

자살예방법의 문제점과 개선방안*

신 권 철**

차 례

- I. 서 론
- II. 자살에 대한 역사적 태도와 국가개입
 - 1. 자살에 대한 역사적 태도
 - 2. 자살에 대한 국가개입
- III. 자살예방법의 주요내용과 문제점
 - 1. 자살예방법의 법적 성격 - 복지입법
 - 2. 자살예방법안의 비교와 입법 과정의 쟁점
 - 3. 자살예방법의 주요내용과 문제점
- IV. 결 론 - 자살예방법의 개선방안
 - 1. 자살행동으로 인한 사회적·법적 배제
 - 2. 자살예방법의 한계
 - 3. 자살예방법의 개선방안

* 본 논문은 2012. 9. 10. 자살예방 종합학술대회에서 발표한 자료(자살예방법의 주요내용 및 발전방향)를 수정·보완한 것이다.

** 서울시립대학교 법학전문대학원 부교수

접수일자 : 2013. 3. 18 / 심사일자 : 2013. 5. 30 / 게재확정일자 : 2013. 6. 4

I. 서 론

삶과 죽음은 모든 인간이 겪어야 하는 자연적 현상임에도 불구하고 국가는 그 생명을 건강하게 유지시키고, 관리하기 위해 법을 만들어 왔다. 특히 국민의 질병과 죽음에 대한 국가의 관리노력은 최근 들어서 더욱 늘어나고 있다. 1954년 제정된 전염병예방법에서 시작하여, 후천성면역결핍증 예방법(1987년), 정신보건법(1995년), 암관리법(2003년), 치매관리법(2011년)에 이르기까지 사회적 부담이나 위험이 야기될 수 있는 일정한 질병들은 점차 국가의 관리대상으로 확대되었다.

2011. 3. 대한민국은 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(이하 ‘자살예방법’이라 한다)을 제정하였다. 자살예방법의 입법목적은 법 제1조에서 천명되고 있는 바와 같이 자살에 대한 국가적 책무를 인식하고, 국민의 소중한 생명을 보호하기 위한 것이다.¹⁾ 자살예방법의 제정의미는 사람의 삶의 일부인 질병을 넘어서 죽음을 막기 위한 국가적 개입의 시작을 의미하는 것이기도 하다. 그러나 국가는 이러한 법을 만들기 이전부터 자신의 본연의 임무로서 국민의 삶을 건강하게 보존시켜야 할 의무가 있어 왔다. 이러한 국가적 의무의 이행으로서 자살예방대책은 자살의 원인이 어디에 있는지를 진단하고서야 나올 수 있는 것이어서 자살의 원인이 무엇인지에 대한 기본적인 물음이 여전히 필요하다.

자살의 원인을 의료적, 사회적,²⁾ 심리적 원인으로 살펴보는 이론들은

1) 2006. 9. 19. 자살예방법안을 최초 발의한 안명옥 의원은 국회 보건복지위원회에서 법안의 입법취지를 다음과 같이 설명하였다.

“자살은 여러 가지 원인으로 인해 번민하고 고통받는 사람들이 생과 사의 갈림길에서 도움의 손길을 구하지 못하고 헤매다 선택하는 마지막 단계입니다. 특히 최근에는 실업, 빈곤, 양극화 심화 등 극심한 경기침체 여파로 인한 생활고와 이로 인한 압축된 사회적 분위기가 자살 확산의 큰 원인이 되고 있습니다. 이제 국가와 사회가 나서서 절망감 속에서 최후의 선택을 하는 고귀한 생명들을 하나라도 구하려는 적극적인 노력이 필요합니다. 정부가 자살을 막기 위한 노력을 게을리한다면 스스로 목숨을 끊게 하는 악성 자살바이러스는 사회 구성원들을 오염시켜 사회 전체를 몰아넣을지 모릅니다”(국회사무처, 제256회 국회 보건복지위원회 회의록 제1호, 2007. 2. 6.자, 11면)(안명옥 의원이 발의한 위 자살예방법안은 2008년 국회 임기만료로 폐기되었다).

2) 한국 자살의 특성을 한국사회의 한 성향인 가족주의적 습속에 의한 자살로 보는 견해도 있다(송재룡, “한국사회의 자살과 뒤르케임의 자살론 : 가족주의 습속과 관련하여”,

각기 다른 원인을 제시하고, 그 해결책도 각기 다르게 제시하고 있다. 예컨대, 알코올중독 및 우울증 등의 정신질환이 자살의 근본적 원인이라면 그 대책은 정신과적 치료이고,³⁾ 가족의 해체, 실직, 빈곤 등 사회적 요인이라면 그 대책은 사회보장적 서비스가 될 것이다.⁴⁾

자살을 법적으로 표현하자면, 자살은 사망자가 자기의 생명을 끊는다는 것을 의식하고 그것을 목적으로 의도적으로 자기의 생명을 절단하여 사망의 결과를 발생케 한 행위를 의미한다.⁵⁾ 사람의 의식적이고, 의도적인 자기생명의 절단은 주로 사회적·법적 보호들로부터 배제되어 있을 때 발생한다. 정신질환자·빈곤자·노령자 등의 자살이 높은 이유는 그들이 일정한 사회적·법적 보호들로부터 떨어져 나왔기 때문이다. 사회적·법적으로 보호받는 존재였다가 그러한 보호들로부터 배제되거나 탈락하는 것(이혼이나 해고) 또한 마찬가지이다. 정신질환 또한 사회적 배제의 장치가 작동되어 그를 법적 보호의 바깥에 두면서 그는 불안한 생명이 된다. 이러한 사회적·법적 배제의 시스템을 완화하고, 그러한 배제의 공간에 있는 사람들을 사회적으로 결속시키는 것이 자살예방의 근본적 해결책이 될 수 있다. 사회적 배제(social exclusion)의 시스템은 정신질환자뿐만 아니라 보통의 사람들에게도 삶의 두려움을 강화시켜 원하지 않는 자살을 부추긴다. 사회적·법적 배제의 완화를 위한 노력이 자살예방의 근본적 치유책이라 생각하고 이하에서는 자살예방법을 이러한 관점(사회적·법적 배제의 완화라는 관점)에서 비판적으로 고찰해 본다.⁶⁾

『사회이론』 제34호, 한국사회이론학회, 2008, 142쪽 이하)

- 3) 배상빈·우종민, “의학적 측면의 자살방지 대책: 외국 사례를 중심으로”, 『대한의사협회지』 제54권 제4호, 대한의사협회, 2011, 386쪽.
- 4) 이소정은 한국사회의 노인자살을 분석하며, 그 원인을 노인빈곤율과 낮은 수준의 노인복지지출, 낮은 수준의 삶의 만족도가 결합되어 있고, 그 해결책으로 노인빈곤 해소와 삶의 만족도 증진을 제시한다(이소정, “노인자살의 사회경제적 원인분석”, 『사회보장연구』 제26권 제4호, 한국사회보장학회, 2010, 1쪽 이하); 윤우석은 실업률 및 소득격차와 자살에 미치는 영향을 시계열적으로 분석하여 IMF 경제위기로 실업률이 높았던 시점에서 자살율과 실업율이 정의 관계를 나타내고, 소득격차의 폭 자체가 아니라 그 격차가 증가하는 속도가 자살율과 정의 관계를 나타낸다고 한다(윤우석, “실업과 소득격차가 자살에 미치는 영향검증: 1995년에서 2008년까지의 시계열 자료 분석”, 『한국공안행정학회보』 제42호, 한국공안행정학회, 2011, 153쪽).
- 5) 대법원 2011. 4. 28. 선고 2009다97772 판결.

II. 자살에 대한 역사적 태도와 국가개입

1. 자살에 대한 역사적 태도

자살은 법적으로 과거 어떤 규율을 받아왔을 것인가? 자살이 도덕적으로, 종교적으로 옳지 않은 것이라고 사회적으로 생각했다면 법적으로도 처벌대상이 되었을 것이고, 실제 자살을 처벌한 역사들은 남아 있다.

고대 그리스 시대와 로마시대에는 자살이나 안락사에 대해 너그러운 사회적 태도가 유지되어 자살을 특정상황에서 스스로 죽음을 선택하는 이성적 행위로 이해하기도 하였으나, 일부는 신의 뜻을 거역하는 일이라거나(에피쿠로스 학파 등), 자신의 의무를 회피하는 행동(아리스토텔레스)이라고 생각하기도 하였다.⁷⁾ 다만 로마제정기의 로마법은 재판을 진행중인 피고인이 이유 없이 자살할 경우 자살한 자의 재산을 몰수하였고,⁸⁾ 고대 로마의 경우에도 일반인의 자살은 허용되었지만 노예나 군인의 자살은 금지되었다.⁹⁾

중세에는 교회법의 영향으로 자살이 법적으로 금지되었는데, 이 당시 자살은 아우구스티누스가 말한 자신을 살해하는 행위(self-murder)여서 살인의 또 다른 형태로 신의 계율을 위반한 것이거나¹⁰⁾ 아퀴나스가 말한 대로 인간은 자살을 통해 사회에서 자신의 존재와 활동을 박탈할 권리가 없고, 신의 소유물이기 때문에 인간의 생사는 신이 결정하는 것이라 이해하고,¹¹⁾ 유죄판결을 받지 않더라도 범죄로서 죄악시되었다. 자살자를 처

6) 자살예방정책은 다양할 수 있고, 사회적·법적 배제의 완화라는 관점은 결국 사회적·법적 결속과 통합을 지향한다는 의미라 할 수 있다. 자살예방에 있어 의료와 복지의 관점이 더 중요한 부분이라 생각할 수도 있으나 자살의 내면에는 사회적·법적 배제로 인한 불안이 깔려 있다는 점에서 이러한 상황을 극복하기 위한 측면에서 본 논문의 내용을 작성하고자 한다.

7) 이안 다우비긴, 안락사의 역사, 신윤경 역, 섬돌출판사, 2007, 24-25쪽.

8) 최병조, “형사피고인 자살의 효과 - 로마법의 경우”, 『법사학연구』 제40호, 한국법사학회, 2009, 262쪽.

9) 이안 다우비긴, 앞의 책, 25쪽.

10) 이안 다우비긴, 앞의 책, 33쪽.

