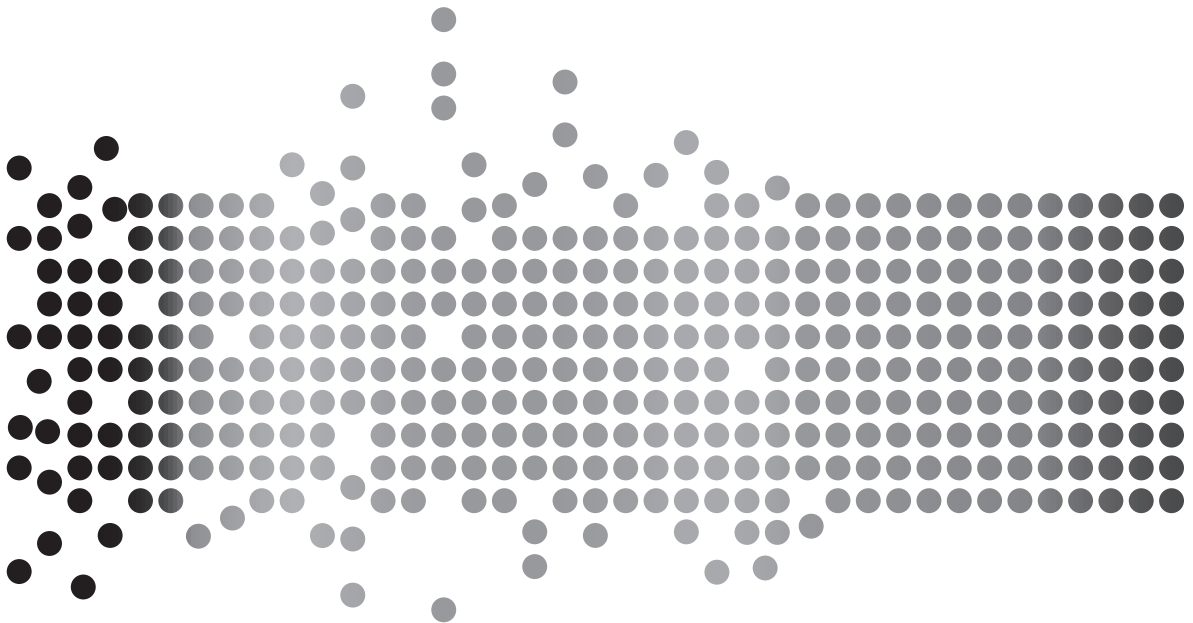


우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제

Policy issues and directions for a rapid increase in suicides in Korea

이상영 · 노용환 · 이기주



연구보고서 2012-64

우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제

발행일	2012년
저자	이상영 외
발행인	최병호
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	장애인고용안정협회
가격	5,000원

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-6827-008-6 93510



머리말

우리나라의 인구 10만명당 자살률은 2010년 31.2명으로 OECD 국가 중 가장 높은 수준을 보이고 있다. 우리나라의 자살률은 2006년 21.8명, 2008년 26.0명, 2009년 31.0명 등으로 그 증가속도도 매우 빨라 2010년을 기준으로 악성신생물, 뇌혈관 질환, 심장 질환에 이어 네 번째의 주요 사망원인이 되고 있다.

일반적으로 자살은 개인이 처한 사회·문화적 환경이나 우울증 등 개인적인 속성에 크게 영향을 받는 것으로 알려져 있다. 우리나라의 경우는 이러한 전통적인 자살 원인 외에 외환위기 전후의 구조조정과 경쟁구조 심화, 소득불평등 확대, 인구구조의 고령화, 이혼율 증가, 출산율 저하, 혼인연령의 상승, 인터넷의 보급 확대 등의 사회·경제적 여건 변화가 자살률을 증가시키는 요인으로 지적되고 있다.

이에 본 연구는 지역별·연령별 패널자료와 OECD 국가와의 국제비교 등을 통해 우리나라의 총량적인 자살실태를 파악하고, 사회경제 부문의 총량지표와 자살률 간의 관계, 개인차원의 자살의 발생원인 분석 등을 통해 자살예방에 필요한 현안과제를 도출하고 있다. 특히 자살예방 정책을 제한함에 있어 일자리·소득·소득불평등 등 경제적인 측면, 고령화·혼인율·이혼율·출산율 등 인구사회학적인 측면, 기타 심리치료 및 건강한 생활 유지 등 보건·의료 측면에서의 다양한 대책을 모색하고 있다.

본 연구는 우리 연구원의 이상영 건강보장연구실장과 노용환 서울여

자대학교 경제학과 교수, 우리 연구원의 이기주 연구원에 의해 수행되었다. 연구진은 본 연구의 원고를 검토하고 귀중한 조언을 아끼지 않으신 경희대학교 백종우 교수, 중앙대학교 이선희 교수, 본 원의 최정수 연구위원, 윤강재 부연구위원께 깊은 감사를 표하고 있다.

2012년 12월

한국보건사회연구원장

최 병 호

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	13
1. 연구의 배경 및 목적	15
2. 연구방법 및 내용	18
제2장 자살실태 분석	21
1. 자살률의 시계열 추이	23
2. 성별·연령별 자살률	25
3. 지역별 자살자수 및 자살률	28
4. 학력별, 직업별, 혼인상태별 자살자수	41
5. 자살의 계절성	45
제3장 자살원인 분석	49
1. 사회자본과 자살	51
2. 자살생각의 결정요인 추정	59
제4장 자살예방정책에 주는 시사점	75
1. 인구·사회학적 측면에서 자살예방 정책에 주는 시사점	83
2. 경제적 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점	84
3. 보건·의료 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점	86

제5장 결론 89

참고문헌 97

표 목차

〈표 2-1〉 광역시·도별 자살자수 및 자살률 비교	28
〈표 2-2〉 시·군·구별 자살률 순위_남성	32
〈표 2-3〉 시·군·구별 자살률 순위_여성	34
〈표 2-4〉 성별·연령별·지역별 자살률 격차	37
〈표 2-5〉 학력별, 직업별, 혼인상태별 자살자수 비교	43
〈표 2-6〉 우리나라의 월평균 자살자수	46
〈표 3-1〉 추정에 사용한 변수의 정의 및 평균	60
〈표 3-2〉 우리나라의 성별 자살생각, 자살시도, 실제자살률	62
〈표 3-3〉 우리나라의 성별 자살생각, 자살시도, 실제자살률	64
〈표 3-4〉 자살생각 결정요인	70
〈표 4-1〉 국가별 자살예방대책 비교	78
〈표 4-2〉 국가별 자살예방 효과 비교	79

그림 목차

[그림 1-1] OECD 국가의 자살률	16
[그림 2-1] 우리나라의 성별 자살률 추이	24
[그림 2-2] 2000년과 2011년의 연령별 자살률 비교	25
[그림 2-3] 우리나라의 연령별 자살률 비교_전체	26
[그림 2-4] 우리나라의 연령별 자살률 비교_남성	27
[그림 2-5] 우리나라의 연령별 자살률 비교_여성	27
[그림 2-6] 광역시·도별 자살자수 비교	30
[그림 2-7] 광역시·도별 자살률 비교	30
[그림 2-8] 학력별 자살자수 비교	42
[그림 2-9] 직업별 자살자수 비교	42
[그림 2-10] 혼인상태별 자살자수 비교	43
[그림 2-11] 우리나라의 월별 남성 자살자수 추이	46
[그림 2-12] 우리나라의 월별 여성 자살자수 추이	47
[그림 3-1] 사회자본과 소득간의 관계	53
[그림 3-2] OECD 국가의 사회자본과 자살률	54
[그림 3-3] OECD 국가의 신뢰와 자살률	55
[그림 3-4] OECD 국가의 법원에 대한 국민의 신뢰와 자살률	55
[그림 3-5] OECD 국가의 부패와 자살률	56
[그림 3-6] OECD 국가의 소득불평등과 자살률	56
[그림 3-7] OECD 국가의 WDI기준 소득불평등과 자살률	57
[그림 3-8] OECD 국가의 종교와 자살률	57
[그림 3-9] OECD 국가의 소득과 자살률	58
[그림 3-10] 우리나라의 자살증가율과 소득10분위배율 변화 추이	58

Contents

[그림 3-11] 자살생각 분포도	63
[그림 3-12] 자살 시도 분포도	63
[그림 3-13] 우리나라의 성별·연령별 자살 시도 비율	65
[그림 3-14] 우리나라의 성별·연령별 자살생각 비율	66
[그림 3-15] 우리나라의 성별·연령별 자살률	66
[그림 3-16] 연령이 자살생각 확률에 미치는 한계효과	71
[그림 3-17] 소득이 자살생각 확률에 미치는 한계효과	71
[그림 3-18] 연령별 우울증 유병경험 비율	73
[그림 5-1] 개인의 자살행위를 촉발하는 요인들	93
[그림 5-2] 자살행위의 연속성	94



Abstract

Policy issues and directions for a rapid increase in suicide in Korea

Korea has the highest suicide rates among the OECD country. The rate of suicide was risen sharply since mid-1990s. Fast population aging of the country affects an increase in suicide rates. The suicide rates had been rising sharply in the recession of 1998 and 2008. Suicide rates in rural areas of Korea are significantly higher than the national average. Suicide is the leading cause of death among 10- to 19-year-old youth, and also among the nation's labor force in the core age group of 20 to 39. Unstable employees in their 40s and 50s, and the elderly who is not prepared for their later years leads Korea's suicide rates.

It is emphasized, in this study, that suicide rates can be controlled by proper treatment and prevention, as suicide is shown to be related to individual and environmental socioeconomic status. The treatment efforts of suicide should be done together to prevent suicidal behaviors, suicidal ideation, and complete suicide. High-risk group of suicidal behavior associated with depression, aging, economic difficulty, separation and divorce should be

2 • 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제

controlled by public mental health system. For the people who are in economic difficulty, it is also necessary to provide both urgent financial support and mental health service. For the healthy lifespan rather than mere life extension, socially taking care of the aged is required via vitalizing current ‘Senior Welfare Center’ and ‘Mental Health Center’.

요약

1. 연구의 배경 및 목적

- 우리나라의 자살률은 1990년대 외환위기를 전후로 급증하여 최근까지도 증가 추세에 있음.
- 우리나라는 OECD 회원국(표준인구 10만 명당 평균 12.9명) 중에서 가장 높은 33.5명(2010년 기준) 수준의 자살률을 기록하고 있을 뿐만 아니라, 자살증가 속도에 있어서도 가장 높은 수준을 기록하고 있음.
 - － 한국을 제외하고 지난 20년간 자살률이 증가한 국가는 일본, 폴란드 등 소수 국가에 불과하며 그나마 소폭 상승에 그치고 있고, 나머지 대부분 국가의 자살률이 감소하는 가운데, 우리나라만 급증하는 모습을 보이고 있음.
- 통계청 발표 「사망원인통계」에 의하면 자살은 우리나라의 사망원인 순위 중 1993년 9위에서 2002년 7위로, 그리고 2004년부터 현재까지 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4번째 주요 사망요인으로 부상하였음.
 - － 서구 선진 국가와 달리 청소년(10-19세) 자살률이 심각하게 높은 수준은 아니지만, 청소년 사망원인 1위가 자살로 나타나고 있음.

4 • 우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제

— 가장 왕성한 노동연령층인 20-39세 국민의 사망원인 1위도 자살로 나타나고 있는데, 고용불안의 1차적인 피해자인 중장년 남성과 노후대비가 불충분한 노년층의 자살률은 양적으로 우리나라의 함께 자살률을 주도하는 요인으로 작용하고 있음.

○ 외환위기 전후의 구조조정과 경쟁구조 심화, 소득불평등 확대, 인구구조의 고령화, 이혼율 증가, 출산율 저하, 혼인연령의 상승, 인터넷의 보급 확대 등 경제·사회를 둘러싼 급속한 환경변화 속에서 자살률이 급증하고 있어 전통적인 자살의 원인 외에 한국적인 자살률 증가 속성을 면밀하게 찾아볼 필요가 제기되고 있음.

□ 본 연구는 우리나라의 지역별·연령별 패널자료 및 OECD 국가와의 국제비교를 통해 총량적 자살 실태를 기술적·다면적으로 파악하고, 경기지표(경제성장률, 실업률, 부도율 등)와 사회지표(소득불평등도, 이혼율, 혼인율, 출산율 등) 등의 총량지표가 자살률과 어떠한 관계를 맺고 있는지를 정량적 분석을 실시함.

○ 아울러 「국민건강영양조사자료」를 이용하여 자살생각과 자살시도 확률방정식을 추정함으로써 개인적인 차원에서 자살이 발생하는 원인을 면밀하게 분석하고자 하고자 함.

○ 이러한 연구결과를 통해 본고에서는 자살 예방에 필요한 현안과제들을 도출하여 제시함.

II. 주요 연구결과

1. 자살 발생 실태 분석

- 지난 20여 년간 우리나라의 성별 자살률 추이를 보면 장기 증가 추세에 있으며, 거의 모든 나라에서와 마찬가지로 남성의 자살률이 여성에 비해 높고, 특히 자살률의 성별 격차가 점차 커져 2011년 현재 남성의 자살률이 여성의 자살률을 2배 이상 상회하고 있는 것으로 나타났다.
- 1997년 경제위기와 2008년 글로벌 금융위기 직후 자살률의 급상승이 남자에게서 더 민감하게 반응하는 것으로 관찰되었는데, 이후 다시 반전되거나 완화되기는 했으나 경제위기로 인한 심리적 상실감이 어느 정도 자살로 표출되었을 가능성을 시사하고 있음.
- 또한 연령에 따라 증가하는 것으로 나타나 있는데, 우리나라의 자살 급증 원인이 바로 중장년층과 노년층의 급격한 자살자수 증가에 기인하고 있다는 것을 잘 보여주고 있음.
- 광역·시·도별 남성 자살률은 강원도가 52.8명으로 가장 높으며, 충남 52.5명, 충북 50.5명, 전북 49.3명 등의 순으로 나타났다.
- 반면에 여성은 서울 14.8명으로 가장 낮게 나타났으며, 강원도가 24.4명으로 가장 높은 지역으로 나타났다.
- 광역·시·도별 자살률 변화를 보면 모든 지역에서 증가하였는데, 특히 충북(남자)가 25.7명으로 가장 많이 증가한 것으로 나타났으며, 이어서 전북(남자) 25.6명, 강원(남자) 21.5명 순으로 나타났다.
- 학력별 자살자수를 비교해 보면 고등학교 학력의 남성과 여성의 자살자수 증가가 가장 크게 나타났으며, 직종 또한 남·여 모두에게서 무직이 가장 큰 비중을 차지하고 있음.

- 직업별 자살자수는 무직·가사·학생 신분의 남자 및 여자가 크게 증가 증가하였고, 이어서 서비스직과 사무직 남자의 자살자수도 크게 증가한 것으로 나타났다.
- 혼인상태별 자살자수를 비교해 보면 배우자가 있는 남자의 자살자수 증가가 가장 크게 증가하였으며, 이어서 미혼 남자, 배우자가 있는 여자 등의 순으로 자살자수가 크게 증가한 것으로 나타났다.
- 우리나라의 경우도 월별 자살자수 추이를 보면, 강한 계절성을 나타내는 가운데, 장기적으로는 증가추세에 있음을 알 수 있음.
 - 특히 남자와 여자 모두 5월 자살자수가 가장 많은 것으로 나타났다.
 - 반면 남녀 모두 12월, 1월, 2월 겨울철 자살자수는 다른 계절에 비해 낮게 나타났다.

2. 자살원인 분석

- 자살은 삶의 만족도에 대한 개인의 최종평가로 볼 수 있는데, 자살에 방책을 찾는 과정에서 자살을 ‘사회자본’ (social capital)과 복지의 관계로 연계시켜 해석하려는 시도는 자연스러운 선택임.
- 사회자본은 물리적 자본에 대비되는 개념으로 Putnam(2001)은 “사회구성원들 사이에 협력을 수월하게 함으로써 사회의 효율성을 향상시킬 수 있는 ‘신뢰’(social trust), ‘규범’(norm), ‘네트워크’(network) 등”으로 파악하고 있음.
 - 사회자본은 가족이나 공동체 등 사회집단 내에서 가용한 자원을 총체적으로 일컫는 사회발전의 원동력으로 인식되고 있으며, 국내외의 많은 연구결과들이 사회자본이 경제발전에 정(+)의 유의한 영향을 미침을 입증하고 있음.

- OECD 국가의 사회자본 관련 지표와 소득수준 사이의 관계를 보면, 사회구성원간의 ‘신뢰’(trust)가 두텁고 정부의 제도적 수준이 높으며, 반면에 소득불평등도가 낮은 사회일수록 소득수준이 높음을 알 수 있음.
- 선형적으로 유추해 보건대 사회자본이 삶의 만족도를 증가시키고 이것이 소득수준 향상과 밀접한 관련이 있는 것으로 해석해 볼 수 있음.
- 하지만 OECD 국가의 사회자본 관련 지표와 자살률 사이의 관계를 보면, 사회구성원간의 신뢰나 종교가 삶의 만족도를 결정하는 중요한 요인일 수는 있으나 자살을 결정하는 핵심 요인이라는 주장하기 어려움.
 - 소득불평등도가 높은 국가의 자살률이 낮은 경향을 보이고 있는데, 이는 소득불평등도가 낮은 사회일수록 소득수준이 높고 오히려 소득수준이 높은 국가일수록 자살문제가 심각해 질 수도 있음을 시사함.
 - 따라서 사회자본이 삶의 만족도를 증가시키고 이것이 자살률의 감소와 밀접한 관련이 있을 것이라는 추론은 일관된 주장으로 받아들이기 어려움.
- 국민건강영양조사를 이용하여 자살생각 결정요인 추정하고자 함.
 - 분석대상 표본은 19세 미만 표본의 경우 사춘기 호르몬 상승이, 81세 이상 노인층의 경우 질병과 같은 특정 위험을 가지고 있을 가능성이 많아 이러한 요인이 자살에 미치는 영향을 사전에 통제하기 위해 19세 이상 80세 이하로 한정함.
 - 주요 분석결과는 살펴보면 첫째, 자살생각은 연령이 높아짐에 따라 지속적으로 증가하는 실제 자살률 통계와는 달리 연령이 증가하면서 감소하다 다시 증가하는 U자형 곡선의 형태를 보이고 있음.

- 자살은 분명한 ‘성 격차’ (gender differences)를 보인다는 점으로, 자살생각은 실제 자살률과는 달리 여성이 남성보다 유의한 수준에서 높게 나타났음.
- 실제 자살률은 도시지역에 비해 농어촌 지역에서 수도권지역에 비해 비수도권지역에서 높게 나타나는데 비해, 거주지(농촌 혹은 도시)와 가구규모 등이 자살생각에는 유의한 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 분석되었음.
- 남자의 경우 동거인을 포함하는 유배우자의 경우 통계적으로 유의한 수준에서 이혼·별거·사별 등 집단에 비해 자살생각을 덜 하는 것으로 나타났지만, 여성의 경우 배우자 유무가 자살생각에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났음.
- 남녀 모두 취업유무가 자살생각에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났으나, 소득이 높을수록 통계적으로 유의한 수준에서 자살생각에 미치는 영향이 낮은 것으로 추정되었고, 남녀 모두 유의한 수준에서 중졸 이하의 저학력자 집단에서 고졸이상 학력 집단에 비해 상대적으로 자살생각을 더 많이 하는 것으로 나타났음.
- 음주빈도는 자살생각에 유의한 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 분석되었으나, 흡연자 집단은 상대적으로 비흡연자 집단에 비해 더 자살생각을 할 확률이 높은 것으로 나타났음.
- 마지막으로 우울증 정도가 심할수록, 알코올 중독위험이 높은 집단일수록 유의한 수준에서 자살생각에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났음.

3. 자살예방정책에 주는 시사점

□ 인구사회학적 측면에서 자살예방 정책에 주는 시사점

- 우리나라의 자살급증은 급속한 고령화와 밀접한 관련이 있는 것으로 관측되고 있는데, 급속한 고령화는 노인들이 가난, 고독, 질병, 무직업에 대응할 충분한 물질적·정신적 여유를 갖지 못한 채 진행되어 왔음.
 - 실증분석 결과 남자의 경우 유배우자가 이혼·별거·사별 집단에 비해 자살생각을 덜 하는 것으로 나타났는데, 독거노인을 위한 정책적 대안 마련이 필요함.
- 또한 우리 미래의 주역인 청소년층 사망원인 1위가 자살로 나타나 있는데, 미래의 주역이자 꿈을 펼쳐야 하는 청소년층의 우울증 원인이 되는 학교폭력문제, 학습장애문제 등을 해결하고, 청소년을 대상으로 우울증 및 자살에 대한 정책적 대응이 필요함.
- 즉, 사회적 차원에서는 사회적 지원네트워크를 확대하고, 소그룹 및 종교적 치유그룹을 확대해 가야 함.
- 정책적 차원에서는 자살하려는 사람들이 원천적으로 자살수단에 접근하지 못하도록 위험환경에 대해 안전점검을 하고, 자살방지정책을 개발해야 함.

□ 경제적 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점

- 우리나라는 지난 반세기 동안 압축적인 빠른 경제성장을 통해 발전해 왔는데, 이 과정에서 경제적 능력을 제대로 갖추지 못한 소외계층을 양산하게 되고 경쟁을 통해 부를 가지게 된 경제주체들도 공통의 가치를 추구하는 사회적 공동체를 만들어 내지 못해 자살을 예방하지 못하였음.
 - 비경제활동인구의 자살이 전체 자살사망자에 비해 많고 도시지

역보다는 농어촌지역 1차산업 종사자들의 자살지수가 높게 나타나고 있는 것도 특징임.

- 경제적 위기상황이 반드시 자살을 초래한다고 확신할 수는 없지만 외환위기 시기인 1998년 이후 자살률이 급격히 증가한 사실에 비추어 본다면 경제상황의 위기가 자살률에 영향을 미치지 않는다고는 단언하기 어려움.
- 경제적 요인에 의해 발생하는 자살을 예방하기 위해서는 실직 등으로 경제적 곤란에 처한 가계에 대해서는 긴급재정지원과 정신건강서비스 지원 노력을 강구하고, 신용불량자들에 대해서는 개인파산 허용 후 인생 2라운드가 가능하도록 지원하며, 저소득층에 대해서는 정신과 진료비를 지원하는 등 개인의 속성별로 세심한 관심과 구체적인 지원이 필요함.

□ 보건·의료 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점

- 지난 20여년간 자살이 국민 전체의 사망률에서 차지하는 비중은 계속 증가해 왔는데, 자살의 중요 원인으로 분석되어 온 우울증과 같은 정신건강비용 부담 역시 증가해 왔음.
 - 자살은 더 이상 개인의 문제가 아니라 보건·의료 측면에서의 사회적 문제라고 할 수 있음.
- 우울증 및 알코올중독과 같은 정신의학적 문제와 관련이 있는 것으로 분석되었는데, 이는 정신의학적 문제에 대한 적극적인 예방과 치료가 자살을 예방하는 주요 수단이 될 수 있음을 의미함.
 - 우울증에 대한 일반인들의 이해도를 높이는 노력을 하여 우울증 당사자는 물론이고 주변사람들의 도움으로 정신과 치료시기를 앞당길 수 있다면 자살예방에 큰 역할을 할 수 있을 것임.
- 또한 알코올중독환자들은 우울증에 걸릴 확률이 높아 알코올 소비량이 세계적으로도 많은 우리의 음주문화가 높은 자살률과 연계되

어 있을 가능성을 의심하지 않을 수 없음.

- 따라서 알코올중독 치료시스템 지원, 음주에 대한 규제 강화 등 건전한 사회적 분위기 조성을 위한 전략적인 노력이 필요함.

