

자살의 원인과 대책 연구: 정신의학적 접근을 넘어서

A study on possible causes of suicide and its countermeasures

강은정 · 이수형

연구보고서 2010-24

자살의 원인과 대책 연구: 정신의학적 접근을 넘어서

발행일 2010년 12월
저자 강은정 외
발행인 김용하
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 예원기획
가격 5,000원

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-693-7 93510

머리말

우리 사회는 급격한 변화 속에서 자살률이 2004년부터 OECD 국가 중 최고의 수준에 이르고 있다. 2008년 현재 인구 10만명당 자살자수는 26.0명이며 자살사망자수는 12,858명으로 전년 대비 684명이 증가하였다. 이것은 매일 35.1명이 자살하는 셈이다. 아울러 자살률 증가 속도도 OECD 국가 중 최고로 1998년 대비 자살률은 41.4%(7.6명)나 증가하여, 우리나라는 일명 ‘자살공화국’이라는 오명을 안고 있다.

더욱 심각한 문제는 아마도 자살 문제의 심각성에 비해 자살에 대한 정치적, 정책적 관심이 약하다는 것이다. 예를 들어 운수사고는 꾸준히 감소한데 비해 자살은 꾸준히 증가하여 운수사고 사망률이 2002년 이전에는 자살사망률보다 높았으나 2002년 이후에는 자살사망률이 운수사고 사망률보다 높다. 이러한 성과는 지속적인 정책적 관심과 예산 투자가 있었기 때문에 가능하였을 것이다. 반면에 자살에 대한 관심은 연예인이나 가족들의 동반자살과 같이 언론에서 해프닝처럼 보도되다가 관심이 그치는 것이 반복되는 듯하다.

이러한 점에서 본 연구는 자살에 대한 국가 차원에서 정책적인 관심을 갖도록 하는 데 일차적인 목적을 갖고 있다. 또한 지금까지 자살이 우울과 같은 정신질환에 의한 것으로 여겨져 자살에 대한 대책들이 보건복지부 중심으로 정신의학적으로 접근되어 온 데 대한 문제제기의 성격を 가진다. 자살을 개인의 심리적 성향의 문제나 우울과 같은 정신적 문제로 보지 않고 사회적 문제로 보는 시각은 19세기말 뒤르켐을 시작으로 21세기인 오늘날 까지도 많은 연구에 의해 실증적 근거가 뒷받침되고 있다. 경제위기뿐만 아

나라 경제호황기에도 자살은 증가할 수 있는 것은 사회가 어떤 모습으로든지 변화할 때 사회통합과 규제가 약화되기 때문이다. 본 연구는 거시적인 사회경제적 지표들이 자살과 관련되어 있다는 것을 실증적으로 보임으로써 사회경제적 지표들이 삶의 질을 높이는 방향으로 조정되어야 할 필요성을 보여주고 있다.

본 연구는 우리나라 자살 현황에 관한 체계적인 고찰과 자살 원인에 관한 기존 연구들에 관한 검토와 함께 OECD 국가들의 패널 자료를 통한 실증적인 분석과 자살을 성공적으로 감소시킨 선진국 사례를 분석하였다. 특히 성별, 연령별 세부집단으로 나누어 자살과 관련된 요인을 분석한 것은 기존 연구와 차별을 갖고 있다. 이러한 연구 결과들을 기초로 자살에 대한 정치적, 정책적 관심이 높아질 수 있기를 기대한다.

마지막으로 본 연구를 위해 애써주신 연구책임자 강은정 객원연구위원과 이수형 전문연구원, 그리고 자문을 아끼지 않으신 이미숙 배재대 교수, 백종우 경희대 교수, 강상경 서울대 교수, 황나미 연구위원, 최정수 연구위원께 감사드린다.

2010년 12월
한국보건사회연구원장
김 용 하

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	11
제1절 연구 배경 및 필요성	11
제2절 연구 목적	13
제3절 연구 방법	13
제2장 국내외 자살 현황	17
제1절 한국의 자살 현황	17
제2절 자살 현황의 국제 비교	25
제3장 자살의 원인	37
제1절 자살의 일반적 원인	37
제2절 자살 원인의 국제 비교	43
제4장 자살예방대책 사례 연구	67
제1절 지속적으로 낮은 자살률 사례: 영국의 자살예방대책	67
제2절 일본의 자살예방대책	72
제3절 스웨덴의 자살예방대책	77
제4절 한국의 자살예방정책	81

제5장 결론	93
제1절 연구 결과 요약	93
제2절 정책 제언	95
제3절 연구의 제한점	102
참고문헌	103
부 록	113
부록 1. 시·군·구 인구 10만명당 자살률: 2005~2008년	113
부록 2. OECD 각국의 10만명당 자살률 추이: 1980~2006년 ..	121

표 목차

<표 2- 1> 사망원인 순위 추이, 1998~2008년17

<표 2- 2> 연령별 사망원인 1위~3위: 2008년18

<표 2- 3> 성별 자살자수 및 사망률 추이, 1998~2008년19

<표 2- 4> 성·연령별 자살사망률 추이, 1998~2008년19

<표 2- 5> 성·연령·혼인상태별 자살률, 2008년22

<표 2- 6> 성·연령·수단별 자살사망률, 2008년23

<표 2- 7> 16개 시·도별 자살률: 2005~2008년24

<표 2- 8> 시·군·구 평균 자살률: 2005~2008년25

<표 2- 9> OECD 국가들의 자살률: 2005년26

<표 2-10> OECD 국가들의 자살률 변화 유형: 1980~2006년34

<표 3- 1> 사용변수 및 자료원45

<표 3- 2> 자살률 기초통계 분석 결과, 1985~2007년46

<표 3- 3> 사회경제적 변수 기초통계 분석 결과, 1985~2007년 ...47

<표 3- 4> 사회경제적 변수와 자살사망률의 상관관계:
 Pearson Correlation 분석 결과, 1985~2006년49

<표 3- 5> 사회경제적 변수 상호간의 상관관계:
 Pearson Correlation 분석 결과, 1985~2006년 ...50

<표 3- 6> 국가별 알코올 소비량과 자살사망률의 Pearson 상관계수 ...62

<표 3- 7> 고정효과 모형 회귀분석 결과: 성별, 연령별63

<표 4- 1> 자살법의 9가지 기본 정책73

<표 4- 2> 2차 국가 자살예방정책(2008년)78

<표 4- 3> 생애주기별 서비스 범주별 자살예방대책82

<표 4- 4> 제2차 자살예방종합대책84

<표 5- 1> 교통안전과 정신건강 일반회계 예산 비교	101
--------------------------------------	-----

그림 목차

[그림 1- 1] 인구 십만명당 운수사고와 자살에 인한 사망률의 변화 추이 비교: 1998~2008년	12
[그림 2- 1] OECD 국가들의 자살률 성비: 2005년	20
[그림 2- 2] OECD 연령별 자살률: 2005년	20
[그림 2- 3] 연령별 인구 십만명당 자살률 추이: 남자, 1983~2008년	21
[그림 2- 4] 연령별 인구 십만명당 자살률 추이: 여자, 1983년~2008년	21
[그림 2- 5] 자살 수단별 사망률 추이, 1998~2008년	23
[그림 2- 6] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이: 한국과 다른 OECD 국가들의 평균, 여자	27
[그림 2- 7] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이: 한국과 다른 OECD 국가들의 평균, 남자	27
[그림 2- 8] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이: 한국과 다른 OECD 국가들의 평균, 전체	28
[그림 2- 9] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 15세 미만	29
[그림 2-10] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 15~24세	29

Contents

[그림 2-11] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 25~44세	30
[그림 2-12] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 45~64세	30
[그림 2-13] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 65세 이상	30
[그림 2-14] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 15세 미만	31
[그림 2-15] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 15~24세	32
[그림 2-16] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 25~44세	32
[그림 2-17] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 45~64세	32
[그림 2-18] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 65세 이상	33
[그림 4- 1] England 성별 자살사망률 추이: 1960~1997년	68
[그림 4- 2] England의 인구 100,000명당 연령표준화 자살사망률	69
[그림 4- 3] England 자살사망률 추이: 남자, 연령별, 1960~1997년	69
[그림 4- 4] 성별, 연령별 자살률, 2006년	72
[그림 4- 5] Aomori 현의 자살예방프로그램 구조	75
[그림 5- 1] 1982~2005년 중국 산둥 지방에서의 자살률과 1인당 GDP 추이	96



Abstract

A Study on the Causes and Countermeasures of Suicide: Beyond the Psychiatric Approach

The suicide rate of Korea has been ranked at the top among OECD countries since 2004. Although Ministry of Health and Welfare announced the National Suicide Prevention Plan in 2004 and in 2008, they do not seem to stop the increasing trend of suicide. Based on the Durkeim's assumption that suicide is a social problem rather than a personal problem, this study aimed first to find the socioeconomic factors at the macro level that were associated with suicide using the OECD panel data as well as literature review and to suggest policy directions to reduce suicide rate in Korea.

First, the magnitude of economy was positively related with suicide rate but the economic growth rate was negatively related with suicide rate. Since it is unlikely to continuously increase the economic growth rate, it is not a good solution to reduce suicide rate by increasing the economic growth rate. Instead, our society should rather shift the societal goal from monetary prosperity to a better quality of life. At the same time, social safety net that can buffer against the economic crisis should be strengthened.

Second, society should pay more attention to the women's suicide

rate which has increased faster than the men's suicide rate. Both macro-level policies such as the reduction of unemployment rate, work-family balance, and reduction of divorce rate and micro-level policies for community-based mental health services should be strengthened to reverse the increasing trend of women's suicide rate.

Third, the suicide rate of the elderly has increased fastest since 1980's. Since the absolute magnitude of this age group is increasing rapidly, the increasing trend of suicide rate in this age group is likely to lead to further exacerbate the nation's suicide rate. Factors related to the increase of suicide rate of the elderly included high unemployment, high divorce rate, and low birth rate. To reduce suicides of the elderly, policies to enhance the economic independence and the social network of the elderly are called for. At the same time, effective mental health services such as community-based depression screening should be implemented.

Fourth, low birth rate was related to high suicide rate in almost all the age and sex groups. This implies that the effect of social integration of high birth rate is strong in Korea. Current policy measures to overcome the low birth rate should therefore be continued and strengthened.

Finally, legal and political supports for the comprehensive national suicide prevention plan with a special focus on the community-based mental health services are urgently needed.

요약

1. 서론

- 그 동안 자살예방대책과 자살에 대한 국가관리시스템을 개선했음에도 불구하고 자살률은 계속 증가하고 있어 국가적 차원의 실효성 있는 대안마련이 시급함. 이러한 대안 마련을 위해서는 자살 원인이 되는 거시적인 사회경제적 요인들에 대한 보다 명확한 규명이 요구됨.
- 본 연구에서는 우리나라 자살 사망의 현황, 원인, 그리고 정책을 문헌을 통해 고찰하고 자살 원인에 대해서는 OECD 국가들과 비교하는 실증분석을 통해 정책 방향 설정을 위한 근거 자료를 찾고자 함.

2. 국내외 자살 현황

- 교통사고 사망률보다 높은 자살 사망률
 - 1998년부터 2008년까지 운수사고와 자살로 인한 사망률의 추이를 비교한 결과 운수사고는 꾸준히 감소한데 비해 자살은 꾸준히 증가하는 정반대의 양상을 보임.
- 빠르게 증가하는 여성 자살 사망률
 - 1998년대비 남자 자살률은 6.9명(26.0%) 증가하였고 여자 자살률은 8.4명(81.9%) 증가하여 여자 자살률이 더 많이 증가하였음. 2005년 기준 OECD 국가의 자살률 성비를 비교한 결과 한국의 남녀간 자살률 차이는 55~64세를 제외한 전 연령에서 OECD 국가 평균보다 적

있음. 이것은 우리나라의 여성 자살률이 상대적으로 높은 것을 보여 줌.

- 또한 성별로 OECD의 다른 국가들의 평균 자살률을 앞지르게 되는 시점이 다른데 여자의 경우 1993년 이후, 남자의 경우 1997년 이후 부터임. 남자의 경우 1997년 경제위기가 자살률 증가에 기여하였을 것으로 보이나 여자의 경우는 이외는 다른 요인들이 이미 자살률 증가에 기여하고 있음을 추측하게 함.

□ 높은 수준에서 빠르게 증가하는 노인 자살 사망률

- 2005년 기준 OECD 국가의 연령별 자살률을 보면 한국은 45~54세 연령에서 자살률이 급증하여 75세 이상 자살률은 OECD 국가 평균 보다 8.3배로 가장 높았음. 남녀 모두에서 연령이 증가할수록 자살률이 증가하는 경향이 있고 특히 65세 이상 노인계층의 자살률이 가장 많이 증가해 왔음.

3. 자살의 원인

□ 문헌고찰에 의하면 자살의 일반적 원인은 정신과적 요인, 생물학 및 의학적 요인, 생애 경험, 사회 및 환경 요인 등 다양하며 자살은 개별 원인에 의해 발생하기도 하지만 각 원인들이 서로 상호작용하여 발생한다고 함.

□ 문헌고찰 외 실증분석을 통하여 자살의 원인을 거시적으로 살펴본 결과 한국의 자살은 양적 경제성장과 관련이 있음.

- 1985년부터 2007년까지 29개 OECD 국가들의 자살 사망률과 사회 경제적 변수들의 관련성을 회귀분석한 결과 1인당 GDP, 즉 양적인 경제성장이 대부분의 성별, 연령별 집단에서 한국의 자살률을 설명하는 요인인 것으로 나타났음. 평균적인 OECD 국가들에서는 1인당 GDP가 자살률과 관련이 없었으며, 오히려 높은 GDP 성장률은 여성의 자살 사망률의 감소와 관련이 있었음.

□ 또한 높은 출생률은 낮은 자살 사망률과 관련이 있음.

- OECD 패널 자료를 이용한 회귀분석 결과 평균적인 OECD 국가들의 대부분의 성별, 연령별 집단에서 높은 출산율은 낮은 자살 사망률과 관련이 있는 것으로 나타났고, 특히 한국의 남자 전체와 남자 노인 계층에서는 OECD 평균 국가들보다 더 높은 관련성이 있는 것으로 나타났음.

4. 자살예방대책 사례 연구

□ 본 연구에서는 자살예방이 성공적으로 이루어지고 있는 영국, 일본, 스웨덴 3개국의 자살예방전략을 살펴보았음.

- 영국은 국가보건체계(National Health System)를 활용하여 국가가 정신건강증진을 위해 체계적인 사업들을 전개한다는 것이 특징이었고, 일본은 자살기본법을 중앙에서 수립하여 중앙에서의 예산 등 지원 근거를 마련하는 동시에 지역사회 자원을 동원하여 지역사회 스크리닝 사업들을 통해 우울증상을 가진 사람들을 조기 발견, 조기 치료하는 것이 특징이었음. 스웨덴은 구조서비스, 사회서비스, 보건 의료서비스, 경찰서비스 영역간의 협력을 하도록 법적 체계를 갖추어서 의료인들 외에 다양한 주체가 협력하여 자살예방프로그램을 진행할 것을 강조하는 특징이 있었음.

□ 한국도 제1차 국가자살예방 5개년 기본계획(2004)과 제2차 자살예방종합대책(2008)을 통해 자살률을 낮추고자 하였음.

- 그러나 1차 자살예방정책은 정책범위를 개인중심의 정신보건사업으로 한정하였다는 점, 사회·경제적, 범정부적 지원책 마련이 미흡하다는 점, 정책의 중요성에 비해 국민적 합의 및 사회적 공론화에 한계가 있다는 점, 제안된 예산으로 인해 단계적인 정책집권이 미흡하다는 점, 그리고 기반연구 부족으로 인해 근거에 기반한 정책수행이 어렵다는 점이 1차 계획의 한계로 지적되었음.

- 제2차 자살예방종합대책(2009년~2013년)은 1차 자살예방종합대책과는 달리 주요 10대 과제를 선정하여 구체적인 추진목표와 29개 세부과제를 제시하고 있음. 그러나 제2차 자살예방종합대책 역시 기반연구 부족과 범정부적 대책을 뒷받침하기 위한 법적 근거가 갖추어지지 않고 있어 향후 이에 대한 대책이 필요한 것으로 보임.

5. 결론

□ 삶의 질 향상을 위한 경제성장

- 본 연구에서는 한국을 제외한 다른 OECD 국가들의 경우 경제수준 자체는 자살률과 관련이 없는 것으로 나온 반면 한국에서는 경제수준이 향상되면서 자살률이 증가하는 것으로 분석되었음. 반면에 한국에서도 경제성장률이 높을수록 자살은 감소하는 것으로 나타났음.
- 결국 정책적인 목표는 경제수준이나 경제성장의 속도에 관계없이 국민의 삶의 질을 유지하여 사회를 안정적으로 유지하는데 있어야 할 것임. 즉, 경제성장은 삶의 질 향상을 위한 한 요소일 뿐이며 경제위기뿐만 아니라 경제성장은 오히려 삶의 질을 저하시킬 수 있다는 것을 기억하고 경제성장 자체에 정책의 목표를 두는 것을 지양해야 할 것임.

□ 여성의 자살 사망률 감소를 위한 대책

- 여성의 자살 사망률은 일반적으로 남성에 비해 낮고 이러한 경향은 우리나라에도 나타나지만 OECD의 평균적인 국가들에 비해서는 여성의 자살 사망률이 높은 편이고 남자보다 더 빠르게 증가하고 있음.
- 여성의 자살과 관련된 요인으로는 낮은 출생률, 높은 이혼율, 높은 실업률이 포함되었음. 연령별로는 15~24세 여성은 소득양극화와 여성의 경제활동 참여의 심화에 따라 자살이 증가하는 것으로 나타나 소득양극화 경감과 여성에 경제활동에 따른 가사나 육아에 문제가 없도록 일-가정 양립 정책들이 보완되어야 할 것임.
- 25~44세 여성에서도 여성 경제활동 참여율 증가가 자살을 증가시키

는 것으로 나타나 일·가정 양립 정책들이 이 연령층에도 필요한 것으로 보임.

- 45~64세와 65세 이상 여성에서는 높은 실업률이 자살을 높이는 것으로 나타나 가장의 실업이 피부양자들에게 미치는 영향이 심각함을 보여줌. 고용 안정성을 높이고 구직 기회를 높이는 대책들이 중년과 노년 여성의 자살을 예방하는데 있어서도 중요함.

□ 노인의 자살 사망률 감소를 위한 대책

- 거시적인 환경을 변화시키면서 동시에 자살에 임박한 위험을 가진 노인들을 발견하고 치료하는 노력도 병행할 필요가 있음. 노인의 자살 사망률을 감소하기 위해서는 일본의 지역사회 방문 우울 스크리닝 및 추후관리 사업을 참고할 만함.
- 노인들은 우울과 같은 정신적 건강의 문제뿐만 아니라 신체적 건강의 문제를 많이 갖고 있으며 핵가족화와 가족간 유대의 약화로 인하여 사회적 고립을 경험하기가 쉬움. 이러한 신체 및 사회적 건강의 약화는 우울로 이어져 자살로 마감할 수 있으므로 신체 및 사회적 건강의 증진을 위한 사업들이 뒷받침되어야 할 것임.

□ 저출산 극복

- 대부분의 성별, 연령별 계층에서 출생률이 높아지면 자살이 감소하는 것으로 나타남. 현재 저출산 대책으로 많은 예산과 노력이 기울여지고 있는데 이러한 정책적 노력들이 자살 사망률의 감소까지 이어질 가능성이 있으므로 이러한 노력을 더욱 강화해야 할 것임.

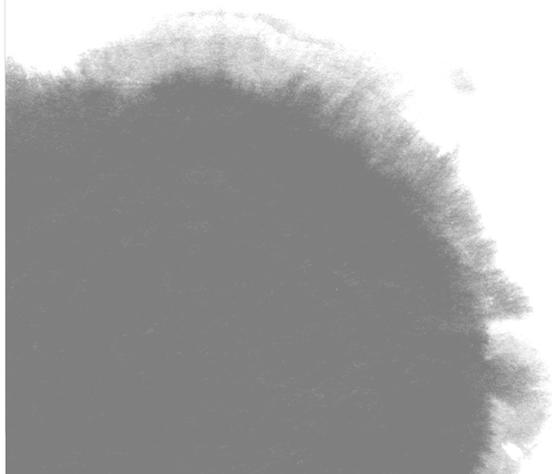
□ 지역사회 중심의 정신건강 서비스 제공을 위한 법적 제도 마련과 정치적 관심

- 한국 정부도 두 차례에 거친 자살예방종합대책을 통하여 자살률을 감소하고자 함. 그러나 제2차 자살예방종합대책 역시 기반연구 부족과 범정부적 대책을 뒷받침하기 위한 법적 근거가 갖추어지지 않아 자살예방종합대책으로서 한계가 있음.
- 중요한 것은 제2차 자살예방종합대책이 계획한대로 추진될 수 있도록

록 정치적 관심과 이에 따른 예산 배분이라고 할 수 있음. 그런데 현재 우리나라의 자살문제는 언론의 보도에 따라 잠시 주목을 받지만 국가적 정책 아젠다로 떠오르지는 못하고 있는 실정임. 본 연구에서 일부 밝혀진 바와 같이 자살은 개인의 정신건강의 문제의 차원에서 발생하는 것이 아니라 사회경제적인 환경들에 의해 발생하는 것이므로 자살 문제는 범정부적 차원에서 다루어져야 할 것임.

01

서론



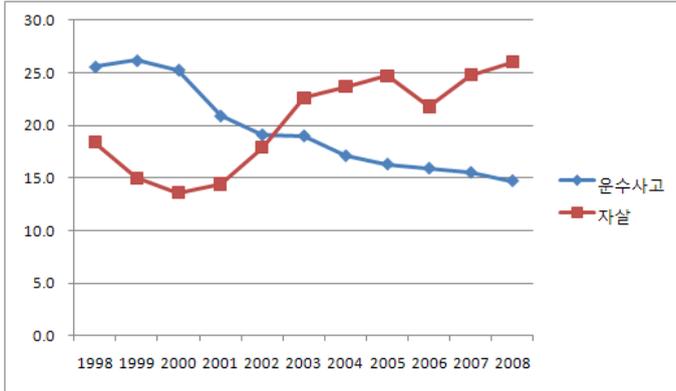
제1절 연구 배경 및 필요성

자살은 어떠한 수단과 방법으로 행위자가 자신의 죽음을 초래할 의도를 가지고 스스로 목숨을 끊는 행위를 말한다(통계청, 2009). 우리 사회는 급격한 변화 속에서 자살률이 2004년부터 OECD 국가 중 최고의 수준에 이르고 있다. 2008년 현재 인구 10만명당 자살자수는 26.0명이며 자살사망자수는 12,858명으로 전년 대비 684명이 증가하였다. 이것은 매일 35.1명이 자살하는 셈이다. 아울러 자살률 증가 속도도 OECD 국가 중 최고로 1998년 대비 자살률은 41.4%(7.6명)나 증가하여, 우리나라는 일명 ‘자살공화국’이라는 오명을 안고 있다.

더욱 심각한 문제는 아마도 자살 문제의 심각성에 비해 자살에 대한 정치적, 정책적 관심이 약하다는 것이다. [그림 1-1]은 1998년부터 2008년까지 운수사고와 자살로 인한 사망률의 추이를 보여준다. 이 그림은 운수사고는 꾸준히 감소한데 비해 자살은 꾸준히 증가하는 정반대의 양상을 보여주고 있다. 인구 1,000명당 자동차보유대수가 1998년에 226대에서 346대로 크게 증가한 것을 고려할 때 운수사고의 감소는 괄목할 만하다고 할 수 있다. 운수사고 사망률은 자살과 더불어 여전히 OECD 국가 중 1위이지만 지속적인 정책적 관심과 예산 투자로 이러한 성과를 얻었다고 할 수 있다.

1) 그리하여 부모가 어린 자녀와 동반 자살한 경우 어린 자녀는 자살이 아닌 타살에 해당한다.

[그림 1-1] 인구 십만명당 운수사고와 자살에 인한 사망률의 변화 추이 비교: 1998-2008년



일부는 자살 증가의 원인이 급격한 경제 사회 변동에 따른 가치관의 혼란, 고령인구의 증가와 이와 관련된 사회 안전망 부족, 가족유대관계 약화와 관련이 있는 것으로 추정하였다(통계청, 2009). 정신의학 전문가들은 대부분의 개인적인 신체심리학적 요인이나 사회경제문화적 요인은 현대 의학이나 경제적 여건상 단시일 내에 개선하기 어려운 반면, 자살자의 80% 정도가 겪게 되는 우울증 등 정신질환은 완치는 어렵다 하더라도 증상을 완화하였을 때 자살을 예방할 수 있는 것으로 보고 있다(서동우, 2009).

그러나 우울증 등 정신질환은 자살에 임박한 사람들을 조기에 발견하고 예방할 수 있는 정책 대상으로서 매우 중요함에도 불구하고 정신질환에 집중하다보면 보다 근본적인 원인을 놓칠 수 있다. 결국 자살은 개인이 선택에 의해서 하는 것이지만, 자살하게 된 과정을 살펴보면 개인을 자살로 이끈 것은 ‘사회’이다. 뒤르켐은 자살을 사회적 현상으로 보고 이를 학문적으로 최초로 정리하였는데 아직까지도 자살이 사회적 현상이라는데 동의하는 많은 실증적 연구들이 발표되고 있다. 따라서 자살문제를 해결하기 위해서는 개인에 대한 심리 정신의학적인 지원과 함께 사회 전체적인 여건이 개선되어야 한다는 것이 기본 입장이다.

그 동안 자살예방대책과 자살에 대한 국가관리시스템을 개선했음에도 불구하고 자살률은 계속 증가하고 있어 국가적 차원의 실효성 있는 대안마련이 시급하다. 이러한 대안 마련을 위해서는 자살 원인이 되는 거시적인 사회경제적 요인들에 대한 보다 명확한 규명이 요구된다고 하겠다.

제2절 연구 목적

본 연구에서는 우리나라의 자살원인을 규명함에 있어서 사회경제적 변수에 초점을 맞추고자 한다. 이것은 자살에 임박한 개인의 정신건강 상태가 자살에 가장 근접한 관련 요인이기는 하지만 이러한 비정상적인 정신 상태에 이르게 하는 근본 요인은 사회경제적 환경 요인이라는 뒤르껀의 이론에 근거 한다. OECD 국가들의 자료를 통한 실증분석을 통해 사회경제적 환경 요인과 자살의 관련성을 분석하고, 특히 성별, 연령별로 사회경제적 환경이 다를 때 성별, 연령별로 사회경제적 환경 변수와 자살이 어떤 관련성이 있는지 분석하고자 하였다. 아울러 외국의 자살예방정책에 대한 비교연구를 통해 국가적 차원의 자살예방 대책에 방향성을 제공하고자 한다.

제3절 연구 방법

국내외 국가들의 자살 현황, 자살의 원인, 그리고 각국의 국가자살예방전략에 대해서는 학술논문, 보고서, 정부 등의 웹문서를 포함한 문헌고찰을 통해 정리하였다.

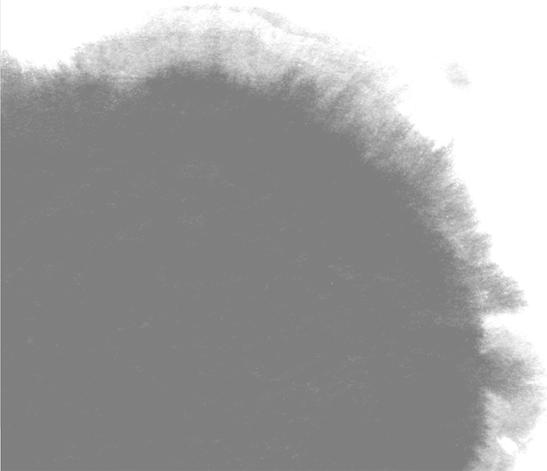
본 연구에서 자살률의 국제 비교는 OECD 국가에 제한을 두었다. 자살 관련 자료로서 각국의 성별 자살률은 1980년부터 2006년까지 OECD Health Data 통계를 사용하였고, 연령계층별 성별 자살률은 1980년부터

2006년까지 WHO에서 발표한 Mortality Data에서 자살자수와 인구수를 사용하여 직접 산출하였다.

본 연구는 우리나라의 자살 원인이 OECD 다른 나라들과 어떤 점에서 다른지를 분석하고자 자살과 관련된 사회경제문화적 요인들과 자살률과의 관련성을 분석하였다. 먼저 기초 분석에서는 일인당 GDP, 경제성장률, 실업률, 여성경제활동률, 소득 불평등, 출산율, 이혼율, 출생률, 술 소비량 등의 변수와 자살률과의 관련성을 이변량분석으로 분석하고, 1980~2007 OECD 전체 국가 패널 자료를 이용하여 성별 및 연령별(15-24/25-44/45-64/65+)로 이들 사회경제문화적 요인들이 자살률에 미치는 영향을 분석하였다.

02

주내외 지사 현황



제2장 국내외 자살 현황

제1절 한국의 자살 현황

1. 자살의 사망원인 순위

2008년 10대 사인은 악성신생물(암), 뇌혈관 질환, 심장 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 만성하기도 질환, 운수사고, 간 질환, 폐렴, 고혈압성 질환이었다. 1998년에 비해 운수사고(4위→7위)와 간질환(5위→8위)은 순위가 하락하였으나, 자살(7위→4위)은 당뇨병(6위→5위)과 함께 순위가 상승하였다(표 2-1 참조).

