

안전한 진료환경 구축을 위한 정책 개선과제

최아름¹ · 김성은² · 백경희³

¹이화여자대학교 의과대학 내과학교실, ²인하대학교 일반대학원 법학과, ³인하대학교 법학전문대학원

A Review of Improvements for Providing Safe and Secure Environments for Medical Treatment

A Reum Choe¹, Sung Eun Kim², Kyoung Hee Baek³

¹Department of Internal Medicine, Ewha Womans University College of Medicine, Seoul; ²Department of Law, Inha University Graduate School; ³Inha Lawschool, Inha University, Incheon, Korea

On December 31, 2018, an incident occurred where a doctor was attacked and killed by a patient carrying a lethal weapon in the outpatients' clinic of the psychiatric department of a tertiary general hospital. The suspect was diagnosed with bipolar affective disorder (manic depressive disorder) and has been hospitalized and cared for in the psychiatric ward of this hospital. This incident illustrates the necessity of more active cures and therapeutic intervention for mental patients with intellectual developmental disorders who require treatment considering the fact that a radical outcome has been caused by such a patient. However, on the other hand, there is also a need for an approach and analysis from the perspective of crime prevention for all medical departments. The reason for this is that even a tertiary general hospital equipped with the largest human resources, medical devices, facilities, and so forth, is susceptible to violence. As for illegal actions perpetrated against health and medical service personnel in medical institutions, such as verbal abuse, assault, injury, etc. there have neither been understanding shown for the current extent of damage in detail, nor discussions of active institutional improvement related to the seriousness of the act. It can be said that violence in the field of medical treatment is a realm requiring serious discussion and appropriate remedial actions. This is because when such incidents take place, if a patient who is supposed to get treatment from the damaged health care provider is in an urgent situation or on the waiting list of serious cases, he or she could suffer serious damage caused by deprivation of treatment opportunity, or secondary damage might be caused to the patient and/or a guardian who can hardly have an opportunity to take action. Accordingly, in this review, we would like to help create the necessary conditions for both health and medical service personnel and patients/guardians, respectively, to provide and receive medical treatment in a more secure environment. Therefore, objective assessment of the institution and issues relating to this aforementioned incident and general cases of violence occurring in medical institutions, and by suggesting legal and institutional improvements and solutions.

Keywords: Involuntary outpatient commitment; Security checks of medical institutions; Private police and security guard

서 론

2018년 12월 31일 상급종합병원 정신건강의학과 외래환자(2015년 양극성 정동장애[조울증] 진단)에 의해 주치의가 사망하는 사건이 발

생했다. 금번 사건 이후 진료과에 관계없이 의료인은 원내 불법행위에 대한 심각한 위기를 느끼고 있으며, 정부 역시 2019. 1. 9 국회 보건복지위원회 후속대책 발표 이후 의료계와 task force team을 운영하며 추가적인 후속대책을 발표하였다[1].

Correspondence to: Kyoung Hee Baek
Inha Lawschool, Inha University, 100 Inha-ro, Michulhol-gu, Incheon 22212, Korea
Tel: +82-32-860-8964, Fax: +82-32-860-7914, E-mail: khbaek@inha.ac.kr
Received: January 31, 2019 / Revised: March 25, 2019 / Accepted after revision: April 7, 2019

© Korean Academy of Health Policy and Management
© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

금번 사안은 가해자의 특성(정신질환자) 및 기타 병원공간의 범죄 취약성 등에 따라 복잡한 양상을 보인다. 따라서 이를 정신질환자 관리의 고도화에 방점을 둘 것인지, 전 진료과에서의 유사사례 예방과 피해 최소화화를 위한 종합 개선책을 마련할 것인지가 중요하게 다루어질 필요가 있는데[2], 거시적·예방적 관점에서 정책을 수립해야 할 필요성이 크다.

보건의료인에 대한 폭력 등 범죄는 환자에 대한 신체근접성을 필요로 하는 의료행위의 특성상 무방비상태에서 피해를 입게 되고, 인근에 위치한 환자 등에 대한 추가적인 법외 침해위험이 상존한다. 나아가 피해의료진에게 응급진료나 중증질환 수술 등이 예정되어 있다면 비록 소수의 환자라도 치명적인 연계피해가 발생할 수 있다.

