

「자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률」의 실효성 확보를 위한 정책적 개선 방안 — 「개인정보보호법」과의 충돌문제 해결을 중심으로 —

권도현*. 박종익**. 안용민***

I. 서론

II. 자살 예방 정책상 「개인정보보호법」 적용에 대한 헌법적 고찰

1. 기본권 충돌의 문제
2. 의료 기관의 자살 시도자 정보에 대한 알 권리 및 액세스(Access)권
3. 소결

III. 우리나라 자살예방정책과 일본의 ACTION-J 사업 비교분석

1. 우리나라 자살예방정책
2. 일본의 ACTION-J 사업

IV. 정책 실효성 확보 방안을 위한 제언

1. 국가차원의 자살시도자 정보관리 시스템 확보
2. 자살시도자 정보 등록 시 책임 소재 명확화를 위한 법률정비
3. 정보 공개 수준 차별화 및 진료 접근성 강화를 위한 의료관리체계

V. 결론

I. 서론

우리나라는 자살 사망자 수가 2017년 기준으로 인구 10만 명당 평균 자살률이 24.3명으로, 1일 평균 35.8명이며 이는 40분에 1명꼴로 자살이 발생하고

* 논문접수: 2019. 9. 15. * 심사개시: 2019. 9. 15. * 게재확정: 2019. 9. 27.

* 성균관대학교 법학석사.

** 강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학과교실 교수.

*** 서울대학교병원 정신건강의학과 교수.

있다. OECD 평균 (2015년) 12.1명 (10만 명당)에 비해 두 배 이상의 수치로 매우 심각한 수준임은 꾸준히 문제가 제기되어 오고 있다.¹⁾

이처럼 심각한 자살의 문제에 대한 대응 방안으로, 우리나라는 「자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률」(이하 ‘자살예방법’)이 2012.3.31.부터 시행되어오고 있다. 본 법의 제1의 목적은 제1조 목적 조항에서도 밝히듯이 자살 예방을 통해 국민의 생명권을 보호하는데 있다. 그러나 안타깝게도 실제 의료 현장에서 본 법의 목적에 따라 자살을 시도한 국민의 생명권을 보호하는 과정에서 환자 개인의 개인정보보호법상 제한 내지는 침해 문제가 제기될 경우, 오히려 자살예방법의 목적인 국민의 생명권 보호 목적을 수행하지 못하게 되는 어려움이 실제 의료현장에서 지속적으로 발생하고 있다. 실제로 자살 시도자를 응급실 기반 자살시도자 사후관리 서비스 사업에 등록하는 단계에서부터 문제가 일어나고 있다.²⁾

「자살예방법」에서의 자살예방이라는 생명권과 「개인정보보호법」 제15조 제1항 제5호 및 제6호 및 동법 제17조 제1항 제2호³⁾에서 보장하고자 하는 사생활의 비밀과 자유, 이 두 가지의 기본권이 충돌하는 문제가 실제로 발생하고 있는 것이다.

물론 개인정보보호의 측면에서 사생활의 비밀과 자유 및 강제 입원 등을 통

1) 보건복지부, 중앙자살예방센터 『2019년 자살예방백서(2017년 통계기준)』 및 중앙자살예방센터 주요통계지표 참조.

2) 이상영, “자살시도자에 대한 지역사회 정신건강증진 서비스 공급체계 개선방안”, 2017, 132-136면.

3) 「개인정보보호법」 제15조 제1항 제 5호: 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 제6호: 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

제17조(개인정보의 제공) ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우

2. 제15조제1항 제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우.

해 나타나는 신체의 자유를 무분별하게 침해할 수는 없다. 그러므로 헌법적인 관점에서 이와 관련된 기본권 상충의 문제를 해결하는 대안이 제시되어야 할 것이다. 이에 보건복지부와 더불어 의료 기관 또한 「자살예방법」의 법적 해석에 있어서 공통적으로 헌법에 근거를 마련하는 가운데 의료 현장에서 환자를 등록하는 과정에 예외 사항 인정 기준을 마련해야 할 것이다. 따라서 이하에서는 대한민국 헌법 제37조 2항의 기본권 충돌 문제에 관한 비례의 원칙 기준을 적용하여 실제 의료 현장에 적용할 수 있는 가이드라인을 확정하기 위한 정책적 개선방안을 모색하고자 한다.

II. 자살 예방 정책상 「개인정보보호법」 적용에 대한 헌법적 고찰

1. 기본권 충돌의 문제

가. 기본 개념

기본권의 상충(충돌)이란 하나의 같은 사안에서 복수의 서로 다른 기본권 주체들이 각자의 기본권을 주장함으로써 서로 대립되어 각 기본권 주체가 국가에 대하여 자신의 기본권보호를 요구하고 있는 상황을 말한다.⁴⁾ 한 기본권 주체의 기본권 행사가 다른 기본권 주체의 기본권행사를 제한 또는 희생시킨다는 데 그 특징이 있으며 기본권충돌의 경우, 양(兩) 기본권주체가 국가에게 서로 자신의 기본권을 고려해 줄 것을 요청함으로써, ‘국가공권력과 양 기본권 주체의 3자 관계’가 발생한다.⁵⁾

4) 허완중, “헌법재판소결정에 따른 입법자의 의무-기본권의 충돌과 그 해결방안을 중심으로-”, 헌법논총(22집), 헌법재판소, 2011, 453면.

5) 헌재2005. 11. 24, 2002헌바95.

나. 기본 유형

기본권의 충돌에는 크게는 동종의 기본권간의 상충, 그리고 이종 기본권간의 상충이라는 두 가지 유형이 존재한다. 전자의 경우 신문편집자와 수습기자 사이의 언론출판의 자유에 관한 갈등인 반면 후자는 시위자들의 표현의 자유, 집회 결사의 자유를 제한함으로써 인해서 다른 사람들의 생존권을 보장(평등권)하는 모습 등 다양한 형태로 존재한다.

다. 기본권의 제한 및 이익형량을 통한 해결

기본권 상충이 기본권 주체들 간의 문제이므로 사인들 간의 문제가 발생하게 된다. 대사인적(제3자적) 효력이 요구되는 문제 상황과 기본권 상충의 문제 상황이 서로 다른 성격의 것인지 여부가 논의되고 있다. 사인들 간의 기본권의 제3자적 효력 문제도 문제된 경우도 당사자들 간의 기본권이 충돌의 경우에 발생하는 것으로서 기본권의 제3자효나 기본권의 상충은 결국 동일한 기준으로 판단되어야 한다.

이는 결국 기본권의 제3자효가 문제되는 상황도 헌법적 문제가 되는 것은 사인들 간 자율해결이 아닌 국가에 의한 기본권 보호가 요구될 때의 상황이 문제되는데 공통점이 있기 때문이다. 양자 모두 국가의 개입에 의한 해결이 필요하기 때문에 문제의 성격이 다르지 않다고 보는 것이 타당하다.⁶⁾

따라서 헌법합치적인 규범을 도출하고자 기본권의 상충 상황을 분석할 경우 기본권의 이중성론이라는 작위적 개념은 배제하고 국내 헌법과 법 체계의 틀 안에서 기본권을 최대한 보장하기 위한 ‘기본권 조절’의 사전작용으로서 기본권 상충의 이론을 활용하는 것이 타당하다. 기본권 상충 문제를 해결하기 위한 헌법 조문으로는 헌법 제37조 2항이 기준이 된다. 국가기관 및 의료 기관이 수호하고자 하는 자살 시도자 자신의 생명권과 알 권리 그리고 자살 시도자 본인의 사생활의 비밀과 자유에 대한 기본권 충돌의 유형을 살펴보기로 한다.

