

NECA - 기획연구

NECA원탁회의  
**청소년 사망원인 1위 자살,  
각계 전문가가 바라보는  
해결책은?**

2012. 8. 31

## 경과

---

### 보고서 시작일

2012년 6월 1일

### 원탁회의 개최일

2012년 7월 5일

### 보고서 종료일

2012년 8월 31일

### 보고서 최종 수정일

2012년 9월 17일

---

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

## 연구진

### 과제 책임자

#### 김가은

한국보건의료연구원 연구기획단 성과확산팀장, 책임연구원

### 참여 연구원

#### 남미희

연구기획단 성과확산팀 주임연구원

#### 박지정

연구기획단 성과확산팀 연구사

#### 이상미

연구기획단 성과확산팀 연구관리사

## 주의

1. 이 보고서는 한국보건 의료연구원에서 수행한 연구사업의 결과보고서입니다.
2. 이 보고서 내용을 인용할 때에는 반드시 한국보건 의료연구원에서 시행한 연구사업의 결과임을 밝혀야 합니다.

## 목차

요약문 .....	i
1. 서론 .....	1
1.1 배경 및 목적 .....	2
1.2 NECA 연구결과 요약 .....	3
2. 연구방법 .....	30
2.1 NECA원탁회의 운영과정 .....	31
2.2 NECA원탁회의 특징 .....	31
2.3 청소년 자살 관련 원탁회의 운영과정 .....	33
2.4 프로그램 .....	34
3. 결과 .....	35
3.1 합의문 도출 과정 .....	36
3.2 원탁회의 주요 질문 .....	36
3.2 합의문 .....	37
4. 결론 및 제언 .....	49
5. 참고문헌 .....	51
6. 부록 .....	53

## 표 차례

표 1. 상담사 소속 연구 대상기관명 및 개수(전문가 대상 설문조사) .....	6
표 2. 청소년의 성별/연령대별 자살현황(통계청) .....	7
표 3. 청소년의 시도별 자살현황(통계청) .....	7
표 4. 특성별 자살생각 현황(청소년건강행태온라인조사) .....	8
표 5. 특성별 자살생각 현황(국민건강영양조사) .....	9
표 6. 특성별 자살시도 현황(청소년건강행태온라인조사) .....	10
표 7. 특성별 자살시도 현황(국민건강영양조사) .....	11
표 8. 청소년의 연도별/성별/연령대별 우울증 환자현황(심평원) .....	13
표 9. 특성별 우울감 현황(청소년건강행태온라인조사) .....	14
표 10. 특성별 우울감 현황(국민건강영양조사) .....	15
표 11. 대상자의 일반적 특성(자살사고 및 자살시도 청소년 대상 설문조사) .....	18
표 12. 자살시도 횟수와 자살시도 방법과의 관계 .....	19
표 13. 자살시도 전·후 알리는 대상자 .....	20
표 14. 우울증상으로 방문한 청소년의 상태 .....	21
표 15. 우울증상 청소년의 재방문 권유에 대한 순응도 .....	21
표 16. 청소년의 우울 정도와 상담사의 재방문 권유 순응도와의 관계 .....	22
표 17. 청소년의 우울정도와 정신과의사의 재방문 권유 순응도 .....	22
표 18. 우울증상 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유 .....	22
표 19. 자살생각으로 방문한 청소년의 상태 .....	23
표 20. 자살생각 청소년의 재방문 권유에 대한 순응도 .....	23
표 21. 자살생각 정도와 상담사의 재방문 권유 순응도와의 관계 .....	23
표 22. 자살생각 정도와 정신과 의사의 재방문 권유 순응도와의 관계 .....	24
표 23. 자살생각 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유 .....	24
표 24. 청소년의 자살사고 원인(5순위) .....	25
표 25. 방문기관에 따른 자살생각 청소년에 대한 적절한 치료법 .....	26
표 26. 자살시도로 방문한 청소년의 상태 .....	27
표 27. 자살시도 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유 .....	27
표 28. 청소년의 자살시도 원인(5순위) .....	28
표 29. 방문기관에 따른 자살시도 청소년의 치료적 접근법 .....	29
표 30. 토론회와 NECA원탁회의의 비교 .....	32

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

## 그림 차례

그림 1. 설문 진행 과정 .....	5
그림 2. 시군구별 청소년 우울증 환자 표준화 발생비 .....	17
그림 3. 시군구별 청소년 우울증 환자 위험비 .....	17
그림 4. 자살시도 횟수와 자살계획기간과의 관계 .....	19
그림 5. NECA원탁회의 운영절차 .....	31
그림 6. OECD국가들의 15-19세 청소년 자살률 추세 .....	37
그림 7. 2000~2010년 15-19세 청소년 사망자 중 자살 사망의 비율 .....	38

## 부록 차례

[부록1] 운영위원회 .....	54
[부록2] 패널 .....	55
[부록3] 연자 .....	56
[부록4] 실무팀 .....	57

## 요약문

### □ 배경 및 목적

한국보건 의료연구원(National Evidence-based Collaborating Agency, 이하 NECA)에서는 청소년 자살과 관련하여 다양한 자료원을 이용한 자살의 지역별 현황, 위험요인 및 중재현황 등에 대해서 연구하였으며(한국보건 의료연구원, 2012), 이 연구결과를 토대로 관련 전문가 토론회와 합의를 통해, 청소년 자살현황과 위험요인, 자살 예방과 대처 실태 및 한계점, 효율적인 예방과 대처방안을 마련하고자 NECA원탁회의를 수행하였다.

### □ 참여자

소아청소년정신의학, 정신전문간호 등 보건의료분야, 한국청소년상담복지개발원 등 상담분야, 한국교육개발원 등 교육분야, 보건복지부, 교육과학기술부 등 관련 정부기관, 한국자살예방협회, 중앙자살예방센터, 종교계 등에 소속된 12명의 패널과 8명의 연자가 참여하였다.

### □ 결론

국내 청소년 자살률은 지속적으로 증가하고 있을 뿐 아니라 청소년 사망원인 1위로 보고되고 있으며, 자살시도, 자살생각 등 자살을 고려하는 잠재적 위험군도 상당수 존재하므로 적극적 예방 활동 및 정책적 관심 및 대처방안이 요구된다.

현재 일부에서 자살사망률 이외에 자살시도율, 자살생각률에 대한 조사가 이루어지고 있으나, 자살예방사업의 근거 확보를 위한 지속적이고 통합적인 자료는 확보되지 못하고 있으므로 범국가적인 종합대책의 일환으로 청소년 자살에 대한 주기적 실태조사가 필요하다.

청소년 자살관련 주요 위험요인들로는 대인관계 스트레스 및 우울증 등 정신장애를 꼽을 수 있으며, 위험요인과 예방요인 및 상호관계와 관련된 실태를 파악할 수 있는 심층적이고도 지속적인 연구를 통한 기초자료 확보가 필수적이다.

현재 시점에서는 학교교육, 상담 및 사회복지, 보건의료 등 각 분야마다 자살예방과 위기개입



[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

활동을 수행할 만한 인력과 예산이 부족할 뿐만 아니라, 위기대처를 위한 응급의료통합시스템, 자살예방센터 등도 효과적으로 운영되지 못하고 있어, 관련 기관들이 보다 효율적이고 통합적으로 운영될 수 있는 유기적인 연계 및 협력 체계가 필요하다

청소년 자살에 대한 효과적인 예방 및 대처를 위해 학교-정신보건서비스-지역사회 자원을 유기적으로 연계하는 시스템 구축하여 학교-정신보건서비스-지역사회 자원을 유기적으로 연계하는 시스템 구축을 통해 어려움을 겪는 청소년을 상담의뢰하고, 치료 및 관리하는 체계가 효율적으로 운영되어야 하고, 위기개입 역량 강화 및 조기발견 체계 마련, 정신건강에 대한 편견 해소 등의 노력이 필요하다.

# 1. 서론

---

## 1.1. 배경 및 목적

2010년 국내 10대 자살 사망자 수는 353명으로 10대 사망의 24.3%에 해당하며 청소년 사망원인 1위로(통계청, 2011), 사회적 문제로 보고되고 있다

특히, 청소년 자살생각률(최근 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율)은 2008년 18.9%에서 2011년 19.6%까지 지속적으로 증가하는 추세를 보여(질병관리본부, 2012) 세심한 주의 및 예방대책이 필요하다.

한국보건 의료연구원에서는 청소년 자살과 관련하여 다양한 자료원을 이용한 자살의 지역별 현황, 위험요인 및 중재현황 등에 대해 연구 하였으며(한국보건 의료연구원, 2012), 이 연구결과를 토대로 여러 분야의 관련 전문가 토론회와 합의를 통해, 청소년 자살현황과 위험요인, 예방과 대처 실태 및 한계점과 효율적인 예방과 대처방안을 마련하고자 NECA원탁회의를 수행하였다.

## 1.2. NECA 연구결과 요약

### □ 대상자 및 분석 방법

#### 1) 통계청 사망 자료

##### ○ 대상자

- 2007~2009년 통계청 사망 자료 중 한국표준질병사인분류 코드(제5차 개정)가 고의적 자해(자살)인 만12~18세의 청소년
- 총 829명(남: 446명(53.8%), 여: 383명(46.2%))

##### ○ 분석 방법

- 청소년과 성인에 대한 시도별, 성별, 연령대별 십만 명당 자살률 산출
- 청소년의 시군구별 십만 명당 자살률을 산출하고, 성별과 연령을 보정 후 청소년 자살의 위험요인으로 생각되어지는 시군구별 단위의 자료를 추가 조사하여 모형에 적합시킴으로서 청소년 자살과 관련된 시군구 특성을 파악함

#### 2) 건강보험심사평가원 청구자료

##### ○ 대상자

- 2007~2009년 건강보험심사평가원(이하 심평원) 청구자료로 우울증 상병코드(주상병 또는 부상병)가 있으면서 우울증 약품코드(MAOI, NAD, SSRI 계열)나 정신치료코드가 있는 만12~18세의 청소년
  - 2007년: 총 74,489명(남: 46,663명(62.6%), 여: 27,826명(37.4%))
  - 2008년: 총 74,757명(남: 47,806명(63.9%), 여: 26,948명(36.1%))
  - 2009년: 총 86,497명(남: 55,444명(64.1%), 여: 31,053명(35.9%))
- (심평원 청구자료의 시군구 구분은 요양기관의 소재지를 의미하며 환자의 소재지를 의미하지 않음)

##### ○ 분석 방법

- 청소년의 연도별, 시군구별, 성별, 연령대별 우울증 현황과 베이지안 공간모형(Bayesian spatial model)을 이용하여 지역 간의 공간정보를 활용한 청소년 우울증 치료의 시군구별 분포도를 구축함

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

### 3) 청소년건강행태온라인조사

#### ○ 대상자

- 청소년건강행태온라인조사(2009년) 자료 중 만12~18세의 청소년
- 총 74,192명(남: 39,063명(52.87%), 여: 35,129명(47.13%))

#### ○ 분석 방법

- 정신보건 항목 중 우울감, 자살생각, 자살시도에 대한 비율을 특성별(시도별, 성별, 연령대별)로 비교함. 또한 성별과 연령을 보정한 후 특정 지역을 기준으로 한 지역별 오즈비(Odds Ratio, 이하 OR)를 비교함
- 우울감, 자살생각, 자살시도의 위험요인을 파악함
- 자살생각, 자살시도의 경우 우울감 변수를 독립변수에 추가함(독립변수들 중 한 항목이라도 결측치가 있는 대상은 분석대상에서 제외함)

### 4) 국민건강영양조사

#### ○ 대상자

- 국민건강영양조사 제4기(2007~2009년) 자료 중 만12~18세의 청소년
- 총 2,185명(남: 1,149명(53.59%), 여: 1,036명(46.41%))