11) 김현조, “자살의 법적 성질과 자살관여죄의 재조명”, 경북대학교 법학박사학위논문, 2011, 17쪽; 오세혁, “자살의 정당화 가능성”, 『중앙법학』 제12집 제4호, 중앙법학회,

별할 수 없었기 때문에 대체로 일반 묘지에 매장을 금지하거나, 시신을 훼손(팔뚝을 박거나, 머리 위에 돌을 얹음)하는 방식으로 처벌을 가하거나, 일부에서는 재산을 몰수하였다.¹²⁾ 몰수된 재산은 영주나 왕의 재산으로 귀속되어 왕실의 재정확보 수단으로 활용되었다.¹³⁾ 중세시대에 자살자가 시신훼손이나 재산몰수의 형벌을 피할 수 있는 유일한 방법은 그 자살이 정신이상 상태에서 이루어졌다는 인정을 받는 것이었다.¹⁴⁾

근대 이후에는 신으로부터 벗어나 인간의 이성을 중요시하는 계몽사상 등에 힘입어 자살자에 대한 처벌이나 재산몰수는 점차 없어지기 시작하였다. 영국과 같은 경우 1870년 자살에 대한 재산몰수죄가 폐지되었지만, 자살미수자에 대한 처벌은 1961년 자살법이 제정되어 자살 및 자살미수죄를 폐지할 때까지 계속되었다.¹⁵⁾

2. 자살에 대한 국가개입

자살에 대한 역사적 태도들을 보면 그 당시의 사회적 관념을 반영하여 고대 그리스·로마 시대에는 방임(일반인)과 처벌(노예와 군인), 중세 기독교 시대에는 처벌, 근대 이후에는 처벌의 폐지가 이루어져 온 것을 알 수 있다. 역사적으로 자살처벌의 근거는 왕 또는 신에 대한 의무를 위반한다는 것이었고, 그 논리적 전제는 왕 또는 신이 백성에 대한 생살여탈권을 쥐고 있는데, 그의 명령이나 허락 없이 생명을 끊는 것은 왕이나 신의 권한을 침해한다는 논리였다.

역사적으로 자살이 금지된 이유는 노예는 주인에게, 군인은 왕에게, 교인은 신에게 복속된 생명체여서 죽음을 자신의 뜻대로 할 수 없다는 의미를 가지고 있다. 역사에 나타났던 주인·왕·신의 역할을 현대 사회에서는 국가가 대신한다. 국가는 과거 주인이나, 왕, 신이 맡았던 역할을 대신 하면서 국민의 자살행위들에 개입하기 시작한다. 자살자는 죽었기 때문에

2010, 352쪽.

12) 김현조, 앞의 글, 17쪽.

13) 김현조, 앞의 글, 63쪽.

14) 이안 다우비긴, 앞의 책, 40쪽.

15) 김현조, 앞의 글, 19-21쪽.

처벌할 수는 없지만, 그에 개입하는 자살관여자(형법상 자살교사자, 자살방조자 등)를 처벌하고, 자살시도행위에 대해서는 건강보험급여를 제한하며(국민건강보험법 제53조에 의한 고의행위에 대한 급여제한)¹⁶⁾, 군인의 근무기피 목적의 자상(自傷, 군형법 제41조)¹⁷⁾을 처벌한다.

과거 노예의 자살을 금지한 이유는 주인에 대한 의무를 이행하지 않고서 스스로 목숨을 끊는 것이 주인에게 경제적 타격을 주는 것이라는 이유도 있었고, 실제 자살자의 재산이 왕이나 영주에게 몰수되었던 이유는 그의 죽음으로 인해 상실된 손해를 전보한다는 측면이 있었던 것으로 보인다. 즉, 자살자 재산의 몰수는 사람의 생명과 재산이 서로 환원되어 존재하였음을 역사적으로 보여주는 것이다.

자살예방법이 발의되기 전인 2005년의 연구보고서에 의하면¹⁸⁾ 자살에 따른 사회경제적 비용을 수 조원(최대 3조 856억)에 이를 것으로 추산하고 있는데, 그 중 자살자의 조기사망으로 인한 비용이 3조 원에 이를 것으로 추산하고 있다. 위와 같은 경제적 손실의 수치는 국회에서 자살예방법안을 발의하는데 참고자료로 원용되면서 그 문제의 심각성을 알리는

-
- 16) 국민건강보험법 제53조(급여의 제한) 제1항 제1호는 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우 보험급여를 하지 않도록 규정하고 있다. 위 규정의 해석과 관련해 보건복지부는 정신질환 병력이 있거나 의사진단에 의해 정신질환으로 판명된 경우에는 그 고의성을 인정하기 어렵다는 이유로 건강보험 급여를 제공하고, 그렇지 않은 경우에는 제한해 오다가 2007. 6. 1.부터는 위와 같은 해석을 좀 더 완화하여 자살시도 환자의 주변 환경, 평상시 행동, 주위 사람의 진술 등을 통해 내재적 정신질환자로 확인될 경우까지 건강보험 급여를 제공하기로 하였다(2007. 5. 31.자 보건복지부 보도자료, “정신질환에 의한 자살시도 및 본인 경과실 교통사고 환자 건강보험 적용범위 확대). 국민건강보험법상의 급여 제한 사유에 대한 판례의 태도에 대한 보다 구체적인 논의는 김진, “싸움 중 상해와 건강보험급여의 제한“, 사회보장법연구 제2호, 서울대 사회보장법연구회, 2012, 212쪽 이하를 참조할 것.
 - 17) 군형법 제41조 제1항은 근무를 기피할 목적으로 신체를 상해한 사람을 징역형으로 처벌하고 있다. 그런데 자살시도가 신체상해의 결과를 발생시키는 경우도 있고, 상해의 목적이 아니라 자살의 목적인 경우 위 조항의 구성요건에 해당할지 여부는 해석상 논란의 소지가 있을 수 있다. 즉, 상해목적이 아니라 자살목적일 경우 자살의 실패로 인한 경우 위 군형법 제41조 제1항을 적용할 수 있는지는 해석상 다툴의 소지가 있다.
 - 18) 정상혁, 우리나라 자살의 사회경제적 비용부담에 관한 연구, 국립서울병원, 2005(국립서울병원, 2006. 7. 7.자 보도자료에서 재인용).

데 중요한 역할을 하였다. 그러나 자살자의 죽음이 경제적 손실로 환산되어 국가가 그 문제의 심각성을 알게 된다는 의미가 과거 경제적 손실을 막기 위해 노예의 자살을 막았던 목적과는 다르게 이해되어야 할 것이다.

국가는 자신의 존재근거를 통상 두 가지에서 찾는다. 하나가 사회의 치안유지이고, 다른 하나가 국민의 생존유지이다. 전자의 의무를 수행하기 위해 국가에게는 치안권능(police power)이 부여되고, 후자의 의무를 수행하기 위해 국가에게는 가부장적 권능(國親權能, *parens patriae power*)이 부여된다. 가부장적 권능이란 국가가 한 가족의 가장처럼 그 구성원들을 보살피고, 양육하며, 돌보는 것이다. 국민들의 질병을 예방하고, 치료하며, 자살을 막고자 하는 국가의 의무와 권한의 근거는 위와 같은 가부장적 권능에서 비롯된다.

지난 20여 년간 자살률의 지속적 상승으로 한국사회는 OECD 국가 중 제일 높은 자살률을 기록하고 있고, 2004년 이후 정부의 다양한 자살예방 대책들에도 불구하고 최근까지도 자살률은 줄지 않고 오히려 증가하고 있다.¹⁹⁾ 이러한 자살률 증가의 원인을 규명하고 대책을 마련하기 위한 목적에서 2011년 자살예방법까지 제정되었지만 아직 구체적으로 이 법이 해낼 수 있는 기능과 역할에 대해서는 논의되지 않고 있다. 그래서 이하에서는 현행 자살예방법이 가진 주요내용과 문제점을 검토해도록 한다.

Ⅲ. 자살예방법의 주요내용과 문제점

1. 자살예방법의 법적 성격 - 복지입법

자살예방법은 사망이라는 사회적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 사회보장법이다. 사회보장법 중에서도 상담, 치료 등의 서비스를 제공하

19) 2008년 12월 발표한 보건복지부의 제2차 자살예방대책은 2013년까지 인구 10만 명당 자살자 수를 20명까지 낮추겠다는 정책목표(2003년부터 2007년까지 평균 자살율은 23.6명)를 세웠으나(보건복지부, 제2차 자살예방종합대책, 2008, 15쪽), 2009년 이후부터 이미 인구 10만 명당 자살자 수가 30명을 넘고, 2010년과 2011년에도 30명 이상을 유지하였다(장영식, “우리나라의 자살실태와 정책과제”, 『보건복지 이슈 앤 포커스』 제165호, 한국보건사회연구원, 2012, 3쪽).

는 사회복지입법이다.²⁰⁾ 자살예방법은 정신보건법과 달리 치안적 요소를 가지고 있지 않아 국가의 강제적 조치들은 규정하고 있지 않다. 따라서 원칙적으로 자살예방법에 의한 서비스는 서비스 수령자의 동의 없이는 국가나 지방자치단체, 자살예방센터가 직권으로 제공할 수 없다. 이러한 점에서 자살예방법에 의한 자살위험자에 대한 긴급개입이나 강제적 치료 조치는 한계가 있고, 그러한 강제적 개입이 필요한 경우에는 다른 법에 의한 경찰적 강제개입(경찰관직무집행법에 의한 보호조치)이나 의료적 강제개입(정신보건법에 의한 강제입원)으로 전환되어야 한다.

2. 자살예방법안의 비교와 입법과정의 쟁점

(1) 자살예방법안의 비교

자살예방법은 2006. 9. 국회에서 의원입법(대표발의 : 안명옥 의원)으로 발의되었으나 2008년 국회 임기만료로 폐기되었다. 그 후 2008년 임두성 의원이 대표발의한 “자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 특별법안”, 2009년 강창일 의원이 대표발의한 “자살예방법안”, 2010년 윤석용 의원이 대표발의한 “자살예방대책법안”이 국회 보건복지위원회에서 함께 심의되면서 위원회가 위 3개의 법안을 종합해 2011. 3. 10. “자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률안(대안)”을 마련하여 2011. 3. 11. 국회 본회의에서 의결되었다. 위 각 법안의 내용을 표로서 비교·정리해보면 다음과 같다.

