

연구보고서

경기도 고령자 삶의 질 향상을 위한
생명사랑(자살예방)사업 효과성 검토 및
정책방안 연구

2012. 08. 30

경기도 고령자 삶의 질 향상을 위한 생명사랑(자살예방)사업 효과성 검토 및 정책방안 연구

2012. 08. 30

연구기관 : 강남대학교 산학협력단

- 책임연구원 : 이준우(강남대학교 사회복지전문대학원 교수)
- 공동연구원 : 신현석(강남대학교 사회복지전문대학원 박사과정)
김은주(경기도노인종합상담센터 실장)
이현아(강남대학교 한국사회복지연구소 선임연구원)
- 연구보조원 : 박종미(화성시남부노인복지관 사회복지사)

본 연구에서 제시된 대안이나 의견 등은 경기도의 공식 의견이 아닌
연구진의 견해를 밝혀드립니다.

목 차

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
1) 연구의 필요성	1
2) 연구의 목적	3
2. 연구내용의 범위	4
3. 연구방법	5
II. 문헌고찰	7
1. 우리나라 노인자살률 추이 분석	7
1) 우리나라 자살률 변동과 사회경제적 의미 분석	7
2) 경기도 노인자살률 검토 및 분석	11
2. 국내외 노인자살예방정책 및 방향	17
1) 국내 노인자살예방정책 현황	17
2) 해외 노인자살예방정책 현황	23
3. 선행연구 검토	26
1) 노인자살 현황 및 영향 요인에 관한 연구	26
2) 노인자살예방을 위한 정책 연구	29

III. 전문가 서베이 조사	31
1. 조사개요	31
2. 자료수집	32
3. 연구분석틀과 분석방법	33
4. 연구참여자	35
5. 응답자료의 범주화와 자료분석	39
6. 총평 및 시사점	66
IV. 경기도 노인자살예방사업 성과 분석	69
1. 1단계: 성과 정의하기	70
2. 2단계: 성과별 지표 이해하기	71
3. 3단계: 경기도 노인자살예방사업 추진 결과분석	73
4. 4단계: 시군 노인자살예방센터 사업성과 분석	79
V. 경기도 노인자살예방사업 모형 및 효율적인 운영 개선방안	107
1. 경기도 노인자살예방사업 모형	107
2. 경기도 및 시군 노인자살예방센터 사업 운영 개선방안	108
3. 중장기적 발전방안 및 정책방안	120
참고문헌	121

표 목 차

<표 2-1> 사망원인 순위 추이	7
<표 2-2> 전국 시도별 자살 수 및 연령 표준화 자살률 현황	11
<표 2-3> 경기도 연령별 자살 수 및 자살률 현황	14
<표 2-4> 노인자살예방사업 근거 법령	19
<표 2-5> 노인 정신건강증진 및 자살예방 사업 주요내용	20
<표 2-6> 정신보건 영역에서의 자살예방 관련 사업내용	21
<표 2-7> 노인자살예방 관련 사업내용	22
<표 3-1> 연구분석의 틀	33
<표 3-2> 연구참여자(노인전문상담사)의 일반적 특성	35
<표 3-3> 연구참여자(노인복지기관장)의 일반적 특성	37
<표 3-4> 연구결과 범주화	39
<표 3-5> 서비스 이용자(노인)의 혜택에 대한 의견	41
<표 3-6> 서비스 이용자 가족의 혜택에 대한 의견	43
<표 3-7> 연구결과 범주화	46
<표 3-8> 노인자살예방사업이 가지는 의미에 대한 의견	48
<표 3-7> 서비스 제공의 구조적 측면에 대한 의견	47
<표 3-8> 서비스 제공의 기술적 측면에 대한 의견	50
<표 3-9> 서비스 제공의 재정적 측면에 대한 의견	53
<표 3-10> 시설운영체계 및 전문인력 인프라에 대한 의견	55

<표 3-11> 연구결과 범주화	57
<표 3-12> 노인자살예방사업이 가지는 의미에 대한 의견	59
<표 3-13> 부과되는 고충에 대한 의견	61
<표 3-14> 전문상담사의 역할과 기능에 대한 의견	63
<표 3-15> 장기적인 필요성에 대한 의견	64
<표 4-1> 사업 성과변수 및 측정값	71
<표 4-2> 경기도 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	73
<표 4-3> 노인자살예방교육 사업성과(3년도)	74
<표 4-4> 홍보사업 성과(3년도)	75
<표 4-5> 상담사업 성과(3년도)	77
<표 4-6> 수원시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	80
<표 4-7> 성남시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	81
<표 4-8> 부천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	83
<표 4-9> 안양시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	84
<표 4-10> 안산시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	84
<표 4-11> 광명시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	85
<표 4-12> 시흥시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	86
<표 4-13> 군포시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	87
<표 4-14> 하남시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	88
<표 4-15> 의왕시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	89
<표 4-16> 오산시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	89
<표 4-17> 과천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	90
<표 4-18> 고양시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	91
<표 4-19> 의정부시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	92
<표 4-20> 구리시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	93
<표 4-21> 동두천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	94

<표 4-22> 용인시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	95
<표 4-23> 평택시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	96
<표 4-24> 화성시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	97
<표 4-25> 이천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	98
<표 4-26> 김포시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	98
<표 4-27> 안성시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	99
<표 4-28> 남양주시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	100
<표 4-29> 파주시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	100
<표 4-30> 포천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	101
<표 4-31> 양주시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	102
<표 4-32> 여주군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	103
<표 4-33> 양평군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	104
<표 4-34> 가평군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	105
<표 4-35> 연천군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)	105
<표 5-1> 노인자살 예방을 위한 정책추진 현황 및 역할	109
<표 5-2> 시군노인자살예방센터 개선방안(예시)	114

그림 목 차

[그림 1-1] 주요 핵심 연구범위 및 추진과제	4
[그림 1-2] 연구의 흐름도	6
[그림 2-1] 우리나라의 성별 자살률(1990-2004년)	9
[그림 2-2] OECD 국가의 노인자살률(단위: 십만명당)	9
[그림 2-3] 전국 및 일부 도시의 자살률 변화 추이	12
[그림 2-4] 일부 시도 여성 자살률 변화 추이	16
[그림 2-5] 일부 시도 남성 자살률 변화 추이	16
[그림 3-1] 노인복지기관장의 연구결과 도식화	67
[그림 3-2] 노인전문상담사의 연구결과 도식화	68
[그림 4-1] 경기도 노인자살예방사업 성과지표	70
[그림 4-2] 경기도 노인자살예방사업 추진성과	73
[그림 5-1] 노인자살예방센터의 사업모형틀	107
[그림 5-2] 노인자살예방사업 중장기적 발견방안 및 정책방안	120

I. 서론

1 연구의 필요성 및 목적

1) 연구의 필요성

최근 서구 선진국에 비해 한국의 고령화 현상은 매우 빠른 속도로 진행됨으로써 노인과 관련된 다양한 문제를 유발시키고 있으며, 그 중에서도 노인성 우울과 노인자살문제는 사회적으로 심각한 수준이라고 할 수 있다. 한국의 노인자살률은 1990년 이래 지속적으로 증가하여 현재 OECD 국가 중 1위를 차지하고 있으며, 타 연령층에 비해 상대적으로 매우 높은 수준을 보이고 있다(조계화·김영경, 2008).

우리나라의 자살인구에 대한 최근 10년간 연령대별, 성별, 월별, 자살통계자료에 따르면 2000년 6,444명이던 자살사망자는 2010년 1만 5566명으로 증가하여 지난 10년 동안 142%가 증가하였다. 자살 수의 증가와 함께 자살률도 크게 증가하였는데, 2000년 인구 십만명당 자살자수가 14.6명으로 낮았으나 2005년 24.7명으로 증가하였고 2010년 다시 28.7명으로 증가하였다(통계청, 2011). 자살행동에 따른 결과가 명백한 죽음으로 드러나는데 비해, 자살시도는 자살행위와는 달리 정식으로 보고되지 않기 때문에 정확한 수치를 알기 어렵지만, 자살행위보다 훨씬 높은 비율인 8배(Cohen, Spirito, Brown, 1996)를 차지하고 있어 과소 보고될 가능

성이 크다. 따라서 자살시도는 자살행위보다 더 일반적인 현상이고, 이전의 자살 시도는 자살사망으로 이끄는 가장 위험한 요인(Moscicki, 2001)이 될 수 있으며 자살시도를 막기 위한 실천현장의 개입 및 자살시도자의 심층개입은 매우 필요하다. 우리나라의 경우도 실제 자살을 생각하고 있거나 시도한 건수는 사회적으로 더욱 심각한 수준일 것으로 예상된다. 특히 자살이나 자살의 시도는 본인뿐만 아니라 주위 사람에게 정신적 피해를 입히며, 응급실 이용과 같은 보건비용의 지출을 증가시키는 등 이와 관련한 물적 피해도 무시할 수 없다(노용환, 2006).

자살과 관련하여 우리나라의 중요한 특징은 연령이 증가할수록 자살 역시 빠른 속도로 증가하고 있다는 것이다. 전체 자살자 중에서 65세 이상 노인이 차지하는 비율이 1998년 13.5%에서 2009년 26.0%로 두 배 가량 증가하였으며, 평균 자살률이 28.7명에 비해 노인 자살률은 81.9명(2010년 기준)으로 3배나 높게 나타난다. 공식적인 노인자살 통계는 한국의 사회문화적 특성상 누락되는 부분이 적지 않을 것이므로 실제 노인자살자는 이보다 더 많을 것으로 추정된다.

그 중에서도 경기도의 60세 이상 노인자살률은 충남, 강원도, 충북에 이어 4위를 차지하고 있어 고령층을 비롯한 노인자살률이 높은 수준을 유지하고 있다. 그 수치 또한 평균 자살률보다 14.1명이나 높다는 점은 주목할 필요가 있다. 그럼에도 불구하고 지난 10년 동안의 변화는 약간의 차이를 보이고 있는데, 60~64세 연령층 자살률의 경우 2000년 27명에서 2005년 61.1명으로 증가하였으나 2010년 48.7명으로 감소하였고, 65세 노인의 경우도 2000년 44.5명에서 2005년 96.9명까지 증가하다 2010년 91.1명으로 감소하였다. 이는 경기도가 지난 3년 동안 실시한 노인자살예방센터 개소 및 확대추진, 교육 및 전문상담의 확대 등이 큰 효과를 거둔 것으로 추정된다(경기도가족여성연구원, 2012).

그럼에도 불구하고 경기도는 도농복합도시로서 도시와 농촌의 양 특성을 갖고 있다는 점에서 자살률의 지역적 특성에 취약한 수준이다. 노인자살을 예방하기 위해 2009년부터 실시된 노인자살예방사업 또한 약 3년을 넘은 시점이지만, 안정화 단계로 나아가기보다 아직 초기단계에 머물고 있는 시점이다. 따라서 노인자살예방사업의 효과성을 측정하는 것은 보다 체계적이고 전문화된 사업 추진을 위한 제도적 뒷받침 마련과 지역별 편차가 상이한 경기도의 지리적 특성을 고려

한 안정화된 사업을 고민하기 위한 시도로 시작되었다.

물론 현장에 접목된 통합모형의 노인자살예방시스템의 효과성을 분석하는 연구는 도입 프로그램의 효과에 영향을 미치는 많은 요인들을 종합적으로 분석하여야 하기 때문에 매우 복잡한 연구임에는 틀림없다. 그러나 외국의 사례를 보더라도 노인자살률의 추이를 중단적으로 분석한 연구나 실제 노인자살의 주변 상황을 심층조사하는 심리부검 연구로 실시되기도 하였다. 일본에서도 노인자살예방 실제 개입에 대한 효과성 분석으로 장기적인 노인자살률을 분석한 바 있다.

이러한 측면에서 본 연구는 노인자살예방사업 전반에 대한 실제적인 탐색과 성과를 측정하는 데 목적을 둔다. 우리나라에서 최초로 2009년 정책적으로 도 전역에 광범위하게 개입한 노인자살예방사업을 추진해왔던 사업성과 및 데이터들이 3년 정도 축적된 현 시점에서 노인자살예방 시스템의 효과성을 검증해보고, 보다 효율적인 정책개선 방향의 제시가 필요한 시점이다.

따라서 좀 더 심층적인 접근과 실제적인 대안이 제시될 수 있도록 노인자살과 관련된 실천현장 전문가 및 학계 전문가, 사업 관련자 등의 서베이 조사와 사업 성과 측정을 위한 조사, 선행연구 검토 등 다양한 방법론과 다양한 대상을 연구에 포함시켜 실제 효과성을 밝히고자 한다.

나아가 실제 경기도의 노인자살을 예방하기 위한 실천적, 제도적 방안 마련 및 중장기적 발전방안 제시하고자 한다.

2) 연구의 목적

본 연구의 목적은 경기도 노인자살예방사업 전반에 대한 실제적인 탐색과 성과를 측정하는 데 있다. 이 목적을 달성하기 위한 방법으로 첫째, 경기도 노인자살률 추이 분석 및 선행연구를 통해 노인자살에 영향을 주는 요인을 탐색적으로 살펴보고자 한다. 둘째, 경기도 노인자살예방센터 실무자 및 노인복지관장을 대상으로 한 전문가 서베이 조사를 실시하여 노인자살현장에서 나타나는 다양한 문제점과 그 대안을 모색해 보고자 한다. 셋째, 지난 3년 간 경기도 노인자살에

방센터 사업성과 및 데이터를 바탕으로 그 효과성을 검증해 보고 나아가 경기도의 노인자살을 예방하기 위한 실천적, 제도적 방안 마련 및 중장기적 발전방안을 제시하고자 한다.

2 연구내용의 범위

연구내용의 범위와 수준은 공간적 범위, 시간적 범위, 내용적 범위로 구분해 볼 수 있다. 본 연구의 공간적 범위는 경기도 31개 시·군 42개 노인자살예방센터로 한정하며, 2012년 6월부터 8월을 시간적 범위로 한다. 내용적 범위로서는 첫째, 노인자살 관련 요인 선행연구 분석 및 추진 정책 현황 분석, 둘째, 경기도 및 시군별 노인자살률 현황 및 변동률 추이 분석, 셋째, 경기도 노인자살예방 관련 실무자 및 전문가 세베이 조사 실시, 넷째, 31개 시군 노인자살예방사업 추진 세부 성과분석 및 환경 분석, 다섯째, 경기도 노인자살예방사업 운영 모형 및 시스템의 효율적 개선을 그 범위로 한다. [그림 1-1]은 본 연구내용의 범위와 수준을 나타낸 것이다.



[그림 1-1] 주요 핵심 연구범위 및 추진과제

3 연구방법

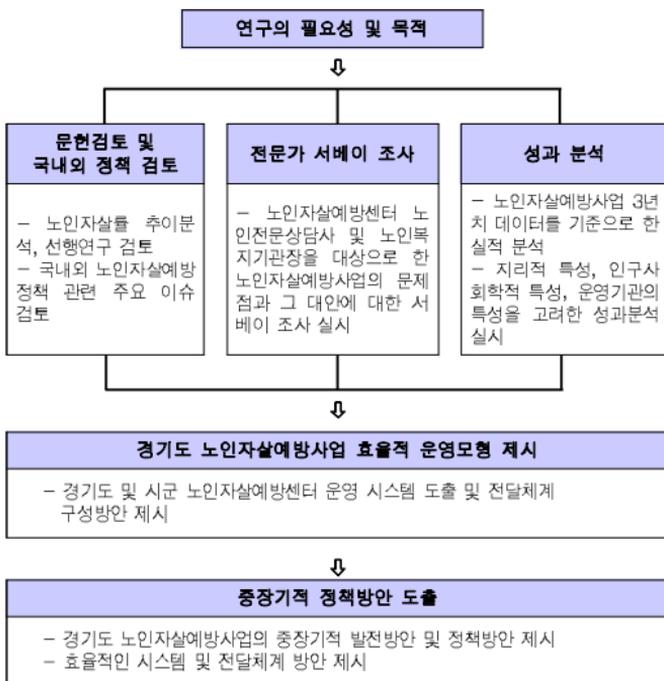
본 연구를 수행하기 위한 방법은 다음과 같다. 첫째, 국내외 문헌 및 선행연구 분석으로, 우리나라 노인자살률 추이 분석을 통해 2009년~2011년 우리나라, 경기도, 시군별 노인자살률 추이를 분석하여 사회경제적 배경, 지역별 특성에 따른 노인자살률 변동률 추이 및 특성을 면밀히 검토한다. 나아가 국내외 노인자살예방정책 및 사업 흐름을 자살위험도 및 추진영역으로 구분하여 분석을 실시하고, 현재 연구된 노인자살의 현황 및 원인(정신건강 중심), 질적 사례연구, 정책방안 연구 등을 중심으로 선행연구 분석을 실시한다.

둘째, 경기도 노인자살예방사업에 대한 전문가 서베이 조사를 실시한다. 전문가 서베이 조사는 크게 두 분야의 전문가를 대상으로 실시한다. 우선 경기도 노인자살예방센터에서 근무하는 노인전문상담사 42명을 대상으로 현 노인자살예방사업의 구조적·기술적·재정적·보수 및 처우 등의 문제점과 그 대안에 대해 서베이 조사를 실시하고자 한다. 또한 경기도 노인자살예방센터 운영 주체인 노인복지관의 기관장을 대상으로 서베이 조사를 실시함으로써 보다 거시적인 관점에서 노인자살예방사업의 추진방향과 개선점 등을 논의해 보고자 한다.

셋째, 경기도 시군에서 3년 간 실시한 노인자살예방사업 성과를 분석한다. 경기도 31개 시군 노인자살예방센터를 중심으로 전문상담, 교육, 홍보, 위기네트웍 구축사업 등이 사업 추진결과를 분석하고, 나아가 인구사회학적 특성, 지리적 특성, 상담기관 환경구조 등 운영기관의 특성을 중심으로 재분석을 실시한다.

마지막으로, 위의 결과를 토대로 경기도 노인자살예방사업 운영모형 및 시스템의 효율적인 개선방안을 제시하고 나아가 중장기적 정책방안을 모색하고자 한다.

[그림 1-2]은 본 연구의 흐름도를 나타낸 것이다.



[그림 1-2] 연구의 흐름도

II. 문헌고찰

1 우리나라 노인자살률 추이 분석

1) 우리나라 자살률 변동과 사회경제적 의미 분석

자살은 우리나라의 사망원인 순위 중 1993년 9위에서 2002년 7위로, 그리고 2004년부터 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4번째 주요 요인으로 부상하여 이 미 교통사고 사망률을 앞섰다(통계청, 2005).

<표 2-1> 사망원인 순위 추이(2000~2010)

순 위	2000		2009		2010			'00 순위 대비	'09 순위 대비	
	사망원인	사망률	사망원인	사망률	사망원인	사망자 수	구성비			사망률
1	악성신생물 (암)	121.4	악성신생물 (암)	140.6	악성신생물 (암)	72,046	28.2	144.4	-	-
2	뇌혈관질환	73.1	뇌혈관질환	62.0	뇌혈관질환	26,617	10.4	63.2	-	-
3	심장질환	38.2	심장질환	46.0	심장질환	23,407	9.2	46.9	-	-
4	운수사고	25.3	고의적 자 해(자살)	31.0	고의적 자 해(자살)	16,666	6.1	31.2	↑	-
6	간질환	22.8	당뇨병	19.6	당뇨병	10,349	4.1	20.7	↑	-
6	당뇨병	22.6	운수사고	14.4	폐렴	7,432	2.9	14.9	↑	↑
7	만성하기도 질환	16.7	만성하기도 질환	13.9	만성 하기도 질환	7,092	2.8	14.2	-	-
8	고의적 자 해(자살)	13.6	간질환	13.8	간질환	6,888	2.7	13.8	↓	-

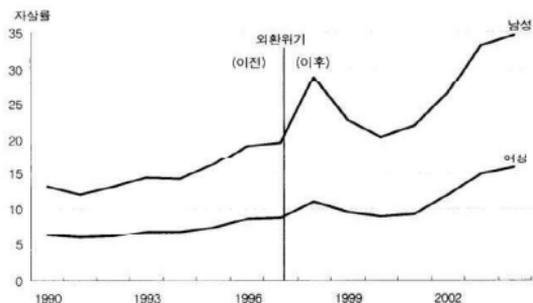
9	고혈압성 질환	8.9	여범	12.7	운수사고	6,830	2.7	13.7	↓	↓
10	여범	8.1	고혈압성 질환	9.6	고혈압성 질환	4,793	1.9	9.6	↓	-

출처: 2010년 사망원인 통계

* 단략 인구 10만명 당, 명, %

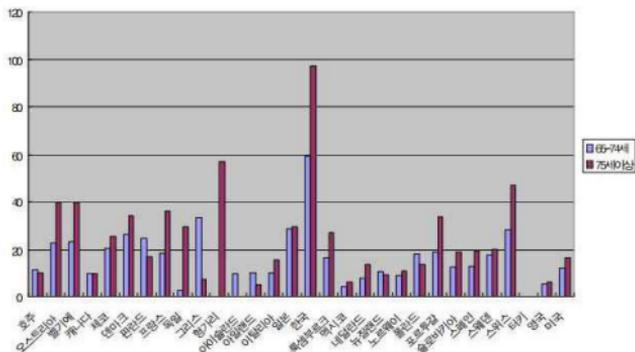
특히 고용불안이 1차적인 피해자인 중장년 남성과 노후대비가 불충분한 노년층의 자살률은 이미 심각한 수준으로 접어들었으며, 노동연령층이 가장 왕성한 20~39세 국민의 사망원인 1위가 바로 자살로 나타나고 있다.

지난 10여년 가 우리나라의 성별, 연령별 자살통계 추이를 통해 나타난 핵심적인 특징을 정리해 보면, 2010년 현재 우리나라 자살률은 28.7명으로 OECD 국가 중에서 가장 높다(통계청, 2011). 우리나라 남녀 모두의 자살률은 전반적으로 증가추세에 있으며, 특히 여성에 비해 남성의 자살률이 급상승하는 추세에 있어 자살률의 남녀 격차가 점차 커지고 있다. 2010년 현재 남성의 자살률(40.0명)이 여성의 자살률(18.9명)을 2배 이상 상회하고 있는 것으로 나타났다. 1997년 경제위기 직후 자살률의 급상승은 이후 다시 반전되기는 했으나 경제위기로 인한 심리적 상실감이 어느 정도 자살로 표출되었을 가능성을 시사하고 있다(노용환, 2006 [그림 2-2]). 한편 우리나라의 자살률은 연령에 따라 증가하는 것으로 나타나 있는데, 우리나라의 과거 10년간 자살급증 원인이 바로 중장년층과 노년층의 급격한 자살자수 증가에 기인하고 있으며 노년층의 자살률은 꾸준히 증가하고 있다는 것을 잘 보여주고 있다. 특히 우리나라의 노인자살률은 세계 최고 수준일 뿐만 아니라 그 수치 또한 압도적이라는 점을 [그림 2-1]을 통해 확인할 수 있다.



[그림 2-1] 우리나라의 성별 자살률(1990-2004년)

출처: 노용환(2006), 자살의 경제학적 분석-우리나라 시도별 패널자료를 이용한 접근, 경제학연구 54(3), 177-200.



[그림 2-2] OECD 국가의 노인 자살률(단위: 십만명당)

출처: OECD 국가별 취합자료(2000년대 중반), WHO Suicide prevention and special programs

자살 급증에 대해서는 도시화의 급속한 발전, 외환위기 전후의 경제환경 변화, 인터넷 보급의 확대, 고령화시대의 도래 등 우리 사회와 경제를 둘러싼 급속한 환경의 변화에서 그 이유를 찾을 수 있을 것이다. 그 중에서 사회경제적 변수와 노인자살률의 관계를 중심으로 살펴보고자 한다.

첫째, 고령화의 정도와 노인자살률을 예측해 볼 수 있다. 고령화의 정도가 1998년 6.6%에서 2010년 현재 11%로 1.67배(167%) 증가하였다. 이와 반면 65세 이상 인구 10만 명당 노인자살률은 1998년 37.96명에서 2010년 81.9명으로 2.16배(216%) 증가한 것으로 나타나 고령화의 속도보다 노인자살 증가속도가 약 0.49배 높은 것으로 나타났다. 즉, 2018년 고령인구 증가율이 1.35배인데 비해, 자살률은 1.76배로 증가할 것이라고 예측할 수 있다. 이는 2010년 노인자살률을 기준으로 할 때 1.76배 증가한 144.1명의 자살률을 기록할 수 있음을 예측해 볼 수 있다.

둘째, 노인자살률과 이혼율간의 관계이다. 실제 둘 사이가 정적 관계라는 연구 결과(유정균, 2008; 노용환, 2006)가 다수를 이루고 있다. 조이혼율이 낮은 지역의 노인자살률과 조이혼율이 높은 지역의 노인자살률이 비슷한 양상을 보여주고 있으며, 이 수치는 10년 뒤에도 비슷한 수준으로 나타난다. 주목할 점은 이혼율에 따른 성별차이구조이다. 남성노인자살률은 조이혼율이 높은 지역일수록 높게 측정되었는데, 이는 가족, 친척 등 비공식적인 지지체계가 남성노인의 자살에 영향을 미치고 있으며 결과적으로 이혼 등의 가족해체 현상으로 인한 피해가 남성노인의 자살에 직접적인 요인이라는 가능성을 살펴볼 수 있다.

셋째, 도시화와 노인자살률 간의 관계이다. 국외의 문헌에서는 Durkheim(1897)은 과거 도시의 자살률이 농촌의 자살률보다 높은 것으로 나타났다. 반면 Singh and Siahpush(2002)의 연구에서는 현대사회에서는 오히려 농촌 지역의 자살률이 높은 것으로 나타나 Durkheim과 상반된 연구결과를 나타냈다. 국내연구에서는 노용환(2006)은 인구고령화와 도시화 그리고 산업화의 영향으로 공동체의식보다는 익명성이 증가하고 개인이 자살을 선택하는 데 용이해 졌기 때문에 도시화로 인한 노인자살률이 급증할 것이라고 예측하였으나, 실제 1995년과 2005년 사이의 지역별 편차를 연구한 유정균(2008)의 연구에서는 대도시의 노인자살률이 높은 수치를 나타낸 1995년도와는 달리 2000년, 2005년에는 농촌지역이 높아지고 있는

것으로 나타났다. 성별차이로는 중소도시에서는 남성노인자살률이, 여성노인자살률은 대도시에서 농촌지역으로 이동하는 모습을 확인해 볼 수 있다.

그 이외 노용환(2006)의 연구를 토대로 노인자살률에 영향을 미치는 사회경제적 구조변수를 살펴보면 높은 인구고령화, 실업률의 감소 등으로 나타났으며, 1인당 소득수준이 증가할 때 남성노인자살률이 감소하는 것으로 분석되었다.

2) 경기도 노인자살률 검토 및 분석

경기도 자살률은 2000년부터 2005년까지 전국 평균보다 높은 수치를 나타냈으나 그 이후 감소하는 경향을 나타내 현재는 전국 평균 수준에 근접해 있다. 2010년 현재 전국 자살률 대비 13위를 차지하고 있으며, 그 증감율은 작년 대비 2.1명으로 6위를 차지하고 있다.

수치로 살펴보면 2000년 경기도 자살률은 15명으로 전국 평균 14.6명보다 약간 높았고 2005년 전국 평균 24.7명보다 1.5명 높은 26.2명으로 나타났다. 그러나 2008년 경기도 자살률은 24.6명으로 전국 평균 24.7명보다 0.1명이 낮은 수치를 나타냈다. 2010년 현재 전국과 비슷한 28.9명으로 나타났다(<표 2-2> 참조).

<표 2-2> 전국 시도별 자살 수 및 연령 표준화 자살률 현황(2000~2010)

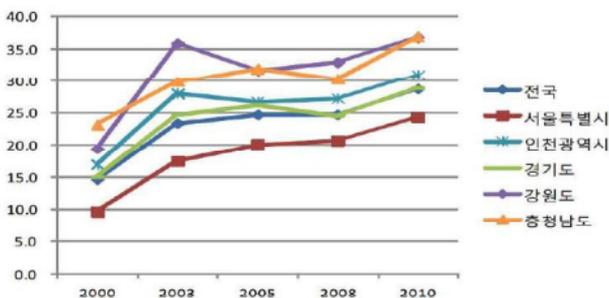
시도별	2000		2005		2005		2008		2010		
	자살 수	자살률	자살 수	자살률 ¹⁾							
전국	8,444	14.6	10,808	23.4	12,011	24.7	12,858	24.7	15,596	28.7	31.2
서울시	919	9.7	1,670	17.5	2,013	20.1	2,200	20.7	2,058	24.3	26.2
부산시	481	13.7	814	22.4	972	26.1	961	25.9	1,163	29.3	32.9
대구시	369	13.6	500	21.2	561	22.9	632	24.5	740	27.9	29.7
인천시	350	16.9	633	28.0	665	26.7	724	27.2	875	31.0	32.2
광주시	151	12.5	245	19.1	268	20.6	305	22.1	442	30.7	30.7
대전시	181	15.6	297	23.5	308	27.7	335	22.9	435	29.0	29.2
울산시	174	15.0	333	27.7	318	23.5	349	23.4	375	24.6	24.4
경기도	1,144	15.0	2,176	24.7	2,517	26.2	2,699	24.6	3,408	28.9	29.5
강원도	299	19.4	580	33.9	333	31.7	579	33.0	676	36.8	14.4
충청북도	286	18.4	407	27.4	487	31.3	500	30.6	550	31.9	35.9

충청남도	433	23.2	589	23.9	702	32.0	711	30.3	914	36.9	44.6
전라북도	314	16.4	538	21.7	492	21.8	506	25.8	615	28.3	33.2
전라남도	330	16.0	515	25.0	476	21.8	516	23.8	646	29.0	33.9
경상북도	509	20.5	742	25.6	753	25.1	770	25.1	945	29.7	35.4
경상남도	488	16.7	814	26.4	867	26.8	927	27.0	1,044	29.3	32.0
제주도	86	17.7	145	27.6	149	27.3	162	28.1	177	30.2	31.4

출처: 통계청(<http://kosis.kr>)

*단위: 명, 십만명당

[그림 2-3]은 전국 및 일부 도시의 자살률 변화 추이를 나타낸 것이다. 자살률이 가장 높은 지역은 충남과 강원도가 각각 36.9명과 36.8명, 그 다음으로 충북 31.9명, 인천 31명 순으로 나타나고 있다. 경기도(28.9명)는 전국 평균 수준과 비슷하며, 서울시는 24.3명에 해당된다.



[그림 2-3] 전국 및 일부 도시의 자살률 변화 추이

출처: 경기도가족여성연구원(2012), 전국 및 경기도 자살률 변화.

* 연령 표준화 자살률임.

- 1) 경기도가족여성연구원(2012)은 2010년 자살률을 두 가지로 표기하였는데, 오른쪽 자살률은 인구 십만명당 자살 수를 나타낸 것이며, 왼쪽 자살률은 연령 표준화 자살률로서 인구구조가 서로 다른 지역이나 집단 간 자살 수준을 비교할 목적에서 사용하는 것으로 자살률에 미치는 연령구조의 효과를 제거한 것임(연령 표준화 자살률 = Σ (연령별 사망률 \times 표준인구의 연령별 인구/ 표준인구)).

경기도 연령별 자살률을 토대로 살펴보면, 24세 이하 연령대의 자살률은 낮은 반면, 연령이 증가할수록 자살률이 높아지고 있다. 2010년 청소년층에 해당되는 15-19세와 20-29세 연령층 자살률은 8.3명과 17.1명으로 나타난 반면 25-29세는 29.9명, 40대 연령층에서 30명 이상, 50대 연령층에서 40명 이상, 그리고 65세 이상의 경우는 무려 91.1명으로 가장 높다. 연령대에 따른 자살률의 증감 추이는 25세-29세 연령이 가장 높으며 65세 이상은 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타나 노인자살에 대한 사회적 관심이 요구되어야 할 것이다.