#### ○ 분석 방법

- 청소년의 우울감, 자살생각, 자살시도에 대한 특성별 현황
  - : 건강설문조사 부문에서 정신건강에 해당하는 설문 중 우울감, 자살생각, 자살시도에 대한 비율을 특성별(시도별, 성별, 연령대별)로 비교함
- 청소년의 우울감, 자살생각, 자살시도에 대한 위험요인 파악
  - : 16개 시도를 나타내는 지역변수 외에 성별, 연령, 가구소득, 흡연, 음주, 중등도 신체활동, 체중조절노력, 스트레스, 수면시간 변수들이 독립변수에 포함하여 우울감, 자살생각, 자살시도의 위험요인을 파악함

5) 설문조사 1: 자살사고 및 자살시도 청소년 대상

○ 대상자

- 4개 의료기관에 방문한 12세~18세 이하(중·고등학생) 청소년
- 총 91명
- '소아우울척도(Children's Depression Inventory; CDI)' 9번 항목에서 나는 자살에 대하여 생각은 하지만 그렇게 하지는 않을 것이다(1)와 나는 자살하고 싶다 (2)를 선택한 청소년을 대상으로 선정하여 진행함

○ 설문조사 진행과정

- 2011년 8월 17일~2011년 12월 30일까지 약 4개월

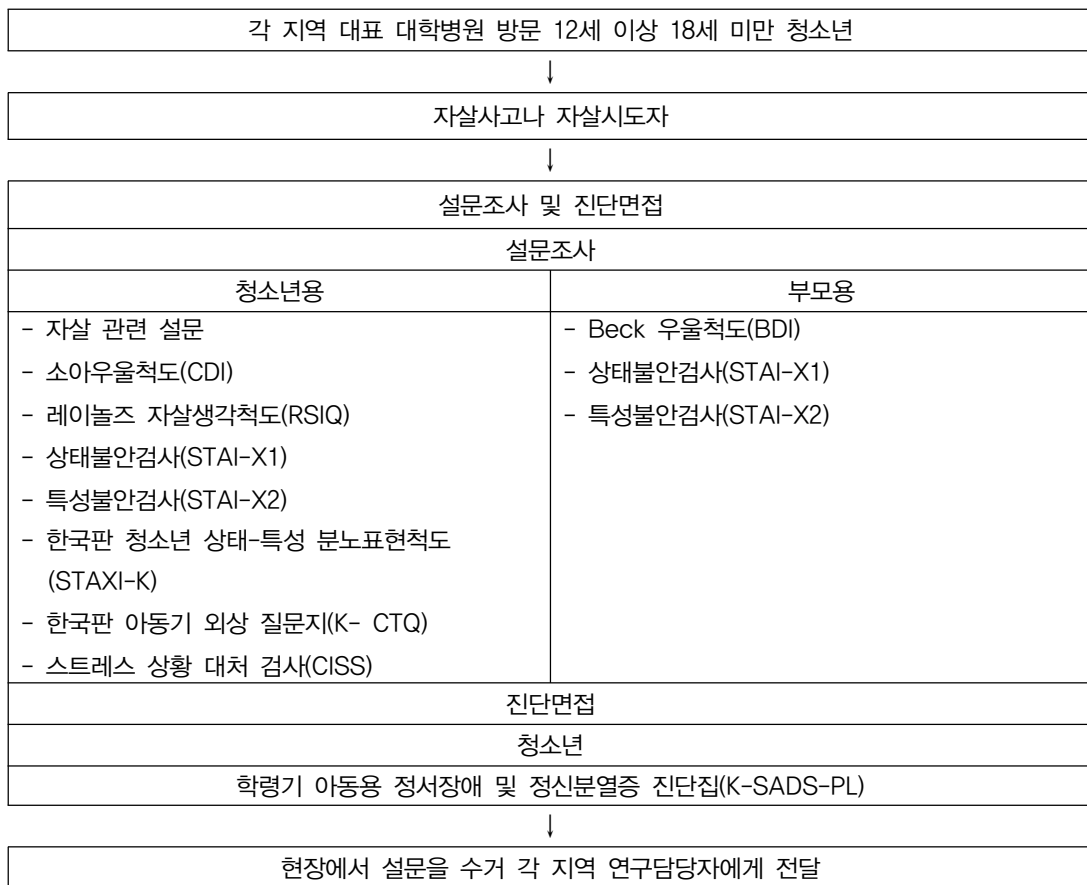


그림 1. 설문 진행 과정

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

## 6) 설문조사 2: 전문가 대상

### ○ 설문조사 진행과정

- 연구 대상은 정신과 전문의와 상담사로 대한신경정신의학회에 소속되어 있는 전문의 2,626명과 한국청소년상담원(165개), 정신보건센터(53개), Wee 센터(121개)에 소속되어 있는 상담사 전수로 함(표 1)
- 분석 대상은 정신과 전문의 총 157명, 한국청소년상담원/정신보건센터/Wee 센터 상담사 총 300명
- 설문조사 기간: 2011년 11월 11일~2011년 12월 23일까지 설문조사 대상자들에게 웹상에서 설문에 응답할 수 있도록 함
- 설문 내용은 자살시도 및 자살사고를 경험한 청소년의 전반, 자살시도·사고 청소년의 특성, 응답자 특성에 대한 내용을 포함함

표 1. 상담사 소속 연구 대상기관명 및 개수(전문가 대상 설문조사)

기관명	개수
여성가족부 산하 한국청소년상담원	165개
보건복지부 정신보건센터	53개
교육과학부 Wee 센터	121개

## □ 연구 결과

### ○ 청소년 자살 현황(통계청)(표 2)

- 청소년 자살률(십만 명당): 5.7명(남: 5.8명, 여: 5.6명)
- 연령대별(십만 명당): 12~14세 2.5명, 15~18세 8.2명
- OECD 국가의 15~19세 평균 자살률(십만 명당): 6.8명

표 2. 청소년의 성별/연령대별 자살현황(통계청)

구분		자살자수	모집단수	십만 명당 자살률
성별	남성	446	7,717,975	5.8
	여성	383	6,825,001	5.6
연령대	12~14	160	6,353,365	2.5
	15~18	669	8,189,611	8.2
합계		829	14,542,976	5.7

모집단수 : 2007~2009년의 통계청 주민등록 연앙인구자료

- 시도별 연평균 자살률: 성인의 경우 시도별 자살률의 차이를 보이는 반면, 청소년의 경우 시도별 자살률의 큰 차이를 보이지 않았음(표 3)

표 3. 청소년의 시도별 자살현황(통계청)

시도	자살자수	모집단수	십만 명당 자살률
서울	155	2,749,472	5.6
부산	67	1,014,015	6.6
대구	45	790,955	5.7
인천	46	850,703	5.4
광주	37	484,545	7.6
대전	26	474,612	5.5
울산	18	379,070	4.7
경기	179	3,442,333	5.2
강원	29	419,433	6.9
충북	25	448,552	5.6
충남	39	550,824	7.1
전북	25	548,476	4.6
전남	27	534,916	5.0
경북	42	721,086	5.8
경남	58	961,420	6.0
제주	11	172,564	6.4

모집단수 : 2007~2009년의 통계청 주민등록 연앙인구자료



[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

○ 청소년 특성별 자살생각 현황

[청소년건강행태온라인조사](표 4)

- 전체 자살생각 비율: 18.97%(남: 14.98%, 여: 23.46%)
- 연령대별: 12~14세 19.37%, 15~18세 18.71%
- 지역별: 전북(20.84%)이 가장 높고, 대구(15.82%)가 가장 낮음

표 4. 특성별 자살생각 현황(청소년건강행태온라인조사)

	구분	연구 대상자수	자살생각	가중 %
	전체	74,192	14,200	18.97
성별	남	39,063	5,876	14.98
	여	35,129	8,324	23.46
연령대	12~14세	30,304	5,850	19.37
	15~18세	43,888	8,350	18.71
시도	서울	8,105	1,601	19.71
	부산	5,419	918	16.54
	대구	5,006	824	15.82
	인천	5,067	946	18.96
	광주	4,069	838	20.76
	대전	3,892	776	20.53
	울산	3,594	664	18.41
	경기	9,322	1,747	18.81
	강원	3,517	690	19.53
	충북	3,604	712	19.72
	충남	3,793	737	18.61
	전북	3,750	786	20.84
	전남	3,346	662	19.40
	경북	4,532	928	19.92
	경남	4,872	955	19.82
	제주	2,304	416	19.35

[국민건강영양조사](표 5)

- 전체 자살생각 비율: 14.88%(남: 10.98%, 여: 19.37%)
- 연령대별: 12~14세 15.56%, 15~18세 14.38%
- 지역별: 울산(22.86%)이 가장 높고, 경남(10.20%)이 가장 낮음

표 5. 특성별 자살생각 현황(국민건강영양조사)

	구분	연구 대상자수	자살생각	가중 %
	전체	2,185	323	14.88
성별	남	1,149	127	10.98
	여	1,036	196	19.37
연령대	12~14세	1,087	168	15.56
	15~18세	1,098	155	14.38
시도	서울	384	66	16.70
	부산	130	14	10.68
	대구	134	18	13.34
	인천	128	22	18.50
	광주	84	11	12.93
	대전	75	12	16.54
	울산	59	13	22.86
	경기	476	77	15.95
	강원	70	10	14.73
	충북	58	12	16.38
	충남	86	12	13.91
	전북	97	12	12.69
	전남	83	11	14.36
	경북	122	14	11.15
	경남	128	12	10.20
	제주	71	7	10.84

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

○ 청소년 특성별 자살 시도 현황

[청소년건강행태온라인조사](표 6)

- 전체 자살 시도 비율: 4.44%(남: 3.17%, 여: 5.88%)
- 연령대별: 12~14세 5.20%, 15~18세 3.93%
- 지역별: 제주도(5.53%)가 가장 높고, 대구(3.54%)가 가장 낮음

표 6. 특성별 자살 시도 현황(청소년건강행태온라인조사)

	구분	연구 대상자수	자살 시도	가중 %
	전체	74,192	3,382	4.44
성별	남	39,063	1,255	3.17
	여	35,129	2,127	5.88
연령대	12~14세	30,304	1,577	5.20
	15~18세	43,888	1,805	3.93
시도	서울	8,105	374	4.62
	부산	5,419	211	3.78
	대구	5,006	193	3.54
	인천	5,067	236	4.81
	광주	4,069	181	4.47
	대전	3,892	172	4.66
	울산	3,594	172	4.58
	경기	9,322	397	4.29
	강원	3,517	168	4.97
	충북	3,604	192	5.37
	충남	3,793	163	4.31
	전북	3,750	191	4.05
	전남	3,346	147	4.32
	경북	4,532	222	4.26
	경남	4,872	258	5.10
	제주	2,304	105	5.53

[국민건강영양조사](표 7)

- 전체 자살시도 비율: 0.87%(남: 0.74%, 여: 1.01%)
- 연령대별: 12~14세 0.66%, 15~18세 1.02%
- 지역별: 광주(2.56%)가 가장 높고, 부산, 대구, 강원도, 충북, 충남, 경남, 제주는 0.0%임

표 7. 특성별 자살시도 현황(국민건강영양조사)

	구분	연구 대상자수	자살시도	가중 %
	전체	2,185	17	0.87
성별	남	1,149	7	0.74
	여	1,036	10	1.01
	12~14세	1,087	8	0.66
연령대	15~18세	1,098	9	1.02
	서울	384	6	2.06
시도	부산	130	0	0.00
	대구	134	0	0.00
	인천	128	1	0.93
	광주	84	2	2.56
	대전	75	1	0.93
	울산	59	1	1.52
	경기	476	2	0.28
	강원	70	0	0.00
	충북	58	0	0.00
	충남	86	0	0.00
	전북	97	1	0.97
	전남	83	1	1.90
	경북	122	2	2.36
	경남	128	0	0.00
	제주	71	0	0.00

○ 청소년 자살 위험요인

[통계청]

- 연령(15세 이상), 가족 요인(부모 이혼건수 높고, 한부모 가구수 많을수록), 사회경제적 요인(사글세/무상 가구수가 많을수록, 초등/미취학 가구수가 많을수록), 질병요인(우울증 치료 환자수가 많을수록)

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

○ 청소년 자살생각 위험요인(OR, 95% CI)