정신질환자의 돌발적 행동으로 인한 사회적 사고는 언제·어떻게 발생할지 모르기 때문에 완벽하게 예방할 수 없지만[3], 정신질환자에 대한 부정적 여론이나 인식을 확대시키지 않으면서도 치료적 개입을 확대토록 대책을 마련할 필요가 있다[4-6]. 또한 의료기관 내에 적정한 안전대책을 마련하여 사고발생 가능성과 피해를 최소화할 수 있는 제도개선이 필요하다.

이 연구에서는 정신질환자 관리체계 및 보안 관련 쟁점 등을 개괄적으로 살펴보고 검토 가능한 개선방안을 제안하여 보건의료인과 환자 모두를 위한 안정적 진료환경 조성에 기여코자 한다.

사안별 검토

1. 정신질환의 개념과 특성

정신질환 및 정신장애의 정의 등에 대해서는 3개의 관계 법률에서 다루고 있다. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률에서는 정신질환자를 ‘망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람’으로, 장애인복지법은 정신적 장애를 ‘발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애’로 보다 포괄적으로 규정하고 있다. 형법에서는 정신장애와 관련되는 개념으로 심신장애, 심신상실, 심신미약 등을 규정하고 있다. 한편, 형사사법 현장에서 주로 마주하게 되는 정신장애에는 조현병(정신분열증), 양극성 장애, 약물장애와 주요 정신장애 중 유병률이 가장 높은 우울증 및 불안장애가 있다[5].

보건복지부 자료 등에 따르면 정신질환자가 일반 환자보다 위험하다는 일반적 근거는 없으며, 다만 정신건강의학과는 의사와 환자가

일대일로 대면하는 진료 특성으로 인해 안전에 취약하다. 2017년 총 범죄자 1,685,461명 중 정신질환을 가진 범죄자는 9,027명(0.5%), 강력범죄의 경우 총 범죄자 28,927명 중 813명(2.8%)이며, 정신질환자 범죄율(0.146%)은 비정신질환자(3.67%)보다 낮고, 강력범죄율(0.013%)도 비정신질환자(0.061%)보다 낮다.

그러나 정신질환자는 범행동기의 형성 등에 질병이 직·간접적인 원인이나 매개가 된다는 측면에서 비정신질환자 등과 비교하는 것이 항상 적절하다고 보기는 어렵다. 정신장애인의 범죄유형을 형법범위 내에서 살펴보면 전체 범죄 중 재산범죄와 강력범죄가 가장 많으며, 범행동기를 보면 정신장애 범죄자의 36.7%가 우발적이라고 답변해 일반 범죄자(24.8%)보다 높다. 정신장애와 범죄와의 관계를 규명하기는 쉽지 않으나, 조현병 환자는 위험성의 면에서는 일반인보다 범죄빈도는 낮지만 치명도는 더 높은 것으로 알려져 있다[7].

2. 최근 정부 개선대책 주요 내용

보건복지부는 2019년 1월 9일, 2019년 4월 4일 두 차례 대책을 발표하였다. 2019. 1. 9 발표대책은 다음과 같다. (1) 의료현장 폭행·협박에 대한 실태조사 정례화, (2) 진료안전 가이드라인 마련 및 대피통로나 비상벨·보안인력 등 배치방안 강구, (3) 정신질환자 지원 인프라 확충 및 자·타해 위험성이 있는 환자에 대한 응급입원¹⁾ 등 적시치료 제공[8], (4) 가해자가 중처벌 및 자·타해 이력자 통보 관련 법안 처리가 포함된다. 또한 2019. 4. 4 발표대책은 다음과 같다. (1) 안전한 진료환경 조성을 위해 일정 규모 이상 병원에 비상벨·보안인력 배치, (2) 정신질환 치료 강화를 위해 퇴원한 초기 정신질환자에 대한 의료진 방문지원(다학제 사례관리팀) 및 낮병원 2배 확대, 24시간 응급개입팀 운영, 사회적 인식 개선을 위한 캠페인 등이 포함된다.

3. 금번 사안과 관련된 법·제도 개선 검토방안

1) 정신질환자에 대한 치료적 개입 확대 측면

(1) 현황 및 문제점

정신질환자에 의한 범죄발생을 완벽하게 통제하거나 억지하는 것은 사실상 불가능하므로 치료적 개입을 강화해야 한다[5,9]. 구체적으로는 첫째, 진료 필요 정신질환자가 선정되어야 한다[4,10]. 현재 치료감호소나 정신보건시설²⁾ 등에 수용·입원 중인 환자 규모나 현황, 진료내역 확인도 확인 가능하지만, 퇴원 이후에는 체계적이고 밀착된 관리가 어렵다. 이들은 추후 상태가 악화되더라도 자의적 진료 등이 없다면 관리의 사각지대에 놓이게 된다.

