

일본의 노인자살예방정책 고찰: 사회적 배제와 포섭의 관점

오영란*

◁ 요약 ▷

본 논문은 일본의 노인자살대응정책을 사회적배제와 포섭의 관점에서 고찰한 것이다. 일본은 10여 년의 자살대응정책이 계속됨에도 불구하고 노인자살률의 비율은 현저히 감소하지 않는 것에 주목하고 그 원인을 사회적 배제와 포섭의 관점에서 탐색하였다. 일본 노인자살대응정책이 포섭적 대응인가에 대한 분석을 위해 첫째, 정책내용에서 얼마나 다차원적 내용을 포함하는가, 둘째, 정책예산은 다차원적으로 배치되고 있는가, 셋째, 정책의 추진주체는 얼마나 다차원적으로 관련되어 있는가를 중심으로 분석하였다. 그 결과, 정책내용에서는 포괄적 부분들을 다루고 있으나 여전히 노인에 대한 대응에서는 정신건강적 측면에 집중되는 경향이 있으며 경제적 곤란에 대한 생활보호 강화, 사회보장의 충실의 포섭적 제도수정은 보이지 않았다. 또한 예산의 배치와 집중에서는 정신건강완화에 대한 예산배정이 집중되었으며 대상별로는 경영자에 집중되어 노인층의 소외를 볼 수 있다. 정책추진주체의 다차원적 대응에서는 정신보건중심의 기관연계에서 확대하여 지역사회 복지활동 및 제도수정의 실행을 위해서 지역사회 복지기관 및 학계, 주민단체 등의 다양한 기관과의 연계가 요구되었다.

주제어: 노인자살, 사회적 배제, 포섭, 일본

* 동명대학교 사회복지학과 조교수(ohyr21@tu.ac.kr)

I. 문제의식

고령사회의 급속한 진전에 따라 노인을 둘러싼 다양한 문제가운데 그 심각성을 드러내는 것은 노인자살의 증가이다. 노인자살의 양적 급증이 의미하는 바는, 자살은 그 사회의 증상을 측정하는 도구라는 뒤르케임의 말처럼 노인을 둘러싼 다양한 사회배경의 변화가 개인에게 심각한 영향을 주고 있다는 것이다. 최근, 한국의 노인자살률이 OECD 국가 가운데 1위라는 사실이 알려지면서 문제의 심각성을 더욱 실감하게 된다. 한국의 경우 사망원인에서도 자살이 2000년 8위였던 것이 2010년 4위로 상승하였고 자살률은 2000년 13.6명이었던 것이 2010년에는 31.2명으로 무려 130.2% 증가한 것을 볼 수 있다(통계청, 2011). 이러한 자살률은 OECD국가 34개국 가운데 28.1(2010)명으로, 일본 19.7명(2009), 프랑스 13.8(2008), 영국 6.2(2010) 등 보다 가장 높은 비율을 보이고 있고 OECD평균 11.3명을 2배 이상 웃돌고 있다(OECD Health Data, 2011). 또한 자살률은 연령이 높아질수록 증가하여 2010년 24.4명인 것에 비해 60대 이상은 52.7명, 70대 이상은 83.5명, 80대 이상은 123.3명으로 20대에 비해 5배 이상 높음을 보여준다(통계청, 2011). 한국의 이와 같은 높은 노인자살률은 보다 종합적이고 포괄적인 대응책에 대한 문제의식을 갖게 하며 이것은 자연스럽게 타국의 경험과 과정에 관심을 갖게 한다. 물론 노인자살률의 증가는 비단 한국의 문제만은 아니며 한국과 인접한 동아시아 지역의 중국, 일본에서도 높게 나타나고 있다. 특히 일본의 경우 1998년부터 급증하기 시작한 노인자살률로 인해 현재까지 10여년 이상 장기적 대응정책을 펼쳐오고 있으며 최근에는 약간의 증감을 반복하고 있다. 본 연구에서는 이미 심각한 노인자살률의 증대를 경험하고 이에 대한 지속적 예방정책을 국가적 지역적으로 실시하고 있는 일본의 노인자살예방정책에 대하여 고찰하고자 하며 이 과정에서 한국에의 함의를 발견하고자 한다.

일본의 자살률은 1998년을 기점으로 이전에 없던 자살자수 3만여 명으로 급격히 증가한 이후 10여년 넘게 계속해서 증감을 반복하고 있다. 이에 일본정부는 자살률 감소를 위한 대응정책을 지속적으로 펼쳐오고 있으며 2012년 8월엔 국가적 실천전략인 [자살종합대책대강]의 개정안이 각의 결정되어 정책추진에 더욱 박차를 가하고 있다. 그러나 자

살대응정책이 장기간 지속적으로 실시되어오는 동안에도 3만여 명을 유지하며 자살률의 현저한 감소는 보이지 않고 있는 것도 사실이다. 그렇다면 그것은 무엇 때문인가? 본 연구는 이점에 주목하면서 그 근원을 파악해보고자 한다.

일반적으로 일본의 자살대응정책은 종합적이고 포괄적이라는 평가를 받고 있다 (WHO, 2012). 이것은 일본의 자살예방과 관련한 패러다임의 변화와도 관련이 있는데, 초창기 자살대응은 정신의학적 관점에서의 접근으로 시작되었으나 자살예방에 큰 효과를 담보할 수 없게 되면서 이후 공중위생학적 관점에서 다시 접근하게 된다. 즉, 자살을 둘러싼 다양한 사회배경이 존재함을 의식하고 이에 대한 대응이 요구되었기 때문이다. 그러나 본 연구에서는 보다 통합적인 자살대응이 필요하다고 여기며 이를 위한 새로운 패러다임의 변화가 필요함을 말하고자 한다. 특히 노인자살의 경우, 자살을 선택하는 요인은 경제, 사회적 배경과 심신건강의 문제 그리고 가족적 문제를 같이 포함하고 있는 부분이 두드러지고 있음에도 불구하고 정신건강에 편중된 대응이 문제해결을 지연시키는 것이 아닐까에 무게를 두는 것이다. 따라서 본 연구에서는 노인자살예방을 위해서는 기존의 공중위생학적 관점에서 진전하여 자살에 이르는 보다 다양한 사회경제적 배경과 이를 극복할 수 있는 통합된 대책으로 사회적 배제와 포섭의 관점이 요구됨을 고찰하고자 한다. 노인자살문제가 개인적 우울과 정신건강의 요인만으로 발생하는 것이 아닌 보다 다차원적인 사회구조적 맥락에서 일어나는 것이며 이는 한국의 노인자살문제에 대한 접근에도 함의를 줄 수 있다. 지금까지 한국의 노인자살에 대한 연구들의 동향은 주로 간호학이나 정신건강영역에서 이루어진 건강과 질병에 의한 요인을 배경으로 하는 연구(김수현, 최연희, 2007), 그리고 가족구조의 변화에 따른 심리사회적 요인을 배경으로 하는 연구(김기태 외, 2011), 또한 사회경제적 요인을 배경으로 하는 연구(김승용, 2004; 이소정, 2010) 등으로 살펴볼 수 있다. 이소정(2010)은 사회경제적 요인을 배경으로 하면서도 해당 사회의 사회문화적 맥락이 함께 탐색되어야 한다고 하여 노인자살에 대한 배경을 보다 포괄적으로 다루고 있다.

이러한 한국의 연구동향을 염두에 두면서 본 연구에서는 사회적 배제의 관점을 적용하며 이를 위해 먼저는 사회적 배제와 포섭에 대한 개념적 이론적 배경을 살펴보고 노인자살대응정책을 배제와 포섭의 관점에서 분석한다. 분석을 위한 도구는 사회적배제의 논의과정에서 분석틀을 이끌어내고 분석대상은 일본의 10여 년간의 자살대응정책을 검토

하면서 주로는 국가적 전략의 요체라고 할 수 있는 [자살종합대책대강]의 내용을 최근 개정과정까지 살펴본다.

II. 일본의 노인자살 현황과 배경

2011년 일본의 자살자 총수는 30,651명으로 인구 10만 명당 자살률 21.2명의 비율이다. 이것은 전년 대비 3.3% 감소한 비율이지만(警察庁, 2012), OECD 국가 가운데 한국(33.5) 다음으로 높은 비율이다. 이뿐 아니라 일본의 자살률은 장기간에 걸쳐 높은 비율을 보이고 있는데(厚生労働省, 2007: 8), 급격한 증가세를 보이기 시작한 1998년의 경우를 살펴보면, 그 이전부터 계속적으로 증감을 반복하다가 경제성장이 저하됨에 따른 실업난이 큰 요인으로 작용하여 처음으로 자살자수 3만 명을 넘어 최고치를 기록하였다. 이것은 전년대비 135%나 증가한 수치였다(警察庁, 2012; 前田泰延, 2007: 80). 이 시기에는 이전의 연령별 자살률의 차이를 보이던 것에서 전 세대에 걸쳐 자살자수가 증가되는 것을 볼 수 있다¹⁾.

노인연령층의 자살비율은 법제정이전부터 전 연령층과 비교해 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 60세 이상 자살자수가 2004년 10,984명(34.0%), 2006년 11,120명(34.6%)을 차지하는 등 전체자살자수의 30%대를 점하였다(警察庁, 2005; 2007). 2011년 기준 노인자살자수를 다른 연령층과 비교하여 살펴보면 60대가 5,547명으로 전체 자살자의 18.1%를 차지하고 50대는 5,375명으로 17.5%, 40대는 5,053명(16.5%)의 비율을 차지하고 있어, 60대 노인연령층의 자살이 높은 것을 알 수 있다. 또한 주목할 것은 2007년 이후부터 전체 자살자수는 매년 소폭 감소추세에 놓여있는 것에 비해 노인 특히 60대 연령층의 자살자수는 전체적 감소에도 불구하고 증가하고 있다는 점이다. 전반적인 노인의 자살문제에 대한 대응이 시급함을 보여준다.

1) 일본자살률의 변동을 시기적으로 구분하여 설명하기도 하는데(厚生労働省, 2007), 1958년 자살자수 23,641명으로 높아진 시기와 다시 80년대 중반 상승하였다가 98년 최고조에 달하는 경향이다. 이때의 자살연령층은 제1차 시기에는 20대에 40-50%가 집중되어 있었고 50대-60대에 30% 전후로 분포되어 있었다. 제2차 증가시기에는 점차 고령으로 확산되어 50대 초기 고령층에서 가장 높은 비율을 보였고 제3차 시기에는 전 세대에 걸쳐 증가하였다.

[표 1] 일본의 전체자살자수와 노인자살자수

(단위: 명)

년 도	1995	1998	2000	2003	2005	2007	2009	2010	2011
전체 자살자수	22,445	32,863	31,957	34,427	32,325	33,093	32,845	31690	30651
노인 자살	60-69세					5,710	5,958	5,908	5,547
	70-79세	7,739	11,494	10,997	11,529	10,894	3,909	3,671	3,673
	80세 이상						2,488	2,405	2,401

자료: 内閣部自殺対策推進室, 2012.3. 9/2011年の自殺状況에서 정리.

* 2006년까지는 노인층의 자살자통계를 세부연령으로 구분하지 않고 60세 이상으로만 구분하였음.

일본의 높은 자살률의 배경에 대하여 살펴보면, 자살률이 급증한 1998년 이전에는 자살배경으로 높은 원인은 건강문제였다. 경찰청자료에 의하면 1988년부터 1997년까지의 9년간의 자살동기에서 가장 다수를 이루었던 것은 건강문제로 60.7%였으며 그 외 경제·생활문제가 10.3%, 가정문제 8.8% 등의 순이었다. 그러나 자살률이 급증한 1998년 이후부터 2006년까지 9년간의 자살 동기는 경제·생활문제가 22.6%로 대폭 증가하였고, 건강문제는 여전히 가장 높은 비율로 47.6%였지만 그 정도는 감소하였다(警察庁, 2011; 2012). 즉, 건강문제는 줄고 대신 경제·생활문제가 증가한 것이라 할 수 있다.

노인의 경우를 따로 구분해서 그 원인을 살펴보면, 매년 경찰청과 내각부 자살대책 특명팀이 합동·공표하고 있는 자살현황자료에 의하면²⁾, 노인의 주요 자살요인을 건강문제, 경제 생활문제, 그리고 가정문제의 순으로 들고 있다(표 2 참조). 이는 다른 연령층과 유사한 요인이라고 할 수 있지만 그러나 내용적으로 살펴보면 다른 연령층과는 조금씩 다른 특징을 보여주고 있음을 발견할 수 있다. 먼저 건강문제를 원인으로 하는 경우는 타 연령층보다 현저하게 높은 비율을 점한다. 그 가운데 신체적 질병과 우울의 원인은 두 배 이상의 높은 비율과 2007년 이후 계속적으로 증가하고 있는 사실에 유의해야 한다. 두 번째 원인배경인 경제·생활문제에서는 상대적으로 타 연령층보다는 낮은 비율이지만

2) 일본의 자살통계는 후생노동성에서의 인구동태통계에서도 나타나며 경찰청 자살통계에서도 나타난다. 인구동태통계와 경찰청 자살통계의 차이는 전자는 일본인 대상, 후자는 총인구(일본 내 외국인 포함)를 대상으로 하며 후생노동성은 주소지를 토대로 자살사망시점을 계상하고 경찰청은 발견지를 토대로 자살사체발견시점을 계상한다. 또한 후생노동성은 자살타살사고사가 불명확할 때는 자살이외로 처리하고 경찰청은 동일한 경우 수사에 의해 판명되면 계상한다(자살백서 표기 참고). 또한 자살동기조사는 경찰청에서 자살통계원표를 통해 관리하고 있는데 자살사건이 발생하였을 때 수사과정에서 그 유가족을 대상으로 조사원표를 작성하게 하여 취합하고 있다. 조사원표는 경찰청에서 비공개 보관하며 이를 취합한 내용을 통계결과로 공표하고 있다.