[청소년건강행태온라인조사]

- 우울감(5.68, 5.26-6.13): 가장 큰 영향요인
- 주관적 행복감이 낮음(2.73, 2.52-2.96)
- 스트레스(2.38, 2.22-2.55)
- 습관적 약물사용(1.72, 1.36-2.17)
- 성폭력피해(1.49, 1.19-1.87) 등

[국민건강영양조사]

- 우울감(4.67, 3.20-6.81): 가장 큰 영향요인
- 스트레스(3.85, 2.77-5.36)
- 수면시간(1.89, 0.99-3.58)
- 음주(1.60, 1.12-2.28)
- 성별(1.59, 1.18-2.13) 등

○ 청소년 자살시도 위험요인(OR, 95% CI)

[청소년건강행태온라인조사]

- 우울감(6.16, 5.22-7.25): 가장 큰 영향 요인
- 습관적 약물사용(3.06, 2.25-4.15)
- 주관적 행복감이 낮음(2.32, 2.06-2.60)
- 스트레스(2.18, 1.90-2.51)
- 성폭력피해(1.97, 1.43-2.72) 등

[국민건강영양조사]

- 우울감(11.29, 2.25-56.67): 가장 큰 영향요인
- 수면시간(8.79, 2.23-34.63)

○ 청소년 우울증 현황

[심평원](표 8)

- 연도별 우울증 백분율: 1.5~1.8%
- 12~18세 청소년 1.8%가 우울증으로 약물치료 또는 정신치료를 받고 있는 것으로 나타남

표 8. 청소년의 연도별/성별/연령대별 우울증 환자현황(심평원)

구분		우울증 환자수	모집단수	%	
2007	성별	남성	46,663	2,514,594	1.9
		여성	27,826	2,245,291	1.2
	연령대	12~14	36,642	2,143,363	1.7
		15~18	37,847	2,643,522	1.4
	전체	74,489	4,786,885	1.6	
2008	성별	남성	47,806	2,579,227	1.9
		여성	26,948	2,277,039	1.2
	연령대	12~14	36,801	2,121,966	1.7
		15~18	37,953	2,734,300	1.4
	전체	74,757	4,856,265	1.5	
2009	성별	남성	55,444	2,596,800	2.1
		여성	31,053	2,302,294	1.3
	연령대	12~14	41,747	2,087,669	2.0
		15~18	44,750	2,811,425	1.6
	전체	86,497	4,899,094	1.8	

모집단수 : 2007~2009년의 통계청 주민등록 연앙인구자료

[청소년건강행태온라인조사](표 9)

- 전체 우울감 비율: 37.33%(남:31.90%, 여: 43.41%)
- 연령대별: 12~14세 33.76%, 15~18세 39.73%
- 지역별: 대전(40.43%)이 가장 높고, 대구(32.01%)가 가장 낮음

표 9. 특성별 우울감 현황(청소년건강행태온라인조사)

	구분	연구 대상자수	우울감	가중 %
	전체	74,192	27,834	37.33
성별	남	39,063	12,420	31.90
	여	35,129	15,414	43.41
연령대	12~14세	30,304	10,217	33.76
	15~18세	43,888	17,617	39.73
시도	서울	8,105	3,165	39.06
	부산	5,419	1,917	34.70
	대구	5,006	1,624	32.01
	인천	5,067	1,866	37.20
	광주	4,069	1,644	40.25
	대전	3,892	1,564	40.43
	울산	3,594	1,327	36.88
	경기	9,322	3,476	37.30
	강원	3,517	1,342	38.16
	충북	3,604	1,376	38.07
	충남	3,793	1,438	36.49
	전북	3,750	1,514	39.70
	전남	3,346	1,291	38.74
	경북	4,532	1,672	35.57
	경남	4,872	1,816	36.36
	제주	2,304	802	35.37

## [국민건강영양조사](표 10)

- 전체 우울감 비율: 11.25%(남: 9.53%, 여: 13.24%)
- 연령대별: 12~14세 9.84%, 15~18세 12.28%
- 지역별: 울산(24.52%)이 가장 높고, 제주(3.13%)가 가장 낮음
- 국민건강영양조사 결과보다 청소년건강행태온라인조사에서 우울감 비율이 높게 나타남.  
특히 대전 지역의 경우 청소년건강행태온라인조사에서는 비율이 가장 높게 나타났으나,  
국민건강영양조사 결과에서는 가장 낮게 나타남

표 10. 특성별 우울감 현황(국민건강영양조사)

	구분	대상자수	우울감	가중 %
	전체	2,185	235	11.25
성별	남	1,149	105	9.53
	여	1,036	130	13.24
연령대	12~14세	1,087	102	9.84
	15~18세	1,098	133	12.28
시도	서울	384	54	14.44
	부산	130	9	5.02
	대구	134	16	11.46
	인천	128	18	17.30
	광주	84	12	13.71
	대전	75	2	3.39
	울산	59	11	24.52
	경기	476	44	8.65
	강원	70	14	22.00
	충북	58	4	8.68
	충남	86	6	9.11
	전북	97	11	12.74
	전남	83	7	9.20
	경북	122	12	10.77
	경남	128	13	9.66
	제주	71	2	3.17



[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

[심평원]

○ 청소년 우울증 환자의 시군구별 분포(그림2, 3)

- 시군구별 우울증 환자 백분율의 사분위수(1분위, 2분위, 3분위)를 기준으로 4범주로 나눠 나타냄
  - : 시군구별 구분은 요양기관 소재지를 의미함
  - : 표준화발생비(Standard Incidence Ratio, 이하 SIR)
    - = 시군구별 관측도수와 기대도수의 비
  - : 위험비(Risk Ratio, 이하 RR)
    - = 시군구별 계층적 베이지안(Hierarchical Bayes, 이하 HB) 추정량을 이용하여 산출한 위험비
- SIR과 RR값에 따른 분포도는 거의 비슷하게 나타남
- $SIR \geq 1.75$ : 대구 중구(18.18), 서울 종로구(8.76), 인천 중구(5.89), 광주 동구(5.38), 서울 강남구(5.0), 수원시 영통구(4.97), 성남시 분당구(3.9), 부산 부산진구(3.25) 외
- $1.25 \leq SIR < 1.75$ : 서울 강동구(1.69), 부산 연제구(1.67), 안산시 단원구(1.65), 서울 서대문구(1.54), 서울 중구(1.49), 서울 광진구(1.47), 서울 양천구(1.45), 경기 구리시(1.45) 외
- $0.75 \leq SIR < 1.25$ : 서울 구로구(1.24), 서울 관악구(1.23), 부산 중구(1.19), 광주 북구(1.19), 강원 강릉시(1.13), 청주시 상당구(1.09), 강원 원주시(1.07), 제주 제주시(1.07), 서울 영등포구(1.05), 서울 강북구(1.02) 외
- $SIR < 0.75$ : 서울 강서구(0.74), 인천 부평구(0.71), 부산 수영구(0.7), 경기 평택시(0.7), 고양시 덕양구(0.7), 울산 동구(0.69), 경기 의왕시(0.68), 경남 진주시(0.65) 외
- $RR \geq 1.76$ : 대구 중구(19.53), 서울 종로구(9.42), 인천 중구(6.33), 광주 동구(5.78), 수원시 영통구(5.34), 성남시 분당구(4.19), 부산 부산진구(3.49), 부산 동래구(3.02) 외
- $1.26 \leq RR \leq 1.75$ : 서울 서대문구(1.65), 서울 중구(1.6), 서울 광진구(1.58), 경기 구리시(1.56), 서울 양천구(1.55), 서울 동작구(1.52), 인

- 천 계양구(1.51), 대구 서구(1.42) 외
- $0.76 \leq RR \leq 1.25$ : 강원 강릉시(1.21), 청주시 상당구(1.18), 제주시(1.15), 강원 원주(1.14), 서울 영등포(1.12), 서울 강북구(1.1), 부산 해운대구(1.08), 대구 수서구(1.08) 외
  - $RR \leq 0.75$ : 경기 평택시(0.75), 고양시 덕양구(0.75), 울산 동구(0.74), 경기 의왕시(0.73), 경남 진주시(0.7), 경남 창원시(0.68), 강원 춘천시(0.66), 충남 아산시(0.66) 외

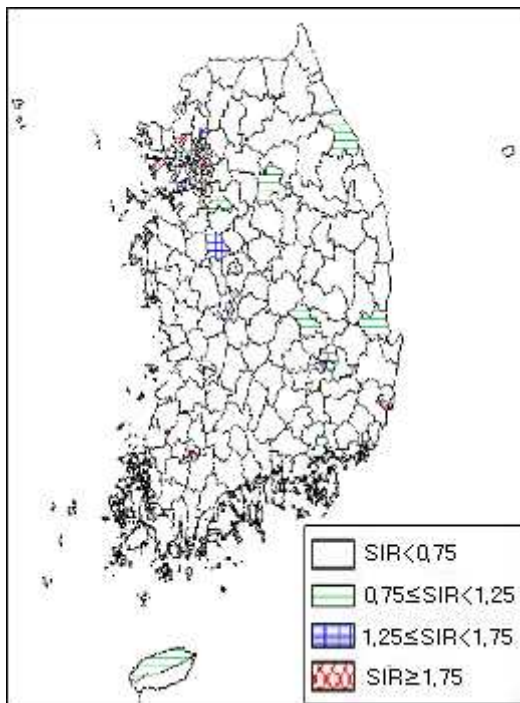


그림 2. 시군구별 청소년 우울증 환자 표준화 발생비

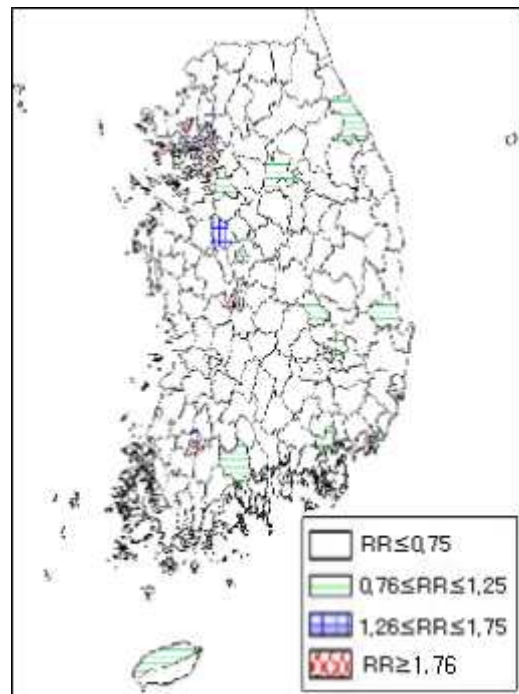


그림 3. 시군구별 청소년 우울증 환자 위험비

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

[자살사고 및 자살시도 청소년 대상 설문조사](표 11)

○ 자살사고/자살시도 청소년의 일반적 특성

- 자살사고군: 남자 52.38%, 여자 47.62%
- 자살시도군: 남자 28.57%, 여자 69.39%
- 자살사고군과 자살시도군 모두 고등학생의 비율이 높게 나타남

표 11. 대상자의 일반적 특성(자살사고 및 자살시도 청소년 대상 설문조사)

항목	응답자전체 (N=91명)		자살사고 (N=42명)		자살시도 (N=49명)		P value	
	빈도(명)	%	빈도(명)	%	빈도(명)	%		
성*	여자	54	59.34	20	47.62	34	69.39	0.031
	남자	36	39.56	22	52.38	14	28.57	
학년	중1	10	10.99	5	11.90	5	10.20	0.435
	중2	21	23.08	10	23.81	11	22.45	
	중3 졸업	9	9.89	3	7.14	6	12.24	
	중학교 중퇴	1	1.10	0	0.00	1	2.04	
	고1	19	20.88	11	26.19	8	16.33	
	고2	14	15.38	8	19.05	6	12.24	
	고3	9	9.89	1	2.38	8	16.33	
	고등학교 중퇴	4	4.40	1	2.38	5	10.20	
동거인	부모님	69	75.82	33	78.57	36	73.47	0.783
	어머니	11	12.09	4	9.52	7	14.29	
	아버지	7	7.69	4	9.52	3	6.12	
	혼자	1	1.10	1	2.38	0	0.00	
	조부모부모형제	1	1.10	0	0.00	1	2.04	
부모님의 결혼상태	함께살고계심	64	70.33	30	71.43	34	69.39	0.558
	따로살고계심	19	20.88	7	16.67	12	24.49	
	재혼하심	5	5.49	3	7.14	2	4.08	
	어머니 살아계심	1	1.10	1	2.38	0	0.00	
	아버지 살아계심	1	1.10	1	2.38	0	0.00	

