

이달의 초점

자살예방정책의 현황과 과제

자살에 영향을 미치는 한국 사회의 여건 탐색

|고든솔|

한국의 자살사망 현황과 시사점

|권세원|

자살예방 전달체계 현황과 과제

|하솔잎|

제5차 자살예방 기본계획의 주요 내용과 향후 과제

|전진아·채수미|



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국의 자살사망 현황과 시사점¹⁾

Suicide Deaths in Korea and Their Policy Implications

권세원 한국생명존중희망재단 연구개발부 부장

자살은 개인이 가진 생물학적, 인지적, 심리정서적 특성뿐만 아니라 개인을 둘러싼 다양한 체계들이 상호작용하며 만들어 낸 복합적인 결과이다. 따라서 자살 문제 해결을 위해 선행되어야 할 것은 자살 사망자 한 개인에 대한 특성, 그와 관계된 다양한 체계들의 특성 및 영향 관계에 대한 분석이다. 이에 이 글에서는 우리나라 자살사망자의 특성을 개인에 초점을 맞춰 성·연령별 특성, 경제적 특성, 신체·정신질환 특성을 중심으로 분석하였다. 한국은 타 국가와 비교 시 남성과 여성 자살률이 모두 높고 성비가 낮으며, 10~20대의 자살률 증가폭이 크다. 경제적 수준이 하위집단에 속하거나, 하위집단으로 낮아진 경우 자살률이 높다. 신체 또는 정신질환 치료 경험이 있는 경우에도 자살률이 높다. 이에 자살로부터 안전한 사회를 만들기 위해 개인의 특성별 자살사망 현황을 반영한 자살예방정책이 시행되어야 할 것이다.

1 들어가며

우리나라 자살률은 2011년 가장 높은 수치를 나타낸 이후 전반적으로 감소 추세를 보이고 있으며,

최근 발표된 2022년 자살률도 전년 대비 감소하였다(통계청, 2023). 우리나라는 2003년 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 가장 높은 자살률을 나타낸 이후 자살예방 기본계획 수립, 자살예방 및

1) 이 글은 한국생명존중희망재단. (2023a). 2023 자살예방백서(세종: 보건복지부, 서울: 한국생명존중희망재단)와 한국생명존중희망재단. (2023b). 5개년(2016-2020) 전국 자살사망 분석 결과보고서(세종: 보건복지부, 서울: 한국생명존중희망재단)의 주요 분석 결과를 활용하여 작성하였다.

생명존중 문화 조성에 관한 법 제정, 자살예방 예산 과 인프라 확대 등 다양한 국가 정책을 추진하고, 민간의 적극적인 자살예방사업 수행을 통해 자살률을 낮추기 위해 노력해 왔다. 그럼에도 불구하고 2023년 현재 OECD 회원국 중 가장 높은 자살률을 나타내고 있는데, OECD 회원국 평균 10.7명보다 약 2.3배 높다(OECD, 2023). 자살은 개인이 가진 생물학적, 인지적, 심리정서적 특성뿐만 아니라 개인을 둘러싼 다양한 체계들이 복합적으로 상호작용하며 일어나게 되는 결과이다. 이러한 특성으로 인해 자살 문제 해결을 위해 선행되어야 할 것은 자살사망자 한 개인에 대한 특성, 그와 관계된 다양한 체계들의 특성 및 영향 관계에 대한 분석이다. 이를 위해 국내외 각 분야 연구자들이 자살에 대한 개인, 가족, 지역사회, 국가 수준의 다양한 연구를 진행해 오고 있다(WHO, 2014).

자살에 대한 기존 연구들을 간략히 살펴보면 개인에 대한 연구에서는 자살사망자의 인구사회학적 정보, 자살사망자가 남긴 유서나 자살사망자의 유족을 통해 파악한 정보를 통해 자살의 위험 요인과 보호 요인, 자살의 원인과 자살에 이르게 된 경로 등에 대한 분석이 이뤄져 왔다(한국생명존중희망재단, 2022; 한국생명존중희망재단, 2023a; 한국생명존중희망재단, 2023b). 자살 생각, 자살 시도 등 관련 행동에 대한 연구도 다수 수행되어 왔다(안용민, 위대한, 박형근, 김정현, 한창수, 백종우, ..., 허영혜, 2019; 이경진, 김준성, 천성문, 2023; 이정은, 유지영, 2017). 미시체계인 가족, 학교, 직장

에 대한 연구에는 관련 체계들이 가지는 보호 요인과 위험 요인, 지지체계로서 역할, 미시체계 내 발생하는 자살사망이나 시도로 인해 받는 영향에 대한 연구 등이 있다(김인아, 김은경, 안연순, 이은정, 이효진, 장정원, 조서은, 2019; 김혜진, 김지은, 송인한, 2020). 거시체계로서 지역사회 수준에 대한 연구에서는 전달체계와 예산, 지지 자원 등에 대한 연구가 이뤄져 왔으며(이순주, 강상경, 2021; 최명민, 성정숙, 이현주, 2019), 국가 수준에 대한 연구에서는 국민의 자살예방을 위해 얼마나 체계를 갖추고 노력하느냐에 대한 것으로 관련 법, 제도, 투입 예산과 전반적인 사회보장 수준 등에 대해 연구가 이뤄지고 있다(권세원, 2019; 김정수, 송인한, 2013; 노법래, 2017; 신동준, 2012). 즉 자살률을 낮추기 위해 국내외 여러 학문 분야에서 연구를 수행하고 있으나 한 사람이 자살로 사망한 명확한 원인을 찾는 것은 난해한 일이며, 그렇기에 누군가 자살로 사망하는 것을 예방하기 위한 대책도 명확히 제시하기가 어려운 것이 현실이다. 그럼에도 자살로 사망하는 사람을 살리기 위해 변화하는 개인과 미시체계, 거시체계에 대한 심층적인 분석과 개입이 끊임없이 이뤄져야 한다.

이에 이 글에서는 우리나라 자살사망자의 특성을 개인에 초점을 맞춰 자살사망자의 인구사회학적 특성인 성별과 연령, 자살의 동기로 높은 순위를 나타내고 있는 경제적 문제, 정신적·정신과적 문제, 육체적 질병 문제와 관련하여 경제적 특성, 신체·정신질환 특성을 중심으로 분석하고자 한다.