20) 사회복지기본법 제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “사회보장”이란 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 말한다.
4. “사회서비스”란 국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도를 말한다.

<표 1> 자살예방법안의 비교

법안명	자살 예방법	자살예방및 생명존중문 화 조성을 위한 특별법	자살 예방법	자살예방 대책법	자살예방 및 생명존중문 화 조성을 위한 법률(대안)
발의년도	2006	2008	2009	2010	2011
대표발의자	안명옥	임두성	강창일	윤석용	보건복지위 원장
자살예방기구	중앙자살 예방대책 위원회	자살예방 대책위원회	자살예방 대책위원회	자살예방 대책위원회	자살예방 전문위원회
기구소속기관	보건복지부	국무총리	국무총리	보건복지부	국민건강 증진위원회
자살위험자 등에 대한 국가 및 지자체의 지원	의무규정	의무규정	의무규정	의무규정	재량규정
자살미수자 등의 생활의 평온 등에 대한 배려규정	○	○	○	○	○
비밀유지의무 및 형사처벌규정	×	×	×	×	○
언론의 자살보도 권고지침 관련 규정	○	○	○	○	×
자살유해매체(언론 매체) 모니터링 및 시정권고 규정	×	○	○	○	×
사업주의 책무 규정	×	×	○	×	○

(2) 자살예방법 입법과정의 쟁점

위 자살예방법안들의 심사과정에서 국회에서 쟁점으로 논의되었던 내용을 이하에서 간단하게 살펴본다.²¹⁾

① 자살예방전문위원회의 소속기관

임두성 의원안과 강창일 의원안은 자살예방대책을 마련하여 심의·의결하는 기관인 자살예방대책위원회의 소속을 국무총리실로 두고 있었으나, 국회 심의과정에서 국무총리실 산하 위원회 추가에 대한 부담과 주무부서인 보건복지부의 요구에 의해 보건복지부 소속 국민건강증진정책심의위원회 내에 자살예방전문위원회를 두는 것으로 정리되었다.²²⁾

② 사업주의 책무 추가

임두성 의원안이나 윤석용 의원안에는 자살예방정책에 대한 사업주의 책무가 없었으나, 강창일 의원안에는 자살예방정책에 대한 사업주의 책무 규정을 두고 있었고, 일본의 자살예방대책법도 사업주의 책무를 규정하고 있다는 점을 고려해 사업주의 책무(사업주의 국가 및 지방자치단체의 자살예방정책에 대한 협조 및 근로자에 대한 정신건강유지 노력)를 규정하였지만, 선언적인 의미로 삽입된 규정이다.²³⁾

③ 자살위험자 등의 지원 및 자살예방교육의 재량화

강창일 의원안 및 임두성 의원안은 자살미수자 및 자살자 가족에 대한 적절한 지원을 의무화한 규정(“지원을 실시하여야 한다”)을 두고 있었으나, 국회 심의과정에서 재량규정(“지원할 수 있다”)으로 바꾸었다. 재량규정으로 전환한 이유는 국가나 지방자치단체의 지원을 의무화하여 시행할 경우 대상자들의 협조를 구하는 문제가 생기기 때문에 원하는 대상자들에 대해 선별적으로 지원하는 방식이 더 좋을 것이라는 이유 때문이었다. 나아가 국회 심의과정에서는 위 법안들이 제시하고 있는 ‘적절한 지원’은

21) 아래의 쟁점사항에 대한 정리는 국회 홈페이지 내 각 법안에 대한 자료(법안, 검토보고서, 심사보고서, 회의록 등)를 검토하여 정리한 것이다.

22) 국회사무처, 제294회 국회 보건복지위원회회의록 제3호, 2010. 11. 22.자, 32-33쪽.

23) 국회사무처, 제294회 국회 보건복지위원회회의록 제3호, 2010. 11. 22.자, 32쪽.

경제적 지원을 포함하고 있는 것처럼 보일 수 있어 구체적으로 특정하여 ‘심리상담 및 상담치료’로 특정하여 비경제적 지원만으로 한정하는 것으로 정리하였다.

그 밖에 강창일 의원안 및 임두성 의원안은 자살위험자에 대해 국가 및 지방자치단체의 상담 및 치료를 의무화한 규정(“상담 및 치료를 실시하여야 한다”)을 두고 있었으나, 국회 심의과정에서 재량규정(“상담 및 치료를 위하여 필요한 조치를 하도록 노력하여야 한다”)으로 전환되었고, 자살예방 상담 및 교육과 관련한 의무규정도 초·중등 교육과정에 의무화하는 것은 어렵다는 다른 부처의 의견으로 인해 학생들에 대한 자살예방 교육은 삭제하고, 교육의무규정도 재량규정(“실시할 수 있도록 노력하여야 한다”)으로 바꾸었다.

④ 자살보도 권고지침 및 시정권고 삭제

의원들의 3개 법안은 모두 국가 등이 언론에 대한 자살보도 권고지침을 마련하고, 언론보도에 대해 국가 등이 모니터링하여 시정권고를 할 수 있도록 규정하고 있었다. 국회 심의과정에서는 이미 보건복지부나 민간에서 권고지침을 마련한 적이 있고,²⁴⁾ 언론에 대한 보도지침 마련과 시정권고는 언론의 자유를 침해할 수 있고, 방송위원회가 자살을 부추길 수 있는 보도에 대해서는 시정조치를 취할 수 있기 때문에 별도로 국가 등의 시정권고를 둘 필요가 없다는 의견이 받아들여져 언론에 대한 자살보도 권고지침 마련과 모니터링을 통한 시정권고는 삭제되었다.

⑤ 비밀유지의무 및 형사처벌규정의 추가

각 국회의원들의 3개 법안이 보건복지위원회 대안으로 종합되어 법제사법위원회에 제출되고 난 이후 자살예방센터가 자살위험자에 대한 상담을 직접 수행하기 때문에 비밀유지의무 규정과 이를 위반하였을 경우 형사처벌 규정을 신설할 필요가 있다는 국회의원의 제안²⁵⁾이 있어 보건복

24) 2004. 7. 보건복지부, 한국자살예방협회, 한국기자협회가 합동으로 학계 등 전문가팀에서 마련한 “언론의 자살보도 권고기준”을 공동으로 발표하여 전국 언론사에 협조를 당부하였다(보건복지부 2004. 7. 29.자 보도자료).

25) 국회사무처, 제298회 국회 법제사법위원회 제2차 회의록, 2011. 3. 4.자, 30쪽; 국회사

지부에서 이를 받아들여 자살예방업무와 관련된 비밀유지의무 조항과 이를 위반할 경우 형사처벌(3년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금)을 두는 규정이 신설되었다. 국회 법제사법위원회 논의과정에서는 자살예방센터가 상담을 하면서 비밀을 알게 되므로 이러한 비밀이 누설될 경우 문제가 생길 수 있다는 점을 강조하여 상담자와 피상담자 사이의 신뢰를 보호하기 위한 목적으로 비밀유지의무와 형사처벌 조항이 도입되었다. 현재 자살예방법은 형사처벌 대상이 되는 대상자를 ‘이 법에 따라 자살예방 직무를 수행하였던 자 또는 수행하고 있는 자’로 규정하고 있고, 자살예방 직무에는 자살시도자, 자살위험자뿐만 아니라 자살예방사업 또는 정신건강 선별검사의 대상이 되는 사람들을 상대로 자살예방직무를 수행한 자가 얻은 비밀을 모두 포함한다고 해석된다.

3. 자살예방법의 주요내용과 문제점

자살예방법은 6장 25조로 이루어진 복지입법으로 총칙, 기본계획의 수립, 자살예방대책, 생명존중문화 조성, 보칙 및 벌칙으로 나누어져 있다. 이를 표로 정리해보면 다음과 같다.

<표 2> 자살예방법의 체계와 내용

장	제목(조)	내용
총칙 (1장)	목적(1조)	국민의 생명 보호 및 생명존중문화 조성
	기본정책(2조)	사전예방대책에 중점, 사회문화적 인식개선에 중점
	국민의 권리와 의무(3조)	자살위험자가 국가 등에 대해 도움을 요청할 권리와 국민의 국가에 대한 협조 및 자살위험자에 대한 구조조치의무
	국가 및 지방자치단체의 책무(4조)	자살위험자에 대한 필요정책 수립과 단계별 자살대책 수립

무처, 제298회 국회 법제사법위원회 소위원회 제1차 회의록, 2011. 3. 9.자, 54-55쪽 (법제사법위원회 이춘석 의원이 비밀유지의무조항 및 형사처벌조항의 추가를 주장하여, 보건복지부장관이 이에 동의하였다).

장	제목(조)	내 용
	사업주의 책무(5조)	국가 등의 자살예방정책에 대한 협조 및 근로자 정신건강 유지를 위한 노력의무
	다른 법률과의 관계(6조)	자살예방 정책수립 및 시행에 있어 기본법적 지위설정
기본 계획 의 수립 (2장)	자살예방기본계획의 수립(7조)	5년마다 자살예방전문위원회의 심의를 거쳐 보건복지부 장관이 자살예방기본계획 수립
	연도별 시행계획의 수립·시행등(8조)	중앙행정기관의 장 및 시·도지사의 연도별 자살예방시행계획 수립 및 시행
	시도별 시행계획의 조정등(9조)	보건복지부장관의 각 광역지방자치단체 시행계획 조정 및 이행상황 점검
	계획수립의 협조(10조)	관계 중앙행정기관, 지방자치단체, 관련단체 등의 협조의무
자살 예방 대책 등 (3장)	자살실태조사(11조)	5년마다 국가 및 지방자치단체의 자살실태조사 실시
	자살통계 분석 및 정보관리체계 구축(12조)	자살통계 수집·분석을 위한 연구기관의 지정
	자살예방센터의 설치(13조)	중앙 및 지방 자살예방센터의 정신보건센터 내 설치 또는 민간위탁과 비용보조, 자살예방용 긴급전화 설치
	자살위험자 지원 및 정신건강 증진대책(14조)	자살위험자를 대상으로 한 선별검사 도구 개발 및 자살위험자 조기발견, 상담 및 치료 노력
생명 존중 문화 조성 등 (4장)	생명존중문화 조성(15조)	국가 및 지방자치단체의 생명존중문화사업 추진
	자살예방의 날(16조)	자살예방의 날과 자살예방주간의 설정
	자살예방 상담·교육(17조)	국가기관, 지방자치단체, 공공기관 등에 대한 자살예방 상담 및 교육
	자살예방을 위한 홍보(18조)	국가 및 지방자치단체의 자살예방교육과 홍보 시책 강구
보칙 (5장)	자살유해정보예방체계의 구축(19조)	자살동반자 모집, 독극물 판매 등 자살유해정보 유통의 차단을 위한 예방체계 구축과 운영
	자살시도자 등에 대한 지원(20조)	자살시도자 및 자살자 가족에 대한 심리상담 및 상담치료의 지원