III. 결론 및 시사점

- 자살이라는 인간의 행위(혹은 선택)은 예측하기 어려운 속성을 가지고 있음.
 - 즉, 자살을 발생시키는 원인을 규명하여 유형화한다는 것 역시 개인의 입장에서 보면 의미 없는 작업일 수 있음.
 - 그럼에도 불구하고 많은 연구자들이 자살이라는 행위 자체뿐만 아니라 총량적인 현상에 대해 다양한 측면에서 이해하려 노력해 왔음.
- 우리나라의 자살률 증가추세는 1990년대 중반 이후 본격화 되었다고 할 수 있는데, 가장 큰 원인은 인구의 고령화 속도가 빨라지면서 중장년층과 노년층 남녀 자살률이 급증한데서 찾을 수 있음.
 - 1997년 외환위기와 2008년 글로벌 금융위기 등 두 차례에 걸친 경제위기는 전통적으로 경제적 책임을 크게 느껴온 중장년층 남자들의 자살률 증가세를 가속화 시켰음.
 - 세계적으로도 자살률은 여자보다 남자에게서 더 높게 나타나는데, 우리나라는 특히 남자로서 고등학교 학력, 무직, 유배우자인 경우 자살자수가 많으며, 수도권지역보다는 노인인구가 많은 비수도권 읍면 지역의 자살률이 높은 것도 특징임.
- 기존의 많은 연구결과를 보면 자살 원인은 다면적인 속성을 가지고 있음이 분명함.
 - 자살이유를 이해하기 어렵다는 것을 의미하면 동시에 자살이라는 병리적 현상을 치유하는 예방책을 수립하는 것도 매우 신중하고

섬세해야 함을 의미하기도 함.

□ 한가지 분명한 사실은 자살은 고립·소외된 집단에서 집중적으로 나타나고 있음.

○ 우리나라의 경우도 노후 준비 미비로 경제적으로 안정되지 못한 노인계층, 지역발전에서 소외된 농어촌과 비수도권 지역의 개인, 힘겹게 가정의 생계를 책임져야 하는 가장들, 이혼·독거·사별 가구, 우울증에 갇혀 지내고 있는 개인들에게서 자살생각비율과 실제 자살률이 높게 나타나고 있음.

○ 따라서, 자살을 예방하기 위해서는 자살행위의 강도가 낮은 단계에서부터 대상자를 선정하여 물질적·정신적으로 건강한 사회를 만들어야함.

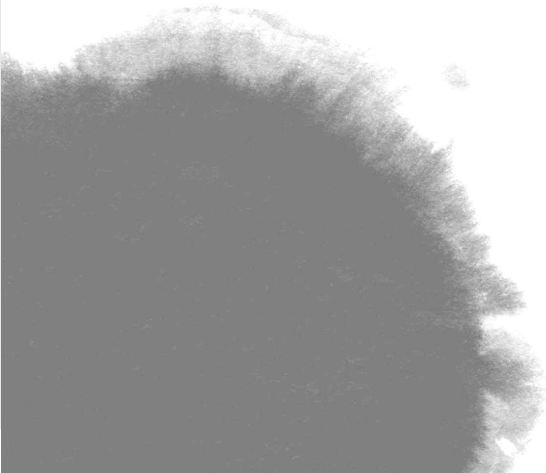
○ 건강한 사회란 생산의 효율성과 분배의 형평성을 만족시키고, 동시에 구성원 모두가 안정된 삶을 누리는 사회를 의미함.

○ 자살확률 방정식 추정결과에 빚대어 보면 행복은 생존의 기본적인 요소인 돈, 건강, 가족 그리고 개인의 자존심이나 사회적 유대감 그리고 자기실현의 기회 등 개인적 특성에 의해 결정된다고 볼 수 있음.

— 소득은 한 개인이 육체적·정신적 질병이나 고령화 등으로 경제적 능력이 상실되었을 경우 극한의 고통에 빠지지 않는 완충 역할을 해주기 때문에 저축이나 노후보장과 같은 사회안전망이 강조되어야 하고, 행복은 화목한 가정, 함께하는 따뜻한 사회의 구현 등 건강한 가정과 사회를 만드는 데서 찾아야 함.

1장

서론

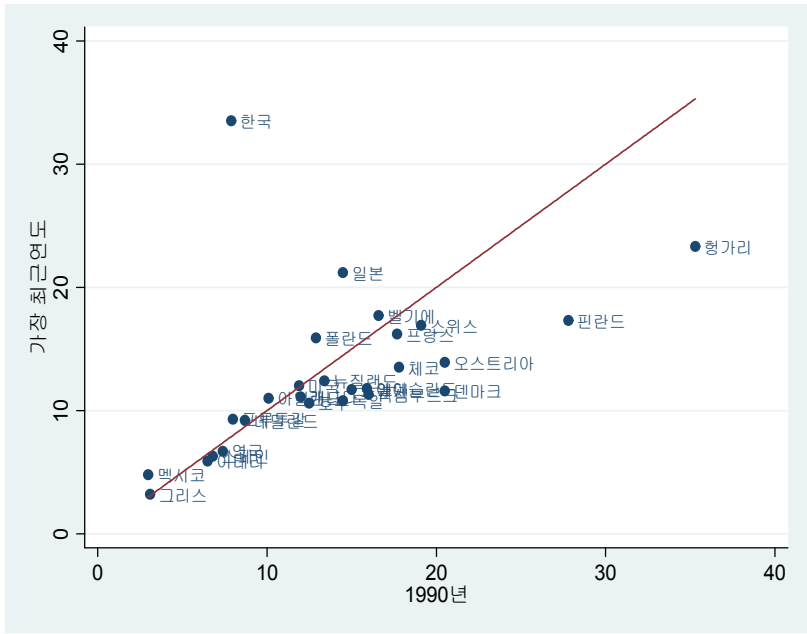


제1장 서론

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라의 자살률은 1990년대 외환위기를 전후로 급증하여 최근까지도 증가 추세에 있다. 우리나라는 OECD 회원국(표준인구 10만 명당 평균 12.9명) 중에서 가장 높은 33.5명(2010년 기준) 수준의 자살률을 기록하고 있을 뿐만 아니라, [그림 1-1]에서 보듯이 증가 속도에 있어서도 가장 높은 수준을 기록하고 있다. 한국을 제외하고 지난 20년간 자살률이 증가한 국가는 일본, 폴란드 등 소수 국가에 불과하며 그나마 소폭 상승에 그치고 있다. 나머지 대부분 국가의 자살률이 감소하는 가운데, 우리나라만 급증하는 모습을 보이고 있는 것도 놀라운 일이다.

[그림 1-1] OECD 국가의 자살률(인구10만명당)



자료: OECD Health Data(2012)를 이용하여 작성함

통계청 발표 「사망원인통계」에 의하면 자살은 우리나라의 사망원인 순위 중 1993년 9위에서 2002년 7위로, 그리고 2004년부터 현재까지 암, 뇌혈관질환, 심장질환에 이어 4번째 주요 사망요인으로 부상하였다. 서구 선진 국가와 달리 청소년(10-19세) 자살률이 심각하게 높은 수준은 아니나, 청소년 사망원인 1위가 자살로 나타나고 있으며, 가장 왕성한 노동연령층인 20-39세 국민의 사망원인 1위도 바로 자살로 나타나고 있다. 그리고 고용불안의 1차적인 피해자인 중장년 남성과 노후대비가 불충분한 노년층의 자살률은 양적으로 우리나라의 합계 자살률을 주도하는 요인으로 작용하고 있다.

자살은 다른 모든 조건이 동일하다 해도 일반적으로 사회·문화적 환경에 의해 영향을 받으며, 특히 개인적인 속성(우울증과 같은 심리적 상태)

이 강하게 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 우리나라의 자살동기와 관련하여 일반인들의 접근이 제한적인 경찰청 통계를 이용한 안명옥(2007)의 자료에 의하면 2002-2006년 기간 중 자살자들의 자살동기는 ‘엄세·비관’ (44.9%), ‘병고’ (23.5%), ‘치정·실연·부정’ (9.0%), ‘가정불화’ (6.5%), ‘정신이상’ (6.2%), ‘빈곤’ (4.8%), ‘사업실패’ (3.2%), ‘낙망’ (1.9%) 등의 순으로 다양하다. 우리나라 같은 경우는 외환위기 전후의 구조조정과 경쟁구조 심화, 소득불평등 확대, 인구구조의 고령화, 이혼율 증가, 출산율 저하, 혼인연령의 상승, 인터넷의 보급 확대 등 경제·사회를 둘러싼 급속한 환경변화 속에서 자살률이 급증하고 있어 전통적인 자살의 원인 외에 한국적인 자살률 증가 속성을 면밀하게 찾아볼 필요가 제기된다.

이와 관련한 기존의 연구결과를 보면 먼저 노용환(2006)의 경우 자살 확률을 설명하는 이론모형을 도출하고 이를 통해 우리나라 광역 시·도별 장기 패널자료를 이용한 실증분석을 통해 평생기대효용의 현재가치를 극대화하는 개인이 왜 자신의 소득수준과 현재 연령 등에 따라 자살을 선택하게 되는지를 분석하였다. 이 연구에 의하면 자살률의 증가 요인이 실업 등 경기적인 요인보다는 높은 인구고령화와 도시화에 기인함을 실증적으로 보여주고 있다. 노용환(2007)의 연구는 우리나라 1998년의 자살률 급증이 경제위기의 후유증과 관련이 있는지를 규명하기 위해 총량적인 접근 대신에 「국민건강영양조사」 자료를 기반으로 프로빗 모형을 이용하여 자살생각 경험으로 측정한 자살위험의 미시적 결정요인을 분석하였다. 그 결과 우울증과 스트레스 등 자살위험에 미치는 중요한 요인으로 알려진 개인적인 특성들이 통제된 상태에서 1997년의 외환위기가 초래한 경제·사회의 급격한 충격과 그 후유증이 개인의 자살위험을 즉각적으로 증가시킨 것으로 분석하였으며, 아울러 여자에 비해 남자의 자살위험에 대한 소득탄력도가 더 높고, 퇴직자가 많은 연령층의 자살위험에

대한 소득탄력도가 그 이전 연령층의 개인에 비해 상대적으로 높은 것으로 분석하였다. 박형민(2007)의 연구는 일반 연구자가 접근하기 어려운 경찰청 자료(수사기록)를 이용하여 자살자의 특성과 자살행위의 특성을 통계적인 모형 없이 기술통계만으로 분석하였는데, 그의 연구는 자살자 및 자살행위의 특성을 파악하여 자살예방을 위한 구체적인 대책을 모색하였다는 특징을 가지고 있다.

2. 연구방법 및 내용

본 연구는 우리나라의 지역별·연령별 패널자료 및 OECD 국가와의 국제비교를 통해 총량적 자살 실태를 기술적·다면적으로 파악하고, 경기 지표(경제성장률, 실업률, 부도율 등)와 사회지표(소득불평등도, 이혼율, 혼인율, 출산율 등) 등의 총량지표가 자살률과 어떠한 관계를 맺고 있는지를 정량적 분석한다. 아울러 「국민건강영양조사자료」를 이용하여 자살생각과 자살 시도 확률방정식을 추정함으로써 개인적인 차원에서 자살이 발생하는 원인을 면밀하게 분석하고자 한다. 이러한 연구결과를 통해 본고에서는 자살 예방에 필요한 현안과제들을 도출하여 제시하고자 한다. 본 연구에서 다루게 될 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 자살실태 분석이다. 우리나라의 자살 실태 분석을 위해 기본적으로 통계청 발표 연령별, 시·군·구 지역별 시계열 자료를 이용하며, OECD Health Data를 이용하여 자살률의 국제비교를 시도한다.

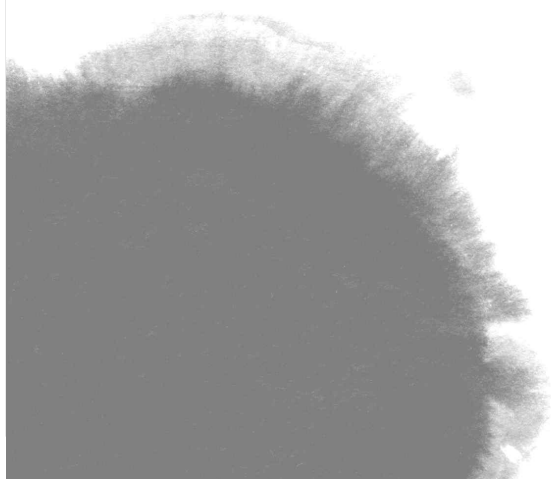
둘째, 자살 원인 분석이다. 자살의 계절효과 등 우리나라 성별 자살률의 추이를 살펴보고, 경제성장률·실업률과 같은 경기지표 및 소득불평등도·이혼율·혼인율·출산율과 같은 사회지표가 자살률과 어떠한 관계를 맺고 있는지를 분석한다. 특히 국민건강영양조사 자료를 이용하여 자살 시도 및 자살 생각 확률을 결정하는 개인·사회·경제적 요인들을 식별한다.

셋째, 자살예방정책의 제시다. 자살예방 정책을 일자리·소득·소득불평 등 등과 관련된 경제적인 측면에서의 해결방안, 고령화·혼인율·이혼율·출산율 등과 관련된 인구·사회학적인 측면에서의 해결방안, 기타 심리치료, 건강한 생활 유지 등 보건·의료 측면에서의 해결방안 등 세 가지 측면에서 모색해 본다.

이와 같은 분석을 통해 본 연구는 우리나라의 자살실태를 국내외 자료의 비교분석을 통해 시계열, 횡단면적으로 파악하여 제시하고, 이를 통해 총량적으로 자살에 영향을 미칠 것으로 파악된 요인들이 실제 개인의 자살의도에 어떠한 영향을 초래하는지를 구체적으로 제시할 수 있을 것으로 기대된다. 또한 이러한 연구결과를 통해 자살 예방에 필요한 현안 과제들을 경제적, 인구·사회학적, 그리고 보건·의료 측면에서 도출할 수 있을 것으로 기대된다.

2장

자살실태 분석

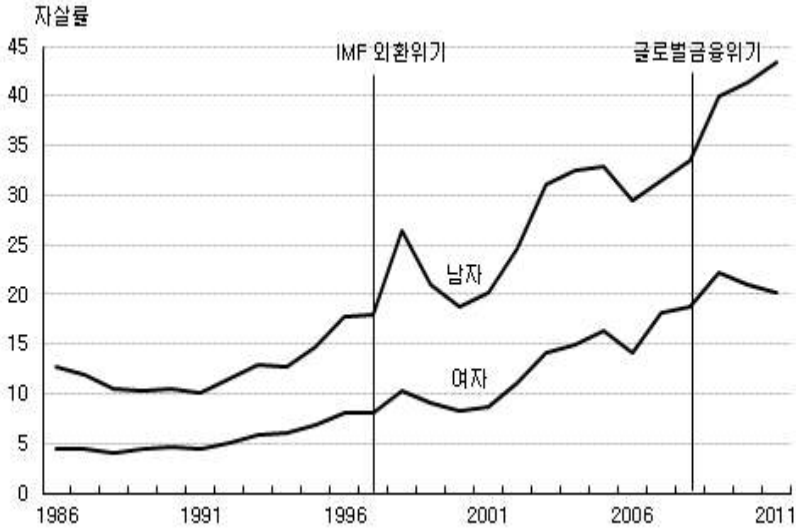


제2장 자살실태 분석

1. 자살률의 시계열 추이

지난 20여 년간 우리나라의 성별 자살률 추이를 보면 남녀 모두 장기 증가 추세에 있으며 거의 모든 나라에서와 마찬가지로 남성의 자살률이 여성에 비해 크고, 특히 자살률의 성별 격차가 점차 커져 2011년 현재 남성의 자살률이 여성의 자살률을 2배 이상 상회하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 1997년 경제위기와 2008년 글로벌 금융위기 직후 자살률의 급상승이 남자에게서 더 민감하게 반응하는 것으로 관찰되었는데, 이후 다시 반전되거나 완화되기는 했으나 경제위기로 인한 심리적 상실감이 어느 정도 자살로 표출되었을 가능성을 시사하고 있다.

[그림 2-1] 우리나라의 성별 자살률 추이 (1986-2011년)



주: 인구 10만 명당 자살자 수
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

경찰이 수사기록에서 파악한 자살의 원인을 보더라도 흔히 자살자 개인의 심리적·정서적 불안 때문에 자살시도를 한다고 보는 것은 물론이고 아울러 경제적 곤란으로 자살을 시도한 비율이 높다고 보고 있다(박형민, 2007: 14). 자살에 대해 진술한 사람들의 자살원인 중 가장 많은 경우가 경제적 곤란이었다고 한다. 경제적 위기는 인간의 생존을 위협할 만큼 무서운 파괴력을 가지고 있다고 할 수 있다.

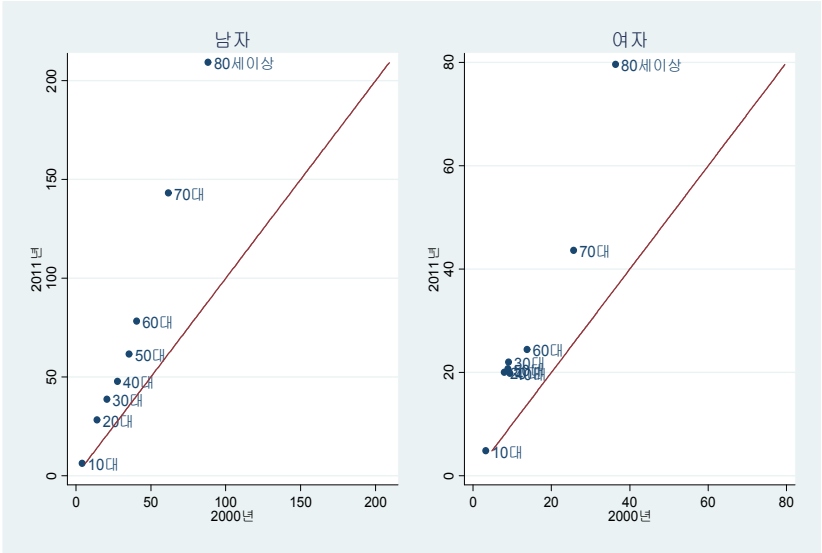
그런데 1997년 외환위기, 2008년 글로벌 금융위기 등 경제적 위기상황에서 유독 남자의 자살률과 여자의 자살률 격차가 이전 시점보다 더 많이 벌어지는 것은 특이한 현상이다. 세계 여러 나라의 자살률을 비교 관찰하는 가운데에서 특이할만한 점은 어느 연령층에서나 남성의 자살률이 여성의 자살률보다 높게 나타난다는 사실이다. 나라마다 조금의 차이

는 있겠지만 유럽의 경우 여성에 대한 남성자살자의 비율이 3배정도이고 미국은 4.1배로 높게 나타난다. 아시아의 경우 1.3배 정도로 상대적으로 남성 자살률이 낮게 나타나지만(한명화·이지진 역, 2008: 380), 여전히 남성 자살률이 여성 자살률에 비해 높게 나타난다는 사실에는 변함이 없다.

2. 성별·연령별 자살률

한편 우리나라의 과거 10년간 자살률을 비교해 보면 연령에 따라 증가하는 것으로 나타나 있는데, 아래 그림은 우리나라의 자살급증 원인이 바로 중장년층과 노년층의 급격한 자살자수 증가에 기인하고 있다는 것을 잘 보여주고 있다.

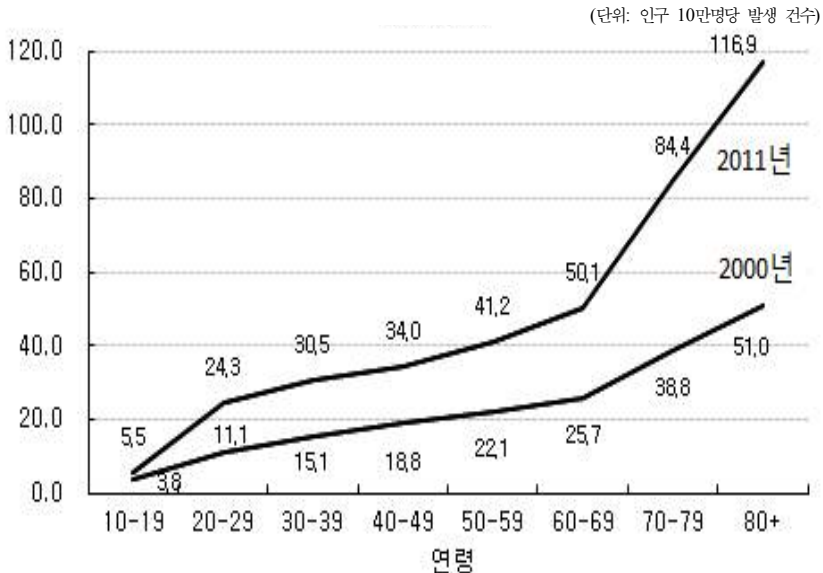
[그림 2-2] 2000년과 2011년의 연령별 자살률 비교(인구 10만명당)



자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

우리나라의 자살률(인구10만 명당 고의적 자해건수)은 2000년 13.6명 수준에서 2011년 31.7명 수준으로 지난 10년간 18.1명 증가하였다. 여자의 경우는 8.3명에서 20.1명으로 11.8명 증가한 반면, 남자의 경우는 18.8명에서 43.3명으로 24.5명이나 증가하여 여자보다 남자의 자살률이 급증하였음을 알 수 있다. 또한 2000년 대비 2011년의 연령별 자살률은 연령이 많아질수록 증가세가 두드러져, 50대 남자는 25.9명, 60대 남자는 37.7명, 70대 남자는 81.3명, 그리고 80세 이상 남자의 경우는 무려 120.9명이나 증가하여 남자 고연령층의 자살률 증가가 두드러졌다.

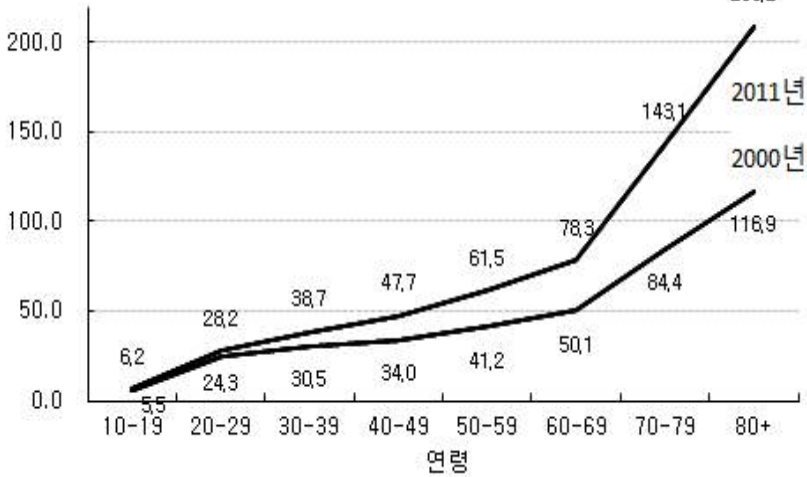
[그림 2-3] 우리나라의 연령별 자살률 비교 (2000년, 2011년) 전체



주: 인구 10만 명당 자살자 수
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

[그림 2-4] 우리나라의 연령별 자살률 비교 (2000년, 2011년)_남성

(단위: 인구 10만명당 발생 건수)

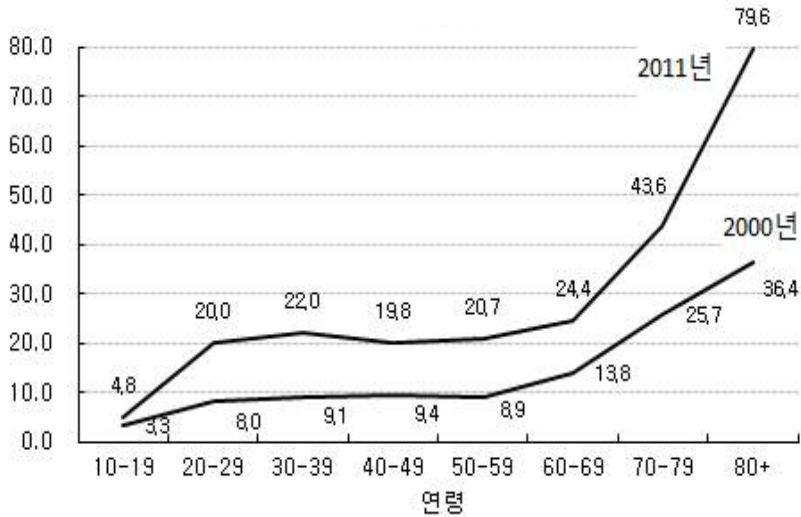


주: 인구 10만 명당 자살자 수

자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

[그림 2-5] 우리나라의 연령별 자살률 비교 (2000년, 2011년)_여성

(단위: 인구 10만명당 발생 건수)



주: 인구 10만 명당 자살자 수

자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

연령이 증가할수록 자살사망률이 높으며, 60세 이상 노인의 경우 자살증가율이 다른 연령대에 비해 매우 높게 나타나고 있다. 10대 청소년의 후술하는 바와 같이 자살생각 비율은 높은 반면 실제 자살로 인한 사망률은 낮은 수준에서 안정적이다. 청·장년층의 경우는 실업·구조조정 등 스트레스로 자살충동을 많이 느끼는 것으로 추정되며, 노인의 경우 빈곤·질병·역할상실·가족상실 등에 대한 적응력이 다른 연령층에 비해 현저히 저하되어 최근 자살사망률이 급증하고 있는 것이다.