1) 자·타해 위험이 있는 자를 발견하였으나 상황이 급박하여 다른 입원을 할 시간적 여유가 없을 때 의사와 경찰관의 동의를 받아 3일간 입원하는 제도
2) 개정 이전 정신건강복지법상 정신의료기관, 정신질환자사회복지시설, 정신요양시설을 의미하나 현행법에는 정신보건시설, 정신의료기관, 정신질환자사회복지시설, 정신요양시설이 규정되어 있음

물론 우리나라 역시 지역·광역 정신건강증진센터에서 제공하는 위기관리서비스, 지역사회진단, 상담전화, 의료기관 내 낮병동 등 많은 노력을 기울이고 있으나, 퇴원하였거나 애초에 입원치료 등을 제공받지 않아 관리의 사각지대에 놓여있는 고위험 또는 중증정신질환자의 규모 파악이나 관리체계는 불충분하다. 현재 약 26만 명의 중증정신장애인이 방치되고 있으며, 가장 큰 이유는 정신장애인의 정신의료서비스 사용실태가 매우 낮기 때문이라는 의견이 있다[5].

둘째, 보다 실효적인 외래치료명령제가 요구된다[11]. 정신건강복지법 개정(2019. 10. 24 시행)으로 '외래치료지원제'로 명칭이 변경되었는데, 기존의 보호자 동의요건을 삭제하고, 치료중단자를 포함하는 한편, 법정 외래치료기간(1년)도 제외하였다. 개정법률은 기존 제도가 갖고 있던 선연적 규정의 한계를 보완한 것으로[7], 일정 부분 바람직한 측면이 있다. 그러나 제도명칭을 외래치료명령제를 유지하는 것이 더욱 적합하였을 것으로 생각되며[8], 일정한 경우 구급대원에 의한 환자 호송(제64조 제6항)보다는 경찰 등에 의한 호송이 더욱 적합할 것으로 보인다.

(2) 검토의견

첫째, 치료필요 정신질환자의 규모 파악은 선행되어야 하나, 이는 방법론적으로 어렵고 인권침해 논란 등이 있을 수 있다[11]. 따라서 별도 기준 신설에 앞서 치료감호나 입원치료 후 정신건강복지센터에 자동등록토록 연계하는 것이 바람직해 보인다. 그간 퇴원환자가 동의하지 않으면 정신의료기관의 장이 퇴원사실 등을 정신건강복지센터에 통보할 수 없었는데, 개정법률 제52조³⁾에서는 자·타해 위험성이 높은 자에 대해서는 환자 동의 없이 정신의료기관의 장이 정신건강복지센터의 장에게 통보하도록 하였다. 한편, 퇴원환자들이 지역사회센터와 연계되지 않는 이유는 통보되지 않아서가 아니라 통보를 해도 센터에 가지 않으려고 하기 때문이라는 의견이 있으므로[7], 통보 후 찾아가는 서비스 제공 등을 적극 추진해야 할 것이다[7].

또한 지역사회로 복귀한 범법 정신질환자 사후관리가 이루어져야 한다[5]. 영국의 경우 2000년부터 다기관협력 공공보호방안(multi-agency public protection arrangements)을 통해 폭력범죄나 성범죄자들의 출소 이후 관리뿐 아니라 정신병원이나 정신보건법상의 강제입원명령 대상자의 출원 혹은 정신이상을 이유로 무죄판결을 받은 사람들을 관리하고 있다. 이들은 위험도 등에 따라 1-3등급으로 분류되어 한 기관이 관리하거나 다기관이 협력하여 관리하는 등 사각지대를 최소화하고 있다[5]. 일본은 의료보호와 치료를 위한 비자발적 입원환

자, 응급입원환자, 자발적 입원환자에게 이동제한·기밀유지 등 조치를 취하도록 하며, 응급입원환자에게는 정신과 치료를 위한 검사위원회를 거치도록 하고, 나머지 2개 유형의 환자 등에게는 의학상태에 대한 정기보고서를 통하여 퇴원 여부 등을 결정하는 한편, 퇴원 후 공동체복지서비스를 통해 지속적으로 관리한다. 미국은 정신건강 전문가(정신건강의학과 의사, 심리학자 등)가 자살시도자 및 자·타해 위험자에게 강제입원과 치료를 할 수 있다. 참고로 정부가 정신건강 행정권을 보유하고 있는 국가로는 이탈리아, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 영국 등이 있다[12].