6) 정재황, 『新 헌법입문』, 박영사, 2010, 235면.

2. 의료 기관의 자살 시도자 정보에 대한 알 권리 및 액세스(Access)권

가. 의료 기관의 자살 시도자 정보에 대한 알 권리

알 권리란 어떠한 사실이 존재하는지, 그 사실이 어떠한 내용인지를 인식하고 이해할 수 있는 권리를 말한다. 알 권리의 유형으로 먼저 ① 그 성격에 따라 ㉠ 소극적 알 권리(정보에의 접근·수집·수령을 방해받지 않을 자유권적 권리)와 ㉡ 적극적 알 권리(정보의 열람과 공개를 청구할 수 있는 권리)로 나뉘어진다. ② 대상의 범위에 따라서는 ㉢ 일반적 알 권리와 ㉣ 개별적 알 권리로 나누어지며, ③ 개인정보에 대한 알 권리와 공공정보(여러 사람이 공유할 수 있는 공익적 정보 등)에 대한 알 권리, ④ 정보의 내용에 따라 행정정보, 입법정보, 사법정보 등에 대한 알 권리로 나눌 수 있다. 일반적으로 공공기관이 보유하는 정보의 공개에 대해서는 ‘공공기관의 정보공개에 관한 법률’이 중요한 일반법으로서 그 절차 등에 관한 규정을 두고 있다.⁷⁾

의료정보에 대해서는 의료법에서는 의료법 제19조 제1항에 의해 의료인이나 의료 기관 종사자의 경우 정보누설금지 조항에 의거하여 진단서, 검안서, 증명서 등에 대한 자료 기록의 열람, 사본 교부 등의 업무를 하면서 알게 된 타인의 정보를 누설하거나 발표하지 못하도록 하고 있다. 또한 동조 제2항에 의해 의료 기관 인증 업무에 종사하거나 종사하였던 자 역시도 타인의 정보를 누설하거나 부당한 목적으로 사용하는 것이 금지되도록 하여 개인 정보에 대한 엄격하게 규제하고 있다.

또한 의료 정보의 열람 등사에 대하여 동법 제21조 제1항에 의해 자살 시도자 본인이 자신의 정보에 대해서 열람, 등사를 신청할 경우 의료인이나, 의료 기관의 장 및 의료 기관 종사자는 정당한 사유가 없으면 거절하지 못하도록 하고 있다. 한편 동조 제2항에 의료인 및 의료 기관의 장 및 의료 기관의 종사자는 자살 시도자 아닌 타인에게 자살 시도자의 기록을 열람 또는 사본을 교부하는

7) 정재황, 전게서, 355면.

행위를 원칙적으로 금지하고 있어 의료 정보는 자살 시도자 본인에게 속한 개인 정보로서 자살 시도자 본인에게 그 소유권이 있음을 분명히 하고 있다.

다만 동조 제3항에 의하면 타인이라 하더라도 의료인 및 의료기간의 장 및 의료 기관 종사자가 자살 시도자의 기록을 열람하거나 사본을 교부하는 행위를 할 수 있는 경우가 있다. 첫째로 의사, 치과의사, 한의사가 자살 시도자의 진료를 위해 불가피하다고 인정한 경우이다. 둘째는 자살 시도자의 배우자, 직계존속, 자살 시도자 지정 대리인 등이 절차적 요건을 구비하여 신청한 경우이다. 셋째는 자살 시도자의 가족 이외의 자라 하더라도 의료급여 수급권 확인 또는 민, 형사상, 행정상의 절차상의 필요에 의해서 의료법 제21조 제3항 제4호부터 동법 동조 동항 제16호상에 특별히 예외를 인정한 경우이다.

나. 자살시도자의 사생활의 비밀과 자유

우리 헌법은 사생활의 자유를 보호하기 위해 사생활의 비밀과 자유(제17조)를 비롯하여, 주거의 자유(제16조) 및 통신의 자유(제18조)를 규정하고 있다. 개인이 공개를 원치 않는 사적 영역의 정보가 부득이하게 공개되거나 타인에 의해 수집·관리되는 경우가 많아져 사생활의 비밀보장이 요구되기 시작하였다. 사생활의 자유란 개인의 사적 생활 영역의 자유를 말하는 것이고, 사생활의 비밀은 사생활의 부당한 공개로부터의 자유라고 할 수 있다.

미연방대법원은 Privacy를 인정해왔으나, 1965년 Griswold v. Connecticut 사건⁸⁾에서 비로소 프라이버시권을 하나의 ‘헌법상의 권리’로 승인하였다. 독일과 일본의 경우도 헌법상 명문의 규정이 없어 판례를 통해 Privacy권을 인정하고 있는데, 독일은 인격권에서, 일본은 행복추구권에서 그 근거를 찾고 있다. 한편, 우리나라 헌법재판소는 『헌법 제17조』는 “모든 국민은 사생활의 비밀과 자유를 침해받지 아니 한다”고 규정하여 사생활의 비밀과 자유를 국민의 기본권의 하나로 보장하고 있다. 사생활의 비밀은 국가가 사생활영역을 들어

8) Griswold v. Connecticut, 381 U.S. 479 (1965).

다보는 것에 대한 보호를 제공하는 기본권이다. 또한 사생활의 자유는 국가가 사생활의 자유로운 형성을 방해하거나 금지하는 것에 대한 보호를 의미한다.⁹⁾

요컨대 헌법 제17조가 보호하고자 하는 기본권은 사생활의 자유를 사생활 영역의 자유로운 형성과 비밀유지에 국한하고 있다.¹⁰⁾ 사생활 비밀의 불가침이란 개인의 내밀한 내용과 개인적인 수비이익(守秘利益)이 있는 기타의 비밀에 대한 비밀유지에 관한 권리를 말한다.¹¹⁾ 자기의 사생활을 자의로 영위할 수 있는 자유를 사생활 자유의 불가침이라 한다.¹²⁾ 또한 개인은 자기의 사생활을 타인에게 공개할 것인가 여부에 대한 결정권을 가지고 있다. 개인정보 자기결정권은 자신에 관한 정보를 언제, 누구에게, 어느 범위까지 알려지고 또 이용할 수 있도록 할 것인가를 정보주체가 스스로 결정하는 권리이다. 이러한 개인정보 자기결정권은 정보주체로 하여금 개인정보의 공개와 이용을 스스로 통제하도록 함으로써 타인에게 형성될 정보주체의 사회적 인격상에 대한 결정권을 정보주체에게 유보시킨다는 의미를 가지고 있다.¹³⁾

3. 소결

정신건강관련 의료정보의 경우 그 정보의 민감성 및 우리나라의 사회 인식으로 인해 더욱 보호되는 측면이 있다. 공익성이 유의미하게 존재한다고 하더

9) 정재황, “언론·출판의 자유에 관한 헌법재판소 판례”, 고시계(제445호), 국가고시학회, 1994.

