

# 우리나라 노인자살예방사업의 현황과 과제

*A study of Elderly Suicide Preventive Measures*



이소정 저출산고령사회연구실 부연구위원  
이수형 저출산고령사회연구실 선임연구원

우리나라는 OECD 국가 중 노인자살률이 가장 높은 국가로서 이를 예방하기 위한 정책의 현황과 향후 과제를 살펴보았다. 우리나라 노인자살 예방 정책은 생애주기적 관점을 결여하고 있어, 노인자살의 특수성이 정책에 반영되지 못하고 있다. 지금까지 다소 은폐되거나 관심을 받지 못했던 노인자살에 대해 사회적 관심을 야기하고, 향후 노인자살 위험대상에 대해 정확하게 스크리닝 할 수 있는 도구의 개발과 정확한 노인자살 통계 파악이 필수적이다.

## 1. 서론: 우리나라 노인 자살 현황

우리나라의 자살로 인한 사망률은 이미 2002년부터 교통사고 사망률을 추월해 커다란 사회적 문제로 제기되고 있다<sup>1)</sup>. 그러나 최근 유명인들의 자살과 더불어 본격적인 사회적 쟁점으로 부각된 자살 문제는 대부분 젊은 세대의 자살에 초점이 맞추어져 있으며 노인의 자살 문제는 크게 간과되고 있는 것이 사실이다. 이는 노인공경 등 전통적 사상에 반하는 노인자살에 대한 논의를 사회적으로 은폐하려는 경향, 노인 자살이 죽음에 인접해 일어난 일이라는 무관심한 편견 등 다양한 원인에서 비롯된 것이다.

한편 공식 통계치들을 살펴보면 노인자살 문

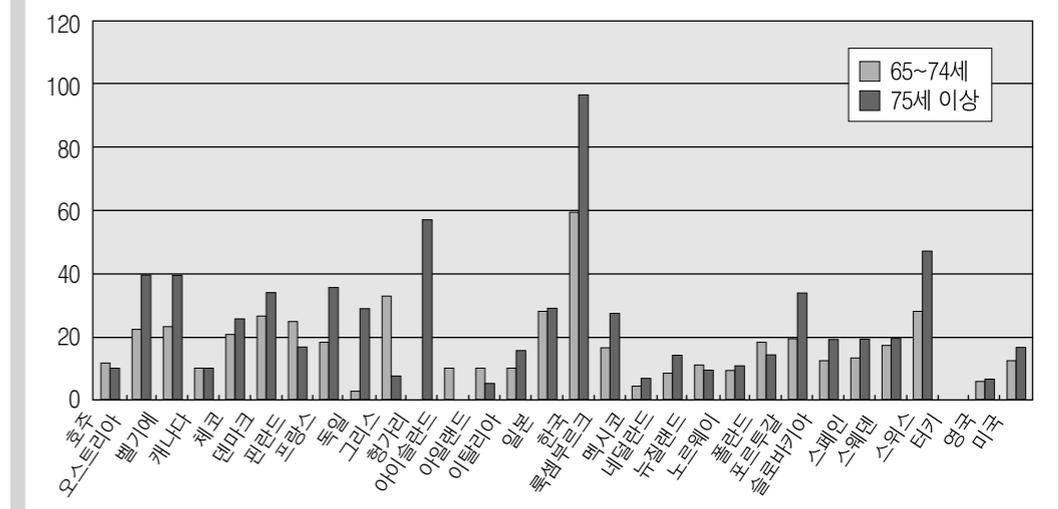
제가 단순한 무관심이나 편견 등에 파묻힐 수 있는 간단한 문제가 아님을 알 수 있다. 먼저, 국제적 비교의 관점에서 보았을 때 우리나라의 노인자살률은 [그림 1]에서 보여주는 바와 같이 세계 최고 수준일 뿐만 아니라 그 수치 또한 압도적이다.

통계청의 『사망원인통계』에 따르면 우리나라 노인자살률은 특히 2000년대 이후 급격히 증가하는 추세를 보여 우리 사회의 압축적 고령화와 무관하지 않음을 제시한다. 연령대별로 보았을 때 80대 이상의 고령 노인의 자살률이 압도적으로 높게 나타나며 남성의 자살률이 여성에 비해 월등히 높게 나타난다(표 1).

1) 통계청, 사망원인통계조사, 2003.