경기도 노인자살률은 2010년 현재 충남, 강원, 충북지역에 이어 4위를 차지하고 있다. 순위가 높은 지역 모두 '농촌'이라는 특성을 감안할 때 농촌과 도시지역의 특성을 모두 갖춘 도농복합도시로서 경기도의 자살률은 지속적으로 증가할 것이라고 예측할 수 있다. 특히 경기도 노인인구가 100만을 넘어 상승하고 있는 시점에서 65세 이상 노인 자살자수는 899명으로 서울(621명), 충남(374명), 경북(337명)에 비해 월등히 높은 수치이다. 더군다나 2008년, 2009년에 비해 노인자살률 순위가 상승한 점은 노인자살예방사업의 지속적인 확대와 그 필요성이 시급하다는 점을 내포하고 있다.

그럼에도 불구하고 60세 이상 노인을 비롯한 고령층의 경우 지난 10년 동안의 자살률 변화에 큰 차이를 보이고 있다(<표 2-3>). 2000년에 44.5명이었던 노인자살률은 점차 증가하는 추세를 보였지만 2005년 대비 2010년 노인자살률은 5.8명 감소한 수치를 보이고 있다. 이는 2009년 실시된 노인자살예방사업의 사업 초기 효과로 추정되며, 2005년 대비 2008년 노인자살률을 급격하게 감소시키는 결과를 낳았다. 그러나 초기사업으로서 가지는 시스템과 운영 상의 한계가 2010년 노인자살률에 여실히 드러났다. 즉, 그 수치가 12.3명 증가한 것이다. 이런 시점에서 본 연구는 노인자살예방사업의 운영과 시스템의 개선을 중심으로 노인자살률을 낮추기 위한 전략을 제시하는 데 매우 의미 있으리라 사료된다. 뿐만 아니라 노인자살률의 변동률에 큰 차이를 가져온 것은 현 경기도 노인자살예방사업과 연관성을 갖는다는 점에서 그 의미를 찾아볼 수 있다.

<표 2-3> 경기도 연령별 자살 수 및 자살률 현황

연령	2000		2003		2005		2008		2010	
	자살 수	자살률								
계	1,141	12.6	2,176	21.6	2,571	23.8	2,049	21.1	3,108	29.5
15세 미만	5	0.2	4	0.2	9	0.4	13	0.6	17	0.8
15-19세	39	6.1	43	6.8	49	7.4	63	8.1	70	8.3
20-24세	61	9.8	95	12.9	113	15.1	117	17.0	120	17.1
25-29세	85	9.9	143	17.4	157	16.9	200	22.6	257	29.9
30-34세	107	10.8	178	16.5	218	20.5	212	21.8	247	25.9
35-39세	113	14.4	223	22.7	200	16.3	261	24.1	326	28.6
40-44세	122	16.2	249	25.1	261	25.3	262	25.0	311	30.6
45-49세	109	22.1	207	29.5	253	30.0	306	39.4	355	34.2
50-54세	77	21.0	138	31.5	186	35.2	227	31.4	327	38.0
55-59세	85	28.4	136	37.9	147	36.6	162	35.2	215	44.9
60-64세	76	27.0	137	40.4	214	61.1	147	39.1	233	48.7
65세 이상	225	44.5	613	96.1	710	96.9	706	78.8	894	91.1

출처: 통계청, <http://kosis.kr>

* 단위: 명, 십만명당

반면 경기도 연령별 자살률 실태를 통해 두 가지 의미를 도출해 낼 수 있다.

첫째, 중장년층의 노인자살률이 급격하게 증가하는 현상을 볼 수 있다. 40대 후반부터 50대 연령의 자살률은 60세 이상의 자살률보다는 낮지만 50세~54세와 55세~59세 연령 자살률은 2000년 각각 21명과 26.4명에서 2005년 35.2명과 36.6명으로 증가하였고, 2010년에는 다시 38명과 44.9명까지 증가하였다. 이는 50대 베이비붐 세대에 해당되는 중장년층이 조기퇴직 및 이혼율 등의 영향을 받을 것으로 예측되며, 최근 경제위기 하에서 일자리 상실과 그 결과로서 기존의 생계책임 역할 약화에 따른 위기감을 반영하고 있다. 따라서 중장년층에 대한 자살예방사업이 시급할 것으로 보인다.

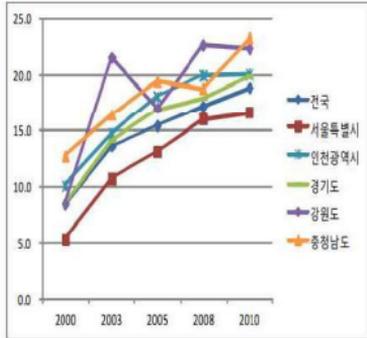
둘째, 2008년 대비 2010년 90대 이상 고령층의 자살률이 월등히 높아지는 현상이다. 2008년 66.9명이던 자살률이 2010년 182.8명으로 3배나 높게 나타났다. 이는 2008년 시행된 노인장기요양보험법과 연관지어 볼 수 있다. 기존 90대 이상

노인자살은 은폐되고 숨겨지기 쉬웠지만, 2008년 이후 90대 이상 노인이 대거 시설로 입소하면서 자살이 은폐되기 어려워졌을 뿐만 아니라 노인요양시설 내 자살로 이어질 수 있는 여지가 마련되었다. 실제 국가의 지원과 보호를 받고 있는 사회복지기관의 자살현황을 보면 2004년부터 2006년까지 22건에 이르는 자살이 발생되고 있다(사회복지기관별 자살현황 자료, 2006). 그 중 부랑인 복지시설(10명), 노인복지시설(6명), 사회복지시설(4명) 순으로 나타났다. 이 수치는 시설 내 자살이 지속적으로 증가추세에 있다는 것을 확인할 수 있다. 특히 보호시설 내에 서조차 자살예방에 대한 지속적인 관리감독이 이뤄지지 않고 있으며, 제대로 신고조차 하지 않은 자살이 증가하여 시설 내 노인의 인권보호를 위한 방안이 시급히 요구되어진다.

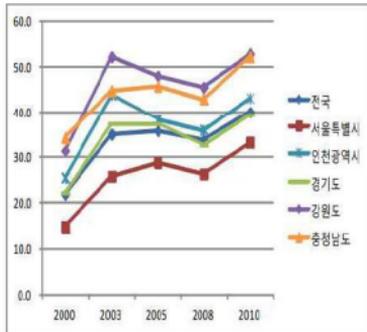
경기도 연령별 자살률을 살펴보았다면 성별 자살률 또한 생애주기접근에 있어 매우 중요한 변수 중 하나이다.

경기도 성별 자살률 추이를 살펴보면 첫째, 남성자살률이 여성자살률에 비해 높게 나타나며, 저연령층보다 고연령층 격차가 크게 나타난다. 특히 55~59세 연령층의 경우 남성이 여성에 비해 3.5배(각각 69.4명과 19.7명)나 높으며, 65세 이상 노인자살률의 성별비율은 2배 이상의 차이를 보이고 있다.

둘째, 여성자살률이 지속적으로 증가하고 있으며 경기도의 경우 전국 여성 평균보다 높은 수준을 유지하고 있다는 점이다. 실제 경기도 여성 자살률은 7번째로 높은 순위를 차지하고 있다. 성별 자살률 증감 정도를 살펴보면 [그림 2-4]와 [그림 2-5]를 통해 살펴볼 수 있다. 경기도 남성과 여성의 자살률은 전국과 비교할 때, 2005년까지 높은 수준으로 나타났으나, 2008년이나 2010년의 경우 남성은 전국 평균에 비해 낮아졌으나, 여성은 여전히 높은 수준을 유지하고 있다. 비록 그 수치가 남성에 비해 낮은 실정이지만 지속적인 증가추세를 살펴볼 때 여성자살에 대한 대책이 시급히 마련되어야 할 필요가 있다.



[그림 2-4] 일부 시도 여성 자살률 변화 추이



[그림 2-5] 일부 시도 남성 자살률 변화 추이

2 국내외 노인자살예방정책 및 방향

1) 국내 노인자살예방정책 현황

(1) 자살위험도에 따른 구분

Maltsberger(1991)는 자살예방을 개입수준과 개입대상에 따라 일차적, 이차적, 그리고 삼차적 수준에서 각각 행해질 수 있다고 보았다. 일차적 자살예방이란 사회적 조건의 개선을 통해 자살의도를 사전에 방지하는 조치를 말하고, 이차적 자살예방은 자살을 고려하기 시작하였거나 혹은 고려할 가능성이 높은 사람들을 파악한 후 자살과정에 개입하여 중단시키기 위한 조치를 말한다. 그리고 삼차적 자살예방은 자살시도자와 같이 만성적인 자살위험에 처해 있는 극소수의 사람들을 대상으로 자살로 인한 손상과 자살확률을 경감시키기 위한 조치들로 이루어지는 사후개입적 대책으로서의 성격이 강하다(이희완·유현숙, 2011).

최근 어려운 경제적 상황과 가족의 부양능력 약화 등으로 인해 잠재적 위험집단 노인의 규모는 점차 증가될 전망이다(김형수·허평화, 2011). 이에 비해, 자살을 시도했거나 자살을 심각하게 고려한 경험이 있는 고위험 노인집단에 대한 즉각적인 개입이 절실하지만 그 규모는 상대적으로 매우 작다는 점에서 국가적·사회적 차원의 정책적 관심은 그리 높지 않은 것이 현실이다. 일반노인과 잠재적 위험노인, 그리고 고위험노인을 대상으로 한 자살예방사업의 현황과 정책방향을 정리하면 다음과 같다.

① 1차 자살예방사업

일반노인을 주요 대상으로 하는 1차 자살예방사업은 즉각적인 개입의 필요성은 낮지만 정책대상이 광범위하다는 점에서 국가적 차원의 중장기적 접근이 요구된다. 지역사회를 대상으로 한 사회환경적 접근사업, 일반인구를 대상으로 한 정신건강증진사업, 정신건강위험인구를 대상으로 한 자살위험요인 예방사업이 있다.

국가적으로 노인들이 급격한 경제적 변화에 적응할 수 있도록 사회적 조건의

개선을 통해 경제적 안정의 도모(공적연금의 사각지대 해소와 기초노령연금의 대상과 급여수준의 확대)와 함께 건강보호시스템의 강화(장기요양보험제도와 노인성질환 관리시스템)가 요구된다. 또한 정년 연령의 단계적 연장, 재고용제도와 근무연장제도 운영도 정책적으로 개선해나가야 할 부분이다. 노인양로 및 요양시설의 확충과 시설의 사회화를 통한 보편화 실현도 요구된다.

한편 의료기관을 방문하는 노인들을 대상으로 고위험군 노인선별검사와 지역 사회 내 의료기관과 정신보건센터, 정신건강관련기관의 노인자살예방을 위한 공동의 중재 노력이 요구된다. 또한 우리나라 노인의 특성에 맞는 우울과 자살률을 낮추기 위한 개입전략과 상담기법 개발, 정신적 건강증진 프로그램을 치료중심에서 예방중심으로 전환하는 것도 중요한 시점이다.

2 2차 자살예방사업

2차 자살예방사업에는 자살위험자 조기발견 및 조기개입사업이 있다. 잠재위험 노인은 점차 그 규모가 커져감과 동시에 고위험집단으로 발전될 가능성도 있다는 점에서 이들의 상황악화를 막기 위해 지역사회와 개별 수준의 전 방위적인 노력이 요구된다.

무엇보다 노인자살을 막기 위해서는 가족체계의 중요성을 공감하고 가족 안정과 세대 통합을 이루기 위한 기관 및 정부 차원의 지원정책이 필요하다. 노인들의 이혼증가를 낮추기 위해 이혼신청시 민간상담기관 혹은 가정법률상담기관의 이혼숙려과정을 반드시 거치도록 하는 방안을 비롯해, 우울 증세가 있는 노인의 사회통합을 강화하는 시스템으로 말벗지원시스템, 상담 및 안부확인 전화시스템 등이 보다 확대되어야 한다. 또한 가족들의 수발 부담을 낮추기 위한 노인돌봄서비스 확충과 노인부양 가족원에 대한 개호휴직 제공에 대한 사회적 합의도 요구된다.

노인자살예방센터와 의료단체와의 긴밀한 협조체계 구축, 우울과 스트레스의 효율적 관리를 위한 정신보건 프로그램, 노인자살예방을 위한 지역사회 인프라 구축도 강조되고 있다.

(3) 3차 자살예방사업

3차 자살예방사업은 자살시도자 치료 및 사후관리사업으로 구분된다. 이처럼 고위험노인의 경우에는 개인의 시급성으로 응급적 조치가 요구되지만 예방대상으로서의 제약성은 크다. 따라서 열악한 상황에 있는 노인의 생존과 안녕에 필수적인 사회적 지지서비스 제공을 위해 정부 차원의 예산 지원 확대와 지속적인 서비스 제공이 필요하다.

또한 고위험군에 대한 선별적 자살예방교육, 선별 프로그램 실시, 지속적 평가와 적극적 치료, 자살시도자를 위한 정신과적 치료 등 체계적이며 집중적인 사례 관리가 실시되어야 한다. 또한 지역사회 정신보건시설과의 연계망 구축, 노인상담 전문가 양성 및 노인자살예방센터의 활성화 방안 마련도 요구된다.

(2) 추진체계에 따른 현황

우리나라가 본격적으로 노인자살예방사업을 실시한 것은 보건복지부에서 2004년 “자살예방 5개년 종합대책(2004-2008)”을 내놓으면서부터이다. 이후 발표된 “국민건강증진종합계획”과 “제2차 자살예방종합대책(2009-2013)”에 근거하여 노인자살예방사업을 수행해오고 있으며, 이러한 노력들의 결과로 2012년 3월에는 “자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률”을 제정하여 시행해 오고 있다.

경기도의 경우 2009년 제정된 “경기도 노인자살예방 지원 조례”를 근거로 노인자살예방사업을 시행하고 있다.

<표 2-4> 노인자살예방사업 근거 법령

관련부서	관련 법	제정일 및 시행일
보건복지부	국민건강증진법	2011년 12월 31 일부개정
	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률	2012년 3월 31일 시행
경기도	경기도 노인자살예방 지원 조례	2009년 10월 30일 제정

① 자살예방 5개년 종합대책 “노인 정신건강증진 및 자살예방”

노인 연령층의 자살 사고 원인을 분석하고 다각적인 대책을 추진함으로써 고령화 사회에 노인계층의 자살사고를 방지하는 것을 목적으로 수립되었다. 주요사업으로는 노인자살예방에 관한 조사·연구, 노인자살예방 인프라 구축, 노인 정신건강증진 및 자살예방 가이드북 제작·배포 등이 있다.

특히 노인복지, 노인 정신건강, 자살예방 분야의 전문가 등이 합동으로 “노인 정신건강증진 및 자살예방 가이드북”을 개발해 노인복지실무 종사자, 공무원들이 활용할 수 있도록 하였는데, 가이드북의 내용에는 노인의 심리특성, 노인의 정신사회적 특징 및 문제를, 노인들의 생물학적 신체 변화, 노년기 정신건강의 평가, 노인들에서 흔한 정신장애(환자 및 가족 상담기법, 우울증 및 노인자살, 신체화장애, 수면장애, 배우자 사별, 노인 학대), 노인 정신장애의 치료지침(약물치료 등 생물학적 치료)이 포함된다.

<표 2-5> 노인 정신건강증진 및 자살예방 사업 주요내용

사업명	사업내용	세부 사업내용
노인자살예방에 관한 조사·연구	노인 자살 원인 및 대책에 관한 연구	노인자살예방에 관한 조사·연구를 정책과제로 실시
	노인 정신건강 수준 조사	계가 노인 및 노인복지관 이용 노인 등 표본 추출을 통한 인터뷰 조사 실시
노인자살예방 인프라 구축	노인자살예방 전문가 양성 및 교육 훈련	노인계층 다빈도 접촉 직원을 대상으로 노인자살예방 및 정신건강증진 교육 실시
	노인 자살예방 및 정신건강서비스 전달체계 구축	기본 전달체계 상담 위기관리 사후 관리
	노인 정신건강 증진 및 자살예방 프로그램 홍보	노인자살사고의 심각성 격시 및 관심 촉구 관련 프로그램 소개
노인정신건강증진 가이드북 제작·배포	“노인 정신건강증진 및 자살예방 guide book” 개발 및 보급	경로당, 노인복지관, 시군구 등 관계기관에 배부

2 국민건강증진종합계획 “Health Plan 2010”

2005년 국민건강증진을 위한 국가차원의 종합계획인 “Health Plan 2010”이 새롭게 수정되어 발표되었고, 현재는 2020년까지의 종합계획이 수립되어 있다. 이중 중점과제 17 “정신보건 영역”의 세부추진계획으로 ‘자살예방사업’과 ‘정신보건센터 체계 구축’을 제시하고 있는데 정신건강증진 및 정신질환의 예방을 위해 자살로 인한 사망률을 낮추고 정신보건센터 운영확대를 세부목표로 삼고 있다.

<표 2-6> 정신보건 영역에서의 자살예방 관련 사업내용

사업명	사업내용	세부 사업내용
자살예방사업	자살사고 예방을 위하여 다각적인 홍보·상담·교육 프로그램 수행	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 생명존중문화조성 ▪ 자살예방 사이버 상담서비스 제공 및 모니터링 ▪ 청소년 및 노인 정신건강증진 및 자살예방 ▪ 우울증 및 자살 위험자 조기발견 상담체계 구축 ▪ 자살예방 등 정신건강상담 전화 운영 ▪ 자살시도자 사후 관리체계 구축 ▪ 자살예방인력 교육훈련 ▪ 자살예방에 대한 연구 지원 및 자살관련통계의 품질개선방안
정신보건센터 체계 구축	선진국형 지역사회 중심의 공공 정신보건체계 구축을 위해 시도 및 시군구가 중심이 되는 정신보건센터 운영 확대	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인구 20만 이상의 대도시 시·군에 모델형 정신보건센터 설치운영 지원 ▪ 인구 20만 이상의 중소도시 및 농촌지역에는 기본형 정신보건센터 설치운영 지원 ▪ 시도당 1개소 이상을 광역정신보건센터로 지정하여 시도 단위의 정신보건사업 수행 지원 ▪ 2010년 이후 기본형 정신보건센터를 모델형 정신보건센터로 점진적으로 전환 추진

③ 제2차 자살예방종합대책

사전 예방적·능동적 접근과 지속가능한 정책을 통해 2013년까지 자살 사망률을 20만명 미만으로 감소시킨다는 목표 아래 “자살률 감소를 위한 비전 2013”을

정한 제2차 자살예방중합대책은 10대 과제와 이에 따른 세부과제 29개를 제시하였다. 1차 대책에 대한 비판을 토대로 개선점을 마련하였다는 데 그 의미가 있으며 10대 과제 중 “자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화”와 “자살 고위험군에 대한 정신보건서비스 강화”를 통해 구체적인 노인자살예방 사업을 실천해 나가고 있다.

<표 2-7> 노인자살예방 관련 사업내용

사업명	사업내용	세부 사업내용
노인 학대 예방 및 독거노인 지원 강화	전국 노인보호전문기관 및 상담전화 운영 등	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 접근성 강화 노인학대사례 접수 및 상담시 자살위험요인 확인 노인자살예방 교육·홍보 실시 노인자살위험 징후에 대한 정보 콘텐츠 마련 홈페이지, 관보 등을 통해 주요 징후와 관리방안에 대해 홍보 노인학대 신고·상담전화 1577-1389 운영
	보호가 필요한 독거노인을 대상으로 종합적인 복지안전망 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 소득, 건강, 주거 및 사회적 교류 수준을 조사하여 시군구별로 지정된 사업수행기관(노인복지관 등)에서 독거노인생활관리사 파견을 통해 독거노인의 욕구에 따라 맞춤형 복지서비스 제공
우울증 조기검진 및 치료관리체계 구축	생애주기별 우울증 조기검진 실시	<ul style="list-style-type: none"> 생애주기별 한국형 우울증 조기검진 도구 개발 아동·청소년, 성인, 노인 등 생애주기에 따른 우울증 조기검진을 통해 고위험군에 대한 맞춤형 서비스 연계

2) 해외 노인자살예방정책 현황

(1) 미국의 노인자살예방정책

1958년 LA에 설립된 자살예방센터가 미국 최초의 전문적 기관으로 국립정신건강연구소에서 지원을 받아 치료와 공중건강 프로그램을 지역주민에게 제공하는 체계적인 연구를 실시하였다. 질병관리본부(CDC)의 “National Center for Injury Prevention and Control(NCIPC)”는 중요 보건학적 문제로 자살에 대한 인식을 증진시키고 자살로 기인한 사고와 죽음을 감소시키기 위한 과학적 근거가 있는 예방 전략을 수립하는데 초점을 두고 있다.

미국이 자살문제에 대해 예방할 수 있는 중요한 공공의 정신건강 문제로 인식한 것은 1969년 국립정신보건원(the National Institute of Mental Health)을 설립한 이래 1999년 자살예방대책(Call to Action to Prevent Suicide)을 발표하면서부터이다. 1999년 국가 차원의 자살예방 전략(National Strategy for Suicide Prevention)을 세워 국립정신보건원, 질병통계예방센터 등 관계부처가 자살예방위원회를 구성하여 자살예방사업을 추진하고 있다. 미국은 정부 산하기관인 자살예방센터를 통해 매년 100억 원 가까운 예산을 배정하고 있으며, 자살예방센터는 정신보건사회복지사와 정신보건간호사가 1년 365일 24시간 근무하고 있다.

대표적으로 LA카운티 정신보건국의 경우 지역 내 의료·복지기관 종사자들, 주부·학생 등 사회 구성원, 대학 교수·민간자살예방협회 등 민간 전문가들을 자살예방활동의 자원으로 적극 활용해 지역사회 전반을 아우르는 촘촘한 자살예방 안전망을 구축하고 있으며, 노인들에게 정서적 지지 등을 제공하는 우정의 전화(Friendship Line) 프로그램(샌프란시스코), 고위험군 자살 노인을 확인하기 위해 소방관·경찰관·약사·성직자 등의 일반인을 게이트키퍼(gate-keeper)로 육성하는 전략(워싱턴 스포케인) 등으로 노인 자살 예방에 의미 있는 성과를 거두고 있다. 특히 의원·보건소 등의 1차 의료기관에서 노인 우울장애를 조기 발견해 치료할 수 있도록 한 프로그램 PROSPECT(Prevention of Suicide in Primary Care Elderly)는 노인 자살총동을 기존에 비해 3분의 1 수준으로 줄여놓은 것으로 평가받고 있으며, 자살 시도자에 대한 판리 프로그램도 최근 도입되어 좋은 반응을 얻고

있다.²⁾

(2) 호주의 노인자살예방정책

호주는 1995년을 기점으로 정부적 차원에서 연령이나 문화적 배경에 상관없이 전 국민의 생명안전을 위한 자살예방 정책으로 LIFE(Living Is For Everyone) 사업을 진행해 오고 있다. 이러한 정책은 자살의 요인이나 영향력 등 자살로 인해 발생할 수 있는 다양한 문제들을 고려하여 정신보건 전문가뿐 아니라 다학문·다체계적인 자살예방 대안으로 마련되었다.

일차적으로는 급증하는 청년자살예방을 위해 1995년부터 1999년까지 4개년계획으로 제1차 LIFE를 실시하였으며, 2008년부터는 자살고위험군과 고위험지역을 중심으로 적극적인 자살예방전략을 시행을 통해 자살예방 기능을 강화하고자 하고 있다. 특히 자살시도자나 ‘self-harmed자’에 대해 심리적인 서비스를 즉각적으로 제공하고, 통합적이고 보호적인 정신건강서비스 제공을 위한 조직을 활성화하며, 자살생존자들을 위한 “bereavement response service”를 지원하고 있다. 또한 문화적으로 적절한 자살예방활동이 활성화될 수 있도록 지역사회 자체의 능력을 높이기 위해 힘쓰고 있다.

자살현상을 개인이 아닌 사회적 이슈로 규정한 호주 정부는 공공적인 예방대책의 시급성을 인식하여 관 중심적 자살예방 정책 및 전달체계를 구성하였다. 그러나 이러한 관 중심의 전달체계범위는 연방정부로부터 개인 가족의 수준을 포함하는 비공식체계를 포함하는 특성이 있다. 또한 지역사회와 개인을 중심으로 통합적인 자살예방 네트워크 구축 및 기능을 확대하고 있음에도 불구하고 기본적인 자살예방 모델은 의료적 모델에 기반을 두어 조기 치료적 개념과 지속적인 장기치료 및 보호기능을 우선하고 있다.

현재 호주의 자살예방 정책은 원주민 및 소수민족을 포함한 다민족적 특성,

2) 자살 시도자에 대한 관리 프로그램이란 6개 미국 자살예방 생명전화센터가 병원 입원실 혹은 응급실을 퇴원한 자살 시도 환자에게 24시간 이내로 전화 연락을 하고 퇴원 후 수개월간 정기적인 사후지도 및 연락을 취하는 것이다. LA카운티 정신건강국 자살예방팀의 김재원씨는 “퇴원한 환자가 병원을 스스로 찾아오는 것을 기다리기보다 적극적으로 먼저 다가가는 사후 개입 모델인 셈”이라며 “아직 공식 연구 결과는 발표되지 않았지만 이 프로그램을 통해 연구 대상자들의 자살 시도 재발률이 현저히 줄어들었다는 결과가 나왔다”고 설명했다(서울경제, 2012년 6월 20일자 보도).

공식적 체계로부터 비공식적 체계, 자살을 시도한 사람들로부터 자살 이후 남겨진 생존자에 이르기까지 정책의 보호 대상을 점차 확대해나감으로써 호주 국민 누구나 자살예방정책의 보호 대상이자 보호 주체가 되는 통합적 연계망을 구축해나가고 있다.

(3) 일본의 노인자살예방정책

일본은 1999년 한 해에 전 년도에 비해 자살이 9,000명 이상 급증하면서 자살이 증가하여 매 해 30,000명 이상이 자살하면서 자살예방을 위한 대책마련에 관심을 두기 시작해, 2006년 국가와 지방공공단체, 사업주, 국민에게 자살예방대책의 책무를 부과하는 “자살대책기본법”이 제정되었다.

사회정책적으로 자살 방지와 자살자의 가족을 케어(care)해야 한다는 사회적 요구에 의해 제정된 “자살대책기본법”의 대강령에 따라서 종합적이고 효과적으로 시책을 추진하기 위해 자살 종합대책회의를 구성하고 연간 2,000억원 규모의 종합대책을 추진하고 있다. 내각관방장관의 리더십 아래 관계 행정기관 상호의 긴밀한 제휴, 협력을 시도함과 동시에 시책 상호간의 충분한 조정을 시도하고 있으며, 주무부서인 내각부에 있어서는 관계부성이 행하는 대책을 지원·촉진함과 함께 관계자에 의한 협의의 장을 통하여 지방공공단체 및 자살방지 등에 관한 활동을 행하고 있는 민간단체와도 연계하여 종합적인 자살대책을 실시하고 있다.

일본 자살 예방대책에서 눈에 띄는 부분은 자살 유가족자에 대한 돌봄이다. 일본 정부는 자살을 경험하는 것만으로도 자살 위험도가 크게 증가한다고 보고 이들을 위한 상담 서비스 등을 제공하고 있다.

한편 일본은 초고령화 사회로 접어들며 노인이 노인을 간호·간병해야 하는데 따른 피로자살(간병자살), 간병살인 등이 심각한 사회 문제로 떠오르고 있다. 일본은 2000년 노인 간병 등을 돕기 위한 개호(간병)보험을 도입해 65세 이후로는 간병비의 10%만 본인이 부담하고 나머지는 국가가 모두 부담하는 제도를 시행하고 있다.³⁾

3) 우리나라도 일본을 본뜬 장기요양보호제도가 2008년부터 시행되고 있지만 지금까지 65세 이상 인구의 4.6%만 혜택을 보고 있어 일본(13.2%)에 미치지 못하고 있다(서울경제, 2012년 6월 19일자 보도).

3 선행연구 검토

1) 노인자살 현황 및 영향 요인에 관한 연구

노인자살에 관한 연구들은 자살 현황과 실태에 관한 일반적 사항, 자살의 위험 요인에 대한 확인, 예방에 관한 것, 자살 시도자들에 대한 감정과 직접개입 등으로 이루어지고 있다(Lang, 2003). 특히 우리나라의 경우 노인자살과 관련한 선행 연구의 대부분이 노인자살의 대체개념인 자살생각을 중심으로 자살요인을 분석하는데 중점을 두는 경향이 나타나는데 특히 설문조사를 통해 노인자살의 요인을 규명하는 양적 연구방법이 주를 이루고 있다(김형수·허평화, 2010).

노인자살 연구에서 일차적 관심은 위험요인을 확인하여 예방수단을 강구하려는 데 초점이 모아지고 있다. 위험요인은 변경 불가능한 요인과 잠재적으로 변경 가능한 요인으로 구분될 수 있는데, 자살과 연관된 성, 연령, 인종, 결혼상태, 정신과 입원경험, 자살시도 경험과 같은 요인들은 변경하기 불가능한 요인이라고 할 수 있다. 잠재적으로 변경 가능한 자살위험 요인은 불안 및 우울과 같은 정신 의학적 문제, 무망감과 삶의 만족도, 자살 수단의 접근 용이성, 사회적 고립 개인적 특성(가족에 대한 책임감, 사회비난의 두려움, 종교적·도덕적 신념, 위기극복 기술, 자살공포 등)이라고 할 수 있다(Szanto et al., 1998; Raue et al., 2001; Brown and Vinokur, 2003; Heisel et al., 2003; Lynch, 2004; 박경필 외, 2004). 노인자살 연구에서의 우선순위는 변경 가능한 위험요인을 구체적으로 파악하고 관련성을 검증하여 예방수단을 강구하는 것이 되어야 할 것이다(엄태환, 2007).

다양한 연구들을 살펴본 결과 노인자살에 영향을 미치는 요인은 크게 신체적·경제적·사회적·심리적 차원의 네 가지 수준으로 정리할 수 있었으며, 이들 각각의 요인들은 서로 분리되어 독자적으로 나타날 뿐만 아니라 유기적으로 상호 연결되어 노인자살에 크게 영향을 미치는 것으로 나타났다.

(1) 노화에 따른 신체적 질환

노인성 질환은 노화로 인하여 발생하는 질환의 총칭으로 대부분의 질환이 만

성으로 진행되는 경우가 보편적이다. 이는 여러 가지 원인이나 이유가 있겠으나, 노화로 인한 신체면역력의 감퇴와 신체적 기능저하 및 마모현상이 주로 대증을 이루고 있다(김창진, 2008). 노인에 있어서 신체적 건강은 곧 독립적인 생활을 의미하는 것이다. 건강 수준이 삶의 만족도에 미치는 영향에 관한 연구들에서 노인의 건강상태가 좋으면 삶의 만족도가 높아지며, 객관적인 신체적 건강악화, 말기 질환, 고통호소, 다양한 질병 등은 노인의 자살률을 높인다고 하였다(Conwell, 2000; 김형수, 2000; 배지연, 2004).

우리나라 노인의 자살충동 및 원인은 질환 장애(40.8%)에 의한 경우가 가장 높게 나타나는 데서도 알 수 있듯이(통계청, 2008), 노화에 따른 신체적 질환은 노인자살에 가장 큰 영향을 미치는 요인 중의 하나이다(이현지·조계화, 2006; 김창진·황진수, 2008; 한삼성 외, 2009). 특히 신체질환으로 인해 다른 정신병리가 유발된다면 자살에 영향을 미치며(Shuh, 1998), 말기질환, 통증, 여러 질병의 누적도 노인 자살률을 높이는 위험요소가 된다. 노인의 자살생각의 위험을 증가시키는 신체건강요인으로는 전반적인 건강상태 및 ADL을 생각할 수 있는데 건강상태가 나쁠수록(김형수, 2001; 박순천, 2005; 배지연, 2005) 그리고 ADL이 손상되었을수록 자살생각을 많이 하는 것으로 나타났다.