여전히 노인자살의 원인으로는 2위이며 특히 생활고를 이유로 자살하는 비율의 변화추이에 관심을 가져야 한다. 생활고를 원인으로 하는 경우는 그것이 구체적 항목으로 분류되기 시작한 2007년에 371건이었던 것이 매년 증가하여 2009년에는 528건, 2010년에는 568건으로 노인의 생활상 빈곤문제가 지속적으로 증가하고 있는 것을 말하여 준다. 세 번째 원인인 가정문제는 다른 연령층과 비교했을 때 높은 비율로 나타났다. 특히 가정문제 가운데에서 다수를 차지하는 것이 가족간 불화와 가족성원의 사망으로 인한 후속자살, 그리고 가족성원의 장래가 비관적일 때'로 나타났다. 또한 이러한 요인들은 최근으로 오면서 전체 자살자수 및 노인자살자수가 소폭으로 감소하고 있음에도 불구하고 가정문제를 비롯한 노인자살요인은 증가세를 보이고 있다.

[표 2] 60세 이상 노인자살의 원인 동기별 추이

(단위: 명)

년도	2007	2008	2009	2010
건강문제(50대 연령)	6,735(2,836)	6,930(2,638)	7,258(2,652)	7,468(2,595)
신체질병	3,644(964)	3,637	3,795	3,744(733)
우울	2,070(1271)	2,209	2,340	2,504(1299)
알콜의존(+약물남용)	93	99	95	123
정신질환	398	501	423	440
경제, 생활문제	1,749(2,606)	1,904(2,343)	2,089(2,725)	2,028(2,256)
사업부진	318(438)	408	455	407
부채	807(1171)	774	732	646
생활고	371(404)	377	528	568
가정문제	1,415(765)	1,482(678)	1,612(723)	1,769(811)
부부·가족관계 불화	408	400	412	522
가족사망	212	258	284	282
가족장래 비관	288	297	326	309
개호피로	153	156	173	198

자료: 警察庁, 自殺の概要, 각 년도에서 비율이 높은 순위로 발췌 작성.

* 각 문제별 총수는 60세 이상 노인의 전체총수를 말하며 세부내용에서 필요한 부분만 작성하였으므로 세부문의 합산은 각 문제별총수와 일치하지 않음.

** 각 문제별 총수 옆 () 안은 50대 연령층의 총수임.

Ⅲ. 이론적 검토

1. 자살예방 관련 설명모델

1) 정신의학모델

자살문제와 정신질환과의 관계에 대해서는 일찍부터 논의되어왔다. 세계보건기구(WHO)에 의하면 자살자의 90% 이상은 최후행동에 이르기 전에 어떤 형태이든 정신질환과 관련되어 있다고 지적한 바 있다. 이 가운데에서도 특히 우울증은 자살에 이르는 경로에서 가장 영향을 많이 미치고 있으며 이에 대해 WHO는 적절한 치료를 통해 자살률을 감소시킬 수 있는 것으로 인식하고, 우울증에 대한 정확한 지식과 이해, 그리고 치료를 통하여 자살예방의 제일선에서 이루어져야 한다고 강조했다(高橋祥友, 2008: 11). 이와 같이 자살에 이르는 직접적 요인이 되는 우울증에 대한 치료적 서비스를 제공하여 자살을 예방해야 한다는 관점이 정신의학모델(medical model)이며, 이러한 관점에서 자살문제를 바라본 연구들은 高橋祥友(2004, 2008), 清水邦夫 他(2005) 등이 있다.

정신의학모델은 자살위험인을 가지고 있는 고위험군을 대상으로 의료적 치료서비스를 제공하여 문제를 해결하고자 하는 접근으로, 여기에는 [자살은 개인적 병리현상이며 개인의 책임]이라고 생각하고 이를 의료적 접근으로 치료하고자 했다. 이를 “자살의 의료화”(岡本洋子, 2007: 31)로 설명할 수 있다. 여기에는 정책은 개인에 대한 심리지원 및 행동수정을 목표로 하는 방향으로 연결되며 일본의 초기 자살대응에서 강조되었던 관점이기도 하다. 그러나 자살은 우울증 한 가지 요인에 의해 발생하기보다는 보다 다양한 사회경제적문화적 요인에 의해 발생하고 증가한다는 증거들이 나타나면서 정신의학모델만으로는 충분한 대응이 되지 못한다는 한계를 나타내었다.

2) 공중위생학모델

자살문제가 우울증 치료와 고위험군에 집중한 단일적인 접근으로서의 해결을 기대하기

어려운 한계에 부딪치면서 새로운 관점에 입각한 접근이 이루어졌다. 그것은 건강증진에 입각한 공중위생학적 관점이다. 건강증진(health promotion)은 WHO의 제1회 헬스프로 모션국제회의(1986)에서 채택된 오타와헌장을 기원으로 사용된 것인데, 이를 계기로 공중위생학에서의 초창기 자살위험군에 대한 관심이 대중적 접근으로 이동하게 되었다고 할 수 있다(本橋豊 他, 2010: 44).

공중위생학적 접근은, 종래 자살이 주로 우울증치료로 특징지어지는 임상적 개입에 의해 대처되었던 정신보건상의 문제인 것(Mercy and Rosenberg, 2000)으로 간주되어져 온 것에 대비되어 사회 환경에 비중을 두고 있는 것이다. WHO의 보고에 의하면 우울증 세로 인한 자살자 가운데 필요한 의로서비스를 받지 못한 비율이 다른 사인에 의한 사망자보다 3배 높게 나타난 사실을 발견하고, 이는 역으로 유효한 개입이 있다면 자살은 예방가능하다는 해석을 하였다(自殺予防総合対策 Center, 2007: 3). 따라서 치료에의 접근을 가능하게 하는 환경은 자살률감소에 주요한 요소인 것이다. 즉 “새로운 공중위생”으로의 이동이라는 변화가 일어난 것이다(本橋豊 他, 2010: 44). 이런 맥락으로 공중위생학적 접근은 개인의 차원을 넘어 어떤 질병으로부터 보호하기 위해서는 환경을 변화시키고 증상을 발생시키는 위험요인 행동을 개선하는 것에 목적을 두고 있는 것이라고 정의되었다(自殺予防総合対策Center, 2007: 4). 일본에서 공중위생학적 관점에서 자살문제에 접근한 연구로는 안톤리너스(2004), 타니다케(谷畑建生, 2004), 일본공중위생학회(日本公衆衛生學會公衆衛生委員會, 2010) 등이 있으며, 이후 공중위생학적 접근은 사회적 자원에 대한 논의로도 이어졌고 최근에는 사회적 배제와 포섭의 관점이 필요함을 나타내고 있다(本橋豊, 2010; 日本公衆衛生學會公衆衛生委員會, 2010). 이러한 공중위생학적 접근은 WHO에 의해 자살률이 높은 국가들에 권장되었다. 그것은 자살 위험군만을 대상으로 하는 임상적 개입은 자살률감소에 큰 영향을 주기가 어려운 점을 고려할 때 공중위생적 접근은 일반대중을 대상으로 하여 자살을 발생시키는 제 요인들에 대한 복수개입으로 자살률감소가 빠르게 나타날 수 있기 때문이었다(自殺予防総合対策 Center, 2007: 5).

정리해보면, 일본의 자살대응정책은 초기 우울증치료를 중심으로 하는 정신의학모델에서 시작되어 점차 일반대중과 사회환경을 대상으로 개선을 위한 보급 및 교육적 대응을 내용으로 하는 공중위생학적 접근으로 이동하였다. 그러나 공중위생학적인 접근을 통해 지속적인 노인자살대응정책을 펼쳐왔지만 그럼에도 불구하고 자살률의 감소는 그

리 현저하게 나타나지 않고 있다. 공중위생학적 관점을 견지하고 있는 연구자의 경우에도 자살은 정신건강의 문제라고 생각은 하지만 사회적 배제의 과정을 염두에 두지 않는 대응은 장기적이지도 못하고 그 효과를 크게 나타낼 수 없다고 지적하였다(本橋豊, 2010: 45). 즉 일본의 자살지표가 계속 유사 상태를 유지하는 것은 신자유주의적 경쟁과 격차의 폭이 커지는 사회적 배제의 구조에서 정신건강의 측면만 나아진다고 해서는 장기적 문제 해결이 되지 못한다는 것이다. 자살위험이 발생하는 개연성의 사회적 요인들을 제거하는 것이 필요하다는 견해이며 이것은 2012년 자살대책대강의 개정과정에서도 요구되었던 내용이다(日本社會學會, 2011; 日本公衆衛生學會, 2011). 따라서 본 연구에서는 총체적인 패러다임의 수정과 그에 맞는 대응으로의 전환이 필요하다고 보여지며 이에 사회적 배제와 포섭의 관점을 적용하고자 한다.

2. 사회적 배제와 포섭

1) 개념과 등장

사회적 배제(social exclusion)와 포섭(inclusion)이라는 용어는 1960년대 프랑스의 정치적 영역에서 처음 나타나 전후 유럽에서의 경제성장이 감속하기 시작하면서 새로운 사회적 문제 영역에서 사용되었다.³⁾ 1974년 프랑스의 사회행동부 장관이었던 르노와르(R. Renoire)의 저서 [배제된 사람들(“The excluded”)]에서 프랑스 국민의 10%가 배제되고 있다는 지적을 하면서 관심을 모았다. 심신장애인, 자살자, 학대받는 아동, 약물 및 알콜중독, 한부모, 문제가족 등을 사회적 배제자로, 경제성장과 복지국가의 제도 내에서 보호받

³⁾ 사회적 배제의 개념이 프랑스에서 사용되게 된 것에 대해 사회보장의 개념사적 맥락에서 다루고 있는 마루오카(丸岡)는 사회와 개인과의 상호관계를 생각하는 프랑스 사상사에 기반을 두고 프랑스사회보장에서 주요하게 사용되는 이념 틀은 연대라고 보았다. 즉 사회연대의 맥락에서 빈곤 혹은 부적응 등의 사회문제는 사회가 안고 있는 기능불완전으로 인식하였고 개인의 문제에 대한 사회적책임이 강조되는 것에서 빈곤이나 여타 사회부적응의 문제로 보고 사회적배제의 개념이 도입된다고 지적한다(丸岡利則, 2010; 140-141). 또한 아베(阿部)는 사회적배제가 프랑스를 비롯한 유럽에서 빈번히 사용되게 된 배경에는 빈곤에 대한 인식의 차이에서 오는 것으로, 예를 들면 앵글로색슨계연구자에 의한 빈곤은 시장에서 낙오된 사람들의 문제라는 잔여적 개념의 사회부적응으로 인식되는 것에 비해 유럽계 연구에서는 복지국가가 사회구성의 기본원리로 인식됨에 따라 빈곤은 사회적 차원에서 발생하는 것으로 보는 차이가 있다고 보았다(阿部彰, 2002). 즉 빈곤에 대한 사회구조적 맥락을 놓치지 않고 있다는 것이다.

지 못하는 주변부 부적응자를 의미 하는 것으로 해석되었다(Ottmann, 2010: 23-24). 이후 1980년대 중반 사회적 배제는 프랑스정부가 실업문제나 불평등 확대 등과 같은 새로운 빈곤의 증가에 대해 적절한 대응을 하지 못한다는 비난에서도 자주 사용되었는데 이는 당시 실업을 포함한 새로운 형태의 빈곤이 주목받으면서 사회적 배제의 의미가 협의의 빈곤개념에 머무르지 않고 실업문제 등으로도 확장되었다는 것을 말한다(丸岡利則, 2010: 138; Ottmann, 2010: 24).

사회적 배제는 이후 1990년대 유럽에서 ‘배제와의 전쟁(fight against exclusion)’을 사회정책의 목표로 하면서 활발히 전개되었다(The Nice European Council, 2000.12 Council of Europe. 2000. 11). 그 내용에는 고용참여 및 서비스접근의 지원과 장애인, 노숙인 등 사회적 위험상태에 놓인 취약계층을 지원하는 것이 담겨 있으며 이를 위해 민·관·기업·시민의 협력을 강조했다. 이 과정에서 사회적 배제는 단순한 빈곤개념에서 벗어나 사회적 참가가 어렵거나 자원배분의 불균형으로 인한 생활위기상황에까지 확장하여 해석하게 되었다. 즉 초기 사회적 배제의 개념논의가 주로 사회취약계층의 물질적 빈곤 문제와 관련 되던 것에서 소외, 참여기회, 생활 속 다양한 복지보장이라는 보다 포괄적인 새로운 형태로 의미지평을 넓히고 있는 것을 볼 수 있다.