그림 1. OECD 국가의 노인자살률

(단위: 십만명당)



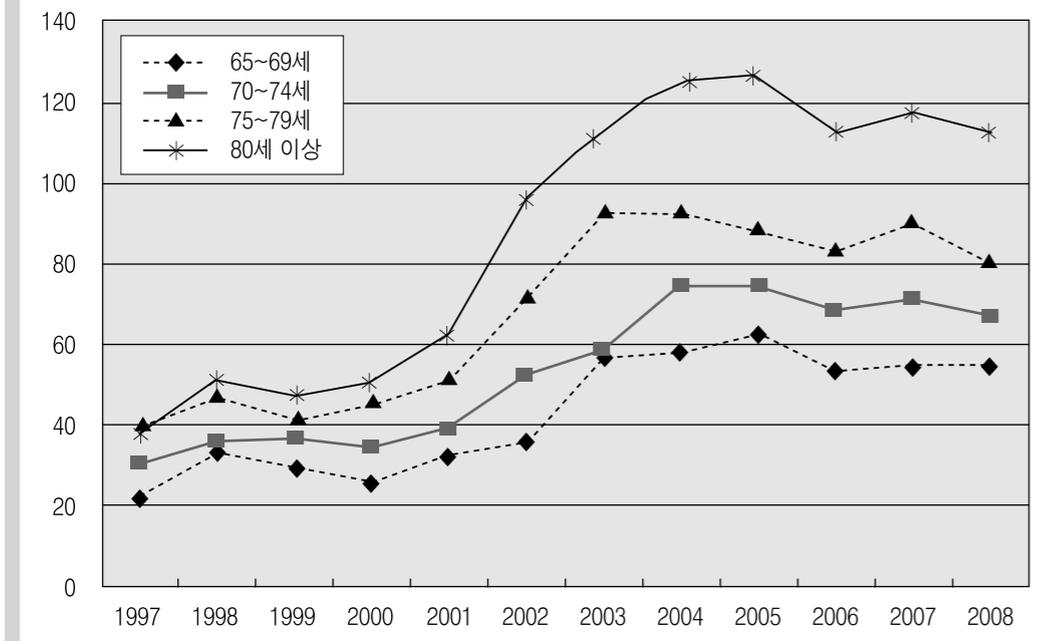
자료: OECD 국가별 취합자료, WHO Suicide prevention and special programs

표 1. 자살로 인한 노인 사망률 추이(성별, 연령별)

성별	연령	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
계	65~69세	22.6	33.3	29.9	25.9	32.4	36	56.7	58.2	62.5	53.5	54.5	54.5
	70~74세	30.1	36.1	36.7	34.4	39.2	52.5	58.8	74.7	74.5	68	70.9	66.8
	75~79세	40.1	47.4	41.9	45.5	51.3	71.9	92.7	92.6	88.8	83.4	90.9	80.3
	80세 이상	38.6	50.8	47.3	51	62.2	96.2	114.2	125.3	126.7	112.7	117.3	112.9
남자	65~69세	38	58.3	50.8	41.1	52.7	58.2	91.7	95.7	102.5	84.9	86	87.4
	70~74세	52.9	57.1	63.5	52.3	62.8	80.2	92.1	117.6	125.2	112.1	115.2	109.3
	75~79세	69	76	71.1	76.9	78.6	112.4	142.4	147.1	154	130.1	148	125.8
	80세 이상	63.4	91	81.9	88.3	109.6	155.1	207.9	205.8	205.3	186.8	206	194.4
여자	65~69세	12.5	16.3	15.3	14.9	17.3	19.1	29.4	28.4	30.2	27.8	28.3	26.9
	70~74세	16.2	23.3	20.6	23.8	25.1	35.8	38.2	47.3	41.1	38	39.7	36.2
	75~79세	24.3	31.8	25.9	28.4	36.6	50.3	66.3	63.9	54.7	58.8	60.5	55.4
	80세 이상	29.5	35.8	34.1	36.4	43.4	72.6	76.2	92.2	94.3	82.2	80.9	79.7

자료: 통계청, 사망원인 통계(연도별)

그림 2. 노인자살률 추이



자료: 통계청, 사망원인통계(연도별)

자살의 문제는 자기 삶에 대한 결정권이라는 측면에서 다분히 '개인적'인 선택의 문제로 간주되는 경향이 있으나 자살이 아무리 개인적인 문제라 하더라도 이는 사회현상과 함께 나타나는 문제이며 사회현상의 하나이기 때문에 이를 개인적인 문제로 남겨둘 수는 없는 일이다<sup>2)</sup>. 따라서 노인자살의 문제에 대한 사회적 해결책의 모색은 본격적인 고령사회 진입을 앞두고 있는 우리사회가 반드시 해결해야 할 과제인 것이다. 이 글에서는 충격적인 노인자살 현황과 대조적으로 현재 우리나라에 존재하고 있는 노인자살 예방사업 및 인프라의 현황을 살펴보고 앞으로

우리 사회의 노인자살에 대한 대응책이 지향해야 할 방향성에 대해 논하고자 한다.