〈표 2-1〉 사망원인 순위 추이, 1998~2008년

(단위: 인구 10만명당, 명, %)

순 위	1998		2008			
	사망원인	사망률	사망원인	사망자수	구성비	사망률
1	악성신생물(암)	108.6	악성신생물(암)	68,912	28.0	139.5
2	뇌혈관 질환	73.6	뇌혈관 질환	27,932	11.3	56.5
3	심장 질환 ¹⁾	38.4	심장 질환 ¹⁾	21,429	8.7	43.4
4	운수사고	25.6	고의적 자해(자살)	12,858	5.2	26.0
5	간질환	24.6	당뇨병	10,234	4.2	20.7
6	당뇨병	21.0	만성하기도 질환	7,338	3.0	14.9
7	고의적 자해(자살)	18.4	운수사고	7,287	3.0	14.7
8	만성하기도 질환	12.7	간 질환	7,164	2.9	14.5
9	고혈압성 질환	8.4	폐렴	5,461	2.2	11.1
10	호흡기결핵	7.1	고혈압성 질환	4,724	1.9	9.6

주: 1) 심장 질환에는 허혈성 심장 질환 및 기타 심장 질환이 포함
 자료: 통계청, 2008년 사망원인통계, 통계청, 2009.

<표 2-2>는 2008년 연령별로 사망원인 1위, 2위, 3위가 무엇인지를 보여준다. 자살은 10대부터 40대까지 사망원인 3위 이내에 포함되어 있었다. 10대와 40대는 자살이 2위, 20대와 30대는 자살이 사망원인 1위인 것으로 나타났다.

<표 2-2> 연령별 사망원인 1위~3위: 2008년

연령	1위			2위			3위		
	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률	사망원인	구성비	사망률
1~9세	운수사고	18.0	3.2	암	15.2	2.7	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	7.6	1.4
10~19세	운수사고	23.6	5.0	자살	22.1	4.6	암	13.6	2.9
20~29세	자살	40.7	22.6	운수사고	18.8	10.4	암	10.5	5.8
30~39세	자살	28.7	24.7	암	20.6	17.8	운수사고	9.6	8.3
40~49세	암	29.4	62.0	자살	13.5	28.4	간질환	9.2	19.5
50~59세	암	39.1	174.5	간질환	7.9	35.4	뇌혈관 질환	7.7	34.6
60~69세	암	42.1	443.3	뇌혈관 질환	10.8	113.6	심장 질환 ¹⁾	7.7	80.6
70~79세	암	32.9	961.2	뇌혈관 질환	14.5	422.9	심장 질환 ¹⁾	9.4	273.9
80세 이상	암	14.9	1489.0	뇌혈관 질환	13.1	1314.4	심장 질환 ¹⁾	10.6	1061.1

주: 1) 심장 질환에는 허혈성 심장 질환 및 기타 심장 질환이 포함
 자료: 통계청, 2008년 사망원인통계, 통계청, 2009.

2. 사망자수, 사망률

2008년 자살에 의한 사망자수는 12,858명으로 1일 평균 35.1명꼴로 발생하는 셈이며 2007년에 비해 자살자수가 684명(5.6%) 증가하였다. 인구 10만명당 자살자수는 26.0명으로 전년대비 1.2명(5.0%) 증가하였다.

1998년 대비 남자 자살률은 6.9명(26.0%) 증가하였고 여자 자살률은 8.4명(81.9%) 증가하여 여자 자살률이 더 빠르게 증가하였다.

〈표 2-3〉 성별 자살자수 및 사망률 추이, 1998~2008년

(단위: 명, 인구 10만명당)

연 도	사 망 자 수			사 망 륜			1일평균 사망자수	
	남녀전체	남 자	여 자	남녀전체	남 자	여 자		
1998	8,622	6,230	2,392	18.4	26.5	10.3	23.6	
2007	12,174	7,747	4,427	24.8	31.5	18.1	33.4	
2008	12,858	8,260	4,598	26.0	33.4	18.7	35.1	
증 감	07년 대비	684	513	171	1.2	1.9	0.6	
	98년 대비	4,236	2,030	2,206	7.6	6.9	8.4	
증감률	07년 대비	5.6	6.6	3.9	5.0	6.0	3.3	
	98년 대비	49.1	32.6	92.2	41.4	26.0	81.9	

자료: 통계청. 2008년 사망원인통계. 통계청, 2009.

3. 성별·연령별 자살률

남자의 자살률은 여자보다 평균 1.8배 이상 높는데, 자살률 성비(남자/여자는)는 20대에 1.0으로 가장 낮고 이후 증가하여 50대에는 3.3까지 증가 한 후 감소하는 경향을 보인다. 연령별 자살률은 20대 이후 연령이 높아질수록 증가하여 80대 이상이 20대 보다 5배 이상 높다(표 2-4 참조).

〈표 2-4〉 성·연령별 자살사망률 추이, 1998~2008년

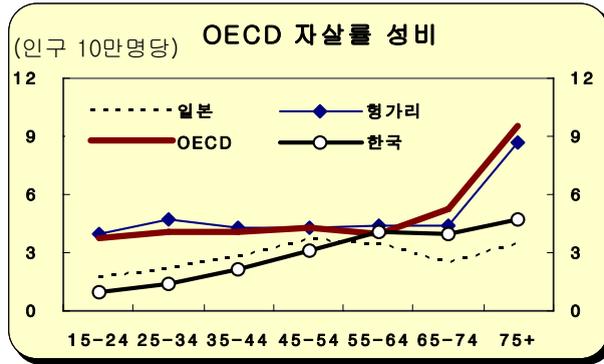
(단위: 인구 10만명당)

연 령	남녀전체		남 자		여 자		성비
	1998	2008	1998	2008	1998	2008	
계	18.4	26.0	26.5	33.4	10.3	18.7	1.8
10~19세	6.3	4.6	6.6	4.9	5.9	4.4	1.1
20~29세	17.4	22.6	22.9	22.2	11.7	23.0	1.0
30~39세	21.5	24.7	30.7	28.3	11.9	21.0	1.3
40~49세	27.6	28.4	43.3	38.1	11.1	18.4	2.1
50~59세	30.2	32.9	49.8	50.5	11.4	15.2	3.3
60~69세	33.5	47.2	57.7	74.1	14.9	23.3	3.2
70~79세	40.6	72.0	64.4	115.0	26.8	44.0	2.6
80세 이상	50.8	112.9	91.0	194.4	35.8	79.7	2.4

자료: 통계청. 2008년 사망원인통계. 통계청, 2009.

2005년 기준 OECD 국가의 자살률 성비를 보면 한국의 남녀간 자살률 차이는 55-64세를 제외한 전 연령에서 OECD 국가 평균보다 적었다. 이것은 우리나라의 여성 자살률이 상대적으로 높은 것을 보여준다고 할 수 있다.

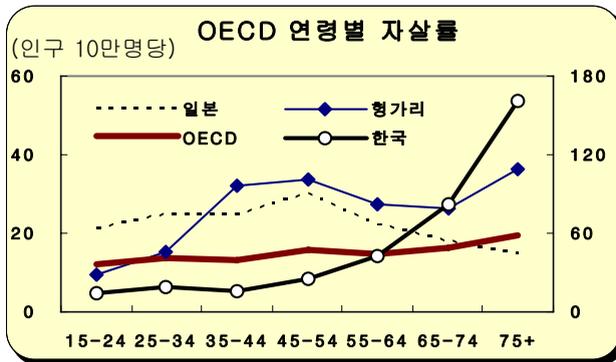
[그림 2-1] OECD 국가들의 자살률 성비: 2005년



자료: OECD(2009) Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators
출처: 통계청, 2008년 사망원인통계, 통계청, 2009.

2005년 기준 OECD 국가의 연령별 자살률을 보면 한국은 45~54세 연령에서 자살률이 급증하여 75세 이상 자살률은 OECD 국가 평균보다 8.3배로 가장 높다(그림 2-2).

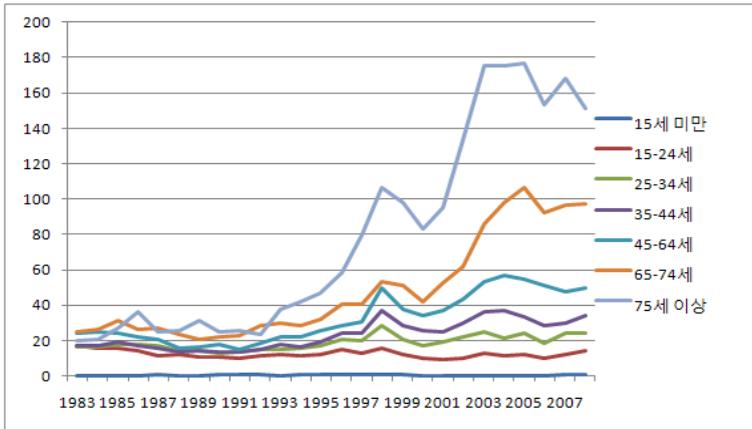
[그림 2-2] OECD 연령별 자살률: 2005년



자료: OECD(2009) Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators
출처: 통계청, 2008년 사망원인통계, 통계청, 2009.

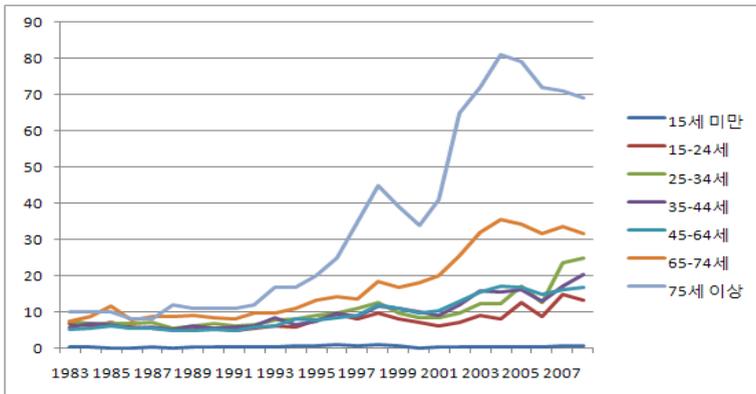
[그림 2-3]과 [그림 2-4]는 각각 남자와 여자의 자살률 추이를 보여준다. 이 그림에서는 우선 연령이 증가할수록 자살률이 증가하는 경향을 알 수 있으며, 우리나라의 전반적인 자살률 증가가 65세 이상 노인계층에서의 급속한 자살률 증가에 기인하는 것임을 알 수 있다. 향후 노인계층의 규모가 커질 것이기 때문에 노인 자살률을 낮추지 않으면 앞으로도 전체 자살률도 계속 증가할 것으로 예상된다.

[그림 2-3] 연령별 인구 십만명당 자살률 추이: 남자, 1983~2008년



자료: 통계청, KOSIS

[그림 2-4] 연령별 인구 십만명당 자살률 추이: 여자, 1983년~2008년



자료: 통계청, KOSIS

4. 혼인상태별 자살률

이혼자 및 사별자의 자살률이 가장 높고, 유배우자의 자살률이 가장 낮다. 이혼자의 자살률은 유배우자에 비해 남자 4.0배, 여자 4.1배가 높다.

남녀 모두 20~30대에서는 이혼자의 자살률이 가장 높고, 50~60대에서는 미혼자의 자살률이 가장 높다. 남자는 연령이 높아질수록 이혼자의 자살률이 증가하고 여자는 이혼자와 사별자 모두 20~30대는 높고 40~50대에 낮아진 후 60대 이상부터 다시 증가하는 경향을 보인다.

〈표 2-5〉 성·연령·혼인상태별 자살률, 2008년

(단위: 혼인상태별 인구 10만명당)

연령	남 자					여 자				
	전체 ¹⁾	미혼	유배우	이혼	사별	전체 ¹⁾	미혼	유배우	이혼	사별
계 ¹⁾	40.7	32.4	35.9	142.2	142.8	22.3	24.4	14.4	59.7	42.6
20~39세	25.5	30.7	14.3	89.5	87.7	21.9	29.5	12.1	96.1	69.7
40~49세	38.1	120.3	23.5	117.0	100.8	18.4	51.5	13.7	53.5	24.4
50~59세	50.5	212.1	36.5	171.1	76.0	15.2	51.6	12.2	34.4	19.6
60~69세	74.1	258.4	63.3	230.7	120.6	23.3	113.2	18.6	56.7	27.2
70세 이상	131.1	381.2	110.9	392.5	205.6	54.3	224.6	35.7	67.4	60.2

주: 1) 15세 이상, 혼인상태 미상은 제외
 자료: 통계청, 2008년 사망원인통계, 통계청, 2009.

5. 자살수단별 자살률

자살 수단에 따른 사망률은 목매 (13.0명), 살충제중독 (5.7명), 기타 (3.7명), 추락 (3.6명) 순이다. 목매는 지속적으로 증가 추세이나 살충제중독에 의한 자살은 감소추세(04년: 7.3명→ 08년: 5.7명, 22.4% 감소)이다.

살충제중독에 의한 자살률은 남자가 여자보다 2.0배 이상 많고, 추락은 남녀간 차이가 1.1배로 가장 적다.

20~60대는 목매이, 70대 이상에서는 살충제중독에 의한 자살이 가장 많

다. 살충제중독에 의한 자살은 고연령층에서 급증하고 있어 80대 이상이 20대보다 50배 이상 높다.

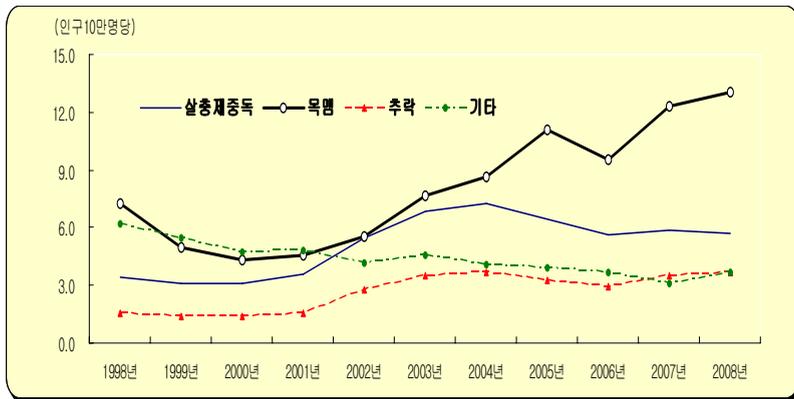
목땀에 의한 자살은 20대 여자가 남자보다 많고, 50~60대는 남자가 여자보다 4배 이상 많다.

〈표 2-6〉 성·연령·수단별 자살사망률, 2008년

(단위: 인구 10만명당)

연령	남녀전체				남자				여자			
	살충제 중독	목땀	추락	기타	살충제 중독	목땀	추락	기타	살충제 중독	목땀	추락	기타
계	5.7	13.0	3.6	3.7	7.6	16.7	4.0	5.1	3.7	9.4	3.3	2.3
10~19세	0.1	1.8	2.3	0.4	0.1	1.8	2.5	0.5	0.2	1.8	2.0	0.3
20~29세	0.9	14.4	4.0	3.4	1.0	12.4	4.4	4.4	0.7	16.5	3.6	2.3
30~39세	2.4	14.7	3.6	4.1	3.3	15.8	3.5	5.7	1.5	13.4	3.7	2.4
40~49세	5.0	15.1	3.6	4.7	6.9	20.8	3.9	6.5	3.1	9.3	3.3	2.7
50~59세	7.5	16.9	3.5	5.0	11.3	27.6	4.2	7.4	3.8	6.1	2.7	2.5
60~69세	15.6	20.1	5.4	6.2	23.8	33.3	6.9	10.1	8.2	8.3	4.0	2.8
70~79세	30.4	25.2	8.7	7.5	49.3	43.3	11.5	10.9	18.2	13.5	6.9	5.4
80세 이상	43.3	44.2	14.7	10.7	76.7	77.6	21.2	19.0	29.7	30.6	12.0	7.3

[그림 2-5] 자살 수단별 사망률 추이, 1998~2008년



6. 지역별 자살률

<표 2-7>은 2005년부터 2008년까지 16개 시·도별 인구 10만명당 자살률을 보여준다. 대부분의 시·도에서는 2005년에 비해 2006년에 자살률이 감소하였다가 2007년과 2008년에 다시 증가하는 경향을 보였다. 단, 대전광역시에서는 2007년에 비해 2008년에 자살률이 감소하였다.

〈표 2-7〉 16개 시·도별 자살률: 2005-2008년

(단위: 인구 10만명당)

시·도별	2005	2006	2007	2008
시·도(평균)	26.10	23.00	26.60	27.70
서울특별시	19.80	17.10	20.10	21.60
부산광역시	26.60	22.30	25.50	27.40
대구광역시	22.30	20.30	22.80	25.40
인천광역시	24.50	22.40	23.40	27.00
광주광역시	19.10	16.50	22.60	21.50
대전광역시	25.40	22.00	24.10	22.70
울산광역시	20.10	16.00	18.90	21.90
경기도	23.80	20.50	22.10	24.10
강원도	35.10	31.60	37.40	38.40
충청북도	32.70	28.20	31.10	33.60
충청남도	35.90	31.70	37.00	35.40
전라북도	25.90	25.30	31.80	30.40
전라남도	24.10	22.50	25.00	26.80
경상북도	28.00	26.30	29.90	28.80
경상남도	27.50	25.60	29.10	28.90
제주특별자치도	26.80	20.40	24.90	28.90

주: 시·도(평균)은 각 시·도 수치에 대한 단순 평균한 수치로 전국 수치를 나타내는 것이 아님. 자살률=(자살자수/연앙인구)*100,000 인구십만명당 자살률은 5세 이상의 인구를 사용하여 작성된 통계이며 과거시계열 조정(미신고된 자살건수 조정 등)을 하기 전 수치임.

자료: 통계청 「인구동태통계」

시·군·구 구분에 따른 자살률을 비교하였을 때 군·시·구 순으로 자살률이 높음을 알 수 있다(표 2-8). 일차적으로 이는 군 지역의 높은 노인 인구 비중과 관련이 있을 것이다.

〈표 2-8〉 시·군·구 평균 자살률: 2005~2008년

(단위: 인구 10만명당)

구분	2005	2006	2007	2008
시(평균)	27.90	24.70	28.40	28.40
군(평균)	37.30	36.60	38.90	39.90
구(평균)	23.20	19.80	22.80	24.70

자료 : 통계청 「인구동태통계」

제2절 자살 현황의 국제 비교

1. 성별 자살률 비교

<표 2-9>는 2005년 현재 OECD 각국의 인구 십만명당 자살률을 보여 준다. 한국의 남자와 여자의 인구 십만명당 자살률은 각각 36.4명, 15.6명이었고 전체 자살률은 24.7명으로서 가장 높았다. 이러한 수치는 남자의 경우 한국을 제외한 OECD 평균 자살률인 17.8명에 비해 2배 높고, 여자의 경우는 한국을 제외한 OECD 평균 자살률 5.2에 비해 3배 높은 수준이다.

한국 이외에 남자 자살률이 높은 나라로는 헝가리 (36.3), 일본 (29.1), 폴란드와 핀란드 (24.7), 프랑스 (22.8), 오스트리아 (22.5), 스위스 (20.9) 등이 있었다. 또한 한국 이외에 여자 자살률이 높은 나라에는 일본 (10.1), 핀란드 (9), 헝가리 (8.4), 스위스 (8.1), 프랑스 (7.5), 스웨덴 (8.3), 노르웨이 (7) 등이 있었다.

〈표 2-9〉 OECD 국가들의 자살률: 2005년

(단위: 인구 10만명당)

국가	남자	여자	전체
Austria	22.5	6.3	13.8
Czech Republic	21.9	4.4	12.7
Denmark	14.6	4.9	9.6
Finland	24.7	9	16.5
France	22.8	7.5	14.6
Germany	15.3	4.7	9.7
Greece	4.8	1.2	2.9
Hungary	36.3	8.4	21
Iceland	15.3	5.4	10.4
Ireland	15.3	3	9.2
Japan	29.1	10.1	19.5
Korea	36.4	15.6	24.7
Luxembourg	16.6	3.5	9.5
Mexico	7.8	1.4	4.4
Netherlands	11.7	5.2	8.3
New Zealand	18.8	6	12.2
Norway	14.9	7	10.9
Poland	24.7	3.9	13.9
Slovak Republic	20	2.9	10.9
Spain	10	2.9	6.3
Sweden	16	7.3	11.5
Switzerland	20.9	8.1	14.1
United Kingdom	9.3	2.9	6
United States	16.6	4	10.1
OECD Average(한국 포함)	18.6	5.7	11.8
OECD Average(한국 제외)	17.8	5.2	11.2

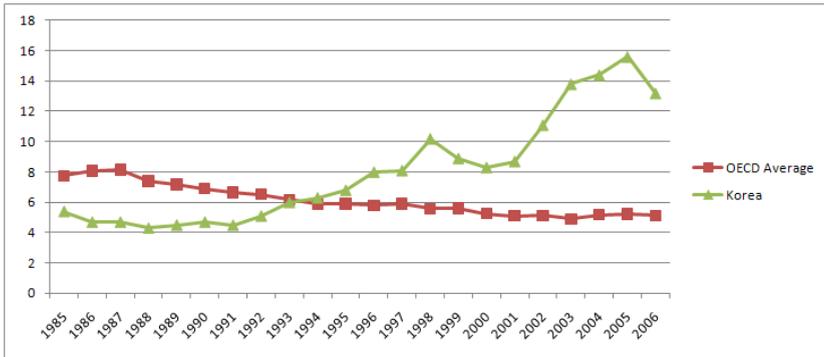
자료 : OECD 「Health Data 2009」

[그림 2-6]~[그림 2-8]은 각각 여자, 남자, 전체 인구에 대하여 1985년부터 2006년까지 한국과 한국을 제외한 다른 OECD 국가들의 인구 십만 명당 자살률의 추이를 보여주고 있다. 전반적으로 다른 OECD 국가들의 평균 자살률은 지속적으로 감소하는 추세를 보이고 있으나 우리나라의 자

살률은 급격하게 증가하는 추세를 보이고 있다.

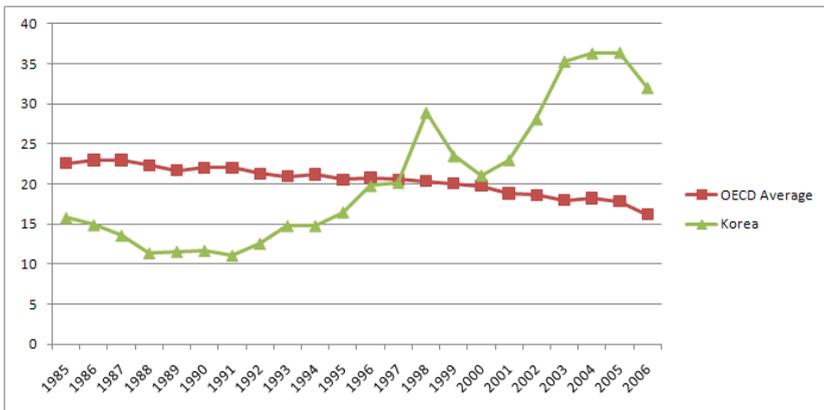
성별로 OECD의 다른 국가들의 평균 자살률을 앞지르게 되는 시점이 다른데 여자의 경우 1993년 이후, 남자의 경우 1997년 이후부터이다. 남자의 경우 1997년 경제위기가 자살률 증가에 기여하였을 것으로 보이나 여자의 경우는 이와는 다른 요인들이 자살률 증가에 기여하고 있음을 추측하게 한다.

[그림 2-6] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이: 한국과 다른 OECD 국가들의 평균, 여자



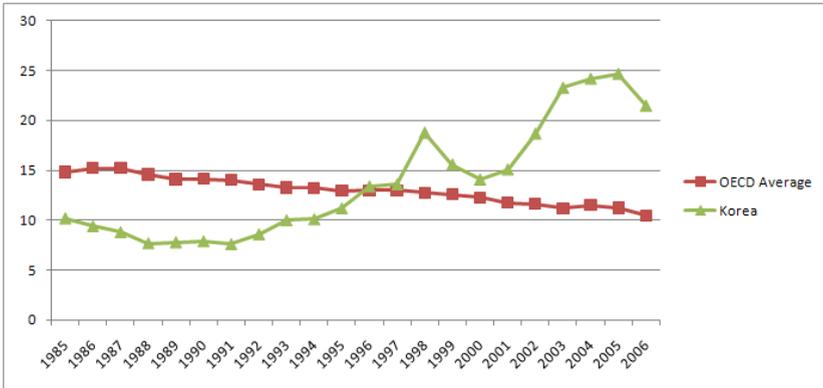
자료 : OECD 「Health Data 2009」

[그림 2-7] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이: 한국과 다른 OECD 국가들의 평균, 남자



자료 : OECD 「OECD Health Data 2009」

[그림 2-8] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이: 한국과 다른 OECD 국가들의 평균, 전체



자료 : OECD 「OECD Health Data 2009」

2. 성별·연령별 자살률 비교

[그림 2-9]~[그림 2-13]은 OECD 국가 평균과 한국 남자의 각 연령별 자살률의 추이를 보여준다. 남자 15세 미만의 아동 및 청소년 계층은 1990년까지 다른 나라들보다 낮은 수준에서 1990년대 중반까지 비슷한 수준으로 그리고 1990년대 후반에는 OECD 평균보다 높은 수준이었다가 다시 비슷한 수준을 유지하는 것으로 나타났다. 남자 15세 이상 25세 미만의 청년층은 1990년대 말 외환위기와 2002년 카드 대란 이후에 일시적인 피크를 보였으나 전반적으로 OECD 평균보다 낮은 수준을 보였다.

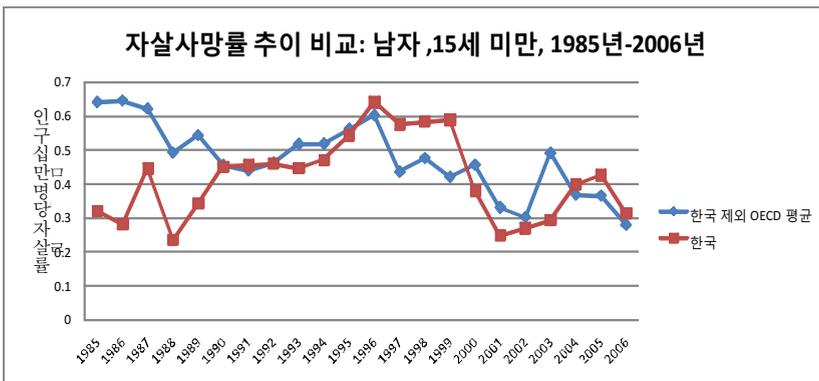
남자 25세 이상 45세 미만의 청년층의 경우 1990대말 외환위기 때 피크를 나타낸 것을 제외하고는 OECD 평균보다 낮은 수준을 유지하기는 하였으나 1990년대 초부터 서서히 자살률이 증가하는 경향을 보였다. 이러한 증가 경향으로 말미암아 2002년 이후로는 OECD 평균을 상회하는 것으로 나타났다.

남자 45세 이상 64세 미만의 장년층의 자살률 추이는 25세 이상 45세 미만의 청년층의 자살률 추이와 매우 유사한 패턴을 가지고 있었으나 다만 자살률이 좀 더 가파르게 증가하였다. 그리하여 1997년 외환위기에서부터

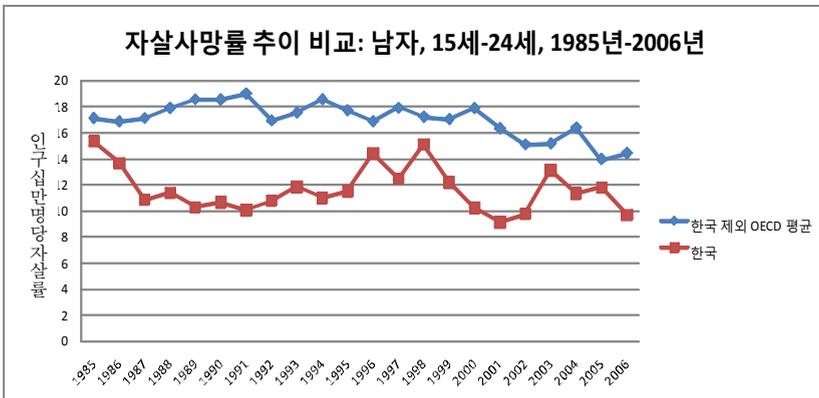
자살률이 OECD 평균을 추월하였다.

남자 65세 이상 노년층의 자살률도 청장년층과 마찬가지로 1990년대부터 지속적으로 증가하는 점은 동일하지만 2000년대 초반부터 급속하게 증가하는 것이 눈에 띄게 달랐다.

