



발 간 등 록 번 호

11-1240245-000014-10



한국의 사회동향

Korean Social Trends 2023 **2023**
<http://sri.kostat.go.kr>



통계청

통계개발원



한국의 자살 추이와 대응

이유리 (명지전문대학)

- 우리나라의 자살률은 2011년을 기점으로 감소하는 추세이나 최근 4년간 감소세가 둔화되었으며, 성, 연령, 지역에 따른 차이가 있다.
- 자살생각, 자살계획, 자살시도 등 자살 관련 행동은 여성이 남성보다 많으며, 자살 관련 행동과 정신장애 사이에도 큰 연관성이 있지만 정신건강 서비스를 받는 비율은 낮다.
- 우리나라의 청소년 자살률은 세계적 감소 추세와 달리 증가하고 있으며, 특히 15~19세가 눈에 띄게 상승하였으며, 자살시도율은 여학생이 남학생보다 높았다.
- 자살예방정책을 강화하여 2027년까지 자살률 30% 감소를 목표로 고위험군 집중관리와 지역 맞춤형 자살예방정책을 추진 중이다.

자살은 전 세계적으로 심각한 공중보건 문제로 자살 현황과 주요 변화를 자살률, 자살행동, 청소년 자살, 자살예방 정책으로 나누어 살펴보고자 한다. 보다 구체적으로는 첫째, 지난 수년 동안 한국의 자살 추세를 통해 자살의 인구사회학적 특성을 확인한다. 둘째, 자살 관련 행동 패턴, 자살을 유발하는 주요 요인들을 검토한다. 셋째, 청소년이 겪는 다양한 사회적, 심리적 스트레스와 그에 따른 자살률 및 자살시도율의 변화 추세를 분석한다. 마지막으로, 현재 진행 중인 자살예방 정책과 프로그램을 조망하며, 이러한

정책들이 얼마나 효과적으로 자살을 예방하는 데 기여하고 있는지, 그리고 앞으로 어떠한 방향으로 발전해야 하는지에 대해 논의한다.

자살률

우리나라는 OECD 회원국 중 자살률이 가장 높은 나라다. 자살은 10대부터 30대 연령층의 주요 사망원인이다.

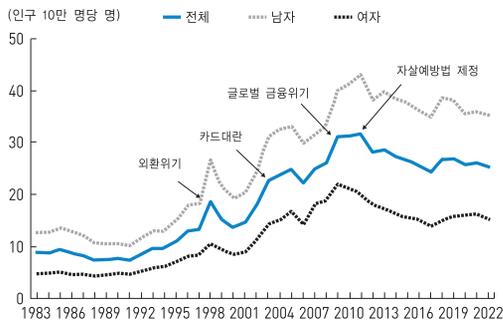
2022년 우리나라의 자살자 수는 1만 2,906명으로 자살률은 인구 10만 명당 25.2명이다. [그림 III-31]의 자살률 추이를 살펴보면, 1983년부터 2022년까지 여러 사회적 이슈와 경제 위기에 따라 변동했다. 특히 1998년 외환위기 이후 자살률이 급격히 증가하며, 2003년 카드대란 사태와 2009년 글로벌 금융위기 직후에도 더욱 증가하여 2011년 31.7명으로 최고치를 기록하였다. 2011년 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(약칭: 자살예방법)이 제정되고 국가적인 자살예방정책이 강화되면서 자살률이 감소하는 추세를 보였지만 2018년부터 다시 증가하다 2020년부터는 감소 양상을 보이고 있다.

성별에 따른 자살률은 남자가 여자보다 높다. 1997년까지는 성별에 따른 자살률 차이가 인구



10만 명당 5.6~9.9명으로 비교적 낮았는데, 1998년 이후에는 남성과 여성의 자살률 차이가 크게 벌어지기 시작하였다. 2010년 이후에는 남성의 자살률은 여성보다 인구 10만 명당 20명 이상 더 높아졌으며 2022년에는 20.2명 더 높게 나타났다(그림 Ⅲ-31).