(2) 빈곤 등의 경제적 고통

경제수준은 노인자살생각에 있어서 중요한 예측인자로 인식되어 왔다(Ruhm, 2000; 김형수, 2002; 임태완, 2007). 홍성철 등(2003)의 연구에 따르면 사회계층에 따라 자살 사망 위험도에 차이가 있으며, 우리나라의 경우 사회계층이 최하층에 속할수록 자살 확률이 높게 나타난다는 사실을 실증적으로 증명하였다. 또한 유럽 국가들을 대상으로 비교연구를 수행한 Lorant 등(2005)도 사회경제적 불평등이 심한 국가일수록 자살률이 높게 나타난다는 사실을 주장한 바 있다.

경제변수가 사회변수보다 노인자살에 있어서 더 큰 영향을 미칠 수 있고, 노인들의 경우 퇴직으로 인한 지위상실, 수입감소 등으로 인한 스트레스가 원인으로 작용하여 노인자살에의 취약성을 높이게 된다고 보는 것이다. 즉 빈곤이 스트레스 요인으로 작용하여 자살에 영향을 미치게 된다고 본다(이소정, 2010).

(3) 가족해체·역할상실 등으로 인한 사회적 상실

노인자살을 사회적 차원에서 살펴보면, 노인의 사회적 지위와 역할의 상실 사회적 관계망의 축소, 사회적 교류의 감소 등으로 인한 사회통합의 약화가 때때로 이기적 자살을 초래한다고 보고되고 있는데 구체적으로 가족구성원이 없는 경우 자살생각 경험이 높고, 동거가족이 없어 가족지원체계와 사회적 지원체계가 결여되어 있을 경우 자살생각에의 차이가 있는 것으로 나타났다(김형수 2002)

노인들은 급격한 사회변화에 적응하지 못하여 문화적 규범에 혼란감이 조성되어 발생하는 아노미적 자살도 유발될 수 있다. 사회적 지지는 자살생각과 소망을 줄이고 정신건강을 증진하여 자살위험을 줄이는 요인으로 보고되고 있다(Wu and Bond, 2006). 65세 이상 노인을 대상으로 한 연구에서 사회적 지지는 우울증 및 자살생각과 관계가 있었는데 우울증으로 진단된 노인들은 원조할 수 있는 친구와 접촉이 부족하고 가족구성원 수가 적었으며, 가족과 친구들에서의 만족감이 그렇지 않은 노인들에 비하여 낮았다. (VanDerHorst and McLaren, 2005).

우리나라에서도 사회적 지지는 자살생각에 부정적 영향력을 미치며 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(엄태완, 2007). 가족구조와 심리사회적 요인을 함께 살펴본 김기태 등(2011)의 연구에 따르면 혼자 사는 노인들의 자살생각 빈도가 높게 나타났으며, 안준희와 전미애(2009)의 연구에서도 거주형태에 따른 자살생각 요인을 확인한 결과 홀몸 노인의 경우 유의미한 선행변수로 나타났다.

(4) 우울·배우자 사별 등으로 인한 심리적 고통

우울증은 나이에 따라 차이가 있는데 노인의 경우 그 증상이 모호한 신체증상과 불면, 불안, 집중력 및 기억력 저하 등의 가상치매 증상을 보인다. 우울증 환자의 15%정도가 자살하는 것으로 보고되고 있으며, 신체질환 및 사망률과도 높은 연관성을 보이는 것으로 보고 되어있다. 또한 우울증이 있는 노인은 그렇지 않은 노인보다 사망률이 2.5배 높다고 보고되어있다.

이러한 우울증의 원인은 성격 등의 심리적 요인, 유전적 요인, 사회 환경적 요인 등에 의하여 발생한다(신윤경, 2008). 또한 신체질환에 대한 취약성이 증가하

는 노년기에 신체질환을 동반한 우울증상과 우울장애의 발병률이 더욱 증가하고 있다(한준수 외, 1997). 노년기의 우울증은 그 자체의 문제뿐만 아니라 신체질환에 의한 기능상실정도나 이환율, 사망률까지 높이는 것으로 알려져 있기 때문에 더욱 관심의 초점이 되고 있다(Satz & Dewey, 2001; .이창인·홍성철, 2002; 장미희, 2006).

한편 가까운 가족의 투병생활과 죽음 등으로 인한 강한 상실감으로 외부 출입이 줄어들고 고립상태에서 우울감을 경험하게 되는 경우가 많았는데, 배우자와 사별하거나 이혼을 한 노인들이 자살생각경험이 더 높고, 자살위험이 높아진다는 선행연구들이 있다(Szanto et al., 2002; Holkup et al., 2003).

2) 노인자살예방을 위한 정책 연구

노인 빈곤률과 노인 자살률에서 OECD 회원국 가운데 압도적 1위라는 불명예(2011년 기준)를 안고 있는 우리의 현실에서 노인자살예방을 위한 정책 과제 및 대안을 제시한 연구들이 늘고 있다.

먼저 한국자살예방협회(2009)에서는 2008년 실시한 “자살예방 자원 및 서비스 실태 조사”를 통해 노인자살예방 정책 개선점과 사업 실행 방안을 제시하였는데, 특히 노인의 경향성을 고려하여 자살생각을 단서로 자살에 이를 수 있는 취약성을 가진 노인을 확인하고 발견하는 적극적인 아웃리치를 통한 스크리닝 프로그램 진행과 예방교육 프로그램 실시, 지역사회 유관기관 간의 연계가 필수적임을 강조하고 있다.

또한 노인자살에 관한 기존 연구논문들을 대상으로 자살예방에 관한 제언을 중심으로 내용분석을 실시한 김형수와 허평화(2011)는 노인자살예방 실천가능성을 높이기 위해서는 지역사회 중심의 개입과 이차적 자살예방 시스템 확립이 무엇보다 절실하게 요구되고 있으며 나아가서는 '중간수준-이차적 예방'에 역점을 두면서 다른 차원의 개입수준과 개입대상과 부분적으로 연계하여 시행할 필요가 있음을 강조하고 있다. 이를 위해 노인자살의 예방 및 문제해결을 위한 지역사회

인프라 구축, 지역사회 내 자살예방 연계망 구축과 관련 서비스 제공을 위한 근거 법안이나 조례 제정, 자살예방 네트워크 구축, 자살위험 스크리닝 도구 개발과 적극적인 활용을 제안하고 있다.

한편 이희완과 유현숙(2011)은 노인자살예방 대책에 대해 특정한 자살원인 방지에 초점을 두기보다는 개인적·가족적·사회적 위험요인을 줄여나가는 통합적 접근의 필요성을 강조하고 있다. 더불어 국가적 차원에서 노인자살 위험군에 대한 스크리닝 도구 개발, 노인자살예방 운영체계 구축, 노인자살예방 전문가 양성, 자살위험이 높은 노인에 대한 응급전화(Tele-Help) 및 전화접촉(Tele-Check) 서비스 실시와 사회적 지지체계의 다양한 활용방안 마련 등을 강조하고 있다.

III. 전문가 서베이 조사

1 조사개요

경기도 노인자살예방사업의 효과성을 측정하기 위해서는 자살예방 현장에서 활동하는 전문가와 관리자를 대상으로 한 서베이 조사가 선행되어야 한다. 실제 효과성을 측정하는 연구는 구체적인 사업 실적이나 데이터를 중심으로 한 성과를 측정하는 연구가 대부분이지만, 또 다른 방법으로 효과성을 측정하는 기준은 바로 질적연구방법이다. 질적연구방법은 개인의 풍부하고 주관적인 경험을 탐구하기 위한 연구방법으로서, 연구참여자가 진술하는 내용과 주변 환경을 이론적 맥락에 근거하여 분석함으로써 양적연구에서 관찰되지 않았던 그 이상의 것을 분석하는 데 의미가 있다. 따라서 본 연구에서는 경기도 노인자살예방사업을 수행하는 실무자(이하 노인전문상담사)와 관리자(노인복지관장)를 중심으로 서베이 조사방식을 통한 서베이 조사를 실시하였다.

연구참여자는 크게 두 부류로 구분되는 데, 첫째 경기도 내 노인자살예방사업을 담당하고 있는 42명의 노인전문상담사이다. 둘째 경기도 노인자살예방센터 운영주체인 노인복지관의 기관장이다. 연구대상자를 중간관리자 이상으로 선정한 가장 큰 이유는 노인자살예방사업 현장에서 발견한 어려움뿐 아니라 제도 자체에 대한 개선점을 파악하기 위해서는 노인자살예방사업에 대한 이해뿐만 아니라 실무를 직접 관리감독하고 슈퍼비전을 제공해 줄 수 있는 대상이어야 한다고 보았기 때문이다.

2 자료수집

본 조사의 자료수집 기간은 2012년 7월 9일부터 2012년 7월 26일까지 약 2주가 넘는 시간이 소요되었다. 자료수집 방법은 이메일과 팩스(FAX)를 이용하여 구조화된 질문지를 42개 노인자살예방센터 및 노인복지관에 전송하는 식으로 진행되었다. 참여자에 대한 윤리적 문제를 고려하여 경기도노인종합상담센터에서 실시하는 전문가 미팅에 연구의 목적과 내용을 설명하였다.

질문지의 내용을 살펴보면, 노인전문상담사용 질문지의 경우 인구사회학적(5문항), 직장/직무 특성(7문항), 사업수행에 따른 구조적, 기술적, 재정적, 보수/처우 등의 특성(7문항)으로 구성하였다. 노인복지기관장용 질문지는 인구사회학적(5문항), 직장/직무 특성(5문항), 노인자살예방사업의 의미 및 고충과 장기적인 필요성 등(5문항)을 묻는 문항으로 구성하였다. 질문형식을 반구조화한 것은 연구자와 참여자 간의 자연스런 상호작용을 통해 그들의 인식과 사고를 자유롭게 표현할 수 있도록 함으로써 자료분석의 장점을 극대화하기 위한 방편이다(김권일, 2006).

수집된 설문지를 노인전문상담사 42명 중 32명으로 약 76% 수거하였으며, 노인복지관장 42명 중 18명으로 약 43%가 수거되었다. 모집단(42명) 대비 40% 이상의 수거율을 보임으로써 본 서베이 조사방식은 조사결과를 일부 일반화하는데 한계가 없을 것으로 간주되었다.

3 연구분석틀과 분석방법

본 연구는 선행연구와 문헌연구를 통해 파악된 노인자살예방사업 전반에 걸친 현장에서의 문제점과 실제적인 대안을 비교 분석하고, 인터넷을 활용한 심층 서베이조사 방식으로 도출한 의견을 길버트와 스펙트의 분석틀에 근거하여 분석하였다.

길버트와 스펙트의 분석틀은 제도의 거시적 전망을 예측하기에는 너무 단순하여 기존의 사회복지제도와 체계와의 상호작용을 파악하는 데에도 한계가 있다. 하지만 길버트와 스펙트는 사회복지정책이 급여와 할당의 틀 내에서 어떤 급여를 누구에게 제공할 것이며, 이를 급여는 어떻게 전달될 것인가를 결정하는 원칙 혹은 지침들 사이의 선택이라고 간주하고 사회복지의 분석틀은 이러한 선택의 차원들에 대한 분석으로 구성되어진다고 보았다(현외성 2008). 현행 노인자살예방사업 체계는 경기도노인종합상담센터를 중심으로 42개 노인복지관에 위탁 형태로 운영되고 있기 때문에 서비스 제공에 있어 대상자 인정체계, 서비스지원체계, 서비스급여체계, 비용지불체계, 재원조달 및 관리운영체제로 이루어져 있으므로 길버트와 스펙트의 정책분석틀은 본 연구에 매우 유용한 연구분석틀로 활용될 수 있을 것이라 판단되었다.

다만 본 연구에서는 노인자살예방사업의 질과 관련 문제를 추출하기 위해서 노인전문상담사용 질문지만 길버트와 스펙트의 분석틀을 설정하였으며, 그러나 노인복지기관장 질문지의 경우 개방적인 질문을 통한 방식을 접근하였으며 별도의 분석틀을 적용하지 않았다.

<표 3-1> 연구분석의 틀

영역	분석단위	실문지 질문 항목
대상	· 서비스 대상 · 주변 환경 대상	· 서비스 적용 대상 관련 혜택 · 서비스 적용 대상 주변 환경 관련 혜택

급여 (서비스)	· 서비스의 질 · 서비스 인력의 전문성	· 서비스 제공의 구조적 문제 · 서비스 제공의 기술적 문제
재정	· 서비스 재정의 양	· 서비스 제공의 재정적 문제
전달	· 시설운영체계 · 전문인력 인프라	· 시설종사자의 처우환경 관련 문제 · 전문인력 관련 문제

본 연구의 자료분석은 질문하기와 비교하기로 이뤄지는 지속적 비교분석방법(Strauss & Corbin, 1998)을 통해 이루어졌다. 지속적 비교방법이란 근거이론에 기반한 질적 자료의 코딩방법이다(Padgett, 1998).

자료분석에서 질문하기는 대체로 연관된 지식에 의해 촉발되는데, 질문은 기본적으로 ‘누가, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게, 얼마나, 왜?’라고 질문할 수 있다. 연구자는 연구 과정에서 ‘노인자살예방사업의 의미가 무엇인가?’, ‘이 사업이 갖는 중요성은 어느 정도인가’, ‘노인전문상담사의 의미와 역할은 무엇이라고 생각하는가?’ 등에 대해 질문하면서 분석하고자 노력하였다. 또한 분석과정에서 지속적 비교분석방법을 적용하기 위해 객관적 입장을 유지하면서 자료에 나타난 상황이나 말을 당연한 것으로 받아들이지 않으면서 사건과 사건, 속성과 속성, 차원과 차원을 비교하면서 연구참여자의 경험 과정을 발견하고자 노력하였다. 지속적 비교분석방법은 자료를 반복적으로 읽고 비교하면서 분석하는 것이 특징이다. 이에 따라 처음에는 개별 질문지를 전체적으로 한 번 읽고 인터뷰 내용에 대한 전반적인 인상을 얻었다. 그 후 재독시에는 한줄 씩 읽고, 떠오르는 감정적인 개념들을 중심으로 해당되는 설문 내용들을 분류시켜 나갔다. 새로운 주제가 나타날 때마다 다시 앞부분의 응답내용을 비교 검토하면서, 범주를 재조직화하였다. 이러한 과정을 반복적으로 거침으로써 주제의 일관성을 지속적으로 유지하고자 노력하였다.

4 연구참여자

1) 노인전문상담사

연구참여자(노인전문상담사)의 일반적 특성을 살펴보면 여성 모두 32명이었다. 연령은 29세 미만부터 60세 이상까지 고루 분포되어 있으며, 40대가 13명, 50대가 8명, 30대가 5명, 20대가 5명, 60대가 1명 순으로 나타나 전체적으로 40~50대가 많은 비율을 차지하였다. 교육수준은 대학원 졸업 이상이 15명, 대학교 졸업이 14명, 전문대졸이 2명, 대학원 재학 중이 1명 순으로 나타났다. 근무연수는 1년 미만이 14명, 2년 이상 3년 미만이 7명, 1년 이상 2년 미만이 6명 순으로 가장 높게 나타났다. 누적 근무연수는 1년 미만이 8명, 5년 이상 10년 미만이 7명 순으로 나타났다. 직위는 노인전문상담사 21명, 노인상담사 8명이며, 사회복지사 자격증 여부는 2급이 19명으로 가장 많았으며, 1급이 10명, 없음이 3명 순으로 나타났다. <표 3-2>는 노인전문상담사의 일반적 특징을 나타낸 것이다.

<표 3-2> 연구참여자(노인전문상담사)의 일반적 특성

사제	나이	성별	학력	근무연수	누적 근무연수	직위	상담심리 전공여부	사회복지사 자격증여부
1	42	여	대학원졸이상	2년5개월	2년5개월	노인전문상담사	X	2급
2	49	여	대학원졸이상	1년6개월	1년6개월	노인전문상담사	O	2급
3	41	여	대학원졸이상	1년	9년4개월	노인전문상담사	O	2급
4	28	여	전문대졸이하	5개월	5개월	노인상담사	X	2급
5	35	여	대졸이하	4년8개월	5년3개월	노인상담사	X	1급
6	41	여	대졸이하	6개월	3년	노인상담사	O	2급
7	46	여	대졸이하	2년10개월	2년10개월	노인상담사	X	1급
8	45	여	대학원졸이상	6개월	6개월	노인전문상담사	O	없음
9	53	여	대학원졸이상	3년	3년	노인전문상담사	X	2급
10	38	여	대졸이하	5개월	5년6개월	노인상담사	X	2급

11	51	여	대졸이하	7개월	7개월	노인전문상담사	○	2급
12	39	여	대졸이하	6개월	6개월	노인상담사	○	2급
13	56	여	대학원졸이상	1년6개월	2년5개월	노인전문상담사	○	1급
14	52	여	대학원졸이상	2개월	10년	노인전문상담사	X	2급
15	39	여	대학원졸이상	8개월	10년8개월	노인전문상담사	○	1급
16	51	여	대학원졸이상	2년6개월	5년8개월	노인전문상담사	○	2급
17	46	여	대졸이하	1년	1년	노인전문상담사	X	2급
18	45	여	대졸이하	5개월	4년	노인전문상담사	X	2급
19	41	여	대학원재학중	2년11개월	2년11개월	노인전문상담사	○	2급
20	46	여	대졸이하	1년4개월	4년10개월	노인전문상담사	○	1급
21	33	남	전문대졸이하	2년1개월	3년3개월	노인전문상담사	X	2급
22	63	여	대학원졸이상	3년	3년	노인전문상담사	○	2급
23	56	여	대졸이하	5년5개월	5년5개월	노인전문상담사	○	2급
24	23	여	대졸이하	7개월	7개월	노인상담사	○	2급
25	25	여	대졸이하	4개월	4개월	노인상담사	○	2급
26	40	여	대학원졸이상	1년5개월	1년5개월	-	○	없음
27	49	여	대학원졸이상	2년7개월	8년7개월	노인전문상담사	X	1급
28	23	여	대졸이하	7개월	9개월	노인전문상담사	X	1급
29	44	여	대학원졸이상	2년6개월	4년8개월	노인전문상담사	○	1급
30	28	여	대학원졸이상	3년3개월	5년10개월	-	X	1급
31	57	여	대학원졸이상	21일	21일	노인전문상담사	○	없음
32	56	여	대졸이하	3개월	7년 1개월	사회복지사	X	1급

2) 노인복지기관장

연구참여자(노인복지기관장)의 일반적 특성을 살펴보면 남성은 14명, 여성은 4명이었다. 연령은 40대부터 70대까지 다양하게 분포되어 있으며 분포비율 순으로 살펴보면, 40대가 9명, 50대가 5명, 60대가 2명, 70대가 1명 순으로 나타나 40대에서 50대의 비중이 월등히 높은 편이었다. 교육수준은 대학원 졸업 이상이 12명, 대학원 졸업이 4명 순으로 나타났으며, 누적근무연수는 10년 이상 15년 미만이 6명, 20년 이상 25년 미만, 5년 미만이 각각 3명, 30년 이상과 15년 이상 20년 이하가 각각 2명 순으로 나타났다. 상담심리 전공여부는 기관장 1명을 제외하고 나머지 모두 전공하지 않은 것으로 나타났다. 사회복지사 자격증 여부는 1급이 9명, 2급이 8명으로 나타났다.

<표 3-3> 연구참여자(노인복지기관장)의 일반적 특성

사례	나이	성별	학력	직급	근무연수	누적사회복지 근속연수	상담심리 전공여부	사회복지사 자격증여부
1	46	여	대졸이상	기관장	6개월	13년6개월	X	1급
2	44	남	대졸이상	기관장	5년11개월	16년7개월	X	2급
3	-	남	대학원졸이상	기관장	15년	25년	X	1급
4	65	남	대학원졸이상	기관장	2년5개월	2년5개월	X	1급
5	57	남	대학원졸이상	기관장	7년	7년	X	2급
6	55	남	대학원재학	기관장	1년4개월	20년	X	1급
7	43	여	대학원졸이상	기관장	5년2개월	21년	X	1급
8	44	남	대학원졸이상	기관장	3년	13년	X	2급
9	61	여	대학원졸이상	기관장	1년8개월	38년	O	2급
10	43	남	대학원졸이상	기관장	1년8개월	18년7개월	X	1급
11	47	남	대졸이상	기관장	11년	22개월	X	1급
12	50	남	대학원졸이상	기관장	7년6개월	12년6개월	X	2급
13	49	남	대학원졸이상	기관장	1년3개월	1년3개월	X	2급

14	76	남	대학원재학	기관장	2년4개월	2년4개월	X	없음
15	50	여	대학원졸이상	기관장	3년2개월	13년	X	2급
16	40	남	대졸이상	기관장	4개월	13년7개월	X	1급
17	58	남	대학원졸이상	기관장	2년5개월	30년7개월	X	2급
18	48	남	대학원졸이상	기관장	8년	11년 11개월	X	1급

5 응답자료의 범주화와 자료분석

1) 노인전문상담사 서베이 조사결과

본 연구는 연구참여자의 서베이 조사방식을 통해 얻은 자료로부터 지속적인 질문과 비교분석을 통해 길버트와 스펙트의 분류에 따라 진술의 의미를 개념화 하였다. <표 3-4>는 노인전문상담사 서베이 조사결과를 범주화한 것이다.

<표 3-4> 연구결과 범주화

1) 대상자(할당)	
분류	진술의 의미
서비스 이용자(노인)의 혜택	자살위기를 해소함 정서적 지지의 효과를 봄 심리사회적 변화를 일으킴 건강한 삶을 회복시킴 복지서비스 정보제공의 역할을 함
서비스 이용자 가족의 혜택	가족관계를 증진됨 자살유가족을 차단함 인식이 전환됨(부모의 정서적 어려움에 대한 이해증진) 부양부담이 줄어들음 가족의 빈틈을 채워줌 건강한 지역사회를 기대하게 됨
2) 급여(서비스): 서비스 질 및 인력의 전문성	
서비스 제공의 구조적 측면	상담환경이 적절치 않음 과도한 행정업무 지역사회 인식부족에 따른 어려움 지역사회 연계의 어려움

	<p>지리적인 한계에 다다름</p> <p>세팅현장의 문제점</p> <p>슈퍼비전 체계의 부족함</p>
서비스 제공의 기술적 측면	<p>1인 단독근무의 어려움</p> <p>교육훈련기회의 부족</p> <p>스트레스와 소진</p>
3) 재정	
서비스 제공의 재정적 측면	<p>한정된 사업비로 양질의 서비스 공급 미흡</p> <p>제반 사업비 부족(교통비, 교육비, 상담사업비 등)</p> <p>예산사용의 권한이 없음</p>
4) 전달체계	
시설 운영 체계 및 전문인력 인프라	<p>인건비 부족현상 발생(보수체계의 부당함 호소)</p> <p>사회복지경력인정이 안됨</p> <p>계약직 신분의 불안정성</p> <p>호칭사용이 상이함</p> <p>낮은 소속감</p> <p>신변보장이 열악함</p>

(1) 대상자(할당)적 측면

경기도 노인자살예방사업을 대상자(할당)의 측면에서 구분하면 크게 ‘서비스 이용자(노인)의 혜택’과 ‘서비스 이용자의 가족의 혜택’으로 나눌 수 있다.

① 서비스 이용자(노인)의 혜택

서비스 이용자(노인)의 혜택을 개념화한 결과 ‘자살위기를 해소함’, ‘정서적 지지의 효과를 봄’, ‘심리사회적 변화를 일으킴’, ‘건강한 삶을 회복함’, ‘복지서비스 정보를 얻게 됨’으로 나타났다. 노인자살예방사업을 통해 서비스 이용자(노인)들은 긴급위기로부터 해소를 하게 된다. 자살고위험군의 경우 노인전문상담사가 자살시도를 촉발하는 경고신호를 인지하였거나, 내담자의 연락 등을 통해 위기개입을 실시함으로써 자살위기상황으로부터 탈출하게 된다. 전문상담사의 개입을 통해 정서적 측면의 지지뿐만 아니라 심리사회적으로 변화를 일으키게 된다. 이러한 과정은 전문상담 및 동료상담과 다양한 지역사회연계를 통한 복지서비스 제공을 통해 이뤄지게 된다. 서비스 이용자의 경우 복지서비스 정보를 제공받을 뿐만 아니라 지속되는 상담을 통해 건강한 삶으로 회복되는 과정을 거친다.

서비스 이용자(노인)의 혜택을 범주화한 결과를 살펴보면 다음 <표 3-5>와 같다.

<표 3-5> 서비스 이용자(노인)의 혜택에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
19	자살위 기분 해소함	상담을 통해 노인의 관계개선에 도움을 줌. 마음 속에 있던 답답함을 해소할 수 있는 마음의 경화 장소가 되며, 자살요인은 미연에 방지하는 효과를 봄.
16, 24, 25		여기 까지 위기 상황으로 자신을 생각하셨나 죽고 싶어하는 이드신 외 이야기분 이해하며 들어주며 누웠다는 강한 의지와 희망을 버리지 않는 진심어린 태도로 만났을 때 자살의 생각을 바꾸어 ‘실조’로 마음을 바꾼 이드신들이 많았음.

1, 4, 7, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 27, 28, 29, 31	정서적 지지의 효과들	지속적인 상담을 통해 우울과 자살위험으로부터 스스로 지켜낼 수 있도록 도움. 자신의 심리적 불편감이나 불안에 대해 심리적으로 안정을 얻게 되고, 외로움에 대한 정서적인 상담을 통해 남은 삶에 대해 수용적인 태도를 지니도록 함.
*20	상담을 통해 가족과의 갈등을 해소하기 위한 방법과 사회에 적응 할 수 있는 다양한 방법 등을 알려드리고 이르신의 강점을 파악하여 그 부분을 좀 더 개발할 수 있도록 도와드리면 결국에는 자살 건성을 포기하게 되는 경우가 많아 편안한 마음을 가지고 생활하게 되심.	
3	심리사회적 변화들 일으킴	상담을 통해 자아존중감이 많이 회복되심. 신체 내담자였던 이르신이 생명사랑교육난으로 전환하고 계서 많은 도움은 받으심. 비전실적이고 부정적인 사고를 긍정적으로 변화시켜 주어 현실 적응력을 키워줌. 또래 이르신들과 관계가 좋지 않아 우울하신 분들이 많은데 집단상담을 통해 또래노인들과 나누는 교류를 회복시키기도 함.
6	인지, 정서적인 부분과 지역사회 연계를 통해 심리사회적인 변화들이 많이 냄.	
2, 3, 6, *22	인지, 정서적인 부분과 지역사회 연계를 통해 심리사회적인 변화들이 많이 냄.	
9, 15, *16, *24	건강한 삶을 회복함	중증직으로 지금의 상황에서 편안하게 살아가는 방법을 찾는 과정이고 나아가 예신과 같이 건강한 모습으로 회복한 사례를 발견함.
14	복지서비스	서비스를 통해 얻을 수 있는 기회를 제공하고, 삶의 질을 증대시킬
*14	복지서비스	이르신들은 많은 분들이 가족들과의 생활에 익숙해 있어서 혼자 남은 자기만의 삶 영위에 취약하고 그로인한 외로움과 불안감으로 우울증이 많은데 그분들에게 사회복지 체계에 대한 정보를 제공하는데 계획을 분.

*표는 한 대상자가 여러 의견을 표시하였을 경우임(이하 표에서 동일함).

2 서비스 이용자 가족의 혜택

서비스 이용자 가족의 혜택을 개념화한 결과 '가족관계가 증진됨', '자살유가족을 차단함', '인식이 전환됨', '부양부담이 줄어듦', '가족의 빈틈을 채워줌', '건강한 지역사회를 기대하게 됨'으로 나타났다. 특히 노인자살의 경우 청소년자살과 같이 단일요인으로 인해 나타나는 현상과는 다르게 복합적인 요인에 의해 나타나는 경우가 많다. 경제적 상실, 높은 우울감, 가족유대감 약화, 사회적 지지체계 약화 등으로 인해 자살시도한 경력이 있거나 자살생각을 가진 서비스 이용자(노인)들은 상담 및 복지서비스 연계를 통해 본인 스스로의 치유뿐만 아니라 가족 간에 갈등을 해결하게 된다. 또한 자살위개입을 통해 발생하는 자살유가족을 방지하고, 서비스 이용자(노인)에게 닥친 심리적 어려움을 가족들이 인지하게 되는 기회가 된다. 이러한 결과는 약화된 유대감을 강화시켜 전문상담 및 복지서비스를 통해 가족의 빈틈을 채워주게 된다. 마지막으로 건강한 지역사회를 기대하게 되는 결과를 가져온다.

<표 3-6> 서비스 이용자 가족의 혜택에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
2, 9, 27	가족관계가 증진됨	노인들이 상담과정에서 가족을 이리하고 경서식으로 인정이 되니까 마음에 여유가 생겨 가족들 간의 관계가 더 좋아지는 것은 볼 수 있음.
13, 31		가족상담을 지원하여 가족 간에 의사소통방법을 이해하고, 가족관계 개선에 도움을 줄 수 있음.
3	자살 유가족을 차단함	결국 자살예방사업을 통해 발생할 수 있는 자살유가족을 없애고 자살을 예방하는 것이 가족에게 도움이 될 것이라고 판단됨.
8, 11, *13, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 24	인식이 전환됨	내년과 노인에 대해 이해하게 되는 계기를 마련하는 것 같음. 결국 자신의 부모이자 가족인 노인에 대해 갖고 있는 오해와 불신이 가족갈등으로 나타나는데, 상담과정에서 노인에 대한 상황과 행동을 이해하게 되어 인식이 전환되는 경우가 많음.
*3, 14, 16	부양부담이 줄어듦	부모가 정신적으로 건강하다는 것이 자녀들에게 있다는 것 자체가 빠른 사회생활로 인한 부양스트레스와 불안감을 완화시켜 줌.

1, 21, 28		<p>가족들과 동화를 할 때 그래도 자신이 신경을 써드리지 못하는데 만나고 있는 것에 감사하시는 분이 많았고, 또 자신은 잘 보지 못하던 그런 모습에 대해서 알 수 있다는 것에 대해서 가족들이 고마움을 느끼는 부분도 있었음. 하지만 자신이 알아서 잘 하고 있으니 신경쓰지 말라는 등의 부정적인 시선인 가족들도 있었음.</p>
5, *12, 25	<p>가족의 빈틈을 채워줌</p>	<p>가족이 해결해 주지 못하는 부분을 전문기관이 상담, 문제해약, 개입, 관리해 주나보니 가족이 채워주지 못하는 부분을 함께 해 나가는 인상을 받음.</p>
*6		<p>복지서비스에 대한 정보제공, 연계, 안심콜대리접수, 요양보호 등급 대리신청 등 그메그메 노인에게 필요한 맞춤형 서비스들 진행함으로써 안심은 제공하는 요인이 됨.</p>
*3	<p>건강한 지역사회 만들기 기대하게 됨</p>	<p>가족을 지지함으로써 노인과 가족이 예비자살예방지원으로 활동할 수 있는 동기를 부여해 줌. 또한 가족이 보호요인으로 작용하여 건강한 지역사회를 조성하는 데 힘이 됨.</p>

(2) 급여(서비스)

급여(서비스) 영역은 서비스의 질과 서비스 인력의 전문성이라는 분석단위를 두고, 현재 제공되는 서비스의 구조적·기술적 문제에 관해 질문을 구성하였다.

① 서비스 제공의 구조적 측면

우선 서비스 제공의 구조적 측면을 개념화한 결과 ‘상담환경이 적절치 않음’, ‘과도한 행정업무’, ‘지역사회 인식부족에 따른 어려움’, ‘지역사회 연계의 어려움’, ‘지리적인 한계에 다다름’, ‘세팅현장의 문제감’, ‘슈퍼비전 체계의 부족함’으로 나타났다. 이러한 연구결과는 노인자살예방사업서비스를 제공함에 있어 갖춰져야 하는 환경적, 지리적, 조직적 측면의 불안정성을 강조하고 있으며, 궁극적으로 노인전문상담사 1인 체계로 운영되는 센터의 특징 상 많은 구조적 한계를 내포하고 있는 것으로 드러났다.