2 성·연령별 자살사망 현황

자살사망자의 성·연령별 특성에 대해 다른 국가와 비교해 보면 대부분의 국가에서 남성의 자살률이 여성보다 높으며, 선진국의 경우 그 격차가 더 크다(WHO, 2014; p. 17. Table 1). OECD 회원국의 2021년²⁾ 자살률을 기준으로 산출 시 남성 자살률은 평균 16.9명, 여성 자살률은 평균 5.0명으로 남성 자살률이 여성 자살률보다 약 3.4배 높다(OECD, 2023). OECD 기준 2020년 한국 자살률은 24.1명이며, 남성 34.9명, 여성 14.9명으로 남성 자살률이 여성 자살률보다 2.3배 높다(OECD, 2023). 이를 세계보건기구(WHO)의 분석 결과와 비교해 보면 30만 명 이상 인구가 있는 172개 회원국의 평균 남녀 성비는 평균 3.2, 중간값 2.8로 나타났다. 고소득 국가에서는 평균 3.5로 더 높게 나타나, 고소득 국가에 포함되는 한국의 남녀 성비는 상대적으로 낮은 것을 알 수 있다(WHO, 2014). 즉 한국 자살사망자의 성별 특성은 다른 국가들과 비교 시 남성 자살률이 여성 자살률보다 높은 유사성을 보이나, 남녀 자살률 성비는 OECD 회원국이나 경제 수준이 유사한 국가들의 평균보다 낮아 남녀 간의 자살률 격차가 작다. 자살사망자의 연령별 특성을 살펴보면 전 세계적으로 대부분 국가의 자살사망자 수는 인구수의 비율에 따라 40~50대가 많다. 자살률은 연령대가 증가할수록 높아지는

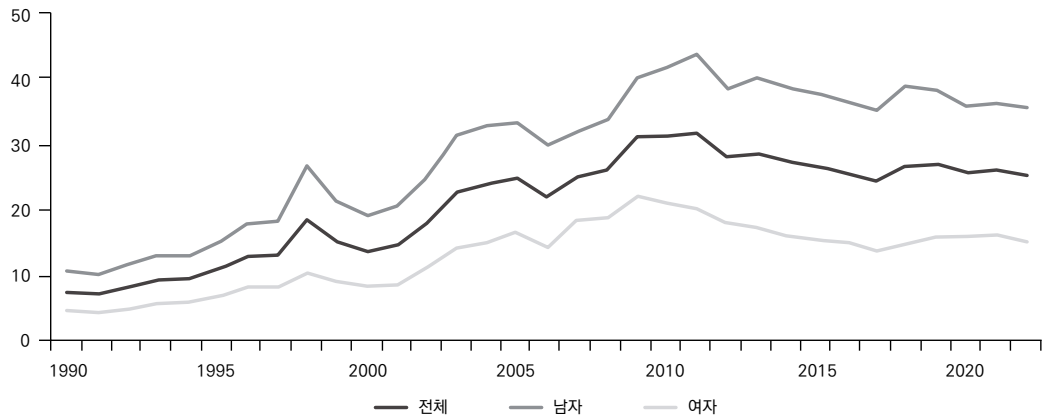
경향이 있고, 자살위험성은 청소년과 노인이 높다(WHO, 2014).

통계청 사망 원인 통계를 기준으로 한국 자살사망자의 성·연령별 특성을 세부적으로 살펴보고자 한다. 성별의 경우 남녀 모두 1990년대 이후 자살률이 증가하여 2009~2011년 사이 가장 높은 자살률을 나타냈다. 이후 전반적으로 하향 추세이며 2017년 최저 자살률을 나타낸 후 증감을 반복하고 있다(그림 1). 2011년까지 증가한 자살률의 가장 큰 원인은 국가적 경제위기이다. 자살률이 급격히 증가한 시점을 분석해 보면 1997년 아시아 외환위기, 2002년 카드대란, 2008년 글로벌 금융위기로 인한 경제위기 이듬해 또는 2년 뒤에 자살률이 급증한 이후 전반적으로 증가 추세를 나타내었다(한국생명존중희망재단, 2023a). 경제위기에 자살률이 특히 급증한 것은 한국이 보이는 특징 중 하나이며, 이는 모든 국가에서 보이는 현상은 아니다(김종섭, 2010). 2011년 이후 자살률 감소에 영향을 미친 주요 원인은 국가 주도의 적극적 정책 추진이다. 2011년 자살예방법 제정, 맹독성 농약인 파라콰트 패러콰트(paraquat)의 재등록 취소, 2012년 판매 금지 조치와 함께 중앙자살예방센터를 개소하여 국가의 자살예방 정책을 효과적으로 추진할 수 있는 체계를 마련하였다. 이를 기반으로 2013년 응급실 기반 자살시도자 사후 관리 사업 시행, '자살 보도 권고 기준 2.0' 공표 및 자살 보도 모니터링 시행,

2) 2023년 7월 기준 OECD에서 제공하는 가장 최신 연도 자살률은 2021년 자료이다. 단, 국가마다 연도는 자료 수집 시점에 따라 다를 수 있다.

[그림 1] 1990~2022년 자살률 추이

(단위: 인구 10만 명당 명)



자료: 통계청. (1990~2022). 사망원인통계. 원자료를 분석함.

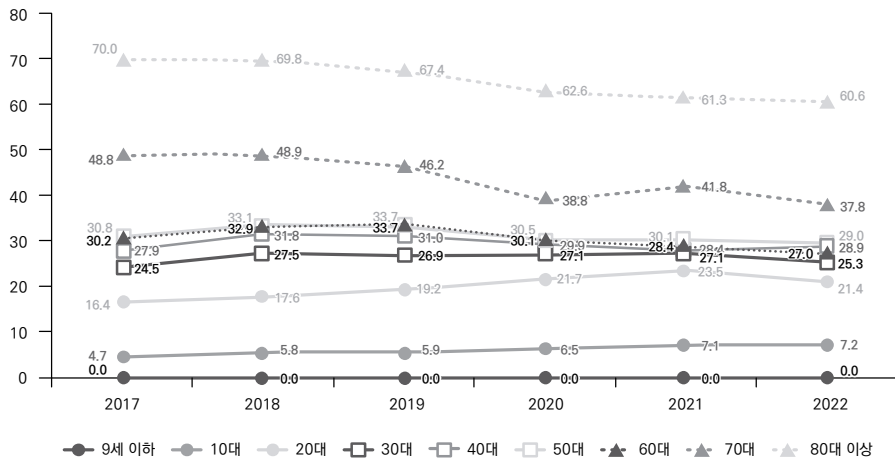
생명지킴이 양성을 위한 보고 듣고 말하기 프로그램 개발 및 보급 등 WHO에서 권고하는 자살예방에 효과적인 개입 정책들을 우선적으로 시행하였다(WHO, 2014; WHO, 2021). 2017년 최저 자살률을 나타낸 이후 인구 10만 명당 25~27명 사이에서 증감을 반복하고 있다. 여기에는 노인 자살률의 감소와 10~40대의 증가 추세가 맞물려 있다. 원인에 대해 장기적인 경기 침체와 고용 악화, 유명인의 자살에 따른 모방 효과, 자살 유발·유해 정보의 유통 확대 등이 논의되고 있으나 코로나19 팬데믹의 영향 등을 고려하여 추가적인 분석이 필요하다.