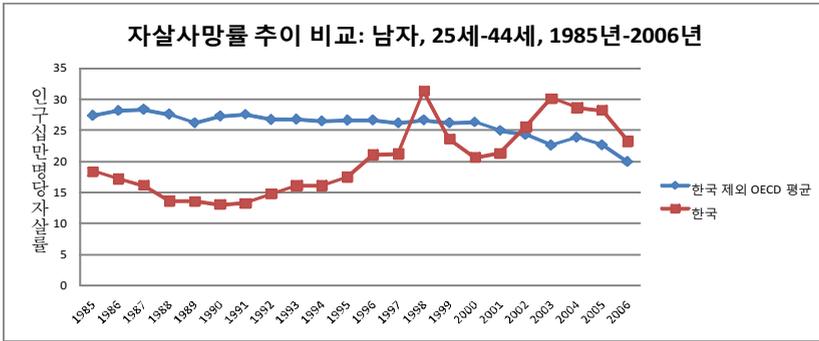
[그림 2-9] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 15세 미만



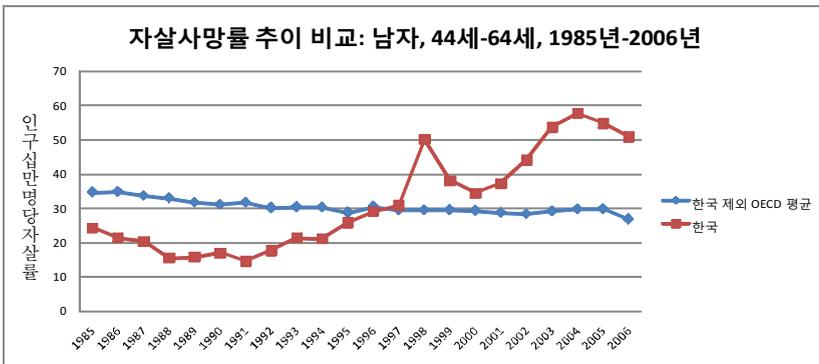
[그림 2-10] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 15~24세



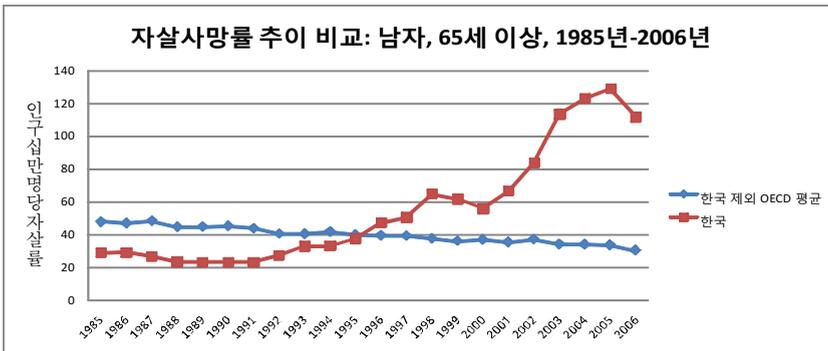
[그림 2-11] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 25~44세



[그림 2-12] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 45~64세



[그림 2-13] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 남자 65세 이상



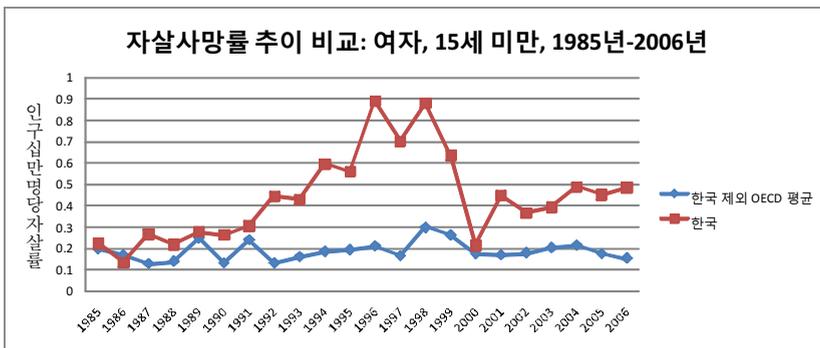
[그림 2-14]~[그림 2-18]은 한국과 다른 OECD 국가들에서의 여자 자살사망률을 연령별로 비교한 것이다. 먼저 15세 미만 아동 및 청소년의 경우 남자에서와는 달리 다른 나라에서보다 한국의 자살률이 높은 것을 알 수 있다. 15세 이상 25세 미만의 여자 청년들도 15세 미만 소녀들과 마찬가지로 OECD 다른 국가들보다 자살률이 높은 것으로 나타났다.

여자 25세 이상 45세 미만의 경우 1990년부터 자살률이 증가하여 1993년부터는 OECD 다른 국가들보다 자살률이 높아지게 되었다. 1997년 외환위기에 자살률의 피크가 나타나는 것은 남자의 경우와 동일하였다.

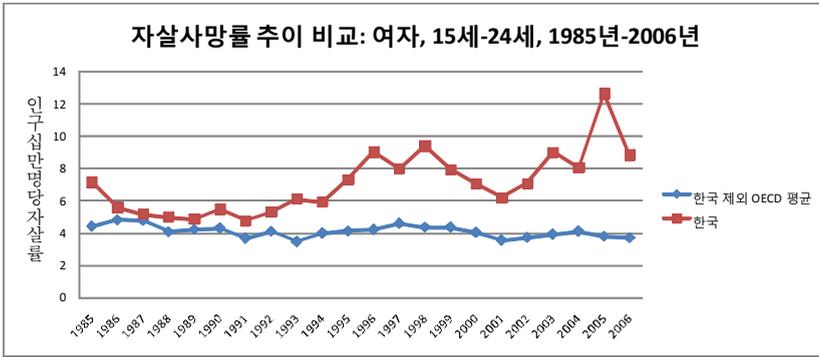
여자 45세 이상 65세 미만의 장년층의 경우도 1990년부터 자살률이 서서히 증가하여 1997년 외환위기 이후부터 OECD 평균을 상회하기 시작하였다. 외환위기에 피크가 나타나는 것은 45세 미만 청년층과 유사하였다. 이 연령층을 포함한 여자 15세 이상 65세 미만의 청장년층은 2002년 무렵 또 하나의 피크를 보인 남자와 달리 2004년~2005년에 피크를 보였다.

여자 65세 이상 노년층은 1990년대 초부터 자살률이 서서히 증가하였고, 1994년 이후 OECD 평균을 상회하게 되었다. 외환위기 때 소규모의 피크를 가지고 있었고, 남자 노인과 마찬가지로 2000년대 초반부터는 자살률이 급속하게 증가하는 경향을 나타내었다.

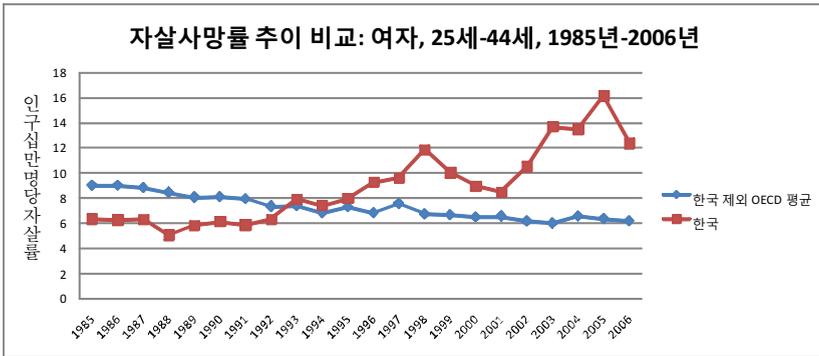
[그림 2-14] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 15세 미만



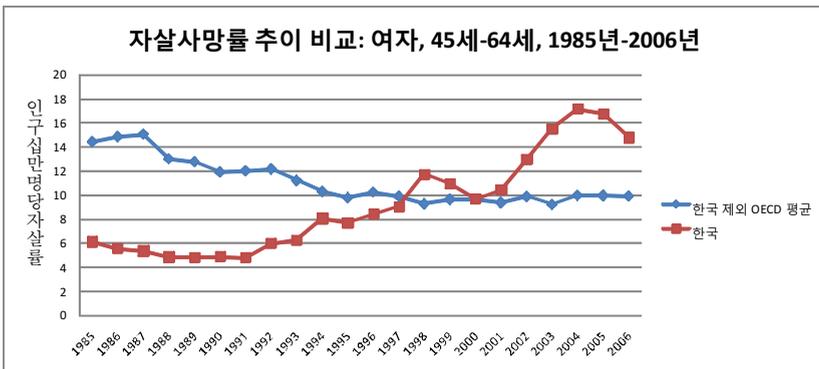
[그림 2-15] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 15~24세



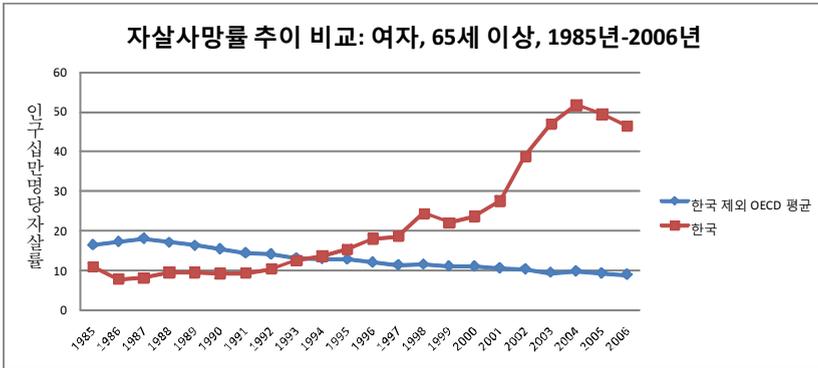
[그림 2-16] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 25~44세



[그림 2-17] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 45~64세



[그림 2-18] 인구 십만명당 자살률의 시계열적 추이의 비교: 여자 65세 이상



3. 자살률 추이의 유형

1980년부터 2006년까지 OECD 국가들의 자살률의 추이의 유형을 여섯 가지로 나누고 2006년 혹은 가장 최근 자료의 자살률을 기준으로 <표 2-10>과 같이 분류하였다²⁾. 예를 들어 1980년 이후 지속적으로 자살률이 감소한 국가로서 2006년 현재 자살률이 10미만인 국가에는 영국, 네덜란드, 이탈리아, 그리스, 독일이 포함된다.

한국은 멕시코와 함께 지속적으로 자살률이 증가한 유형 3에 속하는 나라인데 멕시코는 지속적인 증가에도 불구하고 자살률이 10미만으로 여전히 낮다는 점에서 한국보다 낮다고 할 수 있다. 한편 헝가리도 2006년 현재 한국과 더불어 자살률이 20이상인 국가이지만 지속적으로 자살률이 감소하고 있는 유형 1이어서 한국보다 나은 사정이라고 할 수 있다.

2) 각 국의 자살률 추이는 부록에 수록하였다.

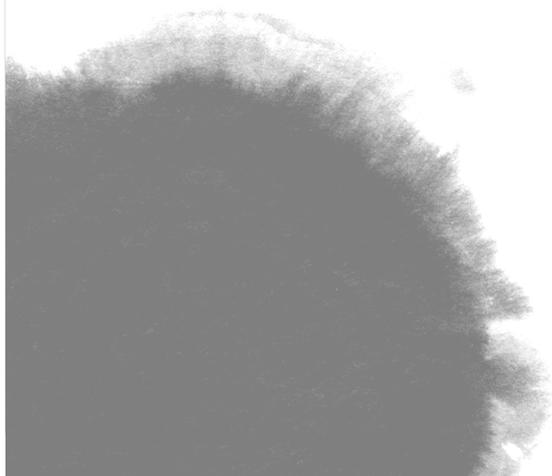
〈표 2-10〉 OECD 국가들의 자살률 변화 유형: 1980~2006년

2006년 자살률(인구 10만명당)	유형 1: 지속적 감소	유형 2: 증가 혹은 정체→감소	유형 3: 지속적 증가	유형 4: 정체	유형 5: 감소→증가	유형 6: 증가→정체
10미만	영국	호주	멕시코		포르투갈	스페인
	네덜란드	아일랜드				
	이탈리아					
	그리스					
	독일					
10~19	스위스	뉴질랜드		폴란드		일본
	슬로바키아	미국		아이슬란드		
	룩셈부르크	노르웨이				
	프랑스	핀란드				
	캐나다	스웨덴				
	체코					
	덴마크					
	오스트리아					
벨기에						
20이상	헝가리		한국			

이상의 6가지 유형 가운데 자살률의 감소를 경험한 국가들의 사례를 검토하는 것이 의미가 있을 것이다. 이에 해당하는 유형은 유형 1, 유형 2, 유형 6이다. 이러한 유형에 속한 나라 가운데 영국, 스웨덴, 일본의 자살예 방정책을 제4장에서 검토하였다.

03

재난의 원인



제3장 자살의 원인

제1 절 자살의 일반적 원인

자살의 원인은 다양하며 각 원인들이 서로 상호작용을 할 수 있다. 사회정신의학적 관점에서는 역학을 이용하여 자살의 위험을 높이는 구체적인 요인들을 찾아냄으로써 자살을 예방할 수 있다고 본다. 지금까지의 연구 결과는 성, 연령과 같은 인구학적 요인 이외에 정신과적, 생물학적, 사회 및 환경 요인들, 그리고 개인의 성장 배경과 같은 요인들이 자살과 관련되어 있다고 말한다.

1. 정신과적 요인

자살자에 대한 정신부검(psychological autopsy)과 질환별 자살 사망률을 보면 정신장애가 자살의 중요한 위험 요인임을 알 수 있다. 즉, 자살자의 90%이상에서 하나 이상의 정신장애가 발견된다(Henriksson, Aro, Marttunen et al., 1993). 예를 들어 자살자의 60~80%가 우울증에 기인하는 것으로 알려져 있다(Krug 등, 2002; Greenberg 등, 2003). 또한 정신과 환자의 자살 위험은 일반 인구에 비해 3배~12배 높다고 한다(제영모, 2004). 노인의 경우 거의 대부분의 자살자들이 정신질환을 갖고 있고 최고 90%까지 우울을 갖고 있다(Shah and De Leo, 1998).

자살과 흔히 동반하는 정신장애에는 기분장애, 정신분열병, 불안장애, 식

사장애, 주의력결핍과잉행동장애, 알코올 사용 장애, 기타 물질사용장애, 인격장애, 공존 정신장애가 포함된다(제영묘, 2004). 이 중에서 기분장애, 불안장애, 알코올 사용 장애는 지역사회 노인에게서 비교적 많이 볼 수 있는 정신장애이다.

기분장애는 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성장애 등 세 가지를 말한다. 우리나라에서 성인에서 기분장애의 평생 유병률은 남자 4.0%, 여자 8.4%로 흔한 질병이며 이 중 가장 많은 비중을 차지하는 것이 주요우울장애이다(조맹제 등, 2006). 불안장애 평생 유병률은 남자 4.2%, 여자 8.6%로 기분장애보다 다소 높은 편이다. 불안장애에는 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증, 그리고 범불안장애가 포함된다.

한편 정신장애 각각이 자살의 위험을 높이기도 하지만 두 가지 이상의 정신장애가 공존할 때 자살 위험은 더 증가한다. 예를 들어 알코올 사용장애를 가진 사람이 주요우울장애를 같이 가지고 있을 때 자살을 시도할 위험이 더 높다. 이러한 사실은 자살을 예방하고자 할 때 다양한 정신적 문제들을 포괄적으로 파악하는 노력이 필요함을 말해준다고 하겠다.

마지막으로 언급해야할 강력한 자살 위험 요인은 이전의 자살 시도 경험이다(Moscicki, 1985). 자살 위험은 자살 시도 6개월 이내에 가장 높으며 자살 시도자의 1%가 1년 내에 결국 자살한다는 보고가 있다(Hawton, Catalan, 1987).

2. 생물학 및 의학적 요인

자살이 유전에 의한 것이 아니라고 뒤르겐은 주장하였지만 현상적으로 가족 중 자살자가 있을 경우 자살할 위험이 증가하는 것은 사실이다. 또한 실제로 일란성 쌍둥이에서 이란성 쌍둥이에서보다 자살 시도 및 자살이 같이 일어나는 비율이 더 높다는 연구 결과도 있다(Roy, 1992). 그러나 이것이 정말 자살의 유전 인자가 있어서인지 아니면 가족들이 자살의 위험요인

을 공통적으로 갖고 있기 때문인지는 확실히 밝혀지지 않은 상태이다.

자살을 설명하는 또 다른 생물학적 요인은 자살로 이끄는 정신질환에서 나타나는 신경생물학적 과정을 들 수 있다. 즉, 자살을 한 정신과 환자에게서 세로토닌 대사체의 수준이 정상적이지 않다는 것이 발견되었다. 세로토닌은 기분과 공격성을 통제하는 중요한 신경호르몬이다. 세로토닌 양이 부족할 때 자살 혹은 정신질환이 나타날 수 있는데 이것은 자살 생각을 행동으로 옮기고자 하는 충동을 억누르는 능력을 감소시키는 원인이 된다 (Mann JJ, 1998).

자살은 장애를 수반하는 심각한 신체적인 질병으로부터도 발생할 수 있다. 자살자 중에서 신체적인 질병의 유병률은 최소 25%, 노인에게서는 최고 80%까지 이른다(Chi, Yip, Yu, 1998). 특히 심각한 신체적 질병이 우울과 같은 기분장애를 동반할 때 자살의 위험은 더욱 증가할 수 있다. 그러나 정신적 문제가 전혀 없을 경우에는 신체적 질병만으로 인하여 자살을 하는 경우는 극히 드물다는 보고가 있다(Blumenthal, 1988).

3. 생애 경험(life event)

살아가면서 경험하게 되는 몇 가지 사건들이 자살의 위험을 증가시키는 것으로 생각된다. 이러한 사건들에는 가까운 사람의 상실, 대인관계의 갈등과 단절, 그리고 법적인 혹은 일과 관련된 문제가 포함된다. 가까운 사람의 죽음, 이혼, 별거와 같은 상실은 심한 우울감에 빠지게 할 수 있다. 또한 직장이나 가정, 학교에서의 대인 관계 문제도 절망감과 우울의 감정을 만들 수 있다. 대인 관계 문제에는 학교에서의 집단 따돌림, 가정에서의 배우자 등에 의한 폭력도 포함된다. 이동기의 신체 혹은 성적 학대는 청소년과 성인의 자살 위험을 증가시킬 수 있다.

이혼, 사별, 별거가 자살 위험을 높이므로 일반적으로 결혼은 자살을 하지 않도록 하는 보호 요인으로 생각될 수 있다. 하지만 어떤 문화에서는 그렇지 않은 경우도 있는데 홍콩과 중국의 경우 60세 이상의 결혼한 여성들이 사별

이나 이혼한 여성에 비해 자살률이 더 높은 것이 그 예이다(Yip, 1998). 이 경우는 결혼과 관련된 사회적, 경제적, 법적 차별이 자살로 이끄는 심리적 스트레스를 유발하기 때문인 것으로 추측된다(Khan, Reza, 1998).

마지막으로 자살의 위험을 높이는 생애 경험으로서 사회적 고립을 들 수 있다. 사회적 고립은 사회적으로 연결이 불충분한 상태를 의미한다. 자살을 시도하는 사람은 자살을 생각만 하고 있을 때보다 더 사회적으로 움츠러드는 경향이 있다. 또한 배우자의 죽음과 같이 눈에 보이는 사회적 고립뿐만 아니라 지지하는 사회적 관계망이 없어졌다는 인식에 의해 사회적 고립감을 가진다는 의견도 있다(Wenz, 1977). 사회적 고립은 흔히 노인에게서 자살 생각과 관련된 요인으로 지적되어 왔다(Draper, 1996; Dennis, Lindsay, 1995).

4. 사회 및 환경 요인

몇 가지 사회적, 환경적 요인들도 자살의 위험을 높이는 것으로 밝혀져 자살을 예방하는데 활용되고 있다.

가. 자살 수단

자살 수단에 대한 접근성은 자살의 성공과 관련이 있다. 한 정신병원에 서는 복도 천정의 갈고리를 없앴을 때 거기에서 목을 매어 자살하는 사람이 없어졌다고 한다(뒤르켐, 1897). 또한 총기 소지가 가능한 미국에서는 자살자의 약 3분의 2가 총기로 자살을 하며, 농촌에서는 농약을 사용한 자살이 많다는 것도 자살 수단에 대한 접근성이 그 수단으로 인한 자살 위험을 높이는 근거로 볼 수 있다.

노인은 일반적으로 큰 힘이 들지 않는 추락을 자살 방법으로 선택하는 경향이 있고, 여성은 음독과 같이 “부드러운” 방법으로 자살하는 경향이 있다. 노인은 또한 자살 의지가 더 강하고 따라서 총기 사용, 추락, 목매과

같이 더 치명적인 자살 방법을 선호하는 경향이 있다(De Leo & Ormskerk, 1991).

이 밖에도 자살 방법은 문화나 환경의 영향을 받는다. 예를 들어 일본에서는 무사들에 의해 전통적으로 할복하는 관습이 있어서 칼로 자살하는 경우가 많다. 또한 “베르테르 효과”와 같이 특히 젊은이들이 연예인과 같은 유명인의 자살을 모방하는 경우도 있다.

나. 도시/농촌

도시화와 자살률의 관계는 명확하지 않다. 우선 도시에서보다 농촌에서 더 높다는 연구들이 있다. 미국의 경우 농촌 지역이 더 넓은 네바다 주의 자살률은 미국에서 가장 높은 100,000명당 24.5명인데 반해 뉴욕 주는 7.6명이었다(American Association of Suicidology, 1999). 이러한 경향은 호주, 잉글랜드와 웨일즈, 스코틀랜드 등의 유럽 국가들에서도 나타난다. 우리나라의 경우도 농촌지역이 도시지역보다 자살률이 높다는 보고가 있다(서동우, 2003).

이처럼 농촌에서의 자살률이 높은 이유는 아마도 사회적 고립이 심하고 자살의 신호가 잘 발견되지 않으며 의료서비스에 대한 접근성이 낮은 것과 관련이 있을 것이다.

노인 자살과 도시화의 관계에 관한 한 연구는 남자의 자살률은 도시화 정도와 역-U자형 관계를 갖고 있으나 여자의 자살률과는 일정한 관계를 갖지 않는다고 하였다(Shah, 2008).

다. 고용 및 기타 경제적 요인

거시적인 수준에서 경기 불황과 높은 실업이 나타나는 시기에 자살이 증가한다는 연구 결과들이 있다(Platt, 1984; Varnik, Wasserman, Eklund, 1994; Weyerer, Wiedenmann, 1995).

개인적인 수준에서는 직업을 가진 사람들보다 실업자들에게서 자살이 더 많다(Platt, 1984, Morrell et al., 1993). 또한 경제적 수준도 자살과 관련이 있다는 보고가 있는데 김형수(2002)는 노인 자살의 경우 경제적 문제는 우울에 이어 가장 큰 원인이라고 하였다.

라. 보건의료서비스 접근성

서양의 경우 상당한 수의 노인 자살자들이 자살을 하기 일주일 전에서 6개월 전에 자신의 주치의, 정신과의사 혹은 정신건강서비스를 이용한다(Catell, 1988; Catell and Jolley, 1995). 따라서 적절한 보건의료서비스를 제공하는 것은 노인 자살률과 중요한 관계가 있다. 중국과 홍콩에서의 높은 자살률은 부분적으로 정신건강서비스의 부족과 사회복지체계의 미개발 때문인 것으로 나타났다(Yip, 2001). 반면에 싱가포르와 중국 도시에서의 노인 자살률 감소는 부분적으로 노인을 위한 보건의료 및 복지 서비스의 향상에 기인하는 것으로 분석된다(Kua et al., 2003). 또한 잉글랜드와 웨일즈 지역에서의 노인 자살률 감소는 일반의의 수, 병원 인력의 수, 정신질환 외래 방문의 수, 사회복지사 및 주간보호센터 직원의 수와 관련이 있는 것으로 나타났다(Lodhi and Shah, 2005).

보건의료서비스의 접근성은 여러 가지 기전에 의해 자살률을 감소시킬 수 있다. 첫째, 정신질환을 발견하고 치료함으로써 자살을 감소시킨다. 둘째, 자살 시도자들을 신속하게 회복시킬 수 있다. 셋째, 통증 및 신체질환을 포함하여 노인 자살의 위험 요인들을 신속하게 치료할 수 있다. 넷째, 정신건강과 자살 예방에 관한 국가 정책을 실행하도록 촉진함으로써 자살을 예방할 수 있다(Shah and Bhat, 2008).

마. 인터넷 보급

인터넷 웹사이트와 대화방은 자살을 조장할 수 있다. 이러한 사이버 공

간을 통해 자살 방법, 온라인 약국에 대한 접근 방법, 자살 약속의 유포, 정신질환의 치료 거부 등이 퍼진다. 동시에 인터넷은 자살 생각을 가진 사람들이 그러한 생각에서 벗어날 수 있도록 도움을 받는 방법들을 알려주기도 한다. 일반 인구집단을 대상으로 한 연구에서는 가정의 인터넷 보급률과 자살률 사이에 양의 상관관계가 있음을 보고하였다(Hagihara et al., 2007). 또한 인터넷 보급률은 노인 자살률과도 양의 상관관계를 갖는 것으로 나타났다(Shah, 2009).

제2절 자살 원인의 국제 비교

1. 실증분석

국가별 자살률의 결정요인은 29개국 OECD 패널자료를 구축하여 분석하였다. 패널자료를 이용한 추정방법은 ‘시간에 불변인 관측 불가능한 개별 효과(Time-invariant individual-specific unobservable effects), 예를 들어 지역적 특성을 보이는 라이프스타일, 기후, 기타 속성 등을 통제할 수 있기 때문에 통상적인 회귀모형에 잠재되어 있는 ‘누락변수의 편향(omitted-variable bias)’ 문제를 축소할 수 있는 장점을 가진다. 여기에 시간더미 변수를 첨가하면 또한 다른 설명변수들이 포착하지 못하는 ‘관측되지 않는 시계열 효과(unobserved time-specific effects)를 통제할 수 있다. 즉 시간더미를 사용함으로써 시간적으로는 변화하는 개별 지역 간에는 변하지 않는 정보를 통제할 수 있게 된다(노용환, 2006).

본 연구에서는 상대적으로 장г기시계열(1985~2007년 기간)을 사용하여 비교적 동질적 경제규모를 가진 국가들을 대상으로 패널분석 방법 중 고정 효과모형(fixed effect model)을 적용하여 자살률 격차의 발생 원인을 분석하였다. 추정의 기본이 되는 축약방정식은 아래 식과 같다.

$$\log S_{it} = X_{it}\beta + \alpha_i + \beta_t + \delta_i T + \varepsilon_{it}$$

여기서 i 는 횡단면 지역, t 는 시계열 연도($t=1, 2, \dots, T$), S_{it} 는 자살률, X_{it} 는 상수항을 포함하는 설명변수의 벡터, β 는 추정할 계수값의 벡터이고, α 는 관측되지 않는 시계열 효과를 통제하는 T-1개의 시간더미변수이다. 자살률은 자연로그를 취한 값이며 ε_{it} 는 모든 i 와 t 대하여 평균이 0이고 분산이 δ^2 인 독립동질적인 분포를 따르는 오차항을 의미한다(노용환, 2006). 한편 벡터 X_{it} 에 포함되는 설명변수로는 인구 1인당 GDP, 인구 1인당 경제성장률, 실업률, 여성경제참여율, 지니계수, 출생률, 이혼율, 술 소비량, 담배 소비량 등이다.

자살률은 성과 연령에 따라 큰 차이를 보인다는 점을 고려하여 남성과 여성, 그리고 15~24세, 25~44세, 45~64세, 65세이상 연령그룹으로 분류하여 분석하였다.

2. 자료

본 연구의 추정을 위한 패널자료는 1985~2007년까지의 자료이며 분석에서 사용된 변수의 정의 및 자료원은 <표 3-1>과 같다.

WHO Mortality Database는 국가별 사망원인자료로 전체 인구수와 질 환별 사망자수를 제공하는 Database이다. 종속변수인 자살률은 WHO Mortality Database 자료를 이용하여 성, 연령별 인구 10만명당 자살률로 산출하였다. 설명변수 중 1인당 GDP는 OECD Health Data 2009 자료에서 구매력지수(Purchasing power parity)로 환산된 값을 이용하였고 인구 1인당 GDP 성장률은 연간 GDP 성장률로 대체하였다. 실업률은 노동인구 중 실업률로 OECD Health Data 2009 자료에서 추출하였으며 출생률 또한 OECD Health Data 2009 자료에서 인구 1,000명당 출생률을 추출하였다. 이혼율은 UNSD 자료를 이용하여 전체 인구 중 이혼자 수의 비

(ratio)로 산출하였고 여성 경제참여율은 전체 노동인구 중 여성의 비율 (percentage)로 OECD Health Data 2009 자료에서 추출하였다.

〈표 3-1〉 사용변수 및 자료원

변수	정의	자료원
자살률	인구 100,000명당 자살률	WHO Mortality Database (업데이트: 2010년 2월 16일)
인구 1인당 GDP	인구 1인당 GDP, 구매력지수	OECD Health Data 2009
인구 1인당 성장률	연간 GDP 성장률(%)	World Development Indicator 2009
실업률	노동인구 중 실업자 비율	OECD Health Data 2009
출생률	인구 1,000명당 출생률	OECD Health Data 2009
출산율	15-49세 기간 동안 총 출생이수(합계 출산율)	OECD Health Data 2009
이혼율	전체인구 중 이혼자 비율	UNSD Demographic Statistics(United Nations Statistics Division)
지니계수	평균지니계수(국가별 정의 다름)	World Income Inequality Database, V2.0c May 2008
여성 경제참여율	노동인구 중 여성 경제참여자 비율	OECD Health Data 2009
알코올섭취량	15세 이상 인구 1인당 알코올섭취량(단위: Liters)	OECD Health Data 2010

소득불평등의 대리 변수인 지니계수는 OECD Health Data와 United Nations University's World Income Inequality Database 자료를 이용하여 산출하였다. 알코올섭취량은 15세이상 인구 1인당 섭취량으로 OECD Health Data 2010 자료에서 추출하였다.

