

서울시 비전형적 자살위험군 특성 분석

지역사회건강조사 2017·2021·2024년 자료 바탕



서울시정신건강복지센터는 기존 우울 중심의 자살위험군 발굴 체계에서 충분히 포착되지 않을 수 있는 집단의 규모와 특성을 파악하기 위해 비전형적 자살위험군을 분석하였다.

주요 결과 요약

- ✓ 서울시 자살위험군의 54.6%는 최근 1년간 자살생각은 있었으나 연속 2주 이상 우울감을 경험하지 않은 **비전형적 자살위험군**으로, 자살위험군의 절반 이상을 차지함
- ✓ 비전형적 자살위험군은 전형적 자살위험군에 비해 **다인가구·비수급자 비율**과 **정신건강 상담 미경험 비율**이 높고, **PHQ-9 기준 우울 고위험 비율**은 **상대적으로 낮게** 나타남
- ✓ 자치구별 비전형적 자살위험군 구성비는 **노인인구·1인가구·기초생활수급자 비율** 등 기존 취약지표와 **유의한 상관관계가 확인되지 않았으며**, 자치구별로 비전형적 자살위험군과 관련된 특성의 조합에도 차이가 나타남

시사점

- ✓ 비전형적 자살위험군의 특성을 고려할 때, 우울·경제적 취약성·1인 가구 등 특정 기준에 집중된 기존 위험군 발굴 접근을 보완하고 **다양한 발굴 접점을 검토**할 필요가 있음

서울시민 중
자살위험군 추정비율

6.6%

자살위험군 중
비전형적 자살위험군 비율

54.6%

서울시민 중 비전형적
자살위험군 추정비율

3.6%

분석 개요

■ **분석 자료:** 지역사회건강조사 2017·2021·2024년 통합자료

■ **분석 대상:** 전체 조사대상자(19세 이상) 689,351명 중 자살위험군 51,717명 / 서울 거주 자살위험군 4,726명

- **자살위험군:** 최근 1년간 자살생각을 경험한 사람

- **전형적 자살위험군:** 자살위험군 중 최근 1년간 연속 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감을 경험한 사람

- **비전형적 자살위험군:** 자살위험군 중 최근 1년간 연속 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도의 우울감을 경험하지 않은 사람

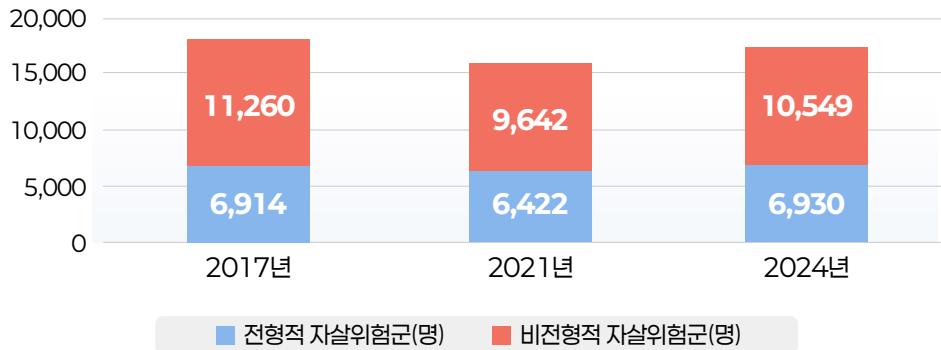
■ **분석 내용:** 전국·서울·비서울 및 서울시 자치구별 비전형적 자살위험군의 규모와 특성 비교

※ 지역사회건강조사의 표본설계를 반영한 복합표본 분석을 실시함

자살위험군의 규모 및 유형

- 연도별 자살위험군 분석대상자는 2017년 18,174명, 2021년 16,064명, 2024년 17,479명이며, 모든 조사연도에서 비전형적 자살위험군이 전형적 자살위험군보다 많게 나타남.

