코로나 이후 노년층[1]의 사회적 고립 예방 및 정신건강 지원방안 모색[2]

발표: 배은경 교수(호남대학교 사회복지학과)

1. 여는 글

> 지난 1월 26일 서울 은평구의 한 다세대 주택에서 홀로 살던 70대 이모씨가 숨진 채 발견됐다. 설 연휴가 끝난 지 이틀이 지난 때였다. 그의 죽음을 외부에 알린 건 냄새였다. “옆집에서 심한 악취가 난다”는 주민 신고를 받고 출동한 경찰이 이씨의 죽음을 처음 확인했다. 발견 당시 시신은 검게 변해 부패가 진행되고 있었다. 경찰은 설 연휴에 급성심장사했을 것으로 추정했다. 기초수급자인 이씨가 남긴 마지막 생존 흔적은 숨지기 한 달 전 동네 주민센터 직원에게 “생수 한 병 사다 달라”고 보낸 문자 메시지였다. 경찰 관계자는 25일 “(발견 당시) 냉장고나 주방에 먹을 것이라곤 하나도 없었다. 휴대전화에 저장된 사람이 단 한 명도 없을 정도로 세상과 단절돼 있었다”고 말했다. 이씨는 무연고사로 처리됐다.
>
> 정신영, 백재영(2023. 4. 25.). ‘생수 한병 사다 주세요’ 무연고 이씨의 마지막 문자. 국민일보. https://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0018197622&code=61121111&cp=nv에서 2023. 9. 21. 인출.

2020년 코로나 팬더믹 이후 우리 사회는 많은 변화와 어려움을 겪어왔다. 코로나 팬더믹은 전세계적으로 사회적 고립과 우울, 돌봄 문제로 이어졌으며, 특히 노년층이 취약한 것으로 알려지고 있다. 우리 나라 역시 노인의 3고(三苦)로 불리는 빈곤, 질병, 고독으로 인한 어려움이 코로나 이후 더욱 극심해지는 추세이다. 노년층은 노령연금, 기초생활수급자 등으로 다른 세대(청년층 및 중년층)에 비하여 복지제도에 편입된 비율이 매우 높은 편임에도 불구하고, 2021년 고독사 현황 분석에서 60대 이상이

---

1) ‘노년층’의 구체적인 연령 범위 및 명칭은 관련 연구 및 법령, 정부부서에 따라 60세, 65세, 70세 이상으로 기준이 상이하게 적용되고 있어 별도의 합의가 필요함. 본 발표에서는 60세 이상부터 노년층으로 분류한 선행연구 및 통계 현황이 포함되어 있다는 점에서 노년층을 60세 이상에 해당 되는 세대로 구분하여 기술함

2) 본 발표문은 연구자가 참여한 ‘고독사 예방 및 관리를 위한 정책 방안 도출 연구: 델파이 기법을 중심으로’(배은경 외, 2023), ‘제1차 고독사 예방 기본계획 수립 연구’(정순둘 외, 2022)의 연구결과 중 세대별 분석 자료를 일부 활용하여 코로나 이후 노년층의 사회적 고립 예방 및 정신건강 지원방안 모색에 초점을 맞추어 기술됨

38.8%를 차지할 정도로(보건복지부, 2022) 사회적으로 고립된 죽음을 맞이하는 경우가 많은 것으로 나타났다.

정신건강 측면에서도 코로나 팬더믹의 장기화로 인하여 일상생활이 제약되며 우리 국민의 우울 및 불안 수준 상승, 대인관계 단절, 사회적 고립 등으로 정신건강 상의 위기 신호도 발생하고 있는데(보건복지부, 2023), 높은 자살 사망률(인구 10만명당 명, 이하 자살률) 등을 고려할 때 노년층의 정신건강을 보다 적극적으로 지원할 필요성이 크다. 2023년 9월 21일 발표된 2022년 사망원인통계(통계청, 2023)에서 60대 이상의 자살률은 전체 평균 25.2명을 상회할 뿐 아니라 80세 이상의 자살률은 60.6명으로 평균의 2.4배에 달해 노년층의 정신건강 상의 어려움이 여전히 심각한 것으로 나타났다.

이에, 본 발표에서는 우선 노년층을 둘러싼 우리 사회의 구조적 변화를 살펴보고자 한다. 둘째, 사회적 고립의 극단적인 결과로 볼 수 있는 고독사와 관련한 사회적 대응으로 2023년 5월 17일 제1차 고독사예방기본계획이 발표되는 등 국가의 정책적 접근이 시작된 점을 고려하여 사회적 고립과 고독사의 개념, 전문가 및 국민의 인식, 고독사 고위험군 현황 분석에 있어 노년층이 가지는 의미에 관해 살펴보고자 한다. 셋째, 자살률을 비롯한 정신건강 지표를 통해 노년층이 경험하게 되는 어려움을 살펴보고, 관련 국가기본계획(제2차 정신건강복지기본계획, 제5차 자살예방기본계획, 제1차 고독사예방기본계획, 지역사회통합돌봄기본계획)을 비교 분석함으로써 노년층의 사회적 고립 및 정신건강 지원에 관한 정책적 접근을 살펴보고자 한다. 마지막으로, 노년층의 사회적 고립 및 정신건강을 보다 적극적으로 지원하기 위한 쟁점을 논의함으로써 노년층의 사회적 고립 및 정신건강을 지원할 보다 적극적인 방안을 모색하고자 한다.

2. 노년층을 둘러싼 우리 사회의 구조적 변화

우리 사회의 구조적 변화는 다차원적으로 접근하여야 할 주제이나, 본 발표에서는 사회적 고립 및 정신건강 측면에서 2023년 제1차 고독사예방기본계획, 제5차 자살예방기본계획이 발표되면서 주목한 우리 사회의 구조적 여건들(관계부처합동, 2023a, 2023b), 코로나 팬더믹 전후 세대별 사회적 자본 인식(이태진 외, 2023)을 중심으로 다음과 같이 정리하며, 노년층의 사회적 고립 및 정신건강과의 관련성이 높은 구조적 변화 이슈를 살펴보고자 한다.

1) 사회구조 변화에 따른 개인의 고립 및 단절 심화

사회구조 변화에 따른 개인의 고립 및 단절이 심화되고 있으며, 이는 1인 가구 증가 및 가족돌봄 약화를 통해 확인할 수 있다. 통계청(2022b)에 따르면, 결혼을 해야 한다

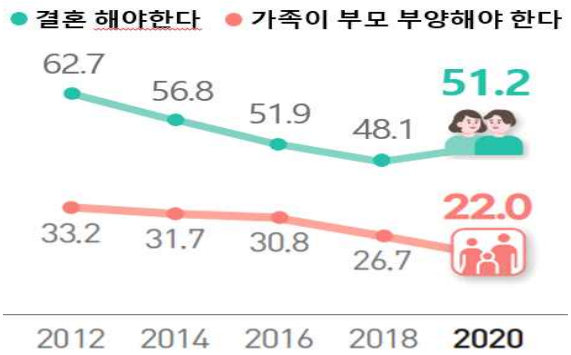
로 인식하는 비율은 2020년 22.0%까지 떨어진 상태인 반면 가족이 부모를 부양해야 한다에 대한 견해는 51.2%로 나타나 전통적인 가족 구성 및 가족 부양에 대한 인식에 많은 변화가 있음을 확인할 수 있다.

2022 사회조사(통계청, 2022c)에서도 부모 부양에 대한 견해에 대한 응답 결과가 유사하게 나타나고 있는데, 흥미로운 것은 가족, 정부, 사회가 부모의 노후를 함께 돌보아야 한다는 응답은 모든 소득 계층에서 골고루 가장 높게 나타났고 있으나 가구 월평균 소득이 높을수록 그 응답 비중이 더 큰 경향이 나타났다.

1인 가구의 비중(통계청, 2022a)은 2020년 전체 가구수 중 31.2%를 차지하고 있으며, 2050년에는 39.6%에 육박할 것으로 추정된다. 특히 2021년 기준 연령별 1인 가구 비중에 있어 60대 이상이 34.5%에 달하여 노년층의 사회적 고립에 대한 고려가 우선적으로 요구된다고 할 수 있으며, 70대 이상 1인 가구 비중에서 여성이 3.1배에 달해 여성 노인의 욕구 및 특성을 고려한 접근이 요구된다고 할 수 있다.

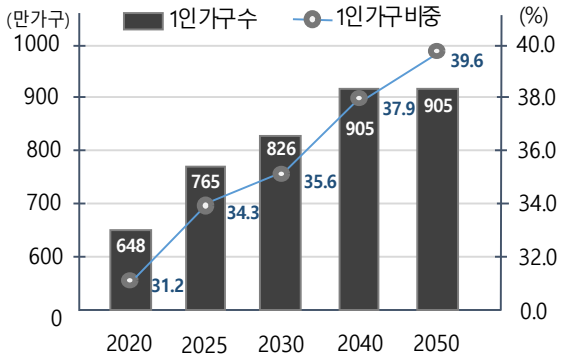
그림 1. 혼인·부양에 대한 견해 및 1인 가구 추계(관계부처합동, 2023b 재인용)

< 혼인·부양에 대한 견해 >



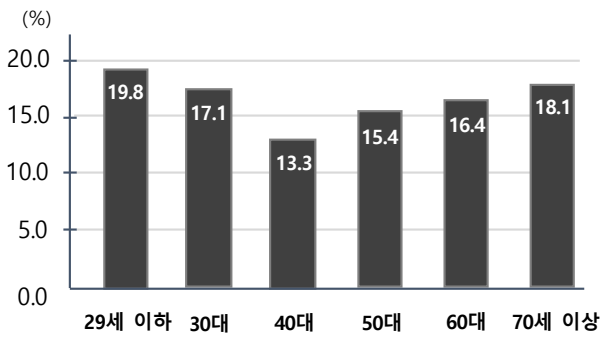
원출처: 2022 통계로 보는 1인가구(통계청, 2022b)

<1인 가구 추계>

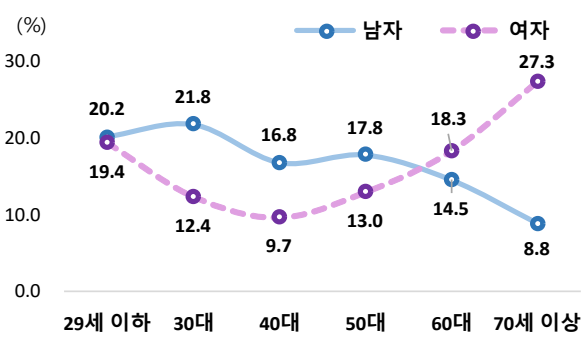


원출처: 장래가구 추계 2020~2050년(통계청, 2022a)

< 연령별 1인 가구 비중(2021) >



< 성별·연령별 1인 가구 비중(2021) >

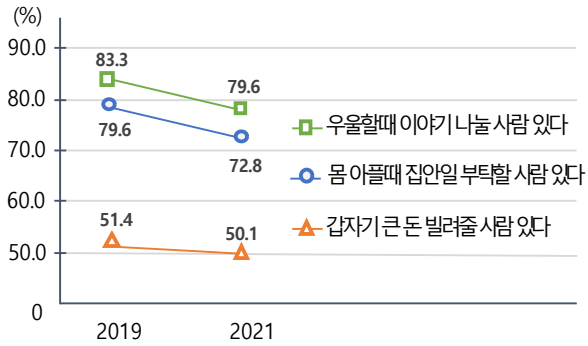
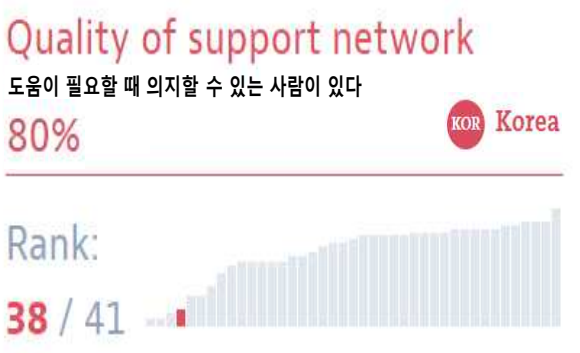


원출처: 2022 통계로 보는 1인가구(통계청, 2022b)

2) 사회적 관계망 측면에서 구성원간 고립과 단절 심화

사회적 관계망 측면에서는 개인주의 문화의 확산, 코로나 팬더믹으로 인한 사회적 거리두기의 장기화 등에 따라 사회구성원간 고립과 단절이 심화되고 있다. OECD에서는 '더 나은 삶의 지수'(Better Life Index)를 개발해 2011년부터 매년 회원국을 중심으로 측정하여 결과를 발표하고 있는데, 2022년 OECD에서 발표한 사회관계망 지표에서 '도움이 필요할 때 의지할 수 있는 사람이 있다'에 대한 긍정 응답이 OECD 평균 91%이나, 한국은 80%에 불과해 41개국 중 38위를 차지한 바 있다.