3. 지역별 자살자수 및 자살률

우리나라의 2011년 현재 광역시·도별 자살률은 강원도(남자)가 52.8명으로 가장 높으며, 이어서 충남(남자) 52.5명, 충북(남자) 50.5명, 전북(남자) 49.3명, 경북(남자) 43.3명 등의 순으로 나타났다. 반면에 서울(여자)의 경우 14.8명으로 가장 낮게 나타났으며, 강원도의 경우 여성의 자살률이 24.4명으로 가장 높은 지역으로 나타났다. 한편 지난 11년간 광역시·도별 자살률 변화를 보면 모든 지역에서 증가한 것으로 나타나는 데, 특히 충북(남자)가 25.7명으로 가장 많이 증가한 것으로 나타났으며, 이어서 전북(남자) 25.6명, 강원(남자) 21.5명, 서울(남자) 20.7명 등의 순으로 자살률이 많이 증가한 것으로 나타났다.

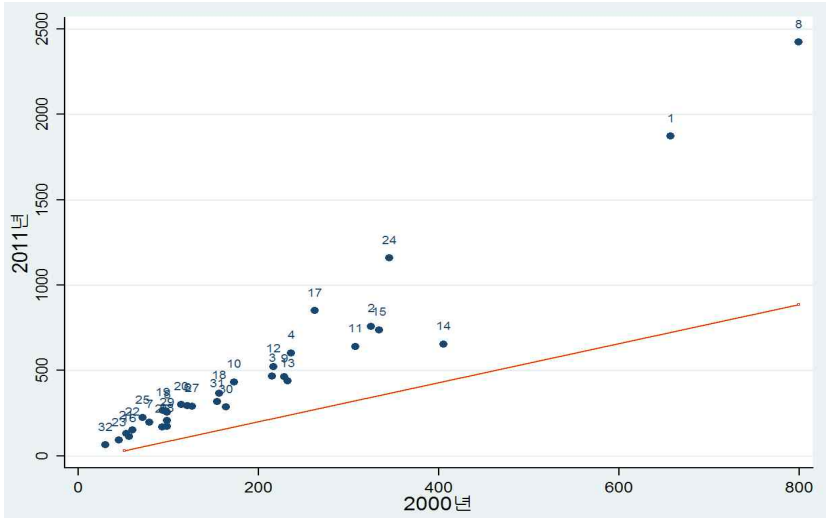
〈표 2-1〉 2000년과 2011년의 광역시·도별 자살자수 및 자살률 비교

광역시·도	자살자수			자살률		
	2011년(A)	2000년(B)	A-B	2011년(C)	2000년(D)	C-D
서울(남)	1,872	657	1,215	35.5	14.8	20.7
부산(남)	757	325	432	39.4	20.3	19.1
대구(남)	468	215	253	36.1	20.8	15.3

광역시·도	자살자수			자살률		
	2011년(A)	2000년(B)	A-B	2011년(C)	2000년(D)	C-D
인천(남)	603	236	367	43.1	25.4	17.7
광주(남)	254	98	156	36	17.4	18.6
대전(남)	293	121	172	39.7	22.2	17.5
울산(남)	197	79	118	36.6	20.3	16.3
경기(남)	2,422	799	1,623	41.5	22.1	19.4
강원(남)	464	228	236	52.8	31.3	21.5
충북(남)	433	173	260	50.5	24.8	25.7
충남(남)	640	307	333	52.5	34.3	18.2
전북(남)	522	216	306	49.3	23.7	25.6
전남(남)	438	232	206	39.3	22.7	16.6
경북(남)	653	405	248	43.3	30.5	12.8
경남(남)	737	334	403	42.5	25	17.5
제주(남)	113	56	57	38.1	24.4	13.7
서울(여)	850	262	588	14.8	5.3	9.5
부산(여)	366	156	210	19.1	8.4	10.7
대구(여)	267	94	173	20.2	7.8	12.4
인천(여)	300	114	186	20.2	10.1	10.1
광주(여)	130	53	77	16.9	8.3	8.6
대전(여)	152	60	92	19	9.7	9.3
울산(여)	91	45	46	16.4	10.2	6.2
경기(여)	1,158	345	813	18.4	8.5	9.9
강원(여)	223	71	152	24.4	8.5	15.9
충북(여)	168	93	75	18.6	12.1	6.5
충남(여)	291	126	165	22	12.7	9.3
전북(여)	172	98	74	15.4	9.7	5.7
전남(여)	207	98	109	16.9	9.5	7.4
경북(여)	285	164	121	17.5	11.3	6.2
경남(여)	317	154	163	17.7	9.5	8.2
제주(여)	63	30	33	21.3	11.8	9.5

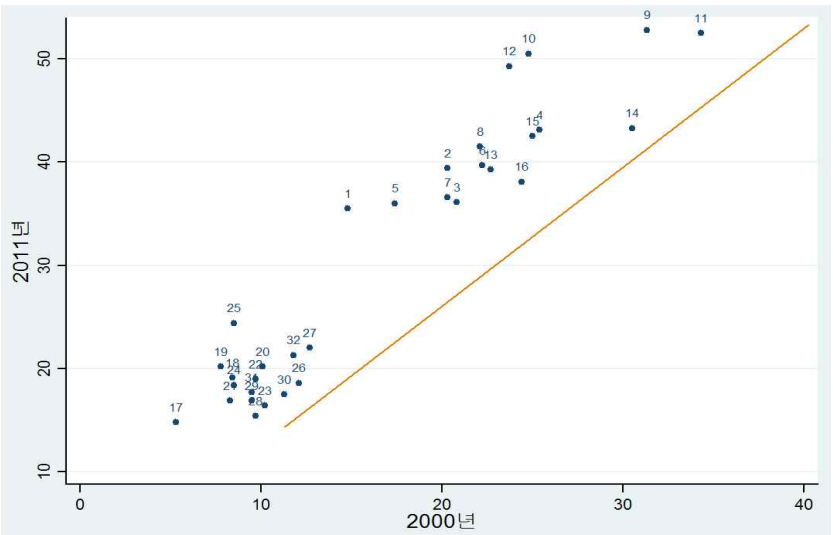
자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

[그림 2-6] 2000년과 2011년의 광역시·도별 자살자수 비교



주 : 1:서울(남), 2:부산(남), 3:대구(남), 4:인천(남), 5:광주(남), 6:대전(남), 7:울산(남), 8:경기(남), 9:강원(남), 10:충북(남), 11:충남(남), 12:전남(남), 13:전북(남), 14:경북(남), 15:경남(남), 16:제주(남), 17:서울(여), 18:부산(여), 19:대구(여), 20:인천(여), 21:광주(여), 22:대전(여), 23:울산(여), 24:경기(여), 25:강원(여), 26:충북(여), 27:충남(여), 28:전북(여), 29:전남(여), 30:경북(여), 31:경남(여), 32:제주(여)
자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

[그림 2-7] 2000년과 2011년의 광역시·도별 자살률 비교



주 : [그림 2-6]과 같음.
자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

한편 지역별 자살률을 시·군·구별로 세분화하여 살펴보면 지역별 격차가 매우 크며, 2005년 대비 2011년의 자살률 변화에 있어서도 자살률이 감소한 지역과 증가한 지역으로 확연하게 구분해서 살펴볼 수 있다. 우리나라의 2011년 현재 시·군·구 단위 자살률은 남자의 경우 의성군(경북), 단양군(충북), 청양군(충남), 금산군(충남), 영월군(강원), 고창군(전북), 양구군(강원), 보령시(충남), 평창군(강원), 괴산군(충북), 홍천군(강원) 등의 비수도권 지역에서 90명 이상으로 매우 높게 나타나고 있다. 반면에 완도군(전남)을 제외하면, 남자 자살률 30명 미만 지역은 강남구(서울), 양천구(서울), 남구(울산), 북구(울산), 계룡시(충남), 유성구(대전), 수성구(대구), 군포시(경기), 의왕시(경기), 서초구(서울), 과천시(경기) 등 수도권 및 대도시 지역에 분포하고 있다. 여자의 경우 자살률이 남자에 비해 낮게 나타나고 있으며, 중구(부산)를 제외하면 남자와 마찬가지로 비수도권 및 비도시 지역에서 자살률이 높게 나타나고 있다. 그러나 여자자살률은 단양군(충북), 의령군(경남), 동작구(서울), 용산구(서울), 전주시(전북), 송파구(서울), 용진군(인천), 완도군(전남), 칠곡군(경북), 대덕구(대전), 영덕군(경북), 계룡시(충남), 의왕시(경기), 동구(울산), 중평군(충북) 등 수도권 및 대도시 지역뿐만 아니라 군단위 지역에서도 13명 미만으로 낮게 나타났다.

〈표 2-2〉 시·군·구별 자살률 순위(2011년) 남성

(단위: 인구 10만 명당 고의적 자해건수)

지역	자살률	지역	자살률	지역	자살률
의성군(경북)	106	칠곡군(경북)	55.8	수원시(경기)	40
단양군(충북)	100.7	사상구(부산)	55.8	제주도(경남)	39.8
청양군(충남)	98.8	강릉시(강원)	55.8	순천시(전남)	39.8
금산군(충남)	98.8	연기군(충남)	55.4	안양시(경기)	39.6
영월군(강원)	98.7	무주군(전북)	55.1	달성군(대구)	39.5
고창군(전북)	97.8	순창군(전북)	55	금정구(부산)	39.4
양구군(강원)	95.4	강북구(서울)	54.7	파주시(경기)	39.3
보령시(충남)	95.3	중구(대구)	53.9	곡성군(전남)	39.3
평창군(강원)	94.8	평택시(경기)	53.7	부천시(경기)	39
과산군(충북)	91.5	아산시(충남)	53.6	진주시(경남)	38.8
홍천군(강원)	90.5	삼척시(강원)	52.5	서구(대전)	38.8
횡성군(강원)	89.3	원주시(강원)	52.3	성동구(서울)	38.7
창녕군(경남)	89	영천시(경북)	52.2	구로구(서울)	38.7
봉화군(경북)	88.1	남구(인천)	52.1	중구(서울)	38.6
산청군(경남)	87.1	김제시(전북)	52	포항시(경북)	38.4
태안군(충남)	86	장수군(전북)	51.9	성북구(서울)	38.4
옥천군(충북)	85.8	하남시(경기)	51.7	동구(인천)	38.2
상주시(경북)	85.5	동구(대전)	51.2	광산구(광주)	37.9
남해군(경남)	84.6	공주시(충남)	51.1	해운대구(부산)	37.8
태백시(강원)	83.3	서구(대구)	51	제주시(경남)	37.6
홍성군(충남)	82.8	동두천시(경기)	51	화성시(경기)	37.4
구례군(전남)	82.8	화순군(전남)	50.1	합천군(경남)	37.4
함양군(경남)	82	기평군(경기)	50	여수시(전남)	37.4
보은군(충북)	81.1	아천시(경기)	49.8	강서구(서울)	37.1
예산군(충남)	81	영주시(경북)	49.7	목포시(전남)	37
함안군(경남)	80.3	진도군(전남)	49.6	종로구(서울)	36.7
담양군(전남)	79.4	의정부시(경기)	49.5	광명시(경기)	36.7
완주군(전북)	78.6	용산구(서울)	49.3	남양주시(경기)	36.6
예천군(경북)	78.5	김천시(경북)	49.2	계양구(인천)	36.6
영양군(경북)	78.1	장흥군(전남)	49.1	기장군(부산)	36.5
임실군(전북)	77.5	청원군(충북)	49	서구(부산)	36.3
논산시(충남)	77.5	시흥시(경기)	48.5	영암군(전남)	36.2
밀양시(경남)	76.9	금천구(서울)	48.2	울릉군(경북)	36.1
철원군(강원)	75.9	관악구(서울)	48.1	중랑구(서울)	35.8

지역	자살률	지역	자살률	지역	자살률
속초시(강원)	75.5	동해시(강원)	48	인제군(강원)	35.8
문경시(경북)	74.5	남동구(인천)	48	용인시(경기)	35.8
연천군(경기)	74.3	영등포구(서울)	47.9	달서구(대구)	35.6
정읍시(전북)	73.9	성주군(경북)	47.8	연수구(인천)	35.5
군위군(경북)	73.6	남구(대구)	47.7	북구(광주)	35.5
함평군(전남)	72.8	울주군(울산)	47.3	마포구(서울)	35.3
제천시(충북)	72.8	천안시(충남)	47.2	구리시(경기)	35.3
정선군(강원)	72.7	안산시(경기)	47.2	서구(인천)	34.9
서산시(충남)	72.2	광주시(경기)	47.1	증평군(충북)	34.7
진안군(전북)	71.4	해남군(전남)	46.8	동구(울산)	34.7
울진군(경북)	70.6	부산진구(부산)	46.2	고양시(경기)	34.7
고성군(경남)	70.3	사천시(경남)	45.7	동구(광주)	34.6
하동군(경남)	69.7	서귀포시(경남)	45.6	대덕구(대전)	34.6
양평군(경기)	69.6	춘천시(강원)	45.2	광진구(서울)	34.6
의령군(경남)	69.5	화천군(강원)	44.9	강동구(서울)	34.5
안동시(경북)	69	양주시(경기)	44.8	성남시(경기)	34.4
강서구(부산)	67.2	김해시(경남)	44.7	서구(광주)	34.2
강진군(전남)	66.3	종구(대전)	44.3	창원시(경남)	34
충주시(충북)	66.2	양산시(경남)	44.1	동작구(서울)	33.8
여주군(경기)	65.8	부평구(인천)	44.1	고령군(경북)	33.8
고성군(강원)	64.5	영동군(충북)	44	북구(대구)	33.4
영광군(전남)	64	사하구(부산)	44	송파구(서울)	33.3
영도구(부산)	63.2	북구(부산)	43.6	노원구(서울)	33.3
강화군(인천)	63.2	신안군(전남)	43.5	중구(울산)	33
고흥군(전남)	62.6	청주시(충북)	42.9	경산시(경북)	33
포천시(경기)	62.3	동구(대구)	42.9	도봉구(서울)	32.9
거창군(경남)	62.2	장성군(전남)	42.8	구마시(경북)	32.8
부안군(전북)	61.5	중구(부산)	42.7	남구(광주)	32.3
음성군(충북)	61.3	동구(부산)	42.6	수영구(부산)	31.9
청송군(경북)	61	전주시(전북)	42.4	거제시(경남)	31.7
나주시(전남)	60.7	서대문구(서울)	42.4	김포시(경기)	30.4
부여군(충남)	59.6	당진군(충남)	42.2	강남구(서울)	29.9
익산시(전북)	59.4	청도군(경북)	41.9	양천구(서울)	29.7
진천군(충북)	59.1	오산시(경기)	41.9	남구(울산)	29.4
무안군(전남)	58.8	동대문구(서울)	41.6	북구(울산)	29.2
군산시(전북)	58.7	영덕군(경북)	41.3	계룡시(충남)	28.3
안성시(경기)	58.4	동래구(부산)	41.2	유성구(대전)	27.7

지역	자살률	지역	자살률	지역	자살률
웅진군(인천)	58.3	통영시(경남)	41	수성구(대구)	27.6
서천군(충남)	58.2	광양시(전남)	40.9	군포시(경기)	27.4
중구(인천)	56.6	남구(부산)	40.5	의왕시(경기)	25.7
양양군(강원)	56.4	연제구(부산)	40.4	서초구(서울)	21.3
보성군(전남)	56.2	경주시(경북)	40.1	완도군(전남)	18.7
남원시(전북)	56.1	은평구(서울)	40	과천시(경기)	17.2

자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

〈표 2-3〉 시·군·구별 자살률 순위(2011년)_여성

(단위: 인구 10만 명당 고의적 자해건수)

지역	자살률	지역	자살률	지역	자살률
진안군(전북)	79.7	통영시(경남)	24.9	강서구(서울)	18.1
영양군(경북)	65.3	남원시(전북)	24.8	밀양시(경남)	18
태안군(충남)	51.4	태백시(강원)	24.7	강화군(인천)	18
중구(부산)	49.7	파주시(경기)	24.7	동구(대구)	17.9
홍천군(강원)	47.1	사하구(부산)	24.4	고성군(경남)	17.7
인제군(강원)	46.9	남구(광주)	24.3	사상구(부산)	17.7
신안군(전남)	46.8	안동시(경북)	23.7	광주시(경기)	17.7
보은군(충북)	46.4	영천시(경북)	23.6	순천시(전남)	17.7
양양군(강원)	44.2	고령군(경북)	23.4	성북구(서울)	17.7
속초시(강원)	42.6	남양주시(경기)	23.3	부천시(경기)	17.6
울진군(경북)	41.7	횡성군(강원)	23.2	해운대구(부산)	17.6
영월군(강원)	41.2	음성군(충북)	23.2	연기군(충남)	17.5
공주시(충남)	40.8	무주군(전북)	23.2	관악구(서울)	17.5
거창군(경남)	40.2	동구(광주)	23.2	서대문구(서울)	17.5
순창군(전북)	39.7	수영구(부산)	23.2	서구(대전)	17.5
남해군(경남)	38.7	보령시(충남)	22.9	진도군(전남)	17.4
양구군(강원)	38.5	안성시(경기)	22.9	여수시(전남)	17.4
예천군(경북)	38.3	달성군(대구)	22.9	화순군(전남)	17.3
청양군(충남)	37.5	연제구(부산)	22.6	부산진구(부산)	17.3
원주시(강원)	37.3	청송군(경북)	22.5	강동구(서울)	17.3
강진군(전남)	36.9	충주시(충북)	22.4	북구(울산)	17.3
정선군(강원)	36.7	서구(인천)	22.3	장수군(전북)	17.2
강서구(부산)	36.7	장성군(전남)	22.2	안양시(경기)	17.2
금산군(충남)	36.4	제주도(경남)	22.2	금정구(부산)	17.2
영도구(부산)	36.4	제천시(충북)	22.1	광진구(서울)	17.2

지역	자살률	지역	자살률	지역	자살률
성주군(경북)	36.3	강릉시(강원)	22.1	서초구(서울)	17.2
문경시(경북)	36	남구(인천)	21.9	상주시(경북)	17
화천군(강원)	36	중구(서울)	21.8	금천구(서울)	17
구례군(전남)	35.9	김제시(전북)	21.4	종로구(서울)	17
봉화군(경북)	35.3	강남구(서울)	21.4	춘천시(강원)	16.9
해남군(전남)	35.1	담양군(전남)	21.3	부안군(전북)	16.8
나주시(전남)	34.2	가평군(경기)	21.1	광양시(전남)	16.8
아산시(충남)	34.1	영주시(경북)	21.1	군위군(경북)	16.5
삼척시(강원)	34	계양구(인천)	21.1	안산시(경기)	16.5
함안군(경남)	33.4	강북구(서울)	21	구리시(경기)	16.5
여주군(경기)	31.7	구미시(경북)	21	부여군(충남)	16.3
동구(대전)	31.2	양평군(경기)	20.9	마포구(서울)	16.2
동구(인천)	31.1	고성군(강원)	20.9	고흥군(전남)	15.9
곡성군(전남)	31	익산시(전북)	20.9	영동군(충북)	15.9
서구(부산)	30.9	청주시(충북)	20.7	은평구(서울)	15.9
영암군(전남)	30.9	오산시(경기)	20.7	경산시(경북)	15.9
의성군(경북)	30.7	논산시(충남)	20.6	도봉구(서울)	15.8
서산시(충남)	30.6	제주시(경남)	20.6	양천구(서울)	15.7
합천군(경남)	30.4	달서구(대구)	20.5	양주시(경기)	15.6
홍성군(충남)	29.6	남동구(인천)	20.4	창원시(경남)	15.6
청령군(경남)	28.8	중구(울산)	20.4	가제시(경남)	15.5
평창군(강원)	28.5	남구(부산)	20.3	영등포구(서울)	15.3
보성군(전남)	28.3	수성구(대구)	20.2	광산구(광주)	15.3
함양군(경남)	28.2	부평구(인천)	20.1	노원구(서울)	15.3
영광군(전남)	28.2	서천군(충남)	20	시흥시(경기)	15.2
포천시(경기)	28.1	양산시(경남)	20	옥천군(충북)	15.1
예산군(충남)	28	울릉군(경북)	19.9	북구(광주)	14.9
연천군(경기)	27.8	목포시(전남)	19.7	동래구(부산)	14.8
산청군(경남)	27.7	남구(울산)	19.7	구로구(서울)	14.8
동두천시(경기)	27.7	사천시(경남)	19.6	울주군(울산)	14.3
과산군(충북)	27.6	중랑구(서울)	19.6	성동구(서울)	14
함평군(전남)	27.5	완주군(전북)	19.5	장흥군(전남)	13.8
천안시(충남)	27.1	광명시(경기)	19.5	과천시(경기)	13.7
연수구(인천)	27.1	하남시(경기)	19.4	경주시(경북)	13.6
의정부시(경기)	27	포항시(경북)	19.4	무안군(전남)	13.4
남구(대구)	26.9	김해시(경남)	19.3	정읍시(전북)	13.2
당진군(충남)	26.8	성남시(경기)	19.3	북구(부산)	13

지역	자살률	지역	자살률	지역	자살률
임실군(전북)	26.7	동해시(강원)	19.2	단양군(충북)	12.9
진천군(충북)	26.7	고양시(경기)	19.2	의령군(경남)	12.9
기장군(부산)	26.7	수원시(경기)	19.1	동작구(서울)	12.9
청원군(충북)	26.6	동대문구(서울)	19	용산구(서울)	12.4
청도군(경북)	26.6	유성구(대전)	19	전주시(전북)	12
서귀포시(경남)	26.5	하동군(경남)	18.8	송파구(서울)	11.6
고창군(전북)	26.4	군포시(경기)	18.8	옹진군(인천)	11.5
김포시(경기)	26.4	군산시(전북)	18.7	완도군(전남)	11.1
철원군(강원)	26.1	용인시(경기)	18.5	철곡군(경북)	10.5
이천시(경기)	26.1	서귀(광주)	18.5	대덕구(대전)	9.9
북구(대구)	26	서귀(대구)	18.4	영덕군(경북)	9.4
중구(인천)	25	진주시(경남)	18.4	계룡시(충남)	9.3
중구(대전)	25	중구(대구)	18.2	의왕시(경기)	8.2
평택시(경기)	24.9	동구(부산)	18.2	동구(울산)	7.4
김천시(경북)	24.9	화성시(경기)	18.2	증평군(충북)	6.1

자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

〈표 2-4〉 2000년과 2011년의 성별·연령별·지역별 자살률 격차

(단위: 인구 10만명당 고의적 자해건수)

