

# 자살예방의 사회경제적 접근 방식에 대한 신속 문헌 고찰

윤예슬<sup>1\*</sup>, 황민지<sup>1\*</sup>, 배민경<sup>2</sup>, 허현희<sup>3</sup>, 박준<sup>4</sup>, 이원영<sup>5</sup>, 김민혁<sup>6</sup>, 최낙혁<sup>7</sup>, 박혜선<sup>8</sup>, 기명<sup>2 †</sup>

## 초록

자살예방에서 자살의 특성에 걸맞게 사회경제적 접근의 중요성이 점차 강조되고 있다. 본 연구는 자살예방 영역에서 사회경제적 접근 정책 혹은 프로그램이 어떻게 적용되는지를 신속 문헌 고찰을 통해 탐구하였다. 캐나다, 일본, 영국, 호주 등 8개 국가에서 실시된 총 10개의 사회경제적 접근 사례를 선정하여 분석하였다. 사회적 결정요인에 기반한 자살예방의 다부문 혹은 사회경제적 접근은 채무, 주거, 고용과 같은 사회적 고위험군 상황이나 자살응급, 자살 시도자 퇴원 단계 등의 환경에서 넓게 적용되고 있었다. 자살예방에서 사회경제적 접근은 그 서비스 과정을 몇 가지 형태로 체계화하고 있었다. 한 가지 방식은 다부처 접근을 지지하는 국가 혹은 시 차원의 계획으로 자살 문제의 범위가 의료 중심으로 제한되지 않고 더 넓은 시야에서 해결책을 찾도록 제시한다. 다른 유형은 제도적으로 역할과 책임을 부여하는 것으로, 주거, 채무 등에 대한 대응과정 내에 정신 심리 문제를 반응하는 과정이 동시에 존재하도록 하는 것이다. 마지막으로, 입원, 퇴원 등과 같은 자살 위험의 여러 지점에서 케어 코디네이터 혹은 코디네이션 팀 등을 통해 다양한 사회 서비스를 배치하는 것이다. 사회적, 비의료적 환경 기반의 서비스들에서 당사자의 경험, 시민의 지원과 참여 등이 통합적 서비스 제공의 중요한 기점으로 나타났다. 자살예방 영역에서 사회적 프로그램들은 자살위험 감소와 더불어 정신건강 개선의 성과를 보고하고 있었다. 본 연구는 자살 예방을 보건의료 중심의 책임을 넘어 사회적 패러다임으로 확인해가는 범정부적 접근 등의 흐름을 검토하였다. 사회경제적 접근을 자살문제와 직접 연결시키고 있는 구체적 사례들을 통해 사회경제적 접근의 현실화 가능성을 고찰하였다.

**주요 용어:** 사회경제적 접근, 자살의 사회적 결정요인, 범정부적 접근, 다부문 협력

<sup>1</sup>고려대학교 보건학협동과정

<sup>2</sup>고려대학교 의과대학 예방의학교실

<sup>3</sup>고려대학교 보건대학원 미래건강연구소

<sup>4</sup>서울시립대 국제도시과학대학원

<sup>5</sup>중앙대학교 의과대학 예방의학교실

<sup>6</sup>연세대학교 원주의과대학 정신건강의학교실

<sup>7</sup>가천대학교 법과대학 행정학과

<sup>8</sup>릿교대학 커뮤니티복지학 연구소

\*공동1저자, † 교신저자 (E-mail: myungki@korea.ac.kr)

투고일: 2025.1.13./ 수정일: 2025.2.10./ 게재확정일: 2025.2.13.

---

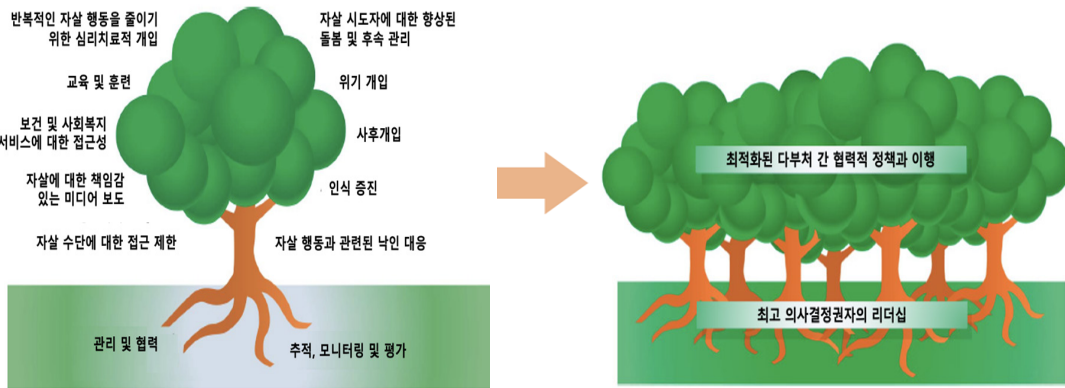
## I. 서론

사회역학은 이제 이론적 체계를 갖춘 학문으로 인정된다. 사회역학의 핵심 이슈인 건강불평등은 국민건강종합계획 등의 국가 계획의 중점 과제로 등장하기도 한다. 건강불평등이 학문의 영역을 넘어 현실의 과제로 수용되는 것으로 적어도 건강문제의 측정의 영역에서 건강불평등은 의미있는 관점을 제시하고 있는 것으로 볼 수 있다. 보건전문가들 사이에서 건강문제의 해석에서 건강불평등의 영향을 따지는 것은 자연스러운 상황에 이르렀다는 것이다. 예를 들어, 대장암에 관한 질병 역학을 논의할 때도 발생, 유병, 사망뿐 아니라 이를 불평등과 연관 짓고, 치료의 접근성에서 사회경제적 격차를 측정하는 것은 타당한 일이 되었다. 건강불평등의 측정은 해당 건강문제에 내포되는 사회적 영향을 수치로써 가늠하게 한다. 건강불평등이 크다면 그 문제의 해결 방향은 보건의료적 접근을 넘어 사회적, 계층적 고려를 포함하는 것이다. 예를 들어 전체 인구의 유병률을 낮추기 위해서는 하위계층의 유병과 관련되는 요인에 집중해야 한다는 정책으로 연결되는 것이다. 건강불평등 연구는 보건의료의 한계 넘어, 다른 한편에 있는 사회적 결정요인을 다루는 실천전략을 개발하는 것과 호응한다(Lundberg, 2020). 건강불평등은 이해에 머무르지 않고 현실의 실용적 수단이 되는 길을 찾아가고 있으며, 자살예방 영역에서 벌어진 사회적 결정요인에 대한 중재의 경험을 모으고 검토하는 것은 그 일환이 될 것이다.

현재의 많은 건강문제들은 더욱 사회적 해석과 해결을 필요로 하며(Andermann, 2016), 정신 장애와 자살 역시 그런 측면에서 보건문제이면서 동시에 사회적 문제로 정립되어 왔다. 지난한 역사 속에서 치료의 대상으로서의 개인이라는 의료적 관점에 맞서며, 다양한 논쟁과 실험의 과정을 거쳐 정책으로 현실화하기도 하였다. 탈원화, 지역사회정신보건, 사회경제적 접근, 당사자 중심, 적극

적 지역사회기반 치료(Assertive Community Team, ACT), 주거와 관련되는 주거우선 모델(Housing First, HF), 장애인의 인권모델(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) 등의 개념을 만들어왔으며, 지금은 회복지향(recovery for living independently)의 관점을 통해 질환에도 불구하고 일정한 조건과 상태가 지원된다면 그들은 건강할 수 있다는 전망으로 나아가고 있다(Killaspay et al., 2022). 사회적 개입에 기반한 이러한 정책, 프로그램, 수단들의 현실 적용은 여전히 미흡하지만, 정신질환의 치료와 회복을 사회적 과정으로 구체적으로 설계하였다는 측면에서 그 의의가 인정된다고 할 것이다.