둘째, 외래치료지원제의 계속적 발전이 필요하다. 최근 법 개정으로 명령제로서의 역할은 일정 부분 기대할 수 있겠으나 국외 사례와의 비교 및 계속적 평가를 통해 환자와 지역사회 손실방지를 위한 노력을 이어나가야 할 것이다[13].

외래진료를 기반으로 하는 치료명령제는 영국과 호주, 캐나다 및 미국, 일본 등 많은 국가에서 운영되고 있다. 영국에서의 사회 내 치료명령제는 환자가 퇴원 후 치료계획 및 기타 특정조건을 이행할 수 있는 경우에 행해지는데, 책임임상의사가 치료명령을 신청하고 명령의 조건들을 규정할 수 있다. 환자가 조건을 불이행하거나 위반 시 다시 병원 내 치료를 받아야 한다. 환자의 의사에 반하여 약물을 처방하지는 않지만 약물복용이 조건인 경우 환자의 의사와 무관하게 약물을 복용하게 할 수 있다[13,14].

미국의 지역사회 치료명령은 비자의적 외래치료 또는 비자의적 외래의무라고도 불리는데[14], 병원보다는 지역사회 정신보건센터 등에서 치료를 받도록 한다. 대부분의 주에서 강제적 제도로 시행된다. 자유권 침해 우려, 지역사회 재정부담, 전문가의 책임문제와 감시역할 부담, 치료명령 위반환자에 대한 규제력 부재 등에 따라 매우 제한적으로만 사용된다[5]. 일반적 치료명령기간은 180일이고, 영구적으로 가능한 주(인디애나주, 유타주, 버몬트주)도 있다[15].

일본은 의료관찰법상 법원의 처분내용으로 통원명령이 있는데, 이는 정신장애인이 입원하지 않고 지정의료기관에 일정 기간 통원하며 적절한 진료를 받도록 하는 제도이다. 또한 정신보건관찰제도⁴⁾를 두어 통원치료제의 실효성을 확보하고 있다. 정신보건관찰 대상자는 그 기간 중 거주지 신고, 거주이전 또는 장기여행 시 신고 등을 준수해야 한다[5].

뉴질랜드는 compulsory treatment order 제도(지역사회에서의 강제적 치료)를 두어 자·타해 위험이 있는 정신장애인 등이 요건충족 시 강제치료를 받도록 한다[8,16].

3) 관련 법안으로 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 일부 개정법률안(곽상도 의원 대표발의·16176, 강석호 의원 대표발의·17195, 정춘숙 의원 대표발의·18062)

4) 보호관찰소 소속 사회복지조정관에 의해 정신보건관찰이 이루어지는 구조임

2) 흉기 등 위험한 물건 반입 차단 측면

(1) 현황 및 문제점

가해자의 흉기 등 위험한 물건 사용 여부에 따라 법익침해의 정도는 확연히 차이가 난다. 현재 국내 의료기관에서 흉기나 위험물질(가연성 액체 등) 휴대 여부에 대한 검색절차제도는 없으며, 외국의 경우 응급실 입구에 제한적인 금속탐지기 운영사례(2019. 1. 9 복지부의 국회복지위 발표자료) 외 입법례는 부족해 보인다. 다만, 미국 산업안전보건청(Occupational Safety and Health Administration, OSHA)의 폭력예방 가이드라인에서는 다양한 '폭력 발생 감소를 위한 설비 개선 방안'으로서 보안·무음 경보체계, 비상구 확보, 금속탐지기 운영 등을 권고하고 있다[2,17]. 한편, 미국 의회는 2018.11.16. 사회보장법 개정을 통하여 이 가이드라인의 내용을 '보건의료 및 사회복지서비스 종사자에 대한 직장 내 폭력예방법안'에 포함하는 것으로 발표하였다[18].

고객 소지품 등 검색 관련 국내 입법례에는 항공보안법상 공항운영자에 의한 보안검색이 있다. 공항운영자는 항공기 탑승자, 휴대물품 및 위탁수하물에 대하여 보안검색을 실시한다. 철도안전법상 열차도승차자나 휴대물품 등에 대하여 보안검색이 가능하다. 선박 등에 대한 검문검색은 해양경찰관에 의한 해상검문검색, 해양경찰청장에 의한 검색명령, 선박 등의 검색과 심사규정 등이 있다. 또한 법원조직법에서는 대법원과 각급 법원에는 법원 보안관리대를 두어 방문객이 흉기나 위험한 물건을 소지하고 있는지 확인하기 위하여 법원청사 출입자를 검색할 수 있도록 하고, 일정한 경우 유형력을 행사하거나 보안장비를 사용할 수 있도록 규정하고 있다.