\* P<0.05, Chi-Square test(기대도수가 5 미만인 값이 20% 이상인 경우 Fisher's exact test 수행)

○ 자살시도 횟수와 자살계획기간과의 관계(그림 4)

- 자살에 대한 계획: 1년 이내(41.4%)가 가장 많았음
- 자살 계획을 세운 기간과 자살시도 횟수는 반비례하였음

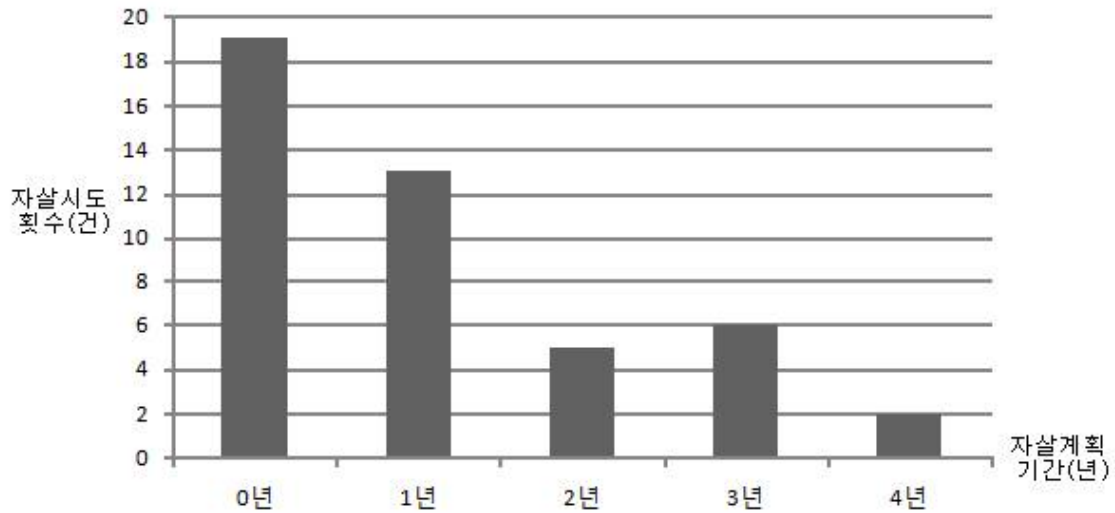


그림 4. 자살시도 횟수와 자살계획기간과의 관계

○ 자살시도 횟수와 자살시도 방법과의 관계(표 12)

- 치명적인 방법(질식, 화학약품, 뛰어내림)보다 덜 치명적인 방법(자해, 약물 과다복용 등)을 사용하는 경우일수록 자살시도 횟수는 더 많았음

표 12. 자살시도 횟수와 자살시도 방법과의 관계

단위: 명(%)

자살시도 횟수 \ 자살시도 방법	1~2회	3~5회	6~10회	11~30회	Total
약물	6(28.57)	10(47.62)	3(14.29)	2(9.52)	21(100.00)
화학약품	0(0.00)	2(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(100.00)
질식	1(8.33)	7(58.33)	3(25.00)	1(8.33)	12(100.00)
뛰어내림	3(25.00)	5(41.67)	3(25.00)	1(8.33)	12(100.00)
자해	8(26.67)	15(50.00)	4(13.132)	3(10.00)	30(100.00)

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

○ 자살시도 전·후 알리는 대상자(표 13)

- 자살시도 전: 친구 11/25(44.0%), 연락하지 않음 10/25(40.0%)
- 자살시도 후: 부모님 11/28(39.29%), 친구 8/28(28.57%),  
전문가(10.71%)

표 13. 자살시도 전·후 알리는 대상자

대상자	자살시도 전에 알리는 자 (N=25)	자살시도 후에 알리는 자 (N=28)
아버지	1	5
어머니	2	6
형제/자매	0	1
친구	11	8
선생님	0	1
전문가	1	3
기타	0	1
없다	10	3

[전문가 대상 설문조사]

- 우울증상으로 방문한 청소년의 상태(표 14)
  - 상담기관 방문 청소년 중 중증도 이상 우울증: 39.33%
  - 의료기관 방문 청소년 중 중증도 이상 우울증: 73.89%
  - 우울증의 정도에 따라서 기관 선택에 차이가 있을 것으로 예측할 수 있음

표 14. 우울증상으로 방문한 청소년의 상태

우울증정도	전체(N=457)		상담사(N=300)		정신과 전문의(N=157)		P value*
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
일시적인 우울감	63	13.79	61	20.33	2	1.27	
경도의 우울증	156	34.14	117	39.00	39	24.84	
중증도의 우울증	199	43.54	103	34.33	96	61.15	<0.001
심한 우울증	35	7.66	15	5.00	20	12.74	
우울증상으로 방문한 청소년 없음	4	0.88	4	1.33	0	0	

\*P<0.05, Chi-Square test(기대도수가 5미만인 값이 20%이상인 경우 Fisher's exact test 수행)

○ 기관별 방문 우울 증상 청소년의 재방문 순응도(표 15)

긍정적 - 상당히 따름/매우 따름  
 부정적 - 전혀 따르지 않음/별로 따르지 않음/약간 따름

- 상담사: 긍정적 35.81%, 부정적 64.19%
- 정신과 전문의: 긍정적 35.81%, 부정적 64.19%

표 15. 우울증상 청소년의 재방문 권유에 대한 순응도

상담기관 방문 순응도	전체(N=457)		상담사(N=296)		정신과 전문의(N=157)		P value*
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
전혀 따르지 않음	2	0.44	0	0.0	2	1.27	
별로 따르지 않음	80	17.51	44	14.86	36	22.93	
약간 따름	227	49.67	146	49.32	81	51.59	<0.001
상당히 따름	138	30.20	102	34.46	36	22.93	
매우 따름	6	1.31	4	1.35	2	1.27	

\*P<0.05, Chi-Square test(기대도수가 5미만인 값이 20%이상인 경우 Fisher's exact test 수행)

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

○ 중증도 및 심한 우울증의 경우 재방문 순응도(표 16, 17)

- 상담사: 긍정적 40.68%, 부정적 59.32%
- 정신과 전문의: 긍정적 25.86%, 부정적 74.13%

표 16. 청소년의 우울 정도와 상담사의 재방문 권유 순응도와의 관계

단위: 빈도(%)

우울정도 \ 재방문권유 순응도	재방문권유 순응도				
	별로 따르지 않음	약간 따름	상당히 따름	매우 따름	전체
일시적 우울감	7(11.48)	31(50.82)	23(37.70)	0(0)	61(100)
경도의 우울증	25(21.37)	57(48.72)	33(28.21)	2(1.71)	117(100)
중증도의 우울증	12(11.65)	52(50.49)	37(35.92)	2(1.94)	103(100)
심한 우울증	0(0)	6(40.00)	9(60.00)	0(0)	15(100)
전체	44(14.86)	146(49.32)	102(34.46)	4(1.35)	296(100)

표 17. 청소년의 우울 정도와 정신과의사의 재방문 권유 순응도

단위: 빈도(%)

우울정도 \ 재방문권유 순응도	재방문권유 순응도					
	전혀 따르지 않음	별로 따르지 않음	약간 따름	상당히 따름	매우 따름	전체
일시적 우울감	0(0)	0(0)	1(50.00)	1(50.00)	0(0)	2(100)
경도의 우울증	0(0)	14(35.90)	18(46.15)	7(17.95)	0(0)	39(100)
중증도의 우울증	1(1.04)	21(21.88)	54(56.25)	19(19.79)	1(1.04)	96(100)
심한 우울증	1(5.00)	1(5.00)	8(40.00)	9(45.00)	1(5.00)	20(100)
전체	2(1.27)	36(22.93)	81(51.59)	36(22.93)	2(1.27)	157(100)

○ 우울증상 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유(표 18)

- 본인이 필요없다 판단 50.49%,
- 정신과/상담에 대한 편견 25.89%,
- 거리가 멀어서 6.80%,
- 비용 부담 1.94%로 나타남

표 18. 우울증상 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유

권유를 따르지 않는 이유	전체(N=309)		상담사(N=190)		정신과 전문의(N=119)		P value
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
비용이 부담되서	6	1.94	2	1.05	4	3.36	
거리가 멀어서	21	6.80	20	10.53	1	0.84	
정신과/상담에 대한 편견*	80	25.89	30	15.79	50	42.02	<0.001
본인이 필요없다 판단	156	50.49	98	51.58	58	48.74	
기타	46	14.89	40	21.05	6	5.04	

\* 상담사 설문지의 경우 '(정신과적) 상담에 대한 편견', 의사의 경우 '정신과에 대한 편견' 문항으로 설정 하였으나 같은 맥락을 의도한 문항으로 분석시 합쳤음

○ 자살생각으로 방문한 청소년의 상태 및 재방문 순응도(표 19~22)

- 자살을 생각하는 청소년이 기관 방문 시 특정 자살방법까지 생각한다고 응답 : 상담사 25.7%, 정신과 전문의 22.93%
- 상담기관이나 의료기관 재방문에 긍정적: 상담사 13.2%, 정신과 전문의 3.8%

표 19. 자살생각으로 방문한 청소년의 상태

	전체(N=457)		상담사(N=300)		정신과 전문의(N= 157)		P value
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
일시적으로 죽음 생각	67	14.66	50	16.7	17	10.83	
일시적 자살생각	73	15.97	45	15.0	28	17.83	
자살 생각하지만 특정방법 생각없음	175	38.29	99	33.0	76	48.41	<0.001
자살 생각하고 특정자살 방법생각	113	24.73	77	25.7	36	22.93	
해당없음	29	6.35	29	9.7	0	0	

표 20. 자살생각 청소년의 재방문 권유에 대한 순응도

	전체(N=428)		상담사(N=271)		의사(N=157)		P value
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
전혀 따르지 않음	2	0.47	1	0.4	1	0.64	
별로 따르지 않음	81	18.93	47	17.3	34	21.66	
약간 따름	220	51.40	138	50.9	82	52.23	0.132
상당히 따름	123	28.74	82	30.3	39	24.84	
매우 따름	4	0.93	3	1.1	1	0.64	

표 21. 자살생각 정도와 상담사의 재방문 권유 순응도와의 관계

단위: 빈도(%)

자살생각 정도	재방문 권유 순응도						전체
	전혀 따르지 않음	별로 따르지 않음	약간 따름	상당히 따름	매우 따름		
일시적으로 죽음 생각	0(0)	13(26.00)	22(44.00)	15(30.00)	0(0)	50(100)	
일시적 자살생각	0(0)	9(20.00)	22(48.89)	14(31.11)	0(0)	45(100)	
자살 생각하지만 특정방법 생각없음	0(0)	21(21.21)	56(56.57)	21(21.21)	1(1.01)	99(100)	
자살 생각하고 특정자살 방법생각	1(1.30)	4(5.19)	36(46.75)	34(44.16)	2(2.60)	77(100)	
전체	1(0.37)	47(17.22)	138(50.55)	84(30.77)	3(1.10)	273(100)	



[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

표 22. 자살생각 정도와 정신과 의사의 재방문 권유 순응도와의 관계

단위: 빈도(%)