자살 역시 분명히 사회적 위험이 강하게 확인되며, 흔히 자살은 사회적이라고 여겨진다. 자살의 사회적 연관성은 충분한 근거를 통해 잘 정립되어 왔으며(Lorant et al., 2018; Li et al., 2021), 때로는 ‘절망의 죽음’으로 일컬어지며(Case & Deaton, 2017) 주목을 끌기도 하였다. 2023년 세계자살예방협회가 발행하는 Crisis 저널의 편집자 논평(Pirkis et al., 2023)과 2024년 란셋이 기획한 ‘자살예방에서 공중보건 접근(a public health approach to suicide prevention)’ 시리즈에 실린 여섯 편의 논문이 집중 조명한 내용도 자살의 사회적 결정요인이었다. 자살 예방에서도 개인에 대한 치료 중심이 아닌 공중 보건적 접근, 즉 고위험군 대상 스크리닝, 미디어, 자살 수단에 대한 개입 등 인구 집단을 대상으로 하는 다양한 방법들이 자살예방의 중요한 요소로 자리 잡았다. 앞서 언급한 최근의 흐름은 이와 같은 기존 정책의 한계에 대응하는 것으로 그 핵심은 사회적 결정요인에 대한 개입을 수용하는 접근을 제시한다. 범부처 접근(whole of government approach, 그림 1 참조)으로 일컬어지는 이 전략은 기존의 자살예방 시도(예: 미디어 보도, 자살 수단 인식 증진 등)가 보건 영역에 국한되어 ‘그저 자기의 몫을 하는 것(done their bit)’에 그쳤음을 지적하며, 훨씬 넓은 범위에서 변화를 추구하는 사회정책 패러다임의 수용을 제시한다(WHO, 2016; Pirkis et al., 2023). 세계적인 연구와 정책



출처: Pirkis et al., 2023

[그림 1] 기존 자살예방 전략의 개입 요인들과 새로운 범부처 접근 전략

경향을 반영하면서 이 경향을 더욱 확고히 하는 것이어서 굳건한 흐름으로 이어질 가능성이 높다.

범부처 접근이라는 표현들이 여러 국가들의 정신보건 계획, 자살예방 계획에 자주 등장하고 있다(Department of Health, England, 2012; Ministry of Health, New Zealand, 2019; Centers for Disease Control and Prevention, 2022; The Scottish Government, 2022). 이는 저출산, 웰빙, 정신 건강과 같은 단일 부처의 수직적 계통에 머무르지 않는 복잡한 이슈를 수평적 부처 협력을 통해 수용하는 정책 경향을 반영한다(Ling, 2002). 사회적 결정요인을 국가정책에 적극적으로 끌어들이는 것은 범부처 접근을 의미하는 것이고, 많은 선진국들은 이러한 방향에서 자신들이 경험하는 자살예방의 한계를 극복하는 것으로 보인다.

자살을 사회적으로 받아들이고, 정책으로 이어지게 하려는 일련의 노력에도 불구하고 자살에 대한 사회경제적 접근의 적용은 제한적이다. 자살의 사회적 결정요인에 대한 개입은 주로 사회적 지지, 참여, 자본 등(Chang et al., 2017; Ki et al., 2024)에 관련되거나 재정지원, 실업급여, 기본 소득 등 사회 안전망(Mathieu et al., 2022)의 일반적 조치를 의미하는 것으로 이해되고 제시된다. 매크로 사회제도는 자살의 사회경제적 조건을 좌우하는 일차적인 사회경제적 결정요인으로서 그 제도가 정한 방식에 따라 모든 개인에 동일한 도움이 자살문제와 관계없이

제공되어야 하는 것은 아니다. 정신 장애 영역에서 제공되는 대표적 사회 서비스인 주거우선 모델(Housing First, HF), 개별 배치 및 지원 모델(Individual Placement and Support, IPS)은 이 무차별적인 제도가 아니라 정신건강의 상태에 맞게 개인화한다. 어떤 이슈가 복합적이라고 할 때 그 문제는 여러 다른 문제와 얽혀있어서, 예를 들어 정신적 문제는 주거 혹은 고용의 문제와 동반한다는 것을 의미하며, 이들 원인은 개별적이 아니라 동시에 접근되어야 한다는 것이다. 자살문제 역시 여러 가지 문제를 동시에 지닌 개인들을 상대하는 것이라면, 각 문제 나름의 고유한 제도적 경로와 별개로, 그 문제들이 맞닿는 경계에서 서비스를 통합하고 접목하려는 시도를 주의할 필요가 있다.

우리나라의 자살예방 전략은 크게 보아 보건의료 중심의 접근에 머물러 있으며, 범부처 접근 전략은 다부문 접근 등의 개념으로 종종 등장하기도 하지만 이는 미미한 수준에 그치고 있다. 예를 들어 국가 자살예방 계획에서 ‘경제위기군 맞춤형지원’ 사업은 핵심과제의 하나이지만(관계부처 합동, 2023), 채무나 빈곤 문제라는 사회적 열악성에 개입하는 경우에도 그 사업의 범위는 정신건강 영역으로 한정된다. 사회적 취약 집단은 자살의 정신적 고위험군을 발견하는 하나의 통로가 되며, 대개는 보건의료 체계에 의뢰하는 것으로 종결된다. 정서적 지원과

---

더불어 사회경제적 지원이 필요하다는 것을 알지만 효과적인 서비스 공급 방안이 제도화되어 있지 않은 것이다.

우리나라 자살문제의 극복에서 사회적 결정요인에 대한 실질적 개입 방안을 찾는 것은 중요한 과제가 되고 있다. 본 연구에서는 자살예방 영역에서 보건의료적 접근의 한계를 넘어 사회경제적 접근을 시도한 해외 정책 사례들에 대한 고찰을 통해 자살예방에 사회경제적 개입을 어떻게 접목하는지 살펴볼 것이다. 본 연구는 신속문헌 고찰(Rapid Literature Review, RLR)을 시행하였으며, 이는 대상이 되는 중재 상황이 흔하지 않고, 더욱이 그 성과를 결과로 포함하여 보고하는 형태를 갖춘 연구는 드물며, 정책과 프로그램의 성과보다는 그 내용을 확인하는데 적절하다고 판단했기 때문이다. 신속문헌고찰을 통해 본 연구는 다음과 같은 질문에 답하고자 한다. 첫째, 보건 분야 혹은 한 부서를 넘어서는 정책 흐름을 가능하게 하는 환경적 조건과 배경은 무엇인가? 두 번째, 중앙과 지방정부의 부서 계통을 따르는 보건 위주의 전통적 정책 양식과는 다른 연결과 협력의 양상과 결과는 어떠한가?

## II. 연구방법

본 연구는 자살예방과 사회서비스의 수요가 동시에 발생하는 순간에 대한 대응을 돕는 프로그램을 고찰하기 위한 논문으로 기획되었다. 이를 위해 프로그램의 포함 기준은 자살예방 전략의 일부로 수행되거나 혹은 사회서비스 프로그램(부채, 주거 고용 지원 등)이지만 자살예방의 요소를 갖추는 방향으로 개선된 프로그램/정책을 고찰 대상으로 하였으며, 제외기준은 자살 정책의 일환으로 사회경제적 접근이 이루어지지 않았거나, 자살 정책과 연계가 되지 않은 사회서비스 프로그램은 제외하였

다. 기존의 보건 영역 중심의 자살 및 정신건강에 대한 접근 전략(자살 수단, 미디어 캠페인, 게이트키퍼 등)으로 구분되는 경우 제외하였다(Pirkis et al., 2023). 대상 국가의 선정은 기존 자살예방 국가전략의 효과성을 검증한 대표적인 논문인 Matsubayashi와 Ueda(2011)의 논문과 국내에서 관련 연구를 수행한 김정수와 송인한(2013)의 논문을 참고하여 8개국(호주, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 영국, 스코틀랜드, 캐나다, 미국)을 선정하였으며, 이에 추가하여 자살률 감소의 성공적인 사례로 꼽히는 대표적인 국가인 일본을 추가하여 조사를 수행하였다. 이 중 아일랜드의 경우 조사를 수행하였을 때, 자살에 대한 국가전략 문헌을 찾기 용이하지 않아 분석에서 제외하였다. 최종적으로 본 연구에서 자살의 국가전략을 분석한 조사 대상 국가는 8개국으로 호주, 일본, 뉴질랜드, 노르웨이, 영국, 스코틀랜드, 캐나다, 미국이 포함되었다. 각 프로그램에 대한 조사는 2024년 12월 23일부터 2025년 1월 4일까지 수행되었다.

