 자살위험자 및 자살시도자의 발견·치료 및 사후관리 7. 자살 감시체계의 구축 8. 자살 수단에 대한 통제 9. 자살예방 교육 및 훈련 10. 자살예방에 대한 연구지원 11. 중앙 및 지역 협력기관의 지정 및 운영 방안 12. 그 밖에 자살예방대책과 관련하여 필요한 사항 ③ 보건복지부장관은 확정된 기본계획을 지체 없이 관계 중앙행정기관의 장 및 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 통보하여야 한다.

장애인의 건강권을 구체적으로 언급하고 있는 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 2015년 12월 29일에 제정되었으며, 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 하고 있다. 그러나 본 법률은 주로 장애로 인한 신체적 치료, 의료 시설의 접근성, 의료 전문가의 장애인식 등과 같은 내용을 주로 언급하고 있으며 자살과 같은 장애인 정신건강과 관련된 내용이나 지원에 대해서는 구체적인 규정이 없다. 이에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해서 본 법률에 자살과 같은 정신건강에 대한 내용을 추가할 필요가 있으며, 동법 제19조(중앙장애인보건의료센터), 제20조(지역장애인보건의료센터)를 통해 장애인 자살 예방과 관련된 사업이나 프로그램을 제공하는 것을 고려할 필요가 있다.



〈표 Ⅲ-1-2〉 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 주요 내용

법조항	내용
제1조(목적)	이 법은 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다.
제2조(기본이념)	① 장애인은 최적의 건강관리와 보호를 받을 권리를 가진다. ② 장애인은 장애를 이유로 건강관리 및 보건의료에 있어 차별대우를 받지 아니한다. ③ 장애인은 건강관리 및 보건의료 서비스의 접근에 있어 비장애인과 동등한 접근성을 가질 권리를 가진다.
제4조(국가와 지방자치단체의 책무)	① 국가와 지방자치단체는 장애인의 건강권을 존중하고 보호하며 실현할 의무를 갖는다. ② 국가와 지방자치단체는 장애인의 건강권 향상과 장애 유무, 장애 유형 및 정도, 모성보호, 성별 등의 특성에 따른 장애인과 비장애인 간 또는 장애인 간 건강수준의 격차 해소를 위하여 장애인 건강보건관리사업을 적극 시행하여야 한다. ③ 국가와 지방자치단체는 장애인이 기능과 건강을 회복할 수 있도록 장애인에게 적절한 진료 및 재활의료를 제공하여야 한다. ④ 국가와 지방자치단체는 장애인이 저소득, 낮은 교육수준, 의료 차별, 적정하지 못한 고용·노동·주거 환경, 사회적 지지 부족 및 성별 특성 등으로 건강을 위협받는 상황을 예방하기 위하여 필요한 대책을 수립·시행하여야 한다. ⑤ 국가와 지방자치단체는 장애인 건강보건관리사업에 대하여 장애인과 그 가족에게 적극 홍보하여야 하며, 국민이 장애인 건강권에 대하여 올바르게 인식할 수 있도록 필요한 정책을 실시하여야 한다.
제19조(중앙장애인보건의료센터)	① 보건복지부장관은 장애인 보건의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 보건복지부령으로 정하는 시설, 인력, 장비 등의 기준을 충족하는 기관을 중앙장애인보건의료센터로 지정할 수 있다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인 건강보건관리사업의 기획 및 장애인 건강보건관리 전달체계의 구축 2. 장애인 건강보건 관련 정보·통계의 수집·분석 및 제공 3. 장애인의 진료 및 재활 4. 장애인 건강보건관리에 관한 연구 5. 지역장애인보건의료센터에 대한 지원 및 평가 6. 장애인 건강보건 관련 사항의 홍보 7. 장애의 예방·진료·재활 등에 관한 신기술·가이드라인의 개발 및 보급 8. 장애인 건강보건관리 서비스를 제공하는 인력의 교육·훈련 9. 장애인 건강보건 관련 국제협력 10. 여성장애인의 임신과 출산 시 장애 유형에 맞는 문이료서비스 제공

법조항	내용
	11. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업 ② 제1항에 따른 중앙장애인보건의료센터의 지정 기준·절차 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
제20조(지역장애인 보건의료센터)	① 특별시장·광역시장·도지사·특별자치시장·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 장애인 건강보건관리에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 지역장애인보건의료센터로 지정할 수 있다. 1. 장애인에 대한 건강검진, 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공 2. 해당 지역의 장애인 건강 보건의료 및 재활의료 사업에 대한 지원 3. 해당 지역의 장애인 관련 의료 종사자에 대한 교육·훈련 4. 여성장애인의 임신과 출산 시 장애 유형에 맞는 전문의료서비스 제공 5. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업 ② 제1항에 따른 지역장애인보건의료센터의 지정 기준·절차 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

또한 장애인의 사회적 차별과 편견을 금지하고 있는 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」과 장애인 복지에 대해 전반적인 법적 사항을 규정하고 있는 「장애인복지법」 등에서도 장애인 및 장애인 가족의 정신건강 보장 혹은 자살 예방에 대해서 언급하고 있는 구체적인 규정을 발견할 수는 없다.

이처럼 국내의 자살 예방 및 정신건강과 관련된 법적 규정에 장애인 및 장애인 가족을 위한 지원에 대한 내용이 미흡한 것은 장애인 자살과 관련해 사회적·법적인 관심이 부족하다는 것을 나타낸다. 현실적으로 장애인 자살 문제에 대한 사회적 관심의 부족은 관련 정책이나 제도의 불충분으로 이어지며 결국 자살 위험에 처한 장애인이나 가족들이 필요한 서비스를 제공받지 못하는 상황을 초래하는 주요한 원인이 되기도 한다.

게다가 모든 정책 수립의 기본 필수 요건인 통계자료 현황을 살펴보면, 해마다 발표되는 자살통계에는 성별, 연령별, 직업별, 지역별로 세분화된 자살자 통계가 발표되고 있으나 장애인으로 구분된 자살통계는 존재하지 않는다. 우리나라는 현재 OECD 국가 중 장기간 자살률 1위인 국가로 자살 예방을 위해 민·관·학계 모두가 다양한 노력을 기울이고 있다. 그럼에도 불구하고, 장애인 자살, 장애인 자살



예방과 관련된 국가적인 통계자료나 관련 서비스는 제공되지 않고 있다. 이는 그동안의 자살 예방을 위한 다방면의 노력에 장애인 자살은 배제되었으며 결국 장애인 자살 예방 정책이 부족하다는 것을 의미한다(WHO, 2014).

〈표 Ⅲ-1-3〉 보건복지 통계 목록

통계명	소관기관	주제
인구동향조사	통계청	인구/가구
인구총조사	통계청	인구/가구
자살실태조사	보건복지부	보건/의료
장애인구추계	통계청	인구/가구
장애인고용패널조사	한국장애인고용공단	장애인
장애인 구인구직 및 취업동향	한국장애인고용공단	장애인
장애인생활체육실태조사	문화체육관광부	장애인
장애인실태조사(지정통계)	보건복지부	장애인
장애인 의무고용 현황	고용노동부	장애인
장애인 편의시설설치현황조사	보건복지부	장애인

2 자살 예방 서비스 종류 및 전달체계

한국장애인개발원에서 2016년에 장애인 및 장애인 가족의 자살 원인을 조사하기 위해 실시된 연구에서는(서원선 외, 2016), 장애인 자살예방을 위한 사례연구를 통해 장애인 또는 장애인 가족의 자살 예방을 위한 정책이 필요함을 지적하였다. 그러나 아직 국내에는 장애인 자살 예방을 위해 제공되는 서비스를 찾아보기 어렵다. 이에, 장애인 자살 예방의 심리·정서적 지원방안을 마련하고자, 장애인 자살 예방에 적용 가능한 지자체별 자살 예방을 위한 심리·정서적 지원 서비스와 응용 가능한 기존의 장애관련 서비스를 살펴보았다.

1) 독거노인 심리지원 서비스

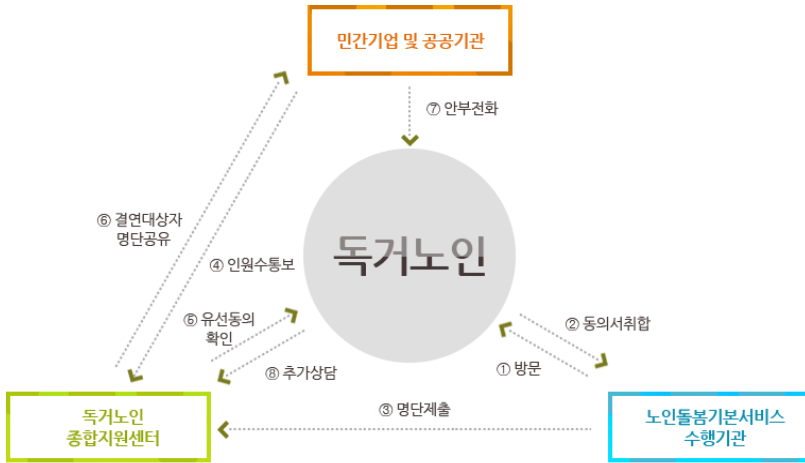
국내 독거노인을 위한 서비스는 돌봄 기본서비스, 독거노인 사랑잇기 사업, 노인 상담전화운영, 정책연구 등으로 구분되어 제공되고 있다.

첫째, 독거노인 돌봄 기본서비스는 생활 관리사가 요보호 독거노인에게 정기적인 안전 확인을 통해 정서적 지원을 도모하고, 건강 영양관리 등의 생활교육, 복지 서비스 자원의 발굴 및 연계하는 사업이다(독거노인 종합 지원센터, 2017). 대상자는 사회활동, 사회적 접촉, 식사횟수, 건강상태 등 6개 항목의 수준을 평가하여 보호 필요 점수가 높은 순으로 선정한다. 대상자의 선정절차로 시·군·구별로 사업기관을 선정하고 선정 지역의 독거노인 현황을 조사하며, 이후 사업대상자를 선정하여 승인하고, 서비스를 제공한다. 본 서비스는 전국 16곳을 거점으로 244개의 수행기관을 선정하여 수행기관의 수행인력 역량강화지원에서부터, 현장점검을 통한 서비스의 질 관리, 독거노인 자료조사, 서비스 수혜자 만족도 조사, 독거노인 사고 동향보고와 무연고 독거노인 장례지원서비스까지 사업수행의 단계별 포괄적인 서비스를 제공하고 있다. 이 중, 주기적 방문, 안부전화, 말벗서비스 등은 독거노인의 안전을 확인하고 심리·정서적 안정을 지원하는 서비스이다.

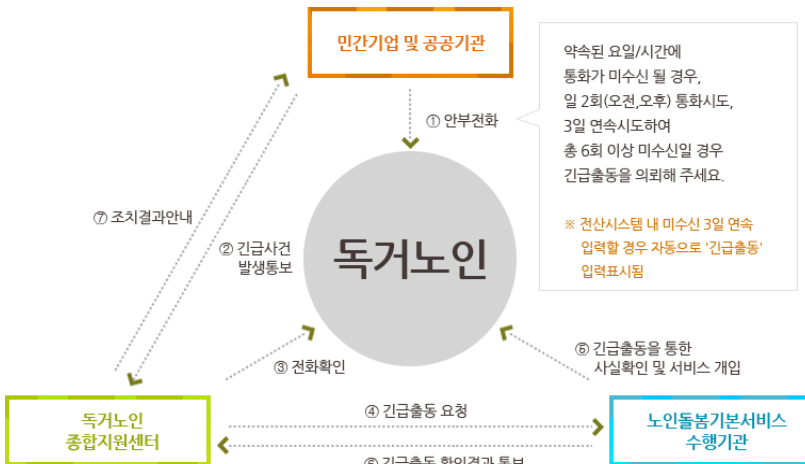
둘째, 독거노인 사랑잇기 사업은 공공기관 및 민간기업의 자원봉사자(나눔천사)의 참여를 통한 독거노인의 사회적 안전망을 구축하는 사업이다. 사업은 나눔천사가 독거노인에게 주 2회 안부전화를 하여 정서적 지지와 고독사 예방 같은 독거노인의 정서적 안정을 도모하며, 노인복지정보의 제공 서비스도 함께 제공하고, 응급



시 긴급출동시스템 서비스도 실시된다(독거노인종합지원센터, 2017).



[그림 Ⅲ-2-1] 독거노인종합지원센터 사랑있는전화사업 진행과정



[그림 Ⅲ-2-2] 독거노인종합지원센터 사랑있는전화사업 긴급출동과정

셋째, 독거노인종합지원센터의 노인상담전화(1661-2129)는 전문교육을 받은 상담원들에 의해 어르신들의 고민을 듣고, 전문 상담을 제공하는 방식으로 운영된다.

이러한 독거노인들을 위한 서비스와 더불어, 독거노인종합지원을 위한 정책연구가 실시되고 있다. 2009년 노인돌봄기본서비스의 발전방안 모색(보건복지부, 2009)을 시작으로 2010년 이후 매년 발표되는 노인돌봄서비스의 효과성평가연구, 2016년의 독거노인돌봄기본서비스사업 개선방안연구와 도시형 독거노인 공동생활 주거공간 모델개발연구, 복지허브화를 통한 지역사회 연계모형 연구 등 다수 연구를 포함하여 2017년의 중·장기정책 마련을 위한 독거노인종합대책 연구 등 독거노인을 지원하기 위한 연구들이 꾸준히 진행되고 있다. 이러한 독거노인 종합지원정책과 관련된 연구와 더불어 노인돌봄서비스 사업안내와 관련된 매뉴얼(사회서비스 전자바우처, 2017) 등도 제작하여 배포하고 있다.

이러한 독거노인종합지원 서비스와 정책연구의 실시는 독거노인관련 통계자료를 기반으로 마련되었다. 급증하는 노인인구의 증가, 노인 빈곤율, 노인우울과 자살의 심각성(OECD 국가 중 노인자살률 1위) 등의 사회적 이슈는 독거노인의 수를 파악하기 위한 통계자료의 중요성을 부각시켰으며 관련 정책연구의 필요성에 대한 사회적 관심을 증대시키는 요인이 되었다.

2) 자살예방센터의 장애 이해교육

국내 자살예방사업의 대부분은 지역의 자살예방센터 또는 자살예방사업을 실시하는 정신건강증진센터를 수행기관으로 하여 실시되고 있다. 이에, 자살예방센터 및 정신건강증진센터의 사업추진 목적, 장애 이해교육, 시행중인 장애의 이해 관련 교육프로그램 등을 살펴봄으로써 자살예방사업을 실시하고 있는 수행기관들의 장애인식에 대한 기본적인 현황을 파악해 볼 수 있다.

정신건강증진센터는 정신질환(장애)에 대한 예방·증진·관리 체계 강화를 통해 개개인의 다양한 행복과 삶의 가치 향상을 목적으로 하고 있다(정신건강증진센터, 2017). 이러한 목적으로 정신건강 상담 및 강좌를 통해 정신질환의 이해 및 예방과 관련된 정보를 제공하고 있다. 정신질환에 대한 인식개선 홍보로 정신건강에 대한 사회적 인식을 증가시키고, 자살 고위험 군에 대한 조기발견·예방 프로그램도 운영하고 있다. 또한 자살위험이 심각한 고위험 대상자의 치료를 위한 연계 체계 구축 등의 사업도 수행하고 있다.

자살예방센터에서는 지역주민, 군인, 청소년 및 자살시도자와 유가족을 대상으로 우울·스트레스 예방 및 관리, 정신건강의학과 전문의와 심층상담을 통한 치료



및 사후관리, 지역유관기관 실무자, 지역 관계자(통반장, 이장 포함)나 민간단체 회원과 자원봉사자를 대상으로 하는 생명지킴이 양성 교육, 지역주민의 인식개선과 예방을 목적으로 한 정신건강 캠페인, 지역 내 유관기관간의 생명사랑 네트워크 구축 등의 사업들을 실시하고 있다(중앙자살예방센터, 2017).

정신건강증진센터나 자살예방센터가 운영하는 사업들은 모두 정신질환·장애와 관련된 프로그램 및 서비스들이다. 이러한 지자체 기반 정신건강증진센터나 자살 예방센터 수행사업에 정신질환·장애 이외의 장애에 대한 이해를 돕기 위한 교육은 마련되어있지 않으며, 특히 장애인 당사자나 장애인 가족을 대상으로 실시되는 직접적인 프로그램은 없는 실정이다.