자살률증감	연령	광역시·도	시·군·구(남자)	시·군·구(여자)
감소			중구(부산), 의왕시(경기) 동구(대전), 서초구(서울) 보성군(전남), 안성시(경기) 삼척시(강원), 중랑구(서울) 서귀포시(경남), 신안군(전남) 중구(서울), 산청군(경남) 장수군(전북), 파주시(경기) 남양주시(경기), 화성시(경기) 김포시(경기), 청원군(충북) 완도군(전남), 합천군(경남) 영동군(충북), 부안군(전북) 거제시(경남), 양주시(경기) 동두천시(경기), 성주군(경북) 종로구(서울), 서구(부산) 당진군(충남), 동구(부산) 고성군(경남), 영덕군(경북) 연천군(경기), 공주시(충남) 인제군(강원), 장성군(전남) 가평군(경기), 고성군(강원) 화천군(강원), 기장군(부산) 청도군(경북), 양양군(강원)	구리시(경기), 화성시(경기) 김천시(경북), 동래구(부산) 오산시(경기), 안동시(경북) 여주시(전남), 경주시(경북) 밀양시(경남), 고창군(전북) 북구(광주), 가평군(경기) 노원구(서울), 화순군(전남) 남구(인천), 동구(부산) 포천시(경기), 정읍시(전북) 금천구(서울), 영월군(강원) 연천군(경기), 송파구(서울) 통영시(경남), 군포시(경기) 장흥군(전남), 홍성군(충남) 영동군(충북), 보령시(충남) 울주군(울산), 강화군(인천) 진주시(경남), 북구(부산) 영천시(경북), 고성군(강원) 횡성군(강원), 군위군(경북) 사상구(부산), 시흥시(경기) 사천시(경남), 김제시(전북) 용산구(서울), 논산시(충남) 경산시(경북), 양주시(경기) 창녕군(경남), 부안군(전북) 영덕군(경북), 상주시(경북) 청양군(충남), 동구(울산) 의왕시(경기), 계룡시(충남) 함안군(경남), 예산군(충남) 양평군(경기), 부여군(충남) 철곡군(경북), 청송군(경북) 의령군(경남), 영주시(경북) 대덕구(대전), 서천군(충남) 고산군(충북), 장수군(전북) 증평군(충북), 청도군(경북) 연기군(충남), 남해군(경남) 고성군(경남), 산청군(경남) 옥천군(충북), 철원군(강원)

자살률증감	연령	광역시·도	시·군·구(남자)	시·군·구(여자)
0-5명 증가	10-19세(남) 10-19세(여)		남구(부산), 제주도(경남) 수영구(부산), 수성구(대구) 서구(인천), 양산시(경남) 진천군(충북), 강서구(부산) 남구(광주), 동래구(부산) 남구(대구), 순창군(전북) 도봉구(서울), 단양군(충북) 음성군(충북), 구미시(경북) 영천시(경북), 통영시(경남) 중구(대전), 해운대구(부산) 사천시(경남), 철원군(강원)	성남시(경기), 서초구(서울) 청주시(충북), 광안구(광주) 과천시(경기), 수원시(경기) 관악구(서울), 완도군(전남) 성북구(서울), 남동구(인천) 성동구(서울), 나주시(전남) 도봉구(서울), 충주시(충북) 무안군(전남), 안양시(경기) 제주도(경남), 의성군(경북) 서구(대전), 창원시(경남) 광양시(전남), 동구(인천) 고양시(경기), 강동구(서울) 안산시(경기), 부평구(인천) 익산시(전북), 동작구(서울) 거제시(경남), 영광군(전남) 중구(인천), 계양구(인천) 남양주시(경기), 양산시(경남) 파주시(경기), 강서구(서울) 강릉시(강원), 진도군(전남) 평택시(경기), 제천시(충북) 은평구(서울), 용인시(경기) 전주시(전북), 중구(울산) 삼척시(강원), 군산시(전북) 서구(대구), 하동군(경남) 해운대구(부산), 양천구(서울) 영등포구(서울), 구로구(서울) 중구(대전), 동두천시(경기)
5.1-10명 증가		경기(여) 제주(여) 서울(여) 충남(여) 대전(여) 광주(여) 경남(여) 전남(여) 충북(여) 경북(여) 울산(여)	서대문구(서울), 고양시(경기) 경주시(경북), 마포구(서울) 은평구(서울), 화순군(전남) 곡성군(전남), 강남구(서울) 성남시(경기), 중구(울산) 무주군(전북), 진주시(경남) 연기군(충남), 제천시(충북) 김천시(경북), 원주시(강원) 광진구(서울), 경산시(경북) 울주군(울산), 강화군(인천) 부산진구(부산), 과천시(경기)	중랑구(서울), 남구(울산) 강서구(부산), 청원군(충북) 동구(광주), 구미시(경북) 시하구(부산), 이천시(경기) 태백시(강원), 북구(대구) 순천시(전남), 서구(광주) 남구(부산), 금정구(부산) 당진군(충남), 중구(서울) 함평군(전남), 의정부시(경기) 유성구(대전), 서대문구(서울) 서귀포시(경남), 안성시(경기)

자살률증감	연령	광역시·도	시·군·구(남자)	시·군·구(여자)
		전북(여)	금정구(부산), 성북구(서울) 북구(울산), 용인시(경기) 웅진군(인천), 달서구(대구) 서구(대구), 남구(울산) 청송군(경북), 해남군(전남) 청주시(충북), 아산시(충남) 영주시(경북), 창원시(경남) 연수구(인천), 이천시(경기) 동해시(강원), 유성구(대전) 달성군(대구), 여수시(전남) 동구(인천), 대덕구(대전) 김제시(전북), 북구(부산) 사하구(부산), 동구(광주) 북구(대구)	광진구(서울), 북구(울산) 완주군(전북), 강북구(서울) 서구(인천), 광명시(경기) 수성구(대구), 포항시(경북) 서산시(충남), 연제구(부산) 진천군(충북), 동구(대전) 제주시(경남), 부산진구(부산) 광주시(경기), 춘천시(강원) 김해시(경남), 장성군(전남) 달서구(대구), 동대문구(서울) 마포구(서울), 강남구(서울) 종로구(서울), 하남시(경기) 함양군(경남), 부천시(경기) 동해시(강원), 동구(대구)
10.1-15명 증가	20-29세(남) 20-29세(여) 30-39세(여) 40-49세(여) 50-59세(여) 60-69세(여)	제주(남) 경북(남) 대구(여) 부산(여) 인천(여)	강서구(서울), 광명시(경기) 용산구(서울), 순천시(전남) 광양시(전남), 구로구(서울) 광주시(경기), 송파구(서울) 남구(인천), 충주시(충북) 동작구(서울), 부천시(경기) 홍성군(충남), 포항시(경북) 평택시(경기), 춘천시(강원) 서천군(충남), 광산구(광주) 계양구(인천), 북구(광주) 태안군(충남), 서구(광주) 동대문구(서울), 여주군(경기) 고령군(경북), 동구(울산) 제주시(경남), 강릉시(강원) 목포시(전남), 과산군(충북) 구리시(경기), 강동구(서울) 칠곡군(경북), 진도군(전남) 군포시(경기)	연수구(인천), 임실군(전북) 음성군(충북), 담양군(전남) 중구(대구), 홍천군(강원) 해남군(전남), 천안시(충남) 남구(광주), 달성군(대구) 아산시(충남), 여주군(경기) 기장군(부산), 고령군(경북) 목포시(전남), 고흥군(전남) 수영구(부산), 공주시(충남) 서구(부산), 영도구(부산) 김포시(경기)
15.1-20명 증가	30-39세(남) 40-49세(남) 70-79세(여)	경기(남) 부산(남) 광주(남) 충남(남) 인천(남) 대전(남) 경남(남) 전남(남)	관악구(서울), 사상구(부산) 부평구(인천), 시흥시(경기) 익산시(전북), 영광군(전남) 금천구(서울), 오산시(경기) 김해시(경남), 안산시(경기) 장흥군(전남), 영암군(경북) 영암군(전남), 임실군(전북) 남동구(인천), 밀양시(경남)	울릉군(경북), 곡성군(전남) 평창군(강원), 봉화군(경북) 예천군(경북), 성주군(경북) 남원시(전북), 화천군(강원) 원주시(강원), 정선군(강원) 영암군(전남), 보성군(전남) 남구(대구), 신안군(전남) 구례군(전남), 금산군(충남)

자살률증감	연령	광역시·도	시·군·구(남자)	시·군·구(여자)
		울산(남) 강원(여) 대구(남)	안양시(경기), 하남시(경기) 노원구(서울), 천안시(충남) 연제구(부산), 동구(대구) 예산군(경북), 서구(대전) 수원시(경기), 성동구(서울) 양천구(서울), 전주시(전북)	속초시(강원), 무주군(전북)
20.1-25명 증가		강원(남) 서울(남)	예산군(충남), 남원시(전북) 양구군(강원), 중구(대구) 함평군(전남), 중구(인천) 의정부시(경기), 계룡시(충남) 증평군(충북), 포천시(경기) 서산시(충남), 부여군(충남) 양평군(경기), 하동군(경남) 영등포구(서울), 창녕군(경남)	보은군(충북), 울진군(경북) 문경시(경북), 강진군(전남) 거창군(경남), 합천군(경남)
25.1-30명 증가	50-59세(남)	충북(남) 전북(남)	정선군(강원), 강북구(서울) 고흥군(전남), 논산시(충남) 담양군(전남), 울진군(경북) 영월군(강원), 강진군(전남) 안동시(경북), 군산시(전북) 함양군(경남), 속초시(강원) 무안군(전남), 나주시(전남)	태안군(충남), 양구군(강원) 중구(부산)
30.1-40명 증가	60-69세(남)		문경시(경북), 평창군(강원) 정읍시(전북), 의령군(경남) 청양군(충남), 완주군(전북) 울릉군(경북), 홍천군(강원) 고창군(전북), 상주시(경북) 보령시(충남), 남해군(경남) 영도구(부산), 태백시(강원) 군위군(경북)	순창군(전북), 양양군(강원)
40.1-50명 증가	80세이상 (여)		금산군(충남), 진안군(전북) 구례군(전남), 황성군(강원) 거창군(경남)	영양군(경북), 인제군(강원)
50.1명 이상 증가	70-79세(남) 80세이상 (남)		의성군(경북), 보은군(충북) 옥천군(충북), 함안군(경남) 봉화군(경북)	진안군(전북)

자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

4. 학력별, 직업별, 혼인상태별 자살자수

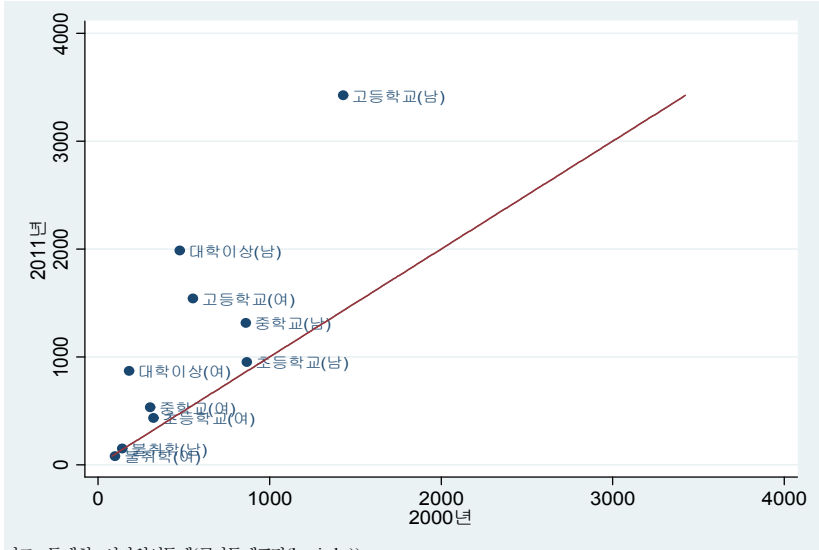
다음에서는 자살자수 통계만 가용한 학력별, 직업별, 혼인상태별 우리나라의 자살 실태를 파악해 보기로 한다. 물론 기준년도와 비교년도의 자살자수 비교는 두 시점간 모집단수 변화에 기인하는 자살자 수의 증감요인을 무시할 수 없으나, 자살예방정책 수립에 있어서는 자살자수의 분포라는 측면에서 절대 규모 자체가 중요한 의미를 갖는다고 볼 수 있다.

먼저 지난 11년간 학력별 자살자수를 비교해 보면 고등학교 학력의 남자 자살자수 증가가 가장 크게 나타났으며, 이어서 대학이상 남자, 고등학교 학력의 여자 순으로 자살자수가 크게 증가한 것으로 나타났다.

자살자 직종을 보면 남·여 모두에게서 무직이 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것이 특징이며, 지난 11년 동안 직업별 자살자수는 무직·가사·학생 신분의 남자 및 여자가 크게 증가 증가하였고, 이어서 서비스직과 사무직 남자의 자살자수도 크게 증가한 것으로 나타났다.

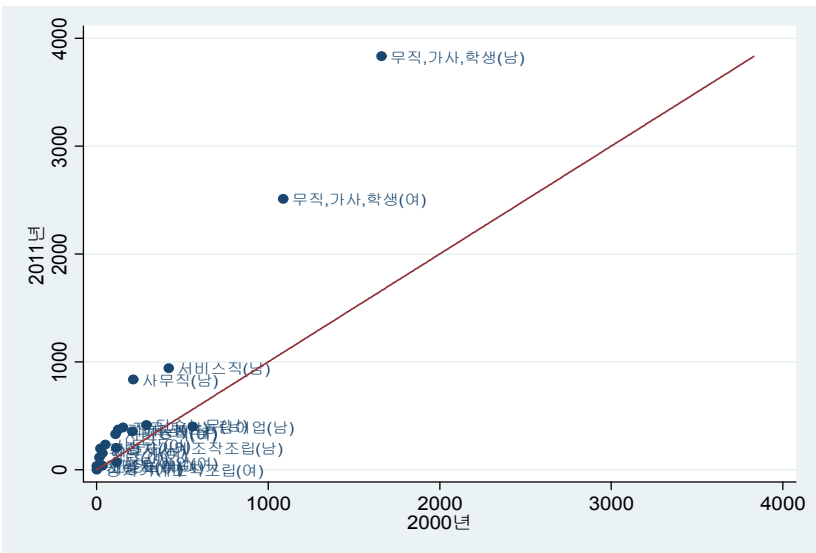
지난 11년간 혼인상태별 자살자수를 비교해 보면 배우자가 있는 남자의 자살자수 증가가 가장 크게 증가하였으며, 이어서 미혼 남자, 배우자가 있는 여자 등의 순으로 자살자수가 크게 증가한 것으로 나타났다.

[그림 2-8] 2000년과 2011년의 학력별 자살자수 비교



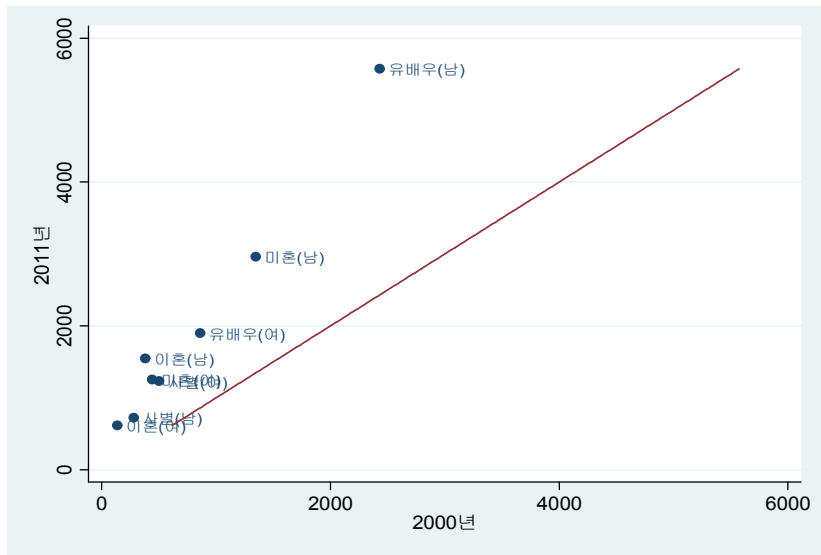
자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

[그림 2-9] 2000년과 2011년의 직업별 자살자수 비교



자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

[그림 2-10] 2000년과 2011년의 혼인상태별 자살자수 비교



자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

〈표 2-5〉 2000년과 2011년의 학력별, 직업별, 혼인상태별 자살자수 비교

	학력	2011년 (A)	2000년 (B)	A-B
학력 (15-64세)	불취학(남)	152	142	10
	초등학교(남)	953	868	85
	중학교(남)	1,314	862	452
	고등학교(남)	3,423	1,430	1,993
	대학이상(남)	1,985	478	1,507
	불취학(여)	81	101	-20
	초등학교(여)	434	324	110
	중학교(여)	532	306	226
	고등학교(여)	1,542	555	987
	대학이상(여)	871	183	688

	학력	2011년 (A)	2000년 (B)	A-B
직업 (15-64세)	관리자(남)	195	23	172
	전문가 및 관련 종사자(남)	391	156	235
	사무종사자(남)	837	215	622
	서비스 및 판매종사자(남)	941	422	519
	농림어업 숙련종사자(남)	401	562	-161
	기능원 및 관련기능 종사자(남)	355	209	146
	장치, 기계조작, 조립 종사자(남)	202	116	86
	단순노무 종사자(남)	415	292	123
	무직, 가사, 학생(남)	3,831	1,661	2,170
	기타(남)	372	127	245
	관리자(여)	36	2	34
	전문가 및 관련 종사자(여)	153	35	118
	사무종사자(여)	234	52	182
	서비스 및 판매종사자(여)	330	112	218
	농림어업 숙련종사자(여)	71	117	-46
	기능원 및 관련기능 종사자(여)	18	9	9
	장치, 기계조작, 조립 종사자(여)	0	2	-2
	단순노무 종사자(남)	39	35	4
	무직, 가사, 학생(남)	2,510	1,089	1,421
	기타(여)	113	17	96
혼인상태 (15세 이상)	미혼(남)	2,963	1,348	1,615
	유배우(남)	5,573	2,433	3,140
	이혼(남)	1,549	384	1,165
	사별(남)	723	283	440
	미혼(여)	1,254	444	810
	유배우(여)	1,898	863	1,035
	이혼(여)	617	138	479
	사별(여)	1,232	503	729
총자살자 수		15,906	6,444	9,462

주: 학력별, 직업별, 혼인상태별 소계는 집계대상 연령이 제한되어 있어 실제 총자살자수와 일치하지 않음
 자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

5. 자살의 계절성

Durkheim (1897)은 자살에 강한 계절성이 있음을 지적하면서 겨울 보다는 일조량이 많은 한 여름에 자살빈도가 높은 것(mid-summer peak)으로 주장 한다. 그는 1년을 더운 시기와 추운 시기의 두 기간으로 나눌 경우 세계 어느 나라에서나 예외 없이 대부분의 자살이 더운 시기에 일어남을 처음으로 지적하였다. 이는 자살이라는 행위의 발생이 일반적인 순리와는 반대로 인간이 살아가는데 있어 자연이 혜택을 많이 주는 시기인 온화한 때에 더 많이 발생하고 추운 시기에는 상대적으로 덜 발생한다는 의학심리학의 주장과도 같은 맥락이다(한명화·이시진 역, 2008: 386). 이처럼 자살지수는 계절에 매우 민감한 반응을 보이는데, 이는 뇌의 구조가 햇빛에 민감하기 때문으로 알려져 있다.

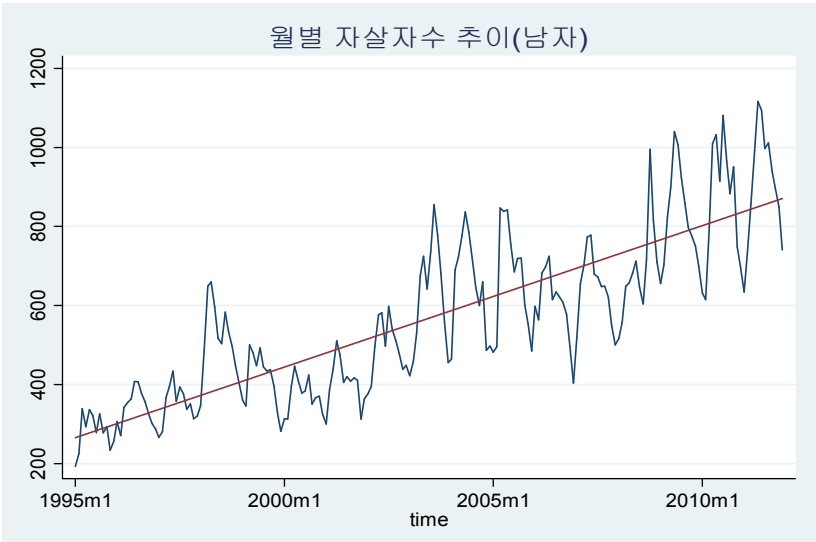
우리나라의 경우도 월별 자살자수 추이를 보면, 강한 계절성을 나타내는 가운데, 장기적으로는 증가추세에 있음을 알 수 있다. 특히 남자와 여자 모두 5월 자살자수가 가장 많은 것으로 나타났으며, 이어서 남자의 경우는 4월, 6월, 7월, 8월의 순으로, 여자는 6월, 4월, 10월, 8월, 3월, 7월 순으로 자살자수가 많은 것으로 나타났다. 반면에 남녀 모두 12월, 1월, 2월 겨울철 자살자수는 다른 계절에 비해 낮게 나타났다.

〈표 2-6〉 우리나라의 월평균 자살자수 (1995:1-2011:12 기간 중)

	전체평균	남자평균	여자평균
1월	638	435	203
2월	709	481	228
3월	886	597	289
4월	949	649	300
5월	987	672	315
6월	930	623	307
7월	906	619	287
8월	909	612	298
9월	860	583	277
10월	881	581	300
11월	755	504	252
12월	682	464	219

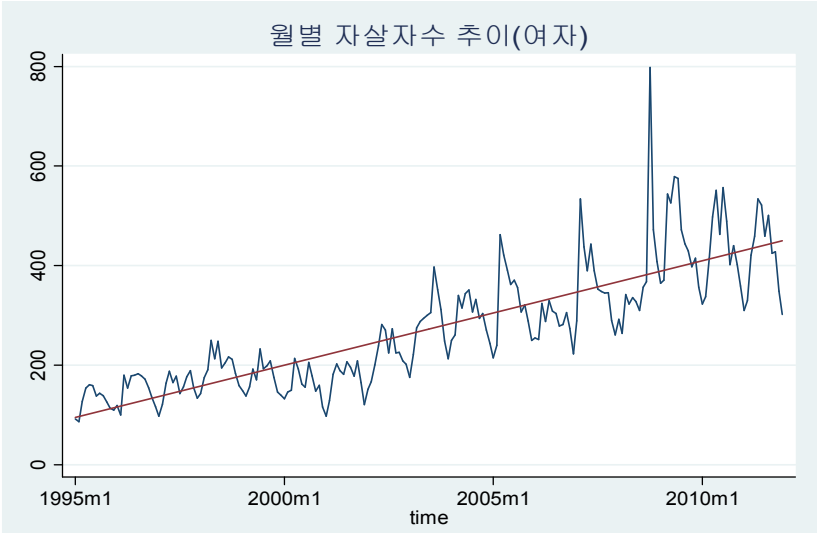
자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

〔그림 2-11〕 우리나라의 월별 남성 자살자수 추이 (1995년 1월 - 2011년 12월)



주: 실선은 개별적인 자살자수와 시간 사이의 관계를 단순 선형회귀식으로 linear fitting한 추세선을 의미함
자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

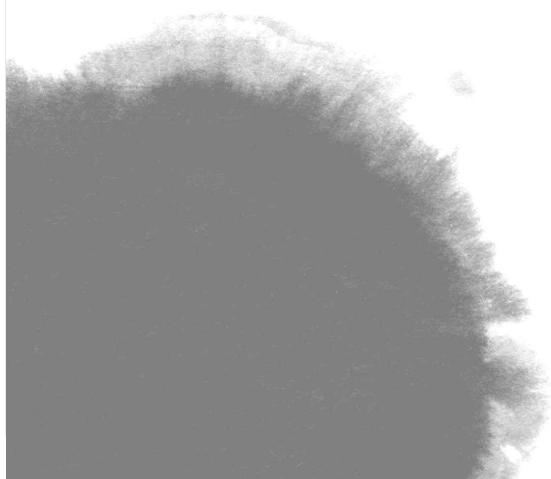
[그림 2-12] 우리나라의 월별 여성 자살자수 추이 (1995년 1월 - 2011년 12월)



주: 실선은 개별적인 자살자수와 시간 사이의 관계를 단순 선형회귀식으로 linear fitting한 추세선을 의미함
자료: 통계청, 사망원인통계(국가통계포털(kosis.kr))

3장

자살원인 분석



제3장 자살원인 분석

1. 사회자본과 자살

자살은 삶의 만족도에 대한 개인의 최종평가로 볼 수 있다. 따라서 자살예방책을 찾는 과정에서 자살을 ‘사회자본(social capital)’과 복지의 관계로 연계시켜 해석하려는 시도는 자연스러운 선택이다. Helliwell (2004)의 연구는 국가별 자료를 이용하여 분석한 결과 자살예방을 위한 사회적 투자가 높을수록 자살률이 낮아지는 것으로 보고하고 있다. 반면에 이는 복지수준이 높은 것으로 알려진 스칸디나비아반도 국가의 높은 자살률을 설명하지 못하고 있는데, 이는 이들 국가의 경우 복지보다는 높은 이혼율과 낮은 종교보유율 등이 자살률과 정(+)의 관계를 보이는 사회자본에 의한 설명력이 상대적으로 크게 작용하기 때문으로 풀이되기도 했다.