10) 헌재 2003.10.30. 선고, 2002헌마518; 헌재 2007.5.31. 선고, 2005헌마1139; 헌재 2008.4.24. 선고, 2006헌마402·531(병합) 등.

11) 『법 제8조 제1항 본문 가운데 ‘4급 이상의 공무원 본인의 질병명에 관한 부분’은 국가가 신고의무 부과를 통하여 획득한 개인의 질병명을 관보와 인터넷에 게재하고 공개토록 하는 것인바, 질병명은 신체상의 특징이나 건강상태에 관한 사적 정보이므로 이를 개인의 의사와 무관하게 일방적으로 공개하는 것은 그 개인의 사생활의 비밀과 자유를 제한하는 것이다.』(헌재2007.5.31. 선고, 2005헌마1139).

12) 헌법재판소는 자동차 운전 시 좌석안전띠 착용문제(헌재 2003.10.20. 선고, 2002헌마518), 명예보호를 위한 대외적 해명행위(헌재 2001.8.30. 선고, 99헌바92), 범죄행위(2002.3.28. 선고, 2000헌마53)와 같은 경우는 헌법상 보호되는 사생활의 영역으로 볼 수 없다고 한다.

13) 한국정보보호진흥원, 「개인정보자기결정권의 한계와 제한에 관한 연구」, 2001, 42-43면.

라도 공개될 경우 파급되는 피해의 중대성을 바탕으로 개인정보 동의 절차를 강조하는 측면이 있다. 가령 의료 기관 측의 일방적인 결정에 따라 자살 시도자의 개인정보를 동의 절차 없이도 사회생활에 중대한 영향을 미치는 정신건강 관련 의료정보를 수집 내지는 활용가능하게 될 경우, 기본적으로 사생활의 비밀뿐 아니라 재산권 및 명예권과 같은 개인의 기본권 침해 우려가 매우 클 수밖에 없음이 우리나라의 현실이기 때문이다.

그러나 지나치게 자살 시도자 개인의 사생활의 비밀 보장만 강조함으로써 지속적인 정신과적 치료가 필요한 국민 스스로가 치료를 거부하게 되는 결과가 초래될 수 있다. 실제로 응급실에 내원한 자살시도자들의 정신과 치료 연계를 위한 사례관리 현장에서는 개인정보의 동의 절차에서부터 치료가 거부 내지 중단되는 경우가 발생하고 있다.¹⁴⁾ 정말 치료가 불가피한 경우까지 개인정보보호절차를 강조함으로써 보호받아야 할 생명권에 대한 권리보장은 막상 놓치게 되는 현실이 지금도 일어나고 있다. 이에 대하여 최소한 자살시도자들의 경우, 자타해 위험성 가운데 자해 위험성이 확실히 인정된 경우로서 자살 시도자 본인의 생명권을 보호하기 위한 측면을 고려해서 「개인정보보호법」의 예외 인정이 선행적으로 적용될 필요가 있다.

사생활의 비밀과 자유의 헌법적 가치와 「개인정보보호법」의 제정 목적을 생각한다면 자살 시도자의 의료정보에 대해서도 민감하게 다뤄야함은 물론이다. 그러나 자살 시도자의 사생활의 보호와 상충되는 기본권으로서 자살 시도자 개인의 생명권과 공공복리와 질서유지 측면이 상당하기 때문에, 헌법 제37조 제2항의 기본권에 대한 일반적 헌법 유보 사항을 구체적으로 숙고하며 헌법 합치적 해석이 요구된다. 즉, 사생활의 비밀과 자유도 절대 불가침의 사항이 아닌 점을 고려해야 한다.

헌법 제37조 제2항의 일반적 헌법 유보 사항에 의해헌법상 보장된 기본권의 내용이라 하더라도 국가안전보장·질서유지·공공복리 등을 위하여 필수불가

14) 보건복지부, 『응급실기반 자살시도자 사후관리 사업 성과지표 개발 및 적용』, 2016, 21-23면.

결한 경우에는 법률로써 제한할 수 있는 것이다.¹⁵⁾ 특별히 자살 시도자는 한번 자살로 끝나지 않는다. 자살시도자의 자살률은 일반인의 약 25배에 달하기 때문에 한번 자살 시도를 한 자는 고위험군으로 분류된다.¹⁶⁾ 상습적인 자살 시도로 결국은 자신의 소중한 생명을 언제라도 포기할 가능성이 높은 자로서 의학적 치료가 선행되어야 하는 공공복리적 관점으로 접근해야 한다. 사생활의 비밀과 언론의 자유가 상충하는 경우 양자의 조화가 필요한 이유이다¹⁷⁾

또한 자살 시도는 단순히 개인의 생명권 포기 문제만이 아닌 것도 자명한 사실이다. 이는 사회 질서 유지의 측면으로 접근하면, 자살 시도로 인해 요청되는 진료비, 응급이송비, 수사비, 조기사망비, 작업손실 비등 지출로 인한 사회 경제적 비용 지출의 문제(자살 사망자 관련된 내부 비용 및 자살 가족과 관련된 외부비용 고려 시 최소 2조 4,149억, 최대 5조9,663억원 추산)¹⁸⁾, 자살 시도 성공 후 뒤따르는 가족들에 대한 지원 문제, 유명인의 자살의 경우 그로 인한 사회에 부정적인 영향력 문제를 방지하기 위해서 자살 시도자에 대한 치료 목적의 경우라면 예외적으로 사생활의 비밀과 자유의 기본권은 제한 할 수 있는 문제라 할 것이다.

구체적으로 자살 위험에 노출된 자 가운데서 자살의 상습성 및 치명도 등의학적 고려를 통해 실제 보호받아야 할 자살 위험에 노출된 자가 실제 정신건강에 이상이 생긴 자를 구분하는 과정이 필요하다. 자살 시도의 상습성이 있는 자의 경우 정신건강 상 문제가 있는 사람들이 반복적으로 행하는 병적 양태로서, 단순히 외상만 치료함이 아니라 정신과 진료가 반드시 수반되어야 하는 병적 양태일 수 있는 점을 고려해야 한다¹⁹⁾. 이를 위한 사전적 조치로 정신과 진료 및 사후 관리 서비스 등에 요구되는 개인보호동의 절차를 생략하는 정책적 보

15) 『대한민국 헌법』 제37조 제2항.

16) 보건복지부, “자살시도자의 자살률 관련 보도자료(2013.4.1.)” 및 “2013 자살실태조사”.

17) 사생활의 자유와 언론의 자유가 상충하는 경우 이를 해결하는 방법으로 인격영역이론, 권리포기이론, 공적인물이론, 공공이익이론, 공적기록이론 등이 제시되고 있다.

18) 한국보건사회연구원, “자살예방국가전략비교”, 2013, 514-515면.

19) 가와니시치야키, 「자살예방학」, 2013, 107-109면.

완이 가능하다. 또한 자살시도자 정보에 대한 사후 처리 문제도 기술적으로 민감 정보의 처리에 있어서 비식별화 조치 등을 통해 비밀유지가 충분히 가능할 수 있도록 할 수 있는 내용이 추가가능하다.