구체적으로 살펴보면, 가장 많은 상담사들이 겪고 있는 애로사항 1순위는 바로 상담실의 부재였다. 약 1/3에 해당되는 노인자살예방센터가 전용 상담실이 부재하거나, 열악한 상황이라는 점이 나타났고, 몇몇 지역에서는 상담실 부재로 인해 내방상담이 어려워 주로 방문 및 전화상담을 진행하는 경우가 많았다. 이럴 경우 내방상담을 요청한 내담자가 발생하여도 깊이 있는 상담을 제공해 줄 수 없을 뿐만 아니라 칸막이로 처리된 사무실 공간을 상담실로 이용하더라도 ‘자살’이라는 다소 무거운 주제로 상담하기에는 열악한 수준이라는 점을 짐작해 볼 수 있다. 뿐만 아니라 상담사 1인 업무체제로 인한 과도한 행정업무는 궁극적으로 상담사들의 상담의 질을 저하시키고, 스트레스를 증가시키는 요인이 되고 있다. 생명사랑교육단 10명을 관리해야 하는 업무에는 다양한 사업서식을 작성하고 교육시켜야 하는 일들과 주1회로 이뤄지는 사례회의, 교육 및 홍보사업 기획 및 주도 등 다양한 업무들이 내포되고 있다. 실제 상담업무가 가장 중요함에도 불구하고 몇몇 기관에서는 행정업무에 밀려 내담자를 관리하는 데 소홀할 수밖에 없는 구조가 되어버린 경우도 있다. 실제 11번 사례에서는 ‘기타 행정업무의 형식적인

수행과정이 상담과 주객전도 되고 있다라는 내용을 통해 이를 증명해 주고 있다.

실제 사업을 수행하면서 나타나는 구조적 문제점 중 노인자살에 대한 지역주민 및 일반사회복지기관의 인식부족과 이로 인한 지역사회 연계가 어려워지는 현상이 나타났다. S시의 경우에는 노인자살예방사업을 수행하는 기관이 4군데나 있지만, 일반인들이 자살에 대한 인식이 매우 미흡한 상태라서 경로당이나 일반 기관에서 집단교육을 실시할 때 진행상 어려움이 많다는 점이 나타났다. 일부에서는 경기도에서 주관하는 사업임에도 불구하고 실제 공공기관이나 일반사회복지기관, 일반주민이 인식하는 경우가 덜하고, 이는 궁극적으로 지역사회 내 네트워크를 구축하는 데 한계를 가져오고 있다. 본 연구결과 G시, B시, G군, Y군 등은 지역사회 연계가 활성화되어 있는 반면 지리적으로 넓은 위치를 차지하고 있는 G시, G시 등은 접근성이 떨어져 서비스 제공에 편의가 드러났다. A시의 경우 공공기관과 협력은 잘 되나 민간사회복지기관과는 협력이 잘 되지 않는 것으로 나타났으며, 반면 B시는 공무원들의 인식은 부족하나 민간사회복지기관과는 협력이 잘 되는 사례도 나타났다. 몇몇 지역에서는 정신보건센터와 협조가 원활하지 않아 가장 긴급하게 연계해야 할 기관임에도 불구하고 네트워크 구축은 지역마다 차이가 있는 것으로 나타났다.

노인전문상담사 1인 단독근무로 인해 나타나는 문제점으로는 ‘지리적 범위의 한계를 느낌’이다. 경기도의 경우 도농복합도시로서 지리적 범위가 시군구마다 천차만별이다. O시의 경우 버스나 도보를 이용해서 쉽게 인근 시설을 방문하거나 방문상담을 진행할 수 있지만, 지리적 범위가 넓은 H시의 경우 자가용이 없으면 방문 자체가 어려울 정도이다. 그렇기 때문에 함께 일하는 생명사랑교육단의 경우 복지관 셔틀버스를 이용해도 갈 수 없는 곳이 많고, A지역과 B지역 간에 최소 1시간 이상의 거리를 오고가야 하기 때문에 육체적, 정신적으로 스트레스를 느끼기 쉽다. 노인전문상담사 또한 지역 내 상담과 교육을 요청하는 기관은 많으나 지리적으로 모든 지역을 포괄할 수 없고, 시내권이나 중심부를 제외한 주변부 지역까지 서비스를 제공하는 데 어려움을 겪고 있다. 이는 결국 노인전문상담사 혼자서 업무를 감당해야 한다는 스트레스로 이어질 확률이 높아짐을 의미

한다.

다음으로 조직 내에서 일어나는 구조적 문제를 들 수 있는데, ‘세명현장의 문제점’, ‘슈퍼비전 체계의 부족함’으로 나타난다. 현재 노인자살예방센터는 노인복지관 내에 위치하고 있으며(일부 지역의 경우 대한노인회 지부에서 근무), 독립 센터로서의 기능보다 복지관 팀 소속으로 근무를 하는 기관이 대다수이다. 그렇기 때문에 독립된 기관으로서 업무의 자율성을 보장받을 수 없으며, 노인복지관 자체가 복지사업에 중점을 두고 있는 만큼, 상담사업이 주가 되는 노인자살예방 사업은 기관 내에서 부가적인 사업이라는 느낌을 받고 있었다. 또한 기관행사나 순환업무의 경우 함께 참여해야 하는 책임감도 갖고 있지만, 언제 어디서 발생할지 모름 자살위험내담자로 인해 기관 행사에 온전히 에너지를 투입할 수 없는 상황이 나타나기도 했다. 그럼에도 불구하고 노인복지관은 여가복지시설만큼 많은 어르신들을 접할 수 있고, 사업에 도움을 주는 부분들이 많은 만큼 여러 장 단점이 복합적으로 존재하고 있었다. 마지막으로, 기관 내 외부자문위원이나 슈퍼바이저가 부재하여 사업의 질적 능력을 향상하기 위한 방안을 모색하거나 훈련을 받는 데 다소 한계적인 부분도 나타났다. 또한 업무를 단독적으로 수행하는 분위기 속에서 팀 내에서 논의할 수 있는 동료이 부족하거나 거의 없는 경우도 많고, 타 시에서 근무하는 노인전문상담사나 권역별 모임을 통해서 슈퍼비전 모임을 확대해 나가고 있었다.

<표 3-7> 서비스 제공의 구조적 측면에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
1, 8, 11, 18, 20, 24, 25, 31	상담환경이 적절치 않음	복지관 내 전용상담실이 없어 100% 병실상담을 하고 있다. 지역적인 열악함이 너무 크다. 상담공간의 부재는 내담자와 신뢰적인 관계 형성에 저해한 뿐만 아니라 사무실에서 상담을 병행한다는 점은 내담자의 불안을 더욱 조성하게 하는 악효과를 가시음.
6, 21, 29		자살예방교육을 진행할 수 있는 강의실이 부족하고, 질투비치할 공간과 사래회의 할 공간이 없어 센터는 밤이 무색한 정도로 열악한 현실임.
*6	과도한 행정업무	해당 복지관의 특성상 타 노인일자리가 없어서 생명사망교육단에 대한 행정적 업무치리들 단독으로 수행해야 하고, 제때되는 업무들이 자살예방사업에 매진하는 데 한계로 나감.

3, *11, 14		상당업무 외에도 행정업무, 생명사랑교육단 관리까지 업무강도가 너무 높음.
17, *25		인력지원이 시급하다. 행정과 상담, 홍보, 교육을 병행하다보면 상담 인력 작심은 물론 기타 행정업무에 밀려서 제대로 사업을 수행할 수가 없다. 1인 근무기준으로 볼 때 과도한 수준이다.
12, *17, 27		지역 내 기관 및 노인을 포함한 일반인들의 자살에 대한 인식이 너무 비휴한 상태임.
*20	지역사회 인식부족	지역 지도자들의 교육 참여가 시조함. 이장, 부녀회장, 노인회장 등 참여율이 시조라고 농촌지역의 경우 농사일이 바빠 인식 개선이 시급한 상태임.
*12, *17, *25	에 따른 어려움	인식부족으로 인해 지역사회 네트워크 구축 자체가 어렵고, 홍보와 캠페인이 비효율적임.
2, *12		자살이라는 말이 오이려 사람들에게 부정적인 시선을 줄 때가 많음. 노인과 그 가족조차 자살이라는 말을 꺼려하고 문제가 잘 해결되지 않는 어려움이 수반됨.
*2, 30		연계기관의 비협조로 홍보나 캠페인을 벌일 수 없음.
*3, *20		유관기관에서 업무의 포화상태로 연계를 보류하거나 거부할 경우가 많음. 자살분쟁은 굉장히 심각하므로 이에 대한 대안이 시급함.
15	지역사회 연계의 어려움	주된 기관과 연계하는 것 자체가 어려우며, 또 차원에서 유관기관들과 일부협약을 실시하여 지원해 줄 필요가 있음.
*17		일반복지기관에서의 협력이 잘 이뤄지지 않음.
13, 27		공무원들의 관심이 부족함.
*31		장소를 밝히지 않고 자살을 암시하는 연락을 보내올 때, 유관기관과 즉각적인 협조(경찰서와 협조 공무원에게 업무처리가 지연되는 사태)를 이루지 못할 경우 문제해결이 매우 힘들
*1, 4, 23, *30, 32	지리적인 한계에	지리적으로 매우 넓고 교통편이 불편하다보니 복지사가지대가 존재할 수밖에 없음.
*29	다다름	특히 서비스를 제공할 수 있는 기관이 사내권역 중심으로 밀집되어 있어 서비스 의뢰 시 어려움이 발생함.
8, *13, 22		업무사용성이 부족하여 원활한 업무처리가 어려움
*11, *12, *22	새팅진장의 문제점	노인복지관 부설사업이지만 주 사업이 아닌 부가적인 사업이라는 인식이 깔려있어 심리적으로 괴로움을 느낄 때가 많음(특히 기관장의 지나친 간섭이나 역량을 발휘할 기회를 단속하는 것은 심리적 위축감을 증가시킴)
6, 24		복지관 행사 참여시 독립적인 활동이 어려움. 자살예방사업 자체가 상담형 위기상황이 많은데 조직환경 속에서 걷는 어려움이 큼.
*3, 5, *11, 31	슈퍼미전 체계의 부족함	일부문 단독으로 수행하다보니 팀내에서 사업목 논의할 실무자가 부족함. 긴급 상급사태에 대한 즉각적인 피드백 창구가 없어 역량을 발휘하는 데 한계로 작용함.

2 서비스 제공의 기술적 측면

서비스 제공의 기술적 측면을 개념화한 결과 '1인 단독 근무의 어려움', '교육 훈련기회의 부족', '스트레스와 소진'으로 나타났다. 이러한 연구결과는 노인자살 예방사업서비스를 제공함에 있어 나타나는 기술상의 문제로 조직 외적 환경보다는 노인전문상담사의 내적 갈등과 고민, 압박감 등이 나타났다.

'1인 단독 근무의 어려움'은 구조적 환경의 문제로 보여지지만, 노인전문상담사의 스트레스와 소진을 발생시키는 주요 원인으로 작용하기도 한다. 노인자살예방센터라는 명칭에 걸맞게 2-3명의 인력이 운영되는 것이 아니라 최소 5개 이상의 사업을 홀로 담당해야 하고 언제 내담자가 자살할지도 모르는 심리적 부담감을 느끼고 있었다. 노인복지관은 자체 자원봉사자가 체계적으로 조직되어 있으나, 노인자살예방센터의 경우 초기사업으로서 자원봉사자 운영시스템을 마련하는 것이 쉽지 않기 때문에 적은 범위의 일까지 전문상담사가 처리해 가고 있었으며, 넓게는 지역사회 유관기관 방문, 네트워크 구축, 캠페인까지 담당해야 하는 사업이 연속되고 있었다. 29번의 시에서는 휴가를 가고 싶어도 대체인력이 없어 휴식을 취하기 어렵고, 긴급대상자가 발생할 때 휴가를 취소하고 다시 비상근무를 수행할 수 밖에 없는 상황에서 1인 단독 근무로 이 사업을 수행하는 것은 역효과를 불러올 수 있다고 하였다.

나아가 노인자살예방센터의 고유 업무가 전문상담인 만큼 노인전문상담사의 교육훈련기회를 개방하고 확대하는 것은 매우 시급하다. 실제 본 연구결과 상담사는 끊임없는 슈퍼비전과 상담기법 교육을 이수해서 양질의 상담을 제공할 필요가 있음에도 불구하고 교육훈련기회를 기관에서 제한한다거나, 교육비 부족, 시간적 여유의 부족 등의 이유로 충분한 교육기회를 제공받지 못하고 있었다. 무엇보다 노인자살예방상담이 타 상담보다 매우 차별적으로 이뤄지는 만큼, 노인전문상담사의 업무수행능력 향상을 위해 지속적인 자살예방교육을 제공받아야 한다. 또한 충분한 교육을 제공받지 못하면, 업무의 취약성으로 인한 스트레스와 소진의 가능성이 크고, 궁극적으로 이직율을 높이는 결과를 초래한다는 점에서 매우 중요하다고 볼 수 있다.

마지막으로, 노인전문상담사가 겪는 ‘스트레스와 소진’은 주로 노인전문상담사가 24시간 비상대기자라는 사회적으로 암묵적인 책임감을 가져야 한다는 부담감과 자살고위험군이 실제로 자살을 시도했을 때 느낄 수 있는 죄책감과 역할 갈등 등의 증상으로 유발될 수 있다. 또한 남자노인을 홀로 방문할 때 신변보장이 제대로 이뤄지지 못하고, 업무를 홀로 담당하고 책임져야 한다는 점 또한 스트레스와 소진을 발생시키는 주요 원인으로 작용하고 있었다.

<표 3-8> 서비스 제공의 기술적 측면에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
1, 6, 23, 25	1인 단독 근무의 어려움	홀로 근무하기 때문에 업무상 교육, 슈퍼비전을 받을 기회가 없고, 함께 의논하여 사업을 진행할 동료인력이나 보충인력이 없어 양적으로나 질적으로 부족한 현실임.
5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 28, 29, 31		상담, 행정업무, 출장, 교육 등으로 인한 1인 사업은 담당자에게 많은 체력을 요구하는 바(소진), 내담자에 대한 충실도 면에서 떨어짐.
*17		자살 홍보 및 캠페인에 사용되어질 도구제작이나 아이디어, 자원봉사 활용이 미비한 실정임.
19	교육훈련 기회의 부족	중요한 자살예방사업을 1인이 감당하기에는 역직에 지나지 않은까 하는 우려도 됨. 교육전문 1인, 홍보·캠페인 전문 1인, 전문상담사 1인, 위 3명이 상담을 전담하며 전문분야까지 병행하고 행정요원 1인이 부여되어 자살예방센터란 구축해야 사업이 완성화 되며 내실이 다지시며 자살돌파기 낮추는 결과가 부여될 것 같음. 내실 있는 자살예방센터가 필요함.
*5, *9, *11, *13, *18, *21, *24, *25		상담인력의 전문화를 위해 지속적인 노인자살, 상담기법에 대한 교육훈련이 필요함. 충분한 교육과 훈련의 부재는 내담자를 위한 서비스에 한계를 남고 상담사 자신의 성장에도 시해되는 부분이 큼.
10, *13, 19, 20, *21, *29		교육기회의 제한이라기보다 필요한 교육비 부담, 시간의 부족, 조직 내에서 교육기회를 갖는다는 점이 상당히 한계임.
*11		전문상담을 진행하면서 다소 무개있는 주제(자살)에 대한 상담이 주목 이루기 때문에 가끔은 상담사 내적 문제와도 증폭되는 상황이 음. 소진을 예방하기 위한 교육훈련도 매우 중요함.

4, 27, 30		노인종합상담센터에서 전문교육강구로서 역할을 진행할 필요가 있음(세미나, 증도입사시 기본운영지침교육의 상시화).
2, 3		위기상담이 발생할 시에는 많은 에너지가 필요하고 단독으로 처리해야 할 상황이 많은 관계로 스트레스를 벗어날 수 없음. 직원들과 공유된 분세가 아니기 때문에 소진 발생시 개인이 알아서 처리해야 할 분세라고 인식될 때가 많음(상담사들의 힘이 필요함에도 임무가 누식되어 스트레스가 더 증가하는 상황임)
*11	스트레스와 소진	위기노인에 대하여 24시간 대기라는 묵시적인 사회적인 약속과 명분상 위기관리자라는 사회적인 책임감은 정말 심격 부담감을 느끼게 함. 언제 어느 때 진화가 올릴지 모르는 불명확한 상태에서의 심정은 정말 공포에 가까운 정도임. 실제로 알츠니즘의 내담자는 시와 때를 가리지 않고 자신의 감정 상태에 충실한 나머지 진화를 끌어 오기도 했음. 슬슬 활용한 자살 시도력이 있었던 선례자로 개인적으로 이 내담자의 진화는 꼭 받아야 한다는 두의식적인 강박감이 생기 소진이 발생함.
*31		남자 내담자와 인대인으로 변담을 진행할 경우 심리적 부담감이 매우 큼. 또한 상담했던 내담자가 나왔었다는 소식을 들을 경우 상담사로서 이렇게 대처해야 할지 난감함.

(3) 재정

재정 영역은 서비스를 제공함에 있어 투입되는 재정의 양이라는 분석단위를 두고, 현재 제공되는 서비스의 재정적 문제에 관한 설문지 질문을 구성하였다.

서비스 제공의 재정적 측면을 개념화한 결과 ‘한정된 사업비로 양질의 서비스 공급 미흡’, ‘제한 사업비 부족(교통비, 교육비, 상담사업비 등)’, ‘예산사용의 권한이 없음’으로 나타났다.

노인자살예방사업은 센터당 연 3천만원을 제공하고 있으며, 이 중에서 2천 3백만원은 인건비로, 7백만원은 사업비로 나눠 사용되고 있다. 2010년부터 3년간 예산이 동결된 시점에서 노인전문상담사는 매년 같은 양의 사업비로 사업을 운영하고 있었다. 때문에 7백만원이라는 예산으로 1년치 교육사업, 홍보사업, 네트웍사업, 상담사업, 사례회의 등을 감당해야 한다는 부담감은 매년 증가되고 있는 시점이다. 실제 대부분의 기관에서 사업비가 부족하다는 목소리가 나왔고, 물가상승률 대비 사업비가 동결된 점은 이해할 수 없는 상황이며, 자살률을 감소시키려는 사회적 책임감을 갖고 사업을 수행하고 있으나 한정된 사업비는 사업의 양적 성장을 방해하고 있다는 의견이 제기되었다. 실제 7백만원의 예산은 한달에 사용할 수 있는 금액이 58만원밖에 되지 않으며, 고정적으로 지출되는 교통비, 퇴직적립금, 기타 수당 등을 제외하면 실제로 사업에 투입될 수 있는 사업비는 20~30만원에 불과한 수준이었다.

문제는 사업비의 많고 적음보다 필요한 곳에 적절히 사용할 수 없는 것이었다. 본 연구결과 몇몇 기관에서는 노인복지관 실무자에 의한 예산수립 및 집행이 이뤄져 노인전문상담사가 전혀 관여할 수 없는 기관이 나타났다. 또한 각 기관마다 노인복지관 예산지침이 달라 생명사랑교육단체에 교통카드를 지급하려고 해도 번거로운 행정절차 때문에 제대로 된 사업을 실시하지 못하는 사례가 있었으며, 각 복지관마다 생명사랑교육단체에 지급되는 예산비율이 달라 업무의욕을 저하시키는 결과를 낳고 있었다. 실제 이를 해결하기 위해서는 기관에서 사용되는 예산의 철저한 지도점검과 예산사용에 대한 명확한 매뉴얼, 관리가 필요할 것으로 나타났다.

<표 3-9> 서비스 제공의 재정적 측면에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
1, 6, 8, 16, 19, 20	한정된 사업비로 양질의 서비스 공급 미흡	사업운영비가 별로 없어(연 700만원) 홍보나 교육, 기타 상담 프로그램을 진행하기에 여부족임. 대부분의 예산이 전문상담사 인건비로 지출하게 되어 최소의 사업비로 사업을 진행하고 있음.
3, 31		3년간 사업비 동결이 이뤄졌으나 실제 불가대비 가치상승의 부분도 고려해야 함.
5, 8, *19, 21, *31		현행 프로그램의 규모에 직정한 재경이나 홍보, 교육이 더욱 활성화 되고 규모가 커진다면 그에 따른 재경도 더 늘어나야 할 것으로 보임. 질 높은 서비스를 제공하는 데 한계가 발생함.
3, 13, 14, 27, 29	제한 사업비 부족(교동비, 교육비, 상담사업비 등)	교동비: 생명사랑교육단이 주로 기관의 서비스를 이용하고 있으나 서리가 제한적이고, 자기차량이나 자부담으로 교동비를 내어 방문상담을 진행하고 있음.
11, 18, *27		홍보/캠페인 사업비: 캠페인은 자살위험도인을 발굴하는데 큰 효과를 보고 있으나 제한적인 사업비로 생명사랑교육단 식대나 간식, 홍보용품(리플렛, 사탕 등) 구입이 매우 어려움. 번번 노인보호원분기 퀴나나 정신보건센터의 경우 물품, 물수건, 지갑기 등 용이력이 강한 홍보물을 사용하고 있어 비교가 많이 됨)
*8, *11, 17		교육비: 교육활동에 필요한 교재, 교구 개발이 이뤄지지 못하고, 형식적으로 강사에 의존해야 하는 방법에 국한되어 있음. 이는 업무능력기회들 줄이고 사업의 실효성을 거두지 못하는 결과를 낳음.
*11		상담사업비: 상담사업에 대한 선제적인 운영비 지원이 전무하여 사업 수행자의 사려관리와 정착을 위한 연련 시스템 준비를 위해서 지원이 필요함.
12	예산사용의 권한이 없음	복지관마다 전혀 다른 예산책정이 이뤄지고 있어 전문인력의 규모의 폭이 상됨됨. 각 복지관마다 생명사랑교육단에 주어지는 예산비율이 다르고 그 혜택의 폭이 상이하어 근로의욕이 저하됨. 따라서 복지관에 지급되는 예산에 대한 명확한 지도책정이 이뤄져야 함.
*13		사업계획에 제정부담은 기관의 사외복지사가 예, 결산을 하고 계약식은 상담사는 재정적인 부분에 대해 놀랄 일감이 아니라는 생각이 강함. 복지관 규율에 따라 예산사용의 범위와 방법이 달라지기 때문에 일부의 비효율성이 심각함.
*13, 22		기관 실무사에 의한 예산수립 및 집행으로 전문상담사가 관여할 일감이 아님.

(4) 전달체계: 시설운영체계 및 전문인력 인프라

전달체계 영역은 시설운영체계와 전문인력 인프라라는 분석단위를 두고, 현재 노인자살예방센터에서 근무하는 노인전문상담사의 처우환경과 인력에 관한 문제에 관한 설문지 질문을 구성하였다.

그 결과, ‘인건비 부족현상 발생(보수체계의 부당함 호소)’, ‘사회복지경력인정이 안됨’, ‘계약직 신분의 불안정성’, ‘호칭사용이 상이함’, ‘상담사의 열악한 지위’, ‘신분보장이 열악함’으로 나타났다.

현재 노인자살예방센터에서 근무하는 노인전문상담사는 경력에 따라 노인전문상담사, 상담사, 사회복지사로 구분하여 급여 또한 차등적으로 지급하고 있다. 그러나 3년간 예산 증가 없이 동일한 급여가 지급되고 있으며 계약직이라는 신분으로 근무를 하고 있어 보수체계가 다소 안정적이지 못한 수준이다. 급여테이블 또한 사회복지사의 경우 경력인정이 1급, 2급으로 나뉘어져 있을 뿐 실제 현장경력에 따른 차등적인 급여가 지급되고 있지 않으며, 계약직이라는 신분은 사업을 진행함에 있어 소신있게 일을 처리하지 못하고 재계약에 대한 심리적 부담감을 갖고 있는 것으로 나타났다. 또한 2010년-2011년에는 퇴직금 이외에 시간외수당, 가족수당 등 기타 수당이 지원되지 않았으며, 2012년에는 변경된 급여테이블에 따라 시간외수당, 가족수당 등 다양한 지원이 가능해 졌으나 연 3천만원이라는 재정 내에서 사업비와 혼용하여 사용할 수밖에 없으며, 기관의 재량에 따라 지원 수준이 다르기 때문에 몇몇 기관에서는 수당을 전혀 제공받지 못하는 것으로 나타났다. 이는 보수체계 자체가 상당히 불안정하여, 근로의욕을 저해시킬 뿐 아니라 기관 내에서 자신감 있게 사업을 수행할 수 없는 위치에 놓여있다.

뿐만 아니라 기관마다 상담사의 지위가 상이하여 몇몇 기관에서는 센터장, 상담실장, 팀장 등의 직위를 부여해 주고 있으나, 대다수는 일반 계약직 수준에 그치고 있다.

마지막으로 노인전문상담사의 열악한 신분보장은 앞서 살펴보았듯이 1인 단독으로 방문상담을 수행함에 따른 신변의 불안함 등으로 나타났다.

<표 3-10> 시설운영체제 및 전문인력 인프라에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
3, 17, 18, 24, 25, 30	인건비 무속원상 발생(보수 체계의 부담할 호소)	낮은 인건비가 문제임. 또한 보수체제가 호봉제가 아니고 연봉제이다 보니 오래 일하는 사람들에게는 급여가 제한적임.
16, 20, 21, 22, 31		3년간 예산동경로 인해 중요한 임무를 담당함에도 불구하고 보상체계가 부족함. 직책수당, 가족수당, 시간외 수당 편성이 전혀 고려되고 있지 않음.
13		자살예방상담사로서의 전문성, 역할 등은 고려했을 때 전 보수 기준은 그에 미치지 못함. 특히 노인자살 상담은 일반 상담자들이 기피하는 분야임에도 불구하고, 노인자살전문상담사의 특수성과 희소성이 보수 책정에 반영되어야 함. 그렇지 않은 경우 노인전문상담사의 이직률은 높아질 수밖에 없음.
4, *18		복지관 소속이나 복지관 직원들과 급여 지급기준이 다르다보니 약간의 이질감이 있음.
3, 6		현 처참대로의 인건비는 사회복지현장에서 일하는 상담사와는 맞지 않음. 실제 상담사는 상담전문대학원을 전공한 자에게 맞춰져 있어서 사회복지사에게는 처우가 너무 부족한 실정임.
*5		실제 C등급의 경우 일에 대한 수준에 비하면 보수가 열악한 실정임. 사회복지사에 대한 처우가 너무 열악함.
14, 15		실제 업무는 사회복지관련 업무가 많음에도 불구하고, 급여체계는 사회복지경력(대학원, 현장경력 등)을 인정하고 있지 않음.
32		7년이나 현장 경력을 갖고 있으며, 본 업무를 수행하기에도 나름 상담교육 다년간 받아왔음에도 불구하고, 사회복지현장경력을 전혀 인정받지 못함. 정년직임에도 불구하고 사회복지사 1호봉에 해당되는 급여를 받고 있음.
*13	계약직 신분의 불안정성	계약직이라는 신분의 특성상, 사업을 진행할 때 소신대로 일을 할 수 없는 이유는 다음 해 시계약에 영향을 받을 것이기 때문임.
*20, *31		실제 계약직이라 2년이상 근무할 수 없어 근무에 대한 불안정성을 느끼고 사업에 좀 더 적극성과 자신감, 사명감을 갖기 못하고 있는 실정임.
2		정규직이 아닌 이상, 관내 자살예방협의체의 일환으로 필요한 회의 참석이 불가능함. 활동계약이 상당히 큼.

*6	호칭사용이 상이하	사회복지사와 상담사, 전문상담사로 구분이 되어 있지만 실제 기관 내에서 사용하는 호칭구분이 모호함.
*20	상담사의 열아한 지위	타 기관의 경우 기관장의 제명으로 상담선장, 팀장의 지위를 부여해 주지만, 대부분의 기관에서는 자살예방센터를 다른 팀의 하부에 두고 일반상담사임과 같이 취급하여 자살예방상담의 고유한 속성이 부각되지 못하고 있음.
11	낮은 소속감	사회복지사업에서 항상 밀린 듯한 처우를 받아 실제 소속감과 자기 효능감이 상당히 낮음. 다른 보상체계란 통해 기관 내에 적용할 수 있는 방안 마련이 시급함.
7, *16, *17, 29	신변보장이 일약한	업무상 남자 이르신 렉을 병문할 때, 이성의 눈빛으로 바라보거나 단 둘이 상담하는 경우 신변이 보장되지 않음. 또한 일할터, 비위생적인 환경에서 상담할 경우 근무의욕이 상실되기도 함. 자살위기관점을 혼자서 출동해야 하는 심리적 부담감과 야간에 이르신들 돌보아야 할 경우 바뀔 곳이 없는 경우도 허다함.

2) 노인복지기관장 서베이 조사결과

본 연구는 연구참여자의 서베이 조사방식을 통해 얻은 자료로부터 지속적인 질문과 비교분석을 통해 개념을 명명하고, 그 개념을 묶어 공통점을 중심으로 범주화 시켰다. <표 3-11>은 노인복지기관장 서베이 조사결과를 범주화한 것이다.

<표 3-11> 연구결과 범주화

1) 노인자살예방사업이 가지는 의미	
주제	진술의 의미
활성화	통합적 상담지원을 통한 보충적 역할을 감당함 지역사회연계와 홍보를 통해 기존 사업이 활성화됨
당위성 발견	노인복지관 내 사업의 타당성이 확보됨 사회적 이슈를 해결하는 창구가 됨
득을 봄	실제 사업의 효과를 관찰함 특화사업의 가능성을 발견함 노-노인력을 활용한 강점을 발견함
2) 부과되는 고충	
재정지원이 요구됨	사업비 확대가 절실함 지역별 특화된 지원이 요구됨
전문인력의 질적 보장	과도한 업무량 전문인력부족 전문인력의 신분보장이 어려움 교육기회가 부족함
사업의 안정성이 필요함	인지도가 부족함 연계된 업무가 불이익을 초래함 사업이 중복됨
관리주체의 상이함	관리주체가 상이하여 혼선을 일으킴

3) 전문상담사의 역할과 기능

기존 업무의 내실화	고유업무에 충실해야 함 정서적인 개입이 우선시됨 지역사회연계 활성화가 필요함 전문적인 교육창구가 되어야 함 위험성 예방이 시급함
사례관리 연계가 필요함	집중 사례관리와 상담 기능이 융합되어야 함
복지와 상담의 조화가 필요함	복지와 상담이 융합된 업무를 창출해야 함 종합상담기능으로 거듭나야 함
향후 과제	건강한 노후생활을 지원해야 함

4) 노인자살예방사업의 장기적인 필요성 추이

필요성 입증	사업의 필요성이 입증됨
물적 지원이 시급함	인력 및 재정지원 전문인력 보상체계 마련이 요구됨
안정화 단계로 나아가야 함	전국단위의 시스템 마련이 중요 조직화된 센터기능이 요구됨

(1) 노인자살예방사업이 가지는 의미

경기도 노인자살예방사업이 가지는 의미는 크게 ‘활성화’, ‘사업의 당위성 발견’, ‘특을 봄’으로 나타났다. 이는 노인자살예방사업을 수행함으로써 노인복지관의 역할과 위상이 강화되었을 뿐만 아니라 사회문제를 해결하고자 하는 시도에서 노인복지관이 하나의 창구역할을 감당하게 됨에 따른 자부심이 드러났다. 몇몇 기관에서는 노인자살예방사업의 일환으로 시행된 프로그램, 심리검사, 전문상담의 결과로서 효과성을 관찰하기도 하였다. 또한 노인전문상담사 1인 체제에서 벗어나 노노인력(생명사랑교육단)을 활용하여 노인일자리사업을 활성화하고, 노노인력의 전문성을 확보하는 데 중요한 역할을 담당하였다.

노인자살예방사업이 가지는 의미를 범주화한 결과를 살펴보면 다음 <표 3-12>과 같다.