사회자본은 물리적 자본에 대비되는 개념으로 이 분야의 대가인 Putnam(2001)은 “사회구성원들 사이에 협력을 수월하게 함으로써 사회의 효율성을 향상시킬 수 있는 ‘사회적 신뢰(social trust)’, ‘규범(norm)’, ‘네트워크(network)’ 등”으로 파악하고 있다. 사회자본은 가족이나 공동체 등 사회집단 내에서 가용한 자원을 총체적으로 일컫는 사회발전의 원동력으로 인식되고 있으며, 국내외의 많은 연구결과들이 사회자본이 경제발전에 정(+)의 유의한 영향을 미침을 입증하고 있다.¹⁾ 실

제 [그림 3-1]에서와 같이 OECD 국가의 사회자본 관련 지표와 소득수준 사이의 관계를 보면, 사회구성원간의 ‘신뢰(trust)’가 두텁고 정부의 제도적 수준이 높으며, 반면에 소득불평등도가 낮은 사회일수록 소득수준이 높음을 알 수 있다. 선형적으로 유추해 보건대 사회자본이 삶의 만족도를 증가시키고 이것이 소득수준 향상과 밀접한 관련이 있는 것으로 해석해 볼 수 있다.

한편 사회자본이 소득과 복지수준의 향상을 가져와 자살률의 감소를 초래하는지에 대해서는 이를 뒷받침할만한 객관적인 연구결과를 찾아보기 어렵다. 다만 자살률은 국가, 종교, 성별, 그리고 사회집단의 특성에 따라 차이를 보인다는 다양한 주장들은 많이 찾아볼 수 있다. 예를 들어 Helliwel(2004)은 World Values Survey와 European Values Survey에 기반을 둔 50개 국가의 자료를 이용하여 자살이 사회자본과 복지 관련 지표들과 어떠한 관계를 보이는지를 분석하였는데, 이 연구에서는 첫째, 그리스와 같은 남유럽 국가와 라틴아메리카의 가톨릭 국가들이 낮은 수준의 자살률을 보이는 이유는 종교가 자살을 예방하는 효과가 있기 때문이라고 주장한다.²⁾ 둘째, 이 연구는 정부의 질이 높은 사회는 양질의 의료보장제도와 효율적인 사회복지정책을 가지고 있을 가능성이 크므로 자살률이 낮다고 분석한다.³⁾ 셋째, 자선단체나 교회 등의 ‘멤버십(memberships)’은 특히 중년남성의 자살예방에 큰 긍정적인 효과를 보여주었는데, 45-54세의 남성의 멤버십 효과는 다른 남녀 전연령 집단

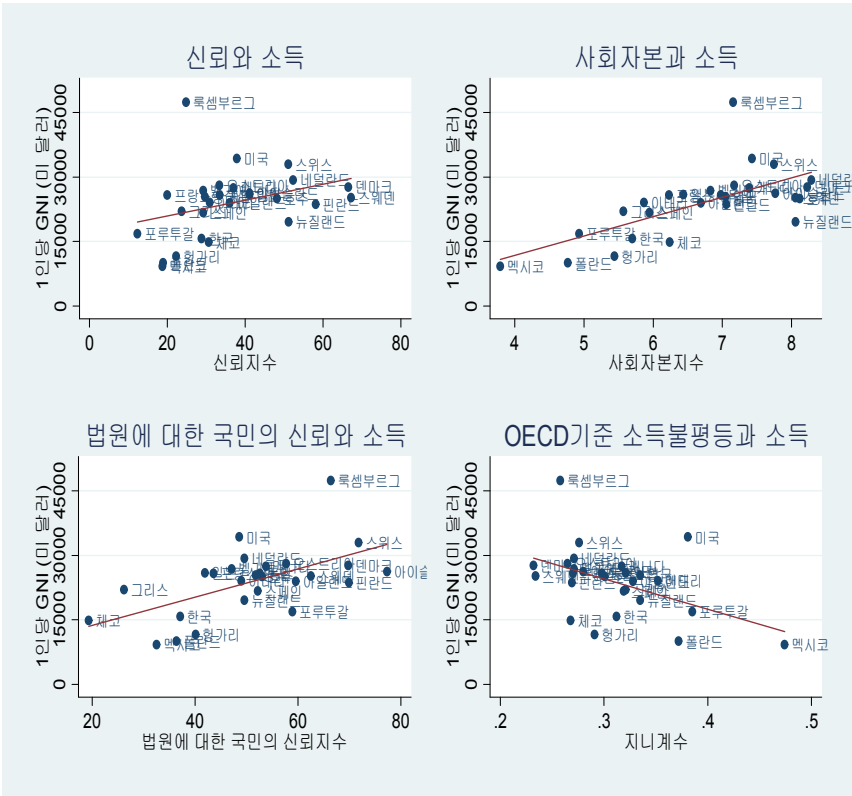
1) 예를 들어 박희봉·김명환(2001), 이창기·박종관(2005), 김성권(2004), Sabatini(2005) 등이 이에 해당한다.

2) 신의 존재에 대한 믿음의 자살예방 효과는 남성보다는 여성에게 크게 나타났으며 연령이 높을수록 효과가 큰 것으로 분석되었으나, 교회참석을 자체의 자살예방 효과는 미미한 것으로 나타났다.

3) 정부의 질을 측정하기 위해 선거제도의 종류·개방성·안정성과 함께 정부서비스의 효과성, 규제제도의 효율성, 그리고 부패정도 등을 지수로서 고려할 수 있는데, Helliwell (2004)은 선거제도를 나타내는 변수와 정부의 효과성 및 신뢰를 나타내는 변수의 두 가지로 정부의 질을 평가하였다.

평균의 4배 수준에 이르고 여성평균의 2배 수준이며, 여성의 멤버십 효과는 연령에 따라 점차 증가하는 것으로 나타났다. 넷째, 타인에 대한 ‘신뢰(trust)’의 자살예방 효과는 남녀 모두 젊은 층에서 매우 낮은 수준을 보였으나, 연령에 따라 증가하여 65세 이상에서 매우 큰 효과를 보였다.

[그림 3-1] 사회자본과 소득간의 관계 (OECD 국가의 가장 최근년도 기준)

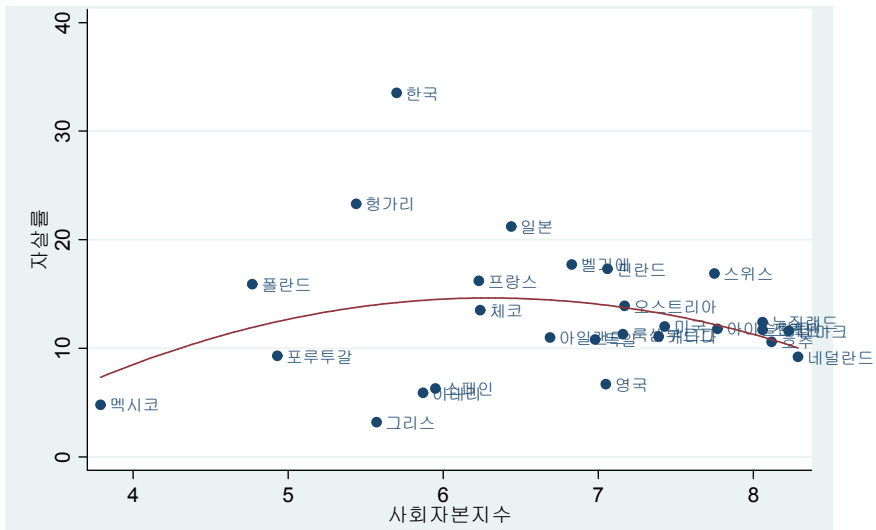


주: 실선은 개별적인 사회자본 지수와 소득 사이의 관계를 단순 선형회귀식으로 linear fitting한 결과를 나타냄
자료: ‘신뢰지수’와 ‘법원에 대한 국민의 신뢰지수’(public confidence in legal institutions)는 World Values Survey, Wave 4 and Wave 5를, ‘사회자본지수’ (social capital index)는 Lee et al. (2011), Measuring Social Capital in East Asia and Other World Regions를, ‘소득불평등지수’와 ‘소득’은 각각 OECD 자료를 이용함

그러나 아래 그림에서와 같이 OECD 국가의 사회자본 관련 지표와 자살률 사이의 관계를 보면, 사회구성원간의 신뢰나 종교가 삶의 만족도를 결정하는 중요한 요인일 수는 있으나 자살을 결정하는 핵심 요인이라는 주장을 어렵게 한다. 그리고 오히려 소득불평등도가 높은 국가의 자살률이 낮은 경향을 보이고 있는데, 이는 소득불평등도가 낮은 사회일수록 소득수준이 높고, 오히려 소득수준이 높은 국가일수록 자살문제가 심각해 질 수도 있음을 시사한다. 따라서 사회자본이 삶의 만족도를 증가시키고 이것이 자살률의 감소와 밀접한 관련이 있을 것이라는 추론은 일관된 주장으로 받아들이기 어렵다.

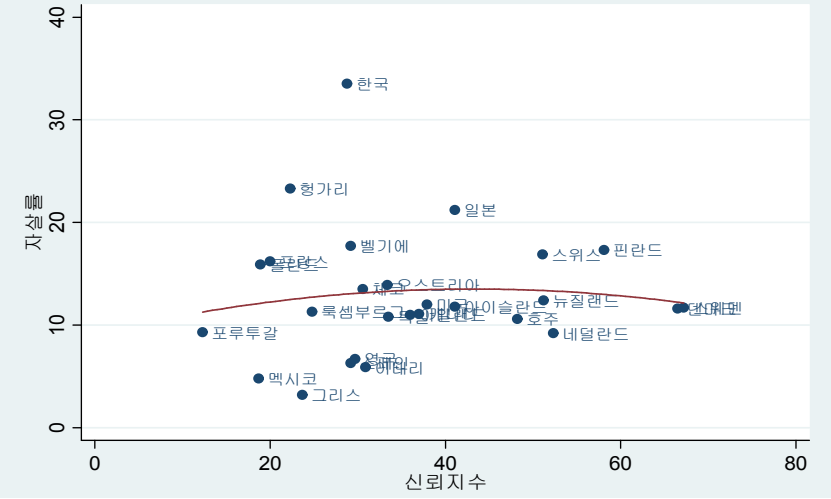
다만 우리나라의 경우 ‘소득 10분위 배율’ (최하위 10% 소득계층 대비 최상위 10% 소득계층 소득 비율) 기준의 소득분배상태와 자살증가율과는 추세적으로 정(+)의 관계를 보이고 있어 분배가 자살과 밀접한 관련이 있는 변수임을 알 수 있다.

[그림 3-2] OECD 국가의 사회자본과 자살률 (최근년도 기준)



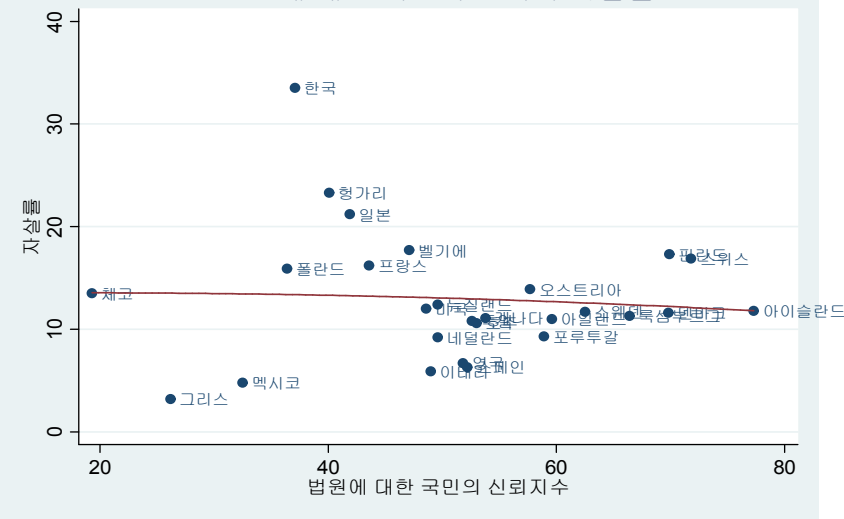
자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-3] OECD 국가의 신뢰와 자살률 (최근년도 기준)



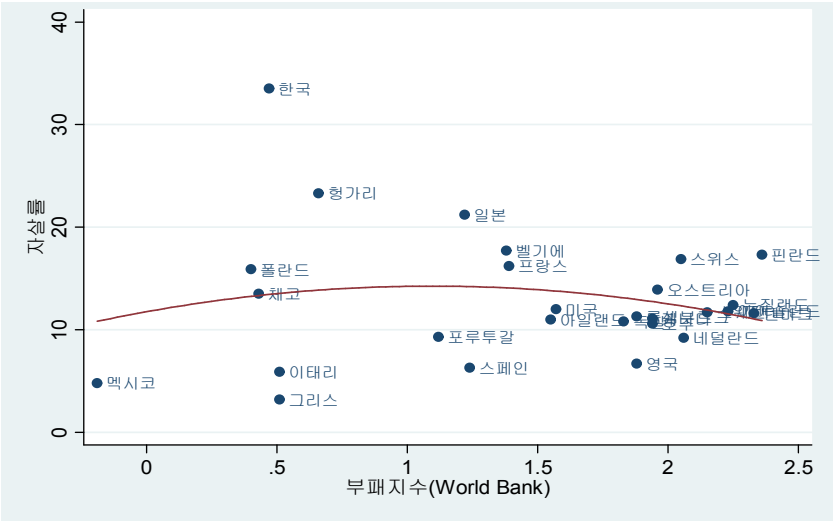
자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-4] OECD 국가의 법원에 대한 국민의 신뢰와 자살률 (최근년도 기준)



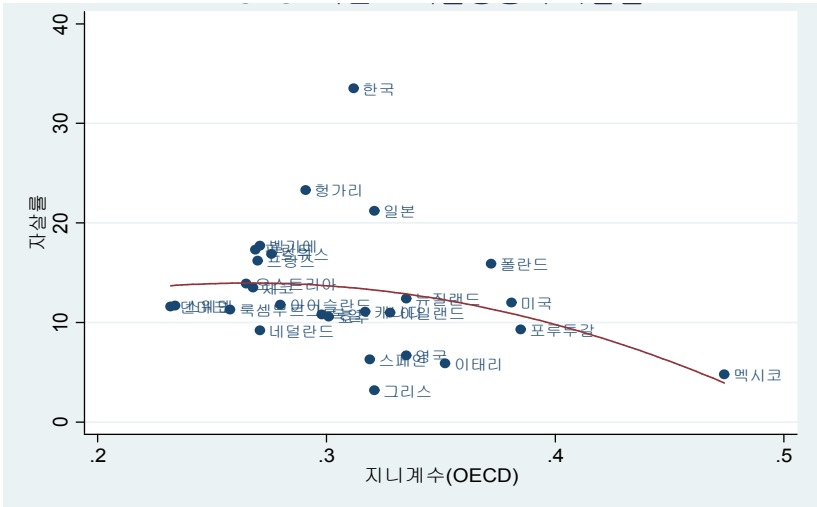
자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-5] OECD 국가의 부패와 자살률 (최근년도 기준)



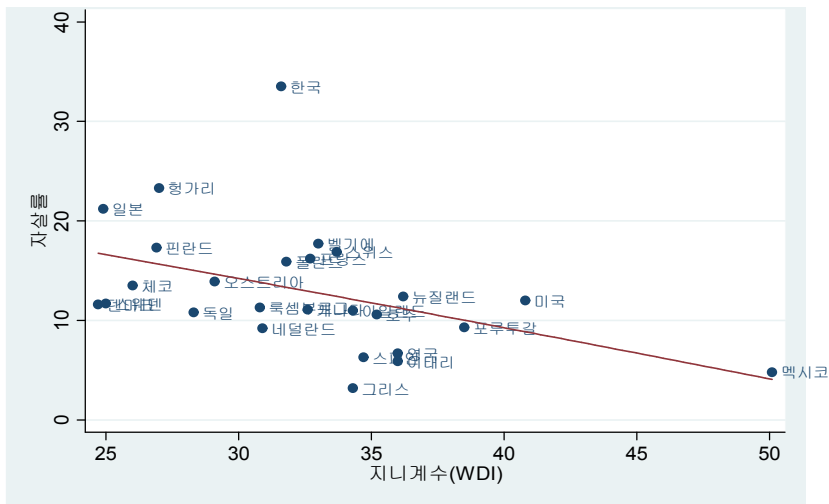
자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-6] OECD 국가의 소득불평등과 자살률 (최근년도 기준)



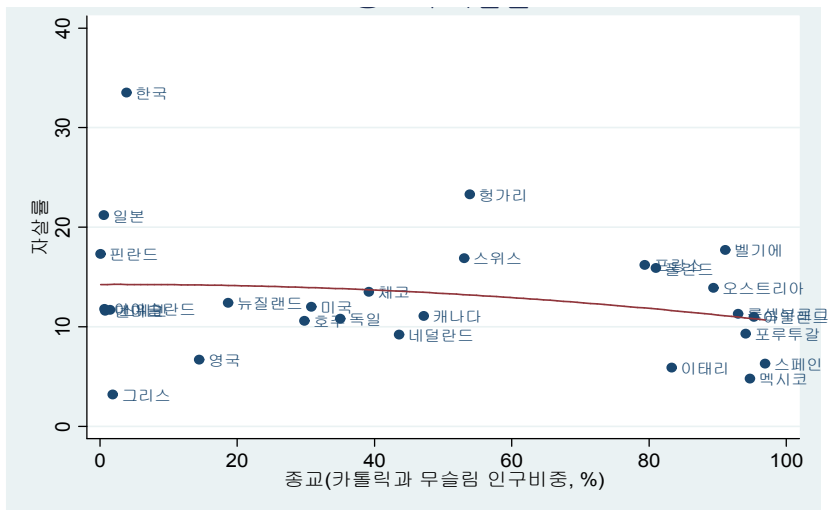
자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-7] OECD 국가의 WDI기준 소득불평등과 자살률 (최근년도 기준)



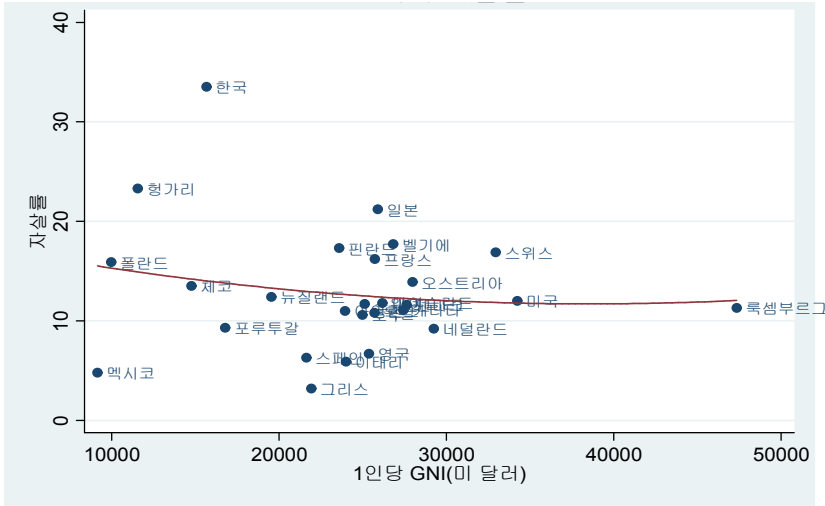
자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-8] OECD 국가의 종교와 자살률 (최근년도 기준)



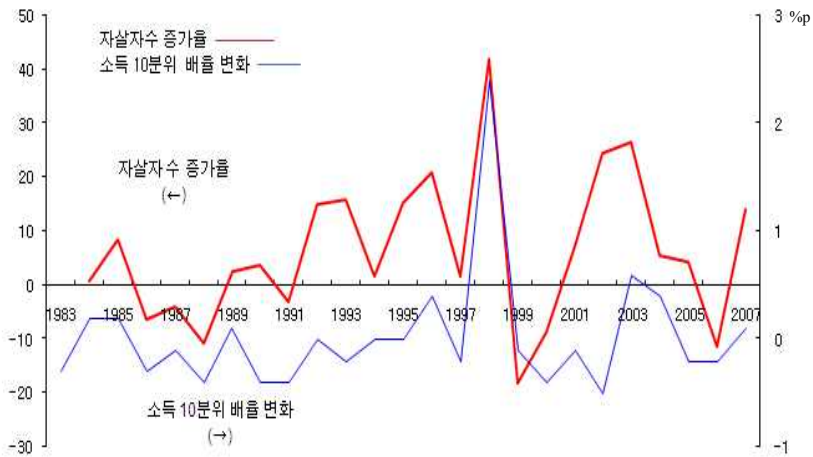
자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-9] OECD 국가의 소득과 자살률 (최근년도 기준)



자료: [그림 3-1] 참조

[그림 3-10] 우리나라의 자살증가율과 소득10분위배율 변화 추이



자료: 보건복지부 (2008) 재인용.

2. 자살생각의 결정요인 추정

가. 이용 자료

자살생각 결정요인 추정을 위한 기초자료는 국민건강영양 조사 제5기 1차년도(2010년 기준자료)를 이용한다.⁴⁾ 다만 분석대상 표본은 19세 이상 80세 이하인 연령층에 한정한다. 19세 미만 표본의 경우 사춘기 호르몬 상승이, 81세 이상 노인층의 경우 질병과 같은 특정 위험을 가지고 있을 가능성이 많아 이러한 요인이 자살에 미치는 영향을 사전에 통제하기 위함이다. 추정에 사용한 변수의 정의 및 기초통계가 〈표 3-1〉에 제시되어 있는데, 6,583명의 표본 중 약 13.7%가 자살 생각을 경험하였다고 답하였으며 실제 자살률과는 반대로 남자보다 여자의 자살생각 빈도가 높은 것으로 나타났다. 남자와 여자의 표본은 연령, 거주지, 가구 규모, 경제상태 측면에서 동질적이나, 직업, 학력, 음주, 흡연, 정신적·육체적 건강 측면에서는 이질적인 특성을 보이고 있다. 우울증 유병경험의 경우 여성이 20.9%로 남성(6.1%)에 비해 3배 이상 높고 우울증 의사진단, 우울증 치료경험, 우울증 자가진단 스케일(CES-D) 등 여러 우울증 지표에서 여성의 우울증 유병율이 남성에 비해 높게 나타났다.

4) 「국민건강 영양조사」는 「국민건강증진법」(제16조, 동법 시행령 제19조·제22조, 동법 시행규칙 제10조·제17조)에 근거하여 1998년부터 3년 주기로 실시되어 온 표본인구조사이다. 데이터는 전국 단위지역별 대표가구에 거주하는 10세 이상 개인을 대상으로 조사원에 의한 면접조사와 자기기록조사의 병행을 통해 수집되며, 상세한 조사 목적과 방법 및 결과는 보건복지부 질병관리본부(2012), 「국민건강영양조사 원시자료 이용지침서: 제5기 1차년도(2010)」, (2012.9월 수정본)를 참조하면 된다.