본 연구는 신속문헌고찰 연구로 국가들의 자살정책을 빠른 시간 내에 검토 및 보고하고자 하였다. 신속문헌고찰은 기존 체계적 문헌고찰(Systematic Literature Review, SLR)의 대안으로, 방법론 측면에서 엄격한 SRL에 비해 간소화된 절차를 사용하여 정책 및 프로그램 결정을 뒷받침하기 위해 개발되었으며, 별도의 정형화된 기준은 없으나 세계보건기구(WHO), National Collaborating Centre for Methods and Tools(NCCMT), 영국 정부, 근거 기반 의학 옥스퍼드 센터(Oxford Centre for Evidence Based Medicine), 코크란 그룹(Cochrane Group) 등에서 수행된 연구에서 신속문헌고찰 방법론이 적용된 사례가 보고되고 있다(Smela et al., 2023). 본 연구에서는 WHO의 신속문헌고찰 안내서(Rapid Review Guide)를 참고하였으나, 일부 연구 대상의 상황에 맞게 변형하여 사용하였다. 예를 들어 바이어스 위험 평가(risk of bias appraisal)의 경우 신속문헌고찰에 필수로 포함되지 않으며, 본 연구의 분석 대상 단위가 정책이기 때문에 기존 바이어스

---

평가로는 적합하지 않다고 판단되어 제외하였다. 기본적으로 RLR에서 포함되어야 하는 기준에 대한 제시(PICO; Population, Intervention, Comparison, Outcome)는 <부록 표1>에 포함하였다. 정책 분석 연구의 특성상 각 국가 및 지역정부 조직 사이트 및 보고서 등의 회색 문헌을 주 분석 대상으로 사용하였고, 보조적으로 문헌검색 사이트인 PubMed에서 추가적으로 자살 관련 국가전략 및 정책이 있는지 확인하였다. 문헌에 대한 검토는 일차적으로 3명의 연구자가 각 국가 및 프로그램별로 나누어서 검색 및 문헌 검토를 수행하였고, 최종적으로 교신저자가 해당 문헌을 검토하는 방향으로 진행되었다. 구체적인 문헌검색 및 대상 프로그램 선정에 대한 제시는 <부록 표2>와 <부록 표3>에 수록하였다.

위 방법을 통해 8개 국가에서 확인한 사회경제적 접근 프로그램 중 최종적으로 본 연구에 사용된 프로그램은 총 10개이며, 이 중 7개는 수기 검색(hand searching)을 통해 수집되었고, 나머지 3개의 프로그램은 PubMed를 통해 확인하였다.

수집된 사회경제적 접근 프로그램은 크게 서비스 수준과 개인 수준의 두 가지로 1) 사회제도 레벨에 해당하는 프로그램들(예:채무,주거 등), 2) 개인지원 사회서비스에 해당하는 것들(예:응급상황 중재)로 구분하여 검토하였다. 한 지역 혹은 하위 인구 집단 전체를 대상으로 하는 정책 계획에 해당하는 경우 후자로 분류하였다. 프로그램에 대한 요약은 최종 선정된 프로그램을 대상으로 프로그램 명칭, 대상 및 환경, 프로그램의 주요 내용과 전달체계, 사회서비스 적용·협력 방식, 프로그램의 성과로 구성하여 표로 제시하였다. 프로그램 명칭에는 프로그램 명칭 외에 시행 지역(국가 및 지방), 첫 시행 연도를 기술하였고, 대상 및 환경은 대상자의 규모와 특성, 그리고 프로그램 혹은 정책이 적용되는 환경(예: 금융 취약자들을 대상으로 전국의 은행 상담창구와 지역사회에서 실시, 지역의 정신과 병원, 지자체 상담창구/시민 상담소 등)을 포함하여 기술하였다. 프로그램의 주요 내용에는 프로그램

및 정책의 목표, 참여/실행주체, 작동체계와 전달체계 등에 대한 정보를 담고, 프로그램의 협력 방식은 프로그램이 비의료적, 사회적 서비스가 충족되도록 하는지 서비스 절차에 초점을 맞추어 기술하였다. 마지막으로 프로그램의 성과는 프로그램 시행 후 이에 관한 결과 평가를 작성하고자 하였다.

### Ⅲ. 연구결과

문헌검색을 통해 캐나다, 일본, 영국, 호주 등 8개 국가에서 실시된 총 10개의 프로그램을 확인하였다. 이 중 7건은 구글 검색으로 3건은 문헌검색을 통해 확인되었다. 10개의 프로그램 중 사회제도 수준에 해당하는 프로그램은 총 6건이었고, 개인지원 사회서비스에 해당하는 프로그램은 4건이었다. <표 1 참조>는 연구 결과를 요약한 표이다.

#### 1. 프로그램의 대상집단과 환경

프로그램은 특정 문제나 환경에 직면한 대상자들을 중심으로 설계되었다. 전통적으로 사회 혹은 비의료적 서비스의 영역에 자살예방의 의의를 덧붙이거나 그 반대의 방향으로 덧붙여지는 방식으로 설계된다. 호주의 Safe Havens와 캐나다의 At Home/Chez Soi는 공간 혹은 주거 지원을 기반으로 하는 자살예방 프로그램이다. 호주의 Safe Havens는 응급실 대신 비의료적 환경에서 자살 위기에 처한 개인을 지원하며, 캐나다의 At Home/Chez Soi는 노숙자들에게 안정적인 주거 환경을 제공하는 데 초점을 맞춘다. 일본의 다중채무 문제 개선 프로그램, 영국의 Debt Respite Scheme, 스코틀랜드의 Cost of