연령의 경우 2017~2022년을 중심으로 살펴보면 10~20대의 증가폭이 크고, 30~40대는 소폭 상승 추세이다. 50대 이상은 증감이 함께 나타나고 있으나 전반적으로 감소 추세이다(그림 2). 성별에

따른 연령대별 자살률을 살펴보면 남성은 연령이 증가할수록 자살률이 높아지는 경향을 보였다. 여성은 70대 이상이 가장 높고, 다음으로 20~30대가 높게 나타나 성별에 따라 다른 특성을 나타내었다(그림 3, 그림 4). 남성은 연령이 높아질수록 자살률이 높아지는 연령효과(age effect)를 나타내고 있는데, 여러 연구에서도 유사한 결과를 보고하였다(김연경, 2020; 이상영, 노용환, 이기주, 2012). 여성의 경우 전반적인 경향은 연령이 높아질수록 자살률이 높아지나 30대까지 증가 후 40~60대 감소, 70대 이후 증가하는 것으로 나타났다. 다른 연구에서도 여성 20~30대 코호트 집단 자살률이 특히 높은 결과를 보고하고 있다. 이러한 특성은 1979년생 이후 코호트 여성의 자살률(김연경, 2020), 1980~2000년 출생 청년의 자살률(장

[그림 2] 2017~2022년 연령대별 자살률 추이

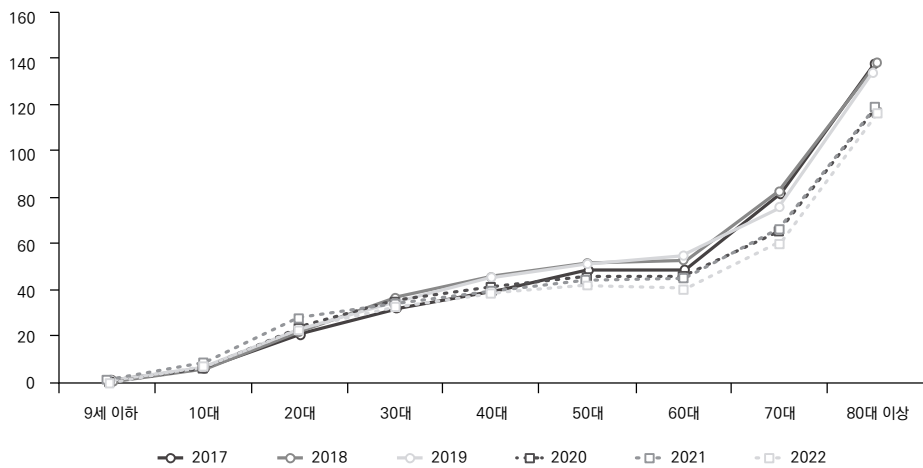
(단위: 인구 10만 명당 명)



자료: 통계청. (2017~2022). 사망원인통계. 원자료를 분석함.

[그림 3] 2017~2022년 남성 연령대별 자살률

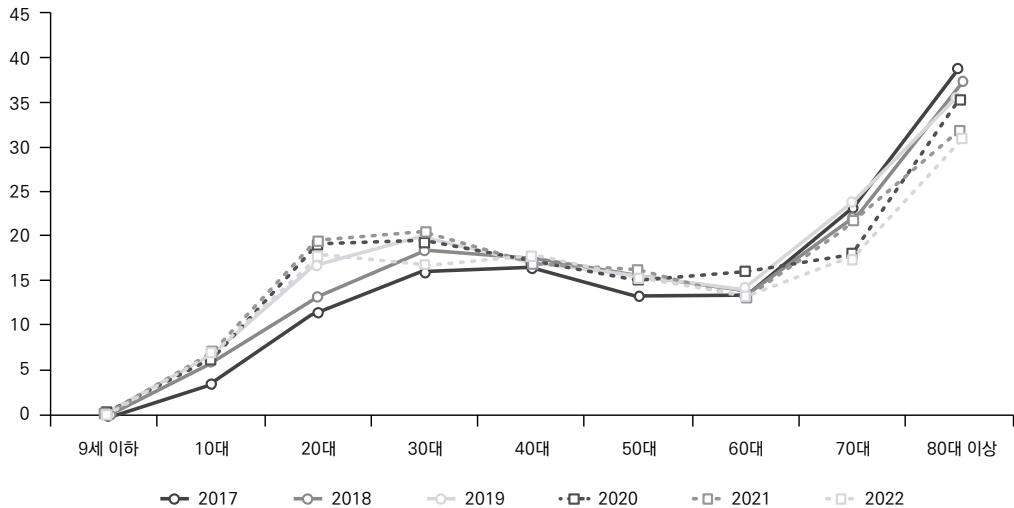
(단위: 인구 10만 명당 명)



자료: 통계청. (2017~2022). 사망원인통계. 원자료를 분석함.

[그림 4] 2017~2022년 여성 연령대별 자살률

(단위: 인구 10만 명당 명)



자료: 통계청. (2017~2022). 사망원인통계. 원자료를 분석함.

숙량, 백경훈, 2019)에서 확인할 수 있다. 즉 한국 자살률은 전반적으로 연령효과를 나타내고 있어 각 연령대의 발달 특성과 과업들을 고려한 자살예방 정책의 지속적인 확대와 내실화가 필요하다. 또한 코호트 효과를 나타내는 집단에 대한 맞춤형 정책 대안이 마련되어야 할 것이다.

3 경제적 특성별 자살사망 현황

자살사망자의 경제적 특성을 파악하기 위해서는 통계청 사망 원인 통계나 경찰청 변사자 통계만으로는 정확한 확인이 어려워 자살사망자의 개인 식별 코드를 포함한 데이터 간의 연계가 필요하다. 이를 위해 한국생명존중희망재단의 경찰 수사 기록 전수조사 데이터(전수조사 통계)³⁾와 건강보험 자료를 연계하여 분석한 자료를 활용하였다.⁴⁾ 자살

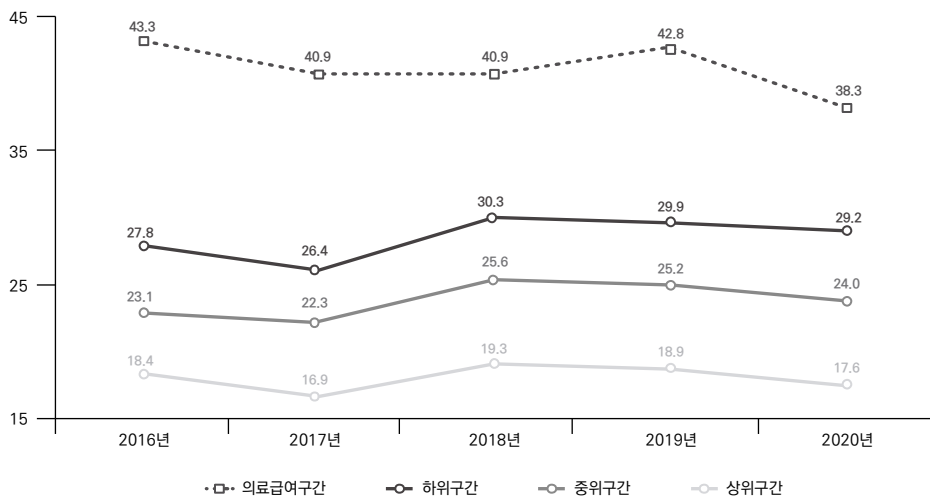
3) 전수조사 통계는 2018년 5월부터 서울 지역을 시작으로 전문 조사원이 전국의 경찰서를 순차적으로 방문하여 작성하였다. 8년간(2013~2020년) 발생한 자살사망자에 대한 수사 기록을 열람하여 조사 항목을 질병관리청의 전자증례시스템에 입력하는 방식으로 정보를 수집하였다. 우리나라의 다양한 자살 원인과 관련된 정보를 조사하기 위해 경찰 수사 기록을 통한 자살사망자 조사 체크리스트(Korea-Psychological Autopsy Checklist for Police Record: 이하 K-PAC-PR)를 개발하여 조사하였다. 이 체크리스트는 한국형 심리부검 면담 체크리스트(Korea-Psychological Autopsy Checklist: K-PAC)를 토대로 전문가 자문을 거쳐 수정·보완하였다(한국생명존중희망재단, 2023b).