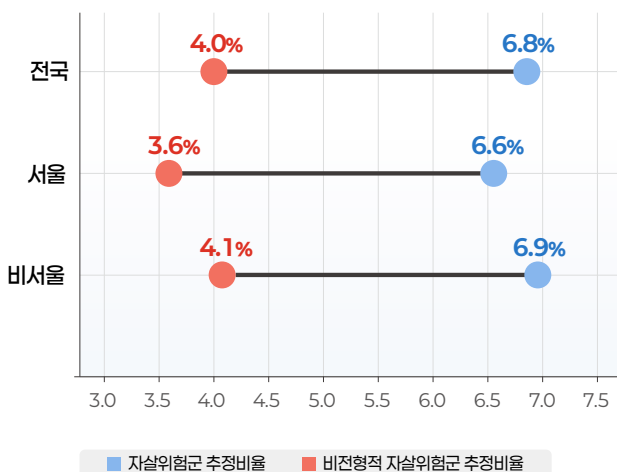
자살위험군 현황



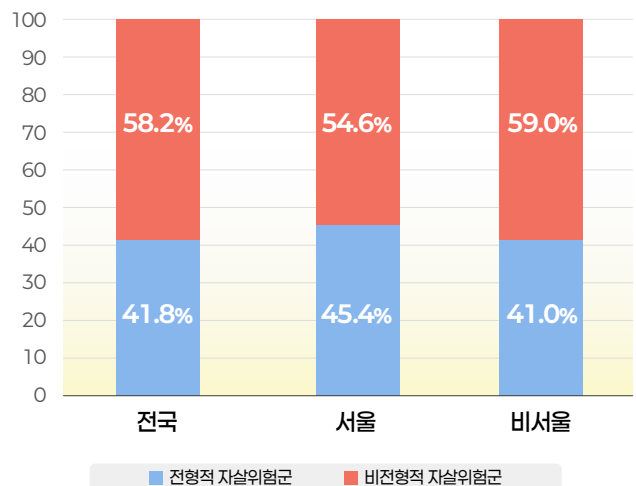
※ 인원은 실제 조사 응답자 수로, 모집단의 자살위험군 규모나 연도별 증감으로 해석하는 데에는 주의가 필요함.

- 3개년 통합 기준 자살위험군 추정비율은 전국 6.8%, 서울 6.6%, 비서울 6.9%였으며, 비전형적 자살위험군 추정비율은 전국 4.0%, 서울 3.6%, 비서울 4.1%로 서울이 전국 및 비서울보다 다소 낮게 나타남.
- 반면 자살위험군 내 비전형적 자살위험군 구성비는 전국 58.2%, 서울 54.6%, 비서울 59.0%로, 모든 지역에서 자살위험군의 절반 이상을 차지함.

자살위험군의 추정비율(3개년 통합)



자살위험군 유형별 구성비(3개년 통합)



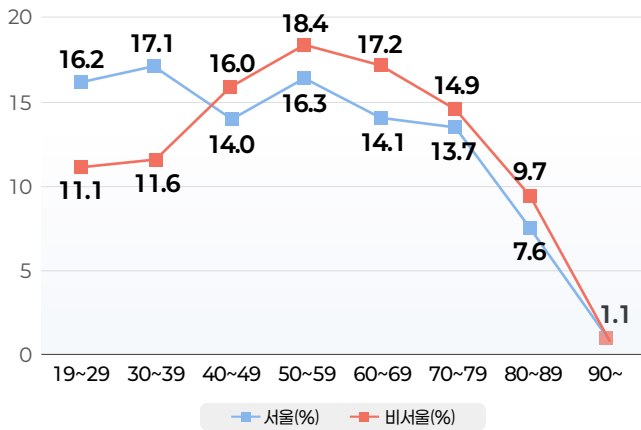
서울의 비전형적 자살위험군 추정비율은 전국 및 비서울보다 다소 낮았으나, 서울 자살위험군의 54.6%로 절반 이상을 차지하였음.



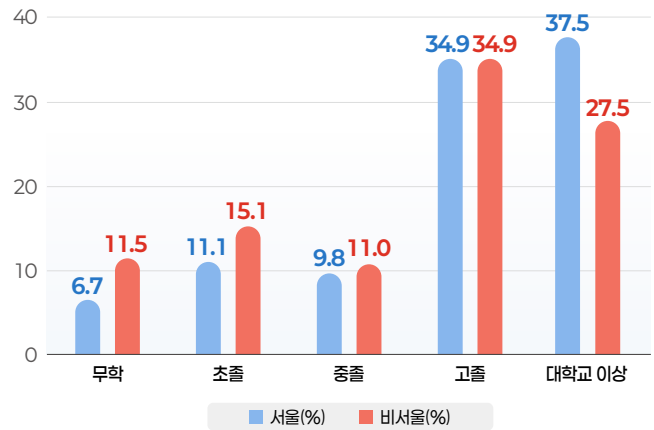
서울·비서울 비전형적 자살위험군 비교

서울과 비서울의 비전형적 자살위험군 특성을 비교하여 지역별 구성 차이를 살펴보았음.