<표 3-12> 노인자살예방사업이 가지는 의미에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
1, 5, 7, 17	활성화	<ul style="list-style-type: none"> • 복지관 예산으로 전문상담사를 채용하는 것이 불가능한 상황에서 동원적 상담을 담당해 주는 인력이 배치된 것은 사회복지기관의 서비스 한계와 등색을 보완해 주는 역할을 함. • 지역사회의 심리적, 정서적 어려움을 가진 노인에게 전문상담서비스를 제공하여 심리적인 노인복지서비스를 제공하는 데 크게 기여함. • (독거노인문학과 무한문물 등) 복지관 단위사업 및 지역사회와 연계되어 프로그램에 시너지 역할은 창출함.
*1, 9, 10, 13, 16, 18		<ul style="list-style-type: none"> • 복지관 프로그램과 연계하여 기관행사시 심리검사 의무화, 재가복지 대상자뿐만 아니라 일반 어르신들의 경기상담과 의료연계를 통해 어르신들에게 쉽게 접근할 수 있도록 함. 지역 내 기관들과 연계하여 캠페인 활동도 진행하고 있음.
3, *16		<ul style="list-style-type: none"> • 노인복지관이 시각적, 상황적, 시대적 감각이 있음록 암시하는 효과적인 서술 수 있어 복지의 홍보도 크다고 볼 수 있음.
*5, 6		<ul style="list-style-type: none"> • 노인복지관은 어르신과의 접근 정도가 가장 높은 기관으로 노인자살예방사업이 노인복지관에 지칭된 것에 대해서는 긍정적으로 생각함.
*3, 4, *5, *7, 12	당위성 발견	<ul style="list-style-type: none"> • 노인자살예방센터 부설 기소는 시대적인 요구를 반영한 대책으로 지역공동체를 실천하고 있다는 복지관 정체성 확대의 기회가 됨.
*3, *5		<ul style="list-style-type: none"> • 노인자살예방센터 부설 기소는 시대적인 요구를 반영한 대책으로 지역공동체를 실천하고 있다는 복지관 정체성 확대의 기회가 됨.
*3, *7, 8, *8		<ul style="list-style-type: none"> • 노인자살이 사회적으로 이슈화되고 예방사업의 필요성이 대두되면

*10		<p>서 노인복지차원에서 이 사업은 필수직이라고 보여짐.</p> <p>◦ 노인기 자살의 문제는 무병농, 사회적 양극화, 고령자의 빈곤과 연관되기 때문에 예방이 우선되어야 함.</p>
*8	<p>이 유 분</p>	<p>◦ 2011년 노인자살예방사업을 성실히 추진한 결과 실제 자살률이 감소되는 효과를 가시음. 실제 상거적인 안목을 가지고(단기관 내에 효과들 볼 수 있는 사업이 아니므로) 특화사업으로 시행한 예정임.</p>
2, *13, 15		<p>◦ 인식개선의 효과가 큼</p>
*2		<p>◦ 생명사랑교육단을 활용하여 사업을 진행한다는 데 큰 의미가 있음. 노인인력이 정신건강에 대해서 홍보하고 정보를 제공하는 장구역할이 됨.</p>

*표는 한 대상자가 여러 의견을 표시하였을 경우임(이하 표에서 동일함).

(2) 부과되는 고충에 대한 의견

경기도 노인자살예방사업을 수행함으로써 부과되는 고충은 ‘재정지원이 요구됨’, ‘전문인력의 질적 보장’, ‘사업의 안정성이 필요함’, ‘관리주체의 상이함’으로 나타났다.

경기도 노인자살예방사업의 운영 주체는 노인복지관이지만 실제 실적과 교육을 담당하고 있는 기관은 경기도노인종합상담센터로서 관리주체가 상이함에 따른 업무 혼선이 야기될 수밖에 없었다. 이런 상황에서 2012년 42개소로 늘어나는 양적 패거리를 달성하였으나 실제 사업수행예산이 3년간 동결됨으로써 지속적인 사업의 확대와 전문인력의 채용이 요구됨에도 불구하고 기관 차원에서 사업 수행에 한계를 겪을 수밖에 없었다. 또한 시군구별로 지역별 특성이 상이하기 때문에 한정된 예산으로 사업을 수행하는데 편차가 심하게 나타났다. 전문인력 또한 과도한 업무량과 계약직이라는 한계로 인해 이직율이 높게 나타나고, 내담자가 자살한 경우 노인전문상담사의 신변보장이 이뤄지지 못하고 있는 현실에 닿아 있었다.

이러한 상황에서 노인자살예방사업이 뿌리를 내리기 위해서는 초기단계를 벗어나 안정화 단계가 필요하며 기존 정신보건센터와 차별되는 사업 수행, 생명사랑교육단이 노인일자리사업에 속함으로 인해 야기되는 노인일자리사업과의 업무

명확성, 도 차원에서 지속적인 노인자살예방센터의 홍보와 인지도를 높여주는 과제가 요구되었다.

<표 3-13> 부과되는 고층에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
1, 5, 12	제정지원이 요구됨	· 시행중인 2008년에 비해 사업이 전문성이 높아지고 역할이 증대되는데 전문인력이나 사업비의 동결에 고충임.
11		· 상당실이 별실로 설치되지 않은 기관에서는 한정된 예산으로 공간을 마련하는 것이 어려움.
8		· 지자체의 절대적인 지원이 필요함, 인적, 물적자원의 절대적인 지원과 후원, 그리고 각 사회단체의 연계가 시급히 필요함, 아직 원초적인 형태에 머물러 있는 수준이다 보여짐.
11		· 독거어르신들의 거주지가 광범위하게 분포되어 있어 이동방범이 매우 열악함, 지역별 특성에 맞는 지원이 실질함.
*1, 3, 15, 17	전문인력의 전직 보좌	· 전문상담사가 상단 외에 가중년 행정적인 업무의 누적으로 실질적으로 상단에 집중하기 어려운 체제임.
*8		· 상담인력 1명 체제로는 관리할 수 있는 케이스 양의 한계가 있으며 집중도가 떨어짐.
*17		· 복지관 경직 직원으로 편제되어야 하며, 복지관과 같은 급여체제가 적용되어 각종 수당, 호봉인상, 상여금 등 조정이 필요함. 복지관 내에서 외동이 느낌을 받고 소외당하는 기분을 느낄 수 있음.
		· 위탁사업으로서 계약기간 동안 직원채용을 하는 문제로 신분보장을 받기 원하는 직원이 이직을 하여 잦은 직원채용공고로 해야 하며 적격자 모집의 어려움에 따른 인사관리 및 업무연속성 부재의 문제가 야기됨.
2, *5, *8 사업의 안정성이 필요함		· 상담사들의 자체적 연수와 피드백 교육을 통한 상시교육체계가 필요함
		· 기관장의 경기도 지원 자살예방교육이 이뤄져야 함.
		· 휴먼 사회복지사, 관계 직원의 대규보 직원과 워크샵이 절대적으로 필요하며 이를 통해 사살에 대한 인식전환이 요구됨.
		· 정신보건센터에서 수행하고 있는 자살예방사업과 중복되는 경향이 있음.
4		· 지역사회에 노인자살에 대한 인지도가 다소 부족함, 노인자살의 심각성을 알지 못하는 주민들이 대다수라고 판단됨, 정부부처에서
16		

		<ul style="list-style-type: none"> • 홍보를 진행할 필요가 있음.
*17		<ul style="list-style-type: none"> • 생명사랑교육단 관리지침(노인인지리사업)이 노인인지리사업 관리지침과 상충되어 노인인지리사업 관리자의 고충이 초래됨.
*5, 6, 9, 13, 18	관리주체의 상이함	<ul style="list-style-type: none"> • 경기도의 구조화된 지침에 따른 사업이나보니 사업 수행 효율도 높을 예측하기 어렵고, 기관 차원에서 역량의 경제를 정하기가 힘들. • 독자적 사업을 수행하는 경향이 있어 기관과의 업무 공유가 어려움.
4		<ul style="list-style-type: none"> • 상담과 관련된 분야이기 때문에 복지적 측면보다 상담적 측면이 강하여 상담기관에서 느끼고 수행하는 업무상황과 복지기관의 방식이 상이하여 이리움이 발생됨.

(3) 전문상담사의 역할과 기능에 대한 의견

경기도 노인자살예방사업에서 근무하는 전문상담사의 역할과 기능에 대한 의견은 ‘기존 업무의 내실화, ‘사례관리 연계가 필요함, ‘복지와 상담의 조화가 필요함, ‘향후 과제’로 나타났다.

현재 실시하고 있는 노인자살예방사업 고유업무들 기반으로 전문상담을 통한 정서적인 개입이 우선시되어야 하며, 지역사회연계 활성화, 생명사랑교육단 사례토의와 일반주민 및 노인들의 자살예방교육 등 전문적인 교육창구역할 강화, 위험성 예방 등에 초점을 기울여야 한다는 의견이 나왔다.

그럼에도 불구하고 노인자살예방사업이 이뤄지는 현장은 노인복지관이기 때문에 복지적 측면을 고려한 방향성 제시가 요구되어졌다. 복지와 상담이 융합된 업무를 기반으로 한 전문사례관리와 상담이 유기적으로 연계될 필요가 있으며, 노인자살예방센터 기능을 확대시킨 종합상담기능으로 발전할 가능성 또한 제기되었다. 나아가 결국 노인자살예방사업은 정신적으로 건강한 노후생활을 지원하기 위한 목적으로 전문상담사의 역할과 기능이 강화되어야 한다는 의견이 나왔다.

<표 3-14> 전문상담사의 역할과 기능에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18	기존 업무의 내실화	<ul style="list-style-type: none"> 이르신들의 경서에 집중적으로 개입하는 역할도 해야 하지만, 정서적인 교감을 이루기 신뢰를 형성하는 것이 중요하다. 노인의 특성을 이해하고 노인분제를 반영한 상담과 정서적 지지가 중요하다.
3, *8 2 *8		<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 유관기관과의 업무협조, 지원과 연계가 필요함. 전문적인 교육은 제공하여 좀 더 많은 이르신들이 건강한 정신으로 살아갈 수 있도록 하는 것임.
1, *8, 10	사례관리 연계가 필요함	<ul style="list-style-type: none"> 고위험 군에 속한 어르신들을 위한 직접 서비스 개입이 중요함. 정서적 지지와 지역사회 연계를 통해 깊은 우울과 완전한 고립 상태까지 가는 위험성을 예방하는 것.
*6, 12, 16		<ul style="list-style-type: none"> 김중 사례관리들 통해 상담과 복지가 연계되어질 수 있도록 모색할 필요가 있음. 자살예방센터 별도의 사업이 아닌 00복지팀의 한 일원으로 활용하고 있음. 별도 사부실과 사부실을 두고 있으나 통합된 체계로 운영되며, 나아가 복지관의 상담과 사례관리 시스템이 하나의 체계로 존재할, 주1회 실시하는 사례회의를 통해 전문상담에서 발견된 내담자를 복지팀에 연계하기도 하고 사례관리 대상자에게 상담을 제공하기도 함.
10	복지와 상담의 조화가 필요함	<ul style="list-style-type: none"> 노인자살과 학대 등 노인분제를 종합적으로 수행하는 노인복지관의 종합노인상담 기능을 확대할 필요가 있음.
*7		<ul style="list-style-type: none"> 사회복지사의 깊은 상담과 서비스 연계 및 케이스를 관리 조정해 나가는 일은 하나의 세트임. 이런 상담사와 복지사로 구분하는 것은 옳지 못한. 복지와 상담이 유기적으로 맞물려 가는 노력이 필요함.
15	향후 과제	<ul style="list-style-type: none"> 노화로 인한 정신건강의 문제에 도움과 예방을 상담을 통해 지원하고 궁극적으로 건강한 노후를 보낼 수 있도록 지원하는 역할임.

(4) 장기적인 필요성에 대한 의견

경기도 노인자살예방사업의 장기적인 필요성에 대한 의견은 ‘필요성이 입증됨’으로 나타나 본 사업의 동기와 취지에 모두 동의하는 것으로 나타났다. 덧붙여 장기적 필요성 이후에 해결해야 할 주요 과제로는 ‘물적 지원이 시급함’, ‘안정화 단계로 나아가야 함’으로 나타났다.

본 사업이 가지는 의미에서 진술한 바와 같이 노인자살예방사업은 사회문제로 극대화되었으며, 사회적 이슈를 책임져야 한다는 당위성이 노인복지관 차원에서 이뤄져야 한다는 논지를 살펴볼 수 있었다. 그럼에도 불구하고 부족한 인력 및 재정적인 지원과 전문인력의 보상체계를 기존 노인복지관 정규직 수준 이상으로 보장하여 이직율을 줄이고 안정된 근무형태가 될 수 있는 여건마련이 시급하다. 또한 현재 초기단계에 머물러 있는 노인자살예방사업이 보다 발전하기 위해서는 경기도 시군구의 지역별 편차를 해소할 수 있는 특화된 지원을 실시하여 서비스를 제공하는 데 틈새를 줄일 수 있는 노력이 필요하다.

안정화 단계로 나아가야 하는 과제로는 현재 노인자살이라는 부정적인 언어를 줄이고 센터의 명칭을 변경하는 것, 전국 단위의 노인자살예방 시스템을 마련하는 것, 조직화된 센터기능이 요구되는 것, 실제 사업을 담당하는 노인복지관 내 종합상담대뉴얼을 구축하는 등의 과제가 도출되었다.

<표 3-15> 장기적인 필요성에 대한 의견

대상자	주제	의견 요약
7	필요성이 입증됨	· 노인자살예방사업은 경기도 노인복지관 시스템을 활용하면서 시너지 효과를 가지오기 위해 특화시킨 프로그램임, 장기적으로도 지역사회를 근거로 한 사업을 지속시켜나가기 함.
1, 3, 4, 5, 6, *7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 18		· 시대적, 장기적으로 요구되어질 수밖에 없는 현실 속에서 노인자살예방사업은 지속되어야 함.
*11	물적	· 지역별 특성에 맞는 지원이 필요함.

*1, *3, *12, 14, *15, 16, *18	지원이 시급함	<ul style="list-style-type: none"> · 전문성을 높일 수 있게 사업예산이 적절히 인상되어야 함. · 센터라고 칭하며 1명의 인력을 두는 것은 형식적인 센터유지만 될 수 있음. 현실적인 인력과 예산이 투입되어야 함. · 충분한 예산지원을 통한 전문상담사 및 생명사랑교육단의 활동에 지원이 필요함.
2, 9	안정화 단계로 나아가야 함	<ul style="list-style-type: none"> · 각살이라는 명칭은 이르신들에게 거부감을 줄 수 있음. 보편적이고 희망적인 명칭으로 변경할 필요가 있음.
*16		<ul style="list-style-type: none"> · 24시간 어르신들을 관리할 수 있는 전국단위 시스템이 마련되어야 함.
*4, *5, *7		<ul style="list-style-type: none"> · 광역단위의 통합적인 기능을 하는 기관이 존재해야 함. · 체계적이고 조직적인 노인종합상담센터가 준비되어야 함.
*2, *9		<ul style="list-style-type: none"> · 노인복지관으로 편입하여 정기적인 목표를 설정하고 일할 수 있는 환경을 조성해야 함.
*5, *15		<ul style="list-style-type: none"> · 기관장 교육용 병행해야 함.
*4		<ul style="list-style-type: none"> · 사업운영에 관한 명확한 운영지침 필요. · 사회복지직 측면의 노인상담에 대한 전반적인 이해와 교육이 필요함.
*8		<ul style="list-style-type: none"> · 노인자살에 관한 전수조사가 필요한. 효과적인 사업수행의 철저한 조사와 분석, 대책수립이 이뤄져야 함.
17		<ul style="list-style-type: none"> · 노인자살예방의 안정화를 위해 조례를 제정해서 직정한 사업운영비를 지원해야 함.

6 총평 및 시사점

이상에서 살펴본 바와 같이 본 연구에서는 경기도 노인자살예방사업을 수행하는 노인전문상담사 32명과 노인복지관장 18명을 대상으로 서베이 방식을 통한 조사를 실시하였다.

우선 노인전문상담사 서베이 조사결과 6분류와 30개의 진술로 구분된 연구결과를, 노인복지기관장 서베이 조사결과 14개의 주제와 31개의 진술로 구분된 연구결과를 도출하였다.

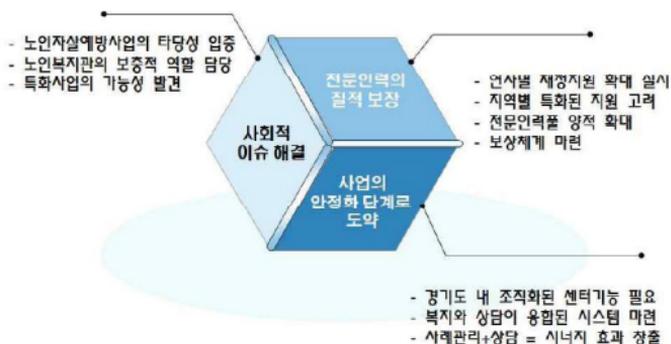
본 연구결과 노인복지기관장의 경우, 노인자살예방사업을 통해 노인복지관의 사업이 보다 활성화되어 겠으며, 노인자살이라는 심각한 사회이슈를 해결하기 위한 책임감을 갖고 노인복지관 내에서 본 사업을 진행해야 한다는 당위성을 발견하는 등 거시적인 측면에서 본 사업의 필요성을 제시했다. 노인전문상담사 또한 노인복지관이라는 구조는 서비스 이용자를 쉽게 접할 수 있다는 점에서 매우 합리적인 환경이라는 점은 동의하고 있으나, 기존 노인복지관 세팅환경 자체가 복지적 측면에 초점이 맞춰져 있고 1인 체제로 센터의 기능을 담당함에 있어 노인복지관 세팅과 맞지 않는 마찰이 나타나기도 했다. 상담의 측면이 강한 노인자살 예방사업은 기관 내에서 구체적인 슈퍼비전을 받지 못할 뿐만 아니라 조직 내에서 업무의 지율성을 갖고 사업을 수행한다는 데 한계를 갖고 있었으며, 상담환경이 갖춰지지 않은 곳에서 노인자살예방센터의 고유한 상담기능을 수행하는 데 한계를 지닐 수밖에 없었다.

이러한 구조적인 취약성 이외에도 노인전문상담사는 연 3천만원이라는 보조금으로 한 해 사업을 감당하기에 한계를 지닐 수밖에 없으며, 3년가 동결된 예산으로 인해 사업을 지속적으로 확대하지 못하고, 서비스 이용자에게 양질의 서비스를 제공하지 못한다는 아쉬움이 나타났다. 자살고위험군을 상담하고 관리하는 업무만큼 노인전문상담사가 안심하게 근무할 수 있는 환경이 마련되어 있지 않는데다 언제 발생할지 모르는 자살현장에 대한 두려움, 불안감으로 24시간 비상대기자라는 수식어를 안고 업무를 수행할 수밖에 없어 스트레스와 소진을 빨리

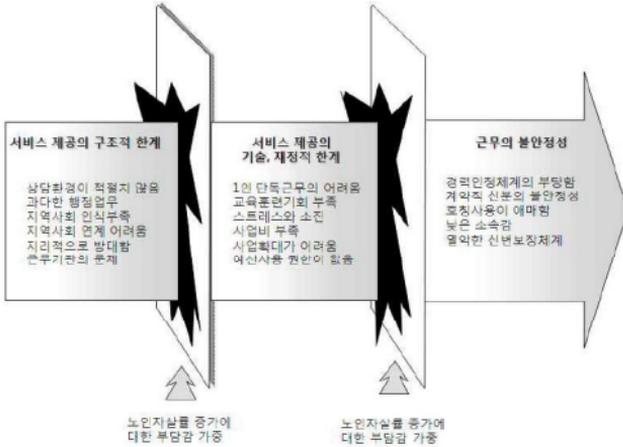
경험하게 되기도 하였고, 결국 이러한 취약서는 잦은 이직율을 통해 발견되었다.

이러한 어려움은 노인복지기관장 서베이 조사결과에도 나타났다. 사업비 확대가 이뤄져야 할 뿐만 아니라 지역별 특화된 지원이 필요하고, 노인전문상담사의 과도한 업무량과 열악한 신분보장을 질적으로 대변해 줘야 한다고 보았다. 또한 노인전문상담사 혼자서 업무를 수행하기에는 어려움이 있으며, 원활한 지역사회 네트워크와 인지도 향상을 위해서 사업이 안정적으로 정착되어야 한다고 보았다. 또한 노인복지관에서 본 사업을 수행하지만 경기도노인종합상담센터가 노인전문상담사를 관리한다는 점에서 관리주체의 상이함은 혼선을 일으킨다는 점이 주요 의견으로 나타났다. 궁극적으로는 본 사업이 노인복지관에서 안정적으로 정착할 수 있도록 조직 내 환경을 복지와 상담이 융합된 사업으로 강화시키고 궁극적으로 종합상담기능으로 거듭나야 한다는 의견이 제시되었다.

이러한 연구결과를 통해 노인복지기관장 및 노인전문상담사가 인식하고 있는 어려움과 과제를 도식화해보면 다음 [그림 3-1]과 [그림 3-2]와 같다.



[그림 3-1] 노인복지기관장의 연구결과 도식화



[그림 3-2] 노인전문상담사의 연구결과 도식화

IV. 경기도 노인자살예방사업 성과 분석

본 장에서는 경기도 노인자살예방사업의 효과성을 측정하기 위한 목적으로 성과 분석을 추진하고자 한다. 경기도 노인자살예방사업의 성과를 측정하는 것은 초기단계로서 사업이 안정화 단계에 진입하기 위한 준비작업이라고 볼 수 있다. ‘노인자살예방사업’의 효과성을 검증할 수 있는 변수는 ‘노인자살률’이지만, 한정된 예산을 3년간 동결한 시점에서 노인자살률 변수만을 고려할 수는 없다. 그 이유는 노인자살률에 영향을 미칠 수 있는 요인이 매우 복잡적이기 때문이다. 때문에 본 연구는 노인복지실천현장에서 일하는 노인전문상담사의 사업성과를 기준으로 현재 경기도 노인자살예방사업의 효과성을 검증해 보고자 한다. 이를 위해 지난 3년 가 노인자살예방사업을 실시한 사업 실적데이터를 기준으로 시군 노인자살예방사업 성과추이를 살펴보고, 나아가 시군 노인자살예방센터의 지리적 특성, 인구사회학적 특성, 운영기관의 특성을 고려한 성과분석을 실시하고자 한다.

성과측정을 위해 본 연구는 1단계: 성과 정의하기, 2단계: 성과별 지표 이해하기, 3단계: 경기도 노인자살예방사업 성과 분석하기, 4단계: 시군 특성에 따른 성과 분석하기 순으로 살펴보고자 한다.

1 단계: 성과 정의하기

경기도 노인자살예방사업은 아래 그림과 같이 총 12개의 사업으로 구분해 볼 수 있다. 이를 크게 3가지 성과로 구분하면 노인자살예방교육사업, 홍보사업, 전문상담사업으로 구분할 수 있다. 이를 구분하는 이유는 현재 경기도 노인자살예방사업 실적데이터 기준이 3단계로 구분되어 있기 때문이다.⁴⁾

사업의 분류		성과분류
1. 노인자살예방교육	▶	1. 노인자살예방교육사업
2. 위기네트웍 구축회의		
3. 생명사랑교육단 사례토의		
4. 집단상담		
5. 유관기관 방문	▶	2. 홍보사업
6. 캠페인		
7. 기관협조공문		
8. 홍보물 제작	▶	3. 상담사업
9. 언론대중매체		
10. 일반상담		
11. 자살상담		
12. 자살위기상담		

[그림 4-1] 경기도 노인자살예방사업 성과지표

4) 이 외에도 노인우울증 항우울제지원사업이 있으나 사업수행기편이 상이하여 본 성과지표에서는 활용하지 않았다.

2 단계: 성과별 지표 이해하기

3단계 성과의 하위변수 및 측정값을 살펴보면 <표 4-1>과 같다.

노인자살예방교육사업은 대상별 접근에 따라 일반노인, 생명사랑교육단, 일반주민 및 기타로 구분해 볼 수 있으며 기관별 접근에 따라 내부기관, 외부복지기관, 관공서 및 기타 기관 실무자 및 관계자로 구분할 수 있다. 이어 집단상담 프로그램 또한 노인자살예방교육의 하위변수에 속한다.

홍보사업은 노인자살예방 네트워크를 구축하고 자살고위험군을 발굴하기 위한 사업으로 유관기관 방문, 캠페인, 기관협조공문, 홍보물제작, 언론대중매체 견수 등 기준으로 살펴본다.

상담사업은 자살위험성 구분에 따라 일반상담, 자살상담, 자살위험상담으로 구분한다. 상담경로로는 내·외부의뢰인지, 직접 발굴한 사례인지, 자발적으로 신청한 사례인지, 기타 등으로 나누어 볼 수 있다. 내담자 정보는 성별, 연령을 기준으로 구분하며, 상담가는 생명사랑교육단, 실무자, 전문상담사로 구분한다. 실무자가 상담하는 경우는 기관 내 전문상담사가 없거나, 혹은 슈퍼비전 차원에서 실무자가 같이 개입한 경우에 해당된다. 상담방법으로는 전화, 내방, 방문, 온라인 상담으로 나뉜다. 마지막으로 상담결과는 매 회기 진행된 사례를 기준으로 초기 접수, 정서지원(달뱃), 심리검사, 사후관리, 복지정보제공, 전문심리상담, 기관연계 7가지로 구분되어 있다. 상담결과는 중복체크가 가능하다.

<표 4-1> 사업 성과변수 및 측정값

구분	하위변수	측정값
1. 노인자살예방교육사업	일반노인	1. 인원수 2. 횟수
	생명사랑교육단	
	일반주민 및 기타	
	내부기관 실무자 및 관계자	
	외부복지기관 실무자 및 관계자	
	관공서 및 기타기관 실무자 및 관계자	
2. 홍보사업	집단상담프로그램	1. 횟수 2. 기관수
	유관기관 방문	
	캠페인	

3. 상담사업	기관협조공문		1. 횡수 2. 기관수
	홍보물 제작		1. 횡수 2. 매수
	언론대중매체		1. 횡수
	일반상담		1. 인원수
	자살상담		2. 건수
	자살위기사담		
	상담영로	내/외부의뢰	1. 인원수
		발굴	
		자발적 신청 기타	
	내담자 정보	남자	1. 인원수 2. 건수
		여자	
		60대	
		70대	
		80대 90대 이상 60대 미만	
	상담자	생명사랑교육단	1. 건수
실무자			
상담전문가			
상담방법	전화상담	1. 건수	
	내방상담		
	방문상담		
	온라인상담 기타		
상담결과	초기접수	1. 건수	
	정서지원(일명)		
	심리검사		
	사후관리		
	복지정보제공 전문심리상담 기관연계		

3 단계: 경기도 노인자살예방사업 사업추진 결과분석

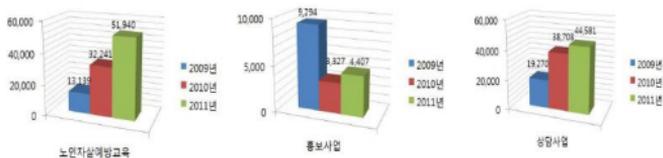
1) 경기도 노인자살예방사업 추진결과

경기도 노인자살예방사업 추진결과 홍보사업을 제외한 노인자살예방교육, 상담사업은 2009년부터 2011년까지 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 노인자살예방교육은 2009년 대비 2011년 약 4배 이상 증가하였으며, 상담사업은 약 2배 이상 증가한 것으로 나타났다. 홍보사업은 2009년 사업시행 초기 공문발송, 언론대중매체, 홍보물 제작 등 대대적인 홍보를 실시한 것으로 짐작해 볼 수 있다. 따라서 사업시행 초기 실시한 홍보사업의 효과를 거두어 매년 노인자살예방교육과 상담사업 실적이 증가한 것으로 보여진다.

<표 4-2> 경기도 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년	2010년	2011년
노인자살예방교육	13,139명	32,241명	51,940명
	2,411건	2,584건	4,296건
홍보사업	9,294건	3,327건	4,407건
상담사업	10,747명	21,604명	25,871명
	19,270건	38,708건	44,581건



[그림 4-2] 경기도 노인자살예방사업 추진성과

* 노인자살예방교육: 인원수, 홍보·상담사업: 건수

(1) 노인자살예방교육 추진결과

노인자살예방교육 추진결과를 살펴보면 다음 <표 4-3>과 같다. 2009년 13,139명을 대상으로 노인자살예방교육을 실시하였으며, 2010년에는 32,241명, 2011년에는 51,940명으로 3년 간 약 4배 이상의 성과를 보였다. 세부항목을 살펴보면 일반노인을 대상으로 한 교육이 압도적으로 많은 비율을 차지하고 있으며, 이어 생명사랑교육단, 외부복지기관 실무자 및 관계자, 일반주민 순으로 나타났다. 횡수를 기준으로 살펴볼 때 관공서 및 기타기관 관계자의 경우 2011년 약 70회를 실시하였으나 센터수에 비해 한 해 1회 이상을 넘기지 못한 것으로 드러나 공공기관에 대한 교육이 수시로 이뤄질 필요성이 제기된다. 일반주민 또한 2011년 기준 134회, 2,993명으로 일반노인에 비하면 약 1/10 수준에 그치고 있어 노인자살 인식개선을 위한 교육이 필요할 것으로 보인다.

<표 4-3> 노인자살예방교육 사업성과(3년도)

(단위: 명(회))

구분	2009년	2010년	2011년
노인자살예방교육	13,139명(2,411회)	32,241명(2,584회)	51,940명(4,236회)
일반노인	4,627명(236회)	10,969명(352회)	23,382명(1,428회)
생명사랑교육단	4,490명(1,561회)	11,513명(1,475회)	14,075명(1,643건)
일반주민 및 기타	888명(39회)	1,160명(90회)	2,993명(134회)
내부기관 실무자 및 관계자	926명(284회)	2,010명(176회)	1,693명(108회)
외부복지기관 실무자 및 관계자	345명(46회)	3,586명(158회)	4,574명(571회)
관공서 및 기타기관 실무자 및 관계자	886명(71회)	655명(37회)	2,813명(70회)
세미나 및 워크샵	434명(93회)	-	-
집단상담 프로그램	543명(81회)	2,329명(266회)	2,410명(342회)

(2) 홍보사업 추진결과

홍보사업 추진결과를 살펴보면 다음 <표 4-4>와 같다. 사업시행초기인 2009년 센터홍보를 위한 유관기관 방문, 캠페인 실시, 홍보물 제작, 언론대중매체 등 다양한 홍보방법을 통해 9,294회라는 성과를 보였다. 이러한 홍보효과는 2010년 사업을 궁극적으로 확대시키는 계기를 마련하였으며 홍보사업보다는 노인자살예방 교육과 상담사업에 치중하게 만드는 결과를 만들었다. 2010년에는 3,327회, 2011년에는 좀 더 오른 4,407회라는 성과를 보였다. 홍보내용은 유관기관방문이 압도적으로 많은 비율을 차지하고 있다. 이는 센터를 알리는 일 뿐만 아니라 위기네트워킹 구축을 위한 회의참석, 사례회의 등의 이유로 연계된 유관기관을 방문하는 횟수가 증가함을 의미하며 나아가 노인자살예방사업이 다양한 연계와 네트워크를 통해 해결되어야 함을 설명해 주고 있다. 이어 캠페인 기관협조공문, 언론대중매체, 홍보물 제작 순으로 세부사업 성과를 보여주고 있다.

<표 4-4> 홍보사업 성과(3년도)

(단위: 명/회)

구분	2009년	2010년	2011년
홍보사업	9,294회	3,327회	4,407회
유관기관 방문	1,790회(1,199기관)	1,146회(1,175기관)	1,667회(1,484기관)
캠페인	4,853회	1002회	1,576회
기관협조공문	460회(1,717기관)	374회(1,448기관)	574회(937기관)
홍보물 제작	1,597회	227회	222건
언론대중매체	594회	578회	368회

(3) 상담사업 추진결과

상담사업 추진결과를 살펴보면 다음 <표 4-5>와 같다. 2009년 10,747명을 대상으로 실시한 전문, 동료상담은 2010년 21,604명으로, 2011년 25,871명으로 증가하여 매년 상담사업이 활발하게 진행되고 있음을 알 수 있다.