그림 2. 사회관계망 약화 및 OECD 사회관계망 지표 순위(관계부처합동, 2023b 재인용)

< 사회관계망 약화 >	< OECD 사회관계망 지표 순위 >
 원출처: 2022 통계로 보는 1인가구(통계청, 2022b)	 원출처: Better Life Index 2022(OECD, 2022)

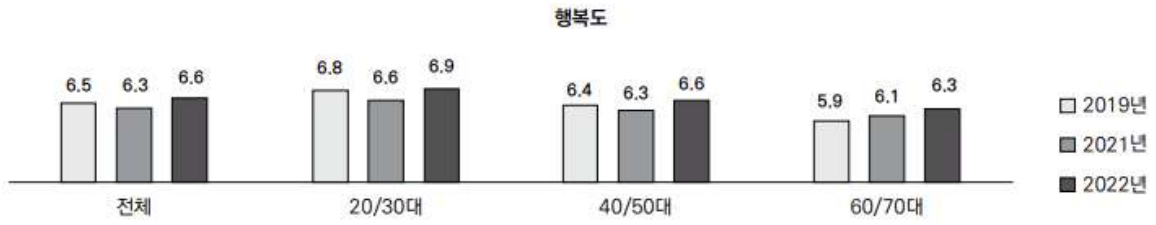
3) 코로나 팬더믹 이후 노년층의 사회적 자본 인식 감소

코로나 팬더믹 이후 사회적 고립 인구가 늘고 있으며, 특히 노년층의 주관적 행복도 및 사회적 자본 변화에 주목할 필요가 있다. 코로나 19 전후 삶의 만족도와 사회통합 인식 변화를 살펴본 이태진 외(2023)의 연구에 따르면, 노년층의 주관적 행복도는 2022년 6.3점(11점 만점)으로 코로나 이전에 비하여 주관적 행복도가 유일하게 지속적으로 향상된 세대에 해당되나, '아플 때 도움 받을 사람 유무'와 같은 사회적 자본 인식에 있어서는 코로나 이전인 2017년 77.7%에 비하여 2022년 60.3%로 도움 받을 사람에 관한 인식이 17.4%나 떨어진 것으로 나타났다. 코로나 이전과의 격차는 다른 세대에서도 크게 나타났으나, 노년층의 건강 이슈 및 물리적 이동 등의 제약 등을 고려할 때 '아플 때 도움 받을 사람 유무'와 같은 사회적 자본 인식은 노년층의 사회적 지지 및 고립감 인식에도 영향을 미칠 것으로 사료된다.

그림 3. 코로나 이후 연령대별 주관적 행복도 및 사회적 자본 인식(이태진 외, 2023)

< 연령대별 주관적 행복도>

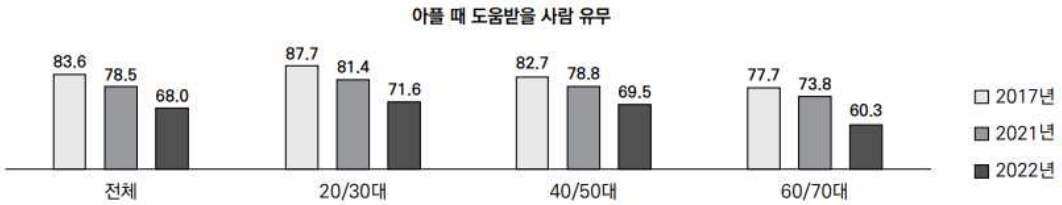
(단위: 점)



행복도는 전해 행복하지 않음(0)~매우 행복(10)의 11점 척도로 측정됨

<연령대별 사회적 자본('아플 때 도움받을 사람 유무') 인식>

(단위: %)



기존 문항을 도움청할 사람 유무로 재코딩하여 분석, 있음 응답의 비율을 나타냄

원출처: 사회통합 실태진단 및 대응방안 (IX): 포스트코로나 시대의 사회통합도 제고를 위한 정책 방향(이태진 외, 2022).

3. 사회적 고립(고독사 및 고독사 고위험군)에 관한 인식 및 현황

1) 사회적 고립과 고독사[3)]

고독사실태조사(보건복지부, 2022)에서 2021년 우리나라 고독사 사망자 수는 총 3,378명으로 전체 사망자의 1.1%에 해당되어 전체 인구 100명 중 1명은 고독사로 사망하는 것으로 나타났으며, 2022년 사회조사에서 우리나라 국민의 사회적 고립도는 34.1%로, 2019년(27.7%)보다 증가한 것으로 나타났다(통계청, 2022C). 특정 상황 발생 시 도움을 받을 수 있다고 응답한 비중은 코로나 이전에 비해 모든 영역에서 감소하고, 도움을 받을 수 있는 사람 수 역시 모든 영역에서 3명 미만으로 나타나 사회적 관계망이 좁아진 것을 확인할 수 있었다.

고립은 '다른 사람과 어울리어 사귀지 아니하거나 도움을 받지 못하여 외톨이로 됨'을 의

3) 연구자가 참여한 '전라남도 고독사 실태 및 예방방안 연구'(용태희·배은경, 2023)의 개념 고찰을 중심으로 정리함

미하는 것으로(표준국어대사전 https://stdict.korean.go.kr/), 고립이라는 용어에는 관계의 단절(사귀지 않는 것)과 지지적 측면의 결핍(도움을 받지 못하는 것)이라는 의미가 함께 포함되어 있다고 볼 수 있다(박선희·최영화, 2019). 사회적 고립은 '개인의 선택이 아닌 비자발적인 요인에 의해 개인, 지역사회 및 사회와의 상호작용이 지속적으로 감소하여 사회적 관계망이 줄어들고 종국에는 외부와 고립된 상태에 이르러 고독감, 외로움 등의 부정적인 심리상태를 경험하고 사회의 일원으로서 누려야 할 권리로부터 배제되는 것'으로 정의할 수 있다(김춘남 외, 2018). 사회적 고립은 객관적 차원과 주관적 차원으로 개념화할 수 있음. 객관적 차원의 사회적 고립은 사회적 연결망의 크기(관계를 맺고 있는 사람의 수), 접촉빈도 등 타인으로부터의 고립과 분리된 정도로 정의하고, 주관적 차원의 사회적 고립은 외로움과 같이 타인과의 관계에 있어서의 질적 수준에 대한 지각으로 정의되며(이상철·조준영, 2017), 고독사는 사회적 고립이 사회적 배제로 이어져 결국 임종 후에도 시신이 일정 시간이 지난 후에 발견되는 상황으로 귀결되는 과정의 연속으로 파악할 수 있기 때문에 사회적 고립과 고독사는 직·간접적인 연관이 있는 것으로 알려져 있다(방혜선 외, 2022).

고독사의 개념은 국내에서 2020년 제정된「고독사 예방 및 관리에 관한 법률」(이하 고독사예방법) 제2조에서 고독사를 '가족, 친척 등 주변 사람들과 단절된 채 홀로 사는 사람이 자살·병사 등으로 혼자 임종을 맞고, 시신이 일정한 시간이 흐른 뒤에 발견되는 죽음'으로 최초로 법적으로 정의된 바 있다. 2023년 5월 발표된 제1차 고독사 예방 기본계획('23~'27)에서는 고독사를 고독사예방법 제2조의 정의에 따라 개념화하였으나, 2022년 보건복지부·이화여자대학교 산학협력단이 수행한 제1차 고독사 예방 기본계획 수립 연구(정순둘 외, 2022)에서는 단절, 고립된 상태에서의 죽음을 고독사로 보았으며, 고독사의 개념에 독거 고독사 이외에 동거 고독사도 포함시키고, 사망 후 발견되기까지의 기간과 죽음을 맞이하는 장소의 구분을 규정하지 않은 바 있다.

이후 2023년 6월 고독사예방법 개정을 통하여 제2조 중 "홀로 사는"을 "사회적 고립상태로 생활하던"으로, "혼자 임종을"을 "임종을"로 개정하였으며, 이는 고독사의 정의를 홀로 사는 사람의 죽음에서 사회적 고립상태로 생활하던 사람의 죽음으로 변경하는 내용을 담은 것이었다. 이로써 정책 및 실천적으로 고독사를 접근함에 있어 물리적인 1인 가구 유무보다 동거가족의 질환 및 장애 등으로 인해 실질적인 1인 가구로 생활하며 사회적 고립의 상태에 놓인 고독사 고위험군(위험자)까지 조기발굴 및 개입할 수 있는 근거를 법적, 제도적으로 마련할 수 있게 되었다.

고독사 개념에 있어 또다른 주요 이슈는 실태조사 및 행정적 개입에 있어 적용이 되는 기준에 있다. 가구유형, 자살, 사망장소, 사후 방치기간과 같은 고독사 요인이 실제 고독사 통계 생산 등에 있어 규정될 필요가 있기에, 고독사 실태조사 설계 연구(고숙자 외, 2021)에서는 표 1과 같이 고독사 개념에 실질 1인가구[4], 자살사망자, 거주지로 사용하는 공간[5]을 포함하고, 사후 방치기간을 3일로 정하여 실태조사 설계가 이루어진 바 있다.

---

4) 동거자가 혼자 생활이 어려운 의존상태이거나 입대, 구급, 입원 등인 상황
5) 고시원, 쪽방, 여관과 모텔 장기투숙, 창고, 승용차 등

표 1. 요인별 고독사 분류 기준(고숙자 외, 2021)

요인 구분	고독사 분류 기준	해설
가구유형	1인가구와 실질 1인가구	- 실질 1인가구 : · 동거자가 중증장애, 발달장애, 치매, 거동불가 등으로 누군가의 지원 없이는 혼자 생활하기 어려운 경우 · 동거자의 입대, 구금, 입원 등으로 실질적으로 홀로 생활하는 경우 · 동거자가 여행(출장)으로 홀로 생활하게 된 경우에 발생한 사례는 제외함(동거자가 사망자를 방치할 목적으로 출장 등의 상태였다면 형사사건으로 분류될 수 있음)
자살	자살사망자 포함	- 거주지에서 자살로 사망 후 일정기간이 지난 후에 발견된 시신은 고독사로 분류함
사망장소	거주지로 사용하는 공간	- 일반적인 주택 내에서의 사망 모두 포함 - 준주거(고시원), 쪽방, 여관과 모텔의 월방, 1인실 기숙사, 창고, 자신의 승용차 등을 주요 거주지로 활용하는 경우 해당함
사후 방치기간	- 3일이 지난 시신 - 1개월이 지난 시신	- 3일이 지난 시신부터 고독사로 분류 - 1개월이 지난 시신 분류는 방치 심각성을 파악하기 위한 지표로 활용

표 2. 국내 고독사 정의 및 개념요소

구분	정의	개념				비고
		단절·고립	혼자 임종	시신 방치	거주지	
고독사예방법 (2020.03.31. 제정)	가족, 친척 등 주변 사람들과 단절된 채 홀로 사는 사람이 자살·병사 등으로 혼자 임종을 맞고, 시신이 일정한 시간이 흐른 뒤에 발견되는 죽음	○	○	○		· 홀로 사는 사람 · 자살 포함
고독사예방법 (2023.06.13. 일부개정)	가족, 친척 등 주변 사람들과 단절된 채 사회적 고립상태로 생활하던 사람이 자살、병사 등으로 임종을 맞고, 시신이 일정한 시간이 흐른 뒤에 발견되는 죽음	○		○		· 자살 포함
제1차 고독사 예방 기본계획 ('23~'27)	「고독사예방법」 제2조(정의)에 따름	○	○	○		
정순둘 외	단절, 고립된 상태에서의 죽음	○				· 동거고독사