2) 사회적 배제의 다차원적 논의

사회적 배제에 대한 새로운 차원에서의 논의는 EU에서의 많은 연구자들에 의해 더욱 풍부해졌는데 그 과정에서 빈곤과의 비교를 통해 사회적 배제를 고찰하였다(Silver, 1994; Vrooman & Snel, 1999; Room, 1995; Safaa, 2011). 실버(Silver, 1994)는 빈곤은 물질적 자원의 부족이나 소득의 박탈과 같은 한 가지 차원과 관련되어 있지만 사회적 배제는 시민권의 보장이거나 유상노동과 소득, 교육, 주거, 보건의료, 법적지원, 그리고 공적 자원에의 접근 등이 관련되는 다중적 차원으로 이해되어야 한다고 지적하였다(Silver, 1994; Ottmann, 2010: 25에서 재인용). 브루맨과 스넬(Vrooman & Snel, 1999)은 빈곤이 소득과 소비에서의 경제적 분배와 연관된다면 사회적 배제는 사회문화적 측면도 포함한다고 하였는데, 여기서 사회문화적 측면이란 사회적 연대나 연결, 참여, 통합, 그리고 시민권 영역이 제대로 보장되지 않는 것을 말한다. 이는 빈곤과 사회적 배제를 물질 대 비물질

(material vs non-material)로 그 차이를 설명할 수 있다(Vrooman & Snel, 1999; Safaa, 2011: 118에서 재인용). 룸(Room, 1995)도 사회적배제의 개념을 설명하면서 빈곤과의 차이를 지적하고 있는데, 빈곤은 전통적으로 사회행정상의 경제적 지표만을 강조하는 것이라면 사회적 배제(혹은 사회적 포섭)는 개인들이 도덕적, 정치적 공동체에 통합되지 못하는 것(혹은 통합되는 것)으로 해석하고 있다. 여기서의 공동체 통합은 권리의 보장을 통해 이루어지며 이는 기초생활의 보장과 동등한 참여의 기회를 포함한다(Room, 1995; Brien & Penna, 2008: 85에서 재인용).

사회적 배제의 다차원적 논의는 1990년대 후반에 와서는 배제의 실태를 어떤 지표를 통하여 계측가능한가로 전개되어 실제적인 계측의 지표를 개발하는 과정에서 언급되었다(예를 들면, Gordon et al, 2000). 대표적으로 영국의 라운트리재단의 [영국에서의 빈곤과 사회적 배제 조사보고(2000)]에서 찾아볼 수 있는데, 해당 보고서에는 사회적 배제의 차원을 4가지로 구분하였는데 이하와 같다: ① 적정한 소득과 자원으로부터의 배제, ② 노동시장에서의 배제 ③서비스로부터의 배제 ④ 사회적 관계로부터의 배제(Gordon et al, 2000; Safaa, 2011에서 재인용). 이는 기존의 사회적 배제의 주요개념이 되었던 빈곤과 실업문제 이외에도 사회적 관계와 서비스로부터의 배제를 새롭게 포함하는 다차원적인 접근이 이루어진 것이었는데 이 중 사회적 관계로부터의 배제는 사회적 고립, 소외와 관련되며 이는 고독사, 자살 등의 현재적 문제로 이어진다. 유사한 맥락에서 갈리에(Gallie, 1999)는 사회적 배제를 실업문제에 적용하면서 실업을 사회적 관계로부터의 고립상태로 보고 이는 자살과 같은 더 높은 수준의 사회적 고립으로 연결될 수 있음을 지적한 바 있다(Gallie, 1999: 140-142). 또한 사파(Safaa, 2011)는 사회적 배제의 차원을 4가지로 정리하면서⁴⁾ 관계(relation)의 차원을 지적하였다. 이는 사회적 배제가 사회참여, 통합, 목표와 가치의 공유와 같은 사회적 관계 측면이 결여된 상태로 규정하고 있음을 볼 수 있다.

이상의 논의에서 살펴보면 사회적 배제는 물질적 결핍의 상태에서 제도적, 사회문화적 결핍 상태를 포함하는 다차원적인 것으로 이해하고 있음을 볼 수 있다. 즉 제도적 차원

4) 첫째는 다차원적 측면이다. 빈곤이 재정자원의 부족이라는 단일차원이라면 사회적 배제는 정치 경제 사회적 차원을 포함하는 다차원적 접근이라는 것이다. 둘째, 정적인 것과 동적인 것의 구분이다. 빈곤이 주어진 소득상황이라는 정태적 결과(output)를 말한다면 사회적 배제는 불평등한 힘 관계가 관여되는 동태적 과정(process)으로 인식한다는 것이다. 그리고 개인 대 환경적 차원이다. 빈곤은 개인의 자원부족으로 발생하며 사회적 배제는 사회 인프라조직을 포함한 지역사회 공동체자원의 부족으로 발생한다(Safaa, 2011: 123-124).

에서는 시민권으로서의 생활보장이 결여되는 것과 사회문화적 차원에서는 공동체에 통합되지 못하는, 지역사회에서의 소외와 사회적 고립상태로 확장됨을 볼 수 있다. 결국 사회적 배제와 자살은 이러한 사회적 고립과 소외, 단절의 경로를 통해 이어질 수 있음을 살펴볼 수 있다.

3) 일본에서의 논의

일본에서의 사회적 배제는 유럽의 논의를 탐색하는 것에서 시작되었다. 츠루(都留民子, 2002)는 프랑스의 배제개념을 고찰함으로써 일본 사회문제에 적용가능한가를 탐색하였는데, 그는 빈곤과 실업에 대한 보장을 기준으로 하고 있는 프랑스의 배제처럼 일본에서도 사회문제 혹은 사회적 배제를 어떻게 볼 것인가 하는 기준을 확립하는 것이 주요한 문제임을 지적하였다(都留民子, 2002). 같은 시기 오가사와라(小笠原浩一, 2002)는 영국의 사회적 배제의 개념과 이를 적용한 사회정책의 의미를 고찰하면서 시민주의적 기회의 평등이 주요하게 다루어져야함을 강조하였다. 그러나 뒤이어진 연구들은 유럽에서와 마찬가지로 사회적 배제에서 주요한 것은 무엇을 배제로 볼 것인가 하는 배제의 실태, 상황이며 이를 일본사회에서는 어떻게 적용되는가에 초점이 모아졌다. 니시무라와 우즈키(西村幸滿, 卯月由奎, 2007) 등은 정규직과 비정규직간의 격차가 사회적 배제의 위험을 높인다고 지적하여 분야별 배제의 다양한 상황을 보여주었다. 키쿠치(菊地英明, 2007)는 일본에서 배제되는 사람은 누구인가, 즉 사회적 배제의 영향 정도를 가장 많이 받는 계층은 누구인가에 초점을 맞춘 연구에서 경제적 측면 이외에 사회적 지원 네트워크와 지역 활동에서의 배제를 기준으로 하여 사회적 측면을 강조하기도 하였다(菊地英明, 2007). 또한 아베(阿部彩, 2002; 2007)는 사회생활실태조사를 활용하여 일본의 사회적 배제실태를 실증적으로 고찰하면서 사회적 배제는 종래의 소득기준만으로 바라보는 빈곤과는 다른 것임을 재확인하였다. 즉 사회적 배제는 생애과정에서의 다양한 과거 불이익이 현재에 영향을 주고 있고, 특히 해고, 이혼, 질병 유년기의 생활고, 경제상황, 그리고 사회참여, 사회관계에 영향을 크게 받음을 보여주었다(阿部彩, 2007; Abe, 2010). 이는 유럽에서의 논의들 중 사회적 배제는 동태적 과정이라는 점을 확인한 것이라 할 수 있다.

이렇듯 일본에서의 사회적 배제 논의는 현재 일본사회에서 배제되고 있는 사람, 배제상황을 무엇으로 파악할 것인가의 실제적 계측을 통해 그 개념이 정리되는 측면을 보여주었다. 많은 연구들에서 사회적 배제는 빈곤개념에서 벗어나 사회참가에 대한 소외와 단절, 즉 사회적 관계로 영역을 확장하여 왔으며, 또한 사회적 배제에 대한 연구의 관심은 이러한 문제를 극복할 수 있는 전략의 필요성이라는 측면에서 사회적 포섭정책으로 연동되었다.

4) 사회적 배제와 노인자살

그렇다면 노인자살문제와 사회적 배제의 연관성에 대한 논의는 어떠한가, 이를 살펴보면 연구동향에서는 찾아보기 힘든 것이 현실이며 주로 정책적 제언 등의 영역에서 드물게 볼 수 있는 정도이다. 일본의 경우 예를 들면, 2010년 일본학술회의에서 제언한 자료에서 사회적 배제의 상황을 자살사망률이나 출생률 지표들이 열악한 경우(낮은 수준의 출생률과 가장 높은 수준의 자살률)로 제시하고 있어 자살문제가 사회적 배제와 무관하지 않음을 시사했다(日本學術會議, 2010: 4-5). 스키무라(杉村, 2004)는 일본의 사회적 배제의 중층구조를 살펴봄에 가족, 시장으로부터의 배제에 의한 생활의 곤란, 사회보장 제도로부터의 배제로 빈곤의 출현, 그리고 공공부조와 사회적 지원으로부터의 배제로 인해 자살의 문제가 출현한다고 보았다. 사회적 배제의 다층적 구조 속에서 최후의 과정에서 발생하는 것이 자살문제인 것이다. 또한 모토하시(本橋豊, 2010) 등은 공중위생학적 관점에서 자살문제에 대해 연구하면서 사회적 배제와 자살관계의 중요성에 대해 지적한 바 있다. 그는 “자살문제는 정신건강의 문제이지만 사회적 배제라고 하는 근원적인 것에 주목하지 않으면 장기적으로는 자살대책이 기능하기 어려우며 따라서 사회적 배제를 자살대응 정책에 접목하는 것이 중요하다”고 주장하였다(本橋豊, 近藤克側, 2010: 45).

유럽의 경우 사회적 배제와 자살의 관계에 대한 직접적인 논의들은 드물게 찾아볼 수 있다. 예를 들면, 유르예브 등(Yur'yev, et al, 2010)의 연구는 사회적 포섭 정책이 노인의 자살율과 어떤 관계를 가지는가에 주목한 것이다. 사회적 포섭은 상기 서술한 바와 같이 사회적 배제의 문제를 극복하기 위한 전략으로서 함께 거론되는 것으로, 이는 사회적 배제를 또 다른 측면에서 살펴볼 수 있는 연구라 할 수 있다. 이들은 유럽의 26개국의 노인

자살율과 사회적 포섭과의 관계를 설명하고 있는데 여기서 사회적 포섭은 노인에 대한 사회적 태도와 사회적 관계를 의미하는 것으로 구체적으로는 노인의 사회적 위치에 대한 국가적 인식, 노인의 국가 경제 기여에 대한 인식, 일과 동료관계, 그리고 노동시장에서의 퇴장연령을 지표로 하였다. 이 연구에서의 결과는 노인의 사회적 위치와 경제적 기여에 대한 인식이 낮고 일과 동료관계가 소원할수록 그리고 은퇴연령이 빠를수록 노인 자살률은 높다는 것을 보여주었다(Yur'yev, et al, 2010: 1337-43). 즉 노인에 대한 국가적 태도가 배제되지 않을수록, 그리고 노인의 사회적 관계가 지속될수록 자살률은 낮다는 것을 알 수 있다.

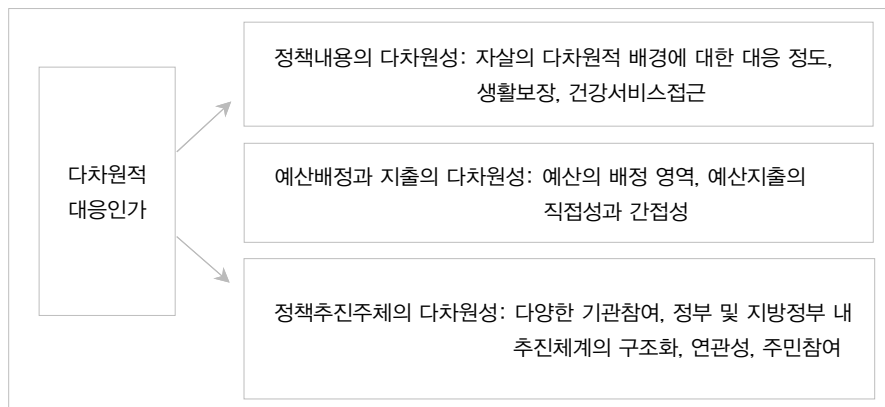
3. 분석 틀

이상에서 살펴본 사회적 배제와 포섭의 논의를 바탕으로 정리하면, 사회적 배제의 개념에 대한 논의는 기존의 협의의 물질적 빈곤상태만을 의미하는 것이 아닌 제도적 차원의 생활보장, 사회참여, 공동체에의 통합, 사회적 관계들이 결여된 상태를 의미하는 보다 다차원적인 것으로 확대됨을 확인할 수 있었다. 또한 이러한 배제상태의 지속은 사회적 고립과 단절로 이어져 결국은 자살률을 높이는 요소가 됨을 선행연구를 통해 살펴볼 수 있었다. 그렇다면 노인 자살문제의 해소를 위해서는 다차원적인 사회적 배제 상태를 극복할 수 있어야 하며 따라서 그 대응에서도 다차원적 포섭 정책이 이루어져야 한다. 이는 예를 들면, 노인자살의 많은 요인이 우울증과 관련된다고 할 때 포섭적 대응은 우울 완화에만 초점이 맞춰지는 것이 아니라 우울문제를 불러오는 다차원적 배경에 대해서도 다룰 수 있어야 하는 것이다. 즉, '소득보장을 포함한 기초적 보장에서 배제되는가, 사회참가 및 건강, 지역사회 참여활동에서 배제되는가에 대한 고려가 있어야 하며 이를 위한 대응이 필요한 것이다.