〈표 3-1〉 추정에 사용한 변수의 정의 및 평균

변수명	변수의 정의	관측 치수	평 균		
			전체	남자	여자
연령(세)	19세 미만과 81세 이상 제외	6,583	48,6	48,9	48,4
남자	남자=1, 여자=0	6,583	0,4405	-	-
농촌지역 거주자	읍 면 거주자=1, 나머지(광역시·동 거주자)=0	6,583	0,2148	0,2183	0,2121
가구원수	20명 이상인 가구를 제외	6,580	3,34	3,36	3,32
유배우자	유배우자 및 동거=1, 나머지(별거, 사별, 이혼 등)=0	6,583	0,7459	0,7959	0,7065
월평균가구소득 (만원)	월평균 가구 소득이 2,000만원 이상인 가구를 제외	6,398	341,1	345,6	337,5
기초생활수급	기초생활수급가구=1, 나머지=0	6,583	0,0264	0,0200	0,0315
저소득가구	개인소득4분위수가 하, 중하 =1, 나머지=0	6,583	0,4449	0,4362	0,4518
고소득가구	개인소득4분위수가 중상, 상 =1, 나머지=0	6,583	0,5405	0,5510	0,5322
취업자	취업자=1, 나머지(실업자, 비경제활동인구 등)=0	6,583	0,5654	0,7059	0,4548
고학력자	대졸이상=1, 나머지=0	6,583	0,2885	0,3259	0,2590
저학력자	중졸이하=1, 나머지=0	6,583	0,3296	0,2638	0,3815
흡연자	현재흡연=1, 나머지=0	6,583	0,2008	0,3955	0,0475
음주빈도(고)	일주일에 4번 이상=1, 나머지=0	6,583	0,0681	0,1331	0,0168
체중변화(고)	1년간 체중감소량이 10kg 이상, 체중증가량이 10kg 이상 증가	6,583	0,0219	0,0200	0,0234
건강수준(저)	주관적 평가 건강수준 (니뽀, 매우니뽀=1, 나머지=0)	6,583	0,1896	0,1445	0,2251
우울증유병경험	있음=1, 나머지=0	6,583	0,1434	0,0607	0,2085
현재 우울증유병	있음=1, 나머지=0	6,583	0,0158	0,0062	0,0234
우울증 의사진단	있음=1, 나머지=0	6,583	0,0351	0,0155	0,0505
우울증 치료경험	있음=1, 나머지=0	6,583	0,0103	0,0045	0,0149
자살생각	있음=1, 나머지=0 (1년간)	6,583	0,1375	0,0897	0,1751
자살시도	있음=1, 나머지=0 (1년간)	6,583	0,0079	0,0086	0,0073
CES-D ¹⁾	우울증 자가진단 스케일	6,119	1,6766	1,5776	1,7520
AUDIT 점수 ²⁾	알코올 사용장애 선별검사 10개 항목 점수총합	5,241	6,4421	9,6119	3,5643

주: 1) CES-D=불안우울+스트레스+수면시간으로 정의되었으며, 수치가 높을수록 우울증 정도가 심함을 의미함(단 불
안우울정도: 거의 없음=0, 다소 있음=1, 거의 늘 있음=2; 평소 스트레스 인지정도: 거의 느끼지 않음=0, 조
금 느끼는 편=1, 많이 또는 대단히 많이 느끼는 편=2, 하루 평균 수면시간: 7시간 이상=0, 5시간 이상 7시
간 미만=1, 5시간 미만=2)

2) AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test): 알코올 중독 자가진단 검사 지표로 1-7=아직 위험
수준 미도달, 8-20: 위험한 수준 도달, 21-40=매우 위험한 수준 도달을 의미함

나. 자살행태

자살생각 비율은 우울증 유병률이 높은 여자가 남자에 비해 약 2배 높게 나타나고 있으나, 자살시도 비율은 남자가 다소 높은 수준을 보이며, 실제 자살률은 남자가 여성의 2배를 상회하는 것으로 나타났다. 남자의 경우 대체로 연령이 증가하면서 자살생각, 자살시도, 자살률이 급격하게 증가하는 경향을 보이고 있다. 다만 남자는 25-44세 연령구간 보다는 15-24세 연령층의 자살생각 및 자살시도 비율이 더 크게 나타났다. 그러나 실제 남자의 자살률은 연령에 비례하여 증가하는 것으로 나타났다. 남자의 자살시도비율이 40-50대 중장년층을 거쳐 60대 이상 노인층으로 접어들며 급증하는 양상을 보이는데, 이는 실제 자살률의 급격한 증가로 이어졌다. 한편 여자의 경우 연령에 따라 자살률의 증가속도가 남자에 비해 급격한 증가를 나타내고 있지는 않다. 이는 자살생각과 자살시도 비율의 경우도 마찬가지인데, 자살시도율의 경우 45세-54세 중년여성층에서 가장 높게 나타났으며, 15세-24세 청소년 여성층의 경우 자살시도율이 높지는 않으나 자살생각비율은 높게 나타났다.

한편 자살생각 비율의 지역별 특성을 살펴보면 남성의 경우 서울이 낮은 편에 속하는 것으로 나타났다. 남자의 경우 강원도·충청도·전라도·경상도 등의 도 단위지역이 서울에 비해 높은 자살생각 비율을 나타내고 있으며, 여자의 경우도 지역별 격차가 남성과는 다소 차이가 있으나 서울지역의 자살생각비율이 마찬가지로 낮은 편에 속하는 것으로 나타났다(표 3-3 참고).

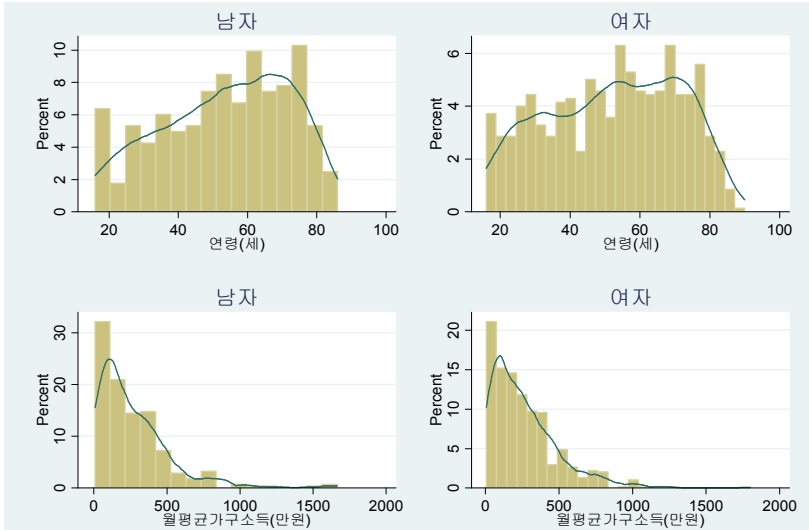
〈표 3-2〉 우리나라의 성별 자살생각, 자살시도, 실제자살률 (연령별 비교)

	자살생각		자살시도		자살률 (인구 10만명당)
	관측치수	비율(%)	관측치수	비율(%)	
전 체	7,030	13.95	7,030	0.78	31.7
(남 자)	3,114	9.06	3,114	0.83	43.3
15세-24세	301	7.64	301	0.33	28.2
25세-34세	434	6.68	434	0.23	38.7
35세-44세	684	4.97	684	0.29	47.7
45세-54세	536	9.14	536	0.74	61.5
55세-64세	510	10.39	510	0.78	78.3
65세-74세	452	12.83	452	2.21	143.1
75세 이상	197	18.27	197	2.03	209.2
(여 자)	3,916	17.85	3,916	0.74	20.1
15세-24세	374	17.65	374	0.53	20.0
25세-34세	602	15.78	602	0.83	22.0
35세-44세	763	10.75	763	0.39	19.8
45세-54세	720	16.67	720	1.39	20.7
55세-64세	628	18.47	628	0.64	24.4
65세-74세	548	23.18	548	0.55	43.6
75세 이상	281	33.10	281	0.71	79.6

주: 자살생각, 자살시도, 실제자살률 자료의 비교를 위해 통계청 발표 연령구간별 자살률자료를 기준으로 표를 작성하였기 때문에 본 표에 제시한 전체 자살생각비율 및 자살시도율은 추정식에서 이용하는 19세 이상 80세 이하 자료기준과 차이가 발생함

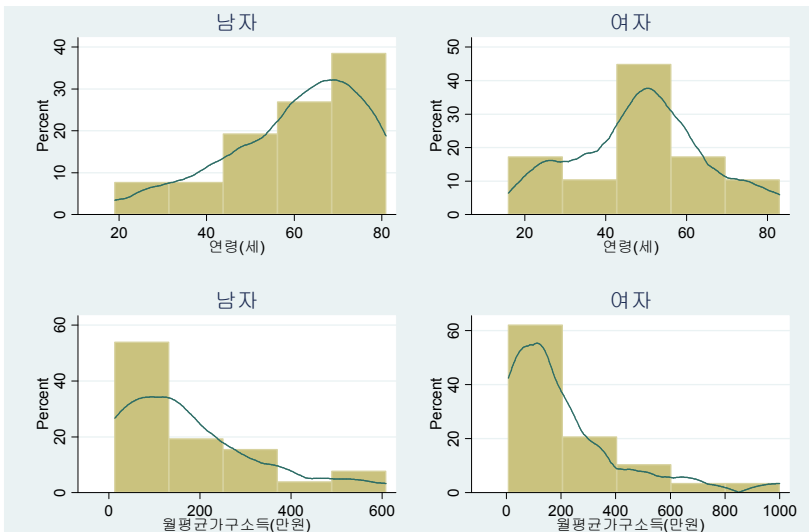
자료: 자살생각과 자살시도 자료는 제5기 1차년도 국민건강영양조사 (2010년 기준자료)로부터, 실제 자살률 자료 (2011년 기준)는 통계청(한국통계정보시스템 KOSIS)으로부터 추출함

[그림 3-11] 자살생각 분포도



주: 선은 막대그래프에 대한 비모수 Kernel 분포의 추정치를 나타냄
 자료 : <표 3-2>와 같음

[그림 3-12] 자살시도 분포도



주: 선은 막대그래프에 대한 비모수 Kernel 분포의 추정치를 나타냄
 자료 : <표 3-2>와 같음

〈표 3-3〉 우리나라의 성별 자살생각, 자살시도, 실제자살률 (16개 광역시·도 지역별 비교)

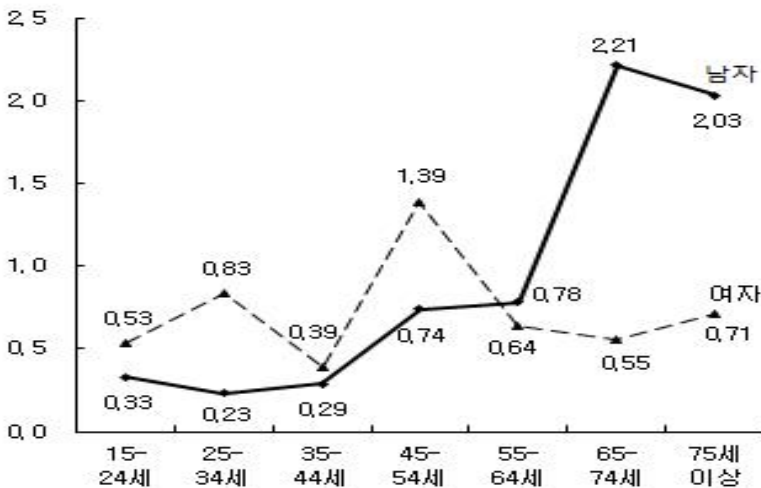
	자살생각		자살시도		자살률 (인구 10만명당)
	관측치수	비율(%)	관측치수	비율(%)	
전 체	7,030	13.95	7,030	0.78	31.7
(남 자)	3,114	9.06	3,114	0.83	43.3
서울	646	7.43	646	1.08	35.5
부산	186	9.14	186	0.00	39.4
대구	171	9.36	171	1.75	36.1
인천	163	5.52	163	0.61	43.1
광주	78	7.69	78	0.00	36.0
대전	99	13.13	99	1.01	39.7
울산	75	5.33	75	1.33	36.6
경기	693	8.66	693	1.01	41.5
강원	102	8.82	102	0.00	52.8
충북	93	16.13	93	2.15	50.5
충남	139	9.35	139	0.00	52.5
전북	124	9.68	124	2.42	49.3
전남	122	14.75	122	0.82	39.3
경북	185	11.89	185	0.00	43.3
경남	175	9.71	175	0.00	42.5
제주	63	4.76	63	0.00	38.1
(여 자)	3,916	17.85	3,916	0.74	20.1
서울	794	14.36	794	0.76	14.8
부산	267	17.98	267	0.37	19.1
대구	193	21.24	193	0.52	20.2
인천	224	10.71	224	1.34	20.2
광주	95	12.63	95	0.00	16.9
대전	115	16.52	115	0.87	19.0
울산	94	22.34	94	1.06	16.4
경기	882	15.87	882	0.45	18.4
강원	117	18.80	117	0.85	24.4
충북	106	27.36	106	1.89	18.6
충남	173	21.39	173	1.16	22.0
전북	148	20.27	148	0.00	15.4
전남	156	26.92	156	0.64	16.9
경북	244	24.59	244	1.64	17.5
경남	227	18.50	227	0.88	17.7
제주	81	22.22	81	0.00	21.3

주: <표 3-2>와 같음

자료: <표 3-2>와 같음

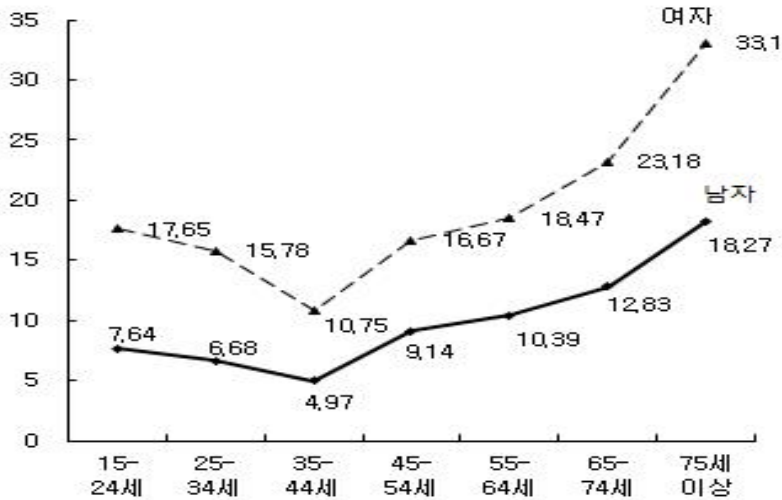
다음으로 자살생각 및 자살시도의 성별·연령별 패턴은 실제 자살률과는 차이를 보인다. 우리나라의 성별·연령별 자살행태를 보면 여자보다 남자가 모든 연령층에서 자살률이 높으며 연령이 증가하면서 그 격차도 커지는 것으로 나타났으나(그림 3-15 참고), 자살생각 경험은 반대로 여자가 남자보다 더 많은 것으로 나타났다(그림 3-14 참고). 그리고 자살을 시도했었던 경험은 55세 미만 연령층에서는 여자가, 55세 이상 연령층에서는 남자가 더 많은 것으로 나타났다(그림 3-13 참고). 또한 실제 자살률이 연령에 따라 점차 증가하여, 특히 남자의 경우 65세 이후에 급격히 증가하는데 비해 자살생각은 연령에 따라 U자형에 가까운 형태를 보이고 있다.

[그림 3-13] 우리나라의 성별 연령별 자살시도 비율(2010년)



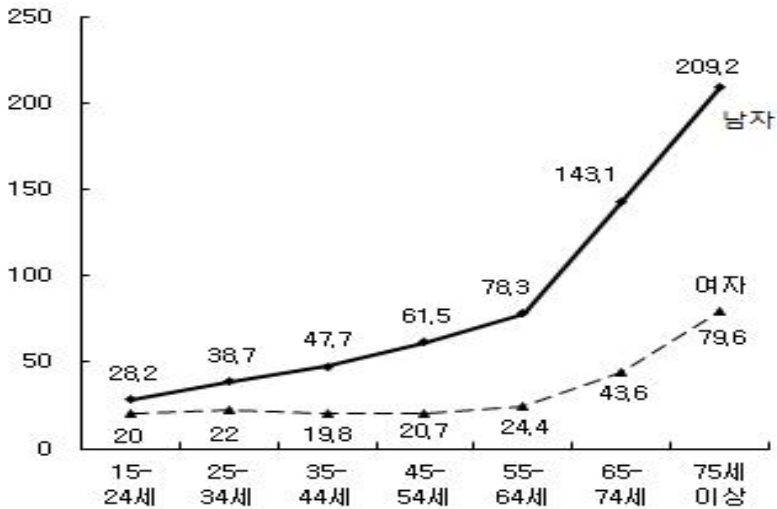
주: <표 3-2>와 같음
자료: <표 3-2>와 같음

[그림 3-14] 우리나라의 성별 연령별 자살생각 비율(2010년)



주: <표 3-2>와 같음
자료: <표 3-2>와 같음

[그림 3-15] 우리나라의 성별 연령별 자살률(2011년)_인구 10만명당



주: <표 3-2>와 같음
자료: <표 3-2>와 같음

다. 자살생각 방정식 추정결과

앞서 제시한 바와 같이 평균적인 개인의 자살생각 확률이 성별, 연령별, 지역별로 차이를 보이는 이유를 알아보기 위해 자살생각 결정요인 방정식을 추정하기로 한다. 추정의 기본이 되는 실증모형은 노용환(2007)이 자살위험의 결정요인을 분석하기 위해 도입한 ‘확률효용극대화’(random utility maximization) 모형에 따라 다음과 같은 ‘로그 우도함수’(log likelihood function)를 이용하고,⁵⁾ 추정방정식은 다음과 같다.

$$L(y_1, y_2, \dots, y_n; \mathbf{x}_i, \boldsymbol{\beta}) = \sum_{i=1}^n \{ (1 - y_i) \ln(\Phi(\mathbf{x}_i \boldsymbol{\beta})) + y_i \ln(1 - \Phi(\mathbf{x}_i \boldsymbol{\beta})) \}$$

(여기서 y_i 는 개인 i 의 ‘사느냐’($y_i = 0$) 혹은 ‘죽느냐’($y_i = 1$)의 생각을 나타내는 이산변수, x_i 는 개인 i 의 특성을 나타내는 자살결정요인 벡터, β 는 추정하고자 하는 계수벡터, $\Phi(\cdot)$ 는 표준화된 정규분포함수를 의미한다.)

따라서 계수 값의 추정치가 벡터가 $\hat{\beta}$ 으로 주어질 때 개별 관측치의 ‘추정확률 값’(fitted choice probabilities)은 함수 $\Phi(x_i \hat{\beta})$ 에 의해 계산된다. 그런데 프로빗 모형의 추정계수 값은 각 설명변수의 실제효과가 아닌 ‘잠재적 결과’(latent outcome)에 대한 한계효과를 의미하므로 연속 설명변수 x_1 의 실제 자살확률에 대한 한계효과는 $\partial E[y_i = 1 | \mathbf{x}_i, \hat{\boldsymbol{\beta}}] / \partial x_1 = \phi(\mathbf{x}_i \hat{\boldsymbol{\beta}}) \hat{\beta}_1$ 와 같이 계산된다.

한편 자살행위를 설명하기 위한 설명변수 벡터에는 연령·성격차·거주지 등 개인적인 속성과 함께 생존의 기본 요소인 소득, 건강, 가족 요인을 고려한다. 또한 Collings and Beautrais(2005)가 주장하는 자살을

5) 실제 최우추정 결과가 이산선택 모형의 관측된 자료를 정확하게 반영하고 있는지를 평가하기 위해 McFadden의 pseudo- R^2 를 보조지표로 이용한다.

유발하는 심리적 요인인 미래에 대한 희망의 부재 및 고통스러운 삶으로부터의 탈피 욕구 등의 특성을 반영하기 위해 교육수준, 건강·우울증 등 정신적·육체적 질환, 음주 등을 자살위험의 영향 요인으로 주목한다. 추정을 통해 분석된 일반적인 특성을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 자살생각은 연령이 높아짐에 따라 지속적으로 증가하는 실제 자살률 통계와는 달리 연령이 증가하면서 감소하다 다시 증가하는 U자형 곡선의 형태를 보이고 있다. 특히 남자와 여자의 연령에 대한 자살생각의 한계효과를 계산한 결과가 [그림 3-16]에 나타나 있는데, 연령이 10세 높아질 때 남자와 여자의 평균적인 자살생각 확률은 통계적으로 유의한 수준에서 각각 0.78%와 0.31% 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 40대 이전 연령층에서는 연령의 한계효과가 부(-)로 나타났으며, 50대 이후 연령층의 연령에 대한 자살생각의 한계효과는 연령증가에 따라 지속적으로 커지는 것으로 나타났다.

둘째, 자살은 분명한 ‘성 격차’ (gender differences)를 보인다는 점이다. 자살생각은 실제 자살률과는 달리 여성이 남성보다 유의한 수준에서 높게 나타났다.

셋째, 실제 자살률은 도시지역에 비해 농어촌 지역에서 수도권지역에 비해 비수도권지역에서 높게 나타나는데 비해, 거주지(농촌 혹은 도시)와 가구규모 등이 자살생각에는 유의한 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 분석되었다.

넷째, 남자의 경우 동거인을 포함하는 유배우자의 경우 통계적으로 유의한 수준에서 이혼·별거·사별 등 집단에 비해 자살생각을 덜 하는 것으로 나타났다. 그러나 여성의 경우 배우자 유무가 자살생각에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났다.

다섯째, 남녀 모두 취업유무가 자살생각에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났으나, 소득이 높을수록 통계적으로 유의한 수준에서 자살생각

에 미치는 영향이 낮은 것으로 추정되었다. 특히 남자와 여자의 소득에 대한 자살생각의 한계효과를 계산한 결과가 [그림 3-17]에 나타나 있는데, 월평균 소득이 100만원 증가할 때 남자와 여자의 평균적인 자살생각 확률은 통계적으로 유의한 수준에서 각각 4.32%와 3.08% 감소하며, 그 효과는 소득이 낮은 계층에서 더 커지는 것으로 나타났다.

여섯째, 남녀 모두 유의한 수준에서 중졸 이하의 저학력자 집단에서 고졸이상 학력 집단에 비해 상대적으로 자살생각을 더 많이 하는 것으로 추정되었다.

일곱째, 음주빈도는 자살생각에 유의한 영향을 미치는 요인이 아닌 것으로 분석되었으나, 흡연자 집단은 상대적으로 비흡연자 집단에 비해 더 자살생각을 할 확률이 높은 것으로 분석되었다.