3. 기초통계 분석

〈표 3-2〉는 OECD 29개국의 1985년부터 2007년까지 관찰한 자살률의 기초통계분석 결과를 보여준다. 먼저 OECD 국가의 남자 평균 자살사망률

은 인구 십만명당 22.08이었고, 여자의 경우는 7.43이었다. 자살사망률은 남녀 모두에서 연령이 증가하면서 증가하는 경향을 보였다. 우리나라 남자의 자살사망률은 18.22로서 OECD 평균인 22.08보다는 낮았고, 여자의 자살사망률은 8.05로서 OECD 평균인 7.43보다 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-2〉 자살률 기초통계 분석 결과, 1985~2007년

변수	평균	SD	Minimum	Maximum
자살률: 29개 OECD 국가 전부(n=611)				
전체				
남자	22.08	10.44	3.26	67.01
남자 15세 미만	0.47	0.47	0	6.13
남자 15~24세	16.82	9.02	2.55	61.03
남자 25~44세	25.64	12.57	4.09	80.60
남자 45~64세	30.46	16.42	4.98	106.01
남자 65세 이상	40.42	24.04	0	153.97
여자	7.43	4.21	0.66	25.90
여자 15세 미만	0.19	0.29	0	3.18
여자 15~24세	4.22	2.49	0	14.11
여자 25~44세	7.33	3.89	0	23.91
여자 45~64세	11.03	6.59	0.79	40.35
여자 65 이상	13.18	10.53	0	65.02
자살률: 한국(n=22)				
전체				
남자	18.22	7.98	9.82	32.99
남자 15세 미만	0.42	0.12	0.24	0.64
남자 15~24세	11.67	1.74	9.15	15.36
남자 25~44세	20.19	5.76	13.05	31.28
남자 45~64세	31.63	14.46	14.58	57.68
남자 65세 이상	55.26	35.25	23.14	128.83
여자	8.05	3.91	3.98	16.45
여자 15세 미만	0.44	0.21	0.13	0.89
여자 15~24세	7.07	1.93	4.76	12.63
여자 25~44세	8.89	3.04	5.05	16.13
여자 45~64세	9.17	4.10	4.80	17.17
여자 65세 이상	21.96	14.95	7.78	51.73

<표 3-3>은 1985년부터 2007년까지 관찰한 사회경제적 변수에 대한 기초통계 분석 결과이다. 먼저 경제적 변수에는 1인당 GDP, GDP 성장률, 실업률, 지니계수, 여성 경제활동률이 포함되었다. 29개 OECD 국가 평균과 비교할 때 한국의 1인당 GDP는 낮았으나 GDP 성장률은 높고 실업률은 낮았다. 한국의 지니계수는 33.23으로 OECD 평균인 30.31보다 높았다. 한국에서 여성의 경제활동 참여율은 40.45로 OECD 평균인 42.71보다 다소 낮았다.

사회적 변수에는 이혼율, 출생률, 알코올 섭취량이 포함되었다. 한국의 이혼율은 0.26%로서 OECD 평균인 0.28%보다 근소한 차이로 낮았다. 출생률은 13.94로서 OECD 평균인 12.57보다 근소한 차이로 높았다. 알코올 섭취량은 8.77리터로서 OECD 평균인 10.33 리터보다 낮았다.

<표 3-3> 사회경제적 변수 기초통계 분석 결과, 1985~2007년

변수	평균	SD	Minimum	Maximum
29개 OECD 국가 전부(n=611)				
인구 1인당 GDP, US \$, PPP	21311.46	8808.97	4643	57358
GDP 성장률, %	2.98	2.57	-11.89	11.35
실업률, %	7.23	4.28	0.4	23.9
인구 1,000명당 출생률	12.57	3.49	8.2	35.3
이혼율, 전체 인구 중 이혼자 %	0.28	0.17	0.1	0.9
지니계수	30.31	5.26	4.25	53.09
여성 경제참여율, %	42.71	3.89	23	48
알코올섭취량, 리터	10.33	2.77	4.4	17.3
한국(n=22)				
인구 1인당 GDP, US \$, PPP	12974.5	5531.74	4643	23083
GDP 성장률, %	6.48	3.91	-6.85	11.10
실업률, %	3.40	1.26	2	7
인구 1,000명당 출생률	13.94	2.58	9.1	16.9
이혼율, 전체 인구 중 이혼자 %	0.26	0.22	0.1	0.9
지니계수	33.23	1.76	31.6	37.05
여성 경제참여율, %	40.45	0.91	38	42
알코올섭취량, 리터	8.77	0.46	7.9	9.5

<표 3-4>는 사회경제적 변수와 자살사망률의 상관관계를 보여준다. 먼저 한국을 제외한 28개국의 자료를 분석한 결과 남녀 공통적으로 경제수준, 여성의 경제활동 참가율, 알코올 소비량이 자살사망률과 양의 상관관계를 갖고 있었고, 실업률, 출생률, 이혼율, 지니계수, 출산율은 음의 상관관계를 갖고 있는 것으로 나타났다. 경제성장률은 여자의 자살사망률과 음의 상관관계를 갖고 있었다. 아노미를 대표하는 실업률, 이혼율, 지니계수가 자살사망률과 음의 상관관계를 갖고 있다는 것은 이론적으로 맞지 않지만 이는 이들 변수와 자살사망률과 동시에 관련 있는 다른 변수들의 존재로 인해 표면적으로 나타나는 현상일 수 있기 때문에 다변량분석을 통해 심층적인 분석이 필요하다.

<표 3-4>는 또한 한국의 22년간의 자료를 통해 사회경제적 변수와 자살사망률의 상관관계를 보여준다. 경제수준, 실업률, 여성의 경제활동 참여율이 자살사망률과 양의 상관관계가 있었고, 경제성장률, 출생률, 알코올 소비량, 출산율이 음의 상관관계를 갖고 있었다. 알코올 소비량은 나머지 28개국 자료의 분석에서는 자살사망률과 양의 상관관계를 갖고 있었다는 점에서 차이가 있었다.

<표 3-5>는 한국에서 사회경제적 변수들 상호간의 상관관계를 보여준다. 먼저 경제수준이 높아지면서 경제성장률은 낮아지는 것을 알 수 있었다. 경제성장률이 높을수록 실업률은 낮아지는 경향이 있었다. 경제수준이 높아지면서 여성의 경제활동 참여율이 높아지고 출생률과 출산율은 낮아짐을 알 수 있었다.

앞서 사회경제적 변수와 자살사망률과의 상관관계에서 나머지 28개 OECD 국가들 자료와 다른 경향을 보인 알코올 소비량은 경제수준이 높아지면서 감소하고, 출생률과 출산율이 높았을 때 높았으며, 이혼율과 여성 경제활동 참여율이 높을 때 낮은 관계를 보였다. 이것은 한국에서의 인구집단 전체의 알코올 소비량 변수는 아노미나 개인적 수준의 정신건강 문제와 별개의 성격을 갖는 변수임을 시사한다).

〈표 3-4〉 사회경제적 변수와 자살사망률의 상관관계: Pearson Correlation 분석 결과, 1985~2006년

변수	남자 전체 ln(자살사망률)	여자 전체 ln(자살사망률)
한국 제외 28개 OECD 국가 전부(n=589)		
ln(인구 1인당 GDP, US \$, PPP)	0.1417***	0.2273***
GDP 성장률, %	-0.0715	-0.1080**
실업률, %	-0.1385**	-0.2555***
인구 1,000명당 출생률	-0.3324***	-0.4092***
이혼율, 전체 인구 중 이혼자 %	-0.3799***	-0.3964***
지니계수	-0.5576***	-0.6556***
여성 경제참여율, %	0.4239***	0.3090***
알코올섭취량, 리터	0.2545***	0.2981***
출산율	-0.2389***	-0.2962***
한국(n=22)		
ln(인구 1인당 GDP, US \$, PPP)	0.8401***	0.9063***
GDP 성장률, %	-0.6074**	-0.5692**
실업률, %	0.5051*	0.3971
인구 1,000명당 출생률	-0.8887***	-0.8846***
이혼율, 전체 인구 중 이혼자 %	0.1277	0.0114
지니계수	-0.5564	-0.5619
여성 경제참여율, %	0.6304**	0.7117***
알코올섭취량, 리터	-0.7115***	-0.7326***
출산율	-0.8964***	-0.8722***

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

3) 한국은 1989년에 15세 인구 1인당 9.5리터를 소비하였는데 2007년에는 8.0리터를 소비하였다.

〈표 3-5〉 사회경제적 변수 상호간의 상관관계: Pearson Correlation 분석 결과, 1985~2006년

변수	ln GDP	△GDP	실업률	출생률	이혼율	지니 계수	여성 경제	알코올	출산율
한국(n=22)									
ln GDP	1.0000								
△GDP	-0.5649**	1.0000							
실업률	0.2232	-0.5649**	1.0000						
출생률	-0.7601***	0.3740	-0.3413	1.0000					
이혼율	-0.3019	-0.0057	0.3155	-0.0589	1.0000				
지니계수	-0.5010	0.3013	-0.4547	0.5791	-0.5004	1.0000			
여성 경제	0.8446***	-0.2135	0.0355	-0.7210***	-0.4907*	-0.3714	1.0000		
알코올	-0.7893***	0.4294	-0.2287	0.7212***	-0.6649**	0.5029	-0.6069**	1.0000	
출산율	-0.7276***	0.4482*	-0.3785	0.9504***	-0.1644	0.6099*	-0.5782**	0.6987**	1.0000
한국 제외 OECD 국가(n=577)									
ln GDP	1.0000								
△GDP	0.0960*	1.0000							
실업률	-0.4280***	-0.0057	1.0000						
출생률	-0.3005***	-0.0277	-0.2144***	1.0000					
이혼율	-0.1603***	0.0147	0.1667***	0.1097*	1.0000				
지니계수	-0.2043***	0.0176	0.2145***	0.3714***	0.2752***	1.0000			
여성 경제	0.3538***	-0.1129**	-0.1682***	-0.1711***	-0.3001***	-0.3819***	1.0000		
알코올	-0.0310	0.0679	0.0708	-0.3459***	0.0445	-0.0795	-0.3071***	1.0000	
출산율	-0.3920***	-0.0262	-0.2922***	0.9348***	0.1097*	0.3244***	0.0420	-0.3920***	1.0000

주: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

4. 자살사망률과의 관련요인: 성별, 연령별 회귀분석 결과

〈표 3-7〉은 사회경제적 변수들의 자살률 관련성을 고정효과 모형 회귀 분석으로 분석한 결과를 보여준다. 한국 효과는 29개 전체 OECD 국가를 대상으로 한 분석 결과를 한국을 제외한 28개 OECD 국가의 분석 결과와 비교함으로써 간접적으로 추정하였다⁴⁾. 이와 더불어 각 나라의 특성 효과

4) 각 사회경제적 변수의 한국 효과는 각 변수에 한국 더미 변수를 곱한 교호 변수(interaction variable)의 효과를 추정함으로써 얻을 수 있으나 결측치로 인하여 교호 변수의 관측수가

와 자살률 추이의 직선적인 경향도 추정하였으나 표에는 나타나지 않았다. 성별, 연령별로 사회경제적 요인이 자살사망률과 서로 다른 관련성을 가질 것이라고 가정하고 성별, 연령별로 분석하였다.

가. 남자 전체

경제성장률이 높을수록 자살사망률이 낮아지는 관계와 이혼율이 높아질수록 자살사망률이 높아지는 관계는 다른 OECD 국가에서도 나타났고 한국 자료가 더해지면서 그 효과가 더 강하게 나타났다. 여성의 경제활동 참여율도 다른 OECD 국가에서와 한국 자료가 더해질 때도 유의하게 자살사망률을 증가시키는 것으로 나타났다. 알코올 소비량과 출산율은 두 분석 모두에서 자살사망률을 유의하게 감소시키는 것으로 나타났다.

다른 OECD 국가 자료에는 나타나지 않았던 경제수준과 자살사망률의 양의 관계는 한국 자료가 더해짐으로써 뚜렷하게 나타났다. 출생률은 다른 OECD 국가에서는 자살사망률과 양의 관계를 가졌지만 한국 자료가 더해지면서 음의 관계를 갖는 것으로 나타나 대조를 보였다. 소득불평등을 나타내는 지니계수는 다른 OECD 국가들에서는 자살사망률을 높이는 효과가 있었으나 한국 자료가 더해지면서 그 효과는 사라지는 것으로 나타났다.

나. 남자 15~24세

남자 15~24세 집단의 자살사망률은 두 분석 모두에서 높은 출생률, 높은 이혼율, 높은 지니계수, 높은 여성 경제활동 참여율, 그리고 낮은 출산율과 관련되어 있었다.

다. 남자 25~44세

남자 25~44세 집단의 자살사망률은 두 분석에서 공통적으로 높은 이혼

10개밖에 되지 않아 유의미한 분석을 할 수 없었다.

을, 높은 여성 경제활동 참여율, 낮은 알코올 소비량, 그리고 낮은 출산율과 관련되어 있었다. 그러나 한국 자료가 추가된 분석에서는 이와 더불어 낮은 경제성장률과 낮은 출생률도 자살사망률을 높이는 것으로 나타났다.

라. 남자 45~64세

남자 45~64세 집단은 여러 가지 변수에서 한국 자료가 있고 없음에 따라 차이가 나타났다. 한국을 제외한 OECD 국가들의 분석에서는 낮은 경제성장률과 낮은 출산율만이 자살사망률을 높이는 것으로 나타났다. 반면에 한국을 포함한 자료의 분석에서는 높은 경제수준, 낮은 출생률, 높은 이혼율, 낮은 지니계수, 낮은 알코올 소비량이 자살사망률을 높이며, 출산율은 자살사망률과 관련이 없는 것으로 나타났다.

마. 남자 65세 이상

한국을 제외한 OECD 국가들의 분석에서 남자 노인의 경우 높은 출생률과 낮은 출산율이 자살사망률을 높이는 것으로 나타났다. 한국을 포함한 분석에서는 높은 경제수준, 낮은 경제성장률, 높은 실업률, 높은 이혼율, 그리고 낮은 지니계수가 이 집단의 자살사망률을 높이고 출산율은 관계가 없었으며 낮은 출생률이 자살사망률을 높이는 것으로 나타나 차이를 보였다.

바. 여자 전체

한국을 제외한 자료의 분석에서 여자 전체 집단의 높은 자살사망률과 관련된 요인으로는 낮은 출생률, 높은 이혼율, 낮은 알코올 소비량, 그리고 높은 출산율이 있었다. 한국을 포함한 자료의 분석에서는 이에 더하여 높은 경제수준, 낮은 경제성장률, 높은 실업률이 자살사망률을 높이는 것으로 나타났다.

사. 여자 15~24세

여자 15~24세 집단은 두 분석 자료에서 모두 동일한 경향을 보였다. 이 집단의 자살사망률은 낮은 출생률, 높은 이혼율, 높은 지니계수, 그리고 높은 여성 경제활동 참여율과 관련이 있었다.

아. 여자 25~44세

여자 25~44세 집단도 15~24세 집단과 마찬가지로 두 분석 자료에서 동일한 경향을 보였다. 이 집단의 자살사망률은 낮은 경제성장률, 낮은 출생률, 높은 이혼율, 그리고 높은 여성 경제활동 참여율과 관련이 있었다.

자. 여자 45~64세

여자 45~64세 집단도 이보다 젊은 연령층과 마찬가지로 두 분석 자료의 결과가 동일한 경향을 나타내었다. 중년 여성인 이 집단의 자살사망률은 높은 경제수준, 낮은 경제성장률, 높은 실업률, 낮은 출생률, 높은 이혼율, 그리고 높은 출산율과 관련이 있었다.

차. 여자 65세 이상

한국을 제외한 OECD 국가 자료를 분석한 결과 여자 노인 집단의 자살사망률은 낮은 출생률, 높은 이혼율, 그리고 높은 출산율과 함께 증가하는 것으로 나타났다. 한국을 포함한 분석에서는 이러한 경향과 함께 높은 경제수준, 낮은 경제성장률, 그리고 높은 실업률에 의해 자살사망률이 증가하는 것으로 나타났다.

카. 논의

1) 경제수준과 자살

자살이 경기 순응적이냐(procyclical) 아니면 경기 역행적이냐(countercyclical) 하는 문제는 아직 논쟁 중이다. 자살이 경기 순응적이라는 의미는 경제가 팽창할 때 자살도 증가한다는 주장인데 경제가 팽창할 때 근로시간이 증가하고 여가시간은 감소하여 개인의 후생이 효용이 감소하기 때문에 자살이 증가한다고 보는 입장이다. 반대로 자살이 경기 역행적이라는 경제가 팽창할 때 가처분소득이 증가할 것으로 예상하기 때문에 현재의 고통을 더 쉽게 견뎌내고 따라서 자살이 감소한다는 입장이다.

이상의 이론적 배경을 바탕으로 본 연구 결과를 보면 한국에서는 자살이 경기 순응적임을 알 수 있다. 이는 다른 OECD 국가들과는 달리 높은 경제수준이 자살사망률을 증가시키는 것으로 나타났기 때문이다. 한국은 OECD 국가 가운데 노동시간이 가장 길다는 것은 자살이 경기 순응적이라는 가설을 뒷받침한다. 또한 뒤르켐은 소득이 높아질 때 개인의 독립성이 증가하고 이는 사회통합을 약화시킴으로 인해서 자살이 증가할 수 있다고 하였다. 그러나 이러한 가설이 한국에만 적용되고 다른 OECD 국가에는 적용되지 않는 것은 뒤르켐의 주장에 따르면 사회통합이 보전되었기 때문이라고 할 수 있다.

한편 다른 조건이 동일할 때 GDP 성장률은 자살을 감소시키는 것으로 나타나 자살이 경기 역행적인 면을 갖고 있음을 말해준다. 이것은 한국과 다른 OECD 국가에서 공통적인 현상이었다. 이는 한국에서 경제발전과 자살은 경기 순응적인 면과 경기 역행적인 면을 동시에 갖고 있다는 의미가 된다. 이것을 이해하기 위해 <표 3-5>를 보면 한국은 GDP와 GDP 성장률이 음의 상관관계를 갖고 있고, 한국을 제외한 OECD 국가들에서는 양의 상관관계를 갖고 있다는 것을 알 수 있다. 즉, 한국은 GDP 성장과 함께 GDP 성장률은 감소하였고 이에 따라 자살사망률은 증가한 것이고, 한

국을 제외한 다른 OECD 국가들의 경우는 GDP와 GDP성장률이 같이 증가하였고 이에 따라 자살사망률이 감소한 것이다.

결론적으로 한국에서는 80년대의 급속한 경제성장으로 경제수준이 높아지게 되면서 사회통합과 규제가 약화되었다고 할 수 있다. 뒤르켐은 경제위기뿐만 아니라 급격한 경제성장으로도 사회통합과 규제가 약화됨으로써 자살이 증가할 것이라고 주장하였다. 결국 급속한 경제 발전에 따라 발생한 사회통합의 문제를 해결하는 것이 강조된다고 하겠다.

2) 실업률과 자살

경제수준과 마찬가지로 실업률의 자살에 미치는 영향도 경기 순환적인지 경기 역행적인지에 대한 논란이 있다. 경기 순환적이라 함은 경제가 팽창할 때 여가시간이 줄어들고 일과 관련된 스트레스가 늘기 때문에 실업은 오히려 자살을 감소시킨다는 것을 의미한다. 반대로 경기 역행적이라 함은 경제가 팽창할 때 가처분소득이 증가할 것이 예상되기 때문에 현재의 고통을 더 잘 견딜 수 있고, 실업은 가처분소득의 상실을 의미하기 때문에 자살을 증가시킨다는 것을 의미한다.

본 연구 결과는 한국을 제외한 OECD 국가에서 오직 여자 45~64세 집단에서만 실업률이 자살을 높이는 것으로 나타났고, 한국을 포함한 분석에서는 남자 노인, 여자 45~64세, 그리고 여자 노인에서 자살을 높이는 것으로 나타났다. 우선 실업률이 자살을 증가시키는 것은 자살의 경기 역행적 성격을 나타낸다고 할 수 있다. 둘째, 한국의 경우 남녀 노인들의 자살이 실업률 증가에 영향을 미치는 것은 자녀가 노인을 돌보는 한국적 문화에서 특수한 현상이라고 설명할 수 있다. 즉, 성인 자녀가 실업 상태일 때 노인인 부모는 더 이상 자녀로부터의 돌봄을 기대할 수 없기 때문에 자살을 선택하기 쉽다는 것이다. 셋째, 45~64세 집단에서 실업률이 남자가 아닌 여자의 자살 증가에 관련된 것은 가장이 실업했을 때 구직을 위한 개인적 자원(직업 훈련이나 교육)이 남자보다 여자가 더 희소함으로 인해 더 큰 좌

절을 느끼기 때문일 것으로 추측된다.

3) 여성의 경제활동 참여율과 자살

여성의 경제활동 참여율이 자살에 미치는 영향도 경제수준과 마찬가지로 두 가지 방향으로 작용할 수 있다. 뒤르켐의 사회통합 이론과 Merton(1957)의 역할 이론을 결합한 ‘지위 통합과 자살 이론’(Gibbs and Martin, 1964)에 의하면 사람들이 여러 가지 역할을 갖는 것이 통념이 아닌 상황에서 여러 가지 역할을 가질 때 자살이 나타날 가능성이 높아진다고 한다(Burr, McCall, Powell-Griner, 1997). 이것은 ‘역할 갈등-자살’ 가설을 설명하는데 이 가설은 한 개인이 너무 많은 사회적 역할을 가질 때 각각의 역할을 제대로 수행하지 못함으로써 자신뿐만 아니라 가족 등 사회적 관계를 갖는 다른 집단에게도 부정적인 영향을 미친다는 것이다. 반면에 ‘역할 향상-건강’ 가설은 보다 중요한 사회적 역할을 담당할수록 정신 및 신체 건강이 향상된다는 것이다.

본 연구의 결과는 남자와 여자 모두 15~24세, 25~44세 집단에서 여성의 경제활동 참여율이 자살사망률과 양의 관계를 갖는 것으로 나타나 ‘역할 갈등-자살’ 가설을 지지하는 것으로 나타났다. 15~24세는 여성의 경제활동으로 인해 가정에서 돌봄을 적게 받게 되기 때문으로 예상되며 25~44세는 일-배우자-부모 세 가지 역할 가운데 일과 부모 역할에 가장 많은 에너지를 소모해야 하는 시기이기 때문인 것으로 보인다. 한편 45세 이상의 집단에서는 여성의 경제활동 참여율이 자살과 유의한 관계가 없었는데 이것은 여러 가지 역할들에 본인과 가족들이 적응을 하였기 때문인 것으로 보인다.

4) 소득불평등과 자살

본 연구에서는 거시적인 수준에서의 소득불평등을 나타내는 지표로서 지니계수를 사용하였다. 소득 분포가 균등할 때 사회적 균형이 커지고 사회통

합이라는 측면에서 더 바람직하기 때문에 자살사망률이 감소할 것으로 보는 것이 일반적이다.

개인 수준에서 인식되는 소득불평등 혹은 상대적 빈곤감은 자살 위험을 높이는 것으로 알려져 있지만 거시적 수준에서 측정되는 소득불평등은 일관되지 않은 결과를 갖고 있다(Inagaki, 2010). 독일과 일본의 경우 지니계수가 자살사망률이 양의 관계를 갖고 있는 것으로 나타났고(Neumayer, 2004; Chen, Choi, Sawada, 2009), 반면 유럽 15개국의 분석과 선진 12개국의 분석에서는 지니계수가 자살사망률과 관련이 없는 것으로 나타났다(Andrés, 2005; Leigh and Jencks, 2007). 한편 소득 분포가 경직된 방식으로 동일하도록 강요될 때 근로 의욕을 떨어뜨리고 더 열심히 일하고자 하는 개인은 자신의 노력에 비해 얻는 것이 적다고 느낄 수 있으며 이러한 좌절이 자살을 증가시킬 수도 있다(Jungeileges and Kirchgässner, 2002).

본 연구 결과 한국을 제외한 OECD 국가 자료의 분석에서는 15~24세 남녀 집단을 중심으로 남녀 전체 집단의 분석에서 지니계수가 클수록 자살 사망률이 높은 것으로 나타났다. 하지만 한국 자료를 포함하였을 때 15~24세 남녀 집단에서 여전히 지니계수와 자살사망률 간의 양의 관계가 남아있었으나, 남자 45~64세와 남자 65세 이상에서는 지니계수와 자살사망률의 관계를 가졌고, 종합적으로 남녀 전체 집단으로 보면 지니계수와 자살사망률의 관계가 사라졌다. 또한 남자 45~64세에서의 지니계수의 회귀계수(-0.8499)보다는 남자 65세 이상에서의 지니계수의 회귀계수가(-1.0928) 더 컸다.

이상의 결과는 한국에서 소득불평등이 자살에 미치는 영향이 세대간에 차이가 있음을 말해 준다. 즉, 청년층은 소득불평등으로 인한 사회통합의 약화에 의해 자살을 하게 되지만, 장년층 이후의 세대는 한국에서의 소득불평등의 약화가 어느 정도는 개인의 근로 의욕을 저하시킴으로 인해 자살을 증가시키는 역할을 하고 있는 것으로 보인다. 또한 여자 장년층과 노년층에서는 이러한 관계가 나타나지 않는 것은 이 연령층의 여성들이 대부분 경제활동을 하고 있지 않기 때문이라고 볼 수 있다.

5) 이혼율과 자살

이혼은 사회통합의 대표적인 지표 중 하나이다. 이혼은 개인적인 재난이지만 관련된 모든 사람들에게도 고통을 준다. 이혼한 사람은 사회적으로 고립되기도 하고 심리적으로 타격을 받는다. 많은 연구들이 높은 이혼율이 자살을 높이는 것으로 보고하고 있고(Andrés, 2005; Neumayer, 2003; Chuang and Huang, 1997), 특히 여자보다는 남자에서 이혼이 자살에 미치는 영향이 강하다고 하였다(Durkheim, 1951; Koo and Cox, 2008).

본 연구 결과도 이러한 기존 문헌들의 결과와 일치하였다. 다만 한국을 제외한 OECD 국가들의 분석에서 남자 45~64세와 남자 65세 이상에서는 이혼율이 자살과 관련이 없었으나 여자는 양의 관계를 가지고 있는 것으로 나타나 이혼이 여자보다 남자에게 부정적이라는 다른 연구결과와는 다른 결과를 보였다. 한국을 포함한 분석에서는 모든 성별, 연령별 집단에서 높은 이혼율이 자살사망률을 높이는 것으로 나타났다.

6) 출생률, 출산율, 그리고 자살

자살에 영향을 미치는 사회경제적 요인들을 분석한 기존의 연구들은 출생률과 출산율을 동일한 개념으로 사용한 경우가 많았다. 본 연구에서도 출생률과 출산율의 상관계수가 한국의 경우 0.9504, 한국을 제외한 OECD 국가들에서는 0.9348로 매우 높은 것으로 나타났다. 출생률은 인구 천 명당 신생아 수로 정의되고 출산율은 여성이 15~49세 가임 기간 동안의 출산한 총 출생아 수로 정의되므로 엄밀한 의미에서 차이가 있다. 본 연구는 출생률과 출산율의 독립적인 영향을 분석한 드문 연구이다.

본 연구 결과는 출생률과 출산율이 자살에 미치는 영향이 성별, 연령별로 차이가 있음을 보여준다. 한국을 제외한 OECD 국가들의 분석 결과 높은 출생률은 남자 15~24세, 남자 65세 이상을 중심으로 남자 전체 집단의 자살을 높이는 것으로 나타났으나 높은 출산율은 남자의 전 연령층에서 자살을 낮추는 것으로 나타났다. 반대로 여자에게 있어서 높은 출생률은 전

연령층에서 자살을 낮추는 요인이었으나 높은 출산율은 45~64세와 65세 이상 연령층을 중심으로 자살을 높이는 요인으로 나타났다. 한국을 포함한 자료의 분석 결과 여자는 한국을 제외한 자료의 분석에서와 동일한 경향을 나타내었다. 남자의 경우 15~24세에서 높은 출생률이 자살을 높이는 것은 동일하였지만 나머지 연령층에서는 모두 높은 출생률이 자살을 낮추는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 한국에서 높은 출생률은 15~24세 남자를 제외한 모든 성별 연령별 집단에 자살을 방지하는 요인이 되고 높은 출산율은 남자들에게는 자살을 방지하는 요인이 되지만 여자, 특히 45세 이상의 중년 및 노인에게는 자살을 높이는 요인이 된다는 것을 말해준다. 이것은 가정에서의 자녀의 존재가 확립적으로 자살을 방지하는 사회통합의 의미를 갖지는 않는다는 것을 의미한다.

7) 알코올 소비량과 자살

개인 수준에서 알코올 남용, 알코올 의존, 알코올 소비량과 자살의 관계는 잘 정립되어 있다. 알코올이 자살에 영향을 미치는 기전은 두 가지로 설명된다. 첫째는 급취(acute intoxication)로서 알코올 소비에 따라 심리적인 스트레스와 충동적 행동이 강화되고 반면에 자기 통제력은 약화됨으로써 자살 경향을 촉발한다는 것이다. 두 번째는 알코올의 장기적인 사용으로 말미암아 정신건강 문제와 사회와의 분리와 같은 자살을 조장하는 요인들을 초래하기 때문이라는 것이다(Landberg, 2009).

알코올 사용은 인구집단 수준에서도 자살과 관련이 있다는 이론으로서 자주 인용되는 것은 '음주 문화의 집단성 이론'(Collectivity theory of drinking cultures; Skog, 1985)이다. 이것은 인구 일인당 알코올 소비량의 변화는 만취 빈도와 만취의 유병률의 변화를 함께 반영하기 때문에 급취와 만성적 남용의 기전을 종합적인 수준에서 고려할 수 있고, 따라서 일인당 알코올 소비량과 자살 사이에 양의 상관관계를 관찰할 수 있다는 이론이다.

그러나 인구집단 수준에서의 평균적인 알코올 소비량과 자살의 관계는 일관되지 않은 결과를 보여 왔다. 여러 연구들이 알코올 소비량이 많을수록 자살 위험이 높다고 보고하였다(Ross et al., 1990; Andreasson et al., 1991; Klatsky and Armstrong, 1993). 그러나 Landberg(2009)는 1950년-2002년 미국 자료를 통해 알코올 소비량과 자살률을 분석한 결과 아무 관계가 없다고 보고하였다. 또한 Akechi 등(2006)은 많은 알코올 소비량과 함께 전혀 알코올을 소비하지 않는 것도 자살의 위험을 높인다고 하여 알코올 소비량과 자살은 U-자형 관계를 갖는다고 주장하였다.

본 연구의 분석 결과는 한국 자료의 추가 여부에 상관없이 높은 알코올 소비량이 남자 여자 모두의 자살사망률을 낮추는 것으로 나타났다. 개인수준의 알코올 소비 증가가 자살에 미치는 영향이 집단수준에서도 나타나기 위해서는 인구집단의 알코올 소비가 개인 수준의 과음(heavy drinking, intoxication)의 증가로 이어질 때 나타난다. 그러나 인구집단 수준에서 알코올 소비량이 증가하더라도 개인수준에서 과음의 빈도는 오히려 감소하고 대신 가볍거나 중간 정도의 음주 행태가 많아질 때 인구집단 수준에서의 알코올 소비량 증가와 자살사망률의 관계가 사라질 수 있다(Norström and Skog, 2001).