사망자의 경제 상태에 대해 건강보험료 분위⁵⁾에 따라 살펴보면 2020년 기준 의료급여구간에 속하는 비율은 7.9%, 하위구간은 28.1%, 중위구간은 30.5%, 상위구간은 32.3%이다. 분위별 자살사망 발생률(이하 자살발생률)⁶⁾은 전체적으로 의료급여

구간이 가장 높고, 하위구간, 중위구간, 상위구간 순이었다. 2020년 기준으로 살펴보면 의료급여구간 38.3명, 하위구간 29.2명, 중위구간 24.0명, 상위구간 17.6명이다. 즉 의료급여구간에 속하는 소득 최하위 집단의 자살률이 소득 최상위 집단보

[그림 5] 5년간(2016~2020년) 건강보험료 분위 구간별 자살사망 발생률

(단위: 인구 10만 명당 명)



자료: 한국생명존중희망재단. (2023b). 5개년(2016-2020) 전국 자살사망분석 결과보고서. p. 62. [그림 8].

- 4) 전수조사 통계와 국민건강보험공단에서 구축한 건강보험 DB 자료의 가명 정보를 결합하였으며, 국민건강보험공단의 자료분석실을 이용하여 자살사망자의 사회·경제적 요인 분석을 하였다. 자문단 및 국민건강보험공단과의 심층 회의를 통해 건강보험료 분위, 건강보험 가입 상태, 정신질환, 만성질환, 장애 유형 항목을 선정하였다(한국생명존중희망재단, 2023b).
- 5) 건강보험료 분위는 의료보장 중 의료급여를 제외한 건강보험 적용 인구를 대상으로 한다. 직장 및 지역가입자 각각의 보험료 분포를 바탕으로 구간별로 나누는 것으로 건강보험 통계의 기준 변수로도 사용되고 있다. 구간은 1~20분위로 균등 분할하였는데, 1분위는 하위 5% 저소득층, 20분위는 상위 5% 고소득층을 의미한다. 이 보고서는 건강보험료를 납부하지 않는 의료급여구간도 포함하여 건강보험료 분위별 구간과 비교 분석하였다. 의료급여구간에는 의료급여 수급권자와 그 외 불상의 이유로 건강보험료가 부과되지 않는 인구를 포함하였다. 자살사망자의 건강보험료 시점은 자살사망자가 자살로 사망한 해를 기준으로 추출하였다. 건강보험료 분위는 세대원의 정보가 세대주에 의거하여, 건강보험료 분위 데이터는 개인이 아닌 세대주 단위의 데이터임에 주의하여 해석할 필요가 있다(한국생명존중희망재단, 2023b).
- 6) (건강보험료 구간별 자살발생률) 연간 건강보험료 분위에 따른 구간별 자살사망자 수를 해당 연도의 건강보험료 구간별 인구수로 나눈 수치를 100,000분비로 표시, 건강보험료 구간별 인구 10만 명당 자살사망자 수.

[표 1] 5년간(2016~2020년) 건강보험료 분위 구간별 자살사망 현황

(단위: 명, %, 구간별 인구 10만 명당 명)

		2016	2017	2018	2019	2020
의료급여구간	자살사망자 수	1,106	1,025	1,041	1,080	983
	백분율	9.0	8.8	7.9	8.2	7.9
	자살발생률	43.3	40.9	40.9	42.8	38.3
하위구간 (1~6분위)	자살사망자 수	3,069	2,936	3,397	3,486	3,490
	백분율	24.8	25.3	25.8	26.6	28.1
	자살발생률	27.8	26.4	30.3	29.9	29.2
중위구간 (7~13분위)	자살사망자 수	3,699	3,554	4,069	4,005	3,791
	백분율	29.9	30.6	30.9	30.6	30.5
	자살발생률	23.1	22.3	25.6	25.2	24.0
상위구간 (14~20분위)	자살사망자 수	4,233	3,903	4,460	4,338	4,018
	백분율	34.3	33.6	33.8	33.1	32.3
	자살발생률	18.4	16.9	19.3	18.9	17.6
전체 ⁷⁾	자살사망자 수	12,357	11,623	13,185	13,107	12,424
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	자살발생률	23.5	22.1	25.0	24.7	23.4

자료: 한국생명존중희망재단. (2023b). 5개년(2016~2020) 전국 자살사망분석 결과보고서, p. 61. <표 18>.

다 약 2.2배 높다. 이는 국내외 선행 연구에서 경제 수준이 낮은 경우 자살 위험이 높다는 다수의 연구 결과와 일맥상통한다(김은하, 백학영, 2021; 허경덕, 김승훈, 이두웅, 박은철, 장성인, 2022; Näher, A. F., Rummel-Kluge, C., & Hegerl, U., 2020).

자살사망자의 경제적 특성에 대해 건강보험료 분위의 변화에 따라 살펴보면 분위가 하락한 집단의 자살발생률⁸⁾이 가장 높다. 상승한 집단과 변화

가 없는 집단의 자살발생률은 연도에 따라 순위가 다르게 나타났다. 2020년 기준 건강보험료 구간이 하락한 집단의 자살발생률은 29.8명, 상승한 집단은 24.6명, 변화가 없는 집단은 23.2명이다. 이에 대해 각 집단을 좀 더 세분화해 살펴보면 <표 2, 3, 4>와 같다. 하락한 집단의 2020년 자살발생률을 기준으로 분석해 보면 하위구간 → 의료급여구간 변화 집단이 63.7명으로 가장 높고, 중위구간 →

7) (자살발생률) '경찰 수사 기록 연도별 자살사망자 중 치료 이력이 확인되는 자살사망자 수'를 연도별 총인구수로 나눈 수치를 100,000분비로 표시. 즉 통계청에서 발표하는 자살률과 산출 기준이 다르므로 해석에 유의해야 함.

※ 참고: (자살률) '통계청 연도별 자살사망자'를 연도별 주민등록 중앙인구수로 나눈 수치를 100,000분비로 표시.

8) (건강보험료 구간 변화별 자살발생률) 전년도 대비 사망한 해의 건강보험료 구간 변화별 자살사망자 수를 전년도 대비 사망한 해의 건강보험료 구간 변화별 인구수로 나눈 수치를 100,000분비로 표시, 건강보험료 구간 변화별 인구 10만 명당 자살사망자 수.

[표 2] 5년간(2016~2020년) 건강보험료 구간 ‘하락’ 자살사망 현황

(단위: 명, 인구 10만 명당 명)

전년도	사망 연도	구분	2016	2017	2018	2019	2020
상위	중위	자살사망자 수	432	394	545	550	494
		자살발생률	26.1	23.2	31.2	26.8	25.3
상위	하위	자살사망자 수	260	255	255	336	290
		자살발생률	23.1	23.0	23.3	29.0	27.6
상위	의료급여	자살사망자 수	16	10	11	11	7
		자살발생률	10.0	6.5	5.6	6.1	3.7
중위	하위	자살사망자 수	551	556	754	816	831
		자살발생률	29.5	29.0	38.2	33.9	35.6
중위	의료급여	자살사망자 수	41	26	36	22	31
		자살발생률	20.8	16.4	20.9	13.1	16.8
하위	의료급여	자살사망자 수	133	68	52	95	99
		자살발생률	69.4	53.8	36.8	63.8	63.7
하락 전체		자살사망자 수	1,433	1,309	1,653	1,830	1,752
		자살발생률	27.6	25.4	31.1	29.9	29.8

자료: 한국생명존중희망재단. (2023b). 5개년(2016-2020) 전국 자살사망분석 결과보고서, p. 63. <표 20>.