<표 1> 자살예방 영역에 적용된 사회경제적 접근 프로그램 및 정책 사례

프로그램	대상 및 환경	프로그램의 주요 내용과 전달체계	사회서비스 적용·협력 방식	성과
사회제도 수준 사회서비스				
다중채무 문제 개선 프로그램 (일본, 2007) (首相官邸, 2009; 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>270만 명의 다중채무자</li> <li>경제적 생활고로 인한 자살 예방 목적</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 다중채무 개선 및 자살 예방</li> <li>실행주체: 국가, 지방자치단체, NGO (변호사 단체 등)</li> <li>세이프넷 대출창구 운영, 변호사 및 사법서사 연계 상담 제공, 채무 정리 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>도도부현, 시정촌, NGO 협력하여 다중 채무자 대책 본부 설립 및 운영</li> <li>경찰 및 지원 단체와 연계해 중심 역할 수행·생활상담센터 운영 및 법률 지원 연계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>다중채무자 수는 법 개정 전 230만 명에서 2007년 171만명, 2015년 14만명으로 감소</li> <li>경제생활 문제로 인한 자살자 수는 2004년 8,897명에서 2014년 4,144명으로 감소</li> </ul>
At Home/Chez Soi (캐나다, 2008) (Goering et al., 2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>심각한 정신 건강 문제를 가진 노숙자</li> <li>평균 월소득 \$685 이하, 평균 노숙 기간 5년 이상</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 주거 및 맞춤형 지원을 통한 정신 건강 회복 및 자살 위험 감소</li> <li>실행주체: 캐나다 정부, 지역 정부, 민간 부문, 지역사회 지원 기관</li> <li>주거우선 모델(Housing First) 기반 적극적 지역사회 치료(ACT), 집중 사례 관리(ICM) 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>캐나다 국가 정신보건위원회(Mental Health Commission of Canada)가 정책 설계 및 관리 주도, 지역 정부와 비영리 단체가 실행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HF 참가자 61% 긍정적 삶의 변화 보고</li> <li>자살 위험 감소 및 정신 건강 증상 개선</li> </ul>
Debt Respite Scheme (영국, 2021) (Conway, 2021; Breathing Space, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>부채 문제 및 정신건강 위기를 겪는 개인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 부채 문제 완화 및 정신건강 보호를 통한 자살 예방</li> <li>실행주체: 금융감독기관, 지역사회 부채 상담 센터, 지방 당국</li> <li>Standard Breathing Space(60일 법적 보호), Mental Health Breathing Space(치료 기간 + 30일 보호), 채무 상담 제공자가 재정 상태 평가 후 채무 조정 및 통보 기관에 등록</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>금융 감독기관 인증 부채 상담 제공자, 지방 당국, 정신건강 전문가와 협력하여 채무 상담 및 맞춤형 지원 제공, 정신건강 전문가가 치료 상태 인증 후 중앙 관리 시스템을 통해 채권자에게 통보</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2021~2023년 총 200,301건 등록</li> </ul>
Cost of Living Support (스코틀랜드, 2022) (Scottish Government, 2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>경제적으로 어려운 개인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 자살 예방을 위한 캠페인과 연계하여 사회적 서비스 결합</li> <li>실행주체: 스코틀랜드 정부, 지방자치단체, 비영리단체</li> <li>신청자 심사 후 생활비와 부채 상담 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>스코틀랜드 정부는 예산 지원 및 정책 기획, 지방자치단체는 신청 및 심사 담당</li> </ul>	N/A
유리혼조시 자살예방 프로그램 (일본, 2014-2023) (由利本荘市, 2024)	<ul style="list-style-type: none"> <li>인구 7.5만 명 유리혼조시 주민</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 지역사회 기반 포괄적 자살예방 추진</li> <li>실행주체: 중앙정부, 유리혼조시 지방정부</li> <li>기본 시책(네트워크 강화, 주민 교육 등), 중점 시책(근무 환경 개선, 생활곤궁자 지원 등), 생활 지원 대책(자살 리스크 저감) 시행</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>시의 다양한 부서가 각 사업을 담당하며 협력 추진</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살률은 2013년 31.7에서 2017년 25.7로 감소</li> </ul>
Tūramarama ki te Ora (뉴질랜드, 2017) (Durie, 2017; Durie et al., 2017; Savage et al., 2017; Williams, 2018; Te rau ora, 2023)	<ul style="list-style-type: none"> <li>마오리 청소년, 상실 경험 가족 및 취약계층 그룹</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 마오리 문화 기반 정신건강 증진 및 자살 예방</li> <li>실행주체: 지역 공동체(Iwi, Hapū Whāau)</li> <li>가족 및 공동체 중심 지원, 전통 치료법 및 문화적 연계 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역 사회 및 공동체 중심으로 자살 예방 서비스 제공, 마오리 문화적 가치를 기반으로 맞춤형 서비스 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>문화 정체성이 높은 청소년의 웰빙 점수 증가</li> <li>문화적 정체성과 우울증 감소 간 연관성 확인</li> </ul>
개인지원 사회서비스				
Chain of Care Structure (노르웨이, 1994) (Norwegian Board of Health 1994; Mork et al., 2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살 시도 후 응급실 퇴원 환자 및 정신건강 문제 환자</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 퇴원 후 지역사회 정신건강 서비스 연계를 통한 지속적 돌봄 제공</li> <li>실행주체: 병원 응급실, 정신건강 클리닉, 상담 서비스, 자원봉사 단체</li> <li>정신건강 코디네이터를 통한 맞춤형 지원 연계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>병원 응급실과 지역사회 정신건강 센터 협력, 지역 보건 시스템과 연계하여 치료 간극 최소화 자원 배분 조정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회 정신건강 서비스 연계 환자의 자살 위험 감소</li> </ul>
LINC (미국, 2016) (Vance, 2019; Vance et al., 2023; Gryglewicz et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>10~17세 정신 병원 퇴원 후 자살 사고 또는 행동을 보인 청소년</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표: 정신건강 지속 지원 및 자살 위험 완화</li> <li>실행주체: 플로리다주 연구기관, 행동건강조직</li> <li>정신건강 위기 안정화 센터, 비정신 건강 서비스 연계(신앙기관, 생활 지원 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LINC 코디네이터가 직접 대상자와 접촉하여 지원 연계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>참가자의 비정신 건강 서비스 이용률이 90일 후 79%에서 86%로 증가</li> <li>학교 기반 서비스 이용률이 7.6%에서 13.1%로 증가</li> <li>우울증 점수(PHQ-9)가 30일, 60일, 90일 후 점진적으로 감소</li> </ul>

프로그램	대상 및 환경	프로그램의 주요 내용과 전달체계	사회서비스 적용·협력 방식	성과
Hope Service (영국, 2018) (Barnes et al., 2017; Farr et al., 2024)	· 자살 위험이 높은 30~64세 남성	· 목표: 개인 맞춤형 지원을 통한 자살 예방 · 실행주체: Second Step (비영리 단체), 영국 공공의료시스템 · 복지, 주거, 채무 지원 및 심리 상담 제공	· 영국 공공 의료 시스템 및 비영리 단체 협력, 연계 담당자, 프로젝트 담당자 및 전문 상담사 맞춤형 지원 제공	· 심리적 안정 및 자살 충동 감소
Safe Havens (호주, 2019) (Bassilios et al., 2024; NSW Government, 2020; NSW Government 2021; Fitzpatrick et al., 2024; Kerr, 2022)	· 자살 위험이 있는 개인 중 응급실 방문을 피하고 싶은 사람	· 목표: 응급실을 대체하는 비의료적 위기 지원 제공 · 실행주체: 주정부, 지역사회 보건센터 · 비의료적 환경에서 동료 지원자가 심리적 지원 제공, 필요 시 정신건강 서비스 연계	· 주정부가 운영, 지역 보건 시스템과 연계하여 24/7 위기 지원이 가능한 비의료적 공간 설치 및 운영, · 지역 내 센터 운영, 인력 채용 및 교육 담당	· 이용자의 30% 응급실 대신 Safe Haven 이용

\*N/A (not available)

Living Support는 채무 문제와 더불어 자살예방을 목표로 하는 프로그램이며, 이들은 경제적 문제가 발생하면서 정신건강이 악화하는 환경에서 작동한다. 지역 단위의 프로그램으로는 일본 유리혼조시의 자살예방 프로그램이 있으며, 지역사회 특성을 반영한 포괄적 환경을 기반으로 다양한 자살 예방 활동을 수행한다. 특정 인구 집단을 대상으로 한 뉴질랜드의 Turamarama ki te Ora는 마오리족 청소년과 가족을 중심으로 그들의 문화적 정체성을 기반으로 설계된 환경에서 실행된다. 프로그램은 자살예방의 시기별 맥락에 따라 구분되기도 한다. 자살 응급 시기에는 호주의 Safe Havens와 같은 공간이, 병원 입원 단계에서는 영국의 Hope Service와 같은 병원 기반 환경이, 그리고 퇴원 후 지역사회와의 연계가 중요한 시점에서는 미국의 LINC와 스코틀랜드의 Chain of Care Structure와 같은 프로그램들이 작동한다. 프로그램이 기반하는 대상자와 환경은 기존 의료 중심의 자살 예방 접근과 사회적 요소를 결합하고자 할 때 그 주요한 지점들을 보여주고 있다.

## 2. 프로그램의 주요 내용과 전달체계

프로그램들은 여러 형태로 자살예방과 관계를 맺거나 그 내부에 자리잡고 있다. 뚜렷한 유형 하나는 기존 사회서비스의 제도적 요소를 일부 변경함으로써 정신적인 문제를 지닌 이들에 친화적이 되도록 하는 방식이다. 일본의 다중채무 문제 개선 프로그램과 스코틀랜드의 Cost of Living Support가 이 경우에 해당한다. 일본의 다중채무 문제 개선 프로그램과 스코틀랜드의 Cost of Living Support는 재정적 스트레스와 심리적 부담을 줄여 자살 위험을 낮추는 데 기여하였다. 일본의 다중채무 문제 개선 프로그램은 법적 문제 해결을 위해 시민들의 자발성에 기초한 변호사 및 사법서사의 참여를 통해 채무자들에게 실질적인 지원을 제공하였다. 스코틀랜드는 생활비 지원과 자살 예방 캠페인을 결합하여 정책적 시너지를 극대화하고, 경제적 안정성이 자살 예방의 핵심 요인을 강조하였다. 자살예방이라는 계획의 일부로서 제도 자체의 속성을 자살예방에 대한 정합성을 개선하여(예: 채무자에 대한 배려 강화) 기여하는 것이다. 영국의 Debt Respite Scheme은 한발 더 나아가 채무와 정신건강의 연관성을 이해하고 강력한 유예제도를 마련하고 있다.