그러나 일인당 알코올 소비량과 자살이 음의 관계를 갖는다는 경험적 연구는 찾아보기 어렵다. 다만 알코올 사용이 자살의 대체제일 때 이러한 관계가 나타날 수 있을 것이다. 즉, 자살을 유발할 수 있는 정신적, 사회적 문제들에 노출되어 있을 때 자살을 선택하는 대신 알코올에 의존한다는 가정이다. 향후 경험적 분석들을 통해 이 가설은 검증되어야 할 것이다.

다변량 분석에서는 기존 연구들과 다른 결과가 나타났지만, 각 나라별로 알코올 소비량과 자살사망률의 관계가 다를 수 있기 때문에 알코올 소비량과 자살사망률의 관계를 살펴보았다. <표 3-6>은 알코올 소비량과 자살사망률의 상관관계를 각 나라별로 보여준다. 그 결과는 14개 국가에서 양의 상관관계를 갖고 8개 국가에서는 음의 상관관계를 가졌으며 7개 국가에서는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 알코올 소비량이 자살사망률

과 양의 상관관계를 갖는 국가로는 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 포르투갈, 스위스와 같이 대부분의 유럽 국가와 미국, 캐나다, 멕시코 등 북아메리카 국가들이 포함되어 있다. 반대로 알코올 소비량과 자살사망률이 음의 상관관계를 갖는 국가에는 유럽에서는 체코, 덴마크, 폴란드, 스페인, 영국, 아시아태평양에서는 일본, 한국, 뉴질랜드가 포함되어 있다.

<표 3-6>은 또한 1990년대 자료를 토대로 작성된 각국의 음주 패턴을 보여준다. 폭음이나 과음의 빈도와 음주 상황(예, 식사와 함께 마시는가 여부)을 기준으로 1은 가장 폐해가 적은 패턴, 4는 가장 폐해가 많은 패턴을 의미한다. 알코올 소비량 증가가 자살에 영향을 미치기 위해서는 패턴이 1에서 4로 갈수록 자살이 늘어야 할 것이다. 그러나 <표 3-6>은 이러한 경향을 보여주지 않고 있다. 비록 1990년대 자료를 바탕으로 정의된 음주 패턴이지만 한 나라의 음주 문화가 쉽게 변하지 않음을 고려할 때 음주 패턴이 크게 달라졌을 것으로 보이지는 않는다. 결론적으로 본 연구 결과는 인구집단 수준에서의 알코올 소비량과 자살이 양의 관계를 가진다는 주장을 뒷받침하는 Skog의 음주 문화의 집단성 이론이 현실과 맞지 않음을 보여주며, 인구집단 수준의 알코올 소비량의 의미가 개인수준의 알코올 소비량과는 다른 성질의 지표라는 것을 말해준다.

〈표 3-6〉 국가별 알코올 소비량과 자살사망률의 Pearson 상관계수

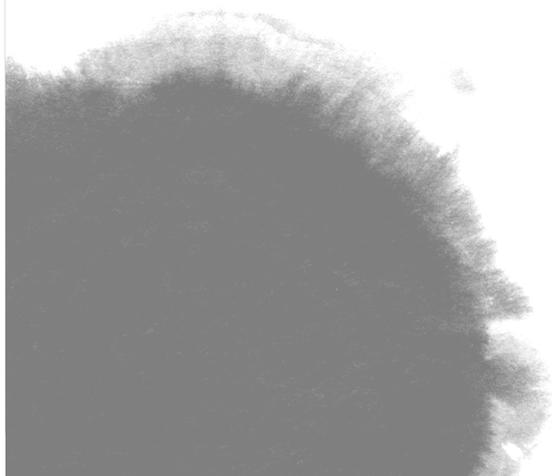
국가	ln 남자 자살사망률		ln 여자 자살사망률		Pattern ¹⁾
오스트리아	0.8126***	+	0.8034***	+	1
호주	0.0120		0.2797		2
벨기에	0.2746		0.8667***	+	1
캐나다	0.3636		0.6422**	+	2
체코	-0.4198†	-	-0.6368**	-	2
덴마크	-0.6578***	-	-0.6323**	-	1
핀란드	-0.5478**	-	-0.4023†	-	3
프랑스	0.8959***	+	0.9362***	+	1
독일	0.9293***	+	0.9555***	+	1
그리스	0.2607		0.4317†	+	2
헝가리	0.5660**	+	0.5341*	+	3
아이슬란드	-0.2439		0.0934		3
아일랜드	0.8237***	+	0.2448		3
이탈리아	0.0702		0.8890***	+	1
일본	-0.3768†	-	-0.6473***	-	1
한국	-0.7115***	-	-0.7326***	-	3
룩셈부르크	-0.2176		-0.0344		1
멕시코	0.8023**	+	0.6242*	+	4
네덜란드	0.5126*	+	0.7390***	+	1
노르웨이	-0.1941		-0.1628		3
뉴질랜드	-0.7051***	-	-0.3207		2
폴란드	-0.3033		-0.4747*	-	3
포르투갈	0.1146		0.4184†	+	1
슬로바키아	-0.2426		0.1550		3
스페인	-0.8877***	-	-0.1713		1
스웨덴	-0.3300		-0.2893		3
스위스	0.9326***	+	0.7149***	+	1
영국	-0.8560***	-	-0.6266**	-	2
미국	0.7331***	+	0.9197***	+	2

주: † p<0.10, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

1) Drinking pattern value. 1 denotes the least detrimental pattern value and 4 denotes the most detrimental. Pattern values are assumed to be relatively stable and were derived for the 1990s(Rehm et al., 2004).

04

기후변화방해대책 시뮬레이션 연구



제4장 자살예방대책 사례 연구

제1 절 지속적으로 낮은 자살률 사례: 영국의 자살예방대책

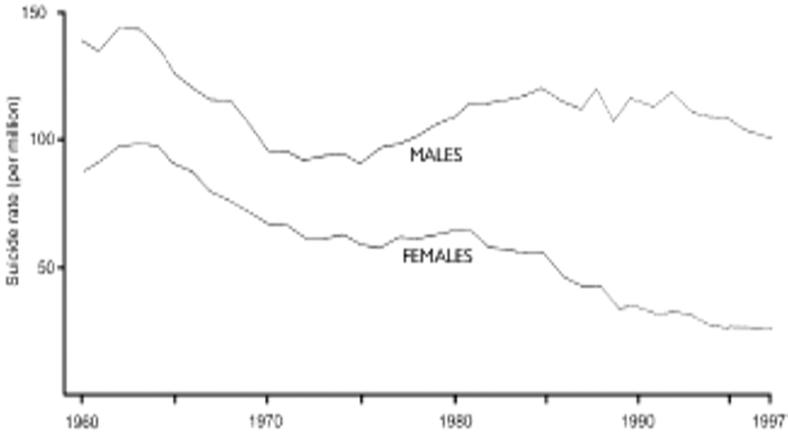
1. 영국의 자살현황

영국은 지속적으로 자살률이 낮은 국가 가운데 하나이다. 그 이유가 정확하게 무엇 때문인지는 알 수가 없으나 이를 영국의 자살에 대한 오랜 법적, 종교적 금기와 무관하지 않을 것으로 생각된다. 기독교 문화의 영향으로 유럽의 많은 나라에서 중세 이후 오래 동안 자살은 법적으로 죄에 해당하였다. 그러나 빠르게는 18세기 중반 독일에서부터 18세기 후반에는 프랑스, 19세기 초반에 네덜란드, 19세기 중반 오스트리아, 노르웨이, 덴마크, 스웨덴에서 자살을 정죄하는 법들이 폐지되었으나 핀란드는 1910년, 그리고 잉글랜드와 웨일즈는 1961년이 되어서야 이러한 법이 폐지되었다 (Neeleman, 1996). 또한 영국에서 더 이상 법적으로 자살이 범죄는 아니지만 영국 교회는 여전히 ‘영예로운’ 자살과 ‘비영예로운’ 자살을 구분하고 있으며 자살한 사람에게는 통상적인 장례 의식을 거부할 수 있다 (Neeleman, 1996).

이상이 국제적으로 왜 영국의 자살률이 지속적으로 낮은가에 대한 설명이라면 국가 수준에서 영국의 자살률은 어떠한지 살펴보기로 하자. <그림 4-1>은 1960년부터 1997년까지 잉글랜드 지역의 인구 10만명당 자살 사망률을 성별로 나타낸 그래프이다. 남자의 자살률이 1970년대부터 1980년

대 중반까지 상승하는 추세가 나타나기는 했으나 그 계층에서도 1990년대에는 감소하는 추세로 돌아섰다.

[그림 4-1] England 성별 자살사망률 추이: 1960~1997년

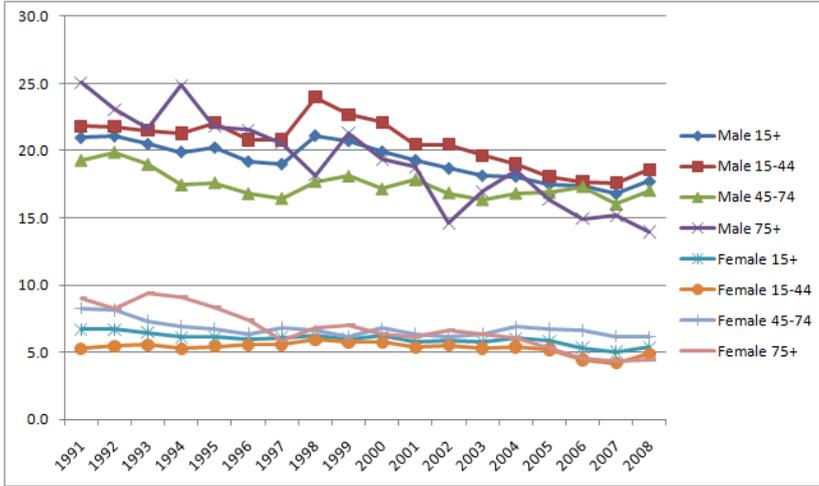


자료: McCLURE, G. M. G. Br J Psychiatry 2000;176:64-67

[그림 4-2]는 1991년부터 2008년까지 성별, 연령별 자살사망률을 나타낸 것인데 최근까지도 모든 집단에서 대체로 자살사망률이 감소하고 있는 추세를 보이고 있는 것을 알 수 있다.

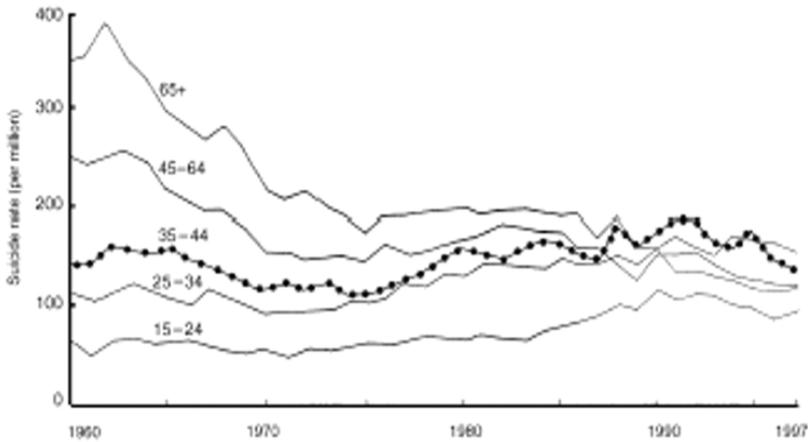
[그림 4-3]은 1960년부터 1997년 사이에 45~64세 또는 65세 이상의 장년과 노년층에서는 자살률이 대폭 감소한 반면 35~44세의 청년 집단의 자살률은 증가하는 대조적인 경향을 보여주고 있다. 1975년부터 1990년 사이에는 남자 실업률과 폭력의 증가, 1인 가구의 증가, 이혼한 남성의 증가, 노숙자 증가와 같은 사회적 아노미를 경험한 시기였고 이러한 현상들이 남자 청년층의 자살 증가와 관련이 있을 것으로 분석된다(McClure, 2000).

[그림 4-2] England의 인구 100,000명당 연령표준화 자살사망률



자료: Office for National Statistics, National Statistics website release, 28 Jan 2010

[그림 4-3] England 자살사망률 추이: 남자, 연령별, 1960~1997년



자료: McCURE, G. M. G. The British Journal of Psychiatry 2000;176:64-67

2. 영국의 자살예방 정책

1960년대부터 1970년대 중반까지 영국의 자살률 감소는 여자, 노인의 자살률 감소 덕분이었으며 전체적으로 자살률 감소하였고 남자 청년층은 다소 증가하였다. 이와 같이 자살률이 감소한 이유로는 실업 등 경제적 스트레스 감소, 자살도구(domestic gas) 사용 감소 등을 들 수 있다.

이 당시 자살 예방 사업으로는 Royal College of Psychiatrists의 활동이 대표적이었다. 이들은 자살예방 및 'Defeat Depression' 캠페인을 벌이고 'Care in the community' 사업을 개발하여 실시하였다.

1990년 초 자살 감소와 관련된 정부 정책으로는 The Health of the Nation-A Strategy for England(1992년 7월, 이하 Health of the Nation)를 들 수 있다. Health of the Nation은 세계보건기구의 만인의 건강 2000(Health for all by the year 2000) 전략을 국가 차원에서 처음으로 도입한 것이다. 원칙에는 정책과정 측면이 아닌 실질적인 건강의 향상, 즉 결과 측면의 목표 설정, NHS만이 아닌 국민들을 위한 전략, 5개 우선순위 영역의 설정이 포함되었다. 다섯 가지 우선순위 영역에는 심혈관질환, 암, HIV, 사고, 그리고 정신질환이 포함되어 있었다.

정신질환 영역의 세 가지 목표는 다음과 같았다.

첫째, 정신질환자들의 건강 및 사회 기능을 크게 향상 시킨다.

둘째, 1990년 현재 인구 십만명당 자살률 11을 2000년까지 최소한 15% 감소시킨다.

셋째, 심각한 정신질환자들의 평생자살률을 2000년까지 최소한 33% 감소시킨다.

이상의 노력을 통해 영국은 자살률을 감소시키는데 성공하였지만 여기서 늦추지 않고 2002년에는 자살을 예방하기 위한 포괄적인 전략을 수립하였다. 'Saving Lives: Our Healthier Nation'이라는 전략은 2010년까지 영국의 자살률을 최소한 20% 감소시킨다는 목표를 정하였다. 이 전략은 수년 간에 걸쳐 여러 이해관계자들의 논의를 통해 합의된 것이란데 의의가 있

다. 이 전략이 담고 있는 여섯 가지의 구체적인 목적과 각 목적을 달성하기 위한 실행내용은 다음과 같다.

첫째, 고위험집단의 위험을 감소시킨다. 이를 위해 임상적 위험 관리(risk management)를 향상시키기 위해 지역 정신보건서비스 기관들로 하여금 "12 Points to a Safer Service"를 실행할 수 있도록 지원하고, 치명적이지 않은 의도적 자해를 모니터링 하기 위한 국가 수준의 협력체를 조직하며, 젊은 남성의 정신건강 증진을 위한 사전연구를 실시하고 평가하기로 하였다.

둘째, 보다 광범위한 인구집단의 정신적 안녕을 증진시킨다. 이를 위한 실행계획에는 정신건강의 문제를 갖고 있는 사람들에게 영향을 미칠 수 있는 실업, 주거 등의 문제들을 다룰 수 있는 정부간 네트워크를 구성하고, 자살예방사업을 약물중독을 다루는 정부의 정신건강기구(National Institute for Mental Health in England)의 활동과 밀접하게 연계하는 것을 포함하고 있다.

셋째, 자살 수단의 접근성과 치명도를 감소시킨다. 이를 위해 NIMHE는 항우울제와 진통제를 보다 안전하게 처방할 수 있는 방안을 수립하고, NIMHE는 지역사회가 철로, 다리 등 자살이 빈번한 지역("suicide hotspot")을 찾아서 안전성을 높이도록 지원하게 하였다.

넷째, 언론매체의 자살 보도를 개선한다. 이를 위해 'mind out for mental health' 캠페인의 일환으로 언론실행계획을 개발하도록 하였다. 이 언론실행계획에는 언론 대학 학생들과 함께 개최하는 워크숍, 정신건강 분야의 지도자들과 언론인들이 함께 여는 라운드 테이블 혹은 토론회에서 자살을 다루는 법; 일선 기자들로 하여금 책임 있는 자살 보도를 토론할 수 있는 연속적인 로드 쇼; 그리고 다양한 언론 분야 학술지에서 자살 보도에 관한 논문을 게재하는 것 등을 포함해야 한다.

다섯째, 자살과 자살 예방에 관한 연구를 지원한다. 이를 위한 실행계획에는 국가협력체로 하여금 자살예방 전략을 위한 연구를 감독하게 하고, NIMHE 웹사이트 등을 통해 현재 알려져 있는 자살예방사업들을 공개하는

것을 포함하였다.

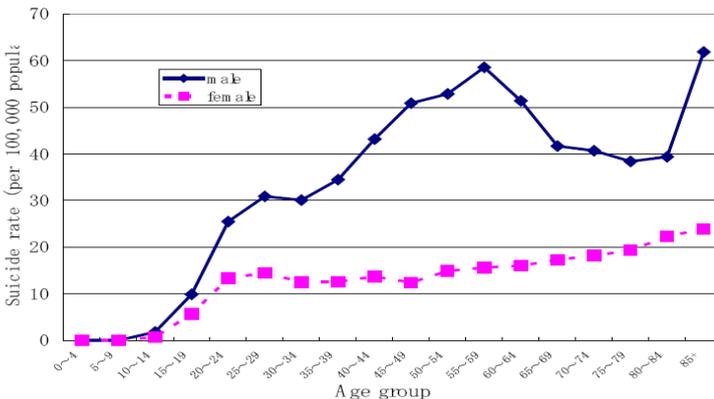
여섯째, 본 전략의 목표 달성 정도를 효과적으로 모니터링 한다. 이를 위해 전문가들과 이해관계자들로 구성된 새로운 전략 집단을 구성하고, 이들로 하여금 성별, 연령별, 정신질환 여부별, 자살수단별, 사회계층별 자살률을 정기적으로 모니터링 하도록 하였다.

제2절 일본의 자살예방대책

1. 일본의 자살현황

1986년 이후 감소추세에 있던 일본의 자살률은 1990년대 경제위기를 겪으면서 지속적으로 증가 추세를 보이고 있다(OECD, 2009). 일본의 자살률은 여성에서, 그리고 노년층에서 높게 나타나며 특히, 노인의 경우 85세 후기고령자에서 높은 자살률을 보인다. 또한 일본의 자살률은 실업률과 높은 상관성을 보이며 자살의 주된 이유는 건강상의 문제이며, 그 다음으로 경제적 이유인 것으로 보고되고 있다(National Police Agency, 2007).

[그림 4-4] 성별, 연령별 자살률, 2006년



자료: Jario Osorno et al, 2010

일본은 세계 최초로 자살법(Suicide Law)을 제정한 나라이기도 하다. 자살법은 2006년 제정되었으며 자살법에는 9가지 자살예방정책을 포함하고 있다(표 4-1 참조). 모든 현(Prefecture)은 의무적으로 NGOs를 포함한 협력단체들과의 협의 하에 해당 지역의 자살대응정책을 세워야 한다.

〈표 4-1〉 자살법의 9가지 기본 정책

1. 자살예방을 위한 조사 및 연구 활성화
2. 자살예방에 대한 국민 인식 증진
3. 자살대응정책을 위한 인적 자원 활성화
4. 정신보건증진을 위한 기본틀 개발
5. 의학적 치료 대응을 위한 기본틀 개발
6. 자살예방을 위한 기본틀 개발
7. 자살시도자를 위한 지원
8. 자살자의 가족, 친지, 친구 등을 위한 지원
9. 비정부기관(NGOs)의 활동 지원

자료: Jario Osorno et al, 2010

자살법이 제정되기 전 일본의 자살예방정책은 건강증진 캠페인, 즉 2000년 시작된 국가 건강증진 캠페인인 “Health Japan 21(Kenko Nippon 21)”의 주요 목적 중 하나로 시행되어 왔다. 따라서 “Health Japan 21”에서는 구체적인 자살대응정책을 제시하지 않으며 대신 각 지방정부(Local Government)가 자율적으로 자살예방정책을 시행할 것을 권고하고 있다(Motohashi Y, 2004). 그러나 건강증진정책 내에서의 자살예방정책은 의료적 관점에서의 예방정책이었기 때문에 자살예방정책으로는 한계가 있었다.

자살법의 제정과 지역사회를 기반으로 한 자살예방 캠페인인 건전한 지역사회 만들기 운동(Safe Communities Movement)이 2005년 도입되면서 지역사회를 기반으로 한 자살예방정책이 구체적으로 시행되기 시작했다. 최초로 Safe Community를 도입한 교토 현(Kyoto Prefecture)의 사례, 농촌 지역에서 성공적으로 지역사회를 기반으로 한 자살예방정책을 수행한 아모

리 현(Aomori Prefecture) 사례가 대표적인 예이다.

2. 자살법(Basic Law on Suicide)

일본 최초로 제정된 자살법은 한 방송언론인에 의해서 추진되었다. 2001년 Yasuyuki Shimizu라는 한 방송언론인이 자살한 부모에 대한 이픔이 있는 고아 소년과의 인터뷰를 통해 일본사회에서의 자살예방정책과 자살 유가족들에 대한 자살예방정책들이 부재함을 인식하고 Lifelink라 불리는 비정부기관을 설립하였다. 이후 Lifelink는 자살 유가족들을 지원하는 비정부기관으로 성장하였으며 여러 비정부기관을 연결하는 중추적 역할을 수행한다. Lifelink는 다른 NGOs와 함께 자살법 제정을 위한 노력을 기울였으며 그 결과 2006년 6월 자살법이 국회에서 통과되었다. 이렇게 제정된 자살법의 기본 이념은 아래와 같다.

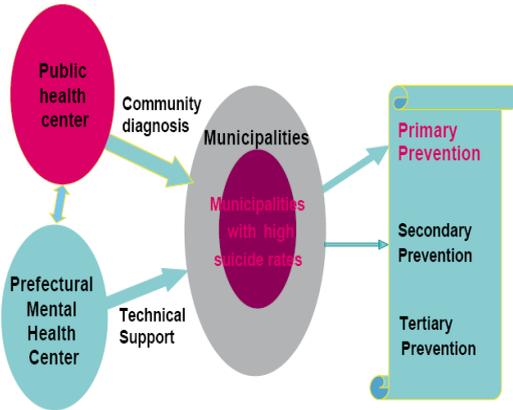
- 자살은 개인의 문제가 아닌 사회적 문제이다. 자살은 다양한 사회적 요인에 의해 발생한다.
- 자살은 다양한 요인에 의해 발생하기 때문에 자살대응정책은 정신보건학적 측면뿐만 아니라 포괄적인 사회적 측면에서 접근해야 한다.
- 자살대응정책에는 자살자와 자살시도자를 위한 예방, 위기관리, 사후 관리사업이 반드시 포함되어야 한다.
- 자살예방정책 수행을 위해서는 정부, 지역정부, 의료시설, 사업장, 학교, 비정부기관 간의 부분간 협력이 필수적이다.

앞서 언급했듯이 자살법 제정 이후 모든 현(Prefecture)은 의무적으로 NGOs를 포함한 협력단체들과의 협의하에 해당 지역단위하에서 자살대응정책을 세워야 한다. 즉, 지역사회를 기반으로 한 자살대응정책을 수립해야 한다.

3. 지역사회를 기반으로 한 Aomori 현의 자살예방프로그램

Aomori 현은 일본의 최북단에 위치하고 있으며 인구의 23%가 65세 이상 노인이다(2007). 평균 개인 소득은 일본에서 두 번째로 낮으며 실업률 또한 두 번째로 높은 지역이다. 2005년 Aomori 현의 남자 자살률은 인구 십만명당 59.6명으로 일본에서 가장 높다.

[그림 4-5] Aomori 현의 자살예방프로그램 구조



자료: Jario Osomo et al, 2010

[그림 4-5]에서 알 수 있듯이 Aomori 현내 공공보건센터에서는 현 내의 모든 읍(Municipality)의 기본적인 자살현황을 파악한다. 자살현황 파악은 지역진단을 위한 가구조사를 통해 이루어지며 가구조사는 우울진단과 사회적 지원 진단으로 이루어지진다. 진단이 끝나면 정신보건센터에서는 이를 바탕으로 1차 예방을 중심으로 자살예방을 위한 기술적인 테크닉을 지원한다. 자살예방프로그램은 지역주민이 직접 참여할 수 있도록 하며 주민이 필요할시 언제든지 자살예방 정보를 제공하고 있다.

4. 기타 자살 예방 프로그램

- 채무 해결을 위한 지원

Kagoshima 현내 Amami 읍에서는 채무로 경제적 어려움을 겪고 있는 사람들의 고충을 들어주고 법적으로 문제를 해결할 수 있도록 변호사를 연결해 주는 서비스를 제공하고 있으며 채무 해결을 위한 조언 외 스스로 자립할 수 있는 방안을 제시하고 있다.

- 응급실에서의 자살 시도자들의 위한 정신적 치료 지원

Yokoham 시 의과대학 병원에서는 응급실로 오는 모든 자살자들이 정신과 치료 및 정신과의사, 사회복지사, 심리학자로 구성된 전문가의 상담치료를 받을 수 있도록 하고 있다. 응급실로 이송되어 온 환자의 15%는 중증 자살 시도자들이며 이들은 자살 위험이 가장 높은 집단이 기도 하다. 이들에게 적절한 자살예방 처치는 효과가 있는 것으로 알려져 있다. 실제 정신과 치료 및 상담치료를 받은 중증의 자살 시도자들 중 4.3%만이 퇴원 300일 이내에 다시 자살을 기도 하는 것으로 알려져 있다(Nakagawa et al, 2009).

- 자살 유가족들에 대한 지원

Iwate 현에서는 자살 사망 조사 이후 경찰이나 의사를 통해 자살자 유가족에게 자살 예방 팸플릿을 제공하고 있으며 2005년 이후부터는 Iwate 현의 정신보건센터(the Mental Health and welfare Center of Iwate Prefecture)에서 자살자 유가족들을 위한 모임을 진행하고 있다.

제3절 스웨덴의 자살예방대책

1. 국가자살예방정책

스웨덴의 자살률은 다른 나라에 비해 상대적으로 낮은 편이며 지속적으로 감소 추세에 있다(OECD, 2009). 그럼에도 불구하고 스웨덴에서는 매년 1,400명이 자살하는 것으로 나타나며 이는 교통사고로 인한 사망자의 2배에 달하는 수치이다(Sven Bremberg, 2008).

스웨덴은 호주, 핀란드, 뉴질랜드, 노르웨이와 더불어 포괄적 국가자살예방정책을 시행하는 대표적인 나라이며 최초로 지역사회를 기반으로 한 자살예방정책을 수행한 나라이다. 또한 다양한 주체에 의해 자발적으로 자살예방정책이 수행되는 나라이며 국가차원에서 자살예방 전문 연구소를 두 정도로 자살과 자살예방 연구가 활발한 나라이다.

지속적인 자살률 감소에도 불구하고 스웨덴 정부는 1995년 국가차원에서 자살예방정책을 실시하였다. 1993년 자살예방 국가위원회(National Council for Suicide Prevention) 설립 후 1994년 국가 자살예방 센터(Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of mental Ill Health(NASP 모체))가 설립되었고 1993~1995년 여러차례 논의 끝에 1차 국가자살예방정책이 수립되었다. 1차 자살예방정책은 6개의 지역 네트워크를 중심으로 생애주기적 관점에서 자살예방정책을 접근하였으나 자살예방프로그램 시행 당시 자살예방정책의 필요성 및 인식 부족으로 적극적인 자살예방정책이 이루어지지 못하였다(Osorno et al, 2010).

2005년 정부는 National Board of Health and Welfare(SoS)와

5) NASP라 불리는 National Prevention of Suicide and Mental Ill-Health at the Karolinska Institute and Stockholm County Council's Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health는 자살예방 국책연구소로 1994년 설립 후 수많은 연구결과를 생산해 내고 있다. NASP는 연구뿐만 아니라 자살예방을 위한 대국민 교육 및 자살예방인력 훈련 등과 같은 사업을 수행하며 NASP의 연구결과는 국가 자살예방정책의 근거로 사용된다.

National Public Health Institute(FHI)를 구성하여 2차 국가 자살예방정책(안)을 제시하였다. 2차 국가 자살예방정책은 제로 비전(Zero Vision)이란 목표하에 9개의 세부과제로 구성되어 있으며 1차 자살예방프로그램과는 달리 청소년 자살예방정책(1), 비보건의료 인력(경찰 및 교정치료인력 등)을 통한 자살예방정책(2), 자살예방에 대한 대국민 인식 향상(3)을 강조(Sven Bremberg, 2008)한다.

2차 국가 자살예방정책은 2008년 국회의 승인을 받아 2008년 시행되었으며 구체적인 세부 내용은 <표 4-2>와 같다.

<표 4-2> 2차 국가 자살예방정책(2008년)

1. 도움을 절실히 필요로 하는 집단에게 보다 나은 삶의 기회 제공
2. 고위험 집단과 집중 대상의 알코올 섭취 최소화
3. 자살 도구 이용가능성 최소화
4. 문지기에게 효과적인 자살예방 교육 실시
5. 의료, 정신 심리적 서비스 지원
6. 자살을 줄이기 위한 근거중심 지식(방법) 확산
7. 보건의료 인력의 역량 향상
8. 보건의료체계 내에서 발생하는 자살, 즉 치료중이나 퇴원 후 28일내에 발생하는 자살을 보건복지 국가위원회(the National Board for Health and Welfare)의 기본틀에서 체계적으로 분석
9. 자발적 기관에 대한 지원

자료: Osorno et al, 2010

<표 4-2>에서 알 수 있듯이 2차 국가 자살예방프로그램은 직접적인 자살예방정책 뿐만 아니라 간접적 자살예방정책 (1,2,9)과 보건의료 부분을 강조하는 정책 (5,6,7), 그리고 우발적 자살예방정책 (3,4,8)을 강조하는 정책을 포함하고 있다.