그 중에서 자살고위험군을 나타내는 자살위기상담건수는 2010년 대비 2011년 3백 명 이상 상승하여 지속적인 자살위기상담이 이뤄지고 있음을 알 수 있다. 다만 2009년 사업시행초기 자살위기상담이 2,278명(4,988건)으로 나타난 것은 노인 자살위험성을 구분하는 매뉴얼이 만들어지지 않은 시점이었기 때문에 상담수를 모두 자살위기상담으로 구분한 것으로 살펴볼 수 있다. 이러한 결과를 통해서 경기도 내 노인자살고위험층을 지속적으로 상담하고 사례관리하는 시스템이 만들어 졌을 뿐만 아니라 2011년에는 859명의 자살고위험군을 관리하여 경기도인 자살률을 낮추는 데 기여한 것으로 나타났다. 상담경로를 살펴보면 캠페인이나 홍보를 통한 발굴이 압도적으로 많은 비율을 차지하고 있다. 이어 내외부기관의 의뢰를 통해서가 지속적으로 이뤄지고 있으나 최근에는 감소추세를 보이고 있으며, 반면 자발적 신청은 2010년 대비 2011년 증가하는 추세를 보이고 있다. 이러한 추세는 노인자살예방센터에 대한 지역 내 홍보가 잘 갖춰져 있으며 다양한 교육과 홍보를 통해 자발적으로 상담을 신청하는 노인비율이 증가하고 있음을 의미한다. 내담자는 남성보다는 여성노인이 약 3배 이상 차지하고 있다. 남성의 노인자살률이 여성보다 약 2배 이상 높은 것에 비하면 남성노인들이 상담을 많이 하고 있지는 않은 것으로 드러났다. 이는 자살위기에 처해있는 남성노인을 집중적으로 발굴하여 상담해야 한다는 과제를 내포하고 있다. 반면 여성노인의 상담수가 많은 점은 경기도 여성노인자살률이 전국 평균수준보다 높다는 점에서 중요성을 안고 있다. 한편으로는 여성노인일수록 자신의 이야기를 쉽게 드러내는 반면 남성노인의 경우 여성노인에 비해 의사를 잘 드러내지 않은 것을 알 수 있다.

연령별 현황을 살펴보면, 70대와 80대가 압도적으로 높은 비율을 차지하고 있으며 그 다음으로 60대, 90대 이상, 60대 미만 순으로 나타났다. 이러한 결과 주

로 70, 80대의 자살상담이 높은 수준을 차지하고 있으며 70-80대를 거점으로 한 노인자살예방시스템이 보다 체계적으로 갖춰져야 할 필요성이 제기된다.

상담자 구분을 살펴보면, 생명사랑교육단, 상담전문가, 실무자 순으로 나타났으며, 인원수가 많은 생명사랑교육단이 한 해에 약 3만 건 이상의 성과를 보이고 있는 것으로 드러났다. 상담유형을 살펴보면 방문상담, 전화상담, 내방상담, 기타 순으로 나타났다. 방문상담이 많은 이유는 상담연령이 70-80대가 많다는 점을 살펴볼 때 거동이 불편하여 재가하고 있는 노인이 많다는 점을 짐작해 볼 수 있으며 경기도가 도농복합지역이라는 특성상 거리가 멀고 교통이 불편하여 복지관까지 나오지 못하는 노인인구가 많다는 점을 생각해 볼 수 있다. 뿐만 아니라 전문가 서베이 조사에서 나타난 조사결과와도 같이, 복지관 내 상담환경이 마련되어 있지 않아 상담전문가가 100% 방문상담을 할 수밖에 없는 점 또한 주요 요인으로 생각해 볼 수 있다. 상담결과로는 말벗 등의 정서적인 지원을 통한 상담이 약 3만 건이 넘는 것으로 나타났으며 그 다음으로 심리검사 12,902건, 초기상담 7,479건, 상담전문가를 통해 전문적으로 상담하는 전문심리상담이 7,816건 순으로 나타났다. 모든 상담결과가 지속적으로 증가추세에 있으며 복지정보 제공이나 기관 연계 등 복지적인 측면 또한 상담전문가가 수행하고 있는 것으로 드러났다.

<표 4-5> 상담사업 성과(3년도)

(단위: 명/회)

구분	2009년	2010년	2011년	
상담사업	10,747명 (19,270건)	21,604명 (39,708건)	25,871명 (44,581건)	
일반상담	-	16,633명 (29,088건)	19,696명 (33,232건)	
	-	4,296명 (8,017건)	5,316명 (9,353건)	
	2,278명 (4,989건)	675명 (1,603건)	859명 (1,996건)	
상담경로	내/외부연계	2,904명	872명	648명
	발굴	5,439명	5,744명	6,215명
	자발적 신청	766명	366명	556명

	기타	524명	107명	62명
내담자 정보	남자	3,053명 (5,560건)	5,783명 (10,262건)	6,892명 (12,244건)
	여자	7,686명 (13,701건)	15,821명 (28,446건)	18,979명 (32,337건)
	60대	2,062명 (3,407건)	3,742명 (6,414건)	4,745명 (7,930건)
	70대	5,502명 (9,938건)	11,235명 (19,909건)	12,961명 (22,033건)
	80대	2,866명 (5,343건)	5,871명 (11,043건)	7,160명 (12,811건)
	90대 이상	245명 (464건)	545명 (1,004건)	583명 (1,081건)
	60대 미만	72명 (118건)	211명 (338건)	422명 (726건)
	상담자	생명사랑교육단	16,946건	32,261건
실무자		629건	370건	526건
상담전문가		1,695건	6,077건	9,557건
상담유 형	전화상담	2,445건	6,095건	9,855건
	내방상담	3,312건	6,756건	8,515건
	방문상담	12,540건	24,585건	24,177건
	온라인상담	-	32건	-
	기타	973건	1,240건	2,034건
상담결 과	초기접수	3,212건	7,089건	7,479건
	정서지원(일회)	14,074건	33,203건	37,600건
	심리검사	7,251건	8,952건	12,902건
	사후관리	2,061건	2,230건	4,588건
	복지정보제공	1,222건	3,941건	3,722건
	전문심리상담	1,439건	4,768건	7,816건
	기관연계	133건	462건	632건

4 단계: 시군 노인자살예방센터 사업성과 분석

경기도 내 시군 노인자살예방센터 사업성과는 지리적 특성을 기준으로 도시형, 도농복합형, 농촌형으로 구분하여 분석을 실시하였다. 경기도 내 31개 시군은 도시형 16개, 도농복합형 11개, 농촌형 4개로 구분되어 있으며, 노인자살예방센터는 도시형 27개소, 도농복합형 11개소, 농촌형 4개소로 총 42개소인 것으로 나타났다.

1) 도시형

(1) 수원시

수원시에 위치한 노인복지관은 총 3개소로 서호노인복지관, 버드내노인복지관, 청솔노인복지관이 있다. 각 기관마다 노인자살예방센터가 있으며, 3명의 상담사가 근무하고 있다. 수원서호노인복지관 내 노인자살예방센터의 경우 수원시자살예방센터에서 파견하여 근무하는 방식으로 상담사가 5일 중 4일을 근무하고 있다. 이러한 근무제는 다른 직원들에 비해 지속적인 사업연계와 탄력적인 근무를 불가능하게 만들고 있는 요인이기도 하다. 즉, 전문상담인력이 노인일자리사업 종료시점(9월 또는 10월 말)에 철수하기 때문에 지속적인 상담이 어려울 뿐만 아니라 동일한 인력이 내년사업에 투입할 수 있을지에 대한 안전성이 보장되어 있지 못하다.

버드내노인복지관 노인자살예방센터는 기관 위치가 오래된 주택단지 인근으로 독거 및 수급권자가 많으며 한 지역에서 오랫동안 거주하신 노인인구가 많다. 이러한 위치적 특성상 경제적 수준이 낮은 내담자가 많은 경우에는 심리상담보다 복지정보제공 및 상담 쪽으로 서비스를 제공하게 되고, 경제적 문제 해결 후 상담으로 넘어가는 경우가 많다. 최근 수급권자 축소 및 탈락으로 인한 경제적 어려움을 호소하는 내담자가 증가하여 복지상담이 늘어나는 추세이다.

청솔노인복지관 노인자살예방센터는 큰 공원을 낀 아파트 단지 옆에 위치하고 있어 중산층 이상의 어르신들이 많이 이용하고 있다. 서호, 버드내노인복지관과는 다르게 내담자가 일반 어르신이 많으며, 자살을 호소하는 주 이유로는 건강문제,

경제적 문제, 가정문제 순으로 나타났다. 그러나 이들 대부분이 독거노인이라는 점은 자살을 호소하는 내담자의 가구형태가 비슷하다는 점을 내포하고 있다. 청솔 노인복지관의 경우 독거노인 다음으로 ‘노인단독+자녀세대’로 나타났다.

사업실적을 살펴보면 <표 4-6>과 같다. 세 기관 모두 사업의 규모가 매년 증가하는 추세이며, 서호노인복지관이 타 기관에 비해 활발하게 사업을 진행하고 있는 것으로 드러났다. 그러나 전문, 동료상담영역은 세 기관에서 모두 눈에 띄게 사업이 증가하고 있어 수원시 내 노인상담이 활발하게 이뤄지고 있다는 점을 살펴볼 수 있다.

<표 4-6> 수원시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
서호 노인복지관	교육	151명/47회	교육	338명/46회	교육	614명/84회
	홍보	75회	홍보	56회	홍보	87회
버드내 노인복지관	상담	325명/325건	상담	334명/1051건	상담	454명/1022건
	교육	69명/50회	교육	472명/52회	교육	746명/81회
청솔 노인복지관	홍보	31회	홍보	109회	홍보	66회
	상담	137명/524건	상담	269명/555건	상담	443명/893건
노인복지관	교육	62명/19회	교육	239명/29회	교육	553명/65회
	홍보	5회	홍보	2회	홍보	33회
	상담	366명/468건	상담	332명/760건	상담	304명/927건

(2) 성남시

성남시는 노인자살예방센터가 수정노인복지관, 수정중앙노인복지관, 중원노인복지관, 분당노인복지관 총 4개소가 될 정도로 사업의 규모 및 연계정도가 컸다. 수정노인복지관은 수정구의 특성상 분당에 비해 경제적으로 열악한 빈곤층의 인구가 많고, 주거환경이 열악한 상황, 즉 반지하나 지하 거주자가 많다. 인근 분당구와 지역적 격차가 심하고 실제 분당구로 이사간 노인의 경우 지역주민과 어울리지 못하는 등의 상황이 벌어지기도 하였다. 수정중앙노인복지관의 경우 상대적 박탈감, 빈부격차로 인해 자살생각을 호소하는 내담자의 비율이 높다는 점에서

수정노인복지관과 같은 지리적 특성을 갖고 있으며, 수정구 내 노인자살예방사업을 연합하여 진행하고 있는 것으로 나타났다. 또한 박람회 등을 통해 꾸준히 성남지역 내 노인자살예방사업의 중요성을 홍보하고 있다.

중원노인복지관은 타 센터에 비해 전문상담사가 2인으로 노인자살예방사업에 심혈을 기울이고 있는 것으로 나타났다. 실제 전문상담사 2인이 수행하다보니 1인으로 감당하기 어려운 사업을 함께 진행하며 부족한 부분을 보완해 주는 시스템으로 진행되고 있었다. 때문에 4개 기관 중에서 사업실적이 가장 높은 것으로 드러났으며 노인자살예방교육과 상담사업이 활발하게 운영되고 있는 것으로 나타났다. 반면 생애사랑교육단 및 내담자가 대부분 고학력이라서 나타나는 어려움 또한 존재하였다.

분당노인복지관은 중원노인복지관과 같이 내담자 대부분이 고학력이라서 나타나는 사업의 어려움이 나타났다. 성남시의 경우 지역사회복지협의체를 통해서 매 월 1회 지속적인 회의를 진행하며, 보건소, 성남시 정신보건센터, 4개의 노인자살예방센터 관장의 간담회 등을 진행하고 있어 사업의 연계와 소통이 협조적으로 이뤄지고 있는 것으로 나타났다. 그러나 노인자살예방사업을 수행하는 기관이 많다보니 나타나는 사업대상의 중복성, 사업내용의 중복성 등에 대한 논의가 필요하며, 실제 노인자살예방사업을 수행하는 기관 사이에 역할논의 또한 진행되어야 할 과제를 안고 있는 것으로 나타났다. 성남시의 사업실적은 <표 4-7>과 같다.

<표 4-7> 성남시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분		2009년		2010년		2011년
수정 노인종합복지관	교육	2548명/83회	교육	4706명/118회	교육	255명/27회
	홍보	336회	홍보	349회	홍보	212회
	상담	205명/607건	상담	183명/450건	상담	137명/373건
수정중앙 노인종합복지관	교육	339명/59회	교육	431명/61회	교육	1340명/75회
	홍보	8회	홍보	32회	홍보	42회
	상담	72명/72건	상담	241명/334회	상담	209명/227건
중원 노인종합복지관	교육	121명/43회	교육	920명/78회	교육	2804명/123회
	홍보	9회	홍보	24회	홍보	34회
	상담	174명/276건	상담	474명/1073건	상담	692명/1326건

구분	2009년		2010년		2011년	
분당 노인종합복지관	교육	1144명/107회	교육	987명/79회	교육	3752명/377회
	홍보	51회	홍보	36회	홍보	102회
	상담	71명/148건	상담	167명/399건	상담	26명/70건

(3) 부천시

부천시는 소사노인복지관, 원미구노인복지관, 오정구노인복지관에서 노인자살 예방사업을 진행하고 있다. 소사노인복지관은 위치상 오래된 동네라서 단독주택이 많고 독거노인이 많은 상황이다. 저소득층이 많다보니 심리상담보다는 복지상담이 가미된 사례가 다수이고, 이로 인해 다양한 복지서비스 제공이 가능한 지역 사회 유관기관과의 연계가 원활하게 이뤄지고 있다. 지역 내 무한돌봄사업과 연계사업이 활발하고, 무한돌봄권역회의, 보건복지실무자회의 등 지역사례관리팀과 연계한 사례가 다수이다. 소사노인복지관 내 노인자살예방센터는 매년 폭발적으로 사업을 증가시키고 있으며, 노인자살예방교육이 연 100회 이상을 실시할 정도로 교육사업에 주력하고 있는 것으로 나타났다. 원미구노인복지관은 주변 지역에 임대아파트가 있어 수급권자가 많으며, 수급권자들이 신체적인 장애에 대한 적극적인 대처 및 치료가 이루어지지 못한 상황에서 불편감을 가지고 있다보니 우울증이나 조울증 같은 기분장애를 경험하는 어르신이 많은 것으로 나타났다. 최근 3년 간 노인자살예방실적이 다소 감소되는 정도를 보이고 있으나, 연 700건의 상담실적을 달성하고 있다. 오정구노인복지관은 부천시 내 3개 지구 중 지역발전 면에서 가장 취약한 지역으로, 서울에 가까이 위치해 있는 지리적 특성상 서울에서 경제적으로 실패를 경험해 유입되는 인구가 많은 지역이다. 외부에서 유입되는 인구가 많아 지역 내 끈끈한 정서감이 부족하고 이는 사업에 영향을 미치기도 한다. 오정구노인복지관 내 노인자살예방실적은 전문상담 영역에서 연 2천 여건이 넘는 상담을 지속하고 있어 상담사업에 주력하고 있는 것으로 나타났다.

다음 <표 4-8>은 부천시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 표이다.

<표 4-8> 부천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
소사 노인복지관	교육	86명/14회	교육	451명/42회	교육	1728명/123회
	홍보	45회	홍보	5회	홍보	130회
	상담	388명/513건	상담	252명/413건	상담	792명/1358건
원미구 노인복지관	교육	1124명/105회	교육	471명/51회	교육	364명/37회
	홍보	26회	홍보	1회	홍보	3회
	상담	391명/995건	상담	450명/1232건	상담	395명/760건
오정구 노인복지관	교육	132명/56회	교육	266명/26회	교육	216명/15회
	홍보	1회	홍보	1회	홍보	3회
	상담	215명/318건	상담	511명/1391건	상담	765명/2025건

(4) 안양시

안양시는 안양시노인종합복지관 내 노인자살예방센터에서 본 사업을 운영하고 있다. 기관의 특성상 언덕에 위치하고 있어 어르신들이 이용하기에는 다소 접근성이 좋지 않은 편이라고 볼 수 있다. 내담자의 특성으로는 우울증을 비롯한 기분장애를 경험하는 어르신이 많으며, 자살위험요인으로는 가족해체, 경제적 어려움, 건강 순으로 나타나 가족 및 경제문제에서 취약한 것으로 나타났다. 가족갈등을 겪는 사례 중에는 유년 시절부터 갈등을 빚어왔고 이후 폭력이나 방임의 형태 등으로 학대가 나타나고 있으며, 가족갈등으로 인한 빈곤과 건강문제가 악순환되는 사례가 많이 나타났다. 안양시 또한 심리상담보다 복지정보를 제공하고 연계하는 상담이 높을 것으로 유추해 볼 수 있다. 매년 사업실적이 증가하고 있으며, 2011년 홍보실적이 급증함에 따라 교육과 상담실적 또한 2배 이상 증가하였음을 확인해 볼 수 있다. 다음 <표 4-9>는 안양시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 표이다.

<표 4-9> 안양시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
안양시 노인종합복지관	교육	279명/53회	교육	284명/45회	교육	868명/73회
	홍보	22회	홍보	14회	홍보	94회
	상담	148명/245건	상담	260명/489건	상담	405명/860건

(5) 안산시

안산시는 상록구노인복지관이 2009년에 사업을 시작하면서, 2010년에 단원구노인복지관이 생명사랑교육단(노인일자리사업단)을 중심으로 노인자살예방사업을 시작하게 되었다. 2012년 현재 전문상담사가 배치되어 보다 체계적으로 사업을 운영하고 있다. 노인자살예방사업의 경우 지자체의 관심과 협조가 적극적으로 이뤄져야 함에도 불구하고 지자체의 관심과 지원이 부족한 실정이었다. 유관기관인 소방서, 경찰서에서도 비협조적인 태도로 나올 뿐만 아니라 안산시에서 연계를 해야만 협조할 수 있다는 답변만 듣는 상황에서 사업을 진행하고 있었다.

상록구노인복지관의 경우 독거노인이 많이 분포되어 있고, 주변에 시화공장, 바늘공장 등 공업단지가 많아 외국인노동자가 거주하고 있었다. 단원구노인복지관 또한 임대아파트가 밀집된 원곡동, 선부동 옆에 기관이 위치해 저소득층이 많이 분포되어 있고, 공단밀집지역이라 다문화 가족의 증가, 외국인어르신들의 자살충동에 개입할 방안 등이 모색되어야 할 필요성이 제기되었다.

<표 4-10> 안산시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
상록구 노인복지관	교육	100명/147회	교육	150명/36회	교육	573명/51회
	홍보	357회	홍보	2회	홍보	249회
	상담	302명/404건	상담	359명/573건	상담	362명/639건
단원구	교육	-	교육	58명/12회	교육	152명/34회

구분	2009년		2010년		2011년	
노인복지관	홍보	-	홍보	400회	홍보	230회
	상담	-	상담	10명/17건	상담	21명/23건

(6) 광명시

광명시노인종합복지관 내 노인자살예방센터는 기관 위치가 한 지역으로 치우쳐져 있어 소하동 이외 월산동, 광명동 거주 어르신이 이용하기 어려운 지리적 요건을 갖추고 있었다. 특히 기관이 위치한 소하 1,2동 재개발로 인해 임대주택 단지의 건축 등으로 노인인구 유입이 증가하고 있는 추세이다. 2009년부터 시작 된 본 사업은 2010년, 2011년에 높은 성과를 드러냈다. 노인자살예방교육이 연 1,600여명을 대상으로 실시하였으며, 상담 또한 3천 여건이 넘을 정도로 활발하게 운영되고 있다.

광명시의 사례와 같이 서비스 기관의 지역적 불균형으로 인해 서비스를 받지 못하는 내담자가 증가하게 될 상황이 우려될 수 있다. 따라서 광명시를 비롯한 현 노인자살예방센터의 지역별 균등한 서비스 제공을 위해 사업의 내실화가 우선적으로 고려되어야 하며, 이를 위한 전문인력의 투입과 예산확대가 이뤄져야 함을 보여주고 있다. 다음 <표 4-11>은 광명시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-11> 광명시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
광명시	교육	222명/26회	교육	1331명/112회	교육	1608명/92회
	홍보	140회	홍보	92회	홍보	62회
노인종합복지관	상담	173명/199건	상담	1517명/2141건	상담	2809명/3573건

(7) 시흥시

시흥시노인종합복지관 내 노인자살예방센터는 아파트가 많은 신도시 내에 위치하고 있으나 임대아파트와 고급형아파트가 공존하고 있어 서비스 이용자들의 상대적 괴리감을 느낄 수 있는 지역적 특성을 갖고 있다. 이혼한 자녀의 손자녀를 돌보는 어르신 가족이 많고, 가족적 요인으로 인해 자살생각을 드러내는 사례가 나타나고 있다. 특히 정왕동 지역의 공업단지 주변으로 오랫동안 살던 원주민들이 자녀 없이 독거노인으로 생활하는 경우가 많아 지역적 특성을 고려한 서비스 개입이 필요한 상황이다. 또한 교육수준이 높지 않아 상담에 대한 지식이 부족한 어르신들이 많이 있는 것으로 나타났다.

시흥시노인자살예방센터는 최근 종합상담센터로 명칭이 변경되면서 자살이라는 단어에 익숙치 않은 어르신들을 배려한 종합상담센터를 운영하고 있었다. 이러한 탓에 지역주민들의 상담도 지속적으로 증가하고 있으며, 지역사회복지협의체를 통해 노인자살예방사업에 대한 회의도 이뤄지고 있는 것으로 나타났다. 다음 <표 4-12>는 시흥시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-12> 시흥시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
	시흥시 노인종합복지관	교육 홍보 상담	158명/47회 58회 263명/428건	교육 홍보 상담	126명/38회 67회 123명/259건	교육 홍보 상담

(8) 군포시

군포시노인복지관 내 노인자살예방센터는 지하철역(1호선 당정역) 바로 인근에 위치한 관계로 접근성이 매우 좋은 지리적 특성을 갖고 있다. 그러나 노인자살예방사업을 담당하는 상담사의 높은 이직율로 지역사회 네트워크 구축이 어려운 상황이고, 사업의 지속성 또한 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 주변 연계기관들이 협조적이지 못한 점 또한 사업의 어려움 중 하나로 나타났다.

군포시의 사례를 비롯하여 상담사의 높은 이직율은 안정적인지 못한 보수체계와 소진과 스트레스에 취약한 근무현실이라는 점에서 고민해 볼 문제이다. 또한 자살에 대한 일반주민 및 지역 유관기관의 인식이 부족한 탓에 원활한 사업연계가 어렵고 결국 노인자살예방센터 내에서 내담자의 욕구를 감당해야 하는 문제에 봉착하게 된다. 이러한 문제는 비단 군포시 뿐만 아니라 경기도 노인자살예방사업이 보다 안정적인 단계로 나아가기 위해 해결해야 할 과제라고 볼 수 있다. 다음 <표 4-13>는 군포시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-13> 군포시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
군포시 노인복지관	교육	496명/56회	교육	591명/47회	교육	1865명/393회
	홍보	16회	홍보	10회	홍보	360회
	상담	205명/351건	상담	624명/792건	상담	1092명/1188건

(9) 하남시

하남시종합사회복지관 노인자살예방센터는 어르신들이 이용하기에 접근성이 편리하고, 서울인접 지역이라 유입되는 인구가 상당히 많다는 특성이 있다. 노인자살예방사업의 특성으로는 방문상담과 내방상담에 따라 내담자가 호소하는 문제가 달라지는 점이 나타나는데, 방문상담의 경우 경제적인 어려움을 호소하는 내담자가 많은 반면, 내방상담의 경우 정서적인 문제를 호소하는 독거노인이 많

은 점을 들 수 있다. 이러한 점은 전문상담을 요청하는 내담자의 경우 자신의 우울, 자살문제에 대한 해결이 시급하여 복지관을 찾을 확률이 높지만, 방문상담의 경우 재가노인이 대부분이기 때문에 복지정보를 제공받거나 현물서비스 등을 요청하는 경우가 많다는 특성을 내포하고 있다. 사업실적을 살펴보면 홍보사업이 연 3백 건이 넘을 정도로 활발한 홍보를 추진하고 있는 것으로 나타났다. 다음 <표 4-14>는 하남시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-14> 하남시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
하남시	교육	64명/15회	교육	777명/40회	교육	1677명/248회
종합사회	홍보	12회	홍보	121회	홍보	346회
복지관	상담	390명/390건	상담	206명/470건	상담	263명/458건

(10) 의왕시

의왕시는 총 두 개의 노인복지관 내 노인자살예방센터를 운영하고 있었다. 서울에서 살다 경제적인 어려움으로 인해 유입되는 노인인구가 증가하고 있으며, 어르신들 간에 경제적 수준이나 학력 격차가 크다는 특성을 갖고 있었다. 노인자살예방사업의 경우 지자체와 업무 협조나 지원이 원활하지 않은 것으로 나타났다. 다음 <표 4-15>는 의왕시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 두 기관이 비슷한 실적을 유지하고 있으나 이름채노인복지관이 좀 더 활발하게 사업을 운영하고 있는 것을 확인해 볼 수 있다.

<표 4-15> 의왕시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
사랑채 노인복지관	교육	9명/8회	교육	178명/36회	교육	195명/37회
	홍보	6회	홍보	0회	홍보	0회
	상담	114명/269건	상담	310명/415건	상담	311명/390건
아름채 노인복지관	교육	111명/33회	교육	204명/43회	교육	551명/56회
	홍보	86회	홍보	4회	홍보	30회
	상담	307명/634건	상담	333명/858건	상담	496명/857건

(11) 오산시

오산시는 오산시종합사회복지관에서 노인자살예방사업을 수행하고 있다. 지자체의 협조가 적극적이며, 전문상담사가 지역사회복지협의체 내 노인통합분과에서 전문상담인력으로 활동하고 있어 오산시 내 노인자살에 대한 관심과 이해가 높은 수준임을 짐작해 볼 수 있다. 복지관 내 독거노인을 대상으로 한 서비스가 잘 구축되어 있어 자살위험이 높은 독거노인을 대상으로 한 관리가 이뤄지고 있는 상태이나, 가족구성원에 대한 얘기를 하지 않거나 조심스러워 하는 노인들이 많다는 특성을 갖고 있다. 지역사회 협조가 잘 구축되어 있어 다양한 대상을 중심으로 한 교육이 이뤄지고 있으며, 2009년 대비 2010년, 2011년에 연간 천 건 이상의 상담실적으로 보이고 있다. <표 4-16>는 오산시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-16> 오산시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
오산시 종합사회복지관	교육	857명/143회	교육	1323명/111회	교육	1326명/72회
	홍보	13회	홍보	68회	홍보	82회
	상담	106명/436건	상담	696명/1171건	상담	894명/1265건

(12) 과천시

과천시는 경제적인 격차가 심한 지역 중 하나로, 비싼 집값으로 생활비나 노령 연금을 받지 못하는 ‘풍요 속의 빈곤노인’이 많다. 타 지역에 자녀가 거주해도 복지관 주변에 거주할 수 있도록 해 주고, 복지관을 기점으로 여가를 누릴 수 있도록 동선을 짜 주는 등 여가와 문화혜택은 많으나 경제적 편차로 인해 수준이 맞지 않는 어르신들 간에 미묘한 관계가 성립되기도 한다. 실제로 시정에 적극적으로 민원을 넣는 어르신도 많을 뿐만 아니라 해외에 거주하다 유입되는 노인인구도 많아 개인중심적인 사고방식이 많다고 한다.

과천시노인자살예방센터의 경우 계약직이라는 신분의 한계로 지역연계가 어려운 점도 발생하는데, 무한돌봄센터를 중심으로 이뤄지는 회의의 경우 직책이 계약직 상담원으로 분류된 상담사가 참석하지 못해 배제되는 상황에 이른다곤 한다. 또한 노인지회가 관리하는 경로당 사업에 전혀 개입할 수 없으며 경로당과의 네트워크 구축이 어려운 상황이기도 하다. 다음 <표 4-17>은 과천시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-17> 과천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
과천시 노인복지관	교육	7명/5회	교육	85명/23회	교육	558명/60회
	홍보	6회	홍보	28회	홍보	69회
	상담	173명/209건	상담	307명/364건	상담	699명/1002건

(13) 고양시

고양시는 아파트 주거세대가 많고, 서울에서 퇴직한 후 신도시로 유입된 인구가 많으며, 원주민보다 유입인구가 복지관을 많이 이용하는 상황이다. 고양시 노인의 학력 및 경제적인 수준의 편차가 크지 않으며, 덕양구에 비해 일산노인종합복지관이 위치한 지역의 수급권자도 상대적으로 적은 수준이다. 유입되는 인구의

경우 자기주장이 강하고 상대적으로 수준이 낮은 사람들과의 어려움이 어려운 상황이다. 배우자나 자녀의 사별을 경험한 독거노인의 분포가 많아 경제적인 부분보다는 가족갈등의 어려움, 사별 등으로 인한 우울, 외로움 등의 심리적인 문제를 호소하는 노인이 많다. 특히 학력이 높을수록 대인관계의 어려움을 호소하는 경우가 많고 중도에 상담을 그만두는 경우도 다수인 것으로 나타났다.

고양시에 위치한 덕양노인종합복지관, 일산노인종합복지관 모두 지자체의 적극적인 협조와 지원이 이루어지고 있으며, 보건분야와 복지분야에 대한 서로의 역할에 대해 충분한 공감과 역할분담이 이루어지고 있는 상황이다. 두 기관 모두 매년 사업의 실적이 증가하고 있으며 실적 면에서 기관 사이에 차이가 약간 나타났다. 일산노인종합복지관 내 노인자살예방센터의 경우 교육사업, 전문상담사업에 집중하고 있으며 상담사업의 경우 명수 대비 건수가 월등히 높다는 특성을 보이고 있으며, 덕양노인종합복지관의 경우 교육, 홍보, 상담이 모두 원활하게 진행되고 있으나 상담사업 면에서 명수와 건수의 차이가 크지 않아 지속상담의 비중이 크지 않다는 점을 살펴볼 수 있다. 다음 <표 4-18>은 고양시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-18> 고양시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
일산 노인종합복지관	교육	61명/8회	교육	97명/33회	교육	919명/63회
	홍보	649회	홍보	184회	홍보	43회
	상담	87명/151건	상담	177명/353건	상담	235명/942건
덕양 노인종합복지관	교육	182명/464회	교육	1654명/195회	교육	1361명/92회
	홍보	3381회	홍보	136회	홍보	118회
	상담	504명/772건	상담	1363명/1605건	상담	1018명/1346건

(14) 의정부시

의정부시는 지역이 넓고 인구밀도가 낮은 지역으로 송산실버문화센터 내 노인 자살예방센터의 경우 위기 내담자 중 70대 남자 어르신이 많으며, 경제적인 문제를 주로 호소하는 사례가 많은 것으로 나타났다. 의정부노인복지관 내 노인자살예방센터는 역 중심 고시원이 수급권자인 독거노인이 다수 생활하고 있으며 월세보 증금의 부족으로 고시원을 선호하는 경향이 높다는 특성을 갖고 있다. 특히 최근 몇몇 고시원을 중심으로 다수의 수급권자인 독거노인의 정서적인 학대 및 무시 등의 확대행위가 발생되고 있으며, 고시원 환경의 열악함으로 인해 전화상담의 어려움을 빚고 있다. 뿐만 아니라 차상위계층의 독거노인이 증가하여 경제적인 어려움으로 인한 자살위험이 높은 것으로 나타났다.