게다가 지역 자살예방 네트워크 구축을 위한 유관기관과의 연계 과정을 살펴보면 유사한 문제가 발견되고 있다. 응급구조를 위한 소방서나 경찰서, 치료와 보호를 위한 정신요양시설이나 병원, 중독치료관련 기관 등과 장애인 복지 및 장애인 자립생활 센터와의 유기적인 연계가 이루어지지 못하고 있다. 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방과 관련해 이러한 지역사회 기관들의 불충분한 정보 공유나 연계 부족은 궁극적으로 위험에 처한 장애인에게 적합한 서비스를 제공하지 못하는 주요한 원인이 되기도 한다(이상영, 2015; 원시연, 2011).

3) 장애인 자살 예방 게이트키퍼 양성교육

임세원과 오강섭(2012)은 사회적 편견 혹은 낙인 때문에 가족구성원이 자살을 했더라도 자살로 사망신고를 하기조차 꺼리게 되며 가족 내 자살 사건은 외부에 드러내기 어려운 민감한 문제라고 설명하고 있다. 이러한 이유로 해마다 자살시도를 하는 실제 인구는 통계청에서 추정하는 자살자 수보다 약 20배 이상일 것으로 예상된다. 자살에 대한 사회적 낙인으로 인해 정확한 통계치를 조사하기가 어려운 현실을 감안하여 여러 국가에서는 자살을 사전에 예방하는 것이 최선이며 예방을 위한 노력에 많은 관심을 기울이고 있다(WHO, 2014). 이러한 의미에서 게이트키퍼 교육의 하나인 생명지킴이 양성 교육은 자살을 예방하기 위해 전문 인력을 양성하는 대표적인 프로그램 중의 하나로 인식되고 있다(WHO, 2014).

생명지킴이 양성 기본 교육 과정은 자살의 이해, 자살에 대한 현황과 심각성, 생명지킴이로써 자살의 징후를 보고·듣고·말하기, 위험군에 맞는 의사소통방법 익히기 등으로 구성되어 있다(정신건강증진센터, 2017). 현재 국내 자체 개발 프로그

램인 보고·듣고·말하기(SafeTalk) 교육도 한국형 생명지킴이 양성교육으로 활발하게 확산되고 있다(한국자살예방협회, 2017). 생명지킴이는 자살위험군을 발견하면 징후를 파악하고 자살위험자를 도와 올바른 센터나 전문가에게 연결하는 역할을 한다. 생명지킴이는 자살위험자를 직접 상대하거나 문제해결에 개입하는 역할은 수행하지 않으며 적절한 자원으로 적시에 연계하는 역할을 주로 수행하여 위험군에게 1차적인 정보를 제공하고 있다. 추가적으로 생명지킴이는 항상 대상자의 상황을 공감하고 경청하려는 태도를 갖고 있어야하며 자살위험자의 결정에 영향을 미치는 역할이 아닌 자살 위험이 있는 대상자를 식별하고 보호하는 임무를 수행한다(한국자살예방협회, 2017).

장애인 자살을 예방하기 위해서 생명지킴이와 같은 게이트키퍼 양성 교육이 실시되는 것이 필요하다. 그러나, 장애인 자살 예방을 위한 생명지킴이 교육은 추가적으로 장애와 관련된 전문 내용이 포함되어야 한다. 예를 들어, 시각장애, 청각장애, 지체장애, 발달장애, 지적장애 등을 포함하여 15개 장애 유형의 기본 특성, 장애로 인한 심리적 문제, 장애와 사회적 차별 등과 관련된 내용이 생명지킴이 기본 교육과정에 추가될 필요가 있다. 다양한 유형별 장애를 충분히 이해하지 못하고서는 각 장애인에게 적합한 자살 예방 서비스를 제공하는 것은 부적절하다. 자살위험 징후를 파악함과 동시에 위험장애인의 장애유형을 알고 대처할 수 있는 능력이 요구된다. 그러나 현재 실시되고 있는 생명지킴이 교육에는 이러한 장애와 관련된 내용이 포함되어있지 않아 장애인이나 가족을 대상으로 충분한 서비스가 제공되지 못하고 있다.

이러한 문제점을 해결하기 위해 장애인 단체, 장애 기관 및 시설 종사자, 장애인 활동보조인 등을 장애인 자살예방을 위한 생명지킴이로 양성할 수 있다. 장애인 단체, 장애 기관 및 시설 종사자 등은 일반 자살예방사업 관계자에 비해 유형별 장애에 대한 이해가 높고, 직장 내 동료나 내담자로 장애인을 만나고 유형별 장애인의 생활과 행동을 이해할 수 있는 환경에 놓여있어 생명지킴이의 역할을 수행하기에 적합하다.

장애인 활동보조인 역시 40여 시간의 장애 이해교육을 포함한 활동보조인교육을 이수하고 현장에서 다양한 장애인들을 대면할 기회가 많다. 활동보조인들은 보조하는 장애인의 자살징후를 파악하고 누구보다 자살위험 장애인을 이해할 수 있는 관계자이기 때문에 생명지킴이로 양성하는 것이 효과적일 수 있다(WHO, 2014).



4) 장애인 가족지원서비스와 가족상담 서비스

자살예방사업의 가족지원서비스는 자살 유가족을 위한 지원서비스와 자살위험군에 조기개입을 통한 가족지원서비스의 2가지로 구분되어 있다. 자살유가족을 위한 지원서비스는 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제20조(자살시도자 등에 대한 지원)에 근거하여 자살시도자와 자살자의 가족에게 제공되는 심리상담 및 치료 지원 서비스이다. 자살유가족을 위한 지원서비스는 추가적으로 발생할 수 있는 자살을 예방하기 위한 지원서비스이다(중앙자살예방센터, 2017).

자살로 사망한 가족원을 사망 신고하기조차 어려운 사회의 편견·선입견은 남은 가족 구성원의 생활을 위축시키고, 전체 가족 구성원의 자존감을 추락시키는 요인이 되기도 한다. 이런 자살유가족을 위한 지원서비스는 중앙심리부검센터를 중심으로 하여 지역의 정신건강증진센터와 자살예방센터에서 운영하고 있다. 자살유가족을 위해 제공되는 서비스로는 자살유가족 대상 자조모임 운영, 애도상담, 집단상담 등이 있다.

자살위험군의 조기개입을 통한 가족지원서비스는 자살위험군, 당사자의 대인관계 연대감 확충을 통한 자살위험 요인의 해소 등을 목적으로 실시되고 있다. 지원 서비스로는 사례관리, 개별 또는 집단상담, 인지 정서지원 등이 있으며, 미술, 음악, 원예나 웃음치료 등과 같은 다양한 방법의 상담 및 치료 프로그램으로 구성되어 있다. 이러한 지원서비스들은 지역을 거점으로 지역 환경과 특성에 맞추어 제공되고 있다. 자살위험군의 조기개입을 통한 가족지원서비스는 자살위험군의 대인관계망의 확충을 위한 프로그램이기 때문에 다른 자살예방지원 서비스에 비해 지자체의 자살예방 의지에 따라 서비스 정도가 상이할 수 있다. 그러나 이러한 가족 구성원들을 위한 자살 예방 프로그램에 장애인 가족을 위한 구체적인 서비스나 고려사항이 존재하지 않아 장애인 가족의 문제를 전문적으로 상담하고 치료할 수 있는 기능이 부족한 실정이다.

5) 장애인 동료상담

자살예방을 위한 동료상담은 청소년 자살예방을 위한 포레상담(손정남, 2011; 이승연, 2008), 노인 자살예방을 위해 지자체의 노인복지관 또는 노노상담센터를 위탁기관으로 시행되고 있는 노노상담(윤가현, 김은주, 2010)이 대표적이다.

청소년을 위한 또래 상담은 학교를 거점으로 전체 학생 중 상담 자질이 있는 학생이나 친구를 돕는 일에 관심이 높은 청소년을 대상으로 자살위험 교육 및 동료상담을 실시하여 청소년 자살을 예방하는 프로그램이다. 또래 상담가는 교내·외 친구들 중 자살 위험이 있는 청소년들과 친밀한 관계를 유지하고 위기에 처한 친구들을 돕는 활동을 한다. 청소년 또래상담 활동은 동아리 형식으로 운영되며, 정신건강증진센터, 자살예방센터, 청소년 지원센터 등의 지역기관들에 활동관련 교육·상담·치료지원과 연계 체계를 구축하고 있다.

노노상담은 60세 이상 어르신과 저소득층 어르신을 대상으로 생활·복지 상담, 심리·정서 상담, 법률·세무 지원, 저소득 지원 등 포괄적인 지원이 제공되는 프로그램이다. 더욱이 1:1 상담이 필요한 독거 또는 저소득 소외계층 어르신에게는 가정방문을 통한 상담서비스를 제공하고 있으며, 우울, 고독감, 자살 등의 심리문제를 앓고 있는 어르신을 대상으로는 심리·정서 상담을 진행하며, 생활고충, 가족문제, 노인학대, 대인관계 등의 지원이 필요한 어르신을 대상으로는 생활·복지 상담을 지원하고 있다. 또한 미술심리치료와 같은 상담기법을 통해 폐쇄적인 어르신에 상호공감의 기회를 제공하거나 지역 내 경로당을 거점으로 다양한 부대 프로그램을 통해 어르신의 즐길거리를 제공하기도 한다(서울노인복지센터, 2017).

동료상담은 장애인의 심리적 지원과 정서적인 안정감을 높일 수 있는 주요한 중재 방법 중에 하나이며 여러 장애관련 기관이나 단체에서 제공하고 있다. 특히 중증·중도장애를 입은 장애인에게는 동료상담이 삶의 의미를 재발견하는데 긍정적인 요인으로 작용하고 있다(Center for Independent Living, 2017; Livneh, 2001). 이러한 동료상담을 장애인 자살 예방 프로그램에 적용함으로써 직·간접적으로 장애인 자살을 예방할 수 있으며 장애인 동료상담가의 역할과 기능을 강화시킬 수 있는 계기가 되기도 한다.

Ⅳ. 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 질적 조사



1

포커스그룹인터뷰 개요

장애인 및 장애인 가족의 자살 및 정신건강과 관련된 사회적 문제는 지속적으로 증가할 가능성이 높으며 이에 따라 자살을 예방하기 위한 제도적 및 정책적 지원이 필요한 상황이다. 특히 장애인과 관련된 자살의 원인 및 예방책에 대한 연구와 조사는 현저히 부족한 상황이며 이에 장애인 자살을 예방하기 위한 전문적인 조사와 적극적인 지원이 필요하다. 이에 본 연구에서는 자살을 시도 혹은 생각해 본 장애인들의 관점에서 장애인 및 장애인 가족의 자살 원인과 함께 자살을 예방하기 위한 제도적 지원에 대해 토론 과정을 거쳐 구체적이고 실용적인 방안을 도출하였다. 이와 더불어, 장애분야에서 복지 서비스를 제공하는 전문가 및 자살 예방 서비스를 제공하는 전문가들을 대상으로 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 제도적인 방안에 대해서 조사하였다. 본 연구의 내용은 궁극적으로 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 가장 적합하고 효율적인 서비스를 제공하기 위한 기초 자료로 활용 가능하다.

1) 연구 설계 및 질문의 개발

본 연구는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 방안을 마련하기 위해 포커스그룹인터뷰(Focus Group Interview, FGI) 방법을 이용한 질적 연구이다. 질문을 개발하기 위해 연구자들은 FGI 연구방법 절차에 따라 질문의 원칙을 숙지하고 연구 목적을 명확히 한 후 그러한 목적에서 질문이 벗어나지 않도록 하였다. 책임 연구자 및 공동연구자들은 질문의 초안을 작성하고 상호검증을 하였으며 연구의 자문위원들에게 질문에 대한 자문을 추가적으로 요청하였다. 자문위원들의 자문을 거쳐 질문의 최종안이 도출되었으며 <표Ⅳ-1-1>과 같은 구체적인 질문을 개발하였다.



〈표 IV-1-1〉 포커스그룹인터뷰 질문 내용

구분	질문내용
시작 질문	간단히 서로를 소개하도록 하겠습니다. 성함, 직책, 소속기관 등에 대해서 간단히 설명해 주세요.
도입 질문	장애인 및 장애인 가족의 자살 문제에 대해서 어떻게 생각하시는지 말씀해 주세요.
전환 질문	장애인 및 장애인 가족이 자살을 생각하게 되는 이유, 상황 등에 대해서 말씀해 주세요. 본인 혹은 주위 사람 중에 그러한 경험이 있다면 함께 말씀해 주세요.
주요 질문	장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위한 방법은 어떠한 것들이 있는지 말씀해 주세요. 현재 제공되고 있는 복지 서비스 중 개선이 필요한 서비스는 어떠한 것들이 있는지 말씀해 주세요. 현재 제공되고 있지 않는 서비스라도 필요한 서비스가 있다면 말씀해 주세요. 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위해 가장 시급하게 필요한 것들은 어떠한 것인지 말씀해 주세요.
마무리 질문	말씀하신 내용 및 토의된 내용을 간략하게 요약해보겠습니다. (요약 후에) 잘 요약이 되었습니까? 요약한 내용 중에서 빠진 것이 있거나 추가하고 싶은 의견이 있으시면 말씀해 주세요.

2) 자료 수집 과정 및 절차

질적연구는 양적연구와 달리 소수의 연구참여자들을 대상으로 연구주제와 관련된 자료를 수집하는 연구방법으로써 연구목적에 대한 가장 바람직하고 유용한 정보를 제공해줄 수 있는 참여자를 선택하는 것이 중요하다(Morse & Field, 1995). 참여자 선정을 위해 책임연구자와 공동연구자들은 장애인 관련 기관에 연락하여 자살 경험 혹은 자살 충동을 강하게 느낀 경험이 있는 장애인 당사자와 자살관련 현장 전문가들을 섭외하였으며 자문위원들의 추가적인 자문을 통해 최종 참여자를 선정하였다. FGI는 질적연구방법의 하나로써 소수의 선정된 참여자가 그룹에 참여함으로써 특정 서비스, 상품, 개념 등에 대해서 본인들의 견해, 의견, 사고, 태도 등을 이야기하고 토론하며 이러한 토론 과정을 통해 얻어진 자료를 분석하는 연구 방법이다. 질문은 상호 역동적인 그룹 내에서 제시되며 이러한 그룹 환경 내에서 각 참여자들은 본인의 의견을 자유롭게 공개적으로 밝히며 그룹의 다른 참여자들에게 제시한다. FGI 과정을 통해 연구자는 그룹에서 제시된 주요한 내용이나 사실들을 기록 및 요약하며 이를 위해 연구자는 효율적이며 전문적인 답변을 얻기 위해 참여자를 신중하게 선정해야 한다. 일반적으로 FGI 연구는 양적 연구를 수행하기 어려

을 때, 그룹 내 참여자들 간의 상호작용이 필요할 때, 복잡한 행동이나 동기를 밝히고 이해하고자 할 때 활용 가능하다(Creswell, 2003; Wikipedia, 2017).

본 연구에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 방안을 논의함에 있어 장애 분야 전문가와 자살 예방 관련 전문가를 대상으로 2회에 걸쳐 FGI를 실시하였다. 각 FGI의 집단 간 차이를 고려하여 첫 번째 그룹은 장애인 당사자로서 장애계에 종사하고 있고, 자살 시도 혹은 자살 생각 경험이 있는 참여자들로서 장애인 자살 원인 및 자살 예방에 대해서 논의하였으며, 두 번째 그룹에서는 장애 분야에서 복지 서비스를 제공하고 있는 전문가와 일반 자살 예방 서비스를 제공하고 있는 전문가들로 구성되어 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 방안에 대해서 토론했었다. 1차 FGI는 2017년 7월 장애인 당사자이면서 장애분야에서 활동하는 전문가 5인을 대상으로 진행하였으며, 2차 FGI는 2017년 8월에 장애분야 서비스 제공 담당자와 일반 자살 예방 분야 전문가 7인을 대상으로 실시하였다. 연구 참여자들은 대상자 선정기준에 적합한 장애 분야 전문가 9인, 자살 예방 관련 전문가 3인으로 구성하였고, 전체 대상자 가운데 장애당사자는 6명이었다. FGI에 참석한 연구 참여자의 일반적 특성은 <표 IV-1-2>와 같다. 연구자는 각 FGI 전에 참여자들에게 연구의 목적, 방법, 향후 계획 등에 대해서 설명하였으며 인터뷰에 소요된 시간은 각각 2시간 정도였다.