[표 3] 5년간(2016~2020년) 건강보험료 구간 ‘상승’ 자살사망 현황

(단위: 명, 인구 10만 명당 명)

전년도	사망 연도	구분	2016	2017	2018	2019	2020
중위	상위	자살사망자 수	408	419	495	587	434
		자살발생률	19.1	19.5	23.4	27.2	21.0
하위	상위	자살사망자 수	200	190	199	191	229
		자살발생률	27.6	24.8	25.6	25.2	29.3
하위	중위	자살사망자 수	598	588	694	728	639
		자살발생률	27.2	26.5	31.3	30.7	27.8
의료급여	상위	자살사망자 수	1	6	5	9	8
		자살발생률	0.6	3.9	3.2	4.7	4.7
의료급여	중위	자살사망자 수	14	15	21	27	26
		자살발생률	8.0	8.9	13.3	15.6	15.9
의료급여	하위	자살사망자 수	39	41	46	32	47
		자살발생률	29.2	29.9	36.2	23.6	35.6
상승 전체		자살사망자 수	1,260	1,259	1,460	1,574	1,383
		자살발생률	22.8	22.5	26.3	27.2	24.6

자료: 한국생명존중희망재단. (2023b). 5개년(2016-2020) 전국 자살사망분석 결과보고서, p. 63. <표 19>.

[표 4] 5년간(2016~2020년) 건강보험료 구간 ‘변화 없음’ 자살사망 현황

(단위: 명, 인구 10만 명당 명)

전년도	사망 연도	구분	2016	2017	2018	2019	2020
상위	상위	자살사망자 수	3,600	3,264	3,742	3,524	3,332
		자살발생률	19.0	17.1	19.5	18.7	17.7
중위	중위	자살사망자 수	2,633	2,534	2,791	2,677	2,609
		자살발생률	24.0	23.2	25.7	25.8	24.9
하위	하위	자살사망자 수	2,204	2,064	2,330	2,282	2,290
		자살발생률	30.0	27.9	31.3	30.9	29.1
의료급여	의료급여	자살사망자 수	1,023	973	1,000	1,005	836
		자살발생률	55.3	50.7	53.0	53.7	44.4
변화 없음 전체		자살사망자 수	9,460	8,835	9,863	9,488	9,067
		자살발생률	24.2	22.5	25.1	24.7	23.2

자료: 한국생명존중희망재단. (2023b). 5개년(2016-2020) 전국 자살사망분석 결과보고서, p. 64. <표 21>.

하위구간 35.6명, 상위구간 → 하위구간 27.6명이 었다. 상승한 집단의 2020년 자살발생률을 기준으로 분석해 보면 의료급여 → 하위구간 변화 집단이 35.6명으로 가장 높고, 하위구간 → 상위구간 29.3명, 하위구간 → 중위구간 27.8명이었다. 변화 없음 집단의 2020년 자살발생률을 기준으로 분석해 보면 의료급여구간 → 의료급여구간 44.4명, 하위구간 → 하위구간 29.1명, 중위구간 → 중위구간 24.9명 순으로 나타났다. 종합하면 (하락) 하위구간 → 의료급여구간 63.7명, (변화 없음) 의료급여구간 → 의료급여구간 44.4명, (상승) 의료급여 → 하위구간 35.6명 순으로 자살발생률이 높게 나타났다. 즉 경제적 수준이 낮은 상황에서 더 하락한 경우 자살발생률이 가장 높았으며, 경제적 수준이 가장 낮은 집단에 지속하여 속한 경우 두 번째로 높

았다. 이는 경제적 수준이 나빠지거나 낮은 경제 수준에 속하는 경우 자살 위험성이 높다는 선행 연구 결과와 유사하다(김은하 외, 2021; 허경덕 외, 2022; Näher et al., 2020). 세 번째로 자살발생률이 높은 집단은 의료급여구간에서 하위구간으로 분위가 변화된 집단으로 경제적 수준이 상승하였음에도 자살발생률이 높게 나타났다. 이 집단의 경우 현 자료가 가지는 한계점이 있으나 결과를 해석해 보면 경제적 수준이 상승하였으나 경제력은 여전히 하위 계층에 속하는 상황에서 의료급여의 혜택뿐만 아니라 기타 국가 지원 대상에서도 제외되었을 가능성이 있다. 이는 국민기초생활보장의 사각지대에 대한 문제 제기에서도 빈번히 논의되는 사안처럼 실제 소득 상승이 아니거나 급여 수급을 받지 못함으로써 실제 가용할 수 있는 소득이 감소하는 상황

에 처하는 등 실제 경제적 수준이 상승했다고 보기 어려울 수 있다(류정희, 2015; 한은희, 2020). 즉 경제 수준이 하위구간에 속하는 대상자는 차상위계층⁹⁾ 대상과 정확히 일치하지는 않으나 차상위계층이 가지는 어려움을 유사하게 경험하고 있는 집단으로 볼 수 있어, 이 집단의 경제적 상황과 자살발생률의 관계에 대한 추가 분석이 필요하다.

4 신체·정신질환 특성별 자살사망 현황

자살사망자의 신체·정신질환 특성을 파악하기 위해서는 통계청 사망 원인 통계나 경찰청 변사자 통계만으로는 확인이 어려워 자살사망자의 개인 식별 코드를 포함한 데이터 간의 연계가 필요하다. 이를 위해 한국생명존중희망재단은 경찰 수사 기록 전수조사 데이터(전수조사 통계)¹⁰⁾와 건강보험 자

료를 연계하여 분석한 자료를 활용하였다.¹¹⁾

먼저 자살사망자가 신체적 어려움이 있었는지 확인하기 위해 자살사망자의 사망 이전 신체질환 관련 치료 이력에 대한 데이터를 연계하여 분석하였다.¹²⁾ 자살사망자 중 신체질환 관련 치료 이력이 있는 비율은 2016년 자살사망자 중 82.2%, 2020년 자살사망자 중 84.3%로 약간의 증감을 반복하나 유사한 비율을 나타내고 있다. 신체질환 치료 이력이 있는 집단의 자살발생률¹³⁾도 약간의 증감을 반복하며 비슷한 자살발생률을 나타내는데, 2020년 자살발생률은 32.5명으로 전체 인구의 자살발생률 24.1명보다 1.3배 높았다. 신체질환의 종류별 자살발생률을 살펴보면 암, 심장질환, 만성신부전증 순으로 높게 나타났다(그림 6). 이는 국외 보고에서 신경계질환, 암, 만성신부전증 등 만성질환의 자살 위험이 높게 나타난 것과 유사하다(WHO,

9) 차상위계층은 기준 중위소득 50% 이하(조손·한부모가정 52%), 의료급여 대상자는 기준 중위소득 40% 이하임.