## 2. 우리나라 노인자살예방사업 및 인프라 현황

현재 우리나라에서는 자살사고를 효과적으로 예방하기 위한 자살예방사업 및 인프라가 극히 미비한 상태이다. 물론 자살의 심각성을 인식하여 정부 차원에서 2004년 국가자살예방5개년 기본계획을 수립(2005년 세부추진계획인

자살예방5개년계획 수립)하고 2008년 제2차 자살예방종합대책을 수립하였으나 아직까지 자살예방 대책이 통합적이지 못할 뿐만 아니라 생애주기별에 따른 특화된 자살예방대책을 제시하지 못하고 있다.

2004년 수립된 정부의 자살예방5개년계획(2006~2010)은 생명존중문화 조성 등 환경적 접근과 자살위험자 조기발견 및 치료 등 대상자적 접근을 포괄하는 추진체계 구축(전략 1), 생애주기와 사업단계별 추진체계 구축(전략 2), 공공부문과 민간부문의 역할분담과 협력체계 구축을 통한 사업추진(전략 3)이란 전략하에 생애주기별, 사업단계별로 자살예방대책을 제시하고 있으며 [그림 3]과 같이 예방대책을 기획, 조정, 평가하는 보건복지부를 중심으로 지역사회 정신보건센터<sup>3)</sup>와 민간단체인 한국자살예방협회<sup>4)</sup> 및 생명의 전화<sup>5)</sup>가 주축이 되어 시행되고 있다.

자살예방사업은 1차 예방사업<sup>6)</sup>인 '사회환경적 접근사업', '정신건강증진(일반인구 대상)사업', '자살위험요인 예방사업'과 2차 예방사업인 '자살위험자 조기발견 및 조기개입사업', 3차 예방사업인 '자살시도자 치료 및 사후관리사업'으로 구분할 수 있는데 대부분의 사업은 1차 예방사업에 초점을 두고 있다. 생애주기별 각 사업의 구체적인 세부내용은 <표 2>와 같다.

정부의 자살예방사업은 <표 2>에서와 같이 생애주기별, 사업대인별로 제시하고는 있지만 대부분의 사업대상은 일반인과 청소년에 한정되어 있으며 생애주기별로 특화된 사업내용은 미흡한 실정이다. 특히 노인을 위한 2차 또는 3차 예방사업은 전무하다. 또한 사업수행기관이 지역사회 정신보건센터와 민간단체인 한국자살예방협회와 생명의 전화로 국한되어 실질적인 사업대상자는 정신질환자와 우울증 환자이며 사업내용도 일회성 정신건강증진 교육이나

3) 지역사회 정신보건센터는 지역사회내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리, 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회 정신보건사업 기획·조정하는 역할을 하고 있다. 2008월 6월말 현재 전국에 183개의 기관이 있으며 자살예방사업과 관련해서는 2006년부터 정신건강전화(1577-0199) 및 희망의 전화(국번없이 129번) 운영을 통한 정신건강증진 및 위기관리 도모 사업을 실시하고 있으며 제2차 자살예방종합대책(09~13)에 따른 세부추진계획 수립·시행하고 있다(보건복지가족부, 2009년 정신보건사업안내, 2009).

4) 한국자살예방협회는 대국민 인식개선과 교육, 자살예방 전문가양성, 다양한 예방프로그램 개발, 자살을 시도하려는 사람들을 위한 위기개입사업과 사이버상담 및 대정부 정책제안 등 다양한 범국가적 활동을 조직적으로 전개해 나가는 것으로 목적으로 2003년 12월에 설립되었다. 주요사업은 자살예방 홍보 및 계몽, 자살예방관련 사회제도 개선, 자살예방활동 관련 전문가 양성 등의 자살예방사업과 사이버 상담사이트 운영, 대면상담 서비스 운영, 자살시도자를 위한 예방프로그램 등의 위기개입사업, 그리고 자살가족모임, 청소년 자살자 친구모임 등의 사후관리사업이 있다(http://suicideprevention.or.kr/index.htm).

5) 생명의 전화는 1973년 '아가페의 집' 개설, 1976년 서울 생명의 전화 개통을 시작으로 지금까지 활발한 활동을 하고 있다. 생명의 전화는 자살예방사업뿐만 아니라 여성노숙자를 위한 복지사업과 저소득층 아동을 위한 복지사업 등을 하고 있다. 자살예방사업과 관련해서는 자살예방전문교육, 생명존중 자살예방 인식 확산 운동, 생명존중프로그램 보급, 자살시도자 및 생존자 지원사업, 자살예방세미나 개최 및 관련자료 제작 및 배포사업 등이 있다(http://www.lifeline.or.kr/).