(2) 검토의견

의료기관 내 흉기 등 위험한 물건의 반입금지조치는 보다 전향적으로 검토될 필요가 있다. 정신질환자에 대한 치료적 개입의 확대가 질병치료와 위험 형성 방지를 위한 일차적이고 포괄적인 예방적 조치라면, 흉기 반입금지는 만일의 사태 발생 시 구체적 효과를 기대할 수 있다.

그러나 이에 대해서는 다음의 검토가 필요하다. 첫째, 의료기관 내 보안검색에 대한 국민인식의 형성 여부이다. 항공기의 경우 이륙 후 사안대처의 곤란성이나 과거 인명사고 경험 등을 감안할 때 국가간 유사한 수준의 보안검색이 이루어지고 있으나, 의료기관의 경우 대다수의 환자가 불편을 감수할 것인지 의문이다. 다만, 사후적 대책 마련방식에 매몰되어서는 안 될 것이다.

둘째, 의료기관과 의료인에 대한 권위적 인식이 강화되거나 두터워질 우려가 있다. 진료를 위한 의료인과의 만남을 위하여 보안검색대

를 거쳐야 하는 불편함이 의료기관에 대한 심리적 거리를 더욱 멀게 만들 수 있다. 그러나 현재도 국회, 정부청사 및 주요 공공기관 등을 출입할 때 모든 민원인은 신원확인고 문형·휴대용 금속탐지기에 의한 보안검색절차를 이행하여야 한다. 최근에는 금속탐지기 등을 이용한 소지품 확인행위가 인권의 문제보다는 절차적 문제로 인식되는 경향이 강한 것으로 생각된다. 검색절차가 환자와 의료인 모두의 안전을 확보하기 위한 중요한 절차로 양해될 수 있는지 검토되어야 한다.

셋째, 보안검색 대상을 전체 환자로 할 것인지, 혹은 특정 진료과목(예컨대 정신건강의학과 등) 방문자에 한하여 실시할 것인지의 문제이다. 전체 환자로 할 경우 구조 변경의 어려움이 예상되나, 특정 진료과로 한정할 경우 형평성 등 문제제기와 다른 진료과목 종사자와 환자는 위험에 노출되는 측면이 있다.

넷째, 환자 출입이 많은 시간대에는 모든 이용객을 대상으로 문형 검색기 통과와 소지품 X-ray검사가 어려울 수 있다. 이 경우 환자들의 비협조로 철저한 보안검색에 한계가 있을 수 있다[19].

다섯째, 인체 내에 금속물질 등이 함유된 인공장치(심장박동기 등)를 삽입한 환자가 상당수 존재할 수 있어 프라이버시 침해나 민원이 빈발할 수 있다. 환자 측의 반복적인 수치심이나 번거로운 반복설명 등이 문제될 수 있다.

여섯째, 보안검색 면제대상의 문제이다. 예컨대 공항 내 검색의 경우 예외규정을 두고 있는데, 의료기관도 일정한 면제대상을 두어야 할 것인지(예컨대 시급성이 있는 외래환자, 응급실 등) 효율성과 형평성을 함께 고려해야 할 것이다.

판단컨대, 현저한 인권침해 가능성이 우려되지 않는다면 미국의 가이드라인 등을 참고하여 의료기관 내 흉기 등 반입 금지방안을 적극적으로 검토할 필요가 있다. 비상호출시스템이나 의료인 전용 대피문·대피통로 등은 사안 발생 시 피해 최소화 방안이지, 흉기 반입이 무제한적으로 허용되는 현재 상황을 고려한다면 이는 가장 시급한 과제인지도 모른다. 소지품 검색과 방문객에 대한 친절하고 편리한 서비스 제공이라는 상반된 기능을 원활히 제공할 수 있는 방안 강구가 필요하다[20].

3) 보안인력 배치 및 물리적 대응 측면

(1) 현황 및 문제점

의료기관 내 보안인력은 크게 청원경찰, (사설)경비원으로 구분된다. 원내 보안인력은 대부분 경비원으로서 이에 대해서는 다음의 개선이 필요하다.