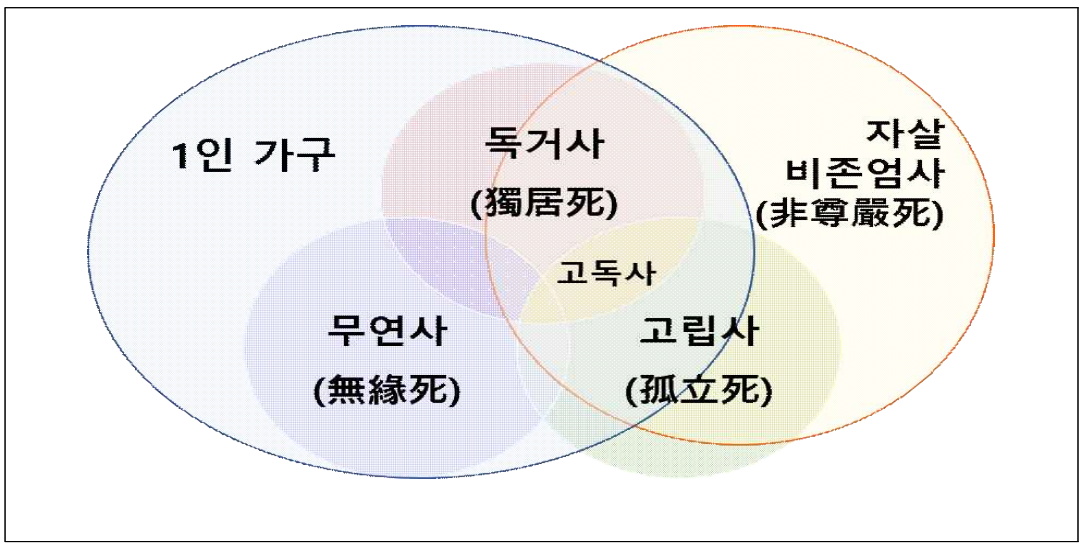
구분	정의	개념				비고
		단절·고립	혼자 임종	시신 방치	거주지	
(2022) 기본계획 수립 연구						포함
고숙자 외 (2021) 실태조사 설계 연구	가족, 지인으로부터 단절되고 고립된 채 자살 또는 병사로 홀로 임종을 맞이하며, 통상적으로 시신이 사망한 후 3일 이상 방치되다가 발견된 죽음	○	○	○ (3일)		
권중돈(2010)	혼자 임종을 맞이하고, 시신이 사망시점으로부터 일정 시간이 경과한 후에 발견되는 죽음		○	○		· 자살 미포함
정순둘·임효연(2010)	가족이나 이웃과 단절되어 있어 외롭게 죽어가도 아무도 이를 인식하지 못하게 되는 죽음	○				· 자살 미포함
이미애(2012)	아무에게도 보살핌을 받지 못한 상태에서 사망하고, 그 후로도 상당 기간 방치되는 죽음	○		○		
송인주(2016)	가족, 이웃, 친구 간의 왕래가 거의 없는 상태에서 혼자 살던 사람(독거인, 1인가구)이 홀로 임종기를 거치고 사망한 후 방치되었다가 발견된 죽음(통상 3일 이후)	○	○	○ (3일)		· 혼자 살던 사람 · 자살 포함
정은주·정봉현(2017)	자택에서 혼자 아무도 돌봐주지 않은 상태로 사망하여 수일이 지난 후 발견되는 경우	○		○	○	· '고립사'로 정의
최승호 외 (2017)	자택에서 혼자 아무도 돌봐주는 사람 없이 사망하여 아무에게도 알려지지 않고 수일, 수개월이 지난 후 발견되는 경우	○		○	○	
박선희·최영화(2019)	가족, 친척, 이웃 등 주변 사람들과 지역사회 지원체계(공공, 민간 등)로부터 단절된 채 혼자 살던 사람이 자신의 생활공간에서 아무도 돌봐주는 사람 없이 혼자 임종을 맞고 시신이 일정한 시간(7일)이 흐른 뒤에 발견되는 죽음	○	○	○ (7일)	○	· 혼자 살던 사람 · '고립사'로 정의
하석철·이선영(2019)	가족과 이웃 등 주변으로부터 단절되어 돌봄과 보살핌을 받지 못한 채 혼자 사는 사람이 거주지 등에서 홀로 사망한 후 짧게는 수일, 길게는 수개월 후에 타인에 의해 발견되는 죽음	○	○	○	○	· 혼자 사는 사람
임혜자·김동련(2021)	가족, 친척, 이웃 등 주변 사람들과 단절된 채 홀로 사는 사람 또는 동거하는 가족 등이 자살·병사 등으로 임종을 맞고 시신이 일정한 시간이 흐른 뒤에 발견되는 죽음	○		○		· 홀로 사는 사람 · 자살 포함
류주연 외	사회적으로 고립되어 단절되어 살아가는	○	○	○		

구분	정의	개념				비고
		단절·고립	혼자 임종	시신 방치	거주지	
(2022)	사람이 홀로 사망하여 일정 기간 이후 발견되는 고립된 삶과 외로운 죽음					

출처 : 고숙자 외(2021), 고독사 실태조사 설계 연구의 고독사에 대한 정의틀을 활용하여 용태희·배은경(2023)에서 재구성.

마지막으로, 유사 개념과 사회적 고립 개념을 통하여 고독사 (孤獨死)의 개념을 정리하면, 다음과 같다(송인주, 2016). 독거사(獨居死)는 혼자 살던 사람이 홀로 죽은 채 발견되는 것으로, 1인 가구 전체를 포괄하고, 소득수준, 사회적 고립 여부와 관련이 없는 것으로 정리되며, 고립사(孤立死)는 관계망이 단절된 생활(사회적 고립상태)을 하던 사람의 죽음을 의미하며, 1인 가구가 아닐 수 있다는 점에서 차이가 있다. 자살(自殺)은 행위자가 자신의 죽음을 초래할 의도를 가지고 자신의 생명을 끊는 행위로, 집안에서 자살한 후 아무도 찾지 않아 시신이 부패한 경우에는 고독사에 해당된다. 무연사(無緣死)는 시신을 인도할 사람이 없는 죽음으로, 제도적으로 사망자 발생 시 연고자가 없거나 연고자를 알 수 없는 경우 또는 연고자가 사체 인수를 거부 또는 기피한 경우(「장사 등에 관한 법률」 제12조)를 말함한다. 고독사의 경우는 가족이 시신을 인도하는 경우도 잦다는 점에서 차이가 있으며, 독거사이면서 고립사일 때, 두 가지 조건을 모두 만족할 때 고독사라고 볼 수 있다. 또한 독거사와 고립사를 모두 만족하는 자살과 무연고사망 사례도 고독사에 포함되는 것으로 보고 있다.

그림 4. 고독사의 유사개념(송인주, 2016)



2) 사회적 고립(고독사) 예방을 위한 전문가의 인식

사회적 고립(고독사) 예방 및 지원을 위한 정책 방안을 도출하기 위하여 공공 및 민간 50명의 전문가를 대상으로 3차례에 걸쳐 델파이 조사를 실행한 결과, 고독사의 원인 및

영향 요인, 연령대별 고독사의 원인 인식, 연령대별 고독사 예방 및 관리를 위한 지원 인식(중요도/필요도) 등을 살펴본 결과는 다음과 같이 나타났다(배은경 외, 2023).

첫째, 고독사의 원인 및 영향 요인에 관하여 델파이 패널의 인식을 살펴본 결과는 <표 3>과 같다. 고독사의 원인 및 영향 요인에 대하여 합의된 3차 델파이 조사 응답을 중심으로 정리하면, 응답자들은 사회적 고립과 외로움(9.18점)에 대하여 가장 높게 인식하고 있었다. 가족관계의 단절(8.88점), 사회적 관계망의 단절과 부족(8.58점), 친구와 이웃과의 단절(8.46점), 은둔형 외톨이의 증가(8.10점), 우울, 음주 등 정신건강 문제(7.80점), 경제적 위기(7.56점), 공동체의 붕괴(7.20점), 건강관리 부족, 질병 등으로 인한 신체 건강 문제(7.06점), 주거 불안정성(7.04점) 순으로 고독사의 원인 및 영향 요인을 인식하고 있었다. 고독사의 원인·영향 요인은 사회적 고립과 외로움, 가족관계의 단절, 은둔형 외톨이의 증가, 공동체의 붕괴, 사회적 관계망의 단절과 부족, 경쟁적인 사회 분위기 등이 복합적으로 영향을 미치고 있는 것으로 델파이 조사 응답자들에게 인식되고 있었다. 이는 개인적 요인 외에도 사회구조적 변화들이 고독사의 원인과 영향 요인으로 작용하고 있음을 시사하는 것으로, 고독사의 예방 및 관리 사업을 실행함에 있어 개인 및 가족 단위에서 기존에 국가에서 실행하고 있는 사회복지, 보건의료정책 등을 넘어선 접근이 필요함을 시사한다고 볼 수 있다.

표 3. 고독사의 원인 및 영향 요인 인식에 관한 2·3차 델파이 조사(배은경 외, 2023)

연번	내용	2차 델파이 조사			3차 델파이 조사		
		M	SD	CVR	M	SD	CVR
1	사회적 고립과 외로움	9.14	1.088	1	9.18	1.063	1
2	가족관계의 단절	8.84	1.346	0.92	8.88	1.223	0.96
3	친구와 이웃과의 단절	8.42	1.279	0.96	8.46	1.249	0.96
4	공동체의 붕괴	7.2	1.796	0.56	7.20	1.604	0.64
5	우울, 음주 등 정신건강 문제	7.7	1.961	0.8	7.80	1.690	0.88
6	건강관리 부족, 질병 등으로 인한 신체 건강 문제	7.16	1.845	0.72	7.06	1.778	0.72
7	은둔형 외톨이의 증가	8.04	1.678	0.8	8.10	1.581	0.8
8	사회적 관계망의 단절과 부족	8.56	1.402	0.92	8.58	1.386	0.92
9	주거 불안정성	7.04	1.749	0.6	7.04	1.690	0.64
10	경쟁적인 사회 분위기	6.5	1.854	0.4	6.44	1.752	0.4
11	경제적 위기	7.62	1.839	0.72	7.56	1.740	0.72
12	청년 실업	6.68	1.867	0.52	6.64	1.770	0.52
13	비정규직 증가	6.36	1.882	0.44	6.26	1.688	0.44
14	저출산·고령화의 심화	6.42	2.223	0.36	6.20	2.061	0.31