[그림 Ⅲ-31] 성별 자살률, 1983-2022



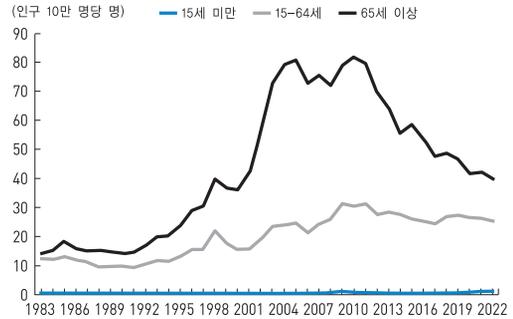
출처: 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도.

[그림 Ⅲ-32]의 연령집단별 자살률 추이를 살펴보면, 1983년부터 2022년까지 15세 미만의 자살률은 큰 변화가 없고 15~64세의 자살률은 증가 추세를 보였다. 65세 이상 노인의 자살률은 감소 추세이나 여전히 높은 편이다. 연령을 10세 간격으로 나누어 살펴보면, 연령이 높아질수록 자살률이 높아지는 경향을 확인할 수 있다. 특히, 2022년 기준 80대 이상의 자살률은 60.6명으로 다른 연령대에 비해 매우 높다.

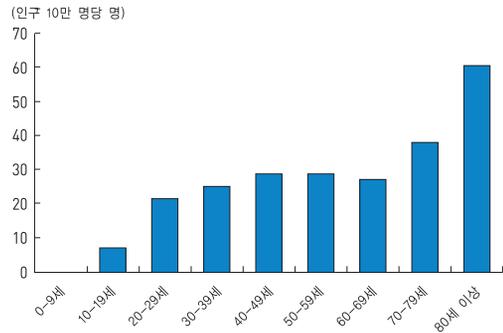
참고로 연령대별 사망원인 중 자살이 차지하는 비율은 10대 42.3%, 20대 50.6%, 30대 37.9%로 이들 연령대에서 자살이 사망원인 순위 1위를 차지하였다. 40대와 50대에서도 자살의

[그림 Ⅲ-32] 연령별 자살률, 1983-2022

1) 자살률 추이, 1983-2022



2) 연령대별 자살률, 2022



출처: 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도.

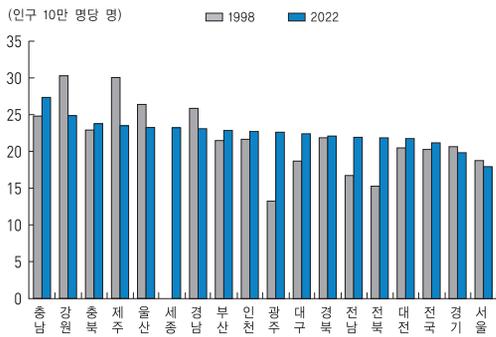
비율이 높은 편으로 40대는 20.2%, 50대는 9.4%이다. [그림 Ⅲ-33]의 지역별 연령표준화 자살률을 살펴보면, 2022년 기준 충남이 27.4명으로 가장 높았고, 서울과 경기도 각각 17.9명과 19.8명으로 상대적으로 낮은 자살률을 보였다. 1998~2022년 기간에 시도별 자살률의 변화를 살펴보면, 광주가 1998년 대비 69.9% 증가해 가장 큰 증가를 보였고, 반면 제주는 1998년 대비 21.9%로 가장 큰 감소를 보였다. 이는 시간에 따라 지역별로 자살률 변동이 있음을 보여준다. 지



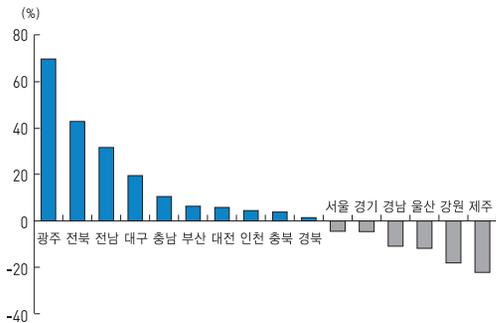
역별 자살률의 차이나 변화량은 여러 요인에 의해 영향을 받을 수 있으나, 특히 사회경제적 여건의 변화가 중요한 원인이다.