한편, 자살 시도자의 생명권뿐만 아니라 의료진의 생명권 보장의 측면에 있어서도 개인정보보호절차 미진으로 인해 자살을 시도한 정신질환자들의 치료 시기가 늦춰져서는 안 될 것이다.²⁰⁾ 그중에서도 장기적이고 지속적인 추적 조사를 통해서만이 그 증상 회복이 이뤄지는 질환으로 판명된 사인에 대하여는 개인정보보호의 측면보다 우선시되는 치료의무가 발생한다고 보아야 한다. 현재의 「개인정보보호법」의 엄격한 규제 속에서는 의료진들이 자살 시도자의 생명과 건강을 보전하고 증진하고자 하는 의무와 사명감²¹⁾을 가지고 있다고 하더라도 지속적인 치료연계는 한계가 있을 수밖에 없다. 게다가 응급의학과와 정신건강의학과 의료진이 지속적으로 연계하는 노력을 투입하면서까지 자살 시도자에게 지속적으로 치료를 받기를 권고하는 것 자체가 의료진 및 사례 관리자의 소진이 있을 수밖에 없다.²²⁾ 더불어서 지속적인 추적 조사가 필요한 자살 시도자 군에 대해서 민감 정보로서 의료 정보를 관리하는 데에는 상당한 인적 물적 설비 투자 및 관리 비용이 드는 문제이기도 하다.

이처럼 자살예방을 위해 의료진의 상당한 노력이 투입되는 상황임에도 불구하고 개인정보보호절차의 동의 절차가 없이는 외상 치료가 끝나고 난 이후에는 정신과적인 문제 해결을 위한 지속적인 연계 치료 자체가 불가능한 상황이다.²³⁾ 그러나 자살 시도자의 경우는 지속적인 연계치료만이 자살 시도자의 생명을 지킬 수 있는 유일한 방안이다. 또한 자살 시도자의 생명권과 건강권을 지키는 최선의 조치는 자살 시도자에 대한 의무 정보를 의료 기관 사이에 공유할

20) 2019.01.02. “임세원 교수: 정신과 전문의 진료 중 흥기에 찢려 사망”

‘<https://www.bbc.com/korean/news-46734503>’.

21) 『의사윤리지침』 제3조 및 제5조, 2017.04.23. 개정.

22) 전현구, “자살예방사업 실무자의 직무스트레스와 심리적 소진 경험에 대한 질적 연구”, 2015, 11-14면.

23) 보건복지부/서울대학교병원 안용민, 『2013 자살실태조사』, 2013. 30-33면.

수 있는 최소한의 조치를 마련하는 것이다. 어려운 여건 속에서도 자살을 시도한 환자에 대한 지속적인 연계치료를 위해 의료진들이 노력을 하는 이유는 명확하다. 개인정보보호 절차보다 우선시되어야 할 자살 시도자의 생명권 보장을 위해서 의료 종사자로서 최소한의 치료 의무를 다하고자 법률의 재정비를 요구하고 있는 것이다.

이처럼 자살시도자의 경우 지속적이고 광범위한 추적 조사와 정보공유가 선행되어야 하는 의료 기관의 현실적인 요청이 계속하여 주장되고 있는 상황이다. 의사의 기본 윤리의식의 기본은 자살 시도자의 생명권을 수호하는 것이지만, 개인정보보호의 규제의 틀에 막혀 정신과적 개입이 불가능한 문제가 계속해서 제기되고 있다. 이 문제의 해결의 실마리는 규제의 근거가 되는 법률에 대한 헌법 합치적 해석에 따라 제도를 재정비하는데 있다고 생각한다. 따라서 이하에서는 「자살예방법」 제14조 및 제20조에 대하여 살펴보고 더 나아가 자살 시도자에 대한 정보 공유의 문제에 있어 우리나라 헌법과 비교법적 고찰에 기초한 정책적 대안을 모색하여 보고자 한다.

III. 우리나라 자살예방정책과 일본의 ACTION-J 사업 비교 분석

1. 우리나라 자살예방정책

가. 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 상 자살위험자 및 자살시도자에 대한 정책

「자살예방법」 제14조 제1항²⁴⁾의 경우 법 적용 대상인 “정신건강에 이상이 생긴 것으로 인하여 자살 위험에 노출된 자”를 특정함에 있어서 실제 자살을

24) 「자살예방법」 제14조(자살위험자 지원 및 정신건강 증진 대책) ① 국가 및 지방자치단체는 정신건강에 이상이 생긴 것으로 인하여 자살 위험에 노출된 자에 대하여 필요한 의료적 조치가 적절히 제공될 수 있는 환경을 조성하여야 한다.

시도한 자의 정신과 진료 연계가 본인 및 보호자의 개인정보동의 절차의 거부 문제와 맞물려 그 보호대상의 범위가 극히 제한적이란 문제가 있어 왔다. 또한 「자살예방법」 제14조 제1항 후문에 “필요한 의료적 조치가 적절히 제공될 수 있는 환경을 조성하여야 한다.”는 문언 역시 구체적 범위가 특정되지 않아 자살을 예방하는 실효성 보장이 떨어진다는 문제가 지적되는 것도 현실이다. 이와 더불어 「자살예방법」 제20조²⁵⁾ 상 심리 상담, 상담 치료 대상이 자살 시도자 본인만인지 그 가족도 포함하는지에 대한 분명한 해석기준이 필요하다.

한편 「자살예방법」 제14조 제4항에서 자살위험자의 조기 발견, 상담 치료를 위한 필요조치를 보건복지부령으로 정하도록 하고 있으나 구체적인 기준이 없는 것이 문제이다. 따라서 지속적인 자살 위험에 노출되어 응급실 내원 이후에도 정신과적 진료가 없이는 생명이 위급한 자의 범위를 구체적으로 특정하여 그에게 치료의 권리를 제공함이 바람직하다.

가령 자살 시도자의 경우 개인정보의 동의 여부를 스스로 판단하기에 극심한 심리적 불안 상태에 있는 경우라면 ① ‘극단적인 형태로 자살을 시도한 자일 것’, ② ‘이미 수차례 자살을 시도한 경우로서 자살 시도의 주요 원인이 정신과적 문제임이 분명한 경우일 것’ 등의 요건을 추가하여 정신과적 진료가 의무적으로 적용 될 수 있도록 법령을 정비 할 수 있다.

이러한 제도적 정비는 의료법 제4조에 규정된 의료인과 의료 기관장으로서 자살 시도자에 대한 최선의 의료서비스 제공의무 및 헌법 제36조 3항²⁶⁾에 기초한 것으로 자살 시도자의 생명권을 보호하기 위한 것으로 법적으로도 정당화 될 수 있다.