둘째, 연령대별 고독사의 원인에 관하여 델파이 패널의 인식을 청년층, 중년층, 전기 노년층, 후기 노년층으로 구분하여 살펴본 결과는 <표 4>와 같다. 응답자들의 고독사 원인 인식을 3차 델파이 조사 중심으로 노년층 중심으로 정리하면, 전기 노년층의 고독사 원인은 외로움과 고립(8.9점), 신체·건강 문제(8.43점), 경제적 문제(8.06점), 공동체 붕괴(7.47점), 주거 문제(7.24점) 등의 순으로 인식되었다. 후기 노년층의 고독사 원인은 외로움과 고립(9.02점)이 가장 크게 인식되고 있었으며, 신체·건강 문제(8.8점), 케어(돌봄) 문제(8.76점)와 주거 문제(8.76점) 등의 순으로 응답되었다. 외로움과 고립, 신체·건강 문제는 전기 및 후기 노년층 모두에게 고독사의 원인으로 우선적으로 고려되었으며, 전기 노년층의 경우 경제적 문제와 공동체 붕괴, 후기 노년층에게는 케어어(돌봄) 문제와 주거 문제가 고독사 원인으로 함께 고려되어야 할 요소로 인식되었다. 그동안 여러 선행연구에서는 사회적 고립 및 고독사에 있어서 청년(최지현, 조미형, 이승영, 2022), 중장년(박선희, 최영화, 2020), 노인(송인주, 2018)의 생애주기별 차이를 강조해왔는데, 막상 그동안의 정책, 서비스 대상 선정, 지원 내용에서는 생애주기에 대한 고려를 충분히 해 오지 못했다. 이에, 고독사 원인이 생애주기별로 다르다면, 앞으로는 이를 예방하기 위한 정책과제도 생애주기별 맞춤형 접근을 할 필요가 있으며, **노년층에게는 외로움 해소 및 사회적 관계 활성화, 건강관리와 돌봄이 핵심이 되어야 할 것이다. 또한, 우선순위는 낮아도 전 생애주기에 걸쳐서 공통적인 원인 및 영향요인은 결코 중요도가 떨어진다고 할 수 없다. 이에 대해서는 고독사 예방 및 관리를 위한 정책과제를 수립함에 있어 전 연령층에서 개인과 가족, 지역사회 차원의 접근부터 주거, 경제, 돌봄, 사회 전반의 인식 변화까지 이끌어내기 위하여 전방위적인 접근을 할 필요가 있다.**

표 4. 연령대별 고독사의 원인 인식에 관한 2·3차 델파이 조사(배은경 외, 2023)

연번		내용	2차 델파이 조사			3차 델파이 조사		
			M	SD	CVR	M	SD	CVR
1	청년층 (20세 이상 ~ 40세 미만)	1) 구직 문제	7.68	1.571	0.72	7.73	1.511	0.76
		2) 경제적 문제	7.76	1.479	0.76	7.79	1.458	0.71
		3) 주거 문제	6.74	1.549	0.64	6.71	1.486	0.67
		4) 상대적 박탈감	7.32	1.596	0.72	7.33	1.463	0.80
		5) 외로움과 고립	7.88	1.698	0.84	7.76	1.652	0.84
		6) 신체·정신건강 문제	7.12	1.976	0.6	7.18	1.867	0.67
		7) 공동체 붕괴	6.52	2.013	0.44	6.41	1.825	0.55
2	중년층 (40세 이상 ~ 65세 미만)	1) 실업 및 은퇴 문제	8.5	1.282	0.92	8.59	1.117	0.96
		2) 경제적 문제	8.16	1.57	0.8	8.33	1.360	0.88
		3) 주거 문제	7.26	1.601	0.72	7.33	1.435	0.80
		4) 외로움과 고립	8.3	1.474	0.84	8.37	1.365	0.88
		5) 신체·정신건강 문제	7.92	1.724	0.8	7.90	1.674	0.84
		6) 공동체 붕괴	7.18	1.826	0.64	7.14	1.671	0.71
3	전기 노년층 (65세 이상	1) 재취업 및 일자리 문제	6.98	1.79	0.68	6.96	1.695	0.67
		2) 경제적 문제	8.1	1.313	0.88	8.06	1.248	0.88

	~ 75세 미만)	3) 주거 문제	7.32	1.435	0.72	7.24	1.300	0.76
		4) 외로움과 고립	8.86	0.881	1	8.90	0.848	1
		5) 신체·정신건강 문제	8.48	1.403	0.88	8.43	1.384	0.88
		6) 공동체 붕괴	7.42	1.667	0.68	7.47	1.582	0.71
4	후기 노년층 (75세 이상)	1) 경제적(안정적 소득) 문제	8.04	1.456	0.84	7.94	1.391	0.84
		2) 케어(돌봄)와 주거 문제[1)]	8.82	1.044	0.96	2) 케어(돌봄) 문제: 8.76	1.011	0.96
						3) 주거 문제: 8.76	0.969	0.96
		4) 외로움과 고립	9.02	0.845	1	9.10	0.797	1
		5) 신체·정신건강 문제	8.76	1.021	0.96	8.80	1.040	0.96
		6) 공동체 붕괴	7.92	1.441	0.88	8.02	1.315	0.88

주: 1) 2차 델파이 조사에서 '케어(돌봄)와 주거 문제'로 구성된 문항이 3차 델파이 조사에서는 '케어(돌봄) 문제', '주거 문제'로 문항이 분리되어 델파이 조사가 이루어짐.

셋째, 연령대별 고독사의 원인과 지원 측면에서 우선순위를 분석한 결과를 노년층을 중심으로 살펴보면, 전기 노년층을 대상으로 고독사 예방 및 관리를 위한 지원을 중요도 측면에서 살펴본 결과는 10점 만점을 기준으로 외로움과 고립(8.61점), 신체·정신건강 문제(8.45점), 경제적 문제(7.88점), 공동체 붕괴(7.76점), 주거 문제(7.43점), 재취업 및 일자리 문제(7.33점) 순으로 응답되었다. 필요도 측면에서는 외로움과 고립(8.71점), 신체·정신건강 문제(8.67점), 경제적 문제(8.04점), 재취업 및 일자리 문제(7.54점), 공동체 붕괴(7.52점), 주거 문제(7.44점) 순으로 응답되었다. 후기 노년층을 대상으로 고독사 예방 및 관리를 위한 지원을 중요도 측면에서 살펴본 결과는 10점 만점을 기준으로 외로움과 고립(8.84점), 케어(돌봄) 문제(8.78점), 주거 문제(8.76점), 신체·정신건강 문제(8.69점), 공동체 붕괴(8.27점), 경제적(안정적 소득) 문제(8.14점) 순으로 응답되었다. 필요도 측면에서는 외로움과 고립(8.98점), 주거 문제(8.96점), 케어(돌봄) 문제(8.94점), 신체·정신건강 문제(8.88점), 경제적(안정적 소득) 문제(8.31점), 공동체 붕괴(8.06점) 순으로 응답되었다.

표 5. 연령대별 고독사 예방 및 관리를 위한 지원의 중요도와 필요도 인식에 관한 3차 델파이 조사(배은경 외, 2023)

연번		내용	3차 델파이 조사					
			중요도			필요도		
			M	SD	CVR	M	SD	CVR
1	청년층	1) 구직 문제	8.14	1.354	0.88	8.20	1.871	0.88
		2) 경제적 문제	7.31	1.388	0.76	7.04	1.597	0.63
		3) 주거 문제	6.88	1.409	0.71	6.79	1.584	0.67
		4) 상대적 박탈감	7.41	1.499	0.76	6.81	1.770	0.63
		5) 외로움과 고립	7.65	1.549	0.84	7.33	1.802	0.71
		6) 신체·정신건강 문제	6.94	1.638	0.63	6.81	1.770	0.5
		7) 공동체 붕괴	6.39	1.618	0.51	6.25	1.804	0.38

2	중년층	1) 실업 및 은퇴 문제	8.35	1.300	0.88	8.48	1.414	0.88
		2) 경제적 문제	7.51	1.543	0.84	7.42	1.699	0.71
		3) 주거 문제	6.88	1.438	0.67	7.04	1.271	0.79
		4) 외로움과 고립	7.84	1.375	0.88	7.69	1.475	0.80
		5) 신체·정신건강 문제	7.61	1.426	0.88	7.60	1.410	0.88
		6) 공동체 붕괴	7.00	1.429	0.76	6.77	1.653	0.71
3	전기 노년층	1) 재취업 및 일자리 문제	7.33	1.573	0.76	7.54	1.487	0.79
		2) 경제적 문제	7.88	1.348	0.84	8.04	1.336	0.88
		3) 주거 문제	7.43	1.258	0.88	7.44	1.219	0.88
		4) 외로움과 고립	8.61	1.017	0.96	8.71	.922	1
		5) 신체·정신건강 문제	8.45	1.156	0.92	8.67	1.059	1.0
		6) 공동체 붕괴	7.76	1.362	0.88	7.52	1.487	0.79
4	후기 노년층	1) 경제적(안정적 소득) 문제	8.14	1.458	0.88	8.31	1.323	0.92
		2) 케어(돌봄) 문제	8.78	1.104	0.96	8.94	.998	0.96
		3) 주거 문제	8.76	1.090	0.96	8.96	.988	0.96
		4) 외로움과 고립	8.84	1.067	1	8.98	.887	1
		5) 신체·정신건강 문제	8.69	1.045	0.96	8.88	.937	1
		6) 공동체 붕괴	8.27	1.204	0.96	8.06	1.311	0.92

이러한 결과를 Importance Performance Analysis(이하 IPA)를 활용하여 분석하여 전기 노년층, 후기 노년층 대상 고독사 예방 및 관리를 위한 지원의 중요도와 필요도 인식 차이로 살펴본 결과는 다음 [그림 5], [그림 6]과 같다. 전기 노년층을 대상으로 고독사 예방 및 관리를 위한 지원의 중요도와 필요도 인식 차이를 살펴본 결과, [그림 5]와 같이 외로움과 고립(YO_4_4), 신체·정신건강 문제(YO_4_5)에 대한 요구가 특히 큰 것으로 나타났으며, 상대적으로 주거 문제(YO_4_3), 재취업 및 일자리 문제(YO_4_1)가 저순위 영역으로 나타났다. 후기 노년층 대상 고독사 예방 및 관리를 위한 지원의 중요도와 필요도 인식에 있어서는 [그림 6]과 같이 외로움과 고립(OO_4_4), 케어(돌봄) 문제(OO_4_2), 주거 문제(OO_4_3), 신체·정신건강 문제(OO_4_5)에 대한 요구가 특히 큰 것으로 나타났으며, 공동체 붕괴(OO_4_6), 경제적(안정적 소득) 문제(OO_4_1)에 대한 인식이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

그림 5. 전기 노년층 대상 고독사 예방 및 관리를 위한 지원의 중요도와 필요도 인식(IPA 분석)

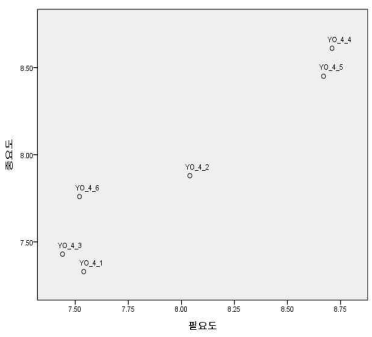
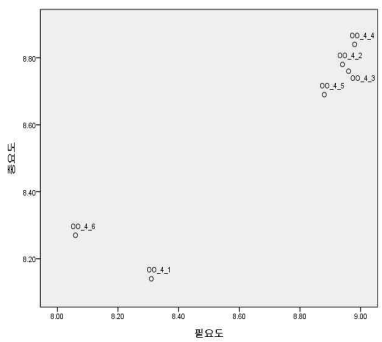


그림 6. 후기 노년층 대상 고독사 예방 및 관리를 위한 지원의 중요도와 필요도 인식(IPA 분석)



3) 연령대별 고독사 위험군 분석

사회적으로 고립된 고독사 위험군을 사전에 발굴하여 효과적인 예방체계로 연결될 수 있도록 하기 위해서 고독사 위험군 판단기준의 필요성에 주목하여, 선행연구 검토 및 전문가 자문을 통해 사회적 고립도에 관한 문항과 가구취약성에 관한 문항 등 총 14개 문항으로 구성하여 고독사 위험군 유형을 확인하고자 하였으며, 전국의 20세 이상 일반 국민 1,833명을 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 그 결과는 다음과 같다(정순둘 외, 2023).