본 연구에서는 일본의 노인자살 대응정책이 이러한 다차원적 배경과 과정을 고려하는가에 주목하고 이를 위한 3가지 분석틀을 제시하였다. 첫째는 정책내용에서의 다차원적 대응이다. 이론적 검토에서 서술한 바와 같이 일본의 자살대응정책이 정신건강적 측면에 집중되는 경향에 대해 다양한 사회경제적 상황을 다차원적으로 고려하고 있

는가를 살펴본다. 둘째, 이러한 다차원적 정책 내용을 실행하는데 있어 예산의 배정과 지출은 얼마나 다차원적인가를 살펴본다. 정책이 실제로 현실화되기 위해서는 예산의 확보가 중요하다. 따라서 자살대응을 위한 정부예산들이 어떤 영역에 비중 있게 배정되고 지출되는지를 살펴본다. 이는 곧 사회적 배제로부터의 해소에 예산은 어떻게 쓰여지는가를 볼 수 있다. 셋째, 정책의 추진주체에서는 어느 정도 다차원적인가를 살펴본다. 자살대응정책을 실행하는 주체들이 얼마나 다양하게 관여되고 있는가. 정부 및 지방정부차원에서의 참여는 어떠한가 정부 외 지역사회에서의 포괄적 영역의 주체들이 어느 정도 참여하는가 등을 통해 노인자살대응정책이 얼마나 다차원적 연계를 통해 문제에 대응하는가를 알 수 있다. 이는 사회적 관계를 지속하는데 어느 정도 체계적인 구조를 갖추었는가와 관련된다. 이러한 분석틀을 기준으로 본 연구에서는 2000년부터 행해진 일본정부의 자살대응정책들을 대상으로 하며, 중점적으로는 2006년 자살대책기본법 제정 이후 이에 근거하여 수립, 실시되고 있는 국가전략의 총체인 자살종합대책대강(2007, 2012)을 대상으로 한다.

[그림 1] 일본 노인자살대응정책의 분석틀



IV. 일본의 노인자살 대응정책 고찰

1. 정책내용은 다차원적인가

1) 자살대책기본법 제정 전후의 정책 내용

일본에서의 자살대응정책은 자살대책기본법의 제정 이전과 이후로 나뉘어 변화의 폭을 보이고 있다. 법제정 이전의 초기단계 대응정책들은 주로 우울증에 대한 치료와 예방을 중심으로 한 정신의학적 접근에 집중되는 단일차원의 대응이었다. 예를 들면 2000년 후생노동성의 [21세기 국민건강만들기 운동](健康日本21)은 국가차원의 첫 자살대책이라는 의의를 가지고 있으나(井田敦彦, 2003; 亀田進久, 2007; 竹島正, 2008), 자살문제에 대해서는 정신건강요인인 정신분열, 우울, 약물의존 등의 증상에서 비롯된다고 파악하였다. 또한 2002년의 자살방지대책 유식자간담회에서 제시한 ‘자살방지제언’은 우울의 정신건강을 강조하였다. 그러나 1998년 당시 자살률 급증의 배경에는 경제, 생활문제, 근로문제 등을 동기로 한 자살, 실업자의 자살이 눈에 띄게 증가한 것이어서(警察廳, 2001), 이를 포함하는 새로운 대응이 요구되었음에도 불구하고⁵⁾ 그때까지의 국가 대응정책은 의학적 요소를 강조한 단일차원에서의 대응들이 주를 이루고 있었던 것이다. 그러나 이미 2000년에 일본정부는 [사회적 원호를 필요로 하는 사람들에 대한 사회복지 검토회] 보고서를 내면서 ‘사회적 배제’를 사용하였고 이때 배제의 대상에 고령자와 자살문제를 인식한 적이 있었으나(厚生労働省, 2000)⁶⁾, 이를 적극적 자살대응전략으로 연결되지는 못했다. 즉 노인자살의 발생이 사회적 곤란의 맥락에서 나타날 수 있다는 것과 이를 개선할 수 있는 예방정책의 필요성에 대해서는 그다지 주목하지 않은 것이다.

⁵⁾ 2005년 7월 12개 민간단체는 자살문제의 근원적 대응책을 요구하며 [자살종합대책의 실현을 위해 국가가 해야 할 5가지 제언]을 정부에 제출하였다. 5가지 제언은 첫째, 국가로서 자살대책에 대응할 의사의 명확화, 둘째, 효과적 예방대책의 확립을 위한 자살실태의 해명에 노력, 셋째, 자살대책기본계획을 작성하고 직장 학교 지역 가정을 대상으로 자살종합대책을 실시할 것 넷째, 내각부에 자살종합대책센터를 설치하고 각 성청에 자살대책을 유기적으로 연계할 것, 다섯째, 자살미수자와 그 유가족에 대한 케어를 실시할 것이었다. 이는 이어지는 참의원 자살대책결의에 영향을 주었다.

⁶⁾ 보고서에서는 사회적 포섭의 주요대상이 되는 대상을 기존의 빈곤에서 벗어나 심신장애(알콜의존, 사회스트레스), 사회적 배제와 마찰, 그리고 사회적 고립(고독사, 자살, 학대 등)으로 명시하였다.

2006년의 자살대책기본법이 제정되기 이전에 자살대응에 포섭적 관점이 나타난 것은 2005년, 참의원 후생노동위원회에서 결의한 「자살에 관한 종합대책의 긴급하고 효과적인 추진을 요구하는 결의(2005년 7월)」(이하 참의원결의)⁷⁾이다. 참의원결의는 자살원인에 대해 정신의학적 관점 이외에도 공중위생, 사회, 문화, 경제적 관점의 다각적 검토를 행할 것을 제안하였고 사회전체를 대상으로 대책과 예산 확보의 중요성을 강조하였다(參議院厚生労働委員会, 2005). 이것은 지금까지 자살을 개인적, 병리적 문제와 책임으로 보았던 것에서 자살하는 개인을 둘러싼 사회와 관련하는 문제로 전환하고 사회적 요인에 대한 주의를 환기시키면서 종합적 대책을 강구할 것을 제안한 것이다(竹島正, 2008: 16). 참의원결의는 자살대응이 이전의 의학모델에 편중되었던 것에서 벗어난 다양한 사회적 차원을 염두에 두어 포섭정책의 실마리를 찾고는 있으나, 결의의 후속과정에서 그 구체적 내용들이 실질적으로 뒷받침되지 않아 “명시적 결의” 그 자체에 그치는 수준이었다는 지적이 있었다.

2006년 자살대책기본법⁸⁾의 제정은 자살대응에 대한 국가단위의 법적근거를 마련하고 있다는 점에서 이례적인 것으로 받아들여지고 있다.⁹⁾ 또한 자살대책기본법의 제정은 이전까지의 자살대응과는 다른 방향이 전개되었는데, 예를 들면 “자살은 다양한 사회적 배경 요인을 인식하고 단순한 정신보건의 관점만이 아닌 자살의 실태에 따라 사회적으로 대응해야한다”는 취지가 법규정안에 정착되게 되었다(自殺対策基本法, 2006: 제2조기본이념). 이 이념은 법에 기초하여 2007년에 수립된 [자살종합대책대강(自殺綜合對策大綱)](이하, 종합대책)에서 자세히 나타난다. 종합대책은 한국의 시행령과 같은 역할로 자살대책기본법 이후의 구체적 국가실천전략이라는 점에서 자살대응정책의 주요기둥이다. 중

7) ①정부 등 관계성청이 대책실시에 필요한 체제 확보 ②자살문제에 대한 거점기능 강화와 함께 자살원인에 대한 정신의학적 관점 외 공중위생학적, 사회, 문화, 경제적 관점의 다각적 검토를 행함 ③개인 및 사회전체를 대상으로 대책마련과 예산 확보 ④지방정부 및 민간단체와의 연계, 종합적 대책을 위한 자살예방종합대책센터 설치 ⑤유족 및 자살미수자 지원이라는 5가지 안을 담고 있다(參議院厚生労働委員会, 2005).

8) 여기에는 자살대응에 관한 법제정을 요구하는 자살유가족들의 요구와 WHO를 비롯한 국제사회에서의 요구가 맞물려 이루어진 것으로 평가된다. 1998년 동경자살방지센터에서 상담활동이 개시되었고 2001년에는 아시나가 육영회가 자살자의 유가족 중 아동들의 진정서를 당시 고이즈미총리에게 전달하는 일을 하기도 하였다. 또한 법제정을 위해 2006년에는 자살대책의 법제화를 요구하는 3만 명 서명운동을 펼쳐 그해 6월에 10만 명이 넘는 서명을 받아 청원서와 함께 국회에 제출하였다(岡本洋子, 2007: 14; 亀田進久, 2007: 16-7).

9) 1980년대 후반부터 서구국가들은 국가의 자살방지전략 등이 공표되고 하였지만 이것은 국가단위의 계획으로, 법적근거를 가진 것은 아니었다. 미국의 Healthy people(2010) 영국의 Our Healthier Nation, EU의 Health21 등이 그러하다. 성문법으로서 종합적 자살대책을 예산의 근거로 두고 있는 것은 일본이 선두이다(本橋豊, 2008: 35)

합대책에서 규정하고 있는 자살대응 중점시책은 모두 9가지이다: ① 자살실태파악, ② 예방에의 국민적 참여(예방주간, 아동 및 우울증 교육) ③ 조기대응을 위한 인재양성(의사, 교직원 보건종사자, 개호전문원 등) ④ 심리적 건강지원(지역 학교 직장에서의 정신건강 지원) ⑤ 적절한 정신과의료제공 지원 ⑥ 사회적 대응으로서 자살방지 ⑦ 자살미수자 재발예방 ⑧ 유족지원 ⑨ 민간단체 연계(自殺綜合対策大綱, 2007). 자살대책기본법과 종합대책에 나타난 대응전략은 종합적이고 포괄적인 지원의 내용으로 명시적으로는 다차원적 포섭의 정책 방향을 담고자 함을 볼 수 있다. 특히 그 내용 중 10가지의 구체적 시책을 담은 사회적 대응이 두드러지는데, 여기에는 다중채무, 실업자, 아동, 경영자 등 사회 각 계층이 가지는 문제에 대한 대응을 인식하고 있어 다차원적 배경을 다루고자 하였다.

그러나 상기의 종합대책은 정책추진에서는 본질적 한계를 드러낸다. 그것은 첫째, 제도의 근원적 수정은 고려되지 않았다는 점이다. 시책에서 문제대응을 위한 지역의 상담체제 구축은 시행하고 있으나 이는 현상에 대한 대응이며 생활고문제에 대한 기초보장의 수정이나 개선 등 본질적 대응은 뒤따르지 않는다. 노인의 경우 자살배경이 생활고 등 경제적 곤란의 원인이 높은 것을 감안하면 지역단위에서의 생활곤란자에 대한 면밀한 파악 방안과 정부단위에서의 제도적 수정을 통한 보장확대가 이어져야 한다. 이는 현재의 종합대책의 부족한 점을 보완하고 수정하는 2012년 개정과정에서도 지적되었다. 즉, 일본사회학회에서는 현재의 종합대책이 생활기반 안정 문제를 과제로는 인식하고는 있지만 이를 지역에서의 생활 및 소득 격차문제를 수정하는 사회경제기반에 대한 구체성이 부족하고 실업문제에 있어서도 상담에서 그치는 것이 아닌 구체적 실업률저하를 위한 정책수정은 나타나지 않는다는 점을 지적한 것이다(日本社會學會, 2011. 12. 5). 더불어 공중위생학회에서도 사회적으로 배제되기 쉬운 대상들에 대한 지원으로 기초생활보장제도의 개선이 이루어져야 한다는 의견을 내놓았다(日本公衆衛生學會, 2011. 10. 10).

두 번째는 실업문제의 대응에서도 배제적 관점에서의 제도적 보완이 부족하다. 현재 실업자 상담창구사업이 있지만 구체 내용은 취업지원을 위한 공공직업상담소에서의 심리적 불안해소와 경력관리, 실업상태에서 필요한 정보제공 및 절차 상담, 심리적 스트레스해소를 위한 상담이다. 이것은 실업자의 심리적 불안의 완화와 재취업에 대한 지원이라는 점에서 필요한 과정이나, 배제적 관점에서의 지원은 제도적 보완이 요구된다. 예를 들면, 실업률이 특히 높은 지역에 대한 파악과 그 원인을 제거하는 것과 실업의 위험을 제

거하여 취업의 안정성을 도모할 수 있는 방안과 같은 근원적 실업대책이 정책적으로 함께 다루어져야 한다. 이는 일본사회학회에서 제안한 지역상황에 대한 거시적 정책의 필요성과도 같은 맥락이다.