<표 IV-1-2> 포커스그룹인터뷰 참여자의 일반적 특성

구분		주요 활동영역	성별	장애유무
1차 FGI	참여자1	장애인복지	남	유
	참여자2	장애인복지	남	유
	참여자3	장애인복지	여	유
	참여자4	장애인복지	여	유
	참여자5	장애인복지	남	유
2차 FGI	참여자6	자살예방	남	무
	참여자7	장애인복지	남	무
	참여자8	장애인복지	여	무
	참여자9	장애인복지	남	무
	참여자10	자살예방	남	무
	참여자11	장애인복지	여	유
	참여자12	가족지원	여	무



인터뷰는 각 대상자들로부터 장애인 및 장애인 가족의 자살과 관련된 새로운 진실이 더 이상 나오지 않는다고 생각되는 자료의 포화시점까지 진행되었다. 책임 및 공동연구자들은 참여자들이 제약을 받지 않고 자유롭게 논의할 수 있도록 하였으며 특히 일부 참여자가 토론을 독점하거나 일방적인 주장을 하지 않도록 하였고 모든 참여자가 연구주제에 대해서 이야기하도록 하였다. FGI 중에 참여자들이 논의한 내용은 모두 녹음하였고 이후 분석을 위해 녹취록을 작성하였다.

3) 자료 분석

본 연구에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살에 대한 경험과 자살 예방을 위한 방안을 이해하기 위해 장애당사자와 전문가 집단에서 나온 자료를 분리하여 분석하였다. 자료 분석은 현상에 대한 폭넓은 이해를 높이기 위해 내용분석(Content Analysis) 방법을 이용하였다(Creswell, 2003). 연구자는 FGI 내용을 반복적으로 분석하면서 의미 있는 단어·문장·단락을 선택하여 개방코딩(open coding)을 하였다. 유사한 문장과 단락으로 자료를 구분하고 구분된 문장에서 하위주제를 도출하고 최종적으로 주제를 도출하여 명명하였다(Creswell, 2003). 도출된 주제의 신뢰도를 확보하기 위해 연구자들이 순차적으로 명명된 주제와 하위주제들을 검토하였으며 추가적으로 자문위원의 자문을 통해 최종적으로 주제화하였다.

2 포커스그룹인터뷰 분석 결과

본 연구의 분석결과 장애인 및 장애인 가족의 자살에 대한 경험 및 자살 예방을 위한 방안과 관련해 10개의 주제가 도출되었다. 자살 원인과 관련된 주제로는 심리적 충격으로 설수조차 없음, 빈곤에 의한 고통, 서비스 미흡으로 인한 제도적 모순, 가족이 주는 고통이며, 자살 예방과 관련된 주제로는 서비스를 통한 지원, 서비스 전달 체계 개선, 관련 법률의 개정, 게이트키퍼 교육, 장애관련 거시적 틀의 변화, 의료적 패러다임 탈피이다.

1) 장애인 및 장애인 가족 자살의 원인

(1) 주제 1: 심리적 충격으로 설수조차 없음

심리적 충격으로 설수조차 없음 주제는 장애인이나 그 가족들이 장애라는 스트레스 상황에 직면했을 때 느끼는 극한의 감정이나 정서적 충격을 표현하고 있다. 특히 중증 장애(예를 들어, 척수장애, 전맹 시각장애 등)를 입게 되면서 느끼는 심리적인 충격은 좌절, 분노, 우울감, 고립 등 인간이 경험할 수 있는 극단적인 심리적 공황상태를 가져다준다. 본 주제에 해당하는 하위주제로는 자존감 붕괴를 모르는 주위 사람들, 급격한 생활변화에서 온 충격, 장애 수용의 지연에서 오는 위험, 외로움으로 인한 자살 충동, 차별이 가져다준 자괴감, 사회에 대한 불만이다.

① 자존감 붕괴를 모르는 주위 사람들

자존감은 인간이라면 누구나 갖고 있는 자기성취의 감정으로써 어떠한 경우라도 자존감이 무너지거나 손상을 입는 경우에는 심각한 심리적 충격을 받게 된다. 특히 중증장애는 기존에 본인이 행하던 생활이나 활동을 하는데 있어 커다란 장애물이 되기도 하며 그로 인해 자존감은 상당부분 손상을 입을 수 있다.

“자살을 시도하려는 사람은 존재에 대한 존엄에 상처를 받은 사람들이잖아요. 자살을 시도하기 전에 자신의 존재에 대해 주위 사람들에게 무언의 사인을 보내지만 사람들은 그 가 보내는 사인을 인지하지 못하거나 외면하죠.(참여자 3)”



② 급격한 생활변화에서 온 충격

일부 중증장애(예를 들어, 척수장애, 전맹 시각장애 등)는 급격한 생활의 변화를 야기 시키는 경우가 많으며 이러한 생활 변화는 대부분의 경우 부정적인 것으로써 장애인이 되기 전에는 쉽게 할 수 있었던 것들을 더 이상 할 수 없게 하는 경우가 많다. 예를 들어, 척수장애로 인해 더 이상 스스로 대소변을 볼 수 없는 경우, 전신 마비로 인해 가족의 1:1 도움을 항시 필요로 하는 경우, 전맹 시각장애로 인해 운전이나 인쇄물을 읽을 수 없는 경우 등과 같은 생활변화는 장애인에게 심리적으로 커다란 충격을 가져다주며 결국 자살이라는 극단적인 결정을 하게 하는 요인이 되기도 한다.

“중도 장애인들 보면 갑자기 하루아침에 교통사고라던가 아니면 질병으로 인해서 원인 질환이 발생한 전과 후가 내 삶이 바뀌는 거잖아요. 패턴 자체가 완전히 바뀌는 건데.(참여자 4)”

③ 장애 수용의 지연에서 오는 위험

장애 수용이란 개인이 장애를 입고 긍정적으로 장애를 받아들이고 재활해 가거나 혹은 부정적으로 장애를 받아들이지 못하고 우울, 불안, 소외 등과 같은 부정적인 심리상태에 놓이게 되는 일련의 과정을 말한다. 장애를 입은 이후 일부 장애인들은 단시간에 긍정적으로 장애 수용의 과정을 통과하기도 하지만 일부 장애인이나 그 가족들은 장시간 장애를 받아들이지 못하거나 장애에 대해서 부정적인 시각을 지속적으로 표출하기도 한다. 이러한 부정적인 장애 수용으로 인해 장애인들이 자살을 생각하거나 시도할 수 있는 상황에 처하기도 한다.

“늪에 빠져서 못 일어나는 사람들. 어떤 사람은 몇 달 만에 금방 과정을 통과하는 사람들도 있지만 빠져서 못 헤어 나오는 사람들도 있어요. 그래서 장애 판정 할 때, 그런 장애 수용 정도라든지 아니면 금방 저런 위험군이 있는 어떤 심리적인 상태에 있는지 체크리스트를 만들어서 보는 것은 중요할 것 같다는 생각이 듭니다.(참여자 2)”

④ 외로움으로 인한 자살 충동

외로움이나 고립감 등은 자살 충동을 갖게 하는 대표적인 부정적 심리 상태로써

다수의 연구자들이 자살의 주요한 원인으로 지목하고 있다. 장애로 인한 불편함과 함께 지역사회 활동에 자유스럽게 참여할 수 없는 상황은 소외감과 외로움을 발생시키며 결국 사회적 관계와 교류의 단절로 고독사와 같은 극단적인 상황을 야기하기도 한다. 특히 이동이 부자연스러운 장애인의 경우에는 이러한 상황에 처할 확률이 높으며 그로 인한 부정적인 심리상태를 경험할 위험성 역시 높다.

“특히 자기를 보호하고 있는 보호자가 세상을 떠났거나 나이가 많아서 집에 혼자 있게 됐다거나, 외로운 경우, 가정 해체문제, 이런 것들이 자기존중감 손실되는 상황들이 많고 특히 혼자 사는 사람들이 위험군이 높아서 혼자 있다 보면 욕하는 마음이라든지 그런 가능성이 있잖아요.(참여자 2)”

⑤ 차별이 가져다준 자괴감

인간은 사회적 존재로써 주위 사람들과의 관계 유지는 무엇보다도 중요한 사회 활동의 하나이다. 그러나 장애로 인한 사회적 단절, 차별, 편견 등은 장애인들을 더욱더 사회 속에서 살아가기 어렵게 하는 요인이 되기도 한다. 장애에 대한 사회적 태도와 인식은 국가나 문화에 따라서 상이하지만 일반적으로 장애에 대한 부정적인 인식은 장애인들의 사회참여를 막고 장애인들의 고립감을 높이는 것으로 알려져 있다.

“자살하는 유형이 보면 장애 때문에 충격이 있다거나 심각한 차별을 받았다거나 이성으로부터의 이별을 맞았다거나, 이런 경우, 장애 때문에 헤어져야 되는 상황 이런 것들로 자살을 하기도 해요.(참여자 1)”

⑥ 사회에 대한 불만

비록 장애가 본인의 과실로 인해 발생하였더라도 장애를 받아들이지 못하는 사회 속에 사는 경우에는 장애인 당사자가 느낄 수 있는 우울, 소외감과 같은 개인적 감정은 사회를 향한 불만으로 표출되기도 한다. 특히 불특정 다수에 대해서 불만을 갖거나 사회 제도나 체계에 대해서도 강한 분노 등을 느끼는 경우도 있으며 그로 인해 장애인 당사자의 정신 건강에도 악영향을 미치기도 한다.



“한 가지 방법은 막연한 불특정 다수에 대한 원망을 행동으로 나타낸 다는 것, 사전 보복이나 그런 걸로 나타날 수 있어요.(참여자 2)”

(2) 주제 2: 빈곤에 의한 고통

경제적인 어려움은 장애인 및 비장애인 모두의 삶의 질과 생활 여건을 저해시키는 사회적 요소로 인식되고 있다. 특히 자본주의 사회에서 경제적 자립과 물질의 풍요로움은 한 개인의 삶의 질을 높이고 사회참여를 증대시키는 한 방안으로써 빈곤으로 인한 경제적 의존이나 생활의 어려움은 자살과 같은 극단적인 결정을 하게 하는 주요한 원인이 되기도 한다. 장애인의 경우에는 장애에 대한 사회적 차별, 채용 과정에서의 차별 등의 이유로 비장애인과 비교해 원만하고 적절한 경제 활동을 하기가 어려우며 이로 인한 자살 충동을 경험할 가능성이 높다. 본 주제에 해당하는 하위주제로는 가족 때문에 일자리도 포기, 사회적 장벽에 의한 구직 좌절이다.

① 가족 때문에 일자리도 포기

발달장애, 척수장애 등 일부 장애의 경우 자식 혹은 가족을 지속적으로 돌보고 지지하기 위해 직장을 사직하는 경우가 있다. 특히 24시간 가족의 도움을 필요로 하는 경우에는 부모 중 한사람이 경제활동을 포기해야하는 경우가 많으며 그로 인한 경제 자립도의 저하로 빈곤한 생활을 하기도 한다.

“발달 장애 자녀를 두고 있으면 정상적인 직업을 갖기가 어렵습니다. 그리고 요즘은 남자가 댔든 여성이 댔든 일들을 가지고 있거든요. 최소한 두 사람 중에 한 사람은 일을 가질 수가 없어요.(참여자 7)”

② 사회적 장벽에 의한 구직 좌절

장애인의 경제활동 참여는 비장애인에 비해 1/3 정도에 그치고 있으며 이로 인해 장애인들은 빈곤한 삶을 살고 있는 경우가 많다. 특히 장애에 대한 부정적인 인식과 편견은 구직 및 채용 과정에서 장애인이 원하는 직장을 구하지 못하게 하는 주요한 원인 중의 하나이며 결국 장애인들의 경제활동 참여율을 현저하게 감소시키기도 한다. 취업을 목적으로 장기간 여러 차례 시도를 하였으나 구직을 하지 못하

는 경우, 구직 이후 장애로 인해 직장을 유지하지 못하는 경우, 비장애인과의 경쟁에서 장애로 인해 뒤처지는 경우 등 경제활동과 관련해 여러 형태의 차별을 경험하는 경우에는 심리상태가 극도로 악화되기도 한다.

“이 사람은 다른 직장을 구하고 컨트롤 하고 싶은데 노력은 하지만 계속 사회에서 장벽을 느끼니까 좌절을 하게 되는 거예요. 그런 경우에는 되게 상담만으로 부족하거든요. 그래서 그런 서비스도 결국에는 그냥 자살 충동이 있는 사람을 감정을 없애는 게 아니고 그 사람이 현실적인 문제들을 할 수 있는 방안으로 좀 바뀌어야하지 않을까.(참여자 4)”

(3) 주제 3: 서비스 미흡으로 인한 제도적 모순

현재 장애인을 위해 활동지원서비스, 개별복지지원서비스 등 일부 서비스가 제공되고는 있으나 자살 경험을 한 장애인들은 그러한 서비스가 자살 시도를 예방하기에 상당히 부족하거나 부적절하다는 의견이 많았다. 특히 서비스의 종류로는 다양하지만 그러한 서비스가 진정 장애인 및 장애인 가족에게 도움이 되지 못하는 경우도 자주 보고되었다. 본 주제의 하위주제는 갈 곳 없는 장애인, 찾아가는 복지서비스의 어두운 그림자, 24시간 서비스 절실, 활동지원 서비스 수가 조정 필요, 장애를 모르는 일반 자살 예방 서비스이다.

① 갈 곳 없는 장애인

탈시설 정책으로 지역사회에 거주하는 것이 보편화되고는 있으나 일부 중증장애인의 경우에는 지역사회에 있는 복지시설이 입소를 거부하는 사태가 발생하고 있으며 그로 인해 장애인들이 지역사회 내에서 소외되거나 서비스를 적절히 제공받지 못하는 경우가 있다. 중증 발달장애인의 경우 공격적인 행동이나 이상행동을 보이는 경우 서비스 이용이 제한되기도하며 일부 중증장애인은 지역사회에서 방치되고 있어 해당 장애인의 가족들까지 2-3배의 고통을 겪고 있다.

“지금 현재 지역사회에 있는 장애인들은 시설로 들어갈 수 있는 길이 사실상 막혀있습니다. 그런 상황에서 주간보호센터에서 삼진아웃제를 한다고 하면 장애 특성을 좀 갖고 있는 분들은 갈 곳이 없는 거예요. 즉 부모가 살아있을 때는 괜찮은데 사후는 어찌라는 얘기에요.(참여자 7)”



② 찾아가는 복지서비스의 어두운 그림자

복지 서비스를 필요로 하는 대상자들을 위해 적극적인 복지 서비스를 제공할 목적으로 찾아가는 복지 서비스를 실시하고 있다. 그러나 인력 부족, 홍보 부족, 장애인식 부족 등으로 장애인들은 아직 적절한 서비스를 받지 못하고 있다. 특히 기초수급 및 차상위 기준 등 서비스를 받기 위한 기준이 까다롭고 장애인의 자존심 등을 타인에게 드러내야 하는 이유로 정작 서비스를 필요로 하는 사람들이 서비스를 기피하기도 한다.

“찾아가는 복지 서비스라고 하지만 찾아오지도 않고 1인 가구가 점차 늘어나는 추세여서 현실에 맞는 복지 서비스가 절실해요. 설령 찾아온다 해도 자신의 치부를 다 드러내야 하고 가난을 증명해야 제도권 안으로 어렵게 들어서죠.(참여자 3)”

③ 24시간 서비스 절실

중증장애인일수록 타인과의 교류가 적고 혼자서 거주하거나 고립되는 경우가 많다. 이러한 경우 수시로 타인의 도움을 요청하거나 소통할 수 있는 경로가 마련될 필요가 있다. 특히 24시간 전화 서비스 등은 이동이 불편하고 타인과의 만남을 꺼려하는 장애인들에게 간접적으로 정서적 지원 서비스를 제공할 수 있다. 그러나 아직 24시간 전화 서비스를 알지 못하는 장애인도 많으며 홍보 부족과 전화 서비스 이용에 대한 부정적인 인식 등으로 적시에 필요한 서비스를 활용하지 못하는 경우도 있다.

“가족이나 사회에서 관계 형성에 어려움이 있는 사람은 관계에서 오는 힘들음을 표현할 수 있는 곳이 많지 않아요. 그래서 24시간 자신을 응대해주는 전화 서비스 같은 것이 필요해요.(참여자 3)”

④ 활동지원 서비스 수가 조정 필요

장애인 활동지원서비스는 중증의 장애인의 사회참여를 지원하고 그 가족들의 경제적 및 정서적 부담을 감소시키기 위해서 도입되었다. 장애인들이 일상생활 유지와 사회활동 참여에 활동지원서비스를 이용하고는 있으나 일부 중증장애인들을 활동지원서비스 제공자들이 기피하는 현상이 발생하고 있으며 결국 활동지원서비스

를 제공받지 못하는 경우도 있다. 특히 타 장애 유형보다 지원이나 보호가 더 필요한 전신마비 장애인이나 최중증장애인들은 활동지원서비스 미제공으로 인해 일상 생활 지원을 위한 서비스조차 제공받지 못하기도 한다.