고독사 위험군은 사회적 고립도 7문항, 가구취약성 7문항을 기준으로 고위험군, 중위험군1, 중위험군2, 저위험군으로 구분하였으며, 사회적 고립도, 가구취약성의 정도에 따라서 고위험군, 중위험군1, 중위험군2의 비율이 어떻게 달라지는지 가늠하기 위해서 두 가지 기준을 적용해보았다. 위험기준 1을 적용했을 때, 고위험군은 사회적 고립도 2문항 이상이 '예'이면서 가구취약성도 2문항 이상이면 해당되며, 중위험군1은 사회적 고립도는 2문항 이상 '예'이면서 가구취약성은 2문항 미만 '예'인 경우에 해당된다. 중위험군2는 사회적 고립도는 2문항 미만 '예'이면서 가구취약성은 2문항 이상 '예'인 경우이며, 저위험군은 사회적 고립도, 가구취약성 각각 2문항 미만 '예'라고 응답했을 때 해당된다. 위험기준2는 위험기준1보다 고위험군, 중위험군1, 중위험군2의 범위를 좁게 규정한 것으로, 위험기준2를 적용했을 때, 고위험군은 사회적 고립도 3문항 이상 '예'이면서 가구취약성도 3문항 이상 '예'인 경우가 해당된다. 중위험군1은 사회적 고립도 3문항 이상 '예'이면서 가구취약성은 3문항 미만 '예'인 경우 해당되며, 중위험군2는 사회적 고립도 3문항 미만 '예'이면서 가구취약성은 3문항 이상 '예'인 경우이다. 저위험군은 사회적 고립도, 가구취약성 각각이 모두 3문항 이만으로 '예'인 경우가 해당된다.

조사응답자의 특성에 따른 고독사 위험군을 분석함에 있어 위험기준1을 적용했을 때, 조사대상자의 특성에 따라서 전체 응답자와 비교해서 어느 고독사 위험군에 소속되는 경우가 많은지를 알아보았다. 전체응답자 11.3%와 비교하여 고위험군인 비율이 15% 이상으로 높은 특성은 1인가구(+4.5%p), 70대 이상(+4.2%p), 혼인지위가 미혼(이성친구나 연인 없음)(+3.9%p), 이혼(+9.0%p), 사별(+12.2%p), 주택형태 기타(+11.4%p), 월세(+10.5%p), 경제활동 하지 않음(+8.6%p), 생계급여수급자(+35.9%p), 생계급여수급자는 아니지만 의료급여수급자(+44.6%p), 주관적 경제수준 하(+5.0%p), 건강문제 있음(+42.7%p), 장애인 복지카드 있음(+34.5%p), 주관적 건강상태 나쁨(+21.3%p)으로 나타났다. 전체응답자 19.4%와 비교하여 중위험군1 비율이 25% 이상으로 높은 특성은 1인가구(+7.3%p), 혼인지위가 미혼(이성친구나 연인 없음)(+9.0%p), 이혼(+16.5%p), 주택형태 기타(+31.8%p), 주택점유 무상 및 기타(+5.6%p)이었다. 전체응답자 3.2%와 비교하여 중위험군2 비율이 5% 이상으로 높은 특성은 읍·면·리 지역(+2.0%p), 30대

(+1.8%p), 50대(+2.3%p), 미혼(이성친구나 연인 있음)(+1.9%p), 주택형태 연립·다세대(+1.8%p), 월세(+2.6%p), 경제활동 하지 않음(+1.8%p), 생계급여수급자(+8.8%p), 건강문제 있음(+5.5%p), 장애인 복지카드 있음(+5.1%p), 주관적 건강상태 나쁨(+3.2%p)로 나타났다.

표 6. 조사응답자의 특성에 따른 고독사 위험군: 위험기준1 적용(정순둘 외, 2022)

(단위: 명, %)

특성		사례수	고위험군 (사회적고립≥2 & 가구취약성≥2)	중위험군1 (사회적고립≥2 & 가구취약성<2)	중위험군2 (사회적고립<2 & 가구취약성≥2)	저위험군 (사회적고립<2 & 가구취약성<2)
전체		1,833	11.3	19.4	3.2	66.2
가구원 수	1인 가구	868	6.1	13.6	2.0	78.3
	2인 이상 가구	965	8.8	20.0	2.1	69.1
거주지역(구분)	읍、면、리 지역	172	5.5	19.2	1.2	74.1
	동 지역	1,661	7.0	15.1	3.5	74.4
연령대	20대	286	6.0	13.5	1.8	78.7
	30대	298	4.9	16.1	2.8	76.2
	40대	356	5.7	16.1	1.3	76.8
	50대	386	6.5	17.4	2.0	74.2
	60대	326	7.8	15.8	1.6	74.9
	70대	181	3.4	6.1	0.6	89.9
성별	남자	898	8.8	7.2	5.0	79.0
	여자	935	7.7	12.2	1.9	78.2
혼인상태	미혼(이성친구나 연인 있음)	353	4.5	15.0	2.0	78.5
	미혼(이성친구나 연인 없음)	447	5.7	14.7	1.1	78.5
	결혼(재혼, 동거 포함)	715	7.8	21.0	3.4	67.8
	별거	18	2.5	6.2	1.0	90.3
	이혼	128	0.0	16.7	0.0	83.3
	사별	170	9.4	26.6	4.7	59.4
	기타	2	14.7	13.5	2.4	69.4
최종학력	고졸	682	50.0	0.0	0.0	50.0
	대졸	998	7.8	11.6	2.9	77.7
	대학원졸	153	5.5	15.5	1.3	77.7
세대유형	1세대	1,228	2.0	10.5	2.0	85.6
	2세대	568	6.8	16.1	2.0	75.2
	3세대	37	4.6	8.6	1.9	84.9
주택 형태	단독주택	349	0.0	0.0	0.0	100.0
	연립/다세대	421	8.3	12.0	3.4	76.2
	아파트	1,041	5.9	13.5	2.1	78.4
	기타	22	5.2	14.0	1.3	79.4
주택 점유형태	자가	976	13.6	22.7	4.5	59.1
	전세	405	1.9	10.9	0.8	86.4
	월세	400	5.9	13.1	3.0	78.0
	무상 및 기타	52	15.5	20.0	3.8	60.8
경제활동	활동	1,291	11.5	21.2	1.9	65.4
	비활동	542	3.6	14.3	1.2	80.9
기초생활보장 수급여부	생계급여수급자	108	12.0	12.0	3.9	72.1
	의료급여 수급자	34	36.1	9.3	13.0	41.7
	생계급여·의료급여수급자 X	1,691	32.4	17.6	2.9	47.1
주관적 경제수준	하	1,089	3.6	13.8	1.2	81.3
	중	631	8.8	16.9	2.6	71.7
	상	113	2.1	10.1	1.3	86.5
건강문제 있음	예	150	1.8	1.8	0.0	96.5
	아니오	1,683	34.0	29.3	7.3	29.3
장애인 복지카드 소지	예	48	3.6	12.2	1.5	82.7
	아니오	1,785	29.2	31.3	8.3	31.3
주관적 건강상태	나쁨	313	5.4	13.2	1.8	79.6
	보통	1,061	19.2	24.6	4.2	52.1

특성		사례수	고위험군 (사회적고립≥2 & 가구취약성≥2)	중위험군1 (사회적고립≥2 & 가구취약성<2)	중위험군2 (사회적고립<2 & 가구취약성≥2)	저위험군 (사회적고립<2 & 가구취약성<2)
	좋음	459	4.3	14.5	2.0	79.2

위험기준2를 적용했을 때, 조사대상자의 특성에 따라서 전체응답자와 비교해서 어느 고독사 위험군에 소속되는 경우가 많은지 알아본 결과는 다음과 같다. 전체응답자 6.1%와 비교하여 고위험군인 비율이 10% 이상으로 높은 특성은 혼인상태 사별(+8.6%p), 주택형태 기타(+7.5%p), 주택 점유 월세(+9.4%p), 무상 및 기타(+5.4%p), 경제활동 하지 않음(+5.9%p), 생계급여수급자(+30.0%p), 생계급여수급자는 아니지만 의료급여수급자(+25.7%p), 건강문제 있음(+27.9%), 장애인 복지카드 있음(+23.1%p), 주관적 건강상태 나쁨(+13.1%p)이었다. 전체응답자 13.6%와 비교하여 중위험군1 비율이 20% 이상으로 높은 특성은 1인가구(+6.6%p), 미혼(이성친구나 연인 없음)(+7.4%p), 이혼(+23.0%p), 주택형태 기타(+9.1%p), 주택 점유 월세(+6.4%p), 무상 및 기타(+7.6%p), 건강문제 있음(+15.7%), 장애인 복지카드 있음(+17.7%p), 주관적 건강상태 나쁨(11.0%p)으로 나타났다. 전체응답자 2.0%와 비교하여 중위험군2 비율이 5% 이상으로 높은 특성은 생계급여수급자(+9.0%p), 건강문제 있음(+5.3%), 장애인 복지카드 있음(+6.3%p)이었다.

표 7. 조사응답자의 특성에 따른 고독사 위험군: 위험기준2 적용(정순둘 외, 2022)

(단위: 명, %)

특성		사례수	고위험군 (사회적고립≥2 & 가구취약성≥2)	중위험군1 (사회적고립≥2 & 가구취약성<2)	중위험군2 (사회적고립<2 & 가구취약성≥2)	저위험군 (사회적고립<2 & 가구취약성<2)
전체		1,833	6.1	13.6	2.0	78.3
가구원 수	1인 가구	868	8.8	20.0	2.1	69.1
	2인 이상 가구	965	3.6	7.9	1.9	86.6
거주지역(구분)	읍·면·리 지역	172	7.0	15.1	3.5	74.4
	동 지역	1,661	6.0	13.5	1.8	78.7
연령대	20대	286	4.9	16.1	2.8	76.2
	30대	298	5.7	16.1	1.3	76.8
	40대	356	6.5	17.4	2.0	74.2
	50대	386	7.8	15.8	1.6	74.9
	60대	326	3.4	6.1	0.6	89.9
	70대	181	8.8	7.2	5.0	79.0
성별	남자	898	7.7	12.2	1.9	78.2
	여자	935	4.5	15.0	2.0	78.5
혼인상태	미혼(이성친구나 연인 있음)	353	5.7	14.7	1.1	78.5
	미혼(이성친구나 연인 없음)	447	7.8	21.0	3.4	67.8
	결혼(재혼, 동거 포함)	715	2.5	6.2	1.0	90.3
	별거	18	0.0	16.7	0.0	83.3
	이혼	128	9.4	26.6	4.7	59.4
	사별	170	14.7	13.5	2.4	69.4
	기타	2	50.0	0.0	0.0	50.0
최종학력	고졸	682	7.8	11.6	2.9	77.7
	대졸	998	5.5	15.5	1.3	77.7
	대학원졸	153	2.0	10.5	2.0	85.6
세대유형	1세대	1,228	6.8	16.1	2.0	75.2
	2세대	568	4.6	8.6	1.9	84.9
	3세대	37	5.4	8.1	2.7	83.8

특성		사례수	고위험군 (사회적고립≥2 & 가구취약성≥2)	중위험군1 (사회적고립≥2 & 가구취약성<2)	중위험군2 (사회적고립<2 & 가구취약성≥2)	저위험군 (사회적고립<2 & 가구취약성<2)
주택 형태	단독주택	349	8.3	12.0	3.4	76.2
	연립/다세대	421	5.9	13.5	2.1	78.4
	아파트	1,041	5.2	14.0	1.3	79.4
	기타	22	13.6	22.7	4.5	59.1
주택 점유형태	자가	976	1.9	10.9	.8	86.4
	전세	405	5.9	13.1	3.0	78.0
	월세	400	15.5	20.0	3.8	60.8
	무상 및 기타	52	11.5	21.2	1.9	65.4
경제활동	활동	1,291	3.6	14.3	1.2	80.9
	비활동	542	12.0	12.0	3.9	72.1
기초생활보장 수급여부	생계급여수급자	108	36.1	9.3	13.0	41.7
	의료급여 수급자	34	32.4	17.6	2.9	47.1
	생계급여·의료급여수급자 X	1,691	3.6	13.8	1.2	81.3
주관적 경제수준	하	1,089	8.8	16.9	2.6	71.7
	중	631	2.1	10.1	1.3	86.5
	상	113	1.8	1.8	0.0	96.5
건강문제 있음	예	150	34.0	29.3	7.3	29.3
	아니오	1,683	3.6	12.2	1.5	82.7
장애인 복지카드 소지	예	48	29.2	31.3	8.3	31.3
	아니오	1,785	5.4	13.2	1.8	79.6
주관적 건강상태	나쁨	313	19.2	24.6	4.2	52.1
	보통	1,061	4.3	14.5	2.0	79.2
	좋음	459	1.1	4.1	.4	94.3