첫째, 전국 의료기관에 보다 적극적인 청원경찰 배치가 필요하다. 청원경찰은 사업주 등이 경비 부담을 조건으로 관할지방경찰청장에

게 경찰의 배치를 신청하여 승인받는 구조인데, 전국 15개 의료기관에 58명의 청원경찰이 배치되어 있는 수준이다.

둘째, 경비원의 사용장비가 폭력 등 대응에 부족한 수준이다. 경비업은 시설경비업무, 호송경비업무, 신변보호업무, 기계경비업무, 특수경비업무로 분류되는데, 의료기관 경비업무는 시설경비업무로 분류되어 휴대 가능한 장비가 제한적이다(경적, 단봉, 분사기 등에 한함).

셋째, 경비원의 권한과 역할이 매우 제한적이다. 현행법상 경비원은 직무 수행상 물리적 행사가 금지되어 정당방위 등 법리에 의하지 않고 법률상 권한행사가 불가능한 실정이다. 일정 상황하에서의 범죄대응행위까지 불허하는 것은 자칫 입법흡결로 평가될 수 있다.

(2) 검토의견

첫째, 보다 적극적인 청원경찰 배치가 시급해 보인다. 경비원의 가용 장비와 대응권한 등에 상당한 제약이 있다면 청원경찰을 통한 범죄억지력 확보와 초동대응이 무엇보다 중요할 것이다. 이에 대해서는 부처 간 인력확보 문제와 국가의 비용지원 근거 등이 논의될 수 있을 것이다.

둘째, 경비원의 장비를 확대할 필요가 있다. 경찰과 같은 검문·보호조치·위험발생 방지·사실 확인행위 등은 할 수 없더라도 적어도 보다 적극적인 분사기 허가 등을 고려해야 한다. 한편, 경비업법 개정을 통해 의료기관 내 경비업무를 특수경비업무로 변경하는 방안을 생각해볼 수 있겠으나, 현행 특수경비업무시설은 공항·항만 등 일부 시설에 한정된 점, 의료기관 내 위화감 조성이나 과잉대응의 우려, 환자의 불안감 형성 등 반대의견을 고려할 필요가 있다.

셋째, 경비원의 대응범위 확대를 법으로 명문화할 필요가 있다. 현행 경비원의 물리적 행사금지 조항의 취지를 고려하더라도 미국의 경비전문자격증제도(Certified Protection Professional)와 같이 합법적 경호업무 허가를 받은 자에게 일정 수준의 물리적 행사를 허용하는 방안이 고려될 수 있다.

참고로 2018년 3월 미국 의회에 제출된 연방 Federal Health Care Workplace Violence Prevention Act (Bill) (보건의료 직장폭력 예방법안)는 총기 및 위험무기에 관련된 사건, 폭력적 위협 등을 직장폭력에 포함시켜 병원사업자가 예방표준을 공포하도록 하고 있으며, 뉴욕주 형사소송법은 평화유지관제도를 두어 무기소지는 금지되나 무영장 체포, 물리적 제압, 소환장 발급 등이 가능하며, 일본의 '의료기관의 안전관리체제에 대하여' 通知(통지, 정부부처의 안내)에서는 퇴직경찰의 병원 경비업무 등에 대하여 규정하고 있다[21].

4) 보안장비 구비 및 시설 확충 등 측면

(1) 현황 및 문제점

사고예방과 사안발생 시 피해 최소화를 위하여 생각해볼 수 있는 시설·장비 등에는 비상벨 등 비상호출시스템, 많은 사람에게 경고음을 울리는 비상알람버튼, CCTV(영상정보처리기기, closed circuit television), 의료진 전용 출입문(비상문), 전용 대피통로(비상대피로), 전용 대피공간(방의 형태로 피신이 가능한 곳) 등이 있을 것이다.

현재 우리나라 의료기관 개설을 위한 건축기준 등에는 위 규정 등이 없으며, 다만 미국과 영국은 의료진 안전사고를 환자안전사고와 같이 의무보고 대상으로 하고 있으며, 일본은 의료기관 인증기구(Japan Council for Quality Health Care)의 인증기준에 의료진 안전과 보건관리항목을 포함하고 있다. 또한 세계보건기구(World Health Organization)의 의료현장 내 폭력방지 가이드라인에서는 폭력행위 사전예방책으로 물리적 환경이나 공간설계, 훈련 등을, 사후대응방안으로 기록된 자료의 활용이나 법적인 지원 등에 대하여 규정하고 있다. 미국 노동부 산하 OSHA에서 발간한 보건의료·사회복지봉사자 대상 직장폭력예방지침에서는 사안예방과 피해 최소화 등을 위해서 비상알람버튼 설치, 비상구 확보, 금속탐지기 설치 및 정기순찰 등을 언급하고 있다[2].