“지금 중증을 너무 기피하는 활동보조인이 너무 많아요. 그런데 활동보조에서 중증 장애를 이해하고 발달 장애도 마찬가지로 활동보조인도 발달장애를 이해하시면 좋을 것 같고, 중증도 했을 때 대접을 받을 수 있는 수가 변경이라든가 그런 것들이 필요하지 않을까. 그렇게 하면 저 같은 경우는 실제로 활동보조인 때문에 가족으로서의 우울감, 부담감이 경감이 됐거든요.(참여자 8)”

⑤ 장애를 모르는 일반 자살 예방 서비스

현재 일반 국민을 대상으로 자살 예방을 위한 여러 기관이 설립되어 운영되고 있으나 장애에 대한 기초적인 지식의 부족, 장애에 대한 정보 부족 등으로 자살을 시도하려는 장애인 및 장애인 가족에게 적절한 서비스를 제공하지 못하고 있다. 현실적으로 일반 국민을 대상으로 하는 자살 예방 서비스는 장애와 같은 특정 집단을 대상으로 서비스를 제공하기 보다는 자살을 시도하려는 전체 국민을 대상으로 하는 경우가 많기 때문에 장애에 대한 올바른 정보 없이 상담을 하는 경우도 있다.

“죽음을 선택 하려는 장애인 당사자와 가족에게 마음을 치유할 장소가 필요해요. 기존에 있는 자살예방센터는 장애로 인해 겪는 여러 가지 어려움을 충분히 공감대를 형성 할 수 없죠.(참여자 3)”

(4) 주제 4: 가족이 주는 고통

장애란 장애인 당사자에게는 개인적인 문제이지만 한 사람의 장애로 인해 그 사람이 속한 가족 전체 구성원들에게까지 영향을 미치기도 한다. 일부 복지 서비스를 통해 장애로 인한 어려움을 해소할 수는 있으나 아직도 가족에 의한 보호 및 케어가 이루어지는 경우가 많으며 그로 인해 장애인 당사자 및 가족이 장애로 인한 부정적인 영향에 직·간접적으로 노출되어 있다. 본 주제의 하위주제는 가족 역시 당황해 함, 가족들이 주는 모멸감, 가족의 해체이다.



① 가족 역시 당황해 함

장애는 장애인 당사자의 문제이며 동시에 그 가족의 문제이기도 하다. 특히 갑작스럽고 충격적인 장애발생은 가족 모든 구성원에게 심리적·정서적 충격을 야기시킨다. 중도장애의 경우 장애에 대한 사전 지식이나 경험이 없는 상태에서 발생되어 그러한 충격이 더욱더 클 수 있으며 가족을 위한 적합한 서비스와 정보 제공의 불충분으로 인해 가족 구성원 전체에 주요한 스트레스 요인이 되기도 한다.

“가족도 이 사실은 대책이 없어서 어떻게 도와줄 수 없는. 어떻게 해야 될지 모르는, 방법을 모르는 경우가 많으니까.(참여자 1)”

② 가족들이 주는 모멸감

자살을 생각하는 장애인의 경우 장애를 둘러싼 사회적·환경적인 요인들이 주요한 원인이기도 하며 동시에 가장 인접한 위치에서 당사자와 관계하고 있는 가족에 의한 부적절한 대우와 반응도 자살 생각을 유발시키는 요소이다. 근거리에서 장애인과 대면하는 가족의 역할은 장애 수용 과정에서 그 비중이 크다고 할 수 있다. 즉 가족의 긍정적인 지지는 장애 수용에도 긍정적인 영향을 미치지만 반대로 부정적인 반응은 수용 과정을 지연시키거나 부정적인 결과를 초래하기도 한다.

“의사가 다른 이야기는 아니고 엄마 데리고 와라는 거였어요. 엄마 병원에 와보라고 한다고 얘기했더니 정신 병원에 간다며 엄마가 네가 돌았냐, 정신 병원에는 왜 갔냐. 너 때문에 쪽팔린다고 매를 맞았어요.(참여자 1)”

③ 가족의 해체

장애는 가족 구성원 간에 심리적 괴리를 야기 시키기도 하지만 더욱더 심각한 경우에는 물리적 해체를 가져오기도 한다. 장애를 둘러싼 가족 간의 불화, 장애로 인한 경제적 손실, 장기간 치료 등은 궁극적으로 가족 간의 해체를 가져올 수 있으며 가족 구성원 간의 유대관계를 와해시키기도 한다.

“자녀 때문에 이혼을 하는 경우도 많습니다. 대부분 남자가 떠난단든가 여자가 떠나는 경우도 저는 봤고요. 이런 구조적인 문제가 있고요. 어떤 경우에는 오랜 간병으로 가족

간에 심각한 불화가 생기기도 하지요.(참여자 7)”

2) 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 방안

(1) 주제 1: 서비스를 통한 지원

자살 예방을 위해서는 현재 제공되고 있는 여러 서비스를 개선하고 발전시킬 필요가 있다. 일부 서비스는 약간의 개선을 통해 효과를 극대화할 수 있으며 경우에 따라서는 새로운 서비스를 추가할 필요도 있다. 본 주제의 하위주제는 활동지원서비스 확대, 동료상담의 긍정적 효과, 독거 장애인을 찾아가는 서비스이다.

① 활동지원서비스 확대

활동지원서비스는 중증장애인의 일상생활과 사회참여를 지원하는 대표적인 서비스로 다수의 중증장애인들이 이용하고 있는 복지 서비스이다. 그리고 활동지원 서비스를 통해 장애인 가족의 정서적 및 경제적 부담을 완화하기도 한다. 그러나 장애인의 상황과 환경에 맞게 활동지원서비스가 제공되지 못하고 있어 장애인들이 소외되거나 사회참여에 어려움을 겪기도 한다. 특히 최중증장애인의 경우 24시간 활동지원서비스의 미제공으로 인해 갑작스러운 사고에 대처하는데 심각한 어려움을 경험하기도 하며 장기간 독거로 인해 높은 수준의 고독감과 소외감을 느껴 자살을 생각하기도 한다.

“장애가 발생을 했다 그러면 기본적으로는 활동보조인이 보통 한 120시간 이렇게 나오거든요. 그런데 이분한테 우울감의 소견이 있다 그러면 조금 더 시간을 지원을 해서 이 사람이 치료 프로그램 이용할 수 있게 한다든가 융통성 있게 접근을 할 필요가 있을 것 같아요.(참여자 8)”

② 동료상담의 긍정적 효과

동료상담이란 유사한 장애나 상황에 처한 사람이 그러한 장애로 인한 어려움이나 고충을 해소하는 방향에 대해 함께 논의하고 의견을 서로 교류하는 상담을 말한다. 특히 동료상담은 중증장애인들 간의 유대감을 높이고 장애와 관련된 유용한 정보를 공유하는 방법 중에 하나로 이용되고 있다. 이러한 동료상담을 통해 장애로부



터 발생할 수 있는 심리적 충격이나 부적응 상태를 최소화할 수 있으며 자살과 같은 극단적인 심리적 공황 상태를 줄일 수 있는 방안으로 간주되고 있다.

“어쨌든 동료상담을 하다보니까 그런 게 있어요. 이게 정말 장애 때문에 생긴 게 아니고 그 사람이 장애로 인한 문제는 같이 장애와 관련된 경험을 나누면서 정보도 제공하고 문제를 해결하는 도움을 드리고 개선이 되거든요.(참여자 4)”

③ 독거 장애인을 찾아가는 서비스

자살 위험군을 분류한 통계에 의하면 독거하는 집단이 자살 시도율이 가장 높다고 알려져 있다. 즉 장애인이나 비장애인이거나 독거하면서 사회적으로 소외되어 있는 사람들의 자살 가능성이 매우 높음을 인지할 필요가 있으며 이들을 위한 특별한 지원 서비스가 시급히 요구된다. 이와 유사한 서비스로는 독거노인을 직접 방문해 사회적 지지를 제공하는 독거노인 지원서비스를 들 수 있으며 이를 응용해 독거하는 장애인을 위한 서비스를 설계할 필요가 있다.

“주변 장애 당사자들, 지인들이 가장 지지도 많이 해주고 하는 건데 이거를 제도화시킨다고 하면 자립생활센터 내에서 동료상담가들 포함 좀 더 활발한, 눈에 보이는 접촉이 이루어져야 하지 않나 이런 생각이 들어요. 가장 위험한 집단은 혼자서 방에서 절대로 안 나오는 장애인들이거든요.(참여자 2)”

(2) 주제 2: 서비스 전달 체계 개선

서비스의 다양화 및 전문화와 더불어 서비스를 전달하는 방식이나 체계는 서비스를 효율적이고 효과적으로 제공하는 중추적인 틀이라고 할 수 있다. 현행 복지 서비스를 어떠한 방식과 흐름으로 제공할 것인가는 장애인 자살 예방에 있어 주요한 논의 대상이며 기존의 전달 체계를 활용하는 방법, 새로운 전달 체계를 설계하는 방법, 기존 및 새로운 전달 체계를 병합하는 방법 등 여러 형태로 구상할 수 있다. 본 주제의 하위주제는 기존의 기관을 통한 접근, 17개 센터를 통한 접근, 장애인 자살 예방 및 연구 센터이다.

① 기존의 기관을 통한 접근

장애인 복지관 및 장애인 자립생활센터는 장애와 관련된 다양한 서비스를 장애인에게 직접적으로 제공하고 있는 지역사회 기관들이다. 이러한 기관의 종사자들은 장애인을 대면하는 경우가 많으며 이들을 대상으로 자살 예방 교육을 실시하여 자살 징후를 발견해 적절한 전문가에게 연계할 수 있다. 또한 동주민센터 역시 장애 등록부터 판정에 이르는 여러 정보를 제공하는 곳으로써 지역사회에 거주하고 있는 장애인에 대한 정보를 이용해 자살 위험군을 발굴하여 장기적이며 주기적으로 관리를 할 수 있다. 그리고 기존에 자살 예방 프로그램이나 핫라인 서비스 등을 제공하고 있는 기관들을 통해서도 장애인 자살에 대한 경각심을 높일 수 있으며 일반 자살 예방 기관과 장애인 기관과의 연계를 활성화하여 자살 사고에 대해 신속하게 예방 및 대처할 수 있다.

“자살이 되게 충동적인 경우가 많기 때문에 현재 상황에서 새롭게 센터 같은 것을 만드는 것은 시간도 많이 소요되는 문제라고 생각이 되고요. 제 개인적인 소견으로는 아까 언급했던 동료상담가들을 많이 양성을 해서 이 동료상담가와 함께 말씀해주셨던 주민센터, 공무원들과 서로 공유가 돼서 같이 제도적인 도움이 필요하면 지역사회와 같이 연계가 되면 좋겠죠.(참여자 2)”

“대부분 혼자 사시는 분들이 경제적으로 더 어려움이 있고 하기 때문에 주민센터 같은 경우를 많이 이용을 하시더라고요. 모르시는 거 있으시거나 이러면 주민센터에 여쭙어 보시고 주민센터 안에 방문자 서비스를 해서 조금씩 하시고 계셔서 그런 일선에 있는 분들에게 장애인들의 문제들, 그런 것들에 대한 교육을 좀 시켜서 그렇게 발굴해 나가면 어떨까 합니다.(참여자 4)”

“저는 생명의 전화를 사용해도 괜찮겠다는 생각을 해요. 주로 죽고 싶다는 생각이 들거나 할 때가 낮보다는 밤 시간대가 많잖아요. 그런데 생명의 전화는 24시간 운영을 하고 이 전화 자체가 잘 알려져 있어서 전화를 하고 싶으신 분들은 이거를 떠올리지 않을까, 장애인 전용 전화를 만들어서 그거를 홍보를 하게 되면 과연 그게 모든 국민들이 생명의 전화 만큼 알고 계실까라는 생각이 들기도 하고요.(참여자 4)”



② 17개 센터를 통한 접근

2015년 12월 29일에 제정된 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제4장에서는 중앙장애인보건의료센터에 대해 제시하고 있으며, 동법 제19조(중앙장애인보건의료센터), 제20조(지역장애인보건의료센터)를 통해 장애인을 위한 의료보건 서비스 전달 체계에 대해 언급하고 있다. 이러한 전달 체계를 통해 장애인 및 장애인 가족의 자살을 포함한 정신건강에 대한 사항 및 예방책과 관련된 서비스를 제공할 필요가 있다.

“장애인들은 장애인건강법에 의해서 건강검진을 받게 될텐데 장애인이라고 특별하게 이렇게 한다는 문제는 있지만 그러한 건강검진 과정에서 어떤 심리적인 부분에 대한 접근을 해서 그 곳에서 심리적인 것이 있다고 하면 17개 보건 센터가 생길텐데 거기에서 어떤 파악을 해서 지금이 됐든 어쨌든 동료상담이 필요하다, 심리상담이 필요하다는 거기에서 해결하는 방법 같은 게 좋을 것 같아요.(참여자 5)”

③ 장애인 자살 예방 및 연구 센터

장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 총체적인 관리와 운영을 위해 장애인 자살 예방을 전담으로 하는 독립된 센터 혹은 기관을 설립할 수 있다. 이러한 기관은 자살 예방과 관련된 연구 및 사업은 물론 통계 수집, 전문가 교육 등 자살 예방과 관련된 다양한 사업을 실시할 수 있다.

“전문적인 전문가가 한 곳 정도는 최소한 있어야 하기는 해야겠다. 중앙에 하나만 있더라도, 그래야 연구도 하고 개발도 하고 교육 할 자료도 만들고 그 다음에 전국에 흩어져있는 위험군이 있는 장애인들한테는 도움 서비스나 다른 사람을 통해서 할 수 있기 때문에 하나의 센터는 필요하다는 생각이 들고요.(참여자 1)”

(3) 주제 3: 관련 법률의 개정

장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해서 현실적으로 신속하게 제도를 개선할 수 있는 방법으로 현행 법률을 개정하는 방법이 있다. 특히 「장애인복지법」과 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 장애인 복지와 직접적으로 연관되어 있는 법률로써 관련 법률을 일부 개정함으로써 자살을 직·간접적으로 예방

할 수 있다. 본 주제의 하위주제는 자살 징후 신고의 의무화, 장애인 건강법에 정신 건강 및 심리 관련 내용 추가이다.

① 자살 징후 신고의 의무화

「장애인복지법」 제59조의4(장애인학대 및 장애인 대상 성범죄 신고의무와 절차)에 의하면 누구든지 장애인학대 및 장애인 대상 성범죄를 알게 된 때에는 수사기관에 신고할 수 있으며, 일부 장애관련 전문가나 종사자는 직무상 장애인학대 및 장애인 대상 성범죄를 알게 된 경우에는 지체 없이 장애인권익옹호기관 또는 수사기관에 신고하도록 하고 있다. 이와 유사하게 장애인 및 장애인 가족의 자살 징후를 발견하는 경우에는 관련 기관에 신고하도록 의무화할 필요가 있다.

“그리고 만약에 정책적인, 이견 장애인 비장애인을 떠나서 자살 시도나 이런 의도를 갖고 있는 분이 했을 때 신고를 의무화 할 수 있으면 더 좋죠.(참여자 10)”

② 장애인 건강법에 정신건강 및 심리 관련 내용 추가

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 2015년 12월 29일에 제정되었으며, 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 하고 있다. 그러나 본 법률은 장애로 인한 신체적 치료, 의료 시설의 접근성, 의료 전문가의 장애인식 등과 같은 내용을 주로 언급하고 있으며 자살과 같은 장애인 정신건강과 관련된 내용이나 지원에 대해서는 규정하고 있지 않다는 한계가 있다. 이에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해서 본 법률에 자살과 같은 정신 건강에 대한 내용을 추가할 필요가 있다.

“지금 아시다시피 거의 다 신체적 건강에 대한 예방이나 그런 걸로 되어있거든요. 그런데 거기에서 건강에 대한 예방이나 치료가 들어가 있지 않더라고요. 그런 부분을 좀 넣어야 할 것 같고, 건강 보험을 할 수 있는데 일상적인 건강관리 제도를 하고 있어요. 장애인 건강관리센터를 만들기 위해서, 운동하고 식이요법 이런 것들도 두 가지 상담이 들어가는데 동료 상담과 심리 상담이 들어가 있어요. 그래서 그런 장애인 건강관리제도로 심리 상담, 정신 건강 증진 이런 것들을 그쪽으로 포함시키는 것은 어떨까.(참여자 5)”



(4) 주제 4: 게이트키퍼 교육

게이트키퍼(gatekeeper)란 장애인 혹은 장애인 가족과 근거리에서 서비스를 제공하면서 정기적으로 접촉하는 전문가들로서 주로 의사, 간호사, 사회복지사, 특수교사, 활동지원인 등을 의미한다. 게이트키퍼는 직무 상 장애인들을 직접적으로 대면하여 서비스를 제공할 수 있으며 그러한 특징으로 장애인의 자살 생각이나 계획을 직·간접적으로 발견할 가능성이 높다. 이러한 게이트키퍼를 대상으로 자살 예방과 관련된 교육이나 훈련을 실시하는 것은 국제적으로 자주 시행되고 있는 자살 예방 중재방법이다. 본 주제의 하위주제는 장애인 관련 전문가 교육, 일반 대민 서비스에 장애인 자살 추가, 장애에 무관심한 의료인이다.

