

## 교정시설 내 응급의료체계 발전방안

김수일  
대구교도소

### The Developmental Program of Emergency Medical System in Correctional Facilities

Su Il Kim

*Daegu Correctional Institution*

**Abstract** – The purpose of Emergency Medical System(EMS) is what a patient returns to society with recovering mental tone in the shortest time as giving prompt and proper medical treatment to patient in emergency situation, and the Correctional Administration(CA) is purposed for the convict to return and settle down to society after release from prison in success as executing schooling, enlightenment activity, vocational training to convict who was quarantined from the society for the term of imprisonment. The EMS and CA will coincide each other which is reverting people to society in safety. This study aims to suggest the developmental program of EMS in correctional facilities through the cause of emergency situation, system, human resources, establishment, medical equipments, state of budget and the point issue for safety of victim who has many chances that is exposed to physical damage and disease because of particularity of lower culture in correctional facilities and the staff who works there. First, in the view of the correctional facility security system, a proper number of the emergency rescuers should be employed. Second, the effective transportation system along with some emergency medical equipment needs to be established. Third, the correctional officers and the prisoners should be learned the first-aid training which is realistic, practical and systematic. Fourth, the cooperative system should be established such as 1339 emergency medical information center in society. Fifth, the Ministry of Health and Welfare must increase EMS budget for correctional facilities.

**Keywords** : Emergency medical system (EMS), Correctional administration (CA), 1339, Medical information center

## I. 서론

인간은 누구나 죽음을 맞이하게 된다. 각종 사고와 심혈관계 질환의 증가, 그리고 질병양상의 변화로 인해 응급의료에 대한 수요와 요구가 급증하고 있다. 이는 현대사회가 도시화와 더불어 산업의 발달로 밀집된 공간에서 다양한 종류의 시설과 기기가 활용되고 있기 때문이다. 특히 자동차를 비롯한 교통수단의 양적 팽창은 그에 따른 사고를 유발시키고 있으며, 각종 산업체의 업무 수행과정에서도 사고는 지속적으로 발생되고 있을 뿐만 아니라, 고층의 밀집된 주거환경에서 가스나 화재 등으로 인한 사고도 증가하고 있다. 이러한 사고는 부상자를 발생시키기 마련이며, 이러한 부상환자들은 응급치료를 요하는 뇌혈관계질환 또는 심장질환 환자의 증가와 함께 응급의료 수요를 증가시키는 요인이 되고 있다<sup>1)</sup>.

인간이 죄를 지으면 당연히 처벌을 받아야 한다. 중한 죄는 징역형(懲役刑)이고 보다 경미하면 벌금형이다. 이것이 우리가 아는 형벌의 모습이다. 벌금은 징역형보다 큰 위협으로 의식되지 않지만 벌금을 못 내면 징역형이다. 운 좋게 집행유예나 보호관찰을 받더라도, 유예·관찰기간 동안 잘못하면 징역형이다. 사형은 있지만 거의 집행되지 않는 상태이며, 사형수도 다른 수용자와 교정시설에서 동거한다. 우리나라 형벌의 중추는 자유형이고, 그 형집행은 교정시설에서 이루어진다.

교정시설은 하나의 국가제도이다. 따라서 교정시설 연구가 제도의 도입과 정착, 변화의 논의에 치중해 온 것도 이해할 만하다. 즉 교정시설을 일종의 특수한 목적과 그것을 실현하기 위한 특별한 수단을 구사하는 특수한 사회제도라고 보고, 이를 일반적인 사회현상과 분리하여 설명하려는 경향이 있어 왔다. 하지만 어떤 교정시설도 사회적 진공 속에 자리잡고 있는 것은 아니다. 오히려 교정시설은 “사회의 축소(縮圖)”로서의 모습을 지니고 있다<sup>2)</sup>. 일반사회로부터 격리되어 교정시설에 수용된 수용자는 갑작스런 구속, 생활과 환경의 변화, 재판과정, 제한공간과 집단 구금생활에서 오는 심리적 압박감, 긴장, 불안에서 오는 스트레스의 증가, 취약한 제반생활 여건으로 인하여 정신적으로나 신체적으로 질병에 이환될 위험성이 많아 응급환자가 발생할 가능성이 매우 높다<sup>3)</sup>. 교정시설 내에서의 질

환에 대하여 적절한 진료를 받지 못한다면 사회에 대한 반감을 유발하거나 증폭시킴으로써 교정행정(矯正行政)의 효과를 상쇄시킬 우려도 있다. 따라서 수용자의 건강관리 는 교정행정에 있어서 상당히 중요한 부분을 차지하고 있으며 그들에게는 질병예방, 일차진료의 수준을 넘어서 재활이나 정신질환의 상담 및 응급상황에 이르기까지 포괄적인 건강문제관리가 필요하다고 할 수 있다<sup>4)</sup>.

수용자와 24시간 생활을 해야 하는 교정공무원의 경우 근무지의 물리적 환경과 업무 측면에서 볼 때 계호 근무자의 경우 장시간 폐쇄된 장소에서 예측 불가능한 많은 흉악범 수형자들의 동태를 수시로 파악해야 하는 등 위험하고 냉난방 시설이 열악한 곳에서 근무해야 하므로 정신적 스트레스와 신체적 위협에 항상 노출되어 있으며 업무의 특성상 경찰이나 일반 공무원과는 달리 근무교대 없이는 근무지를 이탈할 수 없기 때문에 심리적 중압감은 스트레스의 원인이 될 것이다<sup>5)</sup>. 이러한 스트레스는 정신적, 육체적 질병으로 이어지며 응급상황의 한 요인이 될 수 있다. 매년 수용인원은 감소하고 있는 반면, 수용자들의 권리구제 수단의 오용, 남용으로 형집행의 위하력이 상실됨으로 인해 급증하고 있는 교정사고(correctional accident)에 대처하여 수용자와 직원들의 안전을 위한 응급의료체계(Emergency Medical System, EMS)의 구축은 절대적이라 할 수 있다. 또한 수용자의 교육·교화와 재사회화를 위해 각 교정시설에서는 다양한 공장 등을 운영하며 각종 취업교육을 실시하고 있어 항상 안전사고에 노출되어 있다. 그러나 현 교정시설에서는 의무관의 권한을 제한하는 제도적 미비와 예산부족으로 인해 시설, 인력, 장비 등 응급의료체계의 기본 요건을 충족시키지 못하고 있는 것이 현실이다. 교정시설에서는 보안이 우선시 되기 때문에 일반적인 병원처럼 환자진료 위주로 설계되어 있지 않고 전국 47개 교정시설에서 종사하고 있는 의료 인력은 2006년 처음 채용된 응급구조사를 포함한 219명으로 절대 부족하며 의료장비는 기초적인 건강관리에 국한하여 보유하고 있어 실질적인 응급상황에 대처하기가 어려운 것이 현실이다.

따라서 본 연구는 국내 교정시설의 일반적인 현황과 사고유형 및 실태를 분석하여 문제점을 제시하고 효율적인 교정시설내 응급의료체계 발전을 위한 대안을 제시하고자 한다.

## II. 연구 방법

본 연구의 목적을 달성하기 위한 주된 연구 방법은 정부 행정기관의 통계자료와 문헌조사를 통해 이루어졌다. 수용자 관련 통계자료는 법무부 교정국 발간자료 및 각종 연구 문헌을 활용하여 분류·정리하고 추세를 분석하였고 민간 부분 통계자료는 보건복지부, 통계청의 통계자료를 바탕으로 사회내 응급의료체계와 교정시설의 응급의료체계를 상호 비교하여 문제점을 파악·분석하고 그에 따른 발전방안을 제시하였다.

본 연구에서 사용하고 있는 수용자와 교정시설에 관한 용어는 아래와 같이 정의하였다.

**수용자** : 수형자와 미결수용자, 노역수형자, 나아가 피보호 감호자를 포괄하여 교정시설에 수용되어 있는 모든 자들을 말하는 것으로 한다. 행형법 제1조의 2 제1호에 의하면 “수형자란 징역형, 금고형 또는 구류형을 선고받아 그 형이 확정된 자와 벌금을 완납하지 아니하여 노역장 유치명령을 받은 자를 말한다.”고 정의하고 있으며, 동법 동조, 제2호에 의하면 “미결수용자란 형사피의자 또는 형사피고인으로서 구속영장의 집행을 받은 자”라고 규정하고 있다.