(2) 검토의견

2018. 12. 31 이후 다수의 의료기관 내 비상벨, 전용대피로 등 설치 의무화 법안⁶⁾이 제출되어 처리(2019. 10. 24 시행, 법률 제16375호)되었는데, 의료기관 개설자의 준수사항에 의료인과 환자 안전을 위한 보안장비 설치 및 보안인력 배치 등에 관한 사항이 신설되었다. 세부 사항은 하위법령에 마련될 예정으로, 대표 발의되었던 많은 법안의 내용과는 달리 법률에는 불필요한 규제사항이 신설되지 않고 원칙에 관한 사항만이 간명하게 입법되어 바람직한 것으로 보인다.

하위법령 마련에 있어 개별 장비·시설물의 요건과 효과, 외국의 사례, 진료과목별 특성, 정부의 재정지원 가능성 등을 고려하여 입법수준 등을 결정해야 할 것이다.

우선, 비상벨의 경우 모든 진료과 외래에 설치가 필요해 보이며, 그 수신처를 과목별로 원내 보안인력(경비원, 청원경찰) 또는 관내 경찰서로 할 것인지 자체 판단에 맡길 필요가 있다. 단, 응급실 내 비상벨은 24시간 운영되는 특성 및 환자군의 특징 등을 고려하여 경찰서로 당연 연결토록 함이 바람직해 보인다.

비상문·비상대피로·비상대피공간('비상문 등'이라 함) 설치하는 바람직하나, 다음 고려가 필요하다. 첫째, 비상문 등의 정의와 종류를 구

5) 대한의사협회 자료(2018. 6 기준), 2019. 1. 7, 자유한국당 주최 의료인 폭행·사망사건 재발 방지를 위한 정책간담회

분하여 시설별 효과 등을 토대로 입법수준이 결정되어야 한다. 예컨대 외래진료실 내 별도 비상문은 모든 과목 설치가 바람직하나 비상대피로 및 비상대피공간은 불필요한 진료과도 있을 것이다. 둘째, 설치 필요 과목이라도 건축물구조상 허용 가능성을 함께 고려해야 한다. 셋째, 비상문 등은 평소 교육훈련을 통해 원활한 사용 가능성이 담보되어야 한다. 예컨대 흥기를 소지한 가해자가 위협 시 전용출입구로 빠져나왔으나 동선이 외래환자 대기공간으로 이어져 있을 경우 피해 확대 우려가 있고, 전용대피공간으로 피신했으나 잠금장치가 없거나 사용미숙 시에는 피해가 확대될 수 있다. 따라서 단순한 기술적 입법을 넘어 실전상황에서 도움이 되도록 세밀한 검토와 배려가 필요하다.

결 론

이번 환자에 의한 의사 사망사건은 일부 환자군이나 정신건강의학 과만의 사안으로 인식하기보다는 그간 논의가 미흡했던 전체 보건의료인과 환자에 대한 안전한 진료환경 구축의 영역으로 확장시켜 근본적 원인분석과 대책 마련이 이루어져야 할 필요성이 크다.

진료공간 내 보건의료인에 대한 폭력 등 불법행위는 피해자에 대한 직접적 법익침해는 물론 인근 환자와 보호자에 대한 2차 피해 가능성을 넘어 피해의료인에게 긴급한 의료제공을 받아야 하는 환자에게까지 피해가 확대될 수 있는바, 이 연구에서는 이러한 문제인식에 기반하여 정신질환자에 대한 치료적 개입 제고방안, 의료기관 내 흥기 등 위험한 물건 반입 방지방안, 보안인력 배치 확대와 대응력 제고방안, 보안장비·시설 구비방안 등에 대하여 개괄적으로 살펴보았다.

앞으로 정부의 대책과 사회적 관심이 단기성에 머물지 않고, 관련 전문가의 의견과 외국 사례 등을 지속적으로 참고·반영하여 선진적인 제도로 발전해 나가기를 기대한다.