① 장애인 관련 전문가 교육

사회복지사, 장애인활동보조인, 동료상담가, 심리상담사 등은 장애인 및 장애인 가족에게 직접 서비스를 제공하는 전문가들로서 장애인들을 정기적으로 근거리에서 접촉하고 있다. 이러한 전문가들은 일반적으로 전문성을 유지하기 위해 보수교육 형태로 정기적인 교육을 받고있으며 해당 교육에 장애인의 자살 예방과 관련된 기초 교육 혹은 훈련을 추가하여 자살에 대한 민감성을 높일 필요가 있다.

“왜냐하면 복지관 와서 교육을 잘 받으니까 관심을 거라고 생각을 했어요. 그렇지 않았던 거죠 그 분한테는. 그래서 이게 그런 걸 보면 사회복지사 한 달에 한 번 씩 보수교육 받는데요, 장애인 재활이라든가 이거에 대한 과정이 거의 없어요. 저희가 볼 수 있는 게, 책 찾아보고 논문 찾아보면 좋기는 좋겠지만.(참여자 4)”

“활동보조인들은 주기적으로 교육을 받잖아요. 교육 받는 시간을 예를 들어서 친구라고 말하면 좀 이상하겠지만 내 활동보조인 아니면 장애인이 힘들어 하는 부분에 대해서 알려줄 수 있는, 그래서 좀 우리가 모르고 있던 위험군의 장애인을 발견할 수 있는 기회가 되지 않을까 싶어요.(참여자 2)”

“올해, 작년 말부터 해서 동료상담가라고 해서 자격증화 시키고 있는 과도기인데 지금 이 시기에 이러한 접목이 된다고 하면 조금 전문성 있게 교육을 받는 동료상담가들이 좀 접촉이 되면 낫지 않을까라는 생각이 들었어요.(참여자 2)”

② 일반 대민 서비스에 장애인 자살 추가

자살 예방 기관 종사자나 동사무소 일반 행정지원 서비스 종사자들 역시 지역사회에 거주하고 있는 장애인들을 대상으로 직접 서비스를 제공하고 있으며 발생할 수 있는 자살 사고를 미리 예방하기 위해 장애에 대한 이해, 장애와 정신건강 등과 관련된 기본적인 내용을 숙지하고 장애인 대민 업무를 실시할 필요가 있다.

“생명의 전화 교육 커리큘럼에 장애와 관련된 것도 좀 넣어서 상담을 하다가 이거는 좀 필요하다, 다른 서비스의 연계가 좀 필요하겠다는, 다른 장애인 쪽 기관도 서비스로 연계를 해주면 그것도 효과적이지 않을까라는 생각도 드네요.(참여자 4)”

“살고 싶은 의욕이 떨어지고 하는 것들이라서 처음에는 본인 혼자 스스로 끔찍 앓다가 나중에는 어딘가에는 도움을 청하게 되는데 그게 주민센터가 될 수도 있고 저희 같은 장애인 단체가 될 수 있고 다산 콜센터처럼 지자체가 될 수도 있는 거라서 가급적이면 장애인들하고 접촉하시는 여러 문제 종사자들에 대한 교육이 좀 정기적으로라도 성폭력 예방 교육처럼, 정기적으로 이루어지면 좋고.(참여자 4)”

③ 장애에 무관심한 의료인

의사나 간호사 등은 장애를 진단하는 최전선 전문가로서 병원 및 보건 현장에서 장애인을 대할 경우가 많다. 특히 척수장애나 최중증장애인과 같이 중도·중증장애를 입은 사람들을 대하는 경우 그들의 정신건강을 이해하고 자살 시도 징후를 분별할 수 있는 전문 지식과 경험을 갖출 필요가 있다.

“아들 아빠 뇌성마비지만 학력도 높고 직장도 있지만 보호자로 따라가면 의사들이 뇌성마비 쳐다보고 얘기 안합니다. 일반인들 보고 얘기하지. 이런 상태가 2012년부터 5년간 치료를 해서 암이 어떡고 설명을 해줘야 되는데 다짜고짜 돈 많아요? 물어보더니 돈 없는데요 했더니 지금 사는 아파트 보증금을 빼서 간병인이나 구해라라고 얘기를 하더라고요. 살날 얼마 안 남았다. 그러면서 장애인이고 환자 있는데서 그렇게 얘기를 하더라고요.(참여자 8)”



(5) 주제 5: 장애관련 거시적 틀의 변화

자살은 단순히 일부 제도나 정책을 개선함으로써 해결되는 문제가 아니며 사회적 환경, 관련 정책, 자살과 연관된 당사자 및 주위 사람들의 모든 노력이 총체적으로 결합되어야 해결이 가능하다. 다수의 정책과 제도를 포함한 거시적 제도 개선을 통해 보다 효율적이며 체계적인 자살 예방이 가능하다. 본 주제의 하위주제는 장애 등록 시 정보 제공, 체크리스트 개발과 적용, 부양의무제의 폐단이다.

① 장애 등록 시 정보 제공

장애 등록은 장애관련 서비스를 받기 위한 가장 기본적이며 핵심적인 행정적 절차이다. 모든 장애인들은 장애 등록을 신청 및 완결해야 복지 서비스를 합법적으로 제공받을 수 있다. 이러한 장애 등록 절차를 통해 장애로 인한 심리적 충격이나 자살 충동을 느낄 때 자살을 예방할 수 있는 관련 정보를 사전에 제공할 필요가 있다.

“처음 장애인 등록할 적에 이런 만약에 무슨 장애인이다, 이런데서 상담 받을 수 있다고 안내를 받으면 이분들이 좀 마음이 내킬 때, 전화 해야겠다 이런 생각을 하지 않느라 싶더라고요.(참여자 4)”

② 체크리스트 개발과 적용

자살 충동이나 구체적인 자살 계획 여부를 간접적으로 확인하는 방법으로 체크리스트나 설문을 이용할 수 있다. 이러한 목적으로 현재 여러 유형의 체크리스트를 활용할 수 있으며 장애 등록, 복지시설 방문 등 초기 서비스를 이용하는 장애인을 대상으로 체크리스트를 적용해 기본적인 정신건강 상태를 확인할 수 있다. 또한 설문 결과에 따라 관련 서비스를 연계하거나 유용한 정보를 제공하여 궁극적으로 자살을 예방할 수 있다.

“일단은 우리가 어떤 현상이 있으면 체크하는 체크리스트를 만들 수 있잖아요. 예방해야 된다는 이론적인 것을 교육하는 것도 중요하지만 체크리스트가 필요할 것 같아요. 10개 군항 중에서 3개 이상 체크하면 위험 요소가 있거나 위험군에 포함되어있다는 것을 분류할 수 있는.(참여자 1)”

③ 부양의무제의 폐단

부양의무제는 가족 구성원의 경제적 수입에 따라 장애인 당사자의 수급여부가 결정되는 것으로써 장애인의 빈곤을 가족에게 전가한다는 비판을 받고 있는 제도 중 하나이다. 가족이 장애인에게 직접적으로 경제적인 도움을 주지 못하는 경우라도 부양의무제에 의해 장애인은 수급혜택을 받지 못해 빈곤한 삶을 살다가 자살하기도 한다.

“미국의 경우를 생각해서 나온 얘기일 수도 있는데 일단은 미성년자일 때는 부모가 봐야 한다는 것은 쉽게 이해가, 모든 사람이 받아들여지는데 미국은 그렇지요. 성년이 되면 양육권을 국가가 가져가고 더 이상 가정으로부터 독립되게 되어있는데 우리도 그렇게 되어야 할 필요가 있죠. 그럼 부양 의무제가 폐지되죠.(참여자 7)”

(6) 주제 6: 의료적 패러다임 탈피

패러다임은 어떠한 상황을 바라보는 관점의 하나로써 장애의 원인을 인식하는 관점에 따라 의료적 혹은 사회적 패러다임 등으로 구분할 수 있다. 의료적 패러다임은 장애의 원인을 의학적으로 이해하는 것으로 특히 자살의 원인을 정신적 증상인 우울증, 불안 등에 의한 것으로 간주한다. 그러나 이러한 의료적 패러다임은 장애인의 자살 원인을 정확히 파악하지 못하고 피상적으로만 이해하는데 그치고 있으며 장애인 자살과 관련된 환경적 요소를 파악하지 못하는 단점이 있다. 본 주제의 하위주제로는 의료적 패러다임에 매몰, 인력 보충과 예산의 균형적 분배이다.

① 의료적 패러다임에 매몰

장애인 자살과 관련된 대부분의 접근 방식은 장애를 의료적으로 이해하는 의료적 패러다임에 국한되어 있는 경우가 많다. 그래서 자살의 원인을 우울, 불안 등과 같은 정신질환에 의한 것으로 간주하는 경우가 흔하며 결국 정신보건에 치중하여 정책이나 제도가 마련되고 있다. 이러한 의료적 패러다임은 장애인이 자살을 하는 원초적 동기가 사회적 및 환경적인 요인과 관련되어 있음을 간과하는 문제점이 있다.

“너무 건강적인, 의료적인 접근만하고 있어요. 그게 전부가 아니잖아요. 자살 전문가는 정신 의학과 교수다, 의사다 이런 생각을 가지고 있는 게 큰 문제인 것 같아요. 접근 방식



의 문제인 것 같아요. 정신 건강 담당자 중에 2명이 있다 보니까 의료적인 접근이거든요. 예방하고 정책을 수립하고 자살 예방 활동을 하는 곳은 다 의사들이예요.(참여자 11)”

② 인력 보충과 예산의 균형적 분배

장애인 자살의 원인을 의료적으로 이해하려는 접근으로 인해 보건 및 의료관련 기관에 인적 및 재정적 지원이 편중되어 있다. 특히 민간 자살 예방 전문가 및 기관을 육성하고 보건 영역과의 균형적인 발전을 위해서는 민간 자살 예방 기관에 보다 많은 인적 및 물적 지원이 요구된다.

“의료적인 접근 외에 다양한 기관 단체들이 협력을 해서 같이 도울 수 있도록 시스템을 전환하고 그런 것들을 도울 수 있는 의료 기관만 어떤 예산이나 이런 것들을 지원하는 게 아니라 정서적, 사회적, 경제적인 지원을 하는 기관 단체도 자살 예방과 관련된 일들을 수행할 수 있도록 인력이라든지 활동을 할 수 있는 예산이 지원되어야 하는데 지금은 완전히 편중되어있거든요. 민간 쪽 예산은 거의 없다시피 하니까.(참여자 10)”

V. 결론 및 정책제언

장애인 및 장애인 가족은 장애가 가져오는 특수한 상황으로 인해 우울감, 소외감, 불안감 등 부정적인 심리상태를 경험할 확률이 높으며(Livneh, 2001), 사회적 및 환경적인 차별이나 편견으로 인해 직업활동을 유지하기가 어려워 경제적 자립을 성취하는 것이 쉽지 않으며(Smart, 2015), 이동의 제약 등으로 지역사회에 참여하지 못해 사회적으로 고립되기도 한다(Vash & Crewe, 2004). 이러한 장애로 인한 기능적 및 사회적 제약이 심한 경우에는 자살이라는 극단적인 결정을 하기도 한다(이유신, 김한성, 2015; Livneh, 2001). 특히 중증장애인과 그 가족의 경우에는 장애로 인한 심리사회적인 충격이 커 자살의 위험성이 더 높으며 척수장애, 정신장애, 발달장애 등의 특정 장애 유형의 경우 자살의 빈도가 높게 나타나고 있다(Disability World, 2017).

장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위해서는 우울감, 소외감, 경제적 손실, 대인 관계의 붕괴 등과 같은 장애인 당사자 혹은 가족의 개인적인 요소들을 최소화할 필요가 있으나 이러한 개인적인 요소들을 감소시켜 자살을 예방하기 위해서는 필연적으로 장애와 관련해 발생하는 사회적 및 환경적인 요소들을 제거하고 개선하는데 노력해야 한다(이유신, 김한성, 2015; 원시연, 2011; Livneh, 2001).

본 연구에서는 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위한 제도나 정책을 마련하기 위해 자살 경험이 있는 장애 당사자와 장애 복지관련 기관 종사자들이 참여한 포커스그룹인터뷰(Focus Group Interview, FGI)를 실시하였다. 이와 함께 자살 예방과 관련된 여러 형태의 중재방법의 종류와 사례를 분석함으로써 장애인 자살 예방에 적합한 제도와 서비스를 찾고자 노력하였다. 이에 본 연구에서 도출된 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위한 구체적인 방법과 개선방향은 다음과 같다.



1) 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 서비스 전달 체계 및 사례관리의 개선

(1) 장애인 관련 기관 및 동주민센터를 활용

지역사회 속에서 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위해서는 우선적으로 자살 징후를 발견할 수 있는 세심하고 촘촘한 서비스 전달 체계가 필요하다.

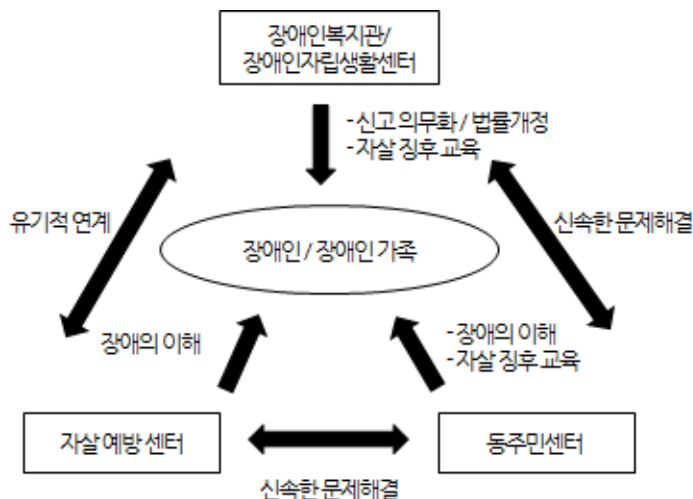
첫째, 장애 영역에서는 대표적으로 장애인복지관이나 장애인 자립생활센터에서 개별 장애인에게 여러 다양한 복지 서비스를 직접적으로 제공하고 있다. 한국장애인복지관협회에 의하면 우리나라에 229개의 장애인 복지관이 있으며(한국장애인복지관협회, 2017), 한국장애인자립생활센터협회에 의하면 104개의 장애인자립생활센터가 운영되고 있다(한국장애인자립생활센터협회, 2017). 이러한 장애와 관련된 지역사회 서비스 기관을 적극적으로 활용하여 기관 종사자가 장애인이나 장애인 가족의 자살 징후를 발견했을 때 중앙자살예방센터와 같은 자살 예방 전문 기관에 신속하게 정보를 연계·공유할 필요가 있다. 이를 위해서는 장애인 복지관 관련 전문가나 종사자가 자살 징후를 보이거나 자살을 시도한 장애인을 발견했을 때 개인정보를 제3자와 공유할 수 있는 제도적·법적 지원이 필요하다.

둘째, 현재 2,765개에 이르는 동주민센터를 통해서도 자살 징후를 보이거나 자살을 시도한 장애인을 발견했을 때 관련 기관과 정보를 공유하는 것이 필요하다. 특히 동주민센터는 장애 등록 신청, 지역사회 복지 욕구 발굴, 빈곤 위기가정·저소득계층·은둔·취약계층 발굴, 각종 복지 서비스 연계 등을 담당하고 있기 때문에 자살에 노출되어 있는 장애인이나 가족을 발견할 가능성이 높아 위급한 상황에 적절하게 대처할 수 있는 타 기관과의 기관공조가 필요하다(행정안전부, 2017). 또한, 동주민센터 공무원을 통한 유기적인 연계를 위해서는 담당 공무원의 장애에 대한 기본 지식과 이해가 선행되어야 하며 장애에 대한 올바른 이해와 자살 징후를 발견할 수 있는 능력이 필요하다.