무엇보다 지자체의 적극적인 협조가 부족한 탓에 유관기관과 사업연계가 상당히 어렵고 자살에 대한 선입견과 부정적인 인식으로 인해 사업의 협조도 크지 않는 현실이다. 따라서 일반주민과 관공서 중심의 공무원을 대상으로 한 인식개선 및 협조를 유도하는 식의 사업이 우선적으로 해결해야 할 과제로 나타나고 있다. 다음 <표 4-19>는 의정부시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 송산실버문화센터가 의정부시노인복지관에 비해 높은 성과를 보이고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-19> 의정부시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
송산 실버문화센터	교육	92명/40회	교육	633명/50회	교육	1188명/56회
	홍보	50회	홍보	21회	홍보	30회
	상담	490명/799건	상담	756명/1342건	상담	593명/953건
의정부 노인복지관	교육	842명/85회	교육	604명/56회	교육	250명/17회
	홍보	104회	홍보	29회	홍보	22회
	상담	631명/631건	상담	874명/1264건	상담	486명/684건

(15) 구리시

구리시는 종합사회복지관에서 노인자살예방사업을 수행하고 있다. 지리적 특성상 서울시 경계에 위치하고 있고 일부에서는 서울로부터 유입되는 인구가 있다. 기관위치상 접근성이 좋아 어르신들의 이용이 원활하고, 내담자의 특성상 건강상의 문제, 경제적인 문제를 호소하는 경우가 많으며, 가족으로부터 소외감이 나 갈등을 빚는 경우도 많은 것으로 나타났다. 노인자살예방사업의 경우 무한돌봄센터가 긴밀한 협조체계를 구축하여 사업을 진행하고 있는 것으로 나타났다. 다음 <표 4-20>은 구리시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 구리시의 경우 홍보사업이 매년 큰 폭으로 증가추세에 있으며, 노인자살예방교육 또한 지속적으로 증가하고 있는 것을 살펴볼 수 있다.

<표 4-20> 구리시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
구리시 종합사회복지관	교육	68명/46회	교육	273명/42회	교육	712명/39회
	홍보	4회	홍보	22회	홍보	82회
	상담	163명/664건	상담	224명/842건	상담	242명/869건

(16) 동두천시

동두천시는 서울과의 거리가 멀지 않고 지하철로 인해 유입되는 인구가 증가하는 추세이다. 유입인구의 경우 집값이 싸서 동두천으로 이주해 오는 경향이 있다. 기지촌이 있었던 특징 때문에 기지촌 매춘 여성 출신이 많이 거주하고 있으며, 여성 어르신의 경우 자신의 신분을 숨기기 위해 외부출입을 꺼리는 상황까지 발생하고 있다. 특히 노인자살예방사업의 내담자가 되어도 적극적으로 도움을 요청하기 어려워하고, 상담을 함으로써 가족이 피해를 입지 않을까 우려하는 상황까지 있다. 가족이 같은 지역 내에 있어도 동거를 꺼려하고 혼자사는 독거노인이 많이 있으며, 기지촌 출신 어르신들의 경우 자존감이 낮고 외부도움에 대한 거부

감이 강한 것으로 나타났다.

자살위험의 주 요인으로는 가족갈등이 대부분이며, 자식세대가 부모 부양을 꺼려하는 상황이 많고, 이로 인해 외로움을 호소하는 노인들이 늘어나고 있다. 심지어 신체적, 경제적인 어려움이 악화될 경우 가족으로부터 버림받을 것이라는 불안감이 증폭되어 심리적으로 불안정한 상태를 보이기도 하는 사례가 많이 있다.

노인자살예방사업의 경우 지자체의 업무 협조나 관심이 다소 부족한 상황이고, 무한돌봄센터에서 월 1회 회의를 통해 업무조정과 연계가 이뤄져 노인자살예방센터에 대한 홍보와 관심을 높였으나 실제 2012년에는 연계가 잘 이뤄지지 않고 있는 상황이다. 구리시는 종합사회복지관에서 노인자살예방사업을 수행하고 있다. 다음 <표 4-21>은 동두천시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다.

<표 4-21> 동두천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
동두천 노인복지관	교육	481명/24회	교육	408명/80회	교육	1276명/109회
	홍보	284회	홍보	40회	홍보	42회
	상담	264명/681건	상담	621명/1081건	상담	410명/865건

2) 도농복합형

(1) 용인시

용인시는 급격한 도시화로 타지역민들이 지속적으로 유입되고 있어 원주민들과의 문화적인 마찰이 일어나거나, 복지관 내에서도 문화적인 부분의 차이를 호소하는 경우가 많이 나타났다.

용인시노인복지관 내에 위치하고 있는 노인자살예방센터는 행정타운 내에 위치해 있다보니 무한돌봄센터, 치매센터, 건강가정지원센터, 가정폭력센터 등 관공서가 밀집되어 있어 연계가 원활하게 이루어지는 점에서 시너지 효과가 있었다. 특히 지자체 담당자의 관심에 따라 자살예방사업에 대한 협조와 지원상황이 달라지는 현실 속에서 지자체의 관심이 다소 부족한 것으로 나타났다. 한편 독거노인센터를 위한 유케어센터 운영을 통해 독거노인이 비상벨을 누를 경우 직접 통화가 이루어지는 응급전화를 운영하여 사업수행에 보다 긴밀한 연계체계가 마련되는 등 긍정적인 점이 나타나기도 했다. 다음 <표 4-22>은 용인시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 노인자살예방교육과 상담사업이 큰 폭으로 상승하는 추세에 있으며, 상담사업의 경우 2011년 연간 천 여건을 달성하여 2010년 대비 약 2배 이상의 실적을 상승하는 성과가 나타났다.

<표 4-22> 용인시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
용인시 노인복지관	교육	175명/40회	교육	284명/58회	교육	876명/53회
	홍보	22회	홍보	49회	홍보	55회
	상담	439명/613건	상담	197명/594건	상담	422명/1327건

(2) 평택시

평택시는 미군부대가 있어 과거 매춘여성들이 팽성읍, 송탄지역에 많이 거주한 바 있으며, 최근 쌍용자동차 노동자 해고문제 및 미군부대 이전으로 인해 강계이주 어르신들이 팽성, 안중지역에 많이 밀집되어 거주하고 있다. 또한 최근 삼성전자 및 대기업 유치로 인한 고덕면 개발로 인해 이주민이 증가하고 있으며 반면 기존 원주민들은 삶의 터전을 잃고 공공근로사업에 참여하는 경우가 많다. 노인복지관이 시내 중심가에 위치해 있긴 하나 주위에 단독주택이 밀집되어 있어 경제적 어려움을 겪는 대상자가 많으며, 동서남북으로 복지관이 배치되어 있어 실무자간에 협조체계가 잘 구축되어 있고, 교육 및 사후연계가 원활하게 진행되고 있는 실정이다. 다음 <표 4-23>은 평택시 노인자살예방사업 추진성적을 나타낸 것이다. 2010년까지 홍보사업에 주력한 반면 2011년에는 교육사업에 3배 이상의 성과를 달성하였으며, 상담사업 꾸준히 증가하고 있는 추세이다.

<표 4-23> 평택시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
평택남부 노인복지관	교육	8명/12회	교육	834명/69회	교육	2142명/98회
	홍보	28회	홍보	163회	홍보	95회
	상담	84명/403건	상담	349명/744건	상담	396명/847건

(3) 화성시

화성시는 관할지역이 넓다는 특성과 동부, 남부지역을 중심으로 한 도시개발이 활발한 반면 서부지역은 개발이 이뤄지지 않아 지역 내 격차가 심하게 나타나고 있다. 특히 도시화가 이뤄지지 않은 지역은 인구밀도가 지나치게 낮아 상담시 장거리 운전이 필수적으로 요구된다는 점에서 한계를 드러내고 있다.

기존에 원주민의 학력은 낮은 반면, 서울이나 기타 수도권에서 이주해 온 어르신의 학력과 문화적 수준이 높아 그 격차가 심하며, 외부인구가 유입되는 지역을

중심으로 노인인구 밀도가 높아지고 있다. 도농복합지역의 특성상 농한기와 농번기의 내담자 및 기관 이용자 현황의 차이가 극명하게 드러나 상담이 제대로 이어지지 못하고 연락이 두절되는 상황도 종종 일어나고 있다.

화성시남부노인복지관 내 노인자살예방사업은 유관기관 간 연계가 다소 부족하나 무한돌봄센터, 동주민센터 등과의 연계가 유기적으로 이뤄지고 있다. 다음 <표 4-24>는 화성시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 화성시는 교육, 홍보, 상담사업이 꾸준히 증가하는 추세에 있으며, 2010년 대비 2011년 연간 백 건 이상의 교육사업과 천 건 이상의 상담성과를 보이고 있다.

<표 4-24> 화성시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
화성시남부 노인복지관	교육	40명/31회	교육	649명/64회	교육	1802명/125회
	홍보	7회	홍보	86회	홍보	209회
	상담	124명/315건	상담	222명/398건	상담	737명/1092건

(4) 이천시

이천시는 기관이 시내에 위치해 있어 어르신들이 이용하기에 접근성이 매우 좋은 지역에 속한다. 이천시노인종합복지관 내 위치한 노인자살예방센터는 최근 경제적인 문제로 자살생각을 호소하는 어르신들과 독거노인에 대한 개입이 증가하고 있는 추세이다. 다음 <표 4-25>은 이천시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 2009년 대비 2010년, 2011년에 사업이 큰 폭으로 증가추세를 보이고 있다.

<표 4-25> 이천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
이천시 노인종합복지관	교육	182명/34회	교육	1061명/95회	교육	848명/63회
	홍보	0회	홍보	133회	홍보	107회
	상담	407명/633건	상담	834명/1059건	상담	834명/1049건

(5) 김포시

김포시노인종합복지관은 김포의 중심에 위치하여 접근성이 매우 좋으며, 최근 신도시 개발지역을 중심으로 임대아파트가 들어서면서 다문화 가족이 거주하는 추세가 높아지고 있다. 해외이민을 갔다 고국이 그리워서 유입되는 인구도 높으나, 유입되는 인구가 적응상의 어려움을 호소하며 원주민보다 내담자로 많이 형성되는 경향을 보이고 있다.

노인자살예방센터의 경우 지자체 담당 공무원과 긴밀한 사업연계가 이뤄지지 못한 수준이며, 관계자들의 사업에 대한 인식이 상당히 부족한 것으로 나타났다. 다음 <표 4-26>은 김포시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 홍보사업은 크게 줄었으나 교육 및 상담사업이 큰 폭으로 상승하여 연간 이천명이 넘게 사업실적을 달성하고 있어 매우 활발하게 사업수행이 이뤄지고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-26> 김포시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
김포시 노인종합복지관	교육	213명/37회	교육	1550명/118회	교육	2158명/180회
	홍보	542회	홍보	95건	홍보	38회
	상담	275명/356건	상담	1271명/1820건	상담	2744명/3849건

(6) 안성시

안성시는 지역이 넓고 기관이 시내에 위치해 노인인구 밀도가 낮은 외곽지역까지 관리가 어렵다는 한계를 갖고 있다. 주요 내담자는 독거노인, 수급권자 어르신인 대부분이라 경제적인 어려움으로 인한 자살호소를 많이 하는 것으로 나타났다. 노인자살예방사업을 담당하는 안성시노인복지관의 경우 지자체, 유관기관과 긴밀하게 협조가 이뤄지지 못하고 있어 사업을 진행하는 데 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 특히 1년에 3번 이상 시담당자가 바뀌는 잦은 업무이동으로 노인자살예방사업에 대한 관심과 지원이 지속적이지 못한 실정이다. 다음 <표 4-27>은 안성시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 2009년부터 매우 높은 상담건수를 기록하여 상담사업이 안정적으로 이뤄지고 있으며, 노인자살예방교육 또한 높은 수준의 실적을 보이고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-27> 안성시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
안성시 노인복지관	교육	112명/10회	교육	897명/66회	교육	876명/77회
	홍보	11회	홍보	109회	홍보	145회
	상담	456명/844건	상담	721명/1828건	상담	753명/1712건

(7) 남양주시

남양주시는 신도시가 별내와 진접에 개발되어 유입인구가 급속하게 늘어나는 상황이다. 특히 남양주시가 넓은 지역임에도 불구하고 동북부 지역에 기관이 위치하고 있어 접근성은 떨어지는 편이다. 복지관을 이용하는 어르신보다 오지 못하는 분들을 방문상담하는 경우가 많으며, 내담자 중 기본장애가 상당히 많다는 점도 특징에 속한다. 김포시와 같이 원주민보다 유입인구가 내담자가 되는 경우가 많고, 적응상의 어려움, 기본장애 등을 호소하는 경우가 있었다. 다음 <표 4-28>은 남양주시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 남양주시는 2010

년부터 노인자살예방교육에 초점을 두고 연간 4천명에 달하는 주민 및 노인을 대상으로 교육을 수행한 바 있다.

<표 4-28> 남양주시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
남양주동부 노인복지관	교육	74명/12회	교육	2565명/118회	교육	4044명/203회
	홍보	7회	홍보	245회	홍보	202회
	상담	25명/60건	상담	305명/682건	상담	216명/393건

(8) 파주시

파주시 또한 유입되는 인구가 많고, 교통이나 접근성의 문제로 복지관 이용이 어려운 지역이 다수에 속한다. 특히 화성시와 같이 개발의 편차가 심해 생활수준 격차가 심할 뿐만 아니라 복지관을 이용하는 노인들의 격차 또한 심해 적응상의 어려움을 호소하는 경우가 있다. 지자체의 특별한 협조나 관심이 없는 상황에서 노인자살예방사업을 수행해 나가고 있다. 다음 <표 4-29>는 파주시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 2010년에 비해 2011년 노인자살예방실적이 다소 감소되는 추세를 보이고 있다.

<표 4-29> 파주시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
파주시 노인복지관	교육	215명/18회	교육	978명/73회	교육	498명/37회
	홍보	6회	홍보	40회	홍보	7회
	상담	153명/330건	상담	256명/577건	상담	107명/244건

(9) 포천시

포천시는 노인인구밀도가 낮고, 기관이 시내에 위치해 있기는 하나 포천시 자체의 교통편이 좋지 않아 접근성이 다소 떨어진다. 도농복합지역이다보니 농사를 많이 지어 무릎관절이 안 좋고 거동이 불편하신 분들이 많으며, 노인자살예방센터 또한 방문상담이 많이 하고 있는 편이다. 경제적인 어려움, 부부갈등, 가족갈등으로 인한 의로움을 호소하는 경우가 많으며, 복지상담을 요구하는 사례도 많다. 노인자살예방사업은 노인관련 유관기관이 정기적으로 1년에 2회씩 네트워크 회의를 하고 있어 유관기관 간에 긴밀한 협조가 이뤄지고 있다. 다음 <표 4-30>은 포천시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 2009년에 비해 2010년에 노인자살예방사업이 활발하게 진행되었음을 확인해 볼 수 있다. 교육 및 홍보는 지속적인 증가추세에 있으나 상담사업은 2010년 대비 2011년에 다소 감소한 것을 알 수 있다.

<표 4-30> 포천시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
포천시 노인복지관	교육	190명/186회	교육	1742명/58회	교육	1053명/158회
	홍보	2082회	홍보	27회	홍보	41회
	상담	173명/173회	상담	1553명/2263건	상담	1106명/1743건

(10) 양주시

기관 위치가 큰 길가에 있어 교통편은 편찮은 편이나 외곽지역의 접근성은 떨어지는 상황이다. 오랜 기관 같은 지역사회에서 생활한 원주민의 경우 이웃 간에 정이 많고, 개별 접촉시 심리적인 부분의 개방이 가능한 편이다. 원주민에 비해 유입인구가 내담자로 더 많이 형성되는데, 이는 적응상의 어려움을 호소하고 있는 것으로 나타났다.

양주시의 경우 대한노인회 양주시지회에서 노인자살예방센터를 운영하고 있어

노인관련 기관에 홍보활동을 나갈 때 회장의 지지도에 힘입어 거부감이 없는 편이긴 하나 기타 업무지원 요청이 잦고 상담실이 따로 마련되어 있지 않아 내방 상담보다 방문상담을 주로 하고 있다. 노인복지관처럼 시설환경이 완비된 시설이 아니다보니 교육할 만한 장소가 없어 사업수행에 어려움을 겪고 있기도 했다. 다음 <표 4-31>은 양주시 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 열악한 환경에도 불구하고 노인자살예방교육을 꾸준히 실시하여 연 3천 여명에게 노인자살예방교육을 실시하는 등의 성과를 보이고 있다.

<표 4-31> 양주시 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
	대한노인회	교육	0	교육	831명/47회	교육
양주시지회	홍보	68회	홍보	83회	홍보	57회
	상담	137명/334건	상담	461명/754건	상담	292명/446건

3) 농촌형

(1) 여주군

여주군노인복지관이 위치한 지리적 특성상 기관의 접근성이 좋지 않고, 원주민들은 농업인구가 많고 경제수준 및 학력이 낮아 적극성이 다소 부족한 특성을 보이고 있다. 도시에서 유입된 인구가 최근 늘어나면서 자원봉사의 마인드가 부족하고 지역에 대한 애정이 다소 높지 않은 편이다. 특히 외부 유입인구의 경우 두 부류로 나타나는데, 경제적인 사정이 좋지 않아 수급권자가 되어 유입된 인구나 고학력자가 여가 및 노후를 위해 유입되는 인구로 나뉘어졌다. 특히 전자의 경우 자살생각이 많은 것으로 나타났다.

노인자살예방사업의 경우 관공서와 연계할 시 소극적인 면이 많으며, 특히 정신보건센터의 협조가 전혀 이뤄지지 않는 등 애로사항이 많은 것으로 나타났다. 다음 <표 4-32>는 여주군 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 노인자살 예방교육이 큰 폭으로 증가추세에 있으며 홍보사업 또한 2010년 대비 8배 이상 증가하였다.

<표 4-32> 여주군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
여주군 노인복지관	교육	143명/29회	교육	328명/66회	교육	1139명/115회
	홍보	8회	홍보	57회	홍보	476회
	상담	192명/317건	상담	269명/559건	상담	384명/919건

(2) 양평군

양평군노인복지관은 12개 읍면 중 가장 시내에 자리잡고 있는 기관이다. 양평군이 기초생활수급권자 신청과 혜택을 받기 가장 쉬운 곳으로 알려져 있어 대부분 가족들과 단절되고 고향을 떠난 수급권자들이 많이 있다. 이러한 분들은 대

부분 정서적으로 외로움, 고독감을 호소하고 경제적으로도 어려움에 처해있는 상황이다. 특히 외부 주소지의 어르신들이 양평에서 자살하는 경우가 많은데 서울과 근접하면서도 인적이 드문 환경 탓으로 분석된다. 최근 농촌지역이라는 특성 때문에 자녀들이 외지에 나가살면서 독거노인의 수가 증가하는 추세에 있다.

양평군의 경우 지자체가 자살예방사업에 대한 관심도 높고 협조와 지원도 아끼지 않는 상황이다. 특히 30개 이상의 기관이 월 1회 회의를 통해 사례연계를 실시하는 등 업무협조가 잘 이루어져 사업에 시너지 효과를 나타내고 있는 실정이다. 다음 <표 4-33>는 양평군 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 2010년에 비해 2011년에 사업실적이 다소 감소되긴 하였으나 상담사업이 높은 실적을 유지하고 있는 상태이다.

<표 4-33> 양평군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
양평군 노인복지관	교육	412명/38회	교육	740명/53회	교육	662명/44회
	홍보	11회	홍보	63회	홍보	24회
	상담	542명/1040건	상담	1367명/1819건	상담	1015회/1328건

(3) 가평군

가평군은 노인인구가 약 20% 정도로 타 시군에 비해 많은 상황이며, 복지관 앞에 실버아파트가 건축되어 외부유입인구가 증가하고 있는 추세이다. 가평군의 경우 외곽지역에 거주할수록 서비스를 제공받지 못하는 등 서비스의 균등한 제공에 어려움을 나타내고 있었다. 특히 교통편이 열악하다보니 내방 및 방문상담이 모두 어려운 상황이며, 유입인구보다 원주민들이 상담을 요청하는 경우가 많이 발생하고 있다. 주 호소문제는 고독, 가족과의 단절 등 외부사람과의 교류가 없어서 나타나는 외로움이 가장 컸다. 다음 <표 4-34>는 가평군 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 매년 사업이 증가하는 추세에 있으며 홍보사업보

다는 교육 및 상담사업에 주력하고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-34> 가평군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
가평군 노인복지관	교육	348명/24회	교육	824명/50회	교육	1108명/65회
	홍보	0회	홍보	5회	홍보	4회
	상담	153명/332건	상담	735명/1672건	상담	701명/1534건

(4) 연천군

연천군의 경우 노인인구 밀도가 낮은 반면 독거노인의 수가 많다는 특징을 갖고 있다. 기존 원주민들 이외에도 타지역에서 유입되는 노인인구가 증가하고 있고, 이들 대부분이 도시생활을 정리하고 노후생활을 누리려는 목적이 강한 것으로 나타났다. 유입인구의 경우 초기에는 적응상의 어려움을 호소하다가 정착하면서 순응하는 경향이 강하게 나타났다. 이러한 특성을 반영하여 노인자살예방사업의 주 내담자는 유입인구보다 기존 원주민들이 더 많은 것으로 나타났다. 다음 <표 4-35>는 연천군 노인자살예방사업 추진성과를 나타낸 것이다. 2009년에 비해 다소 사업실적이 감소되는 추세를 보이고 있다.

<표 4-35> 연천군 노인자살예방사업 추진성과(3년도)

(단위: 명/건)

구분	2009년		2010년		2011년	
연천군 노인복지관	교육	1122명/101회	교육	567명/39회	교육	484명/43회
	홍보	120회	홍보	133회	홍보	7회
	상담	618명/1633건	상담	461명/1231건	상담	405명/1016건

5 총평

제4장은 경기도 및 42개 노인복지관을 중심으로 지리적 특성 및 사업성과 등을 고려하여 분석을 실시하였다. 그 결과 몇 가지 시사점을 살펴볼 수 있다.

첫째, 경기도의 경우 지리적 특성을 고려한 노인자살예방사업이 요구된다. 42개소 노인자살예방센터 모두 사업은 운영하는 데 있어 지리적 특성이 고려될 수밖에 없었다. 지리적으로 범위가 넓은 화성, 가평, 연천 등의 경우 노인복지관이 위치한 지역을 중심으로 사업이 가능하나, 외곽지역 및 복지관 서플러가 운행하지 않는 지역에 거주하는 노인은 서비스를 제공받기 어려울 뿐만 아니라 서비스의 균등한 분배가 이뤄지지 못하였다. 이러한 문제점을 개선하기 위해서는 지리적 특성을 고려한 단계적 전략이 요구되며, 지역주민을 활용한 돌봄 서비스를 활성화시키고, 노인자살예방센터의 지속적인 홍보를 주력해야 할 필요가 있다.

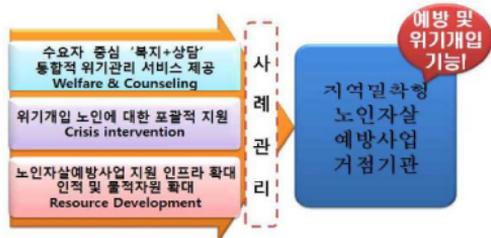
둘째, 대다수의 시군에서 유입되는 인구에 대한 관심과 논의가 필요할 것으로 나타났다. 남양주시, 양주시의 경우 원주민보다 유입인구에 대한 내담자 비중이 많은 실정이며, 이들은 낯선 환경에서 적응하는 어려움, 복지서비스 정보제공 등의 새로운 어려움에 부딪치고 있는 것으로 나타났다. 따라서 유입인구에 대한 지속적인 관심과 사업에 초점을 둘 필요가 있으며, 장기적인 적응방안은 노인복지 관련 기관차원에서 지원해야 할 필요가 있다.

셋째, 지역 차원에서 연계가 활성화되어 있는 성남, 오산, 고양, 양평 등을 제외한 기관에서는 지자체의 낮은 관심과 비협조로 인해 유관기관과 연계가 제대로 성사되지 않을뿐더러 지역 내 노인자살예방사업에 대한 인식이 미흡하여 사업에 지장을 초래하는 경우가 있었다. 이러한 어려움은 시군구 차원에서 노력해야 할 부분이기도 하지만, 경기도 차원에서 대대적인 홍보와 지원이 요청된다. 실제 경기도 특화사업으로서 노인자살예방사업을 수행하고 있으나 수행범위가 넓고, 업무량이 많을 뿐만 아니라 계약직이라는 신분상 주요 회의에 참석하기 어려운 경우가 많다. 이러한 문제의 근본적인 해결책은 경기도 무한돌봄센터와 같은 구조 속에서 노인자살예방센터를 홍보하고 안정적으로 자리 잡도록 지원해주는 역할이 필요하다.

V. 경기도 노인자살예방사업 모형 및 효율적인 운영 개선방안

1 경기도 노인자살예방사업 모형

경기도 노인자살예방사업은 지난 3년 간 우수한 성과를 보였으며, 이를 기초로 더욱 발전적인 노인자살예방사업을 실행하기 위해서 제안하는 사업모형의 기본 틀은 ‘복지와 상담이 융합된 사제관리적 접근’이다. 이는 노인자살예방센터가 기존 노인복지관에 위치해 있다는 점을 비롯하여 노인자살문제는 상담기능뿐만 아니라 복지적 서비스가 개입되어야 하기 때문이다. 따라서 노인자살예방센터가 ‘지역밀착형 노인자살예방사업 거점기관’으로의 위상이 정립되어야 하며, 이를 위해서 첫째, 수요자 중심 ‘복지+상담’의 통합적 위기관리 서비스 제공, 둘째, 위기 개입 노인에 대한 포괄적 지원 셋째, 노인자살예방사업 지원 인프라 확대, 인적 및 물적자원 확대를 통해 이뤄져야 할 것이다.



[그림 5-1] 노인자살예방센터의 사업모형틀

2 경기도 및 시군 노인자살예방센터 사업 운영 개선방안

경기도 및 시군 노인자살예방센터 사업 운영 개선방안은 크게 첫째, 노인자살 예방사업 추진 전달체계의 개편, 둘째, 노인자살예방센터 운영형태, 셋째, 노인자살예방사업 추진 방향의 안정화, 넷째, 노인자살예방게이트키퍼 생명사랑교육단의 지속성과 차별성 보장 등으로 제시하였다.

1) 노인자살예방사업 추진 전달체계의 개편

첫째, 노인자살예방사업은 포괄적인 예방적 개입과 특수한 위기개입으로 구분될 수 있으며, 보다 세부적인 구분인 일차, 이차, 삼차 자살예방 전략을 모두 포함하는 종합적인 정책이 추진되어야 한다. 한국보건사회연구원의 이소정 등(2009)은 기존의 연구들을 종합하며, Maltzberger(1991)의 구분에 따라 일차, 이차, 삼차 자살예방 전략 구분에 근거하여, 구체적인 우리나라 노인자살 예방 정책 추진현황을 분석하였다. 연구결과에서 이소정 등(2009)은 일차적 예방정책이 일종의 포괄적이고 장기적인 과제라면, 이차적 예방정책은 우리나라 높은 노인자살률을 고려했을 때 보다 단기적이고 시급하게 해결되어야 할 정책 사안임에도, 노인자살 예방 전담기관이 거의 없으며, 이차적 예방정책과 관련된 정책 현황이 매우 취약함을 지적하고 있다. 가장 대표적인 노인전용 자살예방관련 업무를 수행하는 기관인 노인자살예방센터는 경기도와 서울의 서대문구가 유일하며, 노인보호전문기관은 노인학대와 관련된 업무를 주로 취급하고 있다는 점, 지역사회 정신보건센터는 자체 전문인력 부족과 노인자살에 대한 특화된 전문성을 보유하고 있지 못한 점을 지적하며, 지역사회 내 이차 예방사업을 추진 할 노인자살 전담인력을 배치하도록 권고하고 있다. 아래의 <표 5-1>에서는 경기도 설치되어 주로 2차 예방사업을 전담하고 있는 노인자살예방센터 역할의 중요성을 확인할 수 있다.

<표 5-1> 노인자살 예방을 위한 정책추진 현황 및 역할

구분	설명	관련 정책	정책 추진 현황	경기 연속추진 중	경기연립 추진
일차 예방	건강한 사람 대상 건강지원, 발병원인 제거 강화요인으로 자살예방 추진	경제적 문제와 복지	기초노령연금, 국민연금, 기초생활보장 등		
		전반적인 건강관리	생애 주기별 맞춤형 건강검진, 장기요양 등		
		은퇴 후 계획			
		사회통합 (사회적지지 네트워크, 사회참여)	노인일자리사업		
		자살수단 접근 차단	지하철 스크린도어 설치 및 농약관리 사업		○
이차 예방	자살위기에 대한 초기 개입	위기노인별궁을 위한 스크리닝 (홍보, 스크리닝 : 생명사랑교육단)		○	○
		게이트키퍼 전달 인력 운영 (생명사랑교육단 노인일자리)		○	
		노인자살 시도경험자들 돌보기 (사례관리 : 생명사랑교육단)		○	
		노인전화상담 서비스	노인의전화, 정신건강 위기상담전화, 생명의 전화, 희망의 전화	○	○
		노인전문 자살예방센터	노인자살예방센터(경기 도 42개, 서대문구)	○	
		노인자살 예방을 위한 지역사회 유관기관 및 전문가 네트워크		○	○
		개인 심리문제 치료 상담		○	
		노인관련 건강전문가들 교육 프로그램		○	○
		우울증치료(병원연계, 치료비지원)		○	
		지역사회 지지 집단 프로그램		○	
		자살자 주변인물에 대한 지지 프로그램			
삼차 예방	생존자를 위한 위기 및 사후개입	위기개입 및 긴급보호		○	
		건강 및 의료전문가들 교육 프로그램			○
		위험군 개인심리상담 및 집단상담			
		self-help를 위한 재사회화 그룹			
		노인자살 시도자에 대한 사후개입 및 유가족 지원			

둘째, 노인전문상담사 1인과 생명사라교육단 10명의 기본구조를 가지고 있는 노인자살예방센터는 노인자살예방전담 전문인력이 배치되어 활동하며 긍정적인 성과를 내고 있음에도, 지역사회 내 노인자살 위험군을 지원할 수 있는 다른 2차, 3차 전문기관의 부재로 말미암아, 2차에서 3차예방인 위기 및 사후개입까지 아우르는 업무적 부담을 지니며 활동하고 있고, 심각한 업무과중은 높은 이직률로 반영되고 있어 시급한 개선이 필요하다. <표 1>의 노인자살예방센터 업무매뉴얼에 따르면 노인자살예방전문상담사는 2차와 3차 예방사업까지 토털서비스를 하도록 규정되어 있다. 이는 서비스 중단이 곧 자살로 귀결될 수 있는 자살위험군을 다루는 업무의 특성에 따른 것으로, 위험군을 안전하게 연계 받아 위기개입 및 보호를 담당해 줄 3차 기관이 전무한 상황이라면, 초위험군에 대한 긴급위기개입과 보호까지 1인의 담당 전문가가 지속적으로 감당할 수밖에 없는 현실이 된다.

따라서, 초위험군에 대한 긴급위기개입과 보호를 전담하는 3차 예방기관이 절실하며, 이는 현재의 노인자살예방 전문상담사들이 2차 예방에 좀 더 집중하며 전문성을 강화할 수 있도록 하는 기회가 될 수 있을 것이다. 서울의 경우, 서울시자살예방센터에서 24시간 긴급위기출동 시스템을 운영하고 있어, 3차 예방기관의 역할을 일정부분 담당해 주고 있어 고무적으로 평가되고 있다. 이에, 경기도도 24시간 출동 및 초 위험군에 대한 보호체계가 반드시 갖추어져야 할 것이며, 이는 서울과 마찬가지로 응급입원 서비스를 병행하며, 병원응급실과 연계하여 자살 시도자에 대한 사후개입 서비스 진입이 용이한 정신보건 체계 안에서 삼차 예방 서비스를 구축하는 것이 바람직해 보인다. 정리하면, 노인자살예방센터는 이차예방사업을 담당하고, 정신보건센터는 삼차예방사업을 전담한다면, 역할중복 없이 보다 2차, 3차 통합적 연계시스템이 구축될 수 있을 것이다.