4. 코로나 이후 우리 나라의 정신건강 현황 및 관련 기본계획 비교 분석

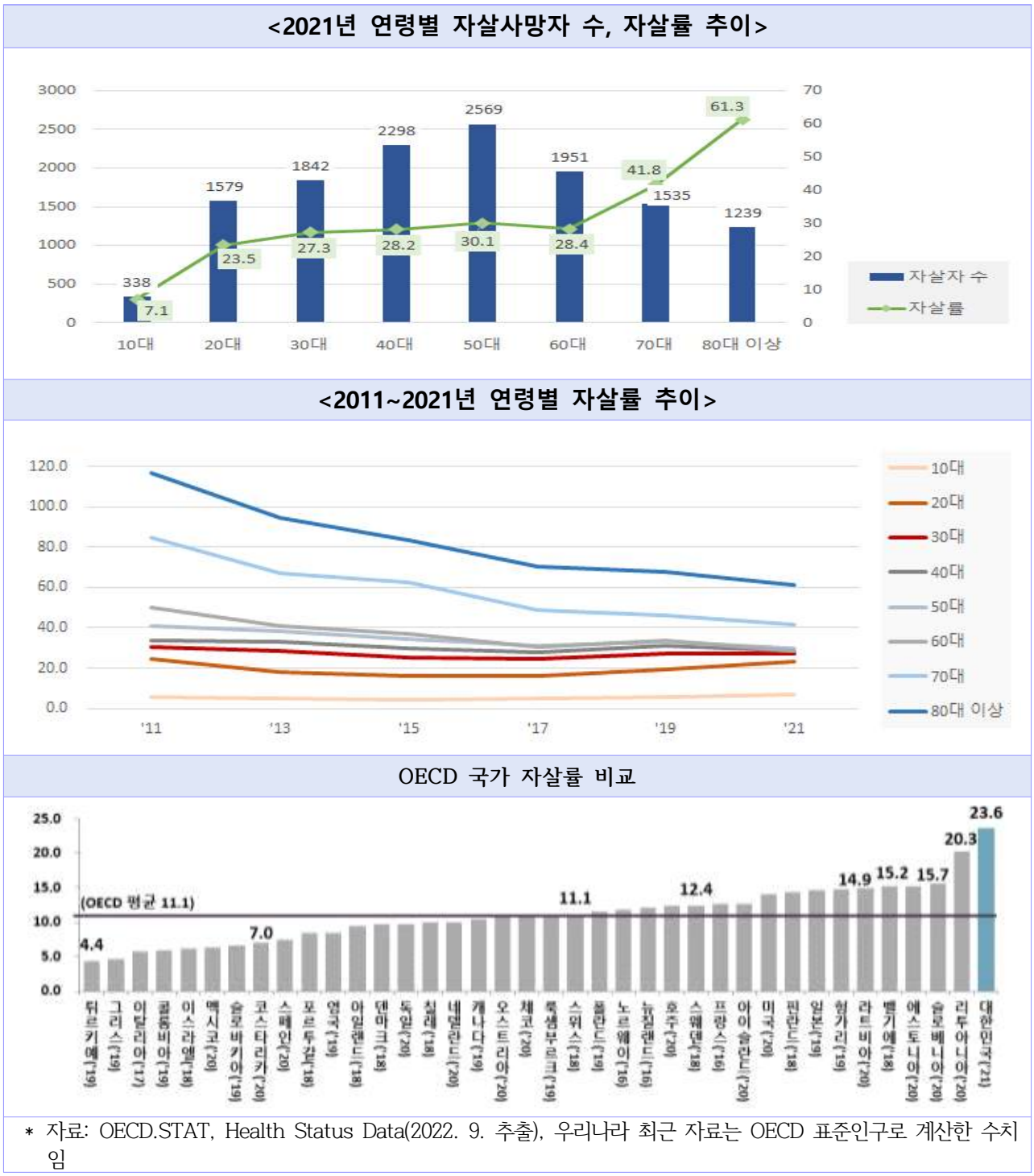
1) 코로나 이후 우리 나라의 정신건강 현황[6)]

우리 나라의 코로나 이후 정신건강과 관련된 현황을 살펴보면, 우울증·공황장애·불안장애 등 정신질환으로 인한 진료환자는 우울증(2019년 796,364명→2021년 910,785명) 8.7%, 공황장애(2019년 182,725명→2021년 221,131명) 12.6%, 불안장애(2019년 718,143명→2021 819,080명) 9.6%가 증가한 것으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2022). 자살률에 있어서는 우리나라를 포함하여 미국, 영국, 일본 등 일부 국가 코로나19 시기 전·후 자살사망자 수는 비슷하거나 약간 높은 실정이나, 국가적 재난 시기에 따른 사회적 긴장·국민적 단합·재정지원 등으로 자살률이 일시적으로 감소할 수 있으나, 2~3년 후 자살률이 반등할 가능성에 대비할 필요가 높은 것으로 인식되고 있다. 자살사망자는 남성이 여성의 평균 2.2배 이상이며, 남성 자살률은 감소 추세, 여성 자살률은 소폭 증가 추세이다. 자살시도자의 경우 여성이 남성에 비해 1.8배 이상(2021 응급실기반 자살시도자 사후관리사업 보고서)인 것으로 나타났다. 자살사망자의 51.1%가 40~60대에 분포하고 있으며, 자살률은 70대 이상이 61.3명으로 평균 자살률 2.4배에 달한다. 우리나라의 OECD 연령 표준화 자살률[7)] 산출 시 자살률 23.6명로

6) 2023년 4월 발표된 '제5차 자살예방기본계획'의 추진배경 중 코로나 이후 정신건강 현황을 중심으로 기술함

OECD 국가 중 1위에 해당된다.

그림 7. 연령별 자살률 추이 및 OECD 국가자살률 비교



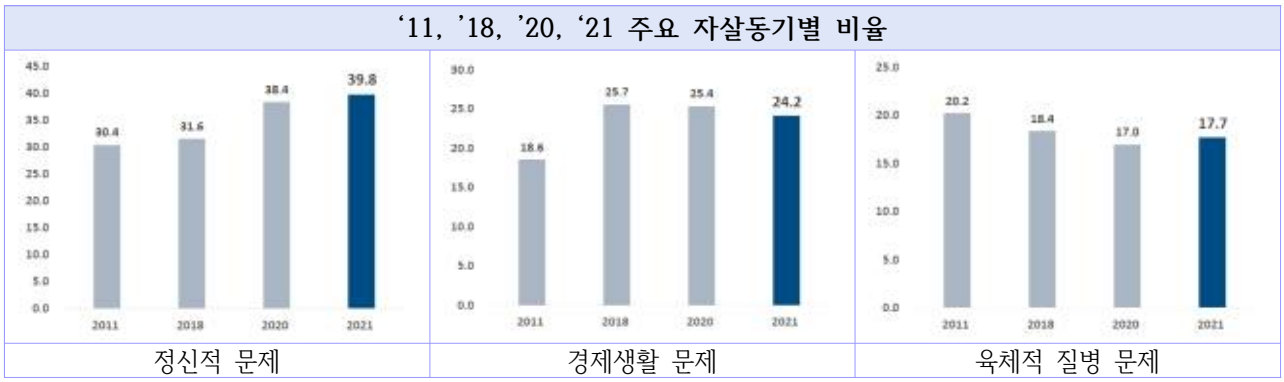
* 자료: OECD.STAT, Health Status Data(2022. 9. 추출), 우리나라 최근 자료는 OECD 표준인구로 계산한 수치임

자살의 동기는 복합적이나, 주된 원인은 정신적 문제(39.8%), 경제생활 문제(24.2%), 육체적 질병(17.7%) 문제 순으로 알려져있다(2021년 경찰청 변사자료 자살

7) 국가 간 자살률 비교를 위해 국가별 연령구조의 차이에서 비롯된 사망 수준 차이를 보정한 값

통계). 코로나 이후 정신적 문제 증가하여 39.8%를 차지하고 있고, 경제생활 문제·육체적 질병 문제는 다소 감소하는 추세이다. 그러나, 성별, 연령에 따라 자살의 동기는 다소 차이가 있어 여성의 경우, 전연령대에서 정신적 문제가 1위를 차지하고 있고 남성의 경우 11세~30세는 정신적, 31세~60세는 경제적, 61세 이상은 육체적 질병 문제가 1위로 나타났다. 경제적 취약, 정신건강문제, 만성신체질환 여부는 자살에 직접적인 영향인 영향을 주는 것으로 알려져 있다('13~'17 전국 자살사망 분석 결과보고서).

그림 8. 주요 자살동기별 비율(제5차 자살예방기본계획, 관계부처합동)



소득에 따라 분석하면, 건강보험료 소득분위구간별 분석결과 자살사망발생률은 의료급여구간(43.5명)>하위구간(30.0명)>중위구간(24.6명)>상위구간(19.1명) 순으로 나타났으며, 자살사망자 중 정신질환 이력이 있었던 경우 56.2%('13~'17 연평균), 정신질환자 10만 명당 자살사망발생률로 평균 215.5명(전체 평균의 8.6배)에 달하는 것으로 나타났다. 자살사망자 중 만성신체질환 이력이 있었던 경우는 81.6%('13~'17 연평균)에 해당된다. 자살에 대한 사회적 접근에서 눈에 띄는 것은 자살수단에 있어 2012년 그라목손 등 고독성 농약에 대한 판매취소 이후 농약중독으로 인한 자살은 감소, 자살 수단에 대한 개입은 자살사망자 감소로 이어졌으며, 특히 65세 이상 노인 자살률(명)에 있어 2009년 78.8명에서 2021년 42.2명으로 감소하는 변화가 있었다. 자살수단에 대한 개입은 자살예방을 위한 보편적으로 중요한 근거 기반 정책으로 수단에 대한 개입은 전체 자살률 감소로 이어지며(WHO., '14·'21), 자살수단 접근제한 시 자살시도를 지연시켜 충동이 지나가는 효과를 나타내고 있다. 이는 2021 응급실기반 자살시도자 사후관리사업 보고서(보건복지부)에서서도 확인할 수 있는데, 자살시도자의 대부분(89.7%)이 순간의 충동으로 자살시도를 하며, 자살시도 후 생존한 사람들 중 약 90%는 그 이후로 자살로 사망하지 않거나(Owens et al., 2002), 이전에 시도했던 수단보다 치명적이지 않은 것으로 대체하는 경향(de Silva, Senanayake, Dias, & Hanwella, 2012)이 있는 것으로 알려져있다.

이러한 내용들을 종합하여 **노년층의 정신건강 이슈에 대해 초점화하면, 코로나팬데믹 이후 국민을 대상으로 한 전방위적인 심리정서지원대책 등으로 인하여 코로나로 인한 정신건강 지표의 변화가 크지 않은 것으로 나타났으나, 여전히 노년층의 자살률**

은 국제적 수치 및 국내 평균치와 비교하여 2~3배 이상 상당히 높은 것으로 나타나고 있으며, 정신건강 문제에 따른 자살을 고려할 때 노년층 중에서도 여성에 대한 정신건강적 접근을 보다 적극적으로 할 필요가 있다. 육체적 질병 문제 및 만성신체질환 이력과 정신건강 및 자살 이슈가 밀접한 만큼 노년층의 사회적 고립 및 돌봄 지원에 있어서도 이를 고려한 접근이 요구된다.

2) 관련 기본계획(자살예방기본계획, 정신건강복지기본계획, 고독사예방기본계획, 지역사회 통합돌봄 기본계획)의 비교 분석

노년층의 사회적 고립과 정신건강과 관련한 정책적 방향성을 살펴보기 위하여 밀접한 관련성이 높은 기본계획으로 자살예방기본계획, 정신건강복지기본계획, 지역사회통합돌봄기본계획, 지역사회통합돌봄기본계획을 선정하였다. 각 기본계획의 법적 근거, 최초 수립시기, 수립 배경, 비전 및 특징 등을 비교·분석하면 다음 <표 6>과 같다.