셋째, 찾아가는 동주민센터 서비스를 통해 유기적인 사례관리와 신속한 문제해결이 필요하다. 찾아가는 동주민센터 서비스는 기존 일반 행정 중심의 동주민센터

를 주민복지와 마을공동체 중심으로 변경한 것으로 서울시가 2015년부터 추진하고 있는 사업이다. 구체적으로 주민 생애주기별 맞춤 복지와 동 단위의 마을계획 수립을 지원하면서 공동체를 활성화하는 것이다. 이를 위해 기존의 2팀 체계의 동주민센터를 마을 생태계 조성과 복지 중심으로 재편하고 ‘우리동네주무관’, ‘마을사업전문가’, ‘복지플래너’, ‘복지상담전문관’을 신설·운영하고 있다. 특히 복지플래너는 아이부터 노인까지 생애주기에 맞는 맞춤형 복지서비스를 안내하고, 복지상담전문관은 가구별 복지 욕구를 종합적으로 파악해 상담을 제공한다(행정안전부, 2017). 그러나 자살 시도자 혹은 잠재적 자살 시도자들을 위한 동주민센터의 위원회는 행정편의적으로 운영되는 경우가 많아 각 개별 사례에 대한 문제해결을 위한 검토나 결정이 신속하지 못하기도 하며 회의가 형식적으로 개최되기도 한다. 그리고 위원회가 회의를 하는 심의기구의 기능을 주로 수행하고 있어 실행기구의 역할이 부족하다. 위원회의 기능을 강화하기 위해서는 실행기구가 되도록 필요한 때에 상시 회의를 할 수 있도록 예산을 투입해야 하며 특히 위원들에게 일정 수준의 수당을 지급해 회의의 결속력을 강화해야 한다. 또한 회의를 통해 긴급하게 지원을 해야 할 경우에도 투입할 수 있는 예산을 배정해야 한다.

넷째, 각 동에 사회복지 공무원, 민간기관 담당자, 자살 예방 전문가들 간의 연계가 원활하게 이루어지도록 사례회의의 기능을 강화할 필요가 있다. 자살 위기 장애인이 동주민센터, 장애인관련 기관, 혹은 자살예방센터에 의해서 발견되거나 신고가 접수된 경우에는 즉시 동주민센터 공무원, 장애인관련 기관 담당자, 자살예방센터 담당자 등이 모여 사례회의를 해야 하며 해당 장애인에게 적절한 지원을 결정해야 한다. 이러한 종합적인 사례회의를 통해 장애인과 관련된 여러 정보(예를 들어, 기초수급, 장애인 수당, 장애인 활동지원서비스 등)를 서로 공유함으로써 장애인에게 가장 적절한 서비스를 연계할 수 있다. 이러한 종합적이며 통합적인 사례회의는 정기적으로 개최되어야 하고 긴급한 경우에도 신속하게 개최되어야 한다. 즉, 통합적인 사례회의를 통해 동주민센터 서비스(예를 들어, 긴급 위기지원, 긴급 생활비 등), 장애인관련 기관 서비스(예를 들어, 심리·정서적 지원, 동료상담 등), 자살예방센터 서비스(예를 들어, 전문 자살 예방 상담 등)와 같은 여러 서비스를 효율적이며 유기적으로 제공할 수 있다. 체계적인 사례회의를 지속적으로 운영하기 위해서는 항시 사례회의가 개최될 수 있도록 동주민센터는 지역에 있는 유관기관과 긴밀한 관계를 유지하고 공공기관으로서 회의를 주도하는 중심적인 역할을 수행해야 한다.



[그림 V-1-1] 장애관련 기관과 동주민센터를 이용한 서비스 전달 체계

(2) 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」의 중앙 및 지역장애인보건의료센터를 통한 연계

2015년 12월 29일에 제정된 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제4장에서는 중앙장애인보건의료센터에 대해 제시하고 있으며, 동법 제19조(중앙장애인보건의료센터), 제20조(지역장애인보건의료센터)를 통해 장애인을 위한 의료보건 서비스 전달 체계에 대해서 규정하고 있다(장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률, 2017). 이러한 전달 체계를 통해 장애인 및 장애인 가족의 자살을 포함한 정신건강에 대한 사항, 예방책과 관련된 서비스 등을 제공하는 것을 고려해 볼 수 있다. 이를 위해서는 우선적으로 동법에서 장애인 자살을 포함한 장애와 정신건강에 대한 구체적인 언급이 필요하며 관련 서비스 제공을 위해 법률의 개정도 고려해야 한다.

(3) 장애인 자살 예방 및 연구를 전담하는 센터 설립

장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 총체적인 관리와 운영을 위해 장애인 자살 예방을 전담으로 하는 독립된 센터 혹은 기관을 설립할 수 있다. 이러한 기관은 장애인 자살 예방 관련 연구 및 실태조사, 프로그램 개발·보급, 교육 및 홍보,

전문 인력의 양성 및 능력개발, 관계 기관·법인·단체·시설 간 협력체계의 구축 및 교류 등의 자살 예방과 관련된 다양한 사업을 실시할 수 있다. 이러한 전달 체계는 「장애인복지법」 제59조의9(장애인권익옹호기관의 설치 등)에서 제시하고 있는 장애인권익옹호기관의 설립 형태와 유사하며, 국가적으로 장애인 자살 전담 기구를 설치하여 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해 지역 간의 연계체계를 구축하고 관련 서비스나 프로그램을 제공할 수 있다(장애인복지법, 2017).

2) 관련 법률의 개정

장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해서 현실적으로 신속하게 제도를 개선할 수 있는 방법으로 현행 법률을 개정하는 방법이 있다. 특히 「장애인복지법」과 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 장애인 복지와 직접적으로 연관되어 있는 법률로써 관련 법률을 일부 개정함으로써 자살을 직·간접적으로 예방할 수 있다.

(1) 「장애인복지법」의 개정

「장애인복지법」 제59조의4(장애인학대 및 장애인 대상 성범죄 신고의무와 절차)에 의하면 누구든지 장애인학대 및 장애인 대상 성범죄를 알게 된 때에는 수사기관에 신고할 수 있으며, 일부 장애관련 전문가나 종사자는 직무상 장애인학대 및 장애인 대상 성범죄를 알게 된 경우에는 지체 없이 장애인권익옹호기관 또는 수사기관에 신고하도록 하고 있다(장애인복지법, 2017). 이와 함께, 장애인 및 장애인 가족의 자살 징후를 발견하는 경우에는 관련 기관에 신고하도록 의무화하는 것을 추가할 필요가 있다. 「장애인복지법」을 개정함으로써 「개인정보 보호법」에 의해 현장에서 자살이 예상되는 장애인이나 가족을 발견하더라도 제3자에게 신고 및 통보하지 못하는 상황을 감소시킬 수 있으며, 신고를 하는 신고자의 신변과 안전을 법적으로 보장할 수 있다. 이와 더불어 장애인 자살 징후에 대해 신고가 의무화됨으로써 자살 징후를 파악하고 관련 행동을 이해하기 위한 교육이 활성화될 수 있으며 이러한 교육을 통해 장애관련 종사자들에게 자살 및 자살 예방에 대한 경각심을 높이고 전문 지식을 보급할 수 있다.



(2) 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」의 개정

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 하고 있다. 그러나 본 법률은 주로 장애로 인한 신체적 치료, 의료 시설의 접근성, 의료 전문가의 장애인식 등과 같은 내용을 주로 언급하고 있으며 자살과 같은 장애인 정신건강과 관련된 내용이나 지원에 대해서는 규정하고 있지 못하다는 한계가 있다. 이에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위해서 본 법률에 자살과 같은 정신건강에 대한 내용을 추가할 필요가 있으며, 동법 제19조(중앙장애인보건의료센터), 제20조(지역장애인보건의료센터)를 통해 장애인 자살 예방과 관련된 사업이나 프로그램을 제공하는 것을 고려할 필요가 있다.

3) 장애의 의료적 패러다임의 변화

패러다임은 어떠한 상황을 바라보는 관점의 하나로써 장애의 원인을 인식하는 관점에 따라 의료적 혹은 사회적 패러다임 등으로 구분할 수 있다. 의료적 패러다임은 장애의 원인을 의학적으로 이해하는 것으로 특히 자살의 원인을 정신적 증상인 우울증, 불안 등에 의한 것으로 간주한다. 그러나 이러한 의료적 패러다임은 장애인의 자살 원인을 정확히 파악하지 못하고 피상적으로만 이해하는데 그치고 있으며 장애인 자살과 관련된 환경적 요소를 파악하지 못하는 단점이 있다(Smart, 2015; Vash & Crewe, 2004).

(1) 장애에 대한 의료적 패러다임의 탈피와 자살예방과의 역할

장애인 자살과 관련된 대부분의 접근 방식은 장애를 의료적으로 이해하는 의료적 패러다임에 국한되어 있는 경우가 많다. 그래서 자살의 원인을 우울, 불안 등과 같은 정신질환에 의한 것으로 간주하는 경우가 흔하며 결국 정신보건에 치중하여 정책이나 제도가 마련되고 있다. 이러한 의료적 패러다임은 장애인이 자살을 하는 원초적 동기가 사회적 및 환경적인 요인과 관련되어 있음을 간과하는 문제점이 있다. Livneh(2001)와 이유신, 김한성(2015)은 장애인 자살이나 심리적 부적응 상태에 대해 장애와 관련된 사회적, 문화적, 환경적인 요소가 장애인 자살에 주요한 원

인임을 강조하고 있으며 특히 장애인에 대한 사회적 및 제도적인 차별·편견, 직업 현장에서의 불평등, 인간관계에서의 부당한 대우 등이 우울감, 소외감, 불안감 등을 유발하는 것으로 설명하고 있다.

현재 자살과 관련된 정책이나 제도는 보건복지부의 정신건강정책과에서 담당하고 있으며 정신의료적인 접근에 기초해 전체적인 정책을 실행하고 있다. 그러나 이러한 정신건강에 중점을 둔 의료적 접근은 장애인 자살을 해결하는데 한계가 있으며, 특히 장애인 자살의 원인을 우울증이나 기타 정신질환에 의해 유발되는 것으로 일차적으로 해석해 장애인 자살의 근원적인 문제인 사회적·환경적인 요인과 관련된 문제를 해결하지 못할 위험성이 있다. 이에 2018년에 자살예방과가 설립되는 경우 자살 정책을 마련하고 실시하는 과정 중에 정신건강 전문의와 더불어 장애인 복지 및 재활 전문가의 참여가 필요하다. 특히 장애인의 특수성을 고려하여 장애인 복지관 및 장애인 자립생활센터 전문가의 참여를 통해 장애인 당사자의 의견을 수렴하여 정책을 설계할 필요가 있다.

(2) 인력 보충과 예산의 균형적 분배

장애인 자살의 원인을 의료적으로 이해하는 접근으로 인해 보건 및 의료관련 기관에 인적 및 재정적 지원이 편중되어 제공되기도 한다. 특히 민간 자살 예방 전문가 및 기관을 육성하고 보건 영역과의 균형적인 발전을 위해서는 민간 자살 예방 기관에 보다 많은 인적 및 물적 지원이 요구된다. 체계적인 자살 예방을 위해서는 공공 영역과 민간 영역이 각자의 독자적인 역할을 수행하며 서로 균형 있게 발전함으로써 그 효과를 극대화 할 수 있다. 보건소나 정신건강센터 등에 있는 정신 건강 증진 팀에서는 의료적인 접근으로 우울증과 같은 정신질환을 관리하거나 정신장애인 대상으로 의료적인 서비스를 제공하며, 사회복지관련 기관에서는 심리상담, 동료상담, 사회복지 서비스, 장애관련 서비스 등을 제공함으로써 공공과 민간 영역의 조화로운 발전을 유도할 수 있다(이상영, 2015; 원시연, 2011).

게다가 자살 예방 주무 부처에 담당 직원 현황을 지정한 보도 자료에 의하면(연합뉴스, 2017.8.16.), 2명의 공무원이 전체 자살 예방 정책을 관리하고 있으며 민간에서 운영하는 자살 예방 기관의 담당자 수도 턱없이 부족한 상황이다. 각 사회복지기관에 자살 예방을 전담하고 있는 담당자는 없으며, 지역사회 자살예방 기관에서도 약 2-3명의 담당자가 해당 지역의 전체적인 자살 예방 업무를 수행하고 있다.



뿐만 아니라 기관의 자살 예방 담당자는 청소년, 일반 성인, 노인, 다문화 가정, 이주 노동자 등 여러 사회집단의 자살 문제를 담당하고 있기 때문에 장애인 자살에 치중하여 지원을 할 여력이 없는 상황이다. 그래서 장애인의 자살 현황을 파악하고 개입방법 등을 조사하는 것은 현실적으로 불가능하다. 이러한 문제를 해소하기 위해서는 민간 영역의 자살 예방 기관에 인적 및 물적 지원을 증대하는 것이 필요하며 민간 자원들이 함께 참여할 수 있도록 자살 예방에 대한 의료적 패러다임을 개선해야 한다(이상영, 2015; 원시연, 2011).

2 선택적 중재방법 및 정책제언

1) 장애관련 서비스의 확대 및 보완

자살 예방을 위해서는 현재 제공되고 있는 여러 서비스를 개선하고 발전시킬 필요가 있다. 일부 서비스는 약간의 개선을 통해 효과를 극대화할 수 있으며 경우에 따라서는 새로운 서비스를 추가할 필요도 있다. 자살 예방을 위해서는 자살 위험군을 대상으로 제공되는 서비스의 총체적인 관리 및 개선이 필요하며 사회 서비스의 전반적인 평가나 모니터링을 통해 정책의 효율성을 증대시켜야 한다(World Health Organization, 2012).

(1) 장애인활동지원서비스의 개선

장애인활동지원서비스란 장애인의 신체·가사·사회활동 등을 포함한 일상생활 및 직장생활에 필요한 활동을 지원하는 서비스로써, 신체적 또는 정신적인 장애로 혼자서 일상생활이나 사회생활이 어려운 중증장애인을 대상으로 활동지원서비스가 제공되고 있다(사회보장정보원, 2017). 활동지원서비스는 이동이나 일상생활 활동을 혼자서 수행하기 어려운 중증장애인들의 자립을 지원하는 주요한 서비스 중에 하나이며 특히 척수장애인, 근육장애인, 중증 뇌병변장애인 등 일부 장애인들에게는 필수적인 서비스이다. 활동지원서비스를 통해 일차적으로는 장애인의 일상적인 활동을 지원함과 동시에 장애로 인한 예상하지 못한 사고나 사건 등을 활동지원인이 근거리에서 예방할 수 있다. 장애인 자살 예방과 관련해 활동지원서비스의 개선 사항은 다음과 같다.

첫째, 최중증 혹은 중증장애인 중 24시간 지원이 필요한 장애인을 대상으로 활동지원서비스의 제공이 필요하다. 외상장애, 중증 호흡기장애 등과 같은 최중증 장애인의 경우 갑작스런 사고 등으로 사망의 위험이 높으며 장시간 소외 혹은 외부인과의 소통 단절로 인해 극도의 심리적 부적응 상태를 경험할 확률이 높다(Livneh, 2001; Vash & Crewe, 2003). 이러한 경우 자살 시도의 위험성이 증가할 수 있으며 예상하지 못한 사고의 예방을 위해 활동지원서비스와 같은 사회 서비스가 필요하다(World Health Organization, 2012).



둘째, 활동지원인이 최중증 혹은 중증장애인을 기피하는 현상을 최소화하기 위해 활동지원 업무에 따른 차등 지원을 확대할 필요가 있다. 최중증장애인을 지원하는 업무는 노동의 강도가 높아 활동지원인이 기피하는 현상이 발생하고 있으며 이로 인해 중증장애인이 활동지원서비스를 이용하지 못하는 경우도 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 노동 강도나 수준에 따라 수당의 차등 지급을 현실화해야 하며 중증장애인 지원에 대한 유인책을 적극적으로 마련해 서비스를 필요로 하는 중증장애인이 이용할 수 있는 기회를 높여야 한다.

(2) 동료상담 기능에 자살 예방 기능 추가

장애인 동료상담이란 동일 혹은 유사한 장애를 갖고 있는 상담사가 장애인의 자립이나 사회복귀를 지원할 목적으로 제공하는 상담 서비스이다. 장애인은 동료상담사의 지원, 격려, 기타 지원을 통해 장애로 인한 여러 어려움을 이해하고 긍정적인 장애 수용의 과정을 통해 궁극적으로 자립 혹은 사회통합을 달성할 수 있다(Center for Independent Living, 2017). 장애의 수용과 장애로 인한 부정적인 심리상태를 최소화하는데 동료상담이 일부 적용가능하며 이를 위해 다음과 같은 개선이 요구된다.