2차 국가 자살예방프로그램의 특징 중 하나는 의료인 외에 다양한 주체 특히, 경찰이나 교정 인력(correctional treatment personnel) 등을 통하여

자살예방프로그램을 진행한다는 점이다. 스웨덴에서는 누군가가 심각한 정신질환을 앓고 있거나 생명에 위기를 느낄 때 의료진의 도움이 닿을 때까지 경찰에게 이들을 케어(care)를 할 수 있는 법적 권한을 부여한다(1991년 시행). 이러한 법적 권한은 자살 상황을 효과적으로 해결할 수 있는 초기 대응여건을 만들어주며 실질적으로 자살예방에 효과적이다. 또한 스웨덴 행정법에서는 위기사 공공기관들 간의 협력을 의무화 하고 있다(1986년 시행). 이러한 법적 토대로 1989년 이후 스웨덴 jönköping 카운티에서는 구조서비스, 사회서비스, 보건의료서비스, 경찰서비스 영역간의 협력(공동) 체계가 구축되었다(Osorno et al, 2010). 위의 법적 근거와 이미 정착된 자살예방프로그램은 2차 국가 자살예방프로그램에서 의료인들 외에 다양한 주체가 협력하여 자살예방프로그램을 진행할 것을 강조한다.

2. 청소년 자살예방프로그램

가. 국가차원에서의 청소년 자살예방프로그램

국가차원에서 청소년을 대상으로 한 대표적인 자살예방프로그램은 “Love is the best kick”과 ”Life skills-preventive mental-health care”이다. “Love is the best kick”은 다큐멘터리 형태의 영화로 두 명의 여학생과 두 명의 남학생이 출현하여 자신들의 삶과, 위기, 자살생각, 자살시도에 직면했을 때의 문제를 해결하는 과정을 담고 있다. 이 영화는 각 학교에서 교사의 지도하에 자살예방 교육자료로 활용되고 있다.

”Life skills-preventive mental-health care”는 중·고등학생을 대상으로 한 프로그램으로 발표(presentation), 시행(practical exercises), 그리고 역할 놀이(role plays)로 구성되어 있다. 이 자살예방프로그램의 목적은 스트레스, 위기, 우울, 자살생각을 해결해 나가는 것이며 폭력, 갈등, 동료에 의한 집단 따돌림 등을 예방하는 것이다. 필요시 NASP와 공동으로 프로그램을 진행한다.

나. 지역수준(regional efforts)에서의 청소년 자살예방프로그램

1) 자살예방을 위한 네트워크

(The West Sweden Network for Suicide Prevention)

WNS는 자살예방을 위한 6개의 네트워크 중 하나인 Western Section of the National Association for Suicide Prevention and Support to Significant Others(SPES) 회장인 Ingvor Blom에 의해 설립되었다. WNS는 250명의 전문가와 법률인으로 구성된 연합체로 자살예방정책을 적극적으로 시행하고 있다. 구체적으로 안내 책자(brochures), 책, 영화 외 기타 간행물 등을 통해 자살예방을 위한 정보를 제공하고 있으며 자살예방정책 로비뿐만 아니라 네트워크를 이용하여 자살예방을 위한 정보를 제공하고 있다. WNS에서 제공하는 프로그램을 간략히 소개하면 아래와 같다.

- 세계 자살예방의 날
 - 자살예방을 위한 국제 연합(IASP 2009)과 WHO에 의해 시작된 세계 자살예방의 날 행사는 지역사회를 기반으로 6년간 지속되어 왔다. 이 행사는 교회와 연합하여 WNS에 의해 조직되며 강좌, 세미나, 박람회로 시작하여 자살자들을 기념하기 위한 촛불식으로 끝난다.
- 우울과 수면장애 강좌
 - 우울증과 수면장애는 자살의 중요한 위험요인이다. 10년 동안 Resource Centre는 우울과 수면장애에 대한 강좌를 개최해 왔다. 강좌는 일반 시민, 즉 우울과 수면장애를 가지고 있는 일반 시민들을 대상으로 진행된다.
- 인터넷의 유혹(Net temptations)
 - 청소년들은 인터넷을 통해 쉽게 자살 수단과 자살정보를 얻게 된다. WNS는 인터넷에서 자료를 수집하고 자살예방을 위한 하나의 교육장으로 인터넷 강좌를 시행하고 있다.

2) 청소년 역량강화사업(Life competence for young people)

청소년 역량강화 사업은 학교를 기반으로 한 단기 프로젝트로 Resource Center에서 주관하며 경제적 지원은 지역보건위원회(the regional Public Health Committee)에서 한다. 프로젝트는 WHO 가이드라인을 바탕으로 한 2일 코스강좌와 Live is the best kick 영화로 구성되어 있다.

제4절 한국의 자살예방정책

1. 개관

현재 우리나라에서는 자살사고를 효과적으로 예방하기 위한 자살예방사업 및 인프라가 극히 미비한 상태이다. 물론 자살의 심각성을 인식하여 정부 차원에서 2004년 국가자살예방 5개년 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 자살예방 5개년계획(2006~2010)은 생명존중 문화조성 등의 환경적 접근과 자살위험자 조기발견 및 치료 등의 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 있다.

자살예방사업은 1차 예방사업⁶⁾인 ‘사회·환경적 접근사업’, ‘정신건강증진

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

(일반인구 대상)사업’, ‘자살위험요인 예방사업’과 2차 예방사업인 ‘자살 위험자 조기발견 및 조기개입사업’, 3차 예방사업인 ‘자살시도자 치료 및 사후관리 사업’으로 구분할 수 있는데 대부분의 사업은 1차 예방사업에 초점을 두고 있다. 생애주기별 각 사업의 구체적인 세부내용은 <표 4-3>과 같다.

<표 4-3> 생애주기별 서비스 범주별 자살예방대책

생애 주기	사회화경적 접근 (지역사회대상)	정신건강증진 (일반인구대상)	자살위험요인 예방(정신건강 위험인구대상)	자살위험자 조기발견 및 조기개입 (자살위험자대상)	자살시도자 치료 및 사후관리 (자살시도자대상)
아 동 청 소 년 기	-학교교육 정상화 -학교폭력 감소 -저소득층 학생의 교육권 보장	-우울증 위험인자 (학습장애, 왕따, 학교폭력 등) 감소 -아동청소년대상 정신건강증진교육 -부모대상 정신건강 중요성 홍보/올바 양육방법교육	-이혼 또는 부모 사망 극빈층, 알코올중독/정신 질환자/자살경력 부모 아동 청소년 등 위험군 대상 우울증 예방프로그램 제공	-보건교사, 상담교사, 학부모에 대한 정신보건교육 -아동청소년기 우울증 및 자살에 대한 홍보책자배포 -위험군에 대한 정기적선별검사시행 -정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보 -인터넷상담 활성화	-우울증 및 자살 시도 아동청소년의 치료 연계 및 사례관리강화 -저소득층에 대한 정신과 치료비 지원
성 인 기	-공동체의식강화 -경제성장을 제고 및 실업을 감소 -개인위크아웃제도 등 신용불량자에 대한 대책 -인터넷 자살사이트 단속 폐쇄 -고층건물 및 강다리 관리강화 -수면제/독극물 판매의 적절한 규제 -생명존중 문화 조성 -메스컴의 선정적 자살 보도 억제 -자살위험도 모니터링 체계 구축	-일반국민 대상의 정신건강의 중요성 홍보 -정신보건센터서 스트레스 관리프로그램 제공 -직장 정신보건사업 (직무스트레스관리) 시행	-이혼, 실직, 저소득층, 알코올중독, 정신분열증환자등 대상 우울증 예방프로그램 제공 -배우자사망, 독거노인, 망성질환자대상 우울증 예방프로그램 및 사회지지체계 연결사업	-‘우울증 선별의 날’ 등 국가적인 행사로 우울증에 대한 조기발견 분위기 조성 -정신보건센터의 조기발견체계구축 -자살상담 등 정신건강전화구축 -인터넷상담 활성화 -생명의전화 활성화 -생명의전화 상담이후 정신보건센터로의 연계 활성화 -자살징후에 대한 주민교육 홍보 -정신과 치료상담에 대한 편견감소 홍보	-정신보건센터 상담전화 및 생명의 전화와 119연계 강화 -우울증 및 자살 시도 대상자의 치료연계 및 사례관리 강화 -저소득층에 대한 정신과 치료비 지원 -자살시도로 응급실에서 치료 받은 자에 대한 정신과 치료강화

자료: 보건복지부(2005). 자살예방5개년 종합대책(세부추진계획)

중단시키기 위한 조치를 의미한다. 그리고 삼차적 방지는 만성적인 자살위험에 처해있는 극소수의 사람들(예: 자살시도자)을 대상으로 자살로 인한 손상과 자살확률을 경감시키기 위한 조치들을 지칭한다(김형수, 2000).

1차 자살예방5개년 종합대책은 그간 정부와 민간이 공동으로 다양한 사업을 추진하여 사회적 여론을 일정 부분 환기시켰다는 점에서 성과가 있다고는 하지만, 정책범위를 개인중심의 정신보건사업으로 한정하였다는 점, 사회·경제적, 범정부적 지원책 마련이 미흡하다는 점, 정책의 중요성에 비해 국민적 합의 및 사회적 공론화에 한계가 있다는 점, 제안된 예산으로 인해 단계적인 정책접근이 미흡하다는 점, 그리고 기반연구 부족으로 인해 근거에 기반한 정책수행이 어렵다는 점이 문제점으로 제기되고 있다. 이에 정부는 보다 현실적인 자살예방정책을 모색하였고 그 결과 2008년 제2차 자살예방종합대책을 발표하였다.

제2차 자살예방종합대책(2009~2013년)은 1차 자살예방종합대책과는 달리 주요 10대 과제를 선정하여 구체적인 추진목표와 29개 세부과제를 제시하고 있다. 제2차 자살예방종합대책에서는 2008년 3개에 불과했던 자살위대응팀을 광역시를 중심으로 2013년 12개소까지 연차적으로 확충하고 지역정신보건센터 설치율을 시군구의 85%이상, 알코올상담센터 설치율을 시군구의 20%이상으로 확충하여 자살예방 인프라를 강화하고 있다. 또한 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력(정신보건전문요원, 보건·복지·교육·경찰 및 소방대)에 대한 교육체계를 강화하고 있으며 자살예방법 제정 추진계획을 통해 법적 토대를 마련하고, 생애주기별로 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화하는 세부과제를 제시하고 있다(표 4-4 참조). 그러나 제2차 자살예방종합대책 역시 기반 연구 부족과 범정부적 대책을 뒷받침하기 위한 법적 근거가 갖추어지지 않고 있어 실제 자살예방정책을 실현하는데 있어 한계가 있다.

〈표 4-4〉 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.	1) 국민정신건강 네트워크(net) 개발 및 활용 2) 생명존중 사회마케팅 전략 체계 강화 3) 생명사랑 문화 프로그램 확산
	자살이 사회적 노력을 통해 예방 가능한 문제임을 인식하는 국민의 비율을 2007년도 대비 30% 이상 향상시킨다.	
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.	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, 유기족 지원방안 마련
	우울증의 수진율을 40%로 향상시킨다.	
	자살시도자 및 유기족 관리 프로그램을 확산시킨다.	
6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계를 강화한다.	정신보건전문요원의 자살예방 교육 이수율을 100%로 한다.	1) 정신보건전문요원 자살예방 교육체계 구축 2) 경찰 및 긴급구조요원 자살예방 교육 강화
	경찰과 소방대원의 자살예방교육 수요율을 높인다.	
7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다.	‘자살예방법’을 제정한다.	1) 자살예방법 제정
8. 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적	24시간 자살예방 및 위기개입 체계가 12개 이상의 시도에서 구축 되도록 한다.	1) 지역사회 상담지원 및 정신건강서비스 체계 확대 2) 제3자 통화 및 응급출동체계 구축

10대 과제	중점 추진목표	세부과제
정화한다.	지역정신보건센터 설치율이 85%로 향상된다.	3) 자살예방 민간단체 지원 및 육성
	알코올상담센터 설치율이 20%로 향상된다.	
9. 자살예방을 위한 연구·감시 체계를 구축한다.	국가정신건강연구원에 자살예방정보센터를 설치한다.	1) 자살예방사업 모니터링 체계 구축 2) 자살관련 통계·연구체계 개선
	국가통합 자살 DB 구축을 완료한다.	
10. 근거에 기반을 둔 자살예방 정책을 개발한다.	통합적 자살예방 시범사업을 시행하고 평가한다.	1) 지역사회 기반의 통합적 자살예방 시범사업

자료: 제2차 자살예방종합대책, 보건복지가족부(자살예방대책위원회), 2008.

2. 지역사회 인프라

현재 자살예방을 위하여 활동하고 있는 단체는 전국적으로 소수에 불과하다. 그나마 중앙정부의 지원을 받는 단체는 한국자살예방협회 뿐이며, 나머지 극소수 단체가 지방정부의 사회단체보조금을 받아 단체를 운영하고 있는 실정이다. 자살예방을 위한 지역사회 인프라를 살펴보면 아래와 같다.

가. 지역사회 정신보건센터

1985년 정신요양시설 47개소 운영·지원으로 시작한 지역사회 정신보건센터는 지역사회내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담·사회복귀훈련 및 사례관리, 정신보건시설간 연계체계 구축 등, 지역사회 정신보건사업을 기획·조정하는 역할을 한다. 지역사회 정신보건센터는 2009년 12월말 현재 전국에 156개 기관이 있으며 자살예방사업과 관련해서 2006년부터 정신건강 위기상담전화(1577-0199) 및 희망의 전화(국번없이 129번)를 운영하고 있다. 또한 자살예방 사업의 일환으로 제2차 자살예방종합대책('09~'13)에 따른 세부추진계획 수립·시행하고 있다(정신보건사업안내, 2010).

지역사회 정신보건센터에서는 전화 상담을 통하여 상담자에게 정신건강

정보를 제공하고 의료기관정보를 안내하며 자살위기 상담 등을 실시한다. 또한 기존 등록자 중 자살위험이 높은 사람을 별도 관리하며 우울증을 가지고 있거나 자살시도력이 있는 아동·청소년을 치료와 연계하고 사례관리를 강화한다. 이외 치료비 지원이 필요한 고위험 저소득층을 발굴하고 이들을 지원한다(이지전 외, 2006).

나. 광역정신보건센터

2009년 12월말 현재 광역정신보건센터는 서울광역정신보건센터, 인천광역정신보건센터, 경기광역정신보건센터 3군데이다(정신보건사업안내, 2010). 광역정신보건센터에서는 자살위기대응팀을 설치하여 365일 24시간 자살위기상담, 자살위기자 발견 및 사례관리 등의 사업을 하고 있으며 자살위끼개입을 위해 지역사회 자원간 연계·협력체계를 구축하고 있다.

다. 건강가정지원센터

건강가정지원센터는 가족문제 발생을 사전에 예방하고, 일반가족 및 다양한 가족을 대상으로 통합적인 가족지원 서비스를 제공하기 위해 설립되었다. 2010년 1월말 현재 전국적으로 99개소가 운영되고 있다(건강가정지원센터 사업 안내, 2010). 건강가정지원센터에서는 자살예방정책의 일환으로 이혼 전후 가족상담 서비스를 제공하고 있으며 이혼 및 한부모 관련 프로그램을 실시하고 있다. 이외 상담원을 위한 가족상담 전문교육, 자살예방교육을 실시하고 있다.

라. 청소년상담센터

청소년상담센터는 지역사회내 아동·청소년 정신보건서비스 제공체계를 구축함으로써 아동·청소년기 정신건강문제의 예방, 조기발견 및 상담·치료

를 통하여 건강한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 지원하는 역할을 수행한다. 2009년 12월말 현재 광역시별로 1개씩 총 16개 상담센터가 운영되고 있다(정신보건사업안내, 2009).

청소년상담센터에서는 지역내 유관기관 간 연계협력을 통하여 통합적인 아동·청소년 정신보건서비스 제공체계 구축을 추진하고 사업요원이 학교를 방문하거나, 학생이 정신보건센터에 내소하도록 하여 이들에게 개별상담(자살포함), 집단프로그램을 제공하고 있다. 또한 전화관리, 가정방문, 지역사회 방문사업을 진행하고 있으며 때에 따라서는 자체 개발 또는 기존 프로그램을 활용하여 집단프로그램을 자율적으로 운영한다.

마. 한국자살예방협회

한국자살예방협회(<http://www.suicideprevention.or.kr>)는 대국민 인식개선과 교육, 자살예방 전문가양성, 다양한 예방프로그램 개발, 자살시도자를 위한 위기개입사업, 사이버상담과 대정부 정책제안 등 다양한 활동을 조직적으로 전개해 나가는 것으로 목적으로 2004년 4월에 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 사후관리사업 등이 있다.

바. 자살예방센터

지역사회 자살예방센터(Center for Suicide Prevention)는 현재 수원, 부산, 서울 3곳에 위치하고 있다. 수원시 자살예방센터는 수원시에서 지역사회내 자살문제에 대한 인식에서 출발한 자살예방센터로 2002년 설립되었다. 수원시 자살예방센터는 자살 시도를 고민하는 사람, 자살을 시도한 사람, 주변인의 자살로 정서적 어려움을 겪는 자살 피해자들에게 보다 전문적

인 교육·연구·상담서비스를 제공하는 등 지역내 자살예방사업을 수행하고 있다. 주요사업으로는 청소년 및 학부모를 대상으로 한 자살예방교육, 전문가를 위한 자살예방상담학교, 공개워크샵 등의 교육 사업, 온라인상담, 자살 시도자 방문상담, 전화상담 등의 상담사업, 생명사랑캠페인 등의 기획홍보 사업, 연구사업 등이 있다.

서울시 자살예방센터에서는 2005년 서울시정신보건센터 위기관리팀으로 24시간 정신질환자와 자살위기 대상자를 위한 위기관리 시스템으로 운영되다가 2009년 서울시 자살예방센터로 개소하여 자살예방, 위기관리 운영과, 양질의 서비스 제공을 위한 인적자원교육 및 자살예방을 위한 사회·문화·공공안전망의 환경조성 사업등을 실시하고 있다. 서울시 자살예방센터는 서울시 25개 지역정신보건센터와 경찰서·소방서와 연계하여 24시간 자살 및 위기에 대응하고 있다.

이의 노인전용 자살예방센터로는 분당노인종합복지관에서 운영하는 성남시노인전용자살예방센터와 시립서대문노인종합복지관에서 운영하는 노인자살예방센터, 민관이 함께 운영하는 성북구 노인자살예방센터가 있다.

사. 생명의 전화

생명의 전화는 1973년 ‘아가페의 집’ 개설, 1976년 서울 생명의 전화 개통을 시작으로 지금까지 활발한 활동을 하고 있다. 생명의 전화는 자살예방 사업뿐만 아니라 여성노숙자를 위한 복지사업과 저소득층 아동을 위한 복지 사업 등을 하고 있다. 자살예방사업과 관련해서는 자살예방전문교육, 생명존중 자살예방 인식확산 운동, 생명존중프로그램 보급, 자살시도자 및 생존자 지원사업, 자살예방세미나 개최 및 관련자료 제작 및 배포사업 등이 있다.

아. CYS-Net(Community Youth Safety-Net)

CYS-Net은 청소년이 겪고 있는 문제들을 지역사회 내 자원(기관, 시설,

전문인력)과의 연계를 통해 효과적으로 해결하기 위해 구축된 네트워크이다. 전국 시·도 청소년상담지원센터와 시·군·구 청소년상담센터가 허브 역할을 담당하며, 도움이 필요한 청소년에게(자살)상담, 보호제공, 교육 및 학업지원, 진로취업지원, 긴급구조 등 모든 서비스를 원스톱(one-stop)으로 제공하고 있다. 2008년 현재 16개 시·도, 64개 시·군·구에서 시행중이다(정신보건사업안내, 2009).

자. 알코올상담센터

알코올상담센터는 알코올의존자와 그 가족 등 지역주민에게 알코올의존의 예방·치료 및 재활을 위한 상담과 훈련을 실시하는 시설로써 2009년 12월 말 현재 34개의 알코올상담센터가 운영되고 있다(정신보건사업안내, 2010). 알코올상담센터에서는 알코올남용 및 의존자 발견·등록사업, 알코올의존자 및 가족전화·내방상담·교육실시, 알코올의존자 재활프로그램 개발 및 시행, 알코올의존자 및 가족 사례관리, 지역사회 자원 발굴 및 유관기관과의 연계 체계 구축, 지역내 알코올문제자 조기발견 및 치료연계 등의 사업을 실시하고 있다. 자살위험군으로 분류되는 알코올의존자의 자살예방사업으로는 자살 예방상담 및 자살예방을 위한 대상자별 치료 프로그램을 운영하고 있다.

제2차 자살예방종합대책에서는 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 확충 차원에서 알코올상담센터 설치율을 2008년 현재 34개소에서 2013년까지 96개소 이상으로 확충할 계획을 가지고 있다.

차. 사회복귀시설

사회복귀시설은 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설로 생활훈련, 직업훈련, 기타 종합훈련 등을 제공한다. 자살예방정책과 관련해서는 자살고위험군인 정실질환자, 알코올의존자의 자살예방프로그램, 상담 및

자살시도 후 사회복지 프로그램·훈령 등을 실시하고 있다.

2009년 12월말 현재 211개소가 운영되고 있으나(정신보건사업안내, 2010) 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 확충 차원에서 제2차 자살예방 종합대책에서는 사회복지시설 설치율을 2013년까지 245개소 이상으로 확충할 계획을 가지고 있다.

카. 자살예방전문 연구소

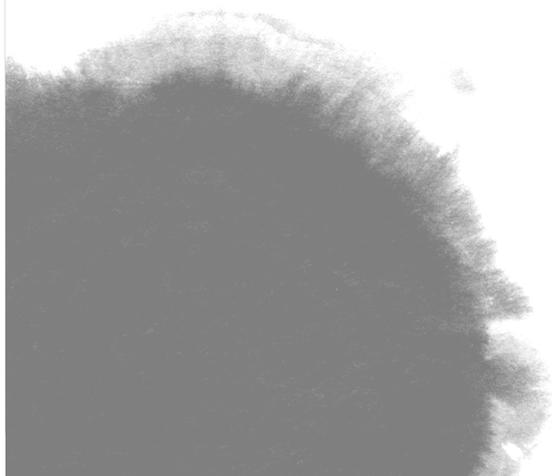
자살예방전문 연구소로는 2005년 설립된 QPR 자살예방연구소 (<http://www.qprkorea.co.kr/>)가 있다. 자살예방연구소는 임상심리 전문가들로 구성되어 있으며 우울, 불안, 절망감, 무력감, 자살사고 등을 경험한 개인 및 주변인들을 위한 상담사업, 자살과 위기에 관련된 군대, 경찰, 회사, 법원, 검찰, 보건소, 병원 등 기관의 요청에 의한 전문가 대상 자살예방교육 사업 및 자살에 대한 다양한 연구사업을 진행하고 있다. 특히 이 기관에서는 Paul Quinnett 박사 연구진에 의해 개발된 QPR(Question, Persuade, Refer) 자살예방 프로그램을 교육하고 있다. 누군가 자살을 생각하고 있다는 위기와 위험신호를 인식할 수 있는 위치에 있는 가까운 사람, 즉 부모, 친구, 이웃, 교사, 성직자, 의사, 간호사, 직장의 감독자, 군대의 분대장, 작업반의 감독, 경찰관, 고문, 사회복지사, 소방관과 같이 자살의 위험에 있는 사람을 인식하고 의뢰할 수 있는 사람들을 교육하여 게이트키퍼(Gate-keeper)로 활동할 수 있게 하는데 주력하고 있다(이지전, 2006).

타. 기타(119구급, 경찰서, 의료기관)

그 밖에 자살예방과 관련하여 119소방소와 경찰서에서 자살위험장소관리, 인터넷 자살사이트 단속, 자살시도자 구조 등의 업무를 수행하고 있다. 지역응급의료센터 및 의료기관에서는 자살시도자의 응급치료 및 자살위험자의 정신과 치료를 담당하고 있다.

05

결론



제5장 결론

제1절 연구 결과 요약

본 연구에서는 우리나라 자살 사망의 현황, 원인, 그리고 정책을 문헌을 통해 고찰하고 자살 원인에 대해서는 OECD 국가들과 비교하는 실증분석을 통해 정책 방향 설정을 위한 근거 자료를 찾고자 하였다. 그 결과 다음과 같은 점들을 발견하였다.

1. 교통사고 사망률보다 높은 자살 사망률

1998년부터 2008년까지 운수사고와 자살로 인한 사망률의 추이를 비교한 결과 운수사고는 꾸준히 감소한데 비해 자살은 꾸준히 증가하는 정반대의 양상을 나타내고 있었다. 인구 1,000명당 자동차보유대수가 1998년에 226대에서 346대로 크게 증가한 것을 고려할 때 운수사고의 감소는 괄목할 만하다고 할 수 있다. 운수사고 사망률은 자살과 더불어 여전히 OECD 국가 중 1위이지만 지속적인 정책적 관심과 예산 투자로 이러한 성과를 얻었다고 할 수 있다.

2. 빠르게 증가하는 여성 자살 사망률

1998년대비 남자 자살률은 6.9명(26.0%) 증가하였고 여자 자살률은 8.4명(81.9%) 증가하여 여자 자살률이 더 많이 증가하였다. 2005년 기준

OECD 국가의 자살률 성비를 비교한 결과 한국의 남녀간 자살률 차이는 55~64세를 제외한 전 연령에서 OECD 국가 평균보다 적었다. 이것은 우리나라의 여성 자살률이 상대적으로 높은 것을 보여준다고 할 수 있다.

또한 성별로 OECD의 다른 국가들의 평균 자살률을 앞지르게 되는 시점이 다른데 여자의 경우 1993년 이후, 남자의 경우 1997년 이후부터이다. 남자의 경우 1997년 경제위기가 자살률 증가에 기여하였을 것으로 보이나 여자의 경우는 이외는 다른 요인들이 이미 자살률 증가에 기여하고 있음을 추측하게 한다.

3. 높은 수준에서 빠르게 증가하는 노인 자살 사망률

2005년 기준 OECD 국가의 연령별 자살률을 보면 한국은 45~54세 연령에서 자살률이 급증하여 75세 이상 자살률은 OECD 국가 평균보다 8.3 배로 가장 높았다. 남녀 모두에서 연령이 증가할수록 자살률이 증가하는 경향이 있고 특히 65세 이상 노인계층의 자살률이 가장 많이 증가해왔다. 우리나라는 80년대부터 노인계층의 자살 사망률이 가장 높았는데 이들의 자살 사망률이 가장 빠르게 증가하고 또한 이 계층의 절대적인 인구수도 늘어나고 있기 때문에 노인 자살률을 낮추지 않으면 앞으로도 전체 자살률도 계속 증가할 가능성이 있다.

4. 한국의 자살은 양적 경제성장과 관련

1985년부터 2007년까지 29개 OECD 국가들의 자살 사망률과 사회경제적 변수들의 관련성을 회귀분석한 결과 1인당 GDP, 즉 양적인 경제성장이 대부분의 성별, 연령별 집단에서 한국의 자살률을 설명하는 요인인 것으로 나타났다. 평균적인 OECD 국가들에서는 1인당 GDP가 자살률과 관련이 없었으며, 오히려 높은 GDP 성장률은 여성의 자살 사망률의 감소와 관련이 있었다.

5. 높은 출생률은 낮은 자살 사망률과 관련

OECD 패널 자료를 이용한 회귀분석 결과 평균적인 OECD 국가들의 대부분의 성별, 연령별 집단에서 높은 출산율은 낮은 자살 사망률과 관련이 있는 것으로 나타났고, 특히 한국의 남자 전체와 남자 노인 계층에서는 OECD 평균 국가들보다 더 높은 관련성이 있는 것으로 나타났다.

제2절 정책 제언

본 연구는 자살의 원인을 근접 요인인 정신적인 문제에 초점을 두지 않고 보다 근본적인 사회경제적인 문제에서 찾고자 하였다. 이는 자살이 개인의 문제가 아닌 사회적 문제라는 뒤르켕 이후 많은 사회학자들의 주장을 따르는 것이다. 기존에도 이런 연구가 없었던 것은 아니지만 성별, 연령별로 구분한 것은 정책 방안을 좀더 정교하게 하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다.

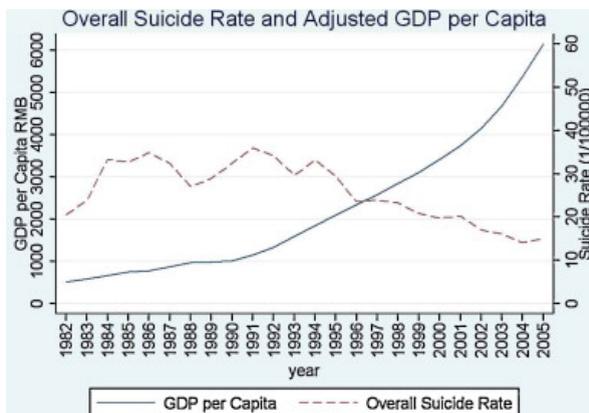
1. 삶의 질 향상을 위한 경제성장

경제수준은 자살과 어떤 관계가 있는 것일까? 기존 연구들의 대략 3분의 1은 양의 관계를, 3분의 1은 관계 없음, 나머지 3분의 1은 음의 관계를 가진다고 하였다(Stack, 2000). 본 연구에서는 한국을 제외한 다른 OECD 국가들의 경우 경제수준 자체는 자살률과 관련이 없는 것으로 나온 반면 한국에서는 경제 수준이 향상되면서 자살률이 증가하는 것으로 분석되었다. 한편 한국과 같이 급격한 경제성장을 이루고 있는 중국의 자살률 연구에서는 한국과는 대조적으로 경제 수준의 향상과 더불어 자살이 감소하는 경향이 뚜렷하였다(<그림 5-1> 참조; Zhang, Ma, Jia, Sun, et al., 2010).