표 6. 자살예방기본계획, 정신건강복지기본계획, 고독사예방기본계획, 지역사회 통합돌봄기본계획의 비교

구분	자살예방기본계획	정신건강복지기본계획	고독사예방기본계획	지역사회 통합돌봄기본계획
법적 근거	- 자살예방법 제7조1항	- 정신건강복지법 제4조의3, 자살예방법 제7조	- 고독사예방법 제6조	- 커뮤니티케어법(가칭) 추진중
기본계획 최초 수립시기	- 2004년 보건복지부 주도의 자살예방 5개년 기본계획(제1차 자살예방기본계획) 최초 수립	- 2016년 정신건강 종합대책(제1차 정신건강복지기본계획) 수립(12개 전략, 32개 정책과제 제시)	- 2023년 5월 18일 제1차고독사예방기본계획 최초 수립	- 2018년 지역사회 통합돌봄 기본계획 수립
기본계획의 수립 배경	- 2004년 이전까지 자살은 개인의 문제로 치부되어 국가적인 차원의 자살예방대책 수립이 이루어지지 않았으나, 2003년 OECD가입국 중 자살률 1위를 차지함에 따라 2004년 12월 자살예방 5개년 계획(2004~2008)을 수립함	- 정신건강증진 종합대책(2012년), 국민건강증진종합계획(HP 2010, 2020)에 정신건강이 포함된 바 있으나, 실행계획이 부재하여 계획 실행에 대한 체계적 관리, 충분한 확충, 법령 개정 미흡으로 인해 WHO 권고기준에 맞춰 5개년 종합대책 수립	- 사회적 고립·단절 상태에서 누구의 도움도 없이 사망하고, 일정 시간이 흐른 뒤에 발견되는 고독사 문제가 지속저긍로 증가하고 사회구조 변화에 따라 임종 순간까지 인간의 존엄을 보장하기 위한 고독사 예방 최초의 기본계획 수립	- '모두가 누리는 포용적 복지국가'를 20대 국정전략으로 두고, 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)을 추진하여 포용적 복지를 완성하고자 하는 목표를 세움
기본계획 수립주기	- 5년	- 5년	- 5년	
기본계획의 변천	- 2008년 제2차 자살예방 종합대책(제2차 자살예방기본계획) - 2016년 정신건강 종합대책(제3차 자살예방기본계획): 3대 추진 전략과 10대 과제 및 20개 세부과제 - 2018년 자살예방국가행동계획 발표: 6개 분야 54개 과제 - 2023년 제5차 자살예방기본계획 발표	- 2016년 최초수립 후 2021년 온국민 마음건강 종합대책(제2차 정신건강복지기본계획) 수립	- 2023년 최초 수립	- 2018년 최초 수립하였으며, 2025년까지 지역사회 통합 돌봄 제공기반 구축 목표로 함
기본계획의 비전	- 자살로부터 안전한 사회 구현(2023년 발표-2018년 발	- 마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라(2021년 발표)	- 사회적 고립 걱정 없는 촘촘한 연결 사	- 노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수

구분	자살예방기본계획	정신건강복지기본계획	고독사예방기본계획	지역사회 통합돌봄기본계획
	표와 동일)		회	있는 포용국가
정책목표 /추진전략	- 생명안전망 구축 - 자살위험요인 감소 - 사후관리 강화 - 대상자 맞춤형 자살예방 - 효율적 자살예방 추진기반 강화	- 전 국민 정신건강증진 - 정신의료 서비스/인프라 선진화 - 지역사회 기반 정신질환자 사회통합 추진 - 중독 및 디지털기기 등 이용장애 대응 강화 - 자살로부터 안전한 사회 구현 - 정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	- 고독사 위험군 발굴 및 위험 정도 판단 - 사회적 고립 해소를 위한 연결 강화 - 생애주기별 서비스 연계·지원 - 고독사 예방·관리 정책 기반 구축	- 과제-1. 지역의료·돌봄 연계 체계 구축을 위한 돌봄 관련, 제도· 서비스·전달체계 등 재구조화 추진 - 과제-2. 다양한 지역의료와 돌봄을 연계하고 검증·확산하기 위한 현장 리빙랩(Living Lab) 운영 - 과제-3. 커뮤니티케어 추진 제도적 기반 구축
기본계획의 특징	- 범부처 차원의 5개년 종합대책 - '자살로부터 안전한 사회 구현'을 비전으로 자살률(인구 10만명 당 자살사망자 수)을 2027년까지 30% 감소('21년 26.0명→'27년 18.2명) 목표 - 코로나19 이후 사회적 고립과 경제적 어려움 등 사회경제적 변화로 자살률이 급증할 가능성에 대비해 지역사회 생명안전망 강화 - 생명존중안심마을 조성으로 자살예방 강화 - 정신건강 검진의 빈도와 범위 대폭 확대(20~70대 대상 정신건강검진 주기를 신체건강과 동일하게 2년마다 실시), 우울증 외 조현병·조울증 추가/청년층(20세~34세)에 우선적으로 도입하여 연령층을 단계별로 확대 - 자살유발정보 모니터링부터 신고·구조·수사의뢰까지 즉각 대응, SNS 상담도 도입 - 자살시도자·유족 등 고위험군 대상 상담, 치료비 등 집중 지원	- 범부처 차원의 5개년 종합대책 - 2016년 '행복한 삶, 건강한 사회'라는 비전 아래 관계부처 합동으로 발표된 정신건강 종합대책(2016-2020)은 정책목표로 국민의 정신건강증진, 중증정신질환자 지역사회 통합, 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화, 자살위험 없는 안전한 사회 구현을 제시함 - 정신건강 종합대책(2016-2020)은 국민의 정신건강증진을 비롯해 중증정신질환자, 중독, 자살에 대한 포괄적인 관리를 목표로 12개 전략, 32개 정책과제를 제시함	- 범부처 차원의 5개년 종합대책 - 2027년까지 전체 사망자 100명당 고독사 수 20% 감소('21년, 1.06명 → '27년, 0.85명)를 목표 - 일상생활 속에서 고독사 위험군을 발굴하기 위해 고독사 예방 게이트키퍼 양성 - 고독사 취약 지역을 대상으로 위험군 발굴조사 실시 - 고독사 위험군의 특성을 반영한 고독사 위기정보 및 발굴 모형 개발 - '고독사 예방·관리 시범사업' 확대, 생애주기별 서비스를 집중 연계·제공 - 지방자치단체 통합사례관리사 확충, 고독사정보시스템 구축, 중앙 및 지역 단위로 사회적 고립 예방·지원센터 지정, 고독사 예방·관리를 위한 민·관 협력체계 구축 - 매년 고독사실태파악	- 2018~2022년은 선도사업 실시 및 핵심 인프라 확충 단계, 2025년까지는 지역사회 통합 돌봄 제공기반 구축 단계, 2026년부터는 지역사회 통합 돌봄 보편화 단계로 로드맵 구성 (현 정부는 의료서비스 강화에 중점, '노인의료돌봄 통합지원사업으로 명칭 변경) - 4대 핵심요소(주거, 건강의료, 요양돌봄, 서비스연계)를 중심으로 지자체 시범사업 진행 - 커뮤니티케어 기본계획('18.11월), 커뮤니티케어 전문위원회 운영 등을 통해 분야별 재가서비스 지속 확충 - 노인맞춤돌봄서비스, 지역사회통합건강증진 등 유사·분절적 사업 통합, 각 사업별 지침(지역사회서비스 투자사업, 읍면동 찾아가는 보건복지서비스) 내 커뮤니티케어 연계 내용 반영 등 지속 추진

출처: 정순둘 외(2022)에서 제시된 표를 기반으로 제5차 자살예방기본계획, 제1차 고독사예방기본계획 등을 추가하여 수정·보완함

5. 노년층의 사회적 고립 및 정신건강 관련 주요 쟁점

1) 노년층 정신건강의 심각성 및 지원의 필요성에 비하여 서비스의 질적, 양적 부족

사회적 고립과 정신건강은 상호연관적이며, 복잡하고 다요소적인 것으로 알려져 있다. 지속적인 외로움은 스트레스 호르몬, 면역 기능, 심혈관 기능에 영향을 미치며, 우리의 행동을 변화시켜 약물 복용과 같은 위험한 습관에 탐닉할 가능성을 증가시킴으로써 불안, 편집증과 같은 정신질환의 위험을 높이며, 외로움은 자살 위험도 증가시

키는 것으로 알려져 있다(Griffin, 2010; 박민진, 김성아, 2022 재인용). 이러한 점을 고려할 때 노년층의 사회적 고립 및 정신건강 지원을 위하여 보다 적극적인 노년층 정신건강사업 실행이 요구된다. 2023년 9월 21일 발표된 2022년 사망원인통계(통계청, 2023)에서 60대 이상의 자살률은 전체 평균 25.2명을 상회할 뿐 아니라 80세 이상의 자살률은 60.6명으로 평균의 2.4배에 달해 노년층의 정신건강 상의 어려움이 여전히 심각한 것으로 나타났다. 이러한 노년층의 자살률, 우울, 사회적 지지의 약화 등에도 불구하고, 현재의 정신건강 정책 및 제도에서 노년층에 대한 정신건강서비스 지원은 매우 제한적으로 이루어지고 있다. 생애주기별 정신건강 증진을 위하여 각 지자체의 정신건강복지센터에서 노년층을 대상으로 하는 정신건강서비스 제공 및 증진사업들을 실행하고 있으나, 보건복지부의 정신건강사업 업무지침에 있어 기초정신건강복지센터 주요업무에 중증정신질환자 관리사업가 우선하고 있어 지자체에 따라 노인정신건강을 위한 사업 실행이 양적, 질적으로 편차가 큰 편이다.

최근 이러한 제한점을 인식하여 경기도에서는 기존의 청년마인드케어와 함께 2023년 노인정신건강 외래치료비지원사업인 '경기도 어르신마인드케어'로 우울증으로 정신건강이 취약한 노인을 위해 연 최대 36만원까지 정신과 외래치료비를 지원함으로써 경제적 부담을 완화해 적극적인 치료 및 관리를 돕는 사업 등이 신설되는 등[8]의 변화가 있다.

아울러, 수원시의 경우에는 기초정신건강복지센터를 지자체 단위인 구별로 운영하지 않고, 생애주기 및 욕구별로 구분하여 아동청소년정신건강센터, 행복정신건강복지센터(일반시민 대상), 노인정신건강복지센터(65세이상 노인 대상), 성인정신건강복지센터(중증정신질환자 대상), 중독관리통합지원센터를 운영하고 있어 노년층의 정신건강 지원 및 사회적 고립 예방을 위해 초점화된 사업들을 적극적으로 시행하고 있어 이를 참고할 수 있을 것이다. 우울관리, 화병관리, 수면관리 프로그램 및 치매안심학교, 금메달사례관리 등 [질환군대상], 노인정신건강종합검진, 노인자살예방사업, 마음맺음프로그램, 화병클리닉 등 [고위험군대상], 효실천캠페인 111플러스 운동, 미소심기 캠페인, 노인정신건강권리장점 선포식 등 [정상군대상], 손마사지 약손봉사단, 가족프로그램/자조모임, 가족교육, 어르신환경지킴이 등 [가족/자원봉사대상] 사업을 전국 최초로 노인만을 대상으로 특화하여 운영중에 있다. 기초지자체(구) 단위로 정신건강복지센터가 운영되지 않기 때문에 물리적인 제약이나 지역별 특성이 제한적으로 반영된다는 점에서 모든 지자체에 일반화할 수는 없겠으나, 질적인 편차가 큰 정신건강복지센터의 노인정신건강사업을 고려할 때 수원시노인정신건강복지센터가 시사하는 바가 크다고 하겠다.