장	제목(조)	내 용
보칙 (5장)	명예 및 생활의 평온에 대한 배려(21조)	자살예방대책 시행시 명예 및 생활의 평온 보장
	전문인력의 양성(22조)	자살예방 전문인력의 양성과 확보노력
	민간단체 등의 지원(23조)	자살예방사업 수행 민간단체에 대한 지원
	비밀누설의 금지(24조)	자살예방 직무수행자의 비밀유지 및 발표금지
벌칙 (6장)	벌칙(25조)	비밀유지의무위반에 대한 형사처벌

위 법조항 중에서 행정기관 내부적 관계(계획수립의 협조), 행정계획(자살예방기본계획), 행정조사(자살실태조사)와 같이 일반인의 법적 권리의무에 영향을 미칠 가능성이 없는 조항들을 빼더라도, 일반 국민이나 자살위험자, 자살예방센터 업무담당자에게 일정한 규범적 효력을 가질 수 있는 부분은 많지 않다. 이하에서 주요 내용과 문제점을 차례로 검토해 본다.

(1) 국민의 권리

자살예방법은 국민에게 일정한 권리와 의무를 동시에 부과하고 있다. 국민에게 부여된 권리는 자살위험에 노출된 경우 국가 및 지방자치단체에 도움을 요청할 권리이고, 국민에게 부여된 의무는 자살위험성이 높은 자를 발견한 경우 구조조치를 취할 의무이다.

위에서 본 자살위험자의 도움을 요청할 권리는 도움의 구체적 내용과 권리의 절차적 구현방법이 부재한다. 권리란 상대방에게 구체적인 내용의 의무를 부과하는 것이고, 상대방이 이를 거절할 수 없는 것인데,²⁶⁾ 현행 자살예방법은 국가 및 지방자치단체의 상담 및 치료에 대한 재량적 노력

26) 예컨대, 응급의료에 관한 법률 제2장(국민의 권리와 의무)에서는 응급의료를 받을 권리(제3조)를 규정하고, 실제 응급의료종사자가 응급의료를 거부하지 못하도록 하고(제6조), 거부할 경우 처벌규정까지 두고 있어(제20조) 국민의 응급의료를 받을 권리를 제도적으로 보장하고 있다.

만 규정하고 있을 뿐이다. 의무규정을 둔 부분은 자살예방기본계획 및 자살실태조사, 정신건강 선별검사 도구 개발, 자살예방용 긴급전화 등 국민이 직접적으로 이행을 구할 수 없는 행정계획과 행정조사뿐이다. 따라서 자살예방법이 자살위험이 있을 때 도움을 요청하는 것이 국민의 권리라고 선언하였음에도 불구하고, 위 권리는 제도적으로 보장되어 있지 않다.

권리의 제도적 보장을 위해서는 도움요청에 대해 국가기관(자살예방센터, 경찰관 등)이 정당한 이유 없이 거절해서는 안 되고, 자살위험자에 대한 국가기관의 상담 및 치료를 자살위험자의 동의나 신청을 전제로 의무적인 것으로 규정하여야 한다. 그 이유 중의 하나는 자살위험자는 응급의료환자와 같이 급박하거나 잠재적인 위험상태에 있어 긴급한 구호가 필요한 사람으로 인식해야 하기 때문이다. 특히 정신질환이나 자살위험이 있는 사람에 대해서는 경찰이나 관공서조차도 위험과 책임부담을 이유로 기피하는 경우가 많아 자살위험자에 대한 구체적 도움제공(정책수립 및 시행이 아니다)은 국가기관의 의무로서 명시하는 것이 바람직할 것이다.

(2) 국민의 의무

다음으로, 국민이 자살위험성이 높은 자를 발견한 경우 구조조치를 취하도록 하는 것은 의무규정으로 두고 있는데, 이 또한 개정의 필요성이 있다. 이는 마치 선한 사마리아인법과 같이 지나가다가 위험에 빠진 사람을 보고서 구하는 것을 법이 강제하는 것과 유사한 것이다. 이러한 형태의 법적인 의무 부과는 신중함을 필요로 한다. 자살위험성이 높은 사람이란 다양한 형태의 자살수단(흉기, 약물 등)을 소지하기도 하고, 알코올중독이나 정신질환을 가진 상태인 경우도 적지 않은데 지나가게 자신의 안전을 무릅쓰고라도 자살위험자를 구조해야 한다고 법으로 의무를 강제하는 것은 우선적 자기보호의 관념에도 반한다.

또한 응급의료에 관한 법률에 응급의료환자에 대한 신고 및 협조의무가 있기는 하지만²⁷⁾, 이 경우 응급의료기관에 대한 신고나 응급의료종사

27) 응급의료에 관한 법률 제5조(응급환자에 대한 신고 및 협조 의무) ① 누구든지 응급환자를 발견하면 즉시 응급의료기관등에 신고하여야 한다. ② 응급의료종사자가 응급의료를 위하여 필요한 협조를 요청하면 누구든지 적극 협조하여야 한다.

자에 대한 협조를 의미할 뿐이고, 직접 구조조치를 취할 의무를 부과하는 것이 아니다. 나아가 지나가던 사람이 직접 응급구조조치를 할 경우 고의나 중대한 과실이 없으면 환자나 재산에 손해가 발생하여도 민·형사상 면책을 받는 규정까지 두고 있는데,²⁸⁾ 자살예방법 자체에는 구조조치를 취할 의무만 지나가는 사람에게 부과할 뿐 그 과정에서 발생할 수 있는 구조자나 자살위험자의 손해, 형사적 범죄성립 면책에 대한 조치는 언급하지 않고 있다. 만약 지나가는 국민에게 이러한 종류의 조치를 요구하고자 한다면 직접적 구조의무가 아닌 국가기관(경찰이나 응급구조대 등)에 신고할 수 있는 권한을 부여하는 형태가 타당할 것이다.

그런데, 자살예방법에 이와 관련된 규정이 없더라도 응급의료에 관한 법률 시행규칙은 응급의료환자 중의 하나로 정신과적 응급증상으로 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애를 응급증상으로 보고 있기 때문에(위 법 시행규칙 별표 1) 자살위험자에 대한 구조는 응급의료에 관한 법률을 적용하는 것도 해석상 가능할 것이다.²⁹⁾

(3) 사업주 책무의 선언적 성격

입법과정에서도 드러났듯이 사업주의 책무(국가 및 지방자치단체의 자살예방정책에 대한 협조의무와 근로자 정신건강유지를 위한 필요조치 강구노력)는 선언적 의미만을 지니고 있다. 그러나 실제 사업장의 근로관계

28) 응급의료에 관한 법률 제5조의2(선의의 응급의료에 대한 면책) 생명이 위급한 응급환자에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 응급의료 또는 응급처치를 제공하여 발생한 재산상 손해와 사상(死傷)에 대하여 고의 또는 중대한 과실이 없는 경우 그 행위자는 민사책임과 상해(傷害)에 대한 형사책임을 지지 아니하며 사망에 대한 형사책임을 감면한다. <개정 2011.8.4>

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하지 아니하는 자가 한 응급처치
가. 응급의료종사자
나. 「선원법」 제86조에 따른 선박의 응급처치 담당자, 「소방기본법」 제35조에 따른 구급대 등 다른 법령에 따라 응급처치 제공의무를 가진 자
2. 응급의료종사자가 업무수행 중이 아닌 때 본인이 받은 면허 또는 자격의 범위에서 한 응급의료
3. 제1호나목에 따른 응급처치 제공의무를 가진 자가 업무수행 중이 아닌 때에 한 응급처치

29) 이 부분은 익명의 심사자가 지적해 준 부분을 반영한 것이다. 심사자의 적절한 지적에 감사드린다.

에서 발생하는 분쟁(파업),³⁰⁾ 상사와의 갈등, 업무 스트레스, 직장 내 따돌림, 해고, 승진탈락 등은 자살의 한 원인으로 작용하기도 한다. 근로관계에서 발생한 자살이 업무로 인한 경우 업무상 재해로 인정되는 경우도 있지만,³¹⁾ 이는 유가족에 대한 사후적 보상대책에 불과하므로 자살예방을 위해서는 근로관계에서 수반되는 사용자의 안전배려의무의 한 내용으로 근로자 정신건강에 대한 보호와 배려를 구체적으로 실현할 필요가 있다. 다만, 이러한 배려의무는 자살예방법에서 구체적으로 명시할 수도 있을 것이나, 근로자의 사업장 안전과 건강을 규율하는 산업안전보건법에서 구체적으로 규정할 수도 있을 것이다.³²⁾