2) 노인자살 대응정책에서의 정책 내용

이러한 종합대책을 고령자분야에 적용해보면 한계는 더욱 크게 나타난다. 첫째, 노인자살대응에서는 여전히 정신의학적 접근에 머물러 있다는 것이다. 종합대책은 지금까지와는 달리 노인자살문제에 대해서 따로 구분하여 [세대별 자살의 대책방향]에서 다루고 있다는 점은 진전된 상황으로 평가할 수 있으나 그 구체내용에서 노인자살에 대한 대책으로 언급하고 있는 것은 “고령자의 경우 신체적 질병 등으로 의뢰기관에의 수진기회가 많으므로 담당의사를 통한 우울 및 정신질환의 진단을 활용하여 우울증의 조기발견과 치료의 필요성”에 대해서만 언급하고 있다(自殺対策大綱, 2007). 여전히 우울증 치료중심의 의학적 입장에서만 대응하고 있는 것으로 볼 수 있으며 다차원적인 정책적용은 미흡하다. 노인자살의 배경에서 주요하게 나타난 신체적 질병과 우울은 가장 많은 요인이긴 하지만 생활고와 같은 경제적 요인과 가족 및 사람과의 관계에서의 어려움도 각각 2, 3위의 비율을 차지하고 있는 점을 감안할 때 노인에 대한 생활보장 및 사회적 지원대책의 중요성이 인지되어야 한다. 또한 가족관계 지원에 대한 내용과 독거노인가구에 대한 가족 역할의 지역사회 연계가 주요하게 보완되어야 한다.

둘째, 노인자살예방에 관련되는 대상의 다차원적 접근이 부족하다. 종합대책 전체 가운데 노인과 직접 관련이 있는 사업은 두 가지로 모두 종사자 연수지원이 내용이다. 하나는 자살문제의 조기대응을 위한 인재양성사업에서 노인케어 담당자인 개호전문원(노인케어전문인)을 포함시키고 있는 점, 또 하나는 사회적 대응사업에서 지역포괄지원센터¹⁰⁾에서 행하는 노인학대예방 사업이나 케어서비스종사자를 대상으로 노인학대 예방 연수이다. 이러한 연수사업은 노인과 접촉이 잦은 지원자를 자살위험의 조기발견의 과정

¹⁰⁾ 지역포괄지원센터는 2006년 개호보험법의 개정에 따라 창설된 기관으로 지역주민의 심신의 건강유지와 생활의 안정 보전 복지 의료, 학대방지 등을 업무로 하여 지역에서 종합적인 관리를 담당하는 곳이다. 보건사, 사회복지사, 케어매니저가 의무적으로 고용되어 일하면서 종합상담, 개호예방지원, 케어플랜 작성 다양한 개호 생활지원을 하고 있다.

에서 게이트키퍼로 활용하고자 하는 점, 그리고 케어부담과 피로가 노인에게 심리적 압박을 가하여 자살에 이르게 하는 점에서 이를 위해 학대예방사업이나 케어자 연수가 이루어지는 것은 노인자살의 다차원적 환경을 고려한다는 점에서 평가할 만하다. 그러나 보완되어야 할 것은 노인을 둘러싼 가족 및 지역사회 인적자원이 다차원적으로 합류되는 것이 중요하며 따라서 케어전문인이나 포괄센터 직원 이외 가족, 지역주민 등 다양한 대상자를 포괄할 수 있어야한다는 것이다. 실제로 개호인식에서 나타난 가족케어자의 자살생각은 시설종사자 못지않게 어려운 상황에 있음을 생각할 수 있다. 그리고 케어자 지원과 관련한 예산배정은 후생노동성 일반사업에서 진행되고 있는 것으로 자살예방을 강화하기 위해 별도로 마련된 것이 아니라는 점에서 정책의 목표성에 대한 애매함이 존재하여 사업내용이 포괄적이기 어려운 측면도 있다. 그러나 보다 근본적인 것은 노인케어관련 지원은 개호보험제도의 수정이 포함되는 것이 포섭적 자살지원 방안이다. 본인부담의 축소나 케어등급에 대한 충분한 보장, 가족케어자 지원을 위한 다양한 정책개선 등이 동시에 이루어질 필요가 있다.

이상과 같은 노인자살 대응은 전체사업 총 9개 분야 가운데 직접적으로 노인을 언급한 것은 불과 세 가지 분야의 각 한 개 사업에 지나지 않으며 특히 사회적 대응분야의 10가지 영역가운데 노인을 직접 언급한 것은 개호지원전문원의 연수사업 하나이다. 전 생애연령기에 대한 지원들이 아동청소년기의 대응분야와 성인기대응에 비교해볼 때 극히 적은 분포이며 내용적으로도 환경시설 정비 및 우울대응에 그치고 있다. 노인자살의 비율이 다른 연령층보다 높은 비율을 보이고 있는 것에 비교해볼 때 상대적으로 열악한 정책 환경이며 정책영역 내에서도 소외되고 있는 것이다.

3) 종합대책 개정과정의 정책 내용

2012년 종합대책이 개정되는 과정에서 각계로부터 의견서가 제출되었고 이의 주요내용들은 각계의 특성에 따라 나뉘어졌다. 예를 들면, 자살예방대책센터를 중심으로 하는 종합대책개정의 제언을 위한 워킹그룹에서는 자살예방사업의 평가에 대한 지표로서 자살률 감소이외에도 과정에 대한 중요성을 인식하고, 자살미수율의 감소정도를 포함시킬 것, 종합적 포괄적 대응책은 평가할 만하지만 분산되기 쉬워서 효과가 낮으므로 우선순

위를 파악하여 효과적인 사업에 집중할 것을 주문하면서 그 예로 자살은 정신건강의 문제를 가진 사람이 위험성이 높은 점을 고려하여 정신건강사업에 집중할 것을 제안하기도 하였다(自殺綜合對策大綱改正提言working group, 2012. 4. 17). 즉, 워킹그룹의 주 요지는 자살위험성이 높은 개별적 대책에 집중할 것을 제안한 것이다. 이에 대해 일본사회학회의 제안내용은, 지금까지 문제를 안고 있는 개인이 우울에서 자살에 이르는 과정에 대한 면밀한 케어를 행하는 대응이 널리 검토되고 있는데 이를 통해 자살률을 억제하는 것도 필요하지만 높은 자살률의 배경이 되는 거시적 지역상황에 맞는 적절한 정책은 적다고 평가하고 자살의 개연성과 원인을 줄이는 각 지역의 사회경제기반을 수정하는 것이 필요하다고 제안하였다. 덧붙여 동 학회는 인구학적 특성을 고려하여 자살률이 높은 인구계층을 대상으로 하는 대응책을 주문하면서 고령층에 대한 지원이 불충분함을 지적하였다(日本社會學會, 2011. 12. 5). 또한 일본공중위생학회는 자살대책 가운데 정신보건의학적 관점에서 우울의 질병을 개별로 예방하는 의학적 접근이 있고 지역을 대상으로 하는 건강증진의 관점에서 지역보건복지활동을 강화하여 예방하는 대중적 접근이 있는데 이 가운데 후자를 더욱 강화해야한다고 제안하였다(公衆衛生學會, 2011. 10. 10).

이들 학회는 각각 집단적 특성에 따른 제언들을 하고 있지만 공통적으로 제언한 것은 사회적 포섭의 정책이 필요하다는 의견이었다. 워킹그룹에서도 사회적으로 배제된 사람들에게 대한 포섭정책이 필요함을 인지하고 있다는 견해를 표명하였다(提言書, 2012:24). 특히 일본공중위생학회는 자살대책대강의 목표에 사회적 포섭의 실현을 넣을 것을 제안하였고 사회적으로 배제되기 쉬운 사람들에게 대한 포섭적 대책으로 사회보장제도의 충실을 요구하였다.

이러한 의견수렴과정을 거쳐 2012년 8월 종합대책의 개정이 이루어졌다. 개정에 추가된 주요내용은 아동학대 및 성폭력피해자를 추가하여 대상을 늘리고 여기에 개정과정에서 언급되었던 생활보장 맥락에서 기초생활이 곤란한 자를 주요대상에 추가하였다. 이는 다양한 사회적 약자계층을 포괄적으로 수용한다는 점에서 긍정적이다. 또한 이들의 지원방법이 아웃리치 등의 능동적 방안을 들고 있고 포괄적인 동반형 지원, 취업지원강화를 명시하여 2012년 3월부터 지역에서의 상담체제를 강화하는 사업으로 [사회적 포섭 원스톱 상담지원] 사업을 민간기관과의 협력에 의해 실시하게 되는 점은 정책명시에 포섭을 사용함으로써 향후 포섭적 정책의 방향을 기대해볼 수 있다. 그러나 여전히 개정과

정에서도 자살과 관련되는 다중적 정책의 제도적 개선과 검토에 대한 언급은 찾아보기 어렵다는 점은 아쉬운 개정이라고 할 수 있다.

2. 예산의 배정과 지출은 다차원적인가

일본의 노인자살대응정책이 다차원적인가에 대한 분석을 위해서는 정책에 사용되는 예산의 현황이 중요하다. 예산확보와 집행은 자살대응정책추진의 의지를 보여주는 것이며 실제로 정책이 현실화되는 과정이다.

[표 3] 자살대응정책 관련 예산안 추이

(단위: 천 엔)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
전 체	24,684,039	14,446,242*	13,577,505	12,446,000	13,421,344	18,675,418
자살실태파악	234,920	220,960	188,374	39,084	28,409	45,677
국민 안전지킴이	1,106,929	1,479,634	442,130	322,848	363,450	260,292
조기대응인재양성	621,908	583,890	556,596	346,307	447,362	326,388
심리적 건강	6,161,971	4,035,600	989,586	885,322	2,841,579	7,630,311
정신과의료수진	343,153	390,790	2,615,678	2,773,256	2,925,778	3,004,998
사회적 대응	14,612,584	9,467,457	8,721,853	7,897,756	6,609,503	7,249,781
자살미수자 대응	1,527,588	1,729,638	2,174,758	2,315,159	1,819,581	2,019,030
유족지원	64,951	82,212	62,933	45,229	19,368	12,524
민간단체 연계	97,740	119,811	240,253	259,204	259,979	216,295
그 외	17,249	23,918	17,881	17,044	17,527	17,847

자료: 自殺対策白書, 予算案資料集 각년도에서 정리.

* 2008년도에 금액이 대폭 감소한 것은 예산 중 학교상담 및 학교사회사업예산 81억 174만 1천 엔이 2009년도부터 학교가정지역 연계 협력사업으로 따로 분류되기 때문에 2008년부터 포함시키지 않은 이유임.

[표 3]은 종합대책에서 구체적 전략으로 정한 9개 영역에 대한 각 예산내역이다. 내 각부는 9개 분야에 기초하여 각 부서별로 관련 대응사업을 하도록 하고 이에 대한 사업의 보고와 예산을 정리, 공표하고 있다. 이 표를 통하여 분석해보면 첫째, 전체자살예방사업의 총예산은 비교적 감소추세를 보이고 있다. 감소의 내용은 몇 가지 패턴을 보이고 있는데 그것은 직접적 자살대응예산이 아닌 내수라고 하는 형태의 간접적 예산으로 변

화한 것이다. 내수로 전환되면 전체 예산에는 계상되지 않는다. 예를 들면 2008년 예산이 전년대비 절반 정도 감소한 것은 사회적 대응 사업에서 학교상당사업이 문부과학성의 학교지역연계사업으로 편성되면서 내수예산으로 되어 자살예산에는 포함되지 않아서이다. 또한 2009년 국민한사람 한사람의 안전지키기 사업에서 아동의 자살예방을 위한 체험활동추진사업 예산 약 12억 엔 정도가 내수예산으로 변동되었다. 이러한 내수예산은 자살대응을 위한 전용예산이 아닌 해당부처에서의 다른 정책목표를 실행하는데 있어 자살문제를 같이 다루고 있는 것으로 연계하여 이루어진 예산이다. 다시 말하면 예산에서의 비중도가 낮아지는 부분이다. 이런 방식의 예산변동은 노인자살문제에서도 쉽게 찾아볼 수 있다. 자살대책 예산가운데 직접 노인을 언급하면서 쓰이는 예산은 [심리적 건강지원]사업인데 그 세부사업인 지역에서의 정신건강지원이 일환으로 공원조성 및 농어촌의 활성화예산이 여기에 해당되고 예산은 약 131억 5천 3백만 엔으로 모두 국토교통성, 농수산성의 사업비이다. 그러나 이 예산 역시 내수예산으로, 해당부처의 전체 예산 중 일부를 노인자살예방을 위해 사용되는 것이어서 반드시 노인자살대응을 목적으로 편성된 예산이라고 말하기 어렵고 따라서 정확한 지출금액을 산정하기 어려워 전체 자살대응정책 예산으로 편성되진 않는다. 이렇게 보면 노인자살대응에 관한 직접적 예산은 극히 적은 것이다.