**교정시설** : 교정시설이라 함은 협의로는 징역, 금고, 구류 등의 자유형을 집행하는 국가시설을 말하나 광의에서는 이와 함께 형사피고인, 피의자 그리고 사형의 선고를 받은 자를 수용하는 형사소송절차 및 형집행을 보전하는 국가시설을 말한다.

## III. 결 과

범죄혐의로 구속영장을 받은 형사피의자 또는 형사피고인의 구금작용과 징역 등 자유형 선고를 받은 형 확정자에 대한 형집행 작용을 통괄하여 교정행정(矯正行政)이라 일컫는다. 국가는 국민을 위하여 외교, 국방, 재정, 교육, 사법, 치안 등 여러 작용을 하여야 할 책무를 지고 있는데, 특히 국민의 생명과 재산을 보호하기 위한 치안작용은 매우 중요하다. 치안은 범죄의 예방과 진압에 관한 국가 활동으로서 여기에는 경찰, 검찰 및 교정이 포함된다. 따라서 교정행정은 국가 치안유지의 한축을 담당하는 매우 중요한 국가활동이다<sup>6)</sup>.

### 1. 우리나라 교정행정 기구·조직

우리나라 교정행정의 기구·조직은 교정행정의 중앙기구인 법무부 교정국을 중심으로 서울, 대구, 대전, 광주에 4개 지방교정청을 두고 있으며, 47개의 일선기관(구치소, 교도소, 소년교도소, 보호감호소, 구치지소)이 조직적인 관리체제와 과학적인 시스템으로 통합, 관리 운영되고 있다<sup>7)</sup>.

교정행정을 총괄하는 중앙기구로는 법무부장관과 차관 밑에 교정국장이 있고, 교정국장을 보좌하는 기구로서 교정심의관이 있으며, 그 밑에 각 소관업무에 관하여 정책을 입안하는 교정기획과, 보안관리과, 보안경비과, 작업훈련과, 교육교화과, 복지지원과의 6개 과를 두고 있다. 국장은 이사관으로 보하며 교정심의관은 부이사관(3급)으로 교정기획과장, 보안관리과장은 부이사관(3급) 또는 서기관(4급)으로, 보안경비과장, 작업훈련과장, 교육교화과장 및 복지지원과장은 서기관(4급)으로 보할 수 있게 하고 있다.

지방교정청은 본부 교정국과 일선교정기관의 중간에 위치하여 일선기관 업무집행의 지휘감독을 관장하는 중간감독기관으로서 1991년 11월부터 서울, 대구, 대전, 광주 등 4개 도시에 지방교정청을 설치·운영하고 있다. 각 지방교정청은 설치 당시에는 청장을 정점으로 관리국 밑에 총무과, 보안과, 의료분류과를, 그리고 교화국 밑에는 작업과, 교무과 등 2국 5과의 조직으로 구성되어 있었으나, 1998. 2. 28 법무부와 그소속기관직제(대통령령 15711호)의 개정으로 2개국이 폐지되고 청장 밑에 직접 5개 과를 두는 형태로 변경되었다. 지방교정청장은 이사관(2급)으로, 과장의 경우 총무과장, 보안관리과장 및 작업훈련과장은 서기관(4급) 또는 교정관(5급)으로 보하며, 교육교화과장은 교회관(5급)으로, 보건분류과장은 교정관으로 각각 보하도록 규정하고 있다.

교정행정의 일선기관으로는 전국에 모두 47개 교정시설이 있으며 교도소, 소년교도소, 구치소, 여자교도소, 개방교도소의 내부조직은 시설의 기능에 따라 약간의 차이가 있다. 교도소(소년, 여자교도소 포함)는 형의 집행 등 행형(行刑)에 관한 사무 및 미결수용자의 수용에 관한 업무를 관장하며 소장을 정점으로(대규모 교도소에는 소장을 보좌하기 위하여 부소장을 둠) 총무과, 보안관리과, 분류심사과, 작업훈련과, 교육교화과, 복지지원과, 보건의료과를 두고 있다. 대규모 교도소의 소장은 부이사관(3급)으로 보하고, 소규모 교도소의 소장 과 대규모 교도소의 부소장은 부이사관(3급) 또는 서기관(4급)으로 보하며 각 과장은 서기

관(4급) 또는 교정관(5급) 및 교감(6급)으로 보하고 있다. 다만 보건의료과장은 그 업무의 성질상 의사로, 교육교화과장은 부이사관(3급), 서기관(4급) 또는 교회관(5급)으로, 분류심사과장은 서기관(4급) 또는 분류관(5급)으로 보하고 있다. 구치소는 미결수용업무를 관장하고 있으며 그 성격상 교도소와 조직이 약간 상이하어 교육교화과, 보안관리과, 분류심사과, 출정사무과, 수용기록과, 민원사무과, 교육교화과, 복지지원과 및 보건의료과를 두고 있고, 소장은 부이사관(3급) 또는 서기관(4급), 부소장은 부이사관(3급) 또는 서기관(4급), 각 과장은 서기관(4급) 또는 교정관(5급)으로 보하고, 보건의료과장 교육교화과장 및 분류심사과장의 직급은 교도소와 같다. 개방교도소는 전국의 교도소에서 선발된 모범수형자를 집결하여 수용자자치제를 허용하고 아울러 외부기업체 취업 등 외부통근제도를 실시하여 출소전 사회적응능력을 배양하고 있으며, 조직은 총무과, 보안관리과, 작업훈련과, 교육교화과, 복지지원과 및 보건의료과를 두고 있고 소장 및 각 과장의 직급은 다른 교도소와 같다.

## 2. 교정공무원 실태

교정직공무원은 교정시설에 근무하는 공무원 중 교정직류/교회직류/분류직류로 구분되는 교정직렬에 해당하는 공무원으로서 일반직공무원 중 공안직군에 해당하는 공무원이며, 기타 교정시설에 근무하는 공무원 중 시설관리를 담당하는 기술직공무원, 직업훈련을 담당하는 별정직(직업훈련교사) 공무원 및 기능직 공무원 등을 총괄하여 교정공무원으로 부르고 있다. 교정의 양대 기능이라 할 수 있는 수형자의 격리구금기능과 교화개선기능이 있는데, 전자는 교정직렬 공무원이 담당하고 있고, 후자는 교회·분류직렬 공무원이 하고 있다.

교정직렬 공무원 중 가장 많은 인원규모로 이루어진 교정직 공무원은 교도관직무규칙상 제복을 착용하는 정복교도관으로서 2~9급까지의 단계적인 계급체제로 이루어져 있으며, 주요 업무는 구금확보 및 질서유지를 위한 보안·계호 및 출정 등 보안부서 업무와 사무부서 업무인 총무, 작업훈련, 수용기록, 복지지원, 민원사무업무로 구분되고, 각종 교정프로그램의 효과적 실시, 수용자 처우와 관련한 여건 조성 등 수용관리업무 전반에 관한 사항을 총괄적으로 관장하는 공무원으로 투철한 사명감과 봉사정신이 요구되는 공무원이다. 교정직렬 공무원 중 교회직 공무원은

교정직류와 달리 사복을 착용하고 근무하는 사복교도관으로서 보안업무가 아닌 수용자에 대한 교정교육을 담당하는 공무원으로, 주요 업무로는 수형자에 대한 학과교육/정신교육/교회/종교지도/수용자 상담/고충처리/서신/집필관리/사회견학/귀휴/석방자보호 및 취업알선 등을 통하여 교육행형의 목표에 따른 사회복귀 교육을 총괄 담당하는 공무원으로 교육학, 사회학, 사회복지학, 철학, 심리학 등 전문지식이 요구되는 공무원이다. 분류직 공무원은 교회직공무원과 같이 사복을 착용하는 사복교도관으로서 수형자의 개인적 특성을 과학적으로 분석하여 그에 상응한 교육교화 등 개별처우를 실시하여 건전한 사회인으로 복귀토록 하는 교육행형의 목적을 달성하기 위한 분류조사/분류검사(심사)/교정심리검사/작업적성 판정/누진처우/가석방 업무 등 분류처우 업무를 전문적으로 담당하는 공무원으로서 교육학, 사회학, 범죄학 및 기타 분류업무 관련 학문 등 제반 전문지식이 요구되는 공무원이다.