자살생각 정도	재방문 권유 순응도		약간 따름	상당히 따름	매우 따름	전체
	전혀 따르지 않음	별로 따르지 않음				
일시적으로 죽음 생각	0(0)	7(4.46)	7(4.46)	3(1.91)	0(0)	17(10.83)
일시적 자살생각	0(0)	5(3.18)	15(9.55)	8(5.10)	0(0)	28(17.83)
자살 생각하지만 특정방법 생각없음	0(0)	15(9.55)	38(24.20)	22(14.01)	0(0)	76(48.41)
자살 생각하고 특정자살 방법생각	1(0.64)	7(4.46)	22(14.01)	6(3.82)	0(0)	36(22.93)
전체	1(0.64)	34(21.66)	82(52.23)	39(24.84)	1(0.64)	157(100)

○ 자살생각 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유(표 23)

- 본인이 필요없다 판단 46.53%,
- 정신과/상담에 대한 편견 27.39%,
- 거리가 멀어서 6.93%,
- 비용 부담 1.32%로 나타남

표 23. 자살생각 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유

	전체(N=303)		상담사(N=186)		의사(N=117)		P value
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
비용이 부담되서	4	1.32	1	0.5	3	2.56	
거리가 멀어서	21	6.93	18	9.7	3	2.56	
정신과/상담에 대한 편견*	83	27.39	35	18.8	48	41.03	<0.001
본인이 필요없다 판단	141	46.53	86	46.2	55	47.01	
기타	54	17.82	46	24.7	8	6.84	

\* 상담사 설문지의 경우 '(정신과적) 상담에 대한 편견', 의사의 경우 '정신과에 대한 편견' 문항으로 설정 하였으나 같은 맥락을 의도한 문항으로 분석시 합쳤음

○ 청소년의 자살생각 원인(5순위)(표 24)

- 상담사: 가정불화(부모님의 이혼, 별거, 잦은 다툼 등) > 교우관계의 어려움(선후배 관계, 친구와의 갈등 등) > 학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림 > 부모님과의 갈등(간섭, 차별대우, 지나친 기대 등) > 성적(시험, 입시 등) 비관, 진로에 대한 부담감 순
- 정신과 전문의: 학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림 > 교우관계의 어려움 > 가정불화(부모님의 이혼, 별거, 잦은 다툼 등) > 부모님과의 갈등 > 청소년의 정신과적 질환 순

표 24. 청소년의 자살사고 원인(5순위)

구분	%	원인
상담사	23.15	가정불화
	19.93	교우관계 어려움
	18.08	학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림
	15.46	부모님과의 갈등
	5.57	성적 비관, 진로에 대한 부담감
의사	18.92	학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림
	18.64	교우관계의 어려움
	17.24	가정불화
	15.22	부모님과의 갈등
전체	13.52	청소년의 정신과적 질환
	20.99	가정불화
	19.46	교우관계의 어려움
	18.39	학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림
	15.37	부모님과의 갈등
	8.29	청소년의 정신과적 질환

비율크기에 따라 정렬

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

- 방문기관에 따른 자살생각 청소년에 대한 적절한 치료법(표 25)
  - 상담사: 청소년 개별 상담 및 부모 상담(99.63%) > 상담전문가(심리사 등)와 상담(99.27%) > 소아정신과 상담 및 치료(94.87%) 순
  - 정신과 전문의: 정신과적 약물치료(99.3%) > 소아정신과 상담/치료 및 부모 상담(98.09%) > 외래 통원 치료(95.54%) 순

표 25. 방문기관에 따른 자살생각 청소년에 대한 적절한 치료법

단위: 빈도(%)

	전체(N=430)	상담사(N=273)	의사(N=157)
소아정신과 상담 및 치료	413(96.05)	259(94.87)	154(98.09)
정신과 상담 및 치료	396(92.09)	249(91.21)	147(93.63)
상담전문가(심리사 등)와 상담	384(89.30)	271(99.27)	113(71.97)
입원치료	305(70.93)	170(62.27)	135(85.99)
외래 통원치료	376(87.44)	226(82.78)	150(95.54)
정신과적 약물치료	389(90.47)	233(85.35)	156(99.36)
청소년 개별 상담	422(98.14)	272(99.63)	150(95.54)
청소년 집단 치료	315(98.14)	233(85.35)	82(52.23)
부모 상담	426(73.26)	272(99.63)	154(98.09)
자가 치료 (예, 휴식 등)	220(51.16)	207(75.82)	13(8.28)

○ 자살시도로 방문한 청소년의 상태(표 26)

- 전체 자료에서 죽으려는 의도가 있지만 행동에 옮길 가능성 없음 61.93%,
- 죽으려는 의도가 없으며 행동에 옮길 가능성 없음 14.00%,
- 명백한 자살의도가 있고 방법이 치명적임 9.19%로 나타남
- 이러한 결과는 방문기관에 따라 유의한 차이가 있었음

표 26. 자살시도로 방문한 청소년의 상태

	전체(N=457)		상담사(N=300)		정신과 전문의 (N=157)		P value
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
죽으려는 의도가 없으며 행동에 옮길 가능성 없음	64	14.00	52	17.3	12	7.64	<0.001
죽으려는 의도가 있지만 행동에 옮길 가능성 없음	283	61.93	169	56.3	114	72.61	
명백한 자살의도가 있고 방법이 치명적임	42	9.19	20	6.7	22	14.01	
자살시도로 방문한 청소년 없었음	68	14.88	59	19.7	9	5.73	

○ 자살시도 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유(표 27)

- 본인이 필요없다 판단 52.67%,
- 정신과/상담에 대한 편견 22.14%,
- 거리가 멀어서 3.44%,
- 비용 부담 0.76%로 나타남

표 27. 자살시도 청소년이 재방문 권유를 따르지 않는 이유

	전체(N=262)		상담사(N=157)		의사(N=105)		P value
	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	빈도	비율(%)	
비용이 부담되서	2	0.76	0	0.0	2	1.90	0.450
거리가 멀어서	9	3.44	7	4.5	2	1.90	
정신과/상담에 대한 편견*	58	22.14	21	13.4	37	35.24	
본인이 필요없다 판단	138	52.67	88	56.1	50	47.62	
기타	55	20.99	41	26.1	14	13.33	

\* 상담사 설문지의 경우 '정신과적' 상담에 대한 편견, 의사의 경우 '정신과에 대한 편견' 문항으로 설정하였으나 같은 맥락을 의도한 문항으로 분석시 합쳤음

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

○ 청소년의 자살시도 원인(5순위)(표 28)

- 상담사: 가정불화 > 학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림 > 부모님과의 갈등 > 교우관계의 어려움(선후배 관계, 친구와의 갈등 등) > 성적(시험, 입시 등) 비관, 진로에 대한 부담감 순
- 정신과 전문의: 학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림 > 청소년의 정신과적 질환 > 교우관계의 어려움 > 가정불화 > 부모님과의 갈등 순

표 28. 청소년의 자살시도 원인(5순위)

구분	%	원인
상담사	20.99	가정불화
	19.46	학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림
	18.39	부모님과의 갈등
	15.37	교우관계의 어려움
	6.68	성적 비관, 진로에 대한 부담감
의사	23.15	학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림
	19.93	청소년의 정신과적 질환
	18.08	교우관계의 어려움
	15.46	가정불화
	5.28	부모님과의 갈등
전체	18.92	가정불화
	18.64	학교폭력/ 집단괴롭힘/ 따돌림
	17.24	부모님과의 갈등
	15.22	교우관계의 어려움
	13.52	청소년의 정신과적 질환

- 방문기관에 따른 자살시도 청소년에 대한 적절한 치료법(표 29)
  - 상담기관: 청소년 개발 상담 및 부모 상담 > 상담전문가와 상담 > 소아정신과 상담 및 치료 > 청소년 개별 상담 > 정신과 상담 및 치료 순
  - 의료기관: 정신과적 약물 치료 > 소아정신과 상담 및 치료 > 부모상담 > 정신과 상담 및 치료와 입원치료 > 청소년 개발 상담 순

표 29. 방문기관에 따른 자살시도 청소년의 치료적 접근법

단위: 빈도(%)

	전체(N=389)	상담사(N=241)	의사(N=148)
소아정신과 상담 및 치료	377(96.92)	231(95.85)	146(98.65)
정신과 상담 및 치료	371(95.37)	229(95.02)	142(95.95)
상담전문가(심리사 등)와 상담	345(88.69)	239(99.17)	106(71.62)
입원치료	332(85.35)	190(78.84)	142(95.95)
외래 통원치료	341(87.66)	211(87.55)	130(87.84)
정신과적 약물치료	366(94.09)	219(90.87)	147(99.32)
청소년 개별 상담	378(97.17)	241(100)	137(92.57)
청소년 집단 치료	288(74.04)	203(84.23)	85(57.43)
부모 상담	385(98.97)	241(100)	144(97.30)
자가 치료 (예, 휴식 등)	311(79.95)	199(82.57)	132(89.19)

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

## 2. 연구방법

---

## 2.1. NECA원탁회의의 운영과정

‘NECA원탁회의’란 사회적으로 관심 있는 주제에 대해 각계 전문가들을 포함한 다양한 사회구성원들이 참여하여, 한국보건의료연구원(National Evidence-based Collaborating Agency, 이하 NECA)이 지원하는 객관적이고 체계적인 정보를 바탕으로, 핵심 쟁점들에 대해 논의하고 합의점을 모색해가는 공론의 장을 지칭하며, 주제선정, 운영위원회 구성, 연자 및 패널 구성, 사전회의, 본회의 등의 과정을 거쳐 진행된다(그림 5).



그림 5. NECA원탁회의의 운영절차

운영위원회는 원탁회의에서 논의할 질문과 연자 및 패널 선정 등의 역할을 하게 되며, 패널은 연자 발표, 연구원 연구보고서 등의 근거자료를 토대로 토론과 숙의과정을 통해 합의문을 작성하는 가장 중요한 역할을 하게 된다. 패널은 해당분야 전문가를 비롯한 이해 당사자로 구성하되, 주제에 대한 경제적 이득이 없는 사람으로 선정하며, 연자는 관련 전문가로 질문에 대한 근거를 발표하는 역할을 한다. 원탁회의 개최이후에는 합의문을 정리하여 언론 및 관련 기관에 배포하고, 연구원 홈페이지에도 게재하여 확산하고 있다.

## 2.2. NECA원탁회의의 특징

NECA원탁회의는 주제 관련 다양한 전문가와 이해집단으로 구성된 패널이 연자의 발표(근거자료)를 듣고 논의와 숙의의 과정을 거쳐 최종 ‘합의문’을 도출하는 형식으로, 패널이 직접 주제와 관련 의견을 제시하는 기존 토론회와는 차이가 있다고 할 수 있다(표 30). 공정하고 중



[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

립적이며 재정적 이해관계가 없는 주제 관련 전문가를 패널로 구성하여 보다 객관적인 근거를 마련하고, 의견대립이 있는 주제의 경우 합의 도출을 이끌며, 다학제적 접근을 할 수 있다는 특징을 가지고 있다.

표 30. 토론회와 NECA원탁회의의 비교

	토론회	원탁회의
정의	각기 다른 분야의 전문가가 주제에 대한 견해를 발표하고 논의하는 방식	주제 관련 다양한 전문가와 이해집단으로 구성된 패널이 연자의 발표를 듣고 논의 및 숙의 과정을 거쳐 합의문을 도출하는 방식
결과물	학회 발표 자료집, 토론회 발표자료집	합의문, 보고서
패널 조건	해당 분야의 전문가	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 주제 관련 각 전문영역을 대표할 수 있는 전문가</li> <li>- 주제 관련하여 정보에 입각한 균형적인 의견을 줄 수 있는 자</li> <li>- 재정적 이해상충이 없는 자</li> <li>- 다양한 입장(영역)의 이해당사자로 다학제적 구성</li> </ul>
역할	주제에 대한 의견제시 및 논의	근거 자료의 평가, 토론, 숙의를 통하여 합의문 작성
특징		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의견대립이 있는 주제의 경우 합의 도출</li> <li>- 주제 관련 전문가 중 공정하고 중립적이며 이해관계가 없는 패널 구성을 통해 보다 객관적인 근거 제시</li> <li>- 관련 주제에 대해 다양한 이해당사자들이 모여 다학제적인 접근이 가능</li> </ul>

## 2.3. 청소년 자살 관련 원탁회의 운영과정

한국보건 의료 연구원은 <청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?> 이라는 주제로 학교교육, 상담 및 사회복지, 보건의료 등 각계의 전문가가 참여하는 'NECA원탁회의'를 개최하였다.