[그림 Ⅲ-33] 시도별 연령표준화 자살률, 1998, 2022

1) 자살률



2) 1998년 대비 2022년 증감률



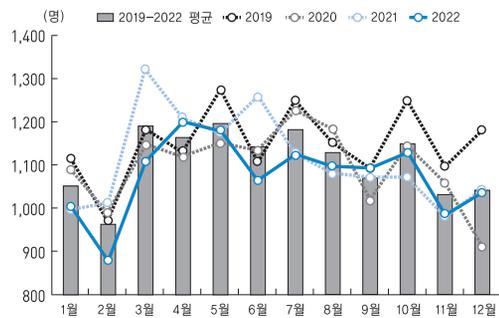
출처: 통계청, 「사망원인통계」, 1999, 2023.

한편, 2022년 월별 자살자 수를 보면, 4월(1,198명, 9.3%)과 5월(1,181명, 9.2%)순으로 많았으며, 2월(879명, 6.8%)에 가장 적었다. 최근 2019년부터 2022년까지의 월별 평균 자살자 수를 보면 5월, 3월, 7월, 4월 순으로 많고, 2월, 11월, 12월, 1월은 적었다. 상대적으로 봄과 여름

의 자살자 수가 많고 겨울의 자살자 수가 적은 양상을 보인다(그림 Ⅲ-34). 2019년의 경우 10~12월 자살자 수가 급증했는데, 이에 대해 보건복지부는 유명 연예인의 자살이 일부 영향을 준 것으로 추정하였다. 2019년 중앙심리부검센터의 자살사망자 전수조사에서도 20대 여성이 1~9월 평균 25명에서 10~12월 평균 43.7명으로 10~12월에 급증한 것으로 나타나 유명인을 모방한 자살 문제가 존재하는 것으로 보인다.

요일별 자살 사망 빈도는 월요일이 가장 많았으며 연령대가 높아질수록 월요일 자살 확률은 감소하고 10~20대 젊은 층에선 자살에 대한 요일 영향이 상대적으로 크다(Kim, E. et al., 2019).

[그림 Ⅲ-34] 월별 자살자 수, 2019-2022



출처: 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도.

2021년을 기준으로 직업별 자살자 수는 학생과 가사, 무직이 60.0%로 가장 높은 비율을 보인다. 연령대별로 나누어 살펴봐도 모든 연령대에서 학생과 가사, 무직의 자살 비율이 높았다. 자살 수단은 목매기가 49.3%로 가장 높았

고, 자살 사망장소는 주택이 41.7%로 가장 많다(보건복지부·한국생명존중희망재단, 2023).

2021년 경찰청 변사자통계의 동기별 자살 현황을 살펴보면, 정신적·정신과적 문제가 39.8%로 가장 많았고, 경제생활 문제가 24.2%, 육체적 질병 문제가 17.7%, 가정 문제가 6.7%로 나타났다. 또한, 직장 또는 업무상의 문제가 3.8%, 남녀 문제가 2.1%, 사별 문제가 0.9%로 자살 동기 분포를 보였다. 성별에 따른 동기별 자살 비율을 보면 남녀 모두 정신적·정신과적 문제가 가장 높게 나타났다. 남자는 경제생활 문제, 직장 또는 업무상의 문제로 인한 자살이 여자보다 상대적으로 높았으며, 여자는 정신적·정신과적 문제, 남녀 문제로 인한 자살 비율이 상대적으로 높았다. 연령별로는 10~20대는 정신적·정신과적 문제로 인한 자살이 50% 이상으로 가장 많았고, 30~50대는 정신적·정신과적 문제와 경제생활 문제가 각각 30% 이상으로 많았으며, 50대의 경우 육체적 질병 문제도 40대 이하에 비해서 상대적으로 높은 편이다. 60대 이상은 육체적 질병 문제, 정신적·정신과적 문제, 경제생활 문제 순으로 높게 나타났다(보건복지부·한국생명존중희망재단, 2023).