6) Maltzberger(1991)는 자살방지는 일차적(primary), 이차적(secondary), 삼차적 수준(tertiary level)에서 각각 행해질 수 있다고 한다. 일차적 자살방지만 사회적 조건의 개선을 통하여 자살의도를 사전에 방지하는 조치를 뜻하며, 이차적 자살방지만 자살을 고려하기 시작하였거나 혹은 고려할 가능성이 높은 자들을 파악한 후 자살과정에 개입하여 중단시키기 위한 조치를 의미한다. 그리고 삼차적 방지는 만성적인 자살위험에 처해있는 극소수의 사람들에게 자살로 인한 손상과 자살확률을 경감시키기 위한 조치들을 지칭한다(김형수, 노인자살의 이해와 일차적 예방, 2000, 한국인구학, 제23권 제2호 p167~187).

2) 김승용, 한국노인 자살률 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구, 2004, 사회복지정책, 제 19권, pp.181~205.

표 2. 생애주기별 서비스 범주별 자살예방대책

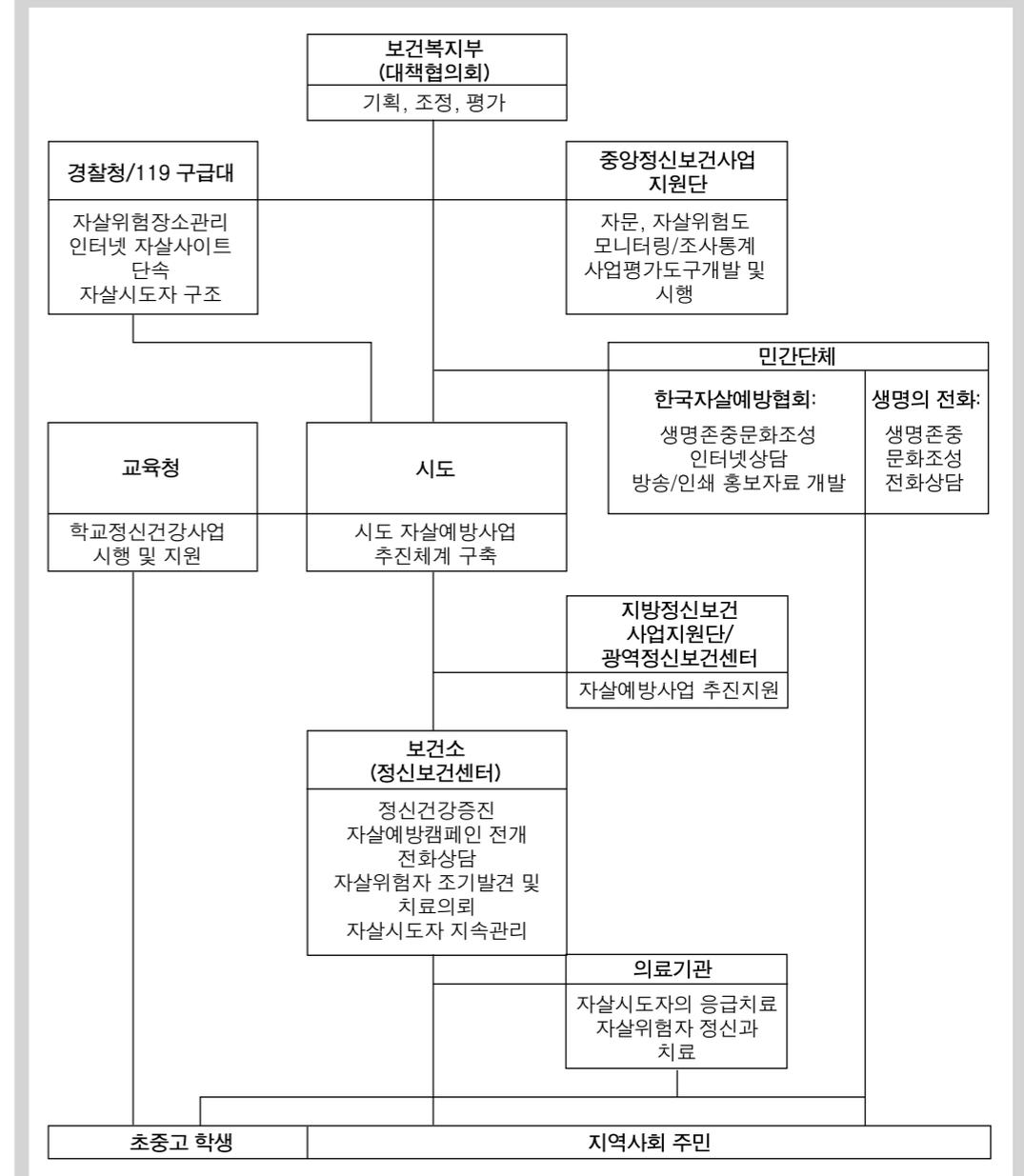
생애 주기	사회환경적 접근 (지역사회 대상)	정신건강증진 (일반인구 대상)	자살위험요인 예방 (정신건강위험 인구 대상)	자살위험자 조기발견 및 조기개입 (자살위험자 대상)	자살시도자 치료 및 사후관리 (자살시도자 대상)
아동 청소년기	- 학교교육 정상화 - 학교폭력 감소 - 저소득층 학생의 교육권 보장	- 우울증 위험인자(학습장애, 왕따, 학교폭력 등) 감소 - 아동청소년 대상 정신건강증진 교육 - 부모대상 정신건강 중요성 홍보/올바른 양육 방법교육	- 이혼 또는 부모사망, 극빈층, 알코올 중독/정신질환자/자살경력 부모 아동청소년 등 위험군 대상 우울증 예방프로그램 제공	- 보건교사, 상담교사, 교사, 학부모에 대한 정신보건교육 - 아동청소년기 우울증 및 자살에 대한 홍보책자 배포 - 위험군에 대한 정기적 선별검사 시행 - 정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보 - 인터넷상담 활성화	- 우울증 및 자살시도 아동청소년의 치료연계 및 사례관리 강화 - 저소득층에 대한 정신과 치료비 지원
성인기	- 공동체 의식 강화 - 경제성장을 제고 및 실업률 감소 - 개인워크아웃제도 등 신용불량자에 대한 대책 - 인터넷 자살사이트 단속 폐쇄 - 고층건물 및 강다리 관리강화	- 일반국민 대상의 정신건강의 중요성 홍보 - 정신보건센터에서 스트레스 관리프로그램 제공 - 직장 정신보건 사업(직무스트레스 관리) 시행	- 이혼, 실직, 저소득층, 알코올중독, 정신분열증환자 등 대상 우울증 예방프로그램 제공	- '우울증 선별의 날' 등 국가적인 행사로 우울증에 대한 조기 발견 분위기 조성 - 정신보건센터의 조기 발견체계 구축 - 자살상담 등 정신건강전화 구축 - 인터넷상담 활성화	- 정신보건센터 상담전화 및 생명의 전화와 119연계 강화 - 우울증 및 자살시도 대상자의 치료연계 및 사례관리 강화
노인기	- 수면제/독극물 판매의 적절한 규제 - 생명존중문화조성 - 마스크의 선정적 자살보도 억제 - 자살위험도 모니터링체계 구축	- 배우자사망, 독거노인, 만성질환자 대상 우울증예방프로그램 및 사회지지체계 연결사업	- 배우자사망, 독거노인, 만성질환자 대상 우울증예방프로그램 및 사회지지체계 연결사업	- 생명의 전화 활성화 - 생명의 전화 상담이후 정신보건센터로의 연계 활성화 - 자살징후에 대한 주민교육홍보 - 정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보	- 저소득층에 대한 정신과 치료비 지원 - 자살시도로 응급실에서 치료받은 자에 대한 정신과 치료 강화