첫째, 동료상담의 기능을 강화할 목적으로 장애인 자살 예방 및 정신건강과 관련된 상담 기능을 추가할 필요가 있다. 동료상담을 제공하고 있는 장애인 자립생활센터에서는 이러한 목적으로 동료상담 사업을 계획할 필요가 있으며 특히 동료상담사가 장애인의 심리사회적인 측면을 종합적으로 이해하여 장애인 자살과 같은 문제를 해결할 수 있는 역량을 함양하도록 지원할 필요가 있다.

둘째, 동료상담의 전문화, 장애인 동료 간 지지 강화, 중증장애인의 성공적인 자립생활을 위한 전문 장애인인 동료상담사를 양성하기 위해 장애인동료상담사 민간 자격증이 운영되고 있다. 본 자격증의 주요한 교육과정은 의사소통의 이해, 장애학 특강, 장애인동사, 동료상담이론, 장애관련법, 장애관련정책, 동료상담의 실제 등으로 구성되어 있다(에이블뉴스, 2017. 1. 4). 이에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방과 관련해 상담이론이나 상담실제를 강화하여 자살 예방을 위한 전문성을 추가할 필요가 있으며 자격증 소지자들이 장애인 자살과 같은 문제에 대해서 상담할 수 있도록 함으로써 자격증의 전문화와 차별화를 추구할 필요가 있다.

(3) 장애인 가족지원 서비스에 대한 관심 필요

「장애인복지법」 제30조의2(장애인 가족 지원)에 의하면 국가와 지방자치단체는 장애인 가족의 삶의 질 향상 및 안정적인 가정생활 영위를 위해 장애인 가족에 대한 인식개선 사업, 장애인 가족 돌봄 지원, 장애인 가족 휴식 지원, 장애인 가족 사례관리 지원, 장애인 가족 역량강화 지원, 장애인 가족 상담 지원 등의 사업을 실시하며, 장애인 가족 지원 사업을 효율적으로 추진하기 위해 장애인 관련 사업을 수행하는 기관·단체 등을 장애인 가족 지원 사업 수행기관으로 지정할 수 있도록 하고 있다(장애인복지법, 2017). 이러한 수행기관은 자살과 관련해 장애인 가족의 고충을 이해하고 장애와 동반되는 여러 심리사회적인 문제를 해소하기 위한 서비스나 지원 등을 모색할 필요가 있다.

첫째, 우울증을 겪는 부모들에 대한 조기 진단 및 발달장애인부모심리상담서비스 등을 연계할 필요가 있다. 특히 정신건강증진센터와 연계해서 자연스럽게 우울증이나 조울증에 대한 조기 진단 및 상담서비스 및 치료 등을 연계하는 것이 필요하며, 우울증을 겪는 부모들의 경우 발달장애인부모심리상담서비스를 받을 수 있도록 연계하는 것이 중요하다.

둘째, 자녀가 전이기에 놓일 경우 심각한 스트레스 상황을 겪게 되므로 정보를 제공하고 심리·정서적 지원을 제공해야 한다. 장애인가족 특히 어머니의 경우 우울감이 높은 경우가 많으며, 자녀가 성장해가면서 전이기 특히 학령기 학교를 선택할 때 심각한 스트레스 상황에 놓이게 되므로 이 시기를 잘 이겨내는 것이 중요하다. 또한 학령기가 끝나고 성인기에 접어들면서 자녀들의 지원책이 종결돼 경제적 부담이 증가하게 되고 자녀들이 이용할 수 있는 지역사회이용시설이 없을 경우 자녀와 함께 가정에 머물면서 우울증이 더욱 심각해지고 자살 위험도도 증가하게 된다. 따라서 이 시기에 부모가 혼자서 상황을 극복해야 하는 부담감을 줄여줄 수 있도록 다양한 정보를 제공하고 심리적 안정을 찾을 수 있도록 심리·정서적으로 지원하는 것이 필요하다.

셋째, 부부간의 문제로 인한 우울증 악화를 해소하기 위한 부부프로그램, 부부치료프로그램 등을 실시해야 한다. 장애자녀에 대한 아버지의 이해부족으로 어머니들이 겪는 심리적 어려움이 상당하기 때문에 아버지들이 장애자녀의 장애를 이해하고 부모가 함께 자녀의 장애를 수용하는 것은 가족의 정신건강을 위해 매우 중요하다. 따라서 부부가 서로를 이해하고 자녀의 장애를 수용하도록 돕기 위한 부부프



로그래밍이나 부부치료프로그램을 제공하는 것이 필요하다.

넷째, 비장애형제자매를 위한 정서지원 및 자조모임을 제공해야 한다. 형제자매가 장애를 겪을 경우 비장애형제들이 겪게 되는 심리·정서적 어려움도 상당히 큰 것으로 알려져 있다. 부모 이상으로 스트레스를 받기도 하고 부모사후 장애 형제자매 양육에 대한 부담감을 갖고 있기 때문에 이들에 대한 지원제도가 반드시 필요하다. 비장애형제자매들끼리 교류할 수 있는 자조모임을 지원하여 서로간의 아픔을 공유하고 성공한 극복사례를 배울 수 있는 기회를 제공할 필요가 있다.

다섯째, 장애인 가족 지원 수행기관에 전문 심리상담사를 배치할 필요가 있다. 장애인가족들이 자신의 고민이나 우울한 감정을 마음 편하게 찾아서 상담할 수 있는 환경을 조성해야하며, 수행기관에 전문 심리상담사를 배치하여 치료적인 접근과 함께 일상적인 사례관리가 될 수 있도록 지원하는 것이 요구된다. 정신건강증진센터나 정신과 병원을 찾기에는 어려움이 있는 장애인과 장애인가족들이 일상에서 편안하고 라포가 형성되어 있는 기관에 전문 임상 경험이 있는 전문 심리상담사를 배치하여 치료와 함께 사례관리를 하는것이 중요하다.

2) 게이트키퍼를 위한 장애 및 자살 예방 교육

게이트키퍼(gatekeeper)란 장애인 혹은 장애인 가족과 근거리에서 서비스를 제공하면서 정기적으로 접촉하는 전문가들로서 주로 의사, 간호사, 사회복지사, 특수교사, 활동지원인 등을 의미한다. 게이트키퍼는 직무 상 장애인들을 직접적으로 대면하여 서비스를 제공하고 있어 장애인의 자살 생각이나 계획을 직·간접적으로 발견할 가능성이 높다. 이러한 게이트키퍼를 대상으로 자살 예방과 관련된 교육이나 훈련을 실시하는 것은 국제적으로 자주 시행되고 있는 자살 예방 중재방법이다(World Health Organization, 2012).

(1) 사회복지사 대상 자살 예방 교육

복지 및 재활 영역에 종사하고 있는 사회복지사들은 자격 유지를 위해 일정 수준의 교육을 통한 보수교육에 참여하고 있다(한국사회복지사협회, 2017). 이러한 보수교육에 자살 징후 발견이나 자살 예방과 관련된 교과 내용을 추가함으로써 자살에 대한 기초적인 지식을 습득하여 장애인 자살 사고를 직·간접적으로 발견하여

자살 예방 전문가에게 신속하게 연계할 수 있다. 보수교육 이수시간은 연간 8시간 이상으로 사회복지 윤리와 가치, 사회복지실천, 사회복지인권영역 중 1개 영역 이상 1평점 이상을 필수 이수해야 한다(2015년부터 사회복지인권영역이 선택영역에서 필수영역으로 변경됨). 사회복지사 보수교육 과정에 자살 예방과 관련된 교육을 추가함으로써 사회복지사들의 자살에 대한 경각심과 민감성을 지속적으로 향상시킬 필요가 있다.

〈표 V-2-1〉 사회복지사 보수교육 교과내용

연번	구분	교과내용
1	필수영역	사회복지 윤리와 가치
2	선택영역	사회복지실천
3		사회복지인권
4		사회복지 정책과제와 법
5		사회복지행정
6		사회복지조사연구
7		특별분야

(2) 장애인활동보조인 대상 자살 예방 교육

보건복지부 장애인활동지원사업 운영지침(보건복지부, 2017)에 의하면 장애인 활동지원인은 일정 수준의 보수교육을 이수하도록 하고 있다. 활동지원인을 위한 보수교육은 교육수행기관에 따라 교육내용이 상이하지만 일반적으로 4대 법정교육인 성희롱예방교육, 개인정보보호교육, 산업안전보건교육, 퇴직연금관련교육을 포함하고 있고 추가적으로 기관의 특성에 따라 교육을 구성하고 있다. 이에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 교육을 포함시킬 수 있으며, 특히 자살 징후 발견을 위한 교육, 장애인 가족과의 상담교육 등을 통해 활동지원 현장에서 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하는데 유용한 정보를 제공할 수 있다.

(3) 대민 행정 서비스 공무원 대상 장애 및 자살관련 교육

현재 각 동주민센터에서는 지역사회 복지 전달과 서비스 제공을 위해 사회복지 전담 공무원이 배치되어 있으며 서울시의 경우 담당자는 2-3명에서 7-8명으로 늘



어났다. 동주민센터 사회복지 공무원은 장애인을 포함하여 여러 사회 취약 계층인들을 접할 기회가 많아 자살과 같은 사회 문제에 민감하게 반응해야 한다. 특히 장애인 자살 예방을 위해서 동주민센터 담당자들은 장애에 대한 기본적인 이해가 필요하며 자살 징후 발견 및 자살 예방을 위한 지식이 요구된다.

(4) 일반 자살 예방 상담사 대상 장애 및 자살관련 교육

대국민을 위한 자살 예방 센터나 기관에서 종사하고 있는 자살예방상담사는 자살과 상담에 특성화된 교육을 통해 전문적인 상담 서비스를 제공하고 있다. 자살예방상담사는 자살 예방 교육을 통해 생명존중에 대한 가치관을 명료화 하고, 자살에 대한 오해와 진실을 이해해 자살 위험에 처한 사람을 지원하고 돕는 전문가를 말한다(생명의 전화, 2017). 자살예방상담사는 전문적인 상담을 제공하고 위기 상황에 적절히 대처하기 위해 자살 예방과 관련된 특정 과목을 이수하고 검정 시험을 보고 있다(생명의 전화, 2017).

〈표 V-2-2〉 생명의 전화 자살예방상담사 교육내용

연번	구분	과목명
1	필수과목	전화상담의 이해
2		자살예방 상담기초
3		상담 심리학
4		자살예방 상담심화
5		인간행동과 사회 환경
6	선택과목 (1과목 선택)	가족 상담과 치료
7		건강 가정론
8		가족생활 교육
9		정신 건강론

이와 더불어 장애인 및 장애인 가족을 위한 자살 예방 상담을 위해서는 장애에 대한 기초적인 이해가 필요하다. 예를 들어, 척수장애, 근육장애, 발달장애 등 장애 유형에 따라서 심리적 부적응 상태의 발생원인, 가족과의 문제, 의료적 치료의 문제 등과 같은 특수한 상황을 이해하고 대처해야 하며 장애 유형에 맞는 적절한 유관 기관을 연계하거나 서비스를 제공해야 한다. 자살예방상담사는 자살과 관련된

일반적인 내용을 교육받기도 하지만 경우에 따라서는 노인, 청소년, 여성, 장애인 등 특정 집단과 관련된 지식이나 경험을 익히기도 한다. 이처럼 장애인과 관련된 기본적인 내용을 교육함으로써 자살예방상담사들의 장애 감수성을 향상시킬 수 있다. 자살예방상담사에게 장애에 대한 기본적인 교육을 실시하기 위해서는 장애 당사자 단체, 장애 유관 기관 등에서 제작한 장애 인식개선 교재 등을 배포하거나 장애인 자살에 대한 내용을 추가하여 배포하는 것이 필요하다.

(5) 의료인 대상 장애 및 자살관련 교육

의사나 간호사 등은 장애를 진단하는 최전선 전문가로서 병원 및 보건 현장에서 장애인을 대할 경우가 많다. 특히 척수장애나 최중증장애인과 같이 중도·중증장애를 입은 사람들을 대하는 경우 그들의 정신건강을 이해하고 자살 시도 징후를 분별할 수 있는 전문 지식과 경험이 필요하다. 하지만 실제 현장에서 의료인의 장애 인식정도는 낮은 수준이며 초기 장애를 입은 환자를 적절히 상담하지 못하고 있으며 장애 관련 기관에 연계하는 서비스 역시 부족하다.

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제14조(장애인 건강권 교육)에 의하면 장애인 건강권 관련 인식 향상을 위해 장애인의 진료·재활 등을 담당하는 의료인, 여성장애인의 임신, 출산 등을 담당하는 의료인 등을 대상으로 장애인 건강권에 관한 교육을 실시할 수 있도록 하고 있다(장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률, 2017). 이러한 장애인 건강권 교육에 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 교육 등을 포함하여 의료인의 장애 감수성을 높이며 동시에 장애로 인한 심리사회적인 부적응 상태에 대응하는 방법을 교육해야 한다.

3) 장애관련 거시적 제도의 개선

자살은 단순히 일부 제도나 정책을 개선함으로써 해결되는 문제가 아니며 사회적 환경, 관련 정책, 자살과 연관된 당사자 및 주위 사람들의 모든 노력이 총체적으로 결합되어야 해결이 가능하다. 다수의 정책과 제도를 포함한 거시적 제도 개선을 통해 보다 효율적이며 체계적인 자살 예방이 가능하다(World Health Organization, 2012).



(1) 장애 등록 시 정보 제공

장애 등록은 장애인 관련 서비스를 받기 위한 가장 기본적이며 핵심적인 행정적 절차이다. 모든 장애인들은 장애 등록을 신청 및 완결해야 복지 서비스를 합법적으로 제공받을 수 있다. 이러한 장애 등록 절차를 통해 장애로 인한 심리적 충격이나 자살 충동을 느낄 때 자살을 예방할 수 있는 관련 정보를 사전에 제공할 필요가 있다.

「장애인복지법」 제32조의3(복지서비스에 관한 장애인 지원 사업)에 의하면 등록한 장애인에게 필요한 복지서비스가 적시에 제공될 수 있도록 복지서비스에 관한 상담 및 정보 제공, 장애인 개인별로 필요한 욕구의 조사 및 복지서비스 제공 계획의 수립 지원, 장애인과 복지서비스 제공 기관·법인·단체·시설과의 연계 등과 같은 장애인 지원 사업을 실시하도록 하고 있다(장애인복지법, 2017). 이러한 장애인을 위한 연계 서비스의 일환으로 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방할 수 있는 기관 혹은 서비스와 관련된 정보를 장애 등록 과정 중에 제공하여 미래에 발생할 자살 사고를 미연에 방지할 수 있다.

(2) 체크리스트 개발과 보급

자살 충동이나 구체적인 자살 계획 여부를 간접적으로 확인하는 방법으로 체크리스트나 설문지를 활용할 수 있다. 현재 자살 징후 발견을 목적으로 여러 유형의 체크리스트가 존재하며 장애 등록, 복지시설 방문, 장애 재심사 등 장애 서비스를 이용하는 장애인을 대상으로 체크리스트를 적용해 정신건강 상태를 확인할 수 있으며, 결과에 따라 관련 서비스의 연계 및 정보 제공을 통해 자살을 예방할 수 있다.

MINI 자살 징후 척도(Mini International Neuropsychiatric Interview)는 구조화된 단기 진단 인터뷰(short structured diagnostic interview)의 하나로 DSM-IV와 ICD-10 정신과 질환을 진단하기 위해 미국 및 유럽의 정신과 의사와 임상가들에 의해서 개발되었다. 본 인터뷰는 대략 15분 정도 실시되며 여러 현장에서 필요한 임상적인 진단을 목적으로 정확한 정신과적 진단을 위해 설계된 단기 인터뷰이다. 본 인터뷰는 DSM-III-R 환자 버전의 구조화된 임상 인터뷰(Structured Clinical Interview), 종합 국제 진단 인터뷰(Composite International Diagnostic Interview), 전문가 의견 등과 비교해 타당도가 있음이 보고되었다(Mini International Neuropsychiatric Interview, 2017).