중국의 사례는 경제성장으로 개인이 느끼는 “안녕(well-being)” 수준이

향상된 사례라고 할 수 있다. 그러나 성공에 대한 열망과 성취 사이의 괴리가 상대적으로 더 큰 도시보다는 이것이 더 작은 농촌에서 자살률 감소가 더 크다는 사실에서 경제성장 자체의 효과도 있지만 성공에 대한 열망과 성취 사이의 괴리가 적을 때 자살이 낮아질 수 있다고 해석된다(Zhang et al., 2010). 또한 자살이 정신의학적인 서비스의 제공으로서 예방될 수 있다는 정신의학적 모형에 도전을 주는 사례라고 할 수 있다. 왜냐하면 중국에서 지난 20년간 정신질환은 증가하였지만 정신건강 서비스는 별로 향상되지 않았기 때문이다(Zhang et al., 2010).

[그림 5-1] 1982-2005년 중국 산둥 지방에서의 자살률과 1인당 GDP 추이



뒤르켐은 경제 성장이 도시화, 산업화, 현대화를 동반하면서 사회적 아노미를 증가시키고 사회통합 수준을 약화시키는 경향이 있고 따라서 자살을 증가시킬 것이라고 주장하였다. 한국의 도시화율은 1960년에 39.1%, 1970년에 50.1%, 1980년에 87%, 그리고 2005년에 90.1%로 빠르게 증가하였다(국토해양부, 2010). 한국은 이처럼 도시화와 산업화가 빠르게 진행되었던 나라이므로 뒤르켐의 논리가 적용되는 경우였던 것으로 보인다.

반면에 한국에서도 경제성장률이 높을수록 자살은 감소하는 것으로 나타났다. 한국은 80년대 연간 10% 정도의 빠른 경제성장을 경험하였고 90년

대 들어와서는 한 자리수로 성장률이 감소하였고 최근에는 더 감소하였다. 이러한 현상은 중국에서 농촌 지역 주민들보다 도시 지역 주민들의 자살률이 덜 감소하는 것과 같은 이치로 해석할 수 있을 것이다. 즉, 빠른 경제성장을 경험하면서 경제적 성취에 대한 열망은 매우 커진 상태로 지속되는 관성을 가진데 반해 경제성장은 어느 순간 정체되거나 감소할 수밖에 없으므로 실제 성취 수준은 열망의 크기를 따라가지 못하고 오히려 그 괴리가 커지기 때문에 좌절감이 커질 수밖에 없는 것이다.

결국 정책적인 목표는 경제수준이나 경제성장의 속도에 관계없이 국민의 삶의 질을 유지하여 사회를 안정적으로 유지하는데 있어야 할 것이다. 예를 들어, 1997년-1998년 아시아 금융위기에서 한국을 포함한 여러 아시아 국가들의 자살률이 증가하였으나 그렇지 않은 나라들도 있었다. 한국을 포함하여 자살률이 증가한 경우는 실업률이 증가하고 있었던 나라에 국한되었다는 발견은 시사하는 바가 크다(Chang, Gunnell, Sterne, Lu, Cheng, 2009). 즉, 경제성장은 삶의 질 향상을 위한 한 요소일 뿐이며 경제위기뿐만 아니라 경제성장은 오히려 삶의 질을 저하시킬 수 있다는 것을 기억하고 경제성장 자체에 정책의 목표를 두는 것을 지양해야 할 것이다.

2. 여성의 자살 사망률 감소를 위한 대책

여성의 자살 사망률은 일반적으로 남성에 비해 낮고 이러한 경향은 우리 나라에도 나타나지만 OECD의 평균적인 국가들에 비해서는 여성의 자살 사망률이 높은 편이고 남자보다 더 빠르게 증가하고 있다는 것은 자살 예방 정책의 초점으로 여성을 고려해야 함을 말해준다.

일본도 여성의 자살 사망률이 높은 국가였으나 최근 몇 년 간의 지역사회 중심의 자살예방사업으로 자살 예방 효과가 여성에게서 유의하게 나타났다는 것을 참고할 만하다(Oyama et al., 2006). 일본은 정신건강 훈련을 받은 간호사를 중심으로 지역사회 노인 등 취약계층을 방문하여 우울증 등 정신건강을 스크리닝 하고 필요하면 정신과 의사 등 전문가에게 의뢰하는

사업을 펼쳐오고 있다.

여성의 자살과 관련된 요인으로는 낮은 출생률, 높은 이혼율, 높은 실업률이 포함되었다. 연령별로는 15~24세 여성은 소득양극화와 여성의 경제활동 참여의 심화에 따라 자살이 증가하는 것으로 나타나 소득양극화 경감과 여성에 경제활동에 따른 가사나 육아에 문제가 없도록 일-가정 양립 정책들이 보완되어야 할 것이다. 25~44세 여성에서도 여성 경제활동 참여율 증가가 자살을 증가시키는 것으로 나타나 일-가정 양립 정책들이 이 연령층에도 필요한 것으로 나타났다. 45~64세와 65세 이상 여성에서는 높은 실업률이 자살을 높이는 것으로 나타나 가장의 실업이 피부양자들에게 미치는 영향이 심각함을 보여준다. 고용 안정성을 높이고 구직 기회를 높이는 대책들이 중년과 노년 여성의 자살을 예방하는데 있어서도 중요성을 갖는다고 할 수 있다.

3. 노인의 자살 사망률 감소를 위한 대책

OECD 국가들의 패널 자료를 분석한 결과 남자와 여자 노인의 자살을 증가시키는 사회경제적 요인으로는 높은 경제수준, 낮은 경제성장률, 높은 실업률, 높은 이혼율, 낮은 출생률, 그리고 낮은 지니계수가 포함되어 있었다. 특히 실업률은 다른 OECD 국가 자료로 분석하였을 때는 자살과 관련이 없는 것으로 나타나 한국에서의 실업은 당사자뿐만 아니라 부양해야 하는 부모에게까지 부정적인 영향을 미치고 있다는 것을 알 수 있었다. 실업의 이러한 영향을 감소시키기 위해서는 노인의 경제적 자립과 사회연결망의 강화와 같은 노인복지가 중요하다.

거시적인 환경을 변화시키면서 동시에 자살에 임박한 위험을 가진 노인들을 발견하고 치료하는 노력도 병행할 필요가 있다. 노인의 자살 사망률을 감소하기 위해서는 일본의 지역사회 방문 우울 스크리닝 및 추후관리 사업을 참고할 만하다. 우울을 스크리닝 한 후 정신과 의사가 추후관리를 하면 자살 위험을 30%로 정도 낮출 수 있고, 일반의가 추후관리 하면 남자는

73%, 여자는 34%로 낮출 수 있는 것으로 분석되었다(Oyama et al., 2008).

노인들은 우울과 같은 정신적 건강의 문제뿐만 아니라 신체적 건강의 문제를 많이 갖고 있으며 핵가족화와 가족간 유대의 약화로 인하여 사회적 고립을 경험하기가 쉽다. 이러한 신체 및 사회적 건강의 약화는 우울로 이어져 자살로 마감할 수 있으므로 신체 및 사회적 건강의 증진을 위한 사업들이 뒷받침되어야 할 것이다.

4. 저출산 극복

대부분의 성별, 연령별 계층에서 출생률이 높아지면 자살이 감소하는 것으로 나타났다. 현재 저출산 대책으로 많은 예산과 노력이 기울여지고 있는데 이러한 정책적 노력들이 자살 사망률의 감소까지 이어질 가능성이 있으므로 이러한 노력을 더욱 강화해야 할 것이다.

5. 지역사회 중심의 정신건강 서비스 제공을 위한 법적 제도 마련과 정치적 관심

본 연구에서는 자살예방이 성공적으로 이루어지고 있는 영국, 일본, 스웨덴 3개국의 자살예방전략을 살펴보았다. 영국은 국가보건체계(National Health System)를 활용하여 국가가 정신건강증진을 위해 체계적인 사업들을 전개한다는 것이 특징이었고, 일본은 자살기본법을 중앙에서 수립하여 중앙에서의 예산 등 지원 근거를 마련하는 동시에 지역사회 자원을 동원하여 지역사회 스크리닝 사업들을 통해 우울증상을 가진 사람들을 조기 발견, 조기 치료하는 것이 특징이었다. 스웨덴은 구조서비스, 사회서비스, 보건의료서비스, 경찰서비스 영역간의 협력을 하도록 법적 체계를 갖추어서 의료인들 외에 다양한 주체가 협력하여 자살예방프로그램을 진행할 것을 강조하는 특징이 있었다.

한국도 2004년에 국가자살예방5개년 기본계획을 통해 1차 예방사업인 ‘사회·환경적 접근사업’, ‘정신건강증진(일반인구 대상)사업’, ‘자살위험요인 예방사업’과 2차 예방사업인 ‘자살 위험자 조기발견 및 조기개입사업’, 3차 예방사업인 ‘자살시도자 치료 및 사후관리 사업’을 시행하고자 하였다. 그러나 정책범위를 개인중심의 정신보건사업으로 한정하였다는 점, 사회·경제적, 범정부적 지원책 마련이 미흡하다는 점, 정책의 중요성에 비해 국민적 합의 및 사회적 공론화에 한계가 있다는 점, 제안된 예산으로 인해 단계적인 정책접근이 미흡하다는 점, 그리고 기반연구 부족으로 인해 근거를 기반을 한 정책수행이 어렵다는 점이 문제로 제기되고 있다.

제2차 자살예방종합대책(2009년~2013년)은 1차 자살예방종합대책과는 달리 주요 10대 과제를 선정하여 구체적인 추진목표와 29개 세부과제를 제시하고 있다. 2008년 3개에 불과했던 자살위기대응팀을 광역시를 중심으로 2013년 12개소까지 연차적으로 확충하고 지역정신보건센터 설치율을 시군구의 85%이상, 알코올상담센터 설치율을 시군구의 20%이상으로 확충하여 자살예방 인프라를 강화하고 있다. 또한 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력(정신보건전문요원, 보건·복지·교육·경찰 및 소방대)에 대한 교육체계를 강화하고 있으며 자살예방법 제정 추진계획을 통해 법적 토대를 마련하고, 생애주기별로 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화하는 세부 과제를 제시하고 있다

중요한 것은 제2차 자살예방종합대책이 계획한대로 추진될 수 있도록 정치적 관심과 이에 따른 예산 배분이라고 할 수 있다. 그런데 현재 우리나라의 자살문제는 언론의 보도에 따라 잠시 주목을 받지만 국가적 정책 아젠다로 떠오르지는 못하고 있는 실정이다. 일본의 자살기본법 수립 등 적극적인 자살예방전략이 한 NHK 언론인의 자살문제에 대한 보도 이후 대국민적 관심을 불러 일으켰고 이것이 정치적 아젠다로까지 부상하였던 배경 하에 이루어졌던 경험과는 사뭇 다르다. 본 연구에서 일부 밝혀진 바와 같이 자살은 개인의 정신건강의 문제의 차원에서 발생하는 것이 아니라 사회경제적인 환경들에 의해 발생하는 것이므로 자살 문제는 범정부적 차원에

서 다루어져야 하는 것이다.

<표 5-1>은 종종 ‘사고’로 인한 사망으로 동일하게 분류되는 교통사고와 자살에 투입되는 일반예산을 비교한 것이다. 교통안전을 위해서는 교통사고 DB 구축, 교통약자의 이동편의 증진, 교통사고예방 및 피해자 보호, 어린이 교통사고 예방, 도로교통사고 예방 등 다양한 사업을 펼쳐오고 있으며 교통안전공단이라는 특수 목적의 기관도 설립하여 광범위한 활동을 하고 있다. 이러한 사업에 배정된 예산은 2007년 672억 79백만원, 2008년 524억 41백만원, 2009년에는 309억 79백만원에 이르렀다.

<표 5-1> 교통안전과 정신건강 일반회계 예산 비교

단위: 백만원	교통안전			정신건강	
	부처	사업명	예산	사업명	예산
2009	행정안전부	도로교통사고예방	210	정신보건시설 기능보강	6,794
	국토해양부	교통사고예방 및 피해자 보호	1,393		
		교통안전공단출연	26,867		
		교통안전 정보관리시스템	850		
	교통약자의 이동편의증진	1,659			
2008	행정안전부	어린이교통사고예방	210	정신보건시설 기능보강	7,227
	국토해양부	교통사고 DB 구축	580		
		교통사고예방 및 피해자 보호	593		
		교통안전공단출연	21,994		
	교통약자의 이동편의증진	29,064			
2007	건설교통부	교통사고 DB 구축	609	정신질환기능보강	9,216
		교통사고예방 및 피해자 보호	29,778		
		교통약자의 이동편의증진	36,892		

자료: 디지털예산회계시스템, 기획재정부, 2010. (<http://www.digitalbrain.go.kr/kor/view/index.jsp>)

한편 정신건강에 배정된 일반회계 예산은 정신질환 혹은 정신보건시설 기능보강의 이름으로 정신질환자에게 집중되어왔다. 예산액도 2007년 92억 16백만원, 2008년 72억 27백만원, 2009년 67억 94백만으로 교통안전 예산에 크게 못 미치는 수준이었다. 비록 정신질환자들 가운데 자살 사망률이 높을 수는 있으나 이들에만 집중되어서는 자살 증가를 막을 수는 없을 것이다.

자살예방사업은 건강증진기금을 통해서 이루어지고 있다. 그러나 한시적인 성격을 가진 기금에서 예산을 배정받기 때문에 장기적인 투자에는 한계가 있는 구조라고 할 수 있다.

이처럼 자살예방을 위한 예산이 부족하고 안정적인 예산이 확보되지 못하는 이유는 근거가 되는 법이 없기 때문이다. 제2차 자살예방종합대책에서도 명시하고 있는 자살예방법을 일본의 경우와 같이 마련하도록 정부는 모든 노력을 할 필요가 있다.

제3절 연구의 제한점

본 연구는 국가 단위의 자살 사망률 현황과 원인의 비교 분석, 그리고 국가 단위의 자살예방전략을 검토하였다. 즉, 본 연구는 거시적인 수준에서 자료를 분석하여 거시적인 정책 방향을 도출하는 것이 목적이었다. 그러나 미시적인 정책을 수립하고 구체적인 사업을 도출하기 위해서는 미시적인 분석이 필요하다. 향후에는 본 연구에서 밝혀진 거시적인 자살 원인 변수들과 자살과의 관계를 보다 미시적으로 분석할 필요가 있다.

참고 문헌

- 국토해양부(2010), LH. 도시계획 현황. 서울: 국토해양부.
- 김형수(2000). 노인자살의 이해와 일차적 예방. 한국인구학, 23(2), pp.167-187.
- 김형수(2002). 미국 노인자살과 예방대책의 연구 및 시사점. 사회보장연구, 18(1), pp.163-182.
- 김형수(2002). 한국노인의 자살생각과 관련요인 연구. 한국노년학회지, 22(1), pp.159-172.
- 노용환(2006). 자살의 경제학적 분석 - 우리나라 시·도별 패널자료를 이용한 접근 -. 경제학연구, 54(3), pp.177-199.
- 보건복지부(2005). 자살예방 5개년 종합대책. 서울: 보건복지부
- 보건복지부(2008). 제2차 자살예방종합대책. 서울: 보건복지부
- 보건복지부(2010). 건강가정지원센터 사업안내. 서울: 보건복지부
- 보건복지부(2010). 정신보건사업안내. 서울: 보건복지부
- 서동우(2003). 우리나라 자살률의 현황과 정신보건센터의 역할. 2003년 지역사회정신보건사업 2차 관계자 워크숍 자료집.
- 이광현(2004). 자살 환자의 치료. 생물치료정신의학, 10(1) pp.15-24.
- 이지전 외(2006). 노인자살 예측모형 개발 및 예방대책 연구. 서울: 한국보건복지인력개발원·국립서울병원·국립정신보건교육·연구센터.
- 제영묘(2004). 자살과 정신장애. 생물치료정신의학, 10(1) pp.3-10.
- 조맹제 외(2006). 정신질환실태역학조사. 서울: 보건복지부·서울대학교 의과대학.

- Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, Tsugane S. (2006). Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 188, pp.231-236.
- Andreasson S, Romelsjo A, Allebeck P. (1991). Alcohol, social factors and mortality among young men. *British Journal of Addiction*, 86, pp.877-887.
- Andrés AR, Halicioglu F. (2010). Determinants of suicides in Denmark: evidence from time series data. *Health Policy*, 98, pp.23-269.
- Andrés AR. (2005). Income inequality, unemployment, and suicide: a panel data analysis of 15 European countries. *Applied Economics*, 3, pp.439-51.
- Blumenthal SJ. (1988). Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 72, pp.937-971.
- Burr JA, McCall P, Powell-Griner E. (1994). Catholic religion, divorce and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 75, pp.300-318.
- Cattell H, Jolley D. (1995). One hundred cases of suicide in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 166, pp.451-457.
- Cattell H. (1988). Elderly suicides in London: an analysis of coroner's inquests. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, pp.251-261.
- Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, Lu TH, Cheng ATA. (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in east/southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong-Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, 68, pp.1322-1331.

- Chen J, Choi YJ, Sawada Y. (2009). How is suicide different in Japan? *Japan and the World Economy*, 21, pp.140-150.
- Chen J, Choi YJ, Sawada Y. (2009). How is suicide different in Japan?. *Japan and the World Economy*, 21, pp.140-150.
- Chi I, Yip PSF, Yu KK. (1998). Elderly suicide in Hong Kong. *Hong Kong SAR, China, Befrienders International*.
- Chuang H, Huang W. (1997). Regional suicide rates: a pooled cross-section and time-series analysis. *Journal of Socio-Economics*, 26(3), pp.277-289.
- De Leo D, Omskerk S. (1991). Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*. 12, pp.3-17.
- Dennis MS, Lindsay J. (1995). Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 7, pp.263-274.
- Draper B. (1996). Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, pp.577-587.
- Durkeim E. (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. Free Press, New York.
- Gibbs JP, Martin WT. (1964). *Status Integration and Suicide: A Sociological Study*. University of Oregon. Eugene, OR.
- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW et al. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), pp.1465-1475.
- Hagihara A, Tarumi K, Abe T. (2007). Media suicide reports, internet use and the occurrence of suicides between 1987 and 2005 in Japan. *BMC Public Health*, 7, pp.231-238.
- Hawton K, Catalan J. (1987). *Attempted suicide: a practical guide to*

its nature and management, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.

Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kouppasalmi KI, et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp.935-940.

Inagaki K. (2010). Income inequality and the suicide rate in Japan: evidence from cointegration and la-var. *Journal of Applied Economics*, 13(1), pp.113-133.

Jairo Osorno, Leif svanström, Jan Beskow. (2010). *Community Suicide Prevention*, Karolinska Institutet.

Jungeilges J, Kirchgässner G. (2002). Economic welfare, civil liberty, and suicide: an empirical investigation. *Journal of Socio-Economics*, 31, pp.215-231.

Khan MM, Reza H. (1998). Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, p.62068.

Klatsky AL, Armstrong MA. (1993). Alcohol use, other traits, and risk of unnatural death: a prospective study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 17, pp.1156-1162.

Koo J, Cox WM. (2008). An economic interpretation of suicide cycles in Japan. *Contemporary Economic Policy*, 26(1), pp.162-174.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization,.

Kua EH, Ko SM, Ng TP. (2003). Recent trends in elderly suicide rates in a multi-ethnic Asian city. *International Journal of*

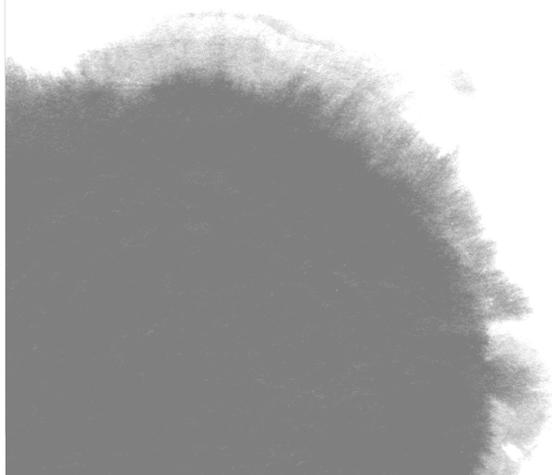
- Geriatric Psychiatry, 18, pp.533-536.
- Landberg J. (2009). Per capita alcohol consumption and suicide rates in the US, 1950-2002. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 34(4), pp.453-459.
- Leigh A, Jencks C. (2007). Inequality and mortality: Long-run evidence from a panel of countries. *Journal of Health Economics*, 26, pp.1-24.
- Lodhi L, Shah AK. (2005). Factors associated with the recent decline in suicide rates in England and Wales, 1985-1998. *Medicine, Science and the law*, 45, pp.115-120.
- Mann JJ. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4, pp.25-30.
- McClure GMG. (2000). Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *The British Journal of Psychiatry*, 176, pp.64-67.
- McIntosh JL, Santos JF, Hubbard RW. (1994). Elderly suicide research, theory and treatment. Washington, DC: American psychological association.
- Merton R. (1957). *Social Theory and Social Structure*. Free Press. Glencoe, IL.
- Morrell S. et al. (1993). Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Social Science and medicine*, 36, pp.749-756.
- Moscicki EK. (1985). Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, pp.22-35.
- Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, (2004). Community-Based Suicide Prevention program in Japan Using a Health Promotion Approach, *Environmental health and Preventive medicine*, 9, pp.3-8.

- Nakagawa M, Yamada T, Yamada S, Natori M, Hirayasu y, Kawanishi C. (2009). Follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay; pilot study. *Psychiatry Clin Nerouscience*, 63(1), pp.122-3.
- Neeleman J. (1996). Suicide as a crime in the UK: legal history, international comparisons and present implications. *Acta Psychiatr Scand*, 94, pp.252-257.
- Neumayer E. (2003). Socioeconomic factors and suicide rates at large-unit aggregate levels: a comment. *Urban Studies*, 40(13), pp.2769-76.
- Neumayer E. (2004). Recessions lower (some) mortality rates: Evidence from Germany. *Social Science & Medicine*, 58, pp.1037-1047.
- Norström T, Skog O-J. (2001). Alcohol and mortality: methodological and analytical issues in aggregate analyses. *Addiction*, 96(Suppl 1), pp.5-17.
- Oyama H, Fujita M, Goto M, Shibuya H, Sakashita T. (2006). Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *Gerontologist*, 46, pp.821-826.
- Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J. (2008). Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis evidence from Japan. *Community Mental Health*, 44, pp.311-320.
- Platt S. (1984). Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 19, pp.93-115.
- Rhem J, Room R, Monteiro M, Guel G, Graham K, et al. Alcohol Use. In. Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodger, A., Murray C.J.L.

- editors. (2004). Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. World Health Organization, Geneva, pp.959-1108.
- Ross RK, Bernstein L, Trend L, et al. (1990). A prospective study of risk factors for traumatic deaths in a retirement community. *Preventive Medicine*, 19, pp.323-334.
- Roy A. (1992). Genetics, biology and suicide in the family. In: Maris RW et al., eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York, NY, Guilford, pp.574-588.
- Shah A, Bhat R. (2008). The relationship between elderly suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *International Psychogeriatrics*, 20(3), pp.605-615.
- Shah A, De T. (1998). Suicide and the elderly. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2, pp.3-17.
- Shah A. (2008). A cross-national study of the relationship between elderly suicide rates and urbanization. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(6), pp.714-719.
- Shah A. The relationship between elderly suicide rates and the internet: a cross-national study. *International Journal of Social Psychiatry* 2009 as doi:10. 1177/0020764009105645.
- Skog OJ. (1985). The collectivity of drinking cultures. A theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction*, 80, pp.83-99.
- Stack S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature, part ii: Modernization and social integration. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, pp.163-176.

- Sven Bremberg, Swedish focus on suicide prevention, 2008-07-14, <http://www.fhi.se/en/News/News/Swedish-focus-on-suicide-prevention/>
- Varnik A, Wasserman D, Eklund G. (1994). Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22, pp.166-169.
- Wenz F. (1977). Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Disease of the Nervous System*, 38, pp.891-895.
- Weyerer S, Wiedenmann A. (1995). Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 76, pp.1331-1341.
- Yip PSF. (1998). Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 82, pp.311-322.
- Yip PSF. (2001). An epidemiological profile of suicides in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 31, pp.62-70.
- Zhang J, Ma J, Jia C, Sun J, Guo X, Xu A, Li W. (2010). Economic growth and suicide rate changes: A case in China from 1982 to 2005. *European Psychiatry*, 25, pp.159-163.

부 록



부록

부록 1. 시·군·구 인구 10만명당 자살률: 2005~2008년

시·군·구	2005	2006	2007	2008
경기 수원시	19.70	17.70	19.50	25.40
경기 성남시	19.90	15.70	21.00	19.20
경기 의정부시	23.20	25.30	26.90	27.40
경기 안양시	18.30	18.90	14.60	14.80
경기 부천시	19.30	18.90	18.30	21.90
경기 광명시	17.60	20.00	23.60	27.60
경기 평택시	32.60	26.10	27.00	30.60
경기 동두천시	44.50	34.40	41.20	27.80
경기 안산시	21.50	18.10	24.10	22.90
경기 고양시	20.30	16.30	16.80	20.30
경기 과천시	9.30	14.80	11.40	16.70
경기 구리시	20.70	19.20	21.00	27.00
경기 남양주시	30.90	21.70	24.30	29.30
경기 오산시	22.30	21.80	22.70	23.00
경기 시흥시	25.10	22.40	23.60	23.50
경기 군포시	19.50	14.80	16.40	17.70
경기 의왕시	21.30	15.50	8.10	17.80
경기 하남시	25.10	14.90	19.90	24.90
경기 용인시	22.50	17.00	19.00	21.10
경기 파주시	32.70	26.70	22.50	20.80

시·군·구	2005	2006	2007	2008
경기 이천시	30.30	25.90	27.70	34.70
경기 안성시	37.90	27.10	32.80	35.40
경기 김포시	25.50	28.90	23.70	25.80
경기 화성시	30.60	20.80	29.30	26.50
경기 광주시	22.80	23.40	22.60	25.90
경기 양주시	37.70	26.60	32.00	31.70
경기 포천시	35.30	38.40	44.40	30.80
강원 춘천시	22.00	25.80	33.00	31.10
강원 원주시	31.40	25.70	33.70	35.20
강원 강릉시	32.80	22.40	31.60	32.80
강원 동해시	28.00	27.40	38.10	33.30
강원 태백시	34.00	28.80	40.70	35.10
강원 속초시	37.70	35.80	31.50	37.70
강원 삼척시	43.40	37.30	35.10	39.50
충북 청주시	26.10	15.70	23.50	26.10
충북 충주시	35.80	36.50	31.20	34.50
충북 제천시	42.60	37.10	33.00	47.80
충남 천안시	23.00	19.70	23.70	21.30
충남 공주시	48.50	40.30	48.60	27.80
충남 보령시	44.30	42.70	49.30	54.10
충남 아산시	34.50	29.30	32.30	36.30
충남 서산시	37.90	29.20	48.00	41.90
충남 논산시	37.80	32.40	39.10	42.80
충남 계룡시	12.20	11.20	24.10	17.70
전북 전주시	18.80	17.80	20.00	24.90
전북 군산시	24.60	18.30	31.80	22.10
전북 익산시	29.30	25.60	33.70	26.00
전북 정읍시	26.00	35.30	36.70	27.50
전북 남원시	19.00	26.00	39.90	37.20
전북 김제시	36.60	35.50	49.50	39.30
전남 목포시	17.30	17.30	20.60	21.70

시·군·구	2005	2006	2007	2008
전남 여수시	24.70	15.00	17.90	19.00
전남 순천시	17.40	19.20	19.60	18.50
전남 나주시	32.40	32.90	31.30	42.50
전남 평양시	20.30	13.80	18.00	24.30
경북 포항시	19.70	21.10	25.10	21.30
경북 경주시	22.40	27.30	30.80	33.60
경북 김천시	33.00	34.10	29.40	31.00
경북 안동시	33.00	31.80	33.30	32.20
경북 구미시	21.10	17.10	24.20	24.20
경북 영주시	38.20	31.30	37.90	39.30
경북 영천시	38.70	28.30	31.30	31.50
경북 상주시	37.70	32.00	33.50	42.50
경북 문경시	24.10	29.80	42.40	24.00
경북 경산시	23.70	15.60	24.20	19.00
경남 창원시	20.00	16.10	25.00	19.70
경남 마산시	23.90	24.10	23.60	27.30
경남 진주시	25.80	22.40	28.00	28.40
경남 진해시	20.80	18.90	26.50	22.90
경남 통영시	33.10	25.60	28.40	28.10
경남 사천시	34.80	25.90	33.80	35.50
경남 김해시	20.00	22.10	26.80	28.60
경남 밀양시	39.30	34.60	30.40	26.10
경남 거제시	25.90	21.20	23.90	22.60
경남 양산시	28.90	29.90	23.10	26.10
부산 기장군	41.30	17.60	36.50	33.60
대구 달성군	22.30	24.60	18.80	27.20
인천 강화군	38.30	39.70	36.40	43.30
인천 옹진군	26.30	93.50	35.90	23.30
울산 울주군	28.70	23.30	30.00	22.40
경기 여주군	37.50	37.30	20.80	39.20
경기 연천군	60.50	34.30	48.00	43.90