내각부의 자살예방대책 예산의 편성과정을 보면 직접적 자살예방사업을 위한 예산과 광범위하게 자살예방이 포함되는 사업예산에 대한 분류기준이 명확히 세워져 있지 않음을 볼 수 있다. 내각부 자살대책예산관련 회의록에 의하면 이러한 내수예산, 예를 들면, 아동의 도덕교육예산이 편성되어 있고 해당시간에 자살예방교육이 이루어지면 이것은 자살예방사업 내수로 편성되며, 중소기업 경영지원이 목적이나 부차적으로 직장인 자살예방지원을 포함시켜 이루어질 때도 마찬가지이다. 이러한 부분들이 자살예방사업에 내수로 편성되는데 이 과정이 내각부에서 전략적으로 계획되는 것이 아니라 해당 각 부처에서 그때그때 해당된다고 생각되어지는 부분을 예산에 편성하고 계상하는 경우가 많다는 점이다(自殺對策推進會議議事錄, 2010. 1. 28: 6-8). 즉, 예산편성이 일시적, 부정기적으로 될 가능성이 높고 중요도가 낮아질 수 있으며 따라서 예산의 감소가 발생할 수 있는 방식인 것이다.

내각부의 자살예방정책에 소요되는 예산이 그리 많지 않다는 것은 총무성의 평가를 통해서도 알 수 있다. 총무성에서 실시한 [자살종합대책에 관한 행정평가]에 의하면, 내각부의 자살예방대책예산과 교통안전대책 관련예산을 비교하여 볼 때 매우 적다고 평가하였다. 2011년도 자살예방대책예산은 약 134억 2100만 엔인 것에 비해 교통안전대책은 약 2,979억 4000만 엔이다. 이는 2011년 자살자수는 3만 651명이고 도로교통사고사망자는 4,612명인 것을 보더라도 상대적으로 자살대책이 열악하다는 것을 알 수 있다(総務省, 2012: 22).

둘째, 예산은 주로 어디에서 높은 비중을 차지하고 있는가를 살펴보면, [표 3]에서 보듯이 심리적 건강추진, 사회적 대응, 그리고 정신과치료수진 영역의 순으로 이루어졌다. 먼저 가장 높은 비중을 가지고 있는 심리적 건강추진영역을 살펴보면, 구체항목은 학교, 직장 지역에서의 심리적 건강을 지지하기 위한 내용들이 해당되며, 전체 예산은 역시 증감을 반복하다가 최근엔 증가하였다. 세부적 예산지출을 보면 2009년의 경우 9억 8천 9백만 엔의 예산 중 직장에서의 정신건강지원사업(직장인건강유지 및 지역산업보건센터 지원비)에 8억 7천 9백만 엔을 사용하고 있어 나머지 1억 1천만 엔 정도가 지역과 학교에서의 정신건강지원비용으로 쓰인다. 세부사업의 이러한 예산비중은 다른 해에도 마찬가지로 형태를 취하고 있다. 특히 2011년 예산에는 직장인 정신건강지원사업이 대폭 증가되고(27억 7천 3백만 엔), 국가공무원을 대상으로 하는 정신건강대책추진사업이 신규 포함되어 2011년 전체 예산이 증가되었다. 그러나 여기서 정책예산이 우선시되어야 하는 것은 직장인건강지원보다는 실업자 건강지원의 비중이다. 공중위생학회 모니터링위원회 보고에 의하면, 자살률이 남성에서는 취업자에서 32인 것에 대해 실업자는 184.1이었고 여성의 경우 취업자가 8.9인 것에 대해 실업자는 34.1이었다는 지적이 있다(日本公衆衛生学会monitoring委員會, 2010: 416). 이는 실업자의 심리적 건강이 심각한 상태임을 보여주는 것으로 2011년 실업자상담창구예산은 19억 7천만 엔으로 전년 24억 4천만 엔보다 감소하고 있으며 이 비율은 계속 감소상태를 유지하고 있다(표 4 참조). 또한 자살예산에서 소폭 감소의 추세에 있는 가운데 두드러지게 증가한 영역이 정신과의료수진 영역이다. 2008년도 정신과의료 수진분야 사업이 3억 9천 7십만 엔이었던 것이 2009년에는 26억 1천 5백만 엔으로 70% 이상의 증가세를 보여주었다. 이는 종래의 [정신과구급의료체제

정비사업]으로 후생노동성이 따로 행해오던 것을 2009년부터 자살사업예산으로 편성하게 되어 급증한 것이다. 신규증액이 아닌 기존 사업예산을 자살대책 예산에 재편성하는 방식이다. 이것은 아무래도 사업본래의 목적이 있으므로 자살문제에 집중하는 것이 처음부터 자살사업으로 수립되는 것보다 더 분산적이다.

심리적 건강 다음으로 지출비중이 큰 영역이 자살예방을 사회적 차원에서 대응, 추진할 것을 목적으로 하는 사회적 대응사업이다. 사회적 대응 예산은 초기 전체예산의 절반 넘는 146억 엔 정도가 사회적 대응에 사용되었던 것에 비해 계속해서 절반이상 감소되는 양상이다. 사회적 대응영역에는 모두 10개 사업 부문이 있는데 그중 주요내용을 표로 보면 아래와 같다.

[표 4] 사회적대응의 자살지원 구체내용별 예산

(단위: 천 엔)

	2007	2008	2009	2010	2011	201
지역상담체제구축	-	-	-	5,264	5,264	5,292
다중채무상담창구	-	240,747	252,048	278,079	278,517	300,638
실업자상담창구*	4,172,678	3,770,848	3,777,762	2,445,570	1,971,215	1,975,061
경영자상담사업**	4,162,503	4,512,779	4,582,045	5,047,427	4,236,668	4,735,179
법적문제해결을 위한 정보제공	10,212,707 (내수)	10,394,778 (내수)	10,406,716 (내수)	15,541,552 (내수)	16,553,882 (내수)	16,402,350 (내수)
인터넷자살정보규제	-	121,284 (내수)	159,926 (내수)	154,879	138,762	138,762
케어자 지원총실	4,806,000 (내수)	1,017,956 (내수)	794,439 (내수)	314,815 (내수)	251,700 (내수)	125,471
따돌림피해아동 지원***	6,277,483	5,591,484	109,998	121,416	117,839	108,140

자료:自殺対策白書 각년도의 예산자료 참고로 작성.

* 2007년에는 실업자 상담사업에 아베정권이 강조한 재도전 지원사업이 포함되어 높은 비율을 이룸.

** 경영자상담 지원사업은 경제산업성 사업이며 법적문제해결을 위한 정보제공 사업은 법무성사업, 인터넷자살 정보규제는 경찰청사업(내수).

*** 아동지원은 2009년부터 내수로 되어 계산에 들어가지 않았음. 109,998천 엔은 법무부인권상담사업.

사회적 대응사업은 모두 8개 영역의 주요사업을 담고 있다. [표 4]를 통해 사회적 대응사업 중 어떤 부분에 예산이 집중되는가를 보면, 직접 예산으로 가장 큰 비중을 차지하는 것이 ‘경영자 상담’이고 그 다음이 ‘실업자상담지원’이다. 경영자상담지원은 경제산업

성에서 예산편성된 것이며 전체예산의 70% 이상을 차지하는 것은 ‘중소기업재생지원협의회’사업이다. 2009년에는 45억 4천만 엔이 해당되며 2011년은 41억 9천만 엔 정도로 90% 이상을 차지한다. 이 예산은 동협회의가 중소기업경영자를 대상으로 경영난에 대한 상담 및 사업재생계획 책정 등 경영지원사업에 주로 쓰이고 있으며 이는 사업부진을 원인으로 하는 자살사망에 대한 지원책의 일환이다.

실업자상담 지원사업은 후생노동성 사업으로 점차 감소하고 있는 것을 볼 수 있다. 2009년도 예산은 모두 5개 항목이었던 것이 2011년에는 3개 항목으로 감소되어 그 예산도 감소하고 있는데, 이 중 ‘취직실현 플래너사업’이나 ‘민간위탁 중고령불안정취업자 지원사업’, 취직지원사업은 2009년도까지의 한정 사업이었기 때문에 이후 종료되어 플래너사업예산 13억 4천만 엔이 감소되었고 2010년에는 대폭 감소하였다. 2010년부터 새롭게 추가된 것은 비정규노동자 종합지원사업이다. 그러나 이것은 후생노동성의 내수사업으로 진행되어 본예산에는 들어오지 않았고 2010년의 대부분을 차지하는 항목은 지역청년층 지원사업으로 청년층의 고충을 위한 지원거점 설치, 직업지원의 내용이 해당된다. 엄밀히 보면 실업자지원사업의 예산은 감소하고 있고 그 방향도 청년층으로 옮겨가고 있는 것을 볼 수 있다. 노인과 직접적 연관되는 사업은 개호자지원부분인데 예산의 형태는 앞에서 말한 바와 같이 사업가운데 일부가 자살예방대책에 관계하는 시책이고 해당시책의 예산만을 따로 뽑아 예산으로 파악하기 어려운 내수의 형태를 취하고 있다(総務省, 2012: 60). 이는 엄밀히 말하면 자살예방을 목적으로 만들어진 대책이라고 말하기 어려운 점이 있으며 따라서 노인자살대응책으로서 직접적인 예산책정은 거의 없는 상태라고 할 수 있다.

일본정부는 계속되는 대응정책에도 불구하고 자살자수의 증가는 새로운 대책들이 요구될 만큼 큰 변화를 보이지 않는 가운데 주목한 것이 지역에서의 자살대책을 강화하는 것이었다. 이에 내각부에서는 지역에서의 자주적 자살대응사업을 지원하기 위해 2009년부터 3년간 [지역자살대책긴급강화기금] 100억 엔을 조성하기로 하였다. 이 기금은 내각부가 지역에 인구 및 자살자수에 따라 기금으로 교부하고 지역에서는 조례를 제정하여 2011년까지 3년간 국가가 지정한 예방사업을 추진할 수 있는 계획을 세워 사용할 수 있는 것이었다. 해당사업내용은 모두 5가지 영역을 지정하였는데 면접형 상담사업지원, 전화상담 사업지원, 인재양성(게이트키퍼 양성사업)지원, 보급, 계발사업(교육홍보사업), 강

화모델사업지원으로 구분하여 실시하였다. 그 사업내역은 2009년의 경우 467개 시정촌에서 전체 13억 3287만 엔을 사용하였는데 구체사업은 면접형상담지원 3.4%, 전화상담지원 6.8%, 인재양성사업(게이트키퍼양성) 4.8%, 보급, 계발사업(교육홍보사업) 46.4%, 강화모델사업 9.9% 그리고 지자체 보조사업에 28.7%가 사용되었다(自殺白書, 2011: 64). 2010년에는 37억 7630만 엔으로 전년대비 2배 증가하여 인재양성사업이 9.2%증가하였고 강화모델사업 및 지자체 보조사업이 35.9%로 높아졌다(總務省, 2012: 24). 지역기금강화예산은 지자체 참여지역이 전년보다 많은 1,066개소로 늘어나 지역에서의 자살대책 강화의 역할을 하게 되었다.

3. 정책추진주체: 자살대책의 추진은 다양한 주체에 의한 것인가?

다차원적 대응인가의 세 번째 영역은 정책추진주체이다. 추진주체는 정책실현의 실제적 실행을 담당하고 있는 영역으로 실행주체들이 얼마나 포괄적이며 다중적인가는 현재의 정책의 영역이 얼마나 다차원적인 연관관계를 맺으면서 이루어지고 있는가를 살펴볼 수 있기 때문이다. 추진주체의 다차원적 관여는 먼저 정부조직 내에서 이루어지는 주체들에 대해 살펴보고 두 번째는 외부기관과의 연계 및 협력에 대해 살펴보고자 한다. 그리고 세 번째는 지역과의 연계에 대한 부분을 통해 자살대응정책의 실행에 있어 얼마나 다차원적인 관여와 연계가 이루어지고 있는가를 보고자 한다.

첫째, 정부조직 내에서의 주체변화를 살펴보면, 2006년 자살대책기본법과 2007년 종합대책이 책정되기 이전의 대응정책은 자살에 대한 개인적 책임성, 우울증 치료 중심의 예방의학적 요인에 치중하던 시기여서 정부의 자살대책백서에서 “자살은 개인의 문제이며 지역의 우울증대책과 직장의 정신건강대책으로서 행해진 것이 모두”라고 지적하였다(自殺対策白書, 2009: 92). 따라서 이때의 추진주체는 주로 정부기관 중심이거나 연계추진영역도 정신보건센터나 의료전문직 중심으로 우울증치료법이나 또는 정신과 진료가 충실해질 수 있는 방안들이 주로 강조되어 다소 협의적이었다.

2006년 법제정 이후 본격적인 추진체제가 조직화되었다. 법에 근거하여 내각부에는 자살대책종합회의를 설치하였고 여기에는 내각부 대신을 비롯한 정부 내 9명의 각료 및

대신들이 참여하여 자살대응에 대한 중심적 결정기구로서의 역할을 하였다. 내각부 행정 조직은 2007년 자살대책추진실이 설치되어 관계부서와의 업무연계를 담당하였고 그 산하에 현장상담기관으로 자살예방종합대책센터가 설치 운영되었다. 그러나 자살률의 두드러진 감소경향이 나타나지 않음에 따라 2009년에는 긴급전략팀을 추진실안에 두어 한시적 사업을 담당하기도 했으며 2010년에는 자살대책종합회의 내에 자살대책태스크포스팀을 설치하여 연간 집중지원 사업에 주력하였다. 태스크포스팀에는 내각부 특명대사 및 후생노동성대신 경제재무대신들이 공동위원장으로 하여 각 부서의 업무연계가 이루어졌다.