본 과제의 운영위원회는 청소년 자살 관련 의학분야 4명, 상담분야 1명, 보건복지부 1명, NECA 소속 1명 등 총 7명으로 구성되었으며, 원탁회의 주제, 논의방향 결정 및 패널과 연자 선정, 확산방안 선정 등 운영 전반을 결정하였다(부록, 운영위원회 참조)

패널은 이해당사자 분석을 통해 가능한 주요 이해당사자 그룹을 모두 포함하도록 하였으며, 보건의료, 상담, 교육, 정부기관, 협회, 센터, 종교 등 총 12명으로 구성하였다. 또한 연자는 주제별 분야별로 추천을 받아 선정하였다(부록, 패널 참조).

사전회의는 6월 29일에 개최되었으며(패널 9명과 연자 1명 참석), 1부는 원탁회의 안내, 2부에서는 본회의 관련 프로그램 안내, 합의기준, 질문 확정, 토론방향 설정 등으로 진행되었다.

본 회의는 7월 5일에 패널 12인과 연자 8명 등이 참석한 비공개 회의로 진행되었으며, Session 1은 청소년 자살 현황과 위험요인, 보호요인, Session 2는 청소년 자살 관련 중재와 발전방향에 대해 각 분야별 전문가 발표 후 토론 시간을 가졌고, Session 3에서는 종합 토론시간을 통해 합의문 초안이 작성되었다.

이번 NECA원탁회의에는 대한소아청소년정신의학회 곽영숙 이사장을 비롯하여 한국자살예방협회 하규섭 회장, 한국청소년상담복지개발원 이창호 실장 등 청소년 자살과 관련하여 각종 현장에서 활동하고 있는 전문가 20여 명이 발표와 토론 패널로 참석하였고, '국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구(한국보건 의료 연구원, 2012)'의 연구성과물을 근거로 '청소년 자살문제'에 관하여 그간 여러 자료원으로 분산되어 발표된 실태를 종합 정리하여 제시하는 한편, 청소년을 자살로 이끄는 주요 위험요인들과 해결방안들에 대해 국내 최초로 각계 전문가들이 머리를 맞대고 논의하여 합의점을 모색하였다는 점에서 큰 의미를 갖는 자리였다.

## 2.4. 프로그램

본 회의의 프로그램은 다음과 같다.

### 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

- 주 최 : 한국보건의료연구원(NECA)
- 후 원 : 보건복지부
- 일 시 : 2012년 7월 5일 목요일 오후 2시 ~ 7시
- 장 소 : 한국보건의료연구원 11층 대회의실

시간	프로그램	발표자
14:00-14:00	개회선언	김가은 팀장 (한국보건의료연구원)
14:00-14:05	축사	신의진 국회의원 (새누리당)
14:05-14:10	인사말	이선희 원장 (한국보건의료연구원)
14:10-14:20	원탁회의 소개	김가은 팀장 (한국보건의료연구원)
<b>[Session 1] 청소년 자살 관련 현황 및 위험요인</b>		
14:20-14:40	청소년 자살 관련 현황 및 위험요인 (NECA 연구결과를 중심으로)	우종민 교수 (인제의대)
14:40-15:00	상담기관 측면에서 청소년 자살 관련 현황 및 위험요인	배주미 교수 (한국청소년상담복지개발원)
15:00-15:20	외국의 청소년 자살 관련 현황 및 위험요인	전홍진 교수 (성균관의대)
15:20-15:50	토론 및 합의	
<b>[Session 2] 청소년 자살 관련 중재현황 및 발전방향</b>		
16:00-16:20	의료적 측면 - 청소년 자살 관련 중재현황 및 발전방향	조인희 교수 (가천의대)
16:20-16:30	심리상담 측면 - 청소년 자살 관련 중재현황 및 발전방향	이영선 교수 (한국청소년상담복지개발원)
16:30-16:40	정신보건간호 측면 - 청소년 자살 관련 중재현황 및 발전방향	배정이 교수 (인제대)
16:40-16:50	사회복지 측면 - 청소년 자살 관련 중재현황 및 발전방향	최명민 교수 (백석대)
16:50-17:00	교육관련 측면 - 청소년 자살 관련 중재현황 및 발전방향	이승연 교수 (이화여대)
17:00-18:00	토론 및 합의	
18:00-19:00	<b>[Session 3] 종합토론 및 정리</b>	

## 3. 결과

---

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

### 3.1. 합의문 도출 과정

본 원탁회의는 본회의(2012년 7월 5일) 당일 패널 1인이 불참한 가운데 총 20인(패널 12인, 연자 8인)이 참여하여 토론 및 숙의 과정을 거쳐 각 질문별 합의문 초안을 마련하였다. 합의가 이루어지지 않은 일부 사항에 대해서는 합의문 초안을 토대로 본회의 이후 이메일을 통하여 패널, 연자의 의견을 수렴하여 합의문 전문을 완성하였으며, 최종 완성된 합의문은 운영위원회 회의(2012년 7월 31일)에서 최종 확정을 거쳐 합의문의 확산방안을 모색하였다.

### 3.2. 원탁회의 주요 질문

원탁회의에서 논의된 질문은 다음과 같다.

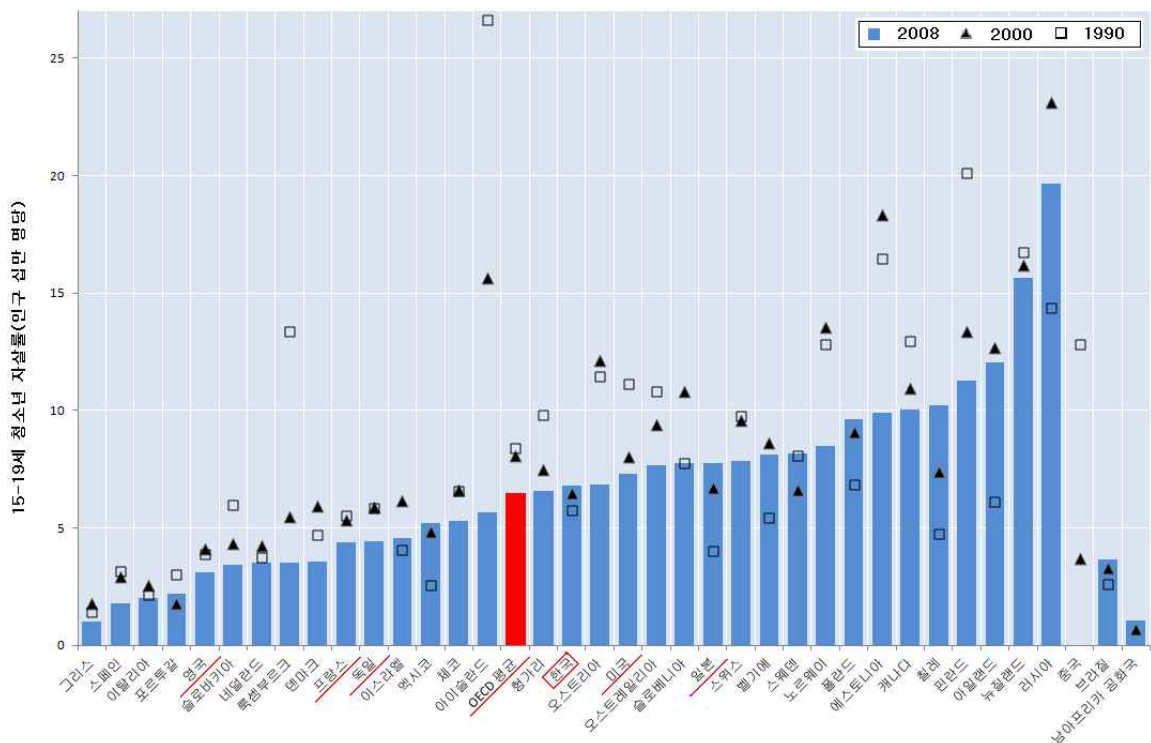
1. 청소년 자살관련 현황은?
2. 청소년 자살관련 위험요인과 예방요인은 무엇인가?
3. 청소년 자살 예방과 대처 방안의 현황과 문제점은 무엇인가?
4. 청소년 자살에 대한 효과적인 예방 및 대처 방안은 무엇인가?
5. 청소년 자살의 효율적인 예방 및 대처 방안의 우선순위는?
6. 향후 필요한 조사나 연구는 무엇인가?

### 3.3. 합의문

원탁회의에서 도출된 주요 질문에 따른 합의문은 다음과 같다.

1. 청소년 자살관련 현황은?

- 국내 청소년 자살과 관련하여 국가적인 차원에서 주기적으로 보고되는 자료원은 현재 없으며, 활용할 수 있는 다양한 자료원을 분석한 결과를 살펴보면 다음과 같다.
- 국가통계포털에서 제공하는 자료에 따르면, 국내 15-19세 청소년 자살률(인구 십만 명당)은 2010년 8.3명이며, 다른 OECD 국가들에서 15-19세 청소년 사망률이 전반적으로 감소추세를 보이는 것과는 달리 국내에서는 지속적인 증가추세를 보이고 있다(그림 6 참조).



출처: OECD Family Database(2011)

그림 6. OECD국가들의 15-19세 청소년 자살률 추세

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

- 또한 국내 15-19세 청소년 사망자 중 자살 사망의 비율은 2000년 약 14%에서 2010년 약 28%로서 2배 증가하였으며(그림 7 참조), 특히 2009년부터는 청소년 사망원인 1위로 보고되고 있어 특별한 정책적 관심 및 대책방안이 요구되고 있다.

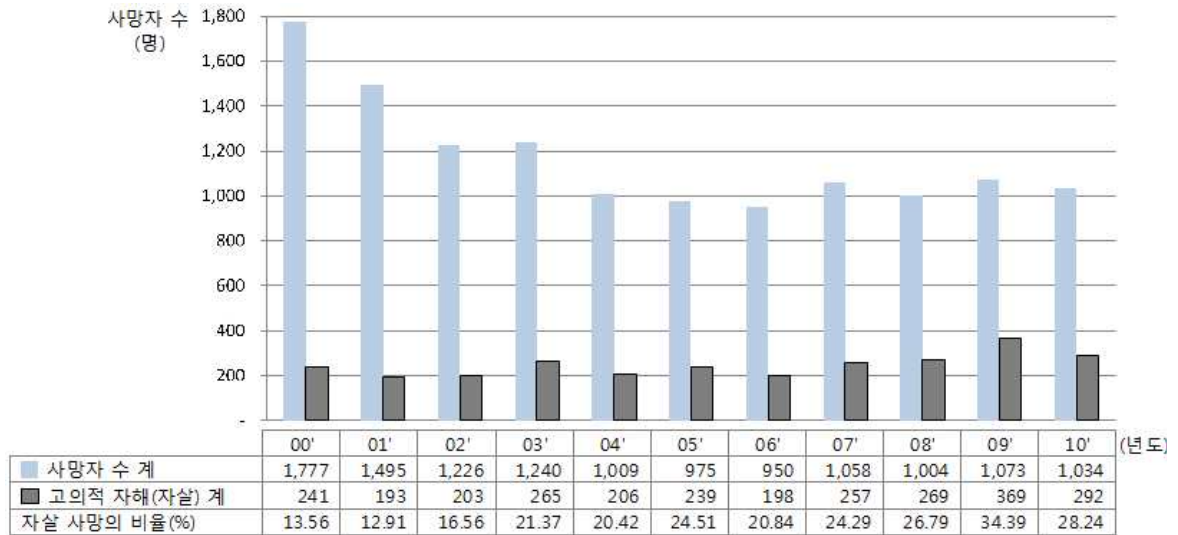


그림 7. 2000~2010년 15-19세 청소년 사망자 중 자살 사망의 비율

- 통계청 사망자료(2007-2009년)를 바탕으로 최신 동향을 분석한 결과에 따르면, 12-18세 연령대 청소년의 연평균 자살률은 인구 십만 명당 5.7명이었으며, 특히 청소년 집단 내에서도 낮은 연령층인 12-14세에서 2.5명인데 반해, 연령이 상대적으로 높은 15-18세에서는 8.2명으로 훨씬 높은 수준을 보였다.
- 청소년건강행태 온라인조사자 74,192명을 대상으로 한 연구<sup>1)</sup>에서는 실제로 자살을 시도한 경험자 비율을 의미하는 자살시도율이 4.44%, 자살을 진지하게 생각하는 비율을 의미하는 자살생각률은 18.97%였다(한국보건 의료연구원, 2012). 이러한 결과는 실제 자살한 수준에 비해 자살을 시도한 청소년이 772배(국외: 100-350배)로 높고, 자살을 생각하는 청소년은 3,328배 높다는 점에서, 자살을 고려하는 잠재적 위험군이 상당수 존재함을 시사하며, 청소년 자살문제를 대처하는데 있어 자살 예방활동이 중요함을 의미한다.
- 현재 일부에서 자살사망률 이외에 청소년 자살문제의 심층적인 실태를 파악하는데 필수적인 자살시도율, 자살생각률에 대한 조사가 이루어지고 있으나 신뢰도가 높은 자료가 매우

1) 출처: 국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구(한국보건 의료연구원, 2012)  
(2009 질병관리본부 청소년건강행태 온라인조사 원자료를 이용하여 분석하였음)

부족한 실정으로, 자살예방사업의 근거 확보를 위한 지속적이고 통합적인 자료는 확보되지 못하고 있으므로 범국가적인 종합대책의 일환으로 청소년 자살에 대한 주기적 실태조사가 필요하다.