2) 노년층의 사회적 고립에 있어 고립의 특성을 고려한 접근 필요

8) 노인우울치료비지원제도가 기존에 있었으나, 자살예방센터 등록 등을 필요로 요구하여 사업 실행에 제한점이 있었음

첫째, 노년층의 사회적 고립 예방을 위해서는 사회적 고립 가구에 대한 단순 지원을 넘어 지역사회 내 공동체 및 사회적 지지 자원을 마련해 나가는 것이 요구된다. 고독사 실태조사를 통해 고독사 사례에서 기초연금, 노인장기요양, 물품지원, 취업지원, 요금감면 등 기초생활보장 수급자(44.3%)를 포함해 상당수(86.3%)가 각종 사회보장 지원을 받은 이력을 보유하였음에도 고독사로 사망하였다는 것을 확인할 수 있었던 만큼 단순 지원 이상의 지역사회 내 사회적 지지 자원 및 공동체를 연결해나가는 것이 중요할 것이다. 연령과 성별을 동시 고려하였을 때 50대 남성(27.0%) 및 60대 남성(25.8%)이 가장 큰 위기로, 50~60대 남성*에 대한 고독사 예방이 중요한 것으로 알려졌으며, 여성의 경우에는 60대, 70대 순으로 고독사 문제가 심각한 것으로 고독사 실태조사(보건복지부, 2022)에서 드러난 만큼 경제적 취약가구 발굴 중심인 복지 사각지대 발굴시스템 외에 고독사 특성을 반영한 발굴체계 구축 및 연계가 필요하다.

둘째, 사회적 고립 예방을 위하여 노년층에 개입하는 경우 고립의 특성을 고려한 섬세한 개입이 요구된다. '건물주도 못 피한 고독사…가난과 불화의 슬픈 고립'(임민정, 김혜민, 2022. 6.26.)의 기사와 같이 사회적 고립의 양상이 다양해진 만큼, 서울시사회적고립가구지원센터의 대응절차와 같이 거부 분석(거부 받아들이기, 단순거부와 적극적 거부 구분)->한 발짝 떨어져서 지켜보기(모니터링 지속, 주변관계 활용)->최소한의 관계 유지(연락처 남기기, 간접적으로 만나기-메모, 문고리 대화, 홍보지 정기발송)->실질적 지원내용 개발하기(다양한 정보 및 서비스 안내, 지속적 관심으로 라포형성)의 전략을 사용하는 것도 한 방법이 된다. 아울러, 사회적으로 고립된 노년층 중에는 1인 가구 외에도 장애 및 정신질환, 알코올중독 등을 앓고 있는 가족이 있거나, 노인 학대 등으로 인하여 고립을 선택하는 사례들도 빈번한 만큼 이를 고려한 접근이 요구된다.

셋째, 노년층의 사회적 고립 예방을 위한 접근에 있어서 안전안부 확인 등에 AI 및 IoT 기술을 접목한 서비스들을 제공되고 있고 나름의 성과를 가지고 있으나, 전통적인 방식의 사업 실행 및 홍보의 비중도 절대 줄여서는 안 될 것이다. 1인 가구의 비율이 느는 만큼 고립사 또한 늘 수 밖에 없다는 점에서 제1차 고독사예방기본계획 중 추진과제로 자신의 '사회적 고립 및 고독사 위기' 척도를 점검함으로써 국민 스스로 고독사에 대한 경각심 강화 및 자발적인 행동 변화를 유도한다는 내용이 포함되어 있다. 이러한 인식개선사업 등이 전개됨에 있어 온라인 중심의 홍보 및 배포는 노년층의 정보 소외로 인한 제한이 있을 수 있는 만큼 전통적인 홍보 및 접근까지 세심하게 고려하여 접근할 필요가 있으며, 특히 노인의 디지털 정보화 유형을 분석한 결과, 디지털 정보화 수준이 낮은 그룹의 평균연령이 후기 노인 연령에 해당되고, 여성이 72.1%를 차지했다는 점(김제희 외, 2022)에서 이러한 특성을 고려하여야 할 것이다.

3) 정책적 접근 및 통계 현황에서 노년층(노인) 소외 고려 필요

저출산고령화 등 우리 사회의 구조적 변화와 맞물려 과거에 비하여 특정 세대/계층을 연대기적으로 규정하고, 해당 세대의 특성을 일반화하는 것은 쉽지 않지 않으며, 그 어느 때보다 세대갈등의 이슈가 정치적으로도 민감하게 다뤄지는 시기이다. 2020년 시행된 청년기본법에서는 만19세부터 34세 이하를 청년으로 정의하고 있지만, 지자체에 따라 39세나 49세(울진, 보성 등)까지도 조례를 통해 청년층으로 분류하기도 한다. 노년층의 사회적 고립 및 정신건강 지원에 있어서는 장년층과 노년층이라는 용어 사용에 있어 연령의 기준을 어떻게 적용할 것인가 하는 이슈가 남게 된다. 노년층과 장년층에 대한 구체적인 연령 범위 및 명칭에 대한 합의는 부재하지만, 관련 법령과 정부부서에서는 40~64세(통계청), 50~64세(고용노동부, e 나라도움), 55세 이상(고령자고용촉진에 관한 법률)을 장년, 중년, 중장년, 신중년, 준고령자, 고령자 등으로 다양하게 명명하고 있으며(장수미 외, 2022), 국고보조금통합관리시스템(e 나라도움)에서 제시한 생애주기 분류는 50세~64세를 장년, 65세 이상을 노년으로 구분하고 있다. 법적 연령을 기준으로 하였을 때 노인은 65세 이상으로 적용되나, 보건복지부의 고독사 위험군 추정[9] 연구 용역(관계부처합동, 2023b) 등에서는 중장년을 40~60대, 노인을 70대 이상으로 구분하여 결과를 발표하였으며, 고독사를 비롯한 사회적 고립 문제 접근에 있어 통계가 10년 단위로 구분, 발표되고 있다는 점에서 중장년층을 50, 60대로, 노년층을 70대 이상으로 구분하고 있다.

이슈에 따라 근거 법령 및 통계 생산 기준 등을 고려해 노년층의 연대기적 구분의 적용에 차이가 있을 수는 있으나, 75세를 전후로 건강 기능 및 돌봄 욕구에 큰 차이가 생긴다는 측면에서 65세 이상~74세 이하를 전기노인, 75세 이상을 후기 노인으로 구분하여 정책적, 실천적 접근에 있어 섬세한 지원이 요구되며, 노년층에 대한 보다 적극적이고 예방적인 지원이 요구된다는 점에서 세대별 구분에 있어 60대를 장년층과 노년층 중 어느 쪽으로 구분할 것인지의 기준 및 이해에 대한 논의 및 환기가 요구된다.

2023년 4월 발표된 제5차 자살예방기본계획은 정신건강 검진의 빈도와 범위를 대폭 확대하여 신체건강과 동일하게 정신건강검진 주기를 2년마다로 변경하고, 우울증 외 조현병, 조울증도 추가한다고 하나, 이르면 2025년부터 청년층에 우선적으로 도입하여 연령층을 단계별로 확대하는 것으로 발표함으로써 노년층은 상대적으로 소외될 것이 우려된다. 사회적으로 노년층은 노령연금, 기초생활수급자 등으로 다른 세대(청년층 및 중년층)에 비하여 복지제도에 편입된 비율이 매우 높다는 점에서 상대적으로 사회적 고립 정도가 낮을 것으로 예상하나, 실제 2021년 고독사 현황 분석에서 60대 이상이 38.8%를 차지하고(보건복지부, 2022) 제1차 고독사예방기본계획수립연구(정순둘 외, 2022)의 고독사 고위험군 위험기준 적용시 나타난 고독사 고위험군의 비율을

9) 통계청 통계승인 과정에서 유사 통계(연령별 1인 가구 수 및 사망자 수)가 10세 단위로 산출 중인 점을 고려하여, 비교 분석을 위하여 고독사 통계도 10세 단위로 산출되었다고 밝힘

고려할 때도 사회적 고립 및 정신건강 측면에서 노년층이 사회적 환기 및 정책적 이슈에서 소외되지 않아야 할 것이다.

살아갈 힘

시바타 도요[10)]

나이 아흔을 넘기며 맞는
하루하루
너무나도 사랑스러워

뺨을 어루만지는 바람
친구에게 걸려 오는 안부전화
집까지 찾아와 주는 사람들

제각각 모두 나에게
살아갈 힘을 선물하네

10) 초등학교 졸업 학력에 평생 여관 보조, 재봉 일을 해온 가난한 여성이었던 시바타 도요(1911~2013)는 92세에 처음 시를 쓰기 시작해 99세가 되던 2010년 첫 시집을 펴냈으며, 일본에서 시집으로는 최초로 150만부 이상이 판매되는 등 사회적 반향을 일으킴. 살아갈 힘은 약해지지마 1(시바타 도요, 2010)에 수록되어 있음

참고문헌

고숙자, 이아영, 황남희, 장익현, 안영, 정영호(2021), 고독사 실태조사 설계 연구. 세종: 보건복지부.

관계부처합동(2023a). 제5차 자살예방기본계획('23~'27).

관계부처합동(2023b). 제1차 고독사예방기본계획('23~'27).

김제희, 하석철, 황남희(2022). 인천시 노인 디지털 정보 격차 실태 및 지원방안. 인천고령사회대응센터.

김춘남·박승민·박승희·김서인(2018). 사회적 고립의 유형분석 및 지원방안. 경기복지재단.

임민정, 김혜민(2022. 6. 26.). 건물주도 못 피한 고독사…가난과 불화의 슬픈 '고립'. CBS노컷뉴스 https://www.nocutnews.co.kr/news/5777120 (2023. 8.30. 인출).

박민진, 김성아(2022). 1인가구의 외로움과 사회적 고립 및 정신건강 문제의 특성과 유형: 서울시 1인가구를 중심으로. 보건사회연구. 42(4). pp.127-141.

박선희·최영화. (2019). 고독사 및 사회적 고립 예방을 위한 지역사회안전망 강화 방안 - 대안적 정의와 정책방향 -. 부산복지개발원.

방혜선, 박봉선, 배은경, 장수미(2022). 청주시 장년층 1인가구 고독사 고위험군 심층조사 연구. 청주복지재단.

배은경, 정순둘, 유재언, 이하진(2023). 고독사 예방 및 관리를 위한 정책 방안 도출 연구: 델파이 기법을 중심으로. 보건사회연구, 43(2), 169-191.

배은경, 용태희(2023). 전라남도 고독사 실태 및 예방방안 연구. 전남사회서비스원.

송인주(2016). 서울시 고독사 실태파악 및 지원 방안 연구. 서울복지재단.

이상철·조준영. (2017). 다차원적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 미치는 효과: 연령집단의 상호작용효과 분석. 한국사회정책, 24(2), 61-86.

이태진, 김동진, 곽윤경, 이원진, 우선희, 김지원(2022). 사회통합 실태진단 및 대응방안 (IX): 포스트코로나 시대의 사회통합도 제고를 위한 정책 방향. 한국보건사회연구소.

이태진, 우선희, 김지원(2023). 코로나 19 전후 삶의 만족도와 사회통합 인식 변화. 보건복지포럼, 2023(9), 6-21.

정순둘, 배은경, 유재언, 조미정(2022). 제1차 고독사 예방 기본계획 수립 연구. 세종: 보건복지부.

정신영, 백재영(2023. 4. 25.). '생수 한병 사다 주세요' 무연고 이씨의 마지막 문자. 국민일보. https://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0018197622&code=61121111&cp=nv. (2023. 8.30. 인출).

채숙향 역(시바타 도요, 2010). 약해지지마 1. 지식여행.

최윤주, 전예비, 신예림, 이수비(2023). 신문에 보도된 고독사에 관한 탐색적 연구: 2012년~2022년 기사를 중심으로. 정신건강과사회복지, 51(1), 117-144.
표준국어대사전 https://stdict.korean.go.kr/
통계청(2022a). 2022 통계로 보는 1인 가구. 대전: 통계청.
통계청(2022b). 장래가구추계: 2020~2050년. 대전: 통계청.
통계청(2022C). 2022년 사회조사. 대전: 통계청.
통계청(2023). 2022년 사망원인통계 결과. 대전: 통계청.
OECD(2022). Better Life Index 2022