또한 지자체에서의 대응은 법제정 이전인 2004년에 17개 지방정부(도도부현)에서 자살대응기구가 만들어져 활동하였으나 중앙정부 상황과 마찬가지로 지역에서도 정신보건전문가 및 유식자 중심의 전문가 영역으로 초점이 맞추어졌다. 따라서 지역주민 모두에 대한 자살예방의 인식은 미미한 수준이었다. 그러다가 법제정 이후 대책대강에 따라 2007년 지역자살대책연락협의회를 설치하도록 정부로부터의 통지가 전해져 2010년 각 지역연락협의회는 전국지자체에 모두 설치되었다.

자살대응의 중심적 추진 주체라고 할 수 있는 정부 및 지자체 조직에 대한 고찰에서는 다양한 차원의 조직체들이 관여되어 있음을 볼 수 있다. 예를 들면, 태스크포스, 대책회의 등과 같이 관련부서들이 공동으로 대응할 수 있는 체제¹¹⁾가 계속 조직된 것을 들 수 있다. 즉 국가적 대응은 체계적으로는 다차원적인 형태를 구축하고 있다는 것이다. 그러나 구체적 사업실시 과정에서의 부족분을 보충해보면, 정책투입에서 부족한 측면이 나타난다. 자살예방대책센터 주관의 워킹그룹의 의견에 의하면, 정신건강문제의 해소를 위한 대응을 소관부처인 후생노동성만 담당하고 있는데 이 부분에 대해 타 부처에서의 관여가 필요하다고 지적한 바 있다(自殺子防対策 working group, 2012: 12). 이 부분을 재해석해보면 후생노동성에서의 자살대응정책은 주로 정신건강에 치우쳐 있다는 의미가 된다. 실

¹¹⁾ 특히, 태스크포스는 전체 부서연계를 통한 사업을 실시하였는데, 예를 들면 경제산업성에서는 중소기업대응센터에서 2010년 9월까지 변호사에 의한 경영자법률상담을 실시하고 있는데 당초 2010년까지 예정이었던 것을 2011년 3월까지 연장하여 실시하였고, 금융청에서는 재무국이나 도도부현 시정촌의 다중상담창구 이용자에게 필요하면 자살관련 상담창구로 유도하도록 기관리스트를 작성하고 또 자살관련 상담창구에 이용자 중 반환능력이 없는 채무를 가진 사람은 필요에 따라 다중채무상담창구로 유도하도록 목록을 작성 배포하여 연계대응을 하였다.(自殺対策白書, 2011. 43)

제 예산에서 살펴보았듯이 후생노동성이 직접 예산을 배정하여 진행하는 사업은 주로 정신건강지원사업이다. 이는 후술하는 지역에서의 복지관련 기관들과의 연계에도 영향을 미치는 것으로 후생노동성에서의 다양한 복지사업이 자살대응정책에 같이 합류되는 것이 필요하다.

둘째, 민간기관이 추진주체로서 참여하는 부분에서 살펴볼 수 있는 것은 비보건 영역에서의 연계가 확대되어야 한다는 점이다. 일본 자살대응정책에서 민간기관과의 연계는 자살대책기본법에 지역의 자살예방활동을 하는 민간단체를 지원하기 위한 시책을 강구하도록 규정하였고(自殺対策基本法 제19조), 이를 근거로 2007년 자살대책대강에서는 자살에 대해 주위의 관계자가 연계하여 지원한다는 내용을 책정하고 있으나 민간단체와의 연계는 정신보건영역이 중심이 되는 측면이 강하다. 초창기 자살대응이 의료영역에서 시작되고 예방의학적 모델이 강세를 보이면서 의료영역이 중심이 되어 확산된 경향이 그런 배경을 이루고 있다. 따라서 보다 확대된 민간조직과의 연계가 필요한데 이러한 필요성에 대해 WHO의 시찰보고서에서도 지적한 바 있다(예를 들면, 구체적으로 자살예방대책에 중사하는 민간단체와의 연계를 강화할 것을 주문하고 있다: 2012. 2).

특히 민간조직의 연계확대에서 제고되어야 할 것이 지역의 복지관련 기관들과의 연계이다. 자살예방활동에서 주요한 부분을 차지하는 관계만들기, 지역사회에서의 포섭을 위한 주민공동체 등은 지역의 복지활동에서 이루어지고 있다는 점을 고려할 때, 지역 사회복지관련 단체, 조직들과의 긴밀한 연계는 매우 필요하다. 현재 분산적으로 지역사회복지협의회에서 지역복지활동을 통해 자살문제에 대응하는 사례들은 자주 볼 수 있는 예들이다. 이런 부분에 대해 일본노년정신의학회에서도 복합적 문제를 가지고 사회적으로 배제되어 있는 노인들을 지원하는 주민활동, NPO와 민간 학술단체의 연계를 강조하였다(日本老年精神医学会, 2012). 2009년부터 시작된 지역사업대책강화기금과 그와는 별도로 다양한 주민문제를 위해 사용할 수 있도록 [지역에 빛을 주는 기금]이 만들어져 지역활동에 대한 지원이 뒤늦게 시작되면서 자살예방복지활동 지원이 이루어지고 있는 것은 긍정적 분위기이다. 따라서 향후 지역에 뿌리내리고 있는 민간조직 및 비영리기관 등의 연계를 통해 자살예방활동을 다각적으로 활성화할 필요가 있다. 여기에는 학계 실천가협회 등과의 연계도 포함시켜 거시적 제도적 수정에 대한 제언도 그런 현장에서의 요구로

생성될 필요도 있다. 앞의 내용에서 살펴보았듯이 거시적 제도수정이 포함되는 포섭정책이 되기 위해서는 미시적 대응과 함께 사회보장제도개선 생활보호제도 개선 실업정책 등에 대한 연계가 필수적으로 요구되기 때문이다.

노인자살대응이라는 측면에서 생각해볼 때 정부대응에서의 소외를 지역사회 복지 활동이 커버하고 있는 부분을 감안하면 2009년부터 실시된 지역자살대책강화기금의 조성은 노인의 지역사회지원에 주요한 역할을 하고 있다. 이는 지역기금에 의해 실시된 자살대책지역사업에서 예를 찾아볼 수 있다. ①노인자살률이 높은 고지현(高知縣)의 경우, 노인의 마음돌보미(심리적 케어서포터)양성사업을 통하여 모두 139명의 마음돌보미를 양성하여 재가노인 및 지역의 노인을 방문, 상담하여 우울예방 및 신체적 건강과 말벗의 역할을 담당하도록 하였다(內閣部, 2012: 26). ②자살대응의 본예산 중 ‘사회적 대응’으로 지원하는 사업영역에서는 야마가타현(山形縣)의 예가 있는데, 이곳은 노인독거가구비율이 높은 점(18.2%)을 활용하여 재가노인 방문상담사업을 실시하였다. 이는 독거노인이나 75세 이상의 노인의 집에 자격을 가진 상담원, 지역의 민생위원, 복지상담원 등 다양한 지역자들이 방문하여 건강상태파악, 고민상담 등을 통해 고립화를 막고 다른 필요한 서비스로 연계하는 일을 주로 담당하도록 하였다(內閣部, 2012: 61-62). ③ 오이타현(大分縣)에서는 노인일자리가 열악한 지역 환경을 파악하고 노인들의 소득보장과 건강케어를 같이할 수 있는 고령자기업면접활용케어사업을 실시하였다. 구직을 원하는 노인들을 대상으로 지역의 기업들이 합동면접의 날을 정해 면접과 함께 건강상담·고민상담 부스를 설치하여 스트레스 확인, 등 간단한 건강검진도 가능하도록 하였다. 평상시 공공직업안내소 상담원들의 보고에 의하면 구직상담 중 건강 및 생활곤란 등의 문제가 발견되면 상담기관을 안내하지만 직접 가지 않는 경우가 많아서 덜 효과적인 면이 있는데 한 장소에서 동시에 하면서 활기를 가질 수 있게 한 점이 노인들에게 유익하다는 평가를 하였다(內閣部, 2012: 85-86). 이러한 사례들은 지자체와 지역민간기관들이 자살예방의 적극적 참여주체로서 활동하는 것을 보여주는 것으로 지역민간기관과의 연계는 지역의 복지 및 다양한 기관과의 연계를 통해 더욱 역동적임을 알 수 있다.

V. 결론 및 시사

이상에서 일본의 자살예방 대응책이 종합적이고 포괄적이라는 특성을 보인다는 일반적 평가를 염두에 두고, 그렇다면 과연 그런 것인가, 그럼에도 불구하고 여전히 자살자수는 1998년 당시의 수준인 3만여 명이 그대로 지속되는가에 대해 의문을 가지고 이를 탐구하고자 하였다. 이에 본 연구는 사회적 배제의 관점에서 자살요인의 다양한 사회경제적 배경을 고려하고 이를 위한 포섭적 정책을 실현하기 위해 다차원적 대응이 이루어지고 있는가를 분석하였다. 분석결과를 정리해보면 이하와 같다.

첫째, 정책내용에서의 다차원적 대응은 불충분한 측면을 발견하였다. 자살대책기본법의 실시 후 자살요인에 대한 다양한 배경들에 대한 인식은 고려되고 있으나 그것이 실제적 대응정책에까지는 충분히 반영되지 못하였다. 대상의 범위에서는 경영자 등의 특정 계층에 대한 지원상담이 큰 비중을 차지하고 있어 비정규직이나 노인과 같은 시급히 지원을 필요로 하는 계층에 대한 지원이 상대적으로 소외되고 있다. 경제적 문제는 배경요인으로 고려되고는 있으나 그 대응은 실업자상담의 미시적 접근에 그치고 지역의 실업률 차이, 실업원인 등이 검토되어 그에 따른 제도적 수정의 개선이나 제안은 정책영역에서 이루어지지 않고 있다. 특히 노인자살문제에 대해서는 지금도 초기의 정책대응에서 나타난 우울 및 정신질환적 요소를 강조하는 정신건강에 치우치는 경향이 있으며, 노인자살의 다차원적 배경을 개선하기 위해서는 노인의 생활보장을 위한 생활보호의 강화와 같은 제도적 수정이 보완되어야 한다. 또한 노인자살과 관련되는 대응사업들이 예를 들면 기존의 후생노동성업무(케어지원)에 추가적으로 이루어지는 경우들이 많아 보다 적극적 노인자살대응책이 요구된다 할 수 있다.

둘째, 정책실시를 위한 예산배정 및 지출은 다차원적인가를 살펴본 결과는 먼저 예산의 총액은 전반적으로 감소추세이다. 2012년 동일본지진 피해로 인한 아동상담사업에 예산이 증액되어 186억 엔인 것을 제외하면 계속 감소추세에 있다. 이 감소의 내용은 각 부처의 내수 사업으로 전환되면서 자살예산으로 반영되지 않은 것이 이유인데 이는 자살대응정책의 직접적 예산 비중이 감소되어가는 것이라고 할 수 있다. 사업항목별로 세

분화 해보았을 때 예산의 비중이 높은 것은 심리적 건강과 정신과 진료의 순으로 여전히 정신건강 지원에 대한 부분이었다. 특히 정신과 진료예산은 전반적 예산감소에도 불구하고 유일하게 대폭 증가한 항목이었다. 두 번째 예산비중이 높은 부분이 사회적 대응으로 이 부분에서 보다 포섭적 대응이 진행될 것으로 보이거나 실제 예산내역은 경영자상담예산이 집중되어있어 다양한 인구계층을 반영하지 못하고 있다. 특히 노인층에 대한 예산은 케어지원사업의 극히 일부에 지나지 않았고 그것도 기존의 사업에서 추가적으로 다루어지고 있었다. 일본의 자살예방사업 예산에서 평가할 수 있는 것은 지역기금을 강화하는 것이다. 100억의 기금 강화로 각 지자체에서의 자살대응사업을 지역단위에서 할 수 있는 예산지원을 마련하여 본예산을 보정하고 있다. 특히 노인의 자살문제는 지역에서의 개입 활동을 통해 완화될 수 있는 정도가 큰 것을 감안하면 지역예산의 지원은 긍정적인 것이며 향후 지속적인 실시의 보장이 주요하다 할 것이다.

셋째, 정책추진주체는 얼마나 다차원적으로 관여하는가는 중앙정부와 지방정부내 행정의 정책추진주체인 다양한 부처들이 서로 연계되어 해당부처 사업을 통해 자살대응에 합류하고 있다는 점에서 포섭적이었다. 그러나 내용적으로는 각 부처들의 사업영역이 포괄적일 필요가 있는데 예를 들면 후생노동성의 자살대응사업은 정신보건계 이외에도 더 다양한 사회복지관련 기관을 연계하여 활성화하는 것이 필요하였다. 정부조직 이외 민간기관과의 연계에서 특징은 초기 정신보건영역과의 협력이 주를 이루어오면서 다양한 민간조직과의 연계가 부족한 점을 보였고 특히 이 부분을 보완하기 위해서는 지역의 복지기관들과의 적극적 협력과 연계가 요구된다. 여기에는 대상별 특히 노인분야에서의 지원은 지역의 풀뿌리 민간복지조직에 의해 이루어지는 경우가 많은 점을 고려하면 중요하며 또한 거시적 제도적 수정을 요구할 수 있는 각계의 기관들(예를 들면, 사회보장관련 학계, 사회복지관련 학계, 그리고 관련전문가 실천협회 등)과의 연대와 협력을 통해 제도 보완 및 수정을 통해 다차원적 포섭의 정책방향을 확고히 이루어가는 것이 필요하였다.