셋째, 현재 자살예방은 사회적 관심영역으로 급부상하였고, 이 때문에 다양한 영역에서 산발적인 자살예방사업이 우후죽순으로 혼재되어 추진되고 있어 정책 추진의 효율성이 떨어지고 있는 점이 문제점으로 지적되었다. 노인자살예방센터, 노인보호전문기관, 대한노인회, 정신보건센터, 자살예방센터, 사회서비스 바우처 중 노인정서지원서비스, 독거노인 노인돌봄 기본서비스 등 에서 노인자살예방 사

업을 각각 추진하고 있고, 대부분 접근하기 쉬운 자살예방교육 및 스크리닝을 통한 발굴 위주의 사업을 중복적으로 또 경쟁적으로 실시하고 있다. 그러나 발굴이후 2차 및 3차 개입에 대한 준비가 없는 상황에서 경쟁적인 자살위험군 발굴은 잘 드러나지 않는 자살위험군을 더 숨게 만드는 부정적인 역할을 할 뿐 아니라, 전문적이고 치료적인 개입이 없는 비위탁주기 식인 각종 서비스 제공 위주의 자살위험군 관리는 강화요인으로 작용하여 자살위험군의 자살위험을 더욱 증가시키는 작용을 하게 된다.

이러한 비효율성을 개선하기 위해서, 발굴위주의 활동과 발굴된 위험군에 대한 관리를 담당하고 개입할 기관, 보다 심각한 사례를 담당할 기관 등의 역할분담과 합의를 통해 통합적인 위험군 관리 체계가 구축되어야 한다. 이러한 역할조정을 위해 경기도 단위의 자살 TF팀 및 전문위원회가 구성되고 경기도 단위의 통합적 시스템을 합의·조정하여 이를 조례 등을 통해 공식화함으로써 효율적인 시스템이 시군까지 안정적으로 정착되도록 노력할 필요가 있다. 이때 자살예방 사업 중 특히 노인자살예방사업은 우울증 관리 중심의 의료적 모델로만 해결할 수 없으므로, 어느 한쪽으로 치우치지 않는 보건과 복지, 사회 문화적 차원의 예방전략이 종합적으로 추진될 수 있도록 큰 틀의 자살예방시스템을 구축하여야 효과를 발휘할 수 있을 것이다.

넷째, 시군 노인자살예방센터들 및 자살관련 기관들간의 경쟁적인 실적관리는 시군단위 지역사회 내의 위기개입 네트워크를 통한 연계가 활발히 일어나지 않는다면, 자살예방사업이 원활하게 추진될 수 없으므로, 시군 지역단위의 자살위기 관련 네트워크를 강화시킬 수 있는 연계시스템에 대한 개선이 필요하다. 그 일환의 하나로, 제4장 시군 사업성과분석에서 나타난 성남시의 경우처럼, 시군 사회복지 협의체에 자살실무분과를 만들고 이를 통해 연계를 강화하는 것도 하나의 방안이 될 수 있을 것이다. 또한 이러한 지역유관기관과 연계가 되지 않을 경우 경기도 차원에서 대대적인 홍보 및 업무협약 등을 통해 시군 노인자살예방센터에 힘을 실어줄 수 있는 역할이 요구된다.

다섯째, OECD에서 가장 높은 자살률을 보이고 있는 우리나라 노인은 급격한 사회구조 변화에 비하여 노후준비의 부족 및 신체적·사회적 변화와 가족통합의 약화 등을 경험하며 사회적 지지체계가 약화되고, 이는 정서적으로 상실감과 외로움, 우울 및 절망감을 경험하게 되고, 자살로 발전하게 된다. 이러한 노인자살의 특징을 고려하여, 노인자살예방의 접근을 ‘자살’ 위기 및 ‘우울’ 등의 정서문제로만 국한하여 보기보다 사회·문화적 차원의 접근과 준비되지 못한 노후에 대비하여 노인복지 사회적 인프라를 강화시키는 것이 노인자살 예방을 위한 일차적 예방의 가장 핵심이 되어야 한다. 이에 노인자살예방 전문 상담사는 노년기에 경험할 수 있는 신체적·사회적 변화와 가족통합의 약화 등 다양한 노년문제에 대한 종합적인 상담과 더불어 긍정적인 노후를 영위할 수 있도록 다양한 노인복지 서비스를 안내하고 연계하는 역할까지 통합적으로 관여하고 개입하여야 한다. 노인자살이 자살위기 개입만이 아닌, 예방차원에서 노인복지 및 노인심리발달의 종합적인 지원서비스를 제공하도록 하기 위해서, 노인자살예방센터의 역할 및 구조가 노인문제에 대한 종합상담지원센터로 보다 확대·개편 되어야 한다.

2) 노인자살예방센터 운영 형태

경기도 노인자살예방사업은 2009년 경기도에서 처음 시도된 특화 프로그램으로서 도입기를 넘어 이제 정착기로 접어들었다. 도입 초기 시범적인 다양한 변화 시도가 있었고, 이를 토대로 노인자살 업무를 효과적으로 수행하기 위한 안정적인 정착기로의 변화가 필요한 시점이다. 이를 위해 노인자살예방센터의 안정된 운영을 위해 본 연구에서는 첫째, 노인자살예방센터의 인력구조 강화 및 예산확대, 둘째, 노인자살예방센터의 법적 근거 마련을 제시하고자 한다.

첫째, 효과적인 노인자살예방사업 추진을 위해서는, 노인자살예방센터의 인력구조 강화 및 예산 확대가 필요하다. 노인전문상담사는 자살예방교육 및 발굴에서, 2차 예방의 전문상담, 자살위기개입과 보호의 3차 예방까지 혼자 처리하며,

지역사회 네트워크도 구축해야 하는 지나치게 과중한 역할로 한계를 보이고 있다. 개인 1인의 수퍼맨 같은 다양한 전문역량과 노인자살예방에 끊임없는 사명감을 기대하는 구조는 심각한 소진을 불러오고, 이는 높은 이직률과 더불어 서비스 인력의 질적 저하를 불러오고 있는 실정이다. 또한 비정규직으로서의 전문인력의 불안정한 고용형태 및 비슷한 업무를 추진하고 있는 정신보건센터와 비교할 때 81% 수준에 머무르는 낮은 임금, 낮은 직급에서 오는 업무의 독립성 부족으로 의사결정 권한 배제, 연간 700만원도 되지 않은 사업비로 의지 있는 사업 추진 불가, 소속기관장의 관심 부족에 따른 지역사회 네트워크 구축 불가, 일방적 계약 해지 등은 노인전문상담사의 고용 뿐 아니라 사업의 전반적인 효과 면에서도 부정적인 영향을 미치고 있다. 특히, 2013년 가장 오래된 9개 기관 3년 경력 전문상담사의 급여가 S-2단계로 상승함에 따라, 3000만원 예산 내에서, 인건비가 부족한 상황이 발생될 예정⁵⁾으로, 최소한 인건비 상승분에 대한 예산상승이 반드시 확보되어야 한다.

이러한 한계들을 넘어서기 위한 적절한 인력구조는 업무 특성과 업무의 양, 노인자살예방센터의 독립성 등을 기준으로 생각해 본다면, 지역사회 네트워크와 자살 예방교육을 전담하는 센터장 1인, 전문심리상담과 위험성평가를 담당하는 전문상담사 1인, 생명사랑교육단 관리 및 행정 담당 상담사 1인의 3인 구조가 가장 적합할 것으로 보이며, 예산은 최소 1억 이상이 필요할 것이다. 다음 <표 5-2>는 시군 노인자살예방센터 전문인력 및 생명사랑교육단, 예산 변경(안)이다.

- 5) 자살예방사업 경력 3년차 이상의 경우(S-2등급), 현 예산으로는 인건비 부족분이 발생할 수밖에 없다.

총 예산(2012년)	운영비	인건비
30,000천원	7,000천원	23,000천원 이내
최소 31,680천원	7,000천원	S-2 경우 월 2,055천원 × 12개월 = 24,660천원 최소 24,660천원 필요(1,660천원 부족분 발생)

<표 5-2> 시군노인자살예방센터 개선방안(예시)

구분	변경 전	변경 후	비고																						
전문상담 인력	<ul style="list-style-type: none"> 전문상담인력 1인 	<ul style="list-style-type: none"> 전문상담사 1인 상담사 2인 	<ul style="list-style-type: none"> 전문상담사 센터장으로서의 대외업무, 심층상담 및 자살고위험군 상담운영, 생명사랑교육단 슈퍼비전 상담사 1 자살위험성 평가 및 자살상담, 자살예방프로그램 진행, 생명사랑교육단 교육 및 홍보 활동 지원 상담사 2 네트워크 구축 및 유관기관 연계 시스템 마련, 복지서비스 연계 및 사례관리 지원, 행정업무 지원 																						
생명사랑 교육단	<ul style="list-style-type: none"> 생명사랑교육단 활동 기간 7개월 	<ul style="list-style-type: none"> 생명사랑교육단 활동기간 12개월로 연장 	<ul style="list-style-type: none"> 생명사랑교육단의 활동 종료로 일반상담의 경우, 상담이 종료되거나 관리가 어려운 상황 발생 																						
예산	<ul style="list-style-type: none"> 연 30,000천원 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>인건비</td> <td>23,000천원</td> </tr> <tr> <td>운영비</td> <td>7,000천원</td> </tr> </table> <p style="color: red;">* 도비 지원 30%</p>	인건비	23,000천원	운영비	7,000천원	<ul style="list-style-type: none"> 연 100,000천원 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>인건비</td> <td>60,696천원</td> </tr> <tr> <td>운영비</td> <td>19,304천원</td> </tr> <tr> <td>사업비</td> <td>20,000천원</td> </tr> </table> <p style="color: red;">* 도비 지원 30%</p>	인건비	60,696천원	운영비	19,304천원	사업비	20,000천원	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>등급</th> <th>급여</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>전문상담사</td> <td>S-2</td> <td>24,660천원</td> </tr> <tr> <td>상담사 1</td> <td>C-3</td> <td>18,516천원</td> </tr> <tr> <td>상담사 2</td> <td>C-2</td> <td>17,520천원</td> </tr> </tbody> </table> <p style="color: red;">* 도비 지원 30%</p>	구분	등급	급여	전문상담사	S-2	24,660천원	상담사 1	C-3	18,516천원	상담사 2	C-2	17,520천원
인건비	23,000천원																								
운영비	7,000천원																								
인건비	60,696천원																								
운영비	19,304천원																								
사업비	20,000천원																								
구분	등급	급여																							
전문상담사	S-2	24,660천원																							
상담사 1	C-3	18,516천원																							
상담사 2	C-2	17,520천원																							

둘째, 운영형태가 개선되더라도, 노인자살예방센터 업무의 불안정성은 지속적으로 존재하므로, 불안정성을 개선하고 법적 지원 근거를 마련하기 위해서 경기도 노인자살 장기 비전 및 계획과 이를 뒷받침할 조세 제정 등이 우선시되어 사업의 지속성을 확보해야 할 것이다. 그리고 노인자살예방센터에 근무하는 인력들의 자격기준 및 급여기준이 시장경쟁력이 있으며, 장기근속을 보장할 수 있는 수

준으로 채용하는 전문가의 인력 및 자격기준 명시하고 전문가의 호봉제 정규직 급여기준이 제시되어야 할 것이다.

3) 노인자살예방사업 추진 방향의 안정화

구체적으로 경기도에서 추진되고 있는 노인자살예방 사업이 실제로 노인자살률을 감소시키는 방향으로 효과를 증진시키기 위해서, 현재의 노인자살예방 사업 추진 방향을 점검해볼 필요가 있다.

첫째, 도움을 요청하지 않는 노인자살의 특성을 반영하여, 보다 더 적극적인 위험군 발굴에 집중해야 한다. 이를 위해 시군 지자체 공무원 및 통반장 등 지역사회 핵심 인력들과 소방서, 경찰서, 지역 병원 응급의료진 등의 위기관련 인력들의 관심과 발굴 네트워크 구축이 강화되어야 하고, 이들의 관심을 상기시키기 위해 정기적으로 노인자살예방교육이 실시되도록 의무화 할 필요가 있다. 또한 지역사회 전체를 대상으로 하는 자살예방 교육과 행복하고 건강한 삶을 유지하기 위한 정서관리 교육 등이 광범위하게 이루어지고, 위험군에 대해 주변인들이 위험신호를 파악하고 개입 안내 및 전문기관 연계가 일어나도록 지역사회 전체를 대상으로 게이트키퍼 교육이 활성화 되어야 한다. 이를 위해 노인자살예방 시스템 및 조례 등의 근거로 시군 담당 공무원 및 관련 기관 실무자들의 역할을 규정한 업무 매뉴얼이 제정되고, 매뉴얼에 맞게 잘 수행되고 있는 정도를 평가하여야 한다. 평가를 통해 적극적인 관심과 교육이 일어나는 지자체에 대한 시군 및 시군 담당 공무원, 관련자에게 또, 의미있는 활동을 보여준 일반인에 대한 포상도 강화되어야 한다.

둘째, 노인자살전문상담사들의 전문성이 강화될 수 있도록, 전문교육이 강화되어야 한다. 현재 경기도 외에 타 지역에서는 노인자살을 전문적으로 상담하는 곳이 전무하므로, 신규 채용된 전문상담사들은 관련 경험이 전혀 없는 상황에서 업

무를 시작하게 된다. 이런 전문성 부족은 노인복지에서부터 노인심리발달의 문제, 노인의 성 및 노인 가족갈등, 심각한 자살위험 상담 및 긴급위기개입에 이르기까지 종합적인 상담과 개입을 해야 하는 노인전문상담사의 역할과 업무 수행에 큰 어려움을 발생시킨다. 노인전문상담사는 노인발달에 대한 이해, 심리상담에 대한 전문성, 노인복지 서비스에 대한 전문적인 이해와 연계, 자살위기에 대한 이해와 위기개입 능력, 자살위험성 및 심리평가 능력, 노인자살예방 교육 강의능력, 생명사랑교육단에 대한 상담 수퍼비전 능력, 노인집단상담 구성 및 진행 능력, 지역사회 네트워크 구축을 위한 연계능력, 조직적응력 및 행정능력 등 매우 고도의 다양한 능력을 요구받기 때문에 업무수행을 위해서는 집중적인 교육이 반드시 필요하다. 실제 제3장 전문가 서베이 조사에서 시군에서 근무하는 노인전문상담사들의 교육훈련기회의 부족은 업무의 성과와 상담의 질을 떨어뜨리는 요인이 되고 있다고 조사된 바 있다. 그러나 이러한 교육을 종합적으로 실시하는 기관이 부재하므로, 적합한 능력을 향상시키기 위해 경기도에 자체 양성교육 시스템을 마련하여야 할 필요가 있다. 이러한 교육 시스템을 통해 중도에 채용된 전문상담사를 전문적으로 훈련시키거나 노인자살에 관심을 가지는 전문가를 노인전문상담사로 양성하여 인력풀을 확보한다는 취지에서 매우 중요하며, 노인전문상담사들의 전체적인 전문성이 강화될 수 있고, 이는 경기도 노인자살예방사업 발전에 커다란 디딤돌이 될 것으로 기대된다. 또한 전문교육은 경기도만의 전문성이므로 '경기도 노인상담전문교육원'을 설치하여 관련한 전문교육을 진행하고 이를 인정하는 자격과정을 운영할 필요가 있다.

셋째, 현재와 같은 노인자살예방 시스템에서 도시형, 도농복합형, 농촌형 등 지역의 특성에 맞는 차별화된 노인자살예방시스템 및 매뉴얼 개발이 필요하다. 이는 제4장 시군 사업성과 분석에서 나타난 결과와 같이, 도농복합형 및 농촌형의 노인자살예방센터에서 느끼는 애로사항 중 하나가 농번기에 내담자가 연락이 닿지 않는다면, 지역 내 은폐된 자살문화, 교통편이 좋지 않아 방문상담의 한계를 안고 있으며, 서비스 제공의 편의가 드러나는 등을 전문상담사가 지역의 특성에 따라 한계적인 서비스를 제공해야 할 때가 많다. 따라서 노인자살의 원인유형

별, 사례별 차별화된 접근전략과 기법을 개발하여 시군에서 일하는 전문상담사들이 지리적 한계를 딛고 보다 전문화된 서비스를 제공해야 할 필요가 있다. 또한 이러한 노인자살예방 사업 각각의 효과성에 대해 검증하는 연구를 지속적으로 추진하고, 비효율적인 전략을 수정하며, 새로운 접근전략을 개발하는 지원 연구기관으로서, 경기도 노인전문상담지원센터를 설치하여야 한다. 또한 경기도 노인전문상담지원센터를 통해 노인자살예방 사업 추진 실적 및 운영체계에 관한 시군 평가도 병행 실시하고, 긍정적인 효과를 발휘하고 있는 시군에 대해서 예산을 추가지원 하는 등의 활성화 방안도 함께 고려하여야 한다.

넷째, 경기도 노인전문상담지원센터에서는 현실적인 필요성에 의해, 경기도 노인자살 및 상담사업 및 교육을 지원하고, 현재 공백상태에 있는 3차 예방 차원의 긴급자살예방지원팀 및 노인자살 일시보호 위기쉼터를 마련하여 자살 초위험군 노인을 보호함으로써, 시군 전문상담사들의 위기발생을 지원하는 역할을 하여야 한다. 또한 위기 개입지원에도 불구하고 종종 발생할 수밖에 없는 위험군의 자살 시도 및 자살성공에 노출된 시군 전문상담사 및 생명사망교육단의 정신건강을 돌볼 책임을 가져야 한다. 자신이 상담하고 관리하던 내담자가 자살을 시도한다는 것은, 정신건강전문가와 개입자에게 죄책감과 무력감을 갖게 할 수 있고 심각한 스트레스와 소진에 이르게 만든다. 제3장 전문가 서베이 조사결과 시군에서 근무하는 노인전문상담사들에게 가장 스트레스를 발생시키는 것은 바로 내담자가 자살할 것이라는 두려움과 24시간 내담자를 비상관리해야 하는 암묵적인 책임감이었다. 따라서 실제 자살이 발생하더라도 노인전문상담사가 소진되는 것을 막기 위해 센터 내 리프레싱 룸을 설치하여 소진을 극복하고 재충전하는 시간을 제공하는 역할이 절실히 필요하다. 이러한 리프레싱 룸 설치의 높은 이직률을 낮추고 동시에, 전문적인 경험을 통해 상담사로서 내실과 전문성이 마련되어 지는 기회를 제공할 것이다.

다섯째, 노인자살예방사업의 주 대상자는 건강하고 여가를 즐기는 노인복지관 이용노인이기 보다 외부활동을 꺼려하는 재가대상자인 경우가 더 많으므로, 노인

자살예방사업은 재가서비스기관과 보다 강력한 연계시스템 구축에 노력하여야 한다. 특히 자살위험군에 대한 사후적인 위기개입보다 최근에 사별하여 독거생활을 시작한 노인이나 경제적·신체적으로 취약한 노인, 유입되는 노인인구 등 위험요인을 가지고 있는 재가노인들에 대한 예방적 차원의 개입이 보다 적극적으로 이루어져야 한다. 지역사회 내 최근 거주지를 옮겨 전입 신청을 한 독거노인이나 최근 사별을 경험한 노인 등을 위한 적응지원 프로그램 및 애도 프로그램을 개발하고 지원할 수 있도록 한다.

4) 노인자살예방게이트키퍼 ‘생명사랑교육단’의 지속성과 차별성 보장

경기도 노인자살예방 시스템의 큰 축인 노인일자리사업 노노상담 게이트키퍼인 “생명사랑교육단”은 전문가만으로 부족한 발굴, 사례관리 등의 중요한 역할을 수행하며 효과를 발휘하고 있다. 또한 이들은 노인들로 구성되어 있어, 위기 노인들에게 친근하고 쉽게 접근 가능하며 쉽게 공감대가 형성된다는 장점을 바탕으로, 노인상담전문가의 지속적인 수퍼비전과 교육으로 전문성을 보태며 준전문가로 성장하고 있다. 이들은 경기도 노인자살예방사업의 가장 중요한 파트 중의 하나이면서도 불구하고 현재 생명사랑교육단 활동에 대한 지원은 턱없이 부족한 실정으로 이에 대한 개선이 필요하다.

노인자살예방사업은 경기도 내 특화사업이지만, 타 일자리사업과 차별화된 지원이 전혀 없으며, 오히려 자살위험군을 개별 방문해야 하는 교통비 부담과 자살위험군 상담의 위험상황 노출에 대한 부담감까지 가중되고 있고, 보다 손쉬운 타 교육형 사업의 근무시간이 주 20시간에 비하여 생명사랑교육단은 36시간으로 더욱 길다. 이처럼 생명사랑교육단은 위기를 다루는 위험한 업무에 대한 부담감, 개별방문 출장에 따른 교통비 발생, 우울·자살 심리검사와 각종 행정서류에 대한 책임감 있는 태도 필요, 상담에 대한 능력 발전을 위한 끊임없는 교육요구,

일자리 7개월 지원 이후 5개월간의 공백을 자원봉사형태로 위기 클라이언트 관리틀 유지해야 하는 등 업무 강도와 부담감이 매우 강하여, 기피 사업단에 해당된다. 현재 생명사랑교육단처럼 노인자살예방사업에 대한 사명감과 책임감 없이는 참여하기 매우 어려운 사업으로, 신규인력을 채용하기도 어려울 뿐 아니라 잦은 일자리 탈락률이 발생하는 일자리 사업단이다. 하지만, 생명사랑교육단의 잦은 교체는 경험과 전문성이 필요한 업무 특성에 맞지 않고, 신뢰감 및 유대관계 구축이 중요한 위기 클라이언트와의 관계에 매우 부정적인 영향을 미친다.

따라서 생명사랑교육단의 지속적인 참여 유지를 위해서는 반드시 특별한 지원이 필요하다. 이를 위해 교통비 추가 지급, 5개월의 자원봉사기간 교통비 또는 급여 지원, 전문 교육지원 및 도 특화 사업에 대한 자부심 고취를 위한 다양한 포상 등이 병행되어야 할 것이다.

3 증장기적 발전방안 및 정책방안

경기도 노인자살예방사업 운영모형 및 세부 시스템 개선안을 토대로 증장기적 발전방안 및 정책방안을 제시하면 1단계 사업안정화단계(단기별, 2013년~2014년) 2단계 기반 다지기를 위한 도약단계(중기별, 2015년~2017년), 셋째, 네트워크 구축 및 보급기(장기별, 2018년~2020년)로 구분해 볼 수 있다. 다음 [그림 5-2]는 노인자살예방사업 증장기적 발전방안 및 정책방안을 나타낸 것이다.

	증업발전계획1단계	증업발전계획2단계	증업발전계획3단계
단계	단기 (2013~2014)	중기 (2015~2017)	장기 (2018~2020)
목표	사업 안정화 단계	기반 다지기를 위한 도약	네트워크 구축 및 보급기
전략 임의 주요 내용	<ol style="list-style-type: none"> 노인자살예방 조례 제정 <ul style="list-style-type: none"> 경기도 조례제정 제안형 시·군 노인자살예방센터 법적 지원 맞춤형 노인자살예방 매뉴얼 수립 <ul style="list-style-type: none"> 시·군 차등 적용을 위한 5단계 노인자살예방 매뉴얼 수립 지속적인 반영성 모색 새로운 노인자살예방사업 전문인력 및 예산의 증액 확대 일체 <ul style="list-style-type: none"> 기관당 전문인력 2인 확대 제외된 읍대를 통한 사업 열의 증대 생명/재활교육단 활성화 <ul style="list-style-type: none"> 활동기간 연장(12개월) 교육사 정기배치를 통한 인원교육 및 확보할 수 있도록 성공사례를 발굴 	<ol style="list-style-type: none"> 경기도 노인자살예방사업 홍보 및 내 보급 구축 <ul style="list-style-type: none"> 경기도 내 노인자살예방사업 홍보 및 교육 지원 시·군 구별 노인자살예방센터 지원 시·군 구별 연계 네트워크 <ul style="list-style-type: none"> 광역별 네트워크 운영 기관 영중, 활동지역 공유 노인복지시설 간 네트워크 형성 경기도노인생애교육단 운영 <ul style="list-style-type: none"> 경기도 내 특화프로그램 실시 노인자살예방사업 활성화를 위한 일반주민 대상 인력 재교육 실시 지역복지포수교육 커리큘럼 내 개 살예방교육과정 반영 노인자살예방센터 평가 실시 <ul style="list-style-type: none"> 연계, 실적 평가 실시 시·군 구별 평가 실시 성공사례를 발굴 	<ol style="list-style-type: none"> 체계화된 네트워크 <ul style="list-style-type: none"> 경기도 내 노인자살예방 운영 네트 워크 모델 구축 경기도 노인전문상담원센터 설치 <ul style="list-style-type: none"> 노인전문상담원 교육 및 운영기관 유대 전문상담원력 Refreshing home(리프레싱홈) 지원 피살고위험군 인식보호 사업 Living home(일터) 마련 노인자살예방센터 평가 실시 <ul style="list-style-type: none"> 연계, 실적 평가 실시 시·군 구별 평가 실시 성공사례를 발굴 연구, 평가를 통한 성장 <ul style="list-style-type: none"> 노인자살 관련 제도, 만족도 연구 생애주기별 프로그램 우수 기관 표창 성공사례를 발굴

[그림 5-2] 노인자살예방사업 증장기적 발전방안 및 정책방안

참고문헌

[국내문헌]

- 경기도가족여성연구원 (2012). 전국 및 경기도 자살률 변화. 가족여성정책 동향분석 제61호.
- 박경필·송창진·사공정규·이광현 (2004). 자살 위험요인의 평가와 예측. 동국의학, 11(1), 83-94.
- 김기태·최송식·박미진·박선희·고수희·박현숙 (2011). 가족구조와 심리사회적 요인이 노인의 자살생각에 미치는 영향. 노인복지연구, 52, 205-228.
- 김창진·황진수 (2008). 노인성 질환과 우울증이 노인자살 생각에 미치는 영향의 연구. 한국노년학, 28(3), 425-442.
- 김형수 (2000). 노인과 자살. 노인복지연구, 10, 25-45.
- 김형수 (2001). 한국 노인자살과 관련된 요인에 관한 연구: 자살생각을 중심으로. 한국사회복지학회 학술대회 자료집, 589-602.
- 김형수 (2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. 한국노년학, 22(1), 159-172.
- 김형수·허평화 (2010). 한국 노인자살 연구의 동향과 향후 과제. 사회과학연구, 36(3), 195-213.
- 김형수·허평화 (2011). 노인자살 예방전략에 관한 모색. 한국콘텐츠학회논문지, 11(3), 309-317.
- 노용환 (2006). 자살의 경제학적 분석-우리나라 시도별 패널자료를 이용한 접근. 경제학연구, 54(3), 177-200.
- 박순천 (2005). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 배지연 (2004). 노인자살에 관한 사례 분석: 신문기사내용을 중심으로. 노인복지연구, 23, 65-82.
- 배지연 (2005). 노인의 자살생각에 관한 인과모형. 사회과학논집, 23(2), 343-375.
- 보건복지가족부 (2008). 제2차 자살예방종합대책(2009~2013).
- 보건복지부 (2004). 자살예방 5개년 종합대책(2004~2008).

- 보건복지부 (2005). 국민건강증진종합계획 Health Plan 2010.
- 안준희·전미애 (2009). 노인의 자살 생각에 영향을 미치는 선행요인에 관한 연구: 스트레스 소질 모델(Stress-diathesis Model)을 중심으로. 한국노년학, 29(2), 489-511.
- 엄태완 (2007). 노인 자살관련 요인. 한국사회복지학, 59(2), 355-379.
- 유정균 (2008). 노인자살률의 지역별 편차. 한국인구학, 31(2), 21-44.
- 이소정 (2010). 노인 자살의 사회경제적 원인 분석. 사회복지연구, 26(4), 1-19.
- 이소정·정경희·강은정·강상경·이수형·김영아 (2009). 노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색. 한국보건사회연구원.
- 이현지·조계화 (2006). 노인의 죽음불안과 우울이 자살생각에 미치는 영향. 한국노년학, 26(4), 717-731.
- 이희완·유현숙 (2011). 노인자살 예방대책의 현황과 과제. 글로벌사회복지연구, 1(2), 7-28.
- 장미희 (2006). 노인의 우울과 자살사고(思考)에 관한 구조모형. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 조계화·김영경 (2008). 한국노인의 우울, 자살생각 및 삶의 만족도 영향 요인. 한국간호교육학회지, 14(2), 176-187.
- 통계청 (2008). 통계연보.
- 통계청 (2011). 통계연보.
- 한국자살예방협회 (2009). 자살예방 자원 및 서비스 실태 조사.
- 한삼성·강성욱·유왕근·피영규 (2009). 노인의 자살생각 결정요인에 관한 연구. 보건사회연구, 29(1), 192-212.
- 한준수·이현수·이성근·정인파 (1997). 신체질환이 있는 노인환자의 우울증상. 노인정신의학, 1(1), 100-111.
- 홍성철·김문두·이상미 (2003). 사회계층이 자살 사망 위험도에 미치는 영향. 보건과 사회과학, 14, 249-271.

[국외문헌]

- Barrow, S. & Lindon, M. (1997). Suicidality and tiredness of life among very old persons: result from the Berlin Aging Study (BASE). *Archives of Suicide Research*, 3, 171-182.
- Brown, S. L. and Vinokur, A. D. (2003). The Interplay Among Risk Factors for Suicidal Ideation and Suicide The Role of Depression, Poor Health, and Loved Ones Messages of Support and Criticism. *American journal of community psychology*, 32(1-2), 131-141.
- Cohen, Y., Spirito, A., Brown, . L. K. (1996). *Access to means of suicide by young Australians*. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention.
- Holkup, P. A., Tang, J. H.-C., Titler, M. G. (2003). Evidence-Based Protocol: Elderly Suicide-Secondary Prevention. *Journal of gerontological nursing*, 29(6), 6-23.
- Maltsberger, J. T. (1991). "The Prevention of Suicide in Adults", in A. Leenaars (Ed). *Life Span Perspectives of Suicide*, New York.
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 310-323.
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B. H., Brown, G., Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F. (2002). Identification of Suicidal Ideation and Prevention of Suicidal Behaviour in the Elderly. *Drugs and Aging*, 19(1), 11-24.
- Szanto, K., Reynolds, C. F., Conwell, Y., Begley, A. E., Houck, P. (1998). High Levels of Hopelessness Persist in Geriatric Patients with Remitted Depression and a History of Attempted Suicide. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(11), 1401-1406.

[신문기사]

- 서울경제 (2012-06-19). [100세 시대의 그늘 노인자살] 선진국 예방책은 핀란드 '심리적 부검' 통해 최악이던 자살률 99%나 낮춰.

서울경제 (2012-06-20). [100세 시대의 그늘 노인자살] 정부·지자체가 안전망 구축
큰 틀 세우고 민간단체·지역사회는 생명지킴이 역할.

[인터넷 사이트]

경기도. <http://www.gg.go.kr>

경기도노인종합상담센터. <http://www.noinmaum.or.kr>

국가법령정보센터. <http://www.law.go.kr>

국민건강보험공단. <http://www.nhic.or.kr>

메디컬투데이. <http://www.mdtoday.co.kr>

보건복지부. <http://www.mw.go.kr>

서울경제. <http://economy.hankooki.com>

통계청 국가통계포털. <http://kosis.kr>

한국생명의전화. <http://www.lifeline.or.kr>

한국자살예방시민연대. <http://www.한국자살예방시민연대.org>

한국자살예방협회. <http://www.suicideprevention.or.kr>

한마음한몸자살예방센터. <http://obos3079.org>