(4) 대상자별 자살예방대책

자살예방법은 자살위험자, 자살시도자 및 자살자 가족, 자살 취약계층, 일반국민에 대해 각기 다른 자살예방대책을 두고 있다. 이를 구체적으로

-
- 30) 2009년 쌍용자동차의 정리해고와 파업 이후 파업에 참여했던 조합원이나 그 가족은 2012. 8.까지 자살 등을 이유로 22명이 사망하였고, 일부 조합원은 정리해고와 파업을 거치는 과정에서 정신질환이 발병하여 퇴직금으로 받은 돈을 대부분 망원경과 생수 등 시위물품을 사는 행동을 하여 강제입원하게 된 경우도 있다(구정모 외 2인, “쌍용자동차 해고노동자들의 정신질환에 대하여”, 정신장애법 인터뷰 모음집, 서울시립대학교 법학전문대학원 리걸클리닉센터, 2012, 4쪽 이하).
- 31) 대법원은 근로자의 정신질환이나 자살을 업무에 기인한 것으로 인정하는 경우도 있지만[(예컨대, 원진레이온주식회사에서 근무 중 퇴사 후 이황화탄소중독증의 업무상 질병을 인정받아 정신분열증의 치료를 받아오던 중 자살한 경우(대법원 1993. 12. 14. 선고 93누9392 판결), 업무상 재해인 진폐증 치료를 받던 중 정신이상 증세로 자살한 경우(대법원 1993. 10. 22. 선고 93누13797 판결)에 자살을 업무상 재해에 해당한다고 보았다)], 원칙적으로 자살은 자신의 의지에 의한 결단으로 보아 업무상 재해로 인정하지 않는 경우가 더 많다. 예컨대, 업무와 관련해 스트레스를 받다가 상사의 질책을 받은 후 자살한 경우 업무상 재해를 불인정하였다(대법원 2008. 3.13. 선고 2007두2029 판결).
- 32) 참고로 산업안전보건법에는 사용자의 의무를 다음과 같이 규정하고 있다.
제5조(사업주의 의무) ① 사업주는 이 법과 이 법에 따른 명령에서 정하는 산업재해 예방을 위한 기준을 지키며, 해당 사업장의 안전·보건에 관한 정보를 근로자에게 제공하고, 근로조건을 개선하여 적절한 작업환경을 조성함으로써 신체적 피로와 정신적 스트레스 등으로 인한 건강장해를 예방함과 동시에 근로자의 생명을 지키고 안전 및 보건을 유지·증진시켜야 하며, 국가의 산업재해 예방시책에 따라야 한다. 이 경우 사업주는 이를 준수하기 위하여 지속적으로 사업장 유해·위험요인에 대한 실태를 파악하고 이를 평가하여 관리·개선하는 등 필요한 조치를 하여야 한다.

보면 다음과 같다.

1) 자살위험자 - 정신건강 선별검사

자살예방법은 자살위험자의 개념을 ‘자살의 위험에 노출되거나 노출될 가능성이 있다고 판단되는 자’로 정의하고 있다. 이 자살위험자 개념은 자살예방법상의 정신보건서비스를 받을 수 있는 수급자격을 표상한다. 예컨대, 장애인복지법의 적용을 받기 위해서는 등록장애인이 되어야 하고, 정신보건법의 적용을 받기 위해서는 정신질환이 있어야 하며, 자살예방법상의 일정한 서비스를 제공받기 위해서는 자살위험이 있어야 하는 것이다.

그렇다면 자살위험자를 국가가 어떻게 객관적으로 확인할 것인지 문제가 되는데, 그 방법이 자살위험자의 가능성이 있는 사람을 대상으로 한 정신건강 선별검사 도구이다. 이 정신건강 선별검사 도구는 자살예방 상담교육을 받는 기관과 단체(국가기관, 지방자치단체, 대통령령으로 정하는 공공기관, 노인복지시설, 사회복지시설, 상시근로자 30명 이상의 사업장, 병원급 의료기관, 학교 등)에 보급되어 위 각 기관과 시설은 그 소속 직원 중 정신건강 선별검사가 필요하다고 인정되는 사람을 대상으로 선별검사를 실시할 수 있다(시행규칙 제3조 제3항). 이러한 검사의 시행은 수검자의 동의를 통해서만 이루어질 수 있다(시행규칙 제3조 제3항 단서). 검사 결과 ‘자살위험자’로 판정된 경우 기관이나 시설은 그 당사자나 보호자에게 정신보건센터, 자살예방센터, 의료기관 등에서 상담 및 치료를 받도록 안내해야 한다(시행규칙 제3조 제4항).

선별검사가 가지는 의미는 자살위험자의 확정이다. 좋게 본다면 그로 인해 자살위험자는 자살예방법이 제공하는 상담서비스를 제공받을 수 있게 될 것이다. 나쁘게 본다면 그는 기관이나 시설 내에서 자살위험자라는 낙인이 찍히게 될 것이다.

자살위험자라는 사실을 회사나 학교가 아는 것은 그 당사자나 회사(학교) 모두 서로에게 부담이 되는 일이 된다. 이러한 예는 이미 일부 기관들의 우울증 검사에서부터 문제로 지적되었다.³³⁾ 당사자가 동의하지 않을

33) 모 기관에서 소속 구성원들에 대해 우울증 검진을 정신보건센터에 의뢰하여 시행하

수도 있으니 상관없다고 주장하는 것은 회사나 학교가 가진 강제성을 모른 척하는 것이다. 회사나 학교는 업무나 숙제를 지시하는 것과 마찬가지로 선별검사를 받을 것을 요구하고, 개별 근로자나 학생은 이를 거부할 수 없게 된다. 게다가 선별검사 결과까지 소속기관에서 확인할 수 있게 되면 그에게 치료받아야 한다는 명목으로 휴직이나 퇴직, 인사조치 등이 강요될 위험이 있다. 이러한 상황은 자살위험자의 직장유지나 학업유지를 위협하게 만든다. 게다가 직장이나 학업에 다소 부적응하는 일부 사람들을 특정하여 회사나 학교가 자살위험 선별검사를 요구하고, 그것을 확인까지 할 수 있게 만드는 것은 자살위험자에 대한 낙인과 배제의 시작이 될 수 있다. 따라서 학교나 직장과 같이 사실상 동의가 무의미한 조직(특히, 초·중등·고등학생의 경우는 미성년자여서 부모의 동의도 필요하다)이나 그 소속기관에서 생계나 학업을 유지하는 경우에는 자살위험 선별검사를 제한하거나, 제한이 불가능할 경우에는 센터에 의뢰하여 검사를 하고, 그 결과도 수검자 본인(미성년자일 경우 그 친권자인 부모)만 알 수 있도록 해야 할 것이다.

2) 자살시도자 및 자살자 가족 - 심리상담 및 상담치료

자살예방법은 자살시도자 및 자살자 가족에 대해서는 심리상담 및 상담치료를 지원할 수 있도록 규정하고 있다(제20조). 앞서 입법과정에서도 보았듯이 경제적 지원은 포함하지 않고 심리상담 및 상담치료서비스의 제공만으로 한정하기 위해 법이 구체적으로 명시해 놓은 것이다. 현재도 이미 광역정신보건센터에서 자살자에 대한 심리학적 부검 프로그램이나 자살시도자에 대한 사례관리 서비스를 제공하고 있기 때문에 이러한 법규정의 제정은 현재의 정신보건서비스를 법제도적으로 뒷받침하기 위한 것이라 할 것이다. 심리상담 및 상담치료의 서비스 제공자는 자살예방센

였고, 동의절차를 거쳐 구성원들 모두 검진을 받은 결과 일부 고위험 환자군이 확인된 사례에서 고위험 환자군에 속한 구성원이 그 결과를 기관에 통보하는지 여부를 궁금해 하기도 하였고, 기관에서 개별적 검진결과를 요구하였으나, 센터에서는 개별 구성원의 검진결과는 통보하지 않고, 전체 검진통계만을 통보한 사례가 있다(서울시 정신보건사업지원단 등, 지역사회 정신보건현장의 법률문제 개선방안 자료집, 2012, 32쪽).

터(자살예방센터 업무 중의 하나가 자살시도자 사후관리이다)가 될 것인데, 상담치료가 의료적 처치를 포함하는 것인지 논란의 여지가 있다. 현재 자살예방센터에는 센터장을 정신건강의학과 전문의로 두거나 자문을 정신건강의학과 전문의로 둘 수 있지만³⁴⁾ 자살예방센터에서 자살시도자 등에게 의료적 처치를 하는 것은 자살예방센터의 업무에 포함되지 않은 일이기 때문이다.

3) 자살취약계층 - 자살예방 상담 및 교육

자살예방법은 자살예방 상담 및 교육을 필요로 하는 대상들을 특정하고 있다. 그 대상으로는 ① 국가기관, ② 지방자치단체, ③ 대통령령으로 정하는 공공기관(공공기관의 운영에 관한 법률 제4조 제1항에 따른 공공기관 및 지방공기업법에 따른 지방공사 및 지방공단), ④ 노인복지시설, ⑤ 사회복지시설, ⑥ 대통령령으로 정하는 기관이나 단체(상시근로자 30명 이상의 사업장, 의료법에 따른 병원급 의료기관, 초·중등교육법 제2조의 학교 및 고등교육법 제2조에 따른 학교)이다.

학교의 경우 청소년이나 대학생을 상대로 한 자살예방 상담 및 교육이 필요하다고 본 것이고, 시설의 경우 자살취약계층인 노인 등이 거주하고 있어 그 필요성이 있다고 본 것이며, 사업장의 경우도 근로자들의 정신건강을 위한 자살예방 상담 및 교육이 필요한 것으로 본 것이다. 그러나 국가기관·지방자치단체·공공기관의 경우에는 자살취약계층이어서라기보다 국가기관들부터 자살예방사업을 선도적으로 시행하여야 된다는 의미에서 규정해 놓은 것이라고 생각된다. 여기서 상담 및 교육실시를 위해 노력해야 하는 사람은 기관·단체·시설의 장이지만 상담이나 교육의무를 법적으로 부담한다고 보기는 어렵다. 자살예방법이 의무규정이 아닌 노력규정으로 두고 있기 때문이다.³⁵⁾

34) 보건복지부, 2012 정신보건사업 안내, 2012, 192쪽.

35) 참고로 정신보건법은 정신보건시설 설치·운영자, 종사자에게 인권교육을 받도록 의무화하고 있다(제6조의2).

4) 일반국민 - 홍보 및 실태조사 등

자살예방법이 일반 국민을 대상으로 하는 자살예방대책은 홍보(제18조)와 자살실태조사(제11조)이다. 나아가 자살예방의 날과 자살예방주간에 행사와 교육을 통하여 범국민적 생명존중문화 사업을 추진할 수 있다(제15조 및 제16조). 자살에 대한 부정적 인식은 자살자나 자살위험자에 대한 부정적 인식까지 동반한다. 또한 자살의 원인으로 정신질환, 빈곤, 노령 등을 강조하는 것도 부정적 인식을 강화시키게 된다. 그러나 이러한 자살에 대한 부정적 인식이 결코 자살율을 낮추는 것으로 이어지지 않는다. 그 이유는 정신질환, 빈곤, 노령이 우리 사회에 적지 않은 숫자를 접하고 있고, 그것은 쉽게 개선될 수 있는 것도 아니기 때문이다.