교정공무원은 크게 일반직·별정직·기능직공무원으로 대별되며 2007년 2월 현재 일반직 12,835명, 별정직 91명, 기능직 602명 등 총 13,840명이다. 교정시설 경비를 담당하고 있는 4,731명의 경비교도 대원을 포함하면 18,571명으로서 정부조직 외청단위 기관과 비교할 때 4번째에 해당하는 방대한 규모이다(표 1)<sup>8)</sup>. 이에 반해 2007년 2월 현재 전국 47개 교정시설에서 종사하고 있는 의료 인력 정원

표 1. 교정공무원 정원(2007. 2). (단위 : 명)

구 분	정 원
교정직류	12,291
교회직류	317
분류직류	227
의 무 직	96
약 무 직	3
간 호 직	71
식품위생직	48
의료기술직	14
건 축 직	58
농 업 직	9
행 정 직	4
기타 기술직	9
별정직공무원 (직업훈련교사 등)	91
기능직공무원	602

은 의무직 96명, 약무직 3명, 간호직 71명, 의료기술직 14명 등 184명으로 절대적으로 부족하며 응급의료 종사자에 해당하는 응급구조사는 2006년 35개 기관에서 각 1명씩 채용한 35명으로 이들 또한 주로 보안 및 계호업무에 종사하고 있어 실질적인 응급상황 즉 야간이나 공휴일에 응급환자가 발생할 경우 즉각적인 대처가 어려운 것이 현실이다.

### 3. 교정시설내 수용 인원

수용인원 현황을 보면 2006년 말 현재 수용인원은 45,651명이며 이 중 기결수는 30,145명이고 미결수는 15,506명이다(표 2)<sup>7)</sup>.

인구대비 평균수용인원은 2002년 61,084명, 2003년 58,945명, 2004년 57,184명, 2005년 52,403명, 2006년 46,721명으로 점차 줄어드는 반면 교도관 정원은 2002년 12,272명, 2003년 12,490명, 2004년 12,802명, 2005년 12,856명, 2006년 13,854명으로 늘어나 2006년 현재 교도관 1인당 3.4명의 수용자를 관리하고 있다(표 3)<sup>7)</sup>.

수용자 성별 인원 및 총수에 대한 여자 비율은 2002년 남 55,284명, 여 3,280명으로 비율은 5.9%, 2003년 남 53,713명, 여 3,623명으로 비율은 6.7%, 2004년 남 51,342명, 여

3,454명으로 6.7%, 2005년 남 44,722명, 여 2,589명으로 5.7%, 2006년 남 43,316명, 여 2,335명으로 5.3%를 차지하고 있다(표 4)<sup>7)</sup>.

2006년 수형자 연령을 보면 수형자 중 20세 미만은 179명(1%), 25세 미만은 3,265명(11%), 25세 이상은 3,877명(13%), 30세 이상은 9,262명(31%), 40세 이상은 9,045명(30%), 50세 이상은 3,653명(12%), 60세 이상은 1,043명(3%)이다(표 5)<sup>7)</sup>.

통계청 자료에 의하면 2005년 인구 십만명당 사망원인 1위는 암(악성신생물), 2위는 뇌혈관질환, 3위는 심장질환, 4위는 고의적 자해(자살), 5위는 당뇨병으로 조사되었다(표 6)<sup>9)</sup>.

이러한 통계는 교정시설 내 사망원인과도 일치하고 있는데 2004년도 교정시설 내 사망자의 현황을 보면 질병의 장기질환 치료자보다는 심인성쇼크, 급성심근경색, 심전도 기능장애, 심장대동맥파열, 뇌지주막하출혈 등 응급으로 인한 사망이 전체 사망자 23명 중 52.1%를 차지하고 있다<sup>10)</sup>. 그리고 최근 급격한 고령화가 진행되면서 우리나라의 인구구조는 표주박형의 고령화, 선진국형 인구형태로 변화하고 있다. 급사(급성 심정지)의 발생 가능성은 30대에서는 인구 10만 명당 30명에 불과하지만, 50대에서는 인

표 2. 수용인원 현황(2006. 12. 31). (단위 : 명)

구 분	수용정원	수용현원	전년말인원
형사범	기결	30,083(65.9%)	32,865
	미결	15,494(33.9%)	14,290
감호자	기결	62(0.1%)	104
	미결	12(0.0%)	52
합 계	47,390	45,651(100%)	47,311

표 3. 인구대비 수용인원(2006. 12. 31). (단위 : 명)

	2002	2003	2004	2005	2006
인 구	47,615,132	47,849,227	48,082,163	48,294,143	48,297,184
1일평균수용인원	61,084	58,945	57,184	52,403	46,721
평당 수용인원	1.81	1.62	1.48	1.28	1.22
교도관 정원	12,272	12,490	12,802	12,856	13,854
교도관 대비 평균 수용인원	5.0	4.7	4.5	4.1	3.4

표 4. 수용자 성별 인원(2006. 12. 31). (단위 : 명)

	2002	2003	2004	2005	2006
남	55,284	53,713	51,342	44,722	43,316
여	3,280	3,623	3,454	2,589	2,335
총수에 대한 여자비율(%)	5.9	6.7	6.7	5.7	5.3
계	58,564	57,336	54,796	47,311	45,651

표 5. 수형자 연령별 현황(2006. 12. 31). (단위 : 명)

구 분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
25세미만	8,053	7,236	6,182	5,713	4,995	4,000	3,265
25세이상	6,169	6,176	5,971	5,207	4,868	4,376	3,877
30세이상	12,353	12,434	12,217	11,922	11,581	10,423	9,262
40세이상	8,246	9,146	9,416	9,576	9,909	9,471	9,045
50세이상	2,667	2,699	2,982	3,007	3,339	3,667	3,653
60세이상	736	830	878	907	935	1,032	1,043
계	38,224	38,521	37,646	36,332	35,627	32,969	30,145

표 6. 연령별 사인 순위(2005년).

(단위 : 명, 인구 십만명당)

연령	1 위	2 위	3 위	4 위	5 위
20~29	고의적 자해(자살) 17.7	운수사고 10.1	암(악성신생물) 5.9	심장 질환 2.0	타살 1.4
30~39	고의적 자해(자살) 21.8	암(악성신생물) 20.0	운수사고 11.1	심장 질환 5.4	간 질환 4.5
40~49	암(악성신생물) 68.4	고의적 자해(자살) 28.3	간 질환 26.2	뇌혈관 질환 17.0	운수사고 16.5
50~59	암(악성신생물) 197.9	간 질환 44.5	뇌혈관 질환 43.9	심장 질환 36.7	고의적 자해(자살) 34.6
60~69	암(악성신생물) 495.3	뇌혈관 질환 165.4	심장 질환 94.3	당뇨병 84.1	고의적 자해(자살) 54.6
70+	암(악성신생물) 1133.3	뇌혈관 질환 827.0	심장 질환 468.0	당뇨병 259.2	만성하기도질환 238.0
계	암(악성신생물) 134.5	뇌혈관 질환 64.3	심장 질환 39.6	고의적 자해(자살) 26.1	당뇨병 24.2

구 10만 명당 100명으로 급증하기 시작하여, 60대에 300명, 70대에 700명으로 급격히 증가한다. 따라서 심혈관 질환의 급격한 증가와 인구 구조의 고령화는 급사환자의 발생률을 상승시키는 중요한 요소로 작용하고 있다<sup>11)</sup>. 2006년 현재 수형자 30,145명 중 40대 이상은 13,741명으로 45.5%를 차지하고 있어 급성 심정지 환자의 발생가능성이 매우 높다고 할 수 있다.

#### 4. 교정사고 및 안전사고

2001년 11월 25일 국가인권위원회가 출범(2001. 5. 24 법률 제6481호)하면서 교정시설내 수용자인권이 많이 향상된 것이 사실이고, 특히 참여정부가 들어선 이후로 수용자인권의 보호에 많은 진전이 있었던 것도 사실이다. 그러나 수용자들의 국가인권위원회 진정 등 권리구제 수단의 오용, 남용으로 인한 처리에 형벌권이나 교정권의 집행이 마비되다시피 되어 형 집행의 위하력이 상실되고 있다. 이러한 현상은 궁극적으로 교정시설내의 질서와 규율이 문란해지고 이것은 각종 교정사고로 이어지고 있다<sup>5)</sup>. 교정사고 (correctional accident)는 교도소 등의 교정시설에서 수용자의 수용관리에 문제상황이 발생하여 교정행정의 기능을 저해하는 여러 현상을 말하는 것으로서, 교정시설 내에서의 자살, 교정시설에서 수용자간의 폭행, 수용자의 직원 폭행, 도주, 교정시설 내에서의 병사, 교정시설에서 수용자들의 난동, 교정시설에서의 화재 등을 말한다.