서울·비서울 비전형적 자살위험군의 연령별 분포



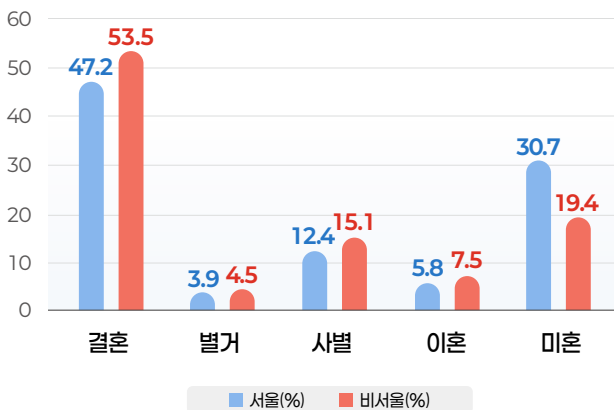
서울·비서울 비전형적 자살위험군의 교육수준별 분포



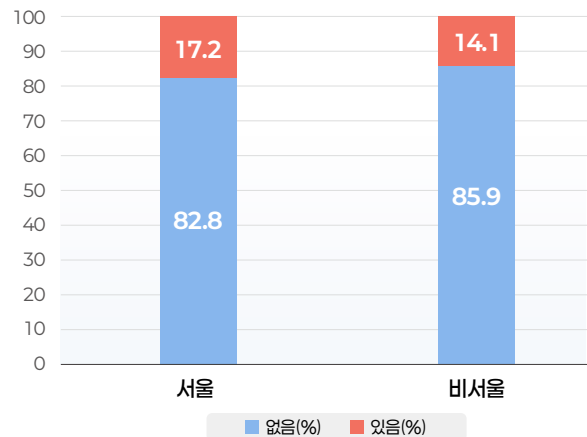
서울의 비전형적 자살위험군은 19~39세에서 비서울보다 높은 비율을 보였으나, 40~80대에서는 비서울의 비율이 상대적으로 높게 나타났음.

서울의 비전형적 자살위험군의 교육수준을 살펴보면, 대학교 이상 비율이 37.5%로 비서울 27.5%보다 10.0%p 높게 나타난 반면, 무학·초등학교 졸업 비율은 비서울에서 상대적으로 높게 나타났음.

서울·비서울 비전형적 자살위험군의 혼인상태 분포



서울·비서울 비전형적 자살위험군의 상담경험 분포



서울의 비전형적 자살위험군의 혼인상태를 살펴보면 미혼 30.7%로 비서울보다 높게 나타난 반면, 비서울은 결혼 53.5%, 별거 4.5%, 사별 15.1%, 이혼 7.5%로 미혼을 제외한 모든 항목에서 높게 확인됨.

정신건강 상담 경험이 있는 비율은 서울 17.2%, 비서울 14.1%로, 서울이 비서울보다 3.1%p 높게 나타남.