자료: 보건복지부(2005), 자살예방5개년 종합대책(세부추진계획)

홍보, 또는 우울증예방프로그램 및 인터넷/전화 상담으로 그치는 경우가 많다. 이에 정부는 이러한 자살예방사업 및 인프라 속에서는 유기적

이면서 생애주기적인 사업을 실시하기 어렵다는 판단하에 2008년 민·관 공동으로 제2차 자살예방종합대책을 수립하였다.

그림 3. 자살예방5개년 종합대책 사업추진체계 및 역할분담



자료: 보건복지부(2005), 자살예방5개년 종합대책(세부추진계획)

제2차 자살예방종합대책(2009~2013년)은 1차 자살예방종합대책과는 달리 주요 10대 과제를 선정하여 구체적인 추진목표와 세부과제를 제시하고 있다<표 3 참고>. 제2차 자살예방종합대책에서는 2008년 3개에 불과했던 자살위

설치율을 시군구의 20%이상으로 확충하여 자살예방 인프라를 강화하고 있으며 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력(정신보건전문요원, 보건·복지·교육·경찰 및 소방대)에 대한 교육체계를 강화하고 있다. 또한 자살예방법 제정 추진계획을 통해 법적 토대를 마련하고 있으며 생애주기별로 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화하는 세부과제를 제시하고 있