25) 「자살예방법」 제20조(자살시도자 등에 대한 지원) 국가 및 지방자치단체는 자살시도자 및 그 가족 또는 자살자의 가족 등에 미치는 심각한 심리적 영향이 완화되도록 자살시도자 등에게 심리상담, 상담치료를 지원할 수 있다. <개정 2017.2.8.>

26) 「대한민국 헌법」 제36조 제3항
모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

나. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 상의 강제입원제도

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하, 「정신건강복지법」) 제43조, 제44조, 제50조 상에 정신질환자로 추정되는 사람으로서 자·타해 위험성이 있는 자 가운데서도 자살시도자가 포함될 수 있다. 이러한 27)의 경우 자살시도자가 입원을 하게 될 경우, 자살시도자의 개인정보보호의 문제뿐만 아니라 신체의 자유를 침해의 기본권 침해의 요소까지도 고려해야만 한다. 따라서 자살예방법상의 자살위험자의 조기발견 및 치료의 문제와는 달리 기본권 충돌의 문제에 있어서 엄격히 해석할 여지가 있다. 그러나 강제입원제도 역시 형사상의 인신구속과는 달리 처벌을 목적으로 하는 것이 아닌 사회 안전을 도모하고, 아울러 정신질환자의 보호 및 치료를 목적²⁸⁾으로 하고 있다. 이는 자살예방법이 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성함을 목적²⁹⁾으로 하는 점과 방향성을 같이 하고 있다.

따라서 정신질환자로 추정되는 자의 자살을 방지하고자 하는 목적 가운데 「자살예방법」 제14조 상의 자살 위험자에 대한 개인정보를 국가차원에서 관리하는 측면이 충분히 고려될 수 있다 할 것이다. 더욱이 자살예방을 위한 자살시도자에 대한 정보 공유는 강제 입원과 달리 물리적이고 즉각적 기본권 제한이 이뤄지지 않는다는 점, 기술적으로 민감 정보의 처리에 있어서 비밀유지를 충분히 가능하도록 조치할 수 있다는 점에서 향후 「정신건강복지법」의 강제입원 제도의 남용을 막기 위해서라도 「자살예방법」 제14조 및 제20조의 실효

27) 「정신건강복지법」 제43조는 보호의무자에 의한 입원, 동법 제44조는 특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장에 의한 입원, 동법 제50조는 응급입원으로 규정되어 환자 본인의 동의 없이 정신의료기관에 입원이 가능한 경우로 각 요건이 다르게 규정되어 있다.

28) 「정신건강복지법」 제1조(목적) 이 법은 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 한다.

29) 「자살예방법」 제1조(목적) 이 법은 자살에 대한 국가적 차원의 책무와 예방정책에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 소중한 생명을 보호하고 생명존중문화를 조성함을 목적으로 한다.

성 보장을 위한 조치가 가능하다 할 것이다.

2. 일본의 ACTION-J 사업

자살예방정책의 사업의 수행 이후에 변화된 정책적 변화를 살펴보기 위해 외국의 현황을 살펴보고 비교정책적 고찰을 하여보고, 이를 통해 우리나라의 바람직한 법 적용의 방향과 추가적인 입법개선 내용의 여지는 없는지 실제적으로 고찰하고자 한다. 먼저 우리나라의 실정과 가장 유사한 상황에서 시행된 일본의 ACTION-J 연구와 비교 고찰 해보고자 한다.

먼저 우리나라의 경우, 적극적인 자살 예방 정책의 일환으로서 『응급실 기반 자살시도자 관리 사업』을 시행중이다. 이 사업은 응급실에 내원한 자살시도자의 정서적 안정 회복, 재활 촉진, 자살재시도 방지를 위한 지원체계를 구성하기 위한 보건복지부의 주요한 자살예방 정책 사업으로서 2013년부터 전국 27개 대형병원을 생명사랑위기대응센터로 선정하여 현재까지도 활발히 운용중이다. 구체적인 내용으로 응급실에 내원한 자살 시도자에 대해 응급의료기관과 지역사회 정신건강증진센터 및 사회복지시설 등을 유기적으로 연계하여 정신적·심리적 치료 및 사회복지 서비스를 제공하기 위해 응급의학과, 정신건강의학과 의료진과 사례관리팀이 공동으로 자살시도자의 신체적, 정신적 치료 및 단기(1개월) 사례관리 서비스를 제공한다.³⁰⁾

한편 일본의 ACTION-J 사업은 2005년에 후생노동성이 일본인의 건강문제에 대하여 특별히 해결우선도가 높다고 생각되는 것에 대해 과학적 근거에 기초한 대책전략을 개발하고 시책에 의하여 해결할 것을 목적으로 자살을 시도한 모든 자살 시도자에게 입원 중의 위기개입, 심리교육, 사례관리 그리고 자살예방에 도움이 되는 지역정신보건관련의 정보가 제공되었다. 이 과정에서 개인정보보호법에 관한 특별한 문제 제기는 없었는데 이는 동의 절차 단계가

30) 보건복지부, 중앙자살예방예방센터, 「2018 응급실 기반 자살시도자 사후관리사업(생명사랑위기대응센터) 안내」, 2018. 3. 5-10면.

1단계 가동의 취득 후, 심리 교육 이후 동의 취득과 본 동의가 이루어진 절차상 유연성에 기반한 것으로 보인다.³¹⁾ 이에 대해서 본 사업을 주도하고 있는 일본 홋카이도대학의 가와니시치아키 교수의 ACTION-J에 관한 연구 보고서도 “무엇보다 중요한 것이 효과성이 입증된 개입프로그램을 그대로 실시할 수 있는 개입 시스템을 의료현장에서 정비하여 적용하는 것이다.”³²⁾라는 점에서 개인정보보호 보호법의 문제보다 강조되는 자살시도 환자에 대한 최적의 치료적 개입을 우선시 하는 모습이 나타나고 있다. 아베 내각의 초창기인 2006년부터 국가의 자살대책의 지침이 된 ‘자살종합대책 대강’에서 이미 “자살대책을 위한 전략연구 등의 성과를 토대로 자살미수자의 재차 자살기도를 방지하기 위한 대책을 강화 한다”³³⁾고 명기함으로써 자살대책기본법과 정책에 본 사업의 연구 성과가 지속적으로 반영되는 가운데, 2015년부터는 (추가적인 방지 사업으로서) 자살미수자 재기도 방지사업의 개시가 후생노동성에서 발

31) 가와니시 치아키, “자살기도자 대응”, Jpn J Psychosom MEd, 2016. 801-803면.



Fig. 1 対象者の選択基準とフローチャート

*** flowchart**
 구급의료시설에 반송되어 입원한 자살미수자(914명)

(1) 선택기준

- 1) 20세 이상
- 2) DSM-IV의 I축에 해당하는 정신과 질환을 가진 자
- 3) 2회 이상의 판정에 의해 자살의 의지가 확인된 자
- 4) 본 연구의 내용을 이해하고 동의 취득이 가능한 자
- 5) 입원 중에 등록실시에 필요한 면접, 심리교육을 받을 수 있는 자
- 6) 평가면접, case·management을 위한 정기적인 내원이 가능하고 실시시설에서 정기적으로 연락을 취할 수 있는 자

(2) 제외기준1) 주요정신과 진료가 DSM-IV의 I축 진단에 해당하지 않는 자

위기개입, 연구설명, 假동의취득⇒심리교육⇒연구설명, 동의취득과 본 등록⇒무작위배당(시설, 성별, 연령, 자살미수 이력으로 조정)⇒개입군: 시험개입(n=460) 입원 중과 퇴원 후인 case·management 통상 정신과 치료

대조군: 강화된 통상개입(n=454) 입원 중인 case·management 통상정신과치료, 퇴원 후의 정보제공

Fig. 1 대상자의 선택기준과 flowchart

32) 가와니시 치아키, 전게서 803-804면.