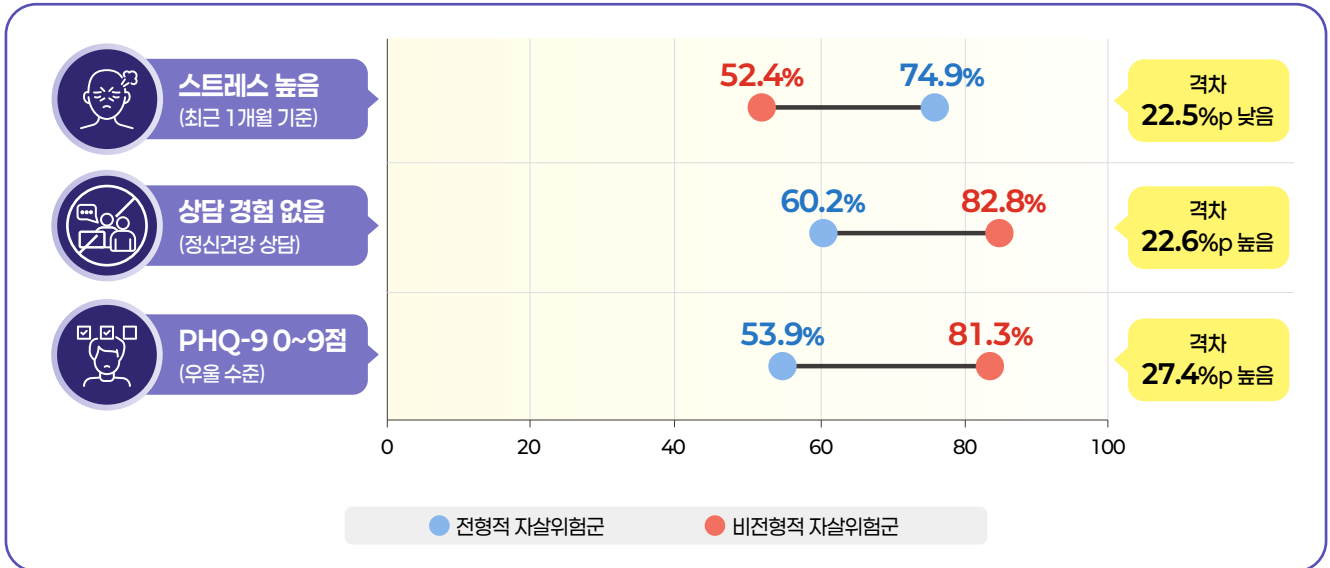


서울의 비전형적 자살위험군은 비서울보다 청년·청장년층, 고학력·미혼 비중과 정신건강 상담 경험 비율이 상대적으로 높아 지역에 따른 구성 차이가 확인되었음.

서울 전형적·비전형적 자살위험군 비교

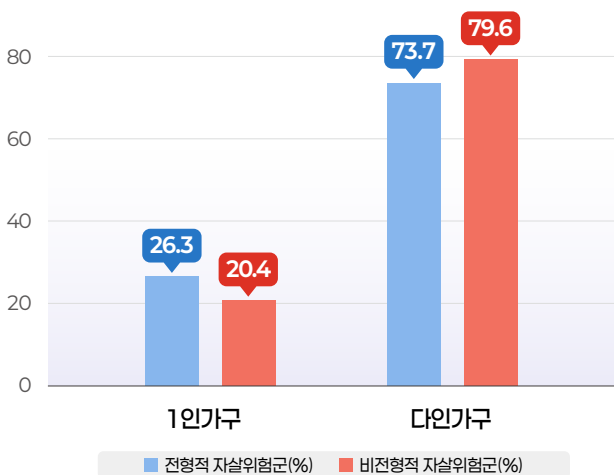
- 서울의 전형적 자살위험군과 비전형적 자살위험군을 비교함.
- 비전형적 자살위험군은 전형적 자살위험군에 비해 스트레스 높음의 비율은 낮고, 정신건강 상담 경험 없음 및 PHQ-9 0~9점 비율은 높게 나타남. 특히 정신건강 상담 경험 없음은 82.8%, PHQ-9 0~9점은 81.3%로 나타남.

서울 전형적·비전형적 자살위험군의 정신건강 특성

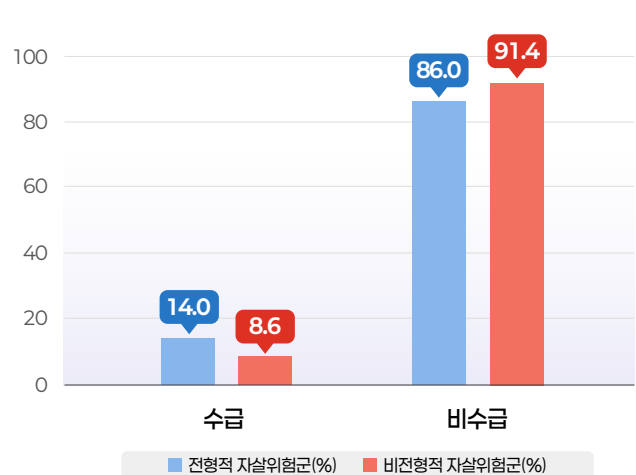


- 또한 비전형적 자살위험군은 다인가구 비율 79.6%, 비수급자 비율 91.4%로 전형적 자살위험군보다 높게 나타남.
- 이외에도 연령, 혼인상태, 경제활동 참여, 삶의 질(EQ-5D), 행복지수에서 전형적·비전형적 자살위험군 간 유의한 차이가 확인됨.