표 3. 제2차 자살예방종합대책

10대 과제	중점 추진목표	세부과제
1. 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다.	우울증이 치료 가능한 질환임을 인식하는 국민의 비율을 2007년도 대비 30% 이상 향상시킨다. 자살이 사회적 노력을 통해 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율을 2007년도 대비 30%이상 향상시킨다.	1) 국민정신건강 넷(net) 개발 및 활용 2) 생명존중 사회마케팅 전략 체계 강화 3) 생명사랑 문화 프로그램 확산
2. 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화한다.	국민 스트레스 지수 중 스트레스를 대단히 많이 느끼는 비율을 2007년도 대비 10%이상 감소시킨다.	1) 이혼 가정 상담 서비스 지원 강화 2) 위기청소년 사회안전망 구축 3) 아동청소년 정신건강 관리체계 강화 4) 대학교 자살예방 및 정신건강 사업 체계 구축 5) 직장인 정신건강 증진 지원체계 구축 6) 노인 학대 예방 및 독거노인 지원 강화
3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다.	농약으로 인한 자살사망자 수를 2007년도 대비 20 %이상 감소시킨다.	1) 유독성 물질 불법 유통 관리 감독 강화 2) 농약 관리체계 강화 3) 인터넷 자살유해사이트 관리체계 강화 4) 지하철, 교량 등에 대한 안전시설 강화
4. 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화한다.	자살에 대한 언론보도기준 준수 비율을 60%이상으로 향상시킨다.	1) 미디어 관리 체계 구축
5. 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화한다.	중증정신질환자 및 알코올 중독자의 지역사회 등록관리율을 20%이상으로 향상시킨다. 우울증의 수진율을 40%로 향상시킨다. 자살시도자 및 유가족 관리 프로그램을 확산시킨다.	1) 지역사회 고위험군 자살예방 프로그램 개발 보급 2) 특수영역(군, 교정기관) 자살예방 활동 강화 3) 정신질환자 사례관리 시스템 강화 4) 알코올 중독자 관리 체계 구축 및 강화 5) 우울증 조기검진 및 치료관리체계 구축 6) 자살시도자, 유가족 지원방안 마련

<표 3> 계속

10대 과제	중점 추진목표	세부과제
6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계를 강화한다.	정신보건전문요원의 자살예방 교육 이수율을 100%로 한다. 경찰과 소방대원의 자살예방교육 수료율을 높인다.	1) 정신보건전문요원 자살예방 교육체계 구축 2) 경찰 및 긴급구조요원 자살예방 교육 강화
7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다.	'자살예방법'을 제정한다.	1) 자살예방법 제정
8. 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다.	24시간 자살예방 및 위기개입 체계가 12개 이상의 시도에서 구축되도록 한다. 지역정신보건센터 설치율이 85%로 향상된다. 알코올상담센터 설치율이 20%로 향상된다.	1) 지역사회 상담지원 및 정신건강서비스 체계 확대 2) 제3자 통화 및 응급출동체계 구축 3) 자살예방 민간단체 지원 및 육성
9. 자살예방을 위한 연구·감시체계를 구축한다.	국가정신건강연구원에 자살예방정보센터를 설치한다. 국가통합 자살 DB 구축을 완료한다.	1) 자살예방사업 모니터링 체계 구축 2) 자살관련 통계·연구체계 개선
10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.	통합적 자살예방 시범사업을 시행하고 평가한다.	1) 지역사회 기반의 통합적 자살예방 시범사업

자료: 보건복지부(2008), 제2차 자살예방종합대책

다. 이처럼 제2차 자살예방종합대책은 보다 구체적인

그러나 제2차 자살예방종합대책 역시 생애주기별에 따른 특화된 자살예방대책은 미비한 수준이며 자살예방 인프라 또한 생애주기 특성을 반영하기 보다는 기본적인 인프라 구축에 치중되어 있다. 따라서 노인자살예방을 위한 사업도 다양하지 못하다. 물론 2번째 10대 과제내 '노인 학대 예방 및 독거노인 지원 강화'란 세부과제를 통해 노인특성에 맞는 자살예방대책을 제시하고 있으나 여전히 2차 또는 3차 예방차원에서 자살예방대책은 미비한 수준이며 3차 자

살예방사업 중 자살 재시도자의 사후관리에 대한 구체적인 예방대책도 전무하다.