자살 관련 행동

보건복지부·국립정신건강센터의 2021년 「정신건강실태조사」에 따르면, 성인 중 평생 동안

한 번이라도 자살을 생각한 사람의 비율은 10.7%로, 남자는 9.4%, 여자는 12.0%였다. 자살을 실행하기 위한 구체적인 계획(자살계획)을 세운 사람의 비율은 2.5%로, 남자 2.1%, 여자 2.8%였다. 실제로 자살 시도를 했던 사람의 비율은 1.7%로, 남녀 각각 1.6%, 1.9%였다. 이 결과는 여자가 남자보다 자살 관련 생각이나 계획을 가질 비율이 높음을 보여준다(표 Ⅲ-8).

〈표 Ⅲ-8〉 성인 남녀의 자살 관련 행동별 경험률, 2021

	(%)		
	전체	남자	여자
평생 경험률			
자살생각	10.7	9.4	12.0
자살계획	2.5	2.1	2.8
자살시도	1.7	1.6	1.9
1년 경험률			
자살생각	1.3	1.0	1.7
자살계획	0.5	0.3	0.7
자살시도	0.1	0.1	0.1
1개월 경험률			
자살생각	0.5	0.2	0.9
자살계획	0.3	0.1	0.5
자살시도	0.0	0.0	-

주: 1) 전국 만 18~79세 성인을 대상으로 함.
 2) 경험률은 해당 기간(평생, 1년, 1개월)에 해당 자살 관련 행동을 한 번 이상 경험한 적이 있는 사람의 비율임.
 3) 자살생각은 자살에 대한 생각을 하고 있는 상태임.
 4) 자살계획은 자살에 대한 생각을 넘어서 자살을 실행하기 위한 구체적인 계획을 세우는 단계임.
 5) 자살시도는 자살에 대한 생각을 바탕으로 구체적인 실행 계획을 세우고 그에 따른 시도를 했던 경우임.
 출처: 보건복지부·국립정신건강센터, 「2021년 정신건강실태조사보고서」, 2021.

1년 동안 자살생각을 한 사람의 사회인구학적 특성을 살펴보면, 결혼상태별로는 남자의 경우 이혼·별거·사별일 때 자살생각 비율이 높았고, 여자는 기혼·사실혼·동거일 때 높게 나타났다.



교육수준별로는 고졸 1.9%, 대졸 1.0%, 중졸 이하 0.6% 순이었고, 취업상태별로는 무직·학생·주부의 경우 2.4%, 비정규직 1.4%, 정규직 0.7% 순으로 나타났다. 전반적으로 교육수준이 낮을수록 자살생각과 자살계획 비율이 높아지고, 무직·학생·주부인 경우 높은 자살생각과 자살계획 비율을 보였다.

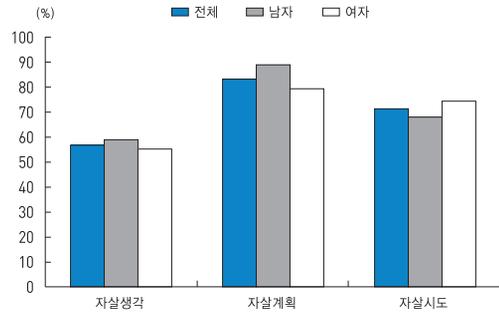
자살 관련 행동 대상자(평생 동안 자살생각, 자살계획, 자살시도를 한 사람) 중에서 불안장애, 우울장애, 니코틴 사용장애, 알코올 사용장애 중 하나라도 해당되는 정신장애를 경험한 적이 있는 사람의 비율은 자살생각이 56.8%, 자살계획이 83.3%, 자살시도가 71.3%로 나타났다. 또한, 자살생각과 자살계획을 경험한 사람들 중에서 정신장애를 경험한 비율은 남자가 여자보다 높았으며, 자살시도를 경험한 사람들 중에서 정신장애를 경험한 비율은 여자가 남자보다 높았다. 정신장애 유형을 보면, 모든 자살 관련 행동 대상자에서 우울장애를 경험한 사람의 비율이 가장 높았다(그림 Ⅲ-35).