여덟째, 큰 폭의 체중 변화와 낮은 건강수준이 자살생각을 증가시키는 요인으로 분석되었으며, 예상대로 우울증 정도가 심할수록, 알코올 중독 위험이 높은 집단일수록 유의한 수준에서 자살생각에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

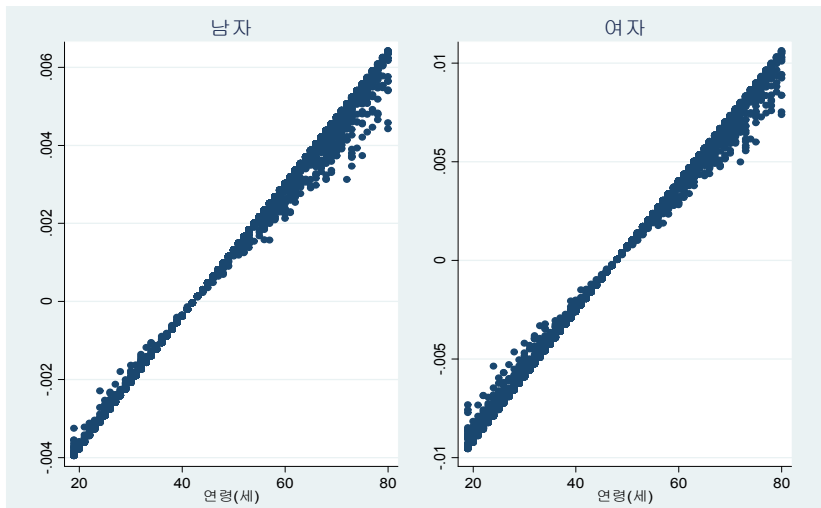
〈표 3-4〉 자살생각 결정요인 (프로빗 분석)

설명변수	전 체	남 자	여 자
연령	-.0371 (.0114)***	-.0180 (.0189)	-.0397 (.0150)***
연령의 제곱	.0003 (.0001)***	.0002 (.0001)	.0004 (.0001)***
남자	-.3432 (.0652)***	-	-
농촌지역 거주자	.0608 (.0611)	.1372 (.0936)	.0103 (.0811)
가구원수	.0176 (.0222)	.0339 (.0357)	.0108 (.0285)
유배우자	-.0307 (.0658)	-.1976 (.1209)*	.0206 (.0834)
log(월 가구소득)	-.1512 (.0347)***	-.1828 (.0549)***	-.1313 (.0451)***
취업자	-.0563 (.0549)	-.1105 (.1026)	-.0075 (.0660)
저학력자	.2087 (.0704)***	.2544 (.1044)***	.1722 (.0970)*
흡연자	.1315 (.0674)**	.1141 (.0821)	.2029 (.1250)*
높은 음주빈도	.0416 (.0960)	.0837 (.1147)	-.1480 (.2045)
큰 폭의 체중변화	.2392 (.1342)*	.2143 (.2185)	.2565 (.1723)*
낮은 건강수준	.3341 (.0574)***	.4125 (.0935)***	.2894 (.0730)***
우울증 유병경험	.7691 (.0594)***	.7364 (.1199)***	.7662 (.0690)***
CES-D	.3047 (.0250)***	.3404 (.0413)***	.2946 (.0320)***
AUDIT	.0203 (.0045)***	.0149 (.0059)***	.0290 (.0074)***
상수항	-.3879 (.2907)	-.9959 (.4731)**	-.4665 (.3820)
Log Likelihood	-1,654.6	-631.1	-1,016.1
McFadden's Pseudo-R ²	0.1981	0.1987	0.1828
실제 사용된 관측치 수	5,087	2,428	2,659

주: 1) *, **, *** 표시는 계수 값이 각각 10%, 5%, 1% 수준에서 유의함을 의미함

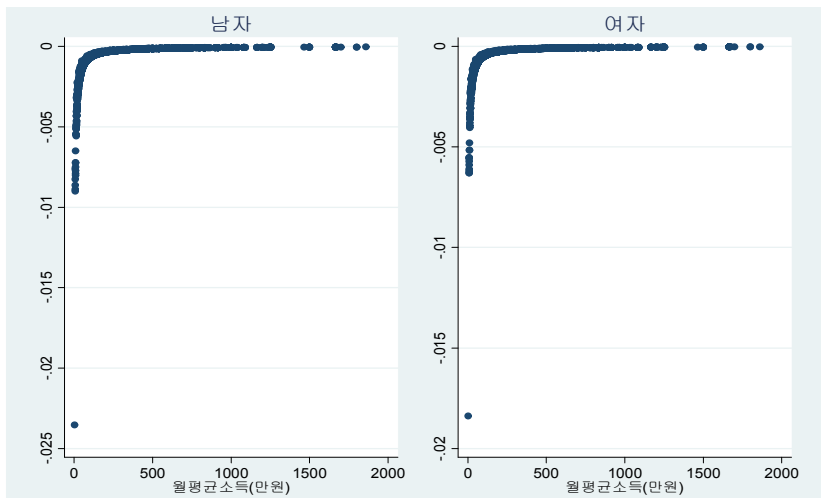
2) () 내의 숫자는 추정된 ‘점근적 표준오차’ (asymptotic standard errors)를 의미함

[그림 3-16] 연령이 자살생각 확률에 미치는 한계효과



주: 남자와 여자의 나이가 자살생각 확률에 미치는 한계효과 $(\widehat{\beta_{\text{연령}}} + 2\widehat{\beta_{\text{연령}^2}} \cdot \text{연령}_i) \phi(X_i \hat{\beta})$ 의 표본평균은 각각 0.0007771, -0.000305이나, 남자의 추정치는 유의하지 않게 나타남. 여기서 ‘추정확률 값’(fitted choice probabilities) $\phi(X_i \hat{\beta})$ 의 계산을 위해 표본 평균을 이용함

[그림 3-17] 소득이 자살생각 확률에 미치는 한계효과



주: 남자와 여자의 소득이 자살생각 확률에 미치는 한계효과 $(\widehat{\beta_{\log(\text{소득})}}(1/\text{소득}_i) \phi(X_i \hat{\beta}))$ 의 표본평균은 모두 유의한 수준에서 각각 -0.0004317, -0.0003079로 나타남. 그리고 앞서와 마찬가지로 ‘추정확률 값’(fitted choice probabilities) $\phi(X_i \hat{\beta})$ 의 계산을 위해 표본 평균을 이용함

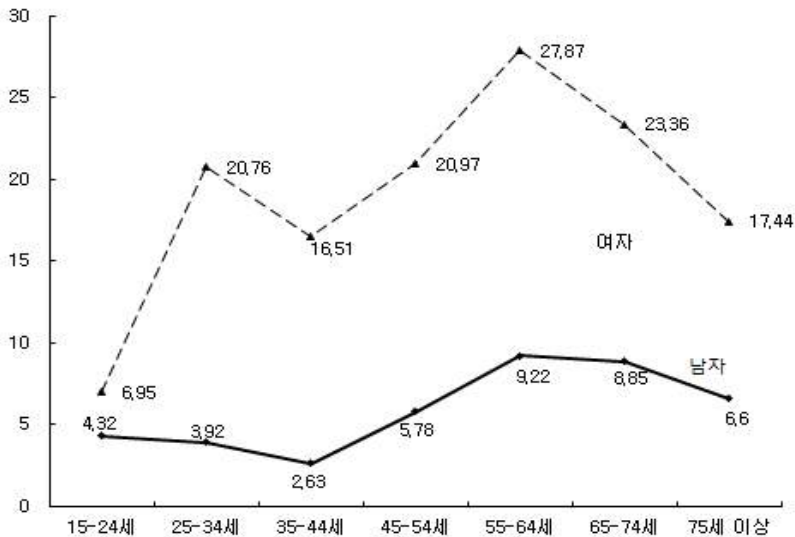
한편 남녀 모두 우울증 유병률은 50대 중반에 최고조에 달하나 이후 연령이 증가하면서 감소하는데, 이는 다음과 같은 추론을 가능하게 한다. 즉 우울증이 자살생각과 자살률 증가의 중요 원인으로 작용하며, 중장년층과 노년층의 우울증 유병률이 감소하고 있음에도 불구하고 이들 집단의 자살률이 증가하는 것은 중년기 이후에 연령이 증가하면서 우울증이 자살에 미치는 영향이 더 커지기 때문으로 추정된다. 특히 고령층의 우울증이 자살에 미치는 영향은 남성이 여성에 비해 더 민감하게 반응하여 자살생각 비율은 여성이 남성에 비해 더 큼에도 불구하고 실제 자살률은 남성이 여성을 압도하는 것으로 나타났다.

우울증은 개인의 심리상태, 태도, 에너지 수준의 변화로 특징되는 정신상태를 의미한다. 우울증은 만성질환의 원인이 되기도 하며, WHO(2001)은 2020년경 선진국 제1의 신체장애요인으로 지목하기도 했다. 일반적으로 우울증은 우리나라뿐만 아니라 세계적으로도 남성보다는 여성에게서 더 많이 나타나며, 이러한 우울증 유병율의 성 격차는 유전적, 신경호르몬적, 정신생물학적으로 설명되기도 하며(Kuehner, 2003), 사회적 조건에 의해 설명되어지기도 한다(Weissman et al., 1996). 또한 Rosenfield(1989), Ross et al.(1983), Mirowsky(1996), Simon and Nath(2004)에 의하면 여성이 남성보다 한부모로 자녀부양 시 금전적 스트레스가 더 심하고, 일과 가정을 책임지는데 있어서도 남성보다 역할 부담이 가중되는 측면이 있어 우울증 유병율이 높다고 주장하기도 하는데, 여성의 육아 책임이 강한 우리 사회의 특성도 여성의 우울증 증가를 초래한 요인의 하나로 생각해 보게 한다.

우울증이 자살행동의 주요 위험요소로 작용한다는 점은 이미 많은 연구문헌에서 주장하고 있는 바이기도 하다. 우울증은 사회적으로도 중요한 공중보건의 문제임이 분명하다. 특히 우울증은 성별에 관계없이 자살생각에 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 이러한 실증결과는

이미 많은 자살연구가 다루어 온 주제이기도 하기 때문에 새로운 사실은 아니다. 그렇다면 여기서 한 가지 궁금한 사실을 지적하지 않을 수 없다. 본 연구에서 이용한 ‘제5기 1차년도 국민건강영양조사’(2010년 기준자료)에 의하면 우리나라 여성의 우울증 유병경험이 남성에 비해 3배 이상 높고, 우울증 자가진단 스케일(CES-D) 지표에서도 여성의 우울증 유병율이 높음에도 불구하고 왜 실제 자살률은 남성이 2배 이상 높게 나타나는 것인가? 이는 강상경(2010)도 지적하고 있듯이 우울증이 ‘실제 자살’(complete suicide)에 미치는 영향이 여성보다는 남성에게 강하기 때문으로 해석할 수밖에 없다.

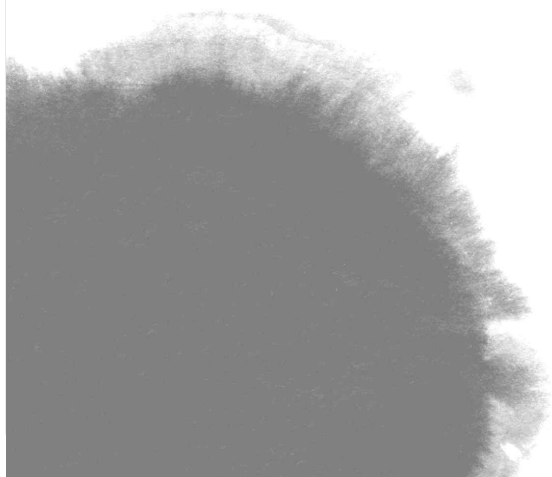
[그림 3-18] 연령별 우울증 유병경험 비율(2010년, %)



자료: 국민건강영양조사 5기 1차년도(2010) 원자료

4장

자살예방정책에 주는 시사점



제4장 자살예방정책에 주는 시사점

자살의 심각성이 점증적으로 제기되면서 보건복지부는 2004년 12월 「국가자살예방 5개년 기본계획」을 수립하였고, 2005년 9월에는 세부추진계획을 수립하여 시행하였다. 2007년에는 국무총리실 주도로 범정부적 자살예방 대책 수립을 추진하였으며, 2008년에는 민·관 합동으로 제2차 자살예방종합대책(2009-2013)을 만들어 시행하였다.⁶⁾ 그럼에도 불구하고 이러한 정책의 시행 이후에도 유의미한 자살 감소는 나타나지 않아 여전히 자살은 우리 사회의 심각한 문제임을 보여주고 있다. 다른 나라들도 UN/WHO(1996)의 권고에 따라 〈표 4-1〉와 같은 구체적인 국가 차원의 자살예방대책을 수립하여 시행해 왔는데,⁷⁾ 그 성과는 〈표 4-2〉에 나타나 있듯이 국가별로, 그리고 같은 국가라 해도 성별로 다르게 나타나기도 했다.

6) 보건복지부(2008)의 자살률 감소를 위한 비전 2013은 자살 위험 없는 안전한 공동체 구현을 목적으로 2013년까지 자살사망률을 20명 미만으로 감소시키는 것을 목표로 삼았는데, 이의 실현을 위해 제시한 10대 과제는 다음과 같다. 1) 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다. 2) 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화한다. 3) 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다. 4) 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화한다. 5) 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화한다. 6) 지역사회기반의 다양한 자살예방 인력 교육체계를 강화한다. 7) 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다. 8) 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다. 9) 자살예방을 위한 연구 감시체계를 구축한다. 10) 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.

7) UN/WHO (1996)의 권고에 따라 자살예방대책을 수립한 국가들은 예산제약을 고려하여 자국의 특성과 다른 나라들의 경험을 토대로 주제를 선정하였다.

〈표 4-1〉 국가별 자살예방대책 비교

주제	핀란드	뉴질랜드	노르웨이	호주	영국	미국
정신질환의 탐지와 치료대책	+	+	+	+	+	+
치명적 수단에 접근성 감소대책	+	+	+	+	+	+
미디어와 대중교육	+	+	+	+	+	+
학교자살예방 프로그램	+	+	+	+	+	+
알코올과 약물남용 대책	+	+	+	+	+	+
정신건강 서비스의 접근도 향상	+	+	+	+	+	+
훈련대책	+	+	+	+	+	+
사후예방프로그램	+	+	+	+	+	+
신체적질병대책	+	-	-	-	-	-
자살 시도자의 평가 및 관리	+	+	-	+	+	+
위기개입 체계	+	-	+	+	+	-
직업과 실업대책	+	+	+	-	+	-

자료: 하상훈(2006), '한국의 자살예방 대책에 대한 제안', (보건복지부, 2008 재인용)

〈표 4-2〉 국가별 자살예방 효과 비교

		5년전 평균 자살률	5년후 평균 자살률	평균자살률 차이 (t-value & p)	5년전 기울기 (β)	5년후 기울기 (β)	기울기 차이 (t-value & p)	예상되는 영향
핀란드 1992 시행	여자	11.80	11.36	.76(.117) (=)	.09	-.07	3.67(.011) (↓)	긍정적
	남자	47.08	43.56	.13(.066) (=)	1.17	-1.85	11.46(<.001) (↓)	긍정적
노르웨이 1994 시행	여자	7.74	6.42	3.35(.010) (↓)	-.41	-.02	-.72(<.001) (↑)	부정적
	남자	22.44	18.12	7.14(<.001) (↓)	-.60	-.03	-3.81(.009) (↑)	부정적
호주 1995 시행	여자	5.04	5.35	1.12(.296) (=)	-.21	.07	-7.09(<.001) (↑)	부정적
	남자	20.35	21.42	-1.35(.214) (=)	-.16	.54	-.98(.365) (=)	중립적
스웨덴 1995 시행	여자	9.71	8.24	3.70(.006) (↓)	-.38	-.32	-2.44(.051) (=)	중립적
	남자	22.79	20.16	3.78(.005) (↓)	-.76	-.34	-3.81(.009) (↑)	부정적

자료: 하상훈(2006), '한국의 자살예방 대책에 대한 제안', (보건복지부, 2008 재인용)

자살시도는 우울증 유병률이 높은 여자에게서 많은 것으로 나타났으나, 실제 자살률은 남자가 여자에 비해 두 배 정도 높다. 이는 자살률을 줄이기 위해서는 정책적으로 개인적 속성을 고려한 자살예방정책이 마련되어 적절한 정책적 통제가 가해져야 함을 의미한다. 그러나 자살 대책을 개인중심의 정신보건문제만 한정할 경우 사회·경제적인 근본 원인에 대한 대책으로는 미흡하다. 자살원인은 정신질환 외에도 사회·경제적 환경과도 관련이 있기 때문이다.

자살예방의 당위성에 대해서는 누구나 공감하지만 실제 사회적 문제로써 개인들에게 이를 부담지우는 것은 한계가 있다. 자살의 특성상 자

살자의 유가족과 친지는 문제해결에 적극 나서기 보다는 소극적으로 대응하려는 경향이 강하기 때문이다. 자살예방대책은 정부와 민간이 협력하여 추진하고 시행하여야 실효성을 거둘 수 있다. 자살예방을 위해서는 법·제도의 확립도 중요하지만 공동체의 가치와 밀접한 관련을 맺고 있는 사회·문화적 환경개선이 매우 중요하기 때문이다.

앞으로 보건복지부장관은 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」(2012년 3월 1일 시행) 제7조에 근거하여 「국민건강증진법」 제5조에 따른 ‘국민건강증진정책심의위원회’ 내 ‘자살예방전문위원회’의 심의를 거쳐 「자살예방기본계획」을 5년마다 수립하여야 한다.⁸⁾ 다음에서는 우리나라의 자살 현황 및 원인 분석 결과를 아래와 같은 11가지로 정형화하여 이 같은 자살 현황에 근거한 대응방안으로써 급증하고 있는 자살의 예방정책에 주는 시사점을 인구사회학적 측면(①-⑤ 관련), 경제적 측면(⑥-⑧ 관련), 보건·의료 측면(⑨-⑪ 관련)을 중심으로 제시해 보기로 한다.

- ① 지난 20년간 우리나라의 자살률은 증가세에 있다. 특히 중장년층과 노년층의 자살자수가 급격하게 증가하였으며, 남자 고령층의 자살률 증가가 두드러졌다. 청소년과 왕성한 노동연령층(20-39세)의 사망원인 1위가 자살이며, 고용불안의 1차적인 피해자인 중장년 남성과 노후대비가 불충분한 노년층의 자살률은 양적으로 우리나라의 합계 자살률을 주도하고 있다.

8) 「자살예방기본계획」에는 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제7조에 근거하여 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 생명존중문화의 조성, 2. 자살상담매뉴얼 개발 및 보급, 3. 아동·청소년·중년층·노인 등 생애주기별 자살예방대책, 4. 우울증 및 약물 중독 관리 등 정신건강증진, 5. 정보통신 등 다양한 매체를 이용한 자살예방체계 구축, 6. 자살 위험자 및 자살시도자의 발견·치료 및 사후관리, 7. 자살 감시체계의 구축, 8. 자살 수단에 대한 통제, 9. 자살예방 교육 및 훈련, 10. 자살예방에 대한 연구지원, 11. 중앙 및 지역 협력기관의 지정 및 운영 방안, 12. 그 밖에 자살예방대책과 관련하여 필요한 사항.

- ② 연령의 증가에 따른 자살률의 증가속도는 여자에 비해 남자가 더 빠르게 나타나고 있다.
- ③ 자살은 분명한 ‘性 격차’ (gender differences)를 보인다. ‘자살생각’ (suicidal ideation) 비율은 여자가 남자에 비해 모든 연령층에서 높게 나타나며, 여자의 평균 자살생각비율이 남자에 비해 약 2배 높게 나타난다. 그러나 ‘실제 자살률’ (completed suicide)은 남자가 여자에 비해 모든 연령층에서 높게 나타나며, 평균적으로는 남자자살률이 여자자살률보다 약 2배 높다.
- ④ 자살생각 비율은 40대 중반 이후 남녀 모두에서 연령에 따라 증가하며, 연령이 높아짐에 따른 자살생각 비율의 증가는 특히 남자의 ‘자살시도’ (attempted suicide) 증가로 이어지는 것으로 관측되었다.
- ⑤ 남자의 경우 동거인을 포함하는 유배우자가 이혼·별거·사별 등 집단에 비해 자살생각을 덜 하는 것으로 나타났으나, 여성의 경우 배우자 유무가 자살생각에 미치는 영향은 유의하지 않게 나타났다.
- ⑥ 외환위기와 글로벌 금융위기가 초래한 구조조정과 경쟁심화는 자살률의 급상승을 초래하였으며, 경제위기로 인한 심리적 상실감의 표출이 여자보다는 남자가 더 민감하게 반응하는 것으로 나타났다. 자살자의 직종현황을 보면 무직자의 자살자수가 가장 많다.
- ⑦ 소득이 높을수록 자살생각 확률이 낮은 것으로 추정된다. 월평균 소득이 100만원 증가할 때 남자와 여자의 평균적인 자살생각 확률은 각각 4.32%와 3.08% 감소하며, 그 효과는 소득수준이 낮은 개인일수록 크다.

- ⑧ 우리나라는 지역별 자살률 격차가 크게 나타나고 있는데, 대도시가 낮은 자살률을 보이며, 평균적으로는 비수도권 및 비도시지역 자살률이 수도권 지역에 비해 높다.⁹⁾
- ⑨ 여자의 우울증 유병경험 비율이 남자에 비해 모든 연령층에서 높게 나타나고, 평균적으로도 약 4배 높게 나타남에도 불구하고 우울증이 ‘실제 자살’ (complete suicide)에 미치는 영향은 여성보다 남성에게서 강하게 나타난다.
- ⑩ 건강수준이 낮을수록, 우울증 정도가 심할수록, 알코올 중독위험이 높은 집단일수록 자살생각 확률이 높은 것으로 나타났다.
- ⑪ 우리나라의 자살은 계절성을 보인다. 자살률은 겨울에 가장 낮고 봄, 여름에 높은 것으로 나타났으며, 특히 남녀 모두 5월 자살자수가 가장 많은 것으로 나타났다.

9) 광역·시·도별 자살률(2011년)은 강원, 충남, 충북, 전북, 경북 등의 순으로 비수도권 지역 남자자살률이 높은 것으로 나타났다. 시·군·구별(2011년)로도 의성군(경북), 단양군(충북), 청양군(충남), 금산군(충남), 영월군(강원), 고창군(전북), 양구군(강원), 보령시(충남), 평창군(강원), 괴산군(충북), 홍천군(강원) 등 비수도권 지역의 남자자살률이 90명 이상으로 매우 높으며, 강남구(서울), 양천구(서울), 남구(울산), 북구(울산), 계룡시(충남), 유성구(대전), 수성구(대구), 군포시(경기), 의왕시(경기), 서초구(서울), 과천시(경기) 등 수도권 및 대도시 지역의 남자자살률은 30명 미만이다. 여자의 경우 자살률이 남자에 비해 낮게 나타나고 있으나, 중구(부산)를 제외하면 남자와 마찬가지로 비수도권 및 비도시 지역에서 자살률이 높게 나타나고 있다.

1. 인구사회학적 측면에서 자살예방 정책에 주는 시사점

고령화 혼인율 이혼율 출산율 등과 관련된 인구사회학적인 측면에서의 자살예방 정책을 살펴보면, 먼저 우리나라의 자살급증은 급속한 고령화와 밀접한 관련이 있는 것으로 관측되고 있다. 인구의 급속한 고령화는 노인들이 가난, 고독, 질병, 무직업에 대응할 충분한 물질적·정신적 여유를 갖지 못한 채 진행되어 왔는데, 그 결과 노인자살률이 40-50대 중년 남성의 자살률을 크게 상회하는 수치를 보이고 있다. 따라서 자살예방을 위한 조치로 노인복지는 매우 중요한 과제가 된다. 혼인형태별 자살률을 보면 사별이나 이혼자들의 자살률이 동거인이 있는 일반인구의 자살률에 비해 높고, 실증분석 결과도 남자의 경우 유배우자가 이혼별거·사별 집단에 비해 자살생각을 덜 하는 것으로 나타났다.

자살예방을 위해서는 1차적으로 현재 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조에 따라 설치·운영 가능한 중앙, 시도, 시·군·구 ‘자살예방센터’와 시·군·구 단위 지역주민의 정신건강을 위해 설치된 지역별 ‘정신보건센터’ 인프라를 실제 상담이 가능한 형태의 조직으로 내실화하여 사별이나 이혼자들, 미혼이나 혼자 사는 사람들, 독거노인 등 중장년층 일반인을 위해 정신건강의 중요성을 홍보하고, 스트레스 관리 프로그램, 우울증 예방 프로그램 등 다양한 프로그램을 마련하여 자살을 사전에 방지할 필요가 있다.

한편 우리 미래의 주역인 청소년층 사망원인 1위가 자살로 나타나 있다. 미래의 주역이자 꿈을 펼쳐야 하는 청소년층의 우울증 원인이 되는 학교폭력문제, 학습장애문제 등을 해결하고, 청소년을 대상으로 우울증 및 자살에 대한 홍보책자를 배포하며 아울러 정신건강증진교육을 주기적으로 실시하고, 보건교사, 상담교사, 교사, 학부모에 대한 정신보건교육을 실시하며 실시간 인터넷 상담을 활성화하는 등 여러 가지 예방책을

마련하여 청소년의 자살을 예방해야 한다. 청소년들은 학업에 대한 스트레스로 지나친 경쟁관계 속에 있다고 스스로 생각할 수 있다. 이 경쟁관계를 유대관계로 전환시켜 자신의 정서적 문제점을 누군가에게 자유롭게 표현하고 서로 도움을 받을 필요가 있다. 개인이 정서적 위안을 받을 수 있는 소그룹 공동체인 동아리 모임을 포함하여 친구들 간의 모임, 동호회의 활성화를 통해서도 자살예방은 가능하다. 자살자들이 자살 전에 심한 외로움을 느끼며 누군가와 얘기하고 싶어 한다는 것은 잘 알려진 사실이다. 따뜻한 인간관계를 맺고 있는 사람은 쉽게 자살하지 않는다. 자살위기에 처하더라도 주위 사람들의 정서적 지원으로 자살위기를 극복할 수 있다.

그렇다면 구체적으로 자살을 방지하기 위해서 어떤 프로그램이 필요한가? 개인적 차원에서는 자살징후 인지교육을 통해 자살징후를 먼저 인지해야 하고, 자기 존중감 및 자부심 증진훈련을 해야 한다. 우울증 조절교육, 분노와 공격성 조절교육, 외로움 방지교육, 대인관계문제해결교육, 자기 존중감 증대교육, 비판적 관점교육, 도움 요청행위교육, 특정 스트레스조절교육, 외상 후 스트레스조절교육 등을 통해 내성강화 훈련을 해야 한다. 사회적 차원에서는 사회적 지원네트워크를 확대하고, 소그룹 및 종교적 치유그룹을 확대해 가야 한다. 정책적 차원에서는 자살하려는 사람들이 원천적으로 자살수단에 접근하지 못하도록 위험환경에 대해 안전점검을 하고, 자살방지정책을 개발해야 한다.