2. 청소년 자살관련 위험요인과 예방요인은 무엇인가?

- 국내외 관련 연구들을 종합하고, 각계 전문가들이 이들 자료를 검토한 결과를 종합할 때, 청소년을 자살하게 하는 주요 위험요인들로는 대인관계 스트레스 및 우울증 등 정신장애를 꼽을 수 있으며, 이를 개인, 가정, 학교, 사회적 측면으로 구분하여 제시하면 다음과 같다.
  - 개인과 관련된 요인: 우울증, 충동성, 낮은 자존감
  - 가정과 관련된 요인: 가정불화, 부모와의 갈등, 경제적 어려움
  - 학교와 관련된 요인: 학교폭력, 교우관계, 학업스트레스
  - 사회와 관련된 요인: 미디어 영향, 주변인의 자살
- 청소년 자살을 예방할 수 있는 핵심 요인으로는 스트레스 대처능력 함양, 가정 및 사회적 지지 등이 있고, 이 요인들에는 가정과 학교, 지역사회, 보건의료체계 등의 역할이 복합적으로 연관되어 있다.
- 청소년 자살관련 위험요인과 예방요인 및 상호관계와 관련된 실태를 파악할 수 있는 심층적이고도 지속적인 연구를 통한 기초자료 확보가 필수적이다.

### 3. 청소년 자살 예방과 대처 방안의 현황과 문제점은 무엇인가?

- 청소년 자살과 관련한 국내 예방 및 대처방안에 대해 관련 연구들을 종합하고, 각계 전문가들이 이들 자료를 검토한 결과를 종합하여 의견을 제시하였다.
- 현재 청소년자살에 대한 예방과 대처활동은 건강한 집단을 대상으로 하는 1차예방(자살예방교육), 고위험군을 대상으로 하는 2차예방(자살위험도 평가와 사례별 개입), 자살 시도 후 사후에 개입하는 3차예방으로 분류할 수 있으며, 청소년 자살관련 예방 및 대처 방안의 현황과 문제점을 평가하면 다음과 같다.

#### 예방과 대처 방안의 현황

##### □ 1차예방

- 학교교육 분야
  - 초·중등학교에서는 학생을 대상으로 생명존중 및 자살예방교육 등을 실시하고 있다.
  - 교육행정가에 대한 기술적 자문이나 교사, 학부모 대상의 자살예방교육 및 게이트키퍼 훈련 등은 체계적으로 이루어지지 못하고 있다.
- 상담 및 사회복지 분야
  - 일부 지역에서는 상담 및 복지 인력에 대한 훈련, 그리고 학교 및 지역사회가 연계하는 청소년 자살예방 프로그램 및 예방활동을 시행하고 있다.
- 보건의료 분야
  - 우울증, 의사소통문제, 각종 정신질환 등의 심각성을 인식시키고 정신건강문제를 조기에 발견하는 한편, 적절한 치료개입이 이루어질 수 있도록 교육·홍보 활동을 실시하고 있다.
  - 의료기관의 소아청소년 정신보건사업에서는 학교 및 지역사회간 네트워크를 형성하여 고위험군 조기선별사업, 상담, 자살위험이 높은 청소년들을 보호하기 위한 다양한 활동이 증진될 수 있도록 학교내 예방프로그램 등을 지원하고 있다.

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

## □ 2차예방

### ○ 학교교육 분야

- 최근 학교 내에서 자살 위험성 여부 등을 선별한 후, 중간 또는 고위험군 학생에 대해선 Wee센터나 지역 정신보건센터를 거쳐 정신건강의학과로 의뢰하도록 하고 있으며, 특히 고위험군의 경우 학부모와 상담하여 정신건강의학과에서 치료받을 수 있도록 조치하고 있으나 실제적인 치료연계 여부나 치료결과를 확인하기는 어려운 실정이다.

### ○ 상담 및 사회복지 분야

- 청소년 지역사회안전망인 '청소년통합지원체계(Community Youth Safety-Net, CYS-net)' 구축(1388전화, 청소년사이버상담센터 등 위기개입체계)을 통해 자살위험 청소년에 대한 위기개입 역량 및 효율성을 확보하고자 노력하고 있으며, 필요시 보건 의료시스템으로 연계하고 있다.

### ○ 보건의료 분야

- '자살 등 위기상담을 위한 전국공통전화(1577-0199)' 및 병원의 응급의료시스템과 연계된 자살위기 통합관리시스템을 운영하여 자살 시도 청소년이 정신보건서비스와 신속하게 연결될 수 있도록 하고 있다.
- 정신건강의학과 내원 청소년을 대상으로 자살위험성 평가를 시행하여 위기진단 및 치료적 개입을 수행하고 있다.

## □ 3차예방

### ○ 학교교육 분야

- 일부 학교에서 자살을 시도한 후에도 사후개입하는 것에 대한 필요성을 인식하고 외부 전문가에게 도움을 요청하고 있으며, 충분한 수준은 아니지만 이들 집단을 대상으로 자살 시도 후 사후개입 활동을 수행하고 있다.

### ○ 상담 및 사회복지 분야

- 상담복지인력 및 교사를 대상으로 자살 사후개입 방안에 대한 교육을 제공하고 있다.

### ○ 보건의료 분야

- 자살시도는 향후 자살 재시도로 이어질 위험이 매우 높기 때문에 자살을 시도하게 된 원

인질환으로서 정신질환 및 심리적 문제를 지속적으로 관리하고, 위험요인에 대한 치료서비스를 제공하고 있다.

#### 예방과 대처 방안의 문제점

- 청소년 자살문제에 대한 부모, 교사, 교육행정가의 인식부족과 편견으로 자살위험 청소년이 충분히 관리되지 못하고 있다. 또한, 정신건강의학과 치료에 대한 선입견과 편견으로 인해 치료가 필요한 청소년에게 적절한 치료가 이루어지지 않고 있다.
- 각 분야마다 자살예방과 위기개입 활동을 수행할 만한 인력과 예산이 부족할 뿐만 아니라, 위기대처를 위한 응급의료통합시스템, 자살예방센터 등도 효과적으로 운영되지 못하고 있는 실정이며, 관련 기관들이 보다 효율적이고 통합적으로 연계되지 못하고 있다

4. 청소년 자살에 대한 효과적인 예방 및 대처 방안은 무엇인가?

□ 1차예방

○ 공통

- 학교-정신보건서비스-지역사회 자원을 유기적으로 연계하는 시스템 구축을 통해 어려움을 겪는 청소년을 상담의뢰하고, 치료 및 관리하는 체계가 효율적으로 운영되어야 한다.
- 교사 및 또래 청소년, 학부모 등 청소년 주변인, 전문상담교사와 사회복지사, 일차진료 의사(소아청소년과, 내과, 가정의학과 등) 및 응급간호사 등을 대상으로 게이트키퍼 훈련과 위기에 개입하는 역량을 강화하고 조기에 발견하는 시스템을 마련할 필요가 있다.
- 정신건강의학과에 대한 편견이나 선입견으로 인해 치료거부 문제가 흔히 발생하고 있으므로, 정신건강문제에 대한 치료가 원활하게 이루어질 수 있도록 하기 위한 여건 마련을 위해 정신건강과 관련된 편견해소를 위한 정보제공 및 교육 강화가 필요하다.
- 자극적인 자살보도로 인한 자살 확산을 최소화하기 위해서 언론이 자살 보도기준을 준수하도록 권고하고 이를 위반시 처벌기준을 강화할 필요가 있다.
- 청소년 자살의 발생원인, 예방방안 등에 대한 정보를 알리고 관심을 촉구하는 대국민 홍보가 필요하다.

○ 학교교육 분야

- 학교 차원에서 지속적인 자살예방 교육이 이루어져야 하며, 특히 스트레스 대처 및 정신건강증진 교육 등이 필요하다.
- 학교현장의 자살위기 관리능력을 키울 수 있도록 교육행정가의 적극적 관심과 지원이 모색되어야 하며, 이를 위해 교육행정 지도자들에 대한 자살예방교육과 자문이 반드시 선행되어야 한다.

○ 상담 및 사회복지 분야

- 보다 근본적으로는 청소년의 전반적 삶의 질을 향상시키고 위기대응능력을 강화시킬 수 있도록 사회적 관심과 노력이 필요하며, 취약한 청소년들에게 스트레스를 줄이거나 대처능력을 지지해줄 수 있는 또래지원시스템 등과 같은 지원체계가 마련되어야 한다.

○ 보건의료 분야

- 우울증, 주의력결핍과잉행동장애(ADHD), 품행장애, 알콜남용 등 우울감과 충동성으로 자살위험을 높일 가능성이 있는 정신건강 문제에 대한 조기발견과 양질의 치료가 제공되어야 한다.

□ 2차예방

○ 공통

- 학교와 청소년 상담기관, 정신보건서비스기관 등에서는 자살위기 고위험군을 효율적으로 선별, 의뢰하기 위한 통일된 평가도구(tool)가 필요하다.
- '자살 등 위기상담을 위한 전국공통전화(1577-0199)'와 위기 대응시스템 등이 지역 내 전문 지원인력과 효율적으로 연계될 수 있도록 원스톱 체제가 마련되어야 한다.
- 자살 위험이 높은 청소년들 중 부모의 보살핌이 부족한 집단을 보호할 수 있는 응급보호 체계가 마련되어야 한다.

○ 학교교육 분야

- 학교 내에서 자살위험군 학생 발견시 자살위험도 평가를 의무화하고, 자살위험도 수준에 따라 다음과 같이 대처할 수 있도록 대응지침을 개발, 공유하도록 한다.
- \* 저위험군에 대해선 부모에게 반드시 알리는 한편 학교 내외에서 학생을 보호할 수 있는 안전망을 확보하고, 수시로 학생 상태를 점검해야 한다.
- \* 중간위험군에 대해선 학생 안전을 우선적으로 확보하고, 학교 내 상담프로그램 제공 및 강화, 필요에 따라 정신건강의학과에 의뢰하는 한편, 학부모에게 알리고 자문하며, 교사 대상으로는 학급 내 학생안전에 대한 정보 가이드라인 등이 제공되어야 한다.
- \* 고위험군에 대해선 반드시 정신건강의학과 및 정신보건서비스로 의뢰를 의무화해야 한다.