자살을 시도한 경우 중에서 가장 심각했던 자살 시도의 직접적인 동기는 스트레스(70.4%)가 가장 높았으며, 다음은 정신장애(우울장애)가 25.5%, 급격한 정서적 흥분이 4.1% 순이었다. 스트레스와 관련된 요인은 가족·친구·이성·직장 등 대인관계의 스트레스와 갈등이 가장 많았으며 경제적 문제나 학교와 직장 관련 요인인 성적·입시·취업·승진 등이었다.

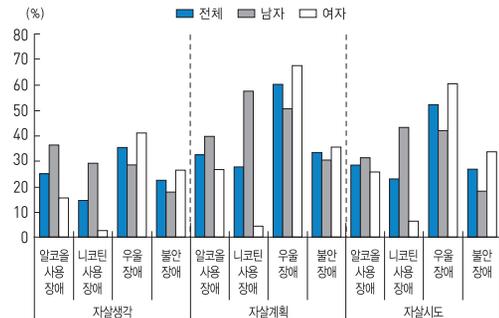
평생 동안 정신장애를 진단받은 사람들 중에

[그림 Ⅲ-35] 성별 자살 관련 행동 대상자의 정신장애 경험 비율(평생), 2021

1) 정신장애 전체



2) 정신장애 유형별



- 주: 1) 전국 만 18~79세 성인을 대상으로 함.
 - 2) 정신장애 전체 통계치는 평생 동안 자살 관련 행동(자살생각, 자살계획, 자살시도)을 한 사람 중 알코올 사용장애, 니코틴 사용장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 해당되는 정신장애를 경험한 적이 있는 사람의 비율이고, 유형별 통계치는 해당 정신장애를 경험한 적이 있는 사람의 비율임.
 - 3) 불안장애는 다양한 형태의 비정상적이고 병적인 불안과 공포로 인하여 일상생활에 장애를 일으키는 정신장애로, 공황장애, 광장공포증, 범불안장애, 사회불안장애, 특정 공포증, 분리불안 장애 등의 진단이 포함됨.
 - 4) 우울장애는 주요우울장애와 기분부전장애를 합친 진단군임.
 - 5) 니코틴 사용장애는 니코틴금단과 니코틴의존을 포함하는 장애임.
 - 6) 알코올 사용장애는 알코올남용과 알코올의존을 포함하는 장애임.
- 출처: 보건복지부·국립정신건강센터, 「2021년 정신건강실태조사보고서」, 2021.

서 지난 1년 동안 정신건강 서비스를 이용한 비율은 4.4%이며, 지난 1년 동안 정신장애로 진단

받은 사람들 중 7.2%만이 정신건강 서비스를 이용하였다. 자살시도자 중 정신장애를 진단받은 사람이 많은 반면 실제로 정신건강 서비스를 이용하는 비율이 적다. 정신장애 진단을 받은 사람들 중 처음 전문가에게 상담한 문제 중 가장 많은 비율은 우울증(10.2%)으로 나타났으며, 자살과 관련된 문제로 처음 상담한 비율은 1.3%이다. 자살시도자 중에서 정신장애 진단을 받은 사람이 많음에도 정신건강 서비스 이용률이 낮다는 점을 고려하면, 적절한 서비스 접근과 사후관리를 강화할 필요가 있다.