**<노인 학대 예방 및 독거노인 지원 강화 세부과제 추진내용>**

- 전국 노인보호전문기관 및 상담전화 1577-1389 운영
- 지역사회 접근성 강화
- 노인보호전문기관 단계적 확충(매년 1개소 이상 증설계획)
- 노인일자리사업과의 연계를 통한 원거리

- 노인학대사례 발굴
- 노인학대사례접수 및 상담시 자살위험요인 확인
- 노인학대전문상담원 대상 노인자살예방 교육 실시
- 노인학대상담 DB APM(Abuse Prevention Management)에 자살위험요인을 코드로 반영
- 노인자살예방 교육, 홍보 실시
- 노인자살위험 징후에 대한 정보 콘텐츠 마련
- 홈페이지, 관보 등을 통해 주요 징후와 관리방안에 대한 홍보
- 노인학대 신고, 상담전화 1577-1389 운영

소득, 건강, 주거 및 사회적 교류 수준을 조사하여 보호가 필요한 독거노인을 대상으로 종합적인 복지안전망 체계 구축

- 시군구별로 지정된 사업수행기관(노인복지관 등)에서 독거노인 생활관리사를 파견하여 독거노인의 욕구에 따라 맞춤형 복지 서비스 제공

### 3. 노인자살 예방을 위한 정책 과제

지금까지 노인자살의 원인을 분석한 다수의

선행연구 결과에서 노인자살을 예방하기 위한 정책적 과제를 제시한 바 있는데, 한국자살예방협회(2008)<sup>7)</sup>는 사회복지적 차원에서 노인자살예방모형을 『기초생활지원』 → 『대처지원』 → 『사회통합 지원』의 세 단계로 구분하여 제시한 바 있으며 또한 노인자살예방정책을 위해 인력부문, 기능부문, 조직부문에 대한 최소기준안을 마련해야함을 제기하였다. 한국보건복지인력개발원(2006)<sup>8)</sup>의 정책보고서도 노인자살 예방을 위한 전략을 세 차원으로 구분하였는데, 먼저 일차적 예방은 “건강한 사람들을 대상으로 건강을 돕고 발병의 원인을 제거하거나 고치는 강화요인으로 자살을 피하게 하는 것”으로서 경제적 문제와 복지, 건강관리, 노후준비, 사회적 네트워크 확립 등이 포함된다. 이차적 예방이란 자살위기에 대한 개입으로서 스크리닝 프로그램, 지역사회 지지 프로그램, 전화 및 사이버 상담, 우울증 치료 등을 통해 자살위험에 처한 사람에 대해 지원하는 것이다. 삼차적 예방은 자살을 시도한 노인의 사후 개입에 해당하는 전략으로서 개인 및 집단상담 프로그램, 각종 교육 프로그램, 재사회화 프로그램 등을 포함한다.

이와 같이, 지금까지의 논의들은 통합적·포괄적인 관점에서 노인자살 예방을 위한 정책 모형을 제시하고 있다는 점에서 의의가 있으나 자살이 생존에 관한 문제임을 고려할 때, 정책적 우선순위를 고려해 보다 시급한 단기정책대안과 장기적 안목으로 해결되어야 할 정책대안으

로 구분·제시될 필요성이 있다.

먼저, 단기 과제는 자살위험에 처한 노인들의 자살을 예방하고 위기에 대한 대응체계를 구축함으로써 당장의 자살률 감소에 기여할 수 있는 정책과제로서, 가장 시급한 것은 노인자살 위험군에 대한 스크리닝 도구가 국가적 차원에서 개발되는 것이다. 선행연구 결과에 따르면 노인의 자살은 타 연령집단의 자살과 달리 총동적이지 않으며 복합적인 여러 요인들로 인해 발생하는 경향을 보인다<sup>9)</sup>. 따라서 자살위험에 처한 노인의 자살 징후는 다양한 경로를 통해 사전에 감지가 가능하며 이를 정확하게 스크리닝 할 수 있는 도구의 개발은 위험이 발생하기 전에 예방할 수 있는 중요한 기제가 될 수 있다. 가령, 건강악화 및 우울증 등으로 인한 노인의 의료기관 방문이 증가될 수 있는데 이때 노인의 자살위험 정도를 정확하게 판정할 수 있는 도구를 활용해 위험을 예방할 수 있는 개입이 이루어질 수 있다. 뿐만 아니라 다수의 선행연구 결과는 자살이 주로 지역사회 내에서 발생한다는 점에 근거해 지역사회에서 자살위험을 발견하고 대응할 수 있는 미국의 gatekeeper와 같은 인력의 도입을 주장한 바 있는데, 이러한 전문인력의 활용에 있어서도 노인들의 자살신호를 조기에 파악하기 위한 사정 도구의 개발은 필수적이다. 뿐만 아니라, 노인자살의 위험징후는 의료기관, 지역사회, 가정내 등 다양한 장소에서 출현하며 따라서 노인자살 스크리닝 도구를 현장에서 활용 및 정보를 공유 및 협조할 수 있는 전달체계가 구축되어야 한다.