(5) 자살예방센터의 지위와 업무

1) 자살예방센터의 지위

자살예방법은 지역에서 자살예방대책을 실제적으로 수행할 자살예방센터를 지방자치단체장이 직접 설치하거나, 정신보건센터에 두거나, 민간에 위탁할 수 있도록 하고 있다(자살예방법 13조 제1항). 자살예방센터를 위탁받을 수 있는 민간기관은 1) 정신보건법상의 정신보건시설, 2) 고등교육법상의 학교, 3) 사회복지사업법상의 사회복지법인, 4) 그 밖에 비영리법인 및 단체이다(자살예방법 시행령 제5조). 보건복지부의 정신보건사업 안내에 의하면, 보건소나 정신보건센터에 자살예방센터를 우선적으로 둘 것을 권유하고 있다.³⁶⁾

위탁형 자살예방센터는 국가나 지방자치단체장으로부터 자살예방센터의 업무를 위탁받게 되어 그 운영자인 학교법인이나 의료법인 등은 공무수탁사인(公務受託私人)이 된다. 따라서 자살예방센터의 직원이 업무수행 중 서비스 수령자에게 손해를 입힐 경우에는 국가나 지방자치단체가 국가배상법에 따라 손해를 배상해야 할 수 있다.³⁷⁾

36) 보건복지부, 앞의 책, 191쪽.

37) 국가배상법 제2조 (배상책임) ① 국가나 지방자치단체는 공무원 또는 공무를 위탁받

2) 자살예방센터의 업무

자살예방법은 자살예방센터의 업무로 자살 관련 상담, 자살위기 상시현장출동 및 대응, 자살시도자 사후관리, 자살예방 홍보 및 교육, 자살예방 전문인력 양성, 그 밖의 보건복지부장관이 자살예방을 위하여 필요하다고 인정하는 업무를 두고 있다. 이 중에서 자살위험이 있는 개인과 자살예방센터간의 법적 관계가 발생하는 상담, 현장출동 및 대응, 사후관리에 대해서만 살펴본다.

가. 자살관련 상담

자살예방센터(이하 '센터'라 한다)의 자살 관련 상담은 전화 및 직접 방문, 센터 방문, 사이버 상담 등의 방법으로 행해지고, 상담기록이 남게 된다.³⁸⁾ 상담기록은 이후 센터 업무실적의 근거로 남겨두어야 하는데, 이 상담기록에 대해 상대방 배우자가 이혼소송의 자료로 요구하기도 하고, 상담을 받은 자의 정신상태에 대한 참고자료로 수사기관이나 법원에서 요구하기도 한다. 이 경우 자살예방법 제24조의 비밀유지의무와 제25조의 형사처벌 조항을 들어 거부할 수 있다고 할 것이지만, 법원의 영장이나 문서제출명령이 있을 경우에는 예외이다. 압수수색영장이 있는 경우라면 법원의 재판에 의한 것이어서 그 명령을 이행하여야 하거나 수인하여야 하는 것이어서 자신의 의지에 따른 누설이나 발표라 볼 수 없다.

나. 자살위기 현장출동 및 대응

자살위기 현장출동 및 대응은 자·타해를 시도하거나 신체적 응급상황에 있는 자살위험자가 있는 장소에 직접 찾아가거나 자살시도를 저지하는 응급조치이다. 이 과정에서는 자살시도자의 흥기 휴대, 방문 거절, 위협 등 다양한 사태가 발생할 수 있다. 경찰관의 경우 위험한 사태가 발생하여 인명·신체 또는 재산에 대한 위해가 절박한 때 위해방지나 피해자

은 사인(이하 "공무원"이라 한다)이 직무를 집행하면서 고의 또는 과실로 법령을 위반하여 타인에게 손해를 입히거나, 「자동차손해배상 보장법」에 따라 손해배상의 책임이 있을 때에는 이 법에 따라 그 손해를 배상하여야 한다....이하 생략...

38) 보건복지부, 앞의 책, 206쪽.

구조를 위해 타인의 토지나 건물에 출입할 수 있고(경찰관직무집행법 제 7조), 자살기도자를 발견한 때에는 보건의료기관 등에 긴급구호를 요청하거나 경찰관서에 보호하는 등의 조치를 취할 수 있다(경찰관직무집행법 제4조). 하지만 센터의 직원들은 위와 같은 응급상황시 건물출입권한이나 보호조치권한이 없다. 자살예방법이 치안입법이 아닌 복지입법인 점에서 위와 같은 강제적 권한을 법이 부여할 경우 그로 인한 인권침해의 문제가 발생하거나 당사자가 법적 책임을 추궁할 소지가 더 클 수 있다.

위와 같은 위기상황에서는 센터 직원이 경찰에게 긴급구호를 요청할 수 있는 권한을 부여하고, 경찰은 특별한 사정이 없는 한 이를 거부할 수 없도록 하는 규정을 두는 것도 가능할 수 있을 것이나, 자살예방법이 자살위험자에 대한 치안입법으로 전환되는 위험이 있어 경찰관이나 소방관을 활용할 수 있는 정신보건법상의 응급입원제도 등을 활용하는 것이 더 적당할 것으로 보인다.

다. 자살시도자 사후관리

자살시도자 및 자살자 가족의 사후관리는 통상 센터 등록, 개인 및 집단상담(방식은 가정방문, 전화관리, 센터방문), 대상자에 대한 평가, 서비스 계획 및 제공, 타 기관 연계, 센터 퇴록 등의 업무를 말한다.³⁹⁾ 센터 등록과 퇴록, 상담 등에 대한 기록은 센터가 추후 업무실적을 평가받는 자료가 되면서 동시에 서비스 대상자의 정신상태, 병력, 자살경험 등을 관리하는 자료가 된다. 이 자료 또한 비밀유지의 대상이어서 앞서 본 바와 같이 법원의 영장이나 명령이 없는 한 제3자에게 제공하여서는 안 된다.

센터의 자살시도자에 대한 사후관리는 몇 가지 점에서 문제가 나타나고 있는데, 그 문제의 내용을 보면 1) 자살시도자의 동의 없이 가족만의 동의로 자살시도자에 대한 서비스를 제공할 수 있는지 여부, 2) 미성년자의 자살상담에 대한 부모의 동의 필요 여부, 3) 일방적으로 센터등록을 철회한 당사자의 상담기록 등 유지 여부 등이다.⁴⁰⁾ 이러한 문제들의 발생

39) 보건복지부, 앞의 책, 2012, 208-209쪽.

40) 알코올중독 상담센터 관련 유사사례로는 이승, “알코올중독 서비스에서 가족의 동의와 환자의 거부”, 2012. 8. 27. 2012. 8. 27.자 서울지역 정신보건센터와 서울시립대

은 센터의 사후관리가 기본적으로 서비스 대상자의 동의를 전제로 하는데, 그 동의나 철회가 어떤 법적 효력을 발생할 수 있는지에 대한 문제이다. 이는 민사적인 것이라기보다 복지행정적인 것이어서 사회 서비스의 신청과 철회라는 관점에서 바라볼 필요가 있다. 즉, 사회 서비스는 원칙적으로 서비스 수요자가 본인의 의사에 따라 원하는 경우에만 제공되어야 하고, 제공되던 사회 서비스에 대해 철회의사를 표시할 경우에는 그에 따라 서비스 제공을 중단하는 것이 원칙적인 모습이라 할 것이다. 다만, 자살시도자가 의사결정능력이 부족하거나 자·타해 위험 등이 있는 경우라면 자살예방법에 의한 서비스 제공의 형태가 아니라 정신보건법 등에 의한 강제적·후견적 조치가 개입될 수는 있을 것이다.

(6) 비밀유지의무

자살예방법의 비밀유지의무는 중요하다. 의료법·정신보건법·사회복지사업법에도 유사한 내용의 비밀유지의무가 있다. 비밀누설은 제3자에게 직무수행과 관련된 개인의 비밀을 말이나 자료로 제공하는 것이다. 자살관련 비밀의 누설은 그 당사자나 가족의 명예를 실추시키는 것에서 끝나지 않는다. 개인의 정신상태와 자살위험성과 관련된 정보가 필요한 사람은 바로 이혼을 하려는 배우자, 강제입원을 시키려는 가족, 해고나 휴직을 시키고 싶어하는 회사, 정신질환 범죄를 수사하려는 수사기관이다. 대부분 상담을 받은 사람과 이해관계가 대립되어 있기 때문에 이러한 자살상담이나 자살평가 관련 자료가 위와 같은 사람들에게 알려지는 것은 상담을 받은 사람에게 치명적이다. 나아가 단순히 상담을 받은 사람에게 치명적일 뿐만 아니라 누설한 사람 개인으로서는 형사처벌과 민사상의 손해배상을 질 수 있고, 사회적으로는 자살예방센터의 상담이 비밀유지가 안된다는 이유로 사람들이 피하게 되는 문제도 발생시킨다.

한편, 위 비밀유지의무의 주체는 자살예방센터의 직원뿐만 아니라 정신건강 선별검사를 실시하여 그 판정결과를 알 수 있는 기관이나 시설의 장 또는 그 직원도 포함된다고 할 것이다.

리걸클리닉센터와의 제4차 발표회 자료집 참조

IV. 결론 - 자살예방법의 개선방안

이상으로 자살예방법의 내용과 문제점을 개괄적으로 살펴보았다. 자살 예방법이 자살예방을 위한 국가적 지원책을 여러 가지 도입하고 있음에도 불구하고 자살행동(자살, 자살미수)이 가진 법적 효과들은 그 당사자의 많은 것을 빼앗아가고, 사회적으로도 사실상 배제되는 경우들이 많다. 이하에서는 자살행동이 가진 총체적 문제를 사회적·법적 배제의 모습 속에서 살펴보고, 자살예방법이 가진 한계와 발전방향을 제시해 보고자 한다.