2022년 응급의료기관으로 지정된 의료기관의 응급실에 내원하여 접수한 환자들의 진료 정보인 국립중앙의료원 중앙응급의료센터의 국가응급진료정보망(NEDIS, National Emergency Department Information System) 자료 분석 결과, 응급실로 내원한 자해·자살 시도 건수는 총 3만 6,754건으로 남자 1만 3,620건(37.1%)과 여자 2만 3,134건(62.9%)으로 여자가 남자보다 약 1.7배 많았다. 연령대별로는 20대의 자해·자살 시도가 1만 487건(28.5%)으로 가장 많고, 뒤이어 10대 5,879건(16.0%), 30대 5,266건(14.3%), 40대 5,107건(13.9%) 순으로 자해·자살 시도가 발생하였다(표 Ⅲ-9). 시도별 자해·자살 시도 비율은 경기 26.0%, 서울 19.3% 순으로 높았으며, 그 외의 지역은 모두 10% 미만의 비율을 차지했다. 수도권에 인구가 많고 응급의료기관이 밀집되어 있어 수도권의 자해·자살 건수가 많은 것으로 보인다.

〈표 Ⅲ-9〉의 응급진료결과를 살펴보면, 귀가 전체의 65.1%로 가장 많고, 입원은 26.6%, 전원은 3.3%, 사망은 4.0%를 차지하고 있다. 최종 진료결과는 퇴원이 전체의 87.5%로 가장 많았고, 전원은 5.8%, 사망은 5.4%이다. 응급실로 내원한 환자들 중 대다수가 귀가나 퇴원하여 일상 생활로 돌아간다. 그러나 자살시도자의 경우 재발 가능성이 높기 때문에 응급의료기관에서 적절한 치료와 조기 퇴원으로 환자의 회복을 도모하고, 자살시도자에 대한 사후관리를 철저히 진행하는 것이 중요하다.

〈표Ⅲ-9〉 자해·자살시도로 인한 응급실 내원 건수와 진료결과, 2022

	구분	건수(건)	비율(%)
	10대 미만	15	0.0
자해·자살 시도로 인한 응급실 내원 건수	10대	5,879	16.0
	20대	10,487	28.5
	30대	5,266	14.3
	40대	5,107	13.9
	50대	4,156	11.3
	60대	2,567	7.0
	70대	1,708	4.6
	80대 이상	1,569	4.3
응급 진료 결과	귀가	23,916	65.1
	입원	9,788	26.6
	전원	1,198	3.3
	사망	1,486	4.0
	기타	366	1.0
최종 진료 결과	퇴원	32,170	87.5
	전원	2,131	5.8
	사망	1,984	5.4
	기타	469	1.3

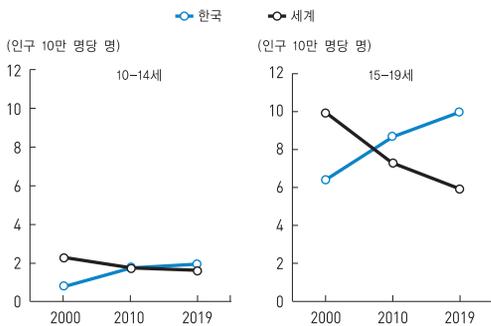
주: 1) 응급 및 최종 진료결과의 기타에는 기타, 가망 없는 퇴실, 미상/미입력 등을 포함하였음.
출처: 보건복지부·국립중앙의료원 중앙응급의료센터, 「2022 응급의료 통계연보」, 2023.



청소년 자살

2000년부터 2019년까지 세계적으로 10~14세 및 15~19세 청소년 자살률은 감소 추세를 보였다. 2000년에는 10~14세에서 인구 10만 명당 2.3명, 15~19세에서 9.9명으로 기록되었으나, 2019년에는 각각 1.6명과 5.9명으로 감소하였다. 반면, 우리나라의 청소년 자살률은 증가 추세를 보인다. 우리나라는 2000년 10~14세 0.8명, 15~19세 6.4명으로 시작하여 2019년 각각 1.9명과 9.9명으로 상승하였다(그림 Ⅲ-36).