일본 유리혼조시 자살예방 계획은 사회적 접근을 포괄하면서 자살예방의 근본적인 변화를 담보하는 장치이다. 계획은 다양한 부서들의 정책들이 자살예방의 여러 구획에서 자기 역할을 담당하도록 책임을 부여하고 조정하고

---

있다. 자살문제의 해결을 몇 가지 작은 변화가 아니라 사회의 광범위한 변화에서 찾고자 할 때 지자체 혹은 한 인구 집단이 자살문제의 정의에 맞게 포괄적 계획으로서 반응하는 것이다. 문화적 민감성을 반영하는 뉴질랜드의 Turamarama ki te Ora는 마오리족의 전통적 가치와 관습을 기반으로 자살예방을 설계한다. 이 프로그램에서 문화적 정체성을 강화하여 대상자들의 정신적 웰빙을 증진시키는 과정은 자살 예방의 핵심 전략으로 자리 잡는다. 이러한 접근은 자살 위험이 높은 특정 인구 집단에서 자살예방은 문화적 영향과 결합하여 효과적으로 작동한다는 점을 보여준다.

개인수준 사회서비스로 자살예방 성격이 강조되는 프로그램들은 대체로 코디네이터 혹은 팀이 사회서비스를 중계한다(Hope Service, LINC, At Home/Chez Soi, Chain of Care Structure). 영국의 Hope Service는 실직, 주거 문제, 중독과 같은 복합적 문제를 겪는 중년 남성을 대상으로 사회적 처방을 통해 자살 위험을 줄이고 있다. 이 프로그램에서는 자살시도자에게 필요한 서비스의 연결은 가용할 수 있는 재정과 복지자원을 이해하는 연계 담당자를 통해 이루어진다. 호주의 Safe Havens는 기존 의료 중심의 시스템 대신, 비의료적 환경에서 동료 지원자가 정서적 지지와 심리적 안정을 제공한다. 자살위기의 순간에 응급실, 정신과 입원으로 이어지는 전형적인 경로 외에, 비의료적 쉼터 공간과 당사자 동료의 지원을 제공하여 연중 무휴 24시간 운영된다. 미국의 LINC 프로그램은 정신병원 퇴원 후 자살 위험이 높은 청소년들에게 신앙 기반 서비스, 자원봉사, 예술 활동 등을 포함한 다양한 지원을 제공한다. 이 과정에는 서비스 코디네이션이 자리 잡고 있으며, 단순히 심리적 치료를 넘어, 청소년들이 사회적 관계를 회복하고 재통합될 수 있도록 돕는다. 노르웨이의 Chain of Care Structure는 자살 시도 후 응급실에서 퇴원한 환자들을 지역사회 정신건강 서비스와 연계하여 지속적인 지원을 제공하였다. 이러한 프로그램들은 지역사회를 중심으로 자살 예방의 효과를 극대화하

며, 지역적 특성과 자원을 활용한 통합적 모델을 제시하였다.

자살예방이 사회적 접근과 연결되는 경로에서 또 한 가지 주목할 지점은 다양한 시민들의 참여를 끌어낸다는 점이다. 일본의 다중채무자 프로그램에 자원봉사자로 참여하는 변호사들, 영국의 Hope Service의 연계 담당자, 호주의 Safe Havens의 당사자 지원자 등은 시민의 경험(lived experience)과 자발성에 따라 참여하는 것이다. 자살예방에서 시민의 참여는 자살문제를 사회화하기 위해 중요한 사회의 관심과 의지를 모으는 것이기도 하다. 자살예방에서 사회적 접근은 기존의 전문가 중심의 서비스와 달리 시민 참여를 동반하여 의견을 넓히는 강점을 갖는다.

### 3. 프로그램의 성과

지금까지 살펴본 프로그램들의 성과는 대체로 최종 결과인 자살률에 대해서 보다 과정 혹은 구조 지표인 정신건강과 삶의 질, 경제적·사회적 지원 체계 확립 상태를 포함하고 있다. 대부분의 프로그램에서 성과에 대한 보고는 증거의 질과 수준에서 미흡한 상황이지만 그럼에도 각국에서 자살예방 정책에서 사회경제적 접근의 수용은 일관되게 효과를 나타내고 있다. 서비스 수준의 사회경제적 접근을 먼저 살펴보면 일본의 다중채무 개선 프로그램은 시행 전후를 비교하였을 때 자살자 수가 2004년 8,897명에서 2014년 4,144명으로 감소하는 성과를 보였다. 캐나다의 At Home/Chez Soi 프로그램에서는 참가자 중 61%가 삶의 긍정적 변화를 보고하며 주거 안정과 정신건강 회복의 상관성을 입증했다. 개인적 수준의 사회경제적 접근 프로그램의 경우, 미국의 LINC 프로그램은 90일 동안 우울증 점수(PHQ-9)를 점진적으로 낮춰 자살 위험 감소와 비정신건강 서비스 연계의 효과성을 보여줬다. 뉴질랜드의 마오리족 대상 자살예방 프

로그래는 마오리족 청소년을 대상으로 한 연구에서 높은 문화적 정체성이 높은 웰빙 점수, 우울증상 감소와 연관이 있다고 보고하며 문화적 접근법이 정신건강 회복에 중요한 역할을 한다는 점을 보여주었다. 또한, 의료적 접근뿐 아니라 비의료적 서비스와 지역사회 연계의 중요성을 보여주는 호주의 Safe Havens의 경우 “만약 Safe Havens가 없었다면 응급실을 방문했을 것”이라고 응답한 사람이 전체 670명 중 201명으로 응급실 대신 비의료적 환경에서 동료 당사자가 자살 위험자를 지원하는 대체 서비스의 효과를 입증했다. 자살예방과 사회경제적 접근이 결합된 대부분의 프로그램 및 정책들은 다수의 중재(multiple interventions)가 동시에 진행되는 경우가 많아 프로그램의 효과를 체계적으로 평가하기 위한 방법적 고려가 필요해 보인다.

## IV. 고찰 및 결론

### 1. 결과의 해석 및 시사점

본 연구는 자살예방 정책에서 사회적 정책, 프로그램들이 어떻게 수용되고 작동하는지에 대해 고찰하였다. 이 프로그램들은 자살문제의 복합성에 맞게, 사회적 결정요인을 강조하되 사회문제들을 각각의 제도에 맡겨두지 않고 위기에 처한 개인 가까이에서 서비스들을 결합, 연결하고 있다. 먼저, 국가 차원의 자살예방 전략을 수립하는 국가들에서 자살예방의 사회적 접근은 보편적인 정책으로 인정되고 있다. 검색 대상 국가들 대부분은 범정부 접근, 다부문 접근, 사회적 접근 등의 정책들을 높은 순위로 포함하고 있다. 자살률이 사회의 여러 속성의 결과라고 할 때 이에 대응하는 자살예방은 단지 몇 가지 정책들의 조합이 아니라 한 사회의 전체적인 변화를 목적