ORCID

A Reum Choe: <https://orcid.org/0000-0002-2552-7066>; Sung Eun Kim: <https://orcid.org/0000-0001-8068-8447>

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. Protecting the public health by creating safe medical environment of medical institutions [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2019 [cited 2019 Apr 4]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=10&CONT_SEQ=348926.
2. Kim JK. Violence management and improvement tasks for medical institutions [Internet]. Seoul: National Assembly Research Service; 2019 [cited 2019 Apr 4]. Available from: http://m.nars.go.kr/brdView.do?brd_Seq=24548.
3. Seo DW. Prevention of crimes and committed by mentally ill patients and strategies for their treatment and rehabilitation. Health Welf Policy Forum 2003;(82):77-87.
4. Choi JH. Mental health medical environment situation and problem, safe medical environment. Proceedings of the Safety of Healthcare Service Environment; 2019 Jan 18; Seoul, Korea. Seoul: The Korean Society for Patient Safety; 2019.
5. Yoon JS, Tak HS. Management of mental illness and crime prevention measures. Seoul: Prosecution Service; 2013.
6. Lee MS. A note on the change of mentally ill patients entry and exit system: from the view point of crime, safety and human rights. Crime Prev Forum 2017;37:85-88.
7. Lee MW. Policies for crime prevention and treatment support for mentally ill patients [Internet]. Seoul: National Assembly Research Service; 2018 [cited 2019 Apr 4]. Available from: http://www.nars.go.kr/brdView.do?brd_Seq=23689&currPg=10&cmsCd=CM0018&category=c3&src=&srcTemp=&pageSize=10.
8. Seo MK. Study on outpatient treatment order. Ment Health Soc Work 2010;35(1):111-140.
9. Hong CH, Jung SM, Sea YH, Yoon BH, Bae A. Developing the indicator of human rights of people with mental illness: focusing on people with schizophrenia and bipolar disorder at national hospital. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53(1):32-39. DOI: <https://doi.org/10.4306/jknpa.2014.53.1.32>.
10. Kim SG. Schizophrenia patients are estimated at 500,000, and treated patients are 100,000: "social prejudices should be resolved." Rapportian [Internet]. 2018 Aug 23 [cited 2019 Apr 4]. Available from: <http://www.rapportian.com/news/articleView.html?idxno=112428>.
11. Hong JP, Lee DE, Kim BH, Choi YS, Suh TW, Kim JH, et al. Involuntary outpatient commitment: an aid for rehabilitation of the

6) 의료법 일부 개정법률안(김승희 의원 대표발의 제18039호, 박인숙 의원 대표발의 제18051호, 윤상현 의원 대표발의 제18066호, 윤종필 의원 대표발의 제18077호, 김기선 의원 대표발의 제18211호)

- chronic mentally ill. *J Korean Assoc Soc Psychiatry* 2001;6(1):58-64.
12. Jung JW, Chae HR, Chun JY, Yoon SM, Lee HS, Kim YL. Trends and challenges of mental health high risk groups and the interventional strategies. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2012.
 13. Shin EJ. Outpatient treatment order of mental illness in the USA and New Zealand. *Korean J Med Law* 2010;18(2):120-143.
 14. Park I, Han M. Assisted outpatient treatment and crisis intervention in USA and their implications for Korea. *Law Med* 2018;19(1):23-80. DOI: <https://doi.org/10.29291/kslm.2018.19.1.023>.
 15. Hong SM, Park SK, Shin YJ, Yeom HG, Yoon T, Lee YM, et al. Case studies and advanced models of countries to improve the human rights of persons with mental disabilities. Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2009.
 16. Lee YJ, Yong HJ, Kim KW, Na LJ, Lee GK, Hwang TY, et al. Enforcement and reform measures of the order for medical treatment as outpatient in South Korea. *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry* 2011;17(2):164-175.
 17. Korea National Council on Social Welfare. Guidelines for prevention workplace violence for health care and social service workers. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2017.
 18. Baek KY. A Legal Study on the Violence of Patients and the Protection for the Healthcare Workers in Psychiatry area. *Legislation and Policy Studies*. National Assembly Research Service. 2019;11(1): 285-310.
 19. Kwon HY. Research on measures to enhance railroad security checks of railroad police officers to prevent terrorist attacks. *Korean Secur Sci Rev* 2016;(49):157-183.
 20. Kim MH, Park JW. The effect of airport security screening justice on satisfaction, trust and acceptance. *J Distrib Manag Res* 2018;21(2): 25-30.
 21. Kim JL. Introduction of violence prevention legislation in medical facilities. *Issues Relat Foreign Legis* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 4];(20):1-4. Available from: <http://law.nanet.go.kr/lawservice/issuebrief/issueBriefList.do>.