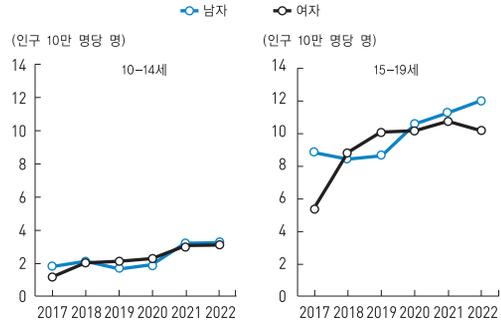
[그림 Ⅲ-36] 한국과 세계 청소년의 자살률, 2000-2019



출처: UNICEF, "Suicide mortality rates", UNICEF Data (<https://data.unicef.org>), 2023, 8.

2017년부터 2022년까지 남자와 여자 청소년의 자살률은 전반적으로 증가하는 추세를 보였다. 특히, 10~14세 여자 청소년의 자살률은 2017년의 1.2명에서 2022년에는 3.2명으로 거의 세 배에 가까운 상승을 보였다. 15~19세 여자 청소년 자살률도 2017년의 5.4명에서 2022년에

[그림 Ⅲ-37] 청소년의 성별 자살률, 2017-2022



출처: 통계청, 「사망원인통계」, 각 연도.

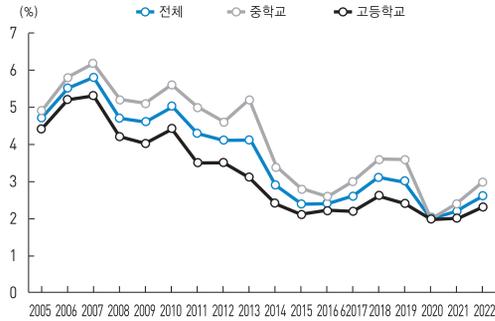
는 10.2명으로 두 배에 가까운 상승을 보였다(그림 Ⅲ-37).

2005년부터 2022년까지 「청소년건강행태조사」를 분석한 결과, 전반적으로 중학생들의 자살시도율이 고등학생들보다 높았으며, 두 학교급 모두 2007년을 정점으로 그 이후 점차 감소하는 추세를 보였다. 특히, 2014년부터 청소년 자살시도율이 크게 감소하여 2020년에는 모든 학교급에서 2.0명으로 동일하게 낮아졌으나, 2022년에 다시 약간 상승하여 중학교에서 3.0명, 고등학교에서 2.3명을 기록했다(그림 Ⅲ-38).

2022년 청소년의 학년과 성별에 따른 자살 시도율에는 차이가 있었다. 중학교 1~3학년에서는 여학생들의 자살시도율이 3.9%로 비슷한 수준을 보였으나, 남학생들은 2.0%에서 2.3% 범위에서 조금씩 변동하였다. 고등학교에서는 학년별로 여학생들의 자살시도율이 2.6%에서 3.0% 사이로 변동하였으며, 남학생들은 1.4%에서 2.0% 사이에서 변화하였다(그림 Ⅲ-39).

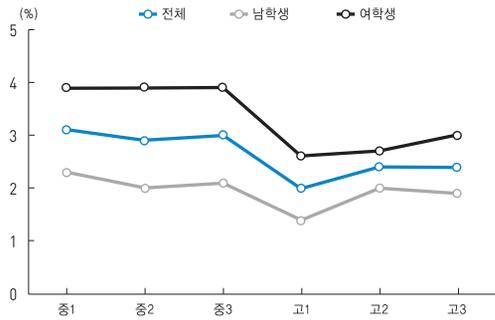


[그림 III-38] 청소년의 학교급별 자살시도율, 2005-2022



주: 1) 자살시도율은 전국 중고등학교 재학 중인 청소년 중 지난 1년 동안 자살을 시도한 적이 있는 청소년의 비율임.
출처: 질병관리청, 「청소년건강행태조사」, 각 연도.