10) 전수조사 통계는 2018년 5월부터 서울 지역을 시작으로 전문 조사원이 전국의 경찰서를 순차적으로 방문하여 작성하였다. 8년간(2013~2020년) 발생한 자살사망자에 대한 수사 기록을 열람하여 조사 항목을 질병관리청의 전자증례시스템에 입력하는 방식으로 정보를 수집하였다. 우리나라의 다양한 자살 원인과 관련된 정보를 조사하기 위해 경찰 수사 기록을 통한 자살사망자 조사 체크리스트(Korea-Psychological Autopsy Checklist for Police Record: 이하 K-PAC-PR)를 개발하여 조사하였다. 이 체크리스트는 한국형 심리부검 면담 체크리스트(Korea-Psychological Autopsy Checklist: K-PAC)를 토대로 전문가 자문을 거쳐 수정·보완하였다(한국생명존중희망재단, 2023b).

11) 경찰 수사 기록 자살사망자 전수조사를 통해 수집된 자료와 국민건강보험공단에서 구축한 건강보험 DB 자료의 가명 정보를 결합하여 구축하였으며, 국민건강보험공단의 자료분석실을 이용하여 자살사망자의 사회·경제적 요인 분석을 하였다. 자문단 및 국민건강보험공단과의 심층 회의를 통해 건강보험료 분위, 건강보험 가입 상태, 정신질환, 만성질환, 장애 유형 항목을 선정하였다(한국생명존중희망재단, 2023b).

12) 신체질환은 건강보험심사평가원의 질병·행위통계 표준 산출 기준에 따라 분류하였으며, 고혈압, 당뇨병, 대뇌혈관질환, 호흡기결핵, 갑상선의 장애, 심장질환, 만성신부전증, 신경계질환, 관절병증, 간의 질환, 악성 신생물에 해당하는 질환 코드를 추출하여 분석하였다. 자살사망자의 신체질환 이력에서는 자료 수집이 가능한 시점인 2002년부터 사망 직전까지의 진료 및 상병 내역을 분석하였다. 신체질환 경험자는 2002년부터 사망 직전까지 아래 신체질환에 해당하는 주상병 코드를 한 번 이상 부여받은 사람이다. 1명의 자살사망자가 다수의 질환 주상병 코드로 진료받았을 경우에는 여러 질환에 중복으로 포함된다. 또한 주상병 코드로 진료받은 질환은 지속적으로 개인에게 영향을 미치는 질환으로 간주하였으며, 장기간 치료 이력이 없는 경우 완치되었는지 명확히 판단할 수 없어 질환 경험자에 포함하였다.

13) (신체질환 경험자 자살발생률) 2002년부터 사망 연도까지 신체질환 진료 이력이 있는 해당 연도 자살사망자 수를 2002년부터 해당 연도까지 신체질환 진료 이력이 있는 전체 신체질환 경험 인구로 나눈 수치를 100,000분비로 표시, 신체질환 경험 인구 10만 명당 자살사망자 수.

2000; WHO, 2014). 또한 암 치료 이력이 있는 경우 자살발생률이 가장 높게 나타나 암 진단 후 두 달 뒤 자살발생률이 가장 높고, 진단 후 1년이 지난 뒤에도 높은 자살발생률을 나타내고 있다는 연구와 일맥상통한다(Saad, A. M., Gad, M. M., Al-Husseini, M. J., AlKhayat, M. A., Rachid, A., Alfaar, A. S., & Hamoda, H. M., 2019).

자살사망자가 정신적 또는 정신과적 어려움이 있었는지 확인하기 위해 자살사망자의 사망 이전

정신질환 치료 이력에 대한 데이터를 연계하여 분석하였다.¹⁵⁾ 자살사망자 중 정신질환 관련 치료 이력이 있는 비율이 2016년 자살사망자 중 58.3%, 2020년 자살사망자 중 62.5%로 증가하는 추세이다. WHO의 보고에 따르면 고소득 국가의 경우 자살로 사망한 사람 중 90%는 정신질환을 가지고 있었으며, 중국과 인도 등 아시아 몇몇 국가에서는 약 60% 정도로 나타나 본 분석 결과와 유사한 것을 알 수 있다(WHO, 2014). 또한 정신질환 치료 이

[표 5] 5년간(2016~2020년) 신체·정신질환 경험자 자살사망 현황

(단위: 명, %, 질환 경험 인구 10만 명당 명)

		2016	2017	2018	2019	2020
신체질환 경험자	자살사망자 수	10,239	9,696	11,075	11,099	10,512
	백분율	82.2	82.8	83.6	84.3	84.3
	자살발생률	32.3	29.8	33.3	32.5	30.2
정신질환 경험자	자살사망자 수	7,267	6,912	7,856	7,997	7,791
	백분율	58.3	59.1	59.3	60.7	62.5
	자살발생률	61.0	55.2	59.6	57.7	53.8
전체 ¹⁴⁾	자살사망자 수	12,463	11,705	13,242	13,165	12,468
	백분율	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	자살발생률	24.3	22.8	25.7	25.4	24.1

자료: 한국생명존중희망재단. (2023). 5개년(2016~2020) 전국 자살사망분석 결과보고서. p. 69. <표 23>, p. 75. <표 26>, 재편집.

14) (자살발생률) '경찰 수사 기록 연도별 자살사망자 중 치료 이력이 확인되는 자살사망자 수'를 연도별 총인구수로 나눈 수치를 100,000분비로 표시. 즉 통계청에서 발표하는 자살률과 산출 기준이 다르므로 해석에 유의해야 함.

※ 참고: (자살률) '통계청 연도별 자살사망자'를 연도별 주민등록 연앙인구수로 나눈 수치를 100,000분비로 표시.

15) 정신질환은 건강보험심사평가원의 질병·행위통계 표준 산출 기준에 따라 분류하였으며, 한국표준질병·사인분류 정신 및 행동 장애(F00~F99), 뇌전증(G40~G41), 수면장애(G47)에 해당하는 질환 코드를 추출하여 분석하였다. 자살사망자의 정신질환 이력에서는 자료 수집이 가능한 시점인 2002년부터 사망 직전까지의 진료 및 상병 내역을 분석하였다. 정신질환 경험자는 2002년부터 사망 직전까지 정신질환에 해당하는 주상병 코드를 한 번 이상 부여받은 사람이다. 1명의 자살사망자가 다수의 질환 주상병 코드로 진료 받았을 경우에는 여러 질환에 중복으로 포함된다. 또한 주상병 코드로 진료받은 질환은 지속적으로 개인에게 영향을 미치는 질환으로 간주하였으며, 장기간 치료 이력이 없는 경우 완치되었는지 명확히 판단할 수 없어 질환 경험자에 포함하였다.

[그림 6] 2020년 신체질환별 자살발생률 순위

(단위: 인구 10만 명당 명)

순위	만성질환	2020년 자살발생률
1	약성 신생물	75.2
2	심장질환	58.9
3	만성신부전증	52.1
4	대뇌혈관질환	45.5
5	호흡기결핵	45.3
6	당뇨병	39.9
7	신경계질환	37.4
8	고혈압	35.5
9	간의질환	33.2
10	관절병증	30.5
11	갑상선의 장애	28.9

자료: 한국생명존중희망재단(2023). 5개년(2016~2020) 전국 자살사망분석 결과보고서. p. 79. [그림 15].