전체 교정사고의 발생 건수는 1996년 292건, 1997년 312

건, 1998년 353건, 1999년 488건, 2000년 572건, 2003년 611건, 2004년 639건, 2005년 885건 등으로 지속적으로 증가하는 추세를 나타내고 있다(표 7)<sup>12)</sup>. 전체 교정사고 중 응급상황과 관련된 사고는 자살, 수용자간의 폭행, 수용자의 직원 폭행, 교정시설 내에서의 병사 등으로 볼 수 있으며, 전체 교정사고 중 응급상황과 관련된 사고 발생건수 및 비율은 1996년 254건(87.0%), 1998년 265건(75.1%), 1999년 379건(77.7%), 2000년 403건(70.5%), 2003년 551건(90.2%), 2004년 552건(86.4%), 2005년 733건(82.8%)을 차지하고 있다.

응급상황과 관련된 사고를 시간별로 보면 의료취약 시간이라고 볼 수 있는 18:00~익일 08:00까지 사고 건수는 250건으로 전체 건수 733건 중 34.1%를 차지하고 있어 응급상황의 발생이 밤과 낮으로 구분되어 나타나는 것이 아니기 때문에 상시적인 접근이 가능해야 한다(표 8)<sup>12)</sup>.

전국 교정시설에서는 교정작용의 일환으로 부과하는 노역인 교정작업(교도작업)을 실시하고 있어 안전사고의 위험이 항상 도사리고 있다. 수형자에 대한 정역(定役)으로 이루어지는 교도작업은 건전한 근로정신과 작업기술을 습득케 하고 사회적응력을 배양케 함으로써 건전한 국민으로 사회에 복귀할 수 있도록 지원하는 교정·교화의 중요한 과정이다<sup>13)</sup>. 교정·교화를 목적으로 한 교도작업이 전국 42개 교정시설의 구내공장과 대전교도소 등 19개 기관에 구외공장을 설치, 운영 중에 있으며, 목공 등 17개 직종과 자동차부품 조립 등 10여종의 위탁작업이 이루어지고 있다(표 9)<sup>7, 14)</sup>.

표 7. 전체 교정사고 발생 및 응급상황과 관련된 사고 비율.

연 도	교정사고 발생(건)	응급상황관련 사고(건)
1996	292	254(87.0%)
1997	312	246(78.8%)
1998	353	265(75.1%)
1999	488	379(77.7%)
2000	572	403(70.5%)
2001	504	392(77.8%)
2002	571	449(78.6%)
2003	611	551(90.2%)
2004	639	552(86.4%)
2005	885	733(82.8%)

표 8. 시간별 응급상황관련 사고현황(2006년). (단위 : 명)

	자살 사고	폭행치사상 사고	직원폭행 사고	병사 사고	계
08 : 00~18 : 00	7	366	100	10	483
18 : 00~08 : 00	9	207	28	6	250
계	16	573	128	16	733

표 9. 수형자의 직업훈련 직종별 수료인원(2006년).

(단위 : 명)

종목	구분	직업훈련인원	비율(%)
기	계	571	17.5
전	기	95	2.9
전	자	-	-
건	축	761	23.3
섬	유	192	5.9
정	보	142	4.3
국	토	22	0.7
농	림	69	2.1
공	예	138	4.2
산	업	-	-
서	비	240	7.3
안	전	-	-
통	신	410	12.5
음	식	330	10
산	업	51	1.6
기	타	252	7.7
계		3,273	100

## 5. 교정시설 내 진료

수용자 진료는 교정시설 내 진료와 외부병원 이송진료로 나누어 볼 수 있다. 교정시설 내 진료는 자체 의료인력과 장비를 이용한 진료이지만 일부는 외부에서 의사를 초빙하여 진료하기도 한다. 교정시설의 수용인원은 감소한 반면 발생환자는 매년 늘어나는 추세이다. 2000년 이후 5년간 전체 환자 발생인원을 비교해 보면, 기준 연도인 2000년에 연 4,747,479명의 환자를 진료하여 일평균 환자 수는 13,006명이었으며, 진료 환자 중 투약 인원이 4,356,321명, 처치가 354,728명, 외부초빙이 36,048명, 수술 382명으로 투약인원이 4,356,321명으로 전체 진료의 91.7%를 차지하고 있다. 04년(1~8월)에는 연 3,567,657명의 환자가 발생하여 일평균 환자수는 14,908명으로 2004년 8월 말 수용인원 56,743명의 26.3%의 비율을 보이고 있으며 역시 투약이 93.5%를 차지하고 있다(표 10)<sup>10)</sup>.

수용환자에 대한 시설내 치료는 투약·처치·보건의료과 병실의 입실, 외부초빙 등의 조치를 취하고, 수용환자 중 응급환자, 중증환자 및 정밀검사가 필요한 환자 등 시설내 치료가 불가능한 환자는 전국 306개 지정 외부병원에 이송하여 진료를 받도록 하고 있다.

수용자들은 행형법 제28조와 제29조, 행형법시행령 제103조의 규정에 따라 필요시에 교정기관 외부의 병원에 이송하여 진료받을 수 있다. 행형법 제28조에는 “수형자가 자비로써 치료를 원하는 때에는 필요에 의하여 당해 소장은 이를 허가할 수 있다.”고 규정되어 있으며, 행형법 제29조 제1항에는 “소장은 수용자에 대한 치료를 하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 당해 수용자를 교도소 밖에 있는 병원(정신질환을 치료하기 위한 경우에는 의료기관 개설허가를 받은 치료감호시설을 포함한다) 등에 이송할 수 있다.”<개정 2005. 8. 4>고 규정되어 있고, 행형법시행령 제103조 제1항에는 치료상의 조치로서 “소장은 수용자의 치료상 특히 필요하다고 인정하는 때에는 의무관 이외의 의사로 하여금 치료를 하게 할 수 있다.”고 규정되어 있다. 그리고 수용자 의료관리지침 제2조(중환자 등 관리)는 “중환자 및 응급환자는 신속히 외부병원에 이송 진료하고, 수용생활을 감내할 수 없는 중증환자는 관계기관과 협조하여 형집행정지 등의 조치를 취하는 등 중환자 관리에 만전을 기한다.”고 규정하고 있으며, 동지침 제17조(자변에 의한 외부병원 허가) 제2항은 “경중환자나 무분별한 병리검사 등을 위한 외부병원 이송진료는 가급적 통제하여

표 10. 최근 5년간 의무과 진료현황.

(단위 : 명)

년도	구분	계	투 약	소내(보건의료과) 진료인원		
				처치	외부초빙	수술
2000		4,747,479	4,356,321	354,728	36,048	382
2001		4,682,727	4,316,415	327,248	38,675	389
2002		4,989,617	4,622,397	323,505	43,226	489
2003		5,097,199	4,683,159	370,665	43,013	362
2004. 8.		3,567,657	3,336,574	201,996	28,848	239

표 11. 외부병원 진료현황.

(단위 : 명)

년 도	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년(8월)
외부병원 이 송	9,027	9,434	11,692	13,624	10,383

표 12. 47개 교정시설 의료장비 보유현황(2004년). (단위 : 대)

장비명	수량	장비명	수량
X-Ray직접촬영기	45	석고절단기	43
X-Ray현상기	46	전자혈압기	46
치과 X-Ray촬영기	45	약품포장기	55
치과 유니트	46	혈당측정기	73
심전도기	47	연막소독기	53
고압멸균기	46	신체계측기	58
초음파진단기	20	환자운반카	41

표 13. 수용시설의 의료비 예산액 변화 추이. ( )는 증가율

년도별	의료예산총액(천원)	수용자 1인당 의료비금액(원)
2000	2,334,830	37,000
2001	2,864,910(22.7%)	48,000(29.7%)
2002	3,669,550(28.1%)	59,000(22.9%)
2003	4,221,350(15.0%)	68,000(15.3%)
2004	5,501,076(30.3%)	89,000(30.9%)

야 한다.”고 규정하여 외부 의료기관에 이송될 수 있는 대상은 “중환자 및 응급환자”로 한정한다는 원칙을 밝힌 것으로 간주할 수 있다.

외부병원진료는 2000년에 9,027명에서 2001년에는 9,434명, 2002년에는 11,692명, 2003년에는 13,624명으로 매년 급증하고 있다(표 11)<sup>10)</sup>.