[그림 III-39] 청소년의 학년 및 성별 자살시도율, 2022

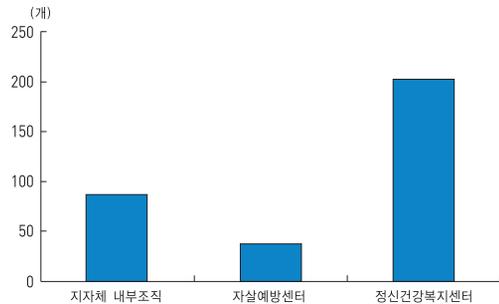


주: 1) 자살시도율은 전국 중고등학교 재학 중인 청소년 중 지난 1년 동안 자살을 시도한 적이 있는 청소년의 비율임.
출처: 질병관리청, 「청소년건강행태조사」, 2022.

재단은 자살예방정책, 자료 개발, 자살자 및 유족 지원 등의 업무를 수행하며, 지역에는 자살예방센터를 설치하여 상담, 교육 및 훈련 등 다양한 서비스를 제공한다.

2021년 국회자살예방포럼과 안전생활실천시민연합의 조사에 따르면, 229개 지자체 중 88.2%는 외부 정신건강복지센터에서, 38.0%는 지자체 내부에서, 그리고 16.6%는 자살예방센터에서 자살예방 활동을 진행하고 있다. 이러한 조직 강화가 자살예방에 중요하며, 일부 지자체는 비용 보조를 위해 자살예방센터를 민간에 위탁하기도 한다(그림 III-40).

[그림 III-40] 지역단위 자살예방 조직 현황, 2021



출처: 국회자살예방포럼·안전생활실천시민연합, 「2021 자살예방 및 생명존중 추진활동 실태조사: 229개 기초지방자치단체별」, 2022.

자살예방 활동

2004년 이후 한국은 국가와 지방자치단체의 주도로 자살예방 대책을 강화하였으며, 2011년에 자살예방법을 제정하여 5년마다 자살예방기본계획을 수립하도록 하였다. 한국생명존중희망

2023년 보건복지부는 자살로부터 안전한 사회 구현이라는 비전을 세우고 2027년까지 자살률을 30% 감소시키는 목표를 추진한다. 이를 위해, 생명존중 안심마을을 2027년까지 17개 시·도에 조성할 계획이며, 자살시도자 및 유족의 개입률도 2021년 6%에서 2027년에는 40%로 늘릴



방침이다. 주요 전략으로는 생명안전망 구축, 자살위험요인 감소, 사후관리 강화, 대상자별 맞춤형 예방 및 자살예방의 효율적 추진기반 강화가 포함되어 있다. 고위험군의 집중관리와 지역별 맞춤형 자살예방정책을 통해 사후 대응체계와 인프라를 구축·강화하고자 한다.

한국생명존중희망재단은 자살위험 없는 안전한 공동체 구현을 목표로, 2013년부터 전국민 대상 자살예방 교육을 강화하여 지역사회 인적 네트워크를 활성화하려 하고 있다. 이를 위해 자살예방법을 기반으로 ‘보고 듣고 말하기 2.0’과 같은 온라인 교육 콘텐츠를 개발·운영하고 있다.

한국의 지속적인 자살률 상승과 청소년의 높

은 자살행동 비율은 국가적 차원에서 진지하게 접근해야 할 문제이다. 지난 수년간 구축된 자살 예방정책과 그 결과에도 불구하고, 아직까지 구체적인 해결책을 찾지 못한 상황은 사회 전체의 관심과 투자가 더욱 필요함을 의미한다. 문제의 복잡성을 고려할 때, 자살예방은 단순한 정책적 접근을 넘어 다양한 분야와 계층 간의 협력을 필요로 한다. 자살예방 중재 전략의 효과성을 철저히 평가하고, 그 근거에 기반을 두어 자살예방사업을 추진하는 것이 절실하다. 이러한 전략적 접근을 통해 보다 효과적이고 지속가능한 자살예방대책을 세우며, 안전하고 건강한 사회를 위한 발판을 마련해야 한다.



참고문헌

보건복지부·한국생명존중희망재단. 2023. 「2023년 자살예방백서」.

Kim, E., Cho, S. E., Na, K. S., Jung, H. Y., Lee, K. J., Cho, S. J., & Han, D. G. (2019). Blue Monday is real for suicide: a case-control study of 188,601 suicides. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 393-400.