하는 큰 설계로 자리잡는 것이다. 영국, 스코틀랜드, 미국, 뉴질랜드 등의 자살예방계획은 cross-government, joined-up government, 혹은 whole of government 등의 표현을 통해 ‘범정부 접근’의 전략을 기조로 삼고 있다(Department of Health, England, 2012; Ministry of Health, New Zealand, 2019; Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Scottish Government, 2022). 범정부 접근은 정책이 정부 조직의 수직적 칸막이(silo)에 갇히지 않고 수평적 협력을 통해 복잡한 이슈를 용이하게 다루기 위한 정책 수단이다(Ling, 2002). 일본의 유리혼조시 사례는 국가 수준의 범정부 접근이 어떻게 지역 차원의 계획으로 구체화 되는지를 보여준다(由利本莊市, 2024). 국가 혹은 지자체의 자살예방 전략과 계획 속에서 채무, 주거, 고용, 학교 교육 등의 이슈는 그 고유의 목표를 넘어 다시 한번 자살예방의 의제로서 연결된다. 사회 곳곳의 열악함을 드러내고 해결하는데 자살이라는 지표 활용하는 한편, 사회의 여러 영역의 정책들이 자살에 반응하도록 조정되는 것이다. 국가 혹은 시의 종합적인 계획으로 자살예방을 정의하는 것은 그 문제의 성격 혹은 그 문제가 걸쳐져 있는 범위에 맞는 것으로 문제를 특정 영역(의 전문가)에 맡기지 않고 사회 전체의 과제를 확인하고 구현하는 것이라고 할 수 있다. 자살예방에서 사회적 접근의 광범위한 도입은 한때 자살률이 높았으나 성공적으로 자살률을 낮추는 데 성공한 나라들에서 보여지는 것이기도 하다. 2000년대 초반 세계적으로 높은 자살률에 이르렀으나 상당한 감소에 이른 일본뿐 아니라 일찍이 핀란드의 1992년 자살예방계획의 흐름이기도 하였다. 당시 핀란드는 고위험군뿐 아니라 인구 집단의 보편적 위험을 관리하는 것이 중요하다는 이해를 가지고, 보건 영역과 더불어 노동, 경찰, 학교, 교회, 지역사회 등 다양한 영역이 참여한 40개의 프로젝트를 시행한다(National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland, 1999).

사회경제적 개입의 대표적 유형 중 하나는 채무, 주거,

고용 등의 사회서비스가 자살예방 경로에서 책무성을 갖 추고, 정신보건의 감수성을 담지하도록 개선하는 것이다. 각 영역은 각자의 정책적 구획에서 예를 들어 채무자들이 자살 고위험군이 될 수 있다는 것을 확인하고, 일본의 다중채무자 정책처럼 다중채무자에 대한 배려에 맞춰 질 수 있고, 영국처럼 정신건강의 위험성을 평가하여 별도의 채무유예제도를 추가할 수도 있다. 또 하나의 유형은 케어 코디네이션을 통해 사회서비스에 연결하는 것으로 코디네이터(영국의 Hope Service) 혹은 팀(미국의 LINC)으로서 작동하기도 한다. 복합적인 서비스가 중단 되지 않고 충족되도록 하는 것이 핵심이다. 자살예방은 단일 부서의 책임이 아닌 다양한 부서의 참여를 통해서 전개되어야 함을 확인하였다면, 이를 가능하게 하는 정책적 흐름을 만들기도 하지만, 예산의 흐름을 만들기도 한다. 일본의 지역 자살대응긴급기금(地域自殺対策緊急強化基金), 뉴질랜드의 마오리 지역 커뮤니티 기반 자살 예방 펀딩(Māori Community Suicide Prevention Fund),의 Commit funding to a Suicide Prevention Outcomes and Innovation Fund 등은 자살예방 기금을 확보하여 특히 지역 차원에서 정책의 포괄성을 뒷받침하는 사례들에 해당한다.

주목할 만한 사회경제적 접근의 기전으로 당사자를 포함한 시민 참여가 중요한 요소를 이룬다는 점이다. 시민 참여는 지역사회와 접목되고 지지를 받고 일반 인구의 자살예방에 관한 관심과 에너지를 확대한다는 면에서 사회적 과정이다. 본 연구에서 고찰한 자살예방 프로그램 들에서도 효과를 높이기 위해서 그리고 프로그램의 대중적 저변을 넓히기 위해서 주된 혹은 보조적 계기로써 활용된다. 호주의 Safe Havens 프로그램은 자살응급 상황에 대한 개입에서 선택을 확대한 것으로 비의료 환경에서 자살 시도 경험이 있는 당사자의 지원을 제공한다. 정신병원 퇴원 후의 코디네이션 프로그램인 미국의 LINC, 사회적 처방에 기반한 영국의 Hope Service는 연계 담당자의 참여가 필수적이다. 일본의 다중채무 문제 개선 프

로그램에서 변호사, 사법서사들의 자발적 참여는 관건적으로 중요하였다. 서비스 대상자 선정, 응급실과 정신과 등의 의료 이용 서비스가(특히 정신심리문제를 가진 당사자들에게) 경직될 수 있음을 이해하고 이를 완화하기 위해 여러 서비스 단계에서 당사자 경험(lived experience)을 활용하는 것은 자살예방에서 중요한 흐름이 되고 있다(Bowersox et al., 2021).

여러 국가에서 사회경제적 접근을 강조하는 흐름과 달리 우리나라에서 이러한 방식의 흐름이 어려움을 겪는 데는 자살예방 정책 거버넌스와 연관된다. 우리나라의 자살예방 사업은 보건소가 전문가들에게 위탁하여 자살 예방 혹은 정신건강복지센터가 제공하는 기관 서비스 중심이다. 지역사회와의 오래된 관계와 협력의 전통은 약하며 센터 자체 사업들로 채워진다. 보건소의 위탁으로 정신건강 서비스에 국한되기 쉬운 자살예방 정신건강복지센터는 지역 전체에 책임을 부여하기보다 자신들이 할 수 있는 일들로 계획을 채운다. 보건 영역 중심의 기존 자살예방 사업들만으로 제한된다는 비판이 제대로 들어 맞는 상황이다(Pirkis et al., 2023). 경제위기군 맞춤형 지원 사업 등이 국가 자살예방계획(관계부처 합동, 2023)에 있지만 그들을 대상으로 한 정신심리 서비스를 의미할 뿐 사회적 취약성에 대한 서비스는 타부서로 넘어가 자살예방의 범위 밖이 된다. 자살예방은 보건소의 범위에 혹은 더 협소하게 센터의 역량 범위에 제한된다. 포괄적 자살예방 계획 내의 하나의 담당 부서의 업무가 되기도 보건소에 협조하는 응하는 것으로 절하된다. 자살예방에서 범정부 다부문 접근은 그래서 중요하다. 이러한 전망을 일관된 계획과 메시지로 밝히는 것은 사회의 각 영역에 과제와 책임을 부여하는 일이고, 부서 간 협력, 공공과 민간의 협력, 개인들의 참여 등의 실질적 조건이 된다. 자살예방 계획을 국가 혹은 지자체 전체의 역할로, 이를 담은 계획으로 위치시킬 때 자살예방에 대한 진정한 의지로서 설득력을 얻게 되고, 자살위험에 처한 사람도 이들을 도울 위치에 있는 사람들도 그 의도대로 움직

---

일 것이다.

자살예방에서 사회적 결정요인에 대한 개입은 핵심적 전략이 되어야 한다. 이론적 제기의 측면을 넘어 현실적 필요가 크다. 고용 불안정, 주거 취약성, 채무, 사회적 고립, 돌봄의 압박 등 다양한 형태로 나타난다. 이는 우울, 불안, 자살의 문제를 둘러싸고 있는 사회적 환경을 살펴 볼 때 자명한 것이기도 하다. 정신의 질환 과정은 상당 부분 현대사회의 특징을 이루는 ‘인간적 유대의 결핍’, ‘성과사회에 내재하는 폭력’ (한병철, 2012), 가난에 가해지는 가중된 모멸감, 불안과 실패의 자기 내면화 (샌델, 2020) 등을 매일매일의 자신의 처지에서 경험하는 것과 관계가 깊다. 이런 상태에 대응하는 감정은 즉시 해소될 수도 있지만, 오래 간다면 좌절, 절망, 상실과 같이 비가역적인 정신적 고통에 이를 수도 있다. 사회를 제쳐두고 정신의 고통에 대해 말한다는 것은 점점 불가능에 가까워진 것이다. 자살은 의료 밖에 있는 사회적 요소들의 건강함을 조명하고 있다.