그 이유는 교정시설 내 의료시설이 일반적인 병원처럼 환자진료 위주로 설계되어 있지 않고 의료장비 또한 기초적인 건강관리에 국한하여 보유하고 있어 응급상황 발생

시 효과적인 처치가 불가능하기 때문이다(표 12)<sup>10)</sup>. 그러나 수용자가 외부로 나가는 데는 예산지출에 대한 압박감과 도주와 같은 보안사고에 대한 우려 등 여러 가지 복잡한 문제들을 안고 있으며, 또 다른 문제점은 외부병원으로 이송되더라도 대부분의 교정시설이 혐오시설이라는 인식으로 인해 일반 생활권과 벗어난 외곽지에 분포되어 있어 응급의료기관과의 접근성이 떨어진다는 것이다.

응급의료에 관한 법률 제48조(응급구조사 등의 탑승의무)에 의하면 “구급차 등의 운용자는 구급차 등이 출동하는 때에는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 응급구조사를 탑승시켜야 한다. 다만, 의사나 간호사가 탑승한 경우에는 그러하지 아니하다.”고 규정하고 있다. 그러나 전국 47개의 일선기관(구치소, 교도소, 소년교도소, 보호감호소, 구치지소)에서는 1대 이상의 구급차를 운영하고 있으나 반드시 탑승하여야 할 응급구조사와 의료인이 절대 부족하며 보안과 계호상의 이유로 탑제되어야 할 구급장비는 전무한 것이 현실로 범정소송의 가능성을 안고 있다.

교정시설의 의료비 예산은 일반환자 진료비, 특수환자(결핵, 나환자, 정신병)치료비, 중환자(입원, 수술) 외부병원 이송치료비, 수용자 X-Ray 촬영비, 수용자 전염병 예방접종 등으로 구분되어 편성된다(표 13)<sup>14)</sup>.

수용자들의 외부진료 시 진료비는 크게 자비진료와 관비진료로 나뉘는데 수술이나 치료, 정밀검사를 목적으로 외부 전문의사의 진료를 받고자 원하는 자가 사전에 본인 또는 보호자의 신청에 의해 진료비를 본인부담 조건으로 소장허가를 받고 외부병원에서 진료를 받는 경우와 발병원인이 수용자 상호간 싸움 또는 폭행으로 인한 것으로 가해자 또는 가족의 부담능력이 있는 경우에는 자비로서 진료를 받으며 이러한 자비진료의 경우 이외의 사유가 발생하였을 때 즉 안전사고나 응급수술, 기타질환의 진찰 및 치료의 경우에는 관비에 의하여 진료를 받을 수 있다(표 14)<sup>10), 29)</sup>.

표 14. 수용자의 외부병원 치료비 납부현황.

(단위 : 천원)

연 도	치 료 비		국 가	납부자 및 금액	
	총 액	전년대비 증가율		수용자	수용자부담 비율
2000	2,273,568	-	1,184,755	1,088,813	-
2001	2,496,773	9.8%	1,430,906	1,065,867	43%
2002	2,899,114	16.1%	1,670,459	1,228,655	42%
2003	3,672,400	26.7%	2,264,134	1,408,266	38%
2004. 5말	1,799,106	-	1,281,280	517,826	-

국가정책의 대부분이 예산문제와 직결되는 것이지만, 수용자들의 건강을 보호하는 문제 역시 예산의 뒷받침이 없으면 사소한 개선조차도 기대하기 어려운 측면을 지닌다. 의료혜택을 향상시키기 위한 의료인력 증원, 의료시설 및 의료장비 보강, 건강진단, 질병치료, 외부병원 이송 등은 모두가 예산이 뒷받침이 없이는 생각하기 어려운 문제이기 때문이다. 더욱이 정부기관의 예산은 거의 전부가 국민의 납세를 전제로 하는 것이어서 국가의 어느 사업을 막론하고 예산액을 늘리는 데는 제약이 따를 수밖에 없다<sup>14)</sup>.

수용자들이 교정생활을 통하여 건전한 사회인으로 복귀하는 것이 교정행정의 목적이므로 수용자의 건강은 건전한 사회를 만들기 위한 필수적인 요소라 할 수 있다. 그러나 교정시설 내에서는 항상 응급상황이 일어날 수 있는 요소들이 잠재되어 있으나 교정시설 내에서의 보건의료는 우선순위에 있어서 보안과 교정(재활)에 비하여 소홀히 다루어지고 있는 실정이다<sup>10)</sup>.

#### IV. 고 찰

응급의료에 관한 법률 제3조(응급의료를 받을 권리)에 의하면 “모든 국민은 성별, 연령, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다.”고 규정하고 있다. 교정시설내 수용자들 역시 국민의 한사람으로 위와 같이 응급의료를 받을 권리를 가지고 있으나 범법자라는 오명아래 적절한 응급의료를 제공받지 못하고 있다.

우리나라 교정행정의 일선기관으로는 전국에 47개 교정시설이 있으며 2007년 2월 현재 전국 교정시설에서 중사하고 있는 의료 인력은 의무직 96명, 약무직 3명, 간호직 71명, 의료기술직 14명으로 184명이며, 응급의료 종사자에

해당하는 응급구조사 35명을 합하여도 219명으로 전체 교정공무원의 1.5%밖에 해당되지 않아 절대적으로 부족하다. 2005년 통계청 자료에 의하면 인구 십만명당 사망원인의 2위와 3위가 뇌혈관질환과 심장질환이다. 이러한 통계는 교정시설내 사망원인과도 일치하고 있는데 2004년 교정시설내 사망자 52.1%가 뇌혈관질환과 심혈관질환 등 응급으로 인한 사망이었다. 최근 급격한 고령화가 진행되면서 심혈관질환의 증가와 인구 구조의 고령화로 인해 급사환자의 발생률이 증가하고 있는데 2006년 수형자 중 40대 이상이 45.5%를 차지하고 있어 급성 심정지 환자의 발생 가능성이 매우 높다고 할 수 있다. 질환에 의한 응급상황뿐 아니라 해마다 증가하고 있는 교정사고와 교정작용의 일환으로 부과하는 노역인 교정작업(교도작업)에 의한 외상성 응급상황도 발생하고 있다. 수용인원은 해마다 감소하고 있는 반면 보건의료과 진료인원은 증가하고 있는데 특히 수용자들의 의료에 대한 수요는 일반사회와 비교해 볼 때 상당한 초과수요를 보이고 있어서 일반적 진료는 물론이고 전문적 진료에 대한 요구수준도 매우 크기 때문에 교정시설내 의료시설, 인력, 의료장비 부족으로 인한 외부병원 진료가 급증하고 있다. 그러나 수용자가 외부로 나가는 데는 예산지출에 대한 압박과 도주와 같은 보안사고 및 응급의료기관과의 접근성 부족으로 인한 장시간 이송 등 여러 가지 복잡한 문제들을 안고 있다.

수용자의 ‘보건에 관한 권리’와 ‘신속진료 보장’에 대한 국제적 기준 및 외국의 현황을 보면 유엔채소자처우최저기준(United Nations Standard Minimum Rules of the Treatment of Prosoners : SMR) 9항은 “피구금자는 그 법적 지위에 의한 차별 없이 그 나라에서 이용할 수 있는 보건 서비스를 이용할 수 있어야 한다.”고 규정하고 있다. 수용자의 건강권 및 의료접근권이 비구금자들과 동일해야 한다는 점을 강조한 것이다. 최저기준규칙 제91조는 “최저기준규칙상의 원칙들은 소년구치소(remand center), 경찰서

유치장 및 기타 모든 미결구금시설의 수용자에게도 똑같이 적용된다.”고 규정하고 있다. 교정시설 내에서의 건강 및 건강관리에 대한 규칙들과 그것들이 실제로 내포하는 의미는 모든 구금장소에 똑같이 적용된다는 점을 강조한 것이다<sup>14)</sup>.

유럽회의(Council of Europe) 각료위원회(Committee of Minister)가 채택한 “교도소내 보건의료의 윤리적 조직적 측면에 관한 권고안” R(98)7은 사회일반에서 제공하고 있는 의료서비스와 교도소내에서 제공되는 의료서비스의 동등성을 강조하고 있다<sup>15)</sup>. 특히 ‘의료의 동등성’과 관련하여 다음과 같은 주장을 담고 있다.

첫째, 수용자들에 대한 의료정책은 국가의 보건의료 정책에 통합되어야 하고 또한 국가의 보건의료정책에 부합하여야 한다. 교도소 보건당국은 수용자들에게 의료혜택과 정신과 및 치과 치료를 제공할 수 있어야 하고, 일반인에 대한 것과 동일한 위생 및 예방의학 프로그램을 시행하여야 한다. 교도소내 의사는 전문의들을 부를 수 있어야 하고 다른 대책이 필요한 상황이면 교도소 당국은 이를 위한 조치를 취해야 한다.