결론적으로 지금까지 살펴본 일본의 자살대응정책과 그 가운데 노인자살대응이 한국의 자살대응정책에 줄 수 있는 시사점은 무엇인지를 살펴보면, 첫째, 일본의 자살대응은 장기적이며 지속적 대응을 해오고 있으며 초기 정신건강중심의 예방의학모텔에서 점차적으로 사회경제적 배경에 대한 관심을 넓혀오고 있다. 이는 한국의 경우에도 초기 1차 자살예방종합대책계획에서 나타난 특징에서 정신보건영역에 치우쳐 대응하였다는 견해

가 있었으며 1차계획에 의한 자살률감소는 일어나지 않았다. 즉 일본의 10여 년 이상 진행되어온 선형적 경험에 비추어 자살요인에 대한 다차원적 배경을 염두에 두고 이를 원천적으로 개선할 수 있는 관련 사회복지제도의 충실을 함께 포괄하는 대책이 진행되어야 할 것이다. 최근 제2차 계획이 마지막 해를 맞고 있지만 자살률의 증가는 더욱 두드러지게 나타나고 있는 것은 이런 필요성과 장기적 과제로서의 정책수립이 고려되어야 함을 말해준다.

둘째, 노인자살예방은 일본에서도 정책분야에서 소외되고 있음을 볼 수 있었다. 생애주기별 각 인구계층이 가지고 있는 곤란상황에 대한 대응이 거시적 미시적 차원에서 다루어져야 함에도 불구하고 특정계층에 집중되는 경향이 있었다. 또한 노인의 경우 정신건강에 편중되는 대응이 주를 이루고 있는 점은 노인자살률의 감소에 크게 기여하지 못함을 판단할 수 있다. 따라서 한국의 경우 최근 가장 높은 노인자살률을 보이고 있음을 고려하여 노인의 자살경로에 대한 포괄적 파악, 경제적 요소, 건강요소, 가족요소 관계소외 등에 대한 면밀한 접근과 그 대응에 주력해야 할 것이다.

셋째, 일본의 자살대응정책은 정책실현을 위한 예산의 확보와 추진주체가 담보되어서 실시되고 있다. 본 연구에서 살펴본 바, 법제정이후 예산의 감소와 타 부처에서의 내수 예산의 증가가 이루어져 자살대응만을 목적으로 하는 재원이 감소되거나 다른 사업과 병행되어 대응의 중요도가 저하되는 경향은 나타났지만 그러나 일본의 재원은 한국에 비하여 확연한 차이를 보인다. 최근엔 별도의 자살대책기금 100억 엔의 조성과 추가적으로 자살방지사업에 사용할 수 있는 '주민에게 빛을 주는 기금 1000억 엔'이 조성되는 등 정책대응을 위해 실제적 재원을 담보하고 있다. 그러나 한국의 경우 2004년부터 2013년까지 두 번의 자살대책계획을 수립하였지만 예산은 2010년 7억, 2011년 14억의 수준에 그치고 있다. 이는 정부전체에서의 자살문제의 연관성을 인식하고 대응하는 것이 필요하며 정부는 충분한 재정의 안정성을 확보하는 것이 요구된다.

또한 정책추진주체에 있어서는 일본의 경우 정부내 조직체계안에서 추진주체를 다수 구성하고 있는 점은 평가할 만하다. 장관급 중심의 추진체계가 다양한 국가사업을 주도해내고 그것을 지방정부에도 같은 체계로 전달체계를 마련해 놓고 있는 점과 지방정부 내 부서간 상호연락체계도 업무 연계를 높이고 있다. 그러나 일본의 경우, 보다 다양한 민간체계의 협력이 필요함이 과제이다. 이를 본다면, 한국에서도 현재 중앙의 보건복지부

를 중심으로 지역에는 정신보건센터 그리고 민간단체인 자살예방협회와 생명의전화가 주축이 되어 이루어지고 있으나 양적으로 사업실행의 한계를 나타내고 있는 점을 고려하여 보다 다양한 민간기구들이 지역에서 자살예방사업에 참여할 수 있는 인프라의 구축이 필요하다할 것이다. 또한 주로 청소년이나 우울증을 가진 일반인을 중점대상으로 하고 노인에 대한 지원은 더욱 부족할 수밖에 없는 상황에서(이소정, 2009: 38), 최근 일본이 지역기금을 조성하여 마을단위의 예방사업을 확대한 것은 주목할 만한 것이다. 우리에게도 보다 확대된 지역단위에서의 노인자살예방지원 정책이 요구된다 할 것이다.

■ 참고문헌 □

- 김기태, 최송식, 박미진, 박선희, 고수희, 박현숙 (2011). 가족구조와 심리사회적 요인이 노인의 자살 생각에 미치는 영향. 노인복지연구. 52권, 205-228.
- 김수현, 최연희 (2007). 신체적 건강상태가 노인의 자살생각에 미치는 영향요인. 한국노년학. 27권 4호, 775-788.
- 김승용 (2004). 한국 노인자살을 변동과 사회구조적 요인에 관한 연구. 한국사회복지정책. 19권, 181-205.
- 이소정 (2009). 우리나라 노인자살예방사업의 현황과 과제. 보건복지포럼. 32-41.
- _____ (2010). 노인자살의 사회경제적 원인분석. 사회보장연구. 26권 4호, 1-19.
- 阿部彩 (2002). 貧困から社会的排除へ指標の開発と現状. 海外社会保障研究, 冬 141号, 67-80
- _____ (2007). 日本における社会的排除の実態とその要因. 季刊社会保障研究. No. 43(1), 27-43.
- Antoon Leenaars (2004). 自殺予防に関する公衆衛生教育的アプローチと社会的規制の役割. 季刊社会保障研究. Vol. 40 No. 1, 60-74.
- 井田敦彦 (2003). 自殺防止のために國が実施できる政策について. レファレンス, 6号, 17-33.
- 岡本洋子 (2007). 自殺対策基本法の施行と社会全体で取り組む自殺対策について. 社会関係研究. 第13巻 第1号, 1-41.
- 小笠原浩一 (2002). イギリス社会的排除対策と社会政策市民主義化の現地点. 海外社会保障研究. 冬 No. 141, 18-27.
- 亀田進久 (2007). 自殺と法—自殺対策基本法の成立を中心に. レファレンス, 6号, 7-29.
- 菊地英明 (2007). 排除されているのは誰か? 季刊社会保障研究. Vol. 43 No. 1, 4-14.
- 清水邦夫, 高橋祥友, 澤村岳人, 菅原摩利子, 福間詳, 山下千代 (2005). 最近のわが國の自殺の現状と予防対策. 日本社会精神医学会雑誌. 13巻 3号, 145-154.
- 警察庁 (2005, 2007, 2011, 2012). 自殺の概要.
- 厚生労働省 (2000). 健康日本21/ 社会的援護を必要とする人々に関する検討会報告書.
- 厚生労働省 (2007, 2008). 人口動態統計.
- 参議院厚生労働委員会 (2005). 自殺に関する総合対策の効果的な推進を要求する決意.
- 自殺対策基本法 (2006). 自殺総合対策大綱(2007). 自殺対策白書(2009, 2010, 2011).
- 自殺対策大綱改正の提言ワーキンググループ (2012). 自殺対策大綱改正意見書
- 自殺防止対策有識者懇談会 (2002). 自殺豫防のための提言.
- 自殺予防総合対策センター (2007). 自殺予防総合対策, 基盤自殺予防プログラムの策定
- 杉村宏 (2004). 日本における貧困と社会的排除. 教育福祉研究. 第10-1号, 63-73.

- 総務省. (2012). 自殺予防対策に関する行政評価監視結果報告書.
- 高橋祥友 (2008). わが国の自殺の現状と課題. 学術の動向. 3巻号. 8-14.
- _____ (2004). 自殺予防に対する一提言:精神医学視点. 季刊社会保障研究. 40(1).
- 竹島正 (2008). わが国の自殺対策. 学術の動向. 3巻号. 15-19.
- 谷畑建生 (2004). わが国の自殺死亡をめぐる状況と公衆衛生施策としての自殺予防対策の在り方. 季刊社会保障研究. 40(1) 45-60.
- 都留民子 (2002). フランスの排除概. 海外社会保障研究. 冬 No. 141. 3-17.
- 内閣部 (2012). 2011年の自殺の状況/ 地域基金事例報告書.
- 西村幸満, 卯月由佳 (2007). 就業者における社会的排除. 季刊社会保障研究. Vol. 43. No. 1. 41-53.
- 日本学術会議 (2010). 誰もが参加する持続可能な社会報告書.
- 日本公衆衛生學會 (2011). 自殺対策大綱改正のための提言 2011.10.10.
- 日本公衆衛生學會公衆衛生委員会 (2010). 公衆衛生モニターリングレポート.
- 日本社會學會 (2011). 自殺対策大綱改正のための提言 2011.12.5.
- 日本老年精神医学会 (2012). 自殺総合対策大綱改正に向けてのレビュー報告書.
- 前田泰伸 (2007). 自殺の動向に関する一考察. 立法と調査. No. 272. 79-86.
- 丸岡利則 (2010). フランスの社会保障概念史-社会的排除と包摂. The Journal of the Department of Social welfare. No. 13. 137-145.
- 本橋豊 (2003). 秋田県における高齢者自殺予防対策. J.Natl.Inst. Public Health, 52(4号). 317-321.
- _____ (2008). 高齢者の自殺の防止一地域での取り組み. 学術の動向. 3巻号. 34-39.
- 本橋豊, 近藤克則 (2010). 社会的排除と自殺. 公衆衛生. Vol. 74. No. 5 44-50.
- Abe, A. (2010). Social Exclusion and Earlier Disadvantages: An Empirical Study of poverty and Social Exclusion in Japan, Social Science Japan Journal Vol. 13 No. 1. 5-24.
- Yur'yev, A, Leppik, L, Tooding, L. M, Sisa, M, Varnikm, P, Jing Wu and Varnik, A. (2010). Social inclusion affects elderly suicide mortality. Intentional Psychogeriatrics. 22: 8. 1337-1343.
- Council of Europe (2000). Council of Europe Campaign on Global Interdependence and Solidarity: Europe against Poverty and Social Exclusion, Final Report.
- Gallie, D. (1999). Unemployment and social exclusion in the European union, European Societies, Vol. 1(2). 139-167.
- Ottmann, J. (2010). Social Exclusion in the Welfare State: The Implications of Welfare Reforms for Social Solidarity and Social Citizenship, Scandinavian Journal of Social Theory, Vol. 11. 23-37.

- O'Brien, M. & Penna, S. (2008). Social exclusion in Europe: some conceptual issues, *International Journal of social welfare*, *Vol. 17*, 84-92.
- Mercy, J. A. and Rosenberg, M. L. (2000). Building a foundation for suicide prevention: *American Journal of Preventive Medicine*, *Vol. 19 No. 1(S)*, 26-30.
- OECD (2011). *Health Data*.
- Safaa, S. (2011). A Conceptual Framework Review of Social Exclusion, and its Relation with Social Cohesion and Poverty in Europe, *The International Journal of Diversity*, *Vol. 11*, 117- 131.
- The Nice European Council (2000), 12. Fight against poverty and social exclusion.
- WHO. (2012). *World Health Organization visit to Japan on Suicide Prevention Final Report*.

A study on the Elders Suicide Prevention Policy based on the Social Exclusion and Inclusion in Japan

Oh, Young-ran*

This paper examines the policy of elders suicide prevention in Japan based on the social exclusion and inclusion. Even though suicide countermeasure is continuing more than a decade in Japan we noticed that the proportion of elders suicide doesn't decrease and the cause and countermeasure researched in terms of social exclusion and inclusion.

The countermeasure elders suicide in Japan for analysis about subsumed action analyzed with the central point the first, how policy contents include multidimensional content second, how policy budget arranges multi-dimensionally third, how the main body of policy has connection with multi-dimensionally.

As a result, policy contents deal with comprehensive parts but coping with elders still tends to focus on aspects of mental health and is not mentioned with strengthen welfare about financially-troubled, faithful subsumed revising system of social security. Also, placement and concentration of budget concentrated budget allocation about eased the mental health and you can see disadvantaged elders the subject of owners.

Multidimensional action of the subject of policy propulsion in flared by institutional liaison in the center of mental health to practice community welfare activities as well as revising system demanded the connection with various agencies: a com-

* Assistant Professor, Department of Social Welfare, Tong Myoung University (ohyr21@tu.ac.kr)

munity welfare organs, academic worlds, resident groups, etc.

Key Words: Elders suicide, Social exclusion, Social inclusion, Japan

◆ 2012.11.08. 접수 / 2012.12.18. 1차 수정 / 2013.01.11. 게재 확정