1. 자살행동으로 인한 사회적·법적 배제

자살행동이 사회적으로, 그리고 법적으로 어떤 의미를 가지는지 보자. 어떤 학생이 또는 어떤 근로자가 자살을 시도하였다. 다행히 큰 상처를 입지 않았지만 가족은 그를 강제로라도 병원에 입원시키려 하고 싶어질 것이고, 학교나 직장은 그를 그 조직 내에 두고 싶지 않을 것이다. 학교나 직장은 그의 자살행동이 학교나 직장에서의 문제로 인한 것일 경우 손해배상책임이나 형사책임을 부담할 위험이 있기 때문이다. 또한 자살의 시도는 다른 사람에 대한 타해위험도 강화시킬 수 있다고 생각하여 사실적으로도 그를 회피하게 된다. 이 경우 전학이나 휴직·퇴직을 요구하거나 강제로라도 그러한 조치를 취하게 된다. 배우자의 자살행동은 이혼의 사유로도 삼을 수 있을 것이다. 이렇게 자살행동은 해고, 이혼, 퇴학(전학)과 같이 사회적·법적 관계(근로관계, 배우자관계, 학업관계)를 끊어버리는 단초가 된다.

위와 같은 사회적 관계의 단절 외에도 앞서 언급한 바와 같이 자살행동은 건강보험의 혜택을 받지 못하며, 보험금의 지급도 받지 못하고, 업무상 재해로 인정받기도 어렵다. 이는 자살이 가진 고의성이나 주체의 결단이 보험사고가 가져야 할 우연성을 충족시키지 못하기 때문이기도 하지만, 근본적으로는 자살에 대한 제재의 모습도 지니고 있다. 앞서 서론에서 말한 바와 같이 자살의 원인으로서 사회적·법적 배제가 있을 뿐만 아니라 자살행동의 결과에 있어서도 사회적·법적 배제가 나타난다.

2. 자살예방법의 한계

자살예방법은 최근 20여 년간 한국사회에서 급격히 늘어난 자살자 수에 기반해서 만들어졌다. 자살예방법은 OECD 자살률 1위 국가가 된 한국사회의 자살률을 낮추기 위한 목적으로 설계되었다. 실태조사, 홍보, 상담, 위기대응, 사후관리 등 단계적 자살예방조치와 그 조치를 이행할 기구들이 마련되었고, 예산도 확대되었다.⁴¹⁾ 그러나 다음과 같은 한계도 가지고 있다.

(1) 낙인의 문제

자살예방법은 한정된 자원과 인력으로 자살위험자에 대한 집중적 서비스를 제공하기 위해 자살위험자 선별을 위한 정신건강 선별검사제도를 도입하였다. 그리고 이러한 선별검사를 공공기관, 직장, 학교, 시설 등에서 광범위하게 시행할 수 있는 근거조항을 두고, 그 검사결과를 각 기관과 시설들이 확인하고 검사결과 자살위험자로 판정된 사람에게는 정신보건센터의 서비스를 받을 수 있도록 안내하게 하고 있다. 각 기관과 시설들은 안내 외에도 그것을 기록하고 보관할 것이며, 기관이나 시설의 인사담당자가 그를 요주의대상자로 인수인계할 것이고, 승진이나 보직에서도 불이익을 받게 될 것이다.

이러한 선별과정은 낙인과 배제의 시작이며, 자살예방법이 자살위험자를 위한 상담과 치료라는 아무리 선한 의도를 가지고 있다고 하더라도 기관이나, 학교, 직장, 시설의 내심의 의도를 막지는 못한다. 앞서 우울증 검진 사례에서도 검진을 의뢰한 기관은 구성원의 우울증 치료를 목적으로 검사한 것이 아니었다. 우울증에 걸린 사람을 조직에서 배제하기 위한 것이었다.

(2) 강제의 문제

자살예방법은 어떠한 강제적 조치도 두고 있지 않다. 하지만 자살을 예

41) 보건복지부의 정신건강 사업 예산 중 자살예방사업의 예산은 2011년도 14억 원, 2012년도 25억 원, 2013년도 35억 원(자살예방사업 25억 원, 응급실 기반 자살지도자 지원사업 10억)으로 늘었다(보건복지부 2012. 1. 2.자 및 2013. 1. 1.자 보도자료).

방하고자 하는 국가의 욕구는 늘 강제적 조치를 꿈꾼다. 정신건강 선별검사도 강제가 아닌 수검자의 동의를 통해서만 가능하다. 그러나 사업장이나 학교, 시설은 자발적인 동의를 얻어낼 수 있는 공간이 아니란 점을 이해해야 한다.

자살예방법과는 다른 측면에서 자살예방을 위한 강제입원은 정신보건법이 규정하고 있다. 강제입원은 자해위험이나 치료필요성에 의해서도 허용되는데, 자살방지는 강제입원의 중요한 목적 중의 하나이다. 자살예방법 자체는 강제적 조치들이 전혀 없지만, 정신보건법은 응급입원, 보호입원, 행정입원 등의 방법을 통하여 자살위험자를 강제입원시킬 수 있다. 정신보건법과 자살예방법은 아무런 관련도 없는 것처럼 보이지만 실은 정신보건센터 내에 자살예방센터가 설치되어 있어 자살시도자 등 자살위험자의 일부는 정신보건센터 및 정신보건시설과 연계되어 강제입원되기도 한다. 이는 자살예방시스템과 정신보건시스템이 서로 연계되어 있는 것을 보여주는 것이며, 자살예방서비스 조치가 일정한 조건하에서는 강제입원조치로 변모될 수 있음을 보여준다. 이러한 연계시스템이 환자의 치료를 위한 적절한 조치라 볼 수도 있지만, 결국 자살위험자에 대해서는 일부 강제적 조치가 행해질 수 있다고 사람들이 생각할 수 있다.

3. 자살예방법의 개선방안

(1) 재량규정의 의무규정화

앞서 입법과정에 대한 논의에서도 보았듯이 현재 자살예방법은 자살위험자 등을 위해 제공되는 서비스와 관련하여 일부 조항(자살예방용 긴급전화 설치)만을 의무규정으로 두고, 대부분의 나머지 서비스(자살예방 상담 및 교육, 자살시도자 등에 대한 지원, 자살위험자에 대한 조기발견, 상담 및 치료 등)는 재량규정(“노력하여야 한다” 또는 “지원할 수 있다” 등)으로 두고 있다. 이러한 재량규정은 자살예방법이 선언하고 있는 자살위험이 있는 국민이 도움을 요청할 수 있는 권리를 사실상 형해화시키고, 국가나 지방자치단체의 임의적 판단으로 위와 같은 서비스의 제공여부가

결정되게 하여 사실상 국민에게는 규범적 효력이 없는 조항으로 만든다. 따라서 다음의 각 규정은 국가나 지방자치단체의 의무로 규정할 필요가 있다.

- ① 자살예방센터의 설치(제13조 제1항)
- ② 자살위험자의 조기 발견·상담 및 치료를 위하여 필요한 조치(제14조 제3항)
- ③ 자살예방상담·교육(제17조 제1항)
- ④ 자살시도자 등에 대한 심리상담 및 상담치료 지원(제20조)

다만 위 각 조항을 의무규정으로 둘 경우 자살위험자나 자살시도자에 게 강제로 서비스를 제공하는 것은 상담서비스의 특성상 불가능하므로 “자살위험자 또는 자살시도자의 신청”을 받아 서비스를 제공하는 것으로 할 필요가 있다.

(2) 사업주 책무의 구체화 및 의무화

현행 자살예방법은 사업주의 근로자에 대한 책무로 근로자 정신건강에 대한 필요조치를 강구하도록 노력할 의무를 규정하고 있으나, 입법과정에서도 이는 형식적, 선언적 규정으로 삽입되었음을 앞서 확인하였다. 그러나 국가만이 자신의 의무로서 국민의 생명보호를 위해 자살을 방지할 의무가 있는 것이 아니라 근로자를 사용하는 사업주도 근로관계로부터 나오는 안전배려의무에 근거해 자살예방을 위한 노력을 하여야 한다.⁴²⁾ 이는 교도소나 정신병원이 수용된 사람들의 자살행동에 대해 보호의무위반을 이유로 일정한 책임(특히 손해배상책임)을 지는 것과 크게 다르지 않다. 구체적인 사용자의 안전배려의무는 근로자에 대해 정신건강 교육을 제공할 의무, 정신건강상의 진단 및 치료를 이유로 한 조퇴, 휴가, 휴직

42) 사용자는 근로계약에 수반되는 신의칙상의 부수적 의무로서 피용자가 노무를 제공하는 과정에서 생명, 신체, 건강을 해치는 일이 없도록 인적·물적 환경을 정비하는 등 필요한 조치를 강구하여야 할 보호의무를 부담하고, 이러한 보호의무를 위반함으로써 피용자가 손해를 입은 경우 이를 배상할 책임이 있다(대법원 1999. 2. 23. 선고 97다12082 판결, 대법원 2000. 5. 16. 선고 99다47129 판결, 대법원 2006. 9. 28. 선고 2004다44506 판결 등 참조).

등의 보장의무, 자살시도 근로자에 대한 불이익조치의 금지의무 등으로 구성할 수 있을 것이다.

(3) 차별과 불이익처우의 배제

자살위험자는 앞에서 본 바와 같이 정신질환이나 빈곤, 노령 등 사회적 무능력의 표상이 될 위험이 있다. 이러한 표상을 가지게 되면 자살위험자는 차별과 배제의 공간에 편입되게 된다. 이러한 차별과 배제를 법적으로 막는 것 또한 자살예방법의 목표여야 한다. 자살위험자에 대한 차별과 배제를 막는 첫 번째 방법은 자살위험자라는 개념과 선별방식을 개선하는 것이다. 정신보건법은 정신질환자에 대한 차별을 금지하는 규정을 두고 있음에도 불구하고 사회 내에서 실제 이루어지는 정신질환자에 대한 차별은 막지 못하고 있다. 차별과 배제는 구별짓기(선별)에서 시작한다. 그렇기 때문에 자살위험자라는 일반인과 구획된 개념을 개선할 필요가 있다. 학교나 직장에서 자살위험자라는 명칭은 배제와 차별의 용어가 될 수 있고, 자살행동을 시도하는 자살위험자는 학교나 직장에서 사실상 불이익 처우를 받을 위험도 있다.