둘째, 교도소 보건당국은 외부병원의 수준에 상응하는 수준의 건물, 의료시설, 의료장비를 갖춰야 하고 충분한 수의 의료진과 기술진을 확보해야 한다.

셋째, 교도소 내의 위생, 보건 및 보건서비스 조직 평가가 법령에 부합하도록 정부 보건 담당부서의 역할이 강화되어야 한다. 보건담당 정부 부서와 그 외 다른 부서간의 역할 분담을 분명히 하여 수용시설의 보건정책이 협조적으로 이행되도록 하여야 한다.

영국의사협회는 1996년 3월 “수용자에 대한 진료와 치료 지침”을 제정하여 어떤 경우에도 환자의 존엄성을 최대한 지켜야 한다는 원칙을 강조했다. 그 내용을 보면 첫째, 수용자는 일반 사회에서와 동일한 수준의 보건의료혜택을 받을 수 있어야 한다. 여기에는 환자의 존엄성과 사생활 이외의 측면까지 포함된다.

둘째, 구금시설내에서도 의료의 질은 타협의 대상이 될 수 없으며, 일반사회와 같은 수준의 의료혜택이 제공되어야 하고, 사생활이 존중받을 수 있어야 한다.

셋째, 도주와 자해 또는 타인에 대해 폭력을 행사할 위험이 높은 경우를 제외하고, 환자의 진단과 치료는 계구를 사용하지 않는 상태에서 이루어져야 한다.

넷째, 구체적 상황의 위험 정도에 대한 평가는 의료진과 교도관이 공동으로 하여야 한다. 토론과정을 거쳐 위험성

이 낮다고 평가되면 주치의는 계구사용의 중단을 요청하여야 한다. 다섯째, 합의에 도달할 수 없을 경우 병원장이나 NHS (국가보건서비스) 조합위원장은 구금시설의 책임자와 논의하여 문제를 해결하여야 한다. 여섯째, 응급상황이 발생하면 어떤 상황에서도 치료가 이루어지지 않으면 안된다고 강조하고 있다<sup>16)</sup>.

유엔법집행공무원행동강령(United Nations Code of Conduct for Law Enforcement Officials) 제6조는 “법집행공무원들은 자신들이 구금하고 있는 사람들의 건강을 완벽하게 보호해 주어야 하며, 특히 의료적 처치가 필요한 상황에서는 즉각적인 조치를 취해야 한다.”고 규정하고 있다.

국제행형개혁위원회(Penal Reform International : PRI)는 언제라도 의사의 즉각적인 조치가 가능한 상황이 아니면, 대신에 자격을 갖춘 간호사라도 즉시 나서서 1차적인 판단과 응급처치를 할 수 있는 체제를 갖추 것을 권고한다. 즉 응급상황이 발생할 경우는 즉시 외부의 의사와 연락하여 필요한 조치가 가능하도록 협력관계를 유지할 것을 권하고 있다<sup>14)</sup>.

국가인권위원회 출범 이후 단일 유형의 진정사건으로 가장 높은 비율을 차지하는 것은 교정시설 내 의료관련이며 이 중에서 가장 문제가 큰 영역은 ‘치료지연’이다. 외국의 현황을 보면, 미국은 교정시설 내에 24시간 진료할 수 있는 의사가 항상 상주하여 의료처우를 담당하는 것이 의무화 되어 있다. 그리고 의무과의 의사, 치과과의 의사, 약사 등의 수준이나 의료시설들이 일반병원과 비교해도 손색이 없을 정도로 잘 정비되어 있다<sup>17)</sup>. 일본은 의료전문 교정시설을 비롯하여 의료담당 전문요원들이 여느 국가와는 비교가 안 될 정도로 고도화 전문화되어 있는 형편이다. ‘하찌오찌 의료형무소’ 같은 경우에는 전문간호사 양성소가 시설 내에 설치되어 있는 실정이며, 일본의학회 산하에 교정의학회를 설치하고 수용자의 의료처우에 만전을 기하고 있는 실정이다<sup>18)</sup>. 중국은 현재의 국가 수준과는 괴리가 있을 정도로 수용자의 의료처우는 선진국 못지않게 운영되고 있는 실정이다. 수용자 150명당 1인을 배치하게끔 관례화 되어 있고, 맹장수술 등 웬만한 외과적 시술은 거의 시설 내에서 치유하고 있다. 또한 수용자들에 대한 의료보전은 당연히 감옥소재 지역의 의료예방계획에 포함되어야 한다고 감옥법 제54조에 규정되어 있다<sup>19)</sup>. 독일은 행형법에서 위생과 의료에 관한 원칙규정을 두고 있다. 제65조 제2항에서 “수형자의 질병이 교도소 또는 의료교도소에서 발견 또는 치료될 수 없거나 그 수형자를 적시에 교도소

의무실로 이송하는 것이 불가능한 경우에는 교도소 외부의 병원으로 이송되어야 한다.”고 규정하고 있다. 우리 행형법도 병원이송에 관한 규정을 두고 있지만, “소장은 수용자에 대한 적당한 치료를 하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 당해 수용자를 교도소 등의 밖에 있는 병원에 이송할 수 있다.”고 하여 동 규정의 시행을 교도소장의 재량사항으로 두고 있는 반면에 독일의 행형법은 병원이송이 필요한 경우에는 반드시 하여야 하는 기속사항으로 규정하고 있다<sup>10)</sup>. 수용자치료, 전염병관리, 외부병원이송, 형집행정지 결정 등에 필요한 판단은 의사의 전문영역에 속하는 사안인데도 의학에 대하여 문외한인 교도소장에게 모든 결정권이 주어져 있다. 그 결과 소장은 모든 상황을 보안적 시각에서 판단하게 됨으로써 결과적으로 의사가 제 구실을 할 수 없도록 만들고, 더 나아가서는 의사들이 교도소 의사직을 기피하게 만드는 요인이 되고 있다. 환자가 응급상황에 있어서 외부병원으로의 이송이 긴급하게 필요한 경우에도 일단 소장의 결재를 받아야 하므로, 응급상황에서 시간지체 혹은 견해차이로 치료의 기회를 놓쳐 낭패를 당하는 경우가 생기기도 한다<sup>14)</sup>.

응급의료체계는 “적정 규모의 지역 내에서 응급환자가 발생할 때 효과적이고 신속하게 의료서비스를 제공할 수 있도록 인력·시설·장비를 배치하는 조직체계를 말한다. 즉, 응급환자 발생시 현장에서 직접 응급처치를 시행한 후 신속하고 안전하게 병원으로 이송하여 응급의료진과의 협조 하에 의료기술과 장비를 집중하여 생명을 소생시키고 회복을 도와주는 체계를 말한다<sup>20)</sup>.”고 정의하고 있다. 따라서 교정시설에서도 인력·시설·장비의 적절한 배치가 요구되고 있으나 앞서 살펴본 바와 같은 많은 문제점으로 인해 적절한 응급의료체계를 완비하기는 어려운 것이 현실이다. 일반적으로 응급의료체계는 병원전 단계(pre-hospital EMS system)와 병원단계(hospital EMS system)의 2단계로 크게 이루어져 있고, 병원전 단계는 다시 현장단계(scene)와 이송단계(transportation system)로 구분된다. 현장단계는 응급환자의 신고로 시작되어 현장에 응급요원들이 투입되어 필요한 응급처치를 제공하는 단계이며, 이송단계는 현장에서의 응급처치가 시행된 후부터 의료기관의 응급실로 환자가 이송되기까지의 과정을 의미 한다<sup>21)</sup>. 이를 교정시설에 접목시켜 생각해보면 응급환자가 발생했을 경우 최초반응자의 역할은 같이 생활하고 있는 수용자들과 그 사동을 담당하고 있는 근무자가 될 것이며 현장에 투입되는 응급요원들은 주간의 경우 의무직원과 야간의 경우 보건

**[사례] 의료조치미흡으로 인한 생명권침해**

**【국가인권위원회 2004. 8. 23. 자 02진인142 결정】**

피해자의 병증이 급작스럽게 발병한 것이기는 하나, 교도관 및 의무관의 관찰 소홀, 진료부주의로 인해 피해자가 적절한 시기에 적절한 진료를 받지 못한 것이 사망에 이르게 된 한 원인이 되었다면 그 피해자에 대한 권리침해의 정도와 피진정인의 책임의 정도를 정하는데 있어 보다 실질적이고 효율적인 구제를 위하여 피해자 및 직계가족에 대한 법률구조를 요청한 사례