## 2. 연구의 한계

본 연구는 문헌조사에 근거하여 정부 보고서, 웹사이트, 관련 문헌 등 2차 자료를 통해 자살 관련 사회서비스 프로그램을 정리하였다. 정책과 프로그램에 대한 고찰 방법이 뚜렷하게 제시되지 않은 상황에서 자살예방과 사회서비스를 접목시키려는 프로그램들을 가능한 체계적 절차를 통해 정의, 선정, 고찰하고자 하였다. 그러나 검색과 프로그램의 선정 과정에서 연구자의 자료 선택과 정보 편향이 개입될 가능성이 있으며, 사용된 자료가 각 국가의 전체 자살 관련 사회서비스를 충분히 대표하지 못하거나 일부 중요한 프로그램이 누락되었을 가능성이 있다. 또한, 자료 접근성의 제한으로 인해 특정 프로그램에 대한 세부 정보가 문서화되지 않았거나 접근이 어려운 경우, 프로그램에 대한 분석이 제한될 수 있다. 마지

막으로, 해석 과정에서 연구자의 주관의 영향을 미칠 가능성이 있어, 동일한 문서에 대해서 다른 연구자는 상이한 판단에 이를 수 있다는 한계가 있다.

## 3. 결론

자살예방에서 사회경제적 접근의 수용은 각 국가의 전략에 좌우된다. 고찰 대상이었던 국가들 모두 자살예방 계획을 포괄적 정책으로 수립하고, 다양한 사회경제적 접근들을 일관되게 포함하고 있었다. 사회경제적 접근들은 사회제도의 일반적 틀로 위치하기도, 개인적 자살 취약성에 맞춤형으로 위치하기도 하였다. 자살예방에서 사회경제적 접근의 한 형태는 국가 혹은 시에서 보건 영역을 넘는 상위의 계획으로 다양한 부처를 자살예방의 조율하는 것이다. 자살예방에서 사회적 접근의 두 번째 방식은 삶의 열악함과 밀접한 주거, 채무 등의 제도에 충실성을 기하고 있었으며, 이 들 중 일부는 사회적 위기 상황에 자살과 정신 심리 문제를 내부적으로 접목하였다. 세 번째 유형은 케어 코디네이터 혹은 코디네이션 팀 등을 통해 자살 위험과 연결되는 여러 계기에서 다양한 사회서비스를 배치하는 것이다. 아울러, 자살예방과 사회서비스가 협력, 연결 혹은 그 일부가 되는 접점에서 이루어지는 기전을 풍부히 하기 위한 시민 참여와 정책적·재정적 지원 기전 등이 마련되어 있었다. 문제가 복합적일 때 이를 보건의료 접근이라는 하나의 해결책으로 단순화할 수는 없으며, 사회경제적 접근의 수용이 필요하다. 사회경제적 접근 프로그램들은 자신의 고유한 목표에 따라 자살예방을 포함하는 보편적 문제해결에 맞춰 움직이기도 해야겠지만, 동시에 위기에 처한 개인과 가까운 지점에서 자살예방의 목표에 반응하도록 설계하는 것도 중요한 과제이다.

## 첨부자료

연구대상 및 중재요소, 검색식, 선정기준(부록1~3) 등은 온라인 학회지 사이트에서 확인 가능함.

## 연구윤리

해당없음.

## 이해상충선언

본 논문에는 이해관계 충돌의 여지가 없음.

## 사사표기

이 연구는 (사)안전생활실천시민연합의 지원을 받아 수행하였음.

## 참고문헌\*

- 관계부처 합동. (2023). 제5차 자살예방기본계획('23~'27).
- 김정수, 송인한. (2013). 자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드·미국·아일랜드·잉글랜드·스코틀랜드·호주 및 대한민국의 국가전략. *보건사회연구*, 33(1), 513-546.
- 한병철. (2012). 피로사회. 문학과지성사.
- 샌델 마이클. (2020). 공정하다는 착각: 능력주의는 모두에게 같은 기회를 제공하는가 (정세훈 역). 와이즈베리. (원저 2020년 출판)
- \*由利本莊市.(2024). 「由利本莊市自殺対策計画(第2期)」について. <https://www.city.yurihonjo.lg.jp/1001506/1001550/1001581/1001686/1005441.html>
- \*首相官邸. (2009). 多重債務問題改善プログラムの概要. <https://www.fsa.go.jp/policy/kashikin/symp200706/06.pdf>
- \*首相官邸. (2015). 多多重債務問題及び消費者向け金融等に関する懇談会. 第5回) 配布資料. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/saimu/kondankai/dai05/siryous.pdf>
- Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *Canadian Medical Association Journal*, 188(17-18), E474-E483. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
- \*Bares, M. C., Haase, A. M., Bard, A. M., Donovan, J. L., Davies, R., Dursley, S. et al. (2017). HOPE: Help fOr People with money, employment, benefit or housing problems: Study protocol for a randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 3(44). <https://doi.org/10.1186/s40814-017-0179-y>
- \*Bassilios, B., Currier, D., Krysinska, K., Dunt, D., Machlin, A., Newton, D. et al.(2024). Government funded suicide prevention in Australia-an environmental scan. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19483-w>
- Bowersox, N. W., Jagusch, J., Garlick, J., Chen, J. I., & Pfeiffer, P. N. (2021). Peer-based interventions targeting suicide prevention: A scoping review. *American Journal of Community Psychology*, 68(1-2), 232-248. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12510>
- \*Breathing Space. (2002). Who we are. <https://www.breathingspace.scot/about-us/who-we-are>
- Case, A., & Deaton, A. (2017). Mortality and morbidity in the 21st century. *Brookings Papers on Economic Activity*, 2017(1), 397-476. <https://doi.org/10.1353/eca.2017.0005>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Suicide Prevention Resource for Action: A compilation of the best available evidence. National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/suicide/resources/prevention.html>
- Chang, Q., Chan, C. H., & Yip, P. S. (2017). A meta-analytic review

\* 표시된 참고문헌은 본 연구의 신속문헌고찰에서 검토된 논문임.