서울시 전형적·비전형적 자살위험군의 가구형태 비교



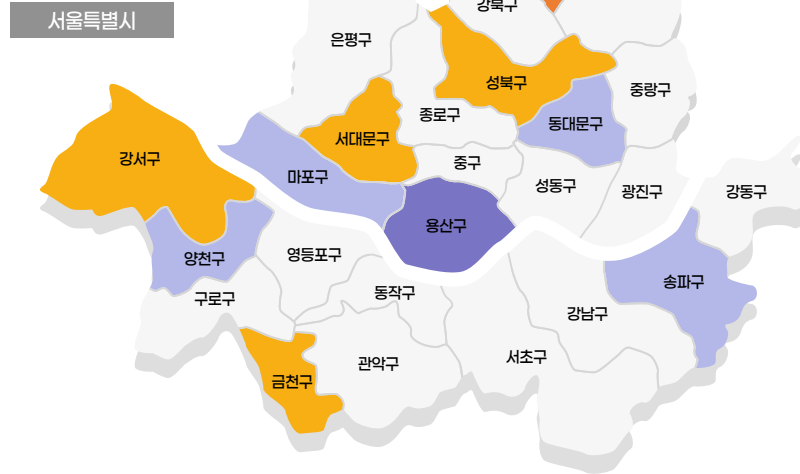
서울시 전형적·비전형적 자살위험군의 기초생활수급 비교



서울의 비전형적 자살위험군은 전형적 자살위험군보다 우울 수준은 상대적으로 낮고 정신건강 상담 미경험 비율은 높았으며, 다인가구와 비수급자 비율도 높아 서로 다른 특성을 보였음.

자치구별 전형적·비전형적 자살위험군

자치구별 비전형적 자살위험군 추정비율

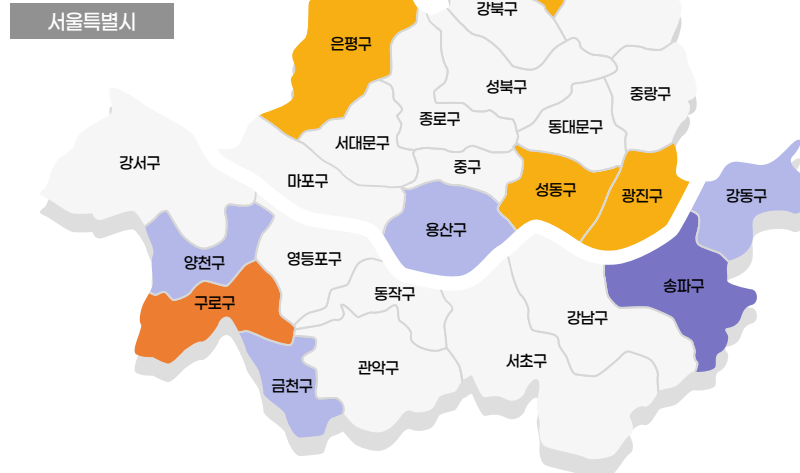


자치구별 전체 인구에서 비전형적 자살위험군이 차지하는 추정비율을 살펴보면, 도봉구 5.7%, 강서구 5.0%, 금천구 5.0%, 서대문구 4.7%, 성북구 4.6%가 높게 나타났으며, 용산구 2.1%, 송파구 2.3%, 양천구 2.5%, 동대문구 2.8%, 마포구 2.8%는 하위 5개의 자치구로 확인됨.