**[결정요지]**

- (1) 피해자의 병세가 급작스럽게 발병하여 불과 5일여 만에 사망에 이르게 된 것으로 피해자의 사망에 대한 책임은 교도관 및 의무관의 주의, 관찰의무의 소홀 및 수용자의 진료와 관련된 전문 의료인력 부족, 주말 및 야간 진료공백 등 전문적 진료체계 및 진료환경의 미비 등에서 종합적으로 기인하였다고 할 것이며, 그로 인해 5일간 지속된 피해자의 병증에 대해 적절한 진료가 이루어지지 않은 것으로 판단되고, 이는 국가기관의 업무수행과 관련하여 헌법 제10조 인간의 존엄과 가치를 훼손하고 국가가 이를 보장할 의무를 다하지 못한 것으로 판단되므로,
- (2) 이에 기초하여 피해자의 권리구제를 위하여 실질적이고 효율적인 권리구제가 필요한 것으로 판단하여 피해자 및 가족의 권리침해의 정도와 피진정인 및 국가책임의 한도를 정하는데 있어 법률구조를 통하는 것이 보다 실질적이고 효율적인 권리구제가 될 것으로 판단하여 법률구조를 요청함

**[참조조문] 행형법 제8조 제2항, 제26조, 제29조 제1항**

- 일 시 : 2002. 1. 6. 18:50경
- 피 해 자 : 조○○
- 진정요지 : 피해자는 2001. 11. 2. 구속되어, 같은 해 11. 6. ○○구치소에 입소하여 15동중층 10방에 수용 중 2002. 1. 2. 오후부터 같은 해 1. 6. 간 가슴통증과 호흡곤란을 호소하다가, 1. 6. (일) 오전 11:00경에 의무과(현 보건의료과)에 옮겨져 진료를 받았으나, 상태가 악화되어 외부병원으로 이송 중 의식불명되었다가 이튿날 03:55경에 사망하였는데, 이는 구치소측의 의료조치미흡으로 인해 피해자가 사망에 이르게 된 것이다.

의료과에 근무 중인 직원이 될 수 있다. 외부병원 이송이 결정되면 수용자 1명을 계호하기 위해 구급차 운전자를 제외한 3명의 직원이 계호를 담당하여 이송하게 된다. 물

론 각 교정시설 내 보건의료과에서 응급환자를 즉각 처치할 수 있는 인력과 시설, 장비를 갖추어 ‘병원단계’의 역할을 해 줌으로써 도주사고 등 보안에 따른 고민, 계호인력 부족으로 인한 근무지 공백우려와 응급환자처치에 따른 고민 등을 한꺼번에 해결할 수 있으나 현 교정행정의 상황으로서는 상당한 기간과 예산이 소요될 것이 분명하다.

따라서 교정시설 내 응급의료체계의 구축을 위해서는, 첫째, 응급의료종사자, 즉 응급구조사의 채용을 확대하고 채용규정을 명시하여야 한다. 인적자원은 응급의료체계의 가장 기본적인 구성요소이다. 2006년부터 교정국에서는 4부제를 시범실시하고 있으며, 이에 따라 매년 교정공무원을 채용하고 있으나 2006년 이후 응급구조사의 채용계획은 없는 상태이다. 채용시 각 교정시설의 보안근무체계에 맞춰 적정인원의 응급구조사를 채용하여 응급상황시 즉각적인 대처가 가능토록 하고 응급환자 이송 시 탑승하여 법정소송의 가능성을 줄이고 응급의료기관과의 원거리 접근성으로 인한 장거리 이송에 대비하여야 한다. 우리나라는 응급구조사에 의한 응급의료서비스가 시작되는 단계이므로, 수용자와 일반 국민에게 충분한 홍보를 통하여 의료공백 시간에 응급처치를 시행할 수 있는 응급구조사가 채용되고 있다는 것을 알리고, 이러한 응급처치가 환자의 예후에 결정적으로 중요한 역할을 할 수 있다는 것을 수용자와 국민들이 충분히 인식할 수 있도록 법무부 교정국에서는 적극 노력하여야 한다.

둘째, 환자이송에 있어 중요한 수단인 구급차는 구급차에 적재된 장비에 따라 응급처치에 기본적으로 필요한 장비만 갖추고 있는 일반구급차와 전문응급처치를 시행할 수 있는 의료장비가 갖추어진 특수구급차로 구분한다. 중증의 응급상황에서는 일반구급차 이송은 무의미하다. 구급차량의 현대화, 최신 응급의료기구의 탑재, 첨단 유·무선 통신 시설의 확보 등과 구급장비의 현대화가 필요하며, 응급환자의 중증도 분류에 따라 비응급환자는 일반구급차로 응급환자는 특수구급차를 이용하는 이송체계를 갖추어야 한다. 위와 같은 장비는 구급차 내에서만 사용가능한 것이 아니라 응급환자 발생현장에서도 사용이 가능하기 때문에 전문기도확보를 위한 장비 및 휴대용 인공호흡기와 특히, 체세동기의 경우 갑자기 발생한 심정지 환자의 가장 중요한 심장리듬인 심실세동의 유일한 치료방법이므로 응급의료체계에서 필수장비라 할 수 있다.

셋째, 교정시설 내 최초반응자에 대한 응급처치교육이 필요하다. 심정지가 발생한 후 4~5분 이상이 경과하면 뇌

손상이 발생하기 시작하므로, 심정지를 목격한 일반인이 즉시 심폐소생술을 시작하여야 심정지로부터 회복되더라도 뇌손상을 최소화할 수 있다. 통상 심실세동에 의한 심정지가 발생한 후 체세동술이 1분 지연될 때마다 생존율이 7~10% 정도 감소한다. 그러나 목격자가 심폐소생술을 하면 체세동술의 1분 지연에 따른 생존율의 감소를 2.5~5% 정도로 줄일 수 있는 것으로 알려져 있다. 또한 모든 심정지환자에서 목격자가 심폐소생술을 시행한 경우가 시행하지 않은 경우에 비하여 약 2.5배의 생존율을 보이는 것으로 알려졌다. 응급의료에관한법률 제14조에는 “운전자, 양호교사, 경찰공무원 등 응급의료종사자가 아닌 사람들에게도 구조 및 응급처치에 관한 교육을 받게 할 수 있다.”고 규정(시행령 제8조)하고 있다. 동법 제2조의 정의에 의하면 “응급처치란 응급환자에게 행하여지는 기도의 확보, 심장박동의 회복 기타 생명의 위협이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.”고 규정하고 있어 적어도 안전에 관한 업무에 종사하는 사람들에게는 응급의료 종사자가 아니더라도 심폐소생술에 대한 교육을 허용하고 있다고 보아야 한다. 응급처치와 같은 술기에 대한 교육은 필요한 경우에 시행하는 것을 전제로 하는 것이므로 경우에 따라서는 심폐소생술의 시행을 허용하는 것으로 해석할 수 있다. 또한 동법 제4조에는 “모든 국민은 응급상황에서의 응급처치 요령 등 기본적인 대응방법을 알 권리가 있다.”고 규정하고 있다. 따라서 심폐소생술을 모든 국민에게 교육하고 응급상황에 시행할 수 있게 하는 것은 국민의 기본 권리에 해당되는 것이라 할 수 있다<sup>11)</sup>. 응급상황은 언제, 어디서, 어떠한 유형으로 자기 자신이나 자기 주위에서 일어날지에 관한 예측이 불가능하기 때문에 응급상황에 대한 경각심과 함께 대처 방안에 관한 교육이 필요하다. 교도관직무규칙 제103조 제3항에 의하면 “의무관은 교도관에 대하여 연 1회 이상 환자에 대한 간호방법, 심폐소생술, 응급처치 등의 교육을 실시하여야 한다.”고 규정하고 있으나 형식적인 면이 크므로 실습위주의 체계적이고 세부적인 교육체계가 필요하다. 또한 교정공무원의 교육훈련은 전문 교육훈련기관이 설치·운영되지 않고 법무연수원 교정연수부에서 교정직 7급반, 교정직 9급반, 교회·분류직 7급 및 경비교도대원의 신규 과정에 대한 교육뿐 아니라 일선 직원에 대한 전문화교육을 실시하고 있으나 응급처치에 대한 교육은 교정직 7급반에만 편성되어 있어 전 과정에 대한 응급처치교육 편성이 필요하다. 또한 행정성적이 우수하고 모범적인 수용자

표 15. 응급의료기금 조성규모(2006년). (단위 : 백만원)

2004년말		2005년 계획		2006년 계획		증(△)감 (B-A)
누 계	당초	수정	누계(A)	요구	조정	
24,424	11,637	12,658	37,082	5,357	7,731	44,813

에 대해 응급처치교육을 실시하여 최초반응자로서 역할을 수행할 수 있도록 하고 적극 참여하는 수용자에 대해서는 행형성적에 반영하여 동기를 유발하며 나아가 생명의 존엄성을 상기시키고 사회구성원으로 복귀 시 소중한 응급의료체계의 인적자원이 될 수 있도록 응급처치교육을 확대하여야 한다.