33) 가와니시 치아키, “자살기도자 대응”, Jpn J Psychosom MEd, 2016. 804면

표되었고 더불어 의료보험 수가 문제 해결을 위해서도 2016년 2월 13일 시점에 ACTION-J 개입모델의 진료 보수화³⁴⁾ 정책이 중앙사회보험의료협의회에서³⁵⁾ 논의된 이후 실제 2016년도 법제화³⁶⁾ 되는 결과로 나타나는 등, 자살자의 감소를 위한 정책적, 실천적 노력이 의료계와 정치계의 협력 가운데 계속되고 있다.

한편 유럽의 경우도 유럽일반개인정보보호법(GDPR)에서 빅데이터 활용을 위해 특정인을 식별할 수 없는 개인정보인 가명화된(pseudonymized) 정보를 활용 가능하도록 하여 빅데이터 활용의 근거를 마련하였다.³⁷⁾ 특히, 공익, 과학적 연구, 역사연구 및 통계작성의 목적으로는 정보주체의 동의 없이 가명화된 정보를 사용가능하고 있는 점을 주목할 만하다. 또한 미국의 경우도 연방 법률로 개인정보를 규제하지 않는 가운데, 경제적·임상적 보전에 대한 건강정보기술법(HITECHA: Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act)에서는 비식별 조치된 건강정보에 대해 프라이버시 관련 규제를 적용하지 않고 있다.³⁸⁾

34) 참고설명: 일본의 진료보수화의 의미는 우리나라의 의료보험수가가 적용되는 것과 유사한 상황임을 의미한다.

35) 가와니시 치아키, “자살기도자 대응”, Jpn J Psychosom MEd, 2016. 805면.

36) 「일본 자살대책기본법」 제2조 제1항

자살대책은 삶을 위한 포괄적인 지원으로서, 모든 사람이 소중한 개인으로서 존중됨과 동시에, 살아갈 힘을 기본으로 하여 삶의 보람과 희망을 가지고 살아갈 수 있도록, 그 방해가 되는 모든 요인을 해소하는 데 도움이 되는 지원과 그것을 뒷받침 하고 촉진하기 위한 환경의 정비 충실이 폭넓고 적절하게 도모해 야 한다는 취지로서 실시되지 않으면 안 된다. (2016년 신설).

동법 제2조 제5항

자살대책은 보건, 의료, 복지, 교육, 노동, 기타 관련 시책과 유기적 연계가 마련되어 종합적으로 실시되지 않으면 안 된다. (2016년 개정).

37) 행정안전부, 방송통신위원회, 한국인터넷진흥원, “유럽 일반개인정보보호법(GDPR)에 대한 해설”, ‘<https://www.privacy.go.kr/gdpr>’.

38) 박노형, “빅데이터 관련 주요국가의 개인정보보호 법제도 분석에 따른 한국 개인정보보호법 개선의 검토”, 12-28면.

IV. 정책 실효성 확보 방안을 위한 제언

1. 국가차원의 자살시도자 정보관리 시스템 확보

우리나라 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제4조의 3 규정에 의해 보건복지부장관은 5년마다 국가 정신보건사업계획을 수립하도록 규정하고 있다. 또한 「자살예방법」 제7조에도 복지부 장관은 5년마다 자살예방종합대책을 수립하도록 하고 있으나 종합 대책을 위한 실행계획이 부재하여 마련된 계획실행에 대한 체계적 관리와 즉각적인 법령개정이 여전히 미흡한 실정이다.³⁹⁾

정책의 바탕이 되는 사항은 실제 자살 시도자에 대한 정확한 통계와 그에 대한 정보이다. 자살 시도자 정보에 대해서 실제로 국가적인 등록 시스템이 존재하거나(대만, 노르웨이 등), 병원이 행정구역에 따라서 정해져 있는(호주, 뉴질랜드 등) 국가도 존재하고 있다. 그러나 현재 우리나라에서는 국가적 등록 시스템이 제대로 갖춰지지 않은 상황이다.⁴⁰⁾ 게다가 분산되어 있는 자살시도자들에 대한 정보 역시 기관마다 집계항목과 분류기준이 다르기 때문에, 자살 통계의 신뢰도 역시도 저하되어 있다는 문제도 있다.⁴¹⁾

앞서 일본이 ACTION-J 개입프로그램을 의료현장에 그대로 실현하기 위하여 자살시도자에 대한 정보를 파악하였다는 점, 그리고 이에 기초하여서 건강보험법상의 지원 방안 및 효과적인 사례관리를 위한 사례관리 전문 교육에 대한 정책적 지원이 추가되고 있는 점 역시 주목할 만하다. 우리나라도 이와 마찬가지로 기존의 응급실 연계 자살시도자 사업 및 관련 연구가 지속되는 가운데, 실제적인 연구 결과에 기초한 자살 예방 정책이 반영될 수 있도록 자살시도

39) 국가정책조정회의, 『정신건강 종합대책』, 2016.02.25. 1-3면.

40) 보건복지부, 서울대학교병원, 송경준, “응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업성과 지표 개발 및 적용”, 2016. 31-40면.

41) 김정수·송인한, “자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드·미국·아일랜드·잉글랜드·스코틀랜드·호주 및 대한민국의 국가전략”, 보건사회연구(제33권 1호), 2013, 533면.

자에 대한 국가차원의 정보관리부터 선행되어야 한다.

영국에서도 자살 사망자의 75%가 정신보건 서비스를 받지 못했다는 연구 분석에 기초하여 적극적인 자살예방 정책을 입안하였다. 그 결과 자살시도한 사람에 대해서는 개인정보동의 절차 없이도 필수적으로 1차적으로 정신과 진료 받게 하여 국가자살 예방 전략에 다양한 사회분야가 포괄적으로 참여해 서비스를 제공해야 한다고 보았다⁴²⁾. 이를 토대로 2009년 기준으로 영국의 자살률은 20년간 17.6%가 줄어 인구 10만 명당 5.8명을 기록한 이후, 2015년 이후 현재는 외로움 담당 장관까지 임명하여 적극적인 자살예방 정책을 수립 해오고 있다.⁴³⁾

2. 자살시도자 정보 등록 시 책임 소재 명확화를 위한 법률정비

자살을 선택한 자살 시도자의 정신과적 문제에 대한 선행적 조치로서 자살 시도자에 대한 정보 등록에 관한 정책을 구체화 할 경우, 자살시도자 정보관리에 대한 책임소재를 명확히 하여야 한다. 이를 위해서는 「개인정보보호법」의 예외 사항으로서 국가적 차원에서 자살시도자들에 대한 정보를 관리되어야 한다는 점이 반드시 명시 되어야 한다. 현재 「자살예방법」 개정안(2018년)은 국무총리 산하의 자살예방정책위원회를 신설하고자 하고 있으나 아직 통과되지 못하고 있는 실정이다.⁴⁴⁾ 정책위원회뿐 아니라 향후 자살 시도자에 대한 정보 관리기관에 대하여도 국무총리 산하의 직속 기관으로 편제하여 책임 소재를 명확히 해야 할 것이다.

이를 위해 먼저는 「개인정보보호법」 제23조 제1항 제2호⁴⁵⁾에 의하여 법령

42) 김서현·임혜림, “미국과 영국의 공공영역 자살예방 주요 정책과 운영체계 연구: 한국 자살 예방정책 운영에의 함의 도출을 중심으로”, 서울시정신보건센터(제3권), 2013, 52면.