비전형적 자살위험군 추정비율

구분	1위	2위	3위	4위	5위
상위	도봉구(5.7)	강서구(5.0)	금천구(5.0)	서대문구(4.7)	성북구(4.6)
하위	용산구(2.1)	송파구(2.3)	양천구(2.5)	동대문구(2.8)	마포구(2.8)

자치구별 자살위험군 내 비전형적 자살위험군 구성비



자치구별 자살위험군 중 비전형적 자살위험군이 차지하는 비율인 비전형적 자살위험군 구성비를 살펴보면, 상위 5개 자치구는 구로구 64.3%, 성동구 62.2%, 도봉구 61.2%, 은평구 60.0%, 광진구 59.7%로 나타났음. 하위 5개 자치구는 송파구 47.5%, 양천구 47.7%, 용산구 47.8%, 강동구 48.4%, 금천구 49.1%로 확인됨.

자살위험군 내 비전형적 자살위험군 구성비

구분	1위	2위	3위	4위	5위
상위	구로구(64.3)	성동구(62.2)	도봉구(61.2)	은평구(60.0)	광진구(59.7)
하위	송파구(47.5)	양천구(47.7)	용산구(47.8)	강동구(48.4)	금천구(49.1)

※ 본 결과는 자치구 간 순위를 의미하지 않으며, 자치구별 특성을 비교·파악하기 위한 참고자료임.



자치구별 비전형적 자살위험군의 추정비율과 자살위험군 내 구성비에 차이가 확인되었으며, 두 지표의 지역별 양상도 서로 달랐음.

Q 자치구별 비전형적 자살위험군 탐색적 특성

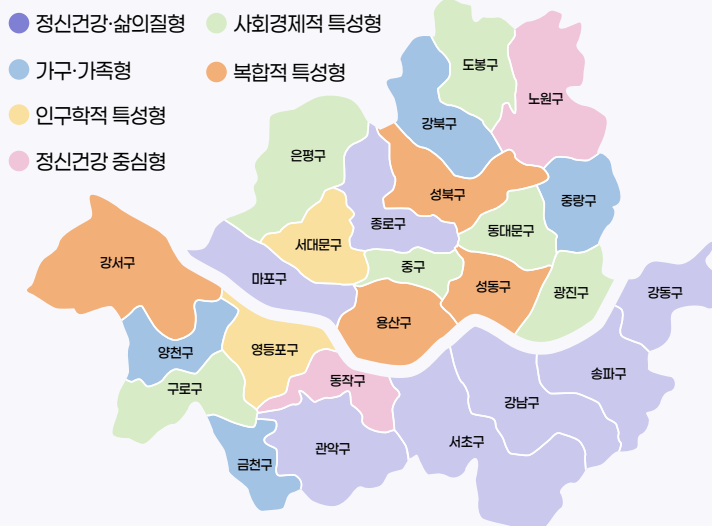
서울시 25개 자치구별로 전형적 자살위험군과 비전형적 자살위험군의 특성을 비교하고, 통계적으로 유의한 차이($p < 0.05$)가 확인된 변수를 중심으로 자치구별 특성을 살펴보았음.

변수군	포함 변수(유의한 차이가 확인된 자치구 수)
인구학적 특성	연령(4), 성별(0)
가구 및 가족 특성	혼인상태(3), 가구형태(5)
사회경제적 특성	교육수준(4), 경제활동(2), 기초생활수급(6)
정신건강 특성	스트레스(22), PHQ-9(23)
정신건강 서비스 이용	정신건강 상담 경험(23)
건강 관련 삶의 질 및 주관적 안녕	삶의 질/EQ-5D(15), 행복지수(17)

자치구별 분석 결과, 정신건강 관련 변수는 다수의 자치구에서 공통적으로 유의한 차이가 나타났음. 특히 스트레스, PHQ-9 및 정신건강 상담 경험은 대부분의 자치구에서 반복적으로 유의한 차이를 보여, 자치구별 인구사회학적 차이보다 정신건강 관련 특성이 비교적 일관되게 나타났음.

이에 따라 자치구를 6개 유형으로 탐색적으로 구분하고, 정신건강·삶의 질 확인, 가족·주변인을 통한 발굴, 연령층별 생활접점 활용, 지역사회 서비스 연계, 영역 간 협업 및 미접촉군 접근 등의 활용 착안점을 제시함.