2. 경제적 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점

자살예방 정책을 일자리·소득·소득불평등 등과 관련된 경제적인 측면에서의 접근해 보기로 한다. 우리나라는 지난 반세기 동안 경쟁논리를 앞세운 압축적인 빠른 경제성장을 통해 발전해 왔다. 이 과정에서 경제

적 능력을 제대로 갖추지 못한 소외계층을 양산하게 되고 경쟁을 통해 부를 가지게 된 경제주체들도 공통의 가치를 추구하는 사회적 공동체를 만들어 내지 못해 자살을 예방하지 못했다. 비경제활동인구의 자살이 전체 자살사망자에 비해 많고 도시지역보다는 농어촌지역 1차산업 종사자들의 자살자수가 높게 나타나고 있는 것도 특징이다.

경제적 위기상황이 반드시 자살을 초래한다고 확신할 수는 없지만 외환위기 시기인 1998년 이후 자살률이 급격히 증가한 사실에 비추어 본다면 경제상황의 위기가 자살률에 영향을 미치지 않는다고는 단언하기 어렵다. 경제적 위기상황에 처하면서 가정불화가 겹친다거나 지병이 생긴다거나 하는 등 다른 문제에 동시에 직면하다보면 결국 경제적 위기상황이 자살동인이 된다. 자살빈도가 많은 60대 이상 노인층의 자살률도 경제적 상황과 무관한 것은 아니다. 저소득노인의 경우 지병이 있어 치료비가 계속 필요하지만 가족들에게 짐이 되기 싫어 스스로 목숨을 끊는 사례가 이를 잘 설명해 준다.

통계청에서 2010년 발표한 자료에 의하면 자살이 40대 남성의 사망 원인 2위(17%)로 조사됐다. 그 원인은 경제적인 어려움(30%), 정신적 문제(22%), 직장업무문제(11%)로 나타났다. 40대 남성은 경제적 불황 속에서 가장으로서의 책임감과 스트레스로 심한 경우 극단적인 선택을 한다. 이 경우 다른 연령대와 마찬가지로 주위 사람들의 따뜻한 관심을 통해 예방할 수 있다.

경제적 요인에 의해 발생하는 자살을 예방하기 위해서는 실직 등으로 경제적 곤란에 처한 가계에 대해서는 긴급재정지원과 정신건강서비스 지원 노력을 강구하고, 신용불량자들에 대해서는 개인파산 허용 후 인생 2라운드가 가능하도록 지원하고, 저소득층에 대해서는 정신과 진료비를 지원하는 등 개인의 속성별로 세심한 관심과 구체적인 지원이 필요하다.

3. 보건·의료 측면에서의 자살예방 정책에 주는 시사점

지난 20여년간 자살이 국민 전체의 사망률에서 차지하는 비중은 계속 증가해 왔다. 자살의 주요 원인으로 분석되어 온 우울증과 같은 정신건강비용 부담 역시 증가해 왔다. 자살은 더 이상 개인의 문제가 아니라 보건의료 측면에서의 사회적 문제라고 할 수 있는 것이다. 인구고령화가 진행되면서 보건정책의 방향도 단순한 수명연장이 아닌 ‘건강한 수명’이어야 한다는 점을 감안한다면, 자살예방정책도 건강한 삶이 지속되게 하는 사회적 돌봄에서 찾아야 할 것이다.

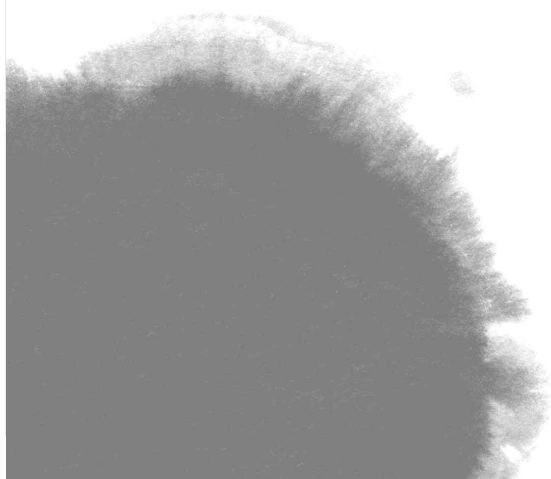
다음에서는 심리치료, 건강한 생활 유지 등 보건·의료 측면에서의 자살예방 정책을 모색해 보기로 한다. 먼저 자살은 우울증 및 알코올중독과 같은 정신의학적 문제와 관련이 있는 것으로 분석되었는데, 이는 정신의학적 문제에 대한 적극적인 예방과 치료가 자살을 예방하는 주요 수단이 될 수 있음을 의미한다. 우울증에 대한 일반인들의 이해도를 높이는 노력을 하여 우울증 당사자는 물론이고 주변사람들의 도움으로 정신과 치료시기를 앞당길 수 있다면 자살예방에 큰 역할을 할 수 있을 것이다. 또한 이홍식 외(2007)에도 나타나 있듯이 정신의학적으로 볼 때 알코올중독환자들은 우울증에 걸릴 확률이 높아 알코올 소비량이 세계적으로도 많은 우리의 음주문화가 높은 자살률과 연계되어 있을 가능성을 의심하지 않을 수 없다. 따라서 알코올중독 치료시스템 지원, 음주에 대한 규제 강화 등 건전한 사회적 분위기 조성을 위한 전략적인 노력이 필요하다.

한편 노인자살은 노후준비가 미진한 경제적 원인과 함께 급속도로 평균수명이 늘어난데 비해 건강수명 기간이 이에 비례하여 증가하지 못한 데서 발생하는 측면이 있다. 평균수명이 늘어난 가운데 미진한 노후준비로 고통 받는 저소득 노인층은 만성질환이 있을 경우 그 육체적 고통보

다 경제적 어려움 때문에 다가오는 정신적 고통이 더 크다. 이 경우 자살의 위험에 노출되기 쉽다. 이것을 단순히 개인적 문제라 보기는 어렵다. 이에 대해 국가적·사회적으로 자살예방정책을 다각도로 모색해 나가야 할 것이다. 사회적 관심을 필요로 하는 노인들을 돌보고, 노인들에게 정서적인 지원을 제공할 수 있는 예방시스템이 필요하다. 이와 함께 기존의 노인복지관이나 정신보건센터 운영 활성화를 중심으로 노인들이 멤버십을 가지고 하는 활동을 지원하고, 이들 모임을 통해 노인자살예방교육을 실시하는 등 교육과 자문 서비스가 필요하다. 특히 자살사건이 집중되는 봄·여름철을 자살예방을 위한 계도 및 선도 기간으로 잘 활용하여 자살 고위험군을 중점 대상으로 ‘우울증 관리프로그램’, ‘정서지원 프로그램’, ‘자살예방 프로그램’을 운영하는 것도 효과적인 방법이다.

5장

결론



제5장 결론

자살이라는 인간의 행위(혹은 선택)는 예측하기 어려운 속성을 가지고 있다. 자살을 발생시키는 원인을 규명하여 유형화한다는 것 역시 개인의 입장에서 보면 의미 없는 작업일 수 있다. 그럼에도 불구하고 많은 연구자들이 자살이라는 행위 자체 뿐만 아니라 총량적인 현상에 대해 다양한 측면에서 이해하려 노력해 왔다. 그 결과 대표적으로 얻어낸 결론 중 하나는 생물학적인 측면에서 볼 때 우울증이 높은 자살위험성을 내포한다는 것이며, 본 연구도 이를 지지하는 실증결과를 얻을 수 있었다.

Durkheim(1897)이 제시한 1870년대의 자살률을 1990년대 후반의 자살률과 비교해 보면 분석대상 국가들의 평균 자살률이 2배 이상 증가하였음을 알 수 있다. 특히 러시아는 인구 10만명당 자살률이 3명 수준으로 가장 낮은 국가에서 40명 수준으로 가장 높은 국가가 되었다. 반면에 프랑스의 자살률은 15명 수준으로 거의 변화하지 않았으며, 노르웨이와 스웨덴의 자살률은 지난 120년간 약 2배, 핀란드의 경우는 약 4배 증가하였다. 이러한 사실은 자살이 유전적이거나 일조량 혹은 ‘위도가 자살에 영향을 미친다는 가설’ (latitude hypothesis) 등 자연적인 요인과 통제하기 어려운 운명론적인 요인에 결정되기 보다는 경제·사회 환경 변화를 수반하는 통제 가능한 요인일 수 있다는 추론을 가능하게 한다.

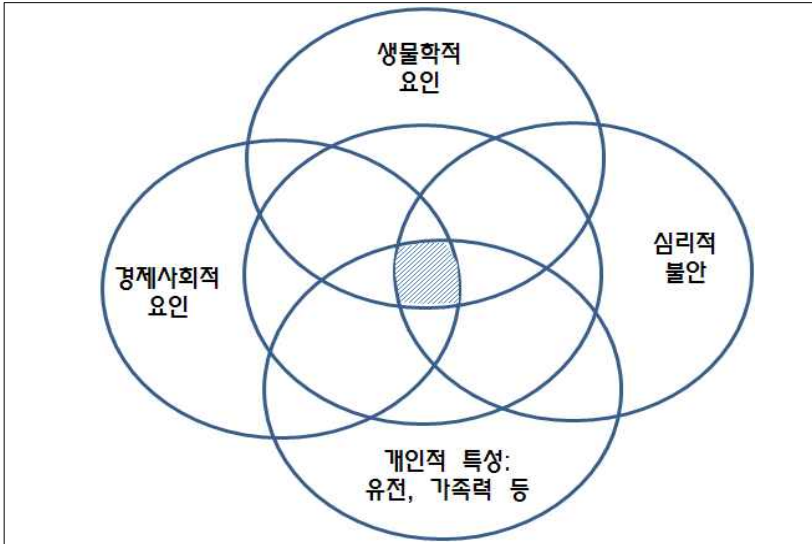
우리나라의 자살률 증가추세는 1990년대 중반 이후 본격화 되었다고 할 수 있는데, 가장 큰 원인은 인구의 고령화 속도가 빨라지면서 중장년

층과 노년층 남녀 자살률이 급증한데서 찾을 수 있다. 여기에다 1997년 외환위기와 2008년 글로벌 금융위기 등 두 차례에 걸친 경제위기는 전통적으로 경제적 책임을 크게 느껴온 중장년층 남자들의 자살률 증가세를 가속화 시켰다. 세계적으로도 자살률은 여자보다 남자에게서 더 높게 나타나는데, 우리나라는 특히 남자로서 고등학교 학력, 무직, 유배우자인 경우 자살지수가 많으며, 수도권지역보다는 노인인구가 많은 비수도권 읍면 지역의 자살률이 높은 것도 특징이다.

한편 자살은 미디어 등을 통한 모방에 의해서도 일어나며, 특히 Cutler, Glaeser and Norberg(2000)은 자살을 시도한 경험이 있는 미국 청소년 집단에서 가족이나 친구의 자살시도에 의한 전염효과가 있음을 발견하였다. 그러나 우리나라의 경우 사회적인 이슈가 되고는 있으나, 전체적인 자살률 추이에서 보면 아직 청소년 자살문제가 다른 나라에 비해 상대적으로 심각한 수준은 아닌 것으로 볼 수 있다.

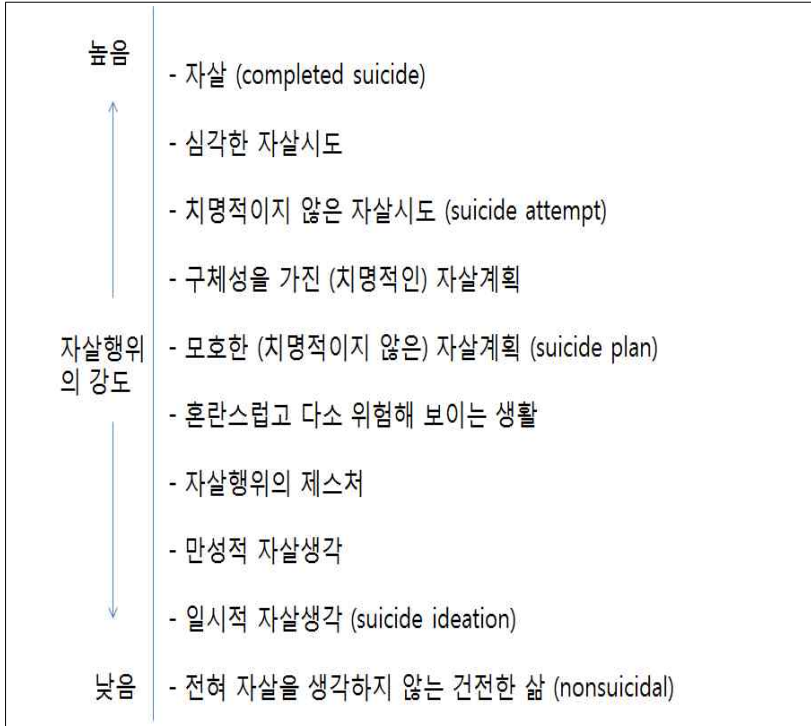
기존의 많은 연구결과를 보면 자살 원인은 [그림 5-1]과 같은 다면적인 속성을 가지고 있음이 분명하다. 자살이유를 이해하기 어렵다는 것을 의미하면 동시에 자살이라는 병리적 현상을 치유하는 예방책을 수립하는 것도 매우 신중하고 섬세해야 함을 의미하기도 한다. 적어도 자살예방을 위한 정책의 수립은 심리학, 보건학, 사회복지학, 종교학, 경제학 등 다양한 입장에서 자살을 이해하고 분석해 온 전문가의 융합적인 노력에 의해 이루어져야 한다.

[그림 5-1] 개인의 자살행위를 촉발하는 요인들



우리가 서론에서 제기한 문제는 ‘실제자살’(completed suicide)의 심각성에 대한 대책은 무엇인가에 대한 것이었지만, 실제 자살행위(생각, 시도, 실제자살을 포함)는 복잡 미묘하고 [그림 5-2]의 예시와 같이 파노라마 식으로 연속적으로 변화하는 것으로 인식되고 있기 때문에 자살 예방대책도 이러한 자살행위의 연속적인 특성을 통제할 수 있는 수단이어야 한다.

[그림 5-2] 자살행위의 연속성 (예시)



먼저 한 가지 분명한 사실은 자살은 고립·소외된 집단에서 집중적으로 나타나고 있다는 점이다. 우리나라의 경우도 노후 준비 미비로 경제적으로 안정되지 못한 노인계층, 지역발전에서 소외된 농어촌과 비수도권 지역의 개인, 힘겹게 가정의 생계를 책임져야 하는 가장들, 이혼·독거·사별 가구, 우울증에 갇혀 지내고 있는 개인들에게서 자살생각비율과 실제 자살률이 높게 나타나고 있다. 따라서 자살을 예방하기 위해서는 자살행위의 강도가 낮은 단계에서부터 대상자를 선정하여 물질적·정신적으로 건강한 사회를 만들어야 한다. 가정·학교·일터를 건강하게 만들고, 복지시스템과 노후생활을 건강하게 설계하는 사회를 이룩하는 것은 자살예방을 위해 매우 중요하다.

건강한 사회란 생산의 효율성과 분배의 형평성을 만족시키고, 동시에 구성원 모두가 안정된 삶을 누리는 사회를 의미한다. 자살확률 방정식 추정결과에 빚대어 보면 행복은 생존의 기본적인 요소인 돈, 건강, 가족 그리고 개인의 자존심이나 사회적 유대감 그리고 자기실현의 기회 등 개인적 특성에 의해 결정된다고 볼 수 있다. 소득은 한 개인이 육체적·정신적 질병이나 고령화 등으로 경제적 능력이 상실되었을 경우 극한의 고통에 빠지지 않는 완충 역할을 해주기 때문에 저축이나 노후보장과 같은 사회안전망이 강조되어야 한다. 또한 행복은 화목한 가정, 함께하는 따뜻한 사회의 구현 등 건강한 가정과 사회를 만드는 데서 찾아야 한다.

한편 자살은 자살자 개인의 문제를 넘어서 남겨진 가족, 친지, 주변의 정신적·경제적·문화적·사회적 관계까지 파급효과를 미치는 심각한 행위이다. 자살은 끝이 아니라 사회적인 새로운 문제를 만들어 내어 남겨진 사람들에게는 후유증으로 돌아오기 때문에 우리 모두가 예방에 나서야 하는 이유가 된다.¹⁰⁾

10) 서동우·정상혁 (2007)은 자살의 연간 사회·경제적 비용이 최소 1.2조원에서 최대 3.1조원 규모에 달할 것으로 추정된 바 있다.

참고문헌

- 강상경 (2010), 우울이 자살을 예측하는가?: 우울과 자살태도 관계의 성별·연령 차이, **사회복지연구**, 제41권 제2호, pp. 67-100.
- 강은정·이수형 (2010), **자살의 원인과 대책 연구: 정신의학적 접근을 넘어**서, 연구보고서 2010-24, 한국보건사회연구원.
- 김성권 (2004), 사회자본과 경제성장: 중첩세대 R&D모형을 중심으로, **경제연구**, 한국경제학회, 제22권 제3호, pp. 183-210.
- 노용환 (2006), 자살의 경제학적 분석: 우리나라 시·도별 패널자료를 이용한 접근, **경제학연구**, 제54집 제3호, 한국경제학회, pp. 177-200.
- 노용환 (2007), 자살위험의 미시적 결정요인 분석, **보건경제와 정책연구**, 제13권 제1호, 한국보건경제정책학회, pp. 41-58.
- 박형민 (2007), **한국의 자살실태와 대책**, 연구총서 07-17, 한국형사정책연구원.
- 박희봉·김명환 (2001), 우리나라 지역사회의 사회자본 증진에 관한 연구, **한국정치학회보**, 한국정치학회, 제34집 제4호, pp. 219-237.
- 보건복지부 (2008), **제2차 자살예방종합대책(2009-2013)**, 자살예방대책추진위원회.
- 서동우·정상혁 (2007), 자살의 실태와 문제점, **자살의 이해와 예방**, 한국자살예방협회, pp. 55-79.
- 안명옥 (2007), 「2006-2006년 자살현황」, 경찰청 자료.
- 유경원·노용환 (2007), 국가별 패널자료를 이용한 자살률 결정요인 분석, **한**

- 국경제연구**, 제18권, 한국경제연구학회, pp. 59-78.
- 이창기·박종관(2005), 도시지역 사회자본의 실태와 증진에 관한 연구. 대전·천안지역을 중심으로, **한국사회와 행정연구**, 제16집 제2호, pp. 191-210.
- 이홍식 외 (2007), **자살의 이해와 예방**, 한국자살예방협회.
- 한명희·이시진 역 (2008), **자살전서**, 새움출판사 (Martin Monestier 원저)
- 통계청, **사망원인통계**(국가통계포털(kosis.kr))
- Collings, Sunny and Annette Beutrais (2005), *Suicide Prevention in New Zealand: A Contemporary Perspective*, Wellington: Ministry of Health, New Zealand, 2005.
- Cutler, David M., Edward L. Glaeser, and Karen E. Norberg (2000), *Explaining the Rise in Youth Suicide*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 7713.
- Durkheim, Emile (1897), *Le Suicide*, Paris (English Edition: Durkheim, Emile, *Suicide: A Study in Sociology*, Translated by J. A. Spaulding and G. Simpson, London, Routledge and Kegan Paul, 1952; 국문판: 에밀 뒤르켐, **자살론**, 삼성출판사, 임희섭 역, 1993).
- Helliwell, John F. (2004), *Well-Being and Social Capital: Does Suicide Pose a Puzzle*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 10896.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163-174.
- Mirowsky, J.. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of Health and Social Behavior*. 37, 362-38.
- Noh, Yong-Hwan (2009), Does Unemployment Increase Suicide Rates?

- The OECD Panel Evidence, *Journal of Economic Psychology*, Vol. 30, No. 4, Elsevier Science Inc., pp. 575-582.
- Noh, Yong-Hwan (2010), To Be or Not To Be: An Economic Shock, Stress and Suicidal Ideation, *Applied Economics Letters*, Vol. 17, No. 1, Routledge Journals, Taylor & Francis Ltd, pp. 55-60.
- Putnam, Robert (2001), Social Capital: Measurement and Consequences, *Canadian Journal of Policy Research*, Vol. 2, No. 1, pp.41-51.
- Qin, P., E. Agerbo, N. Westergaard-Nielson, T. Eriksson and P. B. Mortensen (2000), Gender Differences for Risk Factors for Suicide in Denmark, *British Journal of Psychiatry*, pp. 546-550.
- Rosenfield, S. (1989). The Effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 77-91.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Huber, J. (1983). Dividing Work, Sharing Work, and In-Between: Marriage Patterns and Depression. *American Sociological Review*, 48, 809-823.
- Sabatini, Fabio (2005), *The Role of Social Capital in Economic Development: Investigating the Causal Nexus through Structural equations Models*, Working Paper, mimeo.
- Simon, R.W. & Nath, L.E. (2004). Gender and Emotion in the United States: Do Men and Women Differ in Self-Reports of Feelings and Expressive Behavior? *American Journal of Sociology*, 109, 1137-76
- Singh, G. K. and M. Siahpush (2002), Increasing Rural-Urban Gradients in U.S. Suicide Mortality, *American Journal of Public Health*, Vol. 92, No. 7, pp. 1161-1167.
- United Nations and World Health Organization (UN/WHO, 1996),

Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies (ST/ESA/245), Geneva: World Health Organization.

Weissman, M., Bland, R., Joyce, R.P., Newman, S., Wells, J.E., & Wittchen, H.U. (1993). Sex differences in rates of depression: Cross National perspectives. *Journal of Affective Disorders*, 29, 77-84.

World Health Organization (2001). *World Health Report 2001*. Geneva.

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 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

Kihasa 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 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 |

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박설비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소비자 중심의 유가식품의 관리체계 및 개선방안 -유가공식품 표시제 중심으로	곽노성
연구 2011-07	저소득층 아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분석	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장제정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘
연구 2011-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애 장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지제정의 정책과제	유근춘
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 천서민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김대완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주 뉴질랜드 캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지제감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	장혜규
연구 2011-32	저출산 고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손창균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 민간의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산 양육 행태 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	알가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	자방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변화와 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기법(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산 고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인 폴란드 편	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 시각지대 분석	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 합의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006-2010년 결과 보고서	오영호
연구 2011-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	건강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

4 · 간행물화원제 안내 및 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약 위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	찬사민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I 아동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지패널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신옥
연구 2011-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박살비아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구	이상연
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진옥
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	건강보장체계의 New Paradigm 전환에 따른 기반 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험자 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지재정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종욱
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중임과 지방의 사회복지 재원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 육구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르딕 모델을 중심으로	윤석명 신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종욱
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신옥
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태완
연구 2012-30	중고령자의 소득자산 분포와 노후빈곤 가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현세대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구범주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교 아시아 국가를 중심으로 1 (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 바우처사업의 정책효과 분석 연구	강혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통제생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 조식통계 선진화 방안 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와지방정부의저출산정책연계방안	이상림
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김현식
연구 2012-47-5	찬기족기업 지표개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼 출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 인공수정 시술비 지불보상 현황과 정책방향	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생체중이 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	돌째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김현식
연구 2012-47-12	고령화-저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이현창)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구이동 전망과 대응과제	이상림
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양욕구필요도측정방식개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업사장규모추계와활성화방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산현상의동태적분석을위한지역사례조사	박중서
연구 2012-47-21	100세 시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국 영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책 유럽각국의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산 고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

6 • 간행물화원제 안내 및 발간목록

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정경희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우 이삼식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지공적 전달체계 개편 방안: 공적전달체계의 수직적편제와 수평적배열의 재구조화	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육 교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박종서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2006년 및 2011년 결과 보고서 -	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 간강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 간강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 간강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	간강중진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 간강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품접객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약 위가가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 일자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초등 방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년 한국복지패널 기초분석 보고서	최현수
연구 2012-55-2	2012년 한국복지패널 심층분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정주계 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 조세 재정정책 정립 방향 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 지표·지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호