자살위험자라는 표현은 낙인이 될 수 있기 때문에 이러한 표현 자체를 법률에서 규정하는 것은 자제할 필요가 있으므로 각 자살예방법 조문에서 ‘자살위험자’라는 규정은 삭제하고, ‘정신건강의 회복과 증진이 필요한 사람’ 등으로 표현과 문구를 완화시킬 필요가 있다. 또 자살위험자를 선별하기 위한 선별검사 또한 당사자의 진정한 동의를 전제로 선택이 가능하도록 해야 하며, 학교나 직장에서 선별검사 결과를 확인할 수 없도록 하여 학생이나 근로자가 그 결과의 통지부담 없이 스스로 선택하여 상담이나 치료를 받을 수 있는 안전장치들을 마련하여야 한다.

(4) 법적 보호의 실현

자살예방법은 5년마다 자살실태조사를 실시하여 자살에 대한 다양한 통계자료를 수집하도록 하고 있으며, 이는 추후 우리 사회의 자살 관련 요소를 시계열적으로 비교할 수 있는 자료가 될 것이고, 자살예방법에 따

른 자살예방대책들(홍보, 상담, 긴급전화, 위기대응, 사후관리 등)의 효과를 확인할 수 있는 자료도 될 것이다. 그리고 그 효과를 측정하는 기준은 자살률이 될 것이다. 자살률의 감소는 다양한 정책적 방식으로 이루어질 수 있다. 예컨대 자살위험 환자에 대한 강제입원조치는 그에게 치료를 제공하고, 자살할 기회를 막을 수 있어 자살률 감소에 일조할 수 있을지 모른다. 실제 수용생활을 하는 군대 내 자살률은 사회에 있는 20대의 자살률의 1/2 수준이다.⁴³⁾ 그러나 자살위험에 대한 강제조치는 결국 자살을 일시적으로 막을 수 있을 뿐 한 사회 내 자살행동들을 근본적으로 통제할 수는 없다.

자살위험자에 대한 상담, 위기대응, 사후관리만으로 자살률의 감소가 가능할 수 있는지에 대해서는 의문이 있다. 정부가 2004년과 2008년 두 차례에 걸쳐 자살예방 종합대책을 수립하였으나 자살률은 그 기간 동안에도 꾸준히 증가하였고, 자살예방법이 시행되면서 새로 시행되는 자살예방정책 중 자살예방센터의 상담, 위기대응, 사후관리, 자살예방용 긴급전화 등의 서비스는 자살예방법 시행 이전부터 위 자살예방 종합대책에 따라 정부의 재정적 지원으로 시행되어 왔다. 결국 자살예방법 시행 자체로 인해 특별히 과거와 달라지는 자살예방대책이 없다면 자살률의 감소를 기대하기는 어려울 것이다.

상담, 위기대응, 사후관리는 자살위험자의 심리적 안정을 유지하는 1차적 서비스라면, 정신의학적 치료는 자살위험자의 질병을 치료하는 2차적 서비스라 할 것이다. 이러한 서비스를 통해 자살위험자의 신체적·정서적 상태는 회복되었을지 모르지만 법적·사회적 관계들까지 복구되어 결속되는 것은 아니다. 자살위험자에 대한 3차적 서비스는 법적 보호수단들이 활용되어야 한다. 필요한 경우 신청을 통해 사회보장급여나 시설보호의

43) 2011년의 연구보고서에 따르면, 군인 10만 명당 자살률은 85년 34.6명, 2000년 11.9명, 2007년 11.7명, 2010년 12.6명으로 20대(20세부터 29세) 일반인구 10만 명당 자살률의 25.6명의 절반 수준이다(박종익 외, 자살예방기본계획(연구보고서), 한국자살예방협회, 2011, 42쪽). 군대 내 자살자 비율이 절반 수준인 이유는 강제로 수용되어 있다는 점 외에도 1) 집단생활을 하며 서로를 확인할 수 있고, 2) 정신질환 등의 자살위험이 높은 사람은 신체검사 과정에서 현역병 입영대상에서 제외되며, 3) 군대 내 자살예방 프로그램이 지속되고 있는 점 등도 감안하여야 할 것이다.

혜택을 받게 하거나, 신청조차 할 능력이 없는 경우라면 개정민법상의 후견인을 두어서라도 지속적인 생활유지를 위해 국가가 지원할 필요가 있다. 자살의 원인이 사회적·법적 배제에 있다면 자살의 예방은 그 반대인 사회적·법적 보호를 회복시키는 것에 있기 때문이다.

참 고 문 헌

1. 단행본

- 박종익 외, 자살예방기본계획(연구보고서), 한국자살예방협회, 2011.
보건복지부, 2012 정신보건사업 안내, 2012.
이안 다우비긴, 안락사의 역사, 신윤경 역, 섬돌출판사, 2007.
서울시 정신보건사업지원단 등, 지역사회 정신보건현장의 법률문제 개선방
안 자료집, 2012.

2. 논문등

- 구정모 외 2인, “쌍용자동차 해고노동자들의 정신질환에 대하여”, 정신장애
법 인터뷰 모음집, 서울시립대학교 법학전문대학원 리걸클리닉센터,
2012.
김 진, ”싸움 중 상해와 건강보험급여의 제한“, 사회보장법연구 제2호, 서울
대 사회보장법연구회, 2012
김현조, “자살의 법적 성질과 자살관여죄의 재조명”, 경북대학교 법학박사학
위논문, 2011.
배상빈·우종민, “의학적 측면의 자살방지 대책: 외국 사례를 중심으로”, 『대
한의사협회지』 제54권 제4호, 대한의사협회, 2011.
송재룡, “한국사회의 자살과 뒤르케임의 자살론 : 가족주의 습속과 관련하
여”, 『사회이론』 제34호, 한국사회이론학회, 2008.
윤우석, “실업과 소득격차가 자살에 미치는 영향검증: 1995년에서 2008년까
지의 시계열 자료 분석”, 『한국공안행정학회보』 제42호, 한국공안행
정학회, 2011.
이소정, “노인자살의 사회경제적 원인분석”, 『사회보장연구』 제26권 제4호,
한국사회보장학회, 2010.
이 송, “알코올중독 서비스에서 가족의 동의와 환자의 거부”, 2012. 8. 27.
2012. 8. 27.자 서울지역 정신보건센터와 서울시립대 리걸클리닉센터
와의 제4차 발표회 자료집.

- 장영식, “우리나라의 자살실태와 정책과제”, 『보건복지 이슈 앤 포커스』 제 165호, 한국보건사회연구원, 2012.
- 최병조, “형사피고인 자살의 효과 - 로마법의 경우”, 『법사학연구』 제40호, 한국법사학회, 2009.

<국문초록>

2011. 3. 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률(이하 ‘자살예방법’이라 한다)이 제정되었다. 자살예방법의 제정의미는 사람의 삶의 일부인 질병을 넘어서 죽음을 막기 위한 국가적 개입의 시작을 의미하는 것이기도 하다. 그러나 국가는 이러한 법을 만들기 이전부터 자신의 본연의 임무로서 국민의 삶을 건강하게 보존시켜야 할 의무가 있어 왔다.

역사적으로 자살이 금지된 이유는 노예는 주인에게, 군인은 왕에게, 교인은 신에게 복속된 생명체여서 죽음을 자신의 뜻대로 할 수 없다는 의미를 가지고 있다. 역사에 나타났던 주인·왕·신의 역할을 현대 사회에서는 국가가 대신한다. 국가는 과거 주인이나, 왕, 신이 맡았던 역할을 대신하면서 국민의 자살행위들에 개입하기 시작한다. 자살자는 죽었기 때문에 처벌할 수는 없지만, 그에 개입하는 자살관여자(형법상 자살교사자, 자살방조자 등)를 처벌하고, 자살시도행위에 대해서는 건강보험급여를 제한하며(국민건강보험법 제53조에 의한 고의행위에 대한 급여제한), 군인의 근무기피 목적의 자상(自傷, 군형법 제41조)을 처벌한다.

사람의 의식적이고, 의도적인 자기생명의 절단은 주로 사회적·법적 보호들로부터 배제되어 있을 때 발생한다. 정신질환자·빈곤자·노령자 등의 자살이 높은 이유는 그들이 일정한 사회적·법적 보호들로부터 떨어져 나왔기 때문이다. 사회적·법적으로 보호받는 존재였다가 그러한 보호들로부터 배제되거나 탈락하는 것(이혼이나 해고) 또한 마찬가지이다. 정신질환 또한 사회적 배제의 장치가 작동되어 그를 법적 보호의 바깥에 두면서 그는 불안한 생명이 된다. 이러한 사회적·법적 배제의 시스템을 완화하고, 그러한 배제의 공간에 있는 사람들을 사회적으로 결속시키는 것이 자살예방의 근본적 해결책이 될 수 있다. 사회적 배제(social exclusion)의 시스템은 정신질환자뿐만 아니라 보통의 사람들에게도 삶의 두려움을 강화시켜 원하지 않는 자살을 부추긴다. 사회적·법적 배제의 완화를 위한 노력이 자살예방의 근본적 치유책이라 보고서 본 연구에서는 자살예방법을 사회적·법적 배제의 완화라는 관점에서 비판적으로 고찰해 본다.

주제어 : 자살, 자살예방법, 사회적 배제, 사회적 통합, 국민권능

Problem Analysis and Improvement Strategy for the Suicide Prevention Act

Shin, Kwon-Chul*

Suicide is Korea's first leading cause of death in their twenties and thirties. at a rate of 31.2 per 100,000 in 2010. The Korea suicide rate is over twice higher than OECD's average rate. Because of this reality the suicide prevention act(full title, the Act on Prevention of Suicide and Creation of Culture that Respects Life) was enacted in 2011.

In 2008, the Korean government planned the suicide prevention programs to decrease the incidence of suicide to approximately 20 per 100,000 by the end of 2013. Despite the plan the suicide rate in Korea has increased to over 30 per 100,000 since 2009 and the plan was proved to be failed. Consequently, the government was unable to lower the suicide rate in last decade. It has shown that the reduction of suicide rate is a difficult and complex problem.

This study shows that the root cause of suicide is based on social and legal exclusion and proposes that suicide prevention measures should be aimed at social cohesion and legal protection.

Key Words : suicide, suicide prevention act, social exclusion, social cohesion, *parens patriae* power

* Associate Professor, University of Seoul Law School