넷째, 응급상황 발생 시 24시간 운영되고 있는 보건복지부 산하 1339응급의료정보센터와 연계하여 각종 의료정보, 질병상담, 환자상태에 따른 적정병원이송정보 및 이송 중 처치지도를 제공받을 수 있도록 사회 내 응급의료체계와의 협력체계를 구축하여야 한다. 응급의료정보센터는 보건복지부 중앙응급의료센터의 지원·운용 및 지도·점검을 받는 기관으로 2005년 12월 현재 전국 12개 센터가 24시간 운영 중이며 49명의 의사를 통해 응급환자의 병원안내·상담 및 지도, 응급환자를 이송 중인 자에 대한 응급처치의 지도 및 이송병원 안내와 응급의료에 관한 각종 정보를 관리하여 제공하고 있다. 교도관 직무규칙 제97조 제2항에 의하면 “의무관은 응급환자가 발생한 때에는 정상근무시간이 아닌 때라 할지라도 지체 없이 출근하여 진찰·진료하여야 한다.”고 규정하고 있으나 야간 및 휴일의 경우 직접 응소(應召)하기까지 상당한 시간이 소요되며 야간의 경우 담당 직원의 전화기피로 인해 적절한 대응이 어려우므로 응급의료정보센터와 연계하면 의료 취약시간과 이송 중 처치에 많은 도움이 될 수 있을 것이다.

다섯째, 앞서도 언급했듯이 국가정책의 대부분이 예산 문제와 직결되는 것이지만, 수용자들의 건강을 보호하는 문제 역시 예산의 뒷받침이 없으면 사소한 개선조차도 기대하기 어려운 측면을 지닌다. 이러한 문제는 응급의료체계를 효율적으로 구축·운영하여 국민의 생명을 보호하고 응급환자의 사망률 및 불구율을 감소하기 위한 목표로 보건복지부(보건자원과)에서 관리하고 있는 응급의료기금의 지원을 기대할 수 있다. 1995년 응급의료에관한법률 제19조에 의해 조성된 응급의료기금은 97~98년 그 규모가 대폭 확충되어 응급의료체계의 인프라 투자에 사용되었다. 또한 2002년 응급의료에관한법률의 개정으로 그간 50억원 규모이던 응급의료기금이 약 500억원 수준으로 확대되면서(전

전년도 도로교통법칙금의 20%에 해당하는 금액을 정부세출회계에서 응급의료기금에 계상) 응급의료기관 평가가 시행되어 평가 결과를 토대로 행정적 조치로서 지정취소 권고 및 신규지정(취약지역 포함)을 하며 재정적 조치로써 국고보조금으로 운영지원금을 지원하였다(표 15)<sup>23)</sup>. 사업내용을 보면 응급환자 진료비 대불, 응급환자 이송정보체계 구축, 응급의학과 전공의 수련 보조수당 지원, 응급의료기관 지원발전프로그램 운영, 응급의료정보센터 운영지원, 구조 및 응급처치 교육비 지원, 이동응급의료세트 교체, 중앙응급의료센터 운영, 국내·외 재난의료 지원, 119구급체계 구축지원, 응급의료시설 확충 용자 등이며 이러한 일련의 정책은 외상환자의 예방가능한 사망률 98년의 50.4%에서 2002년 39.8%로 감소<sup>22)</sup>하는 등 응급의료체계에 질적인 변화를 주었을 것으로 예측 된다.

법무부 교정국에서는 보건복지부에 현 교정의 실태를 이해시키고 응급의료체계의 필요성을 강조하고 관심을 유도하여 위와 같이 조성된 기금을 교정시설 내 응급의료체계 구축을 위해 지원할 수 있도록 강구하여야 할 것이다.

## V. 요약

응급의료체계(Emergency Medical System)의 목적은 응급환자에게 신속하고 적절한 응급처치를 제공함으로써, 환자의 생명을 구하고 환자의 상태를 최단 시간 내에 정상상태로 회복시켜서 사회로 복귀시키는 것이며 교정행정(矯正行政)의 목적은 범죄자를 사회로부터 격리하여 이들 수형자에게 형기동안 교육, 교화활동 및 직업훈련 등을 실시함으로써, 이들이 출소 후 사회에 복귀하여 다시는 범죄를 저지르지 않고 성공적으로 사회에 정착하도록 하는 것이다. 이렇듯 교정행정과 응급의료체계의 목적이 국민을 안전하게 사회에 복귀시키는 것으로 상호 부합된다 할 것이다. 따라서 본 연구는 교정시설 내 하위문화의 특수성으로 인한 신체적 손상과 질병에 노출될 기회가 많은 수용자와 그 곳에서 근무하고 있는 직원들의 안전을 위해 교정시설 내 다양한 응급상황 발생요인과 제도, 인력, 시설, 장비, 예산현황

및 문제점 등을 통해 효율적인 교정시설 내 응급의료체계 발전방안을 다음과 같이 제시하고자 한다.

첫째, 각 교정시설 보안근무체계에 맞게 적정인원의 응급구조사의 채용을 확대하여야 한다. 둘째, 수용자의 중증도분류에 따른 이송체계를 완비하고 응급의료장비를 갖추어야 한다. 셋째, 교정공무원과 수용자에 대해 실습 위주의 현실적이고 체계적인 응급처치교육을 실시하여야 한다. 넷째, 1339응급의료정보센터와 같은 사회 내 응급의료체계와 협력체계를 구축하여야 한다. 다섯째, 보건복지부는 응급의료기금의 지원을 교정시설로 확대하여야 한다.

**참고문헌**

1. 한국보건의료관리연구원, 응급의료체계 운영평가 보고서, 한학문화사, 1996.
2. 한인섭, 형벌과 사회통제, 전영사, 2006.
3. 변동윤, 수용자의 자살원인과 방지대책. 교정, 1998.
4. 김법환, 교정시설 수용자와 일반인간의 건강상태 비교, 경희대학교 행정대 학원석사논문, 1999.
5. 류중천, 교도관들의 직무스트레스 수준과 피로도 및 관련요인, 계명대학교 교육대학원 석사논문, 2004.
6. 김안식, 한국 교정행정의 발전적 개선방향, 한국교정학회
7. 법무부 교정국, 한국의 교정행정, 2007.
8. 법무부 교정국 홈페이지, <http://www.corrections.go.kr/>
9. 통계청, <http://www.nso.go.kr/>
10. 우윤근, 수용시설에 대한 진료체계의 문제점 및 개선방안, 2004 국정감사 정책자료집, 2004.

11. 대한심폐소생협회, 2006공용 심폐소생술 가이드라인 개발 및 배포, 2006.
12. 한국형사정책연구원, 교정사과의 처리실태와 개선방안, 2006.
13. 허주욱, 교정학, 법문사, 2003.
14. 한국형사정책연구원, 수용자의 인권보호 및 처우개선을 위한 정책연구, 2004.
15. 김종명, 외국의 교정시설 의료실태, 교정시설 수용자 의료권 보장을 위한 심포지엄, 2002.
16. Guidance for doctors providing medical care and treatment to those detained in prison, British Medical Associations. 1996. 3.
17. 전영실, 형사정책연구원, 외국의 교정현황연구, 2000.
18. 이영근, 한국교정시설내 처우의 개선방안, 한국교정학회, 교정연구, 창간호, 1991.
19. 유숙영, 수용자의 의료정책에 관한 고찰, 한국교정학회, 교정연구 제27호, 2005.
20. 임경수, 대량환자의 구조와 응급처치, 군자출판사, 1995.
21. 박윤형외, 응급의료정책과 응급의료에 관한 법률, 군자출판사, 2000.
22. 한국보건산업진흥원, 응급의료기본계획 수립 및 응급의료 운영체계 평가 - 응급의료운영체계 평가, 2005.
23. 보건복지부 의료자원팀, 2006년도 응급의료기금 운용계획, 2006.