〈표 V-2-3〉 MINI 자살 징후 척도

범위	문항내용
지난 1개월간 당신은	c1. 차라리 죽는 것이 낫다고 생각하든지 죽었으면 하고 바란적이 있었습니까? 아니오/예(1점)
	c2. 자해하고 싶었습니까? 아니오/예(2점)
	c3. 자살에 대하여 생각했습니까? 아니오/예(6점)
	c4. 자살을 계획했습니까? 아니오/예(10점)
	c5. 자살시도를 했습니까? 아니오/예(10점)
평생 동안	c6. 자살시도를 한 번이라도 한 적이 있었습니까? 아니오/예(4점)
해석	위에서 적어도 하나가 '예'입니까? '예'일 경우, '예'라고 답한 항목의 점수를 모두 합하여(c1-c6), 자살 위험성의 정도를 다음에 표시 하십시오 :
자살 위험성	1-5점 - 낮음
	6-9점 - 중간
	10점 이상 - 높음

(3) 부양의무제의 개선 및 폐지

「국민기초생활보장법」 제2조(정의)에서는 부양의무자를 수급권자를 부양할 책임이 있는 사람으로서 수급권자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자로 정의하고 있으며, 각종 수급 서비스를 제공할 때 부양의무자의 유무를 확인하여 급여의 정도를 결정하고 있다(국민기초생활보장법, 2017). 부양의무제에 의해 소득이 최저생계비에 못 미치는 빈곤층이라도 직계 부양의무자가 일정부분 소득이 있거나 일정 기준 이상의 재산이 있으면 기초 생활 수급자가 될 수 없도록 하고 있다. 그러나 이러한 부양의무제에 의해 일부 장애인들은 수급 서비스를 받지 못하는 경우도 발생하고 있으며 수급 탈락으로 인한 경제적 빈곤은 자살을 초래하기도 한다. 예를 들어, 장애인 자녀가 있는 경우 장애인 부모들은 부양의무자가 되어 기초 수급비를 지원받지 못하고 있다. 기초생활 수급자중 장애인 가구의 상당수는 이러한 부양의무제로 인해 기초생활 수급 자격을 박탈당하고 있으며 결국 복지 사각지대가 형성되어 최저생계유지를 보장받아야 할 사회적 약자들이 생존하는데 더욱더 어려움을 겪고 있다(에이블뉴스, 2016. 6. 17; 에이블뉴스, 2016. 9. 28).

장애인 및 장애인 가족의 경제적 부담을 경감하고 빈곤에 처한 장애인을 위해 적절한 기초 수급 서비스를 제공하기 위해서는 부양의무제의 개선 혹은 폐지가 필



요하다. 일부 선진국의 경우 복지 서비스를 결정하는 경우 장애인 당사자의 수입이나 재산을 평가하는 것이 일반적이다. 미국에서 직업재활 서비스를 제공하는 경우 장애인 지원자의 경제적 수준에 따라 서비스 비용에 대한 자부담이나 재정적 기여도를 결정하고 있으며 영국에서도 개별예산금액을 산정할 때 장애인 지원자의 경제적 자산을 평가해 금액과 자부담을 결정하고 있다(Arrowsmith-Oliver, 2013; Department of Assistive and Rehabilitative Services, 2016).

3 집중적 중재방법 및 정책제언

장애로 인한 이동 제약, 사회적 편견으로 인한 부당한 차별, 대인관계 단절로 인한 심리사회적 부적응 상태 등은 장애인을 외부로부터 단절시켜 고립시키는 요인이 되기도 한다(Livneh, 2001; Smart, 2015; Vash & Crewe, 2004). 특히 사회적 고립은 소외감을 발생시킬 뿐만 아니라 외부인과의 단절로 인해 자존감 감소, 성취감 저하 등의 문제를 야기해 자살 충동과 자살 시도의 가능성을 증가시킨다고 알려져 있다(U.S. Department of Health and Human Services, 2012; World Health Organization, 2012). 사회로부터 고립된 장애인의 자살을 예방하고 사회활동의 참여를 높이기 위해서는 적극적이며 신속한 중재가 필요하다. 장기간 고립되어 있거나 장애로 심리사회적 부적응 상태에 노출되어 있는 장애인의 경우 스스로 자립하거나 지역사회 활동에 적극적으로 참여하는 경우가 드물며 대인관계의 재개를 위한 동기부여가 현저히 낮은 상태에 처하기 쉽다(남연희, 한승길, 문성호, 2015; Livneh, 2001; Vash & Crewe, 2004). 이러한 이유로 독거하거나 고립된 장애인을 위해서는 직접 내방하는 복지 서비스가 필요하며 일시적 지원보다는 지속적인 지원과 관심을 통해 장애인이 소외되지 않도록 하는 것이 중요하다. 특히 지역사회에 있는 장애관련 기관이나 단체를 적절히 연계하여 소외되지 않고 사회활동에 참여할 수 있는 기회를 제공해야하며 장애인 동료나 전문 상담가에 의해 장기적인 상담 서비스를 제공하여야 한다. 독거하는 노인들의 고독사를 예방하기 위해 설계된 독거노인 사회관계 활성화 지원 서비스를 응용하여 독거하는 장애인에게 적용할 필요가 있다.

〈표 V-3-1〉 독거노인 사회관계 활성화 지원 주요 내용

항목	내용
주무부처	보건복지부 노인정책과
서비스 목적	은둔형 독거노인에게 믿고 의지할 수 있는 최소한 1명의 친구를 만들어 줌 외로움에 의한 독거노인 고독사 및 자살 예방
서비스 대상	가족·이웃 등과의 접촉이 거의 없어 고독사, 우울증, 자살 등의 위험이 높은 독거노인을 대상으로 선정



항목	내용
선정기준	<p>다음의 3가지 유형에 해당하는 독거노인</p> <ul style="list-style-type: none"> - 은둔형 고독사 위험군: 가족, 이웃 등과 관계가 단절되어 있으면서, 외부 활동을 하지 않고, 공식적 서비스 또한 이용하지 않는 독거노인 - 활동제한형 고독사 위험군: 사회적 관계는 유지되나, 만성질환 또는 일상생활동작능력(ADL) 제한으로 인하여 외부 출입에 어려움을 겪고 있으며, 우울증으로 진단받은 독거노인 - 우울형 자살고위험군: 자살기도 후 생존자, 우울증 진단을 받고 자살 시도 가능성이 높은 독거노인
서비스 내용	사회적으로 고립된 독거노인을 발굴하여, 맞춤형 프로그램을 제공
사업수행기관	사회복지관, 노인복지관, 독거노인종합지원센터(온라인)

결론적으로, 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위해서는 모니터링 및 서비스 지원을 포함한 거시적인 전달 체계의 효율적·유기적인 연계와 더불어 게이트키퍼 교육과 같은 미시적인 중재방법 등이 모두 병행되어야 한다. 자살 예방을 위한 장애인 기관, 자살예방기관, 동주민센터 등의 연계는 자살 예방 서비스를 제공하기 위한 가장 기초적인 구조로써 촘촘한 사회 감시망을 활용해 자살 시도를 사전에 차단할 수 있는 네트워크이다. 이러한 보호 네트워크의 원활하고 유기적인 연계가 이루어져야 활동지원서비스, 동료상담 등과 같은 개별 서비스와 사회복지사, 활동보조인, 의료인 등을 대상으로 실시하는 게이트키퍼 교육이 효과를 발휘할 수 있다. 그리고 거시적인 관점에서 법률의 개정, 패러다임의 변화 등이 이루어짐으로써 제도나 정책의 전반적인 기틀을 마련할 수 있다.

참고문헌

- 국립재활원 (2015). 2015년 장애인 건강관리 사업. 국립재활원.
- 국민기초생활보장법 (2017). 국가법령정보센터.
- 남연희, 한승길, 문성호. (2015). 척수장애인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 장애수용, 사회참여의 매개효과를 중심으로. 재활복지, 19, 4, 83-107.
- 독거노인 종합지원센터 (2017). 독거노인 돌봄 기본서비스.
www.lovesenior051.co.kr/sub/sub02-2.html에서 인출.
- 보건복지부 (2009). 2009년 노인돌봄기본서비스의 발전방안 모색. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부 (2013). 자살실태조사. 보건복지부.
- 보건복지부 (2014). 사망원인통계. 보건복지부.
- 보건복지부 (2017). 장애인활동지원사업 운영지침. 보건복지부.
- 배정미, 이승연, 이영선, 최명민, 조인희 (2013). 청소년 자살 관련 증재현황, 전략 및 연계방안. 한국의학저널. 56(2), 100-110.
- 사회보장정보원 (2017). 장애인활동지원사업: 사업별 소개.
www.socialservice.or.kr/user/htmlEditor/view2.do?p_sn=6에서 인출.
- 사회서비스전자바우처 (2016). 2016년도 노인돌봄서비스 사업안내. www.socialservice.or.kr/upload/etc/2016_1000.pdf
- 서울노인복지센터 (2017). 상담센터 우울예방교육 진행. seoulnoin.or.kr/story/notice/detail/10073에서 인출.
- 서원선, 김훈, 이소원, 서옥영 (2016). 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 사례연구. 한국장애인개발원.
- 세계일보 (2016. 2. 2.). 자살률 1위 우울한 한국... '안전망' 절실.
- 생명의 전화 (2017). 자살예방상담사 자격증 안내.
http://www.lifeline.or.kr/sub/consult_education/education.asp에서 인출.
- 이상영 (2015). 우리나라 자살예방 대책의 문제점과 개선방안. 보건복지포럼, 34-49.
- 이유신, 김한성 (2015). 장애인의 사회적 차별과 자살. 한국사회학회 사회학대회 논문집. 12, 209-210.



- 에이블뉴스 (2016. 6. 17.). 부양의무제의 비극은 '현재 진행형'.
- 에이블뉴스 (2016. 9. 28.). 등급제 · 부양의무제 폐지 2박3일 투쟁 스타트.
- 에이블뉴스 (2017. 1. 4.). 장애인동료상담사 1급 특례 검정과정 참여자 모집.
- 연합뉴스 (2017. 8. 16.). 복지부 내년에 자살예방과 신설..."자살 · 고독사 담당"
- 원시연 (2011). 자살예방대책의 문제점과 개선과제. 서울: 대한민국 국회 입법조사처.
- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 (2017). 국가법령정보센터.
- 장애인복지법 (2017). 국가법령정보센터.
- 정신건강증진센터 (2017). 정신건강증진센터정보.
<https://health.seoulmc.or.kr/hospitalClinicInfo/healthPromotionCenter.do>
에서 인출.
- 중앙자살예방센터 (2017). 사업설명. www.spckorea.or.kr/에서 인출.
- 한국장애인복지관협회 (2017). 장애인복지관 현황. www.hinet.or.kr/에서 인출.
- 한국장애인자립생활센터협의회 (2017). 장애인자립생활센터 현황. <http://kcil.or.kr/>
에서 인출.
- 한국사회복지사협회 (2017). 사회복지사 보수교육. <https://edu.welfare.net/>에서
인출.
- 행정안전부 (2017). 2017년 주민자치센터 설치 및 운영 현황.
http://www.mois.go.kr/frt/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000055&nttId=58353에서 인출.
- Arrowsmith-Oliver, K.(2013). Direct payments policy. London, UK: London Borough of Barnet.
- Center for Independent Living (2016). Peer counseling. www.stavros.org/
- Chen, R. K., Miller, E., Seo, W. S., & Mendoza, E. (2010). Living with uncertainty: Impacts of a progressive disability on life perspectives. Australian Journal of Rehabilitation Counseling, 16(2), 85-98.
- Chen, Y. Y., Chien-Chang Wu, K., Yousuf, S., & Yip, P. S. (2011). Suicide in Asia: opportunities and challenges. Epidemiologic reviews, 34(1), 129-144.
- Creswell, J. (2003). Designing and conducting mixed methods research. New York, NY: Sages.

- Davis, S., & Bartlett, H. (2008). Review Article: Healthy ageing in rural Australia: Issues and challenges. *Australasian Journal on Ageing*, 27(2), 56-60.
- Delaware Health and Social Services (2017). Prevention definitions and strategies. dhss.delaware.gov/dsamh/files/pds.pdf
- Department of Assistive and Rehabilitative Services (2016). RSM manual. Austin, TX: Authors.
- DeVivo, M. J., Kartus, P. L., Stover, S. L., & Rutt, R. D. (1989). Cause of death for patients with spinal cord injuries. *Archives of Internal Medicine*, 149(8), 1761-1766.
- Disability World (2017). People with disabilities and suicide awareness. <https://www.disabled-world.com/disability/awareness/suicide.php>
- Dumon, E. & Portzky, G. (2014). General guidelines on suicide prevention. <http://static1.squarespace.com/static/561b9193e4b01fb24a2a18d3/t/5637516de4b05d222e9b6708/1446465901584/EUREGENAS-General-Guidelines-on-Suicide-Prevention-F.pdf>
- Hirsch, J. K. (2006). A review of the literature on rural suicide. *Crisis*, 27(4), 189-199.
- Jae, Y. M. (2004). Suicide and psychiatric disorder. *Journal of the Korean Society of Biological Therapies in Psychiatry*, 10 (1), 3-10.
- James, R. & Gilliland, V. (2013). *Crisis intervention strategies*. New York, NY: Cengage.
- Kanel, K. (2014). *A guide to crisis intervention*. New York, NY: Cengage.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., & Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., Druss, B., Dudek, K., Freeman, M., Fujii, C., Gaebel, W., Hegerl, U., Levav, I., Laursen, T. M., Ma, H., Maj, M., Medina-Mora, M. E., Nordentoft, M., Prabhakaran, D., Pratt, K., Prince, M., Rangaswamy, T., Shiers, D.,



- Susser, E., Thornicroft, G., Wahlbeck, K., Wassie, A. F., Whiteford, H. & Saxena, S.(2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30-40.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44 (3), 151-160.
- Livneh, H. & Antonak, R. F. (1997). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Mini International Neuropsychiatric Interview (2017). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9881538>
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). Qualitative research method for beahh professionals (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2015). OECD health at a glance. <https://data.oecd.org/healthataglance>
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2017). Health status: Suicide rates. <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
- Smart, J. (2015). Disability, society, and the individual. Austin, TX: Pro-ed.
- Stark, C. R., Riordan, V., & O'Connor, R. (2011). A conceptual model of suicide in rural areas. *Rural and remote health*, 11(2), article-1622.
- Texas Department of State Health Services (2017). Universal, selective, and indicated prevention. <https://www.dshs.texas.gov/sa/Prevention/classifications.shtm>
- Uplift Family Services (2017). Prevention and intervention definition. <https://upliftfs.org/service/pei/>
- U.S. Department of Health and Human Services (2012). 2012 National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/full-report.pdf>
- Vash, C.L. & Crewe, N.M. (2004). *Psychology of Disability* (2nd ed.)NewYork: Springer.

Wikipedia. (2017). About focus group. Retrieved from <https://www.wikipedia.org/>
World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization.
World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.

부 록

〈장애인 및 장애인 가족의 자살예방을 위한 제도 개선 연구 FGI 질문지〉

- 연구개요 및 참석자 소개(간단히 서로를 소개하도록 하겠습니다.
성함, 직책, 소속기관 등에 대해서 간단히 설명해 주세요.)
- 자살 예방을 위한 보편적(universal), 선택적(selective), 집중적(indicated)
중재방법에 대한 간략한 설명(자살 예방을 위해 일반적으로 적용하고 있
는 방법을 소개하겠습니다.)
- 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 제도 및 정책 개선에 대한
개론적인 논의(장애인 및 장애인 가족의 자살 문제에 대해서 어떻게 생
각하시는지 말씀해주세요.)
- 장애인 및 장애인 가족이 자살을 하는 원인에 대한 논의(장애인 및 장애
인 가족이 자살을 생각하게 되는 이유, 상황 등에 대해서 말씀해 주세요.
본인 혹은 주위 사람 중에 그러한 경험이 있다면 함께 말씀해 주세요.)
- 장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위한 방법에 대한 구체적인
논의(장애인 및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위한 방법은 어떠한 것
들이 있는지 말씀해 주세요. 현재 제공되고 있는 복지 서비스 중 개선이
필요한 서비스는 어떠한 것들이 있는지 말씀해 주세요. 현재 제공되고
있지 않는 서비스라도 필요한 서비스가 있다면 말씀해 주세요. 장애인
및 장애인 가족의 자살을 예방하기 위해 가장 시급하게 필요한 것들은
어떠한 것인지 말씀해 주세요.)
- 장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 방안에 대한 재정리
(말씀하신 내용 및 토의된 내용을 간략하게 요약해보겠습니다. 잘 요약
이 되었습니까? 요약한 내용 중에서 빠진 것이 있거나 추가하고 싶은 의
견이 있으시면 말씀해 주세요.)

장애인 및 장애인 가족의 자살 예방을 위한 제도 개선 연구

발 행 일 : 2017년 10월

발 행 인 : 황화성

발 행 처 : (재)한국장애인개발원

서울시 영등포구 의사당대로22 이룸센터 5층

Tel. 02-3433-0600

Fax. 02-3433-0463

<http://www.koddi.or.kr>

편집·인쇄 : (사)다움복지회인쇄사업부

ISBN 978-89-6921-256-6 93330

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.