한편, 지금까지 스크리닝 도구에 대한 논의는 꾸준히 제기되어 왔지만 정확한 도구의 개발이 지연되었던 이유는 우리나라의 자살실태에 대한 정보구축 정도가 미흡했기 때문이다. 국가는 지금까지 사망원인 관리에 있어 매우 미흡한 성과를 보였는데, 단적인 예로 자살동기, 자살방법, 자살시기 그리고 자살(시도)자의 제반 인적 특성 등에 대한 자료를 확보할 수 없어서 자살에 대한 정확한 원인 규명에 한계가 있다. 자살에 대한 통계자료는 경찰청, 건강보험공단 등 관련 국가기관에 산발적으로 존재하고 있으나 보다 정확한 자살실태와 원인을 규명하기 위해서는 이러한 정보가 연구의 목적으로 통합적으로 제공될 수 있어야 한다. 사실상 우리나라에서 노인자살의 문제는 사회적 관심의 대상에서 제외되어 왔으며 오히려 노인공경과 같은 전통 사상에 근거해 노인자살에 대한 논의를 사회적으로 은폐하려는 경향이 존재했다. 자살에 대한 정확한 정보가 구축 및 공유되지 못한 것도 이러한 분위기와 무관하지 않다. 그러나 OECD 국가 중 노인자살률 1위라는 수치가 증명하듯 노인자살의 문제는 우리 사회의 균열을 보여주는 징후이며 보다 적극적인 사회적 관심과 대처가 필요하다.

노인 자살 예방을 위한 장기적 과제는 노인의 사회통합을 촉진시킴으로써 노후 삶의 질을 향상시키도록 하는 것이다. 청소년기와는 달리 대다수의 노인들은 노화에 따른 신체적 약화와 만성질환, 배우자와 사별, 대인관계의 축소, 노인에 대한 부정적 태도, 수입과 지위 및 역할의 동

7) 한국자살예방협회, 노인자살 예방을 위한 실천적 정책 수립방안에 관한 연구, 2008, 보건복지가족부.  
8) 한국보건복지인력개발원, 노인자살 예측모형 개발 및 예방대책 연구, 2006.

9) 이은경(2007), 노인자살에 대한 성차 비교연구, 여성건강, 제8권 1호 p.127~144.

반적 변화를 수반하는 퇴직 등을 경험하며 가족 통합의 약화와 배우자를 포함한 친지 및 동료들의 사망으로 인해 사회적 지지체계가 약화되어 상실감과 외로움을 경험한다. 또한 사회에서 적극적인 참여자라기보다는 주변역할을 담당하고 있으며 의존적인 경우가 많다<sup>10)</sup>. 이러한 노인의 신체적, 사회적 변화는 결국 노인자살의 원인이 되므로 노인자살예방사업은 자살이라는 하나의 영역에서 보기 보다는 사회·문화적 차원에서 접근할 필요가 있다.

따라서 가장 우선적으로 고려되어야 할 장기적 과제는 기본적인 자살예방 인프라를 확충하는 것과 동시에 지역사회 보건복지인프라를 활용하여 1차 또는 3차 예방사업을 모색하는 것이다. 앞서 언급했듯이 일반적으로 노인자살은 가족통합 약화로 인한 가족에서의 소외, 사회적 지지체계 약화, 퇴직 및 사회적 역할 감소로 인한 경제적 어려움 때문에 발생한다는 점을 고려

하여 경제적 지원, 사회적 일자리 창출, 1차 예방의료 서비스제공 확대, 지역사회 내에서의 역할부여, 노인들의 여가활동활성화를 위한 프로그램 개발 등과 같은 보건복지사업과 연계하여 1차 또는 3차 노인자살예방사업 및 인프라를 구축해야 한다.

또한 노후 삶의 수준을 전반적으로 향상시키기 위한 당연한 전제로서 노후 생활 보장 제도의 안정화가 필요하며 개인적 차원에서도 보다 구체적이고 체계적인 노후 삶에 대한 체계적인 준비가 요구된다. 다각적인 노후 준비를 통해 노후에 닥칠 수 있는 여러 유형의 위기 상황에 대해 개인들이 사전에 계획하고 대비함으로써 위기의 충격을 완충시킬 뿐만 아니라 노후 삶의 질을 향상시킴으로써 자살률 1위 국가라는 오명에서 벗어나야 한다. 이를 위해 다각적인 노후 설계서비스 및 노후설계와 관련된 정보제공 인프라의 구축이 요구된다. 

10) 김형수, 생애주기별 자살현황과 예방대책 -노인과 청소년 자살의 비교를 중심으로-, 노인복지연구, 2006, 겨울호(통권 34호), 한국노인복지학회, 271~292.