[그림 7] 2020년 정신질환별 자살발생률 순위

(단위: 인구 10만 명당 명)

순위	만성질환	2020년 자살발생률
1	조울증	199.9
2	인격장애	180.7
3	조현병	180.2
4	알코올 중독증	155.5
5	불면증	98.9
6	우울증	98.2
7	외상후 스트레스 장애	76.3
8	거식증	73.0
9	불안장애	64.7
10	신체형장애	64.1

자료: 한국생명존중희망재단(2023). 5개년(2016~2020) 전국 자살사망분석 결과보고서. p. 74. [그림 13].

력이 있는 집단의 자살발생률¹⁶⁾은 2016년 61.0명, 2020년 53.8명으로 증감이 있었으나 전반적으로 감소하는 추세이며, 전체 인구의 자살발생률 24.1명보다 2.2배 높았다. 정신질환의 종류별 자살발생률을 살펴보면 조울증, 인격장애, 조현병 순으로 높게 나타났는데(그림 7), 이는 국외와의 비교 시에도 유사하게 나타나고 있다(WHO, 2000).

5 나가며

한국 자살사망자에 대한 성·연령 등 인구통계학적 특성과 자살 동기 중 비중이 높은 경제적 특성, 신체·정신질환 특성에 대해 분석한 주요 결과는 다음과 같다. 한국 남성의 자살률이 여성의 자살률보다 높은 특징은 국외와 유사하나 한국의 경우 남녀 성비의 격차가 적은 특성을 보였다. 또한 연령별 자살률의 경우 10~20대의 자살률 증가와 70대 이상의 자살률 감소가 두드러진다. 남성은 연령대가 높아질수록 자살률이 높아지며, 여성은 20~30대의 자살률이 70대 이상 다음으로 높은 특성을 보인다. 경제적 특성의 경우 경제 수준이 낮은 의료급여 집단의 자살발생률과 하위구간에서 의료급여구간으로 경제 수준이 하락한 집단의 자살발생률이 가장 높았다. 신체질환 치료 경험이 있는 자살사망자의 비율은 2020년 기준 84.3%, 자살발생률은 32.5

명으로 전체 인구의 자살발생률보다 1.3배 높으며, 신체질환 중 암 치료 경험자의 자살발생률이 가장 높았다. 정신질환 치료 경험이 있는 자살사망자의 비율은 2020년 기준 62.5%, 자살발생률은 53.8명으로 전체 인구의 자살발생률보다 2.2배 높으며, 정신질환 중 조울증 치료 경험자의 자살발생률이 가장 높다. 이에 근거하여 한국 자살사망자의 특성에 따른 한국 자살예방 정책 추진 방향에 대한 시사점을 논의하면 다음과 같다.

첫째, 성·연령에 따른 맞춤형 자살예방 정책의 내실화가 우선적으로 추진되어야 한다. 한국은 남성의 자살률이 여성의 자살률보다 2배 이상 높으나, 타 국가들과의 비교 시 한국 여성의 자살률이 상대적으로 높아 남녀 성비의 격차가 적고, 최근 여성의 자살률이 증가 추세여서 남성과 여성, 어느 집단에 치우침 없이 자살예방 정책이 적극적으로 추진되어야 한다. 더불어 남성과 여성의 연령대별 자살률 특성이 다르므로 남녀의 생물학적, 심리사회적 특성과 생애주기별 발달 과업을 고려한 정책이 마련되어 실제적으로 작동되어야 할 것이다. 관련하여 제5차 자살예방 기본계획은 생애주기별 맞춤형 대책을 담고 있다. 세부적으로는 심리정서 지원을 위한 상담 및 치료비 지원, 고독사 예방 및 사회적 관계망 형성 지원, 자원 연계 사업 등을 추진하고 있다. 이러한 맞춤형 자살예방 대책이 성·연령에

16) (정신질환 경험자 자살발생률) 2002년부터 사망 연도까지 정신질환 진료 이력이 있는 해당 연도 자살사망자 수를 2002년부터 해당 연도까지 정신질환 진료 이력이 있는 전체 정신질환 경험 인구로 나눈 수치를 100,000분비로 표시, 정신질환 경험 인구 10만 명당 자살사망자 수.

따라 실질적인 도움을 줄 수 있도록 양적·질적 확대가 이뤄져야 한다.

둘째, 자살률 증가가 두드러진 10~20대에 특화된 개입이 있어야 한다. 최근 10~20대의 자살률이 높아지는 추세이며, 자살시도자 수도 증가하여 자살위험성이 큰 상황이다. 청소년·청년 자살예방의 필요성에 대해 전 세계적으로도 논의되고 있는데, WHO는 청소년에 대한 정신건강 관리와 조기 개입이 국가 전략으로 추진되는 것이 중요함을 명시하고 있다(WHO, 2021). 따라서 한국 청소년들의 자살예방을 위한 국가 주도의 적극적인 정책 추진이 있어야 한다. 이를 위해서는 교육계와 청소년계를 중심으로 모든 청소년·청년의 정신건강을 위한 사회의 변화를 이끌어 가는 것이 필요하다. 또한 자살예방 교육 의무화에 대한 법적 근거를 마련함에 따라 청소년·청년을 위한 자살예방 인식 개선 교육이 적극적으로 수행되어 자살률 증가 추세를 감소 추세로 전환해야 할 것이다.

셋째, 빈곤 상황에 처해 있거나 빈곤 상황에 처할 위험이 있는 국민들이 자살로 사망하지 않도록 촘촘한 사회안전망을 구축함과 동시에 이 안전망이 효과적으로 작동할 수 있도록 예산과 인력이 확보되어야 한다. 이에 대한 필요성은 2003년 OECD 회원국 중 가장 높은 자살률을 나타낸 이후 자살률이 낮아지지 않는 한국 사회에 대한 다양한 연구와 분석을 통해 이미 오래전부터 제기되어 왔다. 뿐만 아니라 2011년 자살예방법 제정 이후 사회적으로 관심을 갖고 적극적으로 개입을 할 때 자살률이 낮

아진다는 것에 대해 통계적으로 확인할 수 있었다. 이에 근거하여 사회적 지원이 우선되는 정책들이 2018년 자살예방 행동계획 안에 체계적으로 담겼다. 이후 2018년 자살예방 행동계획을 추진하는 과정에서 사회안전망을 구축하기 위한 큰 틀을 정비하고, 사회 모든 분야에서 자살예방을 위해 협력해야 함을 인지할 수 있었다. 이를 발판 삼아 2023년 공표한 제5차 자살예방 기본계획에서는 관련 정책이 구체적으로 작동하여 자살률 감소의 결과를 이끌어 낼 수 있도록 적절한 예산과 인력의 투입, 정부 관련 부처와 민관의 협력이 적극적으로 이뤄져야 한다.