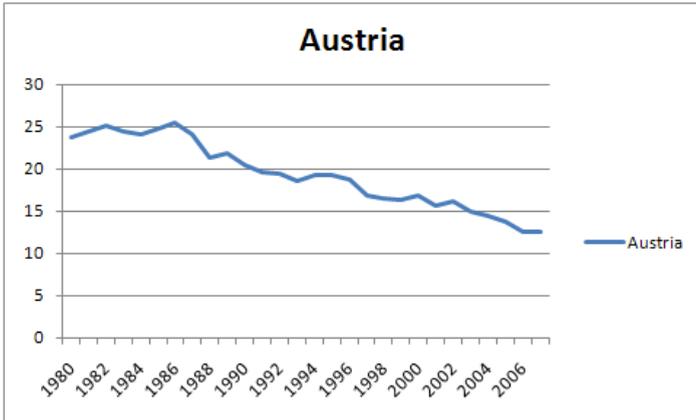
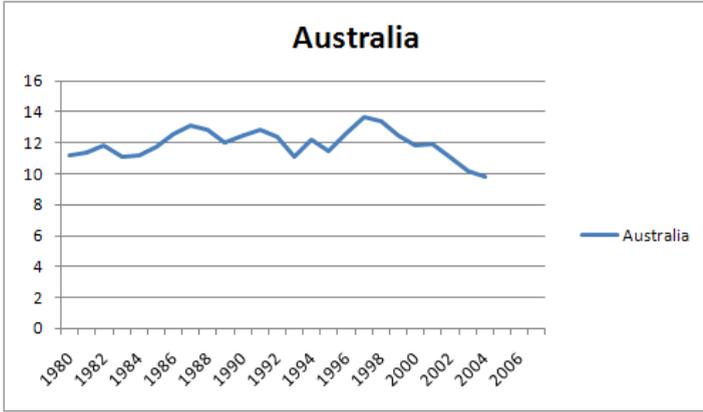
시·군·구	2005	2006	2007	2008
경기 가평군	47.40	29.20	34.40	42.60
경기 양평군	40.00	40.70	43.60	43.90
강원 홍천군	44.80	44.00	41.40	39.90
강원 횡성군	38.60	46.20	53.40	73.90
강원 영월군	57.20	56.10	42.10	57.10
강원 평창군	33.20	47.00	31.70	50.20
강원 정선군	31.20	41.20	70.60	53.00
강원 철원군	64.90	51.60	50.30	37.80
강원 화천군	45.80	34.00	47.60	63.80
강원 양구군	41.70	32.70	32.80	37.50
강원 인제군	30.60	24.50	43.40	34.50
강원 고성군	56.00	28.50	45.40	66.10
강원 양양군	68.60	55.40	52.50	38.90
충북 청원군	35.90	36.70	40.10	37.80
충북 보은군	23.90	35.40	47.50	22.70
충북 옥천군	37.40	39.80	38.30	27.50
충북 영동군	34.50	39.00	41.60	25.90
충북 진천군	38.20	38.20	51.60	46.30
충북 괴산군	61.40	63.00	45.70	68.10
충북 음성군	35.00	28.90	30.80	38.20
충북 단양군	49.40	44.50	42.60	65.30
충북 증평군	16.30	22.90	19.50	25.30
충남 금산군	37.20	39.70	33.00	48.90
충남 연기군	40.30	34.70	44.20	45.40
충남 부여군	32.80	36.00	36.80	53.00
충남 서천군	40.00	36.20	37.20	37.80
충남 청양군	53.90	58.00	32.50	27.00
충남 홍성군	51.60	41.00	53.90	44.10
충남 예산군	47.10	38.80	40.40	39.60
충남 태안군	48.60	40.80	69.40	56.90
충남 당진군	36.10	41.60	34.50	33.70

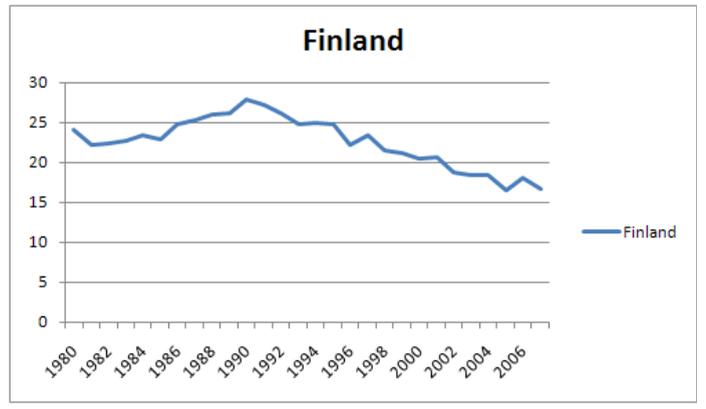
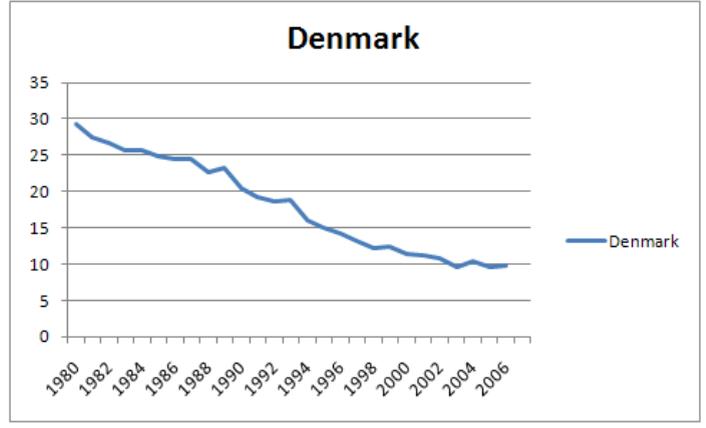
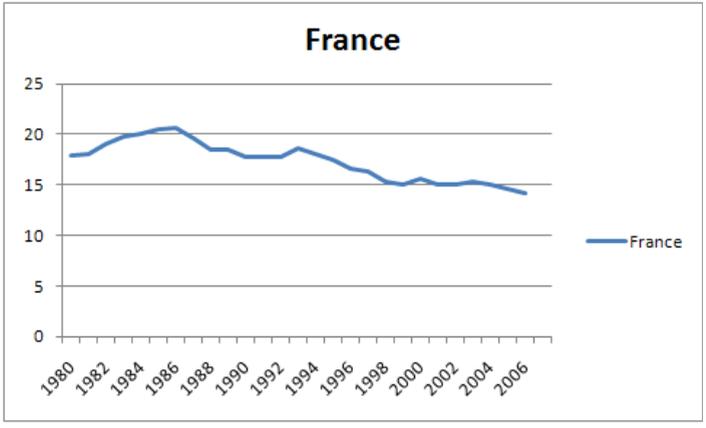
시·군·구	2005	2006	2007	2008
전북 완주군	27.70	24.00	49.30	36.00
전북 진안군	16.70	10.70	59.30	38.30
전북 무주군	26.90	35.10	34.80	42.00
전북 장수군	42.70	32.70	47.20	63.30
전북 임실군	36.60	40.30	50.10	76.10
전북 순창군	28.20	21.70	34.10	31.80
전북 고창군	45.00	55.70	34.10	47.80
전북 부안군	45.50	54.60	33.60	57.00
전남 담양군	29.70	25.80	35.70	32.40
전남 곡성군	20.40	41.30	38.80	21.20
전남 구례군	30.10	17.10	17.50	42.90
전남 고흥군	18.80	15.80	18.80	27.10
전남 보성군	33.50	20.90	33.10	39.60
전남 화순군	29.60	23.20	31.90	25.40
전남 장흥군	23.90	51.10	43.20	34.80
전남 강진군	25.50	23.60	38.40	29.10
전남 해남군	31.00	31.70	28.80	29.30
전남 영암군	16.10	24.30	24.50	28.10
전남 무안군	20.90	38.80	38.30	27.60
전남 함평군	34.80	27.90	33.90	26.50
전남 영광군	35.40	32.90	28.60	49.60
전남 장성군	40.30	39.20	33.60	44.70
전남 완도군	15.20	12.00	28.20	30.60
전남 진도군	27.10	30.40	28.10	28.70
전남 신안군	38.30	21.50	25.90	34.90
경북 군위군	31.80	47.80	53.40	50.90
경북 의성군	35.20	45.50	61.10	42.80
경북 청송군	43.80	48.50	32.00	43.50
경북 영양군	39.80	30.30	56.80	26.40
경북 영덕군	35.20	24.10	26.70	30.20
경북 청도군	63.50	36.60	37.10	42.10

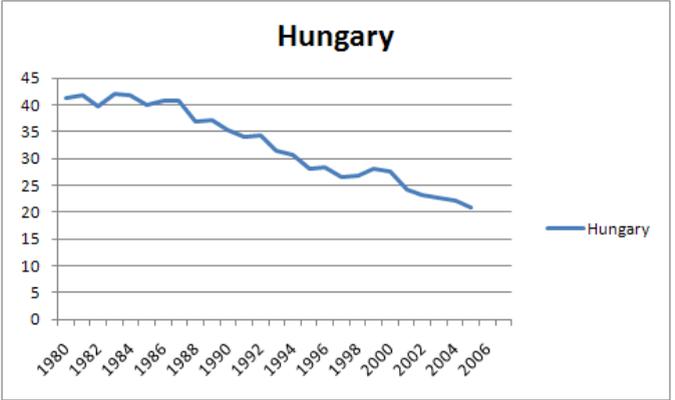
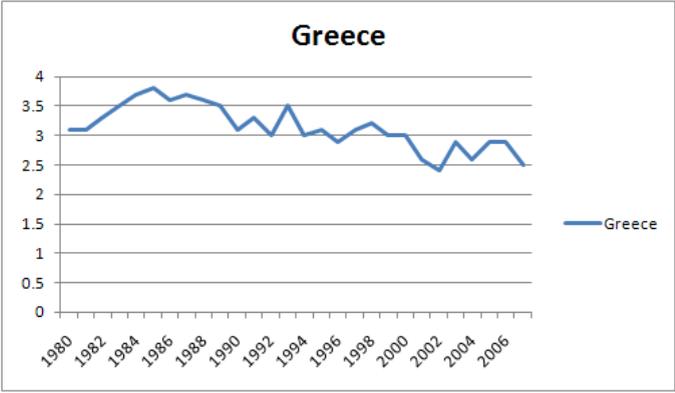
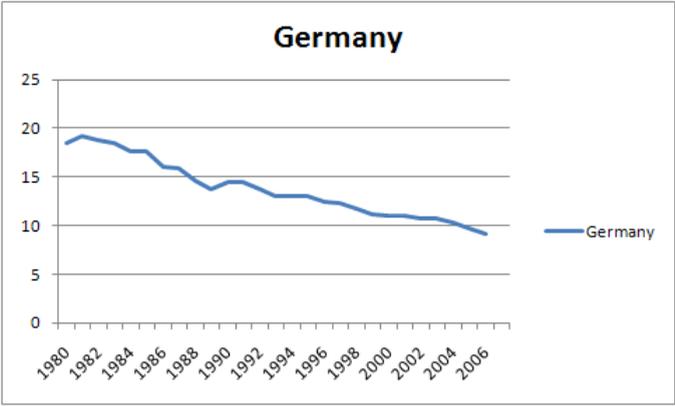
시·군·구	2005	2006	2007	2008
경북 고령군	17.40	34.80	23.00	14.40
경북 성주군	38.00	40.70	36.90	33.10
경북 칠곡군	33.60	20.10	16.90	28.70
경북 예천군	40.70	35.60	50.50	49.60
경북 봉화군	27.00	41.50	48.10	45.90
경북 울진군	29.50	34.00	16.50	20.60
경북 울릉군	-	20.20	19.60	9.90
경남 의령군	28.40	51.00	41.20	35.40
경남 함안군	35.60	46.50	51.40	58.10
경남 창녕군	52.00	53.10	44.50	53.30
경남 고성군	61.60	43.10	43.40	48.50
경남 남해군	55.30	40.90	45.40	51.10
경남 하동군	33.30	32.10	38.70	40.40
경남 산청군	71.10	38.90	33.80	48.40
경남 함양군	38.30	33.90	48.90	12.30
경남 거창군	19.90	26.40	37.50	33.00
경남 함천군	25.80	49.40	56.10	54.00
서울 종로구	29.70	19.00	16.20	20.80
서울 중구	27.50	13.00	19.20	31.50
서울 용산구	26.50	18.60	23.90	23.20
서울 성동구	16.80	17.00	24.60	25.00
서울 광진구	18.30	15.20	18.60	18.10
서울 동대문구	22.10	21.80	21.70	23.00
서울 중랑구	23.90	23.40	20.40	25.50
서울 성북구	22.10	19.00	20.20	19.30
서울 강북구	19.60	15.70	26.20	25.30
서울 도봉구	20.70	14.50	24.20	22.10
서울 노원구	17.00	21.30	20.10	22.60
서울 은평구	22.30	16.30	22.30	20.30
서울 서대문구	21.10	14.90	20.40	23.50
서울 마포구	18.10	18.00	19.20	21.60

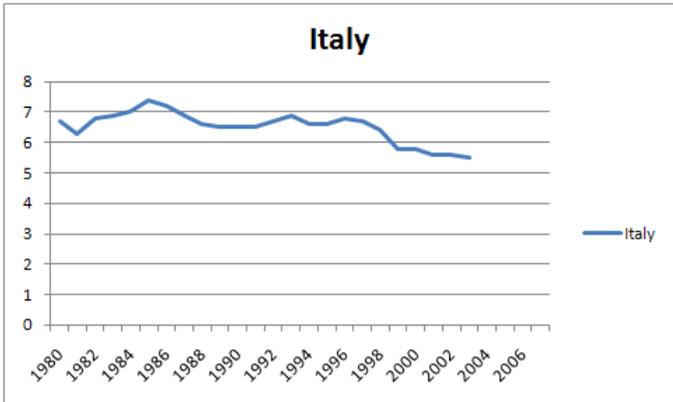
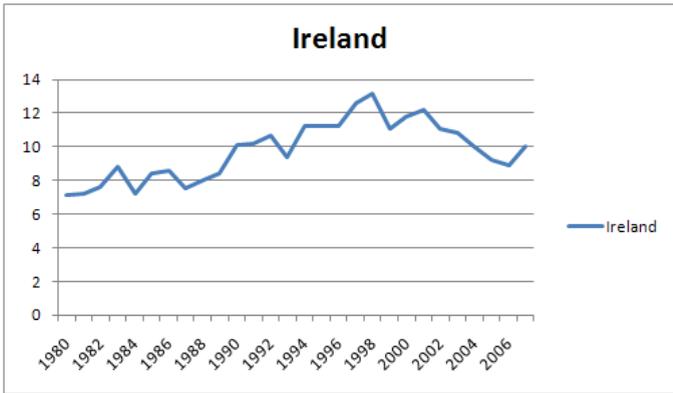
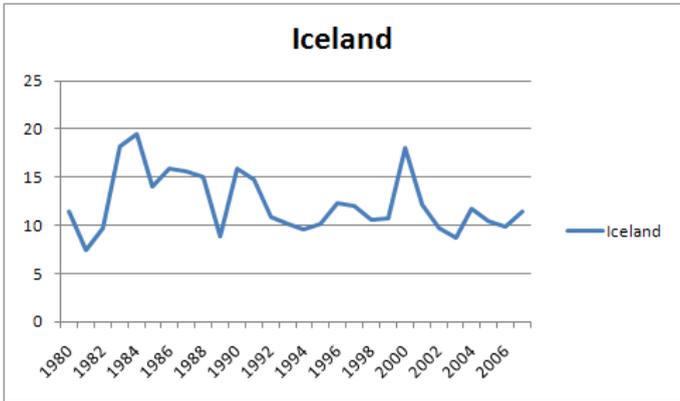
시·군·구	2005	2006	2007	2008
서울 양천구	14.90	14.80	20.10	16.30
서울 강서구	19.50	20.40	19.90	25.30
서울 구로구	19.90	15.50	19.50	15.70
서울 금천구	24.40	25.10	20.30	23.80
서울 영등포구	21.10	18.10	19.30	24.00
서울 동작구	15.30	14.40	18.20	22.60
서울 관악구	21.10	14.10	18.50	25.00
서울 서초구	16.90	16.00	17.40	19.20
서울 강남구	18.30	11.30	18.40	19.30
서울 송파구	16.90	16.30	18.00	17.60
서울 강동구	19.20	16.00	18.10	20.10
부산 중구	32.30	23.40	37.70	34.10
부산 서구	33.30	27.60	29.00	28.20
부산 동구	36.60	30.40	27.40	29.90
부산 영도구	28.60	18.00	20.40	32.50
부산 부산진구	24.80	26.70	25.00	29.60
부산 동래구	26.30	22.30	20.20	28.90
부산 남구	23.70	17.70	26.60	22.50
부산 북구	27.50	16.20	20.70	23.60
부산 해운대구	26.50	24.00	28.50	28.50
부산 사하구	26.80	21.70	25.70	24.10
부산 금정구	20.20	25.70	28.30	27.60
부산 강서구	46.10	26.20	36.20	30.80
부산 연제구	20.50	18.00	24.80	25.40
부산 수영구	19.50	26.40	17.40	24.20
부산 사상구	29.70	20.40	27.90	31.20
대구 중구	17.50	21.40	35.50	31.70
대구 동구	20.00	22.90	23.70	34.80
대구 서구	31.00	25.10	23.30	24.40
대구 남구	26.60	30.00	24.50	31.70
대구 북구	22.70	17.80	21.30	20.30

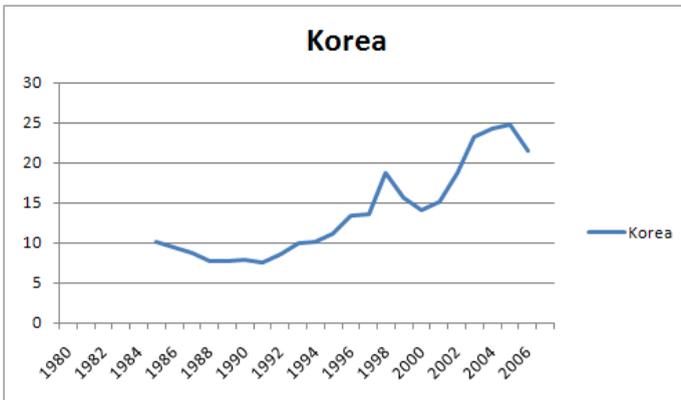
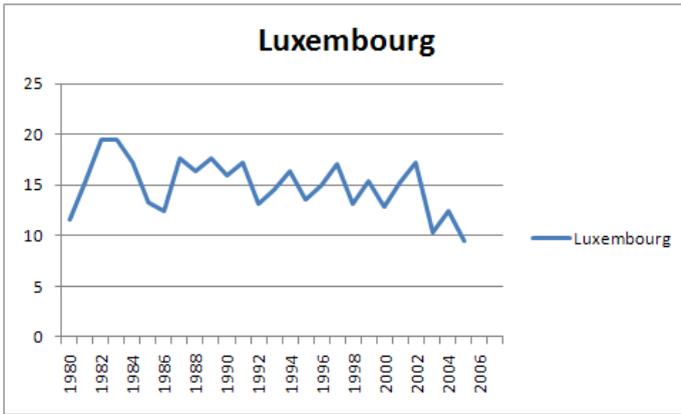
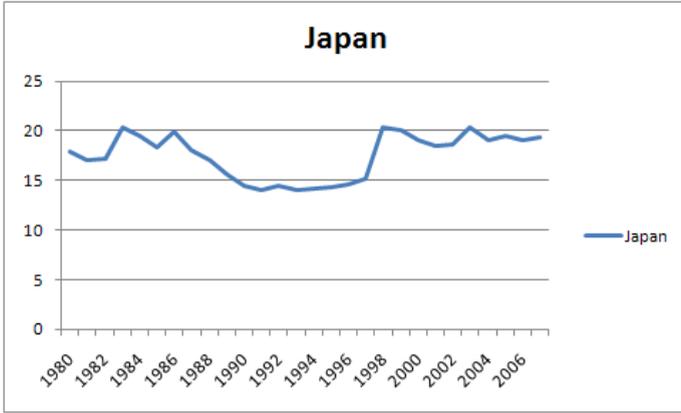
부록 2. OECD 각국의 10만명당 자살률 추이: 1980~2006년

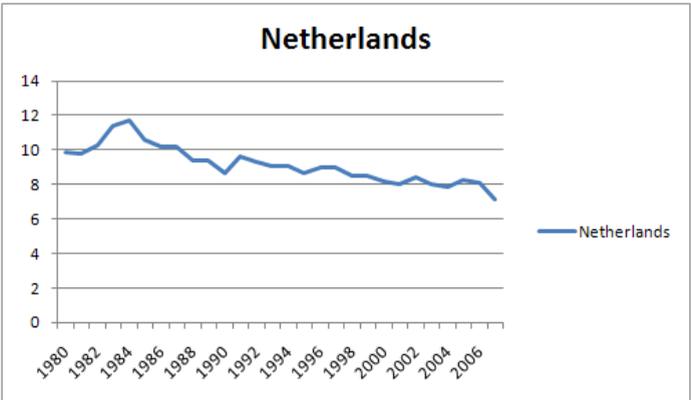
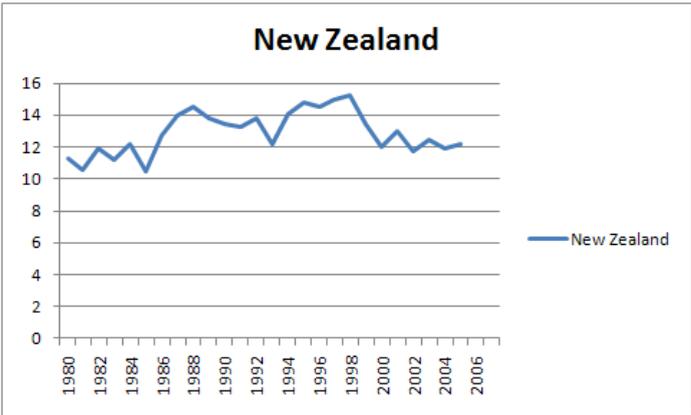
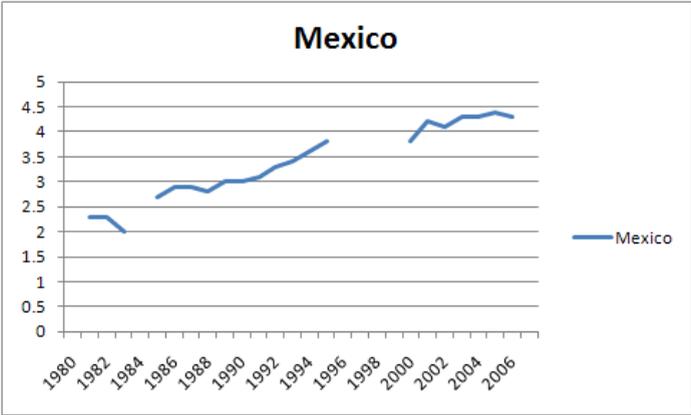


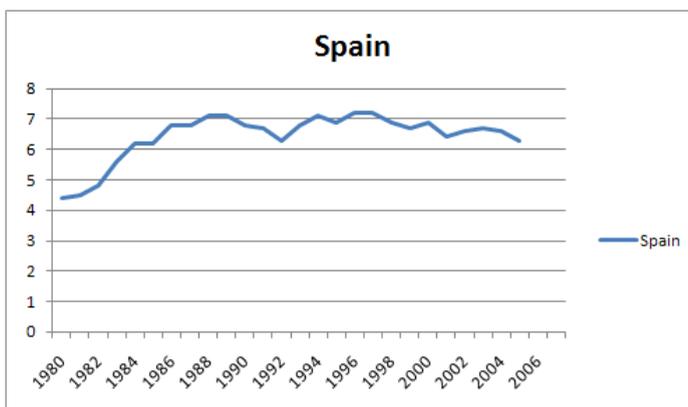
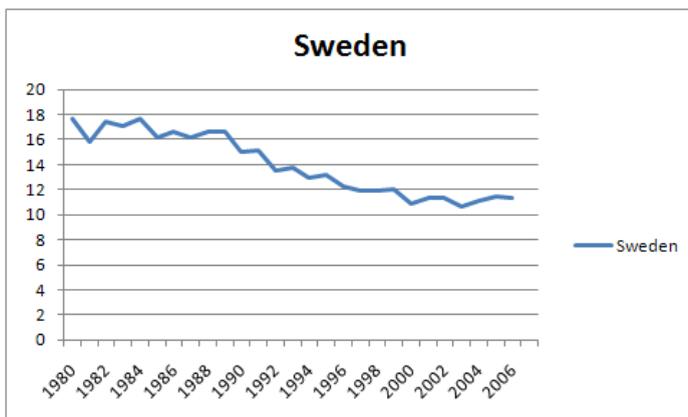
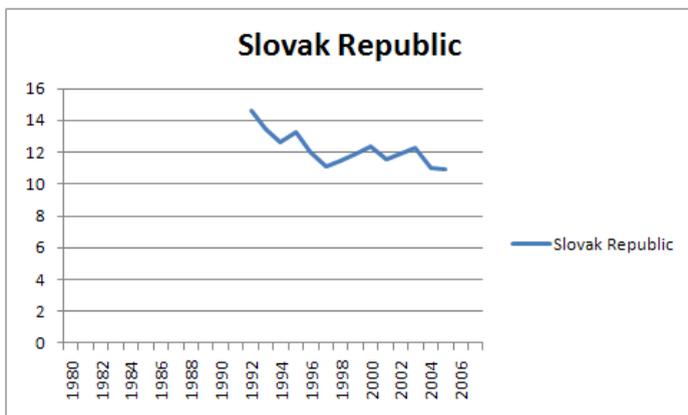


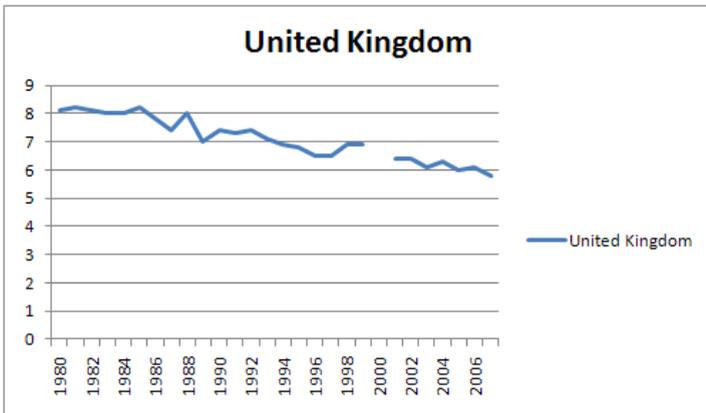
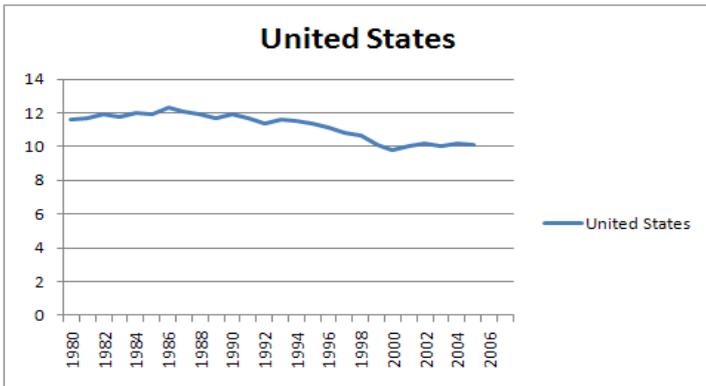
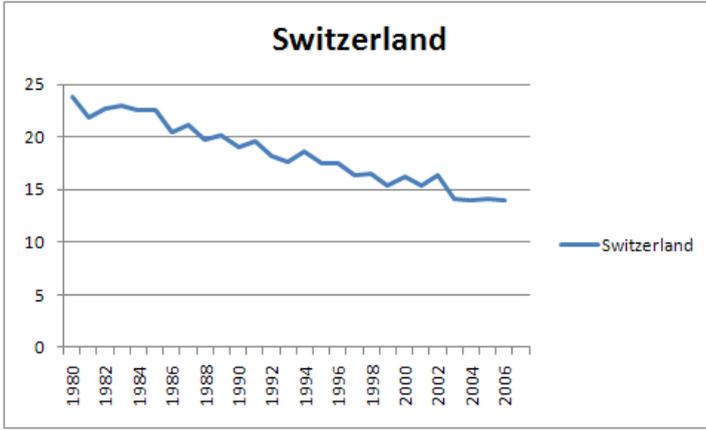












간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 국제협력홍보팀
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8303)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ▪ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ▪ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ▪ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ▪ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ▪ Yes24 http://www.yes24.com | ▪ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute of Health & Social Affairs

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000
연구 2010-02	회귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실바아	5,000
연구 2010-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	6,000
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	미정
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정신	5,000
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금급금 해위투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000
연구 2010-12	한국 제3세대 육상방안에 대한 연구	노대명	8,000
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000
연구 2010-15	지활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지사본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000
연구 2010-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000
연구 2010-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	2010년 한국의 보건복지 동향	장영식	10,000
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000
연구 2010-30-1	저출산 원인과 피급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산을 관계 연구	김은정	5,000
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000
연구 2010-30-7	저출산-고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은재(외부)	6,000
연구 2010-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	미정

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	엄지혜	5,000
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000
연구 2010-30-19	에비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	5,000
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-30-22	저출산고령사회 대응관련 쟁점 연구	이소정	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000
연구 2010-31-2	2010 보건복지제정의 정책과제	유근춘	9,000
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000
연구 2010-31-7	건강보험 재정평가	신영식	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	8,000
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	11,000
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	미정
연구 2010-32-3	건강비율의 건강영향평가	최은진	5,000
연구 2010-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	9,000
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영(1년차)	신호성	14,000
연구 2010-35	취약위기와 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리(1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축(1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	11,000
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서	정영호	미정
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영(10년차)	정영철	7,000
연구 2010-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(2년차)	이연희	5,000
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-03	신의료기술의 패턴 변화에 따른 의사결정체제의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박살비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석(Ⅰ)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	이동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기 유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회지본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생활활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합 연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가-법제정 10년의 제도운영 점검	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶: 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	지활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급의자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000