자치구별 탐색적 유형화 결과(6개 유형)



유형	유형별 활용 착안점(예시)
정신건강·삶의 질형	자가검진·상담 시 정신건강과 삶의 질·주관적 안녕을 함께 확인하는 방안 검토
가구·가족형	가족·주변인을 활용한 위험군 발굴 및 관련 콘텐츠 등 정보 제공 방안 검토
인구학적 특성형	주요 연령층의 생활 접점과 정신건강 서비스 간 연계 모색
사회경제적 특성형	복지상담 등 지역사회 접점에서 자살생각 확인 및 정신건강 서비스 연계 검토
복합적 특성형	보건·복지·정신건강 등 다양한 지역사회 접점 간 협업·연계 모색
정신건강 중심형	정신건강 서비스에서 우울감과 별도로 자살생각을 확인하고 미접촉군 접근방안 점검

※ 유형별 활용 착안점은 탐색적 분석결과에 따른 예시로, 정책·사업의 우선순위를 의미하지 않음.



비전형적 자살위험군은 정신건강 관련 특성에서는 자치구 전반에 비교적 공통된 차이를 보인 반면, 인구사회학적 특성은 자치구별로 다르게 나타나, 공통적으로 확인되는 특성과 지역별 특성을 함께 고려한 접근을 검토할 필요가 있음.

I 결과 요약 및 시사점 I

결과 요약

- ✓ 서울의 비전형적 자살위험군 추정비율은 3.6%로 전국(4.0%) 및 비서울(4.1%)보다 다소 낮았으나, 서울 자살위험군의 54.6%로 절반 이상을 차지함.
- ✓ 비전형적 자살위험군은 전형적 자살위험군보다 우울 수준과 높은 스트레스 비율은 상대적으로 낮고, 다인가구·비수급자 및 정신건강 상담 미경험 비율은 높게 나타남. 다만 비전형적 자살위험군에서도 높은 스트레스 비율은 52.4%로 과반을 차지함.
- ✓ 자치구별 비전형적 자살위험군의 규모와 특성에는 차이가 있었으나, 스트레스·PHQ-9·정신건강 상담 경험의 차이는 대부분의 자치구에서 공통적으로 확인됨. 반면 주요 지역 취약지표와 비전형적 자살위험군 구성비 간에는 유의한 상관관계가 확인되지 않음.

시사점

- ✓ 비전형적 자살위험군은 기존에 주목해 온 우울·경제적 취약성·1인 가구 등의 특성이 상대적으로 덜 두드러져, **기존 발굴체계를 유지하되 이러한 기준으로 포착하기 어려운 자살위험군을 고려할 수 있도록 발굴 접근을 보완할 필요가 있음.**
- ✓ 자치구별로 일부 특성의 차이는 있으나 정신건강 관련 특성은 비교적 공통적으로 확인된 만큼, **공통적 특성을 고려하면서 지역별 특성에 따른 다양한 발굴·연계 접근을 검토할 필요가 있음.**

구분	기존 발굴 접근에서 주로 고려되는 특성	비전형적 자살위험군 특성	정책적 시사점
기초생활 수급	수급자	비수급자 91.4% (전형적: 86.0%)	경제적 취약성만으로는 자살위험군 발굴에 한계
가구 특성	1인 가구	다인 가구 79.6% (전형적: 73.7%)	1인 가구 외 대상 관심 필요
우울 (PHQ-9)	우울 고위험군 (10점 이상)	우울 저위험군 10점 미만: 81.3% (전형적: 53.9%)	우울 중심 발굴체계 보완 필요
스트레스	높음	낮음 47.6% (전형적: 25.1%)	스트레스 수준만으로는 잠재적 위험군 선별 한계
상담 경험	이용자 중심	비이용자 82.8% (전형적: 60.2%)	서비스 미접촉군에 대한 발굴 및 연계 필요

향후 과제



지속적 모니터링

시계열 자료를 지속적으로 확보하여 비전형적 자살위험군의 규모와 특성 변화를 장기적으로 모니터링할 필요가 있음.



분석범위 확대 및 고도화

의료이용·사회적 고립·지역사회 환경 등 다양한 자료를 연계하고 개인·지역 수준 요인을 함께 고려한 분석을 통해 공통 특성과 지역별 차이를 구체화할 필요가 있음.



정책·사업 활용

분석 결과를 기존 자살위험군 발굴체계 보완 및 서비스 미접촉군 접근을 위한 기초자료로 활용하고, 후속 분석을 통해 정책적 활용 가능성을 지속적으로 검토할 필요가 있음.