- on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science & Medicine*, *191*, 65–76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.003>
- \*Conway, L. (2021). Debt Respite Scheme – A breathing space for those in debt (CBP-9256). Commons Library Research Briefing, House of Commons Library. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9256/CBP-9256.pdf>
- Department of Health. (2012). Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives: Assessment of impact on equalities. Department of Health. <https://www.gov.uk/government/publications>
- \*Durie, M. (2017). Indigenous suicide: the turamarama declaration. *Journal of Indigenous Wellbeing*, *2*(2), 59–67. [https://journalindigenouwellbeing.co.nz/journal\\_articles/indigenous-suicide-the-turamarama-declaration](https://journalindigenouwellbeing.co.nz/journal_articles/indigenous-suicide-the-turamarama-declaration)
- \*Durie, M. H., Lawson-Te Aho, K. R., Naera, M. H., & Waiti, J. (2017). Tūramarama ki te Ora: National Māori strategy for addressing suicide 2017–2022. Rotorua: Te R nanga o Nāgiti Pikiao Trust. [https://pikiaorunanga.org.nz/wp-content/uploads/2023/02/Master\\_Copy\\_Turamarama\\_ki\\_te\\_Ora\\_National\\_Maori\\_Strategy\\_for\\_Addressing\\_Suicide.pdf](https://pikiaorunanga.org.nz/wp-content/uploads/2023/02/Master_Copy_Turamarama_ki_te_Ora_National_Maori_Strategy_for_Addressing_Suicide.pdf)
- \*Farr, M., Mamluk, L., Jackson, J., Redaniel, M. T., O'Brien, M., Morgan, R. et al. (2024). Providing men at risk of suicide with emotional support and advice with employment, housing and financial difficulties: A qualitative evaluation of the HOPE service. *Journal of Mental Health*, *33*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2091756>
- \*Fitzpatrick, S. J., Lamb, H., Oldman, E., Giugni, M., Chakouch, C., Morse, A. R. et al. (2024). Co-Creation in Research: Further reflections from the 'Co-Creating Safe Spaces' project. *Health Expectations*, *27*(6). <https://doi.org/10.1111/hex.70103>
- \*Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, et al. (2014). National At Home/Chez Soi final report. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. <http://www.mentalhealthcommission.ca>
- \*Gryglewicz, K., Peterson, A., Nam, E., Vance, M. M., Borntager, L., & Karver, M. S. (2021). Caring transitions – a care coordination intervention to reduce suicide risk among youth discharged from inpatient psychiatric hospitalization. *Crisis*, *44*(1), 7–13. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000795>
- \*Kerr, K., Heffernan, E., Hawgood, J., Edwards, B., & Meurk, C. (2022). Optimal care pathways for people in suicidal crisis who interact with first responders: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(18), 11510. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811510>
- Ki, M., Lapierre, S., Gim, B., Hwang, M., Kang, M., Dargis, L. et al. (2024). A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *International Psychogeriatrics*, *36*(5), 346–370. <https://doi.org/10.1017/S104161022300443X>
- Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., et al. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, *21*(1), 96–123. <https://doi.org/10.1002/wps.20940>
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine*, *72*(4), 608–616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
- Ling, T. (2002). Delivering joined-up government in the UK: dimensions, issues and problems. *Public Administration*, *80*(4), 615–642. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00321>
- Lorant, V., De Gelder, R., Kapadia, D., Borrell, C., Kalediene, R., Kovács, K. et al. (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *British Journal of Psychiatry*, *212*(6), 356–361. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.32>
- Lundberg, O. (2020). Next steps in the development of the social determinants of health approach: the need for a new narrative. *Scandinavian Journal of Public Health*, *48*(5), 473–479. <https://doi.org/10.1177/1403494819894789>
- Mathieu, S., Treloar, A., Hawgood, J., Ross, V., & Kølves, K. (2022). The role of unemployment, financial hardship, and economic recession on suicidal behaviors and interventions to mitigate their impact: A review. *Frontiers in Public Health*, *10*, 907052. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.907052>
- Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, *73*(9), 1395–1400. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.022>
- Ministry of Health. (2019). Every Life Matters - He Tapu te Oranga o ia tangata: Suicide Prevention Strategy 2019-2029 and Suicide Prevention Action Plan 2019-2024 for Aotearoa New Zealand. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz>
- \*Mork, E., Mehlum, L., Fadum, E. A., & Rossow, I. (2010). Collaboration between general hospitals and community health services in the care of suicide attempters in Norway: A longitudinal study. *Annals of General Psychiatry*, *9*(1). <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-26>
- National Research and Development Centre for Welfare and Health. (1999). The Suicide Project in Finland 1992-1996: Goals, Implementation and Evaluation. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76109/mu161.pdf?sequence=1>
- \*Norwegian Board of Health. (1994). The National Plan for Suicide Prevention 1994–1998. Oslo, Norway: Norwegian Board of Health. <https://www.med.uio.no/klinmed/english/research/>

---

centres/nssf/articles/prevention/The\_national\_plan\_for\_  
suicide\_prevention\_1994-1998.pdf

Organization. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

- \*NSW Government. (2020). Towards Zero Suicides Initiatives Suicide Prevention in NSW. <https://www.health.nsw.gov.au/towardszerosuicides/Pages/initiatives.aspx>
- \*NSW Government. (2021). Safe Haven Opens Doors for People Experiencing Suicidal Distress in NSW. <https://www.health.nsw.gov.au/towardszerosuicides/news/Pages/dec-2021-safe-haven.aspx>
- Pirkis, J., Gunnell, D., Hawton, K., Hetrick, S., Niederkrotenthaler, T., Sinyor, M., Yip, P. S. F., & Robinson, J. (2023). A public health, whole-of-government approach to national suicide prevention strategies. *Crisis, 44*(2), 85-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000902>
- \*Savage, C., Dallas-Katoa, W., Leonard, J., Goldsmith, L., & Fraser, W. (2017). Whānau Ora Navigators: Initial Research for Te Pū tahitanga o Te Waipounamu. Christchurch, New Zealand: Ihi Research. <https://communityresearch.org.nz/wp-content/uploads/2020/11/6.-NavigatorReport.pdf>
- \*Scottish Government. (2022). Creating Hope Together: suicide prevention strategy 2022 to 2032. <https://www.gov.scot/publications/creating-hope-together-scotlands-suicide-prevention-strategy-2022-2032>
- Smela, B., Toumi, M., Świerk, K., Francois, C., Biernikiewicz, M., Clay, E et al.(2023). Rapid literature review: Definition and methodology. *Journal of Market Access & Health Policy, 11*(1). <https://doi.org/10.1080/20016689.2023.2241234>
- \*Te Rau Ora. (2023). Māori community suicide prevention & postvention fund: Funding guidelines. Hamilton, New Zealand: Te Rau Ora. <https://centreofmaorisuicideprevention.com/wp-content/uploads/2023/01/FINAL-Te-Rau-Ora-Maori-Suicide-Prevention-Community-Funding-Guidelines-2023.pdf>
- \*Vance, M. (2019). An Examination of the Florida Linking Individuals Needing Care Coordination Program for Racial and Ethnic Minority Females. <https://stars.library.ucf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7354&context=etd>
- \*Vance, M. M., Gryglewicz, K., Nam, E., Richardson, S., Borntrager, L., & Karver, M. S. (2023). Exploring service use disparities among suicidal Black youth in a suicide prevention care coordination intervention. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 10*(5), 2231-224. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01402-7>
- \*Williams, A. D., Clark, T. C., & Lewycka, S. (2018). The associations between cultural identity and mental health outcomes for Indigenous Māori youth in New Zealand. *Frontiers in Public Health, 6*(319). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00319>
- World Health Organization. (2016). Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit (Pilot version 1.0). World Health

---

# A Socioeconomic Approach to Suicide Prevention

## : A Rapid Literature Review

Yeaseul Yoon<sup>1\*</sup>, Minji Hwang<sup>1\*</sup>, Mingyeong Bae<sup>2</sup>, Hyun-Hee Heo<sup>3</sup>, Joon Park<sup>4</sup>  
Weon Young Lee<sup>5</sup>, Min-Hyuk Kim<sup>6</sup>, Nak Hyeok Choi<sup>7</sup>, Hye Sun Park<sup>8</sup>, Myung Ki<sup>2 †</sup>

### Abstract

The importance of socioeconomic approaches in suicide prevention has been increasingly emphasized. This study conducted a rapid literature review to explore how socioeconomic policies and programs are applied in suicide prevention. A total of ten cases from eight countries, including Canada, Japan, the United Kingdom, and Australia, were selected and analyzed. Suicide prevention efforts incorporating socioeconomic approaches, based on the social determinants of health, were widely implemented in various contexts, including financial debt, housing instability, and employment, as well as in high-risk situations such as suicide crises and post-attempt discharge phases. These approaches were systematically structured in three main forms. First, national or municipal-level plans supported a multi-sectoral approach, ensuring that suicide prevention was not confined to medical interventions but was also addressed within a broader social framework. Second, institutional mechanisms assigned specific roles and responsibilities to integrate mental health responses into social protection systems, such as those for housing and financial support. Third, care coordinators or coordination teams were strategically positioned at critical suicide risk points, including hospitalization and discharge, to facilitate the provision of diverse social services. The findings highlighted that social programs in suicide prevention not only contributed to reducing suicide risk but also demonstrated positive impacts on mental health. Moreover, lived experiences, civic engagement, and community participation emerged as key mechanisms in the effective delivery of integrated services. This study reviewed the evolving trend of suicide prevention from a primarily healthcare-centered responsibility to a comprehensive, government-wide approach and examined the practical applicability of socioeconomic interventions through concrete case studies.

**Keywords:** Socioeconomic approach, Social determinants of suicide, Whole-of-government approach, Collaboration between multi-sectors

---

<sup>1</sup>Department of Public Health, College of Medicine, Korea University  
<sup>2</sup>Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Korea University  
<sup>3</sup>Institute for Future Public Health, Graduate School of Public Health, Korea University  
<sup>4</sup>International School of Urban Sciences, University of Seoul  
<sup>5</sup>Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Chung-Ang University  
<sup>6</sup>Department of Psychiatry, Yonsei University Wonju College of Medicine  
<sup>7</sup>College of Law, Division of Public Administration, Gachon University  
<sup>8</sup>Research Institute of Community and Human Services, Rikkyo University  
\* These authors contributed equally to this work as co-first authors.  
† Corresponding author (myungki@korea.ac.kr)