43) 중앙일보, [사설] “자살 예방하려면 영국과 일본에서 배워야 한다.” 2018.01.24.

44) “OECD 자살 1위 오명 벗는다” 국무총리가 이끄는 자살예방정책위원회 신설, 중앙일보, 2018.11.23. 기사.

45) 「개인정보보호법」 제23조(민감정보의 처리 제한) 제1항: 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이

에서 민감 정보의 처리를 요구할 수 있도록 「자살예방법」 제14조 및 제20를 근거로 하여 보건복지부법령에서 자살시도자들의 의료관련 정보에 대해서는 국가의 책임 하에 명확한 집계 항목과 분류기준을 정하여 국가적 차원의 등록 시스템을 구축할 수 있도록 제도를 정비해야 한다.

실제 민감 정보의 기술적 처리의 과정에서는 「개인정보보호법」 제23조 제2항 및 제29조⁴⁶⁾에 따라 필요한 안전조치의 의무를 준수해야 할 것이다. 현재 우리나라는 비식별화 조치를 통해 제3자는 알 수 없도록 할 수 있는 시스템 구축이 가능하다. 더불어 관련 정보의 접근 권한 범위에 대하여도 제도적으로 제한할 수 있는 바, 구체적으로 비영리 목적의 연구자와 치료를 위한 의료진으로만 한정하여 정책이 입안될 수 있다.⁴⁷⁾ 더불어 윤리적 운영 및 관리 감독 체계를 위한 지속적인 보안 교육이 정기적으로 이루어져야 한다는 점, 개인정보 유출시 엄격한 징계절차 마련해야 한다는 점도 정책적으로 고려할 수 있다.

3. 정보 공개 수준 차별화 및 진료 접근성 강화를 위한 의료관리체계

제도적, 기술적 체계의 구축 이후, 실제 운용에 있어서 응급의학과 전문의에 의해 한국형 중증도 분류 체계⁴⁸⁾의 기준에 의해 외과적인 중증도를 파악할 수

하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 3. 29.>

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우

2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

제2항: 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <신설 2016. 3. 29.>

46) 「개인정보보호법」 제29조(안전조치의무) 개인정보처리자는 개인정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 내부 관리계획 수립, 접속기록 보관 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 안전성 확보에 필요한 기술적·관리적 및 물리적 조치를 하여야 한다. <개정 2015. 7. 24.>

47) 행정법제국, 『북유럽 국가의 빅데이터 활용 및 개인정보 보호 관련 법제 현황 조사 및 연구를 위한 국외출장 결과 보고서』 2015. 16-23면.

48) 자살시도자를 포함하여 응급실에 방문하는 모든 환자는 중증도를 분류받게 되고 이에 따라서 진료 우선순위와 자원의 배분이 결정된다. 시간이 시급한 위중한 환자에게 먼저

있으며 정신건강의학과 전문의에 의한 자살위험도 평가를 통해 자살에 관한 심각성을 동시에 고려하여 자살 시도자에 대한 정보 공개 수준에 차이를 둠으로서 충동적 자살 시도자의 경우는 정보등록에서 제외할 수 있는 방안도 고려할 수 있다.

또한 자살 시도자 및 보호자가 정신과적 진료에 실제로 접근함을 강화하기 위한 조치로, 건강보험 적용의 문제도 해결이 필요한 문제이다. 더불어 정신과적 진료에 대한 사회적 편견에 대한 우려, 또한 정신과적 치료의 효과에 대한 불신 등도 정신과 진료 연계를 방해하는 사항인 바, 이에 대한 인식 개선을 위한 지속적이고 종합적인 노력이 필요하다.

V. 결론

자살예방의 문제는 더 이상 개인의 문제가 아닌 사회 공동체적으로 반드시 해결해야 하는 국민의 기본권 보장의 문제이다. 현 시점에서 자살 시도자에 대해서 「개인정보보호법」에서 보호하고자하는 사생활에 비밀과 자유를 위해 「자살예방법」 상 지키고자 하는 생명권이 희생되고 있는 측면을 간과해서는 안 된다. 모든 기본권 보장의 핵심가치로서의 생명권은 개인정보보호보다도 우선해야 할 핵심적인 기본권이다. 더군다나 우리나라는 국민의 생명권을 최우선적으로 보장하기 위해 사생활의 비밀과 자유에 관한 기본권 제한 사유에 대한 법적 근거를 마련할 헌법 합치적 해석기준이 존재한다. 비교법적으로 국가 차원의 자살시도자에 대한 1차적 개입이 가능하다는 점 역시 살펴보았다.

따라서 앞으로 우리나라의 자살 예방 정책에 있어서 개인정보보호의 문제는 헌법 제37조 2항에 명시된 기본권 제한사유로서 자살 시도자 개인의 생명

의료진과의 접촉과 치료를 제공하기 위한 것으로 국내에서는 한국형 중증도 분류 체계 (Korean Triage and Acuity Scale, KTAS)를 개발하여 사용하고 있다. 크게 5단계로 환자의 중증도를 분류하여 1단계에 해당할수록 위급한 환자로 먼저 진료를 진행하도록 권고하고 있다.

권 문제 뿐 아니라 ① 사회질서 유지, ② 공공복리 관점에서도 개인의 선택이 아닌 국가 차원에서 관리해야 할 주요 국가 정책으로 최우선 과제로 삼아야 할 것이다. 이러한 정책적 변화에 기초하여 실제 의료 현장에서 자살을 시도한 사람에 대해서 자신의 생명의 포기를 스스로 결정하겠다는 결정 자체에 인지 행동의 문제가 발생한 경우인지 선제적으로 판단할 수 있도록 해야 한다.

자신의 생명권을 침해하고자하는 인식 자체에 정신과적인 문제가 있는지 여부에 대한 의학적 판단을 위해 국가차원에서 자살 시도자들에 대한 정보를 구축하고 주요 병원 간의 정보 공유를 허용할 수 있도록 해야 한다. 따라서 「개인정보보호법」 및 「자살예방법」 및 관련 법령의 개정을 통하여 관련 연구·의료 기관뿐 아니라 정부 부처 역시 국가 차원에서 자살 예방 정책의 실효성을 확보하는 방안을 더욱 적극적으로 모색해야 할 것이다.

[참 고 문 헌]

1. 단행본 및 연구보고서

- 강은정, “자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안조사”, 2013. 10.
- 김정수·송인한, 자살예방 국가전략 비교: WHO 프레임워크로 분석한 뉴질랜드·미국·아일랜드·잉글랜드·스코틀랜드·호주 및 대한민국의 국가전략.
- 김철수, 『학설판례 헌법학』, 박영사, 2008.
- _____, 『헌법학신문』 제19전정신판, 2009.
- 안용민, 서울대병원, 『응급실 기반 자살 시도자 관리지원 시스템 개발 연구』, 2013.11.
- 정재황, 『新 헌법입문』, 박영사, 2010.
- 국가정책조정회의, 『정신건강 종합대책』, 2016.02.25.
- 보건복지부, 서울대병원, 서울특별시 보라매병원, 『응급실 기반 자살시도자 지원 사업계획』, 2012.2.9.
- 보건복지부, 중앙자살예방센터, 『2019년 자살예방백서(2017년 통계기준)』.
- 보건복지부, 『응급실기반 자살시도자 사후관리 사업 성과지표 개발 및 적용』, 2016.
- 보건복지부/서울대학교병원 안용민, 『2013 자살실태조사』, 2013.
- 자살위기개입 핸드북, 서울시 자살예방센터, 2018.
- 한국정보보호진흥원, 「개인정보자기결정권의 한계와 제한에 관한 연구」, 2001.
- 행정법제국, 『북유럽 국가의 빅데이터 활용 및 개인정보 보호 관련 법제 현황 조사 및 연구를 위한 국외출장 결과 보고서』, 2015.