넷째, 신체질환이나 정신질환 치료가 필요한 사람들의 자살예방을 위한 적극적인 개입이 필요하다. 질환과 관련하여 적극적인 치료를 받을 수 있도록 교육과 인식 개선이 이뤄져야 할 뿐만 아니라 질환을 치료하는 과정에서 접점에 있는 기관 내 인력이 자살위험성에 대해 인지하고 적시에 도움을 받을 수 있도록 스크리닝하고 서비스를 연계·제공하는 시스템이 마련되어야 한다. 특히 자살률이 높게 나타난 암, 심장질환, 만성신부전 또는 조울증, 인격장애, 조현병 등의 질환을 가진 경우 질환 치료 시 도움을 받을 수 있는 제도나 체계를 마련해야 한다.

다섯째, 정체되어 있는 한국 자살률 감소를 위해 자살 고위험군의 자살예방을 위한 심층적인 분석과 효과적인 정책에 대한 검증, 근거 기반의 정책 수립과 실효성 있는 사업 추진을 위한 전달체계 정비가 이뤄져야 한다. 2018 자살예방 행동계획을 추진하

며 중앙부처에 자살예방정책과가 설치되고, 중앙 기구인 한국생명존중희망재단이 설립되었으나 광역과 기초로 정책이 전달되어 각 지역에서 사업을 수행하는 전달체계가 일관된 형태로 운영되지 않는 한계가 있다. 전 세계적으로 효과가 검증된 자살예방 정책 도입을 넘어 한국 맞춤형 자살예방 정책을 마련하고 효과를 검증하기 위한 연구 체계도 미비하다. 관련 예산 확보와 법·제도 개정을 통해 자살 예방 정책 수립과 시행, 평가가 효율적으로 운영되는 전달체계 정비가 이뤄진다면 제5차 자살예방 기본계획의 목표인 ‘자살률 18.2명, 자살로부터 안전한 사회 구현’을 달성할 수 있을 것이다. ㉞

참고문헌

- 권세원. (2019). **OECD 회원국의 공공사회복지지출이 생애주기별 자살률에 미치는 영향**. 연세대학교 사회복지대학원 박사학위논문.
- 김연경. (2020). **한국 자살사망률의 연령-기간-코호트 분석**. 한림대학교 대학원 석사학위논문.
- 김은하, 백학영. (2021). 생활고 자살 사망자의 특성과 기본 생활보장 경험 연구. **비판사회정책**, 72, 73-112.
- 김인아, 김은경, 안연순, 이은정, 이효진, 장정원, 조서은. (2019). **자살에 대한 특진, 심리부검 등 재해조사 방법 및 업무관련성 판정과의 연계 등을 통한 업무효율화 방안 연구**. 세종: 고용노동부.
- 김정수, 송인한. (2013). 자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드·미국·아일랜드·스코틀랜드·호주 및 대한민국의 국가전략. **보건사회연구**, 33(1), 513-546.
- 김종섭. (2010). 경제위기와 자살: 한국과 중남미 3개국의 비교. **라틴아메리카연구**, 23(3), 45-65.
- 김혜진, 김지은, 송인한. (2020). 친구·동료·지인의 자살이 자살생각에 미치는 영향과 보호요인으로서의 가족기능. **한국사회복지조사연구**, 64, 65-90.
- 노법래. (2017). **복지국가와 자살에 관한 비교사회정책 연구: 공적 사회 서비스의 중재효과를 중심으로**. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 류정희. (2015). 차상위계층 지원사업 현황과 개선방향. **보건·복지Issue&Focus**, 288, 1-8.
- 신동준. (2012). 자살의 사회적 원인에 대한 국가 간 비교 분석: 사회통합과 경제적 불평등, 그리고 경제지상주의의 효과. **범죄와 비행**, 12, 85-102.
- 안용민, 위대한, 박형근, 김정현, 한창수, 백종우, 권세원, 허영혜. (2019). 2018 **자살실태조사**. 세종: 보건복지부.
- 이경진, 김준성, 천성문. (2023). 청소년 자살 생각 관련 변인에 대한 메타분석. **한국사회과학연구**, 42(1), 129-153.
- 이상영, 노용환, 이기주. (2012). **우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이순주, 강상경. (2021). 자살의 주원인에 관한 개인 및 지역 수준의 요인 분석. **정신건강과 사회복지**, 49(3), 84-110.
- 이정은, 유지영. (2017). 노인의 자살생각에 영향을 미치는 요인군에 대한 메타분석. **한국노년학**, 37(3), 601-616.
- 장숙량, 백경흔. (2019). **청년여성의 자살 문제**. 서울: 사회건강연구소.
- 최명민, 성정숙, 이현주. (2019). 어떤 지역사회가 자살에 취약한가? - 일 지방대도시 자살다발지역에

- 관란 지역사회 프로파일링. **한국사회복지학**, 71(2), 37-64.
- 통계청. (2023. 9. 21). 2022년 사망원인통계 결과. **보도자료**.
- 한국생명존중희망재단. (2022). 2021 **심리부검 면담 결과보고서**. 세종: 보건복지부, 서울: 한국생명존중희망재단.
- 한국생명존중희망재단. (2023a). 2023 **자살예방백서**. 세종: 보건복지부, 서울: 한국생명존중희망재단.
- 한국생명존중희망재단. (2023b). **5개년(2016-2020) 전국 자살사망 분석 결과보고서**. 세종: 보건복지부, 서울: 한국생명존중희망재단.
- 한은희. (2020). 재산기준으로 인한 생계급여 신청탈락과 수급탈락의 현황과 시사점. **2020년 비판과 대안을 위한 사회복지학회 춘계학술대회 발표논문집**. 서울: 비판과 대안을 위한 사회복지학회.
- 허경덕, 김승훈, 이두웅, 박은철, 장성인. (2022). 2020년 자살관련 지표들과 추이. **보건행정학회지 2022**, 32(2), 228-236.
- Näher, A. F., Rummel-Kluge, C., & Hegerl, U. (2020). Associations of suicide rates with socioeconomic status and social isolation: Findings from longitudinal register and census data. *Frontiers in psychiatry*, 10, 898.
- OECD (2023). "Health status". *OECD Health Statistica (database)*. (Accessed on 7 July 2023).
- Saad, A. M., Gad, M. M., Al-Husseini, M. J., AlKhayat, M. A., Rachid, A., Alfaar, A. S., & Hamoda, H. M. (2019). Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: a population-based study. *Cancer*, 125(6), 972-979.
- WHO. (2000). *Preventing suicide: A resource for general physicians*. Geneva: WHO.
- WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO.
- WHO. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: WHO.

Suicide Deaths in Korea and Their Policy Implications

Kwon, Sewon

(Korea Foundation for Suicide Prevention)

Suicide is the result of a complex interplay not only of an individual's biological, cognitive, and psycho-emotional characteristics but also of various systems surrounding the individual. Therefore, policy efforts aimed at addressing the issue of suicide must build on analyses of individual suicides' characteristics and the characteristics and effects of relevant systems. This study's analytical focus is on the individual characteristics of suicides, including sex, age group, economic status, and physical and mental health. Korea has relatively high suicide rates for both men and women, with the suicide sex ratio lower than in other comparable countries. Recently, there has been a significant increase in the suicide rate for people in their teens and twenties. Suicide rates in Korea are high for individuals with lower economic status or those whose economic status declined. Higher suicide rates are associated with individuals who have undergone hospital treatments, physical or mental. These characteristics of individual suicides must be incorporated into suicide prevention measures, with a view to making Korea a society safe from suicide.