○ 상담 및 사회복지 분야

- 24시간 응급체계와 연계된 상담체계를 강화하는 한편, 상담 및 사회복지 인력을 대상으로 청소년 자살개입 역량을 강화시켜야 한다.
- '청소년통합지원체계(Community Youth Safety-Net, CYS-net)' 내 청소년 자살문제를 통합적이고 효율적으로 운영할 수 있도록 예산이 지원되어야 한다.

○ 보건의료 분야

- 자살시도 청소년을 적극적으로 치료할 수 있도록, 지역내 응급의료시스템과 정신보건서

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

비스가 효율적으로 연계되는 자살위기대응 시스템이 구축되어야한다.

- 취약계층에 속한 자살위험군 청소년에 대한 치료시 건강보험제도나 의료비 지원시스템이 마련되어야 한다.

#### □ 3차예방

- 자살시도가 이루어진 경우, 개인별 및 위험집단의 위기에 신속한 개입, 행정가 및 교사, 학부모 대상의 정보 및 자문 제공, 정신건강 관련 활용할 수 있는 자원에 대한 홍보, 유가족 지원 및 상담 등과 같은 활동 등이 통합적이고 적극적으로 제공되어야 한다.

### 5. 청소년 자살의 효율적인 예방 및 대처 방안의 우선순위는?

- 청소년 자살을 예방하기 위해 제시된 여러 방안들 중에서, 다음과 같은 방안들을 마련하는데 우선순위가 부여되어야 한다.
  - 청소년 자살의 효율적인 예방 및 대처는 학교와 가정, 지역사회가 기반이 되어야 하며, 학교 스스로 자살 위기를 다룰 수 있도록 위기관리시스템이 확립되어야 하고 관련 전문가(전문상담사, 임상심리사, 사회복지사, 보건교사 등) 대상의 훈련 프로그램 강화 등 각종 지원이 필요하다.
  - 또한, 국가적 차원에서 청소년 자살예방 프로그램이 개발될 필요가 있고, 예방활동의 실제적 지침이 개발·운영·관리되어야 한다.
  - 청소년 자살 예방에 기여할 수 있는 관련 기관들이 보다 효율적이고 통합적으로 운영될 수 있도록 유기적인 연계체계가 필요하다.
  - 학교내 효과적인 자살예방 및 개입을 위해서는 교육행정가의 인식전환과 편견해소가 반드시 선행되어야 하며, 학교 내에서 적극적 지도력을 발휘할 수 있어야 한다.
  - 청소년은 생애주기상 특성으로 인해 심리적으로나 정서적으로 충동적 성향이 강해 자살과 관련한 자극적인 언론보도의 영향을 많이 받으므로 언론은 관련 언론보도지침을 숙지하고 반드시 준수해야 한다.
  - 경제적 취약계층에 속하는 고위험 청소년에 대한 관심이 필요하며, 특히 건강보험제도나 의료비 지원시스템을 정비하여 효율적으로 의료서비스를 지원받을 수 있게 해야 한다.



6. 향후 필요한 조사나 연구는 무엇인가?

- 체계적인 자살예방 및 관리가 이루어지기 위해서는 과학적 근거가 필요하며 이를 위해 다음의 연구들이 수행될 필요가 있다.
- 청소년 자살률, 자살시도율, 자살생각률, 우울증, 정신질환 등에 대한 정기적 실태조사
- 우리나라 청소년들이 노출되어 있는 사회문화적 특성이나 교육 환경을 고려하는 등 국내의 실정에 부합되는 청소년 자살의 위험요인과 예방요인 규명연구
- 특정 위험 청소년 집단의 특성 분석
- 학교 내 집단 따돌림 등 학교폭력의 원인과 대책
- 청소년 자살위기 감시시스템 구축방안. 전국의 초·중·고교, 병원(응급실, 정신과), 정신보건센터, 상담센터, 경찰서 등 청소년 자살과 직간접적으로 관련되어 있는 기관들을 네트워크로 하는 감시체계 구축 및 이를 위한 지속적인 재정 확보 및 지원 방안
- 청소년 자살의 총체적 원인에 대한 심리학적 부검 등. 특히 최근 빈발하고 있는 청소년 자살 사례들에 대한 심리학적 부검 체제의 도입을 통한 중장기적 자살예방 방안의 근거 확보 방안
- 각 지역별 자살예방을 위한 양질의 서비스 제공 방안
- 자살예방 관련 교육-복지-상담-정신보건 교육과정 비교
- 자살 고위험군 스크리닝 검사의 효과
- 청소년 복지 인프라와 자살률 간의 관련성
- 언론매체의 자살사건 보도, 특히 연예인, 운동선수 등 유명인의 자살보도가 청소년 자살사 망를, 자살시도, 자살생각 등에 미치는 영향과 자살보도 가이드라인 개선 및 관리방안
- 청소년 자살문제에 대한 교사, 의료인, 언론인 등 유관 전문가들의 역할분담과 협력체계 구축 방안
- 학교 중심 자살예방프로그램의 효과성 검증 : 특정 학교 대상으로(시범적)

## 4. 결론 및 제언

---

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

국내 청소년 자살은 다른 OECD국가와는 달리 지속적으로 증가하고 있으며, 청소년 사망원인의 1위를 차지할 정도로 심각한 사회문제로 대두되고 있다.

이에, 한국보건 의료 연구원에서는 <청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?>이라는 주제로 NECA원탁회의가 개최되었다.

원탁회의에서는 민간·정부·언론 등 다양한 전문가들이 모여 2011년에 동 연구원에서 수행한 '국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구[2012]' 성과물 및 연자 발표 자료를 토대로 논의가 이루어졌으며, 청소년 자살문제와 관련된 실태 등을 종합 정리하는 한편, 청소년 자살의 원인을 분석하고, 해결방안에 대해 국내 최초로 합의점을 모색하였다.

원탁회의는 준비과정부터 최종 보고서가 완료되기까지 약 3개월의 기간이 소요되었으며, 본 주제와 관련된 운영위원회가 일시적으로 구성되어 진행되었고, 운영위원회에서는 구체적인 주제 및 질문선정, 연자와 패널 선정, 운영 및 합의방안, 결과확산방안 등에 대한 전반적인 운영을 맡았으며, 연구원의 성과확산팀 연구진이 근거자료정리 및 환경스캔 등 실무적인 업무와 원탁회의 개최이후 합의문 언론 배포 및 최종보고서 작성 등을 담당하였다.

이번 원탁회의는 기존 패널토의와는 달리, 관련 이해당사자들과 전문가들이 한자리에 모여 논의뿐 아니라 객관적인 근거를 토대로 합의를 도출하였다는 점에서 의의가 있다.

합의도출을 위해 사용된 NECA원탁회의는 다양한 전문가 및 이해관계자의 참여·토론을 통해 근거보완, 지식공유 및 확산, 사회적 합의를 도출하는 방식으로 미국 국립보건연구원(NIH)의 Consensus Development Program 등 선진국에서는 오랫동안 사용되어왔던 연구방법이다. 국내에서는 한국보건 의료 연구원이 최초로 본 연구방법을 시도하였으며, 향후 한국형 원탁회의를 정착시켜 보건 의료 분야 연구결과나 정책의 근거(Evidence), 질, 정당성, 사회적 수용성을 제고하고자 한다.

원탁회의 결과에 의하면, 청소년 자살관련 실태 및 심각성이 다시 한 번 언급되었고, 자살의 주요 위험요인으로는 대인관계 스트레스 및 우울증 등 정신건강문제로 의견을 모았다. 또한, 현재 각 분야별로 시행되고 있는 대책들의 문제점으로는 인력·예산 부족 및 관련 기관(학교, 지역사회 정신보건네트워크, 정신건강의학과 등)의 유기적인 연계와 협조 미비 등이 언급되었고, 이에 향후 예방대책으로 민관 자원의 유기적 연계 필요, 국가주도의 청소년 자살예방 프로그램 개발 및 관련 전문가(전문상담사, 임상심리사, 사회복지사, 보건교사, 의료전문가 등)간의 연계 및 공동으로 사용할 수 있는 실제적인 가이드라인 개발·운영·관리가 중요하다는데 의견을 모았다. 뿐만 아니라 청소년은 충동적인 성향이 강해 자살과 관련한 자극적인 언론보도의 영향을 많이 받으므로, 언론의 자살보도 권고기준 준수가 언급되었다.

본 합의문의 주요내용은 향후 보건복지부 '자살예방 기본계획'의 근거자료로 활용될 예정이며, 향후 교육과학기술부, 여성가족부 등 관계 부처와 협력 강화를 통해 학교-지역사회-상담센터-정신의료기관 등의 연계를 통한 청소년 자살예방체계 구축 및 구체적 계획수립이 필요할 것으로 사료된다.

## 5. 참고문헌

---

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

보건복지부, 질병관리본부. 2010 국민건강통계 국민건강영양조사 제 5기 1차년도. 2011  
질병관리본부. 제7차(2011년) 청소년건강행태온라인 조사 통계. 2012  
통계청. 2010년 사망원인통계연보. 2011  
한국보건 의료연구원. 국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구, 2012  
NIH Consensus Development Program (updated 2012 August 3). Available  
from: <http://consensus.nih.gov/>  
OECD(2011), OECD Family Database, OECD, Paris

## 6. 부록

---

[NECA원탁회의] 청소년 사망원인 1위 자살, 각계 전문가가 바라보는 해결책은?

## 운영위원회

(위원장 이하 가나다 순)

### 안정훈

운영위원회 위원장

한국보건의료연구원 보건서비스분석실장

### 곽영숙

제주대학교 의과대학 정신과학교실 교수

대한소아청소년정신의학회 이사장

### 우종민

인제대학교 의과대학 정신건강의학과 교수

### 이중규

보건복지부 정신건강정책과장

### 이창호

한국청소년상담복지개발원 경영기획실장

### 전홍진

성균관대학교 의과대학 정신건강의학과 조교수

### 하규섭

서울대학교 의과대학 정신과학교실 교수

한국자살예방협회장

### 간사)

### 김가은

한국보건의료연구원 연구기획단 성과확산팀장

# 패널

(좌장 이하 가나다 순)

## 현명호

패널 좌장

중앙대학교 심리학과 교수

한국자살예방협회 부회장

## 곽영숙

제주대학교 의과대학 정신과학교실 교수

대한소아청소년정신의학회 이사장

## 금 란

고양시 정신보건센터장

## 이중규

보건복지부 정신건강정책과장

## 이혜영

한국교육개발원 학생학부모연구실 선임연구위원

## 조명연

교육과학기술부 교육정보기획과 사무관

## 한기채

한국 생명의 전화 이사

중앙성결교회 담임목사

## 권용실

가톨릭대학교 의과대학 정신건강의학교실 교수

## 박종익

강원대학교 의과대학 정신과학교실 교수

중앙자살예방센터장

## 이창호

한국청소년상담복지개발원 경영기획실장

## 임현우

가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 교수

## 하규섭

서울대학교 의과대학 정신과학교실 교수

한국자살예방협회장



## 연자

(가나다 순)

**배정이**

인제대학교 간호학과 교수

**배주미**

한국청소년상담복지개발원 상담교수, 인터넷중독대응 TF 팀장

**우종민**

인제대학교 의과대학 정신건강의학과 교수

**이승연**

이화여자대학교 심리학과 교수

**이영선**

한국청소년상담복지개발원 상담교수, 상담팀장

**전홍진**

성균관대학교 의과대학 정신건강의학과 조교수

**조인희**

가천대학교 의학전문대학원 정신과학교실 부교수

**최명민**

백석대학교 사회복지학부 교수

## 실무팀

**김가은**

연구기획단 성과확산팀장

**남미희**

연구기획단 성과확산팀 주임연구원

**박지정**

연구기획단 성과확산팀 연구사

**이상미**

연구기획단 성과확산팀 연구관리사

**발행일** 2012. 9. 17  
**발행인** 이선희  
**발행처** 한국보건의료연구원

이 책은 한국보건의료연구원에 소유권이 있습니다.  
한국보건의료연구원의 승인없이 상업적인 목적으로  
사용하거나 판매할 수 없습니다.