2. 일반 논문

- 강은정(순천향대학교), “자살예방정책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안조사”, 2013. 10.
- 김서현·임혜림, “미국과 영국의 공공영역 자살예방 주요 정책과 운영체계 연구: 한국 자살예방정책 운영에의 함의 도출을 중심으로”, 『서울시정신보건센터』 제3권, 2013. 47-56면.
- 김혜련, “통계목적의 개인정보보호와 비식별화”, 『통계연구』 특별호, 통계청, 2016. 35-51면.
- 박노형, “빅데이터 관련 주요국가의 개인정보보호 법제도 분석에 따른 한국 개인정보 보호법 개선의 검토”, Naver Privacy White Paper. 2016.

- 박현정·박종익, “자살예방을 위한 법적·제도적 연구- 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률을 중심으로”, 『동아법학』 제57호, 2012. 11. 85-118면.
- 배상빈·우종민, “의학적 측면의 자살방지 대책: 외국 사례를 중심으로”, 『대한의사협회지』 2011. 3. 386-392면.
- 보건복지부·가톨릭대학교 임현우 외 10명, “응급실 내원 자살시도자 사후관리를 위한 정보연계방안 연구”, 2016.
- 보건복지부·서울대학교병원 송경준, “응급실 기반 자살시도자 사후관리 사업성과 지표 개발 및 적용”, 2016.
- 윤종수, “인터넷 산업에 대한 법적 규제 및 활성화 방안”, 『저스티스』 통권 제121호, 2010. 732-765면.
- 전현구, “자살예방사업 실무자의 직무스트레스와 심리적 소진 경험에 대한 질적 연구”, 2015.
- 정재황, “국가권력의 조직행사에 관한 헌법적 기본원리에 관한 연구”, 『홍익법학』 제4집, 홍익대학교법학연구소, 2002.
- _____, “언론·출판의 자유에 관한 헌법재판소 판례”, 『고시계』 445, 국가고시학회, 1994.
- 티모 파르토넨 MD(핀란드 복지연구원 연구교수), “핀란드 자살예방프로젝트에 대한 평가와 함의”, 『국제사회보장리뷰』 2018 봄호, pp. 5-15.
- 허완중, “헌법재판소결정에 따른 입법자의 의무-기본권의 충돌과 그 해결방안을 중심으로-”, 『헌법논총』 22집, 헌법재판소, 2011.

3. 국외 문헌

- 가와니시 치아키, “자살기도자 대응”, Jpn J Psuchosom MEd, 2016.
- _____, 『자살예방학』, 2013. 씨엔비, (이국희 역).
- WHO, “WHO 자살시도자 감시체계”, 2016.
- EU, “Monitoring Suicide Behavior in Europe”, 2006. 6.
- 뉴질랜드, “응급실에서 자살위험성 선별전략”, 2016.
- 미국, “National Violence Injury Statics System”, 2002.
- 스코틀랜드, “자살위험성 관리: 정보공유 및 보호, 기밀유지에 관한 실무지침”, 2011.
- 호주, “호주의 자살시도 이후의 의료”, 2015.

[국문초록]

「자살예방 및 생명존중 문화 조성을 위한 법률」의
실효성 확보를 위한 정책적 개선 방안

권도현(성균관대학교 법학석사)

박종익(강원대학교 의학전문대학원 정신건강의학과교실 교수)

안용민(서울대학교병원 정신건강의학과 교수)

자살예방의 필수적인 정책은 바로 자살재시도율 관련 지표 수집 및 이에 기초한 추적 조사를 통해 자살 시도자들을 지속적으로 관리 및 치료하는 것이다. 우리나라의 경우 「개인정보보호법」에 의해서 사례관리에 동의한 대상자들만이 추적 관찰이 가능하게 되어 있어, 연구 참여율 및 서비스 참여율이 저조하여 연구 참여자가 자살기도자의 일부에 국한된다는 한계점이 지속적으로 제기되고 있다. 이에 「자살예방법」 제14조 및 제20조에 따라 자살예방정책의 실질적 활용을 높이기 위한 방안으로 보건복지부법령에서 개선되어야 할 정책적 제안들을 비교 정책적으로 고찰하였다. 정책적 개선을 위한 기준으로서 기술적, 윤리적인 차원에서 고려해야 할 정보의 비식별화 조치 및 비영리 연구, 치료 목적으로만 의료정보에 접근할 수 있는 방안들을 제시하였으며, 한국형 중증도 분류 체계의 기준에 의해 외과적인 중증도와 더불어 자살위험도 평가를 통해 자살에 관한 심각성을 고려하여 지속적인 추적관찰 여부의 객관적 판단을 할 수 있는 기준을 제시하였다. 더불어 비교법적 고찰을 통해 즉각적인 정신과적 치료의 연계와 더불어 자살 시도자 및 보호자가 정신과적 진료에 실제로 접근함에 있어 진입장벽으로 여기는 건강보험 적용의 문제 해결을 위해 효과적인 사례관리를 위한 사례관리 전문 교육에 대한 정책적 지원이 추가될 필요가 있음을 제안하였다.

주제어: 자살예방, 「자살예방법」, 자살시도자 사례관리, 「개인정보보호법」, 사생활의 비밀과 자유

A Study on Policy Improvement for Ensuring the Effectiveness of Suicide Prevention Law

Do-Hyun Kwon

Master of Law, Sungkyunkwan University

Jong-Ik Park, M.D., Ph.D., LL.M.

Professor, Department of Psychiatry, Kangwon National University College of Medicine

Yong-Min Ahn, M.D., Ph.D.

Professor, Department of Psychiatry, Seoul National University Hospital

=ABSTRACT=

The essential policy of suicide prevention is to continuously manage and treat suicide attempted people through data base related to suicide retry rate and follow-up study report. In Korea, only few people are allowed to follow-up by the Personal Information Protection Act . As a result, the research participation rate and the service participation rate are rather low, so that the research participants is limited to a part of the suicide attempted people. Therefore, the policy proposals to be improved in the Ministry of Health and Welfare Act were examined comparatively in order to increase the practical utilization of the suicide prevention about Article 14 and Article 20 of the Suicide Prevention Act. As a criterion for policy improvement, measures for non-discrimination of information to be considered in terms of technical and ethical dimensions and non-profit research and medical information for medical purposes were suggested. In addition to the severity of the suicide, the suicide risk was assessed and the criteria for the objective assessment of the follow-up observation were considered in consideration of the severity of the suicide.

Keyword : Suicide Prevention, Suicide Prevention Law, Case Management of Suicide Attempters, Personal Information Protection Act, Confidentiality and Freedom of Privacy